

Interpersonal Dependency and Social Support as the Predictors of Resilience among Hypertensive Patients with the Mediating Role of Hope

Hooman Namvar^{1*} , Masoud Ghasedi¹ 

¹ Department of Psychology,
Faculty of Humanities, Saveh
Branch, Islamic Azad
University, Saveh, Iran.

***Corresponding Author:**

Hooman Namvar;
Department of Psychology,
Faculty of Humanities,
Islamic Azad University,
Saveh, Iran.

Email:
hnamvar@iau-saveh.ac.ir,
dr.hooman.namvar@gmail.com

Received: 14 Apr, 2020
Accepted: 02 Sep, 2020

Abstract

Background and Objectives: Today, hypertension is one of the most common cardiovascular disorders being prevalent in developing countries. This study was conducted to determine the role of interpersonal dependence and social support with the mediation of hope affecting the resilience of patients with high blood pressure.

Methods: The statistical population of the study included all patients with hypertension referring to medical centers in Tehran with the final sample group of 250 cases. Participation in this study was voluntary and the sampling process was performed by purposeful sampling method. The data collection tools were as follows: Connor-Davidson Resilience Scale, Perceived Social Support designed by Vaux, Adult State Hope Scale developed by Snyder, and Interpersonal Dependency Inventory designed by Hirschfield. Data analysis was carried out using the path analysis method.

Results: Based on the results of the study, social support, interpersonal dependency, and hope had a positive correlation with the resilience of hypertensive patients. It was also revealed that resilience was effected indirectly by social support. The variables of interpersonal dependence and social support and the variables of resilience have significant direct effects. In addition, both interpersonal dependence and social support variables have an indirect effect on resilience, of which only the indirect effect of social support on resilience is significant.

Conclusion: It was revealed that hope can play the role of mediator between social support and resilience in patients with hypertension. Furthermore, this variable is effective in increasing resilience in such patients.

Keywords: Hope; Hypertension; Interpersonal dependency; Resilience; Social support.

DOI: 10.29252/qums.14.7.31

پیش بینی تاب آوری بیماران مبتلابه فشارخون بالا بر اساس وابستگی بین فردی و حمایت اجتماعی با میانجیگری امید

هومن نامور*^۱ ID، مسعود قاصدی^۱ ID

چکیده

زمینه و هدف: امروزه بیماری فشارخون یکی از شایع ترین اختلالات قلبی و عروقی است که در جوامع روبه توسعه افزایش چشمگیری دارد. پژوهش حاضر با هدف تعیین سهم وابستگی بین فردی و حمایت اجتماعی با میانجیگری امید در تاب آوری بیماران مبتلابه فشارخون بالا انجام شد.

روش بررسی: جامعه آماری پژوهش شامل تمام بیماران مبتلابه فشارخون بالا بود که به مراکز درمانی شهر تهران مراجعه کرده بودند. گروه نمونه ۲۵۰ نفر از مراجعه کنندگان مبتلابه فشارخون بودند که به مراکز درمانی مورد نظر مراجعه داشتند. این گروه به صورت داوطلبانه و به روش نمونه گیری قضاوتی و هدفمند انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسش نامه های تاب آوری، حمایت اجتماعی، امید و وابستگی بین فردی بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش تحلیل مسیر انجام شد.

یافته ها: یافته ها پژوهش حاضر نشان داد حمایت اجتماعی و وابستگی بین فردی بر تاب آوری بیماران مبتلابه فشارخون بالا تأثیر مثبتی دارد. همچنین متغیر امید نیز بر تاب آوری بیماران مبتلابه فشارخون بالا تأثیر مثبت دارد. همچنین تأثیر غیرمستقیم حمایت اجتماعی بر تاب آوری نیز نشان داده شده است. متغیرهای وابستگی بین فردی، حمایت اجتماعی و امید بر تاب آوری اثرات مستقیم معناداری دارد، در حالی که هر دو متغیر وابستگی بین فردی و حمایت اجتماعی بر تاب آوری اثر غیرمستقیم دارند.

نتیجه گیری: نتایج پژوهش حاضر حاکی از این است که در بیماران مبتلابه فشارخون بالا امید می تواند بین حمایت اجتماعی و تاب آوری نقش میانجی داشته باشد و در افزایش تاب آوری در این بیماران نقش مؤثری ایفا کند.

کلیدواژه ها: امید؛ پرفشاری خون؛ تاب آوری؛ حمایت اجتماعی؛ وابستگی بین فردی.

^۱ گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

هومن نامور؛ گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران.

آدرس پست الکترونیکی:

hnamvar@iau-saveh.ac.ir,
dr.hooman.namvar@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۱/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۱۲

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Namvar H, Ghasedi M. Interpersonal Dependency and Social Support as the Predictors of Resilience among Hypertensive Patients with the Mediating Role of Hope. Qom Univ Med Sci J 2020;14(7):31-39. [Full Text in Persian]

مقدمه

فشارخون بالا (هایپرشن) (بیشتر از ۱۴۰ میلی‌متر سیستولی و ۹۰ میلی‌متر دیاستولی) از مهم‌ترین علل اصلی ناتوانی مزمن در دنیا محسوب می‌شود که با سیر مزمن و پیش‌رونده می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را در ابعاد مختلف تحت تأثیر قرار دهد (۱). عوامل ژنتیکی، محیطی، روانی و اجتماعی در ایجاد فشارخون بالا نقش بسزایی دارند (۲). اغلب علت واقعی فشارخون مشخص نیست، ولی این بیماری مانند بیشتر بیماری‌های مزمن با شیوه زندگی سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران ارتباط تنگاتنگی دارد (۳). در کشور ما هنوز کنترل خوب و کامل فشارخون امکان‌پذیر نشده است و یکی از عوامل مهم آن، بی‌علامت بودن طبیعت این بیماری با وجود آسیب پیش‌رونده به دستگاه قلبی عروقی در ۱۵ تا ۲۰ سال اول است.

باید اهمیت شناخت ماهیت و عوامل اثرگذار بر بیماری فشارخون اساسی و به‌طور ویژه نقش عوامل روان‌شناختی (امید و تاب‌آوری) و عوامل اجتماعی همچون حمایت اجتماعی در این بیماری مشخص‌تر شود؛ چراکه می‌توان با ارتقای تاب‌آوری در این مبتلایان، آن‌ها را در مقابله با موقعیت‌های فشارزای زندگی تجهیز کرد تا به استرس و اضطراب فراینده و به تبع آن افزایش فشارخون دچار نشوند (۴).

تاب‌آوری به معنای توانایی تحمل، سازگاری با بحران‌های زندگی و غلبه بر آن‌هاست (۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهند افراد تاب‌آور رفتارهای خودشکنا نه ندارند، از نظر هیجانی آرام هستند و توانایی مقابله با شرایط ناگوار را دارند (۵). تاب‌آوری با تعدیل و کم‌رنگ کردن عواملی چون استرس و افسردگی، بهزیستی افراد را تضمین می‌کند (۶). این متغیر از جمله مؤلفه‌های مهمی است که در ارتباط بین استرس و بیماری‌های مرتبط نظیر فشارخون بالا، نقش تعدیل‌کننده‌ای دارد؛ زیرا نوعی کیفیت درونی است که فرد را قادر می‌سازد در مقابله با شرایط ناگوار خود را حفظ کند (۷).

از سویی دیگر، در سبب‌شناسی‌های فشارخون بالا از منظر روان‌شناختی، وابستگی بین‌فردی توجه محققان را جلب کرده است. Hirschfeld و همکاران (۸) وابستگی را مجموعه‌ای از رفتارها، افکار، باورها و احساسات تعریف کرده‌اند که حول محوری از نیازها به ارتباط نزدیک و تعامل و تکیه بر دیگران دور

می‌زند. وابستگی بین‌فردی به‌صورت عاملی مخرب به دوران بزرگ‌سالی و وقوع رابطه فرد با دیگران، مواجهه با تنیدگی‌ها و مشکلات زندگی، مدیریت عواطف و هیجان‌ها، سازگاری زناشویی و پاره‌ای از مسائل دیگر تعمیم می‌یابد و ممکن است در روابط اجتماعی، سلامت روان و تاب‌آوری فرد نیز نمود یابد (۹).

از تعاریف مختلف استنباط می‌شود حمایت اجتماعی به‌عنوان تعامل اجتماعی، انسجام اجتماعی، روابط پاداش‌دهنده یا موقعیت حمایتی تعریف شده است که این عوامل می‌تواند در میزان تاب‌آوری افراد مؤثر باشد (۱۰). نبود حمایت اجتماعی، خطر بیماری قلبی و مرگ‌های مربوط به عروق کرونر را افزایش می‌دهد. سطح بالای حمایت اجتماعی واکنش به استرس را کاهش می‌دهد و از خطرات تندرستی کم می‌کند (۱۱).

از دیدگاه نظری، امید باعث فعال‌شدن مدارهای مغزی و آزادشدن آندورفین و انکفالین و در نتیجه موجب کاهش درد در بدن می‌شود (۱۲). پژوهش‌های لک‌زایی و همکاران (۱۳) نشان داد حمایت اجتماعی با تاب‌آوری همبستگی معناداری دارد. پژوهش میکائیلی و همکاران (۱۴) نیز همبستگی مثبت حمایت اجتماعی و تاب‌آوری را در بیماران مبتلا به MS نشان داد.

با توجه به اینکه فشارخون بالا از مهم‌ترین و شایع‌ترین بیماری‌های قلبی و عروقی است و شمار قابل توجهی از جمعیت دنیا به آن مبتلا هستند، تحقیقات زیادی برای بهبود زندگی بیماران مبتلا به فشارخون بالا انجام شده است. از آنجا که نقش کلیدی تاب‌آوری که پژوهش‌های خداوردی (۱۵)، کیانی و همکاران (۱۶)، Bartley و همکاران (۱۷)، باغی و باغبان کریمی (۱۸) نیز مؤید آن است، در سلامت روان و کاهش تنش در زندگی این بیماران مشخص شده است و همچنین با در نظر داشتن اهمیت نبود حمایت اجتماعی که امروزه در روان‌شناسی سلامت به آن اهمیت فراوانی داده می‌شود و آسیب‌های حاصل از وابستگی‌های بیمارگونه در روابط که باعث استرس و پیامدهای آن در افراد مبتلا به فشارخون بالا می‌شود و همچنین با وجود نقش پررنگ و میانجی‌گرانه امید در ادامه حیات افراد و جامعه بشری، اهمیت پژوهش حاضر ضروری به نظر رسید؛ بنابراین، محقق در تلاش است با بررسی و پژوهشی درخور بتواند برای ارتقای مفاهیم توانایی مقابله موفقیت‌آمیز با موقعیت‌های استرس‌زا و سازگاری با مشکلات و

پژوهشی ۱۹۷۹ تا ۱۹۹۱ حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. این پرسش‌نامه ۲۵ عبارت دارد که با مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در فاصله چهار هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است. محمدی (۵) این مقیاس را در ایران هنجاریابی کرده است. او برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری Davidson و Conner از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است. نمرات این مقیاس با نمرات مقیاس سرسختی Kobasa همبستگی مثبت معنادار و با نمرات مقیاس استرس ادراک‌شده و مقیاس آسیب‌پذیری نسبت به استرس همبستگی منفی معناداری داشتند که این نتایج حاکی از اعتبار هم‌زمان این مقیاس است. در پژوهشی که سامانی و همکاران در بین دانشجویان انجام دادند، پایایی این مقیاس را ۰/۹۳ گزارش کردند. روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف عادی و در خطر احراز شد (۲۰).

پرسش‌نامه حمایت اجتماعی

Vaux و همکاران در سال ۱۹۸۶ این پرسش‌نامه را بر مبنای تعریف Kob از حمایت اجتماعی ساختند. بنا به این تعریف، حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبت، مساعدت و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد اشاره دارد. این پرسش‌نامه ۲۳ ماده دارد. این آزمون در مطالعه‌ای روی ۱۰۰ دانشجو و ۲۰۰ دانش‌آموز اجرا شد. پایایی آزمون در نمونه دانشجویی در کل مقیاس ۰/۹۰ و در نمونه دانش‌آموزی ۰/۷۰ و در آزمون مجدد در دانش‌آموزان پس از شش هفته ۰/۸۱ به‌دست آمد. ضرایب پایایی درونی این آزمون در گروه ۳۰۰ نفری از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی ۰/۶۶ محاسبه شد. در پژوهش خباز و همکاران (۲۱) (۱۳۹۰) ضریب آلفای محاسبه‌شده برای این پرسش‌نامه ۰/۷۴ به‌دست آمد (۲۱).

پرسش‌نامه امید

مقیاس امید Snyder (۲۲) امید فرد را به‌عنوان یک ویژگی

ناملایمات در افراد مبتلا به فشارخون بالا گامی مؤثر بردارد. حال سؤال پژوهش این است که سهم وابستگی بین‌فردی و حمایت اجتماعی با میانجیگری امید در پیش‌بینی تاب‌آوری بیماران مبتلا به فشارخون بالا چقدر است.

روش بررسی

با توجه به طرح پژوهش که از نوع توصیفی و همبستگی است، تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل مسیر انجام شد. جامعه آماری مورد تحقیق شامل تمام بیماران مبتلا به فشارخون بالا بودند که در سال ۱۳۹۸ به مراکز درمانی شهر تهران مراجعه کرده بودند. درباره برآورد حجم نمونه در این نوع از پژوهش‌ها، Klein عنوان می‌کند که حجم نمونه در الگوهای ساده کمتر از ۱۰۰ نفر، در الگوهای کمی پیچیده بین ۱۰۰ تا ۲۰۰ نفر و در الگوهای پیچیده بیشتر از ۲۰۰ نفر است؛ بنابراین، حجم نمونه برای طرح‌های علی و مدل‌سازی با استفاده از فرمول ۱ به ۲۰ تعیین شد (۱۹). با توجه به شرایط خاص گروه که احتمال ریزش و برنگرداندن پرسش‌نامه‌ها وجود داشت، حجم نمونه بر اساس روش نمونه‌گیری هدفمند و داوطلبانه، بیشتر از میزان مورد نیاز انتخاب شد (۱۹). به‌منظور رسیدن به نتیجه مطلوب، پرسش‌نامه‌های تنظیم‌شده به بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی ارائه شد که داوطلب شرکت در پژوهش بودند. این افراد ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند و به‌صورت حضوری پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. ملاک‌های ورود به این پژوهش عبارت بود از: تشخیص پزشک متخصص مبنی بر داشتن فشارخون اولیه سیستمیک یا دیاستولیک بالا، دریافت نکردن مداخلات روان‌شناختی و روان‌پزشکی در یک سال گذشته برای بیمار. همچنین ملاحظات اخلاقی که برای انجام پژوهش در نظر گرفته شد بدین شرح بود: ورود آزمودنی با رضایت کامل آن‌ها باشد؛ اطلاعات آزمودنی به‌صورت کاملاً محرمانه حفظ شود؛ سایر موارد اخلاقی طبق بیانیه هلسینکی رعایت شد.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه تاب‌آوری

Conner و Davidson (۷) این پرسش‌نامه را با مرور منابع

میانگین این سه گروه در پرسش‌نامه وابستگی بین‌فردی بین ۱۷۶/۳ تا ۲۱۰/۳ بود. پرسش‌نامه وابستگی بین‌فردی همسانی درونی مطلوبی دارد. ضریب پایایی حاصل از روش دونیمه کردن آن بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۱ گزارش شده است. همبستگی معنادار زیرمقیاس‌های اتکای عاطفی به دیگران و کمبود اعتمادبه‌نفس با مقیاس‌های روان‌رنجوری عمومی (پرسش‌نامه شخصیت MOCI)، اضطراب، حساسیت بین‌فردی و اضطراب (SCL-90) حاکی از اعتبار هم‌زمان این آزمون است. همچنین پرسش‌نامه وابستگی بین‌فردی می‌تواند بیماران روانی را از افراد بهنجار تمایز دهد. با این وجود، دو زیرمقیاس اتکای عاطفی به دیگران و کمبود اعتمادبه‌نفس با زیرمقیاس مطلوبیت اجتماعی پرسش‌نامه MMPI نیز همبستگی دارند. این مطلب حاکی از آن است که پاسخ‌دهندگان تمایل دارند پاسخ‌هایی را ارائه دهند که از نظر اجتماعی مطلوب است (۲۵).

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

در جدول ۱ میانگین‌های هر متغیر با توجه به انحراف استاندارد آن‌ها نکات قابل توجهی دارد؛ هرچند اندک، اما با توجه به نقاط برش پرسش‌نامه‌ها میانگین وابستگی بین‌فردی بیشتر از نقطه برش، حمایت اجتماعی، امید و تاب‌آوری کمتر از نقاط برش بودند. در عین حال که داده‌ها از کجی و کشیدگی آماری قابل قبولی برخوردار است، اما این نکته در مورد جامعه آماری ما قابل تأمل است که احساس مطلوبیت کمی در جامعه آماری پژوهش دیده می‌شود.

در ماتریس همبستگی ارتباط متغیرهای پیش‌بین با تاب‌آوری از این قرار است: وابستگی بین‌فردی (۰/۲۰)، حمایت اجتماعی (۰/۳۸) و امید (۰/۴۶) که تمامی متغیرها ارتباط مستقیم معناداری (sig=۰/۰۰۰۱) با متغیر تاب‌آوری داشتند.

شخصیتی نسبتاً ثابت ارزیابی می‌کند. این آزمون متشکل از ۱۲ ماده و دو زیرمقیاس تفکر عاملی و راهبردهاست و در مقیاس ۸ امتیازی از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمره این آزمون بین ۸ تا ۶۴ است. تحقیقات زیادی از اعتبار و روایی این پرسش‌نامه حمایت می‌کنند. ضریب بازآزمایی برابر با ۰/۸۰ در دوره‌های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته بوده است. ضریب هماهنگی درونی زیرمقیاس تفکر عاملی بین ۰/۷۱ تا ۰/۷۶ و زیرمقیاس راهبردها ۰/۶۳ تا ۰/۸۰ بوده است. اعتبار کل را از طریق بازآزمایی بعد از سه هفته برابر با ۰/۸۵ و برای زیرمقیاس تفکر عاملی برابر با ۰/۸۱ و برای راهبردها برابر با ۰/۷۶ گزارش کرده‌اند. در جمعیت دانشجویی ایران اعتبار این آزمون از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۲، برای زیرمقیاس تفکر عاملی برابر با ۰/۷۹ و برای راهبردها برابر با ۰/۸۸ گزارش شده است (۲۳). اعتبار این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۰ و از طریق بازآزمایی پس از یک ماه برابر با ۰/۷۴ به‌دست آمده است. همچنین هماهنگی درونی حاصل از آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس تفکر عاملی ۰/۷۴ و راهبردها ۰/۶۲ گزارش شده است (۲۴).

پرسش‌نامه وابستگی بین‌فردی

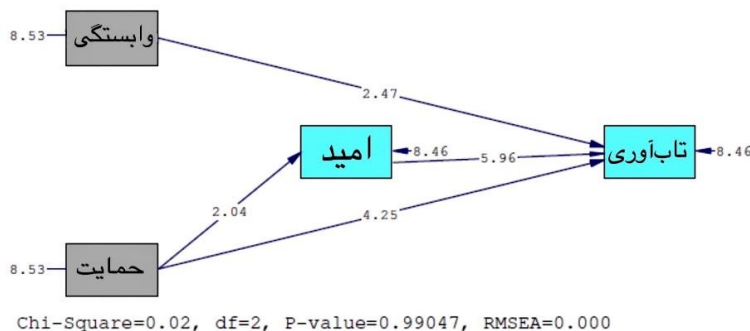
Hirschfeld و همکاران در سال ۱۹۹۷ با هدف ارزیابی افکار، رفتارها و احساسات مربوط به داشتن رابطه صمیمی با افراد مهم زندگی پرسش‌نامه وابستگی بین‌فردی را ساختند. این آزمون ۴۸ عبارت و سه زیرمقیاس دارد که عبارت‌اند از: اتکای عاطفی به دیگران، کمبود اعتمادبه‌نفس و نداشتن استقلال. این پرسش‌نامه در مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای میزان موافقت یا مخالفت آزمودنی را می‌سنجد. به‌منظور هنجاریابی پرسش‌نامه وابستگی بین‌فردی، این آزمون روی سه گروه اجرا شده است. نمره

جدول شماره ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
وابستگی بین‌فردی	۱۲۷/۰۱	۱۲/۸۰	-۰/۱۰	۰/۳۸
حمایت اجتماعی	۲۱/۹۳	۷/۹۷	۰/۵۳	-۰/۴۰
امید	۳۲/۶۲	۴/۶۰	-۰/۵۶	۰/۴۴
تاب‌آوری	۵۴/۶۲	۱۱/۹۱	-۰/۵۰	۰/۶۵

جدول شماره ۲: ضرایب استاندارد شده اثرات مستقیم، غیرمستقیم و اثرات کل متغیرها بر تاب‌آوری

اثرات مستقیم	اثرات غیرمستقیم	اثرات کل	واریانس تبیین شده R ²
تاب‌آوری			۰/۶۰
وابستگی بین فردی	۰/۱۷ ^{**}	۰/۱۶	
حمایت اجتماعی	۰/۳۱ ^{**}	۰/۳۸ ^{**}	
امید	۰/۴۱ ^{**}	۰/۴۱ ^{**}	۰/۴۳

** $P < 0.05$ معنی دار است.

شکل شماره ۱: برازش یافته‌ترین مدل پیش‌بینی تاب‌آوری بیماران مبتلا به فشارخون در حالت اعداد معنادار (t)

مقدار ۰/۹۸ و حد مجاز بیشتر از ۰/۹، نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI) با مقدار ۰/۹۷ با حد مجاز بیشتر از ۰/۹ است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود شاخص‌های برازش مدل ایجاد کوواریانس در وضعیت مطلوبی قرار گرفته است. در ادامه ضرایب مسیر استاندارد شده مدل اصل ارائه شده است.

با توجه به معنادار نشدن ضریب مسیر وابستگی بین فردی روی امید ($t = -0.14$)، با حذف این مسیر به برازش یافته‌ترین مدل پیش‌بینی تاب‌آوری بیماران مبتلا به فشارخون دست یافتیم. بر این اساس، مقدار $RMSEA = 0.000$ و χ^2/df و χ^2/df درجه آزادی (۳۴) است. در سایر شاخص‌های برازش نیز از جمله نتایج بیشتر از ۰/۹ است که حاکی از برازش قابل قبول مدل هستند ($GFI=1$ ، $AGFI=1$ ، $CFI=1$ ، $NFI=1$ ، $NNFI=1$).

در ادامه، مدل برازش یافته تاب‌آوری بیماران مبتلا به فشارخون ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌کنیم، هر دو متغیر وابستگی بین فردی و حمایت اجتماعی و متغیر امید بر تاب‌آوری اثرات مستقیم معناداری دارند. علاوه بر این، هر دو متغیر وابستگی بین فردی و حمایت اجتماعی بر تاب‌آوری اثر غیرمستقیم دارند که فقط اثر غیرمستقیم حمایت اجتماعی بر تاب‌آوری معنادار است و این موضوع بیانگر نقش میانجی متغیر امید در رابطه بین حمایت اجتماعی با تاب‌آوری بیماران مبتلا به فشارخون است، ضمن آنکه امید بر تاب‌آوری تنها اثر مستقیم دارد که مثبت و معنی دار است. همچنین مشاهده می‌شود متغیرهای موجود در مدل (وابستگی بین فردی، حمایت اجتماعی و امید به زندگی) توانسته‌اند ۳۴ درصد از تغییرات تاب‌آوری را در بیماران مبتلا به فشارخون تبیین کنند. به علاوه، وابستگی بین فردی و حمایت اجتماعی نیز توانسته‌اند تنها ۳ درصد از تغییرات تاب‌آوری را تبیین کنند.

شاخص‌های برازش تحلیل مسیر مدل

χ^2/df مقدار ۰/۰۰ با حد مجاز کمتر از ۰/۳، ریشه میانگین خطا با مقدار ۰/۰۰۰ حد مجاز کمتر از ۰/۱، برازندگی تعدیل یافته (CFI) با مقدار ۰/۹۹ با حد مجاز بیشتر از ۰/۹، برازندگی نرم شده (NFI) با مقدار ۰/۹۸ و حد مجاز بیشتر از ۰/۹، نیکویی برازش (GFI) با

بحث

امروزه فشارخون بالا یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن است که جمع کثیری را گرفتار ساخته است و یکی از جدی‌ترین اختلالات روانی فیزیولوژیکی به شمار می‌آید. این بیماری مانند

می‌تواند بر آرامش فرد تأثیر داشته باشد؛ چراکه تاب‌آوری یک کیفیت درونی است که فرد را قادر می‌سازد در مقابله با شرایط ناگوار خود را حفظ کند (۷). فردی که تاب‌آوری دارد، چاره‌ساز و انعطاف‌پذیر است، مطابق تغییرات محیطی خود را وفق می‌دهد و بعد از برطرف شدن عوامل فشارزا به سرعت به حالت بهبود بازمی‌گردد؛ بنابراین، موضوع تاب‌آوری می‌تواند یکی از متغیرهای مهم و قابل بررسی در بیماران مبتلا به فشارخون بالا باشد که استرس برای آن‌ها یکی از عوامل آسیب‌زاست و نیازمند بررسی‌های روان‌شناختی بیشتری است (۲۶).

در تبیین نقش حمایت اجتماعی و وابستگی بین‌فردی در میزان تاب‌آوری افراد به‌خصوص بیماران مبتلا به فشارخون به نظر می‌رسد این افراد نیازمند حمایت و پشتیبانی بیشتری در خانواده و جامعه هستند؛ زیرا اگر تحت حمایت‌های اجتماعی قرار بگیرند، مسلماً در برخورد با مشکلات و بیماری خود و همچنین افزایش میزان تاب‌آوری موفق‌تر خواهند بود. درحالی‌که وابستگی بین‌فردی با بار منفی و ناپخته خود که در پیامدش آسیب‌های روانی نهفته است، می‌تواند به واسطه کنترل و آشفتگی‌های هیجانی مختص خود باعث تشدید هیجانات منفی و استرس در بیماران مبتلا به فشارخون بالا شود. درباره متغیر میانجی امید و تاب‌آوری بیماران مبتلا به فشارخون بالا می‌توان به عقیده Staats (۲۷) درباره امید اشاره کرد. امید دو مؤلفه شناختی (انتظار روی دادن وقایع در آینده) و عاطفی (امید به اینکه این رویدادها مثبت هستند و پیامدهای مطلوبی دارند) دارد. مؤلفه عاطفی آن می‌تواند پیش‌بینی‌کننده وقوع رویدادهای مثبت در آینده و در نتیجه افزایش تاب‌آوری باشد. برخوردار بودن از تفکر امیدوارانه و داشتن منابع کافی برای تفکر هدف‌مدار و آشنایی با مسیرهای لازم برای رسیدن به اهداف، سبب افزایش امیدواری در افراد می‌شود. به عبارت دیگر، بین این دو نوعی رابطه تعاملی به وجود می‌آید که افزایش امید، باعث تاب‌آوری بیشتر در زندگی می‌شود.

ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که با توجه به انجام آن در شهر تهران و ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی خاص این شهر، قابلیت تعمیم نتایج به دیگر بخش‌های کشور با محدودیت روبه‌رو خواهد بود. همچنین در بیماران مزمن دیگر نیز نمی‌توان از این نتایج استفاده کرد. از پیشنهادها پژوهش پیش رو

اغلب بیماری‌های مزمن با شیوه زندگی، سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران ارتباط تنگاتنگی دارد و به‌تنهایی عامل ۷ میلیون مرگ زودرس در سراسر جهان است. در صورت عدم کنترل به‌موقع و مناسب، موجب بروز بیماری‌های مختلف، ایجاد ناتوانایی‌های قابل توجه، کاهش بهره‌وری و در نهایت کاهش کیفیت زندگی مردم می‌شود (۳). به‌طور کلی لازم است اهمیت شناخت ماهیت و عوامل اثرگذار بر بیماری فشارخون اساسی و به‌طور ویژه نقش عوامل روان‌شناختی (امید و تاب‌آوری) و عوامل اجتماعی همچون حمایت اجتماعی در این بیماری مشخص‌تر شود؛ زیرا چنانچه معلوم شود الگوهای خاصی از تفکر و مفهوم‌سازی‌های مرتبط با اختلال آن‌ها در این بیماران وجود دارد، آنگاه می‌توان در خدمات پیشگیری هم در سطح اول و هم در سطح دوم و سوم این واقعیت را مدنظر قرار داد؛ برای مثال، می‌توان با ارتقای تاب‌آوری در این مبتلایان آن‌ها را در مقابله با موقعیت‌های فشارزای زندگی تجهیز کرد تا در نتیجه به استرس و اضطراب فراینده و به تبع آن افزایش فشارخون دچار نشوند (۴). افرادی که تاب‌آوری زیادی دارند، در مواجهه با سختی بسیار مقاوم هستند و می‌توانند با شرایط تهدیدآمیز بهتر کنار بیایند و به‌گونه‌ای مؤثر با فشار و سختی مواجه شوند و ظرفیت زیادی برای پاسخگویی به عوامل استرس‌زای زندگی دارند. تاب‌آوری شامل الگوهای مثبت انطباق در مخالفت با سختی است و این فرایند سازگاری در طول زمان توسعه می‌یابد (۱۰).

با توجه به نتایج حاصل از پژوهش می‌توان گفت که متغیرهای وابستگی بین‌فردی و حمایت اجتماعی و متغیر میانجی امید بر تاب‌آوری اثرات مستقیم معناداری دارند. همچنین، هر دو متغیر وابستگی بین‌فردی و حمایت اجتماعی بر تاب‌آوری اثر غیرمستقیم دارند که تنها اثر غیرمستقیم حمایت اجتماعی بر تاب‌آوری معنادار است. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های لک‌زایی و همکاران (۱۳)، میکایلی و همکاران (۱۴)، خداوردی (۱۵)، کیانی و همکاران (۱۶)، Bartley و همکاران (۱۷) و باغی و باغبان کریمی (۱۸) همسو و همخوان است.

در تبیین این نتایج می‌توان چنین گفت که تاب‌آوری ازجمله متغیرهای مهمی است که در ارتباط بین استرس و بیماری‌های مرتبط با استرس نظیر فشارخون بالا نقش تعدیل‌کننده دارد؛ لذا

زندگی را در پی دارد و به‌عنوان منبعی برای تسهیل غلبه بر مصائب، مشکلات، مقاومت در برابر استرس و از بین بردن اثرات روانی آن‌ها تعریف شده است. همچنین نقش میانجی متغیر امید در بین حمایت اجتماعی با تاب‌آوری بیماران مبتلا به فشارخون، بدان معناست که امید می‌تواند حتی در نقش پررنگ حمایت اجتماعی نیز تأثیرگذار باشد و این مسئله اهمیت متغیر امید را برای بیماران مبتلا به فشارخون دوچندان نشان می‌دهد. می‌توان با آموزش و ارتقای تاب‌آوری در مبتلایان به فشارخون بالا در سطح جامعه، آن‌ها را در مقابله با موقعیت‌های فشارزای زندگی تجهیز کرد تا در نتیجه به استرس و اضطراب فزاینده و به تبع آن به افزایش فشارخون و پیامدهای منفی دچار نشوند.

تشکر و قدردانی

از کلیه کسانی که در این پژوهش به هر طریق به گسترش مفاهیم روان‌شناسی یاری رسانده‌اند، سپاسگزاریم.

این است که تأثیر عوامل مداخله‌گر و خارجی کنترل شود تا نتایج از قوت بیشتری برخوردار باشند. با توجه به اهمیت تاب‌آوری و پیامدهای ناشی از ضعف آن به‌خصوص در مبتلایان به فشارخون بالا پیشنهاد می‌شود دوره‌های آشنایی با مهارت‌های افزایش تاب‌آوری و اثرات آن روی بهزیستی روانی و کیفیت زندگی در سطح گسترده‌تری انجام شود.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج موجود، حمایت اجتماعی از طریق میانجیگری امید بر تاب‌آوری بیماران مبتلا به فشارخون تأثیر می‌گذارد؛ چراکه حمایت اجتماعی یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت روانی است، به صورتی که هرچه شبکه حمایت اجتماعی فرد بهتر و گسترده‌تر باشد، میزان سلامت روانی نیز بیشتر است. حمایت اجتماعی با واکنش‌کردن فرد علیه تجربه‌کردن استرسورها قبل از اینکه رخ دهند، استرس را کاهش می‌دهد. تاب‌آوری نیز به‌واسطه کاهش هیجان‌های منفی و افزایش سلامت روان رضایت بیشتر از

References:

1. Rashidi V, Sharifi AK, Amirikhalilvand M. Investigating and comparing social support and coping strategies with stressors in middle-aged men with high blood pressure and normal. Second National Conference and First International Conference on New Research in the Humanities, Tehran, Iran; 2015. (In Persian) [Link](#)
2. Tarkhan M, Safarinia M, Khosh SP. Effectiveness of group stress inoculation training on the systolic and diastolic blood pressure and life quality of hypertension in women. *Quart J Health Psychol* 2012;1(1):46-58. (In Persian) [Link](#)
3. Fallah Rezvan Kalayi M, Fallah Rezvan Kalayi M. Investigating the effectiveness of group positive psychotherapy on the level of anxiety and resilience of people with high blood pressure. *J Res Psychol Educ* 2019;41:261-75. (In Persian) [Link](#)
4. Salimi Alavijeh F. Prediction model based on the quality of life of patients with hypertension emotional schemas and their differentiation according to the mediating role of moral foundations. [Master Thesis]. Tehran: Islamic Azad University Science and Research Branch; 2015. (In Persian)
5. Mohammadi M. Investigating the factors influencing resilience in people at risk for substance abuse. [PhD Thesis]. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2005. (In Persian)
6. Namvar H, Sahraian MA. Prediction of family performance of married MS patients based on psychological indexes and mediated by moral foundations and spiritual experience. *Biquart Iran J Health Psychol* 2018;1(1):63-78. [Link](#)
7. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety* 2003;18(2):76-82. [PMID: 12964174](#)
8. Hirschfeld RM, Klerman GL, Gough HG, Barrett J, Korchin SJ, Chodoff P. A measure of interpersonal dependency. *J Pers Assess* 1977;41(6):610-8. [PMID: 592089](#)
9. Blatt SJ, Quinlan DM, Zuroff DC, Pilkonis PA. Interpersonal factors in brief treatment of depression: further analyses of the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *J Consult Clin*

- Psychol 1996;64(1):162-71. [PMID: 8907096](#)
10. McKinley CJ, Luo Y, Wright PJ, Kraus A. Problem gambling messages on college counseling center websites: an over-time and cross-country comparison. *J Gambl Stud* 2016;32(1):307-25. [PMID: 25677613](#)
 11. Khoosfi H, Monirpoor N, Birashk B, Peighambari MM. A comparative study of personality factors, stressful life events, and social support in coronary heart patients and non-patients. *Contempor Psychol Biannual J Iran Psychol Assoc* 2007;2(1):41-8. [Link](#)
 12. Sotodeh-Asl N, Neshat-Dust HT, Kalantari M, Talebi H, Khosravi AR. Comparison of effectiveness of two methods of hope therapy and drug therapy on the quality of life in the patients with essential hypertension. *J Clin Psychol* 2010;2(5):1-5. [Link](#)
 13. Lakzaei H, Khammari M. An investigation of the relationship between perceived social support and resilience in diabetic patients referring to Ali Asghar clinic of Zahedan. *J Diabetes Nurs* 2015;2(4):16-24. [Link](#)
 14. Mikaeili N, Mokhtarpour HE, Meysami BS. The role of perceived social support, coping strategies and resilience in the prediction of the quality of life in patients with multiple sclerosis. *J Soc Psychol* 2012;7(23):5-17. [Link](#)
 15. Khodaverdi AB. Comparison of resilience, self-efficacy, hope and optimism in substance abusers. *Soc Health Addict* 2019;5(20):63-78. (In Persian) [Link](#)
 16. Kiani J, Hajiuni A, Gholizadeh F, Abbasi F. Efficacy of cognitive-behavioral therapy and hope therapy on quality of life, life expectancy and resiliency in patients with thalassemia. *SSU J* 2019;27(4):1482-95. (In Persian) [Link](#)
 17. Bartley EJ, Palit S, Fillingim RB, Robinson ME. Multisystem resiliency as a predictor of physical and psychological functioning in older adults with chronic low back pain. *Front Psychol* 2019;10:1932. [PMID: 31507491](#)
 18. Baghi V, Baghban Karimi E. Predicting the quality of life of patients with hypertension based on resilience and social support. *Iran J Psychiatric Nurs* 2018;5(6):24-30. [Link](#)
 19. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. 4th ed. New York: Guilford Publications; 2015. [Link](#)
 20. Samani S, Jokar B, Sahragard N. Effects of resilience on mental health and life satisfaction. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2007;13(3):290-5. [Link](#)
 21. Khabaz M, Behjati Z, Naseri M. Relationship between social support and coping styles and resiliency in adolescents. *J Appl Psychol* 2012;5(4):108-23. [Link](#)
 22. Snyder CR, Ilardi SS, Cheavens J, Michael ST, Yamhure L, Simpson S. The role of hope in cognitive-behavior therapies. *Cogn Ther Res* 2000;24(6):747-62. [Link](#)
 23. Ghobari BB, Salimi M, Salianni L, Nouri MS. Spiritual intelligence. *Andishe-E-Novin-E-Dini* 2007;3(10):125-47. (In Persian) [Link](#)
 24. Ghorbani Z. Snyder's hope questionnaire. Tehran: Azmoon Yar Pouya Institute; 2009. (In Persian)
 25. Ghorbani Z. Connor and Davidson resilience scale (CD-RISC). Tehran: Azmoon Yar Pouya Institute; 2012. (In Persian)
 26. Siebert A. How to develop resiliency strengths. Available at: URL: www.resiliencycenter.com; 2007. [Link](#)
 27. Staats S. Hope: expected positive affect in an adult sample. *J Gen Psychol* 1987;148(3):357-64. [Link](#)