



Research Article

Effectiveness of Stress Management based on Cognitive-behavioral Training on Sleep Quality and Cognitive Bias of Patients with Primary Hypertension

Roya Balazadeh ¹ , Bahman Akbari ^{2,*} , Abbas Abolghasemi ³ 

¹ PhD student, Department of Psychology, Islamic Azad University, Rasht Branch, Rasht, Iran

² Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Rasht Branch, Rasht, Iran

³ Professor, Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran

* **Corresponding author:** Bahman Akbari, Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Rasht Branch, Rasht, Iran. E-mail: drbahmanakbari@gmail.com

DOI: [10.29252/nkjmd-110403](https://doi.org/10.29252/nkjmd-110403)

How to Cite this Article:

Balazadeh R, Akbari B, Abolghasemi A. Effectiveness of Stress Management based on Cognitive-behavioral Training on Sleep Quality and Cognitive Bias of Patients with Primary Hypertension. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2020;**11**(4):14-20. DOI: [10.29252/nkjms-110403](https://doi.org/10.29252/nkjms-110403)

Received: 25 Sep 2019

Accepted: 16 Dec 2019

Keywords:

Cognitive Behavioral
Therapies
Sleep Habits
Cognition
Bias
Hypertension
Stress Management

Abstract

Introduction: Hypertension is a common disease which affects people's health. Individuals who are weak in stress coping and respond to stress with bias are more likely to suffer from chronic physical and mental disease. Therefore, this study aimed to determine the effectiveness of cognitive-behavioral based stress management training on sleep quality and cognitive bias in patients with primary hypertension.

Methods: and Methods: in this experimental study with pretest-posttest and control group. 32 females with hypertension were selected based on inclusion criteria and randomly divided into control (n = 16) and intervention (n = 16) groups. Both groups completed the standard questionnaire of Petersburg sleep quality and cognitive bias before and after the intervention. The intervention group received eight sessions of cognitive-behavioral based stress management training and the control group did not receive any training from the research team during study. Data were analyzed by descriptive and inferential statistical methods.

Results: The results indicated there was a significant difference in the quality of sleep between the intervention and control groups after intervention ($p > 0.05$). Self-focused (0.03) and others (3.74) focused attention components of cognitive bias were not significantly different with control group ($P > 0.05$). This finding showed that there was no significant difference between the experimental and control groups in this component.

Conclusions: Based on the findings of the present study, it can be concluded that cognitive-behavioral based stress management training is effective on sleep quality and women with primary hypertension and can be used as an effective and safe complementary therapy.



بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر کیفیت خواب و

سوگیری شناختی بیماران مبتلا به فشارخون اولیه

رؤیا بالازاده^۱، بهمن اکبری^{۲*}، عباس ابوالقاسمی^۳ ID

^۱ دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رشت، رشت، ایران

^۲ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رشت، رشت، ایران

^۳ استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

* نویسنده مسئول: بهمن اکبری، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رشت، رشت، ایران. ایمیل:

drbahmanakbari@gmail.com

DOI: 10.29252/nkjms-110403

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۷/۰۳	چکیده
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۹/۲۵	مقدمه: زمینه و هدف: فشارخون یک بیماری شایع است که سلامت افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. افرادی که از نظر شخصیتی توانایی مقابله کمی با استرس دارند و در مواجهه با استرس‌ها با سوگیری پاسخ می‌دهند بیشتر دچار مشکلات جسمانی و روانی حاصل از بیماری‌های مزمن می‌شوند. بنابراین این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر کیفیت خواب و سوگیری شناختی بیماران مبتلا به فشارخون اولیه صورت گرفت.
واژگان کلیدی:	روش کار: مطالعه به روش تجربی یا پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل صورت گرفت. در این مطالعه تعداد ۳۲ زن مبتلا به فشارخون بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب و به روش تصادفی بلوک‌های جایگزینی در دو گروه کنترل (۱۶ نفر) و مداخله (۱۶ نفر) جایگزین شدند. هر دو گروه پرسشنامه‌های استاندارد کیفیت خواب پیتزبورگ و سوگیری شناختی را قبل و بعد از مداخله تکمیل کردند. گروه مداخله به مدت هشت جلسه آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری دریافت کرد و گروه کنترل در این بازه زمانی از طرف تیم تحقیق آموزشی دریافت نکرد. داده‌های به‌دست‌آمده با روش آماری توصیفی و استنباطی تجزیه تحلیل شدند.
درمان شناختی- رفتاری	یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد در مرحله بعد از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل در میزان کیفیت خواب و سوگیری شناختی تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0.05$). برای مؤلفه‌های کانون توجه متمرکز بر خود (0.03) و متمرکز بر دیگران (0.74) معنی‌دار نبود ($P < 0.05$) این یافته نشان می‌داد بین گروه آزمایش و کنترل در این مؤلفه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.
سوگیری شناخت	نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر می‌توان نتیجه گرفت آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر کیفیت خواب و سوگیری شناختی زنان مبتلا به فشارخون اولیه اثربخش است و می‌تواند به‌عنوان یک روش درمانی مکمل اثربخش و بدون عوارض مورد استفاده قرار بگیرد.
فشارخون	
مدیریت استرس	

مقدمه

فشارخون بالا یکی از مهم‌ترین و عمومی‌ترین بیماری‌های مزمن در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه می‌باشد که از نظر هزینه درمانی و مراقبتی رقم بالایی را به خود اختصاص می‌دهد [۱]. سالانه ۵/۷ نفر در نتیجه ابتلا به این بیماری و عوارض حاصل از آن جان خود را از دست می‌دهند [۲]. در ۹۵ درصد موارد فشارخون مشخص نیست که به آن افزایش فشارخون اولیه اطلاق می‌گردد. فشارخون اولیه علت عضوی قابل تشخیصی ندارد و معمولاً از ترکیب عوامل فیزیولوژیکی و روانی به وجود می‌آید. سایر موارد افزایش فشارخون به علل ثانویه از قبیل نارسایی کلیه، تنگی شریان کلیوی، سندرم کوشینگ، هیپرآلدوسترونیزم اولیه و مصرف دراز مدت داروهای ضدبارداری خوراکی می‌باشد [۳]. فشارخون با پیامدهای جسمانی و روان‌شناختی متعددی شناخته‌شده است [۴]. اختلالات خواب از جمله مشکلات شایع در بیماران مبتلا به فشارخون است که رابطه متقابل آن با فشارخون و سایر بیماری‌های مرتبط با فشارخون همواره کانون توجه محققان بوده است [۵]. داشتن خواب مناسب در جهت پیشگیری از

بیماری‌های قلبی و فشارخون ضروری است [۶]. نتایج مطالعات نشان داده است افراد مبتلا به فشارخون نسبت به افراد غیر مبتلا کیفیت خواب پایین‌تری گزارش کرده‌اند [۷، ۸]. کیفیت پایین خواب در این بیماران با ابتلا به بیماری‌های قلبی، مرگ‌ومیر بالاتر و کیفیت زندگی پایین‌تر در ارتباط است [۹]. بنابراین کاهش مشکلات خواب در این بیماران می‌تواند منجر به بهبودی وضعیت سلامت جسمانی و روانی در این بیماران شود [۱۰]. درمان‌های دارویی اگرچه اغلب در خط مقدم درمان مشکلات خواب قرار دارند. اما یک مطالعه مروری اخیر با بررسی ۱۵ مقاله شامل ۸۶۱ بیمار نشان داد در اغلب موارد داروهای خواب‌آور و دارونما اثربخشی مشابهی بر کیفیت خواب بیماران دارند [۱۱]. بنابراین رویکردهای اخیر بیشتر بر اصلاح عوامل روان‌شناختی تمرکز کرده‌اند. استرس از طریق ایجاد برانگیختگی فیزیولوژیکی و روان‌شناختی موجب تغییرات در امواج مغزی شده و مانع خواب می‌شود [۱۲]. به همین علت در رویکرد روان‌شناختی مشکلات خواب در غالب الگوی آسیب‌پذیری استرس تبیین می‌شود. به بیان دیگر افرادی

عمومی مرکز آموزشی درمانی دکتر حشمت شهر رشت در نیمه اول سال ۹۷ تشکیل می‌داد. این بیمارستان ۱۴۰ تخت‌خوابی آموزشی درمانی بوده و ماهانه حدود ۵۰۰۰ نفر مراجعه‌کننده دارد. ملاک ورود به مطالعه شامل؛ زنان دارای فشارخون اولیه به تشخیص پزشک، حداقل ۶ ماه از تشخیص بیماری گذشته باشد، باسود، عدم ابتلا به بیماری مزمن غیر از فشارخون، تمایل به همکاری، دامنه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال، کیفیت خواب پایین بر اساس دستورالعمل پرسشنامه پیترزبورگ (PSQI) < 6 ملاک خروج نیز غیبت در سه جلسه آموزشی به‌صورت ^۱، پیاپی و قطع همکاری، ابتلا به بیماری حاد یا تجربه استرس را مانند دریافت تشخیص بیماری جدی، طلاق یا ورشکستگی در ۶ ماه اخیر بود. جهت نمونه‌گیری ابتدا ۳۲ نفر از زنان مبتلا به فشارخون از بین جامعه مذکور به روش در دسترس انتخاب شدند. سپس به روش تصادفی بلوک‌های جایگشتی در دو گروه مداخله و کنترل ۱۶ نفری جایگزین شدند. حجم نمونه بر اساس مطالعات مشابه قبلی تعیین گردید [۲۲] رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از شرکت‌کنندگان اخذ گردید. شرکت‌کنندگان جهت شرکت در مطالعه و ترک مطالعه آزاد بودند و داده‌ها به صورت محرمانه بدون نام و نام خانوادگی وارد نرم افزار شد. محتوی جلسات با فرهنگ و مذهب شرکت‌کنندگان مغایرت نداشت و افراد گروه کنترل در صورت تمایل بعد از اتمام مداخله در جلسات مشابه شرکت کردند. گروه مداخله طی ۸ جلسه ۲ ساعته به‌صورت هفتگی با هدف مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری توسط محقق با هشت سال سابقه کاری مشاوره با رویکرد شناختی رفتاری در دفتر یک سازمان مردم‌نهاد (NGO) اجرا گردید. سپس هردو گروه در معرض پس‌آزمون قرار گرفتند. گروه کنترل در این بازه زمانی مداخله‌ای دریافت نکرد. لازم به ذکر است که تعداد افراد هر گروه به علت غیبت در سه جلسه پیاپی و عدم رضایت از ۱۶ نفر به ۱۴ نفر تقلیل یافت مداخله به شرح زیر بر اساس کتاب مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری نوشته مایکل آنتونی، گیل ارونسون، نیل اشنایدرمن ترجمه سید جواد آل محمد، سولماز جواکر، دکتر حمید طاهر نشاط دوست نشر جهاد دانشگاهی واحد اصفهان [۲۳] صورت گرفت:

از پرسشنامه کیفیت خواب پیترزبورگ (PSQI) جهت ارزیابی کیفیت خواب استفاده شد این پرسشنامه توسط بویس و همکاران (۱۹۸۹) طراحی شده و دارای ۱۸ آیتم با ۷ مؤلفه است که عبارتند از: ۱- کیفیت ذهنی خواب ۲- تأخیر در به خواب رفتن ۳- مدت‌زمان خواب ۴- میزان بازدهی خواب ۵- اختلالات خواب ۶- استفاده از داروهای خواب‌آور ۷- اختلالات عملکردی روزانه نمره‌گذاری در مؤلفه‌ها به‌صورت لیکرت (۰-۳) می‌باشد. نمره کل بین ۰-۲۱ به دست می‌آید.

که مستعد استرس هستند دچار مشکلات خواب می‌شوند و عوامل خطر ساز دیگر به آن تداوم می‌بخشند. در این راستا پژوهشها به نقش عوامل شناختی مانند نگرانی و نشخوار اشاره کرده‌اند که نشان می‌دهد الگوهای شناختی و ناتوانی در کنترل افکار سبب برانگیختگی هیجانی و مشکلات خواب می‌شود [۱۳]. بر اساس رویکرد شناختی اعتقاد بر این است که سوگیری‌هایی شناختی در فرایند پردازش اطلاعات در ایجاد و تداوم اختلالات هیجانی مانند نگرانی، نشخوار و استرس نقش اساسی دارند [۱۴]. بنابراین در مداخلات مبتنی بر درمانهای شناختی با هدف کاهش استرس، بر اصلاح سوگیری شناختی توجه ویژه می‌شود [۱۵]. سوگیری‌های شناختی عبارتند از نوعی آسیب‌پذیری شناختی در پردازش اطلاعات، یعنی شرایط خاصی که باعث می‌شود پردازش‌های شناختی از برخی جنبه‌ها به نفع جنبه‌های دیگر غفلت کنند. سوگیری‌های شناختی در ایجاد و تداوم استرس و مشکلات سلامت روان نقش مهمی دارند و به همین دلیل تمرکز درمانهای شناختی بر بازسازی شناختی است [۱۶]. اصلاح سوگیری شناختی با استفاده از درمان‌های شناختی - رفتاری واکنش‌پذیری هیجانی نسبت به استرس را کاهش می‌دهد و از این طریق وضعیت سلامت بیمار را بهبود می‌بخشد [۱۷]

بین عملکردهای شناختی مانند سوگیری شناختی با اختلالات خواب رابطه مشاهده شده است [۱۸]. همچنین در مطالعه لونسون و همکاران (۲۰۱۷) نیز نتایج نشان می‌دهد که درمانی شناختی-رفتاری منجر به افزایش کیفیت خواب بیماران شده است [۱۹]. عدم مهارت کافی در مقابله با استرس موجب تداوم استرس و پیچیدگی وضعیت جسمانی و روانی بیماران مبتلا به فشارخون می‌شود. مطالعات نشان داده است آموزش مدیریت استرس در بیماران مبتلا به فشارخون موجب کاهش علائم بیماری و افزایش کیفیت زندگی آنها می‌شود [۲۰، ۲۱]. هر چند مشخص نیست مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری چه تاثیری بر سوگیری شناختی و اختلالات خواب در بیماران مبتلا به فشارخون اولیه داشته باشد. بر این اساس می‌توان گفت هرگونه پژوهش در این زمینه کاربردی است و از اهمیت و ضرورت خاص برخوردار است؛ بنابراین این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر کیفیت خواب و سوگیری شناختی زنان مبتلا به فشارخون اولیه انجام شده است.

روش کار

این مطالعه از نوع مداخله‌ای با طرح تجربی با گروه کنترل بود. جامعه آماری این مطالعه را زنان مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های تخصصی و

جدول ۱. محتوی جلسات مدیریت استرس مبتنی بر درمان شناختی رفتاری

جلسه	محتوی
اول	چشم‌انداز کلی برنامه، آشنایی، آموزش آرمیدگی عضلانی تدریجی ۱۶ عضله‌ای - تکلیف خانگی
دوم	استرس و آگاهی - آرمیدگی عضلانی تدریجی ۸ عضله‌ای - تکلیف خانگی
سوم	ارتباط افکار و هیجانات - تمرین تنفس و تصویرسازی - آرمیدگی عضلانی تدریجی ۴ عضله‌ای - تکلیف خانگی
چهارم	تفکر منفی و تحریفات شناختی - جایگزینی افکار منطقی - تنفس و تصویرسازی - آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل - تکلیف خانگی - برگه خود نظارتی روزانه
پنجم	مقابله کارآمد و اجرای پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر - آموزش خود را برای سنگینی و گرما و برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی - تکلیف خانگی - برگه خود نظارتی روزانه
ششم	آموزش ابراز گری و آشنایی با شبکه حمایت اجتماعی - آموزش خود را همراه با تصویرسازی و خودالقای - تکلیف خانگی - برگه خود نظارتی روزانه
هفتم	مدیریت خشم - مراقبه مانترا - مراقبه تنفس - تکلیف خانگی - برگه خود نظارتی روزانه
هشتم	مرور کل برنامه - برنامه مدیریت استرس شخصی - برگه خود نظارتی روزانه برای ماه آینده

متغیرهای کیفیت خواب و سوگیری شناختی معنادار نبود ($P < 0.05$) (جدول ۲).

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل میانگین $\pm$ انحراف استاندارد

گروه	کیفیت خواب
پیش آزمون	پیش آزمون
مدیریت استرس	۳/۳۶
کنترل	۱/۵۲
پس آزمون	پس آزمون
مدیریت استرس	۲/۷۶
کنترل	۱/۹۲
کیفیت ذهنی خواب	پیش آزمون
مدیریت استرس	۰/۷۷
کنترل	۰/۸۲
پس آزمون	پس آزمون
مدیریت استرس	۲/۱۴ $\pm$ ۰/۷۷
کنترل	۱ $\pm$ ۰/۹۶
تاخیر در به خواب رفتن	پیش آزمون
مدیریت استرس	۴/۵۷ $\pm$ ۱/۱۵
کنترل	۴/۵۷ $\pm$ ۱/۰۸
پس آزمون	پس آزمون
مدیریت استرس	۱/۵۷ $\pm$ ۱/۱۵
کنترل	۴/۷۸ $\pm$ ۰/۹۷
طول مدت خواب	پیش آزمون
مدیریت استرس	۰/۸۵ $\pm$ ۰/۷۷
کنترل	۰/۸۵ $\pm$ ۰/۷۷
پس آزمون	پس آزمون
مدیریت استرس	۱/۹۲ $\pm$ ۰/۸۲
کنترل	۱ $\pm$ ۰/۷۸
کارایی خواب	پیش آزمون
مدیریت استرس	۱ $\pm$ ۰/۷۸
کنترل	۰/۸۵ $\pm$ ۰/۷۷
پس آزمون	پس آزمون
مدیریت استرس	۲/۰۷ $\pm$ ۰/۸۲
کنترل	۰/۸۵ $\pm$ ۰/۷۷
اختلالات خواب	پیش آزمون
مدیریت استرس	۱/۸۵ $\pm$ ۰/۷۷
کنترل	۲ $\pm$ ۰/۷۸
پس آزمون	پس آزمون
مدیریت استرس	۰/۸۵ $\pm$ ۰/۷۷
کنترل	۱/۹۲ $\pm$ ۰/۸۲
مصرف داروهای خواب‌آور	پیش آزمون
مدیریت استرس	۱/۶۴ $\pm$ ۱/۲۷
کنترل	۱/۶۴ $\pm$ ۱/۰۸
پس آزمون	پس آزمون
مدیریت استرس	۰/۹۲ $\pm$ ۰/۸۲
کنترل	۱/۵۷ $\pm$ ۱/۰۱
اختلال عملکرد روزانه	پیش آزمون
مدیریت استرس	۱/۸۵ $\pm$ ۱/۰۹
کنترل	۱/۹۲ $\pm$ ۰/۹۹
پس آزمون	پس آزمون
مدیریت استرس	۰/۹۲ $\pm$ ۰/۸۲
کانون توجه متمرکز بر خود	پیش آزمون
مدیریت استرس	۱۸/۶۴ $\pm$ ۳/۹۵
کنترل	۱۸/۵۰ $\pm$ ۲/۵۰
کانون توجه متمرکز بر دیگران	پیش آزمون
مدیریت استرس	۱۴/۵۷ $\pm$ ۳/۹۷
کنترل	۱۳/۳۵ $\pm$ ۳/۳۸

کسب نمره بالاتر از ۶ در کل پرسشنامه به معنی کیفیت خواب ضعیف است [۲۴]. این پرسشنامه سال ۲۰۱۲ توسط فرهی و همکاران از نظر خصوصیات روان‌سنجی موردبررسی قرار گرفت و آلفای کرون باخ آن ۰/۷۷ به دست آمد و خصوصیت روان‌سنجی نسخه فارسی قابل قبول است [۲۵]. در این مطالعه آلفای کرون باخ معادل ۰/۷۲ برای پرسشنامه به دست آمد. دومین پرسشنامه مورد استفاده سوگیری شناختی بود که وودی، چامبلز و گلدس در سال ۱۹۹۷ طراحی شده است. این پرسشنامه دارای دو زیر مقیاس پنج گویه ای است که عبارتند از مقیاس متمرکز بر خود و مقیاس متمرکز بر بیرون هرگونه بر اساس یک طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای است که نشان می‌دهد تا چه اندازه میزان شناخت آزمودنی‌ها با عبارت هماهنگ است. نمره هر مؤلفه نشان می‌دهد که تا چه اندازه کانون توجه آزمودنی با عبارت‌ها هماهنگ شده است و میزان توجه و تمرکز فرد بر خود بیشتر است یا بر مسائل بیرونی [۲۶]. ضریب آلفای کرون باخ برای سوگیری شناختی مقیاس متمرکز بر خود و متمرکز بر بیرون به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۷۲ در نمونه ایرانی گزارش شده است [۲۱]. پرسشنامه‌ها خود گزارشی هستند و توسط بیماران در دو مرحله قبل و بعد از آزمون تکمیل شدند. محقق هنگام تکمیل پرسشنامه‌ها در محل جهت پاسخگویی به ابهامات احتمالی حضور داشت. در پژوهش حاضر برای توصیف ویژگی‌های آزمودنی‌ها از آمار توصیفی استفاده شد. بدین جهت نرم‌افزار SPSS نسخه بیستم مورد استفاده قرار گرفت. جهت آزمون اثربخشی مداخله و بررسی تفاوت گروه‌ها با حذف اثر پیش آزمون از آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه استفاده شد. جهت مقایسه متغیرهای جمعیت شناختی از آزمون کای کاسکوئر و تی تست برای گروه‌های مستقل استفاده شد.

یافته‌ها

بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران حاکی از این بود که میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه مداخله $3/23 \pm 41/93$ سال و شرکت‌کنندگان در گروه کنترل $3/36 \pm 44/12$ سال بود که دو گروه از نظر آماری تفاوت معناداری نداشتند ($t = 1/71$, $P < 0.05$) دامنه سنی بین ۳۰-۵۰ سال بود. میانگین مدت ابتلا به بیماری شرکت‌کنندگان در گروه مداخله $2/16 \pm 3/00$ سال و این مقدار در گروه کنترل $3/43 \pm 1/84$ سال به دست آمد که از نظر مدت ابتلا دو گروه تفاوت معنادار نشان ندادند ($t = 0/61$, $P < 0.05$) دامنه مدت زمان ابتلا به بیماری بین ۱-۵ سال بود. اکثریت شرکت‌کنندگان صاحب دو فرزند بودند (۵۸ درصد) و تحصیلات در حد کاردانی یا کارشناسی داشتند (۶۳٫۸ درصد) دو گروه از نظر میزان تحصیلات تفاوت معنادار نشان ندادند ($X^2 = 0/66$, $P < 0.05$).

ابتدا پیش‌فرض‌های کوواریانس بررسی شد جهت بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها از آماره آزمون شاپیرو-ویلک گروه‌های آزمایش و کنترل استفاده شد. همچنین بین گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون در هیچ‌یک از متغیرها تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P < 0.05$). آماره F آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه تفاوت گروه آزمایش و کنترل در کیفیت خواب

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۶۸/۳۱	۱	۶۸/۳۱	۲۱/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۴۶
عضویت گروهی	۴۳/۱۱	۱	۴۳/۱۱	۱۳/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۳۵
خطا	۷۹/۱۱	۲۵	۳/۱۶			

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه تفاوت گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های سوگیری شناختی

مؤلفه	SS آزمایشی	SS خطا	MS آزمایشی	MS خطا	F	P	اندازه اثر
متمرکز بر خود	۰/۶۵	۴۶۶/۸۲	۰/۶۵	۱۹/۴۵	۰/۰۳	۰/۸۵	۰/۰۱
متمرکز بر دیگران	۳۷/۳۲	۲۳۹/۳۷	۳۷/۳۲	۹/۹۷	۳/۷۴	۰/۰۷	۰/۱۳

می‌توانستند استرس خود را کاهش دهند بنابراین کاهش استرس توانسته است کیفیت خواب را در این افراد بهبود بخشد.

نتایج تحلیل متغیر سوگیری شناختی و مؤلفه‌های کانون توجه متمرکز بر خود و متمرکز بر دیگران بین گروه آزمایش و کنترل در این مؤلفه تفاوت معنی‌داری نشان نداد. با توجه به این یافته‌ها، فرضیه دوم پژوهش تأیید نمی‌شود و می‌توان گفت که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری، تأثیری بر سوگیری شناختی زنان مبتلا به فشارخون ندارد. همسو با یافته‌های مطالعه حاضر ابراهیمی خیرآبادی (۱۳۹۳) نیز به این نتیجه دست‌یافت که درمان مبتنی بر شناختی رفتار بر سوگیری تسهیل شده و سوگیری تهدید در افراد مضطرب تأثیر معنادار ندارد [۳۱]. در مطالعه دیوننی و همکاران (۲۰۰۴) نیز نتایج نشان داد بیماران مبتلا به استرس پس از سانحه بعد از دریافت درمان شناختی رفتاری تغییر معناداری در نمرات سوگیری شناخت و توجه نشان نداده‌اند [۳۲]. هرچند این یافته با نتایج به‌دست‌آمده در مطالعات داداش زاده و همکاران [۳۳]؛ نیک‌بخت و همکاران [۳۴] متفاوت است. این تفاوت در یافته‌های می‌تواند با توجه به تفاوت پرسشنامه‌ها و شرکت‌کنندگان قابل توجیه باشد. زیرا در مطالعه نیک‌بخت شامل دانشجویان افسرده و در مطالعه نیک‌بخت شامل دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی بود.

در توجیه این یافته می‌توان گفت از آنجاکه سوگیری شناختی به‌نوعی توجه در پردازش اطلاعات گفته می‌شود که به‌واسطه آن افراد به برخی از محرک‌های پیرامون بیشتر توجه می‌کنند و برخی دیگر را نادیده می‌گیرند [۲۱]. تمرکز جلسات حاضر بیشتر بر افکار مرتبط با سلامتی و اصلاح افکار نگران‌کننده در مورد بیماری و عواقب آن و کنترل آن بود. اغلب افکار اتوماتیکی که در جلسات مطرح شد با محتوی بیماری و فشارخون بود. درحالی‌که بررسی سؤالات پرسشنامه سوگیری شناختی وود، چامبلز و گلدس نشان می‌دهد سوگیری شناختی متمرکز بر درون و بیرون اغلب بر اضطراب‌های اجتماعی اشاره دارند. از آنجاکه در جلسات در خصوص روابط اجتماعی بسیار مختصر صحبت شد و جزو اهداف اصلی جلسات نبود بنابراین این یافته قابل توجیه است.

موتابی و فتی (۱۳۹۴) عنوان می‌کنند مأموریت اصلی درمان شناختی رفتاری، کمک به فرد برای اصلاح نظام پردازش اطلاعات خویشتن است. درمانگر سعی می‌کند که بیمار را با استفاده از تکنیک‌های مختلف اطلاعات جدیدی روبرو کند که قبلاً آن‌ها را نادیده گرفته است این تکنیک‌ها به مراجعان کمک می‌کند که تفسیرها و برداشت‌های نادرست خود از رویدادهای محیطی را تعدیل و تصحیح کند و دیدگاه‌های جدیدی را ایجاد کنند [۳۵]. مراجعان یاد می‌گیرند که پیچیدگی و

همچنین آماره F آزمون همسانی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای کیفیت خواب سوگیری شناختی و خودتنظیمی معنادار نبود ($P < 0/05$)، بنابراین جهت انجام آزمون اقدام شد. با توجه به جدول ۱ آماره F کیفیت خواب در پس‌آزمون (۱۳/۶۲) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بود و این نشان می‌داد که بین دو گروه در میزان کیفیت خواب تفاوت معنی‌دار وجود داشت. اندازه اثر ۰/۳۵ نیز نشان می‌دهد که عضویت گروهی ۳۵ درصد از تغییرات کیفیت خواب را تبیین کرد. (جدول ۳)

با توجه به جدول ۴ آماره F برای مؤلفه‌های کانون توجه متمرکز بر خود (۰/۰۳) و متمرکز بر دیگران (۳/۷۴) معنی‌دار نبود ($P < 0/05$) این یافته نشان می‌داد بین گروه آزمایش و کنترل در این مؤلفه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

بحث

بررسی نتایج حاکی از این بود آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر کیفیت خواب، زنان مبتلا به فشارخون اولیه اثربخش بوده است. بدین معنا که افرادی که در گروه کنترل قرار داشتند تغییر معناداری نسبت به قبل از مداخله نشان ندادند اما افراد در گروه مداخله بعد از شرکت در جلسات آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری افراد کیفیت خواب بهتری گزارش کردند. این یافته با نتایج به‌دست‌آمده در مطالعات فردریچ و همکاران (۲۰۱۸)؛ زیچنر و همکاران (۲۰۱۷)؛ کالدو و همکاران (۲۰۱۶) همسو می‌باشد [۲۷-۲۹].

در تبیین آن می‌توان چنین گفت که با توجه به این‌که عوامل استرس‌زای محیطی در ایجاد و تشدید علائم و نشانه‌های بیماری فشارخون تأثیر زیادی دارند برانگیختگی فیزیولوژیکی مفرطی که در موقعیت‌های استرس‌زا ایجاد می‌شود، باعث افزایش تولید هورمون‌های اپی نفرین و نوراپی نفرین می‌شود و به همان نسبت ضربان قلب و فشارخون را بالا می‌برد. این پاسخگویی فیزیولوژیکی مفرط نهایتاً احتمال وقوع بیماری فشارخون را افزایش می‌دهد [۳۰]. استرس در کیفیت خواب تغییراتی ایجاد می‌کند این تغییرات ممکن است از طریق تغییراتی که استرس در هورمون‌هایی مانند هیپوکراتین، کورتیکوتروپین یا پرولاکتین ایجاد می‌کند رخ دهد. از طرفی استرس در نواحی درگیر با خواب مانند آمیگدالا و هیپوتالاموس تأثیر دارد هرچند این تغییرات به‌وسیله نواحی پیشانی قابل تعدیل است [۱۲]. از آنجاکه در طی جلسات فونونی به بیماران آموخته شد که از طریق آن

خانوادگی و میزان درآمد و سطح سلامت روان بود. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی معیارهای ورود و خروج از مطالعه با در نظر گرفتن سطح تحصیلات، سبک زندگی، جنسیت، درآمد و روابط خانواده به بررسی اثربخشی این مداخله پرداخته و اثربخشی آن را با دیگر گروه‌ها و مداخلات مورد مقایسه قرار دهد.

تشکر و قدردانی

طرح تحقیق در دانشگاه آزاد اسلامی-واحد رشت بررسی و با شناسه اخلاق IR.IAU.RASHT.REC.1397.001 مصوب شده است. این مقاله مستخرج از پایان‌نامه دکتری روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت استخراج شده است. از تمامی شرکت‌کنندگان در تحقیق و کلینیک‌هایی که در انجام تحقیق نویسندگان را یاری کردند کمال تشکر را داریم.

References

1. Simaei S, Almoradi Z, Sadeghi T. The Effect of Education on Lifestyle Modification in Control of Anxiety, Stress and Depression in Patients with Hypertension. *BJMS*. 2012;19(6):1-9.
2. Ghamari H. Effect of training on immunization against stress and drug therapy in hypertension and quality of life in women with high blood pressure. *J Beh Sci*. 2014;4(1):405-11.
3. Aalami S, Nikoui V, Irani M, Bakhtiarian A. Plasma zinc levels in normotensive and hypertensive adults: a comparative study in Tehran Heart Center. *Tehran Univ Med J*. 2012;70(7):22-416.
4. Alebiosu OC, Ogunsemi OO, Familoni OB, Adebayo PB, Ayodele OE. Quality of sleep among hypertensive patients in a semi-urban Nigerian community: a prospective study. *Postgrad Med*. 2009;121(1):166-72. doi: 10.3810/pgm.2009.01.1969 pmid: 19179828
5. Jean-Louis G, Zizi F, Clark LT, Brown CD, McFarlane SI. Obstructive sleep apnea and cardiovascular disease: role of the metabolic syndrome and its components. *J Clin Sleep Med*. 2008;4(3):261-72. pmid: 18595441
6. Zhang Y, Tan X. Compliance with care and poor sleep quality among hypertensive adults in a mountainous area of Hubei Province, People's Republic of China. *Patient Prefer Adherence*. 2019;13:1221-7. doi: 10.2147/PPA.S212241 pmid: 31413550
7. Bansil P, Kuklina EV, Merritt RK, Yoon PW. Associations between sleep disorders, sleep duration, quality of sleep, and hypertension: results from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2005 to 2008. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2011;13(10):739-43. doi: 10.1111/j.1751-7176.2011.00500.x pmid: 21974761
8. Lu K, Chen J, Wang L, Wang C, Ding R, Wu S, et al. Association of Sleep Duration, Sleep Quality and Shift-Work Schedule in Relation to Hypertension Prevalence in Chinese Adult Males: A Cross-Sectional Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(2). doi: 10.3390/ijerph14020210 pmid: 28230809
9. Uchmanowicz J, Markiewicz K, Uchmanowicz B, Koltuniuk A, Rosinczuk J. The relationship between sleep disturbances and quality of life in elderly patients with hypertension. *Clin Interv Aging*. 2019;14:155-65. doi: 10.2147/CIA.S188499 pmid: 30697040
10. Palagini L, Bruno RM, Gemignani A, Baglioni C, Ghiadoni L, Riemann D. Sleep loss and hypertension: a systematic review. *Curr Pharm Des*. 2013;19(13):2409-19. doi: 10.2174/1381612811319130009 pmid: 23173590
11. Kanji S, Mera A, Hutton B, Burry L, Rosenberg E, MacDonald E, et al. Pharmacological interventions to improve sleep in hospitalised adults: a systematic review. *BMJ Open*. 2016;6(7):e012108. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012108 pmid: 27473952

ابهام ویژگی اکثر موقعیت‌های زندگی است و بنابراین یاد می‌گیرند در شرایط استرس زا از راهبردهای سازگاران تری استفاده کنند که این مهارت از مزمن شدن استرس پیشگیری می‌کند [۳۶].

نتیجه‌گیری

در کل با توجه به نتایج به‌دست‌آمده در این مطالعه می‌توان گفت درمان مدیریت استرس مبتنی بر شناختی-رفتاری برافزایش کیفیت خواب اثربخش بوده است درحالی‌که بر سوگیری شناختی اثر معنادار نداشت. این مطالعه با محدودیت‌هایی همراه بود از جمله اینکه به خود گزارش دهی بیماران در خصوص عدم ابتلا به بیماری‌های روان‌شناختی و جسمی اکتفا شد و محقق امکان بررسی آزمایشگاهی و گرفتن مصاحبه عمیق نداشت. محدودیت دیگر تعداد کم نمونه‌های تحقیق بود که می‌بایست تعمیم‌یافته‌ها با احتیاط صورت بگیرد. ازجمله محدودیت‌ها دیگر عدم امکان کنترل متغیرهای جمعیت شناختی مانند روابط

12. Sanford LD, Suchecki D, Meerlo P. Stress, arousal, and sleep. *Curr Top Behav Neurosci*. 2015;25:379-410. doi: 10.1007/7854_2014_314 pmid: 24852799
13. Pourmohseni KF. The impact of rumination and worry on sleep disturbance. *Daneshvar Med*. 2014;21(108):29-40.
14. Ford CG, Shook NJ. Negative Cognitive Bias and Perceived Stress: Independent Mediators of the Relation Between Mindfulness and Emotional Distress. *Mindfulness*. 2018;10(1):100-10. doi: 10.1007/s12671-018-0955-7
15. van der Gaag M. The efficacy of CBT for severe mental illness and the challenge of dissemination in routine care. *World Psychiatry*. 2014;13(3):257-8. doi: 10.1002/wps.20162 pmid: 25273295
16. de Hullu E, Sportel BE, Nauta MH, de Jong PJ. Cognitive bias modification and CBT as early interventions for adolescent social and test anxiety: Two-year follow-up of a randomized controlled trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2017;55:81-9. doi: 10.1016/j.jbtep.2016.11.011 pmid: 28013069
17. Schramm PJ, Zobel I, Monch K, Schramm E, Michalak J. Sleep quality changes in chronically depressed patients treated with Mindfulness-based Cognitive Therapy or the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy: a pilot study. *Sleep Med*. 2016;17:57-63. doi: 10.1016/j.sleep.2015.09.022 pmid: 26847975
18. Tsapanou A, Gu Y, O'Shea DM, Yannakoulia M, Kosmidis MH, Dardiotis E, et al. Dataset on the associations between sleep quality/duration and cognitive performance in cognitively healthy older adults. *Data Brief*. 2017;14:720-3. doi: 10.1016/j.dib.2017.08.028 pmid: 28932777
19. Levenson JC, Rollman BL, Ritterband LM, Strollo PJ, Smith KJ, Yabes JG, et al. Hypertension with unsatisfactory sleep health (HUSH): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2017;18(1):256. doi: 10.1186/s13063-017-2001-9 pmid: 28587609
20. Tarkhan M, Safarinia M, Khosh SP. Effectiveness of group stress inoculation training on the systolic and diastolic blood pressure and life quality of hypertension in women. *QJ Health Psychol*. 2012;1(1):46-58.
21. Tarkhan M, Ahmadi G. The Relationship Between Self-focus Cognitive Bias and Responsibility with Social Adjustment of Women. *Social Cog*. 2015;8:97-108.
22. Shojaie S, Askarizadeh G, Mousavi NSH. The effectiveness of relaxation training on general health and sleep quality of pregnant women in the last trimester of pregnancy. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci Health Serv*. 2017;24(11):887-98.
23. Sayadi M, Eftekhari Saadi Z, Makvandi B, Hafezi F. Effect of cognitive rehabilitation training on anxiety, depression and emotion regulation in women with postpartum depression. *Iran J Res Nurs*. 2019;5(2):25-32.

24. Najafi N. The effectiveness of cognitive-behavioral stress management training on the reduction of dysfunctional attitudes and stress in adolescent with coronary heart disease. *Razi J Med Sci.* 2015;21(128):8-17.
25. Farrahi Moghaddam J, Nakhaee N, Sheibani V, Garrusi B, Amirkafi A. Reliability and validity of the Persian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-P). *Sleep Breath.* 2012;16(1):79-82. doi: 10.1007/s11325-010-0478-5 pmid: 21614577
26. Woody SR, Chambless DL, Glass CR. Self-focused attention in the treatment of social phobia. *Behav Res Therapy.* 1997;35(2):117-29. doi: 10.1016/s0005-7967(96)00084-8
27. Kaldo V, Jernelov S, Blom K, Ljotsson B, Brodin M, Jorgensen M, et al. Guided internet cognitive behavioral therapy for insomnia compared to a control treatment - A randomized trial. *Behav Res Ther.* 2015;71:90-100. doi: 10.1016/j.brat.2015.06.001 pmid: 26091917
28. Friedrich A, Classen M, Schlarb AA. Sleep better, feel better? Effects of a CBT-I and HT-I sleep training on mental health, quality of life and stress coping in university students: a randomized pilot controlled trial. *BMC Psychiatry.* 2018;18(1):268. doi: 10.1186/s12888-018-1860-2 pmid: 30157894
29. Zeichner SB, Zeichner RL, Gogineni K, Shatil S, Ioachimescu O. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia, Mindfulness, and Yoga in Patients With Breast Cancer with Sleep Disturbance: A Literature Review. *Breast Cancer (Auckl).* 2017;11:1178223417745564. doi: 10.1177/1178223417745564 pmid: 29434470
30. Buxton OM, Marcelli E. Short and long sleep are positively associated with obesity, diabetes, hypertension, and cardiovascular disease among adults in the United States. *Soc Sci Med.* 2010;71(5):1027-36. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.05.041 pmid: 20621406
31. Sarikhani A, Gandomani M. General health indices in university students offered from seborrheic dermatitis. *J Dermatol Cosmet.* 2013;4(2):76-83.
32. Devineni T, Blanchard EB, Hickling EJ, Buckley TC. Effect of psychological treatment on cognitive bias in motor vehicle accident-related Posttraumatic Stress Disorder. *J Anxiety Disord.* 2004;18(2):211-31. doi: 10.1016/s0887-6185(02)00247-5
33. Dadashzadeh H, Yazdandoost R, Gharraee B. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy and Exposure Therapy on Interpretation Bias and Fear of Negative Evaluation in Social Anxiety Disorder. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 2012;18(1):40-51.
34. Nikbakht A, Neshat-Doost HT, Mehrabi H. Comparison of None-attendance Interventions Methods of Standardized Cognitive Bias Modification, Cognitive Bias Modification Based on Self-generation and Cognitive-Behavior Training on Depressed Students. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 2018;24(3):270-83. doi: 10.32598/ijpcp.24.3.270
35. Motabi F, Fatih L. The Way to Recognize the Therapeutic Behavior. Tehran: Daneh publishing; 2015.
36. Rahimian M, Farrokhi A, Namazizadeh M, Aghapour S, Moghadam A. The effect of different strategies of attention on perceived pressure and pressure tolerance in different intensity of endurance activity. *Olympics.* 2010;18(2):114-35.