

النماذج المعرفية الاجتماعية للسلوك الصحي وتطبيقاتها العلاجية في مجال علم النفس الصحة (نموذج

المعتقدات الصحية - نظرية السلوك المخطط - نموذج مراحل التغيير)

قارة سعيد /لعري سمير

جامعة المسيلة

الملخص:

لقد تزايد الاهتمام من قبل الباحثين في مواضيع علم النفس الصحة وأهمها البحث في تفسيرات السلوك الصحي ، باعتباره السلوك الذي يقوم به الأفراد من أجل تعزيز صحتهم أو للحفاظ عليها، اذ يهدف بحثنا الحالي إلى عرض أهم النماذج المعرفية الاجتماعية لتغيير السلوك باعتبارها - النماذج - احدى التطبيقات العلاجية التي تستخدم في تعديل السلوكيات غير صحية وبالمقابل تعزيز السلوكيات الصحية، وسوف نركز على ثلاثة نماذج الاكثر شيوعا في علم النفس الصحة والتي تستخدم لمحاولة فهم كيفية انتقال الأفراد من الانحراط في السلوك غير الصحي نحو السلوك الصحي الواقعي للذات، وهذه النماذج هي: نموذج المعتقدات الصحي - نظرية السلوك المخطط - نموذج مراحل التغيير، إذ تصنف هذه النماذج على أنها معرفية اجتماعية باعتبار أننا افراد نمثل معالجات معلوماتية وهذا يعني أننا نؤدي دورا نشطا في تفسير المعلومات التي حولنا وعليه نركز هذه النماذج على السياق الاجتماعي لتغيير السلوك فضلا عن العمليات المعرفية التي تجعلنا نفهم السياق الاجتماعي، وعليه سنتطرق في هذا البحث اهمية النماذج المعرفية الاجتماعية للسلوك الصحي مع عرض الأمثلة عن تطبيق هذه النماذج ومناقشة للفائدة من وجودها.

الكلمات المفتاحية: السلوك الصحي - المعتقدات الصحية-السلوك المخطط- مراحل التغيير

مقدمة:

إنّ مسألة الارتقاء بالصحة قد نمت بشكل أكثر وضوحا وإلحاحا مع التقدم عبر العقود، ففي السابق، ومن اجل الوصول إلى مجتمع صحي، كانت الوقاية تعتمد على التشخيص المبكر للأمراض، مع ايلاء اهتمام عابر - في حالة غياب المرض - لتوجيه الجهود لاتباع أسلوب حياة يساعد على الارتقاء بالصحة. ولكن مجموعة من العوامل، ومن بينها التكاليف التي تترتب على اتباع الأساليب التقليدية في الرعاية الصحية، أظهرت الحاجة إلى أهمية اتباع استراتيجيات الارتقاء بالصحة، إذ أنّها أكثر نجاحا واقل تكلفة من الأساليب الوقائية التقليدية (R.M.kaplan)

لذلك قام علماء النفس الصحي بتطوير تصورات لتغيير العادات الصحية تعمل على دمج العوامل الدافعية والتعليمية في نماذج أكثر عمومية، وذلك للتدخل في تغيير السلوكيات الصحية، و نتيجة لذلك تطورت مجموعة من النظريات see sturges et (rogers 1996 ;N. D weinstein ,1993)

وأكثر هذه النماذج تركز اهتمامها على اختبار المدركات حول مدى القابلية للتعرض للمخاطر الصحية، وعلى المعتقدات التي يحملها الفرد حول أهمية العادات الصحية في مواجهة هذه المخاطر، والمدركات حول ما لديه من إمكانات ذاتية لإيقاف هذه المخاطر (تايلور، 2008، ص 143).

والفكرة هي أنّ هناك تفاعلا بين السياق الاجتماعي وعملياتنا المعرفية التي تحدد ما إذا كنّا سننخرط في تغيير السلوك ام لا. (شويخ، 2012، ص 59)

وعلى هذا الأساس سنعرض ما يلي:

01- الحاجة إلى النماذج المعرفية الاجتماعية للسلوك الصحي.

02- عرض للنماذج المعرفية الاجتماعية الثلاث للسلوك الصحي:

أ- نموذج المعتقدات الصحية مع مثال تطبيقي.

ب- نموذج السلوك المخطّط مع مثال تطبيقي.

ج- نموذج مراحل التغيير مع مثال تطبيقي.

01- الحاجة إلى النماذج المعرفية الاجتماعية للسلوك الصحي:

يسهم التغيير في السلوك المرتبط بالأمراض في تقديم تفسير جزئي في تعدد أسباب الوفاة وتباينها خلال القرن العشرين. فمع تطور فهمنا لأسباب وعلاج الأمراض، يحسن فهمنا لأهمية علم الصحة أيضا، حيث أصبح الان الكثير من الأمراض التي كانت تهدد الحياة في السابق قابلة للعلاج. وهذا يعني أنّ معدلات الوفاة ترتبط الان بشكل أكثر شيوعا بالظروف التي تتلازم مع السلوكيات المضرة بالصحة. وتشمل هذه الامراض امراض القلب والشرابين، والأورام السرطانية، مثل التدخين، وممارسة الجنس غير الأمن، وتناول الكحوليات، وسوء التغذية، ونقص ممارسة الرياضة البدنية. (شويخ، 2012، ص 60)

يعرّف السلوك الصحي تقليديا بأنّه : السلوك الذي يقوم به الافراد من اجل تعزيز صحتهم أو للحفاظ عليها. ومع ذلك، فكثير من السلوكيات التي لها انعكاسات على صحتنا نخرط فيها لأسباب اخرى. فعلى سبيل المثال، قد يتبع نظام غذائي لغرض النحافة لما لها من مظهر جذاب، أو يتناول الكحول للشعور بمزيد من الثقة في المواقف الاجتماعية، ولذلك تحتاج السلوكيات الصحية أيضا إلى أن تعرّف من حيث تأثيرها على الصحة. ونتيجة لذلك، تنقسم السلوكيات الان إلى السلوكيات المضرة بالصحة Health-impairing Behaviourisme (التدخين، وممارسة الجنس غير الأمن)، والتي يكون لها تأثير سلبي على الصحة، والسلوكيات الصحية الوقائية Health Protective Behaviourisme (ممارسة الرياضة البدنية، وتناول الطعام الصحي)، بما لها من تأثير إيجابي على الصحة. ويأمل الباحثون في فهم العوامل الكامنة وراء هذه السلوكيات، ليكونوا قادرين على تطوير استراتيجيات فعالة لتعزيز الصحة والوقاية من الامراض. (شويخ، 2012، ص 60)

وتتمثل إحدى الطرق التي حاول بها الاختصاصيون النفسيون فهم هذه العوامل الكامنة في تطوير النماذج المعرفية الاجتماعية. ومن المهم الوعي بأنّ هناك الكثير من النماذج والنظريات الجديدة التي لا تزال تطرح (في حين لا تخفي أو تتغير النظريات القديمة)،

ونتيجة لذلك، اصبح هناك قدر من الربكة حول أي هذه النظريات اكثر قيمة، من حيث احتواؤها مفاهيم أكثر أهمية ومناسبتها لتشكيل أساس للتدخلات. (شويخ، 2012، ص61)

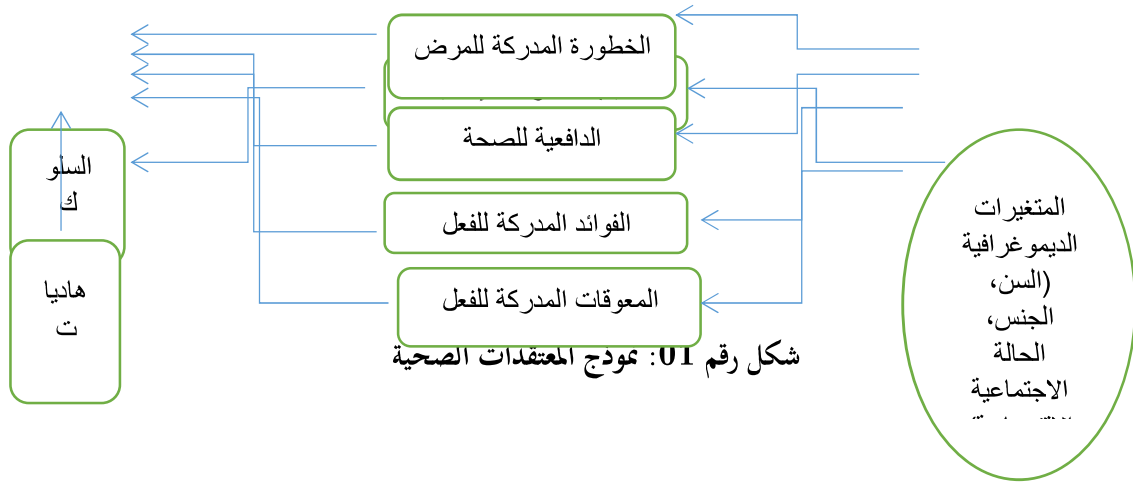
02- عرض للنماذج المعرفية الاجتماعية الثلاث للسلوك الصحي:

أ- نموذج المعتقدات الصحية:

من اكثر الاتجاهات النظرية تأثيرا في تفسير السبب الذي يدفع الناس لممارسة السلوك الصحي هو نموذج المعتقد الصحي (Hochbaum 1985 Rosenstock 1966) (تايلور، 2008، ص 125).

و وفق هذا النموذج فإن المعرفة فيما إذا كان الفرد سيقوم بممارسة السلوك الصحي يمكن أن تتحقق من خلال معرفة عاملين هما: الدرجة التي يدرك فيها الفرد بأنه معرض على المستوى الشخصي لتهديد صحي، و إدراك الفرد بأن ممارسات صحية معينة ستكون فعالة في التقليل من هذا التهديد. (تايلور، 2008، ص 125).

و قد طور مجموعة من علماء النفس الاجتماعيين في الولايات المتحدة سنة 1970 نموذج المعتقدات الصحية (شكل رقم 01). حيث وصف الباحثون هذا النموذج بـ " جد الآباء" grands-parents لجميع النماذج. والافتراض الرئيس لهذا النموذج هو أنّ الخراط الافراد أو عدم انخراطهم في السلوك الواقي للصحة يعتمد على عدد من المعتقدات الصحية. (شويخ، 2012، ص61)



يشير نموذج المعتقدات الصحية إلى أن احتمال انخراط الفرد في سلوك صحي محدد يتحدد من خلال ادراكهم للتهديد الصحي الذي يطرحه الوضع الراهن وتقييمهم للسلوك الموصى به. فالعناصر الاساسية للنموذج هي:

- القابلية المدركة للإصابة: بمعنى اعتقاد الفرد الذاتي بوجود احتمال بأنه قد يصاب بمرض معين أو عجز ما.
- الخطورة المدركة للمرض: اي مدى المترتبات السيئة إذا ما أصيبوا بالمرض أو العجز.
- الفوائد المدركة للفعل: و هي الفوائد المتوقعة التي ستتحقق إذا مارس الفرد السلوك الصحي في هذا الموقف.
- المعوقات أو التكاليف المدركة للفعل: بمعنى ما الاشياء التي تحدث أثناء التوافق مع السلوك المحدد؟، أي غذا كان الفرد يسعى للتوافق او عدم التوافق مع سلوك ما، فما التكاليف المحتملة؟.

● **الدافعية الصحية:** وهي تفسر واقع أنّ الأفراد يختلفون من حيث درجة تقدير مستوى الصحة التي يتمنونها، وكذلك من حيث رغبتهم في المشاركة بأنشطة تعزيز الصحة.

● **المهاديات للتصرف:** وهي الحدث الذي يؤدي إلى السلوك، وقد تكون هذه المهاديات داخلية (مثل الأعراض المدركة)، كما قد تكون خارجية (مثل حملات التوعية الصحية، أو الإصابة بمرض، أو وفاة صديق عزيز).

ويرى الباحثون أنّ هذه العناصر الأساسية تعمل معا في تحديد مدى احتمال انخراط الافراد في سلوك معين . والقاسم المشترك بين هذه العناصر هي كلمة "مدركة" perceived، وهذا يؤكد أنّ إدراكنا يؤدي دورا محوريًا في هذه العملية، وبالتالي لا يعتمد سلوكنا على أساس موضوعي، ولكن على أساس إدراكي. (شويخ، 2012، ص62)

-الدلائل المساندة لنموذج المعتقد الصحي:

لقد خلص عدد كبير من الباحثين على أنّ نموذج المعتقد الصحي يفسر ممارسات الناس للعادات الصحية بشكل جيد. فعلى سبيل المثال، يساعد نموذج المعتقد الصحي على التنبؤ بالممارسات التي تهدف إلى وقاية الأسنان والاعتناء بها (دراسة champion 1990) والفحص الذاتي للثدي، و الحماية للوقاية من السمنة (Rzark, Becker, Dielman, et) (Rocchini, 1987) ، وتجنب السلوكيات التي تعرض الفرد لخطر الاصابة بمتلازمة فقدان المناعة المكتسبة AIDS (Aspinwall, Kemeny, Taylor, Schneider, et Dudely, 1971) ، والاشترك في ممارسات متنوعة للحفاظ على الصحة (Becker, Kaback, Rosenstock et Ruth, 1975) كما بينت هذه الدراسات أيضا، بأنّ المعتقدات هي من أقل المحددات تأثيرا في تقرير قيام الأفراد بمراعاة هذه السلوكيات الصحية. (تايلور، 2008، ص126)

واستخدم نموذج المعتقدات الصحية بنجاح في عدد مختلف من السلوكيات الصحية. على سبيل المثال، يتنبأ النموذج بمدى التزام المرضى بسلوك الفحص الدوري لسرطان عنق الرحم (Gorin and Heck, 2005). فإذا ادركت السيدة أنّها أكثر عرضة لاحتمال الإصابة بمرض الاورام السرطانية في عنق الرحم، وأنّ الأورام السرطانية في عنق الرحم مرض خطير مهدد للصحة، وأنّ فوائد الفحص الدوري كثيرة وتكاليف هذا التصرف منخفضة نسبيا، فإنّ نسبة احتمال حضورها للفحص تزداد. وبالمثل، فقد اظهر الباحثون ان الامتثال لنظام غذائي (Sharifard et al., 2009)، وممارسة الجنس الامن (Lau et al 2007) وتناول التطعيمات الوقائية vaccinations (Reiter et al., 2009) ، والعناية بالأسنان (Renz et al., 2009) ترتبط بقابلية الفرد المدركة للإصابة بالمشكلة الصحية، حيث يعتقدون بأنّ المشكلة خطيرة، ويدركون أنّ فوائد الاجراءات الوقائية تفوق تكاليفها. (شويخ، 2012، ص63)

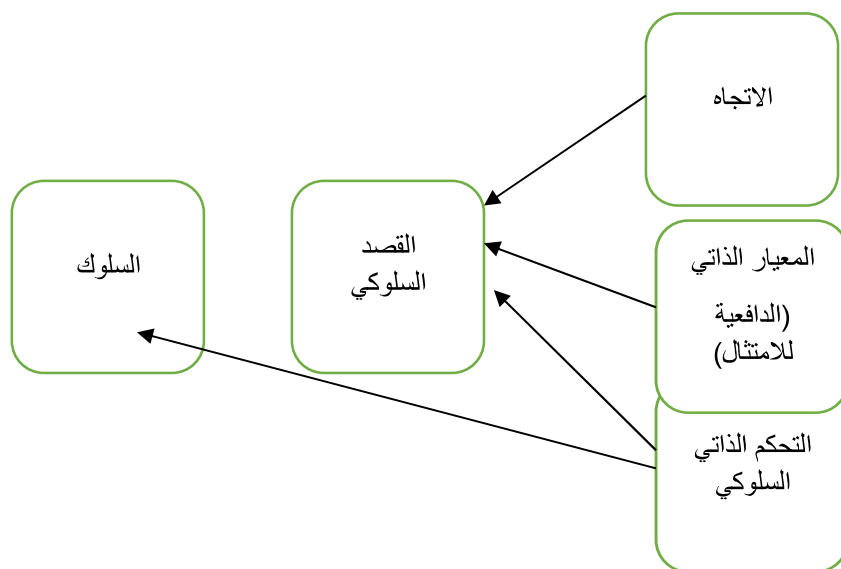
-مثال تطبيقي لنموذج المعتقد الصحي:

الدراسة التي اجراها كل من "نورمان" و "برين" (Norman et Brain 2005) والتي تركز على سلوك الفحص الذاتي للثدي في دراستهما لبحث تطبيق نموذج المعتقدات الصحية للتنبؤ بهذا السلوك بين السيدات ذوات التاريخ الاسري بالإصابة بهذا المرض. وفي سبيل ذلك تم عمل استبيانين على عينة قوامها 833 سيدة تتراوح أعمارهن ما بين 17 و 88 سنة، بحيث تمّ تطبيق الاستبيان الاول قبل ذهابهن إلى العيادة ، أما الثاني فتّم تطبيقه بعد تسعة اشهر من حضورهن للعيادة، وتبعًا لذلك فقد وجدت

الدراسة أنّ هناك اختلافات في أبعاد نموذج المعتقدات الصحية باختلاف المجموعات الثلاث لسلوك الفحص الذاتي للثدي: النادر والمناسب والمفرط. فالسيدات اللاتي يمارسن سلوك الفحص الذاتي للثدي بشكل نادر، اتسمن بانخفاض الكفاءة الذاتية والمعوقات النفسية، ورات فوائد منخفضة لممارسة سلوك الفحص الذاتي للثدي مقارنة بالسيدات اللاتي يؤدين هذا السلوك بعدد مناسب أو مفرط. كما وجدت الدراسة أيضا أنّ ارتفاع مستويات الخطورة المدركة للمرض والخوف من سرطان الثدي تؤدي إلى ممارسة سلوك الفحص الذاتي للثدي بشكل مفرط، لمحاولة الاكتشاف المبكر لسرطان الثدي، وهذا مع العلم بأنّ هؤلاء السيدات يملن نحو انخفاض الدقة، ممّا قد يؤدي إلى فقدان كتل أثناء الفحص، وعلى أساس هذه النتائج سلّط الضوء على التطبيقات العملية الناجمة عن دراستهما، فالحاجة ليست إلى تأكيد الفوائد الايجابية لأداء سلوك الفحص الذاتي للثدي شهريا، بل إلى تطوير طرق معالجة المعوقات التي ذكرت من قبل السيدات في هذه الدراسة، ولا سيما معوقات الكفاءة الذاتية، من حيث زيادة ثقة السيدة في أداء سلوك الفحص الذاتي للثدي بفعالية.

ب- نموذج السلوك المخطط:

جاءت هذه النظرية على يد كل من "أزجن" و "فيشبين" (Azjen et Fishbein, 1980) لتفسير العلاقة بين السلوك والاتجاهات. و هي بذلك تضيف البعد المعياري القيمي إلى التفسير الذي قدمته كل من نظريتي القناعة الصحية والدافع إلى الحماية. حيث ترى أنّ 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 على ممارسة السلوك، ثمّ تقييم مدى الوقوع أو الاثر الذي يمكن أن يحدثه هذا السلوك لدى الأشخاص ذوي الأهمية المرجعية ممن يهتم الفرد بنيل رضاهم ويعمل على محاكمتهم كأصدقاء، وإلى أي مدى تتناسب نتائج تنفيذ السلوك الوقائي مع الاتجاهات الذاتية (القناعات الذاتية حول الخطأ والصواب، المقبول والمرفوض). وعندها إمّا ترتفع الدافعية والرغبة في القيام بالسلوك الوقائي أو تنخفض. (الزروق، 2015، ص22)



شكل رقم 02: نموذج السلوك المخطط

و بناء على هذه النظرية، فإنّ السلوك الصحي هو النتيجة المباشرة للنوايا السلوكية ، التي تتشكل من ثلاثة مكونات، هي: الاتجاهات التي يحملها الفرد تجاه الفعل، والضبط السلوكي المدرك، **فالاتجاهات التي يحملها الفرد نحو الفعل** تستند إلى المعتقدات حول النتائج المحتملة للسلوك، والتقييمات لهذه النواتج.

أما **المعايير الذاتية** فترتبط بمعتقدات الفرد بخصوص ما يرى الآخرون ان عليه القيام به (المعتقدات المعيارية)، وبدافعيتها للامثال لهذه المرجعيات المعيارية.

و أما **الضبط المدرك للسلوك** فهو ما يحدث عندما يحتاج الفرد إلى الشعور بأنّه قادر على أداء الفعل المطلوب، و أنّ السلوك المتبع سيحقق النتيجة المرجوة. (تايلور، 2008، ص 147)

-الدلائل المساندة لنموذج السلوك المخطط:

إنّ نظرية السلوك المقصود تتنبأ بالالتزام بمدى واسع من السلوكيات الصحية كما بينته العديد من الدراسات ومن بينها سلوكيات استخدام الواقي الجنسي من قبل الشباب (Sutton, McVey, et Glanz, 1999) واستخدام وسائل الوقاية من أشعة الشمس (Hillhouse Stair. Et Adler, 1996) ، واستخدام حبوب منع الحمل (T. Doll, et Orth, 1993) والتصوير الشعاعي للثدي (Montano et Taplin, 1990) و الفحص الذاتي للخصية (Brubaker et Wickersham, 1990).

-مثال تطبيقي لنموذج السلوك المخطط:

لاكتشاف ما إذا كان لتقديم خدمات إعادة تأهيل مرضى القلب فائدة أم لا، طبق "وير" وزملاؤه (2001) نظرية السلوك المخطط على عملية دعوة المرضى لحضور برامج لإعادة التأهيل.

فقد تمّ إشراك سبعة وثمانين مريضاً في الدراسة، وقسموا إلى مجموعتين، إحداها مجموعة ضابطة - وهي تتلقى العلاج كالمعتاد- والآخرى تجريبية -حيث تتلقى رسالتين صممتا باستخدام مبادئ نظرية السلوك المخطط-. وقد أرسلت الرسالة الأولى بعد ثلاثة أيام من الإصابة بمرض القلب، أما الرسالة الثانية فقد أرسلت بعد ثلاثة أسابيع من قبول المرضى لدعوة حضور برنامج التأهيل:

- الرسالة: المقدمة " مثل الكثير من المرضى الذين أصيبوا بنوبة قلبية، سوف نخبر بكم برنامج إعادة تأهيل مرضى القلب".
- الرسالة: التحكم الذاتي "أثناء هذا البرنامج سوف تقدم لك النصيحة والمعلومات حول أفضل سبل الشفاء من الإصابة بالأزمة القلبية. وستترك لك حرية المتابعة، إذا كنت ترغب في الشفاء بأسرع وقت ممكن. وقد أثبتت التجربة أن بذل المرضى أي مجهود لتحقيق الشفاء يصاحبه تحقيق نتائج أسرع".

هذه الفقرة تمّ صياغتها بهذا الشكل لإعلامهم بأنهم سيكون لديهم بعض التحكم فيما يحققونه من إنجاز.

- الرسالة: المعيار الذاتي " يوصي الأطباء والمرضى بضرورة حضور الأفراد المصابين بمرض قلبي برنامج إعادة التأهيل".
- وتصاغ هذه الرسالة بمثل هذه الطريقة، لتجعل المرضى يشعرون بأنّه من المعتاد حضورهم لبرامج إعادة التأهيل بعد الإصابة بمرض القلب.

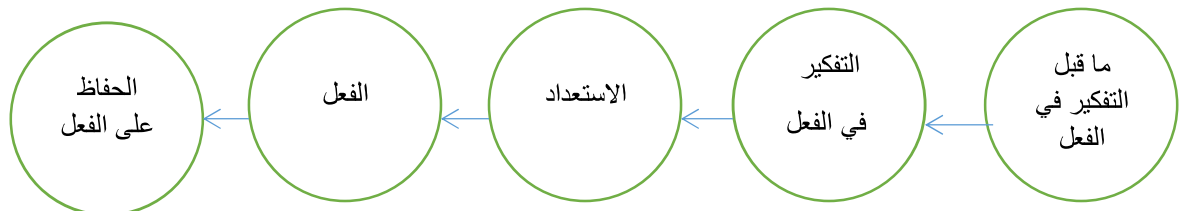
• الرسالة: الاتجاه " وذلك لأنّ الذين يحضرون هذا البرنامج تزداد فرصتهم في الشفاء بشكل أسرع وفضل من أولئك الذين لا يحضرون. و بالإضافة إلى ذلك، أظهرت الأبحاث أن الحضور يمكن أن يقلل من الاستهداف للوفاة بسبب أزمة قلبية ثانية".
وقد صيغ هذا الجزء الاخير من هذه الرسالة بهذا الشكل للتأثير الإيجابي في اتجاه المرضى نحو البرنامج.
وجد الباحثون من خلال تتبع نسب الإقبال على برنامج إعادة تأهيل مرضى القلب أنّ هؤلاء المرضى في المجموعة التجريبية كانوا أكثر قبولاً بشكل واضح لدعوة برنامج إعادة التأهيل، وكذلك أيضاً كانوا أكثر حضوراً في البرنامج. و استخلصوا من ذلك أنّ نظرية السلوك المخطط تعمل بمثابة مرشد لإقناع المرضى بقبول عرض إعادة التأهيل، ولتشجيعهم على الحضور بعد قبولهم الدعوة. و قد قرر "وير" وزملاؤه (2001) أنّ نظرية السلوك المخطط تزيد من دافع هؤلاء المرضى الذين لم يقرروا بعد الحضور، وتزيد كذلك من احتمال التنفيذ لدى المرضى الذين قرروا الحضور.

ب- نموذج مراحل التغيير :

يعرف أيضاً نموذج مراحل التغيير بنموذج عبر النظري لتغيير السلوك. وقد طور كل من "روشاسكا" prochaska و"ديكلمنت" DiClemente النموذج عبر النظري لتغيير السلوك باعتباره وسيلة لتوليف 18 معالجة معا لتتصف العمليات المشاركة في توليد التغيير والحفاظ عليه، حيث يدرك هذا النموذج أن تغيير السلوك هو عملية معقدة، وان الافراد يحدثون التغييرات بطريقة تدريجية، وليس بالضرورة في ترتيب محدد ومنطقي. (شويخ، 2012، ص70).

فهو نموذج يوضح كيف أنّ الفرد يقرر الدخول في الفعل عبر سيورورة من مراحل خمس (05) تتأثر فيها كل مرحلة بسلوكات الفرد السابقة واهدافه الراهنة. و المراحل الخمس هي:

- **مرحلة ما قبل الوعي الصحي:** حيث يكون الفرد في هذه المرحلة غير واع أو مهتم بنتائج سلوكاته المشككة خطراً على صحته. ولهذا فهو لا يظهر اي رغبة في تغييرها، كما هو الحال بالنسبة للمدمن على المخدرات.
- **مرحلة الوعي الصحي:** وهي المرحلة التي يكون فيها الفرد مدركاً لمخاطر سلوكاته ويصرح برغبته في تعديلها ويفكر في ذلك جدياً، ولكنه لا يقدم فعلياً على التغيير، ويبقى في حالة صراع بين شعوره بالخطر وبين عدم قدرته على التخلي عن سلوكاته اللاصحية.
- **مرحلة الاستعداد للتنفيذ:** وفي هذه المرحلة التي تسبق مباشرة مرحلة التنفيذ، تزداد بشكل ملح رغبة الفرد وقناعته في التخلي عن سلوكاته التي يعتقد ويدرك بقوة مدى خطورتها على صحته، فيساعده ذلك على اتخاذ القرار على التغيير.
- **مرحلة التنفيذ والدخول في الفعل:** هي مرحلة التغيير الفعلي والتخلي عن السلوك غير الصحي.
- **مرحلة الاحتفاظ أو الإبقاء على السلوك:** ويقصد بها أنّ الفرد عندما يلمس الفوائد التي انبثقت عن تعديله لسلوكه، على صحته، يحاول الاحتفاظ او الإبقاء عليها، ويساعده على ذلك الدعم الإيجابي الذي يقدمه له الآخرون من خلال تثمين الجهود التي بذلها من أجل التغيير. (Diclement et Prochoska, 1991).



شكل رقم 03: نموذج مراحل التغيير

-الدلائل المساندة لنموذج السلوك المخطط:

لا حظ "أرميتاج" Armitage (2009: 197) أنّ اختلاف مراحل النموذج تتسم بـ " الاستئناف الحدسي الرائع ". وبالفعل، فقد أظهرت عدة دراسات دعمها للإفادة من هذا النموذج، لكن "البيري" و "مينافو" (2008) اشارا على أنّ هناك انتقادات ترى أنّ تغيير السلوك لا ينعكس بالضرورة من الاختلافات في العمليات بين المراحل، ولكن أي تغيير قد يكون نتيجة نوع العمليات نفسها التي تحدث عبر التغيير الكامل المرتبط بالسلوك. وبالمثل، توصل "ارميتاج" (2009) إلى حقيقة أنّ الكثير من الأبحاث تركز على مرحلة بعينها في النموذج على حساب النموذج في مجمله، ويرى كذلك أنّ الباحثين ينبغي ان يعيدوا النظر في أصول النظرية عبر النموذج، والتركيز على إجراء البحوث على نطاق أوسع لتشمل مراحل النموذج المختلفة. ومع ذلك، فقد طبق نموذج مراحل التغيير بنجاح على مجموعة واسعة من السلوكيات الصحية بما في ذلك التدخين (Siru et al. , 2009) واستخدام الواقي الذكري (Tung et al., 2009)، وتناول الكحوليات (Bertholet et al., 2009). (شويخ، 2012، ص72)

-مثال تطبيقي لنموذج السلوك المخطط:

تمّ تطبيق مبادئ نموذج التغيير عبر مراحل في السلوك، في العديد من المجالات كعلاج الإدمان على الكحول والتدخين ومراقبة الوزن وغيرها من مجالات تعديل سلوك التبعية لبعض المواد. (الزروق، 2015، ص 23).

فقد كشف "ديكلمنت" وزملاؤه (1991) عن تطبيق نموذج مراحل التغيير على المنتكسين في برنامج الإقلاع عن التدخين، ودعم هذا الاكتشاف اقتراح تطبيق نموذج مراحل التغيير على المدخنين، والذي يفترض ان المدخنين يتحركون خلال سلسلة من المراحل للتحويل لنجاح في تغيير عادة التدخين. وقد تمّ تحديد المشاركين (جميع المدخنين) طبقاً لهذه المراحل: مرحلة ما قبل التفكير (ن=166)، ومرحلة التفكير في الفعل (ن=794)، ومرحلة الإعداد للفعل (ن=506)، وتمت المقارنة بينهم من حيث تطور سلوك التدخين. حيث أكملوا مجموعة من المقاييس منها:

● مقياس الامتناع عن التدخين: يقيس مستوى ثقة المدخن بأنّه لن يدخن في 20 موقفاً تحدّد.

● مقياس المشقة المدركة: يقيس استجابات المشاركين للأحداث غير المتوقعة، وغير المسيطر عليها، والضاغطة التي مرت في حياتهم.

● التحمل الجسمي للنيكوتين: يقاس باستخدام استبيان "فجير ستروم" (Fagerstrom, 1978). والذي يعطي وصفاً للاعتماد على التدخين من خلال طرح أسئلة حول عدد السجائر المدخنة يومياً، والفترة الزمنية لتدخين سيجارة الصباح، ومدى إمكانية حدوث مرض ناتج عن التدخين.... الخ.

● مقياس توازن قرارات التدخين: يقيس إدراك الأفراد لإيجابيات وسلبيات التدخين.

● مقياس تغيير عمليات التدخين: يقيس العمليات المختلفة للتغيير كما هي موضحة في نموذج تغيير المراحل.

واختتم "ديكلمنت" وزملاؤه (1991) بحثهم بتقرير أنّ نموذج تغيير المراحل مفيد من حيث التنبؤ بنتائج برامج الإقلاع عن التدخين. فخلال مدة تتراوح ما بين شهر إلى ستة أشهر، أصبح هؤلاء الأفراد في مرحلة الإعداد للفعل أكثر قدرة على محاولة الإقلاع عن التدخين، وقل تدخيننا وانخفاضاً في الاعتماد، وارتفاعاً في الكفاءة الذاتية، وأقل اقتناعاً بإيجابيات التدخين وأكثر إدراكاً لسلبياتها، وأكثر مجموعات مراحل نموذج التغيير محاولة للتوقف عن التدخين. و على نحو مماثل، يتوقف عن التدخين كل من ذوي مرحلة التفكير في الفعل بمعدل ثلاثة أيام شهرياً، وذوي مرحلة الإعداد للفعل بمعدل سبعة أيام شهرياً لمحاولة الإقلاع عن التدخين مقارنة بذوي مرحلة ما قبل التفكير في الفعل. و استخلص فريق البحث أنّ هذا النموذج مفيد في تحديد الأفراد في المراحل، وبالتالي تحديد التدخلات الأفضل والأنسب لهم.

خاتمة:

بالإضافة إلى هذه النماذج هناك نماذج أخرى كثيرة، يركز كل منها على مفاهيم مختلفة أو متداخلة إلى حد ما، مما يسبب خلطاً في النتائج البحثية على النحو الذي يصعب معه تحديد النماذج المناسبة أو الفعالة.

فالمشكلة الرئيسية التي تواجه نماذج السلوك هي الفجوة بين المقصد والسلوك، وقد أسماها "باسكال شيران" Pascal Sheeran بـ "تأثير التيراميسو" Tiramisu Effect في خطابه الافتتاحي في مؤتمر علم النفس السنوي لعام 2005.

فمن بين أهم المآخذ على نظرية السلوك المخطط أنّها نظرية عامة وتحمل العديد من النقائص من أهمها أنّها تفتقد إلى الشرح العميق و الواضح للعلاقة بين السلوك والاتجاهات، كما أنّها لم تحدد آلية المرور من الاعتقاد، إلى الرغبة في السلوك، ومن الرغبة في السلوك إلى ممارسته الفعلية. لذلك فهي لم تضيف شيئاً غير إشارتها على الدور الذي يمكن أن تلعبه الاتجاهات في توجيه السلوك الوقائي.

كما يلاحظ على نموذج تغيير السلوك أنّه وبالإضافة إلى احتفاظه بالأبعاد الأخرى للسلوك (العوامل المعرفية والدافعية)، قد حاول إدراج مفهوم السيرورة في تحليله لنشأة سلوك صحي ما، أو تغيير عادات سلوكية مضرّة بالصحة. حيث يرى هذا النموذج أنّ عملية التغيير في السلوك ليست فعلاً معزولاً، بل إنّ حدوث التغيير يتطلب المرور بمجموعة من المراحل المميزة زمنياً وهي التي تسمح بشرح أفضل لعملية الانتقال من مرحلة الرغبة في أداء السلوك إلى مرحلة أدائه. (الزروق، 2015، ص24)

وقد وجه كل من الباحثان "ميشي" Michie و "أبراهام" Abraham (2008) الدعوة إلى الباحثين لضرورة توفير تقارير أكثر علمية من تطبيقاً لنماذج المعرفة الاجتماعية لتغيير السلوك، ولذلك فالحاجة ماسة إلى أن تكون الدراسات المهتمة بهذه النماذج أكثر تماسكاً من الناحية المنهجية والعلمية.

قائمة المراجع:

- 1- الزروق، فاطمة الزهراء. (2015). علم النفس الصحي مجالاته نظرياته والمفاهيم المنبثقة عنه. ط 1. ديوان المطبوعات الجامعية. الجزائر.
- 2- احمد محمد شويخ، هناء. (2012). علم النفس الصحي. ط 1. مكتبة الأنجلو المصرية. مصر.
- 3- تايلور، شيلي. (2008). علم النفس الصحي. ط 1. دار الحامد للنشر و التوزيع. عمان. الأردن.

- 4- Ajzen, I. and Fishbein, M. (1980). Understanding Attitudes and predicting social behaviour. Prentice hall. Englewood.
- 5- Bertholte, N., cheng, D.M., palfi, T.P et al. (2009). Does rediness to change predict subsequent alcohol consumption in medical inpatients with un helth alcohol use. Addictive.
- 6- Diclement, C.C., Prochaska, J.O., Fairhursts et al. (1991). The process of smoking cessation :An analysis of precontemplation, contemplation and contempalation / action. Journal of consulting and clinical psychology.
- 7- Gorin, S.S and Heck, J.E (2005). Cancer screening among latino supgroups in the united states. Preventive Medicine.
- 8- Norman, P. and Brain, K. (2005). an application of the extended health belief model to the prediction of breast self – examination.
- 9- Renz, A.N. and Newton, J.T. (2009). Changing the behavior of patients with peritonitis. Periodontology.
- 10- Siru, R. Hulse, G.K. and Tait, R.J. (2009). Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness. A review Addiction.
- 11- Fagerstrom, K.O. (1978). Measuring de gress of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. Addictive Behaviour.