

## مقایسه سرسختی روانشناختی و سبک زندگی در بین بیماران فشار خونی وافراد عادی در شهر نورآباد

صادق بازیار

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد رشته علوم تربیتی، گرایش برنامه ریزی درسی

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه سرسختی روانشناختی و سبک زندگی در بین بیماران فشار خونی و افراد عادی در شهر نورآباد انجام شد. که از این تعداد ۱۶۰ نفر به عنوان نمونه، ۸۰ نفر از افراد فشارخونی و ۸۰ نفر از افراد عادی به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه سرسختی اهواز و سبک زندگی ام کرن استفاده شد. پس از جمع آوری اطلاعات، داده ها در نرم افزار spss وارد شد و با استفاده از روش آماری T مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج پژوهش نشان داد که بین سرسختی و سبک زندگی در بین بیماران فشار خونی و افراد عادی تفاوت معنا داری وجود دارد. همچنین در سطح  $p < 0/001$  نشان دادند که افراد فشار خونی از سرسختی کمتری برخوردارند و سبک زندگی مناسبی در زندگی روزمره شان ندارند.

**واژه‌های کلیدی:** سرسختی روانشناختی، سبک زندگی، بیماران فشار خونی، افراد عادی.

## مقدمه

سلامت روان، نیازی اساسی و برای بهبود کیفیت زندگی انسان، امری حیاتی است، (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۱). سلامت روان با ویژگی های توانمند ساز درونی یا منابع درونی قدرت، ارتباط دارد. برخورداری از این منابع درونی توانایی فرد را با وجود شرایط ناگوار و پیشامد های منفی، برای رشد سازگارانه خود افزایش می دهد تا سلامت روان خود را حفظ نماید (جکلون<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷). همچنین پژوهش ها نشان می دهند که بلایای طبیعی، تنیدگی های روانشناختی را به دنبال دارند که با بیماری های جسمی و روانی مرتبط هستند (جوزف<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷). سرسختی روانشناختی و سبک زندگی از جمله متغیرهایی هستند که می توانند تنیدگی ها و آثار نا مطلوب آنها را تعدیل نمایند (جوزف و همکاران<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷).

از نظر پولاک<sup>۴</sup> (۱۹۸۳) سرسختی، ویژگی شخصیتی مهمی در فرایند مقابله با بیماری های مزمن است. وی مفهوم سرسختی را گسترش داد و به ویژه در زمینه بیماریهای مزمن به کار برد. به نظر می رسد مفهوم سرسختی مرتبط به سلامت، ارتباط بیشتری با زمینه های سلامت و بیماری دارد. «سرسختی مرتبط به سلامت»، به اینکه تا چه حد فرد متعهد به انجام فعالیتهای مرتبط به سلامت است، سلامت خود را قابل مهار شده ادراک کرده و عوامل تنیدگی زای سلامتی را به عنوان فرصتی برای رشد شخصی در نظر می گیرد، اشاره دارد. آبراهام<sup>۵</sup> (1992) مفهوم سرسختی سلامت را تعریف کرده و «سیاهه سرسختی سلامت» (HHI)<sup>۶</sup> را در یک مطالعه بر روی بیماران آرتروز روماتیسم اجرا کرد.

دوف و پال<sup>۷</sup> (۲۰۰۱) سرسختی سلامت را یک ویژگی شخصیتی در نظر می گیرند که دارای ۴ مولفه است. این مولفه ها عبارتند از: ارزش سلامت، هسته مهار درونی سلامت، هسته مهار بیرونی سلامت، شایستگی سلامت ادراک شده. سبک زندگی از الگوهای رفتاری و عادت های فردی در سراسر زندگی است که در پی فرایند اجتماعی شدن به وجود آمده است.

با این که ما به نقش محیط زندگی کاملاً واقف هستیم، ولی افراد تصمیمات زیادی می گیرند که بر سلامت آنها تاثیر گذار است. مفاهیم تغییرات رفتاری، شکل گیری عاداتها و گسترش سبک زندگی، اساسی پر معنا برای ایفای نقش آموزش بهداشت و ارتقای سلامت به وجود می آورد. سازمان جهانی بهداشت سبک زندگی را بر اساس الگوهای مشخص و قابل تعریف رفتار می داند که از تعامل بین ویژگیهای شخصی، بر هم کنش روابط اجتماعی، شرایط محیطی و موقعیتهای اجتماعی - اقتصادی حاصل می شود.

توسعه شهر نشینی، زندگی در جهان صنعتی و کنترل بیماریهای واگیردار، همراه با تغییر در ساختار سنی جامعه در جهت پیر شدن، جمعیت مارا هرچه بیشتر با افزایش شیوع بیماری های غیر واگیر مانند سرطانها، بیماریهای قلبی و عروقی ناشی از فشار خون، سکنه و دیابت و عوامل خطر ساز آنها روبرو خواهد کرد. تا قبل از سال ۱۹۹۰ بیماریهای عفونی و مسری و سوء تغذیه عمده ترین علت مرگ به شمار می رفتند و پس از آن به مرور زمان از میزان مرگ و میر ناشی از این بیماریها کاسته شد و اختلالات قلبی و عروقی ناشی از فشار خون در شمار اساسی ترین مشکلات بهداشتی قرار گرفتند. به طوری که در سال ۱۹۹۰ در کشورهای توسعه یافته حدود ۴۶/۶ درصد مرگها ناشی از اختلالات قلبی عروقی بود. پیش بینی می شود در سال ۲۰۲۰ نزدیک به ۲۵ میلیون مرگ ناشی از اختلال قلبی و عروقی در سال رخ دهد. بر این اساس از هر سه مورد مرگ یک مورد آن به علت اختلال قلبی و عروقی ناشی از فشار خون خواهد بود.

<sup>1</sup> - Jaclelon

<sup>2</sup> - Joseph . et al

<sup>3</sup> - Joseph . et al

<sup>4</sup> - Pollock

<sup>5</sup> - Abraham

<sup>6</sup> - Health Hardiness Inventory

<sup>7</sup> - Douth & Pull

فشار خون، یکی از مهمترین و عمومی ترین بیماریهای مزمن در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه می باشد که از نظر هزینه درمانی و مراقبتی، رقم بالایی را به خود اختصاص می دهد. سازمان جهانی بهداشت تخمین زده است که حدود ۶۰۰ میلیون نفر در دنیا، مبتلا به پر فشاری خون هستند که سالانه ۵/۷ میلیون نفر در نتیجه ابتلا به این بیماری و عوارض حاصل از آن جان خود را از دست می دهند. این بیماری می تواند منجر به افزایش خطر نارسایی های قلبی، انفارکتوس میوکارد، سکته مغزی و بیماریهای کلیوی شود. در اکثر موارد، علت واقعی فشار خون مشخص نیست ولی در مجموع، بیماریها و شیوه زندگی از جمله: عدم فعالیت منظم، تغذیه نادرست، استعمال دخانیات و مصرف مشروبات الکلی، تاثیر عمده ای در بروز این بیماری دارند. در قرن بیست و یک، دغدغه اصلی محققان و پژوهشگران صرفا پرداختن به افزایش طول عمر نمی باشد بلکه با نگاهی به آمار و ارقام می توان دریافت که اگر چالش اصلی بهداشت در قرن بیستم فقط زنده ماندن و افزایش طول عمر بوده، چالش قرن جدید، زندگی کردن با کیفیتی برتر است. بنابراین امروزه کیفیت زندگی و عوامل تاثیر گذار بر آن از حیطه های مورد اهمیت پژوهش می باشد.

از اهداف پروژه سلامت مردم در سال ۲۰۱۰ در زمینه هیپرتانسیون، کاهش شیوع و افزایش میزان و موفقیت در درمان و کنترل این بیماری بوده است که دستیابی به این اهداف، نیازمند استفاده از یک رویکرد چند جانبه است. اگرچه دارو درمانی در رابطه با درمان و کنترل فشار خون در این بیماران حائز اهمیت است، اما سبک زندگی و سرسختی بیماران هم از عوامل تاثیر گذار بر کنترل فشار خون محسوب می شود. توصیه های مراقبتی در بیماران مبتلا به فشار خون برای کنترل فشار خونشان، باید در رابطه با اصلاح سبک زندگی بوده و برای تمام بیماران علی رغم دارو درمانی در نظر گرفته شود. طی چند سال اخیر سرسختی روانشناختی به عنوان یک ویژگی مفید و مثبت در حوزه آسیب شناسی روانی مورد بررسی گسترده ای قرار گرفته است. در کنار سرسختی روانشناختی، عوامل دیگری مانند حمایت اجتماعی، عزت نفس و خوشبینی می تواند نقش همسانی داشته باشد.

تا کنون هیچ گونه شواهدی مبنی بر نقش وراثت در ایجاد سرسختی روانشناختی افراد وجود ندارد. اما شواهدی حاکی از این است که والدین سرسخت، فرزندان سرسخت نیز دارند. تبیین های احتمالی، الگو سازی، همانندسازی فرزندان با والدین و شیوه های فرزند پروری مناسب و صحیح می باشد.

ارتباط سرسختی روانشناختی با استرس و بیماری (ویبه و ویلیامز<sup>۸</sup>، ۱۹۹۲) مدل مفهومی ارتباط سرسختی روانشناختی با استرسورها و سلامتی را بر مبنای یک دیدگاه فیزیولوژیکی-روانی-اجتماعی ارائه کرده اند. بر اساس مدل ویبه و ویلیامز، تهدید آمیزی یک رویداد و پاسخ های مقابله ای بی ثمر عامل افزایش برانگیختگی فیزیولوژیکی هستند و برانگیختگی فیزیولوژیکی مکرر و طولانی نیز به فشار و اختلال در عملکرد سیستم ایمنی و در نهایت به بیماری منجر می شود، اما سرسختی روانشناختی با ایجاد تغییر در ارزیابی رویدادها و پاسخ هایی مقابله ای از برانگیختگی فیزیولوژیکی منفی و آسیب زا جلوگیری می کند. سبک زندگی، به معنی شیوه ای است که فرد برای برخورد با حوادث و تکالیف زندگی بر می گزیند. هر فرد بنا بر مکانیزمهای دفاعی ناخودآگاه، استراتژیهای انطباقی خودآگاه و تاثیر عوامل محیطی در برخورد با تکالیف و حوادث زندگی، شیوه خاصی دارد. بنابراین در پژوهش حاضر، پژوهشگر در صدد این است که به مقایسه سرسختی روانشناختی و سبک زندگی در بین بیماران فشار خونی و افراد عادی بپردازد که آیا سرسختی و سبک زندگی افراد عادی با بیماران فشار خونی تفاوت دارد یا خیر؟

### فرضیه های تحقیق

- (۱) بین سرسختی روانشناختی بیماران مبتلا به فشار خون و افراد عادی تفاوت معنا دار وجود دارد.
- (۲) بین خرده مقیاس تعهد افراد عادی و بیماران مبتلا به فشار خون تفاوت معنی دار وجود دارد.
- (۳) بین خرده مقیاس مبارزه جویی افراد عادی و بیماران مبتلا به فشار خون تفاوت معنی دار وجود دارد.

<sup>8</sup> -Wibe & Williams

۴) بین سبک زندگی بیماران مبتلا به فشار خون و افراد عادی تفاوت معنا دار وجود دارد.

### فشار خون

بیماری فشار خون را یکی از بیماریهای عصر حاضر می توان به حساب آورد زیرا در این عصر شرایط محیطی مناسبی برای بروز فشارهای جسمی و روانی بوجود آمده که بر فشار خون تاثیر می گذارند.

افزایش فشار خون یک تغییر حالت است تا یک بیماری. یکی از علل ازدیاد فشار خون ناشی از اثر زخم بر دیواره سرخرگها است که به خاطر ورود بعضی از مواد سمی به بدن مانند سرب، مصرف بیش از حد دارو و اعتیاد به الکل و سیگار ایجاد می شود. علت دیگر بالا رفتن فشار خون استرس و فشارهای محیطی است که در افرادی که از سرسختی کمتری برخوردارند بیشتر مشاهده می شود.

### سرسختی روانشناختی

اگر شخصیت را ترکیبی از رفتار، افکار، هیجانات و انگیزش های فرد بدانیم، عوامل سازنده شخصیت ممکن است در افراد مختلف، متفاوت باشد. از سوی دیگر امکان دارد این عوامل به شیوه های مختلفی ترکیب شده باشد. به گونه ای که الگوهای شخصیتی گوناگونی را به وجود آورد. بسیاری از پژوهشگران معتقدند وجود تفاوت های فردی و ویژگیهای شخصیتی متفاوت، واکنش افراد را نسبت به این موقعیتهای و فشارها متمایز می کند؛ یکی از این ویژگیهای شخصیتی، سرسختی روانشناختی است (وردی و همکاران، ۱۳۷۸).

سرسختی روانشناختی، یک ویژگی شخصیتی است که در رویارویی با حوادث فشارزای زندگی به عنوان منبع مقاومت و سپر محافظ عمل می کند. سرسختی، ترکیبی از باورها در مورد خود و جهان است. که از سه جزء تعهد، کنترل و مبارزه جویی تشکیل شده است، اما در عین حال مجموعه ای واحد است که از عمل هماهنگ این سه جزء تشکیل یافته است (کوباسا، ۱۹۸۲).

ریشه های مفهومی این سازه، بر خلاف دیدگاه های معتقد به واکنش انفعالی انسان که در اغلب کارها در زمینه فشارهای روانی و بیماری مشاهده می شود. برگرفته از مجموعه ای از رویکرد ها و در خصوص رفتار انسانی است که مدی ۱۹۷۹، در مقوله بندی نظریه های عمده شخصیت آنها را نظریه تکامل می نامد. شخصیت سرسختی که کوباسا (۱۹۷۹)، صورت بندی کرد بر پایه نظریه هایی است که روانشناسان وجودی در مورد درجه و شدت یک زندگی صحیح مطرح کرده اند. از دسته این نظریات میتوان به نظریه آلپورت<sup>۹</sup>، ۱۹۵۵، در مورد تلاش اختصاصی و اریک فروم<sup>۱۰</sup>، ۱۹۴۷، در مورد جهت گیری بارور اشاره کرد (به نقل از کیامرثی، ۱۳۷۷).

کوباسا ۱۹۸۸، با استفاده از نظریه های وجودی در شخصیت، سرسختی را ترکیبی از باورها در مورد خویشتن و جهان تعریف می کند که از سه مؤلفه، تعهد، کنترل و مبارزه جویی تشکیل شده است. شخصی که از تعهد بالایی برخوردار است به اهمیت، ارزش و معنای اینکه چه کسی است و چه فعالیتی انجام می دهد باور دارد و بر همین مبنا قادر است، در مورد هر آنچه که انجام می دهد معنایی بیابد که کنجکاو خود را برانگیزد. این اشخاص با بسیاری از جنبه های زندگیشان همچون شغل، خانواده و روابط بین فردی کاملاً درآمیخته می شوند. افرادی که در مؤلفه کنترل قوی هستند رویدادهای زندگی را قابل پیش بینی و کنترل می دانند و بر این باورند که قادرند، با تلاش آنچه را که در اطرافشان رخ می دهد تحت تاثیر قرار دهند. چنین اشخاصی برای حل مشکلات به مسئولیت خود، بیش از اعمال و یا اشتباهات دیگران تاکید می کنند. مبارزه جویی نیز باور به این امر است که تغییر، نه ثبات و امنیت، جنبه طبیعی زندگی است. اشخاصی که مبارزه جویی بالایی دارند موقعیتهای مثبت و یا منفی را که به سازگاری مجدد نیاز دارند، فرصتی برای یادگیری و رشد بیشتر می دانند تا تهدیدی برای امنیت و آسایش

<sup>9</sup> - Alport

<sup>10</sup> -Erick from

خویش، چنین باوری انعطاف پذیری شناختی، قدرت تحمل رویدادها و موقعیت های مبهم و ناراحت کننده زندگی را به همراه دارد (کوباسا ۱۹۸۸، مدی، ۱۹۹۰).

سرسختی چیزی فراتر از جمع سه مؤلفه تعهد، کنترل و مبارزه جویی است. کوباسا و همکارانش ۱۹۸۱، اظهار می دارند که انعطاف پذیری روان شناختی افراد سرسخت، صرفاً از تاثیر انفرادی این سه مؤلفه سرچشمه نمی گیرد، بلکه ناشی از شیوه مقابله ای خاصی است که با ترکیب پویای این سه مؤلفه همخوان است (پارکر و رندال<sup>۱۱</sup>، ۱۹۸۸).

در واقع سرسختی ساختار واحدی است که به یکپارچه سازی مولفه هایش می پردازد یا به عبارتی دیگر سرسختی تمایز مولفه هایش را از بین می برد و در آنها یک همگونی ایجاد می کند (کوباسا و همکاران، ۱۹۸۱).

#### - اهمیت سرسختی روانشناختی

نظریه پردازان مختلف فشار روانی را به شیوه های متفاوتی بکار برده اند یکی از شیوه های رایج تعریف فشار روانی در نظر گرفتن آن به عنوان یک محرک است. توماس هلمز فشار روانی را واقعه محرکی که لازم است، فرد با آن سازگار شود تعریف کرد. در سال ۱۹۷۶ هلمز و راهه<sup>۱۲</sup> فشار روانی را به عنوان یک محرک یا هر موقعیتی که خواسته های غیر معمول و فوق العاده داشته باشد و نیازمند تغییر در الگوی زندگی جاری فرد باشد، تعریف کردند.

استرس به شکل دیگری می تواند به صورت یک پاسخ فیزیولوژیکی در نظر گرفته شود و سلیه در این رابطه بیان می دارد: الگوی نا متمایز فعالیت فیزیولوژیکی ذاتاً ناگوار است. زیرا کارکرد تعادل حیاتی را مختل می سازد و هرگاه شخصی برای مدت نسبتاً طولانی انگیزندگی فیزیولوژیکی را تجربه کند بدن دچار فشار روانی می شود. اخیراً، گرایش به این است که فشار روانی را نه به عنوان واقعه محرک و نه پاسخ فیزیولوژیکی، بلکه به عنوان یک فرایند تعریف کنید. لازاروس و فولکمن<sup>۱۳</sup> در سال ۱۹۸۴ مخالفت خود را با مفهوم فشار روانی به عنوان محرک یا پاسخ فیزیولوژیکی اعلام نمودند. زیرا مردم در واکنش هایشان به فشارهای بالقوه به دلیل تفاوت های فردی، کاملاً به صورت متفاوت عمل می کنند و از سوی دیگر، بسیاری از وقایع زندگی نظیر ورزش و عاشق شدن به تشدید فعالیت دستگاه عصبی خود مختار می انجامد و افراد در این حالت مستعدند که از نظر جسمانی و روانی احساس نشاط کنند. حتی اگر شدید احساس فشار روانی کنند. چون یک پاسخ فیزیولوژیکی یکسان می تواند در یک زمینه مثبت و در زمینه دیگری منفی تفسیر شود، پس فشار روانی را باید چیزی بیش از یک پاسخ فیزیولوژیکی دانست.

طبق نظر لازاروس<sup>۱۴</sup>، ماهیت فشار روانی تغییر و فرایند است و آن را تحت عنوان داوری شناختی فردی تعریف می کند و بیشتر رویارویی های فشار روانی از طریق فرایندی سه مرحله ای پیش بینی، انتظار و پیامد صورت می گیرد (ریو<sup>۱۵</sup>، ۱۹۹۲؛ ترجمه: سید محمدی، ۱۳۷۶).

افزون بر این، بسیاری از پژوهشها نشان داده اند که فشار روانی حالت هیجانی را آشفته ساخته، به فعالیت شناختی آسیب می رساند و تعادل حیاتی بدن را مختل می کند. در مطالعاتی که ارتباط بین فشار روانی و بیماری را بررسی کرده اند، دامنه همبستگی ها بسیار گسترده بوده است (کوباسا، ۱۹۷۹). در برخی از این مطالعات، ارتباط بسیار بالایی بین فشار روانی و بیماری مشاهده شده است و در برخی دیگر نیز این همبستگی ها، در عین معنا دار بودن چندان قوی نبوده است (کوباسا، ۱۹۷۹). چنین دانه گسترده ای در این همبستگی ها، بر وجود متغیر های تعدیل کننده و تفاوت های فردی در ارتباط بین فشار روانی دلالت می کند. به عبارتی دیگر، افرادی وجود دارند که در عین حالی که در شرایط پر فشار قرار دارند، بیمار نمی شوند.

<sup>11</sup> - Parker&Rendal

<sup>12</sup> - Holms & Rahe

<sup>13</sup> - Fulkman

<sup>14</sup> - Luzaros

<sup>15</sup> - Riew

کوباسا (۱۹۷۹) از اولین محققانی بود که بر مبنای نظریه سلیه سعی کرده است عواملی را که اثرات منفی عوامل فشار را منحرف می کنند، مشخص کند، و در میان متغیرهای تعدیل کننده ارتباط بین فشار روانی و بیماری، ویژگیهای شخصیتی را مورد توجه قرار داد. وی در اولین مطالعه خود، این فرضیه را بررسی کرد که افرادی که درجه بالایی از فشار روانی را بدون بیماری تجربه می کنند، ساختار شخصیتی متفاوتی از افرادی که در شرایط فشار زا بیمار می شوند، دارند. کوباسا در این مطالعه نشان داد که این تمایز شخصیتی در ساختاری با نام سرسختی روانشناختی منعکس است.

سرسختی روانشناختی مجموعه ای از ویژگیهای شخصیتی است که به عنوان منبع مقاومت در برابر وقایع فشار زای زندگی عمل می کند (کوباسا، مدی و پیوکستی<sup>۱۶</sup>، ۱۹۸۲). افرادی که سرسختی روانشناختی بالایی دارند احتمال کمتری دارد که در مقایسه با افراد دارای سرسختی روانشناختی پایین در پاسخ به فشار روانی دچار آسیب جسمانی یا روانی شوند.

### - مؤلفه های سرسختی

#### تعهد<sup>۱۷</sup>

تعهد به عنوان سیستم اعتقادی توصیف شده است که تهدید ادراک شده ناشی از وقایع فشار زای زندگی را به حداقل می رساند. یعنی اعتقاد به اهمیت، جالب بودن و معنی داری فعالیتهای زندگی است. از نظر اعتقادی چنین اعتقاداتی حمایت کننده هستند زیرا آنها فشار را بودن یک واقعه را کاهش می دهند و توان تاثیر بالقوه یک عامل فشار را بر سلامتی از بین می برند (کوباسا و پیوکستی، ۱۹۸۳).

افراد متعهد نسبت به محیط اطرافشان احساس تعهد می کنند خودشان را با فعالیتهای و کارهایشان کاملا درآمیخته و درگیر می کنند و رویدادهای زندگی را به عنوان تجارب معناداری تعبیر می کنند. این افراد به اهمیت، ارزش و معنای خودشان و فعالیتهای بی که انجام می دهند باور دارند. بر این اساس قادرند برای آنچه که انجام میدهند معنایی بیابند. همچنین اطمینان دارند که قادرند به تغییر تجارب زندگی در جهتی که برای آنها جالب و با معنا باشد. در نتیجه به جای گریز از مشکلات زندگی با بسیاری از جنبه های آن مانند کار، خانواده و روابط بین فردی کاملا درآمیخته می شوند (مدی و همکاران، ۱۹۹۴).

#### کنترل<sup>۱۸</sup>

بر این عقیده استوار است که تجارب زندگی قابل پیش بینی و کنترل است. شخصی که از کنترل بالایی برخوردار است باور دارد که سرنوشتش در دست خودش است و به گونه ای رفتار می کند که قادر به نفوذ و تاثیر گذاری بر روی حوادث مختلف زندگی اش باشد. این اشخاص معتقدند که با استفاده از دانش، مهارت و قدرت انتخاب می توان رویدادهای زندگی را پیش بینی و کنترل کرد و بر این اساس در مواجهه با مشکلات، بیشتر بر مسئولیت خودشان تاکید می کنند تا دیگران (مدی و همکاران، ۱۹۹۴).

#### مبارزه جویی<sup>۱۹</sup>

اشاره دارد بر این باور که تغییر در زندگی امری طبیعی است. افرادی که زندگی را به عنوان مبارزه در نظر می گیرند، تغییرات گوناگون زندگی را که به سازگاری مجدد نیاز دارد، فرصتی برای یادگیری و رشد بیشتر میدانند تا تهدیدی برای امنیت و آسایش خود. این اشخاص اعتقاد دارند که رضایت خاطر در سایه رشد مداوم به دست می آید و نه در راحتی، آسایش، امنیت و زندگی روزمره. چنین باوری انعطاف پذیری شناختی و قدرت تحمل رویدادها و موقعیتهای تنیدگی زای زندگی را به همراه دارد (کوباسا، ۱۹۷۹؛ مدی و کاهن<sup>۲۰</sup>، ۱۹۸۲؛ به نقل از مدی و همکاران، ۱۹۹۴).

<sup>16</sup> - Puccetti

<sup>17</sup> - committal

<sup>18</sup> - control

<sup>19</sup> - challeng

<sup>20</sup> - Maddi & Kaheen

**ویژگیهای سرسختی روانشناختی**

این ویژگیها عبارتست از: ۱- حس کنجکاو قابل توجه ۲- تمایل به داشتن تجارب جالب و معنی دار ۳- اعتقاد به موثر بودن آنچه که مورد تصور ذهنی قرار گرفته است ۴- انتظار این که تغییر امری طبیعی است و هر محرک با اهمیت می تواند موجب رشد و پیشرفت گردد ۵- ابراز وجود و نیرومندی ۶- توانایی استقامت و مقاومت. این ویژگیها می توانند در سازگاری با وقایع فشار آور زندگی مفید باشند (کوباسا، مدی و پیوکستی، ۱۹۸۲).

**پیشامدها و پیامدهای سرسختی**

آنتونفسکی<sup>۲۱</sup> (۱۹۷۹) پیشنهاد می کند که احساس پیوستگی فرد، مهمترین پیشایندهای سرسختی روانشناختی است. وی می گوید: پیوستگی شامل احساسات شدید و پویایی اعتماد است که شخص نسبت به محیط درونی و بیرونی دارد و می تواند بر اساس آنها به صورت منطقی وقایع را پیش بینی کند. کوباسا، مدی و پیوکستی (۱۹۸۲) اظهار می دارند: احتمالاً تجارب کودکی و تعامل با والدین و اطرافیان می تواند منجر به یک شخصیت سرسخت شود آنان بر جنبه های مثبت روابط تاکید دارند. احساس کنترل می تواند ناشی از تجارب منظم و موفقیت در انجام وظایف باشد و مبارزه جویی را می توان از طریق تجارب متعدد و توأم با تغییرات در هنجارها برای کودک بوجود آورد. یک پیامد ویژگی سرسختی روانشناختی حفظ سلامت در برابر وقایع فشار زای زندگی است. آثار واسطه ای و تعدیل کننده سرسختی روانشناختی به عنوان یک محافظ اساسی در برابر بیماری عمل می کند (کوباسا و همکاران، ۱۹۸۲). آثار واسطه ای زمانی رخ می دهد که وقایع رنج آور زندگی خیلی منفی تلقی نشوند و در نتیجه زیان بار به حساب نیایند.

**مکانیزمهای مداخله ای سرسختی روانشناختی در ارتباط بین فشار روانی و بیماری**

اثر مستقیم سرسختی روانشناختی در افزایش مقاومت در برابر فشار روانی این سوال را مطرح می کند که سرسختی روانشناختی از طریق چه مکانیزمی در ارتباط بین فشار روانی و آسیب دیدگی مداخله می کند؟ در پاسخ به این مسئله، شیوه ارزشیابی رویدادها روش مقابله ای افراد سرسخت در مطالعات مختلف مورد توجه قرار گرفت. رودوال<sup>۲۲</sup> و آگوست دوتیر<sup>۲۳</sup> (۱۹۸۴) و رودوال<sup>۲۴</sup> و زون<sup>۲۴</sup> (۱۹۸۲) (به نقل از ویبه<sup>۲۵</sup> و ویلیامز<sup>۲۶</sup>، ۱۹۹۲) نشان دادند افراد با سرسختی روانشناختی بالاتر در مقایسه با افراد با سرسختی روانشناختی پایین، رویدادهای فشار زا را مثبت تر و قابل کنترل تر ارزیابی می کنند و همین امر باعث می شود تا برانگیختگی فیزیولوژیکی که در اثر ارزیابی منفی رویدادها ایجاد می شود و باعث بیماری می شود در افراد سرسخت کمتر باشد. مدی (۱۹۹۰) در تبیین جامع تر و دقیقتری از مکانیزم مقاومت سرسختی روانشناختی شیوه های مقابله ای تبدیلی، واپس رونده را مطرح می کند.

**سبک زندگی**

علم روانشناسی مهمترین علم در تغییر سبک زندگی است، زیرا موضوع اصلی بهبود شیوه زندگی، تغییر رفتار است. از نظر روانشناسی عوامل زیادی وجود دارند که در میزان دستیابی به تغییر رفتار بهداشتی تاثیر گذار هستند؛ از جمله آنها میتوان به باورهای فرد در مورد توانایی خویش برای انجام و اجرای تغییر اشاره کرد. سبک زندگی روشی است که فرد در طول زندگی انتخاب کرده و زیر بنای آن در خانواده پی ریزی می شود که در واقع متأثر از فرهنگ، نژاد، مذهب، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، اعتقادات و باورها می باشد. اصطلاح شیوه های زندگی به روش زندگی

21 - Antonovsky

22 - Rhodewalth

23 - Agoust dutire

24 - Zone

25 - Wiebe

26 - Williams

مردم اشاره دارد و با بازتابی کامل از روشهای اجتماعی، طرز برخورد و فعالیت هاست همچنین ترکیبی از الگوهای رفتاری و عادت های فردی در سراسر زندگی است. که در پی فرایند اجتماعی شدن به وجود آمده است (استاجی و همکاران، ۱۳۸۵). در دنیا دو نفر یافت نمی شوند که سبک زندگی مشابهی داشته باشند، سبک زندگی هر فرد تا سنین چهار - پنج سالگی شکل می گیرد و تجارب آینده تنها به آن اضافه می شود (جورج و کریستانی، ۱۹۹۲)؛ ترجمه فلاحی و حاجی لو، ۱۳۸۱). سبک زندگی هر فرد عبارت از چهارچوب شناختی است که در آن فرد رفتارهای خاصی را انتخاب می کند، این رفتارها به فرد کمک می کند تا با زندگی کنار بیاید (پولاد فر، ۱۳۸۳).

سبک زندگی الگوی اصلی تفکر، احساس و عمل است که دیدگاه منحصر به فرد هر شخص درباره ی زندگی را مشخص می کند (استین<sup>۲۷</sup>، ۱۹۹۷، به نقل از اسفندیاری تشویه، ۱۳۸۸). سبک زندگی مردم بخشی از هویت شان است. سبک زندگی مجموعه ای از طرز تلقی ها، ارزشها، شیوه های رفتار، حالتها و سلیقه ها در هر چیزی از موسیقی گرفته تا هنر، تلویزیون، دکوراسیون خانه را در بر می گیرد. در بیشتر مواقع عناصر سبک زندگی به شکلی جمع می شوند و شماری افراد در یک نوع سبک زندگی مشترکاتی پیدا می کنند (فاضلی، ۱۳۸۱، به نقل از اسفندیاری تشویه، ۱۳۸۸).

### مفهوم سبک زندگی در علوم اجتماعی

بحث را با نظر زیمل<sup>۲۸</sup> شروع می کنیم. او می گوید که سبک زندگی، تجسم تلاش انسان است برای یافتن ارزشهای بنیادی یا به تعبیر فردیت برتر در فرهنگ عینی اش و شناساندن آن به دیگران، او رد جایی دیگر معتقد است سبک زندگی عینیت بخشی به ذهنیات در قالب اشکال شناخته شده اجتماعی است؛ اگر بخواهیم با برداشت از عبارتهای متعدد زیمل، تعریفی را پیشنهاد کنیم این تعریف عبارت است از: سبک زندگی، کل به هم پیوسته صورت هایی است که افراد یک جامعه، مطابق انگیزه های درونی و سلايق خودشان و به واسطه تلاشی که برای ایجاد توازنی میان شخصیت ذهنی محیطی عینی و انسانی شان به انجام می رسانند و برای زندگی خود بر می گزینند. وبلن در جایی سبک زندگی را الگویی رفتار جمعی می داند. این رفتارها از جنس رسوم و عادات اجتماعی و روشهای فکری اند (وبلن<sup>۲۹</sup>، ۱۸۹۹، به نقل از داودی، ۱۳۷۹). سبک زندگی رفتار و منش نیست. بلکه امری است که همه رفتارها و تجربیات انسانی را به راه واحد هدایت می کند. سبک زندگی را الگوی برآمده از ارزشها و باورهای مشترک یک گروه یا جامعه می داند که به صورت رفتارهای مشترک ظاهر می شود. جرال لونیگرون و دیگران در مورد سبک زندگی می گویند. سبک زندگی هم الگوی های مصرف را شامل می شود و هم قدرتی را که از این ناحیه کسب می شود مانند سلیقه ها، آداب معاشرت را شامل می شود (لونیگر<sup>۳۰</sup> و دیگران، ۱۹۹۴ به نقل از داودی، ۱۳۷۹).

### مؤلفه های سبک زندگی

مقیاس کنترل نیاز فرد به رهبری دیگران، کنترل احساسات و برخورد با مشکلات را به شیوه ای عقلانی و منطقی مورد ارزیابی قرار می دهد.

مقیاس کمال نیاز فرد را به سخت کوشی در سازمان دهی زندگی خود و اجتناب از اشتباهات مورد شناسایی و بررسی قرار می دهد.

مقیاس نیاز به خوشنود کردن ارزیابی این که کنار آمدن با دیگران، موجب بروز مشکلات بین فردی نمی شود و نیز ارزیابی سخت کوشی فرد برای اینکه همه او ار دوست داشته باشند، را بر عهده دارد.

مقیاس عزت نفس اعتقاد فرد را به اینکه او می تواند از پس بیشتر مشکلات زندگی برآید و یا اینکه فرد می تواند دیگران یا خودش را دلگرم کند مورد بررسی قرار می دهد. عزت نفس خوشنودی فرد نسبت به تصور خویش است.

27 - Astine

28 - Zimel

29 - Veblen

30 - Loniger



مقیاس **انتظارات** این که فرد در تعیین هدفها و انتظارات از خود و دیگران چقدر واقع گرا است

### پژوهشهای داخلی

ویسی و همکاران (۱۳۸۹) نشان دادند که در شرایط پر استرس کسانی که از سرسختی بالاتری برخوردارند، سلامت روان بیشتری دارند تا کسانی که از سرسختی پایین تری برخوردارند.

بهدانی و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهش خود تحت عنوان مطالعه ارتباط بین سبک زندگی با افسردگی و اضطراب در دانشجویان سبزوار به این نتیجه رسیدند که بین نمره پرسشنامه سبک زندگی و سلامتی و نمرات پرسشنامه های افسردگی و اضطراب همبستگی معکوس وجود داشت. بدین معنی که هرچه سبک زندگی مطلوب تر باشد، درجات اضطراب و افسردگی کاهش می یابد. دانشجویان متاهل نسبت به دانشجویان مجرد و دانشجویان زن نسبت به دانشجویان مرد، سبک زندگی سالمتری داشتند. دل پیشه و میری (۱۳۹۰) در پژوهش خود تحت عنوان بررسی وضعیت فشار خون شاغلین بالای ۴۰ سال استان ایلام و ارتباط آن با سبک زندگی و شاخص توده بدنی به این نتیجه رسیدند که برنامه پیشگیری از هیپرتانسیون را در هر سه سطح اول، دوم و سوم پیشنهاد نموده اند.

عطار پارسایی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهش خود تحت عنوان بررسی ارتباط مشخصات فردی، اجتماعی، سبک زندگی و عوامل تنش زا با سرطان پستان در زنان به این نتیجه رسیدند ارتباط معنی داری بین سابقه فامیلی درجه یک، میزان تحصیلات، میزان درآمد، تاریخچه ابتلا تومور های خوش خیم پستان، چربی قسمت بالای تنه، اولین سن حاملگی، و مصرف قرص ضد بارداری با ابتلا به سرطان پستان وجود دارد ولی ارتباطی بین تعداد حاملگی، اولین سن قاعده گی، اندازه توده بدن، قد و وزن با سرطان پستان وجود ندارد. و در خصوص متغیر های مربوط به سبک زندگی نتایج نشان داد که ارتباط آماری معنا داری بین عدم ابتلا به سرطان پستان با میزان آگاهی در مورد اقدامات پیشگیری کننده سرطان پستان و مصرف میوه جات سبزیجات، مواد لبنی و انجام فعالیت های ورزشی وجود دارد.

### پژوهشهای خارجی

کوباسا در اولین و جامع ترین مطالعاتش در سال ۲۰۱۳ دلایلی در تایید این فرضیه که سرسختی روانشناختی در مواجهه با فشار روانی فرد را سالم نگه می دارد، پیدا کرد. تحلیل آماری نشان داد که افراد سرسخت که زیاد در معرض وقایع فشار زا قرار داشتند، اما کمتر بیمار می شدند، تعهد، کنترل و مبارزه جویی بیشتری از خود نشان می دادند تا افرادی که وقایع مشابهی با همان میزان فشار زایی را داشته اند و باعث بیماری در آنها می شد. کوباسا (۲۰۱۳) دریافت اثرات سرسختی روی سلامت روانی بوسیله مکانیسمهای ارزیابی و سازگاری متعادل می شوند.

افرادی که سرسختی روانشناختی بالایی دارند، احتمال کمتری دارد که در مقایسه با افرادی که دارای سرسختی روانشناختی پایین هستند در پاسخ به فشار روانی دچار آسیب جسمانی یا روانی شوند. شواهد تجربی نقش تعدیل کننده سرسختی روانشناختی را در مقابل فشار های جانبی فشار روانی تایید می کند (رودوالد و آگوست دوتیر، کوباسا، مدی و کان، ۲۰۱۳).

مدی و کوباسا (۲۰۱۵) رابطه منفی میان سرسختی، اضطراب، افسردگی، بیماریهای جسمی، حساسیت بین فردی و نشانه های بیماری هایپکینز یافتند. به دنبال آن رودوالد و آگوست دوتیر (۲۰۱۳) در مقایسه با آزمودنیهای با سرسختی کم، آزمودنیهای با سرسختی بالا، احتمال بیشتری پیش آمدهای گذشته زندگی را به صورت مثبت و قابل کنترل می نگرند.

رودوالد و آگوست دوتیر (۲۰۱۴) خاطر نشان کرده اند که افراد با سرسختی پایین، وقایع تغییر در زندگی را در مقایسه با افراد سرسختی بالا، منفی و غیر قابل تغییر ارزیابی می کنند. همچنین افرادی که دارای سرسختی پایین هستند شیوه اسنادی حاکی از عدم سلامت دارند (مثلا اسناد های کلی و درونی برای وقایع منفی و خارجی و اسناد های خاصی برای وقایع مثبت). ولی در مورد افراد با سرسختی بالا عملکردی مخالف داشته اند. ویژگی سرسختی شخصیت اساسا در ارتباط با آثار واسطه ای و

تعدیل کننده وقایع فشار آور زندگی و بیماری می باشد (پولاک، ۲۰۱۵؛ کوباسا، مدی و زولا<sup>۳۱</sup>، ۲۰۱۴) کوباسا و همکاران، ۲۰۱۴؛ کوباسا، مدی و کورنیگتون<sup>۳۲</sup>، ۲۰۱۴).

### روش پژوهش

این پژوهش یک تحقیق توصیفی از نوع علی مقایسه ای است که به مقایسه دو متغیر سرسختی و سبک زندگی می پردازد. در این طرح محقق با مطالعه یک ویژگی در یک گروه و مقایسه آن با گروهی که فاقد آن ویژگی است به کشف علت مورد پدیده می پردازد.

### جامعه آماری:

جامعه آماری را کلیه افراد عادی و بیماران مبتلا به فشار خون در شهر نورآباد در سال ۱۳۹۲ تشکیل می دهند.

### نمونه و روش نمونه گیری:

با استفاده از نمونه گیری خوشه ای - یک مرحله ای از ۴ شبکه بهداشتی که در شهر نورآباد بود، از هر شبکه به صورت در دسترس ۲۰ نفر انتخاب شدند و در مجموع ۸۰ نفر از این بیماران به عنوان نمونه انتخاب شدند و ۸۰ نفر از همسایگان افراد بیمار به صورت در دسترس انتخاب شدند که مجموع افراد عادی نیز ۸۰ نفر بود. برای جمع آوری اطلاعات، با گرفتن مجوز از شبکه بهداشت و با مراجعه حضوری به شبکه های تعیین شده و همکاری مسئولین شبکه ها در معرفی بیماران، به جمع آوری اطلاعات اقدام شده ابتدا مصاحبه کوتاه مدت برای جلب اعتماد و همکاری آزمودنی ها انجام گرفت و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات آنها کاملاً محرمانه خواهد ماند و همچنین به بیماران گفته شد که هر جا سوال ها برایشان کنگ و مبهم بود از پژوهشگران بپرسند. بعد از توافق بین بیماران و پژوهشگر، هر کدام از آنها به طور انفرادی و تحت نظارت به پرسشنامه جواب دادند. چون در این پژوهش از ۲ پرسشنامه استفاده شد، برخی از بیماران ابراز خستگی و بی حوصلگی می کردند که بعد از استراحتی کوتاه ادامه پرسش نامه را پر می کردند برای اتمام پرسشنامه ها محدودیت زمانی وجود نداشت.

### ابزارهای پژوهش

#### پرسشنامه سرسختی روانشناختی اهواز

پرسشنامه سرسختی روانشناختی اهواز، یک مقیاس خود گزارشی مداد - کاغذی است که دارای ۲۷ ماده می باشد. این مقیاس به وسیله تحلیل عوامل توسط کیامرثی و نجاریان (۱۳۷۶) در یک نمونه ۵۲۳ نفری از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی ساخته شد و سرسختی را مورد سنجش قرار می دهد. در تحقیق حاضر از این پرسشنامه به عنوان ابزار اصلی برای سنجش سرسختی آزمودنیها استفاده شده است.

در پژوهش حاضر جهت سنجش اعتبار مقیاس مذکور از روش اعتبار ملاکی همزمان استفاده گردید و نمره های حاصل از پرسشنامه سرسختی روانشناختی با نمره های حاصل از مقیاس اعتبار سازه ای سرسختی (HVS) همبسته گردید.

#### پرسشنامه سبک زندگی

پرسشنامه سبک زندگی روی، ام کرن به دست می آید. این مقیاس شامل ۳۵ آیتم است که توسط دکتر ام. کرن در سال ۱۹۸۲ در دانشگاه جرجیا توسعه یافته است و روی ۸۰۰ نفر اجرا گردید. این مقیاس متشکل از ۵ خرده مقیاس می باشد که شامل خرده مقیاس کنترل، کمال گرایی، نیاز به خوشنودی، عزت نفس و انتظار می باشد. در این پژوهش پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ بدست آمد و ۰/۸۱ می باشد.

<sup>31</sup> - Zola

<sup>32</sup> - Kurnigtune

## روش تجزیه و تحلیل

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی - مقایسه ای است. در پژوهش حاضر، از شاخص های آمار توصیفی، شامل میانگین، انحراف استاندارد و آمار استنباطی از آزمون T استفاده خواهد شد. به این علت که آزمودنیها در این پژوهش دو گروه مستقل بودند و از دو جامعه آماری مستقل انتخاب شدند و انتخاب آزمودنیها در یک گروه در انتخاب آزمودنیهای گروه دیگر تاثیری نداشته است.

## یافته های توصیفی پژوهش

در این قسمت یافته های پژوهش در دو قسمت آمار توصیفی و استنباطی ارائه می شود در بخش آمار توصیفی شاخصهای آماری از قبیل میانگین و انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی تجزیه و تحلیل داده ها بر اساس هر یک از فرضیه های تحقیق بررسی می شود.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

شاخصهای آماری	میانگین	انحراف استاندارد	N
سرسختی افراد عادی	۳۸/۸۵	۳/۸۶	۸۰
سرسختی افراد فشار خونی	۳۵/۱۴	۴/۴۰	۸۰
سبک زندگی افراد عادی	۱۴۱/۴۰	۷/۸۰	
سبک زندگی افراد فشار خونی	۱۱۸/۰۵	۱۱/۳۰	

همانطور که ملاحظه می گردد میزان میانگین و انحراف استاندارد سرسختی افراد عادی و بیماران فشار خونی به ترتیب ۳۸/۸۵، ۳/۸۶، ۳۵/۱۴، ۴/۴۰ و میزان میانگین و انحراف استاندارد سبک زندگی افراد عادی و بیماران فشار خونی به ترتیب ۱۴۱/۴۰، ۷/۸۰، ۱۱۸/۰۵، ۱۱/۳۰ می باشد.

## تحلیل استنباطی:

در این بخش بر اساس اهداف پژوهش برای متغیرهای پژوهش به صورت جداگانه تحلیل انجام می گیرد.

## فرضیه های تحقیق

بین سرسختی روانشناختی بیماران مبتلا به فشار خون و افراد عادی تفاوت معنا دار وجود دارد.

## جدول ۲. مقایسه میانگین و انحراف استاندارد سرسختی روانشناختی در بین افراد عادی و بیماران فشارخونی

متغیر وابسته ↓	وضعیت سلامت		درجه آزادی	مقدار t	P<0/01
	عادی	فشار خون			
متغیر مستقل ←	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
سرسختی روان شناختی	۳۸/۸۵	۳/۸۶	۳۵/۱۴	۴/۴۰	۰/۰۰۰

جهت آزمون معناداری تفاوت بین میانگین نمرات سرسختی روان شناختی در افراد عادی و مبتلا به فشار خون، از آزمون تی مستقل استفاده گردید. نتایج همانطور که در جدول فوق نشان داده شده است بیانگر این است که بین نمرات سرسختی در

افراد عادی ( $M=38/85$  و  $SD=3/86$ ) و مبتلا به فشار خون ( $M=35/14$  و  $SD=4/40$ ) تفاوت معنی داری وجود دارد ( $t=5/67$  و  $P<0/001$ ) به این ترتیب که میزان نمره سرسختی در افراد عادی زیاده است. بین خرده مقیاس تعهد افراد عادی و بیماران مبتلا به فشار خون تفاوت معنی دار وجود دارد.

### جدول ۳. مقایسه میانگین و انحراف استاندارد خرده مقیاس تعهد در بین افراد عادی و بیماران فشار خونی

	وضعیت سلامت						متغیر مستقل ←
	فشار خون			عادی			
P<	مقدار t	درجه آزادی	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	متغیر وابسته ↓
0/018	2/39	148/79	2/15	10/30	2/77	11/24	تعهد

جهت آزمون معناداری تفاوت بین میانگین نمرات خرده مقیاس تعهد در افراد عادی و مبتلا به فشار خون، از آزمون تی مستقل استفاده گردید. نتایج همانطور که در جدول فوق نشان داده شده است بیانگر این است که بین نمرات تعهد در افراد عادی ( $M=11/24$  و  $SD=2/77$ ) و مبتلا به فشار خون ( $M=10/30$  و  $SD=2/15$ ) تفاوت معنی داری وجود دارد ( $t=2/39$  و  $P<0/05$ ) به این ترتیب که نمره خرده مقیاس تعهد در افراد عادی زیاده است.

بین خرده مقیاس کنترل افراد عادی و بیماران مبتلا به فشار خون تفاوت معنی دار وجود دارد. جهت آزمون معناداری تفاوت بین میانگین نمرات خرده مقیاس کنترل در افراد عادی و مبتلا به فشار خون، از آزمون تی مستقل استفاده گردید. نتایج همانطور که در جدول زیر نشان داده شده است بیانگر این است که بین نمرات کنترل در افراد سالم ( $M=14/90$  و  $SD=2/32$ ) و مبتلا به فشار خون ( $M=13/41$  و  $SD=2/38$ ) تفاوت معنی داری وجود دارد ( $t=4$  و  $P<0/001$ ) به این ترتیب که نمره خرده مقیاس کنترل در افراد عادی زیاده است.

### جدول ۴. مقایسه میانگین و انحراف استاندارد خرده مقیاس کنترل در بین افراد عادی و بیماران فشار خونی

	وضعیت سلامت						متغیر مستقل ←
	فشار خون			عادی			
P<	مقدار t	درجه آزادی	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	متغیر وابسته ↓
0/000	4	158	2/38	13/41	2/32	14/90	کنترل

بین خرده مقیاس مبارزه جویی افراد عادی و بیماران مبتلا به فشار خون تفاوت معنی دار وجود دارد. جهت آزمون معناداری تفاوت بین میانگین نمرات خرده مقیاس مبارزه طلبی در افراد عادی و مبتلا به فشار خون، از آزمون تی مستقل استفاده گردید. نتایج همانطور که در جدول زیر نشان داده شده است بیانگر این است که بین نمرات مبارزه طلبی در

افراد عادی ( $M=12/71$   $SD=2/65$ ) و مبتلا به فشار خون ( $M=11/42$   $SD=2/20$ ) تفاوت معنی داری وجود دارد ( $t=3/35$  و  $P<0/001$ ) به این ترتیب که نمره خرده مقیاس مبارزه طلبی در افراد با فشار خون بالا زیادتر است.

#### جدول ۵. مقایسه میانگین و انحراف استاندارد خرده مقیاس چالش در بین افراد عادی و بیماران فشار خونی

P<	مقدار t	درجه آزادی	وضعیت سلامت				متغیر وابسته ↓
			فشار خون		عادی		
			انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
0/001	3/35	152/79	2/20	11/42	2/65	12/71	چالش

بین سبک زندگی بیماران مبتلا به فشار خون و افراد عادی تفاوت معنا دار وجود دارد.

#### جدول ۶. مقایسه میانگین و انحراف استاندارد سبک زندگی در بین افراد عادی و بیماران فشار خونی

P<	مقدار t	درجه آزادی	وضعیت سلامت				متغیر وابسته ↓
			فشار خون		عادی		
			انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
0/001	15/206	140/40	11/30	118/05	7/80	141/40	سبک زندگی

جهت آزمون معناداری تفاوت بین میانگین نمرات سبک زندگی در افراد عادی و مبتلا به فشار خون، از آزمون تی مستقل استفاده گردید. نتایج همانطور که در جدول فوق نشان داده شده است بیانگر این است که بین نمرات سرسختی در افراد عادی ( $M=141/40$   $SD=7/80$ ) و مبتلا به فشار خون ( $M=118/05$   $SD=11/30$ ) تفاوت معنی داری وجود دارد ( $t=15/206$  و  $P<0/001$ ) به این ترتیب که میزان نمره ی سبک زندگی در افراد سالم بیشتر از مبتلایان به فشار خون است.

#### نتیجه گیری و پیشنهادات

در این قسمت یافته های حاصل از پژوهش کنونی با توجه به چارچوب نظری و پیشینه پژوهش تعبیر و تفسیر می شوند. سپس کاستی های پژوهش و پیشنهادهای پژوهشی مطرح می شوند.

#### بحث و نتیجه گیری:

یافته های جداول (۴-۲ تا ۴-۵) نشان داد که افرادی که از سرسختی بیشتری برخوردارند کمتر دچار بیماری فشار خون می شوند. یافته های دیگری که ویژگی سرسختی را مورد مطالعه قرار داده بودند به نتایج مشابهی دست یافته بودند. برای مثال ویسی، عاطف وحید و رضایی (۱۳۷۹) نشان دادند که در شرایط پر استرس کسانی که از سرسختی بالاتری برخوردارند، سلامت روان بیشتری دارند تا کسانی که از سرسختی پایین تری برخوردارند.

در این راستا، کوباسا (۱۹۷۹) سرسختی را به عنوان بخشی از مشخصه های شخصیتی می داند که به عنوان یک منبع مقاومت در مواجهه با حوادث تنیدگی زای زندگی عمل می کند.

راشا<sup>۳۳</sup> (۱۹۹۵ به نقل از تیموری، ۱۳۸۳) نقش سرسختی را در واکنش افراد به تغییرات اجباری در محیط کار یا فضای شغلی، مورد بررسی قرار داد و نشان داد که بین فشارهای ناشی از تغییرات و نوع برداشت کارکنان از فشارهای محیط کار همبستگی وجود دارد.

یافته های جداول (۴-۶ تا ۴-۱۱) نشان داد که سبک زندگی سهم عمده ای در سلامت جسمانی افراد دارد. یافته های دیگر پژوهشگران نتایج مشابهی را به دست آوردند. از جمله بهرامی نژاد و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهش خود تحت عنوان مقایسه تأثیر آموزش خانواده - مدار و فرد- مدار بر کاهش شاخص توده بدنی و سبک زندگی به این نتیجه رسیدند که میانگین شاخص توده بدنی در هر دو گروه بعد از مداخله کاهش معنی دار داشت و احتمالاً هر دو شیوه مداخله فرد- مدار و خانواده- مدار با تمرکز بر اصلاح رژیم غذایی و بهبود فعالیت فیزیکی در صورت داشتن جلسات پی گیری منظم می توانند روش مؤثری جهت کاهش عوامل خطر زایی بیماری های قلبی - عروقی باشند.

رید و همکاران (۲۰۰۰) در پژوهشی تحت عنوان تعویض مدیریت سبک زندگی در برابر کنترل وابستگی به دارو شناسی در باره فشار خون به این نتیجه رسیدند که سبک زندگی (افزایش فعالیت بدنی و تغییر رژیم غذایی) می تواند جایگزین درمان دارویی در بیماران با پر فشاری خون اولیه می شود.

فرضیه اول مبنی بر اینکه بین سرسختی روانشناختی بیماران مبتلا به فشار خون و افراد عادی تفاوت معنادار وجود دارد. با توجه به معنا داری آزمون T مورد تایید قرار گرفت. یافته های دیگری مبنی بر این که سرسختی در بین بیماران فشار خونی بیشتر است وجود دارد. برای مثال، ویسی و همکاران (۱۳۷۹) نشان دادند که در شرایط پر استرس کسانی که از سرسختی بالاتری برخوردارند، سلامت روان بیشتری دارند تا کسانی که از سرسختی پایین تری برخوردارند.

فرضیه دوم مبنی بر اینکه بین خرده مقیاس تعهد افراد عادی و بیماران مبتلا به فشار خون تفاوت معنی دار وجود دارد. با توجه به معنا داری آزمون T مورد تایید قرار گرفت. نتایج مطالعات تامینسون و جانکینز<sup>۳۴</sup> (۱۹۹۲) تحت عنوان «نقش تعهد سازمانی و وضعیت شغلی در پیش گیری از ترک خدمت کارکنان» نشان داده است که توجه به انواع تعهد (عاطفی و مستمر) می تواند در به حداکثر رساندن رضایت شغلی و کاهش ترک خدمت داوطلبانه و قابل اجتناب مفید باشد.

فرضیه سوم مبنی بر اینکه بین خرده مقیاس کنترل افراد عادی و بیماران مبتلا به فشار خون تفاوت معنی دار وجود دارد. با توجه به معنا داری آزمون T مورد تایید قرار گرفت. نتایج تحقیقات افخمی اردکانی و همکاران (۱۳۸۹) تحت عنوان همبستگی خود کارآمدی، تیپ شخصیتی و کانون کنترل سلامت با میزان کنترل قندخون در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو به این نتیجه رسیدند که متغیرهای شخصیتی و روان شناختی در بیماران دیابتی از عوامل تاثیرگذار مهم بر کنترل قندخون آنهاست. بنابراین می توان با اجرای مداخلاتی به منظور افزایش مکان کنترل درونی و میزان خودکارآمدی و اصلاح ویژگی های تیپ شخصیتی D در بیماران دیابتی به پای بندی به رژیم های درمانی و کنترل بهتر قندخون در این بیماران کمک کرد.

فرضه چهارم مبنی بر اینکه بین خرده مقیاس مبارزه جویی افراد عادی و بیماران مبتلا به فشار خون تفاوت معنی دار وجود دارد. با توجه به معنا داری آزمون T مورد تایید قرار گرفت. نتایج بدست آمده نشان داد افرادی که از سرسختی بالاتری برخوردارند در برابر مشکلات زندگی به شیوه بهتری مقابله می کنند.

### پیشنهاد های پژوهش:

امکان دارد سرسختی و سبک زندگی تاثیر متقابل بر یکدیگر داشته باشند به عبارت دیگر شاید سبک زندگی باعث سرسختی روانشناختی بشود که در این زمینه لازم پژوهش هایی انجام بگیرد.

سرسختی روانشناختی و سبک زندگی ممکن است بر بالا رفتن فشار خون تاثیر داشته باشد. همه اینها در حد فرض هستند و نیازمند پژوهش های دیگر است.

<sup>33</sup> -Rasha

<sup>34</sup> - aminson & Jankinze

همچنین، انجام همین پژوهش با نمونه ای بزرگتر و استفاده از مصاحبه و مشاهده برای گردآوری اطلاعات بیشتر پیشنهاد می شود.

در نهایت، به درمانگران توصیه می شود برای دست یابی به نتیجه بهتر از درمان تاثیر سبک زندگی و سرسختی روانشناختی را در بالا رفتن فشار خون مورد مطالعه قرار بدهند.

#### منابع و ماخذ:

۱. استاجی، ز، اکبر زاده، ر، تدین فر، م. ا، رهنما، ف، زردشت، ر. و نجار، ل. (۱۳۸۵). بررسی سبک زندگی در ساکنین شهر سبزوار، مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، دوره سیزده، شماره ۳، صفحه ۱۳۹-۱۳۴.
۲. اسفندیاری تشویه، ف. (۱۳۸۸). رابطه خود تنظیمی و سبک زندگی با نگرش خوردن در افراد چاق و عادی، پایان نامه کارشناسی ارشد گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
۳. برونر، س. (۱۹۹۶). پرستاری داخلی - جراحی، مراقبت بهداشتی سالمندان. مترجم: اعظم قربانی، نشر و تبلیغ بشری، ص: ۲۰-۴.
۴. بهدانی، ف، سرگلذایی، م. ر. و قربانی، ا. (۱۳۷۹). مطالعه ی سبک زندگی با افسردگی و اضطراب در دانشجویان سبزوار، اسرار مجله ی دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی سبزوار، سال هفتم، شماره ۲، صفحه ۲۷-۲۷.
۵. پروچسکا، ج. و نورکراس، جان. (۱۹۳۷). نظریه های رواندرمانی، ترجمه: سید محمدی، ی.، ۱۳۸۱، تهران، انتشارات رشد.
۶. جورج، ر. و کریستانی، ت. (۱۹۹۲). روانشناسی مشاور، ترجمه: فلاحی، ر. حاجیلو، م.، ۱۳۸۱، تهران، انتشارات موسسه نشر ویرایش.
۷. حمید، ن. (۱۳۸۹). رابطه میان سخت رویی روانشناختی، رضایت از زندگی و امید با عملکرد تحصیلی دانش آموزان دختر پیش دانشگاهی، فصلنامه روان شناسی کاربردی، سال ۴، شماره (۱۶)، ۱۱۶-۱۰۱.
۸. ساعتچی، م. (۱۳۸۵). مشاوره و روان درمانی، تهران، نشر ویرایش.
۹. شیری، ر. (۱۳۸۶). بررسی رابطه حمایت اجتماعی و سبک زندگی بیماران همودیالیز، مجله پژوهش رفتاری، دوره ۳، شماره ۱۰ و ۱۱، ص ۲۰ - ۲۸.
۱۰. عزیزی، ف. (۱۳۸۰). مطالعه قند و لیپید تهران: مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم دانشکاه علوم پزشکی شهید بهشتی؛ ص ۲.
۱۱. کریمی، ی. (۱۳۸۵). تاریخچه و مکاتب روانشناسی، تهران: انتشارات پیام نور.
۱۲. کیامرثی، آ. (۱۳۷۷). ساخت و اعتبار یابی مقیاسی برای سنجش سرسختی روانشناختی و بررسی رابطه آن با تیپ شخصیتی الف «کانون مهار»، «عزت نفس»، «شکایات جسمانی»، «عملکرد تحصیلی» در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.
۱۳. ملکی، م. (۱۳۶۹). قلب در بیماریهای سایر اعضاء. مجموع سخنرانیهای متخصصین در چهارمین کنگره قلب و عرق ایران. صفحات ۴ و ۲۵۳.

14. Abraham, A. (1992). Construct validation of the Health Hardiness Inventory. Unpublished doctoral dissertation, Vanderbilt University.

15. Adler, A. (1929). The Science of Living. New York: Greenberg Publishers, Inc ,98.

16. Adler, A. (1956). The Individual Psychology of Alfred Adler. (H. L. Ansbacher, and R. R. Ansbacher, Eds.) New York; Harper & Row: p. 191.

17. Allport, G.W. (1937). *personality: A psychological interpretation*. New York: Henry Holt.
18. Ansbacher, L. H., and Ansbacher, R. R. (1967). (eds). *The Individual psychology of Alfred Adler: A Systematic Presentation in Selection from His Writing*. New York:
19. Antonovsky, A. ( 1979). *Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well- being*. Sanfrancisco: Jessey Bass
20. Bahrami Nejad N, Hanifi N, Mousavie Nasab S. (2008) Comparing the effect of two family and individual based intervention on blood pressure and lifestyle. *The Journal of Qazvin University of Medical Science*; 12 (1): 62-8 [Persian]
21. Barton, P.T., ursano, R.J., wright, K.M. Ingraham, L.H. (1989). The impact of a military air disaster on the health of assistance Workers: A prospective study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1779, 317– 328.
22. Bundy C. (2004). Changing behavior; Using motivational interviewing techniques. *JR Soc Med.*; 97(44):43-7.
23. Cheryl A. Kolander J. Danny JB. (1999). Cynthia KC. *Contemporary women health; Issues for today and the future*. 1st ed. W cb/McGraw-Hill;p.27.
24. Clark, N.M., and Becker , M.H. (1998) Theoretical model and strategies for improving adherence and disease management. In S.A. schumarker , E.B., schron, J.K. ockene & W.L. mcbee (EDS). *The hand book of behaviore change* (and ed : PP 1-33) new yourk: spiringer publishing.
25. Contrada, R. J. (1989). Type A behavior, personality hardiness and cardiovascular responnses to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 895-903.
26. Currie, C. (2004). The WHO cross-national study of health behavior in school-aged children from 35 countries: findings from 2001- 2002. *J Sch Health*;74(6):204-6.
27. Delahi, R. Antgony, W.K. Gaillard, Karen van dom. (2010). Hardiness and the response to stressful situations: investigating mediating processes: personlity and individual deferces.49,386-390.
28. Deconinck, James. B and Bachmonn. Duane .p. ( 1994). “ Organizational commitment and turnover intentions. *Journal of Applied Business Research* , summer 94, Vol. 10 Issue 3. P 87, 9p, 3 charts, 2 diagrams.



# A Comparison of Psychological Hardiness and Lifestyle among the Hypertensive Patients and Normal People in the City of Nourabad

Sadegh Baziar

*M.A in Educational Science, Discipline: Curriculum Development*

---

## Abstract

The present study aims to compare the psychological hardiness and lifestyle among the hypertensive patients and normal individuals in the city of Nourabad. Out of the total population of the study, 160 subjects were selected as the sample, including 80 hypertensive patients and 80 normal individuals using convenience sampling method. To collect data, we used Ahvaz Hardiness Inventory and M.Kern Lifestyle Inventory. After the data were collected, they were entered into the SPSS software and were analyzed using independent T-test. The results showed that there is a significant relationship between psychological hardiness and lifestyle among hypertensive patients and normal individuals in Nourabad City. It was also shown at the level of  $p < 0.001$  that the hypertensive patients have less hardiness and do not have an appropriate lifestyle in their daily lives.

**Keywords:** psychological hardiness, lifestyle, hypertensive patients, normal people

---