

مقایسه‌ی اثربخشی زوج‌درمانی ساختاری و زوج‌درمانی به شیوه‌ی تصمیم‌گیری مجدد بر دل‌زدگی زناشویی زوجین نابارور در سنندج

شاهرخ محمدی^۱، امید مرادی*^۲، عبدالله شفیع آبادی^۳، حمزه احمدیان^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۰۵/۲۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۹/۱۰/۰۳

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی ساختاری و زوج‌درمانی به شیوه‌ی تصمیم‌گیری مجدد بر کاهش دل‌زدگی زناشویی زوجین نابارور شهرستان سنندج بود.

مواد و روش کار: برای اجرای این هدف از روش تحقیق نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش زوجین نابارور مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری بیمارستان بعثت شهر سنندج در سال ۱۳۹۷ بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در سه گروه ۱۲ نفری جایگزین شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه دل‌زدگی زناشویی استفاده گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری تحلیل کوواریانس یک متغیری و نرم‌افزار SPSS-22 تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که زوج‌درمانی ساختاری و زوج‌درمانی به شیوه‌ی تصمیم‌گیری مجدد نسبت به گروه کنترل اثر معناداری بر کاهش دل‌زدگی زناشویی زوجین نابارور دارد. ($p \leq 0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از اهمیت توجه به مداخلات زوج‌درمانی ساختاری و زوج‌درمانی به شیوه‌ی تصمیم‌گیری مجدد بر کاهش دل‌زدگی زناشویی زوجین بود. **واژه‌های کلیدی:** خانواده‌درمانی ساختاری، تصمیم‌گیری مجدد، دل‌زدگی زناشویی، زوجین نابارور

مجله پرستاری و مامایی، دوره هجدهم، شماره یازدهم، پی‌درپی ۱۳۶، بهمن ۱۳۹۹، ص ۸۹۳-۸۸۳

آدرس مکاتبه: سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سنندج، گروه روانشناسی، تلفن: ۰۵۱۳۸۴۱۴۴۹۹

Email: Moradi.omid@gmail.com

مقدمه

زندگی را در زوجین پایین می‌آورد و در بعضی مواقع باعث از هم پاشیدن زندگی آن‌ها می‌شود. هزینه‌های گزاف درمان ناباروری، نگرانی مداوم در مورد نتیجه‌بخش بودن درمان، ترس از هم‌گسختگی خانواده، از دست دادن علاقه به همسر و تنش‌های بالقوه‌ی ناشی از درمان‌ها، منجر به ایجاد تنیدگی، احساس درماندگی، تعارض، سرخوردگی، افت شدید عزت‌نفس و کاهش اعتمادبه‌نفس، کناره‌گیری و انزوا، مشکل در هویت، احساس عدم زیبایی و بی‌معنایی زندگی می‌شود (۲). از سوی دیگر، پس از مدتی محیط منزل بدون حضور کودک برای زن و مرد کسالت‌آور می‌شود و سکوت و تنهایی، منزل را برای آن‌ها خسته‌کننده می‌سازد. در

ناباروری^۱ و مشکلات فردی و اجتماعی ناشی از آن به‌عنوان یکی از مسائل مهم زوجین است که در سراسر جهان و در همه فرهنگ‌ها به‌عنوان یک تجربه استرس‌زا، بحرانی و تهدیدکننده ثبات فردی، زناشویی، خانوادگی و اجتماعی شناخته شده است (۱). ناباروری و مشکلات ناشی از آن تنها برای فقدان فرزند نیست، بلکه مواردی از جمله آشفتگی در روابط خانوادگی و زناشویی، احساس طرد از سوی اطرافیان، سرزنش شدن از سوی خود و دیگران تأثیرات زیادی بر جنبه‌های شخصیتی، روان‌شناختی، کارکردهای خانوادگی و ارتباطی فرد می‌گذارد و به‌طور کلی کیفیت

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

^۲ گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

^۴ گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران

^۱. Infertility

بین زیر منظومه‌های آن است. مهم‌ترین ملاک عملکرد سالم و کارکردی زیر منظومه‌ها و برخورداری از مرزهای روشن بوده و بر نقش‌ها، قواعد و قدرت مبتنی است (۱۱). به‌طور کلی در زوج‌درمانی ساختی، تأکید روی زیر منظومه زناشویی، مرز بین آن‌ها، انجام و اجرای تکالیف بین زوجین، ارتباط زیر منظومه‌های دیگر درون و برون خانواده می‌باشد، که اگر در هر کدام از این موارد اختلال خاصی وجود داشته باشد، سعی در ارزیابی، سنجش و رفع آن موارد خواهد شد تا زوجین بتواند عملکرد مناسب خود را بازسازی نمایند. تحقیقات در این زمینه نشان داده است که زوج‌درمانی ساختاری اثر معنی‌داری روی کاهش تعارضات زناشویی و افزایش عملکرد خانواده داشته است (۱۲). نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند که زوج‌درمانی ساختاری زوجی و خانوادگی بر بهبود روابط صمیمانه (۱۳)، رضایت زناشویی (۱۴) مؤثر است.

علاوه به راین یکی دیگر از رویکردهای که می‌تواند در زمینه کاهش دل‌زدگی زناشویی اثربخش باشد رویکرد تصمیم‌گیری مجدد است. وجهه انتخاب این رویکرد جهت مقایسه با زوج‌درمانی ساختاری در این است که این رویکرد تأکید دارد که با زوج‌درمانی ساختاری در این زمینه متفاوت است. نظریه درمان تصمیم‌گیری مجدد بر مبنای نظریه تحلیل تعاملی پایه‌گذاری شده است؛ بسیاری از تحلیل‌گران تعاملی، درمان‌های فردی، زناشویی و خانوادگی هم ارائه می‌دهند و هنگامی که آن‌ها به درمان زوجین و خانواده‌ها می‌پردازند، نظام‌های دیگر را با تحلیل تعاملی درهم می‌آمیزند. راهبران مکتب درمان تصمیم‌گیری مجدد در رویکرد کلاسیک تحلیل تعاملی برن تغییراتی اساسی ایجاد نموده‌اند. آنان به‌منظور کارکرد عملی‌تر و کارآمدتر نظریه تحلیل تعاملی را با اصول و فنون گشتالت‌درمانی، خانواده‌درمانی، روان‌نمایشی و رفتاردرمانی ترکیب نموده است. هدف از نظریه درمان تصمیم‌گیری مجدد، کمک به افراد در چالش با خود است تا نقش شبه قربانی خود را بشناسد، نسبت به مسئولیت‌پذیری و هدایت زندگی خویش آگاه شود و در فرایند زندگی تغییرات لازم را اعمال نمایند. در این نوع درمان به درمان‌جویان کمک می‌شود تا با عقایدی که در گذشته نسبت به خودشان داشته‌اند مبارزه کنند، به درمان‌جویان این امر، آموخته می‌شود که در انتخاب‌هایشان آزادند تا دوباره در مورد اینکه چه کسی هستند و چه کسی می‌خواهند باشند تصمیم بگیرند. لذا با به‌کارگیری این دیدگاه در درمان، زوجین می‌توانند تصمیم بگیرند تعامل‌های تازه‌ای را امتحان کنند (۱۵). درمان تصمیم‌گیری مجدد بر این پایه استوار است که وقتی افراد در موقعیتی تعارض برانگیز خود را درگیر حس می‌کنند و یا به نقطه‌ای می‌رسد که تعارض بر ایشان غیرقابل حل می‌شود معمولاً ریشه این تعارض از دوران کودکی آن‌ها بوده است از آنجاکه این در

اغلب موارد، زوج‌های نابارور دچار بی‌حوصلگی می‌شوند و این امر ارتباطات بین آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳). از این رو بروز پیامدهای روانی و زناشویی به دنبال تشخیص ناباروری، پدیده‌ای قابل‌انتظار خواهد بود (۴). لذا از جمله متغیرهایی که می‌تواند به‌صورت منفی تحت تأثیر ناباروری قرار گرفته و با مختل شدن آن زندگی فردی، اجتماعی و زناشویی زوجین نابارور را تحت‌الشعاع قرار دهد، دل‌زدگی زناشویی است. تحقیقات نشان می‌دهد ناباروری با طیف گسترده‌ی آسیب‌های روان‌شناختی شامل کاهش کیفیت زندگی، عزت‌نفس، رضایت جنسی، عاطفی و اجتماعی، افزایش سطح تنیدگی، اضطراب، افسردگی، عصبانیت، احساس خودکوچک‌بینی، احساس ناکارآمدی، اختلال عملکرد جنسی و مشکلات زناشویی و به‌طور کلی با کاهش بهزیستی روان‌شناختی همراه است (۵، ۶) با مقایسه‌ی بهزیستی روانی در زنان نابارور و زنان عادی دریافتند که این زنان در مقیاس‌های ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی و پذیرش خود، نمرات پایین‌تری را نشان دادند. بر این اساس ناباروری که ماهیتی تقریباً ثابت و تنش‌زا دارد، می‌تواند با ایجاد تنیدگی به کاهش بهزیستی روان‌شناختی و دل‌زدگی زناشویی بینجامد. تعداد زیاد زنان نابارور و همچنین مشکلات روان‌شناختی حاصل از ناباروری علاوه بر تأثیرات منفی درون فردی که خود عاملی بر تشدید و تداوم ناباروری شده بر روابط میان‌فردی بخصوص رابطه زناشویی آن‌ها تأثیرگذار بوده است (۷).

بنابراین، توجه به نیازهای روانی زوج‌های نابارور یک بخش ضروری در موفقیت درمان ناباروری می‌باشد؛ زیرا می‌تواند رابطه زوجین در طول درمان را تحت تأثیر قرار دهد؛ به‌ویژه زمانی که هریک از زوجین نیاز به درک و حمایت دیگری پیدا می‌کند (۸). روان‌درمانگران رویکردهای مختلفی را برای رفع این مشکلات مطرح کرده‌اند؛ از جمله رویکردهای فردی، زوجی و خانوادگی می‌باشد. باین‌وجود، صاحب‌نظران بر اساس تحقیقات انجام‌شده بر این باور هستند که هنگامی که کل خانواده و یا یک واحد دونفری برای درمان مشکلات مربوط به زندگی خانوادگی رجوع می‌کنند، شیوه درمان خانوادگی و یا زوجی مؤثرتر از درمان فردی می‌باشد (۹). یکی از این رویکردها، زوج‌درمانی ساختاری است. ایده اصلی خانواده‌درمانی ساختاری این است که نشانه‌های فرد هنگامی که در بافت الگوهای تعاملی خانواده ارزیابی شود بهتر قابل شناخت است از نظر خانواده‌درمانی ساختاری قبل از درمان و برطرف کردن نشانه‌های مرضی لازم است در سازمان یا ساختار خانواده تغییرات صورت گیرد (۱۰). ساختار خانواده مجموعه نامرئی از نقش‌های ویژه‌ای هست که اعضای خانواده از طریق آن به یکدیگر مرتبط می‌شوند. در این رویکرد تأکید خانواده به‌عنوان یک کل و تعاملات

آن زمان برایشان غیرقابل حل بوده اکنون به آن بازگشت می‌کنند این بازگشت معمولاً فراسوی آگاهی فرد بوده و با پاسخ‌هایی که شخص از آن به بعد به موقعیت‌های مصاحبه می‌دهد اغلب حالت نامناسب و بی‌تأثیر را خواهد داشت (۱۶). علی‌رغم شیوع نسبتاً بالای ناباوروی و مشکلات عدیده روانی - اجتماعی که این گروه از افراد با آن در تمام مراحل ناباوروی مواجه هستند متأسفانه تحقیقات بسیار کمی در باب رویکرد مثبت و کشف نقاط قوت و معنا در زندگی فردی و زناشویی این قشر آسیب‌پذیر صورت گرفته است، بنابراین به نظر می‌رسد که به‌واسطه آگاهی و اطلاعات در خصوص جنبه‌های روان‌شناختی ناباوروی می‌توان گام بسیار مؤثری در راه شناخت منابع فشارزا، وضعیت سلامتی روانی و شناسایی مشکلات روان‌شناختی افراد ناباور برداشت و در ارائه خدمات بالینی و بهداشتی به متخصصین کمک نمود. از طرفی با توجه به مشکلاتی که زنان ناباور با آن مواجه هستند بنابراین هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی ساختاری و زوج‌درمانی به شیوه‌ی تصمیم‌گیری مجدد بر بهزیستی روان‌شناختی زوجین ناباور می‌باشد. برای رسیدن به این هدف پژوهش حاضر در پی پاسخ دادن به این پرسش اساسی است که فرضیه‌های پژوهش را نیز تشکیل می‌دهد.

۱. آیا بین اثربخشی زوج‌درمانی ساختاری و زوج‌درمانی به شیوه تصمیم‌گیری مجدد در کاهش دل‌زدگی زناشویی تفاوت وجود دارد؟

مواد و روش کار

مطالعه حاضر از نظر هدف در زمره پژوهش‌های کاربردی و از نظر روش‌شناسی جزء طرح‌های نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایشی (ساختاری مینوچین و

تصمیم‌گیری مجدد) و یک گروه کنترل می‌باشد. متغیر وابسته، دل‌زدگی زناشویی و ابعاد آن است. جامعه آماری پژوهش را تمامی زوجین ناباور که در سال ۱۳۹۷ به مرکز ناباوروی بیمارستان بعثت شهر سندج مراجعه کرده بودند، تشکیل داده است. برای انتخاب نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۶ نفر آزمودنی که شرایط ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب و در سه گروه گمارش شدند. برای انتخاب افراد از مصاحبه نیمه ساختاریافته و پرسشنامه دل‌زدگی زناشویی استفاده گردید. هر کدام از گروه‌های آزمایش تحت ۱۰ جلسه زوج‌درمانی قرار گرفت. برای رعایت مسائل اخلاقی، پژوهش دارای کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی کردستان به شماره IR.MUK.REC.13,7.5007 می‌باشد.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت‌اند از:

- زوجین ناباور که حداقل سه سال از ازدواج آنان گذشته باشد
 - زوجین در کنار یکدیگر زندگی می‌کنند و یکی از آن‌ها به‌عنوان قهر خانه را ترک نکرده باشد
 - عدم شرکت در هر نوع مداخله درمانی به‌طور موازی با مداخلات ارائه‌شده در پژوهش
 - تکمیل فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و (حداقل تحصیلات دیپلم)
 - عدم اعتیاد هر یک از زوجین.
- همچنین معیارهای خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از:
- عدم شرکت در جلسه درمانی برای دو جلسه متوالی یا سه جلسه غیر متوالی بدون دلیل موجه و قابل قبول
 - عدم همکاری با درمانگر و انجام ندادن تکالیف اصلی پیشنهادشده توسط درمانگر
 - آشکار شدن این‌که آزمودنی معیارهای ورود به آزمایش را نداشته است.

پروتکل زوج‌درمانی ساختاری

محتوا	اهداف	تکلیف
جلسه اول	معارفه و ایجاد یک رابطه دوستانه- بیان اهداف جلسات، روش درمانی، مفهوم تعارضات و دل‌زدگی زناشویی	به افراد تکلیف داده می‌شود در یک برگه تعارضات عمده خود را نوشته و انتظارات خود را از جلسات بیان کنند.
جلسه دوم	بررسی تکالیف جلسات قبل- تعریف ارتباط وزیر منظومه‌های خانوادگی، و درنهایت وضعیت غالب خانواده موردبررسی قرار می‌گیرد.	به اعضا تکلیف داده خواهد شد که مهارت‌های ارتباطی را تمرین و نتایج تمرین‌ها را یادداشت کنند.
جلسه سوم	با دریافت بازخورد از جلسات قبل شروع و سپس فنون خانواده‌درمانی همانند الحاق، تقلید و بازگویی آموزش داده خواهد شد و تمرین لازم صورت خواهد گرفت.	به افراد تکلیف داده می‌شود تا از اثرات فنون خانواده‌درمانی در بهبود زندگی روز مره خود یادداشت برداری کنند.

جلسه چهارم	با مرور تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد توسط اعضا شروع، سپس در مورد الگوهای مرادده‌ای رایج و مثلث‌های موجود حول مشکلات خانواده بحث خواهد شد.	به افراد تکلیف داده خواهد شد تا انتظارات خود را از همسرشان بنویسند و در جلسه مطرح کنند و مواردی که از نظر آنان باعث همکاری بیشتر هر یک از زوجین می‌شود به‌عنوان راهکار به دیگران بیان کنند.
جلسه پنجم	بازسازی و تغییر خانواده، این جلسه با بررسی تکلیف جلسه قبل شروع و راهکارهای بازسازی و تغییر خانواده موردبررسی قرار می‌گیرد.	به افراد تکلیف داده می‌شود تا دو مورد از مواردی که باعث واکنش می‌شود را نوشته و در جلسه بیان کنند.
جلسه ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل - نحوه ارتباط هریک از اعضا با میزان ارتباط هرکدام از آن‌ها با همسرشان در مقابله رابطه با اعضای خانواده خود موردبررسی و آموزش قرار می‌گیرد.	به افراد تکلیف داده می‌شود تا چند مورد از تجارب خود را که باعث نزدیک‌تر شدن آنان با خانواده اصلی‌شان شده و باعث دوری آنان از همسرشان شده است را نوشته و در جلسه بعد بیان کنند.
جلسه هفتم	بررسی تکلیف - رابطه خانوادگی با خویشاوندان و دوستان مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد.	به افراد تکلیف داده می‌شود تا چند مورد از راهکارهای که باعث متعادل ساختن رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و داشتن رابطه مناسب با دوستان می‌شود بنویسند.
جلسه هشتم	بررسی تکلیف - با توجه به اینکه اختلافات زناشویی بر سر اختلاف‌های جنسی، بیشتر در مورد زنان و کیفیت رابطه می‌باشد به اعضا آموزش‌های داده می‌شود	به افراد تکلیف داده خواهد شد تا درباره زمان و کیفیت رابطه جنسی با همسرشان بحث نمایند و به توافق برسند و به توافق خود عمل نمایند.
جلسه نهم	بررسی تکلیف جلسه قبل - در مورد حفظ زیر منظومه‌های زن‌وشوهری با مرزهای زیر منظومه فرزندان بحث خواهد شد.	به افراد تکلیف داده خواهد شد تا دو مورد از مواردی که منجر به جلب حمایت فرزند یا فرزندان می‌گردد بنویسند و در جلسه بعد بیان کنند.
جلسه دهم	بررسی تکلیف - بحث در مورد مدیریت صحیح مالی - بحث در مورد آشفتگی‌های و نگرانی‌ها	تجارب خود را در این زمینه به بحث بگذارند و با همسرشان به توافق برسند.

پروتکل درمان تصمیم‌گیری مجدد

محتوا	اهداف	تکلیف
جلسه اول	معارفه و ایجاد یک رابطه دوستانه، اجرای پیش‌آزمون، بیان اصول و مقررات	تکمیل پرسشنامه، بیان مشکلات توسط زوجین
جلسه دوم	آشنایی با معانی و ابعاد تعارض زناشویی - معایب و اثرات آن بر زوجین - بحث راجع به دل‌زدگی زناشویی.	مطالعه جزوه تدارک دیده‌شده توسط مشاور، آمادگی برای جلسات بعد
جلسه سوم	آشنایی با رویکرد تصمیم‌گیری مجدد، آشنایی با ساختار شخصیت یا حالات من (والد - بالغ - کودک) آشنایی اعضا با فرایند شکل‌گیری شخصیت از دیدگاه برن.	مطالعه جزوه تدارک دیده‌شده توسط مشاور، آمادگی برای جلسات بعد و رفع ابهامات.
جلسه چهارم	توضیح رویکرد تصمیم‌گیری مجدد و نام بردن مؤلفه‌ها آن و بازدارنده‌ها و سوق‌دهنده‌ها، آشنایی با تصمیماتی که در نتیجه بازدارنده‌ها و سوق‌دهنده‌ها اتخاذ می‌شود.	یادداشت کردن بازدارنده‌ها و سوق‌دهنده‌ها و والدین از زوجین خود به یاد دارند.
جلسه پنجم	آموزش طریقه کشف نمایشنامه زندگی - آشنایی با مفهوم و انواع نوازش	مطالعه جزوه و لیست کردن نوازش‌هایی که در کودکی دریافت کرده‌اند.
جلسه ششم	توضیح در مورد عقد قرارداد - گفتگو در رابطه با مسئولیت شخصی با تک‌تک اعضا و بستن قرارداد با آن‌ها	تبادل نظر در مورد عقد قرارداد، مکتوب کردن مواردی که در توقع دارند در زندگی زناشویی تغییر دهند.

جلسه هفتم	شناسایی قواعد خانوادگی و بایدونبایدها با استفاده از تکنیک‌های شناختی (جدال شناختی، مباحثه، پرسش‌های افراطی) برای درک تصمیم‌های اولیه	شناسایی باورهای معیوب و پیشنهاد دادن باورهای واقع‌گرایانه
جلسه هشتم	کار بروی تصمیم‌های اولیه به کمک تکنیک‌های گشتالت درمانی (ایفای نقش، وارونگی نقش، صندلی خالی) برای بازسازی مجدد صحنه‌های که از گذشته به ذهن اعضا می‌رسد	کاربرد تصمیم‌های اولیه با استفاده از تکنیک‌های گشتالت درمانی، روبرو شدن با کارهای ناتمام از طریق فن صندلی خالی
جلسه نهم	به بحث گذاشتن سؤالات بازنگری در تصمیمات (آیا شما مایلید بعضی از تصمیم‌های اولیه خود را موردبازنگری قرار دهید؟ آیا این تصمیمات هنوز برای شما مفید است و چه تصمیمات جدیدی را می‌خواهید اتخاذ می‌کنید؟)	از اعضا خواسته می‌شود هفته‌ها یا روزهای را مشخص کنند و دست‌کم در یک محیط مانند خانه یا محل کار به‌گونه‌ای باشند و به‌گونه‌ای عمل کنند که گویی آن فرد هستند.
جلسه دهم	برگزاری پس‌آزمون - مصاحبه با زوجین مشارکت‌کننده و طرح مبنی بر تصمیمشان در مورد ادامه زندگی	صحبت در مورد تغییراتی که در طی درمان در آن‌ها ایجاد شده است.

ابزار پژوهش

پرسشنامه دل‌زدگی زناشویی:

به‌وسیله همبستگی‌های منفی با ویژگی‌های ارتباطی مثبت در مورد ارتباط، کیفیت، مکالمه، احساس امنیت، خودشکوفایی، احساس هدفمندی، کشش و جاذبه عاطفی نسبت به همسر و کیفیت رابطه جنسی آن‌ها. در ایران نویدی (۱۳۸۴) آلفای کرنباخ این پرسشنامه را در مورد نمونه ۲۴۰ نفری، ۱۲۰ پرستار و ۱۲۰ معلم اندازه‌گیری کرد (۱۸). که مقدار آن ۰/۸۶ شد در پژوهش ادیب راد (۱۳۸۴) نیز ضریب اطمینان آزمون - باز آزمون، ۰/۸۹ برای یک دوره یک‌ماهه، ۰/۷۶ برای یک دوره دو‌ماهه و ۰/۶۶ برای یک دوره چهارماهه به دست آمد (۱۹). تداوم درونی برای اغلب آزمودنی‌ها با ضریب آلفا سنجیده شد که بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ بود (۱۷).

یافته‌ها

برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون آماری تحلیل کوواریانس یک متغیری استفاده گردید. داده‌ها با نرم‌افزار 22 - SPSS تجزیه‌وتحلیل گردید. در این پژوهش ۳۶ نفر در سه گروه ساختاری، تصمیم‌گیری مجدد و کنترل مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند.

دل‌زدگی زناشویی یک ابزار خودسنجی است که توسط پاینز (۱۹۹۶) با هدف اندازه‌گیری درجه دل‌زدگی زناشویی در بین زوجین ساخته‌شده و دارای سه مؤلفه از پا افتادگی جسمی (مثلاً احساس خستگی، سستی و داشتن اختلالات خراب) عاطفی (احساس افسردگی، ناامیدی، در دام افتادن) و روانی (مثل احساس بی‌ارزشی، سرخوردگی و خشم به همسر) است. این پرسشنامه شامل ۲۱ ماده است که ۱۷ ماده آن شامل عبارتهای منفی و ۴ ماده آن شامل عبارتهای مثبت است و تمام این موارد روی یک مقیاس هفت امتیازی پاسخ داده می‌شوند. سطح ۱ معرف عدم تجربه عبارت موردنظر و سطح ۷ معرف تجربه زیاد عبارت موردنظر است. نمره گذار ۴ ماده نیز به‌صورت معکوس انجام می‌شود و نمره بالاتر آزمودنی در این مقیاس نشانه دل‌زدگی زناشویی بیشتر می‌باشد (۱۷).

ارزیابی اعتبار^۱ CBM نشان داد که در این پرسشنامه همسانی درونی بین متغیرها در دامنه ۰/۸۴ و ۰/۹۰ است. روایی CBM

جدول (۱): میانگین توصیفی گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه	میانگین سن	میانگین مدت ازدواج	میانگین مدت ناباوروری
ساختاری	۲۸/۰۸	۵/۲۵	۳/۵۸
تصمیم‌گیری مجدد	۲۸/۹۱	۵/۴۱	۴/۲۵
کنترل	۳۳/۵۸	۷	۵/۰۸

جدول ۱ میانگین سن، مدت ازدواج و مدت ناباوروری گروه‌های آزمایش و گواه رانشان می‌دهد.

^۱Couple Burnout Questionnaire (CBM)

جدول (۲): اطلاعات توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر دل‌زدگی زناشویی

متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
جسمی	۳۶/۸۳	۱/۷۵	۱۱/۱۷	۱/۳۴
	۳۶/۷۵	۲/۱۸	۸/۸۳	۱/۵۲
	۳۷/۱۷	۳/۱۰	۳۶/۰۸	۴/۱۹
عاطفی	۳۹/۶۷	۱/۹۷	۱۴/۰۸	۲/۸۱
	۳۹/۶۷	۲/۳۵	۱۲/۵۸	۲/۷۷
	۴۲	۲/۹۸	۴۰/۶۷	۲/۵۳
روانی	۳۵/۵۰	۲/۳۹	۱۵/۸۵	۱/۹۹
	۳۸/۴۲	۳/۴۵	۱۱/۸۳	۲/۲۰
	۳۹/۰۸	۳/۰۲	۳۷/۷۵	۳/۰۱
دل‌زدگی	۱۱۲	۴	۴۱/۰۸	۴/۵۸
	۱۱۴/۸۳	۶/۸۵	۳۳/۲۵	۴/۱۴
	۱۱۸/۲۵	۷	۱۱۴/۵۰	۷/۳۷

جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون دل‌زدگی زناشویی در گروه ساختاری مینوچین ۴ ± ۳۳/۲۵ و در گروه ۱۱۲ و در گروه تصمیم‌گیری مجدد ۶/۸۵ ± ۱۱۴/۸۳ و در گروه کنترل ۷ ± ۱۱۸/۲۵ و انحراف استاندارد پس‌آزمون دل‌زدگی زناشویی در گروه ساختاری مینوچین ۴/۵۸ ± ۴۱/۰۸ و در گروه تصمیم‌گیری مجدد ۴/۱۴ ± ۳۳/۲۵ و در گروه کنترل ۷/۳۷ ± ۱۱۴/۵۰ است که میانگین دل‌زدگی زناشویی بعد از آموزش در گروه ساختاری مینوچین و تصمیم‌گیری مجدد به نسبت گروه کنترل کاهش داشته است که در ادامه در بخش سؤالات پژوهش به بررسی این تفاوت پرداخته شده است.

جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون دل‌زدگی زناشویی در گروه ساختاری مینوچین ۴ ± ۳۳/۲۵ و در گروه تصمیم‌گیری مجدد ۶/۸۵ ± ۱۱۴/۸۳ و در گروه کنترل ۷ ± ۱۱۸/۲۵ و انحراف استاندارد پس‌آزمون دل‌زدگی زناشویی در گروه ساختاری مینوچین ۴/۵۸ ± ۴۱/۰۸ و در گروه تصمیم‌گیری مجدد ۴/۱۴ ± ۳۳/۲۵ و در گروه کنترل ۷/۳۷ ± ۱۱۴/۵۰ است که میانگین دل‌زدگی زناشویی بعد از آموزش در گروه ساختاری مینوچین و تصمیم‌گیری مجدد به نسبت گروه کنترل کاهش داشته است که در ادامه در بخش سؤالات پژوهش به بررسی این تفاوت پرداخته شده است.

جدول (۳): نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی همگنی شیب رگرسیون در پیش‌آزمون دل‌زدگی زناشویی

منبع شاخص‌ها	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری
گروه	۵۴/۹۱۰	۲	۲۷/۴۵۵	۱/۵۲۴	۰/۲۳۴
پیش‌آزمون دل‌زدگی زناشویی	۳۱/۸۴۵	۱	۳۱/۸۴۵	۱/۷۶۸	۰/۱۹۴
گروه × پیش‌آزمون	۳۵۶/۷۸۶	۲	۱۷۸/۳۹۳	۱/۹۰۵	۰/۳۵۶
خطا	۵۴۰/۳۰۷	۳۰	۱۸/۰۱۰		
کل	۱۹۱۸۶۰	۳۶			

همان‌طور که در جدول ۳ آمده است تعامل بین گروه و پیش‌آزمون دل‌زدگی زناشویی معنی‌دار نیست. به عبارت دیگر داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون پشتیبانی می‌کند ($p=0/356$) و ($F=1/905$).

همان‌طور که در جدول ۳ آمده است تعامل بین گروه و پیش‌آزمون دل‌زدگی زناشویی معنی‌دار نیست. به عبارت دیگر داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون پشتیبانی می‌کند ($p=0/356$) و ($F=1/905$).

جدول (۴): نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها در متغیر دل‌زدگی زناشویی

لوین	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
دل‌زدگی زناشویی	۰/۰۸۵	۲	۳۳	۰/۹۱۸

بر اساس جدول ۴ تفاوت معنی‌داری بین واریانس گروه‌ها وجود ندارد ($P>0/05$)، بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است و می‌توان از آزمون کوواریانس استفاده کرد.

جدول (۵): نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تفاوت پس‌آزمون دل‌زدگی زناشویی بین سه گروه

منبع شاخص‌ها	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری	مجذورات
پس‌آزمون دل‌زدگی زناشویی	۱۱۹/۰۷۴	۱	۱۱۹/۰۷۴	۴/۳۴۷	۰/۰۴۸	۱۱۱۷
گروه	۴۱۱۷۴/۵۸۷	۲	۲۰۵۸۷/۲۹۳	۷۳۴/۳۶۵	۰/۰۰۱	۱۹۷۹
خطا	۸۹۷/۰۹۳	۳۲	۲۸/۰۳۴			
کل	۱۹۱۸۶۰	۳۶				

همان‌طور که در جدول ۵ آمده است بین اثربخشی زوج‌درمانی ساختاری مینوچین و زوج‌درمانی به شیوه تصمیم‌گیری مجدد و گروه کنترل در کاهش دل‌زدگی زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول (۶): میانگین و خطای معیار تعدیل شده دل‌زدگی زناشویی بین گروه‌ها

گروه	پس‌آزمون	میانگین	خطای معیار تعدیل شده
ساختاری مینوچین	۴۲/۰۲	۱/۵۹	
تصمیم‌گیری مجدد	۳۳/۳۱	۱/۵۳	
کنترل	۱۱۳/۵۰	۱/۶۰	

همچنین در جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه متغیر دل‌زدگی زناشویی به تفکیک گروه‌های ساختاری مینوچین، تصمیم‌گیری مجدد و کنترل آمده است.

جدول (۷): نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه متغیر دل‌زدگی زناشویی به تفکیک گروه‌های ساختاری مینوچین، تصمیم‌گیری مجدد و کنترل

گروه	اختلاف میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معناداری
ساختاری مینوچین	۸/۷۱*	۲/۲۰	۰/۰۰۱
کنترل	-۷۱/۴۷*	۲/۳۶	۰/۰۰۱
تصمیم‌گیری مجدد	-۸۰/۱۹*	۲/۲۲	۰/۰۰۱

نتایج بزرگ اساس جدول ۷ نشان‌دهنده اثربخشی بیشتر زوج‌درمانی به روش تصمیم‌گیری مجدد نسبت زوج‌درمانی ساختاری مینوچین بر کاهش دل‌زدگی زناشویی است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون دل‌زدگی زناشویی و مؤلفه‌های آن تفاوت معناداری به لحاظ آماری وجود دارد و استفاده از روش مداخله ساختاری و تصمیم‌گیری مجدد باعث کاهش معنادار دل‌زدگی زناشویی و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه شده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش تالیتمن و جانسون همسو است (۲۰).

با توجه به اینکه هر دو رویکرد به زوجین کمک می‌کند تا تعامل و ارتباط مطلوبی داشته باشند و در روابط خود احساس نزدیکی و صمیمیت بکنند، بنابراین احساس تعلق و عشق در کاهش ضعف و خستگی جسمی و عاطفی روانی تأثیرگذار بوده است. زوج‌درمانی ساختاری و تصمیم‌گیری مجدد فضایی را ایجاد می‌کند که اعضا از طریق نقش‌های ویژه به هم مرتبط شوند و تأکید به خانواده به‌عنوان یک کل و تعاملات بین زیر منظومه‌های آن است و مداخلات از طریق کمک به افراد در شناخت نقش خود و آگاهی از مسئولیت‌پذیری و هدایت زندگی است. این پژوهش با تحقیق نویدی (۱۸). کریمیان (۲۱)، رجبی و ستوده (۲۲)؛ بخشی پور و همکاران (۲۳)؛ بورپی ولانگر (۲۴) همسو بود.

هالستین (۱۹۹۳) یک چارچوبی را برای فرایند دل‌زدگی ارائه داده است. او دل‌زدگی را به‌عنوان یک شکل از افسردگی که از

دل‌زدگی زناشویی گردیده است. زوج درمان گرابی باعث می‌شود که زوجین دامنه اختیارات و وظایف خود را بشناسند، آزادانه از حقوق خود دفاع کنند، به راحتی به زیرمنظومه‌های دیگر خانواده دسترسی داشته باشند و باهم به بیان احساسات بپردازند و با کمک و همدلی و حمایت یکدیگر بهره‌مند شوند (۳۹). دیلی واندرز (۲۰۰۵) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که حمایت خانواده و بهبود کارکردهای خانواده می‌تواند دل‌زدگی زناشویی را کاهش دهد (۴۰).

خانواده یکی از ارکان اصلی جامعه به شمار می‌رود. دستیابی به جامعه سالم در گروه سلامت خانواده و تحقق خانواده سالم در گروه روابط بین زوجین و توانمندی‌های آنان برای مواجهه با شرایط دشوار زندگی استیکی از طرقی که به واسطه آن شرکت‌کنندگان در زوج‌درمانی بهبود در دل‌زدگی زناشویی و سلامت روان را نشان می‌دهند ایجاد ساختارهای جدید، مرزبندی، بررسی ارتباط اعضا، کمک به تصحیح روابط معیوب، آشنایی با بازدارنده‌ها و سوق‌دهنده‌ها، آشنایی با مسئولیت‌های مهم و ایفای نقش می‌باشد. و شرکت در جلسات زوج‌درمانی به اعضا کارکردهای جدید از خانواده ارائه می‌دهد که شامل مسئولیت‌پذیری و معنای جدید برای زندگی کردن است و به واسطه دستیابی به این مهم زندگی آن‌ها را هدفمند می‌سازد. آن‌ها را ترغیب می‌کند تا کنترل زندگی خود را به‌عنوان عضوی ارزشمند و تأثیرگذار در اختیار بگیرند و فرد را به سمتی پیش می‌برد تا بتواند یک جهان‌بینی جامع برای خود اتخاذ کند که شامل مجموعه‌ای از ارزش‌ها مربوط به اعضای خانواده می‌باشد. مجموعه این عوامل زندگی فرد را معنادار ساخته و سلامت روان او را بهبود می‌بخشد. احساس رضایتمندی در زندگی را ایجاد می‌نماید که این احساس با کاهش دل‌زدگی زناشویی و ارتقای سلامت روان در ارتباط است.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر توسط حمایت و پشتیبانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان انجام گردید. به خاطر همکاری در این مطالعه از آن‌ها کمال تشکر را داریم.

References:

1. Khodakarami N, Hashemi S, Seddigh S, Hamdiyeh M, Taheripناه R. Life experience with infertility; a phenomenological study. J Reprod Infertil 2010;10(4): 287-97.
2. Manouchehri C, Zandi Pour T, Porshhryary M, Mirdamadi S. Evaluate the effectiveness of cognitive –

فرایند ازپافتادگی نتیجه گرفته می‌شود تعریف می‌کند (۲۵). بعضی تحقیقات پیشنهاد می‌کنند که دل‌زدگی تحت شرایط خاص در داخل افسردگی رشد می‌کند (۲۶). بیکر (۲۰۰۹) در پژوهش خود نشان داد که رفتارهای مخالف دل‌زدگی با سلامت روان و دل‌زدگی زناشویی زوجین با افسردگی رابطه معناداری دارند (۲۷). از آنجایی که برخی از علائم دل‌زدگی از جمله غمگینی، بدبینی و احساس گناه (۲۸) با افسردگی مشترک است. یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های تیزل، سگال، ویلیامز و همکاران (۲۹)، اوست و همکاران (۳۰)، سالووی و همکاران (۳۱)، آدرگون و همکاران (۳۲)، نریمانی و همکاران (۳۳) همسو می‌باشد.

این پژوهش همسو با پژوهش‌های بنسون، مک‌گین و کریستسن (۳۴) و پریوکی و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که جنسیت زوجین تأثیر چندانی در اثربخشی مداخلات زوج‌درمانی نداشته است (۳۵)، بر پایه شواهد موجود عواملی فراتر از جنسیت زوجین اثربخشی زوج‌درمانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد از جمله عزم مشترک زوجین برای تغییر، انتظارات مثبت درمان‌جو (۳۶) تعهد زوجین به تغییر و تکالیف درمانی، تغییر رفتار و الگوهای ارتباطی و امید به بهبود رابطه (۳۷).

در تبیین بیشتر این یافته‌ها می‌توان به این امر اشاره کرد که زوج‌درمانی ساختاری و تصمیم‌گیری مجدد با ایجاد ساختارهای، مواردی که اعضا در درونشان نهفته است با همسر خود در میان بگذارند و احساساتشان درباره زندگی، آینده، ترس‌ها، نگرانی‌ها و تجارب دردناکی که در تنهایی به‌درد می‌توانند بر آن‌ها فائق آیند، آشکار سازند. پژوهش‌های دیگر نیز به روشنی نشان دادند که تصحیح روابط زوجین می‌تواند باعث کاهش ازپافتادگی جسمی، عاطفی و روانی گردیده و دل‌زدگی زناشویی را کاهش دهد همچنین می‌تواند زندگی زناشویی را با چالش‌های بسیاری مواجه نماید که مشاجرات زوجین، نزاع‌های خانوادگی و خشونت‌های خانگی ناشی از همین عدم احساس رضایتمندی و خستگی از زندگی زناشویی باشد (۳۸) زوج درمانگران ضمن ایجاد احساس مثبت در بین اعضا و بهبود کارکردهای خانواده و ایجاد صمیمیت زوجین رضایتمندی را افزایش داده که همین امر باعث کاهش

- emotional- behavioral group counseling on mental health of infertile women. Res Counsel 2006;5(20):9-22.
3. Sayadi M, Madani Y. Effectiveness of emotionally focused couple therapy on marital commitment and couple burnout in infertile couples. J Educ Community Health 2017;4(3):26-37.

4. Quattrini F, Ciccarone M, Tatoni F, Vittori G. Psychological and sexual assessment of the infertile couple. *Sexologies* 2010;19(1):15-9.
5. Nilforooshan P, Ahmadi A, Abedi MR, Ahmadi M. Studying the effect of cognitive-behavioral counseling based on interacting cognitive subsystems on depression of infertile couples. *Middle East Fertil Soc J* 2006;11(1):43-7.
6. Elsenbruch S, Hahn S, Kowalsky D, Öffner AH, Schedlowski M, Mann K, et al. Quality of life, psychosocial well-being, and sexual satisfaction in women with polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab* 2003;88(12):5801-7.
7. Kazemian Z, Behmani N, Zadehbaghri L, Abalfath M. The efficacy of Self-regulation couple therapy on marital intimacy among infertile women. *Armaghane Danesh* 2013;18(5):368-79.
8. Abhar Zanjani F, Khajeh-Mirza V, Seyyedi M, Shahabizadeh F, Dastjerdi R, Bahreinian A. Assessment on relationship beliefs and marital burnout among fertile and infertile couples. *J Fundam Mental Health* 2015;17(2):81-6.
9. Najafi M, Soleimani AA, Ahmadi K, Javidi N, Kamkar EH. The effectiveness of emotionally focused therapy on enhancing marital adjustment and quality of life among infertile couples with marital conflicts. *Int J Fertil Steril* 2015;9(2):238.
10. Dargahi S, Mohsenzade F, Zaharakar K. The effect of positive thinking training on psychological well-being and perceived quality of marital relationship on infertile women. *Posit Psychol Res* 2015;1(3):45-57.
11. Gillanders DT, Sinclair AK, MacLean M, Jardine K. Illness cognitions, cognitive fusion, avoidance and self-compassion as predictors of distress and quality of life in a heterogeneous sample of adults, after cancer. *J Contextual Behav Sci* 2015;4(4):300-11.
12. Graham CD, Gouick J, Krahe C, Gillanders D. A systematic review of the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. *Clin Psychol Rev* 2016;46:46-58.
13. Banker JE, Kaestle CE, Allen KR. Dating is hard work: A narrative approach to understanding sexual and romantic relationships in young adulthood. *Contempor Fam Ther* 2010;32(2):173-91.
14. Bustan E. Investigating the effectiveness of group couple therapy by teaching re-decision-making approaches and narrative therapy on increasing marital satisfaction in student marriages. (Dissertation). Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2007.
15. Martin J, Yi Y, Alberola T, Rodríguez-Iglesias B, Jiménez-Almazán J, Li Q, et al. Comprehensive carrier genetic test using next-generation deoxyribonucleic acid sequencing in infertile couples wishing to conceive through assisted reproductive technology. *Fertil Steril* 2015;104(5):1286-93.
16. Simister HD, Tkachuk GA, Shay BL, Vincent N, Pear JJ, Skrabek RQ. Randomized controlled trial of online acceptance and commitment therapy for fibromyalgia. *J Pain* 2018;19(7):741-53.
17. Pines A. Couple burnout: Causes and cures. London: Routledge; 2013.
18. Navidi F. Study and comparison of the relationship between marital boredom and organizational climate factors in the staff of education departments and nurses of hospitals in Tehran in 2005. (Dissertation). Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2005.
19. Adibrad N, Adibrad M. The comparison of relationship beliefs & couple burnout in women who want to divorce and women who want to continue their marital life. *Counsel Res Dev* 2005;4(13):101-12.
20. Johnson SM, Talitman E. Predictors of success in emotionally focused marital therapy. *J Marital Fam Ther* 1997;23(2):135-52.
21. Karimian N, Karimi Y, Bahmani B. The relationship of mental health dimensions and guilt feeling with marital commitment in married people. *J Fam Counsel Psychother* 2011;1(2):-.
22. Rajabi GR, Sotodeh Navrodi SO. A study of impact of group mindfulness-based cognitive therapy on depression reduction and increase of marital satisfaction

- in married women. *J Guilan Univ Med Sci* 2012;20(80):83-91.
23. Bakhshipour A, Faraji R. Relationship between thought-action fusion with obsessive-compulsive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *Contempor Psychol* 2011;5(2):15-22.
24. Burpee LC, Langer EJ. Mindfulness and marital satisfaction. *J Adult Dev* 2005;12(1):43-51.
25. Holstein JA, Miller G. Social constructionism and social problems work. *Constructionist Controversies*. 1993;2:131-52.
26. Mousavizade T. The effectiveness of significant education in reducing marital boredom in women. (Dissertation). Tehran: Allameh Tabatabai University; 2009.
27. Bakker AB. The crossover of burnout and its relation to partner health. *Stress Health* 2009;25(4):343-53.
28. Tabatabaee M, Arshadi HR, Rajabi S. Assessment and comparison of different manifestations of depression in women and men who come to psychology clinic of educational science college during the first six months of the year 2003. *J Fundam Mental Health* 2003-2004;5(19-20):128-33.
29. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consul Clin Psychol* 2000;68(4):615.
30. Öst L-G. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther* 2008;46(3):296-321.
31. Salovey P, Stroud LR, Woolery A, Epel ES. Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the trait meta-mood scale. *Psychol Health* 2002;17(5):611-27.
32. Azargoon H, Kajbaf M, Molavi H, Abedi M. The effect of mindfulness training on mental rumination and depression of the students of Isfahan University. *Daneshvar Raftar* 2009;16(34):13-20.
33. Narimani M, Ariapouran S, Abolghasemi A, Ahadi B. The Comparison of the Effectiveness of Mindfulness and Emotion Regulation Training on Mental Health in Chemical Weapon Victims. *J Clin Psychol* 2010;2(4):61-71.
34. Benson LA, McGinn MM, Christensen A. Common principles of couple therapy. *Behav Ther* 2012;43(1):25-35.
35. Perissutti C, Barraca J. Integrative behavioral couple therapy vs. Traditional behavioral couple therapy: A theoretical review of the differential effectiveness. *Clin Salud* 2013;24(1):11-8.
36. Johnson S. The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection. London: Routledge; 2012.
37. Baucom DH, Epstein NB, LaTaillade JJ, Kirby JS. Cognitive-behavioral couple therapy. New York: Guilford Press; 2008.
38. Bai M. The effect of group structured family therapy education on marital boredom of married women in Ramyan city. (Dissertation). Tehran: Al-Zahra University; 2009.
39. Ebadatpour B, Navabinejad S, Shafiabadi A, Falsafinejad M. Formulation of a Pattern for Marital Burn out Based on Family Function, Individual Resilience and Spiritual Beliefs. *J Psychol Mod Methods* 2013;4(13):29-45.
40. Dehle C, Landers JE. You can't always get what you want, but can you get what you need? Personality traits and social support in marriage. *J Soc Clin Psychol* 2005;24(7):1051-76.

COMPARISON OF THE EFFECTIVENESS OF STRUCTURAL COUPLE THERAPY AND COUPLE THERAPY THROUGH DECISION MAKING ON REDUCING MARITAL BOREDOM OF INFERTILE COUPLES

Sharokh Mohamadi¹, Omod Moradi², Abdollah Shafieabadi³, amze Ahmadian⁴

Received: 11 August, 2020; Accepted: 23 December, 2020

Abstract

Background and Aim: The aim of this study was to compare the effectiveness of structural couple therapy and couple therapy by re-decision method on reducing marital boredom of infertile couples in Sanandaj.

Materials & Methods: To implement this goal, pre-test and post-test research methods were used using two experimental groups and a control group. The statistical population of this study was infertile couples referring to the infertility center of Besat Hospital in Sanandaj in 2018 who were selected using available sampling method and randomly placed in three groups of 12 people. Marital boredom questionnaire was used to collect data. Data were analyzed using one-variable analysis of covariance and SPSS-22 software.

Results: The results showed that structural couple therapy and couple therapy by decision-making method compared to the control group had a significant effect on reducing marital boredom of infertile couples ($p \leq 0.001$).

Conclusion: The results showed the importance of paying attention to structural couple therapy interventions and couple therapy through re-decision-making in reducing marital boredom of infertile couples.

Keywords: Structural Family Therapy, Decision Making, Marital Boredom, Infertile Couples

Address: Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Sanandaj Branch, Sanandaj, Iran.

Tel: + 985138414499

Email: Moradi.omid@gmail.com

¹ PhD Student in Counseling, Islamic Azad University, Sanandaj Branch, Sanandaj, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Sanandaj Branch, Sanandaj, Iran (Corresponding Author)

³ Department of Consulting, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Sanandaj Branch, Sanandaj, Iran