

Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Couple Therapy and (EIS) Model on Marital Satisfaction, Among Pregnant Women

Article Info	Abstract
<p>Authors: Mohammad Amini ¹ Mahmoud Goudarzi ^{2*} Shole Shahgheibi ³</p>	<p>Purpose: this study was prepared to compare the effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy training and EIS model on Marital Satisfaction in pregnant women.</p> <p>Methodology: To achieve that, in a semi-experimental study with plan pre-test, post-test with the control group, 60 people among the statistical population were chosen by considering the criteria which is available in sampling method, and they randomly divided into three groups of 20 (two experimental groups and one control group). The Experimental participants were trained on cognitive-behavioral and EIS model in 8 sessions of 90 minutes, while the control group did not receive any training during this time. The tool which is used to collect data in pre-test, post-test were, Enrich Marital Satisfaction .Data were analyzed by using mean, multivariate analysis of covariance.</p> <p>Findings: The results showed that both cognitive-behavioral and EIS model approaches on Marital Satisfaction and Its subscales are effective and there is a difference between the effectiveness of these two approaches on mentioned variable. The EIS model had a greater effect on Marital Satisfaction and subscales Personality Issues, marital relationship, Sexual Relationship, Religious Orientation than the cognitive-behavioral approach, But in the financial management subscale, the effectiveness of the cognitive-behavioral approach was greater</p> <p>Conclusion: Therefore, it can be concluded that despite the differences between these two approaches, both are useful in term of Marital Satisfaction and Its subscales. However, due to the greater effectiveness of the EIS model in marital satisfaction and most of its subscales, it can be used during pregnancy besides the other cares.</p>
<p>Keywords: Pregnant Women, Marital Satisfaction, Cognitive-Behavioral, Eis Model</p>	
<p>Article History: Received: 2022-02-11 Accepted: 2022-05-16 Published: 2022-06-21</p>	
<p>Correspondence: Email: mg.sauc@gmail.com</p>	

1. PhD Student, Department of Counseling, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.
2. Associate Professor, Family Counseling Department, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran (Corresponding Author).
3. Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

مقایسه اثر بخشی آموزش زوج درمانی شناختی-رفتاری و مدل EIS بر رضایت زناشویی در زنان باردار

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

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش زوج درمانی شناختی-رفتاری و مدل EIS بر رضایت زناشویی در زنان باردار انجام شد.

روش: بدین منظور طی یک پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل، از بین جامعه آماری (زنان باردار نخست زا) با لحاظ نمودن ملاک های ورود به پژوهش، به شیوه نمونه گیری در دسترس ۶۰ نفر انتخاب و به شیوه تصادفی در سه گروه ۲۰ نفره (دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. شرکت کننده های آزمایش در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای، تحت آموزش شناختی-رفتاری و مدل EIS قرار گرفتند در حالی که گروه کنترل در این مدت آموزشی دریافت نکردند. ابزار مورد استفاده جهت جمع آوری داده ها در پیش آزمون-پس آزمون - پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ بود. داده ها با استفاده از میانگین، تحلیل کواریانس چند متغیره تحلیل شدند.

یافته ها: یافته ها نشان داد که هردو رویکرد شناختی-رفتاری و مدل EIS بر رضایت زناشویی و خرده مقیاسهای آن مؤثر هستند و بین اثربخشی آنها در این زمینه تفاوت وجود دارد. مدل EIS نسبت به رویکرد شناختی-رفتاری تاثیر بیشتری بر رضایت زناشویی و خرده مقیاس های موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی، رابطه جنسی، و جهت گیری مذهبی داشت ولی در خرده مقیاس مدیریت مالی اثربخشی رویکرد شناختی-رفتاری بیشتر بود.

نتیجه گیری: لذا می توان نتیجه گرفت با وجود تفاوت بین این دو رویکرد هردو در زمینه رضایت زناشویی و خرده مقیاس های آن مؤثر هستند اما با توجه به اثربخشی بیشتر مدل EIS در رضایت زناشویی و بیشتر خرده مقیاس های آن، می توان از آن در دوران بارداری به عنوان روش کارآمدتر در کنار سایر مراقبت ها، استفاد کرد.

کلید واژه ها: زنان باردار، رضایت زناشویی، شناختی-رفتاری، مدل EIS

^۱ دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.

^۲ دانشیار، گروه مشاوره خانواده، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران (نویسنده مسئول).

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

مقدمه

ازدواج مبنای شکل گیری خانواده است که خود از مهم ترین اتفاقاتی است که طی زندگی فرد رخ می دهد و یک پیوند اجتماعی و صمیمانه میان زن و مرد بشمار می رود که می تواند منجر به شادکامی و یا رنجی عمیق برای طرفین گردد. از جمله بعضی از انگیزه های برقراری این روابط صمیمانه، در کنار تمایلات جنسی- که مسایل اولیه هستند- عشق، امنیت اقتصادی، مجالست، محافظت، امنیت عاطفی، فرار از تنهایی می باشد که می توانند باعث گرایش یک شخص به ازدواج شوند؛ اما ازدواج با هر هدفی که تشکیل شده باشد، رضایت از زندگی زناشویی در کیفیت و بقای آن اثر انکارناپذیری دارد (فتحی، آزادیان، ۱۳۹۶). هاکینز^۱ به نقل از کاظمی، مرادی، مرادی و رعنائی (۱۳۹۹) در تعریف خود از رضایت زناشویی^۲، که از آن به عنوان بهترین تعریف از رضایت زناشویی نیز یاد می شود، رضایت زناشویی را احساسات عینی از خوشنودی، رضایت و لذت تجربه شده توسط زن یا شوهر، زمانی که همه جنبه های ازدواجشان را در نظر می گیرند، می داند.

از سوی دیگر کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در دوران های مختلف از جمله دوران بارداری متغیر و قابل اندازه گیری است. دوران بارداری، یکی از مهمترین مراحل زندگی یک زن است. این دوره، اگرچه برای اکثر زنان یک دوره مسرت بخش است؛ اما اغلب یک دوره پر استرس همراه با تغییرات فیزیولوژی و روانی نیز به حساب می آید (مکی، کانینگهام، جانکوسکی، زایاس^۳، ۲۰۰۱)، به علاوه بروز یک رشته ناراحتی ها و مشکلات جسمی و عاطفی در دوران بارداری شایع است، مانند تهوع، استفراغ، خستگی، درد (پشت، پا، کشاله و ران)، افسردگی، انزوا طلبی، اضطراب، ترس، بی ثباتی عاطفی، دوگانگی احساسات و اختلال در روابط جنسی ... این تغییرات می تواند اثر قابل ملاحظه ای بر فعالیت های روزانه زنان باردار داشته باشد؛ حتی در یک بارداری طبیعی، این تغییرات، توانایی زن را برای انجام دادن نقش های معمول زندگی تغییر می دهد؛ بنابراین تغییرات زیادی در دوره حاملگی در ابعاد سلامت جسمی، روحی، اجتماعی و در مجموع در کیفیت زندگی زنان باردار در سنین مختلف حاملگی رخ می دهد (اتارد، کوهلی، کولمن، برادلی، هاکس، اتاناکویس، ترانس^۴، ۲۰۱۲)؛ همچنین در این دوره، تغییراتی در تصور نسبت به خود، عقاید و ارزش ها، اولویت ها، الگوی رفتاری، ارتباط با دیگران، مهارت های حل مشکل ایجاد می گردد. در این دوره تمرکز زن باردار بر خود و جنین توجه او نسبت به همسر و سایر فرزندان را کاهش داده و گاهی نیز موجبات دلخوری آنها را فراهم می سازد، همچنین به دلیل تغییر تصویر ذهنی فرد از بدن خود، ترس از سقط، زایمان زود رس، پارگی پرده ها و یا آسیب دیدگی جنین، کاهش احساس جذابیت کافی برای همسر و استرس های فیزیکی، عاطفی و اقتصادی ناشی از حاملگی، اغلب روابط و میل جنسی زوجین در این دوران کاهش می یابد و با تغییر شکل ظاهری بدن و احساس سنگینی، فعالیت های اجتماعی و تفریحی زن باردار و تماس با دوستان و آشنایان به حداقل می رسد، علاوه بر این تغییر در وضعیت جسمی و روانی زن باردار می تواند به اجتناب از انجام تعهدات خانه داری و وظایف و نقش های معمول و بروز واکنش ها و رفتارهای نامطلوب منجر گردد. بدین ترتیب کلیه ابعاد رضایت زناشویی به شکلی از بارداری تاثیر می پذیرند (خدا کرمی، معصومی و اسدی، ۱۳۹۶). یافته های پژوهشی نیز دال بر آن است که بارداری منجر به تغییرات زیادی در روابط عاطفی، جنسی و رضایت زناشویی زوجین می شود (شجاع، جویباری و ثناگو^۵، ۱۳۹۰؛ زیمرمن، ۱۹۹۴).

با این وجود امروزه رویکردهای زوج درمانی و خانواده درمانی گوناگونی با هدف کاهش تعارضات و آشفتنگی ارتباطی میان زوج ها و کمک به آنها در حل مشکلات و تصمیم گیریهای درست به وجود آمده است، از جمله این رویکردها می توان به رویکردهای زوج درمانی شناختی - رفتاری^۶، و مدل همدلی، صمیمیت، رضایت جنسی (EIS)^۷ اشاره نمود.

رویکرد شناختی- رفتاری بر تعامل و ارتباط رفتاری زوجین و رفتارهای مشکل زا و آگاهی از آنها؛ توضیح و تشریح رابطه بین افکار و احساسات و رفتار افراد، تغییر توقعات، باورها و خطاهای شناختی و شناختیهای غیر واقعی زوجین و بازسازی و تصحیح شناختها و انتساب های نادرست در تعامل های ارتباطی و بهره گیری از روش های خود آموز و آموزش مهارتهای ارتباطی و حل

1. Hawkins

2. Marital Satisfaction

3. Mckee, Cunningham, Jankowski & Zayas

4. Attard, Kohli, Coleman, Bradley, Hux, Atanackovic & Torrance

5. Cognitive-behavioral couple therapy (CBT)

6. empathy, intimacy, and sexual satisfaction (EIS)

مساله در تعامل های ارتباطی تاکید دارد (گلدنبرگ و گلدنبرگ^۱، ترجمه حسین شاهی برواتی و نقشبندی، ۱۳۹۹). برعکس رویکرد زوج درمانی شناختی- رفتاری که یک رویکرد شناخته شده در زمینه خانواده درمانی و زوج درمانی می باشد، مدل EIS یک مدل نو در زمینه زوج درمانی است. این مدل توسط کانزن^۲ ارائه شده است و بر مبنای الگوی "فرایند اعتباریابی انسان"^۳، ستیر^۴ قرار دارد (کانزن، لامبرت، میلر^۵، ۲۰۱۸) این رویکرد کمتر بر بعد شناختی و حل مسأله تاکید دارد و بیشتر بر تجربه، شناسایی و آگاهی از هیجانات و ارتباطات و واکنشهای هیجانی زوجین و اصلاح و بازسازی و رشد واکنشهای هیجانی در فضای توأم با خلوص و همدلی در زمان حال متمرکز است و از این راه می خواهد ضمن افزایش خودشناسی و بهبود عزت نفس و ارزش شخصی، به اصلاح ارتباطات آسیب پذیر، بهبود صمیمیت نسبی، حل تعارضات، بهبود عملکرد جنسی، و آموزش مهارت های احساسی و جنسی بپردازد؛ همچنین این مدل زوج درمانی علاوه بر افزایش رضایت جنسی و زناشویی از طریق صمیمیت و همدلی و تجربه و آگاهی از هیجانات، بر بعد معنویت و اعتقادات مذهبی در بهبود روابط زوجین نیز تاکید دارد و بر این اعتقاد است که آگاهی از باورها و ارزشهای مذهبی و معنوی در رابطه با زوجین و نقش هر یک از آنها در روابط خانوادگی، جنسی و زناشویی می تواند به بهبود روابط زوجین بینجامد (کانزن، ۲۰۱۸)

در این راستا، مطالعات انجام شده، آموزش زوج درمانی شناختی-رفتاری را به عنوان شیوه ای مناسب بر عملکرد جنسی و زناشویی (صالح زاده، کجاف، مولوی، ذوالفقاری، ۱۳۸۷؛ رامش، رستمی، مرقاتی خوبی، همت بلند، ۱۳۹۵)، کاهش تعارضات زناشویی (گودرزی، شیری و محمودی؛ ۱۳۹۷)، سازگاری، صمیمیت و بهبود رضایت زناشویی (کریمی اوتاری، خلعتبری، رضا استوار، ۱۳۹۶؛ مکاری، مؤمنی، یزدانبخش و جلیلیان، ۱۳۹۶؛ پور یحیی، شاکرمی، داورنیا، ۱۳۹۷؛ طجری، کریمی، گودرزی، ۱۳۹۹؛ بلانگر، لاپورت، سابورین^۶، ۲۰۱۵؛ دارسانا، سارنی، سادار سانا، پارا مارتا و احمد^۷، ۲۰۲۰)؛ کاهش فرسودگی زناشویی و میل به طلاق (محمدی، شیخ هادی سیروئی، رافر، زهرا کار، شاکرمی و راورنیا، ۱۳۹۵) مطرح نموده اند. در پژوهشی دیگر گودرزی و بوستانی پور (۱۳۹۲) نیز اثربخشی زوج درمانی سیستمی- رفتاری در افزایش سازگاری زناشویی را نشان دادند؛ علاوه بر این، در رابطه با اثربخشی مدل EIS، کانزن و همکارانش (۲۰۱۸) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بکارگیری مدل EIS موجب رضایت جنسی، صمیمیت زناشویی و صمیمیت جنسی کلامی در مردان و زنان و بهبود عملکرد جنسی در آنها می شود.

هر چند تحقیقات زیادی در زمینه اثربخشی رویکرد شناختی-رفتاری انجام شده و اکثر آنها از جمله پژوهش هایی که در بالا به آن اشاره شد کارایی آن را در زمینه رضایت زناشویی، رضایت جنسی، کاهش تعارضات و افزایش سازگاری زناشویی، کاهش استرس، افسردگی، اضطراب، و سلامت روانی به طور عموم، بر روی زوجین تایید کرده اند با این وجود مطالعات بسیار کم و محدودی بصورت مقایسه ای، در مورد تاثیر این رویکرد و مقایسه اثربخشی آن با یک رویکرد نو در زمینه رضایت زناشویی در زنان باردار در دسترس است. بر این اساس و بنا به اهمیت و ضرورت دستیابی به مؤثرترین شیوه افزایش رضایت زناشویی زنان باردار با توجه به تأثیرات سوء، بعد منفی این مقوله بر جنین و زندگی فردی و خانوادگی زنان باردار، انجام این تحقیق لازم و ضروری به نظر می رسد. لذا با توجه به آنچه در بالا ذکر شد در این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سوال کلی هستیم که " آیا میان اثربخشی آموزش زوج درمانی شناختی-رفتاری و مدل EIS بر رضایت زناشویی زنان باردار تفاوت وجود دارد؟"

روش

پژوهش حاضر نیمه تجربی از نوع پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل می باشد.

1. Goldenberg & Goldenberg

2. Konzen

3. Human Validation Process

4. Satir

5. Konzen, Lambert, Miller

6. Bélanger, Laporte, Sabourin

7. Dharsana, Suarni, Sudarsana, Paramartha, Ahmad,

جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه زنان بارداری که به مراکز درمان و بهداشت شهر بوکان در مهرماه سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده و در آنجا پرونده بارداری داشتند، بود. ملاکهای ورود به این پژوهش به صورت تمایل به حضور در جلسات آموزشی، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، سن ۱۸ تا ۳۸ سال، حداقل یک 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 سوابق ناباروری و ممنوعیت برای زایمان طبیعی، عدم پیشینه دریافت خدمات روان پزشکی، نداشتن تعارض های حاد و بحرانی در خانواده، تایید سالم بودن جنین از طریق سونوگرافی به عنوان ملاکهای ورود به مطالعه تعیین شد. علاوه بر این در این مطالعه ملاکهای ۱- غیبت و شرکت نکردن بیش از سه جلسه در فرایند آموزش ۲- تشخیص جنین غیرطبیعی و در خطر بودن آن به وسیله سونوگرافی ۳- سقط یا مرگ جنین ۴- بروز هر گونه حادثه استرس زا برای زن باردار و خانواده (او، بیماری، مرگ و ...) ۵- داشتن تعارض شدید با همسر به عنوان ملاک های خروج اعضاء از پژوهش در نظر گرفته شد.

با توجه به هدف و روش این پژوهش و همچنین با نظر گرفتن مطالعات مشابه انجام شده، و لحاظ کردن احتمال ریزش ۲۰ درصدی تعداد اعضای گروه نمونه با توجه به حساسیت و عدم توانایی جسمی و روحی و بروز حوادث ناخواسته برای آنان در جریان تحقیق، تعداد حجم نمونه در این مطالعه ۶۰ نفر تعیین شد. برای انتخاب نمونه پژوهش از میان جامعه آماری، با استفاده از شیوه نمونه گیری در دسترس، ابتدا ۶۰ نفر از واجدین شرایط انتخاب و به صورت تصادفی ساده در سه گروه ۲۰ نفره (دو گروه مداخله و یک گروه کنترل) جایگزین شدند.

به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، هنگام نمونه گیری، هدف از پژوهش و مزایای مشارکت در پژوهش، جنبه اختیاری بودن شرکت در پژوهش و داشتن حق ترک گروه در هر مرحله از پژوهش با اطلاع قبلی مجری، اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات و دیگر اصول و قوانین حاکم بر گروه برای مشارکت کنندگان به وضوح توضیح و به پرسش های آنها پاسخ داده شد و در نهایت از آنها رضایت نامه آگاهانه کتبی مشارکت گرفته شد. در مرحله بعد، هر سه گروه پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ و دموگرافیک را قبل از مطالعه تکمیل کردند سپس اعضای دو گروه مداخله (گروه شناختی-رفتاری و گروه مدل EIS) توسط یک همکار خانم کار آزموده و متخصص مشاوره خانواده و با همکاری و راهنمایی یک متخصص زنان و زایمان طبق برنامه ریزی و هماهنگی های قبلی با افراد گروه مداخله، هر هفته دو جلسه ۹۰ دقیقه ای و جمعا به مدت ۸ جلسه، مطابق پروتکل های ارائه شده برای هر کدام از شیوه های زوج درمانی شناختی-رفتاری و مدل EIS آموزش داده شدند و در طول این دوره گروه کنترل هیچ آموزشی را دریافت نکرد. قابل ذکر است که با توجه به نو بودن پروتکل آموزشی مدل EIS، جهت اطمینان از روایی و انطباق آن با ارزشهای فرهنگی و دینی جامعه ایران، نسخه پروتکل آماده شده فارسی این مدل، همراه با اصل کتابچه و نسخه انگلیسی پروتکل و مقاله ارائه دهنده آن در مورد مدل EIS، به ۹ نفر از متخصصان و صاحب نظران برجسته خانواده درمانی با حداقل ۱۰ سال تجربه کار با زوج ها و خانواده ها ارائه شد. روایی مصصحان برای این پروتکل ۰/۹۷ محاسبه شد و در نهایت با اعمال نظرات و پیشنهادات متخصصان مربوطه پروتکل جهت آموزش به گروه مداخله به صورتی که در جدول آمده است ارائه شد. در پایان جلسات آموزشی، روی هر سه گروه پس آزمون اجرا و مجددا پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ تکمیل شد. قابل ذکر است که جهت رعایت اخلاق در پژوهش در پایان این مطالعه، مدل EIS با توجه به اثربخشی بیشتر آن، با در نظر گرفتن شرایط جسمانی و روانی زنان باردار در این مرحله از بارداری به شیوه گروه مداخله ای EIS، به مدت ۵ جلسه به گروه کنترل آموزش داده شد.

جهت گردآوری داده ها از پرسشنامه استاندارد رضایت زناشویی انریچ و پرسشنامه دموگرافیک در مورد سن، میزان تحصیلات خود و همسر، وضعیت اشتغال خود و همسر و مدت زمان ازدواج استفاده شد این پرسشنامه به وسیله اولسون، فارنر و دراکن^۱ (۱۹۸۹) تهیه شده و هدف آن سنجش نقاط قوت و ضعف در روابط زناشویی و پربار سازی این روابط است. دارای دو فرم ۱۱۵ سوالی و ۱۲۵ سوال پنج گزینه ای (از خیلی زیاد تا خیلی کم است. در این پژوهش از فرم ۴۷ سوالی پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ که توسط سلیمانیان در ایران تهیه و استاندارد شده و دارای ۱۰ خرده مقیاس (موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارضات، مدیریت مالی، فعالیت های اوقات فراغت، رابطه جنسی، فرزند پروری، ارتباط با اقوام و دوستان، نقش

^۱. Olson, Fournier & Druckman

های مساوات طلبی، جهت گیری مذهبی) است، استفاده شده است. گزینه های پاسخگویی به سوال های این پرسشنامه ی ۴۷ سوالی بر اساس مقیاس لیکرتی و به صورت ۵ گزینه ای «کاملاً موافقم»، «موافقم»، «نه موافق و نه مخالف»، «مخالفم»، «کاملاً مخالفم» تنظیم شده است و نمره گذاری این سوال ها به ترتیب ۵، ۴، ۳، ۲، ۱ می باشد به این صورت که به گزینه کاملاً موافق بیشترین نمره (۵) و به گزینه کاملاً مخالفم کمترین نمره (۱) داده می شود با این تفاوت که به سوالات منفی به صورت معکوس نمره داده می شود. بیشترین نمره آزمودنی در این پرسشنامه ۲۳۵ و کمترین نمره ۴۷ است که نمره بالاتر نشانه رضایت بیشتر از زندگی زناشویی است و برعکس نمره پایین نشانه نارضایتی زناشویی است

کل پرسشنامه از ضریب اعتبار و روایی بالایی برخوردار است؛ به گونه ای که ضریب آلفای کرونباخ به وسیله اولسون و همکارانش (۱۹۹۷ نقل از ثنایی ۱۳۷۵)، ۰/۹۲، مهدویان (۱۳۷۶)، ۰/۹۴ برای آن گزارش شده است و سلیمانیان (۱۳۷۳)، نیز در پژوهش خود پایایی این مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۶۵ محاسبه نمود و روایی همزمان پرسشنامه ۴۷ سوالی رضایت زناشویی را با فرم اصلی آن را ۰/۹۵ گزارش کرده است. معتمدین (۱۳۸۳). برای بررسی روایی سازه پرسشنامه انریچ، از پرسشنامه سازگاری زناشویی استفاده کرد و ضریب همبستگی ۰/۶۵ را به دست آورد. اعتبار این پرسشنامه در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد. لذا این پژوهش ها نشان می دهند که این پرسشنامه از اعتبار و روایی خوبی برخوردار است و نتایج آن قابل اعتماد است.

در نهایت برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار spss نسخه ۲۳ و متناسب با سطح سنجش متغیرها از آمارهای توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) و آزمون کولموگوروف - اسمیرنوف برای سنجش نرمال بودن توزیع نمرات، آزمون لوین برای سنجش یکسانی واریانس گروه ها، شاخص تعامل متغیر مستقل و همپراش برای سنجش همگنی شیب های رگرسیونی، و تحلیل کواریاس و آزمون تعقیبی توکی (جهت بررسی تفاوت بین گروه ها) استفاده شد.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات آموزشی زوج درمانی شناختی - رفتاری استنتاج از گلدنبرگ و گلدنبرگ ترجمه حمید رضا حسین شاهی برواتی و همکارانش .

جلسات	محتوای جلسات
جلسه 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 پیش آزمون از اعضا گرفته شد
جلسه دوم	در این جلسه آموزش هایی 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
جلسه سوم	در این جلسه مهارت های ارتباطی، شناسایی الگوهای تعاملی ناکارآمد و تاثیر آن بر زندگی زناشویی و اصلاح آنها، و مهارت های تصمیم گیری و حل مسئله آموزش داده شد. در پایان جلسه اعضا مکلف شدن تا آنچه را در این جلسه یاد گرفته اند در بیرون تمرین کنند.
جلسه چهارم	در این جلسه 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 یاد داده شد .
جلسه پنجم	به اعضا آموزش هایی در زمینه مهارت های جنسی، نقش نگرش های غلط جنسی در عملکرد جنسی و نحوه اصلاح آنها، نقش تغییرات جسمی و ذهنی دوران بارداری بر عملکرد جنسی زوجین داده شد اعضا مکلف شدند تا به نقش افکار و نگرش های غلط جنسی در زندگی زناشویی خود بنگرند و سعی کنند آنها را اصلاح کنند
جلسه ششم	آموزش هایی در زمینه معنی و مفهوم اضطراب و استرس به ویژه استرس های دوران بارداری و ماهیت و منابع آنها و تاثیر آنها بر ابعاد دیگر زندگی و چگونگی مقابله با آنها به اعضا داده شد. در پایان اعضا مکلف به

<p>تمرین شناسایی استرس و اضطراب های خود، بررسی نقش آنها شیوه ای مقابله بان در بیرون از جلسه شدند</p>	
جلسه هفتم	<p>در این جلسه اطلاعاتی در زمینه زایمان طبیعی و سزارین و مزایا و معایب هر کدام به اعضا داده شد، در پایان اعضا مکلف شدند اطلاعات بیشتری از منابع معتبر دیگر گردآوری کنند.</p>
جلسه هشتم	<p>ابتدا خلاصه ای 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 پس از آزمون از آنها گرفته شد</p>
<p>قابل ذکر است که از جلسه دوم تا هشتم در ابتدای هر جلسه، تکالیف جلسه قبل بررسی و بازخورد ارائه می شد</p>	
<p>جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات آموزش زوج درمانی مدل EIS (همدلی، صمیمیت، رضایت جنسی) برگرفته از کتابچه راهنمای مدل EIS، کانزن (۲۰۱۸).</p>	
جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	<p>در این جلسه اعضای گروه با یکدیگر آشنا و در زمینه اهداف و قوانین به گفتگو با یکدیگر پرداختند و همچنین ارزیابی و پیش آزمون در زمینه متغیر رضایت زناشویی، از اعضای گروه گرفته شد</p>
جلسه دوم	<p>در این جلسه جهت افزایش همدلی، بهبود روابط و حل اختلافات و افزایش صمیمیت، مفهوم اعتبار سنجی و قوانین مربوط به پروتکل اعتبار سنجی با استفاده از OINK^۱ و RACE^۲ توضیح داده شد در پایان این جلسه تکالیفی در زمینه تمرین و بکارگیری قوانین پروتکل اعتبار سنجی در حل مسائل و ارتباطات مشکل ساز روزمره به اعضا داده شد.</p>
جلسه سوم	<p>به اعضا کمک شد تا از چگونگی دیدگاه دینی و مذهبی و سایر ارزشهای خود، در زمینه مسائل زناشویی، خانوادگی، نقش و وظایف زوجین، مهارت های تصمیم گیری و حل مسئله و چگونگی مواجهه با سختیها و شرایط استرس زا آگاه شوند. در پایان اعضا مکلف شدند به مطالعه بیشتر از منابع مختلف در این زمینه بپردازند.</p>
جلسه چهارم	<p>به اعضای گروه کمک شد تا افکار و احساسات، انتظارات و عوامل تأثیر گذار جنسی را بررسی و با همسر خویش در میان بگذارند و از آنها آگاهی یابند همچنین مهارت های صمیمیت رابطه ای و تصویر بدن آموخته شد. در پایان تکالیف انجام یک مکالمه ۵ دقیقه ای متقابل، تمرین آینه و تمرین جام، تفریح کردن و تعیین یک برنامه تفریحی توسط همسر و بحث در مورد آن، به اعضا داده شد</p>
جلسه پنجم	<p>در این جلسه مهارت های صمیمیت لمسی محبت و نوازش کردن به اعضا آموزش داده شد در پایان این جلسه تکالیفی جهت انجام در خانه برای اعضا تعیین شد از جمله: تمرین جلوی آینه برای نوازش کردن و صمیمیت جسمی، نوازش و تمرین لمس قسمتهای تعیین شده، تمرین اعلام و انعکاس،</p>
جلسه ششم	<p>در این جلسه، مهارت های صمیمیت حسی و جنسی، و چگونگی مطرح کردن درخواست ها و تمایلات جنسی، بررسی چگونگی شرایط و تمایل به بودن ها و نبودن ها هنگام برقراری رابطه آموزش داده شد. در پایان تکالیفی از فراهم کردن شرایط لازم برای صمیمیت حسی، تمرین نوازش کامل نواحی تحریک جنسی سطح ۲، تمرین بوسیدن، فراهم کردن شرایط لازم برای صمیمیت جنسی، دوش گرفتن با هم، نوازش کامل نواحی تحریک جنسی سطح ۱ (اندامهای جنسی و...) برای ارگاسم و مقاربت جنسی، تعیین شد.</p>
جلسه هفتم	<p>به اعضای گروه کمک شد تا از احساسات، توانایی ها و امکانات و نیازهای درونی خود در دوران مختلف بارداری آگاهی یابند و مهارتهای بروز آنها را بیاموزند. در پایان این جلسه به عنوان یک تکلیف از اعضا خواسته می شود احساسات و توانایی ها و نیازهای خود را در موقعیت های مختلف خانوادگی و زناشویی مورد توجه قرار دهند.</p>

1. One Moment one issue, I statement, No blaming, accusing, assuming, Keep it Short (OINK)

2. Reflect, Ask questions, Confirm, Empathy, (RACE)

جلسه هفتم در این جلسه، ضمن خلاصه کردن مطالب جلسات قبل از اعضاء درخواست می شود تا سوالات و ابهامات خود را در زمینه مطالب مربوطه مطرح کنند. در پایان ضمن تقدیر از اعضاء، از اعضای گروه پس از آزمون در زمینه رضایت زناشویی گرفته شد

قابل ذکر است که از جلسه دوم تا هشتم در ابتدای هر جلسه تکالیف جلسه قبل مورد بررسی قرار می گرفت

یافته ها

جدول ۳. اطلاعات جمعیت شناختی مشارکت کنندگان در پژوهش

P-Value	آماره آزمون	گروه های نمونه						سطح متغیر	متغیرها
		گروه کنترل		گروه های مداخله		EIS مدل	شناختی-رفتاری		
		یک گروه	گروه	فرآوانی درصد	فرآوانی درصد				
۰/۴۹	۰/۹۸	۷۵/۰	۱۵	۸۰/۰	۱۶	۷۰/۰	۱۴	خانه داری	وضعیت اشتغال
		۲۵/۰	۵	۲۰/۰	۴	۳۰/۰	۶	شاغل	
		۳۵/۰	۷	۴۰/۰	۸	۳۰/۰	۶	دیپلم	
۰/۳۵	۰/۱۴۷	۲۰/۰	۴	۱۰/۰	۲	۱۰/۰	۲	فوق دیپلم	میزان تحصیلات
		۴۵/۰	۹	۵۰/۰	۱۰	۶۰/۰	۱۲	لیسانس و بالاتر	
		۱۰/۰	۲	۲۰/۰	۴	۲۵/۰	۵	زیر دیپلم	
۰/۱۹	۱/۰۲	۳۰/۰	۶	۲۵/۰	۵	۳۰/۰	۶	دیپلم و فوق دیپلم	میزان تحصیلات همسر
		۶۰/۰	۱۲	۵۵/۰	۱۱	۴۵/۰	۹	لیسانس و بالاتر	
		میانگین		میانگین		میانگین		-	-
۰/۸۱	۰/۶۹۷	۲۹/۴		۲۹/۰۵		۳۰/۴۵		-	سن
۰/۳۸	۰/۱۹۸	۳/۵۷		۳/۵۵		۴/۲۷		-	مدت زمان ازدوج

داده های جدول بالا نشان می دهد که از لحاظ آماری بین سه گروه شناختی-رفتاری، مدل EIS و کنترل از نظر وضعیت اشتغال، میزان تحصیلات، میزان تحصیلات همسر، سن و مدت زمان ازدواج تفاوتی وجود ندارد.

نتایج آزمونهای کولموگروف-اسمیرنوف، آزمون لوین و شاخص تعامل متغیر مستقل و همپراش در تمام گروه ها به ترتیب نرمال بودن توزیع نمرات، یکسانی واریانس گروه ها و همگنی شیب های رگرسیونی در متغیر رضایت زناشویی و خرده مقیاس های آن را تایید کردند. لذا با توجه به رعایت پیش فرض های لازم در متغیر رضایت زناشویی و خرده مقیاس های آن و همچنین فاصله ای بودن سطح سنجش متغیر رضایت زناشویی می توان از تحلیل کواریانس برای مقایسه تفاوت میانگین رضایت زناشویی و خرده مقیاس های آن بین گروه ها استفاده کرد.

جدول ۴. نتایج برآمده از تحلیل کواریانس چند متغیره (MANCOVA) برای بررسی اثرات کلی روی تفاضل نمرات در پس آزمون

اندازه اثر	سطح معنی داری	درجه آزادی	درجه آزادی فرضیه	مقدار F	آماره	آزمون
------------	---------------	------------	------------------	---------	-------	-------

رضایت زناشویی	پلایی	۱/۹۵	۳۳/۳۹	۱۲	۲۱۳	۰/۰۰۰	۰/۶۵
خرده مقیاس ها رضایت زناشویی	پلایی	۲/۸۲۴	۲۰/۷۲	۷۲	۹۳	۰/۰۰۰	۰/۹۴۱

نتایج آزمونهای پلایی در جدول شماره بالا حاکی آن است که بطور کلی در پس آزمون متغیر رضایت زناشویی و همچنین خرده مقیاس های آن با کنترل پیش آزمون، معنی دار می باشند. بنابراین بر اساس این یافته ها می توان پی برد تفاوت معنی داری میان گروه ها از لحاظ رضایت زناشویی و خرده مقیاس های آن وجود دارد.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره نمرات رضایت زناشویی و خرده مقیاس های آن در گروه های مداخله و کنترل در پس آزمون

متغیر و خرده مقیاس های آن	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر
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
خرده مقیاس های رضایت زناشویی	۲۹۹/۹۹۱	۳	۹۹/۹۹۷	۴۳/۵۳۴	۰/۰۰۰	۰/۷۱۵
مدیریت مالی	۱۱۶/۶۸	۳	۳۸/۸۹۳	۴/۴۲۱	۰/۰۰۸	۰/۲۰۳
اوقات فراغت	۳۳۴/۵۱۳	۳	۱۱۱/۵۰۴	۳۸/۰۱۷	۰/۰۰۰	۰/۶۸۷
رابطه جنسی	۲۲۰/۹۵۷	۳	۷۳/۶۵۲	۱۰/۳۲۸	۰/۰۰۰	۰/۳۷۳
فرزندپروری	۴۱/۲۱۱	۳	۱۳/۷۳۷	۱۶/۰۵۱	۰/۰۰۰	۰/۴۸۱
مساوات طلبی	۲۶۷/۷۶۸	۳	۸۹/۲۵۶	۳۳/۵۶۹	۰/۰۰۰	۰/۶۵۹
جهت گیری مذهبی	۷۰/۶۷۱	۳	۲۳/۵۵۷	۳/۸۹۲	۰/۰۱۴	۰/۱۸۳
اقوام و دوستان						

بر اساس داده های جدول شماره ۵ می توان پی برد که پس از حذف اثر پیش آزمون، گروه ها در پس آزمون به صورت معنی داری بر نمره کل متغیر رضایت زناشویی با درجه آزادی ۳ و مقدار $F=245/691$ و $P < 0/05$ و خرده مقیاس های آن با مقدار F معنی دار در سطح $0/05$ ($P < 0/05$)، تاثیر دارند؛ بنابراین یافته ها نشان می دهد که فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت بین گروه ها رد می شود و آموزش زوج درمانی شناختی-رفتاری و مدل EIS، بر گروه ها موثر بوده، بر این اساس می توان گفت حداقل بین میانگین دو گروه از گروه ها در رضایت زناشویی و خرده مقیاس های آن از لحاظ آماری تفاوت معنی دار است؛ لذا به منظور مقایسه دو به دوی میانگین گروه ها در متغیر رضایت زناشویی و خرده مقیاس های آن از آزمون تعقیبی توکی استفاده می شود.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی توکی در هم سنجی دو به دو متغیرهای مستقل با توجه به متغیر رضایت زناشویی و خرده مقیاس های آن در پس آزمون

متغیر و خرده مقیاس های آن	کنترل		شناختی-رفتاری		مدل EIS		شناختی-رفتاری / مدل EIS		شناختی - رفتاری / کنترل	
	انحراف میانگین	انحراف معیار	انحراف میانگین	انحراف معیار	انحراف میانگین	انحراف معیار	Sig	تفاوت میانگین	Sig	تفاوت میانگین
رضایت زناشویی	۱۱۱	۷/۳۴۸	۱۴۴/۹	۴/۹	۱۶۰/۳۵	۵/۳۸۲	۰/۰۰۰	۱۵/۴۵	۰/۰۰۰	۳۳/۹
موضوعات شخصیتی	۱۴/۳	۱/۶۵۷	۱۹/۲	۱/۷۶۵	۲۲/۸	۱/۷۰۴	۰/۰۰۰	۳/۶	۰/۰۰۰	۴/۹
ارتباط زناشویی	۱۹/۳۵	۲/۱۸۳	۲۴/۷	۲/۰۵۴	۳۰/۲۵	۲/۳۵۹	۰/۰۰۰	۵/۵۵	۰/۰۰۰	۵/۳۵
حل تعارض	۱۱/۶۵	۱/۸۴۳	۱۴/۶	۲/۰۸۷	۱۴/۹	۲/۱۹۸	۰/۰۰۰	۲/۳	۰/۰۰۰	۲/۹۵
خرده مقیاس های رضایت	۹/۶	۱/۴۲۹	۱۵/۸	۱/۵۷۶	۱۲/۶۵	۱/۱۸۲	۰/۰۰۰	۳/۱۵	۰/۰۰۰	۶/۲
رابطه جنسی	۹/۳	۱/۵۹۲	۱۲/۲۵	۱/۸۰۲	۱۵/۵۵	۱/۶۳۷	۰/۰۰۰	۳/۳	۰/۰۰۰	۲/۹۵
رضایت زناشویی	۱۱/۴۵	۱/۴۳۱	۱۴/۴	۲/۴۱۴	۱۵/۹	۳/۴۳۲	۰/۰۰۰	۱/۵	۰/۰۰۰	۲/۹۵
مسائلات طلبی	۴/۹	۱/۱۶۵	۶/۶۵	۰/۶۷	۶/۷	۰/۸۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۵	۰/۰۰۰	۱/۷۵
جهت گیری مذهبی	۹/۳۵	۱/۱۸۲	۱۱/۳	۱/۹۲۲	۱۴/۸۵	۱/۸۹۹	۰/۰۰۰	۳/۵۵	۰/۰۰۰	۱/۹۵
اقوام و دوستان	۹/۱	۱/۲۵۲	۱۱/۵	۲/۹۸۲	۱۱/۳۵	۲/۱۸۳	۰/۰۰۰	۰/۱۵	۰/۰۰۰	۲/۴

* $p < 0.05$

همچنان که در جدول شماره ۴ مشاهده می شود تفاوت میانگین ها بین هر سه گروه (شناختی-رفتاری، مدل EIS، کنترل) به صورت دو به دو، در رضایت زناشویی و خرده مقیاس های موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی، مدیریت مالی، رابطه جنسی، و جهت گیری مذهبی از لحاظ آماری معنی دار است ($p < 0.05$)، بنابراین می توان پی بود که با توجه به معنی دار بودن تفاوت میانگین گروه کنترل با هر یک از گروه های مداخله (شناختی-رفتاری، مدل EIS) در پس آزمون، تفاوت میانگین بین پیش آزمون و پس آزمون گروه های مداخله در رضایت زناشویی و تمام خرده مقیاس های آن معنی دار است که خود حاکی از اثربخشی آموزش زوج درمانی شناختی-رفتاری و مدل EIS بر اعضای گروه خود می باشد. علاوه بر این یافته های جدول فوق نشان می دهد که در پس آزمون، تفاوت میانگین بین دو گروه شناختی-رفتاری و مدل EIS در رضایت زناشویی و خرده مقیاس های موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی، مدیریت مالی، رابطه جنسی، و جهت گیری مذهبی معنی دار است؛ لذا می توان گفت که آموزش شناختی-رفتاری و مدل EIS از لحاظ اثربخشی بر رضایت زناشویی و خرده مقیاس های موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی، مدیریت مالی، رابطه جنسی، و جهت گیری مذهبی متفاوت هستند با این وجود در خرده مقیاس های حل تعارض، اوقات فراغت، فرزندپروری، مساوات طلبی، و اقوام و دوستان بین دو گروه شناختی-رفتاری و مدل EIS تفاوت معنی داری وجود ندارد.

نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش زوج درمانی شناختی-رفتاری و مدل EIS بر رضایت زناشویی در زنان باردار انجام شد.

یافته های پژوهش حاضر بیانگر آن است که بین دو شیوه زوج درمانی شناختی-رفتاری و مدل EIS از لحاظ اثربخشی بر رضایت زناشویی و خرده مقیاس های موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی، مدیریت مالی، رابطه جنسی، و جهت گیری مذهبی در زنان باردار تفاوت وجود دارد؛ ولی در خرده مقیاس های حل تعارض، اوقات فراغت، فرزندپروری، مساوات طلبی، و اقوام و دوستان بین این دو گروه تفاوتی وجود ندارد. با این حال داده ها نشان می دهد که هر دو رویکرد شناختی-رفتاری و مدل EIS بر

رضایت زناشویی و خرده مقیاس های آن در زنان باردار مؤثر هستند. همچنان که در جدول شماره ۷ مشاهده می شود در پرس آزمون، مدل EIS در زمینه متغیر رضایت زناشویی به طور کلی و هر یک از خرده مقیاس های موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی، رابطه جنسی و جهت گیری مذهبی، اثربخشی بیشتری نسبت به رویکرد شناختی-رفتاری از خود نشان داده است ولی در خرده مقیاس مدیریت مالی، این اثربخشی در زوج درمانی شناختی-رفتاری نسبت به مدل زوج درمانی EIS بیشتر است.

پور یحیی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی تحت عنوان "تعیین اثربخشی زوج درمانی گروهی شناختی-رفتاری بر کاهش فرسودگی زناشویی و بهبود کیفیت روابط زناشویی زوج ها" به این نتیجه رسیدند که آموزش گروهی زوج درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش فرسودگی زناشویی و بهبود کیفیت روابط زناشویی میان زوجین مؤثر است. این نتیجه با نتیجه پژوهش حاضر همخوانی دارد. همچنین نتایج مطالعات طجری و همکاران (۱۳۹۹)، گودرزی و همکاران (۱۳۹۷)، جوانمردی (۱۳۹۶)، کریمی اوتادی و همکاران (۱۳۹۶)، مکاری و همکاران (۱۳۹۶)، محمدی و همکاران (۱۳۹۵)، نظامیان و همکاران (۱۳۹۹)، دارسانا، و همکاران (۲۰۲۰)، بلانگر و همکاران (۲۰۱۵)، آبرامویتز، باکوم، بویدینگ، ویتون، مارتین، فابریکانت، پاپروکی و فیشر^۱ (۲۰۱۳) در زمینه اثربخشی زوج درمانی شناختی-رفتاری بر رضایت زناشویی، کاهش تعارضات زناشویی، بهبود سازگاری و صمیمیت زناشویی، بهبود رضایت جنسی مؤید نتیجه پژوهش فوق می باشند. کانزن و همکارانش (۲۰۱۸) در پژوهش خود تحت عنوان "مدل EIS: یک تحقیق مداخله ای از درمان جنسی چند وجهی" به این نتیجه رسیدند که بکارگیری مدل EIS موجب رضایت جنسی، صمیمیت زناشویی و صمیمیت جنسی کلامی در مردان و زنان و بهبود رضایت زناشویی در آنها می شود. و این نتیجه با نتیجه پژوهش حاضر مطابقت دارد.

مدل کانزن بر مبنای الگوی "فرایند اعتباریابی انسان" ستیر، که بر تغییر و رشد درون فردی و افزایش عزت نفس و ارزش شخصی تاکید می کند، قرار دارد کانزن و همکاران، ۲۰۱۸. ابراهیمی (۱۳۹۶) در مطالعه خود کارایی مشاوره زناشویی بر اساس الگوی اعتباریابی انسان در کاهش تعارضات زناشویی و افزایش رضایت زناشویی زوجین جانباز را مورد بررسی قرار داد و به این نتیجه رسید که مشاوره زناشویی بر اساس الگوی اعتباریابی انسان باعث کاهش تعارضات و افزایش رضایت زناشویی زوجین می شود که بصورت غیر مستقیم با نتیجه پژوهش حاضر مطابقت دارد.

در مورد اثربخش بودن دو رویکرد شناختی-رفتاری و مدل EIS بر رضایت زناشویی و خرده مقیاس های آن در زنان باردار می توان گفت که زوج درمانی شناختی-رفتاری از طریق تکنیک ها خاص خود و آموزش هایی که در زمینه بازسازی شناختی، مهارت های حل مسئله، مهارت های تصمیم گیری و مهارت های ارتباطی به زوجین ارائه می دهد موجب توانمندی های آنها در این ابعاد، که بر رضایت زناشویی مؤثر هستند می شود و نیز مدل EIS با تاکید بر تجربه، شناسایی و آگاهی از هیجانات و ارتباطات و واکنشهای هیجانی زوجین و اصلاح و بازسازی و رشد واکنشهای هیجانی در فضایی توأم با خلوص و همدلی در زمان حال، تاکید بر معنویت و اعتقادات دینی و مذهبی در بهبود روابط زوجین، زمینه بهبود روابط و رضایت زناشویی در زوجین را فراهم می آورد.

اما در تبیین اینکه بین دو شیوه زوج درمانی شناختی-رفتاری و مدل EIS از لحاظ اثربخشی بر رضایت زناشویی و بعضی از خرده مقیاس های آن (موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی، مدیریت مالی، رابطه جنسی، و جهت گیری مذهبی) در زنان باردار تفاوت وجود دارد. می توان استدلال نمود که مبانی رویکرد شناختی-رفتاری بر تعامل و ارتباط رفتاری زوجین، رفتارهای مشکل زا و آگاهی از آنها؛ توضیح و تشریح رابطه بین افکار و احساسات و رفتار افراد، تغییر توقعات، باورها و خطاهای شناختی و شناختهای غیر واقعی زوجین، بازسازی و تصحیح شناختها و انتساب های نادرست در تعامل های ارتباطی، تاکید دارد (گلدنبرگ و گلدنبرگ^۲، ترجمه حسین شاهی برواتی و نقشبندی، ۱۳۹۹). در حالی که مدل EIS بر اساس رویکردهای انسانی، تجربی و سیستمی استوار است و کمتر بر بعد شناختی و حل مسأله تاکید دارد و بجای آن بیشتر بر تجربه، کشف و آگاهی از هیجانات و ارتباطات و واکنشهای هیجانی زوجین و نهایتاً اصلاح و بازسازی و رشد واکنشهای هیجانی در زمان حال متمرکز است (کانزن و همکاران، ۲۰۱۸) بنابراین با توجه به تفاوت مبانی نظری دو رویکرد (شناختی-رفتاری، مدل EIS)، تفاوت در

^۱ . Abramowitz, Baucom, Boeding, Wheaton, Martin, Fabricant, Paprocki, Fischer

^۲ . Goldenberg & Goldenberg

اثربخشی آنها بر رضایت زناشویی و خرده مقیاس های ذکر شده منطقی به نظر می رسد. و همچنین از آنجا که مدل EIS بیشتر بر تجربه و بعد انسانی و معنوی متکی است و تکنیکهای آن بیشتر جنبه جنسی و تجربی دارد و نیز با توجه به بافت فرهنگی جامعه ما که در آن بر مذهب و پیروی از دستورات آن و مسائل انسانی زیاد تأکید می شود، منطقی است این مدل تأثیر بیشتری روی رضایت زناشویی و خرده مقیاس موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی، رابطه جنسی، و جهت گیری مذهبی، نسبت به رویکرد شناختی-رفتاری در زنان باردار داشته باشد. در بعد خرده مقیاس مدیریت مالی نیز با توجه به اینکه در این امر نیاز به کسب آگاهی، مهارت های حل مسئله، و تصمیم گیری است و از سوی دیگر از آنجا که در رویکرد زوج درمانی شناختی-رفتاری که برخلاف مدل EIS بیشتر بر بعد شناختی متمرکز است و مستقیماً مهارتهای حل مسئله و تصمیم گیری به اعضاء آموزش داده می شود؛ اثربخشی بیشتر زوج درمانی شناختی-رفتاری نسبت به مدل EIS طبیعی به نظر می رسد. در تفسیر تأثیر یکسان و عدم تفاوت در اثربخشی آموزش رویکردهای زوج درمانی شناختی-رفتاری و مدل EIS بر ابعاد حل تعارض، اوقات فراغت، فرزندپروری، مساوات طلبی و اقوام و دوستان، می توان به همپوشانی که این دو رویکرد در زمینه های تأکید بر ایجاد یک محیط امن و توأم با خلوص و همدلی دارند، اشاره کرد.

در پایان قابل ذکر است که پژوهش حاضر با محدودیتهایی در زمینه انجام پژوهش همراه بود. از جمله اینکه گروه های مداخله تنها شامل زنان نخست زای، با لحاظ کردن یکسری از محدودیت های در انتخاب آنها بود به همین علت نمی توان نتایج این پژوهش را به همه زنان باردار از جمله زنانی که بیش از یک بار، باردار بوده اند تعمیم داد از همین رو پیشنهاد می شود جهت سنجش اثربخشی و تفاوت این دو رویکرد، تحقیقاتی در مورد آنها بر روی سایر زنان باردار انجام شود. یکی دیگر از محدودیتهای این پژوهش کمبود منابع و نبود پیشینه پژوهش در ایران با توجه به بافت های فرهنگی مناطق مختلف کشور در مورد مدل EIS بود لذا جهت سنجش و مقایسه اثربخشی و کارایی این مدل در مناطق مختلف کشور با توجه به زمینه های فرهنگی خاص خود، انجام تحقیقات بیشتر در زمینه رضایت زناشویی زنان باردار پیشنهاد می شود.

بنابراین بر اساس یافته های این پژوهش می توان نتیجه گرفت که هر چند هر دو شیوه شناختی-رفتاری و مدل EIS بر رضایت زناشویی خرده مقیاس های آن مؤثر هستند و مدل EIS با توجه به مبانی، تکنیک ها و تمرینات جنسی خاصی که دارد اثربخشی بیشتر در زمینه رضایت زناشویی زنان و بعضی از خرده مقیاس های آن از خود نشان داده است با این وجود می توان از هر دوی آنها در جهت بهبود رضایت زناشویی، در کنار سایر مراقبت های جسمی زنان باردار استفاده نمود. اما از آنجا که مبانی، تکنیک ها و تمرین های مدل EIS در بهبود رضایت زناشویی و بیشتر مؤلفه های آن (موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی، مدیریت مالی، رابطه جنسی، و جهت گیری مذهبی) در زنان باردار، اثربخشی بیشتر نسبت به رویکرد شناختی-رفتاری از خود نشان داده است، پیشنهاد می شود این مدل در مراکز بهداشت و مراکز دولتی و خصوصی مشاوره خانواده جهت بهبود رضایت زناشویی زنان باردار، در کنار سایر مراقبت های جسمی مورد استفاده متخصصان مربوطه قرار گیرد.

References

- Abramowitz JS, Baucom DH, Boeding S & et al. (2013). Treating Obsessive-Compulsive Disorder in Intimate Relationships: A Pilot Study of Couple-Based Cognitive-Behavior Therapy. *Behavior Therapy*, 44(3), 395-407[link]
- Attard CL, Kohli MA, Coleman S & et al. (2012). The burden of illness of severe nausea and vomiting of pregnancy in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. 186(5 Suppl Understanding): S220-7[link]
- Bélanger C, Laporte L, Sabourin S. (2015). The effect of cognitive-behavioral couple marital therapy on marital happiness and problem solving self-appraisal. *Am J FAM Ther*. 43(2):103-118[link].
- Dharsana IK, Suarni NK, Sudarsana GN & et al.(2020). CognitiveBehavioral Therapy counseling in developing Cross-Gender Friendship in adolescents. *Enfermería Clínica*, 30(2), 206-208[link]
- Ebrahimi L.The Effectiveness of Marital Counseling Based on Human Validation Patterns in Reducing Conflict and Increasing Marital Satisfaction of Veterans' Couples, *Women and Society J*.2018;8(32):248-264[link]
- Fathi F, Azadeian A. (2017). The effect of demographic factors on the marital satisfaction among married women between 55-35 years of age in the 3rd and 20th district of Tehran. *Women's Strategic Studies Quarterly*, 19(75):111-135[link]
- Goldenberg I, Goldenberg H. (2000). *Family Therapy*. Translated by Hamid Reza Hossein Shahi Braouti; Siamak Naqshbandi Valham Arjmand, (2018), 19th edition, Tehran, Ravan Publishing.
- Goudarzi M, Boostanipoor A. (2013). Effectiveness of Systemic-Behavioral Couple Therapy on Marital Adjustment. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy*. 3(2):282-296[link]
- Goudarzi M, Shiri F, Mahmoudi B. (2019). Effectiveness of Cognitive-Behaviora Family Therapy on parent-child conflicts and marital conflict. *Applied Psychology J*; 4(48):531-551[link].
- Juanmardi Pegah (2018). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Marital Relationship Training on Improving Sexual Thoughts and Function of Women with Sexual Dysfunction, M.Sc. Thesis, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Mohaghegh Ardabili University.
- Karimi B, Khalatbari J, Reza Ostovar J. (2018). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral intervention with Logo therapy on marital burnout, marital satisfaction and marital intimacy. *Fpcej*, 3 (2): 81-102 [link]
- Kazemi A, Ranaei F, Moradi G. (2021). Related factors for marital satisfaction in primigravida women referred to Sanandaj comprehensive health centers in 2018. *SJNMP*. 6 (3):25-35 [link]
- khodakarami B, Masoumi S Z, asadi R.(2017) The Status and Marital Satisfaction Factors in Nulliparous Pregnant Females Attending Clinics in Asadabad City during Years 2015 and 2016. *Avicenna J Nurs Midwifery Care.*; 25 (1):52-59[link]
- Konzen J, Lambert J, Miller M & et al. (2018). A Pilot Investigation Of A Multidisciplinary Sex Therapy Treatment. *Journal of Sex & Marital Therapy*: 218- 254[link]
- Konzen J. Talking About Sex, Issues with Erectile Dysfunction, Issues with Erectile Dysfunction,Talking About Sex, Female Sexual Pain, Touch and Affection, Relationship Intimacy, Empathy: The Validator, Understanding Sexual Problems in Marriage: Intro <https://www.theartofintimatemarriage.com/blog>. June 2018.[link]
- Mohammadi M; Sheykh Hadi Siruii R, Garafar A, Zaharakar K, Shakarami M, Davarniya R.(2017). Effect of Group Cognitive Behavioral Couples Therapy on Couple Burnout and Divorce Tendency in Couples. *Armaghane danesh Journal*; 11(21):1069-1089 [link]

- Mokari Z, Momeni K, Yazdanbakhsh K, Jaliliyan N. (2017). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Based Sexual Skills Education on Marital Adjustment in Infertile Women. *QJCR*; 16 (64):55-73[link]
- Pouryahya SM, Davarniya R, Shakarami M. (2018). A 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*, 23(45):1-15[link]
- 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[LINK]
- 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):24-29[LINK].
- Shoja M, Jouybari L, Sanagoo A. (2011). Changes in Sexual and Behavioral Relationships among Couples during Pregnancy. *Qom Univ Med Sci J*. 5(3):18-22 [link]
- Soleimani, A.A (1994). Investigating irrational thoughts based on cognitive approach to marital dissatisfaction. M.Sc Thesis, Teacher Training University, Faculty of Psychology and Educational Sciences.
- Tajari M, KARIMI J, goodarzi G. (2020). The Effectiveness of Couple Therapy through CBT Method on Life Expectancy and Self-Compassion in Couples Seeking Divorce. *Women Studies*, 11(31): 1-20 [link]