



بررسی سرسختی روانشناختی و جرأت مندی در بیماران کرونر قلبی و افراد سالم

سارا شاکری^۱، محمد مهدی پسندیده^۲

چکیده

پژوهش حاضر که به مقایسه سرسختی روانشناختی و جرأت مندی در افراد مبتلا به بیمار کرونر قلبی و افراد سالم می پردازد از نوع علی مقایسه ای است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران کرونری قلب شهر رشت می باشد که به مراکز درمانی و بیمارستان های شهر رشت جهت درمان مراجعه کرده اند. حجم نمونه پژوهش شامل ۱۰۰ نفر از زنان و مردان بیمار کرونری قلب (۵۰ نفر زن و ۵۰ نفر مرد) و ۱۰۰ نفر افراد سالم مرد و زن می باشد (۵۰ نفر مرد و ۵۰ نفر زن) به عنوان گروه گواه با روش نمونه گیر غیر تصادفی (در دسترس) انتخاب شدند. به منظور گردآوری اطلاعات در پژوهش از این پرسشنامه های «پرسشنامه سرسختی روانشناختی کوپوسا و پرسشنامه جرات مندی ... استفاده گردید. برای ارائه نتایج پژوهش از روش های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. برای توصیف داده ها از درصد جدول توزیع فراوانی و نمودار میانگین و انحراف استاندارد استفاده شده است. برای تحلیل داده ها با توجه به ناپارامتریک بودن داده ها از آزمون های آماری من ویتنی، ویلکاکسون و ضریب همبستگی اسپیرمن بهره برده شد. یافته ها نشان داد با اطمینان ۹۵٪ می توان گفت میزان جرات مندی در افراد سالم به گونه ای معنادار بیشتر از افراد بیمار می باشد.

کلمات کلیدی: سرسختی روانشناختی، جرأت مندی، در بیماران کرونر قلبی

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه علوم و تحقیقات تهران (گیلان)

^۲ استادیار دانشگاه پیام نور آستانه (گیلان) (نویسنده مسئول) Mmpasandideh@gmail.com



مقدمه

امروزه بیماری‌های قلبی یکی از عوامل اصلی مرگ‌ومیر در اکثر کشورهای جهان به شمار می‌رود عوامل روانی- اجتماعی زیادی در رابطه با بیماری قلبی مطرح شده‌اند که خطر ابتلا به آن را افزایش می‌دهند الگوی حاکم این بیماری الگوی زیستی- روانی و اجتماعی است که در آن به انسان به عنوان موجودی چندبعدی نگریسته می‌شود و هریک از ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی به صورت نظام‌های تعاملی عمل می‌کنند که بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند. یکی از عوامل تأثیرگذار بر سلامت و بیماری‌های قلبی که طی ده سال گذشته توجه بسیاری از محققان را به خود جلب کرده متغیر سرسختی روانشناختی است که در حوزه سلامت از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. پژوهش ویسی و همکاران نشان داد که در شرایط پرسترس کسانی که از سرسختی بالاتری برخوردارند سلامت روان بیشتری دارند نارسایی قلبی بر ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی مددجویان تأثیر می‌گذارد (مایرز^۳ و کیلی، ۲۰۰۹).

با توجه به ماهیت ناتوان کننده این بیماری، در مراقبت از این بیماران باید همه‌جانبه‌های زندگی از جمله کیفیت زندگی مورد توجه قرار گیرد. کیفیت زندگی ارتباط نزدیکی با پیامدهای بالینی از جمله بستری مجدد و وقوع مرگ‌ومیر دارد. به دلیل تجربه فشارهای روحی، اقتصادی، بستری شدن‌های مکرر و پیش‌آگهی ضعیف نارسایی قلبی؛ این گروه از بیماران از سطح کیفیت زندگی پایینی برخوردارند. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، ۴۱/۸٪ کل مرگ و میرهای سال ۲۰۰۵ در ایران، ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی بوده و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ این میزان به ۴۴/۸٪ برسد. در حال حاضر بیماری‌های عروق کرونر، اولین علت مرگ و میر در افراد بالای ۳۵ سال در ایران می‌باشد (سازمان جهانی بهداشت^۴). از طرفی امروزه انسان‌ها نه تنها تمایل به افزایش طول عمر دارند، بلکه خواستار بهبود کیفیت زندگی هستند (حسینی فر^۵، ۲۰۰۹).

کیفیت زندگی بر اساس برداشت و درک فرد از وضعیت زندگی خود در ارتباط با عوامل فرهنگی، اهداف، عقاید و باورهای او تعیین می‌شود. کیفیت زندگی، تحت تأثیر فاکتورهایی است که به زندگی ارزش داده و به ایجاد تجارب مثبت کمک می‌کند و برای افراد مختلف، معانی متفاوتی دارد. کیفیت زندگی یک فرد، نظر شخصی وی بوده و توسط خود فرد تعیین می‌شود. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، انعکاسی از تأثیرات بیماری و درمان آن با توجه به دیدگاه و تجارب بیمار است. کیفیت زندگی نامطلوب با تشدید وخامت بیماری، بقای کمتر، افزایش تعداد روزهای بستری و کاهش فعالیت‌های عملکردی بیماران قلبی همراه است (هافر و بنزر^۶، ۲۰۱۰). لذا با توجه به شیوع بالای مشکلات روانی در بین بیماران قلبی و عروقی در این تحقیق در نظر داریم تا به مقایسه سرسختی روانشناختی و جرأت‌مندی در افراد مبتلا به بیماری کرونر قلبی و افراد سالم، بپردازیم و سوال اصلی تحقیق این است که؛ آیا از نظر سرسختی روانشناختی، تعادل عاطفه، جرأت‌مندی و امید به زندگی در افراد مبتلا به بیماری کرونر قلبی و افراد سالم تفاوتی وجود دارد؟

³Myers RH, Kiely DK⁴WHO⁵HosseiniFar⁶Hofer S, Benzer W



ادبیات و پیشینه موضوع

دستگاه گردش خون، از خون، قلب و عروق تشکیل شده است. خون مایعی است که به وسیله شبکه گسترده‌ای از رگ‌ها به تمام سلول‌های بدن می‌رود و بدون وجود آن بافت‌های بدن از چند دقیقه تا چند ساعت بیشتر نمی‌توانند به زندگی ادامه دهند، که اکسیژن و مواد غذایی پیوسته در دسترس بافت‌ها قرار گیرد. قلب وظیفه تنظیم جریان گردش خون را در بدن به عهده دارد و از اهمیت قابل توجهی برخوردار است. بیماری‌های مربوط به قلب و عروق یک‌دهم کل علت مرگ‌ومیرها را در سراسر جهان به خود اختصاص می‌دهند. برخی از مهمترین این بیماری‌ها؛ انسداد رگ‌ها، تصلب شرایین، بیماری کرونری قلبی و... می‌باشد (عبدالهی و همکاران، ۱۳۹۱، ۶۲).

بیماری کرونری قلب، یکی از شایعترین بیماری‌های قلبی-عروقی است که همواره افراد زیادی در اثر ابتلا به آن جان خود را از دست داده و دچار ناتوانی‌های مزمن می‌شوند. عوامل روانشناختی و ویژگی‌های شخصیتی تأثیر عمده‌ای در ابتلاء افراد به این بیماری ایفا می‌کنند. همچنین ویژگی‌های شخصیتی نقش مهمی در کاهش یا افزایش اثرات منفی استرس بر عملکرد قلب و عروق دارند. یکی از مهمترین منابع مقاومت در برابر اثرات منفی استرس بر سلامت جسمانی و روانی که به عنوان سپری محافظ عمل می‌کند، ویژگی شخصیتی سرسختی است (حمید، ۱۳۸۶).

بی‌تردید وجود هر کدام از این بیماری‌ها با سکتة قلبی در یک فرد سبب وخامت بیشتر وضعیت جسمی و روانی او می‌شود که تبعات آن ناتوانی در همه عرصه‌های زیستی-روانی و اجتماعی است عوامل روانی مانند افسردگی و اضطراب نقش مهمی در عملکرد و کیفیت زندگی و همکاری بیماران با رژیم درمانی دارند و این عوامل می‌توانند در پیش‌آگهی بیماری مؤثر باشند. بنابراین از جمله مسائل مهمی که بیماران قلبی عروقی با آن مواجه هستند مشکلات روحی روانی آنهاست که باید حالات روحی آنان را شناخته و در کاهش ناراحتی ناشی از آن اقدام کرد؛ به طوری که عدم‌توجه به استرس‌ها و واکنش‌های روانی مبتلایان سبب وسعت بیماری آنان می‌گردد (فروزنده و همکاران، ۱۳۹۲).

ریشه مفهومی سرسختی، برخلاف دیدگاه‌های معتقد به واکنش انفعالی انسان که در اغلب کارها در زمینه فشار روانی و بیماری مشاهده می‌شود. برگرفته از مجموعه‌ای از رویکردها در خصوص رفتار انسانی است که مدی (۱۹۷۳) در مقوله‌بندی نظریه‌های عمده شخصیت آنها را نظریه تکامل می‌نماید. کوبوسا (۱۹۷۹) صورت‌بندی از سرسختی روانشناختی ارائه داده است بر اساس نظر وی سرسختی ترکیبی از باورها در مورد خویشتن و جهان است که از سه مؤلفه تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی تشکیل شده است؛ فرد سرسخت کسی است که سه مشخصه عمومی دارد:

(الف) اعتقاد به اینکه فرد قادر به کنترل و تأثیرگذاری بر روی حوادث است و فشارهای روانی را قابل تغییر می‌داند.

(ب) توانایی احساس عمیق درآمیختگی و یا تعهد نسبت به فعالیت‌هایی که فرد انجام می‌دهد.

(ج) انتظار این که تغییر توأم با مبارزه هیجان‌انگیز، برای رشد انسان بیشتر مؤثر است و آن را جنبه‌ای عادی از زندگی می‌داند (نریمانی و همکاران، ۱۳۸۶). جرأت‌ورزی را مهارت در برقراری ارتباط میان فردی تعریف می‌کند. برنامه آموزش جرأت‌ورزی بدین منظور طرح‌ریزی می‌شود تا عقاید و رفتارهای جرأت‌مندانه افراد را بهبود بخشد به طوری که آنها بتوانند با دیدی بهتر به خود نگرسته، به «به خود اعتمادی» برسند. به طور مناسب عواطف و تفکرات فردی خود را نشان دهند و در نتیجه، روابط میان فردی مؤثر تری را با دیگران برقرار نمایند (رحیمیان‌بوگر، ۱۳۸۶).

پیشینه‌ی تحقیق

در این جا به ذکر موارد مهمی از تحقیقات انجام شده در رابطه با تحقیق مورد نظر، ابتدا در خارج و سپس در داخل کشور اشاره می‌شود.

(الف) موارد مهمی از تحقیقات انجام شده در خارج از کشور



استریک و استپتو (۲۰۰۵) در تحقیقی نشان دادند که اگر چه استرس در دراز مدت سیستم ایمنی را تضعیف نموده و شخص را مستعد انواع بیماری می سازد لیکن یکسری منابع تعدیل کننده تحت عنوان منابع مقاومت در برابر استرس شناخته شده اند که اثرات منفی ناشی از استرس بر بدن را کاهش می دهند. سرسختی به عنوان مهمترین منبع تعدیل کننده اثرات منفی استرس شناخته شده است. افرادی که از سرسختی پایین برخوردار هستند در درازمدت دچار بیماری کرومر قلبی، کلسترول و فشار خون خواهند شد در حالیکه افرادی که از سرسختی بالایی برخوردار هستند از اثرات منفی استرس مصون می مانند (فلورین و میکو، ۱۹۹۵).

ویژگی شخصیتی سرسختی از سه مؤلفه به هم بسته کنترل، تعهد و مبارزه جوئی تشکیل شده است، که می تواند به عنوان سپری در برابر استرس مقاومت کرده و از اثرات مخرب آن بر سلامتی افراد جلوگیری کند. افرادی که از سرسختی بالایی برخوردار هستند به سهولت در برابر اعمال و رفتار خود احساس تعهد کرده عقیده دارند که رویدادهای زندگی، قابل کنترل و پیش بینی است و بالاخره تغییر در زندگی را نوعی شانس و مبارزه جویی برای رشد بیشتر در زندگی در نظر می گیرند تا تهدیدی برای امنیت خود باشد (ج.ام. کال. کار دیول، ۲۰۰۵).

بر اساس نظریه دکتربین افراد سرسخت، رویدادهای زندگی را مشابه افراد غیر سرسخت تجربه می کنند، اما این رویدادها را غیر استرس را ارزیابی کرده و در مورد توانایی خود برای مقابله با آنها خوشبین هستند. چنین به نظر می رسد که سرسختی دو مؤلفه ارزیابی را تغییر میدهد، ارزیابی از تهدید را کاهش داده و انتظار برای مقابله موفقیت آمیز با آن را افزایش میدهد. علاوه بر این، تحقیقات نشان داده است که سرسختی با کاهش واکنشهای قلبی-عروقی و فشار خون پایین تر ارتباط داشته و به عنوان سپری محافظ در مقابل رشد الگوهای رفتاری که عامل اصلی بروز بیماریهای قلبی-عروقی هستند عمل میکند لو، هاروی و بلیکر، ۲۰۰۲).

در پژوهشهای جداگانه نشان دادند که سطوح بالای تاب آوری به فرد کمک میکند تا از عواطف و هیجانهایی مثبت به منظور پشت سر نهادن تجربه های نامطلوب و بازگشت به وضعیت مطلوب استفاده کند. تاب آوری از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت باعث تقویت حرمت خود و مقابله ی موفق با تجربه های منفی می شود کوباسا، ۱۹۷۹).

سرسختی روانشناختی و خود تاب آوری از جمله متغیرهایی هستند که می توانند تنیدگی ها و آثار نامطلوب آنها را تعدیل نمایند (جوزف، پت و کیت، ۱۹۹۷).

تاب آوری همچنین به عنوان توانایی بهبود بیماری افسردگی یا مسائلی از این دست نیز فهمیده می شود (وبستر، ۱۹۹۵) تاب آوری مهارتی مناسب است برای پشت سر گذاشتن مشکلات زندگی حتی وقتی که شرایط نامطلوب و سخت وجود دارد، مثل اینکه شخص یک طناب قابل رجاع را دور مشکلات بسته که به فرد کمک می کند وقتی اوضاع بد شد آن ها را به عقب بکشد و به آن ها به چشم انسانه بنگرد.

کوباسا و پوکتی (۲۰۰۲) باور دارند که ویژگی های روانشناختی سرسختی از جمله حس کنجکاوی قابل توجه، گرایش به داشتن تجارب جالب و معنی دار، ابراز وجود، پراثری بودن و اینکه تغییر در زندگی، امری طبیعی است، می تواند در سازش فرد با رویدادهای تنیدگی زای زندگی سودمند باشند.

لاتر، سیسچتی، و بکر (۲۰۰۰) و ماستن و کواتسورث، ۱۹۹۸؛ به نقل از یزدانی، ۱۳۹۱) خصوصیات تاب آوری را به این شرح توصیف نموده اند:

-برخورداری از تیزهوشی و مهارت عقلانی، توانایی در صمیمیت و گسستگی

-توانایی در مفهوم پردازی موضوعات متعدد، دستیابی فرد به این اعتقاد که حق زندگی کردن دارد.

-برخورداری بودن از توانایی یادآوری و فراخوانی اشخاص و موضوعات خوب و نگهداری آن ها (نمادهای خوب) در ذهن

-برخورداری از توانایی در لمس عواطف، بجای این که وی هر زمان که عواطف مهم وی برانگیخته شدند، آن‌ها را انکار یا سرکوب کند.

-داشتن هدف در زندگی

-برخورداری از توانایی جذب و استفاده از حمایت اجتماعی

-برخورداری از توان در نظر گرفتن احتمالات در زندگی و استفاده مطلوب از دستورات اخلاقی جامعه مدنی

-نیاز و توانایی در کمک به دیگران

-برخورداری از خزانه عاطفی

-کاردان و مبتکر بودن

-برخورداری از دیدگاهی نوع دوستانه نسبت به دیگران

-برخورداری از ظرفیت تبدیل درماندگی آسیب رسان به درماندگی آموخته شده. در مجموع می‌توان گفت که تاب آوری فرایندی پویا است که در آن تأثیرات محیطی و شخصیتی در تعاملی متقابل بر یکدیگر اثر می‌گذارند.

به نقل از (کوباسا، ۱۹۷۹) افراد سرسخت، رویدادهای زندگی را مشابه افراد غیر سرسخت تجربه می‌کنند، اما این رویدادها را غیراسترس‌زا ارزیابی کرده و در مورد توانایی خود برای مقابله با آن‌ها خوشبین هستند.

به اعتقاد چنین به نظر می‌رسد که سرسختی دو مؤلفه ارزیابی رانگیز می‌دهد، ارزیابی از تهدید را کاهش داده و انتظار برای مقابله موفقیت آمیز با آن را افزایش می‌دهد. علاوه بر این، تحقیقات نشان داده است که سرسختی با کاهش واکنشهای قلبی- عروقی و فشار خون پایین تر ارتباط داشته و به عنوان سپری محافظ در مقابل رشد الگوهای رفتاری که عامل اصلی بروز بیماریهای قلبی- عروقی هستند عمل می‌کند (روزنکیت، روزنسکی و بلومنتی، ۲۰۰۵).

نشان دادند که تاب آوری از طریق تقویت حرمت خود به عنوان مکانیسم واسطه ای به انطباق پذیری مثبت منتهی می‌شود. در بررسی ورنر و اسمیت اظهار می‌دارند تاب آوری می‌تواند با افزایش مهارت‌های اجتماعی تقویت‌گردد. مهارت‌هایی از قبیل برقراری ارتباط، مهارت‌های رهبری، حل مسأله، مدیریت منابع، توانایی رفع موانع موفقیت و توانایی برنامه‌ریزی (بنتی و کامورو پولوس، ۲۰۰۶)

در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که سازگاری و مقابله با بیماری‌های مزمن مثل بیماری قلبی، دیابت و سرطان در افرادی که از بسیاری از عوامل تسهیل کننده مثل انعطاف پذیری، توانایی حل مشکل، امید، شهامت، روحیه‌ی معنوی و حمایت اجتماعی برخوردار هستند به صورت سریعتر اتفاق می‌افتد (گادز مرسی و پرو، ۲۰۰۸).

جرات‌مندی:

مانوئل جی اسمیت در کتاب «روان شناسی اعتراض» که نوعی روان درمانی آموزش است ابراز وجود و جرأت‌مندی را مترادف با ابراز قاطعیت معرفی کرده و بر این عقیده است که ابراز قاطعیت اهمیت زیادی در تقویت سلامت روانی انسانها دارد و موجب پرورش قوه‌های ابراز وجود و احقاق حق و شکوفایی استعدادها می‌گردد. به عقیده او قاطع بودن یعنی به خود اطمینان کردن و توانایی هایمان را دست کم نگرفتنهر اتفاقی که می‌خواهد بیفتد با آن مقابله می‌کنم.

آلن فرانک می‌گوید: «یکی از شاخص‌های نشان‌دهنده بلوغ بزرگسالی، رابطه متعادل میان هیجان‌ها و سیستم‌های درونی کنترل منطقی است که امکان می‌دهد پاسخ‌های عاطفی بدون زیر پا گذاشتن اصول منطقی ابراز شوند. فرآیند ابراز وجود فرد را قادر می‌سازد که این تعادل را میان سیستم‌های کنترل منطقی و ابراز صادقانه هیجان‌ها حفظ کند. ابراز وجود تمام آن چیزی است که در یک رابطه حضور دارد. (راندی پترسون، دکترای روانشناسی بالینی و نویسنده کتاب چگونه ایده‌های خود را ابراز کنید و در روابط و شغل خود موفق بمانید). به عبارت دیگر قادر خواهید بود خواسته‌ها و نیازهایتان را به دیگران ابراز کنید.



فردی که دارای توانایی ابراز وجود است، مسئولیت رفتارها و انتخابهای خود را می پذیرد، دارای عزت نفس کافی است، احساس، افکار و نگرشی مثبت نسبت به خود و دیگران دارد و رفتارش باخود و دیگران صریح و صادقانه است (مک وائل و موریس، ۲۰۱۰).

رفتارهای مغایر با ابراز وجود بر مهارت های جرأت ورز افراد تأثیر بسیاری دارد. ابراز وجود در روابط اجتماعی کودکان ایجاد اختلال کرده و آن ها را به سوی اتخاذ رفتارهای منفعلانه، مانند خجالتی بودن، افسردگی و اضطراب سوق می دهد و یا به سوی پرخاشگری و بزهکاری هدایت می کند.

افراد کم جرأت از مهارت های ابراز وجود بسیار پایینی برخوردارند. این افراد تمایل دارند که از تعارض در همه شرایط جلوگیری کنند. آن ها نگرانی ها را درونی می کنند تا خود را به خطر نیندازند. اعتقاد زیر بنایی این افراد آن است که نیازهای افراد دیگر مهم تر از نیازهای خودشان می باشد و اگر فرد نیازهای خودش را بر آورده کند، دیگران او را طرد خواهند کرد. همچنین فرد کم جرأت می تواند افکار و احساسات خود را به شکل خصومت آمیز و پرخاشگرانه نیز نشان دهد. این افراد از تهدید و کنترل در برآوردن نیازهایشان استفاده می کنند.

صحبت با صدای بلند و خشن، خصمانه نگاه کردن به دیگران، صحبت در رابطه با اتفاقات گذشته به صورت ملامت کننده، سرزنش کننده و تحقیر آمیز، بیان تند و خود خواهانه احساسات و عقاید در یک الگوی تعصبی، ارزش های خود را مهم تر از ارزش های دیگران قلمداد کردن و صدمه زدن به دیگران برای اجتناب از صدمه شخصی از ویژگی های افراد کم جرات است.

برنامه آموزش ابراز وجود، شیوه های اجرایی متعددی دارد که به طورفردی یا گروهی اعمال می شود. برخی از شیوه های آموزشی ابراز وجود عبارتند از: بازسازی عقلانی، نظارت بر خود، آرمیدگی در موقعیت واقعی، حساسیت زدایی، تمرین رفتار، ایفای نقش، سرمشق گیری، بازخورد، حل مسئله، راهنمایی، تقویت، توقف فکر، آموزش درخواست کردن، "بله گفتن" و "نه گفتن"، ابراز احساسات مثبت، ابراز احساسات منفی و روش های مقابله با انتقاد و آموزش انتقاد سازنده.

تمپل و رابسون تأثیر برنامه های ابراز وجود را بر عزت نفس کودکان مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که عزت نفس در اکثر آزمودنی ها به طور معنی داری افزایش یافت و این بهبود در پیگیری های بعدی نیز مشاهده شد. کرکلند، تین و میلر در پژوهشی اثر آموزش گروهی ابراز وجود را در مورد ۳۶ تن از دانش آموزان دبیرستانی ارزیابی کردند. نتایج مطالعه آن ها نشان دادند که آموزش ابراز وجود به صورت گروهی، ابراز وجود افراد را در موقعیت ایفای نقش افزایش داده است. اثر آموزش تا چند هفته پس از آموزش نیز حفظ شده بود.

تحقیقات جدید در باره اهمیت عزت نفس، به تدوین تئوری های مهار کننده وحشت انجامیده است (گرینبرگ و سولمن، ۱۹۹۹؛ به نقل از قوی پنجه، ۱۳۹۲). تئوری های مهار کننده وحشت تا حدودی بر اساس تحقیقات ارنس بیکر (۱۹۷۳، ۷۵؛ به نقل از قنبری فر، ۱۳۹۲). نضج گرفت. این تئوری بیان می کند که عزت نفس یکی از جنبه های شخصیتی آدمی است که در دنیای ذهنی فرد، از ارزش بالایی برخوردار است و افراد عزت نفس را بوسیله پایدار سازی مفهوم واقعیت نگه می دارند و به وسیله درونی کردن ارزش ها که توصیف کننده نقطه نظرشان است، زندگی می کنند. این تئوری بیان می کند که هر فرد آدمی، نیاز فزاینده ای به عزت نفس دارد. چرا که عزت نفس هسته مرکزی جنبه های روان شناختی آدمی است و او را از اضطراب محافظت می نماید و او را نسبت به آسیب پذیری و فناپذیری آگاه می گرداند.

تحقیقات انجام شده در ایالات متحده این نظر را تایید می کند که عزت نفس در طول عمر تغییر می کند، هنگام نوجوانی و بزرگسالی افزایش می یابد، تقریباً در ۶۰ سالگی به اوج می رسد و بعد کاهش می یابد (گورمن، ۲۰۰۲).

تحقیقی که در تایوان اجرا شد معلوم کرد عزت نفس و جرات مندی در طول کودکی، نوجوانی، و اوایل بزرگسالی افزایش می یابد، ولی بعد از ۳۰ سالگی خیلی کم تغییر می کند (هافر، ۲۰۰۳).

ب) موارد مهمی از تحقیقات انجام شده در داخل کشور

کیامرثی (به نقل از سامانی، جوکار و صحراگرد، ۱۳۸۶) در پژوهش خود در رابطه با تاب آوری و سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی نشان می دهد که تاب آوری به واسطه ی کاهش مشکلات هیجانی، رضایتمندی از زندگی را در پی دارد و موجب افزایش سلامت روان می شود.

سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶) بین تاب آوری و رضایتمندی از زندگی ارتباط مستقیم و معنی دار گزارش نمودند. نشان دادند که در شرایط پراسترس کسانی که از سرسختی بالاتری برخوردارند، سلامت روان بیشتری دارند تا کسانی که از سرسختی پایینتری برخوردارند. خودتاب آوری به عنوان یکی از سازه های اصلی شخصیت برای فهم انگیزش، هیجان و رفتار مفهوم سازی شده است.

سرسختی باعث پرورش دیدی خوش بینانه نسبت به فشارها می شود؛ به عبارتی، صفت مبارزه جویی، فرد سرسخت را قادر می سازد تا حتی حوادث ناخوشایند را بر حسب امکانی برای یادگیری به تهدیدی برای ایمنی در نظر بگیرد و تمامی این جنبه ها باعث پیشگیری و یا کوتاه شدن مدت پیامدهای منفی تنش را می شود و در واقع سرسختی، سپری در مقابل برانگیختگی شدید فیزیولوژیک در اثر حوادث تنش زا است که سیله و دیگر پژوهشگران، عامل آسیب پذیری در مقابل بیماری ها می دانند (روغنچی، ۱۳۸۴).

سرسختی روانشناختی به عنوان تعدیل کننده، روابط بین تنش و بیماری روانشناختی و جسمانی عمل می کند. افرادی که از سرسختی روانشناختی قوی برخوردارند، احتمال کمتری دارد که در مقایسه با افراد دارای سرسختی روان شناختی ضعیف در پاسخ به تنش، دچار آسیب جسمانی و یا روانی شوند. هم چنین یافته های تجربی نقش تعدیل کننده سرسختی وانشناختی را در مقایسه با فشارهای جانبی تنش تأیید می کند. دیگر یافته ها بیان می کند که بین دو جنس از نظر سرسختی روانشناختی تفاوت معنی داری نیست. (شریفی، عریضی و نامداری، ۱۳۸۴).

روش تحقیق

پژوهش حاضر که به مقایسه سرسختی روان شناختی و جرأت مندی در افراد مبتلا به بیمار کرونر قلبی و افراد سالم می پردازد از نوع علی مقایسه ای است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه ی بیماران کرونری قلب شهر رشت می باشد که به مراکز درمانی و بیمارستان های شهر رشت جهت درمان مراجعه کرده اند که ۲ گروه می باشند. گروه اول شامل کلیه بیماران مبتلا به بیماری قلبی که در گروه سنی (۵۵-۱۸ به بالا) قرار دارند و طی اجرای پژوهش تحت نظر پزشک متخصص قلب به مدت ۶ ماه یا بیشتر باشد و نیز گروه افراد عادی شامل کلیه شهروندان ساکن رشت که فاقد هر گونه بیماری قلبی در گروه سنی (۱۸-۵۵ به بالا) باشد و از لحاظ سایر مشخصات جمعیت شناختی (جنس - سن - تحصیلات - تأهل - درآمد.....) با گروه بیماران همتا باشد. برای انتخاب نمونه های بیماران از روش نمونه گیری غیر تصادفی (هدفمند) جهت گزینش نمونه افراد سالم از روش نمونه گیر غیر تصادفی (در دسترس) استفاده شد. حجم نمونه پژوهش شامل ۱۰۰ نفر از زنان و مردان بیمار کرونری قلب (۵۰ نفر زن و ۵۰ نفر مرد) و ۱۰۰ نفر افراد سالم مرد و زن می باشد (۵۰ نفر مرد و ۵۰ نفر زن) به عنوان گروه گواه انتخاب شدند. به منظور گردآوری اطلاعات در پژوهش از این پرسشنامه های زیر استفاده گردید:

پرسشنامه سرسختی روانشناختی کوبوسا:

این پرسشنامه بر اساس دیدگاه های شخصی کوباسا توسط کوباسا (۱۹۷۹) ساخته شده است که دارای ۵۰ ماده می باشد و آزمودنی باید میزان صحیح یا غلط بودن جملات را در یک مقیاس ۴ درجه ای از صفر تا سه مشخص نماید. آزمون ویژگی شخصیتی سرسختی کوباسا (۱۹۷۶) توسط دژکام و قربانی (۱۳۷۳) ترجمه و روایی صوری و محتوایی آن محاسبه شده است. در مطالعه ای که توسط مدی (۱۹۹۴) صورت گرفته، بر اساس آلفای کرونباخ ثبات درونی این آزمون برای هر یک از مقایس ها

عبارت است از: چالش: ۰/۷۱، کنترل: ۰/۸۴ و تعهد: ۰/۷۵ می باشد. مؤلفه های سرسختی روانشناختی از ضریب پایایی ۰/۷۰، ۰/۵۲ و ۰/۵۲ برخوردارند و این ضرایب برای کل صفت سخت رویی ۰/۷۵ محاسبه شده است.

پرسشنامه جرات مندی :

پرسشنامه جرات ورزی گمبریل و ریچی برای سنجش رفتارهای جرات ورزانه به کار می رود. این پرسشنامه دارای ۴۰ ماده آزمون است که در برخی از مواد آن به دلیل عدم تطبیق با فرهنگ ایران تغییراتی در آنها داده شده است. در این پرسشنامه از آزمودنی خواسته می شود که میزان و شدت ناراحتی خود را در هنگام مواجه شدن با موقعیت هایی که مستلزم جرات ورزی است، بر حسب یک مقیاس درجه بندی ۵ گزینه ای بیان کند. ضریب پایایی این آزمون توسط گمبریل و ریچی (۱۹۷۵)، ۰/۸۱ گزارش شده است (بهرامی، ۱۳۷۵).

تجزیه و تحلیل داده ها:

برای ارایه نتایج پژوهش از روش های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد: برای ارایه نتایج پژوهش از روش های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. برای توصیف داده ها از درصد جدول توزیع فراوانی و نمودار میانگین و انحراف استاندارد استفاده شده است. برای تحلیل داده ها با توجه به ناپارامتریک بودن داده ها از آزمون های آماری من ویتنی، ویلکاکسون و ضریب همبستگی اسپیرمن بهره برده شد. در ضمن کلیه عملیات آماری با استفاده نرم افزار SPSS-var ۲۰ تجزیه و تحلیل شده است.

فرضیه ۱: بین سرسختی روان شناختی و جرات مندی رابطه وجود دارد.

جدول ۱ نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن رابطه بین سرسختی روان شناختی و جرات مندی

جرأت مندی عاطفی			
همبستگی	تعداد	سطح معناداری	کل
۰/۲۵۳***	۲۰۰	۰/۰۰۰	
۰/۳۸۹***	۵۰	۰/۰۰۵	زن بیمار
۰/۳۴۷*	۵۰	۰/۰۱۴	زن سالم
۰/۴۲۰***	۵۰	۰/۰۰۲	مرد بیمار
۰/۲۷۰	۵۰	۰/۰۵۸	مرد سالم

سرسختی روان شناختی

برپایه جدول بالا سطح معناداری به دست آمده برای رابطه بین سرسختی روان شناختی و جرات مندی (به جز مرد سالم) کوچکتر از ۰/۰۵ می باشد. بنابراین فرضیه پژوهش (به جز مرد سالم) با خطای پنج صدم پذیرفته می شود. از این رو با اطمینان ۹۵٪ می توان گفت با افزایش سرسختی روان شناختی از میزان جرات مندی عاطفی در زنان بیمار کاسته و بر جرات مندی در زنان سالم و مردان بیمار افزوده می شود.

فرضیه ۲: میزان سرسختی روان شناختی در زنان و مردان متفاوت است.

جدول ۲ نتایج آزمون کروسکال والیس تفاوت سرسختی روان شناختی در زنان و مردان بیمار و سالم

گروه	رتبه بندی میانگین	کروسکال والیس	سطح معناداری
مرد سالم	۱۲۶/۳۱	۲۴/۶۳۰	۰/۰۰۰
زن سالم	۱۰۸/۵۹		
زن بیمار	۹۶/۵۰		
مرد بیمار	۷۰/۶۰		

جدول ۳ نتایج آزمون من ویتنی تفاوت سرسختی روان شناختی در زنان و مردان

میانگین	انحراف استاندارد	واریانس	من ویتنی	سطح معناداری
---------	------------------	---------	----------	--------------

۰/۰۳۵	۹۴۸/۵۰۰	۵/۳۶	۲/۳۲	۸۸/۳۲	زن	سالم
		۱۹۹/۸۵	۱۴/۱۴	۹۳/۹۴	مرد	
۰/۰۷۱	۹۸۸/۰۰۰	۷۸۲/۹۲	۲۷/۹۸	۸۳/۳۲	زن	بیمار
		۵۵۸/۷۰	۲۳/۶۴	۷۳/۵۰	مرد	
۰/۲۷۸	۱۰۹۳/۵۰۰	۵/۳۶	۲/۳۲	۸۸/۳۲	سالم	زن
		۷۸۲/۹۲	۲۷/۹۸	۸۳/۳۲	بیمار	
۰/۰۰۰	۵۶۶/۵۰۰	۱۹۹/۸۵	۱۴/۱۴	۹۳/۹۴	سالم	مرد
		۵۵۸/۷۰	۲۳/۶۴	۷۳/۵۰	بیمار	

برپایه جدول بالا سطح معناداری به دست آمده برای تفاوت ۴ گروه در زمینه سرسختی روان شناختی و تفاوت بین مردان سالم و بیمار و زنان و مردان سالم کوچکتر از ۰/۰۵ می باشد. بنابراین فرضیه پژوهش (زن سالم و بیمار) با خطای پنج صدم پذیرفته می شود. از این رو با اطمینان ۹۵٪ می توان گفت میزان سرسختی روان شناختی در مردان و زنان سالم به گونه ای معنادار بیشتر از مردان و زنان بیمار می باشد. همچنین میزان سرسختی روان شناختی مردان سالم به گونه معنادار بیشتر از زنان سالم می باشد.

فرضیه ۳: میزان جرأت مندی در زنان و مردان متفاوت است.

جدول ۴ نتایج آزمون کروسکال والیس تفاوت جرأت مندی در زنان و مردان بیمار و سالم

گروه	رتبه بندی میانگین	کروسکال والیس	سطح معناداری
مرد سالم	۱۳۷/۹۱		
زن بیمار	۱۱۱/۷۸	۴۰/۵۶۱	۰/۰۰۰
زن سالم	۷۶/۹۴		
مرد بیمار	۷۵/۳۷		

جدول ۵ نتایج آزمون من ویتنی تفاوت جرأت مندی عاطفی در زنان و مردان

میانگین	انحراف استاندارد	واریانس	من ویتنی	سطح معناداری
زن	۹۵/۹۲	۱۵۵/۹۵	۳۸۱/۵۰۰	۰/۰۰۰
مرد	۱۱۳/۹۴	۱۹۱/۴۵		
زن	۹۹/۴۴	۱۲۳/۰۵	۸۱۷/۰۰۰	۰/۰۰۳
مرد	۸۳/۷۲	۳۷/۵۹	۱۴۱۲/۹۴	
زن	۹۵/۹۲	۱۵۵/۹۵	۸۸۶/۰۰۰	۰/۰۱۲
بیمار	۹۹/۴۴	۳۵/۰۷	۱۲۳/۰۵	
سالم	۱۱۳/۹۴	۱۳/۸۴	۱۹۱/۴۵	۰/۰۰۰
مرد				

برپایه جدول بالا سطح معناداری به دست آمده برای تفاوت ۴ گروه در زمینه جرأت مندی کوچکتر از ۰/۰۵ می باشد. بنابراین فرضیه پژوهش با خطای پنج صدم پذیرفته می شود. از این رو با اطمینان ۹۵٪ می توان گفت میزان جرأت مندی در زنان بیمار و مردان سالم به گونه ای معنادار بیشتر از زنان سالم و مردان بیمار می باشد.

نتیجه گیری

در یافته های توصیفی مشاهده می شود که تعداد بیماران و افراد سالم و همچنین جنسیت برابر است که نشان می دهد عوامل جنسیت و بیماری کنترل شده اند. تحصیلات بیشتر افراد هر دو گروه بیمار و سالم پایین و سن شان بالا می باشد. بیشتر آزمودنی های هر دو گروه متأهل و دارای خانواده پرجمعیت هستند. از دیدگاه درآمد سطح درآمد افراد بیمار (کمتر ۱/۵ میلیون تومان) پایین تر از افراد سالم (بیشتر از ۰/۱۵ میلیون تومان) بوده و کمبود انجام ورزش در هر دو گروه دیده می شود. بیماران زن و مرد از دیدگاه زمان شروع بیماری در یک محدوده قرار دارند، بنابراین مدت زمان شروع بیماری کنترل شده است. بر اساس سطح معناداری به دست آمده برای تفاوت ۴ گروه در زمینه سرسختی روان شناختی و تفاوت بین مردان سالم و بیمار و زنان و مردان سالم کوچکتر از ۰/۰۵ می باشد، بنابراین فرضیه پژوهش (زن سالم و بیمار) با خطای پنج صدم پذیرفته می شود. از این رو با اطمینان ۹۵٪ می توان گفت میزان سرسختی روان شناختی و میزان جرأت مندی در مردان و زنان سالم به گونه ای معنادار بیشتر از مردان و زنان بیمار می باشد. همچنین میزان سرسختی روان شناختی مردان سالم به گونه معنادار بیشتر از زنان سالم می باشد در این پژوهش تلاش شد تا آزمودنی های دو گروه با یکدیگر از لحاظ مولفه های جمعیت شناختی مشابه انتخاب شوند با این حال وجود متغیرهای کنترل نشده مانند ویژگی های شخصیتی و خانوادگی می تواند در نتایج تأثیرگذار بوده باشد، زیرا میزان جرأت مندی در آزمودنی ها می تواند از رفتار خانواده با فرد بیمار و یا سالم تأثیر بپذیرد، که جزو متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش نبوده اند. در پایان، با توجه به تأثیر فراگیر این بیماری در زندگی روزمره افراد پیشنهاد می شود که سایر متغیرهای روانشناختی از جمله سطح بهداشت روانی و خود کارآمدی و.. نیز بررسی شود تا بتوان با شناسایی عوامل روان شناختی که تحت تأثیر این بیماری های مزمن از جمله بیماران مبتلا به انواع سرطان ها و بیماری کلیوی اجرا شود تا با کسب اطلاعات بیشتر در خصوص آسیب های روانی افراد مبتلا به بیماری های مزمن خدمات درمانی کامل تری برای آنان فراهم نمود.

منابع

- پورمقدس، علی (۱۳۶۷) روانشناسی سازگاری. اصفهان: انتشارات مشعل.
- حمید، نجمه (۱۳۸۶) بررسی رابطه بین ویژگی شخصیتی سرسختی و استرس با بیماری کرونری قلب، مجله علمی پزشکی، دوره ۶، شماره ۲.
- رحیمیان بوگر، اسحق؛ اصغرنژاد، فرید؛ رحیمی نژاد، عباس (۱۳۸۷) رابطه سبک دلبستگی با سلامت روان در بزرگسالان زلزله زده شهرستان بم. مجله پژوهش های روانشناختی، ۲۱ (۱۴) ۲۷-۴۰.
- روغنچی، محمود (۱۳۸۴) رابطه ای جهت گیری مذهبی با سلامت روان دانشجویان دانشگاه رازی. پایان نامه ی کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- سامانی، سیامک؛ جوکار، بهرام؛ صحراگرد، نرگس (۱۳۸۶) تاب آوری، سلامت روان و رضایت از زندگی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۳ (۵۳) ۲۳۰-۲۳۱.
- شریفی، خلیل؛ عریضی، حمیدرضا؛ نامداری، کوروش (۱۳۸۴). بررسی رابطه بین عملکرد خانواده و سرسختی روانشناختی در دانش آموزان. فصلنامه دانش و رفتار، ۱ (۱۰) ۹۴-۸۵.

- قنبری فر، مریم (۱۳۹۲) عزت نفس چیست و چگونه شکل می گیرد؟ دانشگاه سمنان.
- قوی پنجه، امیرحسین (۱۳۹۲) عزت نفس چیست؟. مؤسسه تحقیقاتی ایران زمین پارسین.
- میرکمالی، محمد (۱۳۷۶) فشار روانی در سازمان و مدیریت. مجله دانش مدیریت، شماره ۳۹-۴۰.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R (1990) Personality disorder and the five factor model of personality. *Journal of Personality Disorder*, 4, 362-377.
- Florian V, Mikulincer M, Taubman O.(1995). Does Hardiness contribute to mental Health during a stressful real life situation? The roles of appraisal and coping. *J of Personality and Social Psychology* 1995; 68 (4): 687- 95.
- Hofer S, Benzer W, schussler G, von steinbuchel N, oldridge NB (2004) Health-related quality of life in patients withcoronary artery disease treated for angina: validity and reliability of German translations of two specific questionnaires. *Qual life Res*.
- J Am CollCardiol (2005) Inside This Issue of JACC. 46(6):A45-A46. doi: 10.1016/S0735-1097(05)02035-8.
- Joseph O,Pete H, Keith B (1997) *Quality of Life and Health Services*, 1edition
- Kobasa SC (1979) Stressful life events, Personality, and health: An inquiry into hardiness. *J of Personality and Social Psychology*; 37:1-11.
- Kobasa S. C &Puccetti M. C. (2002) Personality and social resources in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*; 45: 839-850
- Lu, J; Harvey, R; Bleecher, F (2002) The per-sonality construct of hardiness II: Relationships with comprchensivsleste of personality and psychopathplogy. *Jornal of research in personality*; 36, 72-85.
- McVanel S, Morris B (2010) Staff's perceptions of voluntary assertiveness skills training. *J Nurses Staff Dev*. Nov-Dec;26(6):256-9. doi: 10.1097/ NND. 0b013e31819b5c72.
- Webster, Frank (1995) *Theories of the Information Society* (First ed.). Oxford: Routledge.