

ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای در افراد دچار هیپرتانسیون اساسی

مجید محمود علیلو: گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز: نویسنده رابط

E-mail: M_Aliloo@yahoo.com

عباس بخشی پور رودسری: گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز

معصومه اسماعیلی: گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز

مهرنوش طوفان تیریزی: گروه بیماریهای قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دریافت: ۸۷/۷/۳، پذیرش: ۸۷/۱۲/۵

چکیده

زمینه و اهداف: بیماری هیپرتانسیون اساسی، اختلالی روانی- فیزیولوژیک است که علاوه بر عوامل زیستی و خطر ساز جسمی به عنوان فرایند فیزیوپاتولوژیک، عوامل روانشناختی مانند وقایع تنش زا، ویژگی‌های شخصیتی و تدابیر مقابله‌ای در بروز و تشدید آن نقش بسزایی دارد. به همین منظور، پژوهش حاضر به بررسی ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای افراد دچار فشارخون اساسی در مقایسه با افراد سالم می‌پردازد.

روش بررسی: در این پژوهش، تعداد ۵۰ نفر از بیماران دچار فشارخون اساسی (۲۲ مرد و ۲۸ زن) و ۵۰ نفر از افراد سالم (۲۰ مرد و ۳۰ زن) از طریق هم‌تاسازی با گروه بیمار انتخاب شدند. سپس پرسشنامه‌های شخصیت آیزنک و راهکارهای مقابله‌ای، بر روی گروه‌های مورد مطالعه اجرا شد.

یافته‌ها: بررسی نتایج بدست آمده نشان داد که بیماران مبتلا به فشارخون اساسی از لحاظ ویژگی‌های شخصیتی نوروزگرایی و سایکوزگرایی تفاوت معناداری ($P < 0/000$) با گروه سالم دارند. همچنین در سبک مقابله‌ای هیجان مدار بین دو گروه تفاوت وجود دارد ($f=31, P < 0/001$) اما در سبک مقابله‌ای مسئله مدار بین آن‌ها تفاوتی یافت نشد ($f=0/515, P < 0/47$). در پژوهش حاضر نقش جنسیت نیز در ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که بین ویژگی‌های شخصیتی برون‌گرایی و سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار و مسئله مدار بین دو گروه زنان و مردان بیمار تفاوت معنی داری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که افراد مبتلا به فشارخون اساسی افرادی مضطرب، نگران، خشن و پرخاشگر و آماده ابتلا به افسردگی هستند و در مقابله با مشکلات بیشتر از سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار نسبت به افراد سالم استفاده می‌کنند.

کلید واژه‌ها: بیماری فشارخون اساسی، ویژگی‌های شخصیتی، سبک مقابله هیجان مدار و مسئله مدار

مقدمه

در اثر این بیماری می‌میرند و میلیون‌ها نفر به خاطر بیماری‌های به وجود آمده از این وضعیت، از جمله: تصلب شریانه‌ها، حملات قلبی و سکته، دچار مشکلات جدی می‌شوند. بیماری پرفشاری خون در جامعه ایرانی حدود ۱۱ درصد شیوع دارد (۳). با وجود این‌که تشخیص و درمان بالا بودن فشارخون سریع می‌باشد ولی علت یا علل آن هنوز به خوبی شناخته نشده است. در بیشتر افراد، دلیل بالا بودن فشارخون به سادگی قابل توجه نمی‌باشد اما در عده کمی

هیپرتانسیون را می‌توان یکی از بیماری‌های عصر حاضر قلمداد نمود، عصری که شرایط محیطی مناسبی را برای بروز فشارهای روانی و جسمی به وجود آورده است. فشارخون بالا یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن می‌باشد که جمع کثیری را گرفتار ساخته و یکی از جدی‌ترین اختلالات روانی فیزیولوژیکی است که افکار زیادی را به خود جلب نموده است (۱). برآورد شده است ۴۳ میلیون نفر در ایالات متحده دچار فشارخون بالا هستند (۲). سالانه ده‌ها هزار نفر مستقیماً

به اعتقاد Jang و همکاران (۱۱)، یک اصل مهم برای درک تفاوت‌های فردی در آسیب‌پذیری به مشکلات جسمی و ذهنی، سبک مقابله فرد در برابر مشکلات است. مهارت مقابله با استرس شیوه‌ای چند مرحله‌ای است که فرد را قادر می‌سازد با به کار بردن آن مراحل، مدیریت موقعیت تنش‌زا را بر عهده بگیرد. نتایج بدست آمده از پژوهش‌های متعدد، حاکی از آن است که متعاقب یک رویداد فشارزا، بیماری به وقوع می‌پیوندد. هرچند در مورد همه آزمودنی‌ها مشاهده نمی‌شود، ولی به طور کلی افرادی که منابع مقابله ضعیف و ناکارآمد در مواجهه با فشار روانی دارند، بیشتر احتمال بروز بیماری در آنان وجود دارد. پژوهش‌های انجام شده در افراد مبتلا به فشارخون اساسی نشان می‌دهد که این افراد در برابر مشکلات بیشتر از سبک‌های بازداری هیجانی انکار و سرکوب استفاده می‌کنند (۱۲ و ۱۳). این راهبردها نه تنها در تغییر موقعیت مشکل‌زا نقش ندارند بلکه ممکن است به طولانی شدن آن منجر شوند که به تداوم نشانه‌های بیماری دامن می‌زند. بنابراین زمانی که فرد تحت استرس قرار می‌گیرد، باید مهارت‌های مقابله‌ای لازم را داشته باشد تا بدین وسیله بتواند اثرات استرس را بر جسم و روان کاهش دهد. چنانچه استرس مدیریت شود و مهارت مقابله‌ای موثر موجود باشد، قطعاً فرد بهتر قادر خواهد بود تا با نیازها و چالش‌های زندگی مقابله کند و اثرات مخرب استرس را بر جسم و روان خویش مهار کند. بنابراین با توجه به این‌که افزایش فشارخون مهمترین مساله بهداشت عمومی در کشورهای مختلف جهان است که در صورت عدم درمان منجر به عوارض کشنده می‌شود و از آنجا که شناخت علل موثر در ایجاد آن، مقدم بر درمان موثر است و در این مورد خصوصاً در کشور ما تحقیقات اندکی صورت گرفته است، در تحقیق حاضر سعی خواهد شد عوامل روانشناختی موثر از جمله ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای که ممکن است در ایجاد این بیماری نقش داشته باشند، بررسی شده و این خصوصیات با افراد سالم مقایسه شود و نقش عوامل مذکور در ایجاد این بیماری مشخص گردد.

مواد و روش‌ها

در این پژوهش ۵۰ نفر (۲۸ زن و ۲۲ مرد) مبتلا به فشارخون اساسی و ۵۰ نفر (۳۰ زن و ۲۰ مرد) از افراد سالم مورد مطالعه قرار گرفتند. نمونه مبتلا به فشارخون اساسی از بین افرادی که به مطب و درمانگاه شهید مدنی مراجعه کرده و بنا به تشخیص پزشک معالج مبتلا به هیپرتانسیون اولیه بودند، انتخاب شدند و نمونه سالم از بین همراهان بیمار و کارمندان دانشگاه انتخاب شدند. این افراد از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی با نمونه‌ی بیمار هم‌تا شدند. نمونه مورد بررسی به علت محدودیت در نمونه‌گیری از بیماران مبتلا به فشارخون

(شاید به نسبت ۱ تا ۵ درصد از مبتلایان) ممکن است یک علت مشخص شود. هیپرتانسیون که عامل آن قابل تشخیص نباشد به عنوان هیپرتانسیون اولیه (اساسی) شناخته می‌شود. اگرچه فشارخون اساسی علت شناخته شده‌ای ندارد، به نظر می‌رسد از شایعترین اختلالاتی است که تحت تاثیر استرس بوده و تمایل به مزمن شدن دارد. به عبارت دیگر اگرچه به نقش عواملی مانند ژنتیک، رژیم غذایی از جمله سطوح بالای نمک و کمبود پتاسیم، درجه غلظت چربی‌های اشباع شده، کلسترول، تری‌گلیسیرید، سطوح پائین مواد معدنی در بروز فشارخون بالا اشاره شده است، با این حال علیرغم اطلاعات حاصله از نحوه افزایش فشارخون، استرس‌ورهای روانشناختی به عنوان مهمترین علت مطرح می‌باشند (۴). نکته‌ای که از اهمیت خاصی برخوردار است این است که هرچند وقایع تنش‌زا و استرس‌های ناشی از آن به عنوان علت بیماری مذکور در نظر گرفته شده است، مهمتر از آن ویژگی‌های شخصیتی و نحوه‌ی مقابله افراد با چالش‌های زندگی می‌باشد. شواهدی وجود دارد که یک سنخ شخصیتی روانی خاص، به طرز خاصی مستعد ابتلا به فشارخون اساسی است. Irvine و همکاران در پژوهشی بر روی افرادی که از وضعیت افزایش فشارخون خود آگاه بودند، نشان دادند که این افراد نسبت به افراد غیر فشارخونی و یا بی اطلاع از وضعیت فشارخونشان، افرادی مضطرب، نگران، تحریک‌پذیر و به طور کلی دارای ویژگی شخصیتی نوروگرایبی بودند. آن‌ها همچنین نمرات بالاتری را در حالت خشم و خشم سرکوب شده نسبت به افراد غیر فشارخونی کسب کردند (۵). در تایید این یافته، Player و همکاران، سطح بالایی از خشم و خصومت را در افراد دچار فشارخون گزارش دادند و آن را یک عامل خطر برای پیشروی به فشارخون بالا ذکر کردند. آن‌ها همچنین استرس طولانی مدت را با افزایش در فشارخون و شیوع بیماری‌های کرونری قلب مرتبط دانستند (۶). پژوهش‌های انجام شده توسط Kesler و همکاران (۷) و Leclerc و همکاران (۸) نیز از این یافته‌ها حمایت می‌کنند. اگرچه اکثر تحقیقات از وجود رابطه بین متغیرهای روانشناختی مانند الگوهای شخصیتی و فشارخون حمایت می‌کنند اما تعدادی از تحقیقات این رابطه را نقض می‌کنند. از جمله این تحقیقات می‌توان به پژوهش Fredman و همکاران (۹) اشاره کرد. آن‌ها نشان دادند که هیچ اختلافی بین بیماران مبتلا به پرفشاری خون و غیر مبتلا از نظر الگوی شخصیتی، ویژگی‌های عصبانیت و نحوه بروز آن، اضطراب و روش‌های زندگی، فقدان کنترل و سبک‌های اسنادی وجود ندارد. آن‌ها فاکتورهای موقعیتی و بیولوژیکی را از شاخص‌های اولیه در ایجاد پرفشاری خون دانستند. همچنین در پژوهش انجام شده توسط Lee و همکاران (۱۰)، نشان داده شد که ارتباطی بین تیپ شخصیتی و پرفشاری خون وجود ندارد. از طرف دیگر

برای بررسی ویژگی‌های شخصیتی در دو گروه بیمار و سالم از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. برای این منظور میانگین گروه بیمار با سالم مورد مقایسه قرار گرفت. همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، نتایج نشان داد که بین بیماران پرفشاری خون و افراد سالم، از نظر ویژگی شخصیتی نوروگرایی و سایکوزگرایی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/000$). اما بین دو گروه در بعد شخصیتی برون‌گرایی با مقدار $F=2/44$ ، درجه آزادی ۱ و ۹۸ و $P < 0/121$ ، تفاوت معنادار وجود ندارد. از طرف دیگر، ویژگی‌های شخصیتی زنان و مردان دچار فشارخون اساسی نیز مورد مقایسه قرار گرفت. جدول شماره ۳ میانگین و انحراف معیار گروهها را در متغیرهای شخصیتی و سبک مقابله نشان می‌دهد. همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، نتایج نشان داد که بین زنان و مردان مبتلا به هیپرتانسیون اساسی در بعد شخصیتی برون‌گرایی تفاوت وجود دارد و با توجه به میانگین نمرات زنان برون‌گراتر از مردان دچار هیپرتانسیون هستند. اما در بعد شخصیتی نوروگرایی و سایکوزگرایی بین دو گروه تفاوتی یافت نشد.

برای بررسی سبک‌های مقابله‌ای در افراد دارای فشارخون اساسی در مقایسه با افراد سالم نیز از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، نتایج نشان داد که بین سبک مقابله هیجان‌مدار در دو گروه بیمار و سالم با مقدار $F=31$ ، درجه آزادی ۱ و ۹۸ و $P < 0/001$ تفاوت معنادار وجود دارد. اما در سبک مقابله مسئله‌مدار بین دو گروه تفاوت معنی دار نیست. از طرف دیگر جدول (۶)، تفاوت بین زنان و مردان دچار هیپرتانسیون را در سبک‌های مقابله‌ای نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود بین دو گروه در سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار و مسئله-مدار تفاوت وجود دارد و با توجه به میانگین نمرات زنان بیشتر از سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار و مردان از سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار استفاده می‌کنند.

اساسی با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. به منظور گردآوری اطلاعات از دو آزمون استفاده شد: پرسشنامه تجدید نظر شده شخصیت آیزنک (EPQ-R)، که یک پرسشنامه خودسنجی ۱۰۶ سئوالی است که برای سنجش ابعاد نوروگرایی (N)، برون‌گرایی (E) و روان‌پریش‌گرایی (P) به کار می‌رود. آیزنک و همکاران، ضریب پایایی ۰/۹۰ در مردان و ۰/۸۰ در زنان را برای مقیاس E (برون‌گرایی)، ۰/۷۸ در مردان و ۰/۷۶ در زنان را برای مقیاس P (روان‌پریش‌گرایی)، ۰/۸۸ در مردان و ۰/۸۵ در زنان را برای مقیاس N (نوروگرایی) گزارش کرده‌اند. کاپوانی (۱۴) در پژوهش خود بر روی دو گروه از آزمودنی‌های شیرازی و تهرانی ضریب پایایی آزمون تجدیدنظر شده آیزنک را با استفاده از روش بازآزمایی برای مقیاس‌های برون‌گرایی، نوروگرایی و روان‌پریش‌گرایی به ترتیب برابر با ۰/۹۲، ۰/۸۹ و ۰/۷۲ بدست آورد. ابزار بعدی پژوهش، پرسشنامه راه‌های مقابله‌ای بود که توسط فولکمن و لازاروس در سال ۱۹۸۴ تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۶۶ ماده است که دو روش مقابله مسئله‌محور و هیجان‌محور را اندازه‌گیری می‌کند. لازاروس ثبات درونی ۰/۷۹ تا ۰/۶۶ را برای هر یک از روش‌های مقابله‌ای گزارش کرده است (۱۵). ابتدا گروه بیماران در مطب پزشک و درمانگاه شهید مدنی شهر تبریز بر اساس تشخیص پزشک معالج انتخاب و سپس در مورد هدف پژوهش اطلاعاتی به آن‌ها داده شد و پس از جلب رضایت بیمار، پرسشنامه‌ها در اختیار آن‌ها قرار گرفت تا اقدام به تکمیل آن نمایند. سپس نمرات افراد در هر دو پرسشنامه محاسبه و با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در جدول ۱ خلاصه‌ای از یافته‌های توصیفی مربوط به ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای در دو گروه بیماران پرفشاری خون و افراد سالم ارائه شده است.

جدول ۱: یافته‌های توصیفی ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای در دو گروه بیماران مبتلا به هیپرتانسیون اساسی و افراد سالم

متغیر	عامل	گروه	میانگین	انحراف معیار
ویژگی شخصیتی	نوروگرایی برونگرایی پسیکوزگرایی	بیمار	۱۷/۶۶	۳/۹
		سالم	۱۳/۰۸	۳/۳۵
		بیمار	۱۳/۷۸	۳/۶۷
		سالم	۱۴/۹۸	۴
		بیمار	۵/۶	۲/۰۶
		سالم	۴/۱۸	۰/۸۲
سبک مقابله‌ای	مسئله‌مدار هیجان‌مدار	بیمار	۴۳/۵۰	۹/۵۰
		سالم	۴۴/۷۰	۷/۰۴
		بیمار	۴۲/۱۲	۸/۱۳
		سالم	۳۳/۵۶	۷/۲۲

۶۴ / ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره برای ویژگی‌های شخصیتی در دو گروه بیمار و سالم

منبع	مقیاس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه	نوروزگرایی	۵۲۴/۴۱	۱	۵۲۴/۴۱	۳۹/۵۶	۰/۰۰۰
	برون‌گرایی	۳۶	۱	۳۶	۲/۴۴	۰/۱۲۱
	سایکوزگرایی	۵۰/۴۱	۱	۵۰/۴۱	۲۰/۴۷	۰/۰۰۰
خطا	نوروزگرایی	۱۲۹۸/۱۰	۹۸	۱۳/۲۵		
	برون‌گرایی	۱۴۴۵/۵۶	۹۸	۱۴/۷۵		
	سایکوزگرایی	۲۴۱/۳۸	۹۸	۲/۴۶		

جدول ۳: یافته‌های توصیفی ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای در دو گروه زنان و مردان مبتلا به هیپرتانسیون اساسی

متغیر	عامل	گروه	میانگین	انحراف معیار
ویژگی شخصیتی	نوروزگرایی برون‌گرایی سایکوزگرایی	زن	۱۷/۷۱	۴/۱۷
		مرد	۱۷/۵۹	۳/۶۲
		زن	۱۴/۸۹	۳/۲۲
		مرد	۱۲/۳۶	۳/۷۷
		زن	۵/۵	۲/۰۴
		مرد	۵/۷۳	۲/۱۲
سبک مقابله‌ای	مسئله‌مدار هیجان‌مدار	زن	۳۶/۷۱	۷/۰۳
		مرد	۵۲/۱۴	۲/۷۵
		زن	۴۶/۷۵	۶/۵۴
		مرد	۳۶/۲۳	۵/۸۵

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره برای ویژگی‌های شخصیتی در زنان و مردان بیمار

منبع	مقیاس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه	نوروزگرایی	۰/۱۹	۱	۰/۱۹	۰/۰۱۲	۰/۹۱
	برون‌گرایی	۷۸/۸۱	۱	۷۸/۸۱	۶/۵۳	۰/۰۱
	سایکوزگرایی	۰/۶۴	۱	۰/۶۴	۰/۱۵	۰/۷
خطا	نوروزگرایی	۷۴۵/۰۳	۴۸	۱۵/۵۲		
	برون‌گرایی	۵۷۹/۷۷	۴۸	۱۲/۰۸		
	سایکوزگرایی	۲۰۷/۳۶	۴۸	۴/۳۲		

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره برای سبک‌های مقابله‌ای در دو گروه بیمار و سالم

منبع	مقیاس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه	مسئله‌مدار	۳۶	۱	۳۶	۰/۵۱۵	۰/۴۷۵
	هیجان‌مدار	۱۸۳۱/۸۴	۱	۱۸۳۱/۸۴	۳۱	۰/۰۰۰
خطا	مسئله‌مدار	۶۸۵۵	۹۸	۶۹/۹۵		
	هیجان‌مدار	۵۷۸۹/۶	۹۸	۵۹/۰۸		

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره برای سبک‌های مقابله‌ای در زنان و مردان بیمار

منبع	مقیاس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه	مسئله‌مدار	۲۹۳/۱۹	۱	۲۹۳/۱۹	۱۴/۱۲	۰/۰۰۰
	هیجان‌مدار	۱۳۶۴/۱۷	۱	۱۳۶۴/۱۷	۳۴/۹۶	۰/۰۰۰
خطا	مسئله‌مدار	۱۴۹۴/۳۰	۴۸	۳۱/۱۳		
	هیجان‌مدار	۱۸۷۳/۱۱	۴۸	۳۹/۰۲		

بحث

این وضعیت باعث اختلال در انسجام فکری و آشفتگی هیجانی می‌شود و سلامت جسمی آن‌ها را کاهش می‌دهد.

نتیجه‌گیری

پژوهشگران در فرایند فشار روانی و بیماری به عوامل مداخله‌گر متعددی مانند ویژگی‌های شخصیتی، میزان وقایع فشارزای زندگی، چگونگی تعبیر و تفسیر افراد از این وقایع و روش‌های مقابله با آن اشاره کرده‌اند. این‌ها عواملی هستند که می‌توانند هم فشار روانی را ایجاد و تشدید کنند که پیامد آن بیماری خواهد بود و هم قادرند فشار روانی را تخفیف یا حذف نمایند که منجر به تطابق بهتر با رویدادها و نهایتاً سلامت روانی می‌شود. بنابراین با توجه به نتایج پژوهش حاضر و پژوهش‌های روانشناختی صورت گرفته در مورد بیماران مبتلا به هیپرتانسیون اساسی، می‌توان بیان کرد که عوامل روانشناختی بسیاری مانند ویژگی‌های شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای هم در بروز و هم در وخامت این بیماری دخیل هستند. از این رو نتایج پژوهش حاضر در عرصه‌های گوناگون می‌تواند به کار گرفته شود. از یک سو رسانه‌های گروهی در سطح پیشگیری اولیه، از طریق آگاه کردن مردم در مورد این بیماری و عوارض کشنده آن و نقش عوامل روانشناختی در بروز و تشدید آن، به شناخت بیشتر این بیماری کمک می‌کنند. از طرف دیگر پزشکان با در نظر گرفتن اینکه عوامل شخصیتی و همچنین راهکارهای مقابله‌ای ناکارآمد در این بیماران وجود دارد که با آسیب پذیری آن‌ها به بیماری هیپرتانسیون اساسی مرتبط است، مشاوره با روانشناس را به این افراد توصیه می‌کند. روانشناسان نیز با مشاوره و همچنین استفاده از روش‌هایی مانند Relaxation به کاهش استرس و فشارهای عصبی این افراد کمک می‌کنند و به کمک آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، راهکارهای مقابله‌ای کارآمدتری را به این افراد می‌آموزند تا بهتر بتوانند موقعیت‌های فشارزای زندگی را کنترل کرده و در نتیجه دچار استرس و اضطراب و به تبع آن بیماری فشارخون بالا نشوند.

در تایید یافته اول پژوهش، مبنی بر این‌که بین ویژگی شخصیتی افراد مبتلا به هیپرتانسیون اساسی با افراد سالم تفاوت وجود دارد، با نتایج یافته Irvine و همکاران (۵)، که نشان دادند، افراد مبتلا به هیپرتانسیون نمرات بالاتری را در ویژگی‌های شخصیتی نوروزگرایی، اضطراب حالتی و موقعیتی، رفتار تیپ A و حالت خشم بدست می‌آورند، همچنین با نتایج پژوهش‌های Kesler و همکاران (۷)، Leclerc و همکاران (۸) و Player و همکاران (۶) همسو است. بنابراین بر اساس مطالعات انجام شده و پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه گرفت که افراد مبتلا به هیپرتانسیون اساسی در مقایسه با افراد سالم، میزان بالاتری از اضطراب را نشان می‌دهند، نشانگان افسردگی در این افراد بیشتر مشاهده می‌شود، تحریک پذیرتر هستند و در برابر مسائل مختلف بیشتر عصبی می‌شوند.

از طرف دیگر یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که بین سبک‌های مقابله‌ای افراد دارای فشارخون اساسی با افراد سالم تفاوت وجود دارد. به این صورت که افراد دچار هیپرتانسیون بیشتر از سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار در برابر مشکلات استفاده می‌کنند که نتایج این یافته با بررسی‌های Miller و همکاران (۱۲)، Clark (۱۳) و Davies (۱۶) همسو است. به این صورت که افراد مبتلا به فشارخون بالا، هنگامیکه در یک موقعیت فشارزا قرار می‌گیرند، ممکن است از رویکردهای هیجان‌مدار مانند دوری کردن از منبع ایجاد کننده مشکل و یا اجتناب از این منبع در جهت کاهش اهمیت آن و یا انجام دادن کارهایی مانند ورزش یا تماشای تلویزیون که حواسشان را از مشکل پرت می‌کند، استفاده کنند. همچنین این افراد، از بروز احساسات خود در هنگام برخورد با منبع ایجاد کننده مشکل ممانعت می‌کنند. مقابله هیجان‌مدار به عنوان راهبردی کوتاه مدت، کارآمد شناخته می‌شود، اما در دراز مدت مانع سازش روانشناختی می‌شود و نشانه‌های درماندگی را افزایش می‌دهد. به عبارتی، استفاده از این راهبردها توسط افراد دچار هیپرتانسیون، آن‌ها را از درگیری مستقیم و موثر با مشکل باز می‌دارد و توانمندی آن‌ها را برای حل مشکل کاهش می‌دهد.

References:

1. Rahbar k. *Introduction to Essential Hypertension*. Tehran , Chehr Pub, 1991; PP:25. (Persian)
2. Yan LL, Liu k, Matthews KA, Daviglus ML. Psychosocial factors and risk of hypertension: The coronaey artery risk development in young adults study. *American Medical Association* 2003; **290** (16): 2138-2148.
3. Ranjbar F, Akbarzade F, khaneshi M. The study of type A personality in essential Hypertension patients. *Medical Journal of Kordestan University of Medical Sciences* 2006; **11**: 26-31.
4. Mayer RG, Salmon P. *Abnormal Psychology*. USA, Allyn and Bacon Inc, 1988; PP: 33-38.
5. Irvine MJ, Garner DM, Olmsted MP, Logan AG. Personality differences between hypertension and

- normotensive individuals: influence of knowledge of hypertension status. *American Psychosomatic Society* 1989; 51(5): 537-549.
6. Player MS, King DE, Mainous AG, Geesey ME. Psychological factor and progression from prehypertension to hypertension or coronary heart disease. *Annals of Family Medicine* 2007; 5: 403-411.
 7. Kesler A, Mosek A, Fithlicher N, Gidron Y. Psychological correlates of idiopathic intracranial hypertension. *Journal of Hypertension* 2005; 7: 627-630.
 8. Leclerc J, Rahn M, Linden W. Does personality predict blood pressure over a 10 year period? *Personality and Individual Differences* 2006; 40(6): 1313-1321.
 9. Fredman R, Schwartz JE, Schnal PL, Landsbergis PA. Psychological variables hypertension: Relationship to casual or ambulatory blood pressure in men. *American Psychosomatic Society* 2001; 63: 19-31.
 10. Lee DJ, Gomez MO, Prineas PJ. Type a behavior pattern and change in blood pressure from childhood to adolescence. *Journal of Epidemiol* 1996; 143: 63-72.
 11. Jang KL, Thordarson DS, Stein MB, Chhan SL, Taylor S. Coping styles and personality: A biometric analysis: *Anxiety, Stress and Coping* 2007; 20(1): 17-24.
 12. Miller SM, Leinbach A, Brody DS. Coping style in hypertension patients: Nature and consequences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002; 37: 17-26.
 13. Clark R. Parental history of hypertension and coping responses predict blood pressure changes in black college volunteers undergoing a speaking task about perception of racism. *American Psychosomatic Society* 2003; 65: 564-570.
 14. Kaviani H. *Biological Theory of Personality*. Tehran, Sana Pub, 2003; PP:68-72.(Persian)
 15. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York, Springer, 1984; PP: 1-11.
 16. Davies MH. Is high blood pressure a psychosomatic disorder? *Journal of Chronic Disease* 1971; 34: 239-258.