



## تأثیر مداخله خانواده درمانی شناختی- رفتاری بر علائم روان شناختی و رضایت زناشویی بیماران قلبی

### *The Effect of Cognitive-Behavioral Family Therapy on Psychological Symptoms and Marital Satisfaction in Cardiac Patients*

Pournaqhash tehrani, saeid

Etemadi, sorya

Nekonom, asieh

پورنقاش تهرانی، سید سعید<sup>۱</sup>\*

اعتمادی، ثریا<sup>۲</sup>

نکونام، آسیه<sup>۳</sup>

#### چکیده

#### Abstract

The goal of the present study was to assess the effectiveness of cognitive behavioral family therapy on psychological symptoms and marital satisfaction in cardiac patients. Using purposeful sampling, our sample included 216 cardiac patients who referred to Tehran Heart Hospital for rehabilitation program. Subsequently, they were divided into two groups of 108 (control and experimental) with the test group receiving CBT intervention while the other group received no CBT intervention. And the witness group did not receive any training. Data were gathered by DASS-21 questionnaire and Enrich's marital satisfaction questionnaire 47 in two stages of pre-test and post-test and were analyzed by using independent t-test, paired t-test, descriptive statistics and covariance (using spss-24 software). Our findings showed that cognitive-behavioral family therapy can not only improve the status of psychological symptoms and marital satisfaction of cardiac patients, but also can reduce stress, depression, anxiety and augment marital satisfaction in the experimental group compared to those of the control group. Therefore, As a result, it can be said that psychological interventions are effective on improving the mental status as well as marital relationship of cardiac patients. And as a result, they can be used as complementary therapies along with drug therapy, which will greatly increase the effectiveness of the treatment.

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی خانواده درمانی شناختی رفتاری بر علائم روان شناختی و رضایت زناشویی بیماران قلبی اجرا شد. نمونه این پژوهش شامل ۲۱۶ نفر که به صورت نمونه‌گیری هدفمند از بین بیماران قلبی که برای شرکت در برنامه بازتوانی به بیمارستان قلب تهران مراجعه کرده بودند انتخاب شدند. نمونه در دو گروه ۱۰۸ نفره گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. گروه آزمایش آموزش CBT را دریافت می‌کردند و گروه گواه هیچ آموزشی دریافت نمی‌کرد. داده‌ها به وسیله پرسشنامه 21-DASS و پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ ۴۷ در دو مرحله پیش-آزمون و پس‌آزمون جمع‌آوری و بعد به وسیله آزمون تی مستقل، تی زوجی و آمار توصیفی و کوواریانس و با استفاده از نرم افزار SPSS/24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان می‌دهد که مداخله خانواده‌درمانی شناختی رفتاری منجر به بهبود وضعیت علائم روانی همچون افسردگی، اضطراب و استرس و رضایت زناشویی بیماران قلبی شده است و این مداخله منجر به کاهش استرس، افسردگی، اضطراب و افزایش رضایت زناشویی در گروه آزمایش شده است. قابل ذکر است که بین گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. در نتیجه می‌توان گفت مداخلات روان شناختی بر بهبود وضعیت روانی و همچنین ارتباطات زناشویی بیماران قلبی موثر هستند و در نتیجه می‌توانند به عنوان مکمل درمانی در کنار دارو درمانی استفاده شوند، که موجب اثرگذارتر بودن درمان خواهد شد.

کلمات کلیدی: خانواده درمانی شناختی- رفتاری، علائم روان شناختی، رضایت زناشویی، بیماری قلبی.

**Keywords:** Cognitive-behavioral family, Psychological symptoms, Marital satisfaction, Heart disease.

<sup>۱</sup> دکترای تخصصی، دانشیار روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، ایران [spnaghash@ut.ac.ir](mailto:spnaghash@ut.ac.ir)

<sup>۲</sup> دکترای تخصصی، استاد یار گروه روانشناسی، پردیس فارابی دانشگاه تهران [etemadi.soraya@ut.ac.ir](mailto:etemadi.soraya@ut.ac.ir)

<sup>۳</sup> کارشناسی ارشد، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی پردیس فارابی دانشگاه تهران [asieh.neko.nam@ut.ac.ir](mailto:asieh.neko.nam@ut.ac.ir)

## مقدمه

بیماری قلبی عروقی به‌عنوان شایع‌ترین علت مرگ‌ومیر در سراسر جهان شناخته شده است (Wiener, *etal.*, 2012). که در جوامع غربی و ایران گسترش یافته و یکی از عوامل عمده از کار افتادگی و مرگ محسوب می‌شود (سرحدی و دیگران، ۲۰۱۳). آمارهای رسمی نشان می‌دهد میزان مرگ ناشی از این پدیده در ایران هم رو به افزایش است (سرحدی و دیگران، ۲۰۱۲). جراحی، یکی از مداخلات درمانی شایع برای این بیماری محسوب می‌شود. سالانه، هزاران بیمار در سراسر جهان تحت این عمل جراحی قرار می‌گیرند (شفیعپور، ۲۰۱۳). در کنار مزایای عمل جراحی بای پس عروق کرونر (CABG)<sup>۱</sup> که باعث بقا و بهبود عملکرد بطنی می‌شود، خطراتی همانند: آزادی آنژین صدری و تنگی مجدد در عروق کرونر (Mitchell, et al., 2005)، افسردگی و اضطراب (در ۳۰٪ جراحی‌های قلبی که در آمریکا صورت گرفته بلافاصله اتفاق می‌افتد)، وجود دارد. در یک نمای کلی از تحقیقات مستند از تأثیرات مخرب جراحی بای پس به‌عوامل روانی-اجتماعی، کارکرد قلب و اعصاب در زمان محدود و در بلندمدت اشاره شده است (طلایی زاده، بختیارپور، ۲۰۱۶)، در این میان نقش استرس را نمی‌توان نادیده گرفت، استرس ممکن است به‌توسعه CVD کمک کند و باعث تنگ شدن شریان‌ها شود، که همین محدود شدن می‌تواند فشارخون را افزایش و خطر ابتلا به‌حمله قلبی را افزایش دهد (Rachel, 2012). به‌همین دلیل این بیماران نیاز به‌بازتوانی دارند (Yu, et al., 2004)، که دریافت بازتوانی می‌تواند مرگ‌ومیر ناشی از بیماری قلبی-عروقی مرتبط با سن را تا حدود ۵۰ درصد کاهش دهد (Lie, et al., 2010)، در زمینه‌ی درمان مشکلات روان‌شناختی، بیماران قلبی از رویکردهای مختلف از جمله دارو درمانی، روان‌درمانی و درمان‌های ترکیبی استفاده می‌شود. یکی از درمان‌های حوزه روان‌درمانی که جز معتبرترین درمان‌ها شناخته شده است، درمان شناختی-رفتاری (CBT) است (Papageorgio, Wells, 2004)، که سودمندی آن در چندین پژوهش مورد تأیید قرار گرفته است (Garnefski, et al., 2010). شکل‌گیری این درمان از دهه ۱۹۷۰ بوده است (Papageorgio, Wells, 2004)، در این روش درمان‌گر به‌بیمار کمک می‌کند تا افکار منفی و احساسی که به‌سبب این افکار شکل می‌گیرد را شناسایی کند و آنها را با شیوه‌های مثبت بازسازی کند (خدایی و دیگران، ۲۰۱۲). روش‌های مختلف به‌کار برده شده در رویکرد شناختی-رفتاری شامل، آرام‌سازی عضلانی، بازسازی شناختی، حساسیت‌زدایی منظم، توقف فکر جرات‌ورزی است (خدایی و دیگران، ۲۰۱۲). رویکرد شناختی-رفتاری علاوه بر عوامل روانی (استرس، افسردگی، اضطراب) در حوزه مشاوره خانواده نیز کارایی دارد.

از آنجاییکه رویکرد شناختی-رفتاری علت اصلی مشکلات و تعارضات زناشویی را تعاملات منفی و نارسایه ارتباطی زوجین می‌داند، بر روی نگرش و فکر زوجین تمرکز می‌کند. در مشاوره با رویکرد شناختی-رفتاری، به‌مراجعه‌مهارت‌هایی برای تغییر رفتار، تغییر ارتباطات، تغییر باورها و نگرش‌ها آموزش داده می‌شود (Beck, 2004). در تأیید کاربرد مداخله CBT، رامبرزینی و همکاران (۱۳۹۴) تأثیر درمان شناختی-رفتاری را در کاهش اضطراب و افسردگی مردان دچار بیماری قلبی مورد بررسی قرار دادند، نتیجه این پژوهش اینگونه بیان شد که اجرای درمان شناختی-رفتاری به‌صورت گروهی باعث کاهش افسردگی و اضطراب در مردان مبتلا به‌بیماری قلبی می‌شود (رامبرزینی و دیگران، ۲۰۱۶). در تحقیقی دیگر آمده است که مداخله شناختی-

رفتاری باعث کاهش میانگین افسردگی و اضطراب شده و به کارگیری این مداخله بر بهبود بیماران قلبی موثر بوده است (Dao, et al., 2011). در تحقیق دیگری که توسط بیاضی و همکاران (۱۳۹۱) بر روی بیماران قلبی انجام شده، این نتیجه به دست آمده که آموزش شناختی-رفتاری منجر به کاهش تنش و افسردگی شده است (بیاضی، ۲۰۱۲). تحقیق دیگری توسط خطیبیان و همکارانش (۱۳۹۱) در مورد تأثیر روی کرد شناختی-رفتاری بر اضطراب، افسردگی، استرس بیماران سرطانی اجرا شده که نتیجه اینگونه گزارش شده که این روی کرد باعث کاهش معناداری در سطح اضطراب، افسردگی و استرس شده است (صفرزاده، روشن، شمس، ۲۰۱۲). نتایج بدست آمده از تحقیق انجام شده توسط حسین پور و همکاران (۱۳۸۹) در زمینه تأثیر خانواده درمانی شناختی رفتاری بر رضایت زناشویی موثر بودن این مداخله بر افزایش رضایت زناشویی را گزارش داده است (حسین پور، شهروی، عبادی، ۲۰۰۹). در تحقیق چانگ (۲۰۰۸) نیز تأثیر خانواده درمانی شناختی رفتاری در افزایش رضایت زناشویی موثر گزارش شده است (Chang, 2008). با توجه به اهمیت نقش خانواده بخصوص همسر در بهبود بیماران قلبی و بالا بودن میزان افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران قلبی و این که بالا بودن علائم روان شناختی موجب حمله قلبی می شود و نبود پژوهشی در این زمینه بر آن شدیم تا به آموزش روی کرد شناختی-رفتاری پرداخته شود. این تحقیق با هدف بررسی اثربخشی مداخله خانواده درمانی شناختی-رفتاری بر علائم روان شناختی و رضایت زناشویی در بیماران قلبی صورت گرفت و فرضیه اصلی این پژوهش این است که بین میزان علائم روان شناختی و رضایت زناشویی بیماران قلبی در قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری وجود دارد.

### ابزار پژوهش

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی است، که با مدل پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه این پژوهش شامل کلیه بیماران قلبی CABG شده که برای شرکت در برنامه بازتوانی قلبی در سال ۱۳۹۵ به بیمارستان قلب تهران مراجعه کرده بودند می شدند، حجم نمونه شامل ۲۱۶ بیمار که در دو گروه ۱۰۸ نفره (گروه کنترل و آزمایش) قرار گرفتند (شش گروه ۱۸ نفره) که به صورت نمونه گیری هدفمند انتخاب شده بودند، در گروه آزمایش آموزش روی کرد شناختی-رفتاری ۱۲ جلسه ۲/۵ ساعته داده شد که به صورت جلسات هفتگی و در مدت ۳ ماه اجرا شد. هر جلسه شامل ۱. بررسی تکالیف خانگی، مرور جلسه قبل، تمرین و پذیرایی، استراحت، ۲. تمرین و جمع بندی جلسه و ارایه تکالیف خانگی جلسه بعد می شد، گروه کنترل از افرادی انتخاب شدند که در برنامه های بازتوانی شرکت نمی کردند و فقط در جلسات دوره ای (جلسات دوره ای معمولاً هر یکماه برگزار می شود و معمولاً بیماران در این جلسات شرکت داشتند که شرایط شرکت در جلسات بازتوانی را نداشتند) شرکت می کردند. شرایط ورود پژوهش: عدم اختلال شناختی و تمایل داشتن برای شرکت در پژوهش بود. پرسشنامه هایی که در این پژوهش به عنوان پیش آزمون و پس آزمون اجرا شده بود شامل: پرسشنامه رضایت زناشویی ۴۷ ماده ای انریچ و اضطراب، استرس، افسردگی DASS-21 بود. پرسشنامه DASS-21 در ایران اعتباریابی شده است. این پرسشنامه شامل ۲۱ سؤال در زمینه افسردگی، اضطراب و استرس است. نحوه نمره گذاری (در مورد من صدق نمی کند= صفر تا کاملاً صدق می کند= یک) کسب نمره ۰-۹ برای افسردگی، ۰-۷ برای اضطراب و ۰-۱۴ برای استرس، نشانه نداشتن هر یک از این مشکلات در

فرد است. کسب نمره ۱۰-۱۳ برای افسردگی، ۹-۸ برای اضطراب و ۱۵-۱۸ برای استرس نشانه داشتن هر یک از مشکلات در سطح خفیف است. کسب نمره ۱۴-۲۰ برای افسردگی، ۱۰-۱۴ برای اضطراب و ۱۹-۲۵ برای استرس نشانه داشتن مشکلات در سطح متوسط است. کسب نمره ۲۱-۲۷ برای افسردگی، ۱۵-۱۹ برای اضطراب و ۲۶-۳۳ برای استرس نشانه داشتن هر یک از این مشکلات در سطح شدید است و کسب نمره ۲۸ و بالاتر برای افسردگی، ۲۰ و بالاتر برای اضطراب و ۳۴ و بالاتر برای استرس نشانه داشتن مشکلات در سطح خیلی شدید است (صاحبی، اصغری، سالاری، ۲۰۰۵).

پرسشنامه‌ی رضایت‌مندی زناشویی انریچ، توسط اولسون، دراگمن (۱۹۷۸) و فورنیر (۱۹۸۷) ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۱۱۵ سؤال و ۱۲ مقیاس شامل پاسخ قراردادی، رضایت زناشویی، موضوع‌های شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، نظارت مالی، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و فرزندان، بستگان و دوستان، نقش‌های مساوات‌طلبی و جهت‌گیری عقیدتی است که روی مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۵-۱ نمره‌گذاری می‌شود. فرم ۴۷ سؤالی این پرسشنامه توسط سلیمانیان (۱۳۷۳) تهیه شده و پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰.۹۵ گزارش شده است. در تحقیق حاضر، برای تعیین پایایی پرسشنامه‌ی رضایت زناشویی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر با ۰.۸۳ بود (امیری مجد، زری مقدم، ۲۰۱۰).

#### جدول ۱. محتوای جلسات مداخله‌ای شناخت درمانی بیماران قلبی

جلسات	محتوا
۱	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، معرفی برنامه، آشنایی با بیماری عروق کرونر قلب
۲	آگاهی دادن در مورد عوامل خطرزای بیماری کرونری قلب و راه‌های پیشگیری و کنترل آن
۳	آموزش در مورد رژیم غذایی و فعالیت بدنی
۴	شناخت نشانه‌های تنش و موقعیت‌های تنش‌زا و تأثیر تنش بر بیماران قلبی
۵	روش‌های مقابله با تنش، شناخت روش‌های مقابله‌ای مساله‌مدار، هیجان‌مدار و ناسازگارانه
۶	روش‌های مقابله با تنش، شناخت فنون عملی مدیریت تنش، آرام‌سازی عضلانی
۷	آشنا کردن بیماران با تیپ شخصیتیشان و تأثیر آن بر بیماری
۸	شناساندن مدل A-B-C و نقش افکار منفی در ایجاد خشم، شناخت خطاهای شناختی شایع و راه‌های کاهش آنها
۹	شناساندن نشانه‌های افسردگی، اضطراب، استرس و رضایت زناشویی و تأثیر آن بر بیماری
۱۰	آموزش راه‌های شناختی کاهش علائم روان‌شناختی و افزایش رضایت زناشویی از طریق بکارگیری مدل شناختی
۱۱	آموزش راه‌های رفتاری برای کاهش علائم روان‌شناختی و افزایش رضایت زناشویی از طریق آموزش آرمیدگی عضلانی، توقف فکر، حمایت اجتماعی، شوخ طبعی
۱۲	جمع‌بندی و مرور برنامه، دریافت بازخورد از بیماران، تعیین جلسات پیگیری و اجرای پس آزمون

بعد از اتمام دوره آموزشی، یک هفته بعد، مجدداً آزمون‌ها اجرا شدند و برای تحلیل نتایج پژوهش از تحلیل کواریانس، تی مستقل و تی زوجی و آمار توصیفی و همچنین از نرم افزار SPSS-24 استفاده شد.

#### یافته‌ها

طبق یافته‌های بدست آمده در این پژوهش میانگین سنی گروه آزمایش ۶۵ سال و انحراف معیار ۴/۶۳ است و میانگین سنی گروه کنترل ۶۴ سال و انحراف ۶/۴۴ بود.

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

Value	P	شاهد		متغیر	
		n(درصد)	آزمایش n(درصد)	مرد	زن
0/92	0/82	56(51/9)	58 (53/7)	جنسیت	
		52(48/1)	50(46/3)	بی سواد	
4/77	0/85	19(17/6)	16(14/8)	تحصیلات	ابتدایی
		29(26/9)	27(25)		دیپلم
		39(36/1)	41(38)		لیسانس
		21(19/4)	24(22/2)		

براساس یافته‌های جدول (۲)، ۵۳/۷ درصد شرکت کنندگان گروه آزمایش مرد و ۴۶/۳ درصد خانم بودند و در گروه کنترل ۵۱/۹ درصد آقا و ۴۸/۱ درصد خانم بودند، میزان تحصیلات افراد گروه آزمایش ۱۴/۱٪ بی-سواد، ۲۵٪ ابتدایی، ۳۸٪ دیپلم، ۲۲/۲٪ لیسانس بودند و گروه کنترل ۱۷/۶٪ بی سواد، ۲۶/۹٪ ابتدایی، ۳۶/۱٪ دیپلم، ۱۹/۴٪ لیسانس بودند. بر طبق جدول بین جنسیت با ( $\alpha = 0.92, p = 0.82$ ) با گروه درمانی هیچ ارتباطی وجود ندارد و همچنین با تحصیلات نیز با ( $\alpha = 4.27, p = 0.85$ ) ارتباطی پیدا نشد (آزمون خی دو پیرسون گزارش شده است).

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

متغیر آزمون شاهد p
$x (sd) (sd) x$
افسردگی (۰/۵۹) ۱۷/۴۱ (۰/۵۰) ۱۷/۵۰ (۰/۲۶)
استرس (۱/۹۹) ۱۶/۶۴ (۲) ۱۷ (۰/۹۱)
اضطراب (۱/۵) ۱۷/۳۹ (۱/۵۰) ۱۷/۵۰ (۰/۶۲)
رضایت زناشویی (۱۴/۴۶) ۱۱۶/۲۵ (۱۵/۴۵) ۱۱۵/۶۳ (۰/۷۶)

برطبق نتایج جدول ۳ بین متغیرهای بالینی دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد، یعنی هر دو گروه از نظر میزان افسردگی و استرس، اضطراب و رضایت زناشویی همگن هستند.

جدول ۴. نتایج آزمون تی زوجی در مورد متغیرهای بالینی

گروه‌ها مرحله افسردگی اضطراب استرس رضایت
$X(sd) x(sd) x(sd) x(sd)$
آزمایش pri (۰/۵۹) ۱۷/۴۱ (۱/۵۴) ۱۷/۳۹ (۱/۹۹) ۱۶/۸۱ (۱۴/۴۶) ۱۱۶/۲۵
pos (۰/۴۹) ۱۰/۳۹ (۱/۳۷) ۹/۲۲ (۱/۴۷) ۹/۲۱ (۱/۴۲) ۱۵۳ (۱/۴۲)
P ۰/۰۰۵ ۰/۰۰۵ ۰/۰۰۵ ۰/۰۰۵
T ۲۶/۲۸ ۴۱/۸۲ ۳۱/۶۲ ۹۲/۸۹
کنترل pri (۰/۵) ۱۷/۵ (۱/۵) ۱۷/۵ (۲) ۱۷ (۱۴/۶۷) ۱۱۵/۶۳
pos (۰/۶۳) ۱۷/۳ (۱/۵۷) ۱۷/۳۴ (۱/۹۶) ۱۶/۸۷ (۱۵/۲۸) ۱۱۶/۰۵
P ۰/۰۰۱ ۰/۰۰۲ ۰/۰۰۶ ۰/۰۲۳
t ۲/۳۰ ۲/۸۰ ۳/۰۹ ۲/۴۷

براساس جدول ۴ میانگین نمرات وضعیت روانی گروه آزمایش که *CBT* را دریافت کرده بودند کاهش قابل توجهی یافته، به‌گونه‌ای که افسردگی در گروه آزمایش از ۱۷,۴۱ به ۱۰,۳۹ و در گروه کنترل از ۱۷,۵ به ۱۶,۳۷ کاهش یافته و استرس گروه آزمایش از ۱۶,۸۱ به ۹,۲۱ در حالی که در گروه کنترل از ۱۷ به ۱۶,۸۷ کاهش یافته است و همچنین در سایر متغیرها یعنی میزان اضطراب کاهش یافته در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل بوده است و رضایت زناشویی گروه آزمایش نیز نسبت به گروه کنترل افزایش چشمگیری داشته است. با توجه به یافته‌های جدول بین شرایط قبل از مداخله و بعد از مداخله در هر دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0,0005$ ).

جدول ۵. میانگین تعدیل یافته انحراف استاندارد و نتایج تحلیل کواریانس متغیرهای وابسته اضطراب و افسردگی، استرس، رضایت زناشویی

گروه آزمایش کنترل کواریانس	
متغیر $s - x s - x f p \text{ Eta}$	
افسردگی	۰/۵۱ ۱۰/۳۸ ۰/۵۱ ۱۷/۳۸ ۰/۴۶ ۹۰۳۰/۰۰۵ ۰/۹۷
استرس	۰/۱۳ ۹/۲۵ ۰/۱۳ ۱۶/۸۳ ۰/۱۳ ۱۵۵۷/۸۶ ۰/۸۸
اضطراب	۰/۱۸ ۹/۲۵ ۰/۱۱ ۱۷/۳ ۰/۱۱ ۲۲۸۱/۵۶ ۰/۹۱
رضایت زناشویی	۰/۷۳ ۱۵۲ ۰/۷۳ ۱۱۶/۳۱ ۰/۷۳ ۱۱۹۲/۸۱ ۰/۸۵

در جدول فوق میانگین‌های تعدیل یافته متغیرهای وابسته قابل مشاهده است و تأثیر متغیرهای تصادفی کمکی حذف شده است. این میانگین‌ها نشان می‌دهند که میانگین گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در وضعیت بهتری قرار دارند، همان‌طور که از نتایج کواریانس در جدول ۵ پیداست بین میانگین‌های تعدیل شده دو گروه در کاهش متغیر اضطراب، استرس، افسردگی و افزایش رضایت زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد. جدول ۶. تحلیل کواریانس چند متغیره برای اندازه‌گیری متغیر ترکیبی اضطراب، افسردگی، استرس، رضایت زناشویی

متغیر ارزش $f(4, 207)$ سطح معنی داری $\text{Eta}$	
اضطراب، استرس،	۰/۱۴ ۰/۷۳ ۳۶۴۵ ۰/۹۸
افسردگی، رضایت زناشویی	

طبق یافته‌های جدول ۶ بین گروه آزمایش که تحت آموزش *CBT* قرار گرفته بودند و گروه کنترل (۰,۹۸  $ET = 3645.73$ ,  $P < 0,05$ ) تفاوت معنادار وجود دارد، این به این معنی است که مداخله شناختی رفتاری به شکل موثری باعث کاهش افسردگی، استرس، اضطراب و افزایش رضایت زناشویی بیماران قلبی در گروه آزمایش شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی مداخله شناختی رفتاری بر بهبود علائم روان‌شناختی و رضایت زناشویی بیماران قلبی اجرا شد. نتایج پژوهش حاضر موثر بودن مداخله شناختی رفتاری بر کاهش استرس، اضطراب،

افسردگی و افزایش رضایت زناشویی بیماران قلبی را تأیید کرد و در این زمینه با تحقیقاتی که در گذشته صورت گرفته بود مانند تحقیق رامبرزینی و خطیبیان (۱۳۹۴) در مورد تأثیر *CBT* بر کاهش افسردگی، استرس و اضطراب همسو بود، ولی با پژوهش بیاضی و همکاران (۲۰۱۲) که *CBT* تأثیر چشم‌گیری بر افسردگی و اضطراب ندارد، ناهماهنگ است. همچنین با پژوهش حسین‌پور و همکاران (۲۰۰۹) و چانگ (۲۰۰۸) در مورد افزایش رضایت زناشویی با آموزش شناختی رفتاری همسو است. پژوهش‌های متعدد دیگر نیز به بررسی تأثیر آموزش شناختی رفتاری پرداخته‌اند و کارآمد بودن این مداخله را در مرحله پیشگیری ثانویه موثر می‌دانند، با توسعه تدریجی رویکرد کل‌نگر در درمان بیماران و پذیرش نسبی و مقبولیت این دیدگاه در نزد متخصصان، شیوه‌های متناسب با آن نیز در مداخلات درمانی گسترش یافته است (خیام نکویی و دیگران، ۲۰۱۰).

امروزه استفاده از روش‌های روان‌شناختی به‌عنوان یکی از روش‌های مکمل در کنار درمان پزشکی، بویژه در درمان بیماری‌های مزمن، در حال گسترش است. از این رو، نتایج این پژوهش در ایران و بسیاری از پژوهش‌های انجام شده در سطح جهانی موجب خواهد شد تا بهره‌گیری از آموزش‌های شناختی رفتاری تدریجاً به‌بخشی جدایی‌ناپذیر از پروتکل درمانی بیماران مزمن و از جمله بیماران قلبی-عروقی تبدیل شود. در تبیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی، دابسون و همکاران (۲۰۰۸) معتقدند که وجود مؤلفه‌های فعالسازی رفتاری همراه با درمان‌های شناختی، عامل کاهش افسردگی در ابتدای درمان و نیز عامل تداوم‌دهنده اثرات این درمان‌ها در کاهش خلق افسرده بعد از درمان است؛ بنابراین می‌توان استدلال نمود که توجه به هیجانات و نگرش‌های منفی راه‌انداز خلق افسرده، منجر به افزایش خودکارآمدی و تغییر شناخت‌های ناکارآمد و در نهایت باعث تغییر خلق افسرده به خلق متعادل می‌گردد (Dobson, et al., 2008).

در کارآزمایی کنترل شده‌ای که توسط کرونک و سویندل (۲۰۰۷) بر روی ۳۱ بیمار باهدف کاهش علائم جسمانی انجام گرفت، نشان داده شد که بیماران درمان شده با روش شناختی-رفتاری در ۷۱٪ از موارد بیشتر از گروه کنترل بهبود یافتند. ضمن این‌که اثرات درمان علاوه بر کاهش مشکلات روان‌شناختی، در زمینه بهبود علائم جسمانی نیز تا حدود ۱۲ ماه پس از مداخله، تداوم یافت (بحرینیان، داوودی، ۲۰۰۸).

همچنین بررسی پژوهش‌ها تأیید کرد که اجرای مداخلات روان‌شناختی بر روی بیماران در جهت فواید فیزیولوژیکی و تغییر رفتارهای سلامت تأثیر به‌سزایی دارد (Skala, Freedland, Carney, 2006). در مداخلات انجام شده، بخصوص در نوع شناختی، اثرات درمانی ناشی از یادگیری بیماران در عدم توجه به برخی افکار منفی است، که از بدتر شدن اوضاع پیشگیری می‌کند (بحرینیان، داوودی، ۲۰۰۸). از طرفی درمان‌های روان‌شناختی نسبت به سایر درمان‌ها چه از نظر زمانی (طول مدت درمان)، اقتصادی و چه عوارض دارویی به‌صرفه‌تر است. بررسی بیشتر تحقیقات، موثر بودن مداخله شناختی رفتاری تأیید می‌شود که این نکته در نتایج پژوهش حاضر به‌وضوح دیده می‌شود.

این تحقیق نشان‌دهنده ارزش خانواده در بهبود بیماری است و امتیاز رویکرد خانواده درمانی شناختی رفتاری این است که علاوه بر آموزش فرد بیمار، به خانواده نیز اهمیت می‌دهد. از آنجاییکه در تحقیقات فرا تحلیلی در مورد مداخلات برنامه‌های آموزش روانی، برای بیماران کرونر قلبی تأیید کرده‌اند که، مداخلات خانواده‌محور و برنامه‌های آموزش روانی، برای بهبود وضعیت خانواده‌ها، به‌بهبودی 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 دیگران، ۲۰۱۳). بنابراین خانواده درمانی شناختی رفتاری، به‌عنوان سپر محافظ در مقابل استرس، افسردگی، اضطراب و رضایت زناشویی بیماران قلبی در کنار درمان‌های زیستی، جزء مهم پروتکل درمانی بیماران قلبی در کشورهای پیشرفته محسوب می‌شوند.

## تقدیر و تشکر

با تشکر و قدردانی از تمامی پرسنل مرکز قلب تهران و بیماران قلبی که در انجام تحقیق مساعدت و همکاری داشتند.

## منابع

- امیری مجد، مجتبی و زری مقدم، فاطمه (۲۰۱۰). رابطه شادکامی و رضایت زناشویی در بین زنان شاغل فرهنگی و خانه‌دار شهر اراک، نشریه علوم رفتاری، دوره ۲، شماره چهار، صفحات ۹-۲۱.
- بحرینیان، عبدالمجید و داوودی، محبوبه (۲۰۰۸). مقایسه تأثیر روش‌های رفتار درمانی شناختی-رفتاری بر میزان افسردگی بیماران بازتوانی قلبی؛ پژوهش در پزشکی، دوره ۴، شماره ۲۳، صفحات ۲۸۹-۲۹۶.
- بیاضی، محمدحسین (۲۰۱۲). اثربخشی مداخله شناختی رفتاری گروهی کوتاه‌مدت بر افسردگی، اضطراب و تنش بیماران کرونری قلب مزمن: یک آمایه کنترل شده تصادفی، مجله بهداشت روانی، دوره ۱۴، شماره یک، ۲۱-۱۱۰.
- حسین پور، محمد؛ شهروی، شهریار و عبادی، ندا (۲۰۰۹). بررسی اثربخشی آموزش خانواده درمانی به‌شیوه شناختی-رفتاری بر رضایت زناشویی، یافته‌های نو در روان‌شناسی، دوره ۴، شماره یازده، صفحات ۹۵-۱۰۶.
- خدایی، سجاد؛ خزایی، کلثوم؛ کاظمی، طوبا و علی آبادی، زهرا (۱۳۹۱). تأثیر گروه درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به‌سکته قلبی، نشریه مراقبت‌های نوین، دوره ۹، شماره چهار، صفحات ۳۶۴-۳۷۰.
- رامرزینی، شراره؛ صالحی، ناهید؛ اکبری، مریم؛ سعیدی، مژگان و کماسی، سعید (۲۰۱۶). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در کاهش اضطراب و افسردگی مردان دچار بیماری قلبی، مجله مراقبت‌های بالینی، دوره ۳، شماره یک.
- سرحدی، مهدیه؛ نویدیان، علی؛ هزندی، طیبه و مقدم، علیرضا (۲۰۱۳). مقایسه کیفیت رابطه زناشویی همسران بیماران مبتلا به‌سکته قلبی و همسران افراد سالم، فصل‌نامه مدیریت ارتقای سلامت، دوره ۲، شماره یک، صفحات ۳۹-۴۸.
- صاحبی، علی؛ اصغری، محمدجواد و سالاری، راضیه سادات (۲۰۰۵). اعتبار یابی مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی (DASS۲۱) برای جمعیت ایرانی، مجله روان‌شناسی ایران، دوره ۱، شماره چهار، صفحات ۲۹۹-۳۱۰.
- صفرزاده، عطیه؛ روشن، رسول و شمس، جلال‌الدین (۲۰۱۲). اثربخشی آموزش مدیریت استرس به‌شیوه شناختی-رفتاری در کاهش اضطراب، استرس و افسردگی زنان مبتلا به‌سرطان پستان، مطالعات

روان‌شناسی بالینی، دوره ۳، شماره شش، صفحات ۱-۲۳.

طلایی زاده، فخری و بختیارپور، سعید (۲۰۱۶). رابطه‌ی رضایت زناشویی و رضایت جنسی با سلامت روان زوجین. اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، دوره ۱۰، شماره ۴۰، صفحات ۳۷-۴۶.

نکویی، زهره؛ یوسفی، علیرضا و منشی، غلامرضا (۲۰۱۰). تأثیر آموزش‌های شناختی-رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی، مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، دوره ۱۰، شماره دو، صفحات ۱۴۸-۱۵۳.

- Beck, J. S. (2008). *Questions and answers about cognitive therapy. About Cognitive Therapy*. Beck Institute for Cognitive Therapy and Research. Retrieved, 11-21.
- Chang, S. L. (2008). *Family background and marital satisfaction of newlyweds: Generational transmission of relationship interaction patterns: California State University, Fullerton*.
- Dao, T. K. Youssef, N. A. Armsworth, M. Wear, E. Papatopoulos, K. N. & Gopaldas, R. (2011). *Randomized controlled trial of brief cognitive behavioral intervention for depression and anxiety symptoms preoperatively in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. The Journal of thoracic and cardiovascular surgery, 142(3), e109-e115.*
- Dobson, K. S. Hollon, S. D. Dimidjian, S. Schmaling, K. B. Kohlenberg, R. J. Gallop, R. J. Jacobson, N. S. (2008). *Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. Journal of consulting and clinical psychology, 76(3), 468.*
- Garnefski, N. Kraaij, V. Schroevers, M. Aarnink, J. van der Heijden, D. van Es, S. Somsen, G. (2009). *Cognitive coping and goal adjustment after first-time myocardial infarction: Relationships with symptoms of depression. Behavioral Medicine, 35(3), 79-86.*
- Lie, I. Arnesen, H. Sandvik, L. Hamilton, G. & Bunch, E. H. (2010). *Predictors for Physical and Mental Health 6 Months After Coronary Artery Bypass Grafting A Cohort Study. European Journal of Cardiovascular Nursing, 9(4), 238-243.*
- Mitchell, R. H. Robertson, E. Harvey, P. J. Nolan, R. Rodin, G. Romans, S. Stewart, D. E. (2005). *Sex differences in depression after coronary artery bypass graft surgery. American heart journal, 150(5), 1017-1025.*
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2004). *Depressive rumination: Nature, functions and beliefs. Depressive Rumination: Nature, Theory, and Treatment. Chichester, England: John Wiley & Sons Ltd.*
- Rachel, s. (2013). *A study on the Psychosocial Status Among the Female aCardiac Caregivers. Bishop Heber College, A thesis submitted to theBharathidasan University in Partial fulfillment of the of the degree of phd il osophy in social work.*
- Shafipour, V. Mohammadi, E. & Ahmadi, F. (2013). *Experience of open heart surgery patients from admission to discharge: a qualitative study. Journal of Critical Care Nursing, 6(1), 1-10.*
- Skala, J. A. Freedland, K. E. & Carney, R. M. (2006). *Coronary heart disease and depression: a review of recent mechanistic research. The Canadian Journal of Psychiatry, 51(12), 738-745.*
- Wiener, C. Fauci, A. Braunwald, E. Kasper, D. Hauser, S. Longo, D. Brown, C. (2012). *Harrisons Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review 18th Edition: McGraw Hill Professional.*
- Yu, C. M. Li, L. S. W. Lam, M. F. Siu, D. C. W. Miu, R. K. M. & Lau, C. P. (2004). *Effect of a cardiac rehabilitation program on left ventricular diastolic function and its relationship to exercise capacity in patients with coronary heart disease: experience from a randomized, controlled study. American heart journal, 147(5), 874.*