

دراسة مقارنة لمستويات إدراك الضغط بين الأصحاء والمرضى المزمنين

A comparative study in levels of Stress perceived between healthier and
chronic diseasesعمر حوي^{1*}، يعقوب المسوس²¹ جامعة أحمد زبانة غيليزان (الجزائر)، omar.haoui@univ-relizane.dz² جامعة أحمد زبانة غيليزان (الجزائر)، yagoub.elmossoues@univ-relizane.dz

تاريخ النشر: 2022/12/28

تاريخ القبول: 2022/12/23

تاريخ الاستلام: 2022/09/20

ملخص: هدفت الدراسة الحالية لتحديد الفروق في مستوى إدراك الضغط بين عينة مكونة من (100) أصحاء و (100) من المرضى المزمنين (مرضى القلب، ومرضى السكري)، تمت الدراسة وفق المنهج المقارن، استخدمنا فيها أداتين هما مقياس إدراك الضغط واستبيان الصحة العامة لغولدرغ والذي كان الهدف منه اختيار الأفراد الذين يتمتعون بصحة جيدة وفقًا لدرجاتهم على الاستبيان، بينما عينة المرضى المزمنين فتم اختيار الأفراد الذين تم تشخيص حالتهم فعليًا من طرف الأطباء المختصين، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن أفراد عينة المرضى المزمنين يخبرون مستويات مرتفعة من إدراك الضغط مقارنة بعينة الأصحاء الذين كانت درجاتهم بصفة عامة على مقياس إدراك الضغط منخفضة.

الكلمات المفتاحية: مستوى إدراك الضغط؛ الصحة؛ المرضى المزمنين؛ عوامل الخطورة على الصحة

Abstract: The current study aimed to look the differences in level of stress perceived between a sample of (100) healthy people and a sample of (100) chronic patients (heart diseases and diabetics). We have used The stress perceived scale and the general Health Questionnaire, which aimed to select individuals who are in good health according to their scores on the questionnaire, while the sample of chronic patients was selected for individuals whose actually diagnosed by specialist. The chronic patients sample reported higher levels of stress perceived than the healthy sample whose scores were generally low on the SP scale.

Keywords: Level of Stress perceived; health; chronic diseases; health risk factor

*المؤلف المرسل

1. مقدمة:

لقد تبين أنه من بين العوامل التي تراكمت الأدلة على أنها عامل خطورة على الصحة الضغط النفسي، والذي هو خبرة إنفعالية سلبية يترافق ظهوره مع حدوث تغيرات بيوكيميائية، فيزيولوجية، معرفية وسلوكية، ولم يعد هناك شك في الأهمية البالغة لتأثير الضغط على حسن الحال والقدرة على التكيف الاجتماعي والصحة الجسمية. (Lazarus.R, Folkman et al, 1985, p 770).

ولا يعتبر مصدر الضغط كافياً لوحده لكي تعتل الصحة النفسية والجسدية بقدر ما تؤثر طريقة تقييم الأفراد وإدراكهم لمصادر الضغط (مسيلي.ر وفاضلي، 2013، ص 307). وهو ما أشار إليه كل من Lazarus et Folkman (1984) عندما أكدوا على انخراط الأفراد لدى تعرضهم للضغوط في عمليات تقييم أولية وثانوية، ومنها جاء مفهوم إدراك الضغط. فمن وجهة نظر لازاروس وفولكمان فإنه لا يكون هناك ضغط إلا عندما يتم إدراك وتقييم الوضعية من طرف الفرد على أنها خطر أو أنها تهدد وتستنزف إمكانياته التكيفية. (Guillet.L et Morel, 2010, p 6) فالضغط هو نوع خاص من العلاقة بين الفرد ومحيطه بحيث يرى الفرد أن الأحداث تستهلك أو تفوق بكثير قدراته التكيفية (Lazarus.R.,1990, p 3)

وقد بدأت الأبحاث المعاصرة تركز على الآثار الصحية التي يمكن أن تحدث لاحقاً بسبب التعرض للضغوط، حيث تبين أن الضغط الشديد والمتكرر يهدد بالإصابة بالأمراض مع مرور الزمن، فقد يتطور مثلاً لدى أطفال الأسر التي يكثر فيها الصراع مبالغة في ردود الأفعال السمباثوية واستجابة الكورتيزول لدى مواجهة الضغوط، ونظراً لتدخل أجهزة الضغط هذه وما يحدث فيها من اضطراب في العديد من الأمراض فليس من المستغرب أن تؤدي الضغوط الشديدة في الأعمار المبكرة إلى حدوث أضرار لاحقة، والدلائل التي تدعم وجهة النظر هذه كثيرة، ففي دراسة (Felliti et al, 1998) استخدم فيها منهج الرجوع إلى تاريخ الحالة، طلب من مجموعة من الراشدين تعبئة إستبانة حول ظروف بيئاتهم الأسرية المبكرة تضمنت أسئلة عن مدى توفر الدفء والمساندة في الأسرة، مقابل عدم الدفء، التقذ، العدوانية والصراع، فتبين أن الأشخاص الذين كانوا أكثر عرضة لهذه المشاكل هم أكثر قابلية للمعاناة في سن الرشد من أمراض الرئة، السرطان

أمراض القلب والسكري. وقد تتبين أيضاً العلاقة ما بين الضَّغط النفسي والإصابة بالمرض من خلال العلاقة بين الضَّغط والسلوكيات غير الصحيّة فقد وجد S. Cohen et Williamson, (1988) أنّ النَّاس الذين أقرُّوا أنّهم أكثر تعرُّضاً للضَّغط أفادوا أيضاً أنّهم ينامون ساعات أقلّ، وهم أقلّ ميلاً لتناول طعام الفطور وأكثر استهلاكاً للكحول والعقاقير المنشّطة من أولئك الذين يتعرَّضون لضغط أقلّ. لذلك فإنّ مقدار التَّغيير الذي يمكن أن يحدث في العادات الصحيّة نتيجة التعرُّض للضَّغط يمكن أن يؤدّي إلى الإصابة بالأمراض (شيلي تايلور، ص 2008). إضافةً إلى تقييم الوضعيّة من طرف كلّ فرد (Bruchon-Schweitzer, 2014, p 437) ومنه جاءت الدراسة الحالية نتناول من خلالها مستوى إدراك الضغط بين الأصحاء والمرضى المزمنين، ومنه نطرح التساؤل التالي:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عيّنة الأصحاء وعيّنة المرضى المزمنين في مستوى إدراك الضغط؟

فرضيات الدراسة:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عيّنة الأصحاء وعيّنة المرضى المزمنين في مستوى إدراك الضغط.

أهداف ادراسة:

- هدفت الدراسة الحالية لمعرفة الفروق في مستويات إدراك الضغط بين الأصحاء والمرضى المزمنين.

أهميّة الدراسة:

من الناحية النظرية يساهم الكشف عن مدى وجود فروق في مستويات إدراك الضغط بين الأصحاء والمرضى المزمنين من جهة لمعرفة احتمالية وجود تأثير سلبي لاستجابة إدراك الضغط على الحالة الصحيّة للأفراد ومن جهة أخرى في إثراء التراث النظري حول علاقة إدراك الضغط بالحالة الصحيّة، أمّا من الناحية التطبيقية يمكن أن تُساهم نتائج الدراسة الحالية في توجيه برامج التوعية والرعاية الصحيّة لبناء خطط التدخّل بأخذ في الاعتبار متغيّر إدراك الضغط من خلال استراتيجيات التعامل والتخفيف من آثار استجابة إدراك الضغط على الصّحة.

2. التحديد الإجرائي للمفاهيم:

1.2 مستوى إدراك الضغط:

هو نتيجة فقدان التوازن بين المتطلبات وقدرات الفرد على المواجهة. ويُعبّر عنه في الدراسة الحالية بأنه مجموع الدرجات التي يحصل عليها الفرد على بنود استبيان إدراك الضغط المستخدم في هذه الدراسة.

2.2 الصحة:

هي حالة من السلامة والخُلُو من أعراض المرض والرفاهية والتكامل الجسدي، الاجتماعي والنفسي، ويُعبّر عنها في الدراسة الحالية بمجموع الدرجات التي يحصل عليها الفرد على بنود استبيان الصحة العامة المستخدم في الدراسة الحالية.

3. مفهوم إدراك الضغط:

ظهر مفهوم إدراك الضغط من خلال أعمال "لازاروس" الذي أكد على أنّ الأفراد في مواجهة أحداث الحياة ليسوا سلبيين يتلقون الحدث مباشرة وينفعلون بل إنهم يجرون تقييمات معرفية يعطون من خلالها معنى لما يحدث وفق طريقتهم في التفكير ونظام معتقداتهم، فوفق الطرح المعرفي فإنّ الأشخاص يستجيبون للأحداث التي يمرون بها خلال حياتهم من خلال مكتسبات معرفية سابقة تشكّل الأساس الذي يُطلقون من خلاله أحكامهم على ما يحدث .

وفي هذا الشأن يرى أنّ هناك مطالب من المحيط تسبّب الضغط عند الكثير من الناس، ويختلف الأفراد والجماعات في حساسيتهم وانجراحيّتهم لبعض أحداث الحياة وفقاً لتقييماتهم لها، فالبعض يستجيب بالغضب وآخر بالاكتئاب والبعض بالقلق، في حين يستجيب آخرون على أنّ هذا الموقف تحدّي (Lazarus & Folkman, 1984, p 22).

إذ يكون الحدث ضاغطاً بالنسبة للفرد فقط إذا أدركه على أنّه يهدد كيانه أو يشكل خطورة عليه، ولهذا نجد أنّ نفس الحدث يستجيب له الأفراد بطرق مختلفة تماماً، وما يشكّل ضغطاً بالنسبة لشخص ما قد يكون تحدي ودافع لشخص آخر، هذه الفكرة تبلورت في أعمال "لازاروس" منذ سنة (1970) لفهم استجابة الضغط بتوظيف العوامل

النفسية والمعرفية بإدخال فكرة التقييم المعرفي Appaisal والتي عرض من خلالها نموذج التقييم الأولي والثانوي، ويكون التقييم الأولي وفق أربع خصائص وهي هل الحدث يعنيه مباشرة أو لا يعنيه، عادي أو إيجابي، مخيف ويشكل تهديد، مخيف ويشكل تحدّي، بينما يتضمن التقييم الثانوي تقييم إمكانات الفرد وقدراته على المواجهة، وبالتالي يتعلق التقييم الأولي بالحدث الخارجي بينما يتعلق التقييم الثانوي بالشخص في خد ذاته، وهي ما يحدّد إن كان الشخص سيرى الحدث ويقيّمه على أنّه ضاغط أو لا، وحسب نموذج صاحب النظرية تأخذ استجابة الضغط عدة أشكال فيحدث إما ردّ فعل سلوكي مباشر، البحث عن معلومات متعلقة بالحدث، عدم فعل أي شيء، تطوير استراتيجيات للمواجهة. (Ogden, 2004, p 238)

كما أكد "لازاروس" على أهمية العمليات المعرفية وعلاقتها بالانفعالات السلبية وتبني استراتيجيات موجهة للأحداث الضاغطة (Cottraux, 2007, p 14)، ويشير مفهوم إدراك الضغط إلى علاقة تفاعلية خاصة بين الشخص والمحيط أين يتم تقييم الموقف على أنّه مُهدد ويتجاوز إمكاناته التكيفيّة. (Lzarus & Folkman, 1984, p21)

فوفق هذا الطرح فإنّه ليست الخصائص الموضوعية للموقف الضاغط هي ما يسبب تغيير في العلاقة بين الفرد ومحيطه بل تقيّمه وإدراكه لذلك الموقف، لذلك من الضروري التفريق بين الضواغط الموضوعية الموقفية وبين الأثر الشخصي للموقف، وهو ما يُعرف بإدراك الضغط، بحيث يرى الفرد بأنّ إدراك الضغط وفق النموذج التفاعلي يتعلق بجملة التقييمات والأحكام المتعلقة ليس فقط بالمواقف المهددة ولكن أيضا بالموارد الشخصية التكيفيّة والتي يشعر الفرد أنّها غير كافية لمواجهة الموقف، فهي عملية ديناميكية متفرّدة، لذلك نجد أنّ عدة أشخاص يتعرضون لنفس الموقف إلا أنّهم يستجيبون بطرق مختلفة تماماً، إذا ما سبب الضغط هو عدم التكافؤ بين متطلبات الموقف وقدرات الشخص، وعدم التكافؤ هذا قد يكون حقيقياً وقد يكون مجرد إدراك خاطئ، فالشخص الذي يعتقد أنّ قدراته المعرفية لا تكفي لنجاحه في امتحان ما سيكون تحت الضغط حتى وإن كان هذا الإدراك خاطئاً (Schweitzer & Bonjut, 2014, pp 437-438).

وحسب المركز الأوروبي للصحة والأمن المهني AESST يحدث إدراك الضغط عندما يكون هناك فقدان التوازن بين إدراك الفرد بوجود متطلبات يفرضها عليه المحيط وبين إدراكه

لإمكاناته الشخصية لمواجهة تلك المطالب، وفي هذه الحالة يكون الفرد قادرًا على تسيير وإدارة الضغط على المدى القصير إلا أنه يواجه صعوبات في مواجهة تلك المتطلبات في حالة استمرارها أو تكرارها (Coutanceau et al., 2016, p 6).

من خلال التعريفات السابقة لمفهوم إدراك الضغط نجدها تتسق في مجملها مع التصور المعرفي الذي أكد على تأثير الأفكار والمعتقدات التي يتبنّاها الفرد على طريقته في الحكم على الأشياء وتقييمه لها بناءً على نظام معرفي قد يكون مشوّه وبالتالي يترك أثرًا سلبيًا عليه، فيكون المعاش الشخصي له ناتج عن ذلك التقييم وليس عن الحدث في حد ذاته، وبناءً على ذلك يمكن تعريف مفهوم إدراك الضغط بأنه الحكم الذي يُطلقه الفرد على موقف معين على أنه يُشكّل خطورة ويُهدّد وجوده أو يُعرّض ممتلكاته أو علاقاته للفقدان فينتج عن هذا التقييم انفعالات (سلبية أو إيجابية)، سلوكيات تهدف للتعامل مع الموقف (تكيفيّة أو غير تكيفيّة) بالإضافة إلى الاستجابة الفيزيولوجية التي تُحرّك العضوية لحماية الذات.

إدراك الضغط هو نوع من العلاقة التفاعلية بين الشخص والأحداث المحيطة به، وهي العلاقة التي من خلالها يقيم الفرد المواقف والأحداث على أنّها خطيرة وتهدد كيانه ووجوده لأنّها تتجاوز إمكاناته التكيفيّة (Lazarus et Folkman, 1984).

حسب هذا الطرح فإنّه ليست الأحداث والضواغط هي ما يسبب الاضطراب بل تقييم الفرد وتفسيره لتلك الأحداث، ومن هنا جاءت فكرة التفريق بين الأحداث الموضوعية وبين الخبرة الذاتية المتمثلة في تقييم الفرد المعنى الذي يعطيه لتلك الأحداث وهو ما يعرف بإدراك الضغط. والذي يُشير وفق النموذج التفاعلي يشير إلى جملة التقييمات والاحكام المتعلقة ليس فقط بالأحداث (المهددة) بل أيضا بالموارد الشخصية التكيفيّة التي يشعر الفرد بأنّها غير كافية لمواجهة الموقف، وهو ما يفسّر كيف أنّ عدّة أشخاص يتعرضون لنفس الحدث الضاغط إلا أنّهم يستجيبون بطرق مختلفة تماما، لتُصبح مسببات الضغط هي عدم التكافؤ بين متطلبات الموقف وقدرات الشخص التكيفيّة لمواجهة، وقد يكون عدم التكافؤ حقيقياً أو مجرد إدراك خاطئ من الشخص لقدراته، فالذي يعتقد أنّ إمكاناته لا تكفي لنجاحه في إمتحان ما فسيكون تحت الضغط حتّى وإن كان هذا الإدراك

خاطئ. (Schweitzer et Bonjut, 2014, p 437).

4. الاستجابة الفيزيولوجية للضغط:

أكدت البحوث الاستجابة المعرفية للضغط تتضمن الرعب، التفكير غير التكيّفي الكارثي أو كارثية التفكير واضطراب العمليات المعرفية (Larkin, 2005, p 68)، فكل من مرّ سابقا بحادث خطير ومهدد لكيانه مثل التعرض لحادث مروري يكون قد علم أنّ هناك ردود أفعال فيزيولوجية تجاه الضغط، فتزداد سرعة ضربات القلب، تشتدّ العضلات، ويكون كل الجسم في حالة تأهب لمواجهة الخطر، ويكون وراء هذه التغيرات الجهاز العصبي السمبثاوي والجهاز الغددي وبعد فترة الاستجابة الإستيعالية تهدأ تلك الاستثارة، ويُدعى الجزء الفيزيولوجي من استجابة الضغط بالفاعلية Reactivity والذي يقوم الباحثون بقياسه بالمقارنة مع فترة الهدوء وعدم الاستثارة، كما تلعب العوامل الوراثية دورا في درجة حساسية الأفراد للضواغط، والأشخاص الذين يعانون من ضغط مزمن يكونون تحت وطأة درجة عالية من الاستثارة الجسدية في حالة التعرض للضواغط ويستغرق العودة لحالة الراحة وعدم الاستثارة مدة زمنية أطول، وقد قام "كانون" Cannon بشرح هذه الاستجابة من خلال نموذج التفسيري للضغط المبني على استجابة الكرّ أو الفرّ Fight or Flight Response، ويؤدي الضغط إلى تغيرات جسمية قد تنشأ عنها آثار قصيرة الأمد أو طويلة الأمد على الصحة، ويؤدي التعرض للضغط إلى تدخل من قبل اثنين من أجهزة الجسم التي تتبادل التأثير وهما الجهاز العصبي السمبثاوي المنشط لنخاع الأدرينالية وأجهزة الهيبوتالاموس والغدة النخامية المنشطة لقشرة الأدرينالية (Contrada et al., 2011, p 11).

5. الجانب التطبيقي

1.5 الدراسة الاستطلاعية:

الغرض من الدراسة الاستطلاعية هو القيام ببحث مصغّر في الميدان، إذ تساعدنا على الدراية بمجتمع الدراسة، إمكانية الحصول على العينة، وفي التحقق من أدوات الدراسة، وصياغة الفرضيات والتعرف على الميدان ومختلف العوائق التي يمكن أن تعترض الباحث أثناء قيامه بالدراسة الأساسية وبالتالي الاستعداد لها أو حلّها قبل الشروع في الدراسة.

من نتائج الدراسة الاستطلاعية الحالية التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة بعد أن قمنا بترجمتها من النسخة الأصلية باللغة الإنجليزية، وهي كلّ من مقياس إدراك الضغط والصحة العامة.

بعد الترجمة قمنا بعرض النسخ المترجمة مع النسخة الأصلية على مجموعة من الأساتذة والأخصائيين في مجال الصحة من مختلف الجامعات بهدف التأكد من سلامة الترجمة من الناحية اللغوية وملائمتها لغرض الدراسة.

وللتحقق من أدوات الدراسة من حيث مقروئيتها وخصائصها السيكومترية، تم تطبيقها على عينة استطلاعية مكونة من 41 فرد من الجنسين تتراوح أعمارهم بين 20 و50 سنة مع مقابلة بهدف الشرح والتأكد من قدرتهم على قراءة البنود وفهمها وهذا من أجل جمع المعطيات حول ظروف التطبيق والصعوبات المحتملة. وتتمثل هذه الأدوات في:

- استبيان البيانات العامة ويحتوي على البيانات الشخصية العامة لأفراد العينة الاستطلاعية.

- مقياس إدراك الضغط Stress perceived scale.

- مقياس الصحة العامة General health questionnaire.

عملية التحقق من الخصائص السيكومترية مرت بمرحلتين، إذ استهدف في المرحلة الأولى عينة استطلاعية قدرها 41 فرد من الجنسين، ثم في المرحلة الثانية تم إعادة تطبيق المقاييس على أفراد العينة بفارق عشرون يوم إلى شهر.

بالنسبة لمقياس الصحة العامة تم تطبيقه أيضا على عينة من المرضى المقيمين بكل من مستشفى فارس يحيى بالقليلة، مستشفى فرانتز فانون بالبيدة، وهذا بهدف دراسة الصدق التمييزي لهذا المقياس بمقارنته مع مجموعة متجانسة من الأصحاء.

2.5 منهج الدراسة:

لتحقيق الهدف من الدراسة يعتمد الباحث على المنهج الوصفي المقارن لفحص مدى دلالة الفروق ما بين عيّنتين إحداهما تمثل فئة الأصحاء والأخرى تمثل فئة المرضى المزمنين في متغيرات الدراسة.

3.5 مجتمع الدراسة:

هو مجموعة العناصر ذات الخصائص المشتركة المميزة والتي يجري عليها البحث (موريس أنجرس، 2008، ص 298). وقد يكون المجتمع الإحصائي محدودًا أو غير محدود من حيث الحجم (بوعلاق محمد، 2009، ص 15). والمجتمع الإحصائي في الدراسة الحالية غير معروف من حيث الحجم بالدقة اللازمة بسبب عدم امتلاك الديوان الوطني للإحصاءات أرقام دقيقة لعدد المرضى المصابين بأمراض مزمنة أو الأصحاء في الجزائر. العينة: تتكوّن عيّنة الدّراسة الحاليّة من مجموعتين (الأصحاء والمرضى). ويعتمد الباحث في اختيار أفراد عينة البحث الحالي على أسلوب العينة المقصودة، أمّا بالنسبة لعدد أفراد العينة فإنّنا مضطرون لاعتماد العينة المتاحة لعدم إمكانية الحصول على إحصائيات لعدد أفراد مجتمع الدراسة والتي بلغت (100) أصحاء و(100) مرضى مزمنين.

4.5 أدوات جمع البيانات:

تمّ الإعتماد في هذه الدراسة على كل من مقياس إدراك الضّغط، واستبيان الصّحة العامّة (GHQ-28). وسيتم التعريف بهذه المقاييس وخصائصها السيكمترية كالتالي:
- استبيان إدراك الضّغط:

صمم من طرف "Levenstein (1993) وآخرون" لقياس مؤشر إدراك الضّغط (Perceived stress index) ويشتمل الإستبيان على 30 عبارة تتوزع وفق نوعين من البنود، المباشرة وغير المباشرة، تضم البنود المباشرة 22 عبارة منها عبارات رقم 2-3-4-5-6-8-9-11-12-14-15-16-18-19-20-22-23-24-26-27-28-30

وتنقط هذه العبارات من 1 إلى 4 من اليمين إلى اليسار وتدل على وجود مؤشر إدراك ضّغط مرتفع عندما يجيب المفحوص بالقبول إتجاه الموقف، بينما تشمل البنود غير المباشرة 8 عبارات منها رقم 1-7-10-13-17-21-25-29

وتنقط هذه البنود بصفة معكوسة من 4 إلى 1 من اليمين إلى اليسار.

-طريقة التصحيح: تنقط بنود هذا الإختبار وفق 4 درجات من 1 إلى 4 كمايلي:

1-تقريبا أبدا. 2-أحيانا. 3-كثيرا. 4-عادة.

ويتغير التنقيط حسب نوع البنود مباشرة أو غير مباشرة. وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس بعد حساب مؤشر إدراك الضغط من (0) ويدلّ على مستوى منخفض من إدراك الضغط إلى (1) ويدلّ على مستوى مرتفع من إدراك الضغط.

الخصائص السيكومترية:

التحكيم:

تم عرض الاستبيان الحالي على مجموعة من المختصين في مجال علم النفس الصحة والصحة العمومية يتقنون لغة أجنبية (الإنجليزية) إضافة إلى اللغة العربية ويهدف هذا الإجراء إلى التأكد من سلامة الترجمة، وكذا التأكد من صلاحية البنود وتمثيلها لأبعادها. وقد كانت ردود المحكمين تؤكد سلامة الترجمة وتمثيل البنود لأبعادها.

طريقة الصدق التلازمي: لقد تم التحقق من الصدق باستخدام الصدق التلازمي الذي يركز على مقارنة مقياس إدراك الضغط مع المقاييس الأخرى للضغط فأظهر وجود ارتباط يقدر بـ 0.67 مع مقياس إدراك الضغط لـ Cohen.

طريقة التجانس الداخلي للبنود: أسفرت طريقة التجانس الداخلي للبنود عن ارتباط جميع البنود بالدرجة الكلية للمقياس مثلما يوضحه الجدول التالي:

الجدول 1: نتائج طريقة التجانس الداخلي لبنود مقياس إدراك الضغط

البند	درجة الارتباط	مستوى الدلالة	البند	درجة الارتباط	مستوى الدلالة
1	0,71	0.01	17	0,60	0.01
3	0,60	0.01	18	0,62	0.01
4	0,63	0.01	19	0,65	0.01
5	0,54	0.01	20	0,56	0.01
6	0,57	0.01	21	0,55	0.01
7	0,43	0.01	22	0,43	0.01
8	0,76	0.01	23	0,76	0.01

0.01	0,64	24		0.01	0,64	9
0.01	0,66	25		0.01	0,66	10
0.01	0,65	26		0.01	0,65	11
0.01	0,62	27		0.01	0,62	12
0.01	0,62	28		0.01	0,62	13
0.01	0,65	29		0.01	0,65	14
0.01	0,66	30		0.01	0,66	15
				0.01	0,65	16

من خلال الجدول يتبين أن جميع البنود ترتبط مع الدرجة الكلية للمقياس وهذا يعني أنه يحقق صدقاً مقبولاً.

طريقة التطبيق وإعادة التطبيق: تم تقديره على عينة استطلاعية تقدر بـ 41 طالب يمثلون جزء من المجتمع الإحصائي المستهدف وتتوفر فيهم نفس الخصائص، وهذا بفارق زمني قدره 20 يوم بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني، وتم تقديره باستعمال معامل الارتباط بيرسون وكانت النتيجة تقدر بـ 0.81 وهي نتيجة دالة احصائياً عند مستوى الدلالة 0.01

جدول 2 يمثل الثبات من خلال التطبيق وإعادة التطبيق

الأداة	الارتباط بين التطبيق وإعادة التطبيق	مستوى الدلالة
استبيان إدراك الضغط	0.81	0.01

من خلال الجدول يتضح أن الأداة تحقق ثبات جيد من خلال ارتباط بين التطبيق وإعادة التطبيق مما يعني أن الأداة مقبولة.

طريقة ألفا كرونباخ: تمّ حساب معامل ثبات ألفا كرونباخ لاستبيان إدراك الضغط وتوصلت النتائج إلى أنّ معامل بلغ (0.92).

جدول 3 يمثل الثبات حساب معامل الفا كرومباخ

الأداة	عدد البنود	الفا كرومباخ
استبيان إدراك الضغط	30	0.92

إذاً ومن خلال قيم معاملات ثبات ألفا كرونباخ لكل بعد نلاحظ أنّ جميع أبعاد المقياس تتمتع بالثبات.

نلاحظ من خلال الجدول أنّ معاملات الارتباط لكل أبعاد الاستبيان تشير إلى أنّ الاستبيان يتمتع بثبات جيد.

طريقة التجزئة النصفية: تم الاعتماد أيضاً لتقدير الثبات طريقة التجزئة النصفية على العينة الاستطلاعية تقدر بـ 41 مبحوث، وقد بلغ معامل الارتباط (0.77).

استبيان الصحة العامة General Health Questionner-28

صُمم استبيان الصحة العامة (GHQ-28) لأول مرة من قبل Goldberg, (1972). ويهدف للكشف عن الصحة العامة والمشكلات النفسية المرتبطة بالصحة أو المصاحبة للإصابات العضوية المزمنة والحادة، كما أنّ هذه الأداة حساسة للمؤشرات النفسية والإعاشية التي تدلّ على وجود أو احتمال خطر الإصابة بالمرض.

طريقة التصحيح وتفسير النتائج: الاستبيان عبارة عن تقييم ذاتي يتعلّق بشعور الفرد حول حالته الصحية في الأسابيع القليلة الماضية، ويُمكن أن يُملأ دون حضور المختصّ، ويشمل 28 بند في أربعة محاور:

- المحور الأول يشمل البنود 1-2-3-4-5-6-7، ويقيس الأعراض الجسمية والإعاشية.
- المحور الثاني يشمل البنود 8-9-10-11-12-13-14، ويقيس كلّ من القلق واضطرابات النوم.
- المحور الثالث ويشمل البنود 15-16-17-18-19-20-21، ويقيس الصّعوبات الاجتماعية الناتجة عن ظهور المرض والتي لم يكن يُعاني منها من قبل.
- المحور الرابع يشمل البنود 22-23-24-25-26-27-28، يقيس الاستجابة الاكتئابية الحادة.

ولكّل منها بدائل مُحتملة يختار منها المفحوص واحدًا حسب ما يشعر به في الأسابيع الماضية.

يُنقّط الاستبيان وفق 4 درجات على سُلّم ليكرت Likert من (0) إلى (3) كالتّالي:

(0) لا أبدا. (1) لا ليس كالمعتاد. (2) أكثر قليلا من المعتاد. (3) نعم أكثر من المعتاد.

تتراوح الدّرجة الكليّة على المقياس بين (0) الافتراضي والدّي يدلّ على حالة التّوازن الصّحّي الجيّد، و(84) التي تدلّ على وجود اعتلال أو خلل صّحّي. وتُعتبر الدّرجة (29) الحدّ الفاصل بين وجود وعدم وجود اعتلال صّحّي.

كما يمكن حساب نتيجة كلّ محور على حدة باعتباره بعد من أبعاد المقياس، ويُنقّط بنفس طريقة تنقيط الاستبيان ككُلّ. وتتراوح الدّرجة بين (0) الافتراضي الدّي يدلّ على حالة توازن صّحّي جيّد و(21) التي تدلّ على وجود أو احتمال وجود خلل صّحّي.

تمّت ترجمة الاستبيان إلى اللّغة العربيّة من النّسخة الأصليّة باللّغة الإنجليزيّة، بحيث تمّ اعتماد طريقة التّرجمة والتّرجمة العكسيّة.

أثبت هذا الاستبيان خصائص سيكومترية جيدة في العديد من الدراسات، وقد اعتمدت عليه منظمة الصحة العالميّة في جمع البيانات في الحالات الوبائيّة أو لرصد عوامل الخطر النفسيّة الاجتماعيّة، وطُبّق في 15 بلد وكانت نتائج التطبيق وإعادة التطبيق تتراوح بين 0.73 و 0.82، واتساق البنود عن طريق ألفا كرونباخ (Langevin, v et al, 2011, 0.91 p:678).

وللاستبيان تماسك داخلي جيد يتراوح بين 0.78 و 0.95 وأظهر التطبيق وإعادة التطبيق بفواصل زمني قدره شهر وجود معامل ثبات قوي قدره 0.9، وتبين أن للمقياس تماسك داخلي ومعامل ثبات مرتفع في معظم الدراسات، وفي دراسات أخرى قدر ثبات المقياس عن طريق التطبيق وإعادة التطبيق 0.78 واتساق البنود عن طريق ألفا كرونباخ تراوح بين 0.90 و 0.95 (Sterling, M, 2011, p:259).

قامنا بالتأكّد من الخصائص السيكومترية للاستبيان على البيئة الجزائريّة عن طريق:

التحكيم: تم عرض الاستبيان الحالي على مجموعة من المختصين في مجال علم النفس الصّحة والصّحة العمومية يتقنون لغة أجنبيّة (الإنجليزيّة) إضافة إلى اللّغة العربيّة

ويهدف هذا الإجراء إلى التأكد من سلامة الترجمة، وكذا التأكد من صلاحية البنود وتمثيلها لأبعادها. وقد كانت ردود المحكمين تؤكد سلامة الترجمة وتمثيل البنود لأبعادها. الاتساق الداخلي: طُبِّق الاستبيان على عينة تقدَّر ب 41 مبحوث بحيث تمَّ حساب ارتباط البنود بمحاورها الأربعة التي تنتمي إليها فكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول 4: نتائج ارتباط البنود بالدرجة الكلية لمحورها من خلال العينة الاستطلاعية

المحور الأول		المحور الثاني		المحور الثالث		المحور الرابع	
البنود	معامل الارتباط	البنود	معامل الارتباط	البنود	معامل الارتباط	البنود	معامل الارتباط
1	0.58	8	0.59	15	0.71	22	0.67
2	0.33	9	0.75	16	0.47	23	0.65
3	0.41	10	0.70	17	0.64	24	0.79
4	0.54	11	0.61	18	0.66	25	0.89
5	0.62	12	0.69	19	0.51	26	0.68
6	0.67	13	0.60	20	0.74	27	0.49
7	0.70	14	0.65	21	0.60	28	0.84

من خلال الجدول نلاحظ أنَّ جميع البنود ترتبط بمحاورها التي تنتمي إليها ارتباطاً دالاً إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01.

الصدق المحكي:

يُشير الصدق المحكي إلى مقارنة الباحث لنتائج أدواته مع نتائج أداة أخرى تقيس نفس الخاصية للتحقق من أنَّ الأداة تقيس فعلاً ما وُضعت لقياسه وذلك على نفس العينة بحساب معامل الارتباط.

وقد تلازمت في الدراسة الاستطلاعية الحالية نتائج استبيان الصحة العامة مع نتائج سلم الحالة الصحية، وجاءت نتائج الارتباط كما يوضحها الجدول التالي:

جدول 5: نتائج الصدق المحكي لاستبيان الصحة العامة

الارتباط	درجة الارتباط	مستوى الدلالة
نتائج استبيان الصحة العامة	-0.479	0.01
نتائج سلم الحالة الصحية		

من خلال النتائج نلاحظ أنّ هناك ارتباط سالب دالّ إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01 بين الدرجة الكلية لاستبيان الصحة العامة ودرجة سلم الحالة الصحية، مما يُشير إلى أنّه كلما زادت درجات الحالة الصحيّة يقابلها انخفاض في درجات المشكلات الصحية. أمّا الثّبات فقد تمّ التحقق منه بطريقتين: طريقة ألفا كرونباخ: استخدمنا معامل ألفا كرونباخ للحصول للحصول على ثبات الاستبيان على العينة الاستطلاعية، وقد أظهرت النتائج معامل ثبات بلغ 0.81 وبالتالي فإنّ الاستبيان يتمتّع بثبات جيّد.

جدول 6: نتائج الثبات بحساب معامل الفا كرونباخ

الأداة	عدد البنود	الفا كرونباخ
استبيان الصحة العامة GHQ-28	28	0.81

إذاً ومن خلال قيم معاملات ثبات ألفا كرونباخ لكل بعد نلاحظ أنّ جميع أبعاد المقياس تتمتع بالثبات.

طريقة التّجزئة النصفية: تمّ أيضاً التحقق من الثبات باستخدام طريقة التّجزئة النصفية على نفس العينة الاستطلاعية، بحيث بلغ معامل الارتباط 0.78 وعند تصحيحه بمعادلة سبيرمان براون بلغ الثّبات 0.88 وهذا ما يُؤكّد أيضاً ثبات الاستبيان.

خلاصة عن استبيان الصحة العامة:

تتمتع هذه الأداة بصدق وثبات عاليين وتستغرق الإجابة عليه من 5 إلى 10 دقائق، كما أنّه عابر للثقافات، كما أنّه حساس فقط للاضطرابات العابرة، وهو غير قادر على الكشف عن أعراض ثابتة ودائمة، خاصة إذا كان الشخص يمرّ بمرحلة من التوازن الجسدي والانفعالي.

6. عرض وتحليل نتائج الدراسة:

نتائج إختبار (ت) لدلالة الفروق في إدراك الضغط بين عيّنة الأصحاء وعيّنة المرضى المزمنين.

تنص فرضية الدراسة على أنّه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عيّنة الأصحاء وعيّنة المرضى المزمنين.

يوضح الجدول الآتي المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية على مقياس إدراك الضغط والدرجة الثانية للفروق بين عيّنة الأصحاء وعيّنة المرضى المزمنين.

جدول 7: نتائج إختبار (ت) للفروق في متوسط إدراك الضغط بين عيّنة الأصحاء وعيّنة المرضى المزمنين .

إدراك الضغط	الأصحاء		المرضى المزمنين		قيمة (ت)	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
	0.22	0.24	0.58	3.67	2.56	0.05

أسفرت نتائج إختبار (ت) وجود فروق جوهرية بين عينة الأصحاء والمرضى المزمنين في مستوى إدراك الضغط، وقد بلغت قيمة اختبار (ت) (2.56) وهي أكبر من القيمة المجدولة (1.96) عند مستوى دلالة (0.05)، وتُشير نتائج المتوسطات الحسابية أنّ المتوسط الحسابي لعيّنة المرضى المزمنين أكبر من المتوسط الحسابي لعيّنة الأصحاء، وبالتالي فإن الفرضية تحققت.

7. مناقشة النتائج:

مناقشة نتائج الفرضية: تنص الفرضية على أنّه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عيّنة الأصحاء وعيّنة المرضى المزمنين.

وللتحقّق من هذه الفرضية قمنا بتطبيق كل من مقياس الصّحة العامة بهدف تحديد عيّنة الأصحاء وهم الأفراد الذين يتحصّلون على درجات منخفضة على استبيان الصّحة العامة، ومقياس إدراك الضغط بهدف تحديد مستويات إدراك الضغط لدى العيّنتين.

وقد دلت النتائج على وجود فروق بين الأصحاء والمرضى المزمنين في مستوى إدراك الضغط، بحيث تبين أنّ المرضى المزمنين لديهم مستوى أكبر من إدراك الضغط مقارنةً بالأصحاء.

وتتفق النتيجة الحالية مع نتائج العديد من الدراسات فقد دلت نتائج دراسات على مرضى السكري دور إدراك الضغط في ظهور وتطور المرض، إذ توجد علاقة بين الضغط وإفراز الأنسولين مما قد يسرّع من تطور السكري، وبين الضغط ومختلف العوامل التي ترفع من خطورة الإصابة به مثل السمنة (Fisher et al, 2007). وفيما يتعلق بالألم المزمن توصلت دراسات إلى وجود علاقة بين إدراك الضغط والألم المزمن (Treharne et al, 2007). وتعتبر الشروط الناتجة عن حالات الضغط المزمن من العوامل التي تسبب الإنجراحية للألم المزمن (Chadi & Geha, 2017,p.5).

ويتدخل إدراك الضغط في عدة أمراض، فيوجد علاقة بين الضغط وارتفاع ضغط الدم حسب استنتاجات سبارينجر وزملائه (Sparrenger et al., 1999) ويمكن اعتباره كعامل منبئ بحدوث مشكلات قلبية وعائية على المدى الطويل (Cottraux, 2011, p.295)، وفي مجال السرطان يرتبط إدراك الضغط بالسلوكيات الخطيرة على الصحة مثل قلة النشاط البدني وعدم الامتثال العلاجي ويرتبط ببعض الاستجابات الفيزيولوجية والهرمونية الالتهابية والمناعية التي تتدخل في تطور السرطان (Scheitzer & Boujut, 2014, p.444)

كما يدعم نتيجة الدراسة الحالية ما ذهب إليه العديد من المنظرين في مجال الضغط النفسي فقد قام McEwen et Stellar,(1993) بتطوير مفهوم التآلف الناتج عن العبء المتراكم، بحيث يحدث التآلف في أجهزة الجسم لدى محاولتها المحافظة على التوازن فيما يُعرف بالتكلفة الفيزيولوجية للضغط الناتجة عن التعرّض المزمن للتغيير. وبيّنت إحدى الدراسات (Perna et Mcdowell, 1995) أنّ العمليات الفيزيولوجية المسؤولة عن العودة إلى الحالة الطبيعية التي تلي التعرّض للضغط لها أهميتها لأنّ عدم توفر القابلية للعودة إلى الحالة الطبيعية بسرعة بعد التعرّض للأحداث الضاغطة قد تكون إشارة لتراكم التلف الذي يُسببه الضغط. ففي إحدى الدراسات تمّ تقسيم مجموعة من الرياضيين إلى مجموعتين، تعرّضت إحداها إلى مستويات عالية من الضغط في حياتهم، في حين تعرّضت المجموعة الثانية إلى ضغوط متدنية، وتمّ قياس مستوى

الكورتيزول لديهم بعد قيامهم بتدريبات قاسية. وقد استغرق الرياضيون الذين سبق أن تعرّضوا إلى مستويات عالية من الضّغط وقتًا أطول للتوقّف عن إطلاق الكورتيزول. وبناءً على ذلك اقترح الباحثون بأنّ الضّغط يمكن أن يزيد من إمكانية التعرّض للمرض والإصابة بسبب التأثير الذي يحدثه في إمكانية الرجوع إلى الحالة الطّبيعيّة (شيلي تايلور، 2008، ص: 306-307).

وينظر Selye للضّغط باعتباره الحالة الفيزيولوجيّة للإنهاك والتمزّق في الجسم، هذه الحالة الفيزيولوجيّة قام بشرحها في كتابه "ضغوط الحياة" فيما سمّاه بزملة التكيف العام General Adaptation Syndrom (حسن عبد المعطي، 2006، ص: 24). والتي تتكوّن من ثلاث مراحل لاستجابة الضّغط، تبدأ بمرحلة التنبيه ثمّ مرحلة المقاومة، ثمّ مرحلة الإنهاك وفشل العضويّة والتي يُعتبر وصول الفرد إليها بحالة الإنهيار الصّحيّ والمعاناة من تلف أو ضرر في الجسم وقد يصل إلى الموت. (Jacques Cosnier, 1994, p: 127)

وحسب Lazarus (1993) يتمّ تقييم الأحداث الضّاغطة بناءً على ثلاث أنواع من المدركات وهي، الأذى (Harm)، التّهديد (Threat)، التّحدّي (Challenge) فالأذى يرمز إلى تقييم الأضرار النّفسيّة الناتجة عن الحدث، أمّا التّهديد فيشير إلى تقييم لما يمكن حدوثه من أضرار مستقبلية ناتجة عن الحدث، وقد تُقيّم الأحداث من منطلق ما تُسبّبه من تحدّي (Challenge)، ومن منطلق ما يملكه الفرد من إمكانيات للتّخفيف من المشكلة، أو حتى في الاستفادة من الحدث، فقد يُدرك الشّخص الذي فقد وظيفته على سبيل المثال وجود قدر معيّن من الأذى أو التّهديد، ولكنّه قد يرى أيضًا في فقدان الوظيفة فرصةً لكي يُجرب شيئًا جديدًا. (Lazarus, 1993, p: 5)

وتُشكّل الأحداث الخارجة عن السيطرة أو تلك التي يصعب التنبؤ بها مصدر ضغط أكثر من تلك الأحداث التي يمكن السيطرة عليها أو التنبؤ بها. فعندما يشعر الأفراد بأنهم قادرون على التنبؤ أو على تعديل أو إنهاء حدث مزعج فإنّ شعورهم بالضّغط يكون أقلّ (شيلي تايلور، 2008).

8. خاتمة:

انطلاقاً من الأبحاث التي أجراها هانز سيللي والتي يشرح فيها نمط الاستجابة الفيزيولوجية التي تصدر عن الجسم عند إدراك الفرد للضغط تبين أنّ تلك الاستجابة رغم أنّها ضرورية ومفيدة من أجل التكيف وتهيئة الجسم ليكون في كامل طاقته للمواجهة بهدف الحفاظ على الحياة إلاّ أنّه يمكن أن يتبعها أثر غير مرغوب أو سلبي على الحالة الصحية، إذ أنّ الجسم من أجل الحفاظ على توازنه يحتاج الإبقاء على نظام دقيق من الإفرازات الهرمونية وحدّ معيّن من فترة الشدّ العضلي.

وترجع فكرة تفسير بعض الأمراض العضوية كقرحة المعدة والتهاب المفاصل والصداع النصفي وارتفاع ضغط الدم والاضطرابات القلبية الوعائية، إلى النصف الأول من القرن الماضي، وجاءت فكرة الضغط كمتغير نفسي اجتماعي مؤثر في الصحة في العقود الأخيرة على يد الأطباء والإكلينيكين الذين لاحظوا أنّ العامل المشترك والبارز بين المرضى المصابين بأمراض مزمنة كالسكري والسرطان والتهاب والمفاصل أمراض القلب قرحة المعدة، يكمن في تعرضهم لمواقف ضاغطة في حياتهم ومعاناتهم من حالة الضغط النفسي قبل حدوث المرض، الأمر الذي أدّى بالعلماء والباحثين إلى طرح فرضية مفادها أنّ الضغط هو المسبب الرئيسي لأمراض العصر، وقد توصّل لازاروس من خلال ملاحظاته أنّ الناس يختلفون في استجاباتهم بالرغم من تعرّضهم لنفس المواقف فاستنتج أنّه عندما يدرك الفرد الوضعية على أنّها ضاغطة (خطيرة ومهددة) يتفاعل جسمه مع هذا الإدراك من خلال الرسائل العصبية التي يرسلها الدماغ لمختلف الأعضاء المسؤولة عن إصدار رد فعل فوري لحماية الجسم من الخطر والتهديد، ويحدث ذلك من خلال إفرازات الغدد، إلاّ أنّ الجسم يمكنه أن يتحمّل التغيرات الناتجة عن رد الفعل لفترة زمنية قصيرة وبعد ذلك يتطلب العودة للحالة الطبيعية، وفي حالة الاستمرار لمدة طويلة وتكرار تلك الاستجابة لا يتمكن الجسم من مسايرة ذلك التغير ويصبح فريسة للوقوع في تعقيدات صحية مختلفة منها (أمراض القلب، الآلام المزمنة، القرحة المعدية، السكري، السرطان).

9. قائمة المراجع:

- 1- بوريجي شاكراًمير الدين، (2016)، علاقة بعض المتغيرات النفسية الإجتماعية والمعرفية (فعالية الذات، سمات الشخصية، والرعاية الذاتية) بالصحة العامة، رسالة دكتوراه في تخصص علم النفس الصحة، قسم علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الجزائر2، الجزائر.
- 2- بوعلاق محمد، (2009)، الموجّه في الإحصاء الوصفي والإستدلالي في العلوم النفسية والتربوية والإجتماعية، الجزائر، دارالأمل للطباعة والنشر والتوزيع.
- 3- شيلي تايلور، (2008)، علم النفس الصحة، ترجمة سامر درويش جريك وفوزي شاكراً داود، الطبعة الأولى، الأردن، دارالحامد للنشر والتوزيع.
- 4- Anisman Hymie, (2015), Stress and your Health from vulnerability to Resilience, Wiley Blackwell.
- 5- Cottraux Jean, (2007), Therapy Cognitives Et Emotions: La Troisieme Vague, France, Elsevier Masson.
- 6- Cottraux Jean, (2011), Les Psychothérapie Comperemental Et Cognitive. Seme Edition, France, Elsevier Masson.
- 7- Contrada Ritchard, Baum Andrew, (2011), The Handbook of Stress Science: Biology, Psychology and Health, New York.
- 8- Coutanceau Roland, Bennegadi Rachid et Bornstein Serge, (2016), Stress, Burn out, Harcèlement moral, de la souffrance au travail au management qualitative. Dunod.
- 9- Cosnier Jaques, (1994), Psychologie des émotion et de ses sentiments, Retz.
- 10- Dewe Philip, Driscall Michael, Coope Cary, (2010), Coping withe work stress: A review and Critique, Wiley-Blackwell Ltd.
- 11- Gatto Franck, (2005), Enseigner la santé, L'Harmantan.
- 12- Gurung Regan A.R, (2019), Health Psychology Well-Being In A Diverse World, California, SAGE.
- 13- Larkin Kevin, (2005), Stress and Hypertension, Examining the relation between Psychological Stress and Hight Blood Pressure. Yales University Press.

- 14- Sapolsky Robert, (2010), Stress and your Body, Course guidebook, The teaching Company Inc.
- 15- Lazarus Ritchard and Folkman Susan, (1984), Stress, Appraisal and Coping, New York , Springer Publishing.
- 16- Lazarus Ritchard, Folkman Susan, Grwe Rand, Delongis Anita, (1985), Appraisal, Coping, Health statut and Psychological Symptomes, Journal of Personality and Social Psychology, Vol (50).
- 17- Lazarus Ritchard, (1990), Emotion and Adaptation, New York, Oxford University Press.
- 18- Levenstein S., C. Prantera, V. Varvo, M. L. Scribano, E. Berto, C. Luzi and A. Andreoli, (1993), Development of the Perceived Stress Questionnaire, A new tool for psychosomatic research. Journal of Psychosomatic Research, 37 (01).
- 19- Ogden Jane, (2004), Health Psychology A Text Book, Third Edition, New York, Library Of Congress Cataloging In Publication Data .
- 20- Schweitzer Marilou-Bruchon, (2001), Psychologie de la santé, Concepts, méthodes et modèles, Dunod.
- 21- Sparenberger Felipe, Cichelero Fabio, Ascoli Aline and Fuches Sandra, (2008), Does Psychosocial stress cause Hypertension? A systematic review of observational studies. Journal of Human Hypertension, vol (74).