

## تعیین اثر درمان فراشناختی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر الگوهای ارتباطی زوجین از طریق میانجیگری استرس ادراک شده، حمایت اجتماعی ادراک شده و تنظیم هیجانی در کارکنان نظامی مبتلا به انسداد عروق کرونر

### *The Effect of Meta Cognitive Training (MCT) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Couple Communication Patterns With The Mediating of Perceived Stress, Perceived Social Support And Emotion Regulation In Military personnel With Coronary Heart Diseases (CHD)*

تاریخ پذیرش: ۹۵/۵/۱۰

تاریخ دریافت: ۹۵/۳/۱۴

Madahi M A .PhD✉

محمدابراهیم مداحی✉

#### Abstract

**Introduction:** This study was performed to investigate the efficacy of meta cognitive and mindfulness based cognitive therapy on couple communication patterns with the mediating of perceived stress, perceived social support and emotion regulation in military personnel with coronary heart diseases.

**Method:** This research was an experimental pretest, posttest with two experimental groups and one control group) design of the CHD patients of military personnel, a sample of 45 subjects were chosen through random sampling and considering the available conditions and then were put into two experimental and control group (with random allocation in to three groups of 15 subjects).

Data was analyzed through of multivariate analysis of covariance (MANCOVA) and stepwise regression analysis.

**Results:** Findings of the study indicated that MCT and MBCT had an effect on the reduction of perceived stress and on the increase of perceived social support and improvement of emotion regulation and couple communication patterns among CHD patients.

**Discussion:** The present study can be helpful in achieving an effective solution to the decrease of stress, increase of social support, improvement of emotion regulation and couple communication pattern and to the improvement of mental condition in general.

**Keywords:** Meta cognitive therapy ؛ Mindfulness ؛ Couple communication patterns ؛ Perceived stress ؛ Perceived social support ؛ Emotion regulation ؛ Coronary heart disease, military personnel

#### چکیده

**مقدمه:** هدف این پژوهش، تعیین اثر درمان فراشناختی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر الگوهای ارتباطی زوجین از طریق میانجیگری استرس ادراک شده، حمایت اجتماعی ادراک شده و تنظیم هیجانی در کارکنان نظامی مبتلا به انسداد عروق کرونر بود.

**روش:** تحقیق حاضر در قالب یک پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری عبارت بود از کارکنان نظامی مبتلا به گرفتگی عروق کرونر که از این میان ۴۵ نفر به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شده و سپس به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری تقسیم شدند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) و تحلیل رگرسیون گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان فراشناختی و شناخت درمانی و ذهن آگاهی منجر به کاهش استرس و افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده و تنظیم هیجانی در کارکنان نظامی مبتلا به انسداد عروق کرونر شد.

**بحث:** مطالعه حاضر می تواند در دستیابی به یک راه حل موثر برای کاهش استرس، افزایش حمایت اجتماعی، بهبود الگوی تنظیم احساسات و ارتباطات زن و شوهر و به بهبود وضعیت روحی و روانی مفید باشد.

**کلید واژه‌ها:** درمان فراشناختی- ذهن آگاهی، الگوی روابط زوجین، استرس ادراک شده، حمایت اجتماعی ادراک شده، تنظیم هیجان، بیماران کرونری قلب، کارکنان نظامی

مقدمه

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 (آزادی و محمدی، ۲۰۰۷). به طور کلی، ۲۵ درصد موارد مرگ و میر در دنیا و ۳۲ درصد موارد مرگ و میر در کشورهای در حال توسعه به علت بیماری‌های قلبی عروقی رخ می‌دهد (ذاکری مقدم و علی اصغریپور، ۲۰۰۳).

تخمین زده می‌شود تا سال ۲۰۲۰ بیماری‌های قلبی عروقی خصوصاً بیماری عروق کرونر<sup>۱</sup>، 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 دنیا است (ریپلی<sup>۲</sup>، موتوانی<sup>۳</sup>، پلین<sup>۴</sup> و گرینوود<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که نرخ این بیماری در طی سال‌های اخیر در ایران نیز ۲۰ تا ۲۵ درصد افزایش پیدا کرده است (حدادیق، هراتی، قنبریان و عزیزی، ۲۰۰۹).

بیماری عروق کرونر قلب، ناشی از تجمع پلاک‌ها<sup>۶</sup> 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<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۴).

بیماری عروق کرونر، 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<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۵؛ تابعی و همکاران، ۲۰۱۴) و فشار خون<sup>۹</sup>، دیابت<sup>۱۰</sup>،

چربی خون<sup>۱۱</sup>، چاقی<sup>۱۲</sup>، فعالیت کم بدنی و مصرف سیگار جزو عوامل خطر ساز قابل اصلاح و تعدیل هستند (خلیلی و همکاران، ۲۰۱۴؛ مک اولی<sup>۱۳</sup> و باورس<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۴؛ دیفینا<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۵).

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<sup>۱۶</sup> خوانده می‌شود که شامل نگرانی<sup>۱۷</sup>، نشخوار فکری<sup>۱۸</sup>، توجه تثبیت شده و راهبردهای خودتنظیمی<sup>۱۹</sup> و یا رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه می‌باشد (شفیعی، رفیعی نیا و نجفی، ۱۳۹۱).

ذهن آگاهی<sup>۲۰</sup>، به عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه در لحظه کنونی اتفاق می‌افتد تعریف شده است (والش<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۹)؛ و به رشد سه کیفیت خودداری از قضاوت، آگاهی قصدمندانه و تمرکز بر لحظه کنونی در توجه فرد تأکید می‌کند. توجه متمرکز بر لحظه حال، پردازش تمام جنبه‌های تجربه بلا واسطه شامل فعالیت‌های شناختی، فیزیولوژیکی یا رفتاری را موجب می‌شود. به واسطه تمرین و فنون مبتنی بر ذهن آگاهی، فرد نسبت به فعالیت‌های روزانه خود آگاهی پیدا می‌کند، به کارکرد خودکار ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی می‌یابد و از طریق آگاهی لحظه‌به‌لحظه از افکار و احساسات و حالت‌های جسمانی بر آنها کنترل پیدا می‌کند و از ذهن روزمره و خودکار متمرکز بر گذشته و آینده رها می‌شود (سگال<sup>۲۲</sup>، ۲۰۰۲).

پیشرفت‌های نوین پزشکی رفتاری، توجه متخصصان روانشناسی تندرستی را به نقش کلیدی عوامل

ارتباط زوجین دارای نقش میانجی هستند؟

## روش

این مطالعه، پژوهشی از نوع نیمه تجربی (نیمه آزمایشی) و همبستگی است. طرحی که در این پژوهش استفاده شده است؛ طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل می باشد.

جامعه آماری مورد بررسی در این پژوهش شامل ۲۰۰ فرد نظامی مبتلا به CHD می باشد. از میان ۲۰۰ نفر جامعه آماری مورد مطالعه ۸۵ بیمار مبتلا به انسداد عروق کرونر انتخاب و توسط پرسشنامه الگوی روابط زوجین کریستنسن و سالوای ارزیابی شدند. از میان افرادی که نتایج ارزیابی آنها یک انحراف معیار پایین تر از سایرین بود (۶۸ نفر) به روش نمونه گیری تصادفی ساده ۴۵ نفر انتخاب شدند. نمونه مورد مطالعه شامل ۴۵ بیمار نظامی مرد مبتلا به CHD است که این بیماران توسط پزشک متخصص قلب، تشخیص CHD گرفته بودند. سپس بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند.

معیارهای ورودی پژوهش شامل: گذشت حداقل سه ماه از سکته قلبی، رضایت بیمار برای شرکت در پژوهش، داشتن حداکثر سن ۶۵ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، داشتن تسلط کافی به زبان فارسی.

نمونه مورد مطالعه مورد ارزیابی اولیه (پیش آزمون) قرار گرفتند که این ارزیابی شامل برقراری ارتباط مناسب با بیمار و اخذ شرح حال اولیه و تکمیل کردن آزمون های پژوهش توسط بیماران در طول یک جلسه دو ساعته بود. سپس یک گروه آزمایش مورد مداخله روان درمانی فراشناختی به مدت ۸ جلسه دو ساعته و گروه دوم آزمایش مورد مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به مدت ۸ جلسه دو ساعته قرار گرفتند و گروه کنترل مداخله ای دریافت نکردند. پس از اتمام دوره آموزشی تمامی گروه های آزمایش و کنترل مورد

غیرزیستی در بیماری عروق کرونر معطوف ساخته است و پژوهش درباره این بیماری مدتی است که متوجه عوامل روانشناختی و عوامل روانی-اجتماعی شده است (اسلوان<sup>۲۳</sup> و کرینگ<sup>۲۴</sup>، ۲۰۰۷). امروزه مطالعات حاکی از آن است که عوامل روانی-اجتماعی با میزان مرگ و میر و پیش آگهی ضعیف بیماری عروق کرونر مرتبط است (کامپیر و همکاران، ۲۰۱۳).

تنظیم هیجان را می توان به صورت فرآیندهایی تعریف کرد که از طریق آن، افراد می توانند بر اینکه چه هیجانی داشته باشند و چه وقت آنها را تجربه و ابراز کنند، تأثیر بگذارند (گراس، ۱۹۹۹). مدیریت هیجانات به منزله فرآیندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف او بر عهده دارد و هرگونه اشکال و نقص در تنظیم هیجانات می تواند فرد را در برابر اختلالات روانی چون افسردگی و اضطراب آسیب پذیر سازد (گرانفسکی<sup>۲۵</sup>، ۲۰۰۳). تلفیق اثر مداخله های روان درمانی بر کارکردهای روانی - فیزیولوژیک و اجتماعی بر بهبودی بیماران مبتلا به عروق کرونری با رویکرد زیستی - روانی - اجتماعی و همچنین ارایه پیش فرض هایی در آسیب شناسی روانی - اجتماعی و الگوهای ارتباطی زوجین در بیماران مبتلا به عروق کرونری مهمترین نقطه قوت این پژوهش است که تا کنون صورت نگرفته است. پژوهش حاضر، گامی است جهت پاسخ گویی به این سؤال که آیا دو مداخله مبتنی بر مؤلفه های درمان فراشناختی و ذهن آگاهی بر الگوهای ارتباطی زوجین با نقش میانجی استرس ادراک شده، حمایت اجتماعی ادراک شده و تنظیم هیجانی در کارکنان نظامی مبتلا به انسداد عروق کرونر موثر است؟ و آیا استرس ادراک شده، حمایت اجتماعی ادراک شده و تنظیم هیجان در رابطه با مداخله فراشناختی و ذهن آگاهی و الگوی

پس‌آزمون (تکمیل پرسشنامه‌های مربوطه) قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بود از:

**پرسشنامه الگوی روابط زوجین کریستنسن و سالوی (CPQ):** این مقیاس از ۳۵ سوال تشکیل شده است و رفتارهای زوجین را در طی سه مرحله تعارض زناشویی برآورد می‌کند. این مراحل عبارتند از: هنگامی که مشکلی در رابطه زوجین بوجود می‌آید، در طول بحث راجع به مشکل ارتباطی و بعد از بحث راجع به مشکل ارتباطی. زوجین هر رفتار را روی یک مقیاس ۹ درجه ای لیکرت که از ۱ (اصلاً امکان ندارد) تا ۹ (خیلی امکان دارد) تنظیم شده، نمره‌گذاری می‌کنند. CPQ از سه خرده مقیاس تشکیل شده است: ارتباط توقع / کناره‌گیری، ارتباط سازنده متقابل و ارتباط اجتناب متقابل. این سه خرده مقیاس 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. آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های CPQ از ۰/۵۰ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (بودنمن و همکاران، ۱۹۹۸؛ نقل از رسولی، ۱۳۸۰). هیوی و همکاران (۱۹۹۶) میزان ثبات درونی را برای خرده مقیاس ارتباط سازنده متقابل هفت سوالی، به دست آوردند. آلفای کرونباخ برای مردان و زنان در این خرده مقیاس به ترتیب عبارت از ۰/۸۴ و ۰/۸۱ بود.

**مقیاس استرس ادراک شده (PSS):** این پرسشنامه در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن و همکاران تهیه شده و دارای ۱۴ سوال است و برای سنجش استرس عمومی ادراک شده در یک ماه گذشته به کار می‌رود و افکار و احساسات درباره حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس‌های تجربه شده را

مورد سنجش قرار می‌دهد. دوران و همکاران (۲۰۰۶) ضریب آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه ۰/۷۴ محاسبه کرده‌اند.

**مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS):** این پرسشنامه را زیمنت و همکارانش در سال ۱۹۸۸ به منظور سنجش حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی فرد تهیه کرده‌اند. این مقیاس ۱۲ گویه دارد و پاسخگو نظر خود را در یک مقیاس ۷ گزینه ای از نمره یک برای کاملاً مخالفم تا هفت برای کاملاً موافقم مشخص می‌کند. بروئر و همکارانش در سال ۲۰۰۸، پایایی درونی این ابزار را در یک نمونه ۷۸۸ نفری از جوانان دبیرستان با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۹۰ تا ۰/۸۶ برای خرده مقیاس‌های این ابزار و برای کل ابزار ۰/۸۶ گزارش نموده‌اند.

**مقیاس تنظیم هیجان گروس و جان:** این پرسشنامه شامل ۱۰ سوال بوده و به منظور اندازه‌گیری راهبردهای تنظیم هیجان توسط گراس و جان تدوین شده است و دارای دو بعد ارزیابی مجدد و سرکوبی است. در پژوهش گراس و جان همبستگی درونی برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و سرکوبی ۰/۷۳ به دست آمده است.

پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی که این پرسشنامه اساساً برای جمع‌آوری منظم (سیستماتیک) اطلاعات فردی آزمودنی‌ها تنظیم شد و شامل سن، جنس، تحصیلات، تأهل و سابقه بیماری جسمی و روانی بود.

مجموعه برنامه‌های آموزش مهارت‌های فراشناختی (بام) که از هشت بخش و در قالب ۸ جلسه آموزشی دو ساعته تشکیل شده است؛ و بر خطاهای شناختی و سوگیری‌های رایج در حل مسئله بیماران مبتلا به اختلالات قطعه پیشانی مغز، متمرکز است. در نتیجه،

این برنامه‌های آموزشی، فرد را به سوی تغییر و می‌سازند.  
تصحیح مخزن افکار و شیوه‌های حل مسئله رهنمون

### جدول ۱- برنامه‌های آموزش مهارت‌های فراشناختی

عنوان برنامه	سری الف	سری ب
اسنادها (علت یابی)	بخش ۱- الف	بخش ۱- ب
ملاطمت و سرزنش یا کسب اعتبار و تشخیص نتیجه گیری زودهنگام (قسمت اول)	بخش ۲- الف	بخش ۲- ب
تغییر نظام باورها	بخش ۳- الف	بخش ۳- ب
همدلی کردن... (قسمت اول)	بخش ۴- الف	بخش ۴- ب
حافظه	بخش ۵- الف	بخش ۵- ب
همدلی کردن... (قسمت دوم)	بخش ۶- الف	بخش ۶- ب
نتیجه گیری زودهنگام... (قسمت دوم)	بخش ۷- الف	بخش ۷- ب
عزت نفس و خلق و خو	بخش ۸- الف	بخش ۸- ب
تکالیف خانگی	تکالیف خانگی	

جلسه سوم: آموزش تن آرامی برای ۶ گروه از عضلات شامل دست‌ها و بازوها، پاها و ران‌ها، شکم و سینه، گردن و شانه‌ها، آرواره‌ها و پیشانی و لب‌ها و چشم‌ها و تکلیف خانگی تن آرامی.

جلسه چهارم: آموزش تکنیک پایش بدن<sup>۲۷</sup>، انجام مراقبه نشسته با تأکید بر ادراک احساس بدن (به عنوان تفسیر احساسات و افکار مخالف)، آموزش تکنیک توجه به حرکت بدن هنگام تنفس، معرفی پیاده‌روی آگاهانه و تکلیف خانگی واریسی بدنی، نشستن آگاهانه و طولانی‌تر، راه رفتن آگاهانه و به آگاهی آوردن واکنش‌ها در مقابل استرس و اضطراب، تکلیف خانگی ذهن آگاهی خوردن (خوردن با آرامش و توجه به مزه و منظره غذا).

جلسه پنجم: صحبت در خصوص گذراندن نیمی از دوره آموزشی و بیان تجربیات، اثرات و تعهد به اجرای تکالیف خانگی، نشستن آگاهانه (۴۰ دقیقه) و گسترش آگاهی از افکار، بحث در مورد نقش ذهن آگاهی در پاسخ به استرس در زندگی روزمره و تکلیف

کارگاه آموزشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، مبتنی بر روشی بود که برای اولین بار توسط سگال و همکاران، به نقل از محمدخانی و همکاران، (۲۰۰۶)، طراحی شده است که در اینجا آموزش ذهن آگاهی با توجه به نشانه‌ها و علائم بیماران کرونری قلب در قالب ۸ جلسه آموزشی دو ساعته تدوین گردید. شرح جلسات به صورت زیر می‌باشد:

جلسه اول: معرفی افراد به یکدیگر و تنظیم خط مشی کلی جلسات با در نظر گرفتن جنبه محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد، اجرای پیش آزمون و تمرین ابتدایی خوردن کشمش، تنفس آگاهانه و واریسی بدنی (پایش بدنی) و تکلیف خانگی اجرای تنفس آگاهانه و واریسی بدن به کمک فایبل صوتی.

جلسه دوم: آموزش تن آرامی<sup>۲۸</sup> برای ۱۴ گروه از عضلات که شامل ساعد، بازو، عضله پشت ساق پا، ساق پا، ران‌ها، شکم، سینه، شانه‌ها، گردن، لب، چشم‌ها، آرواره‌ها، پیشانی (قسمت پایین) و پیشانی (قسمت بالا).

جلسه هشتم: بازنگری بدنی، مراقبه نشسته، بحث و بررسی کوتاه در خصوص موانع موجود در بکارگیری روش‌ها، علت یابی و رفع آن برای انجام مستمر تمرینات، بازنگری مطالب گذشته و در نهایت جمع بندی.

در پژوهش حاضر، داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره و همچنین تحلیل رگرسیون گام به گام (تحلیل مسیر) تحلیل شد. محاسبات آماری و تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ و همچنین نرم افزار لیزرل صورت گرفته است.

خانگی و ارسای بدنی، راه رفتن، نشستن و تنفس آگاهانه و همچنین تمرین در خصوص آگاهی از تمایز بین واکنش روزمره (بدون انتخاب آگاهانه) و پاسخ (انتخاب آگاهانه) در ارتباطات خود با دیگران.

جلسه ششم: مراقبه نشسته طولانی مدت ۴۰ دقیقه‌ای، آگاهی از تنفس، اصوات و سپس افکار، تمرین بازنگری و تکلیف خانگی، بحث پیرامون آماده شدن برای اتمام دوره و تکلیف خانگی شناسایی و آگاهی از احساسات و نام‌گذاری آنها در طول هفته.

جلسه هفتم: ذهن آگاهی کامل<sup>۲۸</sup>، مراقبه نشسته ۴۰ دقیقه، آگاهی از تنفس، بدن، صداها و سپس افکار و بازنگری تمرین‌ها، بازنگری تکالیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق و تکلیف خانگی براساس تمرین قبلی.

#### یافته‌ها

جدول ۲- آزمون تحلیل کواریانس برای هر یک از متغیرهای وابسته

منبع واریانس	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور سهمی اتا
گروه	الگوی روابط زوجین	۱۳۲۳۲۹۹/۲۴۹	۱	۱۳۲۳۲۹۹/۲۴۹	۴۸/۵۵۳	۰/۰۰۰	۰/۶۶۹
	تنظیم هیجان	۸۰۸۸/۶۲۰	۱	۸۰۸۸/۶۲۰	۳۰۲/۳۶۸	۰/۰۰۰	۰/۹۲۶
	شدت استرس ادراک شده	۸۸۵۹/۴۱۰	۱	۸۸۵۹/۴۱۰	۲۴۵/۱۴۹	۰/۰۰۰	۰/۹۱۱
	حمایت اجتماعی ادراک شده	۵۷۷۷/۵۵۷	۱	۵۷۷۷/۵۵۷	۱۳۷/۲۷۱	۰/۰۰۰	۰/۸۵۱

جدول ۳- آزمون تحلیل کواریانس برای هر یک از متغیرهای وابسته

منبع واریانس	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور سهمی اتا
	الگوی روابط زوجین	۷۸۱۰۳/۸۲۹	۱	۷۸۱۰۳/۸۲۹	۵۳/۸۸۳	۰/۰۰۰	۰/۶۹۲

گروه	تنظیم هیجان	۵۷۱۲/۸۲۰	۱	۵۷۱۲/۸۲۰	۳۰۴/۴۶۰	۰/۰۰۰	۰/۹۲۷
	شدت استرس ادراک شده	۵۸۲۳/۷۱۶	۱	۵۸۲۳/۷۱۶	۹۹/۲۶۵	۰/۰۰۰	۰/۸۰۵
	حمایت اجتماعی ادراک شده	۱۴۴۱/۳۰۸	۱	۱۴۴۱/۳۰۸	۴۷/۸۸۴	۰/۰۰۰	۰/۶۶۶

#### جدول ۴- آزمون تحلیل کوواریانس برای هر یک از متغیرهای وابسته

منبع واریانس	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور سهمی اتا
گروه	الگوی روابط زوجین	۵۸۲۸/۳۲	۱	۵۸۲۸/۳۲	۱/۵۰	۰/۲۳۲	۰/۰۵۹
	تنظیم هیجان	۱۸۸/۶۶	۱	۱۸۸/۶۶	۹/۶۵	۰/۰۰۵	۰/۲۸۷
	شدت استرس ادراک شده	۳۸۲/۷۰	۱	۳۸۲/۷۰	۵/۰۹	۰/۰۳۳	۰/۱۷۵
	حمایت اجتماعی ادراک شده	۱۴۷۶/۶۶	۱	۱۴۷۶/۶۶	۳۵/۶۲	۰/۰۰۰	۰/۵۹۸

#### بحث و نتیجه گیری

در متغیر الگوی روابط زوجین، مجذور سهمی اتا (اندازه اثر) برابر با ۶۶/۹ درصد و به این معنی است که حدود ۶۶٪ تفاوت گروه‌ها در الگوی روابط زوجین مربوط به مداخله روان درمانی فراشناختی بوده است. در متغیر تنظیم هیجان، ۹۲/۶٪، در استرس ادراک شده ۹۱/۱٪ و در متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده ۸۵/۱٪ تفاوت گروه‌ها مربوط به مداخله روان درمانی فراشناختی بوده است. در نتیجه با ۹۹٪ اطمینان سوال پژوهش تأیید می‌شود. نتایج حاصل با پژوهش‌های پیشین نظیر لوند گرین، گاروین، جوناسون، کریستنسون و کریستون، ۲۰۱۵؛ رید، چنتال، اسکای و تامپسون، ۲۰۱۳ که به طور کلی اثربخشی درمان‌های روانشناختی را بر بیماران قلبی-سنجیده‌اند همخوان است. همچنین ولی‌زاده، حسنوندی، مهربانی 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 متغیرهای روانشناختی در بیماران مختلف جسمی و خصوصاً روانی سنجیده‌اند، همسو بوده و همچنین در ایران، عاشوری، خالقی دهنوی و صفاریان در سال ۱۳۹۳؛ یوسفی و سهرابی در سال ۱۳۹۰ که اثر روان درمانی فراشناختی را بر روابط زناشویی 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<sup>۲۹</sup> و سانرهاگن<sup>۳۰</sup> (۲۰۱۱)، بارنهور<sup>۳۱</sup> و همکاران (۲۰۰۹)، فنل<sup>۳۲</sup> (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

از حل مشکلات برآید؛ چون می‌داند که در مواقع لزوم می‌تواند از این حمایت بهره‌مند شود. به این ترتیب میزان سازگاری روانی اجتماعی افرادی که دارای حمایت اجتماعی درک شده بالاتری هستند، بیش از افرادی خواهد بود که از حمایت اجتماعی درک شده پایین‌تری برخوردار هستند.

استفاده از مهارت‌های تنظیم هیجان به افراد کرونر قلبی کمک می‌کند تا هیجان‌های خود را دقیق‌تر تشخیص دهند و سپس هر هیجانی را بدون ناتوان شدن در برابر آن بررسی کنند که هدف از آن تعدیل احساسات، بدون رفتاری واکنشی و مخرب می‌باشد. توانایی آگاه شدن از هیجان‌ها، شناسایی و نام‌گذاری هیجان‌ها، پذیرش هیجان منفی در زمان لزوم و روبرو شدن با آن به جای اجتناب، از مهارت‌های تنظیم هیجان است که به بهبود راهبردهای تنظیم هیجان کمک می‌کند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش این است که به دلیل فقدان دوره پیگیری، امکان ارزیابی نتایج وجود نداشت. بنابراین انجام پژوهش‌های دقیق و کنترل شده که دارای دوره پیگیری باشند پیشنهاد می‌شود. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش کوچک بودن حجم نمونه در رگرسیون بود که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی با بکارگیری نمونه‌ای بزرگ‌تر و پیگیری‌های طولانی‌تر از کارایی واقعی این شیوه درمان، نتایج دقیق‌تری حاصل شود. تعیین سهم و نحوه ارتباط عوامل روانشناسی و ارتباطات خانوادگی در تبیین تغییرات بیماری عروق کرونر از یافته‌های این پژوهش است و می‌توان نتیجه‌گیری کرد که عوامل روانشناسی بر شدت بیماری عروق کرونر تاثیر دارد و بخشی از اثر آنها از طریق ارتباطات فرد ایفا می‌شود. امید است از یافته‌های این پژوهش جهت

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 انعطاف پذیرانه‌تری در ابراز عاطفه متمایل شود، زن نیز مهربان‌تر پاسخ می‌دهد و بالعکس. یکی از اهداف مهم درمان فراشناختی این است که مانند روش‌های مبتنی بر حضور ذهن (شناخت درمانی‌های موج سوم) که مداخله دوم در همین پژوهش است و در جای خود به اثربخشی آن نیز خواهیم پرداخت؛ افراد مشکل را به گونه‌ای دیگر ببینند، یعنی خود را از مشکل جدا دانسته و با فاصله گرفتن از افکار بهتر بتوانند افکار و اندیشه‌های خود را ارزیابی کنند. واقعیت این است که استرس در زندگی روزمره امری اجتناب ناپذیر است؛ ولی مهم آن است که انسان چگونه با این بحران‌ها کنار بیاید. مطالعه پاسخ انسان در موقعیت‌های فشارزا نشان می‌دهد که انسان در برابر تهدیدها و نمادهای خطر، به استرس واکنش نشان می‌دهد؛ اما شدت این واکنش، بسته به اینکه یک موقعیت معین را تا چه حد استرس‌زا ادراک می‌کند، نوسان دارد. استرس ادراک شده، حالت یا فرایندی روانشناختی است که طی آن فرد بهزیستی جسمی و روانشناختی خود را تهدیدآمیز ادراک می‌کند. بررسی‌ها نشان داده‌اند که قربانیان سکت قلبی، معمولاً در چند ماه پیش از سکت، به استرس‌های شدیدی دچار بوده‌اند.

منابع حمایتی موجب می‌شوند که فرد احساس مراقبت، دوست داشته شدن، عزت نفس و ارزشمند بودن کند و احساس نماید که در بخشی از شبکه وسیع ارتباطی قرار دارد و می‌تواند در برابر عوامل استرس‌زا به خوبی مقابله نماید. در نتیجه‌گیری حاصل از این یافته پژوهش می‌توان گفت به نظر می‌رسد فرد با دارا بودن حمایت اجتماعی بتواند بهتر



۲- داداشی، محسن (۱۳۹۳)؛ مقایسه اثربخشی درمان نوروفیدبک با دارودرمانی و درمان فراشناختی در کاهش علائم و نشانه های افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، پایان نامه دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

۳- ذاکری مقدم، معصومه و علی اصغر پور، منصوره (۱۳۸۸)؛ مراقبت های پرستاری در بخش های CCU، ICU و دیالیز، تهران، انتشارات اندیشه رفیع. چاپ هفتم.

۴- 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.

۵- عبدی، سلمان، باباپور خیرالدین، جلیل، فتحی، حیدر (۱۳۸۹)؛ رابطه سبک های تنظیم هیجان شناختی و سلامت عمومی دانشجویان، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، سال هشتم، شماره ۴، صفحات ۲۵۸ تا ۲۶۴.

۶- علیزاده، عزیزه، محمدی، ابوالفضل (۱۳۹۳)؛ اثربخشی مواجهه مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان اختلال وسواسی-جبری، مجله تحقیقات علوم رفتاری، شماره ۱۲، دوره ۳، صفحات ۳۴۲-۳۵۰.

۷- محمدخانی، شهرام، رمضان زاده، فاطمه، مرادی، علیرضا (۱۳۹۳)؛ اثربخشی آموزش مهارت های تنظیم هیجانی در کارکردهای اجرایی و راهبردهای تنظیم هیجانی در نوجوانان در معرض خطر. فصلنامه روانشناسی شناختی، دوره ۲، شماره ۲، صفحات ۳۷-۴۵.

8- Kubzansky, Divergent associations of adaptive and maladaptive emotion regulation strategies with inflammation; *Health Psychol.* 2013 July ; 32(7): 748–756. doi:10.1037/a0030068.

9- 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.

طراحی برنامه های پیشگیرانه و انجام پژوهش های گسترده تر در حوزه بیماری عروق کرونر قلب به ویژه در میان کارکنان نظامی به جهت قرار گرفتن در معرض تنش های فزاینده استفاده شود.

### پی نوشت

- 1- Coronary heart disease
- 2- Reeply
- 3- Motowani
- 4- Pelin
- 5- Greenwood
- 6- Plaques
- 7- Gander
- 8- Kim
- 9- Blood pressure
- 10- Diabetes
- 11- Blood fat
- 12- Obesity
- 13- Mc oily
- 14- Bowres
- 15- Difina
- 16- Cognitive attentional syndrome
- 17- Worry
- 18- Rumination
- 19- Worry
- 20- Mindfulness
- 21- Walsh
- 22- Segal
- 23- Slovan
- 24- Kring
- 25- Granefski
- 26- Relaxation
- 27- Body monitoring
- 28- Full mindfulness
- 29- Bergerson
- 30- Sunnerhagen
- 31- Barnhofer
- 32- Fennel

### منابع

- ۱- حسینی غفاری، فاطمه، محمدخانی، پروانه، پورشهباز، عباس، دولتشاهی، بهروز و محمدی، فرزانه (۱۳۹۲)؛ اثربخشی درمان فراشناختی گروهی بر کاهش افکار اضطرابی و بهبود راهبردهای کنترل تفکر در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، نشریه علمی پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دوره ۲۳، شماره ۸۰، صفحات ۶۶ تا ۷۶.

- longitudinal impact of demand and withdrawal during marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 797- 801.
- 20- Heavey, C.L; Layne, C. & Christensen, A. (1993). Gender and conflict structure in marital interaction: A replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 16-27.
- 21- Kaviani H, Javaheri F, Boheiraei H. The Effectiveness of Cognitive therapy based on Mindfulness in decreasing negative automatic thoughts, dysfunction attitude, depression and anxiety: 60 days follow-up. *Advances in Cognitive Sciences*. 2005; 7(1): 49-59. In Persian
- 22- Khoosfi H, Monirpoor N, Birashk B, Peighambari M. A Comparative Study of Personality Factors, Stressful Life Events, and Social Support In Coronary Heart Patients and Non-patients. *Contemporary Psychology*. 2007; 1(2): 41-48. [Persian]
- 23- Lopez C, Antoni M, Penedo F, Weiss D, Cruess S, Segotas MC, et al. A pilot study of cognitive behavioral stress management effects on stress, quality of life, and symptoms in persons with chronic fatigue syndrome. *J Psychosomatic Research*. 2012;70(4):328-34.
- 24- Morrow, A. (2011). Stress Definition. Retrieved from: [Dying.About.com/od/glossary/g/stress.htm](http://Dying.About.com/od/glossary/g/stress.htm).
- 25- Mousavian N, Mordi A, Mirzaei J, Shidfar J, Mahmoudi Kahriz B, Taheri F. The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on weight loss. *Thought and behavior* 2010 ;16: 49-57. (In Persian)
- 26- Narimani M, Aryapouran S, Abolghasemi S, Ahadi B. The comparison of the effectiveness of mindfulness and emotion regulation training on mental health in
- 10- Bergerson, H., Fosile, K. F., Sunnerhagen, K. S., & Schank, A. K. (2011). Anxiety, Depression and Psychological Well being 2 to 5 years poststroke. *Journal of stroke and cerebrovascular Diseases*, 1-6.
- 11- Bruwer B, Emsley R, Kidd M, Lochner C, Seedat S. Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Comprehensive Psychiatry*. 2008; 49: 195–201.
- 12- Burpee, L, C. & Langer, E, J. (2005.) Mindfulness and Marital Satisfaction. *Journal of Adult Development*, 12, 1.
- 13- Christensen, a. & Heavey, C.L. (1990). Gender and social structure in the demand/withdraw pattern of marital conflict. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59,73-81.
- 14- Cohen, S.; T. Kamarck & R. Mermelstein. (1983). A Global Measure of Perceived Stress.
- 15- Edwards, L. M, (2004). Measuring Perceived Social Support in Mexican American Youth: Psychometric Properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support Hispanic, *Journal of Behavioral Sciences*. 2004; 26 (2): 187-94.
- 16- Fennel, M., J. V. (2004). Depression, low-esteem and mindfulness. *Behavioral Research and therapy*, 42, 1053- 1067.
- 17- Gottman, J. M. (1994). What predicts divorce? The relationship between marital processes and marital outcomes. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- 18- Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003; 85(2): 348–362
- 19- Heavey, C.L; Christensen, A. & Malamuth, N.M. (۱۹۹۰). The

- chemical weapon victims *Clinical Psychology*. 2010; 2(4):61. (In Persian).
- 27- Olafiranye, Jean-Louis, G., Zizi, F., Nunes, J., & et al. (2011). Anxiety and cardiovascular risk: Review of Epidemiological and Clinical Evidence. *Mind Brain*, 2, 32-37.
- 28- Rahimian Bogar A, Rostami M, Besharat MA. Comparison of stress among CHD patients and healthy individuals. *Psychological Science*; 2009. [In Persian].
- 29- Robertson, T., Daffern, M., & Bucks, R. S. (2012). Emotion regulation and aggression. *Aggression and Violent Behavior*, 17(1), 72-82.
- 30- Rozankiet AL, Rozanski J, Blumentli K W, Davidson P G. The epidemiology, pathophysiology, and management of Psychosocial risk factors in cardiac Practice, *J Am Coll Cardiol* 2005; 45: 637-51.
- 31- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., Sarason, B.R., 1983. Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology* 44 (1), 127–139.