

أسس تصميم برامج تدخلات الإدارة الذاتية للأمراض المزمنة

Foundations for designing chronic disease self-management interventions

آية بولحبال¹، سامية شينار²

1 جامعة باتنة 1 (الجزائر)، aya.boulahbal@univ-batna.dz

2 جامعة باتنة 1 (الجزائر)، samia.chinar@univ-batna.dz

تاريخ النشر: 2023/03/31

تاريخ القبول: 2023/03/30

تاريخ الاستلام: 2021/10/29

ملخص:

تهدف الدراسة الحالية إلى إعطاء نظرة علمية تحليلية معمقة حول تصميم تدخلات الإدارة الذاتية للأمراض المزمنة، وذلك باعتبار أن الإدارة الذاتية أكثر المناهج فعالية لإدارة الفرد لحالته الصحية وهذا عن طريق تحسين نوعية الحياة، تنظيم العمليات الداخلية الخاصة بتعديل السلوك، وزيادة الكفاءة الذاتية للمريض. فالأمراض المزمنة أضحت من التحديات الرئيسية التي تواجه النظم الصحية نظرا لأنها تؤدي إلى مضاعفات ومخاطر صحية واجتماعية وتؤثر سلبا على جودة الحياة، فضلا عن التكاليف المالية الباهظة التي تتحملها أنظمة الرعاية الصحية بسبب هذه الأمراض. لهذا أصبح من الضروري انتاج استراتيجيات وطرق فعالة تمكن المصاب بالأمراض المزمنة من التحكم في مرضه وتحسين جودة حياته من خلال تغيير سلوكياته، وهذا لا يتأتى إلا بما يعرف بالإدارة الذاتية والتي تشير إلى قدرة المريض على التعامل مع كل ما يترتب عن المرض المزمن. كلمات مفتاحية: برامج الإدارة الذاتية، إدارة ذاتية، أمراض مزمنة.

ABSTRACT:

This research aims to provide a scientific vision about the design of self-management interventions for chronic diseases, considering that self-management is the most effective method for managing an individual's health condition by improving the quality of life, organizing internal processes concerned with behavior modification, and increasing patient self-efficacy. Chronic diseases are considered one of the challenges facing health systems because they lead to health and social complications and risks and negatively affect the quality of life, in addition to the high financial costs borne by health care systems due to these diseases.

That is why it has become necessary to adopt effective strategies that enable the chronically ill to control his disease and improve his quality of life by changing his behavior, and this can only be with what is known as self-management, which refers to the patient's ability to deal with all the consequences of chronic disease.

Keywords: Self-management programs, Self-management, Chronic diseases.

1- مقدمة:

يعد موضوع الصحة من المواضيع الأساسية التي نالت حيزا كبيرا من اهتمام الباحثين والعلماء منذ عقود مضت، وزاد الاهتمام بها في الآونة الأخيرة، حيث أصبحت تشكل في الوقت الراهن المحور الأساسي في الكثير من المجالات، نتيجة تزايد الوعي بأهمية الصحة في حياة الفرد والمجتمع على حد سواء. والحديث عن موضوع الصحة لم يصبح حكرا على المجال الطبي فقط، بل أصبح ظاهرة طبية اجتماعية نفسية، فمنذ ظهور علم نفس الصحة شهدنا تغيرا جذريا في خريطة انتشار الأمراض من الأمراض المعدية إلى الأمراض المزمنة، والذي أدى بدوره إلى تغيير مفهوم الصحة، حيث أصبحت هذه الأخيرة لا تشير فقط إلى سلامة الفرد

- المؤلف المرسل: سامية شينار

doi: 10.34118/ssj.v17i1.3211

<http://journals.lagh-univ.dz/index.php/ssj/article/view/3211>

ISSN: 1112 - 6752

رقم الإيداع القانوني: 66 - 2006

EISSN: 2602 - 6090

وخلوه من الداء والمرض، وإنما تجاوزه إلى كونها حالة من التكامل والتوازن الجسدي، العقلي، النفسي، الاجتماعي. فهي تتأثر بكل من نمط الحياة، البيئة، الاستعدادات الجينية، والخدمات الصحية المتاحة.

ومن الملاحظ أن الصحة تتأثر بشكل أساسي بأسلوب الحياة وهذا يعني أن السلوكيات الصحية للفرد تعد عامل بالغ الأهمية في الحفاظ على الصحة والارتقاء بها أو تساهم في تدهور الحالة الصحية وتفاقم المرض، هذا ما أدى بالباحثين والقائمين على الرعاية الصحية إلى وضع برامج الإدارة الذاتية وتفعيلها لتغيير السلوكيات الضارة بالصحة وتمكين الأفراد من إدارة حالتهم الصحية بشكل أفضل. إذ تمثل الإدارة الذاتية نهجا مهما في إدارة أي مرض مزمن، حيث أشارت نتائج البحوث أنها تحسن نوعية حياة المريض، تقلل من شدة مضاعفات المرض على المدى الطويل، وأنها تحدث تغيير واضح في سلوكيات المريض. ولهذا يفترض الباحثون أنه بتعزيز الإدارة الذاتية فإن كل مريض سوف تنمو لديه القدرة على تحديد مشكلاته، اتخاذ قرارات واعية بشأن إدارة مرضه، وضع أهدافا واستراتيجيات واقعية لتحقيقها مع امتلاك كفاءة ذاتية لانجاز التغيير المرغوب فيه. (شاهين، دس)

بناء على ما سبق ونظرا لأهمية الإدارة الذاتية في تحسين نوعية الحياة من أجل إدارة الأمراض المزمنة وتبعاتها الجسدية والنفسية على حد سواء تبلورت إشكالية الدراسة في التساؤل التالي: ما هي الخطوات الأساسية التي يجب المرور بها عند التخطيط لبناء برنامج الإدارة الذاتية؟

وللإجابة عن هذا التساؤل سنتطرق إلى النقاط التالية:

- الإدارة الذاتية وتغيير السلوك
- النماذج النظرية المفسرة للإدارة الذاتية
- خطوات تصميم تدخلات الإدارة الذاتية للأمراض المزمنة

2- أهمية الدراسة:

تتجسد أهمية الدراسة الحالية في لفت انتباه القائمين على الرعاية الصحية إلى ضرورة تفعيل وبقوة برامج الإدارة الذاتية من أجل تمكين المرضى من إدارة حالتهم الصحية بشكل أفضل، كذلك ضرورة إتباع كافة خطوات تصميم تدخلات الإدارة الذاتية وبعبارة للحصول على النتائج المرجوة من التدخل المصمم.

3- أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى مايلي:

- التعرف على الإدارة الذاتية ودورها في تغيير السلوك من خلال (تعريف الإدارة الذاتية، مبادئها، والنماذج والنظريات المفسرة لها)
- توضيح خطوات تصميم تدخلات الإدارة الذاتية للأمراض المزمنة

4- الإدارة الذاتية وتغيير السلوك:

يعد مفهوم الإدارة الذاتية من المفاهيم الحديثة نسبيا، حيث أصبح هذا المفهوم في الوقت الحالي النهج الأكثر فعالية لإدارة الحالات المرضية المزمنة، فالعادات اليومية للفرد ذات أهمية بالغة في تقدم المرض وتطوره. إذ توصف الإدارة الذاتية بأنها قدرة المريض على التعامل مع كل ما يترتب عن المرض المزمن بما في ذلك الأعراض، العلاج، النتائج البدنية والاجتماعية وتغيير نمط الحياة. ويرى "Creer" 2000 أن الإدارة الذاتية بمعناها الواسع تتضمن العديد من العمليات، حيث تبدأ من المعرفية التمهيدية حول المرض المزمن وتنمية المهارات النفس-حركية، بعدها يتم تحديد الأهداف ووضع خطة لتحقيقها.

وتعتبر عملية التقييم الذاتي ضرورية لتحديد التقدم في تحقيق الأهداف المرجوة، فبناء على البيانات التقييمية يتم الحكم على نجاح أو فشل الخطة، وذلك من أجل أحداث تغييرات عليها إذا اقتضى الأمر. من خلال هذا الوصف الذي قدمه لنا "Creer" للعمليات المتضمنة للإدارة الذاتية يتضح لنا أن الفرد يسن عمليات التنظيم الذاتي. (Glaister,2010,p14-15) وتتعلق أيضا الإدارة الذاتية في السياق الطبي بالشراكات والتعاون بشأن المرضى الذين يعملون مع النظام كشركاء بدلا من كونهم متلقين سلبيين للعلاجات النهائية وخدمات الرعاية الصحية. (سالمي، 2019، ص 35)

ولقد ظهرت برامج الإدارة الذاتية كمساعدة لأنظمة رعاية الأمراض المزمنة والتي يمكن للمرضى من خلالها تعلم إدارة العناصر الرئيسية لحالتهم المرضية لتحسين نوعية الحياة وتقليل اللجوء إلى الدخول للمستشفى. إذ تقوم الإدارة الذاتية للأمراض المزمنة على مبادئ أساسية والتي تتمثل في: (Harvey,2011, p61-62)

- تحسين المعرفة الشاملة بالحالة الصحية للمريض.
- إتباع خطة العلاج المنظم المتفق عليها مع مقدم الرعاية الصحية.
- المشاركة في صنع القرار حول الرعاية الصحية.
- مراقبة و إدارة علامات وأعراض الحالة الصحية للمريض من قبله.
- إدارة تأثير الحالة الصحية على الجوانب الجسدية، العاطفية، والاجتماعية لحياة المريض.
- تبني السلوك الذي يعزز أنماط الحياة الصحية.

5- النماذج النظرية المفسرة للإدارة الذاتية:

يعتبر تغيير السلوك من الجوانب الأساسية في الإدارة الذاتية للأمراض المزمنة، ولإحداث هذا التغيير تقوم الإدارة الذاتية على العديد من التفسيرات النظرية التي تعتبر منفذا للتدخل كونها تحدد محددات السلوك التي يحتمل أن تكون قابلة للتغيير، وبالتالي معرفة الجوانب السوكية التي يجب إستهدافها عند وضع تخطيط برامج الإدارة الذاتية بتغيير سلوك معين، وفيما يلي عرض لبعض نماذج ونظريات الإدارة الذاتية:

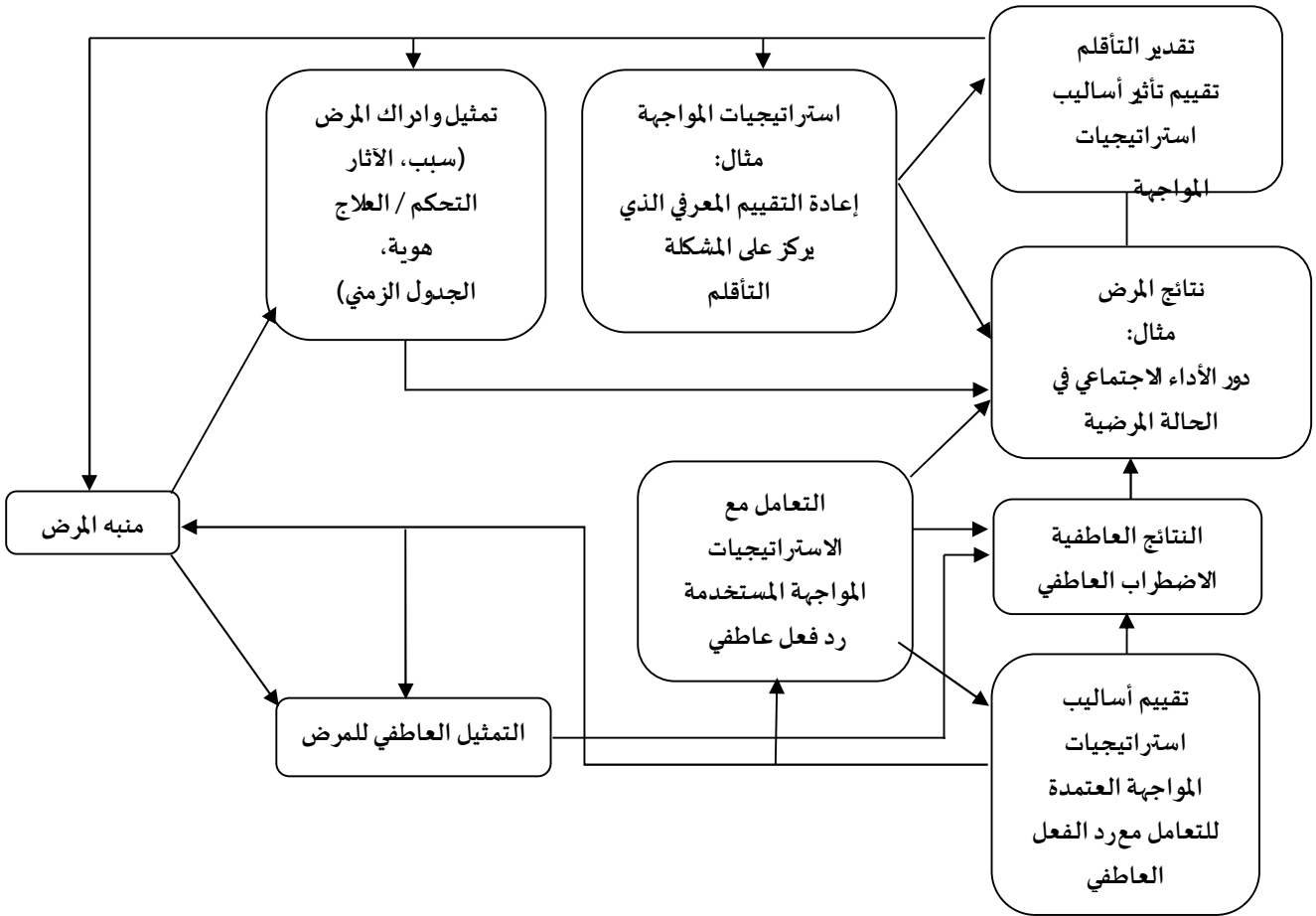
5-1- نموذج التنظيم الذاتي:

يصف نموذج التنظيم الذاتي كيف يفهم الفرد مرضه وكيف يطور استراتيجيات التأقلم لإدارته، فهوينظر إلى المريض باعتباره شخصا قادرا على حل المشكلات، إذ يؤكد نموذج التنظيم الذاتي على دور كل من العمليات المعرفية والعاطفية في التأثير على تصورات المرض واستراتيجيات المواجهة بما في ذلك سلوكيات الإدارة الذاتية.

يتحدد التنظيم الذاتي في ثلاث مراحل:

- مرحلة التفسير "فهم المشكلة".
- مرحلة التعامل "أي التعامل مع المشكلة من أجل استعادة حالة التوازن".
- مرحلة التقييم "أي تقييم مدى النجاح في التأقلم".

والمخطط التالي يوضح نموذج التنظيم الذاتي لتمثل المرض:



شكل 1. يوضح نموذج التنظيم الذاتي لتمثل المرض (Newman, & all: 2009, p48)

وفقا لهذا النموذج تؤثر تمثيلات المرض على عملية المواجهة والتي يتبنى الفرد خلالها استراتيجيات التأقلم لإدارة كل من المرض والجانب العاطفي، ففي بعض الحالات قد تخدم استراتيجيات التكيف كلا الغرضين فعلى سبيل المثال لا سبيل الحصر قد تساعد زيادة النشاط البدني في إدارة المخاطر الصحية عن طريق تقليل المخاطر المتصورة لتعرض للمضاعفات في المستقبل وفي نفس الوقت تقليل القلق، وفي بعض الحالات الأخرى قد تحقق استراتيجيات التكيف هدفا واحدا على حساب الآخر. وفي المرحلة الأخيرة يقوم المريض بتقييم استراتيجيات التأقلم الخاصة به ويقرر ما إذا كان سيستمر فيها أم يتبنى استراتيجية أخرى.

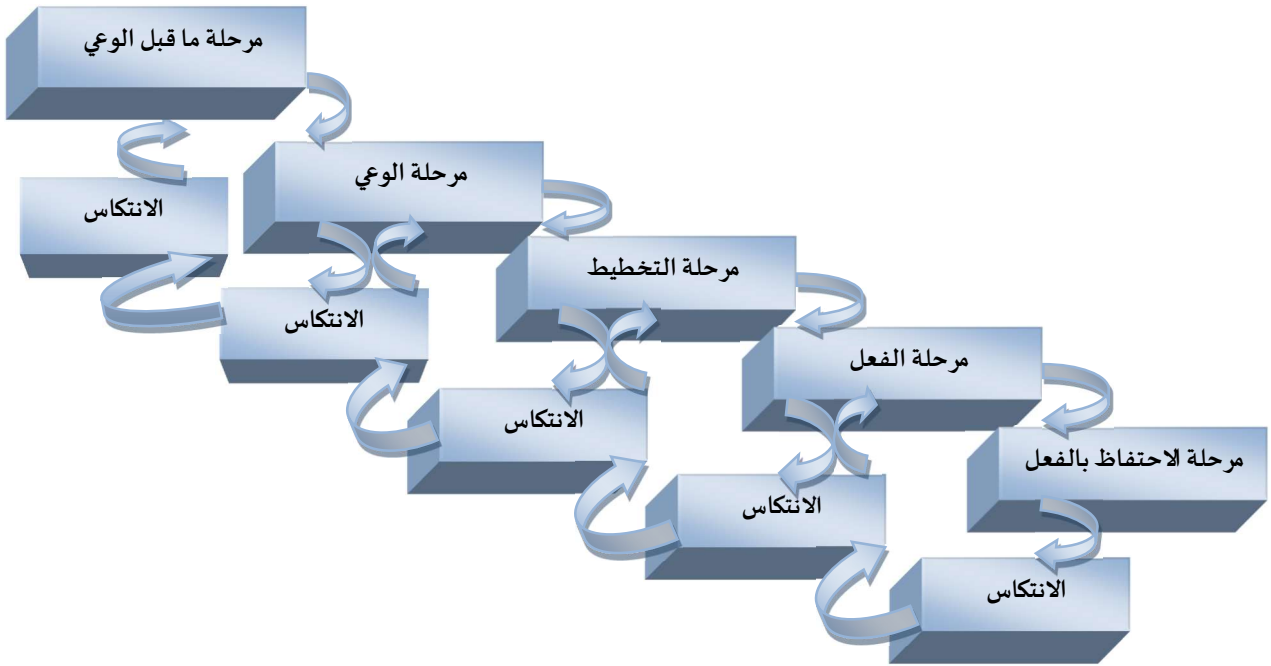
تتمثل السمات الرئيسية للنموذج في افتراض عمليتين متوازيتين تمثلان الاستجابات المعرفية والعاطفية للمرض ووجود حلقات تغذية مرتدة تمثل عملية ديناميكية ذاتية التنظيم يتبنى فيها الفرد استراتيجيات المواجهة، ويقوم بتقديم وراجع الاستراتيجيات وفقا لذلك. (Newman, & all, 2009, p48-49)

2-5- نموذج مراحل التغيير:

قام كل من "بروكشاسكا" و"ديكليمانت" و"نوركروس" و"Prochask" و"Diclemente" و"Norcross" 1992 ببناء نموذج نظري يعنى بتحديد المراحل التي يمر الفرد من خلالها عندما يغير عن قصد سلوكا مضرًا "كالتدخين مثلا أو الأكل غير الصحي". حسب نموذج مراحل التغيير فإن رغبة الفرد للتخلي عن عادة صحية سيئة تخضع لعدة عوامل شخصية داخلية (يخلف، 2001، ص38)، وتمر عملية التغيير بخمس مراحل وهي كالتالي:

- مرحلة ما قبل الوعي الصحي: لا توجد في هذه المرحلة إرادة أو رغبة قوية في تغيير السلوك اللاسوي في المستقبل.
- مرحلة الوعي الصحي: تشمل هذه المرحلة الأفراد الذين على وعي بوجود مشكلة لديهم ويفكرون حالياً في تغيير سلوكهم.
- مرحلة الاستعداد والتخطيط: وهي المرحلة التي يتم فيها اتخاذ القرار بالقيام بالإجراءات العملية ورسم خطة العمل. (Glanz, & all,2008, p100)
- مرحلة الفعل: هي المرحلة التي يحدث فيها تعديل فعلي للسلوك.
- مرحلة الاحتفاظ بالفعل: وهي المرحلة التي يحاول فيها الفرد الحفاظ على الفوائد الصحية وتجنب الانتكاس. (Prochaska, & all,2009, p61)

يؤكد هذا النموذج على أن الفرد قد يمر بهذه المراحل في تغيير السلوك بطريقة غير خطية، إذ بإمكانه الدخول والخروج من أي مرحلة ويقوم بالتغيير، في حين قد يقوم البعض بتكرار بعض المراحل عدة مرات. (Hall,2016:4) بالإضافة إلى هذه المراحل يؤكد النموذج على دور التقييم للإيجابيات والسلبيات المدركة من تغيير السلوك، مع الأخذ بعين الاعتبار ثقة الفرد في قدرته على تنفيذ التغيير في السلوك. (شويخ، 2015، ص71) والمخطط التالي يوضح مراحل التغيير:

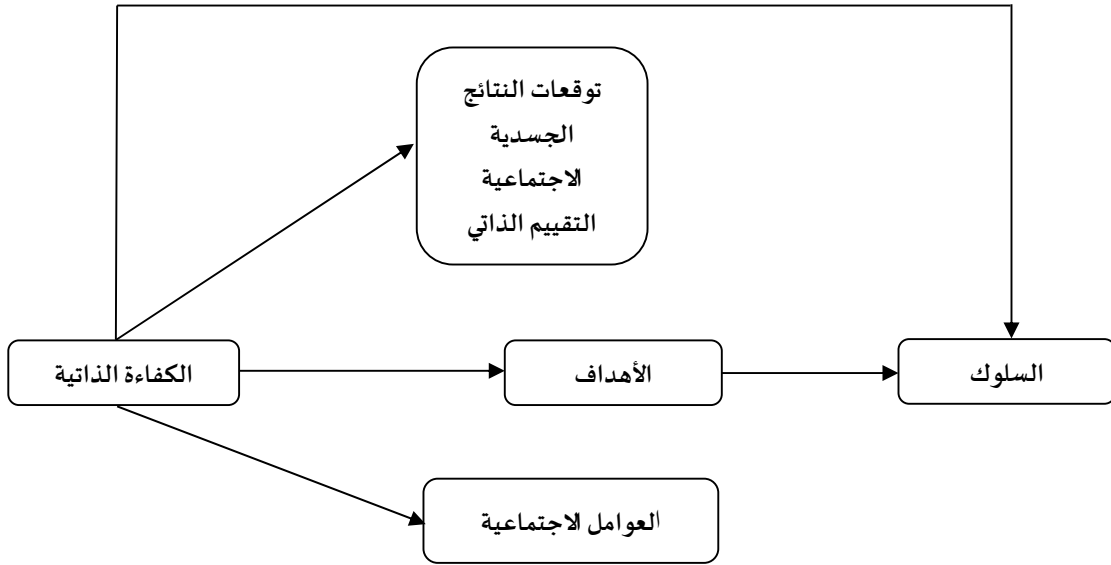


شكل 2. يوضح مراحل عملية تغيير السلوك (Parmar, & Taylor: 2010. p9)

3-5- النظرية الاجتماعية المعرفية:

هناك نموذج آخر شديد التأثير تم تطبيقه على سلوكيات الإدارة الذاتية في الأمراض المزمنة وهو نظرية الإدراك الاجتماعي لباندورا، وفقاً لهذه النظرية يتأثر السلوك بشكل مباشر بالأهداف، توقعات الكفاءة الذاتية، توقعات النتائج، والعوامل الاجتماعية. تتشابه الأهداف مع المقاصد في النظريات الأخرى للسلوك الصحي، فهي تحدد مقدار الجهد الذي يبذله الفرد في تغيير سلوكه، وتشير الكفاءة الذاتية إلى قناعة الشخص بقدرته على أداء سلوك معين في موقف معين، أما توقعات النتائج فهي تشير إلى المعتقدات المتعلقة بالنتائج (الإيجابية والسلبية) لأداء السلوك. (Newman, & all,2009, p50-51)

والمخطط التالي يوضح عناصر النظرية الاجتماعية المعرفية:



شكل 3. يوضح النظرية الاجتماعية المعرفية (Newman, & all: 2009, p51)

4-5- نظرية السلوك المخطط:

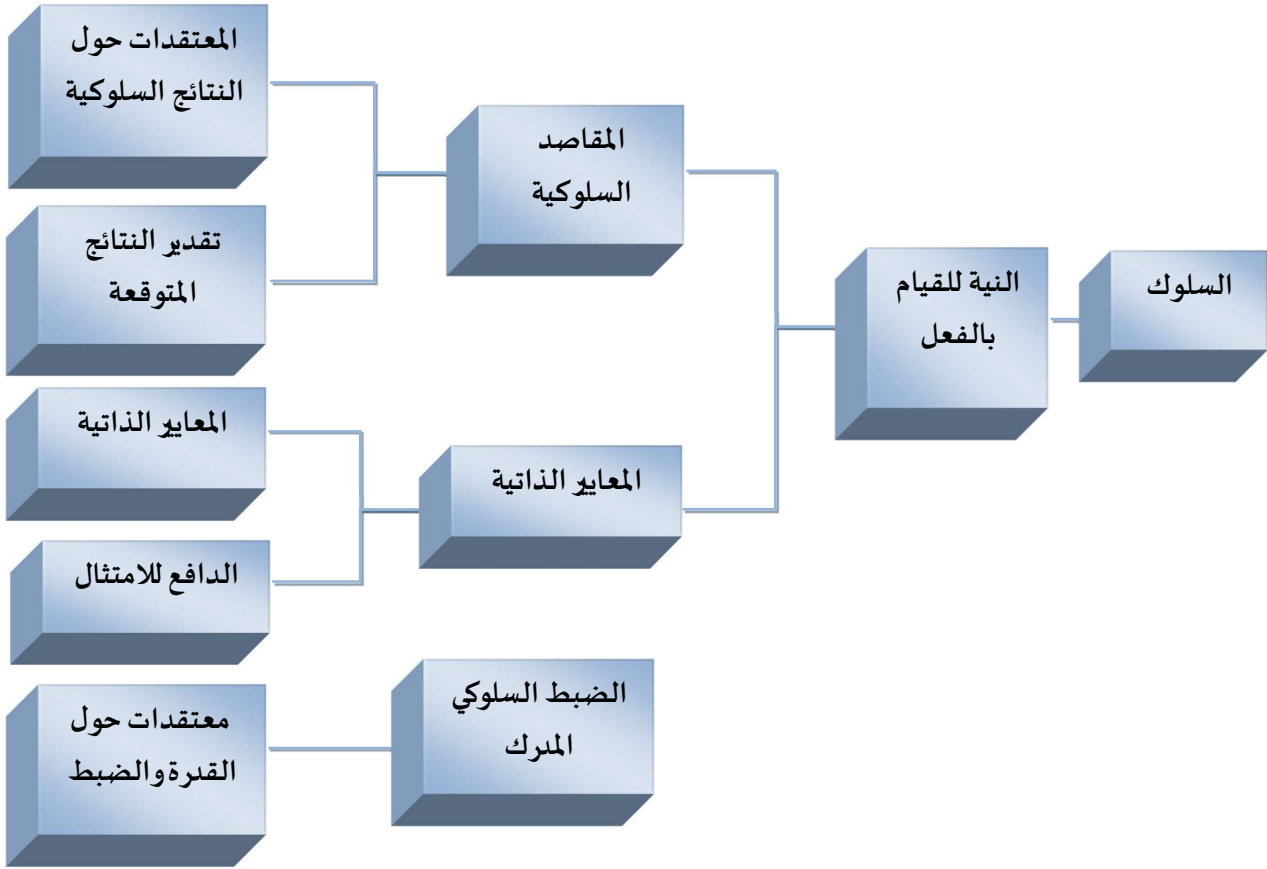
قامت نظرية السلوك المخطط على يد كل من العالمين "أجيزن" و"فيشبين" "Ajzen" و"1980" "Fisgbein" وهما من علماء النفس الاجتماعيين، وقد طبقت هذه النظرية على نطاق واسع لفهم السلوكيات الصحية. إن نظرية السلوك المخطط تحدد العوامل التي تحدد بدورها قرار الأفراد لأداء السلوك الصحي، حيث أضافت هذه النظرية بعد معياري يتمثل في بعد "التحكم الذاتي السلوكي" إلى التفسير الذي قدمته نظرية الدافع إلى الحماية، فهي تقترح أن المحددات الرئيسية للسلوك تتمثل في: نية الانخراط في سلوك معين والتحكم الذاتي في هذا السلوك. إذ تشير النوايا إلى دوافع الشخص نحو بذل الجهد لتنفيذ السلوك، أما التحكم الذاتي السلوكي المتصور يشير إلى إعتقاد الفرد بأنه قادر على أداء سلوك معين (Charles, & all, 2016, p148) فالسلوك بهذا المعنى يتم تحديده من خلال قوة نية الشخص لتنفيذ هذا السلوك ومقدار السيطرة الفعلية التي يمتلكها الفرد على أداء السلوك (Sutton, 2008, p109)

إن النوايا السلوكية في حد ذاتها تتشكل من ثلاث مكونات وهي كالتالي: (Conner, 2002, p6)

- الاتجاهات: وهي التقييمات الإيجابية أو السلبية المتولدة عن الانخراط في سلوك محدد وهي تستند إلى معتقدات الفرد.
- المعايير الذاتية: وهي ترتبط بمعتقدات الفرد بخصوص ما يراه الآخرون أن عليه القيام به "معتقدات معيارية".
- الضبط المدرك للسلوك: هو ما يحدث عندما يحتاج الفرد للشعور بأنه قادر على أداء الفعل المطلوب وأن السلوك المتبع سيحقق النتيجة المرجوة.

فعلى سبيل المثال: المدخن الذي يعتقد أن التدخين يترك نتائج خطيرة على صحته ويعتقد بأن الآخرين يرون أن عليه التوقف عن التدخين، وأن لديه الدافع للامتنال لهذه المعتقدات المعيارية، وأيضا أنه قادر على التوقف عن التدخين، سيكون أكثر قدرة على التصميم على ترك التدخين من الشخص الذي لا يمتلك مثل هذه الإتجاهات والمعتقدات المعيارية. (شيلي، 2008، ص ص 129-130) وعليه وحسب نظرية السلوك المخطط فإن إنخراط الأفراد في السلوكيات ذات العلاقة بالصحة تنتج عن مدى تقييم الأفراد لكل من النتائج المترتبة عن ممارسة السلوكيات الصحية ومدى توافقها مع قناعاته الذاتية بالإضافة إلى ما يراه الآخرين.

والمخطط التالي يوضح لنا نظرية السلوك المخطط:



شكل 4. يوضح نظرية الفعل المخطط (Moriss, & all: 2012. p6)

6- خطوات تصميم تدخلات الإدارة الذاتية للأمراض المزمنة:

في الكثير من الأمراض المزمنة يتطلب على المرضى تعلم إدارة حالتهم الصحية من أجل ضمان حصولهم على أفضل نوعية حياة ممكنة والتقليل من دخولهم للمستشفى، ولا يتأتى هذا إلا من خلال برامج الإدارة الذاتية. حيث تهدف تدخلات الإدارة الذاتية إلى زيادة مهارات المرضى ومعارفهم وتمكينهم من استخدام تلك المهارات في شتى نواحي الحياة، ومن أجل تحقيق هذا الهدف يسعى المختصون في مجال الرعاية الصحية إلى وضع أفضل البرامج وذلك عن طريق التخطيط الجيد لبرامج الإدارة الذاتية وتطويرها لتحسين الإدارة الذاتية لمجموعة معينة من المرضى.

ويمر التخطيط لبرامج الإدارة الذاتية بمجموعة من الخطوات وهي كالتالي:

1-6- الخطوة الأولى: تقييم المشكلة الصحية:

تهدف خطوة تقييم المشكلة الصحية إلى المساعدة في فهم المشكلة الصحية ومقارنة الوضعية الصحية الحالية بالحالة

المرغوب بها من حيث الجانب الصحي وجودة الحياة. (Bartgolomew Prcel, & all,2011, p181)

حيث تجيب هذه الخطوة على مجموعة من الأسئلة والتي تتمثل في: (Sassen,2018, p179-180)

— ما هي المشكلة الصحية وما تأثيرها على نوعية الحياة؟

- ما العلاقة بين المشكلة الصحية والسلوك الصحي؟ هنا يتم جرد ورصد مختلف السلوكيات التي تسبب في حدوث المشكلة الصحية أو السلوكيات التي تؤدي إلى تفاقمها أو الحفاظ عليها.
 - ما العلاقة بين المشكلة الصحية والبيئة؟
 - ما هي المحددات المعرفية الاجتماعية التي تحدد نية وسلوك الإدارة الذاتية للمريض؟ يقصد بالمحددات المعرفية والاجتماعية تلك الأسباب الكامنة وراء القيام بسلوكات معينة.
- إن تحسين الإدارة الذاتية مرتبط بتعزيز نمط الحياة والسلوك الصحي المرغوب فيه للتعامل مع المشكلة الصحية، لهذا يجب التركيز على الحد من السلوكيات الضارة بالصحة وتعزيز السلوكيات الصحية الإيجابية. وباستخدام نظرية السلوك المخطط يتضح لنا بشكل أفضل العوامل التي تفسر سلوك الإدارة الذاتية المرغوب فيه، والعوامل التي تكافئ السلوك الغير المرغوب فيه، كذلك العوامل التي تعيق سلوك الإدارة الذاتية المرغوب فيه.
- 2-6- الخطوة الثانية: تحديد أهداف الأداء وأهداف التغيير:**

تبدأ هذه الخطوة بإعطاء التوجيه لحل المشكلة الصحية للمريض، وذلك من خلال الإجابة عن التساؤلات التالية:

- ما هو الهدف العام لتدخل التربية الصحية؟
- ما هي أهداف أداء تدخل الإدارة الذاتية؟ ويقصد بأهداف الأداء ما يجب على المرضى القيام به لتبني وأداء السلوك المطلوب والتي توضع في 5 أو 7 أهداف أداء.
- ما هي أهداف التغيير؟ ويقصد بها التغييرات اللازمة لتحقيق أهداف الأداء في تدخل الإدارة الذاتية، بحيث تتجسد أهداف التغيير في المحددات المعرفية الاجتماعية للسلوك والتي تمكن المريض من أداء سلوك الإدارة الذاتية المطلوب، وبالتالي فإن كل هدف أداء يتكون من عدة أهداف التغيير المجسدة في المحددات المعرفية الاجتماعية. (Sassen,2018, p180)

3-6- الخطوة الثالثة: اختيار التدخلات العملية المسندة على النظريات لتغيير النية والسلوك:

تقوم هذه المرحلة على تحديد الطرق والنظريات التي يمكن من خلالها تغيير المحددات الاجتماعية والمعرفية للنية وسلوك المريض (Sassen,2018, p108)، فالطريقة النظرية هي عملية التأثير على المحددات السلوكية والظروف البيئية لإحداث التغيير المرجو، والطرق العملية للنظرية هي تقنيات محددة للاستخدام العملي بطرق تتناسب مع التدخل والسياق الذي يتم فيه، فعلى سبيل المثال: قد يكون هدف التغيير هو زيادة الكفاءة الذاتية للمراهقين من أجل مقاومة الضغط الاجتماعي لاستخدام المخدرات، من أجل تحقيق هذا الهدف قد تشمل الأساليب النظرية النمذجة والتجريب على زيادة الكفاءة الذاتية مع التغذية الراجعة والتعزيز ويمكن أن يكون أحد تطبيقات النمذجة عرضاً لشريط فيديو حول كيفية مقاومة ضغط الأقران في المواقف التي يواجهونها عادة. (Bartgolomew Prcel, & all,2011, p181)

هناك العديد من التدخلات الفعالة والأساليب التي تم استخدامها في هذه التدخلات من بينها مايلي: (Sassen,2018, p108)

(112)

1-3-6- طريقة إدراك المخاطر:

تعد طريقة إدراك المخاطر من الطرق المفيدة التي تجعل المرضى يلقون نظرة فاحصة على مخاطر تعرضهم لمشكلة صحية ما، هنا يتم تشجيع المريض على التفكير في مخاطره، بحيث يتم فيها الربط بين الجوانب غير الجيدة بالسلوك المرغوب تغييره أكثر من الجوانب الإيجابية.

تقوم هذه الطريقة بدرجة كبيرة على احداث الموازنة الحاسمة بين ايجابيات وسلبيات السلوك المرغوب أو غير المرغوب فيه، فإذا كانت الفوائد الشخصية تفوق العيوب فهذه بداية جيدة في اتجاه الاستعداد لتغيير النية والسلوك، ولقد أثبتت طريقة الموازنة الحاسمة بين الايجابيات والسلبيات فعاليتها في معالجة المشاكل الصحية للسرطان والسكري.

2-3-6- طريقة التعامل مع التأثير الاجتماعي:

إن طريقة مقاومة الضغط الاجتماعي وتهيئة الآخرين للدعم الاجتماعي تهدف إلى:

- تحديد المعايير الذاتية والتأثير الاجتماعي.
 - تطوير المهارات الاجتماعية للمريض لتعلم كيفية التعامل مع الأشخاص الذين لديهم تأثير سلبي على السلوك المطلوب.
 - تطوير المريض لشبكة الأشخاص الذين يمكنهم تقديم الدعم الاجتماعي للسلوك المطلوب.
- ويعد الدعم العاطفي والتعليمي أكثر أنواع الدعم الاجتماعي تأثيراً على تنفيذ سلوك ما وهو عامل وقائي للتأثيرات الصحية. ما هو تأثير سلوك الآخرين على السلوك الصحي للمريض؟ يتم تعلم السلوك الصحي من خلال مراقبة سلوكيات الآخرين وهو ما يعرف بالتعلم عن طريق الملاحظة، فبناءً على ملاحظة ورصد السلوك الصحي للآخرين يطور الأفراد سلوكيات صحية مناسبة لحالتهم الصحية، وعليه تقدم نظرية التعلم الاجتماعي نظرة ثاقبة في خلق واستمرار السلوك الصحي.

3-3-6- طريقة الممارسة الموجبة:

هي إحدى الطرق لتغيير السلوك فيما يتم تشجيع الفرد على تعلم المهارات، بحيث تساعد التعليمات المستهدفة في التعرف على المهارات وغالباً ما تكون ممارسة الفرعية ضرورية للسيطرة على المهارة ككل.

تركز الممارسة الموجبة على التحكم المتصور والكفاءة الذاتية، بحيث يتم تقسيم المهارة إلى عدة مهارات فرعية وذلك عندما يتعين على المريض تعلم مهارة معقدة، ومن خلال التغذية الراجعة للمريض يتم تعلم المهارات الفرعية في المواقف البسيطة والصعبة.

4-3-6- طريقة تخطيط العمل:

يقوم أسلوب تخطيط العمل على التخطيط لتغيير السلوك وهو خطوة مهمة نحو تحسين الإدارة الذاتية، إذ يركز على نية التغيير، حيث يقوم المريض بوضع خطة لتغيير السلوك.

يبدأ تخطيط العمل بتغيير النية ثم التصرف بطريقة صحيحة، ويمكن أن يركز تخطيط العمل على بدأ سلوك جديد كما هو في حالة الإدارة الذاتية للمرضى الذين يعانون من مشاكل صحية مزمنة، كما يمكن أن يتضمن أيضاً تخطيط السلوك الحالي كما في حالة عادات الأكل غير الصحي أو قد يتم توجيه تخطيط العمل إلى تحديد المريض متى وأين وكيف سينفذ السلوك المطلوب وهذا ما يطلق عليه بصياغة نوايا التنفيذ.

فإذا قام المريض بصياغة خطته الخاصة وتحديد نوايا التنفيذ الخاصة به فمن الأرجح أنه سيحقق أهدافه بالفعل ومن المرجح أيضاً أن يؤدي السلوك المطلوب، وللحصول على الإدارة الذاتية يجب على المريض أن يختار بنفسه ما يجب تغييره على هذا الأساس يمكن للمريض وضع خطة عمل خاصة به، حيث يمكن تحقيق أهدافه وعلى وجه الخصوص يتم زيادة الكفاءة الذاتية والتحكم في سلوكه، فالمريض الذي يصوغ أهدافه ويتلقى ملاحظات حول تنفيذها من قبل أخصائي التمريض سوف يحققها في كثير من الأحيان ومنه يحقق أفضل إدارة ذاتية.

4-6- الخطوة الرابعة: تصميم التدخل الطبي:

تتمثل الخطوة الرابعة من خطوات رسم خرائط التدخل في تصميم التدخل الصحي لتغيير المحددات الاجتماعية-المعرفية، النية، والسلوك لدى مجموعة من المرضى الذين يعانون من مشكلة ما. وبناء على نتيجة الخطوة الثالثة يتم اختيار الأساليب والنظريات التي تبدو مناسبة لتحقيق أداء الخطوة الثانية وتغيير الأهداف. فالغرض من الخطوة الرابعة هو تطوير تدخل صحي لمجموعة محددة من المرضى. (Sassen,2018, p113) تعتبر هذه الخطوة كفرصة لإعادة النظر في المشاركين المحتملين لضمان تحقيق أهداف التغيير والتأثير على السلوك والبيئة. (Bartgolomew Prcel, & all,2011, p387)

إن التدخلات التي تحدث تغييرا في كل من المواقف، المحددات الاجتماعية-المعرفية، المعايير الذاتية، التأثير الاجتماعي، التحكم في السلوك المدرك، والكفاءة الذاتية لها تأثير كبير على النية وبالتالي فإذا كان الهدف إحداث تغيير في النية فيجب التركيز على تغيير المواقف، المعايير الذاتية، زيادة الكفاءة الذاتية، كما أن التدخلات التي توفر تغييرات محددة في النية لها تأثير أكبر عللا تحقيق التغييرات السلوكية. علاوة على ذلك أظهرت مراجعة الدراسات المنجزة في هذا المجال أن فعالية التدخل الصحي تزداد مع زيادة عدد الأساليب والنظريات المستخدمة. (Sassen,2018, p114)

5-6- الخطوة الخامسة: اعتماد وتنفيذ برنامج التدخل:

تستخدم هذه الخطوة بطريقتين هما:

- الاستخدام الأولي للبرنامج المطور حديثا: هنا تعد الخطوة الخامسة جزء من التخطيط الشامل للبرنامج وتكتمل قبل تنفيذ البرنامج لأول مرة.
 - الاستخدام الثاني يتمثل في تنفيذ البرنامج وتقييمه واثبات فعاليته: هنا تستخدم الخطوة الخامسة بمفردها للتخطيط لنشر البرنامج بعد الاستخدام الأولي. (Bartgolomew Prcel, & all,2011, p464)
- في هذه الخطوة يتم كتابة خطة تنفيذية يتم الإشارة فيها إلى كيفية تنفيذ التدخل الصحي من قبل أخصائي التمريض أو غيرهم من المهنيين الصحيين، بحيث يجب وصف أهداف برنامج التدخل الصحي، دوافع استخدام التدخل الصحي والبدء في تنفيذه، كذلك توضيح من أين يجب أن يبدأ التدخل الصحي في عملية الرعاية وكيف ينبغي تنفيذه ليتم دمجها في عملية الرعاية؟ كذلك وصف كيف ومتى وماذا يجب أن يحدث لزيادة فرص نجاح تصميم التدخل.
- إن فعالية التصميم تعتمد على عاملين هما:
- مدى قدرة المريض على تغيير سلوكه الصحي والحفاظ على السلوك المرغوب.
 - مدى قدرة اختصاصي التمريض على تنفيذ التدخل الصحي "فمهنيو التمريض هم الرابط في تعزيز الإدارة الذاتية للمريض". (Sassen,2018, p132-133)

6-6- الخطوة السادسة: تقييم التدخل:

في هذه الخطوة يجب كتابة خطة التقييم والتي تتضمن أهداف الأداء وأهداف التغيير التي تم صياغتها في الخطوة الثانية، بالإضافة إلى الأهداف المحتملة التي تسعى لتغيير العوامل البيئية الخارجية. كذلك يتم وصف كيف سيتم تقييم التدخل الصحي، بحيث تدور عملية التقييم حول ما إذا كانت العمليات المتعلقة بتوفير التدخل الصحي فعالة أم لا وذلك على مستوى التغيير الحاصل في كل من المحددات الاجتماعية-المعرفية، التغير الفعلي في السلوك، وتغيير السلوك على المدى الطويل.

إن الغرض من التقييم هو تجسيد النتائج، ففي التقييم يتم وصف الأهداف مقابل النتائج ويتم النظر في آثار التدخل الصحي، إذ يتم فحص فعالية وتأثير التدخل الصحي على السلوك الصحي للمريض هل المريض حقا يتصرف بطريقة صحية؟ هل

هو قادر على وصف الفوائد الصحية؟ هل تحسنت نوعية حياته؟ إذ يجب أن يهدف التقييم في المقام الأول إلى تحديد ما إذا كانت الأساليب المنفذة قد أدت إلى التغييرات المتوقعة لدى المريض.

تنقسم الأسئلة المطروحة في مرحلة التقييم إلى ثلاث مجموعات وهي: (Sassen,2018, p135-136)

- المجموعة الأولى: تتمحور حول التخطيط لتوفير التدخل الصحي والتي تشمل الأسئلة التالية: ما هي التغييرات التي ينبغي قياسها في المحددات الاجتماعية-المعرفية؟ ما هي التغييرات الحاصلة في كل من المحددات الاجتماعية-المعرفية، النية، والسلوك التي ترجع بشكل خاص إلى التدخل الصحي المنفذ؟
- المجموعة الثانية: وهي التي تعطي نظرة ثاقبة على فعالية الأساليب المستخدمة والتكنولوجيا المساعدة والتي تشتمل الأسئلة التالية: هل الطرق المستخدمة أثبتت فعاليتها؟ هل كان اختصاصيو التمريض قادرين على الدخول في علاقة تعاونية مع المريض؟ هل كان اختصاصيو التمريض قادرين على تطبيق مهارات الاتصال المطلوبة؟
- المجموعة الثالثة: تتمحور حول الجوانب الإدارية للتدخل الصحي والتي تشمل التساؤل التالي: ما هي تكاليف إجراء وتنفيذ التدخل الصحي.

7- الخاتمة:

من خلال ما سبق ذكره تستنتج الباحثان أن الإدارة الذاتية أصبحت أحد المناهج الضرورية في الرعاية الصحية المقدمة للمرضى المصابين بالأمراض المزمنة، فهي أضحت من الركائز الأساسية لتحسين جودة حياة المرضى وجعلهم قادرين على إدارة مرضهم دون الحاجة إلى المساعدة.

بالإضافة إلى ذلك نستنتج أن عملية التخطيط لبناء برامج تدخلات الإدارة الذاتية ليس بالأمر الهين فبالرغم من أن كل مرحلة من مراحل التخطيط تبدو سهلة التطبيق والتنفيذ إلا أنها تحتاج الكثير من التدقيق والتمحيص من أجل أن يكون الانتقال من مرحلة لأخرى سلس وصحيح ولكي يكون البرنامج ذو فعالية عالية بالنسبة للمرضى ويحقق الأهداف المرجوة من تصميمه.

- قائمة المراجع:

سالي، نعيمة.(2019). تنظيم الذات الصحي والإدارة الذاتية للمرض لدى المصابين بأمراض المناعة الذاتية (السكري نمط 1 والتهاق نموذجاً عند المراهقين). مذكرة ماستر في علم النفس، تخصص علم نفس الصحة، قسم علم النفس وعلوم الكربية والأرطوفونيا، جامعة باتنة 1- الحاج لخضر، الجزائر.

شاهين، هيام صابر صادق.(دس). فعالية برنامج قائم على إدارة الذات في تحسين السلوك الصحي لدى المراهقين مرضى السكري، مجلة دراسات عربية، المجلد 16، العدد 2، ص ص 455-506.

شويخ، هناء أحمد محمد.(2015). علم النفس الصحي، القاهرة، مصر: المكتبة الأنجلوا المصرية.

شيلي، تايلر.(2008). علم النفس الصحي، ط1، عمان، الأردن: دار حامد للنشر والتوزيع.

Bartholomew, K. Parcel, G, S.Kok, G. Gottlieb, N, H. & Fernández, M.E.(2011). Planning Health Promotion Programs An Intervention Mapping Approach, Published by Jossey-Bass.

Charles, A, Conner, M, Jones, F, & O'Connor, D. (2016). Health Psychology, London and New Yourk: Routledge.

Conner, M. (2002). Health behaviors An article posted on the following website:https://www.researchgate.net/profile/Mark_Conner/publication/304193514_Health_Behaviors/links/55f40dfa08ae7a10cf88e63e/Health-Behaviors.pdf (viewed 02/01/2017, 18:00)

Glaister, K.(2010). A biopsychosocial model of diabetes self-management: Mediators and moderators, This thesis is presented for the degree of Doctor of Philosophy at Murdoch University.

Glanz, K, Rimer, B. k, & Viswanath, K. (2008). Health behavior and health education - Theory, Research, and Practice-, Edition 4, united states of america: Jossey-Bass.

Hall, B. (2016). Engaging consumers in changing health behavior, USA : Xerox.

- Harver, P.W.(2011). Self-management and the health care consumer, Nova Science Publishers, Inc, New York.
- Morris, J, Marzano, M, Dandy, N, & O'Brien, L (2012). Theories and models of behaviour and behaviour change, Forestry.
- Newman, S. Steed, L. Mulligan, K.(2009). Chronic physical illness: self-management and behavioural interventions, Open University Press, New York.
- Parmar, S, & Taylor, R. (2010). Health Promotion & Behavioural Change Theory, Calgary : Alberta Health Services. Population Reference Bureau.
- Prochaska, J. O, Jhnsn, S, & Lee. P; (2009): chapter 4 The transtheoretical model of behavior chang, in Shumaker, S. A, Ockene, J. K, & Riekert, K.A, The handbook of health behavior change, Edition 3, New York : Springer Publishing Company, LLC, pp 59-83.
- Sassen, B.(2018). Nursing: Health Education and Improving Patient Self-Management, Springer International Publishing.