

Investigating the effect of promoting spiritual well-being on alexithymia of patients with hypertension

Zahra Hajian, Maryam Moghimian*, Mehrdad Azarbarzin

Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

* Corresponding author e-mail: mmoghimian243@gmail.com

Citation: Hajian Z, Moghimian M, Azarbarzin M, Investigating the effect of promoting spiritual well-being on alexithymia of patients with hypertension. *Daneshvar Medicine* 2021;(29)1:49-58.
doi: 10.22070/DANESHMED.2021.13549.1014

Abstract

background and Objective: Hypertension is a combination of physiological and psychological factors. To control the disease, in addition to medical interventions, the patient's emotions must also be managed. This study aimed to determine the effect of spiritual well-being on alexithymia in patients with hypertension.

Materials and Methods: This quasi-experimental study was conducted in 2020. The sample consisted of 60 hypertensive patients referred to Ashrafi Hospital in Isfahan who met the inclusion criteria. Samples were selected as available and assigned to the intervention and control groups with an online random number table. The intervention group participated in eight 90-minute spiritual training sessions, but this intervention was not performed on the control group. The data collection tool before and after the intervention was the Toronto Emotional Dysfunction Scale. Data were analyzed by descriptive (mean, standard deviation, number, percentage) and inferential tests (independent t-test, paired t-test, Chi-square Tests) in SPSS 16 software.

Results: Before the education the mean score of alexithymia in the intervention group was 69.53 ± 6.37 and in the control group was 71 ± 5.10 which was not significantly different ($P = 0.49$). After the intervention, the mean scores in the intervention group was 60.92 ± 10.43 and in the control group was 71.32 ± 5.14 , which had a significant difference ($P = 0.002$). The mean score of alexithymia in describing emotions before and after the intervention was not significantly different ($P = 0.27$); But after the intervention, the mean total score of alexithymia and other subscales were significantly lower than before ($P = 0.003$).

Conclusion: Spiritual well-being educations were effective on alexithymia. Therefore, these educations can be offered in the support program for patients with hypertension.

Keywords: Spiritual well-being, Alexithymia, Hypertension

Received: 20 Dec 2020

Last revised: 07 Mar 2021

Accepted: 14 Mar 2021

بررسی تأثیر ارتقاء بهزیستی معنوی بر نارسایی هیجانی مبتلایان به پرفشاری خون

نویسندگان: زهرا حاجیان، مریم مقیمیان*، مهرداد آذربزین

مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

Email: mmoghimian243@gmail.com

*نویسنده مسئول: مریم مقیمیان

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه و هدف: پرفشاری خون ترکیبی از عوامل فیزیولوژیکی و روانشناختی است. به منظور کنترل بیماری، باید علاوه بر مداخلات طبی، هیجان‌ات بیمار نیز مدیریت شوند. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر بهزیستی معنوی بر نارسایی هیجانی مبتلایان به پرفشاری خون انجام شد. **مواد و روش‌ها:** این یک مطالعه نیمه تجربی بود که در سال ۱۳۹۹ انجام شد. نمونه پژوهش را ۶۰ بیمار مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به بیمارستان اشرفی اصفهانی واجد معیارهای ورود به مطالعه تشکیل دادند. نمونه‌ها بصورت در دسترس انتخاب و با جدول اعداد تصادفی آنلاین به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص داده شدند. گروه مداخله در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزشی معنوی شرکت کردند؛ اما این مداخله بر روی گروه کنترل انجام نشد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها قبل و بعد از مداخله، مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو بود. داده‌ها از طریق آزمون‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار، تعداد، درصد) و استنباطی (تی مستقل، تی زوجی، کای اسکوتر) در نرم‌افزار SPSS 16 تحلیل شدند.

نتایج: میانگین نمره نارسایی هیجانی قبل از مداخله در گروه مداخله $69/53 \pm 6/37$ و کنترل $71 \pm 6/43$ بود که اختلاف معنادار نداشت ($P = 0/49$). بعد از مداخله میانگین نمرات در گروه مداخله $60/92 \pm 10/43$ و کنترل $71/32 \pm 5/14$ شد که اختلاف معنادار داشتند ($P = 0/02$). میانگین نمره دشواری در توصیف احساسات قبل و بعد از مداخله اختلاف معنادار نداشت ($P = 0/27$)؛ اما بعد از مداخله میانگین نمره کل نارسایی هیجانی و سایر خرده مقیاس‌ها به طور معنادار کمتر از قبل بود ($P = 0/003$).

نتیجه گیری: آموزش بهزیستی معنوی بر نارسایی هیجانی مؤثر بود. بنابراین، این آموزش‌ها می‌تواند در برنامه حمایتی مبتلایان به پرفشاری خون پیشنهاد شود.

واژگان کلیدی: بهزیستی معنوی، نارسایی هیجانی، پرفشاری خون

دریافت: ۹۹/۰۹/۳۰
آخرین اصلاح‌ها: ۹۹/۱۲/۱۷
پذیرش: ۹۹/۱۲/۲۴

مقدمه

پرفشاری خون، به فشار سیستول ۱۴۰ و فشار دیاستول ۹۰ میلی‌متر جیوه و بالاتر گفته می‌شود (۱). این بیماری امروزه یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن به شمار می‌رود؛ طبق آمار سازمان جهانی سلامت، تعداد مبتلایان به پرفشاری خون در جهان یک میلیارد نفر برآورد شده اند که هر ساله از این تعداد، هفت میلیون نفر جان خود را از دست می‌دهند. به طوری که این بیماری سومین عامل مرگ و میر در جهان محسوب می‌شود (۲). ابتلا به پرفشاری خون ناشی از ترکیب عواملی مختلفی همچون جنس، سن، توده بدنی، مشکلات قلبی عروقی، سیگار و نیز عوامل روانی از جمله اضطراب، خشم، نگرش خصمانه، استرس و نارسایی هیجانی است (۳). مطالعات نشان داده اند شایع‌ترین علت روانشناختی مؤثر بر بروز این بیماری، نارسایی هیجانی است (۴، ۵).

هیجان پاسخ به تغییر در شیوه برخورد افراد در تفسیر یا ارزیابی شرایط فعلی است که بستگی به ارزیابی شناختی، تجربه ذهنی، حالات خلقی و نگرش نسبت به نوع هیجان دارد. هرگونه اختلال در این پاسخ دهی منجر به بروز نارسایی هیجانی می‌شود. نارسایی هیجانی، دشواری در خود تنظیمی، ناتوانی در شناخت و تنظیم هیجان است (۳). این اختلال، سازه‌ای چند وجهی است که شامل دشواری در شناسایی احساسات، اشکال در تمایز بین احساسات و هیجان‌های بدنی ناشی از برانگیختگی هیجانی، دشواری در توصیف احساسات برای دیگران، قدرت تجسم محدود و سبک شناختی عینی است. افراد مبتلا به نارسایی هیجانی نشانه‌های بدنی برانگیختگی هیجان را بد تفسیر می‌کنند (۶). نارسایی هیجانی فرد را در برابر اختلالات روانی همچون افسردگی و اضطراب آسیب پذیر می‌سازد (۷). همچنین با فعال سازی بخش سمپاتیک باعث برانگیختگی و بروز پاره‌ای از مشکلات جسمی مانند افزایش ضربان قلب و پرفشاری خون می‌شود (۳). رابطه ابتلا به پرفشاری خون و نارسایی هیجانی در مطالعات به اثبات رسیده است؛ بطوریکه مدیریت این اختلال تأثیر مستقیم بر کنترل پرفشاری خون خواهد داشت (۴).

به منظور کنترل عوامل مؤثر بر تغییر هیجان‌ات و نارسایی هیجانی، کنترل واکنش‌های عاطفی در جهت مهار

تحریکات سیستم عصبی خود مختار مفید هستند (۷). جهت مدیریت هیجان، راهبردهای گوناگونی وجود دارد؛ از جمله راهبردهای مؤثر می‌توان به روان درمانی شناختی و رفتاری (۳) و معنویت درمانی در جهت ارتقای بهزیستی معنوی بیمار اشاره کرد (۵).

از آنجا که انسان موجودی چند بعدی است که بعد معنوی در هسته ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی او قرار گرفته است؛ به نظر می‌رسد بهزیستی معنوی افراد بتواند بر سلامت ابعاد دیگر مؤثر واقع شود. تمرکز بر معنویت با ایجاد ارتباط فرد با عالم هستی و تقویت امید و معنای زندگی، به درمانگر کمک می‌کند تا با استفاده از ایمان و درجه معنویت فرد، به وی یاری دهد و به عبارتی درمان‌جو را به بهزیستی معنوی برساند (۸). در واقع هدف از معنویت درمانی دستیابی بیمار/ درمان‌جو به بهزیستی معنوی یا ارتقا آن است؛ زیرا بهزیستی معنوی، نگرش، شناخت و رفتارهای فرد را مورد تأثیر قرار می‌دهد، او را در مقابل ناامیدی و یاس محافظت می‌کند و شرایطی فراهم می‌سازد تا فرد بتواند هیجان‌ات خود را مدیریت کرده و رویدادهای ناگوار را تعدیل سازد (۵) و بتواند آشفتگی‌های روان را کنترل نماید. بدین سان با مشکلات سازگار شده و ساختارهای درونی خود را هماهنگ کرده و ارتقا می‌بخشد (۹).

تأثیر معنویت بر نارسایی هیجانی در مطالعه پور اکبران و همکاران، مثبت گزارش شده است (۷)، از طرفی رحمانی جوانمرد و همکاران در مطالعه‌ای، نارسایی هیجانی را عامل مهم و تأثیرگذار بر پرفشاری خون دانسته اند (۶). بدلیل ابهام در نحوه ارتباط این متغیرها، افزایش روز افزون تعداد مبتلایان به پرفشاری خون، افزایش تنش‌ها در زندگی امروزی و ضرورت مدیریت هیجان‌ات به منظور مدیریت سلامت افراد، همچنین وجود تناقض در نتایج مطالعات انجام شده در فرهنگ‌ها و جوامع مختلف، طراحی پژوهشی با هدف تعیین تأثیر ارتقا بهزیستی معنوی بر نارسایی هیجانی مبتلایان به پرفشاری خون ضروری به نظر رسید و این پژوهش با فرض اینکه ارتقا بهزیستی معنوی بر نارسایی هیجانی مبتلایان به پرفشاری خون مؤثر است انجام شد.

مواد و روش ها

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی با طراحی دو گروهی پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش افراد مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به درمانگاه اشرفی شهرستان خمینی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ بودند. تعداد ۶۰ نفر از مبتلایان به پرفشاری خون به صورت در دسترس انتخاب شدند. این حجم نمونه با احتساب ضریب اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰، انحراف معیار ۷ و دقت ۸ در فرمول زیر محاسبه شد که تعداد نمونه برای هر گروه ۲۵ نفر بدست آمد؛ اما با احتساب ۲۰ درصد ریزش نمونه، تعداد هر گروه ۳۰ نفر در نظر گرفته شد.

$$n = \frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 (\delta_1^2 + \delta_2^2)}{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2)}$$

معیارهای ورود به مطالعه شامل تشخیص پرفشاری خون با تائید متخصص قلب و عروق، سن بین ۸۰-۲۰ سال، مسلمان، تمایل به همکاری در پژوهش، عدم ابتلا به بیماری مشخص روانپزشکی و مصرف داروی روانپزشکی، امکان شرکت در جلسات و کسب نمره نارسایی هیجانی بالا (۶۰ به بالا) از پرسشنامه نارسایی هیجانی تورنتو بود. معیار خروج شامل عدم تمایل به ادامه همکاری در پژوهش، فوت بیمار، تبدیل وضعیت بیمار به بیماری ناتوان کننده مانند نارسایی قلبی بود. بدین سان پاره ای از متغیرهای مخدوش گر حذف شدند ولی تفاوت‌های فردی در یادگیری، تفاوت‌های فرهنگی و شخصیتی افراد و نیز سطح اعتقادی بیمار به عنوان دیگر متغیرهای مخدوش گر، قابل حذف نبود. به همین دلیل در صورت نیاز، برای این افراد علاوه بر آموزش‌های گروهی که شرکت کردند ساعات اضافه‌تری به آموزش فردی و یا پاسخ به سؤالات اختصاص داده شد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل دو پرسشنامه بود. پرسشنامه مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش (سن، جنس، دین، تحصیلات، محدوده درآمد، مدت زمان ابتلا به پرفشاری خون، ابتلا به بیماری مشخص روانپزشکی و مصرف داروی روانپزشکی) که توسط خود فرد تکمیل گردید پرسشنامه دوم، مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو بود که توسط تیلور، راین و باگی (۱۹۸۵) ساخته شده است و باگی، تیلور و پارکر (۱۹۹۴) آن را تجدید نظر کردند.

پرسشنامه مذکور به صورت فرم ۲۰ سؤالی (TAS-۲۰) است که سه عامل ساختاری دشواری در تشخیص احساسات (۷ سؤال)، دشواری در توصیف احساسات (۵ سؤال) و تفکر عینی یا تمرکز بر تجارب بیرونی (۸ سؤال) را مورد سنجش قرار می‌دهد. این عوامل ساختاری ویژگیهای نارسایی هیجانی است که مبین ناتوانی در بازشناسی و یا توصیف هیجان‌های شخصی و فقر شدید در تفکر نمادین است که آشکارسازی بازخوردها، احساس‌ها، تمایلات و کشنده‌ها را محدود می‌سازد. همچنین ناتوانی در بکارگیری احساس‌ها به عنوان یکی از علائم مشکلات هیجانی؛ مانع تفکر انتزاعی و باعث کاهش یادآوری رؤیایها، دشواری در تمایز بین حالت‌های هیجانی و حس‌های بدنی، قیافه خشک و رسمی، فقدان جلوه‌های عاطفی چهره، ظرفیت محدود برای همدلی و خودآگاهی می‌شود. این پرسشنامه بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت (از نمره ۱ برای «کاملاً مخالفم» تا ۵ برای «کاملاً موافق») نمره‌دهی می‌شود؛ به سؤالات شماره ۴، ۱۰، ۱۸، ۱۹ بطور معکوس نمره داده می‌شود و از جمع نمرات ۲۰ سؤال، یک نمره کلی به ارزش ۱۰۰ نمره بدست می‌آید. کسب نمره ۶۰ به بالا به عنوان نارسایی هیجانی بالا و ۵۲ به پایین به عنوان نارسایی هیجانی پایین (بدون نارسایی هیجانی) محسوب می‌شود (۱۰). در ایران این ابزار توسط عیسی زادگان و همکاران هنجاریابی شده که با احتساب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۷۴ پایایی آن مناسب گزارش شده است (۱۱). در این مطالعه نیز پایایی ابزار نارسایی هیجانی تورنتو با احتساب ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ برآورد شد که نشانگر همسانی درونی مناسب ابزار است.

پژوهشگر پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد و کسب معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه و ارائه آن به مسئولین بیمارستان اشرفی اقدام به نمونه‌گیری نمود. تعداد ۶۰ بیمار مبتلا به پرفشاری خون با روش نمونه‌گیری دردسترس از میان مراجعه کنندگان به درمانگاه بیمارستان اشرفی که واجد معیارهای ورود به مطالعه بودند انتخاب شدند. در ابتدا نمونه‌ها به صورت خود اظهاری به پرسشنامه‌های جمعیت‌شناسی و نارسایی هیجانی تورنتو پاسخ دادند. سپس نمونه‌ها به صورت تصادفی با استفاده از

تغذیه ای، تحرک، مدیریت استرس و مدیریت مصرف دخانیات و کافئین بود؛ که به صورت توضیحات شفاهی پرستار و نیز به صورت پمفلت طبق روتین درمانگاه در اختیار بیمار قرار داده می‌شد. برای کنترل برقراری ارتباط بین نمونه‌های دو گروه مداخله و کنترل سعی گردید حتی‌المقدور بیماران پزشکان مختلف که در روزهای متفاوتی در درمانگاه حضور داشتند در پژوهش وارد شوند تا ارتباط آنها با یکدیگر کاهش یابد. پس از پایان جلسات مداخله، تمامی آزمودنی‌ها مجدداً پرسشنامه نارسایی هیجانی تورنتو را تکمیل نمودند. جهت رعایت مسائل اخلاق در پژوهش، کلیه آموزش‌های ارائه شده به گروه‌های مداخله در قالب لوح فشرده در پایان پژوهش به گروه کنترل داده شد و طی جلسه ای به پرسش‌های آنها پاسخ داده شد.

به منظور کورسازی در تجزیه و تحلیل داده‌ها، پرسشنامه‌های تکمیل شده توسط نمونه‌ها در گروه مداخله و کنترل با کدهای A و B مشخص شدند که مشاور آمار از نحوه اختصاص آنها به گروه‌های مورد مطالعه مطلع نبود. نرمال بودن داده‌ها توسط آزمون کلموگروف اسمیرنوف بررسی شد. داده‌ها بوسیله آزمون‌های آماری توصیفی (میانگین نمرات، انحراف معیار، فراوانی، درصد) و استنباطی (کای اسکوئر، تی زوجی و تی مستقل) در نرم‌افزار spss نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شدند.

جدول اعداد تصادفی آنلاین در دو گروه مداخله و کنترل جایگزین شدند. به این صورت که ابتدا نام افراد بر اساس حروف الفبا ردیف شده و به آن‌ها کدهای ۶۰-۱ داده شد، سپس در برنامه دو گروه مداخله و کنترل تعریف گردید، با هر نوبت لمس دکمه، مشخص می‌شد که آزمودنی در کدام یک از گروه‌ها باید قرار گیرند، این روند تا جایی ادامه پیدا کرد که کلیه نمونه‌های پژوهش به صورت تصادفی در دو گروه جایگزین شدند. بدین ترتیب ۳۰ نفر به گروه مداخله و ۳۰ نفر به گروه کنترل اختصاص داده شدند. گروه مداخله بصورت گروهی در گروه‌های ۸-۹ نفره به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، به صورت هفته‌ای یک جلسه، مطابق برنامه ارائه شده در جدول ۱ آموزش‌های معنوی را توسط پژوهشگر با مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد پرستاری به همراه کارشناس معنوی با مدرک دانشجوی دکتری تفسیر و علوم قرآن زیر نظر استاد پژوهشگر با مدرک روانپرستاری و با رعایت کامل پروتکل‌های بهداشتی دریافت کردند. بسته درمان گروهی آموزش‌های معنوی، مطابق محتوای ارائه شده در راهنمای بالینی بومی مراقبت معنوی از بیماران مزمن تهیه گردیده است (۱۲). این آموزش‌ها علاوه بر آموزش‌های روتین ارائه شده به همه بیماران در درمانگاه بود که گروه کنترل دریافت می‌کردند؛ اما نمونه‌های گروه کنترل آموزش‌های معنوی را دریافت نکردند و توصیه‌های روتین درمانگاه و پزشک را اجرا کردند. این توصیه‌ها شامل مراقبت‌های

جدول ۱. محتوای جلسات آموزشی بهزیستی معنوی

جلسات	محتوای جلسه
اول	آشنایی و معارفه، طرح برنامه آموزشی، بیان قوانین و انتظارات از شرکت کنندگان، تبیین مفهوم معنویت و تأثیر آن در زندگی افراد، جمع‌بندی محتوای بحث، پرسش و پاسخ و نظرخواهی از نمونه‌ها
دوم	آموزش نحوه برقراری ارتباط با خود، خدا، دیگران، طبیعت ارائه تمرین برای منزل: یادداشت نحوه برقراری ارتباط در گذشته و تمرین آموزش‌های ارتباط
سوم	بررسی تمرین جلسه قبل، آموزش بخشایش‌گری به عنوان مراقبه مذهبی به صورت بخشیدن دیگران و خود، پذیرش بخشایش‌گری ارائه تمرین برای منزل: یادداشت موارد بخشایش‌گری و عدم آن در گذشته و تمرین آموزش‌های بخشایش‌گری
چهارم	بررسی تمرین جلسه قبل، آموزش دعا به عنوان گفتگو با خدا، نحوه طرح سولات معنایی در زندگی ارائه تمرین برای منزل: یادداشت نحوه برقراری ارتباط با خدا در گذشته و تمرین گفتگو با خدا
پنجم	بررسی تمرین جلسه قبل، آموزش اندیشه‌های معنوی و مراقبه ذهنی به عنوان نوعی اندیشه معنوی شامل عمل همراه با تمرکز، تصویرسازی معنوی با تن آرامی ارائه تمرین برای منزل: تمرین تن آرامی در هیجان
ششم	بررسی تمرین جلسه قبل، آموزش همراهی و خدمت به دیگران، تقویت ایمان و مقاومت در برابر فشارها، اجتناب از مشغول شدن به خود، گسترش دیدگاه اجتماعی و معنوی، پرورش حس نوعدوستی، احساس تعلق و مقبولیت اجتماعی، احساس هماهنگی با خدا و کنار آمدن با استرس و بیماری ارائه تمرین برای منزل: تمرین نوعدوستی و سازگاری
هفتم	بررسی تمرین جلسه قبل، آموزش تقویت ارتباط با دیگران مانند درد و دل کردن و درخواست کمک ارائه تمرین برای منزل: تمرین برقراری ارتباط و صحبت در مورد هیجانات
هشتم	بررسی تمرین جلسه قبل، مروری بر مطالب جلسات، پرسش و پاسخ، نظرسنجی، انجام پس آزمون

یافته‌ها

درصد) بودند. توزیع فراوانی نمونه‌ها در دو گروه مداخله و کنترل اختلاف آماری معنادار نشان نداد و گروهها همگن بودند. (جدول ۲). آزمون کلموگروف اسپیرنف نرمال بودن داده‌ها را تأیید کرد.

دامنه سنی نمونه‌ها ۲۳-۷۷ سال بود. بیماران بیشتر از ۵ سال سابقه ابتلا به پرفشاری خون داشتند، اکثر آنها زن (۶۶/۷ درصد) و دارای مدرک دیپلم و پایین‌تر (۶۶/۷

جدول ۲. توزیع فراوانی مشخصات جمعیت شناختی نمونه‌ها در دو گروه مداخله و کنترل

نتیجه آزمون	متغیر	
	کنترل تعداد (درصد)	مداخله تعداد (درصد)
$Z=1/39$ $P=0/16$	۱۳ (۴۳/۳)	۸ (۲۶/۷)
	۱۶ (۵۳/۳)	۲۰ (۶۶/۷)
	۱ (۳/۳)	۲ (۶/۷)
$\chi^2=0/63$ $p=0/43$	۱۷ (۵۶/۷)	۲۰ (۶۶/۷)
	۱۳ (۴۳/۳)	۱۰ (۳۳/۳)
$Z=0/04$ $p=0/97$	۲۷ (۹۰)	۲۷ (۹۰)
	۱ (۳/۳)	۲ (۶/۷)
	۲ (۶/۷)	۱ (۳/۳)
$Z=0/21$ $p=0/83$	۴ (۱۳/۳)	۴ (۱۳/۳)
	۱۲ (۴۰)	۱۳ (۴۳/۳)
	۱۴ (۴۶/۷)	۱۳ (۴۳/۳)
$t=1/12$ $p=0/27$	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
	۵۵/۸۷ (۱۱/۴۳)	۵۲/۷۰ (۱۰/۴۰)

آزمون تی مستقل نشان داد که قبل از آموزش میانگین نمرات دو گروه اختلاف معنی‌دار نداشتند ($P=0/49$). بعد از آموزش میانگین نمرات گروه مداخله در مؤلفه‌های شورای در تشخیص احساسات و تفکر عینی با تمرکز بر تجارب بیرونی و نمره کلی نارسایی هیجانی نسبت به گروه کنترل افزایش معنادار نشان داد ($P=0/002$) (جدول ۳).

جدول ۳. مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره نارسایی هیجانی در گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از آموزش

متغیر	گروه	قبل از مداخله		بعد از مداخله	
		مداخله	کنترل	مداخله	کنترل
دشواری در تشخیص احساسات		۲۷/۰۷ (۵/۳۵)	۲۸/۱۳ (۳/۲۵)	۲۲/۰۵ (۵/۴۱)	۲۸/۰۷ (۳/۳۳)
دشواری در توصیف احساسات		۱۸/۲۷ (۳/۲۸)	۱۶/۴۷ (۳/۳۱)	۱۷ (۴/۲۲)	۱۶/۴۷ (۳/۲۹)
اختلال در تفکر عینی		۲۴/۲۰ (۵/۳۳)	۲۶/۴۰ (۳/۶۸)	۲۱/۸۷ (۴/۸۵)	۲۶/۷۹ (۴/۱۷)
نمره کل		۶۹/۵۳ (۶/۳۷)	۷۱ (۵/۱۰)	۶۰/۹۲ (۱۰/۴۳)	۷۱/۳۲ (۵/۱۴)

میانگین نمره کلی نارسایی هیجانی و سایر مؤلفه‌های آن قبل و بعد از مداخله اختلاف معنادار وجود داشت ($P = ۰/۰۰۳$). میانگین نمرات قبل و بعد، در گروه کنترل در هیچ یک از مؤلفه‌های نارسایی هیجانی تفاوت معنادار نداشت ($P = ۰/۵۸$) (جدول ۴).

آزمون تی زوجی نشان داد که میانگین نمره کل نارسایی هیجانی و خرده مقیاس‌های آن در گروه مداخله از $۶۹/۵۳$ قبل از مداخله به $۶۰/۹۲$ کاهش و میانگین نمره مذکور در گروه کنترل از $۷۱ \pm ۵/۱۰$ به $۷۱/۳۲$ افزایش یافت. در مؤلفه دشواری در توصیف احساسات بین دو زمان قبل و بعد از آموزش اختلاف معنادار نداشت ($P = ۰/۲۷$)؛ اما بین

جدول ۴: مقایسه نارسایی هیجانی قبل و بعد از آموزش در هر یک از گروهها

متغیر	گروه	
	مداخله	کنترل
دشواری در تشخیص احساسات	قبل و بعد	قبل و بعد
دشواری در توصیف احساسات	قبل و بعد	قبل و بعد
اختلال در تفکر عینی	قبل و بعد	قبل و بعد
نمره کل	قبل و بعد	قبل و بعد

کلی نارسایی هیجانی نسبت به گروه کنترل و همچنین نسبت به نمرات مرحله پیش آزمون پیشرفت معنادار داشتند.

بر اساس این نتایج بیمارانی که تحت آموزش بهزیستی معنوی قرار گرفتند در مؤلفه‌های دشواری در تشخیص احساسات و تفکر عینی با تمرکز بر تجارب بیرونی و نمره

بحث

در تحقیقات مختلف در زمینه تأثیر آموزش بهزیستی معنوی بر مؤلفه‌های مختلف نارسایی هیجانی در گروه‌های هدف متفاوت، نتایج متعددی بدست آمده است؛ در برخی از تحقیقات مانند مطالعه رحمانی جوانمرد و همکاران تنظیم نارسایی هیجانی بر پرفشاری خون مؤثر بوده است (۴). مطالعه موک و همکاران نتیجه‌گیری شده است که افراد با نارسایی هیجانی بالا با عدم آگاهی هیجانی و ناتوانی در پردازش شناختی احساسات، نیازمند کمک در شناسایی، درک و توصیف هیجانات خود هستند و راهبردهای تنظیم هیجان می‌تواند نتایج مثبتی داشته باشد (۱۳). معتمدی و همکاران در مطالعه خود دریافتند که معنویت درمانی موجب تنظیم نارسایی هیجانی می‌شود (۹). در مطالعه زالوسکی و همکاران معنویت درمانی با استفاده از تقویت کننده‌های معنوی و دعا بر کنترل پرفشاری خون مؤثر بوده است (۱۴) که نتایج مطالعه حاضر را تأیید می‌کنند. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت از آنجا که معنویت با دعا و نیایش و تضرع به تخلیه هیجانات کمک می‌کند به نظر می‌رسد آموزش بهزیستی معنوی از این بعد در مدیریت نارسایی هیجانی مؤثر است؛ اما یافته‌های پژوهش با نتایج برخی از مطالعات دیگر همسو نیست که می‌تواند مبین تفاوت‌های فرهنگی و اعتقادی در جوامع مختلف باشد (۱۵). بطور مثال در این مطالعه میانگین نمره دشواری در توصیف احساسات با گروه کنترل اختلاف معنادار نداشت اما در مطالعه الهی و همکاران، معنویت درمانی منجر به بهبود توصیف ادراکات افراد در رویارویی با مشکلات شده است (۱۶). در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که دشواری در توصیف احساسات ریشه در اضطراب فرد دارد که نیازمند روان‌درمانی تحلیلی است و از آنجا که در این مطالعه تحلیل احساس صورت نگرفته است این نتیجه بر اساس نتایج مطالعات پیشین خاطر نشان می‌سازد که معنویت توأم با روان‌درمانی‌های تحلیلی تحت عنوان تحلیل‌گری معنوی احتمالاً بتواند نتیجه کامل‌تری در درمان نارسایی هیجانی برجای بگذارد (۱۶).

مؤلفه توانایی در تشخیص احساسات بعد از ارائه آموزش‌های بهزیستی معنوی در بیماران بهبود یافت.

پوراکیبران و همکاران نیز در مطالعه خود نتیجه‌گیری کرده‌اند که عدم توانایی تمرکز بر احساسات بدنی و تشخیص عواطف و احساسات، عوامل آسیب‌پذیری در مقابل استرس هستند که فرد آن را در قالب علائم بدنی همچون فشار خون بالا نشان می‌دهد و رویکرد معنوی با دو شکل تغییر در باورهای معنوی برای انجام رفتارهای بهداشتی و اجرای آیین و مناسبات معنوی در راستای ارتقا حمایت اجتماعی، احساس تعلق و دوستی‌های صمیمانه با تقویت قدرت بالقوه ایمان و معنویت برای تشخیص و دریافت عواطف و احساسات فردی، درمان مؤثری بشمار می‌رود (۷). کلهرنیا و همکاران نیز مدیریت استرس به همراه معنویت درمانی را به منزله یک روش مداخله‌ای مفید در شناخت عوامل اضطراب‌زا و کنترل پرفشاری خون دانسته‌اند که نتایج این مطالعه را تأیید می‌کنند (۵). فوکس و همکاران در مطالعه خود تزلزل معنویت را در ایجاد پریشانی روانی و شخصیت افراد مؤثر دانسته‌اند و بر دریافت آموزش‌های معنوی برای انسجام ابعاد وجودی انسان تأکید کرده‌اند (۱۷).

در این مطالعه تفکر عینی افراد بعد از آموزش‌های بهزیستی معنوی ارتقا یافت که با نتایج مطالعات مشابه همسو است؛ در مطالعه بشارت و همکاران معنویت درمانی با ایجاد امیدواری و معنابخشی باعث تغییر نگرش و تفسیر افراد نسبت به زندگی خود شده و تفکر عینی را بهبود می‌بخشد (۱۸). البته دی‌پیرو و همکاران در مطالعه خود نتیجه‌گیری شده است که امید و اضطراب با یا بدون معنویت تغییر نخواهد کرد (۱۹) که با نتیجه این مطالعه هم‌راستا نیست و می‌تواند ناشی از برداشتهای متفاوت دینی و تأثیر فرهنگ دینی بر معنویت در جوامع مسلمان باشد.

بر اساس نتایج بدست آمده فرضیه پژوهش مورد تأیید قرار گرفت از این رو می‌توان بیان نمود که بهزیستی معنوی می‌تواند در کنترل نارسایی هیجانی بیماران پرفشاری خون مؤثر باشد.

در این مطالعه با توجه به محدودیت انتخاب جامعه آماری از بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه بیمارستان شهید اشرفی شهرستان خمینی شهر اصفهان و نیز عدم امکان مداخله‌گره‌هایی همچون فرهنگ و میزان اعتقادات مذهبی بیماران، در تعمیم یافته‌ها باید جوانب احتیاط رعایت گردد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه با تائید کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد کد (IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1399.04) انجام شده است. پژوهشگران بر خود لازم می‌داند تا از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی برای تصویب این پژوهش و نیز مسئولان بیمارستان اشرفی و بیماران که صمیمانه در انجام این پژوهش همکاری نمودند تشکر و قدردانی نمایند.

و مطالعات وسیع‌تری در خصوص موضوع مورد مطالعه، مبتنی بر فرهنگ و مذهب در جوامع مختلف پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری نهایی

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن است که ارتقا بهزیستی معنوی موجب شد تا نارسایی هیجانی بیماران مبتلا به پرفشاری خون مدیریت شود. بنابراین به مسئولان حوزه سلامت پیشنهاد می‌شود آموزش‌های معنوی را جهت مدیریت مشکلات هیجانی بیماران مبتلا به پرفشاری خون را در برنامه همکاری بین حرفه ای تیم سلامت قرار دهند.

منابع

1. Jameson JL, Anthony F, Dennis K, Stephen H, Dan L, Joseph L. Harrison's principles of internal medicine. New York: McGraw-Hill Education 2018.
2. World Health Organization. Hypertension Available from: https://www.who.int/health-topics/hypertension/#tab=tab_3. 2018.
3. Smith, H S, Atkinson, B M, Atkinson. H. Psychology. Translators: Behrouz Birshak, Mehdi Mohieddin Bonab, Yousef Karimi, Kianoosh Hashemian, Reza Zamani et al. 6th ed. Tehran: Arjomand Publications 2016.
4. Rahmani Javanmard S, Khani M. Study and comparison of emotional dysfunction, tolerance of turmoil and rumination in women with hypertension and healthy women. Journal of Health Psychology 2017; (23) 6: 136-50.
5. Kalhernia Golkar M, Bani Jamali S h, Bahrami H, Hatami H, Ahadi H. The effectiveness of combining stress management training and spiritual therapy on blood pressure, anxiety and quality of life in patients with hypertension. Journal of Clinical Psychology 2014; (3) 6: 1-11.
6. Besharat M A. Relationship of alexithymia with coping styles and interpersonal problems. Procedia - Social and Behavioral Sciences 2010;5:614-8.
7. Poorakbaran E, Mohammadi GhareGhoulou R. Evaluate the effectiveness of therapy on cognitive emotion regulation spirituality in women with breast cancer. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences 2019; 61(4): 1122-36.
8. Young C, Koopsen C. Spirituality, Health, and Healing: An Integrative Approach. 2th ed. Canada: Jones & Bartlett Learning 2011.
9. Moetamedi A, Pajouhinia S, Fatemi Ardestani M H. The Impact of Spiritual Wellbeing and Resiliency in Predicting Death Anxiety among Elderly People in Tehran. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam 2015;3(2):19-26.
10. Bagby R M, Parker J D, Taylor G J. Twenty-five years with the 20-item Toronto Alexithymia Scale. Journal of Psychosomatic Research 2020;131: 109940.
11. Issazadegan A, Sheikhy S, Basharpour S. The Relationship of Alexithymia with Type D Personality and General Health. Studies in Medical Sciences 2012; 22(6):530-8.

12. Irajpour A R, Moghimian M, Arzani H R. Design and Development of an Inter-Professional Clinical Guideline for Spiritual Care of Chronic Patients. PhD thesis in Nursing education. Isfahan Iran: Isfahan university of medical science 2018.
13. Mok E, Wong F, Wong D. The meaning of spirituality and spiritual care among the Hong Kong Chinese terminally ill. *Journal of advanced nursing* 2010; 66(2): 360-70.
14. Zalewski, M, Lengua, L J, Wilson A C, Trancik A, Bazinet A. Associations of coping and appraisal styles with emotion regulation during preadolescence. *Journal of Experimental Child Psychology* 2011; 110(2); 141–158.
15. Rosik C H, Soria A. Spiritual Well-Being, Dissociation, and Alexithymia: Examining Direct and Moderating Effects. *Journal of Trauma & Dissociation* 2012;13(1):69-87.
16. allahi L, Lotfi Kashani F, Masjedi Arani A. The impact of cognitive rehabilitation on working memory and verbal fluency in dyslexic students (a single case study). *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology* 2017; 11(42): 17-26
17. Fox J, Cashwell CS, Picciotto G. The opiate of the masses: Measuring spiritual bypass and its relationship to spirituality, religion, mindfulness, psychological distress, and personality. *Spirituality in Clinical Practice*. 2017;4(4):274.
18. Besharat M A, Bazzazian S. Psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire in a sample of Iranian population. *Advances in Nursing & Midwifery* 2015; 24(84): 61-70.
19. DiPierro M, Fite PJ, Johnson-Motoyama M, editors. The role of religion and spirituality in the association between hope and anxiety in a sample of Latino youth. *Child & Youth Care Forum* 2018; 47:101-14.