

اثربخشی رویکرد زوج درمانی هیجان مدار بر بهبود رضایت جنسی و
تنیدگی زناشویی بیماران قلبی بای پس عروق کرونر^۱

**The effectiveness of excited family therapy approach on
improving Sexual Satisfaction and Marital stress in
patients with Coronary artery bypass graft**

A. Nekonam, M.A.

آسیه نکونام*

S. Etemadi, Ph.D.

دکتر ثریا اعتمادی**

S. Pornaghash Tehrani, Ph.D.

دکتر سعید پورنقاش تهرانی***

چکیده

در بین بیماران قلبی مسائل روانشناختی در ارتباطات زناشویی و روابط جنسی به وفور به چشم می خورد که منجر به کاهش رضایت جنسی می شود. یکی از راه های بهبودی استفاده از درمان های روانشناختی است؛ در بین درمان های روانشناختی، خانواده درمانی هیجان مدار یکی از مداخله هایی است که بر روی روابط زوجین و هیجانانگیز می کند. هدف از پژوهش حاضر اثربخشی رویکرد زوج درمانی هیجان مدار بر بهبود تنیدگی زناشویی و رضایت جنسی

۱. این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی پردیس فارابی دانشگاه تهران است.

*. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، پردیس فارابی دانشگاه تهران

** . استادیار گروه روانشناسی، پردیس فارابی دانشگاه تهران (نویسنده مسؤول)

***. دانشیار روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران

اثربخشی رویکرد زوج درمانی هیجان‌مدار بر بهبود رضایت جنسی و تنیدگی زناشویی بیماران قلبی بای‌پس...

بیماران قلبی بای‌پس عروق کرونر بود. پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با حجم نمونه ۳۰۰ نفر به صورت هدفمند از بین بیماران CABG شده که برای شرکت در برنامه بازتوانی به بیمارستان قلب تهران مراجعه کرده بودند، انتخاب و در دو گروه گواه و آزمایش جایگزین شدند. گروه آزمایش در هشت جلسه گروهی مورد آموزش قرار گرفتند. داده‌ها با پرسشنامه رضایت جنسی هادسون و تنیدگی زناشویی استکهلم تهران در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون جمع‌آوری و با نرم‌افزار SPSS-24 و آزمون‌های تی مستقل، تی زوجی، آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌های گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری در سطح $P < 0.05$ را نشان داد. این بدان معناست که مداخله خانواده درمانگری متمرکز بر هیجان در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل منجر به افزایش رضایت جنسی و کاهش تنیدگی گردید.

واژه - کلیدها: هیجان‌محور، رضایت جنسی، تنیدگی زناشویی، بیماران قلبی عروقی.

Abstract

In cardiac patients, psychological issues in marital and sexual relationships are abundantly leading to reduced sexual satisfaction. One of the ways to heal isto use psychological treatments; among psychological therapies, family therapy is an excitement ofone ofthe interventions that focuses on couples' relationships and emotions.

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of theEmotion-centered Family Therapy improving marital satisfaction andsexual satisfaction ofcoronary artery bypass graft. Asemi-experimental study with a sample size of 300 people was selected from among CABG patients who were referred to the Tehran Heart Hospital for rehabilitation program and were replaced into two groups of control and test.

Theexperimental group was trained in eight group session. Data were collected byHudson Sexual Satisfaction Questionnaire and Marital Stress Questionnaire inStockholm, Tehran, into two stages of pre-test and post-test. Data were analyzed using SPSS-24 software, independent t-test, paired t-test, descriptive statistics and covariance analysis. The findings ofthe experimental and control groups showed a significant difference inthe

اثربخشی رویکرد زوج درمانی هیجان مدار بر بهبود رضایت جنسی و تنیدگی زناشویی بیماران قلبی بای پس...

level ($P < 0.05$). This means emotion-centered family therapy intervention increased the the level of sexual satisfaction and decreased marital tension in experimental group compare with control group.

Keywords: family therapy, sexual satisfaction, marital tension, cardiovascular patients

Contact information : etemadi.soraya@ut.ac.ir.

مقدمه

امروزه بیشترین علت مرگ و میر در جهان به علت بیماری قلبی است، که ۱۶ میلیون مرگ را به خود اختصاص داده (متسیونا، یاتسیوا، ایزو، یاماشیتا، اوتا، ۲۰۱۷) و به عنوان یک مانع برای رشد انسان معرفی شده است (روت، جانسون، ابجاییر، عبدالله، آبرا، ایوو، آلام، ۲۰۱۷). CABG یک انتخاب بهینه برای درمان این بیماری محسوب می شود (حیبی، دمیترا، بادور، یامین، هاگ، هافمن، ترنبوق، ۲۰۱۵) به گونه ای که میزان عود عروقی مجدد آن نسبت به درمان های دیگر ۱۲/۸٪ پایین تر است (کانسرا، وایز، واینتروب، هان، تینچن، راب، کلاین، ۲۰۱۵). اما با وجود مؤثر بودن این درمان کماکان بیماران با مشکلات دیگری دست و پنجه نرم می کنند که همین مشکلات خطر عود مجدد را در پی دارد؛ این مشکلات می توانند عواملی همانند فشار روانی^۱، تعارضات بین فردی^۲ و رفتارهای خصومت آمیز^۳ که به بستری شدن مجدد بیمار ختم می شود، باشند (آلبوس، ۲۰۱۰). برای پیشگیری از این امر، آموزش بیماران قلبی یک ضرورت به شمار می آید. از آنجایی که فرد بیمار با خانواده زندگی می کند و بیماری فرد بر روی وضعیت خانواده تأثیر منفی می گذارد، در واقع شروع یک بیماری مزمن و کاهش سلامت جسمانی، تهدیدی بالقوه برای کیفیت زندگی زناشویی^۴ زوجین است و احتمال دارد بیماری، تعادل زوجین را تحت تأثیر قرار دهد (کوپرال، بوریز، ون گرونو، تیلبورگ، ۲۰۱۳). یک عامل تهدید کننده شایع، تنیدگی روانشناختی در خانواده است که، عامل تسریع کننده ایسکمی میوکارد و آئزین در بیماران مبتلا به بیماری کرونری قلب تلقی شده است (بوگر، محمودی، فراهانی، دبیری، ۲۰۱۳) و زوجین را به بازنگری مجدد ساختار رابطه و ادار می کند (کوپرال و همکاران، ۲۰۱۳). پاسخ فشار روانی با رهاسازی کاته کولامین ها و کورتیکواستروئید می تواند تراکم پلاکت های خونی و انقباض رگ های خونی شریان کرونر را افزایش دهد، خطر

اثربخشی رویکرد زوج درمانی هیجان‌مدار بر بهبود رضایت جنسی و تنیدگی زناشویی بیماران قلبی بای‌پس...

لخته شدن بافت خونی درون شریان را افزایش دهد و به عروق کرونر آسیب وارد سازد (بوگر و همکاران، ۲۰۱۳). پژوهش‌ها میان تنیدگی خانوادگی و ناسازگاری زناشویی و نارضایتی زناشویی رابطه پیدا کرده‌اند (شمسی‌پور، بشارت، صادقیان، ۱۹۹۵). مطالعات نشان می‌دهد که تنیدگی یک عامل مهم و مؤثر در نارضایتی زوجین است. کندال مورفی و اونیل، تنیدگی را به‌عنوان یک تجربه قابل پیش‌بینی طبیعی که می‌تواند هم جنبه مثبت و هم جنبه منفی داشته باشد تعریف می‌کنند؛ می‌توان گفت تنیدگی نقش مهمی در سلامت جسمی و روحی زوجین دارد (هنری، شامولی، ۲۰۱۷). تنیدگی مفهومی است که به شدت در مطالعات پژوهشی مورد توجه قرار گرفته است و نقش مهمی در درک کیفیت و ثبات روابط دارد و یک تهدید برای روابط به‌شمار می‌آید. تنیدگی زناشویی به‌عنوان یک وضعیتی است که زوجین مشکلات ارتباطی را تجربه می‌کنند، در حالی که آن‌ها در کنار هم و با سختی زندگی می‌کنند به‌دنبال راه حل هستند؛ مطالعات و نظریه‌ها نشان داده‌اند که تنیدگی در زوجین همیشه یک پدیده دو گانه است که بر هر دو طرف تأثیر می‌گذارد (هنری و همکاران، ۲۰۱۷). یکی دیگر از عواملی که تحت تأثیر بیماری قلبی قرار می‌گیرد فعالیت جنسی است. طبق مطالعات انجام شده یکی از نیازهای آموزشی بیماران قلبی چگونگی فعالیت جنسی است (باقریان، معماریان، حاجی‌زاده، پاک‌چشم، ۲۰۱۴). متأسفانه پیرامون چگونگی فعالیت جنسی آموزشی به بیماران داده نمی‌شود. در بیماری قلبی عروقی مشکلات جنسی شیوع بالایی دارد که منجر به کاهش کیفیت زندگی بیماران می‌شود (بیرن، دوهرتی، ام سی جی، مورفی، ۲۰۱۰). عمده‌ترین مشکلات جنسی، کاهش میل یا فقدان و یا اجتناب از فعالیت جنسی است که در نهایت منجر به نارضایتی جنسی^۷ می‌شود (باقریان و همکاران، ۲۰۱۴). تمایلات، کشش‌ها و کیفیت زندگی جنسی انسان به اندازه اصل زیستن، پر بار و پیچیده است. فعالیت جنسی و جنسیت، بخش مهمی از زندگی زناشویی است (داویز، شاور، ۲۰۰۶). نارضایتی از رابطه جنسی، می‌تواند به مشکلات عمیق در روابط زوجین و ایجاد تنفر از همسر، دلخوری، حسادت، رقابت، حس انتقام و احساس عدم اعتماد به‌نفس منجر شود (هنری‌پوران، تبریزی، نواینژاد، شفیع‌آبادی، ۲۰۱۰). یکی از متغیرهای بسیار مهم در رضایت جنسی، کیفیت زندگی و چگونگی ارتباط زوجین با یکدیگر است. تحقیقات متعدد ارتباط معناداری بین رضایت جنسی و رضایت از زندگی و تعاملات و

اثربخشی رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بهبود رضایت جنسی و تنیدگی زناشویی بیماران قلبی بای‌پس...

ارتباطات زناشویی را به اثبات رسانده‌اند (هنرپروران و همکاران، ۲۰۱۰). زوجینی که با یک بیماری پیچیده مواجه می‌شوند، ممکن است از طریق بازسازی مجدد نقش‌های زوجی و تعامل مشارکتی در نگهداری تعادل رابطه موفق شوند (رادکلیف، لاوتن، مورگان، ۲۰۱۳)، بنابراین نیاز به آموزش‌های روانشناختی^۸ است؛ یکی از مداخلات مؤثر زوج‌درمانگری^۹ است، زوج‌درمانگری هیجان‌مدار^{۱۰} برای کاهش تأثیرات بیماری در ابعاد روانشناختی و خانوادگی برای افراد مطرح شده است. در زوج‌درمانگری هیجان‌محور تمرکز بر تأثیر همسر بر رفتارهای سلامت بیمار، تعارضات ارتباطی، حمایت زوجی یا کیفیت زناشویی است (صالحی، رستمیان، قربانی، ۲۰۱۵). EFT یک رویکرد ساختار یافته کوتاه‌مدت (تقریباً بین ۸-۲۰ جلسه) در زوج‌درمانگری و خانواده‌درمانگری است که بر پایه مفاهیم واضح و روشن از ناراحتی‌های زناشویی و عشق بزرگسالی بنا نهاده شده است (اعتمادی، آبادی، ۲۰۱۵). از دیدگاه EFT، تنیدگی‌های زناشویی توسط حالت‌های فراگیر عاطفه منفی و ناامنی‌های دلبستگی ایجاد می‌شوند و ادامه پیدا می‌کنند (اعتمادی و همکاران، ۲۰۱۵). در فرایند EFT هیجان‌ات پردازش و تنظیم می‌شوند تا در نتیجه به پاسخ‌های سازگارتری تبدیل شوند، پاسخ‌های هیجانی محدود شده یا طاقت‌فرسا می‌توانند در یک محیط امن درمانی به شکلی واضح بروز پیدا کنند. همچنین هیجان وسیله‌ای است که توسط درمان‌گر برای ایجاد تغییر در زوجها به کار برده می‌شوند. هیجان‌ات به فرد این فرصت را می‌دهند که درونی‌ترین جنبه‌های خود را برای هر چیز خارج از خود بیان کنند (اعتمادی و همکاران، ۲۰۱۵). EFT یک رویکرد تجربی و سیستمی است و عوامل درون روانی و بین‌فردی را با یکدیگر ترکیب کرده است. EFT روی قدرت بافت تأکید می‌کند. رفتار هر یک از زوجین در این بافت به‌عنوان پاسخی به رفتار دیگری دیده می‌شود. تحقیقاتی در تأیید اثربخش بودن رویکرد هیجان‌مدار صورت گرفته از جمله: زراعتی و همکاران در مورد اثربخشی زوج‌درمانگری هیجان‌مدار بر تغییر سبک دلبستگی و صمیمیت جنسی زوجین پرداخته و به این نتیجه رسیده‌اند که رویکرد هیجان‌مدار تفاوت معناداری بر سبک دلبستگی و صمیمیت جنسی داشته است (بدیهی زراعتی، موسوی، ۲۰۱۶). در مطالعه‌ای که جهت بررسی تأثیر به‌کارگیری رویکرد هیجان‌مدار بر میزان نارضایتی جنسی زوجین صورت گرفت نتایج، نشان‌دهنده آن بود که مداخله هیجان‌مدار بر افزایش مؤلفه‌های رضایت

اثربخشی رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بهبود رضایت جنسی و تنیدگی زناشویی بیماران قلبی بای‌پس...

جنسی زوجین مؤثر و تأثیر آن در زنان بیش از مردان بوده است (هنرپروران و همکاران، ۲۰۱۰). رحیمیان بوگر و همکاران در تحقیق خود تحت‌عنوان اثربخشی فعال‌سازی رفتاری و قرار دادهای گروهی و حمایت خانواده بر بهبود تنیدگی زناشویی بیماران قلبی به این نتیجه رسیدند که این رویکردها و حمایت خانواده بر کاهش تنیدگی زناشویی نقش دارند (بوگر و همکاران، ۲۰۱۳). هنری و همکاران به بررسی زوج‌درمانگری به شیوه شناختی رفتاری بر روی تنیدگی زناشویی و مهارت‌های عاطفی زوجین پرداخته‌اند که نتایج نشان داد درمان شناختی رفتاری زوج‌درمانگری دارای اثر معنی‌داری بر روی تنیدگی زناشویی و مهارت‌های عاطفی زوجین دارد (هانری و همکاران، ۲۰۱۳). طبق مطالب مطرح شده در بالا در مورد شدت تنیدگی زناشویی موجود در بین بیماران قلبی و همچنین وجود نارضایتی جنسی و وجود هنجارهای فرهنگی حاکم بر جو ایران که بحث در مورد مسائل جنسی را با محدودیت مواجه می‌کند؛ به همین دلیل اجرای این پژوهش جهت بهبود وضعیت بیماران قلبی ضروری به‌نظر می‌رسید. این پژوهش با هدف اثربخشی زوج‌درمانگری هیجان‌مدار بر بهبود تنیدگی زناشویی و رضایت جنسی بیماران قلبی بای‌پس عروق کرونر اجرا شد.

روش

جامعه آماری، گروه نمونه و روش نمونه‌گیری: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی است که با مدل پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه اجرا شد. جامعه این پژوهش شامل کلیه بیماران قلبی که در سال ۱۳۹۵ به بیمارستان قلب تهران جهت دریافت بازتوانی مراجعه کرده بودند می‌شدند، حجم نمونه شامل ۳۰۰ نفر که ۱۵۰ نفر جز گروه گواه و ۱۵۰ نفر جز گروه آزمایش بودند، در این پژوهش گروه گواه بازتوانی‌های روتین شامل بازتوانی ورزشی، تغذیه، CBT دریافت می‌کردند و گروه آزمایش در کنار برنامه‌های روتین بازتوانی، آموزش EFT را دریافت کردند. در این پژوهش نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند انجام شد. شرایط ورود به پژوهش شامل: رضایت داشتن بیماران برای شرکت در پژوهش، دریافت CABG و نداشتن بیماری مزمن دیگر به‌جز بیماری قلبی بود. پرسشنامه‌هایی که در این پژوهش به‌عنوان

اثربخشی رویکرد زوج درمانی هیجان‌مدار بر بهبود رضایت جنسی و تنیدگی زناشویی بیماران قلبی بای‌پس...

پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا می‌شدند، شامل پرسشنامه رضایت جنسی هادسون و تنیدگی زناشویی استکهلم تهران بود که در زیر به معرفی آن‌ها پرداخته می‌شود.

مقیاس تنیدگی زناشویی استکهلم (SMSS) توسط اورث گومر و همکاران (۲۰۰۰) برای اندازه‌گیری تنیدگی زناشویی در زنان مبتلا به بیماری قلبی ساخته شد. مقیاس اصلی دارای ۱۷ سؤال است که به صورت صفر و یک نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره این مقیاس صفر و حداکثر نمره آن ۲۷ است. هر چقدر نمره فرد در این مقیاس بالاتر باشد، تنیدگی موجود در روابط او و همسرش بیشتر خواهد بود. اورث گومر و همکاران (۲۰۰۰) همسانی درونی مقیاس (آلفای کرونباخ = ۰/۷۷) و اعتماد سازه آن را با استفاده از مقیاس‌های مرتبط رضایت بخش گزارش کردند. در نسخه ایرانی از مقیاس لیکرت استفاده می‌شود، در نهایت فرم ۱۶ سؤالی مقیاس تهیه شد به صورت پنج گزینه (بسیار زیاد، زیاد، متوسط، کم، بسیار کم) به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ نمره‌گذاری شد. نمره هر آزمودنی را از ۲۴ (حداقل) تا ۱۲۰ (حداکثر) مشخص می‌شود. ضریب همبستگی مقیاس زناشویی استکهلم- تهران ۰/۷۸ محاسبه شد که در سطح $p = ۰/۰۰۱$ معنی‌دار بود. این ضریب نشانه پایایی بازآزمایی خوب مقیاس تنیدگی زناشویی است. همسانی درونی ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برای مقیاس تنیدگی زناشویی تهران ۰/۹۱ بود که نشانگر همسانی درونی بالای این آزمون است (شمسی پور و همکاران، ۱۹۹۵). آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برابر است با ۰/۷۸.

پرسشنامه رضایت جنسی هادسون (ISS) پرسشنامه رضایت جنسی هادسون، ۲۵ گویه دارد. در سال ۱۹۸۱ توسط هادسون- هریسون و کروسکاپ برای ارزیابی سطوح رضایت زوجین ساخته شد. این مقیاس دارای ۲۵ سؤال می‌باشد و جزء پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی محسوب می‌شود. پاسخ آزمودنی به هر ماده آزمون در سطح یک مقیاس ۷ درجه‌ای بین ۰ تا ۶ مشخص می‌شود و در مجموع نمره آزمودنی‌ها در کل تست بین ۰ تا ۱۵۰ در نوسان است. همچنین پاره‌ای از ماده‌های مقیاس، نمره‌گذاری معکوس دارد. نمره‌گذاری معکوس شامل سؤالات ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۲۰، ۲۴ و ۲۵ می‌باشد. نمره بالا در این مقیاس منعکس‌کننده رضایت جنسی است. ثبات درونی این مقیاس توسط طراحان محاسبه و آلفای کرونباخ آن ۰/۹۱ به دست آمد. اعتماد مقیاس نیز با روش بازآزمایی با فاصله یک هفته محاسبه گردید که

اثربخشی رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بهبود رضایت جنسی و تیدگی زناشویی بیماران قلبی بای‌پس...

برابر ۰/۹۳ شد. درستی مقیاس از طریق درستی تفکیکی محاسبه گردید که نتایج نشان داد مقیاس توانایی تشخیص زوجین دارا و فاقد مشکلات جنسی را دارد. اعتماد ابزار به‌وسیله روش درستی محتوا (پانل متخصصین) بررسی و تأیید شد. همچنین جهت تعیین پایایی این ابزار، از روش "آزمون مجدد" استفاده گردید و $r = 0/89$ برای این پرسشنامه به‌دست آمد.

نمره بین ۲۵ تا ۶۷: رضایت جنسی، کم است.

نمره بین ۶۷ تا ۱۰۰: رضایت جنسی، متوسط است.

نمره بالاتر از ۱۰۰: رضایت جنسی، زیاد است (روشنی چسلی، میرزایی، نیک آذین،

۲۰۱۴). در پژوهش حاضر از آلفای کرونباخ استفاده شد که آلفا برابر با ۰/۸۴ به‌دست آمد.

این پژوهش شامل ۸ جلسه گروهی آموزش EFT و ۴ جلسه انفرادی برای مشاوره فردی

می‌شد که تقریباً در ۶ گروه ۲۵ نفره که در هفته یک جلسه دوساعته آموزش EFT داشتند.

پروتکل درمانی آن‌ها به شکل زیر اجرا می‌شد:

جدول ۱: پروتکل درمانی مدیریت هیجان مبتنی بر رویکرد هیجان‌مدار (بیماران قلبی)

<p>۱: در این جلسه بعد از معرفی و آشنا شدن با اعضای گروه، انگیزه و انتظار آنان از شرکت در کلاس سوال شد. سپس با کمک خود افراد تعریفی از هر کدام از مفاهیم ارائه شد. تکلیف ارائه شده: توجه به حالات هیجانی خوشایند. ۲: آزمودنی‌ها در مورد تکالیف هفته گذشته صحبت کردند. همچنین این آیت‌ها بررسی گردید: ۱. پذیرش و انعکاس تجربیات (تعاملی و هیجانی) مشترکی که از نظر زوجین بی‌اهمیت است و کم‌تر به آن اشاره شده است؛ ۲. کشف تعاملات مشکل‌دار و مشخص کردن چرخ‌های تعاملی با سطح دلبستگی آنان؛ ۳. مشخص کردن رابطه پاسخ‌های هیجانی زوجین با سطح دلبستگی آنان؛ ۴. ارزیابی مشکل و موانع دلبستگی؛ ۵. ایجاد توافق درمانی؛ ۶. شناسایی چرخه تعاملات منفی</p>	شناسایی
<p>۳: در این جلسه به شناسایی احساسات زیر بنایی و ابراز نشده و گوش کردن احساسات، ابراز هیجانات، بیان احساسات خالص، حذف حواشی و تصدیق احساسات پرداخته شد و تفاوت بین هیجان خالص و حواشی بررسی گردید. همچنین آیت‌های زیر بررسی و انجام شد: مشاهده نحوه تعامل هر کدام از زوجین (سناریو).</p>	تغییر

<p>۴: در این جلسه به شکل‌دهی مجدد به مشکل از جنبه چرخه منفی، روشن کردن پاسخ‌های هیجانی کلیدی، هماهنگی بین تشخیص درمانگر و زوج افزایش شناسایی نیازهای دلبستگی، پذیرش هیجان‌ات، عمق بخشیدن به درگیری با تجربه هیجانی پرداخته شد.</p> <p>۵: در این جلسه ترس‌های ناشی از ارتباط مشخص گردید. همچنین عمق بخشیدن به درگیری زوج، ارتقا روش‌های جدید تعامل، تمرکز روی خود نه دیگری، ابراز خواسته و آرزوها در حضور همسر و تعریف مجدد دلبستگی انجام شد.</p> <p>۶: در این جلسه به گسترش پذیرش تجربه شده هریک شریک توسط شریک دیگر تأکید شد. به زوجین برگه داده شد تا سؤالات خود را بنویسند و جلسه بعد همراه خود بیاورند. همچنین به بازسازی تعاملات و تغییر رویدادها، نمادگذاری آن‌ها به‌ویژه آرزوهای سرکوب شده پرداخته شد.</p>	
<p>۷: در این جلسه به تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها برای ساخت مجدد تعاملات برپا به ادراک‌های جدید پرداخته شد. بازسازی تعاملات، تغییر رفتار همسر آسیب‌رسان و همچنین تسهیل راه‌حل محور جدید برای مشکلات کهنه و قدیمی بررسی گردید.</p> <p>۸: در این جلسه به تحکیم چرخه ایجاد شده فعلی. پرداخته شد.</p>	تثبیت

یک هفته بعد از اتمام آموزش مجددا پرسشنامه‌های تنیدگی زناشویی و رضایت جنسی در بین شرکت‌کنندگان هر دو گروه توزیع شد. برای تحلیل نتایج پژوهش از آزمون‌های کای و t مستقل برای بررسی یکسان بودن گروه‌ها از نظر متغیرهای زمینه‌ای استفاده شد و به‌منظور مقایسه دو گروه از نظر میانگین و انحراف معیار نمره تنیدگی زناشویی و رضایت جنسی از آزمون تی مستقل و مقایسه گروه‌ها قبل و بعد از مداخله از تی زوجی و برای حذف اثر میزان تأثیر از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد.

داده‌ها و یافته‌ها

در پژوهش حاضر میانگین سنی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش ۵۹ سال با انحراف ۶/۱۴ و میانگین سنی گروه گواه ۶۵ با انحراف ۴/۱۵ بود.

اثربخشی رویکرد زوج درمانی هیجان‌مدار بر بهبود رضایت جنسی و تنیدگی زناشویی بیماران قلبی بای‌پس...

جدول ۲: نتایج آزمون خی دو در مورد جنسیت و تحصیلات در خط پایه (پیش آزمون)

value	p	گروه آزمایش		متغیرها	
		گروه گواه	گروه آزمایش	مرد	زن
		درصد (n)	درصد (n)		
۰/۳۳	۰/۵۶	۸۰(۵۳/۳)	۸۴(۵۶)	مرد	جنسیت
		۷۰(۴۶/۷)	۶۶(۴۴)	زن	
۶/۵۸	۰/۱۵	۳۱(۲۰/۷)	۳۲(۲۱/۳)	بی‌سواد	تحصیلات
		۳۸(۲۵/۲)	۲۷(۱۸)	ابتدایی	
		۴۹(۳۲/۷)	۴۲(۳۰)	دیپلم	
		۳۰(۲۰)	۳۸(۲۵/۳)	لیسانس	
		۲(۱/۳)	۸(۵/۳)	فوق لیسانس	

بر اساس یافته‌های جدول شماره (۲)، ۵۶ درصد شرکت‌کنندگان گروه آزمایش مرد و ۴۴ درصد زن بودند، در گروه گواه ۵۳/۳ درصد آقا و ۴۶/۷ درصد خانم شرکت کرده بودند، میزان تحصیلات افراد گروه آزمایش ۳۲٪ بی‌سواد، ۱۸٪ ابتدایی، ۳۰٪ دیپلم، ۲۵/۳٪ لیسانس و ۵/۳۵٪ فوق‌لیسانس بودند، گروه گواه ۲۰/۷٪ بی‌سواد، ۲۵٪ ابتدایی، ۳۲/۷٪ دیپلم، ۲۰٪ لیسانس و ۱/۳٪ فوق‌لیسانس شرکت کرده بودند. بر طبق جدول بین جنسیت با (value = ۰/۳۳، p = ۰/۵۶) با گروه‌درمانی هیچ ارتباطی وجود ندارد و همچنین با تحصیلات نیز با (value = ۶/۵۸، p = ۰/۱۵) ارتباطی ندارد (از آزمون خی دو پیرسون برای گزارش استفاده شده است).

جدول ۳: نتایج آزمون تی در مورد متغیرهای بالینی در خط پایه پیش آزمون

p	گواه n=150	آزمایش n=150	متغیر
	X(sd)	X(sd)	
۰/۴۵	۸۹/۷۵(۴/۴۴)	۹۰/۱۴(۴/۳)	تنیدگی زناشویی
۰/۶۷	۳۳/۵۳(۲/۱۹)	۳۳/۴۲(۲/۱۸)	رضایت جنسی

بر طبق نتایج جدول شماره (۳) بین متغیرهای دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود ندارد، یعنی هر دو گروه از نظر میزان رضایت جنسی و استرس زناشویی در خط پایه پژوهش همگن بوده‌اند.

اثربخشی رویکرد زوج درمانی هیجان‌مدار بر بهبود رضایت جنسی و تنیدگی زناشویی بیماران قلبی بای‌پس...

جدول ۴: نتایج آزمون تی زوجی در مورد متغیرهای تنیدگی زناشویی و رضایت جنسی

مرحله	آزمایش		گواه	
	رضایت جنسی	تنیدگی زناشویی	رضایت جنسی	تنیدگی زناشویی
	x(sd)	x(sd)	x(sd)	x(sd)
pri	۹۰/۱۳(۴/۳۰)	۳۳/۴۲(۲/۱۸)	۸۹/۷۵(۴/۴۳)	۳۳/۵۳(۲/۱۹)
pos	۴۰/۵(۰/۷۶)	۱۰۷/۴۲(۲/۱۶)	۴۹(۴/۸)	۸۶/۸۵(۲/۳)
p	۰/۰۰۵	۰/۰۰۵	۰/۰۰۵	۰/۰۰۵
t	۱۳۹/۵۱۱	۳۰۸/۲۵	۸۱/۸۵	۲۰۵/۷۷

بر اساس جدول شماره (۴) میانگین نمرات تنیدگی زناشویی و رضایت جنسی گروه آزمایش که EFT دریافت کرده بودند کاهش قابل توجهی یافته، به گونه‌ای که تنیدگی زناشویی در گروه آزمایش از ۹۰/۱۳ به ۴۰/۵ کاهش یافته، در گروه گواه از ۸۹/۷۵ به ۴۹ کاهش یافته، رضایت جنسی گروه آزمایش از ۳۳/۴۲ به ۱۰۷/۴۲ افزایش یافته، در گروه گواه از ۳۳/۵۳ به ۸۶/۸۵ افزایش یافته است. با توجه به یافته‌های جدول شماره (۴) بین شرایط قبل از مداخله و بعد از مداخله در هر دو گروه (در گروه گواه آموزش‌های روتین و برنامه بازتوانی شامل برنامه روانشناختی CBT دریافت کرده‌اند و دلیل تغییر به علت فراگیری آموزش‌های شناختی رفتاری است ولی گروه آزمایش در کنار مداخله شناختی رفتاری مداخله هیجان‌مدار را نیز دریافت کرده‌اند به عبارت دیگر گروه آزمایش از مداخله تلفیقی EFT + CBT بهره‌مند شده‌اند) تفاوت معنادار وجود دارد ($p < ۰/۰۰۰۵$).

جدول ۵: تعدیل متغیرها و تحلیل کوواریانس تنیدگی زناشویی و رضایت جنسی

Eta	p	f	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	منابع تغییر	
						رضایت جنسی	تنیدگی زناشویی
۰/۰۱	۰/۰۷	۳/۲۲	۳۸/۶۹	۱	۳۸/۹۹	رضایت جنسی	پیش‌آزمون
۰/۰۰۲	۰/۴۰	۰/۶۸	۳/۴۷	۱	۳/۴۲	تنیدگی زناشویی	
۰/۹۵	۰/۰۰۵	۶۲۶۷/۹۷	۳۱۶۷۹/۶۲	۱	۳۱۶۷۹/۶۲	رضایت جنسی	گروه‌ها
۰/۶۴	۰/۰۰۰۵	۵۴۲/۵۰	۶۵۱۰/۵۴	۱	۶۵۱۰/۵۴	تنیدگی زناشویی	
			۵/۰۴	۲۹۶	۱۴۹۳/۹۰	رضایت جنسی	واریانس خطا
			۱۲	۲۹۶	۳۵۵۲/۲۵	تنیدگی زناشویی	
				۲۹۹	۳۳۲۴۲/۱۲	رضایت جنسی	مجموع
				۲۹۹	۱۰۰۷۸/۲۵	تنیدگی زناشویی	

اثربخشی رویکرد زوج درمانی هیجان‌مدار بر بهبود رضایت جنسی و تنیدگی زناشویی بیماران قلبی بای‌پس...

بر اساس جدول شماره (۵) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره پس‌آزمون با برداشتن اثر پیش‌آزمون بین دو گروه ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، چون مقدار f محاسبه شده برای تنیدگی زناشویی با (۵۴۲/۵۰) و رضایت جنسی (۶۲۷۶/۹۷) با درجه آزادی (۱ و ۲۹۶) از مقدار f جدول بزرگ‌تر است با اطمینان ۰/۹۵ تأیید می‌شود که درمان هیجان‌مدار بر تنیدگی زناشویی و رضایت جنسی موثر بوده است. با توجه به برقرار بودن تمامی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره (همگنی ضرایب رگرسیون، همسانی ماتریس کوواریانس‌ها، همگنی واریانس‌ها و نرمال بودن) انجام تحلیل کوواریانس بلا مانع است.

جدول ۶: تحلیل کوواریانس چند متغیره

برای اندازه‌گیری متغیر ترکیبی تنیدگی زناشویی و رضایت جنسی

متغیر	ارزش	$f(2,295)$	سطح معنی داری	Eta
رضایت جنسی، تنیدگی زناشویی	۰/۰۴۲	۳۳۶۴	۰/۰۰۵	۰/۹۵

طبق یافته‌های جدول شماره (۶) بین گروه آزمایش که تحت آموزش EFT قرار گرفته بودند و گروه گواه با کنترل کردن پیش‌آزمون در سطح معنی داری متغیرها ($\text{Eta}=0/95$)، تفاوت معنادار وجود دارد، این به این معنی است که مداخله هیجان‌مدار به‌طور مؤثری باعث کاهش تنیدگی زناشویی و افزایش رضایت جنسی بیماران قلبی شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه حاضر اثربخشی مداخله زوج درمانگری هیجان‌مدار EFT بر بهبودی رضایت جنسی و تنیدگی زناشویی بیماران قلبی بای‌پس عروق کرونر بود. که بر اساس نتایج به‌دست آمده رویکرد هیجان‌مدار منجر به افزایش رضایت جنسی و کاهش تنیدگی زناشویی بیماران قلبی شده است. در رابطه با اثربخشی زوج درمانگری هیجان‌مدار نتایج یافته‌های این مطالعه با پژوهش هنر پرور و همکاران در مورد تأثیر EFT بر رضایت جنسی و همچنین با پژوهش هنری و همکاران در مورد تأثیر بر تنیدگی زناشویی همسو می‌باشد.

از لحاظ عاطفی زوج درمانگری هیجان‌مدار یک زوج‌درمانگری مبتنی بر نظریه دلبستگی

اثربخشی رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بهبود رضایت جنسی و تنیدگی زناشویی بیماران قلبی بای‌پس...

است. بیش از سه دهه است که تحقیقات به نقش روابط بین سلامت و رفاه پرداخته‌اند و در تأیید این نکته از تأثیرگذار بودن روابط عاطفی بر سلامت علم عصب‌شناسی^{۱۱} مطرح کرده که عصب‌شناسی عاطفی نشان می‌دهد که روابط امن به پرورش تطبیق‌پذیری تنیدگی کمک می‌کند (وایب، جانسون، ۲۰۱۷). علاوه بر این رویکرد هیجان‌مدار الگوهای تعامل سفت و سخت و منفی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (وایب، جانسون، ۲۰۱۶)، به نظر جانسون (۲۰۰۴) وقتی رابطه با زمینه هیجانی‌های مثبت فرض شود، صمیمیت به‌طور خود انگیخته پدیدار خواهد شد. از آنجا که جانسون مستقیماً و صراحتاً درمانگری هیجان‌مدار را بهترین روش زوج‌درمانگری در بهبود از آشفتگی‌های ارتباطی قلمداد می‌کند و تصحیح‌کننده تجارب نوین هیجانی، عصاره شفابخش جدید مشکلات ارتباطی قلمداد می‌شود و از طرفی نظر به این که یکی از اهداف بنیان درمان هیجان‌مدار برجسته‌سازی نقش هیجان‌ات در روابط صمیمانه بوده است (اعتمادی و همکاران، ۲۰۱۵)، با تأکید بر هیجان‌ات در این رویکرد به بهبودی روابط کمک می‌شود. همان‌طور که گفته شد هیجان یکی از عوامل اصلی رویکرد دلبستگی است، ساختارهای هیجانی در پیش‌بینی، تبیین، نحوه واکنش و کنترل تجارب زندگی به فرد کمک می‌کنند. هیجان‌ها در حافظه ما ذخیره نمی‌شود، بلکه به‌وسیله ارزیابی موقعیتی‌هایی که باعث فعال‌شدن چارچوب هیجانی خاصی می‌شوند، دوباره احیا می‌شوند و منجر به مجموعه رفتارهای به‌خصوصی می‌شوند. در طول درمان هیجان‌مدار، چنین موقعیت‌هایی دوباره طراحی می‌شود تا زوجین به اکتشاف و گسترش هیجان‌ات خود بپردازند و سپس آن‌ها می‌توانند طی این تجربه جدید، هیجان‌ات خود را اصلاح کنند. به این ترتیب هیجان‌ات آنها قابل دسترس، رشد یافته و بازسازی می‌شود و در جهت بازسازی تجارب لحظه به لحظه‌ی بیمار و رفتارشان در قبال یکدیگر و دیگران به کار گرفته می‌شود. با انجام این مرحله از درمان، زوجین از هیجان‌ات خود آگاهی یافته و در فضایی امن با ابراز هیجان‌ات واقعی در موقعیت‌های مختلف زندگی مجموعه رفتارهای جدیدی را از خود نشان می‌دهند (اعتمادی و همکاران، ۲۰۱۵). به‌نظر می‌رسد راهبردهای موجود در رویکرد هیجان‌مدار به تنظیم نمودن نیازها، با سبک‌های دلبستگی^{۱۲}، ارتباط داشته و در تلاش به‌منظور مذاکرات جنسی و رضایت از روابط جنسی مؤثر می‌افتد، به‌عبارت دیگر در فرایند مداخله زوجین با تمرکز بر روی احساسات مثبت ساختاری و آموزش بیان نیازهای ارضا نشده و احساسات منفی، بدون حمله از طرف همسر تغییر می‌کنند. این

اثربخشی رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بهبود رضایت جنسی و تنیدگی زناشویی بیماران قلبی بای‌پس...

موضوع زمانی بهتر تبیین می‌شود که در نظر بگیریم نارضایتی جنسی در روابط زوجین با گله و شکایت کردن، غرولند کردن، متهم ساختن یکدیگر، سرزنش نمودن و عیب‌جویی کردن از یکدیگر نمایان می‌شود و این حیطه روابط، به شدت تهدید کننده دل‌بستگی است چرا که برای زوجین، ارتباط جنسی چیزی فراتر از تماس جنسی است و این امر مدخلی برای دستیابی به هماهنگی و فعالیت مشترک و ایجاد عواطف مثبت و رابطه دل‌بستگی محسوب می‌شود (هنرپروران و همکاران، ۲۰۱۰). فعال بودن بیماران در این نوع مداخله به خصوص ارتقای رفتارهای مرتبط با سلامت در این مداخله می‌تواند سبب افزایش اثربخشی درمان گردد. یافته‌های پژوهشی چاوراسکی (۲۰۰۲) و سالمین و همکاران (۲۰۰۵) نیز حاکی از آن است که برنامه‌های کاهش تنیدگی خانوادگی در مبتلایان به بیماری قلبی می‌تواند به بهبود نسبتاً پایداری در روابط خانوادگی منجر شود (سالمینان، ایزوها، والبرگ، اجاناتوا، کیولز، ۲۰۰۵). از آنجایی که در تحقیقات فراتحلیلی در مورد مداخلات برنامه‌های آموزش روانی برای بیماران کرونر قلبی تأیید کرده‌اند که مداخلات خانواده‌محور و برنامه‌های آموزش روانی برای بهبود وضعیت خانواده‌ها به بهبودی این دسته از بیماران منجر می‌شود. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که رفع فشار روانی زناشویی به کمک مداخلات روانشناختی برای حفظ و ارتقا سلامت قلب ضروری و مهم است (بوگر و همکاران، ۲۰۱۳)، همانطور که گفته شد در این پژوهش مراجعان علاوه بر دریافت EFT آموزش CBT را نیز دریافت کردند نباید تأثیر آن را در نتیجه پژوهش نادیده گرفت، اغلب مداخلات شناختی رفتاری عمدتاً بر هدف‌گذاری، مدیریت تنیدگی و درد، کنترل افکار منفی، حل مسأله^{۱۳}، انحراف توجه، نگرش‌های ناکارآمد^{۱۴}، تسلط بر مهارت‌های الگوسازی، تفسیر مجدد نشانگان و ترغیب انجام رفتار خود مدیریتی تأکید کرده‌اند. علاوه بر این با فراگرفتن مداخلات شناختی رفتاری مهارت‌ها و رفتارهای جدید برای حل مسائل را به بیمار آموزش می‌دهد که در این پژوهش براساس نتایج به‌دست آمده موفق بوده‌اند.

درمان شناختی- رفتاری یک رویکرد ساختار یافته و هدفمند است که به‌صورت راهنمایی فرد از طریق ارزیابی، بیان مشکل، مداخله، کنترل و ارزیابی عمل می‌کند. اهداف مداخله به وضوح تعریف شده و به‌طور منظم بررسی می‌شود. علاوه بر این، بر تغییر و اندازه‌گیری از اعمال رفتار (فرکانس از رفتار نامناسب، اعتقاد به قدرت افکار مخرب و یا میزان نگرانی) تأکید

اثربخشی رویکرد زوج درمانی هیجان مدار بر بهبود رضایت جنسی و تیدگی زناشویی بیماران قلبی بای پس...

دارند. براساس نتایج پژوهش‌های گذشته و یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان با قاطعیت از اثربخش بودن مداخلات روانشناختی بر بهبود وضعیت بالینی، روانی و خانوادگی بیماران قلبی یاد کرد، این مهم می‌تواند انگیزه‌ای باشد برای بررسی دیگر مداخلات روانشناختی بر روی بهبود نه تنها بیماران قلبی بلکه بر روی سایر بیماری‌های مزمن دیگر. محدودیت پژوهش حاضر ناتوانی از اندازه‌گیری تأثیر دارو درمانی بر نتیجه پژوهش بود و با توجه به اینکه جامعه پژوهش حاضر را تنها بیماران قلبی تشکیل می‌دهند پیشنهاد می‌شود که مداخلات روانشناختی بر بیماری‌های دیگر بررسی شود.

پی‌نوشت‌ها:

- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| 1- mental pressure | 2- Interpersonal conflicts |
| 3- Hostile behaviors | 4- Quality of Life |
| 5- Ischemia is myocardial | 6- Marital tension |
| 7- Sexual satisfaction | 8- Psychological Education |
| 9- Family Therapy | 10- Emotional |
| 11- Neurology | 12- Attachment styles |
| 13- Problem solving | 14- Ineffective attitudes |

منابع و مآخذ فارسی:

- اعتمادی، احمد؛ احمدبرآبادی، حسین. (۲۰۱۵). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار گروهی بر رضایت زناشویی زوجین مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره آموزش و پرورش ناحیه ۲ مشهد. *پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره*، ۴(۱)، ۹۵-۱۱۴.
- باقریان، ایمانه؛ معماریان، ربابه؛ حاجی‌زاده، ابراهیم؛ پاک چشم، بهروز. (۲۰۱۴). تأثیر آموزش جنسی بر رضایتمندی بیماران و همسران بعد از سکته قلبی. *مجله حکیم جرجانی*، ۲(۱)، ۴۰-۴۶.
- بدیهی زراعتی، فرنوش؛ موسوی، رقیه. (۲۰۱۶). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار (EFT) بر تغییر سبک دلبستگی بزرگسالان و صمیمیت جنسی زوجین. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۷(۲۵)، ۷۱-۹۰.

اثربخشی رویکرد زوج درمانی هیجان‌مدار بر بهبود رضایت جنسی و تنیدگی زناشویی بیماران قلبی بای‌پس...

بشارت، محمدعلی؛ صالحی، مریم. رستمیان، عبدالرحمن؛ قربانی، نیما. (۲۰۱۵). مقایسه اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری- هیجانی زوج‌محور و مداخله بیمارمحور بر کیفیت رابطه زوجین در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید: یک مطالعه مقدماتی. فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت ایران، ۳(۲)، ۹۵-۱۰۴.

رحیمیان بوگر، اسحاق؛ نجفی، محمود؛ فراهانی، ضیا؛ دبیری، سولماز. (۲۰۱۳). مقایسه اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری- قراردادی گروهی، با حمایت خانوادگی و بدون حمایت آن‌ها در کاهش استرس زناشویی بیماران کرونری قلب. علوم شناختی رفتاری، ۲(۵)، ۲۷-۴۰.

روشنی چسلی، رسول؛ میرزایی، صدیقه؛ نیک آذین، امیر. (۲۰۱۴). اعتبار و پایایی مقیاس چندبعدی رضایت جنسی زنان (SSSW) در نمونه ای از زنان ایرانی. روانشناسی بالینی و شخصیت، ۲۱(۱۰).

شمسی‌پور، حمید؛ بشارت، محمدعلی؛ صادقیان، سعید. (۱۹۹۵). رابطه استرس زناشویی و علائم افسردگی در زنان مبتلا به بیماری کرونری قلب و زنان سالم. مجله روانشناسی و علوم تربیتی، ۳۵(۲)، ۲۱-۳۷.

هنرپروران، نازنین؛ تبریزی، مصطفی؛ نوایی‌نژاد، شکوه؛ شفیق‌آبادی، عبدالله. (۲۰۱۰). اثربخشی آموزش رویکرد هیجان‌مدار بر رضایت جنسی زوجین. اندیشه و رفتار، ۴(۱۵).

منابع و مآخذ خارجی:

- Albus, C. (2010). Psychological and social factors in coronary heart disease. *Annals of medicine*, 42(7), 487-494.
- Byrne, M., Doherty, S., McGee, H.M., & Murphy, A.W. (2010). General practitioner views about discussing sexual issues with patients with coronary heart disease: a national survey in Ireland. *BMC family practice*, 11(1), 40.
- Davis, D., Shaver, P.R., Widaman, K.F., Vernon, M.L., Follette, W.C., & Beitz, K. (2006). "I can't get no satisfaction": Insecure attachment, inhibited sexual communication, and sexual dissatisfaction. *Personal Relationships*, 13(4), 465-483.
- Habib, R.H., Dimitrova, K.R., Badour, S.A., Yammine, M.B., El-Hage-Sleiman, A.-K.M., Hoffman, D.M., Tranbaugh, R.F. (2015). CABG versus PCI:

اثربخشی رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بهبود رضایت جنسی و تنیدگی زناشویی بیماران قلبی بای‌پس...

greater benefit in long-term outcomes with multiple arterial bypass grafting. *Journal of the American college of Cardiology*, 66(13), 1417-1427.

- Honari, A., & Shamoli, L. (2017). The Effectiveness of Cognitive Behavioural Couple Therapy on Marital Stress and Emotional Skills of Infidel Couples in Shiraz. *INTERNATIONAL JOURNAL OF MEDICAL RESEARCH & HEALTH SCIENCES*, 6(2), 83-90.
- Kansara, P., Weiss, S., Weintraub, W.S., Hann, M.C., Tcheng, J., Rab, S.T., & Klein, L.W. (2015). Clinical trials versus clinical practice: when evidence and practice diverge-should nondiabetic patients with 3-vessel disease and stable ischemic heart disease be preferentially treated with CABG? *JACC: Cardiovascular Interventions*, 8(13), 1647-1656.
- Korporaal, M., Broese van Groenou, M.I., & Tilburg, T.G.V. (2013). Health problems and marital satisfaction among older couples. *Journal of Aging and Health*, 25(8), 1279-1298.
- Matsunaga, M., Yatsuya, H., Iso, H., Yamashita, K., Li, Y., Yamagishi, K., . . . Ota, A. (2017). Similarities and differences between coronary heart disease and stroke in the associations with cardiovascular risk factors: The Japan Collaborative Cohort Study. *Atherosclerosis*, 261, 124-130.
- Radcliffe, E., Lowton, K., & Morgan, M. (2013). Co- construction of chronic illness narratives by older stroke survivors and their spouses. *Sociology of health & illness*, 35(7), 993-1007.
- Roth, G.A., Johnson, C., Abajobir, A., Abd-Allah, F., Abera, S.F., Abyu, G., . . . Alam, K. (2017). Global, Regional, and National Burden of Cardiovascular Diseases for 10 Causes, 1990 to 2015. *Journal of the American college of Cardiology*.
- Salminen, M., Isoaho, R., Vahlberg, T., Ojanlatva, A., & Kivelä, S.L. (2005). Effects of a health advocacy, counselling, and activation programme on depressive symptoms in older coronary heart disease patients. *International journal of geriatric psychiatry*, 20(6), 552-558.
- Wiebe, S.A., & Johnson, S.M. (2016). A review of the research in emotionally focused therapy for couples. *Family process*, 55(3), 390-407.
- Wiebe, S.A., & Johnson, S.M. (2017). Creating relationships that foster resilience in Emotionally Focused Therapy. *Current Opinion in Psychology*, 13, 65-69.