



# تطبيق التصورات السلوكية: طرق بسيطة لتحسين النتائج الصحية

تقرير منتدى مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية «ويش» حول  
التصورات السلوكية لعام ٢٠١٦



مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية  
World Innovation Summit for Health

مايكل هالسويرث  
فيرلي سنجيرز  
هنا بورد  
جسيكا بريست  
جاي جودا  
ساره هوف  
ديفيد هالبيرن

المراجع المقترحة لهذا التقرير هي: مايكل هالسويرث وفيرلي سنجيرز وهنا  
بورج وجسيكا بريست وجابي جودا وساره هوف وديفيد هالبرن. «تطبيق  
التصورات السلوكية: طرق بسيطة لتحسين النتائج الصحية»، الدوحة، قطر:  
مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية «ويش»، ٢٠١٦.

# تطبيق التصورات السلوكية: طرق بسيطة لتحسين النتائج الصحية

---

تقرير منتدى مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية «ويش» حول  
التصورات السلوكية لعام ٢٠١٦

٣	تمهيد
٤	ملخص تنفيذي
٦	١. فهم السلوك من أجل تحسين النتائج الصحية
٩	٢. التصورات السلوكية تقدم حلولاً جديدة للمشكلات المتعلقة بالسياسات
١٢	٣. التصورات السلوكية يمكن أن تحسّن الصحة والرعاية الصحية
٢٤	٤. اختبار التدخلات يحقق مزايا مهمة
٢٧	٥. الخلاصة: إدخال التصورات السلوكية ضمن عملية وضع السياسات الصحية
٢٩	الملحق: دراسات الحالات
٣١	شكر وتقدير
٣٢	المراجع

## تمهيد

يدرك صنّاع القرار والعاملون في مجال الرعاية الصحية جيداً – وحتى المرضى أنفسهم – أن الكثير من القضايا الصحية في يومنا تنطوي على جذور سلوكية. فبالرغم من معرفة المدخنين بمدى خطورة تلك العادة، ما زالوا يكافحون في سبيل الإقلاع عنها. وتنفق أنظمة الرعاية الصحية المليارات لعلاج مرض مثل السكري، في حين أنه لا يتم توجيهه إلا القليل من المال للتصدي لعادات الاستهلاك المؤدية للمرض، كما تتعامل أقسام الطوارئ في المستشفيات مع علاج حالات «الحوادث» بشكل يومي، دون أن تفعل شيئاً يذكر لمنع وقوع تلك الحوادث من الأساس.

وقد ولت تلك الأيام التي كانت فيها «أمراض الثراء» مقتصرة على الغرب الصناعي وحسب، إذ إنه لكل ١٠ في المائة من نمو الناتج المحلي الإجمالي في الدول النامية، يقل معدل توقف النمو بين الأطفال بنسبة ٦ في المائة ويرتفع معدل السمّة بنسبة ٧ في المائة<sup>١</sup>. وتمثل تلك التكاليف الباهظة المرتبطة بهذه التغييرات في نمط الحياة عبئاً ثقيلاً على الدول الغنية وسبباً في شلل البلدان الفقيرة.

يتمثل التحدي الحقيقي في إعادة توجيه الوعي العام ليتحول من مجرد دراية بما يمثله السلوك من أهمية محورية بالنسبة للصحة إلى معرفة عملية بما يجب القيام به حيال ذلك، وهو الهدف من وراء هذا التقرير الذي يسعى إلى الكشف عن العوامل الأساسية المحفزة للسلوك البشري وتسلية صنّاع السياسات والعاملين في مجال الرعاية الصحية بمجموعة بسيطة من الأدوات التي يمكن الاعتماد عليها لتشكيل السلوكيات الصحية للمريض أو للناس بوجه عام بشكل أفضل.

وبالفعل يساعد تطبيق العلوم السلوكية في إنقاذ حياة الكثيرين، إذ يمكن وضع رسوم بيانية خاصة بالمرضى على نحو يتيح الحد من حدوث الأخطاء ويفضي إلى التنبؤ بالمخاطر المحتملة. كذلك، يمكن الحد من وقوع الحوادث القاتلة عن طريق إدخال بعض التغييرات التي تبدو بسيطة على البيئة المحيطة للمساعدة في منع الأشخاص من الذهاب إلى أقسام الطوارئ بالمستشفيات. وربما يساهم الحد من المواعيد الفائتة بالمستشفيات وتحسين فرص امتثال المرضى للعلاج وتحديث نظم الرعاية الصحية في تغيير نمط حياة المرضى ومساعدتهم في العيش لمدة أطول وبصحة أفضل.

وإلى جانب هذا الفهم المتنامي، نحن في حاجة لتطبيق نفس الأساليب التجريبية الصارمة عند إجراء عملية تغيير السلوكيات وتصميم الخدمات التي تميز طرق العلاج السريرية القائم على تناول العقاقير الطبية. بمعنى آخر، ما هي أفضل وسيلة ممكنة لمساعدة شخص ما في الإقلاع عن التدخين؟ وما هي أفضل العبارات التي يمكن للطبيب الاستعانة بها لتشجيع الشخص المعرض للإصابة بمرض السكري على إتقاص وزنه قليلاً وممارسة الرياضة بشكل أكبر؟ والأهم من ذلك، كيف يمكننا الاستفادة من العلوم السلوكية في استخلاص تصورات تساعد في بناء المجتمع والاقتصاد بحيث يتمكن الناس فيه من اتباع نمط حياة صحي يكون سهلاً وممتقاً؟

إذا كانت العوامل السلوكية والحياتية سبباً متزايداً في حرماننا من أن نحيا الجزء الأكبر من سنوات العمر بشكل صحي، فألم يحن الوقت لمكافحة هذه القضايا من جذورها، ولا نكتفي بمعالجة الأعراض وحسب؟



ديفيد هالبيرن  
الرئيس التنفيذي، فريق التصورات السلوكية



البروفيسور اللورد دارزي  
رئيس مجلس الإدارة التنفيذي لمبادرة مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية «ويش»،  
مؤسسة قطر

رئيس مجلس إدارة معهد الابتكار في الصحة  
العالمية التابع لجامعة إمبريال كوليدج لندن

## ملخص تنفيذي

يمكن أن يؤدي تطبيق تصورات جديدة خاصة بالسلوك إلى تحقيق نتائج صحية أفضل وبتكلفة أقل. ويقدم هذا التقرير لمحة عامة عن هذه التصورات وكيفية تطبيقها بشكل عملي، معتمدًا على أربع رسائل رئيسية هي:

### ١. نحن في حاجة لفهم أفضل للسلوك من أجل تحسين النتائج الصحية

ثمة ثلاثة مجالات رئيسية يتسبب فيها غياب الفهم أو الوعي بطبيعة السلوك البشري في حدوث مشكلات في قطاع الصحة، وهي كما يلي:

– **الصحة العامة.** ينشأ الكثير من العبء العالمي للمرض من إتباع سلوكيات غير صحية، وما زال الناس يكافحون من أجل تغيير هذه السلوكيات، بالرغم مما يتمتعون به من وعي وعزم وقدرة على إحداث التغيير.

– **توفير الرعاية الصحية.** غالبًا ما يتم تصميم أنظمة الرعاية الصحية بطريقة تسهل وقوع الأخطاء وسوء اتخاذ القرارات من قبل الممارسين الصحيين.

– **القرارات المتعلقة بالسياسات.** قد تؤدي إجراءات السياسات بضّاع القرار لاتخاذ قرارات دون المستوى الأمثل ،مثل التعاطي مع الأدلة المتاحة بطريقة منحازة أو متناقضة.

### ٢. التصورات السلوكية تقدم حلولًا جديدة للمشكلات المتعلقة بالسياسات

أثبتت البحوث التي أجريت خلال الأربعين عامًا الماضية أن قراراتنا غالبًا ما تكون غير مدروسة وتقديرية، بل اعتيادية وتلقائية ومتأثرة بشكل كبير بالبيئة التي اتخذت فيها، وغالبًا ما يتم إهمال هذه العوامل عند إجراء تحليل تقليدي للسياسات. وربما يؤدي تطبيق الأفكار السلوكية إلى اقتراح سبل جديدة لتحقيق أهداف السياسات، فضلًا عن تعزيز أدوات السياسات القائمة (مثل وضع القوانين أو توفير الحوافز)، وهو ما تقوم به الحكومات في جميع أنحاء العالم على نحو متزايد، وربما يذهب بنا تطبيق هذه الأفكار إلى أبعد من ذلك بكثير.

### ٣. التصورات السلوكية يمكن أن تحسن الصحة والرعاية الصحية

تُشكّل مبادئ السهولة والجدب والبعد الاجتماعي والتوقيت المناسب أحد الأطر البسيطة التي يمكن من خلالها تطبيق التصورات السلوكية على عملية وضع السياسات وزيادة احتمالية إحداث التغيير السلوكي:

– **مبدأ السهولة.** نسعى لتجنب بذل المزيد من الجهد كلما أمكننا تحقيق ذلك، فعلى سبيل المثال، ولأننا في كثير من الأحيان نتجنب اتخاذ قراراتنا على أساس المعرفة التامة، فغالبًا ما ينتهي بنا المطاف لاتخاذ الخيار «الافتراضي“. وهكذا، ثمة احتمال أن يؤثر اتخاذنا للخيار الافتراضي بالسلب على الخيار الآخر الأكثر ملاءمة، فمثلًا إذا كان الخيار الافتراضي هو إجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشرية «الإيدز»، فإن إتمام الاختبار نفسه يكون أكثر شيوعًا بكثير مما لو كان الخيار الافتراضي هو عدم إجراءه. وهكذا، يمكن أن تقل احتمالية إتمام سلوكٍ معين إذا تطلب إجراؤه بذل جهد ولو بسيطًا (وهو ما يعرف «بتكاليف الاحتكاك»). فعلى سبيل المثال، تبين أنه عن طريق حدوث زيادة طفيفة في صعوبة الحصول على كميات كبيرة من العقاقير تم خفض معدلات تناول جرعات زائدة من الأدوية بشكل كبير.

تذليل العراقيل ولو كانت صغيرة جدًا لزيادة فرص اتباع سلوكٍ صحي معين.

– **مبدأ الجذب.** بسبب محدودية انتباهنا، فإننا في حاجة لطرق جديدة لجذب الانتباه، ولتحقيق ذلك، يجب تحديد الرسائل التي تعمل على أفضل وجه، فمثلًا كشفت دراسة أجريت في المملكة المتحدة أنه يمكن تقليل المواعيد الفائتة في المستشفيات بمقدار الربع إذا تم التذكير

بالتكلفة التي يتكبدها النظام الصحي جراء عدم الحضور إلى المشافي في المواعيد المحددة سلفًا. وهناك طريقة أخرى لجذب الانتباه من خلال التصميم البصري أو المكاني، ففي الهند انخفض معدل الوفيات الناجمة عن حوادث الطرق عن طريق رسم خطوط مرجعية على مسارات السكك الحديدية بحيث تُمكّن الناس من الحكم على سرعة القطارات.

إنشاء رسائل بسيطة وواضحة أو وضع تصميم جديد يهدف لجذب انتباهنا المحدودة

– **مبدأ البعد الاجتماعي.** يمتاز البشر بكونهم كائنات اجتماعية تتأثر بشدة بما يفعله الآخرون – «المعايير الاجتماعية». وإذا تم إبراز السلوكيات الصحية بشكل أكثر وضوحًا، قد يساعد هذا في نشر تلك السلوكيات وتداولها بين الناس بسهولة. ففي نيجيريا مثلًا، تم طرح ما يعرف بـ«مصافحة الإيبولا» للحد من الاتصال الجسدي المباشر بين البشر (وبالتالي نشر المرض)، وقد أصبحت تلك المصافحة بديلًا واضحًا للتحية التقليدية. إن مجرد إبلاغ الناس بما يفعله الآخرون في نفس الموقف يعد أمرًا فعالًا، فقد قام الأطباء بوصف استخدام المضادات الحيوية بمعدل أقل فقط عندما تم إبلاغهم أن معظم زملائهم يفعلون الأمر ذاته.

التوضيح للناس أو إخبارهم بما يفعله الآخرون من سلوكٍ صحي.

– **مبدأ التوقيت المناسب.** هناك أفراد أكثر تقبلًا للتغيير في بعض الأوقات من غيرهم. وهكذا، فهناك بعض الأوقات تكون أكثر فعالية لطرح تدخلٍ ما مثل المناسبات الدينية أو الثقافية أو الاحتفالات ب بداية السنة أو غيرها من الفعاليات الحياتية المهمة. فقد تم بنجاح اختيار موعد تنفيذ برنامج لفحص مرض السكري في دولة قطر (الذي يتطلب إجراؤه صيام المشاركين) ليتزامن مع شهر رمضان، وذلك باعتبار أن كثيرًا من الناس يكونون بالفعل صائمين.

يمكن طرح التدخلات في وقتٍ يكون الناس فيه أكثر تقبلًا للتغيير.

يقوم صناع القرارات بتطبيق المبادئ الأربعة السابقة بالمثل على أنفسهم، إذ يتعين على واضعي السياسات الصحية الأخذ في الاعتبار كيف يمكن أن تؤثر هذه العوامل على عملهم وكيف يمكن تطبيقها للتأكد من أنه يتم تنفيذ السياسات بأفضل الطرق الممكنة.

### ٤. اختبار التدخلات يحقق مزايا مهمة

بسبب تعقّد السلوك وقوة السياق وأهمية التفاصيل، فإننا لسنا على يقين بالضبط بأفضل الطرق لتنفيذ التدخلات. ومن ثم، من الضروري لصنّاع السياسات إجراء تجارب اختبار بسيطة لتقييم مدى تأثير التدخلات السلوكية على خدمات الرعاية الصحية، وغالبًا ما تتسم هذه التجارب برخص التكلفة والنتائج السريعة، وخاصةً إذا ما اعتمدت على بيانات يتم جمعها بشكل روتيني.

وقد أظهر اختبار مثل تلك التدخلات أن التصورات السلوكية يمكن أن تحدث فارقًا حقيقيًا في أنظمة الرعاية الصحية، كما يبين متى وكيف ولصالح من يمكن أن تؤتي التدخلات بأفضل ثمارها، إذ إن حجم ومدة تأثير تلك التدخلات يمكن أن يتأثر بالاختلافات الثقافية وتفاصيل عملية التنفيذ.

يمكن استخدام الأفكار والأمثلة الواردة في هذا التقرير من قبل أي شخص يعمل في مجال الرعاية الصحية أو الصحة العامة، بيد أننا نعتقد أنه سيكون للتقرير قيمة خاصة بالنسبة لصناع السياسات من المسؤولين عن تصميم ورعاية النظم الصحية.

وهناك العديد من الفرص لتحسين الصحة والرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم من خلال تطبيق التصورات السلوكية، ويمكن إدراك العديد من هذه الفرص من خلال تطبيق أدوات بسيطة لإجراء تغييرات عملية. ونحن نشجع صناع القرار على استخدام هذه الأدوات.

## ١. فهم السلوك من أجل تحسين النتائج الصحية

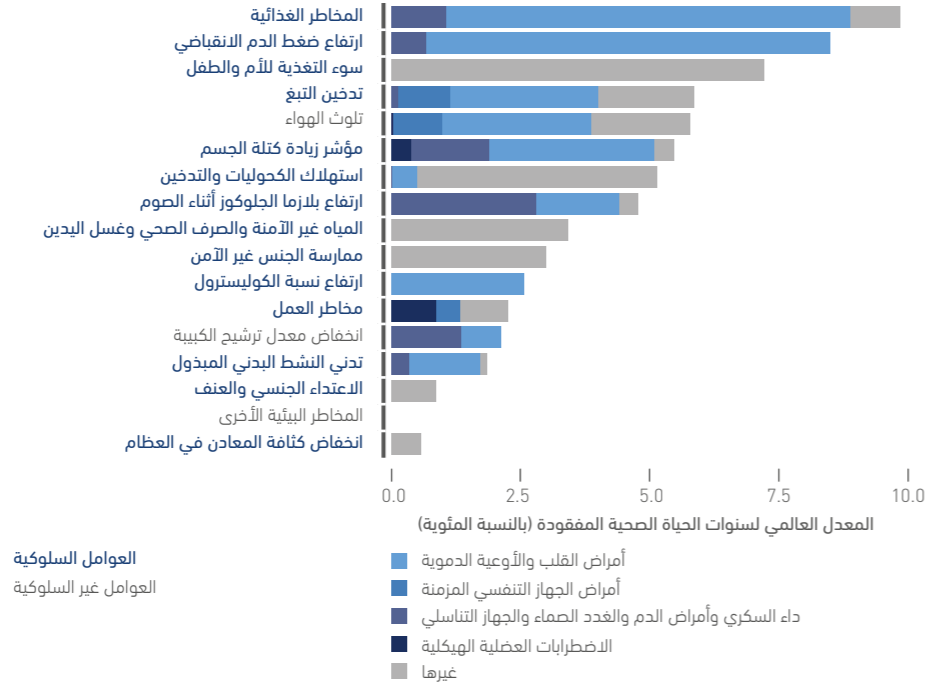
يسعى صناع السياسات في مجال الرعاية الصحية لتحقيق هدف مشترك، وهو العمل على تقليل سنوات الحياة الصحية المفقودة بسبب سوء الحالة الصحية بطريقة فعالة من حيث التكلفة وقدر الإمكان. ويبقى السؤال «لماذا يحتاجون إلى فهم السلوك البشري بشكل أفضل لتحقيق هذه الأهداف – وكذا أفضل السبل للتأثير على هذا السلوك؟». ويمكننا أن نجد أسبابًا واضحة في ثلاثة جوانب مهمة تخص النظم الصحية التي تتمثل في: طرق حدوث سوء الحالة الصحية وسلوكيات ممارسي الرعاية الصحية في علاج ذلك الاعتلال الصحي وطريقة إشراف صناع السياسات على النظم الصحية.

## نحن في حاجة لفهم أفضل لأسباب حدوث السلوكيات غير الصحية

بالرغم مما تمثله الظروف التي يُولد ويعيش ويعمل فيها الناس من أهمية بالغة على صحتهم، فإن قرابة نصف العبء العالمي من المرض ينشأ بفعل عوامل تتصل بالسلوك ونمط الحياة<sup>١</sup>. ويسهم تناول الغذاء غير الصحي أو التدخين أو تناول الكحوليات في تشكيل الحالة الصحية على المدى الطويل، مثل مرض السكري وأمراض القلب والأوعية الدموية وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة والاضطرابات العضلية الهيكلية. وتعد هذه الحالات المسؤولة عن العبء الأكبر للمرض في الدول الصناعية وعلى نحو متزايد في جميع أنحاء العالم (انظر الشكل رقم ٢١)، إذ تقدر تكلفتها بـ ٣٠,٤ تريليون دولار أمريكي، وهي عبارة عن تقدير الخسائر الاقتصادية وتكلفة إنتاج الأدوية على مدى العشرين عامًا القادمة<sup>٢</sup>.

ويمكن أيضًا تقليص الأسباب الرئيسية للوفيات في البلدان النامية إلى حد كبير من خلال اتباع بعض السلوكيات، مثل الاعتماد على الرضاعة الطبيعية واستخدام الناموسيات على نحو فعّال واستخدام محاليل معالجة الجفاف عن طريق الفم والحصول على اللقاحات الطبية<sup>٣</sup>. وبالرغم من هذا، قد لا يتم اتباع السلوكيات الصحية حتى في حالة وجود الوعي والعزم والقدرة على القيام بذلك<sup>٤</sup>. مما يؤدي إلى سوء الحالة الصحية للأفراد وتخريب النظم الصحية وهدر الإنتاجية المتصلة بالاقتصادات. ومن هنا، ومن أجل تحسين النتائج الصحية، تحتاج النظم الصحية لتطبيق أفضل الطرق المثبتة لإحداث التأثير على سلوك الناس الذين تخدمهم تلك النظم.

## الشكل رقم ١: المعدل العالمي لسنوات الحياة الصحية المفقودة جراء عوامل الخطر في عام ٢٠١٣



المصدر: [JP1] منقول بتصرف من فروزانفار وآخرون. (٢٠١٥)

## نحن بحاجة لفهم أفضل لكيفية تأثير النظم الصحية على سلوك ممارسي الرعاية الصحية

تتكون أنظمة الرعاية الصحية من العديد من العلاقات المختلفة. وفضلاً عن العلاقة المباشرة بين المريض والطبيب، هناك علاقات بين المريض والأسرة/المجتمع، وبين الممارسين بعضهم البعض، وبين مقدم الخدمة والمفوض بتقديمها وغيرها من العلاقات. وقد يسهم فهم دوافع ومدى الأثر التي تُحدثه طريقة تفاعل الناس مع بعضهم البعض في الحصول على نتائج أفضل وبتكلفة أقل.

ومما يؤسف له أن النظم الصحية لا يراعى في تصميمها تحقيق هذا النوع من الفهم. فعلى سبيل المثال، تحدث عادة أخطاء مثل إعطاء دواء عن طريق الخطأ نتيجة وجود العديد من العمليات التي تتعلق باستخدام لغة معقدة أو عرض غير واضح للخيارات المتاحة. وبالرغم من معرفتنا بهذا، ما زلنا نقوم بإجراء واستخدام العمليات التي تسهل وقوع تلك الأخطاء<sup>٥</sup>. ونحن أيضًا نعرف الآن الكثير عن أسباب الصعوبات التي يواجهها العاملون وصناع القرار والسياسات في المجال الصحي في التركيز على تحقيق الرعاية الوقائية، إذ نميل إلى التركيز على المشكلة التي نواجهها بشكل مباشر، عوضًا عن التركيز على المشكلات المحتملة في المستقبل، خاصة إذا بدت بعيدة وغير ملموسة. وبالرغم من ذلك، فإننا لا نزال نقوم بتشكيل هياكل تحفيزية للعاملين تؤكد على الاهتمام بدور العلاج أكثر من تحقيق هدف الوقاية من الأمراض، الأمر الذي يؤدي إلى زيادة النفقات وسوء الحالة الصحية بشكل عام<sup>٦</sup>.

## نحن بحاجة لفهم أفضل لسلوك المشرفين على النظم الصحية

وأخيرًا، يمكننا دراسة كيف يمكن للتصورات السلوكية أن تؤثر على أولئك الذين يقومون بالإشراف على تنفيذ السياسات الصحية، ذلك أن قراراتهم غالبًا ما تتأثر بعوامل قد لا تؤدي إلى أفضل النتائج، فعلى سبيل المثال، قد يقوم وزير الصحة بزيارة مستشفى ما وملاحظة طريقة خاصة لعلاج السرطان، لأنها بسيطة جديدة وسهلة الفهم - حتى وإن لم تكن الخيار الأكثر فعالية. وكما هو مبين أدناه، توضح التصورات السلوكية لماذا يمكن أن ينجذب اهتمامنا على هذا النحو، وتشير إلى سبل توجيه الانتباه إلى أفضل الخيارات المتاحة. ما يمكن أن يحدث هو أنه بمجرد أن يقرر الوزير أو صانع السياسات إعطاء الأولوية لطريقة علاج معين، يكون من الصعب للغاية إقناع هؤلاء المسؤولين بخلاف ذلك حتى إنهم قد لا يلتفتون إلى أي براهين تفيد بوجود خيارات أخرى قد تحقق نتائج أفضل، وهو ما يعرف في مجال التصورات السلوكية باسم «الانحياز»<sup>1</sup>. إذا استطعنا التعرف على هذه القضايا ومحاولة مواءمة عملية صنع السياسات لمعالجة لتلك القضايا، سيكون لدينا سياسات صحية أفضل، وبالتالي نتائج صحية أفضل.

قد يساعد الفهم الأفضل للسلوك في تحسين استخدام خدمات الرعاية الصحية وتقديمها والإشراف عليها. وقد وفرت البحوث التي أجريت خلال الأربعين عامًا الماضية في تخصصات مثل علم النفس والاقتصاد والأنثروبولوجيا، جنبًا إلى جنب مع البحوث في مجال الرعاية الصحية، المعرفة المطلوبة لدعم هذا الهدف. وإجمالًا، يُشار إلى هذه المعرفة في الغالب باسم «التصورات السلوكية»، ويورد القسم التالي بعض الأمثلة لتوضيح هذه التصورات وكيفية الاستفادة منها في مجال الرعاية الصحية.

## ٢. التصورات السلوكية تقدم حلولًا جديدة للمشكلات المتعلقة بالسياسات

يُستخدم مصطلح «التصورات السلوكية» للإشارة إلى مدى الاستفادة من النتائج التي تقدمها العلوم السلوكية في فهم كيف يتصرف الناس أثناء الممارسة العملية، وبالتالي يمكن تصميم السياسات والخدمات العامة على نحو أفضل. ويوضح هذا القسم مزيدًا من التفاصيل حول التصورات السلوكية مع شرح كيف تم الاستفادة منها مؤخرًا.

### التحدي الذي توجهه الطرق القائمة في فهم السلوك

تهتم السياسة الصحية مثل مجالات السياسة الأخرى بكيفية تحقيق نتائج معينة باستخدام موارد محدودة. وبشكل عام، غالبًا ما يسهم علم الاقتصاد في اتخاذ قرارات سياسية مستنيرة<sup>1</sup>. وبشكل أكثر تحديدًا، تقوم عملية اتخاذ القرار على فرضية مفادها أنه سوف يتولى الناس التعامل مع جميع المعلومات المتاحة مع تقدير التكاليف والفوائد الناجمة عن أعمالهم بكثير من العناية وتحديد الخيار الذي يعظم الفائدة التي تعود عليهم<sup>٢</sup>.

أظهرت بشكل متزايد النتائج المستخلصة من العلوم السلوكية أن هذا النوع من اتخاذ القرارات يحدث بدرجة أقل مقارنة بما تفترضه النماذج الاقتصادية، فبدلًا من الموازنة الدقيقة بين قيمة التكاليف والفوائد التي يمكن تحقيقها، أثبتت العلوم السلوكية ببراكين كثيرة أننا غالبًا ما نقوم باستخدام الاختصارات العقلية أو ما يعرف «بقواعد الإبهام» لتحديد أن واحدًا من الخيارات المطروحة يعد جيدًا بشكل كاف، على الرغم من أنه ربما لا يكون الخيار الأفضل<sup>٣</sup>. ومن الأمثلة على هذه الاختصارات العقلية أن يقوم شخص ما «باختيار ما قام الجميع باختياره»، أو أن «يفعل نفس الشيء الذي سبق له القيام به». وقد لا تحرز السياسة العامة التأثير المنشود على السلوك إذا ما تم تجاهل هذه البراهين<sup>٤</sup>.

بالرغم مما تحققه تلك الاختصارات العقلية من نجاح في غالب الأحيان - ذلك أن فكرة القيام بالعمل نفسه الذي يقوم به الآخرون تعد استراتيجية جيدة للبقاء - فإنها قد تضر بالصحة إذا ما استخدمت في سياق خاطئ. وعلاوة على ذلك، فقد أظهرت العلوم السلوكية أيضًا أن للفكر الواعي تأثيرًا ضعيفًا على الكثير من سلوكنا، وخصوصًا عن ذلك، غالبًا ما يتم توجيه السلوك من خلال الاستجابات «التلقائية» لمؤثرات بيئتنا وما نواجهه<sup>٥</sup>. وقد يؤدي تغيير جوانب السياق التي تبدو غير جوهرية أو تغيير طريقة عرض القرار إلى إحداث تغييرات مهمة في السلوك، فمثلًا، تبين الكثير من البراهين أن معظم سلوكياتنا المتصلة بتناول الطعام تتم بلا وعي أو أنها غير مدروسة. فنحن نتأثر تأثيرًا كبيرًا بالإشارات المتعلقة «ببيئة تناول الطعام»، مثل حجم الطبق - فكلما كبر حجم الطبق، كلما تناولنا كمية أكبر من الطعام دون أن ندرك ذلك<sup>٦</sup>. وهكذا، فإنه يمكن تيسير عملية تناول كميات أقل من الطعام عن طريق تغيير ما هو واقع باستخدام أدوات تجهيز الطعام وأدوات مائدة أصغر حجمًا.

يمكننا تحسين النتائج الصحية إذا اعترفنا بأن قراراتنا غالبًا ما تكون غير مدروسة، ولكنها اعتيادية وتلقائية، إذ تتأثر بشكل كبير بالبيئة التي تتشكل من خلالها.

## تطبيق التصورات السلوكية في سياق السياسات

لا تعني أدبيات التصورات السلوكية أن الوسائل المتبعة في وضع السياسات خاطئة تمامًا، إذ يتصرف الناس في كثير من الأحيان بما يتماشى مع موازنتهم بين حساب التكاليف والفوائد التي يمكنهم الحصول عليها. كما لا يعني إقرار مقارنة محددة لتنفيذ تلك التصورات السلوكية أنه يتعين على واضعي السياسات تلقائيًا الاستغناء عن الكثير من الإجراءات التقليدية «الصعبة»، مثل التشريعات، من أجل إعادة تشكيل الخيارات بشكل أبسط. وقد يحدث سوء الفهم هذا في أحيان كثيرة عندما يقوم الناس بحصر تركيزهم على فكرة «الحض»، بدلًا من البحث في إمكانية تطبيق العلوم السلوكية على نطاق واسع في وضع السياسات<sup>١٧</sup>. وكما هو مبين في الشكل رقم ٢، لا يمثل الحض سوى جانب واحد من التصورات السلوكية، وهو عمومًا يتعلق بالطريقة التي يتم من خلالها عرض الخيارات المتاحة.

### الشكل رقم ٢: العلاقة بين أدوات السياسات والحض والتصورات السلوكية



عوضًا، ينبغي النظر إلى التصورات السلوكية كمقاربة خاصة بعملية وضع السياسات ككل، فضلًا عن كونها عبارة عن مجموعة محددة من الأدوات. ويبين الخط المنقط الظاهر في الرسم البياني أنه يمكن للتصورات السلوكية تغطية جميع جوانب العمل الحكومي. ولا يمكن اعتبار تطبيق التصورات السلوكية بالضرورة بديلًا عن التشريعات القائمة – بل يمكنه بدلًا من ذلك أن يقدم مجموعة من النتائج وطريقة تفكير قد تضمن أن تتماشى تلك التشريعات مع الطريقة التي يتصرف بها الناس على أرض الواقع. وذلك باعتبارها عدسة يمكن من خلالها رؤية جميع الأعمال التي تقوم بها الحكومة وكذا الممارسون في مجال الرعاية الصحية. وبالتالي، فهي ليست خيارًا إضافيًا، من منطلق أن معظم سياسات الحكومات معنية بالتأثير على السلوك، وسوف يكون للتصورات السلوكية رأيًا حول معظم السياسات، كما لا يمكن حصر مساهمة التصورات السلوكية في إضافة تعديلات صغيرة على الترتيبات القائمة بالفعل، إذ إنه يمكن استخدام مقارنة التصورات السلوكية في إعادة تقييم النظم الصحية وإعادة التفكير فيها وإعادة تصميمها.

وأخيرًا، يحتاج واضعو السياسات إلى الاستفادة من التصورات السلوكية بكثير من الحكمة. فإذا قاموا باستحداث تدخل ما ليتحول بشكل عمدي إلى عادة أو فعل تلقائي، فربما يكون الناس أقل وعيًا بمدى التأثير الواقع عليهم. ويمثل هذا جدالًا معقدًا لا يمكن إيجازه في هذا التقرير<sup>١٨</sup>. وبغض النظر عن ذلك، يجب أن يسعى صناع السياسات لأن:

- يتمتعوا بالشفافية فيما يتعلق بالإجراءات المطلوبة لطرح التدخلات.
- يخرطوا في نقاشات عامة مع المواطنين، ربما من خلال نوع من الآلية التشاورية حول نوعية العمل المقبول لديهم.

## التطورات الأخيرة

في السنوات الأخيرة، بدأت الحكومات في جميع أنحاء العالم تطبيق النتائج المستخلصة من العلوم السلوكية بطريقة واضحة ومستدامة. وأشار تقرير صدر عام ٢٠١٤ إلى أن «هناك ٥١ بلدًا تملك مبادرات خاصة بالسياسات تتولى الدولة المركزية قيادتها، وقد تأثرت هذه المبادرات بالعلوم السلوكية الحديثة»<sup>١٩</sup>. وقد قامت العديد من الحكومات بصفة خاصة بتكوين فرق متخصصة في العلوم السلوكية، بما فيها المملكة المتحدة والولايات المتحدة وألمانيا وأستراليا وكندا وهولندا. وبالإضافة إلى ذلك، أطلق كل من البنك الدولي والمفوضية الأوروبية مبادرات كبرى جديدة لتطبيق التصورات السلوكية في عملية وضع السياسات<sup>٢٠</sup>. كما قطعت العديد من الفرق المشاركة على نفسها التزامًا صريحًا بتقديم تقييم محكم للمبادرات التي يتبنونها. وهكذا، يمكن بناء قاعدة حافلة بالبراهين بشكل متزايد تركز على كيفية الاستفادة من تطبيق التصورات السلوكية لتحقيق أكبر قدر ممكن من الفائدة.

وبالرغم من التقدم والزمخ اللذين تم إحرارهما، من الواضح أنه لم يتم تحقيق الإمكانيات الكاملة لمنهج التصورات السلوكية حتى الآن، وخاصة في مجال الرعاية الصحية. ويتمثل الهدف من وراء دمج هذه التصورات في تعميمها وإدخالها ضمن عملية وضع السياسات الصحية وتوفير الرعاية. وللمساعدة في تحقيق هذا الهدف، يعرض القسم التالي مجموعة بسيطة من المبادئ، جنبًا إلى جنب مع الأمثلة ذات الصلة، خاصة بتحويل تلك التصورات السلوكية إلى ممارسة عملية.



## ٣. التصورات السلوكية يمكن أن تحسّن الصحة والرعاية الصحية

تم تشكيل فريق التصورات السلوكية في المملكة المتحدة في عام ٢٠١٠ ليكون المؤسسة الحكومية الأولى في العالم المتخصصة في تطبيق العلوم السلوكية في عملية وضع السياسات، ويمثل شرح مفاهيم العلوم السلوكية للمسؤولين الحكوميين جزءًا أساسيًا من عمل هذا الفريق. ومن خلال إجراء عملية الاختبار بمشاركة واضعي السياسات في جميع أنحاء العالم، برز استخدام مبادئ السهولة والجذب والبعث الاجتماعي والتوقيت المناسب – المعروفة اختصارًا باسم إطار (EAST) والمبينة أدناه – بوصفها وسيلة للتعاطي مع هذا التحدي<sup>١١</sup>.

وتدعي تلك المبادئ أنه من المرجح تحقيق سلوكي ما إذا توفرت له عوامل السهولة والجذب مع مراعاة البعد الاجتماعي والوقت المناسب، وتعزز عدد من الأدلة والبراهين المستخلصة من العلوم السلوكية كل واحدة من هذه المبادئ التي نعرض بعضًا منها بإيجاز لاحقًا، كما نوضح كل واحدة منها بأمثلة تم جمعها من مختلف أنحاء العالم، حيث تم تطبيق هذه الأفكار لتحسين الصحة والرعاية الصحية (على الرغم من أننا لم نحاول تقديم تغطية شاملة لكل قضية تخص السياسات الصحية).

ويمكن للقراء المهتمين بمجال معين خاص بالسياسات الرجوع إلى الجدول الملحق بالتقرير.

### اجعله سهلًا

لا يبدو غريبًا أو مفاجئًا عزوفنا عن تبني التصورات والأفكار التي يتطلب تنفيذها بذل المزيد من الجهد، وبالرغم من ذلك تساعدنا العلوم السلوكية في فهم كيف يمكننا اتباع سلوك صحي بشكل أسهل من خلال استخدام الخيارات الافتراضية وتذليل العقبات البسيطة التي تعترض تحقيق ذلك.

### اجعل الخيار الافتراضي سلوكًا صحيًا مرغوبًا.

أظهرت العلوم السلوكية أن لدى الناس ميلًا قوتيًا لتجنب اتخاذ القرارات الفعّالة كلما أمكنهم ذلك<sup>١٢</sup>. ويعني هذا الاتجاه أنه غالبًا ما ينتهي الناس إلى اللجوء للخيار الافتراضي – أو بعبارة أخرى، يمثل هذا الخيار المتاح ما لم يقم الفرد بعملية الاختيار بشكل فعّال على خلاف ذلك. وتتمثل أقوى طريقة لجعل شيء ما سهلًا في ضمان أنه لا يتعين على الشخص القيام بأي جهدٍ من أجل تحقيقه، فمثلًا، إذا كان الخيار الافتراضي هو الحصول على لقاح لمقاومة فيروس الانفلونزا، فسوف ترتفع معدلات الإقبال على التطعيم أكثر مما لو أن الخيار الافتراضي كان عدم الحصول على اللقاح<sup>١٣</sup>.

وهكذا، يكون للترتيبات الافتراضية تأثير قوي على مقدمي خدمات الرعاية الصحية. فعلى سبيل المثال، يجب أن يقرر الأطباء مقدار الهواء المطلوب ضخه إلى رئتات المرضى المتصلين بأجهزة التنفس الصناعي، وكذلك عدد الجرعات المطلوبة، إذ إنه يمكن إصابة الرئة جراء ضخ كمية كبيرة من الهواء لعدد كبير من الجرعات. وقد أظهرت إحدى الدراسات البارزة أنه يمكن خفض ٢٥ في المائة من الوفيات بين المرضى إذا ما تم تغيير الإعدادات الافتراضية لجهاز التنفس الصناعي لضخ مقدار أقل من الهواء إلى الرئتين<sup>١٤</sup>. ويتمثل الخيار الأفضل في تقديم خيارات افتراضية تم تصميمها خصيصًا لتناسب حالات معينة أو مستخدمين محددين للنظام.

## قم بتقليل أو إزالة حتى العقبات البسيطة التي تواجه تحقيق السلوك

تبين العلوم السلوكية أيضًا أنه حتى العقبات البسيطة للغاية يمكن أن يكون لها أثرًا كبيرًا على السلوك العام، فالتكاليف التي لا يبدو لها أي أهمية تذكر (مهما كان نوعها) يمكن أن تؤثر على وقوع السلوك من عدمه. ببساطة، يتعلق نوع واحد من هذه التكاليف بمقدار الجهد المطلوب لتنفيذ عملٍ ما، وتشير دراسة الحالة المذكورة أدناه إلى الكيفية التي يمكن من خلالها أن تتأثر هذه التكاليف بالقرارات المهمة للغاية، مثل منع وقوع عملية انتحار.

### قم بوضع عقبات بسيطة لمنع وقوع عمليات انتحار.

#### الخلفية

يُعد تناول جرعة زائدة من عقار الباراسيتامول أحد الطرق الشائعة للانتحار، كما أنها وسيلة غير قاتلة وتؤدي إلى إيقاع الإيذاء بالنفس في جميع أنحاء العالم<sup>١٥</sup>. يتصف السلوك الانتحاري في كثير من الأحيان بالعفوية، إذ يميل الناس إلى استخدام العقاقير المتاحة بالفعل في منازلهم، كما يكون الناس أكثر ميلًا لاستهلاك ما يزيد عن ٢٥ قرصًا، مما قد يسبب خللًا حادًا في وظائف الكبد، وذلك عندما تكون الأقراص موضوعة في عبوات سائبة بدلًا من وضعها في شرائط بلاستيكية مغلقة<sup>١٦</sup>.

#### المشروع

في عام ١٩٩٨، غيرت المملكة المتحدة قوانين التعبئة والتغليف الخاصة بعقار الباراسيتامول بحيث لا يمكن بيع العقار في عبوات سائبة كبيرة الحجم. وتم تحديد نوع عبوات التعبئة لتأخذ شكل الشرائط البلاستيكية المغلقة التي تحتوي على ٣٢ قرصًا بحد أقصى إذا تم بيعها في الصيدليات ولا تزيد عن ١٦ قرصًا في أي مكان آخر. وبالإضافة إلى ذلك، لا يمكن شراء أكثر من عبوة واحدة من نفس المتجر. وبالرغم من هذا، فإن تغيير التشريعات كان بمثابة بعض العقبات البسيطة حيث إنه لا يزال بإمكان الناس شراء عبوات من عدة منافذ متعددة إذا أرادوا.

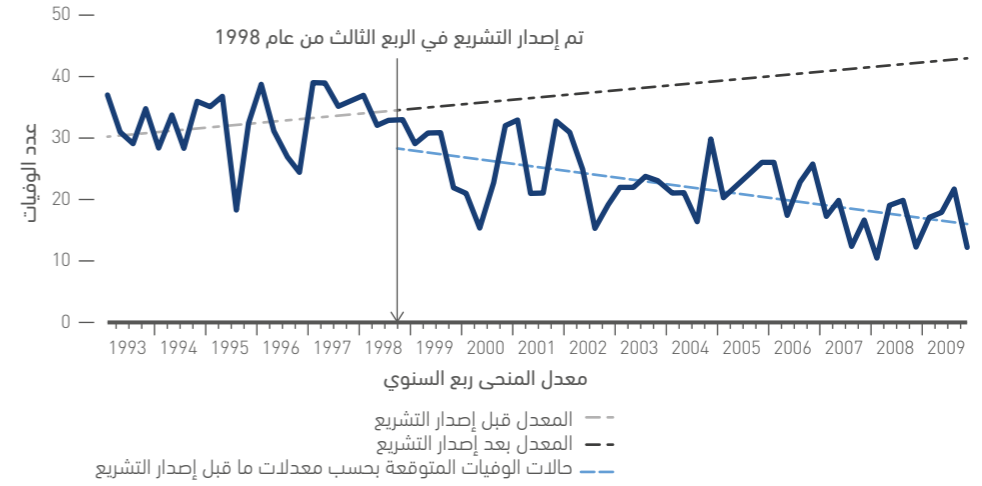
#### النتائج

أدت هذه العقبات البسيطة المتزايدة (أي «تكاليف الاحتكاك») إلى انخفاض قدره ٤٣ في المائة في حالات الوفيات (حوالي ٧٦٥ حالة) الناجمة عن الانتحار في السنوات الإحدى عشرة التالية لإصدار التشريع – ٩٩٠ حالة وفاة إضافة لحالات حوادث التسمم الأخرى، إلى جانب انخفاض حالات التسجيل لإجراء عمليات زراعة الكبد الناجمة عن التسمم بعقار الباراسيتامول بنسبة ٦١ في المائة<sup>١٧</sup>.

#### الاستنتاج

قد يكون الحد من سهولة الحصول على كميات كبيرة من المسكنات وسيلة ناجعة لتقليل معدلات الانتحار<sup>١٨</sup>. وتشير الدلائل إلى أنه ربما لا يجد الناس طريقًا آخر للانتحار عندما يواجهون مثل هذا النوع من التكاليف، وإنما قد يتوقفوا عن المحاولة تمامًا<sup>١٩</sup>.

### الشكل رقم ٣: انخفاض حالات الوفيات في المملكة المتحدة بعد تغيير قواعد تعبئة وتغليف عقار الباراسيتامول.



المصدر: هاوتون وآخرون، (٢٠١٣) ٢٠

وبنفس المنطق، يمكن تشكيل سلوكي مرغوب فيه عن طريق خفض «تكاليف الاحتكاك»، مثل جعل تناول الدواء المناسب في الوقت المناسب أمراً أكثر ترجيحاً. فعلى سبيل المثال، يعمل فريق التصورات السلوكية في المملكة المتحدة حالياً مع برنامج الأمم المتحدة الإنمائي لمعالجة انخفاض معدلات الالتزام بتناول العلاج بالنسبة لمرضى السل في مولدوفا<sup>٣١</sup>. وقد ساهم تدني معدلات امتثال المرضى لتناول الأدوية في احتلال مولدوفا مكاناً من بين ٢٧ دولة أخرى تعاني من وجود نسبة عالية لمرض السل بسبب مقاومة المرضى لتناول الأدوية<sup>٣٢</sup>. ويتمثل أحد المشكلات الرئيسية في أن نظم العلاج الحالية تتطلب من المرضى تناول العقاقير بشكل يومي في حضور أحد العاملين في مجال الرعاية الطبية وذلك لضمان الالتزام بتناول العلاج، وهي عملية مكلفة من ناحية الوقت والمال سواء بالنسبة للمريض أو لنظام الرعاية الصحية. ومن أجل الحد من تكاليف الاحتكاك المتعلقة بزيارة الطبيب، سيتم تغيير هذه العملية بطريقة تسمح بالتحقق من امتثال المرضى من خلال عقد جلسات عبر برنامج سكايب للمحادثات – وقد حظى ٣٦ في المائة من مرضى السل في مولدوفا بالاستفادة من تجربة استخدام برنامج سكايب<sup>٣٣</sup>.

وهناك طريقة أخرى للحد من تكاليف الاحتكاك وتغيير الخيارات الافتراضية عن طريق استبدال سلوكي ضارٍ بآخر مشابه له إلى حد كبير ولكن أقل ضرراً عوضاً عن نصح الناس بالتخلي عن السلوك الضار، وهو ما يجعل من إحداث التغيير أمراً سهلاً، إذ يتطلب الأمر القيام بالقليل من التغيير أو ربما دون تغيير يذكر. ولعل أكبر إمكانية لإحداث ذلك النوع من التبدل يكمن في تغيير العادات الغذائية، فعلى سبيل المثال، يعد الاستهلاك المفرط لملح الطعام أحد الأسباب الرئيسية لارتفاع ضغط الدم. وقد سعى أحد التدخلات الطبية في دولة بيرو إلى الحفاظ على الأنماط السلوكية (إضافة الملح إلى الطعام)، ولكن باستبدال الملح العادي بآخر يحتوي على نسبة أقل من الصوديوم. وقد تم تحقيق ذلك التبدل بنجاح، إذ لم يشعر المستهلكون بأي تغيير في مذاق الطعام<sup>٣٤</sup>. وقد أثبت استبدال ملح الطعام بأنه سياسة فعالة ومقبولة في بلدان أخرى<sup>٣٥</sup>.

ويمكن الاستفادة من هذه الدروس الخاصة بتكاليف الاحتكاك عن طريق تطبيقها على المهنيين المعنيين بتقديم الخدمات، ويتمثل الغرض من مشروع أيلانثو المعمول به في أمريكا الجنوبية في تمكين مقدمي الرعاية الصحية الأولية من تقييم الحالة الشعورية لأي شخص يُقبل على تلقي العلاج بطريقة سهلة ومعيارية. وقد تم منح مقدمي الرعاية الصحية حواسب لوجية تمكنهم من إجراء استبيان فحص بسيط مع إمكانية إحالة المرضى. ويتم إرسال رسائل نصية تحفيزية لهؤلاء المرضى تذكهم بأهمية الحصول على الرعاية الصحية العقلية. وقد تمكن هذا النظام من فحص ٧٣٣ شخصاً وساعد في تشخيص ١٦٥ شخصاً باعتلال صحتهم العقلية. ومن بين هؤلاء الأشخاص، قام ١٤٣ شخصاً بالتسجيل في هذه الدراسة وسعى ٩٢ آخرين للحصول على الرعاية الصحية العقلية في حين تمكن ٧٣ شخصاً من تلقي الرعاية الصحية العقلية<sup>٣٦</sup>.

## مبدأ الجذب

يتمثل المبدأ الثاني في جذب الانتباه إلى فكرة أو سلوكٍ غالبًا ما يكون من الصعب القيام به<sup>٣٧</sup>.

## لماذا لا ينتبه الناس إلى المعلومات المتعلقة بالصحة؟

بينما يزداد العالم تعقيدًا، أصبحنا عرضة لتلقي المزيد من المعلومات. ومنذ ٢٥ عامًا، قيل أن عددًا واحدًا من صحيفة نيويورك تايمز احتوى على كم من المعلومات يزيد عما كان يمكن لشخص عادي في القرن السابع عشر في إنجلترا من الحصول عليه طوال حياته<sup>٣٨</sup>. وقد أظهرت العلوم السلوكية أننا لا نملك سوى قدرة محدودة على التركيز ومعالجة المعلومات التي نتعرض لها<sup>٣٩</sup>. وهكذا، فقد قمنا باستحداث استراتيجيات تمكننا من فصل المعلومات المهمة أو تلك ذات الصلة عن بقية المحتوى. ويمكن أن تكون بعض هذه الاستراتيجيات بالغة الفاعلية. ويتمثل أحد الأمثلة التي نتعرض لها بشكل يومي في القدرة على الانتباه عند سماع أسمائنا حتى لو كنا مشغولين بالتركيز على أمر آخر أو كان هناك الكثير من الضجيج في الخلفية<sup>٤٠</sup>.

بيد أن هذه الاستراتيجيات تعني أيضًا أن طريقة ملاحظتنا للمعلومات ومعالجتها يمكن أن تضر بصحتنا. فعلى سبيل المثال، قد ينجذب انتباهنا إلى أمور غير صحية من دون أن ندرك ذلك. وقد تبيين اهتمام الأشخاص من ذوي الأوزان الزائدة بالتركيز دون وعي على الكلمات والصور التي تتعلق بالغذاء – والأمر ينطبق على مدمني المشروبات الكحولية والتدخين<sup>٤١</sup>. وببساطة، قد لا ننتبه إلى الأشياء التي تفيد صحتنا أو صحة الآخرين، وهو ما يطلق عليه علماء النفس «العمى غير المقصود»<sup>٤٢</sup>.

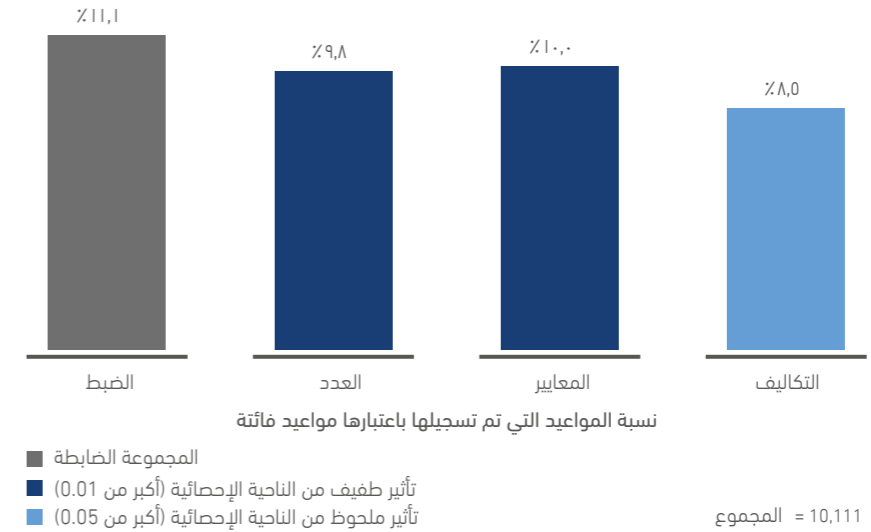
تصبح مشكلات الانتباه هذه فادحة بشكل خاص عندما يواجه الناس «حملًا معرفيًا» ثقيلًا – أو بعبارة أخرى، يكونون منغمكين في التفكير في أمور كثيرة. وبشكل خاص يعد هذا واحدًا من أسباب الحمل المعرفي، وهو ما قد يثير المخاوف بشأن وجود ظرف طبي معين<sup>٤٣</sup>، في حين ينظر للفقر باعتباره السبب الأكثر شيوعًا للحمل المعرفي، إذ يجد الفقراء أن الكفاح من أجل البقاء على قيد الحياة يستهلك الكثير من انتباههم بدون أن يدركوا ذلك في كثير من الأحيان. الأمر الذي قد يؤدي بدوره إلى اتباع سلوكيات غير صحية<sup>٤٤</sup>. كما يعاني الأطباء الذين يتعرضون لضغوط كبيرة أثناء عملهم من حالة من التشتت والحمل المعرفي مما يزيد من احتمالية ارتكابهم الأخطاء<sup>٤٥</sup>.

ونحن نقترح طريقتين أساسيتين لمواجهة التحديات الخاصة بجذب الانتباه.

### ١. توفير رسائل تتعلق بالصحة ويمكنها جذب الانتباه بشكل فعال.

أولًا، يمكننا التعرف على محتوى الرسالة المرجح جذبها للانتباه. فعلى سبيل المثال، أظهرت مجموعة من الدراسات التي أجريت في المملكة المتحدة كيف أنه يمكن من خلال إبلاغ المرضى بتكاليف الرعاية الصحية جذب انتباههم. فقد سعى فريق من الباحثين مواجهه مشكلة تفويت مواعيد المستشفيات، إذ تبين أنه يتم تفويت واحد من كل عشرة مواعيد يتم تحديدها مع العيادات الخارجية في إنجلترا. ولتحقيق ذلك، حاول الباحثون جذب الانتباه من خلال تقديم محتوى جديد لنظام الرسائل النصية القائم الذي يقوم بتذكير المرضى بمواعيدهم، وقد وجدوا أن الرسائل التي حققت الأثر الأكبر هي تلك التي أبرزت تكلفة الدقيفة التي يتكبدها النظام الصحي عند تفويت أحد المواعيد. وقد نجحت هذه الرسائل في خفض نسبة عدم الحضور للمواعيد بمقدار ٢٥ في المائة، والأهم من ذلك ما أظهرته التجربة من أن الصيغة المحددة لمحتوى الرسائل هي التي جذبت الانتباه – وحين تم تقديم نفس تكلفة الرسالة ولكن باستخدام مصطلحات عامة كانت تأثيرها أقل من حيث الفعالية<sup>٤٦</sup>. وقد تم تكرار نفس النتائج باستخدام رسالة مماثلة في أستراليا. ويمكن لهذا النوع من الرسائل الخاصة بالتكلفة أيضًا جذب انتباه العاملين في مجال الرعاية الصحية. وفي دراسة أخرى حيث تم تعريف أطباء مستشفى بتكلفة تقديرية لفحص مختبري، انخفضت مستويات الطلب بنسبة ٣٢ في المائة<sup>٤٧</sup>. بالطبع، قد جذبت رسائل أخرى أيضًا الانتباه، ويمكن عن طريق إجراء التجارب البسيطة وزهيدة التكلفة معرفة أي محتوى يؤثر بشكل أفضل في حالة معينة.

## الشكل رقم ٤: انخفاض المواعيد الفائتة عن طريق تغيير محتوى رسالة التذكير بالمواعيد



المصدر: هالساويرث وآخرون. (٢٠١٥) ٩١

### ٢. جذب الانتباه من خلال استخدام التصاميم البصرية أو المكانية.

ثانيًا، يمكننا جذب الانتباه من خلال استخدام التصاميم البصرية أو المكانية، وذلك على النحو المبين في دراسة الحالة أدناه التي كانت تهدف لخفض عدد حوادث السكك الحديدية في مدينة مومباي الهندية.

## أسهمت الإشارات البصرية في خفض حوادث السكك الحديدية في مدينة مومباي

### معلومات عامة

بين عامي ٢٠٠٢ و٢٠١٢، سقط ٣٦١٥٢ شخصًا بين قتيل وجريح جراء عبورهم مسارات السكك الحديدية في ضواحي مدينة مومباي - أي ما يقرب من ١٠ أفراد يوميًا<sup>٩٩</sup>. ولم تفلح الأموال الضخمة التي تم استثمارها بهدف رفع وعي الناس بمخاطر عبور تلك المسارات الحديدية في خفض أعداد الضحايا<sup>٥</sup>.

### المشروع

كان أحد التفسيرات المحتملة لهذه الحوادث هو أن الناس يجدون صعوبة في الحكم على سرعة القطار عند اقترابه. لذلك، سعى الفريق لتطبيق منهج بديل، فقاموا برسم خطوط مرجعية على المسارات الحديدية لتشكيل ما يشبه خطوط عبور المارة في الطرقات وذلك لتمكينهم من الحكم على سرعة القطارات. وقد سبق استخدام تلك الطريقة للحد من حوادث المرور على الطرقات، إذ إن اقتراب الخطوط المرسومة على الطريق يعطي السائقين إحساسًا بأن سرعة القيادة آخذة في الازدياد مما يدفعهم للإبطاء من سرعتهم<sup>٥</sup>.

### النتائج

وكان الهدف من استخدام الخطوط المرجعية هو توجيه انتباه الناس بشكل سريع إلى السرعة التي تتحرك بها القطارات، الأمر الذي أدى إلى انخفاض أعداد الوفيات الناجمة عن التعدي على السكك الحديدية بنسبة ٧٥ في المائة في الموقع الذي أجري فيه الاختبار. وقد أظهرت اختبارات المتابعة تراجع هذه النسبة إلى ما بين ٣٠ و٧٠ في المائة<sup>٥</sup>.

### استنتاج

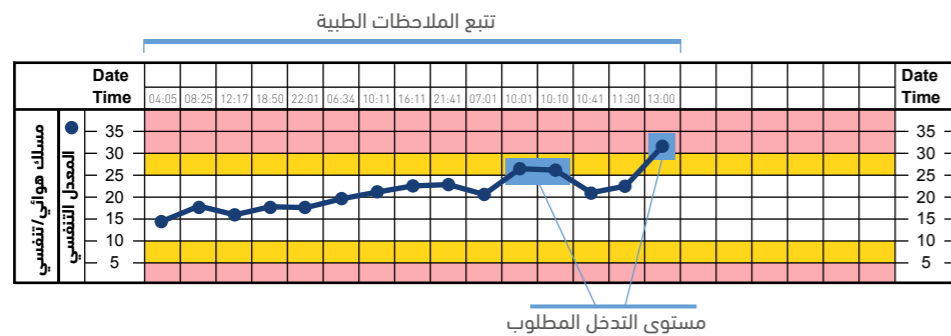
يمكن أن يقدم التصميم المكاني والسلوكي للناس إشارات بصرية مهمة يمكنها أن تساعد في منع وقوع حوادث السكك الحديدية.

يمكن أيضًا للعروض البصرية الواضحة جذب الانتباه إلى الطريقة التي تنتقل من خلالها الأمراض. فعلى سبيل المثال، أظهرت إحدى أساليب الوقاية من فيروس إيبولا جلاّ ذا أبيض نظيفة يصافح رجلًا آخر يوجد مسحوق أزرق على يديه، في إشارة إلى فيروس الإيبولا. بعد المصافحة، انتقل اللون الأزرق إلى كف الرجل الأول، مما يعني أنه قد أصبح على اتصال مباشر بالفيروس. ودون أن يغسل يديه، التقط الرجل رغيّف خبز، وعلى الفور ظهر اللون الأزرق على سطح الرغيّف. وبالمقارنة بطرق التوعية التقليدية الأخرى، تمكن هذا العرض من تحقيق زيادة ملحوظة في مقدار الوعي وتحسين أساليب النظافة الخاصة بمنع انتقال فيروس الإيبولا<sup>٥٩</sup>.

بالإضافة إلى ذلك، هناك فرص للحد من الأمراض غير المعدية، فمثلًا، في عام ٢٠١٤ أطلق مجلس تعزيز الصحة في سنغافورة ما يعرف برمز الاختيار الصحي، وهو عبارة عن علامة بصرية تستخدم لإبراز المنتجات الصحية بشكل أكبر أثناء عملية الشراء من المتاجر. وقد تم تصميم هذا الرمز بهدف تقليل الحمل المعرفي اللازم لقراءة الملصقات الموضوعة على المنتجات الغذائية. ونتيجة لذلك، ارتفع عدد المستهلكين ممن يختارون تلك المنتجات، مما أدى لزيادة النمو السنوي لبعض الفئات الرئيسية مثل الزيت والخبز المصنوع من الحبوب الكاملة والأرز بنسبة تتراوح بين ٨ و١١ في المائة، والأهم من ذلك هو ارتفاع أعداد الشركات المصنعة للمنتجات الصحية، إذ ارتفع النمو السنوي لهذه المنتجات بمقدار ٩ في المائة<sup>٥٥</sup>.

يمكن لمقدمي الرعاية الصحية أيضًا الاستفادة من الطرق الفعالة لجذب الانتباه نحو المعلومات المهمة، فمثلًا، قد يكون من الصعب ملاحظة وعلاج تغيير في حالة مريض ما إذا حدث بشكل تدريجي. وقد تم تدشين مبادرة في أستراليا أطلق عليها «Between the Flags» للتعاطي مع هذه المشكلة عن طريق وضع أشكال بيانية تستهدف تسجيل إشارات المريض الحيوية باستخدام نطاقات ملونة تساعد ممارسي الرعاية الصحية على مراقبة حالة المرضى حال حدوث أي تدهور. وتشير الملاحظات التي يتم تسجيلها في النطاقات الصفراء «Yellow Zone» إلى أهمية المراجعة السريرية للمريض، في حين أن الملاحظات المسجلة ضمن النطاقات الحمراء «Red Zone» تعني ضرورة الاستجابة السريعة<sup>٥٥</sup>. وقد أسهم البرنامج في خفض معدلات توقف القلب بطريقة غير متوقعة بنسبة ٢٥ في المائة، وقد شاع استخدامه بين العاملين في مجال الرعاية الصحية<sup>٥٦</sup>.

## الشكل رقم ٥: المخطط التوضيحي للملاحظات التي يتم تدوينها ضمن مبادرة «Between the Flags»



المصدر: ناكامورا وآخرون. (٢٠١٤) ٩١

غالبًا ما تقوم الشركات الخاصة وغيرها باستخدام التصميم البصري والمكاني للبيئة اليومية بطرق قد تضر بالصحة. ومن الأمثلة على ذلك الطريقة التي يتم من خلالها بيع المواد الغذائية غير الصحية، مثل وضع ذلك النوع من المنتجات في نهاية الممرات بين أرفف المتاجر. فقد أظهرت دراسة حديثة أن عرض المشروبات في نهاية الممرات بين الأرفف قد ساهم في زيادة مبيعات كل من المشروبات الكحولية وغير الكحولية. وبالنسبة للكحوليات، واكب زيادة المبيعات انخفاضًا مماثلة في الأسعار بنسبة تتراوح بين ٤ و٩ في المائة<sup>٥٥</sup>. ويتضح من هذا أن هناك العديد من الطرق للتعاطي مع هذا الوضع تتراوح بين الاهتمام بتنظيم عمل القطاع الخاص إلى العمل معهم لإعادة توجيه اهتمامنا نحو الخيارات الصحية، بيد أنه لن يتم بحث هذه الخيارات إلا إذا استوعب صناع القرار الطريقة التي يتم من خلالها جذب اهتمامنا.

## مبدأ البعد الاجتماعي

يتمثل المبدأ الثالث في إمكانية الاستفادة من البعد الاجتماعي في تشكيل السلوك، إذ إن البشر مخلوقات اجتماعية تتأثر بشدة بما تراه – أو تستدل عليه – من تصرفات الآخرين عند التعرض لنفس المواقف<sup>٩</sup>. وتعد تلك الأنماط الاجتماعية في كثير من الأحيان أكثر قوة من الرسائل المتعلقة بالفوائد أو المخاطر الصحية، التي تركز عليها جهود تحسين الصحة بشكل تقليدي<sup>١٠</sup>. وبالإضافة إلى ذلك، يمكن للسلوكيات إذا تحولت إلى أنماط اجتماعية أن تنتشر بشكل سريع وغير متوقع عبر الشبكات الاجتماعية. وفيما يلي نعرض ثلاث طرق تبين كيف يمكن الاستفادة من طبيعتنا الاجتماعية للتأثير على السلوكيات الصحية لدينا.

### اجعل السلوك أمرًا مرئيًا.

لعل أبسط السبل لاستغلال الأنماط الاجتماعية تكمن في تمكين الناس من معرفة أن هناك أمرًا آخرين يقومون بسلوك معين. وهكذا، يمكننا إبراز السلوكيات الصحية بشكل واضح وجعلها أكثر انتشارًا وأسهل من حيث النقل والتقليد. فعلى سبيل المثال، أسهم أحد التدخلات في دولة كينيا، من خلال وضع أجهزة بسيطة لتوزيع الكلور بشكل آلي عند أحد الآبار، في رفع نسبة الكلور في المياه بنسبة ٣٠ في المائة. الأهم من ذلك، أتاح هذا الإجراء للناس رؤية أقرانهم يستخدمون الكلور عند جمعهم للمياه، كما تم استخدام الكلور بطريقة سهلة وفي توقيت مناسب حيث كان متوفرًا عند الحاجة إليه<sup>١١</sup>.

وبالمثل، أثناء تفشي وباء الإيبولا قامت الحكومة النيجيرية وغيرها من المؤسسات الأخرى رسميًا بعدم تشجيع الناس على تقديم التحية عن طريق المصافحة التقليدية من أجل الحد من انتشار المرض<sup>١٢</sup>. ولكن، لم يكن لقرار من هذا النوع أن ينجح من دون طرح السلوك البديل. وهكذا، تم طرح ما يعرف «بمصافحة الإيبولا»، حيث يقوم كل شخص بضم قبضة يده وثنى الكوع دون لمس الشخص الآخر أو الاكتفاء بلمس الكوع فقط<sup>١٣</sup>. وقد أظهرت طريقة المصافحة تلك الحاجة إلى خلق نمط اجتماعي جديد واستحداث سلوك يمكن رؤيته بوضوح تام وذلك لتحقيق هذا الغرض.

### قم بنشر ما يقوم به الآخرون من سلوكيات

ثمة وسيلة أخرى فعّالة تتعلق بطريقة استغلال الأعراف الاجتماعية، وهي ببساطة أن يتم إبلاغ الناس بما يقوم الآخرون بفعله في نفس الموقف، وقد يبالغ الناس في تقدير مدى انخراط أقرانهم في السلوكيات غير الصحية والعكس صحيح<sup>١٤</sup>. وببساطة فإن إيضاح أن أحد السلوكيات المفيدة أكثر انتشارًا مما هو متوقع يمكن أن يزيد من مستويات اتباع هذا السلوك. وعلى ذات القدر، يمكن أن يساعد إبلاغ شخص ما أن قلة من الأشخاص الآخرين يقومون بسلوك معين في توقف هؤلاء الأشخاص عنه. ويمكن تطبيق ذلك على كلا المجالين العام والصحي، إذ توضح دراسة الحالة المذكورة أدناه مدى فاعلية هذا الأسلوب في عدول الأطباء عن الوصف المفرط للمضادات الحيوية لمرضاهم عند عقد مقارنة بين سلوكيات هؤلاء الأطباء وأقرانهم.

## أسهمت مقارنات الأقران في خفض نسبة الوصفات الطبية للمضادات الحيوية من قبل الأطباء<sup>٦٥</sup>

### معلومات عامة

تحدث مقاومة مضادات الميكروبات عندما تصبح البكتيريا مقاومة لعمل المضادات الحيوية، ونتيجة لذلك قد تتحول العمليات الجراحية الشائعة إجراؤها أو الحوادث البسيطة إلى أمور فتاكة مثلما كان في السابق، وقد أكدت منظمة الصحة العالمية على ذلك بالقول إن مقاومة مضادات الميكروبات تضع الإنجازات التي حققها الطب الحديث في مهب الريح<sup>٦٦</sup>. وقد قدر بحثٌ حديثٌ أن مقاومة مضادات الميكروبات سوف تتسبب في وفاة ١٠ ملايين شخص وخسارة ١٠٠ ترليون دولار أمريكي نتيجة الإخفاق في إنجاز الناتج المحلي الإجمالي في العام وذلك بحلول سنة ٢٠٥٠<sup>٦٧</sup>. وسوف تنخفض تلك التأثيرات بصورة غير متناسبة في البلدان النامية، إذ يمكن أن تتسبب مقاومة مضادات الميكروبات في ٢٥ في المائة من حالات الوفيات في نيجيريا إذا لم تتغير هذه التوجهات<sup>٦٨</sup>. (يمكن الحصول على لمحة أكثر شمولًا والتعرف على إجراءات محتملة من خلال تقرير «ويش» لعام ٢٠١٣ المعنون: «مقاومة مضادات الميكروبات – بحثًا عن حل تصافري»<sup>٦٩</sup>).

### المشروع

يمثل الإفراط في استخدام المضادات الحيوية كعلاج أحد الأسباب التي تؤدي إلى مقاومة مضادات الميكروبات. وتظهر البيانات التي تم جمعها في المملكة المتحدة أن بعض الأطباء يصفون المضادات الحيوية بإفراط أكثر من غيرهم<sup>٧٠</sup>. وقد تعاون فريق التصورات السلوكية في المملكة المتحدة مع رئيس إدارة الخدمات الطبية في إنجلترا في إرسال رسالة عبر البريد الإلكتروني إلى الأطباء الذين يقومون بوصف المضادات الحيوية بإفراط، وقد تم إبلاغهم بأن معدل ما يصفوه من مضاد حيوية يزيد بمقدار ٨٠ في المائة عما يقوم أقرانهم بوصفه.

### النتائج

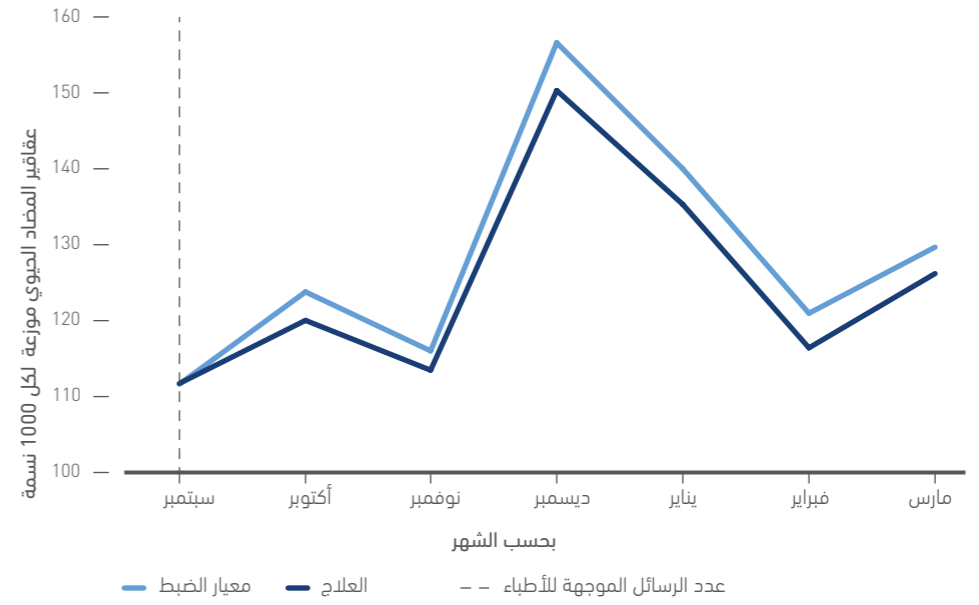
خلال أكثر من ستة أشهر، قام الأطباء الممارسون ممن تلقوا الرسالة بخفض مقدار المضادات الحيوية التي يصفونها بنسبة ٣,٣ في المائة بالمقارنة بأولئك الذين لم يتلقوا تلك الرسالة، بواقع ٧٥,٠٠٠ جرعة أقل من خلال مشاركة ٨٠٠ طبيب في هذه الممارسة.

وقد بلغت تكلفة التدخل فقط ٤٠٠٠ جنيه استرليني ولكن ما تم تحقيقه من تأثير يعادل تأثير إحدى الخطط التحفيزية التي بلغت تكلفتها ٢٣ مليون جنيه استرليني.

### الاستنتاج

يمكن الحد من الوصف المفرط لأدوية المضادات الحيوية عن طريق تقييم نمط اجتماعي معين. ويمكن تطبيق هذا النهج ليشمل مجالات أخرى تتميز بوجود تباينات غير مرغوب فيها تتعلق بالممارسة أو النتائج السريرية.

## الشكل رقم ٦: انخفاض معدلات الوصفات الطبية للمضادات الحيوية بعد إيداء الملاحظات للأطباء حول الأعراف الاجتماعية



المصدر: هالسيورث وآخرون. (٢٠١٦)٧

## قم بالاستفادة من شبكات التواصل الاجتماعي لنشر السلوكيات المرغوبة.

يمكن أن تؤثر العلاقات عبر شبكات التواصل الاجتماعي على الصحة، فهناك أدلة كثيرة على انتشار السلوكيات عبر شبكات التواصل الاجتماعي بشكل سريع وغير متوقع. ومن خلال إجرائها تحليلًا للسلوكيات الصحية عبر الشبكات الاجتماعية على مدار عقود، أظهرت دراسة أمريكية أنه عند إقلاع أحد الزوجين عن التدخين، فإن فرص الزوجين في الاستمرار في التدخين تتضاءل بنسبة ٦٧ في المائة؛ وإذا قام أحد الأصدقاء بالإقلاع عن التدخين تنخفض احتمالية قيام صديق آخر من ذات مجموعة الأصدقاء بالتدخين بنسبة ٣٦ في المائة؛ كما تقل نسبة تدخين زملاء العمل بمقدار ٣٤ في المائة<sup>٧٢</sup>. والأشقاء بنسبة ٢٥ في المائة. وقد وجد ارتباط مماثل لداء السمنة بشبكات التواصل الاجتماعي<sup>٧٣</sup>.

وهكذا، أسهمت الشبكات الاجتماعية في نشر ممارسات جديدة<sup>٧٤</sup>. وقد أظهرت دراسة شهيرة أن معدل استيعاب الوصفات الطبية الجديدة يحدث بشكل أسرع بين الأطباء الأكثر اندماجًا عبر الشبكات الاجتماعية الطبية<sup>٧٥</sup>، كما أظهرت دراسة أخرى أن معدل اتباع وسائل تنظيم الأسرة في القرى الكورية يعتمد على مدى قوة العلاقة مع أشخاص آخرين على دراية واسعة بمجال تنظيم الأسرة والإجهاض والمسائل الصحية الأخرى<sup>٧٦</sup>.

وثمة سؤال واضح موجه لكل من يريد التشجيع على انتشار السلوكيات عبر الشبكات الاجتماعية؛ وهو «من يمكن استهدافه؟» أشارت بعض الدراسات إلى أنه يجب تستهدف مثل هذه التدخلات الأفراد الذين يتمتعون بعلاقات تواصل اجتماعي متعددة، ولكن الأدلة على هذه الفكرة تظل محل جدل<sup>٧٧</sup>. وعمدت دراسة أجريت مؤخرًا في هندوراس إلى بحث كيفية الاستفادة من علاقات التواصل الاجتماعي في زيادة الاعتماد على معالجة المياه بالكور وتناول الفيتامينات<sup>٧٨</sup>. تم تكليف القرى بشكل عشوائي بتبني واحدٍ من ثلاثة مناهج مختلفة: إما طرح ذلك التدخل أولًا على أهل القرية ممن يتمتعون بأكبر قدر من علاقات التواصل الاجتماعي، أو اختيار المشاركين بشكل عشوائي، أو على أصدقاء المشاركين ممن تم اختيارها عشوائيًا. وقد استلهم هذا النهج الأخير ما يعرف بظاهرة «مفارقة الصداقة»، الذي يفسرها الباحثون على النحو التالي: «في المتوسط، يمتاز أصدقاء الأفراد الذين يتم اختيارهم عشوائيًا بكونهم أكثر مركزية من حيث النشاط على الشبكات الاجتماعية] مقارنة بالأفراد الذين تم اختيارهم، أو بمعنى أوضح: (أصدقائك لديهم أصدقاء أكثر مما لديك أنت)<sup>٧٩</sup>.

وقد وجدت الدراسة أن المنهج الثالث، الذي استهدف أصدقاء أهل القرى ممن تم اختيارهم عشوائيًا، حظي بأعلى معدل لاستيعاب ذلك التدخل والخاص بتناول الفيتامينات. وفي المقابل، لم يكن استهداف الأفراد الذي يتمتعون بعلاقات اجتماعية واسعة أكثر فعالية من أولئك الذين تم اختيارهم بشكل عشوائي. وهناك قيمة عملية حقيقية في الاعتماد على المنهج الخاص «بأصدقاء الأفراد الذين تم اختيارها عشوائيًا» من حيث رخص التكلفة مع إمكانية تغيير حجم ذلك المنهج ونطاقه (فمثلًا ليس من الضروري تخطيط جميع الشبكات الاجتماعية).

وتشير الدراسات المتعلقة بالشبكات الاجتماعية إلى أن هناك قدرًا كبيرًا من تأثير الأقران بمعزل عن دور السلطات العليا. إن الاستفادة من شبكات الأقران غير الرسمية والسماح للأفراد أنفسهم بنشر التغيير يمكن أن يكون الاستراتيجية الأكثر فعالية. ويتمثل الدرس العام الذي يمكن لقادة النظم الصحية استخلاصه في محاولة فهم كيف تعمل مثل هذه الشبكات، ومن ثم محاولة تجربة سبل مختلفة لطرح سلوكيات جديدة ضمن تلك الشبكات الاجتماعية.

## مبدأ التوقيت المناسب

في حين أن هناك مجموعة من التدخلات والسياسات التي يمكن أن تساعد الناس في تبني خيارات صحية بشكل أكبر، فمن المهم أيضًا وضع توقيت طرح تلك التدخلات في الاعتبار، إذ يكون الناس أكثر تقبلًا لتبني التغييرات في أوقات محددة في حياتهم<sup>٨٠</sup>.

## قم بالتشجيع على التغييرات عندما يكون الناس أكثر تقبلًا لذلك.

يقبل الناس بشكل أكبر على التغيير في بعض الأوقات التي تبدو ذات أهمية بالنسبة لهم، إذ يمكن التحفيز لهذه اللحظات عن طريق بعض الأحداث الخارجية التي تعطل أنماط السلوك القائمة أو التأمّل الداخلي من قبل أحد الأشخاص في وضعهم الحالي<sup>٨١</sup>، كما أن هناك العديد من اللحظات الأخرى التي يمكن أن توفر فرصًا سانحة لإحداث التدخل، مثل الأعياد الدينية أو الثقافية وبدايات السنة أو الشهر أو الأسبوع، وغيرها من الأحداث الحياتية الإيجابية أو السلبية (كأن يرزق أحدهم بمولود أو أن يفقد أحد الأقرباء أو أن ينتقل لمنزل جديد)<sup>٨٢</sup>. وتبرز دراسة الحالة المذكورة أدناه مثالًا عن كيفية استغلال العطلات الدينية في إجراء فحص السكري بشكل أكبر في دولة قطر. وبالمثل، فقد تم اختيار شهر رمضان ليكون اللحظة المناسبة لمطالبة المسلمين الانضمام الى برنامج خاص بالإقلاع عن التدخين في سنغافورة، وقد بلغ معدل انضمام مسلمي الملايو للبرنامج خلال شهر رمضان وحده (٣,٣٤٢)، أي ما يزيد عن ١٨ ضعف انضمامهم في سائر شهور السنة (٢,٠١٠)<sup>٨٣</sup>.

## ارتفاع معدل فحص ما قبل السكري في دولة قطر<sup>٨٤</sup>

### معلومات عامة

تبلغ نسبة تفشي النوع الثاني من مرض السكري بين السكان البالغين في دولة قطر ١٣ في المائة (وهو ما يعادل ١٧ في المائة من مجموع السكان القطريين)، كما لم يتم تشخيص حوالي ثلث عدد مرضى السكري وهم غير مدركين لحقيقة مرضهم. وبالإضافة للعدد الإجمالي للمصابين بمرض السكري من النوع الثاني، هناك على الأقل نفس العدد مرشح للإصابة بالمرض، وقد يصابون بالسكري إذا لم يقوموا بتغيير نمط حياتهم.

وهناك طريقتان رئيسيتان لتشخيص مرضى السكري أو المرشحين للإصابة به. يمكن إجراء اختبار جلوكوز الدم الشعيري (CBG) من خلال مواقع الرعاية الصحية، ويكون أرخص وأكثر فعالية إذا ما تم إجراؤه في مرحلة مبكرة أو مرحلة مقدمات السكري، مقارنة بإجراء اختبار خضاب الدم السكري (A1C) البديل، بيد أنه يتطلب من المشاركين في هذه الاختبار الصيام لبعض الوقت لإعطاء نتائج دقيقة، وهو ما يصعب تنظيمه بحيث يشمل المجتمع ككل.

## (يتبع)

### المشروع

قام فريق من مؤسسة حمد الطبية (وهو المستشفى الرئيسي في تقديم الخدمات الطبية في دولة قطر) بالتعاون مع أحد المنظمات غير الحكومية بإطلاق مبادرة «العمل على مكافحة السكري» لتحديد الوقت المناسب لإجراء اختبار CBG بهدف فحص أعداد كبيرة من الأفراد. وخلال شهر رمضان من عام ٢٠١٤، قام الفريق بإنشاء ٢٠ موقع فحص بداخل جامع الإمام محمد بن عبد الوهاب في قطر، مع توفير اثنين من أخصائيي التمريض عند كل موقع. ويقوم المسلمون البالغون بالصيام خلال ساعات النهار مع قيامهم بأداء الصلوات الخمس طوال أيام الشهر. وقد توجيه الدعوة للمصلين، الذين كانوا صائمين منذ شروق الشمس (أي أكثر من تسع ساعات)، أثناء صلوات الجمعة لإجراء اختبار CBG. كذلك شارك الأئمة، باعتبارهم قادة المجتمع الديني، في تشجيع المصلين على اغتنام الفرصة والخضوع للاختبار.

### النتائج

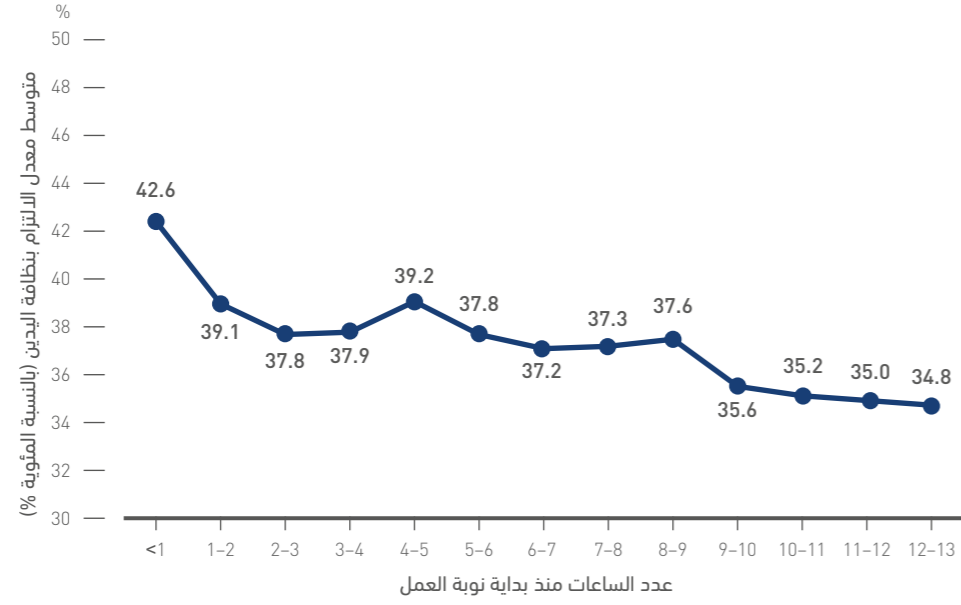
خضع ٢١٧٧ شخصًا للفحص طوال شهر رمضان، منهم ١١,٧ في المائة كانوا بالفعل على دراية بإصابتهم بداء السكري من خلال تشخيص سابق. ومع هذا، وجد أن ٥,٣ في المائة مصابون بالمرض دون أن يتم تشخيصهم قبل ذلك. كما تم تشخيص ٢٦,٦ في المائة منهم بأنهم في حالة مقدمات السكري. وهكذا، يتضح أن ثلث الخاضعين للفحص لم يدركوا إصابتهم بمرض السكري أو أنهم عرضة للإصابة بالمرض. وتمت إحالة هؤلاء الأشخاص للانضمام لبرامج خاصة بتعليم العادات الغذائية وأنماط الحياة الصحية لمنع أو عكس تطور المرض. وقد دفع نجاح برنامج الفحص إلى تكرار التجربة في عام ٢٠١٥، مع الحصول على نتائج مماثلة.

### الاستنتاج

وفرت تلك الأنماط السلوكية المميزة لشهر رمضان من صوم وصلاة اللحظة المناسبة في الوقت الأمثل بالنسبة للمجتمعات الإسلامية لفحص مرض السكري أو مقدمات السكري. وقد عزز من نجاح هذا المنهج الدعم الذي حصل عليه البرنامج من قبل القادة الدينيين ممن ينظر إليهم في المجتمع باعتبارهم أفرادًا مهمين.

للحث على غسل اليدين، ولكن البعض الآخر أكثر إبداعًا من حيث استخدام أفكار مثل الرائحة «النظيفة» للتحفيز على السلوك<sup>٨٩</sup>.

نحن نحتاج لفهم ما التوقيت المناسب الذي قد يساعدنا في تحقيق أقصى قدر من التأثير، إذ أنه لا يكون ممكنًا أو فعالًا في كثير من الأحيان إطلاق حملة أو إيصال رسالة باستمرار.



### الشكل رقم ٧: الامتثال لقواعد غسل اليدين طوال ساعات نوبة العمل

المصدر: هاينز وآخرون، (٢٠١٢)<sup>٩٠</sup>

كذلك، يمكن للفعاليات ذات الصلة بالصحة أن تكون بمثابة لحظات مناسبة لإحداث التغيير. فقد كشفت دراسة تلامزية كبيرة (تعني دراسة إحصائية تركز على مدى ارتباط السبب وتأثيره بين مجموعات من الأفراد) أجريت في الولايات المتحدة أن إجراء عملية جراحية كبرى يضاعف من احتمالية الإقلاع عن التدخين، وخاصة إذا كانت لتلك العملية علاقة بالتدخين مثل السرطان وأمراض القلب والأوعية الدموية<sup>٩٠</sup>. وقد وجد أنه حتى العمليات الجراحية البسيطة قد أسهمت في زيادة معدلات الإقلاع عن التدخين بنسبة ٢٨ في المائة. وبسبب ارتفاع معدل إجراء ذلك النوع من العمليات، تبين أنها تحدث تأثيرًا كبيرًا في معدلات الإقلاع عن التدخين على مستوى السكان ككل<sup>٩١</sup>. ويمكن زيادة ذلك التأثير عن طريق ضبط توقيت إجراء ذلك التدخل ليكون بالقرب من موعد الخضوع للعملية الجراحية. وقد اتضح أن إسداء المشورة للأفراد قبل الخضوع للعملية الجراحية من قبل إحدى الممرضات (باستخدام كتيبات الإقلاع عن التدخين أو الإحالة إلى الخط الساخن الخاص بالإقلاع عن التدخين أو منح الفرصة للخضوع لبرنامج مدته ستة أسابيع خاص باستبدال النيكوتين من الجسم)، قد زاد من احتمالية إقلاعهم عن التدخين على المدى الطويل بمعدل ٢,٧ مرة أكثر من الأفراد الذين تلقوا العلاج المعتاد<sup>٩٢</sup>.

ويعد التوقيت أيضًا أمرًا حاسمًا بالنظر لسلوك العاملين في مجال الرعاية الصحية، إذ تتدهور حالة امتثال العاملين في مجال الرعاية الصحية لمعايير نظافة اليدين على مدار ساعات نوبة العمل، وقد تصل ذروة ذلك الامتثال مباشرة بعد أوقات الاستراحة (انظر الشكل رقم ٨٧)<sup>٩٣</sup>، الأمر الذي يبرز كيف أن إمكانية ضبط النفس قد تكون مصدرًا محدودًا، وأنه يتعين مراعاة التوقيت في إتمام التدخلات وذلك للتغلب على ما يعرف «بمبلل القرار» الذي قد يصيب العامل خلال ساعات العمل. وبالفعل، هناك عدد من التدخلات المستتيرة سلوكيًا التي يمكن الاستفادة منها للحد من غسل اليدين، فمثلًا، ثمة عدد من الرسائل المستخدمة

## ٤. اختبار التدخلات يحقق مزايا مهمة

تقدم الأقسام السابق ذكرها طرقًا محتملة لتحسين جودة الصحة والرعاية الصحية، بيد أنه يجب مراعاة بعض الأمور لتطبيق هذه التصورات على أرض الواقع، منها: مقدار الاستفادة الممكنة من نتائج الدراسة عبر مجموعات مختلفة من البشر ومدى استدامة ما يتم إدخاله من تحسينات.

## أهمية اختبار التدخلات

بسبب تعقد السلوك وقوة السياق وأهمية التفاصيل، فإننا لسنا على يقين بالضبط بأفضل الطرق لتنفيذ التدخلات. بالرغم مما نملكه من مبادئ عامة لتوجيهنا (مثل الإطار المعروف بـ EAST)، فإننا لسنا على يقين بالضبط بأفضل الطرق لتنفيذ التدخلات. وهكذا، فإنه من المهم بالنسبة لُصنّاع السياسات إجراء اختبار بسيط لتقييم مدى تأثير التدخلات السلوكية على خدمات ونتائج الرعاية الصحية، وغالبًا ما تتسم هذه التجارب برخص التكلفة مع توفيرها للنتائج بشكل سريع، وخاصةً إذا ما اعتمدت على بيانات يتم جمعها بشكل روتيني<sup>٩١</sup>. فعلى سبيل المثال، حيثما يتم إرسال رسائل تذكير بمواعيد المستشفيات ووضع سجل بيانات المرضى الذي يحضرون إلى تلك المواعيد، يمكن أن تختلف رسائل تذكير تلك لتحديد أي صيغة يمكن أن تحقق فاعلية أكبر.

وتتمثل الخطوة الأولى في إجراء تجربة مثل هذه لإرساء إجراء واضح لقياس النتائج، مثل نسبة عدم الحضور للمواعيد التي يتم تحديدها مع مؤسسات الرعاية الصحية. ومع ذلك، هناك طرق مختلفة لفهم كيفية تأثير هذا التدخل في قياس النتائج. ويمثل قياس النتائج قبل وبعد إجراء التجربة واحدًا من المقاربات الواضحة في هذا الشأن، ولكن قد لا يعول على هذه المقاربة بسبب تداخل أمور أخرى قد تؤثر على النتيجة، فمثلًا، قد يسبب تغير الطقس ودخول فصل الشتاء صعوبات في الذهاب إلى المراكز الصحية.

وهناك طريقة أخرى تتمثل في عقد مقارنة بين مجموعة من المرضى الذين تلقوا رسالة ما ومجموعة أخرى تلقت رسالة مختلفة. ويمكن أن تعطي هذه المقاربة نتائج يمكن الاعتماد عليها إذا تم اختيار المجموعتين بعناية. ومع ذلك، قد تختلف المجموعتان بطرق غير معروفة بحيث يؤثر ذلك الاختلاف على نجاح التجربة، فمثلًا ربما يكون أفراد إحدى المجموعتين أكثر مرضًا من المجموعة الأخرى.

وبشكل عام، تتمثل الطريقة التي يمكن الاعتماد عليها بشكل أكبر لتحديد تأثير التدخل في تخصيص الأشخاص أو المجموعات للمشاركة في هذه التجربة بشكل عشوائي، إذ يعني الاختيار العشوائي أن المجموعتان في المتوسط متماثلتين – أي أنه لدى جميع المشاركين نفس الخصائص من الطول والوزن والمستوى المادي وغيرها من الخصائص. ويعد التأكيد على تساوي المجموعات المشاركة أمرًا مهمًا، ذلك أن أي تغيير في قياس النتائج يجب أن يستند إلى التدخل، وليس لأي سببٍ آخر.

وتشتهر ”التجارب العشوائية ذات الشواهد« بأنها المعيار الذهبي للحصول على البراهين، ولكن يعاب عليها كونها مكلفة وبطيئة ومعقدة، ولا يجب أن يكون إجراء التجارب بهذه الطريقة. وثمة فرص عديدة يمكن من خلالها إجراء التجارب بشكل سريع وبتكلفة منخفضة وذلك لإيجاد أفضل طريقة لتقديم الرعاية الصحية.

وهناك سبب آخر يبرز أهمية اختبار التدخلات. فعلى الرغم من أنه يجب النظر لتطبيق التصورات السلوكية باعتبارها إحدى طرق تحسين عملية وضع السياسات، فإنها ما تزال تعد نشاطًا منفصلًا وغريبًا وصعبًا، وما تزال تواجه عملية إدخال التغيير السلوكي شكوكًا تتعلق بالعرض من ورائها<sup>٩٢</sup>، بيد أنه يتم التعامل مع مثل هذه المخاوف من خلال الالتزام بإجراء التجارب وتقييم النتائج بشكل موثوق فيه. كما أن مشاركة النتائج – حتى في حالات عدم ملاحظة أي تحسن – أن يزيد من قدر المصدقية<sup>٩٣</sup>. وقد أسهمت أدلة تحقيق التأثير في تغيير التوجهات وزيادة الطلب على تطبيق التصورات السلوكية<sup>٩٤</sup>.

## كيف يمكن الاستفادة من نتائج التصورات السلوكية عبر مجموعات مختلفة

من المهم أن نفهم كيف يمكن تطبيق نتائج التصورات السلوكية في سياقات مختلفة. وبعبارة أخرى: إلى أي مدى يمكن الحصول على ذات النتائج، التي تم التوصل إليها في مكان ما، في أي مكان آخر؟ وهناك نوعان من المخاوف الرئيسية المتعلقة بتعميم النتائج:

- ما إذا ثبت صحة المفاهيم السلوكية المذكورة (مثل قوة الأعراف الاجتماعية) بين ثقافات وسياقات مختلفة.
- القابلية للتغيير أثناء عملية التنفيذ.

ويبرز أحد الانتقادات المؤثرة كيف لجأت الكثير من دراسات العلوم السلوكية إلى الاستعانة بأشخاص على قدر من العلم ومنتمين إلى بلدان غربية وصناعية وغنية يتمتع أهلها بالديمقراطية<sup>٩٥</sup>. وتبرز مثل هذه الانتقادات أن نتائج هذه الدراسات قد لا يمكن مواءمتها بشكل جيد لتناسب مختلف الثقافات أو السياقات أو يمكن تطبيقها في دول غربية أخرى أو حتى تجاه مختلف الفئات السكانية في المجتمع الواحد<sup>٩٦</sup>.

تشير بعض الأدلة إلى وقوع حالات معينة للتحيز في تطبيق القابلية للتغيير في بعض المجتمعات<sup>٩٧</sup>، وربما تبين أقوى الأدلة حدوث التحيزات في التطبيق بين المفاهيم الفردية في مقابل الجماعية، إذ يميل الناس في الثقافات الغربية إلى النظر لأنفسهم بشكل يتسم بالفردية والاستقلالية في حين يميل أهل الثقافات الشرقية إلى اعتبار أنفسهم أكثر تواصلًا مع الآخرين<sup>٩٨</sup>. وقد تؤثر مثل هذه الاختلافات في نجاح بعض دراسات الحالة المذكورة آنفًا ضمن سياقٍ محدد، فمثلًا تشير إحدى الدراسات البارزة إلى أنه ربما يكون للقيم الاجتماعية تأثير أكبر على المجتمعات غير الغربية<sup>٩٩</sup>، بالرغم من اشتراك البشر في قدر كبير من الجوانب الأساسية المتعلقة بالمعرفة والدافع وبالتالي السلوك<sup>١٠٠</sup>. فقد وجد مثلًا أن لدى العديد من الثقافات المختلفة تعبيرات عاطفية<sup>١٠١</sup> وخصائص شخصية متشابهة<sup>١٠٢</sup>، كما أنهم متساوون في نظرتهم المعتدلة عن الأمور غير الأخلاقية<sup>١٠٣</sup>.

وتتسم مسألة التعميم بالتعقيد مع عدم توفر الأدلة البينة على ذلك. ويمكننا عرض إجابتين رئيسيتين على ذلك: أولًا، كما بين هذا التقرير، تشير الأدلة إلى أن التدخلات التي تعتمد على مفاهيم العلوم السلوكية يمكنها أن تكون فعالة في مختلف بلدان العالم. ثانيًا، تبرز هذه الأسئلة أهمية اختبار التدخلات من أجل قياس مدى تأثيرها.

بيد أن التركيز على إجراء الاختبارات والتكيف مع السياقات القائمة يؤدي إلى إثارة القلق بخصوص المسألة الثانية، ألا وهي مدى تأثير التغيرات في السياق العام وإجراءات عملية التنفيذ على النتائج<sup>١٠٤</sup>. ولا يمكن أن تقتصر هذه على إجراء التدخلات في مجال التصورات السلوكية، ولكن تجدر الإشارة إلى تأثير السياق العام على تشكيل السلوك. فمثلًا ، تشير الأدلة إلى أن العمل على جعل إجراء تحليل فيروس نقص المناعة (الإيدز) اختبارًا افتراضيًا بحيث يمكن للناس العدول عن الخضوع لهذا التحليل، يزيد معدلات الخضوع للاختبار بشكل كبير. ومع ذلك، أظهرت بعض الخدمات الصحية في بعض البلدان معدلات منخفضة لإجراء هذا التحليل بسبب بعضٍ من أوجه القصور في القيادة والبنية التحتية والدوافع وقبول إجراء الاختبار<sup>١٠٥</sup>. كما وجد في بعض الحالات أن ارتفاع معدلات الإقبال للخضوع للتحليل لم تزد معدلات الكشف عن الفيروس، مما يعني أنه في بعض البلدان، يكون الاختيار الافتراضي هو ارتفاع معدلات إجراء التحليل بين الناس الذين لم يكونوا مصابين بالفيروس من الأساس. وقد أظهرت نتائج بعض الحالات أن النجاح في تغيير الخيار الافتراضي ليكون العدول عن إجراء الاختبار قد زاد من التكاليف دون تحسين النتائج<sup>١٠٦</sup>. وبعبارة أخرى، تشير الكثير من الأدلة إلى ما تمثله تفاصيل عملية التنفيذ من أهمية.

## استدامة التدخلات في مجال التصورات السلوكية

ويشير تقييم آخر لتدخلات التصورات السلوكية بأنها لا تستهدف سوى إحداث تغييرات قصيرة الأجل في السلوك أو تغييرات لمرة واحدة فقط. صحيح أن العديد من الدراسات تقدم تقييماً للنتائج قصيرة الأجل وحسب، وأن بعض تدخلات المدى الطويل مثل فقدان الوزن<sup>١٠٧</sup> أو الإقلاع عن التدخين<sup>١٠٨</sup> قد ثبت فشلها في تحقيق ذلك التأثير الدائم.

ومع هذا، يمكن اعتبار نتائج المدى البعيد حساسة بشكل خاص من حيث الطريقة التي يتم بها تنفيذ التدخلات<sup>١٠٩</sup>. وهناك طرق معروفة لزيادة احتمالية استدامة السلوك:

- قم بتنفيذ التدخل بحيث يبقى السلوك المستهدف تشكيلة خيارًا افتراضيًا أو يصبح قاعدة عامة أو عادة. فعلى سبيل المثال، دفع مقابل مادي للناس للذهاب إلي صالة الألعاب الرياضية مرة واحدة لم يترتب عليه أثر طويل الأمد بالنسبة للسلوك، في حين أن دفع مقابل مادي للناس للذهاب ثماني مرات على الأقل في الشهر أدى إلى زيادة مطردة في استخدام صالة الألعاب الرياضية، حتى بعدما تم إلغاء هذا الحافز<sup>١١٠</sup>.
- قم بإجراء التدخل بحيث يقع في وقت قريب من القيام بالسلوك المستهدف، فمثلًا تذكير سائقي السيارات بارتداء حزام الأمان مباشرة قبل الانطلاق بالسيارة قد رفع من معدلات استخدام حزام الأمان، في حين أن دفع السائقين للقيام بذلك قبل الانطلاق بخمس دقائق لم يؤت بثماره<sup>١١١</sup>. وهكذا، من المحتمل أن يكون لتركييب إنذار ينطلق عند القيادة بدون حزام أمان تأثير أكبر من ذلك الذي قد تحدثه حملة لرفع التوعية باستخدام حزام الأمان.
- إرسال رسائل التذكير. فعلى سبيل المثال، إرسال رسائل مستمرة للتذكير بإجراء فحوصات الأسنان لم يؤد لتغيير السلوك الأصلي<sup>١١٢</sup>، وهكذا فإن تقليل عدد رسائل التذكير قد يؤدي الغرض المرجو منه. وقد ساعد إرسال رسائل نصية أسبوعية لتذكير المرضى بضرورة تناول أدوية علاج فيروس نقص المناعة المكتسبة في زيادة الالتزام الطبي من قبل المرضى، في حين قوبلت رسائل التذكير النصية التي كان يتلقاها المرضى بشكل يومي بالتجاهل ولم يكن لها أي تأثير يذكر على سلوكهم<sup>١١٣</sup>.

## ٥. الخلاصة: إدخال التصورات السلوكية ضمن عملية وضع السياسات الصحية

يدل هذا التقرير على أهمية الاستفادة من التصورات السلوكية لتحسين الصحة والرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم. ونحن نقدم عددًا من دراسات الحالات، حيث نجح بالفعل تنفيذ هذا النهج بشكل عملي، كما نسعى لإسداء النصائح العملية حول كيفية تطبيق تلك الأفكار السلوكية. وهناك العديد من الفرص التي يمكنها تحسين الصحة والرعاية الصحية باستخدام أدوات بسيطة لإجراء تغييرات عملية.

قامت العديد من هيئات القطاع العام في جميع أنحاء العالم بالفعل بتشكيل فرق أو وحدات متخصصة في استخدام التصورات السلوكية. وقد أدى ذلك إلى تأسيس مجموعة أساسية من الخبراء ممن يمكن الاستعانة بهم بشكل سريع مع قدرتهم على تحقيق نتائج موثوقة، بيد أن ثمة العديد من العوامل التي تؤثر في نجاح الفريق من عدمه. وتشير التجربة الرائدة لفريق المملكة المتحدة للتصورات السلوكية إلى أن نجاح مهمة الفريق يعتمد على العوامل التالية:

### إعداد فريق للتصورات السلوكية بشكل ناجح<sup>١١٤</sup>

العامل	الوصف
الدعم الإداري	يبعث دعم كبار المسؤولين في الإدارة الحكومية بإشارة قيمة مفادها أن التصورات السلوكية وظيفية أساسية للحكومة.
الدعم السياسي	يمكن أن يكون للدعم السياسي للمشروع أهمية بالغة، وينبغي للفريق فهم كيفية تقديم العمل بحيث يتماشى مع الأولويات السياسية الرئيسية – والرأي العام – حتى لو لم يكن ذلك ممكنًا.
الناس	يحتاج الفريق للجمع المناسب بين المهارات والخبرات والتصورات. وليس مستغربًا أن يكون الحصول على المعرفة المستفيضة بالتصورات السلوكية واحدة من هذه المتطلبات (انظر أدناه)، بيد أنه من المهم أيضًا أن يكون لدى أعضاء الفريق الخبرة بالعمل في الحكومة وفهم كيف "يتم إنجاز الأمور".
الموقع	في العديد من الحكومات، هناك مجموعة من المواقع التي غالبًا ما تشهد اتخاذ القرارات الخاصة بالسياسات والإدارة. ومن ثم، فإن التمتع بفرصة الاقتراب من تلك المواقع يعني أنه يمكن لأعضاء الفريق الاستفادة من الاجتماعات والفرص التي تأتي مصادفة والتي يمكنها أن تؤدي إلى تحقيق إنجازات كبرى.
التجريب	لا يعد اختبار المناهج الجديدة ممارسة جيدة من المنظور العلمي، إذ إن ما ذكر أعلاه يبين أنه يمكن دحض حجج المتشككين إذا ما أعطيتهم دليلًا قويًا على نجاح النهج الجديد وإلى أي درجة يمكنه أن يصل.
منحة دراسية	يحتاج فريقٌ مثل هذا إلى أن يكون ملقًا بأحدث النظريات والاستنتاجات التي تقدمها العلوم السلوكية. ويمكن تعزيز هذه الخبرة عن طريق إنشاء لجنة استشارية من الأكاديميين لتقديم رأي خارجي حول عملك، إذ يمكن للمعرفة السطحية أن تؤدي إلى وضع تدخلات بشكل سيئ قد تأتي بنتائج عكسية. وفي الوقت نفسه، ينبغي أن ينصب تركيز الفريق على إحداث تغيير في العالم الحقيقي، وليس حل المشكلات الأكاديمية.



## الملحق: دراسات الحالات

النطاق	مجال السياسة	الأمثلة	رقم الصفحة
الصحة العامة وطرق الوقاية	تحسين النظام الغذائي	استبدال ملح الطعام ببديل يحتوي على مقدار منخفض من الصوديوم يقلل من تناول الصوديوم.	١٥
		يساعدنا استخدام علب طعام وأدوات مائدة أصغر حجماً باعتبارها خياراً افتراضياً في تناول الطعام بشكل أقل.	١٤
		يؤدي وضع الأطعمة الصحية، عوضاً عن غير الصحية، في مواضع بارزة في متاجر بيع المواد الغذائية - وبخاصة عند أطراف الممرات بين الأرفف - إلى زيادة اللجوء للخيارات الصحية.	١٧
		أسهم وضع رمز للدلالة على الخيارات الغذائية الصحية في ارتفاع مشتريات المنتجات التي تحمل هذا الرمز.	٢٠
		ساعد استخدام الشبكات الاجتماعية القائمة في زيادة معدلات تناول الفيتامينات المتعددة.	٢٠
منع الانتحار		تقلصت معدلات الانتحار عن طريق تناول جرعات زائدة من مسكنات الألم بفضل إصدار قانون جديد بشأن طرق تعبئة وتغليف تلك المسكنات بحيث يجعل من الصعب شراء كميات كبيرة منها في المرة الواحدة .	١٤
منع وقوع حوادث		أسهم وضع خطوط مرجعية فوق مسارات السكك الحديدية بهدف جذب انتباه المارة للقطارات سريعة الحركة في تقليل حالات الوفاة.	١٦
الإقلاع عن التدخين		لقد وجد أنه ربما يقبل الناس على الإقلاع عن التدخين عندما يُطلب منهم الخضوع لعملية جراحية - لا سيما إذا كانوا يتلقون تدخلاً في هذا الوقت.	٢٢
الحد من انتقال الأمراض المعدية		ساعد استخدام بديل واضح مثل "مصافحة الإيبولا" في خلق معايير اجتماعية أكثر أماناً خاصة بإلقاء التحيّة.	١٨
		أسهمت المبادرات المعنية برفع الوعي بأهمية غسل العاملين في مجال الرعاية الصحية أيديهم بنهاية نوبات عملهم في زيادة معدلات امتثالهم لهذه الممارسة.	٢٣

ومع ذلك، لا ينبغي أن يتولى فريق مكرس واحد تطبيق التصورات السلوكية، إذ إنها تقدم للحكومة دروساً أرحب من ذلك بكثير. ويجب على أولئك الذين يضعون السياسة الصحية الاهتمام بكيفية تأثير عملهم بالعوامل التي أبرزها هذا التقرير. ونحن نشجع صناع القرار على بحث طرقٍ جديدةٍ لتطبيق المبادئ الأربعة الخاصة بالإطار المسمى بـ (EAST) عند وضعهم لسياسات الرعاية الصحية.

بالرغم من أن هذه الأفكار تتطلب بذل مزيد من الجهد والتفكير، سيكون من الضروري الاعتماد عليها لتعظيم الاستفادة من الموارد المحدودة التي يمكن إنفاقها على الصحة والرعاية الصحية. ونحن نأمل أن يساعد هذا التقرير صناع القرار في النظر إلى الصحة والرعاية الصحية بشكل مختلف من خلال ما نقدمه من أفكار جديدة للاستفادة من تلك التصورات الجديدة.

النطاق	مجال السياسة	الأمثلة	رقم الصفحة
الاستفادة وتقديم الرعاية الصحية	تحسين المشاركة في خدمات الرعاية الصحية	ساعد وضع صيغ جديدة لرسائل التذكير بهدف جذب الانتباه في تقليل معدلات عدم الحضور للمواعيد المحددة مع المراكز الصحية.	١٦
		ساعد مراعاة التوقيت بمواءمة التدخل بحيث يتزامن مع ممارسة الصيام في شهر رمضان في زيادة الإقبال على الخضوع لفحص مرض السكري.	٢١
الالتزام بتناول الدواء	أسهم إجراء المكالمات عبر برنامج سكايب للتحقق من التزام مرضى السل بتناول العلاج، بدلاً من طلب المرضى بضرورة زيارة الأطباء شخصيًا، في تحسين الالتزام بالتعليمات الطبية.	١٤	
سلامة المريض	ساعد استخدام رسوم بيانية تظهر رموزاً ملونة التنبيه بتدهور حالة المريض.	١٧	
سلامة المريض	من خلال خفض المقدار الافتراضي لضخ الهواء في رئتي المرضى في وحدات العناية المركزة، تم خفض أعداد الوفيات.	١٤	
منع مقاومة مضادات الميكروبات	عن طريق إبلاغ الأطباء بأنهم يصفون مضادات حيوية لمرضاهم بمعدل أعلى من أقرانهم، تم خفض وصفات المضادات الحيوية غير الضرورية.	١٩	

## شكر وتقدير

ترأس المجلس الاستشاري للمنتدى القائم على هذا البحث البروفيسور دايفيد هالبيرن، الرئيس التنفيذي لفريق التصورات السلوكية، حيث تولى كتابة هذا البحث بالتعاون مع مايكل هالسوورث وفيريل سنيجدير وهانه بيرد وجيسكا بريست وجابي جوده وسارة هوف.

ويسرنا أن نتوجه بجزيل الشكر لجميع أعضاء المجلس الاستشاري الذين أسهموا في هذا البحث، وهم:

زاكاري برون | استثمارات آسيا

الدكتور كلير شاتدلر | كليّة لندن لحفظ الصحة وطب المناطق الحارة.

الدكتور دومينيك كينج | شركة جوجل ديمبايند وإمبيريال كولج لندن.

الدكتور كينيث ليونادر | جامعة ميريلاند.

البروفيسور تريزا مارتينو | جامعة كامبريدج.

الدكتور جون مونسون | كلية الطب في جامعة روتشستر .

الدكتور بن نيجوي | المعهد الإفريقي لإدارة الرعاية الصحية.

السيد رام براساد | فاينالمايل للاستشارات.

الدكتور جوديث (جودي ) بروشيسكا | مركز ستانفورد لأبحاث الوقاية.

السيدة جيريل ريشتر | مؤسسة تعزيز الصحة الفيكتورية (VicHealth)

السيد لورانس تالون | نيابة عن سعادة الدكتورة حنان الكواري، مؤسسة حمد الطبية.

السيد زي يونج كانج | مجلس تعزيز الصحة في سنغافورة.

كما نتقدم بخالص الشكر لفريق «ويش»: السيد إجبرت شيلينجز، المدير التنفيذي لمبادرة «ويش"، وجيسكا بريست، مدير المنتدى، وهانه باتيل، مدير تطوير المنتدى، وجابي جوده، زميلة منتدى التصورات السلوكية، وسارة هوف، زميلة منتدى التصورات السلوكية.

أجرت اللقاءات التي أثرت هذا التقرير بالمعلومات هانه بيرد، وفيريل سنيجدير، تحت إشراف السيد مايكل هالسوورث.

ويتقدم الرئيس والمؤلفون بالشكر لجميع من ساهم في هذا التقرير، ومنهم جامي ميراندا وفرانشيسكو ديز كانسيكو.

يتحمل المؤلفون مسؤولية حدوث أي أخطاء أو سهو.

## فريق منتدى ويش

مدير المنتدى: جيسكا بريست

مدير تطوير المنتدى: هانه باتيل

زميلتنا منتدى التصورات السلوكية: جابي جوده وسارة هوف

10. Backhouse R. The Penguin History of economics. London: Penguin, 2002.
11. Weimer DL, Vining A. Policy analysis: Concepts and practice. Oxford: Routledge, 2015.
12. Kahneman D. Thinking, Fast and Slow. New York: Farrar, Straus and Giroux, 2011.
13. Dolan P, Hallsworth M, Halpern D, King D, Metcalfe R, Vlaev I. Influencing behaviour: The mindspace way. *Journal of Economic Psychology* 2012; **33(1)**: 264-277.
14. Bargh JA, Chartrand TL. The unbearable automaticity of being. *American psychologist* 1999; **54(7)**: 462-479.
15. Institute for Government and Cabinet Office. MINDSPACE: Influencing behaviour through public policy, London: Institute for Government, 2010; Halpern D. Inside the Nudge Unit. London: WH Allen, 2015; Hansen PG, Jespersen AM. Nudge and the manipulation of choice: A framework for the responsible use of the nudge approach to behaviour change in public policy. *European Journal of Risk Regulation* 2013; **3**.
16. Whitehead M, Jones R, Howell R, Lilley R, Pykett J. Nudging all over the world: Assessing the global impact of the behavioural sciences on public policy. Swindon: Economic and Social Research Council, 2014.
17. World Bank, Global INsights Initiative. Available at: <http://www.worldbank.org/en/programs/gini>; European Commission Behavioural Research. Available at: [http://ec.europa.eu/consumers/consumer\\_evidence/behavioural\\_research/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/consumers/consumer_evidence/behavioural_research/index_en.htm); European Commission Joint Research Commission. Behavioural Insights. Available at: <https://ec.europa.eu/jrc/en/research/crosscutting-activities/behavioural-insights>
18. Behavioural Insights Team. *EAST: Four simple ways of applying behavioural insights*. 2014; Available at: <http://www.behaviouralinsights.co.uk/publications/east-four-simple-ways-to-apply-behavioural-insights/>
19. Anderson CJ. The psychology of doing nothing: forms of decision avoidance result from reason and emotion. *Psychological Bulletin* 2003; **129(1)**: 139-167.
20. Chapman GB, Li M, Colby H, Yoon H. Opting in vs opting out of influenza vaccination. *The Journal of the American Medical Association* 2010; **304(1)**: 43-44.
21. The Acute Respiratory Distress Syndrome Network (2000). Ventilation with lower tidal volumes as compared with traditional tidal volumes for acute lung injury and the acute respiratory distress syndrome. *New England Journal of Medicine* 2000; **342**: 1301-1308; Bourdeaux CP, Davies KJ, Thomas MJC, Bewley JS, Gould TH. Using 'nudge' principles for order set design: a before and after evaluation of an electronic prescribing template in critical care. *BMJ Quality & Safety* 2014; **23(5)**: 382-388.
22. Gunnell D, Murray V, Hawton K. Use of paracetamol (acetaminophen) for suicide and nonfatal poisoning: worldwide patterns of use and misuse. *Suicide and life-threatening behaviour* 2000; **30(4)**: 313-326.
1. Ruel, M. T., Alderman, H., & Maternal and Child Nutrition Study Group. (2013). Nutrition-sensitive interventions and programmes: how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition? *The Lancet*, 382 (9891), 536-551.
2. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2008. Available at: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf). See also: McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman JR. The case for more active policy attention to health promotion. *Health affairs* 2002; 21(2): 78-93.
3. Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, Biryukov S, Brauer M, Delwiche K. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet* 2015; **386(10010)**: 2287-2323.
4. Bloom DE, Cafiero E, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom R, Fathima S, O'Farrell D. The global economic burden of non-communicable diseases (No. 8712). Program on the Global Demography of Aging. Geneva, World Economic Forum, 2011.
5. Jones G., Steketee RW, Blac, RE, Bhutta ZA, Morris SS, Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *The Lancet* 2003; **362(9377)**: 65-71.
6. Datta S, Mullainathan S. Behavioral design: a new approach to development policy. *Review of Income and Wealth* 2014; **60(1)**: 7-35.
7. Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, Biryukov S, Brauer M, Delwiche K. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet* 2015; **386(10010)**: 2287-2323.
8. Leape LL. Error in medicine. *JAMA* 1994; **272(23)**: 1851-1857. Graber ML, Franklin N, Gordon R. Diagnostic error in internal medicine. *Archives of Internal Medicine* 2005; **165(13)**: 1493-1499. Typesetting note: Darzi et al should be number 9, Cooper et al should be number 10 etc etc - from here onwards the reference numbers are one out. Darzi A, Beales S, Hallsworth M, King D, Macdonnell M. The Five Bad Habits of Healthcare: How New Thinking About Behaviour Could Reduce Healthcare Spending. Report to the World Economic Forum. 2012; Available at: [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_HE\\_FiveBadHabitsHealthcare\\_IndustryAgenda\\_2012.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_HE_FiveBadHabitsHealthcare_IndustryAgenda_2012.pdf)
9. Cooper JC, Kovacic WE. (2012). Behavioral economics: implications for regulatory behavior. *Journal of Regulatory Economics* 2012; **41(1)**: 41-58.

35. Wurman RS. Information Anxiety. New York: Doubleday, 1989.
36. Kahneman D. Thinking, Fast and Slow. New York: Farrar, Straus and Giroux, 2011.
37. Wood NL, Cowan N. The cocktail party phenomenon revisited: Attention and memory in the classic selective listening procedure of Cherry. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, & Cognition* 1995; 21: 255-260.
38. Cox WM, Fadardi JS, Pothos EM. The addiction-stroop test: Theoretical considerations and procedural recommendations. *Psychological Bulletin* 2006; 132(3): 443-476; Nijs IM, Muris P, Euser AS, Franken IH. Differences in attention to food and food intake between overweight/obese and normal-weight females under conditions of hunger and satiety. *Appetite* 2010; 54(2): 243-254; Townshend J, Duka T. Attentional bias associated with alcohol cues: differences between heavy and occasional social drinkers. *Psychopharmacology* 2001; 157(1): 67-74.
39. Mack A, Rock I. (1998). Inattentional Blindness. Boston: MIT Press, 1998.
40. Sin NL, DiMatteo MR. Depression treatment enhances adherence to antiretroviral therapy: a meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine* 2014; 47(3): 259-269.
41. Mani A, Mullainathan S, Shafir E, Zhao J. Poverty impedes cognitive function. *Science* 2013; 341(6149): 976-980; Bratanova B, Loughnan S, Klein O, Claassen A, Wood R. Poverty, inequality, and increased consumption of high calorie food: Experimental evidence for a causal link. *Appetite* 2016; 01.028.
42. Laxmisan A, Hakimzada F, Sayan OR, Green RA, Zhang J, Patel VL. The multitasking clinician: decision-making and cognitive demand during and after team handoffs in emergency care. *International journal of medical informatics* 2007; 76(11): 801-811.
43. Hallsworth M, Berry D, Sanders M, Sallis A, King D, Vlaev I, Darzi A. Stating Appointments Costs in SMS Reminders Reduces Missed Hospital Appointments: Findings from Two Randomised Controlled Trials. *PLoS ONE* 2015 10(10). Available at: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0137306>
44. Fogarty AW, Sturrock N, Premji K, Prinsloo P. (2013). Hospital Clinicians' Responsiveness to Assay Cost Feedback: A Prospective Blinded Controlled Intervention Study. *JAMA Internal Medicine* 2013; 173(17): 1654-1655.
45. Mehta MK. Mumbai's lifeline has claimed 36,000 lives in 10 years. *The Times of India* 2012. Available At: <http://timesofindia.indiatimes.com/city/mumbai/Mumbais-lifeline-has-claimed-36000-lives-in-10-years/articleshow/12739124.cms?referral=PM>
46. Hallsworth M, Berry D, Sanders M, Sallis A, King D, Vlaev I, Darzi A. Stating Appointments Costs in SMS Reminders Reduces Missed Hospital Appointments: Findings from Two Randomised Controlled Trials. *PLoS ONE* 2015 10(10). Available at: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0137306>
47. Interview with Mr Ram Prasad, FinalMile Consulting, WISH Forum Member.
23. Hawton K, Ware C, Mistry H, Hewitt J, Kingsbury S, Roberts D, Weitzel H. Paracetamol self-poisoning. Characteristics, prevention and harm reduction. *The British Journal of Psychiatry* 1996; 168(1): 43-48.
24. Hawton K, Bergen H, Simkin S, Dodd S, Pocock P, Bernal W, Kapur N. Long term effect of reduced pack sizes of paracetamol on poisoning deaths and liver transplant activity in England and Wales: interrupted time series analyses. *BMJ* 2013; 346: f403. Available at: <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f403>
25. Yip PS, Caine E, Yousuf S, Chang SS, Wu KCC, Chen YY. Means restriction for suicide prevention. *The Lancet* 2012; 379(9834): 2393-2399.
26. Clarke RV, Mayhew P. (1988). The British Gas Suicide Story and Its Criminological Implications. In Tonry M, Morris N (eds.). *Crime and Justice*. Chicago: University of Chicago Press, 1988.
27. Oprunenco A, Severing L. Fighting TB in Moldova: Moving beyond the nudge. 2015; Available at: <http://europeandcis.undp.org/blog/2015/06/02/fighting-tb-in-moldova-moving-beyond-the-nudge/>
28. Hawton K, Bergen H, Simkin S, Dodd S, Pocock P, Bernal W, Kapur N. Long term effect of reduced pack sizes of paracetamol on poisoning deaths and liver transplant activity in England and Wales: interrupted time series analyses. *BMJ* 2013; 346: f403. Available at: <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f403>
29. World Health Organization. Tuberculosis Work Summary. 2014; Available at: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/country-work/republic-of-moldova>
30. Oprunenco A. A nudge in the right direction: Fighting tuberculosis in Moldova. 2014; Available at: <http://europeandcis.undp.org/blog/2014/04/02/nudge-right-direction-fighting-tuberculosis-moldova/>
31. Miranda J, Bernabé-Ortiz A, Canseco FD, Cárdenas MK, Ponce-Lucero V, Gilman RH, Sacksteder KA. Launch of a salt substitute to reduce blood pressure within the Peruvian population. 2016; Available at: <http://en.cronicas-upch.pe/lanzamiento-de-un-sustituto-de-la-sal-para-reducir-la-presion-arterial-a-nivel-poblacional-en-el-peru/>
32. Public Health England. National Diet and Nutrition Survey: Assessment of dietary sodium: Adults (19 to 64 years) in England, 2014. London: PHE, 2016. Available at: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/509399/Sodium\\_study\\_2014\\_England\\_Text\\_final.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/509399/Sodium_study_2014_England_Text_final.pdf)
33. Cronicas (2016). GCC Site visit to the Allillanchu Integration of Mental Health into Primary Health Care Services project, 2016. Manuscript. Available at: <http://en.cronicas-upch.pe/allillanchu-mental-health/>
34. Behavioural Insights Team (BIT). EAST: Four Simple Ways to Apply Behavioural Insights. London, BIT. Available at: <http://www.behaviouralin-sights.co.uk/publications/east-four-simple-ways-to-apply-behavioural-insights/>

62. Hallsworth M, Chadborn T, Sallis A, Sanders M, Berry D, Greaves F, Davies SC. Provision of social norm feedback to high prescribers of antibiotics in general practice: a pragmatic national randomised controlled trial. *The Lancet* 2016; Available at: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00215-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00215-4/abstract)
63. World Health Organization. Antimicrobial resistance. WHO Media Centre Factsheet 2015; Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/en/>
64. O'Neill J, UK Government Review on Antimicrobial Resistance. Antimicrobial Resistance: Tackling a crisis for the health and wealth of nations. 2014; Available at: [http://amr-review.org/sites/default/files/AMR%20Review%20Paper%20-%20Tackling%20a%20crisis%20for%20the%20health%20and%20wealth%20of%20nations\\_1.pdf](http://amr-review.org/sites/default/files/AMR%20Review%20Paper%20-%20Tackling%20a%20crisis%20for%20the%20health%20and%20wealth%20of%20nations_1.pdf)
65. McKenna M. The Coming Cost of Superbugs: 10 Million Deaths Per Year. *Wired* 2014; Available at: <http://www.wired.com/2014/12/oneill-rpt-amr/>
66. Davies S, Verde ER. (2013). Antimicrobial resistance: in search of a collaborative solution. Qatar: WISH Report of the Antimicrobial Resistance Working Group, 2013.
67. Public Health England. English surveillance programme for antimicrobial utilisation and resistance (ESPAUR). London: PHE, 2014; Available at: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/362374/ESPAUR\\_Report\\_2014\\_\\_3\\_.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/362374/ESPAUR_Report_2014__3_.pdf)
68. Christakis NA, Fowler JH. The collective dynamics of smoking in a large social network. *New England journal of medicine* 2008; 358(21): 2249-2258.
69. Hallsworth M, Chadborn T, Sallis A, Sanders M, Berry D, Greaves F, Davies SC. Provision of social norm feedback to high prescribers of antibiotics in general practice: a pragmatic national randomised controlled trial. *The Lancet* 2016; Available at: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00215-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00215-4/abstract)
70. Christakis NA, Fowler JH. The spread of obesity in a large social network over 32 years. *New England journal of medicine* 2007; 357(4): 370-379.
71. Bapna R, Umyarov A. Do Your Online Friends Make You Pay? A Randomized Field Experiment on Peer Influence in Online Social Media Networks. *Management Science* 2015; 61(8): 1902-1920.
72. Coleman JS, Kats E, Menzel H. *Medical Innovation: A Diffusion Study*. New York: Bobbs Merrill, 1966.
73. Valente T. Social network thresholds in the diffusion of innovations. *Social Networks* 1996; 18: 69-89.
74. Bahr DB, Browning RC, Wyatt HR, Hill JO. Exploiting social networks to mitigate the obesity epidemic. *Obesity* 2009; 17: 723-28.
75. Kim DA, Hwong AR, Stafford D, Hughes DA, O'Malley AJ, Fowler JH, Christakis NA. (2015). Social network targeting to maximise population behaviour change: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet* 2015; 386(9989): 145-153.
48. Sunstein CR, Thaler RH. *Nudge. The politics of libertarian paternalism*. New Haven: Yale University Press, 2008.
49. Subramanian S. Mind games to stop death on the tracks. 2010; Available at: <http://www.livemint.com/Home-Page/PGOJwDyboNbejam61mpotL/Mind-games-to-stop-death-on-the-tracks.html>
50. Obadiora, A. J., & Adeleke, M. A. (2015). Influence of Social Studies Health Related Topics and Teaching Strategies on Students' Knowledge and Handling of Ebola Disease in Osun State Secondary Schools. *Asia Pacific Journal of Education, Arts, and Sciences*, 2(4), 60-67.
51. Singapore Health Promotion Board. *The Straits Times* 2016. Available at: <http://www.straitstimes.com/singapore/health/hpb-steering-singaporeans-to-eat-healthier>
52. Clinical Excellence Commission. Between the Flags – Keeping patients safe. 2016; Available at: <http://www.cec.health.nsw.gov.au/programs/between-the-flags/standard-calling-criteria>
53. Green M. Between the Flags Program – Interim Evaluation Report – April 2013. 2013; Available at: [http://www.cec.health.nsw.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/258151/btf-program-interim-evaluation-report-april-2013-v2.pdf](http://www.cec.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0004/258151/btf-program-interim-evaluation-report-april-2013-v2.pdf)
54. Clinical Excellence Commission. Between the Flags – Keeping patients safe. 2016; Available at: <http://www.cec.health.nsw.gov.au/programs/between-the-flags/standard-calling-criteria>
55. Nakamura R, Pechey R, Suhrcke M, Jebb SA, Marteau TM. Sales impact of displaying alcoholic and non-alcoholic beverages in end-of-aisle locations: An observational study. *Social Science & Medicine* 2014; 108: 68-73. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953614001361>
56. Cialdini RB, Kallgren CA, Reno RR. A focus theory of normative conduct: A theoretical refinement and reevaluation of the role of norms in human behavior. *Advances in Experimental Social Psychology* 1991; 24(20): 1-243.
57. Elster J. Social norms and economic theory. *Journal of Economic Perspectives* 1989; 3(4): 99-117.
58. Kremer M, Miguel E, Mullainathan S, Null C, Zwane AP. *Social engineering: Evidence from a suite of take-up experiments in Kenya*. Berkeley: University of California, 2011.
59. Ogoina D. Behavioural and emotional responses to the 2014 Ebola outbreak in Nigeria: a narrative review. *International Health* 2015; Available at: <https://inthehealth.oxfordjournals.org/content/early/2015/12/16/inthehealth.ihv065.full>
60. Reuters, Thornhill T. Introducing the «Ebola handshake»: U.S ambassador to UN demonstrates safest way to greet people in countries at centre of outbreak. *Daily Mail* 2014; Available at: <http://www.dailymail.co.uk/news/article-2812871/Global-fight-against-Ebola-grows-far-won-U-S-envoy-says.html>
61. Prentice DA, Miller DT. Pluralistic ignorance and alcohol use on campus: some consequences of misperceiving the social norm. *Journal of personality and social psychology* 1993; 64(2): 243-256.

90. Behavioural Insights Team. Update Report 2013-15. 2015; Available at: [http://www.behaviouralinsights.co.uk/wp-content/uploads/2015/07/BIT\\_Update-Report-Final-2013-2015.pdf](http://www.behaviouralinsights.co.uk/wp-content/uploads/2015/07/BIT_Update-Report-Final-2013-2015.pdf)
91. Bennhold, K. Britain's Ministry of Nudges. New York Times 2013; Available at: <http://www.nytimes.com/2013/12/08/business/international/britains-ministry-of-nudges.html>
92. Henrich J, Heine SJ, Norenzayan A. Most people are not WEIRD. *Nature* 2010; 466(7302): 29-29.
93. Henrich J, Heine SJ, Norenzayan A. The weirdest people in the world? *Behavioral and brain sciences* 2010; 33(2-3): 61-83.
94. Henrich J, Heine SJ, Norenzayan A. The weirdest people in the world? *Behavioral and brain sciences* 2010; 33(2-3): 61-83; Wang M, Rieger MO, Hens T. The Impact of Culture on Loss Aversion. *Journal of Behavioral Decision Making* 2016; Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bdm.1941/abstract>.
95. Heine SJ. *Cultural Psychology*. New York: W. W. Norton, 2008.
96. Bond R, Smith PB. Culture and conformity: A meta-analysis of studies using Asch's (1952b, 1956) line judgment task. *Psychological Bulletin* 1996; 119(1): 111-137.
97. Henrich J, Heine SJ, Norenzayan A. The weirdest people in the world? *Behavioral and brain sciences* 2010; 33(2-3): 61-83.
98. Ekman P. Basic Emotions. In Dalglish T, Power T (eds.). *The Handbook of Cognition and Emotion* 1999; 45-60.
99. McCrae RR, Terraciano A. Universal features of personality traits from the observer's perspective: Data from 50 cultures. *Journal of Personality and Social Psychology* 2005; 88: 547-561.
100. Ariely D. *The (honest) truth about dishonesty*. London: Harper Collins, 2012.
101. Cartwright N, Hardie J. *Evidence-based policy: A practical guide to doing it better*. Oxford: Oxford University Press, 2012.
102. Roura M, Watson-Jones D, Kahawita TM, Ferguson L, Ross DA. Provider-initiated testing and counselling programs in sub-Saharan Africa: a systematic review of their operational implementation. *Aids* 2013; 27(4): 617-626.
103. World Bank. *World Development Report 2015: Mind, Society, and Behavior*. Washington DC: World Bank, 2014.
104. John L, Loewenstein G, Troxel A, Norton L, Fassbender J, Volpp K. Financial incentives for extended weight loss: A randomized, controlled trial. *Journal of General Internal Medicine* 2011; 26(6): 621-626.
105. Cahill K, Perera R. Competitions and incentives for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008; 3(9).
106. Rogers T, Frey EL. *Changing Behavior Beyond the Here and Now*. HKS Research Working Paper Series 2014; 14-014: 1-26.
76. Kim DA, Hwang AR, Stafford D, Hughes DA, O'Malley AJ, Fowler JH, Christakis NA. (2015). Social network targeting to maximise population behaviour change: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet* 2015; 386(9989): 2.
77. McBride CM, Emmons KM, Lipkus IM. Understanding the potential of teachable moments: The case of smoking cessation. *Health Education Research* 2003; 1: 156-170.
78. Shum MS. The role of temporal landmarks in autobiographical memory processes. *Psychological Bulletin* 199; 124(3): 423-442; Alter AL, Hershfield HE. People search for meaning when they approach a new decade in chronological age. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 2014; 111(48): 17066-17070.
79. Tu Y, Soman D. The categorization of time and its impact on task initiation. *Journal of Consumer Research* 2014; 41(3): 810-822.
80. Interview with Mr Zee Yoong Kang, Singapore Health Promotion Board, WISH Forum Member.
81. Alkasem M, Othman M, Dughosh R, Abou-samra A. Screening For Diabetes In Ramadan - A Pilot Study. *Q Science* 2014; Available at: <http://www.qscience.com/doi/abs/10.5339/qfarc.2014.HBPP0881>
82. Shi Y, Warner DO. Surgery as a teachable moment for smoking cessation. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists* 2010; 112(1): 102-107.
83. Keenan PS. Smoking and weight change after new health diagnoses in older adults. *Archives of Internal Medicine* 2009; 169(3): 237-242.
84. Lee SM, Landry J, Jones PM, Buhrmann O, Morley-Forster P. Long-term quit rates after a perioperative smoking cessation randomized controlled trial. *Anesthesia & Analgesia* 2015; 120(3): 582-587.
85. Dai H, Milkman KL, Hofmann DA, Staats BR. The impact of time at work and time off from work on rule compliance: The case of hand hygiene in health care. *Journal of Applied Psychology* 2015; 100(3): 846-862.
86. Judah G, Aunger R, Schmidt WP, Michie S, Granger S, Curtis V. Experimental pretesting of hand-washing interventions in a natural setting. *American Journal of Public Health* 2009; 99(S2): S405-S411; Grant AM, Hofmann DA. It's Not All About Me: Motivating Hand Hygiene Among Health Care Professionals by Focusing on Patients. *Psychological Science* 2011; 22(12): 1494-1499; King D, Vlaev I, Everett-Thomas R, Fitzpatrick M, Darzi A, Birnbach DJ. "Priming" hand hygiene compliance in clinical environments. *Health Psychology* 2016; 35(1): 96.
87. Dai H, Milkman KL, Hofmann DA, Staats BR. The impact of time at work and time off from work on rule compliance: The case of hand hygiene in health care. *Journal of Applied Psychology* 2015; 100(3): 846-862 [adapted].
88. Haynes L, Goldacre B, Torgerson D. (2012). *Test, learn, adapt: developing public policy with randomised controlled trials*. London: Cabinet Office and Behavioural Insights Team, 2012.
89. Rebonato R. *Taking liberties: A critical examination of libertarian paternalism*. New York: Palgrave Macmillan, 2012.

## شركاء ویش



یثمن ویش الدعم الذي تقدمه وزارة الصحة



107. Charness G, Gneezy U. Incentives to exercise. *Econometrica* 2009; 77(3): 909-931.
108. Austin J, Sigurdsson SO, Rubin YS. An examination of the effects of delayed versus immediate prompts on safety belt use. *Environment and behavior* 2006; 38(1): 140-149.
109. Altmann S, Traxler C. (2014). Nudges at the Dentist. *European Economic Review* 2014; 72: 19-38.
110. Pop-Eleches C, Thirumurthy H, Habyarimana JP, Zivin JG, Goldstein MP, De Walque D, Bangsberg DR. Mobile phone technologies improve adherence to antiretroviral treatment in a resource-limited setting: a randomized controlled trial of text message reminders. *AIDS* 2011; 25(6): 825-834.
111. Halpern D. *Inside the Nudge Unit: How small changes can make a big difference*. London: WH Allen, 2015.

## شركاء ویش

## ملاحظات

McKinsey&Company

MedStar Health  
Institute for Quality and Safety

NATIONAL ACADEMY OF MEDICINE

NORTHWESTERN  
UNIVERSITY  
IN QATAR

مؤسسة الرعاية الصحية الأولية  
PRIMARY HEALTH CARE CORPORATION

QATAR  
AIRCWAYS القطرية

كلية الصيدلة  
College of Pharmacy  
QATAR UNIVERSITY

أكاديمية ريناد  
RENAD ACADEMY  
مؤسسة قطر  
Qatar Foundation

مركز دراسات التشريع  
الإسلامي والأخلاقي  
Research Center for Islamic  
Legislation and Ethics  
مبنى 008 كلية الدراسات الإسلامية في قطر  
Member of Qatar Faculty of Islamic Studies

الإسكندرية  
Sidra  
مركز البحوث والدراسات  
Sidra Medical and Research Center  
Member of Qatar Foundation

نجوم  
العلم  
من مبادرات مؤسسة قطر  
An Initiative of Qatar Foundation

اللجنة العليا  
للمشاريع والورث  
Supreme Committee  
for Delivery & Legacy

THE  
BEHAVIOURAL  
INSIGHTS TEAM.

THE  
CARTER CENTER

TheKingsFund

جامعة كالغاري في قطر  
UNIVERSITY OF CALGARY IN QATAR

UMASS  
BOSTON

Weill Cornell  
Medicine-Qatar

ويك  
WEYAK  
جمعية أصدقاء الصحة النفسية  
MENTAL HEALTH FRIENDS ASSOCIATION

wise  
world innovation summit for education  
مؤتمر القمة العالمي للابتكار في التعليم  
an initiative of  
مؤسسة قطر  
Qatar Foundation

WORLD BANK GROUP



## ملاحظات



