

الصحة و المرض بمنظار علم النفس الصحة

حربوش سميرة: أستاذ مساعد قسم أ

جامعة سطيف 02

الملخص

تعتبر الصحة من القضايا الأساسية التي حظيت باهتمام كبير من قبل العلماء من مختلف التخصصات، حيث أصبحت من الشواغل الأكثر أهمية في مجال التنمية في مختلف المجتمعات، لما تتمتع به الصحة من قيمة في حد ذاتها، كونها عنصرا هاما في عملية التنمية الاجتماعية و الاقتصادية و مصدر الإكمال النفسي و الاجتماعي و الجسمي للإنسان. و قد صَبَّ علماء النفس إهتماما كبيرا لهذه المسألة و الإشكاليات المتعلقة بتأثير الجوانب النفسية و الاجتماعية على صحة الفرد، و البحث في إشكالية السلوكيات المتعلقة بالصحة و ما يؤثر فيها و كيفية تبني الفرد لها. و من أجل ذلك عَمِلْنَا في هذا المقال على رصد أهم الأسس الموضحة لمفهوم علم النفس الصحة و مفهوم الصحة، العوامل المؤثرة فيها و النماذج المفسرة لذلك.

الكلمات المفتاحية: علم النفس الصحة، الصحة، المرض، السلوك الصحي

Abstract

Health is one of the most important issues that have received great attention from scientists from various disciplines. It has become one of the most important concerns in the field of development in different societies because of its value in itself as an important element in the social and economic development process, Psychological, social and physical completion of man. Psychologists have put a great deal of attention to this issue and the problems related to the psychological and social effects on the health of the individual, and the research on the problem of health behaviors and what affects them and how to adopt the individual. For this purpose, we have examined the most important foundations of the concept of health psychology, the concept of health, the factors influencing it, and its explanatory models.

Keywords: health psychology, health, illness, health behavior

1- علم النفس الصحة

يُعرف علم النفس الصحة بأنه: "مجموعة الإسهامات التربوية و العلمية و المهنية لعلم النفس من أجل تحسين الصحة و المحافظة عليها و منع الأمراض و علاجها و تحديد المتعلقات التشخيصية الخاصة بأسباب المرض و الإضطرابات المتعلقة به، و تحليل و تحسين نظم الرعاية الصحية و صياغة السياسات الصحية" (Matarazzo, 1980)

و عرفها بروشان شفائتزر Bruchon-Schweitzer في عام 1994 بأنها: «دراسة الاضطرابات النفسو إجتماعية التي قد تلعب دورا في ظهور الأمراض وربما تسريع أو إبطاء تطورها. (Bruchon-Schweitzer, 1994)

عموما ينظر لعلم النفس الصحة بأنها: «دراسة أنواع مختلفة من العوامل البيولوجية و النفسية و الاجتماعية، و التدخل في الحفاظ على صحة جيدة أو في بدء و تطور الأمراض». و باتحاد مختلف التخصصات (التحليل النفسي، علم النفس السيکوسوماتي، علم النفس الاجتماعي، علم النفس الإكلينيكي، النظافة ، علم النفس الصدمة ،علم السموم، العلوم النفسية والعصبية ، علم المناعة و علم الأدوية النفسية....) جاء علم النفس الصحة ليهتم بالصحة و المرض و ينظر إليهما على أنهما نتاج عوامل نفسية و إجتماعية و كذا بيولوجية، و يوفر أساليب وقائية و علاجية تسعى إلى تغيير السلوك الصحي للفرد من خلال مساعدته على إكتشاف ما يمتلكه هو و ما يمتلكه محيطه من موارد لازمة للحفاظ على الصحة و مواجهة المرض و تبني سلوكيات وقائية.

2- تاريخ علم النفس الصحة

بدأ الإهتمام بتأثير العوامل النفسية على الصحة منذ أوائل القرن العشرين من قبل بعض تخصصات كالعلوم النفسو جسدية (السكوسوماتية)، الطب السلوكي و غيرها ، و كانت هذه الفروع في المقام الأول فروع طبية و ليست سيكولوجية، و لكن بدأ علم النفس الصحة في الظهور باعتباره تخصصا متميزا في علم النفس في الولايات المتحدة في 1976، حيث أنه في منتصف القرن العشرين كان هناك تفهم متزايد في مجال الطب على أن لسلوك الفرد تأثير مباشر على الصحة. فعلى سبيل المثال توصلت دراسة بمقاطعة ألاميدا عام 1960 أن الأشخاص الذين يعيشون بهذه المقاطعة يتناولون وجبات منتظمة (على سبيل المثال ، وجبة الإفطار) ، يعملون على الحفاظ على وزن صحي، و النوم الكافي ، لا يدخنون ، ويشربون الكحول قليلا ، فكانوا يتمتعون بصحة جيّدة و يعيشون طويلا (Belloc & Breslow , 1972) وبالإضافة إلى ذلك ، توصل علماء النفس و علماء آخرين في نفس الحقبة على وجود علاقة وطيدة بين العمليات النفسية و الفسيولوجية.

(Sterling & Ever , 1981)، حيث تم بذلك فهم أفضل لتأثير الإجهاد على أنظمة القلب والأوعية الدموية وجهاز المناعة (Sterling & Ever , 1981) ، و التوصل في وقت مبكر أن أداء الجهاز المناعي يمكن تغييره عن طريق التعلم . (Ader & Cohen , 1975)

بقي علماء النفس يعملون في أوساط طبية لسنوات عديدة و قد كان يُطلق في بعض الأحيان على مجال تخصصهم و عملهم علم النفس الطبي ومع ذلك، كان حقل عملهم صغير نسبياً يهدف في المقام الأول إلى مساعدة المرضى على التكيف مع المرض.

و في عام 1969 ، أعد ويليام سكوفيلد William Schofield تقرير لجمعية علم النفس الأمريكية بعنوان دور علم النفس في تقديم الخدمات الصحية (Schofield, 1969). الرغم من أنه قد وجد أن الأبحاث النفسية في ذلك الوقت في كثير من الأحيان تعتبر الصحة النفسية والصحة الفيزيائية (الجسمية) منفصلتان ، و توجه إلا اهتماماً قليلاً جداً لتأثير علم النفس على الصحة الجسمية .

و قد كان ويليام سكوفيلد William Schofield من القليلين من علماء النفس الذين يعملون في هذا المجال في ذلك الوقت (علم النفس الصحة)، حيث اقترح سكوفيلد Schofield أشكال جديدة من التعليم والتدريب لعلماء النفس في مجال علم النفس الصحة في المستقبل ، و قد إستجابت جمعية علم النفس الأمريكية لاقتراحه عام 1973 من خلال إنشاء فرقة عمل للنظر في:

- كيفية تمكّن علماء النفس من مساعدة الناس على إدارة السلوكيات المتعلقة بالصحة .
- مساعدة المرضى على التحكم في المشاكل الصحية الجسدية .
- تدريب موظفي الرعاية الصحية على العمل بشكل فعال مع المرضى . (Johnston,)

(Weinman & Chater, 2011)

و في عام 1977 و بقيادة جوزيف ماتارازو Joseph Matarazzo أضافت الجمعية الأمريكية لعلم النفس تخصص جديد ألا و هو علم النفس الصحة ، حيث أنه في أول مؤتمر أُقيم بهذا الشأن (إنبثاق تخصص جديد لعلم النفس) ألقى ماتارازو Matarazzo خطاباً لعب دوراً جدياً هاماً في تحديد علم النفس الصحة ، حيث عرّف هذا الحقل الجديد قائلاً: “ هو مجموعة الإسهامات التربوية و العلمية و المهنية لعلم النفس من أجل تحسين الصحة و المحافظة عليها و منع الأمراض و علاجها و تحديد المتعلقات التشخيصية الخاصة بأسباب المرض و الإضطرابات المتعلقة به، و تحليل و تحسين نظم الرعاية الصحية و صياغة السياسات الصحية» (Matarazzo, 1980)

و في 1980 تم إنشاء منظمات و جمعيات مماثلة في أماكن أخرى تهتم بعلم النفس الصحة ، ثم عام 1986 تأسست جمعية علم النفس الصحة الأوروبية، تلى ذلك إنشاء منظمات مماثلة في عدّة بلدان بما في ذلك أستراليا واليابان. (Belar , Mendonca McIntyre & Matarazzo, 2003) ثم بدأت بعدها الجامعات في تطوير برامج التدريب على مستوى الدكتوراه في علم النفس الصحة.

و قد ساهم تطور عدد من الاتجاهات ذات الصلة في ظهور و تطور علم النفس الصحة، نذكر منها:

- الأدلة الوبائية التي تربط بين السلوك والصحة، حيث لم يعد سبب الموت الأوبئة والأمراض المعدية ولكن الأمراض المزمنة مثل أمراض القلب والسرطان و السكتة الدماغية وأمراض الجهاز التنفسي ... وبهذا اضطر الأطباء للإهتمام بالعوامل التنبؤية لمثل هذه الأمراض : ضغوطات الحياة اليومية ، العزلة الاجتماعية ، العوامل النفسية . بالإضافة إلى ذلك، الخلفية الطبية الحيوية و الاجتماعية والديموغرافية
- إضافة العلوم السلوكية إلى المناهج الدراسية الطبية.
- تدريب العاملين في مجال الصحة على مهارات الاتصال، وذلك بهدف تحسين رضا المرضى والالتزام بالعلاج الطبي.
- أعداد متزايدة من التدخلات المبنية على أسس النظرية النفسية (على سبيل المثال، تعديل السلوك).
- زيادة فهم التفاعل بين العوامل النفسية والفسولوجية مما أدى إلى ظهور علم النفس الفسيولوجي
- بعد أن أصبح المجال الصحي هدفا للبحث من قبل علماء النفس الاجتماعي ، تم الإهتمام باختبار النماذج النظرية التي تربط بين المعتقدات والمواقف والسلوك. (Johnston, Weinman & Chater, 2011)

3 - مفهوم الصحة

لا يوجد هناك إتفاق حول تعريف موحد للصحة، فقد يعتبرها البعض أنها خلو الإنسان من الأمراض و تمتّعه بالصحة الجيدة، بينما يرى آخرون أنها تَوَافُق الإنسان مع البيئة المحيطة ، أو أنها حالة من التكامل بين الوظائف الجسمية و النفسية للفرد، كما يُنظر إليها في المبادئ النظرية الحديثة إلى أنها حالة فردية من الإحساس بالعافية، يكون فيها الفرد قادرا على تحقيق التوازن

بطريقة مناسبة بين المتطلبات الجسدية الداخلية و المتطلبات الخارجية للبيئة ، حيث يعكس بذلك مفهوم الصحة التأثير المتبادل لعدد كبير من العوامل الإجتماعية و النفسية و المحيطية.

على العموم ،لقد قدّمت منظمة الصحة العالمية عام 1948 تعريفاً مبسطاً و محدداً معتبراً للصحة «حالة من تكامل الإحساس الجسدي والنفسي والاجتماعي ، وليست فقط حالة الخلو من الأمراض والعلل والعاهات والعجز » (**Actes officiels de l'Organisation mondiale de Santé, n°2, p100**) (الرازحي، 2002، ص 689)

و اعتبر المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية في الاسكندرية الصحة : « حالة من المعافاة الكاملة بدنيا و نفسيا و اجتماعيا، لا مجرد انتفاء المرض و العجز » ، و يضيف أنّه يمكن النظر إلى الصحة كحالة مثلى من اللياقة الشخصية ، تؤهل لعيش غني و مثمر خلاق، و كمورد فياض للحياة اليومية. (منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق البحر الأبيض المتوسط، 1988 ص1)

كما يعرف أودرس Udris و آخرون الصحة بأنها: « ليست عبارة عن حالة، و إنما توازن ديناميكي بين الموارد الفيزيولوجية و النفسية و الاجتماعية و آليات الحماية و الدفاع للعضوية من جهة و بين التأثيرات الكامنة المسببة للمرض للمحيط الفيزيائي و البيولوجي و الاجتماعي من جهة أخرى. و بالتالي يُفترض أن يقوم الفرد دائماً ببناء و تحقيق صحته، سواء كان الأمر بمعنى الدفاع المناخي أم بمعنى التلاؤم مع التغيرات الهادفة لظروف المحيط » (كونراد ريشكة و سامر رضوان ، دون سنة)

و يعرفها هوريلمان (Hurrelmann, 1995) أنها : «عبارة عن حالة من الإحساس الذاتي و الموضوعي عند شخص ما. و تكون هذه الحالة موجودة عندما تكون مجالات النمو الجسدية والنفسية والاجتماعية للشخص متناسبة مع إمكاناته و قدراته و أهدافه التي يضعها لنفسه و مع الظروف الموضوعية للحياة.»

و يضيف:« إنها حالة من التوازن الواجب تحقيقها في كل لحظة من لحظات الحياة، إنها النتيجة الراهنة لبناء كفاءات التصرف و الحفاظ عليها، التي يمارسها الإنسان نفسه (سامر رضوان 2002،

و استناداً إلى هذا التعريف تكون الصحة متضررة عندما تواجه الفرد في مجال أو أكثر متطلبات لا يتمكن من تذليلها و إنجازها ضمن الإطار الاجتماعي الذي يعيش فيه و ضمن المرحلة الحياتية التي يمر بها، و يمكن لهذا الضرر أن يتجلى على شكل أعراض من الشذوذ النفسي

و الاجتماعي و الجسدي.

و تكون الصحة موجودة عندما يتمكن الإنسان من بناء علاقاته الاجتماعية بشكل فعال، و يتمكن من التوافق والاندماج مع أفراد مجتمعه، وعندما يستطيع تكييف حياته الخاصة مع الظروف المعقدة و المتنوعة للمحيط، و عندما يتمكن بالإضافة إلى ذلك من تقرير مصيره الفردي وتحقيق التوازن بين إمكاناته البيولوجية الوراثية و النفسية و الجسدية. (سامر رضوان، 2002)

أما نيومان Newman فيرى أنها عبارة عن حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم ، و حالة التوازن هذه تنتج عن تكييف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها (الشاعر، 2001 ص 13)

و بذلك يتضح من التعريفات السابقة أن الصحة تتضمن:

- الخلو من الأمراض و العاهات الجسمية
- المعافاة في الحالة النفسية و الذهنية و الروحية و الاجتماعية
- الانسجام و التوافق مع الآخرين و المجتمع
- القدرة التامة على ممارسة الحياة اليومية بدون إعاقة بدنية أو جسمية

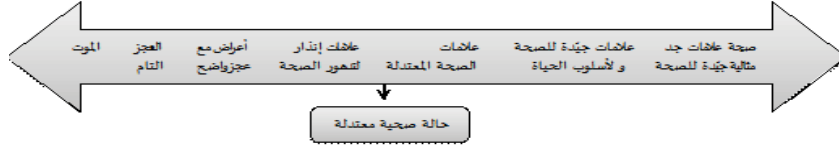
فضلا عن ذلك فقد جاء تعريف الصحة في قاموس لاروس الطبي Larousse médicale على أنها : «حالة العمل الجيد للعضوية» (Larousse médical , 2000 p917)

و من أجل ذلك عرّف جون فرنسوا فارلياك Jean-françois Verliac الصحة أنها عبارة عن:

- غياب الإشارات أو العلامات الموضوعية الدالة عن الخلل الوظيفي للعضوية،
- و كذا غياب الأعراض الذاتية أو الأمراض أو الألم.

و يضيف أن الصحة هي حالة جسمية (فيزيائية) وعقلية إيجابية و كذا حالة من الرفاهية الاجتماعية le bien être sociale و ليس فقط غياب المرض فقط

كما و أشار فارلياك Verliac أن كل من الصحة و المرض مفهومان غير منفصلان ، يتواجدان لدى الفرد بدرجات، بمعنى درجات للصحة و درجات للمرض، حيث أن الصحة تتنوع على طول متصل حده الأول الصحة المثالية ، و التي يليها إنحدار في درجاتها و معاييرها متجه نحو المرض ، الإعاقة و العجز منتهيا بالموت. (5-Verliac , sans date , p 4) . هذا ما يوضح الشكل التالي:



الشكل رقم 01: يوضح السلسلة المتصلة لدرجات الصحة

4- النماذج التفسيرية للصحة و المرض

بالرغم من أن علم النفس الصحة يعد جديداً نسبياً إلا أن له تراثاً وفيراً من النظريات و النماذج التي اهتمت بتفسير الصحة و المرض و العلاقة الكامنة بينها، حيث بنى كل منظور فكري من هذه النماذج مدخلاً مختلفاً، ومع اختلاف تلك النماذج في تفسيراتها إلا أنها تشترك في قضية واحدة هي أن مواقف الحياة المختلفة (ضغوطات الحياة ، البيئة ، العوامل النفسية) تلعب دوراً هاماً في حدوث المرض أو إبقاء الفرد بصحة جيدة.

1-4- النموذج البيوطبي

يعتبر النموذج البيو طبي أو النموذج الطبي الحيوي أول النماذج التي أثرت بقوة على مسلمات علم النفس الصحة ، فهو و بكل وضوح يفترض دائماً في التطبيقات الإستشفائية و التنظير و كذا جميع الفروع التي تهتم بالبحث في الصحة و المرض أدوات قياس عقلانية و بيولوجية. (Santiagi-Delefosse , 2002, p 22)

إذن فنموذج الصحة الطبي ، أو كما أصبح يعرف « النموذج الطبي الحيوي » أو النموذج «العلمي» ، هو منهج يستند إلى التفسيرات البيوكيميائية لاعتلال الصحة كأساس لتلقي العلاج والتدخل ، بدلا من التركيز على أشكال أخرى للطب (الطب البديل أو الطب التكميلي) ، و ينظر هذا النموذج للمرض على أنه نتيجة لمسببات خارجية (الصدمة والفيروسات ..) و الاختلالات البيوكيميائية الداخلية ، تأتي لتُخل الحالة المستقرة للمستفيد من الصحة. (Yuill , Crinson and Duncan , 2010)

عموما ، كان النموذج الطبي الحيوي في الطب منذ حوالي منتصف القرن التاسع عشر النموذج السائد في تشخيص وفهم و علاج الأمراض، بحيث أنه يقوم أساسا بالتكفل بالمرض بصفة عامة و ليس بالمريض كحالة خاصة، و قد سمحت وجهة النظر هذه بالعمل على التشخيص والعلاج بشكل أسرع لأنها تتيح فرص لإنشاء مجموعات من المرضى ، وبالتالي بروتوكولات للبحث

ويركز هذا النموذج على العمليات الفيزيائية، مثل علم الأمراض، الكيمياء الحيوية، الفيزيولوجيا المرضية و الأشعة و لا يأخذ في الاعتبار دور العوامل الاجتماعية أو الذاتية الفردية مما يحد من إمكانية توفر الرعاية الوقائية و الحد من تكرار الأمراض.

و على الرغم من الإنجازات التي لا جدال فيها في مجال التدخلات الطبية الحيوية من أجل التحكم بأشكال معينة من المرض و النتائج الفعلية للآليات البيولوجية في المرض، لا تزال ممارسة الطب الحيوي متجذرة في قاعدة معرفة تجريبية ملزمة على الإعتقاد التام و الكامل بها و رفض الإيمان بتأثير أي عامل من العوامل المحيطة بالفرد على صحته. (Yuill , Crinson and Duncan , 2010)

و لكن جاءت في السنوات الأخيرة بعض المسلمات المفسرة للمرض جعلت العديد من الباحثين بما فيهم الأطباء ينتقدون هذا النموذج، فبعيدا عن التحليلات المختلفة المفسرة للمرض ، جاء هذا النقد موضحاً أثر التمثيلات الاجتماعية لهذا النموذج الطبيعي، أين أصبح المرض الذي كان يعتبر مهاجماً خارجياً مرجعاً للصحة الذي يمثل فيه السلبية الوحيدة. (Santiagi-Delefosse , 2002, p 22)

لا ننكر أن هذا النموذج أظهر تقدمات و إنجازات لا يستهان بها ، خاصة و عندما يتطلب تعامل الطبيب مع المرض نتائج إحصائية و موضوعية دقيقة.

2-4- نموذج أحداث الحياة الضاغطة

إن النموذج الثاني الذي أمكن إطلاق المقاربات الرئيسية في علم النفس الصحة ، هو نموذج أحداث الحياة الضاغطة ، حيث أن علم النفس الصحة طوّر هذا النموذج انطلاقاً من نظريات الإجهاد.

ففي عام 1979 عرّف سيلاي Selye الإجهاد le stress على أنه ” مجموعة من الإستجابات غير المتخصصة لمواقف و أحداث هجومية و عدائية ، و بصورة عامة إستجابات لمتطلبات بيئية تفوق القدرات الفردية مستنسخة على النحو السلوكي، المثير (أحداث الحياة الضاغطة = S)، و نشاط الأجهزة الفيزيولوجية و السيورورات النفسية تعطي الإستجابة (إستجابة عضوية قوية أو ضعيفة = (Cohen and Edwards , 1989 (R)

منذ ظهور هذا النموذج المبسط نوعاً ما ، العديد من الأبحاث عدّلت و زادت تعقيدها و لكن بقيت دائماً الأحداث الضاغطة الأكثر تقدّيراً في إعطائها الأهمية القصوى في التأثير على الصحة.

إذن الصحة وفقاً لهذا المنظور ليست الحالة التي يجب النظر إليها بمنظار طبي فقط ، بل العكس فوجهة النظر الصحية تجمع بين جميع مظاهر التجارب الفردية المتفاعلة مع الأحداث الاجتماعية (Yuill , Crinson and Duncan , 2010)

عموماً أنتقد هذا النموذج بشدة لأن الاتجاه السلوكي أثبت فعاليته و صدقه على تجارب و أبحاث حيوانية فقط، و بذلك أبحاث حالية إتجهت نحو الأخذ بعين الاعتبار العوامل الوسيطة كإدراك الإجهاد من قبل الفرد ، حيث أنها تنادي بالأخذ بعين الاعتبار فعالية المتغيرات الفردية على الإجهاد بصورة خاصة و ضغوطات الحياة بصورة عامة. (Santiagi-Delefosse , 2002, p23)

3-4- النموذج النفسي جسدي أو السيكوسوماتي

يأتي النموذج الثالث المفسر للصحة و المرض ، و الذي ساعد في تطور مقاربات علم النفس الصحة و المؤمن بتأثير الوجدان على الجسد ، مختصراً في النموذج السيكوسوماتي

إن الإيمان بوجود علاقة قوية بين النفس و التعبير الجسدي ، كان مقتبس في البداية من آلية التحويل لدى الهستيري ، الذي يركز على رمزية الوظائف و المناطق الجسدية المتأثرة ، حيث أنّ هذه الرمزية التي ناد بها كل من جروداك Groddek و فرويد Freud فُسرّت على أنها ترتبط بنظام التحويل الرمزي شعور / لاشعور. (Santiagi-Delefosse , 2002, p23)

و مع ذلك و بالرغم من أن فرويد لم يستعمل مصطلح السيكوسوماتية و لا مرة في حياته ، و هو غائباً تماماً عن أعماله ، لكنه أشار عام 1914 إلى وجود نوع من الأعصاب سماها بالأعصاب الراهنة Névroses actuelles و هي أعصاب جسدية إتيولوجية يختزل فيها الصراع النفسي طريقه للجسد مظهراً أعراض فيزيولوجية تتطور على شكل أمراض (216-Sillamy, 2004 P 215)

أما بخصوص جروداك Groddek فقد كان لا يؤمن بوجود أمراض سيكوسوماتية ، و إنما اعتبر جميع الأمراض سواء كانت عضوية المنشأ أو نفسية ، فهي ذات طابع سيكوسوماتي ، فبالنسبة إليه كل إضطراب له وجه نفسي و خلفية سوماتية أو العكس. و على عكس التيارات التي تضع المرض في جانب نزات الموت فإن جروداك Groddek يضعه ضمن نزوات الحياة، لأنه يرى و يؤمن أنّ المرض عبارة عن إبداع و مظهر للحياة ، بل هو ضروري للفرد لأنه يفتح أمامه مجال للتعبير، و بالتالي فهو لا يبحث عن وضع تشخيص و إنما إيجاد روابط الفرد مع مرضه، و هكذا يصبح للمرض أصل و معنى و هدف ، إلى جانب إقراره بالمعنى الرمزي للمرض كنتيجة لكبت

الرغبات الجنسية و ليس كونه (الكبت) تعبيرا عن الإحساس بالذنب و المرض هو عقاب ذاتي (Smadja , 2005)

عموما لقد كان الخلط بين المستوى الرمزي و المستوى الترميزي في حد ذاته بذرة فشل هذا النوع من التنظير

و في الخمسينيات من القرن الماضي، مدرستان سيكوسوماتيتان تخلتا عن نموذج التحويل الرمزي ، من أجل تبني نماذج قريبة من تلك الخاصة بالأعصاب الراهنة ، أين تبرز التظاهرات الجسدية الطابع العاطفي و الوجداني ، فجاءت المدرسة الأمريكية السيكوسوماتية لتبسط بشدة المعنى الرمزي قائلةً : « إن مجالات اللغة تكون معزولة عن الجسم و تفقد قوتها الرمزية ، و بهذا يرتبط ظهور المرض مع عدم القدرة على حل الصراع العاطفي » (, Santiagi-Delefosse 2002,P 23) ، فألكسندر Alexandre مثلا من رواد هذه المدرسة، و قد كان يرى أن الإنفعالات تنتظم في سلاسل منطقية خلال التجارب الحياتية ، و أن هذه الإنفعالات مرتبطة دائما بعدد من السلوكات السوماتية (الجسدية).

و أضاف ألكسندر Alexandre أن الحالة الإنفعالية تترجم في البداية إلى اضطراب وظيفي متمركز في عضو أو جهاز و لاحقا يتحول هذا الاضطراب الوظيفي إلى اضطراب عضوي بواسطة القاعدة الفيزيولوجية المرضية، التي تنص على أن الاضطراب الوظيفي يتحول إلى إصابة تشريحية بتكراره (Stora , 2012)

و تجدر الإشارة أن هذه النماذج السيكوسوماتية ، مثلها مثل نموذج الإجهاد يتبعون النموذج البيوطبي على الأقل في افتراض وجود آلة جسمية، ثابتة و متزنة، مغلقة و موروثة ، فعندما ينفجر المثير (الألم) الموجود بالخارج (النموذج بيوطبي أو نموذج الإجهاد) أو موجود بالداخل (الصراع العاطفي للنموذج السيكوسوماتي)، فهذه الآلة المغلقة على نفسها يجب أن تضمن تجانس إتزانها الداخلي ، وذلك بتغيرات في نظامها ناتجة على تفاعلات و ردود أفعال. (Santiagi-Delefosse 2002, p24)

أما المدرسة الثانية فتمثلت في مدرسة باريس أو مدرسة بيار مارتى pierre Marty التي جاءت متناقضة مع مدرسة ألكسندر Alexandre (مدرسة شيكاغو) ، حيث يرى مارتى Marty أن الإقتصاد السيكوسوماتي يجمع مختلف العناصر الدينامية التي تحدد حركات نشاط التنظيم ، خلل التنظيم و إعادة التنظيم، و يخص ميدانه الأبعاد النفسية، البيو فيزيائية و السوسولوجية

، و تحت تسيير الحركات الفردية للحياة و الموت يتوجب على النظام السيكوسوماتي أن يصل إلى أفضل توازن (بمعنى أفضل توازن بين النفس و الجسد)

كما يرى مارتي Marty أيضا أن الإقتصاد السيكوسوماتي يفترض تواجد كمية كبيرة جدا من الإثارة ، يعجز النشاط العقلي عن تسييرها فتؤدي إلى خلل في التنظيم قد يصل إلى الساحة الجسدية، إن أي محاولة لإعادة التنظيم و التوازن يدل على حركية نزوات الحياة و العكس كل خلل في التنظيم و التوازن يعكس تواجد نزوات الموت (Marty , De M'uzan et David,) (2002 P 263)

من الملاحظ لدى مارتي Marty أن آلية نزوات الحياة و نزوات الموت لا يمكن أن تختزل في العواطف و الإنفعالات فقط ، و التنظير لهذه المدرسة الفرنسية النفسية جسدية هو أكثر تعقيدا و دقة (Keller,1997 p 267) إذن فالمدرسة الأمريكية شرحت علم الأعراض (الصحة و المرض) بطريقة أكثر وضوح من تلك الفرنسية مبرزتا نقطتين هامتين:

- دور العوامل الوجدانية : فمن دون أن يتفق جميع الباحثين على تعريف واضح و دقيق لهذه العوامل و لنتائج تأثيراتها، إلا أنهم إتفقوا و أكدوا على أن الدور الذي تلعبه هذه العوامل يقترب من دور الإجهاد في نموذج الأحداث الضاغطة ، و من خلال مجلة الأعمال - Krantz and Manuck عام 1984 أكد هؤلاء الباحثين أن الإستجابة الفيزيولوجية المتجلية في الإجهاد و تطور المرض غير ظاهرة (غير واضحة المعالم)، و بذلك نجد بعض العلماء حذرون للغاية بشأن العلاقات السببية بين الوجدان ، الإجهاد ، و تطور المرض.
- إمكانية وجود حساسية داخلية خاصة بالأحداث العدائية (المهاجمة) مرتبطة بوظيفة إدراكية معرفية غير ملائمة ، و بالتالي يُفسر إختلال النظام و الإتزان الداخلي للفرد عندما تتحول نزوات الموت و الحياة إلى وظيفة إدراكية معرفية غير ملائمة. (Santiagi-Delefosse, 2002,P 24)

4-4 الدراسات الوبائية

علم الأوبئة هو العلم الذي يدرس أنماط وأسباب، وآثار الظروف الصحة و المرض على مجموعة سكانية محددة،، فهو بذلك حجر الزاوية في الصحة العامة، كما أنه يُزوّد بالقرارات المتعلقة بالسياسات والممارسات المبنية على الأدلة من خلال تحديد عوامل الخطر لمرض والأهداف للرعاية الصحية الوقائية ، وقد ساعد علم الأوبئة في تطوير المنهجية المستخدمة في البحوث

السريية والدراسات الخاصة بالصحة العامة، على الأقل في البحوث الأساسية للعلوم البيولوجية.
(11-Porta , 2008 P 10)

و البائيات حقل من حقول الطب يدرس مختلف العوامل التي تؤثر في ظهور الأمراض، وتواترها، وطريقة انتشارها وتوزعها، وتطور سيرها، سواء أكان أساسها الفرد أم الوسط الذي يعيش فيه؛ كما يدرس الوسائل الضرورية للوقاية من هذه الأمراض. و غالبا ما يشار لعلم الأوبئة على أنه العلم الخاص بالصحة العمومية، و لكنه على خلاف العلوم الاخرى، أسسه النظرية نادرا ما تكون غير مفصلة، فتظهر الفكرة الإبيديميولوجية جافة و غامضة، و مع ذلك فصميم عمله شرح صحة الأفراد: الحياة و الموت، البيولوجيا و المجتمع، علم البيئة و الإقتصاد، حيث يهتم بمعرفة كيف تؤثر أوجه الحياة المختلفة (العمل، الكرامة، الحب، الصراعات، التمييز، الظلم...)، و تستدخل في أجسامنا مترجمة في تظاهرات صحية فردية أو جماعية (Krieger , 2011 p 381)

و لقد ركز الرصد البائي في البداية على منع ومكافحة الأمراض المعدية، وازدهرت في فرنسا لمدة عشرين عاما ليصبح واحد من خطوط العمل الرئيسية في مجال الصحة العامة مهتما بما هو جديد على الصحة العمومية (كالدن الملوث وموجات الحرارة و الأنفلونزا بأنواعها ... (Astagneau, Ancelle et Brucker , 2011 P 360)، حيث كانت غايته تحسين مستوى المعيشة في المجتمعات الصناعية الغربية، و الذي اقترن بتحويل مفهوم الصحة و تطوير أدوات لقياس الصحة المدركة أو نوعية الحياة المرتبطة بالصحة التي أصبحت من مجالات البحوث التطبيقية التي تسهم في رصد الحالة الصحية للأفراد والجماعات، والسماح لتطوير استراتيجيات الوقاية وتوقع طلب الخدمات والرعاية. (Leplege et Coste , 2001 P 333)

و قد لخص ليون جورديس leon Gordis الأهداف الأساسية من البحوث الإبيديميولوجية في :

- التعرف على مسببات مرض معين و عوامل الخطورة.
- تحديد حجم مرض معين في المجتمع.
- دراسة التاريخ الطبيعي و دلالة مرض معين.
- تقويم الإجراءات الوقائية و العلاجية.
- تقديم الأساس لرسم السياسة العامة (4-Gordis , 2009 P 3)

و لكن هذه الدراسات البائية تزيد أحيانا من تعقيد الإشكالات المتعلقة بالصحة و المرض (إنتشار المرض، أسبابه البيئية، الاجتماعية و النفسية، الفئة المعنية ...)، ففي دراسة وبائية

إحصائية أجراها الياباني كوباياشي Kobayashi عام 1957 لفت الانتباه إلى وجود علاقة مباشرة بين النزيف الدماغي وحموضة الماء الذي يجري في أنابيب جرّ المياه بعد انتشار هذا النزيف في أمكنة عدة في اليابان (Santiagi-Delefosse , 2002,P 25). فمثل هذا الاستقصاء كان عسيراً إعادة القيام به للتحقق من نتائجه في بعض البلاد كالولايات المتحدة، لأن مياهها تعالج بإضافة الصود وحمض الفحم ، كما درس شرودر Schroeder عام 1959 تأثير احتواء الماء على ثاني فحمات الكلسيوم ، فتوصل إلى أن هناك ارتباطاً عكسياً بين هذه المادة وبين انتشار الأمراض القلبية الوعائية، وقد تم التأكد من هذه النتيجة في بريطانيا (Santiagi-Delefosse , 2002,P 25). و وجد أندرسون Anderson في كندا أن عامل الماء لا يزيد من نسبة الوفيات العامة بالأمراض الإقفارية ischémique، بل يزيد من نسبة الموت المفاجئ فقط. ولكن في عام 1969 برهن كنيزادا Kanisada أن العامل المسبب لانتشار الموت المفاجئ هو الكاديوم cadmium المقرون بالنحاس في أنابيب جر المياه المصنوعة من حديد (Santiagi-Delefosse , 2002,P 25). فضلا عن الدراسة المطولة لـ Grossarth-Maticek و آخرون عام 1988 التي تمكنت من استخراج أربع عوامل نفسية إجتماعية مسببة لمرض قصور القلب التاجي و السرطان ، و لكن أنثقت هذه الدراسة بشدة من الناحية المنهجية (خصوصا من ناحية صدقها و ثقتها و كذا طرق تحليل البيانات) (Santiagi-Delefosse , 2002,P 25)

على العموم لا يمكننا التغاضي عن الأهمية العلمية لعلم الأوبئة و دورها في تزويد علم النفس الصحة بإحصاءات و نتائج دقيقة حول نسب إنتشار الأمراض وفقا لجماعات سكانية محددة ، و كذا التقصي عن الخصائص التي تشترك فيها تلك الجماعات و التي تكون لها علاقة بالصحة و المرض ، و ذلك من أجل إتخاذ الإجراءات الوقائية و العلاجية ، إلا أن هذه الدراسات تكون موثوقة إلا في ما يتعلق بعوامل الخطر البيئية و الاجتماعية المؤثرة على الصحة، لأن العوامل النفسية تبقى فردية و تتميز بالخصوصية ، و بالتالي لا يمكن أن تتمتع بالصدق التنبئي فيما يتعلق بالوضعيات الصحية اللاحقة و المستقبلية للأفراد

4-5 النموذج التكاملي (الحيوي النفسي الإجتماعي)

على الرغم من التنوع الموجود في النموذج الحالي (نموذج coping إستراتيجية التوافق stratégie d'ajustement لـ temoshok عام 1990، نموذج عدم القدرة على السيطرة لـ Fisher عام 1988، النموذج الإنفعالي لـ Contrada , Leventhal et O'Leary عام 1990)، فإن النموذج البيو نفسي إجتماعي لـ Engel عام 1977 أُعْتُبر النموذج الرائد في تفسير السيرة

التنظيمية صحة/مرض و الذي يفترض تواجد مجموعة من العوامل البيولوجية و النفسية و الإجتماعية ، تتفاعل فيما بينها من أجل تكييف نشاط العضوية .

إذا فوفقا لهذا النموذج ظهور و تطور المرض لا يتأثر فقط بعوامل بيولوجية (كوجود عامل معدي ، أو ضعف مقاومة العضوية...)، بل يتأثر أيضا بعوامل نفسية إجتماعية كالشخصية، المحيط الإجتماعي أو موقف المريض إزاء مرضه... (Bruchon-schweitzer et Dantzer, 1994 p 184)

أيًا كانت الفروق التي جاء الباحثون المنادون بهذا النموذج ، فإن أحداثه بالنسبة للنموذج البيوطبي تكمن في الأخذ بعين الاعتبار دور العوامل المعدلة ، التي تمارس تأثير على السيرة (صحة / مرض) و من خلال الإطلاع على هذا النموذج لاحظنا الآتي:

أولاً: إنطلاقاً من النموذج البيوطبي و الإجتماعي الوبائي، فإن علم النفس الصحة لا يستطيع أن يعطي لجميع العوامل التنبئية نفس الوزن، فمن وجهة نظر وبائية : السن ، الجنس ، الوسط الإجتماعي ، السكن ، أسلوب الحياة الخطر (التغذية، الكحول و التدخين...)، بعبارة أخرى جميع العوامل الإجتماعية الديموغرافية و الثقافية تكون أهم العوامل التنبئية . و لكن مع ذلك و لا عامل تنبئي من العوامل السابقة (و الذي أفضل تسميته المثير غير النشط) يستطيع ان يخلق حقل كافي لترجمة المرض العضوي، و لذل يجب أن تتواجد بعض العوامل (المثير النشط) لتحفز هذه السيرة (ترجمة المرض) كعوامل الإجهاد ، الصدمات ...، و لكن مع ذلك تبقى العلاقة المباشرة بين أحداث الحياة الإجهادية و إنفجار المرض ضعيفة نوعاً ما.

ثانياً : إن إستراتيجيات المواجهة و التكيف Coping (سنتطرق له بالتفصيل لاحقاً) أعتبرت عوامل معدلة* ، و التي تجسّد آثارها النموذج المعرفي السلوكي (بالمعنى الكلاسيكي) لعلم النفس الصحة.

إن أصالة وجهة النظر هذه المبرزة لنشاط الفرد و ردود أفعاله المحتملة ، لا تجعلنا ننسى أن هذه العوامل المعدلة ليست دائماً واضحة المعالم ، و تظهر بمستويات مختلفة في الهيكلة النفسية البيولوجية الإجتماعية للفرد : إدراكية معرفية، إنفعالية ، سلوكية....

و بذلك فآلية العوامل المعدلة تسمح بإبعاد النموذج من الناحية الميكانيكية و الإحصائية و إعطائه دينامية قريبة و التناقضات و المخاطر الذاتية، بمعنى أن الأمر يتعلق « بالحالة » كونها على قيد الحياة ، في صحة جيّدة أو تكون مريضة، و لكن بشرط واحد أن هذه الحالة تقع دائماً

في إطار سيرورة و ليست ثابتة في كينونتها.

من بين العديد من العوامل المعدلة*، المتنوعة نسبيا ، نفسية كانت أو لم تكن، أربع عوامل فقط جلبت إهتمام العديد من الباحثين مبرزينها في أعمالهم:

العامل المعدل هو متغير كيفي (مثل الجنس أو العرق أو الطبقة) أو كمي (مثل مستوى الكفاءة ، شدة القلق، درجة الإنتباه مثلا)، و هو يؤثر على إتجاه و / أو قوة العلاقة. و في إطار التحليل الإرتباطي، فإن المتغير المعدل هو متغير ثالث يؤثر على معامل ارتباط الرتب الصفري بين متغيرين آخرين. فعلى سبيل المثال وجد ستارن Stern و آخرون أن إيجابية العلاقة بين الأحداث الحياتية المتغيرة و حدة المرض كانت أقوى بصورة ملحوظة في حالة الأحداث التي لا يمكن التحكم فيها (مثل وفاة الزوج) أكثر من الأحداث التي يمكن التحكم فيها (مثل الطلاق)، و يمكن القول أيضا أن تأثير المتغير المعدل في إطار ارتباطي يحدث عندما يتغير اتجاه الإرتباط مثل ذلك التأثير الذي كان سيحدث في دراسة Stern و آخرون إذا قللت التغيرات الحياتية التي يمكن التحكم فيها احتمال الإصابة بالمرض مما يغير اتجاه العلاقة بين تغير أحداث الحياة و المرض من الإيجابي إلى السلبي. (Baron and Kenny , 1986)

- إدراك أحداث الحياة الضاعطة مع إمكانية السيطرة على الإجهاد المدرك و الذي يقدر و يقاس من خلال إستبيان (pss , perceived stress scale) ، و يتعلق بالطريقة التي يدرك فيها الفرد متطلبات موقف معين ، أما التقدير الذاتي لإمكانات رد الفعل تكوّن السيطرة المدركة، و حدة الإجهاد تزيد كلما زاد الفرق بين متطلبات الموقف و الإحتمالات المدركة من أجل التحكم و السيطرة.

- حالة الحصر (القلق) التي تكون راجعة إلى مجموعة معارف و آثار متذبذبة للحيرة و الإنتظار أمام موقف مهدد (و هو يختلف عن الحصر كسمة للشخصية)

أما بخصوص العاملين الآخرين فهما : الدعم الإجتماعي، و إستراتيجية التوافق و اللذان يمثلان في البحوث الحالية أهم العوامل المعدلة ضمن السيرورة صحة / مرض ، نتعرض لهما بنوع من التفصيل

* الدعم الإجتماعي:

تعد الروابط الاجتماعية و العلاقات مع الآخرين منذ القدم من المظاهر الحياتية التي تبعث على تحقيق الرضا الإنفعالي، و التخفيف من تأثير الضغط من خلال مساعدة الفرد على التعامل

الجيد مع الأحداث الضاغطة ، مما يؤدي إلى تفادي سوء صحته (تايلور ، 2008 ص 444) بتصرف في سنوات الخمسينيات من القرن الماضي ، أجر الباحثون في علوم الأوبئة مجموعة من الدراسات العلائقية حول الشبكة الإجتماعية و نسبة الوفيات ، و توصلت هذه الدراسات أن نسب الوفيات تكون مرتفعة عند الأشخاص المنعزلين (يعيشون بمفردهم من دون أصدقاء) ، مقارنة بالأشخاص الذين يعيشون مع أزواجهم أو يمتلكون شبكة إجتماعية مقربة . و بدءاً من الستينات ، بدأت أعمال سيكولوجية و إجتماعية الإهتمام بدور مظاهر الجماعة التي يمكنها أن توفر للفرد المنتمي إليها علاقة وجدانية إيجابية و واقية من المرض ، فبدأ السوسيولوجيون في بادئ الأمر يركزون في دراساتهم على بنية هذه الجماعات فقط، إلى حين أن لاحظ الأخصائيون النفسو إجتماعيون أن بعض الأفراد نادراً ما يمرضون بالرغم من تعرضهم المتكرر للضغط ، و أن البعض الآخر نادراً ما يعيشون تحت ضغوطات و لكنهم غالباً ما يمرضون، هنا و بالإستناد لأعمال سوسيولوجية اهتمت بدور الشبكة الإجتماعية الفعال في تخطي العديد من الصعوبات ، بدأ العمل على فحص و قياس الدعم أو السند الإجتماعي (Antonovsky, 1974).

إذن ما هو هذا الدعم الإجتماعي ؟

السند أو الدعم الإجتماعي هو نسق تنظيمي للروابط الإجتماعية الطويلة المدى و الثابتة مع جماعة من الأفراد الذين نعتمد عليهم في تقديم العون و كذا الإستناد عليهم وقت الشدائد. (Kaplan , Cassel and Gore , 1977)

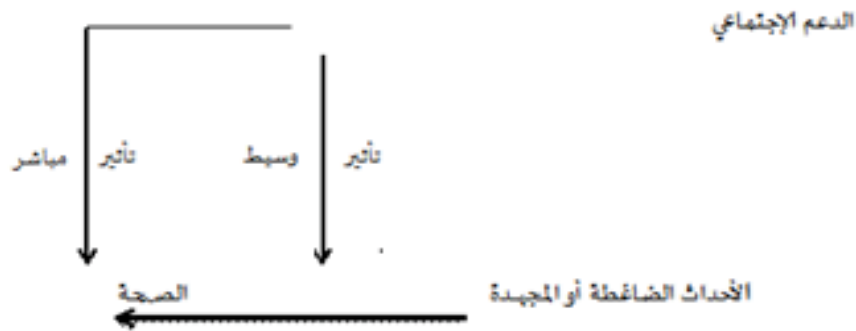
كما يُعرّف أيضا على أنه الإعتقاد بوجود أشخاص يمكن للفرد الإعتماد عليهم و الوثوق بهم و الذين يتركون لديه إنطباعاً أنهم يحبونه و يقدرونه و يمكنه اللجوء إليهم و الإعتماد عليهم عندما يحتاجهم. (Sarason , sarason and Shearin , 1986)

أما كوب Cobb فيرى أن الدعم الإجتماعي هو الرغبة في البقاء دائماً إلى جاني الأشخاص المهمين في حياتنا ، و الذين يمكنهم تقديم المعلومات و الحقائق الدالة على الحب و الإلتزام و العهود المتبادلة. (Cobb , 1976)

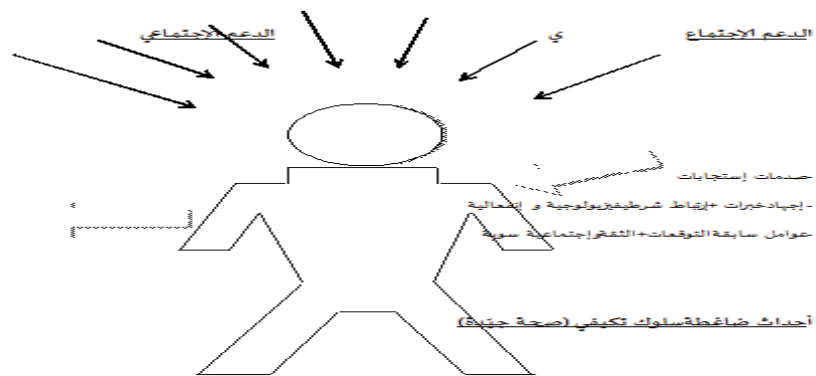
كما تم الإتفاق من طرف باحثين آخرين أن مفهوم السند الإجتماعي يشمل مكونين أساسين : الأول ، أن يدرك الفرد أن هناك عدد كاف من الأشخاص ضمن شبكة علاقاته الإجتماعية ، يمكن الرجوع إليهم و الإعتماد عليهم عند الحاجة، و الثاني ، أن يكون لدى الفرد درجة معقولة من الرضا عن الدعم و السند المتاح له و القناعة بجدواه. (معتز عبد الله ، 2001)

و بالتالي فالدعم الاجتماعي يمثل إحساس الفرد أنه محبوب و قدّر و ذو قيمة و أهمية و ينتمي إلى شبكة إجتماعية بإمكانها تقديم المساعدة له إذا احتاج إليها (الهاشمي لوكيا و فتيحة بن زروال ، 2006 ص 94)

و بذلك يمكن التلخيص بالقول أن السند الاجتماعي مفيد للصحة الجسمية و النفسية ، و ذلك لأن الشبكات الاجتماعية الكبيرة تزوّد الأشخاص بخبرات إيجابية و تعطيهم فرص لعب العديد من الأدوار التي تقابلها مكافآت من قبل الجماعة و المجتمع معاً (إبتسام سلطان ، 2009 ص 70) بتصرف



المخطط رقم 02 يوضح كيفية تأثير الدعم الاجتماعي على الصحة



المخطط رقم 03. يوضح دور الدعم الاجتماعي في الحفاظ على الصحة

* الإستراتيجيات المعرفية للمواجهة Coping

كان هارتمان **Hartmann** من الأوائل في الأربعينيات من القرن الماضي ، الذين بدأوا الإهتمام و العمل على ما يسمى ميكانيزمات المواجهة و ذلك باتخاذها لآليات الدفاع مرجعا من خلال تقليص خاصيتها التكيفية فقط . و بين التحليل النفسي و المقاربة البياجية ، جاء هان **Hann** ليعطي شرحا أوفى لميكانيزمات المواجهة هذه معتبرا آليات سهلة و مرنة تسهل عملية التكيف ، أما آليات الدفاع - حسب رأيه- فهي لاشعورية و تمثل مؤشر من مؤشرات التصلب البنيوي. (Santiagi-Delefosse , 2002, p 30)

عموما تُعرف إستراتيجيات المواجهة أو Coping على أنها : « مجموعة المجهودات المعرفية و السلوكية المتغيرة باستمرار ، و الصادرة عن الفرد ، مُوجَّهة من أجل التحكم في المتطلبات الخارجية أو/و الداخلية المدركة على أنها قوية و متجاوزة لموارد الفرد» (Lazarus and Folkman , 1984) (P141)

إن إستراتيجية المواجهة في حقيقة الأمر تتحدد من خلال خصائص الموقف (الطبيعة، الخطورة، الفترة، القدرة على التحكم...) ، و تلك المتعلقة بالفرد (الشخصية ، المعرفة ، بعض المعاملات...)، و بالرغم من أنها تمثل في الأصل سيرورة و نظام تصالحي للفرد ، إلا أن بعض الباحثين من خلال تقييمهم للخصائص الثابتة و العامة لأسلوب المواجهة فيرون أنها عبارة عن متغيرات تربيبية و ليست نظام . (Cousson-Gélie , Bruchon-shweitzer, Raheissou and Taytard , 1999)

لقد وصف الباحثون عدد لا بأس به من إستراتيجيات المواجهة و لكن نلخص أهمها في :
 - إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكلة (النشطة أو الحذرة) : و هي مجموعة مجهودات توظف لتغيير الموقف المجهد.
 - و إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول الإنفعال (السلبية أو التجنبية): و هي محاولة التحمل أو/و تغيير الذات
 - و أحيانا يضاف البحث عن الدعم الإجتماعي و هو يفترق عن الدعم الإجتماعي المدرك، لأنه يتعلق بمجهودات الفرد من أجل البحث عن الدعم الإجتماعي و ليس تقييم المساعدة المتحصل عليها. (Bruchon-Schweitzer,2002)

و بالتالي فإن إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكلة تكون مرفوقة عموماً بإجهاد مدرك ضعيف و تحكم مدرك مهم، أما إستراتيجية المواجهة الإنفعالية ، فيرافقها إجهاد مدرك معتبر و تحكم ضعيف.

و من خلال تحليل سالس و فليتشر Suls & fletcher عام 1985 و الناتج عن 43 دراسة مختلفة ، تم التأكد من إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول الإنفعال هي الأكثر خلل أو عدم تنظيم ، أما الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكلة تكون أكثر وظيفياً و تنظيمياً. (إلا في الحالات التي لا يمكن فيها التحكم بالمشكل ، كالإصابة بمرض لا يشفى مثلاً، أو بالرغم من محالات العلاج، المريض لا تتحسن حاله...) (Bruchon-Schweitzer, 2002)

عموماً ، يؤكد الباحثون أن إستراتيجية المواجهة تمثل إستراتيجية متعددة الأبعاد للتحكم، من أجل تغيير موقف معين ، فيمكن تسميتها فعالة إذا أمكنت الفرد من السيطرة أو التقليل من أثر الضغوطات الموجه إليه (المصنفة على أنها عدائية) ، و بالتالي فغياب مثل هذه الاستراتيجيات من شأنه التأثير على الصحة، لأن الفرد لم يتمكن من التفاعل مع محيطه و لا يغير ذلك الضغط الإنفعالي، و في مثل هذه الحالة الإستراتيجية قليلة التكيف مع الموقف يمكنها أن تعود ضد الفرد. إذن وفقاً لهذه الإعتبارات ، الفرد الذي يطبق إستراتيجية مواجهة فعالة يمتلك نوع من العقلانية المتميزة (حساسي/ تقييمي)، فالعديد من الباحثين أوضحوا أن إستراتيجية المواجهة أمام مشكل حقيقي أو خيالي ، مع وضع هذه الإستجابة في مكانها الأصلي لمواجهة الحدث الضاغط ، فضلاً عن نوعية التفكير المنطقي الضروري من أجل مواجهة حل المواقف الصعبة و المجهدة، يزيد من فعالية و نشاط هذه الاستراتيجية و بالتالي الحفاظ على الحالة الصحية الجسمية و النفسية الجيدة. (Paulhan et Bourgeois , 1995 P 40)

عموماً بعد أكثر من ثلاثين سنة من إقتراح النموذج البيولوجي النفسي الإجتماعي من قبل أنجل Engel ، مازال هذا النموذج يساء فهمه و يساء تطبيقه ، فالعديد من المعالجين في مجال الطب اعتبروه انشغالات بسيطة موجهة لجعل العلاج أكثر إنسانية، و البعض الآخر كذلك اعتبروه مرادف لـ علم النفس ، عندما فُسر أن بعض الأمراض تنشأ بسبب إشكالات إنفعالية ، و بالرغم من ذلك فهذا نموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي مفهوم جيداً و مدموج بشكل صحيح في العملية العلاجية ، فهو أداة تشخيصية وعلاجية قوية تنطبق على العديد من المشاكل الصحية، و لتوضيح هذه الأطروحة، نقترح بعض الأمثلة الوجيزة :

- نمو الدماغ ، بعيدا عن كونه يتحدد تماما من خلال البرنامج الوراثي لكنه يتأثر إلى حد كبير بالعوامل العلائقية والعاطفية والبيئية ، فظواهر الإنتقاء العصبي تعزز الدوائر المحفزة بقوة (المتأثرة بشدة بالعوامل سابقة الذكر) و تقضي على الدوائر غير المستخدمة أو الزائدة عن الحاجة، فعلى سبيل المثال الحرمان العاطفي المبكر بإمكانه أن يخلف أضرار جسيمة على نمو الدماغ مما يؤدي في تغيرات سلوكية (Joseph , 1999)

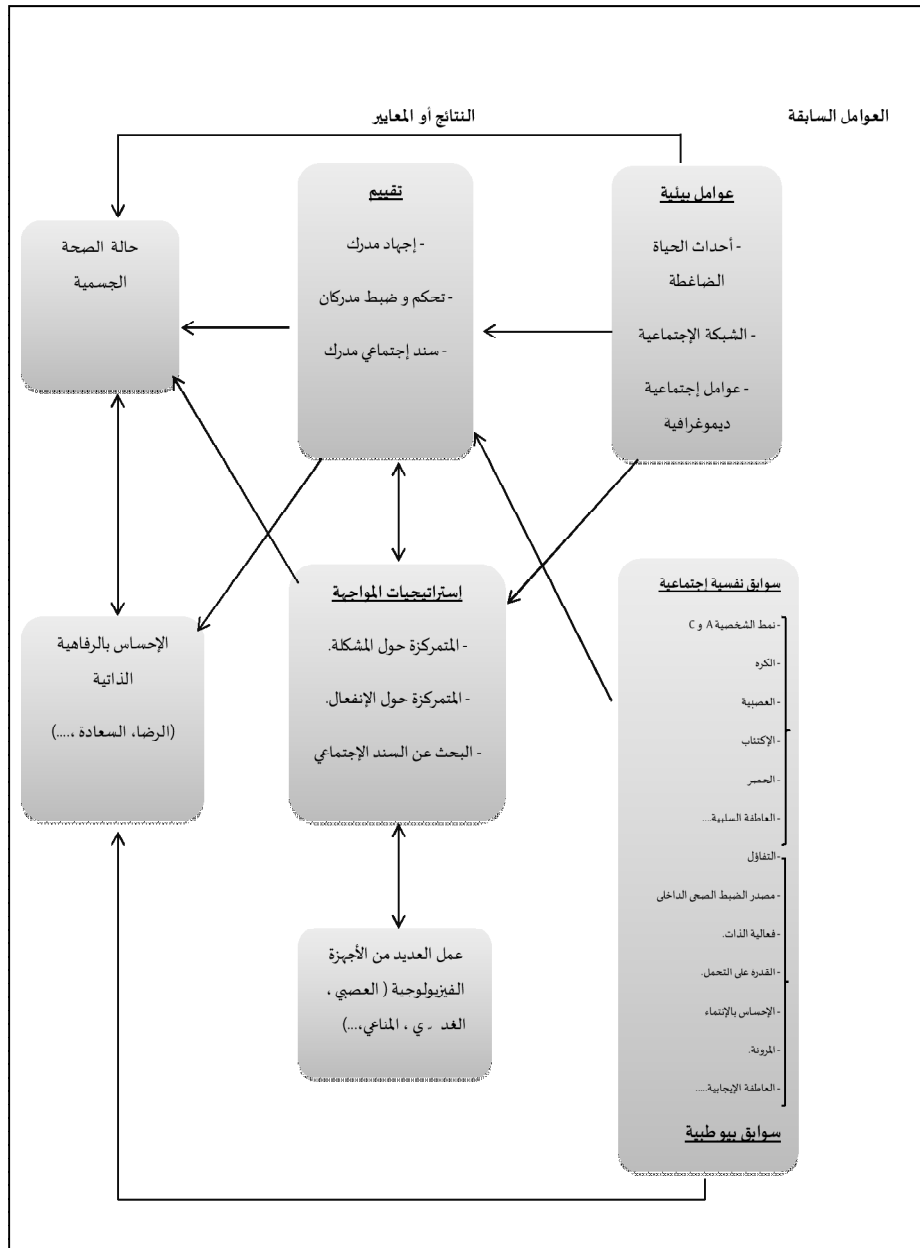
- أما في مجال القلب والأوعية الدموية فتأثير العوامل النفسية الاجتماعية مثل الإجهاد أثبتت علميا دورها الفعال في تطور الأمراض المختلفة، وكذا التكفل بها و علاجها (Brotman, Golden and Wittstein , 2007)

- والمثال الأخير يتعلق تأثير دواء placebo ، ونتيجته الطبيعية، وتأثير دواء nocebo، التي طالما اعتبرت الأعراض الناجمة عنه أعراض وهمية ، و لقد توصلت أعمال السنوات الأخيرة أن هذه الأدوية تُحدث آثار سيكولوجية تنتج عن طريق التغيرات في تركيب الناقلات العصبية ، و التي تتضح من خلال توقعات المريض حول العلاج و الدواء و التي يجسدها نظام الإشراف الكلاسيكي و كذا آليات التعلم (Finniss, Kaptchuk, Miller and Benedetti , 2010)

و في الختام يمكن القول أن النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي هو في آن واحد نموذج نظري، بمعنى مجموعة فرضيات تفسيرية متماسكة وواضحة للصحة والمرض، وكذا أداة سريرية ، بمعنى مجموعة من الوسائل التشخيصية والعلاجية للتطبيق مباشرة.

على المستوى النظري يعطي هذا النموذج صورة واضحة عن الإنسان باعتبار كل العوامل البيولوجية و النفسية و الاجتماعية كعوامل مساهمة في تحقيق الصحة أو تطور المرض ، و بهذا يمكن إعتبار هذا على المستوى النظري يعطي هذا النموذج صورة واضحة عن الإنسان باعتبار كل العوامل البيولوجية و النفسية و الاجتماعية كعوامل مساهمة في تحقيق الصحة أو تطور المرض ، و بهذا يمكن إعتبار هذا النموذج توسيع للنموذج البيوطبي : فالعوامل البيولوجية تحتفظ دائما بمكانها و دورها المهم في التدخل في السيرورة صحة /مرض.

يمكننا تلخيص النموذج التكاملي في المخطط الآتي:



المخطط رقم 04 يوضح النموذج التكاملي للصحة لـ Bruchon-Schweitzer & Dantzer، عام 1994، مقتبس من: (Koleck, M. Bruchon-

shweitzer, M.L & Bourgeois, 2003)

5- العوامل السلوكية المؤثرة على الصحة:

هناك عدد كبير جدًا من السلوكيات التي من شأنها أن تؤثر على الصحة، و فيما يتعلق بالمصطلحات فقد صنفنا إلى مصطلحات إيجابية و أخرى سلبية و ذلك بالقول السلوكيات المحافظة على الصحة و السلوكيات المهددة بالصحة

سوف نقوم بطرح مجموعة من العوامل السلوكية التي يمكنها أن تؤثر على الصحة ، في البداية نقوم بعرض موضوع الإجهاد و تأثيراته، يليه تسليط الضوء على العوامل الشخصية التي تؤثر على الصحة و السلوك الصحي أيضا، و أخيرا التطرق إلى عامل أسلوب الحياة أو نمط الحياة و ما يحمله من تأثيرات و مخلفات على الصحة.

1-1-5 الإجهاد

إن مصطلح «إجهاد» يستخدم غالبا لوصف مواقف يكون فيها الفرد مجبر على تجاوز كفاءاته و قدراته لتحقيق توازن (Lazarus & Folkman , 1984) ، و تكون المواقف المجهدة نموذجية عندما تكون حديثة، غير متوقعة و غير مقاومة ، هذه المواقف يمكنها أن تعطي على الصعيد النفسي و الفيزيائي (الجسمي) أرضية ملائمة و مفضلة تترجم عليها نتائج هذه المواقف إلى أمراض. (Stephoe & Mathews, 1984)

إن أهم إشكال يتعلق بالصحة هو فهم الكيفية و الطريقة التي من خلالها يساهم الإجهاد في تطور و ظهور المرض، و من أجل ذلك عمد الباحثون في مجال علم النفس الصحة على إقتراح احتمالين هامين ساهما في فهم و تفسير آلية الإجهاد و تأثيره على الصحة.

أما الأول فهو يعتبر أن للإجهاد عوامل تأثيرية غير مباشرة على الصحة، تتضح من خلال إرتفاع نسبة السلوكيات المهددة للصحة (مثل التدخين، الكحول،...)، و فيما يتعلق بالإحتمال الثاني فهو يرى أن الإجهاد يمارس عمل تأثيري مباشر على الجسم (كرفع ضغط الدم ، نسبة السكر في الدم...)، و كذا التأثير على مقاومة الشخص المريض لمرضه من خلال تعطيل و إخماد عمل الجهاز المناعي لديه ، الأمر الذي يُظهر إشتداد و تفاقم الداء، او ظهور أمراض لأشخاص يمتلكون الإستعداد لذلك.

إن تنوع الاستجابات السلوكية و الإنفعالية التي يظهرها الفرد تمثل مجموع محاولات التخلص من المواقف الإجهادية ، حيث تكون هذه الإستجابات مرفوقة بتغيرات مناعية، عصبية، غذية...

خلال فترات المواقف الإجهادية، تتشكل عوامل تحريضية للدماغ ، تتسبب في جعل الغدة

النخامية تزيد من إفراز ACTH (الهرمون المنشط للغدة الكظرية) الذي من شأنه أن يزيد من إفراز الكورتيكويد Corticoïdes الموجودة بقشرة الغدة الكظرية، بالإضافة إلى إنتاج عدد من التغيرات المعروفة (كالزيادة من إفراز الأدرينالين أو النورادرينالين ن زيادة في نسبة الكلوكوز ...)، هذه الهرمونات الستيرويدية Stéroïdes يمكن أن يكون لها تأثيرات بالغة أيضا على الجهاز المناعي، و من أجل ذلك يحتاج الإجهاد الحاد إلى درجة عالية من الفحوصات ، أما الإجهاد المزمن فمن شأنه أن يؤدي إلى تحورات مناعية تالفة مع تأثيرات مضادة للصحة. (**Bachen , Cohen & Marsland , 1997**) كأن يؤدي مثلا إلى تباطؤ إلتئام الجروح و كذا إطالة وقت إختفاء آثار الجروح (**Kiecolt- glaser & al , 1995**) ، و كذا زيادة القابلية للإصابة بالأمراض المعدية و التعفنية (**Cohen & Williamson, 1991**) (infectieuses)

2-5- الشخصية:

بالرغم من أنه ليس هناك دعم تجريبي ثابت للفكرة القديمة التي تقر بوجود أمراض مختلفة مرتبطة بأنماط لشخصيات معينة، إلا أنه توجد أدلة و موثوقة و من مصادر مختلفة ، تؤكد على ان الشخصية (شخصية الفرد) يمكن ان تؤثر على الصحة و تلعب دورا مهم في تشكل المرض و بطرق مختلفة.

و الجدير بالذكر أن أفضل الدراسات في هذا المجال ، تلك التي توصلت إلى وجود علاقة واضحة بين نمط الشخصية أ A و مرض الشريان التاجي ، و بالرغم من أن الدراسات السابقة في الستينات و السبعينات كانت لاحقا مشجعة جدًا، إلا انها زادت العمل صعوبة ، بحيث أصبح التفكير ينصب على بعض المكونات مثل الغضب و العداءة اللذان يمثلان أهم المصادر المولدة للمرض. (**Gold & Johnston, 1990**)

إن الأفراد الذين يحملون نمط الشخصية أ A يظهرون تفاعلات فيزيولوجية واضحة و عظيمة (مثل : ضغط الدم ، معدلات نبضات القلب...) تتماشى و المتطلبات البيئية، و قد تولد متطلبات بيئية أكثر من خلال أسلوبهم السلوكي، و بالتالي فالارتفاعات المتكررة للضغط الدموي و المستويات المرتفعة للتغيرات الهرمونية المرفوقة باستجابات إجهادية، قد يُسببان تغيرات طبيعية فيزيولوجية مضادة، تقود في النهاية إلى أمراض للقلب و الشرايين

كما أن هذا النوع من الأفراد (الحاملين للشخصية أ A) يميلون إلى إنتاج سلوكيات غير صحية ، حيث أنهم يشربون الكحول أكثر من النوع ب B ، و إذا دخنوا فهم يستنشقون دخان سيجارتهم

لوقت أطول (Weinmann & Petrie, 2000)، كما تجدر الإشارة أن سلوك غط الشخصية أ، يشغل نطاق واسع جدا في بحوث الصحة العقلية حاليا التي طوّرت تدخلات رائعة لتغيير نمط سلوك هؤلاء الأفراد إلى عادات صحية إيجابية.

عموما فإن التغيرات الشخصية من شأنها أن تؤثر على الصحة بطرق مختلفة و اختلاف واضح، حيث يمكن أن تجعل بعض الأشخاص في علاقة إيجابية مع الصحة و السلوك الصحي و البعض الآخر في علاقة مضادة.

إن أهم ما ولّده البحث التجريبي في هذا المجال هو مفهوم «القساوة» الذي يصف الأفراد بإحساس عالي من السيطرة على أحداث الحياة، إحساس قويّ بالالتزام و كذا ميل لرؤية المتطلبات و التغيرات البيئية كتحديات، كما يُعتقد بأنهم أقلّ تعرضا للإجهاد، أما السمة الأخرى من سمات الشخصية التي تقود إلى وقاية الصحة فهي التفاؤل، و التي تحمل الفرد نحو الميل إلى التوقعات الإيجابية في الحياة، تحمّل أكثر المواقف الإيجابية (أو المولّدة للإجهاد) و الإنشغال بأساليب الحياة الأكثر صحة. وبذلك يمكن القول أن هناك أكثر من دليل على انه يوجد أنماط عامة وجدانية إيجابية أو سلبية مرتبطة بالشخصية يمكن أن تؤثر على الصحة من أصعدة مختلفة. (Watson & Pennebaker, 1991)

فالأفراد الذين يكونون أكثر عرضة و تأثر بالمواقف السلبية (الأحداث السلبية) بمعنى يواجهون إنفعالات أكثر سلبية و خصوصا القلق، لا يعتبرون أكثر عرضة للمرض و لكنهم يظهرون تغيرات و أعراض جسمانية و فيزيولوجية تستلزم مساعدة طبية (Wiebe & Smith, 1997)

5-3 أسلوب الحياة:

إنّ جلّ الدراسات المؤثقة تؤكد على أن أهم التأثيرات المُمارسة على الصحة هي السلوكات الصحية الخاطئة أو السالبة مثل التدخين و الإفراط في تناول الكحول (Sayette and Hufford, 1997)، حيث وفّرت أدلة أكيدة أنّ المدخنين ليسوا فقط معرضين للموت من سرطان الرئة و أمراض السرطان الأخرى، بل لديهم نسب أعلى بكثير للتعرض إلى الأمراض القلبية و الشريانية و الإضطرابات التنفسية المزمنة خصوصا إنتفاخ و التهاب القصبات الهوائية، علاوة على ذلك، فإن المستويات المرتفعة من التدخين هي التي تحدد خطورة المرض و الإرتباط الوثيق بالأمراض السالفة الذكر. أما المستويات العالية و الثابتة لاستعمال الكحول تختلف نوعا ما، لكن سلسلة المشاكل الصحية غير المرغوب فيها يمكن ملاحظتها، فتعاطي الكحول يعتبر سبب رئيسي

للحوادث و بالخصوص حوادث السير، كما أنه يمكنه إلحاق أضرار وخيمة بالكبد، بالإضافة إلى التأثيرات الجرم التي يمارسها على الدماغ. (Sayette and Hufford,1997)

يتقاسم علماء الصحة النفسانيون أسئلة عديدة ومهمة تتعلق بالسلوكات الصحية المضادة للصحة و للأشخاص من خلال التعرف و البحث على أصولهم، وقايتهم، منعهم و كذا علاجهم، كما أنهم يؤكدون في آن آخر على وجود محددات عديدة لهذه السلوكات، بدءاً بطرق تحمل الإجهاد، الرد على الضغوطات، حالات السرور، و لعدد من الأسباب الأخرى، فبهذه الطرق يبقى هؤلاء الأشخاص مساندون من قبل تشكيلة من العوامل الحيوية، الإجتماعية و النفسية.

بالرغم من ان علم نفس الصحة يلعب دورا مهم في مجال الوصف، التوضيح و التدخل في السلوكات المضرة بالصحة، فمن المهم أن لا ينحصر التفكير في هذه المشاكل من نطاق فردي و سلوكي بحث، بل يجب أن يتعدى ذلك الإهتمام في أغلب الأحيان بالظروف الإجتماعية المضادة و السياقات الثقافية المختلفة، و كذا التعامل التطبيقي و الميداني مع قدرة تأثير العوامل الإجتماعية و الثقافية من أجل فهم الصحة الوقائية أو سلوك تحسين الصحة ، فقد أكدت الدراسات التنبئية أن السلوك اليومي و باختلاف أنواعه (نوعية الأكل ، النوم ، التمارين،...) يمكن أن تمارس تأثيرات طويلة المدى و هامة على الصحة ، كما تؤكد أن التدخلات يجب أن تخطط بعناية فائقة بسبب صعوبة القيام و إبقاء التغييرات على السلوك الصحي. (Carroll , Bennett and Davery ,1993)

5-4-4-4 الاعتقادات و السلوك المتعلق بالصحة

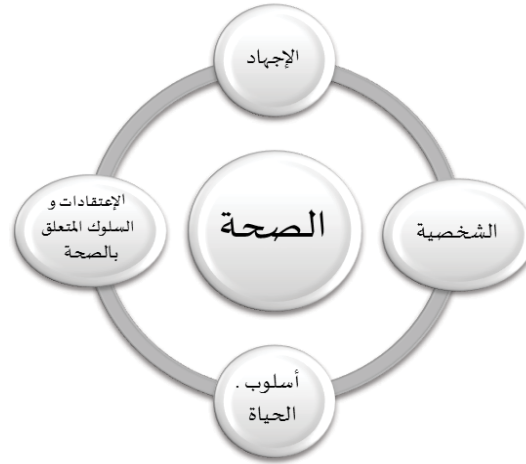
بالرغم من أن علماء الصحة النفسانيون يُقرون و يؤكدون على أهمية العوامل الإجتماعية و الثقافية و المزاجية و كذا الموقفية في ممارسة السلوك المتعلق بالصحة ، إن هناك بحوث عديدة ينصب تركيزها على دور الاعتقادات في توضيح الخلاف المتعلق بالسلوك الصحي.

إن النظريات التوضيحية الكثيرة الإستعمال وصفت بشكل عام نماذج الإدراك الإجتماعي، حيث استندت هذه النماذج على أنه: عندما يكون شخص في موقف يتطلب إتخاذ قرار بخصوص سلوك صحي معين (مثلا: يقوم بفحوصات طبية أو تحاليل معينة، لباس حزام الأمان...)، فإن هذا القرار المتخذ و السلوك المنفذ يمكن أن نفهمه بشكل جيّد في إطار تصورات هذا الشخص و إعتقاداته المتعلقة بالصحة و كذا السلوك موضع السؤال.

عموما ، إن أفضل النماذج و النظريات المعروفة: نموذج إعتقاد الصحة، نظرية العمل المعقول

، نظرية السلوك المخطط و نظرية الحماية / الحافز (Weinmann and Petrie , 2009)، حيث عملت جميعها على تحديد مكان قوة بعض الإعتقادات و محددات رغبة الفرد و حافزه لتنفيذ السلوك الصحي و كذا التقييمات المهددة بالصحة (نعطي أمثلة عن ذلك: هل من المحتمل حقا أن يؤثر علي؟ هل فعلا هذا السلوك متعلق بالصحة؟ هل حقا هذا الشيء ينفعني لأقوم به؟...). كما تُدخل النماذج الأكثر حداثة إعتقادات أخرى: مثل الكفاءة الذاتية التي تعكس إعتقاد الأفراد حول قدرتهم على تنفيذ السلوك المتعلق بالصحة و نواياهم المتعلقة بتطبيق هذا السلوك.

و أما فيما يتعلق بالسلوك المألوف و الإعتيادي و المتعلق بصحة الفرد (مثلا: سلوك غذائي معين، سوء إستخدام مادة معينة...)، فإن مجال البحث حاول و يحاول جاهدا تطوير نماذج المراحل الأساسية مثل نموذج تبني الحذر Precaution adoption model لـ Weinstein ، حيث تطرق لوصف المراحل التي قد يمر بها الأفراد في تقييمهم لمفهوم الصحة، من خلال عمليات التفكير، التخطيط و كذا تغيير السلوك. (Weinmann and Petrie , 2009)



الشكل رقم 05: يوضع العوامل السلوكية الرئيسية المؤثرة على الصحة.

خاتمة

في الختام نخلص إلى القول أن الصحة عبارة عن حالة إيجابية يلعب الشخص من خلال تفاعله مع الظروف الاجتماعية و الثقافية السائدة دوراً فعالاً في تحقيقها أو غيابها، ويصعب فهمها دون أخذ الظروف الاجتماعية والثقافية والاقتصادية السائدة في مجتمع من المجتمعات

بعين الاعتبار. كما و أن الصحة لا تعني مجرد الخلو من الاضطراب أو المرض أو الضرر، وإنما يمكن اعتبارها حالة من التوازن الديناميكي بين وجوه مختلفة، و يمكن وصفها من خلال مجموعة من سمات الخبرة و السلوك، فهي حالة يتم تحقيقها وبنائها بصورة شبه دائمة و يومية ، بحيث لا تتلخص فيما يفعله الإنسان في سبيلها، وإنما كيف يفعل ذلك، من خلال موقفه أو اتجاهه مما يفعله ويقوم به.

و بالتالي فمجال صحة الأفراد مجال واسع يُدخل في طياته العديد من المجالات و التخصصات ألقأها: علم النفس الإكلينيكي، على النفس النمو، علوم التربية، مفاهيم البيئة، الحقوق و علوم التمريض، التغذية ، الطب العقلي و العمل الاجتماعي . من أجل ذلك فإن الكم الهائل من المعلومات المتعلقة بصحة الأفراد و تعزيزها يُقدّم تحديات مختلفة، أمّا من الناحية الاكلينيكية فرعاية جيّدة للأفراد يتطلب تضافر جهود مختلف الميادين و التخصصات، مع وجود تداخل بين المعارف الأساسية المستخدمة و المشاركة و خبرة كل متمرس.

من أجل ذلك ، كان و لابد من تطوير معرفتنا حول أساليب و نوعية حياة الأفراد في مجتمعاتنا، و كذا المعرفة الضرورية بكل العوامل المتدخّلة و المتحكّمة بممارساتهم للسلوكات الصحية المختلفة، و التي من شأنها أن تسيطر على حالتهم الصحية ، و تحدد أسلوب حياتهم و نوعيتها.

- التوصيات و المقترحات

إن الرصد النظري لمفهومي الصحة و المرض من وجهة نظر علم النفس الصحة، يعود بالفائدة الكبيرة في بناء أساس ميداني سليم يسعى إلى تقصي كل الحقائق الكامنة وراء السلوكات الصحية الجيّدة منها و غير الجيّدة من قبل الأشخاص؛ من أجل ذلك نطرح بعض التوصيات و الإقتراحات التي تخدم و تعتمد في آن واحد مجال الصحة بصورة عامة:

- إجراء دراسات مسحية وبائية معتمدة في تفسيرها للنتائج على النظريات المختلفة في علم النفس الصحة

- موضوع الصحة و السلوكات الصحية لدى المراهقين تعتبر من المواضيع المهمة و الحيوية ، إلا أنّ الدراسات حولها ما زالت في الجزائر بشكل عام قليلة و بحاجة إلى المزيد من البحث

- العمل على التقصي والفهم الجيّد لبعض الجوانب الحياتية و أسلوب الحياة الخاص بالأفراد.

- إقتصار تركيز أغلب الباحثين في دراساتهم على السلوكات الصحية و مخلفاتها منفردةً، دون إعطاء ملمح (بروفيل) صحي خاص بالأفراد موضع الدراسة.

- يُعتبر البحث عن محددات الصحة و مستوياتها و علاقتها بالسلوكات الصحية الممارسة من قبل الأفراد من المواضيع المهمة المساهمة في فهم حقيقة الصحة و المرض و إعطاء بروفيل صحي خاص بالأفراد موضع الدراسة .

- إثارة آفاق جديدة و إبراز أسئلة و مشكلات عديدة، تُتيح فرصا لحلها و مناقشتها من قبل المختصين المهتمين بمواضيع الصحة و السلوكات الصحية خاصة لدى المراهقين.

قائمة المراجع

1. عبد الوارث الرازي (2002). تطوير أداة لتقييم العادات غير الصحية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية، مجلة المؤتمر العلمي الرابع عشر : منهاج العلوم في ضوء مفهوم الأداة. المجلد 02 . كلية التربية، جامعة عين شمس: مصر
2. عبد المجيد الشاعر و آخرون (2001). الصحة و السلامة العامة. الطبعة الأولى. اليازوري العلمية للنشر و التوزيع. عمان: الأردن
3. لوكيا الهاشمي و بن زروال فتحة (2006). الإجهاد: مفهومه، تعريفه، أنواعه، مصادره، نظرياته، أساليب قياسه، الإستراتيجيات الوقائية و العلاجية. الجزائر: دار الهدى للطباعة و النشر و التوزيع
4. سامر جميل رضوان (2002). الصحة النفسية. دار المسيرة للنشر. عمان: الأردن. <http://www.arabpsynet.com> (زيارة الموقع 2014/03/18)
5. كونراد ريشكة و سامر جميل رضوان . السلوك الصحي و الإتجاهات نحو الصحة ، دراسة مقارنة بين طلاب سوريين و ألمان. <http://de.geocities.com/psychoarab/gesund>. (زيارة الموقع 2013-03-03)
6. إبتسام محمود محمد سلطان (2009). المساعدة الإجتماعية و أحداث الحياة الضاغطة. عمان، الأردن: دار صفاء للنشر و التوزيع
7. تايلور شيلي (2008). علم النفس الصحي. الطبعة الاولى ، ترجمة: وسام درويش بريك و فوزي شاكرو داود. عمان ، الأردن: دار الحامد للنشر و التوزيع
8. معتز سيد عبد الله (2001). الإيثار و الثقة و المساعدة الإجتماعية كعوامل أساسية في دافعية الأفراد للإنضمام للجماعة ، مجلة علم النفس . العدد 57. صص (98-133). القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
9. منظمة الصحة العالمية: المكتب الإقليمي لشرق البحر الأبيض المتوسط (1988). نموذج المنهج الصحي المدرسي (مرشد المعلم). الإسكندرية: مصر
10. Ader. R and Cohen. N (1975). Behaviorally conditioned

- immunosuppression. **Psychosomatic Medicine**. Vol 37.N 4. Pp (333–340.)
11. Antonovsky . A. (1974). Conceptual and methodological problems in the study of resistance resources and stressful life events ; In B.S. Dohrenwend & B.P. Dohrenwend (Eds.).**Stressful life events: Their nature and effects** .pp(245-258). New York . NY: Wiley
 12. Astagneau.P , Ancelle.T et Brucker.G (2011). **Surveillance épidémiologiques ; principes méthodes et applications en santé publique**. Lavoisier. Paris
 13. Bachen.E ,Cohen.S and Marsland .A (1997). Psycho-immunology; **In cambridge handbook of psychology, health and medicine** (ed.A.Baum, S.Newman, J.Weinman , R.West and I.C.Mac manus).Cambridge university press. Pp(35-39).
 14. Baron.R.M and Kenny .D.A (Dec 1986). The moderator – mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic and statistical considerations. **Journal of personality and social psychology**. Vol 51. N 06. Pp (1173-1182)
 15. Belar. C. D, Mendonca McIntyre. T. and Matarazzo. J. D (2003). Health psychology. In D. K. Freedheim and I. Weiner (Eds.); **Handbook of Psychology. Vol.1: History of Psychology**. New York: Wiley
 16. Belloc. N and Breslow. L (1972). Relationship of physical health status and health practices. **Preventive Medicine**. vol 1. N3. Pp(409-421.)
 17. Brotman .D.J, Golden. S.H and Wittstein. I.S (2007). **The cardiovascular toll of stress**. Lancet;370. Pp(10891100-). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pumед/17822755> (visiter le 29/03/2013)
 18. Bruchon-Schweitzer.M et Dantzer .R (1994). **Introduction à la psychologie de la santé** .PUF. Paris
 19. Carrol .D , Bennett.P and Davery Smith.G (1993). Socio-economic health inequalities: their origins and health implications. **Psychology and health**. Vol 8. Pp 295-316.
 20. Cobb.S (1976). Social support as a moderator of life stress ; **psycho-som-med**. Vol 38. N 05.Pp (300-314)

21. Cohen. S and Edwrad. J.R (1989). Personality characteristics as moderators of the relationship between stress and disorder ; In R.W.Neufield(Ed). **Advances in the investigation of psychological stress** . Pp (235-283).new York
22. Cohen.S and Williamson.G.M (1991). Strss and infectious disease in humans; **Psychological Bulltin**.N 109. Pp (05-24)
23. Finniss .D.G, Kaptchuk .T.J, Miller Fand Benedetti .F. (2010). Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects. Lancet;375. P p (686695-). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pummed/20171404>. (visit  le 29/03/2013)
24. Gold.A and Johnston.D (1990). Anger , hypertension and heart disease: In current development in health psychology (P.Bennett and P.Spurgeon). London : Harwood academic. Pp 105-128.
25. Gordis.L (2009). Epidemiology. 4th edition. Saunders Elsevier edition.
26. Cousson-G lie.F , Bruchon-Shweitzer.M , Raheisson.C & Tayard.A (1999). Lieu entre style de coping et qualit  de vie ; **Psychologie et psychom trie** . vol 20. N01. Pp (2538-)
27. Johnston .M , Weinman .J and Chater . A (2011). A healthy contribution. **The Psychologist**. Vol 24(12). Pp (890-892) .
28. Joseph. R (1999). Environmental influences on neural plasticity, the limbic system, emotional development and attachment : **A review: Child Psychiatry** .Hum Dev; 29. Pp (189-208.)
29. Kaplan .B.H , Cassel .J.C and Gore.S (1977). Social support and health . **Med care** . Vol 15. Pp (47-58)
30. Keller.P.H (1997). **La m dicine psychosomatique en question : le savoir du malade**. Odile Jacob. Paris
31. Kiecolt-glaser.J.K, Marucha .P.T, Malarkey.W.B, Mercado.A.M and Glaser.R (1995). **slowing of wound healing by psychological stress**. Lancet, 346. Pp (1194-1196)
32. Krieger.N (2011). **Epidemiology and the people's health ; theory and context**. Oxford university press

33. Koleck.M, Bruchon-shweitzer.M.L & Bourgeois (2003). Stress et coping : un modèle intégratif en psychologie de la santé ; Annales medico-psychologiques. Vol 161 . Pp (809-815)
34. Larousse medicale (2000). France: Paris, edition Larousse
35. Lazarus.R.S and Folkman.S (1984). **Stress, appraisal and coping**. Springer: New York
36. Leplège.A et Coste .J (2001). **Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie ; méthodes et applications** . Estem. paris
37. Marty.P , De M'uzan.M et David .C (2002). **L'investigation psychosomatiques ; sept observations cliniques**.PUF :Paris
38. Matarazzo.J.D (1980).Behavior health and behavior medicine ; Frontiers for a new (health. **American psychologist**. N 35. Pp (807-817
39. JUIN 1946) . Actes officiels 22-OMS ; Conférence internationale sur la Santé (19 de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100 (entré en vigueur le 7 avril 1948
40. Paulhau .I & Bourgeois.M (1995). **Stress et coping ; les stratégies d'ajustement à l'adversité**. Paris : PUF
41. Porta .M (2008).A dictionary of epidemiology. Oxford university press
42. Santiago-Delefosse.M (2002).**Psychologie de la santé; perspectives qualitatives et cliniques**. Edition Mardaga. France
43. Sarason.J.G , Sarason .B.R and Shearin .E.N (1986).Social support as individual (difference variable. **Journal of personality soc-psy**. Vol 50. N 04.Pp (845-855
44. Sayette.M.A and Hufford.M.R (1997).Alcohol abuse/ alcoholism. **In Cambridge hand-book of psychology , health and medicine** ; Ed A. Baum, S.Newman, J. Weinman, R. west and I.C. Mac manus. Pp (347-350). Cambridge university press
45. Silammy.N (2004). **Dictionnaire de la psychologie** . Edition Larousse. France
46. Smadja.C (2005).**Présentation de la psychosomatique**. <http://www.spp.asso.fr> (le 27 (2014/03/site web de la société psychanalytique de paris)(visiter le 27
47. Steptoe . A and Mathews. A (1984).Health care and human behavior; **Academic**

- (press. London .Pp (231-259
- Sterling. P and Eyer. J. (1981). Biological basis of stress-related mortality. **Social .48** (**Science & Medicine. Part E, Medical Psychology**. Vol 15. N 01. Pp (3-42
49. Stora.J.B (2012). **Histoire de la psychosomatique**. SPI société de psychosomatique intégrative . <http://www.Sociétédepsychosomatiqueintégrative.com> (visiter le 27/2014/03/)
50. Verlhac .J.F (sans date). **La psychologie sociale et santé**. <https://ufr-spse.u-paris10.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils>. (visiter le 25/2014/03/)
51. Watson.D and Pennebaker.J.W (1991). Situational, dispositional and genetic bases of symptom reporting; **In mental representation in health and illness**(ed J.K Skelton and R.T Croyle)Pp 60-84 .New York
52. Weinman .J and Petrie.K.J (2000). Health psychology ; In M.G Gelder,J.J; Lopez-Ibor,N.C.Andreasen and J.Geddes (Eds): **New oxford textbook of psychiatry**. London: oxford university press.
53. Wiebe.D and Smith.T.W (1997).Personality and health . **In hand book of personality psychology** (Ed R.Hogan and J.A Johnson) Pp 891-918. Academic press, San Diego.
54. Yuill.C , Crinson.L and Duncan.E (2010). **Key concepts in health studies**. <http://www.knowledge.sagepub.com> (consulter le 25/03/2014)