Original Article

Effectiveness of teaching anger management skills using cognitive-behavioral approach in the reduction of aggression among women suffering from breast cancer

Alipour A, AliAkbari-Dehkordi M, Sharifi-Saki S*

Department of Psychology, Payamenoor University, Tehran, I. R. Iran.

Received September 18, 2014; Accepted March 11, 2015

Abstract:

Background: Cancer patients are facing with the problems such as anxiety, depression, hopelessness, and aggression, which affect the various aspects of their life. Therefore, this study aimed to investigate the effectiveness of teaching anger management skills using cognitive-behavioral approaches in the reduction of aggression.

Materials and Methods: This quasi-experimental study with a pre-test/post-test design was performed on 30 female clients suffering from breast cancer referred to Imam Khomeini Hospital, Tehran, Iran, during 2014-2015. The participants were selected according to the inclusion and exclusion criteria and assigned to the experimental and control groups. Then, the participants in the experimental group answered the Buss and Pray's scale of aggression before and after the therapy sessions.

Results: After receiving the cognitive-behavioral therapy, results obtained from multivariate covariance analysis showed that the mean aggression score in the experimental group had a significantly meaningful reduction (P<0.05) compared to that of the control group.

Conclusion: It seems that teaching the anger management skills, due to its cognitive improvement, has an effective role in the control of aggression among the women suffering from breast cancer.

Keywords: Aggression, Management of anger, Cognitive-behavioral therapy, Breast cancer

* **Corresponding Author.**
Email: Sheidasharifi1348@gmail.com
Tel: 0098 912 590 3903
Fax: 0098 21 261 14193

IRCT Registration No. *IRCT 20150420961N1* Conflict of Interests: ***No***

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, June, 2015; Vol. 19, No 2, Pages 127-134

Please cite this article as: Alipour A, AliAkbari-Dehkordi M, Sharifi-Saki S. Effectiveness of teaching anger management skills using cognitive-behavioral approach in the reduction of aggression among women suffering from breast cancer. ***Feyz*** 2015; 19(2): 127-34.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-02]

اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت خشم با رویکرد شناختی‌رفتاری در کاهش پرخاشگری زنان مبتلا به سرطان پستان

احمد علی پور [۱]، مهناز علی اکبری دهکردی [۲]، شیدا شریفی ساکی [۳*]

خلاصه:

سابقه و هدف: مبتلایان به سرطان با مسایلی هم‌چون اضطراب، افسردگی، ناامیدی، و روحیه پرخاشگری درگیر هستند که بر جوانب مختلف زندگی آنها تاثیرگذار است. بنابراین، هدف این مطالعه بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت خشم با استفاده از روش های شناختی‌رفتاری در کاهش پرخاشگری بود.

مواد و روش‌ها: مطالعه کنونی با طراحی پیش‌آزمون‌پس‌آزمون انجام شد. جامعه آماری این مطالعه شامل مراجعین زن مبتلا به سرطان پستان بود که به بیمارستان امام خمینی در سال ۱۳۹۳ مراجعه کرده بودند. از بین جامعه هدف ۳۰ نفر، بر اساس ملاک‌های ورود و خروج وارد مطالعه شدند و به دو گروه آزمایش و کنترل منتسب شدند. شرکت‌کنندگان به مقیاس سنجش پرخاشگری باس و پری قبل و بعد از جلسات درمانی گروه آزمایش پاسخ دادند.

نتایج: نتایج به‌دست آمده از تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد میانگین گروه آزمایش در پرخاشگری پس از دریافت آموزش شناختی‌رفتاری نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌داری ($P<۰/۰۵$) داشته است.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به‌دست آمده به‌نظر می‌رسد این آموزش با توجه به تغییرات شناختی که ایجاد کرده است نقش موثری در کنترل پرخاشگری زنان مبتلا به این بیماری را داشته است.

واژگان کلیدی: پرخاشگری، مدیریت خشم، درمان شناختی-رفتاری، سرطان پستان

دو ماه‌نامه علمی- پژوهشی فیض، دوره نوزدهم، شماره ۲، خرداد و تیر ۱۳۹۴، صفحات ۱۳۴-۱۲۷

مقدمه

سرطان پستان شایع‌ترین، کشنده‌ترین و از نظر عاطفی و روانی تاثیرگذارترین سرطان در بین زنان است [۱]. در سال ۲۰۰۲ حدود یک میلیون و صد و پنجاه هزار مورد جدید سرطان پستان در جهان گزارش شده و پیش‌بینی شده بود که ۱/۵ میلیون مورد جدید در سال ۲۰۱۰ به این تعداد اضافه شود [۲]. سرطان پستان یکی از مشکلات مهم سلامتی زنان ایران نیز است که در حال افزایش می‌باشد. از ژانویه‌ی ۱۹۹۸ تا دسامبر ۲۰۰۵ میزان بروز سرطان پستان در زنان ایرانی، ۲۲ در هر ۱۰۰۰۰۰ زن بوده که محدوده‌ی سنی ۸۵-۱۵ سال را در بر می‌گرفت و بیشترین شیوع در محدوده‌ی سنی ۴۹-۴۰ سال قرار داشته است [۳]. سرطان پستان در ۷۰ درصد زنان ایرانی در فاز پیشرفته بیماری تشخیص داده می‌شود [۴].

[۱] استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

[۲] دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

[۳] دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

* **نشانی نویسنده مسئول:**

تهران دیباجی شمالی،خ حاج محمد توریان،کوچه شهناز ،کوچه صفا ،تحصیلات تکمیلی دانشگاه پیام نور

تلفن: ۰۹۱۲ ۵۹۰۳۹۰۳ **دورنویس:** ۰۲۱۲۶۱۱۴۱۹۳

پست الکترونیک: Sheidasharifi1348@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۳/۶/۲۷ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۹۳/۱۲/۲۰

بیشتر افرادی که به سرطان مبتلا می‌شوند، یک دوره‌ی فشار روانی را تجربه می‌کنند. در برخی از بیماران، این فشار روانی خودبه‌خود از بین می‌رود و به مشکلات روانی دیرپا منجر نمی‌شود و می‌توان آن را به‌عنوان یک واکنش سازگاری طبیعی در نظر گرفت، اما برخی از بیماران مشکلات روانی شدیدتری را تجربه می‌کنند که باعث کاهش کیفیت زندگی و عملکرد روزانه آنها می‌شود. این بیماری می‌تواند بیماران را با مسایلی هم‌چون اضطراب، افسردگی، ناامیدی، احساس انزوای اجتماعی، وحشت از واکنش همسر در صورت تأهل، نگرانی درباره‌ی ازدواج در صورت تجرد، ترس از مرگ و دلهره‌ی عقیم‌شدن روبه‌رو می‌سازد [۵]. هم‌چنین، درمان سرطان با فشارهای روانی متعددی همراه است که برخی از آنها کیفیت زندگی را کاهش می‌دهند و به اضطراب یا افسردگی منجر می‌شوند؛ برای نمونه، بیماران اغلب عوارض جانبی روانی درمان مانند خشم، اضطراب یا نگرانی را شدیدتر از عوارض جانبی جسمی مانند ریزش مو و حالت تهوع درجه‌بندی می‌کنند. عوارض جانبی ناشی از شیمی‌درمانی مشکلات متعددی را برای بانوان مبتلا به سرطان پستان ایجاد می‌کند، تا جایی‌که عوارض جانبی آن بر روی سطح عملکرد جسمانی، روانی و اجتماعی بیمار و عدم پذیرش وی جهت تکمیل دوره درمان تاثیر می‌گذارد [۶]. حتی برخی از بیماران شیمی‌درمانی را به‌خاطر مشکلات روانی آن ترک می‌کنند [۷]. ازجمله پیامدهای بیماری افراد مبتلا به سرطان می‌توان

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-02]

به روحیه پرخاشگری ناشی از تشدید این بیماری اشاره نمود. خشم و پرخاشگری یکی از پیچیده‌ترین هیجانات انسانی است. می‌توان پرخاشگری را واکنشی دفاعی دانست که هدف آن رفع مانع و حذف عامل تهدید است و پرخاشگری رفتاری است به‌منظور آسیب رساندن یا معدوم ساختن کسی یا چیزی. پرخاشگری اغلب به‌صورت خشونت و عمل تخریبی، علیه افراد یا اموال، جلوه‌گر می‌شود. تکانش‌های پرخاشگرانه به‌صورت عملی (تخریب و آسیب رساندن به خود و دیگران) و گاه به‌صورت کلامی صورت می‌گیرد [۸]. برای تشریح اینکه پرخاشگری خصمانه چطور بر اثر شرایط مولد احساسات منفی ایجاد می‌شود، برکوویتز الگوی شناختی – تداعی گرایی نوین را تدوین نمود. وی می‌گفت ناکامی‌فقط یکی از عوامل متعددی است که می‌تواند عاطفه منفی ایجاد کند. به‌جز ناکامی، عوامل آزار دهنده دیگری مثل دود، حرارت زیاد و روبرو شدن با افراد منفور هم می‌تواند عاطفه منفی ایجاد کنند و این عاطفه منفی است که انسان‌ها را به پرخاشگری سوق می‌دهد نه خود ناکامی [۹]. عاطفه منفی ناشی از شرایط نامطلوب، در حافظه رمزگردانی و از لحاظ شناختی با برخی افکار منفی، هیجانات و رفتارهای بازتابی متداعی می‌شود؛ اگرچه این شبکه‌های شناختی تداعی‌گرا در آغاز ضعیف هستند ولی هرچه بیشتر فعال می‌شوند قوی‌تر می‌گردند [۱۰]. وقتی این تداعی‌ها به اندازه کافی قوی شدند، فعال شدن هر یک از آنها فعالیت دیگر شبکه‌ها را در پی خواهد داشت؛ فرآیندی که به آن راه‌اندازی شناختی می‌گویند. مثلا وقتی خاطره زمانی را که به شدت عصبانی شده‌ایم به یاد می‌آوریم، حافظه، افکار خصمانه و احساس عصبانیت و حتی کنش‌های بازتابی مرتبط با عصبانیت پرخاشگری (مثل مشت کردن دست‌ها و فشردن دندان‌ها) را به راه می‌اندازد. یکی از تلویحات این نظریه آن است که حتی وقتی محیط عاطفه منفی ایجاد نمی‌کند، فکر کردن به پرخاشگری هم می‌تواند پرخاشگری را فعال کند. بنابراین، از آنجا که پرخاشگری حالت منفی ذهنی همراه با نقص‌ها و انحرافات شناختی و رفتارهای ناسازگارانه است [۱۱]، یکی از راه‌های مقابله با آن، بهره‌مندی از آموزش مهارت‌های مدیریت خشم (Anger management skills) با رویکرد شناختی‌رفتاری می‌باشد. تاکنون مدل‌های شناختی‌رفتاری و پرتکل‌های درمانی آن برای شمار زیادی از اختلالات روانی و بیماری‌های مزمن پزشکی از جمله سرطان تدوین شده است و بسیاری از آنها در پژوهش‌های بالینی موثر شناخته شده‌اند [۱۲]. کنترل خشم را توان اعمال قدرت، هدایت یا بازداری اعمال و رفتار دیگران یا خود تعریف کرده‌اند. وقتی از مدیریت خشم صحبت می‌کنیم در واقع منظورمان کنترل خشم فرد در مرحله پیش از خشم است. مدیریت خشم یک مداخله رفتاری-شناختی است که مشخصا بر خشم به‌عنوان نیروی نشات گرفته تمرکز می‌کند [۱۳]. ترک محیط، تنفس دیافراگمی، تغییر وضعیت، گفت‌وگو با فرد دیگر، شمارش اعداد به‌شیوه معکوس از اصلی-ترین فنون مهار خشم است. در دهه گذشته پژوهشگران به خشم، پرخاشگری [۱۵،۱۴] و برنامه‌های مدیریت خشم برای سنین مختلف توجه ویژه‌ای داشته‌اند [۱۷،۱۶]. Bridge و همکاران طی پژوهشی به بررسی تأثیر دو مورد از فنون شناختی‌رفتاری (آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی) بر بیماران مبتلا به سرطان پستان پرداختند. ۱۵۴ بیمار به‌گونه‌ی تصادفی انتخاب شده و در سه گروه جای گرفتند: الف) گروه کنترل (بدون درمان)، ب) گروهی که فقط آرمیدگی را آموزش دیدند و ج) گروهی که هر دو فنون آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی را آموزش دیدند. نتایج نشان داد گروهی که تنها تن‌آرامی را آموزش دیده بودند، آرامش بیشتری نسبت به گروه کنترل داشتند و گروهی که هر دو فنون آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی را آموزش دیده بودند، نسبت به گروهی که فقط آرمیدگی را آموزش دیده بودند، آرامش بیشتر و اضطراب کمتری داشتند. هم-چنین، نتایج در زنانی که سنین ۵۵ و بالاتر داشتند، بهبودی بیشتری را نشان دادند [۱۸]. درویشی نیز در پژوهشی مشابه، در بررسی تأثیر دو مورد از فنون شناختی‌رفتاری (آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی) بر اضطراب، افسردگی و امیدواری زنان مبتلا به سرطان پستان، به نتایج مشابهی دست یافت [۱۹]. با توجه به اهمیت درمان شناختی‌رفتاری در بسیاری از بیماری‌ها ازجمله سرطان و هم‌چنین نظر به اینکه پژوهش‌های پیشین به‌روش‌های دیگر شناختی‌رفتاری به‌غیر از مدیریت خشم و بر متغیرهایی به‌غیر از پرخاشگری پرداخته‌اند و به‌طور خاص بر روش شناختی‌رفتاری مدیریت خشم برای کاهش پرخاشگری زنان مبتلا به سرطان سینه تمرکز نکرده‌اند، ضروری به‌نظر می‌رسد که تاثیر این آموزش بر پرخاشگری زنان مبتلا به سرطان پستان مورد بررسی قرار گیرد تا راه‌کارهای علمی مقابله و مدیریت پدیده پرخاشگری برای زنان مبتلا به سرطان پستان را فراهم آورد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون بود؛ بدین‌صورت که از بین افرادی که دوره‌های درمانی سرطان در بیمارستان امام خمینی تهران در سال ۹۳ را حداقل به‌مدت شش‌ماه گذرانده بودند؛ متاستاز مغزی و بیماری‌های عصبی و افسردگی نداشتند؛ سنی بالاتر از ۱۸ سال داشتند؛ حداقل سطح تحصیلات-شان دیپلم بود؛ قابلیت درمان با داروهای مرسوم شیمی‌درمانی را

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-02]

داشتند؛ و برای سرطان پستان طی مدت ۶-۳ ماه اخیر جراحی داشتند، از طریق یک مصاحبه نیمه ساختاری ۳۰ نفر انتخاب شدند که به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل منتسب شدند. با کسب رضایت‌نامه از گروه آزمایش در رابطه با آموزش و شرکت در جلسات آموزش رضایت آنها کسب شد. هم‌چنین، آنها این آزادی عمل را داشتند که هر زمان که تمایل به ادامه نداشته باشند، ادامه روند آموزش را دریافت نکنند. از آنها خواسته شد که در طول دوره‌ی آموزش از داروهای خون‌ساز و داروهای محرک سیستم عصبی و هم‌چنین از داروی تاموکسفین در مدت زمان پژوهش استفاده نکنند یا با دوز ثابت و مشخصی در طول درمان استفاده شود. بنابراین، زنانی که منع مصرف داروهای شیمی‌درمانی خاصی داشتند از پژوهش خارج شدند. پس از اجرای پیش‌آزمون پرخاشگری در هر دو گروه، مهارت‌های مدیریت خشم با رویکرد شناختی‌رفتاری در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته به گروه آزمایش آموزش داده شد. مهارت‌های مدیریت خشم شامل راه‌بردهای مختلفی از جمله شناختی، رفتاری، آرام‌سازی عضلانی، و کاهش استرس است [۲۰] که خلاصه‌ای از آنها در جدول شماره ۱ ارائه شده است. پس از آموزش نیز دوباره آزمون پرخاشگری روی هر دو گروه اجرا شد.

جدول شماره ۱- خلاصه‌ای از جلسات برنامه آموزش مهارت‌های مدیریت خشم

جلسه	عنوان جلسه	محتوای جلسه
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و مدرس کارگاه و اهداف جلسات و تعریف مفهوم خشم	تعریف خشم، آگاهی نسبت به هیجان خشم و تفاوت آن با ترس، بررسی شدت و منشا خشم، آشنایی با خشم منطقی و غیرمنطقی، بررسی فواید و خطرات خشم و روش‌های اشتباه بروز خشم، انجام فعالیت‌های نظارت خود در زنان مبتلا به سرطان پستان
دوم	گرفتن شرح حال اولیه درباره موقعیت‌های خشم، تمرکز بر خشم	بررسی تغییرات شناختی – فیزیکی – رفتاری در هنگام خشم، پرداختن به مقوله آستانه خشم، تعیین رابطه تعاملی هیجان – شناخت – رفتار، آشنایی با انواع حوادث برانگیزاننده خشم، شناخت ارتباط بین خشم و هیجانات دیگر در زنان مبتلا به سرطان پستان
سوم	آموزش رابطه محرک – فکر- احساس-رفتار	بررسی نقش باورها، افکار و تصورات شناختی در شکل‌گیری خشم، پرداختن به باورهای اشتباه وشایع در باره خشم، بیان تاثیرات خشم بزرگسالان برکودکان، انجام فعالیت نظارت بر خطاهای شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان
چهارم	تعیین اهداف	آموزش مهارت بازشناسی علایم فیزیولوژیکی خشم، آموزش مهارت‌های ارزشیابی خشم، اصلاح گفتارهای درونی و تغییر مرکز توجه (انحراف افکار)، انجام خود نظارتی با استفاده از یادداشت‌های روزانه
پنجم	یادگیری آرامش	آموزش روش‌های آرمیدگی، تنفس عمیق، تجسم سازی، خویشتن داری، توقف فکر، تغییر مکان و آموزش‌های خودبیان‌گری و استفاده از کلمات مناسب در زنان مبتلا به سرطان پستان
ششم	آموزش مهارت‌ها	تمرین آموزش مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی، آشناسازی با مهارت‌ها و روش‌های برخورد با افراد عصبانی، انعکاس احساسات و استفاده از کلمات مناسب در زنان مبتلا به سرطان پستان
هفتم	جمع بندی مطالب ارائه شده در طول دوره	بیان نکاتی درباره عوامل موثر در پیشگیری از خشم (مانند تغذیه و ورزش)، جمع‌بندی مطالب ارائه شده در طول دوره با تاکید بر نکات اساسی مدیریت خشم در زنان مبتلا به سرطان پستان
هشتم	بیان خلاصه مطالب ذکرشده و جایزه بازخورد مثبت	پیگیری نتایج

در این مطالعه از پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (Buss and Perry Aggression Questionnaire) استفاده شد. این پرسشنامه، مرکب از ۲۹ عبارت است که چهارگونه از رفتارهای پرخاشگرانه، یعنی پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت را ارزیابی می‌کند. سوال‌ها در این مقیاس بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (کاملا شبیه من است (۵)، تا حدودی شبیه من است (۴)، نه شبیه من است نه شبیه من نیست (۳)، تا حدودی شبیه من نیست (۲)، به‌شدت به من شبیه نیست (۱))، تنظیم شده است. دو عبارت ۹ و ۱۶ به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل نمره کسب شده در این آزمون ۲۹ سؤالی برابر ۲۹ و حداکثر آن ۱۴۵ می‌باشد. نمره کل برای پرخاشگری با مجموع نمرات زیر مقیاس‌ها به‌دست می‌آید [۲۱]. این پرسشنامه دارای پایایی و روایی قابل قبولی است. نتایج ضریب بازآزمایی برای چهار زیرمقیاس، با فاصله ۹ هفته، ۰/۷۲ تا ۰/۸۰ و همبستگی بین چهار زیرمقیاس، ۰/۳۸ تا ۰/۴۹ به‌دست آمده است. جهت سنجش هم‌سانی درونی مقیاس از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که نتایج نشان‌گر همسانی درونی زیرمقیاس‌های پرخا-شگری بدنی ۰/۸۲، پرخاشگری کلامی ۰/۸۱، خشم ۰/۸۰ و خصومت ۰/۸۰ است [۲۱]. پایایی و روایی مقیاس پرخاشگری باس و پری در ایران توسط سامانی مورد سنجش قرار گرفته است. ضرایب روایی میان ۰/۳۷ تا ۰/۷۸ متغیر و معنی‌دار بود و آلفای کرونباخ ۰/۸۹ نشان‌دهنده اعتبار پرسشنامه فارسی پرخاشگری باس

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-02]

وپری می‌باشد [۲۲]. برای بررسی اثربخشی آموزش شناختی‌رفتاری مدیریت خشم بر پرخاشگری اثر پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر تعدیل کننده کنترل شد. برای انجام این عمل از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) استفاده شد. مشخصات جمعیت شناختی دو گروه آزمایش و کنترل نیز در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جدول شماره ۲- ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

	گروه آزمایش				گروه کنترل			
	تحصیلات	سال تأهل	سابقه بیماری	سن	تحصیلات	سال تأهل	سابقه بیماری	سن
کل پرخاشگری	۳ دیپلم ۳ بی‌سواد ۲ ابتدایی ۲ سیکل ۲ شش قدیم ۲ فوق دیپلم ۱ دانشجو	۴۰-۲ سال	۴- ۱ سال	۶۲-۱۹	۵ بی‌سواد ۳ ابتدایی ۳ راهنمایی ۳ دیپلم ۱ لیسانس	۵۰-۲۲ سال	۱ ماه – ۱۱ سال	۶۳-۲۳

نتایج

برای بررسی نقش آموزش شناختی‌رفتاری بر کاهش پرخاشگری در میان زنان مبتلا به سرطان پستان میانگین و انحراف استاندارد دو گروه آزمایش و کنترل در چهار مولفه به‌صورت جداگانه در جدول شماره ۳ گزارش شده است.

جدول شماره ۳- شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه کنترل و آزمایش

	گروه آزمایش				گروه کنترل			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
متغیر	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
پرخاشگری بدنی	۲/۷۷	۰/۵۰	۱/۹۲	۰/۴۳	۳/۰۹	۰/۷۴	۲/۹۰	۰/۵۰
پرخاشگری کلامی	۳/۴۱	۰/۷۳	۲/۰۵	۰/۴۶	۳/۴۹	۰/۸۲	۳/۶	۰/۷۵
خشم	۳/۷۹	۰/۷۰	۲/۴۸	۰/۶۱	۳/۹۳	۰/۸۲	۳/۹۲	۰/۶۸
خصومت	۳/۵۶	۰/۷۲	۲/۱۶	۰/۴۶	۳/۷۰	۰/۷۹	۳/۷۱	۰/۸۱
کل پرخاشگری	۳/۲۲	۰/۳۴	۲/۰۷	۰/۳۱	۳/۴۰	۰/۴۷	۳/۴۸	۰/۷۶

تاثیر پیش‌آزمون بر روی پس‌آزمون از کنترل آماری با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری کنترل شد. شرط اصلی و مهم استفاده از این آزمون همگنی ضرایب رگرسیونی بود که نشان داد این مفروضه برقرار می‌باشد. پس از بررسی برقرار بودن ضرایب همگنی رگرسیونی، همگنی واریانس بین دو گروه در متغیرها بررسی شد وآزمون لوین نشان داد بین نمرات پس‌آزمون مولفه بدنی ($F_{۲۸،۱}$=۰/۱۷، P=۰/۶۹)، کلامی ($F_{۲۸،۱}$=۲/۲۴، P=۰/۱۴)، خشم ($F_{۲۸،۱}$=۱/۰۴، P=۰/۲۱)، و ($F_{۲۸،۱}$=۰/۰۷، P=۰/۸۰) در دو گروه همگنی برقرار است. هم‌چنین، مقدار آماره چند متغیری لامبدای ویلکز با ارزش ۰/۹۲ ($F_{۲۱،۴}$=۵۸/۵۸، P=۰/۰۰۱)، و اثر پیلایی با مقدار ارزش ۰/۰۸ ($F_{۲۱،۴}$=۵۸/۵۸، P=۰/۰۰۱)، نشان داد بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی-داری در مولفه‌های پرخاشگری وجود دارد. بررسی تفاوت موجود بین مولفه‌ها از تحلیل واریانس یک‌طرفه انجام شد که نتایج آن در جدول شماره ۴ گزارش شده است. نتایج تحلیل واریانس نشان داد بین دو گروه آزمایش و کنترل در چهار مولفه پرخاشگری بدنی، کلامی، خشم، و خصومت تفاوت معنی‌داری وجود دارد و در هر چهار مولفه میانگین گروه آزمایش پایین‌تر از گروه کنترل بود.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-02]

جدول شماره ۴- تحلیل واریانس یک‌طرفه بررسی تفاوت بین مولفه‌های پرخاشگری

منبع اثر	متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	*P*	مجذور اتا	توان
گروه	بدنی	۴/۹۶	۱	۱/۹۶	۴۲/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱
	کلامی	۱۸/۱۶	۱	۱۸/۱۶	۷۲/۱۵۱	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱
	خشم	۴۵/۱۲	۱	۴۵/۱۲	۷۱/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱
	خصومت	۳۱/۱۵	۱	۳۱/۱۵	۱۰۳/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۱
خطا	بدنی	۲/۷۷	۲۴	۰/۱۲				
	کلامی	۲/۵۶	۲۴	۰/۱۱				
	خشم	۹۰/۳	۲۴	۰/۱۶				
	خصومت	۳/۵۵	۲۴	۰/۱۵				

بحث

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که تأثیر آموزش مهارت‌های مدیریت خشم بر پرخاشگری زنان مبتلا به سرطان پستان معنی‌دار بوده است. بنابراین، نتایج نشان‌دهنده آن است که آموزش مهارت‌های مدیریت خشم بر پرخاشگری زنان مورد مطالعه (مبتلا به سرطان سینه) موثر بوده و پرخاشگری آنها را کاهش داده است. این یافته با نتایج حاصل از برخی پژوهش‌های مشابه هم‌سو است [۶،۲۹-۲۳]. بررسی‌ها نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به سرطان پستان در معرض فشارهای روحی می‌باشند که می‌تواند در زندگی آنان اختلالات روانی و اجتماعی ایجاد کند. آنها در زندگی خانوادگی خود احساس ازهم گسیختگی می‌نمایند. درد و رنج حاصل از بیماری، نگرانی از آینده اعضای خانواده، ترس از مرگ، عوارض ناشی از درمان بیماری، کاهش میزان عملکردها، اختلال در تصویر ذهنی و مشکلات جنسی از جمله عواملی هستند که بهداشت روانی بیمار مبتلا به سرطان پستان را دچار اختلال می‌سازند [۶] که یکی از این اختلالات پرخاشگری است. به‌علت اینکه یکی از دلایل پرخاشگری استرس می‌باشد، یکی از رویکردهای درمانی موفق در کنترل و کاهش خشم و پرخاشگری رویکرد شناختی‌رفتاری می‌باشد. آموزش مدیریت خشم به این شیوه، یک مداخله روانی‌تربیتی سازمان یافته است که به‌منظور افزایش مهارت‌های مدیریت خشم و کاهش آسیب‌پذیری افراد بهنجار و یا گروه خاصی از جمعیت بالینی اجرا می‌شود. مدیریت خشم به‌معنای داشتن مهارت‌های خاص است که احساس‌های هیجانی و برانگیختگی فیزیولوژی ناشی از خشم را کاهش می‌دهد. هم‌چنین، آموزش مهارت‌هایی برای چالش و تغییر رفتارها و تفکرهای بیهوده و مهار پاسخ‌های هیجانی شدید در یک چارچوب خود کنترلی می‌باشد [۳۰]. در این رویکرد اساس کاهش پرخاشگری بر بازسازی شناختی و کنترل خشم استوار است. یکی از تکنیک‌های مفید مورد استفاده، آرام‌سازی‌های متفاوت است و نیز خودنظارتی بر دفعات وقوع خشم. هم‌چنین، دیگر تکنیک‌ها شامل بازسازی شناختی می‌باشد که در آن به بیمار در مورد تحریف‌های شناختی خاص (مثل فاجعه‌سازی، بزرگ‌نمایی، تفکر مطلق، استناد غلط) و راه‌بردهای مجادله شناختی با این تحریف‌ها آموزش داده می‌شود [۳۱]. مقصود درمانگران از آموزش مدیریت خشم، افزایش آگاهی نسبت به علائم برانگیختگی و خصمانه و آموزش فنون کنترل برخود به‌منظور کاهش احتمال رفتارهای پرخاشگرانه ضداجتماعی است که ممکن است تحت تاثیر حوادث شناختی قبلی نظیر احساس تنفر (نظیر یادآوری یک کینه قدیمی، ناآگاهی از پیامدهای احتمالی اعمال پرخاشگرانه و یا ناتوانی روانی در حل مسائل به‌جای برون‌ریزی خودکار) قرار گیرد. عاطفه منفی ناشی از شرایط نامطلوب، در حافظه رمزگردانی و از لحاظ شناختی با برخی افکار منفی، هیجانات و رفتارهای بازتابی متداعی می‌شود و این عاطفه منفی است که انسان‌ها را به پرخاشگری سوق می‌دهد [۳۲]. Shakibai به نقل از Tong گزارش کرده است که گروه‌درمانی کنترل خشم با رویکرد شناختی‌رفتاری باعث بهبود مکانیسم‌های انطباقی خشم و کاهش حساسیت نسبت به برانگیزاننده‌های آن در مبتلا به پرخاشگری و خشم می‌شود. در این رویکرد آشنایی با خودگویی و افکار افزایش دهنده و کاهش دهنده خشم، افکار غیرمنعطف و منعطف نقش مهمی‌بازی می‌کند. آموزش آرمیدگی و حل مسئله نیز مفید و موثر است [۳۳].

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-02]

نتیجه‌گیری

سرطان پستان و درمان این بیماری باعث می‌شود سلامت روانی این بیماران نیز به خطر بیفتد و باعث پرخاشگری آنها شود. پرخاشگری نیز بر روابط اجتماعی و دیگر جنبه‌های زندگی آنها تاثیر می‌گذارد. بنابراین، با استفاده از روش‌هایی مانند مدیریت خشم، می‌توان پرخاشگری را در این افراد کاهش داد. اما باید توجه داشت که از محدودیت‌های این پژوهش این است که نتایج قابل تعمیم به دیگر گروه‌ها نیست. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که این روش در میان سایر بیماری‌ها به آزمایش گذاشته شود و با داشتن پیگیری، از ماندگاری نتایج پژوهش اطمینان حاصل کرد.

تشکر و قدردانی

از بیماران و خانواده‌های محترم‌شان که در انجام این طرح کمک نمودند، کمال تشکر را داریم.

References:

[1] Akbari Nasaji N, Investigation of the health beliefs of nursesabout BSE in Mrakzdrmany Tabriz [Thesis]. Tabriz. University of Medical Sciences, 2008.

[2] Lu W, Cui Y, Zheng Y, Gu K, Cai H, Li Q, et al. Impact of newly diagnosed breast cancer on quality of life among Chinese women. ***Breast Cancer Res Treat*** 2007; 102(2): 201-10.

[3] Eghtedar S, Moqaddasian S, Ebrahimi H, Mahdi Pour Zare N, Moosavi SM, et al.quality of life dimensionsof berest canser in womenreferring to hematology& oncology reserch centerof Tabriz. ***J Nurs Midwifery, Tabriz*** 2008; (3)12: 11-19. [in Persian]

[4] Fazel A, Tirgari B, Mokhbr N,Koushyar MM, Esmaily HA. Effect of mastectomy on mood and quality of life in breast cancer patients. ***J Shahid Sadoughi Univ Med Sci*** 2008; 16 (3): 3-28. [in Persian]

[5] Sicily R. Cancer and Blood Diseases, translated by Arjmand, h. Tehran: The Next Generation, 2004.

[6]Heravi Karimui M, Poor Dehghan M, Jadid Milani M, Frootan SK, Aeen F. The effect of group counseling on sexual quality of life in breast cancer patients receiving chemotherapy, Imam Khomeini Hospital, Tehran. ***J Mazandaran Univ Med Sci*** 2006; 16 (54): 43 51. [in Persian]

[7] White A. Cognitive behavioral therapy for chronic medical diseases: a practical guide for assessment and treatment of Rumi translations, Fatah K. Tehran: Pablications Arjmand; 2010.

[8] Russell JA, Fehr B. Reply to Ekman and O'Sullivan. ***J Exp Psycol: Gen***1988; 117(1): 89-90.

[9] Franz EL. Social Psychology, translated by Mehrdad Firoozbakht and Mansour Ghanad. Tehran: Institute for Cultural Services Rasa, 2002.

[10] Fakhari Nejad S, Pakdaman Sh, Khodapanahi MK. Comparison of aggression in a variety of attachment styles. ***J Psychol Edu Sci*** 2006; 4: 72-59.

[11] American psychological association. Publication manual of the American psychological association: American Psychological Association Washington DC; 2001.

[12] Greer S, Moorey S, Baruch J, Watson M, Robertson BM, Mason A, et al. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial. ***BMJ*** 1992; 304(6828): 675.

[13] Gondolf EW. MCMI results for batterers: Gondolf replies to Dutton's response. ***JOFV*** 2003; 18(6): 387-9.

[14] Kitamura T, Hasui C. Anger feelings and anger expression as a mediator of the effects of witnessing family violence on anxiety and depression in Japanese adolescents. ***J Interpers Violence*** 2006; 21(7): 843-55.

[15] Smith Slep AM, O'leary SG. Multivariate models of mothers' and fathers' aggression toward their children. ***J Consult Clin Psychol*** 2007; 75(5): 739.

[16] Shokohi Yekta M, Zamani N, Parand A, Akbari Zardkhaneh S. Effectiveness of assertiveness training, anger management and anger management for parents. ***Deve Psychol: Iran Psychol*** 2009; 7(26): 137-46. [in Persian]

[17] Annis LC ,Fung AL, Tsang SK. Anger coping method and skill training for Chinese children with physically aggressive behaviors. ***Early Child Dev Care*** 2007; 177(3): 259-73.

[18] Bridge LR, Benson P, Pietroni PC, Priest RG. Relaxation and imagery in the treatment of breast cancer. ***BMJ*** 1988; 297(6657): 1169.

[19] Darvishi H. Application of imaging mental and relaxation in reducing anxiety, depression, hospital and increasing life expectancy in women with breast cancer in Golestan Hospital, Ahwaz. [Thesis]. Ahvaz. University of Ahvaz Aslamy Azad, 2009.

[20] Babamorady R. Anger management training is a comprehensive practical guide for women with breast cancer. TMU. Unpublished, 2013.

[21] Buss AH, Perry M. Theaggression questionnaire. ***J Pers SocPsychol*** 1992; 63(3): 452.

[22] Samani S. Study of Reliability and Validity of the Buss and Perry's Aggression Questionnaire. ***Iran J Psychiatry Clin Psychol*** 2008; 13(4): 359-65. [in Persian]

[23] Fallah R, Golzari M, Dejakam M. et al. The group hopes to improve intervention effectiveness spiritual practices and mental health, presented at the Third International Congress on Palliative and

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-02]

Supportive Care in Cancer, Tehran, 2010.
[24] Ali Pour A, Yoosef pour N. Effect of cognitive behavioral therapy accelerated recovery of women after hysterectomy surgery. ***J Behav Sci*** 2010; 4 (2): 91-5.
[25] Goodwin PJ. Psychosocial support for women with advanced breast cancer. ***Breast Cancer Res Treat*** 2003; 81(1): 103-10.
[26] Tatrow K, Montgomery GH. Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: a meta-analysis. ***J Behav Med*** 2006; 29(1): 17-27.
[27] Dirksen SR, Epstein DR. Efficacy of an insomnia intervention on fatigue, mood and quality of life in breast cancer survivors. ***J Adv Nurs*** 2008; 61(6): 664-75.
[28] Fukui S, Kugaya A, Okamura H, Kamiya M, Koike M, Nakanishi T, et al. A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma. ***Cancer*** 2000; 89(5): 1026-36.
[29] Yoo MS, Lee H, Yoon JA. Effects of a cognitive-behavioral nursing intervention on anxiety and depression in women with breast cancer undergoing radiotherapy. ***J Korean Acad Nurs*** 2009; 39(2): 157-65.
[30] Shokoohi Yekta M, Faghihi AN, Zamani N, Parand A. Anger Management, based on the teachings of Islamic & modern psychology. The ***J Isl Stud Psychol Res*** 2009; 5: 43-63. [in Persian]
[31] Kazemeini T, Qnbry B, Modares Garavi M, Esmaili Zade M. The effectiveness of cognitive behavioral group therapy in reducing anger and aggression drive. ***J Clin Psychol*** 2011; 3(2): 1-11. [in Persian]
[32] Berkowitz L. Frustration-aggression hypothesis: examination and reformulation. ***Psychol Bull*** 1989; 106(1): 59.
[33] Shakibai F, Tehrani Dost M, Shahrivar Z, Asari Sh. management group therapy, cognitive - behavioral juvenile institution. ***Recent Adv Cogn Sci*** 2004; 1,2: 59-65.[in Persian]

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-02]