The Mediating Role of Subjective-Wellbeing in Terms of Perceived Stress and Hypertension

ABSTRACT

Background and objective: Hypertension is a psycho-physiological problem. There are several biological and psychological factors that affect the incidence and severity of hypertension. The present study was aimed to investigate the mediating role of subjective-wellbeing in terms of perceived stress and hypertension.

Materials and methods: In this descriptive-correlated study, the study population included over-45-adult patients with hypertension who referred to health centers in Tehran. Through convenience sampling 298 persons (121 male and 177 female) were selected as samples of the study. Perceived stress scale questionnaire and subjective well-being questionnaire were used to gather the data. To analyze the data Structural equation modeling (SEM) was used.

Results: There was a significant and negative correlation between subjective well-being and hypertension ($p < 0.01$, $\beta = 0.353$). The subjective well-being mediates the relationship between perceived stress and hypertension ($p < 0.01$, $\beta = 0.203$) and scores of perceived stress and subjective well-being explain the percentage of variance in blood pressure and changes in scores of perceived stress explain 45% of variance in subjective well-being.

Conclusion: People with high blood pressure have high perceived stress and subjective well-being contributes to the control of hypertension.

Paper Type: Research Article.

Keywords: Perceived stress, Subjective well-being; Hypertension, Tehran.

▶ **Citation:** HagRanjbar F., Shirzad M., Taghdisi M.H., SaramiFooroshani G.R., Ahadi H. The Mediating Role of Subjective-Wellbeing in Terms of Perceived Stress and Hypertension. *Iran J Health Educ Health Promot.* Spring 2016;4(1):50-57.

Farokh HagRanjbar
PhD Candidate in Health Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch (KIUA), Karaj, Iran

Mahboube Shirzad
BSC in Health Education and Promotion, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran

Mohammad Hosein Taghdisi
Professor in Health Education and Promotion, School of Public Health, IUMS, Tehran, Iran

Gholamreza SaramiFooroshani
Assistant Professor, Dept. of Psychology, Faculty of Psychology and Education, Kharazmi University (KHU), Tehran, Iran

Hassan Ahadi
*Full Professor, Dept. of Psychology, Faculty of Health Psychology, KIUA, Karaj, Iran (Corresponding Author) Ahadi.h@yahoo.com

Received: 12 Mzy 2016
Accepted: 31 May 2016

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-06]

[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.1.50]

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-06]

[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.1.50]

نقش میانجی‌گری بهزیستی ذهنی در رابطه با استرس ادراک‌شده و پرفشاری خون

چکیده

زمینه و هدف: پرفشاری خون یک اختلال روانی فیزیولوژیک است که علاوه بر عوامل زیستی و خطرساز جسمی به‌عنوان فرایند فیزیوپاتولوژیک، عوامل روان‌شناختی، استرس در بروز و تشدید آن نقش به سزایی دارد. به همین منظور هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی‌گری بهزیستی ذهنی در رابطه با استرس ادراک‌شده و فشارخون بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه موردپژوهش بیماران بزرگ‌سال بالای ۴۵ سال دارای پرفشاری خون مراجعه‌کننده به مراکز درمانی استان تهران بودند. به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس با حجم نمونه ۲۹۸ نفر (۱۲۱ مرد و ۱۷۷ زن) موردبررسی قرار گرفتند. ابزار مورداستفاده پرسشنامه استرس ادراک‌شده و پرسشنامه بهزیستی ذهنی بود.روش تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM) استفاده شد.

یافته‌ها: بین بهزیستی ذهنی و فشارخون رابطه منفی و معنادار وجود داشت (β=۰/۳۵۳ ،p <۰/۰۱). بین عامل استرس ادراک‌شده و فشارخون رابطه مثبت و معنادار وجود داشت (β=۰/۳۵۳ ،p <۰/۰۱). بهزیستی ذهنی رابطه بین استرس ادراک‌شده و فشارخون را میانجی‌گری می‌کند (β=۰/۲۰۳ ،p <۰/۰۱) و ۱۸٪ واریانس فشارخون را نمرات استرس ادراک‌شده و بهزیستی ذهنی تبیین می‌کند و ۴۵٪ از واریانس بهزیستی ذهنی را تغییرات در نمرات استرس ادراک‌شده تبیین می‌نماید.

نتیجه‌گیری: افراد مبتلا به پرفشاری خون دارای استرس ادراک‌شده بالا هستند و بهزیستی ذهنی در کنترل فشارخون نقش دارد.

نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

کلیدواژه: پرفشاری خون، استرس ادراک‌شده، بهزیستی ذهنی، تهران.

◀ **استناد:** حق‌رنجبر ف.، شیرزاد م.، تقدیسی م. ح.، صرامی‌فروشانی غ.، احدی ح. نقش میانجی‌گری بهزیستی ذهنی در رابطه با استرس ادراک‌شده و پرفشاری خون. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. بهار ۱۳۹۵؛۴(۱):۵۰-۵۷.

فرخ حق‌رنجبر
دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی سلامت، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، کرج، ایران

محبوبه شیرزاد
کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

محمدحسین تقدیسی
استاد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

غلامرضا صرامی‌فروشانی
استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روانشناسی وعلوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

حسن احدی
* استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، کرج، ایران (نویسنده مسئول)
Ahadi.h@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۲/۲۳
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۳/۱۱

مقدمه

هیپرتانسیون[1] یا پُرفشاری خون، نشانگانی است که ویژگی آن افزایش فشار سرخرگ سیستمیک است. ازلحاظ بالینی فردی را گویند که دچار پرفشاری خون شده است که فشارخون سرخرگی او بیش از ۱۴۰/۹۰ باشد. تقریباً بیش از ۲۵ تا ۳۰ ٪ از جمعیت کشورهای غربی دچار پرفشاری خون بوده و احتمال ابتلا به حملات مغزی، انفارکتوس قلبی و بیماری‌های کلیوی در بین آن‌ها افزایش می‌یابد. اگرچه شیوع پرفشاری خون در جامعه بسیار زیاد است و عواقب مهمی هم دارد، ولی هنوز علت دقیق آن در بین بیشتر مردم ناشناخته است(۱). پرفشاری خون، اختلالی است غیرمعمول که هیچ نشانه آشکاری ندارد. ممکن است فردی مبتلا به این بیماری خطرناک باشد، ولی چون آن را از درون حس نمی‌کند، هرگز بدان توجهی نکند(۲). این‌گونه استنباط می‌شود که پرفشاری خون مربوط به زمانی است که فرد احساس فشار یا تنش می‌کند، ولی این‌گونه نیست؛ حتی افراد آرمیده هم ممکن است مبتلا به پرفشاری خون باشند. این بیماری در میلیون‌ها نفر به‌طور پنهان وجود دارد(۳). پرفشاری‌خون علاوه بر خطر بیماری‌های قلبی-عروقی ازجمله عروق کرونر،[2] نارسایی احتقاقی قلب (CHF)، سکته مغزی ایسکمیک و هموراژیک، نارسایی کلیه و بیماری‌های عروق محیطی را دو برابر می‌کند. این بیماری اغلب با سایر عوامل خطر بیماری‌های قلبی-عروق همراه است و با افزایش عوامل خطر، طبعاً شانس این بیماری‌ها بالاتر می‌رود(۴). چاقی، سبک زندگی پشت‌میزنشینی، رژیم غذایی و مصرف الکل، تاریخچه خانوادگی، عوامل روان‌شناختی گوناگون، عوامل عاطفی، تنیدگی، خشم، خصومت مواردی هستند که بر پرفشاری خون تأثیر می‌گذارد(۱, ۳). شرایط محیطی و ژنتیکی هردو در تفاوت‌های منطقه‌ای و نژادی فشارخون و شیوع پرفشاری خون نقش دارند(۱-۳). از بین مبتلایان به پرفشاری خون، ۶۰ ٪ آن‌ها بیش از ۲۰ ٪ اضافه‌وزن دارند. شیوع پرفشاری خون در جمعیت‌های مختلف با میزان نمک طعام در رژیم غذایی ارتباط دارد و ممکن است اضافه شدن پرفشاری خون با افزایش سن با مصرف بالای نمک تشدید شود. همچنین ممکن است کمبود کلسیم و پتاسیم در رژیم غذایی نیز در بروز پرفشاری خون نقش داشته باشد. مصرف الکل، استرس روانی-اجتماعی و فعالیت بدنی ناکافی سایر عواملی هستند که احتمالاً در پیدایش پرفشاری خون دخیل هستند(۴). شیوع پرفشاری خون در ایران ۱۳/۹ ٪ است(۵) و ۴/۵ ٪ از بار بیماری‌ها را در جهان به خود اختصاص داده است(۶).

در طول سال‌های گذشته پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که رویدادهای استرس‌زا در ظهور بیماری‌های جسمانی و روانی مؤثرند(۷). ویژگی‌ها و خصایصی در افراد وجود دارند که آن‌ها را به‌طور بالقوه مستعد دریافت تجربه استرس‌زا می‌کند. ویژگی‌های شخصیتی مثل داشتن الگوی رفتاری نوع A، احساس نداشتن کنترل بر محیط(۲)، سرسختی و انعطاف‌پذیری (۲, ۸)، عزت‌نفس پایین (۹)، داشتن خصیصه اضطرابی (۷)، کمال‌گرایی (۱۰)، برتری‌جویی (۱۰) و غیرمنطقی بودن (۲) ازجمله عواملی هستند که فرد را در معرض تجربه استرس‌زا قرار می‌دهند. بر اساس تحقیقات انجام‌شده (۴)، افراد با چنین ویژگی‌هایی بیش از سایرین درخطر استرس و انواع بیماری‌های جسمی قرار دارند. علاوه بر عوامل فردی، عوامل موقعیتی فراوانی وجود دارند که در ایجاد استرس مؤثرند. برخی پژوهشگران (۷) معتقد بودند که ویژگی‌های محیطی و موقعیتی متفاوت در تجربه میزان استرس اثرگذار هستند. بر این اساس، حوادثی که تقاضاها و مطالبات زیادی ایجاد می‌کنند و تهدیدی قریب‌الوقوع به شمار می‌روند، می‌توانند استرس زیادی را در فرد ایجاد کنند(۱۱). تغییر در شرایط محیطی و زندگی را نیز استرس‌آور دانستند. عوامل محیطی چون ابهام در موقعیت یا نقش، مطلوبیت یا مطلوبیت نداشتند موقعیت و کنترل‌پذیری یا کنترل‌ناپذیری موقعیت نیز در میزان تجربه استرس مؤثر هستند(۲, ۴).

در سال‌های اخیر، گروهی از پژوهشگران حوزه سلامت‌روانی از روان‌شناسیِ مثبت‌نگر، سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روان‌شناختی تلقی و آن را در قالب اصطلاح «بهزیستی

1.Hypertension
2. Coronary Heart Disease (CHD)

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-06]
[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.1.50]

روان‌شناختی» مفهوم‌سازی کرده‌اند. این گروه نداشتن بیماری را برای احساس سلامت کافی نمی‌دانند؛ بلکه معتقدند که داشتن احساس رضایت از زندگی، پیشرفت بسنده، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان، انرژی و خلق مثبت، پیوند و رابطه مطلوب با جمع و اجتماع و پیشرفت مثبت از مشخصه‌های فرد سالم هستند(۱۲-۱۴). بهزیستی روان‌شناختی را برحسب شکوفایی انسانی و درک چالش‌های وجودی زندگی می‌توان بیان کرد. باوجوداین، بهزیستی روان‌شناختی را می‌توان به صورت‌های مختلفی عملیاتی نمود. این موضوع تنها بستگی به این دارد که برای کدام‌یک از جنبه‌های زندگی نظریه‌پردازی می‌کنیم(۱۵, ۱۶). احساسی مثبت و احساس رضامندی عمومی از زندگی، شامل خود و دیگران در حوزه‌های مختلف خانوادگی شغلی و غیره است. دینر و دینر(۱۳, ۱۶) بهزیستی روان‌شناختی را ارزیابی‌های شناختی و عاطفی افراد از زندگی‌شان تعریف نموده‌اند. دینر و سارافینو، که بیش از دو دهه در این زمینه فعالیت می‌کند، تلاش نموده تا ضمن شناخت بهزیستی روان‌شناختی تشکیل‌دهنده آن ، مکانیسم‌های علمی این پدیده را شناسایی کند (۱۷,۲). عناصر اصلی بهزیستی روان‌شناختی شامل معنویت(۱۸)، رشد و بالندگی فردی، رضایت از زندگی، شادی(۱۶)، روابط مثبت با دیگران، خویشتن پذیری، معناداری، سازگاری و تسلط بر محیط، خودپیروی، خوش‌بینی(۱۷) و داشتن هدف در زندگی است. رخدادهای زندگی به‌صورت یکسان افراد را تحت تأثیر قرار نمی‌دهند؛ بلکه شیوه تفسیر افراد از رخدادها است که سلامت روان افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. با توجه به این که یک رخداد منفی ممکن است ازنظر فردی یک فاجعه و ازنظر فردی دیگر یک فرصت تلقی شود(۱۹). استرس به‌واسطه شیوه‌های مقابله‌ای افراد بر بهزیستی ذهنی آنان تأثیر می‌گذارد(۱۵). نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که سبک واکنش بیماران قلبی به محرک‌های محیطی با استرس و تحریک‌پذیری همراه است؛ که خود موجب عوارض قلبی-عروقی مانند پرفشاری خون در آنان می‌گردد(۱۶). هدف این پژوهش این بود که نقش متغیر استرس ادراک‌شده و بهزیستی روان‌شناختی را در پیش‌بینی پرفشاری خون را موردمطالعه قرار دهد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع مطالعه توصیفی همبستگی بود. جامعه پژوهش افراد دارای پرفشاری خون مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی بودند. روش نمونه‌گیری، نمونه‌گیری در دسترس بود؛ که حجم نمونه ۲۹۸ نفر (۱۲۱ مرد و۱۷۷ زن) به‌دست‌آمد.

از دو ابزار در این پژوهش مورداستفاده قرار گرفت: (۱) پرسشنامه استرس ادراک‌شده و (۲) مقیاس بهزیستی ذهنی. پرسشنامه استرس ادراک‌شده در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن و همکاران(۲۰) تهیه‌شده است. پرسشنامه دارای ۳ نسخه ۴ سؤالی،۱۰ و ۱۴ ماده‌ای است که برای سنجش استرس عمومی درک‌شده در یک ماه گذشته به کار می‌رود. این ابزار، افکار و احساسات دربارهٔ حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنارآمدن با فشار روانی و استرس‌های تجربه‌شده را موردسنجش قرار می‌دهد. این مقیاس، عوامل خطرزا در اختلالات رفتاری را نیز بررسی کرده و فرایند روابط تنش‌زا را نشان می‌دهد. این پرسشنامه در کشورهای مختلف کاربرد فراوانی داشته و به همین خاطر به زبان‌های گوناگون ترجمه و در کشورهای زیادی مورداستفاده قرارگرفته و هنجاریابی شده است. در این پژوهش، نسخه ۱۴ ماده‌ای آن استفاده‌شده است. آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۶ به‌دست‌آمده است (کوهن و دیگران، ۱۹۸۳)(۲۰). نحوه نمره‌گذاری در این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت (هرگز =۰، تقریباً هرگز= ۱، گاهی اوقات= ۲، اغلب اوقات = ۳ و بسیاری از اوقات =۴ امتیاز) است. عبارت‌های ۴-۷، ۹-۱۰و ۱۳ پرسشنامه به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند؛ کمترین امتیاز کسب‌شده صفر و بیشترین امتیاز ۵۶ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده استرس ادراک‌شدهٔ بیشتر است.

ابزار دوم مقیاس بهزیستی ذهنی[1] است. فرض بر این است که رضایت از زندگی بعد شناختی و عاطفه مثبت و نبود عاطفه منفی نیز

1. scales of subjective well-being

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-06]
[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.1.50]

بعد هیجانی بهزیستی ذهنی را اندازه‌گیری می‌کنند. ضروری است که تمایزی بین رضایت از زندگی و عاطفه مثبت ـ منفی بیشتر کیفی وجود دارد. به‌عبارت‌دیگر، درحالی‌که رضایت از زندگی به قضاوت شناختی و کل‌نگرانه فرد از زندگی خود به‌صورت یک کل اشاره می‌کند، عاطفه مثبت و منفی به‌صورت تجربه گستره‌ای از عواطف مثبت و منفی تعریف می‌شود. بهزیستی ذهنی به نمرات به‌دست‌آمده از مقیاس‌های عاطفه مثبت، عاطفه منفی و رضایت کلی از زندگی اشاره می‌کند. مؤلفه رضایت کلی از زندگی به‌وسیله یک مقیاس تک سؤالی و مؤلفه‌های عاطفه مثبت و منفی به ترتیب به کمک شش عبارت مثبت و منفی ارزیابی می‌شود. در این پرسشنامه، آزمودنی‌ها باید میزان رضایت‌مندی خود از زندگی را، درمجموع، بر روی یک مقیاس ۱۰ درجه‌ای از صفر (بدترین شرایط ممکن) تا ۱۰ (بهترین شرایط ممکن) مشخص نمایند.

گستره‌ای از مطالعات بر وجود ویژگی‌های روان‌سنجی قابل‌قبول در مقیاس بهزیستی ذهنی تأکید می‌کنند(۲۱) در مقیاس عاطفه مثبت، آزمودنی‌ها باید با استفاده از شش نشانگر از قبیل «بشاش»، «دارای روحیه خوب»، «فوق‌العاده شاد»، «آرام و آسوده»، «راضی» و «سرزنده»[1] وضعیت خود را بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای از ۱ (هیچ‌وقت) تا ۵ (تمام اوقات) مشخص نمایند. در مقیاس عاطفه منفی، آزمودنی‌ها وضعیت خود را در ۳۰ روز گذشته بر روی شش نشانگر «آن‌قدر غمگینم که هیچ‌چیز نمی‌تواند مرا سرحال بیاورد»، «عصبی»، «ناآرام یا بی‌قرار»، «ناامید»، «همه‌چیز برایم سخت و پرزحمت بود» و «بی‌ارزش بودن»[2] بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای از ۱ (هیچ‌وقت) تا ۵ (تمام اوقات) مشخص می‌نمایند. گویه‌های مقیاس عاطفه منفی به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. بنابراین، نمرات مثبت بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده تجربه عاطفه منفی کمتر است و در گویه‌های مقیاس عاطفه مثبت، نمرات بالاتر نشان‌دهنده تجربه عاطفه مثبت بیشتر است. به‌منظور ایجاد هر مقیاس نمرات با یکدیگر جمع می‌شوند.

برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری[3] استفاده شد. مدل‌یابی معادلات ساختاری یک تکنیک تحلیل چندمتغیری بسیار کلی و نیرومند از خانواده رگرسیون چندمتغیری است که به پژوهشگر امکان می‌دهد مجموعه‌ای از معادلات رگرسیون را به‌صورت هم‌زمان مورد آزمون قرار دهد. دو مؤلفه اصلی این روش مدل اندازه‌گیری[4] و مدل ساختاری[5] است. به همین دلیل تحلیل مدل‌یابی معادلات ساختاری مستلزم گذر از دو مرحله است: بررسی مدل اندازه‌گیری از طریق تحلیل عاملی تأییدی و تحلیل مدل ساختاری از طریق تحلیل مسیر. با توجه به این‌که اغلب پژوهشگران توصیه می‌کنند، ارزیابی مدل اندازه‌گیری باید قبل از مدل ساختاری صورت گیرد (۲۲) به همین دلیل، این مراحل در این پژوهش به ترتیب معمول انجام شده است.

یافته‌ها

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که استرس هم به‌صورت مستقیم و هم به‌واسطه بهزیستی ذهنی، متغیر پنهان پرفشاری خون را پیش‌بینی می‌کند. در این مدل بهزیستی ذهنی به‌واسطه سه نشانگر عاطفه مثبت، نبود عاطفه منفی و رضایت کلی از زندگی و متغیر پنهان پرفشاری خون از طریق دو نشانگر فشارخون سیستولیک و دیاستولیک سنجیده شد. چگونگی برازش مدل با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری ارزیابی شد. در بررسی شاخص‌های برازندگی به‌دست‌آمده ملاحظه شد که شاخص کای‌اسکوئر در سطح ۰/۰۱ معنادار است (۳۱/۶۶۴= χ^2 ۷ = df، ۲۹۸ =N). با توجه به حساسیت شاخص کای‌اسکوئر به حجم نمونه بالا، دیگر شاخص‌های برازندگی موردبررسی قرار گرفت. شاخص کای‌اسکوئر نُرم‌شده (χ^2/df =۴/۵۲۳) به همراه دیگر شاخص‌های برازندگی مثل شاخص برازندگی تطبیقی (CFI= ۰/۹۵۰)، شاخص نکویی برازش (GFI= ۰/۹۶۶)، شاخص تعدیل‌شده برازندگی (AGFI = ۰/۸۹۷) و شاخص ریشه خطای

1. Cheerful, In good spirits, Extremely happy, Calm and peaceful, Satisfied, Full of life
2. nervous, Restless or fidgety, Hopeless, Worthless
3. Structural Equation Modeling (SEM)
4. Measurement model
5. structural model

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-06]
[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.1.50]

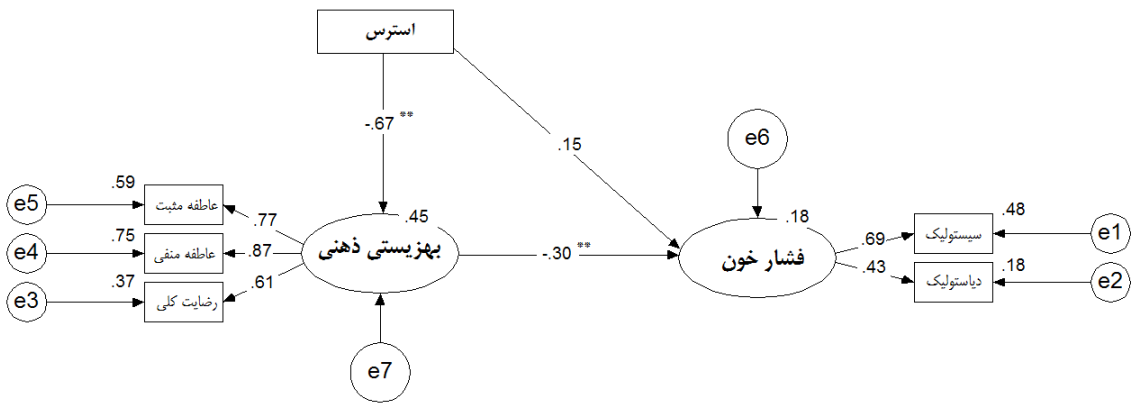
میانگین مجذورات تقریب (RMSEA=۰/۰۸۲) نیز نشان داد که مدل با داده‌ها برازش مطلوبی دارد. جدول ۱ ضرایب مسیر کل، مستقیم، غیرمستقیم، خطای استاندارد و سطح معناداری ضرایب مسیر در مدل ساختاری را نشان می‌دهد.

جدول ۱. ضرایب مسیر کل، مستقیم و غیرمستقیم بین استرس ادراک‌شده، بهزیستی ذهنی و فشارخون

مسیرها	اثر کل		اثر مستقیم		اثر غیرمستقیم	
	پارامتر استاندارد β	خطای استاندارد	پارامتر استاندارد β	خطای استاندارد	پارامتر استاندارد β	خطای استاندارد
استرس - فشارخون	۰/۳۵۳**	۰/۰۸۵	۰/۱۵۱	۰/۱۱۴	۰/۲۰۳**	۰/۰۹۲
استرس - بهزیستی ذهنی	-۰/۶۷۱**	۰/۰۵۴	-	-	-	-
بهزیستی ذهنی - فشارخون	-۰/۳۰۲**	۰/۰۹۶				

*p <۰/۰۵ ، **p <۰/۰۱

بر اساس نتایج جدول ۱ ضریب مسیر بین بهزیستی ذهنی و فشارخون منفی و در سطح ۰/۰۱ معنادار است (p<۰/۰۱، β=-۰/۳۰۲). بنابراین، سؤال اول پژوهش مبنی بر «آیا بین بهزیستی ذهنی و فشارخون رابطه وجود دارد؟» پاسخ‌داده‌شد و چنین نتیجه‌گیری شد که بین بهزیستی ذهنی و فشارخون رابطه منفی و معنادار وجود دارد. بر اساس نتایج جدول ۱، ضریب مسیر کل (مجموع ضرایب مسیر مستقیم و غیرمستقیم) بین عامل استرس ادراک‌شده و فشارخون مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار است (p <۰/۰۱، β=۰/۳۵۳). بنابراین، سؤال دوم پژوهش مبنی بر «آیا بین استرس ادراک‌شده و فشارخون رابطه وجود دارد؟» پاسخ‌داده‌شد و چنین نتیجه‌گیری شد که بین استرس ادراک‌شده و فشارخون رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. نتایج جدول ۱ نیز بیانگر آن است که ضریب مسیر غیرمستقیم بین استرس ادراک‌شده و فشارخون مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار است (p<۰/۰۱، β=۰/۲۰۳). بدین ترتیب، سؤال سوم پژوهش نیز پاسخ داده شد و چنین نتیجه‌گیری شد که بهزیستی ذهنی رابطه بین استرس ادراک‌شده و بهزیستی ذهنی را میانجیگری می‌کند. شکل ۱ مدل ساختاری پژوهش در تبیین روابط بین استرس ادراک‌شده، بهزیستی ذهنی و فشارخون را نشان می‌دهد.



شکل ۱. مدل ساختاری پژوهش در تبیین روابط بین استرس ادراک‌شده، بهزیستی ذهنی و فشارخون

*e:هر جا e در کنار مستطیل است به معنای خطای اندازه گیری ومیزان واریانس هر سوال که توسط متغیر اصلی تبین نشده می باشد و زمانی که در کنار بیضی باشد مفهومی عکس ضریب تعیین دارد ومیزان واریانس هر متغیر که ناشی از عوامل غیر از عوامل داخل مدل را نشان می دهد.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-06]
[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.1.50]

همچنان که در شکل ۱ دیده می‌شود، مجذور همبستگی‌های چندگانه (R^2) برای متغیر فشارخون برابر با ۰/۱۸ است؛ این موضوع نشان می‌دهد که ۱۸ ٪ از واریانس فشارخون را تغییرات در نمرات بهزیستی ذهنی و استرس تبیین می‌کند. همچنین مجذور همبستگی‌های چندگانه برای متغیر بهزیستی ذهنی برابر با ۰/۴۵ است؛ این موضوع نشان می‌دهد که ۴۵ ٪ از واریانس بهزیستی ذهنی را تغییرات در نمرات استرس ادراک‌شده تبیین می‌کند.

بحث

نتایج نشان می‌دهد که بین بهزیستی ذهنی و فشارخون رابطه منفی و معنادار و بین استرس ادراک‌شده و فشارخون رابطه مثبت و معنادار وجود دارد و بهزیستی ذهنی بین استرس ادراک‌شده و فشارخون را میانجی‌گری می‌کند. با توجه به این‌که عوامل روانی در فشارخون نقش به سزایی دارد، این مطالعه نشان داد که استرس ادراک‌شده بر روی فشارخون رابطه مستقیم و بهزیستی ذهنی رابطه عکس بر فشارخون دارد. استرس ادراک‌شده باعث افزایش فشارخون می‌گردد. این در حالی است که بهزیستی ذهنی می‌تواند نقش به‌سزایی در جلوگیری از افزایش فشارخون ایجاد کند.

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان به این نکته اشاره نمود: افرادی که استرس بیشتری را تجربه می‌کنند، به پرفشاری خون بیشتر مبتلا می‌شوند (۱۶). نتایج پژوهش‌های مختلف (۲۳-۲۸) نشان داده‌اند که سبک واکنش بیماران قلبی به محرک‌های محیطی با استرس و تحریک‌پذیری همراه است؛ که خود موجب عوارض قلبی-عروقی مانند پرفشاری خون در آنان می‌گردد. با توجه به اینکه افراد شاد احساس کنترل شخصی بیشتری را در خود احساس می‌کنند، آن‌هایی که انجام امور بیشتر به توانایی‌های خود می‌اندیشند تا به درماندگی و ناتوانایی‌هایی خویش، با استرس بیشتری مقابله می‌کنند؛ به همین دلیل نیز کمتر مبتلا به فشارخون می‌شوند (۲۸, ۲۹).

بهزیستی ذهنی می‌تواند در سلامت جسمی و روانی افراد تأثیر داشته باشد(۲۵-۲۷). اهمیت موضوع بهزیستی ذهنی ازآن‌جهت است که شاد بودن یکی از مهم‌ترین هدف‌های نوع بشر است. از طرف دیگر، شادکامی دستیابی به اهداف دیگر را تسهیل می‌کند و رفتارهای مطلوب و پیامدهای رفتاری مطلوب به دنبال دارد (۱۳, ۱۹). یافته‌های پژوهش نشان داد افراد شاد در بسیاری از حوزه‌های زندگی خود موفق هستند و موفقیت آن‌ها تا حدودی ناشی از شادکامی آن‌ها است (۱۶-۱۸). نوع‌دوستی، اجتماعی بودن، فعال بودن، دوست‌داشتن خود و دیگران، داشتن بدنی سالم و قوی و داشتن مهارت‌های بالای حل مسئله از ویژگی‌های افراد شاد است (۳۰-۳۲). بالا بودن بهزیستی ذهنی در افراد اداره کشور را برای مسئولان تسهیل می‌کند؛ زیرا افراد شاد با درآمدهای بالا، رفاه را در سطح جامعه افزایش داده و فرصت‌های بیشتری برای دیگران خلق می‌کنند و به دلیل برخورداری از سلامت روان بالا، روابط اجتماعی بهتری در سطح جامعه ایجاد می‌کنند(۲, ۳۳).

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این پژوهش باید عوامل روانی را در فشارخون مورد تأکید قرارداد و بهزیستی ذهنی از عوامل مهم در کنترل پرفشاری خون است. بهزیستی ذهنی در رابطه با استرس ادراک‌شده و فشارخون میانجی‌گری می‌کند.

سپاسگزاری

با سپاس از کلیه افرادی که در این پژوهش همکاری داشتند.

References

1. Mazloomy 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 pressure. 2016:1-4.
2. Sarafino EP, Smith TW. Health psychology: Biopsychosocial interactions: John Wiley & Sons; 2014.
3. Taylor SE, Sirois FM. Health psychology: McGraw-Hill New York; 1995.
4. Longo D, Fauci A, Kasper D, Hauser S. Harrison's Principles of Internal Medicine 18th edition: McGraw-Hill Professional; 2011.
5. Mazloomy 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 pressure. 2016:1-4.
6. Tee SR, Teoh XY, Aiman W, Aiful A, Har CSY, Tan ZF, et al. The prevalence of hypertension and its associated risk factors

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-06]
[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.1.50]

in two rural communities in Penang, Malaysia. IeJSME. 2010;2:27-40.
7. Bardeen JR, Fergus TA. An examination of the incremental contribution of emotion regulation difficulties to health anxiety beyond specific emotion regulation strategies. Journal of anxiety disorders. 2014;28(4):394-401.
8. Badour CL, Feldner MT. Trauma-related reactivity and regulation of emotion: Associations with posttraumatic stress symptoms. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry. 2013;44(1):69-76.
9. Compare A, Zarbo C, Shonin E, Van Gordon W, Marconi C. Emotional regulation and depression: a potential mediator between heart and mind. Cardiovascular psychiatry and neurology. 2014;2014.
10. Burns RA, Machin MA. Identifying gender differences in the independent effects of personality and psychological well-being on two broad affect components of subjective well-being. Personality and Individual Differences. 2010;48(1):22-7.
11. Burke RJ, Dahlan A. Malek M, Mearns K, Flin R. Stress and psychological well-being in UK and Malaysian fire fighters. Cross Cultural Management: An International Journal. 2010;17(1):50-61.
12. Diener E. Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index: American Psychological Association; 2000.
13. Diener E, Diener M. Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. Culture and well-being: Springer; 2009. p. 71-91.
14. Diener E, Oishi S, Lucas RE. Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. Annual review of psychology. 2003;54(1):403-25.
15. Tehrani H, Rakhshani T, Zadeh DS, Hosseini SM. Analyzing the relationship between job stress to mental health, personality type and stressful life events of the nurses occupied in tehran 115 emergency. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2013;15(3):272-3.
16. Diener E, Lucas RE, Scollon CN. Beyond the hedonic treadmill: revising the adaptation theory of well-being. American Psychologist. 2006;61(4):305.
17. Diener E, Scollon CN, Lucas RE. The evolving concept of subjective well-being: The multifaceted nature of happiness. Advances in cell aging and gerontology. 2003;15:187-219.
18. Diener E, Seligman ME. Beyond money toward an economy of well-being. Psychological science in the public interest. 2004;5(1):1-31.
19. D'Aniello GE, Scarpina F, Mauro A, Mori I, Castelnuovo G, Bigoni M, et al. Characteristics of anxiety and psychological well-being in chronic post-stroke patients. Journal of the neurological sciences. 2014;338(1):191-6.
20. cohen.s KT, Mermelstin,R. A global maasure of perceived stress journal of Health and Social Behavior. 1983(24):385-96.
21. Keyes CL, Shmotkin D, Ryff CD. Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. Journal of personality and social psychology. 2002;82(6):1007.
22. Ho R. Handbook of univariate and multivariate data analysis and interpretation with SPSS: CRC Press; 2006.
23. Monteiro NM, Balogun SK, Oratile KN. Managing stress: the influence of gender, age and emotion regulation on coping among university students in Botswana. International journal of adolescence and youth. 2014;19(2):153-73.
24. Montes-Berges B, Augusto-Landa J-M. Emotional intelligence and affective intensity as life satisfaction and psychological well-being predictors on nursing professionals. Journal of Professional Nursing. 2014;30(1):80-8.
25. Quevedo RM, Abella MC. Does locus of control influence subjective and psychological well-being? Personality and Individual Differences. 2014;60:S55.
26. Ratchford EV, Carson KA, Jones SR, Ashen MD. Usefulness of coronary and carotid imaging rather than traditional atherosclerotic risk factors to identify firefighters at increased risk for cardiovascular disease. The American journal of cardiology. 2014;113(9):1499-504.
27. Scheibe S, Zacher H. A lifespan perspective on emotion regulation, stress, and well-being in the workplace. Research in occupational stress and well-being. 2013;11:167-97.
28. 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(1):129.
29. Wood AM, Joseph S. The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. Journal of affective disorders. 2010;122(3):213-7.
30. Ecclestone K. From emotional and psychological well-being to character education: challenging policy discourses of behavioural science and 'vulnerability'. Research Papers in Education. 2012;27(4):463-80.
31. Feicht T, Wittmann M, Jose G, Mock A, von Hirschhausen E, Esch T. Evaluation of a seven-week web-based happiness training to improve psychological well-being, reduce stress, and enhance mindfulness and flourishing: A randomized controlled occupational health study. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2013;2013.
32. Hinkley T, Teychenne M, Downing KL, Ball K, Salmon J, Hesketh KD. Early childhood physical activity, sedentary behaviors and psychosocial well-being: a systematic review. Preventive medicine. 2014;62:182-92.
33. Kato K, Pedersen NL. Personality and coping: A study of twins reared apart and twins reared together. Behavior genetics. 2005;35(2):147-58.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-06]

[DOI: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.1.50]