

# تحليل العلاقة المتعددة بين كل من الصحة، الرفاهية الذاتية وفعالية الذات

لدى عينة من الأصحاء. - دراسة في علم النفس الصحة -

أ. د. دليلة زناد، جامعة الجزائر 2

بورجي شاكر أمير الدين، جامعة الجزائر 2

## ملخص:

تهدف الدراسة الحالية إلى تحليل العلاقة المتعددة بين كل من الصحة، الرفاهية الذاتية وفعالية الذات لدى عينة من الأصحاء، في إطار النموذج التفاعلي. وقد تكونت عينة الدراسة من 273 فرد من الأصحاء (الذين لا يعانون من أي مرض مزمن) تتراوح أعمارهم بين 19 و59 سنة، منهم 67% ذكور لفحص العلاقة بين كل من الصحة والرفاهية الذاتية وفعالية الذات. ولقياس متغيرات الدراسة تم استخدام استبيان الصحة العامة (GHQ-28)، سلم الرفاهية الذاتية (SWI-A) ومقياس فعالية الذات (SES). وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية متعددة دالة إحصائياً بين مختلف متغيرات الدراسة، وإلى أن فعالية الذات يلعب دور المعدل في العلاقة بين الرفاهية الذاتية والصحة. كما توصلت إلى أن الرفاهية الذاتية وفعالية الذات منبئات صحية وعوامل إنقاذ من شأنها أن توجّل ظهور المرض أو تطوره.

**الكلمات المفتاحية:** الصحة، المرض، الأصحاء، الرفاهية الذاتية، فعالية الذات، علم النفس الصحة.

## Résumé :

La corrélation entre la santé et le bien-être subjectif n'est pas ambiguë. Cependant, cette corrélation est bien influencée par plusieurs facteurs qui interagissent de différentes manières (positives ou négatives) telle que l'auto-efficacité. Conformément, cet article présentera une étude menée sur 273 sujets sains, adultes dont 67 % sont de sexe masculin, pour analyser la corrélation entre la santé (mesurée par le GHQ-28), le bien-être subjectif (évalué via SWI-A) et l'auto-efficacité (estimé par SES).

La corrélation multiple s'est avérée significative (0.58) ; Les résultats pointent que l'auto-efficacité est non seulement un prédicteur, mais aussi, elle est un modérateur dans la relation bien-être et santé. Son rôle (spontanée ou renforcée) est salutogène pour la santé pouvant ralentir

la genèse ou l'évolution des maladies. Pour des sujets déjà souffrants, comme d'autres études le montrent, l'efficacité personnelle soutiendrait les différentes stratégies efficaces pour faire face aux maladies chroniques et donc augmenter un taux estimable du bien-être subjectif.

**Mots clés :** Santé, Maladie, Sujets sains, Le bien-être subjectif, L'auto-efficacité, Psychologie de la santé.

## تمهيد:

تعتبر الصحة جانباً مهماً من جوانب حياة الفرد والمجتمع، وبلوغ الإنسان أعلى مستوى من الصحة وتعزيزها هو هدف ليس فردي فحسب بل هدفاً اجتماعياً ومطلباً أساسياً لتحقيق التنمية وتحسين نوعية الحياة. وقد سطرت منظمة الصحة العالمية من بين أهدافها، تعزيز الصحة بتنمية المهارات الفردية والخصائص الشخصية التي يمكن ان توجّل من نشأة أو تطور المرض.

## 1- مشكلة الدراسة:

الصحة مرتبطة مع الجوانب النفسية والاجتماعية مثلما عززته معظم الدراسات. ففي دراسة واسعة تبين أن الصحة كما يقيها الفرد ذاتياً ترتبط إيجاباً بقوة مع الرفاهية الذاتية (Marmot, 2003) (e.g., Lyubomirsky et Lepper, 2003)، وأكد مارمو (Marmot, 2003) أيضاً تلك العلاقة بارتباط قدره 0.6 بين الرضا عن الحياة المنخفض والصحة البدنية المدركة في بريطانيا، أما الصحة البدنية الموضوعية فكانت أقل ارتباطاً (e.g., Brief, e.g., Brief, 1993 ; Okun et George, 1984) رغم أن المشاكل الصحية التي تحد من قدرات الفرد من شأنها أن تخفض من الشعور بالرفاهية النفسية، (Celiker et Borman, 2001)، وبالمقابل هناك أدلة علمية برهنة على أن مشاعر الرفاهية النفسية والسعادة تقود نحو صحة أفضل، إذ جاءت نتائج هذه الدراسات أن الصحة تكون أحسن في البلدان التي تكون فيها الرفاهية الذاتية مرتفعة وخاصة إذا كانت مدركة (Vazquez et al, 2004). كما أسفرت دراسة أخرى عند مرضى العجز الكلوي في المرحلة النهائية أن الأمل لديهم أكثر في العيش لمدة تقارب 4 سنوات إذا كانوا أكثر سعادة مقارنة بأخرين مكتئبين (Devins, Mann, Mandin et Leonard, 1990)، وبالعكس تماماً فإن المشاعر السلبية تكون وراء صحة متدهورة في العديد من الأحيان، ففي دراسة تتبعيه حول مرضى القلب بينت أن المرضى المكتئبين أبدوا تدهوراً صحياً مع مرور الوقت مثل زيادة شدة الأعراض (Clarke, Frasure-Smith, 2000) (C. Tarquinio et al, 2011, p 105) كما تبين وجود ارتباطات بين الاكتئاب والأمراض القلبية والوعائية وبرهنت عليها دراسات عديدة (e.g., Mehnert, Krauss, Nadler et Boyed, 1990)، وعليه فقد باتت العوامل النفسية مهمة للحفاظ على الصحة البدنية الجيدة وتوطيدها، وفي الشفاء

من الاعتلالات البدنية (منظمة الصحة العالمية، 2005، ص 19) وعلى هذا الأساس زاد اهتمام الباحثين في السنوات الأخيرة بالعوامل النفسية الايجابية كمكونات صحية، وسطرت منظمة الصحة العالمية في أوتوا من بين أهدافها تنمية المهارات الشخصية لتعزيز الصحة (منظمة الصحة العالمية، 2005، ص 22) وأصبح بعض الباحثين (سليغمان، تاركينيو، شويتزر...) يركز بشدة على فهم القوى التي تكمن في الأفراد والتي من شأنها أن تزيد من حجم الوقاية من الأمراض النفسية والبدنية، وتقلل من انتشارها أو على الأقل تحد من مضاعفات هذه الأمراض على الفرد والمجتمع. (Christophe André, 2013, p 42) وتتأثر علاقة الصحة بالرفاهية الذاتية هي الأخرى بعوامل عديدة، ومن بين هذه المتغيرات (المعدلة في تلك العلاقة) التي تحدث قبل القيام بسلوك ما (سواء كان سلوك صحي أو غير صحي) هي التوقعات والأحكام حول إمكانية القيام بالسلوك وتحمل نتائجه، هذا ما أطلق عليه بندورة مصطلح الفعالية الذاتية (Bandura, 1977, p 191)، وهو مفهوم يشير إلى إدراك الفرد لقدراته على انجاز السلوك المرغوب فيه بإتقان وتعلم الأشياء الجديدة وحل ما يواجهه من المشكلات باعتماده على نفسه في تحقيق أهدافه بمثابة إثبات وإصرار. (المشيخي، 2009، ص 70) والفعالية الذاتية ليست سمة ثابتة تماما في سلوك الفرد ولكنها تنمو من خلال تفاعل الفرد مع محيطه، كما تنمو بالتدريب واكتساب الخبرات، وتتحدد بعوامل مثل صعوبة الموقف، كمية الجهد، ومدى مواظبة الشخص. (Cynthia & Bobko, 1994, p 364) كما أن الاعتقاد بفعالية الذات يحدد كمية المجهود التي يبذلها الإنسان في أداء المهمة ومدة المثابرة فيها، والناس ذوي الاعتقاد بالفاعلية الذاتية العالية يبذلون مجهود كبير للسيطرة على الأمور، بينما ذوي الإيمان بالفاعلية الذاتية المنخفضة يختزلون المجهود ويستسلمون بسرعة (Bandura & Schunk, 1981) وتؤثر أيضاً معتقدات الفاعلية الذاتية على أنماط تفكير الفرد وردود فعله العاطفية حيث يخلق الإحساس بفاعلية الذات العالية إحساس يساعد على الاقتراب من المهام والأنشطة الصعبة على عكس الناس ذوي فاعلية الذات المنخفضة يعتقدوا أن الأشياء أقوى منهم وهذا الاعتقاد يسرع بالقلق والضغط والاكئاب والرؤية الضيقة في حل مشكلاته وبالتالي يؤثر بقوة على مستوى الإنجاز (Bandura , 1986) ولذلك يركز عليه كل من علم النفس الصحة و التوجه الايجابي من علم النفس كنموذج نظري مهم (Self-efficacy) يساعد تطبيقه في الصحة بالبحث عن الحلول العلاجية والوقائية المناسبة والفعالة للتغلب على المشكلات الصحية، و مفيد أيضا في تنظيم المعرفة العلمية حول الجوانب النفسية والاجتماعية للصحة، كما أن فائدته العلمية والإكلينيكية في التدخلات الوقائية في مجال علم النفس الصحة مهمة. (عثمان يخلف، 2001، ص 36) وعلى أساس ما سبق عرضه، نطرح التساؤلات التالية:

- هل هناك علاقة ارتباطية متعددة دالة إحصائياً بين كل من الدرجة الكلية للرفاهية الذاتية، وفعالية الذات والدرجة الكلية للصحة عند عينة من الأصحاء؟
- هل يمكن لفعالية الذات أن تكون معدّل في العلاقة بين الرفاهية الذاتية والصحة عند عينة من الأصحاء؟

## 2- فرضيات الدراسة:

- هناك علاقة ارتباطية متعددة دالة إحصائياً بين كل من الدرجة الكلية للرفاهية الذاتية، وفعالية الذات والدرجة الكلية للصحة عند عينة من الأصحاء؟
- يمكن لفعالية الذات أن تكون معدّل في العلاقة بين الرفاهية الذاتية والصحة عند عينة من الأصحاء؟

## 3- أهداف الدراسة وأهميتها:

تهدف الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين متغيرات البحث (الصحة، الرفاهية الذاتية، وفعالية الذات)، وطبيعة المتغيرات في ضوء علم النفس الصحة، لإظهار الأهمية العيادية لفعالية الذات في تعزيز الصحة.

## 4- مصطلحات الدراسة:

### 4-1 الصحة:

يعرفها قاموس علم النفس (Dictionary of psychology) الصادر عن الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA)، بأنها حالة الفرد الجسمية والعقلية والنفسية، والرفاهية مقابل الخلو من أي مرض أو جروح أو أوجاع وشكاوي أو أعراض مقلقة. (APA, 2015, p 485). وهذا التعريف لا يختلف عن التعريف التي وضعتها منظمة الصحة العالمية (OMS, 1946)، وهو التعريف الأكثر شيوعاً واستعمالاً في المجالات الطبية والصحية. إذ تم تقديم الصحة على أنها حالة من التمام الجسدي مصحوب بحالة من الرفاهية النفسية والجسمية والاجتماعية. (OMS, 2003, p 188) وقد وردت لاحقاً في ميثاق أوتاوا (La charte de Ottawa, 1986) حول ترقية الصحة إضافات لهذا التعريف: «الصحة ليست مجرد الخلو من المرض، بل هي حالة من الرفاهية الجسمية، العقلية والاجتماعية للفرد أو الجماعة، ولا يمكن الوصول إلى هذه الحالة إلا بإشباع الحاجات الأولية والنمو السليم والتكيف مع المحيط.» وقد أكدت منظمة الصحة العالمية في هذا الميثاق على خمسة دعائم أساسية لتعزيز الصحة، وهي: تبني سياسة حول الصحة، جعل البيئة الذي يعيش فيها المواطن محيط يليق بنوعية حياة طبيعية، تعزيز العلاقات الاجتماعية، تدعيم أنظمة الرعاية الصحية وتطوير القدرات الشخصية. (Jean-Pierre, 2003, pp 322-324)

## 4-2 الرفاهية الذاتية:

يُعرّف دينر (Diener et coll; 1998, Diener, 2006) الرفاهية الذاتية على أنها حالة من الشعور الوجداني بدرجة معينة من التمتع، وتميل إلى نوع من الثبات النسبي، تنتج عن الأحكام المعرفية والعاطفية، والتوقعات السلبية أو الإيجابية التي يدركها الفرد عن ذاته، عن قدراته وإمكاناته، وكيفية استثمارها للتكيف مع محيطه، يترتب عنها درجة معينة من التوازن الداخلي والرضا عن الحياة، وترتبط بجوانب نفسية، اجتماعية وبيولوجية متفرعة من الحياة كالصحة، الشبكة الاجتماعية... (C. Tarquinio et al, 2011, p 38) ومع أن الرفاهية الذاتية للفرد ترتبط في كثير من الأحيان بالظروف الموضوعية، لكن ذلك يعتمد أيضا على الكيفية التي يفكر ويشعر بها اتجاه هذه الظروف والشروط، فالرفاهية الذاتية تشمل رضا الناس عن حياتهم وتقييمهم لمجالات حياتهم المهمة مثل: العمل، الصحة، العلاقات، وتشمل أيضا عواطفهم مثل الفرح والمشاركة والارتباط، وبعبارة أخرى فإن الرفاهية الذاتية هي إدراكنا واتجاهنا وقدرتنا على التفكير والتفاعل إيجابيا مع الحياة، وهي أكثر من عدم وجود القلق والاكتئاب وأكثر من شعور عابر بالفرح، بحيث أنها تشمل الرضا عن الحياة ووجود غايات سامية والمشاركة في أنشطة إيجابية ومثيرة للاهتمام وتجربة المشاعر الإيجابية والإحساسات الروحانية والشعور بأن الحياة مجزية. (Edward Diener, 2003, p 9)

وقد أشار دينر وآخرين (Diener et al, 2000) إلى أن الرفاهية الذاتية تشتمل على مكونين أساسيين هما، (1) المكون الوجداني: والذي يشير إلى توافر المشاعر الإيجابية أو فقدان التأثيرات السلبية وهو ما أطلق عليه فينهوفن (Veenhoven, R., 1996) الشعور بالكينونة والإحساس بالرضا والإنجاز في الحياة. (2) المكون المعرفي: وهو ذلك التقييم الذي يصدره الفرد على مدى جودة الحياة التي يحيها بلوها ومُرّها بعزها وقساوتها وجديها وخصبها. (عبد العال ورمضان مظلوم، 2013، ص 83) فالرضا عن الحياة مُكوّنٌ من المكوّنات المعرفية للرفاهية الذاتية، والسعادة مُكوّنٌ وجداني للرفاهية الذاتية، في حين أن الرفاهية الذاتية هي الجزء الذاتي من نوعية الحياة وهي الخاصية التي جعلت منها متغير يدخل ضمن إطار تخصص علم النفس على غرار السعادة، الرضا عن الحياة ونوعية الحياة.

## 4-3 فعالية الذات:

يقصد بندورا بفعالية الذات قدرة الفرد على أداء السلوك الذي يحقق نتائج مرغوبة في موقف معين والتحكم في الأحداث التي تؤثر على حياته وإصدار التوقعات الذاتية عن كيفية أداءه للمهام والأنشطة التي يقوم بها والتنبؤ بمدى الجهد والمثابرة المطلوبة لتحقيق ذلك النشاط أو العمل (بشير معمرية، 2012، ص 196)

ومعتقدات فعالية الذات مبنية على أربعة مصادر أولية للمعلومات التي يتلقاها الفرد ويُكوّن منها معتقدات حول قدراته: (1) من الخبرات الشخصية المباشرة التي عاشها الفرد واجتازها بنجاح (2) (Expériences de maîtrise) من التعلّم الاجتماعي عبر الاقتداء بالملاحظة عندما يلاحظ على الآخرين ظواهر يمكن أن تحدث له فيستخلص منها ويتعلم كما لو كانت تجربة هو الذي عاشها، شريطة أن يكون هؤلاء الذين يلاحظهم قريبين من خصائصه (السن، الجنس...). (3) من الاقتناع بإحياءات الآخرين (الإقناع اللفظي): من قبل أشخاصا مهمين في حياته يقنعونه بقدراته. (4) من الحالة الفزيولوجية والانفعالية، بحيث يركز الفرد عند تقييمه لقدراته، بدرجة كبيرة على المعلومات التي يتلقاها من داخل الجسم حول حالته الفزيولوجية والانفعالية، فإذا انتابته مشاعر الخوف والتردد أمام وضعية ماء، سيشعر بحالة فزيولوجية لا تبعث بالارتياح وتيار انفعالي يحثه على تجنب تلك الوضعية أو ذلك العمل. هذه الحالة الفزيولوجية والانفعالية إنما تحاول إخبارنا أنه لا نستطيع القيام بهذا الأمر فلا تغامر خاصة إذا تعلق الأمر بالنشاطات التي لها علاقة بالصحة والأمن والنشاطات الجسمية التي تتطلب تسيير الضغط (مثل الظهور أمام حضور الجمهور). وقد تكون غير عقلانية في بعض الأحيان مما تسبب تدني في مشاعر فعالية الذات وقد تصل إلى مخاوف مرضية. (Jaques Lecomte, 2004, p 62)

## 5- منهجية وإجراء الدراسة:

تعتمد الدراسة الحالية على المنهج الوصفي، لوصف ومحاولة تفسير العلاقات التي تقوم بين الصحة، الرفاهية الذاتية وفعالية الذات، وذلك التأثير المتبادل بينهم.

## 6- عينة الدراسة:

تتكون عينة البحث من 273 فرد منهم 67% ذكور و33% إناث، يتراوح سنهم بين 19 و95 سنة، 56.1% منهم غير متزوجين، وما نسبته 46.2% لهم مستوى تعليمي جامعي، تليه نسبة 35.5% من مجموع أفراد العينة لهم مستوى دراسي ثانوي. ويقدر المشاركين ما دون مستوى التعليم الثانوي (متوسط وابتدائي) بـ 50 مشارك من أصل 273 أي ما نسبته 18.3% من مجمل المشاركين. وللإشارة أيضاً فإن غالبية أفراد عينة البحث من العمال وتقدر نسبتهم بـ 57.87%، ومنهم 23.44% طلبة، في حين فئة البطالين تمثل 18.68%. واختيار العينة يتطلب أن لا يكون المشارك يعاني من مرض عضوي أو عقلي مزمن مشخص من طرف الأطباء، وأن يكون قادراً على قراءة وفهم المقاييس.

## 7- أدوات الدراسة:

### 1-7 استبيان البيانات العامة:

تم وضع استبيان على رأس المقاييس لجمع البيانات الشخصية التي تفيدنا في فهم

خصائص العينة، إضافة إلى سؤال يتعلق بالحالة الصحية وان كان يعاني من مرض مزمن مع ذكره، وذلك للاستيقاظ على الأصحاء فقط.

## 2-7 استبيان الصحة العامة (GHQ-28):

صمم الاستبيان (General Health Questionner) من قبل غولدبارغ (1972 Goldberg)، لتقدير الصحة العامة والمشكلات النفسية المرتبطة بالصحة الناتجة أو المصاحبة للإصابات العضوية المزمنة والحادة عند الاستشارات الطبية. يشتمل الاستبيان 28 عبارة تتوزع على 4 محاور: المحور الأول يشمل البنود 1، 2، 3، 4، 5، 6، 7، وقيس الأعراض الجسمية العضوية. أما المحور الثاني فيشمل البنود 8، 9، 10، 11، 12، 13، 14 وقيس كل من القلق واضطرابات النوم. في حين يشمل المحور الثالث البنود 15، 16، 17، 18، 19، 20، 21 وقيس الصعوبات الاجتماعية الناتجة عن ظهور المرض والتي لم يكن يعاني منها المريض من قبل، وأخيراً يقيس المحور الرابع بالبنود 22، 23، 24، 25، 26، 27، 28 الاستجابة الاكتئابية الحادة الناتجة عن المرض أو المنبئة لاحتمال حدوث مرض.

ولكل بند 4 بدائل محتملة يختار منها المفحوص واحدا حسب ما يشعر به في الأسابيع القليلة الماضية. وتنقط البنود وفق 4 درجات على سلم ليكورت Likert من 0 إلى 3: (0) لا أبداً، (1) لا ليس كالمعتاد، (2) أكثر قليلاً عن المعتاد و(3) نعم أكثر من المعتاد. ويكون اتخاذ القرار بعد حساب المجموع الكلي للدرجات المتحصل عليها، وتعتبر الدرجة 29 النتيجة الفاصلة بين وجود [الدرجة  $\leq 29$ ]، وعدم وجود [الدرجة  $< 29$ ] هذه الاعتلالات والمتلازمات المرضية. (Langevin et al, 2011, p 678)

**خصائصه السيكومترية:** لقد أثبت هذا الاستبيان خصائص سيكومترية جيدة في العديد من الدراسات (Goldberg et Williams 1988 ; Pariente 1990 ; Sterling) (M et al 2003) وقد اعتمدت عليه منظمة الصحة العالمية OMS كأداة لجمع البيانات في الحالات الوبائية أو لرصد عوامل الخطر النفسية الاجتماعية، طبق في 15 بلد (Werneke et al, 2000) وكانت النتائج التطبيق وإعادة التطبيق تتراوح بين 0.73 و0.82، واتساق البنود عن طريق ألفا كرومباخ 0.91 Alpha-Cronbach و 0.94 (Pariente et al, 1992). (Langevin et al, 2011, p 678)

## 3-7 قائمة الرفاهية الذاتية (Personnel WellBeing Index-):(adult

اعد القائمة (PWI-A) مجموعة من الباحثين (Cummins, McCabe, Romeo & Gullone 1991; Cummins, 1994 ; Lau & Cummins 1999) وهي أداة مفيدة لقياس مستوى الرفاهية من جهة (Cummins et al, 2006, p 07)

ولكن لقياس أيضا عوامل الخطر النفسية الاجتماعية عند عينات واسعة ومفتوحة. وتتكون القائمة على ثمانية سلالم تقيس درجة الرضا عن الحياة في ثمانية مجالات: (1) الرضا عن الحياة بشكل عام. (2) المستوى المعيشي. (3) الحالة الصحية. (4) الانجاز ومدى تحقيق الأهداف في الحياة. (5) العلاقات الشخصية. (6) الشعور بالأمن. (7) الشعور بالانتماء إلى المجتمع. (8) الشعور بالأمن في المستقبل. (9) التدين والروحانية. هذه السلالم عبارة عن عبارات مصاغة في شكل أسئلة يقيهما المبحوث وتنقط من الصفر إلى 10 على سلم ليكورت (Likeurt)، واتخاذ القرار يكون بعد حساب المجموع الكلي للدرجات المتحصل عليها، وتعتبر الدرجة 45 هي الوسيط الفاصل بين الرفاهية الذاتية المنخفضة والمرتفعة.

**خصائصه السيكومترية:** تم حساب خصائص السيكومترية للمقياس في أكثر من 17 دولة و إقليم من مختلف أنحاء العالم، حيث كانت قيم ثبات المقياس عن طريق التطبيق وإعادة للتطبيق تتراوح بين 0.54 و 0.85، وعن طريق معامل ألفا بلغ 0.80. (**Cum- mins & al, 2013, pp 06-32** واعتمد صدق المقياس في طبعته الانجلوفونية على الصدق التلازمي مع الرضا عن الحياة (Denier, Emmons, Hasern et) (Griffin, 1985) ومقياس الرضا عن الحياة لتوماس (Thomas, 2005) حيث جاء معامل الارتباط بين المقياسين 0.78 و 0.74. (**Habib Tiliouine, 2012,** p 06)

#### 4-7 مقياس فعالية الذات (Self-Efficacy scale) SES:

صمم مقياس فعالية الذات من قبل الباحثين شيرر، ماركاندوت ومادوكس (**Sherer, Mercandaute & Maddox, 1982**) لتقييم المستوى العام لتوقعات واعتقادات الأفراد حول قدراتهم وكفاءتهم حول فعاليتهم الذاتية دون ارتباطها بوضعيات أو سلوكيات خاصة. يتكون المقياس من 17 عبارة تتوزع إلى بنود مباشرة وغير مباشرة. تضم البنود المباشرة العبارات رقم 1، 3، 8، 9، 13، 15، أما البنود غير المباشرة تشمل العبارات رقم 2، 4، 5، 6، 7، 10، 11، 12، 14، 16 و 17. تنقط بنود الاختبار وفق 4 درجات من 1 إلى 4: (1) أرفض تماما، (2) أرفض دون حماس، (3) أوافق دون حماس و(4) أوافق تماما، هذا بالنسبة للبنود المباشرة، أما البنود الغير مباشرة فيكون التنقيط عكسي. وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس ما بين 17 درجة كحد أدنى إلى 68 درجة كأقصى حد، وتعد الدرجة 43 فما فوق الوسيط الذي يفصل بين إدراك مرتفع أو منخفض للفعالية الذاتية.

**صنائه السيكومترية:** للمقياس أيضا صدق التكوين الفرضي (**Construct Validity**) من خلال ارتباطه الدال مع عدد من المقاييس مثل مقياس قدرة الذات (**dity strength Scale**)، ومقياس الكفاءة العلائقية (**The Interpersonal Com-**) (**petency Scale**) ومقياس روزنبرغ (**Rosenberg**) لتقدير الذات. كما أن له



توافق داخلي جيد باستعمال معامل ألفا (*Alpha Coefficient*) حيث قدر معامل الثبات بـ (0.86) للمقياس ككل. ( حكيمة أيت حمودة، 2006، ص ص222، 223).

## 8- نتائج الدراسة:

جدول (01): تحليل تباين الخاص بمربع معامل الارتباط المتعدد.

مربع الارتباط	الارتباط	دلالة الاختبار	القيمة ف	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	
0.346	0.589	0.01	46.52	6644.01	2	13288.03	نموذج
				142.81	270	38559.88	الخطأ
					272	51847.91	المجموع

يظهر من الجدول أن الارتباط المتعدد بين الصحة والرفاهية الذاتية وفعالية الذات يقدر بـ (0.58)، وهو ارتباط دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha 0.01$ ). ولفهم التأثير المتبادل واتجاه وقوة هذا التأثير ودرجة تأثيره، تم تحليل الارتباط من خلال نموذج الانحدار المتعدد الذي يوضحه الجدول الموالي:

جدول (02): نموذج تحليل الانحدار المتعدد.

دلالة الاختبار	القيمة التائية	معامل بيتا	معاملات التأثير		المعاملات
			التباين	المعلمة (B)	المتغيرات
000,	12,763		5,481	63,89	الصحة
000,	-7,829	407,-	047,	341,-	الرفاهية الذاتية
001,	-3,396	190,-	107,	362,-	فعالية الذات

من خلال الجدول نلاحظ أن معلمة الرفاهية الذاتية (B) تشير إلى أن أي نقصان في درجة الرفاهية الذاتية بدرجة واحدة تؤدي إلى رفع المشكلات الصحية بمقدار 3.41 درجة عند افتراض ثبات فعالية الذات، كما أن انخفاض فعالية الذات بمقدار درجة واحدة يقابلها أيضاً ارتفاع بمقدار 3.62 درجة في المشكلات الصحية بافتراض ثبات متغير الرفاهية الذاتية. هذه المعطيات تدل على أن كل من الرفاهية الذاتية وفعالية الذات هي متغيرات يمكن التنبؤ بها (*prédicteurs*) في الصحة.

وكخطوة إضافية، تم أيضاً حساب معاملات الارتباط الجزئية بين كل متغيرين فترضنا عزل تام للمتغير الثالث:

جدول (03): معامل الارتباط الجزئي في العلاقة المتعددة.

الدالة الارتباط الجزئي	معامل الارتباط		المتغيرات
	الجزئي	البسيط	
0.01	0.40 -	0.47 -	الصحة والرفاهية الذاتية
0.01	0.20 -	0.33 -	الصحة وفعالية الذات
0.01	0.23	0.41	الرفاهية الذاتية وفعالية الذات

مثلما يوضحه الجدول فإن حساب العلاقة بين أي متغيرين من متغيرات المستهدفة (الصحة والرفاهية الذاتية وفعالية الذات) بدون أثر المتغير الثالث المعزول عن بقية المتغيرات، ينتج عنه انخفاض في العلاقة. إذ تقدر العلاقة بين الصحة والرفاهية الذاتية بوجود الفعالية الذاتية (- 0.50)، وبغزل فعالية الذات من العلاقة بينهما تتخض إلى (- 0.43) وهذا ما يمكن أن يشير إلى أن متغير فعالية الذات قد يكون معدّل في العلاقة بين الرفاهية الذاتية والصحة. هذه الدلائل مع مؤشرات الجداول السابقة (جدول 01 والجدول 02) تبين أن الرفاهية الذاتية وفعالية الذات منبئات ايجابية للصحة.

وللتأكد من أن فعلاً فعالية الذات متغير معدل في العلاقة بين الرفاهية الذاتية والصحة تم تقسيم عينة البحث إلى مجموعتان حسب نتائج مقياس فعالية الذات: المجموعة الأولى هي المجموعة ذوي فعالية الذات المرتفعة والمجموعة الثانية ذوي فعالية الذات المنخفضة لمقارنة الارتباطات بين الصحة والرفاهية الذاتية عند كلي المجموعتين:

جدول (04): نتائج العلاقة بين درجات الصحة والرفاهية الذاتية بدلالة فعالية الذات.

المجموعة	المتغيرات	عدد العينة	الارتباط	دلالة الإحصائية
ذوي فعالية الذات المرتفعة	الصحة/ الرفاهية الذاتية	248	0.47 -	0.01
ذوي فعالية الذات منخفضة	الصحة/ الرفاهية الذاتية	27	0.46 -	غير دال

م من خلال الجدول نلاحظ أن الارتباط بين درجات الصحة ودرجات الرفاهية الذاتية عند المجموعة الأولى المتمثلة في ذوي فعالية الذات المرتفعة تقدر ب (- 0.44) هو ارتباط سالب دال إحصائياً، عند مستوى الدلالة ( $0.01 \alpha$ ). بمعنى أي ارتفاع في درجات الرفاهية الذاتية يقابلها انخفاض في المشكلات الصحية عند الأفراد الذين يتمتعون بفعالية الذات المرتفعة، في حين لا ترتبط تماماً درجات الصحة ودرجات الرفاهية الذاتية عند المجموعة الثانية الذين لديهم فعالية الذات منخفضة (- 0.46) وغير دال إحصائياً، رغم من أن قيمة الارتباط تظهر أكبر في الثانية (- 0.46) وذلك نتيجة لحجم المجموعة الصغير (27) مقارنة بالمجموعة الأولى (248). هذا يعني أن فعالية الذات عامل معدّل في العلاقة الصحة بالرفاهية الذاتية.

## 9- مناقشة النتائج:

للتذكير فان الفرضية البحث تنص على وجود علاقة ارتباطية متعددة دالة إحصائياً بين كل من الدرجة الكلية للرفاهية الذاتية، فعالية الذات والدرجة الكلية للصحة. ودور فعالية الذات في العلاقة بين الصحة والرفاهية الذاتية.

وقد أسفرت النتائج على وجود ارتباط متعدد بين كل من الرفاهية الذاتية، فعالية الذات والصحة يقدر بـ (0.50) وهو ارتباط دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $0.01 \alpha$ ) وهذا يعني تغيير في أي متغير ينتج عنه تقلبات في المتغيرات الأخرى. ولفهم هذا التأثير المتبادل واتجاه وقوة هذا التأثير ودرجة تأثيره، تم تحليل الارتباط من خلال نموذج الانحدار المتعدد وتبين أن نقصان في الرفاهية الذاتية بدرجة واحدة (1) يتزامن معه ارتفاع المشكلات الصحية بمقدار (3.41) درجة عند افتراض ثبات فعالية الذات، كما أن انخفاض فعالية الذات بمقدار درجة واحدة يقابلها أيضاً ارتفاع بمقدار (3.62) درجة في المشكلات الصحية بافتراض ثبات متغير الرفاهية الذاتية. وتقدر العلاقة بين الصحة والرفاهية الذاتية بوجود الفعالية الذاتية (- 0.47)، وبغزل فعالية الذات من العلاقة بينهما تنخفض إلى (- 0.40). وقسمنا عينة البحث إلى فئتين حسب نتائج مقياس فعالية الذات: المجموعة الأولى هي المجموعة ذوي فعالية الذات المرتفعة والمجموعة الثانية ذوي فعالية الذات المنخفضة لمقارنة الارتباطات بين الصحة والرفاهية الذاتية عند كلي المجموعتين: وجاء الارتباط بين درجات الصحة ودرجات الرفاهية الذاتية عند ذوي فعالية الذات المرتفعة (- 0.44) مع واقع دلالة إحصائية (0.00) أي دالة عند ( $0.01 \alpha$ )، وتنخفض الدلالة عند ذوي فعالية الذات المنخفضة (0.18) أي دالة ولكن عند مستوى الدلالة ( $0.05 \alpha$ ). هذه المعطيات لا تدل فقط على أن هناك علاقة ارتباطية متعددة بين الرفاهية الذاتية وفعالية الذات والصحة، بل تشير أيضاً إلى أن متغير فعالية الذات عامل مُعدّل في العلاقة بين الرفاهية الذاتية والصحة. كما تبين أيضاً أن الرفاهية الذاتية محك أو مخرج (Un issu) منبئ للصحة الايجابية، في حين أن فعالية الذات عامل إنقاذ للصحة (Un facteur) (Salutogène) منبئ سلوكي للصحة.

هذه النتائج إذا ما تم مقارنتها مع دراسات رائدة في علم النفس الصحة فإنها تصب في نفس التيار. فالعلاقة بين الرفاهية الذاتية والصحة لم تعد غامضة، بل تعتبر منظمة الصحة العالمية (OMS, 1984) أن الصحة حالة من الرفاهية الجسمية، العقلية، النفسية والاجتماعية للفرد أو الجماعة. (J Deschamps, 2003)، كما أنها أحد المحكات (Critère) الأساسية لتقدير الحالة الصحية (M. Bruchon-Schweitzer, 2001). وترتبط الحالة الصحية بالرفاهية الذاتية والحالة الوجدانية ارتباطاً وثيقاً، فقد تم التحقق من ارتباط الرفاهية الذاتية مع الصحة من خلال العديد من الدراسات التي أقيمت بمختلف الطرق وشتى العينات، بحيث تفوق 1200 دراسة بحثت في هذه العلاقة إلى غاية 2008.

وخلص ويلسون (Wilson) بعد جمع عدد كبير من الدراسات (Eg : George & Landerman, 1984 ; Larson, 1978 ; Okun, Stock, Haring & Witter, 1984) أن الصحة ترتبط ارتباطات قوية بالرفاهية الذاتية (بين 0.4 إلى 0.9). (ED Diener & al, 1999, p 287) هذه الدراسات ودراسات عديدة أخرى أثبتت وجود ارتباطات جوهرية بين الحالة الصحية الرفاهية الذاتية، لدرجة أن الحالة الصحية أدرجت كبعد مهم من أبعاد الرفاهية الذاتية (Cummins & al, 2006) فالأدلة العلمية تشير إلى أن مشاعر الرفاهية الذاتية والشعور بالسعادة تقود نحو صحة أفضل. إذ توصلت بعض هذه الدراسات من خلال البحوث الميدانية المقارنة بين المجموعات في مختلف المجتمعات، فتبين أن الصحة تكون أحسن في البلدان التي تكون فيها الرفاهية (الموضوعية) مرتفعة في حين تقل كلما قلت الرفاهية (Vazquez et al, 2004). كما أسفرت دراسة أخرى عند عينة من مرضى العجز الكلوي في المرحلة النهائية أن هؤلاء الذين كانوا يعلقون أملاً أكثر في العيش ارتفعت نسبة أمل الحياة لديهم إلى مدة تقارب 4 سنوات إضافية مقارنة بأخرين من نفس العينة كانوا مستسلمين لمشاعر الاكتئاب واليأس. (Devins et al, 1990) كما لوحظ أن التدخلات العلاجية النفسية التي ترفع من الشعور بالرفاهية الذاتية عند المرضى، يصاحبها بعد مدة تحسن واضح في الحالة الصحية، كما يمكنها الرفع من أمل الحياة لديهم وبالمقابل تماماً فإن التمتع بالحالة الصحية الجيدة وإدراك ذلك أيضاً ينتج عنه أثر يساهم في الشعور بالرفاهية الذاتية، فالمشاكل الصحية التي تحد من قدرات الفرد غالباً ما تخفض من الشعور بالرفاهية النفسية، ويكون أكثر انخفاضاً في الأمراض المميّنة مقارنة بالأمراض الأقل خطورة في حين تصل إلى درجات دنيا إذا كانت عدة أمراض متداخلة فيما بينها (e.g., Mehnert, Krauss, Nadler et Boyed, C. Tarquinio et al, 2011, pp 103-104).

رغم هذا الكم الهائل من الدراسات، إلا أن انتقادات كثيرة وجهت إليها (Hooker & Sieglar, 1992 ; Pennebaker, 1989)، فالمقاييس المستعملة هي مقاييس التقدير الذاتي للصحة أو تقارير ذاتية، في حين أن الصحة الموضوعية كما يشخصها الأطباء والمتابعة الصحية ترتبط بدرجة أقل (ED Diener & al, 1999, p 287) وقد أشار إلى ذلك أيضاً تاركينيو وزميله (C. Tarquinio et C. Martin-Krumm, 2011) فمعظم الدراسات التي حاولت البحث في الصحة البدنية الموضوعية كانت أقل ارتباطاً (e.g., Brief, Butcher, George et Link, 1993 ; Okun et George, 1984).

وإذا عدنا إلى التراث النظري، فإننا سنجد أن الصحة هي مفهوم مجرد ومعقد لدرجة أنه لا يمكننا تحديدها في تعريف ضيق ومحدود (Dowell, 2006) وجميع وسائل تقييم الصحة لا تقيس في الحقيقة سوى جانب معين من الصحة وبطرق غير مباشرة، ويمكن

المشكل في اختيار مؤشرات الصحة، ومجال الدراسة (صحة جسدية، اجتماعية، عقلية، نفسية، روحية...)، وأي وجهة نظر نعتمد عليها (تقييم ذاتي، موضوعي، متعدد) وأي درجة أو مستوى سنستهدفه (تقييم عام للصحة أو خاص). (M. Schweitzer et E.) (Boujut, 2014, P 24)

وكذلك يجب الإشارة إلى أن معظم تلك الدراسات التي حاولت دراسة الصحة الموضوعية مع الرفاهية الذاتية (e.g., Hilleras, Jorm, Herlitz et Winblad, 1998 ; Murell, Salsman et Meeks, 2003; Ostir, Markides, Black et Goodwin, 2000) كلها أقيمت على عينات من المرضى يعانون من مضاعفات المرض، وهذا قد يجعلهم يفقدون الشعور بالرفاهية الذاتية، ولذلك قمنا في هذا البحث باختيار عينة من الأصحاء وفق مقياس (GHQ-28) المعتمد من قبل منظمة الصحة العالمية (OMS)، وهو مقياس تقييم الذاتي للصحة. وحسب التوجه الإنساني الذي ظهر في بداية الستينات من القرن الماضي (Carl Rogers, 1970 ; Abraham Maslow, 1961)، فإن أحسن الدراسات لظواهر نفسية هي تلك التي تكون على أشخاص أصحاء، وأصدق الأحكام هي تلك الأحكام التي يطلقها الفرد حول حالته ذاتياً كما يراها الفرد وليس كما يراها الباحث. (Myers David G, 2004, p 587)

فالصحة إذن محك من محكات تقدير الصحة والمرض في علم النفس الصحة، وكذلك الرفاهية الذاتية (Schweitzer, 2001)، والعلاقة بينهما في هذا البحث، تتماشى مع نتائج دراسات أخرى، وقد تبين في هذه الدراسة أن فعالية الذات يرتبط مع كل من الصحة والرفاهية الذاتية إيجاباً. وبالرجوع للدراسات السابقة في إطار علم النفس الصحة، يتبين أن فعالية الذات عامل إنقاذ ومنبئ للصحة. فقد لوحظ في دراسة بعد تطبيق مقياس فعالية الذات على مجموعة من المقبلين لإجراءات عملية جراحية قلبية أن فعالية الذات تنبئ بالاستجابة للشفاء بسرعة (Luszczynska, Gutiérrez-Dona et Schwartzer, 2005b). وفي تحليل بعدي لثمانية وثلاثين دراسة تبحث في طرق تحسين نوعية الحياة عند المرضى المصابين بالسرطان، تبين أن الطرق التي اعتمدت على رفع فعالية الذات وتمكين المرضى من مواجهة مرضهم، هي التي كان لها الأثر الإيجابي الأكبر على مستوى عدة محكات وجدانية وعضوية (Graves, 2003). وفي دراسة أخرى عرضية أقيمت على 1024 مصاب بالأمراض التاجية (Sarkar, Ali et Whooley, 2007) تم تقييم حالة عضلة القلب عن طريق اختبار الجهد (Teste d'effort échocardiographique)، ونوعية حياتهم، والأعراض الاكتئابية وكذلك بعض المتغيرات السوسيوديموغرافية وفعالية الذات. وقد أسفرت النتائج على وجود ارتباط دال بين التحكم في الأعراض وشدة المرض ونوعية الحياة مع فعالية الذات والأعراض الاكتئابية، إذ ترتبط فعالية الذات مع نوعية حياة جيدة وأعراض وظيفية أقل. وأقيمت

دراسة ممتدة على طول 4.3 سنوات على 1013 مريض (Sarkar et al 2009) في تلك المدة تم تسجيل 124 مريض منهم دخلوا المستشفى لتفاقم الأعراض وعجز عضلة القلب، و235 آخرين توفوا. وبعد مراقبة عوامل التداخل في المرض (Les facteurs de confusion)، توصلت الدراسة إلى التنبؤ بالصحة من خلال فعالية الذات، إذ لم يتم تسجيل أي حالة وفات أو دخول للمستشفى عند من تبين أنهم يتمتعون بفعالية الذات مرتفعة، كما تبين أن السبب الرئيسي للوفيات واحتمال دخول المستشفى كان يرتبط بشدة الأعراض يعود وبادراك العجز. (M. Schweitzer et E. Boujut, 2014, P 24)

وقد أكدت شوارتزر (Schwarzer) أن معتقدات فعالية الذات هو عامل إنقاذ، ومصدر مهم للفرد يمكنه من التحكم في مواقف مهمة في حياته (Bandura, 1997)، وفي المجال الصحي فإن فعالية الذات المرتفعة ترتبط بحياة أكثر صحة على العموم، وسلوكات صحية أكثر مقابل سلوكات خطر أقل (كالإدمان على المخدرات والكحول). (Bruchon-Schweitzer, 2001)، وعند المرضى المزمنين فإنها ترتبط مع من المحددات الضرورية للالتزام بالعلاج عند المرضى (Stretcher et al, 1986). فتوقع السيطرة على الصحة المقترن بالمعرفة بالعلاج هما من بين العوامل التي يمكن أن تنبئ بالالتزام عند مرضى ارتفاع ضغط الدم، مرضى السكري ومرضى الكلى على حد سواء. (Stanton, 1987) (شيلي تايلور، 2008، ص 533)

وهناك العديد من الدراسات الأميركية التي أشادت بدور فعالية الذات في المجال تأهيل المرضى كعامل وسيط بين إدراك درجة المرض وخطورته من جهة والتكيف مع المرض والتعايش معه من جهة أخرى، ففي دراسة بارلو وآخرون (Barlow, Macey et Struthers, 1993) وجد أن مشاعر فعالية الذات تحمي مرضى الفقار (Spondylarthritis) من تدهور حالتهم الصحية ويجعلهم يثابرون بحثاً عن الشفاء. وقد بينت أيضاً دراسة ريجاتسكي وزملاءه (Rejescki et all, 1998) أن مشاعر فعالية الذات عند مرضى المصابين بهشاشة العظام (Gonarthrose) له اثر وسيط في تغيير العادات والسلوكات السلبية غير الصحية والقيام بالتمارين. (Julie Barlow, 2010, pp 7-9)

ويمكن تفسير ذلك أن الأفراد إذا شعر بأنهم متحكمون في بيئاتهم الاجتماعية والداخلية، فإنهم يكونون أكثر انخراطاً في أنشطة تعزيز الصحة. ويبدو واضحاً أن هذا المنحى يرتبط بتعريف منظمة الصحة العالمية (OMS, 1984) الذي يسلط الضوء على أهمية تعزيز الصحة من خلال تمكين الأفراد من خلال زيادة تحكمهم في حياتهم. وتقدم برامج الإقلاع عن التدخين مثلاً واضحاً لمنحى فعالية الذات، فالأفراد الذين يتوقفون عادة عن التدخين لديهم القدرة على التعامل مع (هناك الشويخ، 2010، ص 89)

كما أن تأثير فعالية الذات على الجانب الفزيولوجي لا يمكن إهماله في الصحة: تحدث التأثيرات المباشرة للتحكم المدرك على نشاط مختلف الأجهزة العصبية الغددية والعصبية المناعية. فالمحاولات النشطة التي يقوم بها الفرد للحفاظ على تحكمه في الموقف الضاغظ يترافق مع نشاط مفرط لجهاز السمباتوي، حيث ترتفع نسبة الكاتيكولامين *catécholamines* المتحركة. أما فقدان التحكم فيرتبط بالنشاط المفرط لمحور الكورتيكوتروب *corticotrope de l'hypophyse* بما فيها الكورتيزول *cortisol*. وهذه المادة تخفض من فعالية الجهاز المناعي وهو ما يهيأ الأرضية لظهور وتطور بعض الأورام والإصابات. (Bruchon Schwetzer, 2002) وبالعكس فإن التحكم المدرك يحفز ويستثير الدفاعات المناعية. (عبد العزيز حدار، 2006، ص 161)

كما نجد دراسات عديدة قدمها بندورا (Bandura, 1988) تبين أثر فعالية الذات على الصحة الوجدانية والرفاهية الذاتية. وأشهرها تلك الدراسة التي أقيمت في 5 بلدان على عينة مكونة من 8796 شخص (Luszczynska et al, 2005b)، أسفرت على وجود علاقة دالة إحصائياً بالإيجاب بين الرفاهية الذاتية ومختلف مؤشرات مع فعالية الذات. في حين حلل مجموعة من الباحثين (Schwarzer, Boehmer, Luszczynska et al, 2005) علاقات مشاعر فعالية الذات (سواءً كانت تلقائية أو مكتسبة من العلاج النفسي) تتزامن مع ارتفاع نسبي ملحوظ في مشاعر الرفاهية الذاتية عند مرضى المصابين بالسرطان، وعند النساء اللاتي عاودنَ الدخول إلى المستشفى للمرة الثانية على الأقل من أجل سرطان الثدي كانت معتقدات فعالية الذات منبئةً لذلك. وعلى عينة من الأصحاء، فإن مشاعر فعالية الذات عند الأساتذة كانت مصدراً حامياً من الوقوع في خطر الاحتراق النفسي (Burnout)، وهذه النتائج قدمتها دراسة تتبعية على مستوى 485 أستاذ لمدة سنة كاملة (Schwarzer et Hallum, 2008)، كما اتضح أن فعالية الذات المنخفضة تعجل في نشأة ظاهرة الاحتراق النفسي، واستخلصت النتائج على أن فعالية الذات يمكن أن يكون عامل إنقاذ للصحة العامة وللصحة الوجدانية والرفاهية الذاتية. (M. Schweitzer et E. Boujut, 2014, P 24)

وفعالية الذات من المفاهيم الأساسية التي يقوم عليها نموذج (HAPA) التوجه نحو السلوك الصحي (Schwarzer, 1992)، إذ ليس لفاعلية الذات أثر على عملية اتخاذ القرار أمام المهمات الصحية فقط (كممارسة الرياضة أو الإقلاع عن التدخين) بل أيضاً على الشروع والمداومة على فعل السلوك الصحي (G. Fischer et C. Tarquinio, 2014). ويرى أصحاب النموذج الشمولي في الصحة (Le model Transactionnel) أن فعالية الذات من المفاهيم الأساسية التي تحدد درجة إدراك الضغط، وهو جزء من عملية التقييم المعرفي، وتؤدي دوراً مهماً في استراتيجيات التعامل مع الضغوط. فالأفراد الذين لديهم إحساس قوي بفعالية الذات يركزون انتباههم في تحليل المشكلة ويحاولون التوصل

إلى حلول مناسبة لها، وبالمقابل فإن الأفراد الذين يساورهم الشك في فاعليتهم الذاتية يحولون انتباههم إلى الداخل ويفرقون أنفسهم في الهموم عندما يواجهون مطالب البيئة الصعبة الضاغطة (باسم آل دهام، 2012، ص 884)

وحسب شويتزر (Schweitzer, 2002)، فإن معتقدات فعالية الذات تُصنف ضمن السوابق (Les antécédents) إذا كانت على درجة من الثبات (النسبي) والتعميم، وعامل إنقاذ يحمي الصحة والرفاهية الذاتية في إطار النموذج الشمولي (Transactionnel). وبالنسبة للاو (Lowe et al, 2008)، فعالية الذات مهارة يمكن تعلمها من خلال الخبرات البديلة (ملاحظة نتائج الآخرين) أو بفضل الخبرات الشخصية أين نجح الفرد في مواجهة الموقف [...] كما يمكن تعديلها عن طريق التدخل العيادي بالعلاجات النفسية. ويقدر فولرات (Vollrath, 2006) أن فعالية الذات عامل معدل في تفاعل أحداث الحياة الضاغطة مع الصحة والرفاهية الذاتية. أما جوج وزملاءه (Judge et Al, 2007) فيرى أنه من الضروري جداً دراسة آثار فعالية الذات المعدلة بين مختلف السوابق ومحكات الصحة. وتبقى فعالية الذات عامل مهم له دور كبير في مواجهة المرض عند المرضى وفي تبني سلوكيات صحية عند الأصحاء وفي رفع درجات الرفاهية الذاتية في جميع الحالات. (M. Schweitzer et E. Boujut, 2014)

### خلاصة:

العلاقة بين الصحة والرفاهية الذاتية مؤكدة بالنتائج التي تحصلنا عليها في هذه الدراسة، وبمقارنتها مع الدراسات السابقة والرائدة في علم النفس الصحة تبين كذلك أنها تصب في نفس المسعى، وأسفرت الدراسة على وجود علاقة ارتباطية متعددة بين كل الصحة والرفاهية الذاتية وفعالية الذات، وأن فعالية الذات والرفاهية الذاتية منبئات ايجابية للصحة، ويلعب فعالية الذات دور المعدل في العلاقة بين الرفاهية الذاتية والصحة.

وفي ضل تفاعل هذه العلاقات، فعالية الذات له دور مفتاحي، إذ يعتبر المعدل في العلاقة بين الرفاهية الذاتية والصحة فضلاً عن كونه منبئ صحي، مما يجعله متغير يُعتمد عليه في التدخلات الصحية الوقائية (كتبني نظام من السلوك الصحي والمثابرة عليه) ولكن كذلك في التدخلات العلاجية (كتبني سلوك الملاءمة العلاجية والمثابرة عليه).

والأهم من ذلك يمكن تعلم وتطوير هذه القدرة منذ الطفولة وسن المراهقة، وبالعودة إلى دعوة منظمة الصحة العالمية لتعزيز الصحة عن طريق تطوير القدرات الشخصية، نجد أن فعالية الذات كخاصية وقدرة شخصية يمكن أن تساهم في تعزيز الصحة الايجابية، ويمكن استثمار التأثيرات الايجابية لفعالية الذات لصالح الوقاية من الأمراض، وفي طرق التعامل مع أحداث الحياة والتعايش معها كون هذه الأحداث جزء من حياة الفرد التي



لا يمكن أن يتجنبها في غالب الأحيان، كما يمكن تعميم مشاعر فعالية الذات إلى فعالية الاجتماعية.

ولهذا يركز أخصائيي الصحة في هذا الاتجاه على استثمار وتطوير قدرات الفرد والتمكن من الاستفادة منها ومن مختلف موارده ويعتبر فعالية الذات كعامل يمكن الاعتماد عليه لتحسين الرفاهية الذاتية والحالة الصحية، وتزويد الفرد بالكفاءات الضرورية لتطوير مهاراته بطريقة تمكنه من اختيار وانجاز أهداف التي يريدها بما فيها الحفاظ على الصحة (الوقاية)، أو الحفاظ على الذات من مضاعفات المرض (العلاج).

### قائمة المراجع:

1. باسم رسول كريم آل دهام (2013): "أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بفعالية الذات لدى طلبة المرحلة الإعدادية"، مجلة الأستاذ، العدد 203/ ص ص 873-905.
2. بشير معمري (2012): دراسات في علم النفس الايجابي، دار الخلدونية للنشر والتوزيع، القبة، الجزائر.
3. تحية أحمد عبد العال، مصطفى علي رمضان مظلوم (2013): الاستمتاع بالحياة في علاقته ببعض المتغيرات الشخصية الايجابية، مجلة كلية التربية، العدد (93) الجزء 2/ 78-164.
4. حكيمة أيت حمودة (2006): دور سمات الشخصية وإستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة الجسدية والنفسية، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.
5. دليلة زناد (2013): علم النفس الصحي، دار الخلدونية للنشر والتوزيع، القبة، الجزائر.
6. شيلي تاييلور (2008): علم النفس الصحي، دار الحامد للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، الأردن.
7. عثمان يخلف (2001)، علم النفس الصحة: الأسس النفسية والسلوكية للصحة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ط1، الدوحة.
8. عبد العزيز حدار (2006): الاكتئاب و علاقته بالتحكم المدرك و اختلال التفكير السنني، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة سعد دحلب البليدة، الجزائر.
9. منظمة الصحة العالمية (2005): التقرير المختصر/ تعزيز الصحة النفسية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، القاهرة.
10. هناء أحمد محمد الشويخ (2012): علم النفس الصحي، مكتبة الأنجلو المصرية، ط1، القاهرة، مصر.

11. American Psychology Association (2015) : **Dictionary of psychology**, 2<sup>nd</sup> edition, APA Order Department, Washington, United States of America.
12. Albert Bandura (1977): **self-Efficacy in changing**, Cambridge university press, New work.
13. Cyrille Tarquinio et all (2011): **Traité de la psychologie positive**, Ed DUNOD, Paris, France.
14. Cynthial, bobko P (1994): **self. Efficacy beliefs- comparison of live**, Measures journalaf applied psychology, vol.69 (3) pp 342-365.
15. Cummins et al (2006), **Personal Wellbeing Index –Adult manual** (PWI-A) English 4th Edition, The International Wellbeing Group, Australia.
16. Cummins et al (2013), **Personal Wellbeing Index –Adult manual** (PWI-A) English 5th Edition, The International Wellbeing Group, Australia.
17. Edward Diener, Eunkook M. suh, Richard E. Lucas, and Heidi L. Smith, **«Subjective Well-Being : Three Decades of Progress »**, psychological Bulletin 1999, vol. 125, No. 2, 276-302. APA, Inc. 0033-2909/99
18. Jacques Lecomte, **«Les applications du sentiment d’efficacité personnelle»**, Savoirs 2004/5, p.59-90. DOI 10.3917/savo.hs01.0059  
En ligne : <http://www.cairn.info/revue-savoirs-20045--page-9.htm>
19. Jean-Pierre Deschamps (2003). **Une relecture de la charte d’Ottawa**, Santé publique, volume 15, n 03, pp. 313-325
20. Julie Barlow (2010) : **« Le sentiment d’efficacité personnelle dans le contexte de la réadaptation »**. In: JH Stone, M Blouin, editors. International Encyclopedia of Rehabilitation. Available online: <http://cir-rie.buffalo.edu/encyclopedia/fr/article/35/>
21. Habib Tiliouine (December 2012): **Subjective Wellbeing, Psychological needs, Meaning in life, Religious practice and Income in the Population of Algeria**, Journal of Social Research & Policy, Vol. 3, Issue 2

22. Langevin V., François M., Boini S. & Roiou A. (2011) : Risques psychosociaux : outil d'évaluation. **Documents pour le médecin du travail**, 128 (4) : P 676682-.
23. Michele Sterling (2011) : **General health questionnaire (GHQ-28)**. *Journal of physiotherapy*, vol 57 : P 259.
24. Bruchon-Schweitzer (2001) : **Concepts et modèles en psychologie de la santé**, Revue de recherches en soins infirmiers, N° 67/ pp 0439-.
25. Marilou Bruchon-Schweitzer et Emilie Boujut (2014) : **Psychologie de la santé**, Ed DUNOD, Paris, France.
26. Myers David (2004): **Psychologie**, édition Flammarion, Paris, France.
27. Organisation Mondiale de la Santé (2003) : **Constitution de l'OMS**, WHO press : Ed de l'OMS, Paris, France.