



علاقة إستراتيجيات التعامل بالقلق والاكتئاب لدى عينة كويتية من مرضى ضغط الدم المرتفع*

أ. حصة طارق الأيوب**

د. عبدالكريم محمد جرادات***

ملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى فحص العلاقة بين إستراتيجيات التعامل من جانب، وكل من القلق والاكتئاب في الجانب الآخر لدى عينة كويتية من مرضى ضغط الدم المرتفع (ن=٢٠٥)، من الجنسين، بواقع (٩٦ ذكراً و١٠٩ إناث)، من مراجعي المراكز الصحية التخصصية في محافظة العاصمة ومستشفى الأميري، وقد راوحت أعمارهم بين (٢٥) و(٧٦). تعرضوا لعدد من المقاييس، هي: قائمة إستراتيجيات التعامل، وقائمة قلق السمة، ومقياس الاكتئاب لمركز الدراسات الوبائية. أظهرت النتائج وجود فروق بين الجنسين في القلق، وبعض إستراتيجيات التعامل لصالح الإناث، وعن ارتباطات إيجابية وسلبية دالة إحصائياً بين بعض إستراتيجيات التعامل وبين القلق والاكتئاب، كما أسفرت نتائج تحليل الانحدار المتدرج عن إسهام بعض إستراتيجيات التعامل في التنبؤ بالقلق والاكتئاب، وكانت إستراتيجية التفكير بالتمني الأقوى في التنبؤ بالقلق والاكتئاب.

* هذه الدراسة جزء من أطروحة الدكتوراه للباحثة، تحت إشراف الباحث د. عبدالكريم جرادات.

** طالبة دكتوراه، قسم علاج الحالات التخصصية، إدارة الخدمات الاجتماعية والنفسية، وزارة التربية، دولة الكويت.

*** أستاذ مشارك، قسم علم النفس الإرشادي والتربوي، كلية التربية، جامعة اليرموك، الأردن.

مقدمة:

ضغط الدم المرتفع هو أحد أمراض القلب والأوعية الدموية السائدة في المجتمعات العربية والعالمية، يتدخل في نشأته عدة عوامل، من الصعب تحديدها؛ نظراً لتداخلها وتعقيدها كالعوامل الوراثية، والنفسية - الاجتماعية، والسلوكية - الصحية. ويحدد هذا المرض وفقاً لمعايير قياسية طبية تصل إلى حد الإزمان، كما يأخذ على عاتقه تطور أمراض جسمانية أخرى. لذلك أصبح موضوع ضغط الدم المرتفع من الموضوعات المهمة في العلوم النفسية ولاسيما علم نفس الصحة Health Psychology إلى جانب العلوم الطبية، لتأخذ على عاتقها أيضاً كل ما يتعلق بقضايا الصحة النفسية، والجسمية، والسلوكيات الصحية، ونمط الحياة اليومية، والضغوط النفسية وإستراتيجيات التعامل معها.

يلاحظ أن هذا المرض قد ازداد بشكل جوهري في المجتمع الكويتي خلال العقود الأربعة الأخيرة؛ حيث أصبحت وزارة الصحة في الكويت أكثر قلقاً بشأن المضاعفات الناجمة عن ضغط الدم المرتفع، إلى جانب السكري، وأمراض القلب والأوعية الدموية الأخرى، كما أظهرت أحدث البيانات أن معدل انتشار ضغط الدم المرتفع في الكويت قد بلغ (٢٦,٣٪) عند سن الحادية والعشرين كحد أدنى بين المواطنين الكويتيين (Al-Sairafi, Al-Shamali, & Al-Rashed, 2010). وذكرت منظمة الصحة العالمية حول معدل الوفيات الناجم عن أمراض القلب والأوعية الدموية بين الكويتيين لعام ٢٠١٤، أنه يصل إلى (٤١٪)، وتمثل بدورها أحد مسببات الوفاة العشرة الأولى بدولة الكويت (World health organization, 2014).

وكما ذكرنا سلفاً، فإن العوامل النفسية والاجتماعية الناجمة عن ضغوط الحياة اليومية قد تؤدي إلى تفاقم حالة ضغط الدم إلى جانب العوامل البيولوجية أو الوراثية، ومن هذه العوامل: القلق والاكتئاب، وهما بمثابة متغيرين للشقاء النفسي (Psychological ill being (Ryff et al., 2006، فضلاً عن إستراتيجيات التعامل التي يتبناها هؤلاء المرضى لمواجهة هذه الضغوط؛ حيث تؤثر الأخيرة في الصحة النفسية ومستوى ضغط الدم لديهم. وفي هذه الدراسة تهتم

الباحثة بفحص الخصائص النفسية والسلوكية بما فيها القلق والاكتئاب وإستراتيجيات التعامل التي يتسم بها مرضى ضغط الدم الكويتيون وفق إطار الضغوط النفسية.

وفيما يلي عرض موجز لأهم ما جاء في وصف ضغط الدم المرتفع، ومن ثم متغيرات الدراسة التي تبنتها الباحثة :

ضغط الدم المرتفع Hypertension:

يُجرى تحديد ضغط الدم Blood Pressure عن طريق التفاعل الثلاثي بين النتاج القلبي Cardiac Output؛ أي ضخ الدم إلى الخارج من البطين الأيسر، والمقاومة الطرفية Peripheral Resistance للأوعية الدموية؛ أي القوة المضادة التي تدفع بالدم لسريانه في الأوعية الدموية، وحجم الدم Blood Volume. وتؤدي زيادة أحد هذه العوامل إلى زيادة في ارتفاع ضغط الدم، دون تدخل أي تأثيرات أخرى مسببة لهذا الارتفاع. وقد أطلق عليه بالقاتل الصامت (Silent Killer)؛ لأنه - في أغلب الأحيان - لا يعطي علامات تحذيرية أو أعراضاً، وكثير من الأفراد لا يعلمون أنهم يعانون ارتفاعاً في ضغط الدم، ومن شأن العبء العالمي الكمي الناجم عن ضغط الدم المرتفع أن يسمح لسياسة الصحة العامة بتحديد علاج مرضى ضغط الدم المرتفع، وتعزيز نمط الحياة الصحي، فضلاً عن إستراتيجيات وقائية لتقليل انتشار ضغط الدم المرتفع بين السكان (World Health Organization, 2013).

أنواع ضغط الدم المرتفع:

هناك نوعان أساسيان لضغط الدم المرتفع؛ يختلف أحدهما عن الآخر باختلاف أسباب حدوثهما، وهما على النحو الآتي:

١ - ارتفاع ضغط الدم الأساسي Essential or Primary Hypertension:

يعتبر ضغط الدم المرتفع أساسياً أو أولاً في حال عدم وجود سبب واضح للإصابة به؛ فقد تكون نتيجة للتفاعل الوراثي المتعدد، أو العوامل البيئية، أو تأثيرات نمط الحياة. وعلى أية حال، يتطلب من المريض أن يتناول مضادات

ضغط الدم المرتفع. وتصل نسبة المصابين بهذا النوع من ضغط الدم المرتفع إلى (٩٥٪) (Nandhini, 2014).

٢- ارتفاع ضغط الدم الثانوي Secondary Hypertension:

وهنا يعود سبب الإصابة إلى وجود خلل عضوي يمكن التحقق منه، من مثل: ضيق في الشرايين الكلوية، أو الشرايين الأورطية، أو مرض كلوي متني، أو الحمل، أو نتيجة لاستخدام عقاقير معينة. وبلغ نسبة المصابين بهذا النوع من ضغط الدم المرتفع (٥٪) وهي النسبة المتبقية من النسبة العظمى لمرضى ضغط الدم المرتفع من النوع الأساسي (Thomas, Ruel, Shantavasinkul, & Corsino, 2015).

العوامل الخطرة المساهمة في ارتفاع ضغط الدم:

١ - عوامل غير قابلة للتعديل Non modifiable Factors:

وتتمثل في العوامل التي لا يمكن للفرد أن يحدث تغييراً فيها، وتكون خارج سيطرته، وهي:

أ - التقدم في السن: يتجه الضغط الشرياني نحو الزيادة مع التقدم في السن لدى معظم الأفراد؛ مما يزيد من حدوث ارتفاع في ضغط الدم لدى المسنين (Slama, Susic, & Frohlick, 2002).

ب - العرق Ethnicity: يلعب العرق دوراً مهماً في التسبب بارتفاع ضغط الدم، وقد لوحظ من قبل دراسات سابقة، ومسح الصحة الوطنية وفحص التغذية The National Health and Nutrition Examination Survey، أن ضغط الدم المرتفع يسود السكان الأمريكيين من أصول إفريقية، بدرجة أعلى من الجماعات العرقية الأخرى (Newel, Modeste, Marshak, & Wilson, 2009).

ج - النوع Gender: كشفت الدراسات أن مدى انتشار ضغط الدم المرتفع يزيد قليلاً عند الرجال مقارنة بالنساء، وتتضح الفروق بين الجنسين كلما ازداد عدد السكان من فئة الشباب ومنتصفي العمر، ولكن في وقت متأخر من العمر يضيق هذا الفرق. وقد تحتل النساء النصيب الأكبر من الإصابة

بضغط الدم المرتفع بعد سن اليأس مقارنة بالرجال، كما أن التغير الذي يطرأ على ضغط الدم خلال منتصف العمر يؤدي إلى زيادة معدلات الوفاة المبكرة، وتحديداً لدى الرجال (Mizumoto, 2004).

د - **العوامل الوراثية Genetic Factors**: تجدر الإشارة إلى أن الأدلة حول تأثير الجينات على ضغط الدم أكدتها مصادر مختلفة، ومن هذه الأدلة: دراسات التوائم التي كشفت عن وجود توافق في حالة ضغط الدم لدى التوائم المتطابقة؛ أي يكون ضغط الدم مرتفعاً لديها، مقارنة مع التوائم غير المتطابقة. وتشير الدراسات السكانية إلى وجود مستويات مماثلة لضغط الدم داخل الأسرة الواحدة، عن بين الأسر (Oparil, Zaman, & Calhoun, 2003).

٢ - عوامل (بيئية) قابلة للتعديل Modifiable (Environmental) Factors:

وتشير إلى قدرة الفرد على التحكم بها وإجراء التعديل عليها، أو تجنبها، أو إدارتها بأساليب صحية سليمة؛ مما يؤثر في مستوى ضغط الدم، وفيما يلي عرض لهذه العوامل:

أ - **البدانة**: أظهرت دراسة "ميرتينز، وجال" (Mertens & Gaal, 2000) أن مرضى ضغط الدم المرتفع من الجنسين، ممن تراوح أعمارهم بين (٣٥)، و(٥٤) نجحوا في تخفيض ضغط الدم بمقدار (٢,٣ ملم زئبق) بالنسبة للذكور، و(٢,٩ ملم زئبق) بالنسبة للإناث، وذلك بعد خسارتهم الوزن بمعدل يتجاوز (٣,٩ كجم) خلال فترة (١٨) شهراً من المتابعة، وهذا يشير إلى علاقة طردية بين كتلة الجسم، وضغط الدم المرتفع.

ب - **سلوك استهلاك الصوديوم**: يساهم ملح الطعام الذي يحتوي على الصوديوم بشكل كبير في الإصابة بضغط الدم المرتفع، وفي دراسة طويلة لـ "هي، وويلتون، وأبل، وشاريستون، وكلاج" (He, Whelton, Appel, Charleston, & Klag, 2000) استمرت (١٨) شهراً، توصلت إلى انخفاض في ضغط الدم الانقباضي بمعدل (٣,٣ ملم

زئبق)، والانبساطي بمعدل (١,٧ ملم زئبق) لدى المجموعة التجريبية نتيجة لتقنين تناول الصوديوم، وذلك بالمقارنة مع المجموعة الضابطة.

ج - **نمط النشاط البدني** : وجدت دراسة " هيرنيلاتي، وكوجالا، وكابريو، وسارنا " انخفاضاً في مستوى ضغط الدم لدى نخبة من الرياضيين الذين يمارسون التمارين الخفيفة أو المختلطة، بالمقارنة مع الرياضيين الذين يمارسون ألعاب القوة (Hernelahti, Kujala, Kaprio, & Sarna, 2002). لذلك ينبغي أن يتم التوصية بالنشاط البدني الذي يمكن احتماله (كرياضة المشي)، أو الممارسة المنتظمة للرياضة لتخفيف ضغط الدم، أو الوقاية من ارتفاعه.

د - **التدخين** : من المعروف أن التدخين يؤدي إلى زيادة مخاطر الإصابة بضغط الدم المرتفع، وأمراض القلب والأوعية الدموية، من مثل: السكتة القلبية، والنوبات القلبية، وانسداد الشريان التاجي الذي يحدث نتيجة لإفراز مادة البترسين. ويتعرض المدخنون لحالات ارتفاع فوري في ضغط الدم نظراً لمساهمة مادة النيكوتين في إفراز هرمون الأدرينالين والنور أدرينالين من الغدة جار الكلوية. أما التوقف عن التدخين، فسوف ينشأ عنه خفض احتمالات الإصابة بالأمراض القلبية الوعائية عموماً (Huang, Duggan, & Harman, 2008).

هـ - **الضغوط النفسية** : تتمثل الضغوط النفسية في الصراعات الاجتماعية المزمنة، وضغوط العمل، والبطالة، والأماكن المزدحمة، والضوضاء العالية، والجماعات المهاجرة من المناطق الريفية إلى المدينة...إلخ، وترتبط جميعها بمستويات مرتفعة من ضغط الدم. ومن جهة أخرى، تختلف الاستجابات تجاه الضغوط من شخص إلى آخر طبقاً لمستوى الخطورة ذات الصلة بضغط الدم؛ حيث الأشخاص الذين لم يُظهروا أي مؤشرات سابقة على وجود ارتفاع في ضغط الدم، تكون استجاباتهم للضغوط على هيئة ممارسات سلوكية نشطة بصورة ثابتة وواسعة

النطاق، في حين تكون استجابة الأشخاص من ذوي ضغط الدم المرتفع، المشخصين طبياً - شبيهة بالمجموعة الأولى، ولكن يظهرون أيضاً استجابات قلبية وعائية حادة عند تعاملهم مع الضغوط (Sherwood, Hinderliter & Light, 1995).

القلق Anxiety:

مما لا شك فيه، أن القلق يعد أكثر شيوعاً من الاكتئاب بين الأفراد ذوي أمراض القلب والأوعية الدموية المزمنة، ويصل معدل انتشار القلق من (٧٠٪) إلى (٨٠٪) بين مرضى القلب، ويظل القلق قائماً على المدى البعيد في نحو (٢٠٪) إلى (٢٥٪) من هؤلاء المرضى؛ مما يعوق من عملية التعلم أو الأداء لغرض تغيير نمط الحياة، وصعوبة الالتزام بالوصفات الطبية للعلاج، أو الأنشطة، أو نظام غذائي صحي (Moser, 2007).

النظريات المفسرة للقلق :

تتعدد النظريات النفسية المفسرة للقلق؛ نظراً لاختلاف التوجهات والمبادئ والأسس النظرية التي يتبناها علماء النفس، ومن هذه النظريات:

- ١ - **نظرية سبيلبيرجر للقلق:** حدد "سبيلبيرجر" نوعين من القلق، هما: القلق كحالة، ويشير إلى تذبذب في مستوى القلق نحو الارتفاع في الظروف التي يدركها الفرد على أنها مهددة، والعكس صحيح. والقلق كسمة يشير إلى خاصية القلق لدى الفرد، تكون ثابتة نسبياً باعتبارها عنصراً مهماً في الشخصية (سلمان، ٢٠٠٦).
- ٢ - **نظرية التحليل النفسي:** يرى فرويد أن القلق بمثابة إشارة إنذار للأنا للأخذ بالأساليب الوقائية أو الدفاعية إزاء ما يهددها، وتتمثل مصادر التهديد - في الأغلب - في الرغبات المكبوتة، أو الخبرات العدوانية، أو النزعات الجنسية (Shahid, 2012).

- ٣ - **النظرية السلوكية:** يعتبر السلوكيون القلق بمثابة استجابة خوف إزاء مشيرات لا تثير القلق بطبيعتها، إلا أن استجابة القلق نتاج لعملية تعلم

سابقة، واستجابة شرطية تحدث في المواقف التي لا تثير استجابة قلق لدى الآخرين (مقدادي، ٢٠١٣).

٤ - **النظرية المعرفية** : يرى علماء النظريات المعرفية أن القلق بمثابة نمط من الأفكار الخاطئة، أو غير المنطقية، تؤدي بدورها إلى استجابات سلوكية غير توافقية (تونسي، ٢٠٠٢).

الاكتئاب Depression:

بينت إحدى الدراسات (e.g., Cheung et al, 2005) أن الاكتئاب يزيد من خطورة تطور أمراض القلب، والأوعية الدموية، وقد أظهرت التحليلات البعدية Meta - analysis أن الاكتئاب يسهم بنسبة (٨٠٪) في خطر الإصابة بمرض الشريان التاجي وتطوره، أو استعجال الوفاة.

النظريات المفسرة للاكتئاب :

تعددت التوجهات العلمية لعلماء النفس في تفسير ماهية الاكتئاب، وسوف تستعرض الباحثة لهذه التوجهات فيما يأتي :

١ - **النظرية البيولوجية** : ترى هذه النظرية أن للخبرات الانفعالية تأثيراً في النشاط الكيميائي للدماغ، وأنه في حالة الاكتئاب يفترض الباحثون وجود نقص في المواد الكيميائية العصبية، من مثل: السيروتونين Serotonin، والدوبامين Dopamine (الشبؤون، ٢٠١١).

٢ - **نظرية التحليل النفسي** : أفاد فرويد بأن الخبرات الصدمية الضاغطة التي يتعرض لها الفرد في مراحل مبكرة من عمره، قد تجعله أكثر عرضة للاكتئاب. في حين يرى "كارل أبراهام" Karl Abraham أن الإحباط الناشئ من نقص الإشباع من الأم، يدفع بالفرد إلى ممارسة سلوكيات نكوصية، كما أن تكرار خبرات الإحباط يجعل الفرد مستهدفاً للاكتئاب (موسى، ١٩٩٣ أ).

٣ - **النظرية السلوكية** : توصل "ليوينسون وسوليفان، وجروسكاب" (Lewinsohn, Sullivan, & Grosscup, 1980)، وهم أول من صرحوا

بالأسس التجريبية لظاهرة الاكتئاب، أن حالات البؤس تحدث إما من النقص في التدعيم الإيجابي، وإما من زيادة في العقاب.

٤ - النظرية المعرفية : يؤكد " بيك " Beck أن حالة الاكتئاب لدى الفرد تنجم عن إدراكاته المشوهة حول خبرات الفشل والنجاح؛ أي أن العنصر الوجداني يرتبط بصفة أساسية مع العنصر المعرفي، والأخير يمثل استجابة للموقف أو الخبرة (تونسي، ٢٠٠٢).

إستراتيجيات التعامل Coping Strategies:

التعامل Coping هو العملية التي تتضمن إستراتيجيات مختلفة تنطوي على الأفكار والسلوكيات التي تساعد الأفراد على تحمل الصراعات الداخلية، والخارجية التي تحدث نتيجة لإدراكات شخصية، أو تهديدات بيئية، أو وقوع أذى أو خسائر. وهناك وظيفتان للتعامل، هما: تنظيم الانفعالات، وإدارة الضغوط (Desmond, Shevlin, & MacLachlan, 2006).

التصنيفات المتعلقة بإستراتيجيات التعامل :

وهي - كما أوردها " لازاروس وفولكمان " Lazarus & Folkman عام ١٩٨٤ في دليل التعليمات لقائمة إستراتيجيات التعامل (Tobin, Holroyd, & Reynolds, 2001):

- ١ - التعامل الاتصالي المتعلق بالمشكلة : يتضمن هذا النوع من التعامل إستراتيجيات سلوكية ومعرفية لغرض تغيير الموقف الضاغط، أو تغيير معنى الموقف بالنسبة للفرد، ويشمل إستراتيجيتين، هما: حل المشكلات، وإعادة البناء المعرفي.
- ٢ - التعامل الانسحابي المتعلق بالمشكلة : يعكس هذا النوع من التعامل كل إستراتيجيات التجنب، والإنكار، أو العزوف عن النظر إلى الموقف الضاغط بشكل مختلف، ويشمل إستراتيجيتين، هما: تجنب المشكلة، والتفكير بالتمني.

٣ - التعامل الاتصالي المتعلق بالانفعال : يتضمن هذا النوع من التعامل

التواصل المفتوح للمشاعر نحو الآخرين، وزيادة المشاركة الاجتماعية، وخاصة مع الأصدقاء، وأفراد الأسرة، والتركيز على ردود الفعل الانفعالية إزاء المواقف الضاغطة، ومن هذه الإستراتيجيات: الدعم الاجتماعي، والتعبير عن الانفعال.

٤ - **التعامل الانسحابي المتعلق بالانفعال** : يشير هذا النوع من التعامل إلى الإغلاق على الذات، وإخفاء المشاعر عن الآخرين، وانتقاد الذات أو لومها حيال ما حدث من المواقف الضاغطة، ويتضمن إستراتيجيتين، هما: الانسحاب الاجتماعي، وانتقاد الذات.

مشكلة الدراسة وأسئلتها :

تهتم هذه الدراسة بمرضى ضغط الدم المرتفع لتعرف إستراتيجيات التعامل المميزة لديهم، بنوعها السلبي Passive والنشط Active، وإذا ما كانت هذه الإستراتيجيات تنبئ بالشقاء النفسي، والكشف عن الفروق بين الجنسين في كل متغيرات الدراسة. وبناءً على ما سبق تتمحور مشكلة الدراسة في الأسئلة الآتية:

السؤال الأول: هل توجد فروق دالة إحصائية بين مرضى ضغط الدم المرتفع تعزى إلى النوع في القلق والاكتئاب ؟

السؤال الأول: هل توجد فروق دالة إحصائية بين مرضى ضغط الدم المرتفع تعزى إلى النوع في إستراتيجيات التعامل؟

السؤال الثالث: هل هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين إستراتيجيات التعامل، وكل من القلق والاكتئاب ؟

السؤال الرابع: ما إسهام كل إستراتيجية من إستراتيجيات التعامل في التنبؤ بكل من القلق والاكتئاب ؟

هدف الدراسة :

تهدف هذه الدراسة إلى استكشاف الفروق بين الجنسين في إستراتيجيات التعامل، وكل من القلق والاكتئاب لدى عينة كويتية من مرضى ضغط الدم

المرتفع؛ كما تهدف إلى بحث العلاقة بين إستراتيجيات التعامل من جهة، وكل من القلق والاكتئاب من جهة أخرى؛ وتعرّف القدرة التنبئية لإستراتيجيات التعامل في القلق والاكتئاب لدى هؤلاء المرضى.

أهمية الدراسة :

الأهمية النظرية :

تكمّن الأهمية النظرية في تسليط الضوء على أهم القضايا النفسية والاجتماعية والصحية المتعلقة بمرضى ضغط الدم المرتفع، ولاسيما أن هناك تزايداً في معدلات هؤلاء المرضى في المجتمع الكويتي؛ مما يتطلب النظر في شأنهم ضمن إطار علم نفس الصحة Health Psychology، والوصول إلى أهم الخصائص النفسية - الاجتماعية، وإستراتيجيات التعامل مع الضغوط المميزة لديهم، التي يستدعي الأخذ بها على هيئة مقترحات بحثية تفيد الباحثين الجدد. فضلاً عن زيادة وعيهم، والمرضى وغير المرضى بضغط الدم المرتفع، وأسره حول إستراتيجيات التعامل مع الضغوط خلال الحياة اليومية، ومدى تأثيرها في الصحة النفسية.

الأهمية التطبيقية :

تكمّن الأهمية التطبيقية في الاستفادة من مخرجات هذه الدراسة لعمل برامج إرشادية، أو وقائية، أو تطويرية لمهارات التعامل مع الضغوط لتجنب العواقب النفسية كالقلق والاكتئاب، أو الحد من تفاقمها.

التعريفات الاصطلاحية والإجرائية :

ضغط الدم المرتفع :

يشير إلى زيادة مقدار أو قوة دفع القلب للدم، وكلما تزداد مقاومة الأوعية لتدفق الدم، دل ذلك على زيادة مستوى ضغط الدم، ويؤدي تكرار الارتفاع في ضغط الدم إلى تصلب في الجدران الرئيسية للأوعية، وتلف أنسجتها وخلاياها. واستناداً لما أوردته منظمة الصحة العالمية (WHO)، فإن ضغط الدم يعد مرتفعاً

في حال تجاوز معدل الضغط الانقباضي (140 mmHg) و/أو تجاوز معدل الضغط الانبساطي (90 mmHg)، وذلك بمعدل ثلاثة قياسات بعد مرور ١٥ دقيقة من بداية استرخاء المريض، ولمدة زمنية لا تقل عن شهر. ويعبر الضغط الانقباضي عن النشاط الذي يؤديه القلب عند دفعه للدم؛ مما يحدث ضغطاً قوياً على جدار الأوعية الدموية ومن ثم تمددها. أما الضغط الانبساطي فيعبر عن مستوى الضغط في الأوعية الدموية حال استرخاء عضلة القلب، وهو ما يسمح بعودة الدم إلى تجويف القلب (World Health Organization, 2013).

القلق :

هو شعور غير سار مصحوب بعلامات فسيولوجية، كالتعرق، والتوتر، وزيادة معدل ضربات القلب، نحو مواقف أو أحداث أو ظروف توحى بالتهديد، وعدم ثقة المرء بقدراته الشخصية في التعامل مع التهديد بكفاءة (تونس، ٢٠٠٢). وتشير الباحثة لمفهوم القلق إجرائياً بأنه مجموع الدرجات التي يحصل عليها مريض ضغط الدم المرتفع على مقياس سبيلبيرجر لسمة القلق.

الاكتئاب :

هو حالة انفعالية دائمة أو مؤقتة، يشعر فيها الفرد بالحزن والضيق، والهم، يلانها أعراض محددة متصلة بالجوانب المزاجية، والمعرفية، والسلوكية، كنقص الاهتمامات، والاستمتاع بمباهج الحياة، وفقدان الوزن، واضطرابات في النوم والشهية، وسرعة التعب، وضعف التركيز، والشعور بنقص الكفاءة، والميل للانتحار (الشبؤون، ٢٠١١). وتعبّر الباحثة عن الاكتئاب بمفهومه الإجرائي بأنه مجموع الدرجات التي يحصل عليها مريض ضغط الدم المرتفع في مقياس الاكتئاب الخاص بمركز الدراسات البائية، الذي قام الباحثان بترجمته.

إستراتيجيات التعامل :

هي مواجهة نفسية للضغوط التي تتضمن عملية تقييم للتهديد، ومن ثم استخدام لاحق للإستراتيجيات السلوكية والمعرفية المتاحة، لإدارة كل من المشكلة، والانفعالات التي ترتبط بالموقف (Desmond et al., 2006). ويعرّف

مفهوم إستراتيجيات التعامل إجرائياً بأنه مجموع الدرجات التي يحصل عليها مريض ضغط الدم المرتفع في مقياس إستراتيجيات التعامل مع المواقف الضاغطة Coping Strategies Scale، الذي قام الباحثان بتعريبه.

دراسات سابقة :

قيمت دراسة أوسويكي، وكومباس (Osowiecki & Compas, 1999) التعامل، وأعراض الاكتئاب والقلق لدى (٧٠) امرأة مصابة بسرطان الثدي، بلغ متوسط أعمارهن (٥٤,٨٦)، وتعرضت المريضات لقائمة الأعراض (The Symptom Checklist) لتقييم الحالة الانفعالية، وقائمة إستراتيجيات التعامل (Coping Strategies Inventory). أظهرت النتائج أن إستراتيجيات التعامل المتعلقة بالانفعال ترتبط إيجابياً مع الاكتئاب والقلق، بينما إستراتيجيات التعامل المتعلقة بالمشكلة ترتبط سلبياً بالاكتئاب والقلق.

واهتمت دراسة دويرينج وآخرين (Doering et al, 2004) بتحديد العلاقة بين ثلاثة أنواع من إستراتيجيات التعامل، هي: (السلوكية النشطة، والمعرفية النشطة، والتجنبية)، وبين القلق والاكتئاب على عينة من مرضى الفشل القلبي. واستخدم الباحثون قائمة التعامل مع المرض، والملف الشخصي للحالات المزاجية. وأثبتت النتائج أن المرضى الذين أبلغوا عن زيادة في استخدام إستراتيجية التعامل السلوكي النشط - أقل شعوراً بالتعب. كما ارتبطت إستراتيجية التعامل التجنبية مع مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب لدى هؤلاء المرضى.

وأجرى فولمان، ولامونتان، وهييوورث (Vollman, LaMontagne, & Hepworth, 2007) دراسة حول الارتباط بين إستراتيجيات التعامل والأعراض الاكتئابية لدى (٧٥) مريضاً بالفشل القلبي من الجنسين، وبلغ متوسط أعمارهم (٥٥) عاماً، وقد جمعت البيانات بصورة لفظية ضمن جلسات تدار في العيادة. وكشفت النتائج أن المرضى الذين يستخدمون كلاً من إستراتيجيتي التخطيط لحل المشكلات، وطلب الدعم الاجتماعي، يعانون من أعراض اكتئابية أقل، بالمقارنة مع المرضى الذين يستخدمون إستراتيجيات تجنبية كإستراتيجية التفكير بالتمني.

وافترض تانج، وهانتر، ووي، وتشانج (Tung, Hunter, Wei, & Chang, 2009) أن زيادة استخدام إستراتيجيات التعامل، وانخفاض مستويات القلق قد تكون ذات صلة بالنتائج الإيجابية للعملية الجراحية الخاصة بفتح مجرى جانبي للشريان التاجي لدى عينة قصدية مكونة من (١٠٠) مريض من الجنسين. وأظهرت النتائج وجود ارتباط سلبي بين إستراتيجيات التعامل المتعلقة بالمشكلة، والقلق من ناحية، وارتباط إيجابي بين إستراتيجيات التعامل المتعلقة بالانفعال، والقلق من ناحية أخرى.

واهتمت دراسة تريفيدي وآخرين (Trivedi et al., 2009) بتحديد إستراتيجيات التعامل المرتبطة بالأعراض الاكتئابية لدى (٢٢٢) مريضاً بالفشل القلبي؛ حيث تعرض هؤلاء المرضى لعدد من الاستبانات، وهي: قائمة بيك للاكتئاب، ومقياس الدعم الاجتماعي، ومقياس التعامل (COPE). وكشفت تحليلات الانحدار الخطي أن الاكتئاب يزداد بانخفاض أسلوب التخطيط، والدعم العاطفي. ويزداد الاكتئاب بازدياد السلوك الانسحابي، والحرمان، والإنكار، والتعبير عن الانفعال.

وأجريت دراسة كارابولوتلو، وبيليسي، وكاير، وتيكن، وكانتارسي (Karabulutlu, Bilici, Cayir, Tekin & Kantarci, 2010) لتحديد الآثار المترتبة لمستويات الاكتئاب والقلق على إستراتيجيات التعامل لدى (٩٦) مريضاً بالسرطان من الجنسين. استخدم الباحثون كلاً من مقياس المستشفى للقلق والاكتئاب (Hospital Anxiety and Depression Scale)، ومقياس إستراتيجيات التعامل مع الضغوط. أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة إيجابية بين إستراتيجية التجنب، ومستويات عالية من القلق والاكتئاب.

وهدف دراسة ناسيلاوسكا - بارود، وفيدوروفيتش، وزابولسكي، وسيكوراسكا - جاروزينسكا، وويسوكينسكي (Nasilowska-Barud, Jarozynska, Wioszynski, & Wioszynski, 2013) إلى تقييم مستوى القلق والخوف، وخصائص إستراتيجيات التعامل مع الألم لدى

(٧٥) أنثى تعاني من مرض القلب الإفقاري، تراوح أعمارهن بين (٣٣) و(٨٠) عاماً. استخدم الباحثون كلاً من مقياس القلق إعداد / رايموند كاتل، واستبانة إستراتيجيات التعامل مع الألم لأغراض التقييم. وبيّنت النتائج أن القلق والخوف يرتبطان إيجابياً بإستراتيجية لوم الذات.

تعقيب على الدراسات السابقة :

١ - وجود قلة في الدراسات العربية التي تناولت مرضى ضغط الدم المرتفع في إستراتيجيات التعامل من جهة، وخصائصهم النفسية والاجتماعية من جهة أخرى، وذلك ضمن حدود علم الباحثة.

٢ - اجتهاد العلماء في عمل مقاييس خاصة بإستراتيجيات التعامل، من مثل: مقياس التعامل (COPE)، واستبانة إستراتيجيات التعامل مع الألم، وقائمة إستراتيجيات التعامل...إلخ. وعلى الرغم من تعدد هذه المقاييس، فإنها تتضمن أبعاداً متداخلة في محتواها لتقيس جوانب مهمة للتعامل مع الضغوط، مثل: التعامل مع المشكلة، والتعامل مع الانفعال، والسلوك التجنبي.

٣ - يتضح من مخرجات البحوث أن إستراتيجيات التعامل غير التكيفية أو التجنبية ترتبط إيجابياً مع متغيرات الشقاء النفسي كالقلق والاكتئاب.

فروض الدراسة :

تتمثل فروض الدراسة في ما يأتي:

الفرض الأول: توجد فروق دالة إحصائية بين مرضى ضغط الدم المرتفع تعزى إلى النوع في القلق والاكتئاب.

الفرض الثاني: توجد فروق دالة إحصائية بين مرضى ضغط الدم المرتفع تعزى إلى النوع في إستراتيجيات التعامل.

الفرض الثالث: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إستراتيجيات التعامل، وكل من القلق والاكتئاب.

الفرض الرابع: تسهم كل إستراتيجية من إستراتيجيات التعامل في التنبؤ بكل من القلق والاكتئاب.

المنهج والإجراءات :

منهج الدراسة :

تعتمد هذه الدراسة المنهج الوصفي المقارن؛ لأنه يتناسب مع مشكلة الدراسة، وأهدافها وأهميتها، حيث تسعى الباحثة للمقارنة بين مرضى ضغط الدم المرتفع تبعاً للنوع، من حيث القلق، والاكتئاب، وإستراتيجيات التعامل.

عينة الدراسة :

تم اختيار عينة متيسرة من مرضى ضغط الدم المرتفع الذين يحملون الجنسية الكويتية من المؤسسات الصحية، وتكونت العينة من (٢٠٥): بواقع (٩٦ من الذكور، و١٠٩ من الإناث)، وراوحت أعمارهم ما بين (٢٥) و(٧٦) سنة. ويشترط عدم وجود تشخيص لداء السكري مصاحب لضغط الدم المرتفع؛ نظراً لاختلاف معايير القراءات التي تحدد ارتفاع ضغط الدم لدى الاضطرابيين. واهتمت الباحثة بالمرضى الذين يتلقون مضادات الضغط المرتفع، وهو معيار يشير إلى تشخيص ضغط الدم المرتفع.

أدوات الدراسة :

١ - قائمة إستراتيجيات التعامل :

تعرضت هذه القائمة للترجمة إلى العربية من قبل الباحثين، وهي من إعداد "توبين، وهولرويد، ورينولدز" (Tobin et al, 2001)، وتعد بمثابة استبانة للتقرير الذاتي، مكونة من (٧٢) بنداً لتقييم التعامل ذي الصلة بالأفكار، والسلوكيات كاستجابة على الضغوط التي يتعرض لها الفرد، وتحتوي هذه القائمة على (١٤) مقياساً فرعياً، وهي :

أ - ثمانية مقاييس أولية، وهي : حل المشكلات، وإعادة البناء المعرفي، والدعم الاجتماعي، والتعبير عن الانفعال، وتجنب المشكلات، والتفكير

بالتمني، والانسحاب الاجتماعي، وانتقاد الذات. وتشكل هذه المقاييس أبعاداً مختلفة للتعامل؛ بحيث يتألف كل مقياس من (٩) بنود.

ب - أربعة مقاييس ثانوية، وهي: التعامل الاتصالي المتعلق بالمشكلة، والتعامل غير الاتصالي المتعلق بالمشكلة، والتعامل الاتصالي المتعلق بالانفعال، والتعامل غير الاتصالي المتعلق بالانفعال.

ج - مقياسان من الدرجة الثالثة، هما: التعامل الاتصالي، والتعامل غير الاتصالي.

ويجب عن كل بند على أساس مقياس "ليكرت" للتقدير، المكون من خمس نقاط على النحو الآتي: (١) لا، و(٢) قليلاً، و(٣) متوسط، و(٤) كثيراً، و(٥) كثيراً جداً. وتراوح الدرجة الكلية لكل مقياس فرعي أولي بين (٩) و(٤٥)، وتشير الدرجة العليا إلى تأكيد استخدام إستراتيجية تعامل معينة. وقد وثقت البحوث معاملات الثبات للمقاييس الفرعية الأولية، حيث يراوح معامل ثبات ألفا كرونباخ بين (٠,٧١) و(٠,٩٤). أما صدق المحك فقد كشف عن قدرة القائمة على التمييز بين الأفراد من ذوي الأعراض المرضية والأصحاء، وذلك باستخدام مجموعات سكانية مختلفة؛ مما جعل القائمة ذات منفعة على المستوى الإكلينيكي.

وقد قامت الباحثة بتقنين هذه القائمة على البيئة الكويتية، وتحديداً على المرضى المزمنين (عينة استطلاعية)، بلغ عددهم (٥٦) مريضاً من الجنسين؛ حيث توصلت إلى قائمة مكونة من (٤٩) بنداً موزعين على ثمانية أبعاد، وهي: حل المشكلات، وإعادة البناء المعرفي، والدعم الاجتماعي، والتعبير عن الانفعال، وتجنب المشكلة، والتفكير بالتمني، والانسحاب الاجتماعي، وانتقاد الذات. كما تم إعادة حساب ثبات الاتساق الداخلي باستخدام معادلة ألفا كرونباخ لكل بعد في القائمة، وذلك بعد حذف البنود ذات الارتباط الذي قل عن قيمة ألفا كرونباخ للدرجة الكلية للبعد، ويبين الجدول (١) قيم ألفا كرونباخ بعد حذف البنود.

الجدول (١)

قيم ألفا كرونباخ لكل بعد من قائمة إستراتيجيات التعامل
(ن=٥٦)

أبعاد القائمة	قيمة ألفا كرونباخ	أبعاد القائمة	قيمة ألفا كرونباخ
بعد حل المشكلات	٠,٨١	بعد تجنب المشكلة	٠,٦٩
بعد إعادة البناء المعرفي	٠,٧٥	بعد التفكير بالتمني	٠,٧٧
بعد التعبير عن الانفعال	٠,٧٤	بعد انتقاد الذات	٠,٨٦
بعد الدعم الاجتماعي	٠,٨٥	بعد الانسحاب الاجتماعي	٠,٨١

٢ - مقياس الاكتئاب لمركز الدراسات الوبائية :

طوّر هذا المقياس " رادلوف " (Radloff, 1977) لغرض تحديد الاكتئاب لدى السكان عموماً، ويتضمن (٢٠) بنداً لتقييم تكرار حدوث الأعراض خلال الأسبوع الماضي، ويجب عن كل بند على أساس تدرّج رباعي، هو : (١) نادراً (أقل من يوم واحد)، و(٢) أحياناً (يوم إلى يومين)، و(٣) غالباً (٣-٤ أيام)، و(٤) دائماً (٥-٧ أيام). إلا أن هناك (٤) بنود معكوسة متمثلة في البنود الآتية : (٤، ٨، ١٢، ١٦). وتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (٢٠) و(٨٠)، وتشير الدرجة العليا إلى مستوى مرتفع من الأعراض الاكتئابية.

وقد أثبت هذا المقياس أنه ذو ثبات عالٍ، يمكن الاعتماد عليه لتقييم عدد من الأعراض الاكتئابية، وأنواعها، ومدتها لدى جميع الفئات العمرية، والعرقية، والنوعية (الجنس). وقد تم الإبلاغ عن أن معامل ثبات ألفا كرونباخ يراوح بين (٠,٨٥) و(٠,٩٠). ويشير هذا المقياس أيضاً إلى صدق تلازمي مع المعايير الإكلينيكية للأعراض الاكتئابية، فضلاً عن وجود أدلة جوهرية على صدق البناء، حيث استند إلى علم الأوبئة المتعلقة بالأعراض الاكتئابية، ونظريات الاكتئاب. وقد قامت الباحثة بتقنين هذا المقياس على البيئة الكويتية، وتوصلت إلى اتساق داخلي مرتفع يصل إلى (٠,٩٠).

٣ - قائمة قلق السمة :

وضع سبيلبيرجر وآخرون (١٩٨٣) قائمة قلق السمة والحالة، وتتكون هذه القائمة من قائمتين فرعيتين منفصلتين تعتمدان أسلوب التقرير الذاتي لدراسة ظاهرة القلق، إلا أن الباحثين اعتمدا قائمة قلق السمة فقط، التي تتكون من (٢٠) بنداً. وتُرجمت القائمة بمفهومها للقلق إلى (٢٥) لغة منها اللغة العربية. وقد أجرى سبيلبيرجر عدة دراسات لحساب الخصائص السيكومترية لقائمة قلق السمة، وقد كشفت عن درجات مرتفعة للصدق والثبات، وشجع ذلك على استخدامه على عينات تتضمن أعماراً وثقافات مختلفة. وقد راح ثبات سمة القلق ما بين (٠,٨٤) و(٠,٨٦) لدى الذكور، في حين راح عند الإناث بين (٠,٧٦) و(٠,٧٧). ومن ناحية أخرى، استُخدمت طرق عديدة في دراسة صدق القائمة، منها طريقة المجموعات المتضادة (أو الفرق المتقابلة) للكشف عن الصدق البنائي، وتضمنت مقارنة متوسطات الدرجات بين مجموعة من المرضى العصبيين، ومجموعة من الأفراد العاديين، وقد ميزت القائمة بين المجموعتين في سمة القلق وتم تقنين هذه القائمة على البيئة الكويتية، وقد كشف عن اتساق داخلي مرتفع يصل إلى (٠,٨٦).

إجراءات الدراسة :

حصلت الباحثة على الموافقة الرسمية من وزارة الصحة لتسهيل مهمة العمل في سبعة مراكز صحية تخصصية تابعة لمحافظة العاصمة، بالإضافة إلى مستشفى الأميري، وطبقت الاستبانات تطبيقاً فردياً على أساس التطوع الحر، وذلك بعد التأكد من انطباق شروط الدراسة على المرضى من خلال طرح بعض التساؤلات، وهي: هل تعاني من ضغط الدم المرتفع دون داء السكري؟، هل تتناول مخفضات لضغط الدم؟. وفي أحيان أخرى يتعاون موظفو الاستقبال والأطباء وبعض المراجعين (من خلال ترشيح أفراد أسرهم) مع الباحثة وفقاً للشروط البحثية. ثم أدخلت البيانات في الحاسب الآلي الشخصي، وخُللت إحصائياً باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

نتائج الدراسة ومناقشتها :

الفرض الأول ينص على ما يأتي: توجد فروق دالة إحصائية بين مرضى ضغط الدم المرتفع تعزى إلى النوع في القلق والاكتئاب.

الحكم على هذا الفرض، حُسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيم (ت) لمجموعتي الدراسة كل على حدة في الدرجة الكلية لكل من مقياس الاكتئاب والقلق، ويبين جدول (٢) الإحصاءات الوصفية للمقياسين كل على حدة لدى المجموعتين.

الجدول (٢)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيم (ت) للدرجات الكلية في الاكتئاب والقلق لدى مجموعتي الدراسة
(ن=٢٠٥)

إستراتيجيات التعامل	ذكور (ن=٩٦)		إناث (ن=١٠٩)		قيمة ت	درجات الحرية	الدالة
	ع	م	ع	م			
الاكتئاب	٣٩,٢٢	٨,٣٦	٤١,٥٩	٩,٣٩	١,٩١١	٢٠٣	٠,٠٥٧
القلق	٣٨,١٩	٩,١٦	٤٢,٤٨	١١,٤٦	٢,٩٧٥	٢٠٣	٠,٠٠٣

وقد تبين أن متوسطات الإناث كانت أعلى من الذكور في الدرجة الكلية على مقياس القلق عند مستوى دلالة (٠,٠٥)، بينما لا توجد فروق دالة إحصائية في الدرجة الكلية على مقياس الاكتئاب؛ مما يؤكد صحة جزئية للفرض. وبناءً على ذلك، يمكن افتراض أن النساء يبلغن باستمرار عن المزيد من الضيق والخوف وأعراض القلق الناجمة عن المواقف الضاغطة، وذلك كما توصلت إليه بعض الدراسات (Kelly, Tyrka, Anderson, Price, e.g., Barlow et al., 1984; & Carpenter, 2008)؛ مما يدل على خبرتهن المتكررة والأكثر شدة في الانفعالات السلبية بالمقارنة مع الرجال. وتوضح أن الفروق بين الجنسين في التفاعل مع الضغوط يمكن أن تسهم لدى غالبية الإناث في تشخيصهن باضطرابات القلق. وقد لوحظ أيضاً أن القلق

يسهم في زيادة معدل ضربات القلب، وضغط الدم؛ مما يؤدي إلى استفحال حالة احتشاء عضلة القلب (Hocaoglu et al., 2011). لذلك لابد من تسليط الضوء على الفروق بين الجنسين في الاستجابات الفسيولوجية؛ حيث تستند الباحثة إلى اقتراح بعض الباحثين (e.g., Smith, Gallo, Goble, Ngu, & Stark, 1998) أن الرجال يبدون في العادة استجابة للضغوطات المتعلقة بالإنجاز، في حين تستجيب النساء أكثر للضغوطات المجتمعية أو فيما يختص بالتعامل مع الآخرين؛ أي أن المواقف ذات التفاعلات الاجتماعية من المحتمل أن تسبب زيادة في معدل ضربات القلب، والتوتر الاجتماعي، والقلق.

ومن جهة أخرى، سعت الباحثة إلى تبرير عدم وجود فروق جوهريّة بين الجنسين في الاكتئاب بالاستنتاج القائل إن الأعراض الاكتئابية قد ترتبط بالمراقبة غير الكافية لمعدلات ضغط الدم أو المضاعفات الناجمة عن ارتفاعه (Krousel-Wood & Frohlich, 2010)، ويُلاحظ في هذه الدراسة أن المرضى عموماً يراجعون المراكز الصحية لغرض صرف العلاج الدوائي، أو فحص حالة الضغط عند الشعور بأعراض جسدية معينة كالصداع، ونزيف الأنف، وضيق في التنفس، أو مجرد الفحص للاطمئنان دون وجود أعراض بارزة، وذلك على حد قول المرضى.

الفرض الثاني ينص على ما يأتي: توجد فروق دالة إحصائية بين مرضى ضغط الدم المرتفع تعزى إلى النوع في إستراتيجيات التعامل.

للحكم على هذا الفرض، حُسبت أيضاً المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيم (ت) لمجموعتي الدراسة كل على حدة في الدرجة الكلية لكل إستراتيجية من إستراتيجيات التعامل، ويشير الجدول (٣) الإحصاءات الوصفية الخاصة بالمجموعتين في إستراتيجيات التعامل.

الجدول (٣)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيم (ت) للدرجات الكلية في
إستراتيجيات التعامل لدى مجموعتي الدراسة
(ن=٢٠٥)

إستراتيجيات التعامل	ذكور (ن=٩٦)		إناث (ن=١٠٩)		قيمة ت	درجات الحرية	الدلالة
	م	ع	م	ع			
إستراتيجية حل المشكلات	٢٤,٧٦	٥,٧٢	٢٥,٠٨	٥,١٧	-٠,٤٢١	٢٠٣	٠,٦٧٤
إستراتيجية إعادة البناء المعرفي	٢٠,٩٥	٤,٨٣	٢١,٣٧	٤,٤٣	-٠,٦٤٥	٢٠٣	٠,٥٢٠
إستراتيجية التعبير عن الانفعال	١٧,٥٠	٥,٣٩	١٩,٦٢	٥,٠١	-٢,٩٠٩	٢٠٣	٠,٠٠٤
إستراتيجية الدعم الاجتماعي	١٣,٥٨	٥,٤٢	١٦,٩٥	٥,١٢	-٤,٥٥٠	٢٠٣	٠,٠٠٠
إستراتيجية تجنب المشكلة	١٩,٩٢	٥,٢٧	١٩,١٨	٥,٥٩	-٠,٩٦٦	٢٠٣	٠,٣٣٥
إستراتيجية التفكير بالتمني	١٩,٢٧	٥,٦٧	٢١,٥٨	٥,١٣	-٣,٠٣٩	٢٠٣	٠,٠٠٣
إستراتيجية انتقاد الذات	١٦,٤١	٦,٨٦	١٥,٨٦	٧,١٧	-٠,٥٥٤	٢٠٣	٠,٥٨٠
إستراتيجية الانسحاب الاجتماعي	١٧,٤٠	٤,٨٦	١٦,٠٧	٤,٩٦	-١,٩٢٤	٢٠٣	٠,٠٥٦

وقد اتضح أن متوسطات الإناث كانت أعلى من الذكور في الدرجة الكلية في كل من الإستراتيجيات الآتية: التعبير عن الانفعال، والدعم الاجتماعي، والتفكير بالتمني، وذلك عند مستوى دلالة (٠,٠٥)؛ ما يدعم صحة جزئية للفرض؛ نظراً لأنه في المقابل لا توجد فروق دالة إحصائية بين المجموعتين في الدرجة الكلية في كل من الإستراتيجيات الآتية: حل المشكلات، إعادة البناء المعرفي، وتجنب المشكلة، وانتقاد الذات، والانسحاب الاجتماعي، وهذا جانب آخر من عدم صحة جزئية من الفرض.

ومن اللافت في هذه الدراسة أن إستراتيجية التعبير عن الانفعال تعكس سلوكاً تعبيرياً يدل على مستويات مختلفة من الغضب أو العدائية، ولاسيما أن المريضات بضغط الدم المرتفع أظهرن انفعالات سلبية خلال محاكاة التحديات الاجتماعية؛ مما تؤثر بشكل أكبر في ضغط الدم، بينما يتسم الرجال عموماً بالكفاءة العاطفية أكثر من النساء. وللنساء أيضاً ميل لإقامة علاقات حميمة

يرجع إلى مرحلة الطفولة، مع ميلهن إلى تطوير العلاقات الحوارية، واتسامهن عموماً بالعاطفة، والتعبير، والإفصاح بالمقارنة إلى الرجال. أما انخفاض مستويات الدعم الاجتماعي عند الذكور فيرجع إلى عدم رغبتهم في المساعدة باعتبارهم أرباباً لأسرهم، فيلجؤون عادةً إلى تقديم الدعم بأنواعه للجنسين لاسيما الدعم المالي للأسرة (مثل: الأيوب وعبدالخالق، ٢٠١٢).

وترجع الباحثة ارتفاع الدرجة في إستراتيجية التفكير بالتمني لصالح الإناث إلى افتراض أن التفكير بالتمني إحدى السمات البارزة في الشخصية العصابية التي يتسم بها مرضى ضغط الدم المرتفع وبخاصة النساء، وذلك بالمقارنة مع الأصحاء. كما قد ينشأ عن حالة الملل التي تصيب المرأة نظراً لتعدد المهام الروتينية من مثل: إدارة المنزل، والإشراف على العمالة المنزلية، وتدريب الأبناء، والضغوط المهنية، ومشاركتها للزوج في ميزانية الأسرة، والرعاية الشاملة للمرضى في محيط الأسرة أو غيرهم،... إلخ؛ وهو ما يضعها تحت طائلة التفكير بالتمني؛ أي اعتقادها بأن هذا المنحى من التفكير سينهي المهمة بصورة أسرع، وذلك بالمقارنة مع الرجل. ووفقاً لما ذكرته منظمة الصحة العالمية (World health organization, 2014) فإن معدل الوفيات الناجم عن أمراض القلب والأوعية الدموية بين الكويتيين لعام ٢٠١٤، وصل إلى (٤١٪)، وكانت النسبة العظمى في صفوف الذكور، استندت الباحثة إلى رأي إحدى الدراسات بأن المرأة في مختلف المجتمعات لا تتعرض للحوادث القلبية الكبرى والمفاجئة مثل الرجل؛ مما يدل على أنها لا تستوعب حجم الضغوط لديها (e.g., Gowda, Wilbur, & Schweitzer, 2007)، ويعد هذا الأمر ممكناً مع المفكرات بالتمني، كون مفهوم التفكير بالتمني ينطوي على اتجاه إيجابي بأن كل شيء سيكون على ما يرام، وأخذ الجانب الإيجابي من الضغوط، وذلك بالمقارنة مع الرجال.

أما إستراتيجيات التعامل الأخرى، وهي كل من: إستراتيجية حل المشكلات، وإعادة البناء المعرفي، وتجنب المشكلة، وانتقاد الذات، والانسحاب

الاجتماعي - فلم تدلل على وجود فروق بين الجنسين، ويمكن إرجاع ذلك إلى بعض الخصائص النفسية-الاجتماعية التي تنسب إلى مرضى ضغط الدم المرتفع بوجه عام، من مثل: الطموح، والانبساط، والذكاء، والكمالية، والاجتهاد، والتفاني، والدقة في التفاصيل، وتجنب الاعتمادية، وحساسية غير عادية للنقد والإيذاء، وإنكار التأثيرات السلبية،...إلخ (Seftel, 1991).

الفرض الثالث ينص على ما يأتي: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إستراتيجيات التعامل، وكل من الاكتئاب والقلق.

للإجابة عن هذا الفرض، حُسبت معاملات ارتباط بيرسون بين إستراتيجيات التعامل، وكل من القلق والاكتئاب، ويبين الجدول (٤) معاملات الارتباط بين هذه المتغيرات.

الجدول (٤)

معاملات الارتباط بين إستراتيجيات التعامل من جهة والقلق والاكتئاب من جهة أخرى
(ن=٢٠٥)

القلق	الاكتئاب	إستراتيجيات التعامل
٠,٣٣١- **	٠,١١٦-	إستراتيجية حل المشكلات
٠,٣٢٦- **	*١٦٢-	إستراتيجية إعادة البناء المعرفي
٠,٣٣١ **	**٠,٣١٢	إستراتيجية التعبير عن الانفعال
٠,٠٣٠	,٠٨٩	إستراتيجية الدعم الاجتماعي
٠,٠٨٢-	٠,٠٢٠-	إستراتيجية تجنب المشكلة
**٠,٣٧٠	**٠,٣٦٦	إستراتيجية التفكير بالتمني
**٠,٢٨١	**٠,٣٥٣	إستراتيجية انتقاد الذات
٠,٠٩٦	**٠,٢٤٦	إستراتيجية الانسحاب الاجتماعي

(*) دال عند مستوى ٠,٠٥

(**) دال عند مستوى ٠,٠١

وقد تبين أن الارتباطات الإيجابية الدالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)

كانت بين كل من إستراتيجية التعبير عن الانفعال والتفكير بالتمني و انتقاد الذات من جهة، وكل من الاكتئاب والقلق من جهة أخرى، وبين إستراتيجية الانسحاب الاجتماعي، والاكتئاب دون القلق؛ والارتباطات السلبية الدالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) كانت بين إستراتيجية حل المشكلات وإعادة البناء المعرفي من جهة، والقلق من جهة أخرى. أما الارتباطات السلبية الدالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٥) فكانت بين إستراتيجية البناء المعرفي والاكتئاب.

وقد اتفق عدد من الدراسات (Vollman et al, 2007؛ Trivedi et al., 2009؛ e.g.) على أن المضطربين نفسياً يزداد استخدامهم لإستراتيجيات التعامل الانسحابية، كإستراتيجيات التفكير بالتمني، وانتقاد الذات، والانسحاب الاجتماعي، ويقل استخدامهم لإستراتيجيات التعامل الاتصالية كإستراتيجيات حل المشكلات، وإعادة البناء المعرفي،...إلخ. والأولى تسعى للحد من التعرض للمنبهات الضارة، وغالباً ما تنتج الآثار المرغوب فيها إلا أنها لا تستمر لفترات طويلة، والواقع أن هذه الإستراتيجيات تؤدي إلى مشكلات متنوعة على المدى البعيد بما فيها الاكتئاب والقلق. في حين الثانية ينشأ عن استخدام الثانية وضع حد للعواقب النفسية-الفسولوجية الناجمة عن الضغوطات اليومية على المدى البعيد.

وكما ذكرنا سلفاً فإن إستراتيجية التعبير عن الانفعال تعد إحدى إستراتيجيات التعامل الانفعالية والنشطة، إلا أنها ارتبطت إيجابياً بالاكتئاب والقلق في عدد من الدراسات (e.g., Osowiecki & Compas, 1999)، وينسجم ذلك مع وجهة النظر القائلة إن زيادة التفاعل السلبي في المواقف الضاغطة تنبئ بالاكتئاب (Beck, 1967). وإن القلق بطبيعته يثير الفوضى في السلوك لدى مرضى ضغط الدم المرتفع بمعدل (٥٢,٣٪)، كما أشارت إليه دراسة بيفيتشكو وآخرين (Pervichko & Zinchenko, 2014)، وذلك بالمقارنة مع الأصحاء.

الفرض الرابع ينص على ما يأتي : تسهم كل إستراتيجية من إستراتيجيات التعامل في التنبؤ بكل من القلق والاكتئاب.

للحكم على هذا الفرض، استخدم تحليل الانحدار المتعدد المتدرج لأثر كل إستراتيجية من إستراتيجيات التعامل في التنبؤ بالقلق والاكتئاب، كما هو مبين في الجدولين (٥) و(٦) :

الجدول (٥)

تحليل الانحدار المتعدد المتدرج لأثر كل إستراتيجية من إستراتيجيات التعامل في التنبؤ بالقلق
(ن=٢٠٥)

المتغير التابع	المتنبئات	المعامل B	الارتباط المتعدد	التباين المفسر R ²	ΔR^2	قيمة "ف"	دلالة "ف" الإحصائية
القلق	التفكير بالتمني	٠,٤٥٢	٠,٣٧٠	٠,١٣٧	٠,١٣٧	٣٢,١٥٦	٠,٠٠٠
	حل المشكلات	-٠,٤٨٣	٠,٥٢٠	٠,٢٧١	٠,١٣٤	٣٧,٥٢٠	٠,٠٠٠
	التعبير عن الانفعال	٠,٤٧٢	٠,٥٦٦	٠,٣٢١	٠,٠٥٠	٣١,٦٥٨	٠,٠٠٠
	انتقاد الذات	٠,٢٧١	٠,٥٨٦	٠,٣٤٤	٠,٠٢٣	٢٦,١٨٥	٠,٠٠٠
	إعادة البناء المعرفي	-٠,٥٣٠	٠,٦٠٩(c)	٠,٣٧١	٠,٠٢٧	٢٣,٤٢٨	٠,٠٠٠(c)

مستوى الدلالة = ٠,٠٠٠

يتضح من الجدول (٥) أن إستراتيجيات التعامل وضحت نحو ٣٧,١٪ من التباين بالقلق؛ فقد وضع التفكير بالتمني ١٣,٧٪ من التباين، وبذلك يكون قد أسهم بشكل دال إحصائياً ($\alpha > ٠,٠٠١$) في التنبؤ بالقلق، وأضاف حل المشكلات ١٣,٤٪ أخرى للتباين، وقد كانت هذه المساهمة دالة إحصائياً في التنبؤ بالقلق، وأضاف التعبير عن الانفعال ٥٪ أخرى للتباين، وقد كانت هذه المساهمة دالة إحصائياً في التنبؤ بالقلق، وأضاف انتقاد الذات ٢,٣٪ أخرى للتباين، وقد كانت هذه المساهمة دالة إحصائياً في التنبؤ بالقلق، وأضاف إعادة البناء المعرفي ٢,٧٪ أخرى للتباين، وقد كانت هذه المساهمة دالة إحصائياً في التنبؤ بالقلق، في حين أن الدعم الاجتماعي، وتجنب المشكلة، والانسحاب الاجتماعي، لم تكن دالة إحصائياً ولم تسهم في التنبؤ بالقلق.

الجدول (٦)

تحليل الانحدار المتعدد المتدرج لأثر كل إستراتيجية من إستراتيجيات التعامل في التنبؤ بالاكتئاب
(ن=٢٠٥)

المتغير التابع	المتنبئات	المعامل B	الارتباط المتعدد	التباين المفسر R ²	ΔR^2	قيمة "ف"	دلالة "ف" الإحصائية
الاكتئاب	التفكير بالتمني	٠,٣٥١	٠,٣٦٦	٠,١٣٤	٠,١٣٤	٣١,٤١٤	٠,٠٠٠
	انتقاد الذات	٠,٣٢٩	٠,٤٣٨	٠,١٩٢	٠,٠٥٨	٢٣,٩٥١	٠,٠٠٠
	إعادة البناء المعرفي	-٠,٤٥٩	٠,٤٨٩	٠,٢٣٩	٠,٠٤٧	٢١,٠٦٠	٠,٠٠٠
	التعبير عن الانفعال	٠,٢٧٦	٠,٥٠٨	٠,٢٥٩	٠,٠١٩	١٧,٤٣٧	٠,٠٠٠

مستوى الدلالة = ٠,٠٠٠

يشير الجدول (٦) إلى أن إستراتيجيات التعامل وضحت معاً نحو ٢٥,٩٪ من التباين بالاكتئاب؛ فقد وضع التفكير بالتمني ١٣,٤٪ من التباين، وبذلك يكون قد ساهم بشكل دال إحصائياً ($\alpha > ٠,٠٠١$) في التنبؤ بالاكتئاب، وأضاف انتقاد الذات ٥,٨٪ أخرى للتباين، وقد كانت هذه المساهمة دالة إحصائياً في التنبؤ بالاكتئاب، وأضاف إعادة البناء المعرفي ٤,٧٪ أخرى للتباين، وقد كانت هذه المساهمة دالة إحصائياً في التنبؤ بالاكتئاب، وأضاف التعبير عن الانفعال ١,٩٪ أخرى للتباين، وقد كانت هذه المساهمة دالة إحصائياً في التنبؤ بالاكتئاب، في حين أن حل المشكلات، والدعم الاجتماعي، وتجنب المشكلة، والانسحاب الاجتماعي لم تكن دالة إحصائياً، ولم تسهم في التنبؤ بالاكتئاب. ومن هذا المنطلق توصلت الباحثة إلى عدد من الاستنتاجات، يمكن إيجازها على النحو الآتي:

- ١ - يعكس التفكير بالتمني توقعات إيجابية غير واقعية حول المشكلة أو الموقف، وتظهر على هيئة أسلوب دفاعي لتجنب الكرب النفسي، ومن جهة أخرى، يميل المفكرون بالتمني والمنتقدون لذاتهم إلى انخفاض مزاجهم.
- ٢ - إن الأخطاء المعرفية عند تفسير المواقف أو أحداث الحياة اليومية، قد تؤدي إلى تطور المزاج الاكتئابي، كما نجد أن أساليب حل المشكلات غير

الفعالة تؤدي إلى زيادة مستويات القلق، على الرغم من أن القلقين قد يمتلكون المعرفة حول مهارات حل المشكلات، إلا أنهم قد يجدون صعوبة في حل مشكلاتهم؛ نظراً لميلهم إلى الاستجابة بطريقة غير منتجة.

٣ - تساهم إستراتيجية التعبير عن الانفعال في تطور الاكتئاب والقلق، وهذا ما لا يتفق مع تصنيف "لازاروس" بشأن تصنيف إستراتيجية التعبير عن الانفعال على أنها تساهم في تنظيم الانفعالات الناجمة عن الضغوط (Lazarus, 2000). وتترتب هذه النتيجة مع ما توصلت إليه التحليلات السابقة حول هذا الشأن.

التوصيات والبحوث المقترحة :

- في ضوء ما أسفرت عنه هذه الدراسة يمكن أن نستخلص بعض التوصيات، والبحوث المقترحة؛ إذ توصي الباحثة بما يأتي :
- ١ - عقد محاضرات وندوات لفئة مرضى ضغط الدم المرتفع وأسرهم حول إستراتيجيات التعامل المؤثرة في الصحة النفسية وذلك بالتنسيق مع الجهات الطبية المعنية، فضلاً عن تعزيز دور أسر المرضى في توفير سبل الدعم بأنواعه المختلفة، والتنويه بالآثار الإيجابية المترتبة عليه في الصحة النفسية لهؤلاء المرضى.
- ٢ - عقد جلسات نفسية فردية إلى جانب العلاج الدوائي (مضادات ارتفاع ضغط الدم) في العيادات النفسية الموجودة في مراكز الصحة التخصصية من قبل مرشدين نفسيين مؤهلين؛ وذلك لتدريب مرضى ضغط الدم المرتفع على إستراتيجيات التعامل الإيجابية في ظل الضغوط اليومية، ومتابعة التغيرات الطارئة في الصحة النفسية.
- ٣ - إجراء بحوث مستقبلية لفئة مرضى ضغط الدم المرتفع، تتناول إستراتيجيات التعامل الإيجابية الأكثر فاعلية كإستراتيجية إعادة البناء المعرفي، وحل المشكلات، والدعم الاجتماعي - كما توصلت إليه نتائج تحليل الإنحدار المتعدد المتدرج - وتفعيلها في برامج إرشادية لإدارة الضغوط اليومية.

المراجع

أولاً - المراجع العربية:

- الأيوب، حصة طارق؛ وعبدالخالق، أحمد محمد. (٢٠١٢). التفاؤل وحب الحياة والدعم الاجتماعي وعلاقتها بالصحة النفسية والجسمية لدى المسنين. دراسات نفسية. ٢٢(٣). ص ص ٤٢٣-٤٣٨.
- تونسي، عديلة حسن. (٢٠٠٢). القلق والاكتئاب لدى عينة من المطلقات وغير المطلقات في مدينة مكة المكرمة. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة أم القرى. مكة المكرمة. المملكة العربية السعودية.
- سلمان، شروق كاظم. (٢٠٠٦). سمة القلق لدى طالبات كلية التربية للبنات. مجلة البحوث التربوية والنفسية، ٩+١٠. ص ص ٣٧-٤٩.
- الشبؤون، دانيا. (٢٠١١). القلق وعلاقته بالاكتئاب عند المراهقين: دراسة ميدانية ارتباطية لدى عينة من تلاميذ الصف التاسع من التعليم الأساسي في مدارس مدينة دمشق الرسمية. مجلة جامعة دمشق. ٢٧(٣). ص ص ٧٥٩ - ٧٩٧.
- مقدادي، يوسف موسى. (٢٠١٣). أثر برنامج إرشاد جمعي معرفي سلوكي مستند إلى تعليم تحصين ضد التوتر في خفض مستوى أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من طلبة جامعة آل البيت. مجلة الدراسات التربوية والنفسية. ٧(٢). ص ص ١٢٢-١٣٢.
- موسى، رشاد علي. (١٩٩٣ أ). دراسات في علم النفس المرضي. القاهرة: دار عالم المعرفة.

ثانياً - المراجع الأجنبية :

- Barlow, D. H., Cohen, A. S., Waddell, M., Vermilyea, J. A., Klosko, J. S., Blanchard, E. B., & Di Nardo, P. A. (1984). Panic and generalized anxiety disorders: Nature and treatment. *Behavior Therapy*, 15, 431-449.

- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical experimental and theoretical aspects*. New York: Harper and Row
- Cheung, B., Au, T., Chan, S., Lam, C., Lau, S., Lee, R.,...Tsang, H. (2005). The relationship between hypertension and anxiety or depression in hong kong Chinese. *Experimental & Clinical Cardiology*, 10(1), 21-24.
- Desmond, D., Shevlin, M., & MacLachlan, M. (2006). Dimensional analysis of the coping strategy indicator in a sample of elderly veterans with acquired limb amputations. *Personality and Individual differences*, 40, 249-259.
- Doering, L., Dracup, K., Caldwell, M., Moser, D., Erickson, V., Fonarow, G., & Hamilton, M. (2004). Is coping style linked to emotional states in heart failure patients?. *Journal of Cardiac Failure*, 10(4), 344-349.
- Gowda, R. M., Wilbur, S. L., & Schweitzer, P. (2007). Gender differences in cardiac electrophysiology and arrhythmias: Part2. *Cardiol*, 16(1), 22-28.
- He, J., Whelton, P., Appel, L., Charleston, J., & Klag, M. (2000). Long-term effects of weight loss and dietary sodium reduction on incidence of hypertension. *Hypertension: Journal of American Heart Association*, 35(2), 544-552.
- Hernelahti, M., Kujala, U., Kaprio, J., & Sarna, S. (2002). Long-term vigorous training in young adulthood and later physical activity as predictors of hypertension in middle-aged and older men. *International Journal of Sports Medicine*, 23(3), 178-259.
- Hocaoglu, C., Yeloglu, H., & Polat, S. (2011). Cardiac diseases and anxiety disorders. In A. Szirmai (Ed.), *Anxiety and related disorders*. Shanghai: Intechopen, (pp. 139-150).
- Huang, N., Duggan, K., & Harman, J. (2008). Life style management of hypertension. *Australian Prescriber*, 31(6), 150-153.
- Karabulutlu, E., Bilici, M., Cayir, K., Tekin, S., & Kantarci, R. (2010). Coping, anxiety and depression in Turkish patients with cancer. *European Journal of General Medicine*, 7(3), 296-302.

- Kelly, M., Tyrka, A., Anderson, G., Price, L., & Carpenter, L. (2008). Sex differences in emotional and physiological responses to the trier social stress test. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 87-98.
- Krousel-Wood, M. A. & Frohlich, E. D. (2010). Hypertension and depression: Co-existing barriers to medication adherence. *Journal of Clinical Hypertension*, 12(7), 481-486.
- Lazarus, R. (2000). Toward better research on stress and coping. *Journal of American Psychologist*, 55(6), 665-673.
- Lewinsohn, P., Sullivan, J. & Grosscup, S. (1980). Changing reinforcing events: An approach to the treatment of depression. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 17(3), 322-334.
- Mertens, I., & Gaal, L. (2000). Overweight, obesity, and blood pressure: The effects of modest weight reduction. *Obesity Research*, 8(3), 270-278.
- Mizumoto, K. (2004). *Hypertension and risk factors related to life-style among women aged 40 years and over in phuthamontthon district, nakhon pathom province, thiland*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand
- Moser, D. K. (2007). The rust of life: Impact of anxiety on cardiac patients. *American Journal of Critical Care*, 16(4), 361-369.
- Nandhini, S. (2014). Essential hypertension: A review article. *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*, 6(9), 305-307.
- Nasilowska-Barud, A., Fedorovich, V., Zapolski, T., Sikorska-Jaroszyńska, M., & Wysokinski, A. (2013). Pain coping strategies in women with ischemic heart disease. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 20(4), 767-838.
- Newel, M., Modeste, N., Marshak, H., & Wilson, C. (2009). Health beliefs and the prevention of hypertension in a black population living in london. *Ethnicity & Disease*, 19, 35-41.
- Oparil, S., Zaman, M. A., & Calhoun, D. A. (2003). Pathogenesis of hypertension. *Annals of Internal Medicine*, 139(9), 761-836.

- Osowiecki, D. & Compas, B. (1999). A prospective study of coping, perceived control, and psychological adaptation to breast cancer. *Cognitive Therapy and Research*, 23(2), 169-180.
- Pervichko, E. & Zinchenko, Y. (2014). A comparative analysis of the psychological structure of perfectionism in patients with hypertension at work and patients with essential hypertension. *Anuario de Psicologica/The UB Journal of Psychology*, 44(2), 151-168.
- Radloff, L. (1977). The CED-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Ryff, C., Love, G., Urry, H., Muller, D., Rosenkranz, M., Friedman, E.,...Singer, B. (2006). Psychological well-being and ill-being: Do they have distinct or mirrored biological correlates?. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(2), 85-95.
- Al-Sairafi, M., Al-Shamali, K., & Al-Rashed, A. (2010). Effect of physical activity on controlling blood pressure among hypertensive patients from mishref area of Kuwait. *European Journal of General Medicine*, 7(4), 377-384.
- Seftel, H. C. (1991). Why, how and when do we treat mild hypertension in South Africa?. *South African Journal of Continuing Medical Education*, 9, 9-17.
- Shahid, M. (2012). *Psychological risk factors and coping strategies used by patients with hypertension*. Unpublished doctoral dissertation, The University of the Punjab, Lahore, Pakistan.
- Sherwood, A., Hinderliter, A. & Light, K. (1995). Physiological determinants of hyperreactivity to stress in borderline hypertension. *Hypertension*, 25(3), 384-473.
- Slama, M., Susic, D., & Frohlich E. (2002). Prevention of hypertension. *Current Opinion Cardiology*, 17(5), 531-536.
- Smith, T., Gallo, L., Goble, L., Ngu, L., & Stark, K. (1998). Agency, communion, and cardiovascular reactivity during marital interaction. *Health Psychology*, 17(6), 537-581.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory (form y)*. Pole Alte, CA: Counseling Psychology Press.

- Thomas, R., Ruel, E., Shantavasinkul, P., & Corsino, L. (2015). Endocrine hypertension: An overview on the current etiopathogenesis and management options. *World Journal of Hypertension*, 5(2), 14-27.
- Tobin, D., Holroyd, K., & Reynolds, R. (2001). *User's manual for the coping strategies inventory*. Athens, OH: Ohio University.
- Trivedi, R., Blumenthal, J., O'Connor, C., Adams, K., Hinderliter, A., Dupree,...Sherwood, A. (2009). Coping styles in heart failure patients with depressive symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(4), 339-346.
- Tung, H., Hunter, A., Wei, J., & Chang, C. (2009). Gender differences in coping and anxiety in patients after coronary artery bypass graft surgery in taiwan. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 38(6), 469-479.
- Vollman, M., LaMontagne, L., & Hepworth, J. (2007). Coping and depressive symptoms in adults living with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(2), 125-130.
- World Health Organization. (2013). *A global brief on hypertension: Silent killer, global public health crisis*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2014). *Noncommunicable diseases (NCD): Country profiles*. Kuwait: World Health Organization.

