

Effect of Emotionally Focused Couple Therapy on Attachment Behavior and Marital Intimacy in Patients with Coronary Artery Disease

Fereshteh Oladi¹,
Ali Akbar Saremi²,
Ali Eshraghi³,
Mohammad Hossein Karbalaee²

¹ PhD Student in Health Psychology, Department of Psychology, Torbat-e Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e Jam, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Torbat-e Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e Jam, Iran

³ Associate Professor, Department of Cardiology, School of Medicine, Imam Reza Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

(Received January 7, 2023 ; Accepted May 9, 2023)

Abstract

Background and purpose: Today, coronary artery disease (CVD) is one of the world's most common disorders, and prevention is the key to controlling the disease. The present study aims to determine the effectiveness of emotionally focused couple therapy (EFCT) on attachment behavior and marital intimacy in patients with CVD.

Materials and methods: A semi-experimental study with pre-test, post-test, and follow-up design was conducted in 34 couples, that one of the partners had CVD, in Mashhad, Iran 2022. Those who met the inclusion criteria were randomly assigned into an intervention group (n=16 couples) or a control group (n=18 couples) using Permuted block randomization. An emotionally focused couple therapy based on the Healing Hearts Together (HHT) educational program was performed in the intervention group during eight weekly, 2-hour sessions. The control group received only routine care. Data were collected using the Brief Accessibility, Responsiveness and Engagement Scale (BAER) and the marital intimacy needs questionnaire (MINQ) before, after, and two months after the intervention. Data were analyzed using Chi-square, independent t-test, and repeated measures ANOVA.

Results: In the intervention group, the pre-test, post-test and follow-up mean scores for the attachment behavior (45.62±5.89, 53.81±3.10, and 50.87±2.44, respectively), and the components of emotional intimacy (37.56±5.22, 41.75±2.93, and 39.93±2.20, respectively), psychological intimacy (32.43±2.36, 37.25±2.86, and 36.50±4.06, respectively), rational intimacy (34.68±5.68, 36.75±2.90, and 36.37±2.87, respectively), sexual intimacy (32.18±4.38, 37.01±4.44, and 39.06±4.69, respectively), and physical intimacy (33.87±4.58, 38.25±3.51, and 39.37±3.98, respectively) showed significant increase at post-test and follow-up ($P<0.04$), but there were no significant differences between the scores in the control group ($P>0.05$).

Conclusion: Emotionally focused couple therapy based on the Healing Hearts Together (HHT) educational program can improve attachment behavior, and marital intimacy in patients with coronary artery disease.

Keywords: attachment behavior, coronary artery disease, emotionally focused couple therapy, marital intimacy

J Mazandaran Univ Med Sci 2023; 33 (221): 35-49 (Persian).

Corresponding Author: Ali Akbar Saremi - Torbat-e Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e Jam, Iran.
(E-mail: saremi@iautj.ac.ir)

تاثیر زوج درمانی هیجان مدار بر رفتار دلبستگی و صمیمیت زناشویی در بیماران عروق کرونر قلبی

فرشته اولادی^۱علی اکبر صارمی^۲علی اشراقی^۳محمدحسین کربلائی^۲

چکیده

سابقه و هدف: امروزه بیماری عروق کرونری از شایع ترین بیماری های قلبی ناتوان کننده در جهان است و پیشگیری، کلید کنترل این بیماری می باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر رفتار دلبستگی و صمیمیت زناشویی در بیماران عروق کرونر قلبی انجام شد.

مواد و روش ها: مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل است، که در سال ۱۴۰۱ در شهر مشهد روی ۳۴ زوج که یکی از آنان مبتلا به بیماری عروق کرونر قلبی بوده و معیارهای ورود به مطالعه را داشتند و به طور تصادفی با استفاده از بلوک های جایگشتی چهار تایی در دو گروه مداخله (۱۶ زوج) و کنترل (۱۸ زوج) قرار گرفتند، انجام شد. زوج درمانی هیجان مدار مبتنی بر مدل آموزشی "التیام قلب ها باهم" برای گروه مداخله طی ۸ جلسه دو ساعته و یک بار در هفته به صورت گروهی اجرا شد. گروه کنترل فقط مداخلات روتین را دریافت کردند. جمع آوری داده ها با پرسشنامه رفتار دلبستگی (BARE) و پرسشنامه نیازهای صمیمیت زناشویی (MINQ) در سه مرحله قبل، بعد و دو ماه بعد از پایان مداخله صورت گرفت. داده ها با آزمون های کای اسکوتر، تی مستقل و تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: در گروه مداخله، میانگین نمرات به ترتیب در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در رفتار دلبستگی (۴۵/۶۲±۵/۸۹)، (۵۳/۸۱±۳/۱۰ و ۵۰/۸۷±۲/۴۴) و در مولفه های صمیمیت عاطفی (۳۷/۵۶±۵/۲۲)، (۴۱/۷۵±۲/۹۳ و ۳۹/۹۳±۲/۲۰)، روانشناختی (۳۲/۴۳±۲/۳۶ و ۳۷/۲۵±۲/۸۶ و ۳۶/۵۰±۴/۰۶)، عقلانی (۳۴/۶۸±۵/۶۸ و ۳۶/۷۵±۲/۹۰ و ۳۶/۳۷±۲/۸۷)، جنسی (۳۲/۱۸±۴/۳۸ و ۳۷/۰۱±۴/۴۴ و ۳۹/۰۶±۴/۶۹) و جسمانی (۳۳/۸۷±۴/۵۸ و ۳۸/۲۵±۳/۵۱ و ۳۹/۳۷±۳/۹۸) بود که افزایش معنی داری در دو مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون داشت ($P < 0/04$)، اما در گروه کنترل تفاوت معنی داری دیده نشد ($P > 0/05$).

استنتاج: زوج درمانی هیجان مدار مبتنی بر مدل آموزشی "التیام قلب ها باهم" می تواند باعث بهبود رفتار دلبستگی و صمیمیت زناشویی در بیماران عروق کرونر قلبی گردد.

واژه های کلیدی: رفتار دلبستگی، بیماری عروق کرونر، زوج درمانی هیجان مدار، صمیمیت زناشویی

مقدمه

ناتوانی در دنیا محسوب می شوند (۱). بیماری های قلبی عروقی علت اصلی مرگ در ایران است و ۴۶ درصد

بیماری های قلبی عروقی (Cardiovascular Diseases: CVD) به عنوان اولین علت مرگ و میر و پنجمین علت

E-mail: saremi@iautj.ac.ir

مؤلف مسئول: علی اکبر صارمی - تربت جام: دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران

۳. دانشیار، گروه قلب و عروق، دانشکده پزشکی، بیمارستان امام رضا، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۱۷ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۱/۱۲/۱۴ تاریخ تصویب: ۱۴۰۲/۲/۱۹

کل موارد مرگ را شامل می‌شود (۲). بیماری عروق کرونری (Coronary Artery Disease: CAD)، شایع‌ترین نوع بیماری قلبی عروقی است (۳). حدود یک سوم موارد مرگ و میر در جوامع غربی نیز در اثر انسداد عروق کرونری اتفاق می‌افتد (۴).

ارتباط بین بیماری‌های قلبی عروقی و فاکتورهای روان شناختی از موارد مهمی است که مورد توجه قرار گرفته است، زیرا واکنش‌های روانی با واکنش‌های قلبی عروقی ارتباط دارند (۵). روابط اجتماعی و صمیمیت بین زوجین اثر محافظتی بر سلامت قلب دارد. یک متاآنالیز در ۱۱ مطالعه ($N=35935$) نشان داد که روابط اجتماعی ضعیف و عدم صمیمیت بین زوجین با افزایش ۲۹ درصدی خطر ابتلا به بیماری قلبی عروقی همراه است (۶). اختلاف زناشویی باعث فشارخون بالا و افزایش ضربان قلب می‌شود، به ویژه اگر با خصومت و عدم صمیمیت همراه باشد (۷). در یک مطالعه نیز کیفیت صمیمیت و سازگاری زوجین پیش‌بینی کننده پایداری به بسیاری از جنبه‌های خودمراقبتی از قبیل رژیم غذایی، ورزش و انجام توصیه‌های پزشک بود (۸). زوج‌هایی که میزان بالاتری از صمیمیت را گزارش می‌کنند، نرخ پایین‌تری از مشکلات و تنش‌ها را نشان می‌دهند (۹). CVD می‌تواند بر روابط زوج تأثیر منفی بگذارد. تقریباً ۳۰ درصد از بیماران مبتلا به CVD، ناسازگاری زناشویی را که با تغییر در نقش همسر، نارضایتی جنسی، نوسانات خلقی و اختلال در کار زوجین بوده را گزارش می‌دهند (۷). عدم صمیمیت، طرد شدن از طرف شریک زندگی، خصومت و رضایت کم با افزایش نشانگرهای التهابی از قبیل اینترلوکین ۶ (IL-6) در گردش خون مرتبط با آترواسکروز می‌شود که یک عامل مهم پیشرفت بیماری قلبی است (۱۰). صمیمیت زناشویی (marital intimacy)، یکی از عوامل روانشناختی است که در بیماران مبتلا به اختلالات قلبی عروقی، مورد توجه است (۱۱). صمیمیت زناشویی عبارت از احساس‌های مبتنی بر عشق و محبت، داشتن شریک و همراه در زندگی، ارضای نیازهای

عاطفی-روانی و افزایش شادی و خشنودی در زندگی زوجی است (۱۲). نتایج مطالعات نشان می‌دهند که ایجاد صمیمیت بین زوجین یکی از عوامل مهم پیش‌بینی کننده رضایت جنسی و سازگاری با بیماری‌های مزمن است (۱۳). صمیمیت و کیفیت رابطه زناشویی به طور مثبتی با میزان سلامت عمومی و عملکرد بهتر سیستم قلبی عروقی رابطه دارد (۱۱). صمیمیت زناشویی در سازگاری با بحران‌های مختلف زندگی و رضایت زناشویی نقش دارد (۱۲).

از عوامل تأثیرگذار بر صمیمیت و کیفیت روابط بین زوجین، سبک‌های دلبستگی بین زوجین است. کیفیت رابطه زناشویی در زوج‌های دارای دلبستگی ایمن، بالاتر است (۱۴، ۱۵). هم‌چنین سبک‌های دلبستگی در بیماران کرونر قلبی، ناامن‌تر از افراد سالم است. سبک‌های دلبستگی ناایمن، خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی را افزایش می‌دهند (۱۶). در مطالعه‌ای مشخص گردید که میزان بهبودی بیماران با سبک دلبستگی ناایمن به گونه‌ای معنی‌دار کم‌تر از بیماران با سبک دلبستگی ایمن بوده است (۱۷). نتایج مطالعه دیگری حاکی از آن است که سطح دلبستگی ناایمن به‌خصوص دلبستگی اجتنابی در بیماران قلبی با سطح کم‌تر ورزش، مراقبت از اندام‌ها، رژیم غذایی، مصرف مرتب دارو و ازسوی دیگر افزایش رفتارهای پرخطر مثل مصرف دخانیات و سیگار مرتبط است که رعایت این موارد در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر از اهمیت زیادی برخوردار است (۱۸). با توجه به پایین بودن سطح رفتارهای خودمراقبتی بیماران قلبی با سبک دلبستگی ناایمن، ضروری است اهمیت مداخلات روانشناختی در درمان بیماران قلبی مورد تأکید قرار گیرد (۱۹).

زوج درمانی هیجانی-متمرکز (emotionally focused couple therapy: EFCT) رویکردی است که برای کاهش تأثیرات بیماری در ابعاد روانشناختی و خانوادگی در زوجین مطرح شده

است. در زوج درمانی هیجان مدار تمرکز بر تأثیر همسر بر رفتارهای سلامت بیمار، تعارضات ارتباطی، حمایت زوجی و بهبود کیفیت زناشویی است (۱۹). در مطالعاتی اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر تغییر سبک زناشویی و صمیمیت جنسی بررسی و به این نتیجه رسیدند که زوج درمانی هیجان مدار تأثیر معنی داری در بهبود سبک زناشویی و صمیمیت جنسی زوجین داشته است (۲۱، ۲۰).

زوج درمانی هیجان مدار مبتنی بر مدل آموزشی "التیام قلب‌ها با هم" (Healing Hearts Together: HHT) به منظور برگزاری جلسات زوج درمانی به صورت گروهی است که برای زوج‌های دچار بیماری قلبی عروقی با هدف برقراری ارتباط صمیمانه‌تر در زوجین در سال ۲۰۱۷ توسط Tulloch و همکاران طراحی شده است (۲۲). بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر زوج درمانی هیجان مدار مبتنی بر مدل آموزشی "التیام قلب‌ها با هم" بر رفتار دلبستگی و صمیمیت زناشویی در بیماران عروق کرونر قلبی انجام شد. نتایج این پژوهش می‌تواند برای زوجینی که یکی از آن‌ها به بیماری عروق کرونر قلبی مبتلا بوده و دارای ناسازگاری زناشویی می‌باشند، در جهت ایجاد رفتار دلبستگی مناسب و صمیمیت زناشویی بین آنان، به عنوان دو فاکتور سایکولوژیک مرتبط با بیماری عروق کرونر قلبی مفید واقع شود.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و با گروه کنترل است، که در سال ۱۴۰۱ در شهر مشهد انجام شد. این مطالعه دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.TJ.REC.1401.034 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام می‌باشد. جامعه پژوهش بیماران ۴۵ تا ۶۰ ساله مبتلا به بیماری عروق کرونر و همسرانشان بودند و با توجه به پایین آمدن سن ابتلا به بیماری عروق کرونر و شیوع نسبتاً بالا (۲۳) و از طرفی امکان بیش‌تر شرکت

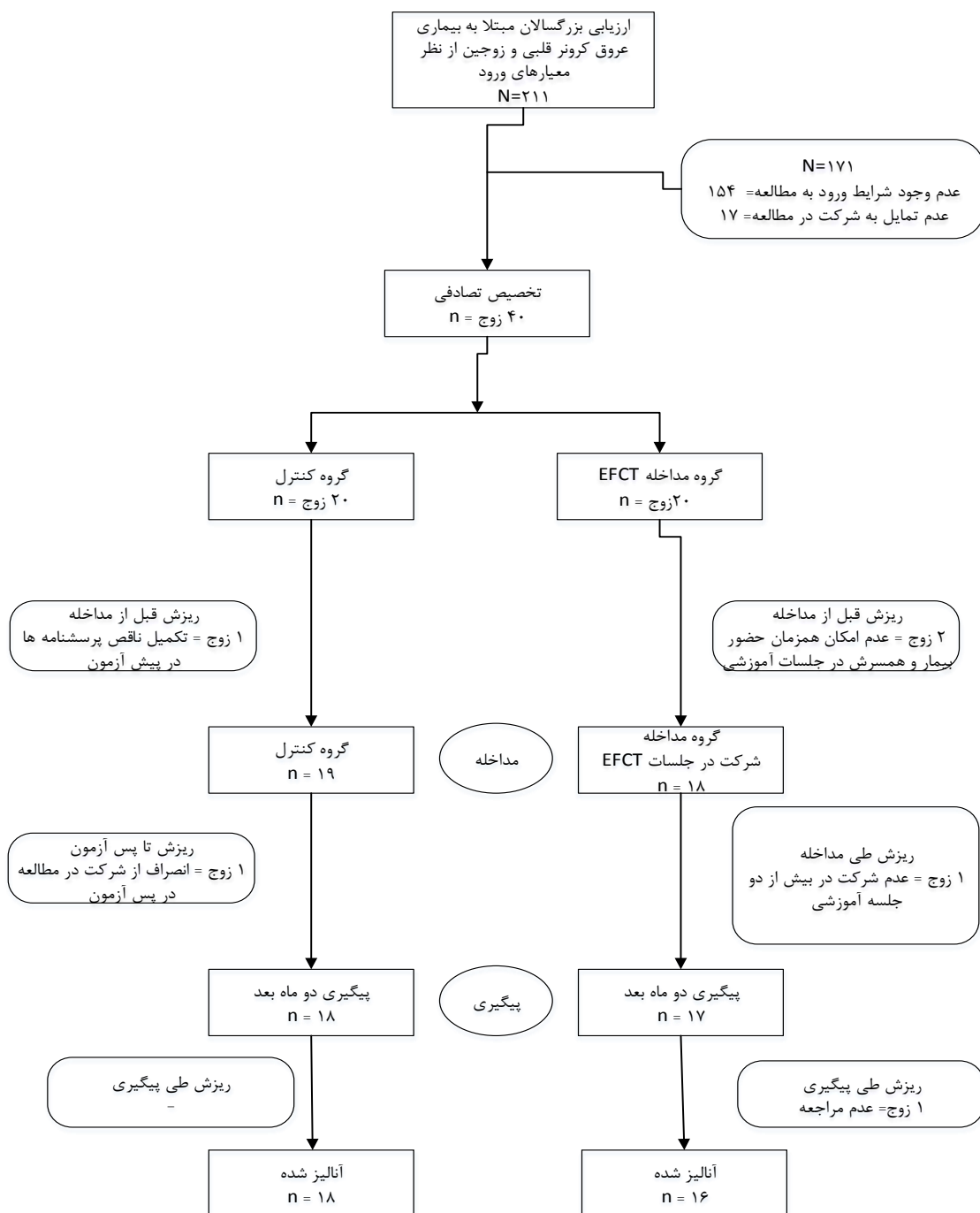
زوجین این سنین در جلسات زوج درمانی نسبت به بیماران بالاتر از ۶۰ سال، انتخاب شدند. این افراد مراجعه‌کننده به سه کلینیک درمانی قلب و عروق در شهر مشهد بودند که ابتدا به روش نمونه‌گیری در دسترس از بین ۲۱۱ زوج که یکی از زوجین مبتلا به بیماری عروق کرونر قلبی بودند و معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب شدند. حداقل حجم نمونه از طریق نرم‌افزار G power 3.1.9.4، با اندازه اثر حداقل ۰/۲ و ضریب اطمینان و توان آزمون ۰/۹۵، تعداد ۳۰ زوج به دست آمد که با توجه به حداقل ۱۰ درصد ریزش احتمالی، تعداد ۳۴ زوج که واجد شرایط ورود به مطالعه و دارای پرونده مراقبتی فعال بودند، مورد آنالیز نهایی قرار گرفتند (فلوچارت شماره ۱).

تخصیص تصادفی نمونه پژوهش به دو گروه مداخله و کنترل براساس بلوک‌های جایگشتی چهارتایی انجام شد، به این ترتیب که در هر بلوک ۴ تایی، دو تخصیص به گروه مداخله و دو تخصیص به گروه کنترل اختصاص داده شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلا به بیماری عروق کرونری قلب در یکی از زوجین و نداشتن بیماری مزمن ناتوان‌کننده از قبیل سرطان، سکته مغزی و بیماری مزمن انسدادی ریه طبق شرح حال و معاینه، تشخیص بیماری عروق کرونری قلب طبق نظر پزشک متخصص قلب و عروق و هم‌چنین داشتن ناسازگاری زناشویی براساس پرسشنامه سازگاری زناشویی اصلاح شده (Revised Dyadic Adjustment Questionnaire: RDAS) Basbi و همکاران که نمره کم‌تر یا مساوی ۴۷ را کسب نموده بودند و نیز براساس مصاحبه بالینی، ناسازگاری زناشویی داشتند، تزریق حداقل دو نوبت واکسن کووید-۱۹ و گذشت حداقل دو هفته از آخرین نوبت واکسن، داشتن سواد سوم راهنمایی یا بالاتر هر یک از زوجین، گذشتن یک سال از تشخیص بیماری عروق کرونری قلب یکی از زوجین مبتلا، چون معمولاً دوره سازگاری مطلوب و تسلیم شدن در مقابل ابتلا به بیماری

در حین اجرای پژوهش بود. برای زوجین شرکت کننده در پژوهش توضیحاتی در مورد مطالعه، اهداف و نحوه انجام آن و دادن اطمینان به محرمانه ماندن اطلاعات داده شد و از آن‌ها رضایت‌نامه آگاهانه و کتبی اخذ گردید. قبل، بعد و دوماه پس از پایان مداخله در هر دو گروه پرسشنامه‌ها توسط بیماران پاسخ داده شد.

عروق کرونر و برگشت به روال عادی زندگی حدود یک سال طول می‌کشد (۲۴) و داشتن توانایی جسمی و رضایت بیمار و همسرش برای شرکت در پژوهش و دوره آموزشی حضوری بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تمایل به ادامه همکاری، غیبت بیش از دوجلسه در جلسات زوج درمانی و بستری در بیمارستان



فلوچارت شماره ۱: فلوچارت کانسورت ورود آزمودنی‌ها به مطالعه

ابزار گردآوری داده‌ها

الف: پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

این پرسشنامه شامل سؤالاتی در مورد جنس، سن، تحصیلات، وضعیت شغلی و مدت زمان ابتلا به بیماری عروق کرونر بیمار بوده که به منظور تعیین مشخصات جمعیت‌شناختی و نیز بررسی ملاک‌های ورود و خروج از مطالعه و متغیرهای کنترل تهیه گردید.

ب: پرسشنامه سازگاری زوجی اصلاح شده (RDAS)

این پرسشنامه توسط Basbi و همکاران ساخته شده است و در مورد سنجش کیفیت روابط زناشویی به کار می‌رود. این پرسشنامه دارای ۱۴ سوال است که هر سوال براساس مقیاس لیکرت ۶ تایی از دامنه کاملاً مخالفم (صفر) تا کاملاً موافقم (۵) تنظیم می‌شود. این ابزار از سه خرده مقیاس هم‌فکری و توافق، رضایت و انسجام تشکیل شده است که در مجموع نمره کیفیت زناشویی را نشان می‌دهد و نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زناشویی بالاتر است. نمره مساوی یا کم‌تر از ۴۷ نشان‌دهنده ناسازگاری زناشویی است (۲۵). در ایران با بررسی مشخصات روان‌سنجی این پرسشنامه ضرایب پایایی همسانی درونی از جمله آلفای کرونباخ برای ۱۴ ماده و سه عامل در کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۹ و در حد قابل قبولی به دست آمده است (۲۶).

ج: پرسشنامه سنجش رفتار دلبستگی

مقیاس کوتاه دسترسی‌پذیری، پاسخ‌گویی و همدم‌طلبی (BARE: Brief Accessibility, Responsiveness and Engagement Scale) یک مقیاس سیستمیک و خودگزارش‌دهی برای سنجش رفتارهای دلبستگی در روابط زناشویی می‌باشد که توسط Sandberg طراحی شده است. این مقیاس ۱۲ سؤالی دارای شش خرده مقیاس با طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است و به سنجش رفتارهای دلبستگی در رابطه زوجی می‌پردازد. این مقیاس خودگزارش‌دهی، دارای

۱۲ ماده و ۶ خرده مقیاس است که شامل دسترسی‌پذیری، پاسخ‌گویی و همدم‌طلبی هریک از زوجین می‌باشد. دامنه نمرات آن در طیفی بین ۱۲ تا ۶۰ قرار دارد که نمرات بیش‌تر در این مقیاس، نشانگر میزان بالای رفتارهای دلبستگی زوج‌ها در رابطه زناشویی است. Sandberg و همکاران در مطالعه خود، میزان آلفای کرونباخ را برای تمامی زیرمقیاس‌های BARE خود و زوج (همسر) بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۵ گزارش کردند (۲۷). رسولی و همکاران در ایران، پایایی این مقیاس را با آلفای کرونباخ ۰/۸۶ تایید نمودند (۱۵).

د: پرسشنامه نیازهای صمیمیت زناشویی (Marital Intimacy Needs Questionnaire: MINQ)

پرسشنامه نیازهای صمیمیت زناشویی Bagarozzi دارای ۴۱ سوال است که صمیمیت و ابعاد آن یعنی صمیمیت عاطفی، روان‌شناختی، عقلانی، جنسی، جسمانی، معنوی، زیباشناختی، اجتماعی تفریحی را مورد بررسی قرار می‌دهد. این پرسشنامه برای هریک از ابعاد به جز بعد معنوی که ۶ سوال دارد، ۵ سوال جهت ارزیابی در نظر گرفته است و در یک طیف ۱۰ گزین‌ه‌ای از ۱ (ابدأ در من وجود ندارد) تا ۱۰ (کاملاً در من قوی است) درجه‌بندی شده است. به هر سوال نمره‌های بین ۱ تا ۱۰ تعلق می‌گیرد و حداقل نمره ۴۱ و حداکثر نمره این پرسشنامه ۴۱۰ است و نمره بیش‌تر به معنی صمیمیت بیش‌تر است. پایایی پرسشنامه فارسی نیازهای صمیمیت زناشویی در مطالعه اعتمادی و همکاران با آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و روایی همزمان ۰/۵۸ تایید شده است (۲۸).

بسته آموزشی درمانی: برنامه زوج درمانی هیجان مدار مبتنی بر مدل آموزشی "التیام قلب‌ها باهم" برای گروه مداخله در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی و حضوری، هفته‌ای یک جلسه اجرا شد. درمان و آموزش توسط دانشجوی دکترای روانشناسی سلامت که دارای مدرک تخصصی دوره آموزشی زوج درمانی

هیجان‌مدار بود و سابقه بیش از ۵ سال مشاوره و زوج درمانی هیجان‌مدار را دارد و هم‌چنین با سوپروایزری و نظارت استاد راهنما انجام شد. لازم به ذکر است کتاب مدل آموزشی التیام قلب‌ها باهم نیز توسط پژوهشگر با اجازه نویسنده کتاب، ترجمه و چاپ شده است. پروتکل مداخله برای زوجین گروه مداخله در جدول شماره ۱ بیان شده است. بسته آموزشی شامل یک کتابچه راهنما، کاربرگ‌ها و تمرین‌های کلاسی و تکالیف خانگی و DVD فیلم زوج درمانی هیجان‌مدار دکتر جانسون و فیلم یک زوج دچار بیماری قلبی - عروقی بوده، که طبق برنامه‌ریزی‌های مشخص شده در کتابچه راهنما (۲۹، ۲۲)، در هر جلسه قسمت‌های مشخصی از فیلم برای زوج‌های گروه مداخله پخش شد و سپس زوج‌ها نظرشان را در مورد فیلم اعلام می‌کردند و به بحث و تبادل نظر می‌پرداختند. جهت زوج‌های گروه کنترل، مداخله‌ای انجام نشد اما از نظر رعایت اصول اخلاقی، جهت زوجین گروه کنترل در جلسه فالوآپ پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، توزیع کتابچه آموزشی در

مورد خلاصه مطالب آموزش داده شده به گروه مداخله، بین زوجین گروه کنترل انجام و شماره تماس پژوهشگر جهت هر گونه سوال در اختیار آنان گذاشته شد و از همکاری آنان تشکر و قدردانی گردید (جدول شماره ۱).

محتوای آموزشی تهیه شده از نظر روایی محتوی با شاخص روایی محتوی (Content Validity Index: CVI) که CVI کل بسته آموزشی ۰/۹۵ به دست آمد و با توجه به این که از ۰/۷۹ بزرگ‌تر بود، قابل قبول است و هم‌چنین نسبت روایی محتوی (Content Validity Ratio: CVR) و نظرات ۹ نفر از روانشناسان متخصص بررسی که مقدار ۰/۹۸ به دست آمد. با توجه به بزرگ‌تر بودن CVR به دست آمده بسته آموزشی از مقدار ۰/۷۵ با توجه به جدول لاوشه و تعداد خبرگان، نسبت روایی محتوای بسته آموزشی تدوین شده مورد قبول بود که پس از انجام اصلاحات لازم در محتوای آموزشی جهت اجرا مورد استفاده قرار گرفت.

جدول شماره ۱: برنامه مداخله آموزشی زوج درمانی هیجان‌مدار گروهی مبتنی بر مدل آموزشی "التیام قلب‌ها باهم" در گروه مداخله

جلسه	موضوع	اهداف و محتوای جلسه
اول	معرفه، پیش آزمون، معرفی برنامه التیام قلب‌ها باهم، درک عشق و دلپسندی	معرفی برنامه و توضیح نروس مطالب و نحوه سازمان‌بندی هر جلسه، بیان اهداف، قواعد و تعداد و چگونگی برگزاری جلسات درمانی، معرفی زوجین و بیان خلاصه‌ای از وضعیت قلبی انتظارآنان از برنامه، ارتباط بین روابط زوجی و سلامت قلبی - عروقی و چالش‌هایی که زوج‌های مبتلا به بیماری قلبی عروقی با آن مواجه هستند و نحوه تأثیر این چالش‌ها بر مدیریت عوامل خطر بیماری قلبی، اجرای پیش آزمون، توضیح درک عشق و دلپسندی.
دوم	نظرات بیماران و همسرانشان درمورد بیماری قلبی و اثری که بر آنها و رابطه شان گذاشته است	به اشتراک گذاشتن نظرات بیماران و همسرانشان در مورد پیامدهای بیماری قلبی بر خودشان و رابطه زوجی شان و تبادل نظر در این مورد. دغدغه‌ها و نگرانی‌های شرکت‌کنندگان و به اشتراک گذاشتن آنها با گروه. ارائه خلاصه‌ای از جلسه، تکمیل فرم ارزیابی جلسه
سوم	گفتگوی شماره ۱ - شناسایی مکالمات اهریمنی (گفتگوهای مخرب)	آشنایی زوج‌ها با مکالمات اهریمنی و گیر افتادن در چرخه معیوب ارتباطی و چگونگی اثرگذاری چرخه ارتباطی بر روابط زوجی شان، شناسایی گفت و گوهای مخرب و اهریمنی (چرخه دعوای زوج‌ها)، شیوه‌های اثرگذاری چرخه‌های تعاملی زوج‌ها بر روابط زوج‌های مبتلا به بیماری قلبی، ارائه خلاصه‌ای از جلسه، تکمیل فرم ارزیابی جلسه
چهارم	گفتگوی شماره ۲ - یافتن نقاط جریحه دار	شناسایی نقاط جریحه‌دار و حساس و آسیب‌پذیر در رابطه زوجی، توضیح در مورد تحریک شدن نقاط جریحه دار و آسیب‌پذیر با بیماری‌های شدید و مزمن مثل بیماری قلبی
پنجم	گفتگوی شماره ۴ - محکم در آغوش بگیر	به اشتراک گذاری ترس‌ها و نیازهای زوج ابا یکدیگر، صحبت کردن همسران به نوبت راجع به عمیق‌ترین احساساتشان و سپس سعی در یافتن ترس‌های دلپسندی شان که نهفته در احساسات عمیق است. بررسی واکنش‌های همسران نسبت به بیماری قلبی و اینکه بیماری قلبی چگونه توانسته ترس‌های بنیادی را در آنها پدیدار کند، ارائه خلاصه‌ای از جلسه، تکمیل فرم ارزیابی جلسه
ششم	گفتگوی شماره ۵ - بخشش جراحات‌ها	بخشش رنجش‌ها در رابطه زوجی و اعتمادسازی دوباره، ارائه خلاصه‌ای از جلسه، تکمیل فرم ارزیابی
هفتم	گفتگوی شماره ۶ - پیوند از طریق رابطه جنسی همدل‌نگ و نوازش	گفتگو در مورد تأثیر بیماری قلبی بر رابطه جنسی زوها و صحبت زوج‌ها باهم در مورد اضطراب‌ها و انتظارات مربوط به زندگی جنسی شان، گفتگو درمورد پیوند مجدد از طریق نزدیکی جسمی، تعامل برای ادراکات جدید و ایجاد راه حل‌های جدید ضروری. ارائه خلاصه‌ای از جلسه، تکمیل فرم ارزیابی جلسه
هشتم	گفتگوی شماره ۷ - زنده نگه داشتن عشق و مراقبت از رابطه	مراقبت از رابطه زوجی، زنده نگه داشتن عشق و مراقبت از رابطه (نوشتن، خلق و به اشتراک گذاری لحظاتی که باعث ارتباط بیشتر می‌شود و نگهداری این لحظات در «آلبوم ارتباطی درونی زوجین» برای اسفاده در آینده، نوشتن داستان عشقی زوج‌ها برای آینده، درباره نحوه رابطه زوج طرف ۵ یا ۱۰ سال آینده، خلاصه‌ای از جلسه، تکمیل فرم ارزیابی جلسه، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری نهایی، اجرای پس آزمون، تشکر و خداحافظی
پیگیری	فالوآپ دومه بعد از مداخله	دعوت از واحدهای پژوهش دو گروه جهت مراجعه به کلینیک‌های درمانی و تکمیل مجدد پرسش‌نامه‌ها، توزیع کتابچه آموزشی در مورد خلاصه مطالب آموزش داده شده به گروه مداخله بین زوجین گروه کنترل، تشکر و قدردانی و تقدیم برگ قدردانی و هدایا به زوجین هر دو گروه

تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم افزار SPSS-26 انجام شد. مقایسه متغیرهای کیفی دموگرافیک در دو گروه با آزمون کای اسکور و Fisher's Exact Test انجام شد. برای آنالیز متغیرهای کمی در ابتدا نرمال بودن توزیع آن‌ها در دو گروه با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف بررسی شد، که تمامی داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار بودند. جهت مقایسه بین گروهی متغیرهای کمی دموگرافیک از آزمون تی مستقل و جهت بررسی اندازه اثر در سطوح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و بررسی معنی‌داری متغیرهای وابسته در دو گروه از آزمون Anova repeated measures و جهت مقایسه معنی‌داری بین دو گروه در زمان‌های مختلف از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده گردید. مقدار P کم‌تر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۳۴ زوج شامل ۱۶ زوج در گروه مداخله و ۱۸ زوج در گروه کنترل مورد بررسی نهایی قرار گرفتند که در هر گروه ۵۰ درصد مرد و ۵۰ درصد زن بودند. میانگین سنی بیماران گروه مداخله $51/68 \pm 4/90$ و مدت زمان ابتلا به بیماری عروق کرونر قلبی $4/18 \pm 3/03$ و در گروه کنترل به ترتیب $52 \pm 4/17$ و $4/77 \pm 5/24$ سال بود. اکثریت بیماران در هر دو گروه تحصیلات دیپلم و شغل دولتی داشتند. در دو گروه از نظر ویژگی‌های سن، تحصیلات، جنسیت، شغل و مدت ابتلا به بیماری عروق کرونر همگن بودند و اختلاف معنی‌داری بین دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت شناختی وجود نداشت ($P > 0/05$).

با توجه به نتایج جدول شماره ۲ در متغیرهای دسترسی‌پذیری بیمار، پاسخگویی بیمار، دسترسی‌پذیری همسر، همدم‌طلبی همسر و نمره کل رفتار دلبستگی در هر سه حالت اثر درمان (گروه)، زمان و اثر متقابل گروه در زمان معنی‌دار است ($P < 0/05$). به این معنا که در گروه مداخله در این متغیرها از مرحله پیش‌آزمون تا

پیگیری تفاوت معنی‌داری به وجود آمده است. نتایج نشان داد که در متغیر همدم‌طلبی اثر گروه و اثر متقابل گروه در زمان معنی‌دار است ($P < 0/05$). در مولفه پاسخگویی همسر نیز تنها اثر متقابل گروه در زمان معنی‌دار نبود ($P > 0/05$). هم‌چنین اندازه اثر مداخله در طی دوره پس‌آزمون و پیگیری بر رفتار دلبستگی زوجین ۰/۴۵ بوده است، یعنی برنامه زوج‌درمانی هیجان‌مدار مبتنی بر مدل آموزشی "التیام قلب‌ها باهم" توانسته است به‌طور معنی‌داری ۰/۴۵ از رفتار دلبستگی زوجین گروه مداخله را تبیین نماید.

با توجه به جدول شماره ۳، نتایج آزمون تعقیبی از مقایسه دو گروه مداخله و کنترل در نمرات رفتار دلبستگی، نشان داد در پیش‌آزمون بین گروه مداخله و کنترل اختلاف معنی‌داری وجود ندارد ($P > 0/05$). اما در پس‌آزمون و پیگیری اختلاف معنی‌داری بین نمرات افتراقی گروه مداخله و کنترل در رفتار دلبستگی و ابعاد آن وجود داشت ($P < 0/01$) که به این معنا است که بیماران گروه مداخله در مرحله پس‌آزمون و پیگیری رفتار دلبستگی بیش‌تری را در مقایسه با گروه کنترل نشان داده‌اند.

با توجه به نتایج جدول شماره ۴ تفاوت میانگین‌های نمرات صمیمیت زناشویی در مراحل مختلف پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است. براساس نتایج مندرج در جدول مذکور اثر متقابل زمان در گروه در صمیمیت زناشویی کل و ابعاد صمیمیت عاطفی، روانشناختی، جنسی، جسمانی و اجتماعی تفریحی معنی‌دار است ($P < 0/05$). با این حال نتایج نشان می‌دهد که اثر متقابل زمان در گروه در ابعاد صمیمیت عقلانی، معنوی و زیباشناختی معنی‌دار نمی‌باشد ($P > 0/05$). هم‌چنین اندازه اثر مداخله در طی دوره پس‌آزمون و پیگیری بر رفتار صمیمیت زناشویی زوجین ۰/۴۵ بوده است که بیش‌ترین اندازه اثر با مقدار ۰/۶۵ در صمیمیت جنسی، ۰/۶۲ صمیمیت جسمانی، ۰/۳۹ صمیمیت روانشناختی، ۰/۲۷ صمیمیت اجتماعی تفریحی و ۰/۱۹ در صمیمیت عاطفی بوده است.

با توجه به جدول شماره ۵، نتایج آزمون تعقیبی از مقایسه دو گروه مداخله و کنترل در نمرات صمیمیت زناشویی نشان داد در پیش آزمون نمره کل صمیمیت زناشویی و ابعاد آن بین گروه مداخله و کنترل اختلاف معنی داری وجود ندارد ($P > 0/05$). اما نمره کل صمیمیت زناشویی و ابعاد صمیمیت عاطفی، صمیمیت روانشناختی، صمیمیت عقلانی، صمیمیت جنسی و صمیمیت جسمانی در پس آزمون و پیگیری بین دو گروه مداخله و کنترل

تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0/05$). به این معنا که در مراحل پس آزمون و پیگیری آزمودنی‌های گروه مداخله از نمره بالاتری در نمره کل صمیمیت زناشویی و مولفه‌های فوق برخوردار بودند. در مولفه‌های صمیمیت معنوی، صمیمیت زیباشناختی و صمیمیت اجتماعی تفریحی بین دو گروه تفاوت معنی داری یافت نشد ($P > 0/05$).

جدول شماره ۲: آزمون ANOVA با اندازه گیری مکرر در تفاوت میانگین‌های رفتار دلبستگی در زمان‌های مختلف

موقعه	منبع	مجموع مجزورات	DF	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری *	اندازه اثر
دسترس پذیری	زمان	۴۳/۰۶	۲	۲۱/۵۳	۴۴/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۵۸
	تعامل زمان × گروه	۴۳/۱۴	۲	۲۱/۵۷	۴۴/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۵۸
	گروه	۲۰/۸۱	۱	۲۰/۸۱	۴/۱۱	۰/۰۵	۰/۱۱
پاسخگویی	زمان	۵/۰۳	۱/۶۹	۳/۱۹	۵/۸۸	۰/۰۰۹	۰/۱۵
	تعامل زمان × گروه	۳/۱۵	۱/۶۹	۱/۸۵	۳/۶۸	۰/۰۴	۰/۱۰
	گروه	۳۷/۲۴	۱	۳۷/۲۴	۶/۷۶	۰/۰۱	۰/۱۷
همدم‌طلبی	زمان	۴/۰۹	۱/۸۹	۲/۲۸	۲/۳۶	۰/۱۰	۰/۰۶
	تعامل زمان × گروه	۱۰/۴۴	۱/۸۹	۵/۸۲	۶/۰۲	۰/۰۰۷	۰/۱۶
	گروه	۱۳/۸۷	۱	۱۳/۸۷	۳/۸۸	۰/۰۵	۰/۱۰
دسترس‌پذیری همسر	زمان	۱۳/۶۳	۱/۸۳	۷/۷۴	۴/۴۸	۰/۰۲	۰/۱۲
	تعامل زمان × گروه	۳۷/۹۱	۱/۸۳	۲۱/۸۵	۱۲/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۲۸
	گروه	۳۶/۹۶	۱	۳۶/۹۶	۶/۶۷	۰/۰۱	۰/۱۷
پاسخگویی همسر	زمان	۷/۶۹	۲	۳/۸۴	۴/۹۰	۰/۰۱	۰/۱۳
	تعامل زمان × گروه	۳/۲۹	۲	۱/۹۶	۲/۵۰	۰/۰۹	۰/۰۷
	گروه	۶۱/۴۹	۱	۶۱/۴۹	۷/۳۹	۰/۰۱	۰/۱۸
همدم‌طلبی همسر	زمان	۵/۳۰	۲	۲/۶۵	۳/۰۲	۰/۰۴	۰/۱۰
	تعامل زمان × گروه	۵/۸۸	۲	۲/۹۴	۳/۳۶	۰/۰۴	۰/۱۰
	گروه	۲۴/۰۲	۱	۲۴/۰۲	۶/۶۴	۰/۰۱	۰/۱۷
رفتار دلبستگی کل	زمان	۲۳۶/۸۱	۱/۵۱	۱۵۶/۰۹	۱۶/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۳۴
	تعامل زمان × گروه	۳۷۶/۸۹	۱/۵۱	۲۴۸/۴۲	۲۶/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۴۵
	گروه	۱۱۰۲/۱۲	۱	۱۱۰۲/۱۲	۱۸/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۳۶

* Anova repeated measures

جدول شماره ۳: مقایسه گروه مداخله و کنترل در رفتار دلبستگی در طی مطالعه تحت آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	پیش آزمون	معنی داری	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	پس آزمون	معنی داری	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	پیگیری	معنی داری
دسترس‌پذیری	-۰/۷۳	۰/۵۷	۰/۲۰	۲/۴۵	۰/۴۷	۰/۰۰۱	۱	۰/۳۹	۰/۰۱	۰/۳۹	۰/۰۱	۰/۰۱
پاسخگویی	۰/۸۱	۰/۵۷	۰/۱۶	۱/۶۷	۰/۴۱	۰/۰۰۱	۱/۱۳	۰/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۰۲
همدم‌طلبی	-۰/۱۶	۰/۵۸	۰/۷۸	۱/۳۰	۰/۳۹	۰/۰۰۲	۱/۰۶	۰/۳۵	۰/۰۰۲	۰/۳۵	۰/۰۰۲	۰/۰۰۶
دسترس‌پذیری همسر	-۰/۳۴	۰/۷۴	۰/۶۵	۱/۳۱	۰/۵۳	۰/۰۱	۲/۶۴	۰/۴۰	۰/۰۱	۰/۴۰	۰/۰۱	۰/۰۰۱
پاسخگویی همسر	۱/۳۶	۰/۷۴	۰/۰۷	۲/۱۰	۰/۵۵	۰/۰۰۱	۱/۲۰	۰/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۰۳
همدم‌طلبی همسر	۰/۲۹	۰/۵۸	۰/۶۲	۱/۲۹	۰/۳۹	۰/۰۰۲	۱/۳۲	۰/۳۷	۰/۰۰۲	۰/۳۷	۰/۰۰۲	۰/۰۰۱
رفتار دلبستگی کل	۱/۲۳	۲/۱۵	۰/۵۷	۱۰/۱۴	۱/۶۱	۰/۰۰۱	۸/۳۷	۱/۲۳	۰/۰۰۱	۱/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

جدول شماره ۴: آزمون ANOVA با اندازه گیری مکرر تفاوت میانگین های صمیمیت زناشویی در زمان های مختلف

مولفه	منبع	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری *	اندازه اثر
صمیمیت عاطفی	زمان	۶۴/۷۸	۱/۳۸	۴۶/۷۳	۵/۶۲	۰/۰۱	۰/۱۵
	تعامل زمان * گروه	۸۵/۷۲	۱/۳۸	۶۱/۸۴	۷/۴۴	۰/۰۰۵	۰/۱۹
	گروه	۲۶۵/۳۶	۱	۲۶۵/۳۶	۴/۴۵	۰/۰۴	۰/۱۲
صمیمیت روانشناختی	زمان	۷۶/۶۲	۱/۸۲	۴۱/۸۸	۹/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۲۳
	تعامل زمان * گروه	۱۶۲/۱۵	۱/۸۲	۸۸/۶۳	۲۰/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۳۹
	گروه	۱۴۵/۸۶	۱	۱۴۵/۸۶	۳/۱۷	۰/۰۸	۰/۰۹
صمیمیت عقلانی	زمان	۱۶/۱۲	۱/۴۲	۱۱/۳۲	۱/۵۵	۰/۲۲	۰/۰۴
	تعامل زمان * گروه	۲۹/۸۹	۱/۴۲	۲۰/۹۹	۲/۸۷	۰/۰۸	۰/۰۸
	گروه	۲۵۳/۷۰	۱	۲۵۳/۷۰	۲/۶۰	۰/۱۱	۰/۰۷
صمیمیت جنسی	زمان	۲۳۴/۳۸	۲	۱۱۷/۱۹	۷۳/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۶۹
	تعامل زمان * گروه	۱۹۱/۲۴	۲	۹۵/۶۲	۶۰/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۵
	گروه	۶۰۹/۶۷	۱	۶۰۹/۶۷	۳/۶۴	۰/۰۶	۰/۱۰
صمیمیت جسمانی	زمان	۱۱۲/۵۷	۲	۵۶/۲۸	۳۵/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۵۲
	تعامل زمان * گروه	۱۷۸/۹۲	۲	۹۸/۴۶	۵۶/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۶۳
	گروه	۲۷۳/۰۲	۱	۲۷۳/۰۲	۵/۰۹	۰/۰۳	۰/۱۳
صمیمیت معنوی	زمان	۱۷/۷۲	۲	۸/۸۶	۷/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۱۹
	تعامل زمان * گروه	۲/۰۷	۲	۱/۰۳	۰/۸۷	۰/۴۲	۰/۰۲
	گروه	۶/۸۹	۱	۶/۸۹	۰/۲۴	۰/۶۲	۰/۰۰۱
صمیمیت زیباشناختی	زمان	۲/۳۸	۱/۳۹	۱/۷۱	۰/۱۵	۰/۷۸	۰/۰۰۵
	تعامل زمان * گروه	۴/۷۴	۱/۳۹	۳/۳۹	۰/۲۹	۰/۶۵	۰/۰۰۹
	گروه	۰/۰۲	۱	۰/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۹۹	۰/۰۰۱
صمیمیت اجتماعی تفریحی	زمان	۲۷/۳۷	۱/۶۷	۱۶/۳۷	۶/۵۳	۰/۰۰۵	۰/۱۷
	تعامل زمان * گروه	۵۱/۲۱	۱/۶۷	۳۰/۶۳	۱۲/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۲۷
	گروه	۷۴/۵۶	۱	۷۴/۵۶	۰/۷۵	۰/۳۹	۰/۰۲
صمیمیت زناشویی کل	زمان	۳۰۶۸/۷۱	۱/۸۲	۱۶۷۸/۲۰	۴۰/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۵۵
	تعامل زمان * گروه	۴۰۱۶/۹۵	۱/۸۲	۲۱۹۶/۷۶	۵۲/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۶۲
	گروه	۹۳۹۶/۲۷	۱	۹۳۹۶/۲۷	۳/۷۴	۰/۰۶	۰/۱۰

*Anova repeated measures

جدول شماره ۵: مقایسه گروه مداخله و کنترل در صمیمیت زناشویی در طی مطالعه تحت آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر	تفاوت میانگین ها	خطای معیار	پیش آزمون	تفاوت میانگین ها	خطای معیار	پس آزمون	تفاوت میانگین ها	خطای معیار	پیش گیری	معنی داری
صمیمیت عاطفی	۰/۸۴	۲/۱۵	۰/۶۹	۵/۳۰	۱/۵۲	۰/۰۰۲	۳/۵۴	۱/۱۸	۰/۰۰۵	۰/۰۰۵
صمیمیت روانشناختی	-۱/۱۷	۱/۳۹	۰/۴۰	۴/۳۰	۱/۴۹	۰/۰۰۷	۴/۰۵	۱/۴۷	۰/۰۱	۰/۰۱
صمیمیت عقلانی	۱/۶۳	۲/۵۴	۰/۵۲	۳/۸۰	۱/۷۸	۰/۰۴	۴/۰۴	۱/۷۵	۰/۰۲	۰/۰۲
صمیمیت جنسی	۱/۲۹	۲/۵۴	۰/۶۱	۵/۴۴	۲/۶۵	۰/۰۴	۷/۹۵	۲/۵۷	۰/۰۰۴	۰/۰۰۴
صمیمیت جسمانی	-۰/۳۴	۱/۶۰	۰/۸۳	۴/۲۵	۱/۴۵	۰/۰۰۶	۵/۹۳	۱/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
صمیمیت معنوی	۰/۱۱	۱/۰۲	۰/۶۹	۱/۱۲	۱/۱۲	۰/۵۴	۰/۷۵	۱/۱۷	۰/۵۲	۰/۵۲
صمیمیت زیباشناختی	-۰/۵۴	۳/۰۵	۰/۸۶	۰/۱۳	۲/۸۸	۰/۹۶	۰/۵۰	۲/۳۷	۰/۸۳	۰/۸۳
صمیمیت اجتماعی تفریحی	-۰/۲۹	۱/۹۹	۰/۸۸	۲/۶۱	۲/۰۵	۰/۲۱	۲/۸۱	۲/۰۱	۰/۱۷	۰/۱۷
صمیمیت زناشویی کل	۱/۵۳	۱۱/۳۱	۰/۸۹	۲۶/۵۶	۹/۹۳	۰/۰۱	۲۹/۵۹	۸/۸۸	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲

بحث

هدف اصلی این پژوهش، تعیین اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار مبتنی بر مدل آموزشی "التیام قلب ها باهم" بر رفتار دل بستگی و صمیمیت زناشویی در بیماران عروق کرونر قلبی بود. نتایج این مطالعه نشان داد که در گروه مداخله، تفاوت معنی داری در مرحله پیش آزمون،

پس آزمون و پیگیری در نمره های رفتار دل بستگی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب به وجود آمده است، که این به معنای تاثیر زوج درمانی هیجان مدار بر رفتار دل بستگی بیماران عروق کرونر قلبی گروه مداخله می باشد. این نتیجه با نتایج تحقیقات مداخله ای متعددی که بر رفتار دل بستگی زوجین انجام شده است، همسویی و

همخوانی دارد اما شباهت‌ها و تفاوت‌هایی بین این مطالعات با مطالعه حاضر وجود دارد. در مطالعه‌ای که بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر رفتار دلبستگی در روابط زناشویی در زنان دارای تعارضات زناشویی انجام شد، نتایج نشان داد که ۱۰ جلسه آموزش ۹۰ دقیقه‌ای در گروه مداخله باعث بهبود رفتار دلبستگی در روابط زناشویی در زنان دارای تعارضات زناشویی گردید که از نظر نوع مطالعه، ابزار مورد استفاده و شرط ورود تعارض زناشویی و بهبود رفتار دلبستگی با مطالعه حاضر همخوانی داشت، اما از نظر نوع مداخله، حضور نداشتن هر دو زوج در جلسات آموزشی، تفاوت گروه هدف و نداشتن دوره پیگیری در مطالعه ذکر شده با مطالعه حاضر تفاوت داشت. در تبیین این نتایج می‌توان گفت از آن‌جاکه آموزش شیوه‌های برقراری ارتباط موثر، مهارت روابط بین فردی و مهارت خودآگاهی و همدلی جزء آموزش مهارت‌های زندگی بوده، لذا توانسته است باعث بهبود رفتار دلبستگی شود (۳۰).

در مطالعه دیگری اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر سبک دلبستگی زوجین مورد بررسی قرار گرفت، که در آن زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر سبک دلبستگی و زیر مقیاس‌های آن یعنی نزدیکی، وابستگی و اضطراب تاثیر معنی‌داری داشت (۳۱). این مطالعه از نظر نوع رویکرد، شرکت زوجین در جلسات آموزشی و متغیر وابسته با مطالعه حاضر همسویی داشت، اما از نظر نوع ابزار سنجش دلبستگی که مقیاس دلبستگی Read & Collins بوده و نداشتن بیماری قلبی در یکی از زوجین با مطالعه حاضر تفاوت وجود داشت. در تبیین این همسویی می‌توان گفت که زوج‌درمانی هیجان‌مدار در همه زوجین می‌تواند موثر باشد اما در زوجین با ابتلاء یکی از آنان به بیماری عروق کرونر و با مدل آموزشی جهت بیماران عروق کرونر قلبی از ویژگی خاصی برخوردار است. هم‌چنین در مطالعه دیگری که اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار (EFT) بر تغییر سبک دلبستگی بزرگسالان و صمیمیت جنسی زوجین مورد بررسی قرار گرفت، زوجین

گروه مداخله در ۹ جلسه درمانی ۱/۵ ساعته زوج‌درمانی هیجان‌مدار (EFT) شرکت کردند. نتایج نشان دهنده تفاوت معنادار بین دو گروه مداخله و کنترل در میزان ایمنی در سبک دلبستگی و میزان صمیمیت جنسی زوجین بود (۳۱) که با نتیجه این مطالعه که بیش‌ترین اندازه اثر مداخله بر صمیمیت جنسی بوده، همسویی داشت هرچند زوجین مورد بررسی از نظر معیارهای ورود با مطالعه حاضر تفاوت داشتند. صمیمیت جنسی موضوع پیچیده‌ای است که نیاز به توجه ویژه‌ای دارد، زیرا رضایت‌مندی در این زمینه بر جنبه‌های دیگر روابط زوجین اثر می‌گذارد (۹). در این مطالعات از مدل آموزشی "التیام قلب‌ها با هم" که مدل جدیدی است استفاده نشده و در زوجین بدون بیماری عروق کرونر قلبی مورد بررسی قرار گرفته است، که از نظر بهبود رفتار دلبستگی زوجین با این مطالعه همسو بوده اما نوع مداخله اختصاصی نبوده و با مطالعه حاضر متفاوت بوده است.

نتایج این مطالعه نشان داد که در مولفه‌های صمیمیت عاطفی، صمیمیت روانشناختی، صمیمیت عقلانی، صمیمیت جنسی و صمیمیت جسمانی در پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری یافت شد، به این معنا که در مراحل پس‌آزمون و پیگیری آزمودنی‌های گروه مداخله از نمره بالاتری در نمره کل صمیمیت زناشویی و مولفه‌های فوق‌برخوردار بودند. با این حال نتایج نشان داد که در مولفه‌های صمیمیت معنوی، صمیمیت زیباشناختی و صمیمیت اجتماعی - تفریحی بین دو گروه تفاوت معنی‌داری یافت نشد. در تبیین عدم تفاوت معنی‌دار در مولفه‌های ذکر شده در دو گروه مداخله و کنترل، می‌توان گفت که در برنامه آموزشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار مبتنی بر مدل "التیام قلب‌ها با هم" همان‌طور که در جدول شماره ۱ بیان شده، بیش‌تر به مهارت‌های ارتباطی و حل تعارضات بین فردی زوجین پرداخته شده و به مواردی از قبیل صمیمیت معنوی، زیباشناختی و صمیمیت اجتماعی تفریحی پرداخته نشده است، لذا برنامه مداخله نتوانسته تاثیر معنی‌دار در این مولفه‌ها داشته باشد.

در ارتباط با این یافته‌ها در مطالعه‌ای که با هدف تعیین تأثیر برنامه مداخله‌ای حمایت و همراهی همسر بر صمیمیت زناشویی بیماران تحت جراحی بای‌پس عروق کرونر نتایج نشان داد که الگوی مداخله‌ای حمایت و همراهی همسران، باعث بهبود صمیمیت زناشویی بیماران در طول درمان نشده است (۳۲). این یافته با وجود تفاوت در روش مطالعه که نمونه پژوهش فقط بیماران بوده و از درمان روانشناختی خاصی استفاده نشده بود، با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت. مداخله انجام شده در این پژوهش مختص بیماران عروق کرونری قلب بوده و زوجین از افرادی بودند که ناسازگاری زناشویی داشتند. نتایج مطالعه‌ای که اثربخشی درمان هیجان‌مدار را بر افسردگی بیماران عروق کرونر قلب بررسی کردند، نشان داد که درمان هیجان‌مدار به مدت ۹ جلسه یک ساعته می‌تواند باعث کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب شود (۳۳). هرچند نوع مطالعه از نوع مداخله‌ای و مبتنی بر رویکرد هیجان‌مدار است و گروه هدف که بیماران عروق کرونر قلبی بوده‌اند شباهت دارد اما در مطالعه ذکر شده زوج‌درمانی انجام نشده و فقط بیماران در جلسات آموزشی شرکت کرده بودند و متغیرهای وابسته نیز با یکدیگر تفاوت داشتند. همچنین در مطالعه حاضر تعداد جلسات ۸ جلسه دوساعته بوده که حدود دوبرابر ساعات مطالعه ذکر شده می‌باشد. در مطالعه دیگری که به بررسی تأثیر آموزش به شیوه رویکرد هیجان‌مدار بر صمیمیت زوجین والدین دانش آموزان ابتدایی و متوسطه پرداخته، بیان شد که آموزش به شیوه رویکرد هیجان‌مدار در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به والدین می‌تواند در افزایش میزان صمیمیت زوجین اثرات مثبت و معنی‌داری داشته باشد. هرچند در این مطالعه و مطالعه حاضر از رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار استفاده شده است، اما زوجین دو گروه از نظر ابتلا به بیماری قلبی با یکدیگر تفاوت داشتند. با توجه به اینکه بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر از نظر نوع و شیوع اختلالات روانشناختی با زوجین سالم

تفاوت دارند، لذا تأثیر زوج درمانی هیجان‌مدار نیز متفاوت خواهد بود. همچنین ابزار مورد استفاده در مطالعه ذکر شده پرسشنامه مثلث عشق استرنبرگ بوده که بر اساس مولفه‌های صمیمیت، هوس و تعهد ساخته شده که با نوع ابزار مورد استفاده در این مطالعه که پرسشنامه نیازهای صمیمیت بوده متفاوت است (۳۴). براساس نتایج این پژوهش زوج‌درمانی هیجان‌مدار مبتنی بر مدل آموزشی "التیام قلب‌ها باهم" می‌تواند باعث بهبود رفتار دلبستگی و صمیمیت زناشویی و برخی از ابعاد آن در بیماران عروق کرونر قلبی گردد. با توجه به شیوع پیشرونده بیماری‌های عروق کرونر و لزوم مصرف داروهای مختلف و رعایت رژیم غذایی، کاهش استرس‌ها و اصلاح سبک زندگی، از آن‌جا که زوجین بیش‌ترین زمان را در محیط زندگی خانوادگی می‌گذرانند، درک، حمایت و پشتیبانی همسر به دلیل تأثیر آن بر سلامت و افزایش کیفیت زندگی و کاهش استرس بیماران عروق کرونر قلبی بسیار مهم است.

محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

از نقاط قوت مطالعه حاضر می‌توان به همکاری بالای بیماران در تمام مراحل درمان اشاره کرد انجام پیگیری طولانی مدت به علت محدودیت‌های اجرایی و مشکلات دسترسی مجدد به شرکت‌کنندگان امکان‌پذیر نبود. با توجه به این که ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این تحقیق، پرسشنامه خودگزارشی بوده، ممکن است پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها در مواردی با دقت کافی همراه نباشد.

اجرای مداخلات روانشناختی مناسب برای حل مشکلات عاطفی و ارتباطی بین زوجین می‌تواند نقش مهمی در کنترل و سازگاری با بیماری عروق کرونر قلب داشته باشد. همچنین انجام تحقیقات کوهورت با مداخلات روانشناختی در دفعات مکرر و تعیین اثربخشی آن در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر و مقایسه مداخلات مختلف و تعیین مداخلات اثربخش با توجه

زندگی بیماران قلبی کمک نمایند.

سپاسگزاری

بین نویسندگان هیچ گونه تعارض منافع وجود ندارد. این مقاله بخشی از رساله دکتری تخصصی روانشناسی سلامت نویسنده اول مقاله می باشد. از همکاری صمیمانه متخصصین محترم قلب و عروق، زوجین گرامی و سایر عزیزانی که در انجام این مطالعه کمک کردند، تشکر و قدردانی می شود.

به شرایط اجتماعی، فرهنگی و جغرافیایی توصیه می شود. باتوجه به این که نقش همسر در کنار درمان های پزشکی از اهمیت زیادی برخوردار است، لذا پیشنهاد می شود، زوج درمانی هیجان مدار مبتنی بر مدل آموزشی التیام قلب ها باهم، برای زوجینی که یکی از آنان به بیماری قلبی مبتلا است، تشکیل گردد. به نظر می رسد این مداخلات می تواند به اثربخشی بهتر درمان های پزشکی و کاهش عوامل خطر روان شناختی بیماری های قلبی عروقی، بهبود کیفیت زندگی و افزایش امید به

References

1. Reamy BV, Williams PM, Kuckel DP. Prevention of cardiovascular disease. Prim Care 2018; 45(1): 25-44.
2. Sarrafzadegan N, Mohammadifard N. Cardiovascular disease in Iran in the last 40 years: prevalence, mortality, morbidity, challenges and strategies for cardiovascular prevention. Arch Iran Med 2019; 22(4): 204-210.
3. Kaur A, Mackin ST, Schlosser K, Wong FL, Elharram M, Delles C, et al. Systematic review of microRNA biomarkers in acute coronary syndrome and stable coronary artery disease. Cardiovasc Res 2020; 116(6): 1113-1124.
4. Brown JC, Gerhardt TE, Kwon E. Risk factors for coronary artery disease. In StatPearls [Internet]; StatPearls Publishing: Treasure Island, FL, USA, 2022.
5. Johnson SM. The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection. 2thed. England: Routledge; 2019.
6. Umemura T, Lacinová L, Kotrčová K, Fraley RC. Similarities and differences regarding changes in attachment preferences and attachment styles in relation to romantic relationship length: longitudinal and concurrent analyses. Attach Hum Dev 2018; 20(2): 135-159.
7. Bouchard K, Gareau A, Sztajerowska K, Greenman PS, Lalande K, Tulloch H. Better together: Relationship quality and mental health among cardiac patients and spouses. Fam Process 2022: 1-16.
8. Weinstock RS, Trief PM, Cibula D, Morin PC, Delahanty LM. Weight loss success in metabolic syndrome by telephone interventions: results from the SHINE Study. J Gen Intern Med 2013; 28(12): 1620-1628.
9. Tavakkoli S, Jafari M. The role of marital intimacy and spiritual intelligence in predicting pain after elective cesarean section surgery. J Anesth Pain 2020; 11(1): 61-69 (Persian).
10. Trump LJ, Mendenhall TJ. Couples coping with cardiovascular disease: A systematic review. Fam Syst Health 2017; 35(1): 58-69.
11. Farahmand B, Fallah-Yakhdani MH, Vaziri-Yazdi S. Investigating the Impact of Intimacy Education Enriched by Islamic Teachings on the Satisfaction and Intimacy of Introverted Couples in Yazd, Iran. Journal of Pizhūhish Dar dīn Va 2019; 5(4): 48-60 (Persian).

12. Yoo H, Bartle-Haring S, Day RD, Gangamma R. Couple communication, emotional and sexual intimacy, and relationship satisfaction. *J Sex Marital Ther* 2014; 40(4): 275-293.
13. David P, Stafford L. A relational approach to religion and spirituality in marriage: The role of couples' religious communication in marital satisfaction. *J Fam Issues* 2015; 36(2): 232-249.
14. Bakhtiari E, Hosseini SS, Arefi M, Afsharinia K. The Mediating Role of Marital Intimacy in the Relationship between Attachment Style and Couples' Attitude towards Infidelity. *Journal of Counseling Research* 2021; 20(77): 123-140.
15. Rasouli M, Babaei Gharbkhani M, Davarniya R. The Evaluation of the Psychometric Properties of Brief Accessibility, Responsiveness, and Engagement Scale (BARE): A Tool for Measuring Attachment Behavior in Couple Relationships. *Zanko J Med Sci* 2018; 19(62): 1-17 (Persian).
16. Oladi F, Dargahi M. The comparison of attachment styles in people with and without coronary artery disease. *Zahedan J Res Med Sci* 2018; 20(5): 1-6 (Persian).
17. Safaie S. The Relationship between attachment style and social development in dyslexic and normal children. *J Except Educ* 2014; 1(123): 29-35 (Persian).
18. Hatamian P, Vesmoradei M, Zahery M, Karami J. Predict Heart Health related Behaviors based on Attachment Styles and Self-efficacy. *IJNR* 2019; 14(2): 38-43(Persian).
19. Wiebe SA, Johnson SM. A review of the research in emotionally focused therapy for couples. *Fam Process* 2016; 55(3): 390-407.
20. Badihi Zeraati B, Mousavi R. Efficacy of Emotion-Focused Couple Therapy on the Change of Adult Attachment Styles and Sexual Intimacy of Couples. *Counseling Culture and Psycotherapy* 2016; 7(25): 71-90 (Persian).
21. Shahhosseini Z, Gardeshi ZH, Pourasghar M, Salehi F. A review of affecting factors on sexual satisfaction in women. *Mater Sociomed* 2014; 26(6): 378-381.
22. Tulloch H, Greenman P, Demidenko N, Johnson SM. Healing Hearts Together Relationship Education Program: Facilitators Guide for Small Groups. An adaptation of the hold me tight: conversations for connection relationship education program developed by Dr Sue Johnson. Ontario, Canada: ICEEFT & University of Ottawa Heart Institute. 2017.
23. Gamissi J, Masoumi M, Hossinian A. Spatio-Temporal Distribution of Coronary Heart Disease by Geographic Information System Arc GIS in Ardabil Province. *J Ardabil Univ Med Sci* 2017; 17(2): 174-188 (Persian).
24. Pourghane P, Hosseini M A, Mohammadi F, Ahmadi F, Tabari R. Self- Management, The Main Strategy Of Patient's After Coronary Artery Bypass Graft (Cabg): A Content Analysis Study. *Nursing and Midwifery Journal* 2014; 12(4): 249-259 (Persian).
25. Sandberg JG, Bradford AB, Brown AP. Differentiating between attachment styles and behaviors and their association with marital quality. *Fam Process* 2017; 56(2): 518-531.
26. Yoosefi, N. Investigation of Psychometric Properties of the Revised Dyadic Adjustment Scales (RDAS). *Research in Clinical Psychology and Counseling* 2012; 1(2): 183-200 (Persian).
27. Seedall RB, Sandberg JG. Attachment and other emotion- based systemic approaches In: Wampler KS, Miller RB, Seedall RB,

- Editor. The Handbook of Systemic Family Therapy. New Jersey: Wiley; 2020. P.391-415.
28. Jaber S, Etemadi O, Ahmadi S. Investigation of structural relationship between communication skills and marital intimacy. Research in Cognitive and Behavioral Sciences 2016; 5(2): 143-152 (Persian).
 29. Johnson S. Attachment in action changing the face of 21st century couple therapy. Curr Opin Psychol 2019; 25: 101-104.
 30. Ghaforiyan Moheby F, Karbalaie Migoni A. The effectiveness of life skills training on marital self-regulation and attachment behavior in marital relationships among women with marital conflicts. Journal of New Strategies in psychology and Educational Sciences 2019; 2(2): 1-24 (Persian).
 31. Ghaznavi khazarabadi F, Niknam M. The Effectiveness of emotionally-focused couple therapy on the style of attachment and sexual satisfaction of couples. J Birjand Univ Med Sci 2019; 26(3): 213-225 (Persian).
 32. Badihi ZB, Mousavi R. Efficacy of emotion-focused couple therapy on the change of adult attachment styles and sexual intimacy of couples. Counseling Culture and Psychotherapy 2016; 7(25): 71-90 (Persian).
 33. Gili S, Haghayegh SA, Sadeghifiroozabadi V, Alizadehghavidel A, Rezayijamalooyi H. Effectiveness of emotionally-focused therapy on depression of patients with coronary heart disease. Iranian Journal of Health Psychology 2020; 3(1): 91-98 (Persian).
 34. Ghaderi Z. The effect of emotion focused method training approach on marital intimacy. Knowledge & Research in Applied Psychology 2017; 16(2): 77-83 (Persian).