

علم النفس الصحة: النماذج و المفاهيم و التطبيقات

ا. د. دليلة زناد د. بورجي شاكر أمير الدين

مخبر علم النفس الصحة و الوقاية و نوعية الحياة

جامعة الجزائر2

ملخص :

هذه المداخلة هي عبارة عن نظرة شاملة حول علم النفس الصحة، ظروف تطوره، وتقدم الأبحاث فيه، وارتقائه إلى تخصص مكمل للتخصصات الأخرى التي تهتم بالصحة في إطار نموذج البيوطبي النفسي والاجتماعي. إذ لا بد من الإشارة إلى أنه مع التقدم السريع للبحوث في مجال الصحة في السنوات الأخيرة، تغيرت التطلعات إلى فهم الصحة والمرض، واتجهت الجهود العلمية والأكاديمية نحو ضم العوامل النفسية والاجتماعية إلى نشأة وتطور المرض.

ومنذ ظهور النموذج البيوطبي النفسي الاجتماعي لأنجل (Engel, 1980) إلى النموذج الأحدث في المجال الصحي (علم النفس العصبي الغددي والمناعي)، هناك العديد من النماذج التي دعمت فكرة أن بعض السوابق الاجتماعية والنفسية (مثل السمات والخصائص الشخصية والمعرفية) أن تلعب دوراً مهماً للإصابة بالمرض، وتساعد على هشاشة الجهاز المناعي.

وعلى هذا الأساس تولدت الحاجة إلى علم النفس الصحة لدراسة مختلف العوامل النفسية الاجتماعية والمعرفية التي تلعب دوراً (مباشر أو غير مباشر، سلبي أو ايجابي) في نشأة وتطور المرض، والتي من شأنها التعجيل في ظهور المرض أو تأجيله أو الحد من مضاعفاته ومخلفاته على الفرد. كما يمكن التنبؤ للمرض من خلال عوامل نفسية اجتماعية (Risques psychosociaux) تكون كمؤشرات خطر على الصحة، وبالتالي إمكانية الوقاية.

- مقدمة:

الصحة والمرض مفاهيم قديمة تعود إلى قدم الإنسان، ولعل العثور على جمجمة عليها آثار تشريح ترجع إلى العصر الحجري هو دليل على محاولات الإنسان الأولى لفهم وتفسير الصحة والمرض. وهناك العديد من التصنيفات القديمة للأمراض، والملاحظات العيادية لحالات مرضية، والتنبؤ بالصحة والمرض من خلال أنماط سلوكية وجسمية معينة، كما نجد عدة تطبيقات علاجية وطبية قديمة تعطي نتائج فعالة. ويعود توثيق بعض الطرق العلاجية إلى حضارة ما بين النهرين (1782-1686 قبل الميلاد)، كما نجد التطبيقات المصرية القديمة واليهودية ذات الطابع الديني والشعوذة. أما في الهند فقد اكتشفت طرقاً بدائية ولكنها ناجحة في التطعيم من بعض الأمراض باستعمال سموم الأفاعي وبعض المواد النباتية، واشتهرت الصين بطريقة الوخز بالإبر وهي طرق مازالت معظمها تستعمل ليومنا هذا. وازدهر الطب في اليونان

مع أعمال ديمقريط (Démocrite, 460-370 av JC) وسقراط (Socrate, 470-399) والتي بدأت حينها تتصف بالعلمية، وكانت الصحة بالنسبة إليهم هي نتيجة إفرزات لمختلف أمزجة الجسم. في حين لم تتأخر بغداد عن الدراسات العلمية حول الصحة التي قدمها الرّازي وابن سينا (980-1037) صاحب 150 كتاب في الصحة والمرجع الطبي "قانون الطب"، ولقب بأمر الأَطباء. وما يميز تفسير الصحة في هذه الحقبة الزمنية هي تفسيرات ميطافيزيقية مثل لعنة الألهية، مس شيطاني والروح المغضوب عنها (Jos. A. Massard, 2002).

1- النماذج الكلاسيكية في تفسير الصحة والمرض:

أ- النموذج البيوطبي: لقد ساد التفسير البيوطبي (Le Modèle Biomédical) في القرنين السابع عشر والثامن عشر مع تطورات التي شهدتها علوم التشريح، ويرى أن أسباب المرض عضوية محضة، وذات خصائص فزيولوجية، طبيعية، حيوية، بيولوجية، ميكانيكية وكيميائية، ولا يتم دراستها إلا بالطرق المخبرية التجريبية والتشريحية (Alain Lellouch, 1994). ويعتبر أن جميع الأمراض يمكن تفسيرها على أساس العمليات الجسمية الظاهرة، مثل حالات عدم التوازن البيوكيميائي أو الشذوذ في العمليات العصبية الفزيولوجية. وقد قدمت له انتقادات عديدة ووصفه الباحثين بأنه نموذج اختزالي (Réductionniste) يختزل الصحة في اضطراب الوظيفة الحيوية (البيولوجية) للخلية أو فقدان التوازن الكيميائي، دون العودة إلى العوامل المسؤولة عن حدوث هذا الاضطراب. كما أنه أحادي البعد ويركز على تفسير الصحة من خلال المرض، ولا يهتم تماماً على الظروف التي تساعد على الارتقاء بالوضع الصحي (G. L. Angel, 1977).

ب- النموذج الوبائي: (Le Modèle Epidémiologique)، تعود المحاولات الوبائية الأولى إلى (R. Coll) تلميذ ابن سينا في نهاية القرن العاشر لإحصاء معدل وفيات الطاعون، وكذلك محاولات بير سيفال (Percivall Pott, 1714) وهو طبيب له إسهامات في مجال الطب، وقد لاحظ ارتفاع سرطان الخصيتين بين منظمي المداخن بانجلترا (Kipling and Waldron, 1976) لكن جون سنو (John Snow, 1813-1858) هو أب علم الأوبئة، إذ استطاع التوصل إلى أن الإصابة بمرض الكوليرا تتم عن طريق انتقالها من خلال الماء الملوّث في لندن عام 1854 فشرع في رسم خريطة المرض وأصبح قادراً على حصر مصدر المرض ومنه استطاع بلورة نظريته وتأكيدهما. (Hempel, 2006) (هناء أحمد محمد الشويخ، 2012) ومع التطور السريع الصناعي والاقتصادي وتراكم البنائيات الفوضوية وظهور مدرسة التشريح (l'école de l'anatomo-clinique de Paris) واكتشافات باستور (Pasteur 1870-1880) بفرنسا حول ميكائزات التعفن، وأن المكروبات سبب انتقال الأمراض ويمكننا علاجها والوقاية منها، واكتشافات كوش (Robert Koch) في نفس الحقبة الزمنية بألمانيا حول إمكانية تربية ودراسة البكتيريا. (Rosen, 1964) ونشأة علم البكتيريا تمحورت تفسيرات الصحة حول السيطرة على الأمراض المعدية والقابلة للانتقال عبر الماء، الحليب، المواد الغذائية والحشرات. (Beoit Gaumer, 1995, p 48) وقد استفاد النموذج الوبائي الكلاسيكي من النموذج البيوطبي وأضاف إليه العوامل البيئية في الانتشار، وما زال يستعمل كمنهج طبي ليومنا هذا، مع ذلك فقد أهمل آنذاك الكثير من العوامل الاجتماعية والنفسية، مما مهد لظهور نماذج أكثر حداثة وشمولية.

ج- التفسير البسيكوسوماتي (Le Modèle Psychosomatique): لقد حاولت مدرسة شيكاغو على يد ألكسندر (Alexandre, 1940-1950) وضع بروفايلات معينة للشخصية حسب الأمراض التي تقدمها. بالنسبة لألكسندر، العرض ما هو إلا تعبير عن صراع داخلي، وقدم مصطلح عصاب العضو. فمثلاً في حالة القرحة المعدية (L'ulcere Gastrique) هناك ارتفاع في الإفرازات المعدية قبل الأكل، وتحدث نتيجة الانفعالات السلبية التي ترفع معدل هذه الإفرازات في الجسم بطريقة مرضية ومفرطة. وبالنسبة لألكسندر فإن هذه الإفرازات تكون تحت مراقبة أنماط الشخصية.

وقدمت مدرسة باريس (P. Marty, 1961) مصطلح التفكير الإجرائي أو العملي (Opératoire)، وهو نمط من التفكير غير المرن والملتزم. ويفترض هذا التصور النظري أن الحياة مليئة بالصراعات

النفسية بين الرغبات والواقع. وعلى العموم فإن الجهاز النفسي يعمل على تسيير هذه الصراعات وحلها متجنباً الاحباطات عن طريق العقلنة (*la Mentalisation*). وفي حالة الأمراض السيكوسوماتية، هذا العمل يستحيل أو يصعب كثيراً، أي العقلنة وإرسان الصراعات يكون غير ممكناً.

إن هذه الملاحظات على بعض الحالات في بعض الوضعيات ومع ظروف معينة يمكن أن تكون سببية للمرض، ولكن المشكلة تبقى في عدم إمكانية التعميم، فبعض المرضى هم بالفعل من ذوي التفكير الإجرائي، ولكن مرضى آخرين ليسوا من هذا الصنف، كما أن آخرين من ذوي التفكير الإجرائي لم

يصابوا بأي مرض. (L. Chneiweiss et J. Dischamp, 1999)

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

2- النماذج الحديثة في تفسير الصحة والمرض:

أ- **الطب السلوكي** (*La Médecine Comportementale*): لقد ظهر الطب السلوكي في سنوات السبعينيات، حيث تم تأسيس قسم الطب السلوكي وتكوين جمعية الطب السلوكي سنة 1973 وتم إعداد مجلة الطب السلوكي سنة 1978. يعتمد هذا النموذج على العلاجات السلوكية للوقاية وعلاج بعض الأمراض الجسمية والفزيولوجية ويهتم بالتحليل الوظيفي للسلوكات المصاحبة للمشاكل الطبية والصحية وكذلك السياقات السيكوفيزيولوجية لهذه السلوكات، كما يهتم أيضاً بسلوك المعالجين تجاه مرضاهم وبجهودهم تجاه برامج الوقاية والعلاج. والطب السلوكي من وجهة نظر واسعة يفسر أن بعض الاضطرابات النفسية مثل القلق والاكتئاب تؤدي إلى الضغط وفي الأخير تكون كمصدر للإمراض العضوية. (دليلة زناد، 2013) كما يهتم هذا النموذج بالجانب الايجابي للارتقاء بالصحة، وعلى أساس تفسيراته للصحة يقدم نموذج الطب السلوكي أساليب سلوكية صحية، وأخرى وقائية وعلاجية في آن واحد. وقد قدم هذا النموذج إسهامات كبيرة في ظهور النموذج البيوطبي النفسي الاجتماعي لاحقاً بل وأصبح جزء منه.

- **النموذج البيوطبي النفسي الاجتماعي (BPS)**: منذ ظهور أول نظريات في هذا النموذج (*Le Modèle Biopsychosocial* لأنجل (Angel, 1980) إلى التطور الكبير الذي شهده هذا النموذج من خلال نشأة علم النفس العصبي المناعي (*La psycho-neuro-endocrino-immunologie*)، هناك العديد من الاقتراحات النظرية التي حاولت تقديم تفسيرات علمية للصحة والمرض، وكلها تصب حول الظروف الاجتماعية التي نشأ فيها الفرد وسوابقه الجسمية وبعض الخصائص الشخصية. وتدخل هذه العوامل في تفاعل مع مجموعة من الاستجابات الموقفية التي يمكنها أن تؤثر على مختلف الأجهزة الفزيولوجية للفرد، فتنتج إخلالاً بالتوازن الانفعالي والفزيولوجي للفرد. (Kiecolt-Glaser et al, 2002a, 2002b, 2009) وبالنسبة لهذا النموذج (BPS) فإن بعض الخصائص الشخصية (كالعدوانية، العجز والاكتئاب، والمشاعر السلبية) إذا تزامنت مع حالات سلبية مستمرة في الزمن فإنها سوف تقوم بتنشيط لمحور الكورتيكوتروب (*L'axe corticotrope*)، ويزيد من مستوى إفراز هرمونات الضغط (*Catécholamines, Cortisol*) في الجسم محدثاً بدوره أثار رجعية على تحفيز منحدر جهاز الغدد الصماء ومختلف الوظائف العصبية-الغددية-المناعية التي تسبب هي الأخرى ردود أفعال جسمية كالالتهابات والمشكلات الحشوية-المزاجية (*altérations endothéliales*) كالسرعة الاستثارة والاكتئاب، وهذه التفاعلات من شأنها أن تعجل الإصابة بالأورام السرطانية (عند النمط C) أو تحد من مقاومة التعففات والالتهابات (في حضور المشاعر السلبية).

العديد من العوامل الاجتماعية (أحداث وظروف الحياة) تتفاعل مع العوامل النفسية (الضغط الحاد، غياب الدعم الاجتماعي، الاكتئاب، العجز...) فينتج عنها فرط في النشاط الغدي والإفرازات الهرمونية وإنهاك جهاز المناعة، هذا ما يجعل الظهور أو التطور السريع لبعض الأمراض (بأنواعها)

محتملاً. وقد تم تجريب هذا النموذج بطرق مختلفة على الإنسان والحيوان. (Argaman et al, 2005 ; Antoni et al, 2006 ; Lutgendrof et al, 2011 ; Thaker et al, 2008) التهابات مع مشاعر سلبية تؤدي إلى مشكلات صحية مختلفة: الأمراض الوعائية القلبية، السكري نمط II، متلازمة الأيض والسمنة (Jaremka et al, 2013) وبالمقابل فإن عوامل الإنفاذ (Les facteurs Salutogènes) كالتفاؤل، التحكم، المشاعر الايجابية... تحدث حالة من التحكم المدرك والاسترخاء مصحوبة بأقل قدر من الإفرازات الهرمونية المرتبطة بمحور الكورتيكوتروب (L'axe corticotrope) مستوى متوازن من إفراز هرمونات الكاتيكولامين والكرتيزول (Catécholamines et Cortisol) عمل عضلات القلب في أحسن الظروف، ودفاعات مناعية فعالة (Chida et Steptoe, 2009 ; Ferguson, 2013) (M. Bruchon Schweitzer et E. Boujut, 2014)

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

وعلى أساس هذا النموذج التكاملية والشمولي في تفسير الصحة والمرض، قدمت منظمة الصحة العالمية (OMS, 1946) التعريف الأكثر شيوعاً واستعمالاً في المجالات الطبية والصحية "الصحة حالة من الرفاهية الجسمية والنفسية والاجتماعية. (OMS, 2003) ويعرفها 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 (APA, 2015) ومنه أضحي تكاثف الجهود بين مختلف العلوم الطبية، البيولوجية، الاقتصادية، الاجتماعية والنفسية أمراً ضرورياً للوقوف على الصحة والتنبؤ بها ومحاولة ضبطها، وظهرت اختصاصات علمية مهمة يتكفل كل اختصاص بجانب معين من جوانب الصحة. ففي علم النفس ظهر علم النفس الصحة لدراسة سيكولوجية الصحة (الصحة من الجانب النفسي).

3- تعريف علم النفس الصحة:

ظهر هذا الاختصاص في أمريكا كملحق في العلوم الطبية والصحية وكان يعتمد خاصة على البيانات الكمية والطرق الوبائية في منهجه. وفي 1979 تم ترسيم علم النفس الصحة من قبل الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA)، ثم حُدِّدَت معالمه في 1985: " يهدف علم النفس الصحي إلى الوقاية، التشخيص والتكفل بالمرضى، ويدرس العوامل السيكولوجية، الاجتماعية، الانفعالية والمعرفية التي تلعب دوراً في سلوكيات الصحة والمرض، وإلى الكشف عن الجوانب النفسية لسببية المرض، وكذلك العوامل التي تحمي الصحة". ولعل من أهم التعاريف التي قُدِّمَت لعلم النفس الصحة هو تعريف ماتتارازو (Mattarazo, 1984): "علم النفس الصحة هو تطبيق مبادئ ومعارف علم النفس في فهم الصحة والمرض". (G. Fischer et C. Tarquinio, 2014)

إن علم نفس الصحة هو مجال البحث الأساسي والتطبيقي الحديث وفي تطور متواصل على المستوى العالمي. فهو يهدف إلى الدراسة والفهم والتنبؤ بالعوامل السيكولوجية التي تلعب دوراً في ظهور الأمراض العضوية والتي تستطيع أيضاً أن تعجل أو تبطل تطورها. (B.Schweitzer, 1994) ونموذج علم النفس الصحة لا يتجاهل النماذج السابقة ولكن يدمج هذه النماذج ويقترح نموذجاً متعدد العوامل، تفاعلياً. كما يدمج الخصائص الشخصية ويعتبرها كسوابق والأحداث الضاغطة كمفجرات للأمراض العضوية ويضم علم نفس الصحة فرضيات ونتائج الدراسات البيوطبية الكلاسيكية (اثر العوامل المرضية الخارجية) وأحداث الحياة الضاغطة والفرضيات السيكوسوماتية الدور المضر أو المحافظ لبعض بنيات الشخصية ونتائج الدراسات الوبائية (أنماط الحياة الخطيرة والخصائص السوسيوديمغرافية) وذلك لدراسة

كيف أن هذه العوامل تؤثر كل واحدة على حدى أو متداخلة فيما بينها في ظهور وتطور الأمراض. والصحة الجسدية ليست قضية طبية فقط إذ نعلم منذ عدة سنوات أن العديد من العوامل النفسية الاجتماعية تلعب دورا مهما في صحة المرض منذ عدة سنوات اجتمع عدد من الباحثين من تخصصات متعددة في ميدان علم النفس (علم النفس الاجتماعي، العيادي، الطبي والفيزيولوجي) وعملوا على دراسة المرضى الذين يعانون من أمراض عديدة (أمراض القلب، السرطان، مشاكل الهضمية والتنفسية، أمراض الجلد، والسيدا) وذلك لمعرفة دور المتغيرات السيكولوجية في حدوث هذه الأمراض وكذلك لفهم السياقات المرضية (ظهور تفاقم وانتكاس المرض) (دليلة زناد، 2013)

4- أهداف علم النفس الصحة: تتجمع جميع أهداف علم النفس الصحة في المحاور الأساسية التالية:

- ترقية السلوكيات المتعلقة بنوعية الحياة الصحية: هذا المحور يدور حول تحديد السلوكيات الخطر على الصحة وتأثيرها على نشأة وتطور الأمراض من جهة (السرطان، السيدا، الأمراض الوعائية القلبية..). ومن جهة أخرى للوقاية من الأمراض بتجنب تلك السلوكيات (التدخين، الكحول، المخدرات...)
(Weinman, 1990)

- دراسة مختلف الأمراض (سيكولوجية المرض): سواء الأمراض الحادة أو المزمنة، ونراها من الجانب النفسي الاجتماعي والمكانزمات النفسية الاجتماعية التي تعمل على التأثير في العلاج والتكفل بالمرضى، وكذلك تطور المرض، كالملاءمة العلاجية، العلاقة طبيب - مريض، والمرافقة الطبية الخاصة بنهاية العمر (Les Soins Palliatifs).

- سلوكيات المريض (سيكولوجية المريض): ويدور هذا المحور حول سيكولوجية المريض وخاصة فيما يخص استراتيجيات المواجهة (Coping) نوعية حياة المريض، تسيير الضغط والدعم الاجتماعي. (G. Fischer et C. Tarquinio, 2014)

5- العوامل النفسية التي تلعب دورا في الصحة والمرض: يقسم علماء النفس في الصحة العوامل إلى ثلاث مجموعات وهي السوابق، الوسائط والمحكات:

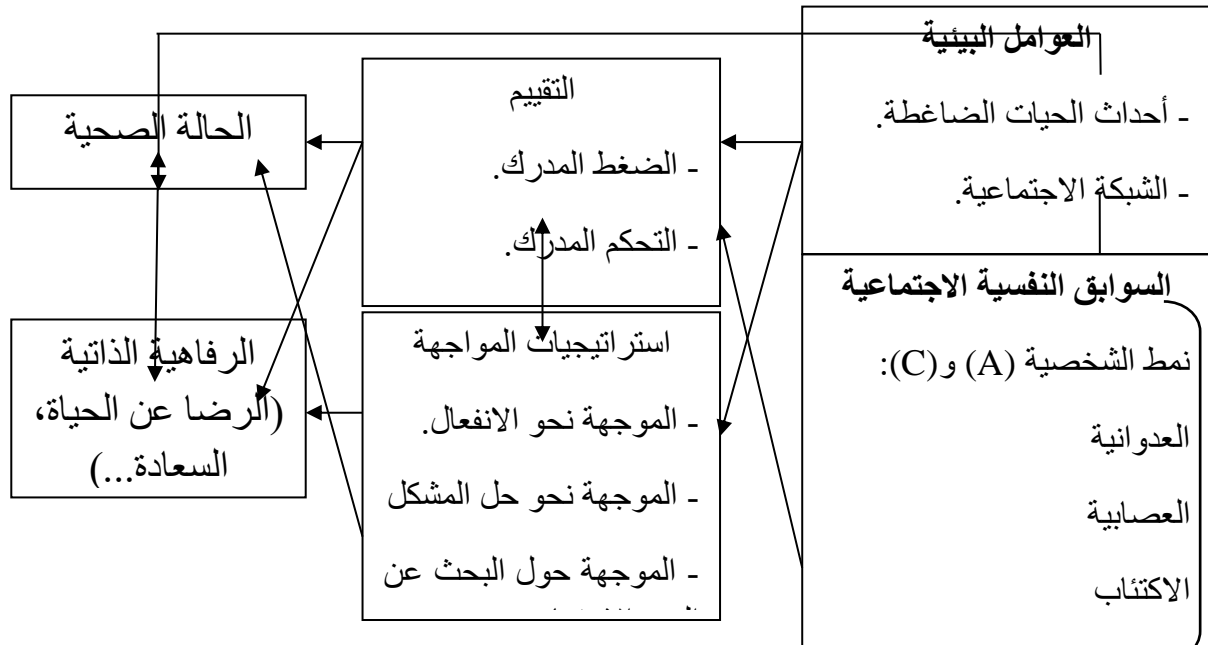
أ- السوابق (Les Antécédents): وتشير إلى العوامل المحيطة والاجتماعية الديمغرافية التي تستطيع أن تُهتَش وتضعف، أو تحمي الأفراد، وكذلك العوامل الموقفية (أنماط الحياة والسمات)، وهي تشير إلى الشخصيات الأكثر استعداداً للوقوع في المرض.

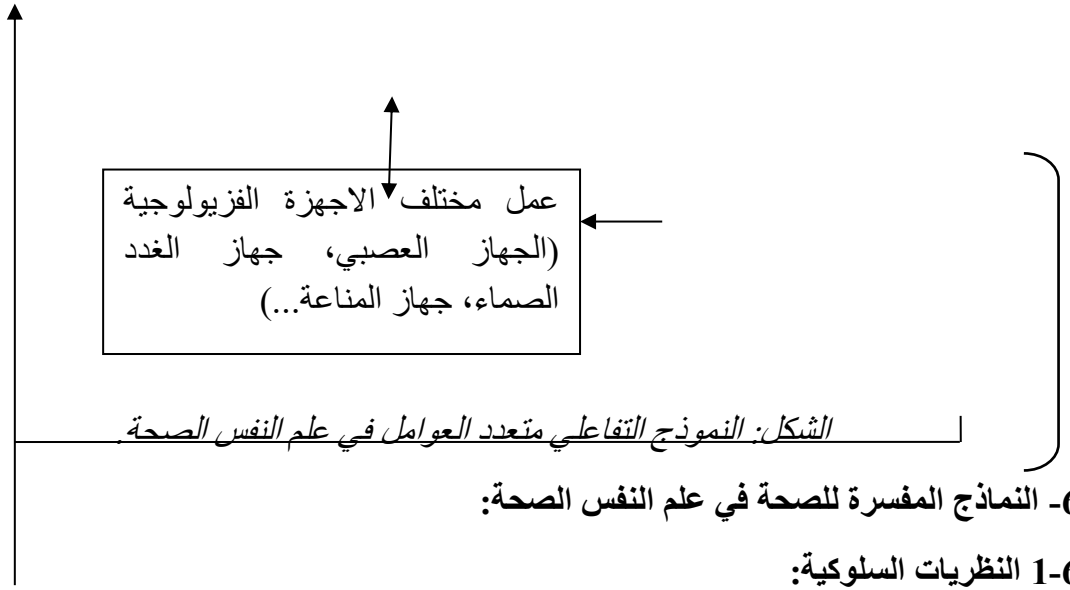
ب- الوسائط (Les Médiateurs): وهي المعاملات التي يستعملها المرضى لمواجهة وضعيات خاصة (تقييم الوضعية والموارد المتاحة، تبني استراتيجيات المقاومة).

ج- المحكات (Les Critères): حالة وظيفية (تقدير حالة الصحة) وهي متعددة حسب الأمراض والحالة الانفعالية (الرفاهية ونوعية الحياة). (دليلة زناد، 2013)

ومن هذه العوامل ما هي عوامل إنقاذ (تحمي الفرد من ظهور وتطور السريع للمرض) وأخرى عوامل خطورة (تعجل وتعمل على نشأة وتطور السريع للمرض وكذا تفاقمه).

السوابق التفاعل بين الفرد والسياق (الموقف) المحكات





أ- **نظرية الفعل المبرر (TAR):** وضع أسس هذه النظرية (Théorie de l'Action Raisonnée) كل من أجزن وفيشباين (Ajzen & Fishbein, 1970)، وجاءت كنتيجة للحاجة إلى فحص وفهم المنبئات السلوكية للصحة. تفترض هذه النظرية (TAR) أن الاتجاهات هي التي توجه السلوك إلى منحى معين، وتتكون هذه الاتجاهات من خلال أنواع معينة من المعتقدات الاجتماعية التي يأخذها الفرد كمعايير ذاتية ويضيف إليها التقييمات (أحكام ذاتية تدور حول هذه المعتقدات)، بحيث أن هذه المعتقدات التي تتكون في ذهن الفرد يعطيها معنى معين من خلال تقييمه المعرفي لها لتصبح اتجاهات يسوق أفعاله في شكل سلوكيات معينة

وانطلاقاً من نظرية الفعل المبرر (TAR) قدم اجزن لاحقاً نظرية أخرى تعتبر بمثابة امتداد وتطوير لهذه النظرية وهي نظرية السلوك المخطط (Jane Ogden, 2004).

ب- **نظرية السلوك المخطط (TCP):** وضع أسس هذه النظرية (Théorie du Comportement Planifié) أجزن (Ajzen, 1985-1991) وتتكون نظرية السلوك المخطط من ثلاثة عناصر أساسية هي:

- **الاتجاهات (Les Attitudes):** هي المشاعر الايجابية أو السلبية المتولدة عن الانخراط في سلوك محدد. ومن الضروري تذكر أن الاتجاهات هي أيضاً وظيفة للمعتقدات.

- **المعايير الذاتية (Normes Subjectives):** وهي معتقدات الفرد حول ما إذا كان المحيطون به يدعمونه أو لا يدعمونه في الانخراط في السلوك الجديد، وما إذا كان لديهم دوافع لمتابعة هذه المعتقدات المهمة بالنسبة للآخرين، سواء كانوا أفراد الأسرة أو الأصدقاء أو الأزواج.

- **التحكم الذاتي السلوكي (Contrôle Perçu du Comportement):** ويهتم بقياس مدى اعتقاد الفرد بأنه قادر على أداء سلوك معين بنجاح. وهو نتاج المزاج بين خبرة الفرد الماضية عن السلوك ومعتقداته عن قدرته على الانخراط في السلوك. فإذا حاولت إنقاص الوزن مثلاً وكنت قد فشلت سابقاً في مقاومة إغراء الإفراط في الأكل، سيكون التحكم المدرك في سلوك إنقاص الوزن منخفضاً. مما ينظر للصلة المباشرة بين التحكم السلوكي المدرك والسلوك الفعلي، فضلاً عن وجود علاقة سببية بالمقاصد (هناك أحمد محمد الشويخ، 2012)

ج- **نظرية السلوكيات العلائقية (TCI):** هذه النظرية (La Théorie des comportements interpersonnels) طورها تريانديس (Triandis, 1977) لسد الفراغات التي وردت في النظرية السابقة الفعل المبرر (TAR). فحسب تريانديس تلك النظرية (TAR) لا تُفَرِّق بين السلوكيات العرضية والسلوكيات المقصودة. بالنسبة لهذه النظرية (TCI)، فإن تكرار سلوك معين (الذي يصبح عادة) هو محدد للسلوك تماماً وبنفس القوة التي تحدده النوايا (القصد). هذه النظرية (TCI) تقدم السلوك كنتيجة لتأثيرات

ثلاث عناصر: قوة العادة (السلوك المتكرر)، النية في تبني ذلك السلوك، والظروف التي تسهل ظهور ذلك السلوك (أو العادة).

والنية (القصد) والعادة يتفاعلان مع بعض مثل كفتي الميزان، وهذا يعود إلى قدم أو حداثة السلوك: فإذا كان السلوك حديث النشأة، فإن النوايا هي التي ترجح الكفة إلى جهتها، في حين أن السلوك القديم والذي يصبح عادة يرجح الكفة بقوة العادة إلى جهته، ويصبح محددًا. والنية تركز على أربعة مكونات: المكون المعرفي، الانفعالي، الاجتماعي، والمعياري الأخلاقي الشخصي.

- **المكون المعرفي:** ينتج هذا المكون من خلال التقييم الذاتي لنتائج السلوك تماماً بالطريقة التي قدمها نموذج المعتقدات الصحية ونموذج الفعل المبرر والسلوك المخطط. وهذه التقييمات تتعلق بجميع النتائج (السلبية والإيجابية) للسلوك.

- **المكون الانفعالي:** يتمثل هذا المكون في الاستجابات الانفعالية المصاحبة للسلوك (لذة، متعة، ملل، خوف...). وحسب تريانديس، فإن هذا يعود إلى الخبرات السابقة ويستدعي الذاكرة طويلة المدى، وبالتالي تناسق السلوك مع الانفعال يعود إلى الخبرات الذاتية للفرد.

- **المكون الاجتماعي:** هذا المكون يمثل كل من القناعة الذاتية، والقناعة الاجتماعية حول الدور الاجتماعي في نفس الوقت. فالقناعة الذاتية تُعبر عن مستوى المقبولية والمرغوبية لسلوك ما داخل الجماعة التي يعتبرها المرجعية في تحديد السلوك. وتُعبر القناعة الاجتماعية حول الدور الاجتماعي عن توافق السلوك الذي يصدر عن الفرد ودوره الاجتماعي داخل تلك الجماعة.

- **المعياري الأخلاقي الشخصي:** يُعبر المعيار الأخلاقي الذاتي عن ما يدركه الفرد من مقبولية للسلوك داخل المجتمع الذي ينتمي إليه الذي يحدد ما هو مسموح أم مرفوض. وتقترح هذه النظرية (TCI) فهماً دقيقاً للصحة بتقديمها بعداً جديداً وهي العادة، وأصبحت العادات الصحية فيما بعد محوراً مهماً في نماذج علم النفس الصحة. كما قدمت هذه النظرية البعد الانفعالي الذي لا يمكن اعتباره كعنصر ثانوي في السلوكيات بل له دوراً مهماً حسب هذه النظرية باعتباره يؤثر بشدة في التعبير عن السلوكيات الصحية. (G. Fischer et C. Tarquinio, 2014)

- **نظرية التوجه نحو السلوك الصحي (HAPA):** تم اقتراح هذا النموذج (Health Action Process Approach) من قبل شوارزر (Schwarzer, 1992)، وهو نموذج نظري يحتفظ بجميع العوامل المهمة التي وردت سابقاً كإيجابية للمرض، الشدة التي يدركها الفرد، المعتقدات المتعلقة بالنتائج المتوقعة من السلوك أو من فعالية الذات. وتقوم النظرية على مبدأ أساسي وهو أن سيرورة ظهور وتبني السلوكيات الصحية والحفاظ عليها، تمر بمرحلتين: مرحلة الدافعية ومرحلة الإقدام على الفعل.

الدافعية: تنشأ من بارامترات ذاتية كادراك التهديد، المعتقدات المتعلقة بالصحة ومعتقدات فعالية الذات حول القدرة على تبني سلوكيات صحية أو تجنب سلوكيات الخطر على الصحة (مثل اختيار المداومة على علاج).

الإقدام على الفعل الإرادي: ويحتوي على ثلاث مستويات: المستوى المعرفي (تكوين مخطط للفعل والتحكم فيه)، المستوى السلوكي (الفعل)، المستوى الموقفي (العقبات والموارد الخارجية). هذه العوامل تعزز أو لا من القيام بالفعل (السلوك الصحي).

وفعالية الذات من المفاهيم الأساسية التي يقوم عليها هذا النموذج (HAPA)، إذ ليس لفاعلية الذات أثر على عملية اتخاذ القرار فقط بل أيضاً على الشروع والمداومة على الفعل (السلوك الصحي). (G. Fischer et C. Tarquinio, 2014)

6-2 النظريات المعرفية الاجتماعية:

أ- **نموذج المعتقدات الصحية (HBM):** يعتبر هذا النموذج (Health belief model) أول التناولات النظرية الذي فسر السلوكيات الصحية من خلا مجموعة من التخصصات، وخرج بذلك عن النظرة الطبية

الأحادية القطبية. وقد قدم هذا النموذج روزنستوك (Rosenstock, 1966-1974) ثم طوّر من قبل بيكر وزملاءه (Beker et al, 1975-1984) للنتنبؤ بالسلوكيات الصحية من خلال متغيرات معرفية (الإدراك، التقييم والمعتقدات) في إطار فهم ميل البعض إلى الانسحاب من البرامج العلاجية وسلوك الملاءمة العلاجية في حين يبدي البعض الآخر إتباع توصيات الطبيب. (G. Fischer et C. Tarquinio, 2014, p 38)

ويطبق أتكينسون (Atkinson) هذه النظرية على السلوك الصحي فيجد أن الدافع المطلوب لتحقيق النجاح أو لتجنب الفشل يتمثل في السعي نحو الشفاء أو تجنب المرض وأن قيمة الحافز لتحقيق الهدف تتمثل في رغبة الشخص الحقيقة في أن يكون في حالة صحية جيدة، والتقدير الذاتي للشخص باحتمال نجاحه في تحقيق الهدف، يتمثل في اعتقاده في سلوكه. ويفترض نموذج (Rosenstock, 1974) أن الناس عادة لا يحاولون اتخاذ إجراء الوقاية من المرض أو مقاومته إلا إذا كان لديهم حداً أدنى من الدوافع الصحية والثقافية الصحية (المعلومات عن الصحة والمرض) وكانوا يرون أن احتمال تعرضهم للمرض وتهديده لهم هو احتمال قائم، وبالتالي يفتنعون بجدوى محاولة الوقاية والعلاج. (دليلة زناد، 2008، ص 121)

ب- **نظرية فعالية الذات (TAE):** فعالية الذات هي معتقدات الفرد حول إمكانية توظيف واستعمال قدراتهم اللازمة للتحكم ومراقبة موقف معين أو مواقف والنجاح في ذلك. وحسب النظرية المعرفية الاجتماعية لبندورة (Bandura, 1997)، فإن فعالية الذات ينتج عنها مشاعر التحكم المدرك في المحيط وفي السلوك، وبذلك يخطط الفرد لأهداف عالية ويعتقد أنه سينجح في إنجازها. وتخضع معتقدات فعالية الذات إلى عوامل شخصية وموقفية: خبرات النجاح الماضية في النشاطات التي كان يراها الفرد أنها مهمة بالنسبة له، تشجيع الأشخاص المهمين في حياته له ومساندتهم له، ملاحظة الأشخاص الناجحين وتقليدهم، كل هذه العوامل وما يصاحبها من مشاعر ايجابية أو سلبية ستعزز من معتقدات فعالية الذات وبالتالي مشاعر فعالية الذات (Bandura, 1997). وقد لوحظ أن المكتئبين يسجلون انخفاضاً واضحاً في معتقدات فعالية الذات، ويعود ذلك في معظم الأحيان إلى إخفاقات سابقة، أو سوء تقدير الذات من قبل المحيط (Rasclé et al, 2009). [...] وعلى أساس هذا المفهوم حاولت النظريات المعرفية الاجتماعية في الصحة أن تفسر لماذا يتبنون الأفراد سلوكيات صحية في حياتهم أم لا؟ (M. Bruchon Schweitzer et E. Boujut, 2014)

ج- **نظرية التسيير الذاتي (TAR):** انطلق نموذج التسيير الذاتي (Self-Regulation) لصاحبه ليفنتال (Leventhal, 1992) من مجموع الدراسات حول استجابات الخوف لدى الأفراد، الناتجة عن معرفة الانعكاسات السلبية للسلوك المشكل مثل التدخين، هدفه هو فهم مختلف العوامل المساهمة في بناء التصور المعرفي والانفعالي للمرض الذي يواجه الفرد لتبني السلوكيات الصحية والحفاظ عليها. ويقوم هذا النموذج على ثلاث أسس قاعدية: الأول هو أن الفرد عامل نشط وفعال في حل مشكلته حيث يعمل على تقليص الهوية بين وضعيته الحالية والحالة التي يصبو إليها من تقليص المسافة بين الذات الواقعية والذات المثالية حسب نظرية كارل روجرز (Carl Roger)، أما الثاني فهو أن التصور المعرفي والانفعالي لتهديد وخطر المرض يساعد على التكيف وتقييم مخطط العمل، في حين أن الثالث يشير إلى أن هذا التصور يتعلق بكل فرد على حدى، وقد يكون غير ممثل للحقيقة الطبية. ويتضمن نسق تسيير سلوكيات الصحة حسب هذا النموذج أربع مراحل وهي: التزويد بالمعلومة واستخلاصها من المحيط، تكوين تصور حول تهديد المرض، المقاومة (Coping)، التقييم (Evaluation).

7- **التدخل في علم النفس الصحة:** تدخلات الباحثين والممارسين في مجال علم النفس الصحة يمكن أن تصب في بعدين متكاملين كلاهما يهدفان إلى تطوير وترقية الصحة: الشق الأول يهتم بالجانب الوقائي، بينما يهتم البعد الثاني بالتكفل وإعادة تأهيل المرضى، ويتم ذلك بطرق مختلفة.

7-1 **الوقاية والتربية الصحية:** الوقاية ثلاثة مستويات: الوقاية الأولية، الثانوية والمستوى الثالث من الوقاية.

تشمل **الوقاية الأولية** كل الإجراءات المتخذة لمنع حدوث الأمراض كاللقاحات الطبية ومكافحة الحشرات ونشر الوعي الصحي لدى العامة والتصدي للعوامل الخطورة والعادات السيئة **كالتدخين** والتعرض للإشعاعات ومخاطر العمل وغير ذلك. ويمكن للأخصائي في علم النفس الصحة المشاركة في تقديم برامج للتربية الصحية على مستوى مختلف المؤسسات العمومية كالمدارس أو عبر الإعلام، لتعليم شرائح كبيرة من المجتمع وتقوية الخصائص الشخصية التي تعتبر عوامل إنقاذ للصحة مثل الفعالية الذاتية، الضبط الداخلي، الصلابة والتفاؤل..

الوقاية الثانوية تهدف إلى الكشف المبكر عن الأمراض والعلاج المبكر قبل أن يتطور المرض وتتفاقم الأعراض. ويمكن للأخصائي في علم النفس الصحة هنا أن يشارك في الحملات التحسيسية والتوعوية للقيام بالفحوصات والتحليل المبكرة للكشف عن وجود استعداد للإصابة بالأمراض أو العوامل المهيئة لنشأة أو تطور المرض وسبل التصدي لها.

المستوى الثالث من الوقاية يهدف إلى الحد من تطور الأمراض ومنع حدوث المضاعفات التي تهدد الحياة. وهنا تكمن مهمة الأخصائي في التشخيص والعلاج ورفع من كفاءة المصاب بالأمراض المزمنة لمواجهة مرضه والتعايش معه.

2-8 التكفل النفسي وإعادة التأهيل:

يعمل الأخصائي النفسي مع الطاقم الطبي وشبه الطبي من أجل تحضير وبرمجة لقاءات ومقابلات مع المرضى الذين يكونون في حالة معاناة. ومن مهام الأخصائي النفسي وضع تشخيص للمعاناة التي يعاني منها المريض، التعرف على كل العوامل والظروف المحيطة بالمريض (المعاش النفسي، الاجتماعي، الاقتصادي، العلاقات الاجتماعية) **(دليلية زناد، 2013)**

ويستعمل الأخصائي العيادي العامل في المجال الصحي باختلاف توجهه النظري (تحليلي، معرفي، سلوكي، إنساني...) جميع تقنيات الفحص العيادي المعروفة، وكذلك يوظف كل العلاجات الممكنة للقضاء على المشكلات النفسية المصاحبة للمرض وخاصة الاكتئاب والعجز على مواجهة المرض والمشاعر السلبية الناتجة عنه. ولا يتوقف العلاج عند هذا بل ويقدم المختص في علم النفس الصحة برامج صحية بالتنسيق مع الفريق الطبي ويقترح طرق لتعديل بعض السلوكيات وأنماط الحياة الضارة وغير صحية لتعزيز وتوطيد الصحة وحمائته من تفاقم وتطور المرض أو ظهور أمراض أخرى. وبالمقابل يعمل الأخصائي على نقل استقلالية المريض في التكفل بنفسه مستفيدا من المساندة الاجتماعية دون إرهاب أقربائه وذويه.

ويمكن أن يبدأ الأخصائي على التقارير الذاتية التي يسردها المريض أو يكتبها حول تاريخ مرضه كما يدركه بنفسه. ويعتبر نموذج مراحل التغيير لبروشاسكا (Dicliment & Prochaska, 1983) من أحسن النماذج التطبيقية لمراقبة مراحل تغيير سلوك المريض والوعي بها، وكذا لمنع من الانتكاسة بعد المكتسبات العلاجية.

خلاصة:

الصحة والمرض مصطلحان مختلفان في الاتجاه لمفهوم واحد، فغياب أحدهما يعني حضور الآخر. وصحة الفرد ترتبط بالضرورة مع صحة المجتمع والبيئة، إذ لا يمكن دراسة الحالة الصحية للفرد بمعزل عن ظروفه وسياقها الاجتماعي، ولذلك هناك ثلاثة أبعاد أساسية للصحة: البعد البيولوجي الذي يهتم بالجانب العضوي للفرد وتشخيص والعلاج الأمراض، والبعد الاجتماعي الذي يهتم بالبيئة الصحية (قنوات الصرف الصحي، مراقبة المواد الغذائية...) وبالجماعة ومختلف الفئات (الشيخوخة، الأمومة، المعوقين...)، والبعد النفسي الذي يهتم بالموارد الشخصية للفرد وتوظيفها لتعزيز الصحة الجسمية والرفاهية الاجتماعية والنفسية.

ويقوم أخصائي علم النفس الصحة بالعمل العيادي لإعادة تأهيل المرضى والتمكن من الوصول بهم إلى درجة من الاستقلالية والتحكم في وضعية المرض وذلك من خلال فهم المريض لما يدور من حوله من ظروف وموارد يمكن استغلالها لصالح العملية العلاجية

قائمة المراجع:

1. دليلة زناد (2008). *سلوك الملائمة العلاجية و علاقته بالمتغيرات النفسية المعرفية والسلوكية لدى مرضى العجز الكلوي المزمن والخاضعين لتصفية الدم*. أطروحة دكتوراه دولة، جامعة الجزائر 2، الجزائر.
2. دليلة زناد (2013). *علم النفس الصحي*. دار الخلدونية للنشر والتوزيع، القبة، الجزائر.
3. هناء أحمد محمد الشويخ (2012). *علم النفس الصحي*. مكتبة الأنجلو المصرية، الطبعة الأولى، القاهرة، مصر.
4. American Psychology Association. (2015). *Dictionary of psychology*. 2nd edition, APA Order Department, Washington, United States of America.
5. Bandura, Albert. (1977). *self-Efficacy in changing*. Cambridge university press, New work.
6. Bruchon-Schweitzer, Marilou., et Emilie, Boujut. (2014). *Psychologie de la santé*. Edition DUNOD, Paris, France.
7. Dischamp, Jérôme., et Chneiweiss, Laurent. (1999). *Les soignants faces à la psychologie des maladies*. Edition Lamarre, 3^{ème} édition, France
8. Gaumer, Benoit. (1995). Evolution du concept de santé publique dans quelques pays industrialisés du bloc occidental de la fin du XVIII siecleaux années 1970. *RUPTURES*, Revue transdisciplinaire en santé, Vol 2 (01), 37-55.
9. Gustave-Nicolas, Fischer. et Cyril, Tarquinio. (2014). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Ed DUNOD, 2^{ème} Ed, Paris, France.
10. Massard, Jos, A. (2002). *Histoire de la médecine*. publications de Centre universitaire de Luxembourg.
11. Myers, David. (2004). *Psychologie*. Médecine-sciences. Edition Flammarion, septième édition, Paris, France.
12. Ogden, Jane. (2004): *Health psychology*. Open University Press, 3th Edition, England.
13. Organisation Mondiale de la Santé (2003). *Constitution de l'OMS*. WHO press : Ed de l'OMS, Paris, France.

