

## عوامل تغيير نمط المعيشة المرتبطة بمراحل دورات الحياة الأولى والثانية والثالثة Lifestyle Change Factors Related to lifecycle stages 1,2, and 3

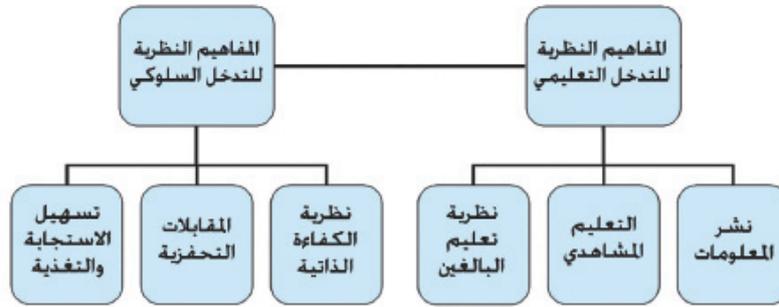
(١, ٤) المرحلة الأولى: العادات الغذائية للأطفال والأبوين

### (4.1) Stage 1: Childhood and Parental Feeding Habits

إن مفتاح الوقاية من عادات أكل الأطفال السيئة يوجد في أيدي الأبوين الذين يشتركون ويعدون ويقدمون الطعام. إن الاستراتيجيات التالية قد خططت وصممت لتشمل نظريات التغيير التعليمية والتحفيزية والسلوكية والإدراكية. ولضمان استراتيجيات مناسبة، على الأبوين أن يتعودوا تعلم استراتيجيات جديدة وتغيير سلوكياتهم غير الصحية القائمة حتى لا يورثوها وينقلوها للأجيال اللاحقة.

بالنسبة للأطفال في عمر ما دون الستين، يكون التركيز في تقديم أطعمة صلبة في مرحلة النمو المناسبة ثم التوسع في تنوع الطعام من بعد (انظر الملحق أ). يوفر الهرم الغذائي الإرشادي للأطفال الصغار لوزارة الزراعة Food Guide Pyramid for Young Children (USDA) توجيهات لتغذية الأطفال عمر عامين فما فوق مع التركيز على الفواكه والخضروات [www.healthier.us.gov/dietaryguidelines](http://www.healthier.us.gov/dietaryguidelines).

لقد قام بارانوسكي (Baranowski) وزملاؤه بدراسة العوامل السيكولوجية النفسية المرتبطة بالمتناول الغذائي للتدخلات التي تتضمن تغييرات نمط المعيشة المرتبطة بالتغذية [١]. ولقد أشاروا إلى أنه لم تقدم ولا حتى نظرية واحدة نماذج تفوقت بانتظام على الأخرى فيما يتعلق بالسلوكيات الغذائية مثل استهلاك الفواكه والخضروات، كما أنهم أكدوا على أهمية تكامل النظريات واستخدامها مجتمعة في التدخلات الغذائية. يتضمن استخدام إستراتيجيات تغيير نمط المعيشة التعليمية والسلوكية نظريات ومفاهيم متعددة والتي توجه التدخل الغذائي. ويقدم الشكل (١, ٤) عرضاً توضيحياً للاختلافات في التغييرات التعليمية والسلوكية.



الشكل (١, ٤) النظريات والمفاهيم متضمنة التغييرات التعليمية والسلوكية.

### (١, ١, ٤) جوانب التدخل الغذائي التعليمية

#### (4.1.1) Educational Dietary Intervention Aspects

##### (١, ١, ٤) إطلالة (نظرة استعراضية)

###### (4.1.1.1) Overview

تم تصميم جوانب التدخل الغذائي التعليمي لتقديم معلومات تغذوية للأبوين بأسلوب تقليدي. فعلى سبيل المثال، قد يكون التركيز على زيادة الفواكه والخضروات في إطار الارشادات الغذائية لوزارة الزراعة الأمريكية. يبدأ التدخل التعليمي بارشادات مناسبة لمرحلة نمو الطفل/الأطفال المناسبة مع ممارسات الإطعام ومراحل الانتقال للهرم الغذائي لوزارة الزراعة الأمريكية للأطفال في عمر سنتين (أنظر الفصل ١).

##### (٢, ١, ٤) العناصر المحورية (الاساسية)

###### (4.1.1.2) Core Elements

قد يشمل التعليم: (١) الفوائد الصحية المرتبطة بتناول المزيد من الفاكهة والخضروات، (٢) متى وكيف يتم إدخال (إطعام أو تناول) الفواكه والخضروات، (٣) الطرق المبتكرة للإكثار من التنوع والمتناول الغذائي و(٤) أهمية النموذج الأبوي القائم على التعلم والتعليم بالمشاهدة. قد تشمل هذه العناصر الرئيسة ما يلي: جلسات جماعية مع محاضرات تفاعلية interactive lectures، وعرض للأغذية food demonstrations، وكتيبات تعليمية educational handouts، ومكالمات هاتفية، و بريد إلكتروني (e-mails) و نشرات بريدية، وكتب قصصية شخصية، وألعاب، إلخ.

##### (٣, ١, ٤) النموذج النظري

###### 4.1.1.3 Theoretical Model

قد يقوم أو يعتمد الجانب التعليمي للتدخل الغذائي على مفاهيم نظرية عديدة والتي تشمل نشر المعلومات والتعلم بالمشاهدة ومبادئ تعلم البالغين. إن هذه النظريات موجهة تعليميا وليست نماذج تغيير سلوكية.

- ١- النشر: إن نشر المعلومات أمر مهم لتوسيع المعرفة والمعلومات الأبوية لمرحلة الطفولة. يحتاج الأبوان إلى المعلومات المتعلقة بإدخال الأغذية الصلبة، وما هي الأغذية الواجب تفاديها للوقاية من مخاطر الاختناق [٢، ٣].
- ٢- التعلم/ التعليم بالمشاهدة: يشجع التعلم بالمشاهدة الأبوين على تقديم النموذج من الاختيارات الغذائية المناسبة، لاطفالهم. فعلى سبيل المثال، بتناول مجموعة متنوعة من الفواكه والخضروات يحفز الأبوان أطفالهم لزيادة استهلاك الفواكه والخضروات [٤].
- ٣- مبادئ تعلم/ تعليم البالغين - تشكل نظريات نوليز (Nowles) الأساس لكثير من أسس تعلم البالغين الحالية. فهو يحدد الخصائص التالية للمتعلمين البالغين. فهم مستقلون و موجهون ذاتيا. وقد جمعوا قواعد وأسس الخبرات ومعارف حياتية يمكن تكاملها في التدخل الغذائي من خلال أسئلة مفتوحة يسألها المستشار الغذائي. إن البالغين عمليون ويجب احترامهم من قبل المستشار من خلال اختبار أفكارهم وأرائهم. ومن المهم تخطيط التدخل الغذائي طبقا لخصائص هؤلاء المتعلمين البالغين [٥] ([www.cc.hawaii.edu/intranet/committees/FacDevcom/guidebk/teachtip/adults-2.htm](http://www.cc.hawaii.edu/intranet/committees/FacDevcom/guidebk/teachtip/adults-2.htm)).

#### (٢, ١, ٤) جوانب (مظاهر) التغيير السلوكي

##### (4.1.2) Behavioral Change Aspects

##### (١, ٢, ١, ٤) إطلالة

##### (4.1.2.1) Overview

تستخدم مظاهر التغيير السلوكي للتدخلات الغذائية استراتيجيات لمساعدة الوالدين في تكييف أسلوب تغذية يطور سلوكيات تناول طعام صحي وتنظيم ذاتي لمحتوى الطعام لدي الأطفال حيث يقدم هذا النوع من التدخل الغذائي التوجيه ليس فقط في كيفية تناول أكثر للأطعمة الصحية، بل أيضا يركز على عملية تغذية الأطفال الصغار عندما يبدأون تناول الأطعمة الصلبة. إن الهدف في التغيير السلوكي لأجل التدخل في نمط الحياة الغذائي هو تسهيل حل المشاكل حول مفهوم ممارسات تغذية الطفل. إن الهدف هو تغيير ممارسات التغذية عند الوالدين باستخدام إستراتيجيات التغيير السلوكي القائمة على الكفاءة الذاتية والمقابلات التحفيزية ومفاهيم التغذية وإعادة التركيز على إستراتيجيات التكيف الإيجابية للتعامل مع المشاعر الأبوية التي لا تخاطب عادة في جلسات المشورة الروتينية.

##### (٢, ١, ٤) العناصر المحورية (الاساسية)

##### (4.1.2.2) Core elements

- إن العناصر الرئيسة للتدخل من هذا النوع تهدف لمعرفة الآتي:
- ١- كيفية تعلم الأطفال للتفضيلات الغذائية (التعرض للذو أو عرض الأغذية، وتسهيل الاستجابة، والمضمون، وتبعات تناول هذا الغذاء).
- ٢- ما هي السلوكيات الطبيعية والتكيفية التي تحدث عندما يبدأ الأطفال الصغار في أكل الأغذية الصلبة.
- ٣- لماذا يرفض الأطفال الأطعمة الممتازة ويفضلون أخرى.

٤- كيفية تأثير إستراتيجيات إطعام الوالدين (للأطفال) على قدرة أطفالهم على التنظيم الذاتي لما يأخذون من الغذاء. من المهم دمج هذه العناصر الرئيسة مع التالي: الجلسات الجماعية التفاعلية التي تستخدم أساليب المقابلات التحفيزية، والفعالية (لعب دور role playing) وحل المشاكل، واستخدام عملية إطعام مصممة لزيادة قدرة الطفل على التنظيم الذاتي للمتناول الغذائي. أنظر [http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/qualitative\\_research/index.htm](http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/qualitative_research/index.htm) للإطلاع على مثال لعملية الإطعام على دي. في. دي موجه مصمم أعدته مراكز التحكم في الأمراض (feeding process-oriented) (DVD developed by Centers for Disease Control (CDC). قد يستخدم المستشار الغذائي هذه المفاهيم عندما يقود المناقشات عن كيفية قيام الأبوين بتغيير ممارساتهم في الإطعام (تغذية أطفالهم).

### (٣، ٢، ١، ٤) النموذج النظري

#### (4.1.2.3) Theoretical Model

قد تتأثر مظاهر التغيير السلوكي لتغيير نمط الحياة الغذائي بالنظريات السلوكية التالية:

- ١- نظرية الكفاءة الذاتية Self-efficacy theory: والتي تركز على قدرة الأبوين على النجاح [٧]، حيث يساعد مستشار التغذية الأبوين على الشعور بالثقة فيما يتعلق بإجراء تغيير. إن للتفاوض الأبوي بإمكانية القيام بتغييرات في الاطعام/ التغذية (للطفل/ الأطفال) يعتبر قوة دافعة لتحقيق مستوي عال من النجاح.
- ٢- المقابلة التحفيزية (MI): اعتمادا على ما قام به ميلر (Miller) وروولنيك (Rollnick)، فإن المقابلات التحفيزية تؤكد على وتركز في مفهوم المشورة/ النصح المركز على العميل/ المريض لدعم الإلتزام والثقة في إمكانية تغيير السلوك كما تساعد الوالدين على إكتشاف وترك التناقض [٨، ٩]. إن لهذه النظرية نتائج إيجابية وواضحة في الأطفال (أنظر الفصل السادس). تشمل المبادئ أو القواعد الرئيسة المستخدمة في المقابلات التحفيزية الاستماع التأملي التفكيرى reflective listening الهادف لبناء التعاطف مع الوالدين، وإظهار التعارض بين أهداف الوالدين والمشاكل الحالية في سلوكيات ممارسة تغذية الطفل، وتقديم تغذية إسترجاعية هادفة. إن الجلسات التي تستخدم المقابلات التحفيزية مصممة لتجنب الجدل بإفترض أن الوالدين مسؤولان عن قرار التغيير والتعامل مع المقاومة (للتغيير من قبل الطفل). يؤكد هذا الأسلوب دعم الكفاءة الذاتية والتفاوض بإمكانية إجراء تغيير. يساعد مخطط المقابلات التحفيزية من إدراك أن مفهوم الإستعداد للتغيير أمر متقلب كنتاج للفاعل الداخلي الشخصي product of interpersonal interaction. إن علاقات التدخل الإرشادي تكون في أفضل مستويات فعاليتها عندما يعمل مستشار التغذية والأبوين كشركاء فضلا عن كونها خبير ومتلقي. إن الحافز لتغيير سلوك تغذية الطفل لا يفرض بواسطة مستشار التغذية لكن يستخرج من الأبوين. ففي هذه الطريقة، يرجع الوالدان إلى الأداء السابق ويستخدمانه للتخلص من التناقض. تؤكد عملية المقابلات التحفيزية على مفهوم التغيير من خلال مهارات الاستماع الانعكاسي التفكيرى أكثر من مجرد كونها أداة لإعطاء المعلومات. إن مستوي تفاصيل المعرفة التي نوفرها أقل أهمية من مستوي المهارة التي نستخدمها في الإستماع الانعكاسي التفكيرى.
- ٣- مفاهيم التنشئة التغذوية التي تشمل تسهيل الاستجابة nurturing concepts including response facilitation ينشأ مفهوم التنشئة التغذوية من الأبحاث المعتمدة على الرعاية الأبوية بأنماط تغذية صحية [١٠-١٣]. وقد كان

التركيز على ممارسات التغذية الصحية (أي الامتناع عن تقييد حصول الطفل على الغذاء أو الضغط على الطفل لتناول مزيد من الطعام). وبالتالي، فبدلاً من تملق ورشوة الأطفال لتناول الفاكهة والخضروات، فإن الأبوين سوف يسمحون لأطفالهم بأن تقودهم رغباتهم الداخلية لتناول الطعام والذي يبدأ مع أول مرة في تناول الأغذية الصلبة. ويتضمن تسهيل الاستجابة أكثر من مجرد التعلم بالمشاهدة. وكما يتضمن السماح للطفل بالمشاركة في الأنشطة المرتبطة بالتغذية والتي تشمل اختيار وتحضير وتناول الغذاء.

٤- إستراتيجيات التكيف الإيجابية للتعامل مع مشاعر الأبوين Positive coping strategies to deal with parental feelings: إن كون المرء أبا يُصعبُ دوره المملوء بخليط من المشاعر المتناقضة المترابطة بين البهجة والحب من جهة إلى الخوف العميق والغضب، في النقيض. عندما تحدث هذه المشاعر المختلطة حول سلوكيات أكل الطفل، فيجب على الأبوين أن يتوقفوا عن التحديد الدقيق والتعبير عن مشاعرهم والتعامل مع كل منها بشكل مناسب. إن الغضب والانزعاج أو التعصب يظهران على السطح عادة عندما يرفض الأطفال أن يتناولوا الغذاء. إن التكيف مع هذا الموقف قد يتضمن التفكير في الطرق التي تمكن من الهدوء وعدم الاستسلام لسلوكيات الأكل السيئة. إن محاولة الموازنة بين هذا الشعور السلبي والشعور بالبهجة لمجرد وجود طفل معافى متألق يجلس على طاولة الطعام، قد كثيراً ما يحول السلوك السلبي لدى الطفل إلى سلوك إيجابي.

### (٣، ١، ٤) الاستراتيجيات المستخدمة لتغيير ممارسات تناول

#### الأبوين/ الطفل للغذاء - مظاهر التغيير السلوكية والتعليمية المتعارضة

#### (4.1.3) Strategies Used to Change Parent/Child Feeding Practices-Contrasting

##### Educational and Behavioral Change Aspects

يوضح الجدول رقم (١، ٤) الاختلافات بين استراتيجيات التدخل الغذائية للتغيير السلوكي والتعليمي.

الجدول رقم (١، ٤). الاستراتيجيات المستخدمة لتغيير ممارسات تغذية الأبوين للأطفال - استراتيجيات التغيير السلوكية

#### والتعليمية المتعارضة (١)

استراتيجيات التغيير السلوكية	الاستراتيجيات التعليمية	
يناقش أخصاصي التغذية في التدخل الخبرة السابقة للأبوين مع اختيار وتحضير وتناول الخضروات والفاواكه، وتشمل ممارسة تغذية الوالدين للطفل ويتم ذلك حيث يقدم طبق الفواكه والخضروات	يقدم أخصاصي التغذية في التدخل الأطباق الغذائية التي تشمل الفواكه والخضروات	الجلسات الجماعية
يناقش أخصاصي التغذية في التدخل أوقات تناول الوجبات ويستخدم أساليب المقابلات التحفيزية لتقليل مشاكل ممارسات تغذية الطفل ويحدد الحلول الكامنة، سوف يناقش أخصاصي التغذية في التدخل المشاعر المتعلقة بأوقات الوجبات وطرق التعامل مع هذه المشاعر	يصف أخصاصي التغذية في التدخل أسباب أن الفواكه والخضروات غنية وتحتوي على المغذيات، أي العناصر الغذائية بكثافة، ويناقش طرق زيادة استهلاكها	المحادثات الهاتفية

تابع الجدول رقم (٤ ، ١).

استراتيجيات التغيير السلوكية	الاستراتيجيات التعليمية	
تشمل القصة اسم الطفل في القصص المضحكة التي توضح اتخاذ الأطفال لقراراتهم بخصوص اختيار وتحضير وتناول الفاكهة والخضروات	تشمل القصص اسم الطفل في القصص المضحكة التي تشمل تشجيع الأبوين للأطفال على أكل الفواكه والخضروات، وإصباغ صفة إيجابية جدا على المغذيات فيها.	القصص المفصلة وتناول الفاكهة
تشمل النشرة الإخبارية اسم الطفل وتوضح كيفية عمل الوالدين والأطفال معا في اختيار وتحضير وتناول الفاكهة والخضروات	تشمل النشرة الإخبارية اسم الطفل وبها وصفات طعام مضحكة والتي تشمل الفاكهة والخضروات	نشرة إخبارية من صفحة واحدة

(١) توضح الجلسات المحددة للتغيير السلوكي والتعليمي في الملحق ب والملحق ج.

## (٤ ، ١ ، ٤) تطور التدخل

## (4.1.4) Intervention Development

قد تعمل نصوص جلسات التدخل الجماعية، المكتوبة، كتوجيهات لتفصيل (تخطيط) كل تدخل.

## (٤ ، ٢) المرحلة الثانية : المعالجة في مرحلتي الطفولة والمراهقة

## (4.2) Stage 2: Remediation in Childhood and Adolescence

إن الكثير من نفس المفاهيم المذكورة أعلاه تنطبق على المرحلة الثانية. فيما يلي مراجعة للطرق المستخدمة في تجربة إكلينيكية (سريرية) عشوائية شملت أطفالا ومراهقين. في دراسة التدخل الغذائي لدى الأطفال (DISC)، استخدمنا نموذج مختصر للتدخل الغذائي لدعم الالتزام الغذائي لدى المراهقين [١٤]. ولقد ساهم الأطفال في الثلاث السنوات الأولى من هذه الدراسة في تدخل جماعي معتمد على العائلة مصمم لتعديل الاختيارات الغذائية مع التركيز على تقليل الدهون المشبعة في الأغذية المتناولة. ونظرا لأن هؤلاء الأطفال قد انتقلوا إلى مرحلة المراهقة، فإن الالتزام بالتغيرات الغذائية قد أصبح أكثر صعوبة. فلقد أصبح الأصدقاء هم الملقنون للاختيارات الغذائية وأصبح الضغط لتناول أطعمة صحية هو الأمر المعتاد السائد. أيضا، نظرا لأن المراهقين هم الذين اتخذوا أو يتخذون القرارات، فإن تأثير الوالدين أصبح قوة أكثر سلبية وأقل تأثيرا إيجابيا. لقد وضع مستشارو التغذية تدخل تحفيزي على المستوي الفردي لمخاطبة الالتزام الغذائي عند وصول الأطفال لسن المراهقة. ولقد اعتمد نموذج التدخل هذا على تركيبات (خطط) نظرية

عديدة تشمل مراحل التغيير [١٥، ١٦]، والمقابلات التحفيزية [١٧]، والمناقشات أو المفاوضات المختصرة [١٨]، والتحكم الذاتي السلوكي [١٩]. وأثناء دراسة التدخل الغذائي في الأطفال، أظهر اختبار أولي لهذه الطريقة متعددة الأوجه نتائج إيجابية في نواح عديدة. ولقد كانت هذه الدراسة إضافة مناسبة للتدخل الجماعي المعتمد على العائلة وثبت أنها مقبولة لدي المراهقين كما تلقاها مستشارو التغذية بقبول جيد.

إن هذه الطرائقية التي تتضمن تدخلات تحفيزية مختصرة، تبدو مناسبة بصفة خاصة لمرحلة المراهقة في الحياة مع التركيز على الوقاية المرتبطة بالعوامل الصحية. هناك عدة أسباب لتوافق هذا النموذج مع مرحلة المراهقة المتميزة بالتطور. أولاً، إن المخاطر المحيطة بمعظم المراهقين ترتبط بالعوامل السلوكية والاجتماعية، والتي تشمل تعاطي المخدرات والحوادث والأمراض التي تنتقل جنسيا واضطرابات واعتلالات تناول الغذاء والاكثئاب [٢٠-٢٣]. إن مفتاح تقديم رسالة أن المراهق ليس صعب المراس يوجد لدى مهنيي الرعاية الصحية؛ فهم الموصلون الأولون لمعلومات إنقاذ الحياة في «لحظة قابلة للتدريس» للمراهقين. يشير تقرير الطبيب العام لعام ١٩٩٤م إلى أن المراهقين يثقون بالمهنيين الصحيين أكثر من ثقتهم بالأبوين والبالغين الآخرين.

ثانياً، عندما ننظر إلى مرحلة النمو هذه، فالمراهقون في مرحلة استكشافية حيث يبدأون المشاركة في السلوكيات المعرضة للشبهة صحياً [٢٥]. يصف ويرش (Werch) وزملاؤه الارتباط بين مراحل بدء السلوكيات ومراحل نموذج التغيير (٢٦). يصف باحثون آخرون فائدة المقابلات التحفيزية أثناء المراحل المبكرة لتغيير السلوك الصحي [٢٧، ٢٨].

ثالثاً، إن الهدف الأساسي أثناء مرحلة المراهقة هو تحقيق شخصية مستقلة عن العائلة والوالدين والبالغين الآخرين. وفي هذه المرحلة يصبح الأصدقاء هم المجموعة المستهدفة للموافقة أكثر من البالغين الرسميين [٢٩]. وتخلق المقابلات التحفيزية إحساساً متزايداً بالتحكم في نمط الحياة لدي المراهقين [٣٠]. إن نموذج التدخل المختصر المتأصل في المقابلات التحفيزية يشمل عناصر تفصيل ووضوح أهداف متفردة وظروف واستعداد لاجراء تغيير [٣٠].

يصف بيرج - سميث (Berg-Smith) مسار التدخل الممكن في الفصل الأخير، الشكل (١، ١٤). (لقد تم استخدام هذا المخطط في العديد من المجموعات العمرية ويظهر في نهاية الكتاب كملخص). لقد كانت هذه العملية ذات فعالية جيدة أثناء جلسات التدخل الغذائي مع المراهقين في برنامج دراسة التدخل الغذائي لدي الأطفال [١٤]. لقد ساعد استخدام هذه العملية من تحقيق مراحل استعداد للتغيير مختلفة كما كان ذي جدوى فيما يتعلق بتوفير الوقت (٥ إلى ١٠ دقائق). أيضاً، فقد كانت العملية قابلة للتطبيق في جلسات التدخل الغذائي الهاتفية مع الأفراد.

إن مرحلة المراهقة هي الوقت الذي يمكن أن ترتفع فيه المشاعر. عندما تكون هناك حاجة إلى تغيير نمط الحياة الغذائي، فكثيراً ما تكون المشاعر سبباً رئيساً لضعف الالتزام الغذائي. إن تعليم مراهق كيفية التعبير عن المشاعر قد يكون بداية لتغيير السلوكيات الغذائية الغير صحية. إن تعلم كيفية الاستجابة المناسبة للمشاعر مثل البكاء عند الحزن بدلا من الأكل، قد يكون مهارة هامة يتم تعلمها في مرحلة المراهقة والتي تنقل إلى مرحلة البلوغ.

## (٣, ٤) المرحلة الثالثة: معالجة البالغين والمسنين

## (4.3) Remediation in Adults and The Elderly

لقد تم إجراء دراسة مشابهة في مبادرة تحفيز صحة المرأة باستخدام تقنية المقابلات التحفيزية لدى المسنات [٣١]. ففي هذه الدراسة المساعدة، اشركت المسنات في ثلاث خطوات للمقابلات التحفيزية: التقييم assessment والتدخل intervention والتوجهات المستقبلية future directions. في خطوة التقييم تم التركيز على تحديد الرغبة الحالية للمشاركة في القيام بمزيد من التغيير. لقد تم تحديد ثلاث مراحل للتدخل لكل مشاركة: المرحلة الأولى - غير مستعدة لإجراء تغيير، المرحلة الثانية - غير متأكدة من امكانية اجراء تغيير، والمرحلة الثالثة - مستعدة لإجراء تغيير.

وفي المرحلة الأولى (غير مستعدة لإجراء تغيير) تضمنت أهداف المشاركة التالي:

١- زيادة (رفع) الوعي بأهمية تغيير السلوكيات الغذائية.

٢- تحديد عوائق عادات الأكل الصحية وتقليلها.

٣- زيادة الاهتمام باعطاء اعتبار لاتخاذ خطوات نحو التغيير الغذائي.

لقد طلب من المشاركة أن تصف ما تطلب أن يكون مختلفا لتحرك للأمام وأن تحدد مصادر معوقات التغيير الغذائي.

وفي المرحلة الثانية (غير متأكدة من امكانية اجراء تغيير) كان الهدف هو خلق الاستعداد للتغيير. لقد طلب في هذه المرحلة من المشاركة أن تصف الجوانب الإيجابية والسلبية لتغيير العادات الغذائية، وأن تتخيل كيفية اختلاف الحياة بعد التغيير، وأن تقدر أو تحصي المشاكل والنجاحات بعد القيام بهذه التغييرات. لقد كان العنصر الرئيس لمستشار التغذية هو تجنب افتراض أن المشاركة كانت مستعدة لإجراء تغيير. إن هذا الافتراض كان من الممكن أن يؤدي إلى الشعور بالفشل.

لقد كان الهدف خلال المرحلة الثالثة (مستعد لإجراء تغيير) هو العمل مع المشاركة في تصميم خطة عمل للتغيير الغذائي والتي تمكن من النجاح. لقد طلب من المشاركة في مبادرة تحفيز صحة المرأة أن تضع أهداف قصيرة المدى ذات جدوى أثناء عمل خطة العمل. يقدم الفصل السابع معلومات إضافية عن دراسة مبادرة تحفيز صحة المرأة المساعدة هذه وعن استخدام المقابلات التحفيزية في تحقيق التغيير الغذائي.

إن تعبير البالغين والمسنين عن مشاعرهم tagging feelings قد يكون خطوة هامة لتأكيد تغيير نمط الحياة الغذائي. قد تبدو التغييرات الغذائية لدى البالغين المشغولين مستحيلة، ذلك، نتيجة لجدول العمل المزدحمة التي تكون عادة خارج نطاق السيطرة. وقد يؤدي ذلك إلى الانزعاج وإلى توجه الكل -أو- لا شيء (all-or-nothing attitude) والذي يسبب سوء (أو عدم اكتساب) مهارات التكيف (أي الأكل بطريقة غير صحية). فبالتعبير الملائم عن الشعور والاحساس بالذنب، يمكن للعائلة أن تركز على أولويات الأكل التي تمكن من استهلاك أغذية أكثر فائدة صحية.

إن المسن الذي يعاني من ضغوط الشيخوخة عندما تصبح أمراض الأقارب والأصدقاء أولوية، قد يستفيد من استراتيجية التركيز على المشاعر والاستجابات لهذه المشاعر. إن تحديد الضغط أو الاجهاد مع الشعور الخاص بالحزن والتكيف مع التعبير العاطفي المناسب بكاءً قد يساعد في إيقاف آلية التكيف الغير مناسب المتمثل في الأكل بطريقة غير صحية.

إن كل مرحلة من مراحل دورة الحياة تفرض مشاكل جديدة فيما يتعلق بتحقيق التغيير الغذائي. ومع ذكر هذه الاختلافات فإنه مازال هناك العديد من التشابه في هذا المسار والذي يتخذه المستشار الغذائي/ التغذوي لتسهيل تحقيق النجاح. تركز الفصول الخامس والسادس والسابع في كل مرحلة كما توفر أو تعرض أمثلة لاستراتيجيات المشورة.

## المراجع

1. Baranowski, T., Cullen, K.W., and Baranowski, J., Psychosocial correlates of dietary intake: advancing intervention, *Annu. Rev. Public Health*, 19, 17, 1999.
2. Crockett, S.J. et al., Parent education in youth-directed nutrition interventions, *Prev. Med.*, 17, 475, 1989.
3. Pirouznia, M., The association between nutrition knowledge and eating behavior in male and female adolescents in the U.S., *Int. J. Food Sci. Nutr.*, 52, 127, 2001.
4. Harper, L.V. and Sanders, K.M., The effect of adults' eating on young children's acceptance of unfamiliar foods, *J. Exp. Child Psychol.*, 20, 206, 1975.
5. Knowles, M.S., *The Modern Practice of Adult Education: Andragogy vs. Pedagogy*, New York: New York Association Press, 1970.
6. [www.cc.hawaii.edu/intranet/committees/FacDevCom/guidebk/teachtip/adults-2.html](http://www.cc.hawaii.edu/intranet/committees/FacDevCom/guidebk/teachtip/adults-2.html).
7. Bandura, A., *Self-efficacy: The Exercise of Control*, New York: WH Freeman, 1997.
8. Miller, W.R. and Rollnick, S., *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*, New York: Guilford Press, 2002.
9. Prochaska, J.O. et al., Stages of change and decisional balance for twelve problem behaviors, *Health Psychol.*, 13, 39, 1994.
10. Baumrind, D., The influence of parenting style on adolescent competence and substance use, *J. Early Adol.*, 11, 56, 1991.
11. Darling, N. and Steinberg, L., Parenting style as context: an integrative model, *Psychol. Bull.*, 113, 487, 1993.
12. Johnson, S.L. and Birch, L.L., Parents' and children's adiposity and eating style, *Pediatrics*, 94, 653, 1994.
13. Costanzo, P.R. and Woody, E.Z., Domain-specific parenting styles and their impact on the child's development of particular deviance: the example of obesity proneness, *J. Soc. Clin. Psychol.*, 3, 425, 1985.
14. Berg-Smith, S.M. et al., A brief motivational intervention to improve dietary adherence in adolescents, *Health Educ. Res.*, 14, 399-410, 1999.
15. Prochaska, J. and DiClemente, C., Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change, *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276, 1982.

16. Prochaska, J. and DiClemente, C., Toward a comprehensive model of change, in *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change*, Miller, W.R. and Heather, N., Eds., New York: Plenum, 1986, 3.
17. Miller, W. and Rollnick, S., *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviors*, New York: Guilford Press, 1991.
18. Rollnick, S., Heather, N., and Bell, A., Negotiating behavior change in medical settings: the development of brief motivational interviewing, *J. Mental Health*, 1, 25, 1992.
19. Watson, D.L. and Tharp, R.G., *Self-Directed Behavior: Self-Modification for Personal Adjustment*, 5th ed., Pacific Grove, CA: Brooks/Cole, 1989.
20. Jessor, R., Adolescent development and health behavior, in *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*, Matarazzo, J., Weiss, S., Herd, J., Miller, N., and Wiss, M., Eds., New York: John Wiley, 1984, 69–90.
21. Erwin, C. and Millstein, S., Biopsychosocial correlates of risk-taking behaviors in adolescence: can the physician intervene? *J. Adolescence Health Care*, 7 (Suppl.), 82s, 1986.
22. Blum, R., Contemporary threats to adolescent health in the United States, *JAMA*, 257, 3390, 1987.
23. Hofmann, A., Clinical assessment and management of health risk behavior in adolescents, *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*, 1, 330, 1989.
24. U.S. Surgeon General, *Preventing Tobacco Use Among Young People*, S/N 7-001-0044 1-0 (DHHS). Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1994.
25. Jaffe, A., Radius, S., and Gall, M., Health counseling for adolescents: what they want, what they get and who gives it, *Pediatrics*, 82, 481, 1988.
26. Werch, C.H. and DiClemente, D.D., A multi-component stage model for matching drug prevention strategies and messages to youth stage of use, *Health Educ. Res.*, 9, 37, 1994.
27. Rollnick, S. and Morgan, M., Motivational interviewing: increasing readiness to change, in *Psychotherapy and Substance Abuse: A Practitioner's Handbook*, Washton, A.M., Ed., New York: Guilford Press, 1994, 179–191.
28. Grimley, D. et al., Contraceptive and condom use adoption and maintenance: a stage paradigm approach, *Health Educ. Q.*, 22, 20, 1995.
29. Christopher, J., Nagle, D., and Hansen, D., Social skills interventions with adolescents, *Behav. Modif.*, 17, 314, 1993.
30. Tober, G., Motivational interviewing with young people, in *Motivational Interviewing*, Miller, W.R. and Rollnick, S., Eds., New York: Guilford Press, 1991, 248–259.
31. Bowen, D. et al., Results of an adjunct dietary intervention program in the Women's Health Initiative, *J. Am. Diet. Assoc.*, 102, 1631, 2002.