المعتقدات الصحية – تناول نظري –

بوخنوس سارة بوشدوب شهرزاد

جامعة الجزائر2

ملخص: تهدف هذه الدراسة الى التعرف على مجموع المعتقدات المرتبطة بالصحة و المرض و لعل من بين اهم هذه المعتقدات نجد :الغتقد الديني و الشعبي و الاجتماعي و المعرفي و الصحة .و قد جاءت تناولات نظرية عديدة تناولت المعتقدات المرتبطة بالصحة و المرض.و يعتبر نموذج المعتقدات الصحية لروزنستوك من اهم هذه النماذج و قد عمل صاحب النموذج على حصر و توضيح هذه المعتقدات و اشار انها هي التي تحدد السلو الصحي و المرضي.

الكلمات المفتاحية:المعتقدات الصحية /نموذج المعتقدات/ السلو الصحي /الصحة و المرض

مقدمة:

يُعرَّف المعتقد على أنَّه عبارة عن برمجة فكرية يؤمن بها الشخص وتقوم عليه بعض تصرفاته، وعلى هذا الأساس تختلف سلوكات وتصرفات الناس على حسب معتقداتهم في مختلف مجالات حياتهم: معتقدات دينية – ثقافية – تربوية – صحية.

وليس من الضروري أن يكون هذا المعتقد إيجابياً دائماً، فقد تكون بعض المعتقدات مضرة بالفرد بالرغم أنه يرى عكس ذلك، ممَّا قد ينجم عن ذلك مضاعفات سيئة في حياة الفرد جراء هذه المعتقدات الخاطئة.

وتعتبر دراسة المعتقدات الصحية من بين أهم المجالات التي يهتم بها الباحثين والدارسين نظراً لأهميته خاصةً في المجال الصحي الذي أصبح إهتمام العام والخاص في جميع الميادين، فمن الملاحظ أن سلوكات الأفراد الصحية تختلف باختلاف معتقدات الأفراد حول صحتهم والتي ليست بالضرورة دائما صحيحة وعليه ينتج عن ذلك مجموعة من سلوكات تكون مضرة بصحة الفرد أكثر من سابقتها إن وجدت، وهي ما تعرف بسلوكات الخطر المتعلقة بالصحة، خاصة إذا كانت تلك المعتقدات تعويضية أي عندما يعتقد الفرد أن قيامه بسلوك معين قد يعوض بذلك سلوك آخر مضر ممَّا ينجم عن ذلك مضاعفات أُخرى قد تكون أكثر ضرار.

1- مفهوم المعتقدات الصحية :

تختلف معتقدات الناس حول صحتهم على حسب الاتجاهات والمعايير التي يعتمدونها في حياتهم وعلى حسب هذه المعتقدات تختلف سلوكاتهم نحو صحتهم، وعليه قبل التطرق إلى مفهوم المعتقد الصحي لابد لنا أولاً أن نفهم ما هو المعتقد وما هي أهم مميزاته التي تميزه.

1-1 تعريف المعتقد:

يعرِّفه "كريتش "و" كرتشفلد" (Kertch & crutchfield (1948 بأنه تنظيم يتسم بالثبات للمدركات والمعارف حول جانب معين من معالم الفرد أو هو نمط المعاني لمعرفة الفرد حول شيء محدد. (عبد اللَّطيف محمد خليفة، 1998، ص16)

ويعرف (1980) Rokeachen المعتقدات على أنها توقع، يتعلق بوجود كائن ما أو بتقديم معين أو عادات معينة أو وقائع سببية (معتز سيد عبد الله،2001، ص8)

ويعرف أيضاً المعتقد على أنَّه "عبارة عن وضعية فكرية أن يختار ضمنها الفرد موضوع معين بطريقة خاصة على حسب القواعد التي تحكمه.

ومن خلال ما سبق يتضح لنا أن المعتقد هو التقييمات الايجابية أو السلبية التي يقوم بها الناس نحو الأشياء و التي تكون أشياء ملموسة و أشخاص أو أفكار موجودة أو مواقف وهبات خطر حول شيء معين كما تعتبر وحدات البناء للاتجاهات بمعني أن مجموعة المعتقدات تشكل اتجاهات الفرد نحو الشيء.

1-2 مميزات المعتقدات:

لخصها عبد اللطيف محمد خليفة (1988) فيما يلي:

-المعتقدات عبارة عن معاني يضيعها الفرد لمدركاته .

-المعتقدات إن مكتسبة، يكتسبها الفرد من خلال تفاعله مع البيئة.

-تمتاز المعتقدات بالثبات الشئ عبر الزمن .

-ترتبط المعتقدات بجانب معين من الحياة النرد كما يمكن أن تربط بعدة جوانب في نفس التوقيت

-يعكس مفهوم الفرد، تصوراته و مدركاته و طبيعة معرفته و بهذا فان المعتقدات تعتبر من العوامل الأساسية المتحكمة في سلوكيات الأفراد و استجاباتهم الكثيرة المختلفة. (عبد اللطيف محمد خليفة، 1998، ص52)

2- طبيعة المعتقدات :

للمعتقدات عدة أنواع حددها عدد من الباحثين في معتقدات دينية تتعلق بكل المقدسات وتوجه سلوك الأفراد في هذا السياق، كما نجد معتقدات شعبية، عبارة عن ظاهرة اجتماعية تترجم على الأفراد في محيطهم الإجتماعي بالإضافة إلى أنَّ المعتقدات معرفية وهي كما سبق وأشرنا إليه عبارة عن تقييمات الفرد لكل ما يحدث في حياته توقعاته، كما توجد معتقدات صحية العامة والتعويضية تخص أفكار الفرد حول الحالة الصحية والمرض قد تفسر اختياراته في تبني السلوك الصحي أو عدمه، ندرجها فيما يلي:

2-1 المعتقد الديني (La Croyance religieuse) : يعرف المعتقد بأنّه أوّل أشكال التغييرات الجمعية التي خرج من خير الانفعال العاطفي إلى حيّز التّأمل الذهبي ويبدو أن توصل الخيرة الدينية إلى تكوين المعتقد هو حاجة سيكولوجية ماسة ، لأن المعتقد هو الذي يعطي الخبرة الدينية شكلها المعقول الذي يعمل على ضبط أحوالها.

وتحدث هناك فترة صراع بين ما يداه الفرد غيبيا صعب التفسير فيضفه في عقله على أنه قدسي خارج حدود السيطرة، وبين ما يثير هذا المقدس من انفعالات تحاول التأمل والتفسير والكشف والتواصل إلى حقائق معينة إلى حين يتولد عنه ما يدعى بالمعتقد الذي تشترك الجماعة في صياغته وهو محاولة دمج أو تصالح الإنسانية مع الخارج المقدس بالإحساسات والانفعالات وهنا يتم فرز موضوعات معينة أو خلق شخصيات وقوى معنوية تستقطب الإحساس بالمقدس وتجذبه إلى خارج النفس وبذلك تتكون الصيغ الأولية للمعتقدات.

والمعتقد الديني شأن جمعي بالضرورة، وهو يوضح العلاقات أو الصلة بين عالم المقدسات وعالم الإنسان الدنيوي المادي، ويرسم صورا ذهنية لعالم المقدسات والذهنيان والأفكار التي غالبا ما تصاغ في شكل صلوات وتراتيل (**فراس السواح**، 1994، 47)

2-2 المعتقد الشعبي (**Le croyance populaire**): يُعرَّف المعتقد الشعبي على أنه ظاهرة اجتماعية تنتج من تفاعل الأفراد في علاقاتهم الاجتماعية وتصوراتهم حول الحياة والوجود وقوى الطبيعية المختلفة والمسيطرة والمتحكمة في تسير الحياة الكونية لأسباب عديدة أهمها :التراكم الاجتماعي للعادات .

و التقاليد و الأفكار فيصبح المعتقد ذا قوة فهو يأمر في خالة الإيجاب و يقهر في حالة السلب. (حسن الباش و آخرون، 1997، ص06)

يختلط مفهوم المعتقد الشعبي بمفهومه الأسطوري بحيث لا يمكن دراسة المأثور الشعبي بمعزل عن جذوره و دلالته و لا يسمى المعتقد شعبيا إلا إذا ارتبط بأصله الأسطوري أو الميثولوجي.

و تدل صفة الشعبية على المعتقدات التي يؤمن بها الشعب فيما يتعلق بالعالم الخارجي و العالم الفوق الطبيعي. .

2-3 المعتقد المعرفي :(**La croyance cognitive**): هي المعتقدات تخص طبيعة المعرفة و التعلم و لكن ليس بحس أو اتجاه فلسفي صارم و يعتبر بري (Perry)هو الرائد في صياغة المعتقدات المعرفية داخل علم النفس التربوي و هو يعتبرها بعدا معقدا وفرديا.

و ترى (2008) "(Hofer)"أن المعرفة الشخصية هي مجموعة محددة من الأبعاد الخاصة بالمعتقدات حول المعرفة و التعلم و المنظمة كنظريات و التي تتقدم في اتجاهات قابلة للتنبؤ بها بشكل عقلي و تنشط في السياق و تعمل بطريقة و ما وراء معرفية، ويختلف الباحثون في تناول مفهوم المعتقدات المعرفية و منهم من تناولها على أنها:

-بداية نهائية معرفية

-مجموعة من المعتقدات و الاتجاهات أو الافتراضات التي تؤثر في العمليات المعرفية.

-عمليات معرفية في حد ذاتها . .

4-2 المعتقد الصحي(La croyance de la santé): هو بدوره ينقسم إلى مفهومين رئيسين و هما المعتقد الصحي العام و المعتقد الصحي التعريفي ، بحيث تعرف "المعتقدات الصحية "على أنها تصورات و إحساسات خطر أو إعتقادات حول شدة المرض .

نستنتج من خلال ما سبق أن مفهوم المعتقدات واسع و متشعب فهو يمس مختلف الجوانب سواء دينية أو شعبية أو حتى معرفية ، و ما يهمنا في هذه الدراسة هو المعتقد الصحي العام الذي نحاول من خلاله التوصل إلى الأفكار التي يحملها الأفراد عن حالتهم الصحية سواء كانت صحيحة أو خاطئة.

3- النماذج المعرفية الاجتماعية المفسرة للمعتقدات الصحية:

3-1 نموذج المعتقد الصحي(Le Health Belief model (HBM :

وضع هذا النموذج في البداية من قبل روزنستوك Rosenstock (1966) وأيضا من قبل بيكر وآخرون Becher et all, (1970) ومفاد هذا النموذج بأنه نظام التنبؤ بالسلوكيات الصحية أو سلوكات الخطر انطلاقا من بعض العوامل المعرفية السلوكيات الصحية أو سلوكات الخطر انطلاقا من بعض العوامل المعرفية (تقييم الذات ، إدراك الذات اعتقاد الذات) ثم وضع هذا النموذج كرد على مثل برامج الصحة في علاج مرض السل.

وكذلك وضع لتنبؤ الاستجابة السلوكية العلاجية لدى المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة وحادة .ومع ذلك تم في السنوات الأخيرة استخدام هذا النموذج للتنبؤ بتشكيلة واسعة من السلوكات المرتبطة بالصحة و التي تتكون مكونات ذلك المعتقد الصحي في الأتي:

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

-**التعرض للمرض**: مثال ذلك، لدي فرص مرتفعة للإصابة بسرطان الرئة

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

-**التكاليف المترتبة على تنفيذ السلوكيات** :مثال ذلك التوقف عن التدخين يجعلني سريع الانفعال.

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

-**إرشادات الفعل**: و التي تكون أسبابها داخلية أعراض ضيق التنفس و خارجية معلومات على شكل منشورات حول التثقيف الصحي.

- وأضيف في سنة (1988) مفهوم "الكفاءة الذاتية "لمخاطبة تحديات السلوك الغير الصحي المألوف مثل "التدخين"

إذن كما سبق و أن ذكرنا أن سنة 1994 أعطى كل من العلماء Rosenstock, Strecher, Becker المتغيرات الصحية وهي:

- التهديد المدرك ويتضمن جزئين:

– سهولة التأثر المحسوسة لشروط الصحة و تتضمن الفهم الشخصي للإحساس بالخطر الذي يهدد الصحة.

– الشدة المحسوسة لشروط الصحة و هي أحاسيس متعلقة بجدية المرض أو تركه غير معالج و يدخل هنا التقييمات الفردية للنتائج الطبية و النتائج الإجتماعية المحتملة.

- المنافع المدركة :التأثير الإيجابي المعتقد للإستراتيجيات والسلوكيات للتخفيض من تهديدات المرض.
- إدراك الموانع :النتائج السلبية المحتملة التي قد تنتج من سلوكيات عدم الحفاظ على الصحة.
- المتغيرات الأخرى: و نقصد بها الهيكلية التي تؤثر على تصورات الفرد و على السلوكيات المتعلقة بالصحة بشكل غير مباشر مثل الدعابة ، الإعلان الذي يحفز الناس لاتخاذ الإجراءات الصحية، المستوى الثقافي و الفكري للفرد.

إذن نموذج المعتقدات الصحية طور أولا من Rosenstock في أواخر الخمسينيات وبداية الستينات ثم من Becker وزملائه على مدار السبعينات والثمانيات وهدفه كان توقع سلوكات صحية وقائية والرد السلوكي لمعالجة المرض، وخلال السنوات الأخيرة استعمل النموذج لتوقع العديد من السلوكات المتعلقة بالصحة خاصة منها السلوكات الوقائية.

وطبقا لنموذج المعتقدات الصحية فالسلوك هو ناتج عن مجموعة الإعتقادات الرئيسية التي أعيد تحديدها على مر السنين، بحيث يعتبر نموذج المعتقدات الصحية نمط يستعمل لتقيم أو للتأثير على تغير سلوكات الأفراد بغية تحقيق شروط صحية . (pelletier, 2001,p89)و لنموذج المعتقدات الصحية صدى مهم في القيام برامج وقائية متنوعة السل، السيدا، السرطان، ومؤخرا الأمراض القلبية الوعائية .استعمل هذا النموذج في برامج إعادة التأهيل لإظهار دور المعتقدات الصحية للمرضى الذين أصيبوا بنوبات قلبية .

2–3 نظرية السلوك المخطط (TPC) La théorie du comportement planifie :

- طور Ajzen (1985 – 1991) هذه النظرية وهي مكملة لنموذج الفعل المبرر من خلال دمج السيطرة السلوكية المدركة بالإضافة إلى المواقف بالنسبة للسلوك وللمعاير الذاتية.

(Bruchon–schweitzer et Boujut, 2014, p.404)

–تعتبر السيطرة المدركة على السلوك le contrôle comportemental perçu مفهوم مشتق من الفعالية المدركة Bondura (1977) وهي ثالث عامل مبني بنية السلوك ، وتعتبر هذه الأخيرة منبئ أساسي لتبني فعال لهذا السلوك ، ونتجت من دمج (3)أنواع من المعتقدات كما جاء في:

- الاتجاه العام نحو السلوك الذي يعتمد على التقييم لهذا السلوك أقل أو أكثر إيجابية وعلى المعتقدات المرتبطة بنتائجه مثل (من الممتع ممارسة الرياضة وهذا قد يحسن حالتي الصحية أيضا.)

- المعايير الذاتية التي تعتمد على كل من المعايير الاجتماعية (الضغوط التي تدفع الفرد إلى تبني سلوك معين)وتبني الفرد لهذا المعيار(محيط يدفعني لفقدان الوزن وأنا أهتم برأيه.)

- تعتمد السيطرة المدركة على السلوك الذي يقوم على الاعتقاد بأننا قادرون على تبني سلوك معين صحي أو وقائي، على عوامل داخلية (قدرات، معلومات، جهود) وخارجية (فرص، عوائق) ويمكن أن تؤثر على السلوك بطريقة غير مباشرة عن طريق وساطة النية ولكن أيضا بطريقة مباشرة

وقد طبق هذا النموذج على عدد كبير من السلوكيات الوقائية (الفحص الذاتي للثدي أو للخصيتين، واستعمال الواقي، تبني حمية غذائية).

حيث نشرت مجلة علمية تدخلات مبنية على نموذج السلوك المخطط بأن من بين 30دراسة نجد 23منها لاحظت تغير فعال في السلوك، وهذا ما دفع بكثير من الكتاب إلى تقييم التغيرات في السلوك بطريقة موضوعية.

تسبب التعديلات المتزايدة للنموذج حسب تعقد الظاهرة تبني سلوك صحي، ويرجع ذلك لكونها تحسن التنبؤ به خاصة فيما يتعلق بمشاركة في النشاطات البدنية وتبني سلوكيات وقائية (المتعلقة بالسرطان والسيدا) و حسب Finlay, Conner, Sherman, Trafimow (2002) :

يسهل التمييز بين التحكم المدرك بالنسبة للسلوك الصحي بين الصعوبة المدركة على القيام به، بحيث تقابل الصعوبة المدركة تقييم المجهود الضروري للنجاح في تبني السلوك بينما التحكم المدرك هو تقييم الفرد لقدرته على الاستجابة بطريقة إرادية، يتعلق الأمر بجانبين مختلفين يمكن أن يتأثر بعوامل مختلفة تماما وتصبح الصعوبة المدركة منبئ أفضل السلوك مقارنة بالتحكم المدرك.

نجح نموذج السلوك المخطط والنماذج الأخرى في تنبؤ بالسلوك عن طريق تمييزهم وإضافتهم للصعوبة المدركة وبين التحكم المدرك، تقوم مسلمات هذا النموذج على أن أهمية الاتجاه نحو السلوك الصحي تقوم على القيم الذاتية للفرد وأيضا السلوك التابع المتوقع من قبل السياق الثقافي المجتمعي أي أننا نستطيع التحكم في مجريات السلوك الصحي أو قمنا بعمل تغيير في النسق المعرفي للشخص وفي المقابل تغيير مستوى الوعي الصحي المجتمعي عن طريق البرامج الإعلامية التوعوية والبرامج الوقائية المستهدفة لفئة بعينها من المجتمع، وإذا قمنا بعملية إدماج النموذجين النظريين سنصل إلى فكرة أن الفرد في تفاعله مع الآخرين والبيئة المحيطية به يتخذ قرارات ذاتية وهو يتمتع بالحرية الكاملة في اختيار أنماط أفعاله، ولكن إذا استطاع المجتمع عبر قنواته المختلفة خلق وعي مجتمعي صحي وقوانين ومعايير وعقوبات للحد من السلوكيات الضارة تحت سن البلوغ كفيلة بالحد من نسبة المدخنين في المجتمع، وينبغي أن تكون البرامج الوقائية الصحية موجهة لتغيير السياق الثقافي والاجتماعي والاقتصادي على فترات زمنية طويلة، في الأسرة، المدرسة، ودور العبادة والإعلام وجميع القنوات التي تساعد في ترسيخ السلوكيات الصحية الايجابية و الابتعاد هن تبني السلوكات الصحية السلبية.

3-3النموذج الممتد للعمليات الموازية **Le modèle étendu des réponses parallèles** : (**EPPM**)

طور هذا النموذج Witte (1992) حيث يقيم الفرد في هذا النموذج مثل نموذج الدافعية للحماية، التهديد وفعالية استجابته تجاه هذا الأخير بحيث يقيم التهديد أولا، بإدراكه للتهديد على أنه غير مهم لا يخاف وبالتالي ليس لديه الدافعية لتغير سلوكه، فعالية الاستجابة هنا تشبه تقييم الإستجابة للتعامل كنموذج الدافعية للحماية، الذي نعرضه .حيث يكمن الفرق بين النموذجين في كون الشعور بالخوف له مكانة مركزية في النموذج الموسع للاستجابات المتوازية، بينما تقسم فعالية السلوك الوقائي يلعب دورا ثانويا، مثلا إذا كان التهديد (أكل غني بالدهون) مدرك على أنه لا توجد دافعية كافية لدى الفرد لكي يلتزم بعملية تغيير السلوك، فإنه بكل بساطة سيتجاهل المعلومة، وفي المقابل عندما يرى الفرد المخاطر الصحية على أنها جدية يشعر بالخوف، وهذا الخوف هو الذي يدفعه إلى إعادة النظر وتصور استراتجيات مواجهة التي يمكنه استعمالها واللجوء إليها في حالة عدم نجاح الاستراتيجيات الأولى.

(Schweitzer – Bruchon, 2014, p.413)

3-4 نماذج مراحل التغير **Les modèles en stades de changement**:

من خلال عرض النماذج المعرفية الإجتماعية المفسرة للمعتقدات الصحية نلاحظ أنها متواصلة، يتم في الأخير الدمج بين مختلف المنبئات في نفس المعادلة التي تقودنا إلى المرور بالفعل و هدف التدخلات في هذه الحالة هو مساعدة الناس للإتجاه نحو مسارات مؤدية إلى مخارج، حيث طور بعض المؤلفين مؤخرا نماذج ترتكز على مراحل تفيد بأن عملية التغيير تتكون من عدة مراحل متفرقة مختلفة نوعيا، و يتعلق الأمر بعملية تسلسلية تشمل مراحل منتظمة يترتب عليها المرور بها الوصول إلى المرحلة الأخيرة التي تتمثل في تبني السلوك الوقائي(نفس المرجع السابق، 413)

حسب Sutton و Rethman (1998) لنموذج لمراحل التغير **ثلاثة خصائص**:

- تكون المراحل محددة بمعارف، انفعالات و سلوكيات محددة.
- تكون العملية تسلسلية، يمر الأفراد من مرحلة إلى أخرى التي تليها إلى غاية آخر مرحلة لكن يمكنهم العودة إلى مرحلة سابقة.
- يواجه الأفراد الذين هم في نفس المرحلة نفس العقليات للمرور إلى المرحلة التالية لكن تختلف العقليات من مرحلة إلى أخرى التي يواجهونها (نفس المرجع السابق، ص414)

إذن نستخلص **أن هذا النموذج** يشير إلى عملية التغيير التي تتكون من عدة مراحل تسلسلية تشمل مراحل منتظمة يترتب على الأفراد المرور بها لتبني السلوك الوقائي، وتكون هذه المراحل محددة بمعارف وانفعالات وعقبات تميزها كما أنه على كل الأفراد وفي وقت معين أن يكونوا في مرحلة من المراحل.

3-5 النموذج عبر النظري للتغيير:

يعتبر هذا النموذج من أقدم النماذج (Proshaska et al) 1992 يمر الفرد بمراحل متتالية لتغيير، تتميز المرحلة الأولى بنقص في التحفيز للتغيير و تعرف بمرحلة قبل التفكير Pré-contemplation تليها المرحلة التي يرغب فيها الأفراد بالتغيير على المدى المتوسط (عادة تحدث بين شهرين إلى 6أشهر) و هي مرحلة التفكير Contemplation، ثم مرحلة التحضير Préparation وهي المرحلة التي يملك فيها الأفراد المراحل السابقة ليشعروا في هذه المرحلة أنهم مستعدون.

وتليها مرحلة الفعل Action وهي المرحلة التي تمتد في الزمن، تقابل طوال 6أشهر الأولى لتغيير، بعدها نجد مرحلة الحفاظ على التغير عبر الزمن Maintenance والمرحلة السادسة والأخيرة هي المرحلة التي لا يفكر فيها الرجوع إلى السلوك المرضي الأول وهي المرحلة النهائية.

تقابل مراحل الأولى الثلاث العمليات التحفيزية، أما المرحلتان اللتان فتقابل العمليات السلوكية، من المفترض أن يمر الأفراد من مرحلة الأخرى بالترتيب، و يقترح النموذج الغير النظري 10عمليات للتغير تسهل المرور من مرحلة إلى أخرى متمثلة في الجدول التالي:

الجدول رقم :(01) يوضح النموذج عبر النظري حسب Sunrehotta و :(2012) Aunger

المرحلة	التعريف	عملية التغير
ما قبل التفكير	عدم التفكير جديا بتغير السلوك	-رفع الوعي لفائدة تغير السلوك -التعبير عن الأحاسيس المتعلقة بالسلوك المشكل والحلول الممكنة إعادة تقييم المحيط.
التفكير	التفكير ا الجاد في تغير السلوك خلال ستة أشهر المقبلة لكن ليس خلال الشهر المقبل عدم محاولة تغيير السلوك في السنة القادمة	إعادة تقييم ذاتي
التحضير	التفكير الجاد في تغيير السلوك خلال 30يوم المقبلة	• التحرر ذاتي
الفعل	الستة أشهر الأولى لتعبير	• التحرر الاجتماعي • السطوة على الوضعية • الحلول البديلة
الحفاظ على التغيير	محافظة على التغيير مند أكثر من 6أشهر	• دعم اجتماعي

النهاية	الغياب المطلق لمحاولات الرجوع للسلوك المرضي	• تسير المساعدة • عدم الحاجة لبذل مجهودات للمحافظة على السلوك

3-6 نموذج عملية الوقاية المتكيف le modèle du processus de précaution adapté (PAPM) طور Weinstien (1988) هذا النموذج و يتعلق الأمر بنموذج يتكون من مدة من حل و تكمن ذروته في الاعتماد الفعلي على السلوك و يضع weinstien (1988) وهو أيضا الهشاشة الفردية المدركة في مركز نموذجه.

عدد مراحله سبعة وهي كالتالي:

- عدم الوعي الكلي لتأثير سلوك ما على الصحة
- تكوين الرأي
- تأجيل الحكم بدون أخد قرار.
- يقرر عدم التصرف على الأقل ليس فورا.

يمكن أن يكون الأفراد الذين يختارون عدم التغيير سلوكهم مقاومين للرسائل المقنعة و يقومون بأفعال تحمي قراراتهم ن لكن يمكن أخد القرار المعاكس مستقبلا أي تنبي السلوك الوقائي و أخيرا يمكنهم البدء في القيام بالسلوك تم المحافظة على التغيير.

3- 7 نموذج عملية الفعل في الصحة: Le modèle du processus d'action en santé (HAPA)

وضع Schwarzer (2008) نموذج عملية الفعل الصحي و هو مستوحي من نموذج مراحل الفعل Hekauesn (1991) حيث أن هذا الأخير غير مرتبط بالسلوكيات الصحية علة وجه التحديد وهو يفترض أن عدة مراحل تتوالي لدي الأفراد قبل و بعد الفعل .

يصف نموذج Heckausen أربع مراحل:

- المرحلة قبل الفعل التحضيرية :مركزة على اختبار هدف للوصول إليه .
- مرحلة قبل الفعل الاختيارية :تركز على التخطيط
- مرحلة الفعل الإداري :يتصرف الفرد فيها (يقوم بالفعل)
- مرحلة بعد الفعل التحضيرية :يفحص فيها الفرد الكفاية بين الهدف الذي سعى إليه والنتيجة التي تحصل عليها.

ويبرز هذا النموذج ثلاث مراحل انتقالية بين هذه الراحل الأربعة :

- التحفيز العام للنية (العزم)من التحفيز العام إلي النية

- ومن النية للعزم الفعل (من النية إلى العزم الفعل)
- ومن الفعل إلى تقييم الفعل

ويصف هذا النموذج عاملا زمنيا لفهم العلاقة بين المعتقدات والسلوك، ويقترح أن الأفراد في البداية ما يتحملون أو لا يتحملون والسلوك، ويقترح أن الأفراد في البداية أما يتحملون أو لا يتحملون(السلوك مرحلة الدافع)ومن ثم وضع خطة لبدء والحفاظ على هذا السلوك (مرحلة العمل.)

وفقا لـ HAPA فإنه يرصد مرحلة الدافع والتي تتكون من المكونات التالية:

- الكفاءة الذاتية EFFICACY SELFعلى سبيل مثال أنا واثق من أن أستطيع التوقيف عن التدخين .
- توقعات النتيجة Outcome Expectoncies على سبيل المثال، سيتم وفق التدخين لتحسين صحي، التي لها فرعية المتوقع النتيجة الاجتماعية (مثل أشخاص آخرين يريدون مني التوقف عن التدخين وإذا أتوقف عن التدخين فسوف أكسب موافقتهم).
- تقييم التهديد Thread Apparias ويتكون من المعتقدات حول شدة المرض و تطور الضعف الفردية .

- نموذج المعتقدات الصحية التعويضية :يعتبر هذا النموذج من بين أحدث نماذج نظرية المعتقدات الصحية قام بتأسيسه كل من مارجوري رابيو، باربال كنوبر وبول ميكلون "Marjorie Rabian, Barbel Knauper and Paul Miquelon".

حيث اعتمد في السعي لتحقيق أهداف هذا النموذج على نظرية حماية الدافع حيث اعتمدوا في السعي لتحقيق أهداف هذا النموذج على نظرية حماية الدافع la motivation de protection روجوز (1983- 1975) نظرية السلوك المخطط التي سبق واشرنا إليها و نموذج شقارتر (1999-1992)الذي جمع بين النموذجين السابقين ونموذج التوافق الذاتي شيلدون 2002، شيلدون والبوك (1999)الذي يستند إلى مفاهيم نظرية في تقرير المصير المعاملة الخاصة، التعاملية والمقرر وريان (2000-1985)حيث قاموا بتعريف السلوك الصحي الذي يندرج ضمن هذه النماذج الثلاثة على أنه سلوك ناتج عن معتقدات صحية تعريفية، و يعرض هذا النموذج محاولة لتفسير سبب تطوير الأفراد يمثل هده المعتقدات لمقاومة الإغراءات الذاتية، وكذلك على مدي قدرة الأفراد على السلوك بالاختبارات الصحية والنتائج الصحية .

وتشمل العناصر الرئيسية لنموذج على:

-الصرع القائم بين الرغبة والهدف :أو على ما يسمى بالتنافر الإدراكي . La dissonance cognition

-التوافق الذاتي l'objectif d'autre concordance: أي مدى يمكن للفرد أن يسعي إلي تحقيق أهدافه الشخصية الذاتية.

-الفعالية الذاتية :

-تحقيق أهدافه الشخصية الذاتية

-النوايا Les intentions

-تنفيذ النوايا أو الخطط Agzen (1991)

إن العمليات التي وصفها هذا النموذج أنَّه بغض النظر عن استبعاد الصراع بين الرغبات والأهداف الصحية أي التنافر الإدراكي تتيح للفرد الفرصة أن يصبح مرتاحاً، ولكن ذلك باعتماده على سلوكات أو نشاطات سلبية، حيث بعد قيامه بهذه يبدو أنه في حالة صحية سيئة وهنا لا تنتهي هذه السلوكيات إلا إذا قام إما بتنفيذ الغرض (سلوك التعويض) أو قيامه بسلوك يسمح له بإلغاء النية .

(سعاد خشاب 2011)

قائمة المراجع

قائمة المراجع باللغة العربية:

1-الباتن ،ح. و السهيل، م.ت. (1997). المعتقدات الشعبية في التراث العربي (ط1) . دار الخليل.

2- خليفة، ع.م. (1998) ، دراسات في علم النفس الاجتماعي (المجلد1). دار قباء للطباعة والنشر.

3- السواح، ف. (1994). دين الإنسان (ط1). سوريا، دمشق:علاء الدين.

4- سيد عبد الله، م. (2001). بحوث في علم النفس الاجتماعي(المجلد2).القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر.

5- خشاب، س. (2011). علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الأمن لدى المتزوجين. أطروحة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الصحة، جامعة باتنة.

قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

1-Pelletier, O. (2001). Validation du questionnaire des croyances reliées à la santé et du pourquoi s'inquiéter face à la santé auprès d'étudiants universitaires francophones. Mémoire de maitrise, faculté des études supérieures de l'université lava.

2-Schweitzer , M.B. (2002). Psychologie de la santé. (1er Ed). Paris : Dunod.