

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

Ghavami BA<sup>1</sup>, \*Ghanbari Hashem Abadi BA<sup>2</sup>, Saffarian MR<sup>1</sup>, Khakpour M<sup>3</sup>

## 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@iium.ac.ir](mailto:ghanbarih@iium.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 Afroz Marital Satisfaction Scale (AMSS; by Afroz and Ghodrati, 2011). Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) was used to analyze the obtained data at the significance level of ( $\alpha=0.05$ ) 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.

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

براتعلی قوامی<sup>۱</sup>، \* بهرامعلی قنبری هاشم‌آبادی<sup>۲</sup>، محمدرضا صفاریان<sup>۱</sup>، مسعود خاکپور<sup>۳</sup>

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، مؤسسه آموزش عالی حکیم نظامی قوچان، قوچان، ایران.  
\*رایانامه نویسنده مسئول: ghanbari@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 از طریق آموزش‌های شناختی و رفتاری بسیار حائز اهمیت است. هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش گروهی شناختی رفتاری بر رضایت زناشویی و افکار ناکارآمد زنان باردار ناتوان در کنترل ترس از زایمان نخست بود.

**روش بررسی:** پژوهش نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه نابرابر بود. جامعه آماری را زنان باردار مراجعه‌کننده به یکی از مراکز بهداشت قوچان در سه‌ماهه چهارم سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند. با استفاده از پرسشنامه ترس از زایمان، ۳۹ زن باردار دارای ترس از زایمان به شیوه نمونه‌گیری داوطلبانه به‌عنوان نمونه 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 شناختی رفتاری (ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) شرکت کردند و به پرسشنامه‌های نگرش به زایمان لوثی و رضامندی زوجیت افروز و باورهای غیرمنطقی جونز پاسخ دادند. از روش آماری تحلیل کوواریانس در سطح معناداری ( $\alpha=0/05$ ) و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش گروهی شناختی رفتاری بر باورهای ناکارآمد و رضایت زناشویی زنان دارای ترس از زایمان نخست تأثیر معناداری دارد ( $p=0/003$ ) و  $25/5$  درصد از واریانس باورهای ناکارآمد ازدواج ( $p=0/007$ ) و  $37/5$  درصد از واریانس رضایت زناشویی زنان باردار ناتوان در کنترل ترس از زایمان نخست را تبیین می‌کند ( $p<0/001$ ).

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

**کلیدواژه‌ها:** شناختی رفتاری، افکار ناکارآمد، رضایت زناشویی، بارداری نخست.

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، یک نفر دچار ترس از زایمان باشد (۱).

از عوامل مؤثر در ترس از زایمان در زنان باردار، وجود باورهای ناکارآمد است. منظور از باورهای ناکارآمد، در واقع افکار نادرست و نامنتقیق با واقعیت درباره خود و جهان است. باورها مسئول کنترل سالم و ناسالم ذهن هستند و چگونگی تفکر فرد، هیجان‌ها و نحوه کنترل آن‌ها را تعیین می‌کند. باور شناختی کنترل‌ناپذیری باعث می‌شود، افراد درباره 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 در واقع ناشی از نحوه 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 به‌طور کلی 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 نحوه 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 دوره 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 هر یک از زوجین در رابطه 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 درباره رابطه زوجی خود داشته و دارای احساس شادکامی و خرسندی هستند. در واقع، رضایت زناشویی زیربنای عملکرد بهینه 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 مهین‌ترابی، 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 عاطفه مادر باردار به‌وجود می‌آورد که ممکن است برای اینکه از نظر هیجانی در دسترس و مسئول فرزندش باشد، توانایی او را افزایش دهد؛ همچنین با آموزش شناختی‌رفتاری می‌تواند با شناخت‌های ناسازگار درباره خود و مادرشدن و جهان اطراف مبارزه کند؛ از این‌رو 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 روش بررسی

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. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان باردار دارای ترس از زایمان نخست مراجعه‌کننده به یکی از مراکز بهداشت شهر قوچان در سه‌ماهه 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 پرسشنامه ترس از زایمان جهت غربالگری، ۳۹ نفر زن باردار داوطلب شرکت در پژوهش به‌عنوان نمونه 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 ۴ تا ۸)؛ ۲. سن کمتر از ۳۰ سال؛ ۳. بدون سابقه 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 مطالعه حاضر ابتدا پس از انتخاب و جای‌گماری آزمودنی‌ها، برای افراد گروه آزمایشی، جلسات آموزش گروهی شناختی‌رفتاری برگرفته از روش شناختی‌رفتاری داتیلیو (۱۰)، طی ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد که شرح آن در جدول ۱ ارائه شده است.

برای جمع‌آوری داده‌ها از سه ابزار زیر استفاده شد.

۱. پرسشنامه نگرش به زایمان (CAQ): این پرسشنامه توسط هرمن<sup>۱</sup>

1. Harman

هرچه فرد نمره 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 به دست آمد (۱۵). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شد.

به منظور 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، خیلی کم، متوسط، زیاد) است. حداقل نمره ۱۴ و حداکثر ۵۶ می‌باشد. در این مقیاس

جدول ۱. محتوای جلسات آموزشی شناختی رفتاری

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

محتوایی هشت متخصص روان‌شناس و مشاور با درجه دکترا در زمینه مشاوره 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 پرسشنامه رضامندی زناشویی انریچ ۰/۴۳۱ به دست آمد که معنادار بود ( $p < 0.001$ ). جهت بررسی روایی سازه مقیاس با استفاده از روش تحلیل عاملی با مؤلفه‌های اصلی، ده مؤلفه با بارهای عاملی بزرگ‌تر از ۰/۳ محاسبه شد که در مجموع حدود ۵۳ درصد از واریانس کل آزمون را تبیین کردند. ضرایب همسانی درونی ۰/۹۵ برای کل ابزار و ضرایب بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۶ برای خرده‌مقیاس‌ها بود. ضریب اعتبار با آزمایی مقیاس روی ۶۰ زوج به فاصله بیست روز، ۰/۷۹ به دست آمد که معنادار بود. ضرایب اعتبار (آلفای کرونباخ) به تفکیک خرده‌مقیاس‌های ده‌گانه به ترتیب، 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).

به منظور بررسی میزان تأثیر آموزش شناختی رفتاری گروهی بر رضایت زناشویی و افکار ناکارآمد زنان باردار ناتوان در کنترل ترس از زایمان نخست از آزمون کولموگوروف اسمیرنوف جهت ارزیابی نرمال بودن داده‌ها، مفروضه همگنی واریانس‌های خطا، مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون و همچنین از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ در سطح معناداری ( $\alpha = 0.05$ ) استفاده شد.

### ۳ یافته‌ها

باتوجه به داده‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان، میانگین و انحراف معیار سن زنان در گروه آزمایش  $26/6 \pm 3/8$  و در گروه گواه  $27/3 \pm 3/5$  سال به دست آمد. فراوانی وضعیت تحصیلات زنان در

۲ پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز: پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز ۴۰ ماده‌ای توسط جونز و براساس نظریه 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 ۰/۴۵ تا ۰/۷۲ و ضریب آزمون-بازآزمون 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 به دست آوردند و برای عامل‌های درماندگی در برابر تغییر ۰/۸۰، توقع تأیید از دیگران ۰/۸۱، اجتناب از مشکل ۰/۷۳ و بی‌مسئولیتی هیجانی ۰/۷۵ به دست آمد. همچنین پایایی با روش دو نیمه‌سازی برای کل آزمون ۰/۷۶ و برای عامل‌ها به ترتیب 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 ۱۰۰ سؤالی 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، حمایتی-اجتماعی، هم‌اندیشی، مشکل‌گشایی، شخصیتی، فرزندپروری و مؤلفه مطلوب‌اندیشی است. هریک از سؤالات به روش لیکرتی در پیوستاری چهاردرجه‌ای به صورت کاملاً مخالفم=۱، مخالفم=۲، موافقم=۳ و کاملاً موافقم=۴ نمره‌گذاری می‌شود. هرچه فرد در این آزمون نمره بیشتری بگیرد، نشان‌دهنده رضامندی زناشویی بهتر است. به منظور بررسی روایی

گروه آزمایش دو نفر زیردیپلم، هشت نفر دیپلم، شش نفر لیسانس و چهار نفر فوق لیسانس 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  $1/3 \pm 3/2$  و در گروه گواه  $1/5 \pm 3/7$  سال محاسبه شد. در جدول ۲، شاخص‌های توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد، کمینه، بیشینه) پرسشنامه باورهای ناکارآمد و رضایت زناشویی زنان دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون آورده شده است.

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

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

پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس نشان داد که مقیاس‌های مدنظر به‌لحاظ کجی و کشیدگی در نمونه مطالعه شده مشکلی ندارند. آزمون کولموگوروف اسمیرنوف به‌منظور بررسی نرمال بودن داده‌ها به‌کار رفت که برقراری فرضیه نرمال بودن داده‌ها برای تمامی زیرمقیاس‌ها دیده شد.

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

مقدار	F	Df	خطا Df	مقدار احتمال
اثر پیلایی	۸/۰۲۶	۱۷	۱	۰/۰۰۳
لامبدای ویلکز	۸/۰۲۶	۱۷	۱	۰/۰۰۳
اثر هاتلینگ	۸/۰۲۶	۱۷	۱	۰/۰۰۳
بزرگ‌ترین ریشه روی	۸/۰۲۶	۱۷	۱	۰/۰۰۳

همان‌طور که مشاهده می‌شود، مقادیر احتمال هر چهار آزمون نشان‌دهنده تفاوت حداقل بین یک‌متغیر وابسته (باورهای ناکارآمد یا رضایت زناشویی) در گروه‌های آزمایش و گواه است. به عبارتی حداقل مشاوره گروهی شناختی رفتاری بر یکی از متغیرهای وابسته (باورهای ناکارآمد یا رضایت زناشویی) تأثیر مثبت داشته است. حال برای تعیین اینکه مشاوره گروهی شناختی رفتاری بر کدام‌یک از متغیرهای وابسته (باورهای ناکارآمد یا رضایت زناشویی) مؤثر بوده است، به بررسی تأثیر آموزش گروهی شناختی رفتاری بر تک‌تک متغیرهای وابسته با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره پرداخته شد.

جدول ۴. تحلیل کوواریانس نمرات پرسشنامه 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 ایتهای سهمی
گروه	۴۲۸/۳۲۷	۱	۴۲۸/۳۲۷	۶/۷۴۰	۰/۰۰۷	۰/۲۵۵
خطا	۱۳۹۸/۱۷۷	۱۷	۶۳/۵۵۳			
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 ( $p=0/007$ ) می‌توان نتیجه گرفت مشاوره گروهی شناختی رفتاری بر باورهای ناکارآمد و رضایت زناشویی زنان دارای ترس از زایمان نخست تأثیر معناداری داشته است. از طرف دیگر براساس مجذور ایتهای سهمی، می‌توان گفت مشاوره گروهی

می‌کند، میانگین‌های تعدیل‌شده گروه‌ها به شرح جدول ۵ بیان شده است.

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

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

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

#### ۴ بحث

هدف مطالعه 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 مطالعه زارع و همکاران (۱۸) نشان داد که سلامت روانی زنان در دوره بارداری تحت تأثیر رابطه 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 مشاوره گروهی شناختی‌رفتاری، ۲۵/۵ درصد از واریانس باورهای ناکارآمد زنان دارای ترس از زایمان نخست را تبیین می‌کند. این یافته پژوهش حاضر با نتایج پژوهش راندانگ و همکاران (۱۱) و روهی و همکاران (۱۲) و همچنین استریبیچ و همکاران (۱۳) مبنی بر تأیید اثربخشی مشاوره 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 مشاوره گروهی شناختی‌رفتاری، ۳۷/۵ درصد از واریانس رضایت زناشویی زنان دارای ترس از زایمان نخست را تبیین می‌کند. این یافته پژوهش حاضر با مطالعات مهین ترابی و همکاران (۸) و فورسل و همکاران (۹) و داتیلیو (۱۰)، مبنی بر اثربخشی مداخلات شناختی‌رفتاری بر رضایت زناشویی همسوست. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که قسمت بسیار مهم در درمان شناختی‌رفتاری مبتنی بر 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 رابطه زناشویی، ارزیابی ذهنی مثبتی درباره رابطه زوجی خود داشته و

احساس شادکامی و خرسندی دارند. در واقع، رضایت زناشویی زیربنای عملکرد بهینه خانواده است و منجر به 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 درباره احتمال خطر در رابطه با جنین هستند که وقتی تصمیم به مراجعه 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).

مطالعه باباخانی و همکاران نشان داد که مشاوره شناختی‌رفتاری بر عملکرد جنسی زنان گروه آزمایشی پس از مداخله به‌طور درخور توجهی اثربخش بوده است. مشاوره شناختی‌رفتاری تأثیر مهمی بر احساسات فرد دارد. این روش، بر پایه اصول تنظیم شده و فرد را قادر می‌سازد الگوهای غیرطبیعی رفتار 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 مبتنی بر رفتار بر مبنای واقعیت و منطق است و وضعیت‌های منفی بهبود می‌یابد (۱۹).

رویکرد شناختی‌رفتاری بر تبادل تعامل میان فرد با اعضای خانواده، با تأکید خاص بر ماهیت روابط متعامل انتظارات 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 از طریق اصلاح سیستم‌های باور فرد از اعضای خانواده یا درباره فردیت خویش یا اصلاح نقایص مهارت‌های مشارکت‌جویانه به‌هنگام تغییرکردن بررسی کنند. رویکرد شناختی‌رفتاری به‌طور منحصربه‌فرد بر حالتی متمرکز است که در آن ساختار بندی مجدد باورهای هسته‌ای (یا روان‌بنه‌ها) اهمیت دارد. معمولاً روان‌بنه‌ها در بطن تعارض زوجین قرار گرفته‌اند. روان‌بنه‌ها به‌طور مشخص الگوهایی هستند که در واقعیت یا تجربه 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

## ۵ نتیجه‌گیری

می‌توان نتیجه‌گیری کرد که آموزش گروهی شناختی رفتاری، مداخله‌ای اثربخش و کارآمد در زمینه کار با زنان باردار دارای ترس از زایمان نخست و بهبود روابط زناشویی ایشان است که می‌تواند به‌عنوان برنامه آموزشی استاندارد به مجموعه 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 از آنجاکه آموزش گروهی شناختی رفتاری بر متغیرهای رابطه زناشویی تأثیرگذار است، پیشنهاد می‌شود تا از این مداخله در سایر مسائل و مشکلات بین فردی 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 پایان‌نامه دکتری مشاوره در دانشگاه آزاد مشهد با کد اخلاق IR.MUMS.REC.1396.302 است و تضاد منافع بین نویسندگان وجود ندارد.

روی هیجان‌ها و رفتار است. در اغلب مواقع، این باورهای غیرمنطقی هستند که موجب انسداد توانایی زوجین برای تغییرکردن می‌شوند. الگوی شناختی رفتاری بر پاسخ‌های هیجانی و رفتاری افراد درقبال رویدادهای زندگی تأکید دارد که به‌واسطه تفسیرهای وابسته به طرز فکر آن‌ها میانجی‌گری می‌شوند. این تفسیرها می‌توانند تحریف شده یا نامتناسب باشند. درمانگران<sup>۱</sup> CBT به زوجین کمک می‌کنند تا در مشاهده شناخت‌هایشان به ارزشیابی فعال‌تری بپردازند و روی اصلاح تعامل‌های رفتاری منفی به‌منظور پرورش شناخت‌ها و هیجان‌های مثبت درباره یکدیگر کار کنند؛ همچنین به مطرح کردن مسائل زناشویی خود در زمینه تجربیات هیجانی بازدارنده 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).

از آنجاکه 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 مرحله پیگیری فراهم نشد. نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر متمرکز بر آموزش گروهی شناختی رفتاری بر رضایت زناشویی و افکار ناکارآمد زنان باردار ناتوان در کنترل ترس از زایمان نخست بود؛ بنابراین، روش مداخله مذکور که در مراکز بهداشتی اجرایی بوده، به‌منظور کاهش باورهای ناکارآمد و افزایش رضایت زناشویی زنان باردار پیشنهاد می‌شود.

## 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.khuif.ac.ir/article\\_533839\\_6f0342b303020972fa37cfc0575f4856.pdf](http://jsr-p.khuif.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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.1080/0167482X.2018.1453800)

<sup>1</sup>. Cognitive-Behavioral Therapies

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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](http://jpmm.miau.ac.ir/article_1091_ca7fa7df770910240ba7be8fe64f9f06.pdf)
17. Fazilati M, Afroz 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\\_636d7a00fed886fbf403ddeb398447a.pdf](http://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_4264_636d7a00fed886fbf403ddeb398447a.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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.15171/jcs.2018.013)
20. Dobson KS. *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. Third Edition. Guilford Press; 2009, pp:411–44.