

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری (CBT) با روان درمانی بین  
فردی (IPT) بر افزایش رضایت زناشویی زنان باردار

علی قره داغی<sup>۱</sup>

استادیار مشاوره، دانشگاه تبریز

عبدالله شفیق آبادی

استاد مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی

بتول حسین رشیدی

دانشیار گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، پژوهشکده سلامت خانواده، مرکز

تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر

کیومرث فرحبخش

استادیار مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی

معصومه اسمعیلی

دانشیار مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی

پذیرش: ۹۳/۷/۱۴

دریافت: ۹۳/۲/۶

چکیده

**هدف:** هدف این پژوهش بررسی مقایسه‌ای درمان شناختی رفتاری با روان درمانی بین فردی در افزایش رضایت زناشویی زنان باردار بود. در دوره بارداری به دلیل تغییرات فیزیولوژیکی و روانشناختی زنان، رابطه زوجین دچار تغییراتی می‌شود که علاوه بر تأثیر بر سلامتی مادر و نوزاد، رضایت زناشویی زوجها را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

**روش:** جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان باردار مراجعه کننده به مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر (عج) بودند. به منظور انتخاب نمونه، از روش

نمونه گیری در دسترس استفاده شد. تعداد ۳۶ نفر بودند که به صورت تصادفی ساده انتخاب و در ۳ گروه ۱۲ نفره (CBT، IPT و گروه کنترل) گمارش شدند. گروه CBT و گروه IPT در ۸ جلسه به صورت هفتگی اجرا شد، اما برای گروه کنترل آموزشی ارائه نشد. جهت جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه رضایت زناشویی (ENRICH) استفاده شد.

**یافته‌ها:** با توجه به اینکه مقدار F محاسبه شده برای تأثیر گروه‌ها ( $F= ۱۸/۲۶$ ) در سطح ۱ درصد معنی‌دار است بنابراین، نتیجه تحلیل کواریانس دال بر این است که بین ۳ گروه در نمرات پس‌آزمون بعد از تعدیل نمرات پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتیجه تحلیل آزمون تعقیبی نشانگر این است که بین دو روش آموزشی IPT و CBT تفاوت معنی‌داری در نمرات پس‌آزمون وجود ندارد. اما هر دو روش آموزشی نسبت به گروه کنترل از نظر آماری در نمرات پس‌آزمون رضایت زناشویی افزایش معنی‌داری داشتند.

**نتیجه‌گیری:** از این پژوهش چنین برمی‌آید که هر دو روش به رغم تفاوت‌هایی در مبانی فلسفی و نظری خویش، در عمل مشاوره بر روی زنان باردار برای افزایش رضایت زناشویی چندان متفاوت از هم نیستند، اما در مقایسه با گروه کنترل افزایش معنی‌داری در نمرات رضایت زناشویی ایجاد می‌کنند.

**واژگان کلیدی:** درمان شناختی-رفتاری، روان‌درمانی بین‌فردی، رضایت زناشویی، بارداری.

## مقدمه

بیشتر زنان در دوره بارداری تغییراتی در نشانه‌های بدنی، هورمونی، کار و فعالیت‌های خود، همچنین در روابط با دیگران تجربه می‌کنند که در بهزیستی مادر و نوزاد تأثیر مستقیمی دارد (سوارز<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۹. بایهل<sup>۲</sup>، میکلسون<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱. بابانظری، کافی، ۱۳۸۷). بسیاری از تازه پدر و مادر شده‌ها در این دوره کاهش‌هایی را در رضایت مندی از رابطه تجربه می‌کنند (کوهن<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). رضایت زناشویی شامل ۴ حیطه جاذبه (بدنی، جنسی)، تفاهم، طرز تلقی و سرمایه‌گذاری می‌باشد (کیانی و همکاران، ۱۳۸۸). تغییرات روان‌شناختی و تکاملی در دوران بارداری بسته به مرحله بارداری متغیر است. در سه ماهه اول با عدم اطمینان و تردید، دوگانگی احساس، تمرکز عمده بر خود همراه است. در سه ماهه دوم، جنین به عنوان مرکز توجه او بوده، دچار خود شیفتگی شده و روابط جنسی تغییر می‌کند و در سه ماهه سوم دچار آسیب‌پذیری، افزایش وابستگی به همسر، تقلید و ایفای نقش و خیال‌بافی می‌شود. در سه ماهه سوم رضایت زناشویی بالاست (متولی و همکاران، ۱۳۸۸). آگاهی از تغییرات طبیعی دوران بارداری رضایت زناشویی زنان باردار را افزایش می‌دهد (منگلی، رضانی، منگلی، ۱۳۸۷).

وقتی انتظارات پیش از تولد همسران نقض می‌شود، تعارض زناشویی افزایش و رضایت زناشویی کاهش می‌یابد. زنانی که انتظارات منفی درباره مادر شدن دارند، نگرش‌های منفی بعد از زایمان دارند و انتظارات مثبت با نگرش‌های مثبت بعد از زایمان رابطه دارد (لاورنس<sup>۵</sup>، نایلن<sup>۶</sup>، کوب<sup>۷</sup>، ۲۰۰۷). کسانی که معتقدند آنها در فرزندپروری کارآمد خواهند بود، سطح اضطراب و افسردگی کمتری را گزارش می‌کنند و رضایت ارتباطی شان در طول بارداری بهتر

1. Soares
2. Biehle
3. Mickelson
4. Kohn
5. Lawrence
6. Nylén
7. Cobb

می‌شود (بایهل و میکلسون، ۲۰۱۱). مشکلات موجود در سبک بین فردی، گرایش‌های هیجانی، و تکانه‌های موجود در بین همسران در دوره بارداری با افسردگی والدینی بالا در ارتباط است. رابطه زوجین مهم‌ترین جنبه حمایت اجتماعی و یک عامل حمایتی یا اثرگذار برای افسردگی دوره بارداری است. حمایت اجتماعی با بهزیستی و رضایت زناشویی بالا در ارتباط است و در طول زمان انتقال از انواع انزواها و عقب‌نشینی‌های عاطفی جلوگیری می‌کند، از تشدید تعارض‌های مخرب پیشگیری می‌کند و صمیمیت عاطفی فراهم می‌آورد (گلازیر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۴. سالملا-آرو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۰. بلانچارد و همکاران، ۲۰۰۹. هنشاو<sup>۳</sup>، کوکس<sup>۴</sup>، و بارتون<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹. کیتامورا<sup>۶</sup> و همکاران، ۱۹۹۶). برای زوج‌هایی که پدر و مادر شدن را به عنوان یک انتقال مشترک زوجی نگاه می‌کنند بارداری، رضایت ارتباطی را افزایش و افسردگی و اضطراب را کاهش می‌دهد (بایهل و میکلسون، ۲۰۱۱). نتایج پژوهش نظری، طاهری راد و اسدی (۱۳۹۲) نشان داد که برنامه غنی‌سازی ارتباط بر سازگاری زناشویی زوج‌ها تأثیرگذار بوده است و موجب افزایش رضایت، سازگاری و انسجام روابط زناشویی می‌شود. عارفی و محسن زاده (۱۳۹۱) پژوهشی را در راستای پیش‌بینی رضایت زناشویی براساس ارتباط و صمیمیت جنسی انجام دادند که نتایج این پژوهش بیانگر این بود که هر دو عامل به طور مستقیم و معناداری بر رضایت زناشویی اثر می‌گذارند. ابراهیمی، ثنایی ذاکر، و نظری (۱۳۹۰) به بررسی تأثیر آموزش برنامه غنی‌سازی ارتباط بر زوج‌های هر دو شاغل پرداختند. نتایج نشان داد که آموزش مؤلفه‌های غنی‌سازی ارتباط منجر به افزایش صمیمیت آنها می‌شود. اورکی و همکاران (۱۳۹۱) آموزش غنی‌سازی ارتباط را بر روی دانشجویان متأهل به کار بردند و نتایج

- 
1. Holzapfel
  2. Salmela-Aro
  3. Henshov
  4. Cox
  5. Barton
  6. Kitamura

نشان داد مؤلفه‌های این برنامه (رضایت زناشویی، همبستگی زناشویی، توافق زوجی، و ابراز محبت زوجی) منجر به افزایش میزان سازگاری زناشویی می‌شود.

قاسمی، اعتمادی، و احمدی (۱۳۹۱) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که گروه درمانی شناختی- رفتاری موجب کاهش احساسات منفی زنان نسبت به خانواده همسر و ارتقاء کیفیت زندگی زوجها می‌شود. برای کاهش انتظارات زناشویی زنان و مردان متأهل، بلقان آبادی، گراوند، و احمدی (۱۳۹۱) از آموزش شناختی- رفتاری گروهی استفاده کردند. یافته‌های آنها نشان داد که CBT انتظارات زناشویی مردان و زنان را به طور معنی داری بهبود می‌بخشد. بوستانی پور، ثنایی ذاکر و کیامنش (۱۳۸۶) در تحقیق خود با عنوان فراتحلیل اثربخشی الگوهای شناختی- رفتاری در درمان مشکلات زناشویی به این نتیجه رسیدند که ۱۷ درصد از افرادی که تحت درمان زناشویی شناختی- رفتاری قرار گرفته‌اند، بهبودی بالاتری را از خود نشان داده‌اند. رجیبی و همکاران (۱۳۸۹) شناخت درمانی فردی را در کاهش میزان افسردگی و افزایش رضایت زناشویی به کار بردند. یافته‌های آنها نشان داد که شناختی درمانی نمرات افسردگی را کاهش داده و نمرات رضایت زناشویی را به طور معنی داری افزایش می‌دهد. چو<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۸) دریافتند که CBT در کاهش افکار اتوماتیک منفی، عدم رضایت از ارتباطات دوتایی، و نارضایتی زناشویی کلی مؤثر بود. سوکول<sup>۲</sup>، اپرسون<sup>۳</sup>، و باربر<sup>۴</sup> (۲۰۱۱) فراتحلیلی را درباره درمان‌های مؤثر برای افسردگی دوره بارداری انجام دادند. این یافته‌ها حاکی از برتری IPT به CBT بود. در فراتحلیلی دیگر درباره درمان‌های افسردگی دوره بارداری، CBT نسبت به IPT اندازه اثر بالاتری را نشان داد (بلدسو<sup>۵</sup> و گروت<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶).

- 
1. Cho
  2. Sockol
  3. Epperson
  4. Barber
  5. Bledsoe
  6. Grut

در این مقاله ما به بررسی مقایسه‌ای درمان شناختی رفتاری و روان‌درمانی بین فردی که به اختصار و به ترتیب CBT و IPT نامیده می‌شوند پرداختیم. هدف اولیه CBT عبارت است از تغییر دادن نحوه اندیشیدن مادر درباره خودش، فرزندش، و بارداری‌اش. همچنین تغییراتی در عاطفه مادر را دامن می‌زند که ممکن است توانایی او را برای این که از نظر هیجانی در دسترس و مسئول فرزندش باشد، افزایش دهد. درمان معطوف به شناسایی مشکلاتی در مادر است تا با شناخت‌های ناسازگار درباره مادر شدن، خود و جهان مبارزه کند (براندون<sup>۱</sup> و فریمن<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱). از سوی دیگر، انتقال نقش، نارسایی‌های موجود در تعاملات بین فردی، سوگ، مشاجرات بین فردی و اختلاف نقش موضوعات مورد توجه IPT است و مداخلات مؤثری برای زنان باردار شناخته شده است (وایزمن، مارکویتز<sup>۳</sup>، کلرمن<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷، ترجمه محمدخانی و زمستانی، ۱۳۸۸. بارت<sup>۵</sup> و هندریک<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵).

با توجه به این که رفتارهای ناکارآمد و تحریف‌های شناختی و مشکلات ارتباطی بر حالت خلقی مادر باردار و نوع روابط او با همسر و سایرین تأثیر می‌گذارد، این پژوهش در نظر دارد بنابه اهمیت سلامت مادر و نوزاد، کیفیت رابطه زناشویی را ارتقاء بخشد. لذا فرضیه پژوهش در زمینه مقایسه اثربخشی CBT با IPT بر افزایش رضایت زناشویی است. دلیل مقایسه CBT و IPT این است که این دو بر سنت‌های روانشناختی و فلسفی خیلی متفاوتی مبتنی هستند. سنت‌های CBT بر مفروضه‌های اثبات‌گرای منطقی، تجربی، عقلانی، و شناختی مبتنی هستند. این رویکرد عناصر هسته‌ای الگوهای شناختی و رفتاری را با هم تلفیق می‌کند و بر کاهش افکار اتوماتیک منفی و باروهای زیربنایی بدکارکرد که علائم ناخواسته‌ای را تحریک می‌کنند تمرکز می‌کند. این فرایند اغلب «درمان» نامیده می‌شود، با این حال یک جزء مهم این فرایند،

- 
1. Brandon
  2. Freeman
  3. Markowitz
  4. Klerman
  5. Burt
  6. Hendrick

آموزشی است. در مقابل، سنت‌های IPT بر مفروضه‌های بین فردی، پویایی، و فرایندی مبتنی هستند و از ارتباط بین خلق و تجارب بین فردی کنونی استفاده می‌کنند، و بر تغییرات و چالش‌های بین فردی مهمی که زنان تجربه می‌کنند تمرکز می‌کنند. این نظریه توسط کلرمن، وایزمن<sup>۱</sup>، و همکارانش در دهه ۱۹۷۰ براساس نظریه‌های هری استک سالیوان<sup>۲</sup>، آدولف می‌یر<sup>۳</sup>، و نظریه دلبستگی جان بالبی<sup>۴</sup> ارائه شد (فرایزر<sup>۵</sup> و سولووی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸. استاد<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۹. کوری<sup>۸</sup>، فیلد<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۸. فریمن، ۲۰۰۷. گریگوریادیس<sup>۱۰</sup> و راویتز<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۷. مافسون<sup>۱۲</sup> و سیلس<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۶. براندون و فریمن، ۲۰۱۱. لونسون<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۵).

## روش

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان باردار مراجعه کننده به مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر (عج) بودند. به منظور انتخاب نمونه، از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. به این صورت که پژوهشگر آزمودنی‌های مورد نیاز خود را از میان مراجعه کنندگان به مرکز انتخاب کرد. به منظور انتخاب آزمودنی‌ها، ابتدا هماهنگی‌هایی با متخصصان و مسئولان مرکز صورت گرفت تا افراد مراجعه کننده را برای تکمیل پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ به پرسشگر مستقر در دفتر مشاوره مرکز ارجاع دهند. سپس پرسشنامه مذکور بر روی افراد داوطلب اجرا و کسانی که واجد شرایط ذیل بودند انتخاب شدند: (۱) نمره T کمتر از ۴۰ (نمره

1. Wissman
2. Harry Stack Sullivan
3. Adolf Meyer
4. John Bowlby
5. Fraser
6. Solovey
7. Stade
8. Corey
9. Field
10. Grigoriadis
11. Ravitz
12. Mufson
13. Sills
14. Levenson

خام کمتر از ۱۴۷) از پرسشنامه رضایت زناشویی کسب کرده باشند، ۲) از همسرانشان جدا زندگی نکنند، ۳) دارای سواد خواندن و نوشتن باشند، ۴) از داروهای ضد افسردگی یا سایر داروهای روانپزشکی در حال حاضر استفاده نکنند، ۵) در نیمه دوم سه ماهه سوم بارداری نباشند، ۶) همسرانشان دو همسری نباشند و در نهایت ۷) داشتن انگیزه شرکت مستمر در جلسات مشاوره. در مرحله بعد تعداد ۳۶ نفر از این مجموعه به صورت تصادفی ساده انتخاب و در سه گروه ۱۲ نفره (گروه CBT، گروه IPT، گروه کنترل) جایگزین شدند. قبل از شروع جلسات، به هر سه گروه فرم رضایت آگاهانه داده شد تا در جریان اهداف پژوهش قرار گیرند. برای گروه اول، CBT طی ۸ جلسه به صورت هفتگی ارائه شد، و برای گروه دوم، جلسات IPT در ۸ جلسه اجرا شد ولی برای گروه کنترل هیچ آموزشی لحاظ نشد. بعد از اتمام جلسات، از هر سه گروه پس از آزمون به عمل آمد. این پژوهش توسط کمیته اخلاقی دانشگاه علوم پزشکی تهران تأیید شد و کد IRCT به شماره 201305195181n9 دریافت کرد. شرح جلسات هر دو گروه به صورت خلاصه در زیر می‌آید.

جلسات CBT<sup>۱</sup>: جلسه ۱. هدف این جلسه تبیین ضرورت شرکت در گروه، ترویج هنجارهای گروهی و انسجام گروهی، تأکید بر مشترک بودن مشکلات، آشنایی اعضا با هم، و تعهد به پیگیری جلسات، آموزش نظریه CBT-G به اعضای گروه و نقش‌شان در درمان بود. مدت زمان این جلسه ۱ ساعت بود.

جلسه ۲. هدف جلسه دوم آشنا کردن اعضا با انواع خاص فکر کردن و تفاوت‌هایی که افکار در خلق و خلق در روابط به وجود می‌آورد. تفکر سازنده در مقابل تفکر مخرب، تفکر ضروری در مقابل تفکر غیرضروری، تفکر مثبت در مقابل تفکر منفی. تکلیف خانگی: تکمیل مقیاس خلق روزانه و فهرست افکار مثبت و منفی. طول جلسه ۱:۳۰ دقیقه بود.



جلسه ۳. هدف این جلسه شناساندن تحریف‌های شناختی و تأثیرشان بر رابطه زناشویی بود. خطاهای فکری که به نارضایت مندی منجر می‌شوند: فیلتر ذهنی، ذهن خوانی کردن، فال گویی کردن، احساسات خود را خیلی جدی پنداشتن، بایدها، به خود برچسب زدن، خود سرزنشی، کمتر یا بیشتر کردن چیزها، موارد مثبت را به حساب نیاوردن، تفکر همه یا هیچ و غیره. آموزش روش ABCD، تکلیف خانگی: فهرست افکار مثبت و منفی و مقیاس خلق روزانه. مدت زمان جلسه ۱:۳۰ دقیقه بود.

جلسه ۴. آشنایی با کارکرد فعالیت‌های روزانه و چگونگی تأثیر آن بر خلق هدف این جلسه بود. افرادی که فعالیت‌های دلبذیر اندکی انجام می‌دهند، خلق پایین‌تری دارند و به تبع آن رضایت مندی اندکی گزارش می‌کنند. شناسایی فعالیت‌های روزانه تکلیف خانگی تعیین شد. مدت جلسه سوم ۱:۳۰ بود.

جلسه ۵. هدف این جلسه غنی‌سازی فعالیت‌های روزانه بود. فعالیت‌های دلبذیر عمدتاً پاداش دهنده و آرامش بخش هستند. مقیاس خلق روزانه و چک لیست ۹۵ فعالیت دلبذیر به صورت هفتگی تکلیف خانگی تعیین شد. مدت زمان جلسه ۱:۳۰ دقیقه بود.

جلسه ۶. در این جلسه به مدت ۱:۳۰ بر روی مفهوم هدف گذاری کار شد. اهداف روشن در مقابل اهداف مبهم و غیرشفاف. مدیریت زمان، برنامه ریزی برای آینده، اهداف کوتاه مدت، اهداف بلندمدت. شناساندن هرم نیازهای مزلو. مدیریت سالم واقعیت: دنیای عینی، دنیای ذهنی: کلید احساسات سالم این است که یاد بگیریم این دو بخش واقعیت‌مان را مدیریت کنیم. تکلیف خانگی: نوشتن هدف‌های مهم، فهرست واقعیت‌های عینی و ذهنی، مقیاس خلق روزانه. جلسه ۷. در این جلسه نحوه ارتباط و تماس با مردم و چگونگی تأثیر آن بر خلق هدف اصلی است. آموزش جراتمندی و سبک‌های ارتباطی فعالیت‌های اصلی این جلسه هستند. سطوح بالاتر نارضایت مندی مربوط هستند به: تماس کمتر با مردم، احساس ناراحتی با مردم، ساکت‌تر بودن، کمتر صحبت کردن، کمتر جراتمند بودن، به عبارت دیگر، اظهار نکردن

دوست داشتن‌ها و دوست نداشتن‌ها، حساسیت بیشتر داشتن به نادیده گرفتن شدن، انتقاد شدن یا طرد شدن. مدت زمان جلسه ۱:۳۰ می‌باشد.

جلسه ۸ هدف این جلسه مرور فرایند جلسات قبلی و تثبیت تغییرات ایجاد شده می‌باشد. روش تثبیت تغییرات انتقال دادن آن به زندگی روزمره قلمداد و در نهایت ختم گروه اعلام می‌شود.

جلسات IPT: جلسه ۱. هدف این جلسه تبیین ضرورت شرکت در گروه، ترویج هنجارهای گروهی و انسجام گروهی، تأکید بر مشترک بودن مشکلات، آشنایی اعضا با هم، و تعهد به پیگیری جلسات، آموزش نظریه IPT-G به اعضای گروه و نقش‌شان در درمان بود. مدت زمان این جلسه ۱ ساعت بود.

جلسه ۲. هدف این جلسه مرتبط ساختن مشکلات اعضاء به بافت بین فردی، یکی ساختن حوزه‌های مشکل اصلی (سوگ، مشاجرات بین فردی، نارسایی‌های بین فردی، انتقال نقش) و تعیین / تصحیح اهداف بود.

جلسه ۳. فعالیت اصلی این جلسه کار بر روی انتقال نقش به عنوان هرگونه تغییر زندگی (بارداری) است که شامل تغییر دادن شکل یک نقش قدیمی و قرار گرفتن در نقش جدید می‌باشد. هدف عبارت است از کسب آمادگی برای مادر شدن و سازگار کردن نقش مادری و همسری و آسیب‌شناسی ورود کودک و تأثیر آن بر رابطه زوجی.

جلسه ۴. هدف این جلسه بررسی نقاط ضعف و قوت نقش قدیمی و نقش جدید به صورت فردی است تا گروه در خصوص روش‌های سازگاری بارش مغزی صورت دهد. مدت زمان جلسه ۱:۳۰ بود.

جلسه ۵. هدف این جلسه موضوعات پیرامون مشاجره‌هاست. موضوعات مشاجره‌ها را تهیه کرده و بر روی مدل حل مشاجره‌ها کار می‌شود. «ورود یک نوزاد می‌تواند تعارض‌هایی در

نقش‌ها و مسئولیت‌ها، پول و صمیمیت ایجاد کند. اغلب زمانی کمی برای صحبت درباره موضوعات وجود دارد و راهنمایی کمی بر روی نحوه حل برخی از این تعارض‌ها ارائه می‌شود. تعارض در نارضایتی زناشویی دخیل است، توانایی زن را برای ارتباط برقرار کردن تحت تأثیر می‌گذارد، او را تحریک پذیر، منزوی و ملول باقی می‌گذارد.

جلسه ۶. در این جلسه الگوهای حل تعارض به شرکت کنندگان آموزش داده می‌شود. الگوهای مشارکتی، رقابت جویی (تحکم)، اجتناب، انعطاف پذیری، مصالحه (توافق) سبک‌های حل تعارض هستند. مذاکره، داوری، و میانجیگری نیز روش‌های حل تعارض به شمار می‌روند. طول مدت جلسه ۱:۳۰ است.

جلسه ۷. فعالیت اصلی این جلسه برطرف نمودن و تصحیح نارسایی‌های موجود در تعاملات بین فردی (الگوی تعقیب-گریز، شناسایی انتظارات یک سویه، ترحم به خود، سرزنش، رنجش و غیره) است و هدف این است که روابط صمیمانه و رضایت بخش ایجاد شود. مدت زمان جلسه ۱:۳۰ است.

جلسه ۸. بینش‌هایی که نسبت به الگوی موجود در روابط اعضا کسب شده است، در این جلسه به اشتراک گذاشته می‌شود. همه ۴ حوزه مشکل (سوگ، مشاجرات بین فردی، انتقال نقش، نارسایی‌های موجود در تعاملات بین فردی) مرور شده و روش‌های کار با هر حوزه مشکل به صورت خلاصه بیان می‌شوند. تثبیت تغییرات و انتقال آن به زندگی روزمره تأکید و در نهایت ختم جلسه اعلام می‌شود.

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه رضایتمندی زناشویی انریچ (ENRICH)<sup>۱</sup> استفاده شد. اطلاعات دموگرافیک شامل سن، ماه بارداری، سال مشترک زندگی زناشویی، سابقه سقط، تحصیلات، تحصیلات شوهر، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری، و تعداد بارداری‌های قبلی بود. فرم اصلی پرسشنامه انریچ ۱۱۵ سؤالی است، اما فرم کوتاه این پرسشنامه دربرگیرنده ۴۷ سؤال و ۱۰ مقیاس است. سؤالات ۴ و ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۳،

1. Enriching, Relationship, Issues, Communication, and Happiness

۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۵، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۵، ۴۶، ۴۷ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند (حسین پور، شهری، عبادی، ۱۳۸۹). میزان پایایی آزمون به روش آزمون مجدد بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۷، میزان همسانی درونی براساس آلفای کرونباخ ۰/۶۹ تا ۰/۹۷ و میزان توانایی تمیز و طبقه بندی ۰/۹۰ درصد است (حافظی کن کت، و قدمی، ۱۳۸۹). اعتبار این پرسشنامه با روش ضریب آلفا، ۰/۹۲ گزارش شده است. در ایران روایی ۰/۹۵ به دست آمده است. ابعاد این آزمون شامل موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، نظارت مالی، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت، ازدواج و بچه‌ها، روابط جنسی، بستگان و دوستان و نقش‌های مربوط به برابری زن و مرد و جهت گیری عقیدتی هست (منگلی و همکاران، ۱۳۸۷). نحوه نمره گذاری در طیف پنج گزینه‌ای لیکرت از «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» به ترتیب ۱ تا ۵ نمره داده می‌شود. نمره کمتر از ۳۰ نارضایتی شدید، ۳۰-۴۰ عدم رضایت، ۴۰-۶۰ رضایت متوسط، ۶۰-۷۰ رضایت زیاد و ۷۰ بالاتر رضایت خیلی زیاد در نظر گرفته می‌شود (متولی و همکاران، ۱۳۸۸).

#### یافته‌ها

در جدول ۱ آمار توصیفی مربوط به فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی و در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات میانگین رضایت زناشویی به تفکیک گروه‌های آزمایشی و کنترل نشان داده شده است.

جدول ۱. فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی گروه های IPT، CBT، و گروه کنترل

متغیر	تحصیلات		ماه بارداری				نوع بارداری		سابقه سقط	
	دیپلم	سبک	لیسانس و بالاتر	سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	خواسته	ناخواسته	دارد	ندارد
CBT	۴	۶	۰	۳	۵	۲	۷	۳	۲	۸
IPT	۷	۳	۱	۲	۸	۱	۶	۵	۵	۶
کنترل	۶	۳	۱	۱	۹	۰	۶	۴	۴	۶

در جدول ۱ متغیرهای جمعیت شناختی گروه‌ها به تفکیک در سه متغیر تحصیلات، ماه بارداری، نوع بارداری و سابقه سقط آورده شده‌اند. متغیرهای تحصیلات و ماه بارداری برای همگون سازی گروه‌ها مورد نظر بودند. از این میان نوع بارداری و سابقه سقط به عنوان متغیرهای تعدیل کننده در پژوهش وارد شده‌اند.

جدول ۲. نمرات توصیفی (میانگین و انحراف معیار) رضایت زناشویی به تفکیک گروه

مراحل آزمون	گروه	میانگین	انحراف
پیش آزمون رضایت زناشویی	CBT	۱۳۵/۴۰	۹/۱۳
	IPT	۱۳۲/۱۸	۶/۹۱
	کنترل	۱۴۳/۴۰	۲۴/۹۰
پس آزمون رضایت زناشویی	CBT	۱۵۰/۸۰	۱۳/۷۵
	IPT	۱۵۰/۶۴	۷/۵۱
	کنترل	۱۴۲/۲۰	۲۱/۷۶

در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های آزمایش اول، دوم و گروه کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون آورده شده‌اند. برای تحلیل داده‌های تحقیق از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد. دلیل استفاده از آزمون تحلیل کواریانس این است که تفاوت‌های اولیه در پیش آزمون (رضایت زناشویی) به

منظور سنجش آثار واقعی آموزش روانی مورد تعدیل قرار بگیرد. قبل از انجام تحلیل کواریانس باید از رعایت شدن چندین مفروضه اطمینان حاصل کرد. مفروضه‌های نرمال بودن توزیع نمرات رضایت زناشویی، همگنی خطوط رگرسیون، و همسانی واریانس‌های خطا مورد بررسی قرار گرفتند که نتیجه آزمون‌های مربوطه دلالت بر رعایت این مفروضه‌های بود. در جدول ۳ نتیجه آزمون تحلیل کواریانس نشان داده شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس مقایسه نمرات پس آزمون پس از تعدیل نمرات پیش آزمون در

گروه‌های IPT و CBT

منابع تغییرات	مجموع مجدورات کل	درجه آزادی	میانگین مجدورات	مقدار F	سطح معنی داری	شاخص اندازه اثر
پیش آزمون رضایت گروه	۵۱۹۲/۳۳	۱	۵۱۹۲/۳۳	۱۰۴/۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹۵
نوع بارداری	۷۹۷/۷۰۵	۳	۲۵۶/۹	۱۸/۲۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷۵
سابقه سقط	۱۷۴/۷۴	۳	۵۸/۲۴	۰/۲۵	۰/۸۶	۰/۰۳۱
خطا	۱۳۳۷/۴۱	۲۷	۴۹/۵۳			
کل	۶۸۵۷۴۹	۳۱				

با توجه به اینکه مقدار F محاسبه شده برای تأثیر گروه‌ها ( $F = ۱۸/۲۶$ ) در سطح ۱ درصد معنی دار است بنابراین نتیجه تحلیل کواریانس دال بر این است که بین ۳ گروه در نمرات پس آزمون بعد از تعدیل نمرات پیش آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین متغیرهای سابقه سقط و نوع بارداری به عنوان متغیر تعدیل کننده در تحقیق دخالت داده شده که بنا بر جدول ۳ تعامل بین سقط و گروه‌ها در سطح ۵ درصد معنی دار نیست و همچنین تعامل بین گروه‌ها و نوع بارداری در سطح ۵ درصد معنی دار نیست که این امر نشانگر آن است که متغیرهای تعدیل کننده سابقه سقط و نوع بارداری در جریان اثربخشی متغیر مستقل (درمان

شناختی رفتاری (CBT) با روان درمانی بین فردی (IPT) بر متغیر وابسته (افزایش رضایت زناشویی) دخالت معنی داری ندارند. به منظور مشخص کردن تفاوت بین گروهی از آزمون تعقیبی با تصحیح بن فرنی استفاده شد. نتیجه این آزمون در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۴. آزمون تعقیبی با تصحیح بن فرنی برای مقایسه‌های جفتی

گروه	گروه	تفاوت میانگین ها	انحراف استاندارد	سطح معنی داری
CBT	IPT	-۲/۶۵	۳/۰۹	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۱۵/۵۷	۳/۲۲	۰/۰۰۰۱
IPT	CBT	۲/۶۵	۳/۰۹	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۱۸/۲۳	۳/۲۲	۰/۰۰۰۱
کنترل	CBT	-۱۵/۵۹	۳/۲۲	۰/۰۰۰۱
	IPT	-۱۸/۲۳	۳/۲۲	۰/۰۰۰۱

۵۹۷

نتیجه تحلیل نشانگر این است که بین دو روش آموزشی IPT و CBT تفاوت معنی داری در نمرات پس آزمون وجود ندارد. اما هر دو روش آموزشی نسبت به گروه کنترل از نظر آماری در نمرات پس آزمون رضایت زناشویی افزایش معنی داری داشتند. به عبارت دیگر، روش CBT و IPT در مقایسه با گروه کنترل منجر به افزایش معنی دار نمرات رضایت زناشویی شده اند ولی در مقایسه با یکدیگر، این دو روش از نظر آماری تفاوت معنی داری در افزایش نمرات رضایت زناشویی نشان نمی‌دهند.

### نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات رضایت زناشویی گروه CBT و گروه IPT تفاوت معنی داری وجود ندارد، بنابراین فرضیه صفر مبنی بر نبود تفاوت معنی دار بین گروه‌ها با ۹۹ درصد اطمینان تأیید می‌شود. با وجود این، نتایج هر یک از گروه‌ها با استفاده از آزمون تعقیبی به صورت مجزا با گروه کنترل نیز مقایسه شده و یافته‌ها نشان می‌دهد که هر

دو گروه در مقایسه با گروه کنترل افزایش معنی داری در نمرات رضایت زناشویی ایجاد کرده اند.

در خصوص رضایت زناشویی، CBT به بازسازی ارتباطات از طریق رفتارها و شناخت‌ها می‌پردازد و فنون آن شامل کاربست و فعال سازی مهارت‌های گوینده/ شنونده و مهارت‌های حل مسئله است و اساس مشکلات از دیدگاه این روش از دو الگو ناشی می‌شود: الگوی نقص مهارت‌ها، و دیگری الگوی محرک- پاسخ. نقص مهارت برمی‌گردد به کمبود مهارت‌های بین فردی اساسی برای مذاکره در مورد تعارض و الگوی محرک- پاسخ به استفاده مؤثر نکردن از مهارت‌های پیام‌رسانی در بافت رابطه تنش‌زا مربوط می‌شود (اودانوهیو<sup>۱</sup>، فیشر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). همچنین بازسازی شناخت واره‌های ناکارآمد (با الگوهای بک، ABCD، مک مولین<sup>۳</sup>) بر عناصر مثبت خاص محتوای فکر تمرکز دارد تا تغییر مثبت را در محتوای کلی تر فکر تسهیل کند (فری<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷)، همچنین تحریف‌های شناختی را با روش پرسش‌های سقراطی (کوری، ۲۰۰۵، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۵) یا رویکرد آمرانه الیس (شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۸۸) به چالش می‌کشد.

تلاش‌های زوجین در حل تعارض یا حل مسئله ممکن است به وسیله درک نادرست از افکار و احساسات همسر دیگر مسدود شود و در نتیجه رضایت ارتباطی پایین بیاید (تاکر<sup>۵</sup> و آندرز<sup>۶</sup>، ۱۹۹۹). به عبارت دیگر تطابق<sup>۷</sup> شناختی و هیجانی زوجین (لی<sup>۸</sup>، پادوک<sup>۹</sup>، فینی<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۲) بر رضایت مندی آنها تأثیر می‌گذارد. روش CBT در این پژوهش با ایجاد این تطابق به

1. O'Donohue
2. Fisher
3. McMullin
4. Free
5. Tucker
6. Anders
7. concordance
8. Lee
9. Paddock
10. Feeney



افزایش نمرات رضایت زناشویی منجر شد که با یافته‌های عشقی، بهرامی و فاتحی زاده (۱۳۸۶)، بوستانی پور، ثنایی ذاکر و کیامنش (۱۳۸۶)، بنازاده و همکاران (۱۳۸۶)، نظری، طاهری راد و اسدی (۱۳۹۲)، عارفی و محسن زاده (۱۳۹۱)، بلقان آبادی، گراوند، و احمدی (۱۳۹۱)، قاسمی، اعتمادی، و احمدی (۱۳۹۱)، چو و همکاران (۲۰۰۸) همسو است.

روش IPT از طریق الگوسازی فرصتی برای یادگیری ارائه می‌کند، تشویق می‌دهد، و بهبودی‌ها و موفقیت‌ها توسط مادران دیگر تقویت می‌شود، همچنین باعث می‌شود شرکت کنندگان بیش کسب کنند، راه‌حل‌های خلاقانه یاد بگیرند و رفتارهای جدید را آزمایش کنند (مولکاهی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). ترخان (۱۳۹۰) اثربخشی روان درمانی بین فردی گروهی کوتاه مدت را بر روی همسران افراد معتاد بررسی کرد که نتایج نشانگر افزایش بهزیستی روانی و کیفیت زندگی شرکت کنندگان بود. شولز<sup>۲</sup>، کوان<sup>۳</sup> و کوان (۲۰۰۶) در ارزیابی مداخله پیشگیرانه برای حفظ کیفیت زناشویی در طول انتقال به دوره والدینی دریافتند که شرکت کنندگان در گروه مداخله نسبت به گروه مقایسه کاهش معنی‌دار اندکی در نمرات رضایت زناشویی نشان دادند. نتایج معنی‌دار پژوهش ابراهیمی، ثنایی ذاکر، و نظری (۱۳۹۰)، اورکی و همکاران (۱۳۹۱) در آموزش برنامه غنی‌سازی ارتباط بر روی زوجها همسو با یافته‌های پژوهش حاضر است.

۳۰٪ کسانی که افسردگی اساسی دارند ناسازگاری زناشویی نیز در آنها دیده می‌شود (بلانچارد و همکاران، ۲۰۰۹). سوکول، اپرسون، و باربر (۲۰۱۱) فراتحلیلی را درباره درمان‌های مؤثر برای افسردگی دوره بارداری انجام دادند. این یافته‌ها حاکی از برتری IPT به CBT بود. در فراتحلیلی دیگر درباره درمان‌های افسردگی دوره بارداری، CBT نسبت به IPT اندازه اثر بالاتری را نشان داد (بلدسو<sup>۴</sup> و گروت<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶). این یافته‌ها تلویحاً در مقایسه CBT و IPT با

1. Mulcahy
2. Schulz
3. Cowan
4. Bledsoe
5. Grut

گروه کنترل با یافته‌های پژوهش حاضر همسو است ولی در مقایسه گروه‌های آزمایشی با یکدیگر ناهمسو است. یکی از دلایل اصلی متفاوت بودن مقایسه نتایج پژوهش‌ها این است که به رغم تفاوت نظری و فلسفی CBT و IPT (فرایزر و سولووی، ۲۰۰۸)، این دو رویکرد در عمل همپوشانی بالایی دارند و پایداری به ساختار منیوال اندک است.

پیگیری درمان یکی از نقاط قوت هر کار پژوهشی است، ولی در این پژوهش به خاطر این که پایان درمان همزمان با هفته‌های انتهایی بارداری بود، اجرای پیگیری درمانی مقدور نشد و این مهمترین محدودیت این پژوهش بود. در سوی دیگر، بافت خانوادگی و اجتماعی زنان باردار از قبیل اعتیاد و بیکاری همسر، مهاجر بودن و عدم دسترسی به منابع حمایتی اولیه، مشکلات پزشکی در خصوص سلامت جنین، و کار شیفتهی همسر بر شرایط خلقی و رفتاری وی تأثیر گذار بود. در این پژوهش گرچه نسبت به این موارد بینش وجود داشت، ولی قابل دستکاری نبودند، و تأثیر آنها به عنوان متغیرهای مداخله‌گر در نتایج درمان قابل چشم پوشی نبود. با توجه به این محدودیت‌ها تعمیم پذیری نتایج این پژوهش بایستی با احتیاط صورت گیرد.

به عنوان پیشنهاد پژوهشی توصیه می‌شود رضایت مندی همسران زنان باردار مورد بررسی قرار گیرد. چرا که طبق پیشینه پژوهشی، «تطابق سلامت» (لی، پادوک، فینی، ۲۰۱۲) زوجین متأثر از تطابق شناختی و هیجانی آنهاست. همچنین متغیرهای جمعیت شناختی بیشتری مثل مهاجر بودن، وضعیت درآمد، تعداد فرزندان، و اعتیاد همسر به عنوان متغیرهای تعدیل کننده در پژوهش‌های بعدی وارد شوند.

### سپاس و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از اعضای مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر (عج) به ویژه سرکار خانم دوستی و سرکار خانم حق‌اللهی به خاطر هماهنگی‌های اولیه تا مراحل اجرا

تشکر کنند. همچنین از خانم‌های باردار که با وجود مشکلات رفت و آمد تا پایان گروه جلسات را ادامه دادند سپاسگزاری می‌کنیم.

### منابع فارسی

- ابراهیمی، پاینا؛ ثنایی ذاکر، باقر و نظری، علی محمد (۱۳۹۰). بررسی تأثیر آموزش برنامه غنی سازی ارتباط بر افزایش صمیمیت زوج های هر دو شاغل، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، ۱۶: ۳۷-۴۳.
- اورکی، محمد؛ جمالی، چیمین؛ فرج الهی، مهران و کریمی فیروزجایی، علی (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش غنی سازی ارتباط بر میزان سازگاری زناشویی دانشجویان متأهل، *دو فصلنامه علمی- پژوهشی شناخت اجتماعی*، (۲): ۵۲-۶۱.
- بابانظری، لاله؛ کافی، سید موسی (۱۳۸۷). بررسی تطبیقی اضطراب بارداری در رابطه با دوره های مختلف آن، رضایت زناشویی و عوامل جمعیت شناختی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، (۲): ۱۴-۲۰۶-۲۱۳.
- بلقان آبادی، مصطفی؛ گراوند، عالیه و احمدی، احمد (۱۳۹۲). تأثیر آموزش شناختی- رفتاری گروهی بر انتظارات زناشویی زنان و مردان متأهل شهرستان کوهدشت، *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*، (۴): ۳-۶۴۲-۶۶۰.
- بنزاده، زهره؛ باغبان، ایران؛ و فاتحی زاده، مریم (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی مشاوره به شیوه زوج درمانی- رفتاری بر افسردگی دوران بارداری، *فصلنامه خانواده پژوهی*، ۹: ۸۱-۷۲.
- بوستانی پور، علیرضا. ثنایی ذاکر، باقر و کیامنش، علیرضا (۱۳۸۶). فراتحلیل اثربخشی الگوهای شناختی- رفتاری در درمان مشکلات زناشویی. *فصلنامه تازه ها و پژوهش های مشاوره*. (۲۲): ۶-۲۵-۷.
- ترخان، مرتضی (۱۳۹۰). اثربخشی درمان بین فردی گروهی کوتاه مدت بر بهزیستی روانی و کیفیت زندگی همسران افراد معتاد، *فصلنامه روانشناسی تربیتی*، (۱): ۲۳-۳۶.

- حافظی کن کت، حسین. قدمی، سید امیر (۱۳۹۰). بررسی مقایسه‌ای تأثیر مشاوره گروهی با دو رویکرد انتخاب و شناختی- رفتاری بر میزان رضایت زناشویی زوج‌های شهر نورآباد، فصلنامه پژوهش‌های مشاوره، (۱۰) ۳۸: ۵۲-۸۰.
- حسین پور، شهرویی، عبادی (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی آموزش خانواده درمانی به شیوه شناختی- رفتاری بر رضایت زناشویی، یافته‌های نو در روانشناسی، (۲) ۳: ۹۵-۱۰۶.
- رجبی، غلامرضا. کارجو کسمایی، سونا. جباری، حوا و علیبازی، هوشنگ (۱۳۸۹). تأثیر شناخت درمانی فردی در کاهش میزان افسردگی و افزایش رضایت زناشویی، مجله روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، (۲) ۱: ۴۵-۶۰.
- شفیع آبادی، عبدالله. ناصری، غلامرضا (۱۳۸۸). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی، تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
- عارفی، مختار. محسن زاده، فرشاد (۱۳۹۲). پیش‌بینی رضایت زناشویی براساس ارتباط و صمیمیت جنسی، فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، (۱) ۳: ۴۳-۵۲.
- عشقی، روناک؛ بهرامی، فاطمه و فاتحی زاده، مریم (۱۳۸۶). تعیین اثربخشی مشاوره رفتاری- شناختی جنسی زوجین بر بهبود اعتماد به نفس، بی‌پرده‌گویی و دانش جنسی زنان سرد مزاج در شهر اصفهان. فصلنامه تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، (۲۳) ۶: ۷۸-۹۳.
- قاسمی، سیمین؛ اعتمادی، عذرا و احمدی، احمد (۱۳۹۱). بررسی تأثیر گروه درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری بر احساسات منفی زنان نسبت به خانواده همسر و رضایتمندی زناشویی، فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، (۴) ۲: ۴۸۵-۴۹۹.
- کوری، جerald، نظریه و کاربری مشاوره و روان‌درمانی، ترجمه سید محمدی، یحیی (۱۳۸۵). تهران: نشر ارسباران.
- کیانی، فاطمه؛ خدیوزاده، طلعت؛ سرگلزایی، محمدرضا؛ بهنام، حمیدرضا (۱۳۸۹). ارتباط رضایت زناشویی در دوران بارداری با افسردگی پس از زایمان، مجله زنان مامایی و نازایی ایران، (۳) ۲: ۳۷-۴۴.

- متولی، رویا؛ ازگلی، گیتی؛ بختیاری، مریم، و علوی مجد، حمید (۱۳۸۸). رضایت مندی از زندگی زناشویی و صمیمیت زوجین در زنان باردار شاغل و غیر شاغل شهر اردبیل. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*: (۴) ۹: ۳۱۵-۳۲۴.
- منگلی، معصومه؛ طاهره، رضانی و منگلی، صدیقه. (۱۳۸۷). تأثیر آموزش تغییرات طبیعی دوران بارداری و نحوه سازگاری با آنها بر رضایت مندی زناشویی زنان باردار. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*. (۲) ۸: ۳۰۵-۳۱۳.
- نظری، علی محمد؛ طاهری راد، محسن؛ اسدی، مسعود (۱۳۹۲). تأثیر برنامه غنی سازی ارتباط بر سازگاری زناشویی زوج‌ها، *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*، (۴) ۳: ۵۲۷-۵۴۲.
- ویزمن، میرنا؛ مارکوویتز، جان؛ کلرمن، جرال (۲۰۰۷). *IPT راهنمای فوری متخصصان بالینی*. ترجمه محمدخانی، پروانه. زمستانی، مهدی. (۱۳۸۸). تهران: دانژه.

## منابع لاتین

- Biehle, S.N., Mickelson, K.D. (2011). Preparing for parenthood: how feelings of responsibility and efficacy impact expectant parents. *Journal of social and personal relationships*, 28(5) 668-683.
- Blanchard, A., Hodgson, J., Gunn, W., Jesse, E. & White, M. (2009). Understanding social support and the couple's relationship among women with depressive symptoms in pregnancy, *Issues in mental Health Nursing*, 30:764-776.
- Brandon, A.R., Freeman, M. P. (2011). When she says "No" to medication: psychotherapy for antepartum depression; *Curr Psychiatry Rep*, 13:459-466.
- Burt, V.K., Hendrick, V.C. (2005). *Clinical manual of women's mental health*, Washington, DC, *American Psychiatric Publishing, Inc.*
- Corey, G. (2008). *Theory and practice of group counseling* (eighth edition), Belmont, CA: Brooks/Cole, Cengage Learning.
- Field, T., Deeds, O., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Gauler, A., Sullivan, S., Wilson, D., Nearing, G. (2009). Benefits of combining massage therapy with group interpersonal psychotherapy in prenatally depressed women, *Journal of Bodywork & Movement Therapies*, 13, 297-303.
- Fraser, J., Solovey, S., Andrew, D. (2007) *Second-Order Change in Psychotherapy: The Golden Thread That Unifies Effective Treatments*; Washington, DC: American Psychological Association.
- Free, L., M. (2007) *cognitive therapy in groups; guidelines and resources for practice*, Chichester: *John Wiley and Sons, Ltd.*

- Freeman, M.p. (2007). Antenatal depression: navigating the treatment dilemmas; *American Journal of Psychiatry*, 164; 8.
- Glazier, R.H., Elgar, F.J., Goel, V., Holzapfer, S. (2004). Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women, *Psychosom Obstet Gynecol*; 25: 247-255.
- Grigoriadis, S., Ravitz P. (2007). An approach to interpersonal psychotherapy for postpartum depression Focusing on interpersonal changes, *Canadian Family Physician*; 53:38-42
- Henshaw, C., Cox, J., Barton, J. (2009). Modern management of perinatal psychiatric disorder. London: The Royal College Publication.
- Kitamura, R., Shima, S., Sugawara, M., Toda, M.A. (1996). Clinical and psychosocial correlates of antenatal depression: A review. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 65,117-123.
- Kohn, J. L., Rholes, W. S., Simpson, J. A., Martin, A. M., Ill, Tran, S., Wilson, C. L. (2012). Changes in marital satisfaction across the transition to parenthood: the role of adult attachment orientations, *personality and social psychology bulletin*, 38(11) 1506-1522.
- Lawrence, E., Nylén, K., Cobb, R. J. (2007). Prenatal expectations and marital satisfaction over the transition to parenthood, *Journal of Family Psychology*, 21(2) 155-164.
- Lee, J., Paddock, S.M., Feeney, K. (2012). Emotional distress and cognitive functioning of older couples: a dyadic analysis, *Journal of Aging and Health*, 24(1) 113-140.
- Levenson, H., Butler, S.F., Powers, T.A., Beitman B. D. (2005). CONCISE GUIDE TO Brief Dynamic and Interpersonal Therapy; Washington, DC: *American Psychiatric Publishing, Inc.*
- Mufson, L., Sills, R. (2006). Interpersonal Psychotherapy for depressed adolescents (IPT-A): an overview, *Nord Journal of Psychiatry*; 60: 431-437.
- Mulcahy, R., Reay, R. E., Wilkinson, R. B., Owen, C. (2010). A randomized control trial for the effectiveness of group interpersonal psychotherapy for postnatal depression, *Arch Womens Mental Health*, 13: 125-139.
- O'Donohue, W., Fisher, J.E. (2009). *Applying empirically supported techniques in your practice*, New Jersey: *John Wiley & Sons.*
- Salemela-Aro, K., Nurmi, J-E., Saisto, T., Halmesmaki, E. (2010). Spousal support for personal goals and relationship satisfaction among women during the transition to parenthood, *International journal of behavioral development*, 34 (3) 229-237.
- Schulz, M.S., Cowan, C.P., Cowan, P.A. (2006). Promoting healthy beginnings: a randomized controlled trial of a preventive intervention to preserve marital quality during the transition to parenthood, *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 74 1, 20-31.
- Soares, R.M., Nunes, M.A., Schmidt, M.I., Giacomello, A., et al. (2009). Inappropriate Eating Behaviors During Pregnancy: Prevalence and Associated Factors among Pregnant Women Attending Primary Care in Southern Brazil; *International Journal of Eating disorders*; 42: 387-393

- Stade, B. C., Bailey, C., Dzenoletas, D., Sgro, M., Dowswell, T., Bennett, D., (2009). Psychological and/or educational interventions for reducing alcohol consumption in pregnant women and women planning pregnancy (Review). The Cochrane Collaboration. *Published by John Wiley & Sons.*
- Tucker, J.S., Anders, S.L. (1999). Attachment style, interpersonal perception accuracy, and relationship satisfaction in dating couples, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25: 403-412.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی