

Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral and Emotionally Focused Couple Therapy on Perceived Stress and Marital Satisfaction among Primiparous Pregnant Women

Amini M¹, Guodarzi M*², Shahgheibi Sh³

1. Department of Counseling, Faculty of Humanities, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran

2. Department of Family Counseling, Faculty of Humanities, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran

3. Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

* *Corresponding author.* Tel: +989144445008, E-mail: mg.sauc@gmail.com

Received: May 08, 2022 Accepted: Nov 06, 2022

ABSTRACT

Background & aim: Pregnancy causes several physical and psychological changes. Therefore, pregnant women may face with numerous issues and problems including stress and marital dissatisfaction. This study was conducted to compare the effectiveness of two cognitive-behavioral and emotion-oriented couple therapy training methods on perceived stress and marital satisfaction in primiparous women.

Methods: In a semi-experimental design using a pre-test and post-test with the control group plan, 60 pregnant women were chosen by considering the inclusion criteria, and then they randomly divided into three 20-subject groups (two experimental groups and one control group). The Experimental groups were trained on cognitive-behavioral and emotionally focused in 8 sessions of 90 minutes, while the control group did not receive any training during this time. The tools which are used to collect data were the Perceived Stress Scale of Cohen and Enrich Marital Satisfaction questionnaire. Data were analyzed by using mean, multivariate analysis of covariance in SPSS software version 23 at a significance level of 0.05.

Results: Findings showed that both cognitive-behavioral and emotionally focused approaches are practical on perceived stress, marital satisfaction (and its subscales) ($p < 0.05$). Cognitive-behavioral couple therapy (17.6 ± 2.99) was more effective than emotionally focused therapy (24.8 ± 4.74) on perceived stress ($p < 0.05$). On the other hand, emotionally focused couple therapy (158.7 ± 6.64) was more effective than cognitive-behavioral therapy (144.9 ± 4.9) on marital satisfaction and some of its components including personality issues and marital relationship.

Conclusion: Due to the greater effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy on perceived stress and also the greater effectiveness of emotionally focused couple therapy on marital satisfaction, they reduce stress and improve marital satisfaction and then can be used as effective methods during pregnancy.

Keywords: Marital Satisfaction, Pregnant Women, Cognitive-Behavioral Therapy, Emotionally Focused Therapy, Perceived Stress

مقایسه اثربخشی دو روش آموزش زوج درمانی شناختی- رفتاری و هیجان مدار بر استرس ادراک شده و رضایت زناشویی زنان باردار نخست زا

محمد امینی^۱، محمود گودرزی^۲، شعله شاه غیبی^۳

۱. گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران

۲. گروه مشاوره خانواده، دانشکده علوم انسانی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران

۳. گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۴۴۴۵۰۰۸ ایمیل: mg.sauc@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: دوران بارداری با تغییرات جسمانی و روانشناختی بسیاری همراه است. بنابراین زنان باردار ممکن است با مشکلات زیادی از جمله افزایش استرس و کاهش رضایت زناشویی مواجه شوند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی دو روش آموزش زوج درمانی شناختی- رفتاری و هیجان مدار بر استرس ادراک شده و رضایت زناشویی زنان باردار انجام شد.

روش کار: طی یک پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و با گروه کنترل، از بین زنان باردار نخست‌زای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر بوکان در مهرماه سال ۱۳۹۸ با لحاظ نمودن ملاک های ورود به پژوهش، به شیوه نمونه گیری در دسترس ۶۰ نفر انتخاب و به روش تصادفی در سه گروه ۲۰ نفره (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. شرکت کننده های گروه های آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای، تحت آموزش زوج درمانی شناختی- رفتاری و هیجان مدار قرار گرفتند و گروه کنترل در این مدت آموزشی دریافت نکردند. ابزار مورد استفاده جهت جمع آوری داده ها پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن و رضایت زناشویی انریچ بود. داده ها با استفاده از میانگین و تحلیل کواریانس چند متغیره به کمک نرم افزار SPSS-23 در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شد.

یافته ها: براساس یافته ها، هر دو رویکرد شناختی- رفتاری و هیجان مدار بر استرس ادراک شده و رضایت زناشویی و خرده مقیاس های آن تاثیر معنی داری داشتند ($p < ۰/۰۵$). روش زوج درمانی شناختی- رفتاری ($۶/۱۷ \pm ۹۹/۲$) در مقایسه با روش هیجان مدار ($۸/۲۴ \pm ۷۴/۴$) از کارایی بیشتری در کاهش استرس ادراک شده برخوردار بود؛ در حالی که رویکرد زوج درمانی هیجان مدار ($۷/۱۵۸ \pm ۶۴/۶$) نسبت به روش شناختی- رفتاری ($۹/۱۴۴ \pm ۹/۴$) اثربخشی بیشتری در رضایت زناشویی و برخی مولفه های آن (موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی) داشت.

نتیجه گیری: با توجه به اثربخشی بیشتر زوج درمانی شناختی- رفتاری بر استرس ادراک شده و همچنین کارایی بیشتر زوج درمانی هیجان مدار بر رضایت زناشویی در این پژوهش، می توان از این روش ها برای کاهش استرس و بهبود رضایت زناشویی در دوران بارداری به عنوان روش کارآمدتر استفاده کرد.

واژه های کلیدی: رویکرد شناختی- رفتاری، رویکرد هیجان مدار، استرس ادراک شده، رضایت زناشویی، زنان باردار

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۸/۱۵

دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۱۸

مقدمه

اجتماعی زیادی می شود (۱). این تغییرات، زن را تبدیل به فردی با ویژگی های جسمانی و روانی جدید می نماید که با تغییر در رفتارهای بهداشتی و سبک

بارداری و زایمان یک رویداد طبیعی در چرخه زندگی زنان است که منجر به تغییرات هیجانی، جسمانی و

زنشویی بر بهزیستی فرد تأثیر منفی گذاشته و منجر به پایین آمدن سطح شادکامی، رضایت از زندگی و عزت نفس شده و بطور کلی کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۸، ۱۹).

امروزه به منظور کاهش تعارضات زنشویی، بهبود کیفیت زندگی خانوادگی و رضایت زنشویی زوجین، رویکردهای آموزشی و روانشناختی مختلفی پدید آمده است (۱۷). از جمله این مداخلات می‌توان به رویکردهای زوج درمانی شناختی- رفتاری^۳ و هیجان‌مدار^۴ اشاره کرد. در همین زمینه مطالعات انجام شده حاکی از اثربخشی مثبت آموزش رویکرد شناختی- رفتاری بر کاهش استرس، اضطراب و سلامت روانی (۲۱، ۲۰، ۶)؛ سازگاری، صمیمیت و بهبود رضایت زنشویی (۲۸-۲۲)، کاهش تعارضات زنشویی (۲۹) و بهبود عملکرد جنسی و زنشویی (۳۱، ۳۰) می‌باشد. همچنین مطالعات پیشین در حوزه اثربخشی رویکرد زوج درمانی هیجان‌مدار نیز مؤید کارایی آن در زمینه‌های کاهش تعارض (۳۲)، بهبود کیفیت و رضایت زنشویی و کارکردهای مختل هیجانی و شناختی (۳۳)، تغییر سبک دلبستگی و افزایش صمیمیت جنسی، تغییر روابط زوجین و کاهش استرس زوجین (۳۴) می‌باشد.

رویکرد شناختی- رفتاری بر تعامل و ارتباط رفتاری زوجین و رفتارهای مشکل‌زا و آگاهی از آنها؛ توضیح و تشریح رابطه بین افکار و احساسات و رفتار افراد، تغییر توقعات، باورها و خطاهای شناختی و شناخت‌های غیرواقعی زوجین و بازسازی و تصحیح شناخت‌ها و انتساب‌های نادرست در تعامل‌های ارتباطی، بهره‌گیری از روش‌های خودآموز و آموزش مهارت‌های ارتباطی و حل مساله در تعامل‌های ارتباطی تاکید دارد (۳۵)؛ در حالی که رویکرد هیجان‌مدار، کمتر بر بعد شناختی و حل مسأله تاکید دارند و بیشتر بر تجربه، شناسایی و آگاهی از هیجان‌ات و ارتباطات و

زندگی همراه است (۲). استرس، بارزترین علامت در رفتارها و نشانه‌های بالینی زنان باردار است. مطالعات انجام شده در عصر حاضر در زمینه استرس و اضطراب دوران باردای حاکی از استرس و اضطراب ۲۵ تا ۵۰ درصدی بین زنان باردار می‌باشد (۴، ۳). استرس ادراک شده^۱ عبارت است از واکنش بدن به تغییری که مستلزم سازگاری یا پاسخ جسمی، ذهنی یا هیجانی می‌باشد (۵). بر اساس مطالعات، عواملی همچون مشکلات جسمی و روانی ناشی از بارداری، ترس از درد زایمان و سلامت مادر و نوزاد، شنیدن داستان‌های ترسناک از دیگران درباره زایمان، عوامل شخصیتی و روانی- اجتماعی، احساس درماندگی در پیش بینی روند زایمان، نظام‌های حمایتی موجود در جامعه، باورهای مذهبی و عوامل اقتصادی و اجتماعی در اضطراب و استرس زنان باردار مؤثر هستند (۴، ۳). از طرف دیگر، شواهد پژوهشی فراوانی وجود دارد که نشان می‌دهند، استرس و اضطراب دوران بارداری پیامدهایی برای جنین و مادر از جمله کم وزنی زمان تولد، تولد نارس یا حتی سقط جنین، اختلالات روانی مادر در دوران بعد از زایمان و اختلال تکامل روانشناختی کودک در سال‌های اولیه زندگی و همچنین زایمان‌های سخت و طولانی دارد (۱۱-۶).

علاوه بر آنچه گفته شد؛ رضایت زنشویی زوجین که خود از فاکتورهای پیش بین استرس و اضطراب دوران بارداری است (۱۳، ۱۲)، متغیری است که از ویژگی‌های دوران بارداری تأثیر می‌پذیرد (۱۵، ۱۴). رضایت زنشویی^۲، وجود رابطه دوستانه منطقی، تفاهم، درک یکدیگر و ارضای نیازهای مادی و معنوی زن و مرد است (۱۶). همچنین رضایت زنشویی مفهومی است که از سلامت شخص، وضعیت روانی، سطح استقلال، ارتباطات اجتماعی و ارتباط با محیط تأثیر می‌پذیرد (۱۷). پژوهش‌های پیشین در مورد این متغیر نشان می‌دهند که سطوح پایین رضایت

³ Cognitive-Behavioral

⁴ Emotionally Focused

¹ Perceived Stress

² Marital Dissatisfaction

واکنش‌های هیجانی زوجین و اصلاح و بازسازی و رشد واکنش‌های هیجانی در زمان حال متمرکز هستند و از این راه می‌خواهند چرخه‌های تعاملی معیوب زوجین را برداشته و چرخه‌های تعاملی جدیدی را جایگزین کنند (۳۶).

علیرغم پیشرفت‌های انجام شده در خصوص جنبه‌های فیزیولوژیک دوران بارداری، ابعاد روانشناختی زنان باردار به ندرت مورد توجه قرار گرفته است. از سوی دیگر، هر چند پژوهش‌های متعددی در زمینه اثربخشی آموزش رویکردهای شناختی-رفتاری و هیجان‌مدار بر رضایت زناشویی و استرس ادراک‌شده انجام شده است، اما مطالعات اندکی به مقایسه این دو رویکرد با همدیگر پرداخته‌اند. بر این اساس با توجه به چالش‌های روانشناختی، بیولوژیکی و اجتماعی مربوط به حاملگی و زایمان و توجه نسبتاً اندک به برنامه‌های پیشگیرانه در مورد استرس و مشکلات عاطفی و شناختی-رفتاری در دوران بارداری، علیرغم اثرات طولانی مدت آن بر جنین، مادر و خانواده، این افراد نیاز به حمایت و آموزش بیشتر و افزایش آگاهی از تغییرات جسمی و روانی خود در دوران بارداری دارند. بنابراین، این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی دو روش آموزش زوج درمانی شناختی-رفتاری و هیجان‌مدار بر استرس ادراک‌شده و رضایت زناشویی زنان باردار انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان باردار نخست‌زایی بود که به مراکز بهداشتی-درمانی شهر بوکان در مهرماه سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده و در آنجا پرونده بارداری داشتند. با در نظر گرفتن روش پژوهش و مراجعه به مطالعه مشابه (۱۷) و لحاظ کردن احتمال ریزش ۲۰ درصدی، تعداد نمونه برای هر گروه ۲۰ نفر برآورد شد. لذا تعداد ۶۰ زن باردار بر اساس معیار ورود از بین

جامعه آماری انتخاب و به روش تصادفی منظم در سه گروه کنترل (۲۰ نفر)، شناختی-رفتاری (۲۰ نفر) و هیجان‌مدار (۲۰ نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل تمایل به حضور در جلسات آموزشی، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، سن ۱۸ تا ۳۸ سال، داشتن حداقل ۱ سال و حداکثر ۸ سال زندگی مشترک، عدم اعتیاد به مواد مخدر و مشروبات الکلی، بارداری برای نخستین بار، سن حاملگی بین ۱۶ تا ۲۴ هفته، حاملگی با جنین تک قلو، حاملگی بدون سابقه ناباروری و ممنوعیت برای زایمان طبیعی، عدم پیشینه دریافت خدمات روان پزشکی، نداشتن تعارض‌های حاد و بحرانی در خانواده و تأیید سالم بودن جنین از طریق سونوگرافی بودند. تشخیص بارداری غیرطبیعی یا خطر سقط جنین طبق سونوگرافی، غیبت بیش از سه جلسه و تعارضات شدید زناشویی به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شدند.

به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، به آزمودنی‌ها توضیحاتی در مورد طرح پژوهش داده شد و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات به‌دست‌آمده به‌صورت محرمانه باقی خواهد ماند؛ در نهایت از آنها رضایت‌نامه آگاهانه کتبی مشارکت گرفته شد. همچنین در پایان جلسات جهت رعایت اصول اخلاقی پژوهش، با توجه به اثربخشی بیشتر زوج درمانی شناختی-رفتاری نسبت به هیجان‌مدار در کاهش استرس ادراک‌شده در این پژوهش، این رویکرد به مدت پنج جلسه به اعضای گروه کنترل آموزش داده شد.

جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ^۱ و پرسشنامه استرس ادراک‌شده کوهن^۲ استفاده شد. پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ به وسیله اولسون^۳ و همکاران (۱۹۸۹) تهیه شده و دارای دو فرم ۱۱۵ سوالی و ۱۲۵ سوال پنج‌گزینه‌ای از

^۱ Enrich Marital Satisfaction Questionnaire

^۲ Perceived Stress Scale of Cohen

^۳ Olson

خیلی زیاد تا خیلی کم است. در این پژوهش از فرم ۴۷ سوالی این پرسشنامه که توسط سلیمانان در ایران تهیه و استاندارد شده و داری ۱۰ خرده مقیاس (موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارضات، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، رابطه جنسی، فرزندپروری، ارتباط با اقوام و دوستان، نقش‌های مساوات طلبی و جهت‌گیری مذهبی) است، استفاده شد. گزینه‌های پاسخگویی به سوال‌های این پرسشنامه ۴۷ سوالی بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای «کاملاً موافقم»، «موافقم»، «نه موافق و نه مخالف»، «مخالفم»، «کاملاً مخالفم» تنظیم شده است و نمره‌گذاری این سوال‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ می‌باشد؛ به این صورت که به گزینه کاملاً موافقم، بیشترین نمره (۵) و به گزینه کاملاً مخالفم، کمترین نمره (۱) داده می‌شود با این تفاوت که به سوالات منفی به صورت معکوس نمره داده می‌شود. بیشترین نمره آزمودنی در این پرسشنامه ۲۳۵ و کمترین نمره ۴۷ است که نمره بالاتر نشانه رضایت بیشتر از زندگی زناشویی است (۳۸). کل پرسشنامه از ضریب اعتبار و روایی بالایی برخوردار است؛ به طوری که ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه به وسیله مهدویان (۱۳۷۶)، ۰/۹۴ گزارش شده است (۳۹). اعتبار این پرسشنامه در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد.

پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن^۱، شامل ۱۴ سوال است. سوالات این مقیاس به گونه‌ای طراحی شده‌اند که پاسخ‌دهندگان نظر خود را در مورد غیرقابل کنترل بودن، پیش‌بینی ناپذیر بودن و مشقت‌بار بودن استرس زندگی خویش در طول ماه گذشته بیان می‌کنند. بعلاوه این مقیاس دارای تعدادی سوال مستقیم در مورد اندازه‌گیری سطوح فعلی استرس در فرد است. هر کدام از سوالات این پرسشنامه دارای ۵ گزینه (هرگز، کم، متوسط، نسبتاً زیاد، خیلی زیاد) می‌باشد و آزمودنی بر اساس

¹ Cohen

گزینه‌ای که انتخاب می‌کند بین صفر تا ۴ نمره می‌گیرد، سوال‌های ۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۳ بر عکس نمره‌گذاری می‌شوند (هرگز=۴، کم=۳، متوسط=۲، نسبتاً زیاد=۱، خیلی زیاد=۰)، و به بقیه سوالات به صورت مستقیم نمره داده می‌شود و در نهایت مجموع نمرات به عنوان نمره استرس ادراک شده در نظر گرفته می‌شود. کمترین نمره صفر و بیشترین نمره ۵۶ می‌باشد که نمره بالاتر نشان‌دهنده استرس بیشتر است. کوهن و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ برای پایداری این مقیاس را در سه گروه از آزمودنی‌ها (دو گروه دانشجوی و یک گروه نامتجانس دیگر)، بین ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. همبستگی‌های این مقیاس، با اندازه‌های نشانه شناختی نیز کاملاً بالا است (۰/۵۲ تا ۰/۷۶) و به طور کلی رابطه این مقیاس و ملاک‌های اعتبار، مورد تأثیر جنس و سن قرار نمی‌گیرد و روایی مناسبی دارد (۴۰). در پژوهش حاضر نیز اعتبار پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۷ بدست آمد که حاکی از اعتبار قابل قبول این پرسشنامه می‌باشد.

شیوه اجرا بدین شکل بود که بعد از انتخاب و جایگزینی نمونه‌ها در گروه‌ها، هر سه گروه در مرحله پیش‌آزمون، پرسشنامه‌های رضایت زناشویی و استرس ادراک شده را تکمیل نمودند؛ سپس اعضای دو گروه مداخله (گروه شناختی- رفتاری و هیجان‌مدار)، با رعایت نکات و ملاحظات پیشگیری از کرونا، توسط یکی از همکاران خانم متخصص در امر مشاوره خانواده و با همکاری یک متخصص زنان و زایمان، آموزش‌های لازم را مطابق با پروتکل‌های ارائه‌شده برای هر کدام از شیوه‌ها در جداول ۱ و ۲، هر هفته دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و جمعاً به مدت ۸ جلسه، دریافت کردند. اعضای گروه کنترل، طی این مدت تحت درمان و مراقبت روتین قرار داشتند. یک هفته بعد از پایان جلسات آموزشی، روی هر سه گروه ۲۰ نفره و بدون ریزش در آنها، پس‌آزمون اجرا و مجدداً پرسشنامه‌ها تکمیل شد.

جدول ۱. خلاصه محتوای مداخلات زوج درمانی شناختی- رفتاری استنتاج از گلدنبرگ و گلدنبرگ^۱ (۳۵)

جلسات	محتوای جلسات
اول	در این جلسه به معارفه و اتحاد درمانی و آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، و بیان قوانین و اهداف جلسات پرداخته شد و در پایان پیش‌آزمون از اعضا گرفته شد.
دوم	آموزش‌هایی از نظر علائم جسمی و روانی مرتبط با تغییرات فیزیولوژیک دوران بارداری به آنها ارائه شد. در پایان به عنوان یک تکلیف، اعضا ترغیب شدند که از سایر منابع دیگر در مورد بارداری و علائم جسمی و روانی آن اطلاعات کسب کنند.
سوم	مهارت‌های ارتباطی، شناسایی الگوهای تعاملی ناکارآمد و تاثیر آن بر زندگی زناشویی و اصلاح آنها و مهارت‌های تصمیم‌گیری و حل مسئله آموزش داده شد. در پایان جلسه اعضا مکلف شدند تا آنچه را در این جلسه یاد گرفته‌اند، در منزل تمرین کنند.
چهارم	رابطه بین افکار و رفتار و عواطف و همچنین شیوه شناسایی و آگاهی از افکار تحریف شده و ناکارآمد و چگونگی اصلاح و تغییر آنها به اعضا آموزش داده شد.
پنجم	آموزش‌هایی در زمینه مهارت‌های جنسی، نقش نگرش‌های غلط جنسی در عملکرد جنسی و نحوه اصلاح آنها و نیز نقش تغییرات جسمی و ذهنی دوران بارداری بر عملکرد جنسی زوجین ارائه شد. اعضا مکلف شدند تا به نقش افکار و نگرش‌های غلط جنسی در زندگی زناشویی خود بنگرند و سعی کنند آنها را اصلاح نمایند.
ششم	در زمینه معنی و مفهوم اضطراب و استرس به ویژه استرس‌های دوران بارداری و ماهیت و منابع آنها و تأثیر آنها بر ابعاد دیگر زندگی و چگونگی مقابله با آنها آموزش داده شد. در پایان، اعضا مکلف به تمرین شناسایی استرس و اضطراب‌های خود و شیوه‌های مقابله با آن در بیرون از جلسه شدند.
هفتم	اطلاعاتی در زمینه زایمان طبیعی و سزارین و مزایا و معایب هر کدام به اعضا داده شد. سپس، اعضا مکلف شدند اطلاعات بیشتری از منابع معتبر دیگر گردآوری کنند.
هشتم	ابتدا خلاصه‌ای از مطالب جلسات قبل یادآوری و از اعضا خواسته شد تا سوالات و ابهامات خود را در زمینه مطالب مربوطه مطرح کنند، و در پایان ضمن تقدیر از اعضا، پس‌آزمون از آنها گرفته شد.
قابل ذکر است که از جلسه دوم تا هشتم در ابتدای هر جلسه، تکالیف جلسه قبل بررسی و بازخورد ارائه می‌شد	

جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات آموزشی زوج درمانی هیجان مدار برگرفته از کتاب تمرین زوج درمانی هیجان مدار جانسون (۴۶).

جلسات	محتوای جلسات
اول	در این جلسه اعضای گروه با یکدیگر و با درمانگر آشنا شدند و اهداف و قوانین گروه برای اعضا تشریح شد. در پایان، پرسشنامه‌ها در پیش‌آزمون تکمیل شدند.
دوم	تعاملاتی که در چرخه منفی روابط درون فردی و بین فردی وجود دارد، مشخص شد و سبک‌های دلبستگی در هر یک از اعضا، کشف موانع دلبستگی و درگیری‌های هیجانی شناسایی گردید. تکالیفی به اعضا در زمینه شناسایی و یادداشت تعاملات منفی هیجانی خود در ارتباط با همسر و دیگر اعضای خانواده و تمرین در زمینه بیان کردن هیجان‌ها خود در ارتباط با دیگران ارائه شد.
سوم	تعامل اعضا با یکدیگر و درمانگر تسهیل و بر هیجان‌ها و احساسات آسیب دیده تأکید شد و سعی شد اعضا به هیجان‌ها ناشناخته و نهفته در موقعیت‌های تعاملی هیجانی و همچنین به درک هیجان‌ها ثانویه خود در الگوهای تعاملی منفی، دست یابند. اعضا مکلف به تمرین در زمینه شیوه آگاهی از هیجان‌ها نهفته در ارتباطات خود با دیگران شدند.
چهارم	به اعضا در برجسته‌سازی تجربه هیجانی، افزایش پذیرش و پاسخگویی به هیجان‌ها خود و اعضا، شناسایی و نامگذاری احساسات و هیجان‌ها، قالب بندی دوباره مشکل در قالب چرخه معیوبی که منبعی برای هیجان‌ها و عواطف نهفته و نیازهای دلبستگی است و دستیابی به معنای جدیدی از تجربیات، کمک شد. در پایان این جلسه اعضا مکلف شدند تا از احساسات و هیجان‌ها خود در ارتباط با خانواده خود آگاه شوند و دادن معنای متفاوت به هیجان‌ها منفی را تمرین کنند.

¹ Goldenberg & Goldenberg

پنجم	به اعضاء در پذیرش احساسات تعریف نشده، شناسایی نیازهای دلبستگی انکار شده، تلفیق هیجانات و نیازها با تعاملات، خودافشایی بیشتر اعضاء، گسترش تجربه‌های هیجانی هر یک از اعضاء، افزایش پذیرش تجربه‌های همسر، تملک هیجانات، افزایش پذیرش پاسخ‌های تعاملی جدید، هماهنگ نمودن تشخیص درمانگر با اعضاء، کمک شد. در پایان این جلسه اعضاء مکلف شدند تا آگاهی و پذیرش هیجانات و نیازهای مبهم و انکار شده خود و همسرشان در ارتباط با آنها را، مطابق آنچه در این جلسه یاد گرفته اند تمرین کنند و از طریق پذیرش و قالببندی مجدد هیجانات منفی تعاملی به تقویت ارتباط خود با همسرشان بپردازند.
ششم	به اعضاء کمک شد تا وارد درگیرهای هیجانی درون فردی و بین فردی شوند و به آن عمق بخشند، نیازهای دلبستگی خود را افزایش دهند، همچنین، بیان نیازها و خواسته‌های اعضاء تسهیل شد و در تمرکز روی خود و نه دیگری، چارچوب بندی مجدد نیازها و روابط به اعضاء کمک شد.
هفتم	به اعضاء کمک شد تا تعاملات و ارتباطات را بازسازی و رویدادها را تغییر دهند. همچنین در درگیری بیشتر اعضاء با خود و با یکدیگر، ارتقاء روش‌های جدید تعامل، کشف راه حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی و ارائه راه حل‌های جدید برای مسائل ارتباطی گذشته، به اعضا کمک شد.
هشتم	درگیری صمیمانه اعضاء به صورت درون فردی و بین فردی تسهیل، و الگوهای سازنده تعاملی حمایت شد. همچنین به تحکیم وضعیت و پاسخ‌های جدید کمک شد. از اعضا خواسته شد تا سوالات و ابهامات خود را در زمینه مطالب مربوطه مطرح کنند. در پایان ضمن تقدیر از اعضاء پس از آزمون از آنها گرفته شد.

قابل ذکر است که از جلسه دوم تا هشتم در ابتدای هر جلسه، تکالیف جلسه قبل بررسی و بازخورد ارائه می‌شد

یافته‌ها

در زیر شاخص‌های دموگرافیک به تفکیک گروه‌های نمونه در جدول ۳ آورده شده است. بر اساس آزمون کای دو از لحاظ آماری بین سه گروه شناختی- رفتاری، هیجان مدار و کنترل از نظر وضعیت اشتغال، میزان تحصیلات، میزان تحصیلات همسر، سن و مدت زمان ازدواج تفاوتی وجود نداشت ($p > 0.05$).

برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-23 و متناسب با سطح سنجش متغیرها از آمارهای توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) و آزمون کولموگروف- اسمیرنوف برای سنجش نرمال بودن توزیع نمرات، آزمون لوین برای سنجش یکسانی واریانس گروه‌ها، شاخص تعامل متغیر مستقل و هم‌پراش برای سنجش همگنی شیب‌های رگرسیونی، و تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی (جهت بررسی تفاوت بین گروه‌ها) استفاده شد.

جدول ۳. مشخصات دموگرافیک آزمودنی‌های پژوهش به تفکیک سه گروه شناختی- رفتاری، هیجان مدار و کنترل

متغیر	گروه شناختی- رفتاری		گروه هیجان مدار		گروه کنترل		نتیجه آزمون آماری
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
وضعیت اشتغال	۱۴	۷۰٪	۱۶	۸۰٪	۱۵	۷۵٪	۰/۴۹
	۶	۳۰٪	۴	۲۰٪	۵	۲۵٪	
میزان تحصیلات	۶	۳۰٪	۸	۴۰٪	۷	۳۵٪	۰/۳۵
	۲	۱۰٪	۲	۱۰٪	۴	۲۰٪	
	۱۲	۶۰٪	۱۰	۵۰٪	۹	۴۵٪	
میزان تحصیلات همسر	۵	۲۵٪	۴	۲۰٪	۲	۱۰٪	۰/۱۹
	۶	۳۰٪	۵	۲۵٪	۶	۳۰٪	
	۹	۴۵٪	۱۱	۵۵٪	۱۲	۶۰٪	
سن (سال)	میانگین	۳۰/۴۵	میانگین	۲۹/۰۵	میانگین	۲۹/۴	۰/۸۱
مدت زمان ازدواج (سال)	میانگین	۴/۲۷	میانگین	۳/۵۵	میانگین	۳/۵۷	۰/۳۸

جدول ۴. شاخص‌های توصیفی متغیرهای استرس ادراک شده، رضایت زناشویی و خرده مقیاس‌های آن به تفکیک گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر و خرده مقیاس‌ها	آزمون	کنترل		شناختی- رفتاری		هیجان مدار	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
استرس ادراک شده	پیش‌آزمون	۴۳/۱۵	۵/۳۲۳	۴۰/۴	۴/۴۷۶	۴۱/۰۵	۵/۲۰۶
	پس‌آزمون	۴۲/۷	۴/۸۳۵	۱۷/۶	۲/۹۹۸	۲۴/۸	۴/۷۴۱
رضایت زناشویی	پیش‌آزمون	۱۰۹/۷	۶/۱۰۵	۱۱۱/۹۵	۷/۷۹۶	۱۰۸/۶۵	۹/۲۸
	پس‌آزمون	۱۱۱	۷/۳۴۸	۱۴۴/۹	۴/۹۰۸	۱۵۸/۷	۶/۶۴۹
موضوعات شخصی	پیش‌آزمون	۱۴/۲	۲/۴۶۲	۱۴/۳	۳/۰۷۹	۱۳/۹	۱/۴۸۳
	پس‌آزمون	۱۴/۳	۱/۶۵۷	۱۹/۲	۱/۷۶۵	۲۳/۸	۱/۸۵۲
ارتباط زناشویی	پیش‌آزمون	۱۹/۱	۲/۲۲۱	۱۹/۸	۲/۴۱۹	۱۸/۸۵	۲/۱۸۳
	پس‌آزمون	۱۹/۳۵	۲/۱۸۳	۲۴/۷	۲/۰۵۴	۳۱/۵۵	۲/۵۲۳
حل تعارض	پیش‌آزمون	۱۱/۵	۱/۷۶۲	۱۱/۷۵	۱/۸۳۱	۱۱/۳	۱/۵۹۲
	پس‌آزمون	۱۱/۶۵	۱/۸۴۳	۱۴/۶	۲/۰۸۷	۱۵/۶	۲/۰۸۷
مدیریت مالی	پیش‌آزمون	۹/۵	۱/۳۱۷	۹/۶۵	۲/۷۱۹	۹/۶	۱/۶۰۲
	پس‌آزمون	۹/۶	۱/۴۲۹	۱۵/۸	۱/۵۷۶	۱۲/۵۵	۱/۵۰۳
خرده مقیاس‌های رضایت زناشویی	پیش‌آزمون	۱۱/۸۵	۲/۱۰۹	۱۲/۱۵	۱/۶۶۳	۱۱/۸	۱/۷۹۴
	پس‌آزمون	۱۲	۱/۰۷۶	۱۴/۵	۳/۰۲۲	۱۵/۱	۳/۰۵۹
رابطه جنسی	پیش‌آزمون	۹/۲۵	۱/۶۸۱	۹/۵	۱/۶۷	۹/۲	۱/۵۰۷
	پس‌آزمون	۹/۳	۱/۵۹۲	۱۲/۲۵	۱/۸۰۲	۱۳/۱۵	۲/۰۸۴
فرزندان و فرزندپروری	پیش‌آزمون	۱۱/۲	۲/۴۴	۱۱/۸۵	۲/۰۸۴	۱۱/۳	۲/۳۱۹
	پس‌آزمون	۱۱/۴۵	۱/۴۳۱	۱۴/۴	۲/۴۱۴	۱۶/۰۵	۲/۵۴۳
مساوات طلبی	پیش‌آزمون	۴/۸۵	۱/۳۰۸	۴/۹	۱/۴۱	۴/۷	۱/۴۱۷
	پس‌آزمون	۴/۹	۱/۱۶۵	۶/۶۵	۰/۶۷	۶/۸۵	۰/۸۱۲
جهت گیری مذهبی	پیش‌آزمون	۹/۲	۱/۷۶۵	۹/۳	۱/۷۵	۸/۹	۱/۷۴۴
	پس‌آزمون	۹/۳۵	۱/۱۸۲	۱۱/۳	۱/۹۲۲	۱۲/۱۵	۱/۶۶۳
اقوام و دوستان	پیش‌آزمون	۹/۰۵	۱/۴۶۸	۹/۲	۱/۴۳۶	۹/۰۵	۱/۷۹۱
	پس‌آزمون	۹/۱	۱/۲۵۲	۱۱/۵	۲/۹۸۲	۱۱/۸۵	۳/۳۹۱

ماتریس واریانس کواریانس و همگنی شیب رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت.

جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات در گروه‌های آزمایش و کنترل از آزمون کولموگروف-اسمیرنف^۱ استفاده شد و نتایج نشان داد که توزیع نمرات متغیرهای استرس ادراک شده و رضایت زناشویی و خرده مقیاس‌های رضایت زناشویی در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نرمال می‌باشد ($p > 0.05$). همچنین بر اساس نتایج آزمون لوین^۲، همگنی واریانس متغیرهای وابسته و خرده مقیاس‌های آن در

بر اساس نتایج جدول فوق، در مرحله پس‌آزمون، میانگین نمرات رضایت زناشویی و خرده مقیاس‌های آن در دو گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته بود، در حالی که میانگین نمرات استرس ادراک‌شده گروه‌های آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل، کاهش یافته است. به منظور بررسی اثربخشی مداخلات از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. با توجه به اینکه استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیره، مستلزم رعایت برخی پیش‌فرض‌های آماری است، لذا مفروضات نرمال بودن توزیع متغیرها، همگنی واریانس‌ها، همگنی

¹ Kolmogorov-Smirnov Test

² Levene's Test

متغیرهای رضایت زناشویی ($F=0/47$ و $p>0/05$) و استرس ادراک شده ($F=21$ و $p>0/05$) معنادار نبود؛ بر این اساس شیب‌های رگرسیونی در سه گروه، همسان تلقی شد. بنابراین تمام پیش فرض‌های استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیری در مورد متغیرهای استرس ادراک شده، رضایت زناشویی و خرده‌مقیاس‌های آن رعایت شده است. همانطور که در جدول بالا مشاهده می‌شود؛ حداقل بین دو گروه از گروه‌های پژوهش در متغیرهای استرس ادراک شده، رضایت زناشویی و خرده‌مقیاس‌های آن تفاوت وجود دارد ($p<0/05$).

گروه‌ها در هر دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون رعایت شده است ($p>0/05$). نتایج آزمون ام‌باکس^۱ نیز در زمینه همگنی ماتریس واریانس کواریانس استرس ادراک شده، رضایت زناشویی و خرده‌مقیاس‌های آن نشان‌دهنده یکسان بودن ماتریس واریانس کواریانس بین گروه‌های آزمایش و کنترل بود ($p>0/05$). به منظور بررسی همگنی ضرایب رگرسیون (شیب رگرسیون) از آزمون F تعاملی استفاده شد که نتایج نشان داد تعامل بین پیش‌آزمون و گروه‌ها (گروه‌های آزمایش و گروه کنترل) برای

¹ Box's M Test

جدول ۵. نتایج برآمده از تحلیل کواریانس چند متغیری برای بررسی اثرات کلی روی تفاضل نمرات استرس ادراک شده، رضایت زناشویی و

خرده‌مقیاس‌های آن در پس‌آزمون

آزمون	آماره	مقدار F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	اندازه اثر
پلایی	۱/۹۵۹	۳۳/۳۹۷	۱۲	۲۱۳	۰/۰۰۰	۰/۶۵۳
لامبدایی ویلکز	۰/۳۳	۷۸/۹۲	۱۲	۱۸۲/۸۴۸	۰/۰۰۰	۰/۹۳
اثر هتلینگ	۴۵/۸۴۳	۲۵۸/۵۰۱	۱۲	۲۰۳	۰/۰۰۰	۰/۹۳۹
بزرگترین ریشه خطا	۳۸/۸۶۰	۶۸۹/۷۷	۴	۷۱	۰/۰۰۰	۰/۹۷۵
پلایی	۲/۸۲۴	۲۰/۷۲۲	۷۲	۹۳	۰/۰۰۰	۰/۹۴۱
لامبدایی ویلکز	۰/۰۹	۱۴/۰۸	۷۲	۶۹/۴۵	۰/۰۰۰	۰/۹۲
اثر هتلینگ	۱۳۴/۴۴۷	۱۷۳/۶۶۱	۲۴	۳۱	۰/۰۰۰	۰/۹۹۳
بزرگترین ریشه خطا	۲/۸۲۴	۳/۰۰۶	۴۸	۹	۰/۰۰۴	۰/۹۴۱

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری نمرات استرس ادراک شده، رضایت زناشویی و خرده‌مقیاس‌های آن بین گروه‌ها با کنترل

پیش‌آزمون

متغیر و خرده‌مقیاس‌های آن	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر
استرس ادراک شده	۶۲۴۱/۳۶۶	۳	۲۰۸۰/۴۵۵	۱۳۱/۱۲۸	۰/۰۰۰	۰/۸۴۵
رضایت زناشویی	۲۸۷۵۳/۴۸۸	۳	۹۵۸۴/۴۹۶	۲۴۵/۶۹۱	۰/۰۰۰	۰/۹۱۱
موضوعات شخصیتی	۹۴۲/۹۰۸	۳	۳۱۴/۳۰۳	۹۹/۵۷۹	۰/۰۰۰	۰/۸۵۲
ارتباط زناشویی	۱۵۲۱/۸۱۴	۳	۵۰۷/۲۷۱	۸۸/۴۰۹	۰/۰۰۰	۰/۸۳۶
حل تعارض	۱۵۲/۴۳۳	۳	۵۰/۸۱۱	۱۴/۰۷۶	۰/۰۰۰	۰/۴۴۸
مدیریت مالی	۲۹۹/۹۹۱	۳	۹۹/۹۹۷	۴۳/۵۳۴	۰/۰۰۰	۰/۷۱۵
خرده‌مقیاس‌های فعالیت‌های اوقات فراغت	۱۱۶/۶۸	۳	۳۸/۸۹۳	۴/۴۲۱	۰/۰۰۸	۰/۲۰۳
رضایت زناشویی	۳۳۴/۵۱۳	۳	۱۱۱/۵۰۴	۳۸/۰۱۷	۰/۰۰۰	۰/۶۸۷
فرزندان و فرزندپروری	۲۲۰/۹۵۷	۳	۷۳/۶۵۲	۱۰/۳۲۸	۰/۰۰۰	۰/۳۷۳
مساوات طلبی	۴۱/۲۱۱	۳	۱۳/۷۳۷	۱۶/۰۵۱	۰/۰۰۰	۰/۴۸۱
جهت گیری مذهبی	۲۶۷/۷۶۸	۳	۸۹/۲۵۶	۳۳/۵۶۹	۰/۰۰۰	۰/۶۵۹
اقوام و دوستان	۷۰/۶۷۱	۳	۲۳/۵۵۷	۳/۸۹۲	۰/۰۱۴	۰/۱۸۳

* $p<0/05$

معنی‌دار در سطح ۰/۰۵)، حداقل بین میانگین نمرات دو گروه، تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0.05$). برای تعیین تفاوت دو به دوی گروه‌های پژوهش، آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۷ مشاهده می‌شود.

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که در پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون، در هر یک از متغیرهای استرس ادراک شده (با درجه آزادی ۳ و $F = 131/12$)، رضایت زناشویی (با درجه آزادی ۳ و $F = 245/69$) و خرده‌مقیاس‌های رضایت زناشویی (با مقدار F

جدول ۷. نتایج آزمون بونفرونی در هم‌سنجی دو به دوی متغیرهای مستقل با توجه به متغیرهای استرس ادراک شده، رضایت زناشویی و خرده

مقیاس‌های آن

شناختی- رفتاری / هیجان مدار			هیجان مدار / کنترل			شناختی- رفتاری / کنترل			متغیر
Sig	انحراف معیار	تفاوت میانگین	Sig	انحراف معیار	تفاوت میانگین	Sig	انحراف معیار	تفاوت میانگین	
۰/۰۰۰	۲/۰۵	۷/۲	۰/۰۰۰	۱/۴	۱۷/۹	۰/۰۰۰	۱/۲۸۱	۲۵/۱	استرس ادراک شده
۰/۰۰۰	۱/۷	۱۳/۱۳	۰/۰۰۰	۲/۰۵	۴۷/۰۸	۰/۰۰۰	۱/۹۸	۳۴/۱۵	رضایت زناشویی
۰/۰۰۰	۰/۳۷	۴/۶۲	۰/۰۰۰	۰/۸	۹/۴۵	۰/۰۰۰	۰/۶۲	۴/۹۹	موضوعات شخصیتی
۰/۰۰۰	۰/۴۹	۶/۷۳	۰/۰۰۰	۰/۳۷	۱۲/۰۸	۰/۰۰۰	۰/۷۲	۴/۹۴	ارتباط زناشویی
۰/۴۲	۰/۵۷	۱/۰۲	۰/۰۰۰	۰/۶۵	۳/۹۱	۰/۰۰۳	۰/۶۱	۲/۴۲	حل تعارض
۰/۰۰۰	۰/۳۹	۳/۲۸	۰/۰۰۰	۰/۷۲	۲/۹۱	۰/۰۰۰	۰/۵۸	۶/۴۹	مدیریت مالی
۰/۸۹	۰/۳۱	۰/۶۲	۰/۰۰۳	۰/۲۶	۳/۱۲	۰/۰۰۳	۱/۰۱	۲/۵۸	اوقات فراغت
۰/۳۹	۰/۴۷	۰/۸۹	۰/۰۰۰	۰/۴۵	۳/۸۲	۰/۰۰۰	۰/۵۳	۳/۰۵	رابطه جنسی
۰/۰۴۷	۰/۵۴	۱/۶۳	۰/۰۰۰	۰/۷۱	۴/۵۸	۰/۰۰۳	۰/۸۲	۳	فرزندپروری
۰/۸۹	۰/۳۶	۰/۲۱	۰/۰۰۰	۰/۵۱	۱/۹۷	۰/۰۰۰	۰/۴۵	۱/۷۵	مساوات طلبی
۰/۳۹	۰/۴۲	۰/۸۲	۰/۰۰۰	۰/۵۳	۲/۷۷	۰/۰۰۶	۰/۷۱	۲/۱۵	جهت‌گیری مذهبی
۰/۹۷	۰/۴۳	۰/۳۱	۰/۰۰۶	۰/۶۴	۲/۷۷	۰/۰۰۴	۰/۸۲	۲/۶۱	اقوام و دوستان

معنی‌دار نبود، که خود بیانگر آن است تفاوتی از لحاظ اثربخشی بین این دو رویکرد در آن ابعاد، وجود ندارد.

بحث

نتایج پژوهش حاضر که با هدف مقایسه اثربخشی آموزش مؤلفه‌های زوج‌درمانی شناختی- رفتاری و هیجان‌مدار بر استرس ادراک شده و رضایت زناشویی زنان باردار انجام شد، نشان داد که هر دو رویکرد زوج‌درمانی شناختی- رفتاری و هیجان‌مدار بر متغیرهای استرس ادراک شده و رضایت زناشویی و ابعاد آن مؤثر هستند و تفاوت نمره هر یک از آنها در مقایسه با گروه کنترل معنادار می‌باشد. این نتیجه همسو با یافته‌های پژوهش‌های جباری و همکاران (۶)،

جدول ۷ نشان می‌دهد بین نمرات پس‌آزمون هر یک از گروه‌های آزمایش با گروه کنترل در متغیرهای استرس ادراک شده، رضایت زناشویی و تمام خرده‌مقیاس‌های رضایت زناشویی، تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.05$). همچنین یافته‌های جدول ۷ نشان می‌دهد تفاوت بین دو گروه شناختی- رفتاری و هیجان‌مدار در نمرات استرس ادراک شده و رضایت زناشویی، معنی‌دار است ($p < 0.05$). در زمینه خرده‌مقیاس‌های رضایت زناشویی نیز، داده‌های جدول در ابعاد موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی، مدیریت مالی و فرزندپروری بین دو گروه آزمایشی شناختی- رفتاری و هیجان‌مدار، تفاوت معناداری را نشان داد ($p < 0.05$). با این وجود در دیگر ابعاد رضایت زناشویی تفاوت بین دو گروه از لحاظ آماری

نیست که منجر به حالت‌های خلقی مختلف می‌شود؛ بلکه تعبیر و تفسیری که از حوادث می‌شود هیجان‌های مختلف را ایجاد می‌کند. بر اساس نظریه عقلانی-عاطفی نیز که یکی از نظریه‌های اصلی شناختی-رفتاری محسوب می‌شود بین افکار، احساسات و رفتار انسان ارتباط وجود دارد، به این معنی که افکار و باورهای ما عواطف و رفتار ما را شکل می‌دهند و تغییر در احساس و رفتار از طریق آگاهی از افکار و اعتقادات و بازسازی شناختی صورت می‌گیرد؛ بنابراین، از بین بردن عواطف منفی و مخرب همچون استرس و اضطراب منوط به تغییر در باورها و تفکرات فردی است (۴۲)؛ در حالی که رویکرد هیجان‌مدار، درمان‌های گشتالتی و مراجع محوری را تلفیق می‌کند و به جای تاکید بر بعد شناختی، بر بعد هیجانی متمرکز بوده و بر فعال سازی، آگاهی و سازماندهی مجدد طرحواره‌های هیجانی اشاره دارد. این رویکرد تاکید می‌کند که فرآیند تجربه، ویژگی‌های شخصیتی، روابط میان فردی و حتی تغییرات مراجع را تحت تأثیر قرار می‌دهد و بر این فرض استوار است که کمک به مراجعان در تغییر روشی که آنها از هیجان‌های خود استفاده کرده و در یک ارتباط مراقبتی و همدلانه خالص به آن دسترسی می‌یابند منجر به تغییر در طرحواره‌های هیجانی و سازماندهی خود آنان که تحت عملکردهای روانشناختی مشکل ساز قرار دارد، می‌شود (۴۳). همسو با نتایج این پژوهش، نتایج تحقیقات دیگر نیز نشان داده است که درمان هیجان‌مدار می‌تواند بر کاهش استرس و اضطراب مؤثر باشد (۴۴، ۴۵). از سوی دیگر یافته‌های پژوهشی بیانگر آن است بیشتر عواملی که منجر به استرس و اضطراب‌های دوران بارداری می‌شود ناشی از نحوه افکار و اعتقادات، تعمیم‌های افراطی، و تعبیر و تفسیرهای حوادث آن دوران و تفکر در مورد حواث آینده مربوط به آن است (۳، ۴، ۵). بنابراین طبیعی به نظر می‌رسد که زوج‌درمانی شناختی-رفتاری که برخلاف زوج‌درمانی هیجان‌مدار، بر بعد شناختی

ایمان پرست و همکاران (۲۰)، کرمی و همکاران (۲۱)، گودرزی و همکاران (۲۲)، مکاری و همکاران (۲۴)، گودرزی و همکاران (۲۹)، پوریچی و همکاران (۲۵)، طجری و همکاران (۲۶)، بلانگر^۱ و همکاران (۲۷) دارسانا^۲ و همکاران (۲۸) در زمینه اثربخشی رویکرد شناختی-رفتاری بر کاهش استرس و اضطراب، کاهش تعارضات زناشویی، بهبود سازگاری، صمیمیت و رضایت زناشویی می‌باشد؛ همچنین با مطالعات پیشین در حوزه اثربخشی رویکرد زوج درمانی هیجان‌مدار بر کاهش تعارضات زناشویی (۳۲)، بهبود کیفیت و رضایت زناشویی (۳۳)، تغییر سبک دلبستگی و افزایش صمیمیت جنسی، تغییر روابط زوجین و کاهش استرس زوجین (۳۴) همخوانی دارد.

نتیجه پژوهش حاضر در مورد مقایسه اثربخشی دو رویکرد زوج درمانی شناختی-رفتاری و هیجان‌مدار بر استرس ادراک شده زنان باردار نشان داد که تفاوت معناداری بین این دو رویکرد در این زمینه وجود دارد به این معنی که زوج‌درمانی شناختی-رفتاری نسبت به زوج درمانی هیجان‌مدار، اثربخشی بیشتری بر کاهش استرس ادراک شده زنان باردار از خود نشان داد. این یافته با نتایج پژوهش راتگبر^۳ و همکاران (۴۱) که نشان می‌دهد بین دو شیوه زوج درمانی هیجان‌مدار و رفتاری از نظر تأثیرگذاری بر استرس و اضطراب زوجین تفاوت وجود ندارد، همخوان نیست. به نظر می‌رسد علت این ناهمخوانی، عدم توجه به بعد شناختی در رویکرد رفتاری در پژوهش آنان می‌باشد. هرچند جهت تأیید یا رد این نتیجه، پژوهش‌هایی که مستقیماً به مقایسه اثربخشی این دو رویکرد در زمینه استرس ادراک شده پرداخته باشند در دسترس نیست با این وجود در تبیین آن می‌توان گفت که زیربنای نظری درمان شناختی-رفتاری بر این نکته استوار است که این خود حوادث

¹ Bélanger

² Dharsana

³ Rathgeber

متمرکز است، از طریق تکنیک‌های خاص خود (آگاهی‌دادن، بازسازی شناختی، مهارت تصمیم‌گیری و حل مسئله)، در کمک به زنان باردار جهت کسب آگاهی در مورد حوادث و تغییر و تحولات دوران بارداری، تغییر باورها و اعتقادات ناکارآمد مربوط به آن دوران، دست‌کشیدن از تعمیم‌های غلط و اصلاح تعبیر و تفسیرهای نابجا، و در نتیجه کاهش استرس ادراک‌شده زنان باردار، اثربخشی بیشتری نسبت به زوج‌درمانی هیجانی که کمتر بر بعد شناختی تأکید دارد، داشته باشد.

نتیجه دیگر این پژوهش حاکی از آن است که بین اثربخشی آموزش دو رویکرد زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و هیجان‌مدار بر رضایت زناشویی و بعضی از مؤلفه‌های آن (موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی، مدیریت مالی، فرزندپروری) در زنان باردار تفاوت وجود دارد؛ در حالی که، زوج‌درمانی شناختی-رفتاری در ابعاد مدیریت مالی و فرزندپروری مؤثرتر بود؛ با این وجود در مؤلفه‌های حل تعارض، اوقات فراغت، رابطه جنسی، مساوات طلبی، جهت‌گیری مذهبی و اقوام و دوستان بین این دو رویکرد زوج‌درمانی، تفاوت معناداری یافت نشد. همسو با این نتیجه، جانسون^۱ و همکاران در پژوهش خود اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار در سازگاری زوجین را بیشتر از زوج‌درمانی شناختی-رفتاری نشان دادند. دندینیو^۲ و همکاران (۴۷) و امانی و همکاران (۴۶) نیز به ترتیب اثربخشی رویکرد هیجان‌محور در اعتماد و سازگاری زوجین و رضایت زناشویی را بیشتر از درمان شناختی زوجی برآورد کردند. بر اساس رویکرد هیجان‌مدار، هیجان‌ات به خودی خود ظرفیت ذاتی سازگاران را دارند که اگر فعال شوند می‌توانند به زوجین کمک کنند تا مواضع هیجانی و ابرازگری ناخواسته خود را تغییر دهند، این رویکرد کمتر بر بعد شناختی و حل مسأله تأکید دارند

و بیشتر بر تجربه، شناسایی و آگاهی از هیجان‌ات و ارتباطات و واکنش‌های هیجانی زوجین و اصلاح و بازسازی و رشد واکنش‌های هیجانی در زمان حال متمرکز هستند و از این راه می‌خواهند چرخه‌های تعاملی معیوب زوجین را برداشته و چرخه‌های تعاملی جدیدی را جایگزین کنند. در واقع هدف رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار ردیابی^۳ و پردازش مجدد^۴ واکنش‌های عاطفی-احساسی در تعاملات زوج‌ها است. این واکنش‌ها به رشد سبک‌های دلبستگی^۵ امن‌تر و الگوی متفاوت تعامل زوج‌ها، همدلی زوج‌ها نسبت به یکدیگر و تدوین الگوهای تعاملی جدید منتهی می‌شود (۳۶).

مطالعات نشان می‌دهد که با توجه به ویژگی‌های دوران بارداری، تغییر و تحولات جسمی و عاطفی زیادی در زنان باردار روی می‌دهد و هیجان‌ات زنان باردار به شدت دچار تغییر می‌شود؛ بطوری که افسردگی، انزوا طلبی، اضطراب، ترس، بی‌ثباتی عاطفی، دوگانگی احساسات، اختلال در روابط جنسی، تصور نسبت به خود، عقاید و ارزش‌ها، اولویت‌ها، الگوی رفتاری، ارتباط با دیگران، تغییر تصویر ذهنی فرد از بدن خود، ترس از سقط، زایمان زودرس، پارگی پرده‌ها و یا آسیب دیدگی جنین، کاهش احساس جذابیت کافی برای همسر و استرس‌های فیزیکی از ویژگی‌های غالب زنان باردار است که رضایت زناشویی زوجین را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۵). لذا در تبیین نتیجه پژوهش حاضر می‌توان گفت، از آنجایی که بیشتر عواملی که رضایت زناشویی زنان باردار را تحت تأثیر قرار می‌دهند بعد هیجانی دارند؛ زوج‌درمانی هیجان‌مدار توانست از طریق آشکار ساختن هیجان‌ات آسیب‌پذیر در زنان باردار و تسهیل توانایی آنها در ایجاد این هیجان‌ات به شیوه‌های ایمن و محبت‌آمیز، اثربخشی بیشتری نسبت به زوج‌درمانی

³ Tracking

⁴ Re-process

⁵ Attachment Styles

¹ Johnson

² Dandeneau

نتیجه گیری

می‌توان نتیجه گرفت که اگر چه هر دو رویکرد زوج‌درمانی شناختی- رفتاری و هیجان‌مدار در کاهش استرس ادراک شده و بهبود رضایت زناشویی مؤثر هستند ولی با توجه به کارآمدی بیشتر زوج‌درمانی شناختی- رفتاری نسبت به هیجان‌مدار در کاهش استرس ادراک شده و بالعکس کارایی بیشتر زوج‌درمانی هیجان‌مدار نسبت به شناختی- رفتاری در بهبود رضایت زناشویی زنان باردار در این پژوهش، پیشنهاد می‌شود در مراکز بهداشت و مراکز دولتی و خصوصی مشاوره خانواده، در کنار سایر مراقبت‌های مربوط به دوران بارداری، از این روش‌ها در جهت بهبود رضایت زناشویی و کاهش استرس ادراک شده زنان باردار استفاده شود.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه دکتری رشته مشاوره و راهنمایی دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج با کد اخلاق IR.MUK.REC.1398.279 بود. در پایان از تمامی کسانی که در این پژوهش نقش داشتند، بویژه از مادران بارداری که با وجود تمام مشکلات دوران بارداری نهایت همکاری کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

شناختی- رفتاری که بر بعد شناختی متمرکز است، داشته باشد چرا که، در زوج‌درمانی هیجان‌مدار اعتقاد بر این است که پردازش این هیجانات در بافتی ایمن، الگوهای تعاملی سالم‌تر و جدیدتری را به وجود می‌آورد که سبب آرام شدن سطح آشفتگی، کاهش اضطراب و استرس‌ها، افزایش دوست داشتن، صمیمیت و ارتباطی رضایت‌بخش‌تر می‌شود که در نهایت باعث بهبود رضایت زناشویی زوجین می‌شود (۴۸). هرچند در این پژوهش زوج‌درمانی هیجان‌مدار از طریق بکارگیری فنون و تکنیک‌های خود توانست اثربخشی بیشتری نسبت به زوج‌درمانی شناختی رفتاری در رضایت زناشویی زنان باردار داشته باشد با این وجود زوج‌درمانی شناختی- رفتاری نیز از طریق افزایش آگاهی زنان در زمینه تغییرات دوران بارداری، افزایش آگاهی و مهارت‌های جنسی آن دوران و کاستن از نگرانی‌های آنها در این مورد، آموزش مهارت‌های حل مسئله و تصمیم‌گیری، آموزش مهارت‌های ارتباطی و فرزندپروری، بازسازی شناختی در مورد افکار، باورها و اعتقادات غیرمنطقی مربوط به رخدادهای دوران بارداری، افزایش خودگویی‌های مثبت، و پرهیز از تعمیم‌های افراطی، توانست رضایت زناشویی زنان باردار را بهبود بخشد. پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود. از جمله اینکه گروه‌های مداخله تنها شامل زنان نخست‌زا بود بنابراین، نمی‌توان نتایج این پژوهش را به همه زنان باردار از جمله زنانی که بیش از یک بار، باردار بوده‌اند تعمیم داد.

References

- 1- Ameli S, Aslzaker M, Salehpour S, Jafari M. The effectiveness of emotion regulation group training in improving quality of life and mitigating emotion regulation difficulties of women during pregnancy. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2021;7(6):28-42 [Persian].
- 2- Naghizadeh S. Comparison of pregnancy self-care, perceived social support and perceived stress in low-risk and high-risk groups. *Journal of Health and Care*. 2019;21(1):16-25 [Persian].

- 3- Stoll K, Swift EM, Fairbrother N, Nethery E, Janssen P. A systematic review of nonpharmacological prenatal interventions for pregnancy-specific anxiety and fear of childbirth. *Birth*. 2018;45(1):7-18.
- 4- Hoyer J, Wieder G, Höfler M, Krause L, Wittchen H-U, Martini J. Do lifetime anxiety disorders (anxiety liability) and pregnancy-related anxiety predict complications during pregnancy and delivery? *Early Human Development*. 2020;144:105022
- 5- Shirazi Aria R. Evaluation and comparison of high and low self-control in relation to coping styles with stress among students of Tehran universities. Master Thesis. Al-Zahra University; 2009 [Persian].
- 6- Jabbari Z, Hashemi H, Haghayegh SA. Survey on effectiveness of cognitive behavioral stress management on the stress, anxiety, and depression of pregnant women. *Journal of Community Health Research*. 2013;8(7):1341-47 [Persian].
- 7- Cuhadaroglu F. Observing depression and anxiety together in adolescents: a review. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2014;4:183-88.
- 8- Keye WR, Chang RJ, Rebar RW, Soules MR. *Infertility: Evaluation and Treatment*. Philadelphia: WB Saunders; 1995.
- 9- Shobeiri F, Ahang Poor P, Parsa P, Yazdi-Ravandi S. Comparing health condition between wanted and unwanted pregnancy of women in hamadan city. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*. 2019;27(2):82-88 [Persian].
- 10- Sepahvand T, Gilani B, Zamani R. The relationship between perceived stress and general health, according to explanatory styles. *Psychology & Educational Science*. 2009;38(4):87-104.
- 11- Norhayati M, Hazlina N, Asrene A, Emilin W. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *Journal of Affective Disorders*. 2015;175:34-52.
- 12- Salayani F, Asghari EbrahimAbad M, Rasoolzadeh Tabatabaei K, Abbaszadeh Rougoushouee R. Mediating role of loving styles in the relationship between personality characteristics and marital satisfaction. *Journal of Psychology*. 2020;24(1):23-40 [Persian].
- 13- Fathi A, Rostami H, Pourfathiyeh A, Mohammadi S, Khanalizadeh R. Investigate the relationship between marital satisfaction and pregnancy concerns in pregnant women. *Nursing and Midwifery Journal*. 2020;18(1):11-19 [Persian].
- 14- Shoja M, Jouybari L, Sanagoo A. Changes in sexual and behavioral relationships among couples during pregnancy. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2011;5(3):18-22 [Persian].
- 15- khodakarami B, Masoumi SZ, asadi R. The status and marital satisfaction factors in nulliparous pregnant females attending clinics in asadabad city during years 2015 and 2016. *Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty*. 2017;25(1):52-59 [Persian].
- 16- Solati K, Lo'Bat Ja'Farzadeh AH. The effect of stress management based on group cognitive-behavioural therapy on marital satisfaction in infertile women. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2016;10(7):VC01-VC03.
- 17- Zarei Abolkheir A, Allahdadian M, Mosharraf S, Ghasemi Tehrani H. Exploring the effect of cognitive - behavioral counseling on marital satisfaction and quality of life through virtual education. *Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty*. 2021;29(1):53-60 [Persian].
- 18- Morteza H, Ghorbani R, Alibeigi M, Mirakhorloo S, Arjaneh M. Relationship between marital and occupational satisfaction in the Iranian health center employees. *Koomesh*. 2018;14(9):151-74 [Persian].
- 19- Botha F, Booyesen F. Family functioning and life satisfaction and happiness in South African households. *Social Indicators Research*. 2014;119(1):163-82.
- 20- Imanparast R, Bermas H, Danesh S, Ajoudani Z. The effect of cognitive behavior therapy on anxiety reduction of first normal vaginal Delivery. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2014;22(1):79-91 [Persian].
- 21- Karami K, Mardani A, ShakeriNejad G, Saki A. Effectiveness of a codified educational behavioral program on the mental health of pregnant women. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences* . 2015;23(9):879-89 [Persian].
- 22- Goudarzi M, Boostanipoor A. Effectiveness of systemic-behavioral couple therapy on marital adjustment. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy*. 2013;3(2):281-97 [Persian].

- 23- Karimi B, Khalatbari J, Reza Ostovar J. Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral intervention with Logo therapy on marital burnout, marital satisfaction and marital intimacy. *Family Pathology, Counseling & Enrichment*. 2018;3(2):81-102 [Persian].
- 24- Momeni Kh, Jalilian J, Yazdanbakhsh K, Mokari M, Rezaei M. Effects of sexual education skills on the treatment outcomes of infertile women. *Iranian Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility*. 2018;21(3):5-14 [Persian].
- 25- Pouryahya SM, Davarniya R, Shakarami MA. Study on the effectiveness of cognitive-behavioral group couple therapy (CBGCT) on reducing couple burnout and improving marital quality of couples. *Journal of Student Research Committee Sabzevar University of Medical Sciences*. 2018;23(45):1-15 [Persian].
- 26- Tajari M, Karimi J, Goodarzi G. The effectiveness of couple therapy through CBT method on life expectancy and self-compassion in couples seeking divorce. *Women Studies*. 2020;11(31):1-20 [Persian].
- 27- Bélanger C, Laporte L, Sabourin S. The effect of cognitive-behavioral couple marital therapy on marital happiness and problem solving self-appraisal. *American Journal of Family Therapy*. 2015;43(2):143-59.
- 28- Dharsana IK, Suarni NK, Sudarsana GN, Paramartha WE, Ahmad M. Cognitive behavioral therapy counseling in developing cross-gender friendship in adolescents. *Enfermería Clínica*. 2020;30(2):206-208.
- 29- Goudarzi M, Shiri F, Mahmoudi B. Effectiveness of cognitive-behavioral family therapy on parent-child conflicts and marital conflict. *Applied Psychology Journal*. 2019;4(48):531-51 [Persian].
- 30- Salehzadeh M, Kajbaf M, Mavlavi H, Zolfaghari M. Effectiveness of cognitive-behavior therapy on sexual dysfunction in women. *Quarterly Journal of Psychological Studies*. 2012;7(1):11-31 [Persian].
- 31- Ramesh S, Rostami R, Merghati-Khoei E, Hemmat Boland E. Effectiveness of combination of cognitive-behavioral therapy and biofeedback on vaginismus patients' sexual function and marital status. *Biannual Journal of Applied*. 2016;6(1):1-22 [Persian].
- 32- Naghdi H, Hatami M, Kayamanesh A, Navobinejad Sh. The comparison of the effect of emotion focused couple therapy and the problem-centered systemic therapy on marital conflict of spouses of the men under treatment of substance dependence. *Family Counseling & Psychotherapy*. 2017;1(23):23-44 [Persian].
- 33- Behradfar R, Jazayeri R, Bahrami F, Abedi MR, Etemadi O, Fatemi SM. A comparative scrutiny of the effectiveness of Emotionally-Focused Couple Therapy (EFCT) and Narrative Couple Therapy (NCT) in the marital quality and emotional, cognitive and behavioral impaired functioning of distressed couples. *Psychology Family*. 2016;(1):4-14 [Persian].
- 34- Zaraati F, Mosavi R. Efficacy of emotion-focused couple therapy on the Change of adult attachment styles and sexual intimacy of couples. *Quarterly of Counseling Culture and Psychotherapy*. 2016;7(25):71-90 [Persian].
- 35- Goldenberg I, Goldenberg H. *Family Therapy*. Translated by Hamid Reza Hossein Shahi Braouti; Siamak Naqshbandi Valham Arjmand, 19th edition. Tehran: Ravan Publishing; 2018.
- 36- Hounarparvaran N. *Emotion-oriented approach in couple therapy*. First Edition, Tehran: Danjeh Publishing; 2013.
- 37- Daugirdaitė V, van den Akker O, Purewal S. Posttraumatic stress and posttraumatic stress disorder after termination of pregnancy and reproductive loss: a systematic review. *Journal of Pregnancy*. 2015:345-70.
- 38- Soleimani AA. Investigating irrational thoughts based on cognitive approach to marital dissatisfaction. MSc Thesis. Teacher Training University: Faculty of Psychology and Educational Sciences; 1994 [Persian].
- 39- Mahdavian F. Examining the effect of communication training on marital satisfaction and mental health. Bachelor Thesis. Tehran: Tehran Institute of Psychiatry; 1997 [Persian].
- 40- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1983;24:385-39.

- 41- Rathgeber M, Bürkner P.C, Schiller, E.M, Holling H. The efficacy of emotionally focused couples therapy and behavioral couples therapy: a meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2018;45(3):1-17.
- 42- Fakhr M, Masomi R. The effectiveness of rational-emotional group training on amateur musicians' performance anxiety. *Moosighi Va Namayeshi-Ye-Ha-Honar: Ziba-Ye-Ha-H*. 2018;23(18):29-36 [Persian].
- 43- Sanagavi Moharrar Gh, Shirazi M, Mohammadi R, Maghsoodloo F. Effectiveness of emotional eherapy on reducing anxiety and depression in patients with multiple sclerosis. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2019;61(1):190-200 [Persian].
- 44- Sheybani H, Mikaeili N, Narimani M. The efficacy of emotion regulation training on stress, anxiety, depression and irritability of students with disruptive mood dysregulation disorder. *International Journal of Palliative Nursing*. 2018;5(6):37-44 [Persian].
- 45- Van der Riet P, Francis L, Rees A. Exploring the impacts of mindfulness and yoga upon childbirth outcomes and maternal health: an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2020;34(3):552-65
- 46- Amani R, Majzoobi MR. Comparison of the effectiveness of emotional, cognitive-behavioral and cognitive-behavioral-emotional couple therapy on the change in marital satisfaction of couples and depression in women. *Family Psychotherapy Counseling Quarterly*. 2014;3(3):463-40 [Persian].
- 47- Wiebe SA, Johnson SM. Creating relationships that foster resilience in emotionally focused therapy. *Current Opinion Psychology*. 2017;13:65-69.
- 48- PourMohamad Ghouchani K, Zare MR, Mandanizade Safi S. The effectiveness of Emotionally Focused Couple Therapy (EFT) on improving marital satisfaction and reduction tendency to extramarital relationships women affected by domestic violence. *Rooyesh*. 2019;8(8):221-30 [Persian].