

مجله علمی - پژوهشی پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری

سال سوم، شماره دوم، پیاپی (۵)، پاییز و زمستان ۱۳۹۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۲/۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱/۲۷

صص: ۲۷-۴۰

## مقایسه اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری - قراردادی گروهی، با حمایت خانوادگی و بدون حمایت آن‌ها در کاهش استرس زناشویی بیماران کرونری قلب

اسحق رحیمیان بوگر<sup>۱\*</sup>، محمود نجفی<sup>۲</sup>، ضیاء قائم مقام فراهانی<sup>۳</sup>، سولماز دبیری<sup>۴</sup>

۱- استادیار روان‌شناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

eshaghrahimian@yahoo.com

۲- استادیار روان‌شناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

najafy2001ir@yahoo.com

۳- استادیار روان‌پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

zg.farahani@yahoo.com

۴- دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

sh\_dabiri@yahoo.com

### چکیده

استرس زناشویی از عوامل مهم بروز و تداوم بیماری کرونری قلب و پیامدهای نامطلوب این بیماری است. هدف اساسی پژوهش حاضر، اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری - قراردادی گروهی همراه با حمایت خانوادگی و بدون حمایت آن‌ها، بر استرس زناشویی در بیماران کرونری قلبی بود. در یک طرح پژوهشی شبه آزمایشی، از بین بیماران کرونری قلبی شهر تهران، تعداد ۵۹ نفر از مردان متاهل به صورت در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایشی و کنترل گمارده شدند. شرکت کنندگان مقیاس استرس زناشویی استکهلم - تهران، پرسشنامه حمایت خانوادگی و پرسشنامه جمعیت شناختی را طی سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری تکمیل کردند. فقط گروه‌های آزمایش طی ۷ جلسه (هفته‌ای یک بار) تحت مداخلات درمانی و ۶ ماه پس از مداخله مورد پیگیری قرار گرفتند. طبق نتایج بین اثربخشی درمان بین گروه فعال‌سازی رفتاری - قراردادی گروهی، گروه فعال سازی رفتاری - قراردادی گروهی همراه با حمایت خانوادگی و گروه کنترل در کاهش علائم استرس زناشویی، تفاوت آماری معناداری وجود دارد ( $P < 0/001$ ). متخصصان بالینی می‌توانند به منظور ارتقای کیفیت زندگی و بهبودی بیماران از این درمان برای کاهش استرس زناشویی بیماران کرونری قلبی استفاده کنند.

**واژه‌های کلیدی:** فعال‌سازی رفتاری، حمایت خانوادگی، استرس زناشویی، بیماری کرونری قلبی

مقدمه

بیماری کرونری قلبی<sup>۱</sup> (CHD) یکی از عوامل اصلی مرگ در اغلب نقاط دنیا است و هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم این بیماری در حال افزایش است (المحمید و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲، بلنکشتاین و هافمن<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲). عوامل مهمی نظیر فشار روانی، تعارضات بین فردی و رفتارهای خصومت آمیز می‌تواند به انقباض نابهنجار کرونری، افزایش انسداد شریان کرونری، بی‌نظمی‌های بدخیم قلبی و در پایان به ناتوانی قلب و افزایش مرگ و میر منجر شود (ویلیامز و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹، اسمیت و ریوز<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲، آلبوس<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در میان متغیرهای روانی - اجتماعی، استرس حاد و مزمن از عمده‌ترین عوامل خطر برای بروز و سیر بیماری کرونری قلب هستند (باربیراتو و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰، هولمز و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۰۶). از طرفی، دیگیاکامو و همکاران<sup>۹</sup> (۲۰۰۷) استرس را از شایع‌ترین پیامدهای نامطلوب بیماری‌های عروق کرونری می‌دانند و معتقدند که این پیامدها در نهایت سیر این دسته از بیماری‌های قلبی را بدتر و وخیم‌تر می‌سازند. استرس زناشویی به عنوان نوعی استرس روانی - اجتماعی، فرایند چند عاملی است که شامل تعارضات بین فردی در محیط خانوادگی، راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد و همراه با

مجموعه‌ای از پاسخ‌های عصبی - غددی، عملکرد سیستم خودکار و قلبی - عروقی و نیز پاسخ‌های فیزیولوژیک به تنش‌های روانی - اجتماعی است (اکر و همکاران، ۱۳۸۷).

استرس روانشناختی در خانواده، عامل تسریع کننده ایسکمی میوکارد و آنژین در بیماران مبتلا به بیماری کرونری قلب تلقی شده است (باکون و همکاران<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۶؛ وانگ و همکاران<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۷). پاسخ فشار روانی با رهاسازی کاته کولامین‌ها و کورتیکواستروئیدها می‌تواند تراکم پلاکت‌های خونی و انقباض رگ‌های خونی شریان کرونر را افزایش دهد، خطر لخته شدن بافت خونی درون شریان را افزایش دهد و به عروق کرونر آسیب وارد سازد (هامر و همکاران<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۲).

لرزم چنین مداخلات روانی - اجتماعی در کنترل حوادث قلبی - عروقی می‌افزاید. در این میان، روش درمان فعال سازی رفتاری و قراردادی<sup>۱۳</sup> (CBAT) مداخله روانشناختی سریع، کوتاه مدت، اثربخش و نسبتاً جامع برای کنترل علائم روانی - اجتماعی بیماری کرونر قلبی است. حمایت خانوادگی<sup>۱۴</sup> (FS) نیز که مبتنی بر رویکرد درمان شبکه‌ای است در کاهش استرس‌های زناشویی و خانوادگی در این بیماری به‌کار می‌رود. روش درمان فعال سازی رفتاری و قراردادی (CBAT) مبتنی بر مدل رفتار درمانی شناختی، رویکرد تقویت انگیزش و رفتار درمانی است که بیمار را در درمان سهیم می‌کنند و با

<sup>1</sup> coronary heart disease

<sup>2</sup> Almahmeed etal

<sup>3</sup> Blankstein & Hoffman

<sup>4</sup> Williams etal

<sup>5</sup> Smith & Ruiz

<sup>6</sup> Albus

<sup>7</sup> Barbirato etal

<sup>8</sup> Holmes etal

<sup>9</sup> DiGiacomo etal

<sup>10</sup> Bacon etal

<sup>11</sup> Wang etal

<sup>12</sup> Hamer etal

<sup>13</sup> Contracting and Behavioral Activation Therapy

<sup>14</sup> family support

توانند بیماران بیشتری را با حداقل هزینه، تحت درمان قرار دهد که این ویژگی در مدل درمانی GCBAT وجود دارد و لذا بر اهمیت آن می‌افزاید.

با توجه به مشکلات و شرایط موجود درباره وضعیت درمان بیماری کرونری قلب، پژوهشگران قصد دارند دیدگاه جامع‌تری را برای درمان این بیماری مورد آزمون قرار دهند. به نظر می‌آید با ایجاد تغییراتی در CBAT یک روش اثربخش و منسجم‌تری را می‌توان ارائه داد. از طرف دیگر، پژوهشگران قصد دارند این روش را به صورت گروهی در یک پیگیری شش ماهه بررسی کنند. همچنین، برای کامل‌تر نمودن این کارآزمایی بالینی، حمایت خانوادگی (FS) با روش GCBAT به همراه دارو ترکیب و بررسی می‌شود. بنابراین این پژوهش با هدف بررسی مقایسه‌ای اثربخشی روش فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی با حمایت خانوادگی و بدون آن بر استرس زناشویی در بیماران کرونری قلبی (CHD) انجام می‌گیرد. مسأله پژوهش حاضر این است که آیا روش فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی با حمایت خانوادگی و بدون آن بر استرس زناشویی در بیماران کرونری قلبی (CHD) تأثیر دارد؟

#### روش

طرح پژوهش حاضر شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و پیگیری بود. در این پژوهش، شرکت‌کنندگان در یک کاربندی با سه گروه قرار گرفتند. گروه کنترل پرسشنامه استرس زناشویی را برای سنجش اثربخشی

توجه به اختلالات روان‌شناختی و روان‌پزشکی همراه با بیماری کرونری قلبی، شبکه حمایت خانوادگی بیمار را وارد درمان می‌نماید. همچنین، رفتارهای روزانه بیمار را مورد توجه قرار می‌دهد (چاوارسکی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲، گولیکسون و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱). مداخله CBAT به عنوان یک روش بسیار ساختار یافته با تغییر دادن سبک زندگی به دنبال افزایش بهبودی طولانی مدت بیمار است. فلسفه CBAT مبتنی بر مداخله در سبک زندگی ناسالم و الگوی تدامی استرس‌های متراکم خانوادگی است که به بروز و تداوم بیماری کرونری قلب کمک می‌کند (چاوارسکی، ۲۰۰۲، دتر، ۲۰۱۲). چاوارسکی (۲۰۰۲) این شیوه درمان را تقریباً برای تمامی اختلالات روان‌تنی که با علایم برجسته روان‌شناختی و اجتماعی همراه هستند، کارا و اثر بخش می‌داند. روان‌درمانی CBAT و به تبع آن درمان فعال‌سازی رفتاری - قراردادی گروهی<sup>۳</sup> (GCBAT) دارای دستورالعمل مشخص با اهداف تعریف شده هستند. درمان به شیوه GCBAT یک مداخله کوتاه مدت و متمرکز است که شامل هفت جلسه گروه درمانی می‌باشد که علاوه بر به صرفه بودن از نظر هزینه و زمان، به عنوان روشی کارآمد و موثر موجب افزایش پای‌بندی به اتمام جلسات درمانی از سوی بیمار می‌شود (چاوارسکی، ۲۰۰۲).

وضعیت و روند رو به گسترش بیماری‌های قلبی در ایران نیازمند مدل‌های درمانی است که از یک طرف کارآمد و از طرف دیگر در مدت کوتاهی

<sup>4</sup> Follow-up

<sup>1</sup> Chawarski

<sup>2</sup> Gulliksson etal

<sup>3</sup> Group contracting and behavioral activation therapy

داشت. از لحاظ عوامل بین گروهی، گروه آزمایش تحت فعال سازی رفتاری - قراردادی گروهی (گروه آزمایش اول) شامل ۱۸ نفر (۳۰/۵٪)، گروه آزمایش تحت فعال سازی رفتاری و قراردادی گروهی همراه با حمایت خانوادگی (گروه آزمایش دوم) شامل ۲۰ نفر (۳۳/۹٪) و گروه کنترل شامل ۲۱ نفر (۳۵/۶٪) بود. معیارهای ورود به مطالعه حاضر عبارت بودند از رضایت آگاهانه، عدم سوء مصرف مواد، عدم سایر بیماری‌های قلبی به جز بیماری کرونری قلبی، عدم دریافت داروهای اعصاب و روان، عدم دریافت هرگونه مداخله‌ای نظیر یوگا، آرمیدگی و نیز عدم مشارکت در برنامه ارتقای سلامت روان نظیر مدیریت خشم طی یک سال گذشته تا زمان مطالعه.

#### روش اجرا

مطالعه توسط دو نفر کارشناس ارشد روان‌شناسی و یک نفر دکتری روان‌شناسی انجام گرفت. این مطالعه با توجه به رعایت اصول اخلاق پژوهشی، حفظ اسرار شرکت کنندگان و حمایت از حقوق آنان در مطالعه، اخذ رضایت آگاهانه، و توجه به رفاه شرکت کنندگان در تمامی مراحل مطالعه انجام گرفت. بیماران سه گروه دارو مصرف می‌کردند که از لحاظ نوع و دوز دارو، مدت و میزان مصرف هم‌تاسازی شدند و تفاوت بارزی بین سه گروه وجود نداشت که بتواند بر نتایج مطالعه اثر بگذارد. پس از ۷ هفته درمان خاتمه پیدا کرد و نیز بعد از ۶ ماه پیگیری انجام شد. ساختار و محتوای جلسات درمانی GABCT در جدول ۱ ارائه شده است.

درمان تکمیل کردند. گروه دوم (گروه آزمایشی الف) تحت درمان با روش روان‌درمانی GABCT به مدت ۷ جلسه ۸۰ دقیقه‌ای قرارگرفت. این گروه نیز پرسشنامه استرس زناشویی را تکمیل نمودند. گروه سوم (گروه آزمایشی ب) علاوه بر روش روان‌درمانی GABCT و تکمیل پرسشنامه استرس زناشویی به منظور سنجش اثربخشی درمان، یکی از نزدیکترین افراد خانواده آن‌ها که می‌تواند حمایت خانوادگی وی را تأمین کند، وارد جلسات گروهی مخصوص یکی از اعضای خانواده افراد بیمار شد. در این گروه بر آموزش و مشاوره روانی در خصوص جنبه‌های مختلف بیماری کرونری قلبی و توانبخشی این بیماران و نقش حمایت خانوادگی در بهبود وضعیت آنها تأکید شد. همچنین، مهمترین مسأله شرکت فرد حمایت‌گر در قرارداد درمانی و امضای قرارداد با درمانگر و بیمار در رابطه با ابعاد، اهمیت و نحوه حمایت خانوادگی برای عضو بیمار در خانواده بود.

#### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری آن دسته از مردان متأهل دچار بیماری قلبی - عروقی شهر تهران بودند که توسط متخصصان معالج خود تشخیص CHD داشتند و به طور داوطلبانه به مراکز درمانی در سطح شهر تهران مراجعه می‌نمودند. داوطلبان شرکت در این پژوهش (۵۹ نفر) به صورت تصادفی در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به سه گروه یعنی دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل گماشته شدند. دامنه سنی شرکت کنندگان ۳۸ تا ۶۱ سال با میانگین سنی ۴۷/۶۹ سال بود. از لحاظ عوامل درون گروهی، سه نمره پیش آزمون، پس آزمون و پی‌گیری وجود

### جدول ۱. ساختار و محتوا جلسات درمانی GCBAT

جلسه	محتوا
اول	آموزش قراردادهای رفتاری و سعی در برقراری یک رابطه درمانی خوب با بیماران. قراردادهای رفتاری به شکل نوشته و یا توافق کلامی بین مشاور و بیمار مطرح می‌شود. قراردادهای ساده، روشن و جزئی بودند و درمانگر به بیمار در این خصوص پیشنهاد می‌داد و در رابطه با رسیدن به این اهداف با بیمار صحبت می‌کرد.
دوم	آموزش فعال‌سازی رفتار. تمرکز فعال‌سازی رفتار بر تعامل بین فرد و محیط بود. فعال‌سازی رفتاری نیازمند تغییر در رفتارهای آشکار بود تا اثرات مثبت بیشتری به وجود آورد. راهبردهای فعال‌سازی رفتار بر اصول خاموشی، شکل‌دهی، حذف، مرور ذهنی، حواس پرتی دوره‌ای، آموزش مهارت‌های رویه‌ای و تفکر نظاره‌ای مبتنی بود.
سوم	آموزش روانی در مورد فرآیندهای شفابخش گروهی با چهار موضوع توصیه‌هایی در زمینه کلی بیماری؛ انتخاب روش درمانی مناسب وضعیت فرد؛ موضوعات انگیزشی و آموزش در خصوص تعامل با افراد دیگر و استفاده از تجربیات دیگران.
چهارم	جلسه تمرکز بر جنبه‌های مختلف استرس‌های بین فردی در بیماری قلب و استفاده از تقویت مثبت کلامی. از طریق بیان جملات مثبت و امید بخش بر پیشرفت‌های کوچک بیمار تمرکز شد.
پنجم	تمرکز بر جنبه‌های استرس‌آمیز محیط زناشویی در بیماری قلب و استفاده از تمثیل در جریان آموزش روانی. در این روش فرآیندهایی چون تصمیم برای شروع درمان، حالت خلقی بیمار، بهبود سلسله مراتبی، عوامل فعال‌ساز استرس زناشویی و حالات روانی به صورت گرافیک و تمثیل بیان شد.
ششم	تمرکز بر نحوه پیدایش و سیر استرس زناشویی بیماران. نحوه تشدید و چگونگی کنترل آن.
هفتم	آموزش بیماران در خصوص اجزای پزشکی، روانی - اجتماعی بیماری، مهارت‌های مقابله، مهارت قاطعیت و درمان و نیز در خصوص دسترسی به پزشک، روانشناس و مددکار اجتماعی و نیز آموزش بازسازی شناختی. همچنین طی این جلسه جمع بندی، خلاصه سازی درمان و ارائه راهکارهای پیگیرانه انجام گرفت.
ابزار	بالاتر باشد، استرس موجود در روابط او و همسرش بیشتر خواهد بود. همسانی درونی مقیاس (آلفای کرونباخ = ۰/۷۷) و اعتبار سازه آن را با استفاده از مقیاس‌های مرتبط، رضایت بخش بود (اورث گومر و همکاران، ۲۰۰۰).
۱- مقیاس استرس زناشویی استکهلم - تهران <sup>۱</sup> (STMSS):	فرم اصلی این مقیاس، مقیاس استرس زناشویی استکهلم (SMSS) است که توسط اورث گومر و همکاران (۲۰۰۰) برای پژوهش درباره زنان مبتلا به بیماری قلبی ساخته شد. در عین حال می‌توان از آن برای پژوهش درباره مردان و سایر اختلالات در حوزه روان‌شناسی سلامت و طب رفتاری نیز استفاده نمود. مقیاس اصلی دارای ۱۷ سؤال است که به صورت صفر و یک نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره این مقیاس صفر (۰) و حداکثر نمره آن ۲۷ است. هر چه نمره فرد در این مقیاس

<sup>۱</sup> Stockholm-Tehran Marital Stress Scale

سایر بیماری‌های پزشکی نیز قابل استفاده خواهد بود و می‌توان از این ابزار برای پژوهش‌های اکتشافی در مورد گروه‌های مختلف بیماران، به‌خصوص کسانی که بیشتر از مشکلات پزشکی خاص رنج می‌برند، استفاده کرد.

۲- پرسشنامه سنجش حمایت خانوادگی: در این مطالعه از پرسشنامه حمایت خانواده (FSQ) ارائه شده توسط ساراسون و همکاران<sup>۱</sup> (۱۹۸۳) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۶ سوال است که هر سوال دارای دو قسمت است. در قسمت اول هر سوال شرکت کننده خواسته می‌شود تعداد افراد خانواده (که در شرایط بحران و هنگام تقاضای کمک خدمت ارائه می‌کنند) را از ۱ نفر تا چند نفر مشخص کند. در قسمت دوم هر سوال میزان رضایت فرد را در یک طیف ۶ گزینه‌ای لیکرتی (کاملاً رضایت دارم = ۶، نسبتاً رضایت دارم = ۵، اندکی رضایت دارم = ۴، اندکی ناراضی‌ام = ۳، نسبتاً ناراضی‌ام = ۲، کاملاً ناراضی‌ام = ۱) مورد سنجش قرار می‌دهد. حداکثر نمره‌ای که پاسخ دهنده در قسمت دوم پرسشنامه دریافت می‌کند ۳۶ و حداقل نمره آن ۶ است. ساراسون و همکاران (۱۹۸۳) پایایی این ابزار را روی ۷۵ نفر زن و ۸۱ نفر مرد از طریق آزمون مجدد برای قسمت اول سوالات  $r=0/93$  و برای قسمت دوم یعنی سوالات ۶ گزینه‌ای  $r=0/92$  به دست آورده است. همچنین اشمیت<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) در یک جامعه بالینی از طریق آلفای کرونباخ ضریب همسانی درونی را برای قسمت اول سوالات  $0/89$  و برای قسمت دوم سوالات ۶ گزینه‌ای  $0/92$  به دست آورده است.

می‌رسد). ضریب همبستگی بین نمره‌های مقیاس استرس زناشویی استکهلم - تهران برای نمونه دوم در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته ( $n=36$ ) به منظور سنجش پایایی بازآزمایی مقیاس برای میانگین کل استرس زناشویی،  $0/78$  محاسبه شد که در سطح  $P=0/001$  معنی‌دار بود و حاکی از پایایی بازآزمایی مطلوب این مقیاس است (بشارت و همکاران، ۱۳۸۵). برای سنجش همسانی درونی مقیاس استرس زناشویی استکهلم - تهران از ضریب آلفای کرونباخ در مورد نمره‌های آزمودنی‌های نمونه اول ( $n=60$ ) استفاده شد و این ضریب برای مقیاس  $0/91$  بود که نشانگر همسانی درونی بالای این آزمون است (بشارت و همکاران، ۱۳۸۵). اعتبار همزمان فرم فارسی پرسشنامه مقیاس استرس زناشویی استکهلم - تهران با استفاده همزمان از پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوک - راست و مقیاس افسردگی بک بررسی شد و نتایج همبستگی پیرسون در این موارد نشان داد که بین نمره استرس زناشویی شرکت کنندگان و نمره آنها در زمینه مشکلات زناشویی و افسردگی رابطه مثبت معنی‌دار ( $0/53$  و  $0/41$ ) وجود دارد. این همبستگی‌ها در سطح  $P=0/001$  معنی‌دار بودند. طبق نتایج مطالعه بشارت و همکاران (۱۳۸۵)، فرم فارسی مقیاس استرس زناشویی استکهلم - تهران از اعتبار کافی برخوردار است و پایایی و اعتبار لازم برای اجرا در پژوهش بر نمونه‌های ایرانی را داراست. با استناد به یافته‌های فعلی فرم فارسی این مقیاس توسط بشارت و همکاران (۱۳۸۵)، می‌توان از این ابزار ارزشمند در پژوهش‌های مربوط به استرس‌ها و مشکلات زناشویی زوجین استفاده نمود. طبق نظر اورث گومر و همکاران (۲۰۰۰) این ابزار در مورد

<sup>1</sup> Sarason et al

<sup>2</sup> Schemitt

۳۳ نفر (۹/۵۵٪) در سطح متوسط و ۱۲ نفر (۳/۲۰٪) در سطح پایین بودند. از تعداد کل شرکت کنندگان، ۱۱ نفر (۶/۱۸٪) دارای تحصیلات سوم راهنمایی و پایین‌تر، ۲۳ نفر (۳۹٪) دارای تحصیلات در سطح دیپلم متوسطه، ۱۸ نفر (۵/۳۰٪) دارای تحصیلات در سطح کارشناسی و ۷ نفر (۹/۱۱٪) دارای تحصیلات در سطح کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. به علاوه، دامنه سنی ابتلاء شرکت کنندگان به بیماری کرونری قلبی ۵ تا ۱۲ سال با میانگین سنی ۸/۶۳ سال بود. در ابتدا، میانگین و انحراف استاندارد نمرات استرس زناشویی به تفکیک گروه و زمان اندازه گیری در جدول ۲ ارائه شده است.

۳- پرسشنامه عوامل جمعیت شناختی: این پرسشنامه توسط پژوهشگران به منظور بررسی عوامل جمعیت شناختی نظیر جنسیت، سن، وضعیت اقتصادی و اجتماعی و سطح تحصیلات تهیه شد. داده‌های حاصله از ابزارها به وسیله آماره‌های توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد، درصد و فراوانی) و تحلیل واریانس آمیخته تجزیه و تحلیل گردید.

#### یافته‌ها

سن شرکت کنندگان در دامنه ۳۸ تا ۶۱ سال با میانگین سنی ۴۷/۶۹ سال بود. از لحاظ وضعیت اجتماعی - اقتصادی، ۱۴ نفر (۷/۲۳٪) در سطح بالا،

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمره استرس زناشویی در گروه‌های آزمایش و کنترل در سه بار اندازه گیری

گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پی گیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
GABCT همراه با حمایت خانوادگی	۶۲/۲۷	۱۷/۰۳۲	۳۸/۰۰	۱۳/۲۶۶	۳۸/۳۳	۱۳/۱۰
GCBAT به تنهایی	۵۱/۳۰	۲۰/۹۷۶	۳۴/۹۰	۱۴/۲۴۹	۳۶/۶۵	۱۶/۳۲
کنترل	۶۲/۶۶	۲۲/۶۹۴	۵۹/۷۱	۲۱/۷۷۴	۶۲/۷۶	۲۲/۲۵
کل	۵۸/۶۹	۲۰/۸۶۴	۴۴/۶۷	۲۰/۲۵۴	۴۶/۴۵	۲۱/۴۰

در ابتدا، قبل از تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته، آزمون‌های مربوط به رعایت پیش فرض‌های این تحلیل آماری بررسی شد. نتایج آزمون لوین جهت بررسی فرض‌های همگنی واریانس و نیز تحلیل واریانس یک طرفه جهت همگنی رگرسیون (همگنی شیب) برای متغیر استرس زناشویی نشان داد که در آزمون لوین مفروضه همگنی واریانس‌ها با مقدار  $F=۰/۵۲$  و  $P>۰/۰۵$  معنادار نشده است و بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها برای این متغیر برقرار است. همچنین، نتایج تحلیل واریانس یک طرفه جهت

بررسی فرض همگنی شیب‌های رگرسیون با مقدار  $F=۲/۳۷$  و  $P>۰/۰۵$  روابط معناداری را نشان نمی‌دهد. بنابراین، مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون نیز برای این متغیر وجود دارد. با توجه به یافته‌های فوق به منظور بررسی اثر درمان فعال سازی رفتاری - قراردادی گروهی و درمان فعال سازی رفتاری - قراردادی گروهی همراه با حمایت خانوادگی در کاهش استرس زناشویی، آزمون تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته ۳ در ۳ استفاده شد (عامل گروه با سه سطح درمان فعال سازی رفتاری -

در ابتدا، قبل از تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته، آزمون‌های مربوط به رعایت پیش فرض‌های این تحلیل آماری بررسی شد. نتایج آزمون لوین جهت بررسی فرض‌های همگنی واریانس و نیز تحلیل واریانس یک طرفه جهت همگنی رگرسیون (همگنی شیب) برای متغیر استرس زناشویی نشان داد که در آزمون لوین مفروضه همگنی واریانس‌ها با مقدار  $F=۰/۵۲$  و  $P>۰/۰۵$  معنادار نشده است و بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها برای این متغیر برقرار است. همچنین، نتایج تحلیل واریانس یک طرفه جهت

قراردادی گروهی، درمان فعال سازی رفتاری - واریانس آمیخته به منظور بررسی تاثیر عامل بین گروه و درون گروهی زمان بر نمرات استرس زناشویی ارائه شده است. پیگیری). در جدول ۳ نتایج آزمون تجزیه و تحلیل

جدول ۳. نتایج تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته در بررسی تاثیر عامل بین گروهی و درون گروهی زمان بر نمرات استرس زناشویی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذورات	توان آماری
بین آزمودنی‌ها							
گروه	۱۴۳۳۶/۹۶۹	۲	۷۱۶۸/۴۸۴	۷/۲۷۶	۰/۰۰۲	۰/۲۰۶	۰/۹۲۴
خطا	۵۵۱۷۳/۱۳۳	۵۶	۹۸۵/۲۳۵				
درون آزمودنی‌ها							
زمان	۷۴۲۵/۳۰۹	۲	۵۶۵۱/۷۲۵	۱۵۷/۶۳۹	۰/۰۰۱	۰/۷۳۸	۱
زمان و گروه	۳۴۷۶/۱۴۲	۴	۱۳۲۲/۹۲۱	۳۶/۸۹۹	۰/۰۰۱	۰/۵۶۹	۱
خطا	۲۶۳۷/۷۹۰	۱۱۲	۳۵/۸۵۲				

با توجه به جدول (۳) تاثیر گروه بر نمرات استرس زناشویی معنی دار است [ $F(۲, ۵۶) = ۷/۲۷, P < ۰/۰۰۲$ ]. تاثیر عامل زمان بر نمرات استرس زناشویی معنی دار است [ $F(۲, ۱۱۲) = ۱۵۷/۶۳۹, P < ۰/۰۰۱$ ]. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که بین نمرات استرس زناشویی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پی‌گیری صرف نظر از گروه تفاوت وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین گروه و زمان نیز معنی دار است ( $P < ۰/۰۰۱, F = ۳۶/۸۹$ ).

جدول ۴: آزمون بن فرنی در بررسی نحوه تعامل بین گروه و زمان اندازه گیری بر نمرات استرس زناشویی

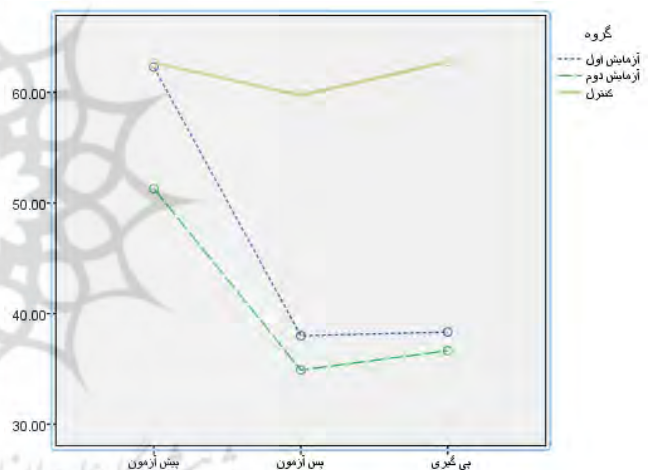
مرحله	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	معنی داری
پیش آزمون	گروه GABCT همراه با حمایت خانوادگی با گروه GABCT به تنهایی	۱۰/۹۷۸	۰/۳۱۶
	گروه GABCT همراه با حمایت خانوادگی با گروه کنترل	-۰/۳۸۹	۱/۰۰۰
	گروه GABCT به تنهایی و گروه کنترل	-۱۱/۳۶۷	۰/۲۴۵
پس آزمون	گروه GABCT همراه با حمایت خانوادگی با گروه GABCT به تنهایی	۳/۱۰۰	۱/۰۰۰
	گروه GABCT همراه با حمایت خانوادگی با گروه کنترل	-۲۱/۷۱۴	۰/۰۰۱
	گروه GABCT به تنهایی با گروه کنترل	-۲۴/۸۱۴	۰/۰۰۰
پیگیری	گروه GABCT همراه با حمایت خانوادگی با گروه GABCT به تنهایی	۱/۶۸۳	۱/۰۰۰
	گروه GABCT همراه با حمایت خانوادگی با گروه کنترل	-۲۴/۴۲۹	۰/۰۰۰
	گروه GABCT به تنهایی و گروه کنترل	-۲۶/۱۱۲	۰/۰۰۰



پژوهش‌های سیکز و سیمپسون<sup>۱</sup> (۲۰۱۱)، (آلبوس و همکاران، ۲۰۱۱)، (اورث گومر و همکاران (۲۰۰۰)، اسمیت و همکاران<sup>۲</sup>، (۲۰۱۱) در این زمینه همسو است. بر اساس یافته‌های این پژوهش‌ها، افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی که دارای اختلالات و ناسازگاری‌های خانوادگی هستند به کمک مداخلات روان‌شناختی با کاهش استرس زناشویی کیفیت زندگی بهتری را به دست می‌آورند. در این زمینه نیز می‌توان گفت مسائل خاص این بیماران نظیر کاهش بار خانوادگی بیماری مزمن در ازدیاد اثربخشی درمان نقش دارد. فعال بودن بیماران در این نوع مداخله و به‌خصوص ارتقای رفتارهای مرتبط با سلامت در این مداخله می‌تواند سبب افزایش اثربخشی درمان گردد. یافته‌های پژوهشی چاوارسکی (۲۰۰۲) و سالمین و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۰۵) نیز حاکی از آن است که برنامه‌های کاهش استرس خانوادگی در مبتلایان به بیماری‌های قلبی می‌تواند به بهبود نسبتاً پایداری در روابط خانوادگی منجر شود. در پژوهشی نسبتاً مشابه، واحدیان عظیمی و همکاران (۱۳۸۸) نتیجه گرفتند که اجرای الگوی توانمندسازی خانواده - محور برای بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی با بهبود و یا اصلاح سبک زندگی خود و خانواده‌شان همراه است که در نتیجه به پیامدهای بهتری در زمینه سازگاری با بیماری منجر می‌شود. دوسلدورپ و همکاران<sup>۴</sup> (۱۹۹۹) در فراتحلیلی در مورد مداخلات برنامه‌های آموزش روانی برای بیماران کرونر قلبی نتیجه گرفتند که مداخلات خانواده - محور و برنامه‌های آموزش

چنانچه از جدول ۴ مشاهده می‌شود در مرحله پیش آزمون بین سه گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد اما در مرحله پس آزمون میانگین استرس زناشویی گروه GABCT و گروه GABCT همراه با حمایت خانوادگی به طور معناداری کمتر از گروه کنترل است. همچنین در مرحله پیگیری نیز میانگین گروه GABCT و گروه GABCT همراه با حمایت خانوادگی به طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل است. در نمودار شماره ۱ نحوه تعامل گروه و زمان بر نمرات استرس زناشویی ارائه شده است.

نمودار ۱. تعامل گروه و زمان بر نمرات استرس زناشویی



## بحث و نتیجه

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری - قراردادی گروهی و درمان فعال سازی رفتاری - قراردادی گروهی توأم با حمایت خانوادگی بر کاهش استرس زناشویی در بیماران کرونر قلبی بود. نتایج نشان داد که بین اثربخشی درمان GCBAT و GCBAT همراه با حمایت خانوادگی با گروه کنترل در کاهش استرس زناشویی تفاوت معنادار وجود دارد. این یافته‌ها با یافته

<sup>1</sup> Sykes & Simpson

<sup>2</sup> Smith etal

<sup>3</sup> Salminen etal

<sup>4</sup> Dusseldorp etal

روانی برای خانواده‌ها به بهبودی این دسته از بیماران کمک می‌نماید. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که رفع فشار روانی زناشویی به کمک مداخلات روانشناختی برای حفظ و ارتقاء سلامت قلب، ضروری و مهم است. نتایج پژوهش استریکلند و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) نیز نشان داد که مقابله‌های هیجانی و ناکارآمد در مواجهه با استرس منجر به افزایش تنیدگی و تنش گردیده و در نتیجه موجب افزایش واکنش‌های قلبی - عروقی در بیماران می‌گردد. با توجه به اینکه استرس، ناسازگاری و نارضایتی زناشویی پیامدهای منفی روان‌شناختی از جمله افسردگی را به دنبال دارد (بالوگ و همکاران<sup>۲</sup> ۲۰۰۳)، می‌توان گفت با مداخله در استرس زناشویی و کاهش آن می‌توان پیامدهای منفی بیماری کرونری قلب را به طور مناسبی کنترل نمود و مسیر درمان و بهبودی این بیماران را فراهم ساخت.

همان‌گونه که بالوگ و همکاران (۲۰۰۳) معتقدند می‌توان استدلال نمود از آنجا که مداخلاتی نظیر GCBAT دارای یک رویکرد سیستمی به بیماری قلبی است و به ابعاد روانی - اجتماعی همراه با شاخص‌های زیستی بیماری توجه دارد، بنابراین این روش در کاهش استرس زناشویی بیماران مؤثر است. در واقع، GCBAT ضمن توجه به ابعاد فیزیولوژیکی و مداخله دارویی، از طریق مداخله روانشناختی و سپس مداخله در بعد اجتماعی یعنی شبکه خانواده فرد عمل می‌کند. بخش مهمی از اثربخشی درمان را می‌توان به روش گروهی این مداخله نسبت داد. یک نکته برجسته در مداخله گروهی استفاده افراد گروه از

تجربیات همدیگر در جریان بیماری و عودهای قبلی است که می‌تواند بازخورد مناسبی برای اعضای گروه باشد. همچنین، می‌توان گفت یکی از عوامل مؤثر در موفقیت روش GCBAT، ایجاد انگیزه در بیماران برای شرکت فعال در درمان است و از آنجا که مهمترین جزء روش GCBAT فعال سازی رفتار بیمار است، لذا این روش به‌طور معناداری باعث کاهش استرس زناشویی بیماران می‌گردد. همچنین، به‌خاطر متمرکز و کوتاه بودن دوره درمانی GCBAT و تأکید آن بر تغییر سبک زندگی بیمار، این درمان می‌تواند بیمار را در درمان نگه دارد، به گونه‌ای که مشکلات برجسته او تا حد زیادی حل شود.

این پژوهش دارای محدودیت‌های بود که لازم است آنها را مورد توجه قرار داد. محدودیت جامعه پژوهش، اندک بودن مطالعات مشابه داخلی، طرح پژوهش مقطعی و استفاده از ابزارهای خودگزارشی از مهم‌ترین این محدودیت‌ها بودند که انتظار می‌رود در بررسی‌های بیشتر رفع گردند. طبق یافته‌های این مطالعه پیشنهاد می‌شود برنامه تشخیص و مداخله در استرس زناشویی بیماران کرونری قلبی به‌عنوان موضوعی مهم در بهبود کیفیت زندگی این بیماران تهیه و مورد استفاده قرار گیرد. یک نکته مهم دیگر در این مطالعه این است که بیماران شرکت کننده در این طرح تحت درمان دارویی قرار داشتند و لذا عدم بررسی تأثیرات دارویی یک محدودیت بوده است که پیشنهاد می‌شود طی بررسی‌های آینده مطالعه شود اما از آنجا که همه گروه‌ها دارو مصرف می‌کردند و تفاوت گروه‌های آزمایش با کنترل در پس آزمون و پی‌گیری معنادار بوده است، می‌توان اثربخشی درمان را می‌توان به عاملی خارج از درمان دارویی یعنی به

<sup>1</sup> Strickland et al

<sup>2</sup> Balog et al

## منابع

- مدخلات روان‌شناختی و حمایت اجتماعی نسبت داد. همچنین، اغلب متخصصین قلب داروهای آرام بخش را برای بسیاری از بیماران کرونری قلب تجویز می‌کنند که عدم بررسی این موضوع به‌عنوان یک عامل مخدوشگر محدودیتی روش شناختی است که نیازمند بررسی در پژوهش‌های آینده است. در مجموع، پیشنهاد می‌شود که نتایج این مطالعه به‌عنوان مبنایی برای تدوین مداخلات روان‌شناختی در بیماری کرونری قلب قرار گیرند. از طرفی، پژوهش بر روی نمونه‌های بیشتری با ویژگی‌های جمعیت شناختی متفاوت نیز مفید است.
- در پایان می‌توان نتیجه گرفت که درمان فعال سازی رفتاری - قراردادی گروهی و حمایت خانوادگی با کاهش استرس زناشویی می‌تواند انگیزه بیماران را برای بهره‌گیری از دارو درمانی و تغییر سبک زندگی افزایش دهد. به‌علاوه، همراه ساختن چنین مداخله‌های روان‌شناختی با درمان‌های طبی و برنامه‌های بازتوانی نتایج بهتری را در روند بهبود بیماری به‌ویژه کاهش آشفته‌گی هیجانی بیماران به بار خواهد آورد.
- سپاسگزاری**
- از معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی که این پژوهش با حمایت مالی آن معاونت محترم انجام گرفته است، سپاسگزاری و تشکر می‌نماییم. همچنین، از کلیه تلاش‌های سایر افرادی که در این مطالعه یاری رسان بودند، تقدیر و تشکر به‌عمل می‌آید.
- بشارت، م.ع؛ شمسی پور، ح و براتی، ن. (۱۳۸۵). پایائی و اعتبار مقیاس استرس زناشویی استکهلم - تهران (STMSS). *مجله علوم روان‌شناختی*، ۵ (۱۹)، صص ۲۱۷-۲۲۵.
- واحدیان عظیمی، ا؛ الحانی، ف؛ احمدی، ف و کاظم نژاد، ا. (۱۳۸۸). تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده - محور بر سبک زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی. *فصلنامه پرستاری مراقبت ویژه*، ۲ (۴)، صص ۱۲۷-۱۳۲.
- رستمی، ر؛ رحیمیان بوگر، ا و بشارت، م.ع. (۱۳۸۷). مقایسه استرس زناشویی بیماران مبتلا به اختلال کرونری قلب و افراد سالم. *مجله علوم روان‌شناختی*، ۷ (۲۵)، صص ۲۳-۴۰.
- Albus, C. (2010). Psychological and social factors in coronary heart disease. *Annals of Medicine*, 42(7), 487-494.
- Albus, C., Beutel, M.E., Deter, H.C., Fritzsche, K., Hellmich, M., Jordan, J., Juenger, J., Krauth, C., Ladwig, K.H., Michal, M., Mueck-Weymann, M., Petrowski, K., Pieske B, Ronel J, Soellner W, Waller C, Weber, C., and Herrmann-Lingen, C. (2011). A stepwise psychotherapy intervention for reducing risk in coronary artery disease (SPIRR-CAD)- rationale and design of a multicenter, randomized trial in depressed patients with CAD. *Journal of Psychosomatic Research*, 71(4), 215-222.
- Almahmeed, W., Arnaout, M.S., Chettaoui, R., Ibrahim, M., Kurdi, M.I., Taher, M.A., and Mancina, G. (2012). Coronary artery disease in Africa and the Middle East. *Journal of Therapeutics and Clinical Risk Management*, 8, 65-72.
- Blankstein, R., and Hoffmann, U. (2012). Evaluation for coronary artery disease and medicare spending. *The Journal of the American Medical Association*, 307(9), 911-912.

- (2011). Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy vs standard treatment to prevent recurrent cardiovascular events in patients with coronary heart disease: Secondary Prevention in Uppsala Primary Health Care project (SUPRIM). *Archives of Internal Medicine*, 171(2), 134-140.
- Hamer, M., Endrighi, R., Venuraju, S.M., Lahiri, A., and Steptoe, A. (2012). Cortisol responses to mental stress and the progression of coronary artery calcification in healthy men and women. *PLoS One*, 7(2), e 31356.
- Holmes, S.D., Krantz, D.S., Rogers, H., Gottdiener, J., and Contrada, R.J. (2006). Mental Stress and Coronary Artery Disease: A Multidisciplinary Guide. *Progress in cardiovascular diseases*, 49(2), 106-122
- Orth-Gomer, K., Wamala, S.P., Horsten, M., Gustafson, K.S., Schneiderman, N., and Mittleman, M. (2000). Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease. The Stockholm female coronary risk study, *The Journal of the American Medical Association*, 284(23), 3008-3014.
- Orth-Gomer, K. (2012). Behavioral interventions for coronary heart disease patients. *BioPsychoSocial Medicine*, 6(1), 5.
- Salminen, M., Isoaho, R., Vahlberg, T., Ojanlatva, A., and Kivelä, S.L. (2005). Effects of a health advocacy, counselling, and activation programme on depressive symptoms in older coronary heart disease patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(6), 552-8.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., and Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- Schemitt, M. M. (2005). *Effect of social support on substance abuse disorders. A Thesis for Ph.D of Conseling Psychology*. University of Texas. 34-66.
- Smith, S.C., Benjamin, E.J., Bonow, R.O., Braun, L.T., Creager, M.A., Franklin, B.A., Gibbons, R.J., Grundy, S.M., Hiratzka L.F., Bacon, S.L., Hinderliter, S. A., Coleman, R. E., Waugh, R., and Blumenthal, J.A. (2006). Changes in plasma volume associated with mental stress ischemia in patients with coronary artery disease. *International Journal of Psychophysiology*, 61, 143-148.
- Balog, P., Jansky, I., Leinewber, C., Blome, M., Wamala, S.P., and Orth-Gomer, K. (2003). Depressive symptoms relation to marital and work stress in women with and without coronary heart disease. *The Stockholm female coronary risk study*, 54, 113-119.
- Barbirato, G.B., Félix, R., de Azevedo, J.C., Corrêa, P.L., de Nóbrega, A.C., Coimbra, A., Volschan, A., Mesquita, E.T., Dohmann, H.F., and Mesquita, C.T. (2010). Prevalence of induced ischemia by mental distress. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 94(3), 301-7.
- Chawarski, M. (2002). Manual of Contracting and Behavioral Activation Therapy. *Unpublished Cited*, 18-41.
- Deter, H.C. (2012). Psychosocial interventions for patients with chronic disease. *BioPsychoSocial Medicine*, 6(1), 2.
- DiGiacomo, M., Davidson, P.M., Vanderpluym, A., Snell, R., Dip, G., and Worrall-Carter, L. (2007). Depression, anxiety and stress in women following acute coronary syndrome: Implications for secondary prevention, *Australian Critical Care*, 20, 69-76.
- Dimsdale, J.E. (2008). Psychological stress and cardiovascular disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 51(13), 1237-1246.
- Dusseldorp, E., van Elderen, T., Maes, S., Meulman, J., and Kraaij, V (1999). A meta analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychology*, 18, 506-519.
- Eaker, E.D., Sullivan, L.M., Kelly-Hayes, M., D'Agostino, R.B., and Benjamin, E.J. (2007). Marital status, marital strain, and risk of coronary heart disease or total mortality: the Framingham Offspring Study. *Psychosomatic Medicine*, 69(6), 509-513.
- Gulliksson, M., Burell, G., Vessby, B., Lundin, L., Toss, H., and Svärdsudd, K.

Jones, D.W. Lloyd-Jones, D.M., Minissian, M., Mosca, L., Peterson, E.D., Sacco, R.L., Spertus, J., Stein, J.H. and Taubert, K.A. (2011). AHA/ACCF Secondary Prevention and Risk Reduction Therapy for Patients with Coronary and other Atherosclerotic Vascular Disease: 2011 update: a guideline from the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation. *Circulation*, 124(22), 2458-2473.

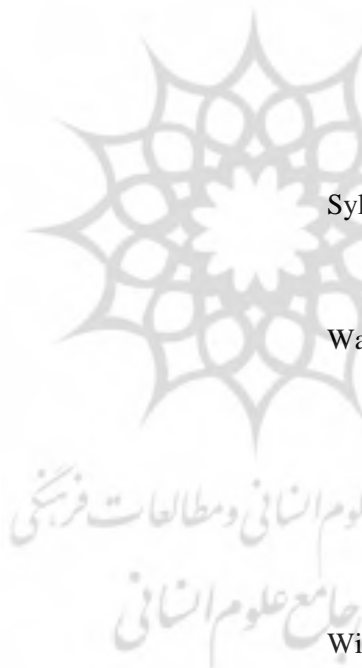
Strickland, O. L., Giger, J. N., Nelson, M. A., and Davis, C. M. (2007). The relationships among stress, coping, social support 272-8. and weight class in premenopausal African American women at risk for coronary heart disease. *Journal Cardiovascular Nursing*, 22(4), 272-278.

Smith, T.W., and Ruiz, J.M. (2002). Psychosocial influences on the development and course of coronary heart disease: current status and implications for research and practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 548-568.

Sykes, C., and Simpson, S. (2011). Managing the psychosocial aspects of heart failure: a case study. *British Journal of Nursing*, 20(5), 272-276.

Wang, H.X., Leineweber, C., Kirkeeide, R., Svane, B., Schenck-Gustafsson, K., Theorell, T., and Orth-Gomér, K. (2007). Psychosocial stress and atherosclerosis: family and work stress accelerate progression of coronary disease in women. The Stockholm Female Coronary Angiography Study. *Journal of Internal Medicine*, 261(3), 245-254.

Williams, E.D., Steptoe, A., Chambers, J.C., and Kooner, J.S. (2009). Psychosocial risk factors for coronary heart disease in UK South Asian men and women. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63(12), 986-991.





پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رتال جامع علوم انسانی

## **The Effectiveness of Group Contracting and Behavioral Activation Therapy with and without Family Support on Marital Stress in Coronary Heart Disease**

**\*I. Rahimian. Boogar**

Assistant Professor of clinical psychology, Semnan University, Semnan, iran

**M. Najafi**

Assistant Professor of clinical psychology, Semnan University, Semnan, iran

**Z. Ghaem-magham Farahani**

Assistant Professor of Clinical Sciences, welfare sciences and rehabilitation University, Tehran, Iran

**S. Dabiri**

Ph.D student of educational psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

### **Abstract:**

Marital stress is an important issue associated with incidence and maintenance of coronary heart disease and adverse consequences of this disease. This research aimed to investigate the effectiveness of group contracting and behavioral activation therapy with and without family support on marital stress in coronary heart disease patients (CHD). In the Quasi-experimental design, fifty nine married male coronary heart patients were selected and randomly assigned to two experimental and control groups. Participants completed Stockholm-Tehran Marital Stress Scale (STMSS), Social Support Questionnaire and a demographic questionnaire as the pretest, posttest and follow up. The treatment groups only received therapeutic intervention in 7 sessions (once weekly) and 6 month later were followed up. The results showed that there were statistically significant differences in marital stress among contracting and behavioral activation therapy group, contracting and behavioral activation therapy group with family support, and the control group ( $P < 0/001$ ). It was concluded that clinicians can use this therapy for the reduction of marital stress in patients with coronary heart disease as a means of quality of life promotion and recovery from the disease.

**Keywords:** behavioral activation, family support, marital stress, coronary heart disease