

الشخصية والسلوك كعوامل خطورة على الصحة

فاطمة الزهراء الزروق

أستاذة مكلفة بالدروس بقسم علم النفس

جامعة البليدة.

ملخص:

من المؤكد أن إضافة المؤشرات الشخصية والسلوكية إلى كمية المؤشرات الصحية التقليدية التي تستعمل لتقييم الصحة قد ساهم في إحداث تطور واضح في مجال دراسة العواقب الصحية التي تمارسها الشخصية والسلوك على الصحة العامة للأفراد. وفي هذا السياق تسعى هذه الدراسة إلى عرض مختلف التصورات التي يطرحها علماء نفس الصحة لشرح الدور الذي تلعبه المحددات الشخصية والسلوكية في تشكيل عامل الخطورة على الصحة، من خلال توضيح بعض المفاهيم والمتغيرات كالسلوك الصحي وأسلوب الحياة والشخصية ذات الاستعداد للإصابة بالمرض.

مقدمة:

ساهم الإهتمام المتزايد بموضوع الصحة في إعطاء تصورات جديدة لمفهوم الصحة تختلف عن التصورات الكلاسيكية المعروفة باقتصرها في تعريف الصحة على أنها حالة الخلو من المرض وأعراض المرض. حيث انبثقت المفاهيم الجديدة للصحة من فكرة التفريق بين الإصابة بالمرض (Disease) وبين وضعية المرض (Illness) ، أي بين الحدث البيولوجي المتميز بالتغيرات التشريحية أو الفيزيولوجية أو البيوكيميائية ، وبين الخبرة الذاتية الناتجة عن تفاعل الفرد ككائن بيولوجي مع محيطه في حالة الإصابة بالمرض. وعليه فإن منظمة الصحة العالمية تعرف الصحة على أنها مجموعة المصادر الإجتماعية، الشخصية والجسدية التي

تسمح للفرد بتحقيق طموحاته وإشباع رغباته، وأنها ليست حالة الخلو من المرض بل هي حالة السلامة والكفاية متعددة الأبعاد البدنية والنفسية والاجتماعية. (OMS,1984.)

تتأثر صحة الأفراد بمحددات بيولوجية وأخرى انفعالية واجتماعية يلعب الضغط دورا أساسيا في تشكيلها. ولعل الفرق في درجة تأثر الوضع الصحي للأفراد فيما بينهم تحدده بالإضافة إلى العوامل الفيزيولوجية، عوامل تتعلق بالقدرة على تحمل الضغوط من جهة، و بطريقة التفاعل مع تلك الضغوط وطرق معالجتها من جهة أخرى أو بعبارة أخرى متغيرات الشخصية والسلوك.

1 - متغيرات الشخصية والصحة:

اهتم علماء نفس الصحة بالشخصية كمحدد للصحة أو الإصابة بالمرض، وهم يرون بأن الشخصية بما تحمله من متغيرات يمكن أن تشكل عامل حماية للصحة أو عامل خطورة عليها. ومن بين أهم متغيرات الشخصية الحامية للصحة، قوة التحمل، الصلابة، التفاؤل، الفعالية الذاتية ومركز التحكم الداخلي. بينما تصنف العدائية والعصابية وعدم القدرة على التعبير اللفظي عن الإنفعالات والإنفعالية السلبية، كمتغيرات ذات خطورة على الصحة.

1 - 1 متغيرات الشخصية الحامية للصحة: (Variables de Personnalité Protectrices de la Santé)

تتدرج بعض متغيرات الشخصية ضمن عوامل الحفاظ على الصحة وحمايتها من الإصابة بالمرض، ومن بينها:

1 - 1 - 1 قوة التحمل: (La Résilience)

يشير مفهوم قوة التحمل في معناه الفيزيولوجي إلى تمتع الجسم بخاصية القدرة العالية على استعادة التوازن الفيزيولوجي وامتصاص أثر الأخطار التي تهدده وإبطال مفعولها. وقد أعطى روتر (Rutter,1985) البعد النفسي الاجتماعي لمفهوم قوة التحمل، ليعبر به عن قدرة الفرد على تجاوز الوضعيات بالغة الصعوبة

والخطورة، كوضعيات الحرب والكوارث الطبيعية والحرمان الشديد وغيرها، حيث يخرج الفرد من هذه الوضعيات وهو محتفظ بمستوى مرض من النشاط والتوازن. يتشكل مفهوم قوة التحمل من مجموعة من الإستعدادات الداخلية (كالإستقلالية الذاتية، النضج، القدرة على التكيف والثقة بالنفس) ومجموعة من الصفات المكتسبة التي تعمل الأسرة والبيئة على صقلها في شخصية الفرد، كالتعود المبكر على تحمل المسؤولية. (Michaud, 1999).

غير أن البحوث والدراسات حول علاقة قوة التحمل بالصحة مازالت في بدايتها وهي قليلة جدا، حتى أنها تكاد تقتصر على البحوث التي قام بها (Rotter) والتي ركز فيها على محاولة الإستفادة من خاصية قوة التحمل في ميدان علاج الأطفال. كما أن مصطلح أو مفهوم قوة التحمل لم يلق رواجاً كبيراً بالمقارنة مع مصطلحات أخرى قريبة منه في المعنى كالصلابة ومركز التحكم الداخلي وغيرها.

6-1-2 الصلابة (Endurance) (Hardines) :

يرتبط مفهوم الصلابة بسمات الشخصية القادرة على تحمل الضغوط ومواصلة بذل الجهد في مواجهتها. وهو مصطلح استعمل من طرف كوباسا (Kobasa, 1979) لتفسير سبب قدرة بعض الأشخاص على الحفاظ على حالة صحية جيدة حتى وهم تحت وضعيات شديدة من الضغط والتوتر. ترى كوباسا وزملاؤها (Kobasa et al, 1982) أن نمط الشخصية الصلبة يتميز بثلاث خصائص أو سمات هي:

- الضبط أو التحكم (Control) ويعني اعتقاد الفرد بقدرته على التأثير والسيطرة على الأحداث التي يتعرض لها. وهو بذلك يقترب من المعنى الذي يأخذه مركز التحكم الداخلي.
- الالتزام (Engagement) (Commitement) ويقصد به شعور الفرد بضرورة تحمله لمسؤولياته الذاتية اتجاه المحيطين به في وسطه الأسري والمهني والاجتماعي.

- التحدي (Défi) (Challenge) ويعني إدراك الفرد للتغيرات الواقعة في بيئته ومحيطه على أنها فرص لتحقيق النمو والفعالية الذاتيتين لا على أنها عوامل تهديد وخطر بالنسبة له.

وحول الدور الوقائي الذي تلعبه صلابة الشخصية في حماية الفرد من خطر الإصابة بالمرض، أقيمت العديد من الدراسات التي توصلت إلى أن سمة الصلابة ترفع من مستوى ميل الأفراد للتعامل بشكل فعال ومنطقي مع المواقف الصاغطة. (Holahan and Moos,1985. ; Wiliams et al,1992) إذ أن أهمية الشخصية الصلبة في حماية الفرد من الإصابة بالمرض، تكمن في احتوائها على سمة مركز التحكم الداخلي (Kravetz et al., 1993) وغياب عامل العصابية (Cox et Ferguson,1991)

1-3-1 الفعالية الذاتية (Auto-efficacité) (Self-efficacy) :

يشير مصطلح الفعالية الذاتية إلى اعتقاد الفرد بقدرته على تسخير الإمكانيات الذاتية الضرورية للتحكم الموفق في الوضعيات التي يخضع لها، والسيطرة على الأحداث التي يتعرض إليها في حياته. وهو مصطلح من وضع بندورا (Bandura,1977) ضمنه بعدين هما توقع الفعالية وانتظار أو توقع النتيجة الإيجابية.

ويعنى توقع الفعالية (L'Attente d'Efficacité) (Efficacy Expectation) الإعتقاد بامتلاك القدرة على أداء السلوك المناسب. بينما يعني بعد توقع النتيجة (L'Attente de Résultat) Expectation (Outcome) الإدراك أو الإعتقاد بنجاح السلوك في تحقيق الهدف من تنفيذه، وتحقيقه لنتائج إيجابية تمكن من السيطرة على الوضعية.

يعتقد بندورا (Bandura,1988) أن للشعور بفعالية الذات تأثيرا إيجابيا على الصحة، وذلك لأن فعالية الذات تعمل على ضبط السلوك الصحي وتنظيمه. فهي

توفر للفرد إحساسا عاليا بالقدرة على الإرتقاء بالصحة وترفع من مستوى دافعيته إلى المثابرة على النشاط السلوكي الذي يضمن الحفاظ على الصحة. ويظهر ذلك من خلال أمثلة كثيرة من بينها المحافظة على الوزن المناسب، فإذا كان الفرد ممن يتمتعون بفعالية ذاتية عالية، فإنه سيثق بقدرته على مقاومة أي إغراء أمام أي نوع من الغذاء غير الصحي، وسيدفعه ذلك إلى المواضبة المستمرة على العادات الغذائية الصحية.

كما أن النجاح في تنفيذ السلوكات الوقائية التي ترتقي بالصحة، يرفع هو بدوره من مستوى الشعور بالفعالية الذاتية ويحقق للفرد حالة من التوافق والراحة الإنفعالية، ويمنحه الاعتقاد مجددا بقدرته على الضبط والتحكم. ولعل ذلك يظهر من نتائج العديد من الدراسات التي اعتمدت على متغير فعالية الذات في الإقلاع عن بعض السلوكات غير الصحية كالتدخين (Gritz et al., 1992) وفي خفض الوزن (Weinberger et al., 1984) وفي إدارة المرض (Clark & Dodgé, 1999).

4-1-1 مركز التحكم أو الضبط (Locus of (Lieu de Contrôle)

:Control

يختلف الأفراد فيما بينهم في عملية تفسيرهم للوقائع و الأحداث التي يمرون بها وفي عملية إدراكهم للأسباب الكامنة وراء حدوثها. فمنهم من يرد ذلك إلى عوامل وأسباب داخلية كالنشاط الذاتي والجهود المبذولة لتحقيقه والقدرات الخاصة، وهو ما يعرف بمركز الضبط أو التحكم الداخلي (Lieu de Contrôle Interne) ، ومنهم من يرده إلى أسباب وعوامل خارجية كالحظ والصدفة وقوة ونفوذ أشخاص آخرين، فيوصفون بأنهم من ذوي مركز الضبط الخارجي (Lieu de Contrôle Externe).

فمركز التحكم إذن هو " مجموعة من الإعتقادات الداخلية أو الخارجية، العامة، المتجانسة والثابتة نسبيا، تفصل بين الأفراد في إدراكهم للأحداث والوقائع وتوجه سلوكياتهم، وهو سمة من سمات الشخصية ثنائية القطب". (Schweitzer, 2002.p.231.)

ويرى روتر (Rotter, 1966) صاحب نظرية مركز التحكم أن تجارب الفرد المتعلقة بالنجاح والفشل في أداءه وسلوكاته وملاحظاته لسلوكات الآخرين ونتائجها، تسلم بشكل أساسي في تحديد مركز الضبط أو التحكم لديه. يساهم مركز التحكم في ضبط و توجيه السلوك المتعلق بالصحة. وقد لوحظ أن مركز التحكم الداخلي يسهل عملية تبني السلوكات الصحية الوقائية والتخلي عن السلوكات ذات الخطورة على الصحة. (Horner, 1998)

وفي السياق ذاته، وجد أن مركز التحكم الداخلي يؤثر إيجابيا وبشكل مباشر على الحالة الإنفعالية، وذلك لأن الأفراد ذوي هذا النوع من مركز التحكم حينما يكونون تحت وضعية ضغط معينة، يدركون أنه بإمكانهم السيطرة والتحكم في هذه الوضعية. مما يقلل من شعورهم بالتوتر والتهديد، ويرفع بالمقابل من مستوى تقدير الذات لديهم ومن مستوى شعورهم بالرضا والإرتياح الإنفعالي. على عكس ذوي مركز التحكم الخارجي الذين يبدون مستويات منخفضة من تقدير الذات إلى جانب اضطرابات انفعالية كالقلق والشعور باليأس والتوتر (Hurrell et al., 1991 ; Thompson et Collins, 1995) وهو ما يؤثر وبشكل سلبي على صحتهم .

يمكن تأكيد دور مركز التحكم الداخلي في الوقاية الصحية من خلال تكوين عادات سليمة صحيا وفي إدارة المرض والتعامل معه أيضا. وهو ما توصلت إليه نتائج دراسة هالتهوف وزملائه (Haltenhof et al., 2000) حول العلاقة بين استراتيجيات التعامل أو المواجهة (Coping) Strategies وبين مركز التحكم لدى المصابين بمرض باركنسون (Parkinson) . حيث تبين أن المرضى ذوي التحكم الداخلي يتبنون استراتيجيات مواجهة فعالة تعمل على استقرار حالتهم المرضية وتحد من خطورة المرض.

يتأكد مما سبق أن عوامل الحماية في الشخصية عديدة، وهي تجمع بين العوامل النفسية والسلوكية. وأنها لا ترتبط بمرحلة عمرية معينة. وفي هذا الصدد

يرى جيسر وزملائه (Jessor et al., 1998) أن العوامل النفسية والاجتماعية والسلوكية تلعب دورا في حماية الفرد من مرحلة المراهقة إلى مرحلة الرشد ، من خلال رفع قدرته على مقاومة المرض وتخفيض أو تأخير ظهور العجز لديه، أو مساعدته على سرعة التماثل للشفاء في حالة الإصابة بالمرض. ومن بين العوامل النفسية الاجتماعية التي تعمل على حماية الفرد في سن الرشد، يمكن ذكر عامل التفاؤل، المواجهة الفعالة للصعاب، والقدرة على التعبير عن المشاعر.

كما يشير كاسيوبو وزملائه (Cacioppo et al., 2000) إلى أن الدراسات الإبيديمولوجية توصلت إلى الدور الهام الذي تلعبه العلاقات الاجتماعية الجيدة في التخفيف من نسب الوفيات، حيث بينت النتائج أن جودة العلاقات الاجتماعية داخل الأسرة وفي محيط العمل تؤثر بشكل واضح على الصحة الجسدية والنفسية لدى الأفراد لذلك فإن دراسة القنوات والميكانزمات البيولوجية التي من خلالها تعمل العوامل النفسية والاجتماعية على التأثير على الصحة، أصبحت تشكل اليوم مجالا جديدا للبحث، يعمل على ربط المعاش الإنفعالي بالبنية العضوية للفرد وبوظائفه ونشاطه العصبي. هذا المجال الجديد في البحث يسمى بعلم النفس العصبي الاجتماعي.

2-1 متغيرات الشخصية ذات الخطورة على الصحة:

(Variables de Personnalité à Risque sur la Santé)

تطرح بعض الأبعاد والمتغيرات في الشخصية نفسها كعوامل خطورة على الصحة. ومنها ما تؤكد ارتباطه بقوة بالإصابة ببعض الأمراض المزمنة الخطيرة. حتى أصبح الحديث شائعا عن أنماط من الشخصية، يرتفع بوجودها احتمال الإصابة بالمرض، بالمقارنة مع غيرها من الأنماط.

من بين أهم متغيرات الشخصية التي نالت اهتمام الباحثين بشأن العلاقة بينها وبين الصحة، يمكن ذكر عدم القدرة على التعبير اللفظي عن الإنفعالات أو ما يسمى بالحبسة التعبيرية، العدائية، العصابية، الإكتئاب، القلق، والإنفعالية السلبية.

1-2-1 الحبسة التعبيرية (Alexithymie) :

يعجز بعض الأفراد عن التفريق بين الحالات الإنفعالية (Etats Emotionnels) وبين الأحاسيس الجسدية (Sensations Corporelles) المرافقة لها، ويصعب عليهم الوصف أو التعبير اللفظي (Expression Verbale) عن مشاعرهم. وهو ما يتفق على تسميته بالحبسة التعبيرية.

يدل مصطلح الحبسة التعبيرية (Alexithymie) على أسلوب معرفي سلوكي يتميز أساسا بالصعوبة في التعبير اللفظي عن المشاعر والإنفعالات (Schweitzer, 2002, p.183) وبالعجز عن التقييم الصحيح والمناسب للوضعيات الضاغطة، حيث ينجم عن هذا التقييم (Evaluation) غير الصحيح، استجابات انفعالية وسلوكية غير ملائمة وردود فعل فيزيولوجية مضطربة تؤثر على التوازن الهرموني العصبي للفرد (Sfneos, 1973)

لقد ثبت أن التعبير اللفظي عن المشاعر والإنفعالات يلعب دورا بارزا في الحفاظ على الصحة النفسية والجسدية. حيث أشارت نتائج بعض الدراسات إلى وجود ارتباط موجب بين الحبسة التعبيرية وبين الإصابة بالسرطان (Toradallo et al., 1989, 1994 ; Jasmin et al. 1990 ; Contrada et al., 1990).

2-2-1 العصابية (Névrosisme) :

لاتعني العصابية الإضطراب النفسي ولكنها تعني الميل نحو إظهار الإنفعالات السلبية كالقلق، الغضب، والميزاج المكتئب في التعامل مع المواقف والوضعيات. أي أن الأفراد الذين يتميزون بالعصابية هم أكثر الأفراد ميلا نحو إظهار استجابات انفعالية مبالغ فيها مع صعوبة في العودة إلى حالة التوازن الإنفعالي بعد التعرض للخبرات الإنفعالية الشديدة، مع تكرار الشكوى من اضطرابات بدنية كالصداع والإضطرابات الهضمية والأرق وآلام الظهر وغيرها. (أحمد عبد الخالق، 1992، ص 295). والعصابية أو الميل للإنفعالية الشديدة هي

الوجه المضاد لسمة أخرى في الشخصية هي الإتزان أو الثبات الإنفعالي (Stabilité Emotionnelle) .

لقد توصلت العديد من الدراسات إلى وجود علاقة بين العصابية وبين الإصابة ببعض الأمراض كالإضطرابات القلبية الوعائية والسرطانات (Vandervoort,1995) . وقد تفسر هذه العلاقة بالحساسية المفرطة للجهاز العصبي المستقل (الذاتي) والزيادة في نشاطه وما ينتج عنه من ارتفاع في معدلات الإفراز الهرموني في الجسم، الشيء الذي يخل بتوازنه الفيزيولوجي . وقد يكون للعصابية أساسها الوراثي، خاصة وأن بعض الدراسات قد ربطت بين العصابية والحساسية المفرطة للجهاز العصبي المستقل الناتجة عن تدخل العامل الوراثي (Eysenck & Eysenck,1969) حيث يوجد لدى بعض الأفراد استعداد وراثي للإستجابة العصبية بقوة أكبر ولمدة أطول وبسرعة أشد. (Eysenck & Rochman ,1965)

فالإنفعالية الشديدة إذن أو العصابية كمتغير من متغيرات الشخصية يمكن أن تشكل عامل استعداد للإصابة بالمرض (Freidman,1990) وهي واحد من بين أهم عوامل الخطورة المشكلة على الصحة (Bermudez,1999) .

3-2-1 العدائية (Hostility) (Hostilité) :

ارتبط مصطلح العدائية بعوامل الخطر المتعلقة بالإصابة بالإضطرابات القلبية التاجية منذ سنوات الثمانينيات، حيث تم اعتماد العدائية كمكونة أساسية ضمن مجموعة مكونات النمط السلوكي (أ) (Type (A) Behavior Pattern) . بل أصبحت تشكل فيما بعد بؤرة الخطورة في قائمة مجموعة السمات والخصائص التي تشكل هذا النمط السلوكي، في إشارة إلى احتوائها على بعدين هاميين هما:

- الميل إلى العدائية (la Propension à l'Hostilité) (Potential for Hostility)
- الغضب الداخلي أو الموجه نحو الداخل (la Colère Rentrée) (Anger In) (Matthews,1988)

تعني العدائية الحذر الشديد عند إقامة العلاقات مع الآخرين بسبب الميل نحو الشك في صدق نواياهم والتشكيك في طبيعتهم وتوقع الشر منهم ورؤيتهم على أنهم مصدر إحباط وأذى وشر (Matthews et al., 1977). وهي مجموع معقد من الأفكار والمشاعر والسلوكيات، يضم حسب بارفوت (Barefoot, 1992) في مكوناته المعرفية اعتقادات سلبية بشأن الطبيعة البشرية وأساليب عزو عدائية. وفي مكوناته الإنفعالية غضب، حقد، احتقار وتهيج وغيرها. ويضم في مكوناته السلوكية ردود فعل واستجابات مختلفة من قلة الصبر والعدوانية.

لقد دلت نتائج العديد من الدراسات التتبعية على وجود علاقة قوية بين المستويات العالية من العدائية والإصابة بالأمراض القلبية من جهة (Barefoot et al., 1992 ; Goldstein ; Barefoot, 1987 ; al., 1983) وبين العدائية وارتفاع حالات الموت عند المصابين بالإضطرابات القلبية التاجية (Hecker et al., 1988) من جهة أخرى، خاصة وأن هناك العديد من ردود الأفعال الفيزيولوجية التي تحدث على مستوى الجهاز العصبي الذاتي، كارتفاع الضغط الدموي وارتفاع نشاط القلب مع انقباض في الأوردة والشرابين وتباطؤ في عملية الانقلاب أو الأبيض (Métabolisme) لدى الأفراد الذين يتميزون بالعدائية عندما يكونون في مواجهة مع الآخرين (Van Heck, 1977, P. 417).

1-2-4 الإنفعالية السلبية (Affectivité Négative) (Negative)

:Affectivity)

تعتبر الإنفعالية السلبية مؤشرا عاما لحالة التعاسة النفسية (Détresse Psychologique) التي يمكن التعبير عنها بوجود مجموعة هامة من المشاعر والإنفعالات السلبية كالخوف، القلق، الحزن، الخجل، العدا، العصابية، الحقد، الشعور بالذنب وغيرها.

وهي على عكس الإنفعالية الإيجابية (Affectivité Positive)، يمكن أن تؤثر سلبا على صحة الفرد. إذ وجد أن هناك ارتباط بين الإنفعالية السلبية وبعض

المشاكل الصحية كالصداع، الغثيان واضطراب النوم (Watson et al., 1988) ، كما لوحظ أن هناك علاقة دالة بين سمة الإنفعالية وبين خطر الإصابة بالذبحة الصدرية (Angine de Poitrine) (Angina Pictoris) خاصة عندما ترتبط بالاكنتاب (Costa et Mc Crae, 1987) .

تؤثر حالة الإنفعال السلبي كالشعور بالكآبة مثلا على الجهاز المناعي (Système Immunitaire) (Immune System) أيضا، من خلال التقليل من قدرته على حماية الجسم من الإلتهابات

(Cohen et al., 1993 ; Herbert et Cohen, 1993) . غير أن هذا التأثير ليس تأثيرا مباشرا وبالشكل المبسط الذي يمكن اعتقاده، بل إن هناك متغيرات أخرى وسطية بين الإنفعالية السلبية وبين الحالة الجسمية. وقد تكون هذه المتغيرات مزيجا بين حالات انفعالية مختلفة كالقلق والعصابية والإكتئاب. وقد تكون أيضا مزيجا بين حالات معرفية وحالات انفعالية كالشعور بالعجز المرتبط بفقدان الأمل أو الشعور باليأس (Impuissance – Dépression) . وهي كلها حالات يمكن أن تؤثر وفق نموذج معقد من الأفكار والسلوكات، على قدرة الفرد على السيطرة والتحكم، وتجعله أكثر استسلاما وأكثر شعورا بالعجز. (Bruchon-Schweitzer, 2002).

2- السلوك والصحة :

في تقرير لمتارازو (Matarazzo, 1980) حول آفاق الصحة السلوكية، أشار بقوة إلى أهمية الطبيعة السلوكية لمشاكل الصحة التي يشهدها الفرد في هذا العصر. (نقلا عن عثمان يخلف، 2001، ص. 24).

بمعنى أن التوجه السلوكي للفرد من خلال ممارساته اليومية يمكن أن يكون عاملا من عوامل الخطورة المشكلة على الصحة، بالإضافة إلى العوامل البيولوجية المعروفة كارتفاع مستوى الكولستيرول في الدم. وعليه تم إدراج السلوك كمحدد ضمن محددات الخطورة على الصحة.

وتكفي هنا الإشارة إلى دراسة (Freidman and Rosenman, 1974) التي استخلصت العلاقة بين نوع من الخصائص السلوكية والإصابة بمرض القلب التاجي، والتي أكدتها نتائج العديد من الدراسات فيما بعد. كما يمكن الحديث في نفس الصدد عن الدور الرئيسي الذي يلعبه السلوك في رفع نسبة الوفيات والإعاقات لدى فئة المراهقين. (Jessor and al., 1998)

تركز الدراسات الحديثة التي تهتم بالعوامل التي تقف وراء نشأة المرض وتطوره على الدور الذي يلعبه السلوك في الصحة الفيزيولوجية للفرد. لقد ظهر هذا الاهتمام منذ فترة الثمانينيات كتوجه علمي جديد يسمى بعلم الأوبئة السلوكية

(Épidémiologie Comportementale) (Behavioral Épidémiologie) لدراسة العلاقة بين ما يسمى سلوكيات الخطر (Comportements à Risque) (Risk Behaviors) وبين الإصابة بالأمراض المزمنة وانتشارها.

يؤكد هذا التوجه على أهمية السلوك الصحي في الوقاية من الأمراض، ويعرف السلوك الصحي على أنه مشاط يمارسه الفرد بهدف الوقاية من المرض أو لغرض التعرف على المرض أو تشخيصه في المرحلة المبكرة. (Sarafino, 1994) يتفق على أن السلوك الصحي يرتبط بالممارسات الصحية في التغذية وفي النوم زفي النشاط البدني، كما يرتبط أيضا بالإستجابة للضغط وبكيفية معالجة الإنفعال والتوجه نحو الحياة، وبطريقة الحياة نفسها. لذلك يمكن تصنيف العوامل المؤثرة في الصحة بالشكل التالي:

- الوراثة.
- البيئة.
- أسلوب أو نمط الحياة (طريقة الحياة).

إذ تتدخل العوامل السلوكية (أنماط الحياة غير الصحية) إلى جانب كل من العوامل الوراثية والبيئية في تهديد صحة الأفراد. ويمكن التأكيد على أن نسبة

الوفيات بين الناس بالأمراض المزمنة كالأمراض القلبية والسرطانات وغيرها، تزداد من سنة لأخرى وأن العوامل السلوكية تشكل نسبة (50%) من العوامل الواقعة خلف الإصابة بتلك الأمراض. (Bruchon-Schweitzer, 2002)

من جهة أخرى فإن الدراسات الإبيديمولوجية التي تهتم بالمقارنة بين مجموعات من الأصحاء ومجموعات من المرضى بهدف حصر عوامل وظروف الإصابة بالمرض، سمحت بالكشف عما يسمى بعوامل الخطورة السلوكية أو أساليب الحياة ذات الخطر على الصحة والتي يتفق على تسميتها اصطلاحاً بالأنماط السلوكية (Types de Comportements).

حيث يتميز النمط السلوكي بخصائص ذات تراكيب مختلفة (معرفية، انفعالية، وظيفية فيزيولوجية وردود أفعال سلوكية ظاهرة) أضيفت إليها مؤخرًا أبعاد أخرى مرضية من الأبعاد الكبرى الشخصية كالعجز عن التعبير اللفظي عن الإنفعالات أو الحبسة التعبيرية (Alexithymie)، العصائية (Nevrosisme)، العدائية (Hostilité)، القلق (Anxiété) والإكتئاب (Dépression).

يعتبر السلوك الصحي مظهر من مظاهر الصحة، أي أن الصحة حالة والسلوك الصحي دليل توفرها وأهم مؤشر لتحقيقها (أحمد عبد الخالق، 2001، ص. 32) لذلك فإن جهل الفرد للإرتباط الموجود بين مشاكله الصحية ونمط سلوكه من شأنه أن يعرضه لمخاطر صحية. (عثمان يخلف، 2001، ص. 24)

أسلوب الحياة (طريقة الحياة) والصحة :

تشير الإحصائيات الحديثة إلى زيادة معدلات انتشار الأمراض وبنسب متفاوتة بين الأفراد، حيث يلاحظ الفرق بينهم من حيث القابلية للإصابة بالمرض وتكرار عدد مرات الإصابة به، ومن حيث القابلية للشفاء وسرعته أو تباطؤه. ويمكن أن يفسر هذا التفاوت أو الفرق بوجود اختلاف في الإستعداد التكويني وفي

وظيفية العمليات الفيزيولوجية، كما يمكن أن يفسر أيضا بتدخل بعض العوامل النفسية الاجتماعية والسلوكية، والتي تلخص إجمالاً في مصطلحين هما طريقة أو أسلوب حياة (Style de vie) (Life Style) الفرد وشخصيته.

ويتضح دور هذه العوامل أيضا في حماية صحة الأفراد ووقايتها من المرض، من خلال تناقص معدلات حدوث الأمراض المعدية بسبب التركيز على تحسين وتعديل أنماط وأساليب الحياة لدى الأفراد وتوجيه سلوكياتهم نحو الإهتمام بالممارسات الصحية كالتغذية السليمة مثلاً.

وحول تأثير طريقة أو أسلوب الحياة على الصحة والإصابة بالمرض، يذكر الطبيب الباطني جون نوويلز أن "أكثر من 99% منا يولدون أصحاء ثم يمرضون نتيجة لكل من سوء سلوكهم الشخصي والظروف البيئية" (عن أحمد عبد الخالق، 2001، ص. 72).

وقصد التعرف على أهمية طريقة أو أسلوب الحياة في الحفاظ على الصحة، أجريت العديد من الدراسات المسحية، ومن بينها دراسة بلوك و براسلو (Belloc and Breslow, 1972) على ما يقارب السبعة آلاف (7000) فرد من الجنسين بين 20 و 70 سنة، وتبين من خلال نتائجها أن هناك علاقة واضحة بين الصحة الجسدية الجيدة وبين الممارسات السلوكية الصحية السبع التالية :

- النوم ما بين 7-8 ساعات في اليوم.
- المواظبة على تناول طعام الإفطار يوميا.
- الإمتناع عن الأكل خارج الوجبات المعتادة.
- الممارسة المنتظمة للنشاط الرياضي.
- الحفاظ على الوزن المناسب.
- الإمتناع عن التدخين.
- الإمتناع عن تعاطي المشروبات الكحولية.

ومن أهم النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة، هي أنه كلما ازداد عدد السلوكات الصحية الممارسة وزاد الإنتظام والمواظبة عليها، كلما زاد معها تحسن المستوى الصحي للأفراد داخل أفراد عينة الدراسة.

وفي نفس السياق بينت نتائج دراسة تتبعية أخرى أن نسبة الوفيات بين الأفراد تتناقص بشكل عام كلما زاد عدد الممارسات الصحية السبعة المشار إليها سابقا لديهم. (Breslow, 1983)

بشكل مجمل وبناء على ما تمت الإشارة إليه يمكن القول أن أهمية البحث في العلاقة بين أنماط الحياة والصحة، تتمثل في فهم كل من سلوكات الخطر والصحة ومحدداتها. خاصة وأن هناك عوامل مختلفة هي التي توجه وتحدد سلوكات الفرد اتجاه صحته، كالعوامل الوراثية (خاصة بالنسبة للإدمان) ، العوامل الإنفعالية (كالقلق وطريقة الإستجابة للضغط)، العوامل الإجتماعية (كالتعلم، التعزيز والمعايير الإجتماعية وغيرها) والعوامل الفكرية (كالإعتقادات الخاصة بشأن الصحة والمرضى). (Leventhal et al., 1980)

لقد أخذ الإهتمام بموضوع الصحة منحى آخر في السنوات الأخيرة، يدور حول التركيز على محاولة الفهم الشامل للصحة، من خلال فكرة النظر إليها انطلاقا من وجود مجموعة من العوامل التي تشترك في تحديدها. وذلك في إشارة إلى التفاعل الكلي للفرد مع بيئته الداخلية والخارجية.

ولعل من أكثر التطورات الملفتة للإنتباه في هذا المجال، ذلك العدد الهائل من الدراسات والبحوث التي تربط بين الصحة الجسدية وأنماط السلوك المؤدية إلى الإصابة بالمرض. الشيء الذي أدى إلى نشأة فرع جديد من فروع البحث يدعى بعلم نفس الصحة (Health Psychologie). ويمكن الحديث عن الجهود المبذولة في هذا الميدان المتجدد من خلال العديد من النماذج النظرية التي غالبا ما تجمع بين

المكونات المعرفية والاجتماعية، في تفسيرها لمحددات وموجهات السلوك نحو الصحة من جهة، وفي محاولة فهمها لعوامل الخطر المشكلة على الصحة من جهة أخرى، دون أن تهمل دور المكونات البيولوجية والفيزيولوجية.

لقد سمحت هذه النماذج النظرية في علم نفس الصحة أيضا بالكشف عن القيمة التنبؤية لبعض العوامل التي تسمى بعوامل الخطورة وعوامل الحماية من خلال فحص العلاقة بين الصحة وبين بعض العوامل والمتغيرات كالشخصية وأسلوب أو طريقة الحياة. كما سمحت أيضا بفتح آفاق بحث جديدة حول أهمية التركيز وبشكل أولي على الوقاية، من خلال الإهتمام بما يسمى بنموذج الصحة الإيجابية (Positive Health Model) والذي ينص على فكرة البحث عن مصادر القوة التوافقية التي يحملها الفرد، والتي يمكن أن تكون وسيلة فعلية لوقايته من المرض، كالفعالية الذاتية، الإنفعالية الإيجابية، مركز التحكم وغيرها.

من جانب آخر، نتج عن التساؤل المطروح في علم نفس الصحة حول من، من المتغيرات النفسية (متغيرات الشخصية السابق ذكرها) له الدور الأقوى في عملية تحديد وتوجيه و تطوير السلوك الصحي أو المرضي، تساؤل آخر حول صحة الاعتقاد بوجود نموذج الشخصية ذات الاستعداد للمرض (Personnalité Prédisposée à la Maladie) وهو ما يحاول الباحثون في مجال علم نفس الصحة، الإجابة عليه في الوقت الراهن.

قائمة المراجع:

قائمة المراجع بالعربية:

- 1- أحمد محمد عبد الخالق، الأبعاد الأساسية للشخصية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1992.
- أحمد محمد عبد الخالق، قياس الشخصية، دار المعرفة الجامعية، 2007-2.
- 3- عثمان يخلف، علم نفس الصحة الأسس النفسية والسلوكية للصحة، دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع، الدوحة، 2001.

قائمة المراجع بالأجنبية:

- 4- Bandura A. (1977). « Self-Efficacy: toward a Unifying Theory of Behavioral Change », *Psychological Review*, 84, 191-215.
- 5- Bandura A. (1988). « Self-Efficacy Mechanism in Physiological Activation and Health Promoting behavior », in J. Madden et J.Barchas (éds.), *Adaptation, Learning, and Affect*, New York, Raven.
- 6 - Belloc ,N,& Breslow,L.(1972).«Relationship of physical health status and health practices». *Preventive Medicine*, 1,349-355.
- 7- Breslow L. (1983). « The Potential of Health Promotion », in D. Mechanic (éd.) *Handbook of Health, Health Care and the Health Professions*, New York, Free Press.
- 8- Bruchon – Schwritzer M.,(2002).«Psychologie de la santé,Modèles,concepts et méthodes», Dunod. Paris.
- 9- Bruchon – Schwritzer M.,Quintard B.(2001). «Personnalité et maladies Stress,Coping et ajustement», Dunod. Paris, 26 – 33.
- 10 - Clark, N.M., & Dodge, j.A.,(1999).«Exploring self-efficacy as a predictor of disease management». *Health Education 7 behavior*, 26.
- 11 - Cohen S., Tyrell D.A., Smith A.P. (1993). « Negative Life Events Perceived Stress . Negative Affect, and Susceptibility to the Common Cold », *Journal of personality and Social Psychology*, 64, 131-140.
- 12 - Contrada R.J., Leventhal H., O'leary A.(1990).«Personality and Health»,in L.A. Pervin (éd.), *Handbook of Personality Theory and Research*, New York, Guilford, chap. 24, 638-669.
- 13 - Costa P.T., Mc Crea R.R. (1987). « Neuroticism, Somatic Complaint Disease: Is the Bark Worse than the Bite? », *Journal of Personality*, 55,301-316.
- 14 - Cox T., Ferguson E. (1991). « Individual Differences Stress and Coping », in C.L. Cooper et R. Payne (éds.), *Personality and Stress. Individual Differences in the Stress Process*, Chichester, Wiley, chap. 2, 7-30.
- 15 - Eysenck, H.G. and Rachman,S.,(1965).« The causes and cures of neurosis », London.
- 16 -Eysenck, H.J. and Eysenck,S.B.G.,(1969). «Personality structure and measurement», London .
- 17 - Friedman H.S. (1990). « Where is the Disease-Prone Personality? Conclusion and Future Directions », in H.S. Friedman (éd.), *Personality and Disease*, New York, Wiley, chap. 12, 283- 292.
- 18 - Friedman, M., & Rosenman, R.H.,(1974).« Type A behaviour and your heart ». New-York: Knopf.
- 19 - Gritz, E, Berman, B, Bastani, R, & Wu, M. (1992). « A randomized trail of a Self-help smoking cessation intervention in a non volunteer female population:testing the limits of the public health psychology »,11,280-289.

- 20 - Haltenhof, H, Krakow, K, Zopel, P, Ulung, G, & Buhler, K.E., (2000). «Coping behaviours in Parkinson's disease». *Nervenarzt*, 71,275-281.
- 21 - Herbert T.B., Cohen S. (1993). «Depression and Immunity: a Meta-Analytic Review», *Psychological Bulletin*, 113, 472-486.
- 22 - Holaban, C.J., & Moos, R.H. (1985).«Life stress and health: personality, coping, and family support in stress resistance». *Journal of personality and Social Psychology*, 49, 739-747.
- 23 - Horner K.L. (1998).«Individuality in Vulnerability. Influences on Physical Health», *Journal of Health Psychology*, 3, 1, 71-85.
- 24 - Hurrell J.J., Murphy L.R. (1991). «Locus of Control, Job Demands and Health», in C.L. Cooper et R. Payne (éds.), *Personality and Stress : Individual Differences in the Stress Process*, Chichester, John Wiley, chap.6, 133-149.
- 25 - Kobasa S.C. (1979). «Stressful Life Event, Personality, and Health: an Inquiry into Hardiness », *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1, 1-11.
- 26 - Kobasa S.C., Maddi S.R., Kahn S. (1982). «Hardiness and Health: a Prospective Study», *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168-177.
- 27 - Kravets S., Drory Y., Florian V.(1993).«Hardiness and Sense of Coherence and their Relation to Negative Affect», *European Journal of Personality*, 7, 233-244.
- 28 - Leventhal H., Cleary P. D. (1980). «The Smoking Problem :a Review of the Research and Theory in Behavioral Risk Modification», *Psychological Bulletin*, 88, 2, 370-405.
- 29 - Matthews K.(1988). «Coronary Heart Disease and Type A Behaviours: Update on and Alternative to the Book-Kewley and Friedman (1987) Quantitative Review», *Psychological Bulletin*, 3, 373-380.
- 30 - Matthews K.A., Glass D.C., Rosenman R.H., Bortner R.(1977).«Competitive Drive, Pattern A and Coronary Heart Disease: a Further Analysis of some Data from the Western Collaborative Group Study», *Journal of Chronic Disease*, 30 , 489-498.
- 31 - Michaud P.A.(1996). «La résilience: un regard neuf sur les soins et la prévention», *Archives Pédiatriques*, 6 827-831.
- 32 - ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1984a). *Health Promotion. A Discussion Document on the Concepts and Principles*, Copenhagen, OMS .
- 33 - Rotter, J.B., (1996).« Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement». *Psychological Monographs*, 80, 1-3.
- 34 - Rutter M. (1985). «Resilience in the Face of Adversity. Protective Factors and Resistance to Psychiatric Disorder», *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- 35 - Sarafino E.P. (1994). *Health Psychology. Biopsychosocial Interactions* Chichester, John Wiley, 2^e édition.

- 36 - Thompson S., Collins M. A.(1995).«Applications of Perceived Control to Cancer: an Overview of Theory and Measurement», Journal of Psychosocial Oncology, 13, 1-2, 11-26.
- 37 - Van Heck G.L. (1997). «Personality and Physical Health: Toward an Ecological Approach to Health — Related Personality Research», European Journal of Personality, 11, 415-188.
- 38 - Vandervoort D. (1995). «Depression, Anxiety, Hostility, and Physical Health», Current Psychology, 13, 4, 69-82.
- 39 - Watson D., Clark L.A., Tellegen A.(1998a). «Development of a Brief Measure of Positive and Negative Affect: the PANAS Scales », Journal of Personality and Social Psychology, 54, 6, 1063-1070.
- 40 - Weinberger, R, Hughes, H, Critelli, J, England, R, & Jackson, A. (1984). « Effects of pre-existing and manipulated self-efficacy on weight loss in a self-control program». Journal of Research in Personality, 18, 352-358.
- 41 - Williams, P.G., Wiebe, D.J., & Smith, T.W., (1992). « Coping processes as mediators of the relationship between hardiness and health». Journal of Behavioral Medicine, 15, 237-255.