



Predicting Psychological Wellbeing of Women with Hypertension Based on Perceived Stress with Mediating Role Cognitive Emotional Regulation

Asghar Jafari ^{1,*}, Zahra Dehghani Arani ²

¹ Assistant Professor of Psychology, University of Kashan, Kashan, Iran

² MSc in psychology, Islamic Azad University, Branch of Badroud, Badroud, Iran

* **Corresponding author:** Asghar Jafari, Assistant Professor of Psychology, University of Kashan, Kashan, Iran.

E-mail: As_Jafari@sbu.ac.ir

Received: 23 Jan 2019

Accepted: 15 May 2019

Abstract

Introduction: People with hypertension, usually have high stress. For this reason, reduce their psychological wellbeing. According to emotional regulation strategies, differ the effect of stress on psychological wellbeing. Present study aimed to predict psychological wellbeing of women with hypertension based on Perceived stress with mediating role cognitive emotional regulation.

Methods: Methodology was correlation. Population was women with hypertension (equal or upper >140.90) referring to health center of Aran and Bidgol in Kashan in 2018. 120 participants selected by simple random sampling and completed questionnaires of Ryff, s (1980) psychological wellbeing, Cohen, s (1983) Perceived stress and Garenfesi, et al, s (2001) cognitive emotional regulation. Data were analyzed by tests of Pearson's correlation and hierarchy regression.

Results: There is a negative and significant relationship between Perceived stress, negative strategies of emotional regulation and psychological wellbeing and a positive and significant relationship between positive strategies of emotional regulation and psychological wellbeing ($P < 0.01$). The results of hierarchy regression showed that positive and negative strategies of emotional regulation partially and significantly mediate on the relationship between Perceived stress and psychological wellbeing ($P < 0.01$).

Conclusions: Positive and negative strategies of emotional regulation effect the role of Perceived stress on psychological wellbeing of women with hypertension, but this effect is not complete. In order to promote psychological wellbeing of women with hypertension, it may be useful to pay attention to Perceived stress and encourage women with hypertension to use positive strategies of emotional regulation.

Keywords: Hypertension, Stress, Emotional Regulation, Mental Health



پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی زنان با پرفشاری خون بر اساس استرس ادراک شده با نقش واسطه‌ای تنظیم شناختی هیجان

اصغر جعفری^{۱*}، زهرا دهقانی آرانی^۲

^۱ استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

^۲ کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بادرود، بادرود، ایران

* نویسنده مسئول: اصغر جعفری، استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران. ایمیل: As_Jafari@sbu.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۱/۰۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۲/۲۵

چکیده

مقدمه: افراد با پرفشاری خون، معمولا استرس بالایی دارند به این دلیل بهزیستی روان‌شناختی آنان کاهش می‌یابد. با توجه به راهبردهای تنظیم هیجان، تاثیر استرس بر بهزیستی روان‌شناختی متفاوت است. پژوهش حاضر به منظور پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی زنان با پرفشاری خون بر اساس استرس ادراک شده با نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان انجام شد.

روش کار: روش پژوهش همبستگی بود. جامعه آماری زنان با پرفشاری خون بودند (مساوی یا بیشتر از ۱۴۰/۹۰) که به مرکز بهداشت شهر آران و بیدگل در کاشان مراجعه کردند. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده ۱۲۰ شرکت‌کننده انتخاب شدند و پرسشنامه‌های بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۰)، استرس ادراک شده کوهن (۱۹۸۳) و تنظیم‌شناختی هیجان گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) را تکمیل کردند. داده‌ها با آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری به شیوه سلسله مراتبی تحلیل شدند.

یافته‌ها: بین استرس ادراک شده، راهبردهای منفی تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی رابطه معکوس و معنادار و بین راهبردهای مثبت تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی رابطه مستقیم و معنادار وجود دارد ($P < 0/01$). نتایج تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی نشان داد که راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان در رابطه بین استرس و بهزیستی روان‌شناختی نقش واسطه‌ای جزئی و معنادار دارند ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان بر نقش استرس در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی زنان با پرفشاری خون تاثیر دارد اما این تاثیر کامل نیست. به منظور ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی زنان با پرفشاری خون، علاوه بر توجه به استرس، لازم است زمینه به کارگیری راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی برای زنان با پرفشاری خون فراهم شود.

واژگان کلیدی: پرفشاری خون، استرس، تنظیم هیجان، سلامت روانی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

پرفشاری خون فقط مربوط به زمانی نیست که فرد احساس فشار یا تنش می‌کند، بلکه افراد آرمیده هم ممکن است مبتلا به پرفشاری خون باشند. این بیماری در میلیون‌ها نفر به طور پنهان وجود دارد [۴]. پرفشاری خون علاوه بر خطر بیماری‌های قلبی-عروقی، احتمال سکتة مغزی ایسکمیک و هموراژیک و نارسایی کلیه را دو برابر می‌کند [۵]. از آن جایی که عوامل ژنتیکی، محیطی، روانی-اجتماعی در ایجاد پرفشاری خون نقش دارند، باعث کاهش بهزیستی روان‌شناختی افراد می‌گردد [۶]. بهزیستی روان‌شناختی (psychological well-being) حسی از سلامت است که آگاهی کامل از تمامیت و یکپارچگی در تمام جنبه‌های فرد را شامل می‌شود [۷]. بهزیستی روان‌شناختی هم

پرفشاری خون (hypertension)، نشانگانی است که به لحاظ بالینی، پرفشاری خون سرخرگی فرد بیش از ۱۴۰/۹۰ باشد. تقریبا بیش از ۲۵ تا ۳۰ درصد از جمعیت کشورهای غربی دچار پرفشاری خون هستند [۱]. از میان بیماری‌های مزمن، پرفشاری خون نمود بیرونی ندارد و ممکن است سال‌ها بدون آن که فرد خبر داشته باشد، فشارخونش بالا باشد، به این جهت این بیماری را قاتل پنهانی نامیده‌اند [۲]. در فرآیند تشخیص، ارزیابی و درمان مشخص شده است که پرفشاری خون مهم‌ترین عامل خطر برای ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی است [۳] و گستردگی رابطه پرفشاری خون با سایر بیماری‌ها باعث بروز نگرانی‌ها و کاهش کیفیت زندگی افراد مبتلا به پرفشاری خون شده است.

تنظیم هیجان‌ها می‌تواند عامل بسیار مهمی در تعیین تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی آنان باشد [۲۱]. تنظیم هیجانی (emotional regulation)، شامل گستره‌ای از راهبردهای شناختی-رفتاری هشیار و ناهشیار است که برای کاهش، حفظ یا افزایش هیجان صورت می‌گیرد [۲۲]. متداول‌ترین این راهبردها، تنظیم هیجان با استفاده از راهبردهای شناختی است. فرآیندهای شناختی به بیماران کمک می‌کنند که هیجان‌ها و احساس‌های خود را تنظیم نموده، بوسیله شدت هیجان‌ها و استرس‌های روزمره مغلوب نشوند و از این رو بهزیستی روانی خود را بهبود بخشند [۲۳].

در همین راستا گارنفسکی، کریچ، اسپروورز، آرینک، ون در هیجدن و همکاران (Garnefski, Kraaij, Schroevers, Aarnink, Van der Heijden, Van & et al) نه راهبرد متفاوت تنظیم شناختی هیجان را تحت عنوان راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان معرفی کرده‌اند [۲۴]. افرادی که از راهبرد تنظیم هیجانی ارزیابی مجدد استفاده می‌کنند، تاب‌آوری بیشتری در برابر استرس دارند [۲۳]. ارزیابی مجدد شناختی به عنوان یک راهبرد انطباقی، تأثیر مستقیمی بر ارزیابی‌ها می‌گذارند، در نتیجه فرد می‌تواند با بهره‌گیری از آن، برای بهبود عملکرد، واکنش هیجانی خود به رویدادهای استرس‌زا را تغییر دهند [۲۵]. استفاده از راهبرد ارزیابی مجدد مثبت، علاوه بر کاهش هیجان‌های منفی اعم از خشم، اضطراب و افسردگی منجر به افزایش بهزیستی روان‌شناختی می‌گردد [۲۶]. راهبردهای تمرکز و ارزیابی مجدد مثبت، پیش‌بین‌های مستقیم و فاجعه‌آمیز پنداری و سرزنش خود، پیش‌بین‌های معکوس سلامت عمومی هستند. استفاده از راهبردهای منفی تنظیم هیجان با مشکلات سلامت روانی رابطه دارد و افزایش هیجان‌های منفی موجب بروز بیماری‌های قلبی-عروقی و پرفشاری خون می‌شود [۱۶]. راهبردهای منفی سرزنش خود، نشخوار ذهنی و فاجعه‌آمیز پنداری همبستگی نیرومندی با هیجان‌های منفی اعم از افسردگی، اضطراب، استرس و خشم دارند [۲۷]. و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان از قبیل نشخوار ذهنی، سرزنش خود و فاجعه‌سازی با شدت علائم استرس، افسردگی و اضطراب رابطه دارد [۲۸]. نتایج پژوهش‌ها نشان دادند که استرس مداوم باعث آسیب پذیری بیشتر و بیماری‌های درونی از جمله پرفشاری خون می‌شود. همان‌طوری که تخمین زده شده، عامل ۵۰ تا ۸۰ درصد بیماری‌ها استرس است [۲۹]. نتایج پژوهش شهبازی نشان داد که سبک مقابله با استرس در زنان و مردان متفاوت است و زنان بیشتر از سبک مقابله ای هیجان مدار استفاده می‌کنند [۳۰]. لذا با توجه به شیوع فشار خون بالا در مردان ۲۹ درصد و در زنان ۳۴/۸ درصد و نگرانی در مورد خطرات بیماری فشار خون بالا و نقش آن به عنوان مهمترین عامل خطر قابل کنترل بیماری‌های قلب و عروق [۳۱]. انجام پژوهش حاضر ضرورت دارد. از این رو پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بر اساس استرس ادراک‌شده با نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در زنان با پرفشاری خون انجام شد.

روش کار

شرکت‌کنندگان، کلیه زنان بالای ۳۰ سال با پرفشاری خون (معیار فشار خون سیستولیک بیشتر یا مساوی ۱۴۰ و فشار خون دیاستولی بیشتر یا مساوی ۹۰) بودند که در ۶ ماه اول سال ۱۳۹۷ به مرکز بهداشت

مؤلفه‌های عاطفی و هم مؤلفه‌های شناختی دارد. افراد دارای بهزیستی بالا، به طور عمده‌ای هیجان‌ات مثبت را تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند؛ در حالی که افراد دارای بهزیستی پایین، حوادث و موقعیت‌های زندگی‌شان را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و بیشتر هیجان‌ات منفی را تجربه می‌کنند [۸]. ریف شش مؤلفه خودپذیری، ارتباط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی و رشد شخصی را برای بهزیستی روان‌شناختی مطرح کرد. الزاماتی مانند خانواده، شرایط کاری و بازنشستگی می‌توانند منجر به استرس شوند. هرگاه الزامات وارده به اندازه‌ای باشند که بتوان با آن مقابله کرد، آنگاه استرس در زندگی به طور مؤثری مدیریت خواهد شد [۹]. افراد در شرایط بهزیستی روان‌شناختی بالا نه تنها احساس خوبی نسبت به خود دارند، بلکه احتمال ابتلا به بیماری‌های پرفشاری خون و عروق-کرونری قلب نیز در آنان کاهش می‌یابد [۱۰]. یکی از عواملی که در بهزیستی روان‌شناختی بیماران با پرفشاری خون بالا تأثیر دارد، استرس ادراک‌شده می‌باشد. استرس، پاسخ غیراختصاصی بدن به هرگونه فشار و تنش است که بر آن وارد می‌شود و می‌تواند بر سلامتی افراد تأثیرات منفی بگذارد. استرس بیش از حد باعث بیماری‌های روان‌تنی بسیاری از جمله سرطان، التهاب، آسم، بیماری‌های قلبی و غیره می‌شود. فشار روانی از طریق کاهش نفوسیت‌های T، کارایی دستگاه ایمنی را کاهش می‌دهد که در نتیجه در مقابل بیماری‌ها آسیب‌پذیرتر می‌شود. بین استرس و فشار خون رابطه وجود دارد. به این دلیل تأکید برنامه‌های درمانی از جمله ذهن‌آگاهی برای فشارخون بالا در ابتدا بر کاهش استرس افراد است [۱۱]. نتایج پژوهش دیگری نشان داد که تغییر فشار خون افراد در فرآیند انجام آزمایش بر روی استرس افزایش معناداری داشت و همبستگی بالایی بین تغییر سطح استرس افراد و فشار خون آنان مشاهده شد [۱۲]. از طرفی دیگر بین بهزیستی روان‌شناختی و فشار خون رابطه منفی و معناداری وجود دارد و استرس می‌تواند بخشی از بهزیستی روان‌شناختی افراد با فشار خون بالا را تبیین کند [۱۳]. استرس در زنانی که قدرت سازگاری هیجانی و رفتاری پایینی دارند آسیب‌های زیادی به بار می‌آورد [۱۴]. مانند این که فشار روانی و اضطراب باعث تحریک غده فوق کلیوی و تحریک سیستم سمپاتیک می‌گردد که در صورت تکرار و مزمن شدن، فرد دچار پرفشاری خون خواهد شد [۱۵]. یکی از عوامل شناختی که می‌تواند بر استرس ادراک‌شده (perceived stress) در زنان مبتلا به پرفشاری خون تأثیر بگذارد، تنظیم شناختی هیجان می‌باشد [۱۶]. افراد برای تنظیم هیجان‌ها از راهبردهای سازش‌یافته یا سازش‌نایافته متفاوتی استفاده می‌کنند [۱۷] که می‌توانند برانگیزاننده‌های هیجان را مهار کنند و بهزیستی روان‌شناختی آنها را افزایش دهند [۱۸]. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، به نحوه تفکر افراد پس از بروز یک تجربه منفی یا واقعه آسیب‌زا اطلاق می‌شود. افراد با پرفشاری خون بیشتر از راهبردهای غیرمؤثر تنظیم هیجان استفاده می‌کنند [۱۹] افراد در تعامل با استرس‌های زندگی از روش‌های مختلفی هیجان‌های خود را تنظیم می‌کنند که باعث کاهش استرس و اضطراب و بهبود سلامت روانی آنها می‌شود. تنظیم نامناسب هیجان‌های خشم و اضطراب، موجب بروز مشکلات قلبی-عروقی-معدده‌ای و روده‌ای می‌شود [۲۰]. از آنجایی که وقایع استرس‌زا، ذاتاً بار هیجانی ناخوشایندی دارند، توانایی افراد در

پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن: این پرسشنامه بوسیله (cohen) (۱۹۸۳) طراحی شده و میزان افکار و احساسات را در طول ماه گذشته بررسی می‌کند. در این پژوهش، از نسخه ۱۴ ماده‌ای آن استفاده شد. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت به صورت هرگز (۰)، تقریباً هرگز (۱)، گاهی اوقات (۲)، اغلب اوقات (۳) و بسیاری از اوقات (۴) است. ۷ سؤال به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. کمترین امتیاز، صفر و بیشترین نمره (۵۶) می‌باشد. نمره برش ۲۱/۸ نشان دهنده بیشترین استرس است. پایایی نسخه فارسی با روش همسانی‌درونی و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد [۳۵]. در پژوهش حاضر، ضریب اعتبار از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بدست آمد.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: نسخه اصلی این پرسشنامه توسط (Garnefski & et al) تهیه شده است [۲۴]. دارای ۳۶ سؤال و ۹ خرده‌مقیاس است که به دو دسته سازگارانه (مثبت) شامل تمرکز مجدد مثبت، تمرکز بر برنامه‌ریزی، پذیرش، دیدگاه‌گیری، و ناسازگارانه (منفی) شامل ملامت خویش، فاجعه‌سازی، نشخوار فکری، ملامت دیگران تقسیم می‌شوند. هر خرده‌مقیاس ۴ ماده دارد که براساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل از طریق جمع کردن نمره ماده‌ها به دست می‌آید. همسانی‌درونی سؤالات (دامنه آلفای کرونباخ ۰/۵۱ تا ۰/۹۶) خوبی دارد و ضرایب همبستگی بازآزمایی ۰/۵۱ تا ۰/۷۱ بیانگر اعتبار مناسب است [۳۶]. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ بدست آمد.

یافته‌ها

در این پژوهش داده‌های مربوط به ۱۲۰ شرکت‌کننده تحلیل آماری شدند که میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۴۱/۳ و انحراف معیار ۳/۶ بود. نتایج جدول ۱ میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی بین متغیرها را نشان می‌دهد.

شهر آران و بیدگل در کاشان مراجعه کردند. طبق آمار پرونده، تعدادشان ۱۵۶ نفر بودند. با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و طبق نظر هومن [۲۲] که در پژوهش همبستگی به ازاء هر متغیر ۳۰ آزمودنی انتخاب می‌شود، در پژوهش حاضر ۱۲۰ نفر انتخاب و به سؤالات پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. بنا به ملاحظات اخلاقی، اهداف پژوهش، محرمانه‌بودن نتایج و الزامی‌نبودن درج اطلاعات شخصی در پرسشنامه‌ها توضیح داده شد. ملاک‌های ورود و خروج شرکت‌کنندگان در پژوهش شامل موارد زیر بودند: زنان بالای ۳۰ سال با پرفشاری خون معیار فشار خون سیستمیک بیشتر یا مساوی ۱۴۰ و فشار خون دیاستولی بیشتر یا مساوی ۹۰، نداشتن سابقه بیماری جسمانی دیگر و یا اختلال روانی، نداشتن سابقه اعتیاد، در مرکز بهداشت شهر آران و بیدگل کاشان پرونده سلامت داشته باشد. برای اندازه‌گیری متغیرها و جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه بهزیستی‌رپان‌شناختی: این پرسشنامه توسط (Ryff) در سال ۱۹۸۰ طراحی شد. دارای ۵۴ سؤال و شش خرده مقیاس پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط است. نمره‌گذاری بر اساس طیف ۶ درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالف=۱، تا حدی مخالف=۲، کمی مخالف=۳، کمی موافق=۴، تا حدی موافق=۵، کاملاً موافق=۶) است. نمره هر خرده‌مقیاس با جمع کردن نمره‌های عبارات آن بدست می‌آید. از جمع نمره‌های تمام عبارت، نمره بهزیستی روان‌شناختی کل به دست آمد. دایرندک همسانی‌درونی خرده‌مقیاس‌ها را مناسب و آلفای کرونباخ آنها را بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ بدست آورد [۳۳]. با روش بازآزمایی، با دو ماه فاصله، ضریب پایایی ۰/۸۲ برای کل پرسشنامه و برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ضرایب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۰ و ۰/۷۸ به دست آمد [۳۴]. در پژوهش حاضر، اعتبار کل از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بدست آمد.

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرها

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴
راهبردهای منفی تنظیم هیجان	۵۷/۷۹	۱۱/۵۳	۱			
راهبردهای مثبت تنظیم هیجان	۳۸/۹۶	۸/۲۴	**۰/۳۴	۱		
استرس ادراک شده	۷۲/۳۳	۹/۲۳	**۰/۳۰	**۰/۳۵	۱	
بهزیستی روان‌شناختی	۲۷/۵۹	۷/۱۲	**۰/۶۲	**۰/۶۵	**۰/۵۹	۱

جدول ۲: نتایج آزمون‌های نرمال بودن داده‌ها، هم خطی متغیرهای پیش‌بین و برابری واریانس‌ها

متغیرها	کالموگروف-اسمیرنوف	عامل تورم واریانس	لون
	Z	VIF	F
راهبردهای منفی تنظیم هیجان	۰/۴۲	۱/۴۱	۰/۸۱
راهبردهای مثبت تنظیم هیجان	۰/۳۳	۱/۶۷	۰/۶۱
استرس ادراک شده	۰/۶۴	۱/۲۴	۰/۳۳
بهزیستی روان‌شناختی	۰/۴۷	-	۰/۴۲

به روش رگرسیون سلسله مراتبی (تحلیل مسیر) استفاده شد. مراحل اجرای این روش به این صورت می‌باشد که در مرتبه اول ضریب رگرسیون استرس روی بهزیستی روان‌شناختی و در مرتبه دوم رگرسیون استرس و راهبردهای تنظیم هیجان به صورت هم زمان محاسبه شد. برای بررسی اثر غیرمستقیم راهبردهای تنظیم هیجان

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که مفروضه‌های نرمال بودن داده‌ها، هم خطی بودن متغیرهای پیش‌بین و برابری واریانس‌ها در مورد توزیع داده‌ها برقرار می‌باشند. برای تعیین نقش واسطه‌ای راهبردهای (مثبت و منفی) تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین استرس و بهزیستی روان‌شناختی از مراحل پیشنهادی بارن و کنی (Baron & Kenny)

معکوس به وسیله استرس تبیین می‌شود. ضریب $(\beta = -0/59)$ نشان داد که استرس پیش‌بینی کننده معکوس و معنادار بهزیستی روان‌شناختی است. در مرحله دوم اثر هم‌زمان متغیرهای استرس و راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان بر بهزیستی روان‌شناختی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاکی از آن بود که با ورود متغیر واسطه‌ای، ضرایب β در مرحله دوم نسبت به مرحله اول کاهش یافت. بر اساس قانون پیشنهادی بارن و کنی، این پدیده نشانگر نقش واسطه‌ای راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان در رابطه بین استرس و بهزیستی روان‌شناختی است. از آنجایی که با وجود کاهش، بتا در مرحله دوم همچنان معنادار است، می‌توان نتیجه گرفت که راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین استرس و بهزیستی روان‌شناختی در زنان با پرفشاری خون نقش واسطه‌ای جزئی (و نه کامل) دارد. در ادامه، مدل رگرسیون هم‌زمان برای پیش‌بینی راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان با پیش‌بین استرس بررسی شد. در جدول ۵ ضرایب β نشان می‌دهد که استرس سهم مثبت و معناداری در پیش‌بینی راهبرد منفی تنظیم هیجان و سهم معکوس و معناداری در پیش‌بینی راهبرد مثبت تنظیم هیجان دارد.

روی بهزیستی روان‌شناختی، اختلاف ضریب رگرسیون استرس از مرحله اول به مرحله دوم بررسی شد. چنانچه با ورود متغیر واسطه‌ای به معادله، اثر متغیر برونزاد یا مستقل از مرتبه اول به مرتبه دوم کاهش پیدا کند، نقش واسطه‌گری احراز می‌شود.

نتایج جدول ۳، حاکی از آن است که در مرتبه اول ضریب تبیین چندگانه (R^2) مدل به صورت معناداری افزایش یافت (از ۰ به حدود ۳۳ درصد) و با ورود متغیر واسطه به مدل در مرتبه دوم، قادر به افزایش معنادار میزان واریانس تبیین شده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که استرس رابطه چندگانه معنادار با بهزیستی روان‌شناختی دارد و می‌تواند آن را پیش‌بینی کند. همچنین راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان می‌توانند بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی کنند. در ادامه با توجه به معناداری نمو واریانس در مرتبه اول و دوم مدل؛ ضرایب رگرسیونی مرتبه اول و دوم و نقش واسطه‌گری راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان در جدول ۴ بررسی شد.

همان‌طوری که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد در مرحله اول بر اساس مراحل پیشنهادی بارن و کنی امکان پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بر اساس استرس بررسی شد که ضریب تعیین نشان می‌دهد ۵۹ درصد از واریانس بهزیستی روان‌شناختی به طور

جدول ۴: آزمون نمو واریانس و ضرایب رگرسیون سلسله مراتبی بهزیستی روان‌شناختی روی استرس و تنظیم شناختی هیجان

متغیر پیش‌بین	R	R ²	R ² تعدیل	ΔF معناداری
اول	۰/۵۹	۰/۳۴	۰/۳۳	۶۲/۱۵
استرس ادراک شده				۰/۰۰۱
دوم	۰/۶۵	۰/۴۲	۰/۴۱	۵۳/۵۷
استرس ادراک شده و راهبرد مثبت تنظیم هیجان				۰/۰۰۱
استرس ادراک شده و راهبرد منفی تنظیم هیجان	۰/۶۸	۰/۴۶	۰/۴۶	۶۱/۲۲

جدول ۴: ضرایب رگرسیون برای نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم هیجان در رابطه استرس و بهزیستی روان‌شناختی

متغیر پیش‌بین	ضریب غیر استاندارد (B)	خطای استاندارد	β	مقدار t	سطح معناداری
اول					
ثابت	۱۷۱/۱۱	۲/۸۷		۴۰/۵۱	۰/۰۰۱
استرس ادراک شده	-۰/۳۴	۰/۰۶	-۰/۵۹	-۲۹/۳۱	۰/۰۰۱
دوم					
ثابت	۱۷۳/۴۸	۲/۴۵		۴۸/۹۱	۰/۰۰۱
استرس ادراک شده	-۰/۲۸	۰/۰۳	-۰/۵۱	-۲۱/۹۴	۰/۰۰۱
راهبرد مثبت تنظیم هیجان	۰/۲۳	۰/۰۱	۰/۵۶	۲۴/۱۷	۰/۰۰۱
ثابت	۱۷۵/۲۳	۳/۱۲		۴۳/۲۱	۰/۰۰۰
استرس ادراک شده	-۰/۳۲	۰/۰۹	-۰/۳۹	-۱۹/۲۲	۰/۰۰۰
راهبرد منفی تنظیم هیجان	-۰/۳۲	۰/۰۱۲	-۰/۴۷	-۲۱/۷۷	۰/۷۰۰

جدول ۵: ضرایب رگرسیون استرس و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان

متغیر ملاک	R	R ²	T	β	Sig
استرس ادراک شده					
راهبرد مثبت تنظیم هیجان	-۰/۳۵	۰/۱۲	۱۱/۳۳	-۰/۳۵	۰/۰۰۱
راهبرد منفی تنظیم هیجان	۰/۳۰	۰/۰۹	۹/۶۷	۰/۳۰	۰/۰۰۱

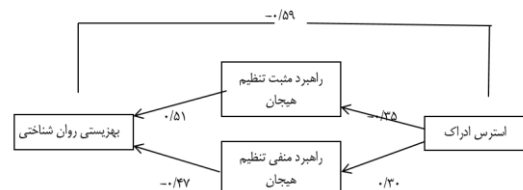
بحث

جورکورا، اسپالارگا و بوتلا (Marco, Garcia-Alandete, Pérez, Guillen, Jorquera, Espallarga, Botella) و [۳۸] و اداوی، فتحی مرغلکی و مدملی (Adari, Fathi Marghmalaki, Madmoli) [۳۹] مطابقت دارد. طبق نتایج پژوهش ادواری و همکاران [۳۹] زنان

نتایج پژوهش نشان داد بین استرس ادراک شده و بهزیستی روان‌شناختی در زنان با پرفشاری خون رابطه معکوس و معنادار وجود دارد. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های حق رنجبر، شیرزاد، تقدیسی، صارمی فروشانی و احدی [۳۷]، مارکو، گارسیا-آلاندیت، پیرز، گیلن،

هیجانی می‌توانند حالت‌های اضطراب، آسیب جسمانی، افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی که معمولاً در افراد دارای پرفشاری خون ایجاد می‌شوند، را به صورت معنی‌دار تبیین کنند. راهبردهای مثبت و کارآمد تنظیم هیجانی بر تعاملات فردی و عملکرد اجتماعی افراد تأثیر می‌گذارند. در فرآیند مقابله، مهارت‌های شناختی برای حل مشکل و مواجهه با استرس و اضطراب مورد استفاده قرار می‌گیرند. فرد با به کار بستن راهبردهای مقابله‌ای کارآمد از مهارت‌های شناختی مناسبی برای حل مشکل استفاده می‌کند. بر این اساس راهبردهای مقابله با مشکل، مستقیماً بررسی می‌شوند و معمولاً با یافتن راه حل‌های مناسب برای مشکل، رضایت روان‌شناختی حاصل می‌شود و استرس خود را کاهش می‌دهند. از سوی دیگر این وضعیت باعث نظم و انسجام فکری افراد می‌شود و آشفتگی هیجانی که معمولاً همراه با اختلالات اضطرابی می‌باشد، را کاهش می‌دهد. در سایه انسجام فکری و آرامش هیجانی به دست آمده، منبع استرس نیز بهتر شناسایی می‌شود و ممکن است قابل کنترل ارزیابی شود. همچنین شناخت منبع تنیدگی یا فشار روانی که معمولاً در جریان راهبردهای تنظیم هیجانی کارآمد و مثبت اتفاق می‌افتد، از طریق افزایش حرمت خود و اعتماد به نفس، اضطراب و آشفتگی مرتبط با بیماری پرفشاری خون را کاهش می‌دهد و در نتیجه سطح بهزیستی روان‌شناختی افراد را ارتقاء می‌بخشد. همین‌طور در این پژوهش نتیجه گرفته شد که بین راهبرد مثبت تنظیم هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی در زنان با پرفشاری خون رابطه معکوس و معنادار وجود دارد. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های گلوریا، جن، اسزاروسکی-کاکس، هیدتوشی و تزو (Gloria, Jen, Szarowski-Cox, Hidetoshi, Tzu) [۴۵] و گاستمس- کامیسر و کادرون (Gustems- Carnicer, Cahderon) [۴۶] مطابقت دارد. نتایج پژوهش گلوریا و همکاران [۴۵] بر روی بیماران مبتلا به پرفشاری خون نشان داد افراد دارای مشکلات هیجانی ظرفیت محدودی در پردازش و تنظیم هیجان دارند. این ظرفیت محدود، از طریق تغییر فعالیت سیستم خودکار، غدد درونریز و سیستم ایمنی باعث آشفتگی و استرس در تعادل حیاتی بدن می‌شود و از طرفی به دلیل وجود آشفتگی‌های روانی در بیماران مبتلا به فشار خون بالا سلامت روانی آن‌ها کاهش پیدا می‌کند. همچنین افراد دارای مشکلات هیجانی در شناسایی و تمایز بین احساسات و عواطف مثبت و منفی بدنی مربوط به برانگیختگی هیجانی مشکل دارند و از آنجا که برانگیختگی هیجانی با برانگیختگی فیزیولوژیکی و احساسات بدنی همراه است، این افراد روی احساس بدنی تمرکز می‌کنند و به تعبیر و تفسیر اشتباه آنها می‌پردازند. در نتیجه ممکن است نشانه‌های بدنی شدیدتری را تجربه کنند و به دلیل استرس بالا به درمان پاسخ ضعیفی بدهند. از سوی دیگر این افراد ظرفیت محدودی در مقابله سازگارانه با شرایط استرس‌زا دارند. در نهایت این افراد به دلیل نقایص شناختی هیجان‌ها، در مدیریت شرایط استرس‌زا ناتوان هستند [۴۶]. بر این اساس راهبردهای منفی تنظیم هیجان به طور معکوس بهزیستی روان‌شناختی زنان با پرفشاری خون را تحت تأثیر قرار می‌دهد. افزون بر این در این پژوهش، نتیجه گرفته شد که راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین استرس ادراک شده و بهزیستی روان‌شناختی در زنان با پرفشاری خون به طور معناداری نقش واسطه‌ای دارند. که با نتایج پژوهش‌های شریفی باستان و همکاران [۴۳]، مهرابی

مبتلا به پرفشاری خون، بهزیستی روان‌شناختی پایین دارند و استرس بیشتری را متحمل می‌شوند. آموزش مدیریت استرس می‌تواند سطح اضطراب را در بین زنان مبتلا به پرفشاری خون کاهش دهد. همچنین نتایج پژوهش حق رنجبر و همکاران [۳۷] نشان داد، که افراد مبتلا به پرفشاری خون استرس بالایی دارند و بهزیستی ذهنی آنان هم پایین می‌باشد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت افرادی که استرس بیشتری را تجربه می‌کنند، بیشتر به پرفشاری خون مبتلا می‌شوند [۳۸]. نتایج پژوهش ژانگ، لان، اینگ، این، چن و همکاران (Zheng, Lan, Li,) [۴۰] (Ling, Lin, Chen, et al) نشان داد که سبک واکنش بیماران قلبی به محرک‌های محیطی با استرس و تحریک‌پذیری همراه است؛ که خود موجب عوارض قلبی-عروقی مانند پرفشاری خون می‌گردد. آنهایی که در انجام امور بیشتر به توانایی‌های خود می‌اندیشند تا به درماندگی و ناتوانی‌هایی خویش، بهتر با استرس مقابله می‌کنند؛ به این دلیل کمتر به پرفشاری خون مبتلا می‌شوند. همچنین در این پژوهش، نتیجه گرفته شد که بین راهبرد مثبت تنظیم شناختی هیجان و بهزیستی روان‌شناختی در زنان با پرفشاری خون رابطه معنادار و مستقیم می‌باشد. که با نتایج پژوهش‌های فکری، عیسی زادگان، میکائیلی منبع [۴۱]، شاد، سالاری، دلاوری، حسندخت، خیرخواه و نوری سعید [۴۲]، بوهم و کابزانسکی (Boehm, Kubzansky) [۱۰] و شریفی باستان، یزدی و زهرایی [۴۳] مطابقت دارد. افراد مبتلا به پرفشاری خون شدید، بیشتر از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان استفاده می‌کنند و نمرات بالایی در ناگویی هیجانی دارند. این شرایط ممکن است با انواع پیامدهای ناگوار مرتبط با سلامت روانی و جسمانی همراه باشد [۴۳]. همچنین نتایج پژوهش بوهم و کابزانسکی [۱۰] بر روی افراد دارای بیماری‌های قلبی نشان داد افرادی که از زندگی‌شان رضایت دارند و هیجان‌های مثبت را تجربه می‌کنند بهزیستی روان‌شناختی بالایی دارند. از طرفی دیگر، فشار روانی به تنهایی و به طور مستقیم نمی‌تواند بهزیستی روانی و جسمانی فرد را متأثر سازد، بلکه نوع برداشت و ارزیابی فرد از فشار روانی و در نتیجه شیوه مقابله‌ای فرد با فشار روانی و اضطراب تعیین‌کننده می‌باشد [۴۴].



تصویر ۱: مدل نهایی پژوهش برای نقش واسطه‌ای تنظیم شناختی هیجان در رابطه استرس و بهزیستی روان‌شناختی

پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد به فشار روانی می‌توانند اثرات منفی و سازش نایافته‌ای بر فرآیند تحول افراد و روبرویی آنان با هیجان ناخوشایند و منفی در زندگی داشته باشد. در شیوه‌های ناکارآمد مقابله با فشار روانی، فرد پاسخ‌های غیرمنطقی و هیجانی مانند اجتناب، سرزنش خود و دیگران و نشخوار فکری از خود نشان می‌دهد یا به دنبال راه‌حل‌های کوتاه مدت می‌گردد که به صورت موقت تسکین پیدا کند. این فرآیند فرد را مستعد اختلال‌های روان‌شناختی و پریشانی روانی از جمله افسردگی و وسواس می‌کند. راهبردهای مقابله‌ای و تنظیم

آشناختگی فکری و هیجانی امکان شناخت صحیح منابع استرس را کاهش می‌دهد و افکار ناکارآمد و تخریب‌کننده را فعال می‌کند. بین رویارویی با استرس بالقوه ناشی از بیماری و واکنش‌های شخص به آن، فعالیت‌های شناختی از جمله تنظیم شناختی هیجان نقش میانجی دارد. اینکه فرد به این نتیجه برسد که چقدر موقعیت‌های مختلف برای او استرس‌زا هستند، بستگی به شناختی دارد که فرد از توانایی‌های خود برای به کنترل در آوردن استرس دارد. این منابع مقابله همان مهارت‌های اجتماعی و توانایی حل مسئله و راهبردهای تنظیم هیجان است. در صورتی که موقعیت برای فرد قابل کنترل نباشد، سعی می‌کند با استفاده از شیوه‌های مدیریت که دربرگیرنده تلاش‌هایی در کمینه‌سازی، طفره رفتن، مدارا کردن و پذیرفتن شرایط پر استرس است، به تعادل جسمی و روانی خود کمک کند [۵۰]. مهارت‌های نظم‌دهی هیجانی به عنوان یک روش غیردارویی و البته مؤثر کمک می‌کنند فرد رابطه بین رویدادهای استرس‌زا، افکار خودآیند و واکنش‌های رفتاری و عاطفی خود را دریابد و بتواند با تغییر شناخت‌های خود نسبت به رویدادهای استرس‌زا، واکنش‌های خود را نسبت به آن رویداد تغییر دهد. در واقع بین رویارویی با استرس‌زاهای بالقوه و واکنش‌های شخص به آن، فعالیت‌های هیجانی و شناختی بسیار زیادی میانجی می‌کنند. اینکه فرد به این نتیجه برسد که چقدر موقعیت‌های مختلف برای او استرس‌زا هستند، بستگی به شناختی دارد که فرد از توانایی‌های خود برای تحت کنترل قراردادن آن موقعیت و منابع استفاده شده برای حل استرس ناشی از موقعیت دارد. این منابع مقابله همان توانایی استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم‌شناختی هیجان است. این توان مدیریت استرس محقق نخواهد شد، مگر اینکه فرد بتواند شرایط استرس‌زا را درک کند و بداند این شرایط چه تأثیری بر افکار و جسمش دارد و چگونه از پس این شرایط با توجه به مهارت‌های راهبردهای تنظیم‌شناختی بر خواهد آمد. همچنین اگر موقعیت قابل کنترل نبود، بتواند با استفاده از شیوه‌های مدیریت که دربرگیرنده تلاش‌هایی در کمینه‌سازی، طفره رفتن، مدارا کردن و پذیرفتن شرایط پر استرس است، به تعادل جسمی و روانی خود کمک کند. بکارگیری راهبردهای مثبت تنظیم‌شناختی هیجان باعث کاهش استرس و کنترل هیجان‌های منفی شده و نحوه استفاده مثبت از هیجان‌ها و تعدیل حالت‌های هیجانی به مدیریت هر چه بیشتر خلق افراد کمک می‌کند و می‌تواند تأثیر مثبتی بر بهزیستی روان‌شناختی افراد داشته باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این پژوهش باید نقش بهزیستی روان‌شناختی را در فشار خون مورد تاکید قرار داد و استرس از عوامل بسیار مهم در کنترل بهزیستی روان‌شناختی زنان با پرفشاری خون است. افزون بر این استفاده افراد از راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت یا منفی می‌تواند در رابطه بین استرس و بهزیستی روان‌شناختی آنان میانجی‌گری کند. بنابراین علاوه بر توجه به نقش استرس در بهزیستی روان‌شناختی زنان با پرفشاری خون، باید زمینه بکارگیری راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان در زنان با پرفشاری خون فراهم شود. با توجه به این که پژوهش حاضر بر روی زنان با پرفشاری خون در مرکز بهداشت آران و بیدگل کاشان انجام شده است، ممکن است عواملی مانند سطح تحصیلات، نوع شغل و سبک زندگی، سطح آگاهی

پری، مهدی نژاد گرچی، خاک پور، سنجرى باجگیران و همکاران [۴۷] و کار، کولتوروس و ایلیوت (Carr, Colthurst, Coyle, Elliott) [۴۸] مطابقت دارد. شریفی باستان و همکاران در پژوهشی بر روی افراد با پرفشاری خون دریافتند افرادی که از راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان استفاده می‌کنند از سبک تبیین‌کننده خوش‌بینانه استفاده می‌کنند و رویداد ناگواری چون بیماری را به علت‌های بیرونی، ناپایدار و قابل کنترل نسبت می‌دهند. به این صورت که آنها خود را مقصر بیماری نمی‌دانند و به این خاطر مدام در پی سرزنش خود نیستند، آنها بیماری را طوری تصور نمی‌کنند که تا آخر عمر با آنها است بلکه یک نگاه خوش‌بینانه دارند به این صورت که بیماری موقتی است و می‌تواند به زندگی عادی برگردد. هم چنین از نظر آنها بیماری قابل کنترل است [۴۳]. به این دلیل برای مقابله با آن برنامه‌هایی در نظر می‌گیرند و در مقابل آن تسلیم نمی‌شوند و کمتر دچار استرس و اضطراب ناشی از روند بیماری می‌شوند. همچنین افرادی که عادت به استفاده از راهبرد ارزیابی مجدد برای تنظیم هیجان‌های خود در زندگی دارند، تاب‌آوری بیشتری در برابر استرس دارند [۴۸]. ماوس، کوک، جنگ و کروس نیز ارزیابی مجدد شناختی را به عنوان یک راهبرد سازگارانه فرض می‌کنند و چون که تأثیر مستقیمی بر ارزیابی‌های افراد می‌گذارد، می‌تواند با بهره‌گیری از آن، واکنش هیجانی خود را به رویدادهای استرس‌زا جهت بهبود عملکرد تغییر دهند و بهزیستی روان‌شناختی خود را افزایش دهند [۲۵]. در تبیین نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین استرس ادراک شده و بهزیستی روان‌شناختی در زنان با پرفشاری خون می‌توان گفت که راهبردهای تنظیم هیجان بخشی از تفاوت‌های زنان را در رویارویی با مشکلات و حالات هیجانی و انگیزشی مرتبط با بیماری پرفشاری خون، ناتوانی جسمانی و استرس تبیین می‌کند. یافته‌های این مطالعه حاکی از آن است که راهبرد منفی تنظیم‌شناختی هیجان، راهبردی است ناسازگارانه و استفاده از آن در مواجهه با بیماری پرفشاری خون نه تنها شدت استرس افراد را افزایش می‌دهد بلکه می‌تواند بخشی از تفاوت‌های موجود در شدت استرس، افسردگی و ناتوانی‌های جسمانی افراد دارای پرفشاری خون را تبیین کند [۳۸]. سازه راهبردهای مثبت تنظیم‌هیجان، بر مثبت‌نگری و توجه به موفقیت‌ها بنا شده و فرد را برای رسیدن به هدف‌ها و پیامدهای مثبت (نه اجتناب و فرار از پیامدهای منفی) مجهز می‌سازد. این مکانیزم تأثیرگذاری، به جای تحمیل اضطراب و نگرانی در مورد عدم تحقق اهداف و معیارهای دست‌یافتنی، مثبت‌نگری و خوش‌بینی نسبت به تحقق هدف‌ها و آرمان‌های تحقق‌پذیر را در فرد فعال می‌سازد. در پرتو این فرآیند، احتمال استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان مؤثر افزایش می‌یابد و راهبردهای تنظیم‌هیجان نامؤثر کمتر فعالیت می‌کنند. نوعی رابطه متقابل به طور معکوس بین راهبردهای تنظیم هیجان مؤثر و اختلالات اضطرابی وجود دارد. بر حسب این که راهبرد تنظیم هیجان کارآمد یا ناکارآمد باشد مواجهه افراد با مشکلات و مسائل فعال یا نفعال خواهد بود و به دنبال آن سطوح متفاوت اختلالات شکل می‌گیرد [۴۹]. استفاده از راهبرد ناکارآمد تنظیم هیجان، فرد را از درگیری مستقیم و مؤثر با عوامل استرس‌زای مرتبط با بیماری باز می‌دارد و توانمندی او برای حل مشکل را کاهش می‌دهد. این وضعیت باعث اختلال در انسجام فکری و آشناختگی هیجانی می‌شود و سلامت‌روانی را کاهش می‌دهد.

سیاسگزاری

گروه پژوهش بر خود لازم می داند از همکاری شایسته مرکز بهداشت آران و بیدگل کاشان به ویژه زنان با پرفشاری خون و کلیه کارشناسان در طرح سلامت مرکز، فدردانی کند. مقاله حاضر مستخرج از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد می باشد که بدون حمایت مالی انجام شده است.

تضاد منافع

هیچ گونه تعارضی در منافع و فرآیند ارزیابی مقاله از طرف نویسنده گزارش نشده است.

و اطلاعات بهداشتی شرکت کنندگان بر رابطه استرس و بهزیستی روان شناختی و نوع راهبردهای تنظیم هیجانی آنان تاثیر بگذارد که این موضوع می تواند محدودیت هایی را در زمینه تعمیم یافته ها، تفسیرها و اسنادهای علت شناسی متغیرها ایجاد کند. لذا پیشنهاد می شود در پژوهش های بعدی به نقش این عوامل توجه شود. همچنین به منظور بهبود بهزیستی روان شناختی زنان با فشار خون، علاوه بر استرس باید به نوع راهبردهای تنظیم هیجانی آنان توجه شود و راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان به آنان آموزش داده شود.

References

- Mazloomi Mahmoodabad SS, Tehrani H, Gholian-Aval M, Gholami H, Nematy M. The effect of social class on the amount of salt intake in patients with hypertension. *Blood Press.* 2016;25(6):360-3. doi: 10.1080/08037051.2016.1179508 pmid: 27146368
- Fedeli U, Avossa F, Guzzinati S, Bovo E, Saugo M. Trends in mortality from chronic liver disease. *Ann Epidemiol.* 2014;24(7):522-6. doi: 10.1016/j.annepidem.2014.05.004 pmid: 24861431
- Chang L. Patients' perspectives in following hypertensive guidelines on sodium intake and lifestyle modifications in panama. Tampa: University of South Florida; 2013.
- Bhandari N, Bhusal BR, K.C T, Lawot I. Quality of life of patient with hypertension in Kathmandu. *International Journal of Nursing Sciences.* 2016;3(4):379-84. doi: 10.1016/j.ijnss.2016.10.002
- Longo D, Fauci A, Kasper D, Hauser S. Harrison's Principles of Internal Medicine 18th ed. McGraw-Hill Professional 2011.
- Sadocks B, Sadocks V, Kaplan H. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Philadelphia: Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- Ryff CD. Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychother Psychosom.* 2014;83(1):10-28. doi: 10.1159/000353263 pmid: 24281296
- Myers DG, Diener E. Who Is Happy? *Psychol Sci.* 2016;6(1):10-9. doi: 10.1111/j.1467-9280.1995.tb00298.x
- Moghadami Poor M. Stress management: The essential guide to thinking and working smarter. Tehran: Mehraban; 2007.
- Boehm JK, Kubzansky LD. The heart's content: the association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychol Bull.* 2012;138(4):655-91. doi: 10.1037/a0027448 pmid: 22506752
- Ponte Marquez PH, Feliu-Soler A, Sole-Villa MJ, Matas-Pericas L, Filella-Agullo D, Ruiz-Herrerias M, et al. Benefits of mindfulness meditation in reducing blood pressure and stress in patients with arterial hypertension. *J Hum Hypertens.* 2019;33(3):237-47. doi: 10.1038/s41371-018-0130-6 pmid: 30425326
- Sydo N, Sydo T, Gonzalez Carta KA, Hussain N, Merkely B, Murphy JG, et al. Significance of an Increase in Diastolic Blood Pressure During a Stress Test in Terms of Comorbidities and Long-Term Total and CV Mortality. *Am J Hypertens.* 2018;31(9):976-80. doi: 10.1093/ajh/hpy080 pmid: 29767671
- Dinh QN, Drummond GR, Sobey CG, Chrissobolis S. Roles of inflammation, oxidative stress, and vascular dysfunction in hypertension. *Biomed Res Int.* 2014;2014:406960. doi: 10.1155/2014/406960 pmid: 25136585
- Hu B, Liu X, Yin S, Fan H, Feng F, Yuan J. Effects of psychological stress on hypertension in middle-aged Chinese: a cross-sectional study. *PLoS One.* 2015;10(6):e0129163. doi: 10.1371/journal.pone.0129163 pmid: 26043027
- J MMV, Delcroix M, Vandeveld E, Denhaerynck K, Wuyts W, Belge C, et al. Emotional symptoms and quality of life in patients with pulmonary arterial hypertension. *J Heart Lung Transplant.* 2014;33(8):800-8. doi: 10.1016/j.healun.2014.04.003 pmid: 24854567
- Zlomke KR, Hahn KS. Cognitive emotion regulation strategies: Gender differences and associations to worry. *Pers Individ Differ.* 2010;48(4):408-13. doi: 10.1016/j.paid.2009.11.007
- Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across Hypertension. *Tehran: Arjomand* 2010.
- Farajzadeh S, Kaheni S, Saadatjoo T. The relationship between level of stress and hypertension- overcoming strategies. *J Med Uni Birjand.* 2005;12(2):73-9.
- Pervichko E, Zinchenko Y. Rosenzweig picture-frustration test modification for a study of emotion regulation strategies among the patients with stress-induced hypertension. *Eur Psychiatry.* 2016;33:S571. doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.01.2115
- Werner K, Gross J. Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. In: Kring A, Sloan D, editors. *Emotion regulation and psychopathology: A trans diagnostic approach to etiology and treatment.* New York, US: Guilford Press; 2010.
- Gross J. *Handbook of Emotion Regulation:* Guilford Publications; 2015.
- Troy A. Cognitive reappraisal ability as a protective factor: Resilience to stress across time and context. *Denver: University of Denver;* 2012.
- Garnefski N, Kraaij V, Schroevers MJ, Aarnink J, van der Heijden DJ, van Es SM, et al. Cognitive coping and goal adjustment after first-time myocardial infarction: relationships with symptoms of depression. *Behav Med.* 2009;35(3):79-86. doi: 10.1080/08964280903232068 pmid: 19812025
- Mauss IB, Cook CL, Cheng JY, Gross JJ. Individual differences in cognitive reappraisal: experiential and physiological responses to an anger provocation. *Int J*

- Psychophysiol. 2007;66(2):116-24. doi: 10.1016/j.ijpsycho.2007.03.017 pmid: 17543404
25. Wang Y, Yi J, He J, Chen G, Li L, Yang Y, et al. Cognitive emotion regulation strategies as predictors of depressive symptoms in women newly diagnosed with breast cancer. *Psychooncology*. 2014;23(1):93-9. doi: 10.1002/pon.3376 pmid: 24038706
 26. Abdi S, Babapour J, Fathi H. Relationship between cognitive emotion regulation styles and general health of students. *J Army Uni Med Sci*. 2011;8(4):258-64.
 27. Gruber J, Hay AC, Gross JJ. Rethinking emotion: cognitive reappraisal is an effective positive and negative emotion regulation strategy in bipolar disorder. *Emotion*. 2014;14(2):388-96. doi: 10.1037/a0035249 pmid: 24364852
 28. Hooman H. *Methodology in behavioural sciences*. Tehran: Samt publishing; 2016.
 29. Sarafino E. *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. Tehran: Roshd; 2012.
 30. Shahbazi S, Heydari M, Shaykhi R. The effect of problem solving course on students stress intolerance. *J Shahrekord Uni Med Sci*. 2011;13(2):32-7.
 31. Fakhrzadeh H, Nouri M, Pourebrahim R, Ghotbi S, Hashmat R, Bastanagh M. Prevalence of hypertension and risk factors at 25- 64aged in population research center, Tehran Medical University. *Iran J Diabet Lipid Disord*. 2003;1:43-9.
 32. van Dierendonck D. The construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-being and its extension with spiritual well-being. *Pers Individ Differ*. 2004;36(3):629-43. doi: 10.1016/s0191-8869(03)00122-3
 33. Bayani A, Koocheky A. Reliability and validity of Ryff's psychological well-being scales. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2008;14(1):146-51.
 34. Bastani F, Rahmatnejad L, Jahdi F, Haghani H. Breast feeding Self Efficacy and Perceived Stress in Primiparous Mothers. *Iran J Nurs*. 2008;21(54):9-24.
 35. Hasani J. Evaluate the reliability and validity of the short form questionnaire seeking cognitive emotion regulation. *J Clin Psychol*. 2010;2(7):73-83.
 36. Haghranjbar F, Shirzad M, Taghdisi MH, Sarami GR, Ahadi H. The Mediating Role of Subjective-Wellbeing in Terms of Perceived Stress and Hypertension. *Iran J Health Educ Health Promot*. 2016;4(1):50-7. doi: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.1.50
 37. Marco JH, Garcia-Alandete J, Perez S, Guillen V, Jorquera M, Espallargas P, et al. Meaning in life and non-suicidal self-injury: A follow-up study with participants with Borderline Personality Disorder. *Psychiatry Res*. 2015;230(2):561-6. doi: 10.1016/j.psychres.2015.10.004 pmid: 26493324
 38. Adavi A, Fathi Marghmalaki R, Madmoli Y, Fathi Marghmalaki R, Madmoli M. The Effect of Stress Management on Anxiety of Females With Hypertension. *Iran J Nurs Res*. 2016;11(5):6-12. doi: 10.21859/ijnr-11052
 39. Diener E, Lucas RE, Scollon CN. Beyond the hedonic treadmill: revising the adaptation theory of well-being. *Am Psychol*. 2006;61(4):305-14. doi: 10.1037/0003-066X.61.4.305 pmid: 16719675
 40. Zheng G, Lan X, Li M, Ling K, Lin H, Chen L, et al. The effectiveness of Tai Chi on the physical and psychological well-being of college students: a study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2014;15:129. doi: 10.1186/1745-6215-15-129 pmid: 24742146
 41. Fekri A, Issazadegan A, Manee FM. Comparison of cognitive emotion regulation strategies and alexithymia in individuals with and without essential hypertension. *Contemp Psychol*. 2015;10(1):85-94.
 42. Shad B, Salari A, Dalvandi B, Hasandokht T, Kheirkhah J, Nourisaeed A, et al. Psychological well-being in cardiac patients and healthy people in Guilan. *J Fundam Ment Health*. 2018;20(3):185-93.
 43. Sharifibastan F, Yazdi SM, Zahraei S. The Role of Cognitive Emotion Regulation and Positive and Negative Affect in Resiliency of Women with Breast Cancer. *Iran J Psychiatr Nurs*. 2016;4(2):28-49. doi: 10.21859/ijpn-04025
 44. Schonfeld P, Brailovskaia J, Bieda A, Zhang XC, Margraf J. The effects of daily stress on positive and negative mental health: Mediation through self-efficacy. *Int J Clin Health Psychol*. 2016;16(1):1-10. doi: 10.1016/j.ijchp.2015.08.005 pmid: 30487845
 45. Gloria K, Jen K, Szarowski-Cox J, Hidetoshi H, Tzu A. Coping Styles Effect on Stress and Psychological Well-being among Individuals with Chronic Pain. *J Depress Anxiety*. 2018;7(1):1-9.
 46. Gustems-Carnicer J, Calderón C. Coping strategies and psychological well-being among teacher education students. *Eur J Psychol Educ*. 2012;28(4):1127-40. doi: 10.1007/s10212-012-0158-x
 47. Mehrabi Pari S, Mahdinejad Gorji G, Khakpour M, Sanjari Bajgiran P, Aghababae Z, Saberi G. Effectiveness of emotion regulation skills training on psychological well-being of nursing students. *J Nurs Educ*. 2018;6(5):40-6.
 48. Carr S, Colthurst K, Coyle M, Elliott D. Attachment dimensions as predictors of mental health and psychosocial well-being in the transition to university. *Eur J Psychol Educ*. 2012;28(2):157-72. doi: 10.1007/s10212-012-0106-9
 49. Ghazanfari F, Ghadam Pour E. The relationship between mental health and coping strategies in citizenship of Khoramabad city. *J Q Fundam Ment Health*. 2008;9(37):47-54.
 50. Darbonne A, Uchino BN, Ong AD. What Mediates Links Between Age and Well-being? A Test of Social Support and Interpersonal Conflict as Potential Interpersonal Pathways. *J Happiness Stud*. 2012;14(3):951-63. doi: 10.1007/s10902-012-9363-1