

## الشخصية كعامل واقعي

أ/ حفيظة عبد السلام  
مخبر علم النفس الصحة و الوقاية و نوعية الحياة  
جامعة الجزائر 2

ملخص :

منذ العصور القديمة حاول العديد من الباحثين فهم كيفية تطور الأمراض العضوية و العقلية، وقد ظهرت عدة نماذج لتفسير الصحة والمرض ( البيوطبي: الطب العقلي ، البيولوجي ، الابدديمولوجي، السيكوسوماتي، النماذج الاجتماعية المعرفية)، وانطلاقا من 70 القرن الماضي أثبتت العديد من الدراسات وجود أنماط شخصية أو سمات تزيد من قابلية الفرد للوقوع في المرض، وبالموازاة أثبتت أبحاث علم النفس الصحة وجود بعض خصائص الشخصية التي تلعب دور الحماية و التي تُعرف بالعوامل الوقائية أو الانقاضية، وتوجد أنواع مختلفة من العوامل الوقائية وبالرغم من اشتراك كل هذه العوامل في الأثر الايجابي الذي تخلفه على الرفاهية والصحة الجسمية ، إلا أنها تختلف من حيث الأصل والمضمون، فالبعض منها (مركز الضبط، الفعالية الذاتية، التفاؤل) تضم معتقدات ايجابية ( مصادر مدركة ، تحكم في الوضعيات، مخارج الأحداث) وهي ترجع لنظريات التعلم الاجتماعي (Rotter, Bandura, Seligman, Scheier et carver) والتي هي عبارة عن توقعات مكتسبة في سياق معين وتكون قابلة للتغير والتعديل ، والبعض الآخر ( الجلد والصلابة) تضم المعتقدات والسلوكيات في آن واحد وتتعلق بوضعيات وأزمنة مختلفة ونظرا لعموميتها وثباتها فقد تم اعتبارها كاستعدادات.

تمهيد :

لقد حاول العديد من الباحثين منذ العصور القديمة فهم كيفية تطور الأمراض العضوية و العقلية، وقد ظهرت عدة نماذج لتفسير الصحة والمرض ( البيوطبي: الطب العقلي ، البيولوجي ، الابدديمولوجي، السيكوسوماتي)بالإضافة إلى النماذج المعرفية الاجتماعية التي حاولت تفسير الصحة أو بالأحرى تفسير السلوكيات الصحية .

وفيما يلي نقدم عرض وجيز لهذه النماذج:

1- النماذج المفسرة للصحة والمرض:

1-1- النموذج البيوطبي:

حسب النموذج البيوطبي الكلاسيكي والذي لا يزال سائد في ميدان الطب المعاصر فإن المرض هو عبارة عن اختلال عضوي راجع للأثر التي تخلفه مختلف العوامل الباتولوجية ، وهو بذلك يهتم بالمرض أكثر من اهتمامه بالمريض ( مبني على اعتقاد بوجود انفصال بين النفس والجسد)، وبالرغم من أن هذا

النموذج أثبت فعاليته لمقاومة الأمراض المعدية وتطوير العديد من التلقيحات ومضادات البكتيريا ، إلا أنه يعاب عليه بأنه يكتفي بالتفسير الخطي ( سبب أثر) كما أضحي عاجز عن تفسير وفهم أسباب الأمراض و الوفيات في الدول المتقدمة ( أمراض القلب والشرابين، السرطان).

### 1-2-النموذج السيكوسوماتي:

يرى أصحاب هذا النموذج أن تطور الأمراض يرجع إلى العوامل النفسية، فحسب المدرسة الأمريكية ل Chicago الممثلة من قبل Frantz Alexander فإن المرض العضوي يرجع للصراع النفسي وبروفيل الشخصية، أما Wilhelm Reich فيرجع المرض إلى توقف وانحباس الطاقة الليبيدية، وترجعه المدرسة الفرنسية ل Pierre Marty إلى التفكير العملي، عدم القدرة على العقلنة وغياب الهومات، ويعاب على هذا النموذج أن الأبحاث التي تم إجراؤها في هذا المجال لم توضح بصفة علمية العلاقة السببية بين بعض التجارب أو بعض أنماط الشخصية والمرض.

### 1-3- النموذج الابدومولوجي

يرتكز هذا النموذج على مقارنة مجموع الأفراد المرضى والأصحاء والبحث عن ما يميزهم (عوامل بيئية، نفسية اجتماعية)، ويستند هذا النموذج على الدراسات الرجعية التي تعتمد على مقارنة بين ماضي الأفراد المرضى والأصحاء، بالإضافة إلى الدراسات الطولية، ويستند هذا النموذج لتفسير النتائج على المميزات الأساسية الموجودة بين صنفى الأفراد ( مرضى- أصحاء)، وتوصل هذا النموذج أن الميزة الأساسية بين هاتين المجموعتين ترجع إلى تبني المرضى أساليب سلوكية خطيرة.

وقد تم توجيه انتقاد إلى هذا النموذج كون الدراسات التي تم إجراؤها تفنقد إلى منهجية عامة، فضلا على أن تلك الدراسات تنطلق دون انتماء نظري محدد وتتوصل في أغلب الأحيان إلى قائمة من الخصائص المختلفة والمتفاوتة. ( Bruchon-Schweitzer, M. 2011, p 5 )

### 1-4- النموذج البيونفسي اجتماعي:

في مطلع 80 من القرن الماضي اقترح Engel النموذج البيونفسي اجتماعي الذي يجمع بين كافة النماذج السابقة، فهو يرى أن مختلف وجهات الصحة والمرض منظمة بصفة هرمية يمكن تصنيفها من العامة ( ثقافة، مجتمع ، عائلة) إلى الخاصة ( الفرد، العضو، الخلايا)، وإذا كان من الممكن دراسة كل جهاز أو مستوى بصفة مستقلة وفقا لأساليب ملائمة فإن هذا النموذج يبين الترابط الموجود بين مختلف الأجهزة والمستويات.

وبالرغم من أن هذا النموذج يقدم منظور منهجي مفيد للطب السلوكي وعلم النفس الصحة باعتبار أن كل مرض يمكن أن يُوصف بمستويات مختلفة ( خلايا، أعضاء، أجهزة مصابة، معنى المرض، استجابات معرفية ، انفعالية، سلوكية) ، إلا أن المشكل المطروح هو أن هذا النموذج يتميز بالعمومية والخطية في آن واحد التي لا تمكن من استخلاص الاستنتاجات الدقيقة للبحوث الأمبريقية .

وحسب Bruchon-Schweitzer (2011) فإنه يتعين وضع فرضيات خاصة بكل مرض على حدى يتم التحقق منها من أجل معرفة طبيعة ودور العوامل المعنية ومكانتها في العلاقة السببية ( من أصلها إلى غاية مخرجها) ، بالإضافة إلى بين هذه العوامل بمتغيرات أخرى ( آثار مباشرة ، تفاعلية مع متغيرات معدلة وسيطية أو آثار تغذية رجعية). ( Bruchon-Schweitzer, M. 2011, p 6 )

## 1-5- النموذج التعاقدى

إن العوامل الشخصية والبيئية التي تناولتها النماذج السابقة لا تفسر الفروق الموجودة بين الأفراد في ميدان الصحة والمرض، وقد سمح النموذج التعاقدى ل Lazarus & Folkman (1984) بوضع أفق بحث جديدة ومثيرة باعتبار أن هذا النموذج يهتم بالتعاقدات الحالية الموجودة بين الفرد وبيئته، أي الاهتمام بالجهود المعرفية ، الانفعالية والسلوكية المبذولة من قبل الفرد لمواجهة الأحداث الضاغطة، ويتم التعاقد خلال مرحلتين: مرحلة التقييم الأولي والثانوي ثم تأتي مرحلة استعمال استراتيجيات المقاومة، وهذه السيرورات التعاقدية تلعب دور أساسي(وسيطي ، تعديلي) ، مع الأخذ بعين الاعتبار العوامل البيئية والاستعدادية للصحة، وآثارها على الحالة الصحية ، إلا أن هذا النموذج يعاني هو الآخر من النقص الذي تعاني منه النماذج الأخرى كون أنه يهتم بدور السيرورات التعاقدية ويقلل أو يتجاهل دور محددات الصحة الاستعدادية والموضعية.( Bruchon-Schweitzer, M. 2011, p 7).

## 1-6- نموذج علم النفس الصحة

لقد جاء علم النفس الصحة الذي يتميز عن النماذج السابقة -مع العلم أنه يأخذ منها- إلا أنه لا يكتفي بالتفسير الأحادي ، فهو يضم العوامل السياقيةfacteurs contextuels التي جاء بها النموذج الابدئيمولوجي (صفات اجتماعية ، ديموغرافية، أنماط سلوكية)، كما يضم ما توصلت إليه الدراسات السيكوسوماتية فيما يتعلق بالسوابق الإستعدادية antécédents dispositionnels (الشخصية، أحداث الحياة، التصورات، المعتقدات)، كما يضم التناولات البيوطبية التي تدمج الخصائص العضوية والسوابق الصحية ). (Bruchon-Schweitzer & Siksou, 2008)

ولقد قامت Bruchon-Schweitzer & Boujut (2014) في كتابهما Psychologie de la santé باقتراح نموذج TIM (Transactionnel, Intégratif et Multifactoriels) كنموذج شمولى يجمع بين كافة النماذج السابقة وذلك بعد إجراء استنتاج لمختلف الأدبيات العالمية حول الضغط والمقاومة منذ سنة 1970 إلى غاية سنة 2000، فهو تعاقدى Transactionnel استنادا للنموذج التعاقدى كون أنه يضم أهم السيرورات من أجل مواجهة الوضعيات الضاغطة ( ضغط، ضبط، دعم، مواجهة)، كما أنه يضم إسهامات النماذج المعرفية الاجتماعية لاسيما فيما يتعلق بتصورات الصحة والمرض ، وآثار السلوكات الصحية، بالإضافة إلى المحددات الاجتماعية للصحة والسوابق الاستعدادية سواء كانت ايجابية (صحة ، رفاهية، نوعية حياة..) أو سلبية(التي تساهم في ظهور وتطور المرض والموت)، وهو شمولى Intégratif لأنه يضم مكونات ذات طبيعة مختلفة ( نفسية ، اجتماعية،اقتصادية، طبية، بيولوجية)، وهو متعدد العوامل Multifactoriels لأنه يضم عوامل لها وظائف مختلفة ( تنبؤ، تفاعل ، خصائص). ( Bruchon- Schweitzer & Boujut, 2014, p532).

## 2- النماذج المعرفية الاجتماعية:

لم يقتصر الاهتمام بتفسير الصحة النماذج السالفة الذكر فقد قدمت النماذج المعرفية الاجتماعية هي الأخرى إسهاماتها في تفسير الصحة و السلوكات الصحية وفيما يلي سنقوم بعرض وجيز لأهم هذه النماذج.

## 1-1- نموذج المعتقدات الصحية: Modèle des croyances relatives à la santé Rosenstock

HBM

ظهر هذا النموذج سنة 1950 واهتم في البداية بتفسير لماذا يقبل أو يرفض الأفراد إجراء الفحوصات الكشفية للأمراض الصامتة (كسرطان الرئة مثلا)، ثم استعمل هذا النموذج لفهم السلوكيات المتعلقة بالأمراض والامتثال للتعليمات الطبية، وفي أواخر 1970 اهتم هذا النموذج بدراسة السلوكيات المتعلقة بالصحة . ويفترض هذا النموذج أن الفرد تكون له قابلية لتبني سلوكيات وقائية لتفادي مرض معين متى كانت له معارف في مجال الصحة ويعتبر الصحة كبعد مهم في مجال حياته، بالإضافة إلى إدراك الخطر الذي قد يهدد حياته، والاعتقاد بفعالية السلوك الذي سيقوم به من أجل التقليل أو إزالة خطر التهديد، وإدراك الخطر المتعلق بالصحة يقترح إلى معتقدين: الفرد يمكن أن تكون له هشاشة اتجاه مرض أو وضعية غير مرغوبة من جهة، ومن جهة أخرى يمكن أن يدرك ظهور حالة غير مرغوب فيها كخطر مهدد له نتائج سيئة على بعض وجهات حياته. فالاعتقاد بفعالية السلوك أمام التهديد يأتي من عملية تقييم المنافع والمساوئ لتبني سلوك وقائي معين، وتجدر الإشارة إلى أن بعض المتغيرات (الديموغرافية، الاجتماعية النفسية) تؤثر على إدراك الفرد كما أن بعض الأحداث يمكن أن تيقظ لدى الفرد إدراك التهديد الخاص بصحته.

وفي سنة 1988 قام Rosenstock وزملائه بادراك مفهوم الفعالية الذاتية لـ Bandura وذلك لما لها من أهمية للتنبؤ بالسلوكيات و هو ما أدى إلى زيادة في مهارة هذا النموذج في الدراسات المتعلقة بالتنبؤ بالسلوكيات.

ولقد تم تطبيق هذا النموذج في دراسة العديد من السلوكيات ( الملائمة العلاجية، الكشف المبكر عن الأمراض، تبني سلوكيات جنسية سليمة، تبني سلوكيات وقائية...) ولقد بينت الدراسات التي اعتمدت على هذا النموذج أنه من أفضل النماذج ملائمة لدراسة السلوكيات في إطار عيادي نظرا لما يسمح بالتنبؤ بتبني سلوكيات صحية. ( Gaudin, 2012, p 15,17)

## 2-2- نموذج الفعل المبرر: Théorie de l'action raisonnée Ajzen & Fishbein

يرى Ajzen & Fishbein أن العلاقة بين الاتجاه والسلوك تبدأ من خلال صياغة نية سلوكية، فالوضع الذي تكون فيه النية موجودة يقوم بالاتجاه بالتأثير على السلوك، وحسب هاذين الباحثين الاتجاه يرتكز على المنافع والتكاليف الناجمة عن تبني سلوك معين ( ماذا سأربح بالتصرف على نحو معين) (Leyens& Zerby,1997,p 104)

فهذا النموذج يقوم على تفسير السلوكيات المتحكم فيها إراديا، ويعتبر النية هي التي تحدد السلوك ( نية الالتزام بسلوك معين) وهذه النية يحددها عاملين : الاتجاه نحو السلوك ( تقييم ذلك السلوك السلوك وعواقبه الايجابية والسلبية) والقواعد الشخصية المدركة( القواعد الاجتماعية المدركة لاتخاذ سلوك بدلا من سلوك).

ويطبق هذا النموذج على السلوكيات الإرادية ومن ثمة يخرج من إطار هذا النموذج السلوكيات اللاإرادية ، كالمدخنون الذين يودون التوقف عن التدخين، إلا أنهم يشعرون بعدم القدرة الأمر الذي دفع بتعديل وتطوير هذا النموذج من الفعل المبرر إلى السلوك المخطط .

## 3-2- نموذج السلوك المخطط : Théorie de l'action planifié

لقد قام Ajzen (1991) بتعديل نموذج الفعل المبرر وتطويره إلى نموذج السلوك المخطط من خلال إدخال مفهوم الفعالية الذاتية التي جاء بها Bandura ودمجها بمفهوم الضبط السلوكي المدرك Contrôle comportemental perçue، فقام Ajzen بإدخال الضبط في النوايا، فالأفراد لا يقومون بأفعال تكون لهم نية اتجاهها إلا إذا كان السلوك تحت ضبطهم الإرادي، فالضبط السلوكي ينبئ بالنية والسلوك، وإدماج الضبط السلوكي المدرك يسمح برفع القوة التنبؤية للنموذج. (Assailly, 2010, p23)

وإضافة الضبط المدرك لهذا النموذج لا يغير من النموذج الأول بل يجعله امتداد له فالنية تكون محددة من خلال اتجاهات الفرد نحو سلوك معين، وكذا القواعد الاجتماعية المدركة بالإضافة إلى الضبط الذي

يعتقد الفرد ممارسته على سلوك معين، فالاتجاه يمثل درجة التقويم (إيجابي أو سلبي) الذي يكون للفرد اتجاه سلوك معين، القواعد الاجتماعية المدركة ترتبط بأدراك الفرد بما يفكر فيه أفراد مهمين نتيجة تبني سلوك ما، والضبط المدرك يوحي إلى صعوبة أو سهولة تحقيق سلوك معين.

وحسب (Ajzen 1987 ; Bagozzi, Baumgartneret Yi 1992) أن هذه المتغيرات الثلاثة المفسرة كمعتقدات تمثل معلومات (حقيقية، مزيفة) التي يملكها الفرد حول العالم الخارجي، وأن المتغيرات الخارجية عن هذا النموذج كسمات الشخصية أو العوامل الديموغرافية لا يفترض أن تؤثر على النوايا إلا إذا ما أثرت على المعتقدات. (Emin, 2004)

#### 4-2- نموذج مراحل التغيير Prochaska & DiClemente

لقد قام Prochaska & DiClemente باقتراح نموذج مراحل التغيير من أجل تفسير مختلف المراحل التي يمر بها الأفراد للتوصل إلى تغيير سلوكياتهم دون اللجوء إلى طلب مساعدة خارجية، وقام هذا النموذج بالاستناد على تحليل لأهم النظريات العلاجية (التحليلية الفرويديّة، الكلاسيكية لسكينر، نموذج كارل روجرز..)، وخلال دراسة مجموعة من المدخنين توصل هاذين الباحثين بوضع المراحل الستة التي يستعملها الأفراد لتغيير سلوكياتهم: ما قبل الوعي، الوعي، التحضير، الفعل، الاحتفاظ والانتكاسة.

**فخلال المرحلة الأولى ما قبل الوعي:** يكون الفرد غير جاهز لتغيير سلوكه فهو في وضعية إنكار أو تقليل من شأن السلوك السلبي.

**في المرحلة الثانية الوعي:** يعي الفرد وجود مشكل ما، لكن يبقى متناقض اتجاه التغيير، فهنا الفرد لا ينكر الوضعية بل يشرع في دراستها أو قبول المساعدة.

**مرحلة التحضير:** خلال هذه المرحلة يقوم الفرد بتنظيم نفسه من أجل التغيير (البحث عن المعلومات، اتصال بأطباء..) ولم يصبح مثلاً تطبيق برنامج علاجي معين كشيء مفروض عليه، بل ينظر إليه بمثابة مصدر خاص يفتح له آفاق صحية.

**مرحلة الفعل:** هنا يقوم الفرد بوضع استراتيجيات التغيير من أجل التخلص من السلوك المشكل.

**مرحلة الاحتفاظ:** يقوم الفرد خلال هذه المرحلة بمواجهة السلوكات الخطرة والانتكاسة، وهنا يتطلب الأمر إدماج السلوكات الجديدة في العادات ووضع خطة للإحاطة بالانتكاسة.

**مرحلة الانتكاسة:** يمكن لأي فرد أن ينتكس إلى مرحلة من المراحل السابقة عند ظهور فرق سلوكي بين السلوك السابق والسلوك المتعلم. (Hajbi,et al, 2010)

## 2-5- نموذج التسيير الذاتي: Modèle d'autorégulation Leventhal

يرتكز هذا النموذج على المعتقدات الشخصية، القيم و التوقعات التي تؤدي إلى تبني سلوكيات معينة من أجل الوصول إلى تحقيق هدف شخصي، فالمحفز الأساسي لكل فعل أو سلوك هي المعتقدات والقيم الشخصية، وهذا النموذج يعتبر الفرد عنصر نشط وفعال لتبني سلوكيات صحية، فالفرد لا يبقى سلبي اتجاه الأحداث التي تواجهه وإنما يبحث عن التكيف، الفهم ، البحث عن المعلومات لتقييم سلوكياته، فهذا النموذج يعتمد أساسا على التسيير الذاتي الذي يوحى إلى مجموعة من السيرورات العقلية والسلوكية التي يتمكن الفرد بموجبها من القيام بسلوكيات تتماشى مع ادراكاته وأهدافه الشخصية، كما يوحى إلى اللجوء لتحديد أهداف معينة والتحصير المعرفي لها من خلال الملاحظة والتقييم السلوكي المحقق لأهدافه.

ويتميز نموذج التسيير الذاتي عن النماذج السالفة الذكر بأنه نموذج ديناميكي يأخذ بعين الاعتبار التطور عبر الزمن ، إعادة التقييم، تكيف الفرد وفقا لتجاربه السابقة ، سلوكياته والسياق الذي يكون متواجد فيه. (Gauchet, 2005)

## 3- الشخصية كعامل وقائي:

لقد أثار موضوع دور الشخصية في ظهور المرض اهتمام الباحثين منذ القدم فقد أشار إليها كل من Hippocrate و Galien، وانطلاقا من 70 القرن الماضي فقد أثبتت العديد من الدراسات وجود أنماط شخصية أو سمات تزيد من قابلية الفرد للوقوع في المرض، وبالموازاة أثبتت أبحاث علم النفس الصحة وجود بعض خصائص الشخصية التي تلعب دور الحماية و التي تُعرف بالعوامل الوقائية أو الانقاضيّة. ( Bruchon-Schweitzer & Siksou,2008)

فهؤلاء الباحثين حاولوا القيام بتحديد و فهم الميكانيزمات التي تسمح للفرد بأن يحمي نفسه من مختلف التأثيرات التي يتعرض لها. (Cornillot,2009)

ويقصد بالعوامل الوقائية العوامل التي تؤثر، وتغير وتحسن الاستجابة الفردية اتجاه الخطر الموجود في البيئة والذي قد يؤدي إلى نتائج غير متكيفة، وتجدر الإشارة إلى أن هذا المفهوم ليس مرادف للتجربة الايجابية فهو يختلف عنه من 03 جهات:

**الفرق الأول** يكمن في أن العامل الوقائي قد لا يشكل حدث ايجابي بحد ذاته بل يُنظر إليه من وجهة الآثار التي يخلفها.

**الفرق الثاني** بين العامل الوقائي والتجربة الايجابية يكمن في المُكون التفاعلي لمفهوم الحماية، فالتجارب الايجابية تؤدي إلى نتيجة متكيفة( أثر ايجابي مباشر)، في حين العوامل الوقائية قد لا يتم الكشف عليها في غياب عوامل الضغوط المتتالية نظرا أن دورها يكمن في تعديل الاستجابة لمواجهة الضغوط.

**الفرق الثالث** هو أن عامل الحماية لا يمكن أن يكون تجربة معاشية، طالما أنه عبارة عن خاصية ايجابية لصيقة بالفرد. ( Rutter, 2002)

ويطلق على العوامل الوقائية مصطلح الانقاضيّة الذي أتى به Antonovsky والذي هو عبارة عن توجه كلي وإيجابي للصحة، أي العمل على ترقية الصحة وحسب Antonovsky (1996) الإنقاضيّة هي أصول الصحة les origines de la santé ، ومن ثمة فهي الاهتمام بالعوامل المعززة للصحة بفعالية وهي ترتبط بأبعاد عديدة للفرد (Duboc, 2012)

#### 4- دور العوامل الوقائية أو الانقاضيّة:

يعتبر Plancheret و Nunez المختصين في علم النفس، و Blognini المختص في علم الاجتماع، أن العوامل الوقائية تلعب دور المصادر المعدلة فقد تكون هذه المصادر داخلية كالاستعدادات، أو خاصية كالخصائص الفزيولوجية، النفسية ، أو سمات شخصية ( الصلابة، التفاؤل الاستعدادي)، أو كفاءات ومهارات (تقدير الذات، مركز الضبط، استراتيجيات المواجهة). (Wijers Buffet, 2012, p49)

كم توصلت Bruchon-Schweitzer إلى أن الأثر الذي تتركه هذه العوامل على الحالة الوظيفية للأفراد قد لا يكون مباشر بالضرورة فيمكن أن يُترجم من خلال اعتقادات ، قيم في مجال الصحة، سلوكيات، أو سيرورات تعاقدية ( الضبط المدرك ، الدعم الاجتماعي المدرك، استراتيجيات المقاومة). ( Bruchon-Schweitzer & Siksou,2008)

ويمكن لهذه المتغيرات أن تقلل من الآثار السلبية لأحداث الحياة المؤلمة( كالأحداث الموجودة في قائمة Holmes & Rahe) فهذه الأحداث يمكن أن تكون أقل وطأة بفعل هذه المتغيرات المعدلة التي تكون لها آثار وقائية للصحة الجسمية والنفسية.

ولقد توصل Cohen & Edwad (1989) أن هذه المتغيرات المعدلة تعتبر كمصادر تقلل من شدة الضغط، كون أنها تفترض القيام بالتقليل من الآثار الامراضية للضغط. (Wijers Buffet, 2012, p49)

#### 5-أنواع العوامل الوقائية:

توجد أنواع مختلفة من العوامل الوقائية وبالرغم من اشتراك كل هذه العوامل في الأثر الإيجابي الذي تخلفه على الرفاهية والصحة الجسمية ، إلا أنها تختلف من حيث الأصل والمضمون، فالبعض منها (مركز الضبط، الفعالية الذاتية، التفاؤل) تضم معتقدات إيجابية ( مصادر مدركة ، تحكم في الوضعيات، مخارج الأحداث) وهي ترجع لنظريات التعلم الاجتماعي (Rotter, Bandura, Seligman, Scheieret) والتي هي عبارة عن توقعات مكتسبة في سياق معين وتكون قابلة للتغير والتعديل ، والبعض الآخر ( الجلد والصلابة) تضم المعتقدات والسلوكيات في أن واحد وتتعلق بوضعيات وأزمنة مختلفة ونظرا لعموميتها وثباتها فقد تم اعتبارها كاستعدادات. ( Bruchon- Schweitzer & Boujut, 2014, ) (p.324).

#### 6-1- مركز الضبط:

مصطلح مركز الضبط تم تطويره في الستينات من قبل الأخصائي النفسي Rotter J. ويصف هذا المصطلح اعتقاد الفرد أنه مسؤول عن أحداث حياته (مركز ضبط داخلي) أو ضحية للأحداث الخارجية (مركز ضبط خارجي)، فالأفراد الداخليين يعتبرون أن سلوكياتهم تعتمد على ما يقومون به وأنهم قادرين على التحكم فيها، في حين الأفراد الخارجيين يعتبرون أن سلوكياتهم ونتائجها يتحكم فيها الحظ، الصدفة أو الغير (Wijers- Buffet, 2012, p.57).

و يعرف Rotter (1966) مركز الضبط Locus of control بأنه اعتقاد عام للفرد بأن سريان الأحداث ومصيرها مرتبط أو غير مرتبط بسلوكه، يوحي مركز الضبط الداخلي إلى اعتقاد الفرد أن ما يحدث له مرتبط به، في حين يوحي مركز الضبط الخارجي إلى الاعتقاد أن الأحداث هي نتاج عوامل خارجية مثل الفرصة، القدر، الصدفة أو غير ذلك، نقلا عن (Gaumé, 2009, p.69).

كما اعتبرته Schweitzer Bruchon (2001) بأنه اعتقاد معمم لدى الفرد بأن الأحداث اللاحقة (أو التعزيزات) ترجع لعوامل داخلية (سلوكيات، جهود، قدرات شخصية) أو لعوامل خارجية (المصير، الحظ، القدر، الأشخاص ذو النفوذ)، نقلا عن (Mariage & Cuynet, 2007, p. 69).

وفي سنة 1971 قام Rotter باستخراج مجموعة من العموميات حول العلاقات السببية المؤدية إلى نوعية الضبط، فقد استخلص أن الأطفال الناشئين في بيئة اقتصادية واجتماعية متدنية يميلون إلى أن يكونوا خارجيين، ويميل الأطفال تدريجيا إلى أن يصبحوا أكثر داخلية مع تقدم العمر، ويعتبر ذوو الضبط الخارجي أنهم تابعين لمحيطهم وتسيطر عليهم قوى خارجية، نقلا عن (Cox, 2005, p.56).  
وفرضية أن الأفراد يميلون إلى أن يصبحوا أكثر داخلية مع تقدم العمر ترتكز على مسلمتين: الأولى: هي أن قدرات ضبط الأطفال على التعزيزات المتتالية لسلوكهم تزداد مع تقدم السن، أما الثانية: مفادها أن تطور القدرات المعرفية للأطفال تسمح لهم بالتمييز بين التعزيزات التي هي تحت ضبطهم الفعال من عدمه (Dompnier, 2006).

وأشار Dubois (1987) أن الدراسات التي قامت بمقارنة نتائج الأفراد الداخليين بالخارجيين توصلت معظمها إلى أن الداخلية مرتبطة عموما بالقيمة الاجتماعية، فأفراد الجماعات المهمة يحصلون على نتائج عالية في بعد الداخلية مقارنة مع الجماعات المهمشة، كما أن الرجال عموما هم أكثر داخلية من النساء، والإطارات أكثر من العمال العاديين، والبيض أكثر من السود، نقلا عن (Dompnier, 2006, p.26).

#### ❖ علاقة مركز الضبط بأساليب الحياة الصحية والصحة الجسمية

توصل كل من (Salovey & Rodin, 1989; Seeman, 1991; Hurrell & al, 1991; Horner, 1998; Unstudag-Budack & Mocan –Aydin, 2005) أن الصحة الجسمية للأفراد الداخليين هي عموما أفضل من صحة الأفراد الخارجيين، نقلا عن (Bruchon- Schweitzer & Boujut, 2014, p.298).  
وتوصل Spector (1998) إلى أن الضبط الداخلي يعتبر وسيط قوي للتحكم في الضغط فهو يعمل على التقليل من الآثار السلبية التي تؤثر على الجانب الجسدي، الانفعالي والسلوكي، نقلا عن (Wijers- Buffet, 2012, p.57).

وبينت الدراسة الطولية التتبعية التي قام بها كل من Sturmer, Hasselbach et Amelang (2006) في ألمانيا على عينة تتكون من 5114 امرأة تبلغ بين 40-65 سنة كن بصحة جيدة عند بداية البحث، تم متابعتهم لمدة 08 سنوات ونصف، وقد أظهرت النتائج أن ذوات الضبط الداخلي أظهرن حالات مرضية أقل من ذوات الضبط الخارجي وحالات وفاة أقل خلال مدة المتابعة. نقلا عن (Bruchon- Schweitzer & Boujut, 2014, p.299).

وفيما يتعلق بالضبط الداخلي كعامل تنبؤي تبين بأن له آثار وقائية لدى مرضى الربو وهو ما توصل إليه Halimi وآخرون (2007) لما تبين أن ذوي الضبط الداخلي هم أكثر رقابة وضبط لمرضهم، كما أنهم يظهرون حالات استكشافية أقل من الخارجيين (Halimi, Pithon, Pry, Varrinet al, 2009).

و يُرجع كل من (Wolstencroft, King & Molly, 1997; Horner 1998; Sarafino & Smith, 2001) الآثار الايجابية للضبط على الصحة إلى أن الأفراد الداخليين بصفة عامة يتبنون سلوكيات وقائية وصحية ( ممارسة تمارين رياضية، تغذية متوازنة، عدم التدخين) وأن لهم امثال علاجي، نقلا عن (Bruchon- Schweitzer & Boujut, 2014, p.300).

وحسب سلم levenson فإن عامل I ( الداخلي) يرتبط بصحة أفضل وأساليب حياة أكثر صحية، وتم ملاحظة العكس بالنسبة للعامل P (أشخاص ذوو السلطة ) وبالأخص بالنسبة لعامل الحظ C فقد بين Breme وآخرون (1997) Jann وآخرون (2001) أن النساء اللاتي أخضعن لفحص استكشافي خاص بسرطان الثدي تم التوصل أن النساء المصابات كانت من ذوي الضبط الخارجي أكثر من الداخلي، ويرجع ذلك إلى أن الاعتقاد بالحظ عامل C يدفع بتبني اتجاهات ضارة بالصحة. وقد لاحظ Grassi وآخرون (1998) أن الاعتقاد بالحظ والمصير يؤدي إلى تبني استراتيجيات غير نشطة تتوسط الآثار السلبية للعامل الخارجي على الصحة للمصابين بفيروس نقص المناعة، نقلا عن (Bruchon- Schweitzer & Boujut, 2014, p.300).

ووجد Nickolson (2007) أن عامل الحظ لدى المصابين بالصداع النصفي يجعلهم لا يبذلون جهود لتسيير أهمهم وهم أقل امثال للعلاج من ذوو الضبط الداخلي، أما عن بعد P (الأشخاص ذوو السلطة) فهو الآخر عموما له آثار غير مرضية على الصحة العقلية والجسمية، فهو من جهة يمكن أن يتفاعل مع بعض الخصائص ويكون وظيفي، فالدراسات التي تم إجراؤها على مرضى السرطان الذين كان لهم معدل مرتفع في العامل P فهم يعتقدون أن المرض هو تحت ضبط الأطباء وهو ما توصل إليه Tsay و lin (2005) ، وبين Segreston وآخرون (2005) أن مثل هذا الاعتقاد هو مناسب للتكيف الانفعالي اللاحق بالنسبة للمرضى الذين هم بصدد علاج سرطان الثدي، فالاعتقاد أن الأحداث مضبوطة من قبل الغير هو نوع من أنواع الضبط وهو أقل مرضي من الاعتقاد بأن كل ما يحدث هو بفعل الصدفة، نقلا عن (Bruchon- Schweitzer & Boujut, 2014, p.300).

و ترى Bruchon- Schweitzer و Boujut (2014) أن الدراسات التي تبحث عن العلاقة بين مركز الضبط والصحة الجسمية هي نادرة وخاصة عرضية باعتبار أن الصحة هي مقيمة ذاتيا، فأول طريقة لتفسير هذه العلاقة هي سلوكية باعتبار أن ذوو الضبط الداخلي لهم أساليب سلوكية صحية مقارنة مع ذوو الضبط الخارجي: ممارسة التمارين الرياضية، أقل عرضة للسلوكيات الاعتمادية، تغذية متوازنة، البحث عن المعلومات في حالة الإصابة بالمرض، أكثر حساسية للرسائل الوقائية المتعلقة بخطر الإصابة بسرطان البشرة كما لاحظته Mc math و Prentice – Dune (2006) ويرجع ذلك كون أن ذوو الضبط الداخلي يفضلون السلوكيات الوقائية التي لها أثر ايجابي على الصحة. ومن ثمة فلا تزال بعض المشاكل المتعلقة بدور ومكانة مركز الضبط مطروحة، فالارتباط الايجابي لمركز الضبط بالصحة قد يرجع لعوامل مشتركة كالعاطفة الايجابية التي تؤثر على التقييم الثنائي (مركز الضبط والصحة) أو إلى مُحددات مشتركة لم يتم التوصل إلى توضيحها بدقة أو إلى علاقة سببية عكسية، فالفرد الذي يتمتع بصحة جيدة يمكن أن يطور اعتقادات داخلية، كما لا تزال العديد من الفرضيات المتعلقة بالطرق السلوكية، التفاعلية، البيونفسية -اجتماعية مجهولة والتي يمكن بموجبها تفسير ما إذا كان الضبط يؤثر على الصحة (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014, p.302).

حسب نظرية التعلم الاجتماعي لـ Albert Bandura أن الشعور بالفعالية الذاتية هي اعتقاد الفرد للقيام بسلوكات تؤدي إلى نتائج متوقعة، فهي شكل خاص من أشكال الثقة بالنفس لوضعية محددة (Chambah,2012, p51)

وتعرف الفعالية الذاتية على أنها ثقة الفرد بقدرته على تنظيم وتنفيذ سير سلوك معين قصد بلوغ أهداف محددة،

ولقد استعمل هذا المفهوم في العديد من النماذج النظرية نظرا أنه يعتبر كعامل أساسي لتغيير السلوكات الخطيرة مادام أنه منبثق من المعتقدات والتوقعات (Assailly, 2010, p24)

فالاعتقاد بالكفاءة الذاتية يشكل العامل الأساسي للسلوك الإنساني، فالفرد الذي يرى أنه غير قادر على تحقيق نتائج ايجابية في ميدان معين، فاعتقادات الأفراد في فعاليتهم تؤثر في كيفية تفكيرهم، دافعيتهم شعورهم وسلوكهم والشعور بالكفاءة الذاتية لا يقتصر فقط على معرفة ما يجب فعله، وإنما يتضمن تجنيد المهارات سواء كانت معرفية، اجتماعية، انفعالية، سلوكية من أجل تحقيق عدة أهداف (Lecomte, 2004, p 60 )

وفي سنة 1977 اقترح Bandura مصطلح الفعالية المدركة *auto efficacité perçue* التي هي اعتقاد الفرد في قدراته على تنظيم وتنفيذ مراحل السلوك من أجل الوصول إلى تحقيق مجموعة من النتائج.

وترتبط الفعالية الذاتية بالدافعية سواء من حيث الالتزام بنشاط معين، تحديد الأهداف، الجهد المبذول من أجل تحقيق الأهداف، الإصرار في مواجهة الصعوبات التي تحول دون تحقيق الأهداف، فالفعالية الذاتية هي مكون مهم من مكونات التسيير الذاتي *l'auto régulation*، وهي التي تسمح بتقييم المهارات التي تمكن من التحكم في المحيط وفي الذات من تبني أساليب متكيفة، كما تصف الفعالية الذاتية كيف يتم تقييم المهارات التي يمكن ممارستها للتحكم في الذات أو البيئة من خلال سلوكات ملائمة فهي توجي إلى معتقدات بقدرة الفرد الشخصية من أجل انجاز سلوك أو نشاط معين ( هل لدي القدرة لمقاومة رغبة التدخين خلال فترة استراحة) فمن أجل مقاومة رغبة التدخين لا بد على الفرد من الاعتقاد بقدرته الداخلية، فالقيمة التنبؤية للفعالية منبثقة من مبدأ التوافق الموجود بين أحكام القيم الخاصة بالسلوكات (الاتجاهات) والسلوكات بحذ ذاتها. (Meyer & Verliac, 2005, p 120)

#### ❖ مصادر الفعالية الذاتية:

توجد 04 مصادر للفعالية الذاتية:

1- **التحكم *la maitrise personnelle*** أو التجربة الايجابية للتحكم وتعتبر أهم مصدر باعتبار أن النجاح الذي يحققه الفرد يكون بمثابة مؤشر للقدرة التي يملكها الفرد وهو ما يسمح ببناء معتقد قوي لفعاليتيه.

2- **التعلم الاجتماعي *Apprentissage Sociale***: من أجل تقييم قدرات معينة يلجأ الفرد إلى استنتاج وملاحظة السلوكات التي تم تحقيقها من قبل بقية الأفراد خصوصا من قبل أقرانه ( السن، الجنس..)

3- **التأكيد من قبل الغير *Persuasion par autrui***: يصبح من السهل على الفرد أن تكون له فعالية ذاتية عندما يواجه مواقف صعبة ويجد أفراد يعبرون له بثقتهم في قدراته، خصوصا إذا كانت لدى الفرد أسباب مقنعة بإمكانتيه التصرف بفعالية.

4- الحالة النفسية والانفعالية *L'état psychologique et émotionnelle*: يعتمد الفرد لتقييم قدراته على الحالة النفسية والانفعالية خصوصا إذا كان النشاط يتعلق بالصحة ، النشاطات البدنية، مواجهة وتسيير الضغط، فالمعالجات والنشاطات التي تقلل من الاستجابات الانفعالية ترفع الاعتقاد بالفعالية لمواجهة الضغوطات. (Lecomte, 2004,p 62)

#### ❖ علاقة الفعالية الذاتية بالصحة والسلوكات الصحية:

قد أثبتت دراسات عديدة أن الفعالية الذاتية تسمح بصفة منفردة أو باشتراكها مع عوامل أخرى تؤدي إلى تبني سلوكات صحية، ويرى Gillirand & Stevenson (2006) أن مستوى الفعالية يرتفع كلما تبني الأفراد سلوكات صحية وينقص في الحالة العكسية ومثال ذلك الانتكاسة والعودة إلى التدخين بعد الفطام وهو الأمر الذي توصل إليه أيضا Shffman& al (2000).

ولقد توصل Sarkar (2006) أن التدخلات التي تهدف إلى رفع مستوى الفعالية الذاتية لدى المصابين بداء السكري إلى تسيير أفضل للمرض، وفي نفس السياق أثبتت دراسة Osborn & al (2010) التي تم اجراءها على عينة مكونة من 183 مريض مصاب بداء السكري فقد اثبت النتائج أن المرضى الذين يتمتعون بمستوى عالي من الفعالية الذاتية يتمتعون بقدرات لتسيير مرضهم.

كما لاحظ (Luszczynska, Gutierrez-Dona et Schwarzer, 2005) أن الأفراد المهينين لإجراء عملية جراحية قلبية والمتمتعين بمستوى عالي من الفعالية الذاتية ينبئون باسترجاع سريع بعد إجراء العملية. (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014, p.320).

#### 6-3- التفاوض:

يعتبر تيار علم النفس الايجابي حديث النشأة وقد اهتم هذا الأخير بالعوامل الايجابية خلافا لأبحاث علم النفس السابقة التي كانت تهتم بالوجهات السلبية والتساؤلات ذات الطابع المرضي للتجربة الإنسانية، إلا أنه منذ سنوات أثبتت مجموعة من الأبحاث العلمية الأثر الايجابي للتفاوض على الصحة، ولقد تطورت هذه الأبحاث بوجه خاص في أمريكا الشمالية وفق لتوجيهين مختلفين:

من جهة توجه Carver & Sheier الذي يعتبر أن الأفراد المتفائلين ينتظرون وقوع أحداث ايجابية بدلا من سلبية، وبالنسبة لهاذين الباحثين فإن التفاوض هو سمة من سمات الشخصية التي تؤثر على كيفية مواجهة الأفراد للوضعيات الصعبة، فالأفراد المتفائلون يميلون إلى مواجهة المشاكل التي تعترضهم بدلا من التجنب، يقبلون الواقع، يبحثون عن الحلول من أجل تحسين وضعياتهم، يتحكمون في الوضعيات الضاغطة، وبالنتيجة فإن الأثر الانفعالي يكون أقل وطأة من الأثر الذي يكون لدى المتشائمين.

من جهة أخرى يوجد التوجه الذي طوره الأخصائي Martin Seligman الذي يرى بأن كل من التفاوض والتشاؤم مرتبطين بكيفية الاستجابة اتجاه أحداث الحياة ، فعند حدوث حدث ضاغط فالاستجابة الأولى تكون من خلال التفكير لتحليل وتفسير الحدث ( Fisher,2013,p 115)

فحسب Peterson, Seligman et Vaillant (1988)، و Seligman (1991) فإن التفاوض هو أسلوب تفسيري مرتبط بسبب الأحداث الماضية كعدم نسب مسؤولية الفشل السابق لنفسه مثلا. (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014, p.279).

وفيما يلي نقدم نظرة وجيزة عن هذا العامل الوقائي

### التفاؤل الاستعدادي : Optimisme dispositionnel

حسب Carver & Sheier (2001) المتفائلون هم الأفراد الذين ينتظرون عيش تجارب ايجابية في المستقبل، في حين المتشائمون ينتظرون عيش تجارب سلبية.

فالتفاؤل هو عبارة عن متغير معرفي يترجم من خلال الثقة التي يملكها الفرد للحصول على نتائج ايجابية وهذه الثقة مبنية على تقدير عقلائي لاحتمالات نجاح الفرد وثقته بفعاليتة الذاتية.

والتفاؤل المبني على التوقعات العامة للفرد له نتائج على كيفية تنظيم السلوك في مواجهة الصعوبات والوضعيات الضاغطة، وهذه التوقعات قد تكون معممة اتجاه وضعيات مختلفة وغير ثابتة، وفي هذا الإطار تم تحديد التفاؤل الاستعدادي كمتغير ثابت. (Martin-Krumm, 2012,108)

فهو عبارة عن سمة ثابتة ويرتبط بالكيفية التي يسير الأفراد بموجبها سلوكياتهم، كما أنه اعتقاد ايجابي بالذات وبالغير متعلق بالأحداث.

وحسب Armor & Taylor (1998) توجد أربعة خصائص يمكن بموجبها اعتبار التوقعات الشخصية بأنها تفاؤل:

- الواقع بحد ذاته : الذي يحدث نتيجة تنبؤ ما فإذا كان الفرد يأمل الحصول على شيء في وضعية غير قابلة للتحقق فإن توقعاته الأصلية تكون غير واقعية.

- معايير موضوعية بناء على تجارب الآخرين: فالعامل الذي يقدر أن بإمكانه القيام بعمله خلال مدة أقل من المدة التي يستغرقها باقي العمال يُعد متفائل.

- تنبؤات موضوعية لفائدة الغير: ومثال ذلك مراهنه بنجاح فريق معين.

- مقارنة التوقعات الخاصة بتوقعات الغير: فالتفاؤل الذاتي أو المقارن يمكن أن يكون إذا ما كان الفرد يأمل الحصول على نتائج أكثر من الذين تحصل عليها أفراد آخرين، وتوجد عدة عوامل أخرى يمكن أن تؤثر على التفاؤل المقارن مثل التجارب الشخصية، التحكم الذاتي المقارن، اختيار وجهة المقارنة .

(Kouaberan, Cadet, et al, 2006,p150)

ويوضح Carver & Sheier التفاؤل بالتوجه التالي:

الفرد يكون واعي بالتناقضات الموجودة بين أهدافه ووضعية ما، وهنا تبدأ عملية التقييم فتكون حلقة تغذية رجعية التي تمكن من بلوغ هدف معين وهذه الحلقة لها 04 أنشطة فرعية: دخول ، قيمة مرجعية، مقارنة وخروج.

فاعتقاد الفرد أن التناقضات التي تحول بينه وبين أهدافه يقوم بإحداث جهد إضافي ، من أجل تحقيق هدفه فيقوم بمواجهة المشاكل التي تعترض طريقه، يتقبل الواقع، يبحث عن حلول عن مشاكله، وتكون تلك المشاكل أقل تأثير على الصحة الجسدية والانفعالية من المتشائم. (Martin-Krumm, 2012,108)

❖ علاقة التفاؤل بالصحة والأساليب الصحية:

يسمح التفاؤل للفرد لمواجهة المشاكل من خلال استعمال وتطوير استراتيجيات مواجهة فعالة في حين يميل المتشائم إلى استعمال استراتيجيات تجنبية ويرى أنه كلما كانت استراتيجيات المعرفية والتفاؤل أكثر فعالية فإنه سوف يؤدي إلى التقليل كمن الآثار السلبية لمختلف الضغوط على الصحة.

( Martin-Krumm, 2012,108)

ولقد توصل Carver, Sheier & Segerston (2010) أن الأفراد المتفائلون هم أقل عرضة للضغط من الآخرين قبل تدخل طبي ويظهرون نوعية حياة أفضل فيما بعد، كما أن النساء المتفائلات مقارنة بالنساء المتشائمات لديهم حاصل ضعيف في الشدة الانفعالية قبل وبعد الولادة.

وتوصل Schwarzer (1994) أن التفاؤل ينبئ بالجوء إلى استعمال استراتيجيات فعالة لمواجهة الصعوبات، كما كشفت دراسة أساسية أن الدراسات التي تبحث عن علاقة التفاؤل باستراتيجيات المواجهة فقد كشفت أن المتفائلون يستعملون اتجاه المواجهة استراتيجيات التقرب و الالتزام، فالمريضات المتفائلات المصابات بسرطان الثدي أظهرن تحدي أكبر للمرض مع تبني أساليب حياة صحية.

كما كشفت دراسات تم إجراؤها من قبل Sheier وزملائه حول مجموعة من المرضى أن المتفائلون يسترجعون بسرعة أكبر ، فالاعتقاد بوجود مخرج ايجابية يؤدي إلى رفاهية نفسية بالإضافة إلى استجابة فزيولوجية معتدلة ( تنشيط معتدل للمحور السمبتاوي والغدي، فعالية الاستجابات المناعية). (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014, p281,283).

#### 6-4-روح التناسق

لقد قام Antonovsky (1979،1987) خلافا لبقية الباحثين الذين اهتموا بالعوامل الامراضية بالاهتمام بالعوامل الانفاضية (salutogénèse) أي ماذا يسمح للأفراد بإيجاد حلول فعالة والحفاظ على الصحة ، فقام بتحليل حياة نساء عشن في معسكرات الاعتقال وحاول فهم كيف تمكن من التكيف مع وضعيات جد صعبة، وقام باقتراح مصطلح روح التناسق الذي هو مجموعة من العوامل المعرفية، السلوكية والانفعالية التي تسمح بالرغم من الصعوبات الموجودة بتسيير الضغوطات، البحث عن الحلول، تحديد وتجنيد مختلف المصادر وتبني استراتيجيات تسمح بحل المشاكل والحفاظ على الصحة الجيدة. (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014, P306).

فقد قام بتقديم اسهامات مهمة حول المصادر التي يمكن للفرد أن يجندها لمواجهة الوضعيات الصعبة، و روح التناسق Soc يصف إدراك الفرد لأحداث الحياة بأنها متناسقة، منظمة ومفهومة وهو ما يشكل مصدر أساسي للحفاظ على الصحة في الوضعيات الصعبة. (Haberey-Knuessi, 2011, p25)

فهو عبارة عن عنصر تنظيم وحالة من التوازن والثقة يحتوي على 03 مكونات:

- **مكون معرفي:** يتمثل في القدرة على فهم الحدث

- **مكون سلوكي:** وهو القدرة على تسيير الحدث

- **مكون دافعي:** وهو التأكد بوجود الحل المناسب . ( Cornillot, 2009 )

وهو يصف ثقة الفرد بقدرته على الفهم (comprehensibility)، التسيير أو التحكم

(manageability)، وإعطاء معنى مفيد للوضعية (meaningfulness). (Paquet, 2005).

فإذا لم تكن لدى الفرد هذه الثقة كل حدث جديد يتم معاشته كمعاناة (Venisse, Grall- Bronnec,2010).

فالفرد المتمتع بروح التناسق يكون كفؤاً لمواجهة مصادر المرتبطة بالضغط ويرى Antonovsky أن من بين المعززات لروح التناسق هي العوامل الاجتماعية والاقتصادية بالإضافة إلى القيم الثابتة فهو يتأثر بمختلف هذه العوامل وكذا بالجنس والسن، الطبقة الاجتماعية ومختلف ظروف الحياة وله تأثير دال على الصحة والمرض، ويعتبر Lunderberg (1997)، Mc sherry et Holm (1994)، أن روح التناسق يعد محدد من محددات الصحة. (Paquet, 2005).

#### ❖ علاقة روح التناسق بالصحة والأساليب الصحية:

روح التناسق هو عبارة عن مجموعة من المصادر التي تسهل اختيار الاستجابة الملائمة التي تسمح بتجاوز الوضعيات الصعبة ، ولقد بين (1993) من خلال دراسته المتكونة من 186 فرد أن أحداث الحياة اليومية تؤثر سلباً على الأفراد الذين لا يتمتعون بروح التناسق. كما بين Erikson & al (2006) أن روح التناسق يعدل من آثار الضغط على الصحة فكلما كان روح تناسق الفرد عالي كلما انخفضت الشدة الناجمة عن الوضعيات الضاغطة .

وفي نفس السياق ( التقليل من آثار الضغط) أكدت 06 دراسات تم نقلها من قبل Benzur, Cohen & Rosenfeld (2008) فالأفراد الذين لهم حاصل عالي في روح التناسق يبحثون باستمرار في مصادرهم للمواجهة مقارنة مع الذين يكون لديهم حاصل ضعيف، كما يستعملون استراتيجيات مواجهة فعالة ويقللون من الاستراتيجيات المركزة على الانفعال أو التجنب. (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014, p311).

وفي مجلة تم نشرها من قبل Erikson & Linderstrom (2006) حول أعمال Antonovsky وزملائه فقد تم جرد حوالي 485 مقالة علمية تبين وجود علاقة قوية بين روح التناسق والصحة المدركة لاسيما الصحة العقلية. (Venisse, Grall-Bronnec,2010).

وفي استنتاج آخر لـ Erikson & Linderstrom (2006) تم إجراؤه على 30 منشورة علمية حول علاقة روح التناسق بنوعية الحياة فقد أثبتت النتائج أن روح التناسق له آثار مباشرة وغير مباشرة على نوعية حياة مجموعات مختلفة ( أمراض جسمية، سيكاترية) ، كما بينت الدراسات الطولية الأثر المباشر وغير المباشر لروح التناسق على نوعية الحياة، ويعتبر هؤلاء الباحثين روح التناسق كتوجه يسمح للأفراد بالعيش بطريقة أفضل كما يعتبرونه مصدر مهم للصحة. ( Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014, p310)

#### 6-5-الصلابة

تم اكتشاف مفهوم الصلابة نتيجة للمشاكل الاقتصادية والتسريحات الكبيرة التي حدثت في شركة الاتصالات الأمريكية IBI وخلال 06 سنوات التي تلت هذه الواقعة تبين أن 3/2 الإطارات والمسيرين لتلك الشركة ظهرت لديهم مجموعة من المشاكل (عنف، طلاق، أزمات قلبية، سرطان و انتحار...) وبقي 3/1 هؤلاء الأفراد يتمتعون بصحة جيدة بل وأظهروا حتى مشاركات في ميادين مختلفة و إبداعات.

وقد اكتشفت كل من Susane Kobasa و Salvatore Madi أن الفريق الثاني يتميز عن الأول ب03 خصائص : الالتزام، التحدي والتحكم. (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014, p304)

فالبعد الأول هو روح الالتزام والخوض في مجالات الحياة، أما التحدي فيمثل البعد الثاني والذي يركز على اعتبار تغيرات الحياة بمثابة فرص جديدة للتطور والتألق الشخصي، ويمثل البعد الثالث الشعور بالتحكم الذي يضم 03 مكونات فرعية: التحكم المعرفي، تحكم خاص بعملية أخذ القرار، و كفاءات التكيف.

وتسمح الصلابة للفرد الذي يتمتع بها بالتحكم في مختلف الوضعيات وتسهيل توجهاته في مختلف الميادين بالإضافة إلى تطوير جملة من الاستراتيجيات المتكيفة.(Cox ,1997,p741)

### ❖ علاقة الصلابة بالصحة:

ابتداء من سنة 1980 أظهرت العديد من الدراسات الأثر الإيجابي للصلابة التي قد تؤثر على الصحة بصفة مباشرة ( التقليل من آثار الضغط على الصحة وعلى المهارات) أو بصفة غير مباشرة ( الآثار الناجمة عن استخدام استراتيجيات المواجهة الفعالة)، وتوجد عدة دراسات تم إجراؤها على إطارات، معلمين، مسؤولين الجامعة، رياضيين، طلبة، ممرضات..، قد كشفت دراسة Golby & Sheard (2003) ودراسة Bartone & al (2008) أن الصلابة تسمح لأفرادها بإيجاد الحلول المناسبة واستعمال المصادر اللازمة لمواجهة الأحداث الضاغطة . ( Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014, ) .(p304)

### 6-6-الجلد:

منذ عدة سنوات اهتم العديد من الباحثين بالأثر التي تخلفها التجارب المرضية المعاشة ابان الطفولة المبكرة (Bowlby 1971) وتم اعتبار أن أكثر العوامل التي تخلف أضرار للطفل هي الحالة الاجتماعية-الاقتصادية المتدنية للطفل ، المشاكل الصحية ، الصدمات (حروب كوارث طبيعية)، النقص والحرمان العاطفي، العزلة، سوء المعاملة...، فهذه العوامل تعوق عملية التطور المعرفي الانفعالي للأطفال وانطلاقا من 1970-1980 انصبت الاهتمامات على العوامل الوقائية للصحة ولقد تم التساؤل لما بعض الأطفال تمكنوا من التكيف مع وضعيات الحياة الصعب، وقد لاحظت Maya Pines (1979) أن بعض الأطفال تجاوزوا الأحداث الصدمية وتمكنوا من التطور والتألق أحيانا أفضل من أطفال عاشوا في ظروف ملائمة.

والجلد النفسي تم اقتراحه بعد الملاحظات التي تم إجراؤها من قبل EmmyWerner على مجموعة كبيرة من الأطفال ( حوالي 800) في جزيرة من جزر هاواي والتي دامت حوالي 40 سنة،(Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014, p313)

وقد تبين من خلال الملاحظات السابقة أن 30% من هؤلاء الأطفال وبالرغم من عدم تلقيهم أي مساعدة خاصة تمكنوا من الحصول على حياة مليئة بالمعاني (Guillon, 2007,p26) meaningful life.

ولقد قام الطبيب العقلي للأطفال Michel Rutter بدراسة العوامل الوقائية التي ساعدت الأطفال الذين عاشوا حرمان شديد وقام باستخراج مجموعة من العوامل الشخصية والسياقية للجلد النفسي، وبالنسبة لـ Rutter أن الفرد المتمتع بالجلد يعطى معنى للأحداث وفقا لمجموعة من القيم الشخصية، يواجه بفعالية مختلف الصعوبات الأمر الذي يسمح له بتقوية نفسه، كما أنه يعيش التجارب بالاعتماد على

سند عاطفي ايجابي الذي يمنح له السند ويساعده في تسيير مختلف الوضعيات (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014, p313, 314).

ويضيف على أن هذا العامل – الجلد- غير مطلق، متغير حسب الوضعيات الخطرة وعبر الزمن. (Guillon, 2007,p27)

والجلد بمفهومه اللغوي يوحي إلى القدرة على مقاومة الصدمة لكن هذا المفهوم يحمل نوع من الجمود، الأمر الذي قد يؤدي بصاحبه إلى حالة مرضية، في حين أن ما يميز الجلد كعوامل وقائي هي المرونة في استعمال أساليب المقاومة السهولة التكيف والدفاع بل وحتى الإبداع.

ويقصد بالجلد مجموعة من العوامل النفسية العاطفية، العلائقية والاجتماعية التي تتداخل مع مكونات الشخصية بصفة تفاعلية. (Anaut, 2004,p10)

وهو مجموعة من المصادر الشخصية (الثقة بالذات، الضبط المدرك، الاستقلالية، النضج، المرونة) أو السياقية (علاقات اجتماعية، قيم مكتسبة، تحمل المسؤولية). (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014, p315)

ويعرف Maciaux et al (2001): الجلد بأنه قدرة الفرد على التطور بصفة ايجابية، مواصلة مشاريعه في المستقبل بالرغم من وجود أحداث غير مستقرة ومتطلبات الحياة الصعبة، والصدمات الشديدة. (Guillon, 2007,p27)

وقد اقترحت Bruchon-Schweitzer تعريف للجلد بعد إجراء استنتاج لـ 270 مقالة واعتبرت بأنه مجموعة من السيرورات التي تقوم بتسيير، مفاوضة، التكيف مع أحداث ضاغطة أو صدمية. والمصادر الشخصية والبيئية تسهل لهذه القدرة للتكيف في مواجهة الشدة وتجاوزها، ويمكن للجلد أن يتغير خلال مراحل الحياة. (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014, p314).

### ❖ علاقة الجلد بالصحة :

يعتبر الجلد عامل وقائي يغير من استجابة الفرد لمواجهة الصعوبات الموجودة في المحيط (Guillon, 2007,p27)

ويرى مجموعة من الباحثين أمثال (Dishion et connel,2006 ; Luther et al 2006) بأنالجلد هو عبارة عن سيرة للمواجهة: استجابات ايجابية (فكاهة، ضحك) لمواجهة الصعوبات وهو ما يقلل بصفة دالة من أثر الضغط ، أما البعض الآخر (Rutter,2008 ; Ungar,2008 ;Zautra, Hallet Murray2010) فيرى بالجلد كمجموعة من العوامل الوقائية التي تحمي الفرد ضد كل ما هو سيئ و تسمح بتطور ورفاهية الصحة. (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014, p314).

### 6-7- الذكاء الانفعالي

يولد الانفعال استثارة الفص الأمامي للغدة النخامية adénohypophyse، بالإضافة إلى تحت المهاد اللذان يشكلان وحدة وظيفية لمراقبة الجهاز الغددي، تقوم عصبونات تحت المهاد بافراز مجموعة من الهرمونات الببتيدية المعروفة باسم عوامل التحرير، وعوامل الكف facteurs de libération etfacteurs d'inhibition، التي تمر مباشرة إلى الفص الأمامي للغدة النخامية بواسطة الدم، وتحرير هرمون la

la corticolibérine (CRH, CRF) من قبل تحت المهاد يسمح للغدة النخامية عبر فصها الأمامي لإفراز la corticotrophine (ACTH) الهرمون المحفز للغدة الكظرية (Voet & Voet, 2005, p.667-668).

بعد استثارة الغدة الكظرية من قبل الفص الأمامي للغدة النخامية تقوم هذه الأخيرة بإفراز هرمونات تلعب دورا هاما في الانفعالات والاستجابات في مواجهة الضغط، وتتشكل الغدة الكظرية الموجودة فوق الكليتين من زوجين: القشرة واللب la corticosurrénale et la médulosurrénale، فالمنطقة المحيطة أو القشرة تقوم بإفراز هرمون الكورتيزول cortisol الذي يرفع مستوى السكر في الدم ويولد الطاقة، أما اللب أو المنطقة المركزية فتقوم بإفراز الأدرينالين والنور أدرينالين adrénaline et noradrénaline التي تقوم بدورها باستثارة الجهاز السمبتاوي الذي يرفع معدل الإثارة واستعداد العضوية للمواجهة (Tavris & Wade, 1999, p.74).

تؤدي الاستجابة للانفعالات إلى تكوين مجموعة من الإجابات المنظمة على المستوى الحشوي والعضوي وتتم المراقبة من قبل الجهاز العصبي المحيطي، يتم التنشيط الفزيولوجي من قبل الجهاز العصبي الاعاشي وبصفة خاصة من قبل الجهاز العصبي السمبتاوي فتزداد ضربات القلب، سرعة التنفس تقلص الأوعية الدموية مما يؤدي إلى زيادة تدفق عضلات الدم المركزة بالجليكوز والأكسجين، توسع حدقة العين، جفاف الفم مع زيادة التعرق.

وبعدما يزول أثر الحدث المفجر يأتي الجهاز العصبي البراسمبتاوي من أجل إعادة التوازن الحيوي (Godefroid, 2008, p.593).

ولما كانت الانفعالات تؤدي إلى تنشيط المحور السمبتاوي الغددي مما يؤدي إلى زيادة في إفراز هرمونات الضغط وجملة من الاستجابات المركزية والمحيطية، فقد لقي مفهوم الذكاء الانفعالي اهتمام كبير من العديد من العلماء لما له من أهمية في تسيير الانفعالات وتنظيمها.

وبالرغم من أن مصطلح الذكاء الانفعالي أضحى عالميا مرتبط باسم Daniel Goleman الذي قام بنشر كتابه في سنة 1995، إلا أن هذا المصطلح يرجع إلى Peter Salovey و Jhon Mayer اللذان قاما في سنة 1990 بنشر مقال تأسيسي وعرفا الذكاء الانفعالي كشكل من أشكال الذكاء الذي يفترض كفاءة الفرد على رقابة مشاعره وانفعالاته، ومشاعر وانفعالات غيره مع تمييز بعضها عن بعض وإمكانية استعمال هذه المعلومة من أجل توجيه أفكاره وسلوكه، نقلا عن (Kotus, 2008, p. 21).

ويعرف J. Mayer و P. Salovey (1990) الذكاء الانفعالي بأنه قدرة الفرد على تنظيم والتحكم في مشاعره ومشاعر الآخرين واستعمال تلك المشاعر من أجل توجيه الأفكار والسلوك. نقلا عن (Amherdt, Dupuich-Rabasse, Emery & Giauque, 2000, p.71).

في حين يعرفه D. Goleman (1995) بأنه قدرة الفرد على التعرف على مشاعره ومشاعر غيره، على تحفيز وتسيير انفعالاته الخاصة وعلاقاته، نقلا عن (Kotzé & Vanter, 2011).

### ❖ أبعاد الذكاء الانفعالي

يعتبر J. Mayer و P. Salovey الذكاء الانفعالي عبارة عن كفاءة تتكون من مجموعة من الأبعاد والمتمثلة في تحديد الانفعالات، التعبير عنها، تفهمها وتسييرها، وتضم كل مهارة مستويين داخلي وعلائقي، ويعتبر Kotus (2008) أن المهارات الثلاثة الأولى (التحديد، التعبير، التفهم) تعتبر مهارات قاعدية، في حين أن المهارة الرابعة (التسيير) هي مهارة عليا une méta-compétence، إلا أنه ولاستعمالها يتعين الرجوع إلى المهارات المذكورة سابقا،

في حين يعتبره Goleman بأنه مهارة يمكن اكتسابها وتطويرها عبر مختلف مراحل العمر، وقسم Goleman أبعاد الذكاء الانفعالي أو المهارات الانفعالية إلى قسمين: يضم القسم الأول ميدان المهارات الشخصية (الوعي بالذات، التحكم في الذات، الدافعية)، و يضم القسم الثاني: ميدان المهارات الاجتماعية (التعاطف والكفاءات الاجتماعية). (Kotus, 2008, p.53).

#### ❖ علاقة الذكاء الانفعالي بالسلوكيات الصحية

يعتبر الذكاء الانفعالي مهارة خاصة تسمح بمعالجة المعلومات الانفعالية إدراكها ، التعبير عليها، فهمها، تسييرها، وقد سمحت دراسة أساسية تم إجراؤها من قبل (Martin,Ramalho et Morin; 2010) أن الذكاء الانفعالي يرتبط بالصحة الجسمية والعقلية. (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014, p345). كما أثبتت دراسة Hart وDawda (2000) أن الذكاء الانفعالي مرتبط بمجموعة من سمات الشخصية فارتباطه بالانبساطية فُدر بـ (0.52)، بالطيبة (0.43)، يقظة الضمير بـ (0.51)، أما عن ارتباط الذكاء الانفعالي بالعصابية فقد كان سلبيا فقدر بـ (-0.62)، نقلا عن (Grégoire,2013)

#### 6-8-العاطفة الايجابية :

العاطفة الايجابية هي الميل للخوض في تجارب مختلفة بحالات معرفية وعاطفية ممتعة (فضول، طاقة، حماس). والأفراد الذين لهم حاصل عالي في العاطفة الايجابية هم أفراد يتسمون باليقظة و الحماس في حين الحاصل الضعيف فقد أظهر أنهم أفراد بدون عاطفة ويشعرون بالتعب.

وتعتبر العاطفة الايجابية تارة كاستعداد (سمة) وتارة أخرى كسيرورة للتقييم ( حالة) وفي الحالة الثانية هي أكثر مرونة ويمكن تعديلها وقد لاحظ Horner (1998) أن العاطفة الايجابية كسيرورة تعاقدية تؤدي الى استخدام استراتيجيات مقاومة كحل المشكل أو إعادة التقييم الايجابي ، وعند بعض الباحثين العاطفة الايجابية تعدل من آثار الضغط على الصحة الانفعالية والجسمية ، وعند البعض الآخر هي عبارة عن مخرج سيرورة معقدة تؤدي إلى التكيف مع حدث ضاغط حسب نموذج Folkman.

#### ❖ علاقة العاطفة الايجابية بالصحة والسلوكيات الصحية:

العاطفة الايجابية كسمة أو حالة ترتبط عموما بالصحة ( صحة انفعالية ، صحة مدركة)، وتوصل كل من (Grant, Wardle, et steptoe, 2005) أنها ترتبط بالملائمة العلاجية وأساليب حياة صحية (النوم الجيد، التغذية الصحية، تمارين رياضية)، ويرى (Folkman, Fredrickson 1998) أن العاطفة الايجابية يمكن أن تعدل من أثر الأحداث الضاغطة وتسمح باسترجاع المصادر بعد سلسلة من الضغط، فالأفراد الذين يكون لديهم حاصل عالي في العاطفة الايجابية هم أقل صراعا وتكون لديهم علاقات اجتماعية هامة كما ونوعا.

أما عن علاقة العاطفة الايجابية بالمخارج السيكوباتولوجية فقد توصل ( Stone et al 1994 ) ( Fredrikson 1998) أن العاطفة الايجابية تعمل على التقليل من تنشيط الجهاز السمبتاوي الناجم عن حدث ضاغط كما تؤدي إلى التقليل من بعض الأنشطة القلبية وافرازات الأدرينالين والنور أدرينالين، وتسهل عملية العودة إلى الهدوء، وتوصل أيضا ( Steptoe, Gibson,Hamer,Wardle; 2007) أن الأفراد المتعمتين بعاطفة ايجابية يفرزون القليل من الكورتزول مادام أن هذا الأخير يفرز خلال الاستجابة المناعية والالتهابية .

وفي دراسة ل ( Valdimarsdottir et Bovbjerg 1997) فإن العاطفة الايجابية تعدل من الأثر السيئ للحالات الانفعالية السلبية على نشاط الخلايا القاتلة NK وترتبط بدفاعات مناعية أفضل، فالأفراد المتمتعين بعاطفة ايجابية تقل لديهم الاستجابات المناعية والحساسية، وبالرغم إلى ما توصلت إليه هذه الدراسة إلا أن ( Kemery et Shesty 2008) توصل أن الميكانيزمات التي تربط العاطفة الايجابية بالاستجابة المناعية لم يتم تفسيرها بدقة، كما توصل ( Pressman & Cohen) انطلاقا من استنتاج لمجموعة من الأدبيات المهمة حول علاقة العاطفة الايجابية بالصحة ( أكثر من 330 عنوان) فإنهم يبدون تحفظات جدية بخصوص هذا الأثر فحسب هؤلاء الباحثين فإن الدراسات المتوفرة تعاني من العديد من النقائص لاسيما يتعلق بالمقاييس الخاصة بالعاطفة الايجابية والمخارج وكذا عوامل الغموض غير المضبوطة بالإضافة إلى غياب تقريب كامل للنظريات. (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014).

### 9-6 نموذج العوامل الخمس للشخصية: « FFM » Modèle de cinq facteur

لقد أصبح نموذج 05 عوامل للشخصية لـ Costa & Mc Crae (1985، 1992، 1989) من بين النماذج التي تمنح لعلم النفس الصحة إطار مرجعي يسمح بإدماج مختلف الأبحاث المجزأة وهو ما قد يسهل عملية تصنيف وتوحيد النتائج المتوفرة حول علاقة الشخصية بالصحة، ويضم هذا النموذج عوامل ايجابية والمتمثلة فيما يلي :

#### عامل: C الضمير - être consciencieux - le Facteur C

الفرد المصنف في عامل الضمير يكون منظم، موجه للعمل والنجاح ، منضبط...، ولقد لاحظ (Van Heck,1997) أن الأفراد المصنفين في عامل الضمير لهم ملاءمة علاجية أفضل، كما توصل (Booth-Kewley et al.,1994) أن عامل الضمير يرتبط بأساليب حياة صحية، ويميلون إلى تبني استراتيجيات مواجهة فعالة. وهذا ما يتناسق مع محتوى العامل ( الانضباط، قواعد الحياة، روح المسؤولية).

#### عامل A لطيف - être agréable - Facteur A

الفرد المصنف في عامل A لطيف يكون متسامح، متعاطف له علاقات اجتماعية متناغمة...، ويرى (Chapman,Robertset Duberstein,2011) أن هذا العامل يمكن أن يعتبر عامل وقائي نظرا لبعده التحتي المتمثل في الثقة و المناقض للعدائية، وقد لاحظ مجموعة من الباحثين أن هذا العامل مرتبط بتبني أساليب حياة سليمة وسلوكات أقل خطورة

#### عامل E الانبساطية - Extraversion - Facteur E

الانبساطية هي عامل عام للشخصية تلعب دور مركزي في أغلبية النماذج ، والانبساطية تضم الألفة، التعاطف ، النشاط ، البحث عن الإحساسات والانفعالات الايجابية، وبالرغم من أن الدراسات أثبتت أن الانبساطية ترتبط بتبني استراتيجيات مواجهة فعالة ، مع الاستفادة من السند الاجتماعي ، فإن مجموعة من الباحثين أمثال (Gilliardet al.,2001 ; Cartonnet al.,1994) لاحظوا أن الأفراد الذين لهم حاصل مرتفع في الانبساطية يكونون أكثر عرضة لاستهلاك مواد معينة ، فالمدخنون هم أكثر انبساطية وعرضة للبحث عن الإحساسات.

#### عامل O التفتح - Ouverture - Facteur O

يرتبط عامل O بالفتح على التجارب ( جمالية ،خيالية، احساسات، أفكار...)، وحسب استنتاج (Chapman et al(2011) فإن خطر الموت يقل ب 5/4 في الدراسات التي بينت أن الفضول الفكري

والمصالح ذات البعد الجمالي هي وجهات مفيدة للتفتح، إلا أن (Godwin et al (2006 يرى أن عامل التفتح لا ينبئ بطول الحياة إلا بنسبة 7/1 . (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014).

## المراجع:

- 1- Assailly, J.P.(2010). *La psychologie du risque*. Paris: Lavoisier .
- 2- Anaut, M. (2004). Méthodologie Concepts , La resilience en situation de soin ; approche théorico-clinique, *Recherche en soins infirmiers* (N° 77) , juin 2004, 9-19.
- 3- Amherdt, C.H., Dupuich-Rabasse, F., Emery, Y., & Giauque, D.(2000). *Compétences collectives dans les organisations: émergence, gestion et développement*. Canada : Presse de l'Université Laval.
- 4- Bruchon-Schweitzer, M., & Boujut, E. ( 2014). *Psychologie de la santé concepts, méthodes et modèles*. 2 édition. Paris: Dunod.
- 5- Bruchon-Schweitzer, M. (2011). Concepts, Stress, Coping ; Concepts et modèles en Psychologie de la santé, *Recherche en soins infirmiers* (N° 67) , 4-39.
- 6- Bruchon-Schweitzer, M., & Siksou, M. (2008). La psychologie de la santé, *Le Journal des psychologues*. 2008 /7 (n° 260), 28-32 . DOI 10.3917/jdp.260.0028.
- 7- Chambah, M. (2012). *Le coaching des émotions et de l'estime de soi*. Luxembourg: Lulu com.
- 8- Cornillot, P.(2009). Problématisation de la santé, *Revue française de psychosomatique*. 2009/2 (n° 36), 101-114. DOI 10.3917/rfps.036.0101
- 9- Cox, R.H. (2005). *Psychologie du sport* .1 édition. Bruxelles: De Boeck Université.
- 10- Cox, H.C. ( 1997). *Applications cliniques des diagnostics infirmiers*. 4 édition. Bruxelles: De Boeck et Larquier .
- 11- Duboc, A. (2012). Une approche holiste et une typologie de la protection féminine pour promouvoir la santé des femmes atteintes d'un cancer du sein . *Recherche en soins infirmiers*. 2012/3 (N° 110), 27-44. DOI 10.3917/rsi.110.0027
- 12- Dompnier, B. (2006). *la valeur sociale des explications causales: norme d'intériorité, jugements scolaires et registres de valeur*. Thèse de Doctorat de psychologie sociale expérimentale non publiée. Université Pierre Mendès. France.
- 13- Emin, S. (2004). Les facteurs déterminant la création d'entreprise par les chercheurs publics : application des modèles d'intention, *Revue de l'Entrepreneuriat* 2004/1 (Vol. 3), 1-20. DOI 10.3917/entre.031.0002
- 14- Fisher, G.N.(2013) . *Psychologie du cancer autre regard sur la maladie et la guérison*, Paris: Odile Jacob

- 15- Gaudin, G.(2012). Les comportements dans le domaine de la santé, comprendre pour mieux intervenir, Canada: Presse de l' Université de Montréal.
- 16- Gaumé, C. (2009). *Les déterminants de la santé subjective dans les pays baltes au cours des années 1990*. Belgique : Presse Universitaire de Louvain.
- 17- Godefroid, J. ( 2008).*Psychologie science humaine et science cognitive*. 2 édition. Bruxelles: De Boeck Université.
- 18-Guillon, B.(2007). Risque formalisation et applications pour les organisations, L'Harmattan.
- 19-Grégoire, J. (2005). *L'évaluation clinique de l'intelligence de l'enfant*. Belgique: Mardaga.
- 20- Gauchet,A.(2005). les determinants psychosociaux de l'obseance thérapeutique chez les personne infectées par le VIH representation et valeur. Thèse pour le Doctorat de l'Université de Metz.
- 21- Haberey-Knuessi, V.(2011). Des exigences aux ressources, le modèle de Demerouti au service des soins infirmiers, *Recherche en soins infirmiers* 2011/1 (104), 23-29.DOI 10.3917/rsi.104.0023
- 22- Hajbi, M. et al, (2010).Motivation au changement et dimensions de personnalité chez des auteurs de violences sexuelles en injonction de soins , *L'information psychiatrique* 2010/7 (Volume 86), p. 597-609. DOI 10.3917/inpsy.8607.0597
- 23- Halimi, L., Pithon, G., Pry, R.,Varrin, M., Godard,Ph., et Chanez, P.(2009). L'appréciation psychosociale de l'observance dans l'asthme sévère: confrontation de données subjectives issues d'une consultation médicale à une mesure objective. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*,2, (82), 117-144. DOI 10.3917/cips.082.0117.
- 24- Ktozé, M., & Vanter, I. ( 2011). les différences au niveau de l'intelligence émotionnelle entre les dirigeants efficaces et les moins efficaces dans le secteur public. *Revue Internationale des Sciences Administrative*,. 2 (77), 405-439. DOI 10.3917/risa.772.0405.
- 25- Kotus, I. ( 2008). *Intelligence émotionnelle et management comprendre et utiliser la force des émotions* .1 édition.Bruxelles: De Boeck Université.
- 26- Kouaberan, D.R.,Cadet, B., Hermand, D.,Munoz Sastre, M.T.(2006). *Psychologie du risque identifier, évaluer, prévenir*. Bruxelles:De Boek Université.
- 27- Lecomte, J.( 2004). Les applications du sentiment d'efficacité personnelle, *Savoirs*.2004/5 (Hors série), 59-90. DOI 10.3917/savo.hs01.0059
- 8- Leyens, J. Ph. Zerby, V.Y. (1997). *Psychologie sociale* . Belgique :Pierre Mardaga.
- 29- Mariage, A., & Cuyner ,P. (2007). *Corporeité et famille*. France: Presses universitaire deFranche-comté.
- 30- Martin-Krumm, C.(2012). L'optimisme : une analyse synthétique, *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale* 2012/1 (Numéro 93). 103-133. DOI 10.3917/cips.093.0103
- 31-Meyer, T., Verliac, J F.(2005). Auto-efficacité : quelle contribution aux modèles de prédiction de l'exposition aux risques et de la préservation de la santé ?, *Savoirs* 2004/5 (Hors série), 117-134. DOI 10.3917/savo.hs01.0117
- 32- Paquet, G.(2005). *Partir du bas de l'échelle des pistes pour atteindre l'égalité sociale en matière de la santé*, Quebec: Presse Universitaire de Montréal.
- 33- Rutter, M. (2002). La résilience en face de l'adversité. Facteurs de protection et résistance aux désordres psychiatriques, *Études sur la mort* 2002/2 (no 122), 123-146. DOI 10.3917/eslm.122.0123.
- 34- Tavris,C.,&Wade, C. (1999). *Introduction a la psychologie : les grandes perspectives*. Bruxelles : De Boeck Université.
- 35- Venisse, J.L., Grall-Bronnec,M. (2010). Les addictions sans drogue prévenir et traiter un déficit sociétal. France: Elsevier Masson

36-Voet, D., Voet, J. G. (2005). *Biochimie*. 2 édition. Bruxelles: De Boeck Université.

37- Wijers Buffet, I. (2012). *Acteur de sa vie, Développer l'empowerment : mieux être au travail et dans sa vie personnelle*, Paris: Mon petit éditeur