MEJDS. 2020; 10:46.
Published online 2020 May. **Research Article**

Cognitive-Behavioral Group Training on Marital Satisfaction and Ineffective Beliefs in Pregnant Women Unable to Control the Fear of First Delivery

Ghavami BA[1], *Ghanbari Hashem Abadi BA[2], Saffarian MR[1], Khakpour M[3]

Author Address
1. Department of Educational Sciences, Islamic Azad University, Mashhad Branch, Mashhad, Iran;
2. Department of Psychology and Educational Sciences, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran;
3. Department of Psychology, Hakim Nezami Institution and Higher Education, Quchan, Iran.
***Corresponding Author E-mail:** ghanbarih@um.ac.ir

Received: 2019 January 21; **Accepted:** 2018 April 16

Abstract

Background & Objectives: Marriage and pregnancy are vital events in women's lives and cause numerous changes in life, especially in the case of the first pregnancy. Fear of giving birth is among the major issues associated with pregnancy and postpartum. Irrational beliefs are exaggerated, inflexible, absolute, and unreal. Attitude toward life events and their interpretation could influence various aspects of life. Ineffective beliefs result in depression and mental health problems. Ineffective attitudes and beliefs lead to interpreting special situations negatively and decrease marital satisfaction. In women with the fear of first delivery, marital satisfaction and ineffective beliefs are considered as crucial in cognitive and behavioral training. The present study aimed to investigate the effect of Cognitive Behavioral Group Training (CBGT) on marital satisfaction and ineffective beliefs in pregnant women unable to control the fear of first delivery. CBGT focuses on identifying the problems of a mother during pregnancy, concerning motherhood, herself, and the world, and that she can cope with them.

Methods: This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest and an unequal control group. The statistical population consisted of pregnant women with the fear of first delivery referring to a health center in Quchan City, Iran, in the last quarter of 2018. The study samples were selected using Delivery Fear Scale (DFS). Accordingly, 39 pregnant women with the fear of delivery were selected and randomly divided into two experimental (n=20) and control group (n=19). They participated in the study voluntarily. The experimental group participated in CBGT (ten 90-min sessions). Three instruments were applied to collect the required data; Childbirth Attitude Questionnaire (CAQ; revised by Lowe, 2000, Jonez Irrational Beliefs Questionnaire (1986), and Afrooz Marital Satisfaction Scale (AMSS; by Afrooz and Ghodrati, 2011). Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) was used to analyze the obtained data at the significance level of (α=0.05) in SPSS.

Results: The results of the analysis of covariance showed that cognitive-behavioral group education had a significant effect on dysfunctional beliefs and marital satisfaction of women with fear of first childbirth (p=0.003) and 25.5% of the variance of dysfunctional marriages (p=0.007) and 37.5% of variance explains the marital satisfaction of a woman who is unable to control the fear of childbirth (p<0.001).

Conclusion: According to the present study findings, CBGT positively impacted ineffective beliefs and marital satisfaction in the studied pregnant women with the fear of first childbirth. It is recommended that this method be used to improve the relationship between pregnant women and their spouses during pregnancy.

Keywords: Cognitive behavioral therapy, Marital satisfaction, Ineffective beliefs, First pregnancy.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.77.6]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۴۶.

انتشار برخط اردیبهشت ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

تأثیر آموزش گروهی شناختی‌رفتاری بر رضایت زناشویی و باورهای ناکارآمد زنان باردار ناتوان در کنترل ترس از زایمان نخست

براتعلی قوامی[۱]، *بهرامعلی قنبری هاشم‌آبادی[۲]، محمدرضا صفاریان[۱]، مسعود خاکپور[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. گروه علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد، مشهد، ایران؛

۲. گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران؛

۳. گروه روان‌شناسی، مؤسسهٔ آموزش عالی حکیم نظامی قوچان، قوچان، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** ghanbarih@um.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱ بهمن ۱۳۹۷؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۷ فروردین ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: در زنان دارای ترس از زایمان نخست، رضایت زناشویی و کاهش افکار ناکارآمد ازطریق آموزش‌های شناختی و رفتاری بسیار حائز اهمیت است. هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش گروهی شناختی‌رفتاری بر رضایت زناشویی و افکار ناکارآمد زنان باردار ناتوان در کنترل ترس از زایمان نخست بود.

روش‌بررسی: پژوهش نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون_پس‌آزمون و گروه گواه نابرابر بود. جامعهٔ آماری را زنان باردار مراجعه‌کننده به یکی از مراکز بهداشت قوچان در سه‌ماههٔ چهارم سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند. با استفاده از پرسشنامهٔ ترس از زایمان، ۳۹ زن باردار دارای ترس از زایمان به‌شیوهٔ نمونه‌گیری داوطلبانه به‌عنوان نمونهٔ آماری پژوهش انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گواه (۱۹ نفر) جای‌گماری شدند. زنان گروه آزمایش در جلسات گروهی شناختی‌رفتاری (ده جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای) شرکت کردند و به پرسشنامه‌های نگرش به زایمان لوئی و رضامندی زوجیت افروز و باورهای غیرمنطقی جونز پاسخ دادند. از روش آماری تحلیل کوواریانس در سطح معناداری (α=۰/۰۵) و نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش گروهی شناختی‌رفتاری بر باورهای ناکارآمد و رضایت زناشویی زنان دارای ترس از زایمان نخست تأثیر معناداری دارد (p=۰/۰۰۳) و ۲۵/۵درصد از واریانس باورهای ناکارآمد ازدواج (p=۰/۰۰۷) و ۳۷/۵درصد از واریانس رضایت زناشویی زنان باردار ناتوان در کنترل ترس از زایمان نخست را تبیین می‌کند (p<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌های این پژوهش مشخص شد که آموزش شناختی‌رفتاری بر باورهای ناکارآمد و رضایت زناشویی تأثیر مثبت دارد. توصیه می‌شود این روش برای بهبود رابطهٔ زنان باردار و همسرشان در دوران بارداری به‌کار رود.

کلیدواژه‌ها: شناختی‌رفتاری، افکار ناکارآمد، رضایت زناشویی، بارداری نخست.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.77.6]

۱ مقدمه

بارداری به‌ویژه بارداری نخست، تغییرات زیادی در زندگی زنان به‌وجود می‌آورد. ترس از زایمان یکی از مشکلات عمده در طی دوران بارداری و بعد از زایمان است. تخمین زده می‌شود که از بین هر پنج زن باردار، یک‌نفر دچار ترس از زایمان باشد (۱).

از عوامل مؤثر در ترس از زایمان در زنان باردار، وجود باورهای ناکارآمد است. منظور از باورهای ناکارآمد، درواقع افکار نادرست و نامنطبق با واقعیت دربارهٔ خود و جهان است. باورها مسئول کنترل سالم و ناسالم ذهن هستند و چگونگی تفکر فرد، هیجان‌ها و نحوهٔ کنترل آن‌ها را تعیین می‌کند. باور شناختی کنترل‌ناپذیری باعث می‌شود، افراد دربارهٔ توانایی‌ها و شایستگی‌های خود تردید بیشتری داشته باشند که این مسئله در سلامت روانی آن‌ها تأثیر منفی می‌گذارد (۲). به‌اعتقاد الیس و دری‌دن، سازش‌نایافتگی‌ها و مشکلات هیجانی درواقع ناشی‌از نحوهٔ تعبیر و تفسیر و پردازش اطلاعات حاصل از محرک‌ها و رویدادهایی هستند که افکار و باورهای ناکارآمد در زیربنای آن‌ها قرار دارند. نگرش‌های ناکارآمد، فکر را مستعد افسردگی و به‌طورکلی آشفتگی‌های روان‌شناختی می‌نماید؛ زیرا عقیده بر این است که این باورها و اعتقادات، فرد را آماده می‌سازد تا موقعیت‌های خاصی را بیش‌ازحد منفی و ناکارآمد تفسیر کند (۳). افکار ناکارآمد بر سلامت روانی افراد تأثیر منفی می‌گذارد. فشارها و استرس‌ها ممکن است به‌خودی‌خود باعث اضطراب و تنش نشوند؛ بلکه تعامل بین فشارهای مختلف و نحوهٔ ادراک فرد از محیط و واکنش وی به آن‌ها می‌تواند سلامت روانی شخص را به خطر بیاندازد (۴). زنانی که در زمان بارداری باورهای ناکارآمد کمتری دارند، درد کمتری احساس می‌کنند و قادر به اجرای رفتارهای مقابله با استرس بوده و دارای سلامت روان بیشتری هستند (۵).

یکی از متغیرهای تأثیرگذار بر زندگی زنان به‌ویژه در طول دورهٔ بارداری، رضایت زناشویی است که نگرش مثبت و لذت‌بخشی بوده و زن و شوهر از جنبه‌های مختلف روابط زناشویی مثلاً ارتباط، مسائل شخصیتی، حل تعارض، روابط جنسی و فرزندان دارند. رضایت زناشویی هنگامی وجود دارد که وضعیت موجود هریک از زوجین در رابطهٔ زناشویی مطابق با انتظار آن‌ها باشد و نارضایتی زناشویی از نبود تطابق وضعیت موجود و مطلوب پدید می‌آید. زوجینی که از زندگی زناشویی خود رضایت دارند، ارزیابی ذهنی مثبتی دربارهٔ رابطهٔ زوجی خود داشته و دارای احساس شادکامی و خرسندی هستند. درواقع، رضایت زناشویی زیربنای عملکرد بهینهٔ خانواده است و در تسهیل نقش والدینی، افزایش سلامتی، رضایت بیشتر از زندگی زوجی، مدیریت بهتر تعارضات زناشویی، کاهش مشکلات روان‌شناختی زوجین و افزایش طول عمر آن‌ها نقش به‌سزایی دارد (۶). یوکار و گلباسی (۷) نشان دادند که تکنیک‌های شناختی‌رفتاری در فرایند ترس زنان ناتوان در کنترل ترس از زایمان مؤثر است. یافته‌های پژوهش مهین ترابی، مظاهری، صاحبی و موسوی (۸) و فورسل و همکاران (۹) و داتیلیو (۱۰)، اثربخشی مداخلات شناختی‌رفتاری را بر رضایت زناشویی بیان داشتند؛ همچنین یافته‌های راندانگ و تامتن و ساندین (۱۱) و روهی و همکاران (۱۲) و نیز استریبیچ و ماترن و آیرلی (۱۳) اثربخشی این مداخلات را بر افکار ناکارآمد زنان دارای ترس از زایمان تأیید کردند.

افکار و باورهای زنان باردار در دوران بارداری اهمیت دارد و رضایت زناشویی ایشان تغییراتی در عاطفهٔ مادر باردار به‌وجود می‌آورد که ممکن است برای اینکه از نظر هیجانی دردسترس و مسئول فرزندش باشد، توانایی او را افزایش دهد؛ همچنین با آموزش شناختی‌رفتاری می‌تواند با شناخت‌های ناسازگار دربارهٔ خود و مادرشدن و جهان اطراف مبارزه کند؛ ازاین‌رو امید است این پژوهش بتواند به افزایش رضایت زناشویی و کاهش باورهای ناکارآمد زنان باردار ناتوان در کنترل ترس از زایمان نخست کمک کند. بر همین اساس هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش گروهی شناختی‌رفتاری بر رضایت زناشویی و باورهای ناکارآمد زنان باردار ناتوان در کنترل ترس از زایمان بود.

۲ روش‌بررسی

طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه گواه نابرابر و نیز دارای کد کارآزمایی بالینی IRCT201712052534N1 و کد اخلاق IR.MUMS.REC.1396.302 بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زنان باردار دارای ترس از زایمان نخست مراجعه‌کننده به یکی از مراکز بهداشت شهر قوچان در سه‌ماههٔ چهارم سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند. مراجعه‌کنندگان شامل ۷۹ خانم بود. زنان واجد شرایط دارای ترس از زایمان ۶۱ نفر بودند که از میان آن‌ها با استفاده از پرسشنامهٔ ترس از زایمان جهت غربالگری، ۳۹ نفر زن باردار داوطلب شرکت در پژوهش به‌عنوان نمونهٔ آماری انتخاب شدند؛ سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گواه (۱۹ نفر) قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش در جلسات گروهی شناختی‌رفتاری شرکت کردند؛ اما گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد.

معیارهای ورود عبارت بود از: ۱. زایمان نخست (بارداری در ماه ۴تا۸)؛ ۲. سن کمتر از ۳۰ سال؛ ۳. بدون سابقهٔ بارداری در گذشته. معیارهای خروج شامل سقط جنین به هر دلیل و شرکت‌نکردن در جلسات آموزشی و ادامه‌ندادن همکاری بود.

اصول اخلاقی طرح به‌این ترتیب بود: تعهد آسیب‌زانبودن آموزش‌ها؛ دریافت رضایت آگاهانه؛ تعهد آموزش برای گروه گواه پس از پایان آخرین جلسه و اجرای پس‌آزمون؛ تعهد محرمانه‌بودن نام و اطلاعات افراد شرکت‌کننده.

در مطالعهٔ حاضر ابتدا پس از انتخاب و جای‌گماری آزمودنی‌ها، برای افراد گروه آزمایشی، جلسات آموزش گروهی شناختی‌رفتاری برگرفته از روش شناختی‌رفتاری داتیلیو (۱۰)، طی ده جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای اجرا شد که شرح آن در جدول ۱ ارائه شده است.

برای جمع‌آوری داده‌ها از سه ابزار زیر استفاده شد.

۱. پرسشنامهٔ نگرش به زایمان (CAQ): این پرسشنامه توسط هرمن[1]

[1]. Harman

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.77.6]

به‌منظور اندازه‌گیری ترس از زایمان ساخته شد. سپس توسط لاو تحت بازنگری قرار گرفت و همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش شد (۱۴) و خورسندی و همکاران آن را در ایران انطباق و ترجمه کردند. این پرسشنامه ۱۴ گویه دارد که نمره‌گذاری آن براساس مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت (اصلاً، خیلی‌کم، متوسط، زیاد) است. حداقل نمره ۱۴ و حداکثر ۵۶ می‌باشد. در این مقیاس هرچه فرد نمرهٔ بیشتری کسب کند، به این معناست که ترس بیشتری از زایمان دارد. اعتبار و پایایی پرسشنامه در ایران توسط خورسندی و همکاران در سال ۲۰۰۹ سنجیده شد و همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به‌دست آمد (۱۵). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شد.

جدول ۱. محتوای جلسات آموزشی شناختی‌رفتاری

جلسه	محتوای آموزشی
جلسهٔ اول	عوامل مؤثر بر زندگی سالم، زندگی در حال و پذیرش شرایط زندگی.
جلسهٔ دوم	خودشناسی (آشنایی با افکار و تحلیل آن‌ها) و کشف نقاط قوت خود و دیگران.
جلسهٔ سوم	مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر، آموزش حل مسائل بین‌فردی و مهارت جرئت‌ورزی.
جلسهٔ چهارم	نقش باورها در پیامدهای احساسی و رفتاری و آموزش جدول سه‌ستونی (افکار و احساسات و رفتارها).
جلسهٔ پنجم	آموزش خطاهای شناختی و اثر آن در سه سطح شناخت.
جلسهٔ ششم	تنش‌زدایی و مبارزه با افکار منفی ازطریق ردیابی منبع افکار، چالش‌کشیدن افکار منفی و توقف آن‌ها.
جلسهٔ هفتم	تحلیل رابطهٔ بین رویدادهای ناگوار، باورها و تغییرات خلقی ناشی‌از آن‌ها.
جلسهٔ هشتم	اصلاح اسنادی و سبک‌های تبیین بدبینانه به سبک‌های تبیین خوش‌بینانه.
جلسهٔ نهم	مناظره با خود (شواهد تفسیر خود، تفسیرهای دیگر و بررسی سودمندی باورها)، برنامه‌ریزی آینده.
جلسهٔ دهم	آشنایی با فنون پذیرش خود، خودباوری، تمرکز بر توان‌مندی‌ها و محدود تلقی‌کردن ناتوانی‌ها.

۲. پرسشنامهٔ باورهای غیرمنطقی جونز: پرسشنامهٔ باورهای غیرمنطقی جونز ۴۰ماده‌ای توسط جونز و براساس نظریهٔ الیس طراحی شد. فرم کوتاه این آزمون را در ایران معتمدین و همکاران طراحی کردند. جونز همسانی درونی ده عامل آزمون باورهای غیرمنطقی را بین ۰/۴۵تا۰/۷۲ و ضریب آزمون‌ـ‌بازآزمون را معادل ۰/۹۲ و روایی هم‌زمان آن را با مشکلات روان‌پزشکی ۰/۶۱ گزارش کرد. برای سنجش پایایی آزمون و همسانی درونی عامل‌های استخراج‌شده، معتمدین و همکاران ضریب آلفای کرونباخ کلی این آزمون را برابر با ۰/۷۵ به‌دست آوردند و برای عامل‌های درماندگی دربرابر تغییر ۰/۸۰، توقع تأیید از دیگران ۰/۸۱، اجتناب از مشکل ۰/۷۳ و بی‌مسئولیتی هیجانی ۰/۷۵ به‌دست آمد. همچنین پایایی با روش دونیمه‌سازی برای کل آزمون ۰/۷۶ و برای عامل‌ها به‌ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۴، ۰/۷۴ و ۰/۷۲ بود. روایی سازه‌ای این پرسشنامه در پژوهش معتمدین و همکاران در حد مطلوب گزارش شد. آن‌ها از روایی همگرا نیز استفاده کردند. روایی همگرای آزمون با فرم بلند ۱۰۰سؤالی ۰/۸۷ عنوان شد (۱۶).

۳. مقیاس رضامندی زوجیت افروز (AMSS): پرسشنامه توسط افروز و قدرتی برای ارزیابی میزان رضامندی زناشویی ساخته شد. این پرسشنامه ۵۱ گویه دارد و مشتمل بر ده خرده‌مقیاس عاطفی (احساسی)، تعاملی، نگرشی، رفتاری، حمایتی‌ـ‌اجتماعی، هم‌اندیشی، مشکل‌گشایی، شخصیتی، فرزندپروری و مؤلفهٔ مطلوب‌اندیشی است. هریک از سؤالات به‌روش لیکرتی در پیوستاری چهاردرجه‌ای به‌صورت کاملاً مخالفم=۱، مخالفم=۲، موافقم=۳ و کاملاً موافقم=۴ نمره‌گذاری می‌شود. هرچه فرد در این آزمون نمرهٔ بیشتری بگیرد، نشان‌دهندهٔ رضامندی زناشویی بهتر است. به‌منظور بررسی روایی محتوایی هشت متخصص روان‌شناس و مشاور با درجهٔ دکترا در زمینهٔ مشاورهٔ خانواده و ازدواج پرسشنامه را بررسی و مطالعه کردند و پس از اعمال نظر آنان تعدادی از سؤالات حذف شد. همبستگی بین مقیاس رضامندی افروز با پرسشنامهٔ رضامندی زناشویی انریچ ۰/۴۳۱ به‌دست آمد که معنادار بود ($p<$۰/۰۰۱). جهت بررسی روایی سازهٔ مقیاس با استفاده از روش تحلیل عاملی با مؤلفه‌های اصلی، ده مؤلفه با بارهای عاملی بزرگ‌تر از ۰/۳ محاسبه شد که درمجموع حدود ۵۳درصد از واریانس کل آزمون را تبیین کردند. ضرایب همسانی درونی ۰/۹۵ برای کل ابزار و ضرایب بین ۰/۶۴تا۰/۸۶ برای خرده‌مقیاس‌ها بود. ضریب اعتبار بازآزمایی مقیاس روی ۶۰ زوج به فاصلهٔ بیست روز، ۰/۷۹ به‌دست آمد که معنادار بود. ضرایب اعتبار (آلفای کرونباخ) به‌تفکیک خرده‌مقیاس‌های ده‌گانه به‌ترتیب، ۰/۸۵، ۰/۸۱، ۰/۸۵، ۰/۸۳، ۰/۸۶، ۰/۸۵، ۰/۷۳، ۰/۶۴، ۰/۷۵ و ۰/۷۶ و رضامندی (کل) برابر با ۰/۹۵ گزارش شد (۱۷).

به‌منظور بررسی میزان تأثیر آموزش شناختی‌رفتاری گروهی بر رضایت زناشویی و افکار ناکارآمد زنان باردار ناتوان در کنترل ترس از زایمان نخست از آزمون کولموگروف‌اسمیرنوف جهت ارزیابی نرمال‌بودن داده‌ها، مفروضهٔ همگنی واریانس‌های خطا، مفروضهٔ همگنی شیب خط رگرسیون و همچنین از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری و نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ در سطح معناداری (α=۰/۰۵) استفاده شد.

۳ یافته‌ها

باتوجه به داده‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان، میانگین و انحراف معیار سن زنان در گروه آزمایش ۳/۸±۲۶/۶ و در گروه گواه ۳/۵±۲۷/۳ سال به‌دست آمد. فراوانی وضعیت تحصیلات زنان در

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.77.6]

گروه آزمایش دو نفر زیردیپلم، هشت نفر دیپلم، شش نفر لیسانس و چهار نفر فوق‌لیسانس و نیز در گروه گواه چهار نفر زیردیپلم و هفت نفر دیپلم و هشت نفر لیسانس بود. همچنین میانگین مدت ازدواج زنان در گروه آزمایش ۱/۳ ± ۳/۲ و در گروه گواه ۱/۵ ± ۳/۷ سال محاسبه شد. در جدول ۲، شاخص‌های توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد، کمینه، بیشینه) پرسشنامهٔ باورهای ناکارآمد و رضایت زناشویی زنان دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون آورده شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی پرسشنامهٔ باورهای ناکارآمد و رضایت زناشویی در گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون				پس‌آزمون			
		میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
باورهای ناکارآمد	آزمایش	۱۲۳/۱	۹/۵	۸۰	۱۳۵	۱۰۴/۲	۸/۱	۷۵	۱۱۵
	گواه	۱۲۱/۵	۹/۱	۷۸	۱۳۰	۱۲۰/۱	۷/۸	۷۳	۱۳۳
رضایت زناشویی	آزمایش	۹۱/۵	۶/۵	۷۱	۱۰۴	۱۲۲/۲	۸/۳	۷۹	۱۲۷
	گواه	۹۰/۸	۷/۱	۷۲	۱۰۲	۹۱/۴	۷/۵	۷۳	۱۰۴

پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس نشان داد که مقیاس‌های مدنظر به‌لحاظ کجی و کشیدگی در نمونهٔ مطالعه‌شده مشکلی ندارند. آزمون کولموگروف‌اسمیرنوف به‌منظور بررسی نرمال‌بودن داده‌ها به‌کار رفت که برقراری فرضیهٔ نرمال‌بودن داده‌ها برای تمامی زیرمقیاس‌ها دیده شد (p>۰/۰۵). از طرفی دیگر مفروضهٔ همگنی واریانس‌های خطا و مفروضهٔ همگنی شیب خط رگرسیون برقرار بود. نتایج آزمون لوین در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون لوین جهت بررسی مفروضهٔ همگنی واریانس‌های خطا

	مقدار	F	فرضیهٔ Df	خطا Df	مقدار احتمال
اثر پیلایی	۰/۴۳۳	۸/۰۲۶	۱۷	۱	۰/۰۰۳
لامبدای ویلکز	۰/۵۶۷	۸/۰۲۶	۱۷	۱	۰/۰۰۳
اثر هاتلینگ	۰/۷۶۴	۸/۰۲۶	۱۷	۱	۰/۰۰۳
بزرگ‌ترین ریشهٔ روی	۰/۷۶۴	۸/۰۲۶	۱۷	۱	۰/۰۰۳

همان‌طورکه مشاهده می‌شود، مقادیر احتمال هر چهار آزمون (p=۰/۰۰۳) نشان‌دهندهٔ تفاوت حداقل بین یک‌متغیر وابسته (باورهای ناکارآمد یا رضایت زناشویی) در گروه‌های آزمایش و گواه است. به عبارتی حداقل مشاورهٔ گروهی شناختی‌رفتاری بر یکی از متغیرهای وابسته (باورهای ناکارآمد یا رضایت زناشویی) تأثیر مثبت داشته است. حال برای تعیین اینکه مشاورهٔ گروهی شناختی‌رفتاری بر کدام‌یک از متغیرهای وابسته (باورهای ناکارآمد یا رضایت زناشویی) مؤثر بوده است، به بررسی تأثیر آموزش گروهی شناختی‌رفتاری بر تک‌تک متغیرهای وابسته با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره پرداخته شد.

جدول ۴. تحلیل کوواریانس نمرات پرسشنامهٔ باورهای ناکارآمد و رضایت زناشویی در دو گروه آزمایش و گواه پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون

	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	مجذور ایتای سهمی
باورهای ناکارآمد	گروه	۴۲۸/۳۲۷	۱	۴۲۸/۳۲۷	۶/۷۴۰	۰/۰۰۷	۰/۲۵۵
	خطا	۱۳۹۸/۱۷۷	۱۷	۶۳/۵۵۳			
رضایت زناشویی	گروه	۳۰۸۳/۱۷۵	۱	۳۰۸۳/۱۷۵	۱۱/۵۸۹	<۰/۰۰۱	۰/۳۷۵
	خطا	۵۸۵۲/۹۸۲	۱۷	۲۶۶/۰۴۵			

باتوجه به جدول ۴ و مقدار احتمال (p=۰/۰۰۷) می‌توان نتیجه گرفت مشاورهٔ گروهی شناختی‌رفتاری بر باورهای ناکارآمد و رضایت زناشویی زنان دارای ترس از زایمان نخست تأثیر معناداری داشته است. از طرف دیگر براساس مجذور ایتای سهمی، می‌توان گفت مشاورهٔ گروهی شناختی‌رفتاری، ۲۵/۵ درصد از واریانس باورهای ناکارآمد ازدواج زنان و ۳۷/۵ درصد از واریانس رضایت زناشویی زنان دارای ترس از زایمان نخست را تبیین می‌نماید. باتوجه به اینکه تحلیل کوواریانس اثر پیش‌آزمون‌ها را ثابت نگه داشته و میانگین‌های تعدیل‌شده را محاسبه

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.77.6]

می‌کند، میانگین‌های تعدیل‌شدهٔ گروه‌ها به‌شرح جدول ۵ بیان شده است.

جدول ۵. میانگین‌های تعدیل‌شدهٔ باورهای ناکارآمد و رضایت زناشویی زنان دارای ترس از زایمان نخست در مرحلهٔ پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
باورهای ناکارآمد	پس‌آزمون	آزمایش	۱۰۳/۷	۸/۱
		گواه	۱۱۹/۷	۸/۷
رضایت زناشویی	پس‌آزمون	آزمایش	۱۲۵/۹	۸/۰۱
		گواه	۹۱/۱	۷/۳۳

همان‌طورکه در جدول ۵ مشاهده می‌شود میانگین نمرات باورهای ناکارآمد ازدواج زنان دارای ترس از زایمان نخست در مرحلهٔ پس‌آزمون در گروه آزمایش به‌طور معناداری کمتر از گروه گواه و در متغیر رضایت زناشویی بیشتر از گروه گواه بوده که خود حاکی‌از تأثیر مشاورهٔ گروهی شناختی‌رفتاری بر باورهای ناکارآمد ازدواج و رضایت زناشویی زنان دارای ترس از زایمان نخست بوده است.

۴ بحث

هدف مطالعهٔ حاضر بررسی تأثیر آموزش گروهی شناختی‌رفتاری بر رضایت زناشویی و باورهای ناکارآمد زنان باردار ناتوان در کنترل ترس از زایمان نخست بود. پژوهش‌های مختلف به‌عنوان مثال نتایج مطالعهٔ زارع و همکاران (۱۸) نشان داد که سلامت روانی زنان در دورهٔ بارداری تحت‌تأثیر رابطهٔ مطلوب با همسر به‌ویژه رضایت زناشویی و رضایت جنسی قرار دارد.

باتوجه به اینکه یافته‌های پژوهش مشخص کرد که آموزش گروهی شناختی‌رفتاری بر باورهای ناکارآمد زنان دارای ترس از زایمان نخست، اثر معناداری دارد و از طرف دیگر باتوجه به مجذور ایتای سهمی، می‌توان گفت مشاورهٔ گروهی شناختی‌رفتاری، ۲۵/۵ درصد از واریانس باورهای ناکارآمد زنان دارای ترس از زایمان نخست را تبیین می‌کند. این یافتهٔ پژوهش حاضر با نتایج پژوهش راندانگ و همکاران (۱۱) و روهی و همکاران (۱۲) و همچنین استریبیچ و همکاران (۱۳) مبنی‌بر تأیید اثربخشی مشاورهٔ گروهی شناختی‌رفتاری بر باورهای ناکارآمد زنان دارای ترس از زایمان، همسوست.

همچنین آموزش گروهی شناختی‌رفتاری بر رضایت زناشویی زنان دارای ترس از زایمان نخست، اثر معناداری دارد. از طرف دیگر باتوجه به مجذور ایتای سهمی، می‌توان گفت مشاورهٔ گروهی شناختی‌رفتاری، ۳۷/۵ درصد از واریانس رضایت زناشویی زنان دارای ترس از زایمان نخست را تبیین می‌کند. این یافتهٔ پژوهش حاضر با مطالعات مهین ترابی و همکاران (۸) و فورسل و همکاران (۹) و داتیلیو (۱۰)، مبنی‌بر اثربخشی مداخلات شناختی‌رفتاری بر رضایت زناشویی همسوست. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که قسمت بسیار مهم در درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مهارت‌های مقابله‌ای، مداخله در تعیین‌کننده‌های درون‌فردی مثل ترس از زایمان نخست است. باورهای مرتبط با ترس و اضطراب از زایمان، به انتظارات و احتمال خطر و باور ذهنی مرتبط با آن اطلاق می‌شود. زوجین دارای رضایت از رابطهٔ زناشویی، ارزیابی ذهنی مثبتی دربارهٔ رابطهٔ زوجی خود داشته و احساس شادکامی و خرسندی دارند. درواقع، رضایت زناشویی زیربنای عملکرد بهینهٔ خانواده است و منجربه افزایش سلامتی، رضایت بیشتر از زندگی زوجی، مدیریت بهتر تعارضات زناشویی و کاهش مشکلات روان‌شناختی زوجین می‌شود و در افزایش طول عمر آن‌ها نقش به‌سزایی دارد (۶). در همین چارچوب، براساس نظریه‌های شناختی، اکثر زنان باردار دارای مجموعه‌ای از باورها و نگرش‌های منفی دربارهٔ احتمال خطر در رابطه با جنین هستند که وقتی تصمیم به مراجعهٔ کلینیکی می‌گیرند، این باورها بیشتر فعال می‌شوند. در این هنگام چون فرد تصور می‌کند قادر به کنترل خطرات احتمالی نیست، احتمال کمی وجود دارد که برای کنترل این باورها تلاش کند (۱۳).

مطالعهٔ باباخانی و همکاران نشان داد که مشاورهٔ شناختی‌رفتاری بر عملکرد جنسی زنان گروه آزمایشی پس از مداخله به‌طور درخورتوجهی اثربخش بوده است. مشاورهٔ شناختی‌رفتاری تأثیر مهمی بر احساسات فرد دارد. این روش، برپایهٔ اصول تنظیم شده و فرد را قادر می‌سازد الگوهای غیرطبیعی رفتارش را پیدا و تحلیل کند. پس از شناسایی الگوهای نامناسب، مشاوره به فرد می‌آموزد که چگونه با این الگوهای بی‌فایده مبارزه نماید و افکار و رفتار خود را بازسازی کند. پس از بازسازی، تفکر مبتنی‌بر رفتار برمبنای واقعیت و منطق است و وضعیت‌های منفی بهبود می‌یابد (۱۹).

رویکرد شناختی‌رفتاری بر تبادل تعامل میان فرد یا اعضای خانواده، با تأکید خاص بر ماهیت روابط متعامل انتظارها و باورها و اسنادها تمرکز دارد؛ بنابراین، در این رویکردها تأثیر متقابل و چندوجهی تعامل‌ها بررسی می‌گردد و تکنیک چارچوب‌بندی مجدد برای تسهیل تغییر در حالت ادراکی رویدادها و رفتارها به‌کار می‌رود یا از تکنیک ردگیری رفتار استفاده می‌شود. درمانگران شناختی‌رفتاری تلاش می‌کنند تا مسئله را با تمرکز بر موانع تغییر یا ازطریق اصلاح سیستم‌های باور فرد از اعضای خانواده یا دربارهٔ فردیت خویش یا اصلاح نقایص مهارت‌های مشارکت‌جویانه به‌هنگام تغییرکردن بررسی کنند. رویکرد شناختی‌رفتاری به‌طور منحصربه‌فرد بر حالتی متمرکز است که در آن ساختاربندی مجدد باورهای هسته‌ای (یا روان‌بنه‌ها) اهمیت دارد. معمولاً روان‌بنه‌ها در بطن تعارض زوجین قرار گرفته‌اند. روان‌بنه‌ها به‌طور مشخص الگوهایی هستند که در واقعیت یا تجربهٔ افراد نفوذ می‌کنند تا به آنان کمک نمایند آن واقعیت یا تجربه را توجیه کنند یا میانجی ادراک‌ها شده و پاسخ‌های آن‌ها را هدایت می‌نمایند. بنای اصلی رویکرد شناختی‌رفتاری، تمرکز بر افکار و ادراک‌ها و تأثیر آن‌ها

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.77.6]

روی هیجان‌ها و رفتار است. در اغلب مواقع، این باورهای غیرمنطقی هستند که موجب انسداد توانایی زوجین برای تغییرکردن می‌شوند. الگوی شناختی‌رفتاری بر پاسخ‌های هیجانی و رفتاری افراد درقبال رویدادهای زندگی تأکید دارد که به‌واسطهٔ تفسیرهای وابسته به طرز فکر آن‌ها میانجیگری می‌شوند. این تفسیرها می‌توانند تحریف‌شده یا نامتناسب باشند. درمانگران CBT[1] به زوجین کمک می‌کنند تا در مشاهدهٔ شناخت‌هایشان به ارزشیابی فعال‌تری بپردازند و روی اصلاح تعامل‌های رفتاری منفی به‌منظور پرورش شناخت‌ها و هیجان‌های مثبت دربارهٔ یکدیگر کار کنند؛ همچنین به مطرح‌کردن مسائل زناشویی خود در زمینهٔ تجربیات هیجانی بازداری‌شده یا بدون نظمشان بپردازند تا بتوانند در جوی رضایت‌بخش‌تر، روابط زناشویی را تجربه کنند. درواقع، CBT برای زوجین به‌صورت درمان کیفی منظمی است که در آن اثرات متقابل شناخت‌ها و رفتارها و هیجان‌های زوجین بررسی می‌شود و به‌منظور بهبود کیفیت ارتباط، نکات مشکل‌آفرین هدف تغییر قرار می‌گیرند (۲۰).

ازآنجاکه انجام هر پژوهش محدودیت‌هایی دارد، در رابطه با محدودیت این پژوهش می‌توان گفت که در تعمیم نتایج حاصل از آن به سایر زنان باید احتیاط کرد؛ همچنین امکان اجرای مرحلهٔ پیگیری فراهم نشد. نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر متمرکز بر آموزش گروهی شناختی‌رفتاری بر رضایت زناشویی و افکار ناکارآمد زنان باردار ناتوان در کنترل ترس از زایمان نخست بود؛ بنابراین، روش مداخلهٔ مذکور که در مراکز بهداشتی اجرایی بوده، به‌منظور کاهش باورهای ناکارآمد و افزایش رضایت زناشویی زنان باردار پیشنهاد می‌شود.

۵ نتیجه‌گیری

می‌توان نتیجه‌گیری کرد که آموزش گروهی شناختی‌رفتاری، مداخله‌ای اثربخش و کارآمد در زمینهٔ کار با زنان باردار دارای ترس از زایمان نخست و بهبود روابط زناشویی ایشان است که می‌تواند به‌عنوان برنامهٔ آموزشی استاندارد به مجموعهٔ فنون زوج‌درمانگران افزوده شود. به‌طور خلاصه کاربرد پژوهش حاضر این است که با داشتن مدلی کارآمد می‌توان براساس تعدیل باورهای ناکارآمد و افزایش سطح رضایت و تعهد زناشویی زوجین، ناسازگاری آن‌ها را کاهش و تعهد زناشویی به همسر را افزایش داد؛ همچنین اثربخشی مداخله را زیاد کرده و خطر وقوع مشکلات را در ازدواج که متأسفانه امروز رو به تزاید بوده، کاهش داد؛ بنابراین ازآنجاکه آموزش گروهی شناختی‌رفتاری بر متغیرهای رابطهٔ زناشویی تأثیرگذار است، پیشنهاد می‌شود تا از این مداخله در سایر مسائل و مشکلات بین‌فردی و در مراحل مختلف ازدواج و زندگی زناشویی استفاده شود.

۶ تشکر و قدردانی

از زحمات تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش تشکر می‌شود.

۷ بیانیه

پژوهش حاضر، برگرفته از پایان‌نامهٔ دکتری مشاوره در دانشگاه آزاد مشهد با کد اخلاق IR.MUMS.REC.1396.302 است و تضاد منافع بین نویسندگان وجود ندارد.

References

1. Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E, Vafaei MA. The association between antenatal anxiety and fear of childbirth in nulliparous women: A prospective study. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2011;16(2):169–73. [Persian] http://ijnmr.mui.ac.ir/index.php/ijnmr/article/view/398
2. Purnamdarian S, Birashk B, Asghar Nejad Farid AA. The clarification of contribution of meta-cognitive beliefs in explaining the symptoms of depression, anxiety and stress in nurses. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2017;13(49):86–94. [Persian] http://jsr-p.khuisf.ac.ir/article_533839_6f0342b303020972fa37cfc0575f4856.pdf
3. Ellis A, Dryden W. The practice of rational emotive behavior therapy. Nachdr. New York: Springer Pub; 2007.
4. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. J Affect Disord. 2016;191:62–77. doi: 10.1016/j.jad.2015.11.014
5. McEvoy PM, Moulds ML, Mahoney AEJ. Mechanisms driving pre- and post-stressor repetitive negative thinking: metacognitions, cognitive avoidance, and thought control. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2013;44(1):84–93. doi: 10.1016/j.jbtep.2012.07.011
6. Ramezani S, Keramat A, Motaghi Z, Mohabbat Pur Z, Khosravi A. The relationship of sexual satisfaction and marital satisfaction with domestic violence against pregnant women. International Journal of Pediatrics. 2015;3(5.2):951–8. [Persian] doi: 10.22038/ijp.2015.4858
7. Uçar T, Golbasi Z. Effect of an educational program based on cognitive behavioral techniques on fear of childbirth and the birth process. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2019;40(2):146–55. doi: 10.1080/0167482X.2018.1453800

[1]. Cognitive-Behavioral Therapies

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.77.6]

8. Mahintorabi S, Mazaheri MA, Sahebi A, Musavi V. The effect of cognitive-behavioral training on modification of irrational expectation, emotional maturity and marital dissatisfaction in women. International Journal of Behavioral Sciences. 2011;5(2):127–34. [Persian]
9. Forsell E, Bendix M, Holländare F, Szymanska von Schultz B, Nasiell J, Blomdahl-Wetterholm M, et al. Internet delivered cognitive behavior therapy for antenatal depression: A randomised controlled trial. J Affect Disord. 2017;221:56–64. doi: 10.1016/j.jad.2017.06.013
10. Dattilio F. The role of cognitive-behavioral interventions in couple and family therapy. Journal of Marital and Family Therapy. 2007;31:7–13. doi: 10.1111/j.1752-0606.2005.tb01539.x
11. Rondung E, Thomtén J, Sundin Ö. Psychological perspectives on fear of childbirth. J Anxiety Disord. 2016;44:80–91. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.10.007
12. Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmäki E, Ryding E-L, et al. Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience--a randomised controlled trial. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2015;36(1):1–9. doi: 10.3109/0167482X.2014.980722
13. Striebich S, Mattern E, Ayerle GM. Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia - A systematic review of approaches and interventions. Midwifery. 2018;61:97–115. doi: 10.1016/j.midw.2018.02.013
14. Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2000;21(4):219–24. doi: 10.3109/01674820009085591
15. Khorsandi M, Ghofranipour F, Heydarnia A, FaghihZadeh S, Vafaei M, Rousta F, et al. The effect of childbirth preparation classes on childbirth fear and normal delivery among primiparous women. J Arak Uni Med Sci. 2008;11(3):29–36. [Persian] http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-200-en.pdf
16. Motamedin M, Badri R, Ebadi GH, Zamani N. Standardization of Irrational Beliefs Test (4IBT-A) in Tabriz. Journal of Psychological Models and Methods. 2012;2(8):73–87. [Persian] http://jpmm.miau.ac.ir/article_1091_ca7fa7df770910240ba7be8fe64f9f06.pdf
17. Fazilati M, Afrooz GA, Alipour A, Hantooshzadeh S. Efficacy of family-based psychological interventions on marital satisfaction of pregnant mothers and their infants' birth weight. Quarterly Journal of Health Psychology. 2017;6(23):118–35. [Persian] http://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_4264_636d7a00fed886fbf403ddebf398447a.pdf
18. Zare Z, Golmakani N, Shareh H, Shakeri MT, Khadem N. Factors Related to Marital Satisfaction in Primiparous Women during Postpartum Period. Journal of Midwifery and Reproductive Health. 2014;2(2):120–7. [Persian] doi: 10.22038/jmrh.2014.2266
19. Babakhani N, Taravati M, Masoumi Z, Garousian M, Faradmal J, Shayan A. The effect of cognitive-behavioral consultation on sexual function among women: A randomized clinical trial. J Caring Sci. 2018;7(2):83–8. doi: 10.15171/jcs.2018.013
20. Dobson KS. Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies. Third Edition. Guilford Press; 2009, pp:411–44.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.77.6]