مقایسه سرسختی روان‌شناختی، راهبردهای مقابله با استرس و تنظیم شناختی هیجان در زنان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری فشارخون

زهرا مشهدی[1]، دکتر طاهره رنجبری پور[2]*، دکتر ناهید هواسی سومار[3]

۱. کارشناس ارشد روانشناسی شخصیت، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، البرز، ایران.
۲. گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، البرز، ایران. (نویسنده مسئول).
۳. گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، البرز، ایران.

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره ششم، شماره پنجاه و پنجم، سال ۱۴۰۰، صفحات ۳۵۲-۳۳۷

تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۱۱/۲۵ **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۲۹**

چکیده

هدف مطالعه حاضر مقایسه سرسختی روان‌شناختی، راهبردهای مقابله با استرس و تنظیم شناختی هیجان در زنان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری فشارخون بود. روش پژوهش به‌صورت علّی- مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش شامل دو گروه زنان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری فشارخون شهر کرج در سال ۱۳۹۸ بودند که با روش نمونه‌گیری هدفمند روی ۵۰ نفر زن مبتلا به فشارخون و ۵۰ نفر غیر مبتلا همتاشده، به لحاظ وضعیت تأهل، تحصیلات و سن انجام‌شده است. ابزارهای به کار گرفته‌شده شامل پرسشنامه سرسختی روان‌شناختی لانگ و همکاران (۲۰۰۳)، راهبردهای مقابله با استرس لازاروس و فولکمن (۱۹۹۸) و تنظیم شناختی هیجان گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۲) بوده است. در مطالعه حاضر، از تحلیل واریانس چندمتغیره (مانووا) برای تجزیه‌وتحلیل اطلاعات استفاده‌شده است. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد که میانگین نمره راهبردهای مقابله با استرس هیجان مدار و تنظیم شناختی هیجان سازش نایافته در زنان مبتلا به فشارخون به‌طور معناداری بیشتر از زنان غیر مبتلا بود. همچنین میانگین نمره سرسختی روان‌شناختی، راهبردهای مقابله با استرس هیجان مدار و تنظیم شناختی هیجان سازش یافته در زنان غیر مبتلا به فشارخون به‌طور معناداری بیشتر از زنان مبتلا بود. بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان بیان کرد که سرسختی روان‌شناختی، راهبردهای مقابله با استرس و تنظیم شناختی هیجان بر نشانه‌های بیماری فشارخون و کنترل آن تأثیر می‌گذارند؛ بنابراین در تدوین برنامه‌های درمانی توجه به این خصوصیات ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه: تنظیم شناختی هیجان، راهبردهای مقابله با استرس، سرسختی روان‌شناختی، فشارخون.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

مقدمه

فشارخون بالا در حال حاضر از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن و سومین علت مرگ‌ومیر در جهان به شمار می‌رود. فشارخون به معنای فشاری است که از طرف خون بر هر واحد سطح از دیواره رگ وارد می‌شود. بااین‌وجود در بیشتر موارد علت بالا بودن فشارخون به‌سادگی قابل توجیه نیست (فکری و همکاران، ۱۳۹۶). بر اساس نتایج یک پژوهش افراد مبتلا به فشارخون از سرسختی کمتری برخوردار هستند و سبک زندگی مناسبی در زندگی روزمره‌شان ندارند (بازیار، ۱۳۹۵). سرسختی دارای سه مؤلفه می‌باشد که شامل تعهد[۱]، کنترل[۲] و چالش طلبی[۳] می‌باشد (سندویک[۴] و همکاران، ۲۰۱۹). سرسختی روان‌شناختی ویژگی شخصیتی است که فرد واجد آن قادر به حل کارآمد مشکلات و استرس‌های بین فردی است و در مواجهه با حوادث از آن به‌عنوان منبع مقاومت و همانند سپری مقاوم استفاده می‌کند. به‌عبارتی‌دیگر، سرسختی روان‌شناختی مجموعه‌ای از ویژگی‌های شخصیتی است که به‌عنوان یک منبع مقاومت در مواجهه با رویدادهای استرس‌زای زندگی عمل می‌کند (کوباسو، ۱۹۸۲؛ به نقل از هاشمی و همکاران، ۱۳۹۸).

افرادی که از تعهد بالایی برخوردارند بر اهمیت، ارزش و معنای این‌که چه کسی است و چه فعالیتی انجام می‌دهد، باور دارد و بر همین مبنا قادر است در مورد هر آنچه انجام می‌دهد معنایی بیابد و کنجکاوی خود را برانگیزد. افرادی که از کنترل بالایی برخوردارند رویدادهای زندگی را قابل پیش‌بینی و کنترل می‌دانند و بر این باورند که قادرند با تلاش هر آنچه را که در اطرافشان رخ می‌دهد، تحت تأثیر قرار دهند. چنین اشخاصی بر حل مشکلات به نقش خود بیش از نقش دیگران تأکید می‌ورزند. افرادی که از چالش طلبی بالایی برخوردارند بر این باورند که تغییر جنبه‌ی طبیعی زندگی است (بابایی امیری و همکاران، ۱۳۹۵). از طرفی سرسختی روان‌شناختی پیش‌بینی کننده سبک مقابله‌ای اجتناب مدار و هیجان مدار است (بهادری و خیر، ۱۳۹۱).

استرس یک رابطه بین فرد و محیط است که فرد بیشتر از توانایی‌اش ارزیابی می‌شود و بهزیستی روان‌شناختی فرد به خطر می‌افتد. این تعریف بر یک میانجی بین فرد و محیط تمرکز دارد که شامل عوامل استرس‌زا (ارزیابی شناختی) و تفسیر و عکس‌العمل افراد به وقایع استرس‌زا است. بر این اساس مقابله با استرس فرآیندی است که فرد برای مهار کردن فشارهای روانی ناشی از استرس به آن متوسل می‌شود (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴؛ به نقل از چراغیان و همکاران، ۱۳۹۵). راهبردهای مقابله‌ای دربرگیرنده دو راهبرد هیجان محور (رویارویی[۵]، دوری گزینی[۶]، گریز-اجتناب[۷] و خودکنترلی[۸]) و مسئله محور (جستجوی حمایت اجتماعی[۹]، مسئولیت‌پذیری[۱۰]، مسئله گشایی برنامه‌ریزی‌شده[۱۱] و ارزیابی مجدد مثبت[۱۲]) بوده که شامل فنون عملی شناختی و یا رفتاری است

[1]. commitment
[2]. control
[3]. challenge
[4]. Sandvik
[5]. confronted coping
[6]. distancing
[7]. escape-avoidance
[8]. controlling
[9]. seeking social support
[10]. responsibility
[11]. plan-full problem solving
[12]. positive reappraisal

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

که فرد در مواجهه با استرس از آن‌ها استفاده می‌کند (براون و بوند[1]، ۲۰۱۹). در هنگام استرس و موقعیت‌های تهدیدکننده، رگ‌های اندام‌های احشایی منقبض می‌شوند. وقتی این رگ‌ها منقبض می‌شوند، فشار آن به قدری زیاد است که اجازه عبور خون به عضله قلب را نمی‌دهند، در این حالت نبض سریع می‌زند و فشارخون بالا می‌رود. وقتی استرس خاتمه می‌یابد، قلب دوباره عملکرد طبیعی خود را به دست می‌آورد و فشارخون به حالت طبیعی برمی‌گردد (لازاروس و فولکمن[2]، ۱۹۹۹؛ به نقل از ترخان و همکاران، ۱۳۹۱). همچنین یکی از عوامل موثر در رابطه هیجان با فشارخون، راهبردهای تنظیم آن‌ها است. افراد برای تنظیم هیجان‌ها از راهبردهای متفاوتی استفاده می‌کنند که می‌تواند سازش یافته یا سازش نایافته باشد (کرایج و گرانفسکی[3]، ۲۰۱۹). تنظیم شناختی هیجان در بردارنده چهار راهبرد غیر انطباقی (سرزنش خود و دیگران، نشخوار گری و فاجعه نمایی) و پنج راهبرد انطباقی (تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه گیری، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، پذیرش) است که این راهبردها به‌عنوان راه‌های شناختی آگاهانه برای شناختی تنظیم هیجانات تعریف شده‌اند، به‌طوری‌که به افراد کمک می‌کند هیجانات و احساسات خود را مدیریت کنند و از فشار بیش‌ازحد آن‌ها جلوگیری کنند (وانگ[4] و همکاران، ۲۰۲۱). تنظیم هیجان عامل مهمی در سلامت روانی و بهزیستی است و استفاده مفید از راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان می‌تواند در حفظ بهزیستی هیجانی کمک کند، حتی در افرادی که رویدادهای منفی را تجربه می‌کنند (تروی[5] و همکاران، ۲۰۱۰؛ به نقل از بشارت و همکاران، ۱۳۹۵). ازآنجایی‌که در پژوهش‌های پیشین هدف پژوهش حاضر بررسی نشده است، لذا در این پژوهش به بررسی این سوال پرداخته شده است که آیا بین سرسختی روان‌شناختی، راهبردهای مقابله با استرس و تنظیم شناختی هیجان زنان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری فشارخون تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای[6] بود. جامعه آماری این پژوهش شامل دو گروه زنان مبتلا به بیماری فشارخون و همتایان غیر مبتلا آن‌ها در ناحیه ۴ شهر کرج در سال ۱۳۹۸ بودند. حجم نمونه از طریق نمونه‌گیری هدفمند ۱۰۰ بودند. ازآنجایی‌که در تحقیقات مشابه و علی مقایسه‌ای حجم هر گروه ۳۰ نفر پیشنهادشده است (دلاور، ۱۳۹۶)، در این پژوهش برای تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج حجم هر گروه ۵۰ نفر انتخاب گردید که بر اساس وضعیت تأهل، شغل، مدت‌زمان بیماری و تحصیلات همتاسازی شدند. رضایت آگاهانه و بدون اجبار برای شرکت در پژوهش، دامنه سنی ۳۵-۵۰ سال و میانگین فشارخون کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی‌متر جیوه در افراد غیر مبتلا و میانگین فشارخون بیشتر از ۱۴۰/۹۰ میلی‌متر جیوه در افراد مبتلا از ملاک‌های ورود به پژوهش است. عدم رضایت آگاهانه برای پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه‌ها، اعتیاد به هرگونه مواد مخدر و داروهای روان‌گردان و نداشتن سابقه بیماری فشارخون در گروه غیر مبتلا از ملاک‌های خروج از پژوهش است. جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در سطح توصیفی شامل اندازه‌های گرایش به مرکز (میانگین) و اندازه‌های پراکنده از مرکز (انحراف استاندارد) و در سطح استنباطی جهت نرمال بودن (طبیعی

[1]. Brown & Bond
[2]. Lazaruss & Folkman
[3]. Kraaij & Garnefski
[4]. Wang
[5]. Troy
[6]. casual- comparative

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

بودن) توزیع نمونه‌گیری از آزمون کلموگروف اسمیرنوف، برای بررسی ماتریس‌های واریانس، کوواریانس از آزمون باکس و برای بررسی همگنی واریانس‌های بین گروهی آزمون لون استفاده‌شده است. سپس جهت بررسی تفاوت بین متغیرهای پژوهش در دو گروه از تحلیل واریانس چندمتغیره با استفاده نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

ابزار پژوهش

مقیاس سرسختی روان‌شناختی[1] (PHS) لانگ[2] و همکاران (۲۰۰۳): این مقیاس شامل ۴۲ سوال است که سه خرده مقیاس کنترل با سؤالات ۴، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۳۰، ۳۱، ۳۳، ۳۸ و ۴۱؛ تعهد با سؤالات ۲، ۳، ۶، ۱۰، ۱۳، ۱۵، ۱۸، ۲۰، ۲۴، ۲۵، ۲۷، ۲۹، ۳۶، ۳۹ و ۴۱؛ چالش با سؤالات ۱، ۱۴، ۲۲، ۲۳، ۲۶، ۲۸، ۳۲، ۳۴، ۳۵، ۳۷ و ۴۰ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری مقیاس بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای می‌باشد به این صورت که کاملاً موافقم ۵ نمره، موافقم ۴ نمره، نظری ندارم ۳ نمره، مخالفم ۲ نمره و کاملاً مخالفم ۱ نمره تعلق می‌گیرد. به‌منظور تعدیل در نحوه بیان عبارات مقیاس سؤالات ۳، ۱۰، ۱۳، ۱۵، ۱۷، ۲۱، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۳۰، ۳۱، ۳۳، ۳۹، ۴۱ و ۵۲ به‌صورت منفی نمره‌گذاری می‌شود به این صورت که کاملاً موافقم ۱ نمره، موافقم ۲ نمره، نظری ندارم ۳ نمره، مخالفم ۴ نمره و کاملاً مخالفم ۵ نمره تعلق می‌گیرد. در داخل ایران برای بررسی اعتبار مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده‌شده است که ضریب ۰/۸۶ به‌دست‌آمده است (زارعی، ۱۳۹۸). در یک پژوهش روایی ملاکی با استفاده از مقیاس سرسختی بارتون ضرایب همبستگی برای کنترل ۰/۶۱، تعهد ۰/۳۸ و چالش ۰/۳۲ به‌دست‌آمده است (احمدی و همکاران، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسشنامه راهبردهای مقابله با استرس[3] (WCQ) لازاروس و فولکمن[4] (۱۹۹۸): این پرسشنامه شامل ۶۶ سوال است که دو مؤلفه مقابله هیجان محور و مسئله محور تشکیل‌شده است که خرده مؤلفه‌های مقابله هیجان محور شامل رویارویی سؤالات ۶، ۷، ۱۷، ۲۸، ۳۴ و ۴۶؛ دوری گزینی با سؤالات ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۱، ۴۱، ۴۴؛ گریز-اجتناب با سؤالات ۱۱، ۱۶، ۳۳، ۴۰، ۴۷، ۵۰، ۵۸ و ۵۹؛ خودکنترلی با سؤالات ۱۰، ۱۴، ۳۵، ۴۳، ۵۴، ۶۲ و ۶۳؛ و خرده مؤلفه‌های مسئله محور شامل جستجوی حمایت اجتماعی با سؤالات ۸، ۱۸، ۲۲، ۳۱، ۴۲ و ۴۵؛ مسئولیت‌پذیری با سؤالات ۹، ۲۵، ۲۹ و ۵۱؛ مسئله گشایی برنامه‌ریزی‌شده با سؤالات ۱، ۲۶، ۳۹، ۴۳، ۴۹ و ۵۲؛ ارزیابی مجدد مثبت با سؤالات ۲۰، ۲۳، ۳۰، ۳۶، ۳۸، ۵۶ و ۶۰ می‌باشند (آتای و ارتوران[5]، ۲۰۲۰). نمره‌گذاری پرسشنامه در طیف ۴ چهاردرجه‌ای لیکرت شامل اصلاً صفر نمره، بعضی‌اوقات ۱ نمره، معمولاً ۲ نمره و زیاد ۳ نمره تعلق می‌گیرد (برگار[6] و همکاران، ۲۰۱۸). در این پرسشنامه ۱۶ سوال انحرافی است و ۵۰ سوال دیگر شیوه مقابله فرد با استرس را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه بر روی دانش‌آموزان دختر دبیرستان‌های شهر سبزوار از آلفای کرونباخ استفاده‌شده است که ضرایب مقابله مسئله مدار ۰/۷۰ و مقابله هیجان مدار ۰/۶۹ به‌دست‌آمده است (سدیدی و یمینی، ۱۳۹۷). روایی

[1]. Psychological Hardiness Scale (PHS)
[2]. Lang
[3]. Ways of Coping Questionnaire (WCQ)
[4]. Lazarus & Folkman's
[5]. Atay & Erturan
[6]. Bregar

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

پرسشنامه با ضریب همبستگی نشان داده است که ضریب همبستگی بین تعهد سازمانی و راهبردهای مقابله‌ای با استرس ۰/۳۳ و معنی‌دار در سطح ۰/۰۰۱ به‌دست‌آمده است که نشان‌دهنده روایی همگرایی پرسشنامه است (محمودی راد و همکاران، ۱۳۹۷). در یک پژوهش دیگر آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به‌دست‌آمده است (فیروزی و همکاران، ۱۳۹۹). در خارج کشور برای بررسی قابلیت اعتماد پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده‌شده است که ضرایب آلفای کرونباخ مؤلفه‌ها بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ گزارش‌شده است (کرایج و گرانسفکی[1]، ۲۰۱۹). همچنین در یک پژوهشی دیگر آلفای کرونباخ برای رویارویی ۰/۵۳، دوری گزینی ۰/۴۹، گریز-اجتناب ۰/۷۲، خودکنترلی ۰/۴۸، جستجوی حمایت اجتماعی ۰/۷۵، مسئولیت‌پذیری ۰/۶۳، مسئله گشایی برنامه‌ریزی‌شده ۰/۷۴ و ارزیابی مجدد مثبت ۰/۷۶ به‌دست‌آمده است (براون و بوند، ۲۰۱۹). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی[2] (CERQ) گرانفسکی، کرایج و اسپینهوون[3] (۲۰۰۱): این پرسشنامه شامل ۳۶ سوال و ۲ بعد راهبردهای ناسازگارانه (سرزنش خود با سؤالات ۱، ۱۰، ۱۹ و ۲۸؛ سرزنش دیگران با سؤالات ۹، ۳۶، ۲۷ و ۱۸؛ نشخوار گری با سؤالات ۳، ۱۲، ۲۱ و ۳۰؛ فاجعه نمایی با سؤالات ۸، ۱۷، ۳۵ و ۲۶) و راهبردهای سازگارانه (دیدگاه‌گیری با سؤالات ۷، ۱۶، ۲۵، ۳۴؛ تمرکز مجدد مثبت با سؤالات ۴، ۱۳، ۲۲ و ۳۱؛ ارزیابی مجدد مثبت با سؤالات ۶، ۱۵، ۲۴ و ۳۳؛ پذیرش با سؤالات ۲، ۱۱، ۲۰ و ۲۹، ۳۴؛ تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی با سؤالات ۵، ۱۴، ۲۳ و ۳۲) را اندازه‌گیری می‌کند. روش نمره‌گذاری به‌صورت ۵ درجه‌ای لیکرت می‌باشد به این صورت که همیشه ۵ نمره، اغلب ۴ نمره، مرتباً ۳ نمره، گاهی ۲ نمره و هرگز ۱ نمره تعلق می‌گیرد (چامیزو-نیتو[4] و همکاران، ۲۰۲۰). در داخل ایران برای بررسی پایایی پرسشنامه از روش همسانی درونی استفاده‌شده است و ضریب آلفای کرونباخ برای سرزنش خود ۰/۷۱، پذیرش ۰/۶۰، نشخوار گری ۰/۶۱، تمرکز مجدد مثبت ۰/۷۷، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی ۰/۷۵، ارزیابی مجدد مثبت ۰/۸۶، دیدگاه‌گیری ۰/۸۰، فاجعه‌نمایی ۰/۸۲، سرزنش دیگران ۰/۷۶ و کل پرسشنامه ۰/۸۳ گزارش‌شده است (صالحی و همکاران، ۱۳۹۰). در یک پژوهش دیگر ضرایب آلفای کرونباخ برای راهبردهای ناسازگارانه ۰/۸۴ و برای راهبردهای سازگارانه ۰/۹۰ به‌دست‌آمده است (اعزازی بجنوردی و همکاران، ۱۳۹۹). در خارج از کشور ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه بررسی‌شده است که ضرایب پایایی برای مؤلفه‌های پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۱ به‌دست‌آمده است (روسا[5] و همکاران، ۲۰۱۹)، ضرایب بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۶(کرایج و گرانسفکی، ۲۰۱۹) و در یک پژوهش دیگر، در دامنه ۰/۸۴ تا ۰/۹۸ به‌دست‌آمده است (وانگ[6] و همکاران، ۲۰۲۱). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب ۰/۸۶ به دست آمد.

یافته‌ها

[1]. Kraaij & Garnefski
[2]. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)
[3]. Spinhoven
[4]. Chamizo-Nieto
[5]. Rusu
[6]. Wang

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

جدول ۱. توزیع فراوانی و درصد متغیرهای جمعیت شناختی

متغیرهای جمعیت شناختی		فراوانی		درصد	
		مبتلا به فشارخون	غیر مبتلا	مبتلا به فشارخون	غیر مبتلا
وضعیت تأهل	متأهل	۳۶	۳۹	٪۷۲	٪۷۸
	همسر فوت کرده	۱۴	۱۱	٪۲۸	٪۲۲
	کل	۵۰	۵۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰
تحصیلات	دیپلم	۲۰	۱۹	٪۴۰	٪۳۸
	فوق‌دیپلم	۲۱	۱۸	٪۴۲	٪۳۶
	لیسانس و بالاتر	۹	۱۳	٪۱۸	٪۲۶
	کل	۵۰	۵۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰
سن	۳۵ تا ۳۸ سال	۱۲	۱۰	٪۲۴	٪۲۰
	۳۹ تا ۴۲ سال	۱۰	۱۴	٪۲۰	٪۲۸
	۴۳ تا ۴۶ سال	۱۳	۱۲	٪۲۶	٪۲۴
	۴۷ سال به بالا	۱۵	۱۴	٪۳۰	٪۲۸
	کل	۵۰	۵۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰

جدول ۱- توزیع فراوانی و درصد وضعیت تأهل، تحصیلات و سن دو گروه از زنان مبتلا به بیماری فشارخون و همتایان غیر مبتلا را نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار سرسختی روان‌شناختی، راهبردهای مقابله‌ای و تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه‌های آن در افراد نمونه

متغیرهای وابسته	مبتلا به فشارخون		غیر مبتلا	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کنترل	۳۷/۴۶	۲/۴۵۱	۳۸/۹۸	۲/۴۰۳
تعهد	۳۵/۴۸	۱/۳۷۴	۳۶/۶۸	۱/۵۰۴
چالش	۲۵/۷۸	۱/۶۵۷	۲۷/۱۴	۱/۳۰۹
نمره کل سرسختی روان‌شناختی	۹۸/۷۲	۳/۱۳۷	۱۰۲/۸۰	۳/۲۵۱
رویارویی	۱۱/۶۲	۱/۰۸۶	۱۰/۹۴	۱/۳۰۰
دوری گزینی	۱۱/۱۲	۱/۱۵۴	۱۰/۵۴	۱/۳۲۸
گریز-اجتناب	۱۳/۱۸	۱/۴۲۴	۱۲/۵۰	۱/۸۹۸
خودکنترلی	۱۳/۰۸	۱/۴۴۱	۱۲/۳۰	۱/۸۶۵
نمره کل راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار	۴۹/۰۰	۲/۷۹۲	۴۶/۲۸	۳/۵۲۳
جستجوی حمایت اجتماعی	۱۱/۵۰	۱/۴۶۰	۱۲/۳۸	۱/۵۲۴
مسئولیت‌پذیری	۹/۸۸	۱/۲۲۳	۱۰/۵۰	۱/۴۷۴
مسئله گشائی برنامه‌ریزی‌شده	۱۱/۹۶	۱/۶۲۸	۱۲/۹۰	۱/۵۵۵
ارزیابی دوباره	۱۲/۸۴	۱/۷۶۵	۱۳/۹۲	۱/۸۸۳
نمره کل راهبردهای مقابله‌ای مسئله مدار	۴۶/۱۸	۳/۵۹۰	۴۹/۷۰	۳/۹۴۵
دیدگاه‌گیری	۴/۶۸	۲/۶۹۱	۶/۷۸	۲/۶۷۵
تمرکز مجدد مثبت	۵/۱۴	۲/۱۲۹	۶/۳۰	۲/۰۰۳
ارزیابی مجدد مثبت	۴/۴۶	۲/۱۴۰	۶/۱۰	۲/۰۴۳

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

پذیرش	۵/۱۶	۱/۷۶۵	۶/۰۸	۱/۷۸۲
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۵/۲۸	۲/۱۴۸	۶/۳۶	۱/۸۳۸
نمره کل راهبردهای سازش یافته	۲۴/۷۲	۷/۲۵۱	۳۱/۶۲	۷/۴۰۱
سرزنش خود	۶/۶۶	۲/۵۶۸	۵/۰۰	۲/۵۷۱
سرزنش دیگران	۵/۷۲	۲/۱۰۰	۴/۷۲	۲/۰۵۱
نشخوار گری	۷/۰۶	۱/۷۱۹	۵/۷۸	۲/۲۳۴
فاجعه‌نمایی	۶/۲۴	۱/۸۱۳	۴/۷۰	۱/۹۷۲
نمره کل راهبردهای سازش نایافته	۲۵/۶۸	۶/۷۶۳	۲۰/۲۰	۶/۴۸۱

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار سرسختی روان‌شناختی، راهبردهای مقابله‌ای و تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه‌های آن در دو گروه دو گروه از زنان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری فشارخون را نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتیجه آزمون کلموگراف اسمیرنوف برای طبیعی بودن توزیع نمرات

متغیرهای وابسته	کلموگراف اسمیرنوف	سطح معنی داری
کنترل	۰/۷۰۴	۰/۴۳۴
تعهد	۰/۴۹۵	۰/۷۷۰
چالش	۰/۸۱۷	۰/۴۱۴
رویارویی	۰/۲۱۳	۰/۰۶۵
دوری گزینی	۰/۱۴۶	۰/۲۰۰
گریز-اجتناب	۰/۲۰۰	۰/۱۱۰
خودکنترلی	۰/۱۹۹	۰/۱۱۵
جستجوی حمایت اجتماعی	۰/۱۷۳	۰/۲۰۰
مسئولیت‌پذیری	۰/۱۳۸	۰/۰۶۲
مسئله گشائی برنامه‌ریزی‌شده	۰/۹۰۴	۰/۶۵۳
ارزیابی دوباره	۰/۶۹۵	۰/۷۷۱
دیدگاه‌گیری	۰/۹۱۹	۰/۶۱۴
تمرکز مجدد مثبت	۰/۸۸۶	۰/۶۶۶
ارزیابی مجدد مثبت	۰/۷۵۳	۰/۸۸۷
پذیرش	۰/۷۳۱	۰/۱۵۱
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۰/۴۸۳	۰/۵۳۹
سرزنش خود	۰/۷۷۶	۰/۴۶۶
سرزنش دیگران	۰/۵۵۳	۰/۷۷۸
نشخوار گری	۰/۸۹۰	۰/۲۷۱
فاجعه‌نمایی	۰/۶۴۵	۰/۹۲۳

نتایج جدول ۳- آزمون کلموگروف اسمیرنوف تک نمونه‌ای را نشان می‌دهد که همان‌گونه که مشاهده می‌شود توزیع نمرات متغیرهای پژوهش با ۹۵ درصد اطمینان طبیعی است. از آنجایی سطوح معناداری آماره‌های نرمال بودن بزرگ‌تر از ۰/۰۵ هستند (P>۰/۰۵)، لذا توزیع نمرات دارای توزیع نرمال است، بر این اساس می‌توان از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده نمود و نتایج حاصل از آن قابل‌اطمینان است.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

جدول ۴. نتایج آزمون لوین مبنی بر پیش‌فرض همگنی واریانس‌های بین گروهی

متغیرهای وابسته	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معنی داری
کنترل	۰/۱۴۹	۱	۹۸	۰/۷۰۰
تعهد	۰/۵۰۷	۱	۹۸	۰/۴۷۸
چالش	۰/۴۷۱	۱	۹۸	۰/۴۹۴
رویارویی	۰/۱۷۸	۱	۹۸	۰/۶۷۴
دوری گزینی	۰/۰۵۵	۱	۹۸	۰/۸۱۴
گریز-اجتناب	۴/۷۰۲	۱	۹۸	۰/۱۲۵
خودکنترلی	۳/۱۳۸	۱	۹۸	۰/۳۲۱
جستجوی حمایت اجتماعی	۰/۱۰۰	۱	۹۸	۰/۷۵۲
مسئولیت‌پذیری	۱/۳۶۳	۱	۹۸	۰/۱۳۹
مسئله گشائی برنامه‌ریزی‌شده	۰/۵۴۶	۱	۹۸	۰/۴۶۲
ارزیابی دوباره	۰/۰۳۷	۱	۹۸	۰/۸۴۹
دیدگاه‌گیری	۰/۲۳۱	۱	۹۸	۰/۶۳۲
تمرکز مجدد مثبت	۰/۵۶۶	۱	۹۸	۰/۴۵۴
ارزیابی مجدد مثبت	۰/۷۲۹	۱	۹۸	۰/۳۹۵
پذیرش	۰/۰۲۷	۱	۹۸	۰/۸۷۱
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۲/۱۱۹	۱	۹۸	۰/۱۴۹
سرزنش خود	۰/۴۷۸	۱	۹۸	۰/۴۹۱
سرزنش دیگران	۰/۶۸۱	۱	۹۸	۰/۴۱۱
نشخوار گری	۳/۸۸۱	۱	۹۸	۰/۰۵۲
فاجعه‌نمایی	۰/۰۱۴	۱	۹۸	۰/۹۰۷

بر اساس داده‌های جدول ۴- نتایج آزمون لوین نشان می‌دهد که چون سطح معناداری به‌دست‌آمده بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین دو گروه زنان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری فشارخون ازنظر واریانس تفاوت معنی‌داری ندارند و این نشان‌دهنده همگنی بین واریانس-های دو گروه است. لذا این مفروضه برقرار است، بر این اساس می‌توان از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده نمود و نتایج حاصل از آن قابل‌اطمینان است.

جدول ۵. نتایج آزمون باکس مبنی بر همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس

متغیرهای وابسته	آماره آزمون باکس	آماره آزمون F	سطح معناداری
سرسختی روان‌شناختی	۵/۶۲۳	۰/۹۰۶	۰/۴۹۸
راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار	۱۶/۰۸۸	۰/۵۳۸	۰/۱۱۹
راهبردهای مقابله‌ای مسئله مدار	۵/۶۲۵	۰/۵۳۸	۰/۸۶۵
راهبردهای سازش یافته تنظیم هیجان	۶/۳۱۸	۲/۹۱۹	۰/۲۵۴
راهبردهای سازش نایافته تنظیم هیجان	۷/۲۰۲	۲/۶۰۰	۰/۱۴۴

بر اساس داده‌های جدول ۵- نتایج این آزمون نشان می‌دهد که چون سطح معنی‌داری به‌دست‌آمده بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین داده‌های تحقیق فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس را زیر سؤال نبرده است؛ بنابراین این پیش‌فرض نیز رعایت شده

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

است. لذا این مفروضه برقرار است، بر این اساس می‌توان از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده نمود و نتایج حاصل از آن قابل‌اطمینان است. در ادامه برای بررسی تفاوت بین سرسختی روان‌شناختی زنان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری فشارخون از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده‌شده است که نتایج آن در جدول ۶ و ۷ آمده است.

جدول ۶. خلاصه آزمون‌های چندمتغیری ابعاد سرسختی روان‌شناختی زنان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری فشارخون

آزمون‌های چندمتغیره	مقادیر	F	معنی داری	ضریب تأثیر	توان آماری
ردگیری پیلای	۰/۳۴۵	۱۶/۸۶۹	۰/۰۰۱	۰/۳۴۵	۰/۹۹۹
ویلکز لامبدا	۰/۶۵۵	۱۶/۸۶۹	۰/۰۰۱	۰/۳۴۵	۰/۹۹۹
ردگیری هوتلینگ	۰/۵۲۷	۱۶/۸۶۹	۰/۰۰۱	۰/۳۴۵	۰/۹۹۹
بزرگترین ریشه روی	۰/۵۲۷	۱۶/۸۶۹	۰/۰۰۱	۰/۳۴۵	۰/۹۹۹

با توجه به جدول ۶- مقدار آزمون‌های چندگانه به‌ویژه ویلکز لامبدا (۰/۶۵۵) و F محاسبه‌شده (۱۶/۸۶۹) می‌توان فرض پژوهش را تائید کرد. به‌عبارت‌دیگر بین ابعاد سرسختی روان‌شناختی زنان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری فشارخون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در ادامه اثرات بین آزمودنی متغیرهای پژوهش به‌صورت تفکیکی با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیره در جدول ۷- آمده است.

جدول ۷. نتایج واریانس چندمتغیره ابعاد سرسختی روان‌شناختی زنان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری فشارخون

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	معنی داری	ضریب تأثیر	توان آماری
کنترل	۵۷/۷۶۰	۱	۹/۸۰۳	۰/۰۰۲	۰/۱۹۱	۰/۸۷۳
تعهد	۳۶/۰۰۰	۱	۱۷/۳۴۹	/۰۰۱	۰/۱۵۰	۰/۹۸۵
چالش	۴۶/۲۴۰	۱	۲۰/۷۳۰	۰/۰۰۱	۰/۱۷۵	۰/۹۹۵

نتایج جدول ۷- نشان داد که بین کنترل[(P<۰/۰۵ و F=۹/۸۰۳]، تعهد[(P<۰/۰۵ و F=۱۷/۳۴۹] و چالش [(P<۰/۰۵ و F=۲۰/۷۳۰] زنان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری فشارخون تفاوت وجود دارد. لذا می‌توان گفت میانگین ابعاد سرسختی روان‌شناختی در زنان غیر مبتلا بیشتر است. در ادامه برای بررسی تفاوت بین راهبردهای مقابله با استرس زنان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری فشارخون از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده‌شده است که نتایج آن در جدول ۸ و ۹ آمده است.

جدول ۸. خلاصه آزمون‌های چندمتغیری راهبردهای مقابله با استرس زنان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری فشارخون

آزمون‌های چندمتغیره	مقادیر	F	معنی داری	ضریب تأثیر	توان آماری
ردگیری پیلای	۰/۴۰۴	۷/۷۱۳	۰/۰۰۱	۰/۴۰۴	۰/۹۹۹
ویلکز لامبدا	۰/۵۹۶	۷/۷۱۳	۰/۰۰۱	۰/۴۰۴	۰/۹۹۹
ردگیری هوتلینگ	۰/۶۷۸	۷/۷۱۳	۰/۰۰۱	۰/۴۰۴	۰/۹۹۹
بزرگترین ریشه روی	۰/۶۷۸	۷/۷۱۳	۰/۰۰۱	۰/۴۰۴	۰/۹۹۹

با توجه به جدول ۸- مقدار آزمون‌های چندگانه به‌ویژه ویلکز لامبدا (۰/۵۹۶) و F محاسبه‌شده (۷/۷۱۳) می‌توان فرض پژوهش را تائید کرد. به‌عبارت‌دیگر بین راهبردهای مقابله با استرس زنان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری فشارخون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در ادامه اثرات بین آزمودنی متغیرهای پژوهش به‌صورت تفکیکی با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیره در جدول ۹- آمده است.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

جدول ۹. نتایج واریانس چندمتغیره راهبردهای مقابله با استرس زنان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری فشارخون

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	معنی داری	ضریب تأثیر	توان آماری
رویارویی	۱۱/۵۶۰	۱	۸/۰۵۷	۰/۰۰۶	۰/۰۷۶	۰/۸۰۳
دوری گزینی	۸/۴۱۰	۱	۵/۴۳۳	۰/۰۲۲	۰/۰۵۳	۰/۶۳۶
گریز-اجتناب	۱۱/۵۶۰	۱	۴/۱۰۶	۰/۰۴۵	۰/۰۴۰	۰/۵۱۹
خودکنترلی	۱۵/۲۱۰	۱	۵/۴۷۶	۰/۰۲۱	۰/۰۵۳	۰/۶۴۰
جستجوی حمایت اجتماعی	۱۹/۳۶۰	۱	۸/۶۹۲	۰/۰۰۴	۰/۰۸۱	۰/۸۳۱
مسئولیت‌پذیری	۹/۶۱۰	۱	۵/۲۳۹	۰/۰۲۴	۰/۰۵۱	۰/۶۲۰
مسئله گشائی برنامه‌ریزی‌شده	۲۲/۰۹۰	۱	۸/۷۱۴	۰/۰۰۴	۰/۰۸۲	۰/۸۳۲
ارزیابی دوباره	۲۹/۱۶۰	۱	۸/۷۵۵	۰/۰۰۴	۰/۰۸۱	۰/۸۳۴

نتایج جدول ۹- نشان داد که بین رویارویی[(P<۰/۰۵ و F=۸/۰۵۷]، دوری گزینی[(P<۰/۰۵ و F=۵/۴۳۳]، گریز اجتناب[(P<۰/۰۵ و F=۴/۱۰۶]، خودکنترلی[(P<۰/۰۵ و F=۵/۴۷۶]، جستجوی حمایت اجتماعی[(P<۰/۰۵ و F=۸/۶۹۲]، مسئولیت-پذیری[(P<۰/۰۵ و F=۵/۲۳۹]، مسئله گشائی برنامه‌ریزی‌شده[(P<۰/۰۵ و F=۸/۷۱۴] و ارزیابی دوباره[(P<۰/۰۵ و F=۸/۷۵۵] زنان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری فشارخون تفاوت وجود دارد. لذا می‌توان گفت میانگین راهبردهای مقابله با استرس هیجان مدار در زنان مبتلا به فشارخون بیشتر است. درحالی‌که میانگین راهبردهای مقابله با استرس مسئله مدار در زنان غیر مبتلا بیشتر است. در ادامه برای بررسی تفاوت بین تنظیم شناختی هیجان زنان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری فشارخون از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده‌شده است که نتایج آن در جدول ۱۰ و ۱۱ آمده است.

جدول ۱۰. خلاصه آزمون‌های چندمتغیری ابعاد تنظیم شناختی هیجان زنان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری فشارخون

آزمون‌های چندمتغیره	مقادیر	F	معنی داری	ضریب تأثیر	توان آماری
ردگیری پیلای	۰/۲۸۵	۳/۹۸۲	۰/۰۰۱	۰/۲۸۵	۰/۹۹۹
ویلکز لامبدا	۰/۷۱۵	۳/۹۸۲	۰/۰۰۱	۰/۲۸۵	۰/۹۹۹
ردگیری هوتلینگ	۰/۳۹۸	۳/۹۸۲	۰/۰۰۱	۰/۲۸۵	۰/۹۹۹
بزرگترین ریشه روی	۰/۳۹۸	۳/۹۸۲	۰/۰۰۱	۰/۲۸۵	۰/۹۹۹

با توجه به جدول ۱۰- مقدار آزمون‌های چندگانه به‌ویژه ویلکز لامبدا (۰/۷۱۵) و F محاسبه‌شده (۳/۹۸۲) می‌توان فرض پژوهش را تائید کرد. به‌عبارت‌دیگر بین ابعاد تنظیم شناختی هیجان زنان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری فشارخون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در ادامه اثرات بین آزمودنی متغیرهای پژوهش به‌صورت تفکیکی با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیره در جدول ۱۱- آمده است.

جدول ۱۱. نتایج واریانس چندمتغیره ابعاد تنظیم شناختی هیجان زنان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری فشارخون

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	معنی داری	ضریب تأثیر	توان آماری
دیدگاه‌گیری	۱۱۰/۲۵۰	۱	۱۵/۳۱۶	۰/۰۰۱	۰/۱۳۵	۰/۹۷۲
تمرکز مجدد مثبت	۳۳/۶۴۰	۱	۷/۸۷۷	۰/۰۰۶	۰/۰۷۴	۰/۷۹۴
ارزیابی مجدد مثبت	۶۷/۲۴۰	۱	۱۵/۳۶۳	۰/۰۰۱	۰/۱۳۶	۰/۹۷۳
پذیرش	۲۱/۱۶۰	۱	۶/۷۲۴	۰/۰۱۱	۰/۰۶۴	۰/۷۲۸
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۲۹/۱۶۰	۱	۷/۲۹۷	۰/۰۰۸	۰/۰۶۹	۰/۷۶۳
سرزنش خود	۶۸/۸۹۰	۱	۱۰/۴۳۱	۰/۰۰۲	۰/۰۹۶	۰/۸۹۲
سرزنش دیگران	۲۵/۰۰۰	۱	۵/۸۰۳	۰/۰۱۸	۰/۰۵۶	۰/۶۶۵
نشخوار گری	۴۰/۹۶۰	۱	۱۰/۳۰۸	۰/۰۰۲	۰/۰۹۵	۰/۸۸۹
فاجعه‌نمایی	۵۹/۲۹۰	۱	۱۶/۵۲۵	۰/۰۰۱	۰/۱۴۴	۰/۹۸۱

نتایج جدول ۱۱- نشان داد که بین دیدگاه‌گیری[(P<۰/۰۵ و F=۱۵/۳۱۶]، تمرکز مجدد مثبت[(P<۰/۰۵ و F=۷/۸۷۷]، ارزیابی مجدد مثبت[(P<۰/۰۵ و F=۱۵/۳۶۳]، پذیرش[(P<۰/۰۵ و F=۶/۷۲۴]، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی[(P<۰/۰۵ و F=۷/۲۹۷]، سرزنش خود[(P<۰/۰۵ و F=۱۰/۴۳۱]، سرزنش دیگران[(P<۰/۰۵ و F=۵/۸۰۳]، نشخوار گری[(P<۰/۰۵ و F=۱۰/۳۰۸] و فاجعه‌نمایی[(P<۰/۰۵ و F=۱۶/۵۲۵] زنان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری فشارخون تفاوت وجود دارد. لذا می‌توان گفت میانگین راهبردهای سازش یافته تنظیم شناختی هیجان در زنان غیر مبتلا بیشتر است. درحالی‌که میانگین راهبردهای سازش نایافته تنظیم شناختی هیجان در زنان مبتلا به فشارخون بیشتر است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش مقایسه سرسختی روان‌شناختی، راهبردهای مقابله با استرس و تنظیم شناختی هیجان در زنان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری فشارخون بود. نتایج نشان داد که بین کنترل ابعاد سرسختی روان‌شناختی زنان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری فشارخون تفاوت وجود دارد. لذا می‌توان گفت میانگین ابعاد سرسختی روان‌شناختی در زنان غیر مبتلا بیشتر است. بر این اساس فرضیه فرعی اول پژوهش مبنی بر اینکه بین سرسختی روان‌شناختی زنان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری فشارخون تفاوت وجود دارد تائید شد. این نتیجه به‌دست‌آمده با نتایج تحقیقات بازیار (۱۳۹۵) همسویی دارد. در تبیین تفاوت سرسختی روان‌شناختی زنان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری فشارخون می‌توان گفت سرسختی روان‌شناختی یک ویژگی شخصیتی است که در رویارویی با حوادث فشارزای زندگی به‌عنوان یک منبع مقاومت و سپر محافظ عمل می‌کند. سرسختی، ترکیبی از باورها در مورد خود و جهان است افرادی که سرسختی دارند فشارزا بودن وقایع را کاهش می‌دهند و توان تأثیر بالقوه یک عامل فشارزا را بر سلامتی از بین می‌برند. افراد سرسخت رویدادهای زندگی را به‌عنوان تجارب معناداری تعبیر می‌کنند. این افراد به اهمیت، ارزش و معنای خودشان و فعالیت‌هایی که انجام می‌دهند باور دارند. بر این اساس این افراد قادر هستند که برای آنچه انجام می‌دهند معنایی بیابند. همچنین اطمینان دارند که قادرند به تغییر تجارب زندگی در جهتی که برای آن‌ها جالب و بامعنا باشد. درنتیجه به‌جای گریز از مشکلات و مصائب زندگی با بسیاری

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

از جنبه‌های آن مانند کار، خانواده و روابط بین فردی کاملاً درآمیخته می‌شوند (مدی و همکاران، ۱۹۹۴؛ به نقل از بازیار، ۱۳۹۵). لذا فردی که از شخصیت سرسخت برخوردار است نه‌تنها در برابر بیماری‌های جسمی مانند بیماری‌های قلبی و فشارخون آسیب‌پذیر نیستند، بلکه مقاومت آن‌ها در برابر بیماری فشارخون افزایش می‌یابد. لذا منطقی است که بین سرسختی روان‌شناختی زنان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری فشارخون تفاوت وجود داشته باشد.

همچنین نتایج نشان داد که میانگین راهبردهای مقابله با استرس هیجان مدار در زنان مبتلا به فشارخون بیشتر است. درحالی‌که میانگین راهبردهای مقابله با استرس مسئله مدار در زنان غیر مبتلا بیشتر است. بر این اساس فرضیه فرعی دوم پژوهش مبنی بر اینکه بین راهبردهای مقابله با استرس زنان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری فشارخون تفاوت وجود دارد تائید شد. این نتیجه به‌دست‌آمده با نتایج تحقیقات لو[1] و همکاران (۲۰۱۹)، لنانه[2] و همکاران (۲۰۱۹) و بهاروند و همکاران (۱۳۸۷) همسویی دارد. در تبیین تفاوت راهبردهای مقابله با استرس زنان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری فشارخون می‌توان گفت آنچه تعادل روانی و حتی جسمانی در افراد را حفظ می‌کند، مقابله صحیح و منطقی با محرک‌های استرس‌زاست. در موارد شدید ناتوانی مقابله با استرس، امکان بروز رفتارهای ناهنجار و همچنین مخاطره‌آمیز نیز به‌طور قابل‌توجهی فزونی می‌یابد. کنش‌ها و حوادث استرس‌زا عواملی لازم در جهت رشد روانی افراد جامعه محسوب می‌شوند؛ اما آنچه تعادل روانی و حتی جسمانی در افراد را حفظ می‌کند، مقابله صحیح و منطقی با محرک‌های استرس‌زاست. در صورت بروز اختلال در توانائی مقابله با استرس نه‌تنها امکان برقراری ارتباط با محیط اطراف دچار اختلال می‌گردد، بلکه خطر ابتلا به اختلالات گوناگون روان‌شناختی از قبیل افسردگی، اختلالات اضطرابی، فوبیا و حتی اختلالات شناختی و شخصیتی نیز به‌طور فزاینده‌ای افزایش می‌یابد. از سوی دیگر، چنین به نظر می‌رسد که در موارد شدید ناتوانی مقابله با استرس، امکان بروز رفتارهای ناهنجار و همچنین مخاطره‌آمیز نیز به‌طور قابل‌توجهی فزونی می‌یابد (کاریسو[3] و همکاران، ۲۰۰۶).

ازآنجاکه بیماران مبتلا به فشارخون از سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار بیشتر استفاده می‌کنند به نظر می‌رسد مقابله هیجان مدار به‌عنوان راهبردی کوتاه مدت، کارآمد شناخته شده، اما در دراز مدت مانع سازش روان‌شناختی می‌شود و نشانه‌های درماندگی مثل افسردگی را افزایش می‌دهد. بنابراین تغییر این سبک به سبک مقابله مسأله مدار کمک مؤثری به بیماران مبتلا به فشارخون برساند. سبک مقابله‌ای هیجان مدار مانند رویارویی، دوری گزینی و گریز–اجتناب متغیر خوبی برای پیش‌بینی بیماری کرونری قلب و فشارخون محسوب می‌شود و سبک مقابله‌ای هیجان مدار که شیوه‌ای منفی و هیجانی در برخورد با رویدادهای استرس‌زای زندگی است، مانع بروز احساسات و هیجانات فرد می‌شود و نوعی بازداری عاطفی ایجاد می‌کند و ازجمله عوامل خطرسازی می‌باشد که افراد را مستعد ابتلا به بیماری‌هایی مانند فشارخون می‌کند (صالحی عمران و همکاران، ۱۳۹۵). یک تبیین احتمالی دیگر آن است که با اجتناب از موقعیت مشکل‌زا نه‌تنها مشکل حل نمی‌شود بلکه احتمال تشدید آن و فشار روزافزون آن بر فرد وجود دارد. در این وضعیت فرد برای فراموشی و دوری از مشکل دست به اعمال خطرزایی مانند سوءمصرف دارو و مواد، پرخوری، سیگار و غیره

[1]. Lu
[2]. Lenane
[3]. Carrico

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

می‌زند که همگی بر سلامت قلب تأثیر منفی دارند و فرد را مستعد بیماری فشارخون می‌کند. لذا منطقی است که بین راهبردهای مقابله با استرس زنان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری فشارخون تفاوت وجود داشته باشد.

درنهایت نتایج نشان داد که میانگین راهبردهای سازش یافته تنظیم شناختی هیجان در زنان غیر مبتلا بیشتر است. درحالی‌که میانگین راهبردهای سازش نایافته تنظیم شناختی هیجان در زنان مبتلا به فشارخون بیشتر است. بر این اساس فرضیه فرعی سوم پژوهش مبنی بر اینکه بین تنظیم شناختی هیجان زنان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری فشارخون تفاوت وجود دارد تائید شد. این نتیجه به‌دست‌آمده با نتایج تحقیقات فکری و همکاران (۱۳۹۶) همسویی دارد. در تبیین تفاوت تنظیم شناختی هیجان زنان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری فشارخون می‌توان گفت می‌توان این احتمال را مطرح کرد که نارسایی در تنظیم هیجانات ممکن است باعث منجر به استفاده آن‌ها از راهبردهای ناسازگارانه می‌شود. بروز مشکلاتی در سلامتی مبتلایان به فشارخون شود که سلامت روانی افراد ناشی از تعاملی دوجانبه بین استفاده از انواع خاصی از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و ارزیابی درست از موقعیت تنش‌زا است. استرس‌های مزمن روان‌شناختی با افزایش فعالیت سیستم سمپاتیک- آدرنالین و افزایش سطوح آدرنالین و نورآدرنالین همراه است و افزایش مزمن آدرنالین منجر به افزایش فشارخون در افراد می‌شود (مک‌کارتی[1] و همکاران، ۲۰۰۳؛ به نقل از فکری و همکاران، ۱۳۹۶)؛ بنابراین می‌توان گفت افرادی که از راهبردهای شناختی سازش‌نایافته مانند سرزنش خود، سرزنش دیگران، فاجعه نمایی و نشخوار گری استفاده می‌کنند بیشتر از افرادی که درگیر راهبردهای سازش یافته مانند دیدگاه‌گیری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی می‌شوند، استرس را تجربه می‌کنند. لذا بازداری هیجان‌های منفی و راهبردهای سازش نایافته موجب افزایش فعالیت سمپاتیک نظام قلبی و عروقی می‌شود. لذا چنین افراد بیشتر در معرض بیماری فشارخون هستند. لذا منطقی است که بین تنظیم شناختی هیجان زنان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری فشارخون تفاوت وجود داشته باشد.

در استفاده از نتایج باید دقت داشت که یافته‌های این تحقیق، محدود به زنان مبتلا به بیماری فشارخون و همتایان غیر مبتلا آن‌ها در شهر کرج در سال ۱۳۹۸ بوده است، بنابراین در تعمیم نتایج به دیگر زنان مبتلا و غیر مبتلا به این بیماری در دیگر شهرها باید محتاطانه عمل کرد. از محدودیت‌های دیگر پژوهش این بوده است که اطلاعات جمع‌آوری شده صرفاً به‌وسیله گزارش‌های خودزنان مبتلا به بیماری فشارخون و همتایان غیر مبتلا آن‌ها پرشده است، استفاده از منابع چندگانه دریافت اطلاعات ازجمله اعضای خانواده و پزشکان درمانگر آنان به غنی‌تر شدن یافته‌های مطالعه حاضر منجر خواهد شد. پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران، مدل پژوهش حاضر را در زنان مبتلا به بیماری فشارخون و همتایان غیر مبتلا آن‌ها در سایر شهرها و در مطالعاتی بر اساس سنین مختلف آزمون کنند. استفاده از مطالعات طولی و سایر روش‌های تحقیق (ترکیبی شامل کیفی و کمی) می‌تواند برای بررسی این مطالعه سودمندتر باشد. به این صورت که پیشنهاد می‌گردد با استفاده از یک مطالعه کیفی به بررسی تأثیرات داشتن بیماری فشار و دارا بودن سلامت پرداخته شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی توسط پژوهشگران مطالعاتی با تأکید بر مقایسه تاب‌آوری، پرخاشگری، تحمل

[1]. Mccarty

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

پریشانی، بهزیستی روان‌شناختی، ذهن‌آگاهی و سایر متغیرهای روان‌شناختی و هیجانی در زنان مبتلا به بیماری فشارخون و همتایان غیر مبتلا آن‌ها پرداخته شود.

بر اساس بین راهبردهای مقابله با استرس و سرسختی روان‌شناختی زنان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری فشارخون تفاوت وجود دارد، لذا می‌توان گفت راهبردهای مقابله با استرس هیجان مدار را به‌عنوان عوامل خطر بیماری فشارخون و سرسختی روان‌شناختی را به‌عنوان عاملی بازدارنده بیماری فشارخون در نظر گرفت. بر این اساس پیشنهاد می‌شود، در انجمن‌های فشارخون و دانشگاه‌های علوم پزشکی می‌توانند با برگزاری دوره‌های روان‌شناختی و کارگاه‌های آموزشی مدیریت خشم و مدیریت استرس می‌توان در زمینه کاهش راهبردهای مقابله با استرس هیجان مدار گام‌های موثری برداشت. پیامدهای نتایج پژوهش حاضر مبنی بر تفاوت تنظیم شناختی هیجان در بین زنان مبتلا به بیماری فشارخون و همتایان غیر مبتلا را می‌توان در دو سطح نظری و عملی مورد توجه قرار داد. در سطح نظری، نتایج این بررسی می‌تواند به شناخت بهتر عوامل ایجادکننده مانند ناتنظیمی هیجانی فشارخون اساسی کمک کند. یافته‌های پژوهش حاضر میتواند نتایج پژوهش‌های پیشین و نظریه‌های مربوط به راهبردهای تنظیم هیجان را با بیماری فشارخون تائید کند و منجر به طرح فرضیه‌های جدیدی شود. در سطح عملی و به ویژه بالینی، تهیه برنامه‌های آموزشی مهارت‌های مدیریت و تنظیم هیجان برای افراد مبتلا به فشارخون می‌تواند بر کارآمدی افراد مبتلا بیافزاید. در برنامه‌های درمانی غیرپزشکی و دارویی مدیریت فشارخون، می‌توان از آموزش تنظیم هیجان استفاده کرد.

منابع

- احمدی، فهیمه؛ نائینیان، محمدرضا؛ و حیدری نسب، لیلا. (۱۳۹۳). بررسی رابطه ی ساده و چندگانه ی برون گرایی و سرسختی روان شناختی با شادکامی در بین دانشجویان با توجه به جنسیت. *مجله روانشناسی بالینی، ۶*(۴)، ۷۵-۶۳.
- اعزازی بجنوردی، المیرا؛ قدم‌پور، سمانه؛ مرادی شکیب، آمنه؛ و غضبان‌زاده، رضیه. (۱۳۹۹). پیش‌بینی اضطراب کرونا بر اساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، سرسختی سلامت و اضطراب مرگ در بیماران دیابتی. *نشریه روان پرستاری، ۸*(۲)، ۴۴-۳۴.
- بابایی امیری، ناهید؛ حقیقت دوست، سارا؛ و عاشوری، جمال. (۱۳۹۵). ارتباط فرسودگی شغلی، حمایت اجتماعی ادراک شده و سرسختی روان شناختی با سلامت روان پرستاران. *مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان*، ۲۴(۲)، ۱۲۸-۱۲۰.
- بازیار، صادق. (۱۳۹۵). مقایسه سرسختی روان‌شناختی و سبک زندگی در بین بیماران فشارخونی و افراد عادی در شهر نورآباد. *مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی*، ۲ (۴)، ۸۴-۶۸.
- بشارت، محمدعلی؛ زمانی فروشانی، نسرین؛ معافی، علیرضا؛ و بهرام‌احسانی، هادی. (۱۳۹۵). نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین آسیب پرهیزی و بهزیستی روان‌شناختی در والدین کودکان مبتلا به سرطان. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۵(۱۷)، ۲۲-۷.
- بهادری، الهام؛ و خیر، محمد. (۱۳۹۱). رابطه سرسختی روان‌شناختی و انعطاف پذیری خانواده با سبک‌های مقابله با استرس در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی. *فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۲ (۷)، ۱۸-۱.
- بهاروند، بابک؛ نامداری، مهرداد؛ و غفارزاده، معصومه. (۱۳۸۷). نقش استرس در افزایش فشارخون. *مجله علمی پژوهشی یافته*، ۱۰ (۴)، ۹۷-۹۳.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

- ترخان، مرتضی؛ صفاری‌نیا، مجید؛ و خوش‌سیما، پروانه. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش گروهی مصون سازی در برابر استرس بر فشارخون سیستولیک و دیاستولیک و کیفیت زندگی زنان مبتلا به فشارخون بالا *فصلنامه روانشناسی سلامت، ۱*(۱)، ۵۳-۴۲.
- چراغیان، حدیث؛ حیدری، ناصر؛ آریا، نازنین؛ و امرایی، عاطفه. (۱۳۹۵). رابطه بین خلّاقیت و راهبردهای مقابله با تنیدگی با بازیگوشی در دانشجویان. *فصلنامه علمی و پژوهشی اندیشه‌های نوین تربیتی، ۱۲*(۳)، ۵۸-۳۹.
- دلاور، علی. (۱۳۹۶). روش‌های تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی، ویرایش جدید، تهران: انتشارات ویرایش.
- زارعی، سلمان. (۱۳۹۸). نقش واسطه ای ذهن‌آگاهی در رابطه سرسختی روان‌شناختی و بخشودگی با سازگاری زناشویی زنان متأهل شهر تهران. *نشریه رویش روانشناسی، ۸*(۵)، ۱۸۶-۱۷۹.
- سدیدی، محسن؛ و یمینی، محمد. (۱۳۹۷). پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بر اساس راهبردهای مقابله‌ای و ناگویی هیجانی. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی، ۱۴*(۲)، ۱۴۱-۱۲۵.
- صالحی عمران، محمد تقی؛ صادق پور، مریم؛ یعقوبی، عبدالعلی؛ و شمسی، رضا. (۱۳۹۵). بررسی مقایسه ای سبکهای مقابله با استرس و کیفیت زندگی در بین بیماران کرونری قلب و افراد سالم. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل، ۱۹*(۳)، ۱۴-۷.
- صالحی، اعظم؛ باغبان، ایران؛ بهرامی، فاطمه؛ و احمدی، سیداحمد. (۱۳۹۰). رابطهٔ بین راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و مشکلات هیجانی با توجه به عوامل فردی و خانوادگی، *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۱(۱)، ۱۹-۱.
- فکری، اکرم؛ عیسی‌زادگان، علی؛ و میکائیلی منیع، فرزانه. ۱۳۹۶). مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به فشارخون اساسی و افراد غیرمبتلا. *فصلنامه روانشناسی معاصر، ۱۰*(۱)، ۹۴-۸۵.
- فیروزی، راحله؛ تیزدست، طاهر؛ خلعتبری، جواد؛ و قربان شیرودی، شهره. (۱۳۹۹). بررسی ارتباط راهبردهای مقابله با تنیدگی با دشواری در تنظیم هیجان با نقش میانجی کیفیت زندگی زناشویی در زنان متأهل مبتلا به سرطان پستان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۲۳(۱)، ۴۷-۳۴.
- محمودی راد، غلامحسین؛ حسینی، مهدی؛ کاظمی‌مجد، رضوان؛ و دره‌کی، علی‌اکبر. (۱۳۹۷). ارتباط میان راهبردهای مقابله‌ای و تعهد سازمانی پرستاران. *فصلنامه مدیریت پرستاری*، ۷(۲)، ۱۰-۱.
- هاشمی، مرضیه؛ درویزه، زهرا؛ و یزدی، سیده منور. (۱۳۹۸). مقایسه سرسختی روان‌شناختی و تنظیم شناختی هیجان در دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی و بهنجار. *مطالعات روان‌شناختی، ۱۵*(۱)، ۵۶-۴۱.
- Atay, I. M., & Erturan, I. (2020). The Impact of Coping Strategies in Behcet's Disease: A Case-control Study. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, *23*(5), 680-685.
- Bregar, B., Skela-Savič, B., & Plesničar, B. K. (2018). Cross-sectional study on nurses' attitudes regarding coercive measures: the importance of socio-demographic characteristics, job satisfaction, and strategies for coping with stress. *BMC psychiatry*, *18*(1), 171.
- Brown, L. J., & Bond, M. J. (2019). The pragmatic derivation and validation of measures of adaptive and maladaptive coping styles. *Cogent Psychology*, *6*(1), 156-166. .
- Carrico, A. W., Antoni, M. H., Durán, R. E., Ironson, G., Penedo, F., Fletcher, M. A., & Schneiderman, N. (2006). Reductions in depressed mood and denial coping during cognitive behavioral stress management with HIV-positive gay men treated with HAART. *Annals of Behavioral Medicine*, *31*(2), 155-164.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

- Chamizo-Nieto, M. T., Rey, L., & Sánchez-Álvarez, N. (2020). Validation of the spanish version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in adolescents. *Psicothema*, *32*(1), 153-159.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the ways of coping questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Garnefski, N., Koopman, H., Kraaij, V., & ten Cate, R. (2009). Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *Journal of adolescence*, *32*(2), 449-454.
- Granefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2002). *Manual for the use of the cognitive emotion regulation questionnaire Leiderorp*: Datec.
- Kraaij, V., & Garnefski, N. (2019). The Behavioral Emotion Regulation Questionnaire: Development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, *137*(2018), 56–61
- Kraaij, V., & Garnefski, N. (2019). The Behavioral Emotion Regulation Questionnaire: Development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, *137*, 56-61.
- Lang, A., Goulet, C., & Amsel, R. (2003). Lang and Goulet hardiness scale: Development and testing on bereaved parents following the death of their fetus/infant. *Death studies*, *27*(10), 851-880.
- Lenane, Z., Peacock, E., Joyce, C., Frohlich, E. D., Re, R. N., Muntner, P., & Krousel-Wood, M. (2019). Association of post-traumatic stress disorder symptoms following Hurricane Katrina with incident cardiovascular disease events among older adults with hypertension. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *27*(3), 310-321.
- Lu, X., Juon, H. S., He, X., Dallal, C. M., Wang, M. Q., & Lee, S. (2019). The Association Between Perceived Stress and Hypertension Among Asian Americans: Does Social Support and Social Network Make a Difference?. *Journal of community health*, 1-12.
- Meule, A., Richard, A., Schnepper, R., Reichenberger, J., Georgii, C., Naab, S., & Blechert, J. (2019). Emotion regulation and emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eating disorders*, 1-17.
- Rusu, P. P., Bodenmann, G., & Kayser, K. (2019). Cognitive emotion regulation and positive dyadic outcomes in married couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, *36*(1), 359-376.
- Sandvik, A. M., Gjevestad, E., Aabrekk, E., Øhman, P., Kjendlie, P. L., Hystad, S. W., ... & Johnsen, B. H. (2019). Physical Fitness and Psychological Hardiness as Predictors of Parasympathetic Control in Response to Stress: a Norwegian Police Simulator Training Study. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 1-14.
- Wang, Q. Q., Fang, Y. Y., Huang, H. L., Lv, W. J., Wang, X. X., Yang, T. T., & Zhang, Y. H. (2021). Anxiety, depression, and cognitive emotion regulation strategies in Chinese nurses during the COVID-19 outbreak. *Journal of Nursing Management*, *1*(1), 1-10.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]