

## نقش میانجی استرس ادراک شده در رابطه‌ی ویژگی‌های شخصیت با پرفشاری خون در سالمندان

✉ دکتر علیرضا کاکاوند

دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)

نسیم دمرچلی

دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)

دریافت: ۱۳۹۵/۰۲/۲۱

پذیرش: ۱۳۹۶/۰۶/۱۲

پرفشاری خون یک اختلال روان‌تنی است که علاوه بر عوامل زیستی، عوامل روان‌شناختی و استرس نیز در بروز و تشدید آن نقش دارند. به همین منظور هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی‌گری استرس ادراک‌شده در رابطه‌ی بین ویژگی‌های شخصیتی و پرفشاری خون در سالمندان بود. پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه‌ی مورد پژوهش شامل بیماران سالمند مبتلا به فشارخون در بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) تهران بود. نمونه‌ای با حجم ۲۹۸ نفر (۱۷۷ زن و ۱۲۱ مرد) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده مقیاس پنج‌عاملی شخصیت NEO کاستا و مک‌کری و پرسشنامه‌ی استرس ادراک‌شده کوهن، کامارک و مرملاستین بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری صورت گرفت. اثر مستقیم روان‌رنجورخویی و استرس ادراک‌شده بر پرفشاری خون مورد تأیید قرار گرفت. همچنین، استرس ادراک‌شده در ارتباط بین روان‌رنجورخویی و پرفشاری خون نقش واسطه‌ای ایفا کرد. یافته‌های این پژوهش نشان‌دهنده‌ی میانجی‌گری استرس ادراک‌شده در ارتباط بین روان‌رنجورخویی و پرفشاری خون است. بنابراین، با مدیریت استرس و مواجهه‌ی کارآمد با عوامل تنش‌زا می‌توان به پیشگیری و کنترل پرفشاری خون کمک نمود.

کلیدواژه‌ها: پرفشاری خون، استرس ادراک‌شده، ویژگی‌های شخصیتی

پرفشاری خون را می‌توان یکی از بیماری‌های عصر حاضر قلمداد کرد؛ عصری که شرایط محیطی مناسبی را برای بروز فشارهای روانی و جسمی به وجود آورده است. فشار خون بالا یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن است که جمع‌کثیری را گرفتار ساخته و یکی از جدی‌ترین اختلالات روان‌تنی است که افکار زیادی را به خود جلب کرده است (جانگ، ثردارسون، استین، جان و تایلور، ۲۰۰۷). پرفشاری خون سندرمی است که ویژگی آن

افزایش فشار سیستولیک سرخرگ<sup>۱</sup> است. از لحاظ بالینی فردی را مبتلا به فشار خون می‌دانند که فشار خون سرخرگی او بیش از ۱۴۰/۹۰ باشد (هال و گایتون، ۲۰۰۶/۱۳۸۸). تقریباً ۷۰ درصد از زنان و ۶۵ درصد از مردان بالای ۶۵ سال دچار بیماری فشار خون هستند (ایگان، ژائو و آکسون، ۲۰۱۰). فشار خون بالا نوعی بیماری است که شیوع آن با افزایش سن بالا می‌رود، تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که این رابطه یک سیر زیستی حتمی نمی‌باشد و می‌تواند از نحوه‌ی زندگی و کیفیت زندگی افراد تأثیر بپذیرد (کوهن، ۲۰۰۲، نقل از حمیدی‌زاده، احمدی و اصغری، ۱۳۸۵). پژوهش‌های صورت گرفته حاکی از آن است که پرفشاری خون، خطر بروز تصلب شرایین<sup>۲</sup>، بزرگ‌شدن بطن چپ، بیماری عروق

علیرضا کاکاوند، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران؛ نسیم دمرچلی، کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به علیرضا کاکاوند، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران باشد.

پست الکترونیکی: ali.reza\_kakavand@yahoo.com

<sup>1</sup> artery systolic pressure

<sup>2</sup> atherosclerosis

سیستولیک مواجه می‌شوند (تالاکلی، تیستد، ماسی و کالیویو، ۲۰۱۰)

استرس، اضطراب و فشارهای روانی در زندگی امروزی که مملو از مشکلات و عوامل تنش‌زای مختلف است می‌تواند بر سلامتی و بهداشت افراد تأثیرات منفی بر جای بگذارد. این عوامل در سالمندان که قدرت تطابق و سازگاری پایینی دارند می‌تواند آسیب‌های وسیعی به بار آورد (وینیک، ۲۰۰۵). استرس و اضطراب باعث تحریک غده‌ی فوق کلیوی و تحریک سیستم سمپاتیک می‌گردد که طی یک فرآیند پیچیده باعث افزایش فشار خون، نامنظم شدن تنفس، تنگی نفس، افزایش تعداد تنفس و تعداد ضربان نبض می‌شود و در صورت تکرار و مزمن شدن، فرد دچار فشار خون بالا و سایر بیماری‌ها خواهد شد (دنيس و کندی، ۲۰۰۱). شواهد بسیاری نشان داده‌اند که عوامل فیزیولوژیکی، ژنتیکی، سبک زندگی و به خصوص عوامل روانی-اجتماعی مانند استرس‌های شغلی به عنوان عوامل خطر برای پرفشاری خون هستند (اسپرنبرگر و همکاران، ۲۰۰۹؛ اسپریول، ۲۰۱۰). استرس و آشفتگی مرتبط با پرفشاری خون با فقدان فعالیت بدنی منظم و مصرف کم سبزیجات مرتبط است و این یافته نشان‌دهنده‌ی اهمیت پرداختن به پریشانی به منظور بهبود خودمراقبتی بیماران مبتلا به پرفشاری خون است (دوبوا، مارتینز- وگا، آگوئیره-هرناندز و پرز-کوئواز، ۲۰۱۷). همچنین، اسپرنبرگر و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهشی با عنوان «آیا استرس روانی-اجتماعی مسبب پرفشاری خون است؟» به این نتیجه دست یافتند که استرس حاد عامل خطر پرفشاری خون نیست، اما استرس مزمن و به خصوص پاسخ ناسازگارانه به استرس از علل فشار خون بالا هستند.

یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که بین ویژگی‌های شخصیت هیجانی، استرس، اضطراب و افسردگی با فشار خون بالا رابطه وجود دارد (گارسیا-ورا، سانز، اسپینوزا، فورتون و ماگان، ۲۰۱۰؛ جینتی، کارول، روزبوم، فیلیپس و رویج، ۲۰۱۳). همچنین پژوهشی از فشار خون بالا در میان افراد مبتلا به اختلال ادواری خوبی حکایت می‌کند (لازلو و همکاران، ۲۰۱۶). مؤلفه‌های خاصی از شخصیت نوع A مانند آشفتگی، بی‌طاقتی، خشم و خصومت با افزایش خطر بیماری قلبی عروقی همراه است (ایزوا، ایتو و یامادا، ۲۰۱۱). همچنین، بین عاطفه‌ی منفی و بازداری اجتماعی با بیماری کرونری رابطه وجود دارد (جانا، ۲۰۱۶).

قلبی و سکت قلبی را افزایش می‌دهد. هر ۲۰ میلی‌لیتر افزایش جیوه در فشار خون با افزایش دو برابر خطر بیماری‌های قلبی-عروقی همراه است (اوستیر، برگس، مارکیدز و اوتنباخر، ۲۰۰۶). در حال حاضر عوامل روان‌شناختی به عنوان عوامل تأثیرگذار بر سلامت عمومی، سوخت و ساز بدن و قلب در نظر گرفته می‌شوند. همچنین پاسخ‌های زیستی، روان‌شناختی و شناختی به استرس مزمن می‌تواند نقش مهمی را در بیماری‌های قلبی-عروقی و فشار خون ایفا کنند (چاوت- گلنیر و بونین، ۲۰۱۷). عوامل روانی-اجتماعی مانند وضعیت اقتصادی-اجتماعی، عوامل تنش‌زا و حالت‌های هیجانی می‌توانند در خطر پرفشاری خون سهیم باشند (کوئواس، ویلیامز و آلبرت، ۲۰۱۷). از میان عوامل روان‌شناختی مؤثر بر فشار خون می‌توان به ویژگی‌های شخصیتی<sup>۱</sup> و استرس ادراک‌شده<sup>۲</sup> اشاره نمود که در این پژوهش قصد بررسی آن‌ها را داریم. پژوهشگران شواهدی به دست آورده‌اند مبنی بر این که بین سلامت و شخصیت رابطه وجود دارد. به این صورت که هر فرد با توجه به ویژگی‌ها و ساختار شخصیتی خود، هنگام مواجهه با رویدادهای استرس‌زا رفتار و هیجان ویژه‌ای نشان می‌دهد. چگونگی این هیجان‌ات در هنگام مواجهه با رویدادهای استرس‌زا، نه تنها زمینه‌ی ابتلا به بیماری روانی را فراهم می‌کند، بلکه در ابتلا و سیر بیماری‌های جسمانی نیز تأثیر می‌گذارد (پدرسون و دنولت، ۲۰۰۳). توجه به ویژگی‌های شخصیتی و وجود هم‌زمان مشکلات روان‌شناختی در مبتلایان به فشار خون که معمولاً به عنوان عوارض یا اختلالات توأم این بیماری ظاهر می‌گردند، حائز اهمیت است (بورک و همکاران، ۱۹۹۸، نقل از جیل عاملی، نشاط‌دوست و مولوی، ۱۳۸۹).

سطوح پایین وظیفه‌شناسی و بالای روان‌رنجورخویی (هیجان‌ات منفی و واکنش افراطی به عوامل تنش‌زا) با پرفشاری خون مرتبط هستند (توریانو و همکاران، ۲۰۱۲). سطوح بالایی از روابط اجتماعی (شامل تأهل، ارتباط با پدر و مادر، کودکان، همسایگان و فعالیت‌های داوطلبانه) با کاهش ۴۱ درصدی میزان فشار خون مرتبط بوده است (یانگ، لی و جی، ۲۰۱۳). همچنین پژوهشگران در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که شرکت‌کنندگانی که تنهایی بیشتری را تجربه می‌کنند با افزایش فشار خون

<sup>3</sup> personality features

<sup>4</sup> perceived stress

شخصیت (روان‌رنجورخویی<sup>۲</sup>، برون‌گرایی<sup>۳</sup>، گشودگی به تجربه<sup>۴</sup>، توافق<sup>۵</sup> و وظیفه‌شناسی<sup>۶</sup>) را می‌سنجد. این سیاهه براساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. بر طبق گزارش کاستا و مک‌کری (۱۹۹۲) ضرایب اعتبار بازآزمایی سیاهه بین ۰/۸۳ تا ۰/۷۵ است. ضرایب همسانی درونی نیز در پژوهش گروسی‌فرشی، مهریار و قاضی طباطبایی (۱۳۸۰) برای هر یک از عوامل نوروزگرایی، برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، توافق و وظیفه‌شناسی به ترتیب برابر با ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۵۶، ۰/۶۸ و ۰/۸۷ گزارش شده است. در پژوهش انیسی، مجدیان، جوشن‌لو و گوهری‌کامل (۱۳۹۰) در بررسی روایی هم‌زمان مشاهده شد که ضریب همبستگی روان‌رنجورخویی و برون‌گرایی در پرسشنامه‌ی نئو با روان‌آزرده‌خویی و برون‌گرایی در پرسشنامه‌ی آیزنک به ترتیب معادل ۰/۶۸ و ۰/۴۷ بود.

**پرسشنامه استرس ادراک‌شده**<sup>۷</sup>. برای سنجش استرس ادراک‌شده نیز از پرسشنامه‌ی استرس ادراک‌شده که در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن، کامارک و مرملاستین ساخته شده، استفاده شده است. این پرسشنامه دارای سه نسخه ۴، ۱۰ و ۱۴ ماده‌ای است که برای سنجش استرس عمومی ادراک‌شده در یک ماه گذشته به کار می‌رود. افکار و احساسات درباره حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس‌های تجربه شده را مورد سنجش قرار می‌دهد. در این پژوهش نسخه ۱۴ ماده‌ای استفاده شده است. روایی محتوایی این پرسشنامه توسط ۱۰ تن از استادان صاحب نظر دانشگاه علوم پزشکی مشهد تأیید شده است (مظلوم و همکاران، ۱۳۹۰). آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۶ و پایایی بازآزمایی ۰/۸۵ به دست آمده است (کوهن، کامارک و مرملاستین، ۱۹۸۳). امین یزدی (۱۳۷۷) در پژوهشی آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۱ گزارش کرده است.

### روش اجرا

پس از آماده‌سازی پرسشنامه‌های پژوهش و مشخص شدن گروه نمونه، پژوهشگر به بیمارستان رسول اکرم (ص) مراجعه کرده و پس از هماهنگی‌های لازم به توزیع

در مجموع می‌توان گفت که کم‌تحركی، مصرف غذاهای آماده، استرس روزافزون در زندگی، به سمت سالمندی رفتن جامعه‌ی ایران باعث افزایش بیماران مبتلا به فشار خون شده است که این امر می‌تواند هزینه‌های زیادی را بر اقتصاد جامعه تحمیل کند و بر بسیاری از ابعاد زندگی فردی و اجتماعی تأثیر منفی بگذارد. بنابراین ضروری است تا با انجام پژوهش‌هایی از علل روان‌شناختی زمینه‌ساز در بروز فشار خون بالا آگاهی یابیم تا با شناخت این عوامل بتوان به ارتقای سلامت جامعه کمک نمود. در این پژوهش قصد داریم به این سؤال پاسخ دهیم که آیا استرس ادراک‌شده در ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی و پرفشاری خون در سالمندان نقش میانجی‌گری ایفا می‌کند؟

### روش

#### طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر، توصیفی و دارای الگوی همبستگی است که در آن از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری بهره گرفته شده است. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل بیماران مبتلا به فشار خون بالا (۱۴۵/۹۵) در بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) تهران بود. نمونه‌ی مورد پژوهش شامل ۲۹۸ بیمار (۱۷۷ زن و ۱۲۱ مرد) با فشار خون بالا بوده است که به روش نمونه‌گیری در دسترس از بین مراجعه‌کنندگان به مراکز درمان فشار خون انتخاب شدند. توزیع ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش به این صورت بود: جنسیت (زن=۱۷۷ نفر، مرد=۱۲۱ نفر)؛ سن (۵۰ تا ۶۰ سال=۷۴ نفر، ۶۱ تا ۷۰ سال=۱۷۰ نفر و ۷۱ سال و بالاتر=۵۴ نفر)؛ وضعیت تحصیلات (راهنمایی و پایین‌تر=۴۷ نفر، دبیرستان=۱۱۳ نفر، دیپلم=۹۲ نفر، فوق دیپلم=۸ نفر، لیسانس=۲۶ نفر، فوق لیسانس=۸ نفر و بی‌پاسخ=۴ نفر)؛ وضعیت تأهل (مجرد=۲۳ نفر، متأهل=۲۶۳ نفر، بیوه=۴ نفر، مطلقه=۳ نفر و بی‌پاسخ=۵ نفر) و وضعیت شغلی (خانه‌دار=۱۵۴ نفر، اداری=۴۲ نفر، بازنشسته=۳۷ نفر، آزاد=۵۵ نفر، بیکار=۲ نفر، نظامی=۳ نفر و بی‌پاسخ=۵ نفر).

#### ابزار

**پرسشنامه پنج عاملی نئو**<sup>۱</sup>. برای سنجش پنج عامل بزرگ شخصیت از فرم کوتاه سیاهه‌ی نئو (کاستا و مک‌کری، ۱۹۹۲) استفاده شد که پنج ویژگی اصلی

<sup>2</sup> neuroticism

<sup>3</sup> extraversion

<sup>4</sup> openness to experience

<sup>5</sup> agreeableness

<sup>6</sup> conscientiousness

<sup>7</sup> perceived stress questionnaire

<sup>1</sup> NEO five-factor inventory

و انحراف استاندارد) و در بخش آمار استنباطی به منظور تدوین مدل ارتباط ویژگی‌های شخصیتی و پرفشاری خون، با در نظر گرفتن متغیر واسطه‌ای استرس ادراک شده، از مدل‌یابی معادلات ساختاری بهره گرفته شده است. به منظور تحلیل آماری یافته‌ها از نرم افزارهای SPSS و AMOS استفاده شده است.

### یافته‌ها

در چارچوب شاخص‌های توصیفی؛ نتایج مربوط به میانگین، انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ و ۲ آمده است.

پرسشنامه‌ها اقدام نمود. به منظور جلوگیری از سوگیری احتمالی در پاسخ به گویه‌های پرسشنامه‌ها و تقویت اعتبار نتایج جمع‌آوری شده از راهکار ایجاد موازنه استفاده شد. لذا، ترتیب ارائه‌ی پرسشنامه‌ها به افراد به یک شکل ثابت و یکنواخت نبود، بلکه با تغییر در ترتیب ارائه پرسشنامه‌ها زمینه‌ی حفظ تعادل و موازنه در اعتبار پاسخ‌های داده شده به گویه‌های پرسشنامه‌ها فراهم گردید. در این پژوهش به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمارهای توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در بخش آمار توصیفی، از شاخص‌های مرکزی (فراوانی، درصد، میانگین

جدول ۱

میانگین، انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی و آلفای کرونباخ متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی	آلفای کرونباخ
روان‌رنجورخویی	۲۳/۹۵	۶/۱۶	۰/۰۳۷	-۰/۱۰۱	۰/۷۴۵
برون‌گرایی	۲۵/۸۸	۵/۲۳	۰/۰۵۸	-۰/۰۸۸	۰/۷۲۱
گشودگی به تجربه	۳۳/۳۶	۶/۱۴	۰/۰۱۲	۰/۲۰۱	۰/۷۰۲
توافق	۳۴/۷۸	۵/۷۷	۰/۹۶۹	۰/۳۸۵	۰/۷۹۹
وظیفه‌شناسی	۳۳/۲۲	۵/۵۲	-۰/۲۲۵	۰/۰۶۱	۰/۶۷۲
استرس ادراک شده	۲۵/۴۶	۷/۹۵	-۰/۸۱۳	۰/۷۵۱	۰/۷۹۰
فشار خون سیستولیک	۱۶/۱۴	۱/۸۷	۰/۲۲۴	۰/۴۰۴	
فشار خون دیاستولیک	۸/۸۰	۱/۱۷	۰/۵۳۹	۰/۴۶۰	

مبنای ماتریس واریانس-کواریانس یا همبستگی بین متغیرهاست، لذا در جدول ۲ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

طبق جدول ۱ ارزش‌های چولگی و کشیدگی نشان می‌دهد که متغیرهای پژوهش از توزیع بهنجاری برخوردار هستند. نظر به اینکه اساس مدل‌یابی معادلات ساختاری بر

جدول ۲

ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱. روان‌رنجورخویی								
۲. برون‌گرایی	-۰/۱۷۳**							
۳. گشودگی به تجربه	-۰/۲۲۴**	۰/۳۶۷**						
۴. توافق	-۰/۲۹۹**	۰/۰۶۴	۰/۲۸۵**					
۵. وظیفه‌شناسی	-۰/۳۸۴**	۰/۲۰۲**	۰/۳۳۰**	۰/۵۱۳**				
۶. استرس ادراک شده	۰/۵۴۳**	-۰/۲۲۹**	-۰/۲۲۹**	-۰/۱۲۱*	-۰/۲۷۹**			
۷. فشارخون سیستولیک	۰/۲۳۱**	-۰/۰۰۶	-۰/۰۴۱	-۰/۱۳۹*	-۰/۱۲۹*	-۰/۱۷۵*		
۸. فشارخون دیاستولیک	۰/۱۹۶**	-۰/۰۰۳	-۰/۰۰۸	-۰/۰۲۶	-۰/۰۶۰	-۰/۱۰۶	۰/۰۵۴	

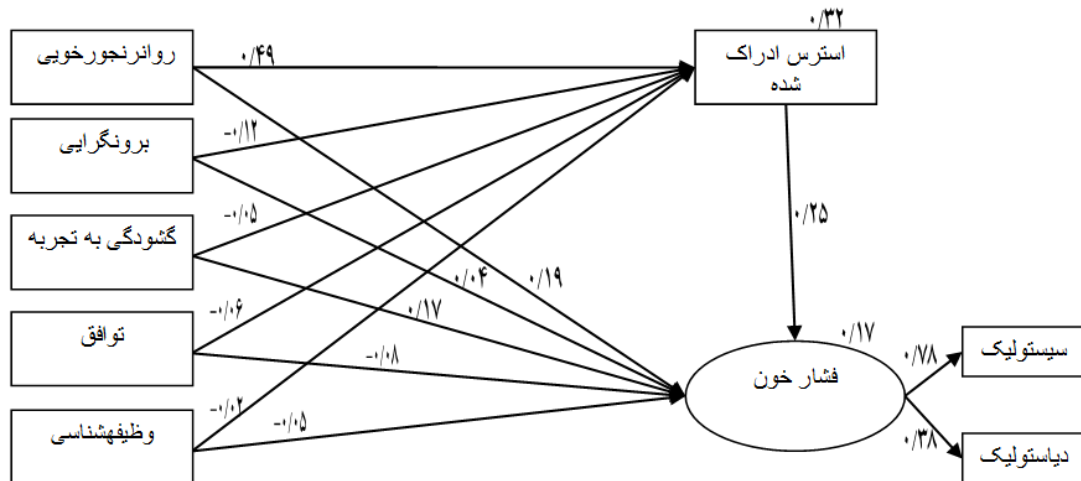
\*\*P<۰/۰۰۱ \*P<۰/۰۰۵

سیستولیک و دیاستولیک رابطه‌ی مثبت معنی‌داری دارد. برون‌گرایی با گشودگی به تجربه و وظیفه‌شناسی رابطه‌ی مثبت معنی‌دار و با استرس ادراک شده رابطه‌ی منفی

با توجه به نتایج جدول ۲ روان‌رنجورخویی با برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، توافق و وظیفه‌شناسی رابطه‌ی منفی معنی‌داری دارد و با استرس ادراک شده و فشارخون

رابطه‌ی منفی معنی‌دار دارد و وظیفه‌شناسی با استرس ادراک‌شده و فشارخون سیستولیک رابطه‌ی منفی معنی‌دار دارد.

معنی‌دار دارد. گشودگی به تجربه با توافق و وظیفه‌شناسی رابطه‌ی مثبت معنی‌دار و با استرس ادراک‌شده رابطه‌ی مثبت معنی‌دار دارد. توافق با وظیفه‌شناسی رابطه‌ی مثبت معنی‌دار و با استرس ادراک‌شده و فشار خون سیستولیک



شکل ۱. مدل ارتباط ویژگی‌های شخصیت و فشار خون با میانجی‌گری استرس ادراک شده

استاندارد شده بین مثبت یک تا منفی یک محدود می‌شود و برای نشان دادن قدرت و جهت رابطه از آن استفاده می‌شود.

در شکل ۱ مدل ارتباط ویژگی‌های شخصیت و فشار خون با میانجی‌گری استرس ادراک شده در حالت ضرایب استاندارد شده ارائه گردیده است. مدل در حالت ضرایب

### جدول ۳

ضرایب مسیر کل، مستقیم و غیرمستقیم در مدل

اثر غیرمستقیم		اثر مستقیم		اثر کل		مسیرها
خطای استاندارد	پارامتر B	خطای استاندارد	پارامتر B	خطای استاندارد	پارامتر B	
۰/۰۴۶	۰/۱۲۰**	۰/۱۲۰	۰/۱۸۶	۰/۱۱۴	۰/۳۰۶**	روان‌رنجورخویی - فشارخون
۰/۰۱۷	۰/۰۲۹	۰/۰۷۶	۰/۰۳۸	۰/۰۷۶	۰/۰۰۹	برون‌گرایی - فشارخون
۰/۰۱۴	۰/۰۱۳	۰/۰۸۲	۰/۱۷۰*	۰/۰۸۳	۰/۱۵۷	گشودگی - فشارخون
۰/۰۱۷	۰/۰۱۵	۰/۰۶۶	-۰/۰۷۹	۰/۰۸۰	-۰/۰۹۴	توافق - فشارخون
۰/۰۱۸	۰/۰۰۵	۰/۰۸۴	-۰/۰۴۸	۰/۰۸۶	-۰/۰۵۳	وظیفه‌شناسی - فشارخون
				۰/۰۵۷	۰/۴۸۵**	روان‌رنجورخویی - استرس
				۰/۰۵۶	-۰/۱۱۷*	برون‌گرایی - استرس
				۰/۰۵۸	-۰/۰۵۳	گشودگی - استرس
				۰/۰۷۰	-۰/۰۶۱	توافق - استرس
				۰/۰۶۹	-۰/۰۲۰	وظیفه‌شناسی - استرس
				۰/۰۹۰	۰/۲۴۷**	استرس - فشارخون

\*\*P<۰/۰۰۱ \*P<۰/۰۰۵

استرس ادراک شده پیش‌بینی‌کننده‌های مثبت فشار خون بالا هستند و روان‌رنجورخویی پیش‌بینی‌کننده‌ی مثبت استرس ادراک‌شده و برون‌گرایی پیش‌بینی‌کننده‌ی منفی استرس ادراک‌شده می‌باشند.

آنچه از نتایج جدول ۳ برمی‌آید این است که از بین عوامل شخصیت تنها اثر غیرمستقیم روان‌رنجورخویی بر فشار خون با میانجی‌گری استرس ادراک شده معنی‌دار است ( $B=0/120$ ,  $P<0/01$ ). همچنین، روان‌رنجورخویی و

#### جدول ۴

شاخص‌های برازش مدل

نام شاخص	X <sup>2</sup>	CMIN/DF	GFI	AGFI	CFI	RMSEA
مقدار	۶/۶۴۹	۱/۳۲۹	۰/۹۹۴	۰/۹۶۰	۰/۹۹۶	۰/۰۳۳
حد مجاز	عدم معنی‌داری	کمتر از ۳	بیش از ۰/۹۰	بیش از ۰/۸۰	بیش از ۰/۹۰	کمتر از ۰/۰۵ عالی

است. نتایج پژوهش حاضر مبنی بر ارتباط روان‌رنجورخویی و استرس ادراک شده با پرفشاری خون و همچنین نقش واسطه‌ای استرس ادراک‌شده در ارتباط بین روان‌رنجورخویی و پرفشاری خون با پیشینه‌های پژوهشی همسویی نشان می‌دهد. به عنوان مثال، گارسیا-ورا و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی دریافتند که بین ویژگی‌های شخصیت هیجانی و استرس با فشار خون رابطه وجود دارد. اسپرنبرگر و همکاران (۲۰۰۹) و جینتی و همکاران (۲۰۱۳) به رابطه‌ی ویژگی‌های شخصیت هیجانی مانند اضطراب، خشم و افسردگی با فشار خون پی بردند. کوئواس و همکاران (۲۰۱۷) به نقش عوامل روانی-اجتماعی، وضعیت اقتصادی اجتماعی و عوامل تنش‌زا در بروز پرفشاری خون اشاره کرده‌اند. ایزاوا و همکاران (۲۰۱۱) به این نتیجه دست یافتند که مؤلفه‌های خاصی از شخصیت نوع A، مانند اضطراب، بی‌طاقتی، خشم و خصومت با افزایش خطر بیماری قلبی-عروقی و پرفشاری خون همراه است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان به این نکته اشاره نمود که استرس و اضطراب در دوره سالمندی به دلیل این که این دوره مملو از انواع احساس کمبودها و ناتوانی‌هاست بیشتر و شایع‌تر است، به عبارتی، سالمندان در نتیجه‌ی کاهش اعتماد به نفس و یا از دست دادن توانایی‌ها، کاهش فعالیت و تحرک، از دست دادن دوستان و نزدیکان، کاهش استقلال مادی و جسمانی و بیماری‌های مزمن در معرض استرس و اضطراب بیشتری قرار دارند (چوپ، ۲۰۰۱، نقل از حمیدی‌زاده و همکاران، ۱۳۸۵) و استرس و اضطراب نیز باعث تحریک غده فوق کلیوی و تحریک سیستم سمپاتیک می‌گردد که طی یک فرایند پیچیده باعث افزایش فشارخون می‌شود (دنيس و کندی، ۲۰۰۱).

مطابق با جدول ۴، مقدارهای به دست آمده برای شاخص‌ها نشان می‌دهد که برازش مدل ارتباط ویژگی‌های شخصیت و فشار خون با میانجی‌گری استرس ادراک شده از وضعیت مناسبی برخوردار است.

#### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش واسطه‌ای استرس ادراک‌شده در ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی و فشار خون صورت گرفت. نتایج نشان داد که از بین عوامل شخصیت، روان‌رنجورخویی پیش‌بینی‌کننده‌ی مثبت استرس ادراک‌شده و برون‌گرایی پیش‌بینی‌کننده منفی استرس ادراک‌شده است. در تبیین این یافته می‌توان این گونه گفت که افراد روان‌رنجور اغلب به صورت هیجان‌مدار با رویدادها مواجه می‌شوند و به انکار، حواس‌پرتی و مصرف داروهای مخدر متوسل می‌شوند و کمتر از حل مسأله و پذیرش استفاده می‌کنند، در نتیجه در زندگی استرس بیشتری را تجربه می‌کنند؛ در حالی که برون‌گراها بیشتر از بازسازی شناختی، حل مسأله و حمایت‌طلبی استفاده می‌کنند (کانور-اسمیت و فلاچیرت، ۲۰۰۷). همانطور که پژوهش تلاکلی و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد افرادی که تنهایی بیشتری را تجربه می‌کنند از استرس و فشار خون بیشتری رنج می‌برند، بنابراین افراد برون‌گرا به دلیل اجتماعی بودن و تمایل بیشتر به روابط اجتماعی و حمایت‌طلبی، در زندگی استرس کمتری را تجربه می‌کنند. یکی دیگر از نتایج این پژوهش این بود که روان‌رنجورخویی و استرس ادراک‌شده پیش‌بینی‌کننده‌ی مثبت فشار خون هستند. همچنین، یافته‌ها نشان داد که از بین عوامل شخصیتی تنها اثر غیرمستقیم روان‌رنجورخویی بر فشار خون با میانجی‌گری استرس ادراک شده معنی‌دار

عمومی در موقعیت مناسبی نیستند همکاری با پژوهشگر با دشواری زیادی صورت می‌گرفت. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی متغیرهایی مانند سطح تحصیلات، سطح اقتصادی و جنسیت به عنوان متغیر تعدیل‌کننده بررسی شوند و نقش سایر عوامل روان‌شناختی در بروز بیماری‌های جسمی مورد بررسی قرار گیرند تا بتوان در جهت حفظ و ارتقای سلامت جامعه گام برداشت.

### سپاس‌گزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از همکاری شرکت‌کنندگان محترم در این پژوهش، مراتب تشکر و قدردانی را به عمل آورند.

### منابع

امین‌بزدی، س. ا. (۱۳۷۷). بررسی رابطه سبک اسنادی با استرس ادراک‌شده (گزارش نهایی طرح پژوهشی). دانشگاه فردوسی، مشهد.

انیسی، ج.، مجدیان، م.، جوشن‌لو، م.، و گوهری کامل، ز. (۱۳۹۰). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه پرسشنامه پنج عاملی نئو در دانشجویان. *علوم رفتاری*، ۵(۴)، ۲۸-۱۷.

جیل عاملی، ش.، نشاط دوست، ح. ط.، و مولوی، ح. (۱۳۸۹). اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی و فشار خون بیماران زن مبتلا به فشار خون. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، ۱۵(۱)، ۹۷-۸۸.

حمیدی‌زاده، سعید، احمدی، ف.، و اصغری، م. (۱۳۸۵). بررسی تأثیر تکنیک آرام‌سازی بر میزان اضطراب و استرس سالمندان مبتلا به فشار خون بالا. *دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ۸(۲)، ۵۱-۴۵.

سارافینو، ا. پ. (۱۳۸۷). *روان‌شناسی سلامت* (ترجمه ا. میرزایی و همکاران). تهران: رشد. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۰۲)

گروسی‌فرشی، م. ت.، مهریار، ا. ه.، و قاضی طباطبایی، س. م. (۱۳۸۰). کاربرد آزمون‌های جدید شخصیتی نئو و بررسی تحلیل ویژگی‌ها و ساختار عاملی آن در بین دانشجویان دانشگاه‌های ایران. *علوم انسانی/نزهت*، ۱۱(۳۹)، ۱۹۸-۱۷۳.

مظلوم، ر.، دربان، ف.، واقعی، س.، مدرس‌غروی، م.، کاشانی لطف‌آبادی، م.، و شاد، م. (۱۳۹۰). بررسی تأثیر برنامه ایمن‌سازی در برابر استرس ادراک‌شده پرستاران شاغل در بخش روان. *فصلنامه مراقبت مبتنی بر شوهد*، ۲(۲)، ۴۴-۳۵.

عوامل روان‌شناختی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر سلامت هستند و پاسخ‌های زیستی، روان‌شناختی و شناختی به استرس نقش مهمی را در بیماری‌های قلبی عروقی و فشارخون بازی می‌کنند (چاوت-گلینید و بونین، ۲۰۱۷). در واقع افراد دارای شخصیت نوع A و افراد روان‌رنجور با توجه به مدل بیماری‌پذیری ارثی-استرس در مقایسه با سایر افراد حساسیت‌پذیری و آسیب‌پذیری ژنتیکی بیشتری در برابر محرک‌های تنش‌زا دارند. در نتیجه زمانی که در معرض محیط‌های چالش‌برانگیز، رقابتی و تنش‌زا قرار می‌گیرند با افزایش فعالیت سیستم سمپاتیک و افزایش هورمون جنگ یا گریز نوراپی نفرین مواجه می‌شوند (فریدمن، ۱۹۷۷). بنابراین، خلق و خوی هیجانی در ایجاد تصلب شرایین، پرفشاری خون و خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی نقش دارد (لازلو و همکاران، ۲۰۱۶). در واقع، استرس یکی از عواملی است که به تنهایی و یا در ترکیبی با عوامل دیگر نقش اساسی در فشار خون بالا دارد. در هنگام استرس و موقعیت‌های تهدیدکننده، رگ‌های اندام‌های احشایی منقبض می‌شوند، وقتی این رگ‌ها منقبض می‌شوند، فشار به قدری زیاد است که اجازه‌ی عبور خون به عضله‌ی قلب را نمی‌دهند، در این حالت نبض سریع می‌زند و فشار خون بالا می‌رود. وقتی استرس خاتمه می‌یابد، قلب دوباره عملکرد طبیعی خود را به دست می‌آورد و فشار خون به حالت طبیعی برمی‌گردد، اما وقتی که موقعیت‌های تهدیدکننده پایدار می‌ماند و فرد تحت استرس‌های مداوم قرار می‌گیرد، فشار خون بالا ممکن است حالت مزمنی پیدا کند و به شکل بیماری متجلی گردد (فلکمن و لازاروس، ۲۰۰۱).

در مجموع می‌توان گفت در فرایند مداخله‌ای بیماری‌های مرتبط با تنش مانند فشار خون، می‌توان با حذف عامل تنش‌زا در جهت پیشگیری و کنترل این قبیل بیماری‌ها گام برداشت؛ اما زندگی در عصر حاضر بدون تنش امکان‌ناپذیر است، بنابراین می‌بایست آموزش نحوه‌ی رویارویی مؤثر با فشارهای روانی و استفاده از تکنیک‌های تن‌آرامی در مواجهه با عوامل تنش‌زا مورد توجه قرار گیرد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود بودن نمونه‌ی پژوهشی به بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان رسول اکرم (ص) تهران اشاره نمود که تعمیم یافته‌های پژوهش را به سایر جوامع دشوار می‌سازد. همچنین با توجه به این که افراد مراجعه‌کننده به بیمارستان از نظر شرایط

- Garcia-Vera, M. P., Sanz, J., Espinosa, R., Fortun, M., & Magan, I. (2010). Differences in emotional personality traits and stress between sustained hypertension and normotension. *Hypertension Research*, 33, 203-208.
- Ginty, A. T., Carroll, D., Roseboom, T. J., Phillips, A. C., & Rooij, S. R. (2013). Depression and anxiety are associated with a diagnosis of hypertension 5 years later in a cohort of late middle-aged men and women. *Journal of Human Hypertension*, 27, 187-190.
- Izawa, S., Eto, Y., & Yamada, K. C. (2011). Cynical hostility, anger expression style, and acute myocardial infarction in middle-aged Japanese men. *Behavioral Medicine*, 37, 81-86.
- Jang, K. L., Thordarson, D. S., Stein, M. B., Chhan, S. L., & Taylor, S. (2007). Coping style and personality: A biometric analysis. *Anxiety, Stress and Coping*, 20(1), 17-24.
- Jana, M. (2016). Stress, D-Type personality and coronary disease. *Facta universitatis, series. Medicine and Biology*, 18(2), 69-74.
- Laszlo, A., Tabak, A., Korosi, B., Eorsi, D., Torzsa, P., Cseprekal, O., ... Nemcsik, J. (2016). Association of affective temperaments with blood pressure and arterial stiffness in hypertensive patients: a cross-sectional study. *Boston Medical Center Cardiovascular Disorders*, 16(158), 1-10.
- Ostir, G. V., Berges, I. M., Markides, K. S., & Ottenbacher, K. J. (2006). Hypertension in older adults and the role of positive emotions. *Psychosomatic Medicine*, 68, 727-733.
- Pederson, S. S., & Denollet, J. (2003). Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 10(4), 241-248.
- Sparrenberger, F., Cichelero, F. T., Ascoli, A. M., Fonseca, F. P., Weiss, G., Berwanger, O., Fuchs, S. C., Moreira, L. B., & Fuchs, F. D. (2009). Does psychosocial stress cause hypertension? A systematic review of observational studies. *Journal of Human Hypertension*, 23, 12-19.
- Spruill, T. M. (2010). Chronic psychosocial stress and hypertension. *Current Hypertension Reports*, 12(1), 10-16.
- هال، ج. ا.، و گایتون، آ. (۱۳۸۸). *فیزیولوژی پزشکی* (ترجمه ع. غلامرضانژاد). تهران: آبیژ. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۶)
- Cannor-Smith, J. K., & Flachsbart, C. (2007). Relations between personality and coping: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 1080-1107.
- Chavvet- Gelinier, J., & Bonin, B. (2017). Stress, anxiety and depression in heart disease patients: a major challenge for cardiac rehabilitation. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 60, 6-10.
- 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. *Psychosomatic Medicine*, 65(6), 1012-1019.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, 4(1), 5-13.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. A. (1983). Global measure of perceived stress. *Journal of Health Social Behavior*, 24, 385-396.
- Cuevas, A. G., Williams, D.R., & Albert, M. A. (2017). Psychosocial factors and hypertension a review of the literature. *Cardiology Clinics*, 35(2), 223-230.
- Dennis, S., & Kenedy, R. (2000). Techniques for managing stress. *Psychosomatic Medicine*, 112(10), 415-420.
- Dobova, S. V., Martines-Vega, I. P., Aguirre-Hernandez, R., & Perez-Cuevas, R. (2017). Association of hypertension-related distress with lack of self-care among hypertensive patients. *Psychology, Health & Medicine*, 22(1), 51-64.
- Egan, B.M., Zhao, Y., & Axon, R. N. (2010). Us trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension. *Journal of the American Medical Associations*, 303, 2043-2050.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (2001). *Coping and emotion in stress and coping*. New York: Columbia, university press.
- Friedman, M. (1977). Type a behavior pattern: some of its pathophysiological components. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 53(593), 593-604.



- Tlawkley, L. C., Thisted, R. A., Masi, C. M., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness predicts increased blood pressure: five year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 25(1), 132-141.
- Turiano, N. A., Pitzer, L., Armour, C.H., Karlamangla, A., Ryff, C. D., & Mroczek, D. K. (2012). Personality trait level and change as predictors of health outcomes: findings from a national study of americans. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(1), 4-12.
- Vinik, B. H. (2005). *Psychiatric mental health aspects*. In: William R, Mutran E, Kity K. Clinical aspects of aging. Baltimore: Lippincott Company.
- Yang, Y. C., Li, T., & Ji, Y. (2013). Impact of social integration on metabolic functions: evidence from a nationally representative longitudinal study of us older adults. *BMC Public Health*, 13(1), 12-22.