

تعیین اثر درمانگری فراشناختی بر الگوی روابط زوجین
در بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونر

The effect of Meta Cognitive Therapy (MCT) on couple
communication patterns in patients with
coronary heart diseases (CHD)

S. Hashemi, Ph.D.

دکتر سارا هاشمی*

A. Nikpajooh, M.D.

دکتر اکبر نیک پژوه**

چکیده

تحقیقات نشان می‌دهد بیماری عروق کرونر قلب، از علت‌های اصلی مرگ و ناتوانی در دنیاست که کارآمدی مفید افراد را کاهش می‌دهد. با توجه به پیشینه، عوامل روانشناختی می‌تواند بسیاری از وجوه زندگی و ارتباطات بیماران را دگرگون سازد. بنابراین آیا بکارگیری مداخلات روانشناختی در جهت تعدیل و بهبود اثرات بیماری در زندگی بیماران مؤثر است؟ هدف از این تحقیق، اثربخشی درمانگری فراشناختی بر الگوهای ارتباطی زوجین در بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونر می‌باشد.

پژوهش در قالب طرح نیمه‌آزمایشی (پیش‌آزمون و پس‌آزمون و با گروه گواه) انجام گردیده، نمونه مورد نظر متشکل از ۳۰ بیمار مبتلا به انسداد عروق کرونر به صورت در دسترس

*. دکترای روانشناسی سلامت. دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج (نویسنده مسؤول)

**دانشیار مرکز تحقیقات قلب و عروق شهید رجایی - دانشگاه علوم پزشکی ایران

از میان بیماران مراجعه کننده به مرکز آموزشی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی انتخاب و پس از تقسیم به دو گروه آزمایش و گواه به صورت تصادفی در پژوهش حاضر شدند. پس از پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه الگوهای ارتباطی زوجین کریستنسن و سالاولی (۱۹۹۰)، گروه آزمایش در ۸ جلسه هفتگی و ۲ ساعته مداخله فراشناختی شرکت کردند. افراد گروه گواه در این مداخله شرکت نکردند. نتایج حاکی از تأثیر معنادار به کارگیری رویکرد فراشناختی در بهبود الگوهای ارتباطی زوجین (میزان معناداری ۰/۰۰۱) بود. به این معنی که آموزش رویکرد فراشناختی منجر به بهبود الگوهای ارتباطی زوجین در گروه آزمایش گردید.

واژه- کلیدها: درمانگری فراشناختی، الگوهای ارتباطی زوجین، انسداد عروق کرونر.

Abstract

Research shows that coronary heart disease is one of the main causes of death and disability in the world which reduces the useful efficacy of people. According to the background mental factors can affect on many aspects of life. Therefore if applying psychological interventions to adjust and improve the restrictions imposed into the lives of patients is essential? This study evaluates the efficacy of meta cognitive therapy on patients with coronary heart disease (CHD) in a semi- experimental design with control and experimental group and consists of pre and post testing. 30 members of Rajayi hospital were selected through convenience sampling and were divided into control and experimental groups by accident. After responding to couple communication patterns questionnaire, experimental group received intervention for 8 sessions about 2 hours every week. Control group did not receive any psychological therapy. The results show that this intervention has improved couple communication patterns significantly (0.001) among CHD patients. This means that training meta cognitive approach led to improvement of couple communication patterns in experimental group.

Keywords: meta cognitive therapy, couple communication patterns, coronary heart disease

Contact information: hashemibahar@yahoo.com

مقدمه

تغییر بی‌سابقه در علل بروز مرگ‌ومیر و ناخوشی در قرن حاضر، ناشی از افزایش جهانی بیماری‌های قلبی و عروقی^۱ است. این تغییر که گذار اپیدمیولوژیک نام دارد، در تمامی نقاط جهان در حال رخ دادن است (بونو، زیپرو لیبی، ۲۰۱۲). مطالعات متعدد بیانگر این واقعیت است که شیوع بیماری‌های قلبی عروقی در حال افزایش است؛ به طوری که این بیماری رتبه اول بیماری‌های ناتوان‌کننده را به خود اختصاص داده است. به طور کلی، ۲۵ درصد موارد مرگ و میر در دنیا و ۳۲ درصد موارد مرگ‌ومیر در کشورهای در حال توسعه به علت بیماری‌های قلبی عروقی رخ می‌دهد (ذاکری مقدم و علی اصغرپور، ۲۰۰۳).

تخمین زده می‌شود تا سال ۲۰۲۰ بیماری‌های قلبی عروقی خصوصاً بیماری عروق کرونر^۲، سردسته بیماری‌هایی خواهند بود که کارآمدی مفید افراد را کاهش می‌دهند (معصومی و همکاران، ۲۰۰۵).

بیماری عروق کرونر قلب از علت‌های اصلی مرگ و ناتوانی در دنیاست (ریپلی، موتوانی، پلین و گرینوود، ۲۰۱۴). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که نرخ این بیماری در طی سال‌های اخیر در ایران نیز ۲۰ تا ۲۵ درصد افزایش پیدا کرده است (حدایق، هراتی، قنبریان و عزیززی، ۲۰۰۹).

بیماری عروق کرونر قلب، ناشی از تجمع پلاک‌ها^۳ در شریان‌های قلبی است که خون را برای عملکرد طبیعی قلب فراهم می‌کند. تجمع پلاک‌ها منجر به تنگ شدن شریان‌های قلب می‌شود و جریان خون را به عضله‌های قلب کاهش می‌دهد که سبب اختلال در عملکرد قلب می‌شود (گاندر و همکاران، ۲۰۱۴). بیماری عروق کرونر قلب، نتیجه همگرایی تعدادی از عوامل خطر ساز است. افزایش سن، جنس مذکر و سابقه خانوادگی بیماری زودرس عروق کرونر از عوامل خطر ساز غیر قابل اصلاح (کیم و همکاران، ۲۰۱۵؛ تابعی و همکاران، ۲۰۱۴) و فشار خون^۴، دیابت^۵، چربی خون^۶، چاقی^۷، فعالیت کم بدنی و مصرف سیگار جزو عوامل خطر ساز قابل اصلاح و تعدیل هستند (خلیلی و همکاران، ۲۰۱۴؛ مک اولی و باورس، ۲۰۱۴؛ دیفینا و همکاران، ۲۰۱۵). عدم پیگیری رژیم‌های درمانی و مراقبتی، عاملی مهم در جهت افزایش احتمال بروز عوارض، افزایش میزان مرگ‌ومیر، ناتوانی و بالا رفتن هزینه‌های خدمات بهداشتی و درمانی می‌باشد (حسین‌زاده و همکاران، ۱۳۹۱). بنابراین توانمندسازی فرد مبتلا به

تعیین اثر درمانگری فراشناختی بر الگوی روابط زوجین در بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونر

بیماری عروق کرونر جهت مراقبت از خود می‌تواند از عوارض این بیماری پیشگیری نموده یا بروز آن را به تعویق اندازد؛ در این خصوص، سل و همکاران (۲۰۰۶)، اظهار می‌دارند که بیماری عروق کرونر یک وضعیت مزمن است که افراد مبتلا به آن به افزایش مهارت‌های توانمندسازی نیاز دارند تا به‌طور مؤثر علائم و نشانه‌های بیماری خود را کنترل نمایند و همچنین با ایجاد تغییر در سبک زندگی مانع به‌وجود آمدن عوارض ناشی از این بیماری شده و یا بروز آن را به تأخیر اندازند (نقل از حسین‌زاده و همکاران، ۱۳۹۱). از سوی دیگر ازدواج، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین پدیده‌های زندگی، رابطه تنگاتنگ و صمیمانه بین دو انسان است که می‌تواند پناهگاه امنی برای مقابله با دشواری‌های زندگی باشد. ازدواج مناسب می‌تواند به رشد و شکوفایی توانایی‌های انسان کمک کند (اولیا، ۲۰۰۷). طبق گزارش انستیتوی ملی سلامت روان آمریکا، اختلال در ازدواج با بسیاری از مشکلات روانی بیماران بستری در بخش روانی بیمارستان‌ها همبستگی دارد. به همین ترتیب همبستگی مثبت بین تعارض زناشویی، اضطراب، افسردگی و سطح پایین سلامت جسمانی یافت شده است (پاداش، ایزدی‌خواه و عابدی، ۱۳۹۱). از طرفی در افرادی که روابط رضایت‌بخش و حمایت‌کننده زناشویی دارند، تشخیص بیماری‌های سخت، کمتر گزارش شده است و اگر هم بیمار باشند، بهبودی سریع‌تری را تجربه می‌کنند (هالفورد، ۲۰۰۵).

در این میان، رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آنها به الگوی خاصی از پاسخدهی به تجربه‌های درونی منجر می‌شوند که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود. این الگو، نشانگان شناختی- توجهی^۷ خوانده می‌شود که شامل نگرانی^۸، نشخوار فکری^۹، توجه تثبیت شده و راهبردهای خودتنظیمی^{۱۰} و یا رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه می‌باشد (شفیعی، رفیعی‌نیا و نجفی، ۱۳۹۱). کارترایت- هاتن و ولز (۲۰۰۴)، در پژوهشی نشان دادند که فراشناخت‌های غلط، به‌ویژه باورهای منفی به کنترل‌ناپذیری و خطر، بیشترین همبستگی را با مجموعه‌ای از مقیاس‌های مرتبط با آسیب‌پذیری دارند. این مدل، درگیری باورهای فراشناختی را در آسیب‌پذیری روانی و تداوم آن مورد پیش‌بینی قرار می‌دهد. در سال‌های اخیر، فراشناخت به‌عنوان پایه و اساس بسیاری از اختلال‌های روانشناختی مورد بررسی قرار گرفته است. آنچه در

تعیین اثر درمانگری فراشناختی بر الگوی روابط زوجین در بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونر

درمان فراشناختی (MCT) مورد تأکید قرار می‌گیرد عواملی است که تفکر را کنترل می‌کند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهد نه چالش با افکار و خطاهای شناختی یا مواجهه طولانی مدت و مکرر با باورها در مورد تروما یا نشانه‌های بدنی (ولز، ۲۰۰۱؛ به نقل از بهادری و همکاران، ۱۳۹۱). درمان فراشناختی (MCT)، با روشی سرو کار دارد که افراد به این شناخت‌ها و فرآیندهای ذهنی که به‌طور مکرر دیدگاه‌های غیر مفید و اشتباه از واقعیت را موجب می‌شود، پاسخ می‌دهد. برای مثال، در درمان شناختی، درمان‌گر با شناخت یک بیمار درباره شکست به این شکل سروکار دارد که می‌پرسد: چه شواهدی وجود دارد که شما شکست خورده‌اید؟ اما درمانگر فراشناختی می‌پرسد: از نگرانی درباره شکست چه استفاده‌ای می‌کنید؟ هدف در MCT این است که فرآیندهای تفکری که سوگیری‌های شکست را تقویت می‌کنند و نیز ماهیت غیر مفید شخص به این نوع شناخت‌ها تغییر یابد. اگر ما فرض کنیم که در اختلالات روانشناختی، شناخت دچار سوگیری شده است، همان‌طور که تمام تئوری‌های شناختی و MCT فرض می‌کنند؛ آن‌گاه ضروری است که منبع این سوگیری‌ها را شناسایی کنیم. پیشرفت‌های نوین پزشکی رفتاری توجه متخصصان روانشناسی تندرستی را به نقش کلیدی عوامل غیرزیستی در بیماری کرونر قلب معطوف ساخته است و پژوهش درباره این بیماری مدتی است که متوجه عوامل روانشناختی و عوامل روانی- اجتماعی شده است (اسلوان و کرینگ، ۲۰۰۷). امروزه مطالعات حاکی از آن است که عوامل روانی- اجتماعی با میزان مرگ‌ومیر و پیش‌آگهی ضعیف بیماری عروق کرونر مرتبط است (کامپیر و همکاران، ۲۰۱۳).

فرضیه‌های پژوهش

درمانگری فراشناختی بر الگوی روابط زوجین در بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونر اثر

دارد.

روش

طرح پژوهش: طرح پژوهشی حاضر به‌صورت نیمه‌آزمایشی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد که در آن افراد گروه آزمایش تحت مداخله درمانگری

تعیین اثر درمانگری فراشناختی بر الگوی روابط زوجین در بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونر

فراشناختی قرار گرفتند و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند.

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: جامعه مورد بررسی کلیه بیماران مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی قلب و عروق شهید رجایی تهران است. نمونه مورد نظر به صورت دردسترس انتخاب گردیده که طی آن ۳۰ نفر از بیماران که واجد ملاک‌های ورود بودند برای حضور در پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه تقسیم شدند. دامنه سنی آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه از ۳۸ تا ۶۰ سال، (میانگین ۵۳/۳۳، انحراف استاندارد ۵/۷۱) بود. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارتند از: گذشت حداقل ۳ ماه از سکته قلبی، رضایت بیمار برای شرکت در پژوهش، داشتن حداکثر سن ۶۵ سال، حداقل تحصیلات دیپلم و داشتن تسلط کافی به زبان فارسی. ملاک‌های عدم ورود به پژوهش نیز عبارتند از: ابتلا به اختلالات سایکوتیک، مصرف الکل یا مواد مخدر، مصرف فعلی داروهای روانپزشکی، سابقه بیماری جدی پزشکی به جز CHD.

ابزار پژوهش: به منظور اندازه‌گیری شاخص الگوی روابط زوجین در بیماران از پرسشنامه الگوهای ارتباطی کریستنسن و سالووی CPQ (۱۹۸۴) بهره گرفته شد. این مقیاس از ۳۵ سؤال تشکیل شده است و رفتارهای زوجین را در طی سه مرحله تعارض زناشویی برآورد می‌کند. این مراحل عبارتند از: الف- هنگامی که مشکلی در رابطه زوجین بوجود می‌آید، ب- در طول بحث راجع به مشکل ارتباطی و ج- بعد از بحث راجع به مشکل ارتباطی. زوجین هر رفتار را روی یک مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت که از ۱ (اصلاً امکان ندارد) تا ۹ (خیلی امکان دارد) تنظیم شده، درجه‌بندی می‌کنند. CPQ از سه خرده‌مقیاس تشکیل شده است: ارتباط توقع/کناره‌گیری، ارتباط سازنده متقابل و ارتباط اجتناب متقابل. این سه خرده‌مقیاس توسط کریستنسن و شنک (۱۹۹۱) تهیه شده‌اند. ارتباط توقع/کناره‌گیری خود از دو بخش تشکیل شده است: مرد توقع/زن کناره‌گیری و زن توقع/مرد کناره‌گیری. کریستنسن و هیوی (۱۹۹۵) پایایی این پرسشنامه را برآورد نمودند. هیوی و همکاران (۱۹۹۶) میزان ثبات درونی را برای خرده‌مقیاس ارتباط سازنده متقابل هفت سؤالی، به‌دست آوردند. آلفای کرونباخ برای مردان و زنان در این خرده‌مقیاس به ترتیب عبارت از ۰/۸۴ و ۰/۸۱ بود. در ایران، عبادت‌پور (۱۳۷۹)، به‌منظور برآورد روایی این پرسشنامه، همبستگی بین مقیاس‌های این پرسشنامه و پرسشنامه

تعیین اثر درمانگری فراشناختی بر الگوی روابط زوجین در بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونر

رضایت زناشویی انریج را به دست آورد. ضرایب همبستگی به دست آمده برای سه خرده مقیاس ارتباط سازنده متقابل (پنج سؤال)، ارتباط اجتناب متقابل و ارتباط توقع کناره گیری به ترتیب عبارت بودند از: ۰/۵۸، ۰/۵۸- و ۰/۳۵- که همگی در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی دار بودند.

داده‌ها و یافته‌ها

فرضیه: درمانگری فراشناختی بر الگوی روابط زوجین در بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونر اثر دارد.

به منظور ارزیابی نتایج به دست آمده در نمرات پیش آزمون و پس آزمون افراد حاضر در جلسات مداخله و مقایسه آنها با نمرات گروه گواه، برقرار بودن پیش فرض‌های تحلیل کواریانس مورد بررسی قرار گرفت. در جداول شماره (۱) و (۲) میانگین و انحراف استاندارد الگوی ارتباطی زوجین قبل و بعد از مداخله آزمودنی‌ها در دو گروه گزارش شده است:

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد الگوی ارتباطی زوجین قبل از مداخله آزمودنی‌ها در دو گروه

متغیر	درمانگری فراشناختی		گروه گواه	
	SD	M	SD	M
الگوی ارتباطی زوجین	۱۲/۵۳	۵۳/۱۳	۱۲/۲۴	۵۳/۴۷
اجتناب متقابل	۵/۴۳	۲۱/۵۳	۶/۲۷	۱۸/۸۷
سازنده متقابل	۷/۲۱	۱۴/۶۷	۷/۰۶	۱۵/۶۷
مرد متوقع / زن کناره گیر	۲/۷۲	۵/۶۰	۳/۸۸	۷/۶۷
زن متوقع / مرد کناره گیر	۵/۳۶	۱۱/۳۳	۵/۵۰	۱۱/۲۷

همان‌طور که در جدول شماره (۱) مشاهده می‌شود، میانگین نمره الگوهای ارتباطی زوجین در گروه درمان فراشناختی ۵۳/۱۳، گروه کنترل ۵۳/۴۷ می‌باشد و همچنین میانگین خرده مقیاس‌های اجتناب متقابل، سازنده متقابل، مرد متوقع / زن کناره گیر و زن متوقع / مرد کناره گیر به ترتیب در سه گروه ۲۱/۵۳، ۱۸/۸۷ و ۱۴/۶۷، ۱۵/۶۷ و ۷/۰۶ برای زن متوقع / مرد سازنده، ۵/۶۰ و ۷/۶۷ برای مرد متوقع / زن کناره گیر و ۱۱/۳۳، ۱۱/۲۷ و ۳/۸۸ برای زن متوقع / مرد کناره گیر می‌باشد. میانگین برآورد شده نشان می‌دهد که دو گروه از نظر متغیرهای ذکر شده قبل از مداخله تفاوت چندانی با هم ندارند.

تعیین اثر درمانگری فراشناختی بر الگوی روابط زوجین در بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونر

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد الگوی ارتباطی زوجین

بعد از مداخله آزمودنی‌ها در دو گروه

گروه گواه		درمانگری فراشناختی		متغیر
SD	M	SD	M	
۱۲/۲۴	۵۳/۴۷	۱۴/۶۷	۱۸۶/۸۷	الگوی ارتباطی زوجین
۶/۲۷	۱۸/۸۷	۴/۱۳	۱۲/۴۷	اجتناب متقابل
۷/۰۶	۱۵/۶۷	۶/۶۹	۵۸/۵۳	سازنده متقابل
۳/۸۵	۸	۳/۳۷	۵/۸۷	مرد متوقع / زن کناره گیر
۳/۵۴	۵/۸۷	۳/۵۴	۵/۸۷	زن متوقع / مرد کناره گیر

همان‌طور که در جدول شماره (۲) مشاهده می‌شود، میانگین نمره الگوهای ارتباطی زوجین در گروه درمان فراشناختی ۱۸۶/۸۷، و گروه کنترل ۵۳/۴۷ می‌باشد و همچنین میانگین خرده‌مقیاس‌های اجتناب متقابل، سازنده متقابل، مرد متوقع / زن کناره‌گیر و زن متوقع / مرد کناره‌گیر به ترتیب در دو گروه ۱۲/۴۷ و ۱۸/۸۷، برای اجتناب متقابل، ۵۸/۵۳ و ۱۵/۶۷ برای سازنده، ۵/۸۷ و ۸ برای مرد متوقع / زن کناره‌گیر و ۵/۸۷ و ۱۰/۹۳ برای زن متوقع / مرد کناره‌گیر می‌باشد. میانگین نمرات نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بعد از مداخله تفاوت محسوسی دارد. جدول شماره (۳) قبل از آزمون فرضیه، مفروضه‌های استفاده از (Mancova) را مورد بررسی قرار می‌دهد:

جدول ۳: نرمال بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس گروه‌ها

همگنی واریانس		آزمون نرمال بودن			متغیرها
Sig	F	Sig	(Z)K_S	میزان کجی	
۰/۰۹	۲/۸۷	۰/۴۷	۰/۸۴	۰/۵۸	الگوی ارتباطی زوجین
۰/۱۱	۲/۷۵	۰/۲۸	۰/۹۹	۰/۸۱	اجتناب متقابل
۰/۰۸	۳/۳۳	۰/۱۴	۱/۱۴	۱/۱۹	سازنده متقابل
۰/۲۵	۱/۳۹	۰/۰۷	۱/۳۳	۰/۷۶	مرد متوقع / زن کناره‌گیر
۰/۸۳	۰/۰۵	۰/۰۶	۱/۴۸	-۰/۶۴	زن متوقع / مرد کناره‌گیر

همان‌طور که جدول شماره (۳) نشان می‌دهد سطح معناداری همه متغیرهای تحقیق بزرگتر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین مفروضه نرمال بودن توزیع متغیرهای تحقیق رعایت شده است. علاوه بر

تیین اثر درمانگری فراشناختی بر الگوی روابط زوجین در بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونر

آن آزمون لوین نشان می دهد که مفروضه همگنی واریانس دو گروه درمان فراشناختی و گروه کنترل یکسان است. بنابراین دو مفروضه نرمال بودن داده‌ها و همگنی واریانس دو گروه برقرار است.

جدول ۴: آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای هر یک از متغیرهای وابسته الگوی ارتباطی

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجدور سهمی اتا
الگوی ارتباطی زوجین	۱۳۲۷۲۴/۲۸	۱	۱۳۲۷۲۴/۲۸	۵۵/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۷۰
اجتناب متقابل	۴/۷۴	۱	۴/۷۴	۰/۴۵	۰/۵۱	۰/۰۲
سازنده متقابل	۱۵۳/۶۶	۱	۱۵۳/۶۶	۱۰/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۳۰
مرد متوقع / زنکناره‌گیر	۴۴۶/۱۴	۱	۴۴۶/۱۴	۱۹/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۴۵
زن متوقع / مردکناره‌گیر	۱۱۶۱/۰۳	۱	۱۱۶۱/۰۳	۲۳۸/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۹۱

جدول فوق نتایج تحلیل کوواریانس برای مؤلفه‌های الگوی ارتباطی زوجین را نشان می‌دهد. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای هر یک از مؤلفه الگوی ارتباطی زوجین نشان می‌دهد که تأثیر درمان فراشناختی بر الگوی روابط زوجین ($F=۵۵/۲۶$ $P<۰/۰۰۱$)، سازنده متقابل ($F=۱۰/۶۲$ $P<۰/۰۰۱$)، مرد متوقع/زن کناره‌گیر ($F=۱۹/۶۳$ $P<۰/۰۰۱$) و زن متوقع/مرد کناره‌گیر ($F=۲۳۸/۴۴$ $P<۰/۰۰۱$) نسبت به گروه کنترل تأثیر معناداری دارد. اما تأثیر آن بر اجتناب متقابل ($F=۰/۴۵$ $P>۰/۰۰۵$) معنادار نبوده است. بنابراین درمان فراشناخت موجب بهبود الگوی ارتباطی زوجین شده است. همچنین، مقادیر مجدور اتای سهمی، میزان واریانس متغیر وابسته را نشان می‌دهد. نتایج جدول فوق بیانگر آن است که تقریباً ۷۰ درصد پس‌آزمون الگوهای ارتباطی و ۳۰ درصد از واریانس پس‌آزمون سازنده متقابل، ۴۵ درصد از پس‌آزمون زن کناره‌گیر و ۹۱ درصد از پس‌آزمون مرد کناره‌گیر برای متغیر گروه به حساب آمده است. بنابراین درمان فراشناختی الگوی ارتباطی زوجین را بهبود داده و فرضیه صفر مربوط به آن رد و فرضیه پژوهشی تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحلیل آماری نشان می‌دهد که بین گروه آزمایشی که درمان فراشناختی را دریافت

تعیین اثر درمانگری فراشناختی بر الگوی روابط زوجین در بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونر

کرده‌اند با گروه کنترل در متغیر الگوی روابط زوجین تفاوت معناداری مشاهده شده است. به این معنا که درمان فراشناختی بهبود الگوهای روابط زوجین را موجب شده است. در نتیجه با ۹۹٪ اطمینان فرضیه پژوهش تأیید می‌شود. در متغیر الگوی روابط زوجین، مجذور سهمی اتا (اندازه اثر) برابر با ۷۰٪ درصد و به این معنی است که حدود ۷۰٪ تفاوت گروه‌ها در الگوی ارتباط زوجین مربوط به مداخله روان‌درمانگری فراشناختی بوده است. در این میان، ۳۰٪ از تغییرات مربوط به مؤلفه سازنده متقابل، ۴۵٪ مربوط به مؤلفه مرد متوقع / زن کناره‌گیر، ۹۱٪ مربوط به مؤلفه زن متوقع / مرد کناره‌گیر بوده است و تنها ۲٪ تغییرات مربوط به مؤلفه اجتناب متقابل بوده است. به این معنی که این الگوی ارتباطی به شدت در گروه آزمایش کاهش نشان داده است.

نتایج حاصل با پژوهش‌های پیشین نظیر رحیمیان بوگر و همکاران (۲۰۰۹)، بالوگ و همکاران (۲۰۰۳)، فرمانی شهرضا، رسولی و قائدنیای جهرمی؛ ثناگویی، جان‌بزرگی و مهدویان (۱۳۹۳)، جاویدی، سلیمانی، احمدی و صمدزاده (۱۳۹۲)، شاهقلیان، جان‌نثار شرق و عبداللهی؛ رئیسی‌پور، فلاح‌چای و زارعی (۱۳۹۱) که بر اهمیت و ارتباط نزدیک تأثیر هیجان بر الگوهای ارتباطی زوجین اشاره می‌کند، خسروی و همکاران؛ شعاع‌کازمی و همکاران؛ پاداش، ایزدی‌خواه و عابدی (۱۳۹۰)، سپهری و پاکدامن (۱۳۸۹) که همگی بر تأثیر الگوی سازنده متقابل تأکید دارند، همسو و همخوان است.

در تبیین این یافته باید گفت، ارتباط یک متغیر اساسی در درک عملکرد زناشویی است و شامل فرایندی است که در آن زن و شوهر چه به صورت کلامی و غیر کلامی در قالب گوش دادن، مکث، حالت چهره و ژست‌های مختلف به تبادل افکار و احساساتشان می‌پردازند. بنابراین برای یک ازدواج رضایت‌بخش، زن و شوهر نیازمند برقراری ارتباطی مؤثر و کارآمدند. همچنین همسرانی که دچار اختلافات و ناسازگاری‌های زناشویی هستند، در زمینه مهارت‌های ارتباطی دچار نواقصی بوده‌اند و درگیر الگوهای ارتباطی بی‌حاصل هستند. بر همین اساس می‌توان گفت مشکلات ارتباطی؛ شایع‌ترین و مخرب‌ترین مشکلات در ازدواج‌های شکست‌خورده هستند؛ چرا که الگوهای ارتباطی ناکارآمد، موجب می‌شود مسائل مهم زندگی مشترک حل نشده باقی بمانند و منبع تعارض تکراری در بین زوج‌ها شوند.

با توجه به مطالب ذکر شده، نقش ارتباطات مؤثر در زندگی زوجین مهم و ضروری

تعیین اثر درمانگری فراشناختی بر الگوی روابط زوجین در بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونر

است. نوع تعاملات زوجین در محیط زندگی رابطه مستقیم با احساس بدبختی یا خوشبختی آنها دارد. به گونه معمول، زوجینی که روابط عاطفی عمیق، منطقی، دوستانه و صمیمی را تجربه می کنند؛ افرادی موفق، با اعتماد به نفس بالا، مثبت اندیش، شاد و با احساس خوشبختی هستند. برعکس، زوجینی که روابط عاطفی مناسب با هم ندارند افرادی منزوی و بدخلق با سطح سازگاری بسیار پایین در جامعه ناموفق، همواره مأیوس و همیشه با احساس منفی بدبختی هستند. ارتباط خوب می تواند رابطه ها را بهبود بخشد و دوستی، اعتماد و حمایت را در بین زوجین افزایش دهد. ارتباطات نامؤثر نیز می توانند پیوندها را تضعیف کرده، بی اعتمادی و نفرت را به وجود آورد.

درک مشترک از الگوهای ارتباطی بین زوج ها، در واقع همان روشن سازی تعاملات زناشویی مثبت است که زوج ها را در مسیر دریافت و رشد مهارت های ارتباطی یاری می کند. مهارت های ارتباطی در واقع رفتارهایی را شامل می شود که نگهدارنده ازدواج و پیوند زناشویی است. زوج ها برای بهبود روابط و الگوهای ارتباطشان نیازمند کمک متخصصان هستند. شواهد بسیار نشان می دهد که رابطه توقع/کناره گیری؛ یعنی الگویی که در آن یکی از همسران از بحث خودداری می کند و دیگری سرزنش یا گله و شکایت می کند، با عدم رضایتمندی زناشویی همخوانی دارد؛ اما ارتباط بین این الگو و رضایتمندی زناشویی در درازمدت چندان مشخص نیست. برخی از پژوهش ها نشان می دهد که این الگو مخصوصاً هنگامی که زن متوقع و مرد کناره گیر باشد می تواند پیش بینی کننده کاهش رضایتمندی و حتی طلاق باشد. اما پژوهش هایی نیز وجود دارد که نتوانسته ارتباط بین الگوی زن متوقع و مرد کناره گیر و کاهش میزان رضایتمندی را اثبات کند. بر همین ارتباط پایه می توان گفت مشکلات ارتباطی شایع ترین و مخرب ترین مشکلات در ازدواج های شکست خورده هستند؛ چرا که الگوهای ارتباطی ناکارآمد، موجب می شود مسائل مهم زندگی مشترک حل نشده باقی بمانند و منبع تعارض تکراری در بین زوج ها شوند. در این بین، الگوی ارتباط سازنده، الگویی است که طی آن زن و شوهر سعی می کنند در مورد مسائل ارتباطی خود گفتگو کرده و به نحوی مسالمت آمیز آن را حل نمایند. برای مشکل ارتباطی پیشنهاد، راه حل و مذاکره دهند و احساساتشان را نسبت به هم ابراز دارند. در این الگو، هر دو نفر احساس

تعیین اثر درمانگری فراشناختی بر الگوی روابط زوجین در بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونر

درک شدن می‌کنند؛ به راحتی در مورد مسائل و تعارضات خود گفتگو می‌نمایند و از واکنش‌های غیرمنطقی، اجتناب و پرخاشگری استفاده نمی‌کنند. آنها می‌توانند افکار، احساسات، تمایلات و نیازهای خود را به یکدیگر منتقل کنند.

الگوی ارتباطی اجتناب متقابل نیز؛ نوعی الگوی ارتباطی است که طی آن زن و شوهر سعی دارند از بحث کردن در مورد مشکل اجتناب کنند و بر روی مسائل خود سرپوش بگذارند. در این الگو، زوجها از رضایت زناشویی پایینی برخوردارند و تعارض بین آنها شدید است؛ به گونه‌ای که بحث و جدل به یک الگوی مخرب و دائمی تبدیل شده است. در این الگو، زوجها از برقراری ارتباط با یکدیگر خودداری می‌کنند.

اگرچه پژوهش‌ها به طور مکرر وجود ارتباط بین الگوی توقع/کناره‌گیری و رضایتمندی زناشویی را به اثبات رسانده‌اند؛ اما اکثر پژوهش‌ها بیانگر آن است که نحوه این ارتباط پیچیده بوده و ماهیت آن هنوز به طور کامل شناخته شده نیست. بنابراین از آنجا که این الگو در پیش‌بینی پیامدهای مهم ازدواج از جمله رضایتمندی زناشویی و طلاق مهم و تعیین‌کننده است؛ لذا تلاش در جهت فهم بهتر و دقیق‌تر این رابطه پیچیده اهمیت زیادی دارد و باید در پژوهش‌های آینده مورد بررسی عمیق‌تر قرار گیرد. ارتباط سازنده نقش کلیدی در کارکرد خانواده سالم دارد و در نتیجه خانواده‌هایی که راهکارهای درست برقراری را به کار می‌گیرند، برای حل مشکل‌های فردی/اجتماعی تواناترند و خشنودی بیشتری از خود و زندگی دارند. پیوند زناشویی مهم‌ترین پیوند بین فردی در خانواده است. همسران به دلیل پیوند تنگاتنگ و گام‌های رشد پیوند زن و شوهری خود، ناگزیر از تجربه تنش گاه‌به‌گاه‌اند و هر اندازه توانایی آنها برای برقراری ارتباط و حل مسائل زندگی مشترک بیشتر باشد، خشنودی آنها از زندگی زناشویی نیز بیشتر خواهد بود.

نتایج حاصل با پژوهش‌های پیشین نظیر لوند گرین، گاروین، جوناسون، کریستسون و کریستون، (۲۰۱۵)؛ رید، چنتال، اسکای و تامپسون (۲۰۱۳) که به‌طور کلی اثربخشی درمان‌های روانشناختی را بر بیماران قلبی سنجیده‌اند همخوان است. همچنین ولی‌زاده، حسنوندی، مهرابی زاده هنرمند و افکاری در سال ۲۰۱۳؛ ون درهایدن، موریس و ون در مولن (۲۰۱۲)؛ ولز، ولفورد و همکاران، (۲۰۱۰)، گویلام و همکاران، (۲۰۰۴) که اثر مثبت درمان فراشناختی را بر

تعیین اثر درمانگری فراشناختی بر الگوی روابط زوجین در بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونر

متغیرهای روانشناختی در بیماران مختلف جسمی و خصوصاً روانی سنجیده بودند همسو بوده و همچنین در ایران، عاشوری، خالقی دهنوی و صفاریان در سال ۱۳۹۳؛ یوسفی و سهرابی در سال ۱۳۹۰ که اثر روان‌درمانگری فراشناخت را بر روابط زناشویی سنجیده‌اند و نیز حسینی غفاری، محمدخانی، پورشه‌باز، دولت‌شاهی و محمدی در سال ۱۳۹۲ و داداشی در سال ۱۳۹۳ که اثر درمان فراشناختی را بر اختلال اضطراب فراگیر و بهبود راهبردهای کنترل فکر و اضطراب و استرس سنجیده بودند و همگی حاکی از اثربخشی این نوع مداخله درمانی بوده‌اند نیز همسو می‌باشد. این یافته با پژوهش برگرسن و سانرهاگن (۲۰۱۱)، بارنهوفر و همکاران (۲۰۰۹)، فنل (۲۰۰۴) و ولز و همکاران (۲۰۱۲) که اثربخشی درمان فراشناختی را بر روی افسردگی سنجیده‌اند نیز همخوان است.

در جریان درمان فراشناختی، مراجعان مشارکت فعالانه‌ای داشته و توانسته‌اند نظرات خود را به نحوی شفاف بیان و ابراز وجود کنند. هنگامی که روابط یک نفر از لحاظ عاطفی تغییر کند می‌تواند در دیگری تغییر ایجاد نماید. مثلاً هنگامی که مرد تغییر کند و به موضع انعطاف‌پذیرانه‌تری در ابراز عاطفه متمایل شود، زن نیز مهربان‌تر پاسخ می‌دهد و بالعکس. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که در این پژوهش به دلیل فقدان دوره پیگیری امکان ارزیابی نتایج وجود نداشت. بنابراین انجام پژوهش‌های دقیق و کنترل‌شده که دارای دوره پیگیری باشند پیشنهاد می‌شود. به‌طور کلی در ارتباط با دستاوردهای این پژوهش می‌توان بیان کرد که تعیین سهم و نحوه ارتباط عوامل روانشناسی و ارتباطات خانوادگی در تبیین تغییرات بیماری عروق کرونر قلب از یافته‌های این پژوهش است و می‌توان نتیجه‌گیری کرد که عوامل روانشناسی بر شدت بیماری عروق کرونر تأثیر دارد و بخشی از اثر آنها از طریق ارتباطات فرد ایفا می‌شود. امید است از یافته‌های این پژوهش جهت طراحی برنامه‌های پیشگیرانه و انجام پژوهش‌های گسترده‌تر در حوزه بیماری عروق کرونر قلب به‌ویژه در میان کارکنان نظامی با توجه به شدت استرس بالا و قرار گرفتن در معرض تنش‌های فزاینده استفاده شود.

پی‌نوشت‌ها:

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------|
| 1- Cardiovascular disease | 2- Coronary heart. disease |
| 3- Blood pressure | 4- Diabetes |
| 5- Blood fat | 6- Obesity |
| 7- Cognitive attentional syndrome | 8- Worry |
| 9- Rumination | 10- Self-regulation |
| 11- | |

منابع و مآخذ فارسی:

- بهاری، محمدحسین؛ جهان‌بخش، مرضیه؛ کجباف، محمدباقر؛ فرامرزی، سالار. (۱۳۹۱).
 اثربخشی درمان فراشناختی بر باورهای فراشناختی و اعتماد شناختی در بیماران مبتلا
 به اختلال هراس اجتماعی. *مجله روانشناسی بالینی، سال چهارم، شماره ۱، پایانی ۱۳.*
- پاداش، زهرا؛ ایزدی‌خواه، زهرا؛ عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۰). بررسی مقایسه رضایت زناشویی
 در بین بیماران عروق کرونر و افراد سالم. *مجله تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۹،*
شماره ۵، ویژه نامه اختلالات روان‌تنی.
- ثناگویی، محمد؛ جان‌بزرگی، مسعود؛ مهدویان، علیرضا. (۱۳۹۰). رابطه الگوهای ارتباطی
 زوجین با رضامندی زناشویی. *دوفصلنامه علمی پژوهشی مطالعات اسلام و روانشناسی،*
سال ۵، شماره ۹، صفحات ۵۷ تا ۷۷.
- جاویدی، نصیرالدین؛ سلیمانی، علی‌اکبر؛ احمدی، خدابخش؛ صمدزاده، مونا. (۱۳۹۲).
 اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار (EFT) بر بهبود الگوهای ارتباطی زوجین. *مجله*
تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۱۱، شماره ۵، صفحات ۴۱۰-۴۰۲.
- حقایق، عباس؛ کلانتری، مهرداد؛ مولوی، حسین و طالبی، مجید. (۱۳۸۷). درمانگری شناختی
 رفتاری در بیماران مبتلا به نشانگان روده تحریک‌پذیر. *فصلنامه روانشناسان ایرانی،*
دوره ۴، شماره ۱۶، صفحه ۳۸۶-۳۷۷.
- داداشی، محسن. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان نوروفیدبک با دارودرمانی و درمان فراشناختی
 در کاهش علائم و نشانه‌های افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. پایان‌نامه دکتری
 تخصصی روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

تعیین اثر درمانگری فراشناختی بر الگوی روابط زوجین در بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونر

ذاکری مقدم، معصومه و علی اصغری پور، منصوره. (۱۳۸۸). *مراقبت‌های پرستاری در بخش‌های ICU، CCU و دیالیز*. تهران: انتشارات اندیشه رفیع. چاپ هفتم.

شاهقلیان، مهناز؛ جان‌نثار شرق، راحله؛ عبداللهی، محمدحسین. (۱۳۹۱). رابطه هوش هیجانی و سبک‌های مقابله با استرس با الگوهای ارتباطی میان زوجین. *تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، جلد ۶، شماره ۲۲.

شفیعی سنگ‌آتش، سمیه؛ رفیعی‌نیا، پروین؛ نجفی، محمود. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان فراشناختی بر اضطراب و مؤلفه‌های فراشناختی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روانشناسی بالینی*، سال چهارم، شماره ۴، پیاپی ۱۶.

عاشوری، جمال؛ خالقی دهنوی، فرزانه؛ صفاریان، محمدرضا. (۱۳۹۳). بررسی تأثیر فراشناخت درمانی بر میزان رضایت زناشویی زنان. *زن و مطالعات خانواده*، سال ششم، شماره بیست و چهارم، صفحات ۵۳-۶۵.

عبادت‌پور، مهناز. (۱۳۷۹). *هنجارپایی پرسشنامه الگوهای ارتباطی زناشویی در شهر تهران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره. تهران: دانشگاه تربیت معلم.

یوسفی، ناصر و سهرابی، احمد. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی رویکردهای خانواده درمانی مبتنی بر حضور ذهن و فراشناخت بر کیفیت روابط زناشویی در مراجعان در آستانه طلاق. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، سال اول، شماره ۲، صفحات ۱۹۲-۲۱۱.

منابع و مآخذ خارجی:

- Balog PJ., Ansky L., Leinewber C(2003); Depressive symptoms in relation to marital and work stress in women with and without coronary heart disease. The Stockholm Female Coronary Risk Study. *J Psychosom Res*; 54(2): 113-19.
- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R.J., & Williams, M.,G. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behavior research and therapy*, 47, 366-373.
- Bergerson, H., Fosile, K.F., Sunnerhagen, K.S., & Schank, A.K. (2011). Anxiety, Depression and Psychological Well being 2to 5 years poststroke. *Journal of stroke and cerebrovascular Diseases*, 1-6.

- Christensen, A., & Heavy, C.L. (1990). Gender and social structure in the demand /withdraw pattern of marital conflict. *Journal of personality and social Psychology*, 59, 73-81.
- Compare, Angelo, Zarbo, Cristina, Shonin , Edo (2013). Emotional Regulation and Depression: A Potential Mediator between Heart and Mind. *J Exp Psychopathol*. 4(5): 502-528.
- Fennel, M., J.V. (2004). Depression, low-stress and mindfulness. *Behavioral Research and therapy*, 42, 1053- 1067.
- Gander, J., Sui, X., Hazlett, L.J., Cai, B., & et al. (2014). Factors Related to Coronary Heart Disease Risk Among Men: Validation of the Framingham Risk Score. *Preventing chronic disease*, 11, 140045.
- Gwilliam, P., Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). Does meta-cognition or responsibility predict obsessive compulsive symptoms: a test of the metacognitive model? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 137-144.
- Kim, C., Cushman, M., Kleindorfer, D., Safford, M.M., & et al. (2015). A Review of the Relationships between Endogenous Sex Steroids and Incident Ischemic Stroke and Coronary Heart Disease Events. *Current Cardiology Reviews*, [Epub ahead of print].
- Kring, A.M., & Sloan, D.M. (2010). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Lundgren, O & Garvin, P Jonasson, L & Andersson, G., & Kristenson, M. (2015). Psychological Resources are Associated with Reduced Incidence of Coronary Heart Disease. An 8-Year Follow-up of a Community-Based Swedish Sample. *Int. J. Behav. Med*; 22:77-84 DOI 10.1007/s12529-014-9387-5.
- Rahimian Bogar A., Rostami M., Besharat, M.A. (2009). *Comparison of stress among CHD patients and healthy individuals*. Psychological Science; [In Persian].
- Reid J., Ski C.F., Thompson D.R. (2013). Psychological Interventions for Patients with Coronary Heart Disease and Their Partners: A Systematic Review. *PLoS ONE* 8(9): e73459.
- Ripley, D.P., Motwani, M., Plein, S., & Greenwood, J.P. (2014). Established and emerging cardiovascular magnetic resonance techniques for the assessment of stable coronary heart disease and acute coronary syndromes. *Quantitative Imaging in Medicine and Surgery*, 4, 330-44.
- Van der Heiden, C., Muris, P.T., & Van der Molen, H. (2012). Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and

تعیین اثر درمانگری فراشناختی بر الگوی روابط زوجین در بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونر

- intolerance-of uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Research & Therapy*, 50(2), 100-119.
- Valizade, M., Hasanvandi, S., Mehrabizade Honarmand, M., & Afkar, A. (2013), Effectiveness of group metacognitive therapy for students metacognitive beliefs and anxiety. *Social and Behavioral Sciences*, 84, 1555-1558.
- Wells, A. (2007). Cognition about cognition: meta cognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *J Cogn Behav Pract*; 14: 18-25.
- Wells, A. (2005). The meta cognitive model of GAD: assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *J Cogn Ther Res*; 29: 107-121.
- Wells, A., Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the Metacognitons Questionnaire: Properties of the MCQ 30. *J Behav res Therapy*; 42: 385-396..