

بررسی نگرش‌های ناکارآمد و سبک‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به فشارخون

اولیه

معصومه اسماعیلی*

کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی

دکتر مجید محمود علیلو

استادیار دانشگاه تبریز

دکتر عباس جی‌پور رودسری

استادیار دانشگاه تبریز

محمد امین شریفی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی

چکیده:

پژوهش حاضر با هدف بررسی نگرش‌های ناکارآمد و سبک‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به فشارخون اساسی در مقایسه با افراد سالم انجام شده است. در این پژوهش، تعداد ۵۰ نفر از بیماران مبتلا به فشارخون اساسی (۲۲ مرد و ۲۸ زن) که به درمانگاه شهید مدنی شهر تبریز مراجعه کرده بودند و ۵۰ نفر از افراد سالم (۲۰ مرد و ۳۰ زن) از طریق هم‌تاسازی با گروه بیماران انتخاب شدند. سپس پرسشنامه‌های نگرش‌های ناکارآمد بک و وایزمن و راهکارهای مقابله‌ای فولکمن و لازاروس، برگروه‌های مورد مطالعه اجرا شد. طرح پژوهشی حاضر با توجه به ماهیت موضوع و اهداف مورد نظر، از نوع تحقیقات توصیفی-مقایسه‌ای است. داده‌های حاصله از طریق آزمون t و MANOVA تجزیه و تحلیل شده است. بیماری فشارخون اساسی دسته‌ای از اختلالات روانی فیزیولوژیایی است که علاوه بر عوامل زیستی و خطر ساز جسمی به عنوان فرایند فیزیولوژیک، از لحاظ روانشناختی نیز، عواملی مانند نگرش و قضاوت افراد به وقایع و رویدادهای زندگی، نحوه ارزیابی فشارز بودن یا نبودن و طرق مقابله با آن‌ها در بروز و تشدید آن نقش بسزایی دارد. نتایج پژوهش حاضر حاکی از تفاوت معنادار میان افراد مبتلا به فشارخون اساسی در نگرش‌های ناکارآمد و سبک‌های مقابله‌ای در مقایسه با افراد عادی بود.

کلید واژه‌ها:

فشارخون اساسی، نگرش‌های ناکارآمد، سبک مقابله مسئله مدار و هیجان مدار

مقدمه

انسان در جریان تحول خویش و گذر از مراحل مختلف زندگی و نیز از خلال یادگیری‌های گوناگون در مهار خود و محیط اطراف به سطحی از شناخت، عاطفه، اخلاق و مهارت می‌رسد که از این طریق می‌تواند زندگی فردی و اجتماعی خود را سامان دهد و با کمترین آسیب به خود و دیگران و بالاترین بهره‌مندی ممکن برای خود و دیگران زندگی خویش را سپری کند. این روند باید به سلامت حفظ شود، اما آسیب‌ها و اختلال‌هایی وجود دارند که در راه حفظ تعادل روانی ایجاد می‌کنند. اختلالات روانی فیزیولوژیایی^۱ به نشانه‌های جسمی و بیماری‌هایی گفته می‌شود که در نتیجه تأثیر متقابل فرایندهای روانی، اجتماعی و فیزیولوژیکی به وجود می‌آیند. بیماری فشارخون اساسی (یعنی، بالا رفتن فشارخون بدون هیچ منشأ کاملاً مشخص)، که در ۲۰٪ از افراد جامعه دیده می‌شود، دسته‌ای از این اختلالات هستند (کلارک و فربورن، ۱۹۹۸؛ ترجمه کاویانی، ۱۳۸۵). که علاوه بر عوامل زیستی و خطر سازجسمی به عنوان فرایند فیزیوپاتولوژیکی، از لحاظ روانشناختی مانند وقایع فشارزا، تدابیر مقابله‌ای و نگرش‌ها در بروز و تشدید آن‌ها نقش بسزایی دارند. لازاروس (۱۹۷۱)؛ به نقل از پاول و انرایت، ۱۹۹۸؛ ترجمه جشی‌پور و صبوری مقدم، ۱۳۷۷)، فشار روانی را به معنی وارد آمدن فشار بر سیستم زیستی- روانی- اجتماعی و واکنش این سیستم‌ها در مقابل آن در نظر می‌گیرد و واکنش شخص به آن را در چگونگی ارزیابی و ادراک تهدید به صورت آگاهانه یا ناآگاهانه می‌داند. اکثر رفتارهای غیرارادی را که از افراد سر می‌زند می‌توان نوعی طریقه مواجهه با فشار روانی در نظر گرفت (ساراسون و ساراسون، ۱۹۹۶؛ ترجمه نجاریان و همکاران، ۱۳۷۵). فشار روانی واکنش‌های جسمانی گوناگونی برای مثال در قلب، دستگاه گردش خون و جهاز هاضمه را موجب می‌شود و هنگامیکه این علائم در دوره زمانی طولانی تداوم داشته باشند، احتمال وقوع اختلال جسمانی افزایش می‌یابد. به نظر می‌رسد که متغیرهای گوناگون از جمله نگرش نسبت به مسائل، در واکنش‌های جسمانی دخالت دارند. زیرا احتمالاً در شروع بیماری اشخاص از لحاظ زیستی مستعد ابتلا به بدکاری جسمانی نقش کمک‌کننده دارند (همان). همچنین مردم علاوه بر داشتن تفاوت در توصیف رویدادهای زندگی، انتظارات متفاوتی از زندگی دارند. افرادی که نسبت به مسائل زندگی نگرش‌های بدبینانه دارند، همیشه خود را در محدوده اتفاق‌های ناخوشایند می‌پندارند و احتمالاً خود را در معرض ابتلا بیشتر به بیماری‌ها قرار می‌دهند. برای مثال بیکر^۲ و همکاران (۱۹۹۴)، در مطالعه‌ای نقش نگرش‌های بین فردی، را در تشدید فشارخون و علائم روان‌پزشکی را در بیماران مبتلا به فشارخون اساسی بررسی کردند، که فشار روانی را به دنبال دارد. آنها به این نتیجه رسیدند که بیماران مبتلا به فشارخون اساسی که شکایت‌های روان‌پزشکی نیز داشتند، محیط اجتماعی خویش را بحرانی‌تر و با حمایت کمتر ادراک می‌کردند و این در حالی است که بیماران مبتلا به فشارخون بدون علائم روان‌پزشکی در پیگیری اندازه‌گیری‌های فشارخون نتایج بهتری نشان دادند. یافته‌های این تحقیق حاکی از آن است که هم علائم روان‌پزشکی و هم تشدید فشارخون، احتمالاً نشان‌دهنده ارتباطات میان فردی فشارزای ناشی از نگرش‌های آزمودنی‌ها است. از سوی دیگر، مکانیسم اولیه درگیر در ارتباط بین نگرش‌های ناکارآمد و پریشانی‌های روانشناختی، چگونگی مقابله یک فرد با استرسور^۳ هاست. اگر فرد دیدگاهی کمال‌گرایانه و

1. Psychophysiological
2. Baker
3. Stressor

انعطاف ناپذیر از جهان داشته باشد، به هنگام مواجهه با یک موقعیت استرس‌زا که مختل‌کننده دیدگاه‌های پیشین او است، از راهبردهای غیرانطباقی نظیر اجتناب یا انکار استفاده می‌کند. کوپر (۱۹۸۱)؛ به نقل از اسمعیلی کورانه، (۱۳۸۴)، بیان می‌کند که فشار روانی، حاصل ادراک فرد از موقعیت استرس‌زا است و این ارزیابی فرد نتیجه یک دسته از عوامل فردی و برخی مؤلفه‌های محیطی است. عوامل فردی مؤثر بر ارزیابی موقعیت دربرگیرنده مواردی است که کلیت فرد را شکل می‌دهد مانند افکار، نگرش‌ها، تجربه‌های گذشته فرد، خلق و ساختمان بدنی فرد. این ارزیابی و ادراک به نوبه خود بر وضعیت فردی حاصل از فشار روانی تأثیر می‌گذارد که نتیجه آن بروز نشانه‌های مختلف بدنی، شناختی و رفتاری است. عوامل محیطی نیز با عوامل درونی در تعامل بوده و رویدادهای زندگی، محیط اجتماعی، محیط شغلی و محیط طبیعی را شامل است. فرد یا سیستم می‌کوشد با واکنش در برابر وضعیت فشارزا به وضعیت تعادل دوباره برسد. واکنش مذکور از این جهت مهم است که مستقیماً بر توانایی‌ها و نقش آتی فرد تأثیر می‌گذارد. برخی از واکنش‌ها سازگارانه هستند، زیرا سیستم را به سوی وضعیت تعادل بیشتر و کاهش فشارهای کلی سوق می‌دهد. برخی واکنش‌های دیگر ناسازگارانه هستند زیرا مشکلات ثانوی بیشتر را به وجود می‌آورند، که بر وضع آتی فرد تأثیر منفی دارند. لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴)؛ به نقل از پنلی و توماکو، (۲۰۰۳)، مقابله را تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد به منظور جلوگیری، مدیریت و کاهش تنیدگی تعریف کرده‌اند. آن‌ها در مفهوم سازی مقابله تمایزی قائل شده‌اند و آن مقابله مسئله‌مدار از هیجان‌مدار است. تلاش‌های مسئله‌مدار معطوف تغییر موقعیت فشارزا است، یعنی بر مهار عامل فشارزا به منظور کاهش یا حذف پریشان‌کنندگی آن توجه دارد. در حالیکه تلاش‌های هیجان‌مدار معطوف تغییر واکنش‌های هیجانی به عوامل فشارزا است، یعنی بر مهار پاسخ‌های هیجانی و برانگیختگی فیزیولوژیایی در جهت کاهش فشارزاهای روانی تأکید دارد (گریفت و همکاران، ۲۰۰۰). فولکمن و موسکوویتز (۲۰۰۰)، درباره شیوه‌های مقابله‌ای به این نتیجه رسیدند که کسانی که از شیوه‌های مقابله‌ای مسئله‌محور استفاده می‌کنند، به طور ملاحظه‌پذیری مشکل را به اجزاء کوچک‌تر و کنترل‌پذیرتر تجزیه می‌کنند. در جستجوی اطلاعات و ملاحظه شقوق مختلف مشکل و هدایت اعمال هستند. در حالیکه استراتژی‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار اظهارات هیجانی به صورت اجتناب، انزوا، سرکوب و کنار گذاردن ظهور پیدا می‌کند. چند پژوهش سبک‌های مقابله‌ای را در افراد فشارخونی بررسی کرده و نشان داده‌اند که این افراد در برابر مشکلات بیشتر از سبک‌های بازدارنده‌ای (انکار و سرکوبی) استفاده می‌کنند. مثلاً تیبلین و لیندستروم (۱۹۷۲)؛ به نقل از سامرز فلانگان و گرینبرگ، (۱۹۸۹)، دریافته‌اند که بیماران فشارخونی درمان نشده، نشانه‌های فیزیکی و روانشناختی کمتری را در مقایسه با فشارخونی‌های درمان شده و گروه کنترل گزارش دادند. آن‌ها نتیجه گرفتند که فشارخونی‌ها، بیشتر احساسات خود را انکار و سرکوب می‌کنند. همچنین دیویز (۱۹۷۱)، از چندین بررسی نتیجه گرفت که فشارخون بالا ممکن است با استفاده از مکانیسم‌های بازدارنده‌ای روانشناختی (مانند انکار و واپس‌زنی) مرتبط باشد. در پژوهشی که کلارک (۲۰۰۳) آن را انجام داد، تاریخچه خانوادگی فشارخون و پاسخ‌های مقابله‌ای به منظور پیش‌بینی تغییرات فشارخون بررسی شد. نتایج این پژوهش نشان داد که سبک‌های مقابله‌ای متمرکز بر هیجان، به طور منفی، با فشارخون سیستمولیک و دیاستولیک ارتباط معناداری داشت. در حالیکه سبک مقابله‌ای انکار

4. Avoidant

5. Denial and Repression

با تغییرات فشارخون ارتباط مثبت معناداری داشت. گرچه مطالعات اندکی به منظور ارزیابی نگرش‌های ناکارآمد و ارتباط آن با راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به اختلالات روانی-فیزیولوژیکی انجام شده است، اما مطالعات حاکی از این است که نگرش‌های ناکارآمد در میان نمونه‌های غیربالینی و بیماران افسرده و سرپایی بیشتر با راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی ارتباط دارد. با افزایش متوسط سن و طول عمر در ایران و روند مهاجرت به شهرها، این بیماری همیشه شایع باز هم افزایش یافته است. از دلایل دیگر افزایش شیوع فشارخون در کلیه جوامع می‌توان ناامیدی، افسردگی، اضطراب، اعتیاد به سیگار، الکل و افزایش وزن را نام برد. اگر چه در کشور ما طرح‌هایی برای بیماری‌یابی، مراقبت و کنترل فشارخون در سطح وزارت بهداشت در حال اجرا است، ولی با وجود این هنوز کنترل خوب و کامل فشارخون امکانپذیر نشده است که به نظر می‌رسد یکی از عوامل مهم آن بی‌علامت بودن طبیعت این بیماری با وجود آسیب پیشرونده به دستگاه قلب و عروق در ۱۵-۲۰ سال اول است. به طور کلی اهمیت نظری پژوهش حاضر در این است که با کمک به توسعه مرزهای دانش باعث می‌شود که ماهیت و عوامل اثرگذار بر بیماری فشارخون اساسی بررسی و به طور ویژه نقش عوامل روانشناختی (نگرش‌ها و راهبردهای مقابله‌ای)، در این بیماری مشخص‌تر شود. اهمیت عملی پژوهش حاضر در این است که چنانچه معلوم شود الگوهای خاصی از تفکر و نیز راه‌کارهای مقابله‌ای مرتبط با اختلال آنها در این بیماران وجود دارد آن‌گاه می‌توان در خدمات پیشگیری هم در سطح اول و هم سطح دوم و سوم این واقعیت را مد نظر قرار داد. مثلاً می‌توان راه‌کارهای مقابله‌ای کارآمدتری را به این افراد آموخت تا بهتر بتوانند موقعیت‌های فشارزای زندگی را کنترل کنند و در نتیجه به استرس و اضطراب فزاینده و به تبع آن افزایش فشارخون دچار نشوند. بنابراین، در تحقیق حاضر سعی خواهد شد عوامل روانشناختی مؤثر از جمله: نگرش‌های ناکارآمد و سبک‌های مقابله‌ای مؤثر در ایجاد این بیماری بررسی و این خصوصیات با افراد عادی مقایسه شود و نقش عوامل مذکور در ایجاد این بیماری مشخص شود. به این دلیل پژوهش حاضر، درصدد پاسخ‌گویی به سئوال‌هایی از قبیل زیر است:

- ۱- آیا افراد مبتلا به فشارخون اساسی در نگرش‌های ناکارآمد با افراد سالم تفاوت دارند؟
- ۲- آیا افراد مبتلا به فشارخون اساسی در مقایسه با افراد سالم در برابر مشکلات از سبک‌های مقابله‌ای مسأله‌مدار کمتر و هیجان‌مدار بیشتر استفاده می‌کنند؟
- ۳- آیا بین سبک‌های مقابله‌ای افراد مبتلا به فشارخون اساسی و نگرش‌های ناکارآمد آن‌ها ارتباط وجود دارد؟

روش پژوهش

جامعه و نمونه آماری و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش افراد مبتلا به فشارخون بالا را شامل می‌شود، که به مطب و درمانگاه شهید مدنی شهر تبریز مراجعه کردند. نمونه پژوهش، ۵۰ بیمار با فشارخون بالا (۲۲ مرد و ۲۸ زن) و همچنین ۵۰ فرد سالم (۳۰ زن و ۲۰ مرد) را شامل می‌شود که افراد سالم از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی همچون سن، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل با بیماران هم‌تاسازی و از میان همراهان بیماران و کارکنان دانشگاه انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری در گروه فشارخونی، نمونه‌گیری در دسترس بوده است، به این صورت که بعد از مراجعه بیمار به مطب و درمانگاه و بررسی پرونده آن‌ها توسط پزشک معالج و تشخیص هیپرتانسیون اولیه (اساسی)، درباره هدف پژوهش اطلاعاتی به آن‌ها داده می‌شود و پس

از جلب رضایت بیمار، پرسشنامه‌ها در اختیار آن‌ها قرار می‌گرفت تا به تکمیل آن اقدام کنند. در انتخاب نمونه آماری به تحقیق‌های پیشین مانند، تحقیق دراگانی و همکاران (۱۹۹۹) با تعداد نمونه ۳۲ بیمار فشارخونی، کیسلر و همکاران (۲۰۰۵)، با تعداد نمونه ۲۰ بیمار مبتلا به فشارخون و آنتونو و همکاران (۲۰۰۰)، با تعداد نمونه ۴۰ فرد فشارخونی توجه شده است.

روش تحقیق

طرح پژوهشی حاضر با توجه به ماهیت موضوع و اهداف مورد نظر، از نوع تحقیقات توصیفی - مقایسه‌ای است. در مطالعه‌های توصیفی هدف، توصیف مدون و منظم موقعیتی ویژه بصورت واقعی و عینی است، یعنی آنچه که هست. در مطالعه‌های مقایسه‌ای علاوه بر تجزیه و تحلیل توصیفی، اطلاعات جمع آوری شده با یکدیگر مقایسه می‌شوند. پژوهش حاضر نیز متغیرهای پژوهشی (نگرش‌های ناکارآمد و سبک‌های مقابله‌ای) در دو گروه افراد دارای فشارخون اساسی و گروه سالم را بررسی و مقایسه است.

ابزارهای اندازه‌گیری

به منظور گردآوری اطلاعات از ۲ آزمون استفاده شد:

۱- پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد، که بک و وایزمن (۱۹۷۸)؛ به نقل از بلاک و هرسن، (۱۹۸۸)، آن را تهیه کرده‌اند و ۴۰ سؤال را شامل است. این آزمون برای تعیین باورها و نگرش‌هایی ساخته شده است، که فرد را برای افسردگی مستعد می‌کند. روش نمره‌گذاری DAS به این شکل است که هر پاسخ آن نمره‌ای از (۱) کاملاً مخالف تا (۷) کاملاً موافق می‌گیرد. بنابراین، نمره آزمودنی از حداقل ۴۰ تا حداکثر ۲۸۰ خواهد بود. مطابق تحقیقات مختلف، میانگین نمره‌های به دست آمده برای افراد سالم از ۱۱۹ تا ۱۲۸ گزارش شده است و نمره‌های بالاتر نشانه آسیب‌پذیری است. بررسی‌های متعدد نشان داده است که DAS پایایی پیش آزمون، ثبات درونی و روایی همزمان بسیار عالی دارد. DAS با آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۴ تا ۰/۹۲ ثبات درونی کافی را نشان داده است. بک، ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۰ را برای خرده مقیاس‌های DAS گزارش کرده است. در جمعیت ایرانی، همبستگی این آزمون با آزمون افسردگی بک برابر با ۰/۳۱، با آزمون افسردگی هامیلتون برابر با ۰/۳۹ و با آزمون ناامیدی برابر با ۰/۳۶ برآورد شده است (طهرانی زاده و همکاران، ۱۳۸۴؛ به نقل از غرایبی، ۱۳۷۲).

۲- پرسشنامه راه‌های مقابله‌ای فولکمن و لازاروس: این پرسشنامه را لازاروس و فولکمن در سال ۱۹۸۴ تهیه کرده‌اند، که ۶۶ ماده را شامل است که ۸ روش مقابله مسأله محور و هیجان محور را اندازه‌گیری می‌کند. این ۸ مقیاس به ۲ دسته روش‌های مسأله محور (حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، مشکل‌گشایی برنامه‌ریزی شده و ارزیابی مجدد مثبت) و هیجان محور (رویاری، دوری‌گزینی، فرار- اجتناب و خویشنداری) تقسیم شده است. لازاروس (۱۹۸۴)، ثبات درونی ۰/۷۹ تا ۰/۶۶ را برای هریک از روش‌های مقابله‌ای گزارش کرده است.

روش تحلیل داده‌ها

طبقه‌بندی، پردازش و تحلیل داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد. در توصیف داده‌ها از آمار توصیفی استفاده شد. برای بررسی نگرش‌های ناکارآمد بین دو گروه مبتلا به فشارخون و گروه سالم از آزمون t گروه‌های مستقل، برای بررسی سبک‌های مقابله‌ای و خرده مقیاس‌های آن بین دو گروه از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره، برای محاسبه ضریب‌های همبستگی بین نگرش‌های ناکارآمد و خرده مقیاس‌های سبک‌های مقابله‌ای از روش همبستگی پیرسون استفاده شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

جدول ۱، فراوانی و درصد فراوانی ویژگی‌های جمعیت شناختی مانند جنسیت، تحصیلات و سن را در دو گروه افراد مبتلا به فشارخون اساسی و سالم نشان می‌دهد.

جدول ۱: درصد فراوانی ویژگی‌های جمعیت شناختی در دو گروه بیمار و سالم

کل		سالم		بیمار		گروه	
درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی		
۴۲٪	۴۲	۴۰٪	۲۰	۴۴٪	۲۲	مذکر	جنسیت
۵۸٪	۵۸	۶۰٪	۳۰	۵۶٪	۲۸	مونث	
۵۶٪	۵۶	۵۲٪	۲۶	۶۰٪	۳۰	ابتدایی و راهنمایی	تحصیلات
۲۷٪	۲۷	۳۰٪	۱۵	۲۴٪	۱۲	دیپلم و دیپلم	
۱۷٪	۱۷	۱۸٪	۹	۱۶٪	۸	لیسانس و بالاتر	
(۷/۳۸) ۵۰/۴۳		(۷/۷۵) ۵۰/۰۲		(۷/۰۴) ۵۰/۸۴		سن، میانگین (۱) انحراف معیار	

جدول ۲، میانگین و انحراف معیار نمره‌های افراد مبتلا به فشارخون و افراد سالم را در دو ویژگی نگرش‌های ناکارآمد و سبک‌های مقابله‌ای نشان می‌دهد.

جدول ۲: داده‌های توصیفی سبک‌های مقابله‌ای و نگرش‌های ناکارآمد در دو گروه بیمار و سالم

مقیاس	بیمار میانگین (انحراف معیار)	سالم میانگین (انحراف معیار)
مسئله‌مدار	۴۳/۵۰ (۹/۵۰)	۴۴/۷۰ (۷/۰۴)
هیجان‌مدار	۴۲/۱۲ (۸/۱۳)	۳۳/۵۶ (۷/۲۲)
نگرش‌های ناکارآمد	۱۳۶/۲۰ (۱۷/۹۹)	۱۲۶/۰۶ (۶/۵۴)

جدول ۳، نتایج حاصل از آزمون t مستقل را برای نگرش‌های ناکارآمد در دو گروه بیمار و سالم نشان می‌دهد. چنانچه مشاهده می‌شود میان دو گروه بیمار و سالم در مقیاس‌های نگرش‌های ناکارآمد تفاوت وجود دارد.

جدول ۳: نتایج آزمون t برای نگرش‌های ناکارآمد در دو گروه بیمار و سالم

ویژگی	اختلاف میانگین‌ها	درجه آزادی	t	سطح معناداری
نگرش ناکارآمد	۱۰/۱۴	۹۸	۳/۷۵	۰/۰۰۰

جدول ۴، نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره را برای سبک‌های مقابله‌ای و خرده مقیاس‌های آن بین دو گروه بیمار و سالم نشان می‌دهد.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره برای سبک‌های مقابله‌ای و خرده مقیاس‌های آن در دو گروه بیمار و سالم

مقیاس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
مسئله‌مدار	۳۶	۱	۳۶	۰/۵۱۵	۰/۴۷۵
هیجان‌مدار	۱۸۳۱/۸۴	۱	۱۸۳۱/۸۴	۳۱	۰/۰۰۰
حل‌مدبرانه مسئله	۱۱۴/۴۹	۱	۱۱۴/۴۹	۱۰/۸	۰/۰۰۱
جستجوی حمایت	۱۰/۲۴	۱	۱۰/۲۴	۱/۱۴	۰/۲۸۸
مسئولیت‌پذیری	۰/۱۶	۱	۰/۱۶	۰/۳۶	۰/۸۵
ارزیابی مجدد مثبت	۳/۶۱	۱	۳/۶۱	۰/۱۷	۰/۶۶۷
مقابله رویارویی	۱۴/۴۴	۱	۱۴/۴۴	۱/۱۵	۰/۲۸۶
دوری‌گزینی	۱۲۳/۲۱	۱	۱۲۳/۲۱	۱۱/۷۸	۰/۰۰۱
گریز-اجتناب	۷۳/۹۶	۱	۷۳/۹۶	۶/۹۶	۰/۰۱
خویش‌اندازی	۳۷۲/۴۹	۱	۳۷۲/۴۹	۳۲/۶۲	۰/۰۰۰

جدول ۵، همبستگی بین نگرش‌های ناکارآمد و خرده مقیاس‌های سبک‌های مقابله‌ای را نشان می‌دهد.

جدول ۵: ضریب همبستگی بین نگرش‌های ناکارآمد و سبک‌های مقابله‌ای

مقیاس	نگرش‌های ناکارآمد	حل مدبرانه مسئله	جستجوی حمایت اجتماعی	مسئولیت‌پذیری	ارزیابی مجدد مثبت	مقابله رویارویی	دوری‌گزینی	گریز-اجتناب	خویش‌اندازی
ضریب سطح معنادار ی	۱	۰/۷۵	۰/۴۹	۰/۹۸۵	۰/۱۶۷	۰/۴۸۶	۰/۲۳۱	۰/۴۴۰	۰/۲۰۳

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از اجرای پژوهش حاضر بررسی نگرش‌های ناکارآمد و سبک‌های مقابله‌ای در افراد دارای فشارخون اساسی در مقایسه با افراد عادی بود. یافته اول پژوهش نشان داد که افراد مبتلا به فشارخون اساسی نسبت به افراد سالم نگرش‌های ناکارآمدتری دارند. این یافته با بررسی‌های گراهام و همکاران، ۱۹۷۲ (به نقل از گاچل و همکاران، ۱۹۹۸؛ ترجمه خوی‌نژاد، ۱۳۷۷) بیکر و همکاران، ۱۹۹۴ و سیبلیا و همکاران، ۱۹۹۵، همسو است. نگرش‌های ناکارآمد، معیارهای انعطاف‌ناپذیر و کمال‌گرایانه‌ای هستند که فرد از آن برای قضاوت درباره خود و دیگران استفاده می‌کند. این فرض‌ها یا طرحواره‌ها در سازماندهی ادراک، کنترل و ارزیابی رفتار استفاده می‌شوند. (بک، ۱۹۷۶؛ به نقل از هاوتون و همکاران، ۱۹۸۹). از آنجایی که این نگرش‌ها انعطاف‌ناپذیر، افراطی و مقاوم در برابر تغییر هستند، ناکارآمد و نابارور تلقی می‌شوند. این مفروضه‌ها به تفسیر تجارب جدید، شکل دادن انتظارات و پیش‌بینی‌ها کمک می‌کنند. محققان ارزیابی شناختی بر این باور هستند که الگوهای ارزیابی شناختی افراد نسبت به موقعیت‌های تنیدگی‌زا بر اساس ابعاد مختلف شخصیت، پاسخ‌های هیجانی ویژه‌ای از قبیل خشم، احساس گناه یا غرور ایجاد می‌کند. به عبارت دیگر، فرایندهای ارزیابی شناختی، پاسخ‌های ذهنی، روانشناختی و رفتاری به موقعیت تنیدگی‌زا را پیش‌بینی می‌کنند (پنلی و توماکو، ۲۰۰۲). به اعتقاد الیس (۱۹۶۴؛ به نقل از دیویسون و گلدفرید، ۱۹۹۲؛ ترجمه ماهر، ۱۳۷۲)، نگرش‌های فرد درباره دنیای پیرامون خویش، در بروز واکنش‌های هیجانی ناسازگار نقشی مهم دارد. به این ترتیب، ارزیابی ذهنی افراد از رویدادهای محیطی، نحوه ادراک آن و پیامدهای احتمالی تفاوت آن‌ها در شدت واکنش و قدرت مقابله با رویداد فشارزا را باعث می‌شود. به طوری که مشاهده شده است برخی وقایع و موقعیت‌ها که از نظر یک شخص تهدیدآمیز تلقی می‌گردد، در شخص دیگر هیچ‌گونه آشفتگی را ایجاد نمی‌کند. همانطور که یافته‌های این پژوهش نشان داد، افراد مبتلا به فشارخون اساسی نگرش‌های ناکارآمدی دارند. به این صورت که این افراد دیدگاه‌های بسیار انعطاف‌ناپذیر و کمال‌گرایانه‌ای نسبت به دنیا دارند. بنابراین، این باورها و نگرش‌های آن‌ها خود موجبات فشار روانی را فراهم می‌کنند فشار روانی نیز واکنش‌های جسمانی گوناگون در قلب و دستگاه گردش خون را موجب می‌شود و هنگامیکه این علائم در دوره زمانی طولانی تداوم داشته باشند، احتمال وقوع اختلال جسمانی در آن‌ها افزایش می‌یابد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که بین سبک‌های مقابله‌ای دو گروه بیمار و سالم تفاوت معنادار وجود دارد. به این صورت که افراد دارای فشارخون اساسی نسبت به افراد سالم از سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار بیشتری استفاده می‌کنند. این یافته با بررسی‌های کلارک، ۲۰۰۳ و میلر و همکاران، ۲۰۰۲، همسو است. اما در استفاده از سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار بین دو گروه بیمار و سالم تفاوتی وجود ندارد. در این زمینه که بین سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار در بیماران فشارخونی و افراد سالم تفاوت وجود دارد یا نه، پژوهشی پیدا نشد. به اعتقاد الیس (۱۹۶۴؛ به نقل از دیویسون و گلدفرید، ۱۹۹۲؛ ترجمه ماهر، ۱۳۷۲)، نگرش‌های فرد درباره دنیای پیرامون خویش، در بروز واکنش‌های هیجانی ناسازگار نقشی مهم دارد. به این ترتیب، ارزیابی ذهنی افراد از رویدادهای محیطی، نحوه ادراک آن و پیامدهای احتمالی تفاوت آن‌ها در شدت واکنش و قدرت مقابله با رویداد فشارزا را موجب می‌شود. به طوری که مشاهده شده است برخی وقایع و موقعیت‌ها که از نظر یک شخص تهدیدآمیز تلقی می‌شود، در شخص دیگر هیچ‌گونه آشفتگی را ایجاد نمی‌کند. از طرف دیگر افراد فشارخونی از مقیاس‌های سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار مانند دوری‌گزینی، گریز-اجتناب و خویش‌نهادی بیشتر از افراد سالم استفاده می‌کنند که با نتایج پژوهش‌های دیویز، ۱۹۷۱ و تیبلین و لیندستروم، ۱۹۷۲، همسو است. مهارت مقابله با استرس، شیوه‌ای چند مرحله‌ای است که فرد را قادر می‌کند با به کار بردن آن مراحل،

مدیریت موقعیت فشارزا را بر عهده بگیرد. نتایج به دست آمده از پژوهش‌های متعدد، حاکی از آن است که متعاقب یک رویداد فشارزا، بیماری به وقوع می‌پیوندد. هرچند درباره همه آزمودنی‌ها مشاهده نمی‌شود، ولی به‌طور کلی افرادی که در مواجهه با فشار روانی منابع مقابله ضعیف و ناکارآمد دارند، بیشتر احتمال بروز بیماری در آنها وجود دارد. بنابراین، سبک مقابله فرد در برابر مشکلات، یک اصل مهم برای درک تفاوت‌های فردی در آسیب‌پذیری به مشکلات سلامت جسمی و ذهنی است (جانگ و همکاران، ۲۰۰۷). بنابراین، طبق یافته‌های این پژوهش افراد مبتلا به فشارخون، هنگامیکه در یک موقعیت فشارزا قرار می‌گیرند، ممکن است از رویکردهای هیجان‌مدار مانند دوری کردن از منبع ایجاد کننده مشکل یا اجتناب از این منبع در جهت کاهش اهمیت آن یا انجام دادن کارهایی مانند ورزش یا تماشای تلویزیون استفاده کنند، که حواس آنها را از مشکل پرت می‌کند. این افراد، همچنین، از بروز احساسات خود در هنگام مواجهه با منبع ایجاد کننده مشکل ممانعت می‌کنند. مقابله هیجان‌مدار به عنوان راهبردی کوتاه مدت، کارآمد شناخته می‌شود، اما در دراز مدت مانع سازش روانشناختی می‌شود و نشانه‌های درماندگی را افزایش می‌دهد. به عبارتی، استفاده از این راهبردها توسط افراد فشارخونی، آنها را از درگیری مستقیم و مؤثر با مشکل باز می‌دارد و توانمندی آنها را برای حل مشکل کاهش می‌دهد. این وضعیت اختلال در انسجام فکری و آشفتگی هیجانی را باعث می‌شود و سلامت جسمی آنها را کاهش می‌دهد. از طرف دیگر، آشفتگی فکری و هیجانی امکان شناخت صحیح منبع استرس را نیز به تحلیل می‌برد و سلامت روانی آنها را به‌طور منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد. در نهایت یافته آخر پژوهش نشان داد که بین نگرش‌های ناکارآمد در افراد دارای فشارخون اساسی و سبک مقابله جستجوی حمایت اجتماعی رابطه مثبت معناداری وجود دارد. به این صورت که هرچه نگرش‌های ناکارآمد در افراد دارای فشارخون اساسی افزایش پیدا می‌کند جستجوی حمایت اجتماعی نیز در آنها افزایش می‌یابد بیکر و همکاران (۱۹۹۴)، در مطالعه‌ای نقش نگرش‌های میان فردی که در تشدید فشارخون و علائم روان‌پزشکی بیماران مبتلا به فشارخون اساسی بررسی کردند که فشار روانی را به دنبال دارد. آنها به این نتیجه رسیدند که بیماران مبتلا به فشارخون اساسی که شکایت‌های روان‌پزشکی نیز داشتند، محیط اجتماعی خویش را بحرانی‌تر و با حمایت کمتر ادراک می‌کردند و این در حالی است که بیماران مبتلا به فشارخون بدون علائم روان‌پزشکی در پیگیری اندازه‌گیری‌های فشارخون نتایج بهتری نشان دادند.

منابع

اسمعیلی کورانه، احمد، (۱۳۸۴). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای مجرمین و افراد بهنجار، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه تبریز

پاول، ترور. جی. انرایت، سیمون. جی، (۱۳۷۷). فشارروانی، اضطراب و راه‌های مقابله با آن. ترجمه عباس بخشی‌پور رودسری و حسن صبوری مقدم، مشهد، آستان قدس رضوی.

ساراسون، ای. جی. ساراسون، ب. ر، (۱۳۷۵). روانشناسی مرضی، ترجمه بهمن نجاریان، محمد علی اصغری مقدم و محسن دهقان، تهران، رشد.

کلارک، دیوید. م. فربورن، کریستو فرج، (۱۳۸۵). درمان‌های شناختی-رفتاری، ترجمه حسین کاویانی، تهران، مهر کاویان.

گاچل، رابرت. جی. بام، آندرو. کرانتس، دیوید. اس، (۱۳۷۷). زمین‌ه روانشناسی تندرستی، ترجمه غلامرضا خوی‌نژاد، مشهد، آستان قدس رضوی.

گلدفرید، م. ا. ر. دیویسون، ج. سی، (۱۳۷۲). رفتاردرمانی بالینی، ترجمه فرهاد ماهر، مشهد، آستان قدس رضوی.

غرایبی، بنفشه، (۱۳۷۲). بررسی پاره‌ای از الگوهای شناختی در بیماران مبتلا به اضطراب و افسردگی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

هاوتون، کیت. کری، جوآن. سالکوس کیس، پل. م. کلارک، دیوید. م.، (۱۳۸۳). رفتار درمانی شناختی، ترجمه حبیب الله قاسم‌زاده، تهران، ارجمند.

- Antono, B. D., Ditto, B., Moskowitz, D. S., Rios, N., (2000). Interpersonal behavior and resting blood pressure in college woman. A daily monitoring study, *Journal of Psychosomatic Research*, 309-318
- Baker, B., Kazarian, S., Morgues, J., (1994). Perceived interpersonal attitudes and psychiatric complaints in patients with essential hypertension, *Journal of Clinical Psychology*, 320-324
- Bellack, A., Hersen, M., (1988). *Behavioral Assessment Techniques*, Newyork, Pergamon
- Clark, R., (2003). Parental history of hypertension and coping responses predict blood pressure changes in black college volunteers undergoing a speaking task about perceptions of racism, *American Psychosomatic Society*
- Dragani, S., Lei-Toeveski, D., Kneevi, G., Jovi, V., (1999). Dimensions of personalities suffering from essential hypertension, *Journal of Biological Psychiatry*, 3223-3297
- Davies, M. H., (1971). Is high blood pressure a psychosomatic disorder?, *Journal of Cronic Disease*, 239-258.
- Folkman, S., Moskowitz, J. T., (2000). Positive affect and the other side of coping, *American Psychologist*, 55(2): 647-654.
- Griffith, M. A., Dubow, E. F., Ippolito, M. F., (2000). Developmental and cross-situational differences in adolescents coping strategies, *Journal of Youth and Adolescence*, 65-72.
- Jang, K. L. & et al , (2007). Coping Style and Personality: A biometric analysis, *Journal of Anxiety, Stress and Coping*, 17-24.
- Kesler, A., Mosek, A., Fithlicher, N., Gidron, Y., (2005). Psychological correlates of idiopathic intranial hypertension, *Journal of hypertension*, 627-630.
- Lazarus, R. S., Folkman, S., (1984). *Stress, Appraisal and Coping*, Springer, New York.
- Miller, S. M., Leinbach, A., Brody, D. S., (2002). Coping style in hypertension patients: Nature and consequences, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Penley, J. A., Tomaka, J., (2002). Associations among the big five. Emotional responses, and coping with acute stress, *Personality and Individual Differences*, 1215-1228
- Sibilia, L., Picozzi, R., Nardi, A., (1995). Identifying a psychological profile of type a behavior pattern, *Stress Medicine*, 263-270
- Sommers-Flanagan, J., Greenberg, R. P., (1989). Psychosocial variables and hypertension: A new look at and old controversy, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 15-24.
- Tibblin, G., & Lindstrom, B., (1972). Complaints in subjects with angina pectoris and hypertension. In A. Zanchetti (Ed), *Neural and psychological mechanisms in cardiovascular disease*, (pp.135-139).