MEJDS. 2023; 13:32.
Published online 2023 May. **Original Article**

Examining the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) on Anxiety, Psychological Wellbeing, and Marital Satisfaction of First-Time Pregnant Women

Shahtaheri E[1], *Jomehri F[2], Niknam M[3], Rafieipour A[4]

Author Address
1. Department of Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Roodehen Branch, Islamic Azad University, Roodehen, Iran;
4. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University of Tehran, Tehran, Iran.
***Corresponding Author Email:** farhadjomehri@yahoo.com

Received: 2020 August 10; **Accepted:** 2020 September 12

Abstract
Background & Objectives: Pregnancy and childbirth are evolutionary stages in a woman's life. Because not every woman is emotionally balanced, she may react differently to pregnancy and childbirth. The experience of women in this period profoundly affects their children and families and had long–term effects on society. Fear and poor knowledge cause anxiety in expectant mothers and increase the secretion of stress hormones in mothers. It is necessary to help pregnant women to solve pregnancy–related problems by recognizing the factors affecting anxiety, psychological wellbeing, marital satisfaction, and maternal and neonatal outcomes of these individuals. This study aimed to determine the effectiveness of cognitive–behavioral therapy (CBT) on anxiety, psychological wellbeing, and marital satisfaction of first–time pregnant women.
Methods: This applied quasi–experimental research employed a pretest–posttest and follow–up design with a control group. The study's statistical population consisted of all first–time pregnant women 20–35 years old at 20–24 weeks of gestation. They were referred to Tehran health centers, Tehran City, Iran, for monthly pregnancy examinations in 2019, and their Beck anxiety score according to the Beck Anxiety Inventory (Beck & Steer, 1991) was moderate (higher than 20). The study sample comprised 30 people, including the experimental and control groups (15 people in each group). The inclusion criteria were as follows: being Iranian, aged 20–35 years, being first–time pregnant (according to the statements of the participants), being in the 20th to 24th week of pregnancy (based on the documents in the medical file), having literacy, being singleton pregnant, lacking a history of abortion or intrauterine death and infertility (based on the documents in the medical file), not having pregnancy problems (blood pressure, bleeding, diabetes, thyroid diseases, placenta previa, fetal anomalies) (based on the documents in the medical record), lacking any accidents during the last 6 months (according to the statements of the participants), not having addiction (based on the documents in the medical record), and not receiving treatment due to psychiatric disorders (based on the documents in the medical record). The exclusion criteria included not following the group's rules in the first meeting and being absent for more than two sessions. The study data were obtained using the Beck Anxiety Inventory (Beck & Steer, 1991), Ryff Psychological Wellbeing Scale (Ryff & Keyes, 1995), and ENRICH Marital Satisfaction Scale (Fowers & Olson, 1989). Group training was administered to the CBT for 8 weekly 90–minute sessions. The obtained data were analyzed with descriptive (mean and standard deviation) and inferential statistics (variance analysis with repeated measurements and Bonferroni post hoc test) using the SPSS version 22 software. The significance level of the tests was considered 0.05.
Results: The results showed that in the variables of anxiety, psychological wellbeing, and marital satisfaction, analysis of variance for the time factor ($p<0.001$), the group factor ($p<0.001$), and the interaction between group and time ($p<0.001$) were significant. In the experimental group, the scores of anxiety, psychological wellbeing, and marital satisfaction variables in the posttest and follow–up stages were significantly different from the pretest stage ($p<0.001$). However, no significant difference was observed in the mentioned variables between the posttest and follow–up stages, indicating that the CBT effect remained constant until the follow–up stage ($p>0.05$).
Conclusion: Based on the findings of this study, CBT was effective in anxiety, psychological wellbeing, and neonatal marital satisfaction of first–time pregnant women. This method can be used to improve the mental health problems of expectant mothers.
Keywords: Cognitive behavioral therapy, Anxiety, Psychological wellbeing, Marital satisfaction, Primiparous pregnant mothers.

Copyright © 2023, 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.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.204.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.193]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۲؛ (۱۳):۳۲.

انتشار برخط اردیبهشت ۱۴۰۲ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی اثربخشی روش درمان شناختی‌رفتاری بر میزان اضطراب، بهزیستی روان‌شناختی و رضایت زناشویی مادران باردار نخست‌زا

الهه شاه‌طاهری[۱]، *فرهاد جمهری[۲]، مژگان نیکنام[۳]، امین رفیعی‌پور[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. گروه روان‌شناسی، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیرهٔ کیش، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران؛

۴. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور تهران، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** farhadjomehri@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۰ مرداد۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۲ شهریور۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: لازمهٔ کمک به مادران باردار برای حل مشکلات بارداری شناخت عوامل مؤثر بر اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی این افراد است. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی روش درمان شناختی‌رفتاری بر میزان اضطراب، بهزیستی روان‌شناختی و رضایت زناشویی مادران باردار نخست‌زا بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زنان باردار نخست‌زای ۲۰تا۳۵ سال تشکیل دادند که در هفتهٔ ۲۰تا۲۴ بارداری قرار داشتند و برای معاینات ماهانهٔ دوران بارداری به مراکز بهداشتی‌درمانی تهران در سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند. از بین آن‌ها ۳۰ نفر از زنان باردار نخست‌زای واجد شرایط شرکت در پژوهش به‌صورت دردسترس وارد مطالعه شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه پانزده‌نفرهٔ آزمایش و گواه قرار گرفتند. از سیاههٔ اضطراب بک (بک و استیر، ۱۹۹۱)، مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (ریف و کیز، ۱۹۹۵) و مقیاس رضایت زناشویی انریچ (فاورز و اولسون، ۱۹۸۹) برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. همچنین درمان شناختی‌رفتاری طی هشت جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی براساس بستهٔ آموزشی آرک (۲۰۱۴) اجرا شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون تعقیبی بونفرونی و آزمون خی‌دو در سطح معناداری ۰/۰۵ توسط نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ صورت گرفت.

یافته‌ها: در متغیرهای اضطراب، بهزیستی روان‌شناختی و رضایت زناشویی، تحلیل واریانس برای عامل درون‌گروهی (زمان) ($p<۰/۰۰۱$)، عامل بین‌گروهی ($p<۰/۰۰۱$) و اثر متقابل گروه و زمان ($p<۰/۰۰۱$) معنادار بود. در گروه آزمایش، نمرات متغیرهای اضطراب، بهزیستی روان‌شناختی و رضایت زناشویی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری با مرحلهٔ پیش‌آزمون داشت ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما در متغیرهای مذکور تفاوت معناداری بین دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد که نشان‌دهندهٔ ثابت‌ماندن تأثیر درمان شناختی‌رفتاری تا مرحلهٔ پیگیری بود ($p>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، روش درمان شناختی‌رفتاری بر کاهش میزان اضطراب و افزایش بهزیستی روان‌شناختی و رضایت زناشویی مادران باردار نخست‌زا مؤثر است و می‌توان از این روش درجهت بهبود مشکلات روان‌شناختی مادران باردار استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: روش درمان شناختی‌رفتاری، اضطراب، بهزیستی روان‌شناختی، رضایت زناشویی، مادران باردار نخست‌زا.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۲، 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 2026-02-17]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.204.3]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.193]

۱ مقدمه

دوران بارداری[1] یکی از مهم‌ترین مراحل زندگی یک زن است. برای اکثریت زنان، بارداری دورهٔ لذت‌بخشی است؛ ولی اغلب دوره‌ای پراسترس و همراه با تغییرات فیزیولوژیک و روانی نیز به شمار می‌آید؛ به‌طوری‌که بروز ناراحتی‌ها و مشکلات در این دوره شایع است و این مشکلات اثرات فراوانی بر وضعیت روانی آنان خواهد گذاشت؛ مثل تهوع و استفراغ‌های مکرر، خستگی، دردهای ناگهانی که حتی در بارداری طبیعی نیز این‌گونه مشکلات توانایی زن را برای انجام نقش‌های معمول زندگی تغییر می‌دهد (۱).

بیشتر زنان در دورهٔ بارداری تغییراتی در سلامت جسمانی (۲)، هورمونی (۳) و کار و فعالیت‌های خود (۴) تجربه می‌کنند که بر بهزیستی مادر و نوزاد تأثیر مستقیم دارد. بسیاری از تازه پدر و مادرشده‌ها در این دوره کاهش‌هایی را در رضایت زناشویی[2] تجربه می‌کنند (۵)؛ بنابراین یکی از متغیرهای اثرگذار بر سلامت روان در زنان نخست‌زا، رضایت زناشویی است. رضایت زناشویی، تجربه‌ای شخصی در ازدواج است که تنها توسط خود فرد در پاسخ به میزان لذت رابطهٔ زناشویی ارزیابی‌شدنی است؛ همچنین عوامل بسیاری هستند که در زندگی مشترک بر رضایت زناشویی تأثیر می‌گذارند؛ این احساس نقش مهمی در میزان کارکردهای بهنجار خانواده ایفا می‌کند (۶). رضایت زناشویی، سازگاری بین وضعیت موجود و وضعیت موردانتظار در نظر گرفته می‌شود. براساس این تعریف، رضایت‌مندی زناشویی وقتی وجود دارد که وضعیت موجود فرد در روابط زناشویی مطابق با انتظار وی باشد (۷). رضایت زناشویی به‌طور مثبت با میزان سلامت عمومی (۸)، مصونیت بیشتر (۹)، ایمنی فیزیولوژیک و عملکرد بهتر سیستم قلبی‌عروقی رابطه دارد (۱۰).

از سوی دیگر، مشکلات دوران بارداری بهزیستی روان‌شناختی[3] زوج‌های باردار را متأثر می‌کند (۱۱). بهزیستی روان‌شناختی به درک فرد از تعادل روان‌شناختی در زندگی اشاره می‌کند. بهزیستی روان‌شناختی و رضایت از زندگی دارای مؤلفه‌های عاطفی و شناختی است. افراد با بهزیستی روان‌شناختی بیشتر، هیجان‌های مثبت‌تری را تجربه می‌کنند و خوش‌بینانه‌تر با مشکلات برخورد می‌کنند دوران بارداری که ماهیتی تقریباً ثابت و تنش‌زا دارد، می‌تواند با ایجاد تنیدگی و استرس، به کاهش بهزیستی روان‌شناختی منجر شود. تنش حاصل از دوران بارداری بر روابط فردی، اجتماعی و زناشویی تأثیر می‌گذارد و می‌تواند موجب نبود تعادل روانی زوجین و افزایش اضطراب در دوران بارداری شود (۱۲).

تجربهٔ زنان در این دوره به‌طور عمیقی کودکان و خانواده‌ها را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و تأثیرات مهم و طولانی مدت بر جامعه دارد. اضطراب[4] در طول دوران بارداری می‌تواند با عواقبی نظیر تولد نوزاد با وزن کم، کاهش نمرهٔ آپگار، زایمان زودرس، محدودیت رشد داخل رحمی و آسیفسکی جنینی، سقط و شکاف کام و تنگی دریچهٔ پیلور روی جنین همراه شود. از سایر عوارض اضطراب بر دورهٔ نوزادی و کودکی می‌توان به بروز مشکلات در سلامت روان کودکان، بیش‌فعالی، تحریک‌پذیری، بدغذایی، تندخویی، اختلالات گوارشی، ابتلا به اسکیزوفرنی، بدخوابی، تأثیرات منفی بر قدرت تکلم و حافظهٔ کودک و مشکلات تأخیر شناختی کودک اشاره کرد (۱۳). زنانی که در دوران بارداری ترس زیادی را تجربه می‌کنند، بعد از زایمان در معرض خطر نبود تعادل هیجانی قرار می‌گیرند که می‌تواند بر ارتباط آنان با نوزادشان تأثیر منفی بگذارد. از طرفی حالات عاطفی و اضطراب مادر بر رشد جنین نیز تأثیر می‌گذارد؛ زیرا حالات هیجانی با تاثیر بر دستگاه عصبی مادر سبب آزادشدن برخی مواد شیمیایی مثل استیل کولین و اپی‌نفرین شده که این مواد از طریق جفت به جنین منتقل شده و سبب افزایش حرکات جنین می‌شود و اثرات سوء بر خلق کودک در آینده دارد (۱۴). به‌طورکلی اضطراب در زنان باردار می‌تواند منجربه کاهش بهزیستی روان‌شناختی آنان شود (۱۵).

برای کاهش اضطراب و افزایش بهزیستی روان‌شناختی دوران بارداری از روش‌های مختلفی استفاده می‌شود؛ ازجمله مشاورهٔ روانی، استفاده از موسیقی، درمان شناختی‌رفتاری[5] و ارتباط با افرادی که قبلاً تحت همان شرایط بودند. درمان شناختی‌رفتاری، نوعی روان‌درمانی ساختاریافتهٔ کوتاه‌مدت است که از مشارکت فعال مراجع و درمانگر برای رسیدن به اهداف کمک می‌گیرد؛ همچنین گرایش آن به مسائل جاری و حل آن‌ها است. مطالعات مرتبط بیانگر تأثیر درمان شناختی‌رفتاری بر اضطراب موارد خاص است؛ ازجمله می‌توان به مؤثربودن این درمان بر اضطراب خانم‌های تحت درمان تلقیح داخل رحمی اشاره کرد (۱۲). همچنین گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری بر درمان اختلال اضطراب (۱۶)، افسردگی (۱۷) و ایجاد امیدواری در زنان مبتلا به سرطان سینه (۱۸) مؤثر واقع شده است. نتایج پژوهش کارپنتر و همکاران نشان داد، درمان شناختی‌رفتاری بر کاهش اضطراب و اختلالات مرتبط مؤثر است (۱۹). نتایج پژوهش کلندری و همکاران مشخص کرد، درمان شناختی‌رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی و ارتقای سلامت روان و خوش‌بینی در بیماران مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس تأثیر دارد (۲۰). همچنین طوسی و امیری در پژوهشی دریافتند، درمان شناختی‌رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت از زندگی در مادران دارای کودک بستری در بیمارستان روانی مؤثر است (۲۱).

باتوجه به عوارض ناتوان‌کنندهٔ دوران بارداری، به‌ویژه دوران بارداری زنان نخست‌زا و تبعات اضطراب شدید این دوران برای مادر و نوزاد، انجام هرگونه پژوهش و اقدامی که بتواند میزان این عوارض را کاهش دهد، از اهمیت زیادی برخوردار است. بررسی پیشینه‌های پژوهشی حاکی‌از این است که تحقیقاتی در زمینهٔ اضطراب و دیگر متغیرهای وابستهٔ پژوهش انجام شده است؛ اما آن پژوهش‌ها به‌طور پراکنده و تنها بر یک متغیر و با استفاده از یک روش درمانی انجام شده است و تاکنون پژوهش جامعی همچون پژوهش حاضر که تأثیر روش درمانی شناختی‌رفتاری را هم‌زمان بر چند متغیر اضطراب، بهزیستی روان‌شناختی و رضایت زناشویی بررسی کند، صورت نگرفته است؛ ازاین‌رو این پژوهش ضمن برخورداری از اهمیت پژوهشی، از ضرورت

[1]. Pregnancy
[2]. Marital satisfaction
[3]. Psychological well-being
[4]. Anxiety
[5]. Cognitive behavioral therapy (CBT)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.204.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.193]

لازم نیز برخوردار است. از سوی دیگر، باتوجه به اهمیت تأثیر آموزش‌ها و مراقبت‌های دوران بارداری بر سلامت مادران باردار و نوزادان به‌عنوان جمعیت آسیب‌پذیر و عوارض ناشی‌از اضطراب در این دوران و با درنظرگرفتن این موضوع که تاکنون در ایران مطالعه‌ای در زمینهٔ اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر اضطراب، بهزیستی روان‌شناختی، رضایت زناشویی و عوامل زمینه‌ساز آن در زنان باردار نخست‌زا مشاهده نشده است، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روش درمان شناختی‌رفتاری بر میزان اضطراب، بهزیستی روان‌شناختی و رضایت زناشویی مادران باردار نخست‌زا انجام شد.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر، کاربردی و از نظر روش تحقیق از نوع تحقیقات نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زنان باردار نخست‌زای ۲۰تا۳۵ سال تشکیل دادند که در هفتهٔ ۲۰تا۲۴ بارداری قرار داشتند و برای معاینات ماهانهٔ دوران بارداری به مراکز بهداشتی‌درمانی تهران در سال ۱۳۹۸ مراجعه کردند؛ همچنین نمرهٔ اضطراب آن‌ها براساس سیاههٔ اضطراب بک[1] (۲۲) متوسط (بیشتر از ۲۰) بود. حجم نمونهٔ آماری ۳۰ نفر شامل دو گروه، ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه بود. تعداد نمونهٔ لازم براساس مطالعات مشابه با درنظرگرفتن اندازهٔ اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان ریزش ۱۰ درصد برای هر گروه ۲۰ نفر محاسبه شد (۱۹). مادران واجد شرایط داوطلب وارد مطالعه شدند و به‌صورت تصادفی در گروه‌های دوگانه قرار گرفتند. معیارهای ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بود از: ایرانی‌بودن؛ قرارگیری در دامنهٔ سنی ۲۰تا۳۵ سال؛ نخست‌زابودن (طبق اظهارات شرکت‌کنندگان)؛ قرارداشتن در هفتهٔ ۲۰تا۲۴ بارداری (براساس پروندهٔ پزشکی شرکت‌کنندگان)؛ داشتن سواد؛ تک‌قلوبودن؛ نداشتن سابقهٔ سقط یا مرگ داخل رحمی و ناباروری (براساس پروندهٔ پزشکی شرکت‌کنندگان)؛ نداشتن مشکلات بارداری (فشارخون، خونریزی، دیابت، بیماری‌های تیروئید، جفت سرراهی، آنومال‌های جنینی) (براساس پروندهٔ پزشکی شرکت‌کنندگان)؛ نداشتن حوادث ناگوار در طی شش ماه گذشته؛ نداشتن اعتیاد (براساس پروندهٔ پزشکی و اظهارات شرکت‌کنندگان)؛ تحت درمان قرارنداشتن به‌واسطهٔ اختلالات روان‌پزشکی (بررسی توسط روان‌پزشک). ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش شامل رعایت‌نکردن قوانین گروه که در اولین جلسه بیان شد و غیبت بیش از دو جلسه بود.

آموزش گروهی در گروه درمان شناختی‌رفتاری طی هشت هفته به‌صورت هفته‌ای یک بار و به‌مدت ۹۰ دقیقه انجام شد. گروه گواه تحت هیچ مداخله‌ای قرار نگرفت. بعد از پایان جلسات، برای انجام پس‌آزمون در هر دو گروه، از سیاههٔ اضطراب بک (۲۲) و مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف[2] (۲۳) و مقیاس رضایت زناشویی انریچ[3] (۲۴) و مجدداً استفاده شد. سپس سه ماه بعد پیگیری انجام پذیرفت.

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به‌شرح ذیل بود: ۱. تمامی افراد به‌صورت کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت نمودند؛ ۲. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ ۳. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. پژوهشگر (نویسندهٔ اول مقاله) پس از تهیهٔ پرسشنامه‌ها، مجوز اجرای آن‌ها را از دانشگاه مربوط دریافت کرد و به مراکز بهداشتی‌درمانی بوعلی و حضرات امیر شهر تهران مراجعه کرد. سپس بعد از هماهنگی با مدیریت مرکز، جامعهٔ آماری مدنظر یعنی گروه آزمایش و گروه گواه را انتخاب کرد. در ادامه پرسشنامه‌های پژوهش را در هر دو گروه منتخب اجرا کرد. پس از اجرا، گروه آزمایش آموزش درمان شناختی‌رفتاری را دریافت کرد و دوباره پس‌آزمون اجرا شد. ابزارهای زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ سیاههٔ اضطراب بک[4]: این سیاهه توسط بک و استیر در سال ۱۹۹۱ طراحی شد که برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده است (۲۲). این سیاهه دارای ۲۱ عبارت است و دربرابر هر عبارت، چهار گزینه برای پاسخ وجود دارد. هر عبارت بازتاب یکی از علائم اضطراب است و معمولاً افرادی که از نظر بالینی مضطرب هستند یا اشخاصی که در وضعیت اضطراب‌انگیز قرار می‌گیرند، تجربه می‌کنند. شیوهٔ امتیازدهی، اصلاً (امتیاز صفر) تا شدید (امتیاز سه) را در بر می‌گیرد؛ بنابراین دامنهٔ نمرات اضطراب بین ۰تا۶۳ خواهد بود. کسب نمرهٔ بیشتر در این سیاهه به‌معنای اضطراب بیشتر فرد است. پنج نوع روایی محتوا، هم‌زمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان‌دهندهٔ کارایی زیاد این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب است (۲۲). با توجه به گزارش بک و همکاران، ضریب همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) این ابزار ۰/۹۲، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصلهٔ یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن ۰/۵۶ گزارش شد (p<۰/۰۰۱) است (۲۵). در ایران پژوهش انجام‌شده توسط کاویانی و موسوی نشان می‌دهد که این سیاهه از اعتبار و روایی زیادی برخوردار است. ثبات یا همبستگی درونی آن برابر با ۰/۹۲، ثبات درونی زیادی را نشان می‌دهد. سنجش روایی از طریق مقایسهٔ ارزیابی کمّی متخصص بالینی با نمرات حاصل از عملکرد آزمودنی‌ها در پرسشنامهٔ مدنظر، نشان‌دهندهٔ روایی خوب این پرسشنامه است (p<۰/۰۰۱، r=۰/۷۲). همچنین ضریب پایایی آزمون‌ـ بازآزمون در نسخهٔ فارسی پرسشنامهٔ اضطراب بک (p<۰/۰۰۱، r=۰/۸۳) حاکی از آن است که این پرسشنامه می‌تواند در شرایط مختلف زمانی و مکانی نتایج قابل‌اعتمادی را در اختیار قرار دهد (۲۶).

ـ مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف: این مقیاس توسط ریف و کیز در سال ۱۹۹۵ با هدف ارزیابی و بررسی بهزیستی روان‌شناختی ارائه شد (۲۳). این مقیاس ۱۸ سؤال دارد که از شش خرده‌مقیاس استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدف‌مندی در

[1]. Beck Anxiety Inventory
[2]. Ryff Psychological Well-Being Scale
[3]. ENRICH Marital Satisfaction Scale
[4]. Beck Anxiety Inventory

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.204.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.193]

زندگی و پذیرش خود تشکیل شده است. مقیاس به‌صورت طیف لیکرت از کاملاً مخالف=۱، تاحدی مخالف=۲، کمی مخالف=۳، کمی موافق=۴، تاحدی موافق=۵، تا کاملاً موافق=۶ متغیر است. در این مقیاس، نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. همبستگی نسخهٔ کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف با مقیاس اصلی از ۰/۷۱ تا ۰/۸۹ در نوسان بود (۲۳). ریف در مطالعات خود با استفاده از روش آلفای کرونباخ، پایایی مقیاس را مناسب گزارش داد؛ بدین صورت که دامنهٔ ضرایب ۰/۷۲ تا ۰/۸۹ را برای مؤلفه‌های بهزیستی به دست داد (به‌نقل از ۲۷). این ابزار در ایران توسط بیانی و همکاران با ضریب پایایی کلی ۰/۸۲ و برای خرده‌مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به‌ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۰ و ۰/۷۸ هنجاریابی شد (۲۸).

ـ مقیاس رضایت زناشویی انریچ: این مقیاس در سال ۱۹۸۹ توسط فاورز و اولسون تهیه شد (۲۴). این مقیاس ۴۷ سؤال و دوازده خرده‌مقیاس دارد که عبارت است از: پاسخ قراردادی؛ رضایت زناشویی؛ مسائل شخصیتی؛ ارتباط زناشویی؛ حل تعارض؛ نظارت مالی؛ فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت؛ روابط جنسی؛ ازدواج و فرزندان؛ بستگان و دوستان؛ نقش‌های مساوات‌طلبی؛ جهت‌گیری عقیدتی. این ابزار به‌صورت طیف لیکرت ۵گزینه‌ای (کاملاً موافق، موافق، نه موافق و نه مخالف، مخالف، کاملاً مخالف) است و به هریک از ۱تا۵ امتیاز داده می‌شود. کسب نمرهٔ بیشتر در پرسشنامه به‌معنای رضایت زناشویی بیشتر فرد است (۲۴). ضریب آلفای کرونباخ مقیاس رضایت زناشویی انریچ در گزارش فاورز و اولسون، برای خرده‌مقیاس‌های آن بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۵ به‌دست آمد (۲۴). در پژوهش عرب علیدوستی و همکاران، ضریب آلفای نسخهٔ فارسی خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه از ۰/۶۸ (برای نقش‌های مساوات‌طلبی) تا ۰/۸۶ (برای رضایت زناشویی) با میانگین ۰/۷۹ بود. اعتبار بازآزمایی پرسشنامه در فاصلهٔ چهار هفته بین ۰/۷۷ (برای فعالیت‌های اوقات فراغت) تا ۰/۹۲ (برای روابط جنسی و تحریف آرمانی) با میانگین ۰/۸۶ به‌دست آمد (۲۹).

برای گروه آزمایش درمان شناختی‌رفتاری در هشت جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای و هفته‌ای یک بار به‌مدت دو ماه براساس بستهٔ آموزشی آرک اجرا شد (۳۰). روایی این پروتکل توسط سازندگان آن به تأیید رسید و از روایی صوری و محتوایی مطلوبی برخوردار است (۳۰). همچنین روایی محتوایی این بستهٔ آموزشی در پژوهش حاضر توسط پنج تن از متخصصان روان‌شناسی با میزان تحصیلات دکترای روان‌شناسی و سابقهٔ کار بالینی بیشتر از ده سال دانشگاه آزاد واحد بین‌الملل کیش تأیید شد و سپس در این پژوهش به‌کار رفت. در جدول ۱ خلاصه‌ای از جلسات درمان شناختی‌رفتاری ارائه شده است.

جدول ۱. جلسات درمان شناختی‌رفتاری

جلسات	محتوای جلسات
اول	معارفه و بحث راجع به رضایت زناشویی در دوران بارداری و عوارض رعایت‌نکردن آن. تکالیف: تمرین آرمیدگی تخیلی هدایت‌شده.
دوم و سوم	ارتباط بین افکار و احساسات، راه‌های شناخت افکار غیرمنطقی و توضیح دربارهٔ خطاهای پردازش، آموزش ارزیابی مجدد افکار و چالش آن‌ها به‌عنوان راهکارهایی جهت تغییر افکار غیرمنطقی زنان باردار ارائه شد. تکالیف: تمرین شناسایی خطاهای منطقی.
چهارم	نقش رضایت زناشویی کم در کاهش سلامت روانی و بروز اختلالات روانی همچون افسردگی و اضطراب و به‌تبع آن نامطلوب‌بودن کیفیت زندگی. تکالیف: تمرین فعالیت‌های جالب و مورد علاقه.
پنجم و ششم	آموزش شیوهٔ حل مسئله، روابط اجتماعی و میان‌فردی و نقش فعالیت‌های جسمانی در افزایش احساس سلامت روانی، خودکنترلی، کیفیت زندگی و کاهش سوگیری توجه. تکالیف: تمرین تکنیک بهبود پردازش هیجانی.
هفتم	راهکارهایی برای ایجاد باورهای خودکارآمدی در موقعیت‌های استرس‌زا و ایجاد سلامت روانی مطلوب. تکالیف: تمرین افکار درمقابل واقعیت‌های احتمالی.
هشتم	مرور کلی و تمرین مهارت‌های آموخته‌شده در جلسات برای گروه آزمایش، اجرای پس‌آزمون، اختتامیه.

در بخش آمار توصیفی از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. شایان ذکر است به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های آزمون استنباطی از آزمون لون (برای بررسی همگنی واریانس‌ها)، آزمون کولموگروف‌اسمیرنف (به‌منظور نرمال‌بودن توزیع داده‌ها)، آزمون ام‌باکس و آزمون کرویت موچلی استفاده شد. به‌منظور مقایسهٔ دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن و تحصیلات)، آزمون خی‌دو به‌کار رفت. تحلیل‌های آماری مذکور با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ اجرا شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین، انحراف معیار، تعداد آزمودنی‌های نمونه، جدول فراوانی و درصد است.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.204.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.193]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.204.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.193]

جدول ۲. توزیع فراوانی و مقایسهٔ مشخصات دموگرافیک گروه‌های پژوهش

متغیر	سطح متغیر	آزمایش	گواه	مقدار احتمال
		فراوانی (درصد فراوانی)	فراوانی (درصد فراوانی)	
گروه سنی	۲۰تا۳۰ سال	۶ (۴۰)	۴ (۲۶/۷)	۰/۳۱۱
	۳۱تا۳۵ سال	۹ (۶۰)	۱۱ (۷۳/۳)	
سطح تحصیلات	کمتر از دیپلم	۱۱ (۷۳/۳)	۱۴ (۹۳/۳)	۰/۱۹۸
	فوق‌دیپلم	۲ (۱۳/۳)	۰ (۰/۰)	
	کارشناسی	۲ (۱۳/۳)	۱ (۶/۷)	

نتایج مربوط به توزیع فراوانی و مقایسهٔ مشخصات دموگرافیک آزمودنی‌های این تحقیق در جدول ۲ ارائه شده است. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری باهم از نظر متغیرهای سن (p=۰/۳۱۱) و سطح تحصیلات (p=۰/۱۹۸) نداشتند.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب	آزمایش	۲۱/۸۵	۶/۳۵	۱۷/۷۵	۵/۸۲	۱۷/۳۴	۵/۶۷
	گواه	۲۳/۵۵	۷/۳۸	۲۳/۴۵	۷/۲۸	۲۳/۵۰	۷/۳۰
بهزیستی روان‌شناختی	آزمایش	۶۶/۹۵	۷/۶۰	۷۹/۹۵	۷/۷۲	۷۹/۹۹	۷/۷۴
	گواه	۶۸/۹۱	۱۱/۳۰	۶۹/۴۰	۱۱/۳۳	۶۹/۴۶	۱۱/۳۸
رضایت زناشویی	آزمایش	۱۵۰/۱۱	۲۴/۱۴	۱۷۶/۲۵	۱۹/۴۵	۱۷۶/۴۵	۱۹/۶۶
	گواه	۱۴۸/۵۵	۲۸/۰۳	۱۴۹/۵۳	۲۷/۴۰	۱۴۹/۶۸	۲۷/۴۷

جدول ۴. نتایج روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیر زمان و گروه بر متغیرهای اضطراب، بهزیستی روان‌شناختی و رضایت زناشویی

مقیاس	منبع متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	مجذور اتا
اضطراب	درون‌گروهی	زمان	۱۱۱۶/۷۶	۲	۵۸۳/۸۵	۱۶/۶۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۷
		زمان*گروه	۳۹/۴۶	۲	۱۷/۷۳	۱۳۹/۶۸	<۰/۰۰۱	۰/۸۳
		خطا	۷/۹۱	۵۶	۰/۱۴			
	بین‌گروهی	گروه	۶۹/۵۶	۱	۶۹/۵۶	۱۲/۷۰	<۰/۰۰۱	۰/۱۸
		خطا	۳۴۸/۸۸	۲۸	۱۲/۴۶			
بهزیستی روان‌شناختی	درون‌گروهی	زمان	۱۵۵۰/۰۳	۲	۷۷۵/۰۱	۷/۷۵	<۰/۰۰۱	۰/۲۱
		زمان*گروه	۴۲/۷۵	۱/۶۰	۲۶/۷۱	۶۹/۲۴	<۰/۰۰۱	۰/۷۱
		خطا	۱۷/۲۸	۴۴/۸۰	۰/۳۸			
	بین‌گروهی	گروه	۱۵۷/۳۴	۱	۱۵۷/۳۴	۳۰/۵۴	<۰/۰۰۱	۰/۳۴
		خطا	۱۲۴۳/۱۱	۲۸	۴۴/۳۹			
رضایت زناشویی	درون‌گروهی	زمان	۸۸۵۰/۶۳	۲	۴۴۲۵/۳۱	۷/۹۵	<۰/۰۰۱	۰/۲۲
		زمان*گروه	۱۲۴۳/۳۵	۱/۰۲	۱۲۱۱/۳۶	۶۷/۹۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۰
		خطا	۵۱۲/۱۷	۲۸/۷۳	۱۷/۸۲			
	بین‌گروهی	گروه	۴۸۶۹/۳۷	۱	۴۸۶۹/۳۷	۵۵/۸۱	<۰/۰۰۱	۰/۶۶
		خطا	۲۴۴۲/۸۸	۲۸	۸۷/۲۴			

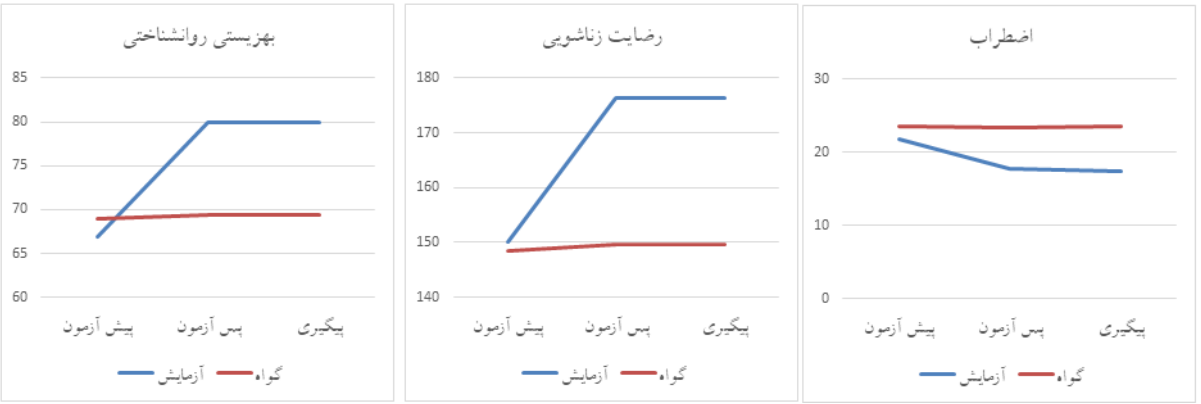
قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، برای رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های ام‌باکس، کرویت موچلی، کولموگروف‌اسمیرنف و لون بررسی شد. ازآنجاکه آزمون ام‌باکس برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود ($p>۰/۰۵$)، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس‌ـ‌کوواریانس رد نشد. نتایج آزمون کولموگروف‌اسمیرنف مشخص کرد، دو گروه از توزیع نرمال برخوردار بودند ($p>۰/۰۵$)؛ همچنین معنادارنبودن هیچ‌یک از متغیرها در آزمون لون نشان داد که شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی رعایت شد و میزان واریانس خطای متغیر وابسته در تمام گروه‌ها مساوی بود ($p>۰/۰۵$)؛ درنهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد که این آزمون نیز برای متغیرهای پژوهش معنادار بود؛ بنابراین فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها (فرض کرویت) رد شد ($p<۰/۰۰۱$)؛ ازاین‌رو از آزمون گرین‌هاوس‌گیزر به‌منظور بررسی نتایج آزمون تک‌متغیره برای اثرات درون‌گروهی و اثرات متقابل استفاده شد. همچنین آزمون گرین‌هاوس‌گیزر با مقداری برابر با ۰/۱۲ ($p<۰/۰۰۱$) تفاوت معناداری را میان نمرات اثربخشی آموزش شناختی‌رفتاری بر بهبود اضطراب، بهزیستی روان‌شناختی و رضایت زناشویی در گروه‌های آزمایش و گواه در سطح معناداری ۰/۰۵ نشان داد؛ ازاین‌رو بیانگر آن بود که میانگین آزمون‌ها از نظر اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری داشت.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که در متغیر اضطراب، تحلیل واریانس برای عامل درون‌گروهی (زمان) ($p<۰/۰۰۱$)، عامل بین‌گروهی ($p<۰/۰۰۱$) و اثر متقابل گروه و زمان ($p<۰/۰۰۱$) معنادار بود. میزان تأثیر مداخله ۰/۱۸ به‌دست آمد؛ همچنین در متغیر بهزیستی روان‌شناختی، تحلیل واریانس برای عامل درون‌گروهی (زمان) ($p<۰/۰۰۱$)، عامل بین‌گروهی ($p<۰/۰۰۱$) و اثر متقابل گروه و زمان ($p<۰/۰۰۱$) معنادار بود. میزان تأثیر مداخله برای این متغیر ۰/۳۴ به‌دست آمد. علاوه‌براین، نتایج مربوط به متغیر رضایت زناشویی بیانگر آن بود که تحلیل واریانس برای عامل درون‌گروهی (زمان) ($p<۰/۰۰۱$)، عامل بین‌گروهی ($p<۰/۰۰۱$) و اثر متقابل گروه و زمان ($p<۰/۰۰۱$) معنادار بود. اندازهٔ اثر مداخله برای این متغیر ۰/۶۶ به‌دست آمد. برای مقایسهٔ زوجی مراحل از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به‌منظور مقایسهٔ زوجی مراحل آزمون برای متغیرهای پژوهش به‌تفکیک گروه

متغیر	گروه	مراحل	اختلاف میانگین‌های هر دوره	
			پس‌آزمون	پیگیری
اضطراب	آزمایش	پیش‌آزمون	۵/۷۰*ـ	۱/۵۳*
		پس‌آزمون	ـ	۰/۱۳
	گواه	پیش‌آزمون	۰/۰۴	۰/۱۰
		پس‌آزمون	ـ	۰/۰۸
بهزیستی روان‌شناختی	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۰/۵۵*	۲/۱۳*ـ
		پس‌آزمون	ـ	۰/۰۶
	گواه	پیش‌آزمون	۰/۰۵ـ	۰/۰۷ـ
		پس‌آزمون	ـ	۰/۰۴
رضایت زناشویی	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۶/۷۵*	۸/۰۰*
		پس‌آزمون	ـ	۰/۳۰ـ
	گواه	پیش‌آزمون	۰/۰۲	۰/۱۱
		پس‌آزمون	ـ	۰/۰۸

*$p<۰/۰۵$



نمودار ۱. مقایسهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری رضایت زناشویی، اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی در گروه آزمایش و گروه گواه

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.204.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.193]

نتایج جدول ۵ و نمودار ۱ نشان می‌دهد، نمرات متغیر اضطراب در گروه آزمایش و در مرحلهٔ پس‌آزمون کمتر از پیش‌آزمون بود ($p<۰/۰۰۱$). نتایج مشخص کرد که اضطراب در مرحلهٔ پیگیری، تفاوت معناداری با مرحلهٔ پیش‌آزمون داشت ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد ($p>۰/۰۵$)؛ همچنین نمرات متغیر رضایت زناشویی در گروه آزمایش و در مرحلهٔ پس‌آزمون بیشتر از پیش‌آزمون بود ($p<۰/۰۰۱$). نتایج نشان داد که رضایت زناشویی در مرحلهٔ پیگیری، تفاوت معناداری با مرحلهٔ پیش‌آزمون داشت ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد ($p>۰/۰۵$). نتایج نشان داد، نمرات متغیر بهزیستی روان‌شناختی در گروه آزمایش و در مرحلهٔ پس‌آزمون بیشتر از پیش‌آزمون بود ($p<۰/۰۰۱$) و بهزیستی روان‌شناختی در مرحلهٔ پیگیری، تفاوت معناداری با مرحلهٔ پیش‌آزمون داشت ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد ($p>۰/۰۵$). نتایج حاکی‌از این است که اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری در مرحلهٔ پیگیری برای هر سه متغیر اضطراب، بهزیستی روان‌شناختی و رضایت زناشویی ماندگار بود.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر میزان اضطراب، بهزیستی روان‌شناختی و رضایت زناشویی مادران باردار نخست‌زا بود. به‌طورکلی یافته‌ها نشان داد، درمان شناختی‌رفتاری بر کاهش میزان اضطراب و افزایش بهزیستی روان‌شناختی و رضایت زناشویی مادران باردار نخست‌زا تأثیر داشت.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، درمان شناختی‌رفتاری بر کاهش اضطراب مادران باردار نخست‌زا مؤثر بود. این یافته‌ها با نتایج پژوهش کارپنتر و همکاران مبنی‌بر اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر اضطراب و اختلالات مرتبط (۱۹) همسوست. در تبیین اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر اضطراب مادران باردار نخست‌زا می‌توان گفت، بسیاری از اختلالات روحی‌روانی زنان باردار به ناآگاهی زنان از تغییرات طبیعی که بارداری در جسم و روحشان به‌وجود می‌آورد و نیز ناآگاهی یا داشتن اطلاعات غلط از فرایند بارداری و زایمان مربوط می‌شود؛ ازاین‌رو زنان بارداری که اولین تجربهٔ بارداری و نخستین زایمان خود را دارند، درمقایسه با بقیه دارای مشکل بیشتری هستند؛ ازجمله میزان اضطراب این گروه از زنان باردار بیشتر از زنان باردار دارای تجربهٔ زایمان است. وقتی این زنان تحت درمان به‌روش شناختی‌رفتاری قرار می‌گیرند، دربارهٔ شرایط کلی دوران بارداری و تجربیاتی که برای اغلب افراد اتفاق می‌افتد، آشنایی پیدا می‌کنند (۱۲). درمان شناختی‌رفتاری، نوعی روان‌درمانی ساختاریافتهٔ کوتاه‌مدت است که از مشارکت فعال مراجع و درمانگر برای رسیدن به اهداف کمک می‌گیرد و گرایش آن به مسائل جاری و حل آن‌ها است. مطالعات مرتبط بیانگر تأثیر درمان شناختی‌رفتاری بر اضطراب موارد خاص است؛ ازجمله می‌توان به مؤثربودن این درمان بر اضطراب خانم‌های تحت درمان تلقیح داخل رحمی اشاره کرد. همچنین گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری بر درمان اختلال اضطراب (۱۶)، افسردگی (۱۷) و ایجاد امیدواری در زنان مبتلا به سرطان سینه (۱۸) مؤثر واقع شده است؛ بنابراین با استفاده از این روش درمانی زنان باردار دارای اضطراب، از درمانگر خود کمک می‌گیرند و دربارهٔ مسائل جاری و راه‌حل‌ها آگاهی پیدا می‌کنند (۱۳).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، درمان شناختی‌رفتاری بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی مادران باردار نخست‌زا تأثیر داشت. این یافته‌ها با نتایج پژوهش کلندری و همکاران مبنی‌بر اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس (۲۰) همسوست. در تبیین اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی مادران باردار نخست‌زا می‌توان گفت که بهزیستی، حالت رضایت از شادبودن، سلامتی و موفقیت است که به تجربه و عملکرد روان‌شناختی مطلوب اشاره می‌کند. بهزیستی روان‌شناختی به کیفیت تجربه‌شدهٔ زندگی اشاره دارد و منعکس‌کنندهٔ عملکرد و تجربهٔ روان‌شناختی مطلوب است. براساس الگوی ریف، بهزیستی روان‌شناختی از شش عامل پذیرش خود، رابطهٔ مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدف‌مند، رشد شخصی و تسلط بر محیط تشکیل می‌شود (۲۸). در این الگو افراد با احساس بهزیستی روانی کم، حوادث و موقعیت زندگی‌شان را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و بیشتر هیجان‌های منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می‌کنند. این امر می‌تواند منجربه مشکلات سازگاری زناشویی در دوران بارداری و پس از آن شود (۱۳). در رویکرد درمانی شناختی‌رفتاری، روش‌های بازاندیشی و رفتار مبتنی‌بر شناخت به بیمار آموخته می‌شود و او متناسب با آموزشی که دریافت می‌کند، نگرش جدیدی به شرایط و وضعیت زندگی خود و جهان پیرامون خود پیدا می‌کند و متعاقب آن از نگرانی‌ها و اضطراب وی کاسته می‌شود؛ همچنین سبک زندگی خود را به‌گونه‌ای تنظیم می‌کند تا زندگی دلخواه و مطلوبی داشته باشد و از زندگی لذت ببرد؛ به این ترتیب بهزیستی روان‌شناختی زنان تحت درمان به روش شناختی‌رفتاری افزایش می‌یابد (۱۵).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، درمان شناختی‌رفتاری بر افزایش رضایت زناشویی مادران باردار نخست‌زا تأثیر داشت. این یافته با نتایج پژوهش طوسی و همکاران مبنی‌بر اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر افسردگی و رضایت از زندگی در مادران دارای کودک بستری در بیمارستان روانی (۲۱) همسوست. در تبیین اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر رضایت زناشویی مادران باردار نخست‌زا می‌توان گفت، آنچه در ازدواج بیش از هر چیز مهم است، سازگاری زناشویی و رضایت از ازدواج است و رضایت زناشویی به میزان تأمین نیازها و آرزوهای همسران توسط یکدیگر بستگی دارد (۱۲). می‌توان رضایت زناشویی را به‌عنوان موقعیتی روان‌شناختی در نظر گرفت که خودبه‌خود به‌وجود نمی‌آید؛ بلکه مستلزم تلاش هر دو زوج است. رضایت از زندگی زناشویی احساس عینی از خشنودی، رضایت و لذت تجربه‌شده توسط زن یا مرد است (۲۶). این احساس در دوره‌های مختلف زندگی متفاوت است؛ اما حاملگی بدون‌شک می‌تواند با ایجاد تنیدگی و استرس، به کاهش بهزیستی روان‌شناختی منجر شود. تنش حاصل از دوران بارداری بر روابط فردی، اجتماعی و زناشویی تأثیر می‌گذارد و می‌تواند موجب نبود تعادل روانی زوجین و افزایش اضطراب در دوران بارداری شود (۱۲) که این عوامل می‌تواند بر رضایت زناشویی

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.204.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.193]

تأثیرگذار باشد. زنان تحت درمان به روش شناختی‌رفتاری با بازشناسی تفکرات و رفتارهای خود دربارهٔ شرایط زندگی و وضعیت خویش، به‌ویژه دوران بارداری و تصورات زندگی بعد از تولد فرزند، دیدی مثبت‌تر به زندگی پیدا می‌کنند و توجه بیشتر همسر به خود را در دوران بارداری، نشان از عشق و محبت بیشتر و در پیش‌روبودن زندگی بهتر بعد از تولد فرزند می‌دانند؛ مجموعهٔ این عوامل موجب می‌شود تا میزان رضایت زناشویی این گروه از زنان افزایش یابد (۱۹).

ازجمله محدودیت‌های این پژوهش محدودیت نبود دسترسی به حجم گسترده از افراد جامعهٔ آماری زنان باردار نخست‌زا، محدودیت کنترل‌نشدن متغیرهای بیرونی نظیر شرایط اقتصادی، اجتماعی و عاطفی خانوادهٔ مؤثر بر متغیرهای وابستهٔ تحقیق و ضعیف‌بودن طرح‌های مقایسهٔ پیش‌آزمون بود. پیشنهاد می‌شود، پژوهش‌هایی در زمینهٔ میزان آشنایی پزشکان متخصص زنان و مراقبان بهداشت دوران بارداری زنان با روش درمانی شناختی‌رفتاری و نگرش آن‌ها به کارایی این روش درمانی انجام شود؛ همچنین دربارهٔ راهکارهای آموزش مجازی زنان باردار با استفاده از روش‌های درمانی شناختی‌رفتاری مطالعه شود و تأثیر روش درمانی شناختی‌رفتاری بر سلامت جسمی و روانی زنان باردار در کل دوران بارداری بررسی شود.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این پژوهش نتیجه‌گیری می‌شود، روش درمان شناختی‌رفتاری بر کاهش میزان اضطراب و افزایش بهزیستی روان‌شناختی و رضایت زناشویی مادران باردار نخست‌زا مؤثر است و می‌توان از این روش درجهت بهبود مشکلات روان‌شناختی مادران باردار استفاده کرد. همچنین باتوجه به تأثیر کوتاه‌مدت روش‌های دارویی و احتمال بروز عوارض جانبی درازمدت در مادر و کودک، تمرکز بر درمان‌های غیردارویی مانند درمان شناختی‌رفتاری می‌تواند به‌عنوان رویکردی مناسب برای ارتقای رضایت زناشویی، بهزیستی روان‌شناختی و کاهش هیجان‌های منفی دوران بارداری استفاده شود.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی بیماران شرکت‌کننده در پژوهش، مدیر مرکز بهداشتی درمانی (مراکز بهداشتی درمانی بوعلی و حضرت امیر شهر تهران) که در این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از پایان‌نامهٔ رسالهٔ دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌المللی کیش است. مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شده از مرکز مشاورهٔ دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌المللی کیش صادر شد. در این پژوهش این ملاحظات اخلاقی رعایت شد: تمامی افراد به‌صورت کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت کردند؛ این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

داده‌های نتایج گزارش شده در مقاله نزد نویسندهٔ مسئول نگهداری می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

اعتبار مالی برای انجام این پژوهش از منابع شخصی تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول پژوهش ارائهٔ ایدهٔ پژوهشی و انجام آن، جمع‌آوری داده‌ها، مسئولیت طراحی مقاله و نگارش آن را برعهده داشت. نویسندهٔ دوم به‌عنوان استاد راهنما و نویسندهٔ مسئول مقاله در ارائهٔ ایدهٔ پژوهشی و تمامی مراحل انجام پژوهش ازقبیل تدوین پژوهش، آنالیز و تحلیل داده‌ها و بازبینی و مرور نقادانهٔ مقاله همکاری داشت. نویسندهٔ سوم به‌عنوان مشاور پژوهش تمامی مراحل مطالعه را بازبینی کرد و در روش انجام پژوهش، بازنگری متن و آنالیز داده‌ها مشارکت داشت. نویسندهٔ چهارم نیز در بازنگری متن و راهنمایی برای انجام پژوهش همکاری داشت. همهٔ نویسندگان، نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را مطالعه و تأیید کردند.

References

1. Fathi A, Rostami H, Pourfathiyeh A, Mohammadi S, Khanalizadeh R. Investigating the relationship between marital satisfaction and pregnancy concerns in pregnant women. Nursing And Midwifery Journal. 2020;18(1):11-9. [Persian] http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-4022-en.html
2. Christian LM, Carroll JE, Teti DM, Hall MH. Maternal sleep in pregnancy and postpartum part I: mental, physical, and interpersonal consequences. Current Psychiatry Reports. 2019;21(3):1-8. doi.org/10.1007/s11920-019-0999-y
3. Bhatia P, Chhabra S. Physiological and anatomical changes of pregnancy: Implications for anaesthesia. Indian Journal of Anaesthesia. 2018;62(9):651. DOI: 10.4103/ija.IJA_458_18
4. Cai C, Vandermeer B, Khurana R, Nerenberg K, Featherstone R, Sebastianski M, Davenport MH. The impact of occupational activities during pregnancy on pregnancy outcomes: a systematic review and metaanalysis. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2020;222(3):224-38. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.08.059

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.204.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.193]

5. Khodakarami B, Masoomi S Z, Asadi R. The status and marital satisfaction factors in nulliparous pregnant females attending clinics in Asadabad city during Years 2015 and 2016. Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty. 2016;25(1):52-9. [Persian]. DOI: 10.21859/nmj-25017
6. Talaizadeh F, Bakhtiyarpour S. The relationship between marital satisfaction and sexual satisfaction with couple mental health. Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology. 2016. 9(40): 37-46. [Persian]. https://jtbcp.riau.ac.ir/article_939.html
7. Zaree E, Taheri M, Izadni N, Mansouri Sh, Younesi SJ, Davarmanesh A, Salehi M. Comparison of marital satisfaction of teachers of mentally retarded and normal children. Education and Social Behavior Scholar. 2011;45:61-71. [Persian]. http://tlr.shahed.ac.ir/article_2301.html
8. Habibi S, Fazel A, Fouladchang M. The relationship between marital satisfaction, general health and psychological stress in culturally employed women and non-employed women in Shiraz. Indian Journal of Health & Wellbeing. 2021;12(2):221-5.
9. Wilson SJ, Bailey BE, Malarkey WB, Kiecolt-Glaser JK. Linking marital support to aging-related biomarkers: Both age and marital quality matter. The Journals of Gerontology: Series B. 2021;76(2):273-82. DOI: 10.1093/geronb/gbz106
10. Kazemi A, Ranaei F, Moradi G. Related factors for marital satisfaction in primigravida women referred to Sanandaj comprehensive health centers in 2018. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty. 2021;6(3):25-35. [Persian]. http://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-356-en.html
11. Mortazavi F, Mehrabadi M, KiaeeTabar R. Pregnant women's wellbeing and worry during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. BMC Pregnancy and Childbirth. 2021;21:59. https://doi.org/10.1186/s12884-021-03548-4
12. Shahtaheri E, Jomehri F, Niknam M, Rafieipour A. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction program on anxiety, and psychological wellbeing of nulliparous pregnant women. Journal of Health Research in Community. 2021;7(1):46-56. [Persian]. http://jhc.mazums.ac.ir/article-1-552-en.html
13. Rahimi F, Ahmadi M, Rosta F, Alavimajd H, Valiani M. Investigating the effect of progressive muscle relaxation training on infants outcome in high risk pregnant women. Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2018;25(6):10-20. [Persian]. http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-3129-en.html
14. Akhlaghi F. Relation between depression, anxiety, self-esteem, marital satisfaction, demographical factor and maternal complications with fear of childbirth in nulliparous women. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2012;14(54):31-122. [Persian]. https://jfmh.mums.ac.ir/?_action=articleInfo&article=982&lang=en
15. Nasiri Kanari F, Alivandi Vafa M. The prediction of pregnancy anxiety on the basis of subjective wellbeing and happiness of pregnant women in Tabriz. Depiction of Health. 2017;8(1):34-43. https://doh.tbzmed.ac.ir/Article/doh-179
16. Otte C. Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. Dialogues Clin Neurosci. 2011;13(4):413-21. DOI: 10.31887/DCNS.2011.13.4/cotte
17. Webb CA, Auerbach RP, Bondy E, Stanton CH, Appleman L, Pizzagalli DA. Reward-related neural predictors and mechanisms of symptom change in cognitive behavioral therapy for depressed adolescent girls. Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging. 2021;6(1):39-49. https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2020.07.010
18. Mokrivala M, Farahbakhsh K, Salimi Bajestani H, Yunesi Burujeni J. The effectiveness of gestalt therapy exclusively and in combination with cognitive-behavioral therapy on hope and pain intensity in women with breast cancer. Journal of Client-Centered Nursing Care. 2022;8(3):199-208. [Persian]. https://jccnc.iums.ac.ir/article-1-368-en.html
19. Carpenter JK, Andrews LA, Witcraft SM, Powers MB, Smits JA, Hofmann SG. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. Depression and anxiety. 2018;35(6):502-14. DOI: 10.1002/da.22728
20. Calandri E, Graziano F, Borghi M, Bonino S. Improving the quality of life and psychological wellbeing of recently diagnosed multiple sclerosis patients: preliminary evaluation of a group-based cognitive behavioral intervention. Disabil Rehabil. 2017;39(15):1474–81. doi: 10.1080/09638288.2016.1198430
21. Toosi K, Amiri M. The efficacy of cognitive-behavioral therapy on depression and life satisfaction in mothers with children admitted to psychiatric hospital. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2018;20(4):263–70. [Persian] DOI: 10.22038/jfmh.2018.11047
22. Beck AT, Steer RA. Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton anxiety Rating Scale with anxious outpatients. Journal of Anxiety Disorders. 1991;5(3):213-23. DOI: 10.1016/0887-6185(91)90002-B
23. Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological wellbeing revisited. J Pers Soc Psychol. 1995;69(4):719–27. doi: 10.1037//0022-3514.69.4.719
24. Fowers BJ, Olson DH. ENRICH Marital Inventory: a discriminant validity and cross-validation assessment. J Marital Fam Ther. 1989;15(1):65–79. DOI: 10.1111/j.1752-0606.1989.tb00777.x

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.204.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.193]

25. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol. 1988;56(6):893-7. DOI: 10.1037//0022-006x.56.6.893
26. Kaviani H, Mousavi A S. Psychometric property of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). Tehran University Medical Journal. 2008;66(2):136–40. [Persian] https://tumj.tums.ac.ir/article-1-641-en.pdf
27. Sadati Firozabdi S, Moltafet GH. Investigating the psychometric indicators of Ryff's Psychological Wellbeing Scale in high school students of gifted schools: reliability, validity and factor structure. Educational Measurement Quarterly. 2017;7(27):103-19. [Persian] doi.org/10.22054/jem.2017.11432.1332
28. Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability, and validity of Ryff's Psychological Wellbeing Scales. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2008;14(2):146–51. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-464-en.pdf
29. Arab Alidousti A, Nakhaee N, Khanjani N. Reliability and validity of the Persian versions of the ENRICH marital satisfaction (Brief version) and Kansas marital satisfaction scales. Health and Development Journal. 2015;4(2):158–67. [Persian] http://jhad.kmu.ac.ir/article_91375_6741ab3b21dfed36ea62dbc37e513806.pdf
30. Arch JJ. Cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy for anxiety: treatment preferences and credibility among pregnant and non-pregnant women. Behav Res Ther. 2014;52:53–60. DOI: 10.1016/j.brat.2013.11.003

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.204.3]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.193]