



INTERNATIONAL ASSOCIATION
RAZI
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄT
MARBURG
KLINIKUM

Philipps
Universität
Marburg

PSYCHOLOGISCHES INSTITUT
FÜR KLINISCHE PSYCHOLOGIE
UND PSYCHOTHERAPIE
University of Applied Sciences
Department of Psychosomatic
Medicine & Psychotherapy

چهارمین کنفرانس بین‌المللی روان‌تنی

ارزیابی و مداخلات روانشناختی در اختلالات روان‌تنی

اعتیاد و اختلالات روان‌تنی

۲۶ تا ۲۸ مهر ۱۳۹۱

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

بررسی نگرش‌های ناکارآمد، راهبردهای مقابله‌ای و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به فشارخون و افراد عادی

ناهید مظلوم^۱ - سحرپاک^۲ - آتنا دادگری^۳ - مریم صفری^۴ - محمد نادی^۵

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به منظور مقایسه نگرش‌های ناکارآمد، راهبردهای مقابله‌ای و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به فشارخون و افراد عادی شهر میبد انجام شد. روش: پژوهش حاضر از نوع پژوهش همبستگی می‌باشد. جامعه‌ی آماری شامل کلیه مراجعان مبتلا به فشارخون بیمارستان شهر میبد و افراد عادی بود. نمونه‌ی این پژوهش شامل ۱۱۶ نفر (۵۸ بیمار مبتلا به فشارخون و ۵۸ فرد عادی) بود که با روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب گردیدند. در این پژوهش از پرسشنامه سبک‌های مقابله لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴)، تاب‌آوری کانر و دیویسون و مقیاس نارساکنش‌وری نگرش (۱۹۷۸) استفاده شد. یافته‌ها: نتایج حاصل نشان داد که بین مقابله مساله‌مدار و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به فشارخون ($r=0/44$) در سطح ($p=0/01$) و در افراد عادی همبستگی ($r=0/41$) وجود دارد که در سطح ($p=0/03$) معنی‌داری می‌باشند. همچنین نتایج پژوهش نشان می‌دهد، بین دو گروه از نظر نگرش ناکارآمد ($F=1/11$) تفاوت وجود دارد که با توجه به نتایج، نگرش ناکارآمد در افراد دارای فشارخون بیشتر است. اما بین راهبردهای مقابله‌ای و تاب‌آوری بیماران مبتلا به فشارخون و افراد عادی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. نتیجه‌گیری: تاب‌آوری، سبک مقابله‌ای و نگرش افراد نسبت به خود و محیط پیرامون در ایجاد و ادراک تنش مؤثر است. بنابراین با در نظر داشتن این ویژگی‌های روانشناختی می‌توان به نتایج مطلوب‌تری در درمان بیماران مبتلا به فشارخون استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: نگرش‌های ناکارآمد، سبک مقابله‌مساله‌مدار، سبک مقابله‌هیجان‌مدار، تاب‌آوری

^۱-نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی و روان‌شناس بیمارستان امام جعفر صادق میبد- دانشگاه شهید صدوقی یزد-ایران، nmazlom@gmail.com

^۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

^۳- کارشناس ارشد روان‌پرستاری و عضو هیات علمی دانشگاه شهید صدوقی یزد- یزد-ایران

^۴- دانشجوی کارشناسی پرستاری

^۵- روانپزشک و عضو هیات علمی دانشگاه شهید صدوقی یزد- یزد-ایران

مقدمه

فشارخون پدیده ای است که در صورت دوام و افزایش ممکن است در بیماری های قلبی - عروقی نقش داشته باشد. به طور کلی سهم قابل توجهی از سکنه ها و بیماری های قلبی ایسکمیک قابل اسناد به فشار خون در سطح نامطلوب است. این پدیده یکی از مسائل سلامت عمومی است که شیوع آن در سرتاسر جهان به ویژه در کشورهای در حال توسعه در حال افزایش است (بهرامخانی، علی پور، جان بزرگی و برزگرقاضی، ۲۰۱۲). افزایش فشار خون شریانی احتمالا از مهم ترین معضلات بهداشتی در کشورهای توسعه یافته است. در این بیماری عوامل خطر گوناگونی از جمله جنس مذکر، پایین بودن تحصیلات، چاقی، سن و استرس محیطی، مصرف الکل، مصرف سیگار و استرس محیطی ذکر گردیده است (صدرنیا و چهرئی، ۲۰۱۱). وقایع فشارزا، تدابیر مقابله ای و نگرش ها در بروز و تشدید این بیماری نقش بسزایی دارند. افرادی که نسبت به مسایل زندگی نگرش های بدبینانه دارند همیشه خود را در محدوده اتفاق های ناخوشایند می پندارند و احتمالا خود را در معرض ابتلا بیشتر به بیماری ها قرار می دهند. پژوهش ها نشان می دهند که نگرش ها و افکار ناکارآمد نقش مهمی را در ایجاد و نگه داری بیماری و اختلالات روانی ایفا می کنند (کوپر و همکاران، ۱۹۸۹؛ راوال و همکاران، ۲۰۱۰؛ جرت و همکاران، ۲۰۱۰؛ گریل و همکاران، ۲۰۰۵). نگرش های ناکارآمد، معیارهای انعطاف ناپذیر و کمال گرایانه ای هستند که فرد از آن برای قضاوت درباره خود و دیگران استفاده می کند. این فرض ها یا طرح واردها در سازماندهی ادراک، کنترل و ارزیابی رفتار استفاده می شوند. از آن جایی که این نگرش ها انعطاف ناپذیر، افراطی و مقاوم در برابر تغییر هستند، ناکارآمد و نابارور تلقی می شوند. این مفروضه ها به تفسیر تجارب جدید، شکل دادن انتظارات و پیش بینی ها کمک می کنند. محققان ارزیابی شناختی بر این باور هستند که الگوهای ارزیابی شناختی افراد نسبت به موقعیت های تنش زا بر اساس ابعاد مختلف شخصیت، پاسخ های هیجانی ویژه ای از قبیل خشم، احساس گناه یا غرور ایجاد می کند. به عبارت دیگر، فرایندهای ارزیابی شناختی، پاسخ های ذهنی، روان شناختی و رفتاری به موقعیت تنش زا را پیش بینی می کنند (سیلیا و پیکوزی و ناردی، ۱۹۵۵). در ابتلا افراد به فشار خون عوامل دیگری از جمله سبک مقابله ای افراد، (گریل و همکاران، ۲۰۰۵) با رویدادهای تنش زای زندگی و ویژگی های شخصیتی مانند تاب آوری نقش بسزایی دارند. سه نوع سبک مقابله با استرس وجود دارند که می توانند سلامت روانشناختی را بهبود بخشیده یا بدتر کنند. این ۳ نوع سبک شامل مقابله عمل مدار، مقابله هیجان مدار و مقابله اجتنابی. هر کدام از این رویکردهای مقابله شامل راهبردهای متفاوتی برای روبرو شدن با موقعیت های استرس زا یا مشکلات هستند. مقابله عمل مدار، عبارت است از حل کردن مساله برای رهایی از استرس و مقابله هیجان مدار، شامل استفاده از پاسخ های هیجانی در طول موقعیت استرس زا است. نوع سوم مقابله، مقابله اجتنابی است که مردم می توانند مقابله اجتنابی را به دو صورت به کار برند، جستجوی حمایت اجتماعی (روی آوردن به اجتماع) و یا انجام عملی دیگر (حواس پرتی). سبک های مقابله در اثرگذاری متفاوت هستند، به جز زمانی که یک مشکل غیر قابل تغییر باشد، سبک مقابله منطقی

(مثل برنامه ریزی برای حل مشکل) بیشتر از سبک مقابله هیجان مدار (مثل، نشخوار فکری یا مقصر دانستن دیگری)، در حل مشکل مؤثر است (کلی و همکاران، ۲۰۰۸). علاوه بر این استفاده زیاد از سبک مقابله هیجان مدار، با پیامدهای منفی همچون ضعف سازگاری با تروما، افسردگی، اضطراب مرتبط است (سالکوسکی و همکاران، ۲۰۱۱). سبک مقابله اجتنابی نیز با سازگاری ضعیف در برابر استرس، تنظیم هیجانی مشکلات و تمایل به خودکشی مرتبط است (سالکوسکی و همکاران، ۲۰۱۱). در پژوهش کلارک (۲۰۰۳) به نقل از (اسماعیلی و همکاران، ۲۰۰۹)، سبک های مقابله ای متمرکز بر هیجان به طور منفی با فشار خون ارتباط معنی داری داشت. تاب آوری می تواند سطوح استرس را در شرایط استرس زا تعدیل کند. تاب آوری روانشناختی به فرایند پویای انطباق و سازگاری مثبت با تجارب تلخ و ناگوار در زندگی گفته می شود که موجب سازگاری یا عملکرد موفقیت آمیز در هنگام مواجهه با شرایط استرس زا می شود (ابوالقاسمی، ۲۰۱۲؛ فشن و همکاران، ۲۰۰۶؛ جانسون و همکاران، ۲۰۱۱). تاب آوری می تواند به عنوان یک عامل حمایتی نامشخص، در مقابل تنش ها و فشارهای روزمره در نظر گرفته شود و موجب سازگاری فرد در این شرایط شود (هرمان و همکاران، ۲۰۱۱). یک فرد تاب آور موقعیت ناگوار را به شیوه ی مثبت تری پردازش می کند و خود را برای رویارویی با آن دارای توانمندی قلمداد می کند (سید محمدی و همکاران، ۲۰۱۲). بر طبق فرضیه ضربه گیر (Buffering) تاب آوری می تواند به عنوان یک فاکتور محافظت کننده در نظر گرفته شود (جانسون و همکاران، ۲۰۱۱) که موجب به تعادل رساندن بهزیستی (ویلز و همکاران، ۲۰۱۲) و افزایش رضایت از زندگی (لی و همکاران، ۲۰۱۲) در فرد شود.

همانگونه که در بالا اشاره شد بیماری فشار خون از جمله عواملی است که به شدت متأثر از شرایط محیطی و ویژگی های شخصیتی مانند راهبردهای مقابله ای و تاب آوری افراد در شرایط استرس زا می باشد. این بیماری می تواند کلیه ی کارکردهای فرد را در زمینه ی روانی و اجتماعی تحت تأثیر قرار دهد به همین دلیل ضرورت دارد عوامل مذکور بررسی شوند تا شناخت بیشتری از این بیماران فراهم شود و بتوان در درمان و بهبود آن ها گامی برداشت.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش های همبستگی - توصیفی است. جامعه پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به فشارخون و افراد عادی مراجعه کننده به بیمارستان میبد هستند. نمونه شامل ۱۱۶ نفر (۵۸ بیمار مبتلا به فشارخون و ۵۸ فرد عادی) است که به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند.

ابزار پژوهش: ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه سبک های مقابله لازاروس و فولکمن و پرسشنامه، تاب آوری کانر و دیویسون و مقیاس نارساکنش وری نگرش استفاده شد.

پرسشنامه سبک های مقابله (CSQ): این پرسشنامه افکار و واکنش هایی را که افراد برای مقابله با رویدادهای استرس زای روزمره به کار می برند بررسی می کند. این مقیاس را لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) بر پایه نظریه های شناختی پدیدارشناسی مربوط به فشار روانی و مقابله که با نام نظریه فشار روانی، ارزیابی و مقابله شناخته شده است، در سال ۱۹۸۵ ساختند. این پرسشنامه شامل ۶۶ ماده است که دو روش مقابله مساله مدار و هیجان مدار را اندازه گیری می کند. لازاروس و فولکمن ضریب پایایی را به روش آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده مقیاس های مسأله مدار از ۰/۶۰ تا ۰/۷۵ و برای خرده مقیاس های سبک هیجان مدار در دامنه ۰/۶۶ تا ۰/۹۶ گزارش کردند. در ایران ضریب همسانی درونی را با بهره گیری از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۱ تا ۰/۷۹ و پایایی بازآزمایی این آزمون را در فاصله ۴ هفته (۰/۵۹ تا ۰/۸۳) گزارش کردند (علی پور و همکاران، ۲۰۱۰).

مقیاس نارساکنش وری نگرش: این مقیاس توسط بک و وایسمن در سال ۱۹۷۸ تنظیم گردیده است و روشی برای استنتاج و پیدا کردن فرضیه های خاموش است. این مقیاس شامل دو فرم موازی است و هر فرم آن دارای ۴۰ عبارت است که پاسخ دهنده باید باور خود را در مورد آن بر مقیاسی که شامل موافقت کامل تا مخالفت کامل است، در پاسخ نامه تست مشخص نماید. روش نمره گذاری این مقیاس به این شکل است که هر پاسخ آن نمره ای از (۱) کاملاً مخالف تا (۷) کاملاً موافق می گیرد. البته در مورد ماده های ۲، ۶، ۱۲، ۱۷، ۲۴، ۲۹، ۳۰، ۳۵، ۳۷ و ۴۰ نمره گذاری ماده ها برعکس سایر موارد می باشد. بنابراین نمره آزمودنی از حداقل ۴۰ تا حداکثر ۲۸۰ خواهد بود. مطابق تحقیقات مختلف، میانگین نمرات به دست آمده برای افراد سالم از ۱۱۹ تا ۱۲۸ گزارش شده است و نمرات بالاتر نشانگر آسیب پذیری است. مجموع نمرات این آزمون، معرف ناکارآمدی نگرش فرد می باشد. بررسی های متعدد نشان داده است که این مقیاس از اعتبار پیش آزمون پس آزمون، ثبات درونی و روایی همزمان بسیار عالی برخوردار می باشد. وایسمن و بک سطح اعتبار معدل ۰/۸۹ و بالاتر را برای فرم A و B با آلفای از ۰/۸۴ تا ۰/۹۲ ثبات درونی کافی را نشان داده است (ایمانی فر و کامکار، ۲۰۱۲).

مقیاس تاب آوری کانر و دیویسون: این مقیاس دارای ۲۵ گزینه پنج گزینه ای است (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب، همیشه) که محمدی (۱۳۸۴) آن را برای استفاده در ایران استاندارد کرده است. در پژوهش حاضر، بررسی پایایی در دانشجویان به کمک ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ به دست آمد. هم چنین، نتایج آزمون تحلیل عامل بر روی این مقیاس نیز بیانگر وجود یک

یا چند عامل عمومی در مقیاس بود. مقدار آزمون کروییت بارتلت برابر با $1893/83$ بود مقدار ارزش ویژه برای این عامل عمومی برابر با $6/64$ بود این عامل $26/6\%$ از واریانس کل مقیاس را تعیین می کند.

نتایج پژوهش

جدول ۱ فراوانی و درصد فراوانی گروه نمونه براساس جنسیت، وضعیت تأهل و سن نشان می دهد.

جدول ۱: فراوانی و درصد فراوانی گروه نمونه براساس جنسیت، وضعیت تأهل و سن

متغیر	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	زن	۶۷/۸۵
	مرد	۳۲/۱۴
وضعیت تأهل	مجرد	۳/۵۷
	متأهل	۹۶/۴۲
سن	۳۰-۴۰	۳/۴۴
	۴۰-۵۰	۲۴/۱۳
	۵۰-۶۰	۳۴/۴۸
	۶۰-۷۰	۲۹/۳۱
	۷۰-۸۰	۱/۷۲

همانگونه که جدول ۱ نشان می دهد اکثر نمونه مورد مطالعه در دامنه سنی ۵۰-۶۰ سال با فراوانی و درصد فراوانی $40 (34/48)$ و کمترین فراوانی در دامنه سنی ۷۰-۸۰ با فراوانی و درصد فراوانی $2 (1/72)$ قرار داشت. در رابطه با وضعیت تأهل اکثر افراد مورد مطالعه متاهلین $108 (96/42)$ و در رابطه با جنسیت اکثر افراد مورد مطالعه را زنان $76 (67/85)$ تشکیل دادند. جدول ۲ میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره تاب آوری، راهبردهای مقابله (مساله مدار و هیجان مدار) و نگرش های ناکارآمد را در بیماران مبتلا به فشارخون و افراد عادی نشان می دهد.

جدول شماره ۲: میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره تاب آوری، راهبردهای مقابله (مساله مدار و هیجان مدار) و نگرش های ناکارآمد را در بیماران مبتلا به فشارخون و افراد عادی

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
تاب آوری	بیمار	۷۴/۹۶	۱۸/۸۹	۳۵	۱۱۶/۱۱
	عادی	۷۲/۸۷	۱۹/۲	۳۷	۱۰۴
مقابله مساله مدار	بیمار	۷۸/۳۳	۱۲/۶۴	۴۹	۱۰۵
	عادی	۷۷/۲۵	۱۰/۸۷	۵۳	۹۳
مقابله هیجان مدار	بیمار	۹۱/۵۶	۱۴/۵	۵۵	۱۳۱
	عادی	۹۰/۸۴	۱۳/۳۳	۶۳	۱۱۰
نگرش ناکارآمد	بیمار	۱۴۹/۲۴	۱۷/۴۱	۱۲۱/۹۸	۱۸۷
	عادی	۱۴۵/۹۳	۱۵/۹۶	۱۲۳	۱۸۷

جدول ۳ نتایج حاصل از تحلیل واریانس چند متغیری بر روی میانگین نمره های دو گروه (افراد مبتلا به فشار خون و افراد عادی) را در متغیرهای پژوهش (تاب آوری، نگرش ناکارآمد، سبک مقابله هیجان مدار و سبک مقابله مساله مدار) نشان می دهد.

جدول ۳: نتایج حاصل از تحلیل واریانس چند متغیری بر روی میانگین نمره های دو گروه در متغیرهای پژوهش

نام آزمون	مقدار	Df فرضیه	Df خطا	F	درجه معنی داری
اثر پیلایی	۰/۰۱	۴	۱۱۱	۱/۳۳	۰/۰۳۷
لامبدای ویلکز	۰/۹۸	۴	۱۱۱	۱/۳۳	۰/۰۳۷
اثر هوتلینگ	۰/۰۱	۴	۱۱۱	۱/۳۳	۰/۰۳۷
بزرگترین ریشه ری	۰/۰۱	۴	۱۱۱	۱/۳۳	۰/۰۳۷

همان گونه که مندرجات جدول ۳ نشان می دهد بین دو گروه (افراد مبتلا به فشارخون و افراد عادی) حداقل از نظر یکی از متغیرهای پژوهش تفاوت معنی داری وجود دارد. برای پی بردن به این تفاوت ۴ تحلیل واریانس یک راهه در متن مانوا انجام شد. جدول ۴ نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس یک راهه در متن مانوا را روی نمرات تاب آوری، نگرش ناکارآمد، سبک مقابله مساله مدار و سبک مقابله هیجان مدار در افراد مبتلا به فشار خون و افراد عادی نشان می دهد.

جدول ۴: نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس یک راهه در متن مانوا روی نمرات تاب آوری، نگرش ناکارآمد، سبک مقابله مساله مدار و سبک مقابله هیجان مدار

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
تاب آوری	۱۲۵/۲۵	۱	۱۲۵/۲۵	۰/۳۴	۰/۵۵
نگرش ناکارآمد	۳۱۴/۳۱	۱	۳۱۴/۳۱	۱/۱۱*	۰/۰۲
سبک مقابله مساله مدار	۳۳/۴۵	۱	۳۳/۴۵	۰/۲۳	۰/۶۲
سبک مقابله هیجان مدار	۱۴/۹	۱	۱۴/۹	۰/۰۷	۰/۷۸

مندرجات جدول ۴ نشان می دهد که F نگرش ناکارآمد افراد مبتلا به خون و افراد عادی ($F=1/11$) است که در سطح $p=0/02$ معنی دار است یعنی بین دو گروه از نظر نگرش ناکارآمد تفاوت معنی داری وجود دارد که با توجه به جدول شماره ۲ میانگین نگرش ناکارآمد در افراد مبتلا به خون بیشتر از افراد عادی است. اما بین افراد مبتلا به فشار خون و افراد عادی از نظر تاب آوری در سطح $p=0/55$ ، مقابله هیجان مدار در سطح $p=0/78$ و مقابله مساله مدار در سطح $p=0/62$ تفاوت معنی داری وجود ندارد. جدول ۴ همبستگی بین تاب آوری، سبک مقابله هیجان مدار، سبک مقابله مساله مدار و نگرش ناکارآمد را در افراد مبتلا به فشار خون و افراد عادی نشان می دهد. جدول ۵ همبستگی بین تاب آوری، سبک مقابله هیجان مدار، سبک مقابله مساله مدار و نگرش ناکارآمد را در افراد مبتلا به فشارخون و افراد عادی نشان می دهد.

جدول ۵: همبستگی بین تاب آوری، سبک مقابله هیجان مدار، سبک مقابله مساله مدار و نگرش ناکارآمد در افراد مبتلا به فشارخون و افراد عادی

تاب آوری	نگرش ناکارآمد		
۰/۴۵	۰/۰۵	بیمار	مقابله هیجان مدار
۰/۱۹	۰/۶۶		
۰/۴۴	۰/۰۹	عادی	مقابله مساله مدار
۰/۱۳	۰/۶۴		
۰/۴۴*	۰/۱۵	بیمار	مقابله مساله مدار
۰/۰۱	۰/۴		
۰/۴۱*	۰/۳	عادی	مقابله مساله مدار
۰/۰۳	۰/۱۵		

(* سطح معنی داری $\alpha=0/05$)

مندرجات جدول ۷ نشان می دهد بین مقابله مساله مدار و تاب آوری در بیماران ($r=0/44$) در سطح ($p=0/01$) رابطه معنی داری وجود دارد. همچنین بین مقابله مساله مدار و تاب آوری در افراد عادی همبستگی ($r=0/41$) وجود دارد که در سطح ($p=0/03$) معنی دار است. یعنی در افراد مبتلا به فشارخون و افراد عادی با افزایش استفاده از مقابله مساله مدار، تاب آوری در آن ها افزایش می یابد. جدول ۶ همبستگی بین تاب آوری و نگرش ناکارآمد را در دو گروه (افراد مبتلا به فشارخون و افراد عادی) نشان می دهد.

جدول ۶: همبستگی بین تاب آوری و نگرش ناکارآمد در افراد مبتلا به فشارخون و افراد عادی

همبستگی	گروه	تاب آوری	سطح معنی داری
نگرش ناکارآمد	بیمار	۰/۱	۰/۵۸
	عادی	۰/۱۵	۰/۴۵

مندرجات جدول ۶ نشان می دهد بین نگرش ناکارآمد و تاب آوری در هیچ یک از دو گروه (افراد مبتلا به فشار خون و افراد عادی) رابطه معنی داری وجود ندارد.

بحث در نتایج

همان گونه که مطرح شد پژوهش حاضر به منظور مقایسه نگرش ناکارآمد، راهبردهای مقابله و تاب آوری در بیماران مبتلا به فشار خون و افراد عادی انجام شد. نتایج نشان داد که بین افراد مبتلا به فشار خون و افراد عادی از نظر نگرش ناکارآمد تفاوت وجود دارد و نگرش ناکارآمد در افراد مبتلا به فشار خون بیشتر است. که با برخی از پژوهش های انجام شده همسوست. کوپر، الینجر و ایر^۱ (۱۹۸۹) که به بررسی وقایع استرس زا، نگرش های ناکارآمد، سبک های مقابله و افسردگی در افراد پرداختند، نتایج نشان داد که نگرش ناکارآمد در افراد موجب نگره داری بیماری می شود و این افراد نسبت به بیماری ها و اختلالات روانی مستعد هستند. همچنین راول، پارک و ویلیام^۲ (۲۰۱۰) و جرات، میهانجودین، برمن، دنلپ، سگل و همکاران^۳ (۲۰۱۰) در پژوهش خود نشان دادند که فرایندهای شناختی نقش مهمی را در نگره داری و ایجاد بیماری بازی می کنند. افکار ناکارآمد در اختلالاتی مانند افسردگی، اضطراب و ... نقش دارد. نگرش های ناکارآمد، نگرش هایی هستند که موجب آشفتگی روانی می شوند. این باورها که در اثر تجربه نسبت به خود و جهان کسب می شوند فرد را آماده می سازند تا موقعیت های خاص را بیش از حد منفی و ناکارآمد تعبیر کنند. هر چه نگرش های ناکارآمد و باورهای غیرمنطقی افراد بیشتر باشند، آشفتگی های هیجانی نیز بیشتر خواهند شد. افرادی که نسبت به مسایل زندگی نگرش های بدبینانه دارند، همیشه خود را در محدوده اتفاق های ناخوشایند می بینند و حوادث، وقایع و تجارب شخصی خود را به صورت تنش زا ارزیابی می کنند و نگرش های آن ها خود، موجب تنش می شود و افراد را در معرض ابتلای بیشتر به بیماری ها قرار می دهد. به همین دلیل شاید بتوان گفت نگرش های بدبینانه در بیماران مبتلا به فشار خون، موجب تشدید و نگره داری این بیماری می شود و یا نگرش بدبینانه یکی از دلایل بروز این بیماری بوده است. که این یافته نیز با پژوهش اسماعیلی علیلو، بخشانی پور و شریفی (۱۳۸۹) که به بررسی نگرش های ناکارآمد و سبک های مقابله ای در بیماران مبتلا به فشارخون پرداختند، همسوست. نتایج پژوهش اسماعیلی و همکاران (۱۳۸۹) نشان داد که بین افراد مبتلا به فشار خون و افراد عاید تفاوت معنی داری در نگرش های ناکارآمد وجود دارد. از نتایج دیگر این پژوهش این بود که بین سبک مقابله مساله مدار و تاب آوری در افراد مبتلا به فشار خون و افراد عادی رابطه مثبت معنی داری وجود دارد. یعنی در افراد مبتلا به فشار خون و افراد عادی هر اندازه که میزان استفاده از سبک مقابله مساله مدار افزایش یابد، تاب

¹Kuper, Olinger & Air

²Rawal, Park, & Williams

³Jarrett, Minhajuddin, Borman, Dunlap, Segel & et.al

آوری نیز افزایش می یابد و برعکس. ویژگی های اساسی افراد تاب آور توان اجتماعی، توانمندی در حل مساله، خودگردانی و احساس هدفمندی و باور به آینده ای روشن است. که این ویژگی ها مقابله مطلوب و موثر را در فرد افزایش داده، جهت گیری فرد را به زندگی مثبت کرده و در نتیجه عملکرد و رضایت از زندگی را افزایش می دهد (اسماعیلی و همکاران، ۲۰۰۹). افراد تاب آور در شرایط ناگوار و هنگام تجربه هیجانی منفی می توانند سازگاری و سلامت روانی خود را حفظ کنند (محمدی و همکاران، ۲۰۱۱). همان گونه که مطرح شد تاب آوری موجب افزایش استفاده از مقابله موثر در هنگام مواجهه با مشکلات می شود که یکی از مطلوب ترین مقابله ها، مقابله مساله مدار است که فرد در صدد حل مشکل بر می آید. بدیهی است با تغییرات این دو متغیر به هم وابسته باشند. این یافته با نتایج پژوهش محمدی، آقاجانی و زهتاب ور (۱۳۸۹) که در پژوهش خود بیان داشتند، افرادی که تاب آوری دارند می توانند سازگاری و سلامت روان خود را حفظ کنند همسوست. همچنین با یافته های لیو، وانگ و لیز^۱ (۲۰۱۲) و ویلز، ویلد، کرسه و آلن^۲ (۲۰۱۲) که در پژوهش خود بیان می دارند تاب آوری موجب بهزیستی فرد و مقابله موثر با مشکل می شود همسوست.

محدودیت این پژوهش تا حدی مربوط به مقطعی بودن و طرح آن که همبستگی است، می باشد. بنابراین ارتباطی که بین متغیرها دیده می شود آماری است و نه طولی و آینده نگر لذا در تفسیر داده ها باید به آن توجه شود.

منابع

Abolghasemi A (۲۰۱۲). The relationship of resilience, stress and self- efficacy with life satisfaction in students high and below achievement, *Journal of Psychological Studies*, 7(3); 132-151.

adolescents with Type 1 diabetes, *Journal of Psychosomatic Research*, 59; 65-72.

Aliloo M, Bakhshipoor A, Esmaili M, & Toofan M. Personality factors and coping styles in hypertensive persons. *Tabriz University of Medical Science*. 2010; 32(2): 61-66.(persion)

Bahramkhani M, Alipoor A, Janbozorgi M, & Barzegar Ghazi K,(2012) . Effectiveness progressive muscle relaxation on tension of blood hypertension patients. *Journal of Clinical Psychology*, 3(1); 79-88.

¹Liu, Wang & Liz

²Wiles, Wild, Kerse, & Allen

Esmaili M, Alilo M, Bakhshipoor roodsari A, Sharifi M(۲۰۰۹) .Investigation of inefficient attitude and coping styles in first blood pressure patients. *Psychological Study*.2009; 5(2).(persion).

Fossion P, Rejas MC, Pelc I, Linkowski P, & Hirsch S(۲۰۰۶). Family resilience and the trans generational transmission of the Shoah traumatism, *Annales Médico Psychologiques*; 115-119.

Grylli V, Wagner G, Hafferl-Gattermayer A, Schober E, & Karwautz A, (2005) .Disturbed eating attitudes, coping styles, and subjective quality of life in Herrmann, D., Scherg, H., Verres, R., von, Hagens, C., Strowitzki, T., Wischmann, T.(2011). Resilience in infertile couples acts as a protective factor against infertility-specific distress and impaired quality of life. Institute of Medical Psychology, Centre for Psychosocial Medicine , University of Heidelberg, Germany.

Imanifard E, & Kamkar M. Comparison of family harshness and dysfunctional attitudes in flyaway and normal girls, *Journal of New consequence in psychology*, 2012, 52-65.

Jarrett R.B, MinhaJuddin A, Borman P.D, Dunlap L, Segal Z, Kidner C.L, Friedman E.S, & Thase M,(2010). Cognitive reactivity, dysfunctional attitudes, and depressive relapseand recurrence in cognitive therapy responders, *Behavior Research and Therapy*, 50; 280-286.

Johnson J, Wood A. M, Gooding P, Taylor P, & Tarrier N. Resilience to suicidality: The buffering hypothesis, *Journal of clinical Psychology Review*, 2011,31; 563-591.

Kelly, M. M., Tyrka, A. R., Price, L. H, & Carpenter, L. L. Sex differences in the use of coping strategies: Predictors of anxiety and depressive symptoms. *Journal of Depression and Anxiety*,2008, 25, 839-846.

Kuper N, Olinger J, & Air P.A (1989). Stressful events, dysfunction attitudes, coping styles, and depression, *Stress and Vulnerability*; 230-237.

Liu Y, Wang Z, & Li Z. Affective mediators of the influence of neuroticism and resilience on life satisfaction, *Personality and Individual Differences*, 2012, 5; 833-838.

Mohamadi A, Aghajani M, & Zahtabvar Gh. Addiction and its Relation Rawal A, Park R.J, & Williams M G. Rumination, experiential avoidance and dysfunctional thinking in eating disorders, *Behavior Research and Therapy*, 2010, 48; 851-859.

Sadrnia S, & Chehri A(2011). The investigation of affecting causes on blood hypertension in abiders of Arak city. *Journal of Science Journal of Medical Military*, 28(3); 294-299.

Seydmahmoodi J, Rahimi Ch, & Mohamadi N. affecting causes on resilience in individuals accosted with psychic brunt, *Journal of clinical psychology and conference*, 2012, 1(1); 5-14.

Siblia L, Picozzi R, Nardi(۱۹۵۵). Identifying a psychological profile of type A behavior pattern, *Stress Medicine* 1955; 263-270.

Sulkowski, M. L., Dempsey, J., & Depsey, A. G(۲۰۱۱). Effect of stress and coping on binge eating in femail college students. *Journal of Eating Behavior*, 12; 188-197.

Wiles J, Wild K, Kerse N, & Allen R. Resilience from the point of view of older people: ‘There’s still life beyond a funny knee, *Social Science & Medicine*, 2012, 74; 416-424.
with Resilience and Emotional Components, *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 2011, 17(2); 136-142.