

اثربخشی آموزش خانواده بر افزایش رضایت زناشویی زنان باردار
*Effectiveness of family education
to improve marital satisfaction in pregnant women*

Mahdi Khanbani
Gholam Ali Afrooz
Bagher Ghobary Bonab
Saeid Hassanzadeh
Seyyed Mahdi Ahmadi

مهدی خانبانی*
غلامعلی افروز**
باقر غباری بناب**
سعید حسن زاده**
سیدمهدی احمدی***

Abstract

Pregnancy as a biological and social phenomenon has a great effect on women. During this stage they experience different psychological condition such as depression and anxiety which could have negative effect on quality of marital satisfaction as well as fetus development. The present research aimed to investigate the relationship between the effectiveness of family education during pregnancy on improvement of maternal marital satisfaction in Isfahan. Using cluster sampling method 93 participants (43 in experiment group and 50 in control group) in their fourth month of pregnancy in May 2011 were selected and divided in two groups randomly. The intervention plan was implemented during four months; two sessions per week. The experiment group was instructed using the family education including problem solving, anxiety control, aggression control, depression coping skills, emotional interaction training, relaxation training, stress coping skills, conflict solving training, communication style training, attention skills, listening skills. Data were collected by examination of medical profile, interview and Afrooz marital satisfaction questionnaire. The results on covariance analysis show that family education can improve marital satisfaction.

Keywords: Family education, marital satisfaction, pregnancy

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی ارتباط بین اثربخشی آموزش خانواده و افزایش رضایت زناشویی زنان باردار است. جامعه آماری این پژوهش را تمامی مادران شهر اصفهان که در اردیبهشت ۱۳۹۰ در ماه چهارم بارداری‌شان بودند، تشکیل دادند. برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده که در نهایت ۹۳ نفر (۴۳ نفر گروه آزمایش و ۵۰ نفر گروه کنترل) در این پژوهش شرکت نمودند. سپس برنامه مداخله‌ای طی چهار ماه، و هفته‌ای دو جلسه در گروه آزمایش برگزار شد. برنامه مداخله‌ای شامل مهارت‌های حل مساله، کنترل اضطراب، کنترل خشم، راهبردهای مقابله با افسردگی، آموزش تنظیم عواطف، آموزش تعامل احساسی، آموزش آرمیدگی، مهارت‌های مقابله با استرس، آموزش حل تعارض، آموزش سبک‌های ارتباطی و آموزش مهارت‌های توجه نشان دادن و گوش کردن بود. پس از طی فرایند مداخله، پس از آزمون از تمامی شرکت‌کنندگان به عمل آمد. شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر مقیاس رضامندی زوجیت افروز (۱۳۸۹) را تکمیل نمودند. همچنین برای گردآوری داده‌ها از بررسی پرونده پزشکی افراد نیز استفاده شد. داده‌های به‌دست آمده با استفاده از روش تحلیل کوواریانس، مورد تجزیه و تحلیل گرفت و یافته‌ها نشان داد آموزش خانواده می‌تواند باعث افزایش رضایت زناشویی مادران در دوران بارداری شود.

واژه‌های کلیدی: آموزش خانواده، رضایت زناشویی، بارداری

email: mehdi.khanbani@yahoo.com

* دکتری روانشناسی کودکان استثنایی، دانشگاه تهران

** عضو هیات علمی دانشگاه تهران

*** عضو هیات علمی دانشگاه اصفهان

Received: 29 Dec 2011

Accepted: 4 Aug 2012

پذیرش: ۹۱/۰۵/۱۴

دریافت: ۹۰/۱۰/۸

مقدمه

سالانه بیش از ۱۵۰ میلیون زن در دنیا باردار می‌شوند که برای تمامی این زنان، حاملگی و زایمان واقعه خوشایندی نیست. حاملگی یک بحران موقعیتی و در نتیجه محدود است و در مواردی که به خوبی مدیریت نشود، تبدیل به یک بحران طولانی مدت می‌شود که استرس زیادی بر مادر و اطرافیان وی وارد می‌آورد (روسند، اسلینگ، ابرهارد، روی‌سب، تمپس، ۲۰۱۱؛ ساندین، ۲۰۰۷؛ حسینی نسب، تقوی، احمدیان، ۱۳۸۸؛ بورگر، مک‌کو، فورسیس، لونتال، لیف، ۱۹۹۳).

بارداری به عنوان یک تحول زیستی- اجتماعی بر مادران باردار تاثیر دارد (فیشر، ۲۰۰۶؛ بورگر و همکاران، ۱۹۹۳)، به گونه‌ای که بسیاری از متخصصین آن را به عنوان زمان تحول و انقلاب در احساسات همراه با تغییر در هیجانات و افکار مانند اختلالات افسردگی و اضطراب می‌دانند (بی و برگ، ۲۰۱۰؛ ویسمن، گرانات، گیلوآ، سینگر، گوردن، آزولای، کونیت، فیلدن، ۲۰۱۰؛ زکریا، ۱۹۹۶؛ مصلی- نژاد، خشتی، غلامی، ۱۳۸۶). از دیگر سو، تاثیر فرایندهای روانشناختی مادر بر رشد و سلامتی جنین بسیار گسترده و فراگیر است (چنگ و پیکلر، ۲۰۱۰)، زیرا فضای درون رحمی پیوسته از هیجان‌ها و وضعیت روانی مادر تاثیر می‌پذیرد (بی و برگ، ۲۰۱۰؛ ویسمن و همکاران، ۲۰۱۰؛ مولوی، موحدی، بنگر، ۱۳۸۲؛ زکریا، ۱۹۹۶).

بارداری یک موقعیت بی‌مانند است، در طی دوران بارداری مادران تغییرات بسیاری را از نظر روان شناختی و فیزیولوژیکی تجربه می‌کنند (هارت و مک‌ماهن، ۲۰۰۶؛ فیشر، ۲۰۰۶؛ دیویس، گلین، وافارن، ساندمن، ۲۰۱۱). تغییرات هورمونی ماه‌های اول بارداری سبب احساس خستگی و حالت تهوع می‌شود (گاسیا، موران، علی، ریدر، فیشر، کوبلین‌اسکای، ۲۰۱۱؛ بورگر و همکاران، ۱۹۹۳). بیشتر زنان باردار تغییراتی در نشانه‌های بدنی، کار و فعالیت‌های خود، همچنین در روابط با دیگران نشان می‌دهند. برخی از زنان به دنبال این تغییرات تحریک‌پذیر و عصبی می‌شوند، تغییراتی را در احساسات (در مورد خود، کودک و آینده) و ارتباطات (ارتباط با همسر و فرزند) تجربه می‌کنند (آلبرت، گوداسکسن، کورشولم، وسترگارد، ۲۰۰۶؛ دیویس و همکاران، ۲۰۱۱). این تغییرات زنان را از نظر روانی آسیب‌پذیر می‌کند و یک منبع استرس برای زن به شمار می‌رود. دوره بارداری به طور قطع تغییرات بارزی را در ارتباط زوجین پدید می‌آورد (هاتچینسن، مور، پروپر، ماری‌آسکین، ۲۰۰۸). ۶۸ درصد زنان در دوران بارداری اختلال در روابط زناشویی دارند (پیرسون، لایتمن، اوانس، ۲۰۱۱). در حالت کلی اضطراب بارداری با رضایت زناشویی مرتبط است (آقایوسفی، مرادی، صفری، قاضی، امیری، ۱۳۹۰؛ پیرسون و همکاران، ۲۰۱۱؛ روسند و همکاران، ۲۰۱۱).

خوشبختی در ازدواج و موفقیت در تشکیل خانواده از عوامل اساسی بهبود وضع جامعه به شمار می‌رود: رضامندی متقابل زن و شوهر از جاذبه‌های روانی- جنسی یکدیگر، و برخورداری از بیشترین

احساس آرامش و امنیت روانی در زندگی مشترک (افروز، ۱۳۸۹). روابط زناشویی رضایت بخش باعث رشد شایستگی و توانایی سازگاری و انطباق در بین کودکان می‌شود.

حمایت از سلامت زیستی و روانی کودکان یکی از اساسی‌ترین رسالت‌های کارگزاران جامعه و از موثرترین روش‌های سرمایه‌گذاری برای توسعه اجتماعی و اقتصادی کشور است. کودکان علاوه بر اینکه زیربنای ساختار و پایه و اساس اجتماع هستند، حساس‌ترین و آسیب‌پذیرترین گروه اجتماع را تشکیل می‌دهند، همچنین به علت دارا بودن رشد سریع و رسیدن به حداکثر رشد طبیعی و تکامل، به شرایط زیستی - محیطی مناسب نیاز داشته و هر گونه عامل نامساعد می‌تواند اثر سوء بر رشد و نمو آنها بر جای گذارد (احسان‌پور و همکاران، ۱۳۸۰). شناخت ابعاد مختلف این پدیده می‌تواند به ارائه راهکارهای عملی و کاربردی در کاهش ناهنجاری‌های گوناگون، و در نتیجه افزایش سلامت روانی و جسمانی افراد جامعه کمک کند. از طرف دیگر یکی از مهم‌ترین عواملی که بر بقاء، دوام و رشد خانواده اثر می‌گذارد، روابط سالم و مبتنی بر سازگاری و تفاهم بین اعضاء آن به‌ویژه زن و شوهر است (رمضان زاده، نوربالا، عابدی‌نیا، فروشانی، نقی‌زاده، ۲۰۱۱). سازگاری زن و شوهر بر کیفیت عملکرد والدینی، میزان سلامت، رضایت از زندگی و روابط بین فردی و کاهش اضطراب و استرس تأثیر بسزایی دارد (روسنده و همکاران، ۲۰۱۱). اگر زوجین به طور مناسب مهارت‌های زندگی و ارتباطی و حل تعارض را کسب نکنند، تعارضات به طور کلامی، و سپس به صورت رفتاری تداوم می‌یابد و تخریب تدریجی در سازگاری زوجین آغاز می‌شود (هاتچینسن و همکاران، ۲۰۰۸)، که این امر می‌تواند به عنوان یک مساله آسیب‌زا در دوران بارداری تلقی گردد (رفیعی، ۱۳۸۶).

نظر به تغییرات و پیچیدگی روزافزون جامعه و گسترش روابط اجتماعی، آموزش مهارت‌های زندگی برای آماده سازی افراد جهت رویارویی با دیگران و موقعیت‌های دشوار امری ضروری به نظر می‌رسد. برنامه‌های آموزشی، روابط زوجها را بهبود می‌بخشد. مهارت‌های زندگی در جهت ارتقاء توانایی‌های روانی - اجتماعی هستند و در نتیجه سلامت روانی، جسمانی و اجتماعی را تامین می‌کنند (نیگرس، گلدنبرگ، کلیور، هاوس، ۲۰۰۶).

امروزه یادگیری یکی از اجزای جدایی ناپذیر زندگی انسان‌ها شده است. یادگیری دائمی و به روز کردن اطلاعات و مهارت‌ها در مسائل مربوط به سلامت روان از اهمیتی بسزایی برخوردار است. از طرف دیگر، آموزش موثر در دوران بارداری می‌تواند نقش بسزایی در کاهش مشکلات و همچنین ارتقای سلامت افراد داشته باشد (گلر، ساروس، کورن‌فیلد، ۲۰۱۰). همچنین تحقیقات نشان داده که افزایش آگاهی مادر در دوران بارداری و زایمان باعث می‌شود که وی خود را شریک در امر مراقبت بداند. لذا می‌توان چنین نتیجه گرفت که افزایش آگاهی و مهارت در دوران بارداری باعث آمادگی زن باردار برای ارتقای سلامت وی، و جلوگیری از عوارض دوران بارداری می‌شود. این آموزش می‌تواند تأثیرات مثبت بر

سلامتی نوزاد نیز داشته باشد (طغیانی و همکاران، ۱۳۸۷؛ هاتچینسن و همکاران، ۲۰۰۸). در پژوهش حاضر اثربخشی آموزش خانواده بر افزایش رضایت زناشویی مادران باردار مورد بررسی قرار گرفت.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش را تمامی مادران شهر اصفهان که در اردیبهشت ۱۳۹۰ در ماه چهارم بارداری بودند، تشکیل داد.

برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شد. در این روش افراد جامعه با توجه به سلسله مراتب (از واحدهای بزرگتر به واحدهای کوچک‌تر)، از انواع واحدهای جامعه انتخاب می‌شوند. با به‌کارگیری نمونه‌گیری چند مرحله‌ای می‌توان یک نمونه معرف^۱ جامعه انتخاب کرد و دقت برآورد مورد نظر را افزایش داد (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۸۸).

در پژوهش حاضر، ابتدا مناطق شهر اصفهان بر اساس تقسیم‌بندی‌های جغرافیایی به پنج منطقه شمال، جنوب، مرکز، شرق و غرب تقسیم، و از این مناطق به صورت تصادفی بیمارستان‌ها و زایشگاه‌ها انتخاب شدند. از بین تمامی افراد مراجعه کننده به بیمارستان‌های مذکور، ۱۰۰ نفر انتخاب شد و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی (۵۰ نفر) و گروه کنترل (۵۰ نفر) تقسیم شدند. پس از جلسه دوم از بین مشارکت کنندگان گروه آزمایشی هفت نفر به دلایل گوناگون از شرکت در فرایند پژوهش انصراف دادند، و در نهایت گروه آزمایش با ۴۳ مشارکت کننده به کار خود ادامه داد.

در پژوهش حاضر، محقق به بررسی اثربخشی مداخلات آموزش خانواده بر بهبود رضامندی زوجیت مادران و همچنین اثر آن بر بهبود وزن نوزادان به هنگام تولد آنها می‌پردازد، لذا نزدیک‌ترین روش به این پژوهش طرح آزمایشی پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل^۲ است. در این طرح یکی از گروه‌ها آزمایشی است که اثر متغیر X یعنی کاربندی آزمایشی را تجربه می‌کند، و گروه دیگر کنترل است که تحت کاربندی عادی قرار می‌گیرد. در این طرح، تقارن و همزمانی اندازه‌گیری‌ها در گروه‌های آزمایشی و کنترل الزامی است و تنها در این صورت است که تفاوت‌ها قابل مقایسه و ناشی از تاثیر متغیر تجربی X خواهد بود (هومن، ۱۳۹۰؛ دلاور، ۱۳۸۸).

1. representative Sample

2. pre test – post test randomized group design

ابزار سنجش

مقیاس رضامندی زوجیت افروز^۱ (۱۳۸۹): مقیاس مذکور دارای ۱۱۰ گویه بسته پاسخ در قالب مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافق، موافق، مخالف، کاملاً مخالف) است که ۱۰ خرده مقیاس: ۱- مطلوب اندیشی همسران، ۲- رضایت زناشویی، ۳- رفتارهای شخصی، ۴- رفتارهای ارتباطی و اجتماعی، ۵- روش حل مسئله، ۶- امور مالی و فعالیت‌های اقتصادی، ۷- احساس و رفتار مذهبی، ۸- روش فرزند پروری، ۹- اوقات فراغت، و ۱۰- تعامل احساسی (کلامی و بصری) را می‌سنجد. همسانی درونی این مقیاس برابر ۰/۸۲، و روایی همزمان آن با مقیاس رضایت زناشویی انریچ ۰/۹۳ بوده است (مشهدی فراهانی، ۱۳۸۷).

در پژوهش حاضر برای تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی، جهت استخراج و دسته‌بندی داده‌ها، و به تناسب کاربرد، از روش‌های آمار استنباطی شامل آزمون t مستقل برای مقایسه دو گروه نمونه با یکدیگر و تحلیل واریانس دو راهه و رگرسیون چند متغیری برای مشخص کردن میزان تاثیر متغیرهای پیش‌بین بر متغیر ملاک استفاده شد، و به کمک نرم افزار *SPSS17* تجزیه و تحلیل گردید. پس از مراحل نمونه‌گیری از تمامی شرکت‌کنندگان درخواست شد تا برای تشریح فرایند پژوهش و مصاحبه و تکمیل پرسشنامه مراجعه نمایند و به این ترتیب، اطلاعات مربوط به اطلاعات دموگرافیک (جدول ۱ و جدول ۲) و همچنین پیش آزمون جمع آوری شد. سپس افراد نمونه به طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند که یک گروه برنامه مداخله‌ای را دریافت نمود، و گروه دیگر دریافت نکرد. برنامه مداخله‌ای طی چهار ماه و هفته‌ای دو جلسه برگزار شد. برنامه مداخله‌ای شامل مهارت‌های حل مساله، کنترل اضطراب، کنترل خشم، راهبردهای مقابله با افسردگی، آموزش تنظیم عواطف، آموزش تعامل احساسی، آموزش آرمیدگی، مهارت‌های مقابله با استرس، آموزش حل تعارض، آموزش سبک‌های ارتباطی و آموزش مهارت‌های توجه نشان‌دادن و گوش کردن بود. لازم به ذکر است در هر جلسه بحث گروهی که در رابطه با مطالب جلسات قبل و نحوه اجرا و عمل به آن مطالب بود، صورت می‌پذیرفت. پس از طی فرایند مداخله، پس آزمون از تمامی شرکت‌کنندگان به عمل آمد.

جدول ۱. توزیع فراوانی گروه آزمایش و کنترل بر اساس سن

سن	آزمایش		کنترل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۲۱-۲۵ سال	۱۲	۲۷/۹	۲۲	۴۴
۲۶-۳۰ سال	۲۰	۴۶/۵	۲۰	۴۰
۳۱-۳۵ سال	۱۱	۲۵/۶	۸	۱۶
مجموع	۴۳	۱۰۰	۵۰	۱۰۰

1. Afroz marital satisfaction scale

بنا بر اطلاعات جدول (۱)، در گروه آزمایش بیشترین فراوانی مربوط به زنان گروه سنی ۲۶ تا ۳۰ سال، و در گروه کنترل بیشترین فراوانی مربوط به زنان گروه سنی ۲۱ تا ۲۵ سال است. به منظور مقایسه سن مادران در دو گروه آزمایش و کنترل از آزمون U من ویتنی استفاده شد. این آزمون تفاوت معناداری را در بین دو گروه در متغیر سن مادران نشان نداد ($p = ۰/۰۹$).

جدول ۲. توزیع فراوانی گروه آزمایش و کنترل بر اساس میزان تحصیلات

کنترل		آزمایش		شاخص های آماری
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	میزان تحصیلات
۲۰	۱۰	۱۸/۶	۸	دوره متوسطه
۳۰	۱۵	۳۴/۹	۱۵	دیپلم
۵۰	۲۵	۴۶/۵	۲۰	دانشگاهی
۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۴۳	مجموع

بنا بر اطلاعات جدول (۲) در گروه آزمایش بیشترین فراوانی مربوط به زنان با میزان تحصیلات دانشگاهی، و در گروه کنترل نیز بیشترین فراوانی مربوط به زنان با میزان تحصیلات دانشگاهی است. به منظور مقایسه میزان تحصیلات مادران در دو گروه آزمایش و کنترل از آزمون U من ویتنی استفاده شد. این آزمون تفاوت معناداری را در بین دو گروه در متغیر تحصیلات مادران نشان نداد ($p = ۰/۸۵$).

یافته ها

جدول ۳ یافته‌های توصیفی مربوط به نمره رضایت زناشویی شرکت کنندگان را در مرحله پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۳. مقادیر میانگین و انحراف معیار نمرات خرده‌مقیاس رضایت زناشویی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل

پس آزمون		پیش آزمون		شاخص های آماری
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	گروه
۲/۵۸	۲۸/۹۵	۱/۹۲	۱۸/۱۴	آزمایش
۲/۱۰	۱۷/۸۶	۲/۱۲	۱۷/۸۸	کنترل

چنانکه در جدول (۳) مشاهده می‌شود، میانگین نمره پیش آزمون رضایت زناشویی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل تقریباً با هم برابر است اما، در پس آزمون رضایت زناشویی میانگین نمرات گروه آزمایش به مراتب بزرگتر از میانگین گروه کنترل بوده که نشان دهنده تاثیر آموزش خانواده درمانی بر بهبود رضایت زناشویی در زنان باردار است.

اثربخشی آموزش خانواده بر افزایش رضایت زناشویی زنان باردار

بنا بر نتایج حاصله، F مشاهده شده در سطح $p = 0/001$ تفاوت معناداری را بین پس آزمون رضایت زناشویی زنان باردار گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد (جدول ۴). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، آموزش خانواده درمانی بر بهبود رضایت زناشویی در زنان باردار تاثیر داشته است. بر اساس ضریب اتا به‌دست آمده $0/86$ تفاوت در واریانس نمرات پس آزمون رضایت زناشویی می‌توان بیان داشت که تاثیر آموزش خانواده بر رضایت زناشویی والدین تایید می‌گردد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تاثیر مداخلات آموزش خانواده بر بهبود رضایت زناشویی در زنان باردار

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آزمون
پیش آزمون	۵۲/۳۹	۱	۵۲/۳۹	۱۰/۶۳	۰/۰۰۲	۰/۱۱	۰/۸۹
گروه	۲۷۸۴/۱۰	۱	۲۷۸۴/۱۰	۵۶۴/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱

بنا بر نتایج حاصله در جدول ۵، سه مولفه رضایت زناشویی، تعامل احساسی (کلامی و بصری) و اوقات فراغت بر وزن نوزادان به هنگام تولد تاثیر دارد، و می‌توانند در معادله رگرسیون باقی بمانند در حالی که، مولفه‌های مطلوب اندیشی همسران، رفتارهای شخصی، رفتارهای ارتباطی و اجتماعی، روش حل مسئله، امور مالی و فعالیت‌های اقتصادی، احساس و رفتار مذهبی، و روش فرزند پروری بر وزن نوزادان به هنگام تولد تاثیر نداشته است. ضریب تعیین نشان می‌دهد که $0/38$ از وزن نوزادان به هنگام تولد تحت تاثیر سه مولفه رضایت زناشویی، تعامل احساسی (کلامی و بصری) و اوقات فراغت قرار دارد (جدول ۵).

جدول ۵. نتایج ضریب رگرسیون وزن‌های خالص و ناخالص تاثیرپذیری وزن نوزادان به هنگام تولد از مولفه‌های رضامندی زناشویی در زنان باردار گروه آزمایش

منبع	خطای معیار	ضریب رگرسیون	ارزش t	ضریب تعیین	سطح معناداری
مطلوب اندیشی همسران	۰/۰۳	۰/۰۴	۰/۳۲	۰/۱۲	۰/۸۳
رضایت زناشویی	۰/۰۲	۰/۳۳	۲/۱۷	۰/۳۸	۰/۰۴
رفتارهای شخصی	۰/۰۲	۰/۰۸	۰/۴۹	۰/۱۲	۰/۶۳
رفتارهای ارتباطی و اجتماعی	۰/۰۲	۰/۰۷	۰/۳۲	۰/۱۲	۰/۷۵
روش حل مسئله	۰/۰۴	۰/۱۰	۰/۳۸	۰/۱۲	۰/۷۰
امور مالی و فعالیت های اقتصادی	۰/۰۲	۰/۳۵	۰/۳۴	۰/۱۲	۰/۸۳
احساس و رفتار مذهبی	۰/۰۲	۰/۱۷	۰/۹۷	۰/۱۲	۰/۳۴
روش فرزند پروری	۰/۰۳	۰/۱۴	۰/۶۸	۰/۱۲	۰/۵۰
اوقات فراغت	۰/۰۱	۰/۳۲	۲/۱۶	۰/۳۸	۰/۰۴
تعامل احساسی (کلامی و بصری)	۰/۰۲	۰/۳۷	۲/۲۸	۰/۳۸	۰/۰۳

بحث

نتیجه این پژوهش نشان داد که پس از آموزش خانواده، بین شرکت کنندگان گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ رضایت زناشویی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، مداخلات آموزش خانواده باعث افزایش رضایت زناشویی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. نتایج به‌دست آمده از تاثیر مداخلات آموزش خانواده بر رضایت‌مندی زوجیت زنان باردار در اکثر خرده مقیاس‌های آن تفاوت معناداری را بین زنان گروه آزمایش و کنترل نشان داد. به عبارت دیگر، بین میزان رضایت‌مندی زوجین در خرده مقیاس‌های مطلوب‌اندیشی همسران، رضایت زناشویی، رفتارهای شخصی، رفتارهای ارتباطی و اجتماعی، روش‌های حل مسئله، روش‌های فرزندپروری، تعامل احساسی (کلامی و بصری) زنان گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود داشته است که نشان دهنده تاثیر مداخلات آموزش خانواده بر خرده مقیاس‌های مذکور و افزایش رضایت زناشویی در آنها بوده است.

بخش عمده رضایت از زندگی وابسته به رضایت زناشویی است که وجود آن موجب تسهیل در امر رشد و تعالی مادی و معنوی آنها در زندگی خواهد شد. طبق مطالعات وانگ و چن (۲۰۱۰)، وجود رضایت زناشویی می‌تواند بخش زیادی از سلامت روانی جنین را فراهم کند و عملکرد آنها را در شرایط مختلف زندگی بهبود ببخشد. سابل و مارجوری (۲۰۰۰)، نیز رضایت در زندگی زناشویی را لازمه بهبود عملکرد اجتماعی و شغلی افراد گزارش می‌دهند و معتقدند در صورتی که زوجین در زندگی زناشویی ارتباطات صمیمی و محبت آمیزی با یکدیگر داشته باشند. این عواطف مثبت موجب می‌گردد تا زوجین در دیگر موقعیت‌های زندگی به طور مثال در محل کار نیز عملکرد بهینه‌ای را داشته باشند و نسبت به دشواری‌های شغلی، آستانه مقاومت بالاتری را از خود نشان دهند. روساند و همکاران (۲۰۱۰)، نارضایتی زناشویی را از علل اصلی اختلالات هیجانی گزارش می‌دهند. اختلالات هیجانی در صورتی که مادر در دوران بارداری باشد، منجر به اختلالات اضطرابی (لانکاستر و همکاران، ۲۰۱۰؛ مورس و همکاران، ۲۰۰۰)، و بروز افسردگی (روساندو و همکاران، ۲۰۱۰؛ ویت و همکاران، ۲۰۱۰؛ لانکاستر و همکاران، ۲۰۱۰؛ مورس و همکاران، ۲۰۰۰) خواهد شد که به دنبال آن احتمال متولد شدن نوزاد با وزن کم و تولد زود هنگام را خواهد داشت. حال آن که، در پژوهش حاضر با مداخلات آموزش خانواده بر زوجین، شرایطی فراهم شد تا آنان نسبت به زندگی نگرش مثبتی داشته باشند، رفتارهای شخصی یکدیگر را مورد پذیرش قرار داده، ارتباطات صمیمی و دوستانه برقرار کنند، در حل مسائل و مشکلات با هم همفکری کنند، تعامل کلامی و بصری موثر و عاشقانه با یکدیگر داشته باشند، به توافق بر نحوه تربیت فرزندان دست یابند و برای یکدیگر شرایط آرامش‌بخش در زندگی فراهم آورند. این در حالی است که در سه خرده مقیاس اوقات فراغت، رفتارهای مذهبی و امور مالی، تفاوت معناداری بین زنان دو گروه آزمایش و کنترل وجود نداشت و این موضوع می‌تواند ناشی از این باشد که هیچکدام از دو گروه زنان در سه خرده مقیاس مذکور از

شرایط و موقعیت کنونی نارضایتی نداشته و قبل از مداخلات درمانی نسبت به وضعیت اوقات فراغت، رفتارهای مذهبی و امور مالی حاکم بر خانواده رضایت لازم را داشته‌اند.

در واقع با آموزش خانواده نحوه ارتباط موثر به زوجین آموخته شد. این امر به بهبود تعاملات زوجین کمک می‌کند و آموزش شیوه‌های کارآمد گوش فرادادن، صحبت کردن و ارائه پاسخ‌های غیرکلامی موثر، کیفیت رابطه بین آن‌ها را ارتقاء می‌دهد. روش‌های عینی و رفتاری این جلسات به نحوی کاربردی بر رفتارهایی تمرکز یافته بودند که مربوط به بحث و جدل‌های زوجین بود و چهارچوب اصلی آموزش‌ها به گونه‌ای بسط داده شد که اسنادهایی را که افراد برای رفتار همسران خود در نظر می‌گرفتند، نیز شامل می‌شد. دیگر راهکارهای رفتاری آموزش مهارت‌ها، پاسخ‌های شناختی را بر می‌انگیخت که از طریق تاثیر بر رفتارهای تعاملی بعدی، بر رضایت زناشویی افراد تاثیر می‌گذاشت. مطلب دیگری که حائز اهمیت است، تاثیر مستقیم مولفه‌های مهارت‌های ارتباطی همسران در کنترل ناخوشایند و بحران زاست. همچنین فراگیری مهارت حل مسئله باعث ارائه راهکارهای موثر در هنگام وقوع مشکل، و در نتیجه افزایش میزان رضایت و خشنودی آن‌ها از زندگی زناشویی می‌شود. تسلط زوجین بر مهارت‌های کنترل خشم و استرس، نه تنها خانواده را در مقابل چالش‌ها و موقعیت‌های نامطلوب مقاوم تر می‌کند، بلکه میزان توانایی را برای رفع و حل رویدادهای استرس‌زا افزایش می‌دهد. نتایج پژوهش انجام شده به وسیله‌ی ماریولز و آلن (۱۹۹۶)، همسو است. این محققان بر اساس تحقیقی بیان می‌کنند که اگر زوجین به یکدیگر اعتماد داشته باشند، به آرامی با هم بحث کنند و نگرش‌های خود را تغییر دهند، بیشترین رضایت را از زندگی زناشویی خواهند داشت.

منابع

- آقایوسفی، ع. ر.؛ مرادی، ک.؛ صفری، ن.؛ قاضی، ش.؛ امیری، ف. (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین رضایت زناشویی با مشکلات جسمی دوران بارداری و عوامل مرتبط با آن در زنان باردار شهر خرم آباد. فصل‌نامه دانشگاه علوم پزشکی لرستان. ۴۷-۳۲-۴۱
- افروز، غ. ع. (۱۳۹۰). تعیین رابطه صفات شخصیتی با رضامندی زوجیت و تعیین مهمترین عوامل نارضایتی زناشویی در بین دانشجویان متاهل دانشگاه تهران. مجله علوم روانشناختی (زیر چاپ).
- حسینی نسب، د.؛ تقوی، س.؛ احمدیان، س. (۱۳۸۸). تاثیر آموزش‌های دوران بارداری بر میزان اضطراب، میزان درد و مدت دردهای زایمانی مادران. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. دوره ۳۱ (۴) ۲۴-۳۰
- رفیعی، م. (۱۳۸۶). شیوع کم وزنی و برخی عوامل وابسته در استان اصفهان. مجله بیماری‌های کودکان ایران؛ ۴۷(۱):۱۱۷-۵۳
- سرمد، ز.؛ بازرگان، ع.؛ حجازی، ا. (۱۳۸۴). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. تهران. آگه
- طلعیانی، ر.؛ رضائی، م.؛ آ؛ ایزدی، م.؛ شهیدی، ش.؛ عقدک، پ.؛ مطیع، ز.؛ نیکخواه فرد، م. (۱۳۸۷). تاثیر آموزش گروهی مراقبت دوران بارداری بر آگاهی، نگرش و عملکرد مادران باردار. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی. ۷ (۲). ۳۱۷ - ۳۲۴

مصلی نژاد، ل؛ خشتی، ا؛ غلامی، ا (۱۳۸۶). بررسی سلامت روانی در دوران بارداری و فاکتورهای سایکوتیک مرتبط با آن در شهر جهرم. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جهرم. ۵. ۵۳-۶۱
مولوی، ح؛ موحدی، م؛ بنگر، م (۱۳۸۲). رابطه فشار روانی مادر در دوران بارداری با نمره آپکار و وضعیت بدنی نوزاد. اندیشه و رفتار. ۹. (۳). ۱۹-۳۷

Reference

- Albert H, Godskesen M, Korsholm L & Westergaard J. G. (2006). Risk factors in developing pregnancy-related pelvic girdle pain. *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 85: 539 -544
- Bea R. H.; Bergh B.V (2010). Some societal and historical scientific considerations regarding the mother-fetus relationship and parenthood. *Inf. Child. Dev.* 19: 39-44
- Burger, J; McCue, S; Forsyth, W; Leventhal, J.M; Leaf P.J(1993). Psychological sequel of medical complications during pregnancy. *PEDIATRICS*; 91 (3). 566 - 571
- Cheng C. Y and Pickler R H.(2010). Maternal psychological well-being and salivary cortisol in late pregnancy and early post-partum. *Stress and Health* 26: 215-224
- Davis E P, Glynn L M., Waffarn F ; Sandman C A.(2011). Prenatal maternal stress programs infant stress Regulation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 52(2) 119-129
- Fisher, J (2006). Psychological and social implications of multiple gestation and birth. *Journal compilation The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists* ; 46 (1): 29-37
- Gausia K, Moran A. C, Ali M, Ryder D, Fisher C & Koblinsky M.(2011). Psychological and social consequences among mothers suffering from perinatal loss: perspective from a low income country. *BMC Public Health* , 11:451- 462
- Geller P ; Psaros C; Kornfield S.L (2010). Satisfaction with pregnancy loss aftercare: are women getting what they want? *Arch Womens Ment Health* . 13:111-124
- Hart R. and McMahon C. A.(2006). Mood state and psychological adjustment to pregnancy. *Arch Womens Ment Health* . 9: 329-337
- Hutchinson K.C; Moore, G.A; Propper, C.B ; Mariaskin A (2008). Incarcerated women's psychological functioning during pregnancy. *Psychology of Women Quarterly*, 32 , 440-453
- Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM(2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 202:5-14
- Morse CA, Buist A, Durkin S(2000). First-time parenthood: influences on preand postnatal adjustment in fathers and mothers. *J Psychosom Obstet Gynecol*, 21:109-120

- Neggers Y, Goldenberg R, Cliver S & Hauth J (2006). *The relationship between psychosocial profile, health practices, and pregnancy outcomes. Acta Obstetrica et Gynecologica. 85: 277_285*
- Olds D. L. ; Korfmacher J (1998). *Maternal psychological characteristics as influences on home visitation contact. Journal of Community Psychology. 26, (1): 23-36*
- Pearson R M. ; Lightman S. L ; Evans J (2011). *Attentional processing of infant emotion during late pregnancy and mother-infant relations after birth. Arch Womens Ment Health.14:23-31*
- Ramezanzadeh F, Noorbala A, Abedinia N, Forooshani A, Naghizadeh M (2011). *Psychiatric intervention improved pregnancy rates in infertile couples. Malaysian J Med Sci. Jan-Mar ; 18(1): 16-24*
- Røsand G.B , Slinning K, Eberhard-Gran M, Røysamb E, Tambs K (2010). *Partner relationship satisfaction and maternal emotional distress in early pregnancy. BMC Public Health , 11:161-169*
- Sundin J(2007). *Birth Skills. 1st ed. Australia: ALLEN & UNWIN (A&U)PP: 17.*
- Wang S.Y; C.H Chen(2010). *The association between prenatal depression and obstetric outcome in Taiwan: A prospective study. Journal of Women's Health.19 :(12).2247- 2251*
- Weisman O ; Granat A ; Gilboa-Schechtman E ; Singer M ; Gordon I ; Azulay H & Kuint J ; Feldman R (2010). *The experience of labor, maternal perception of the infant, and the mother's postpartum mood in a low-risk community cohort. Arch Womens Ment Health 13:505-513*
- Witt WP, DeLeire T, Hagen EW, Wichmann MA, Wisk LE, Spear HA, Cheng ER, Maddox T, Hampton J(2010). *The prevalence and determinants of antepartum mental health problems among women in the USA: a nationally representative population-based study. Arch Wom Ment Health 13:425-437*
- Zachariah R.(1996). *Predictors of psychological well-being of women during pregnancy: replication and extension. Journal of Social Behavior and Personality, 2(1), 127-140*