

نمط الشخصية (د) ومستويات القلق والاكتئاب لدى عينة من مرضى القلب ونظرائهم غير المرضى

Type D Personality, and the levels of Anxiety and Depression in a Sample of Cardiac Patients in Comparison to their Non-patient Counterparts

المخلص

هدفت الدراسة الكشف عن مدى انتشار نمط الشخصية (د) وعن مستويات القلق (السمة) والاكتئاب عند عينة من مرضى القلب في الأردن مقارنة بنظرائهم غير المرضى. ولتحقيق أهداف الدراسة استخدمت نسخة مترجمة ومعدلة للبيئة الأردنية عن مقياس نمط الشخصية (د)، ومقياس سمة القلق، وقائمة بيك للاكتئاب. تكونت عينة الدراسة من (309) أفراد منهم (156) : (73) ذكوراً، و(83) إناثاً من المرضى المشخصين بأمراض القلب من الفئات التي لا تعود إصابتها بالمرض لأسباب خلقية، و(153) فرداً، (83) ذكوراً، و(70) إناثاً من غير المشخصين بأمراض القلب تم اختيارهم لأغراض المقارنة من مواقع مهنية مختلفة من مدينة عمان وضواحيها.

أوضحت النتائج أن نسبة مرضى القلب الذين لديهم نمط الشخصية (د) كانت أكبر بدرجة دالة من نظرائهم غير المرضى؛ وأن نسب مرضى القلب الذين يعانون من مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب كانت أكبر بدرجة دالة من نسب نظرائهم من غير المرضى. كما تبين أن نسب من لديهم مستويات متدنية أو معدومة من القلق والاكتئاب من غير المرضى كانت أكبر بدرجة دالة من نسب نظرائهم المرضى؛ حيث كانت جميع قيم مربع كاي في الحالات جميعها أصغر من مستوى الدلالة $\alpha=0.05$. وكشفت نتيجة تحليل الانحدار اللوجستي الثنائي أن متغيرات نمط الشخصية د والقلق والاكتئاب كانت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha=0.05$ مما يشير إلى القدرة التنبؤية لنمط الشخصية د والقلق والاكتئاب بمرض القلب.

الكلمات المفتاحية:

نمط الشخصية (د)، سمة القلق، الاكتئاب، مرضى القلب، الانفعالية السلبية، التثبيط الاجتماعي.

وسام درويش بريك

Wisam D. Breik

الأستاذ الدكتور - جامعة عمان الأهلية

wbreik@ammanu.edu.jo

*فاطمة فارس نجار

Fatma Najjar

باحثة - جامعة عمان الأهلية

wbreik@ammanu.edu.jo

* الباحث الرئيس

تاريخ الاستلام: ٢٠٢٠/٢/١٧

تاريخ القبول: ٢٠٢١/٣/٩

Abstract

The present study aims at exploring the prevalence of type D personality (distressed personality) and the levels of anxiety (trait) and depression in a sample of cardiac patients in comparison to their non-patient counterparts in Jordan. To achieve the objectives of the study, an adapted form of type D personality scale-DS14, Trait Anxiety Scale and Beck Inventory were utilized. The study sample consisted of 309 individuals; 306 of which cardiac patients (73 males and 83 females) whose illness is not due to congenital causes and 153 non-patients (83 males and 70 females) as a comparative group, who were chosen from different vocational sectors in Amman and the suburbs.

The results of the study revealed a significantly higher percentage of type D personality among cardiac patients compared to their non-cardiac counterparts. In addition, the percentage of cardiac patients who suffer from high to moderate levels of anxiety were significantly higher than the that of non-patients, while the percentage of non-patients who had low levels of anxiety and depression was significantly higher than that of cardiac patients. In all cases the values of χ^2 were smaller than the significant level of $\alpha=0.05$. The results of the binary logistic regression analysis revealed that type D personality, anxiety and depression were statistically significant at a significance level $\alpha=0.05$, which indicates the predictive ability of these variables for heart disease.

Keywords:

Type D Personality, Anxiety Trait, Depression, Cardiac Patients, Negative Affectivity, Social Inhibition.

المقدمة:

نمط الشخصية د

في السنوات الأخيرة اتجه اهتمام الباحثين لدراسة أنماط شخصية معينة تبين أنها ترتبط بدرجة كبيرة بالقدرة على التكيف وبالوضع الصحي للفرد؛ حيث ظهرت نظريات تصنف الشخصيات إلى أنماط؛ فوصفت من يحملون نمط الشخصية (أ) type A personality بالعدائية الاجتماعية والميل للتنافس والاهتمام بتحقيق مستويات عالية من الإنجاز، وبينت أن هذا النمط يشكل عامل خطر للإصابة بأمراض القلب، فضلاً عن عوامل الخطر النفسي المحتملة الأخرى؛ من نحو القلق، وغياب الدعم الاجتماعي، والاكتئاب. في حين تميز من يحملون نمط الشخصية (ب) type B personality بالميل إلى الاسترخاء، والقدرة على تحمل الضغط والتعامل الهادئ مع الصعوبات، أما من هم من نمط الشخصية (ج) type C personality فتبين أنهم يبالغون في استرخاء الآخرين، والإفراط في الصبر، وتجنب المصاعب، والسعي إلى الوثام والميل إلى الكبت، كما اتضح أن هؤلاء أكثر قابلية للإصابة بالسرطان. وأن من يتصفون بنمط الشخصية (د) type D personality، أو الشخصية المكروبة أو المضغوطة distressed personality وهو النمط الذي تناولته الدراسة الحالية، أكثر عصبية، ويجدون صعوبة في الاسترخاء، ولديهم نظرة سلبية عن الذات، وأكثر تفضيلاً للعزلة الاجتماعية، ويتجنبون كل ما يمكن أن يسفر عن عدم الموافقة والقبول من الآخرين، كما أنهم يميلون إلى القلق والتوتر في سلوكياتهم وتفاعلاتهم مع الآخرين، مفضلين الانسحاب من المواقف الاجتماعية، والإحجام عن مشاركة مشاعرهم مع الآخرين (Kupper and Denollet 2007).

تم الكشف عن نمط الشخصية (د) في الأصل في سياق عمل الباحثين في أمراض القلب والأوعية الدموية؛ ففي نهايات القرن الماضي، اقترح دينولت وزملاؤه (Denollet et al., 1996) هذا النمط بعد ملاحظتهم لمرضى الشريان التاجي، الذي اعتبروه مؤشراً مستقلاً لحدوث الوفاة المبكرة على المدى البعيد بين مرضى القلب (Schiffer et al. 2008)؛ إذ تبين ارتباط هذا النمط بالعديد من المشكلات الصحية الجسمية مثل انسداد الشريان التاجي Coronary artery blockage (Denollet et al., 1996)، واحتشاء عضلة القلب (Denollet et al., 2000)، myocardial infarction والعديد من المشكلات النفسية، من نحو تدني مستوى نوعية الحياة (Denollet et al., 2010)، وارتفاع معدلات الاكتئاب والقلق (Pedersen et al. 2006) (ersen et al. 2006) والموت (Denollet et al., 1996). كما أوضحت الدراسات (e.g. Schiffer et al. 2005) أن نمط الشخصية (د) قد يتفاعل مع الاكتئاب في تطور أمراض القلب والشرايين. ومع ذلك فقد كشفت هذه الدراسات أن نمط الشخصية (د) كان عاملاً متنبئاً بأمراض القلب والشرايين مستقلاً عن الاكتئاب. وتبين أيضاً تزامن نمط الشخصية (د) بدرجة كبيرة مع المشكلات العقلية mental comorbidity وكذلك بالمشاكل الاضطراب العقلي الشديد والدائم من نحو الرهاب والاكتئاب المستمر dysthymia واضطرابات الشخصية عند مرضى القلب الذين شخصوا بمستويات حادة من الاكتئاب (Lambertus et al., 2018).

وحتى مع التقدم التكنولوجي في علاج أمراض القلب من نحو تدخلات percutaneous coronary interven- tion، فإن نمط الشخصية (د) ما زال يرتبط بالأوضاع الصحية السيئة والإرهاق، والنتائج السلبية بعد تنفيذ التدخلات العلاجية مع مرضى القلب (Pedersen, Dae- (men, et al., 2007; Pedersen, Denollet, et al., 2007). وقد كشفت الدراسات (Mols & Denollet, 2010; Williams et al., 2011) عن ارتباط نمط الشخصية (د) عند عينات من الأصحاء، من غير المصابين بأمراض القلب، مع سوء الأوضاع الصحية الجسمية والنفسية. وهو ما أوضحتها دراسة حديثة نسبياً (Al-Qezweny et al., 2016) ، خلصت إلى أن خطر تطور الاكتئاب والقلق قد تضاعف عدة مرات عند مرضى القلب الذين يحملون نمط الشخصية (د).

ولا يُعد نمط الشخصية (د) حالة مرضية في حد ذاته، وإنما هو نزعة شخصية مستقرة نسبياً (Borkoles, Polman & Levy, 2010)، كما يشير هذا النمط، أو ما يطلق عليه، نمط "الشخصية المكروبة أو المضغوطة" distressed personality إلى الشخصيات المكتئبة؛ نظراً لأنه يجمع بين سمتي الانفعالية السلبية والتثبيط الاجتماعي (Denollet, 2005). وتتسم الانفعالية السلبية -nega tive affectivity بالمرور بعواطف ومشاعر سلبية من نحو الانزعاج والاهتياج وحدة الطبع، والخوف، إضافة إلى زيادة القابلية لتطور أعراض القلق والاكتئاب. أما التثبيط الاجتماعي social inhibition فيشير إلى الامتناع عن التعبير الحر عن مكونات الذات في التفاعلات الاجتماعية، أو الكشف عن العواطف والمشاعر أمام الآخرين، والتحفظ من إبداء الرأي خوفاً من أن يرفضه الآخرون، مع ما يرافق ذلك من ضغط نفسي، وسوء توافق.

وينطوي تأثير هاتين السمتين معاً على مخاطر شديدة وعديدة من الصعوبات العاطفية والاجتماعية، كالاكتئاب، والقلق، وتدني مستوى الصحة النفسية، وضعف العلاقات بين شخصية، والافتقار إلى الدعم الاجتماعي والقلق الاجتماعي واعتلال الصحة النفسية مما يجعل من يتسمون بنمط الشخصية (د) أكثر عرضة لأحداث الحياة المضنية (Ginting et al. 2016; Staniute et al., 2015). وتدني مستوى الأوضاع الصحية المتعلقة بجودة الحياة (Pedersen, Denollet, et al., 2007). وقد بينت الدراسات (Habra et al., 2003; De Hert, Detraux, & Spindler et al., 2009) ارتباط هذا النمط مع المستويات المرتفعة من القلق والاكتئاب.

ويشكل نمط الشخصية (د) أحد عوامل الخطر للتشخيص السريري لدى مرضى القلب؛ إذ ارتبط نمط الشخصية (د) مع الزيادة (بمعدلات تراوحت من 4-8 أضعاف) بخطر التعرض للوفاة، واحتشاء عضلة القلب، وتوقف القلب، والنوبات القلبية المتكررة. كما ارتبط هذا النمط بانخفاض المشاعر الإيجابية والزيادة في المشاعر السلبية. ومع زيادة خطورة الإصابة باضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PTSD)، وانخفاض في معدلات العمر عند التشخيص الأولي لأمراض نقص تروية القلب (Pedersen & Denollet, 2006) ischemic heart. وأظهرت دراسة تحليلية قام بها فيرستيج وزملاؤه (Versteeg et al., 2012) أن نمط الشخصية (د) كان مرتبطاً بضعف الحالة الصحية البدنية والنفسية في مختلف مجموعات مرضى

العصبي السمبثاوي، وينشأ عندما يقوم الفرد بإجراء تقييم نفسي أو عقلي لبعض أنواع التهديد، وعند ابتعاد المصدر المحفز للقلق، أو انتهاء الموقف الذي ينظر إليه على أنه مصدر تهديد، فإن الفرد يكف عن القلق، وبذلك فإن حالة القلق قد تختلف وتتفاوت في شدتها (Spielberger, 1966)

أما الثاني، فهو سمة القلق trait anxiety ويشير إلى وجود القلق عند الفرد كسمة دائمة نسبياً؛ فالفرد الذي تكون لديه مستويات مرتفعة من سمة القلق، يكون عرضة بشكل خاص للمرور بمستويات عالية جداً من القلق في المواقف العصبية (Barlow, 2002). وبذلك، توصف سمة القلق بأنها نزعة شخصية دائمة عند الفرد للاستجابة بقلق للتهديدات المتصورة، وهي ليست مجرد شعور مؤقت (Bishop, 2007).

وقد تم الكشف عن سمة القلق في نتائج الدراسات ذات الصلة بالصحة؛ فعلى سبيل المثال، سجل الأشخاص الذين كان تقييمهم الصحي الذاتي إيجابياً، مستويات منخفضة من القلق، وخلصت الدراسات (Rut-، 2006; Kubzansky et al., 2006) إلى وجود تأثير للقلق على الأوضاع الصحية الجسمية والنفسية؛ إذ تبين أن سمة القلق تشكل عاملاً من عوامل الخطورة لارتفاع ضغط الدم ومرض القلب التاجي، والوفاة الناجمة عن أمراض القلب والأوعية الدموية (Chida & Steptoe, 2009)، كما تبين أن مشاعر القلق والحزن والغضب تشكل عوامل خطورة تفاقم خطر التعرض للأحداث القلبية الأولى والمتكررة (Denollet, 2009). واثبت أن المرضى الذين يعانون من مستويات مرتفعة من القلق تتطور لديهم أمراض القلب والأوعية الدموية بدرجة كبيرة (Vural, Acer, 2008). حيث أن سمة القلق قد تسرع من التغيرات المختلفة المباشرة وغير المباشرة التي تسهم في تطور أمراض القلب والأوعية الدموية ومنها ما يرتبط بجودة الحياة وارتفاع ضغط الدم الشرياني، واحتشاء عضلة القلب، وزيادة نشاط الجهاز العصبي السمبثاوي، والغدد النخامية والكظرية (Rose, Conn, & Rodeman, 1994).

وعلى الرغم من الأدلة تشير إلى أن اضطرابات القلق لها أيضاً تأثير سلبي على المرضى الذين يعانون من أمراض الشريان التاجي، إلا أن دور سمة القلق بوصفها عامل خطورة له، هو أقل وضوحاً عما هو عليه الأمر في اضطراب الاكتئاب. فعلى مدى السنوات العشرين الماضية، وجدت الأبحاث أن الاكتئاب ليس هو الأكثر شيوعاً بين مرضى القلب فحسب، ولكنه أيضاً أحد عوامل خطر مرض القلب والوفاة، بغض النظر عن وجود عوامل الخطورة التقليدية (Herbst et al., 2007).

الاكتئاب

الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً بعد اضطراب القلق، وحالياً يُعد ثالث سبب رئيس لمعظم الأمراض في العالم، كما يُعد مشكلة صحية عامة خطيرة، ومصدراً للمعاناة الإنسانية، وسبباً للإصابة بالأمراض الجسدية (Stanton et al., 2019) والعكس صحيح؛ والأشخاص الذين يعانون من الأمراض الجسدية الخطيرة هم أكثر عرضة لتطوير الاكتئاب (Evans and Andrews 2005). كما أن الاكتئاب يجعل الفرد أكثر عرضة للإصابة بأمراض القلب المميتة، بما في ذلك مرض الشريان التاجي، والموت القلبي المفاجئ (Denollet & Pedersen, 2009). وقد حظيت العلاقة بين الاكتئاب وأمراض القلب عبر السنوات بالكثير من الاهتمام، وهناك العديد من الدراسات (Glassman et al., 2002; Huffman, 2010) التي أكدت أن الاكتئاب يرتبط مع أمراض القلب والأوعية الدموية؛ مثل مرض الشريان التاجي، واحتشاء عضلة القلب، وعدم انتظام ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم، كما ظهر الارتباط بين الاكتئاب وتطور أمراض القلب والأوعية الدموية في العديد من نتائج دراسات التحليل التلوي meta analysis التي أجريت على عموم السكان (Gan et al., 2014; Van der Kooy et al., 2007; Nicholson et al., 2006; Barth, 2016; Wium-Andersen et al., 2019; Wu and Kling, 2016). وخلصت الدراسات (Schumacher, & Herrmann-Lingen, 2004; Lane et al., 2001) إلى أن الاكتئاب يُعد عامل خطر كبير ومستقل لتطور أمراض القلب، مع خطر نسبي يساوي ما معدله (1.60) من المرضى الذين يعانون من الاكتئاب مقارنة بنظرائهم من غير المكتئبين. وقد أيدت هذه النتيجة دراسة تتبعية حديثة (Deschênes et al., 2019) أجريت على عينات من المجتمع الكندي قوامها 33455 فرداً؛ حيث توصلت إلى أن الاكتئاب يشكل عامل خطر مستقل لتطوير أمراض القلب. كما لوحظ أن مرضى القلب المكتئبين يُبدون تفاعلات غير طبيعية في الصفائح الدموية، مما يؤدي إلى مستويات غير طبيعية من تراكم هذه الصفائح وانسداد الشريان التاجي لاحقاً. وقد يكون هذا التفاعل غير الطبيعي ذو صلة بأن المرضى المكتئبين لديهم كثافة أعلى من مستقبلات السيروتونين في الصفائح الدموية

القلب والأوعية الدموية.

كما لاحظ الباحثون (e.g. Kupper et al., 2013) تضاعف الخطر الناجم عن المشاكل المتعلقة بالقلب والأوعية الدموية لاحقاً (بمعدل ثلاث مرات) لدى الأشخاص الذين يتميزون بنمط الشخصية (د)؛ مثل التعرض لمرض الشريان المحيطي peripheral arterial disease، وإجراءات القسطرة الشرياني، وقصور القلب، ورعاية القلب والنوبات القلبية. علاوة على ذلك، يبدو أن نمط الشخصية (د) يترافق مع ضعف القدرة على التكيف واستخدام استراتيجيات التعامل الملائمة في المواقف الحياتية المختلفة (Polman, Borkoles, & Borkoles et al., 2018; Nicholls 2010; Williams & Wingate 2012).

أمراض القلب والأوعية الدموية (CVDs) Cardiovascular diseases

يتعرض القلب والأوعية الدموية لعدد من الأمراض؛ بعض هذه الأمراض ترجع إلى عوامل خلقية، وبعضها الآخر يرجع إلى العدوى، ومع ذلك فإن المصدر الرئيس للتهديد الذي يتعرض له الجهاز القلبي الوعائي يعود إلى الأضرار الناجمة عن عوامل التمزق والاهتراء wear and tear التي تحدث خلال حياة الفرد؛ فأسلوب حياة الفرد الذي يعبر عنه نظام التغذية الذي يتبعه، ومدى التزامه بممارسة التمارين الرياضية، والتدخين، ومقدار ما يتعرض إليه من ضغوط، هو من بين العوامل التي تؤثر بشكل كبير في تطور الأمراض التي تحدث في الجهاز القلبي الوعائي (Taylor, 2018).

وتشمل أمراض القلب: أمراض القلب التاجية coronary artery disease، وهي أمراض الأوعية الدموية التي تغذي عضلة القلب، ومرض الأوعية الدموية التي تغذي الدماغ cerebrovascular disease ومرض الشرايين الطرفية التي تغذي الأطراف Peripheral arterial disease وأمراض القلب الروماتيزمية rheumatic heart disease: التي تنشأ عن تلف في عضلة القلب ومصماتته التي تنتسب عن الحمى الروماتيزمية وتسببها بكتيريا المكورات العقدية، وأمراض القلب الخلقية congenital heart disease التي تنجم عن تشوهات في بنية القلب عند الولادة، وتجلط الأوردة العميقة والانسداد الرئوي deep vein thrombosis and pulmonary embolism، والسكتات الدماغية والقلبية Heart attacks and strokes، التي يمكن أن تحدث بسبب نزيف من أحد الأوعية الدموية في الدماغ أو من جلطات الدم. وعادة ما يكون سبب النوبات القلبية والسكتات الدماغية هو وجود مجموعة من عوامل الخطر، مثل تعاطي التبغ والنظام الغذائي غير الصحي والسمنة وقلة النشاط البدني والاستخدام الضار للكحول وارتفاع ضغط الدم والسكري وفرط شحميات الدم. وقد توصلت الدراسات إلى أن مرضى الشريان التاجي CHD هم أكثر الفئات تأثراً بوجود نمط الشخصية (د) (Wang et al., 2016).

القلق

إن بعض الأوضاع النفسية لا تقل خطورة عن المخاطر الناجمة عن نمط الشخصية (د)، ومن هذه الاضطرابات ما يندرج ضمن فئتي اضطرابات القلق والاكتئاب، والتي تعد من الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعاً (Albus, 2010). فعلى الرغم من أن العلاقة بين الاضطرابات الذهانية وسوء الصحة الجسدية قد أكدتها الأدبيات، إلا أن تأثير الاكتئاب و/أو القلق على الصحة الجسدية غير مفهوم إلى حد كبير، علماً بأن الاكتئاب هو السبب الرئيس لضعف القدرة على أداء الوظائف اليومية المتوقعة من الأفراد في جميع أنحاء العالم، ويرتبط بانتشار الأمراض الجسدية (Stanton et al., 2019)؛ ففي دراسة مسحية أجريت في أستراليا وهدفت إلى التأكد من انتشار الحالات الصحية الجسدية المزمنة لدى الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب و/أو القلق وكذلك لدى الأفراد الذين لا يعانون من هاتين الفئتين من الاضطرابات، تناولت الخصائص الديموغرافية وعوامل جودة الحياة، وأظهرت نتائجها فروقاً في المجالات السلوكية والديموغرافية والصحية والأمراض الجسدية بين أولئك الذين يعانون من الاكتئاب و/أو القلق والفئات التي لا تعاني من أي منهما. فكانت أمراض القلب، وارتفاع ضغط الدم، والسكتة الدماغية من بين الأمراض التي تبين أنها أعلى بكثير بين المشاركين الذين تم تشخيصهم بالاكتئاب و/أو القلق، وأن أقوى مؤشراً على المرض المزمن كان الاكتئاب و/أو القلق. وقد بينت الدراسة أن الاكتئاب والقلق يشكلان مشاكل صحية كبيرة تؤثر على نسبة كبيرة من السكان (Stanton et al., 2019).

وقد ميّز سيبيلبيرغر وزملاؤه (Spielberger et al., 1970) بين نوعين من القلق؛ أولهما قلق الحالة state anxiety الذي يصف حالة انفعالية حالية، أو حالة من التوتر والمشاعر الذاتية غير السارة التي يُخبرها الفرد عندما يواجه مواقف أو مطالب محددة، أو كائن أو حدث معين. وينجم عنها زيادة في نشاط الجهاز

(Parissis et al., 2007).

المرضى؟ وهل توجد فروق دالة بين الفئتين في هذه المستويات؟
 ▪ ما القيمة التنبؤية لنمط الشخصية (د) القلق والاكتئاب بنمط الشخصية (د)؟

نمط الشخصية د والقلق والاكتئاب وأمراض القلب

وفقاً لما ورد في مراجعة حديثة (Kupper & Denollet, 2018) توصلت دراسات إلى أن فرداً واحداً من بين كل 4 أشخاص من مرضى الشريان التاجي CHD يحمل نمط الشخصية د. وعلى الرغم من تطرق الكثير من العلماء إلى بحث العلاقات والعوامل التي تسهم في الأوضاع الصحية العامة بين الأفراد، إلا أن الحاجة ما زالت قائمة إلى مزيد من الاستقصاء عن دور العوامل النفسية والشخصية في تهيئة الأفراد لتطوير الأمراض العضوية الخطيرة والمزمنة من نحو أمراض القلب، لا سيما أن تقارير منظمة الصحة العالمية تشير إلى أن أمراض القلب ما زالت تشكل السبب الرئيس للوفاة على المستوى العالمي على مدار العشرين عامًا الماضية. وهي حالياً تعد مسؤولة عن المزيد من الوفيات أكثر من أي وقت مضى؛ إذ ارتفع عدد الوفيات الناجمة عن أمراض القلب من أكثر من اثني مليون منذ عام 2000 إلى ما يقرب من تسعة ملايين في عام 2019. وأن (17.3) مليون شخص يموتون سنوياً من أمراض القلب، مما يجعلها السبب الأول للوفاة على مستوى العالم، وتمثل أمراض القلب الآن 31% من إجمالي الوفيات الناجمة عن مختلف الأسباب (WHO, 2020). ووفقاً لما ورد في تقرير منظمة الصحة العالمية (WHO, 2020) تراوحت نسب انتشار الاكتئاب بين مرضى القلب بين (20%-30%). وأن 350 مليون شخص في العالم يعانون من الاكتئاب. كما كشفت دراسة أجراها (Jackson, Sudlow & Mishra 2018) في استراليا أن وجود مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب تزيد من إمكانية التعرض للنوبات القلبية heart at-tack بنسبة 30%، والسكتة الدماغية stroke بنسبة 24%، مقارنة بأولئك الذين لا يعانون من القلق والاكتئاب. وبالمثل تزداد خطورة التعرض للنوبات القلبية بين النساء اللواتي يعانين من القلق والاكتئاب بنسبة 18% للنوبات القلبية وبنسبة 44% للسكتة الدماغية، مقارنة بالنساء اللاتي لا يعانين من القلق والاكتئاب. من هنا، تظهر حاجة ماسة إلى إجراء هذه الدراسة منطلقين في ذلك من النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي Biopsychosocial Model، الذي يفيد بأن الضحة والمرض ينجمان عن تضافر العديد من العوامل على المستوى الاجتماعي والنفسي الواسع macro-level الذي يتضمن العديد من العوامل النفسية نحو: توفر المساندة الاجتماعية والاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب، والعمليات التي تتم على المستوى الضيق micro-level وهي ما قد ينشأ عن الاضطرابات العضوية المختلفة كالاضطرابات الخلية أو اختلال التوازن الكيميائي. وهذه العوامل جميعها تتفاعل لتقرر حالة الفرد الصحية. واستناداً إلى ذلك، يؤكد هذا النموذج على ضرورة مراعاة الدور الذي تلعبه العوامل النفسية والاجتماعية في تقييم وضع الفرد الصحي، كما يؤكد أن العلاج يجب أن يستند إلى فحص العوامل الحيوية والاجتماعية والنفسية للمريض (Taylor, 2018). وهو ما تستند إليه جميع الدراسات التي تحاول الكشف عن العلاقة التبادلية بين هذه المتغيرات.

مشكلة الدراسة وأسئلتها

تظهر الحاجة إلى إجراء هذه الدراسة انطلاقاً من توجه مفاده أن الوقوف على العوامل التي تسهم في تطور الأمراض الخطيرة والمميتة تعد واحدة من الركائز الأساسية للتنمية المستدامة، لما لذلك من أهمية في تخفيف التداعيات التي تترتب على الإصابة بهذه الأمراض، وهو ما يتمثل بالخصائر في الأرواح، والتكلفة المادية، وأشكال المعاناة الإنسانية، لا سيما مع ارتفاع نسبة من يموتون سنوياً بسبب أمراض القلب في العالم؛ حيث أن أكثر من ثلاثة أرباع الوفيات تنجم عن الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط (WHO, 2020). ووفقاً لبيانات منظمة الصحة العالمية (WHO, 2018) بلغت وفيات أمراض القلب في الأردن ما نسبته 28.9% من إجمالي الوفيات. هذه النسبة المرتفعة تلقي الضوء على أهمية الدراسة الحالية التي تسعى إلى استقصاء مدى انتشار نمط الشخصية (د) وأعراض سمة القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب في الأردن مقارنة بنظرائهم من غير المشخصين بأمراض القلب والشرايين، وسوف تركز الدراسة على الإجابة عن الأسئلة الآتية:

- ما مدى انتشار نمط الشخصية (د) وبعديه التثبيط الاجتماعي والانفعالية السلبية بين مرضى القلب ونظرائهم غير المرضى؟
- هل توجد فروق دالة في التكرارات والنسب المتوقعة والملاحظة في نمط الشخصية (د) وبعديه التثبيط الاجتماعي والانفعالية السلبية عند مرضى القلب ونظرائهم غير المرضى؟
- ما مستويات سمة القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب ونظرائهم غير

أهمية الدراسة

شهدت العقود الأخيرة تقدماً مستمراً في معرفة عوامل خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية وتعديلها من خلال اعتماد نهج يشمل المخاطر الكلية لتطور هذه الأمراض، وتطوير خيارات العلاج الجديدة، والتدخلات الدوائية والجراحية واستراتيجيات الوقاية للحد من انتشارها. وعلى الرغم من التقدم الهائل الذي تحقق في علاج هذه الأمراض، إلا أنها لا تزال قضية صحية هامة. ويزر هذا من خلال إدراجها بشكل مكثف على قائمة الأبحاث والدراسات على مستوى العالم، وذلك من أجل الحد من الوفيات والاعتلالات المصاحبة لها؛ مما يبرز أهمية الدراسة الحالية من الناحيتين النظرية والعملية.

أولاً: الأهمية النظرية

تناولت الدراسة موضوعاً لم يتم التطرق إليه في المجتمع العربي سواء على المستوى المحلي أو الإقليمي، على الرغم من الاهتمام الواسع الذي وجه إلى نمط الشخصية (د) في المجتمعات الغربية، ومع اقتناع المختصين في المجالين النفسي والكلينيكي والطبي بالدور الخطير الذي تلعبه العوامل النفسية في تطور أمراض القلب والشرايين أو ضعف فرص الشفاء بعد العلاج، لذا فإننا نأمل أن تقدم الدراسة للباحثين والدارسين في مجالات الصحة النفسية، وعلم النفس الصحي، والمتخصصين في علاج أمراض القلب والجهاز الدوري معلومات تضيف إلى الكم الهائل الذي توصل إليه الباحثون من نتائج تفسر أسباب هذه الاضطرابات، وأن تتوصل إلى نتائج تفيد في إجراء دراسات لاحقة حول الموضوع.

ثانياً: الأهمية التطبيقية

يتوقع أن توجه النتائج التي توصلت إليها الدراسة اهتمام المختصين لتطوير البرامج الوقائية للفئات المعرضة لخطر تطور أمراض القلب؛ وهذا بدوره قد يساهم في تخفيف معاناة الأفراد والأعباء الاقتصادية الناجمة عن ارتفاع تكاليف العلاج، أو تعطيل قدرة الفرد عن مواصلة الإنتاج، أو الموت في عمر مبكر، وما ينشأ عن ذلك من مشاكل اجتماعية ومعاناة أسرية.

الطريقة والإجراءات

بعد إعداد أدوات الدراسة وتحصيل الموافقات من وزارة الصحة استجابة للطلب الموجه من الجهات الإدارية المعنية في جامعة عمان الأهلية لتسهيل مهمة جمع البيانات، تمت الموافقة على تطبيق أدوات الدراسة في مستشفيات حمزة والبشير والإسراء بعد أن أصدرت اللجان المختصة بأخلاقيات المهنة في المستشفيات المذكورة التصاريح اللازمة. تلا ذلك التواصل مع الأقسام المختصة التي سمحت للباحثين الذين تولوا جمع المعلومات التنسيق مع الممرضات في عيادات القلب لتسهيل مهمتهم. . وقد تمت عملية تعبئة الاستمارات بوجود الباحثين.

عينه الدراسة

تكوّنت عينة الدراسة من (309) أفراد منهم (156) من المرضى المشخصين بأمراض القلب من الفئات التي لا تعود إصابتها بالمرض لأسباب خلقية؛ وقد تضمنت عينة مرضى القلب (73) ذكوراً تراوحت أعمارهم بين 20 - 82 عاماً، (م = 50) و(ع = 13.1)، و(83) إناثاً تراوحت أعمارهن بين 24-76 عاماً، (م = 45.5) و(ع = 10.9). وقد تم التواصل مع المرضى في قاعات الانتظار وروعي اختيار من أبدوا استعداداً والتزاماً طوعياً بالمشاركة. ولأغراض المقارنة اختيرت عينة من (153) شخصاً من غير المشخصين بأمراض القلب، وممن لا يعانون من أمراض أخرى نفسية أو جسمية. تضمنت عينة المقارنة (83) ذكوراً تراوحت أعمارهم بين 22-80 عاماً (م = 44.3) و(ع = 47.9) و(ع = 12.3)، و(70) إناثاً تراوحت أعمارهن بين 30-77 عاماً (م = 44.3) و(ع = 11.5)، تم اختيارهم من قطاعات متعددة في مدينة عمان وضواحيها، وروعي أن يكونوا مكافئين ما أمكن لعينة المرضى في العمر والمستوى التعليمي والاقتصادي الاجتماعي؛ على افتراض أن نمط حياة الفرد وعاداته الصحية يتأثران بهذه المتغيرات. وقد تم الحرص على توقيع المشاركين في الدراسة على نموذج الموافقة الطوعي.

حدود الدراسة

مقياس سمة القلق (Spielberger et al., Trait Anxiety Scale)

(1970)

استخدم في هذه الدراسة مقياس سمة القلق (Spielberger et al., 1970)، الذي يتكون بصورته الأصلية من (20) فقرة تليها تدرج رباعي على طريقة ليكرت وفق الآتي: مطلقاً (4 درجات)، قليلاً (3 درجات)، أحياناً (درجتان)، كثيراً (درجة واحدة)، وتحسب الدرجة على المقياس بجمع درجات المفحوصين على كل فقرة مع مراعاة عكس الدرجة على الفقرات المصاغة بطريقة عكسية. وتتراوح الدرجة على المقياس بين 80-20؛ وتشير الدرجة المنخفضة على المقياس إلى وجود قلق منخفض، وتشير الدرجة المرتفعة إلى وجود قلق مرتفع.

وتشير دراسة قام بها معدو المقياس (Spielberger et al., 1983) أن المقياس يتمتع بمعاملات اتساق داخلي تراوحت بين (0.86-0.95)، وتراوحت معاملات الثبات المحسوبة بطريقة إعادة تطبيق الاختبار بفواصل زمني مدته شهران من (0.65-0.75). كما توصلت دراسة أخرى (Spielberger, 1989) إلى معامل استقرار تراوح بين (0.69-0.89).

وقام البحيري (2005) بالتحقق من ثبات المقياس من خلال تطبيقه وإعادة تطبيقه على عينة من الطلبة الجامعيين بلغ عددها (543) طالباً وطالبة في فترات زمنية متفاوتة بلغت يوماً واحداً بعد التطبيق الأول ثم أسبوعاً ثم شهراً، فتراوحت قيم معاملات ارتباط بيرسون بين (0.77-0.87).

ولأغراض الدراسة الحالية، تم التحقق من ثبات الأداة باستخدام طريقة تطبيق الاختبار وإعادة التطبيق (test-retest method)، على عينة تكونت من (30) فرداً من الذكور والإناث؛ منهم (15) فرداً مشخفاً بأمراض القلب، و(15) فرداً من غير المشخفين بأمراض القلب، وبفواصل زمني مدته أسبوعان؛ فبلغت قيمة معامل ارتباط بيرسون (0.88)، وبلغت قيمة معامل الاتساق الداخلي (0.84).

أما عن صدق الأداة، فتشير الدراسات (Elliott, Shewchuk, & Richards, 1998; Shewchuk, Richards, & Elliott, 2001) إلى أن هذه الأداة تشكل متنبئاً قوياً بالكرب distress عند مقدمي الرعاية وما يحدث من تغير عندما توجه إليهم المساعدة النفسية والاجتماعية والرعاية الصحية المناسبة.

قائمة بيك للاكتئاب Beck Depression Inventory-BDI (Beck)

(1961)

تعد قائمة بيك للاكتئاب التي تشمل على إحدى وعشرين فقرة (BDI-21) واحدة من أكثر مقاييس أعراض الاكتئاب شيوعاً في مختلف أنحاء العالم (McDowell, 2009) قَدِّمها لأول مرة بيك وزملاؤه. وتستند إلى افتراض مفاده أن الإدراك المشوه السلبي يشكل السمة الأساسية للاكتئاب (Beck et al., 1961). ولأغراض الدراسة استخدمت الصورة المترجمة والمعدلة للبيئة الأردنية عن قائمة بيك للاكتئاب (BDI-1) (حمدي وأبو حجلة وأبو طالب، 1988). تتضمن القائمة (21) فقرة يلي كل منها أربع خيارات درجت على سلم من (4) مستويات يبدأ من الصفر (يعني عدم وجود العرض)، إلى (3) وتعني وجود العرض بدرجة شديدة، وتحسب الدرجة بجمع الدرجات التي يحصل عليها المفحوص على جميع الفقرات، وبذلك تتراوح الدرجة على القائمة بين (صفر-63)، مع الإشارة إلى أن الحد الفاصل بين الأسوياء والمكتئبين وفق الصورة الأصلية للقائمة هي الدرجة (9)، وتم تحديد مستوى الاكتئاب وفقاً للتصنيف الآتي: من 0-9 لا يوجد اكتئاب، من 10-15 اكتئاب منخفض، من 16-23 اكتئاب متوسط، ومن 24 وأكثر اكتئاب مرتفع. وقد أجريت دراسات أجنبية لاستخراج معاملات صدق قائمة بيك وثباتها، ومن ضمنها دراسة قام بها بيك وزملاؤه (Beck, Steer, & Carbin, 1988)، وفيها قام الباحثون بمراجعة الدراسات التي تركز على الخصائص السكومترية لقائمة Beck للاكتئاب BDI-I لعينات إكلينيكية وغير إكلينيكية للسنوات من 1961 حتى يونيو 1986.

وأصدر التحليل التلوي meta analysis لتقدير معاملات الاتساق الداخلي لـ BDI-I عن متوسط لمعامل كرونباخ ألفا بلغ 0.86 في عينات من المرضى النفسيين و 0.81 لعينات من غير المرضى النفسيين. وكانت قيم معاملات الصدق التلازمي لقائمة بيك BDI-I فيما يتعلق بالتقديرات الإكلينيكية ومقياس هاميلتون لتقدير الاكتئاب (HRSD) مرتفعة أيضاً؛ إذ بلغت متوسطات الارتباط لعينات قائمة بيك للاكتئاب BDI-I مع التقديرات الإكلينيكية ومقياس هاميلتون HRSD 0.72. وعلى التوالي، للعينات المريضة نفسياً. وبلغت قيمة متوسطات الارتباط بين قائمة بيك BDI-I لعينات من غير المرضى النفسيين مع التقديرات الإكلينيكية ومقياس هاميلتون HRSD، 0.60 و 0.74 على التوالي. وتشير الأدلة الحديثة إلى أن BDI-I تميز بين الأنواع الفرعية من الاكتئاب، كما أنها تميز للاكتئاب عن القلق.

اقتصرت الدراسة على المشخصين بأمراض القلب - من الفئات التي لا تعود لإصابتها بالمرض لأسباب خلقية - الذين يراجعون المراكز والمستشفيات في مدينة عمان، في الفترة بين شهري نيسان وتشرين الأول من العام 2018.

محددات الدراسة

تشكل الدراسة محاولة أولية للكشف عن نمط الشخصية (د) ومستويات الاكتئاب والقلق لدى مرضى القلب في الأردن، وهناك العديد من المحددات المتصلة بالنهج الذي اتبع في اختيار العينة لأن المشاركين قد لا يكونوا ممثلين لمجتمع الدراسة، كما أن استخدام طريقة التقرير الذاتي في جمع البيانات قد يؤثر في موضوعية النتائج، إضافة إلى أن تطبيق الأدوات على المرضى كان يتم في العيادات الخارجية، وليست بالضرورة أن تكون الأجواء مريحة بالمستوى المطلوب مما قد يؤثر على استجاباتهم. كما لم تتوفر في الدراسة بيانات منهجية بشأن استخدام العلاج النفسي أو الأدوية المضادة للاكتئاب أو مضادات القلق في عينة المرضى، لذلك من غير المعروف إلى أي مدى قد تكون هذه العوامل أثرت على النتائج الحالية، لهذا يتوقع من الأبحاث المستقبلية أن تضع هذه المسائل بعين الاعتبار.

أدوات الدراسة

مقياس نمط الشخصية (د) Denollet-Type D Personality Scale-DS14

(Iet, 2005)

استخدم في الدراسة مقياس نمط الشخصية (د) (Denollet, 2005) الذي يشتمل على (14) فقرة موزعة على بعدين هما: الانفعالية السلبية الذي يشتمل على (7) فقرات تقيس الغموض والقلق والاهتياج والاستئثار الانفعالية، ويُعد التثبيط الاجتماعي المكون من (7) فقرات تقيس الانزعاج في العلاقات الاجتماعية والتكتم ونقصان التوازن الاجتماعي. يلي كل فقرة في المقياس تدرج خماسي على طريقة ليكرت يتراوح بين أوافق بشدة (4 درجات)، إلى إطلاقاً (صفر)، وتحسب الدرجة بجمع استجابات المفحوص على المقياس التدرجي؛ وبذلك فإن الدرجة الكلية على كل مقياس فرعي تتراوح بين (صفر) وهي أدنى درجة إلى (28) وهي أعلى درجة، وحصول المفحوص على (10) درجات أو أكثر على كلا البعدين يشير إلى أنه ممن يحملون نمط الشخصية (د).

وتشير نتائج الدراسات إلى توفر دلالات كافية عن ثبات وصدق المقياس؛ ففي دراسة أجراها دينولت (Denollet, 2005) في هولندا على عينة مكونة من (3678) فرداً؛ (573) من مرضى القلب و (732) من المشخصين بارتفاع ضغط الدم و(2508) من عموم السكان، بهدف التحقق من الخصائص السكومترية لمقياس نمط الشخصية (د)؛ فتمين أن معامل الاتساق الداخلي (كرونباخ ألفا) بلغ (0.88) لُبعد الانفعالية السلبية و (0.86) لُبعد التثبيط الاجتماعي. وبلغ معامل الثبات (معامل ارتباط بيرسون) المستخرج باستخدام طريقة الاختبار وإعادة تطبيقه (test-retest method) بعد فترة ثلاثة أشهر بين التطبيق الأول وإعادة (0.72) لُبعد الانفعالية السلبية، و(0.82) لُبعد التثبيط الاجتماعي.

وحول صدق مقياس نمط الشخصية (د) قام دينولت (Denollet, 2005) بإجراء التحليل العاملي التوكيدي على البيانات المتجمعة من تطبيق المقياس على العينة ذاتها، فأسفرت نتائج التحليل عن بعدي الانفعالية السلبية، والتثبيط الاجتماعي؛ إذ تراوحت قيمة مؤشر المطابقة المقارن In-Comparative Fit-CFI dex لفقرات البعدين بين (0.62-0.82) على التوالي.

إعداد الصورة المترجمة من مقياس نمط الشخصية (د) لأغراض

الدراسة الحالية

بعد ترجمة المقياس بطريقة الترجمة والترجمة العكسية - translation back method - عرضت الأداة على تسعة متخصصين في أقسام علم النفس وفروعه في الجامعات الأردنية للتحقق من دقة الترجمة وسلامة الصياغة اللغوية ووضوحها. وللتحقق من ثبات مقياس نمط الشخصية (د) اتبعت طريقة تطبيق الاختبار وإعادة تطبيقه بفواصل زمني مدته أسبوعان على عينة من (30) فرداً، منهم (15) مريضاً ومريضاً من مرضى القلب، و(15) فرداً من غير المرضى من خارج عينة الدراسة؛ فبلغت قيم معاملات ارتباط بيرسون للمقياس كاملاً (0.91) ولبعدي الانفعالية السلبية والتثبيط الاجتماعي (0.88)، و(0.93) على التوالي، كما استخرجت معاملات الاتساق الداخلي، فبلغت قيم كرونباخ ألفا المحسوبة من البيانات المتجمعة من 309 أفراد (0.79) للمقياس الكلي و(0.79) لُبعد الانفعالية السلبية و(0.81) لُبعد التثبيط الاجتماعي.

التثبيط الاجتماعي والانفعالية السلبية عند مرضى القلب ونظرائهم غير المرضى؟"

ولفحص دلالة الفروق في التكرارات والنسب الملاحظة والمتوقعة في نمط الشخصية (د) وبعدي التثبيط الاجتماعي والانفعالية السلبية عند مرضى القلب ونظرائهم غير المرضى، استخدم اختبار مربع كاي (2x2)، وجدول (2) يبين وجود فروق دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين نسب مرضى القلب ونظرائهم غير المرضى الذين لديهم نمط الشخصية (د)؛ إذ كان هذا النمط أكثر انتشاراً بين فئة مرضى القلب؛ وبلغت نسبة من لديهم نمط الشخصية (د) من مرضى القلب (58.0%)، في مقابل (42.0%) لفئة غير المرضى، وبلغت قيمة مربع كاي 7.294. كما يبين النتائج أن النسبة المئوية لمرضى القلب الذين يعانون من التثبيط الاجتماعي والانفعالية السلبية بلغت 60.2% و 56.4% على التوالي في مقابل 39.8% و 43.6% على التوالي لفئة غير المرضى، وبلغت قيمة مربع كاي 7.053 و 7.230 على التوالي. وكانت جميع قيم مربع كاي دالة عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$.

وللكشف عن مستويات القلق لدى مرضى القلب ونظرائهم غير المرضى، استخرجت المتوسطات الحسابية لمرضى القلب ونظرائهم تبعاً لمستويات القلق المرتفع والمتوسط والمنخفض والمنخفض جداً، ثم حسبت المتوسطات المعيارية (مرتفع، متوسط، منخفض، منخفض جداً) وفقاً للمعادلة الآتية: طول الفئة = الحد الأعلى - الحد الأدنى (للتدرج) عدد المستويات المفترضة = $1 - 4 = 0.75$. واستخرجت التكرارات والنسب المئوية لأعداد مرضى القلب ونظرائهم غير المرضى تبعاً للمستويات الأربعة، وجدول (3) يوضح وجود فروق ظاهرية في النسب المئوية لمستويات القلق المرتفع والمتوسط بين مرضى القلب وفئة غير المرضى؛ حيث زاد عدد مرضى القلب الذين يعانون من مستويات

وتتمتع الصورة الأردنية بدلالات ثبات كافية، حيث بلغت قيمة معامل الاستقرار المحسوب من عينة قوامها 30 فرداً 0.88، كما بلغت قيمة معامل الاتساق الداخلي في عينة مكونة من 635 طالباً 0.87 (حمدي وأبو حجلة وأبو طالب، 1988).

النتائج

هدفت الدراسة الكشف عن مدى انتشار نمط الشخصية (د) ومستويات القلق والاكتئاب عند مرضى القلب مقارنة بنظرائهم غير المرضى، وفيما يأتي عرضاً لما تم التوصل إليه من نتائج:

النتيجة المتعلقة بالسؤال الأول: "ما مدى انتشار نمط الشخصية (د) ببعديه التثبيط الاجتماعي والانفعالية السلبية بين مرضى القلب ونظرائهم غير المرضى؟"

للكشف عن مدى انتشار نمط الشخصية (د) عند مرضى القلب، ونظرائهم غير المرضى تم استخراج التكرارات والنسب المئوية، لأعداد مرضى القلب وغير المرضى الذين لديهم نمط الشخصية (د)، وجدول (1) يبين أن هناك فروقاً ظاهرية في نسب من لديهم نمط الشخصية (د) من مرضى القلب ونظرائهم غير المرضى حيث بلغت النسبة المئوية لمرضى القلب الذين يحملون نمط الشخصية (د) 62.7% في مقابل 46.3% لنظرائهم غير المرضى وبلغت نسبة من يتصفون بالتثبيط الاجتماعي والانفعالية السلبية من مرضى القلب 60.2% و 36.5% على التوالي في مقابل 39.8% و 28.7% على التوالي لنظرائهم غير المرضى.

النتيجة المتعلقة بالسؤال الثاني: "هل توجد فروق دالة في التكرارات والنسب المتوقعة والملاحظة في نمط الشخصية (د) وبعديه

جدول (١)
التكرارات والنسب المئوية لأعداد مرضى القلب وغير المرضى تبعاً لنمط الشخصية (د) والأبعاد
ن=٣٠٩

غير المرضى		المرضى			
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار		
39.8%	27	60.2%	41	التثبيط الاجتماعي	
28.7%	44	39.8%	57	الانفعالية السلبية	
46.3%	71	62.7%	98	الدرجة الكلية	
56.4%	82	60.2%	58	لا يوجد نمط الشخصية (د)	
100.0%	103	100.0%	101	المجموع	

جدول (٢)
نتائج اختبار مربع كاي لفحص دلالة الفروق بين التكرارات والنسب المئوية الملاحظة والمتوقعة في نمط الشخصية (د) وبعديه التثبيط الاجتماعي والانفعالية السلبية

الدلالة الإحصائية	"مربع كاي"	النسبة المئوية	التكرار	الفئة	البعد
.017*	7.053	60.2%	41	مرضى القلب	التثبيط الاجتماعي
		39.8%	27	غير المرضى	
		100.0%	78	المجموع	
.021*	7.230	60.2%	57	مرضى القلب	الانفعالية السلبية
		46.3%	44	غير المرضى	
		100.0%	101	المجموع	
.021*	7.294	60.2%	98	مرضى القلب	الكلية
		42.0%	71	غير المرضى	
		100.0%	169	المجموع	

وغير المرضى في مستويات الاكتئاب والملاحظة والمتوقعة، استخدم اختبار مربع كاي، وجدول (4) يوضح أن هناك فروقاً دالة بين النسب المئوية في مستويات الاكتئاب لمرضى القلب ونظرائهم غير المرضى، ويتضح أن الفروق بين النسب المئوية لمرضى القلب الذين يعانون من مستويات الاكتئاب المرتفع والمتوسط والمنخفض كانت أكبر بدرجة دالة من النسب المئوية لنظرائهم غير المرضى؛ حيث بلغت قيم مربع كاي عند مستويات الاكتئاب المرتفعة والمتوسطة والمنخفضة (7.819)، و (8.522)، و (7.119) على التوالي، وجميع هذه القيم دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$). في حين بلغت النسبة المئوية لمن لا يعانون من الاكتئاب من غير المرضى 62.5% في مقابل 37.5% لنظرائهم مرضى القلب؛ حيث بلغت قيمة مربع كاي 7.231.

النتيجة المتعلقة بالسؤال الرابع: "ما القيمة التنبؤية لنمط الشخصية

(د) والقلق والاكتئاب بمرض القلب لدى أفراد عينة الدراسة؟"

وللإجابة عن السؤال (الرابع) استخدم نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي؛ فبلغت قيمة مربع كاي (37.483) عند درجات حرية (3) ومستوى دلالة (0.000) وهذه القيمة دالة إحصائياً، مما يشير إلى مطابقة النموذج للبيانات، وقدرته على التمييز بين مرضى القلب ونظرائهم غير المرضى، وجدول (5) يبين نتائج التصنيف الصحيح لمرضى القلب ونظرائهم.

يلاحظ من جدول (5) أن عدد الأفراد من غير مرضى القلب الذين صنفهم النموذج في مجموعتهم الصحيحة قد بلغ (101) فرداً بنسبة تنبؤ (66.0%)، في حين بلغ عدد مرضى القلب الذين صنفهم النموذج في مجموعتهم الصحيحة (102) فرداً بنسبة تنبؤ (65.4%)، فيما كانت النسبة الكلية الصحيحة للتنبؤ (65.7%)؛ مما يدل على أن للنموذج قدرة تنبؤية جيدة بالمتغير التابع، مما يستدعي استخراج مدى مساهمة المتغيرات المستقلة في النموذج، وجدول (6) يبين نتائج تقدير معالم نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي.

يلاحظ من جدول (6) أن متغيرات نمط الشخصية د والقلق والاكتئاب دالة إحصائياً مما يدل على قدرتها على التنبؤ بمرض القلب لدى أفراد عينة الدراسة، وبالتالي تم تشكيل معادلة التنبؤ وفق الآتي:

$$\text{عينة الدراسة (مرضى القلب، وغير المرضى)} = -3.782 - 0.049 (\text{نمط الشخصية د}) + 0.064 (\text{القلق}) + 0.062 (\text{الاكتئاب}).$$

مرتفعة ومتوسطة من القلق عن نظرائهم غير المرضى، فكان عدد المرضى الذين يعانون من مستويات مرتفعة ومتوسطة 80، و48 فرداً على التوالي وبنسبة مئوية بلغت 57.3% و54.0% على التوالي، في مقابل نظرائهم غير المرضى الذين بلغ عددهم 59 و41 على التوالي وبنسبة مئوية بلغت 42.4% و46.0% على التوالي، في حين أن النسب المئوية لمستويات القلق المنخفض والمنخفض جداً كانت أعلى لدى فئة غير المرضى من نظرائهم مرضى القلب.

النتيجة المتعلقة بالسؤال الثالث: "ما مستويات سمة القلق

والاكتئاب لدى مرضى القلب ونظرائهم غير المرضى وهل توجد فروق دالة بين الفئتين في هذه المستويات؟

ولفحص دلالة الفروق بين مستويات القلق والملاحظة والمتوقعة لمرضى القلب ونظرائهم غير المرضى، استخدم اختبار مربع كاي؛ إذ اتضح من قيم مربع كاي وجود فروق دالة بين النسب المئوية لمرضى القلب وغير المرضى في مستويات القلق؛ حيث بلغت قيم مربع كاي عند مستويات القلق المرتفع والمتوسط والمنخفض والمنخفضة جداً (8.982)، و (7.302)، و (5.007)، و (6.681) على التوالي (جدول 3). وجميع هذه القيم دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$). ويتضح أن النسب المئوية لمرضى القلب الذين تبين وجود مستويات مرتفعة ومتوسطة من القلق لديهم كانت أكبر بدرجة دالة من نظرائهم غير المرضى، وأن النسب المئوية لمن لديهم مستويات قلق منخفضة ومنخفضة جداً من غير المرضى أكبر بدرجة دالة من نظرائهم مرضى القلب، وجميع هذه الفروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$).

وللكشف عن مستويات الاكتئاب عند مرضى القلب ونظرائهم غير المرضى استخرجت التكرارات والنسب المئوية لأعداد مرضى القلب ونظرائهم غير المرضى تبعاً لمستويات الاكتئاب المرتفع والمتوسط والمنخفض والمعموم، وجدول (4) يبين وجود فروق ظاهرية بين أعداد مرضى القلب ونظرائهم في مستويات الاكتئاب؛ إذ بلغت أعداد مرضى القلب الذين يعانون من مستويات مرتفعة ومتوسطة ومنخفضة من الاكتئاب 34، و44، و39 وبنسب مئوية بلغت 61.9% و57.1% و53.5% على التوالي، في مقابل 21 و33 و34 من نظرائهم غير المرضى وبنسب مئوية بلغت 38.1% و42.9% و46.5% على التوالي. في حين أن نسبة من يعدم لديهم الاكتئاب من غير المرضى كانت أكبر من النسبة المئوية لنظرائهم مرضى القلب (جدول 4).

ولاستخراج دلالة الفروق بين التكرارات والنسب المئوية لمرضى القلب

جدول (3)

قيم مربع كاي للكشف عن دلالة الفروق في التكرارات والنسب المئوية للملاحظة والمتوقعة في مستويات القلق بين مرضى القلب ونظرائهم غير المرضى

البيد	الفئة	التكرار	النسبة المئوية	"مربع كاي"	الدلالة الإحصائية
قلق مرتفع	مرضى القلب	80	57.8%	8,982	*,001
	غير المرضى	59	42.4%		
	المجموع	139	100%		
قلق متوسط	مرضى القلب	48	54.0%	7,302	*,008
	غير المرضى	41	46.0%		
	المجموع	89	100%		
قلق منخفض	مرضى القلب	19	30.0%	0,007	*,000
	غير المرضى	33	70.0%		
	المجموع	52	100%		
لا يوجد قلق	مرضى القلب	9	37.3%	1,181	*,010
	غير المرضى	21	62.7%		
	المجموع	30	100%		

جدول (٤)

قيم مربع كاي للكشف عن دلالة الفروق بين التكرارات والنسب المئوية الملاحظة والمتوقعة لمرضى القلب ونظرائهم غير المرضى في مستويات الاكتئاب

المجال	التكرار	النسبة المئوية	"مربع كاي"	الدلالة الإحصائية
اكتئاب مرتفع	مرضى القلب	٦١,٩%	٨١٩.٧	٠,٠٢١*
	غير المرضى	٣٨,١%		
	المجموع	١٠٠,٠%		
اكتئاب متوسط	مرضى القلب	٥٧,١%	٨,٥٢٢	٠,٠١٩*
	غير المرضى	٤٢,٩%		
	المجموع	١٠٠,٠%		
اكتئاب منخفض	مرضى القلب	٥٣,٥%	٧,١١٩	٠,٠٢٣*
	غير المرضى	٤٦,٥%		
	المجموع	١٠٠,٠%		
لا يوجد اكتئاب	مرضى القلب	٣٧,٥%	٧,٢٣١	٠,٠٠٦*
	غير المرضى	٦٢,٥%		
	المجموع	١٠٤		

* مستوى الدلالة (α = 0.05)

جدول (٥)

نتائج التصنيف الصحيح لمرضى القلب ونظرائهم غير المرضى

الملاحظ	المتنبأ به			
	ن = ٣٠٩		نسبة التنبؤ الصحيحة	
	غير المرضى	مرضى القلب		
نمط الشخصية د والقلق والاكتئاب	ن = ٣٠٩	غير المرضى	٥٢	٦١,٠
		مرضى القلب	١٠٢	٦٥,٤
النسبة الكلية للتنبؤ				٦٥,٧

جدول (٦)

نتائج تقدير معالم نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي

Exp(B)	Sig	درجات الحرية	Wald	الخطأ المعياري	B	
٠,٩٥٢	٠,٠٠٣	١	٨,٧٦٩	٠,١٧	٠,٤٩-	نمط الشخصية د
١,٦٦	٠,٠٠١	١	١٠,١٩٦	٠,٢٠	٠,٦٤	القلق
١,٦٤	٠,٠٠٠	١	٢,١٥٩	٠,١٤	٠,٦٢	الاكتئاب
٠,٢٣	٠,٠٠٢	١	٩,٨٢٥	١,٢٠٧	٣,٧٨٢-	ثابت الانحدار

* مستوى الدلالة (α = 0.01)

مناقشة النتائج

الفروق في نمط الشخصية (د) بين مرضى القلب ونظرائهم غير المرضى

حيث بلغت نسبة من يتسمون بالتثبيط الاجتماعي من مرضى القلب 60.2% في مقابل 39.8% لدى نظرائهم غير المرضى، كما كشفت قيمة مربع كاي (7.230) عن فروق دالة بين من يعانون من الانفعالية السلبية من مرضى القلب وبين نظرائهم غير المرضى؛ حيث بلغت نسبة من يعانون من الانفعالية السلبية من مرضى القلب 56.4% في مقابل 43.6% لدى غير المرضى.

أيدت هذه النتيجة ما توصلت إليه دراسات عديدة (Denollet 2005; Kelpis et al. 2013; Schiffer et al., 2008; Zhang, Li, and Zou 2011) خلصت إلى وجود علاقة بين نمط الشخصية والقابلية لتطوير أنماط معينة من الأمراض

كشفت قيمة مربع كاي (7.294) عن فروق دالة بين من لديهم نمط الشخصية (د) من مرضى القلب ونظرائهم غير المرضى؛ حيث بلغت نسبة من لديهم نمط الشخصية (د) من مرضى القلب (58.0%)، في مقابل (42.0%) لفئة غير المرضى، كما بينت قيمة مربع كاي (7.053) وجود فروق دالة بين من يعانون من التثبيط الاجتماعي من مرضى القلب وبين نظرائهم غير المرضى؛

ويمكن تفسير هذه النتيجة إلى ما يصحب القلق من أعراض سيكولوجية وفسولوجية؛ فالقلق يرافقه مشاعر مزعجة تجعل الفرد متوتراً ومحتاجاً مما يؤدي إلى تنبيه الجهاز العصبي السمبثاوي وحدث تغيرات فسيولوجية مسببة تغيرات في ديناميكا الدم hemodynamic تتضح في ارتفاع ضغط الدم وزيادة معدل نبض القلب، بالإضافة إلى عدم انتظام ضربات القلب البطيني ventricular arrhythmias. كما يمكن أن تؤثر الكاتيكولامينات التي يطلقها نخاع الكظرية كرد فعل على مشاعر القلق في البروتينات الدهنية ذات الكثافة المنخفضة LDL والبروتين الدهني من نوع "LP-A" والبروتين الدهني ذي الكثافة العالية "HDL" وفي الأحماض الدهنية الحرة free fatty acids وهذه جميعاً عوامل مهمة في حدوث تصلب الشرايين atherosclerosis (تايلور، 2008). كما أن القلق يجعل الفرد عاجزاً عن النوم أو الاستغراق به، وعن التركيز أو الشعور بالأمن، وقد توصلت الدراسات (Ayas et al., 2003; Chandola et al., 2010; Vgontzas et al., 2009) إلى أن قلة النوم الناتجة عن القلق كثيراً ما تؤدي إلى اضطراب الساعة البيولوجية circadian في الجسم، وهي المسؤولة عن تنظيم العديد من العمليات الحيوية فيه، وارتفاع في مستوى الكورتيزول الذي يؤثر بشكل سلبي على الجهاز الدوري وخاصة القلب والأوعية الدموية. ويعمل على بقاء جزء من مواد بيوكيميائية تتسبب في تصلب الشرايين، واضطراب الدورة الدموية، وازدياد ضربات القلب، وبالتالي، زيادة خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية. كما أن القلق يجعل الفرد متأهلاً عاجزاً عن الاسترخاء أو الهدوء. كما يرتبط بمشاعر الخوف والتوجس، ويجعل الفرد يتوقع الأسوء. ونظراً لما تتصف به سمة القلق من ثبات بصفتها إحدى السمات النفسية التي تتميز بالثبات، فإن التغيرات الفسيولوجية المستمرة المصاحبة لهذه السمة ستكون لها تأثيرات خطيرة على القلب والجهاز الدوري، إضافة إلى ما يمكن أن ينشأ من تأثيرات على الأوضاع الصحية العامة وهي مسألة تستحق الاستقصاء بدراسات لاحقة.

الفروق بين مرضى القلب ونظراتهم غير المرضى في مستويات

الاكتئاب

كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة بين مرضى القلب ونظراتهم غير المرضى في جميع مستويات الاكتئاب حيث بلغت نسبة من يعانون من الاكتئاب المرتفع والمتوسط والمنخفض من مرضى القلب 61.9% و 57.1% و 53.5% على التوالي في مقابل ما نسبته 38.1%، و 42.9%، و 46.5% على التوالي لنظراتهم غير المرضى، حيث بلغت قيم مربع كاي المقابلة لهذه النسب 7,819، 8,522، 7,119 على التوالي، وقد اتفقت نتيجة الدراسة مع ما توصلت إليه دراسات سابقة (Denollet 2005; Denollet & Pedersen 2009; Glassman et al., 2010; Huffman, 2010; Huffman, 2002). والنتائج التي توصلت إليها دراسة الزرو وزملائها (Al-Dwaikat, 2020; Zar, Hayajneh, & Al-Dwaikat, 2020) التي هدفت إلى تقييم أعراض الاكتئاب لدى عينة من مرضى الشريان التاجي CAD في الأردن؛ حيث خلصت الدراسة إلى أن نصف المشاركين أمادوا بوجود مستويات خفيفة إلى متوسطة من الاكتئاب في حين أفاد حوالي ثلث المشاركين (37%) بوجود مستوى حاد من الاكتئاب. ودراسة فيرال وزملائه (Vural et al., 2008) التي أشارت إلى أن الغالبية العظمى من أفراد عينة دراستها من مرضى القلب (87.8%) كانوا يعانون من أعراض اكتئابية ومع دراسات (Blumenthal 2008; Huffman et al., 2013) أخرى بينت أن 20% من مرضى القلب كانوا يعانون من مستويات خفيفة من الاكتئاب. كما اتفقت مع ما توصلت إليه دراسة ألمانية (Konrad et al., 2016) أن 22% من مرضى القلب شخصوا بالاكتئاب. كما جاءت النتيجة مؤيدة لما توصلت إليه دراسة القزويني وزملائه (Al-Qezweny et al., 2016) التي بينت أن خطر تطور الاكتئاب عند مرضى القلب الذين تعرضوا لإجراءات القسطرة القلبية ممن يحملون نمط الشخصية (د) قد إرداد بمعزل يفوق ثلاثة أضعاف نظرائهم مرضى القلب الذين لا يحملون نمط الشخصية (د) وذلك بعد 10 سنوات من المتابعة. وهذه النتيجة تستوجب إجراء دراسات لاحقة تقارن بين مرضى القلب الذين يحملون نمط الشخصية (د) في مستويات الاكتئاب، والعلاقة بين الاكتئاب ومكونات نمط الشخصية (د) لدى عينات مشخصة طبيياً من غير المرضى.

يمكن اعتبار النتيجة التي توصلت إليها الدراسة منسجمة مع المنطق، لاسيما أن الانفعالية السلبية والشعور بالوحدة هما من السمات التي يتصف بها المكتئبون. وهناك دراسات (Daniel, 2013; Byars, 2005) أيدت ارتباط السلبية الانفعالية والوحدة بالاكتئاب مما يقود إلى القول بأن العلاقة بين هاتين السمتين وبين الاكتئاب هي علاقة متبادلة؛ فهاتان السمتان تعيقان التواصل مع الآخرين مما يعطل من فرص المساندة الاجتماعية عند الحاجة إليها. فتكون

الجسمية. كما ساندت نتيجة الدراسة ما توصلت إليه دراسة قام بها دينولت وبيدريسن (Denollet & Pedersen 2009) وأخرى أجريت على عينات من مرضى القلب في تسعة مراكز طبية في تايوان (Leu et al., 2019)؛ التي بينت أن نمط الشخصية (د) يشكل عامل خطر لتطور أمراض القلب والأوعية الدموية، كما أيدت ما توصل إليه تاباري وزملائه (Tabary et al., 2014) في دراسة على عينات من المجتمع الإبراني التي بينت أن مرضى القلب والأوعية الدموية لديهم مستوى أعلى من نمط الشخصية (د) مقارنة بالأفراد الأصحاء. ودراسات أخرى (Ginting et al., 2011; Zhang et al., 2016; al., 2016) أجريت لاستقصاء العلاقة بين نمط الشخصية (د) وزيادة الشكاوى الصحية الجسمية نحو: أمراض القلب والأوعية الدموية.

ويمكن تفسير قابلية الأشخاص من نمط الشخصية (د) لتطوير أمراض القلب والشرايين في ضوء مكونات هذا النمط؛ فالأفراد الذين يتصفون بالتنشيط الاجتماعي يتجنبون العلاقات الاجتماعية التي يرونها مصدر إزعاج بالنسبة إليهم، ويكونون أكثر تردداً في الكشف عن ذواتهم أمام الآخرين، ويميلون لكبت مشاعرهم وخبراتهم الاجتماعية، وهم أكثر ميلاً للتكتم وانعدام التوازن الاجتماعي؛ هذه السمات مجتمعة تقود إلى ضعف التواصل مع الآخرين وتحرمهم من المساندة الاجتماعية التي يحتاجون إليها في التعامل الناجح مع الضغوط. والنتيجة تفاقم المشاعر المكبوتة، وظهورها على شكل اضطرابات سيكوسوماتية تتضح في زيادة احتمالات تطور أمراض جسمية عديدة تبين ارتباطها بالعوامل النفسية، والظروف الحياتية الضاغطة وعادات الفرد الصحية واستراتيجيات التعامل التي يتبناها الفرد. وتعد أمراض القلب والشرايين واحدة من هذه الاضطرابات السيكوسوماتية. أما مكون الانفعالية السلبية، فهو يترافق مع الاستثارة الانفعالية والقلق والاهتياج والغموض والميل للتفسيرات السلبية للأمر. وهذه جميعاً ترتبط بمستويات مرتفعة من الانزعاج النفسي وانعدام التوازن، وازدياد الفعالية السمبثاوية، وفي مستوى هرموني الإبينيفرين ونور إيبينيفرين اللذين يطلقهما نخاع الأدرينالية، مما يزيد من الجهد الملقى على القلب والأوعية الدموية (Taylor, 2018)، وهذه التغيرات من المرجح أن تكون أكثر تواتراً لدى من يشعرون بالاهتياج والاستثارة الانفعالية والقلق ونقصان التوازن الاجتماعي، وهي المكونات التي يتضمنها بعدا التنشيط الاجتماعي والانفعالية السلبية في نمط الشخصية (د). ومع أن نتائج هذه الدراسة اتفقت مع ما خلصت إليه دراسات عديدة سابقة (Pedersen & Denollet 2006; Reich & Schatzberg, 2010) بخصوص الأثر الذي ينشأ عن نمط الشخصية (د) في زيادة خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، ومع النتيجة التي توصل إليها هوين (Hoen et al., 2013) بخصوص الدور الإيجابي الذي تلعبه السمات النفسية الإيجابية من نحو الوجدان الإيجابي positive affect، في الوقاية من أمراض القلب والأوعية الدموية، نجد في المقابل، أن بيكيندام وزملائه (Bekendam et al., 2018) لم يتوصلوا إلى وجود ارتباطات دالة بين نمط الشخصية وبين النتائج السلبية عند مرضى القلب. ومع أن نتيجة هذه الدراسة قد خلصت إلى وجود فروق دالة بين مرضى القلب ونظراتهم غير المرضى في نمط الشخصية (د) وبعده، إلا أن الحاجة تبقى قائمة لبيان كيفية التي تتفاعل فيها متغيرات عديدة يتصف بها من يحملون نمط الشخصية (د) في تقرير الفروق التي تسهم في تطور أمراض القلب والشرايين من نحو العادات الصحية لدى الفرد والخصائص الديموغرافية ووجود اضطرابات نفسية أخرى.

الفروق بين مرضى القلب ونظراتهم غير المرضى في مستويات

سمة القلق

كشفت قيم مربع كاي عن فروق دالة بين مرضى القلب ونظراتهم غير المرضى في مستويات القلق؛ إذ بلغت نسبة من لديهم مستويات مرتفعة ومتوسطة من القلق من مرضى القلب 57.8% و 54.0% على التوالي في مقابل ما نسبته 42.4% و 46.0% على التوالي من نظرائهم غير المرضى. أيدت هذه النتيجة ما توصلت إليه دراسات عديدة (Denollet & Pedersen 2009; Kubzan, 2002; Rutledge & Hogan, 2006; sky et al., 2006) كشفت عن وجود علاقة بين القلق وزيادة الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية ومدى خطورتها. وما توصل إليه بوسيل وشيجوال (Bhosale & Shejwal, 2013) حول وجود فروق جوهرية دالة في مستويات القلق بين مرضى القلب والأفراد الأصحاء. ويبدو أن هناك علاقة متبادلة بين القلق وخطر تطور أمراض القلب؛ إذ بينت دراسة القزويني وزملائه (Al-Qezweny et al., 2016) أن خطر تطور القلق عند مرضى القلب قد زاد بمعزل يفوق الضعفين بعد 10 سنوات من المتابعة للمرضى الذين خضعوا لتدخلات القسطرة القلبية ممن لديهم نمط الشخصية (د) مقارنة بنظرائهم الذين لا يحملون هذا النمط.

المراجع العربية

١. البحيري، عبد الرقيب. (٢٠٠٥). اختبار حالة وسمة القلق للكباز (كراسة التعليمات). القاهرة، جمهورية مصر العربية: مكتبة النهضة المصرية.
٢. حمدي، نزيه، وأبو حجلة، نظام، وأبو طالب، صابر. (١٩٨٨). البناء العاملي ودلالات صدق ثبات صورة معدلة لقائمة بيك للاكتئاب. مجلة دراسات:العلوم التربوية، ١٥ (١)، ٣٠-٤٠.

النتيجة زيادة في مشاعر اليأس وما يصحبها من تغيرات تشكل عوامل خطيرة في تطور أمراض القلب عند المكتئبين.

القيمة التنبؤية لنمط الشخصية (د) والقلق والاكتئاب بمرض

القلب

كشفت النتائج عن قدرة نمط الشخصية (د) والقلق والاكتئاب بمرض القلب لدى أفراد عينة الدراسة حيث بلغت النسبة الكلية الصحيحة للتنبؤ (65.7%). وهذه النتيجة جاءت مساندة لما توصلت إليه أبحاث عديدة (Grande, Romp- pel, & Barth 2012; Piepoli et al., 2016) بينت أن نمط الشخصية (د)، هو أحد عوامل الخطر المؤكدة لتطور مرض القلب التاجي CHD، ولذلك تم تضمين نمط الشخصية (د) منذ عام 2012 في إرشادات الوقاية من أمراض القلب والأوعية الدموية الأوروبية European Cardiovascular Prevention Guideline بصفته أحد عوامل الخطر الثلاث - التوتر والاكتئاب ونمط الشخصية (د) - لتطور أمراض القلب التي يتوجب الكشف عنها (Piepoli et al., 2016) كإجراء وقائي. وعلى الرغم من أن النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية أكدت ما توصلت إليه الدراسات المشار إليها في هذه الدراسة حول أهمية نمط الشخصية (د) والقلق والاكتئاب في تطور أمراض القلب إلا أن الحاجة تبقى ماسة إلى إجراء دراسات لاحقة تركز على ضبط العوامل التي يمكن أن تتدخل في النتيجة النهائية حول دور نمط الشخصية (د) وغير ذلك من العوامل النفسية والاجتماعية ذات العلاقة بتطور أمراض القلب والشرابيين.

التوصيات

- فيما يأتي مجموعة من التوصيات في ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج:
- إجراء مزيد من الاستقصاء لإيضاح الفروق بين مرضى القلب الذين يحملون نمط الشخصية (د) ونظرائهم الذين لا يحملون نمط الشخصية (د) من مرضى القلب.
 - إجراء دراسات تتناول القيمة التنبؤية لنمط الشخصية (د) بالأوضاع الصحية الجسمية والنفسية لدى الراشدين.
 - إجراء دراسات لاستقصاء العلاقة بين نمط الشخصية (د) واضطرابات الشخصية.
 - إجراء دراسات تتناول الكيفية التي تتفاعل بها متغيرات ديموغرافية معينة وعادات الفرد الصحية والشخصية ونمط الحياة بتطور أمراض القلب.
 - توجيه اهتمام المتخصصين في عيادات القلب والأوعية الدموية إلى أبعاد الشخصية ومختلف الجوانب النفسية نظراً لدورها في تفاقم الأعراض عند مرضى القلب وإبلائها أهمية خاصة.
 - توجيه اهتمام المتخصصين في ميدان علم النفس الصحي لمساعدة مرضى القلب وتدريبهم على استراتيجيات التعامل، من نحو استراتيجية كشف الذات، والاستفادة من الفرص التي تحققها العلاقات الصحية مع الآخرين وبشكل خاص الأفراد المهمين في حياتهم.
 - عمل ندوات توعية للفئات المعرضة لخطر تطور أمراض القلب والفئات التي تعاني منها والتركيز على أهمية التدريب على تبني توجه إيجابي في النظر إلى الأحداث وفي تفسيرها.

المراجع الأجنبية:

1. Al-Qezweny, M. N. A., Utens, E. M. W. J., Dulfer, K., Hazemeijer, B. A. F., Van Geuns, R. J., Daemen, J., & Van Domburg, R. (2016). The association between type D personality, and depression and anxiety ten years after PCI. *Netherlands Heart Journal*, 24(9), 538–543. <https://doi.org/10.1007/s12471-016-0860-4>
2. Al-Zaru, I. M., Hayajneh, A. A., & Al-Dwaikat, T. (2020). Psychometric properties of the Arabic version of the cardiac depression scale tested on Jordanian patients with cardiovascular diseases. *BMC Psychiatry*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02651-8>
3. Albus, C. (2010). Psychological and social factors in coronary heart disease. *Annals of Medicine*, 42(7), 487–494. <https://doi.org/10.3109/07853890.2010.515605>
4. Ayas, N. T., White, D. P., Manson, J. A. E., Stampfer, M. J., Speizer, F. E., Malhotra, A., & Hu, F. B. (2003). A prospective study of sleep duration and coronary heart disease in women. *Archives of Internal Medicine*, 163(2), 205–209. <https://doi.org/10.1001/archinte.163.2.205>
5. Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*, 2nd ed. In *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*, 2nd ed. New York, NY, US: Guilford Press.
6. Barth, J., Schumacher, M., & Herrmann-Lingen, C. (2004). Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: A meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 66(6), 802–813.
7. Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561–571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
8. Beck, A T, Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the beck depression inventory* The Psychological Corporation. San Antonio, TX, 1996.
9. Beck, Aaron T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77–100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
10. Bekendam, M. T., Kop, W. J., Barzilay, S., Widdershoven, J. W., Aarnoudse, W., Denollet, J., & Mommersteeg, P. M. C. (2018). The predictive value of positive affect and Type D personality for adverse cardiovascular clinical outcomes in patients with non-obstructive coronary artery disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 104, 108–114. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.11.003>
11. Bhosale, S., & Shejwal, B. (2013). A comparative study of coronary heart disease patients and non- coronary heart disease individuals in relation to stress, anxiety and type-A behaviour. *Archives of Mental Health*, 14(2).
12. Bishop, S. J. (2007). Neurocognitive mechanisms of anxiety: an integrative account. *Trends in Cognitive Sciences*, 11(7), 307–316. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2007.05.008>
13. Blumenthal, J. A. (2008). Depression and coronary heart disease: Association and implications for treatment. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 75(SUPPL.2), 48–53. <https://doi.org/10.3949/ccjm.75.Suppl.2.548>
14. Borkoles, E., Kaiseler, M., Evans, A., Ski, C. F., Thompson, D. R., & Polman, R. C. J. (2018). Type D personality, stress, coping and performance on a novel sport task. *PLOS ONE*, 13(4), 1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196692>
15. Borkoles, E., Polman, R., & Levy, A. (2010). Type D Personality and Body Image in Men: The Role of Exercise Status. *Body Image*, 7(1), 39–45.
16. Byars, J. L. (2005). Stress, anxiety, depression, and loneliness of graduate counseling students: The effectiveness of group counseling and exercise. *Texas Tech University*.
17. Chandola, T., Ferrie, J. E., Perski, A., Akbaraly, T., & Marmot, M. G. (2010). The effect of short sleep duration on coronary heart disease risk is greatest among those with sleep disturbance: A prospective study from the Whitehall II cohort. *Sleep*, 33(6), 739–744. <https://doi.org/10.1093/sleep/33.6.739>
18. Chida, Y., & Steptoe, A. (2009). The Association of Anger and Hostility With Future Coronary Heart Disease. A Meta-Analytic Review of Prospective Evidence. *Journal of the American College of Cardiology*, 53(11), 936–946. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2008.11.044>
19. Daniel, K. (2013). Loneliness and Depression among University Students in Kenya. *Global Journal of Human Social Science Arts & Humanities*, 13(4).
20. De Hert, M., Detraux, J., & Vancampfort, D. (2018). The intriguing relationship between coronary heart disease and mental disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 31–40.
21. Denollet, J, Rombouts, H., Gillebert, T. C., Brutsaert, D. L., Sys, S. U., & Stroobant, N. (1996). Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *Lancet*, 347(8999), 417–421.
22. Denollet, Johan. (2005). DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 89–97. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000149256.81953.49>
23. Denollet, Johan, & Pedersen, S. S. (2009). Anger, Depression, and Anxiety in Cardiac Patients. The Complexity of Individual Differences in Psychological Risk. *Journal of the American College of Cardiology*, 53(11), 947–949. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2008.12.006>
24. Denollet, Johan, Schiffer, A., & Spek, V. (2010). A General Propensity to Psychological Distress Affects Cardiovascular Outcomes. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 3(5), 546–557. <https://doi.org/10.1161/circoutcomes.109.934406>
25. Denollet, Johan, Vaes, J., & Brutsaert, D. L. (2000). Inadequate response to treatment in coronary heart disease: Adverse effects of type D personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life. *Circulation*, 102(6), 630–635. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.102.6.630>
26. Deschênes, S. S., Burns, R. J., Graham, E., & Schmitz, N. (2019). Depressive symptoms and sleep problems as risk factors for heart disease: A prospective community study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000441>
27. Elliott, T. R., Shewchuk, R. M., & Richards, J. S. (2001). Family caregiver social problem-solving abilities and adjustment during the initial year of the caregiving role. *Journal of Counseling Psychology*, 48(2), 223–232. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.48.2.223>
28. Evans, D. L., & Andrews, L. W. (2005). If your adolescent has depression or bipolar disorder: An essential resource for parents.
29. Gan, Y., Gong, Y., Tong, X., Sun, H., Cong, Y., Dong, X., ... Lu, Z. (2014). Depression and the risk of coronary heart disease: a meta-analysis of prospective cohort studies. *BMC Psychiatry*, 14(1), 371. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0371-z>
30. Ginting, H., Van De Ven, M., Becker, E. S., & Näring, G. (2016). Type D personality is associated with health behaviors and perceived social support in individuals with coronary heart disease. *Journal of Health Psychology*, 21(5), 727–737. <https://doi.org/10.1177/1359105314536750>
31. Glassman, A. H., O'Connor, C. M., Califf, R. M., Swedberg, K., Schwartz, P., Bigger, J. T., Harrison, W. M. (2002). Sertraline treatment of major depression in patients with acute MI or unstable angina. *Journal of the American Medical Association*, 288(6), 701–709. <https://doi.org/10.1001/jama.288.6.701>
32. Grande, G., Romppel, M., & Barth, J. (2012). Association between type D personality and prognosis in patients with cardiovascular diseases: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 43(3), 299–310. <https://doi.org/10.1007/s12160-011-9339-0>
33. Habra, M. E., Linden, W., Anderson, J. C., & Weinberg, J. (2003). Type D personality is related to cardiovascular and neuroendocrine reactivity to acute stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(3), 235–245. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00553-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00553-6)
34. Herbst, S., Pietrzak, R. H., Wagner, J., White, W. B., & Petry, N. M. (2007). Lifetime major depression is associated with coronary heart disease in older adults: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Psychosomatic Medicine*, 69(8), 729–734. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181574977>
35. Hoen, W. P., Lijmer, J. G., Duran, M., Wanders, R. J. A., Van Beveren, N. J. M., & De Haan, L. (2013). Red blood cell polyunsaturated fatty acids measured in red blood cells and schizophrenia: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, 207(1–2), 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.041>
36. Huffman, J. (2010). The relationship between depression, anxiety, and cardiovascular outcomes in patients with acute coronary syndromes. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 123. <https://doi.org/10.2147/ndt.s6880>
37. Huffman, J. C., Celano, C. M., Beach, S. R., Motiwala, S. R., & Januzzi, J. L. (2013). Depression and cardiac disease: Epidemiology, mechanisms, and diagnosis. *Cardiovascular Psychiatry and Neurology*, 2013. <https://doi.org/10.1155/2013/695925>
38. Jackson, C. A., Sudlow, C. L. M., & Mishra, G. D. (2018). Psychological Distress and Risk of Myocardial Infarction and Stroke in the 45 and Up Study. *Circulation. Cardiovascular Quality and Outcomes*, 11(9), e004500. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.117.004500>
39. Kelpis, T. G., Anastasiadis, K., Nimatoudis, I., Kelpi, M. G., Hadjimiltiades, S., & Papakonstantinou, C. (2013). Prevalence of “Distressed” personality in patients with coronary artery disease and its correlation with morbidity after coronary surgery. *Hellenic Journal of Cardiology*, 54(5), 362–367.
40. Konrad, M., Jacob, L., Rapp, M. A., & Kostev, K. (2016). Depression risk in patients with coronary heart disease in

- Germany. *World Journal of Cardiology*, 8(9), 547. <https://doi.org/10.4330/wj.v8.i9.547>
41. Kubzansky, L. D., Cole, S. R., Kawachi, I., Vokonas, P., & Sparrow, D. (2006). Shared and unique contributions of anger, anxiety, and depression to coronary heart disease: A prospective study in the normative aging study. *Annals of Behavioral Medicine*, 31(1), 21–29. https://doi.org/10.1207/s15324796abm3101_5
 42. Kupper, N., & Denollet, J. (2007). Type D personality as a prognostic factor in heart disease: Assessment and mediating mechanisms. *Journal of Personality Assessment*, 89(3), 265–276. <https://doi.org/10.1080/00223890701629797>
 43. Kupper, N., & Denollet, J. (2018). Type D Personality as a Risk Factor in Coronary Heart Disease: a Review of Current Evidence. *Current Cardiology Reports*, 20(11). <https://doi.org/10.1007/s11886-018-1048-x>
 44. Kupper, N., Pedersen, S. S., Höfer, S., Saner, H., Oldridge, N., & Denollet, J. (2013). Cross-cultural analysis of Type D (distressed) personality in 6222 patients with ischemic heart disease: A study from the International HeartQoL Project. *International Journal of Cardiology*, 166(2), 327–333. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2011.10.084>
 45. Lambertus, F., Herrmann-Lingen, C., Fritzsche, K., Hamacher, S., Hellmich, M., Jünger, J., Albus, C. (2018). Prevalence of mental disorders among depressed coronary patients with and without Type D personality. Results of the multi-center SPIRR-CAD trial. *General Hospital Psychiatry*, 50(October 2017), 69–75. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2017.10.001>
 46. Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, D. G., & Lip, G. Y. H. (2001). Predictors of attendance at cardiac rehabilitation after myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(3), 497–501. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00225-2](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00225-2)
 47. Leu, H. B., Yin, W. H., Tseng, W. K., Wu, Y. W., Lin, T. H., Yeh, H. I., Chen, J. W. (2019). Impact of type D personality on clinical outcomes in Asian patients with stable coronary artery disease. *Journal of the Formosan Medical Association*, 118(3), 721–729. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2018.08.021>
 48. McDowell, I. (2009). Measuring Health: A guide to rating scales and questionnaires. In *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195165678.001.0001>
 49. Mols, F., & Denollet, J. (2010). Type D personality in the general population: A systematic review of health status, mechanisms of disease, and work-related problems. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-9>
 50. Nicholson, W. K., Setse, R., Hill-Briggs, F., Cooper, L. A., Strobino, D., & Powe, N. R. (2006). Depressive symptoms and health-related quality of life in early pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 107(4), 798–806. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000204190.96352.05>
 51. Parissis, J., Fountoulaki, K., Paraskevaïdis, I., & Kremastinos, D. (2007). Sertraline for the treatment of depression in coronary artery disease and heart failure. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 8(10), 1529–1537.
 52. Pedersen, S., & Denollet, J. (2006). Is Type D Personality Here to Stay? Emerging Evidence Across Cardiovascular Disease Patient Groups. *Current Cardiology Reviews*, 2(3), 205–213. <https://doi.org/10.2174/157340306778019441>
 53. Pedersen, S. S., Daemen, J., van de Sande, M., Sonnenschein, K., Serruys, P. W., Erdman, R. A. M., & van Domburg, R. T. (2007). Type-D personality exerts a stable, adverse effect on vital exhaustion in PCI patients treated with paclitaxel-eluting stents. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(4), 447–453. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.12.015>
 54. Pedersen, S. S., Denollet, J., Ong, A. T. I., Sonnenschein, K., Erdman, R. A. M., Serruys, P. W., & Domburg, R. T. V. (2007). Adverse clinical events in patients treated with sirolimus-eluting stents: The impact of Type D personality. *European Journal of Preventive Cardiology*, 14(1), 135–140. <https://doi.org/10.1097/HJR.0b013e328045c282>
 55. Pedersen, S. S., Ong, A. T. L., Sonnenschein, K., Serruys, P. W., Erdman, R. A. M., & Van Domburg, R. T. (2006). Type D personality and diabetes predict the onset of depressive symptoms in patients after percutaneous coronary intervention. *American Heart Journal*, 151(2), 367.e1–367.e6. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2005.08.012>
 56. Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., Zamorano, J. L. (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice the Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European Journal of Preventive Cardiology*, 23(11), NP1–NP96. <https://doi.org/10.1177/2047487316653709>
 57. Polman, R., Borkoles, E., & Nicholls, A. R. (2010). Type D personality, stress, and symptoms of burnout: the influence of avoidance coping and social support. *British Journal of Health Psychology*, 15(Pt 3), 681–696. <https://doi.org/10.1348/135910709X479069>
 58. Reich, J., & Schatzberg, A. (2010). Personality traits and medical outcome of cardiac illness. *Journal of Psychiatric Research*, 44(15), 1017–1020. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.03.016>
 59. Rose, S. K., Conn, V. S., & Rodeman, B. J. (1994). Anxiety and self-care following myocardial infarction. *Issues in Mental Health Nursing*, 15(4), 433–444. <https://doi.org/10.3109/01612849409006919>
 60. Rutledge, T., & Hogan, B. E. (2002). A Quantitative Review of Prospective Evidence Linking Psychological Factors With Hypertension Development. *Psychosomatic Medicine*, 64(5), 758–766. <https://doi.org/10.1097/00006842-200209000-00008>
 61. Schiffer, A. A., Pedersen, S. S., Widdershoven, J. W., & Denollet, J. (2008). Type D personality and depressive symptoms are independent predictors of impaired health status in chronic heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 10(8), 802–810. <https://doi.org/10.1016/j.ejheart.2008.06.012>
 62. Schiffer, A. A., Pedersen, S. S., Widdershoven, J. W., Hendriks, E. H., Winter, J. B., & Denollet, J. (2005). The distressed (type D) personality is independently associated with impaired health status and increased depressive symptoms in chronic heart failure. *European Journal of Preventive Cardiology*, 12(4), 341–346. <https://doi.org/10.1097/01.hjr.0000173107.76109.6c>
 63. Shewchuk, R. M., Richards, J. S., & Elliott, T. R. (1998). Dynamic processes in health outcomes among caregivers of patients with spinal cord injuries. *Health Psychology*, 17(2), 125–129. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.17.2.125>
 64. Spielberger, C., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1970). STAI manual for the state-trait anxiety inventory.
 65. Spielberger, C.D. (1966). Theory and research on anxiety. Anxiety and behavior. New York, NY, US: Academic Press.
 66. Spielberger, C.D. (1989). State-Trait Anxiety Inventory: Bibliography (2nd ed.). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
 67. Spielberger, Charles D. (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (Form Y) ("Self-Evaluation Questionnaire").
 68. Spindler, H., Kruse, C., Zwisler, A. D., & Pedersen, S. S. (2009). Increased anxiety and depression in danish cardiac patients with a type D personality: Cross-validation of the type D scale (DS14). *International Journal of Behavioral Medicine*, 16(2), 98–107. <https://doi.org/10.1007/s12529-009-9037-5>
 69. Staniute, M., Brozaitiene, J., Burkauskas, J., Kazukauskienė, N., Mickuviene, N., & Bunevicius, R. (2015). Type D personality, mental distress, social support and health-related quality of life in coronary artery disease patients with heart failure: A longitudinal observational study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-014-0204-2>
 70. Stanton, R., Rosenbaum, S., Rebar, A., & Happell, B. (2019). Prevalence of Chronic Health Conditions in Australian Adults with Depression and/or Anxiety. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(10), 902–907. <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1613701>
 71. Tabary, S. Z., Rezaii, M., Nia, Z. J., Goodarzy, P., & IZanloo, M. (2014). A Comparative Study of Quality of Family, Social Relationships and Type D Personality in Cardiovascular Patients and Non-Patients. *Health*, 06(16), 2135–2143. <https://doi.org/10.4236/health.2014.616248>
 72. Taylor, S. (2018). *Health Psychology* (10th ed.). New York, NY, US: McGraw Hill.
 73. Van der Kooy, K., van Hout, H., Marwijk, H., Marten, H., Stehouwer, C., & Beekman, A. (2007). Depression and the risk for cardiovascular diseases: systematic review and meta analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(7), 613–626. <https://doi.org/10.1002/gps.1723>
 74. Versteeg, H., Spek, V., Pedersen, S. S., & Denollet, J. (2012). Type D personality and health status in cardiovascular disease populations: A meta-analysis of prospective studies. *European Journal of Preventive Cardiology*, 19(6), 1373–1380. <https://doi.org/10.1177/1741826711425338>
 75. Vgontzas, A. N., Liao, D., Bixler, E. O., Chrousos, G. P., & Vela-Bueno, A. (2009). Insomnia with objective short sleep duration is associated with a high risk for hypertension. *Sleep*, 32(4), 491–497. <https://doi.org/10.1093/sleep/32.4.491>
 76. Vural, M., Acer, M., & Akbaş, B. (2008). The scores of Hamilton depression, anxiety, and panic agoraphobia rating scales in patients with acute coronary syndrome. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 8(1), 43–47.
 77. Wang, Y., Zhao, Z., Gao, X., Li, L., Liu, G., Chen, W., ... Lin, P. (2016). Type D Personality and Coronary Plaque Vulnerability in Patients With Coronary Artery Disease: An Optical Coherence

- Tomography Study. *Psychosomatic Medicine*, 78(5), 583–592. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000307>
78. WHO. (2018). World Health Organization - Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles.
79. WHO. (2020). Cardiovascular diseases (CVDs).
80. Williams, L., O'Connor, R. C., Grubb, N., & O'Carroll, R. (2011). Type d personality predicts poor medication adherence in myocardial infarction patients. *Psychology and Health*, 26(6), 703–712. <https://doi.org/10.1080/08870446.2010.488265>
81. Williams, L., & Wingate, A. (2012). Type D personality, physical symptoms and subjective stress: the mediating effects of coping and social support. *Psychology & Health*, 27(9), 1075–1085. <https://doi.org/10.1080/08870446.2012.667098>
82. Wiium-Andersen, M. K., Wiium-Andersen, I. K., Prescott, E. I. B., Overvad, K., Jørgensen, M. B., & Osler, M. (2019). An attempt to explain the bidirectional association between ischaemic heart disease, stroke and depression: a cohort and meta-analytic approach. *The British Journal of Psychiatry*, 1–8. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.130>
83. Wu, Q., & Kling, J. M. (2016). Depression and the Risk of Myocardial Infarction and Coronary Death: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Medicine*, 95(6), e2815. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002815>
84. Zhang, Y., Li, H., & Zou, S. (2011). Association between cognitive distortion, type D personality, family environment, and depression in Chinese adolescents. *Depression Research and Treatment*, 2011, 143045. <https://doi.org/10.1155/2011/143045>

References Translated:

- I. Al-Buhairi, Abdul-Raqeeb (2005) [Adult Anxiety State and Trait Test (Instruction Sheet)] (Cairo: The Egyptian Renaissance Library), ISIN: 60000000070.
- II. Hamdi, N.; Abu-Hijleh, N.; Abou Taleb, S. (1988). [The factorial structure, validity and reliability of an Arabic version of Beck's Depression Inventory], *Dirasat: Educational Sciences*, 15(1), 30-40.

