

Effectiveness of Metacognitive-Based Intervention on the Marital Intimacy of the Postpartum Women

Bahareh Aghabeygi¹, Sahar Khanjani-Veshki²

Original Article

Abstract

Background: The women's health guarantees the health of the family and the society. The physical and mental health of the postpartum women is affected and their marital intimacy decreases. Therefore, the present study aimed to determine the effectiveness of metacognitive-based intervention on the marital intimacy of the postpartum women in Isfahan, Iran.

Methods: The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest and control group design. The statistical population of this study consisted of all postpartum women referring to counseling centers in Isfahan in 2019. The sampling method was voluntary and 30 people were randomly assigned to two groups of control (n = 15) and experimental (n = 15). The research instrument was the couples, parents, and colleagues' intimacy questionnaire (2010). Eight ninety-minute sessions of metacognition intervention were administered for the experimental group. Data were analyzed using analysis of covariance (ANCOVA) in SPSS software.

Findings: The results of data analysis through ANCOVA method showed that metacognitive-based interventions were effective in postpartum women's marital intimacy. In other words, the mean scores of postpartum marital intimacy in the posttest phase in the experimental group increased significantly compared to the control group after controlling the pretest effect.

Conclusion: Metacognitive-based interventions have positive effect on the intimacy and lead to the increase of the marital intimacy in the postpartum women. Therefore, it is suggested to provide facilities for holding the mentioned courses with the cooperation of hygiene and counseling centers to improve postpartum women's physical and mental health.

Keywords: Metacognitive-based intervention; Marital intimacy; Postpartum

Citation: Aghabeygi B, Khanjani-Veshki S. Effectiveness of Metacognitive-Based Intervention on the Marital Intimacy of the Postpartum Women. J Health Syst Res 2021; 17(1): 22-8.

1- Department of Psychology, Khomeini Shahr Branch, Islamic Azad University, Khomeini Shahr, Isfahan, Iran

2- Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities, Arak University, Arak, Iran

Corresponding Author: Sahar Khanjani-Veshki; Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities, Arak University, Arak, Iran; Email: s-khanjani@araku.ac.ir

اثر بخشی مداخله مبتنی بر فراشناخت بر صمیمیت زناشویی زنان پس از زایمان

بهاره آقابیکی^۱، سحر خانجانی وشکی^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: سلامت زنان، تضمین کننده سلامت خانواده و جامعه می باشد. سلامت جسمی و روانی زنان پس از زایمان تحت تأثیر قرار می گیرد و صمیمیت زناشویی آنان کاهش می یابد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخله مبتنی بر فراشناخت بر صمیمیت زناشویی زنان پس از زایمان انجام شد.

روش ها: این مطالعه از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون همراه با گروه شاهد بود. جامعه آماری تحقیق را کلیه زنان زایمان کرده مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. روش نمونه گیری از نوع داوطلبانه بود و ۳۰ نفر به صورت تصادفی در دو گروه شاهد (۱۵ نفر) و آزمایش (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزار پژوهش، پرسش نامه صمیمیت زوجین اولیا و همکاران بود. برای گروه آزمایش، ۸ جلسه مداخله مبتنی بر فراشناخت به مدت ۹۰ دقیقه اجرا شد. داده ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس در نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها: نتایج تحلیل داده ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس نشان داد که مداخلات فراشناختی بر صمیمیت زناشویی زنان پس از زایمان مؤثر بود. به عبارت دیگر، میانگین نمرات صمیمیت زناشویی زنان پس از زایمان در مرحله پس آزمون در گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد پس از کنترل اثر پیش آزمون، افزایش معنی داری داشت.

نتیجه گیری: مداخلات فراشناختی تأثیر مثبتی بر صمیمیت دارد و منجر به افزایش صمیمیت زناشویی زنان پس از زایمان می گردد. بنابراین، پیشنهاد می شود که با همکاری مراکز مشاوره و بهداشت به منظور ارتقای سلامت جسمی و روانی زنان پس از زایمان، تسهیلاتی جهت برگزاری دوره های مذکور اختصاص داده شود.

واژه های کلیدی: مداخله مبتنی بر فراشناخت؛ صمیمیت زناشویی؛ پس از زایمان

ارجاع: آقابیکی بهاره، خانجانی وشکی سحر. اثر بخشی مداخله مبتنی بر فراشناخت بر صمیمیت زناشویی زنان پس از زایمان. مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۴۰۰؛ ۱۷ (۱): ۲۸-۲۲

تاریخ چاپ: ۱۴۰۰/۱/۱۵

پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۴/۸

دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۱۱/۲۰

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization یا WHO)، خانواده را به عنوان عامل اولیه اجتماعی در افزایش سلامت و بهزیستی معرفی کرده است. خانواده سالم، در زندگی پیامدهای مثبتی به همراه دارد، اما خانواده ناسالم، سلامت جسمانی و روان شناختی افراد را به خطر می اندازد (۱). از نظر Adler، فردی دارای سلامت روان است که روابط خانوادگی صمیمی داشته باشد. ایجاد و حفظ روابط صمیمانه و ارضای نیازهای عاطفی و روانی در امر ازدواج، یک مهارت و هنر است و پایداری روابط صمیمانه، نیازمند کسب مهارت های خاص می باشد (۲). مطالعات بالینی نشان می دهد که ریشه بسیاری از مشکلات زناشویی، فقدان صمیمیت (Intimacy) است (۳) و اجتناب از برقراری روابط صمیمانه، باعث شکست روابط خانوادگی می شود (۴). صمیمیت را می توان فرایند تعاملی دانست که محورهای آن شامل شناخت (Cognition)، فهم (Understanding)، پذیرش (Acceptance) و همدلی (Empathy) با احساسات فرد دیگر است (۵). صمیمیت تحت عنوان ورود عاطفی، فکری، اجتماعی، فیزیکی و معنوی به زندگی یکدیگر معنا می شود (۶). صمیمیت در حد انتظار، موجب افزایش کیفیت روابط زناشویی (Quality of marital relations) می گردد (۷). از عناصر مهم تأمین کننده سلامت روان، می توان به نقش زن در خانواده

اشاره کرد. زنان بعد از بچه دار شدن خیلی درگیر نوزادشان می شوند و کمتر فرصت دارند تا با همسرشان وقت بگذرانند. کاهش گذراندن زمان با همسر پس از زایمان، باعث می شود تا صمیمیت زناشویی (Marital intimacy) کاهش یابد. در واقع، دوره پس از زایمان دوره انتقالی است که مادر با نقش ها، الگوها و ارتباطات جدیدی روبه رو می شود که باید سازگاری یابد. بسیاری از زنان پس از زایمان، مشکلات خلقی را تجربه می کنند. در بسیاری از زنان، تولد فرزند، محرک شروع افسردگی مزمن و شروع مجدد آن می شود و شاید این افسردگی، کاهش صمیمیت زناشویی را به همراه داشته باشد. پژوهش ها در ایران، شیوع افسردگی پس از زایمان را در طیفی حدود ۱۶ تا ۴۳ درصد گزارش کرده اند (۸). یکی از علایم افسردگی زنان پس از زایمان، عدم تمایل به رابطه جنسی می باشد. صمیمیت جنسی، یکی از عوامل جلوگیری از جستجوی ارضای جنسی در روابط فرازناشویی به شمار می رود. به عبارت دیگر، می توان گفت که صمیمیت جنسی در روابط جنسی رضایت بخش، با کیفیت زندگی زناشویی ارتباط دارد. در سال اول پس از زایمان، بیشتر زنان تجربه حداقل یک مشکل در ارتباط با عملکرد جنسی را بیان می کنند. بر اساس نظر Barret و همکاران، مشکلات عملکرد جنسی پس از زایمان شامل کاهش میل جنسی، نرسیدن به ارگاسم، خشکی واژن، عدم رضایت جنسی، دیس پارونی و کاهش در تعداد دفعات فعالیت

۱- کارشناس ارشد، گروه روان شناسی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

۲- استادیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه اراک، اراک، ایران

نویسنده مسؤول: سحر خانجانی وشکی؛ استادیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه اراک، اراک، ایران

جنسی نسبت به زمان قبل از حاملگی، افزایش می‌یابد (۹). تحقیقات به اهمیت افسردگی و کاهش رابطه جنسی پس از زایمان پرداخته‌اند، اما میزان صمیمیت زناشویی زنان پس از زایمان مورد بررسی قرار نگرفته است و بررسی این موضوع با توجه به نقش زن در ایجاد صمیمیت در خانواده، حایز اهمیت است.

یکی از مداخله‌های مؤثر برای افزایش سازگاری افراد با موقعیت‌های هیجانی و مشکل‌آفرین، مداخلات فراشناختی (Metacognitive interventions) می‌باشد. در سال‌های اخیر، مداخله مبتنی بر فراشناخت، به عنوان درمانی برای مشکلات روان‌شناختی افزایش یافته است (۱۰). در مورد مفهوم فراشناخت، می‌توان گفت که فرد در مورد افکارش فکر می‌کند و این افکار مانند دانش فراشناختی (Metacognitive knowledge) می‌تواند در مورد دانش شخص باشد یا مانند مهارت‌های فراشناختی (Metacognitive skills) شامل آنچه که فرد در حال انجام آن است، باشد و یا مانند تجربه فراشناختی (Metacognitive experience) درباره فکر کردن در مورد شناخت و یا عواطفی باشد که در همان لحظه دارد. برای این که افکار فراشناختی از انواع دیگر افکار جدا شود، باید منبع افکار فراشناختی مد نظر قرار گیرد. افکار فراشناختی زاینده تظاهرات ذهنی درون شخص نسبت به واقعیت می‌باشد و شامل آن باوری است که شخص درباره تظاهرات درونی، چگونه عمل کردن و چگونه احساس کردن خودش دارد. بنابراین، گاهی فراشناخت به عنوان فکر کردن درباره فکر، شناخت درباره شناخت و یا دانش درباره پدیده‌های شناختی تعریف می‌شود (۱۱). این رویکرد درمانی فقط در جهت تغییر عقاید تلاش نمی‌کند، بلکه به افراد آموزش می‌دهد تا با راهبردهای هوشیارانه، با موقعیت‌های جدید پس از زایمان روبه‌رو شوند. پژوهش‌ها در زمینه فراشناخت حاکی از اثربخشی بودن این روش درمانی است. Wells و Morrison در مطالعه خود به بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر روی زنان پرداختند و به این نتیجه رسیدند که این روش درمانی، باعث افزایش رضایت زناشویی می‌شود (۱۲). همچنین، تأثیر این روش در درمان بسیاری از اختلالات روان‌شناختی همچون افسردگی (۱۵-۱۳)، باورهای فراشناختی و نشخوار فکری (۱۴)، اضطراب (۱۸-۱۶) و مؤلفه‌های فراشناختی (۱۸)، مورد تأیید قرار گرفته است. Morina و Normann در تحقیق خود به بررسی فراتحلیل اثربخشی درمان مبتنی بر فراشناخت بر اختلالات روان‌شناختی پرداختند و نتیجه‌گیری کردند که این نوع درمان در کاهش علائم شکایات اولیه هدفمند، اضطراب، افسردگی و فراشناخت‌های ناکارآمد، مؤثر و دارای اندازه اثر بالایی می‌باشد (۱۰). Hagen و همکاران نیز در پژوهشی فراتحلیل، رابطه بین درمان‌های مبتنی بر شناخت و افسردگی را مورد بررسی قرار دادند که نشان دهنده ارتباط قوی بین این دو متغیر می‌باشد (۱۹).

با توجه به نتایج مطالعات مذکور مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر فراشناخت بر انبوهی از اختلالات روان‌شناختی، پیش‌بینی می‌شود این نوع از درمان بر افزایش صمیمیت زناشویی زنانی که در دوران پس از بارداری با اختلالات عدیده روانی روبه‌رو هستند، مؤثر واقع شود و از آنجایی که توجه به ارکان خانواده‌ها به خصوص روابط زناشویی، سبب تحکیم بنیان خانواده می‌شود، تحقیق حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر فراشناخت بر صمیمیت زناشویی زنان پس از زایمان در شهر اصفهان انجام گردید.

روش‌ها

این پژوهش از نوع شبه آزمایشی بود و در آن از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون

همراه با گروه شاهد استفاده شد. جامعه آماری مطالعه را کلیه زنان زایمان کرده مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ تشکیل داد. نمونه‌گیری از نوع داوطلبانه بود. برای نمونه‌گیری در چندین مرکز مشاوره، فراخوانی جهت برگزاری جلسات درمان مبتنی بر فراشناخت داده شد. ابتدا از افراد مراجعه‌کننده ثبت‌نام به عمل آمد و سپس افراد در مورد معیارهای ورود و خروج توسط پژوهشگر مصاحبه شدند و بر روی افرادی که ملاک‌های ورود را داشتند، پیش‌آزمون اجرا شد. بنابراین، ۳۰ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و شاهد (۱۵ نفر) قرار گرفتند.

معیارهای ورود شامل عدم مواجهه با رویداد تنش‌زا پس از زایمان، نداشتن تعارض حاد و در آستانه طلاق بودن پس از زایمان، علایم کاهش خلق و نارضایتی از زندگی زناشویی (بررسی از طریق مصاحبه)، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، شرکت نکردن در مداخله‌های روان‌شناختی به صورت هم‌زمان، گذشت حداقل یک سال از تاریخ زایمان و تمایل به شرکت در تمامی جلسات بود. باردار شدن، از دست دادن نوزاد، دور بودن از همسر، اختلافات شدید زناشویی و رخ دادن واقعه ناگوار (مرگ عزیزان، حوادث و تصادفات)، غیبت بیش از سه جلسه، عدم انجام تکالیف در طول دوره و ابراز عدم همکاری نیز به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد. پس از اجرای پیش‌آزمون، مداخله فقط برای گروه آزمایش اجرا و گروه شاهد هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار برای مداخله قرار گرفت. گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله مبتنی بر فراشناخت شرکت نمودند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه صمیمیت زوجین اولیا و همکاران بود (۲۰). این پرسش‌نامه متشکل از ۸۵ سؤال می‌باشد و روایی محتوایی و اعتبار آن محاسبه شده است. نمره فرد نیز از طریق جمع نمرات گزینه‌ها به دست می‌آید. حداقل نمره ۸۵ و حداکثر نمره ۳۴۰ می‌باشد. هرچه فرد نمره بیشتری کسب کند، نشانه صمیمیت زناشویی بیشتر است. به منظور روایی محتوایی این آزمون، از ۵ متخصص مشاوره دانشکده روان‌شناسی دانشگاه اصفهان استفاده گردید. برای تعیین روایی گویه‌ها، از روش همبستگی هر گویه با نمره کل آزمون استفاده گردید. گویه‌هایی که ضریب همبستگی آن‌ها با نمره کل معنی‌دار نبود و نیز گویه‌هایی که در سطح ۰/۵ معنی‌دار بودند، حذف شد و ۸۵ گویه که حداقل در سطح ۰/۰۱ با نمره کل همبستگی داشتند، انتخاب گردید. به منظور بررسی هم‌زمان پرسش‌نامه صمیمیت زناشویی، از مقیاس صمیمیت Walker و Thompson استفاده شد. نتایج نشان داد که همبستگی بین آزمون صمیمیت زناشویی و مقیاس Walker و Thompson ۰/۹۲ بود که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است ($r = 0.92, P < 0.01$). برای تعیین پایایی از ضریب Cronbach's alpha استفاده گردید که ۰/۹۵ به دست آمد. فرایند مداخله در گروه آزمایش از طریق فراشناخت درمانی Wells و راهبردهای تفکر DeBono انجام شد (۲۱).

جدول ۱ خلاصه جلسات مداخله مبتنی بر فراشناخت را نشان می‌دهد. در نهایت، داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل کواریانس) در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱، version 21, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ملاحظات اخلاقی همچون اطلاع آزمودنی‌ها از موضوع و روش اجرای پژوهش، شرکت در جلسات با رضایت شخصی و آگاهانه، محافظت از اطلاعات شخصی و خصوصی داوطلبان، تفسیر نتایج در صورت تمایل برای داوطلبان، اختیار به انصراف از مشارکت در جلسات، برگزاری جلسات به صورت رایگان برای آزمودنی‌ها در طی انجام پژوهش رعایت گردید.

جدول ۱. خلاصه جلسات مداخله مبتنی بر فراشناخت

جلسه	اهداف و شیوه درمانی	تکلیف
اول	آشنایی اعضا، تعیین اهداف، ارایه منطق مداخله مبتنی بر فراشناخت و تشکیل چارت زندگی، آشنایی با تکنیک اعضا، توجه به معیارهای پذیرش، بیان اهداف افراد از شرکت در جلسات مداخله، بیان اهداف جلسات مداخله، بیان قواعد جلسات مداخله، گرفتن تعهد، گزینش اعضای گروه و انجام پیش‌آزمون	انجام پیش‌آزمون، دیدن فیلم زندگی‌شان به عنوان شخص سوم
دوم	آموزش استفاده از کلاه سفید و فاصله گرفتن از افکار و مقایسه آن با غرق شدن در افکار، بررسی تکالیف جلسه قبل، شناسایی نگرانی و نشخوار فکری بدون تفسیر کردن، تعیین تأثیر باورها و تجربیات قبلی بر تصمیم‌گیری‌های فعلی، آموزش آرام‌سازی، مقایسه غرق شدن در افکار با فاصله گرفتن از آن‌ها	نگاه کردن به ماجراهای روزانه بدون قضاوت در مورد آن‌ها
سوم	آموزش تخصیص توجه (Attention training technique)، بررسی تکالیف، آشنایی اعضا با تأثیری که جهت توجه‌شان به نحوه ارتباطشان می‌گذارد، آموزش تخصیص توجه، آموزش تکنیک‌های جهت‌دهی مجدد	انجام تکنیک‌های برون‌سازی آموزش داده شده
چهارم	آموزش کلاه قرمز (هیجانان و احساسات) و معرفی حالات هیجانی، بررسی تکالیف جلسه قبل، معرفی انواع حالات هیجانی، بررسی تأثیری که نوع هیجان بر فکر ما می‌گذارد، بازگو کردن احساسات و هیجانان تحت کلاه قرمز	استفاده از انواع ماسک‌ها و بیان احساسات بر اساس آن و بررسی تکنیک حیطه‌های ارتباطی انجام تکنیک‌های فراشناختی
پنجم	آموزش استفاده از کلاه زرد و سیاه و بنا کردن شیوه فراشناختی و آموزش تکنیک‌های فراشناختی، بررسی تکالیف جلسه قبل، شناخت افکار ناکارآمد در مواقع احساسات بد مانند خشم، شناسایی موانع موجود در راه رسیدن به هدف توسط کلاه سیاه، به کار بردن تفکرات مثبت و سازنده توسط کلاه زرد، بنا کردن شیوه فراشناختی، آموزش تکنیک‌های فراشناختی	استفاده از شیوه‌های مقابله‌ای و بیان احساسات و میزان موفقیت آن‌ها
ششم	آموزش استفاده از کلاه سبز و چالش استراتژی‌های مقابله‌ای حین بروز تعارض، بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش استفاده از راه‌حل‌های جدید برای مقابله با موقعیت‌های چالش‌برانگیز، بررسی راهکارهای مقابله‌ای که اعضا برای مقابله با تعارضاتشان به کار می‌برند، بررسی باورهای فراشناختی تأییدکننده راهکارهای مقابله‌ای، برچسب زدن نوع راهکارهای مقابله‌ای که اعضا به کار می‌برند.	استفاده از کلاه آبی در این هفته
هفتم	آموزش کلاه آبی و آموزش سرکوبی و عدم سرکوبی و استعاره کودک متمدن، بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش کلاه آبی با هدف مدیریت، نظارت و کنترل که مؤثرترین عمل در درمان فراشناخت است، آموزش سرکوبی و عدم سرکوبی و استعاره کودک متمدن	از اعضا درخواست شد طرح کلی برای آینده‌ای نزدیک (۳ ماه دیگر) مشخص کنند. پس‌آزمون اجرا شد.
هشتم	مرور جلسات قبل و ارزیابی میزان صمیمیت زناشویی و طرحی برای آینده، بررسی تکالیف جلسه قبل، بیان موضوعات مطرح شده، ریختن طرحی برای آینده، اجرای پس‌آزمون	

واریانس‌ها رعایت شده است ($P > 0.05$).

جدول ۲. میانگین نمرات صمیمیت زناشویی زنان در گروه‌های مورد بررسی طی دو مرحله اندازه‌گیری

متغیر	مراحل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
		(میانگین $\pm$ انحراف معیار)	(میانگین $\pm$ انحراف معیار)
صمیمیت زناشویی		۴۰/۳۳ $\pm$ ۴/۹۳	۴۲/۰۶ $\pm$ ۳/۲۳
آزمایش		۳۹/۸۰ $\pm$ ۴/۳۷	۳۹/۹۳ $\pm$ ۵/۲۴
شاهد			

مفروضه بعدی، همگنی شیب‌های رگرسیونی است که با استفاده از تعامل بین نمرات پیش‌آزمون و متغیر مستقل مورد بررسی قرار گرفت و نتایج حاکی از برقراری این مفروضه بود ($P > 0.05$). پس از حصول اطمینان از برقراری مفروضه‌ها، از آزمون تحلیل کواریانس جهت بررسی اثرگذاری متغیر مستقل بر صمیمیت زناشویی زنان پس از زایمان استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که بیشترین دامنه سنی در گروه آزمایش مربوط به ۳۶ سال به بالا (۳۳/۳ درصد) و در گروه شاهد مربوط به ۲۰ تا ۲۵ سال (۳۳/۳ درصد) بود. بیشترین گروه تحصیلی در گروه‌های آزمایش و شاهد در سطح کارشناسی (۴۰/۰ درصد) گزارش شد. جدول ۲ میانگین نمرات صمیمیت زناشویی زنان پس از زایمان در گروه‌های آزمایش و شاهد در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد.

بر اساس داده‌های جدول ۲، میانگین نمرات صمیمیت زناشویی زنان پس از زایمان در گروه آزمایش در اثر مداخله مبتنی بر فراشناخت در مقایسه با گروه شاهد در مرحله پس‌آزمون افزایش یافت. در قسمت آمار استنباطی، به بررسی معنی‌داری این افزایش پرداخته شد. قبل از ارایه نتایج تحلیل آزمون کواریانس، پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس، نتایج آزمون Kolmogorov-Smirnov نشان داد که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها برقرار است ($P > 0.05$). پیش‌فرض همگنی واریانس نیز با استفاده از آزمون Levene ارزیابی شد که بیان‌کننده عدم معنی‌داری آن می‌باشد و نشان داد که پیش‌فرض همگنی

جدول ۳. تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر صمیمیت زناشویی زنان پس از زایمان

متغیر	شاخص	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	مقدار P	اندازه اثر	توان
صمیمیت	پیش‌آزمون	۱	۳۰/۵۴	۱/۴۲	۰/۲۴۰۰	۰/۰۰۰۵	۰/۲۱
عضویت گروهی		۱	۷۰۱/۶۶	۳۲/۷۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴۰۰	۱/۰۰
خطا		۲۷	۲۱/۴۵				

با توجه به نتایج جدول ۳، آموزش متغیر مستقل (مداخله مبتنی بر فراشناخت) توانست منجر به ایجاد تفاوت معنی‌دار میانگین نمرات متغیر وابسته (صمیمیت زناشویی زنان پس از زایمان) در مرحله پس‌آزمون در سطح خطای ۰/۰۱ گردد. مقدار تأثیر مداخله مبتنی بر فراشناخت بر میزان صمیمیت زناشویی زنان پس از زایمان در مرحله پس‌آزمون، ۰/۵۴ به دست آمد؛ بدین معنی که ۵۴ درصد از تغییرات متغیر صمیمیت زناشویی زنان پس از زایمان توسط عضویت گروهی مداخله مبتنی بر فراشناخت تبیین می‌شود.

بحث

نتایج پژوهش حاضر حاکی از اثربخشی مداخله مبتنی بر فراشناخت بر صمیمیت زناشویی زنان پس از زایمان در شهر اصفهان بود. این نتایج با یافته‌های مطالعاتی که از درمان مبتنی بر فراشناخت در درمان اختلالات روان‌شناختی استفاده کرده‌اند (۱۹-۱۷، ۱۵-۱۳)، همسو می‌باشد. در برخی تحقیقات، تأثیر درمان مبتنی بر فراشناخت بر روی متغیرهای باورهای فراشناختی و نشخوار فکری (۱۴)، اضطراب (۱۸-۱۶)، مؤلفه‌های فراشناختی (۱۸)، اضطراب، افسردگی، فراشناخت‌های ناکارآمد (۱۰) و افسردگی (۱۹) مورد تأیید قرار گرفته است.

نتایج پژوهش Normann و Morina نشان داد که درمان مبتنی بر شناخت در کاهش علائم اضطراب، افسردگی و فراشناخت‌های ناکارآمد مؤثر است (۱۰). در نتیجه، با توجه به این که درمان مبتنی بر فراشناخت، بر زاویه دید فرد نسبت به مشکلات زندگی تمرکز می‌کند، می‌تواند در بینش عمیق فرد نسبت به مشکلات مؤثر باشد. آگاهی از این که فرد چگونه و از چه زاویه‌ای درگیر مشکلات روان‌شناختی می‌شود، چه موقع آن را درک می‌کند و چه موقع درک نمی‌کند، چگونه از اطلاعات موجود برای رسیدن به هدف استفاده می‌کند، تا چه میزان توانایی قضاوت درباره فرایندهای شناختی در یک اختلال خاص را دارد، از چه راهبردهایی برای چه اهدافی استفاده می‌کند و چگونه بهبود خود را در حین اختلال و بعد از آن ارزیابی می‌کند، بسیار بااهمیت است. به نظر می‌رسد که درک صحیح اختلالات روانی و درک ماهیت آن‌ها، به طور کلی این احساس را در فرد ایجاد می‌کند که برای کاهش یا حذف مشکلات روان‌شناختی می‌تواند به توانایی خود در ایجاد راهبردهای جدید تکیه کند. با توجه به این که بسیاری از مطالعات همچون فتح‌اله‌زاده و همکاران (۲۲)، نامنی و همکاران (۲۳) و برزگر و سامانی (۲۴) در داخل کشور و تحقیقات Fincham و همکاران (۲۵) و Roger و همکاران (۲۶) در خارج از کشور که با فرهنگ‌های متفاوت هستند، بر اهمیت درمان فراشناخت تأکید کرده‌اند، می‌توان نتیجه گرفت که این نوع درمان وابسته به فرهنگ نیست و شناخت از شناخت می‌تواند در جوامع مختلف در درمان اختلالات تأثیرگذار باشد.

به نظر می‌رسد در پژوهش حاضر، مداخله مبتنی بر فراشناخت با تسهیل پذیرش نقش جدید و حل تعارض‌های بین فردی از طریق فنونی مانند شناسایی

افکار و احساسات منفی نسبت به عضو جدید، به تعویق انداختن نگرانی در مورد وضعیت جدید خانواده و تغییر توجه، بازگویی احساسات و هیجانات، قضاوت مثبت، بررسی راه‌های رسیدن به هدف و مقابله با چالش‌ها، خلق راهکار برای مقابله با موقعیت‌های چالش‌برانگیز و مدیریت رفتار به زنان کمک کرده است تا نه تنها با دغدغه‌های پس از زایمان به شیوه کارآمد و مناسب مقابله کند، بلکه از مواجهه با هر نوع مشکل احتمالی دیگری پس از زایمان نیز پیشگیری نماید. زنان پس از زایمان با کمک مداخله مبتنی بر فراشناخت، می‌توانند به نقش جدید خود بپیوندند و به مرور ارتباط خود را با همسر افزایش دهند. رویکرد فراشناختی به طور غیر مستقیم، موجب کاهش راهبردهای ناکارآمد زنان می‌شود که می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی بینجامد. همچنین، در مداخلات فراشناختی، تأکید زیادی بر اصلاح باورهای غیر معقول می‌شود. از جمله باورهای غیر معقول پس از زایمان این است که فرزندان باید اولویت اصلی شما باشد و رابطه شما با همسر، اولویت بعدی است و این باور غیر معقول دلیل خوبی برای بی‌اعتنایی به همسر نیست. در جلسات مداخله مبتنی بر فراشناخت، تلاش بر آن است که این قبیل باورهای غیر معقول که همسر اولویت دوم می‌باشد، به چالش کشیده شود. مداخله مبتنی بر فراشناخت، موجب افزایش فعالیت‌هایی همچون اختصاص چند دقیقه وقت روزانه به خودشان و همسرشان، قرارهای عاشقانه با همسر، بیرون رفتن با همسر، پیاده‌روی با همسر و گفتن از احساساتشان در مورد تولد فرزند به همسر و صحبت کردن از تأثیر این احساسات بر افکارشان، مرتب‌سازی وسایلشان، گوش دادن به موسیقی و صحبت تلفنی با دوستان در زنان می‌شود و باعث می‌گردد تا احساس بهتری نسبت به خود و همسرشان داشته باشند. زنان در جلسات مداخله مبتنی بر فراشناخت، یاد می‌گیرند که داشتن همسر و فرزندان خوشبخت، در گرو زوج خوشبخت بودن و تغییر توجه و تعادل در توجه به سمت همسر و فرزند است. همچنین، اعضا در برنامه آموزشی یاد می‌گیرند که با بیان احساسات و افکار همراه با گوش دادن مؤثر، به چالش کشیدن باورهای غیر معقول و چارچوب‌دهی مجدد، معنای مثبتی برای رویدادها و وقایع زندگی بیابند. یکی دیگر از اهداف مهم در مداخله مبتنی بر فراشناخت آن است که افراد مشکل را به گونه دیگری ببینند؛ به این معنی که خود را از مشکل جدا بدانند و با فاصله گرفتن از افکار به ویژه افکار منفی، بهتر بتوانند اندیشه‌های خود را ارزیابی کنند. به طور قطع، کاربرد این نحوه تفکر و بیرونی کردن مشکل در ارتباطات از جمله ارتباط صمیمی و تعادل در روابط، تقسیم مسؤولیت‌ها، پذیرفتن نقش‌های جدید، عشق، انسجام و ارتقای سلامت مؤثر است و باعث می‌شود که مشاگره و مقصر دانستن یکدیگر کمتر شود و زنان پس از زایمان از روابط بین فردی خود احساس بهتری داشته باشند و صمیمیت زناشویی بیشتری را تجربه کنند.

جهت بهبود صمیمیت زناشویی زنان پس از زایمان، پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره و روان‌شناسی، از رویکرد درمان فراشناخت بیش از پیش بهره ببرند. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، داوطلبانه بودن حضور افراد در گروه‌ها بود

است عملکرد زنان پس از زایمان را بهبود بخشد تا صمیمیت بیشتری را تجربه و گزارش کنند و آن‌ها را در مهارت‌های زناشویی و خانوادگی توانمند نماید. بنابراین، پیشنهاد می‌گردد به منظور ارتقای سلامت جسمی و روانی زنان پس از زایمان، با همکاری مراکز مشاوره و بهداشت، تسهیلاتی جهت برگزاری دوره‌های مذکور اختصاص داده شود.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد با کد ۱۸۸۲۰۷۰۶۹۷۱۰۰۹، مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر می‌باشد. بدین وسیله نویسندگان از کلیه استادان و همکاران به ویژه کلینیک همراه سپاهان که در انجام این مطالعه همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

که می‌تواند بر نتایج به دست آمده تأثیر بگذارد و باید در تعمیم نتایج، جانب احتیاط را رعایت نمود. همچنین، پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آینده، به مقایسه این روش با سایر روش‌های درمانی پرداخته شود و این مداخله برای سایر متغیرهای زندگی زناشویی بررسی شود.

نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که مداخله مبتنی بر فراشناخت، بر صمیمیت تأثیر مثبتی دارد و سبب افزایش صمیمیت زناشویی می‌گردد. بنابراین، مداخله مبتنی بر فراشناخت به عنوان نسل سومی از درمان‌های روان‌شناختی، می‌تواند محور مداخلات بین فردی قرار گیرد؛ چرا که با توجه به یافته‌های به دست آمده و نتایج مؤثر آن، می‌توان چنین بیان کرد که مداخله مبتنی بر فراشناخت توانسته

References

1. Asber C. Qualities of mindfulness and relationship satisfaction: How mind fullness training in one partner affects a relationship [PhD Thesis]. San Diego, CA: Alliant International University; 2004.
2. Bagarozzi D. Improving Intimacy in Marriage, Trans. Rezazadeh MR, Pournaghash-Tehrani S. Tehran, Iran: Al-Zahra University; 2007. [In Persian].
3. Laurenceau JP, Barrett LF, Rovine MJ. The interpersonal process model of intimacy in marriage: A daily-diary and multilevel modeling approach. J Fam Psychol 2005; 19(2): 314-23.
4. Blume TW. Becoming a family counselor: a bridge to family therapy theory and practice. Hoboken, NJ: Wiley; 2006.
5. Cordova JV, Gee CB, Warren LZ. Emotional skillfulness in marriage: Intimacy as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction. J Soc Clin Psychol 2005; 24(2): 218-35.
6. Gary C. Five Signs of a Family Full of Love. Trans. Movahed S. Tehran, Iran: Vida Publications; 1999.
7. Bagarozzi D. Enhancing intimacy in marriage: A clinician's guide. Trans. Atash Pour H, E'temadi O. Isfahan, Iran: Khorasgan Branch, Islamic Azad University; 2006. [In Persian].
8. Bazaz M, Dehghani F, Vaziri Yazdi S. Relationship between spouse intimacy and general self-efficacy with postpartum depression in first birth in Yazd (2016). J Sabzevar Univ Med Sci 2018; 25(4): 555-61. [In Persian].
9. Akbarinejad Z, Alidoosti K, Ghorashi Z, Asadollahi Z. The Effect of Psychoeducational group counseling on sexual intimacy of lactating women referring to urban health centers in rafsanjan city: An educational trial. J Rafsanjan Univ Med Sci 2020; 18(10): 969-84. [In Persian].
10. Normann N, Morina N. The efficacy of metacognitive therapy: a systematic review and meta-analysis. Front Psychol 2018; 9: 2211.
11. Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. Am Psychol 1979; 34(10): 906-11.
12. Morrison AP, Wells A. A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls. Behav Res Ther 2003; 41(2): 251-6.
13. Wells A, McNicol K, Reeves D, Salmon P, Davies L, Heagerty A, et al. Metacognitive therapy home-based self-help for cardiac rehabilitation patients experiencing anxiety and depressive symptoms: study protocol for a feasibility randomised controlled trial (PATHWAY Home-MCT). Trials 2018; 19(1): 444.
14. Dargahyan MA, Mohammad Khani S, Shams J. The effectiveness of metacognitive therapy on improvement of metacognitive beliefs, rumination and depressive symptoms: A single subject study. Clinical Psychology Studies 2011; 1(3): 81-104.
15. Hjemdal O, Hagen R, Solem S, Nordahl H, Kennair LEO, Ryum T, et al. Metacognitive Therapy in Major Depression: An Open Trial of Comorbid Cases. Cogn Behav Pract 2017; 24(3): 312-8.
16. Nordahl HM, Borkovec TD, Hagen R, Kennair LEO, Hjemdal O, Solem S, et al. Metacognitive therapy versus cognitive-behavioural therapy in adults with generalised anxiety disorder. BJPsych Open 2018; 4(5): 393-400.
17. Johnson SU, Hoffart A, Nordahl HM, Wampold BE. Metacognitive therapy versus disorder-specific CBT for comorbid anxiety disorders: A randomized controlled trial. J Anxiety Disord 2017; 50: 103-12.
18. Shafie Sang Atash S, Rafieinia P, Najafi M. The efficacy of metacognitive therapy on anxiety and metacognitive components in individuals with generalized anxiety disorder. Journal of Clinical Psychology 2013; 4(4): 19-30. [In Persian].

19. Hagen R, Hjemdal O, Solem S, Kennair LE, Nordahl HM, Fisher P, et al. Metacognitive therapy for depression in adults: a waiting list randomized controlled trial with six months follow-up. *Front Psychol* 2017; 8: 31.
20. Olia N, Fatehi Zadeh M, Bahrami F. Training marital life enrichment. Tehran, Iran: Danje Publications; 2009. [In Persian].
21. Ashoori J, Khaleghi Dehnavi F, Saffarian MR. Investigating the effect of meta-cognitive therapy on the rate of marital satisfaction of women. *Woman & Study of Family* 2014; 6(24): 53-65. [In Persian].
22. Fathollahzadeh N, Mirsaifi Fard IS, Kazemi M, Saadati N, Navabinejad SH. Effectiveness of marital life enrichment based on Choice Theory on quality of marital relationship and couples' intimacy. *Journal of Applied Psychology* 2017; 11(3): 353-72. [In Persian].
23. Nameni E, Shirdel M, Jahangiri A. The study of effectiveness metacognitive techniques education on life style of married women nurses in Bojnord. *J North Khorasan Univ Med Sci* 2017; 9(1): 135-46.
24. Barzegar E, Samani S. The meditating role of intimacy in the association between communication patterns and quality of married life. *Quarterly Sociology of Women* 2016; 7(2): 115-28. [In Persian].
25. Fincham FD, Paleari G, Regalia C. Forgiveness in marriage: The role of relationship quality, attributions, and empathy. *Personal Relationships* 2002; 9(2): 27-37.
26. Roger D, Jarvis G, Najarian B. Detachment and coping: The construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Pers Individ Dif* 1993; 15(6): 619-26.