

الاكتئاب والقلق لدى عينة من مرضى ضغط الدم المرتفع مقارنة بغير المرضى
في القدس

إعداد
أريج عمران الننتشة

المشرف
الدكتورة أروى العامري

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في
علم النفس

كلية الدراسات العليا
الجامعة الأردنية

تعتمد كلية الدراسات العليا
هذه النسخة من الرسالة
التوقيع: التاريخ: ٢٠٠٩/٨/١٨

كانون الثاني، ٢٠٠٩

نموذج التفويض

أنا اريج عمران الننتشة، أفوض الجامعة الأردنية بتزويد نسخ من رسالتي للمكتبات أو المؤسسات أو الهيئات أو الأشخاص عند طلبهم حسب التعليمات النافذة في الجامعة.

التوقيع:

التاريخ:

The University of Jordan Authorization Form

I, Areej Emran Natsheh, authorize the University of Jordan to supply copies of my Thesis/ Dissertation to libraries or establishments or individuals on request, according to the University of Jordan regulations.

Signature:

Date:

نوقشت هذه الرسالة (الاكتتاب والقلق لدى عينة من مرضى ضغط الدم المرتفع مقارنة بغير المرضى في القدس) وأجيزت بتاريخ ٢٨-١٢-٢٠٠٨.

أعضاء لجنة المناقشة

الدكتورة أروى العامري، مشرفاً
أستاذ مشارك - علم النفس الاكلينيكي

الدكتور فارس حلمي، عضواً
أستاذ مشارك - علم النفس الاجتماعي والتنظيمي

الدكتور حلمي ساري، عضواً
أستاذ دكتور - علم الاجتماع

الدكتورة وسام بريك، عضواً
أستاذ مشارك - علم نفس شخصية
جامعة عمان الأهلية

التوقيع

.....

.....

.....

.....

تعتمد كلية الدراسات العليا
هذه النسخة من الرسالة
التوقيع... التاريخ... ٢٠٠٨/١٢/٢٨

الإهداء

إلى من شجعني ووفر لي سبل النجاح... إلى من زرع في نفسي بذور حب
العلم وقدرتي في الصبر..... أيمي

إلى نبغ الحب والعطاء... إلى من وهبني الدفع والقوة لأستمر بوجودها
ماضية في نجاحي هذا..... أيمي

إلى محبي الماضي، وزهرة الحاضر، وأمل المستقبل.... اختي دينا وزهراتها:
رزان، هبة، دانا، تالة، كندة

إلى من أنتقي أروع الحروف لوصفهم وأبحث جاهدة عن كلمات تنير سطوري
لتروي رمق صفحتي لأنهم كانوا ومازالوا ينثرون عطرهم حولي.....

أهدي لهم جميعاً هذا العمل المتواضع

شكر وتقدير

انه من دواعي سروري وقد انهيت دراستي المتواضعة هذه ان اتقدم
 بجزيل الشكر ووافر الاحترام الى جميع اساتذتي في الجامعة الأردنية، أخص بالشكر
 والثناء الدكتور اروي العامري، التي اشرفت على هذه الرسالة، وقدمت لي
 الكثير من علمها النافع، فلما مني كل الشكر والتقدير والامتنان.

كما اتقدم بخالص شكري وامتناني الى الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة:
 الدكتور فارس حلمي، والدكتور حلمي ساري، والدكتورة وسام بريك، الذين قدموا
 لي يد العون من خلال المشاركة في مناقشة الرسالة.

وكل الشكر لصديقتي على مساندتهن لي في الاوقات الصعبة ووجودهن دائماً
 بقربي لتشجيعي على المضي قدماً، وأخص بالشكر سارة ومريم ومعصومه.

واخيراً اشكر كل من ساندني وسهل لي مصممي العلمية، التي اتمنى ان تكون ذات
 فائدة للمجتمع.

الباحثة: اريج النتشة

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
ب	قرار لجنة المناقشة
ج	الإهداء
د	الشكر والتقدير
هـ	فهرس المحتويات
و	قائمة الجداول
ز	قائمة الملاحق
ح	الملخص باللغة العربية
١	الفصل الأول: مقدمة
١	مشكلة الدراسة وأهميتها
٣	ضغط الدم
٨	الاكتئاب
١٦	القلق
٢٤	العلاقة بين الاكتئاب والقلق
٢٥	هدف الدراسة وأسئلتها
٢٦	الفصل الثاني: الدراسات السابقة
٣٢	الفصل الثالث: المنهجية وطريقة البحث
٣٩	الفصل الرابع: النتائج
٤٥	مناقشة النتائج
٤٩	التوصيات والاستنتاجات
٥٠	المراجع
٦٢	الملاحق
٧٢	الملخص باللغة الأجنبية

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
٤	تصنيف مستويات ضغط الدم للبالغين في تقرير اللجنة القومية الأمريكية المشتركة	١
٣٩	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الاكتئاب لأفراد المجموعتين المرضى وغير المرضى من الذكور والإناث	٢
٤٠	تحليل التباين الثنائي لدرجات الاكتئاب لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم وغير المرضى حسب الجنس تفاعل المرض مع الجنس	٣
٤١	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى حالة القلق لأفراد المجموعتين المرضى وغير المرضى من الذكور والإناث	٤
٤٢	تحليل التباين الثنائي لدرجات حالة القلق لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم وغير المرضى حسب الجنس تفاعل المرض مع الجنس	٥
٤٣	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى سمة القلق لأفراد المجموعتين المرضى وغير المرضى من الذكور والإناث	٦
٤٤	تحليل التباين الثنائي لدرجات سمة القلق لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم وغير المرضى حسب الجنس تفاعل المرض مع الجنس	٧

قائمة الملاحق

الصفحة	الموضوع	رقم الملحق
٦٢	ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية لمقياس بيك للاكتئاب	١
٦٣	ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية لمقياس حالة القلق	٢
٦٤	ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية لمقياس سمة القلق	٣
٦٥	المعلومات الديمغرافية	٤
٦٦	مقياس بيك للاكتئاب	٥
٧٠	مقياس حالة القلق	٦
٧١	مقياس سمة القلق	٧

الاكتئاب والقلق لدى عينة من مرضى ضغط الدم المرتفع مقارنة بغير المرضى في القدس

إعداد
أريج عمران الننتشة

المشرف
الدكتورة أروى العامري

ملخص

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد نسب انتشار الاكتئاب والقلق لدى عينة من مرضى ضغط الدم المرتفع مقارنة بغير المرضى في مدينة القدس، كما هدفت الى معرفة الفروق في متوسط درجات الاكتئاب والقلق لدى مرضى ضغط الدم المرتفع وغير المرضى وفقاً لمتغير الجنس والتفاعل بين هذه المتغيرات.

اختيرت عينة الدراسة من بين المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم والأصحاء في القدس. وتكونت عينة الدراسة من ١٨١ مشاركاً من الذكور والإناث منهم ٩٥ شخصاً مصاباً بارتفاع ضغط الدم، و ٨٧ شخصاً من الأصحاء وترواحت اعمار المشاركين في المجموعتين بين ٤٠ - ٦٥ سنة.

استخدمت ثلاثة مقاييس لقياس متغيرات الدراسة الثلاثة: قائمة بيك لقياس الاكتئاب، ومقياس حالة وسمة القلق لسبيلبرجر، ومقياس ضغط الدم الزئبقي والإلكتروني العضلي لقياس ضغط الدم. واستخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمجموعة مرضى ضغط الدم المرتفع ولمجموعة الأصحاء. وللتحقق من مستوى دلالة الفروق بين المتوسطات تم استخدام تحليل التباين المشترك الثنائي.

أشارت النتائج الى ان هناك اختلافاً دالاً في مستوى الاكتئاب وحالة وسمة القلق بين مرضى ضغط الدم المرتفع وغير المرضى. كما أشارت النتائج الى ان متوسط الذكور على مقياس الاكتئاب ومقياس حالة القلق أدنى من متوسط الإناث سواء مرضى او أصحاء. بينما لم يختلف متوسط الذكور عن الإناث على مقياس سمة القلق.

الفصل الاول

الإطار النظري

المقدمة

تزايد الاهتمام في السنوات الأخيرة بالعلاقات المتبادلة بين الأمراض العضوية والاضطرابات النفسية (الجاموس، ٢٠٠٤). وهناك ارتباط بين المشكلات الانفعالية كالاكتئاب (Depression) والقلق (Anxiety) بالأمراض الجسمية الخطيرة، ولكن من الصعب أن نحدد أيهما يسبق الآخر بمعنى هل المشكلات الانفعالية سبب أم نتيجة للمرض الجسدي (عبد الرحمن، ١٩٩٩). وقد يكون للأمراض الجسمية ردود أفعال نفسية عديدة، كالشعور بالاكتئاب والقلق وخاصة إذا كانت من الأمراض الخطيرة التي تهدد الحياة أو الأمراض المزمنة التي تلازم الإنسان مدى حياته. كما أن للحالة النفسية تأثير واضح على الصحة والجسم، فإن الحالة النفسية للمريض تلعب دوراً مهماً في حالته المرضية، فإذا عانى المريض من الاكتئاب والقلق والتوتر ازداد تفاقم الحالة واستعصت على الشفاء (خوري، ٢٠٠٤). وقد وجدت بعض الدراسات أن المصاب بمرض مزمن مثل ارتفاع ضغط الدم (Hypertension) أو السرطان يعاني من اضطرابات وردود أفعال انفعالية قوية تجاه المرض ومن تلك الاضطرابات: الغضب، وتدني تقدير الذات، والاكتئاب والقلق (أبوالبصل، ٢٠٠٦؛ Cheung, et al., 2005).

مشكلة الدراسة وأهميتها:

أشارت التقارير التي نشرتها منظمة الصحة العالمية (World Health Organization) إلى أن أمراض القلب والأوعية الدموية كانت السبب الرئيسي لوفيات لعدد من السنوات في العالم. وارتفاع ضغط الدم دور فاعل في أمراض القلب والدورة الدموية (WHO, 2002). وترجع أهمية دراسة علاقة الوضع النفسي بضغط الدم المرتفع لسببين رئيسيين أولهما: إن ارتفاع ضغط الدم ينتشر على نطاق واسع بين مختلف شرائح المجتمع خاصة المتقدمين في السن (رفعت، ١٩٨٦). ويشير باشا (١٩٩٤) إلى أن نسبة انتشار مرض ارتفاع ضغط الدم تتراوح بين ١٠%-٤٠% من أفراد المجتمعات، وتختلف هذه النسبة من مجتمع لآخر. فمثلاً نسبة انتشاره في المجتمع البريطاني تتراوح بين

١٠%-٢٠% (صليبا، ٢٠٠٢). أما في الولايات المتحدة الأمريكية فقد بلغت نسبة انتشار ارتفاع ضغط الدم ٢٨,٦% (Glover, et al., 2005). وبلغت نسبة انتشار ارتفاع ضغط الدم في القدس ٣٤% تبعاً لإحصائية أجرتها وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (United Nation Relief and Works Agency, UNRWA) في عام ٢٠٠٦. كما أعدت مديرية رقابة الأمراض في وزارة الصحة الأردنية دراسة بهدف معرفة نسبة انتشار الأمراض المزمنة على عينة مكونة من ٢,٥٨٧,٩٩٧ فرداً من أفراد المجتمع ممن زادت أعمارهم عن ١٨ سنة في عام ٢٠٠٧، وبلغت نسبة انتشار ارتفاع ضغط الدم ٢٥%، وكانت عند الذكور ٣٠% أعلى من الإناث ٢١% (وزارة الصحة الأردنية، ٢٠٠٧). ونسبة انتشار ارتفاع ضغط الدم تزيد عند الرجال عن النساء تحت سن ٤٥ سنة، لكنها تكون أعلى بشيء بسيط عند النساء بين ٤٥ - ٥٤ سنة، بينما بعد عمر ٥٥ سنة تكون نسبته عند النساء أعلى بكثير من الرجال (Saseen and Maclaughlin, 2008). أما السبب الثاني لأهمية دراسة ارتفاع ضغط الدم فهو أن مستوى ضغط الدم في الإنسان يرتبط ارتباطاً وثيقاً بحالة الفرد النفسية ومزاجه العام وتفاعله مع البيئة التي تحيط به، فنجد أن الضغط يرتفع في حالات الانفعالات المختلفة مثل الخوف والقلق والتوتر العصبي (رفعت، ١٩٨٦).

وتكمن أهمية هذه الدراسة في كونها تتناول المتغيرين الآتين: الاكتئاب والقلق وتدرس العلاقة بين هذين العاملين والإصابة بارتفاع ضغط الدم. إذ يعتبر كل من الاكتئاب والقلق من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً، وتشير إحصائية منظمة الصحة العالمية في دراسة أجرتها على ٢٨٥٧ شخصاً تراوحت أعمارهم بين ١٨-٦٥ عاماً من المجتمع اللبناني إلى أن نسبة انتشار اضطراب الاكتئاب الأكبر (Major Depressive Disorder) بلغ ٤,٩%، بينما نسبة انتشار القلق كانت أقل حيث بلغت ١,٣% من العينة الكلية. أما نسبة انتشار الاكتئاب في الولايات المتحدة الأمريكية فقد تراوحت بين ١٥%-١٧% (Karam, et al., 2006).

تشير إحصائية أخرى لمنظمة الصحة العالمية في دراسة أجرتها على ٢٤٥,٤٠٤ أشخاص زادت أعمارهم عن ١٨ عاماً من ٦٠ دولة في معظم مناطق العالم (٢٦ دولة من أوروبا، ١٥ دولة من إفريقيا، ٦ دول من أمريكا، و٥ دول من قارة آسيا الجنوبية) إلى أن نسبة انتشار اضطراب الاكتئاب الأكبر بلغ ٣,٢% من العينة الكلية. كما وبينت الدراسة أنه وبمتوسط بين ٩,٣-٢٣,٠% من المشاركين المصابين بمرض أو أكثر من الأمراض المزمنة هم مصابون بالاكتئاب (Moussavi, 2007). كما يدخل الاكتئاب كطرف فعال في الكثير

من الأمراض العضوية، ويضاعف خطورتها واحتمالات الوفاة فيها. فمثلاً في حالة أمراض القلب والجهاز الدموي يواجه الشخص المصاب بالاكتئاب خطر الوفاة بنسبة تزيد ٣,٥ عن مرات خطر وفاة الشخص الغير مكتئب (Walling, 2005).

ولا يتوافر في العالم العربي دراسات كثيرة تربط بين الوضع الصحي والوضع النفسي عموماً، وضغط الدم والاكتئاب والقلق بشكل خاص.

ضغط الدم:

يعرف ضغط الدم بأنه معدل الضغط الذي يندفع به الدم في الشرايين (باشا، ١٩٩٤). ويتشكل نتيجة لدفع القلب للدم في الأوعية الدموية على هيئة موجات وفقاً لنبضات القلب، فيتعرض هذا الدم المندفع بقوة لمقاومة من الشرايين المنقبضة، وتؤدي هذه المقاومة إلى ازدياد الجهد الذي يبذله القلب ليضخ الدم بقوة أعلى ليتغلب على هذه المقاومة ويقل ضغط الدم تدريجياً حتى يصل إلى الشعيرات الدقيقة التي تتصل مع أنسجة الجسم (Braunwald, 1997). وأثناء كل نبضة قلب، تنقبض عضلة القلب، لدفع الدم حول الجسم. ويكون الضغط الناجم عن القلب في أعلى مستوى له أثناء انقباضه، وهذا ما يعرف بالضغط الانقباضي (Systolic Blood Pressure) ترتخي بعدها عضلة القلب، ويكون الضغط في أدنى مستوى له، وهذا ما يعرف بالضغط الانبساطي (Diastolic Blood Pressure) (بيفرز، ٢٠٠٢).

قياس ضغط الدم:

هناك نوعان من المقاييس المستخدمة لقياس ضغط الدم: المقياس الزئبقي والمقاييس الإلكترونية مثل مقياس الضغط الإلكتروني العضلي ومقياس المعصم. وعند قياس ضغط الدم يقاس مقدار مقاومة الشرايين للدم المندفع من القلب عندما يكون القلب منقبضاً ومنبسطاً (Harkreader, 2000). والخطأ في قياس الضغط محتمل وخاصة إذا تم أخذ ضغط الإنسان، وهو في حالة عصبية، أو في حالة قلق قوية، أو مباشرة بعد قيامه بمجهود كبير أو بعد تعب، ولذلك يجب تجنب قياس ضغط الدم بعد ممارسة الرياضة أو شرب القهوة أو السجائر أو الكحول أو الانفعال، ويجب إعادة قياس الضغط عدة مرات وفي فترات مختلفة للتأكد من ارتفاعه أو من كونه طبيعياً (حلي، ٢٠٠٤). كما يجب مراعاة وضعية الجسم التي يكون عليها الفرد عند أخذ القياس. ويعبر عن قراءة ضغط الدم باعتباره الضغط الانقباضي

(القيمة العليا) على الانبساطي (القيمة الدنيا) بالمليمترات من الزئبق (Scully and Cawson, 2005). ويكتب قياس ضغط الدم هكذا: ٨٠/١٢٠ وقرأ ١٢٠ على ٨٠. ويكون الرقم الاول هو قياس الضغط الانقباضي، والرقم الثاني هو قياس الضغط الانبساطي. ويختلف ضغط الدم المثالي من شخص لآخر كما أنه يختلف بحسب الجنس، كما يختلف عند الشخص الواحد بحسب الجهد الذي يقوم به. ومن المفيد الإشارة إلى أن ضغط الدم ينخفض أثناء الليل وأثناء النوم في النهار وأثناء الراحة والاسترخاء، ويرتفع قليلاً أثناء النهار وأثناء القيام بجهد معين وأثناء التدخين وفي أوقات التوتر العصبي أو القلق (حلي، ٢٠٠٤).

ارتفاع ضغط الدم:

يعرف ضغط الدم المرتفع على أنه حالة ترتفع فيها مقاومة الشرايين للدم المندفَع من القلب، بسبب تضيق في الأوعية الدموية؛ أي ارتفاع واحد من الضغطين الانقباضي أو الانبساطي أو كليهما معاً فوق المعدل الطبيعي لضغط الدم ٨٠/١٢٠ ملم من الزئبق. وهناك اختلاف في وجهات النظر حول المستوى المرغوب أو السليم لضغط الدم، واختلاف حول ما يعد ارتفاعاً أو انخفاضاً لضغط الدم. لذا قامت اللجنة القومية المشتركة لكشف وتقويم وعلاج ارتفاع ضغط الدم (Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, JNC) في تقريرها السابع على وضع تصنيف لمستويات ضغط الدم للبالغين في جدول (١) (Rashidi et al., 2008).

جدول (١) تصنيف مستويات ضغط الدم للبالغين في تقرير اللجنة القومية الأمريكية المشتركة
السابع 7 JNC

الضغط الانقباضي	الضغط الانبساطي	فئة
١٢٠ >	٨٠ >	الطبيعي
١٣٩ - ١٢٠	٨٩ - ٨٠	ما قبل ارتفاع ضغط الدم
١٥٩ - ١٤٠	٩٩ - ٩٠	المرحلة الأولى من ارتفاع ضغط الدم
١٦٠ ≤	١٠٠ ≤	المرحلة الثانية من ارتفاع ضغط الدم

(Rashidi et al., 2008)

تنظيم ضغط الدم:

يتم ضبط ضغط الدم بشكل متواصل في الجسم بواسطة عدة أعضاء أهمها الدماغ والكليتين:

١. الدماغ: يتلقى الدماغ بواسطة الأعصاب معلومات عن مستوى ضغط الدم، فيصدر أوامره بتوسيع الأوعية الدموية أو تضيقها بحسب ما تقتضيه الضرورة، فينخفض ضغط الدم أو يرتفع.

٢. الكليتان: عندما ينخفض ضغط الدم، تفرز الكليتان هرموناً اسمه الرنين (Renin) وهذا الرنين يعمل على تحويل مادة الأنجيوتنسينوجن إلى مادة تسمى الأنجيوتنسين ٢ (Angiotensin II)، وهذه المادة تعمل على تضيق الأوعية الدموية، وعندما تضيق هذه الأوعية، تشتد مقاومتها للدورة الدموية، مما يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم. ولمادة الأنجيوتنسين وظيفة أخرى، إذ تتسبب في إفراز هرمون الألدوستيرون (Aldosterone) من الغدة الكظرية المحاذية للكليتين، مما يجعل الكليتين تحتبسان الكثير من الملح والماء، فيرتفع ضغط الدم داخل الشرايين (الحلي، ٢٠٠٤). رغم أن الهرمونات المذكورة (الرنين، والأنجيوتنسين، والألدوستيرون) تؤدي دوراً في تنظيم ضغط الدم عند جميع الأشخاص، إلا أن أجسام الذين يعانون من ارتفاع ضغط الدم هم أكثر حساسية لهذه الهرمونات (صليبا، ٢٠٠٢).

أسباب ارتفاع ضغط الدم:

يصنف ارتفاع ضغط الدم حسب المسبب إلى نوعين:

- ارتفاع ضغط الدم الأساسي (Essential Hypertension): وهو يمثل ٩٠-٩٥% من حالات ارتفاع ضغط الدم ولا يعرف لهذا النوع من الارتفاع في ضغط الدم أسباب عضوية، ويصعب الكشف عن أسباب هذا الاضطراب عند الفحوص المخبرية والشعاعية (Padden and Stepke, 2008). إلا أن هناك مجموعة من العوامل تساهم في ارتفاع ضغط الدم الأساسي منها:

١ عامل الوراثة: تعد الوراثة عاملاً مؤثراً للإصابة بارتفاع ضغط الدم فأبناء المصابين بارتفاع ضغط الدم أكثر عرضة للإصابة به من أبناء غير المصابين (ابو زينة، ٢٠٠٠).

٢ العوامل النفسية: للظروف التي يتعرض لها الفرد من ضغوط نفسية وتوتر وقلق وغضب دور في الإصابة بارتفاع ضغط الدم. والعوامل النفسية لا تسبب ضغط الدم المرتفع بصورة مباشرة، بل إنها تؤدي إلى ارتفاعات متكررة في الضغط وتؤدي هذه الارتفاعات المتكررة إلى الإصابة بضغط الدم المرتفع (ابو زينة، ٢٠٠٠؛ عبد المعطي، ٢٠٠٣).

٣ السمنة: تعتبر السمنة عاملاً هاماً للإصابة بهذا المرض، فقد وجد أن ارتفاع ضغط الدم يكون أكثر انتشاراً بين الأشخاص البدينين (ابو زينة، ٢٠٠٠).

٤ الملح: لاشك أن استهلاك الملح هو عامل مؤثر في ارتفاع ضغط الدم، فمدخول الملح المرتفع على مر السنوات العديدة يرفع ضغط الدم من خلال رفع محتوى الصوديوم في الخلايا العضلية الملساء لجدران الشرايين، ويبدو أن هذا المحتوى المرتفع للصوديوم يسهل دخول الكالسيوم إلى الخلايا، ويؤدي إلى تقلص القطر الداخلي للشريان وإلى تضيقه (صليبا، ٢٠٠٢).

٥ الكحول: تناول الكحول بكميات كبيرة يهيئ ارتفاع ضغط الدم، وقد ظهر أن ارتفاع ضغط الدم الخفيف يتحول مع تناول المشروبات الكحولية إلى ارتفاع شديد (الهبر، ١٩٩٨).

٦ التدخين: يسبب التدخين ارتفاعاً مؤقتاً في ضغط الدم ويؤدي استمرار التدخين بكميات كبيرة إلى تضيق الشرايين مما قد يؤدي إلى السكتة القلبية (حليبي، ٢٠٠٤).

٧ العمر: تزداد نسبة المصابين بارتفاع ضغط الدم مع التقدم في العمر، وتزداد هذه النسبة بعد سن الستين، حيث بلغت نسبة انتشاره في الولايات المتحدة في سنة ٢٠٠٠ لمن زادت أعمارهم عن ٦٠ سنة ٦٥,٤% (Saseen and Maclaughlin, 2008).

• ارتفاع ضغط الدم الثانوي (Secondary Hypertension): يحدث عند ٥-١٠% من حالات ارتفاع ضغط الدم. وسمي هذا النوع من ارتفاع ضغط الدم ثانوياً لأنه ينشأ عن مرض آخر ويمكن أحياناً معالجته بعلاج المرض الرئيسي الذي أدى إلى ارتفاع ضغط الدم (Padden and Stepke, 2008). قد يكون هذا الارتفاع نتيجة عدة أسباب منها أمراض الكلى أو أمراض الغدد الصم. وقد يرتفع الضغط أثناء فترة الحمل أو نتيجة الأعراض الجانبية لاستخدام بعض الأدوية كحبوب منع الحمل (Scully and Cawson, 2005؛ صليبا، ٢٠٠٢).

اعراض ارتفاع ضغط الدم:

أكثر المصابين بارتفاع ضغط الدم لا يمكنهم معرفة إصابتهم من خلال أعراض محددة، فالطريقة الوحيدة لمعرفة ما إذا كان ضغط الدم مرتفعاً هي قياسه بواسطة آلة قياس ضغط الدم (الخالدي، ٢٠٠٦). ووجدت الاختبارات المسحية للصحة القومية والتغذية (The National Health and Nutrition Examination Surveys) أن ٣١% من مرضى ارتفاع ضغط الدم في عام ٢٠٠٠ في الولايات المتحدة الأمريكية لم يدركوا أنهم مصابون (Saseen and MacLaughlin, 2008). وأطلق على ارتفاع ضغط الدم "القاتل الصامت"؛ وذلك لأنه لا يسبب عادة أي أعراض حتى مرحلة متأخرة من المرض (صليبا، ٢٠٠٢). وبالرغم من ذلك يترافق مع ارتفاع ضغط الدم بعض الأعراض المرضية ومنها (١) الأم قلبية تنتقل في الجهة اليسرى من القفص الصدري، وتختلف شدتها بحسب ارتفاع ضغط الدم، (٢) تسارع في ضربات القلب، (٣) تضخم في عضلة القلب؛ ذلك لأن ضغط الدم المرتفع يزيد من العبء الملقى على القلب، مما يضطر القلب إلى ضخ الدم إلى الجسم بقوة أكبر، (٤) أعراض متعلقة بالجهاز العصبي ومنها: ألم في الرأس، وخاصة من الناحية الخلفية، وضجة وطنين في الأذنين، وضعف في الذاكرة، وصداع، (٥) التأثير على العينين، وذلك عندما يكون ضغط الدم عالياً جداً، فقد يؤدي هذا الضغط إلى تضيق الشرايين الدموية في العينين، وإلى نشاف الشبكية، أو انفصالها، أو النزف الدموي داخلها، (٦) إتلاف أنسجة الكليتين، وشرايينهما، مما يؤدي إلى تعطيل وظائفهما، (٧) السكتة الدماغية، وهذا أخطر ما قد يؤدي إليه ارتفاع ضغط الدم لأنه غالباً ما يؤدي السكتة الدماغية إلى شلل نصفي أو وفاة، (٨) تصلب الشرايين: أن ارتفاع الضغط يؤثر على الشرايين فيجعلها خشنة وغلظتها الجدران، فتضيق وتقل مرونتها، وهذا ما يعرف بتصلب الشرايين (حليبي، ٢٠٠٤).

مخاطر ارتفاع ضغط الدم:

يؤثر ارتفاع ضغط الدم على مختلف أجهزة الجسم تأثيراً سيئاً، وإن إهمال معالجة هذا المرض يؤدي إلى مضاعفات خطيرة، ويقصر حياة المصاب من ١٠-٢٠ سنة (Scully and Cawson, 2005). والمعروف أن أكثر الأعضاء تأثراً بارتفاع ضغط الدم هو الدماغ والكليتان والقلب بسبب انخفاض تدفق الدم إليها أو توقف وصوله إليها تماماً؛ مما يؤدي إلى خطر الوفاة (أبو زينة، ٢٠٠٠). ويسبب ارتفاع ضغط الدم بوفاة ٥٢,٦٠٢ أمريكي في عام ٢٠٠٣ (Padden and Stepke, 2008). ومخاطر ارتفاع ضغط الدم تزداد عند المدخنين

والمصابين بداء السكر والمصابين بارتفاع نسبة الكوليسترول في الدم (أبو زينة، ٢٠٠٠). كما يعد مرض ضغط الدم المرتفع من الأمراض المكلفة جداً، فقد أشارت التقادير الاقتصادية في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن مرض ضغط الدم المرتفع كلف في سنة ٢٠٠٠ ما يقارب ٣٧ بليون دولار (Black, et al., 2001).

ويمكن أن يسبب المرض الجسدي كضغط الدم المرتفع الاكتئاب؛ فالصدمة التي يتعرض لها الشخص نتيجة اكتشافه أنه يعاني من مرض خطير قد تسبب له فقدان الثقة بالنفس وفقدان الاعتداد بالذات وبالتالي الاكتئاب (صليبا، ٢٠٠٤).

الاكتئاب:

يعتبر الاكتئاب أحد المشاكل النفسية الأكثر شيوعاً في العالم، وهو أحد الاضطرابات الموجودة منذ القدم، حيث يمكن العثور على أوصاف الاكتئاب في نصوص العديد من الحضارات القديمة (كراملينج، ٢٠٠٢).

ويعرف بيك (1978) Beck الاكتئاب: بأنه حالة اضطراب انفعالي تتميز بتدني مزاج الفرد وظهور تغيرات نفسية مثل الإحساس بالوحدة والانطواء والأرق وتغيرات جسمية كتغير وزن الجسم والخمول وبطء الاستجابة.

ويرى ستور (1986) Stoor الاكتئاب بأنه الحالة التي تتسم بالحزن وعدم الميل إلى النشاط الذي قد يتصاعد إلى درجة تصل في الغالب إلى السكون التام والتوقف عن الحركة وتأخر العمليات العقلية، ويصاحب ذلك حالات الاضطراب في نظام النوم، وفقدان الشهية للطعام، وارتخاء العضلات، وانخفاض الرغبة الجنسية.

ويعرف حامد زهران الاكتئاب بأنه حالة من الحزن الشديد تنتج عنه الظروف المحزنة والأليمة، وتعبّر عن شيء مفقود وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لذاته (الخالدي، ٢٠٠٦).

وبالتالي يمكننا القول إن الاكتئاب: هو حالة انفعالية تتميز بظهور مشاعر الحزن العميق والوحدة والشعور بالذنب والإحساس بإنعدام القيمة، وفقدان الشهية والنوم والرغبة الجنسية، وعدم الاستمتاع بالنشاطات اليومية (Neale, et al., 2004).

كما نعلم أن آثار الإصابة بالاكتئاب لتشمل كل جانب من جوانب حياة الشخص النفسية والاجتماعية والتعليمية، حيث تتزايد لدى المكتئب المشكلات الصحية، الجسمية، والنفسية،

ونسبة شفائه من الأمراض الأخرى التي قد يعاني منها أقل مما هي عند غيره ممن لم يتعرضوا للاكتئاب (عبد اللطيف، ٢٠٠٢).

وقد يرتبط الاكتئاب عادةً عند البالغين و كبار السن مع المشاكل الصحية المزمنة، حيث يعد الاكتئاب عاملاً مؤثراً للإصابة ببعض المشاكل الصحية المزمنة مثل الإصابة بالسرطان، وارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب والسكري، كما من الممكن أيضاً أن تكون الإصابة بالاكتئاب ناتجة عن الوضع الصحي العام أو من التأثيرات الجانبية للأدوية (Gotlib and Hammen, 2002). كما تبين أيضاً أن كثيراً من مرضى الضغط الدم المرتفع الذين يتناولون عقار السيريازيل تتابعهم نوبات من الاكتئاب الشديد حيث إن السيريازيل يقلل من نسبة بعض الهرمونات العصبية في المخ (الموصلي ومحمود، ٢٠٠٧).

ولاضطراب الاكتئاب أعباء اقتصادية واجتماعية وصحية بالإضافة إلى المعاناة النفسية ويعتبر مرض الاكتئاب من أكثر الحالات التي تؤثر على الإنتاجية في العمل واستهلاك الخدمات الطبية، كما أن مريض الاكتئاب يؤثر سلباً على أسرته. ومن الناحية الاقتصادية فإن تأثير الاكتئاب على حياة المريض يمنعه عن ممارسة عمله المعتاد أو العيش وقد يعد أيضاً سبباً في تكرار أخذ الكثيرين إجازات من العمل (الشربيني، ٢٠٠١؛ هيندرز، ٢٠٠٥). والاكتئاب من الأمراض المكلفة جداً (الداهري، ٢٠٠٥). وتبين ذلك من خلال دراسة أجريت في السويد حيث بلغت تكلفة اضطراب الاكتئاب ٣,٥ بليون يورو في سنة ٢٠٠٥، أما في أوروبا بصفة عامة بلغت التكلفة فيها ١٢٠ بليون يورو في السنة نفسها (Sobocki, et al., 2006).

أعراض الاكتئاب (Symptoms of Depression):

إن الأفراد الذين يصنفون بأنهم مكتئبون يشعرون بأعراض عديدة إلا أنها تختلف من شخص لآخر. فلا يعاني جميع المصابين من الأعراض ذاتها وتختلف الأعراض في شدتها أيضاً. وفيما يأتي بعض الأعراض المصاحبة للفرد المصاب بالاكتئاب:

١. الأعراض الانفعالية (Emotional Symptoms): تتمثل في تدني المزاج مع الشعور بالحزن في أغلب الأوقات والشعور بالذنب، كما أن القدرة على الإحساس بالمتعة تصبح مفقودة لديهم، والأفراد الذين يعانون من اكتئاب خفيف إلى متوسط قد يقعون في نوبة بكاء مستمر أكثر من المرضى شديدي الاكتئاب الذين يشعرون بالرغبة في البكاء ولا يستطيعون (الموصلي ومحمود، ٢٠٠٧).

٢. الأعراض الدافعية (Motivational Symptoms): وهي الأشكال السلوكية التي

تشير إلى توجه الإنسان نحو الهدف، فالأشخاص المكتئبون غالباً ما يعانون قصوراً في هذا المجال، وقد يتبين لديهم صعوبة شديدة في القيام بأدنى عمل كفقدان الرغبة في تتبع الأنشطة الاعتيادية (كالذهاب إلى العمل، التحدث إلى الأصدقاء، أكل الطعام، ممارسة الجنس) (الموصلي ومحمود، ٢٠٠٧). وتظهر لدى المكتئبين ميول انتحارية، حيث يعد الاكتئاب من العوامل الرئيسية التي تزيد من خطر الانتحار وتتفاوت معدلات الانتحار كثيراً بين بلدان العالم المختلفة، وتعتبر فنلندا إحدى الدول التي تظهر فيها أعلى نسبة في معدلات الانتحار في العالم، فيما ينخفض هذا المعدل في اليونان إلى أدناه (صليبا، ٢٠٠٤).

٣. الأعراض السلوكية (Behavioral Symptoms): تتمثل في تغير مستوى النشاط

عند المكتئب، فيتوجه نحو الكسل عادةً، وفي بعض الأحيان على شكل استئثار. فيكونون بطيئين سواء في الحركة أو الكلام ويكون حديثهم قليلاً ومتلعثماً، ويغلب عليهم التردد الطويل وعدم الإجابة.

٤. الأعراض الاجتماعية: تعبر نسبة كبيرة من المكتئبين عن صعوبة واضحة في التعامل

والاحتكاك بالآخرين، وتتخذ هذه الصعوبة لدى المكتئب مظاهر متنوعة منها: (١) عدم الرضا عن علاقاته الاجتماعية كالعلاقة بالزوج أو الزملاء أو العلاقات المعتادة بالناس المألوفين له، (٢) القلق في المواقف الاجتماعية المتوقعة أو القائمة بالفعل، (٣) صعوبة واضحة في تكوين المهارات الاجتماعية وخاصة في المواقف التي تتطلب تأكيد الثقة بالنفس أو الدفاع عن الحقوق أو اتخاذ قرارات حازمة، (٤) الشعور بالوحدة وافتقاد الحب والدعم من الآخرين، (٥) الميل للانسحاب وعدم بذل الجهد الإيجابي لتأكيد الروابط الاجتماعية الهامة (اسماعيل، ٢٠٠٤).

٥. الأعراض المعرفية (Cognitive Symptoms): يسيطر التفكير السلبي على

المكتئبين، أي أنهم غالباً ما ينتبهون إلى المعلومات السلبية دون الإيجابية أو أنهم قد يضخمون المعلومات السلبية ويقللون من قيمة المعلومات الإيجابية. كما يكون الأفراد المصابون بالاكتئاب متشائمين، ودافعيتهم ضعيفة، وينظرون إلى المستقبل نظرة سلبية. ومن الأعراض المعرفية الأخرى التي يشعر بها الفرد المصاب بالاكتئاب هي إحساسه باليأس والذي ينتج عن إدراك الفرد بأنه غير قادر على التعامل، مع الموقف وقد يصل الشعور باليأس بالفرد إلى التفكير بالانتحار. كما يعاني الفرد المكتئب من

صعوبات في مجالات معرفية أخرى مثل التركيز والانتباه والذاكرة الانتقائية، وتزيد هذه الصعوبات كلما زادت حدة الاكتئاب، كما يصبح اتخاذ القرار للمصاب بالاكتئاب مهمة صعبة، سواء أكان هذا القرار يتمثل بالاختيار من قائمة الطعام أو كيفية حل مشكلة مهمة (فايد، ٢٠٠٥؛ Comer, 2004).

٦. الأعراض الجسدية (Physical Symptoms): وتشير إلى التغيرات الجسمية التي قد تصاحب الاكتئاب، وتشمل تغيرات في أنماط النوم، والشهية، حيث إن المكتئب قد يصحو في منتصف الليل أو الصباح الباكر ولا يستطيع أن يعود للنوم مرة أخرى، أو قد ينام أكثر من المعتاد. كما أن شهية المكتئب قد تزيد فيأكل كثيراً ويزداد وزنه أو تقل شهيته ويفقد من وزنه. ويشعر المكتئب بالتعب الدائم الذي قد تصاحبه الأم كالصداع ومشاكل في المعدة. (فايد، ٢٠٠٥؛ Comer, 2004). إلا أن كل واحدة من هذه الأعراض تتفاوت في كل نوبة بين تقديرات بسيط ومتوسط شديد لذلك تتفاوت أيضاً عند الشخص الواحد من وقت لآخر درجة الأعراض أثناء نوبة الاكتئاب (حقي، ٢٠٠١). كما أورد Richards and Perri (2002) دراسة وايمان (Weissman) يبين فيها أن أعراض الاكتئاب الشائعة هي الأرق والتعب.

المحكات التشخيصية للاكتئاب:

تمثلت المحكات التشخيصية وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) لاضطراب الاكتئاب الرئيسي بما يأتي:

١. وجود خمسة أو أكثر من الأعراض الآتية لمدة أسبوعين، ويجب أن يكون على الأقل توفر عرض واحد من الأعراض التالية: (أ) مزاج مكتئب أو (ب) فقدان المتعة.

أ. مزاج مكتئب معظم اليوم وتقريباً كل يوم.

ب. نقص واضح في المتعة والسُرور في كل أو معظم الأنشطة معظم اليوم أو كل يوم تقريباً.

ج. فقدان واضح في الوزن بدون اتباع حمية أو زيادة وزن، أو زيادة أو نقص في الشهية كل يوم تقريباً.

د. الأرق (قلة النوم) أو كثرة النوم كل يوم تقريباً.

هـ. التهيج أو الخمول الحركي كل يوم تقريباً.

- و. التعب وفقدان الطاقة كل يوم تقريباً.
- ز. الشعور بعدم الأهمية، والشعور بالذنب كل يوم تقريباً.
- ح. نقص القدرة على التفكير أو التركيز والتردد في اتخاذ القرارات كل يوم تقريباً.
- ط. تواتر الأفكار في الموت وظهور الأفكار الانتحارية.
٢. أن لا تلتقي الأعراض مع معيار النوبة المختلطة.
٣. أن تسبب الأعراض خللاً في القدرة على أداء الوظائف المهنية أو الاجتماعية وغيرهما من الوظائف الأخرى.
٤. ألا تكون الأعراض ناجمة عن آثار فسيولوجية مباشرة لإساءة استخدام المواد أو لحالة طبية عامة.
٥. الأعراض التي تصاحب فقدان عزيز لا تصنف ضمن أعراض الاكتئاب، إلا إذا استمرت الأعراض لأكثر من شهرين (American Psychiatric Association, 2000).

انتشار الاكتئاب:

الاكتئاب هو اضطراب يصيب أي شخص بصرف النظر عن العمر أو العرق كما أنه لا يميز بين الجنسين بالرغم من اختلاف نسبة انتشاره بينهما (Richards and Perri, 2002). حيث أشارت الدراسات الوبائية (Epidemiological Studies) إلى عدم وجود تفاوت بمعدل الإصابة في الاكتئاب بين الذكور والإناث عند الأطفال، بينما عند المراهقين والبالغين كان معدل الاكتئاب عند الإناث أعلى من الذكور (Gotlib and Hammen, 2002). والفئات العمرية الأكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب هم الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين ١٤-٣٥ عاماً (Richards and Perri, 2002). ويحدث اضطراب الاكتئاب على شكل نوبات متكررة تدوم كل واحدة منها من بضعة أشهر إلى بضع سنوات وتتفاوت بداية الإصابة من فجائية إلى تدريجية، كما تتفاوت مدة الاكتئاب من شخص لآخر فالنوبة التي لا تعالج تبقى لمدة ستة أشهر أو أكثر (الحجاوي، ٢٠٠٤؛ Maddux and Winstead, 2005). وعند تلقي العلاج المناسب يتحسن ٨٠% تقريباً من المصابين بالاكتئاب (كراملينغز، ٢٠٠٢). ويعتبر الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً. حيث شهدت الفترة الأخيرة من النصف الثاني من القرن العشرين زيادة هائلة في انتشار مرض الاكتئاب في كل أنحاء العالم

(الشربيني، ٢٠٠١). ويعد الاكتئاب أحد الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعاً في الولايات المتحدة، حيث تراوحت نسبة انتشار بين ١٥%-١٧% (Ebemeier, et al., 2006). والاكتئاب ليس مجرد ظاهرة في الولايات المتحدة ففي العالم أجمع يحتل الاكتئاب المرتبة الرابعة من بين أسباب الإعاقة والموت المبكر حسب ما جاء في دراسة للأمراض أجرتها كلية هارفارد للصحة العامة ومنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي (كراملينغز، ٢٠٠٢). وأجرى أوهايين وهونج (Ohayon and Hong, 2005) دراسة في جنوب كوريا على ٣٧١٩ شخصاً تراوحت أعمارهم بين ١٥-٩٠ سنة حيث تم تشخيص ٣,٦% من العينة باضطراب الاكتئاب الأكبر Major Depressive Disorder وكانت نسبة انتشاره عند الذكور ٣,٢% أقل من الإناث ٤,٠% ولم تكن هذه الفروق ذات دلالة إحصائية. بينما وجدت الدراسة أن نسبة انتشار أعراض الاكتئاب كالشعور بالحزن والمزاج المكتئب والنظرة السوداوية وفقدان المتعة بالأشياء بلغت ٢٠,٩% للعينة الكلية وكانت عند الذكور ٢٠,٤% أقل من الإناث ٢١,٥%. أما في الصين فقد أجريت دراسة لحساب نسبة انتشار الاكتئاب وعلاقته ببعض المتغيرات الديمغرافية، وتكونت العينة من ٣٢٨٩ شخصاً تراوحت أعمارهم بين ٥٠-٧٠ سنة، وبلغت نسبة الاكتئاب ٩,٥% وكانت عند الذكور ٦,٧% أقل من الإناث ١١,٧% (Pan, et al. 2007). وفي إيران أجريت دراسة على عينة تكونت من ١٩٧٥ شخصاً من كبار السن لحساب نسبة انتشار الاكتئاب وعلاقته ببعض المتغيرات الديمغرافية وتم استخدام مقياس اكتئاب الشيخوخة ("GDS" Geriatric Depression Scale) وأظهرت النتائج أن ٢٣,٥% من الأشخاص مصابون بالاكتئاب (Mokhber, et al., 2008). أما في البرازيل فقد أجريت دراسة لحساب نسبة انتشار الاكتئاب عند الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن ٦٠ سنة وبلغت نسبة الاكتئاب ٢٢% وكانت عند الذكور ١٨% أقل من الإناث ٢٥,٢% (Blay, et al., 2007). وأجرى مكدوجال وآخرون (Mcdougall et al., 2007) دراسة في مدينة إنجلترا وجزيرة ويلز ظهر فيها أن نسبة انتشار الاكتئاب كانت أقل من ذلك حيث بلغت ٨,٧% للعينة الكلية التي تكونت من ١٣٠٠٤ أشخاص ممن زادت أعمارهم عن ٦٥ سنة وكانت نسبة انتشارها عند الإناث ١٠,٤% أعلى من نسبة انتشارها عند الذكور ٦,٥%.

نلاحظ مما سبق أن انتشار الاكتئاب يختلف من دولة الى أخرى، وقد يرجع السبب إلى عامل اختلاف منهجية الدراسة والمحكات التشخيصية. ولربما اختلفت نسبة انتشار الاكتئاب مع اختلاف بعض المتغيرات الديمغرافية، فمثلاً أظهرت نتائج دراسة أجريت في البرازيل وإيران أن الاكتئاب أكثر انتشاراً بين من هم أقل تعليماً والإناث والذين لم يسبق لهم

الزواج وعند الذين يفتقرون إلى الدعم الاجتماعي بشكل عام. واتفقت هذه النتائج مع دراسة في الصين والدراسات السابقة بالإضافة إلى أن انتشار الاكتئاب أكثر عند الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة.

ويفسر الباحثون انتشار الاكتئاب عند الإناث بشكل أكبر من الذكور إلى عوامل عديدة منها: الاختلافات الهرمونية وعدم المساواة والتمييز العنصري والفقر بالإضافة إلى الاختلاف في أنماط التفكير (Dozois and Dobson, 2004).

التفسيرات النظرية للاكتئاب: (The Theoretical Explanations of Depression)

هناك العديد من النظريات التي فسرت الاكتئاب، وفيما يلي استعراض لبعض هذه النظريات وتفسيراتها:

- **نظرية التحليل النفسي (Psychoanalytic Theory):** أرجع فرويد الاكتئاب إلى الاحتياجات الفمية للطفل التي إما أن يبالغ في إشباعها أو يكون إشباعها غير كافٍ، والتي قد تسبب لديه اعتمادية متزايدة على الآخرين للحفاظ على تقدير الذات (Neale, et al., 2004). كما فسر فرويد الاكتئاب كنتيجة للكبت. فالطفل يكبت فقدانه للعلاقة سواء عند موت أو سحب العاطفة من أحد الأشخاص المهمين في حياته مثل الأم. وهذا فقدان يكون مصحوباً بالغضب، حيث يقوم بتحويل الغضب من الخارج إلى الداخل (أي إلى ذاته)، نتيجة الشعور بالذنب لأنه يعتقد إنه هو الذي تسبب في ذلك فقدان. كما يخلق هذا الغضب الموجه إلى الذات ميلاً إلى الاكتئاب (فايد، ٢٠٠٤؛ Kendall and Hammen, 1998). وقد اتفق علماء التحليل النفسي مع وجهة نظر فرويد في الاكتئاب بصفته غضباً موجهاً ضد الذات، ولكنهم يختلفون في تحديد الدوافع المحبطة والمثيرة للغضب، حيث يرى أبراهام (Abraham) أن الاكتئاب ناتج عن عدم قدرة الفرد على تلبية رغباته الجنسية. ويرى رادو (Rado) أن الاكتئاب ما هو إلا صرخة بحث عن الحب. بينما ينظر بيبيرنج (Bebring) للاكتئاب نظرة أكثر شمولية، حيث يرى أن الخاصية الرئيسية التي تميز الاكتئاب، تتمثل في العجز عن تحقيق الحاجات أو الطموحات، ويرى أن الحاجة إلى الحب والتقدير ما هي إلا واحدة من ثلاثة احتياجات رئيسية، أما الاحتياجات الأخرى فتشمل الحاجة للقوة والأمان (فايد، ٢٠٠٥).

- **النظرية المعرفية (Cognitive Theory):** يرى أنصار النظرية المعرفية أن التفكير يلعب دوراً أساسياً في حدوث الاكتئاب واستمراره وعلاجه. حيث يرى بيك (Beck, 1967) أن الاكتئاب هو اضطراب في التفكير أكثر مما هو اضطراب في أي شيء آخر، كما يعتقد أن طريقة الفرد في معالجة المعلومات وطريقة تفسيره للحوادث ومعتقداته تلعب دوراً كبيراً في تحديد شكل ونوع مزاجه، وقد فسر بيك الاكتئاب والعوامل المؤثرة فيه بناءً على ثلاثة مفاهيم رئيسية هي: (١) المخططات (Schemas): استخدم بيك مفهوم المخططات حتى يشرح لماذا يكون المكتئب قناعاته العقلية واتجاهاته السلبية نحو ذاته وعالمه ومستقبله على الرغم من وجود أحداث موضوعية في حياته تتسم بأنها إيجابية أو سارة. حيث إن المخططات المعرفية هي مفاهيم مطلقة للفرد نتيجة خبراته السابقة، وهي التي توجه سلوكه. إلا أنها في حالة الشخص المكتئب تكون مشوهة وغير واقعية مما يقوده نحو تفكير يبتعد عن العقلانية. وتتوسط هذه المخططات بين الأحداث الخارجية واستجابة الفرد لهذه الأحداث، حيث تعمل كمصفاء تفسر هذه الأحداث بناءً على خبرات الفرد مما يؤثر على إدراكات الفرد وبالتالي على حالته الانفعالية (Dozois and Neale, et al. 2004; Dobson, 2004)، (٢) الأخطاء المعرفية (Cognitive Errors): هي مجموعة من المخططات تميز المكتئبين عن غيرهم من مرضى الاضطرابات الأخرى، وقد سمى بيك (١٩٨٧) هذه المخططات بالأخطاء المعرفية وهي ما يستخدمه هؤلاء المرضى في تفسيرهم الخاطئ للواقع. تتضمن هذه الأخطاء المعرفية: (أ) الاستدلال الاعتبائي (Arbitrary Inference)، أي أن الفرد يصل إلى استنتاج معين دون وجود دليل كافٍ، (ب) التجريد الانتقائي (Selective Abstraction)، الذي يتم الوصول منه إلى استنتاج من خلال عنصر واحد من العناصر الكثيرة الممكنة، (ج) التعميم الزائد (Generalization) أي المبالغة في التعميم، أو عمل استنتاج شامل من نقطة بدء تافهة، (د) التكبير والتصغير (Magnification and Mnimazation) اللذان يتضمنان أخطاءً في الحكم على الأداء، (هـ) التذويت (Personalization) أي تفسير الوقائع وفقاً لأفكار سلبية واستنتاجات غير منطقية. (٣) المثلث المعرفي (The Cognitive Triad): حيث إن طريقة التفكير والتفسير السلبي عن الذات، والمحيط،

والمستقبل تسهم في الإصابة بالاكتئاب (فايد، ٢٠٠٥؛ Neale, Davison, and Kring, 2004).

ومن النظريات المعرفية الأخرى التي تفسر الاكتئاب نظرية العجز المتعلم (Learned Helplessness) التي طورها سليجمان (1978) Seligman حيث يرى أن العجز المتعلم عند الأفراد الذين يعتقدون بأنهم عاجزون عن تغيير حدث لا يريدونه مما يؤدي إلى شعورهم بالاكتئاب ويستسلمون. هذا بالإضافة إلى تفسيرهم السلبي لسبب حدوث الموقف الذي يؤدي إلى الاكتئاب. كما أضاف أبرامسون وآخرون Abramason et al. عام ١٩٨٧ إلى النظرية مفهوم العزو حيث إن طريقة عزو الفرد الخاطئة لمصادر النجاح والفشل في حياته ولأسباب الخبرات والمواقف السارة وغير السارة في حياته هي المسؤولة عن حالته الاكتئابية. والعزو إما أن يكون داخلياً حيث يرى الفرد أنه المسؤول عن الحدث، أو يكون العزو خارجياً أي يدرك الفرد أن شخصاً أو شيئاً معيناً آخر هو المسؤول عن الحدث. وعادةً يتسم الأفراد المكتئبون بأن لديهم ميلاً لعزو داخلي للأحداث السلبية، وعزو خارجي للأحداث الإيجابية (فايد، ٢٠٠٥؛ Neale, et al., 2004).

- النظرية البيولوجية (Biological Theory): توجد بعض الأدلة والنتائج التي تؤكد للنموذج البيولوجي بأن العوامل الوراثية والجسمية لها دور في الاكتئاب، حيث وجد أن هناك نسبة تتراوح من (١٠-٢٠) % من المصابين بالاكتئاب لهم أقارب من الدرجة الأولى يعانون من الاكتئاب. كما اتضح من خلال دراسة التوائم أن نسبة الإصابة بين التوائم المتماثلة تصل إلى ٧٠،٠٠، بينما تصل قيمة معامل الارتباط بين التوائم غير المتماثلة ٢٣،٠٠ (محمد، ٢٠٠٤). كما ترى النظرية الكيميائية أن الاكتئاب عبارة عن نقص في ناقلين عصبيين في الدماغ وهما: النورينفرين (norepinephrine) والسيروتونين (serotonin) (الشربيني، ٢٠٠١).

القلق:

القلق خبرة بشرية عامة عانى ويعاني منها كل فرد، ويعتبر القلق من العوامل الرئيسية المؤثرة في شخصية الإنسان، لذلك فقد أهتم الباحثون بدراسته (كتاني، ٢٠٠٦). ويعرف سبيلبرجر (1983) Spielberger القلق بأنه عبارة عن انفعال غير سار وشعور بعدم الراحة والاستقرار مع الإحساس بالتوتر وخوف لا مبرر له واستجابة مفرطة

لمواقف لا تشكل خطراً يستجيب لها الفرد بطريقة مبالغ فيها. وميز سبيلبرجر بين نوعين من القلق هما: (١) حالة القلق (Anxiety State) هو استجابة انفعالية غير سارة تتميز بمشاعر ذاتية من التوتر والخشية والعصبية وتنشيط الجهاز العصبي المستقل، وتحدث هذه الحالة عندما يدرك الفرد أن هناك ما يهدده، وتختلف حالة القلق في الشدة وتتغير عبر الزمن وهي استجابة طارئة تزول بزوال الأمر المقلق. (٢) سمة القلق (Anxiety Trait): استعداد ثابتاً نسبياً لدى الفرد يبقى كامناً حتى تثيره المنبهات الخارجية أو الداخلية، ويستجيب الفرد للمواقف التي تثير القلق بدرجات متفاوتة حسب ما لديه من استعداد كامن لاستجابة القلق (Speilberger, 1983).

والقلق عند فرويد هو نوع من الانفعال المؤلم يكتسبه الفرد ويختلف عن بقية الانفعالات غير السارة كالشعور بالإحباط، أو الغضب، أو الغيرة، لما يسببه من تغيرات جسمية داخلية يحس بها الفرد وأخرى خارجية تظهر على ملامحه بوضوح (الخالدي، ٢٠٠٦).

ويرى الخطيب والزبادي المذكور في المطيري (٢٠٠٥) أن القلق بصفة عامة هو خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد من شيء دون أن يستطيع تحديده تحديداً كاملاً، وغالباً ما يرافقها تغيرات فسيولوجية كسرعة ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم وفقدان الشهية وازدياد معدل التنفس.

وبالتالي يمكننا القول بأن القلق حالة انفعالية غير سارة لدى الفرد تؤثر في مستوى أدائه وعلاقاته الاجتماعية، ومدى شعوره بالطمأنينة نتيجة تعرضه لمواقف نفسية ضاغطة خلال حياته سواء كانت هذه المواقف واضحة لديه أم غامضة مما يؤدي إلى إحداث تغيرات داخلية يحس بها الفرد وأخرى خارجية تظهر على ملامحه (الخالدي، ٢٠٠٦).

وتتأثر ظاهرة القلق بالعوامل البيئية والاجتماعية، وكذلك بالظروف والأحداث التي يمر بها الشخص في حياته، حيث تلعب حوادث الحياة الضاغطة وخصوصاً تلك التي تتضمن الخطر والصراعات البينشخصية دوراً هاماً في بدء أشكال محددة من أشكال القلق (Johnson, 2002). كما يعتبر القلق من العوامل المؤثرة والمتأثرة بالمشاكل الصحية، حيث يعتبر من أكثر الأمراض انتشاراً في عيادات الطب العام بعد اضطراب الاكتئاب ومع هذا الانتشار فهناك ما يقارب من نصف هؤلاء المرضى لا يتم تشخيص حالة القلق عندهم، وحتى أولئك الذين يتم تشخيص حالة القلق عندهم فإنهم لا يتلقون العلاج. وتشير الدراسات العالمية المنشورة إلى وجود حقيقي وكبير للقلق في الرعاية الصحية الأولية وتتراوح النسبة بين ١١-

٢٠% من مجموع المرضى المراجعين لعيادات الطب العام والتي أظهرت الفحوصات السريرية والمخبرية خلوهم من الأمراض العضوية؛ وهذا يعود إلى تخفي القلق تحت أعراض وشكاوى جسدية (سرحان وآخرون، ٢٠٠٤؛ Comer, 2004). وأجرى سارين وآخرون (Sareen et al, 2005) دراسة هدفت إلى معرفة العلاقة بين اضطراب القلق والاضطرابات الجسمية على ٥٨٧٧ شخصاً تراوحت أعمارهم بين ١٥-٥٤ سنة في الولايات المتحدة وأشارت النتائج إلى وجود علاقة إيجابية بين القلق والأمراض الجسمية.

الأنماط الفرعية لاضطرابات القلق: (Anxiety Disorders Subtypes)

عندما نتحدث عن القلق النفسي، فإننا نتحدث عن مجموعة من الاضطرابات التي تتدرج تحت هذا المسمى. وفي الدليل التشخيصي والإحصائي الثاني كان القلق إشارة إلى العصاب ومن أبرز فئاته، وكانت كل الاضطرابات التي فيها "الشعور بالقلق والتعبير عنه بشكل مباشر"، أو التي يتم التحكم فيها بشكل لاشعوري عن طريق التحويل أو الإبدال وغيرهما من ميكانيزمات الدفاع، تصنف على أنها عصاب (عبد الخالق، ٢٠٠٠). فلاحظ الأخصائيون النفسيون عدم مصداقية مفهوم العصاب لأنه أصبح شاملاً ولا معنى له أن يكون كفة تشخيصية، بسبب عزو كل المواقف العصابية إلى كبت رغبات (الهو) بناءً على نظرية التحليل النفسي. ولكن في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث والرابع تم توزيع الفئات القديمة للعصاب إلى فئات أكثر وضوحاً لتشخيص اضطرابات القلق و شملت الاضطرابات التي يتعرض فيها الفرد لخبرة القلق بشكل مباشر وهي:

١. الرهاب (Phobia).

٢. الفزع (Panic Disorder)

٣. اضطراب القلق العام (Generalized Anxiety Disorder)

٤. الوسواس القهري (Obsessive Compulsive Disorder)

٥. اضطراب ما بعد الصدمة (Post Traumatic Stress Disorder)

٦. اضطراب القلق الحاد (Acute Stress Disorder).

وفي هذه الدراسة تم اعتماد اضطراب القلق العام، ويتمثل بأعراض طويلة المدى لا تقل عن ستة أشهر، ويحدث على طول الأيام مع أن الشدة قد تتفاوت، ولا يستطيع أن يحدد المريض سبب قلقه أو الموضوع الذي يزعجه ويميل لأن يكون مزمناً (Neale, et al., 2004).

المحكات التشخيصية لاضطراب القلق العام:

تمثلت المحكات التشخيصية وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية

(DSM-IV-TR) لاضطراب القلق العام بما يأتي:

١. قلق وتوتر مبالغ فيهما، تحدث أغلب الأيام لمدة لا تقل عن ستة أشهر، تجاه عدد من الأحداث أو الأنشطة (مثل العمل أو الأداء المدرسي).

٢. يجد الشخص صعوبة في السيطرة على التوتر.

٣. يصاحب القلق والتوتر ثلاثة أعراض أو أكثر من الأعراض الستة الآتية:

أ. عدم الراحة، وعدم القدرة على الاستقرار، وسرعة الاستثارة والخوف.
ب. سهولة التعب.

ج. صعوبة التركيز أو فقد الانتباه.

د. سرعة الانفعال.

هـ. توتر العضلات.

و. اضطرابات النوم. (صعوبة الدخول في النوم، تقطع النوم، النوم غير المريح).

٤. يجب ألا يكون محور القلق والتوتر المذكور في (١) مقتصرًا على اضطراب نفسي آخر مثل الخوف من حدوث نوبة قزع (اضطراب الفزع)، أو الارتباك عند إلقاء كلمة أمام الناس (الرهاب الاجتماعي)، أو وجود اضطراب الوسواس القهري، أو الابتعاد عن الأهل والمنزل (قلق الانفصال) وغيرها من اضطرابات القلق.

٥. أن يسبب القلق والتوتر وما يصاحبهما من أعراض جسمية خللاً في القدرة على أداء الوظائف المهنية أو الاجتماعية وغيرهما من الوظائف الأخرى.

٦. لا ينبغي أن يكون هذا الاضطراب بسبب الآثار الفسيولوجية المباشرة لإساءة استخدام العقاقير الطبية أو المواد المخدرة، أو نتيجة لمرض عضوي مثل فرط إفراز الغدة الدرقية، ولا يرتبط حدوثه بوجود اضطراب ذهاني أو مزاجي أو اضطراب نمائي

(American Psychiatric Association, 2000).

أسباب القلق

ليس هناك سبباً محدداً للقلق النفسي العام، بل هناك عوامل تجعل من هذا الشخص أو

ذاك أكثر عرضة للقلق النفسي من غيره، ومن هذه العوامل:

- **الوراثة:** إن اضطراب القلق العام يكثر في أفراد الأسرة الواحدة (سرحان وآخرون، ٢٠٠٤).
 - **الجنس:** تزيد نسبة احتمال الإصابة باضطراب القلق العام عند النساء أكثر من الرجال بمقدار الثلثين (Dozois and Dobson, 2004).
 - **العمر:** ليس هناك مرحلة عمرية محددة تتميز بالقلق أكثر من غيرها. فمحور القلق قد يختلف من مرحلة عمرية إلى أخرى باختلاف ما يهم كل مرحلة ، مثل الدراسة والعمل والأسرة، وبصفة عامة فإنه توجد هناك فترات في حياة الشخص تتميز بازدياد القلق مثل فترة المراهقة بما تحمله من انفعالات ورغبات، وفترة الشيخوخة بما تحمله من نقص في القوة وفي المستوى الاقتصادي والاتصال بالمجتمع مما يساعد على تكوين الأسباب المهيئة لمزيد من القلق النفسي (عبد القادر، ٢٠٠٥).
 - **الخبرات الشخصية:** التعرض للمخاوف الشديدة في مرحلة الطفولة المبكرة والطرق الخاطئة في تنشئة الأطفال مثل القسوة والتسلط والحماية الزائدة والحرمان، والإحباطات المتكررة والفشل في تحقيق الأهداف.
 - **الاستعداد النفسي:** أي الشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف، والتوتر النفسي الشديد ، والشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه .
 - **مواقف الحياة الضاغطة:** مثل الإصابة بالمرض ومشاكل العمل واضطراب الجو الأسري وتفكك الأسرة (الداهري، ٢٠٠٥).
- ويعد القلق النفسي من الأمراض النفسية واسعة الانتشار حيث أشارت الدراسات الوبائية على عينة زادت عن ٨٠٠٠ شخص في الولايات المتحدة الأمريكية أن نسبة انتشار اضطرابات القلق بلغت ١٧% و بلغت نسبة انتشار اضطراب القلق العام ٥%. ومعدل انتشاره عند الإناث أعلى من الذكور (Dozois and Dobson, 2004). وعلى الأغلب فإنه يبدأ في ريعان الشباب بعد سن العشرين ويتراوح معدل عمر الإصابة من ٢ الى ٦١ بمتوسط ٢١ سنة (Comer, 2004).
- قام سومر وآخرون (Somers, et al., 2006) بجمع ٤١ دراسة من عام ١٩٨٠ الى ٢٠٠٤ من قواعد البيانات الإلكترونية، والأبحاث المنشورة في المجالات والكتب في العديد من الدول (شمال أمريكا، وأوروبا، والمكسيك، وهونج كونج، ونيوزلندا، وتايوان وكوريا، وإيران)، بهدف معرفة نسبة انتشار اضطرابات القلق عند البالغين وتكونت العينة في

كل دراسة من ٤٥٠ شخصاً أو أكثر. وأشارت النتائج إلى أن نسبة انتشار اضطرابات القلق تراوحت بين ١٠,٦ - ١٦,٦% كما تبين أن نسبة انتشاره عند الإناث ١٨,٥% وعند الذكور ١٠,٤%.

وأجرى سبوكي وويتشن (Sobocki and Wittchen, 2005) دراسة في أوروبا على ٤١٨١ شخصاً تراوحت أعمارهم بين ١٨-٦٥ سنة بهدف معرفة نسبة انتشار اضطرابات القلق ومدى تكاليفه الاقتصادية فأشارت النتائج إلى أن نسبة انتشار القلق ١٦,٣% وكانت عند الإناث ١٢% أعلى من الذكور ٧,٨%. وبلغت التكلفة الاقتصادية المباشرة وغير المباشرة لاضطراب القلق بين ٥٠٠-١٦٠٠ يورو لكل مريض في السنة. ويعد اضطراب القلق من الأمراض المكلفة اقتصادياً حيث أن كلفة علاج مرضى القلق في الولايات المتحدة الأمريكية تراوحت بين ٤٢,٣ - ٤٦ بليون دولار سنوياً، وأكثر من نصف التكاليف تنفق على الإجراءات الطبية غير مطلوبة، ولا يصرف أكثر من الثلث على المعالجة النفسية الصحيحة (Dozois and Dobson, 2004).

التفسيرات النظرية لاضطراب القلق العام: (The Theoretical Explanations of Generalized Anxiety Disorder) تعددت التفسيرات حول أسباب الإصابة باضطراب القلق وفقاً للأسس النظرية التي ترجع إليها، وفيما يأتي استعراض لبعض هذه النظريات وتفسيراتها:

- **نظرية التحليل النفسي (Psychoanalytic Theory):** تعتمد نظرية التحليل النفسي في تفسير القلق على الذكريات والمعاني التي يعطيها الفرد للأحداث في مرحلة الطفولة، ويرى فرويد أن مصدر القلق العام هو صراع لاشعوري بين الأنا ورغبات الهو ويؤدي تصارعهما إلى حدوث الأعراض المرضية وعندما يشعر الفرد بالقلق يعني أن دوافع الهو والأفكار غير المقبولة تقترب من منطقة الوعي (المطيري، ٢٠٠٥). وتحدث فرويد عن ثلاثة أنواع من القلق: (١) القلق الموضوعي (Objective Anxiety): ويعرفه فرويد بأنه رد فعل يحدث لدى الفرد عند إدراكه خطراً خارجياً أو ينتظر حدوثه بعد وجود إشارة تدل عليه، وهذا النوع من القلق أقرب إلى الخوف، لأن مصدره يكون واضح المعالم لدى الفرد، ويوضح فرويد في نظريته أن القلق والخوف هما إلا ردود أفعال في موقف معين. فالخوف استجابة لخطر خارجي معروف، والقلق هو استجابة لخطر داخلي معروف (عثمان، ٢٠٠١).

ويؤدي القلق الموضوعي وظيفة أساسية فيعتبر إشارة منبهة للفرد بإمكانية حدوث أذى أو خطر مما يدفع الفرد لاتخاذ خطوات لابتد منها لمنع حدوث الخطر أو التهديد، لكن بعض المخاطر لا يمكن منع حدوثها فيتركز جهد الفرد على التقليل من أثرها بالاستعانة بميكانيزمات الدفاع (Veeraraghavan and Singh, 2002). كما أن القلق الموضوعي يدفع الفرد للإنجاز والإبداع و يساعد في تنشيط المراكز العصبية العليا فتزيد قوة التركيز والتمييز والاستنتاج واتخاذ القرارات وحل المشاكل، ويلعب القلق دور الدافعية نحو السلوك الهادف (أبو صايمة، ١٩٩٥). (٢) القلق العصبي (Neurotic Anxiety): وهذا النوع من القلق مصدره غير معروف والمصاب به لا يدركه، وكل الذي يحدث أنه يشعر بخوف غامض منتشر وعام وغير محدد (الخالدي، ٢٠٠٦)، وينشأ القلق العصبي عندما تهدد الهو بالتغلب على دفاعات الأنا وإشباع تلك الدوافع الغريزية التي لا يوافق المجتمع على إشباعها (المطيري، ٢٠٠٥). (٣) القلق الخلقي: وهو النوع الأخير الذي تحدث عنه فرويد والأنا الأعلى هي مصدر الخطر في حالة القلق الخلقي ويغلب فيه أن يأتي نتيجة حكم الأنا الأعلى بارتكاب الشخص ذنباً (الرفاعي، ٢٠٠١). أما ادلر فقد أرجع القلق إلى شعور الفرد بالنقص ومحاولته التفوق. ويشير أريك فروم إلى أن القلق ينشأ نتيجة الصراع بين الحاجة للتقرب إلى الوالدين والحاجة إلى الاستقلال، حيث يرى فروم أن الطفل يقضي فترة طويلة من الزمن معتمداً على والديه، وهذا الاعتماد يقوده بقيود يلتزم بها، وبازدياد نموه يزداد تحرره واعتماده على نفسه (المطيري، ٢٠٠٥؛ Neale and Davison, 2004).

- النظرية السلوكية (Behavioral Theory): أنصار المدرسة السلوكية ينظرون إلى القلق على أنه سلوك متعلم من البيئة التي يعيش الفرد فيها من خلال التعلم بالملاحظة والنمذجة والتقليد تحت شروط التدعيم الإيجابي والتدعيم السلبي، وتسهم الظروف الاجتماعية في تدعيم تلك السلوكات والعمل على استمرارها. كما تعتمد النظرية السلوكية في تفسير القلق على الاشراف الكلاسيكي، والذي يحدث من خلال مزاجية مثير محايد مع مثير منفرد، فيصبح المثير المحايد مثيراً للقلق. ولكن اختلف السلوكيون مع فرويد في نشأة القلق حيث اعتبروه سلوكاً متعلماً (الموصلي ومحمود، ٢٠٠٧؛ شريت وحلاوة، ٢٠٠٣).

- **النظرية المعرفية (Cognitive theory):** ترى النظرية المعرفية ان سبب القلق عائد الى مغالاة الفرد في الشعور بالتهديد، واعتباره مسبوقاً بأنماط من التفكير الخاطئ والتشويهات المعرفية، حيث أن الأفراد الذين يعانون من القلق يميلون في الأغلب لإدراك العالم باعتباره مصدراً للتهديد والخطر (Neale, et al., 2004).
- **المذهب الإنساني:** يرى أصحاب المذهب الإنساني أن القلق هو الخوف من المستقبل وما يحمله من أحداث قد تهدد وجود الإنسان، فالقلق ينشأ من توقعات الإنسان مما قد يحدث، وهو ليس ناتجاً عن ماضي الفرد، ومن العوامل المرتبطة بالقلق عند أصحاب هذه المدرسة بحث الإنسان عن مغزى لحياته أو هدف لوجوده وإذا لم يهتد الإنسان إلى هذا المغزى فسيكون قلقاً (شريت وحلاوة، ٢٠٠٣). كما يرى أصحاب هذا الاتجاه أن الإنسان هو الكائن الوحيد الذي يدرك أن نهايته حتمية وأن الموت قد يحدث في أي لحظة، وأن توقع الموت هو المثير الأساسي للقلق عند الإنسان (أبوصايمة، ١٩٩٥).
- **النظرية البيولوجية (Biological Theory):** توجد بعض الأدلة والنتائج المدعمة للنموذج البيولوجي بأن العوامل الوراثية والجسمية لها دور في اضطراب القلق العام، حيث أوضحت الدراسات التي أجريت على أشخاص يعانون من هذا الاضطراب أن الاستعداد الوراثي لتطويع المرض يكون واضحاً في أسرهم (عبد الرحمن، ١٩٩٩). وقد وجد كل من سيلتر وشيلدر (١٩٦٩-١٩٦٢٩) مشار إليه في أن نسبة القلق بين التوائم المتشابهة تصل إلى ٥٠%، أما لدى التوائم غير المتشابهة فلم تصل النسبة إلا إلى ٤% فقط (الخالدي، ٢٠٠٦). ومن المعروف أيضاً أن المهدئات مثل الفاليوم (Valium) وديازيبام (Diazepam) وغيرهما من مجموعة بنزوديبابين (Benzodiazepine) تساهم في التقليل من أعراض اضطراب القلق العام. كما وجد أن هناك جهاز من المستقبلات العصبية يدعى جابا (Gamma aminobutyric acid, GABA) يعمل على تهدئة وتنشيط الجهاز العصبي اللاإرادي فتري النظرية البيولوجية أن القلق النفسي العام ينجم إما عن نقص في جابا (GABA) أو في بنزوديبابين (Benzodiazepine)، حيث إن الجهاز العصبي اللاإرادي يصبح في حالة استثارة ومن ثم تظهر أعراض القلق النفسي . (سرحان وآخرون، ٢٠٠٤؛ Neale et al., 2004).

العلاقة بين الاكتئاب والقلق:

إن العلاقة بين الاكتئاب والقلق قوية جداً، وتشكل جزءاً هاماً من المشاكل النفسية التي يتم معالجتها في العيادات والمستشفيات والمراكز النفسية المختلفة في أنحاء العالم. وتعريف القلق أو الاكتئاب بصفتهما حالة انفعالية ظاهرة مهمة غير سهلة، بسبب تداخل القلق مع الاكتئاب فالعلاقة بينهما لا تسبب فقط تداخل في المفاهيم بل تؤدي أيضاً إلى صعوبة فهم وتحديد المعنى الدقيق لكل مفهوم. إذ إن هناك الكثير من الأعراض التي تتشابه بين القلق والاكتئاب مثل الإرهاق والملل وعدم الاستقرار وصعوبات النوم وضعف في الشهية وصعوبة التركيز ولكن في مريض الاكتئاب نجد أن تدني المزاج هو الأساس في حين إن مريض القلق يكون تفكيره المزعج وانفعاله المستمر هو الأساس. ومن الممكن تشخيص الاكتئاب والقلق عند المريض مجتمعين (سرحان وآخرون، ٢٠٠٤).

أهداف الدراسة وأسئلتها:

تهدف الدراسة إلى تحديد نسب انتشار الاكتئاب والقلق لدى عينة من مرضى ضغط الدم المرتفع مقارنة بالأصحاء في القدس، كما هدفت إلى معرفة الفروق في متوسط درجات الاكتئاب والقلق لدى مرضى ضغط الدم المرتفع وغير المرضى وفقاً لمتغير الجنس والتفاعل بين هذه المتغيرات، وذلك من خلال الإجابة عن الاسئلة الآتية:

١. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط الدرجات المسجلة على مقياس الاكتئاب بين مرضى ارتفاع ضغط الدم وغير المرضى؟ وهل هناك تفاعل بين متغيري المرض والجنس؟
٢. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط الدرجات المسجلة على مقياس حالة القلق بين مرضى ارتفاع ضغط الدم وغير المرضى؟ وهل هناك تفاعل بين متغيري المرض والجنس؟
٣. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط الدرجات المسجلة على مقياس سمة القلق بين مرضى ارتفاع ضغط الدم وغير المرضى؟ وهل هناك تفاعل بين متغيري المرض والجنس؟

الفصل الثاني الدراسات السابقة

تناولت العديد من الدراسات الاضطرابات النفسية وبالأخص الاكتئاب والقلق وعلاقتها بارتفاع ضغط الدم، ويمكن تقسيم هذه الدراسات الى: (١) الدراسات التي تناولت علاقة الاكتئاب بارتفاع ضغط الدم، (٢) الدراسات التي تناولت علاقة القلق بارتفاع ضغط الدم، (٣) الدراسات التي تناولت علاقة الاكتئاب والقلق بارتفاع ضغط الدم

أولاً: الدراسات التي تناولت علاقة الاكتئاب بارتفاع ضغط الدم:

أجرى ستيفن وآخرون (Steffens, et al., 2003) دراسة هدفت إلى فحص العلاقة بين الاكتئاب وارتفاع ضغط الدم عند كبار السن. وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين، المجموعة الأولى مكونة من ٢٩٣ شخصاً ممن تم تشخيص حالتهم بالاكتئاب حسب معايير (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV)، أما المجموعة الثانية فقد تكونت من ١٥١ شخصاً لم يتم تشخيص حالتهم بأي اضطراب نفسي. وأشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين الاكتئاب وارتفاع ضغط الدم.

وقام وي وآخرون (Wei, et al., 2004) بدراسة هدفت إلى معرفة العلاقة بين أعراض الاكتئاب وارتفاع ضغط الدم وتفسير العوامل التي تنبئ بحدوث الاكتئاب عند ٨٩١ من مرضى ارتفاع ضغط الدم الخالين من أمراض مزمنة أخرى، ومجموعة أخرى من الأصحاء ٦٥١ شخصاً. وتم تطبيق مقياس تقدير الذات للاكتئاب لزنج (Zung Self-Rating Depression Scale) لتقييم أعراض الاكتئاب. أظهرت النتائج ان نسبة انتشار الاكتئاب عند مرضى ارتفاع ضغط الدم أعلى من نسبة انتشارها عند الأصحاء، حيث تم تشخيص الاكتئاب بنسبة ١٥,٦% من مرضى ارتفاع ضغط الدم، وبنسبة ٤,٢% من الأصحاء. كما بينت النتائج العوامل التي تنبئ بحدوث الاكتئاب عند مرضى ارتفاع ضغط الدم وهي: أن تزيد مدة الإصابة بارتفاع ضغط الدم عن ٣ سنوات، وأن تكون الإصابة بارتفاع ضغط الدم شديدة، وأن يكون للمريض سجلاً مرضياً في المستشفى لاضطرابات الأوعية الدموية.

وفي دراسة أخرى قام بها كنكارتاران وآخرون (Cankurtaran, et al., 2005) هدفت إلى قياس نسبة انتشار الاكتئاب المصاحب للأمراض المزمنة لدى عينة من كبار السن المتواجدين في دور الرعاية في تركيا مكونة من ٧٨٩ امرأة و٤٦٦ رجلاً، وذلك من خلال

تطبيق مقياس الاكتئاب لكبار السن (GDS). وجد الباحثون أن الاكتئاب يصاحب مجموعة عامة من الأمراض المزمنة، منها الزهايمر، وارتفاع ضغط الدم، وتصلب الشرايين، والفشل الكلوي، ومرض الرئة المزمن، والتهاب المفاصل.

وقام إيجيدي (Egede, 2007) بدراسة هدفت إلى تحديد نسبة انتشار الاكتئاب لدى الأفراد المصابين بأمراض مزمنة كارتفاع ضغط الدم والسكري والجلطات الدماغية أو القلبية وغيرها من الأمراض الجسمية المزمنة. كما تم بحث التأثير المتزايد للاكتئاب على المنفعة من الموارد الصحية العامة، والخلل الوظيفي، والإنتاجية عند الأفراد المصابين بالأمراض المزمنة. وتكونت العينة من ٣٠,٨٠١ شخص ممن زادت أعمارهم عن ١٨ سنة. وبينت النتائج أن ٦٧% غير مصابين بأمراض مزمنة أو اكتئاب و ٣٠% مصابين بأمراض مزمنة فقط، بينما ٣% من العينة مصابين بأمراض مزمنة بالإضافة إلى الاكتئاب. واصابة ٢٢,٥% من العينة الكلية بارتفاع ضغط الدم وبلغت نسبة انتشار الاكتئاب عند مرضى ضغط الدم المرتفع ٨% كما أشارت النتائج إلى زيادة الاستهلاك من الموارد الصحية والحصول على إنتاجية أقل وخلل وظيفي عند الأفراد المصابين بالاكتئاب المصاحب للأمراض المزمنة.

وتبين في دراسة نيتي وآخرين (Niti, et al., 2007) التي تكونت العينة فيها من ٢٦١١ شخصاً عمرهم فوق ٥٥ سنة. استخدم الباحثون مقياس الاكتئاب لكبار السن GDS أن أعراض الاكتئاب بلغت نسبتها ١٣,٣% من العينة الكلية، وكانت هذه النسبة أدنى عند الأشخاص الخاليين من الأمراض المزمنة ٧,٥% وأعلى عند المصابين بأمراض مزمنة كارتفاع ضغط الدم والسكري والتهاب المفاصل وأمراض القلب وقرحة المعدة حيث تراوحت نسبة الاكتئاب عندهم بين ١٣,٢%-٢٤,٢%.

وأجرى زهانج وآخرون (Zhang, et al., 2008) دراسة في الصين بهدف تحديد نسبة انتشار الاكتئاب بين المرضى المصابين بأمراض مزمنة أثناء تلقيهم العلاج في المستشفى. شملت العينة ٣٢٢ مريضاً، ممن تراوحت أعمارهم بين ١٨-٩٠ عاماً. تم توزيع المرضى إلى ٣ مجموعات تبعاً لفئة المرض. وقد بلغت نسبة المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم ٣١,٦% أي ١٠٢ مريض من العينة الكلية. أشارت النتائج إلى أنه لدى ٨٠ مريضاً مصاباً بارتفاع ضغط الدم اكتئاب ولكن بنسب متفاوتة في الشدة، حيث إن ٥٧ مريضاً لديهم اكتئاب خفيف و ٢٣ مريضاً اكتئابهم متوسط ولا يوجد أحد من المرضى اكتئابهم شديد.

ثانياً: الدراسات التي تناولت علاقة القلق بارتفاع ضغط الدم:

أجرى هارتر وآخرون (Harter, et al., 2003) دراسة هدفت إلى معرفة العلاقة بين اضطراب القلق والأمراض العضوية في ولاية نيو هيفين في الولايات المتحدة الأمريكية. تكونت عينة الدراسة من مجموعتين؛ المجموعة الأولى مكونة من ١٦٩ شخصاً ممن تم تشخيص القلق عندهم حسب معايير (DSM-III)، أما المجموعة الثانية فقد تكونت من ٩٣ شخصاً بدون اضطراب القلق، وتم ضبط تأثيرات الجنس وإساءة استخدام المواد والاكتئاب، كما قسمت الأمراض العضوية إلى ١٤ فئة ومن بينها ارتفاع ضغط الدم. أشارت النتائج إلى أن نسبة انتشار الأمراض العضوية أعلى بين الأفراد الذين يعانون من القلق. فزادت نسبة احتمال الإصابة بارتفاع ضغط الدم عند الذكور المصابين بالقلق إلى ٢٤,٦% مقارنة مع نسبة الذكور غير المصابين بالقلق (١٦,٣%). أما الإناث اللواتي تم تشخيص القلق عندهن فبلغت نسبة احتمال الإصابة بارتفاع ضغط الدم ١٨,٢% بينما بلغت النسبة عند غير المصابات بالقلق ٣%.

كما أجريت دراسة تهدف إلى فحص العلاقة بين القلق ومستويات ضغط الدم عند ٧٨ امرأة مصابة بارتفاع ضغط الدم ممن يتلقين العلاج في مستشفى كور في البرازيل. تم استخدام مقياس سبيلبرجر حالة وسمة القلق وأداة قياس ضغط الدم. وأظهرت النتائج عدم وجود ارتباط ذي دلالة إحصائية بين ارتفاع ضغط الدم والقلق (Chaves and Cade, 2004).

وأشارت دراسة وي ووانج (Wei and Wang, 2006) التي هدفت إلى معرفة العلاقة بين أعراض القلق وارتفاع ضغط الدم على عينة تكونت من ٨٩١ شخصاً من مرضى ارتفاع ضغط الدم ٤٣٢ من الإناث و ٤٥٩ من الرجال إلى أن ١٢% من أفراد العينة يعانون من أعراض القلق. كما أشارت النتائج إلى أن كلا من مدة الإصابة بارتفاع ضغط الدم والتاريخ الطبي لأمراض القلب مرتبط بحدوث أعراض القلق عند المرضى واشتدادها وبشكل خاص عند الإناث.

كما أجرى سانز وآخرون (Sanz, et al., 2006) دراسة هدفت إلى معرفة الاختلاف في الشخصية بين الأشخاص المصابين بارتفاع ضغط الدم والأصحاء. تكونت العينة من ٦٧ رجلاً، منهم ٤٢ شخصاً مصاباً بارتفاع ضغط الدم و ٢٥ شخصاً من الأصحاء. تم استخدام مقياس حالة وسمة القلق لسبيلبرجر (Spielberger's State – Trait

(Anxiety Inventory). وبينت النتائج ان المصابين بارتفاع ضغط الدم لديهم مستوى اعلى على مقياس سمة القلق من الأصحاء.

ثالثاً: الدراسات التي تناولت علاقة الاكتئاب والقلق بارتفاع ضغط الدم:

قام باترنيتي وآخرون (Paternity, et al., 1999) بدراسة هدفت إلى معرفة ما إذا كان الاكتئاب و سمة القلق مرتبطين بارتفاع ضغط الدم عند الأشخاص البالغين. شملت عينة الدراسة ٧٦٧ شخصاً ٣٠٩ ذكور و ٤٥٨ اناث، تراوحت أعمارهم بين (٥٩-٧١) سنة. وبعد عشر دقائق من قياس الاكتئاب والقلق باستخدام مقياس الاكتئاب لمركز الدراسات الوبائية (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale)، ومقياس سبيلبرجر لسمة القلق (Spielberger Inventory – trait)، تم قياس ضغط الدم الانقباضي والانبساطي. وأشارت النتائج إلى أن أعراض القلق ترتبط بارتفاع ضغط الدم الانقباضي والانبساطي عند الذكور وليس عند الإناث. كما وجد أن ارتفاع ضغط الدم غير مرتبط مع أعراض الاكتئاب عند الجنسين. وتبين ان متوسط الاناث على مقياس الاكتئاب والقلق اعلى من متوسط الذكور.

في حين أشار الرفاعي وآخرون (EL-Rufaie, et al., 1999) في دراسة أجريت في مدينة العين على ٧٥ شخصاً من الذكور ٣٩ مريضاً بارتفاع ضغط الدم و ٣٦ من الأصحاء. تراوحت اعمارهم بين (٢٠ - ٦٥) سنة، بهدف تحديد الاضطرابات النفسية ونسبة انتشارها باستخدام برنامج المقابلة الإكلينيكية (Clinical Interview Schedule) اعتماداً على معايير (ICD-10). وأشارت النتائج الى عدم وجود فروق ذات دلالة في نسبة انتشار الاكتئاب والقلق بين مجموعة مرضى ارتفاع ضغط الدم والأصحاء.

كما أجرى كمال وآخرون (٢٠٠٤) دراسة هدفت إلى تحديد الدور الذي تلعبه مظاهر القلق والاكتئاب والضغوط النفسية في الإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم في الرعاية الصحية الأولية في قطر. اشتملت الدراسة على ٨٠٠ شخص، منهم ٤٠٠ شخص مصاب بارتفاع ضغط الدم و ٤٠٠ شخص سليم وتراوحت أعمار المشاركين بين ٢٥-٦٥ سنة. أثبتت الدراسة أن الاكتئاب والقلق والضغوط النفسية لها علاقة بارتفاع ضغط الدم.

وتبين في دراسة أجراها شيانج وآخرون (Cheung, et al., 2005) بهدف دراسة العلاقة بين ارتفاع ضغط الدم والاكتئاب أو القلق لدى البالغين في هونج كونج. باستخدام مقياس الاكتئاب والقلق في المستشفى (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). وبينت النتائج ان ارتفاع ضغط الدم يرتبط بالقلق وليس بالاكتئاب.

في حين أشارت منظمة الصحة العالمية في دراسة أجريت على ٤٢٦٩٧ شخصاً من ١٧ دولة ٣ دول من أميركا و ٧ دول من أوروبا ودولتين من الشرق الأوسط ودولتين من إفريقيا و ٣ دول من آسيا، أعمارهم فوق ١٨ سنة، بهدف دراسة العلاقة بين القلق والاكتئاب وعشرة من الأمراض الجسمية المزمنة ومن ضمنها ارتفاع ضغط الدم، كما هدفت الدراسة الى تحديد ما إذا كان الارتباط بين الاكتئاب المصاحب للقلق (co-morbid) أقوى من اضطراب الاكتئاب أو اضطراب القلق مع الأمراض الجسمية المزمنة. أشارت نتائج الدراسة الى أن جميع الأمراض الجسمية المزمنة لها علاقة ذات دلالة إحصائية مع اضطرابات الاكتئاب والقلق. وبينت النتائج ان اضطراب الاكتئاب المصاحب للقلق ذو علاقة أقوى بالأمراض الجسمية المزمنة (Scott, et al., 2007).

ومن خلال العرض السابق للدراسات التي تناولت العلاقة بين الاكتئاب والقلق وارتفاع ضغط الدم، تتضح نتائج مختلفة، منها ما أكدت وجود علاقة للمتغيرات النفسية بارتفاع ضغط الدم، ومنها ما أكدت عدم وجود علاقة لهذه المتغيرات النفسية على ارتفاع ضغط الدم. ومن الدراسات التي اتفقت على وجود علاقة للاكتئاب بارتفاع ضغط الدم، دراسة كمال وآخرين (٢٠٠٤)، ودراسة سكوت وآخرين (scott, et al. 2007)، ودراسة ستيفن وآخرين (Steffens, et al., 2003)، ودراسة وي وآخرين (Wei, et al., 2004)، ودراسة كنكارتن وآخرين (Cankurtaran, et al., 2005)، ودراسة اجيدي (Egede, 2007)، ودراسة نيتي وآخرين (Niti, et al., 2007)، ودراسة زهانج وآخرين (Zhang, et al., 2008)، ومن الدراسات التي بينت عدم وجود علاقة للاكتئاب بارتفاع ضغط الدم، دراسة باترنيتي وآخرين (Paternity, et al. 1999)، ودراسة شيانج وآخرين (Cheung, et al., 2005).

أما فيما يتعلق بمتغير القلق أظهرت العديد من الدراسات السابقة وجود علاقة للقلق بارتفاع ضغط الدم، كدراسة باترنيتي وآخرين (Paternity, et al. 1999)، ودراسة كمال وآخرين (٢٠٠٤)، ودراسة شيانج وآخرين (Cheung, et al., 2005)، ودراسة سكوت وآخرين (scott, et al., 2007)، ودراسة هارتر وأخرون (Harterm, et al., 2003)، ودراسة وي و وانج (Wei and Wang, 2006)، ودراسة سانز وآخرين (Sanz, et al., 2006). ومن الدراسات التي بينت عدم وجود علاقة للقلق بارتفاع ضغط الدم دراسة سكميتز

وثيفيلد و كروز (Schmitz, Thefeld and Kruse, 2006)، ودراسة شيفزوكيد
(Chaves and Cade, 2004).

ويتضح من عرض الدراسات السابقة ندرة الدراسات العربية (في ضوء علم الباحثة)
التي تربط بين ضغط الدم والاكتئاب والقلق ، فالدراسة الحالية تعد من الدراسات القليلة التي
درست علاقة الاكتئاب والقلق بارتفاع ضغط الدم في مدينة القدس.

الفصل الثالث

المنهجية وطريقة البحث

مقدمة:

يتناول هذا الفصل وصفاً لمجتمع الدراسة وعينتها وطريقة اختيارها وكذلك وصفاً لأدوات الدراسة متضمناً مؤشرات صدق الأدوات وثباتها بالإضافة إلى الإجراءات التي تم اتباعها.

مجتمع الدراسة :

تكون مجتمع الدراسة من المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم والأصحاء من مراجعي العيادات الطبية (بيت الأطباء، ومركز الصحة الشاملة) التي تقدم خدمات صحية تشمل كل ما يتطلب لضمان صحة الفرد وهي من أكثر العيادات التي يتردد عليها المراجعين أو المرضى. وعيادة السكري وضغط الدم التابعة لوكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين UNRWA في القدس، وبعض الأقارب وأفراد الحي.

عينة الدراسة:

تم اختيار عينة الدراسة من بين المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم والأصحاء غير المصابين بأي أمراض جسدية أخرى من مراجعي العيادات الطبية في القدس (بيت الأطباء، ومركز الصحة الشاملة وعيادة السكري وضغط الدم) البالغ عددهم ٢٠٠ مشارك من الذكور والإناث ممن تراوحت أعمارهم بين ٤٠ - ٦٥ سنة وقد تم استبعاد ١٩ استبانة منها ١١ حالة لاصابتهم بأمراض مزمنة أخرى، و ٣ حالات لانهم دون سن الأربعين و ٥ حالات لعدم اكتمال الإجابة.

وتكونت العينة النهائية للدراسة من ١٨١ مشاركاً ومشاركة، تكونت المجموعة الأولى؛ مجموعة المصابين بارتفاع ضغط الدم، من ٩٥ شخصاً ٤٨ حالة من عيادة السكري وضغط الدم و ٢٠ حالة من مركز الصحة الشاملة و ١٥ حالة من بيت الأطباء و ١٢ حالة من الأقارب وأفراد الحي، وقد بلغ عدد الذكور فيها ٤٦ مشاركاً بينما بلغ عدد الإناث ٤٩ مشاركة. وتكونت المجموعة الثانية؛ مجموعة الأصحاء، من ٨٧ شخصاً من غير المصابين بأي أمراض مزمنة؛ ٧٥ شخصاً من المرافقين للمرضى، و ١٢ شخصاً مقابل كل حالة مصابة

من الأقارب وأفراد الحي. وقد بلغ عدد الذكور ٤٢ مشاركاً بينما بلغ عدد الإناث ٤٥ مشاركة، وتراوح أعمار المشاركين في المجموعتين بين ٤٠ - ٦٥ سنة ومتوسط عمر المجموعة التي لديها ضغط دم ٥٢,٥ سنة، ومتوسط عمر المجموعة الأصحاء ٥٢,٥ سنة.

أدوات الدراسة:

تفحصت هذه الدراسة ثلاثة متغيرات هي ارتفاع ضغط الدم والاكتئاب والقلق، وتبعاً لذلك تم استخدام مقياسين لضغط الدم ومقياس للاكتئاب، ومقياس للقلق. وفيما يلي وصف لكل من هذه المقاييس الثلاثة:

مقياس ضغط الدم:

تم استخدام مقياسين لقياس ضغط الدم، المقياس الزئبقي في عيادات المراكز الطبية وهذا الجهاز مؤلف من بالون يمكن نفخه موصول بكفة تشد حول عضد المريض، ويكون هذا الجزء موصولاً بمقياس للضغط، وتستخدم السماعة الطبية لتضخيم الصوت، وتقوم الممرضة بالاستماع إلى صوت النبض في الشريان الموجود أسفل العصابة مباشرة عند تفريغها من الهواء، وعند الإستماع إلى ضربات القلب، يتم تسجيل الضغط الانقباضي، أما عند اختفاء الصوت، يتم تسجيل الضغط الانبساطي. كما تم استخدام المقياس الإلكتروني العضلي (Digital Blood Pressure Monitor) انتجته شركة Omron خارج العيادات لقياس ضغط الدم عند الأقارب وأفراد الحي.

مقياس بيك للاكتئاب*: (Beck Depression Inventory, BDI)

تعتبر قائمة بيك للاكتئاب من أكثر المقاييس استخداماً لمعرفة شدة الاكتئاب، وهي أداة تقويم ذاتي لتقدير شدة أعراض الاكتئاب التي يشعر بها الشخص خلال الأسبوع الأخير. وصمم بيك (Beck) في عام 1961 القائمة في صيغتها الأولى استناداً إلى ملاحظاته العيادية للمرضى وتم تحديد أكثر الأعراض والشكاوى انتشاراً لديهم (Rush, et al., 2000). تتكون القائمة من ٢١ فقرة، وتتشكل كل فقرة من أربع عبارات متدرجة في شدتها بحيث تتراوح درجة شدة الفقرة الواحدة من (٠ - ٣). وتقيس القائمة أعراض الاكتئاب

* ملحق رقم (٥)

الرئيسية من جوانبه السلوكية والمعرفية والانفعالية (بما في ذلك الحزن والتشاؤم وعدم الرضا واضطرابات النوم وفقدان الشهية). ويطلب من المفحوص أن يضع دائرة حول رمز الفقرة التي يعتقد بأنها تنطبق على حالته أكثر من غيرها.

يتم الحصول على درجة الفرد الكلية على القائمة بحساب مجموع الدرجات على جميع فقرات القائمة. وتفسر الدرجات اعتماداً على ما يحصل عليه المفحوص حيث تعتبر:

- الدرجة من (صفر - ٩): غير مكتئب.
- الدرجة من (١٠ - ١٥): اكتئاب خفيف.
- الدرجة من (١٦ - ٢٣): اكتئاب متوسط.
- الدرجة من ٢٤ فما فوق: اكتئاب شديد.

وتباعاً يمكن للدرجة الكلية أن تتراوح بين (صفر-٦٣)، علماً بأن نقطة القطع بين المكتئبين وغير المكتئبين هي الدرجة ١٠ (حمدي وآخرون، ١٩٨٨).

صدق المقياس: .

قام حمدي و آخرون (١٩٨٨) بترجمة قائمة بيك الى العربية، ومن ثم تم الحصول على الصدق والثبات للقائمة في البيئة الاردنية وذلك بتطبيقها على ٥٦ طالباً وطالبة أجريت معهم مقابلات إكلينيكية تم بناءً عليها توزيع الطلبة إلى مجموعتين: اكتئابية وغير اكتئابية، وتم حساب دلالة الفروق في الأداء على القائمة بين المجموعتين فكانت دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha=0,001$). كما اجري التحليل العاملي للقائمة وتبين أنها تتكون من أربعة عوامل رئيسية تفسر مجتمعة ٤٥,٥% من التباين الكلي للقائمة، والعوامل هي: (١) وجود مشاعر سلبية، (٢) اضطراب الوظائف الفسيولوجية، (٣) الشعور بالدونية، (٤) التشاؤم والشعور باللاجدوى.

تم الحصول على صدق المقياس في الدراسة الحالية بعد الانتهاء من التطبيق، إذ تم حساب معامل ارتباط كل فقرة من فقراته مع الدرجة الكلية، (انظر الملحق رقم ٢) حيث تراوحت معاملات ارتباط الفقرات ما بين ٠,٣٢ - ٠,٦٦، بمتوسط ٠,٤٩. مما يشير إلى أن جميع الفقرات تسهم في الدرجة الكلية للمقياس بشكل فعال، وأن فقرات المقياس جميعها تشترك في المساهمة في قياس الاكتئاب، مما يقدم دليلاً على صدق بناء المقياس.

ثبات المقياس:

كما قام حمدي وآخرون (١٩٨٨) بحساب ثبات المقياس بطريقة إعادة الاختبار على عينة مكونة من ٨٠ طالب وطالبة من الجامعة الاردنية، بفاصل زمني اسبوع، وبلغت قيمة

معامل ارتباط بين درجات التطبيق الاولى والاعادة ٠,٨٨. اما الاتساق الداخلي فقد تم حسابة باستخدام معادلة كرونباخ الفا على عينة مكونة من ٦٣٥ طالب وطالبة وبلغت قيمة الاتساق الداخلي ٠,٨٧.

ولأغراض الدراسة الحالية وللتحقق من ثبات المقياس لعينة الدراسة، تم حساب قيمة معامل الثبات للقائمة باستخدام معادلة كرونباخ ألفا، وتبين ان معامل الثبات يعادل ٠,٨٩.

مقياس سبيلبرجر لحالة وسمة القلق*: (Spielberger State Trait Anxiety Inventory, STAI)

أعد هذا المقياس سبيلبرجر (Speilberger) بالاشتراك مع لوشين (Lushene) وجورسوش (Gorsuch) في عام ١٩٧٠. وتم تصميمه لقياس مفهومين للقلق احدهما يشير إلى حالة القلق: حالة انفعالية مؤقتة يشعر بها الانسان في مواقف التهديد، فينشط جهازه العصبي المستقل، وتتوتر عضلاته، ويستعد لمواجهة هذا التهديد، وتزول هذه الحالة بزوال مصدر التهديد، فيعود الانسان جسماً ونفسياً الى حالته الطبيعية. والآخر يشير إلى سمة القلق: استعداد سلوكي مكتسب في معظمه يظل كامناً عند الانسان حتى تنبئه وتنشطه منبهات داخلية او خارجية (الموصللي ومحمود، ٢٠٠٧). ويتكون مقياس سمة القلق من ٢٠ عبارة يطلب فيها الى الأفراد وصف مايشعرون به بوجه عام، كما يتكون مقياس حالة القلق من ٢٠ عبارة، وتتطلب تعليماته من المفحوصين الإجابة عما يشعرون به في الوقت الحاضر. يجيب المفحوص عن كل فقرة من فقرات المقياس بوضع إشارة أمام أحد الخيارات الأربعة المتفاوتة في الشدة.

تصحيح المقياس:

يتم تصحيح مقياس حالة القلق بحساب وزن لكل عبارة كما يأتي : أبدأ (١)، وقليلًا (٢)، وحيثاً (٣)، وكثيراً (٤). في حين تُصحح العبارات التي تحمل أرقام (١، ٢، ٥، ٨، ١٠، ١١، ١٥، ١٦، ١٩، ٢٠) في الاتجاه العكسي. وقد تم حذف فقرة واحدة من مقياس حالة القلق (أنظر الى صدق المقياس) وتباعاً تراوحت قيمة الدرجات من ١٩ درجة كحد أدنى إلى ٧٦ درجة كحد أعلى.

ويتم تصحيح مقياس سمة القلق بحساب وزن لكل عبارة كما يأتي: ابدأ (١)، احياناً (٢)،

غالباً (٣)، كثيراً (٤). في حين تصحح العبارات التي تحمل أرقام (١، ٦، ٧، ١٠، ١٣، ١٦، ١٩) في الاتجاه العكسي. وقد تم حذف فقرتين من مقياس سمة القلق (انظر إلى صدق المقياس) وتباعاً تراوحت قيمة الدرجات من ١٨ درجة كحد أدنى إلى ٧٢ درجة كحد أعلى.

صدق المقياس:

قامت البقور (٢٠٠٢) باستخراج معامل ارتباط كل فقرة مع الدرجة الكلية لمقياس القلق المعرب والمقنن للبيئة الأردنية كمؤشر على الصدق. تراوحت الارتباطات بين ٠,٢٣ - ٠,٦٠ على قائمة حالة القلق وبين ٠,٢٦ - ٠,٦٤ على قائمة سمة القلق.

ومن أجل التحقق من صدق مقياس حالة القلق لعينة الدراسة الحالية تم استخراج معاملات ارتباط كل فقرة من فقراته مع الدرجة الكلية للمقياس (انظر الملحق رقم ٥)، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين ٠,١٢ - ٠,٧٠ واعتمدت زيادة معامل الارتباط عن ٠,٣٠ كمحك للإبقاء على الفقرة للتحقق من الفرضيات، ولذلك تم حذف الفقرة رقم (١٥)؛ حيث أن قيمة ارتباطها كانت (٠,١٢). أما باقي الفقرات فقد تراوحت معاملات ارتباطها بين ٠,٣٠ - ٠,٧٠، بمتوسط ٠,٥٠، مما يشير إلى أن هذه الفقرات تسهم في الدرجة الكلية للمقياس بشكل فعال، وتؤكد صدق بناء المقياس.

كما تم استخراج معاملات ارتباط كل فقرة من فقرات مقياس سمة القلق مع الدرجة الكلية للمقياس من عينة الدراسة (انظر الملحق رقم ٦)، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين ٠,٢٤ - ٠,٦٧ وحذفت الفقرة رقم (١١ و ١٢)؛ حيث إن قيمة ارتباطهما كانت (٠,٢٦)، وذلك لاعتمادنا على حذف الفقرة إذا نقصت قيمة ارتباطها عن (٠,٣٠). أما باقي الفقرات فقد تراوحت معاملات ارتباطها بين ٠,٤٢٠ - ٠,٦٧ بمتوسط ٠,٥٥، مما يشير إلى أن هذه الفقرات تسهم في الدرجة الكلية للمقياس بشكل فعال، وتؤكد صدق بناء المقياس.

ثبات المقياس:

قامت البقور بحساب التجزئة النصفية لمقياس القلق المعرب والمقنن للبيئة الأردنية والتي بلغت (٠,٧٦) لمقياس حالة القلق و (٠,٦٥) لمقياس سمة القلق. وفي الدراسة الحالية، تم استخدام معامل كرونباخ ألفا وتبين أن معامل الثبات لحالة القلق (٠,٨٧) ولسمة القلق (٠,٨٥) مما يشير إلى توفر اتساق داخلي جيد للمقياس.

الإجراءات:

بعد أخذ الموافقة من أطباء المراكز الطبية ومسؤول الأطباء في وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين UNRWA في القدس لإجراء الدراسة، تم اختيار الوكالة لتوفر عيادة خاصة لمرضى السكري وارتفاع ضغط الدم فيها، وتم اختيار مركز الصحة الشاملة لاعتباره من أكبر مراكز كوبات حوليم، ويرتاده العديد من المراجعين. أما بيت الأطباء فقد تم اختياره لقربه المكاني. وبعد التحقق من صدق وثبات أدوات الدراسة (مقياس بيك للاكتئاب، مقياس سبيلبرجر لحالة وسمة القلق). تم تطبيق أدوات الدراسة خلال الفترة الواقعة بين كانون الأول ٢٠٠٧ لغاية شباط ٢٠٠٨ بمساعدة الأطباء والمرضى في المراكز للحصول على الحالات التي تتناسب مع الدراسة ولقياس ضغط الدم. وشملت الحالات المناسبة الأفراد المصابين بمرض ضغط الدم المرتفع فقط، وشملت المرافقين للمرضى من الأصحاء الخالين من الأمراض المزمنة. وتم اختيار عينة الدراسة في العيادات الطبية بمساعدة الأطباء والمرضى، وخارج العيادات تم اختيار الأقارب وأفراد الحي المصابين بمرض ضغط الدم المرتفع فقط ومقابل كل حالة مصابة اشتملت العينة على حالة من الأصحاء.

وتم مقابلة أفراد العينة بشكل منفرد في غرفة مخصصة في كل مركز من المراكز الطبية، كما تم إعطاء فكرة موجزة عن طبيعة الدراسة وفوائدها، وتتلخص الفكرة التي كانت تعطى لهم بأن للعوامل النفسية أثراً على ارتفاع ضغط الدم، ويهدف البحث الى إعطاء فكرة عن نسبة انتشار الاكتئاب والقلق عند مرضى ضغط الدم المرتفع وذلك لزيادة الوعي بأهمية دور العلاج النفسي كعلاج مساعد مع العلاجات الطبية. وقد رفض ١١ شخصاً المشاركة في الدراسة، أما الذين وافقوا على المشاركة في الدراسة تم قياس ضغط الدم عندهم وطلب من كل مشارك تعبئة المقياسين بشكل متتابع مرفقين بتعليمات الإجابة بشكل واضح ومحدد حيث تضمننا معلومات تتعلق بالعمر والجنس والإصابة بمرض ضغط الدم المرتفع أو غيره من الأمراض المزمنة، بحيث يبدأ نصف المشاركين بتعبئة مقياس الاكتئاب أولاً ثم القلق بينما يعبئ النصف الآخر مقياس القلق أولاً ثم الاكتئاب، وذلك لتوزيع أثر التدريب.

وقد قامت الباحثة بقراءة فقرات المقياسين كاملة للأمينين حيث بلغ عددهم ٤٣ مشاركاً ١٩ منهم من الإناث و ٢٤ من الذكور. كما قامت بتفسير فقرات المقياسين عندما يطلب المشاركون ذلك؛ في حالة وجود شيء غير واضح بالنسبة للمستجيب وكان عدد هؤلاء ٣٢

شخصاً. وقد احتاج تطبيق المقياسين لكل مشارك من (١٥-٢٠) دقيقة. كما كانت استجابة المشاركين بشكل فردي ودون تدخل الباحثة.

تم إدخال البيانات إلى الحاسوب واستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية Statistical Package for Social Sciences (SPSS) للقيام بالعمليات الإحصائية اللازمة، بغرض التوصل إلى إجابات عن أسئلة الدراسة.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى تحديد نسب انتشار الاكتئاب والقلق لدى عينة من مرضى ضغط الدم المرتفع مقارنة بالأصحاء في القدس، كما هدفت إلى معرفة الفروق في متوسط درجات الاكتئاب والقلق لدى مرضى ضغط الدم المرتفع وغير المرضى وفقاً لمتغير الجنس والتفاعل بين هذه المتغيرات، وذلك من خلال الإجابة عن الأسئلة الآتية:

السؤال الأول: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط الدرجات المسجلة على مقياس الاكتئاب بين مرضى ارتفاع ضغط الدم وغير المرضى؟ وهل هناك تفاعل بين متغيري المرض والجنس؟

وللإجابة عن السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمجموعة مرضى ضغط الدم المرتفع ولمجموعة الأصحاء من الذكور والإناث وبين الجدول رقم (١) هذه النتائج، ومن خلال تفحص الجدول (٢) تبين أن متوسط درجة الاكتئاب لدى الذكور والإناث المرضى (١٧,٦٠) أعلى من متوسط غير المرضى (٩,٩٢). ومتوسط

جدول (٢) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الاكتئاب لأفراد المجموعتين المرضى وغير المرضى من الذكور والإناث

المجموعة	الذكور			الإناث			الذكور والإناث		
	المتوسط	الانحراف المعياري	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	العدد
المرضى	١٥,٦١	٩,٩٩	٤٦	١٩,٤٧	٨,٩٧	٤٩	١٧,٦٠	٩,٦٢	٩٥
غير المرضى	٨,٠٥	٤,٥٤	٤٢	١١,٦٧	٧,٧٩	٤٥	٩,٩٢	٦,٦٥	٨٧
المتوسط	١٢,٠٠	٨,٧٠	٨٨	١٥,٧٣	٩,٢٥	٩٤	١٣,٩٣	٩,١٦	١٨٢

درجة الاكتئاب عند الذكور (١٢,٠٠) أدنى منها عند الإناث (١٥,٧٣). ويتضح من الجدول أن متوسط أفراد مجموعة المرضى الذكور بلغ (١٥,٦١)، وأن متوسط الإناث في مجموعة المرضى بلغ (١٩,٤٧)، ومتوسط أفراد مجموعة غير المرضى الذكور بلغ (٨,٠٥)، ومتوسط أفراد

مجموعة غير المرضى الإناث بلغ (١١,٦٧). وللتحقق من مستوى دلالة الفروق بين المتوسطات، تم استخدام تحليل التباين المشترك الثنائي، ويبين الجدول (٣) نتائج هذا التحليل.

جدول (٣) تحليل التباين الثنائي لدرجات الاكتئاب لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم وغير المرضى حسب الجنس وتفاعل المرض مع الجنس

الدالة	"ف"	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
*٠,٠٠	٤٠,١٧	٢٦٧٦,٩٠	١	٢٦٧٦,٩٠	المرض
*٠,٠٠	٩,٥٢	٦٣٤,٤٦	١	٦٣٤,٤٦	الجنس
٠,٩٢	٠,٠١	٠,٦٦	١	٠,٦٦	المرض × الجنس
		٦٦,٦٥	١٧٨	١١٨٦٣,٠٧	الخطأ
			١٨١	١٥١٧٥,٠٩	المجموع

* الفروق دالة عند مستوى ($\alpha < ٠,٠١$)

يتضح من الجدول (٣) أن هناك اختلافاً دالاً احصائياً في مستوى الاكتئاب تبعاً لمتغير المرض، حيث كانت قيمة المعامل الإحصائي (ف) (٤٠,١٧) وهذه القيمة دالة عند مستوى ٠,٠١ وبالرجوع إلى جدول المتوسطات الحسابية في الجدول (٢) يتضح أن متوسط الأفراد المرضى كان أعلى على مقياس الاكتئاب مقارنة بعينة الأفراد غير المرضى. كما بين تحليل التباين وجود اختلاف دال احصائياً في مستوى الاكتئاب يعزى إلى متغير الجنس، حيث بلغت قيمة الإحصائي (ف) ٩,٥٢ وهذه القيمة دالة عند مستوى ٠,٠١ وبالرجوع إلى جدول المتوسطات الحسابية في الجدول (٢) يتضح أن متوسط الذكور على مقياس الاكتئاب أدنى من متوسط الإناث. كذلك أشارت النتائج إلى أن التفاعل في مستوى الاكتئاب بين متغيري المرض والجنس لم يبلغ مستوى الدلالة الإحصائية [ف (١, ١٨١) = ٠,٠١؛ ح < ٠,٩٢] أي أن الفرق الدال في درجة الاكتئاب بين مجموعتي الذكور المرضى بضغط الدم وغير المرضى لا يختلف عن الفرق الدال في درجة الاكتئاب بين مجموعتي الإناث المرضى وغير المرضى.

السؤال الثاني : هل توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط الدرجات المسجلة على مقياس حالة القلق لمرضى ارتفاع ضغط الدم وغير المرضى؟ وهل هناك تفاعل بين متغيري المرض والجنس؟

وللإجابة عن السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمجموعة مرضى ضغط الدم ولمجموعة الأصحاء من الذكور والإناث وبين الجدول رقم (٤) هذه النتائج، ومن خلال تفحص الجدول (٤) تبين أن متوسط درجة حالة القلق لدى المرضى

جدول (٤) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى حالة القلق لأفراد المجموعتين المرضى وغير المرضى الذكور والإناث

المجموعة	الذكور			الإناث			الذكور والإناث		
	المتوسط	الانحراف المعياري	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	العدد
المرضى	٤٢,٦٣	٧,٩٥	٤٦	٤٦,٥٩	٨,١٢	٤٩	٤٤,٦٧	٨,٢٤	٩٥
غير المرضى	٣١,٩٥	٧,٠٣	٤٢	٣٣,٦٢	٦,٢٢	٤٥	٣٢,٨٢	٦,٦٣	٨٧
متوسط	٣٧,٥٣	٩,٢١	٨٨	٤٠,٣٨	٩,٧٣	٩٤	٣٩,٠١	٩,٥٦	١٨٢

الذكور والإناث (٤٤,٦٧) أعلى من متوسط غير المرضى (٣٢,٨٢). ومتوسط درجة حالة القلق لدى الذكور (٣٧,٣٥) أدنى منها لدى الإناث (٤٠,٣٨). ويتضح من الجدول أيضاً أن متوسط أفراد مجموعة المرضى الذكور بلغ (٤٢,٦٣)، وأن متوسط الإناث في مجموعة المرضى بلغ (٤٦,٥٩)، ومتوسط أفراد مجموعة غير المرضى الذكور بلغ (٣١,٩٥)، ومتوسط أفراد مجموعة غير المرضى الإناث بلغ (٣٣,٦٢). وللتحقق من مستوى دلالة الفروق بين المتوسطات، تم استخدام تحليل التباين المشترك الثنائي، وبين الجدول (٥) نتائج هذا التحليل.

جدول (٥) نتائج تحليل التباين الثنائي لدرجات حالة القلق لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم وغير المرضى حسب الجنس وتفاعل المرض مع الجنس

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	"ف"	الدلالة
المرض	٦٣٤١,٧٨	١	٦٣٤١,٧٨	١١٥,٩٣	*٠,٠٠
الجنس	٣٥٩,٦٢	١	٣٥٩,٦٢	٦,٥٧	*٠,٠١
المرض × الجنس	٥٩,٥٥	١	٥٩,٥٥	١,٠٩	٠,٣٠
الخطأ	٩٧٣٧,٠٤	١٧٨	٥٤,٧٠		
المجموع	١٦٤٩٧,٩٩	١٨١			

* الفروق دالة عند مستوى ($\alpha < ٠,٠١$)

يتضح من الجدول (٥) أن هناك اختلافاً دالاً إحصائياً في مستوى حالة القلق تبعاً لمتغير المرض، حيث كانت قيمة الإحصائي (ف) (١١٥,٩٣) وهذه القيمة دالة عند مستوى ٠,٠١ وبالرجوع إلى جدول المتوسطات الحسابية الجدول (٤) يتضح أن متوسط الأفراد المرضى كان أعلى على مقياس حالة القلق مقارنة بعينة الأفراد غير المرضى. كما بين تحليل التباين الثنائي وجود اختلاف دال إحصائياً في مستوى حالة القلق يعزى إلى متغير الجنس، حيث بلغت قيمة المعامل الإحصائي (ف) (٦,٥٧) وهذه القيمة دالة عند مستوى ٠,٠١، وبالرجوع إلى جدول المتوسطات الحسابية الجدول (٤) يتضح أن متوسط الذكور على مقياس حالة القلق أدنى من متوسط الإناث. كذلك أشارت النتائج إلى أن التفاعل في مستوى حالة القلق بين متغيري المرض والجنس لم يبلغ مستوى الدلالة الإحصائية [ف (١, ١٨١) = ١,٠٩ ؛ ح < ٠,٠٣] ، أي أن الفرق الدال في درجة حالة القلق بين مجموعتي الذكور المرضى بضغط الدم وغير المرضى لا يختلف عن الفرق الدال في درجة حالة القلق بين مجموعتي الإناث المرضى وغير المرضى.

السؤال الثالث: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط الدرجات المسجلة على مقياس سمة القلق لمرضى ارتفاع ضغط الدم وغير المرضى؟ وهل هناك تفاعل بين متغيري الجنس والمرض؟

وللإجابة عن السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمجموعة مرضى ضغط الدم ولمجموعة الأصحاء من الذكور والإناث وبين الجدول رقم (٦) هذه النتائج. ومن خلال تفحص الجدول (٦) تبين أن متوسط درجة سمة القلق لدى المرضى الذكور والإناث (٤٩,٦٨) أعلى من متوسط غير المرضى (٣٦,٧٦). ومتوسط درجة سمة القلق لدى الذكور المرضى أدنى من الإناث المرضى، بينما لا تختلف الدرجات بين الذكور والإناث الأصحاء. ويتضح من الجدول أن متوسط أفراد مجموعة المرضى الذكور بلغ (٤٧,٨٩)، وأن متوسط الإناث في مجموعة المرضى بلغ (٥١,٣٧)، كما يتضح من الجدول أن متوسط

جدول (٦) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لسمة القلق لأفراد المجموعتين المرضى وغير المرضى الذكور والإناث

المجموعة	الذكور			الإناث			المجموع		
	المتوسط	الانحراف المعياري	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	العدد
المرضى	٤٧,٨٩	١٠,٢٣	٤٦	٥١,٣٧	١٠,٦١	٤٩	٤٩,٦٨	١٠,٥٢	٩٥
غير المرضى	٣٦,٨٣	٧,٦٧	٤٢	٣٦,٦٩	٧,٥٤	٤٥	٣٦,٧٦	٧,٥٦	٨٧
المجموع	٤٢,٦١	١٠,٦٢	٨٨	٤٤,٣٤	١١,٨٠	٩٤	٤٣,٥١	١١,٢٥	١٨٢

أفراد مجموعة غير المرضى الذكور بلغ (٣٦,٨٣)، وأن متوسط أفراد مجموعة غير المرضى الإناث بلغ (٣٦,٦٩). وللتحقق من مستوى دلالة الفروق بين المتوسطات، تم استخدام تحليل التباين الثنائي المشترك، وبين الجدول (٧) نتائج هذا التحليل.

جدول (٧) نتائج تحليل التباين الثنائي لدرجات سمة القلق لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم وغير المرضى حسب الجنس وتفاعل المرض مع الجنس

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	"ف"	الدلالة
المرض	٧٥١١,٥٨	١	٧٥١١,٥٨	٨٨,٩٦	*٠,٠٠
الجنس	١٢٥,٨٨	١	١٢٥,٨٨	١,٤٩	٠,٢٢
المرض × الجنس	١٤٨,٦٥	١	١٤٨,٦٥	١,٧٦	٠,١٩
الخطأ	١٥٠٢٩,٣٢	١٧٨	٨٤,٤٣		
المجموع	٢٢٨١٥,٤٣	١٨١			

الفروق دالة عند مستوى $(\alpha < ٠,٠١)$

ويتضح من الجدول (٧) أن هناك اختلافاً دالاً إحصائياً في مستوى سمة القلق تبعاً لمتغير المرض، حيث كانت قيمة المعامل الإحصائي (ف) (٨٨,٩٦) وهذه القيمة دالة عند مستوى ٠,٠١. وبالرجوع إلى جدول المتوسطات الحسابية في جدول (٦) يتضح أن متوسط الأفراد المرضى كان أعلى على مقياس حالة القلق مقارنة بعينة الأفراد غير المرضى. كما بين تحليل التباين وجود اختلاف دال إحصائياً في مستوى سمة القلق يعزى إلى متغير الجنس، حيث بلغت قيمة الإحصائي (ف) (١,٤٩) وهذه القيمة ليست ذات دلالة. وبالرجوع إلى جدول المتوسطات الحسابية جدول (٦) يتضح أن متوسط درجة سمة القلق لدى الذكور المرضى أدنى من الإناث المرضى بينما لا تختلف الدرجات بين الذكور والإناث الأصحاء. كذلك أشارت النتائج إلى أن التفاعل في مستوى سمة القلق بين متغيري المرض والجنس لم تبلغ مستوى الدلالة الإحصائية [ف (١, ١٨١) = ١,٧٦؛ ح < ٠,١٩]، أي أن الفرق الدال في درجة سمة القلق بين مجموعتي الذكور المرضى بضغط الدم وغير المرضى لا يختلف عن الفرق الدال في درجة مجموعتي الإناث المرضى وغير المرضى.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج:

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد نسب انتشار الاكتئاب والقلق لدى عينة من مرضى ضغط الدم المرتفع مقارنة بغير المرضى في مدينة القدس، كما هدفت إلى معرفة الفروق في متوسط درجات الاكتئاب والقلق لدى مرضى ضغط الدم المرتفع وغير المرضى وفقاً لمتغير الجنس والتفاعل بين هذه المتغيرات، وفيما يأتي سيتم عرض نتائج الدراسة ومناقشتها :

أشارت النتائج إلى أن هناك اختلافاً دالاً في مستوى الاكتئاب تبعاً لمتغير المرض لدى الذكور والإناث، حيث إن الأفراد المرضى بارتفاع ضغط الدم كان لديهم مستوى أعلى من الاكتئاب مقارنة بعينة الأفراد الأصحاء. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج العديد من الدراسات السابقة كدراسة وي وآخرين (Wei, et al., 2004) حيث أشارت نتائجها إلى أن نسبة انتشار الاكتئاب عند مرضى ارتفاع ضغط الدم أعلى من نسبة انتشارها عند الأصحاء. ودراسة إيجيدي (Egede, 2007) حيث بلغت نسبة انتشار الاكتئاب عند مرضى ضغط الدم المرتفع ٨٠%. ودراسة زهانج وآخرين (Zhang, et al., 2008) التي أشارت نتائجها إلى أن لدى ٨٠ مريضاً مصاباً بارتفاع ضغط الدم اكتئاباً من العينة الكلية ١٠٢ مريض. ودراسة كنكارتان (Cankurtaran, et al., 2005) ودراسة نيتي وآخرين (Niti, et al., 2007) اللتان أشارتا إلى أن الاكتئاب يصاحب ارتفاع ضغط الدم وغيره من الأمراض المزمنة. وأيدت دراسة سكوت وآخرين (Scott, et al., 2007) وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين ارتفاع ضغط الدم والاكتئاب. وكذلك أيدت دراسة كمال وآخرين (٢٠٠٤) ودراسة ستيفن وآخرين (Steffens, et al., 2003) وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين الاكتئاب وارتفاع ضغط الدم. في حين لم تتفق نتيجة السؤال الأول (صفحة ٣٩) مع دراسة الرفاعي وآخرين (EL- Rufaie, et al., 1999) حيث أشارت نتائجها إلى عدم وجود فروق ذات دلالة في نسبة انتشار الاكتئاب بين مجموعة مرضى ارتفاع ضغط الدم والأصحاء. وكذلك دراسة شيانج وآخرين (Cheung, et al., 2005) ودراسة باترنيتي وآخرين (Paternity, et al., 1999) حيث بينت نتائجها عدم وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين ارتفاع ضغط الدم والاكتئاب.

ويمكن تفسير انتشار الاكتئاب عند مرضى ارتفاع ضغط الدم؛ بأن مرضى ارتفاع ضغط الدم تتولد لديهم الأفكار السلبية باعتبار ارتفاع ضغط الدم من أخطر العوامل المؤدية إلى حدوث تصلب الشرايين أو الجلطة القلبية أو السكتة الدماغية، والتي من شأنها أن تعزز

مستوى الإحساس بالاكنتاب لدى المصابين. كما قد تُفسّر هذه النتيجة بسبب التأثيرات الجانبية لبعض الأدوية المضادة لارتفاع ضغط الدم كمحاصرات بيتا (Beta Blockers) بسبب منعها جيشان الدم الذي يرافق الانفعالات والإجهاد، وتخفض مستوى الطاقة إذ تجعل القلب يضخ الدم بقوة أقل ويبطئ أكبر كما أن بعض أنواعها قد يسبب اضطراباً في النوم (حلي، ٢٠٠٤؛ صليبا، ٢٠٠٢).

كما أشارت النتائج إلى وجود اختلاف دال في مستوى الاكنتاب يعزى إلى متغير الجنس، حيث إن مستوى الاكنتاب لدى الإناث كان أعلى مقارنة بالذكور. وقد تعود زيادة أعراض الاكنتاب لدى الإناث إلى أنهن أكثر تعرضاً للضغوط الاجتماعية، ولنتيجة الفوارق الجسدية بين الرجال والنساء التي يبدو أنها تجعل النساء أكثر عرضة للاكنتاب، ولعل الفارق الأكثر أهمية هو مستوى هرمونين الإستروجين والبروجسترون؛ فالنساء يملكن مستوى أعلى من هذين الهرمونين وتتغير المستويات خلال الدورة الحوضية واثناء الحمل والولادة وعند سن اليأس كما أن حبوب منع الحمل قد تكون سبباً للاكنتاب (ماكزوي، ٢٠٠٤). وقد اتفقت هذه النتيجة مع دراسة باترنيني وآخرين (Paternity, et al., 1999)، ودراسة بان وآخرين (Pan, et al. 2007) ودراسة بلاي وآخرين (Blay, et al., 2007) ودراسة مكودجال وآخرين (Mcdougall et al., 2007) ودراسة أوهاين وهونج (Ohayon and Hong, 2005).

ونظراً لتشابه النتائج لدى حالة وسمة القلق فقد تم مناقشة النتائج معاً. وأشارت النتائج المرتبطة بالقلق إلى أن هناك اختلافاً دالاً في مستوى حالة وسمة القلق تبعاً لمتغير المرض عند الذكور والإناث، حيث إن الأفراد المرضى بارتفاع ضغط الدم كان لديهم مستوى أعلى من حالة وسمة القلق مقارنة بعينة الأفراد الأصحاء. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج العديد من الدراسات السابقة، كدراسة سكت وآخرين (Scott, et al., 2007) التي أشارت نتائجها إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين ارتفاع ضغط الدم والقلق وكذلك أكدت دراسة كمال وآخرين (٢٠٠٤) ودراسة شيانج وآخرين (Cheung, et al., 2005) وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين ارتفاع ضغط الدم والقلق، بينما دراسة وي ووانج (Wei and Wang, 2006) فقد أكدت هذه النتيجة جزئياً، حيث أشارت نتائجها إلى أن المصابين بارتفاع ضغط الدم لديهم مستوى أعلى على مقياس سمة القلق وليس على مقياس حالة القلق مقارنة بالأصحاء. أما دراسة باترنيني وآخرين (Paternity, et al., 1999) فقد أشارت نتائجها إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين ارتفاع ضغط الدم وسمة القلق عند الذكور وليس الإناث.

ويفسر ارتفاع نسبة القلق بين مرضى ضغط الدم المرتفع كآلآتي؛ إذ تنشأ أعراض القلق النفسي من زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاارادي السمبثاوي ، ومن تزايد نسبة الأدرينالين والنورأدرينالين في الدم ومن علامات تنبيه الجهاز السمبثاوي أن يرتفع ضغط الدم، وأن يزيد معدل نبضات القلب ومعدل السكر في الدم وأن يحفز الجهاز العصبي ويجعله في حالة انتباه ووعي دائمين مما يجعل الفرد في قلق متزايد (الخالدي، ٢٠٠٦). ومما سبق نلاحظ أن ارتفاع ضغط الدم يعد من العوامل المساهمة في حدوث القلق. كما ينشأ القلق عند المرضى من خطر مضاعفات الإصابة بارتفاع ضغط الدم فتتراود لديهم شكوك حول صحتهم بسبب ارتفاع ضغط الدم.

في حين لم تؤيد دراسة شيفز وكيد (Chaves and Cade, 2004) ودراسة سكميتز وآخرين (Schmitz, et al., 2006) ودراسة الرفاعي وآخرين (EL-Rufaie, et al., 1999) وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين ارتفاع ضغط الدم والقلق. حيث أشارت نتائج دراسة الرفاعي وآخرين (EL-Rufaie, et al., 1999) الى عدم وجود فروق ذات دلالة في نسبة انتشار القلق بين مجموعة مرضى ارتفاع ضغط الدم والأصحاء. وكذلك بينت نتائج دراسة شيفز وكيد (Chaves and Cade, 2004) عدم وجود ارتباط ذي دلالة إحصائية بين ارتفاع ضغط الدم والقلق. ودراسة سكميتز وآخرين (Schmitz, et al., 2006) التي أشارت نتائجها إلى عدم وجود علاقة بين إدراك الإصابة بارتفاع ضغط الدم والقلق.

ويعتبر القلق من العوامل المؤثرة والمتأثرة بارتفاع ضغط الدم. حيث أشارت نتائج دراسة هارتر وآخرين (Harter, et al., 2003) إلى أن نسبة احتمال خطر الإصابة بارتفاع ضغط الدم عند الذكور المصابين بالقلق بلغت (٢٤,٦%) أعلى من نسبة الذكور غير المصابين بالقلق (١٦,٣%) أما الإناث الذين شخصت حالتهم بالقلق فبلغت نسبة احتمال خطر الإصابة بارتفاع ضغط الدم (١٨,٢%) بينما بلغت النسبة عند غير المصابات بالقلق (٣%).

كما أشارت النتائج الى وجود اختلاف دال إحصائياً في مستوى حالة القلق عند المرضى والأصحاء تبعاً لمتغير الجنس، حيث ان مستوى القلق لدى الإناث كان اعلى مقارنة بالذكور. فيعد اضطراب القلق العام من الاضطرابات النفسية التي تزيد نسبة انتشارها عند الاناث من الذكور (American Psychiatric Association, 2000). وكذلك في دراسة سومر وآخرين (Somers, et al., 2006) حيث كانت نسبة انتشار القلق ١٨,٥% أعلى من الذكور ١٠,٤%. وكذلك في دراسة سبوكي وويتشن (Sobocki and Wittchen, 2005) حيث كانت نسبة انتشار القلق عند الذكور ٧,٨% أدنى من الإناث ١٢%.

في حين اشارت نتائج هذه الدراسة إلى انه لا يوجد اختلاف دال إحصائياً في مستوى سمة القلق يعزى إلى متغير الجنس. ويمكن تفسير ذلك بأن القلق كسمة ينتشر بين الذكور والإناث على حد سواء، لكن تلعب الظروف السيئة التي يعيشها فيها دوراً رئيسياً في تنمية سمة القلق.

إن أهمية معرفة ارتباط ارتفاع ضغط الدم بالاكتئاب والقلق مهم جداً. وتشير هذه النتائج إلى أهمية توافر في المراكز الطبية والمستشفيات أخصاء نفسيون لرعاية حالة المرضى النفسية كتوافر أطباء مختصين لرعاية حالة المرضى البدنية. وخاصة أن التزام المرضى ببرنامج العلاج الطبي يقتضي صحة نفسية، كما أن النقص من الاكتئاب والقلق يقلل من تفاقم الابعاء الاقتصادية والاجتماعية و الصحية، وأشار الشربيني (٢٠٠١) إلى أن الاكتئاب من أكثر الحالات التي تؤثر على الإنتاجية في العمل، وإستهلاك الخدمات الطبية. كما أثبتت دراسة سبوكي وآخرين (Sobocki, et al., 2006) ودراسة سبوكي وويتشن (Sobocki and Wittchen, 2005) الى أن الاكتئاب والقلق من الامراض المكلفة اقتصادياً.

التوصيات والاستنتاجات:

١. ان نسبة انتشار الاكتئاب والقلق بين المرضى بارتفاع ضغط الدم عالية نسبياً. مما يدعو الى اهمية توفير اخصائيين نفسيين في مراكز الرعاية الصحية الاولى والمستشفيات من اجل التقليل من اثر العوامل النفسية على مرض ارتفاع ضغط الدم وغيره من الامراض.
٢. اجراء المزيد من الدراسات حول العلاقة بين الاضطرابات النفسية والامراض المزمنة الاخرى، وكيفية اسهام العوامل النفسية من تعزيز فرص الاصابة بمرض والزيادة او التخفيف من حدة
٣. اجراء دراسات على مرضى ارتفاع ضغط الدم تتناول متغيرات اخرى كمتغير العمر ومتغير تناول الادوية الخافضة لضغط الدم.

المراجع

- ابو البصل، نغم (٢٠٠٦)، تقدير الذات والقلق والاكتئاب لدى المصابين بالسرطان في مرحلته الاولى، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الاردنية، عمان، الأردن.
- ابو زينة، سامح (٢٠٠٠)، موسوعة الامراض الشائعة (امراض القلب- الضغط - السكر- امراض الجهاز التنفسي- امراض الجهاز البولي- امراض جهاز الهضم - الاورام - الايدز)، (ط١)، عمان: دار اسامة للنشر والتوزيع.
- ابو صايمة، عابدة (١٩٩٥)، القلق والتحصيل الدراسي، عمان: المركز العربي للخدمات الطلابية.
- اسماعيل، بشرى (٢٠٠٤) ضغوط الحياة والاضطرابات النفسية، (ط١)، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- باشا، حسان شمسي (١٩٩٤)، ارتفاع ضغط الدم، (ط١)، دمشق: دار القلم للطباعة والنشر والتوزيع.
- كمال، عبد العزيز و بنر، عبد الباري و فارس، عمر، (٢٠٠٤). المجلة العربية للطب النفسي، ١٥(٢).
- بيفرز د.ج (٢٠٠٢)، الدليل الطبي للأسرة: ضغط الدم، (ترجمة: جولي صليبيا)، بيروت: اكاديمية انترناشيونال للنشر والطباعة.
- الجاموس، نور الهدى (٢٠٠٤)، الاضطرابات النفسية- الجسمية السيكوسوماتية، عمان: دار اليازوري العلمي للنشر والتوزيع.

- الحجاوي، عبد الكريم (٢٠٠٤)، موسوعة الطب النفسي، (ط١)، عمان: دار اسامة للنشر والتوزيع.
- حقي، الفت (٢٠٠١)، الاضطراب النفسي التشخيص والعلاج والوقاية، (ط١)، الجزء الأول، الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- الحلبي، جميل (٢٠٠٤)، كل شيء عن ضغط الدم، (ط١)، لبنان: دار الوارق للنشر والتوزيع.
- حمدي، نزيه وابو حجلة، نظام وابو طالب، صابر (١٩٨٨)، البناء العملي ودلالات صدق وثبات صورة معربة لقائمة بيك للاكتئاب، مجلة الدراسات الجامعة الاردنية (العلوم الانسانية)، ١٥، ١.
- الخالدي، اديب محمد (٢٠٠٦)، مرجع في علم النفس الاكلينيكي، (ط١)، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.
- خوري، حنا (٢٠٠٤)، حالة الاكتئاب لدى مريض السكري نمط ٢، عالم السكري، (٢)، ٢٧-٢٩.
- الداهري، صالح حسن احمد (٢٠٠٥)، مبادئ الصحة النفسية، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.
- رفعت، محمد (١٩٨٦)، امراض القلب والغدد، (ط١)، القاهرة : مؤسسة عز الدين للطبع والنشر.
- سرحان، وليد والتكريتي، وليد وحباشنة، محمد (٢٠٠٤)، القلق، (ط١)، عمان: دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.

- الشربيني، لطفي (٢٠٠١)، الاكتئاب: الاسباب والمرض والعلاج، (ط١)، لبنان: دار النهضة العربية.
- شربت، اشرف محمد عبد الغني، و حلاوة، محمد السيد (٢٠٠٣)، الصحة النفسية بين النظرية والتطبيق، (ط١)، الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- عبد الرحمن، محمد السيد (١٩٩٩)، علم الأمراض النفسية والعقلية (الأسباب-الأعراض-التشخيص-العلاج)، القاهرة: دار قباء.
- عبد اللطيف، آذار عباس (٢٠٠٢)، الاكتئاب مرض العصر، دمشق: دار التكوين.
- عبد الخالق، احمد محمد (٢٠٠٠)، الدراسة التطورية للقلق، (ط٢)، القاهرة: دار المعرفة الجامعية.
- عبد القادر، فاضل (٢٠٠٥)، كيف تتغلب على القلق والاكتئاب، عمان: دار اسامة للنشر والتوزيع.
- عبد المعطي، حسن مصطفى (٢٠٠٣)، الامراض السيکوسوماتية: التشخيص الاسباب العلاج، (ط١)، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق
- عثمان، فاروق السيد (٢٠٠١)، القلق وادارة الضغوط النفسية، (ط١)، القاهرة: دار الفكر العربي.
- فايد، حسين علي (٢٠٠٥)، المشكلات النفسية الاجتماعية، (ط١)، القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
- كتاني، منذر ابراهيم (٢٠٠٦)، بحوث في ظاهرة القلق، (ط١)، اربد: دائرة المكتبة الوطنية.

- كراملينغز، كيث (٢٠٠٢)، حول الاكتئاب، (ترجمة: الدار العربية للعلوم)، (ط١)، بيروت: الدار العربية للعلوم.
- مكنزي، كوام (٢٠٠٤)، الدليل الطبي للأسرة: الاكتئاب، (ترجمة: جولي صليبيا)، بيروت: أكاديمية انترناشيونال للنشر والطباعة.
- محمد، محمد جاسم (٢٠٠٤)، علم النفس الاكلينيكي، (ط١)، عمان: مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع
- المطيري، معصومة سهيل (٢٠٠٥)، الصحة النفسية: مفاهيمها اضطراباتها، (ط١)، الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- الموصلي، وداد و محمود، حسن عبد الغني (٢٠٠٧)، الصحة النفسية، (ط١)، عمان: دار زهران للنشر والتوزيع.
- الهبر، عصمت عادل (١٩٩٨)، السكري ارتفاع ضغط الدم الكولسترول، بيروت: دار المؤلف للطباعة والنشر والتوزيع.

- American Psychiatric Association. (2000). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, (4th ed), Washington, DC.
- Beck, A.T. (1967), **Depression, Clinical Experimental and Theoretical Aspects**, London: Staples Press.
- Beck, Aron T. (1978), **Cognitive Therapy and Emotional Disorders**, NewYoyk: International Universities Press.
- Black, H.R. Bakris, G.L. and Elliott, W.J. (2001), Hypertension: Epidemiology, Pathophysiology, Diagnosis and Treatment, In: V. Fuster, R.W. Alexander, and R.A. O'rouke, **Hurt's the Heart**, (10th ed.), United States: The McGraw-Hill Companies, Inc.
- Blay, S.L. Andreoli, S.B. Fillenbaum, G.G. and Gastal, F.L. (2007), Depression morbidity in later life: Prevalence and correlates in a developing country, **American Journal of Geriatric Psychiatry**, 15 (9), 790-799.
- Braunwald, E. (1997), **Heart disease**, London, W.B. Saunders.
- Cankurtaran, M. Halil, M. Yavuz, B. Degli, N. Cankurtaran, E.S. and Ariogul, S. (2005), Depression and concomitant disease in a Turkish geriatric outpatient setting, **Arch Gerontol Geriatr**, 40(3), 307-315.

- Chaves, E.C. and Cade, N.V. (2004), Anxiety effects on blood pressure of women with hypertension, **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 12 (2) 162-167.
- Cheung, B. Au, T. and Chan, S. (2005), The relationship between hypertension and anxiety or depression in Hong Kong Chinese. **The Journal of the International Academy of Cardiovascular Sciences**, 10, 21-24.
- Comer, Ronald J. (2004), **Abnormal Psychology**, (5th ed). New York: Worth publishers.
- Dozois, J. A. and Dobson K. (2004), **The Prevention of Anxiety and Depression Theory, Research and Practice**, Washington: American Psychological Association.
- Ebmeier, K.P. Danaghey, C. and Steele, D. (2006), Recent developments and current controversies in depression, **The Lancet**, 367, 153-167.
- Egede, Leonard E. (2007), Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability, **General Hospital Psychiatry**, 29 (5), 409-416
- Glover, M.J. Greenlund, K.J. Ayala, C. and Croft J.B.(2005), Racial Ethnic Disparities in prevalence, treatment, and control of

hypertension in united states 1999-2000, **MMWR Weekly**, 54(01), 7-9.

- Gotlib, L.H. and Hammen, C.L. (2002), **Handbook of Depression**, London: The Gailford Press.
- Harkreader, H. (2000), **Fundamentals of nursing: Clinical judgement**, London, W.B. Sanders.
- Harter, M.C. Conway, K.P. and Merikangas, K.R. (2003), Associations between anxiety disorders and physical illness, **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, 253 (6), 313-320.
- Johnson, R. (2002), Adverse Behavioral and emotional outcomes from child abuse and witnessed violence, **Child Maltreatment**, 7 (3), 179-190.
- Karam, E.G. Mneimneh, Z.N. Karam, Aimee N. Fayyad, J.A. Nasser, S. C. Chatterji, S. and Kessler, R. C. (2006), Prevalence and treatment of mental disorder in Lebanon: a national epidemiological survey, **The Lancet**, 367, 100-1006.
- Kendall, P.C. and Hammen, C. (1998), **Abnormal Psychology: Understanding human problems**, Boston: Houghton Unifflin Co.

- Maddux, J.E. and Winstead, B.A. (2005), **Foundations for Contemporary Understanding**, London: Laurence Erlbaum Associates Publishers.
- Mcdougall, F.A. Kvaal, K. Matthews, F.E. Paykel, E. Jones, P.B. Dewey, M.E. and Brayne, C. (2007), Prevalence of depression in older people in England and Wales: the MRC CFA study, **Psychological Medicine**, 2007 (37), 1787-1795.
- Mokhber, M. Majidi, M.R. and Haghighatpoor, M. (2008), Prevalence of depression in an elderly population in Iran, **European Psychiatry**, 23 (2), 296.
- Moussavi, S. Chatterji, S. Verdes, E. Tandon, A. Patel, V. and Ustun, B. (2007), Depression, Chronic disease, and decrements in health: results from the World Health Surveys, **The Lancet**, 730 (9590), 851-858.
- Neale, J.M. Davison, G.C. and Kring, A.M. (2004), **Abnormal Psychology**, New York: John Wiley and Sons.
- Niti, M. Ng, T.P. Kua, E.H. Ho, R.C. and Tan, C.H. (2007), Depression and chronic medical illnesses in Asian older adults: The role of subjective health and functional status, **International Journal of Geriatric Psychiatry**, 22 (11), 1087-1094.

- Ohayon, M.M. and Hong, S.C. (2005), Prevalence of major depressive disorder in the general population of South Korea, **Journal of Psychiatric Research**, 40 (2006), 30-36.
- Padden, M.O. and Stepke, B. (2008), Hypertension, In: J.E. South-Paul, S.C. Matheny and E.L. Lewis, **Current Diagnosis and Treatment in Family Medicine**, (2nd ed.), United States: The McGraw-Hill Companies, Inc.
- Pan, A. Franco, O.H. Wang, Y.F. Yu, Z.J. Ye, X.W. and Lin, X. (2008), Prevalence and geographic disparity of depressive symptoms among middle-aged and elderly in China, **Journal of Affective Disorders**, 105 (1-3), 167-175.
- Paterniti, S. Alperovitch, A. Ducimetiere, P. Dealberto, M.J. Lepine, J. P. and Bisslerbe, J. C. (1999), Anxiety but not depression is associated with elevated blood pressure in a community group of French elderly. **American Psychosomatic Medicine**, 61, 77-83.
- Rashidi, A., Rahman, M. and Wright, J.T. (2008), Diagnosis and Treatment of Hypertension, In: V. Fuster, R.W. Alexander and R.A. O'rouke, **Hurt's the Heart**, (12th ed.), United States: The McGraw-Hill Companies, Inc.
- Richards, S. and Perri, M.G. (2002), **Depression: A primer for Practitioners**, California: Sage Publishers, Inc.

- El-Rufaie, O. Bener, A. Ali, T.A. and Abuzeid, M.S. (1999), Psychiatric morbidity among hypertensive men: a controlled study, **Nordic Journal of Psychiatry**, 53 (1), 41-44.
- Sanz, J. Garcia-Vera, M.P. Magan, I. Espinosa, R. and Fortun, M. (2006), Differences in personality between sustained hypertension, isolated clinic hypertension and normotension, **European Journal of Personality**, 21 (2), 209-224.
- Sareen, J. Cox, B.J. and Asmundson, G. (2005), The relationship between anxiety disorders and physical disorders in the U.S. National Comorbidity Survey, **Depression and Anxiety**, 21 (4), 193-202
- Saseen, J.J. and Maclaughlin, E.J. (2008), Hypertension, In: J.T. Dipiro, R.L. Talbert, G.C. Yee, G.R. Matzake and B.G. Wells, **Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach**, (7th ed.), United States: The McGraw-Hill Companies, Inc.
- Schmitz, N. Thefeld, W. and Kruse J. (2006), Mental Disorders and Hypertension: Factors associated with awareness and treatment of Hypertension in the general population of Germany, **American Psychosomatic Society**, 68, 246-252.
- Scott, K.M. Bruffaerts, R. Tsang, A. Ormel, J. Alonso, J. Angremeyer, M.C. Benjet, C. Bromet, E. Degraaf, R. He, Y. Kessler, R.C. Levinson, D. Stein, D.J. and Takeshima, T. (2007), Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions:

Results from the World Mental Health surveys, **Journal of Affective Disorders**, 103 (1-3), 113-120.

- Scully, C. and Cawson R. C. (2005), **Medical Problems in Dentistry**, (5th ed.), London: Elsevier Churchill Livingstone.
- Sobocki, P. and Wittchen, H.U. (2005), Cost of anxiety disorders in Europe, **European Journal of Neurology**, 12 (1), 39-44.
- Sobocki, P. Lekander, I. Borgstrom, F. Strom, O. and Runeson, B. (2006), The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005, **European Psychiatric**, 22 (20007), 146-152.
- Somers, J.M. Goldner, E.M. Waraich, P (2006), Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: A systematic review of the literature, **Psychiatry**, 2006 (51), 100-103.
- Speilberger, Charles D. (1983), **Manual for State Trait Anxiety Inventory** (form X), Palo Ato, California: Consulting Psychologists Press.
- Veeraraghavan, V. and Singh, S. (2002), **Anxiety disorders: Psychological assessment and treatment**, (1st ed.), California: Sage publishers Inc.
- Walling, A.D. (2005), **Anxiety and Depression in cardiovascular disease**, American family Physicians.

- Wei, T.M. and Wang L. (2006), Anxiety Symptoms in Patients with Hypertension: A community based study, **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, 36 (3), 315-322.
- Wei, T. Zeng, C. Chen, L. Wang, S. Li, S. Chen, Q. and Wang, L. (2004), Predicting factors of depression in patients with primary hypertension: A community-based study, **International Journal of Psychiatry in Clinical Practice**, 8 (4), 213-217.
- World Health Organization (2002), **The world health report** Geneva Switzerland: World Health Organization.
- Zhang, J. Ye, M. Huang, H. Li, L. and Yang A. (2008), Depression of Chronic Medical Inpatients in China, **Archives of Psychiatric Nursing**, 22 (1), 39-49.

الملاحق

ملحق رقم (١)

ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية لمقياس بيك للاكتئاب

الفقرة	درجة الارتباط
١	٠,٥٥
٢	٠,٤٨
٣	٠,٦٣
٤	٠,٦٢
٥	٠,٣٤
٦	٠,٣٢
٧	٠,٤٧
٨	٠,٥٣
٩	٠,٦١
١٠	٠,٤٢
١١	٠,٥٣
١٢	٠,٥٧
١٣	٠,٤٨
١٤	٠,٣٧
١٥	٠,٥٧
١٦	٠,٤٥
١٧	٠,٦٦
١٨	٠,٤٥
١٩	٠,٤٢
٢٠	٠,٦٤
٢١	٠,٤٥

ملحق رقم (٢)

ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية لمقياس حالة القلق

الرقم	الفقرة	درجة الارتباط
١	أشعر بالسكينة.	٠,٦٩
٢	أشعر بالاطمئنان.	٠,٥٨
٣	أنا متوتر.	٠,٥٩
٤	أنا نادم.	٠,٥٦
٥	أشعر بأنني "على راحتي".	٠,٥٨
٦	أشعر بالإنزعاج.	٠,٦١
٧	أنا مهموم حول ما يمكن أن (يحل بي).	٠,٥٧
٨	أشعر بالراحة.	٠,٧٠
٩	أشعر بقلق البال.	٠,٦٠
١٠	أشعر بأنني مستريح.	٠,٦٥
١١	أشعر بالثقة بالنفس.	٠,٣٠
١٢	أشعر أنني عصبي المزاج.	٠,٥٠
١٣	أشعر أنني سريع الإجفال.	٠,٥٦
١٤	أشعر بأن أعصابي مشدودة.	٠,٥٦
١٥	أشعر بالاسترخاء.	٠,١٢
١٦	أشعر بالرضا.	٠,٦٢
١٧	أنا مشغول البال.	٠,٥٣
١٨	أشعر بتهيج مفرط وبتشوش.	٠,٦٨
١٩	أشعر بالبهجة.	٠,٥٦
٢٠	أشعر بالسرور	٠,٦٣

ملحق رقم (٣)

ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية لمقياس سبيلبرجر لسمة القلق

الرقم	الفقرة	درجة الارتباط
١	أشعر بسرور.	٠,٦٧
٢	أتعب بسرعة.	٠,٥٢
٣	أود لو بكيت.	٠,٤٢
٤	أود لو كنت سعيداً كما يبدو على الآخرين.	٠,٥٢
٥	أخسر بعض الأشياء لأنني لا أستطيع اتخاذ القرار بسرعة.	٠,٥١
٦	أشعر بالراحة.	٠,٥٦
٧	أنا هادئ وأعصابي باردة.	٠,٤٤
٨	أشعر بأن المتاعب تتراكم عليّ لدرجة أنني لا أستطيع التغلب	٠,٦٤
٩	أقلق كثيراً من أشياء لا تستدعي حقاً أن أقلق عليها.	٠,٤٤
١٠	أنا سعيد.	٠,٥٧
١١	أميل إلى أخذ الأمور بجدية زائدة.	٠,٢٦
١٢	أفتقر للنقة بالنفس.	٠,٢٤
١٣	أشعر بالاطمئنان.	٠,٥٢
١٤	أحاول تجنب مواجهة أي أزمة أو صعوبة.	٠,٣٦
١٥	أشعر بالاكئاب.	٠,٦٦
١٦	أنا راضي.	٠,٥١
١٧	أدور في ذهني فكرة تافهة تضايقني.	٠,٣٣
١٨	عندما أعاني من خيبة فانا لا أستطيع أن أتجاهلها لشدة تأثيرها	٠,٤٣
١٩	أنا شخص مستقر.	٠,٤٣
٢٠	أنتابني حالة توتر وارتباك عندما أفكر في مشاغلي الآن.	٠,٥٧

ملحق رقم (٤) المعلومات الديمغرافية

أخي المواطن، أختي المواطنة:

تحتوي هذه الكراسة على ثلاثة مقاييس بالإضافة إلى المعلومات الديمغرافية. نرجو منك التعاون معنا في الحصول على معلومات لأغراض البحث العلمي. وذلك من خلال الإجابة على كل فقرة من فقرات المقاييس الثلاثة مع توخي الصدق والدقة عند الإجابة. مؤكداً لك أنه سيتم التعامل مع البيانات بسرية تامة.

المعلومات الديمغرافية:

العمر:

أرجو منك وضع دائرة حول الإجابة الخاصة بك:

الجنس: ١. ذكر ٢. أنثى.

هل انت مصاب بأي مرض مزمن غير مرض ضغط الدم المرتفع؟ ١. نعم ٢. لا

هل انت مصاب بمرض ضغط الدم المرتفع؟ ١. نعم ٢. لا

ملحق رقم (٥) مقياس بيك للاكتئاب

بين يديك مجموعه من العبارات التي تصف مشاعرك وأحاسيسك في مجالات متعددة من مجالات حياتك، يرجى منك عزيزي/ عزيزتي قراءة كل واحد من هذه المجموعات واختيار عبارة واحدة من كل مجموعه ترى انها تنطبق عليك اكثر من باقي العبارات خلال حياتك اليومية وذلك بوضع دائره حول رمز هذه الجملة، علما بأنه لا توجد اجابه صحيحة وأخرى خاطئه.

١. أ- انني لا اشعر بالحزن.

ب- انني اشعر بالحزن في بعض الاوقات.

ج- اشعر بالحزن طيلة الوقت ولا أستطيع ان أتخلص من هذا الشعور.

د- انني اشعر بالحزن والتعاسة لدرجة لا أستطيع احتمالها.

٢. أ- انني لست متشائماً بشأن المستقبل.

ب- اشعر بالتشاؤم بشأن المستقبل.

ج- اشعر انه لا يوجد لدي ما اطمح للوصول اليه.

د- اشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وان هذا الوضع لا يمكن تغييره.

٣. أ- لا اشعر بأنني شخص فاشل بشكل عام .

ب- اشعر بأنني اواجه من الفشل اكثر مما يواجه الانسان العادي.

ج- عندما انظر الى حياتي الماضية فان كل ما أراه هو الكثير من الفشل.

د- اشعر بأنني انسان فاشل فشلاً تاماً.

٤. أ- ما زالت الاشياء تعطيني شعور بالرضا كما كنت عادةً.

ب- لا اشعر بمتعة في الاشياء على النحو الذي كنت اشعر به عادةً.

ج- لم اعد اشعر بأية متعة حقيقية في أي شيء على الاطلاق .

د- لدي شعور بعدم الرضا والملل من كل الاشياء.

٥. أ- لا يوجد لدي أي شعور بالذنب .

ب- أشعر بالذنب في بعض الاوقات .

- ج- أشعر بالذنب في معظم الاوقات.
د- اشعر بالذنب في كافة الاوقات.

٦. أ- لا اشعر بأنني استحق عقاباً من أي نوع.
ب- اشعر بأنني استحق العقاب احياناً.
ج- كثيراً ما اشعر بأنني استحق العقاب.
د- اشعر بأنني اعاقب و أعذب في حياتي و انني استحق ذلك.

٧. أ- لا اشعر بخيبة الامل في نفسي.
ب- اشعر بخيبة الامل في نفسي.
ج- اشعر احياناً بأنني اكره نفسي.
د- انني اكره نفسي في كل الاحيان.

٨. أ- لا اشعر بأنني أسوأ من الآخرين.
ب- انني انقد نفسي بسبب ما لدي من اخطاء وضعف.
ج- ألوم نفسي طيلة الوقت بسبب اخطائي.
د- ألوم نفسي على كل شيء يحدث حتى لو لم يكن لي علاقة مباشرة بذلك.

٩. أ- لا يوجد لدي أية افكار انتحارية.
ب- توجد لدي بعض الافكار الانتحارية ولكنني لن اقوم بتنفيذها.
ج- ارغب في قتل نفسي.
د- سأقتل نفسي اذا توفرت لي الفرصه السانحه لذلك.

١٠. أ- لا ابكي اكثر من المعتاد.
ب- ابكي في هذه الايام اكثر من المعتاد.
ج- انني ابكي طيلة الوقت هذه الايام.
د- لقد كانت لدي قدرة على البكاء ولكنني في هذه الايام لا استطيع البكاء بالرغم من انني اريد ذلك.

١١. أ- لا اشعر في هذه الايام بأنني سريع الغضب اكثر من المعتاد.
 ب- اصبح غضبي يستثار بسهولة اكثر من المعتاد في هذه الايام.
 ج- اشعر بسرعة الاستثارة طيلة الوقت في هذه الايام.
 د- احس بأن مشاعري قد تبدلت ولم يعد شيء يغضبني.

١٢. أ- لا اشعر بأنني فقدت اهتمامي بالناس الاخرين.
 ب- اصبحت اقل اهتماماً بالناس الاخرين ممّا كنت عليه.
 ج- فقدت معظم اهتمامي بالناس الاخرين.
 د- فقدت كل اهتمام لي بالناس الاخرين.

١٣. أ- اقوم باتخاذ قراراتي على افضل ما أستطيع القيام به.
 ب- اميل الى تأجيل اتخاذ القرارات اكثر مما كنت افعل عادة.
 ج- اصبحت اجد صعوبة كبيرة في اتخاذ القرارات عما قبل.
 د- لم تعد لدي اية قدرة على اتخاذ القرارات هذه الايام.

١٤. أ- اشعر بأن مظهري مناسب كما كان عادة.
 ب- يزعجني الشعور بأنني ابدو مسنأ او غير جذاب.
 ج- اشعر ان هناك تغيرات دائمة طرأت على مظهري تجعلني ابدو غير جذاب.
 د- اعتقد بانني ابدو قبيحاً.

١٥. أ- استطيع العمل بنفس الكفاءة كما كنت افعل عادة.
 ب- احتاج الى جهد اضافي كي ابدأ العمل في أي شيء.
 ج- عليّ ان احث نفسي بشدة كي اقوم بعمل أي شيء.
 د- لا استطيع عمل او انجاز أي شيء على الاطلاق.

١٦. أ- استطيع النوم جيداً كالمعتاد.
 ب- لا انام جيداً كالمعتاد.
 ج- استيقظ من النوم ابكر ساعة او ساعتين من المعتاد واجد من الصعب العودة ثانيه الى نوم.

د- استيقظ من النوم ابكر ساعة او ساعتين من المعتاد ولا يستطيع العوده ثانيه الى النوم.

١٧. أ- لا اجد انني اصبحت اكثر تعباً من المعتاد.

ب- اصبحت اتعب اكثر من المعتاد.

ج- اصبحت اتعب من عمل أي شيء تقريباً.

د- انا متعب لدرجة لا يستطيع معها عمل أي شيء.

١٨. أ- شهيتي للطعام هي كالمعتاد.

ب- شهيتي للطعام ليست جيده كما هي العادة.

ج- شهيتي للطعام سيئه جداً هذه الايام.

د- ليست لدي شهية للطعام على الاطلاق في هذه الايام.

١٩. أ- لم افقد كثيراً من وزني مؤخراً او بقي وزني كما هو.

ب- فقدت من وزني ٢ كغم تقريباً.

ج- فقدت من وزني ٤ كغم تقريباً. *انني اتعمد إنقاص وزني نعم\لا.

د- فقدت من وزني اكثر من ٦ كغم تقريباً.

٢٠. أ- ليس لدي انزعاج يتعلق بصحتي اكثر من المعتاد.

ب- انني منزعج بشأن المشكلات الصحيه مثل الآم المعده او الامساك او الآلام والاوجاع الجسميه العامه.

ج- انني متضايق من المشكلات الصحيه ومن الصعب ان افكر في شيء اخر.

د- انني قلق للغاية بسبب وضعي الصحي بحيث لا يستطيع التفكير في أي شيء آخر.

٢١. أ- لم لاحظ اية تغييرات تتعلق في اهتماماتي الجنسيه.

ب- اصبحت اقل اهتماماً بالامور الجنسيه ما كنت عليه من قبل.

ج- اهتمامي قليل جداً بالامور الجنسيه في هذه الايام.

د- فقدت اهتماماتي بالأمور الجنسيه تماماً.

ملحق رقم (٦)
مقياس حالة القلق لسبيلبرجر

فيما يلي عدد من الفقرات التي تصف مشاعرك في اللحظة الراهنة . أرجو منك أن تحدد درجة شعورك على كل فقرة من هذه الفقرات بوضع إشارة (x) مقابل الدرجة التي تنطبق عليك، علماً بأنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، والاجابة تعد صحيحة فقط عندما تعبر عن حقيقة شعورك اتجاه المعنى الذي تحمله العبارة.

الفقرة	أبداً	قليلاً	أحياناً	كثيراً
١ أشعر بالسكينة.				
٢ أشعر بالاطمئنان.				
٣ أنا متوتر.				
٤ أنا نادم.				
٥ أشعر بأنني "على راحتي".				
٦ أشعر بالإنزعاج.				
٧ أنا مهتم حول ما يمكن أن (يحل بي).				
٨ أشعر بالراحة.				
٩ أشعر بقلق البال.				
١٠ أشعر بأنني مستريح.				
١١ أشعر بالنقّة بالنفس.				
١٢ أشعر أنني عصبي المزاج.				
١٣ أشعر أنني سريع الإفعال.				
١٤ أشعر بأن أعصابي مشدودة.				
١٥ أشعر بالاسترخاء.				
١٦ أشعر بالرضا.				
١٧ أنا مشغول البال.				
١٨ أشعر بتهييج مفرط وبتشوش.				
١٩ أشعر بالبهجة.				
٢٠ أشعر بالسرور				

ملحق رقم (٧)
مقياس سمة القلق لسبيلبرجر

فيما يلي عدد من الفقرات التي تصف مشاعرك بشكل عام. أرجو منك أن تحدد درجة شعورك على كل فقرة من هذه الفقرات بوضع إشارة (x) مقابل الدرجة التي تنطبق عليك، علماً بأنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، والإجابة تعد صحيحة فقط عندما تعبر عن حقيقة شعورك اتجاه المعنى الذي تحمله العبارة.

الفقرة	أبدأ	أحياناً	غالباً	كثيراً
١ أشعر بسرور.				
٢ أتعب بسرعة.				
٣ أود لو بكيت.				
٤ أود لو كنت سعيداً كما يبدو على الآخرين.				
٥ أخسر بعض الأشياء لأنني لا أستطيع اتخاذ القرار بسرعة كافية.				
٦ أشعر بالراحة.				
٧ أنا هادئ وأعصابي باردة.				
٨ أشعر بأن المتاعب تتراكم عليّ لدرجة أنني لا أستطيع التغلب عليها.				
٩ أقلق كثيراً من أشياء لا تستدعي حقاً أن أقلق عليها.				
١٠ أنا سعيد.				
١١ أميل إلى أخذ الأمور بجدية زائدة.				
١٢ أفترق للثقة بالنفس.				
١٣ أشعر بالاطمئنان.				
١٤ أحاول تجنب مواجهة أي أزمة أو صعوبة.				
١٥ أشعر بالاكئاب.				
١٦ أنا راضي.				
١٧ تدور في ذهني فكرة تافهة تضايقني.				
١٨ عندما أعاني من خيبة فأننا لا أستطيع أن أتجاهلها لشدة تأثيرها علي.				
١٩ أنا شخص مستقر.				
٢٠ تتأبني حالة توتر وارتباك عندما أفكر في مشاغلي الآن.				

DEPRESSION AND ANXIETY AMONGST A SAMPLE OF PATIENTS WITH HIGH BLOOD PRESSURE IN COMPARISON TO A SAMPLE OF HEALTHY GROUP IN JERUSALEM

By

Areej E. Natsheh

Supervisor

Dr. Arwa Amiry

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the prevalence depression and anxiety among patients with hypertension and normotension in Jerusalem. It also aimed studying gender differences on the average of depression, state, and trait anxiety .

A sample of 181 males and females was chosen from patient with hypertension and normotension. The number of patients with hypertension was 95 and the number of normotension was 87. Their age range between 40 – 65 years old.

Beck's depression Inventory was used to assess depression and Spielberger's State – Trait Anxiety Inventor was used to assess anxiety, the measurement of mercury and muscle electronic was used to measure blood pressure, The arithmetic average and standard deviations were calculated for male, female, patients and non patients. The scores of the depression and anxiety were analyzed by using a two way Analysis of Variance.

Results of the study demonstrated significant differences between patients with hypertension and normotension in depression, state, trait

anxiety. Also the results shows that the average of females on the depression, state anxiety were high than males, while there are no gender difference in trait anxiety.