

مقایسه بهزیستی روانشناختی، استرس ادراک شده و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به پر فشاری خون و افراد بهنجار

محمد اورکی^۱، مریم جهاندار^۲

^۱دانشیار و عضو هیئت علمی دانشگاه پیام نور تهران

^۲دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت دانشگاه پیام نور تهران

نویسنده مسئول:

محمد اورکی

شماره ۱۸ / زمستان ۱۳۹۸ / ص ۱۴۰-۱۵۵

مجله علمی پژوهش در علوم انسانی و مطالعات اجتماعی (سال پنجم)

چکیده:

پژوهش حاضر باهدف: مقایسه بهزیستی روانشناختی، استرس ادراک شده و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به پر فشاری خون و افراد بهنجار است جامعه آماری در این پژوهش تمامی بیماران مبتلا به پر فشاری خون و افراد بهنجار مراجعه کننده به بیمارستان دولتی شریعتی در شهر اصفهان می باشد. روش مورد استفاده از روش علی - مقایسه ای می باشد و روش نمونه گیری این پژوهش تصادفی طبقه ای خواهد بود که با استفاده از آن، ۱۰۰ نفر بیمار دارای پر فشاری خون و ۱۰۰ نفر افراد بهنجار انتخاب شدند و ابزارهای گردآوری عبارت است از بهزیستی روانشناختی، مقیاس استرس ادراک شده، مقیاس راهبردهای تنظیم هیجان می باشد برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS-21 و روشهای آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شده است. یافته: نتایج تحلیل نشان داد که رابطه منفی معناداری بین بهزیستی روانشناختی و استرس ادراک شده و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران دارای پر فشاری خون و افراد بهنجار وجود دارد ($p < .000$). نتیجه: بهزیستی روانشناختی و استرس ادراک شده و میزان استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان در افراد بهنجار بیشتر از بیماران دارای پر فشاری خون می باشد.

واژگان کلیدی: بهزیستی روانشناختی، استرس ادراک شده، راهبردهای تنظیم هیجان

مقدمه:

بیماری فشار خون بالا یکی از شایع ترین بیماری های مزمن و مهمترین عامل خطر برای ایجاد بیماری قلبی و سکتۀ مغزی می باشد. این بیماری بر عملکرد جنسی بیمار، حرفه او، نقش های اجتماعی و بسیاری دیگر از زوایای زندگی بیمار از قبیل توان او در حفظ زندگی خانوادگی و انجام روزمره کارهای تاثیر گذاشته و زندگی وی را دچار تحولات نامطلوبی می کند (سیار^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). بیماری فشار خون بالا ۴/۵ درصد بار جهانی بیماری ها را به خود اختصاص داده است. شیوع جهانی پر فشاری خون حدود یک میلیارد نفر است و حدوداً ۷/۱ میلیون مرگ سالانه را به پر فشاری خون نسبت داد. این بیماری حدود ۲۰ درصد از جمعیت بالغ جهان را متأثر کرده است. در طرح بررسی سلامت و بیماری میزان شیوع پر فشاری خون در مردان، زنان و کل جمعیت ۱۵ سال به بالای کشور به ترتیب ۱۱/۱، ۱۱/۹، ۱۱/۵ درصد بود. مطالعات گوناگون انجام شده در جهان نشان از فاصلۀ عمیق بین کشور پیشرفته با کشورهای در حال توسعه در شناخت، کنترل و درمان بیماری پر فشاری خون دارد، برای نمونه در حالی که میزان آگاهی، درمان و کنترل برابر ۷۰، ۵۹ و ۳۴ درصد بود (ایزادیرید^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). کنترل و پیشگیری از پر فشاری خون در سطح وسیع اجتماعی صرفاً از راه اتخاذ خط مشی های صحیح در تمام سطوح جامعه حاصل می شود و برای حصول این هدف بایست همه اعضای جامعه شامل اعضای خانواده، نهادهای مذهبی، مدارس سازمان مراکز بهداشتی و سایر، های اجتماعی و اشخاص صاحب نفوذ در میان مردم را در این امر مشارکت داد یکی از راهکارهای موثر در کنترل پر فشاری خون، مشاوره با خانواده است. برنر در امر کنترل بیماری پر فشاری خون بر شرکت خانواده در برنامه های آموزشی و مشاوره تاکید دارد، دارد اعضای خانواده بتوانند از بیمار برای کنترل پر فشاری خون حمایت کنند. او معتقد است خانواده بیمار باید در برنامه آموزشی مشارکت کنند تا بتوانند نیازهای بیمار را درک از رعایت، برنامه درمانی توسط بیمار حمایت و مراقبت کنند و بدانند چه راهنمایی واقع از پزشک های استفاده کنند. از جمله ویژگی مهم روانی که افراد سالم بایستی از آن برخوردار باشند، احساس بهزیستی است. احساس بهزیستی اصطلاحاً این گونه تعریف می شود: احساس مثبت و احساس رضایتمندی عمومی از زندگی که شامل خود و دیگران در حوزه های مختلف خانواده، شغل و... است (اسبقی، ۱۳۹۸).

احساس بهزیستی سه جنبه ی مختلف را شامل می شود ۱. بهزیستی روانشناختی؛^۳ که به معنای قابلیت یافتن تمامی استعداد های فرد است و ۶ مؤلفه را در بر می گیرد: خود مختاری، رشد شخصی، سلطه به محیط، روابط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود. بهزیستی اجتماعی،^۴ بر روی تکالیف اجتماعی که بشر در دل ساختار های اجتماعی و اجتماعات خود با آن مواجه است، تمرکز دارد و دارای ۵ مؤلفه می باشد: یکپارچگی خود، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و درک پذیری اجتماع. ۳- بهزیستی هیجانی یا عاطفی؛^۵ بهزیستی هیجانی متشکل از دسته ای از نشانه هاست که بیانگر حضور یا غیاب احساسات مثبت نسبت به زندگی است. بهزیستی هیجانی دارای ۳ مؤلفه است: حضور عواطف مثبت، غیاب عواطف منفی و رضایتمندی از زندگی (کیز، ۲۰۱۸) در سال های اخیر، گروهی از پژوهشگران حوزه ی سلامت روانی از روانشناسی مثبت نگر رویکرد نظری و پژوهشی متفاوتی برای تبیین و مطالعه این مفهوم برگزیده اند. آنان سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روانشناختی، تلقی و آن را در قالب اصطلاح بهزیستی روانشناختی مفهوم سازی کرده اند. بهزیستی روانشناختی در دو دهه اخیر در ادبیات پژوهشی به وفور مورد بررسی قرار گرفته و دامنه ی مطالعات آن از حوزه ی زندگی فردی به تعاملات اجتماعی کشیده شده است (کول، ۲۰۱۹). بهزیستی روانی جزء روانشناختی کیفیت زندگی است که به عنوان درک افراد از زندگی خودشان در حیطه رفتارهای هیجانی و عملکردهای روانی و ابعاد سلامت روانی تعریف می شود. بهزیستی روانشناختی به معنی قابلیت یافتن تمام استعدادهای فرد است و ۶ مؤلفه را در بر می گیرد: خودمختاری، رشد شخصی، روابط مثبت با دیگران، هدفمندی، پذیرش خود و تسلط بر محیط که این مؤلفه ها در افراد مبتلا آن طور که باید رشد نمی یابد. با توجه به موارد یاد شده می توان گفت بهزیستی روانشناختی از جمله عوامل تاثیرگذار در پیشرفت افراد می باشد (امیز^۶، ۲۰۱۴). استرس را به عنوان یک تنش هیجانی ناشی از حوادث زندگی می دانند که بدون آمادگی قبلی برای پذیرش آن فشار و تلاش برای یافتن راه حل مسئله است. استرس هم می تواند برای فرد مثبت باشد و هم منفی، که این خود بستگی به قدرت و تداوم استرس، ویژگی های شخصیتی افراد، ارزیابی فرد از استرس و حمایت های اجتماعی دارد. اما فارغ از اینکه چه عاملی استرس را در فرد ایجاد می کند، هر کسی می تواند یاد

1. Syer

2. Izadirdad

3. Psychological well-being

4. Social well-being

5. Affective-Emotional well-being

6. Keyes

1..cool

8. Aimes

بگیرد که این فشار را از خود دور سازد. ۲- اصطلاح تنیدگی یا استرس از کلمه لاتین استرینجر^۱ مشتق شده است که به معنای در آغوش گرفتن، فشردن و باز فشردن است؛ رفتارهایی که می‌توانند با احساسات متضاد همراه باشند. برای مثال می‌توان کسی را در آغوش گرفت اما در همین حال، وی را دچار اختناق کرد. فشرده شدن یا زیر فشار قرار گرفتن به اختناق منتهی می‌شود و احساس درماندگی و اضطرابی را بوجود می‌آورد که قلب و روح را در بر می‌گیرد. بدین ترتیب، درماندگی یا استیصال^۲ نیز اصطلاح دیگری است که از استرینجر مشتق شده است و بیانگر احساس رها شدگی، انزوا، ناتوانی و جز آن است که در یک موقعیت حاد (نیاز، خطر، رنج) در فرد ایجاد می‌شود (دادستان، ۱۳۹۷). ۳- استرس اصطلاحی است که در طب و زیست‌شناسی به صورت گوناگون به کار گرفته شده است. گاهی به معنی یک رویداد یا موقعیتی که تأثیر مضر بر ارگانیسم دارد. (استرسور) و گاهی به معنی تنش روانشناختی ناشی از این رویدادها و موقعیت هاست. به مفهوم دقیق هر چیزی که در تمامیت زیست‌شناختی ارگانیسم اختلال بوجود آورد و شرایطی ایجاد کند که ارگانیسم طبیعتاً از آن پرهیز کند، استرس شمرده می‌شود. استرس ممکن است به صورت محرک‌های فیزیکی، عفونتها و واکنش-های آلرژیک و نظایر آن باشد، یا به صورت تغییر کلی در جو اجتماعی- روانی، فرق آن‌ها در این است که اولی یک عامل استرس زای فیزیولوژیکی است که از طریق هیپوتالاموس، غدد فوق کلیوی و سلسله اعصاب سمپاتیک و با ترشح هورمون‌های مختلف تأثیر می‌گذارد، دومی نه تنها با قدرت تهدیدی در عامل استرس نهفته است بلکه با کیفیت درک شخص از آن عامل ارتباط دارد (پور افکاری، ۱۳۹۰). بنابر گفته تعدادی از دانشمندان، تمام بیماری‌های موجود در انسان از جهاتی با استرس ارتباط دارد. این بیماری‌ها تنها شامل امراض روانی یا بیماری‌های روان-تنی^۳ نمی‌شوند بلکه در برگیرنده تمام امراض جسمانی از قبیل: سرطان، سل و مانند آن‌ها نیز می‌باشند. سلیه در سال ۱۹۵۶ میلادی روند ارتباط بین استرس و بیماری‌ها را تشریح نمود. به نظر او هر محرک فشارزای بیرونی مانند زخم بدن، مسمومیت، خستگی عضلانی، سرما و گرما، و عوامل روانی، اگر فشار کافی داشته باشد ممکن است به ایجاد واکنشی که او آن را ((نشانه‌گان کلی سازگاری^۴)) یا G.A.S نامیده می‌شود منجر می‌شود. خصوصیات این نشانه‌گان یا سندرم کلی سازگاری، عبارت است از ازدیاد ترشحات هورمون‌های بخش قشر غده فوق کلیه بر اثر تحریکات غده هیپوفیز^۵ مغز که در نتیجه منجر به واکنش‌های فیزیولوژیک شدید شده، درجه مقاومت بدن را پایین آورده و تعادل حیاتی^۶ بدن را به هم می‌زند و اگر طولانی شود منجر به ایجاد بیماری می‌شود (خبیری، ۱۳۹۲). اکنون مشخص شده است که کل مغز در پاسخ دهی به عوامل استرس زا دخالت دارد. سازماندهی و تعاملات بدن و سیستم عصبی درجات بالایی از پیچیدگی و ارتباط چندسویه را نشان می‌دهد. به عنوان مثال در حالیکه حواس اولیه شامل لامسه، بویایی، بینایی، شنوایی و چشایی می‌توانند محرک‌های محیطی را تشخیص دهند، اما از طرفی مجموعه‌ی گسترده‌ای از حواس داخلی وجود دارند که با گیرنده‌های خود، تکانه‌ها را به مغز ارسال می‌کنند. استرس زاهای مزمن، محرک‌های مداوم یا مکرر با شدت بیشتری هستند که نمی‌توان با استفاده از تغییرات رفتاری، فوراً از آنها گریخت یا بر آنها غلبه کرد. درک این نکته اهمیت دارد که تنها راه تأثیر استرس زها بر بدن یا مغز، ایجاد تغییرات زیستی در ارگانیسم می‌باشد بنابراین برای اینکه استرس بر روی سلامتی تأثیر بگذارد، لازم است پاسخ فیزیولوژیکی در بدن ایجاد شود (ریچارد و همکاران (۱۹۴۸)، ترجمه اورکی و همکاران، ۱۳۹۶). تنظیم هیجانی، شامل گستره‌ای از راهبردهای شناختی و رفتاری هشیار و ناهشیار است که جهت کاهش، حفظ یا افزایش یک هیجان صورت می‌گیرد و مشخص شده است که افراد در مواجهه با رویدادهای استرس زا، از راهبردهای تنظیم هیجان متفاوتی برای اصاح یا تعدیل تجربه هیجانی خود استفاده می‌کنند (امیرکام^۷، ۲۰۱۳). یکی از متداول ترین این راهبردها، تنظیم هیجان با استفاده از راهبردهای شناختی است. شناختها یا فرآیندهای شناختی به افراد کمک می‌کند که هیجانها و احساسهای خود را تنظیم نموده و توسط شدت هیجانها مغلوب نشود. تنظیم شناختی هیجان، به شیوه شناختی مدیریت و دستکاری ورود اطلاعات فراخوانده هیجان، اشاره دارد. راهبردهایی که افراد برای تنظیم هیجان‌اتشان استفاده می‌کنند، در پژوهشهای نظری و کاربردی بسیاری مورد بررسی واقع شده است. راهبرد متفاوت تنظیم شناختی هیجان را تحت عنوان راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان معرفی کرده‌اند (اندامیکش^۸، ۲۰۱۵). برخی مطالعات نیز نشان داده است که استفاده از راهبرد ارزیابی مجدد مثبت، عاوه بر کاهش هیجان‌ات منفی اعم از خشم، اضطراب، افسردگی منجر به

¹ stringer².Distress³.Psychosomatic⁴.general adaptation syndrome⁵.Homeostasis⁶.accleration⁷. American⁸. Andamikhosh

افزایش احساسات مثبت نیز می‌گردد. پژوهشگری نشان داد که راهبردهای تمرکز مجدد مثبت و ارزیابی مجدد مثبت، پیش بین مستقیم و همچنین راهبردهای فاجعه آمیز پنداری و سرزنش خود، پیش بین معکوس سامت عمومی است (ماسکویس^۱، ۲۰۱۶). در مقابل، شماری از پژوهشها نشان داده است که استفاده از راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان با مشکلات سامت روان رابطه دارد. یافته های مشترک تحقیقات موجود، نشان میدهد از میان راهبردهای منفی، سرزنش خود، نشخوار ذهنی و فاجعه آمیز پنداری همبستگی نیرومندی با هیجانات منفی اعم از افسردگی، اضطراب، استرس و خشم دارند عاطفه مثبت و منفی یکی دیگر از متغیرهای روانشناختی مورد بررسی در این پژوهش است. عواطف یکی از جنبه های رفتار انسان است که نقش مهمی در زندگی انسانها دارد. بعضی از دانشمندان مانند داروین بر این نکته تاکید میکنند که عواطف برای بقای انسان سودمندی باشد. عواطف از آن جهت برای بشر سودمند میباشد که فعالیتهای آنان را به سوی هدفی متوجه میسازد و بدین ترتیب، انسان را وادار به انجام کارهایی مینماید که برای بقای وی سودمند میباشد و از انجام کارهایی که جهت بقای او مضر است، آگاه میسازد (لیو^۲ و همکاران، ۲۰۱۲). عواطف را به دو بعد عاطفی پایه تقسیم بندی میکنند: عواطف مثبت و منفی. عواطف منفی عبارتند از: ترس، اضطراب، غمگینی، افسردگی، خشم و خصومت این عواطف بخشی از سیستم رفتاری بازدارنده هستند که هدف اصلی آن بازداری از رفتارهایی است که به پیامدهای ناخوشایند منجر میشوند. عواطف مثبت عبارتند از: لذت، علاقه، اعتماد، هشیاری. این عواطف بخشی از سیستم رفتاری تسهیلی هستند که ارگانیسم را به سمت محرکهای لذت بخش هدایت میکنند یافته ها نشان میدهند که دو عامل عاطفی با طبقات متنوعی از متغیرها مرتبطند. راجرز^۳ و همکارانش در پژوهشی با انجام شناخت درمانی، آرمیدگی عضلانی و تمرینات کنترل تنفس توانستند از میزان استرس ادراک شده کاسته و رضایت زناشویی زوجین را بالا ببرند (راجرز و همکاران، ۲۰۱۲).

اکبری و همکاران در پژوهشی، به بررسی تأثیر آموزش مصون سازی در مقابل استرس بر میزان بهزیستی روانشناختی و استرس ادراک شده مبتلا به پرفشاری پرداختند و به این نتیجه رسیدند که آموزش مصون سازی در مقابل بیماری باعث کاهش پرفشاری خون بوده است (اکبری و همکاران، ۱۳۹۲).

ملازاده (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان مقایسه بهزیستی روانشناختی و راهبردهای تنظیم هیجان میان بیماران پرفشاری خون و افراد بهنجار نشان داد که بیماران دارای فشار خون، باورهای غیر منطقی کمتر و رضایت بیشتری از زندگی دارند، به راحتی افکارشان را با یکدیگر در میان می گذارند و قادر به پذیرش درک و احساسات یکدیگر هستند و بطور کلی بهزیستی روانی و هیجان بالاتری دارند. در مقابل افراد بهنجار، انتظارات غیر معقولانه از زندگی و خودکارآمدی پایین دارند، در مخابره افکار، امیال و احساسات خود با دشواری روبرو هستند، اغلب خواسته هایشان را چنان مطرح می کنند که به درک طرف مقابل منجر نمی شود، عقاید خود را مبهم بیان می کنند، از موضوع اصلی طفره می روند، در حاشیه حرف می زنند و با این خیال تصور می کنند موضوع را آن گونه که هست درک می کنند، در این شرایط بی خبر از تفسیر خویش دیگری را به کند ذهنی دیرپه می و سرسختی متهم می کنند و به طور کلی از بهزیستی روانی پایین برخوردارند. در انتها هدف از این پژوهش پاسخ گویی به این سؤال است که آیا بهزیستی روانشناختی، استرس ادراک شده و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به پرفشاری خون و افراد بهنجار باهم دیگر تفاوت دارند؟

روش:

روشی که در این پژوهش مورد استفاده قرار میگیرد روش علی - مقایسه ای است. جامعه آماری در این پژوهش تمامی بیماران مبتلا به پرفشاری خون و افراد بهنجار مراجعه کننده به بیمارستان دولتی شریعتی شهر اصفهان می باشد. روش نمونه گیری این پژوهش تصادفی طبقه ای خواهد بود که با استفاده از آن، ۱۰۰ نفر بیمار دارای پرفشاری خون و ۱۰۰ نفر افراد بهنجار انتخاب شدند. ابتدا با استفاده از منابع کتابخانه ای (کتاب های تخصصی، مجلات علمی پژوهشی و سایت های معتبر اینترنتی)، پیشینه پژوهشی و نظری مناسب با این پژوهش، مطالعه و بررسی شد و سپس مطالب مورد نظر، جمع آوری شد، آنگاه پرسشنامه های مرتبط با اهداف پژوهش، انتخاب و تهیه خواهند شد، سپس با کسب مجوزهای لازم، به کلینیک ها و بیمارستان های شهر مراجعه و از افرادی که دارای پرفشاری خون هستند که در آن کلینیک ها پرونده بالینی دارند، خواسته خواهد شد تا به پرسشنامه های مذکور پاسخ دهند. همچنان افراد

^۱. Moskowitz

^۲. Liu

^۳. Rogers

بهنجار و سالم نیز خواسته شد تا به این پرسشنامه ها پاسخ دهند. پس از پاسخگویی هر دو گروه، پرسشنامه ها جمع آوری شد و داده ها مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

ابزار پژوهش:

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی: این مقیاس ۷۲ ماده‌ای توسط ریف^۱ (۱۹۹۸) ساخته شده است که برای سنجش شش بعد بهزیستی روان‌شناختی (پذیرش خود^۲، خودپروی^۳، سلطه بر محیط^۴، رشد شخصی^۵، روابط مثبت با دیگران^۶ و هدفمندی در زندگی^۷) به کار می‌رود. پاسخگویی به ماده‌ها در این مقیاس در طیف لیکرت ۷ درجه‌ای از "کاملاً مخالف" تا "کاملاً موافق" صورت می‌گیرد. این ابزار اولین بار توسط زنجانی طیبی (۱۳۸۳) در ایران ترجمه و هنجاریابی شد. در این پژوهش آلفای کرونباخ کل آزمون ۰/۹۴ و برای زیرمقیاس‌های آن بین ۰/۶۲ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. روایی محتوا، سازه، همگرا و واگرای این ابزار نیز مطلوب گزارش شده است. در بررسی دیگری جوشن لو، رستمی و نصرت‌آبادی ضمن تأیید روایی این ابزار، همسانی درونی زیر مقیاس‌های آن را بین ۰/۴۳ تا ۰/۶۰ گزارش کرده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ این ابزار در پژوهش حاضر ۰/۹۶ به دست آمد.

مقیاس استرس ادراک شده: پرسشنامه مقیاس استرس ادراک شده میمورا و گریفت در سال ۲۰۰۴، شامل ۱۴ آیت‌م است که هر آیت‌م بر اساس یک مقیاس لیکرتی پنج درجه ای (هیچ، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) پاسخ داده می‌شود. مقیاس استرس دریافت شده دو خرده مقیاس منفی و مثبت را اندازه گیری می‌کند. ضریب پایایی همسانی درونی مقیاس از طریق ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ای از ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ بدست آمده است. در یک ۰/۷۵ و برای استرس مثبت ادراک شده به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۷۵ می‌باشد. همچنین نتایج نشان داد مقیاس عواطف مثبت با استرس ادراک شده مثبت ($r=0.73$) و منفی ($r=-0.53$)، مقیاس عواطف منفی با استرس ادراک شده مثبت ($r=0.68$) و منفی ($r=-0.68$)، مقیاس شادی با استرس ادراک شده مثبت ($r=0.68$) و منفی ($r=-0.43$) و افسردگی با استرس ادراک شده مثبت ($r=0.57$) و منفی ($r=-0.49$) همبستگی معنی داری دارند ($p<0.001$) [۱۵].

مقیاس راهبردهای تنظیم هیجان: مقیاس نظم جویی شناختی هیجان فرم کوتاه: این مقیاس توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون (۲۰۰۱) جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از مواجهه با یک تجربه منفی یا وقایع آسیب‌برزا مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است و دارای ۱۸ ماده و ۹ خرده مقیاس می‌باشد. خرده مقیاس‌های مذکور ۹ راهبردشناختی ملامت خویش، دیدگاه‌پذیری، نشخوارگری، فاجعه سازی، ملامت دیگران‌پذیری، ماده و تمرکز مجدد مثبت، تمرکز سازی بربرنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، را ارزیابی می‌نماید و بر روی مقیاس لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) نمره گذاری می‌شود. هر خرده مقیاس دارای ۲ ماده است و دامنه نمرات هر خرده مقیاس بین ۲ تا ۱۰ خواهد بود. نمرات بالا در هر خرده مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر راهبر مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع تنیدگی‌زا و منفی می‌باشد. در بررسی مشخصات روانسجی آزمون، گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۳ به دست آوردند. در ایران نیز حسنی (۱۳۸۹) پایای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ گزارش کرده است که بیانگر همسانی درونی خوب خرده مقیاس‌ها می‌باشد. همچنین یوسفی (۱۳۸۶) روایی آزمون را از طریق همبستگی نمره کل با نمرات خرده مقیاس‌های آزمون بررسی کرده است که دامنه ای از ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ با میانگین ۰/۵۶ را در بر میگرفت که همگی آنها معنادار بودند.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات: برای تجزیه و تحلیل داده ها، از نرم افزار SPSS-21 و روشهای آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد.

1. Ryff

2. self-acceptance

3. autonomy

4. environmental mastery

5. personal growth

6. positive relationships

7. purpose life

یافته های توصیفی پژوهش:

جدول (۱) میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

افراد بهنجار		بیماران دارای پرفشاری خون		متغیرها
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۷.۸۲	۵۲.۷۱	۸.۳۴	۵۹.۸۰	بهزیستی روانشناختی
۶.۵۶	۴۹.۱۱	۷.۱۵	۶۱.۳۷	استرس ادراک شده
۳.۳۵	۵۵.۲۲	۲.۸۳	۴۸.۲۸	راهبردهای تنظیم هیجان

طبق نتایج جدول (۱) در گروه بیماران دارای پرفشاری و افراد بهنجار میانگین (و انحراف معیار) بهزیستی روانشناختی ۵۹.۸۰ (۸.۳۴)، ۵۲.۷۱ (۷.۸۲)، استرس ادراک شده ۶۱.۳۷ (۷.۱۵) و ۴۹.۱۱ (۶.۵۶) و راهبردهای تنظیم هیجان ۴۸.۲۸ (۲.۸۳) و ۵۵.۲۲ (۳.۳۵) می باشد.

جدول (۲) میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش بهزیستی روانشناختی

افراد بهنجار		بیماران دارای پرفشاری خون		متغیرها
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۳.۴۹	۱۴.۶۲	۵.۹۲	۲۰.۲۸	پذیرش خود و خود پروی
۲.۵۷	۱۳.۴۸	۲.۸۳	۱۵.۵۴	سلطه بر محیط و رشد شخصی
۳.۹۷	۲۴.۶۰	۲.۲۰۲	۲۳.۹۷	روابط مثبت با دیگران و هدفمندی در زندگی

طبق نتایج جدول (۲) در گروه بیماران دارای پرفشاری خون و افراد بهنجار میانگین (و انحراف معیار) پذیرش خود و خود پیروی ۲۰.۲۸ (۵.۹۲)، سلطه بر محیط و رشد شخصی ۱۵.۵۴ (۲.۸۳) و ۱۳.۴۸ (۲.۵۷) و روابط مثبت با دیگران و هدفمندی در زندگی به ترتیب ۲۳.۹۷ (۲.۲۰۲) و ۲۴.۶۰ (۳.۹۷) می باشد.

جدول (۳) میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش استرس ادراک شده

افراد بهنجار		بیماران دارای پرفشاری خون		متغیرها
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۲.۸۹	۳۲.۸۵	۳.۱۳	۲۸.۱۴	عواطف مثبت
۲.۵۲	۲۲.۳۷	۱.۸۴	۲۰.۱۴	عواطف منفی
۲.۴۳	۳۴.۲۱	۲.۳۴	۱۲.۲۳	شادی

طبق نتایج جدول (۳) در گروه بیماران دارای پرفشاری خون و افراد بهنجار میانگین (و انحراف معیار) عواطف مثبت ۲۸.۱۴ (۳.۱۳)، عواطف منفی ۲۰.۱۴ (۱.۸۴) و ۲۲.۳۷ (۲.۵۲) و شادی ۱۲.۲۳ (۲.۳۴) و ۳۴.۲۱ (۲.۴۳) می باشد.

جدول (۴) میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش راهبردهای تنظیم هیجان

متغیرها	بیماران پرفشاری خون		افراد بهنجار	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ملاحت خویش و دیدگاه پذیری و نشخواری	۲۳.۱۴	۲.۱۳	۳۱.۸۵	۲.۸۹
فاجعه سازی، ملاحت دیگران پذیری	۲۰.۱۵	۳.۸۴	۲۲.۳۷	۱.۵۲
تمرکز مجدد مثبت، تمرکز سازی بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد	۱۲.۲۴	۱.۳۴	۴۳.۲۱	۲.۴۳

طبق نتایج جدول (۴) در گروه بیماران دارای پرفشاری خون و افراد بهنجار میانگین (و انحراف معیار) ملاحت خویش، دیدگاه پذیری، نشخواری ۲۳.۱۴ (۲.۱۳)، ۳۱.۸۵ (۲.۸۹)، فاجعه سازی، ملاحت دیگران پذیری ماده ۱۵.۲۰ (۳.۸۴) و ۲۲.۳۷ (۱.۵۲) و تمرکز مجدد مثبت، تمرکز سازی بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت ۲۴.۱۲ (۱.۳۴) و ۴۳.۲۱ (۲.۴۳) می باشد. یافته های استنباطی

جدول (۵) جدول آزمون باکس در مورد پیش فرض تساوی بین بهزیستی روانشناختی

Sig	Df2	Df1	F	Box s M
.۰۷۴	۳۳۵۰۲.۱۸۹	۶	۱.۹۱۷	۱۲.۰۸۰

همان طور که در جدول (۵) مشاهده می شود، برای بررسی فرض همگنی واریانس ها از آزمون باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار باکس معنی دار نیست ($Sig=.074, F=1.917, Box s M=12.080$) و در نتیجه پیش فرض تفاوت بین واریانس ها برقرار است.

جدول (۶) نتایج آزمون لوین جهت برابری واریانس های بهزیستی روانشناختی و استرس ادراک شده

Sig	df2	df1	F	متغیرهای وابسته
.۶۵۳	۶۸	۱	.۲۰۴	بهزیستی روانشناختی
.۸۳۵	۶۸	۱	.۰۴۴	استرس ادراک شده

جدول (۶) نتایج آزمون لوین جهت سنجش برابری واریانس های بهزیستی روانشناختی و استرس ادراک شده را در بین دو گروه افراد معتاد و غیر معتاد نشان می دهد. در این جدول، از آنجا که سطح معناداری آماره F برای بهزیستی روانشناختی و استرس ادراک شده بزرگتر از ۰/۰۵ است، می توان گفت که واریانس خطای دو گروه با همدیگر برابر بوده و تفاوتی بین آنها مشاهده نشده است. بنابراین داده ها مفروضه تساوی خطای واریانس ها را در خصوص این متغیر زیر سوال نبرده اند.

جدول (۷) نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری (بهزیستی روانشناختی و استرس ادراک شده و راهبردهای تنظیم هیجان)

نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	P	مجذور اتا	
۳	اثر پیلایی	۰.۹۸۸	۸۹۲۲.۶۷۹ ^b	۳	۶۶	۰.۰۰۰	۰.۹۹۸
	لامبدا ویلکز	۰.۰۰۲	۸۹۲۲.۶۷۹ ^b	۳	۶۶	۰.۰۰۰	۰.۹۹۸
	اثر هتلینگ	۴۰۵.۵۷۶	۸۹۲۲.۶۷۹ ^b	۳	۶۶	۰.۰۰۰	۰.۹۹۸
	بزرگترین ریشه خطا	۴۰۵.۵۷۶	۸۹۲۲.۶۷۹ ^b	۳	۶۶	۰.۰۰۰	۰.۹۹۸
۴	اثر پیلایی	۰.۷۰۴	۵۲.۲۶۰ ^b	۳	۶۶	۰.۰۰۰	۰.۷۰۴
	لامبدا ویلکز	۰.۲۹۶	۵۲.۲۶۰ ^b	۳	۶۶	۰.۰۰۰	۰.۷۰۴
	اثر هتلینگ	۲.۳۷۵	۵۲.۲۶۰ ^b	۳	۶۶	۰.۰۰۰	۰.۷۰۴
	بزرگترین ریشه خطا	۲.۳۷۵	۵۲.۲۶۰ ^b	۳	۶۶	۰.۰۰۰	۰.۷۰۴

نتایج جدول شماره (۷) نشان می‌دهد که سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهد که در گروه‌های مورد مطالعه از نظر متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.000$)، $F = 52.260$ ، $F = 52.260$ (لامبدای ویلکز) می‌باشد. مجذور آتا نشان می‌دهد تفاوت بین گروه‌ها با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت بر اساس آزمون لامبدا ویلکز ۰.۷۰۴ است، یعنی ۷۰/۴ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین گروه‌ها ناشی از تاثیر متقابل متغیرهای وابسته می‌باشد.

جدول (۸) نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندراهه بر روی متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	SS	DF	MS	F	P	مجذوراتا
۳	۸۷۸.۶۲۹	۱	۸۷۸.۶۲۹	۱۳.۴۲۴	۰.۰۰۰	۰.۱۶۵
	۲۶۲۹.۱۵۷	۱	۲۶۲۹.۱۵۷	۵۵.۷۰۰	۰.۰۰۰	۰.۴۵۰
	۸۴۳.۵۵۷	۱	۸۴۳.۵۵۷	۸۷.۵۳۳	۰.۰۰۰	۰.۵۶۳
۴	۴۴۵۰.۷۴۳	۶۸	۶۵.۴۵۲			

همانطور که جدول (۸) نشان می‌دهد بین بهزیستی روانشناختی ($F = 13.424$)، بهزیستی روانشناختی ($F = 55.700$)، استرس ادراک شده ($F = 87.533$) در دو گروه بیماران دارای پرفشاری خود و افراد بهنجار تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0.000$). به عبارت دیگر، میانگین نمرات گروه افراد بهنجار در بهزیستی روانشناختی کمتر از بیماران دارای پرفشاری خون می‌باشد.

جدول (۹) جدول آزمون باکس در مورد پیش فرض تساوی زیر مولفه های استرس ادراک شده

Sig	Df2	Df1	F	Box s M
۰.۹۴	۳۳۵۰۲.۱۸۹	۶	۵.۰۵۵	۳۱.۸۵۵

همان‌طور که در جدول (۹) مشاهده می‌شود، برای بررسی فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار باکس معنی دار نیست ($Sig = 0.94$ ، $F = 5.055$ ، $Box s M = 31.855$) و در نتیجه پیش فرض تفاوت بین واریانس‌ها برقرار است.

جدول (۱۰) نتایج آزمون لوین جهت برابری واریانس های خطا زیر مولفه های استرس ادراک شده

متغیرهای وابسته	F	df1	df2	Sig
مقایله شناختی	۵.۴۳۴	۱	۶۸	.۰۷۳
مقایله اجتنابی	.۳۵۰	۱	۶۸	.۵۵۶
ادراک مثبت و منفی	۵.۴۳۲	۱	۶۸	.۰۷۳

جدول (۱۰) نتایج آزمون لوین جهت سنجش برابری واریانس های خطای مقایله شناختی، مقایله اجتنابی و ادراک مثبت و منفی را در بین دو گروه بیماران دارای پرفشاری خون و افراد بهنجار می دهد. در این جدول، از آنجا که سطح معناداری آماره F برای مقایله شناختی و مقایله اجتنابی بزرگتر از ۰/۰۵ است، می توان گفت که واریانس خطای دو گروه با همدیگر برابر بوده و تفاوتی بین آنها مشاهده نشده است. بنابراین داده ها مفروضه تساوی خطای واریانس ها را در خصوص این متغیر زیر سوال نبرده اند.

جدول (۱۱) نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری زیر مولفه های بهزیستی روانشناختی

	نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	P	مجذور آتا
۱	اثر پیلایی	۰.۹۸۶	۱۵۷۱.۶۱۲ ^b	۳	۶۶	۰.۰۰۰	۰.۹۸۶
	لامبدا ویلکز	۰.۰۱۴	۱۵۷۱.۶۱۲ ^b	۳	۶۶	۰.۰۰۰	۰.۹۸۶
	اثر هتلینگ	۷۱.۴۳۷	۱۵۷۱.۶۱۲ ^b	۳	۶۶	۰.۰۰۰	۰.۹۸۶
	بزرگترین ریشه خطا	۷۱.۴۳۷	۱۵۷۱.۶۱۲ ^b	۳	۶۶	۰.۰۰۰	۰.۹۸۶
۲	اثر پیلایی	۰.۲۹۷	۹.۲۸۸ ^b	۳	۶۶	۰.۰۰۰	۰.۲۹۷
	لامبدا ویلکز	۰.۷۰۳	۹.۲۸۸ ^b	۳	۶۶	۰.۰۰۰	۰.۲۹۷
	اثر هتلینگ	۰.۴۲۲	۹.۲۸۸ ^b	۳	۶۶	۰.۰۰۰	۰.۲۹۷
	بزرگترین ریشه خطا	۰.۴۲۲	۹.۲۸۸ ^b	۳	۶۶	۰.۰۰۰	۰.۲۹۷

نتایج جدول شماره (۱۱) نشان می دهد که سطوح معناداری همه آزمون ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری را مجاز می - شمارد. این نتایج نشان می دهد که در گروه های مورد مطالعه از نظر متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۰$), $F = ۹.۲۸۸$, $F = ۷.۰۳$ = لامبدا ویلکز می باشد. مجذور آتا نشان می دهد تفاوت بین گروه ها با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت بر اساس آزمون لامبدا ویلکز ۰.۲۹۷ است، یعنی ۲۹/۷ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین گروه ها ناشی از تاثیر متقابل متغیرهای وابسته می باشد.

جدول (۱۱) نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندراهه بر روی زیر مولفه های بهزیستی روانشناختی

متغیر وابسته	SS	DF	MS	F	P	مجذوراتا
۱	۳۸۸.۹۲۹	۱	۳۸۸.۹۲۹	۴۲.۷۵۵	.۰۰۰	۰.۳۸۶
	۸۶.۹۱۴	۱	۸۶.۹۱۴	۱۷.۷۷۷	.۰۰۰	۰.۲۰۷
۲	۶۱۸.۵۷۱	۶۸	۹.۰۹۷			

همانطور که جدول (۱۱) نشان می دهد بین پذیرش خود و خود پروری ($F = ۴۲.۷۵۵$)، رشد شخصی و سلطه بر خود ($F = ۱۷.۷۷۷$) در دو گروه از بیماران دارای پرفشاری خون و افراد بهنجار تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۰$). به عبارت دیگر، میانگین نمرات بیماران دارای پرفشاری خون در پذیرش خود و خود پروری بیشتر از افراد بهنجار می باشد.

جدول (۱۲) نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندراهه بر روی زیر مولفه های بهزیستی روانشناختی

متغیر وابسته	SS	DF	MS	F	P	مجدوراتا
پذیرش خود	۵۶۰۰۰۵۷	۱	۵۶۰۰۰۵۷	۲۳۰۶۶۵	۰۰۰	۰۲۵۸
خود پروری	۷۴۰۰۵۷	۱	۷۴۰۰۵۷	۱۰۰۱۲۴	۰۰۲	۰۱۳۰
رشد شخصی	۶۰۹۱۴	۱	۶۰۹۱۴	۶۷۰	۰۴۱۶	۰۰۱۰
سلطه بر خود	۱۶۰۹۰۳۱۴	۶۸	۲۳۰۶۶۶			
روابط مثبت با دیگران	۴۹۷۰۴۲۹	۶۸	۷۳۱۵			
هدفمندی در زندگی	۷۰۱۰۳۷۱	۶۸	۱۰۰۳۱۴			

همانطور که جدول (۱۲) نشان می دهد بین پذیرش خود ($F=۲۳۰۶۶۵$)، خودپروری ($F=۱۰۰۱۲۴$) در دو گروه از بیماران دارای پرفشاری خون و افراد بهنجار تفاوت معنی داری وجود دارد ($P<۰/۰۰۰$). ولی در مولفه های رشد شخصی ($F=۶۷۰$) بین دو گروه از بیماران دارای پرفشاری خون و افراد بهنجار تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P>۰/۰۵$). به عبارت دیگر، میانگین نمرات بیماران دارای پرفشاری خون در مولفه های روابط مثبت با دیگران و هدفمندی در زندگی کمتر از افراد بهنجار است می باشد.

جدول (۱۳) آزمون باکس در مورد پیش فرض تساوی زیر راهبردهای تنظیم هیجان

Box s M	F	Df1	Df2	Sig
۵۰۴۸۱	۱۰۷۶۹	۳	۸۳۲۳۲۰۰۰۰	۰۱۵۱

همان طور که در جدول (۱۳) مشاهده می شود، برای بررسی فرض همگنی واریانس ها از آزمون باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار باکس معنی دار نیست ($Box\ s\ M=۵۰۴۸۱$ ، $F=۱۰۷۶۹$ ، $Sig=۰۱۵۱$) و در نتیجه پیش فرض تفاوت بین واریانس ها برقرار است.

جدول (۱۴) نتایج آزمون لوین جهت برابری واریانس های خطا زیر مولفه های راهبردهای تنظیم هیجان

متغیرهای وابسته	F	df1	df2	Sig
ملامت خویش، دیدگاه پذیری، نشخوارگری، فاجعه سازی، ملامت دیگران، پذیرش	۳۰۴۴۲	۱	۶۸	۰۰۶۸
تمرکز مجدد مثبت، تمرکز سازی بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت	۲۰۳۶۹	۱	۶۸	۰۱۲۸

جدول ۱۴ نتایج آزمون لوین جهت سنجش برابری واریانس های ملامت خویش، دیدگاه پذیری، نشخوارگری، فاجعه سازی، ملامت دیگران پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز سازی بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت را در بین دو گروه بیماران دارای پرفشاری خون و افراد بهنجار نشان می دهد. در این جدول، از آنجا که سطح معناداری آماره F برای اعتماد بالا و اعتماد پایین درونی بزرگتر از $۰/۰۵$ است، می توان گفت که واریانس خطای دو گروه با همدیگر برابر بوده و تفاوتی بین آنها مشاهده نشده است. بنابراین داده ها مفروضه تساوی خطای واریانس ها را در خصوص این متغیر زیر سوال نبرده اند.

نتایج جدول شماره (۱۶) نشان می‌دهد که سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهد که در گروه‌های مورد مطالعه از نظر متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.000$)، $F = 32.269$ ، $F = 4.44$ ، لامبدای ویلکز می‌باشد. مجذور آنا نشان می‌دهد تفاوت بین گروه‌ها با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت بر اساس آزمون لامبدا ویلکز ۵۶۴ است، یعنی ۵۶/۴ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین گروه‌ها ناشی از تاثیر متقابل متغیرهای وابسته می‌باشد.

جدول (۱۷) نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندراهه بر روی زیر مولفه های بهزیستی روانشناختی و استرس ادراک شده

متغیر وابسته	SS	DF	MS	F	P	مجدوراتا
بهزیستی روانشناختی	۲۲۳.۹۲۹	۱	۳۸۸.۹۲۹	۵۴.۷۴۵	.۰۰۰	.۳۲۳
استرس ادراک شده	۷۶.۹۱۴	۱	۸۶.۹۱۴	۱۸.۸۷۷	.۰۰۰	.۲۰۹

همانطور که جدول (۱۷) نشان می دهد بین بهزیستی روانشناختی ($F=۵۴.۷۴۵$)، استرس ادراک شده ($F=۱۸.۸۷۷$) در دو گروه از بیماران دارای پرفشاری خون و افراد بهنجار تفاوت معنی داری وجود دارد ($P<۰/۰۰۰$). به عبارت دیگر، میانگین نمرات افراد بهنجار در بهزیستی روانشناختی و استرس ادراک شده بیشتر از بیماران دارای پرفشاری خون می باشد.

بحث و نتیجه گیری:

هدف اصلی این مقاله مقایسه بهزیستی روانشناختی، استرس ادراک شده و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به پرفشاری خون و افراد بهنجار می باشد. نتایج جدول شماره (۷) نشان می دهد که سطوح معناداری همه آزمون ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری را مجاز می شمارد. این نتایج نشان می دهد که در گروه های مورد مطالعه از نظر متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.000$, $F = 52.260$, $\lambda = 52.260$ = لامبدای ویلکز) می باشد. مجذور آتا نشان می دهد تفاوت بین گروه ها با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت بر اساس آزمون لامبدا ویلکز 0.704 است، یعنی $70/4$ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین گروه ها ناشی از تاثیر متقابل متغیرهای وابسته می باشد. و رابطه معناداری بین متغیرهای پژوهش وجود دارد و یافته های پژوهش با پژوهش های استرانی و همکاران (۲۰۱۱) و دیگران همسو می باشد. استراند و همکاران (۲۰۱۱) همکاران عاطفه مثبت را بعنوان عامل تاب آوری در روابط میان درد و عاطفه منفی در نمونه بیماران آرتریت روماتوئید بررسی کردند و نتیجه گرفتند عاطفه مثبت در کاهش دادن عاطفه منفی طی هفته های درد شدیدتر، مؤثرتر می باشد و ممکن است عاملی از تاب آوری باشد و به بیماران کمک کند نوسانات درد را به طور کمتر مایوس کننده به نسبت سطوح پایین تر عاطفه مثبت تجربه کنند. راجرز^۱ و همکارانش در پژوهشی با انجام شناخت درمانی، آرامیدگی عضلانی و تمرینات کنترل تنفس توانستند از میزان استرس ادراک شده کاسته و رضایت زناشویی زوجین را بالا ببرند (راجرز و همکاران، ۲۰۱۲). اکبری و همکاران در پژوهشی، به بررسی تأثیر آموزش مصون سازی در مقابل استرس بر میزان بهزیستی روانشناختی و استرس ادراک شده مبتلا به پرفشاری پرداختند و به این نتیجه رسیدند که آموزش مصون سازی در مقابل بیماری باعث کاهش پرفشاری خون بوده است (اکبری و همکاران، ۱۳۹۲). ملازاده (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان مقایسه بهزیستی روانشناختی و راهبردهای تنظیم هیجان میان بیماران پرفشاری خون و افراد بهنجار نشان داد که بیماران دارای فشار خون، باورهای غیر منطقی کمتر و رضایت بیشتری از زندگی دارند، به راحتی افکارشان را با یکدیگر در میان می گذارند و قادر به پذیرش درک و احساسات یکدیگر هستند و بطور کلی بهزیستی روانی و هیجان بالاتری دارند. در مقابل افراد بهنجار، انتظارات غیر معقولانه از زندگی و خودکارآمدی پایین دارند، در مخابره افکار، امیال و احساسات خود با دشواری روبرو هستند، اغلب خواسته هایشان را چنان مطرح می کنند که به درک طرف مقابل منجر نمی شود، عقاید خود را مبهم بیان می کنند، از موضوع اصلی طفره می روند، در حاشیه حرف می زنند و با این خیال تصور می کنند موضوع را آن گونه که هست درک می کنند، در این شرایط بی خبر از تفسیر خویش دیگری را به کند ذهنی دیرپه می و سرسختی متهم می کنند و به طور کلی از بهزیستی روانی پایین برخوردارند. بر مبنای الگوی پیشنهاد شده، حمایت از عملکرد بیماران دارای پرفشاری خون از جانب پزشکان و رواندمانگران و اطرافیان اثر مستقیم و غیرمستقیمی از طریق منابع شخصی بر بهزیستی روانشناختی، استرس ادراک شده و راهبردهای تنظیم هیجان دارد. این حمایت باید همه سطوح و ابعاد حمایت اعم از: مادی، معنوی، زبانی و عملی را در برمیگیرد. پیش نیاز این حمایت رصد و ارزیابی مستمر و خرید دارو و ارائه حمایتها و مشاوره های تخصصی متناسب با شرایط منحصر به فرد هر یک از آنهاست. این موضوع نیازمند شناخت تفاوت های فردی (شناختی، فرهنگی-اجتماعی، رشدی، جنسیتی، شخصیتی و رفتاری) بیماران دارای پرفشاری خون می باشد. به نظر میرسد جهت حمایت از خرید دارو این بیماران لازم است برای هر یک بیماران دارای پرفشاری خون در بیمارستان ها و پرونده های جهت ثبت ویژگی های شخصیتی و بهبود و دیگر متغیرها آنها تشکیل گردد تا حمایت از عملکرد بیماران آنها در زمانی مختلف به صورت نظام مند و با در نظر گرفتن تاریخچه اقدامات حمایتی و نتایج آنها صورت پذیرد. از سوی دیگر این پرونده میتواند مکانیزم ارتباطی خانواده، بیمار و بیمارستان را سامانده نماید و حلقه وصل آنها باشد. نظام آموزشی بیمارستان و بخصوص اساتید مدارس نقش تعیین کننده ای دارند. لذا پیشنهاد می شود تا پزشکان بیمارستانها با نظریه رسالت خطیر خود از همه فرصت های حمایتی و چه بسا کوچکترین و کم اهمیت ترین موارد حمایتی از نگاه خود (حتی یک لبخند ساده)، جهت رشد، هدایت و تحول در بیماران حداکثر استفاده را نمایند. همچنین از آنجایی که حمایت خانواده و کانون گرم و حمایتگرانه اطرافیان عامل اساسی و زمینه ای جهت بهبود بیماران می باشد، پیشنهاد میگردد خانواده ها در رفتارها، عملکردها و نحوه الگونمایی مطلوب که نقش مهمی در سبک زندگی، ارتقاء سطح منابع شخصی و در نتیجه حمایت و پیشرفت این بیماران ایفا می نماید حداکثر تلاش خود را انجام دهند. بهزیستی روانشناختی و دیگر متغیرها در این پژوهش به عنوان معلول (متغیر وابسته) مورد نظر قرار گرفت و تلاش شد تا مهمترین متغیرهای پیشايند، میانجی و نحوه تعامل آنها مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد. در آخر پیشنهاد می شود در صورت امکان، پژوهش های طولی در رابطه با بهزیستی روانشناختی و استرس ادراک شده انجام شود تا بهتر بتوان به بررسی روابط علت و معلولی میان متغیرها پرداخت.

¹. Rogers

قدردانی:

بر خود لازم می دانیم تا بدینوسیله از کلیه بیماران دارای پرفشاری خون و افراد بهنجار و اطرافیان آنها و مسئولین بیمارستان و پزشکان و روانپزشکان و روانشناسان که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، مراتب تقدیر و تشکر را به عمل آوریم.

منابع

منابع فارسی

- بهزاد اسبقی (۱۳۹۸) قشر نارسایی هیجانی و شاخص‌های روان‌تنی در پیش افسردگی، اضطراب و استرس و سوء مصرف کننده مواد.
- خبیری، اعظم، (۱۳۹۲)، مقایسه ابعاد شخصیت استرس ادراک شده و راهبردهای مقابله‌ای در دختران فراری و غیرفراری شهر تهران.
- اکبری، ب، خدادادی، ن. (۱۳۹۲). بررسی تأثیر آموزش مصون‌سازی در مقابل استرس بر میزان بهزیستی روانشناختی و استرس ادراک شده مبتلا به پرفشاری، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان؛ دوره هجدهم، ۱۰۳-۹۴.
- پورافکاری، نصرت الله (۱۳۹۰)، آسیب شناسی روانی جلد دو، نشر ساوالان، ص ۴۳.
- دادستان، ق (۱۳۹۸). مطالعه اثر بخشی آموزش مهارت های زندگی بر استرس خانوادگی و پذیرش اجتماعی. اصول بهداشت روانی، ۷ (۲۶-۲۵): ۴۷-۵۵.
- ریچارد. ج کنترادا، اندرو بام، (۱۹۴۸). کتاب علم استرس، از منظر زیست شناسی، ترجمه دکتر محمد اورکی، پوران سامی (۱۳۹۶)، روانشناسی و سلامت، نشر ارجمند.
- ملازاده، ج، (۱۳۹۵). مقایسه بهزیستی روانشناختی و راهبردهای تنظیم هیجان میان بیماران پرفشاری خون و افراد بهنجار، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.

منابع لاتین

- Aimes, L(2014), Achievement Attributions and self - In struction sunder Campe titive and Inelivid ualistic cod stractures.
- American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2013. Available from: <http://www.cancer.org>. Andamikhosh AR. (2015)[The mediating role ofcognitive emotion regulation and distress tolerance resilience in the relationship between life satisfaction]. MSc: University of Allameh Tabatabai; .
- Cool ,f(2019). The mental Health continuam : FromLang uishing to flourishing in Life. Journal of Healatn and social Behavior 43: 107-222.
- Gattsman J. Secondry traumatic stress and resilience(2001): University of the Rockies .pp 65-67.
- Izadirad H, Masoudi GH R, Zareban I, Shahrakipoor M, Jadgal KH(2017). Survey effect of education program based on BASNEF model on hypertension in women with hypertension. Journal of TorbateHeydariyeh university of medical.1 (2):22-30.
- Keyes, R.M. (2018) The Bene Fitsof Being Present : Mind Fulness and Its Role in Psychological well being. Journal of personality and social psychology :84. 822.848.
- Liu Y, Wang Z-H, Li Z-G.(2012) Affective mediators of the influence of neuroticism and resilience on life satisfaction. Personal Individ Diff.52(7):833-8.
- Memora ,GT & gherefes E(2004). Avoidance and attacking conflictresolution strategies among married couple: Relations to depressive symptoms and marital satisfaction. Family Relations ; 49, 201–206.
- Moskowitz JT(2016). Emotion and coping. In: Tugade MM, Shiota MN, Fredrickson BL, Kirby LD, editors. Handbook of Positive Emotions: Guilford Publications.
- Rogers KR, Herlien K, Rogers D, Chad LC(2012). Guided visualization interventions on perceived stress, dyadic satisfaction and psychological symptoms in highly stressed couples. Journal Complementary Therapies in Clinical Practice ; 18:10, 6-113.
- Ryff, C. D. (1998). Happiness is every thing oris it ? Eyploations on the meahing of psychological well – bing. Journal of personality and soial psychology,57, 7, 169. 1081.

-Stand R, Gross JJ.(2011). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. In: Kring A, Sloan DM, editors. Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment. New York, US: Guilford Press.

-Troy AS(2012). Cognitive reappraisal ability as a protective factor: Resilience to stress across time and context: University of Denver; pp 23-43.