

Research Paper

The Effectiveness of Self-healing Training on Psychological Well-being in Women With Hypertension



*Zohreh Latifi¹, Zahra Mardani¹, Reyhaneh Ghareghani²

1. Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

2. Department of Counseling, Payame Noor University, Tehran, Iran.



Citation Latifi Z, Mardani Z, Ghareghani R. [The Effectiveness of Self-healing Training on Psychological Well-being in Women With Hypertension (Persian)]. *Internal Medicine Today*. 2022; 28(2):158-173. <https://doi.org/10.32598/hms.28.2.3477.1>



<https://doi.org/10.32598/hms.28.2.3477.1>



Received: 04 Oct 2020

Accepted: 29 Jan 2022

Available Online: 01 Apr 2022

Keywords:

Hypertension,
Self efficacy,
Psychological,
Women

ABSTRACT

Aims Hypertension is one of the most common health problems with chronic consequences. The present study aimed to investigate the effect of self-healing training on psychological well-being in women with hypertension.

Methods & Materials The research method was quasi-experimental with a pre-test, post-test, and two-month follow-up design and control and an experimental group. Thirty women with hypertension referred to the health centers were selected according to convenience sampling and randomly divided into experimental and control groups (n=15 per group). The research instruments included Ryff's scale of psychological well-being (1989). Repeated measures were utilized to analyze the data.

Findings The results indicated that the mean total scores of the pre-test, post-test, and follow-up of psychological well-being scale in the experimental group were equal to 213.20, 219.98, and 220.08 respectively, and it was equal to 195.26, 197.33, and 200.06 in the control group. Also, self-healing training significantly increased psychological well-being in participants in the post-test and follow-up stages ($P < 0.05$).

Conclusion The self-healing training increased psychological well-being in women with hypertension to strengthen the role of the individuals by reducing physiological stress, treating destructive cellular memories, lifestyle modification, and relaxation techniques. Therefore, this method can be used as a new approach with relatively lasting effects to increase the self-care skills of patients with hypertension in health-related centers.

* Corresponding Author:

Zohreh Latifi, PhD.

Address: Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Tel: +98 (913) 1139781

E-mail: z_yalatif@pnu.ac.ir

English Version

Introduction

Hypertension is one of the most critical risk factors for cardiovascular diseases [1, 2], and the most common cause of heart failure is stroke in many countries [3]. This chronic disease has been identified as a silent killer due to the lack of obvious symptoms [4] and it is a vital factor in increasing the death rate worldwide [5]. The prevalence of hypertension in Iran, like many countries in the world, is increasing for several reasons including rapid social changes such as urbanization and lifestyle change [6]. In a meta-analysis study in Iran, the overall prevalence of hypertension is estimated at 25% [7]. According to the importance of hypertension as a chronic disease on the one hand and the risk factor for other chronic diseases, on the other hand, prevention and control of this disease seem very necessary [8]. Self-care is an essential component of the treatment of hypertension [9] and is a practice in which people use their knowledge and ability to take care of their health independently [10]. The results of studies indicate that educational interventions significantly change the lifestyle of patients with hypertension [11]. A group of positive psychologists introduced mental health as equal to the positive function of psychology in recent years [12] and conceptualized it as “psychological well-being” [13]. Psychological well-being is defined as the existence of desirable cognitive and emotional psychological documents [14]. According to the study conducted by Ryff, one of the significant components of health is psychological well-being, which is defined as the development of an individual’s true talents [15]. According to Ryff, psychological well-being has components such as self-acceptance, feeling of autonomy, having a positive relationship with others, purposefulness, personal growth, and mastery of the environment [16]. In this regard, the research results indicate that religious beliefs and internal religious orientation have a positive effect on health, life satisfaction, and psychological well-being [12].

The way of perceiving the severity of symptoms by reducing the quality of psychological well-being in people with hypertension seems to have disabling interactions for this group, which has attracted the attention of physicians and psychologists at the same time. The conventional non-pharmacological therapies for improving the disease and further stabilization of blood pressure have emphasized the combination of various methods such as muscle relaxation, cognitive rehabilitation, effective coping training, training self-care skills, and lifestyle modification [17]. In this regard, self-healing is one of the new approaches that was formally introduced by Loyd (psychologist and complementary medicine therapist),

and Johnson (cancer specialist) in the United States under the title of healing codes in 2011 [18]. The self-healing approach includes memory retrieval skills, recognizing problematic personality traits, reducing harmful actions, training self-healing skills, praying, and practicing healing codes [19]. Loyd, Johnson, and Lipton, cellular and molecular biologists, believe that 95% of all physical and non-physical problems originate from stress [20]. This type of stress causes diseases and illnesses that are not based on the external conditions of the person (which can be changed) but a hidden and very deep stress that is inside and completely independent of the current conditions of the person [21]. According to Lipton, the causes of physiological stress are patterns of unhealthy cellular energy, unreasonable fears, false images, and beliefs stored in the body and mind [22]. Loyd believes that the negative emotions and beliefs caused by destructive cellular memories cause mental imbalance and weakens the body’s immune system against diseases and consequently increase chronic physical disorders, including hypertension [23].

The positive effects of the healing approach are significant in the results of foreign studies. Frolich et al. [24] conducted an online self-healing program for Canadian young adults suffering from both alcohol abuse and emotional problems such as anxiety and depression and concluded that executing this program has increased the quality of life and reduction of anxiety and depression in addition to reducing alcohol consumption in the experimental group. Wetse et al. [25] implemented a self-help program for refugee women to reduce their psychological distress and increase their psychological well-being. Also, other researchers in Iran reported that the effectiveness of self-healing training on various variables such as burnout, quality of life, emotional resilience of social emergency personnel [26], self-compassion, concern for body image, improvement in cancer [27], depression in people with chronic headaches [28], distress tolerance, psychological capitals, the headache of spouses of addicted people [29], and psychological empowerment of drug-dependent men [30] have been beneficial and effective.

This research and the experimental gap are strongly seen in previous studies and it is required to conduct a study on the effectiveness of this approach in promoting the psychological well-being of women with hypertension to determine the results scientifically to be used as a type of low-cost and new treatment to help patients with blood pressure. In Iran, Latifi and Marvi in 2017 localized this approach, prepared the relevant protocol, and used it with Loyd’s approval [31]. According to the issues raised, the main question of the researcher is whether self-healing training can affect the psychological well-being of female patients with hypertension.

Materials and Methods

This present study is a quasi-experimental research with two groups (experimental and control) in three stages (pre-test, post-test, and follow-up). The statistical population of the study included all women with hypertension who referred to public health centers in Isfahan province. In the present study, after coordination with the provincial deputy of treatment and obtaining the ethical code IR.PNU.REC.1398.071 to follow the principles of research ethics from the National Committee for Ethics in Biomedical Research, female patients with hypertension were invited to attend the researcher's initial briefing during the installation of a public announcement in public health centers for patients with hypertension file who referred to check their blood pressure once a week or every 15 days, accompanied by a doctor's diagnosis and a health expert. A total of 30 people who wanted to participate in this research project were selected as a sample using the convenience method and set in two experimental and control groups of 15 people based on the inclusion and exclusion criteria and using random placement (to strengthen matching). The inclusion criteria were female gender, having symptoms of hypertension for three years, age range 40 to 65 years, not receiving concomitant psychological treatment, having at least a diploma, and completing the informed consent form. The exclusion criteria were acute or chronic mental disorders (with the diagnosis of a clinical psychologist), use of psychiatric medications, other specific and obvious chronic physical illnesses (such as asthma, epilepsy, and gastrointestinal diseases), the occurrence of stressful events, lack of cooperation during training, lack of doing homework presented in sessions, and being absent more than 2 sessions. The participants in the present study were matched in terms of gender, age, and duration of the history of hypertension. The experimental group participated in a self-healing training course (once a week for 90 minutes) in the health center for 14 sessions after selecting the sample, while the control group was placed on a waiting list after the intervention. It is significant to pay attention to some points for ethical considerations such as conscious willingness to participate in the research, ensuring the confidentiality of the subjects' information (the principle of confidentiality), and respecting the human rights of the participants.

The sessions were held by two specialists who were proficient in the self-healing approach and one health center expert to control the participants' blood pressure. In all sessions, all members of the group were asked to participate in the discussion actively and share their personal experiences with others while emphasizing confidentiality. Self-examination and finding destructive cel-

lular memories and how to reduce the adverse effects of these memories were the main items of the sessions to be performed using various techniques appropriate to everyone's taste. It was required that the participants do the exercises individually in the session and between sessions, and answer the instructor's reflection questions. Having privacy and thinking about self was an essential part of the exercises. Participants were asked to begin training with family members or two friends at the same time to better understand the content, and to discuss the challenges in the session. In each session, the topics of the previous sessions were reviewed and it was emphasized to do homework. The instructors emphasized the basic role and will of the individual in improving himself for healing and inner pain.

The following instruments were used in the present study:

Ryff's Scale of Psychological Well-Being

Ryff designed psychological well-being scales for adults in 1989 to measure the structures of psychological well-being (self-acceptance, autonomy, positive relationships, purposeful living, individual growth, and mastery on the environment). After the initial review, the original version of the psychological well-being scale, which contains 84 questions, was prepared. Due to the length of this test, a 54-item version of the psychological welfare scale was designed. This questionnaire evaluates 6 main components of the psychological well-being model. Each subscale contains 9 terms. The answers given to each of the test items are specified on a 6-point Likert scale (1=strongly disagree to 6=strongly agree).

Scores on this scale range from a minimum of 84 to a maximum of 504. A higher score indicates better psychological well-being. In another study conducted by domestic researchers, the reliability coefficient by re-testing the psychological well-being scale of Ryff was obtained 0.82 and the reliability coefficient of subscales of self-acceptance, positive relationships with others, autonomy, mastery on the environment, purposeful life, and individual growth were obtained 0.71, 0.77, 0.78, 0.77, 0.70 and 0.78 respectively which were statistically significant. The correlation between the psychological welfare scale and the life satisfaction scale, the Oxford happiness questionnaire, and the Rosenberg self-esteem questionnaire was 0.47, 0.58, and 0.46, respectively [32]. In the present study, Cronbach's alpha coefficient was calculated in the range of 0.79 to 0.83 showing the reliability of the questionnaire and the positive correlation of psychological well-being scales with several well-being tools to indicate the validity of this questionnaire.

Table 1. Self-healing protocol

Session	Summary of Session
1	Familiarity with the group members and establishing a therapeutic relationship, defining the goals and rules of the sessions, introducing situational stress
2	Explaining physiological stresses, latent stresses, or destructive cellular memories and false memory
3	Training to diagnose real or false problems, memorizing according to failures, conflicts and failures, and confusion of the individual
4	Rooting out destructive cellular memories in 12 groups
5	Performing the technique of glass elevator and empty chair and memory retrieval about traumas
6	Explaining the puzzle of positive and negative heart emotions and training forgiveness techniques
7	Explaining the group of harmful actions, bad and destructive habits, training methods of strengthening the will, training problem solving, and changing the environment
8	Introducing and explaining the first to fourth healing codes including love, happiness, peace, and patience
9	Introducing how to create and strengthen the fifth to ninth healing codes
10	Explaining the role of true request with all your being, the effects of prayer, continuing to focus on desires in the course of life, and explaining the scientific evidence related to prayer in self-healing
11	Training balanced lifestyle, and lifestyle modification by recognizing bad habits and harmful actions
12	Improving the quality of life in the areas of health, intimacy, and communication
13	Correcting internal conversion, stress review, and training power breathing
14	Planning for eternity, the spiritual purposefulness of life, increasing inner richness, introspection and having hours to be alone with yourself, self-evaluation, review of all treatment sessions, and emphasis on continuing to practice healing codes

Internal Medicine Today

In the current study, research tests were performed before the intervention, after the training sessions (post-test), and 60 days after the last session (follow-up). A summary of the training sessions is provided in [Table 1](#).

Analysis of variance (ANOVA) with repeated measures applying SPSS software, version 24 was used to analyze the data.

Results

The sample size was 30 females with a Mean±SD age of 66.50±7.92. Regarding age, 10 participants were 40 to 45 years old (33%), 4 participants were 46 to 50 years old (10%), 8 participants were 51 to 55 years old (26%), and 8 participants were 56 years old (26%). Subjects in the sample were at least 40 and at most 63 years old. Among the sample members, 12 people had a diploma or less (40%), 9 people had an associate degree (30%), 4 people had a bachelor's degree (13%) and 5 people had a master's degree or higher (16%). The mean total scores for pre-test, post-test, and follow-up of systolic blood pressure in the experimental group were 122, 116, and 114, respectively, and it was 125.33, 126.66, and 124.00 in the

control group. Also, the mean scores of pre-test, post-test, and follow-up diastolic blood pressure in the experimental group were 73.33, 64.66, and 65.33, respectively, and it was 74.00, 72.33, and 72.33 in the control group.

[Table 2](#) illustrates the mean and standard deviation of pre-test, post-test, and follow-up scores of the Psychological Well-Being Scale for two experimental and control groups.

According to [Table 2](#), the mean total score of the pre-test, post-test, and follow-up of psychological well-being scale in the experimental group was 213.20±23.31, 219.98±9.88, and 220.08±12.18 and it was 195.26±23.78, 197.33±23.10, and 200.24±06.62 in the control group. Assumptions of analysis of variance including the normalization of pre-test and post-test distributions are approved by the Shapiro-Wilkes test and a complete lack of correlation between covariates variables and homogeneity of variance is approved by Levene's test. According to the significance level of the scale which is not less than 0.05 and the null hypothesis of Levene's test based on homogeneity between covariates, dependent groups were confirmed and these pairs

Table 2. Descriptive findings of psychological well-being scale by experimental and control groups

Scale	Stage	Mean±SD	
		Control	Experimental
Psychological well-being	Pre-test	195.26±23.78	213.20±23.31
	Post-test	197.33±23.10	219.98±9.88
	Follow up	200.06±24.62	220.08±12.18
Self-acceptance	Pre-test	31.00±6.07	35.00±3.58
	Post-test	33.93±5.04	37.60±2.82
	Follow up	33.80±5.70	37.33±3.19
Positive relationships with others	Pre-test	26.60±3.62	34.26±5.56
	Post-test	31.13±4.96	30.93±2.01
	Follow up	30.93±5.50	30.60±2.06
Purposeful life	Pre-test	30.40±5.57	32.66±5.19
	Post-test	31.73±4.68	29.80±2.98
	Follow up	32.53±4.58	29.93±4.36
Mastery on the environment	Pre-test	30.80±5.03	38.33±4.63
	Post-test	32.53±6.67	35.46±2.99
	Follow up	34.53±5.22	37.40±2.82
Autonomy	Pre-test	31.20±4.58	37.40±4.80
	Post-test	32.00±6.80	36.66±3.35
	Follow up	33.66±5.66	36.13±3.20
Individual growth	Pre-test	31.60±6.03	32.66±3.97
	Post-test	31.26±5.52	27.33±4.53
	Follow up	31.53±5.01	28.13±3.39

Internal Medicine Today

of groups are homogeneous with each other. As a result, another conditional assumption is provided for ANOVA of repeated measures. Repeated measures ANOVA were used to evaluate the effectiveness of self-healing training on psychological well-being. One of the assumptions of the statistical test is the repeated measure of Mauchly's sphericity test.

According to the insignificance level of Mauchly's sphericity for psychological well-being, this hypothesis is confirmed ($P < 0.05$). Table 3 shows the values of the Wilkes' Lambda test.

According to Table 3 and values of 0.53, 0.14, and 0.23 for intergroup, intragroup, and interactive effect, respectively, it was indicated that self-healing training was effective on the psychological well-being scale. Table 4 illustrates the results of intergroup and intragroup ANOVA for the effect of self-healing training on psychological well-being with three pre-test, post-test, and follow-up measurements.

According to Table 4 and the significance of the factors within the groups, the significant difference between the three measurements of pre-test, post-test, and follow-up

for the psychological well-being scale was confirmed at the level of $P < 0.05$. Also, according to the significance of the group source among the groups, there is a significant difference between the experimental group and the control group for psychological well-being at the level of $P < 0.05$. Therefore, self-healing treatment has been effective in the psychological well-being of female patients with hypertension.

Discussion

This study aimed to evaluate the effectiveness of self-healing training on the psychological well-being of female patients with hypertension. Repeated measure ANOVA was used to analyze the data. The results indicated a significant difference between the three measurements of pre-test, post-test, and follow-up and the effectiveness of self-healing training in increasing psychological well-being among participants. These results were consistent with the results achieved from other studies in the field of improving psychological well-being variables in people with hypertension such as Ahrari et al. [1], Barati et al. [3], Mohammadian et al. [5], Hosseini et al. [11], Bagheri et al. [13], and Mohammadi et al. [14]. In addition, it was consistent with the results achieved by other studies

Table 3. Wilkes' Lambda test to examine the differences between the means of psychological well-being

Source	Value	F	df	Sig.	Eta	Statistical Power
Intergroup	0.53	5.36	4	0.01	0.46	1.00
Intragroup	0.14	16.24	8	0.01	0.86	1.00
Interaction effect	0.23	8.48	8	0.01	0.76	1.00

Internal Medicine Today

on the effectiveness of the self-healing approach on variables such as the quality of well-being in elderly period [21], psychological capital and sense of cohesion [23], quality of life and emotional problems [24], psychological stress [25], job burnout, quality of life and emotional resilience [26], self-compassion, concern for body image and improvement in cancer [27], depression [28], distress tolerance, psychological capital and headache [29], and psychological empowerment.

Psychological problems have a significant impact on the occurrence, persistence, and even reduction of symptoms of cardiovascular problems, especially hypertension with its debilitating disorders. In explaining the above findings to increase psychological well-being, it can be said that since the main focus of self-healing training is the cognition of the individual and treatment of destructive cellular memories and these memories knowingly or unknowingly create stress in the body, change cells to the defensive state, exit the automatic nerve out of balance, and cause a sense of confusion, therefore, learning techniques such as forgiveness and releasing, resentment, stopping harmful actions, correcting believed lies, spiritual excellence, lifestyle and internal dialogue correction, learning to manage situational and physiological stresses, creative visualization and reverse retrieval memories, praying, and practical exercises of healing codes in participants help balance the autonomic nervous system and stop the unbalanced activity of the brain by creating calm that leads to increased management of blood pressure symptoms

in the individual. On the other hand, psychological well-being requires an effective understanding and confrontation with the existential challenges of life, and this approach strongly emphasizes moral, religious, and human principles. In addition, a part of patients' impatience with hypertension is due to wrong evaluations of its symptoms and consequences. These thoughts are recognized in self-healing training by recognizing unreasonable fears, believable lies, and unhealthy thoughts to reduce impatience and stress. In this regard, it seems that the creation and strengthening of healing codes such as codes of patience, forbearance, and continence as well as lifestyle modification such as adjusting sleep and wakefulness, nutrition, practical exercises, healing codes, meditation, and prayer increase peace of mind and high compatibility with these chronic symptoms, and ultimately strengthen the role of the individual in improving psychological function.

It is evident that all the approaches presented so far have been therapeutic and have necessarily been performed by the therapist. Therapists have tried to cure the patients from the outside; however, in this approach, an inner psychological transformation in the individual or the healing of psychological pains is considered from within instead of treatment from the outside which is a new paradigm in the world of psychology based on religious teachings. It explicitly states that the psychological problems of human beings, i.e., inner pains that have arisen over time, cannot be completely cured but can be healed. Healing is a process of inner transformation, a gradual, permanent process with

Table 4. ANOVA between subjects and intra-subjects with three measurements of pre-test, post-test, and follow-up of psychological well-being

Scale		Source	Sum Squares	df	Mean squares	F	Sig.	Eta	Statistical Power
Psychological well-being	Intergroup	Factor	5454.06	2	2727.03	7.49	0.02	0.11	0.60
		Interaction	3460.95	2	1730.47	12.70	0.02	0.14	0.77
		Effect error	20381.64	56	363.95				
	Intragroup	Group	2444.01	1	2444.01	4.70	0.04	0.14	0.55
		Error	14563.42	28	520.12				

Internal Medicine Today

the understanding of one's emotions and the healing of inner pains by the individual. In fact, in the self-healing approach, a person is required to have silence and solitude in his introspection to discover his pains and sorrows during the continuous performance of spiritual meditation which is also one of the teachings of the Islam religion.

Conclusion

The present study tried to examine the question of the effectiveness of self-healing training (healing codes) on the psychological well-being of female patients with hypertension in the framework of a valid methodology. The results of this study indicated that this program has been able to significantly increase psychological well-being among participants. In general, the possible causes of the effectiveness of self-healing (healing codes) are as follows: Highlighting patients' role in reducing physiological stress by performing respiratory-muscular relaxation exercises, temple meditation and rose meditation, light body scan, and special healing code exercise that was trained practically by providing audio files and given homework, along with increasing the individual's coping ability by creating a code of tolerance and increasing resilience which has been effective in increasing calmness. One of the limitations of this study is the participants' gender, all of whom were female. Also, the researcher assumes that some members may sometimes use sedatives to control their blood pressure temporarily (once or twice during the course) despite the emphasis on not taking sedatives other than those used to control blood pressure during training. Another important limitation of this study was the assessment of outcomes based solely on a questionnaire tool without the use of other intervention evaluation methods.

Practical Suggestions

It is suggested that other therapeutic approaches along with the self-healing therapeutic approach be used to compare and evaluate the effectiveness of different therapeutic approaches in future studies. Also, according to the prevalence of psychosomatic diseases, it is suggested that the effectiveness of this method be examined on other diseases such as headache, gastric ulcer, gastrointestinal reflux, sleep disorders, chronic fatigue, low back pain, etc., particularly for specific diseases with an unknown origin for which definitive treatment has not been detected.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

The present study has been approved by the ethics code IR.PNU.REC.1398.071 of the National Committee for Ethics in Biomedical Research.

Funding

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Authors' contributions

Writing the initial version and final review: Zohreh Latifi; Data interpretation: Reyhaneh Gharghani; Main idea: Zohreh Latifi; Study design and data collection: All authors.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgements

In the end, the researchers express their gratitude for the sincere cooperation of all the participants and staff of the Ghaemieh Clinic in Shahreza, Isfahan Province.

مقاله پژوهشی

اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر بهزیستی روان شناختی زنان مبتلا به پرفشاری خون

* زهره لطیفی^۱، زهرا مردانی^۱، ریحانه قرقانی^۲

۱. گروه روانشناسی، دانشگاه پیامنور، تهران، ایران.

۲. گروه مشاوره، دانشگاه پیامنور، تهران، ایران.

Use your device to scan
and read the article online



Citation Latifi Z, Mardani Z, Ghareghani R. [The Effectiveness of Self-healing Training on Psychological Well-being in Women With Hypertension (Persian)]. *Internal Medicine Today*. 2022; 28(2):158-173. <https://doi.org/10.32598/hms.28.2.3477.1>

doi <https://doi.org/10.32598/hms.28.2.3477.1>

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳ مهر ۱۳۹۹

تاریخ پذیرش: ۰۹ بهمن ۱۴۰۰

تاریخ انتشار: ۱۲ فروردین ۱۴۰۱

اهداف پرفشاری خون یکی از شایع‌ترین مشکلات سلامت با پیامدهای ماندگار است. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش خودشفابخشی بر بهزیستی روان شناختی زنان مبتلا به پرفشاری خون انجام شد.

مواد و روش‌ها پژوهش نیمه تجربی حاضر با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماهه با ۲ گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. ۳۰ نفر از مراجعه‌کنندگان زن مبتلا به پرفشاری خون به مراکز بهداشت از طریق نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و به صورت تصادفی در ۲ گروه با تعداد ۱۵ نفر جایگزین شدند. ابزار پژوهش پرسش‌نامه بهزیستی روان شناختی ریف بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل آماری اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها میانگین نمره کل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مقیاس بهزیستی روان شناختی در گروه آزمایش به ترتیب ۲۱۳/۲۰، ۲۱۹/۹۸ و ۲۲۰/۸۶ و برای گروه کنترل ۱۹۵/۲۶، ۱۹۷/۳۳ و ۲۰۰/۰۶ به دست آمده است. همچنین آموزش خودشفابخشی در افزایش بهزیستی روان شناختی شرکت‌کنندگان در پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنادار داشته است ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری به نظر می‌رسد آموزش خودشفابخشی در جهت تقویت نقش خود فرد با کاهش استرس فیزیولوژیک از طریق درمان خاطرات سلولی مخرب، اصلاح سبک زندگی و آموزش تکنیک‌های آرام‌سازی، موجب افزایش بهزیستی روان شناختی زنان مبتلا به فشار خون شده است. بنابراین می‌توان از این روش به عنوان رویکرد جدیدی با اثرات نسبتاً پایدار برای افزایش مهارت‌های خودمراقبتی بیماران مبتلا به پرفشاری خون در مراکز مرتبط با سلامت استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها:

پرفشاری خون،
خودشفابخشی،
روان شناختی، زنان

* نویسنده مسئول:

دکتر زهره لطیفی

نشانی: تهران، دانشگاه پیام نور، گروه روانشناسی.

تلفن: ۱۱۳۹۷۸۱ (۹۱۳) +۹۸

رایانامه: z_yalatif@pnu.ac.ir

مقدمه

فشار خون بالا یکی از مهم‌ترین عوامل خطر بیماری‌های قلبی-عروقی [۱، ۲] و شایع‌ترین عامل بروز نارسایی قلبی و سکته مغزی در بسیاری از کشورهاست [۳]. این بیماری مزمن، به دلیل نداشتن نشانه‌های آشکار به عنوان قاتل خاموش معرفی شده [۴] و عامل بسیار مهم افزایش میزان مرگ و میر در جهان است [۵].

میزان شیوع پرفشاری خون در ایران همچون بسیاری از کشورهای جهان به دلایلی، از جمله تغییرات سریع اجتماعی مانند شهرنشینی، تغییر در سبک زندگی رو به افزایش است [۶]. در مطالعه‌ای فزاینده در ایران، میزان شیوع کلی پرفشاری خون ۲۵ درصد برآورد شده است [۷]. با توجه به اهمیت پرفشاری خون به عنوان بیماری مزمن از یک سو و عامل خطر برای سایر بیماری‌های مزمن از سوی دیگر، پیشگیری و کنترل این بیماری بسیار ضروری است [۸].

خودمراقبتی در درمان پرفشاری خون، جزء ضروری بوده [۹] و عملی است که در آن هر فردی از دانش و توان خود استفاده می‌کند تا به طور مستقل از سلامت خود مراقبت کند [۱۰]. نتایج مطالعات نشان می‌دهد آزمایشات آموزشی موجب تغییر معنادار در سبک زندگی مبتلایان به پرفشاری خون می‌شود [۱۱]. در سال‌های اخیر، گروهی از پژوهشگران روان‌شناسی مثبت‌نگر، سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روان‌شناختی تلقی کرده [۱۲] و آن را تحت عنوان «بهبودی روان‌شناختی» مفهوم‌سازی کرده‌اند [۱۳].

بهبودی روان‌شناختی، وجود اسنادهای روان‌شناسی شناختی و هیجانی مطلوب تعریف می‌شود [۱۴]. براساس مطالعه ریف، یکی از مؤلفه‌های مهم سلامت، بهبودی روان‌شناختی است که به عنوان رشد استعدادها و واقعی هر فرد تعریف می‌شود [۱۵]. از نظر ریف، بهبودی روان‌شناختی مؤلفه‌هایی چون پذیرش خود، احساس خودمختاری، داشتن ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی، رشد شخصی و تسلط بر محیط دارد [۱۶]. در این زمینه، نتایج پژوهشی نشان داده است باورهای مذهبی و جهت‌گیری دینی درونی بر سلامت، رضایت از زندگی و بهبودی روان‌شناختی تأثیر مثبتی دارد [۱۷].

به نظر می‌رسد نحوه ادراک شدت علائم با کاهش کیفیت بهبودی روان‌شناختی در افراد مبتلا به پرفشاری خون تعاملات ناتوان‌کننده‌ای برای این گروه دارد که هم‌زمان توجه پزشکان و روان‌شناسان را به خود جلب کرده است. تاکنون درمان‌های غیردارویی رایج برای بهبود بیماری و تثبیت فشار خون بیشتر بر ترکیب روش‌های متعدد، از جمله آرام‌سازی عضلانی، بازسازی شناختی، آموزش مقابله مؤثر و مهارت‌های خودمراقبتی و اصلاح سبک زندگی تأکید داشته است [۱۷].

در همین راستا، خودشفابخشی از رویکردهای جدیدی است که لوید (روان‌شناس و درمانگر طب مکمل) و جانسون (متخصص سرطان) به طور رسمی در سال ۲۰۱۱ در ایالات متحده آمریکا تحت عنوان کدهای شفابخش ارائه کرده‌اند [۱۸]. رویکرد خودشفابخشی شامل مهارت‌های خاطره‌یابی، شناخت ویژگی‌های شخصیتی مشکل‌آفرین، کاهش اقدامات زیان‌بخش، آموزش مهارت‌های خودآرام‌بخشی، دعا و تمرینات کدهای شفابخش است [۱۹]. لوید، جانسون و لیپتون (زیست‌شناس سلولی مولکولی) معتقدند ۹۵ درصد از مشکلات فیزیکی و غیرفیزیکی از استرس سرچشمه می‌گیرد [۲۰]. این نوع استرس باعث بروز بیماری‌ها و ناخوشی‌هایی می‌شود که براساس شرایط و وضعیت بیرونی فرد نیست (که بتوان آن را تغییر داد)، بلکه استرس پنهانی و بسیار عمیقی است که در واقع، در درون افراد بوده و کاملاً از وضعیت فعلی آن‌ها مستقل است [۲۱].

لیپتون علل استرس فیزیولوژیک را الگوهای انرژی ناسالم سلولی، ترس‌های بی‌مورد، تصاویر و باورهای نادرست و دروغینی می‌داند که در بدن و ذهن ذخیره شده‌اند [۲۲]. لوید معتقد است در بیماری‌های مختلف وجود احساسات منفی و دروغ‌های باور شده ناشی از خاطرات سلولی مخرب موجب نداشتن تعادل روانی شده و سیستم ایمنی بدن را در مقابله با بیماری‌ها ضعیف می‌کند و بروز و افزایش اختلالات جسمانی مزمن بدنی مانند پرفشاری خون را به دنبال دارد [۲۳].

در مطالعه نتایج تحقیقات خارج از ایران، تأثیرات مثبت رویکرد شفابخشی قابل توجه است. از جمله فروهلیچ و همکاران [۲۴] برنامه خودشفابخشی را به طور برخط درباره جوانان کانادایی که هم‌زمان دچار سوءمصرف الکل و مشکلات هیجانی نظیر اضطراب و افسردگی بودند، اجرا کردند و به این نتیجه رسیدند که اجرای این برنامه علاوه بر اینکه میزان مصرف الکل را در گروه آزمایش کاهش داد، به افزایش کیفیت زندگی و کاهش اضطراب و افسردگی نیز منجر شد.

ویتس و همکاران [۲۵] با اجرای برنامه خودیاری در زنان پناهنده موفق شدند آشفتگی‌های روانی آنان را کاهش و بهبودی روان‌شناختی آنان را افزایش دهند. دیگر پژوهشگران داخل ایران نیز اثربخشی آموزش خودشفابخشی را بر متغیرهای متنوع، از جمله فرسودگی شغلی، کیفیت زندگی و انعطاف‌پذیری عاطفی پرسنل اورژانس اجتماعی [۲۶]، شفقت به خود، نگرانی از تصویر تن و بهبود روند بیماری سرطان [۲۷]، افسردگی در افراد مبتلا به سردرد مزمن [۲۸]، تحمل پریشانی، سرمایه‌های روان‌شناختی و سردرد همسران افراد معتاد [۲۹] و توانمندسازی روانی مردان وابسته به مواد مخدر [۳۰] مفید و مؤثر گزارش داده‌اند.

قرار گرفت. برای ملاحظات اخلاقی، تمایل آگاهانه به شرکت در پژوهش، تضمین محرمانه بودن اطلاعات آزمودنی‌ها (اصل رازداری) و احترام به حقوق انسانی شرکت‌کنندگان مدنظر قرار گرفت.

جلسات توسط ۲ نفر از متخصصان مسلط به رویکرد خودشفابخشی و ۱ نفر کارشناس بهداشت مرکز جهت کنترل فشار خون شرکت‌کنندگان برگزار شد. در تمام جلسات ضمن تأکید بر رازداری از همه افراد گروه خواسته می‌شد که در بحث، مشارکت فعال داشته باشند و تجربیات شخصی خود را با دیگران در میان بگذارند. خودکاو و یافتن خاطرات سلولی مخرب و چگونگی کاهش اثرات سوء این خاطرات از اصلی‌ترین موارد جلسات بود که با استفاده از تکنیک‌های متعدد و متناسب با سلیقه هر فردی باید اجرا می‌شد.

شرکت‌کنندگان ملزم بودند در جلسه و در فاصله بین جلسات تمرینات را فردی انجام داده و حتماً به سؤالات تأملی مربی دوره پاسخ دهند. داشتن خلوت و تفکر در مورد خود، جزء اساسی تمرینات بود. از مشارکت‌کنندگان خواسته شد برای تفهیم بهتر مطالب هم‌زمان آموزش را به اعضای خانواده یا ۲ نفر از دوستان خود شروع کنند و چالش‌های پیش‌آمده را در جلسه مطرح کنند. در هر جلسه مروری بر مباحث جلسات قبل انجام شده و بر انجام تکالیف تأکید می‌شد. مربیان دوره بر نقش اساسی و اراده فرد در بهبود خود به‌منظور شفا و آرام درونی تأکید داشتند.

ابزارهای استفاده‌شده در پژوهش حاضر شامل موارد زیر بودند:

پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی ریف

ریف در سال ۱۹۸۹ برای اندازه‌گیری سازه‌های بهزیستی روان‌شناختی (پذیرش خود، خودمختاری، روابط مثبت با دیگران، زندگی هدفمند، رشد فردی و تسلط بر محیط) مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی برای بزرگسالان را طراحی کرد. پس از بررسی‌های اولیه، نسخه اصلی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی که ۸۴ سؤال داشت، تهیه شد. به‌دلیل طولانی بودن این آزمون، نسخه ۵۴ عبارتی پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی طراحی شد. این پرسش‌نامه ۶ مؤلفه اصلی الگوی بهزیستی روان‌شناختی را ارزیابی می‌کند. هر زیرمقیاس ۹ عبارت دارد. پاسخ‌های ارائه‌شده به هریک از موارد آزمون در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (۱=کاملاً مخالفم تا ۶=کاملاً موافقم) مشخص می‌شود. نمره‌های این مقیاس در طیفی از حداقل ۸۴ تا حداکثر ۵۰۴ قرار می‌گیرند. نمره بالاتر بیانگر بهزیستی روان‌شناختی بهتر است.

در مطالعه دیگر پژوهشگران داخلی، ضریب پایایی به روش بازآزمایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف ۰/۸۲ درصد و خرده‌مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به‌ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۰ و ۰/۷۸ درصد به دست آمد که از نظر آماری معنادار بود.

خلأ پژوهشی و تجربی به‌شدت در پژوهش‌های گذشته به چشم می‌خورد و نیاز است مطالعه‌ای جهت اثربخشی این رویکرد در ارتقای بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به فشار خون انجام شود تا نتایج آن به‌صورت علمی مشخص شود و به‌عنوان درمانی کم‌هزینه و جدید در عرصه کمک به بیماران دچار پرفشاری خون استفاده شود. لطیفی و مروی در سال ۱۳۹۶ این رویکرد را در ایران بومی‌سازی کردند و پروتکل مربوطه را تهیه و با تأیید لوید استفاده کرده‌اند [۳۱]. باتوجه به مباحث مطرح‌شده، سؤال اصلی پژوهشگر این است که آیا آموزش خودشفابخشی می‌تواند بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران زن مبتلا به پرفشاری خون مؤثر باشد؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه‌تجربی با ۲ گروه (آزمایشی و کنترل) ۳ مرحله‌ای (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) است. جامعه آماری پژوهش شامل همه زنان مبتلا به پرفشاری خون که به مراکز بهداشت دولتی استان اصفهان مراجعه کرده‌اند، بوده است. در پژوهش حاضر، پس از هماهنگی با معاونت درمان استان و کد اخلاقی جهت «پیروی از اصول اخلاق پژوهش» از کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی دریافت شد.

با نصب اطلاعات عمومی در مراکز بهداشت دولتی که بیماران مبتلا به پرفشاری خون در آنجا پرونده داشتند و به‌صورت هفتگی یا ۱۵ روز ۱ بار جهت کنترل فشار خون مراجعه می‌کردند و با تشخیص و معرفی پزشک معالج و کارشناس بهداشت همراه بودند، از بیماران زن مبتلا به پرفشاری خون دعوت شد تا در جلسه توجیهی اولیه پژوهشگر شرکت کنند. سپس ۳۰ نفر از افرادی که برای شرکت در این طرح پژوهش تمایل داشتند، به‌عنوان نمونه و به‌صورت در دسترس انتخاب و براساس ملاک‌های ورود و خروج و با استفاده از جابجایی تصادفی (جهت تقویت هم‌تاسازی) در ۲ گروه با تعداد ۱۵ نفر آزمایش و کنترل قرار گرفتند.

معیارهای ورود به طرح شامل جنسیت زن، داشتن علائم پرفشاری خون به‌مدت ۳ سال، رده سنی ۴۰ تا ۶۵ سال، دریافت نکردن درمان‌های روان‌شناختی هم‌زمان، داشتن مدرک حداقل دیپلم و تکمیل فرم رضایت آگاهانه و ملاک‌های خروج نیز شامل داشتن اختلالات روانی حاد یا مزمن، (با تشخیص روان‌شناس بالینی)، مصرف داروهای روان‌پزشکی، ابتلا به سایر بیماری‌های جسمانی مزمن خاص و بارز دیگر (مانند آسم، صرع و بیماری‌های گوارشی)، وقوع رخداد‌های استرس‌زا، همکاری نکردن در طول آموزش و انجام ندادن تکالیف ارائه‌شده در جلسات و غیبت بیش از ۲ جلسه بود.

شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر از نظر جنسیت، به‌طور تقریبی سن افراد و مدت سابقه ابتلا به فشار خون هم‌تاسازی شده بودند و پس از انتخاب نمونه، گروه آزمایش ۱۴ جلسه در دوره آموزش خودشفابخشی (به‌صورت ۱ بار در هفته ۹۰ دقیقه) در مرکز بهداشت شرکت کردند، درحالی‌که گروه کنترل در لیست انتظار بعد از آزمایش

جدول ۱. پروتکل خودشفابخشی

جلسه	خلاصه جلسه
۱	آشنایی با اعضای گروه و برقراری رابطه درمانی، مشخص کردن اهداف و قوانین جلسات، معرفی استرس‌های موقعیتی
۲	توضیح استرس‌های فیزیولوژیک، استرس‌های پنهان یا خاطرات سلولی مخرب و حافظه کاذب
۳	آموزش تشخیص مشکل واقعی یا کاذب، خاطره‌یابی باتوجه‌به شکست‌ها، تعارضات و ناکامی‌ها و سردرگمی‌های فرد
۴	ریشه‌یابی خاطرات مخرب سلولی در ۱۲ گروه
۵	اجرای تکنیک آسانسور شیشه‌ای و صندلی خالی، خاطره‌یابی یا حافظه‌یابی درباره تروماها
۶	توضیح پازل احساسات مثبت و منفی قلبی و آموزش فنون بخشش
۷	توضیح گروه اقدامات زیان‌بخش و عادات غلط و مخرب و آموزش روش‌های تقویت اراده، آموزش حل مسئله و تغییر محیط
۸	معرفی و توضیح کدهای شفابخش اول تا چهارم شامل: عشق، شادی، آرامش و بردباری
۹	معرفی و چگونگی ایجاد و تقویت کدهای شفابخش پنجم تا نهم
۱۰	توضیح درباره نقش درخواست حقیقی با تمام وجود، اثرات دعا و تداوم تمرکز بر خواسته‌ها در مسیر زندگی و توضیح شواهد علمی مربوط به دعا در خودشفابخشی
۱۱	آموزش سبک زندگی متعادل: اصلاح سبک زندگی با شناخت عادات غلط و اقدامات زیان‌بخش
۱۲	بهبود کیفیت زندگی در حیطه‌های سلامت، بهداشت، صمیمیت و ارتباطات
۱۳	اصلاح گفت‌وگوی درونی، بازنگری مجدد استرس و آموزش تنفس قدرتی
۱۴	برنامه‌ریزی برای ابدیت، هدفمندی معنوی زندگی و افزایش غنای درونی، درون‌نگری و داشتن ساعتی برای خلوت با خود و ارزیابی خود، مرور کل جلسات درمانی و تأکید بر تداوم انجام تمرینات کدهای شفابخش

طب داخلی روز

۱۲ نفر تحصیلات دیپلم و کمتر (۴۰ درصد)، ۹ نفر تحصیلات کاردانی (۳۰ درصد)، ۴ نفر تحصیلات کارشناسی (۱۳ درصد) و ۵ نفر تحصیلات کارشناسی ارشد و یا بالاتر (۱۶ درصد) داشتند. میانگین نمره کل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری فشار خون سیستولیک در گروه آزمایش به‌ترتیب ۱۲۲، ۱۱۶ و ۱۱۴ و برای گروه کنترل ۱۲۵/۳۳، ۱۲۶/۶۶ و ۱۲۴/۰۰ به دست آمده است. همچنین میانگین نمره کل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری فشار خون دیاستولیک در گروه آزمایش به‌ترتیب ۷۳/۳۳، ۶۴/۶۶ و ۶۵/۳۳ و برای گروه کنترل ۷۴/۰۰ و ۷۲/۳۳ و ۷۲/۳۳ بوده است.

میانگین و انحراف‌معیار نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری مقیاس بهزیستی روان‌شناختی به‌صورت تفکیک‌شده برای ۲ گروه آزمایش و کنترل در **جدول شماره ۲** ارائه شده است. باتوجه‌به **جدول شماره ۲** میانگین نمره کل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مقیاس بهزیستی روان‌شناختی در گروه آزمایش به‌ترتیب $219/98 \pm 9/88$ ، $213/20 \pm 23/31$ و $195/26 \pm 23/78$ و برای گروه کنترل $220/08 \pm 12/18$ و $197/33 \pm 23/10$ و $200/06 \pm 24/62$ به دست آمده است.

مفروضه‌های تحلیل واریانس شامل بررسی نرمال بودن

همبستگی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی با مقیاس رضایت از زندگی، پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد و پرسش‌نامه عزت‌نفس روزنبرگ به‌ترتیب $0/47$ ، $0/58$ و $0/46$ درصد به دست آمده است [۳۲]. ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر، در دامنه $0/79$ تا $0/83$ درصد محاسبه شده و بیانگر پایایی پرسش‌نامه و همبستگی مثبت مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی با تعدادی از ابزارهای سنجش بهزیستی حاکی از روایی این پرسش‌نامه است.

در پژوهش حاضر اجرای آزمون‌های تحقیق، قبل از شروع آزمایش، بعد از اتمام جلسات آموزشی (پس‌آزمون) و ۶۰ روز پس از انجام آخرین جلسه (پیگیری) اجرا شد. خلاصه جلسات آموزشی در **جدول شماره ۱** به تفکیک ارائه شده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

یافته‌ها

تعداد نمونه ۳۰ نفر زن با میانگین سنی $66/50 \pm 7/92$ محاسبه شد. ۱۰ نفر از شرکت‌کنندگان ۴۰ تا ۴۵ سال (۳۳ درصد)، ۴ نفر ۴۶ تا ۵۰ سال (۱۰ درصد)، ۸ نفر ۵۱ تا ۵۵ سال (۲۶ درصد) و ۸ نفر ۵۶ سال به بالا (۲۶ درصد) سن داشتند. افراد در نمونه حداقل ۴۰ و حداکثر ۶۳ سال سن داشتند. از بین اعضای نمونه

جدول ۲. یافته‌های توصیفی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی به تفکیک ۲ گروه آزمایش و کنترل

مقیاس	مرحله	میانگین \pm انحراف معیار	
		آزمایش	کنترل
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۲۱۳/۲۰ \pm ۲۳/۳۱	۱۹۵/۲۶ \pm ۲۳/۷۸
	پس‌آزمون	۲۱۹/۹۸ \pm ۹/۸۸	۱۹۷/۳۳ \pm ۲۳/۱۰
	پیگیری	۲۲۰/۰۸ \pm ۱۲/۱۸	۲۰۰/۰۶ \pm ۲۴/۶۲
پذیرش خود	پیش‌آزمون	۳۵/۰۰ \pm ۳/۵۸	۳۱/۰۰ \pm ۶/۰۷
	پس‌آزمون	۳۷/۶۰ \pm ۲/۸۲	۳۳/۹۳ \pm ۵/۰۴
	پیگیری	۳۷/۳۳ \pm ۳/۱۹	۳۳/۸۰ \pm ۵/۷۰
روابط مثبت با دیگران	پیش‌آزمون	۳۴/۲۶ \pm ۵/۵۶	۲۶/۶۰ \pm ۲/۶۲
	پس‌آزمون	۳۰/۹۳ \pm ۲/۰۱	۳۱/۱۳ \pm ۴/۹۶
	پیگیری	۳۰/۶۰ \pm ۲/۰۶	۳۰/۹۳ \pm ۵/۵۰
زندگی هدفمند	پیش‌آزمون	۳۲/۶۶ \pm ۵/۱۹	۳۰/۴۰ \pm ۵/۵۷
	پس‌آزمون	۲۹/۸۰ \pm ۲/۹۸	۳۱/۷۳ \pm ۴/۶۸
	پیگیری	۲۹/۹۳ \pm ۴/۳۶	۳۲/۵۳ \pm ۴/۵۸
تسلط بر محیط	پیش‌آزمون	۳۸/۳۲ \pm ۴/۶۳	۳۰/۸۰ \pm ۵/۰۳
	پس‌آزمون	۳۵/۴۶ \pm ۲/۹۹	۳۳/۵۳ \pm ۶/۶۷
	پیگیری	۳۷/۴۰ \pm ۲/۸۲	۳۴/۵۳ \pm ۵/۲۲
خودمختاری	پیش‌آزمون	۳۷/۴۰ \pm ۴/۸۰	۳۱/۲۰ \pm ۴/۵۸
	پس‌آزمون	۳۶/۶۶ \pm ۳/۳۵	۳۲/۰۰ \pm ۶/۸۰
	پیگیری	۳۶/۱۳ \pm ۳/۲۰	۳۳/۶۶ \pm ۵/۶۶
رشد فردی	پیش‌آزمون	۳۲/۶۶ \pm ۳/۹۷	۳۱/۶۰ \pm ۶/۰۳
	پس‌آزمون	۳۷/۳۳ \pm ۴/۵۳	۳۱/۲۶ \pm ۵/۵۲
	پیگیری	۲۸/۱۳ \pm ۳/۳۹	۳۱/۵۳ \pm ۵/۰۱

طب داخلی روز

باتوجه به معنادار نبودن کروییت ماچلی برای بهزیستی روان‌شناختی، این فرض تأیید شده است ($P > 0.05$). مقادیر آزمون لامبدای ویلکز^۴ در جدول شماره ۳ آورده شده است.

باتوجه به جدول شماره ۳ و مقادیر ۰/۵۳، ۰/۱۴ و ۰/۲۳ درصد به ترتیب برای اثرات بین‌گروهی، درون‌گروهی و اثر تعاملی نشان داد آموزش خودشفابخشی بر مقیاس بهزیستی روان‌شناختی اثربخش بوده است. نتایج تحلیل واریانس بین‌گروهی و درون‌گروهی برای تأثیر اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر بهزیستی روان‌شناختی با ۳ اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول شماره ۴ نشان داده شده است.

مطابق جدول شماره ۴ و معنادار بودن عامل‌ها در درون‌گروه‌ها، وجود تفاوت معنادار بین ۳ بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای مقیاس بهزیستی روان‌شناختی در سطح $P < 0.05$

توزیع‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون با آزمون شاپیرو ویلکز^۱، نبود همبستگی کامل میان متغیرهای هم‌پراش‌ها و همگنی واریانس‌ها با آزمون لون^۲ تأیید شد. باتوجه به سطح معناداری مقیاس که کمتر از ۰/۰۵ درصد نیست و فرضیه صفر آزمون لون مبتنی بر همگنی بین گروه‌های هم‌پراش و وابسته تأیید شد و این زوج گروه‌ها با یکدیگر تجانس دارند. در نتیجه فرض مشروط دیگر برای انجام تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر فراهم است. برای بررسی اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر بهزیستی روان‌شناختی از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. یکی از پیش‌فرض‌های آزمون آماری اندازه‌گیری مکرر، آزمون کروییت ماچلی^۳ است.

1. Shapiro-Wilk Test
2. Levene's Test
3. Mauchly's Sphericity Test

4. Wilks Lambda

جدول ۳. آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی تفاوت میانگین‌های بهزیستی روان‌شناختی

منبع	مقدار	F	درجه آزادی	سطح معناداری	اتا	توان آماری
بین گروهی	۰/۵۳	۵/۳۶	۴	۰/۰۱	۰/۴۶	۱/۰۰
درون گروهی	۰/۱۴	۱۶/۲۴	۸	۰/۰۱	۰/۸۶	۱/۰۰
اثر تعاملی	۰/۲۳	۸/۴۸	۸	۰/۰۱	۰/۷۶	۱/۰۰

طب داخلی روز

مشکلات کرونر قلبی عروقی، به‌ویژه پرفشاری خون یکی از اختلالات توان‌کاه و مقاوم است که استرس و مسائل روان‌شناختی در بروز و پدیداری، تداوم و حتی کاهش علائم آن تأثیر بسزایی دارد. در تبیین یافته‌های فوق مبنی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی، می‌توان گفت باتوجه به اینکه تمرکز عمده آموزش خودشفابخشی شناخت فرد و درمان خاطرات سلولی مخرب است و این خاطرات دانسته یا نادانسته در بدن، استرس ایجاد می‌کند، سلول‌ها را به حالت تدافعی تغییر می‌دهد، دستگاه عصبی خودکار را از حالت تعادل خارج و به حالت جنگ‌و‌گریز در می‌آورد و موجب احساس آشفتگی در فرد می‌شود.

احتمالاً شرکت‌کنندگان با یادگیری تکنیک‌هایی چون بخشش و رها کردن، کینه‌توزی، متوقف کردن اقدامات زیان‌بخش، اصلاح دروغ‌های باور شده، تعالی معنوی، اصلاح سبک زندگی و گفت‌وگوهای درونی، یادگیری مدیریت استرس‌های موقعیتی و فیزیولوژیک، تجسم خلاق و خاطره‌یابی معکوس، دعا و انجام تمرینات عملی کدهای شفابخش، توانسته‌اند به تعادل بیشتر سیستم عصبی خودمختار خود کمک کنند و فعالیت جنگ‌و‌گریز مغز خود را با ایجاد آرامش متوقف کنند و این آرامش موجب افزایش مدیریت نشانه‌های فشار خون در فرد شود.

از طرفی، چون بهزیستی روان‌شناختی مستلزم درک و مواجهه مؤثر با چالش‌های وجودی زندگی است، این رویکرد به‌شدت بر اصول اخلاقی، دینی و انسانی تأکید و توجه دارد. علاوه بر این، بخشی از ناشکیبایی مبتلایان به پرفشاری خون ناشی از ارزیابی‌های غلط از علائم و پیامدهای آن است که در آموزش خودشفابخشی با شناخت ترس‌های بی‌مورد، دروغ‌های باور شده و افکار ناسالم این افکار شناخته شده، موجب کاهش ناشکیبایی و کاهش فشار روانی ناشی از آن شود.

تأیید شد. همچنین باتوجه به معنادار بودن منبع گروه بین گروه‌ها می‌توان گفت بین گروه آزمایش با کنترل برای بهزیستی روان‌شناختی در سطح $P < 0/05$ تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین درمان خودشفابخشی بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران زن مبتلا به فشار خون اثربخش بوده است.

بحث

هدف این تحقیق، بررسی اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران زن مبتلا به پرفشاری خون بود. به‌منظور تحلیل یافته‌ها از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج بیانگر تفاوت معنادار بین ۳ بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی بین شرکت‌کنندگان بود.

این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های دیگر در زمینه بهبود متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به پرفشاری خون همچون احقراری و همکاران [۱]، براتی و همکاران [۲]، محمدیان و همکاران [۵]، حسینی و همکاران [۱۱]، باقری و همکاران [۱۳] و محمدی و همکاران [۱۴] مطابقت داشت. همچنین با نتایج پژوهش‌های دیگری مبنی بر اثربخشی رویکرد خودشفابخشی بر متغیرهایی نظیر کیفیت بهزیستی دوران سالمندی [۲۱]، سرمایه روان‌شناختی و احساس انسجام [۲۳]، کیفیت زندگی و مشکلات هیجانی [۲۴]، استرس روان‌شناختی [۲۵]، فرسودگی شغلی، کیفیت زندگی و انعطاف‌پذیری عاطفی [۲۶]، شفقت به خود، نگرانی از تصویر تن و بهبود روند بیماری سرطان [۲۷]، افسردگی [۲۸]، تحمل پریشانی، سرمایه‌های روان‌شناختی و سردرد [۲۹] و توانمندسازی روانی همسو بوده است.

جدول ۴. تحلیل واریانس بین آزمودنی‌ها و درون آزمودنی‌ها با ۳ اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بهزیستی روان‌شناختی

مقیاس	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اتا	توان آماری
بهزیستی روان‌شناختی	عامل	۵۴۵۴/۰۶	۲	۲۷۲۷/۰۳	۷/۴۹	۰/۰۲	۰/۱۱	۰/۶۰
	درون گروهی	۳۴۶۰/۹۵	۲	۱۷۳۰/۴۷	۱۲/۷۰	۰/۰۲	۰/۱۴	۰/۷۷
	خطا	۲۰۳۸۱/۶۴	۵۶	۳۶۳/۹۵				
بین گروهی	گروه	۲۴۴۴/۰۱	۱	۲۴۴۴/۰۱	۴/۷۰	۰/۰۴	۰/۱۴	۰/۵۵
	خطا	۱۴۵۶۳/۴۲	۲۸	۵۲۰/۱۲				

طب داخلی روز

برای کنترل فشار خون خود به‌طور موقت (۱ یا ۲ بار در طول دوره) استفاده کرده باشند.

یکی دیگر از محدودیت‌های مهم این مطالعه، سنجش پیامدها صرفاً براساس یک ابزار پرسش‌نامه‌ای و بدون به‌کارگیری روش‌های دیگر ارزیابی آزمایش بود.

پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی از رویکردهای درمانی دیگر در کنار رویکرد درمانی خودشفابخشی برای مقایسه و بررسی قدرت اثربخشی رویکردهای درمانی متفاوت استفاده شود.

همچنین باتوجه‌به گستردگی بیماری‌های روان‌تنی پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی این روش بر سایر بیماری‌ها از جمله سردرد، زخم معده، رفلاکس روده و معده، اختلال خواب، خستگی مزمن، کمردرد و غیره نیز به‌ویژه برای بیماری‌های خاص و با منشأ ناشناخته که درمان قطعی برای آن‌ها یافت نشده است، بررسی شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

پژوهش حاضر با کد اخلاقی IR.PNU.REC.1398.071 از کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی تصویب شد.

حامی مالی

این پژوهش هیچ‌گونه کمک مالی از سازمان‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

نوشتن نسخه اولیه، ایده اصلی و بازبینی نهایی: زهره لطیفی؛ تفسیر داده‌ها: ریحانه قرقانی؛ طراحی مطالعه و گردآوری داده: همه نویسندگان.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران سپاس خود را از همکاری صمیمانه تمام شرکت‌کنندگان و کارکنان محترم کلینیک قائمیه شهرستان شهرضا در استان اصفهان اعلام می‌کنند.

در همین راستا، به‌نظر می‌رسد ایجاد و تقویت کدهای شفابخشی مانند کدهای شکیبایی، بردباری و خویشتن‌داری و نیز اصلاح سبک زندگی، مانند تنظیم ساعات خواب و بیداری و اصلاح تغذیه و تمرینات عملی و خاص کدهای شفابخش، مراقبه و دعا موجب افزایش آرامش فرد و سازگاری بیشتر با این علائم مزمن و در نهایت تقویت نقش خود فرد در بهبود عملکرد روان‌شناختی شده است.

آنچه مسلم است این است که تمام رویکردهای ارائه‌شده تاکنون حالت درمانی داشته و لزوماً توسط درمانگر اجرا شده و درواقع، از بیرون در بهبود افراد بیمار سعی داشته‌اند، اما در این رویکرد به‌جای درمان از بیرون به تحول درونی روانی در خود فرد یا همان شفابخشی آلام روانی و دردها از درون توجه شده است. این پارادایم جدیدی در دنیای روان‌شناسی براساس آموزه‌های دینی است که برای اولین بار به‌صراحت بیان می‌کند مشکلات روان‌شناختی انسان‌ها، یعنی دردهای درونی که در طول زمان به وجود آمده‌اند را نمی‌توان به‌طور کامل درمان کرد، بلکه می‌توان شفا داد. شفا، فرایند تحول درونی، تدریجی، دائمی با درک عواطف خود و التیام دردهای درونی توسط خود فرد است.

در حقیقت در رویکرد خودشفابخشی فرد ملزم است که سکوت و خلوتی در جهت درون‌نگری خود داشته باشد تا در جریان انجام مستمر مراقبه‌های معنوی به کشف آلام و دردهای خود برسد که این نکته از آموزه‌های دین مبین اسلام نیز است.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر کوشیده است تا در چارچوب یک روش‌شناسی معتبر سؤال مربوط به اثربخشی آموزش خودشفابخشی (کدهای شفابخش) بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران زن مبتلا به پرفشاری خون را بررسی کند. نتایج این پژوهش نشان داد این برنامه توانسته است به‌طور معناداری به افزایش بهزیستی روان‌شناختی بین شرکت‌کنندگان منجر شود.

موارد احتمالی علت اثربخشی خودشفابخشی (کدهای شفابخش) به شرح زیر است: برجسته‌سازی نقش خود در کاهش استرس فیزیولوژیک با انجام تمرینات تن‌آرامی تنفسی-عضلانی، مراقبه معبد و مراقبه با گل سرخ، اسکن نورانی بدن و انجام تمرین خاص هیلینگ کد که به‌طور عملی و با در اختیار گذاشتن فایل‌های صوتی، آموزش و تکلیف داده می‌شد در کنار افزایش توان مقابله‌ای فرد با ایجاد کدبردباری و افزایش تاب‌آوری تا در افزایش آرامش مؤثر واقع شود.

ازجمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به جنسیت اعضای نمونه اشاره کرد که همگی زن بوده‌اند. همچنین پژوهشگر احتمال می‌دهد با وجود تأکید بر مصرف نکردن داروهای آرام‌بخش به‌غیر از داروهای مصرفی برای کنترل فشار خون در طول دوره آموزشی، ممکن است برخی اعضا گاهی از داروهای آرام‌بخش

References

- [1] Ahrari K, Gholami M, Chamani M, Abednatanzi H. [Effects of a combined aerobic and resistant exercise training program on blood pressure and heart rate variability in pregnant women: A randomized clinical trial (Persian)]. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2020; 22(6):230-41. [DOI:10.32598/JAMS.22.6.5930.2]
- [2] Moosavy MH, Shavisi N, Khatibi SA. [Examining of nutritional and remedial properties of olive in Quran, hadiths, traditional and modern medicine (Persian)]. *Journal of Research on Religion and Health*. 2017; 3(3):92-108. [Link]
- [3] Barati M, Bayat F, Asadi ZS, Afshari Moshir F, Afshari M. [Relationship between health literacy and self-care behaviors in hypertensive patients (Persian)]. *Journal of Education and Community Health*. 2020; 7(2):89-96. [DOI:10.29252/jech.7.2.89]
- [4] Farhoush M, Jahangirzade MR, Salehi M, Masjedi-Arani A, Jamshidi MA. [Hope therapy with Islamic approach for heart disease (Persian)]. *Journal of Research on Religion and Health*. 2021; 7(2):41-57. [Link]
- [5] Mohamadian H, Bazarghani A, Latifi SM, Moradgholi A. [Effect of motivational interviewing on hypertension, self-care and quality of life of rural aged people: Application of health belief model (Persian)]. *Journal of Education and Community Health*. 2019; 6(2):95-101. [Link]
- [6] Nasirian M, Rozbahani N, Jamshidi A. [The effect of group discussion on self-care behaviors among hypertensive patients referring to health care centers in Arak City (Persian)]. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2019; 24(5):56-68. [DOI:10.29252/sjku.24.5.56]
- [7] Oori MJ, Mohammadi F, Norozi K, Fallahi-Khosknab M, Ebadi A, Gheshlagh RG. Prevalence of HTN in Iran: Meta-analysis of Published Studies in 2004-2018. *Current Hypertension Reviews*. 2019; 15(2):113-22. [PMID]
- [8] Safari A, Moradi M, Khansooz M. [Effect of aerobic exercise and kefir consumption on anthropometric indices, lipid profile and blood pressure in overweight non-athletic women (Persian)]. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2020; 23(2):236-45. [DOI:10.32598/JAMS.23.2.4428.3]
- [9] Eshah NF, Al-Daken LI. Assessing publics' knowledge about hypertension in a community-dwelling sample. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2016; 31(2):158-65. [DOI:10.1097/JCN.0000000000000227] [PMID]
- [10] Han HR, Lee H, Commodore-Mensah Y, Kim M. Development and validation of the hypertension self-care profile: A practical tool to measure hypertension self-care. *The Journal of Cardiovascular Nursing*. 2014; 29(3):E11-20. [DOI:10.1097/JCN.0b013e3182a3fd46] [PMID] [PMCID]
- [11] Hosseini F, Farshidi H, Aghamolaei T, Madani A, Ghanbarnejad A. [The impact of an educational intervention based on PRECEDE-PROCEED model on lifestyle changes among hypertension patients (Persian)]. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2014; 2(1):17-27. [Link]
- [12] Mikaeli-Manee F, Tabatabaee SM, Raad-Masoumi SF. [The comparison of time perspective, spiritual well-being and psychological well-being in the young participating and not participating in i'tikaf rite (Persian)]. *Journal of Pizhūhish dar dīn va Salāmat (Research on Religion & Health)*. 2021; 7(3):68-79. [DOI:10.22037/jrrh.v7i3.31787]
- [13] Bagheri Sheykhangafshe F, Abolghasemi A, Kafi Masouleh SM. [Predicting resilience based on dark triad personality and psychological wellbeing in athletes students (Persian)]. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2021; 24(2):230-45. [DOI:10.32598/jams.24.2.6151.1]
- [14] Mohammadi N, Aghayousefi A, Alipour A, Sadeghi M, Nikrahan G, Roohafza H. [The role of psychological well-being indicators in predicting metabolic risk factors in the patients with chronic coronary heart disease (Persian)]. *Positive Psychology Research*. 2017; 3(3):17-32. [Link]
- [15] Ryff CD. Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2014; 83(1):10-28. [DOI:10.1159/000353263] [PMID] [PMCID]
- [16] Fathi A, Sadeghi S, Maleki Rad AA, Rostami H, Abdolmohammadi K. [Effect of health-promoting lifestyle and psychological well-being on anxiety induced by coronavirus disease 2019 in non-medical students (Persian)]. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2020; 23(5):698-709. [DOI:10.32598/JAMS.23.COV.1889.2]
- [17] Appel PR. A philosophical approach to the rehabilitation of the patient with persistent pain. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 2020; 62(4):330-43. [PMID]
- [18] Latifi Z, Marvi M. [Healing in the treatment room (Persian)]. Tehran: Payam-e-Noor University Press; 2020. [Link]
- [19] Loyd A. The Healing Codes II. A step-by-step guide to whole-life healing. London: Yellow Kite. 2019. [Link]
- [20] Loyd A. The memory engineering. Alexander Loyd services, LLC. London: Hodder & Stoughton; 2018. [Link]
- [21] Wu YC, Hsu HI, Tung HH, Pan SJ, Lin SW. Psychometric properties of the self-healing assessment scale for community-dwelling older adults. *Healthcare*. 2021; 9(4):484. [PMID]
- [22] Lipton BH. The biology of belief: Unleashing the power of consciousness, matter & miracles. California: Hay House; 2016.
- [23] Irani Z, Latifi Z, Soltanizadeh M. [The effectiveness of self-healing training (the healing codes) on psychological capital and a sense of cohesion in drug addicts (Persian)]. *Journal of Research and Health*. 2021; 11 (5):351-62. [DOI:10.32598/JRH.11.5.1598.4]
- [24] Frohlich JR, Rapinda KK, Schaub MP, Wenger A, Baumgartner C, Johnson EA, et al. Efficacy of an online self-help treatment for comorbid alcohol misuse and emotional problems in young adults: Protocol for a randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols*. 2018; 7(11):e11298. [PMID] [PMCID]
- [25] Tol WA, Leku MR, Lakin DP, Carswell K, Augustinavicius J, Adaku A, et al. Guided self-help to reduce psychological distress in South Sudanese female refugees in Uganda: A cluster randomised trial. *The Lancet Global Health*. 2020; 8(2):e254-63. [DOI:10.1016/S2214-109X(19)30504-2]
- [26] Sharafi Z, Akbari M, Ahmadian H, Hassani R. [The mediating role of hardiness and job self-efficacy based on social support in predicting job burnout among staff of a military hospital (Persian)]. *Ebnesina*. 2021; 23(1):4-14. [Link]
- [27] Latifi Z, Soltani M, Mousavi S. Evaluation of the effectiveness of self-healing training on self-compassion, body image concern, and recovery process in patients with skin cancer. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2020; 40:101180. [PMID]

- [28] Shahbazi N, Latifi Z. [Effectiveness of training of self-healing (healing codes) on depression, severity of pain perception & pain-related anxiety in chronic headache patients (Persian)]. Quarterly Journal of Health Psychology. 2020; 9(35):113-32. [\[Link\]](#)
- [29] Zarean F, Latifi Z, Mirmahdi S. [The effectiveness of self-healing training on psychological capital, distress tolerance, and headache of addicts' spouses (Persian)]. Scientific Quarterly Research on Addiction. 2020; 14(55):193-212. [\[DOI:10.29252/etiadpajohi.14.55.193\]](#)
- [30] Irani Z, Latifi Z, Soltanizadeh M. [The effectiveness of self-healing training on psychological empowerment of drug-addicted men (Persian)]. Quarterly Anti-Narcotics Studies. 2021; 12(47):37-58. [\[Link\]](#)
- [31] Loyd A, Johnson B. The healing code 6 minutes to heal the source of your health, success or relationship issue. London: Hodder & Stoughton; 2011. [\[Link\]](#)
- [32] Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. [Reliability and validity of Ryff's psychological Well-being Scales (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2008;14(2):146-151. [\[Link\]](#)