

# تعیین اثربخشی زوج درمانی کوتاه مدت خودتنظیمی بر افزایش صمیمیت زناشویی زوجین نابارور

سمیه کاظمیان<sup>۱\*</sup>، قادر زاده باقری<sup>۲</sup>، نگار بهمنی<sup>۳</sup>، شیرین خلیلی<sup>۴</sup>، لیلا زاده باقری<sup>۲</sup>، معصومه ابوالفتحی<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup>گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران، <sup>۲</sup>گروه روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران،  
<sup>۳</sup>آداره آموزش و پرورش شهرستان بویراحمد، یاسوج، ایران، <sup>۴</sup>گروه مشاوره، مرکز مشاوره کمیته امداد امام خمینی قم، قم، ایران  
تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۸/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۱/۲۵

## چکیده

زمینه و هدف: با توجه به این که ناباروری، موجب ایجاد مشکلاتی در روابط زناشویی زنان نابارور می‌شود، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی زوج درمانی کوتاه مدت خودتنظیمی بر صمیمیت زناشویی زنان نابارور انجام شد

روش بررسی: در این مطالعه کارآزمایی بالینی تعداد ۲۰ زوج به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم و در هر گروه ۱۰ زوج جایگزین شدند. برای گردآوری داده‌ها از مقیاس صمیمیت زناشویی استفاده شد. مداخله آزمایشی (زوج درمانی خودتنظیمی) بر روی گروه آزمایش، به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و یک جلسه در هفته اجرا شد و پس از اتمام برنامه آموزشی و یک ماه بعد از آن نیز از هر دو گروه، پس از آزمون به عمل آمد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، زوج درمانی خودتنظیمی باعث افزایش صمیمیت زناشویی زنان نابارور گروه آزمایش در مقایسه با کنترل شد ( $p < 0/001$ ).

نتیجه‌گیری: زوج درمانی کوتاه مدت خودتنظیمی از کارایی لازم برای افزایش صمیمیت زناشویی برخوردار است.

واژه‌های کلیدی: زوج درمانی، خودتنظیمی، صمیمیت زناشویی، ناباروری

\*نویسنده مسئول: سیمیه کاظمیان، تهران، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه مشاوره  
Email: somaye.kazemian@yahoo.com



## مقدمه

باروری به صورت توانایی تولیدمثل تعریف می‌شود و نیازمند توانایی لازم برای شروع و حفظ بارداری است. نابارور به زنانی گفته می‌شود که حداقل یک سال از تصمیم آنها برای فرزنددار شدن بدون استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری گذشته باشد، اما موفق نشده باشند و برای درمان اقدام کرده و از سوی پزشک متخصص تشخیص ناباروری خورده باشند (۱).

زنان نابارور از جمله افراد اجتماع بوده که در معرض آسیب‌های روانی و شخصیتی هستند (۲). امروز در سراسر جهان از هر ۶ زوج امیدوار به بقای نسل خویش حداقل یکی از آنها ناخواسته قربانی بحران ناباروری است. اگر چه ناباروری بیماری نیست، ولی باعث اختلالات عاطفی و عوارض روانی-اجتماعی متعددی می‌شود. ناباروری زندگی زوجها را با یک سلسله فعالیت‌های پر زحمت درمانی، مشکلات مربوط به تمایل جنسی و روابط زناشویی، کاهش صمیمیت زناشویی، احساس گناه، ناامیدی، افسردگی و احساس خلاء مواجه می‌سازد. از طرفی این مشکلات روانی و عاطفی نیز می‌تواند یکی از علل ناباروری به حساب آیند (۳). بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که ناباروری باعث بروز واکنش‌های شدید و توان فرسایی در زوج‌ها می‌شود. خودانگاره آنها مورد تهدید قرار می‌گیرد، ممکن است احساس کفایت در آنان از بین برود، احساس عدم تسلط بر خود، خشم، احساس گناه، شرمساری و تنفر و بی‌زاری

دست به دست هم داده، ضمن تیره شدن روابط زوجین باعث تغییرات رفتار آنها نیز شود (۴). مطالعات موجود گزارش کرده‌اند که در اغلب زنان تحت درمان ناباروری دریافت پاسخ منفی تست بارداری، موجب تشدید علایم افسردگی می‌شود (۵). از طرفی زنان ناباروری که تحت تأثیر آثار منفی ناباروری هستند، ممکن است دچار مشکل در صمیمیت زناشویی خود شوند (۴).

در ازدواج‌های موفق، تبادل و ارضای متقابل نیازهای صمیمیت زوجین در حد قابل قبول و انتظار موجب تحکیم روابط محبت آمیز بین آنها می‌شود، تا آنجا که می‌توان گفت یکی از اصول در ازدواج‌های موفق، همانا ایجاد صمیمیت بین زوجین است (۵ و ۶). در واقع صمیمیت زمینه بنیادی را در جهت رضایت و ناراضی‌ت فرد از زندگی موجب می‌شود، چرا که تعهد زوجین برای رابطه را استحکام می‌بخشد و به طور مثبت با سعادت و سازگاری زناشویی همراه است (۷-۹).

صمیمیت، به صورت الگوی رفتاری بسیار مهمی مفهوم‌سازی شده که دارای جنبه‌های عاطفی-هیجانی و اجتماعی نیرومند است و بر پایه پذیرش (تجربه مثبت هم‌سوئی و برابری) رضایت خاطر (تجربه مثبت مشارکت) و عشق شکل می‌گیرد (۱۰-۱۳).

صمیمیت را شامل ابعاد عاطفی، روان‌شناختی، عقلانی، جنسی، جسمانی، معنوی، زیبایی‌شناختی، اجتماعی و تفریحی می‌دانند و ذکر می‌شود صمیمیت

یک نزدیکی، تشابه و روابط شخصی عاشقانه یا هیجانی با شخص دیگر است که مستلزم شناخت و درک عمیق از فرد دیگر و همین‌طور بیان افکار و احساساتی است که نشانه تشابه آن‌ها با یک دیگر است (۱۶-۱۴). مؤلفه‌های مهم صمیمیت از دیدگاه متخصصان مختلف عبارتند از؛ پذیرش و طبیعی بودن<sup>(۱)</sup>، خودافشایی<sup>(۲)</sup>، جنسیت<sup>(۳)</sup>، استقلال<sup>(۴)</sup> و هم‌آمیزی<sup>(۵)</sup> و نزدیکی ادراکی، بدنی و عاطفی (۱۷-۱۹).

عنصر مشترک در اکثر روابط آشفته این است که زوجین نیازهای صمیمیت یکدیگر را برآورده نمی‌کنند، لذا باید روشی را احیا کرد که در آن صمیمیت در رابطه افزایش یابد (۲۱). آموزش زوج درمانی خودتنظیمی به زنان نابارور موجب تغییر عوامل مسبب اختلال در صمیمیت زناشویی آن‌ها می‌شود. پیچیدگی شرایط زندگی امروز و شکل‌گیری تعارض‌های روزافزون زناشویی و پیرو آن تعارض‌های خانوادگی از یک سو و ضرورت ارایه روش‌های مداخله‌ای کوتاه مدت که به سادگی قابل اجرا باشد و افراد را به خودمدیریتی در راستای حل تعارض‌هایشان هدایت کند، کاملاً احساس می‌شود (۲۲).

الگوی زوج درمانی خودنظم بخشی<sup>(۱)</sup> کاربرد تئوری خودکنترلی رفتاری در مشکلات رابطه ای است. این الگو هم یک توسعه در زوج درمانی شناختی- رفتاری است و هم تلاشی برای ارایه یک چارچوب یکپارچه التقاطی به منظور استفاده از سایر زوج درمانی‌ها است. محتوای اساسی زوج درمانی

مبتنی بر خودتنظیمی این است که خود زوجین و نه درمانگر، تغییرات طولانی مدتی را در رابطه زناشویی خود ایجاد کنند (۲۳). اولین مطالعات کنترل شده در زمینه اثربخشی زوج درمانی خودتنظیمی به وسیله هالفورد صورت گرفت، هالفورد با تلفیق دیدگاه بینش گرا و عاطفه مدار از یک سو و زوج درمانی شناختی- رفتاری دیدگاهی ارائه کرد که مطالعات اولیه وی نشان از اثربخشی یکسان آن با سایر درمان‌ها است (۲۴).

ورتینگتون (۱۹۹۵) طی مطالعه ای تأثیر خودسنجی و خودهدف گذاری به عنوان دو مؤلفه اساسی در زوج درمانی مبتنی بر خودتنظیمی را بر تقویت کارکرد رابطه‌ای زوجین ارزیابی کرده است. در این پژوهش، ورتینگتون دریافت که ترکیب سنجش، بازخورد و هدف‌گذاری به عنوان مؤلفه‌های اساسی زوج درمانی خودتنظیمی، منجر به افزایش بیشتر سطح رضامندی از رابطه می‌شود (۲۵). نتایج فراتحلیل که در سال ۱۹۹۵ به وسیله شادیش و همکاران صورت گرفت، نشان داد زوجینی که تحت زوج درمانی مبتنی بر خودتنظیمی قرار گرفته‌اند، به طور متوسط از ۰/۷ درصد درمان جویان گروه گواه بدون درمان بهتر بوده‌اند (۲).

زنان نابارور اضطراب بیشتری را نسبت به زنان بارور متحمل می‌شوند. یافته‌های این تحقیق بر این بود که ناباروری فرایندی استرس‌زا برای زنان

1-Naturalness  
2-Self-disclosure  
3-Sexuality  
4-Autonomy  
5-Fusion  
6-Self, regulation couple therapy(SRCT)

نابارور مراجعه کننده به کلینیک نازایی ابن سینای تهران به همراه همسران خود بوده است.

معیارهای ورود به مطالعه شامل؛ تشخیص ناباروری طبق نظر متخصص زنان زایمان و ناباروری، گذشت حداقل یک سال از تشخیص ناباروری آنان، برخورداری از سطح تحصیلات حداقل دیپلم بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل؛ سابقه بارداری قبل از دریافت تشخیص ناباروری و استفاده از درمان‌های روان‌شناختی یا دارو درمانی برای مشکلات روحی و داشتن بیماری جسمی دیگری غیر از ناباروری بودند.

حجم نمونه بر اساس سایر مطالعات انجام شده و با استفاده از فرمول مقایسه میانگین گروه‌ها ۱۸ نفر برآورد شد و برای اطمینان بیشتر حجم نمونه به ۲۰ نفر افزایش یافت.

به منظور انتخاب اعضاء، ابتدا از طریق چندین فراخوان از افراد مراجعه کننده به کلینیک ابن سینا برای شرکت در گروه مشاوره دعوت به عمل آمد. در مرحله بعد تعداد ۲۰ نفر از این مجموعه به همراه همسران خود که اعلام شرکت در گروه کرده بودند و در پرسشنامه صمیمیت زناشویی کمترین نمره را کسب کرده بودند، به عنوان آزمودنی‌های پژوهش مورد مطالعه قرار گرفتند. پس از انتخاب نمونه‌ها بر اساس معیارهای مورد نظر، در رابطه با هدف پژوهش و امانت‌داری در حفظ اطلاعات و کسب رضایت کتبی شرکت در مطالعه، اقدامات و توضیحات لازم به عمل آمد. به خاطر رعایت اصول اخلاقی به آزمودنی‌ها

است و موجب اضطراب و در نتیجه تعارضات زناشویی می‌شود (۲۶ و ۲۷). نتایج حاصل از پژوهش که در مورد ۱۵۰ زن نابارور و ۱۵۰ زن بارور صورت گرفت، نشان داد که مشکل تعارضات زناشویی در زنان نابارور به طور معنی‌داری بیش از سایر زنان است (۲۸).

پژوهش‌های صورت گرفته تاکنون صرفاً در خصوص افزایش صمیمیت زناشویی در جامعه زنان بارور بوده است (۳۰-۲۸). از آنجا که ناباروری خود مزید علت بوده و آموزش زوج درمانی خودتنظیمی، رویکردی جدید در حوزه روانشناسی است و در این رابطه پژوهشی در جامعه زنان نابارور در ایران انجام نگرفته است، این رویکرد مورد توجه محققین قرار گرفته و درصدد افزایش صمیمیت زناشویی زنان نابارور برآمدند که نسبت به سایر زنان استرس بیشتری دارند.

با توجه به اهمیت انتخاب رویکرد درمانی مؤثر در مواجهه با مشکلات حاصل از ناباروری، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر خودتنظیمی بر افزایش صمیمیت زناشویی زنان نابارور انجام شد.

#### روش بررسی

این مطالعه کارآزمایی بالینی پس از تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علامه طباطبایی تهران و اخذ رضایت کتبی از شرکت‌کنندگان بر روی ۲۰ زوج نابارور انجام شد. جامعه آماری پژوهش، زنان

اعلام شد که در هر مرحله از روند پژوهش در صورتی که راضی به همکاری نباشند، می‌توانند در ادامه جلسات شرکت نکنند. همچنین در پایان پژوهش جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، آموزش زوج درمانی در گروه کنترل نیز به عمل آمد.

پس از انتخاب تصادفی گروه‌های آزمایش و کنترل، مداخله آزمایشی (زوج درمانی خودتنظیمی) بر روی گروه آزمایش، به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و یک جلسه در هفته اجرا شد و پس از اتمام برنامه آموزشی نیز پرسشنامه صمیمیت زناشویی برای هر دو گروه اجرا شد. در مرحله بعد، یک ماه پس از آموزش به درب منزل آنان مراجعه و از آنان خواسته شد مجدداً به پرسشنامه صمیمیت زناشویی پاسخ دهند.

برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه صمیمیت زناشویی تامسون و واکر استفاده شد (۳۰). مقیاس صمیمیت زناشویی ۱۷ سؤال دارد و برای سنجیدن میزان صمیمیت زوجین تنظیم شده است. دامنه نمرات هر سؤال بین ۱ (هرگز) تا ۷ (همیشه) تغییر می‌کند که نمره بالاتر نشانه صمیمیت بیشتر است. نمره آزمودنی از طریق جمع نمرات سؤال‌ها و تقسیم آن بر عدد ۱۷ حاصل می‌شود. مقیاس صمیمیت ابتدا روی ۱۶۶ دانشجوی زن و ۱۶۶ مادر این دانشجویان و ۱۴۸ مادر بزرگ اجرا شد. میانگین مقیاس صمیمیت برای مادران ۶/۲۱ و برای دختران ۶/۰۴ بود. مقیاس صمیمیت با ضریب آلفای کرونباخ ۹۱ تا ۹۷ درصد از همسانی درونی خوبی برخوردار است (۲۶). در تحقیق

حاضر، ضریب پایایی کل مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۶۹ به دست آمد که نشان دهنده پایایی قابل قبولی برای این پرسشنامه بود.

جلسات آموزشی خودتنظیمی، بر اساس نظریه هالفورد (۳۴) به این شرح تدوین شد؛ جلسه اول، هدف از جلسات که افزایش صمیمیت زناشویی بود، مطرح شد و برای ایجاد انگیزه در آنها برای شرکت در جلسات بیان شد که شرکت در این جلسات آموزشی توان خودتغییری و بهبود رابطه را افزایش می‌دهد. سپس صمیمیت زناشویی تعریف شد. جلسه دوم؛ درباره اهمیت صمیمیت زوجین با یکدیگر و تأثیر آن بر رضایت زناشویی آنها صحبت شد و مصادیقی از رفتارهایی که صمیمیت را نشان می‌دهد ارائه شد. با استفاده از برگه شیوه‌های حمایت کردن همسران از یکدیگر، میزان حمایت متقابل زوجین در حیطه‌های ابراز عاطفه، احترام، حمایت، کمک و کیفیت زمان مشترک بررسی شد. سؤال‌های کلیدی این بود شما و همسرتان به چه روش‌هایی از یکدیگر حمایت می‌کنید؟ یا سایر روش‌هایی که دوست دارید از شما حمایت شود، چیست؟. جلسه سوم؛ توانایی افراد در زمینه انتخاب هدف به عنوان یک مهارت خودنظم بخشی با استفاده از سؤال‌های خودتغییری ارزیابی شد. به عنوان مثال از آن‌ها سؤال شد برای این که رابطه‌تان آن‌طور که می‌خواهید باشد شما و همسرتان چه کارهایی را باید انجام دهید که با کارهای قبلی متفاوت باشد؟ و در خصوص افزایش مثبت بودن در تعاملات روزانه مطالبی ارائه و فن

شامل؛ بیان احساسات، خوشبینی، کاهش انتظارات نامعقول، افزایش تعاملات اجتماعی، تقویت رابطه معنوی، ورزش کردن، زندگی در زمان حال بیان و گفته شد که یکی از شیوه‌هایی که خانواده می‌تواند توجه خود را به زمان حال جلب کند استفاده از گذشته است. وجود فضای معذرت خواهی و بیان احساسات به اعضای خانواده اجازه می‌دهد زودتر به زمان حال برگردند. از زوجین خواسته شد در برگه‌های خود ارزیابی نقاط مثبت و ضعف خود را در هریک از مهارت‌های مذکور ارزیابی کنند. جلسه هفتم؛ نحوه حل تعارضات و مشکلات زوجین از آنها پرسیده شد و در ادامه روش حل مسئله و نحوه کاربرد آن برای حل مسایل عمده آموزش داده شد. به عنوان اولین گام حل مسئله، از زوجین خواسته شد مشکل را به طور مشخص به گونه‌ای تعریف کنند که برای دو نفر قابل پذیرش باشد. گام بعدی یافتن راه حل است که از بارش فکری باید استفاده شود. مرحله بعد ارزیابی راه حل‌ها از نظر مفید بودن یا نبودن است و در مرحله آخر راه حلی انتخاب باید شود که به نحو بهتر و سریع‌تری مشکل را حل کند. از زوجین خواسته شد در مورد آخرین تعارض و نحوه حل آن به گفتگو بپردازند. جلسه هشتم؛ میزان دستیابی به اهداف مشخص شده در جلسه آغازین با سؤال کردن از تک تک اعضا بررسی و بازخورد آنها درباره تغییراتی که در رفتار، احساس و زندگی آنان ایجاد شده است مشخص شد.

روزهای عشق بیان شد. در این فن همسران رفتارهای خاصی را شناسایی می‌کنند و انجام می‌دهند که همسرشان به آنها توجه کند. جلسه چهارم نحوه ارتباط صحیح از طریق چرخه آگاهی و پنج ناحیه چرخه آگاهی مطرح شد؛ شامل حس کردن، من چه چیزی شنیده یا دیده‌ام فکر کردن، من فکر میکنم که چه چیزی در حال وقوع است؛ احساس کردن، من چه احساسی دارم؟ خواستن، خواسته‌هایم برای خودم و دیگران چیست؟ و عمل کردن، من چه کار کرده‌ام یا می‌خواهم بکنم؟ و با ذکر مثال‌هایی نظیر ناحیه حس کردن من همین الان خبر خوشی از شما شنیدم آموزش داده شد. به عنوان یکی از عوامل مؤثر به بیان تأثیر مذهب و ارزش‌ها در صمیمیت زناشویی پرداخته و بیان شد که اعتقاد به خداوند و توسل به معصومین می‌تواند با بالا بردن روحیه معنوی موجب نشاط در روابط آنها شود. جلسه پنجم؛ اعضای گروه به بررسی خطاهای شناختی مؤثر در اختلاف‌های زناشویی خود نظیر؛ تعمیم افراطی، برجسب زدن، ذهن خوانی و تفکر همه یا هیچ پرداختند و مصادیقی مثل؛ به مردها نمی‌توان اعتماد کرد، شوهرم باید می‌فهمید که من ناراحت‌م را نیز ذکر کردند. سپس برگه‌ای در اختیار آنها قرار گرفت تا با کامل کردن سئوالات آن به ارزیابی اسنادهای شخصی خود بپردازند. این برگه شامل سؤال‌هایی مانند؛ من فکر می‌کنم که همسرم باید همیشه...، یا به نظر من همسرم هرگز نباید... در رابطه زناشویی... بودند. جلسه ششم؛ مهارت‌های شاد زیستن در زندگی

داده‌های جمع آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد. به گونه‌ای که عامل گروه به عنوان متغیر بین گروهی (گروه آزمایش و کنترل) و مراحل ارزیابی (پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری) به عنوان عامل درون گروهی در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

میانگین سنی آزمودنی‌های گروه آزمایش ۲۸/۱۵ سال با انحراف معیار ۴/۶۵ و میانگین سنی آزمودنی‌های گروه کنترل ۲۷/۶۲ سال با انحراف معیار ۳/۳۸ بود. بررسی سطح تحصیلات بین دو گروه نشان داد که اکثر زوجین در گروه‌های آزمایش و کنترل دارای مدرک دیپلم و کمترین تعداد دارای تحصیلات ابتدایی بودند. تعداد افراد دارای مدرک لیسانس در حد متوسط بود. همچنین وضعیت اقتصادی زوجین در هر دو گروه متوسط و طول مدت ناباروری آنها نیز از یک تا ۶ سال بود. این نتایج نشان می‌دهد که از نظر مشخصات دموگرافیک، افراد گروه‌های آزمایش و کنترل هم‌تا بوده و تفاوت معنی‌داری نداشتند ( $p > 0/05$ ).

میانگین و انحراف معیار صمیمیت زناشویی آزمودنی‌ها در پیش آزمون و پس آزمون‌ها در جدول ۱ ارائه شده است. بر اساس این نتایج بین دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ( $p > 0/05$ )، در حالی که این تفاوت در پس آزمون و آزمون پیگیری معنی‌دار بود ( $p < 0/05$ ).

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که مقدار F حاصل از تحلیل برای مراحل آزمون ۳۶/۹ می‌باشد که در سطح معنی‌داری قرار دارد. بنابراین در میانگین نمرات صمیمیت زناشویی در مراحل سه آزمون تفاوت معنی‌داری دارد، به طوری که سطح میانگین صمیمیت زناشویی در پس آزمون و آزمون پیگیری افزایش یافت. در متغیر اثر تعاملی مراحل آزمون و گروه مقدار F برابر با ۲۸/۲ می‌باشد که در سطح معنی‌داری قرار دارد. بنابراین اثر تعاملی مراحل آزمون و گروه معنی‌دار بود ( $p < 0/05$ ). در متغیر مراحل آزمون با تعامل جنسیت و گروه، مقدار F برابر با ۰/۶۱ می‌باشد که در سطح معنی‌داری قرار داشت. بنابراین اثر مشترک مراحل آزمون با تعامل جنسیت و گروه معنی‌دار نیست. همچنین اثر تعاملی مراحل آزمون، گروه و جنسیت نیز معنی‌دار نبود (جدول ۲).

نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی نشان داد که میانگین نمرات صمیمیت زناشویی در مراحل آزمون و پیش آزمون نسبت به پس آزمون و آزمون پیگیری از نظر میزان نسبت به هم متفاوت هستند ( $p < 0/01$ ). به طوری که میانگین صمیمیت زناشویی در مراحل پس آزمون افزایش یافت. همچنین میانگین نمره صمیمیت زناشویی در پس آزمون نسبت به آزمون پیگیری تفاوت معنی‌داری داشت ( $p = 0/003$ ). به طوری که میانگین نمرات صمیمیت زناشویی در آزمون پیگیری نسبت به پس آزمون افزایش پیدا کرد.



جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات صمیمیت زناشویی در گروه آزمایش و کنترل به تفکیک جنسیت

مرحله آزمون	پیش آزمون		پس آزمون		آزمون پیگیری	
	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد
آزمایش	۱۲/۱±۸۲/۳	۱۲/۲±۸۶/۳	۷/۳ ±۹۷/۷	۱۶/۱±۱۰۰/۸	۷/۷ ±۱۰۱/۲	۱۳/۲±۱۰۲/۳
کنترل	۱۱/۰۸±۸۵/۶	۱۳/۵±۸۵/۳	۱۳/۸±۸۷/۲	۱۱/۴±۸۳/۰	۱۲/۳±۸۸/۷	۱۲/۴±۸۶/۱
سطح معنی داری	۰/۶۸۹		۰/۰۰۵		۰/۰۰۵	

جدول ۲: نتایج تأثیرات درون آزمودنی تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر جهت بررسی تأثیر زوج درمانی کوتاه مدت خودتنظیمی بر صمیمیت زناشویی

شاخص متغیر	میانگین مجذورات	درجه آزادی	نسبت F	سطح معنی داری
مراحل آزمون	۱۰۰۰/۷	۲	۳۶/۹	<۰/۰۰۱
مراحل آزمون و گروه	۷۶۶/۷	۲	۲۸/۲	<۰/۰۰۱
مراحل آزمون و جنسیت	۱۶/۵	۲	۰/۶۱	۰/۵۴
مراحل آزمون، گروه و جنسیت	۱۷/۲	۲	۰/۶۳	۰/۵۳
خطا	۲۷/۱	۷۲	-	-

### بحث

مشابه با آن یاد کرد. به عبارتی می توان گفت با توجه به این که خوش بینی و شادی، بخشی از سازه های صمیمیت زناشویی است، نتایج این پژوهش همسو با مطالعه میراحمدی است. در مطالعه میراحمدی که با عنوان تأثیر زوج درمانی کوتاه مدت خودتنظیمی بر خوش بینی و شادی زوجین شهر اصفهان صورت گرفت، نشان داد که زوج درمانی کوتاه مدت به شیوه خودتنظیمی، خوش بینی و شادی زوجین را افزایش داد، اما تأثیر این رویکرد بر خوش بینی و شادی بر حسب جنسیت تفاوت نداشت (۳۲).

از آنجا که در زوجینی با میزان صمیمیت زناشویی پایین، تعاملات منفی زیادی (مانند ارتباط ضعیف، انتظارات بالا، کمبود فعالیت مشترک، رابطه جنسی ضعیف، تعصبات ادراکی و شناختی منفی)

نتایج این پژوهش نشان داد که پس از زوج درمانی کوتاه مدت خودتنظیمی، بین آزمودنی های گروه آزمایش و گواه از لحاظ کیفیت صمیمیت زناشویی تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، آموزش زوج درمانی خودتنظیمی باعث افزایش صمیمیت زناشویی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. هم چنین اثر مشترک مراحل آزمون با گروه معنی دار بود، اما اثر مشترک مراحل آزمون با تعامل جنسیت معنی دار نبود. این یافته ها با نتایج سایر مطالعات انجام شده در این زمینه همخوان است (۲۳ و ۳۱). از آنجا که پژوهشی در ایران در رابطه با تأثیر زوج درمانی خودتنظیمی بر افزایش صمیمیت زناشویی انجام نشده است، می توان از پژوهش های

وجود دارد که در صمیمیت زناشویی تأثیرگذار است (۳۳). لذا در رویکرد زوج درمانی بر ارتقای خودمدیریتی الگوهای ناکارآمد شناختی، رفتاری و عملکردی توجه می‌شود. بنابراین روابط بین زوجین به واسطه اصلاح تعاملات منفی بهبود یافته و صمیمیت زناشویی حاصل می‌شود.

باتوجه به این که نتایج این مطالعه نشان داد که زوج درمانی خودتنظیمی تأثیر یکسانی بر مردان و زنان دارد، لذا از عدم تفاوت زن و مرد در تأثیر پذیری متفاوت از آموزش زوج درمانی کوتاه مدت خودتنظیمی در صمیمیت زناشویی ارتباطی چنین می‌توان استدلال کرد که با این که زنان در تحول روابط خود بیشتر از عواطف تأثیر می‌پذیرند، اما در مورد تغییرات شناختی متفاوتی که می‌تواند روابط بین زن و مرد را تحت تأثیر قرار دهد و زوج درمانی خودتنظیمی آنها را متأثر سازد، تفاوتی وجود ندارد. بنابراین این یافته حاکی از تأثیرپذیری یکسان زن و مرد از شناخت در روابط زناشویی است که می‌تواند در مداخلات درمانی مدنظر قرار گیرد.

از آنجایی که در مطالعه حاضر بر مشکلات شدید بین زوجین پرداخته نشده است. لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی به تأثیرگذاری خود تنظیمی در مشکلات شدید زوجین نیز پرداخته شود. همچنین لازم به ذکر است که بررسی وضعیت اجتماعی، تحصیلی و فرهنگی افراد نیز بی‌تأثیر نیست، از این رو به منظور شناخت دقیق اثرات درمانی زوج درمانی مبتنی بر خودنظم بخشی و جایگاه حقیقی آن، پیشنهاد

می‌شود در مطالعات گسترده‌تری به بررسی و مقایسه درمان مذکور با دیگر رویکردهای رایج زوج درمانی با در نظر گرفتن عوامل فوق الذکر پرداخته شود.

### نتیجه‌گیری

در مجموع این مطالعه نشان داد که آموزش زوج درمانی خودتنظیمی باعث افزایش صمیمیت زناشویی در زوج‌های نابارور می‌گردد، بنا بر این می‌توان برای این زوج‌ها از آموزش‌های یاد شده برای افزایش دانش و در نهایت ایجاد صمیمیت بیشتر استفاده کرد.

### تقدیر و تشکر

از کلیه کارکنان کلینیک نازایی ابن سینای تهران و همه زوج‌های مراجعه کننده به این کلینیک که هر کدام به طریقی ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، صمیمانه سپاسگزاریم.

## REFERENCES

- 1.Noorbala AA, Ramezanzadeh F, Abedinia N, Bagheri Yazdi SA. Studing psychological disorder incidence in fertile & infertile Women. Daneshvar (Raftar) Shahed University 2008; 34: 63-71.
- 2.Obi SN, Onah HE, Okafar II. Depression among nigerian women following pregnancy loss. Int J Gynecol Obstet 2009; 105(1): 602.
- 3.Mohammady.R.Farahani.k. Biblically based Christian spirituality and Adlerian psychotherapy. *Journal of Individual Psychology*, 2000;56 (3): 316-328.
- 4.Volgston H, Skoog S, Vanberg A, Ekselius Lundkvist O. Sundstom poeomaa. Risk factor for psychiatric disorder infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril* 2010; 93(4): 1088-99.
- 5.Rippere V. What s the think to do when your s feeling depressed? a pilot study. *Behaviors Research and Therapy* 1997; 15:158\_91.
- 6.Volgston H, Vanberg S, Ekselius A, Lundkvist O. Sundstom poeomaa. risk factor for psychiatric disorder infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertile Steril* 2010; 93(4):1088-1-99.
- 7.Papageorgio C, Wells A. Depressive rumination: nature, theory and tereatmen chichester. 5<sup>th</sup> ed. UK: Wiley; 2004; 187-215.
- 8.Kenny DA, Acitelli LK. Similarity in couples. *Journal of Family Psychology* 1994; 8(4): 417-31.
- 9.Schaefer M, Olson D. Assessing intimacy: the PAIR inventory. *Journal Of Marital And Family Therapy* 1981; 7: 47-60.
- 10.Levinger G. Can we picture love? In R. Stenberg & M. Barnes, *The psychology in life*. New Haven: Yale university Press; 1988; 139-58.
- 11.TenHouten WD. A general therapy of emotons and social life. London, UK: Rutledge; 2007; 119-31.
- 12.Malone T, Malone P. The art of intimacy *Journal of Family Psychology*. 1987; 8(3): 312-31.
- 13.Erber R, Erber MW. Intimate relationship: Issue, theories, and research. Allyn and Bacon.2000; 12(4): 217-31.
- 14.Dahms A. Emotional intimacy. *Intimacy environment: Sex, Intimacy, and gender in families*. New York: Guilford; 2000: 617-31.
- 15.Goldhor-Lerner H. The dance of intimacy. New York: Harper & Row; 1989; 11 (3): 413-435,
- 16.Bograd M. Passions of therapy: Hidden sexual dimensions. oxford press. 1989; 512-31.
- 17.Sloane S, L'Abate L. Intimacy. In: Abate LL(editor). *Handbook of family psychology and therapy*. Homewood, IL: Dorsey Press; 1989: 417-31.
- 18.Schnarch DM. Constructing the sexual crucible: An integration of sexual and marital therapy. New York: W.W. Nirtion press; 1991: 515-31. .
- 19.Doherry W, Colangelo N, Hovander M. Priority setting in family development chang: A theoretical model and a survey of therapists. Unpublished Manuscript, University Of Minnesota 1987; 314-19
- 20.Kerr M. Family systems theory and therapy. In: Gurman AA, Kniskern D(editors). *Handbook of family therapy*. New York: Brnner-Mazel; 1981; 226-64.
- 21.Lichtenberg P. Intimacy as a function of autonomy and merging. *Gestalt Journal* 1991; 15(1): 27-43.
- 22.McGoldrick M. The joining of families through marringe: The new couple. In: Carter B, McGolderik M(edsitors). *The changing family life cycle: A framework for family therapy x*. Boston: Allyn & Bacon; 1988; 209-33.
- 23.Kenny M, Wiliams GM. Treatment ersistant depressed patient show a good response to mindfulness based cognitive therapy. *Behavior Research and Therapy* 2007; 45: 617 –25.
- 24.Halford WK, Sanders MR. The relationship of cognition and behavior during marital interaction. *Journal of social and clinical psychology* 1999; 61: 51-60.
- 25.Crane R. Mindfulness based cognitive therapy. 1<sup>st</sup> ed. New York: Rout ledge press; 2009; 35.
- 26.Begmuaras E. *The Effects of sepration, Divorce and conflict on Turkish children*. The Chicago School Of Professional Psychology . 2010; 55-67
- 27.Fatemi N. Parental divorce and children's problems, Congress abstracts on family pathology in Iran, Shahid Beheshti University. 2005; 2: 166-75.
- 28.Alborz F. Effectiveness of life skills-based training program, the World Health Organization on marital satisfaction. Unpublished doctoral dissertation, allameh tabatabaee University. tehran, Iran. 2011:115-19

29. Bagherian M. The effectiveness of marital communication skills training based on Islamic teachings on marital adjustment. Unpublished doctoral dissertation, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran. 2010:14-21
30. Esfand abady N. Efficacy of communication skills training on reducing the conflict of work - family and increasing the marital satisfaction . Unpublished doctoral dissertation, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran. 2012: 22-28
31. Worthington EL, McCullough ME, Shortz JL. Can couples assessment and feedback improve relationship?. *Journal of Counseling Psychology* 1995; 42: 466-75.
32. Mirahmadi, B. Self-regulation in Couple therapy. Esfahan: Besat publication; 2001: 61-69
33. Chaiker JH. Self-regulation and wisdom in relationship satisfaction. Unpublished doctoral dissertation, Griffith university, 2003:18-29
34. Volgston HS, Vanberg A, Ekselius, Lundkvist O, Sundstom P. Risk factor for psychiatric disorder infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertile Steril* 2010; 93(4):1088-1-99.

# The efficacy of Self-regulation couple therapy on marital intimacy among infertile women

Kazemian S<sup>1\*</sup>, Zadehbaghri Gh<sup>2</sup>, Behmani N<sup>1</sup>, khalili SH<sup>1</sup>, Zadehbaghri L<sup>3</sup>, Abalfathi M<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Department of Counseling, University of Allameh tabatabaee, Tehran, Iran, <sup>2</sup>Department of Psychology, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran, <sup>3</sup>Educator high schools, Yasuj city, Yasuj, Iran, <sup>4</sup>Department of Counseling, Qom Komiteh Emdad Imam khomainsi, Qom, Iran

Received: 17 Oct 2012

Accepted: 14 Feb 2013

## Abstract

**Background & aim:** Considering the fact that infertility causes infertility problems in the marital relationship; so, this study was aimed to determine the effectiveness of short-term couples therapy self-regulation on marital intimacy of infertile.

**Methods:** In this clinical trial study, 20 couples were selected for sampling then they randomly into two experimental and control groups and each group was assigned 10 couples. Marital Intimacy scale was used to collect the data. Experimental intervention (self-regulatory couple therapy) was conducted on the experimental group for 8 sessions in duration of 90 minute per week. One month after completion of the training program, both groups were post-tested. Repeated measure was used to analyze the data.

**Results:** The results showed that infertile couples marital intimacy increased self treatment groups compared with the control group ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** Short-term couple's therapy self-regulation is effective for increasing marital intimacy.

**Key words:** Self-regulation, Couple Therapy, Marital Intimacy, Infertility

---

\*Corresponding Author: Kazemian S, Department of counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Allameh tabatabaee, Tehran, Iran  
Email: kazemian\_somaye@yahoo.com