

بررسی اثربخشی مداخله گروهی شناختی- رفتاری مدیریت استرس بر پرخاشگری زنان مبتلا به پرفشاری خون

احمد اداوی^۱، رضا فتحی مرغملکی^{۲*}، یعقوب مدملی^۳، مصطفی مدملی^۳

^۱دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دزفول، ایران؛ ^۲مرکز بهداشت شهرستان مسجد سلیمان، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران؛
^۳کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دزفول، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۵/۳/۲ تاریخ پذیرش: ۹۵/۶/۱۳

چکیده:

زمینه و هدف: پرخاشگری با برانگیختگی فیزیولوژیک می‌تواند به وخیم‌تر شدن بیماری پرفشاری خون منجر شود. در این میان استفاده از روش‌های غیردارویی و رویکردهای شناختی می‌تواند به کاهش این عوارض کمک کند. هدف این پژوهش، بررسی تأثیر مدیریت استرس بر پرخاشگری زنان مبتلا به پرفشاری خون می‌باشد. روش بررسی: این پژوهش کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۹۲ به مدت یک ماه انجام شد. جامعه آماری زنان مبتلا به فشارخون مراجعه‌کننده به بیمارستان ۲۲ بهمن مسجد سلیمان بودند که با کسب رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند. نمونه ۴۰ زن مبتلا به فشارخون بودند که به صورت تصادفی ساده انتخاب شده و در دو گروه ۲۰ نفری آزمون و کنترل قرار گرفتند. سپس گروه آزمون تحت آموزش مداخله گروهی شناختی رفتاری مدیریت استرس در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) قرار گرفتند. محتوای کلی مداخله بدین قرار بود: شناسایی خودگویی منطقی و جایگزینی افکار منطقی، آموختن انواع سبک مقابله کارآمد، آموزش تنفس دیافراگمی و آرمیدگی عضلانی، آموزش تصویرسازی ذهنی و مدیریت خشم و مهارت حل مسأله و مدیریت استرس. ابزار سنجش پرسشنامه پرخاشگری اهواز بود. داده‌های به‌دست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و از طریق تحلیل کوواریانس چندمتغیره و ضریب همبستگی پیرسون، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها: در این پژوهش ۴۰ زن مبتلا به فشارخون با میانگین سنی ۳۵/۰۳ سال وارد گردیدند. بین دو گروه آزمون و کنترل از لحاظ سن، وضعیت تأهل و شغل تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد ($P > 0/05$). نتایج تحلیل واریانس نشان داد که آموزش مداخله مدیریت استرس بر اساس رویکرد شناختی رفتاری در کاهش پرخاشگری گروه آزمایش معنی‌دار بوده است ($P < 0/0001$). نتیجه‌گیری: آموزش مدیریت استرس می‌تواند به‌عنوان الگویی مداخله‌ای برای کاهش پرخاشگری در زنان مبتلا به پرفشاری خون گردد.

واژه‌های کلیدی: مدیریت استرس، پرخاشگری، پرفشاری خون، مداخله شناختی رفتاری، زنان.

مقدمه:

مرگ‌ومیرهای سالانه مانند حمله قلبی و سکته ناشی از پیامدهای فشارخون هستند (۲). یکی از مواردی که می‌تواند بر مشکلات قلبی و از جمله بالا رفتن فشارخون اثر منفی داشته باشد رفتارهای پرخاشگرانه و به‌عبارتی رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه است. پرخاشگری یکی از رفتارهای ضداجتماعی است که

در میان بیماری‌های مزمن، اختلالات قلبی عروقی به‌عنوان دلیل اصلی مرگ افراد توسط جوامع علمی پذیرفته شده است (۱). فشارخون بالا بیماری خطرناکی است؛ اما برخلاف بیشتر بیماری‌ها، بیماری فشارخون نشانه و نمود بیرونی ندارد، به این جهت بیماری را "قاتل خاموش" نام داده‌اند. بسیاری از

به‌عنوان آزار رساندن به دیگران به اشکال مستقیم و غیرمستقیم تعریف شده است (۳).

در سراسر جهان خشونت و پرخاشگری یکی از متداول‌ترین رفتارهای ضداجتماعی به‌ویژه در میان افراد ۱۵ تا ۴۴ ساله است. عدم مهار رفتار پرخاشگرانه علاوه بر این که باعث ایجاد مشکلات بین فردی و تجاوز به حقوق دیگران می‌شود، بلکه ممکن است که درون‌ریزی شود و باعث ایجاد انواع مشکلات جسمی - روانی مثل زخم معده، سردرهای میگرنی و افسردگی گردد (۴). پژوهش‌ها حاکی از آن است که نشخوار ذهنی یا مرور وقایع، خشم و پرخاشگری را به‌شدت افزایش می‌دهد، این افزایش گاهی نه تنها در رفتارهای فیزیکی بلکه در رفتارهای کلامی نیز بروز می‌کند (۵). گسترده‌گی رابطه فشارخون با سایر بیماری‌ها باعث بروز نگرانی‌هایی در افراد مبتلا به این اختلال شده و باعث می‌گردد که کیفیت زندگی آنان به شدت کاهش یابد (۶). Ruchkin و Sukhodolsky در پژوهش خود نشان دادند که رفتار پرخاشگرانه با بیماری‌های جسمانی مانند بیماری قلب و عروق و سردرد تنشی در ارتباط است. از این رو رویکرد مدیریت استرس تلاش می‌کند تا شیوه شناخت و نحوه‌ی صحیح برخورد با تغییرات جسمی و روحی را به افراد آموزش دهد و آن‌ها را با سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه آشنا نماید. نتیجه نهایی این آموزش‌ها، موجب اجتناب از رفتارهای مقابله‌جویانه از جمله رفتارهای پرخاشگرانه خواهد شد (۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مداخله شناختی - رفتاری توانایی قابل ملاحظه‌ای در درمان خشم و پرخاشگری و افزایش عزت‌نفس دارند (۹،۸). نتایج پژوهش اکبری و همکاران نشان داد که رویکرد شناختی - رفتاری در کاهش پرخاشگری موثر است (۱۰). صداقت و همکاران نیز در پژوهشی با عنوان اثربخشی آموزش گروهی شناختی - رفتاری کنترل خشم بر پرخاشگری دانش‌آموزان دختر پرخاشگر، به این نتیجه رسیدند که مداخله شناختی - رفتاری در کاهش پرخاشگری اثربخشی معنی‌داری دارد.

استفاده از رویکرد مدیریت استرس براساس رویکرد شناختی - رفتاری از این بابت حائز اهمیت است که علاوه بر آموزش تکنیک‌های مدیریت استرس و کنترل خشم، روش‌های مهارت حل مسأله، آرام‌سازی عضلانی، تنفس دیاگرامی و جایگزینی افکار منطقی و سازگارانه را با افکار غیرمنطقی را نیز در متن آموزش‌های خود قرار می‌دهد (۹). این مداخله مرکب از عناصری از قبیل افزایش آگاهی در مورد استرس، آموزش آرام‌سازی عضلانی، شناسایی افکار ناکارآمد، بازسازی شناختی، آموزش حل مسأله، آموزش مهارت‌های ابراز وجود، مدیریت خشم، مدیریت خود و برنامه‌ریزی فعالیت‌ها می‌باشد. این رویکرد بر تجارب کنونی فرد تأکید دارند و تلاش زیادی در آموزش مهارت حل مسأله و راهبردهای کاربردی از جمله آرام‌سازی، مراقبه، شناخت باورها و تحریف‌های شناختی و خودکنترلی دارند (۱۲). Dreer و همکاران در تحقیقات خود نشان دادند، آموزش مهارت حل مسأله، باعث کاهش رفتارهای ضداجتماعی و پرخاشگری، افزایش کنترل خود و سطح سلامت روانی و رضایت زندگی می‌شود (۱۳).

در یک جمع‌بندی کلی می‌توان گفت، درمانگر روان تحلیل‌گر، خشم را به‌عنوان بخشی از گزینه پرخاشگری می‌داند که با فرایندهای خودکار ایجاد می‌شود. از این دیدگاه، ابراز خشم به تخلیه هیجانی و کاهش هیجان منجر می‌شود. درمانگر شناختی، پرخاشگری را به‌عنوان مجموعه‌ای از شناخت‌ها، رفتارها و الگوهای برانگیختگی فیزیولوژیک می‌داند. از دیدگاه رفتاری خشم از طریق یادگیری ایجاد می‌شود و از طریق یادگیری نیز تغییر می‌یابد (۱۴). باتوجه مباحث نظری مطرح‌شده در خصوص پرخاشگری، مدیریت استرس براساس رویکرد شناختی - رفتاری و فشارخون و ضرورت دو چندان این موضوع، این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش گروهی مدیریت استرس با رویکرد شناختی - رفتاری بر میزان پرخاشگری زنان مبتلا به فشارخون انجام شد.

روش بررسی:

این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی مداخله گروهی شناختی- رفتاری مدیریت استرس بر پرخاشگری زنان مبتلا به پرفشاری خون انجام شد. این مطالعه دارای کد کارآزمایی بالینی به شماره IRCT2016042320053N3 از سایت کارآزمایی بالینی ایران (IRCT) می‌باشد.

جامعه آماری این پژوهش را زنان مبتلا به فشارخون شهرستان مسجد سلیمان در سال ۱۳۹۲ تشکیل دادند. برای شروع نمونه‌گیری ابتدا یکی از دو بیمارستان شهرستان مسجد سلیمان (امام خمینی و ۲۲ بهمن) به صورت تصادفی انتخاب شد (۲۲ بهمن)، سپس از بین ۱۰۰ زن مبتلا به بیماری فشارخون براساس پرونده‌های پزشکی موجود در بیمارستان ۲۲ بهمن (فشارخون سیستمیک مساوی یا بیشتر از MMHG 140 و دیاستولیک مساوی یا بیشتر از MMHG 90)، مصاحبه مقدماتی در همان مرکزی که جهت درمان به آن مراجعه شده بود، به عمل آمد (به مدت دو هفته)، سپس بعد از این که، بیماران از نظر سن، وضعیت تأهل و شغل همسان‌سازی شدند و با بررسی معیارهای ورود به مطالعه و مصاحبه اولیه و کسب رضایت کتبی و آگاهانه، در نهایت تعداد ۴۰ نفر انتخاب شدند و براساس طرح زوج و فرد به دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند، بدین صورت که به هر ۴۰ نفر، یک عددی اختصاص داده شد، سپس گروه آزمایش، براساس اعداد زوج و گروه کنترل براساس اعداد فرد انتخاب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: ابتلاء به پرفشاری خون حداقل به مدت ۲ سال، رضایت فرد و شوهر وی برای ورود به مطالعه، عدم دریافت هیچ‌گونه آموزش مدیریت استرس قبل از مداخله و نداشتن مشکل خاص جسمی نظیر کمردرد بود.

معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل به ادامه پژوهش و غیبت بیش از یک جلسه در کلاس‌های آموزشی بود. گروه آزمون تحت آموزش مدیریت استرس با رویکرد شناختی- رفتاری (گروهی) قرار گرفتند

و در این میان گروه کنترل، هیچ آموزشی دریافت نکردند.

ابزار پژوهش در این پژوهش، پرسشنامه پرخاشگری اهواز (Ahwaz Aggression Inventory= (AAI) بود.

پرسشنامه پرخاشگری اهواز AAI: پرخاشگری یک متغیر وابسته بوده که عبارت است از رفتارهای خصمانه همراه با زدن، هل دادن، پرتاب کردن اشیا و یا به شکل کلامی و خصمانه نظیر ناسزاگویی به تهدید کلامی و داد فریاد که به طور مستقیم موجب آزار خود و دیگران می‌شود (۱۵). این پرسشنامه شامل ۳۰ سوال در سه عامل ۱- خشم و غضب ۲- تهاجم و توهین ۳- لجباجت و کینه توزی است. این پرسشنامه توسط زاهدی‌فر و نجاریان (۱۳۷۶) در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز ساخته شده است. بررسی حاصل از تحلیل عوامل نشان داد که ۱۴ ماده اول روی عامل "خشم و غضب"، ماده دوم روی عامل "تهاجم و توهین" و ۸ ماده آخر روی عامل "لجباجت و کینه توزی" قرار گرفته‌اند. به منظور نمره‌گذاری آن برای هریک از ۴ گزینه "هرگز"، "به ندرت"، "گاهی اوقات"، "همیشه" به ترتیب مقادیر ۰، ۱، ۲، ۳ در نظر گرفته شد. سپس جمع نمرات ۳۰ سوال، نمره پرخاشگری شخص را مشخص می‌کند (دبیری نژاد، ۱۳۸۷). این ابزار توسط زاهدی‌فر و همکاران با تحلیل عاملی در ۹۱ بیمار در سال ۱۳۷۶ مورد تأیید قرار گرفته است. میزان آلفای کرونباخ این ابزار در مطالعه زاهدی‌فر و همکاران ۰/۸۹ مشاهده شد. در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه پرخاشگری از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۵ بوده که بیانگر ضرایب پایایی مطلوب پرسشنامه یاد شده می‌باشد. مدیریت استرس با رویکرد شناختی- رفتاری: متغیر مستقل. این مداخله مرکب از عناصری از قبیل افزایش آگاهی در مورد استرس، آموزش آرام‌سازی

عضلانی، شناسایی افکار ناکارآمد، بازسازی شناختی، آموزش حل مسأله، آموزش مهارت‌های ابراز وجود، مدیریت خشم، مدیریت خود و برنامه‌ریزی فعالیت‌ها می‌باشد. مدیریت استرس، توانایی افراد را برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیت‌های استرس‌آور افزایش می‌دهد و کمک زیادی به بازسازی الگوی تفکر افراد دل‌واپس و پراسترس می‌کند تا واقعه را کمتر صدمه‌زننده ادراک کنند (۱۲).

جلسات آموزش گروهی مدیریت استرس براساس رویکرد شناختی-رفتاری (Cognitive Behavioral Therapy) بدین صورت می‌باشند (۱۲): محتوای جلسه اول: معرفی خود و اعضا گروه آزمون به یکدیگر و توضیحات کوتاهی درمورد مدیریت استرس بر پرخاشگری و تأثیر آن بر فشارخون؛ محتوای جلسه دوم: اجرای پیش‌آزمون و درک اهمیت، آگاهی از تأثیرات جسمی و روانی استرس و اهمیت مدیریت و نظارت بر سطوح استرس و ایجاد فهرستی از استرس‌زها (تمرینات آرمیدگی)؛ محتوای جلسه سوم: درک ارتباط بین افکار و احساسات و یادگیری فرآیند ارزیابی (تمرینات آرمیدگی با تنفس دیافراگمی) تمرین شناسایی انواع مختلف افکار منفی، درک تأثیر منفی بر رفتار (تمرینات آرمیدگی به صورت تصویرسازی)؛ محتوای جلسه چهارم: شناسایی خودگویی منطقی و غیرمنطقی، آموختن گام‌های جایگزینی افکار منطقی (تمرینات آرمیدگی به صورت تصویرسازی همراه با تنفس دیافراگمی)؛ محتوای جلسه پنجم: آموختن انواع مقابله شناسایی سبک مقاله‌ای خود، مقابله‌ی موثر یا کارآمد (تمرینات آرمیدگی به صورت تصویرسازی همراه با تنفس دیافراگمی)؛ محتوای جلسه ششم: آموختن و تمرین گام‌های مقابله‌ای موثر، تمرین نرم کردن برای استرس‌زهای طاقت‌فرسا (تمرینات آرمیدگی به صورت تصویرسازی همراه خودالقایی مثبت، تمرین مراقبه نور خورشید همراه با خودزها)؛ محتوای جلسه هفتم: آموختن مدیریت خشم (انجام

تمرینات مراقبه مانترا)؛ محتوای جلسه هشتم: یادگیری سبک‌های بین فردی، تمرین ارتباط ابرازگرانه و استفاده از مهارت حل مسأله (انجام تمرینات مراقبه شمارش تنفس، ادامه تمرین مراقبه نورخورشید)؛ محتوای جلسه نهم: درک فواید حمایت اجتماعی شناسایی موانع حفظ حمایت اجتماعی آموختن تکنیک‌های مدیریت استرس برای حفظ حمایت اجتماعی (تمرینات آرمیدگی به صورت تصویرسازی همراه با تنفس دیافراگمی)؛ محتوای جلسه دهم: انجام تمرینات برنامه مدیریت استرس شخصی شامل: مرور کل برنامه، برنامه‌ریزی برای تمرین آرمیدگی خانگی، ایجاد یک برنامه مدیریت استرس شخصی، اجرای پس‌آزمون (انجام تمرینات مراقبه مانترا) بود.

لازم به یادآوری است که ابتدای هر جلسه، با مرور تکالیف جلسه قبلی آغاز می‌شد و در صورت نیاز، آموزش و یا تکنیک‌های لازم دوباره ذکر می‌شد. این پکیج آموزشی توسط کارشناس ارشد روانشناسی بالینی (مشاور اداره بهداشت مسجد سلیمان) آماده و آموزش داده شد.

در پایان طرح (آموزش مدیریت استرس به گروه آموزش) جهت رعایت موارد اخلاقی، به گروه کنترل هم آموزش‌های لازم داده شد؛ همچنین جزوات آموزشی مرتبط با اهداف تحقیق، جهت تکمیل اطلاعات این بیماران (گروه کنترل) به آن‌ها داده شد.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در این تحقیق از روش‌های آمار توصیفی مانند محاسبه فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار و آزمون‌های لوین (برای بررسی رعایت پیش فرض تساوی واریانس‌ها متغیرها)، آزمون کلموگروف-اسمیرنف (جهت رعایت پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه)، تحلیل کواریانس یک متغیری (انکوا)، تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا)، روش آلفای کرونباخ جهت محاسبه ضرایب پایایی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شده است. ضمناً سطح معنی‌داری در این تحقیق کمتر از $\alpha=0/05$ تعیین شده است.

یافته‌ها:

در این پژوهش، ۴۰ زن مبتلا به فشارخون انتخاب و در دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت آموزش مداخله مدیریت استرس قرار گرفت. میانگین و انحراف معیار نمره پرخاشگری گروه‌های آزمون و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف معیار نمره پرخاشگری گروه‌های آزمون و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون (آمار توصیفی)

تعداد	شاخص آماری		گروه	مرحله	متغیر
	انحراف معیار	میانگین			
۲۰	۱۲/۰۴	۳۱/۱۵	آزمون	پیش‌آزمون	پرخاشگری
۲۰	۱۰/۳۳	۳۱/۹۰	کنترل	کنترل	
۲۰	۶/۲۶	۲۱/۴۵	آزمون	پس‌آزمون	پرخاشگری در زمینه خشم و عصبیت
۲۰	۹/۱۶	۳۶/۵۰	کنترل	کنترل	
۲۰	۶/۱۶	۲۲/۲۵	آزمون	پیگیری	پرخاشگری در زمینه تهاجم و توهین
۲۰	۸/۹۵	۳۶/۹۵	کنترل	کنترل	
۲۰	۷/۸۸	۲۱/۱۰	آزمون	پیش‌آزمون	پرخاشگری در زمینه لجاجت و کینه‌توزی
۲۰	۵/۲۶	۱۷/۸۰	کنترل	کنترل	
۲۰	۵/۵۲	۱۴/۶۵	آزمون	پس‌آزمون	پرخاشگری در زمینه تهاجم و توهین
۲۰	۶/۳۵	۲۰/۷۰	کنترل	کنترل	
۲۰	۵/۱۶	۱۴/۵۰	آزمون	پیگیری	پرخاشگری در زمینه تهاجم و توهین
۲۰	۶/۲۴	۲۰/۹۰	کنترل	کنترل	
۲۰	۴/۵۰	۵/۷۵	آزمون	پیش‌آزمون	پرخاشگری در زمینه تهاجم و توهین
۲۰	۴/۱۹	۵/۸۵	کنترل	کنترل	
۲۰	۲/۱۳	۳/۴۰	آزمون	پس‌آزمون	پرخاشگری در زمینه تهاجم و توهین
۲۰	۳/۳۳	۶/۷۵	کنترل	کنترل	
۲۰	۱/۹۳	۳/۹۵	آزمون	پیگیری	پرخاشگری در زمینه تهاجم و توهین
۲۰	۲/۹۵	۷/۱۰	کنترل	کنترل	
۲۰	۳/۱۳	۴/۳۰	آزمون	پیش‌آزمون	پرخاشگری در زمینه تهاجم و توهین
۲۰	۲/۶۵	۸/۰	کنترل	کنترل	
۲۰	۲/۲۵	۳/۴۰	آزمون	پس‌آزمون	پرخاشگری در زمینه تهاجم و توهین
۲۰	۳/۲۶	۹/۰۵	کنترل	کنترل	
۲۰	۱/۸۹	۳/۸۵	آزمون	پیگیری	پرخاشگری در زمینه تهاجم و توهین
۲۰	۳/۳۳	۸/۹۵	کنترل	کنترل	

آزمایش و کنترل نسبت به پرخاشگری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=18/27, P<0/0001$) (جدول شماره ۲).

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که با کنترل پیش‌آزمون سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها، بیانگر آن هستند که بین زنان مبتلا به فشارخون گروه‌های

جدول شماره ۲: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (آزمون مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون پرخاشگری زنان مبتلا به فشارخون گروه‌های آزمون و کنترل با کنترل پیش‌آزمون

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	سطح معنی‌داری	مجذورات	توان آماری
آزمون اثر پیلاهی	۰/۶۲۴	۳	۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲	۱/۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۳۷۶	۳	۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲	۱/۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۱/۶۶	۳	۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲	۱/۰۰
آزمون بزرگترین ریشه روی	۱/۶۶	۳	۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲	۱/۰۰

مولفه‌های پرخاشگری از مداخله مدیریت استرس می‌باشد، تحلیل کوواریانس چندمتغیر انجام شد ($F=9/17, P<0/0001$) نتایج نشان داد که ۴۵٪ از تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون مولفه‌های پرخاشگری مربوط به تأثیر آموزش مدیریت استرس (عضویت گروهی) می‌باشد که از نظر آماری معنی‌دار بود (جدول شماره ۳).

میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۶۲ می‌باشد؛ به عبارت دیگر ۶۲٪ تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون پرخاشگری مربوط به تأثیر آموزش مدیریت استرس می‌باشد. مداخله مدیریت استرس توانست سطح پرخاشگری گروه آزمایش را نسبت به گروه کنترل پایین بیاورد. جهت بررسی این که چه میزان از تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون

جدول شماره ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (آزمون مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون مولفه‌های پرخاشگری زنان مبتلا به فشارخون گروه‌های آزمون و کنترل با کنترل پیش‌آزمون

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	سطح معنی‌داری	مجذورات	توان آماری
آزمون اثر پیلاهی	۰/۴۵۵	۳	۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵	۰/۹۹۲
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۵۴۵	۳	۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵	۰/۹۹۲
آزمون اثر هتلینگ	۰/۸۳۴	۳	۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵	۰/۹۹۲
آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۸۳۴	۳	۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵	۰/۹۹۲

درزمینه خشم و عصبیت ($F=13/64, P<0/001$)، تهاجم و توهین، ($F=12/98, P<0/001$) و درزمینه لجاجت و کینه توزی ($F=9/45, P<0/004$) که همگی بیانگر تأثیر معنی‌دار مدیریت استرس بر پرخاشگری و مولفه‌های آن بوده‌است.

همان‌طوری که در جدول شماره ۴ ملاحظه می‌شود با کنترل پیش‌آزمون بین زنان مبتلا به فشارخون، گروه‌های آزمایش و گروه کنترل از لحاظ پرخاشگری درزمینه مولفه‌های خشم تفاوت معنی‌داری مشاهده شد که نتایج بدین‌قرار هستند:

جدول شماره ۴: نتایج تحلیل کواریانس یکراهه در متن با استفاده از آزمون مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون مولفه‌های پرخاشگری زنان مبتلا به فشارخون گروه‌های آزمون و کنترل با کنترل پیش آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	سطح معنی داری	مجذورات	توان آماری
مولفه خشم	پیش آزمون	۴۰۴/۶۰	۱	۴۰۴/۶۰	۰/۰۰۰۱	۰/۳۰	۰/۹۶۸
	گروه	۳۵۸/۷۵	۱	۳۵۸/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۲۸	۰/۹۴۹
مولفه تهاجم	خطا	۹۲۰/۳۲	۳۵	۲۶/۲۹			
	پیش آزمون	۶۰/۱۳	۱	۶۰/۱۳	۰/۰۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۷۰
مولفه لجاجت	گروه	۵۰/۰۳	۱	۵۰/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۲۷	۰/۹۳۹
	خطا	۱۳۴/۸۳	۳۵	۳/۸۵			
مولفه لجاجت	پیش آزمون	۱۳۵/۶۶	۱	۱۳۵/۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۱/۰۰
	گروه	۳۸/۴۴	۱	۳۸/۴۴	۰/۰۰۴	۰/۲۱	۰/۸۴۸
	خطا	۱۴۲/۳۰	۳۵	۴/۰۶			

گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل، موجب تداوم کاهش پرخاشگری شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۵۰ می‌باشد؛ به عبارت دیگر، ۵۰٪ تفاوت‌های فردی در نمرات پیگیری پرخاشگری مربوط به تأثیر آموزش مدیریت استرس (عضویت گروهی) می‌باشد. توان آماری برابر با ۱/۰۰ است.

جهت بررسی بیشتر، پیگیری نیز به عمل آمد (جدول شماره ۵). نتایج نشان داد با کنترل پیش آزمون بین زنان مبتلا به فشارخون در گروه آزمایش و کنترل از لحاظ پرخاشگری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=35/35, P<0/0001$)؛ به عبارت دیگر، در مرحله پیگیری (یک ماهه)، آموزش مدیریت استرس در زنان

جدول شماره ۵: نتایج تحلیل کواریانس یکراهه در متن با استفاده از آزمون مانکوا بر روی میانگین نمرات پیگیری پرخاشگری زنان مبتلا به فشارخون گروه‌های آزمون و کنترل با کنترل پیش آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	سطح معنی داری	مجذورات	توان آماری
پرخاشگری	پیش آزمون	۷۹۰/۶۵	۱	۷۹۰/۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۳۶	۰/۹۹۲
	گروه	۱۳۸۰/۶۸	۱	۱۳۸۰/۶۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰	۱/۰۰
	خطا	۱۳۶۶/۹۳	۳۵	۳۹/۰۵			

بحث:

آسیب‌پذیری افراد بهنجار و گروه خاصی از جمعیت از جمله زنان مبتلا به فشارخون، به کار می‌رود. مدیریت استرس بیشتر در افراد فاقد مهارت کافی در مهار و یا ابراز نامناسب خشم (درون‌ریزی و یا برون‌ریزی افراطی خشم و پرخاشگری)، در اثر برانگیختگی‌های مکرر و در

نتایج بیانگر اثربخشی آموزش مدیریت استرس بر کاهش پرخاشگری زنان مبتلا به فشارخون بود. آموزش مدیریت استرس با رویکرد شناختی- رفتاری، مداخله روانی- تربیتی سازمان یافته‌ای است که به منظور توسعه مهارت‌های مدیریت استرس، خشم و کاهش

برخی مبتلایان به اختلال‌های جسمی و روانی به کار می‌رود. بیماران مبتلا به فشارخون در این مطالعه با بیماری و پیامدهای آن آشنا شدند و تلاش شد تا با جنبه‌های مختلف خشم، پرخاشگری و پیامدهای منفی آن آشنا شده و درباره ضرورت مدیریت بهینه پرخاشگری متقاعد شده و ضمن بازسازی شناختی خود، مهارت رفتاری کنترل خشم را فرا گرفته و تمرین کنند و بدین صورت با کنترل مثبت هیجانات خود از برانگیختگی‌های وقت و بی‌وقت پرهیز کنند تا بتواند از تشدید بیماری فشارخون خود که در خیلی از مواقع، به‌خاطر عدم کنترل بر هیجانات و برانگیختگی‌ها و یا خشم و پرخاشگری تشدید می‌شود، جلوگیری نمایند.

این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های محققین همخوانی دارد (۱۶،۱۳،۱۱،۱۰،۸،۶). یعنی رویکرد شناختی- رفتاری در کاهش پرخاشگری موثر است و به افراد در کنترل و تسلط بر احساسات و هیجانات‌شان کمک می‌کند. آبنیکی و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که مدیریت استرس می‌تواند افراد را در افزایش سرسختی و خودکنترلی کمک کند و از بروز رفتارهای تکانشی در آن‌ها جلوگیری نماید (۱۷). نتایج پژوهش حاضر، با پژوهش‌های Robertson و همکاران و Scott و همکاران نیز همخوانی دارد (۱۸،۱۹). این محققان نشان دادند که کنترل هیجانی ناسازگارانه، با اقدام به رفتارهای پرخاشگرانه ارتباط دارد و کنترل و مدیریت هیجانات در کاهش بروز رفتارهای تکانشی و پرخاشگرانه اثرگذار معنی‌داری دارد.

درمانگران شناختی بر این باورند که باورهای غیرمنطقی رفتارهای ناسازگارانه را در پی دارند. از دیدگاه شناختی- رفتاری، افراد پرخاشگر در هریک از مراحل پردازش اطلاعات مشکل دارند، این افراد معمولاً دارای اسناد کینه‌توزانه بوده و از مهارت‌های سازگارانه‌ی حل مسأله برخوردار نیستند و هنگامی که از نظر فیزیولوژیکی برانگیخته می‌شوند، به‌صورت تکانشی عمل می‌کنند؛ بنابراین، به‌دست آوردن بینش نسبت با باورهای غیرواقعی‌بینانه، ادراک و تفسیر آن‌ها را تغییر

داده و امکان اصلاح رفتارهای ناسازگارانه را فراهم می‌کند (۲۰). نتیجه پژوهش مهدیه نجف‌آبادی و همکاران نشان داد که مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری می‌تواند در کاهش نشانه‌های اضطراب و افکار مزاحم و بیش برانگیختگی تأثیرگذار باشد. شاید بتوان چنین بیان کرد که تلفیق روش‌های رفتاری از جمله آرمیدگی عضلانی و تنفس دیافراگمی و روش‌های شناختی مثل یافتن افکار مزاحم و جایگزین کردن افکار سازنده به افراد در افزایش خودکنترلی و کاهش میزان پرخاشگری بسیار موثر خواهد بود (۲۱).

Taylor و Novaco با بازبینی فراتحلیل‌هایی که اثربخشی مداخله‌های درمانی بر پیامدهای خشم و پرخاشگری را ارزیابی کرده‌اند، دریافتند که مداخله‌های مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری، در بسیاری از موقعیت‌ها و برای گروه‌های گوناگون بالینی و غیربالینی، در گروه‌های سنی مختلف موثر بوده است (۲۲). یکی از این آموزش‌ها، آموزش به والدین است که زینالی و همکاران در پژوهش خود با عنوان اثربخشی آموزش والدین بر کاهش علائم اختلال سلوک و پرخاشگری نوجوانان به این نتیجه رسیدند که آموزش سبک‌های فرزندپروری به والدین در کاهش سطوح پرخاشگری بسیار تأثیرگذار خواهد بود و باعث می‌شود علائم اختلال سلوک کاهش دهد (۹).

با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که وقتی افراد توانایی کنترل هیجانی خود را با آموزش‌های مناسب (شناختی و رفتاری همراه با آموزش تکنیک‌های آرام‌سازی عضلانی) بالا ببرند، رفتارهای پرخاشگرانه‌ی آن‌ها به‌صورت معنی‌داری کاهش می‌یابد. آرمیدگی عضلانی تدریجی، از طریق انقباض ماهیچه‌ها باعث کاهش تنش جسمی می‌شود، هنگامی که ماهیچه‌ها منقبض می‌شوند، هورمون‌ها و دیگر مواد شیمیایی در بدن رها می‌شوند و به‌دنبال تغییرات جسمی همچون افزایش پاسخ‌های پاراسمپاتیکی و کاهش پاسخ‌های سمپاتیکی ضربان قلب آرام می‌شود، فشارخون کم‌شده و سپس منظم

کاربرد یافته‌های پژوهش در بالین:

آموزش مدیریت استرس می‌تواند به‌عنوان الگویی مداخله‌ای، برای کاهش استرس ادراک شده در بینش زنان مبتلا به پرفشاری خون، استفاده گردد. در این میان پرستاران، با اطلاع از اثرگذاری مثبت مدیریت استرس بر کنترل پرفشاری خون، سبک رفتاری و نوع مراقبت معنی‌دارتر و با کیفیت‌تری را به این افراد ارائه خواهند کرد.

تشکر و قدردانی:

از تمامی بیماران مبتلا به پرفشاری خون تحت مطالعه و خانواده‌های آنان، مسئولین محترم بیمارستان ۲۲ بهمن شهرستان مسجد سلیمان و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی دزفول کمال تقدیر و تشکر را داریم. این مقاله حاصل از پایان‌نامه با کد iau-210 از دانشگاه علوم تحقیقات خوزستان مصوب ۱۳۹۲/۷/۱ می‌باشد.

می‌گردد، با توجه به این تغییرات و منظم شدن ضربان قلب و تنفس، فرد احساس آرامش و بالطبع کنترل بیشتری بر پرخاشگری خود خواهد داشت.

پژوهش حاضر با محدودیت‌های نیز همراه بوده است: افراد شرکت‌کننده در این مطالعه، از بیماران فشارخون شهر مسجد سلیمان بودند؛ بنابراین در تعمیم نتایج احتیاط لازم به عمل آید. این پژوهش بر روی افرادی صورت گرفته است که فشارخون‌شان از طریق دارو کنترل شده است؛ لذا در تعمیم نتایج آن به بیمارانی که دارودرمانی را شروع نکرده‌اند باید جانب احتیاط را رعایت کرد. بررسی نکردن عوامل مزاحم نظیر بررسی در یک جنس در طول دوره آموزش از محدودیت‌های این پژوهش بود و با وجود آن‌که یافته‌های مطالعه حاضر اثربخشی متغیرهای مستقل را تأیید کرد، اما بررسی ثبات این تأثیر در طول زمان نیاز به پیگیری و مطالعات بیشتر دارد.

منابع:

1. Fumery M, Xiaocang C, Dauchet L, Gower-Rousseau C, Peyrin-Biroulet L, Colombel JF. Thromboembolic events and cardiovascular mortality in inflammatory bowel diseases: A meta-analysis of observational studies. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2014; 8(6): 469-79.
2. Fedeli U, Avossa F, Guzzinati S, Bovo E, Saugo M. Trends in mortality from chronic liver disease. *Annals of Epidemiology*. 2014; 24(7): 522-6.
3. Suter M, Pihet S, de Ridder J, Zimmermann G, Stephan P. Implicit attitudes and self-concepts towards transgression and aggression: Differences between male community and offender adolescents, and associations with psychopathic traits. *Journal of Adolescence*. 2014; 37(5): 669-80.
4. Miles SR, Tharp AT, Stanford M, Sharp C, Menefee D, Kent TA. Emotion dysregulation mediates the relationship between traumatic exposure and aggression in healthy young women. *Personality and Individual Differences*. 2015; 76: 222-7.
5. Brodres A, Earlewinc M, Jodi A. Could mind fullness decrease anger, hostility, and aggression by decreasing rumination. *Aggressive Behavior*. 2010; 36(1): 28-44.
6. AsghariEbrahimAbad M, Mashhadi A, Attarzadeh Hosseini R, MashhadiNejad H, Eftekharzadeh S, Ahmadzadeh R. The effectiveness of cognitive group therapy on anxiety and aggression of females with chronic pain. *Anesthesiology and Pain*. 2015; 5(3): 34-44. [Persian]
7. Sukhodolsky DG, Ruchkin VV. Association of normative beliefs and anger with aggression and antisocial behavior in Russian male juvenile offenders and high school students. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2004; 32(2): 225-36.
8. Bradbury KE, Clarke I. Cognitive behavioural therapy for anger management: Effectiveness in adult mental health services. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2007; 35(02): 201-8.
9. Zeinali S, Khanjani Z, Sohrabi F. Investigate the efficacy of parenting skill in reducing adolescent conduct disorder and aggression. *Journal of Health*. 2015; 6(5): 565-74. [Persian]
10. Akbari B, Seghati T, Zadeh MM. The effect of cognitive-behavioral group training on aggression and sensation seeking rates among female martial artists in the city of Amol. *Knowledge and Research in Applied Psychology*. 2015; 16(2): 69-76. [Persian]

11. Sedaghat S, Moradi O, Ahmadian H. The effectiveness of anger cognitive behavioral group training on aggression of third grade aggressive female students in Baneh's high schools. *Medical Science Journal of Islamic Azad University-Tehran Medical Branch*. 2015; 24(4): 215-20. [Persian]
12. Linden W. *Stress management: From basic science to better practice*: Sage; 2004.
13. Dreer LE, Elliott TR, Fletcher DC, Swanson M. Social problem-solving abilities and psychological adjustment of persons in low vision rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*. 2005; 50(3): 232.
14. J MMV, Delcroix M, Vandeveld E, Denhaerynck K, Wuyts W, Belge C, et al. Emotional symptoms and quality of life in patients with pulmonary arterial hypertension. *The Journal of Heart and Lung Transplantation: The official publication of the International Society for Heart Transplantation*. 2014; 33(8): 800-8.
15. Xie H, Farmer TW, Cairns BD. Different forms of aggression among inner-city African- American children: Gender, configurations, and school social networks. *Journal of School Psychology*. 2003; 41(5): 355-75.
16. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*. 2012; 36(5): 427-40.
17. Abnihki E, Abolghasemi A, Abbasi M, Moazaz R, Jalali R. The effectiveness of behavioral cognitive stress management group therapy on to increase tenacity and self-control in depressed women. *Clinical Psychology Studies*. 2015; 5(19): 99-118. [Persian]
18. Robertson T, Daffern M, Bucks RS. Maladaptive emotion regulation and aggression in adult offenders. *Psychology, Crime and Law*. 2014; 20(10): 933-54.
19. Scott LN, Stepp SD, Pilkonis PA. Prospective associations between features of borderline personality disorder, emotion dysregulation, and aggression. *Personality Disorders*. 2014; 5(3): 278-88.
20. Comer JR. *Abnormal psychology*. 4th. ed. USA; 2001.
21. Mahdih Najafabadi M, Moradi A, Hatami M. The effectiveness of behavioral cognitive stress management group therapy on anxiety, intrusion thoughts, avoidance, hyper-arousal in women with breast cancer at early stage. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2015; 13(1): 1-10. [Persian]
22. Taylor JL, Novaco RW. *Anger treatment for people with developmental disabilities: A theory, evidence and manual based approach*. USA: John Wiley and Sons; 2005.

Investigate the effectiveness of cognitive-behavioral stress management intervention on aggression in women with hypertension

Adavi A¹, Fathi Marghmalaki R^{2*}, Madmoli Y³, Madmoli M³

¹Dezful University of Medical Sciences, Dezful, I.R. Iran; ²Masjed Soleyman Health Center, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, I.R. Iran; ³Student Research Committee, Dezful University of Medical Sciences, Dezful, I.R. Iran.

Received: 22/May/2016 Accepted: 3/Sep/2016

Background and aims: Aggression with physiological arousal can lead to worsening hypertension. The use of non-medical and cognitive approaches can help to reduce these effects. This study was aimed to investigate the effectiveness of group cognitive-behavioral stress management intervention on aggression in women with hypertension.

Methods: This quasi-experimental study was done with a pretest-posttest control group for a month in 2013. Statistical population were women with hypertension who admitted to 22 Bahman hospital of Masjed-Soleyman that informed consent. Samples were 40 women with hypertension who were randomly selected and divided into two groups of 20 people testing and control. Stress management cognitive behavioral training in 10 sessions of 60 minutes (twice a week) in the experimental group was provided. This intervention was generally content: Identify rational self-talk and replace rational thought, learning types coping style, diaphragmatic breath practice and muscle relaxation, mental imagery training and anger management and problem solving skills and stress management. The assessment tool was Ahvaz Aggression questionnaire. Data using SPSS software through multivariate analysis of covariance (MANCOVA) and Pearson, were analyzed.

Results: In this study, 40 women with an average age of 35.03 years with hypertension were enrolled. There was no statistically significant difference between the experimental and control groups in terms of age, marital status and occupation ($P > 0.05$). The results showed that stress management teaching intervention based on cognitive behavioral approach was significant on reducing aggression in the experimental group ($P > 0.0001$).

Conclusion: Stress management training can be used as a model for intervention to reduce aggression in the women with hypertension.

Keywords: Stress management, Aggression, Hypertension, Cognitive-behavioral intervention, Women.

Cite this article as: Adavi A, Fathi Marghmalaki R, Madmoli Y, Madmoli M. Investigate the effectiveness of cognitive-behavioral stress management intervention on aggression in women with hypertension. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2017; 6(1): 40-50.

***Corresponding author:**

Health Bureau Masjed Soleyman Health Center, Ahvaz, I.R. Iran, Tel: 09356817336,
E-mail: m_fathi1143@yahoo.com