

## مقایسه ابعاد ناگویی هیجانی با هوش هیجانی، علائم روانشناختی و بهوشیاری در بیماران هیپرتانسیون اساسی و افراد سالم شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۵

عزت دیره<sup>۱</sup>، زهره غفاری جاهد<sup>۲</sup>، مهران فرهادی<sup>۳</sup>، محی‌الدین محمدخانی<sup>۴\*</sup>، عیسی صفری<sup>۵</sup>، ندا باقری مهبیاری<sup>۶</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۷/۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱/۲۶

### خلاصه

**مقدمه:** بیماری هیپرتانسیون اساسی، اختلالی روانی- فیزیولوژیک است که علاوه بر عوامل زیستی، عوامل روان‌شناختی نیز در بروز و تشدید آن نقش دارند. لذا، پژوهش حاضر با هدف مقایسه ابعاد ناگویی هیجانی با هوش هیجانی، علائم روانشناختی و بهوشیاری در بیماران هیپرتانسیون اساسی و افراد سالم انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای است. در این پژوهش ۱۰۰ نفر مبتلا به هیپرتانسیون اساسی مراجعه‌کننده به مطب پزشک متخصص قلب و عروق در شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۵ به روش نمونه‌گیری در دسترس و ۱۰۰ نفر سالم از بین همراهان بیماران و کارمندان دانشگاه از طریق همتاسازی با نمونه بیمار انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های جمعیت‌شناختی، ناگویی هیجانی، مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی، هوش هیجانی و بهوشیاری انجام شد. داده‌های پژوهش با روش‌های آمار توصیفی، آزمون مجذور کای و t مستقل تحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد بین دو گروه هیپرتانسیون و سالم در متغیرهای وزن، شاخص توده بدنی، دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر برون‌مدار تفاوت معنی‌دار وجود داشت ( $p < 0/05$ )؛ اما این تفاوت در مورد متغیر قد معنی‌دار نبود ( $p > 0/05$ ). همچنین، بین دو گروه مبتلا به هیپرتانسیون و افراد سالم در متغیرهای روان‌شناختی ناگویی هیجانی، افسردگی و اضطراب، بهوشیاری و هوش هیجانی تفاوت معنی‌داری وجود داشت ( $p < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** علاوه بر عوامل زیستی، عوامل روان‌شناختی و رفتاری که با سهولت بیشتری تغییر می‌یابند، نیز با هایپرتانسیون رابطه دارند. پیشنهاد می‌شود که این متغیرها در فرآیند درمان افراد دارای هایپرتانسیون اساسی مورد توجه قرار گیرند.

**واژه‌های کلیدی:** ناگویی هیجانی، هوش هیجانی، اضطراب، افسردگی، بهوشیاری، هیپرتانسیون اساسی، شهر کرمانشاه

۱- استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاداسلامی، واحد بوشهر، بوشهر، ایران.

۲- دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاداسلامی، واحد بوشهر، بوشهر، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران.

۴- استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: Behrouz.psycho64@yahoo.com، تلفن: ۰۹۱۸۵۵۲۲۰۶۲

۵- کارشناس ارشد، گروه تکنولوژی آموزشی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۶- کارشناس ارشد، گروه مشاوره، دانشگاه آزاداسلامی، واحد خمینی شهر، اصفهان، ایران.

## مقدمه

ناگویی هیجانی (alexithymia) عبارت است از ناتوانی در پردازش و تنظیم اطلاعات هیجانی، دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر برون مدار [۱]. کاهش ابراز هیجان‌ها در اصل نشان‌دهنده نوعی کمبود یا بد تنظیمی هیجان‌ها است [۲]. اما ناگویی هیجانی، در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی به عنوان اختلال روانی طبقه‌بندی نشده، بلکه نوعی ویژگی است که در اشخاص مختلف از لحاظ شدت، متفاوت است [۳].

افراد مبتلا به ناگویی هیجانی، تهییج‌های بدنی بهنجار را بزرگ و نشانه‌های جسمی انگیزشی هیجانی را بد تفسیر می‌کنند [۴]. یکی از بیماری‌های روانی - فیزیولوژیکی، هیپرتانسیون می‌باشد. وجه مشخصه این بیماری بالا رفتن فشارخون به میزان  $140/90$  mmHg یا بیشتر از آن است. هیپرتانسیون ثانویه معمولاً با تدابیر پزشکی درمان می‌شود. اما اکثر موارد فشارخون بالا (بیش از ۹۰٪ آن‌ها) اولیه هستند؛ بدین معنا که سازوکارهای ایجاد کننده آن‌ها شناخته شده نیستند [۳]. بیماری هیپرتانسیون چندعاملی بوده و عوامل روانی - اجتماعی در آن دخیل می‌باشند [۵]. الگوهای شخصیتی مرتبط با هیپرتانسیون اساسی شامل افرادی است که عموماً آماده پرخاشگری و عصبانیت هستند، کمال‌گرا و انعطاف ناپذیرند و بیشتر از سبک‌های بازداری هیجانی (انکار و سرکوبی) استفاده می‌کنند [۶].

هیپرتانسیون بین ۲۵ تا ۳۳٪ جمعیت بزرگسالان جهان را مبتلا می‌کند [۷]. در ایران بررسی کشوری جامعی در این زمینه انجام نشده است، اما به هر حال بررسی‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نشان می‌دهد که ابتلا به هیپرتانسیون و مرگ‌های ناشی از آن به سرعت رو به افزایش است [۸].

Goerlich-Dobre و همکاران [۹]، در بررسی ارتباط ناگویی هیجانی و ابعاد آن با واکنش به محرک نشان دادند افرادی که نمره بعد دشواری در شناسایی احساسات آن‌ها بالا بود، درد شدید، نیاز فوری به دفع، استرس، اضطراب و خواب‌آلودگی را تجربه می‌کنند. در پژوهشی Liss و همکاران [۱۰]، نشان دادند که افسردگی و اضطراب زیاد با دشواری در

شناسایی و توصیف احساسات همراه است و از طریق اضطراب و افسردگی می‌توان ناگویی هیجانی را پیش‌بینی نمود. ناگویی هیجانی به عنوان سازه‌ای چند وجهی دارای ارتباطی تنگاتنگ و معکوس با هوش هیجانی (emotional intelligence) و بهوشیاری (mindfulness) می‌باشد [۱۲، ۱۱]. از دیگر سو، هوش هیجانی یک سازه چند بُعدی و دربرگیرنده تعامل بین هیجان و شناخت که منجر به کنش‌وری سازشی می‌شود، است [۱۳]. مفهوم هوش هیجانی بر ویژگی‌های بین فردی هیجان تأکید دارد و در برگیرنده چهار توانایی به هم پیوسته ادراک هیجان در خود و دیگران، استفاده از هیجان‌ها برای تسهیل تصمیم‌گیری، درک هیجان و مدیریت هیجان می‌باشد [۱۴].

پژوهش Saarijarvi و همکاران [۱۵] نشان داد که، بین ناگویی هیجانی با اضطراب و افسردگی رابطه علت و معلولی وجود ندارد و این بیماری پدیده‌ای وابسته به حالت است و با افزایش آن، احتمال افزایش اضطراب و افسردگی بیشتر و هوش هیجانی کمتر خواهد شد. Besharat و همکاران [۱۶] نشان دادند هر چه فرد از پردازش و تنظیم بهتر موقعیت‌ها، توانایی شناختی و هیجان بهتری برخوردار باشد و بهتر و سریع‌تر بتواند موقعیت‌های هیجانی را تشخیص دهد، کمتر به این بیماری مبتلا می‌شود و به‌طور کلی، با افزایش علائم این بیماری، هوش هیجانی کاهش می‌یابد.

بهوشیاری حالتی از توجه کردن و آگاه بودن از آنچه در حال حاضر روی می‌دهد، است. ویژگی‌های بهوشیاری شامل آگاهی قبل از قضاوت و پذیرش تجربیات، توجه انعطاف‌پذیر، پذیرندگی عینی تجربه و جهت‌گیری به اینجا و اکنون است [۱۷]. نتایج مطالعه Spek و همکاران نشان داد که بهوشیاری با افسردگی، اضطراب و ناگویی هیجانی رابطه منفی و معنی‌داری دارد [۱۸]. افزایش فشارخون مهم‌ترین مسئله بهداشت عمومی در کشورهای مختلف جهان است که در صورت عدم درمان منجر به عوارض کشنده، هزینه‌های جانی و مالی فراوان برای فرد، خانواده و جامعه می‌شود و شناخت علل مؤثر و مرتبط در ایجاد آن، مقدم بر درمان مؤثر است [۸]. برخی از پژوهشگران ناگویی هیجانی را سازه‌ای وابسته به فرهنگ می‌دانند [۱۶] با توجه به اینکه تاکنون هیچ مطالعه

و صدا، لباس‌های تنگ، درجه حرارت بالای محیط، پر بودن مثنان و روده‌ها، صحبت و حرکت کردن، در نظر گرفته شد. لازم به ذکر است که با افراد گروه کنترل، مصاحبه بالینی به صورت جداگانه انجام شد و با مشورت روان‌پزشک و پزشکان متخصص، آن‌هایی که تشخیص بیماری روان‌شناختی یا دیگر بیماری‌های جسمانی داشتند، از مطالعه کنار گذاشته شدند.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: دریافت تشخیص قطعی هیپرتانسیون اساسی توسط متخصص، رژیم دارویی مشابه، محدوده سنی ۶۰-۲۰ سال، داشتن حداقل ۶ ماه سابقه ابتلا به بیماری، عدم اعتیاد، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، عدم دریافت تشخیص بیماری‌های روان‌پزشکی خاص، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی طی یک سال گذشته، سکونت در کرمانشاه، اخذ رضایت آگاهانه شفاهی و تمایل به شرکت در پژوهش بودند.

ملاک‌های خروج نیز شامل: سابقه بیماری‌های عروق مغزی و سایر اختلالات نورولوژیک بنا به تشخیص پزشک متخصص، دارا بودن فشارخون به علت بیماری‌های زمینه‌ای بر اساس نظر متخصص قلب و عروق، سابقه بیماری جسمانی مزمن، بیماری قلبی-عروقی، اختلالات عروق کلیوی و بیماری بافت کلیوی، بیماری‌های روماتیسمی، بیماری‌های انسدادی مزمن ریه و آسم، اختلالات غده فوق کلیوی و اختلال در تولید هورمون‌های مترشحه داخلی، دستگاه غدد درون‌ریز و کوآرکتاسیون آئورت، فئوکروموسیتوم، هایپرالدسترونیزم، مصرف برخی از داروها و هورمون‌ها از جمله: داروهای استروئیدی و ضدالتهابی غیراستروئیدی، کنتراستپتیوها، دکونژستان‌های بینی، اختلال چربی‌های خون، اختلال عملکرد جنسی (در مردان)، فشارخون بارداری، فشارخون ناشی از هورمون درمانی، سیکلوسپورین، داروهای ضد اشتها، رژیم‌های غذایی بسیار چرب و پر سدیمی، و اضافه وزن و چاقی ( $BMI \geq 30 \text{kg/m}^2$ ) و داشتن معیارهای کامل برای اختلال سایکوتیک دو قطبی نوع I و II، اختلال روانی وابسته به مواد یا الکل و سوءمصرف آن‌ها و اختلالات تجزیه‌ای، دارا بودن ملاک‌های کامل برای اختلالات شخصیت و اختلالات روانی ناشی از یک اختلال طبی عمومی، هرگونه اختلالات شناختی به تشخیص روان‌شناس و روان‌پزشک بودند.

جامعی در این زمینه در داخل و خارج از کشور (ایران) انجام نگرفته و با اذعان به تناقضات فراوان در زمینه توان پیش‌بینی کنندگی ابعاد ناگویی هیجانی با اضطراب و افسردگی انجام این مطالعه اهمیت می‌یابد. از سوی دیگر، در زمینه مقایسه هوش هیجانی و بهوشیاری بین افراد سالم و افراد مبتلا به هیپرتانسیون اساسی خلأ پژوهشی وجود دارد، لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه ابعاد ناگویی هیجانی با هوش هیجانی، اضطراب، افسردگی و بهوشیاری در بیماران هیپرتانسیون اساسی و افراد سالم شهر کرمانشاه انجام شد.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع توصیفی و علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران زن و مرد مبتلا به فشارخون اساسی شهر کرمانشاه بودند. در این پژوهش ۱۰۰ نفر (۵۰ زن و ۵۰ مرد) مبتلا به هیپرتانسیون اساسی و به‌طور موازی ۱۰۰ نفر (۵۰ زن و ۵۰ مرد) از افراد سالم مورد مطالعه قرار گرفتند.

نمونه بیمار از بین افرادی که به مطب متخصص قلب و عروق در شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۵ مراجعه کرده و بنا به تشخیص پزشک متخصص معالج، مبتلا به هیپرتانسیون اساسی بودند، با روش نمونه‌گیری در دسترس و نمونه سالم، از بین همراهان بیماران و کارمندان دانشگاه به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. مبنای انتخاب نمونه نیز نوع مطالعه (علی-مقایسه‌ای) و بر اساس فرمول تعیین حجم نمونه کوکران بود. در مطالعات پس رویدادی حداقل ۱۵ نفر در هر گروه کفایت می‌کند.

افراد سالم از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با نمونه بیمار هم‌تاسازی شدند. تشخیص هیپرتانسیون اساسی بیماران با بررسی پرونده بیمار، گرفتن شرح حال، سابقه مصرف داروهای ضد فشارخون اساسی و تشخیص قطعی آن بوسیله متخصص قلب و عروق و با توجه به تعریف سازمان بهداشت جهانی از بیماری یعنی، فشارخون مساوی یا بیشتر از  $140/90 \text{mmHg}$  بر اساس سه بار اندازه‌گیری متناوب و با حذف عوامل مزاحم مانند؛ وضعیت بدن و بازو، قرار نداشتن پاها از ناحیه زانو بر روی هم هنگام اندازه‌گیری فشارخون، سر

توصیف احساسات و تمرکز بر تجارب بیرونی به ترتیب؛ ۰/۷۹، ۰/۷۵، ۰/۷۱ و ۰/۶۶ گزارش گردیده است. اعتبار کل این مقیاس و ابعاد ذکر شده، در نمونه بالینی ایرانی با استفاده از روش بازآزمایی به ترتیب؛ ۰/۷۷، ۰/۷۳، ۰/۶۹، و ۰/۶۵ گزارش شده است [۲۱]. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۵ و برای زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۶۶ الی ۰/۷۱ به دست آمد.

۳) پرسشنامه بیمارستانی اضطراب و افسردگی (The Hospital Anxiety and Depression Scale): این پرسشنامه معیاری حساس و مختصر برای ارزیابی افسردگی و اضطراب در بیماران جسمی، روانی و حتی افراد عادی است. پرسشنامه HADS شامل ۱۴ سؤال در دو زمینه افسردگی (۷ سؤال) و اضطراب (۷ سؤال) است. هر سؤال به وسیله یک معیار ۴ نمره‌ای امتیازدهی می‌شود، به طوری که حداکثر امتیاز برای هر یک از زیر مقیاس‌های افسردگی و اضطراب ۲۱ می‌باشد. امتیاز بالای ۱۱ در هر دو زمینه نشانه وجود یک اختلال روان پزشکی جدی، امتیاز ۱۰-۸ بینابینی و امتیاز ۷-۰ بهنجار محسوب می‌شود. اعتبار پرسشنامه HADS بر حسب ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و هر یک از زیر مقیاس‌های اضطراب و افسردگی در مطالعات خارج از کشور به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۷۸ و ۰/۸۶ و در نمونه بالینی ایرانی (۱۶۷ بیمار مبتلا به سرطان سینه) به ترتیب؛ ۰/۸۸، ۰/۷۳، و ۰/۷۱ گزارش شده است [۲۲]. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۳، برای اضطراب ۰/۷۸ و برای افسردگی ۰/۷۴ به دست آمد.

۴) پرسشنامه هوش هیجانی پترایدز و فورنهام (Petrides and Furnhams Trait Emotional Intelligence Questionnaire): این پرسشنامه دارای ۳۰ ماده شامل ۴ مؤلفه خوش‌بینی (۷ سؤال)، درک عواطف خود و دیگران (۱۰ سؤال)، ارزیابی و مهارت هیجانات (۷ سؤال) و مهارت‌های اجتماعی (۶ سؤال) می‌باشد و به هر ماده از ۱ تا ۷ (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) نمره داده می‌شود. نمره کل آزمون حداقل ۳۰ و حداکثر ۲۱۰ می‌باشد [۲۳]. Petrides و Furnham [۲۳]، برای اعتباریابی این مقیاس حساسیت درونی بالایی را گزارش کرده‌اند و برای پایایی مقیاس هوش

در مرحله اجرای پژوهش، پژوهشگر ابتدا خود را به افراد مورد بررسی معرفی و بعد از توضیح کامل در مورد پژوهش، هدف پژوهش و نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها، تأکید نمود که پرسشنامه‌های مورد استفاده بی‌نام بوده و اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج پژوهش بدون نام و نشان منتشر خواهد شد و در هر زمان که مایل باشند می‌توانند از مطالعه خارج شوند. همه پرسشنامه‌ها به صورت انفرادی پُر شدند و پژوهشگر در اجرای پرسشنامه‌ها جهت رفع ابهامات احتمالی آزمودنی‌ها در محل حضور داشت. داده‌های پژوهش با استفاده از ابزارهای زیر جمع‌آوری شدند:

۱) پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: این پرسشنامه محقق ساخته به منظور تعیین مشخصات آزمودنی‌ها از جمله؛ جنسیت، سن، تحصیلات، شغل، سطح درآمد ماهیانه خانواده، وضعیت تأهل، تعداد اعضای خانواده، دینداری، نوع پوشش بیمه‌ای، محل سکونت، احساس تنهایی و حوادث دردناک زندگی، وجود حمایت خانواده، دانش و آگاهی بیمار در مورد فشارخون، علاقه به کسب اطلاعات در زمینه فشارخون، احساس کنترل و تأثیر داشتن بر بیماری (این احساس که به طور فعال در ارتقای سلامت خودشان مؤثر هستند؟)، سابقه بیماری فشارخون در خانواده، قد، وزن و شاخص توده بدنی (Body Mass Index) تهیه گردید.

۲) پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو (Toronto Alexithymia Scale): این پرسشنامه توسط Bagby و همکاران ساخته شده و یک پرسشنامه خودگزارشی ۲۰ سؤالی است که دارای سه بعد: دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات (۷ سؤال)، دشواری در توصیف احساسات (۵ سؤال) و تمرکز بر تجارب بیرونی (۸ سؤال) می‌باشد. سؤال‌ها بر حسب معیار ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم (۱) تا کاملاً مخالفم (۵) نمره‌گذاری می‌شوند و نمرات ۶۰ به بالا به عنوان ناگویی هیجانی با شدت زیاد، نمرات ۵۳-۵۹ ناگویی هیجانی با شدت متوسط و نمرات ۵۲ به پایین به عنوان ناگویی هیجانی با شدت کم (بدون ناگویی هیجانی) در نظر گرفته می‌شوند [۲۱]. اعتبار همسانی درونی بر حسب ضریب آلفای کرونباخ در نمونه ایرانی برای کل مقیاس TAS-۲۰ و ابعاد دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات، دشواری در

جمله خودشناسی و سلامت روان، در نمونه‌های مختلف ارتباط نشان داده است [۲۴]. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۷۹ به دست آمد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ و به کارگیری روش‌های آمار توصیفی و آزمون مجذور کای و آزمون t مستقل انجام شد. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

داده‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین و انحراف معیار سنی در گروه سالم، ۴۶/۹۰±۹/۵۰ و در گروه بیمار، ۴۹/۳۰±۷/۸۰ سال می‌باشد. بیشترین و کمترین فراوانی تحصیلات در گروه سالم به ترتیب لیسانس ۴۰٪ (۴۰ نفر) و فوق لیسانس ۱۳٪ (۱۳ نفر) و در گروه هیپرتانسیون، به ترتیب فوق دیپلم ۳۹٪ (۳۹ نفر) و فوق لیسانس ۳٪ (۳ نفر) بود. بیشترین فراوانی شغل برای گروه سالم، مربوط به شغل دولتی ۴۰٪ (۴۰ نفر) اما برای گروه هیپرتانسیون، شغل آزاد ۴۱٪ (۴۱ نفر) بود. از نظر میزان درآمد ماهیانه خانواده بین دو گروه سالم و بیمار تفاوت وجود داشت. اطلاعات مربوط به دیگر متغیرهای جمعیت‌شناختی در جدول ۱ ارائه شده است.

هیجانی و خرده مقیاس‌های آن ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۸۶ را به دست آوردند. در هنجاریابی ایرانی Ciarrochi و همکاران [۲۳]، ضریب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای زیرمقیاس‌های آن بین ۰/۷۲ الی ۰/۷۶ به دست آمد.

۵) پرسشنامه بهوشیاری (Mindfulness Scale): این مقیاس توسط Brown و Ryan ساخته شده است [۲۴]، و برای سنجش بهوشیاری به کار می‌رود. مقیاس بهوشیاری ۱۵ سؤال دارد که افراد پاسخ خود را به هر عبارت با استفاده از مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت از "تقریباً هیچ‌وقت" (با نمره ۶) تا "تقریباً همیشه" (با نمره ۱) درجه‌بندی می‌کنند. این مقیاس از پایایی درونی خوبی برخوردار است، به طوری که روی ۷ گروه نمونه اجرا شده و آلفای کرونباخ آن بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۷ به دست آمده است. روایی این مقیاس نیز در حد بالایی گزارش شده به طوری که همبستگی بسیار بالایی ( $p < 0/0001$ ) با تعدادی از متغیرهای سلامت روان داشته است [۲۴]. روایی سازه‌ای و ملاک این مقیاس نیز در بیماران سرطانی سنجیده شده است [۲۴]. این مقیاس در جامعه ایران اجرا شده و آلفای آن ۰/۸۲ است و با متغیرهای مربوط از

جدول ۱- مقیاسه مشخصات جمعیت-شناختی بیماران هیپرتانسیون اساسی و افراد سالم شهر کرمانشاه ۱۳۹۵

گروه‌ها	سالم (%)	بیمار (%)	کل	مجذور کای	سطح معنی‌داری
ندارد (مجرد)	۲۱	۳	۲۴		
تعداد اعضای خانواده	۶۰	۱۴	۷۴	۳/۱۱	۰/۰۰۰
	۱۶	۴۶	۶۲		
	۳	۳۷	۴۰		
بدون اعتقاد و فعالیت	۱۲	۳۷	۴۹	۲/۰۸	۰/۰۱۵
اعتقادات و فعالیت‌های مذهبی	۲۷	۴۸	۷۵		
پوشش بیمه‌ای (خدمات درمانی)	۶۱	۱۵	۷۶	۳/۷۲	۰/۰۰۲
	۸۹	۳۲	۱۲۱		
	۱۱	۶۸	۷۹		
محل سکونت (زندگی)	۸	۳	۱۱	۷/۵۶	۰/۰۱۲
	۶۷	۴۱	۱۰۸		
	۲۵	۵۶	۸۱		
	۱۰	-	۱۰		
احساس تنهایی	۲۰	۳	۲۳	۹/۱۱	۰/۰۰۵
	۵۳	۱۵	۶۸		
	۱۷	۶۱	۷۸		
	-	۲۱	۲۱		

		۳۱	۴	۲۷	ندارد	
۰/۰۰۷	۵/۲۳	۸۹	۲۹	۶۰	دارد - تنها یکبار	حوادث دردناک زندگی
		۸۰	۶۷	۱۳	دارد - بیشتر از یکبار	
۰/۰۲۲	۷/۱۲	۱۱۸	۲۹	۸۹	بله	وجود حمایت در زندگی (خانواده و اجتماع)
		۸۲	۷۱	۱۱	خیر	
۰/۰۰۰	۳/۶۹	۸۱	۵۶	۲۵	دارد	دانش و آگاهی در مورد بیماری فشارخون
		۱۱۹	۴۴	۷۵	ندارد	
۰/۰۱۱	۶/۵۵	۲۴	۸	۱۶	دارد	علاقه به کسب اطلاعات در مورد بیماری
		۱۷۶	۹۲	۸۴	ندارد	
۰/۰۰۴	۴/۳۳	۹۶	۱۷	۷۹	دارد	احساس کنترل و تأثیر داشتن بر بیماری خود
		۱۰۴	۸۳	۲۱	ندارد	
۰/۰۱۳	۷/۴۹	۱۰۷	۶۳	۴۴	دارد	سابقه بیماری فشارخون در خانواده
		۹۳	۳۷	۵۶	ندارد	

$p < 0.01^*$ ,  $p < 0.05^{**}$

احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر برون مدار تفاوت معنی دار می باشد ( $p < 0.05$ )؛ اما این تفاوت در مورد متغیر قد معنی دار نبود.

متغیرهای فیزیولوژیک در دو گروه هیپرتانسیون و سالم با آزمون t مستقل بررسی شدند. نتایج در جدول ۲ آمده است. یافته‌ها نشان می‌دهد بین دو گروه هیپرتانسیون و سالم در متغیرهای وزن، شاخص توده بدنی، دشواری در شناسایی

جدول ۲- آزمون t مستقل برای مقایسه متغیرهای قد، زن، ترکیب بدنی و ابعاد ناگویی هیجانی در گروه بیمار و سالم

متغیر	گروه	انحراف معیار $\pm$ میانگین	آزمون همگنی واریانس‌ها		آزمون برابری میانگین‌ها	
			F	سطح معنی داری	T	سطح معنی داری
قد (بر حسب سانتی متر)	بیمار	$1/69 \pm 0/04$	0/40	0/522	-1/87	0/064
	سالم	$1/68 \pm 0/04$				
وزن (بر حسب کیلوگرم)	بیمار	$72/31 \pm 9/84$	26/86	0/000	-3/77	0/005
	سالم	$67/57 \pm 7/82$				
شاخص توده بدنی ( $BMI \geq 30 \text{kg/m}^2$ )	بیمار	$25/33 \pm 2/56$	39/84	0/006	-3/98	0/004
	سالم	$24/06 \pm 1/87$				
دشواری در شناسایی احساسات	بیمار	$24/61 \pm 5/19$	8/92	0/002	-12/57	0/002
	سالم	$16/34 \pm 4/05$				
دشواری در توصیف احساسات	بیمار	$21/42 \pm 3/39$	3/34	0/006	-12/71	0/007
	سالم	$14/73 \pm 4/02$				
تفکر برون مدار	بیمار	$17/77 \pm 6/84$	6/99	0/001	1/29	0/002

متغیرهای روان‌شناختی آزمون بین دو گروه هیپرتانسیون و سالم تفاوت معنی دار نشان داد. همان‌طور که آزمون t مستقل در جدول ۳ نشان می‌دهد بین دو گروه هیپرتانسیون و سالم در همه متغیرهای روان‌شناختی مورد پژوهش یعنی ناگویی هیجانی، افسردگی و اضطراب، بهوشیاری و هوش هیجانی تفاوت معنی داری وجود داشت.

میانگین  $\pm$  انحراف معیار ناگویی هیجانی در گروه هیپرتانسیون بیشتر از گروه سالم بود. گروه هیپرتانسیون نسبت به گروه سالم در متغیرهای افسردگی و اضطراب نیز میانگین نمرات کمتری به دست آوردند. علاوه بر این، میانگین  $\pm$  انحراف معیار نمرات بهوشیاری در گروه هیپرتانسیون کمتر از گروه سالم بود. در متغیر هوش هیجانی نیز مانند دیگر

جدول ۳- آزمون t مستقل برای مقایسه متغیرهای روانشناختی (ناگویی هیجانی، افسردگی، اضطراب و بهوشیاری) در گروه بیمار و سالم

متغیر	گروه	انحراف معیار $\pm$ میانگین	آزمون همگنی واریانسها		آزمون برابری میانگینها	
			F	سطح معنی داری	T	سطح معنی داری
ناگویی هیجانی	بیمار	۶۳/۷۶ $\pm$ ۸/۹۵	۱/۸۶	۰/۱۷	۱۱/۴۵	۰/۰۰۱
	سالم	۴۹/۷۵ $\pm$ ۸/۳۴				
افسردگی	بیمار	۱۰/۷۴ $\pm$ ۲/۹۷	۳/۵۱	۰/۰۶	۱۱/۶۸	۰/۰۰۱
	سالم	۶/۱۰ $\pm$ ۲/۶۳				
اضطراب	بیمار	۱۱/۱۸ $\pm$ ۳/۵۴	۳/۶۰	۰/۰۵	۹/۳۳	۰/۰۰۲
	سالم	۶/۶۴ $\pm$ ۲/۳۲				
بهوشیاری	بیمار	۴۵/۴۶ $\pm$ ۹/۰۵	۰/۸۴	۰/۳۴	۱۴/۴۲	۰/۰۰۱
	سالم	۶۴/۷۴ $\pm$ ۹/۸۲				
هوش هیجانی کل	بیمار	۱۰۸/۸۰ $\pm$ ۳۴/۰۶	۸/۳۸	۰/۰۴	۵/۲۴	۰/۰۰۱
	سالم	۱۳۷/۴۰ $\pm$ ۴۲/۵۹				

$p < 0.05^{**}$ ,  $p < 0.01^{*}$

## بحث

نتایج پژوهش نشان داد که بین دو گروه هیپرتانسیون و سالم در متغیرهای وزن، شاخص توده بدنی، دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر برون مدار تفاوت معنی دار می باشد؛ اما این تفاوت در مورد متغیر قد معنی دار نبود. این یافته با نتایج مطالعات پیشین از جمله Yakhia و همکاران [۱۹]، Wu و همکاران [۲۰]، Dehghan و همکاران [۲۱]، Khoshbaten و همکاران [۲۲] و Fekri و همکاران [۲۳] همسو می باشد.

در تبیین این یافته از پژوهش می توان گفت با توجه به مدل بیماری پذیری ارثی - استرس بیماران مزمن به طور کلی، و بیماران مبتلا به هایپرتانسیون به طور خاص دارای آمادگی بالاتری برای بروز واکنش های فیزیولوژیکی در مقابل تنش زها و موقعیت های ناکام کننده زندگی می باشند. از یک سو می توان گفت این افراد نسبت به افراد سالم از آستانه تحمل پایین تری نسبت به مشکلات و تنش زها برخوردار هستند و از سوی دیگر با توجه به تجارب زندگی، آموخته اند که ناراحتی هایشان را به صورت علائم فیزیکی و بدنی نمایش دهند و در مواجهه با مشکلات زندگی از راهبردهای هیجان مدار و ناکارآمدتری استفاده کنند.

دیگر یافته پژوهش حاضر نشان داد که بین دو گروه افراد مبتلا به هیپرتانسیون و سالم در همه متغیرهای روان شناختی مورد پژوهش یعنی ناگویی هیجانی، افسردگی و اضطراب،

بهوشیاری و هوش هیجانی تفاوت معنی داری وجود دارد. استرس و اضطراب می توانند بر رفتار تأثیر بگذارند و رفتار نیز ممکن است، باعث بیماری یا تشدید وضعیت بیمار شود. ارتباط رفتاری میان این حالات روان شناختی و بیماری را در بسیاری از موقعیت های استرس زا، از جمله بیماری های مزمن می توان مشاهده کرد. همسو با نتایج مطالعه حاضر، مطالعات پیشین از جمله Gaweda و Prochwic [۲۴]، Darzi و همکاران [۲۵]، Gupta و همکاران [۲۶] نشان داده اند که در بیماران مزمن، حالات روان شناختی به صورت شدیدتری تجربه می شوند و بین بیماری های مزمن و بروز علائم روان شناختی ارتباط تنگاتنگ و مستقیمی وجود دارد به طوری که اغلب، بیماری مزمن می تواند موجب راه اندازی و تشدید علائم روان شناختی در بیماران گردد.

افرادی که سطوح بالاتری از هوش هیجانی و بهوشیاری را نشان می دهند، تفکرات خودآیند منفی کمتری داشته و معتقدند که قادرند خود را از چنین تفکراتی رها نمایند، حال آنکه تحقیقات امروزه بیانگر آن است که اختلالات خلقی و اضطرابی با افکار خودآیند رابطه تنگاتنگ دارند و استفاده از هوش هیجانی و بهوشیاری می تواند شیوه فراشناختی پردازش اطلاعات را راه اندازی نموده و انعطاف پذیری را در پاسخ به انواع تنش ها و تهدیدها افزایش دهد. مطابق با نظر Wells [۲۷] می توان این احتمال را مطرح کرد که نارسایی در تجارب هیجانی ممکن است باعث بروز مشکلاتی در سلامتی مبتلایان

**نتیجه‌گیری:** در این پژوهش برای نخستین بار، به مقایسه ابعاد ناگویی هیجانی با هوش هیجانی، اضطراب، افسردگی و بهبودیاری در بیماران هیپرتانسیون اساسی و افراد سالم پرداخته شده است. یافته‌های پژوهش حاضر ضرورت ارائه راهکارهایی برای درمان و پیشگیری از بیماری‌های مزمن و توجه بیشتر به علائم روان‌شناختی این بیماران را در ایران، با توجه به اینکه گروه حساسی را تشکیل می‌دهند، نشان داد. امیدواریم نتایج حاصل از این مطالعه بتواند در توجه و ارائه راهکارهایی در این زمینه مفید واقع گردد.

### تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

### سهم نویسندگان

مُحی‌الدین محمدخانی: نگارش چکیده و بیان مسئله و روش پژوهش، مهران فرهادی: تحلیل داده‌های آماری، عزت دیره و زهره غفاری جاهد: نگارش قسمت بحث و نتیجه‌گیری، عیسی صفری و ندا باقری مهبیاری: جمع‌آوری داده‌های پژوهش.

### تشکر و قدردانی

محققان بر خود لازم می‌دانند از کلیه افرادی که در پژوهش حاضر شرکت کردند، اعم از بیماران مبتلا به هیپرتانسیون اساسی و افراد سالم و نیز از دکتر عبدالجواد جلالی (متخصص قلب و عروق) که ما را در اجرای این پژوهش یاری نمودند، همچنین، از دکتر شهرام محمدخانی (استادیار روان‌شناسی) و دکتر حسین کاویانی (استاد روان‌شناسی) به خاطر در اختیار گذاشتن پرسشنامه‌های مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی و ناگویی هیجانی صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

به فشارخون شود که منجر به استفاده آن‌ها از روش‌های مقابله‌ای ناسازگارانه می‌شود. سلامت روانی افراد ناشی از تعاملی دوجانبه بین استفاده از انواع خاصی از روش‌های مواجهه با اضطراب و افسردگی و نیز تنظیم هیجانات (ناگویی هیجانی و هوش هیجانی) در زندگی روزمره است. در واقع، استرس‌های مزمن روان‌شناختی با افزایش فعالیت سیستم سمپاتیک-آدرنالین و افزایش سطوح آدرنالین و نورآدرنالین همراه است و افزایش مزمن آدرنالین منجر به افزایش فشارخون می‌شود [۲۸].

یافته‌های پژوهش حاضر با زیربنای نظریه تنظیم شناختی-هیجان و نتایج مطالعاتی که به بررسی منظم شناختی-هیجان در آسیب‌شناسی روانی و آشفتگی‌های هیجانی نظیر بیماران سرپایی روان‌پزشکی، مشکلات رفتاری و هیجانی در بیماران مزمن، علائم افسردگی و افکار خودکشی، سازگاری روان‌شناختی در بیماری‌های مزمن پرداخته‌اند، همسو می‌باشد [۲۹]. با مدنظر قرار دادن یافته‌های پژوهش می‌توان گفت شناخت‌ها و هیجانات دو جنبه بسیار مهم زندگی انسان هستند و در تجلی اغلب رفتارهای افراد، تعامل این دو سازه به چشم می‌خورد. بنابراین، برای درک آسیب‌پذیری روان‌شناختی در افراد، مطالعه هر دو سازه شناخت و هیجان ضروری است.

در این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌هایی که در حوزه علوم رفتاری و روان‌شناسی سلامت صورت می‌گیرد، محدودیت‌هایی وجود داشت. از جمله اینکه، برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده شد. با توجه به اینکه پرسشنامه جنبه خودگزارش‌دهی دارد و بیماران با تمایل خود به آن پاسخ می‌دهند، ممکن است در پاسخ‌هایشان به دلیل دفاع‌های ناخودآگاه، تعصب در پاسخ‌دهی و شیوه‌های معرفی شخصی سوگیری و تحریف وجود داشته باشد. دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر، انتخاب نمونه پژوهش با روش نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس بود. همچنین، با توجه به اینکه بین نحوه ابراز هیجانات و فرهنگ رابطه وجود دارد، در تعمیم یافته‌ها به دیگر بیماران مزمن در فرهنگ‌های دیگر باید جانب احتیاط را رعایت نمود. بنابراین، پیشنهاد می‌گردد این مطالعه بر روی سایر بیماران مزمن و نیز، در سایر فرهنگ‌ها انجام گیرد.



## References

1. Avila LA, Araujo Filho GMd, Guimarães EF, Gonçalves L, Paschoalin PN, Aleixo FB. Characterization of the pain, sleep and alexithymia patterns of patients with fibromyalgia treated in a Brazilian tertiary center. *Revista brasileira de reumatologia* 2014;54(5):409-13.
2. Parker JD, Taylor GJ, Bagby RM. The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual differences* 2001;30(1):107-15.
3. Guillén V, Santos B, Muñoz P, de Corres BF, Fernández E, Pérez I, et al. Toronto alexithymia scale for patients with eating disorder: Of performance using the non-parametric item response theory. *Comprehensive psychiatry* 2014;55(5):1285-91.
4. Lumley MA, Neely LC, Burger AJ. The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. *JPS* 2007;89(3):230-46.
5. Wirix A, Kaspers P, Nauta J, Chinapaw M, Kist-van Holthe J. Pathophysiology of hypertension in obese children: a systematic review. *Obesity reviews* 2015;16(10):831-42.
6. Ho AK, Thorpe CT, Pandhi N, Palta M, Smith MA, Johnson HM. Association of Anxiety and Depression with Hypertension Control: A US Multi-Disciplinary Group Practice Observational Study. *Journal of hypertension*. 2015;33(11):2215-22.
7. Gupta-Malhotra M, Banker A, Shete S, Hashmi SS, Tyson JE, Barratt MS, et al. Essential hypertension vs. secondary hypertension among children. *AJH* 2014;28(1):73-80.
8. Vahdat K, Pourbehi MR, Ostovar A, Hadavand F, Bolkheir A, Assadi M, et al. Association of pathogen burden and hypertension: the Persian Gulf Healthy Heart Study. *AJH* 2013;26(9):1140-7.
9. Goerlich-Dobre KS, Votinov M, Habel U, Pripfl J, Lamm C. Neuroanatomical profiles of alexithymia dimensions and subtypes. *Human brain mapping* 2015;36(10):3805-18.
10. Liss M, Mailloux J, Erchull MJ. The relationships between sensory processing sensitivity, alexithymia, autism, depression, and anxiety. *PID* 2008;45(3):255-9.
11. Bawa FLM, Mercer SW, Atherton RJ, Clague F, Keen A, Scott NW, et al. Does mindfulness improve outcomes in patients with chronic pain? Systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2015;65(635):e387-e400.
12. Beadle JN, Paradiso S, Salerno A, McCormick LM. Alexithymia, emotional empathy, and self-regulation in anorexia nervosa. *Annals of clinical psychiatry: OAACP* 2013;25(2):107-20.
13. Codier E, Odell E. Measured emotional intelligence ability and grade point average in nursing students. *Nurse Education Today* 2014;34(4):608-12.
14. Foster K, McCloughen A, Delgado C, Kefalas C, Harkness E. Emotional intelligence education in pre-registration nursing programmes: An integrative review. *Nurse Education Today* 2015;35(3):510-7.
15. Saarijärvi S, Salminen J, Toikka T. Temporal stability of alexithymia over a five-year period in outpatients with major depression. *Psychotherapy and psychosomatics* 2006;75(2):107-12.
16. Besharat MA, Karimi M, Ghorbani N, Rahimine JA. Gifted and non-gifted High school students. *Advances in Cognitive Science* 2010; 11(40):18-28.[Persian]
17. Johnson JR, Emmons HC, Rivard RL, Griffin KH, Dusek JA. Resilience training: a pilot study of a mindfulness-based program with depressed healthcare professionals. *EXPLORE: The Journal of Science and Healing* 2015;11(6):433-44.
18. Spek AA, Van Ham NC, Nyklíček I. Mindfulness-based therapy in adults with an autism spectrum disorder: a randomized controlled trial. *Research in developmental disabilities* 2013;34(1):246-53.
19. Yakhia M, König A, van der Flier WM, Friedman L, Robert PH, David R. Actigraphic motor activity in mild cognitive impairment patients carrying out short functional activity tasks: comparison between mild cognitive impairment with and without depressive symptoms. *Journal of Alzheimer's Disease* 2014;40(4):869-75.
20. Wu X, Huang Z, Wu R, Zhong Z, Wei Q, Wang H, et al. The comparison of glycometabolism parameters and lipid profiles between drug-naive, first-episode schizophrenia patients and healthy controls. *Schizophrenia research* 2013;150(1):157-62.
21. Dehghan P, Miwechi M, Izadi E, Mohammadi F, Sohrabi MR. Comparison of Physical Activity and Body Mass Index in Patients with and without Non-Alcoholic Fatty Liver Disease. *Community Health (Salāmat-i ijtimāi)* 2016;2(1):1-8. [Persian]
22. Khoshbaten M, Fatahi E, Soomi H, Tarzmani M, Farhang S, Majidi G, et al. Clinico-biochemical comparison of patients with Nonalcoholic fatty liver disease and healthy populace. *ZJRMS*. 2009;11(1):13-21. [Persian]

23. Fekri A, Issazadegan A, Manee FM. Comparison of cognitive emotion regulation strategies and alexithymia in individuals with and without essential hypertension. *Contemporary Psychology* 2015;10(1):85-94. [Persian]
24. Prochwicz K. A comparison of cognitive biases between schizophrenia patients with delusions and healthy individuals with delusion-like experiences. *European Psychiatry* 2015;30(8):943-9.
25. Darzi MT, Pourhadi S, Hosseinzadeh S, Ahmadi MH, Dadian M. Comparison of quality of life in low back pain patients and healthy subjects by using WHOQOL-BREF. *JBMR rehabilitation* 2014;27(4):507-12.
26. Gupta PP, Sood S, Atreja A, Agarwal D. A comparison of cognitive functions in non-hypoxemic chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients and age-matched healthy volunteers using mini-mental state examination questionnaire and event-related potential, P300 analysis. *Lung India: OOICS* 2013;30(1):5-11.
27. Wells A, Carter K. Further tests of a cognitive model of GAD: Meta-cognitions and worry in GAD, Panic disorder, social phobia, depression and non-patients. *Behavior Therapy* 2001; 32(1):82-105.
28. McCraty R, Atkinson M, Tomasino D. Impact of a workplace stress reduction program on blood pressure and emotional health in hypertensive employees. *JACM* 2003;9(3):355-69.
29. Goussinsky R, Livne Y. Coping with interpersonal mistreatment: the role of emotion regulation strategies and supervisor support. *JNM*2016;24(8):1109-18.

# A Comparison of Dimensions of Alexithymia with Emotional Intelligence, Psychological Symptoms and Mindfulness in Patients with Hypertension Compared with Healthy Individuals in the City of Kermanshah in Year 2016

Deyreh E<sup>1</sup>, GhafariJahed Z<sup>2</sup>, Farhadi M<sup>3</sup>, Mohammadkhani M<sup>4</sup>, Safari I<sup>5</sup>, Bagheri Mahyari N<sup>6</sup>

1 - Assistant Prof, Dept of psychology, Islamic Azad University, Bushehr Branch, Bushehr, Iran.

2 - PhD Student, Dept of psychology, Islamic Azad University, Bushehr Branch, Bushehr, Iran.

3 - Assistant Prof, Dept of psychology, Faculty of Economics and Social Sciences, BuAli Sina University, Hamedan.

4 - Assistant Prof, Dept of Psychology, University of Payame Noor, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

Email: Mohyedin2a@yahoo.com , Tel: 09188368802

5 - MSc, Dept of Educational Technology, University of Payame Noor, Tehran, Iran.

6 - MSc, Dept of Consulting, Islamic Azad University, Khomeini Shahr Branch, Isfahan, Iran.

Received: 15 April 2017

Accepted: 25 September 2018

**Introduction:** In addition to biological and physical risks, psychological factors also play a role in the development and aggravation of essential hypertension disease which is a psychophysiological disorder. Therefore, this study aimed to investigate the comparison of dimensions of alexithymia with emotional intelligence, anxiety, depression and mindfulness in patients with hypertension compared with healthy individuals.

**Material and Methods:** This is a descriptive and causal-comparative study. In this study, 100 patients (50 women and 50 men) with hypertension who referred to a cardiologist's office in the city of Kermanshah in 2016 were selected by using an available sampling method, and 100 healthy people (50 women and 50 men) were selected and matched with the patients group among the people accompanying the patients and among the hospital staff. Data were collected using questionnaires of demographic variables, TAS-20, HADS, PFEIQ, and MASS was used to analyze the collected data. The data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests and independent t-tests.

**Results:** The results showed that there is a significant difference ( $p < 0.05$ ) between the two groups in hypertension and normal physiological variables in weight, body mass index, difficulty identifying feelings, difficulty describing feelings and externally-oriented thinking; however, this difference was not significant in the case of the variable height ( $p > 0.05$ ). It was also found that there is a significant difference ( $p < 0.05$ ) between people with hypertension and healthy people in all psychological variables studied, namely alexithymia, depression, anxiety, mindfulness, and emotional intelligence.

**Conclusion:** In addition to biological factors, psychological and behavioral factors, which changes more easily, are associated with hypertension. It is suggested that these variables be taken into consideration in the treatment of patients with essential hypertension.

**Keywords:** Alexithymia, Emotional Intelligence, Anxiety, Depression, Mindfulness, Essential Hypertension, Kermanshah

Please cite this article as follows:

Deyreh E, GhafariJahed Z, Farhadi M, Mohammadkhani M, Safari I, Bagheri Mahyari N. A Comparison of Dimensions of Alexithymia with Emotional Intelligence, Psychological Symptoms and Mindfulness in Patients with Hypertension Compared with Healthy Individuals in the City of Kermanshah in Year 2016. *Community Health journal* 2018; 12(2): 57-68.

**Funding:** This research was funded by the University of Payame-Noor.

**Conflict of interest:** The authors declare no conflict of interest.

**Ethical approval:** The ethics committee of Kermanshah University approved the study.