رابطه سرسختی روان‌شناختی و فشار روانی با سبک زندگی زنان مبتلا به فشارخون شهر کرمانشاه

پریسا حیدری شرف[1]، جنان حیدری[2]، شهناز کاکایی گرجی[3]

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه رازی کرمانشاه، ایران.
۲. کارشناسی پرستاری، واحد توسعه تحقیقات بالینی، بیمارستان امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ایران.
۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی، واحد توسعه تحقیقات بالینی، بیمارستان امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی، کرمانشاه، ایران. (نویسنده مسئول).

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره پنجم، شماره چهل و پنجم، تیرماه ۱۳۹۹، صفحات ۱۱-۱

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر پیش‌بینی سبک زندگی بر اساس سرسختی روان‌شناختی و فشار روانی در زنان مبتلا به فشارخون شهر کرمانشاه بود. پژوهش توصیفی، از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان مبتلا به فشارخون مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۹-۱۳۹۸ تشکیل می‌دهد. نمونه موردنظر در پژوهش حاضر مطابق با جدول مورگان ٦٠ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از مراکز درمانی انتخاب شدند و با کسب رضایت از آن دسته از زنانی که حاضر به همکاری در پژوهش بودند به پرسشنامه‌های سخت رویی اهواز، استرس هری و سبک زندگی پاسخ دادند. نتایج به‌دست‌آمده با استفاده از رگرسیون و ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که سرسختی روان‌شناختی و فشار روانی توانایی پیش‌بینی سبک زندگی را دارند. با توجه به یافته‌های پژوهش، می‌توان گفت که سرسختی روان‌شناختی و فشار روانی از مؤلفه‌های مؤثر و مرتبط با سبک زندگی در زنان مبتلابه فشارخون هستند که این نکته می‌تواند در مراکز درمانی موردتوجه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: سرسختی روان‌شناختی، فشار روانی، سبک زندگی، فشارخون، زنان.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-23]

مقدمه

بیماری فشارخون یکی از شایع‌ترین مشکلات بهداشتی مزمن است (نازرول، نازرول، موندال و راکی، ۲۰۱۳) که شایع، بدون علامت و اغلب غیرقابل تشخیص بوده و در صورت عدم درمان منجر به عوارض کشنده‌ای مانند بیماری‌های قلبی- عروقی، انفارکتوس میوکارد، نارسایی احتقانی قلب و نارسایی کلیوی (مسون و همکاران، ۲۰۰٤) می‌شود و می‌تواند بر سلامت روان و رضایت از زندگی بیماران مبتلا نیز تأثیر نامطلوبی داشته باشد (موجن- آزی و سوزا- پوزا، ۲۰۱۱). مطالعات نشان می‌دهد که یک میلیارد نفر در جهان به این بیماری دچار هستند و سالیانه ۷/۱ میلیون نفر براثر این بیماری جان خود را از دست می‌دهند (ارم، ۲۰۰۸). همچنین پیش‌بینی می‌شود رقم مبتلایان به این مشکل ۱/٥٦ میلیارد نفر تا سال ۲۰۲٥ افزایش پیدا کند (جافرز و همکاران، ۲۰۱۳). در ایران پژوهش‌های صورت گرفته در حیطه‌ی فشارخون حاکی از آماری نگران‌کننده است به‌عنوان‌مثال صادقی (۱۳۸۲) در مطالعه‌ای در شیراز نشان داد که شیوع پرفشاری خون در افراد بالای ٦۰ سال ۰/٦٦ است. پژوهش‌ها طیفی از علل را برای این بیماری شناسایی کرده‌اند که در این میان توجه به ویژگی‌های شخصیتی و وجود همزمان مشکلات روان‌شناختی در مبتلایان به فشارخون که معمولاً به‌عنوان عوارض یا اختلالات توأم با این بیماری ظاهر می‌گردند و در ایجاد و گسترش آن نقش دارند، حائز اهمیت است (بارک و همکاران، ۱۹۹۸). امروزه اکثر مشکلات بهداشتی سلامتی مانند چاقی، انواع سرطان‌ها و پرفشاری خون و مرگ ناشی از آن‌ها با دگرگونی سبک‌های زندگی ارتباط دارد و نتیجه رفتارهای افراد و شیوه زندگی آن‌ها است (موهر[1]، ۲۰۰۱؛ ادلین[2]،۲۰۰٤). در ایران نیز بیماری‌های ناشی از سبک زندگی از علل عمده مرگ‌ومیر و ناتوانی به شمار می‌روند (عزیزی، ۲۰۰۳). بیماری فشارخون بالا نیز ازجمله بیماری‌های غیرواگیری است که در جوامع روبه افزایش است و با سبک زندگی افراد رابطه تنگاتنگی دارد و به‌تنهایی عامل ۷ میلیون مرگ زودرس در سراسر جهان است (استمپفر[3] و همکاران،۲۰۰۰). رفتار و سبک زندگی ناسالم در ایجاد بیماری‌های قلبی و عروقی بیشتر از شرایط طبی و استعداد ژنتیکی نقش دارد. (استملر[4] و همکاران، ۲۰۱۲). سبک زندگی شامل رفتارهایی مانند عادات غذایی، خواب، استراحت، فعالیت بدنی و ورزش، کنترل وزن، استعمال دخانیات، الکل، ایمن‌سازی در مقابل بیماری، سازگاری با استرس و توانایی استفاده از حمایت‌های خانواده و جامعه است (استمپفر،۲۰۰۰). سبک زندگی سالم از منابع باارزش کاهش بروز و شدت بیماری‌ها و عوارض ناشی از آن‌هاست و روشی جهت ارتقاء سلامتی و کیفیت زندگی و سازگاری با استرس (مونهان و همکاران، ۲۰۰۳) و همچنین استراتژی مؤثری جهت کنترل هزینه مراقبت‌های بهداشتی است (لیونز و لنگیل[5]، ۲۰۰۰). سازمان جهانی بهداشت تغییر در سبک زندگی و اندازه‌گیری مرتب فشارخون را در رأس دستورالعمل راهنمای برنامه مبارزه با پرفشاری خون اعلام کرده است (خطیب و گویندی[6]، ۲۰۰٥). عوامل متعددی مانند الگوهای رفتاری، انگیزه ها، شخصیت یا سبک زندگی بر شیوه‌های مقابله یک

[1]- Moher
[2]- Edlin
[3]- Stampfer
[4]- Stamler
[5]- Lyons & Langille
[6]- Khatib & Guindy

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-23]

فرد تأثیر می‌گذارد (کوپر[1]، شریعت زاده، قراچه داغی، ۱۳۷۳). بر اساس دیدگاه آدلر سبک زندگی بر ٤ یا ٥ سال نخست شکل می‌گیرد آدلر دریافت که نخستین خاطرات مربوط به این دوره نشانگر سبک زندگی است که تداوم می‌یابد و ویژگی‌های بزرگ‌سالی فرد را تعیین می‌نماید. آدلر به این باور رسیده بود که فرق چندانی نمی‌کند که این خاطره‌های اولیه، خیال‌پردازی باشند یا رویدادهای واقعی (شولتز، ۱۹۹۰؛ ترجمه کریمی و همکاران، ۱۳۷۸). از نظر آدلر در سبک زندگی هر فردی مجموعه‌ای از این خیال‌ها وجود دارد. یکی از مهم‌ترین این خیال‌ها آن است که ما که هستیم و به کجا خواهیم رسید (بوری، ۲۰۰۳؛ به نقل از علیزاده، ۱۳۸۳). یکی از متغیرهایی که به نظر می‌رسد در بیماران مبتلا به فشارخون مؤثر باشد مفهوم سخت رویی است، درواقع سخت رویی به مثابه یک ویژگی شخصیتی، نگرش درونی خاصی را به وجود می‌آورد که شیوه رویارویی افراد با مسائل مختلف زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (میرزا محمدی، محسن زاده و عارفی، ۱۳۹۵). این در حالی است که بسیاری از مردم رویارویی با حوادث زندگی را خسته‌کننده، ملال‌آور یا حتی تهدید آفرین تلقی می‌نمایند. افراد سرسخت نسبت به رویدادهای زندگی احساس کنترل بیشتری می‌نمایند و رویدادهای محیط را به‌گونه‌ای معنادار ارزیابی می‌کنند درحالی‌که افراد غیر سخت نسبت به رویدادهای زندگی دچار احساس ازخودبیگانگی، ناتوانی و تهدید می‌کردند (سبزعلی زاده، بادامی و حسینی، ۱۳۹۳). درک افراد از تغییرات و عوامل فشارزا متفاوت و منحصربه‌فرد است. قضاوت یا ادراک تهدید عمدتاً توسط عواملی که سازنده‌ی فرد هستند مثل افکار شخص، نگرش‌ها، تجربه‌های گذشته، خلق‌وخو، ساختمان بدنی و عوامل محیطی تعیین می‌شود. اگر خود را در غلبه بر فشارهای روانی موفق‌تر از همکاران یا دوستان خود می‌بینیم، این موفقیت مرهون زمینه‌های فردی، طرز تربیت و شرایط فعلی ما است. ابوسیری و فونتانا[2] (۱۹۹۳) در پژوهشی دریافتند که بین میزان فشار روانی و ابعاد شخصیت همبستگی مثبت عمده‌ای دیده می‌شود. سامرز، کرلت کرن گافرر و ماتنی[3] (۱۹۹٦) پژوهشی با عنوان سبک زندگی، شخصیت و فشار روانی انجام دادند. این پژوهش تجربی به رابطه‌ی بین مؤلفه‌های شخصیتی (مبنی بر خاطرات دوران کودکی) و شیوه‌های مقابله می‌پردازد و نشان می‌دهد که چقدر تجربه‌های دوران کودکی به توانایی مقابله با فشار روانی مربوط است. کسانی که در مقیاس‌های علاقه‌ی اجتماعی و مسئولیت‌پذیری نمرات بالایی به دست می‌آورند از شیوه‌های مقابله بهتری در برابر فشار روانی استفاده می‌کنند، از نظر سلامتی وضعیت بهتری دارند افسردگی و بیماری کمتری را نشان می‌دهند. افزایش حس تعلق و علاقه اجتماعی در فرد بر شیوه‌های مقابله‌اش به‌طور مثبت تأثیرگذار است. آقا یوسفی و شاهنده (۱۳۹۱) در پژوهشی تحت عنوان رابطه علی خشم و سرسختی روان‌شناختی با کیفیت زندگی در بیماران عروق کرونری به این نتیجه رسیدند که عوامل روان‌شناختی روی کیفیت زندگی اثر می‌گذارند که می‌توانند موجب مشکلات بهداشتی و بیماری گردد. حسینی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان سبک زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون در مراکز بهداشتی، درمانی جهرم به این نتیجه رسیدند که وجود عادات رفتاری نامناسب به‌خصوص در زمینه کنترل استرس، فعالیت فیزیکی و مصرف نمک در بیماران مبتلا به پرفشاری خون است. رنجبر، رجب‌زاده و زرین قبائی (۱۳۹۲) در پژوهش خود با موضوع ارتباط سبک

[1]- Cooper
[2]- Abouserie & Fontana
[3]- Summers, Kerlt, Kern, Gfroerer, Matheny

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-23]

زندگی با پرفشاری خون در کارکنان ادارات دولتی شهرستان بجنورد به این نتیجه رسیدند که بی‌تحرکی، تنش، چاقی و تغذیه نادرست از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر بروز پرفشاری خون در این افراد است. با توجه به مطالب فوق و بررسی پیشینه‌های پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه سبک زندگی، مسئله اساسی پژوهش حاضر این است که آیا سرسختی روان‌شناختی و فشار روانی می‌تواند سبک زندگی در زنان مبتلا به فشارخون را پیش‌بینی کند؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است که باهدف پیش‌بینی سبک زندگی بر اساس سرسختی روان‌شناختی و فشار روانی در زنان مبتلا به فشارخون شهر کرمانشاه انجام شد. متغیرهای سرسختی روان‌شناختی و فشار روانی (پیش‌بین) و سبک زندگی به‌عنوان متغیر وابسته (ملاک) است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان مبتلا به فشارخون مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۹–۱۳۹۸ تشکیل می‌دهد. نمونه موردنظر در پژوهش حاضر بر اساس ملاک ورود، عدم سابقه بیماری‌های دیگر، داوطلب بودن برای شرکت در پژوهش، حداقل تحصیلات سیکل و ملاک خروج نداشتن تحصیلات کافی و عدم رضایت و خستگی برای شرکت در پژوهش مطابق با جدول مورگان ٦٠ نفر به‌عنوان نمونه و به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از مراکز درمانی انتخاب شدند و با کسب رضایت از آن دسته از زنانی که حاضر به همکاری در پژوهش بودند پرسشنامه شرح داده و اجرا شد. پس از تنظیم پرسشنامه‌ها و انتخاب آزمودنی‌ها، پرسشنامه‌ها در اختیار آزمودنی‌های پژوهش قرار گرفت. سپس توضیحات لازم از سوی پژوهشگر در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها و دلیل انتخاب این موضوع به زنان ارائه شد. قبل از توزیع پرسشنامه‌ها از آزمودنی‌ها خواسته شد اگر در فرآیند پاسخگویی به سوالات با مشکلی مواجه شدند یا نقطه‌ی ابهامی برای آن‌ها به وجود آمد از پژوهشگر درخواست توضیح بیشتری داشته باشند. زنان موردنظر پس از اعلام رضایت جهت شرکت در پژوهش و دریافت تضمین لازم مبنی بر اینکه اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند، اقدام به تکمیل پرسشنامه‌ها نمودند. درنهایت پس از تکمیل پرسشنامه توسط شرکت‌کنندگان که به شکل انفرادی بود پرسشنامه‌های پژوهش جمع‌آوری گردید. پس از جمع‌آوری پرسشنامه تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS-21 انجام شد و علاوه بر استفاده از روش‌های آمار توصیفی و شاخص‌های آماری همچون میانگین و انحراف استاندارد، از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیره نیز استفاده شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه سبک زندگی: کرن، ویلر و کارلت (۱۹۹۷) پژوهش‌هایی را بر اساس نظام آدلر انجام داده‌اند و مقیاسی را برای سنجش سبک زندگی با عنوان مقیاس‌های اساسی آدلری برای موفقیت بین فردی بزرگسالان تهیه کردند. این پرسشنامه ۵ سبک زندگی شامل تعلق پذیری–علاقه‌ی اجتماعی، تبعیت جویی، ریاست‌طلبی، توجه‌طلبی و محتاط بودن را در برمی‌گیرد. سؤال‌های ۱، ٦، ۱۱، ۲۱، ۲٦، ۳۱، ۳٦ و ٤۱ به سبک تعلق پذیری–علاقه‌ی اجتماعی مربوط هستند. گویه های ۲۷، ۳۲، ۳۷، ٤۲، ٤۷، ٥۲، ٥۷، ٦۲ به‌طور معکوس سبک سازش‌کارانه را اندازه می‌گیرند. گویه های ۳، ۸، ۱۳، ۱۸، ۲۳، ۲۸، ۳۳ و ۳۸ سبک ریاست‌طلبی را اندازه می‌گیرند. گویه های ۱٤، ۱۹، ۲٤، ۲۹، ۳٤، ۳۹، ٤٤، ٤۹، ٥٤، ٥۹ و ٦٤ به سبک توجه‌طلبی مربوط می‌شوند و بالاخره گویه های ٥، ۱۰، ۱٥،

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-23]

۲۰، ۲۵، ۳۰، ۳۵ و ٤٠ سبک محتاط بودن را اندازه می‌گیرند. بررسی روایی این مقیاس با استفاده از ارزیابی روان شناسان که از آن‌ها خواسته‌شده بود درباره محتوای مقیاس در سنجش سبک‌های زندگی بر مبنای نظام آدلر قضاوت کنند ضریب توافق ۰/۸۱ را به‌منزله شاخص روایی محتوایی به دست داد.

پرسشنامه سخت رویی اهواز (۱۳۷۷): این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی مداد-کاغذی است که دارای ۲۷ ماده است. این پرسشنامه به‌وسیله تحلیل عوامل نجاریان، کیامرثی و مهرابی زاده هنرمند (۱۳۸۳) اعضاء هیئت‌علمی گروه روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز ساخته‌شده است. در سال ۱۳۷۷ بر روی یک نمونه ۵۲۳ نفری از دانشگاه آزاد اسلامی اهواز اعتبار یابی شد که سرسختی را موردسنجش قرار می‌دهد. این آزمون یک نمره کل از سرسختی افراد می‌دهد و فاقد مؤلفه‌های تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی است. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه ۲۷ ماده‌ای به این صورت است که آزمودنی‌ها به یکی از چهار گزینه‌ی هرگز، بندرت، گاهی اوقات و اغلب اوقات پاسخ گفته و بر اساس مقادیر ۰، ۱، ۲، ۳ نمره‌گذاری می‌شود. به‌جز ماده‌های ۲۱، ۱۷، ۱۳، ۱۰، ۷، ٦ که در این پرسشنامه نشان‌دهنده سرسختی روان‌شناختی بالا در افراد است. نجاریان و همکاران برای سنجش پایایی مقیاس AHI از دو روش بازآزمایی و همسانی درونی استفاده کرده است. ضریب همبستگی بین آزمون و آزمون مجدد با فاصله زمانی ٦ هفته در نمونه ۱۱۹ نفری برای آزمودنی‌های دختر و پسر به ترتیب ۰/۸٤ و ۰/۸۵ گزارش شد و در روش همسانی درونی پرسشنامه سرسختی روان‌شناختی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید که برای کل آزمودنی‌ها ۰/۷٦ به دست آمد که کاملاً ضریب قابل قبولی است. در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ پرسشنامه سخت رویی در کل نمونه به دست آمد. در زمینه اعتبار یابی آزمون مزبور از روش اعتبار ملاکی همزمان استفاده نمود و این پرسشنامه را همزمان با چهار پرسشنامه اضطراب عمومی ANQ، پرسشنامه افسردگی اهواز ADI، پرسشنامه خود شکوفایی مازلو MASAI و مقیاس سازه‌ای سرسختی به دو روش تنصیف و آلفای کرونباخ به کاربرد که ضریب همبستگی بین نمره‌های کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۵۵، ۰/۷۰ و ۰/٤٤ که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. همچنین ضریب همبستگی خود شکوفایی ۰/٦۵ بوده است. بین اعتبار سازه‌ای سرسختی و مقیاس سرسختی همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار بود. (کیامرثی و همکاران، ۱۳۷۷). بنابراین با توجه به استاندارد بودن پرسشنامه و تحقیقات فراوانی که درباره آزمون سخت رویی صورت گرفته، همگی از اعتبار بالای این آزمون حکایت می‌کند و نشان می‌دهد که یکی از بهترین ابزارهای سنجش سرسختی در افراد است.

پرسشنامه استرس هری (HIS[1]): برای سنجش استرس از مقیاس استرس هری استفاده شد. این پرسشنامه شامل ٦٦ عبارت است که هری (۲۰۰۵) برای سنجش فشار روانی در موقعیت‌های مختلف زندگی تهیه‌کرده است. پاسخ‌های این آزمون در یک طیف ۵ درجه‌ای از «اصلاً قبول ندارم» تا «کاملاً قبول دارم» قرارگرفته است. برای تعیین روایی پرسشنامه همسانی درونی آن از طریق روش دونیمه کردن بر اساس پاسخ‌های نمونه ۵۰ دانشجوی دانشگاه محاسبه شد. نتایج حاصل از فرمول اسپیرمن برای محاسبه ثبات درونی ۰/۷٤ و برای بررسی ثبات زمان پرسشنامه برای نمونه ۵۰ نفری ضریب همبستگی در روش بازآزمایی ۰/۷۹ به دست آمد. برای بررسی اعتبار محتوا، پرسشنامه در اختیار ۵ نفر از اساتید روان‌شناسی قرار گرفت که در زمینه فشار روانی کار می‌کردند. آن‌ها از

[1]- Harris stress inventor

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-23]

۱۰۱ عبارتی که با دقت مطالعه کردند، به ٦٦ مورد به بهتر علائم استرس را مورد ارزیابی قرار می‌داد بیشترین امتیاز را دادند. بنابراین عبارت مذکور انتخاب گردید (هری، ۲۰۰۵).

یافته‌ها

اطلاعات مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه نمونه در جدول ۱ بیان‌شده است.

جدول۱ توزیع فراوانی نمونه برحسب سن آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی‌ها

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه
سن	٤٦/١٢	۷/۲۳	٣٦	۵۸

همان‌طور که در جدول ۱ آمده است دامنه سنی آزمودنی‌ها از ٣٦ تا ۵۸ بوده و میانگین سن نمونه موردبررسی ٤٦/١٢ سال بود.

جدول۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	تعداد	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف استاندارد
فشار روانی	٦٠	۲۸	۵۵	٤٣/٦٧	١٦/١٣
سرسختی روان‌شناختی	٦٠	٣٢	۵۸	۵۷/٤٣	۲۲/٣۷

نتایج جدول۲ نشان می‌دهد که میانگین متغیر فشار روانی ٤٣/٦٧، میانگین متغیر سرسختی روان‌شناختی ۵۷/٤٣ است.

جدول۳ همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۳. ضریب همبستگی سبک زندگی با سرسختی روان‌شناختی و فشار روانی

متغیر	ضریب همبستگی	سطح معناداری
فشار روانی	۰/۳۳	۰/۰۰۱
سرسختی روان‌شناختی	۰/۳۱	۰/۰۲

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین سبک زندگی با فشار روانی و سرسختی روان‌شناختی همبستگی مثبت و معناداری در سطح $p=۰/۰۵$ وجود دارد.

برای پیش‌بینی سبک زندگی بر اساس فشار روانی و سرسختی روان‌شناختی از تحلیل رگرسیون استفاده شد. نتایج نشان داد که F مشاهده‌شده معنادار است ($F=۸/۳٤$) و متغیرهای پیش‌بین ۰/۳۱ واریانس سبک زندگی را تبیین می‌کنند. همبستگی چندگانه بین متغیرها نیز۰/۳۷ ($R=۰/۳۷$) به دست آمد. نتایج تحلیل رگرسیون در جدول٤ آمده است.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-23]

جدول ٤. نتایج رگرسیون برای پیش‌بینی سبک زندگی توسط فشار روانی و سرسختی روان‌شناختی

منابع تغیر	SS	df	Ms	F	R	R^2	Sig
رگرسیون	٦٣٣٦٢/٧٨	١٨	٤١٣٦/٢١				
باقی‌مانده	٤٤٣٦٣١/٧٦	٣٠٨	٩٤٥/٦٦	٨/٣٤	٠/٣٧	٠/٣١	٠/٠٠١
کل	٦٦٩٦١٢/٧٧	٣٢٦					

جدول ٥. نتایج تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی سبک زندگی توسط فشار روانی و سرسختی روان‌شناختی

متغیر پیش‌بین	B	خطای استاندارد برآورد	β	t	سطح معناداری
فشار روانی	٩/٢٢	٣/٩	٠/١٩	٠/٦	٠/٠٠١
سرسختی روان‌شناختی	١٥/٩	٥/٧	٠/٢١	٠/٩	٠/٠٠٢

ضرایب رگرسیونی متغیرهای پیش‌بین نشان می‌دهند که فشار روانی و سرسختی روان‌شناختی به ترتیب با β=٠/١٩ و β=٠/٢١، t=٠/٦ و t=٠/٩ می‌توانند سبک زندگی را پیش‌بینی کنند. نتایج در جدول شماره ٥ آمده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف رابطه‌ی سرسختی روان‌شناختی و فشار روانی با سبک زندگی زنان مبتلا به فشارخون شهر کرمانشاه در سال ١٣٩٩-١٣٩٨ انجام گرفت. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین سرسختی روان‌شناختی و فشار روانی با سبک زندگی زنان مبتلا به فشارخون رابطه معنی‌داری وجود دارد که نتایج پژوهش حاضر همسو با نتایج پژوهش‌های سامرز و همکاران (١٩٩٦)، آقایوسفی و شاهنده (١٣٩١)، حسینی و همکاران (١٣٩٣) و رنجبر و همکاران (١٣٩٢) همسو است. زمانی که افراد دارای سلامت جسمی، سلامت روان و روابط اجتماعی مناسب باشند، بنابراین در محیط زندگی خود که متشکل از ادراک خانواده، همسالان و محیط کار است، بهتر عمل خواهند کرد و توانایی لازم برای پیشبرد در کارها را خواهند داشت و باعث موفقیت آنان در زندگی‌شان خواهد شد، درنتیجه سبک زندگی بالایی خواهند داشت و خشنودی لازم را در زندگی خوددارند و به دنبال آن فشار روانی در آنان کاهش می‌یابد. در تبیین این یافته می‌توان گفت زندگی اجتماعی قرن حاضر پر از فراز و نشیب است. علاوه بر مسائل پیش‌پاافتاده و کوچک زندگی روزمره، گاه با مسائلی مواجه می‌شویم که نیاز به شیوه‌های مقابله‌ای قوی‌تری دارند، مانند ازدواج، تولید نسل، مرگ‌ومیر و بیماری، که هرکدام از این‌ها مستلزم تغییراتی در زندگی فرد هستند. هر یک از تغییرات، یک استرسور است که به فرد استرس وارد می‌کند. استرس‌ها چه شدید باشند و چه خفیف یقیناً واکنش‌های روانی و عاطفی متنوعی را در فرد ایجاد می‌کنند و به‌صورت عصبانیت، خشم، ترس، اضطراب متجلی می‌شوند (لوکر و گرگسون، ٢٠٠٣). اسکالات وهمکاران در سال ٢٠٠٢، سبک زندگی را یکی از بنیادی‌ترین مفاهیم مطرح در روانشناسی مثبت نگر دانسته‌اند و تغییر عقیده از اینکه فقط پیشرفت‌های علمی، پزشکی و تکنولوژی می‌تواند زندگی را بهبود بخشند، به این باور رسیدند که بهزیستی فردی، خانوادگی، اجتماعی و جامعه از ترکیب این پیشرفت‌ها به همراه ارزش‌ها و ادراکات فرد از بهزیستی و شرایط محیطی به وجود می‌آید.

طبق تحقیقات انجام‌شده وقایع استرس‌زا انسان را از نظر هیجانی، شناختی و فیزیولوژیکی تحت تأثیر قرار می‌دهد، لذا برای سازگاری و تطابق با محیط، بشر نیازمند آگاهی و مجهز شدن به مهارت‌هایی است که او را در مقابله با استرس یاری کند، زیرا اگر استرس

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-23]

خارج از سطح تحمل شخص باشد، سلامتی او را به مخاطره می‌اندازد و به دنبال آن سبک زندگی شخص پایین می‌آید. اصطلاح پاسخ استرس به یک سلسله پاسخ‌های پیچیده و متفاوت اشاره دارد که توسط بدن برای رویارویی با هر شرایطی ایجاد می‌شود. پاسخ استرس همیشه تا حدی فعال است تا ما را قادر سازد بتوانیم با تغییرات روزمره محیط برخورد کنیم. وقتی‌که یک چالش یا یک تهدید جدید و یا غیرمعمول به وجود می‌آید، پاسخ استرس این اطمینان را به وجود می‌آورد که بدن همیشه در حالت آمادگی برای برخورد یا آن‌ها قرار دارد؛ اما برای بدن به‌صرفه نخواهد بود که برای برخورد با تمام وقایع، از یک پاسخ استرس ثابت استفاده نماید؛ بنابراین فعال شدن پاسخ استرس در سطوح و درجات مختلف ما را قادر خواهد ساخت که به بهترین شیوه عمل نماییم. سبک زندگی باید به‌صورت یک ترکیب پیچیده‌ای از کارها و عادت‌های رفتاری در افراد و گروه‌ها، به‌خصوص با توجه به شرایط فرهنگی، اجتماعی- اقتصادی، روابط اجتماعی و شخصیت آن‌ها موردتوجه قرار گیرد. سبک زندگی هر فرد در دوران کودکی وی شکل می‌گیرد و عوامل محیطی مانند شغل در تعامل با آن است و سبک زندگی را تغییر نمی‌دهد. آگاهی از تأثیرات سبک زندگی به ما نشان می‌دهد که مسئولیت مادر و پدر یا به‌طورکلی محیط خانوادگی یک انسان و نیز مسئولیت مربی اعم از آموزگار و دبیر و یا به‌طورکلی محیط تحصیلی، مهم‌تر و عظیم‌تر از آن چیزی است که معمولاً تصور می‌شود. چراکه خطاهایی که خانواده و یا مدرسه و یا به‌طورکلی اطرافیان یک انسان براثر جهل یا نداشتن اطلاعات لازم مرتکب می‌شوند ازلحاظ تشکیل ساختمان عقلی و عاطفی و اخلاقی منتهی به اثرات شوم و وحشت‌انگیزی می‌شوند که مرهم ناپذیر هستند (منصور، ۱۳۷۱). بنابراین افرادی با این ویژگی‌ها در مقابل شرایط فشارزا و پراسترس از راهکارهای کارآمد و اثربخش استفاده می‌کند. سبک زندگی با راهبردهای کنار آمدن کارآمد و مفید رابطه دارد. همچنین یکی از دلایل و تبیین‌های تأثیر مداخله‌های مدیریت فشار روانی این است که اغلب این مداخله‌ها در سبک‌رفتار افراد تغییراتی ایجاد می‌کند. به نظر می‌رسد که سبک زندگی افراد از طریق ارزیابی میزان مجدد در شرایط استرس‌زا باعث تغییر در سبک‌رفتار و هیجانات افراد در بطن حادثه می‌شود. شیوه‌های مقابله با فشار روانی، از میزان بزرگی تهدید در ارزیابی آن می‌کاهد و انتظار فرد را مبنی بر اینکه تلاش‌هایشان نتیجه‌بخش خواهند بود را افزایش می‌دهد. افراد با سرسختی بالا قادرند به شیوه مناسب‌تری با استرس کنار بیایند و همچنین بار دیگر تجارب متناقض خود را تنظیم و تفسیر کنند (بگبی، ۱۹۸۵). افرادی که از فشار روانی پایینی برخوردارند می‌توانند از طریق شایستگی‌های لازم برای حل مشکلات در شرایط بحران و استرس با استفاده از هیجان‌های مثبت و کم کردن هیجان‌های منفی به یک تعادل و وضعیت مناسب برسند. آموزش مهارت‌های مدیریت فشار روانی به معلولین کمک می‌کند تا بتوانند بر استرس‌های روانی خود غلبه کرده و از مشکلات خود بکاهند، که آموزش مهارت‌های مدیریت فشار روانی یکی از مهم‌ترین فاکتورهای سلامت روانی و اجتماعی است و افراد مبتلا به فشارخون در معرض مدیریت فشار روانی قرار می‌گیرند توانایی کنترل فشارهای شدید زندگی را دارند و دارای زندگی شاداب‌تر، سالم‌تر و مطلوب‌تری هستند و بدین‌وسیله آشفتگی‌های روانی و پریشانی فردی و همچنین سامان بخشیدن به تعاملات روزمره آنان مؤثر واقع می‌شود. از طرف دیگر پژوهش لوپز، سی و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد مهارت مدیریت فشار روانی اثربخشی بیشتری روی نمرات کیفیت زندگی نسبت به آموزش‌های روانی داشته است. فرانک جی پند و همکاران (۲۰۰۳) نشان دادند که مهارت مدیریت فشار روانی تأثیر چشمگیری بر بهبود کیفیت زندگی دارد، مایکل اچ. آنتونی (۲۰۰۳) دریافت اثرات مهارت مدیریت فشار روانی در درازمدت بر کیفیت زندگی زنان

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-23]

مبتلا به سرطان سینه ثابت‌شده است. جواهری (۱۳۸۹) دریافت میانگین نمرات گروه آزمایش بعد از مداخله‌ی مهارت مدیریت فشار روانی نسبت به گروه گواه به‌طور معناداری در بیماران زن مبتلا به صرع افزایش داشته است. از طرف دیگر، تدوین و اجرای برنامه‌های آموزشی تئوری محور که بر مبنای عوامل محیطی انتخاب‌شده باشند نسبت به اجرای برنامه‌های آموزشی رایج که تنها آگاهی، نگرش و رفتار بیماران را آن‌هم بدون در نظر گرفتن عوامل مؤثر بر رفتار فردی هدف قرار داده باشند از کارایی بیشتری برخوردار می‌باشند. همچنین این نتایج بار دیگر بر ماهیت چندوجهی ارتقای سلامت تأکید کرد و نشان داد که برنامه‌های کنترل فشارخون که نیازمند تبعیت دائمی افراد از رژیم‌های دارویی، غذایی و کنترل رفتار فردی است باید علاوه بر خود بیمار، کارکنان بهداشتی، خانواده و افرادی که مرجع رفتاری برای او هستند را نیز در مداخلات بهداشتی سهیم نمایند. با توجه به نتایج این مطالعه، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی مبتنی بر کاهش استرس و فشار روانی و بالا بردن سخت رویی افراد به‌عنوان یک روش و الگوی مؤثر در زمینه کاهش میزان فشارخون و کنترل پرفشاری خون در سیستم بهداشتی درمانی مورداستفاده قرار گیرد. بنابراین با توجه به یافته‌های این مطالعه، می‌توان نتیجه گرفت که سبک زندگی در افراد دارای پرفشاری خون در مقایسه با افراد سالم نامطلوب بوده و می‌تواند به‌عنوان یک رکن اساسی در بروز بسیاری از بیماری‌های مزمن، من‌جمله پرفشاری خون نقش اساسی داشته باشد. نتایج این تحقیق می‌تواند برای مراقبین سیستم بهداشت و درمان این استان و نیز سیستم‌های مدیریتی ادارات کمک‌کننده باشد که بیش‌ازپیش در برنامه‌های آموزش بهداشت و مدیریتی خود بر نقش سبک زندگی در بروز برخی از بیماری‌های مزمن ازجمله پرفشاری خون، برنامه‌ریزی و تأکید داشته باشند.

منابع

- آقا یوسفی، علیرضا و شاهنده، مریم (۱۳۹۱). رابطه علی خشم و سرسختی روان‌شناختی با کیفیت زندگی در بیماران عروق کرونری. فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی سلامت، شماره ۳.
- حسینی، فاطمه السادات؛ فرشیدی، حسین؛ آقاملایی، تیمور، مدنی، عبدالحسین و قنبر نژاد، امین (۱۳۹۳). سبک زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون در مراکز بهداشتی درمانی روستایی شهرستان جهرم. مجله طب پیشگیری، ۱(۱).
- سبزعلی زاده، حمیده؛ بادامی، رخساره؛ نزاکت الحسینی، مریم (۱۳۹۳). رابطه عملکرد خانواده با استحکام ذهنی در ورزشکاران پارالمپیکی. مطالعات روانشناسی ورزشی. شماره۹. ۱-۱۰.
- محسن مقدم رنجبر، محسن؛ رجب‌زاده، رضوان و نصیری زرین قبائی، داوود (۱۳۹۲). ارتباط سبک زندگی با پرفشاری خون در کارکنان ادارات دولتی شهرستان بجنورد. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی. ٤(۵).

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-23]

- Azizi, F. (2003). Prevention of important non communicable disease, revision of lifestyle is an inevitable requirement. J Res Med Sci Shahid Beheshti Univ Med Sci. 27(4), 261-263.
- Burk, V., Beilin, L. J., German, R., Grosskop, F. S, Ritchie, J., Puddey, I. B., Rogers, P. (1998). Association of lifestyle and personality characteristics with blood pressure and hypertension: A cross-sectional study in the elderly. Journal of Psychosomatic Research, 45, 139-148.
- Erem, C. (2008). Prevalence of pre-hypertension and hypertension and associated risk factor among Turkish adults: Trabzon hypertension study. Journal of Public Health, 31(1), 47- 58.
- Edlin, G., Golanty, E. (2005). Health and Wellness. 8th ed. Boston: Jones and Bartlet.
- Khatib, M.N.O., EI-Guindy, SM. (2005). Clinical guidelines for the management of hypertension. EMRO Technical Publications.
- Lyons, R., Langille, L. (2000). Healthy Lifestyle: Strengthening the effectiveness of lifestyle, Approaches to improve health.
- Mojon-Azzi, S., & Sousa-Poza, A. (2011). Hypertension and life satisfaction: An analysis using data from the survey of health, ageing and retirement in Europe.Journal of Applied Economics Letters, 18(2).
- Moher, M. (2001). Evidence of the effectiveness of intervention for secondary prevention and treatment of coronary heart (Dissertation). San Diego State University.
- Monahan, F., Sands, J.K., Neighbors, M., Marek, J.F., Green, C.J. (2003). Phipps› Medical-Surgical Nursing: Health and Illness Perspectives. 7th ed. St. Louis: Mosby.
- Nazrul, M. H., Nazrul, M. I., Mondal, S.Y., & Rocky, K. M. (2013).Determinants of Blood Pressure Control in Hypertensive Diabetic Patients in Rajshahi District of Bangladesh. Journal of Bioengineering & Biomedical Sciences, 3 (1), 1-5.
- Stamler, J., Stamler, R., Neaton, JD., et al. (2012). Low risk–factor profile and long-term cardiovascular and non cardiovascular mortality and life expectancy: findings for 5 large cohort of young adult and middle-aged men and women. JAMA 1999 Dec. 1(21)282-8.
- Stampfer, M.J., Hu, F.B., Mansone, J.E., et al. (2000). Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and life style. N Engl Jmed. 343(1),16-22.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-23]

The Relationship between Psychological Hardiness and Psychological Stress with the Life Style of Women with Hypertension in Kermanshah

Abstract

The purpose of this study was to predict lifestyle based on psychological hardiness and stress in women with hypertension in Kermanshah. This is a descriptive correlational study. The statistical population of the present study consists of all women with hypertension referred to Kermanshah health centers in 1399-1999. The sample in this study was 60 according to Morgan table. They were selected by cluster sampling from medical centers and with the consent of those women who were willing to cooperate in the study, they were asked to complete Ahwaz, Harry stress and light stress questionnaires. Life answered. The results of regression and Pearson correlation coefficient showed that psychological hardiness and psychological stress were able to predict lifestyle. According to the findings of the study, it can be said that psychological hardiness and stress are effective and lifestyle related factors in women with hypertension which can be considered in medical centers.

Keywords: *Psychological Hardiness, Psychotic Stress, Lifestyle, Blood Pressure, Women*

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-23]