

February-March 2022, Volume 11, Issue 1

Comparison of Automatic Thoughts and Alexithymia with Anxiety in People with Hypertension and People without Hypertension in Zanjan

Rabab Abbasi Kamal¹, Afsaneh Sobhi^{2*}

1- Master Student, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Arts, Islamic Azad University, Zanjan Branch, Iran.

2- Assistant Professor of Health Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Arts, Islamic Azad University, Zanjan, Iran.

Corresponding author: Afsaneh Sobhi, Assistant Professor of Health Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Arts, Islamic Azad University, Zanjan, Iran.

Email: Psychsobhi@gmail.com

Received: 19 Nov 2020

Accepted: 24 Sep 2021

Abstract

Introduction: Hypertension is exacerbated by mental illness such as anxiety. The aim of this study was to compare automatic thoughts and alexithymia with anxiety in people with hypertension and people without hypertension in Zanjan in 2019.

Methods: The method of the present study was descriptive-comparative. The statistical population of this study included all people with hypertension and people without hypertension in Zanjan in 2019. For sampling, 5 health centers were randomly selected by lottery and from these 5 bases, 126 people (63 people with hypertension and 63 people without hypertension) were non-random quota method selected and entered the study. Data were collected using demographic questionnaires, Sphygmomanometer, "Automatic Thoughts Questionnaire", "Toronto Alexithymia Scale" and "Beck Anxiety Inventory". The validity of the instruments was limited to previous studies. The reliability of the instruments was confirmed by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. Data were analyzed in SPSS. 24.

Results: With the increase of automatic thoughts and alexithymia, the level of anxiety in both groups increases (P-Value <0.05). There was no significant difference between people with hypertension and those without hypertension in terms of their mean thoughts and their components and anxiety (P-Value <0.05). Also, in terms of the average of alexithymia, there is no significant difference between people with hypertension and people without hypertension; except for the externally oriented thinking component in which people without hypertension have a higher mean (P-Value <0.05).

Conclusions: Automatic thoughts and alexithymia (a component of difficulty identifying feelings) are positively related to anxiety in the group of people with hypertension. It is suggested that psychology training classes be held for people with hypertension to control and reduce automatic thoughts and alexithymia.

Keywords: Automatic Thoughts, Alexithymia, Anxiety, Hypertension.

مقایسه افکار خودآیند و نارسایی هیجانی با اضطراب در افراد مبتلا به پرفشاری خون و افراد بدون پرفشاری خون شهر زنجان

رباب عباسی کمال^۱، افسانه صبحی^{۲*}

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و هنر، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و هنر، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران.

نویسنده مسئول: افسانه صبحی، استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و هنر، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران.
ایمیل: Psychsobhi@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۸/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۷/۲

چکیده

مقدمه: پرفشاری خون بر اثر بیماری های روانی از قبیل اضطراب تشدید می گردد. هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه افکار خودآیند و نارسایی هیجانی با اضطراب در افراد مبتلا به پرفشاری خون و افراد بدون پرفشاری خون شهر زنجان در سال ۱۳۹۹ بود.

روش کار: روش پژوهش حاضر، توصیفی-مقایسه ای بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به پرفشاری خون و بدون پرفشاری خون شهر زنجان در سال ۱۳۹۹ بود. جهت نمونه گیری، ۵ پایگاه سلامت به روش تصادفی به قرعه کشی انتخاب و از این ۵ پایگاه، ۱۲۶ تن (۶۳ فرد مبتلا به پرفشاری خون و ۶۳ فرد بدون پرفشاری خون) به روش غیر تصادفی سهمیه ای انتخاب و وارد پژوهش شدند. افراد انتخاب شده در ۲ گروه از نظر جنسیت همتا شدند. گردآوری داده ها با پرسشنامه جمعیت شناختی، دستگاه فشار سنج، "پرسشنامه افکار خودآیند (Automatic Thoughts Questionnaire)"، "مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو (Toronto Alexithymia Scale)" و "سیاهه اضطراب بک (Beck Anxiety Inventory)" انجام گردید. روایی ابزارها بدلیل وجود محدودیت زمانی به پژوهش های گذشته، اکتفا شد. پایایی ابزارها به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ تایید گردید. داده ها در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته ها: با افزایش میزان افکار خودآیند و نارسایی هیجانی، میزان اضطراب افراد در هر ۲ گروه افزایش می یابد ($P < 0.05$). از نظر میانگین افکار خودآیند و مؤلفه های آن و اضطراب بین افراد مبتلا به پرفشاری خون و افراد بدون پرفشاری خون تفاوت معنادار وجود نداشت ($P > 0.05$). همچنین، از نظر میانگین نارسایی هیجانی، بین افراد مبتلا به پرفشاری خون و افراد بدون پرفشاری خون تفاوت معنادار وجود ندارد؛ به جز مؤلفه تفکر با جهت گیری خارجی که در آن افراد بدون پرفشاری خون از میانگین بالاتری برخوردارند ($P < 0.05$).

نتیجه گیری: افکار خودآیند و نارسایی هیجانی (مؤلفه دشواری در شناسایی احساسات) با اضطراب در گروه افراد مبتلا به بیماری پرفشاری خون همبستگی مثبت دارد. پیشنهاد می شود جهت کنترل و کاهش افکار خودآیند و نارسایی هیجانی، برای افراد دارای بیماری پرفشاری خون، کلاس های آموزشی روانشناسی برگزار گردد.

کلیدواژه ها: افکار خودآیند، نارسایی هیجانی، اضطراب، پرفشاری خون.

پر فشاری خون (Hypertension) یکی از شایع ترین بیماری های مزمن و بعد از دخانیات، به عنوان دومین عامل اصلی مرگ انسان ها، در کشورهای در حال توسعه و سومین عامل اصلی برای بیماری های غیر واگیر در جهان به شمار می رود (۱). پرفشاری خون به معنای فشاری است که از طرف خون بر هر واحد سطح از دیواره رگ وارد می شود (۲). طبق آمارهای سازمان جهانی بهداشت، حدود ۶۰۰ میلیون تن در جهان، مبتلا به بیماری پرفشاری خون بوده و سالانه ۵/۷ میلیون تن در دنیا در نتیجه ابتلا به این بیماری و عوارض ناشی از آن جان خود را از دست می دهند (۳). این بیماری در جوامع گوناگون از شیوع متفاوتی برخوردار بوده و در کشورهای مختلف بین ۱۰ تا بیش از ۶۰ درصد، شیوع دارد. بر اساس گزارش اولین دوره از بررسی های نظام مراقبت عوامل خطر بیماری های غیر واگیر در ایران، شیوع پرفشاری خون در افراد ۱۵ تا ۶۴ سال ۱۷ درصد، گزارش شد (۴). در ایجاد بیماری پرفشاری خون، دلایل متعدد جسمی و روانی موثر می باشد که اضطراب یکی از مهم ترین این عوامل می باشد (۵).

اضطراب (anxiety)، احساس ناخوشایند و مبهم بوده که اغلب با نشانه هایی از سیستم عصبی خودکار همراه می باشد. اضطراب، علامت هشداردهنده است که نشانه هایی مشابه ترس در انسان ایجاد نموده و با این تفاوت که ترس، واکنش انسان به تهدید شناخته شده مشخص و خارجی است. اضطراب شدید و طولانی مدت موجب ایجاد بیماری های روان تنی در افراد شده که به یکی از این بیمارها می توان به پرفشاری خون، اشاره نمود (۶).

یکی از متغیرهای دیگری که در ایجاد پرفشاری خون موثر است، نارسایی هیجانی است. نارسایی هیجانی نوعی نقص و نارسایی هیجانی است که باعث ناتوانی در پردازش شناختی هیجانی و تنظیم هیجان ها می شود (۷). نارسایی هیجانی (alexithymia) در بسیاری از بیماران روان تنی (psychosomatic) مشاهده می شود که شکایت اصلی بیماران روان تنی هنگام مراجعه به پزشک، نارسایی هیجانی نیست؛ بلکه این افراد تمایل دارند در عوض بیان هیجانانگیز به توصیف وقایع محیطی بپردازند (۸). در این زمینه پژوهش های مختلف تاثیر نارسایی هیجانی را در اختلالات روانشناختی گوناگون از جمله اختلال سوءمصرف مواد، ناپهنجاری جنسی، پرخاشگری، اضطراب، افسردگی

عمده مورد بررسی قرار داده اند (۹). همچنین نتایج پژوهش فکری و همکاران (۳) نشان داده که نارسایی هیجانی با دشواری در بیان و ابراز هیجان ها همراه بوده و با پرفشاری خون اساسی، شاخص توده بدنی و سلامت فیزیکی رابطه دارد. بعلاوه در برخی پژوهش ها (۷،۹) نتایج نشان داده که مبتلایان به نارسایی هیجانی در مقایسه با افراد غیر مبتلا، مشکلات سلامتی بیشتری دارند و در تنظیم هیجان های خود با مشکلات بیشتری مواجه هستند و همچنین این افراد ظرفیت محدودی در مقابله سازگارانه با شرایط تنش زا دارند.

از دیگر متغیرهای مورد بررسی پژوهش حاضر در رابطه با پرفشاری خون، افکار خودآیند (Automatic Thoughts) می باشد. افکار خودآیند شامل جملات و عبارات هایی است که در جریان هوشیاری روی داده و طول عمر این افکار فقط تا زمانی است که فرد نسبت به آن ها هوشیار است و بعد از یک رویداد، سریعاً روی می دهند (۱۰). در واقع افکار خودآیند، ناشی از شکست در پاسخ دادن به تنش های زندگی است (۱۱). در این راستا، پژوهش ها نشان می دهد که افکار خودآیند سبب تداوم نگرانی شده (۱۲) و این افکار، منعکس کننده معنایی است که فرد به موقعیتی خاص می دهد و با پاسخ هیجانی و رفتاری به آن موقعیت ارتباط تنگاتنگ دارد. علاوه بر این، افکار خودآیند، نقش مهمی در فرآیند درمانی داشته و به عنوان گذرگاهی ترجیحی، برای دسترسی به درک باورهای بنیادین که اساس چند اختلال روانشناسی است، کمک می کند (۱۳).

در سال های اخیر، موضوع شناسایی و مدیریت اضطراب، بخش عمده ای از ظرفیت های حوزه سلامت روانی را در جهان و به طبع آن، در ایران به خود اختصاص داده است و تعداد متعددی از پژوهش های آسیب شناسی روانی به این موضوع اختصاص یافته است. باتوجه به آمار بالای فشارخون و با در نظر گرفتن این مسئله که اضطراب و نارسایی هیجانی با پرفشاری خون ارتباط دارد، لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه افکار خودآیند و نارسایی هیجانی با اضطراب در افراد مبتلا به بیماری فشارخون و افراد بدون پرفشاری خون شهر زنجان در سال ۱۳۹۹ انجام شد.

روش کار

روش پژوهش حاضر، توصیفی-مقایسه ای بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه افراد مبتلا به بیماری فشارخون

مراجعه کننده به پایگاه های سلامت شهر زنجان بودند. جهت نمونه گیری، با عنایت به اینکه در شهر زنجان ۴۰ پایگاه سلامت وجود داشت، ۵ پایگاه سلامت به روش تصادفی با قرعه کشی انتخاب شد. سپس، از بین این ۵ پایگاه منتخب، به روش غیر تصادفی سهمیه ای و از جدول مورگان ۱۲۶ تن (۶۳ فرد مبتلا به پر فشاری خون و ۶۳ فرد بدون پر فشاری خون) با توجه به تعداد افراد جامعه، بدست آمد. تعداد افراد پایگاه اول ۲۶ تن (۱۳ مبتلا به پر فشاری خون و ۱۳ همراه) پایگاه دوم ۲۰ تن (۱۰ بیمار و ۱۰ همراه)، پایگاه سوم ۳۰ تن (۱۵ بیمار و ۱۵ همراه)، پایگاه چهارم ۲۲ تن (۱۱ بیمار و ۱۱ همراه)، پایگاه پنجم ۲۸ تن (۱۴ بیمار و ۱۴ همراه) بود که بر مبنای تعداد بیماران ۶ ماهه گذشته محاسبه شد.

شایان ذکر است ۶۳ فرد بدون پر فشاری خون از همراهان بیماران مراجعه کننده به پایگاه های سلامت بودند که بر اساس جنس با بیماران همتا شدند. در پایگاه های سلامت، اگر شخصی مبتلا به پر فشاری خون تشخیص داده شود، سایر اعضای خانواده هم از این جهت می بایست بررسی شوند، لذا از این طریق سایر اعضای خانواده هم از نظر فشار خون بررسی می شوند. علاوه، جهت اطمینان از عدم ابتلای ایشان به بیماری پر فشاری خون، علاوه بر اینکه از خود ایشان سوال شده و پاسخشان منفی بود، توسط مراقب سلامت (پرستار)، فشار خون آن ها اندازه گیری هم شد (۲ بار یا بیشتر، در فاصله یک تا ۴ هفته).

معیارهای ورود به پژوهش شامل داشتن پر فشاری خون، نداشتن بیماری روان پزشکی خاص، نداشتن بیماری جسمی خاص (مانند ام اس، دیابت بیماری قلبی - عروقی) که با بررسی پرونده پزشکی و سوال از خود افراد مشخص شد، بود. شایان ذکر است با عنایت به اینکه بیماری مبتلا به پر فشاری خون جز بیماری هایی است که بیمار می بایست تا پایان عمر دارو مصرف کند، لذا این افراد در حقیقت دارای بیماری پر فشاری خون بوده ولی توسط دارو، بیماری کنترل می گردد، لذا بعنوان بیمار مبتلا به پر فشاری خون محسوب می گردد. تشخیص پر فشاری خون به این شرح بود که نمونه ها می بایست فشارخون سیستولیک بیشتر از mmgh140 و فشار خون دیاستولیک بالاتر از mmgh 90 (در اندازه گیری صحیح فشارخون ۲ بار یا بیشتر، در فاصله یک تا ۴ هفته) داشته باشند.

پرسشنامه جمعیت شناختی شامل جنسیت، وضعیت تاهل،

سن، تحصیلات، وضعیت شغلی بود. برای سنجش فشارخون نمونه ها، از رایج ترین دستگاه سنجش فشارخون به نام فشارسنج دیجیتال بازویی Berheall (BO-70) ساخت کشور آلمان استفاده شد. پژوهش فرهادی و همکاران (۱۴) نشان داد که روایی و پایایی این روش اندازه گیری فشارخون (فشارسنج بازویی) مورد تایید است. اندازه گیری فشار خون نمونه ها توسط مراقب سلامت در هر پایگاه انجام می شد.

«پرسشنامه افکار خودآیند» (Automatic Thoughts Questionnaire) توسط Hollon & Kendal در سال ۱۹۸۰ به منظور ارزیابی شناختی خودافشایی در افسردگی، تهیه شده است (۱۵). این پرسشنامه دارای ۳۰ عبارت است که میزان خود گوئی های درونی فرد را مورد سنجش قرار می دهد. این پرسشنامه دارای ۴ مولفه: ناسازگاری فردی و تمایل به تغییر (individual incompatibility and tendency to change) (۷ عبارت: ۷، ۱۰، ۱۴، ۱۹، ۲۰، ۲۲، ۲۶)؛ خودپنداره های منفی و انتظارات منفی (negative self-concepts and negative expectations) (۸ عبارت: ۲، ۳، ۹، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۸)؛ عزت نفس پایین (low self-esteem) (۷ عبارت: ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰) و درماندگی (prostration) (۸ عبارت: ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵). نمره گذاری این پرسشنامه نیز به این صورت است که می بایست برای محاسبه نمره هر مولفه، نمره تک تک عبارات های مربوط به آن مولفه را با هم جمع شود. برای محاسبه نمره کلی پرسشنامه، نمره همه عبارات های پرسشنامه با هم جمع می شود. شیوه نمره گذاری «پرسشنامه افکار خودآیند» بصورت لیکرت ۵ تایی و بدین شرح است: هرگز: ۱، گاهی: ۲، متوسط: ۳، اغلب: ۴، همیشه: ۵. است. حداقل و حداکثر نمره در این پرسشنامه، به ترتیب ۳۰ و ۱۵۰ می باشد. تفسیر نمره بدست آمده نیز به این صورت است که نمره ۶۰-۳۰: افکار خودآیند پایین؛ نمره ۹۰-۶۱: افکار خودآیند متوسط و نمره ۹۱ و به بالا: افکار خودآیند بالا تفسیر می شود (۱۵). Hollon & Kendal (۱۵) در پژوهش خود روایی ملاکی «پرسشنامه افکار خودآیند» را در نمونه ۱۰۰ تن از دانشجویان کارشناسی ارشد زن و مرد دانشگاه مینه سوتا در ایالات متحده آمریکا با «سیاهه شخصیتی چند مرحله ای مینه سوتا» (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) و «سیاهه افسردگی بک» مورد سنجش قرار داده و مورد تایید گزارش نمودند (به ارقام بدست آمده، امکان دسترسی

رباب عباسی کمال و افسانه صبحی

هیجانی پایین، نمره ۶۰-۵۲: نارسایی هیجانی متوسط و نمره ۶۱ به بالا: نارسایی هیجانی بالا تفسیر می شود.

Parker و همکاران (۱۹) روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی برای «مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو» در نمونه ۱۹۳۳ تن از افراد بزرگسال (۸۸۰ مرد و ۱۰۵۳ زن) ساکن در چند شهر کوچک و بزرگ در آنتاریوی کانادا، مورد سنجش قرار داده و نتایج ۳ عامل را تایید نمود. همچنین پایایی به روش همبستگی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در جامعه فوق، سنجیده شد ولی ضرایب بدست آمده، گزارش نشده است. همچنین Fogley و همکاران (۲۰) در پژوهش خود، روایی همگرا و روایی واگرا (هر دو) «مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو» را از طریق همبستگی با «سیاهه پنج عاملی نئو» (NEO Five-Factor Inventory) در بین ۶۵ بزرگسال (۶۱ مرد و ۴ زن) مبتلا به اختلالات طیف اسکیزوفرنی از ایندیاناپولیس در ایالات متحده آمریکا، سنجیده و نتایج قابل تایید گزارش شد (اعداد گزارش نشده). بعلاوه، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه فوق، محاسبه ۰/۷۵ بدست آمد.

در پژوهش بشارت و همکاران (۲۱) روایی سازه «مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو» به روش تحلیل عاملی تاییدی سنجیده شد که نتایج وجود ۳ زیر مقیاس را در نسخه فارسی تایید نمود.

روایی همزمان «مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو» با پرسشنامه های «هوش هیجانی» (Emotional Intelligence)، «بهبودی روانشناختی» (Psychological Well-Being) و «درماندگی روانشناختی» (Psychological Distress) سنجیده و ضرایب همبستگی به ترتیب ۰/۷۰، -۰/۶۸، و ۰/۴۴ بدست آمد (تعداد نمونه برای سنجش روایی ها، ذکر نشده است). همچنین پایایی مقیاس، به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه ای از ۴۴۳ دانش آموز دبیرستانی (۲۱۳ پسر و ۲۳۰ دختر) مشغول به تحصیل در رشته های تحصیلی علوم انسانی، علوم تجربی و علوم ریاضی مدارس شهر تهران سنجیده و برای کل مقیاس ۰/۸۵ و ۳ زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات ۰/۸۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵ و برای تفکر با جهت گیری خارجی ۰/۷۲ بدست آمد. همچنین ثبات به روش بازآزمون نیز در نمونه ۶۷ تن از جامعه فوق در ۲ نوبت با فاصله ۴ هفته ۰/۷۰ و ۰/۷۷ بدست آمد.

«سیاهه اضطراب بک» (Beck Anxiety Inventory) توسط

نیود. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه مذکور، ۰/۹۷ بدست آمد.

در پژوهش کاویانی و همکاران (۱۶) روایی محتوا به روش کیفی «پرسشنامه افکار خودآیند»، توسط ۵ تن روانشناس (مشخصات و اطلاعات دقیق گزارش نشده) بررسی و تایید شد. بعلاوه، روایی همگرای این ابزار را در ۶۵ تن (۳۵ تن گروه کنترل و ۳۰ تن گروه مداخله) از دانشجویان دختر مقیم خوابگاه دانشگاه اصفهان، با «سیاهه افسردگی بک» (Beck Depression Inventory) بررسی گردید که به ترتیب ضرایب ۰/۶۷ و ۰/۷۴ (برای گروه کنترل و مداخله) گزارش شد. ثبات ابزار مذکور، با توجه به نمونه فوق با روش بازآزمایی پس از ۶۰ روز، ۰/۸۶ گزارش شد. همچنین با توجه به نمونه فوق، پایایی به روش همبستگی بین طبقه ای بین نمره گروه کنترل در مراحل اول و دوم محاسبه و ضرایب ۰/۷۶ و ۰/۸۸، گزارش نمودند.

بابامیری و همکاران (۱۷) در پژوهش خود روایی «پرسشنامه افکار خودآیند» را بررسی نکردند. پایایی ابزار، به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه ۱۰۰ تن از افراد مبتلا به اعتیاد مراجعه کننده به کلینیک های ترک اعتیاد شهر اهواز، محاسبه نمودند که ضرایب در دامنه بین ۰/۹۲ تا ۰/۹۵ (ضرایب تک تک مولفه ها، گزارش نشده) گزارش شد.

«مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو» (Toronto Alexithymia Scale: TAS) که توسط Bagby و همکاران در سال ۱۹۹۴، طراحی گردید؛ این مقیاس، دارای ۲۰ عبارت با ۳ زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات (difficulty identifying feelings) (۷ عبارت: ۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳، ۱۴)؛ دشواری در توصیف احساسات (difficulty describing feelings) (۵ عبارت: ۲، ۴، ۱۱، ۱۲، ۱۷) و تفکر با جهت گیری خارجی (externally oriented thinking) (۸ عبارت: ۲۰، ۱۹، ۱۸، ۱۶، ۱۵، ۱۰، ۵، ۱۸) (۱۸). نمره گذاری مقیاس بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه ای است که از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق (۱ تا ۵) سنجیده و بررسی می شود. همچنین عبارات ۴، ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ بصورت معکوس نمره گذاری می شوند. تفسیر نمره بدست آمده نیز به این صورت است که نمره هر یک از زیرمقیاس ها جمع زده و عدد بدست آمده، هر چه بیشتر باشد، نشان دهنده مشکل بیشتر می باشد. حداقل و حداکثر نمره این مقیاس به ترتیب ۲۰ و ۱۰۰ می باشد. تفسیر نمره بدست آمده نیز به این شرح است که نمره کمتر از ۵۲: نارسایی

نشده) سنجیده و مورد تایید گزارش شده است. همچنین، روایی این سیاهه (نوع روایی ذکر نشده) در ۲۶۱ بیمار اضطرابی مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر تهران، ۰/۷۲ بوده است. بعلاوه، پایایی ابزارها به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ، با ۱۵۱۳ تن از مناطق مختلف شهر تهران ۰/۹۲ گزارش شد. ثبات به روش بازآزمون در فاصله زمانی یک ماه به ترتیب در نمونه ۱۱۲ و ۱۵۰ تن اندازه گیری و ۰/۸۳ و ۰/۹۲ گزارش شد.

در پژوهش حاضر با توجه به محدودیت زمانی، روایی سنجیده نشد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در نمونه ۶۳ تن از افراد دارای پر فشاری خون و ۶۳ تن از افراد بدون پر فشاری خون در شهر زنجان برای «پرسشنامه افکار خودآیند»، «مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو» و «سیاهه اضطراب بک» سنجیده شد. مقدار ضریب آلفا کرونباخ به تفکیک ۲ گروه افراد با پر فشاری خون و افراد بدون پر فشاری خون در جدول ۱ ارائه شده است که در هر ۲ گروه در کل پرسشنامه و مولفه ها، پایایی ابزار تایید گردید.

جهت گردآوری داده ها، ابتدا به دانشگاه علوم پزشکی زنجان برای دریافت معرفی نامه اقدام و دریافت شد. سپس به تمامی ۵ پایگاه سلامت منتخب در شهر زنجان مراجعه شد. پس از معرفی پژوهش به مسئولان پایگاه های سلامت شهر زنجان، از ایشان تقاضا شد که همکاری نمایند. در پایگاه ها، فهرستی از افراد دارای بیماری پر فشاری خون موجود بود. با انتخاب افراد گروه مبتلا به پر فشاری خون مشخص شد. افراد بدون پر فشاری خون (همانطور که ذکر شد) از همراهان گروه مبتلا به پر فشاری خون، انتخاب شد. عدم ابتلای ایشان به پر فشاری خون نیز هم با سوال از خودشان و هم با اندازه گیری فشارخون ایشان توسط مراقب سلامت (پرستار) در همان پایگاه سلامت، مشخص گردید. تکمیل پرسشنامه ها توسط هر دو گروه، در محل پایگاه های سلامت شهر زنجان، انجام شد. پرسشنامه را بصورت حضوری و در پایگاه های نامبرده، تکمیل نمایند. فرآیند جمع آوری داده ها در بازه زمانی ۲ ماهه از تاریخ ۱۳۹۹/۴/۲ تا ۱۳۹۹/۶/۵ به طول انجامید.

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر عبارت بود از این که نمونه ها جهت شرکت در پژوهش، رضایت کامل داشتند. همچنین هر زمان که از ادامه پژوهش منصرف می شدند، مختار به خروج از پژوهش بوده و هیچگونه اجباری برای

Beck & Steer در سال ۱۹۸۱، طراحی شده است (۲۲). این سیاهه، یک ابزار خودگزارشی است که برای اندازه گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شد. این سیاهه، دارای ۲۱ عبارت می باشد و بر اساس طیف ۴ گزینه ای لیکرت (اصلاً: صفر، خفیف (زیاد ناراحت کننده است)؛ ۱: متوسط (خیلی ناخوشایند بود، اما تحمل کردم)؛ ۲: شدید (نمی توانستم آن را تحمل کنم)؛ ۳: به سنجش اضطراب می پردازد. این سیاهه، تک عاملی است. تفسیر این سیاهه نیز به شرح ذیل است که هر یک از عبارت های ابزار یکی از علایم شایع اضطراب (علایم ذهنی، بدنی، هراس) را توصیف می کند و نمره کل در نمره نهایی در دامنه ای از صفر تا ۶۳ قرار می گیرد. درجه اضطراب هیچ یا کمترین: ۷-صفر؛ درجه اضطراب خفیف: ۸-۱۵؛ درجه اضطراب متوسط: ۱۶-۲۵؛ درجه اضطراب شدید: ۲۶-۶۳ می باشد (۲۲).

Quintão و همکاران (۲۳) در پژوهش خود در پرتغال در نمونه ۱۱۶۰ بزرگسال (۴۲۷ مرد و ۷۳۳ زن) (با میانگین سنی ۳۳/۳۹ سال) برای سنجش روایی ملاکی همزمان «سیاهه اضطراب بک» از «سیاهه حالت و صفت اضطراب» (State-Trait Anxiety Inventory) و «مقیاس خود ارزیابی زانگ» (Zang Self-Assessment Scale) استفاده گردید. همبستگی بین نمره به ترتیب ۰/۵۵ و ۰/۴۲ گزارش شد. همچنین پایایی ابزار به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با توجه به نمونه فوق، سنجیده شد و ۰/۷۹ گزارش شد.

در پژوهش رفیعی و سیفی (۲۴) روایی سازه با روش تحلیل عاملی اکتشافی «سیاهه اضطراب بک» با نمونه ۶۰۰ تن از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اراک مورد سنجش قرار گرفت که برخلاف نسخه اصلی که تک عاملی بوده، در این پژوهش ۵ عامل با واریانس تجمعی ۵۸/۵۴ نشان داد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی با استفاده از مقادیر بارگذاری شده بر روی ۲۱ عبارت، عوامل پنجگانه به تفکیک معین شدند. بعلاوه، تحلیل عاملی تاییدی با نمونه مذکور، انجام شد و ۵ عامل مذکور تایید نمود. همچنین پایایی ابزارها به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه فوق، ۰/۹۰ حاصل شد. کاویانی و موسوی (۲۵) در پژوهش خود جهت سنجش روایی محتوا و صوری به روش کیفی «سیاهه اضطراب بک» را به وسیله نظرات ۵ تن از مدرسین دانشگاه در رشته روانشناسی (اطلاعات دقیق گزارش

رَباب عباسی کمال و افسانه صبحی

می باشد. در نهایت از نظر وضعیت شغلی نیز بیشترین فراوانی مربوط به افراد خانه دار با ۷۴/۶ درصد بوده است. نتایج آماری پژوهش در قسمت اطلاعات جمعیت شناختی، نشان داد که در افراد بدون پرفشاری خون: بیشترین فراوانی از نظر جنسیت مربوط به زنان با ۷۷/۸ درصد می باشد. همچنین از نظر تاهل بیشترین تعداد نمونه ها، متاهل با ۸۲/۵ درصد بودند. از نظر سنی بیشترین تعداد مختص به گروه سنی ۴۵ تا ۵۵ سال، بوده است. از سوی دیگر، از نظر تحصیلات بیشترین فراوانی افراد دارای مدرک کارشناسی با ۴۴/۴ درصد می باشد. در نهایت از نظر وضعیت شغلی نیز بیشترین فراوانی مربوط به افراد شاغل با ۶۸/۳ درصد بوده است. نتایج آزمون کای اسکور در افراد مبتلا به بیماری پرفشاری خون و افراد بدون پرفشاری خون نشان داد بین ۲ گروه از نظر جنسیت تفاوت معناداری وجود نداشت ($P\text{-Value} < 0.001$).

پایایی ابزار ها در کل و برحسب مولفه های «پرسشنامه افکار خودآیند»، و زیر مقیاس های «مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو» و مولفه های «سیاهه اضطراب بک» در افراد مبتلا به بیماری پرفشاری خون و افراد بدون پرفشاری خون در (جدول ۱) ذکر شده است.

جدول ۱: پایایی ابزار در کل و برحسب مولفه های «پرسشنامه افکار خودآیند»، و زیر مقیاس های «مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو» و مولفه های «سیاهه اضطراب بک» در افراد مبتلا به بیماری پرفشاری خون و افراد بدون پرفشاری خون

مقدار ضریب آلفا کرونباخ	ابزار	
	افراد بدون پرفشاری خون	با بیماری پرفشاری خون
کل	۰/۹۵	۰/۹۵
افکار خودآیند	۰/۹۵	۰/۹۵
ناسازگاری فردی و تمایل به تغییر	۰/۸۱	۰/۸۳
خودپنداره های منفی و انتظارات منفی	۰/۸۷	۰/۸۷
عزت نفس پایین	۰/۸۳	۰/۸۷
درماندگی	۰/۸۶	۰/۸۷
نارسایی هیجانی تورنتو	۰/۸۲	۰/۸۸
دشواری در شناسایی احساسات	۰/۹۰	۰/۹۰
دشواری در توصیف احساسات	۰/۶۷	۰/۶۰
تفکر با جهت گیری خارجی	۰/۶۷	۰/۶۴
اضطراب بک	۰/۹۱	۰/۹۳

۰/۰۰۱ برای افراد بدون پرفشاری خون به صورت مستقیم و افزایش معنادار بوده است. لذا چنین استنباط می گردد که با افزایش میزان افکار خودآیند، میزان اضطراب افراد در هر ۲ گروه افزایش می یابد. همچنین در خصوص مؤلفه های

ادامه کار نداشتند. داده های جمع آوری شده، در ۲ سطح توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت. در سطح آمار توصیفی از شاخص های فراوانی، درصد برای داده های کیفی و میانگین و انحراف معیار برای داده های کمی استفاده شد. در سطح آمار استنباطی نیز از آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن داده ها، آزمون کای اسکور جهت بررسی همسانی ۲ گروه و آزمون تی مستقل جهت بررسی برابری میانگین نمره در گروه ها استفاده شد. داده ها در نرم افزار آماری اس پی اس نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته ها

نتایج آماری پژوهش در قسمت اطلاعات جمعیت شناختی، نشان داد که در افراد دارای پرفشاری خون: بیشترین فراوانی از نظر جنسیت مربوط به زنان با ۹۰/۵ درصد می باشد. همچنین از نظر تاهل بیشترین تعداد نمونه ها، متاهل با ۹۵/۲ درصد بودند. بعلاوه از نظر سنی بیشترین تعداد مختص به گروه سنی ۳۵ تا ۴۵ سال بوده است. از سوی دیگر، از نظر تحصیلات بیشترین فراوانی افراد دارای مدرک دیپلم و پایین تر از دیپلم با ۸۵/۷ درصد

نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی همبستگی بین افکار خودآیند و اضطراب (جدول ۲)، با مقدار ضریب پیرسون ۰/۶۷۴ در سطح ۰/۰۰۱ برای افراد دارای پرفشاری خون و با مقدار ضریب پیرسون ۰/۵۳۰ در سطح

مبتلا به پرفشاری خون و با مقدار ضریب پیرسون ۰/۲۶۸ در سطح ۰/۰۳۴ برای افراد بدون پرفشاری خون به صورت مستقیم و افزایش معنادار بوده است. در نتیجه استنباط می گردد با افزایش میزان نارسایی هیجانی، میزان اضطراب افراد در هر ۲ گروه افزایش می یابد. بعلاوه، شدت و درجه اعتبار همبستگی بین ۲ متغیر در افراد مبتلا به پرفشاری خون، بیشتر از افراد بدون پرفشاری خون است.

افکار خودآیند که شامل ناسازگاری فردی و تمایل به تغییر، خودپنداره های منفی و انتظارات منفی، عزت نفس پایین و درماندگی همگی به صورت مستقیم و افزایش معنادار است. بعلاوه، شدت همبستگی بین ۲ متغیر در افراد مبتلا به پرفشاری خون، بیشتر از افراد بدون پرفشاری خون است. نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی همبستگی بین نارسایی هیجانی و اضطراب (جدول ۲)، با مقدار ضریب پیرسون ۰/۵۴۴ در سطح ۰/۰۰۱ برای افراد

جدول ۲: مقایسه بین افکار خودآیند و نارسایی هیجانی با اضطراب در افراد مبتلا به بیماری پرفشاری خون و افراد بدون پرفشاری خون

اضطراب		شاخص های پیرسون	متغیر
افراد بدون پرفشاری خون	افراد با بیماری پرفشاری خون		
۰/۵۳۰	۰/۶۷۴	ضریب همبستگی	افکار خودآیند
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	P-Value	
۰/۵۱۱	۰/۶۳۲	ضریب همبستگی	ناسازگاری فردی و تمایل به تغییر
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	P-Value	
۰/۴۹۹	۰/۵۶۳	ضریب همبستگی	خودپنداره های منفی و انتظارات منفی
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	P-Value	
۰/۴۵۸	۰/۵۸۳	ضریب همبستگی	عزت نفس پایین
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	P-Value	
۰/۵۱۶	۰/۷۴۹	ضریب همبستگی	درماندگی
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	P-Value	
۰/۲۶۸	۰/۵۴۴	ضریب همبستگی	نارسایی هیجانی
۰/۰۳۴	۰/۰۰۱	P-Value	

مؤلفه تفکر با جهت گیری خارجی که در آن افراد بدون پرفشاری خون از میانگین بالاتری برخوردارند ($P < 0.05$) (P-Value). نتایج آزمون T مستقل نشان داد، از نظر میانگین نمره اضطراب، بین افراد مبتلا به بیماری پرفشاری خون و افراد بدون پرفشاری خون تفاوت معنی دار وجود ندارد ($P > 0.05$) (جدول ۳).

نتایج آزمون T مستقل نشان داد، از نظر میانگین افکار خود آیند و مؤلفه های آن، بین افراد مبتلا به پرفشاری خون و افراد بدون پرفشاری خون تفاوت معنادار وجود ندارد ($P > 0.05$). همچنین، از نظر میانگین نارسایی هیجانی، بین افراد مبتلا به بیماری پرفشاری خون و افراد بدون پرفشاری خون تفاوت معنادار وجود ندارد؛ به جز

رباب عباسی کمال و افسانه صبحی

جدول ۳: مقایسه نمره افکار خود آیند، نارسایی هیجانی و اضطراب در بین افراد مبتلا به بیماری پرفشاری خون و افراد بدون پرفشاری خون

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	مقدار T	اختلاف میانگین	P-Value																																																																																														
افکار خود آیند	با بیماری پرفشاری خون	۴۸/۷۶	۱۹/۰۷	۱۲۴	۰/۲۶۳	۰/۱۸۲۵	۰/۷۹۳																																																																																														
	بدون پرفشاری خون	۴۷/۹۳	۱۵/۹۶					ناسازگاری فردی و تمایل به تغییر	با بیماری پرفشاری خون	۱۱/۶۶	۴/۴۷۱	۱۲۴	۰/۵۳۱	۰/۴۲۸	۰/۵۹۶	بدون پرفشاری خون	۱۲/۰۹	۴/۳۳۱	خودپنداره‌های منفی و انتظارات منفی	با بیماری پرفشاری خون	۱۲/۴۶	۵/۰۰۲	۱۲۴	۰/۳۲۹	۰/۲۸۵	۰/۷۴۳	بدون پرفشاری خون	۱۲/۱۷	۴/۷۴۰	عزت نفس پایین	با بیماری پرفشاری خون	۱۱/۴۹	۴/۸۴۲	۱۲۴	۰/۸۴۲	۰/۶۵۰	۰/۴۰۲	بدون پرفشاری خون	۱۰/۸۴	۳/۷۰۳	درماندگی	با بیماری پرفشاری خون	۱۵/۴۴	۶/۵۳	۱۲۴	۰/۲۴۷	۰/۲۵۳	۰/۸۰۵	بدون پرفشاری خون	۱۵/۱۹	۴/۱۸۷	نارسایی هیجانی	با بیماری پرفشاری خون	۵۳/۳۹	۱۳/۶۵	۱۲۴	۱/۱۹	۲/۹۶	۰/۲۳۶	افراد بدون پرفشاری خون	۵۰/۴۲	۱۴/۳۱	دشواری در شناسایی احساسات	با بیماری پرفشاری خون	۱۸/۵۳	۸/۹۸	۱۲۴	۰/۶۰۸	۰/۹۲۰۶۳	۰/۵۴۵	افراد بدون پرفشاری خون	۱۷/۶۱	۷/۹۹	دشواری در توصیف احساسات	با بیماری پرفشاری خون	۱۲/۶۸	۵/۰۱۸	۱۲۴	۰/۲۸۰	۰/۲۳۸۱۰	۰/۷۸۰	افراد بدون پرفشاری خون	۱۲/۴۴	۴/۵۲	تفکر با جهت گیری خارجی	با بیماری پرفشاری خون	۲۲/۱۷	۳/۳۴۳	۱۲۴	۲/۵۹	۱/۸۰۹	۰/۰۱۱	افراد بدون پرفشاری خون	۲۰/۳۶	۴/۴۰۴	اضطراب	با بیماری پرفشاری خون	۱۳/۸۸	۱۰/۹۰	۱۲۴	۰/۹۷۹
ناسازگاری فردی و تمایل به تغییر	با بیماری پرفشاری خون	۱۱/۶۶	۴/۴۷۱	۱۲۴	۰/۵۳۱	۰/۴۲۸	۰/۵۹۶																																																																																														
	بدون پرفشاری خون	۱۲/۰۹	۴/۳۳۱					خودپنداره‌های منفی و انتظارات منفی	با بیماری پرفشاری خون	۱۲/۴۶	۵/۰۰۲	۱۲۴	۰/۳۲۹	۰/۲۸۵	۰/۷۴۳	بدون پرفشاری خون	۱۲/۱۷	۴/۷۴۰	عزت نفس پایین	با بیماری پرفشاری خون	۱۱/۴۹	۴/۸۴۲	۱۲۴	۰/۸۴۲	۰/۶۵۰	۰/۴۰۲	بدون پرفشاری خون	۱۰/۸۴	۳/۷۰۳	درماندگی	با بیماری پرفشاری خون	۱۵/۴۴	۶/۵۳	۱۲۴	۰/۲۴۷	۰/۲۵۳	۰/۸۰۵	بدون پرفشاری خون	۱۵/۱۹	۴/۱۸۷	نارسایی هیجانی	با بیماری پرفشاری خون	۵۳/۳۹	۱۳/۶۵	۱۲۴	۱/۱۹	۲/۹۶	۰/۲۳۶	افراد بدون پرفشاری خون	۵۰/۴۲	۱۴/۳۱	دشواری در شناسایی احساسات	با بیماری پرفشاری خون	۱۸/۵۳	۸/۹۸	۱۲۴	۰/۶۰۸	۰/۹۲۰۶۳	۰/۵۴۵	افراد بدون پرفشاری خون	۱۷/۶۱	۷/۹۹	دشواری در توصیف احساسات	با بیماری پرفشاری خون	۱۲/۶۸	۵/۰۱۸	۱۲۴	۰/۲۸۰	۰/۲۳۸۱۰	۰/۷۸۰	افراد بدون پرفشاری خون	۱۲/۴۴	۴/۵۲	تفکر با جهت گیری خارجی	با بیماری پرفشاری خون	۲۲/۱۷	۳/۳۴۳	۱۲۴	۲/۵۹	۱/۸۰۹	۰/۰۱۱	افراد بدون پرفشاری خون	۲۰/۳۶	۴/۴۰۴	اضطراب	با بیماری پرفشاری خون	۱۳/۸۸	۱۰/۹۰	۱۲۴	۰/۹۷۹	۱/۷۳۰	۰/۳۲۹	افراد بدون پرفشاری خون	۱۲/۱۵	۸/۸۲						
خودپنداره‌های منفی و انتظارات منفی	با بیماری پرفشاری خون	۱۲/۴۶	۵/۰۰۲	۱۲۴	۰/۳۲۹	۰/۲۸۵	۰/۷۴۳																																																																																														
	بدون پرفشاری خون	۱۲/۱۷	۴/۷۴۰					عزت نفس پایین	با بیماری پرفشاری خون	۱۱/۴۹	۴/۸۴۲	۱۲۴	۰/۸۴۲	۰/۶۵۰	۰/۴۰۲	بدون پرفشاری خون	۱۰/۸۴	۳/۷۰۳	درماندگی	با بیماری پرفشاری خون	۱۵/۴۴	۶/۵۳	۱۲۴	۰/۲۴۷	۰/۲۵۳	۰/۸۰۵	بدون پرفشاری خون	۱۵/۱۹	۴/۱۸۷	نارسایی هیجانی	با بیماری پرفشاری خون	۵۳/۳۹	۱۳/۶۵	۱۲۴	۱/۱۹	۲/۹۶	۰/۲۳۶	افراد بدون پرفشاری خون	۵۰/۴۲	۱۴/۳۱	دشواری در شناسایی احساسات	با بیماری پرفشاری خون	۱۸/۵۳	۸/۹۸	۱۲۴	۰/۶۰۸	۰/۹۲۰۶۳	۰/۵۴۵	افراد بدون پرفشاری خون	۱۷/۶۱	۷/۹۹	دشواری در توصیف احساسات	با بیماری پرفشاری خون	۱۲/۶۸	۵/۰۱۸	۱۲۴	۰/۲۸۰	۰/۲۳۸۱۰	۰/۷۸۰	افراد بدون پرفشاری خون	۱۲/۴۴	۴/۵۲	تفکر با جهت گیری خارجی	با بیماری پرفشاری خون	۲۲/۱۷	۳/۳۴۳	۱۲۴	۲/۵۹	۱/۸۰۹	۰/۰۱۱	افراد بدون پرفشاری خون	۲۰/۳۶	۴/۴۰۴	اضطراب	با بیماری پرفشاری خون	۱۳/۸۸	۱۰/۹۰	۱۲۴	۰/۹۷۹	۱/۷۳۰	۰/۳۲۹	افراد بدون پرفشاری خون	۱۲/۱۵	۸/۸۲																	
عزت نفس پایین	با بیماری پرفشاری خون	۱۱/۴۹	۴/۸۴۲	۱۲۴	۰/۸۴۲	۰/۶۵۰	۰/۴۰۲																																																																																														
	بدون پرفشاری خون	۱۰/۸۴	۳/۷۰۳					درماندگی	با بیماری پرفشاری خون	۱۵/۴۴	۶/۵۳	۱۲۴	۰/۲۴۷	۰/۲۵۳	۰/۸۰۵	بدون پرفشاری خون	۱۵/۱۹	۴/۱۸۷	نارسایی هیجانی	با بیماری پرفشاری خون	۵۳/۳۹	۱۳/۶۵	۱۲۴	۱/۱۹	۲/۹۶	۰/۲۳۶	افراد بدون پرفشاری خون	۵۰/۴۲	۱۴/۳۱	دشواری در شناسایی احساسات	با بیماری پرفشاری خون	۱۸/۵۳	۸/۹۸	۱۲۴	۰/۶۰۸	۰/۹۲۰۶۳	۰/۵۴۵	افراد بدون پرفشاری خون	۱۷/۶۱	۷/۹۹	دشواری در توصیف احساسات	با بیماری پرفشاری خون	۱۲/۶۸	۵/۰۱۸	۱۲۴	۰/۲۸۰	۰/۲۳۸۱۰	۰/۷۸۰	افراد بدون پرفشاری خون	۱۲/۴۴	۴/۵۲	تفکر با جهت گیری خارجی	با بیماری پرفشاری خون	۲۲/۱۷	۳/۳۴۳	۱۲۴	۲/۵۹	۱/۸۰۹	۰/۰۱۱	افراد بدون پرفشاری خون	۲۰/۳۶	۴/۴۰۴	اضطراب	با بیماری پرفشاری خون	۱۳/۸۸	۱۰/۹۰	۱۲۴	۰/۹۷۹	۱/۷۳۰	۰/۳۲۹	افراد بدون پرفشاری خون	۱۲/۱۵	۸/۸۲																												
درماندگی	با بیماری پرفشاری خون	۱۵/۴۴	۶/۵۳	۱۲۴	۰/۲۴۷	۰/۲۵۳	۰/۸۰۵																																																																																														
	بدون پرفشاری خون	۱۵/۱۹	۴/۱۸۷					نارسایی هیجانی	با بیماری پرفشاری خون	۵۳/۳۹	۱۳/۶۵	۱۲۴	۱/۱۹	۲/۹۶	۰/۲۳۶	افراد بدون پرفشاری خون	۵۰/۴۲	۱۴/۳۱	دشواری در شناسایی احساسات	با بیماری پرفشاری خون	۱۸/۵۳	۸/۹۸	۱۲۴	۰/۶۰۸	۰/۹۲۰۶۳	۰/۵۴۵	افراد بدون پرفشاری خون	۱۷/۶۱	۷/۹۹	دشواری در توصیف احساسات	با بیماری پرفشاری خون	۱۲/۶۸	۵/۰۱۸	۱۲۴	۰/۲۸۰	۰/۲۳۸۱۰	۰/۷۸۰	افراد بدون پرفشاری خون	۱۲/۴۴	۴/۵۲	تفکر با جهت گیری خارجی	با بیماری پرفشاری خون	۲۲/۱۷	۳/۳۴۳	۱۲۴	۲/۵۹	۱/۸۰۹	۰/۰۱۱	افراد بدون پرفشاری خون	۲۰/۳۶	۴/۴۰۴	اضطراب	با بیماری پرفشاری خون	۱۳/۸۸	۱۰/۹۰	۱۲۴	۰/۹۷۹	۱/۷۳۰	۰/۳۲۹	افراد بدون پرفشاری خون	۱۲/۱۵	۸/۸۲																																							
نارسایی هیجانی	با بیماری پرفشاری خون	۵۳/۳۹	۱۳/۶۵	۱۲۴	۱/۱۹	۲/۹۶	۰/۲۳۶																																																																																														
	افراد بدون پرفشاری خون	۵۰/۴۲	۱۴/۳۱					دشواری در شناسایی احساسات	با بیماری پرفشاری خون	۱۸/۵۳	۸/۹۸	۱۲۴	۰/۶۰۸	۰/۹۲۰۶۳	۰/۵۴۵	افراد بدون پرفشاری خون	۱۷/۶۱	۷/۹۹	دشواری در توصیف احساسات	با بیماری پرفشاری خون	۱۲/۶۸	۵/۰۱۸	۱۲۴	۰/۲۸۰	۰/۲۳۸۱۰	۰/۷۸۰	افراد بدون پرفشاری خون	۱۲/۴۴	۴/۵۲	تفکر با جهت گیری خارجی	با بیماری پرفشاری خون	۲۲/۱۷	۳/۳۴۳	۱۲۴	۲/۵۹	۱/۸۰۹	۰/۰۱۱	افراد بدون پرفشاری خون	۲۰/۳۶	۴/۴۰۴	اضطراب	با بیماری پرفشاری خون	۱۳/۸۸	۱۰/۹۰	۱۲۴	۰/۹۷۹	۱/۷۳۰	۰/۳۲۹	افراد بدون پرفشاری خون	۱۲/۱۵	۸/۸۲																																																		
دشواری در شناسایی احساسات	با بیماری پرفشاری خون	۱۸/۵۳	۸/۹۸	۱۲۴	۰/۶۰۸	۰/۹۲۰۶۳	۰/۵۴۵																																																																																														
	افراد بدون پرفشاری خون	۱۷/۶۱	۷/۹۹					دشواری در توصیف احساسات	با بیماری پرفشاری خون	۱۲/۶۸	۵/۰۱۸	۱۲۴	۰/۲۸۰	۰/۲۳۸۱۰	۰/۷۸۰	افراد بدون پرفشاری خون	۱۲/۴۴	۴/۵۲	تفکر با جهت گیری خارجی	با بیماری پرفشاری خون	۲۲/۱۷	۳/۳۴۳	۱۲۴	۲/۵۹	۱/۸۰۹	۰/۰۱۱	افراد بدون پرفشاری خون	۲۰/۳۶	۴/۴۰۴	اضطراب	با بیماری پرفشاری خون	۱۳/۸۸	۱۰/۹۰	۱۲۴	۰/۹۷۹	۱/۷۳۰	۰/۳۲۹	افراد بدون پرفشاری خون	۱۲/۱۵	۸/۸۲																																																													
دشواری در توصیف احساسات	با بیماری پرفشاری خون	۱۲/۶۸	۵/۰۱۸	۱۲۴	۰/۲۸۰	۰/۲۳۸۱۰	۰/۷۸۰																																																																																														
	افراد بدون پرفشاری خون	۱۲/۴۴	۴/۵۲					تفکر با جهت گیری خارجی	با بیماری پرفشاری خون	۲۲/۱۷	۳/۳۴۳	۱۲۴	۲/۵۹	۱/۸۰۹	۰/۰۱۱	افراد بدون پرفشاری خون	۲۰/۳۶	۴/۴۰۴	اضطراب	با بیماری پرفشاری خون	۱۳/۸۸	۱۰/۹۰	۱۲۴	۰/۹۷۹	۱/۷۳۰	۰/۳۲۹	افراد بدون پرفشاری خون	۱۲/۱۵	۸/۸۲																																																																								
تفکر با جهت گیری خارجی	با بیماری پرفشاری خون	۲۲/۱۷	۳/۳۴۳	۱۲۴	۲/۵۹	۱/۸۰۹	۰/۰۱۱																																																																																														
	افراد بدون پرفشاری خون	۲۰/۳۶	۴/۴۰۴					اضطراب	با بیماری پرفشاری خون	۱۳/۸۸	۱۰/۹۰	۱۲۴	۰/۹۷۹	۱/۷۳۰	۰/۳۲۹	افراد بدون پرفشاری خون	۱۲/۱۵	۸/۸۲																																																																																			
اضطراب	با بیماری پرفشاری خون	۱۳/۸۸	۱۰/۹۰	۱۲۴	۰/۹۷۹	۱/۷۳۰	۰/۳۲۹																																																																																														
	افراد بدون پرفشاری خون	۱۲/۱۵	۸/۸۲																																																																																																		

بحث

می شوند (۱۱). در صورتی که افکار خودآیند ادامه یابند، هیجان ها و عواطف فرد تحت تأثیر قرار گرفته و به رفتارها و عواطف نامناسب منجر می شود و این افکار خودآیند ناشی از رخدادهای تنش زای زندگی و دربرگیرنده سوگیری در پردازش اطلاعات شخصی است (۲۷).

بعلاوه، نتایج نشان داد بین نارسایی هیجانی و اضطراب در افراد مبتلا به پرفشاری خون و بدون پرفشاری خون همبستگی وجود دارد. در این راستا نتایج پژوهش های متعددی از جمله پژوهش Tselebis و همکاران (۲۸)، رحمانی-جوانمرد و حسین خانی (۷) و فکری و همکاران (۳) با یافته پژوهش حاضر همخوانی داشته است. در این زمینه، در پژوهش Tselebis و همکاران (۲۸) نتایج به دست آمده نشان داد که یک همبستگی مثبت بین نارسایی هیجانی و اضطراب وجود دارد. بعبارت دیگر، اضطراب پیش بین مناسبی برای نارسایی هیجانی بوده است. همچنین، نتایج پژوهش رحمانی جوانمرد و حسین خانی (۷) حاکیست زنان مبتلا به فشار خون در مقایسه با زنان سالم، میزان بالایی

پژوهش حاضر با هدف مقایسه بین افکار خودآیند و نارسایی هیجانی با اضطراب در افراد مبتلا به پرفشاری خون و افراد بدون پرفشاری خون شهر زنجان در سال ۱۳۹۹ انجام شد. نتایج حاکیست بین افکار خودآیند و اضطراب در افراد مبتلا به پرفشاری خون و افراد بدون فشارخون همبستگی وجود دارد. بعبارت دیگر، هر اندازه افکار خودآیند در فرد کمتر و کنترل شده تر باشد، میزان اضطراب در ایشان کاهش خواهد یافت. در این زمینه، نتایج پژوهش جبل عاملی و همکاران (۵) و فرامرزی نیا و بشارت (۲۶) همسو با پژوهش حاضر می باشد. بعنوان مثال، نتایج پژوهش جبل عاملی و همکاران (۶) نشان داد که مدیریت تنش سبب کاهش فشارخون گروه داخله نسبت به گروه کنترل شده است. در تبیین این یافته چنین می توان ادعان داشت که بر اساس دیدگاه شناختی Beck، افکار خودآیند، افکار وابسته به موقعیت و غیرارادی هستند که در موقعیت هایی که افراد دچار پریشانی و اضطراب می شوند، به ذهن وارد

نمود که در تعمیم نتایج حاصل به سایر شهرها و افراد دیگر باید احتیاط نمود.

سپاسگزاری

این مقاله مستخرج از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد خانم رباب عباسی کمال در رشته روانشناسی بالینی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان به راهنمایی خانم دکتر افسانه صبحی با شناسه اخلاق IR.IAU.Z.REC.1399.007 می باشد. در پایان، از کلیه مسئولان علوم پزشکی و پایگاه های سلامت شهر زنجان و همچنین از نمونه های پژوهش که در انجام این پژوهش، یاری رساندند، تشکر و قدردانی می شود.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچگونه تضاد منافی را گزارش نکردند.

References

1. Harrison. Principles of Harrison Internal Medicine (Cardiovascular Diseases). Translated by Naeimi T, Heidari Sh, Taherian M, Bahadoran P, Qadi A. Tehran: Andisheh Rafie. 2015.
2. Ely DL, Mostardi R. The effects of recent life events stress, life assets and temperament pattern on cardiovascular risk factors for Akorn city police officers. Journal of Human Stress. 1986; 12 (2): 77-91. <https://doi.org/10.1080/0097840X.1986.9936771>
3. Fekri A, Issazadegan A, Michaeli Manee F. [Comparison of cognitive emotion regulation strategies and alexithymia in individuals with and without essential hypertension]. Journal of Contemporary Psychology. 2015; 10 (1): 85- 94. <http://ensani.ir/fa/article/download/343559>
4. Arvin M, Rasouli H, Ashouri RA, Safarzade Z. The relationship between quality of life and sleep disorders in patients with hypertension. Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2019; 62 (6): 34-42.
5. Jebel-Aameli S, Neshat Doost H T, Moulavi H. [Efficacy of cognitive-behavioral stress management intervention on quality of life and blood pressure in female patients with hypertension]. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2010; 15 (2): 88-97. <http://sjku.muk.ac.ir/article-1-335-fa.html>
6. Rafiee M, Seifi A. [An investigation into the reliability and validity of Beck Anxiety Inventory

از نارسایی هیجانی را نشان دادند. این یافته را چنین می توان تبیین نمود که احتمالاً افراد مبتلا به پرفشاری خون، در تنظیم هیجان ها و فرایندهای شناختی خود دچار نقص شده و این نقص، آن ها را بیش تر مستعد نارسایی هیجانی می کند؛ در حالی که افراد بدون پرفشاری خون، با هشیاری از هیجان های خود و کنار آمدن با آن ها، خود را از تنش مداوم دور می کنند.

نتیجه گیری

افکار خودآیند و نارسایی هیجانی (مولفه دشواری در شناسایی احساسات) با اضطراب در گروه افراد مبتلا به بیماری پرفشاری خون همبستگی مثبت دارد. پیشنهاد می شود جهت کنترل و کاهش افکار خودآیند و نارسایی هیجانی، برای افراد دارای بیماری پرفشاری خون، کلاس های آموزشی روانشناسی برگزار گردد. از محدودیت های این پژوهش، می توان به انجام این پژوهش در شهر زنجان اشاره

- among the university students]. Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology 2013; 8 (27): 37- 46. https://jtbcp.riau.ac.ir/article_13_60682c96a50aa33f081fbd3f7a62256d.pdf
7. Rahmani Javan-Mard S, Hoein-Khani MH. [A study and comparison of alexithymia, distress tolerance, and anger rumination among women with hypertension and normal women]. Journal of Health Psychology. 2017; 6 (3): 136- 150. <http://ensani.ir/fa/article/download/383605>
8. Rezaian A. [The effectiveness of Dailio Couple Therapy on cognitive distortions between individuals and spontaneous negative thoughts of conflicting couples in Mashhad]. Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Master thesis, Ferdowsi University of Mashhad. 2017.
9. Ghadampour E, Nazarpour Samsami P, Amraei B, Padervand H, Soore H. [Compare cognitive flexibility, cognitive avoidance and alexithymia in male students with and without stuttering disorders]. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2019; 6 (5): 41-54. <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-651-fa.html> <https://doi.org/10.29252/shenakht.6.5.41>
10. Vali Tabar Z. [Development of an emotional memory management training program and its effectiveness on reducing depression]. Master thesis. Allameh Tabatabai University. 2013.
11. Hosseini F.S, Nazarpour M, Karimi Pour-Zare F, Arabzadeh R. [Role of emotional memory management on negative automatic thoughts

- and adolescent conflict resolution tactics with parents]. *Journal of Applied Psychological Research*. 2015; 6 (2): 165-180. https://japr.ut.ac.ir/article_61427_be7c2a59c4a3372cb8f735baee8256.pdf
12. Naderi F. [Choice Theory implementation on negative automatic thoughts, suicide cogitation and quality of life in depressed individuals]. *Journal of Psychological Achievements*. 2018; 25 (2): 55-72.
 13. Ziayi P, Sepehri Shamloo Z, Mashhadi A. [The relationship between activating cognitive schemas, negative automatic thoughts and sexual arousal in married female college students]. *Journal of Thought and Behavior in Clinical Psychology*. 2013; 8 (28): 17-26. https://jtbcpr.riau.ac.ir/article_3_90cc3d5ae1509a80176fd443a0fcc7d8.pdf
 14. Farhadi N, Khosravi A, Zandi Ghashghaie K. [Comparison of systolic blood pressure measurement by pulse oximetry and auscultatory method]. *Armaghane Danesh*. 2004; 9 (2) :31- 39. <http://armaghanj.yums.ac.ir/article-1-825-fa.html> <https://doi.org/10.1097/00126097-200402000-00008>
 15. Hollon SD, Kendall P. Development of an Automatic Thoughts Questionnaire. *Journal of Cognitive Therapy and Research*. 1980; 4(2): 383- 395. <https://doi.org/10.1007/BF01178214>
 16. Kaviani H, Javaheri F, Bahiray H. [Efficacy of mindfulness-based cognitive Therapy in reducing automatic thoughts, dysfunctional attitude, depression and anxiety: A sixty-day follow-up]. *Journal of Advances in Cognitive Sciences*. 2005; 7 (1): 49- 59. <http://icssjournal.ir/article-1-117-fa.html>
 17. Babamiri M, Vatankhah M, Masumi Jahandizi H, Nemati M, Darvishi M. [The relationship between coping styles, negative automatic thoughts, and hope with happiness in addicts of Ahvaz Drug Abuse Rehabilitation Clinics in 2011]. *Journal of Advances in Medical and Biomedical Research*. 2013; 21 (84): 82- 91. <http://zums.ac.ir/journal/article-1-2075-fa.html>
 18. Bagby RM, Parker JDA, Graeme JT. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*. 1994; 38 (1): 23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
 19. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby R M. The 20-item Toronto Alexithymia Scale: III reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*. 2003; 55 (3): 269-275. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00578-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00578-0)
 20. Fogley R, Warman D, Lysaker PH. Alexithymia in schizophrenia: Associations with neuro cognition and emotional distress. *Journal of Psychiatry Research*. 2014; 218 (1-2): 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.04.020>
 21. Besharat MA, Granmayeh-Pour SH, Pournghad A, Ofghi Z, Habibnejad M. [Relationship between alexithymia and interpersonal problems: Moderating effect of attachment styles]. *Journal of Contemporary Psychology*. 2014; 9 (1): 3-16. <http://ensani.ir/fa/article/download/343537>
 22. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988; 56 (6): 893-897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
 23. Quintão S, Delgado AR, Prieto G. Validity study of the Beck Anxiety Inventory (Portuguese version) by the Rasch Rating Scale Model. *Journal of psychology: Research and Review*. 2013; 26 (2): 305-310. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000200010>
 24. Rafiee M, Seifi A. [An investigation into the reliability and validity of Beck Anxiety Inventory among the university students]. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2013; 8 (27): 37-46. https://jtbcpr.riau.ac.ir/article_13_60682c96a50aa33f081fbd3f7a62256d.pdf
 25. Kaviyani H, Mousavi A S. [Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI)]. *Tehran University Medical Journal*. 2008; 66 (2): 136-140. <http://tumj.tums.ac.ir/article-1-641-fa.html>
 26. Faramarzinia E, Besharat MA. [Study the relationship of anxiety and anger with chronic hypertension]. *Medical Sciences*. 2010; 20 (2):136-141. <http://tmuj.iautmu.ac.ir/article-1-300-fa.html>
 27. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press. 1979.
 28. Tselebis A, Kosmas E, Bratis D, Moussas G, Karkanias A, Ilias I, et al. Prevalence of alexithymia and its association with anxiety and depression in a sample of Greek Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) outpatients. *Journal of Annals General Psychiatry*. 2010; 9(1): 2-7. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-9-16>