

بررسی تأثیر آموزش غنی‌سازی روابط بر صمیمیت زناشویی زوجین نابارور دارای خشونت خانگی

محبوبه پورحیدری^۱، فاطمه علیجانی^۲، سید شاهرخ آقایان^۳، افسانه کرامت^۴، سیده زهرا معصومی^۵، زهره اسدی^۶

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: حمایت زوجین نابارور و ارایه‌ی آموزش به آنان جزء برنامه‌های حمایتی طرح تحول سلامت می‌باشد. با توجه به این که ناباروری موجب مشکلاتی در روابط زناشویی زوجین نابارور می‌شود، پژوهش حاضر با هدف تأثیر آموزش غنی‌سازی روابط بر صمیمیت زناشویی زوجین نابارور دارای خشونت خانگی انجام شد.

روش‌ها: مطالعه‌ی کارآزمایی بالینی حاضر، به صورت پیش و پس آزمون بر روی ۳۶ زوج نابارور دارای خشونت خانگی مراجعه کننده به مرکز ناباروری ساری در سال ۱۳۹۴ که به طور تصادفی به دو گروه مورد و شاهد تقسیم شده بودند، انجام شد. غربالگری خشونت با پرسش‌نامه‌ی استاندارد خشونت خانگی (Conflict tactics scale2) یا (CTS2) از بین زوجین نابارور داوطلب شرکت کننده انجام گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ی صمیمیت زناشویی بود که توسط هر دو گروه در مراحل قبل، بلافاصله و بعد از دو ماه از اتمام جلسات آموزشی تکمیل شد. روایی و پایایی هر دو پرسش‌نامه، پیش‌تر در سایر مطالعات داخلی تأیید شده بود. آموزش غنی‌سازی روابط زوجین در هفت جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای توسط دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره‌ی مامایی با همکاری دانشجوی دکتری روان‌شناسی برای زوجین در گروه مورد برگزار شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام شد.

یافته‌ها: غنی‌سازی روابط بر بهبود نمره‌ی صمیمیت زناشویی ($P < 0/001$) و ابعاد آن شامل عاطفی ($P < 0/001$)، عقلانی ($P < 0/001$)، فیزیکی ($P < 0/001$)، اجتماعی ($P < 0/001$)، ارتباطی ($P < 0/001$)، مذهبی ($P < 0/001$)، جنسی ($P < 0/001$) و کلی ($P < 0/001$) به طور معنی‌داری مؤثر بود. هر چند، اثر مداخله در بعد روان‌شناختی به لحاظ آماری بی‌تأثیر بوده است ($P < 0/180$).

نتیجه‌گیری: آموزش غنی‌سازی روابط، موجب افزایش صمیمیت زوجین می‌گردد. هر چند اختلاف نمره‌ی بعد روان‌شناختی صمیمیت به لحاظ آماری معنی‌دار نبود، اما تأثیر آموزش بر سایر ابعاد صمیمیت زناشویی در گروه مورد مشاهده گردید. بنابراین، برگزاری کارگاه‌های آموزش غنی‌سازی روابط با هدف ارتقای روابط بین فردی زوجین نابارور در مراکز ناباروری توصیه می‌گردد.

واژگان کلیدی: غنی‌سازی روابط، صمیمیت زناشویی، ناباروری، خشونت خانگی

ارجاع: پورحیدری محبوبه، علیجانی فاطمه، آقایان سید شاهرخ، کرامت افسانه، معصومی سیده زهرا، اسدی زهره. بررسی تأثیر آموزش غنی‌سازی روابط بر صمیمیت زناشویی زوجین نابارور دارای خشونت خانگی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۳۴: ۱۱۹۶-۱۱۸۷ (۴۰۲).

مقدمه

(۳-۲). در ایران، میزان نازایی اولیه ۲۴/۹ درصد گزارش شده است (۴). این پدیده، همواره با مواردی نظیر پرخاشگری، خشم، طلاق، انزوای ناامیدی و یأس همراه می‌باشد (۵). در واقع، این اختلال یک بحران چند بعدی تلقی می‌گردد که افراد، زوجین و خانواده را در سطوح روانی و جسمی تحت تأثیر قرار

ناباروری، به معنی ناتوانی در بارور شدن در یک زوج پس از یک سال تماس جنسی منظم، بدون استفاده از روش‌های پیش‌گیری از بارداری اطلاق می‌شود (۱). تخمین زده می‌شود ۱۸۰-۱۲۰ میلیون زن در سراسر جهان در سنین ۴۹-۱۸ سال دچار این اختلال باشند

- ۱- عضو هیأت علمی، گروه مامایی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران
 - ۲- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه مشاوره در مامایی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران
 - ۳- استادیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی و بیمارستان امام حسین (ع) شاهرود، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران
 - ۴- دانشیار، گروه بهداشت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی و مرکز تحقیقات علوم رفتاری و اجتماعی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران
 - ۵- استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های مادر و کودک و گروه مامایی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
 - ۶- دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بابل، بابل، ایران
- نویسنده‌ی مسؤو: فاطمه علیجانی
Email: fatemehalijani1355@gmail.com

خشونت نیز از جانب همسر آن‌ها بود (۲۱-۲۰). وجود مشکلات زناشویی و بالا بودن خشونت در زوجین نابارور و این که این آسیب‌ها شانس باروری را در آن‌ها کاهش می‌دهد، ضرورت توجه به مشکلات ارتباطی زوجین در راستای درمان نازایی و کمک به رفع آن را الزامی می‌سازد.

اثر مداخلات آموزشی جهت ارتقا یا بهبود مشکل ارتباطی زوجین نابارور، می‌تواند شناسن درمان ناباروری را که به عنوان سیاست جمعیتی نیز می‌باشد، در این خانواده‌ها افزایش دهد.

یکی از راه‌های افزایش صمیمیت روابط در بین زوجین نابارور، آموزش به آن‌ها می‌باشد و آموزش غنی‌سازی روابط زناشویی نقش مهمی را در این راستا ایفا می‌کند. این رویکرد، در صدد پرداختن به مشکلات زناشویی پیش از بحرانی شدن آن بر می‌آید و زوجین با آموزش مهارت‌های سالم در این برنامه‌ها به روش‌های تازه و مؤثری دست می‌یابند که با اعمال آن‌ها، کنترل بهتری بر زندگی خود و گامی مؤثر در تقویت روابط برخوردارند. رویکرد غنی‌سازی ارتباط، بر اهمیت شناخت باورهای افراد درباره‌ی علت بروز مشکلات تأکید و به مراجعان کمک می‌کند تا مهارت‌های لازم برای حل مشکلاتشان را یاد بگیرند (۲۲). در حقیقت، هدف این رویکرد، کمک به زوجین برای افزایش آگاهی از خودشان و همسرشان، کاوش احساسات و افکار همسرشان، گسترش همدلی و صمیمیت و رشد ارتباط مؤثر و مهارت‌های حل مسأله است (۲۳).

در پژوهشی که در امریکا انجام شد، میزان رضایتمندی از رابطه و سلامت روانی کیفیت زندگی زوجین، پس از سه ماه آموزش غنی‌سازی به طور معنی‌داری افزایش یافت (۲۴). این در حالی است که Wilde و Doherty تأثیر آموزش به صورت فشرده را در ثبات رابطه‌ی زوجین به تنهایی، چندان مؤثر نیافت (۲۵). اولیا و همکاران، تأثیر مدل غنی‌سازی را در افزایش صمیمیت زناشویی، ضرورت کارآمدی غنی‌سازی زندگی زناشویی در کاهش میزان طلاق و عوارض ناشی از آن، ارتقای بهداشت روان زن و مرد و پیشرفت تحصیلی و شغلی زوجین را نشان دادند (۲۶).

در ایران، به شیوه‌های پیش‌گیرانه، از جمله غنی‌سازی روابط توجه چندانی صورت نگرفته است (۲۷). هر چند، پژوهش‌های قابل توجهی در خصوص کاربرد روش غنی‌سازی روابط زناشویی صورت گرفته است، اما مطالعه‌ی مشابهی که تأثیر این مدل را بر زنان نابارور با سابقه‌ی خشونت خانگی مورد بررسی قرار دهد، در مطالعات خارجی و یا داخلی یافت نشد. نظر به اهمیت کیفیت روابط زوجین بر سلامت روانی آن‌ها و جامعه و پیامدهای ویرانگر ازدواج‌های ناموفق، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش غنی‌سازی روابط بر افزایش صمیمیت زناشویی زوجین نابارور دارای خشونت

می‌دهد و استرس و احساسات منفی زیادی ایجاد می‌کند (۶). آسیب روانی ناباروری، نتیجه‌ی فقدان‌های متعددی از جمله فقدان حاملگی، فقدان فرزند و هدف زندگی می‌باشد (۷). این آسیب بزرگ روانی، باعث کاهش عزت نفس و اعتماد به نفس و عدم امنیت می‌شود (۸). زنان نابارور، در همه‌ی جنبه‌های کیفیت زندگی (سلامت عمومی، سلامت جسمی و روانی و عملکرد اجتماعی) از امتیاز کمتری نسبت به زنان بارور برخوردارند (۹). از دیگر عواقب ناباروری که در برخی موارد مشاهده می‌گردد، می‌توان به زندگی تحمیلی، دخالت‌های بی‌مورد اقوام نزدیک، احساس بی‌ثباتی ازدواج و فزونی طلاق اشاره کرد که موجب بروز افسردگی و اضطراب و استرس آن‌ها می‌گردد (۱۰). استرس ناشی از ناباروری، سبب اختلال در صمیمیت زناشویی و کاهش اعتماد به نفس و کاهش دفعات روابط جنسی و حتی خشونت خانگی می‌شود. خشونت خانگی، رایج‌ترین خشونت علیه زنان و یک معضل مهم سلامت عمومی است (۱۱).

خشونت عبارت از یک الگوی رفتاری است که از طریق توسل به زور سبب ایجاد ترس، تهدید، رفتار زیان‌آور و آزار دهنده به منظور اعمال قدرت و کنترل بر فردی نزدیک تحمل می‌شود (۱۲). خشونت، به شیوه‌های مختلفی نظیر خشونت فیزیکی (آسیب رساندن به اعضای بدن)، خشونت روانی (تهدید، تحقیر، سرزنش لفظی و فحاشی)، خشونت اجتماعی (کنترل رفتارهای زن و در انزوای اجتماعی قرار دادن وی) و خشونت جنسی (Gender violence) بروز پیدا می‌کند (۱۳). به طور کلی، در غالب موارد زنان قربانیان تراز اول خشونت می‌باشند (۱۴). خشونت علیه همسر، موضوع تازه‌ای نیست و در تمام دنیا وجود دارد (۱۵).

پژوهش Richardson نشان داد که ۵۰-۴۰ درصد زنان در هر مرحله‌ای از زندگی خود تحت خشونت قرار می‌گیرند که این امر، سلامت روحی و جسمی آنان را تهدید می‌کند و گاهی آنان را به سمت خودکشی سوق می‌دهد (۱۶).

بین خشونت خانگی و طیف وسیعی از سلامت جسمی، روانی و پیامدهای باروری، ارتباط احتمالی وجود دارد (۱۷). از پیامدهای دیگر خشونت علیه زنان، مشکلات در روابط افراد خانواده، زنجیره‌های از هم گسسته و ناکامی در نقش همسری می‌باشد که در نتیجه بر صمیمیت و رضایتمندی روابط زناشویی تأثیر منفی دارد (۱۸).

مطالعات مختلفی در خصوص ارتباط نازایی و خشونت خانگی انجام شده است که نشان از رابطه‌ی مستقیم این دو عامل دارد به طوری که نتایج مطالعه‌ی اردبیلی و همکاران نشان داد ۶۱/۸ درصد زنان نابارور تحت خشونت خانگی از جانب همسران خود بودند (۱۹).

در تحقیقاتی که در نیجریه و ترکیه انجام شد، زنان نابارور، به دلیل ناباروری خود تحت خشونت خانگی بوده‌اند و بیشتر موارد

افراد در صورتی قادر به ورود به مطالعه بودند که حداقل ۶ ماه و حداکثر ۱۰ سال از تشخیص ناباروری آن‌ها گذشته باشد، سابقه‌ی ابتلا به بیماری‌های روانی و جسمی شناخته شده بر اساس اطلاعات موجود در پرونده‌ی پزشکی موجود در مرکز ناباروری نداشته باشند، زن و مرد هر دو مورد خشونت واقع شده باشند و مردان تک همسر باشند. همچنین، افراد در صورت مثبت شدن آزمایش حاملگی در طول انجام مطالعه، عدم حضور یکی از زوجین در بیش از یکی از جلسات مشاوره و حضور در جلسات مشاوره‌ای مشابه که با هدف بهبود روابط زوجین در خارج از مرکز برگزار می‌شد، از مطالعه خارج می‌شدند. ابزار پژوهش در این مطالعه شامل پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک مشتمل بر سن، جنس، مدت ناباروری، مدت ازدواج، اعتیاد زن یا شوهر، عامل ناباروری زنانه یا مردانه، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، سطح درآمد و محل زندگی بود. همچنین، خشونت خانگی با استفاده از پرسش‌نامه‌ی استاندارد خشونت خانگی (Conflict tactics scale2 یا CTS2) ارزیابی گردید. نسخه‌ی اصلی این پرسش‌نامه، مشتمل بر ۳۹ سؤال بود که توسط بهبودی مقدم و همکاران مورد بازنگری قرار گرفته است (۲۸).

خانگی انجام شد تا یافته‌های آن، در بهبود روابط و کاهش اختلافات زناشویی ناشی از ناباروری مفید واقع شود.

روش‌ها

مطالعه‌ی کارآزمایی بالینی حاضر، از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود که بر روی زوجین نابارور مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی ساری در سال ۱۳۹۴، بر اساس نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. حجم نمونه بر اساس فرمول حاضر تعیین گردید که ۴۴ زوج بر اساس بلوک‌های چهارتایی، به طور تصادفی به دو گروه مورد و شاهد (هر گروه ۲۲ زوج) تقسیم شدند و در نهایت، ۳۶ زوج مورد آنالیز نهایی قرار گرفتند. شکل ۱، نحوه‌ی تخصیص افراد به هر گروه را نشان می‌دهد.

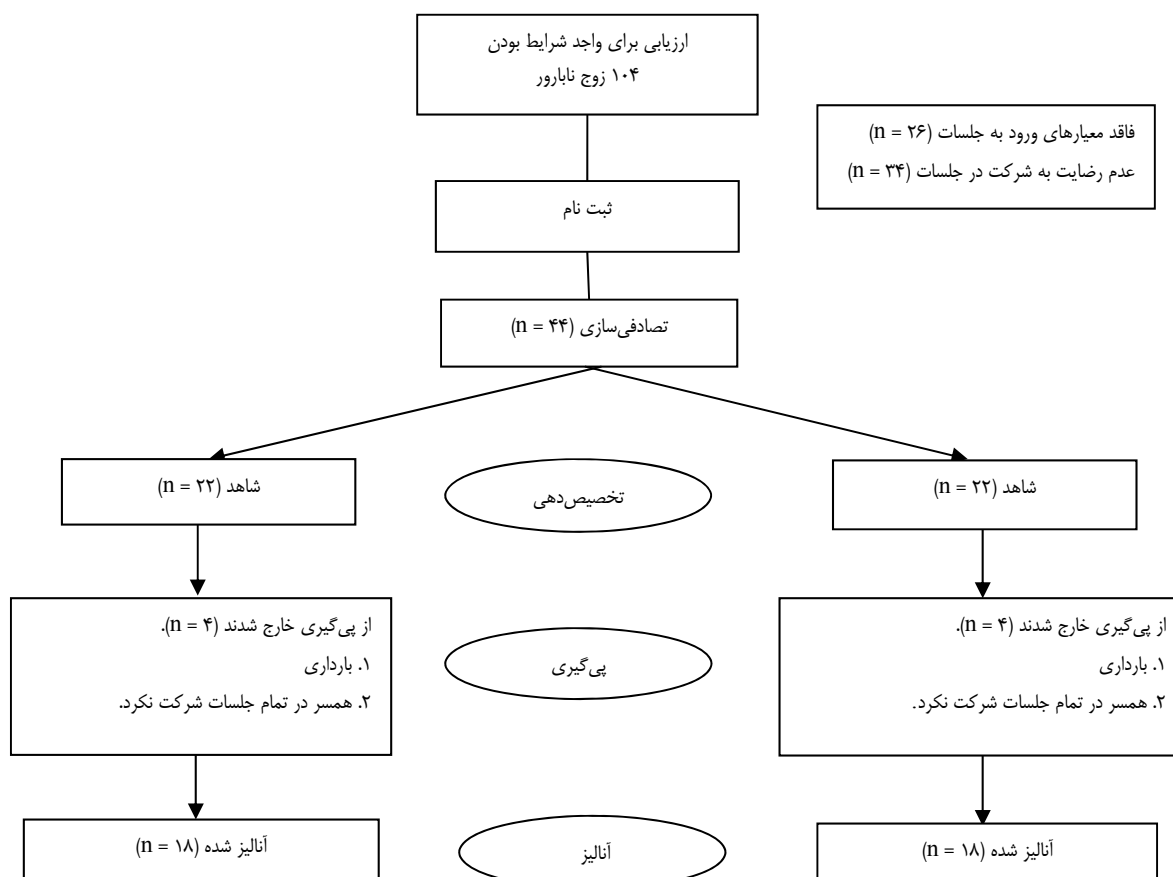
$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 (S_1^2 + S_2^2)}{(M_1 - M_2)^2}$$

S₁: انحراف معیار متغیر مورد مطالعه در گروه مورد

S₂: انحراف معیار متغیر مورد مطالعه در گروه شاهد

M₁: میانگین متغیر مورد مطالعه در گروه مورد

M₂: میانگین متغیر مورد مطالعه در گروه شاهد



شکل ۱. فلوچارت Consort

۰/۹۲ گزارش شد که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۱$). $r = ۰/۹۲$. برای تعیین پایایی آزمون، از Cronbach's alpha استفاده شد و مقدار آن برای کل آزمون ۹۸/۵۸ به دست آمد (۲۶).

مطالعه‌ی حاضر با کد IR.SHMU.REC.1394.22 در کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شاهرود و کد ثبت IRCT2015052522409N1 در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران ثبت شده است. برای نمونه‌گیری، ابتدا رضایت‌نامه‌ی آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، پیش از شروع مطالعه در اختیار افراد داوطلب قرار گرفت.

پیش از شروع جلسات آموزشی، پیش آزمون برای هر دو گروه با استفاده از آزمون صمیمیت زناشویی اجرا گردید. در مرحله‌ی بعد، زوج‌های گروه مورد در معرض یک مداخله‌ی هفت جلسه‌ای که هر جلسه ۹۰ دقیقه به طول انجامید، قرار گرفتند. جلسات توسط یک دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره‌ی مامایی که در این زمینه آموزش دیده بود و با همکاری دانشجوی دکتری روان‌شناسی به صورت هفته‌ای یک بار برگزار شد. محتوای برنامه‌ی مشاوره‌ی غنی‌سازی روابط از کتاب «آموزش غنی‌سازی زندگی زناشویی» نوشته‌ی بهرامی و همکاران گرفته شد (۲۲) و طرح آن با نظر دکتری روان‌شناسی و همکاری دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی طراحی گردید. خلاصه‌ی محتوای جلسات در جدول ۱ آمده است.

سه سؤال از سؤالات خشونت جنسی متناسب با فرهنگ جامعه حذف و کلمه‌ی «همسر» جایگزین «شریک جنسی» گردید و روایی و پایایی آن در آن مطالعه و سایر مطالعات مرتبط تأیید شده است (۲۸-۳۱). این پرسش‌نامه، خشونت را در ابعاد فیزیکی با ۱۲ سؤال، جنسی با ۴ سؤال، خشونت کلامی با ۶ سؤال، خشونت روانی با ۸ سؤال و خشونت فیزیکی منجر به آسیب را با ۶ سؤال مورد ارزیابی قرار می‌داد. چنانچه به هر یک از این حیطه‌ها پاسخ مثبت داده می‌شد، پاسخ دهنده مورد خشونت واقع شده بود.

جهت بررسی صمیمیت زناشویی، از پرسش‌نامه‌ی صمیمیت زناشویی استفاده گردید. این پرسش‌نامه توسط اولیا و همکاران در سال ۱۳۸۵ طراحی گردید و دارای ۹ حیطه و ۸۵ سؤال است. حیطه‌های آن شامل صمیمیت عاطفی، عقلانی، فیزیکی، اجتماعی-تفریحی، ارتباطی، مذهبی، روان‌شناختی، جنسی و کلی می‌باشد. برای گزاره‌ها، درجه‌بندی با مقیاس لیکرت از همه تا هیچ منظور شده است. نمره‌ی فرد از طریق جمع نمرات گزینه‌ها به دست می‌آید. حداقل نمره در این آزمون، ۸۵ و حداکثر ۳۴۰ می‌باشد. هر چه فرد نمره‌ی بیشتری کسب کند، حاکی از صمیمیت زناشویی بیشتر وی می‌باشد (۲۶).

در بررسی که توسط اولیا و همکاران انجام شده است، روایی پرسش‌نامه با استفاده از مقیاس صمیمیت Walker و Thompson بررسی و تأیید شد و همبستگی آن با پرسش‌نامه‌ی حاضر، برابر با

جدول ۱. عنوان و هدف کلی جلسات آموزش غنی‌سازی روابط زوجین

ردیف	موضوع	اهداف
۱	آشنایی با اعضا و بیان منطبق و اهداف جلسات	آشنایی با اعضای شرکت کننده و بیان اهداف گرفتن تعهد شفاهی برای شرکت منظم
۲	شناخت و بررسی مشکل در زندگی زناشویی	بررسی مشکل از نظر هر یک از زوجین نابارور آگاه کردن زوجین نسبت به انواع تفکرات غیر منطقی روش‌های مقابله با باورهای غیر منطقی
۳	آموزش صمیمیت در بین زوجین	تعریف صمیمیت و ابعاد آن نکات ضروری در برقراری ارتباط صمیمی بازخورد اجرای راه حل‌ها
۴	آموزش بهبود ارتباط جنسی	اهمیت روابط جنسی آشنایی با چرخه‌ی پاسخ جنسی عوامل بازدارنده‌ی رابطه‌ی صحیح جنسی عوامل مؤثر در ارتباط جنسی صحیح آموزش در مورد باورهای جنسی غلط
۵	بررسی شیوه‌های حل تعارض	تعریف مفهومی تعارض زناشویی و درک طبیعی بودن وجود تعارض بین زوجین استخراج شیوه‌های متداول برخورد با تعارض در بین زوجین، آموزش قواعد و شیوه‌های صحیح حل تعارض
۶	حل تعارض از طریق آموزش حل مسأله	تأثیر نگرش به خود در چگونگی حل مسأله مراحل فرایند حل مسأله عوامل بازدارنده‌ی حل مسأله
۷	آموزش مدیریت خانواده	آموزش چگونگی برخورد با مشکلات آموزش چگونگی برخورد با خانواده‌های اصلی آموزش چگونگی برخورد با مشکلات و مسایل مالی

جدول ۲. بررسی طبیعی بودن صمیمیت زناشویی و ابعاد آن- قبل از مداخله (پیش آزمون)

صمیمیت زناشویی	کلی	جنسی	روان‌شناختی	مذهبی	ارتباطی	اجتماعی	فیزیکی	عقلانی	عاطفی	باخسونت صمیمیت زناشویی و ابعاد آن (پیش آزمون)
۰/۴۴۱	۰/۵۶۱	۰/۴۲۸	۰/۵۴۲	۰/۴۲۴	۰/۶۶۵	۰/۴۳۷	۰/۸۶۴	۰/۵۶۸	۰/۶۷۴	گروه مورد آماره‌ی Kolmogorov- Smirnov مقدار P
۰/۹۸۰	۰/۹۱۰	۰/۹۹۰	۰/۹۳۰	۰/۹۹۰	۰/۷۶۰	۰/۹۹۰	۰/۴۴۰	۰/۹۰۰	۰/۷۵۰	گروه شاهد آماره‌ی Kolmogorov- Smirnov مقدار P
۰/۶۳۳	۱/۰۵۹	۰/۷۵۰	۰/۸۴۲	۰/۹۰۹	۰/۷۶۴	۰/۷۱۹	۰/۶۶۰	۰/۹۱۳	۰/۶۵۹	
۰/۸۱۰	۰/۲۱۰	۰/۶۲۰	۰/۴۷۰	۰/۳۸۰	۰/۶۰۰	۰/۶۸۰	۰/۷۷۰	۰/۳۷۰	۰/۷۷۰	

در هر دو گروه اختلاف معنی‌دار آماری نداشت و میانگین نمره‌ی صمیمیت و ابعاد آن قبل از مداخله یکسان بود؛ در صورتی که میانگین نمره‌ی صمیمیت زناشویی و ابعاد آن در پس آزمون به جز بعد روان‌شناختی به طور معنی‌داری در گروه مورد بالاتر از گروه شاهد بود. میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت‌کنندگان در مراحل پیش و پس آزمون و پی‌گیری در جدول ۴ آمده است.

صمیمیت زناشویی در گروه‌های مورد و شاهد در جدول ۵ آمده است. در پیش آزمون، صمیمیت زناشویی در هر دو گروه اختلاف معنی‌دار آماری نداشت ($P = 0/245$)، اما میانگین نمره‌ی صمیمیت پس آزمون و پس از پی‌گیری دو ماهه در گروه مورد به طور معنی‌داری بالاتر از گروه شاهد بود ($P < 0/001$)، اما در گروه شاهد، نمرات پس آزمون و پی‌گیری، کمتر از پیش آزمون بود ($P < 0/001$).

بحث

مطالعه‌ی حاضر، با هدف بررسی تأثیر آموزش غنی‌سازی روابط بر صمیمیت زناشویی زوجین نابارور دارای خشونت خانگی انجام شد و نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش غنی‌سازی در بهبود صمیمیت زناشویی زوجین نابارور دارای خشونت خانگی به طور معنی‌داری مؤثر می‌باشد. با بررسی‌های انجام شده، پژوهشی مشابه در داخل و یا خارج از ایران که تأثیر مدل غنی‌سازی روابط زناشویی را بر رضایت زناشویی زوجین نابارور با تجربه‌ی خشونت خانگی نشان دهد، یافت نشد.

در مقابل، گروه شاهد در طی انجام پژوهش هیچ آموزشی دریافت نکردند و تنها در لیست انتظار قرار گرفتند. پس از اتمام جلسات گروه مورد، از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد و پس از پی‌گیری دو ماهه، پس آزمون برای هر دو گروه تکرار گردید. جهت رعایت اصول اخلاقی زمانی که گروه شاهد برای پر کردن پرسش‌نامه‌ی پس آزمون مراجعه کردند، فایل صوتی بخشی از جلسات که شامل محتوای کامل غنی‌سازی روابط زوجین توسط فرد آموزش دهنده بود، در اختیار آن‌ها قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۰ (version 20, SPSS Inc., Chicago, IL) و آزمون‌های آماری میانگین و انحراف معیار، Repeated measures ANOVA استفاده شد که در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد آزمون قرار گرفت.

یافته‌ها

در بین دو گروه مورد و شاهد از نظر سن، مدت ازدواج، مدت ناباروری، تحصیلات، اشتغال و محل سکونت اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد. جهت سنجش پیش‌فرض طبیعی بودن توزیع متغیر صمیمیت زناشویی از آزمون Kolmogorov-Smirnov استفاده گردید. توزیع نمرات متغیر صمیمیت در هر دو گروه مورد و شاهد قبل از مداخله طبیعی بود؛ بنابراین، از آزمون‌های پارامتریک برای مقایسه‌ی دو گروه استفاده گردید (جدول ۲).

ویژگی‌های توصیفی نمونه‌ها به همراه فراوانی آن‌ها در جدول ۳ آمده است. نتایج نشان داد که میانگین نمره‌ی صمیمیت پیش آزمون

جدول ۳. مقایسه‌ی سن، مدت ازدواج، مدت ناباروری در دو گروه مورد و شاهد

متغیر	گروه	
	مورد	شاهد
	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار
سن (سال)	۳۵/۳۸ \pm ۷/۴۲	۳۲/۱۶ \pm ۵/۵۱
مدت ازدواج (سال)	۴/۱۰ \pm ۷/۰۰	۳/۵۵ \pm ۴/۷۷
مدت ناباروری	۵/۹۲ \pm ۳/۷۶	۴/۳۳ \pm ۲/۴۹

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار نمرات شرکت کنندگان در مرحله‌ی پیش و پس آزمون و پی‌گیری دو ماهه

زمان و گروه صمیمیت زناشویی و ابعاد آن	قبل از مداخله (پیش آزمون)			بلافاصله بعد از مداخله (پس آزمون)			دو ماه بعد از مداخله (پس آزمون)		
	مورد	شاهد	مقدار P	مورد	شاهد	مقدار P	مورد	شاهد	مقدار P
عاطفی	۳/۴۳ ± ۰/۳۱	۳/۵۵ ± ۰/۴۷	۰/۳۵۴	۴/۴۲ ± ۰/۴۲	۳/۲۳ ± ۰/۴۰	< ۰/۰۰۱	۴/۴۴ ± ۰/۳۴	۳/۰۲ ± ۰/۳۸	< ۰/۰۰۱
عقلانی	۳/۴۵ ± ۰/۵۳	۳/۵۳ ± ۰/۵۲	۰/۶۶۲	۴/۲۱ ± ۰/۶۷	۳/۱۹ ± ۰/۴۷	< ۰/۰۰۱	۴/۳۲ ± ۰/۵۶	۲/۹۸ ± ۰/۴۱	< ۰/۰۰۱
فیزیکی ۴	۳/۴۰ ± ۰/۴۹	۳/۷۷ ± ۰/۵۵	۰/۰۵۵	۴/۴۶ ± ۰/۵۴	۳/۲۴ ± ۰/۶۱	< ۰/۰۰۱	۴/۵۱ ± ۰/۵۳	۳/۱۶ ± ۰/۶۲	< ۰/۰۰۱
اجتماعی	۳/۳۱ ± ۰/۴۶	۳/۴۵ ± ۰/۵۹	۰/۴۵۵	۴/۲۳ ± ۰/۵۵	۳/۰۰ ± ۰/۵۷	< ۰/۰۰۱	۴/۳۰ ± ۰/۵۳	۲/۷۵ ± ۰/۴۵	< ۰/۰۰۱
ارتباطی	۳/۱۵ ± ۰/۳۴	۳/۳۲ ± ۰/۴۷	۰/۲۳۹	۴/۰۶ ± ۰/۵۵	۳/۰۷ ± ۰/۳۷	< ۰/۰۰۱	۴/۱۵ ± ۰/۵۲	۲/۹۵ ± ۰/۳۳	< ۰/۰۰۱
مذهبی	۳/۳۸ ± ۰/۴۵	۳/۳۶ ± ۰/۶۷	۰/۹۴۴	۴/۱۰ ± ۰/۴۵	۲/۹۶ ± ۰/۵۲	< ۰/۰۰۱	۴/۲۳ ± ۰/۴۱	۲/۹۱ ± ۰/۵۳	< ۰/۰۰۱
روان‌شناختی	۳/۴۳ ± ۰/۷۵	۳/۵۲ ± ۰/۶۹	۰/۷۲۲	۳/۹۲ ± ۰/۷۵	۳/۵۹ ± ۰/۶۹	< ۰/۱۸۹	۴/۰۰ ± ۰/۸۱	۳/۴۹ ± ۰/۸۰	۰/۰۶۸
جنسی	۳/۲۱ ± ۰/۶۷	۳/۳۶ ± ۰/۸۰	۰/۵۵۵	۴/۰۰ ± ۰/۹۰	۳/۰۷ ± ۰/۶۳	< ۰/۰۰۱	۴/۱۰ ± ۰/۸۲	۲/۹۷ ± ۰/۶۸	< ۰/۰۰۱
کلی	۳/۴۵ ± ۰/۴۰	۳/۶۲ ± ۰/۴۹	۰/۲۵۶	۴/۲۶ ± ۰/۵۵	۳/۲۲ ± ۰/۵۲	< ۰/۰۰۱	۴/۳۱ ± ۰/۵۰	۳/۰۲ ± ۰/۵۹	< ۰/۰۰۱
صمیمیت زناشویی	۳/۳۵ ± ۰/۲۹	۳/۵۰ ± ۰/۴۴	۰/۲۴۵	۴/۲۲ ± ۰/۴۹	۳/۱۲ ± ۰/۳۴	< ۰/۰۰۱	۴/۳۰ ± ۰/۴۳	۲/۹۷ ± ۰/۵۴	< ۰/۰۰۱

از این رو، مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی و مقایسه‌ی تأثیر این روش بر گروه‌های مورد مطالعه انجام شد. مطالعات مشابه در تأیید یافته‌های مطالعه‌ی حاضر مبنی بر مؤثر بودن مدل غنی‌سازی بر روابط زوجین می‌باشد (۳۲-۳۴). این یافته، با یافته‌های مطالعه‌ی اولیا و همکاران (۲۶) که با هدف تأثیر برنامه‌ی آموزش غنی‌سازی زندگی زناشویی بر افزایش صمیمیت زوجین انجام شد، همسو بود. نتایج مطالعه‌ی اولیا و همکاران نشان داد که صمیمیت زناشویی در گروه مورد (دارای خشونت خانگی) از قبل از مداخله (پیش آزمون) تا بعد از آن (پس آزمون) افزایش یافته است (۲۶).

در پژوهش دیگری که توسط حیدرنیا و همکاران انجام شد، صمیمیت زناشویی در گروه آزمون، در طول زمان اختلاف معنی‌دار آماری داشته است. نتایج نشان دهنده‌ی آن بود که میانگین نمره‌ی صمیمیت پس آزمون نسبت به پیش آزمون افزایش آماری معنی‌داری داشته است که با نتایج این پژوهش سازگار بوده است (۳۵). در مطالعه‌ی کاظمیان و همکاران، صمیمیت زناشویی دو گروه مورد و شاهد پس از مداخله نسبت به قبل از آن افزایش یافته است که این یافته، به طور دقیق با نتایج پژوهش حاضر هم‌راستا بود (۳۶). Alqashan نیز در مطالعه‌ی خود که با هدف تأثیر غنی‌سازی روابط

از این رو، مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی و مقایسه‌ی تأثیر این روش بر گروه‌های مورد مطالعه انجام شد. مطالعات مشابه در تأیید یافته‌های مطالعه‌ی حاضر مبنی بر مؤثر بودن مدل غنی‌سازی بر روابط زوجین می‌باشد (۳۲-۳۴). این یافته، با یافته‌های مطالعه‌ی اولیا و همکاران (۲۶) که با هدف تأثیر برنامه‌ی آموزش غنی‌سازی زندگی زناشویی بر افزایش صمیمیت زوجین انجام شد، همسو بود. نتایج مطالعه‌ی اولیا و همکاران نشان داد که صمیمیت زناشویی در گروه مورد (دارای خشونت خانگی) از قبل از مداخله (پیش آزمون) تا بعد از آن (پس آزمون) افزایش یافته است (۲۶).

در پژوهش دیگری که توسط حیدرنیا و همکاران انجام شد، صمیمیت زناشویی در گروه آزمون، در طول زمان اختلاف معنی‌دار آماری داشته است. نتایج نشان دهنده‌ی آن بود که میانگین نمره‌ی صمیمیت پس آزمون نسبت به پیش آزمون افزایش آماری معنی‌داری داشته است که با نتایج این پژوهش سازگار بوده است (۳۵). در مطالعه‌ی کاظمیان و همکاران، صمیمیت زناشویی دو گروه مورد و شاهد پس از مداخله نسبت به قبل از آن افزایش یافته است که این یافته، به طور دقیق با نتایج پژوهش حاضر هم‌راستا بود (۳۶). Alqashan نیز در مطالعه‌ی خود که با هدف تأثیر غنی‌سازی روابط

جدول ۵. مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی صمیمیت قبل و بعد از مداخله در دو گروه مورد و شاهد

صمیمیت زناشویی	گروه	مورد		شاهد	
		میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار
قبل از مداخله		۳/۳۵ ± ۰/۲۹	۳/۵۰ ± ۰/۴۴	۰/۲۴۵	
بلافاصله بعد از مداخله		۴/۲۲ ± ۰/۴۹	۳/۱۲ ± ۰/۳۴	< ۰/۰۰۱	
۲ ماه بعد از مداخله		۴/۳۰ ± ۰/۴۳	۲/۹۷ ± ۰/۵۴	< ۰/۰۰۱	
آزمون Repeated measures ANOVA		< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱		

کاهش صمیمیت و کیفیت زندگی زوجین در طول زمان گردد. به علاوه، این یافته می‌تواند تأییدی بر ضرورت انجام مداخلات مشاوره‌ای با هدف کاهش و کنترل مشکلات ارتباطی این زوجین در شرایط آسیب‌پذیر و بحرانی ناباروری و طی درمان ناباروری باشد. نتایج همچنین نشان داد که غنی‌سازی روابط پس از گذشت دو ماه همچنان اثربخشی خود را حفظ کرده است که این یافته، با نتایج حاصل از پژوهش‌های قبل همسو می‌باشد (۴۲-۴۰).

در جستجو و بررسی‌های انجام شده توسط نویسندگان پژوهش حاضر، مطالعه‌ی دیگری که تأثیر غنی‌سازی را بر صمیمیت رابطه‌ی زوج‌های نابارور متحمل خشونت خانگی مورد بررسی قرار دهد، یافت نشد. این امر می‌تواند نقطه‌ی قوتی برای پژوهش حاضر تلقی گردد. از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر، می‌توان به جامعه‌ی هدف اشاره کرد؛ چرا که مطالعه‌ی کنونی در مرکز آموزشی-درمانی امام خمینی ساری که خدمات خود را به صورت دولتی ارائه می‌دهد، انجام شد و به طور معمول، اقشار کم درآمد جامعه را در بر می‌گیرد. از این رو، پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌های بعدی مراکز درمانی خصوصی را نیز شامل شود تا امکان مقایسه و تعمیم داده‌ها فراهم شود.

نتیجه‌گیری نهایی این که شرکت زوجین در جلسات آموزش غنی‌سازی روابط، سبب می‌شود که آن‌ها به روابطشان توجه بیشتری کنند و بر روی مشکلات به یک روش سازنده و مؤثر کار کنند؛ به طوری که هر دوی همسران با راه‌حلهایی که به آن می‌رسند، احساس رضایت و خشنودی می‌کنند. به نظر می‌رسد آموزش‌های این پژوهش و تکنیک‌های رفتاری-شناختی ارائه شده در آن، موجب کاهش خشونت و اختلافات زناشویی از یک سو و افزایش صمیمیت زوجین نابارور دچار خشونت خانگی از سوی دیگر گردد. نتایج مطالعه‌ی حاضر، می‌تواند اطلاعات مفیدی را برای مشاوران، مراکز درمانی ناباروری و مراکز بهداشتی در خصوص خشونت خانگی فراهم آورد. همچنین، این پژوهش می‌تواند توجه مسئولین مربوط را به اهمیت مقوله‌ی غنی‌سازی روابط و صمیمیت زوجین به عنوان مداخله‌ای آسان و مقرون به صرفه در انسجام ساختار خانواده به عنوان رکن اصلی جامعه جلب نماید. از سوی دیگر، شناسایی و آموزش زوجین نابارور و با تجربه‌ی خشونت خانگی که نیاز به توجه و حمایت بیشتری دارند، می‌تواند در دستور کار تمامی مراکز درمانی مرتبط قرار گیرد تا گامی اساسی در تحکیم روابط خانوادگی زوجین با آسیب‌پذیری بیشتر برداشته شود.

تشریح و قدردانی

این پژوهش مربوط به بخشی از پایان‌نامه‌ی دانشجویی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی با کد ۹۳۱۱۲ می‌باشد که با حمایت مالی دانشگاه

غیر کلامی و کلماتی که حاکی از صمیمیت در بین زوجین باشد، در مقوله‌ی صمیمیت ارتباطی گنجانده می‌شود. این در حالی است که زمانی که زوجین قادر باشند افکار و باورهای خویش در خصوص مذهب و ارزش‌های اخلاقی را با همسر خود در میان گذارند، صمیمیت مذهبی در بین آن‌ها تأیید می‌گردد. در خصوص صمیمیت روان‌شناختی، مواردی نظیر در میان گذاشتن مسایل شخصی و احساسات مربوط به خود یا همسر، مصادیق بارز این حیطه به شمار می‌آیند و زمانی که تمامی این صمیمیت‌ها بر روابط زوجین حاکم باشد، صمیمیت کلی حادث می‌گردد.

Markman و همکاران نیز در بررسی اثربخشی برنامه‌ی غنی‌سازی ارتباط بر بهبود ارتباطات زوجین در درازمدت مشخص کردند که پس از مداخله، زوجین گروه آزمون، صمیمیت جنسی، فیزیکی و ارتباطی بیشتر و با ثبات‌تری نسبت به گروه شاهد داشتند که همسو با مطالعه‌ی حاضر بوده است (۳۸). عیسی‌نژاد و همکاران در مطالعه‌ی از تکنیک‌های ارتباط درمانی جهت افزایش صمیمیت زوجین استفاده کردند؛ کاربرد این تکنیک‌ها، موجب افزایش صمیمیت عاطفی، عقلانی، معنوی، اجتماعی و تفریحی شد که این یافته با نتایج مطالعه‌ی حاضر هم‌خوانی دارد (۳۹). اولیا و همکاران، در پژوهش خود افزایش تمام ابعاد صمیمیت را به جز ابعاد جنسی، مذهبی و فیزیکی داشتند که این یافته، با نتیجه‌ی مطالعه‌ی حاضر همسان نبود (۲۶). در مطالعه‌ی حاضر، صمیمیت بعد جنسی، مذهبی و فیزیکی افزایش یافته است که می‌تواند به دلیل مشاوره‌ی کافی و بازخورد مناسب گرفتن از زوجین بوده باشد. این در حالی است که در بعد روان‌شناختی افزایشی مشاهده نگردید. در تبیین این یافته، می‌توان به محدودیت‌های فرهنگی و مذهبی جامعه اشاره کرد، به این معنا که زوجین مشتاق به بازگویی مسایل شخصی خود به خصوص مواردی که قبل از ازدواج رخ داده نباشند تا از سرزنش‌ها و سوء استفاده‌های احتمالی در امان بمانند.

در ضمن، نمره‌ی صمیمیت زناشویی در گروه شاهد در طول زمان اختلاف معنی‌دار آماری داشته و کاهش یافته است. در مطالعه‌ی اولیا و همکاران نیز نتایج نشان داد که صمیمیت زناشویی در گروه شاهد قبل و بعد از مداخله، به طور معنی‌داری کاهش یافته است؛ که این یافته، با نتیجه‌ی مطالعه‌ی حاضر همسو می‌باشد (۲۶). در مطالعه‌ی حیدرنیا و همکاران، میانگین نمره‌ی صمیمیت زناشویی در گروه شاهد، در طول زمان اختلاف معنی‌دار آماری نداشته و کاهش نیافته است. این یافته‌ها با نتیجه‌ی مطالعه‌ی حاضر هماهنگ نبوده است (۳۵). در تبیین احتمالی این یافته، می‌توان نوع جامعه‌ی آماری را علت این تفاوت دانست؛ چرا که جدا از ناباروری، یکی از شرایط ورود به مطالعه‌ی حاضر، وجود سابقه‌ی خشونت خانگی در بین زوجین بوده است و وجود خشونت در خانواده، می‌تواند منجر به

ناباروری امام خمینی (ره) شهر ساری و زوجین نابارور که در این طرح با ما همکاری نمودند، قدردانی می‌شود.

علوم پزشکی شاهرود انجام شده است. از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود و مازندران و همچنین مسئولین و همکاران مراکز

References

- Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology* 2004; 63(1): 126-30.
- van der Poel SZ. Historical walk: the HRP Special Programme and infertility. *Gynecol Obstet Invest* 2012; 74(3): 218-27.
- Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T, Vanderpoel S, Stevens GA. National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS Med* 2012; 9(12): e1001356.
- Vahidi S, Ardalan A, Mohammad K. Prevalence of primary infertility in the Islamic Republic of Iran in 2004-2005. *Asia Pac J Public Health* 2009; 21(3): 287-93.
- Sheikhan Z, Ozgoli G, Azar M, Alavimajd H. Domestic violence in Iranian infertile women. *Med J Islam Repub Iran* 2014; 28: 152.
- Avila Espada A, Moreno Rosset C. Psychological intervention in infertility: guidelines for a clinical intervention protocol. *Papeles del Psicologo* 2008; 29(2): 186-96. [In Spanish].
- Sbaragli C, Morgante G, Goracci A, Hofkens T, De Leo V, Castrogiovanni P. Infertility and psychiatric morbidity. *Fertil Steril* 2008; 90(6): 2107-11.
- Parveen B, Ahmed ID, Kousar S, Musharaf S, Masood A, Afzal S. Psychosocial adjustment of educated and uneducated infertile females of Pakistan. *Annals of Punjab Medical College* 2008; 2(2): 108-12.
- Moura-Ramos M, Gameiro S, Soares I, Santos TA, Canavarro MC. Psychosocial adjustment in infertility: a comparison study of infertile couples, couples undergoing assisted reproductive technologies and presumed fertile couples. *Psicologia: Saude e Doencas* 2010; 11(2): 299-319.
- Fooladi E, Danesh M, Kashfi F, Khani S, Mohammadpor R. Study of infertile husbands' and wives' point of view to infertility and marital adjustment in patients referring to Royan infertility center of Tehran in 2005. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2006; 16 (55):131-7. [In Persian].
- Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2005.
- Bodaghabadi M. Prevalence of violence and related factors in pregnant women referring to Shahid Mobini Hospital, Sabzevar. *Hormozgan Med J* 2007; 11(1): 71-6. [In Persian].
- Logan TK, Shannon L, Cole J, Walker R. The impact of differential patterns of physical violence and stalking on mental health and help-seeking among women with protective orders. *Violence Against Women* 2006; 12(9): 866-86.
- Porreza A. Violence against women and social its consequences. *Family Health* 2003; 8(25): 66-7. [In Persian].
- Shackelford TK, Buss DM, Peters J. Wife killing: risk to women as a function of age. *Violence Vict* 2000; 15(3): 273-82.
- Richardson JR, Feder G, Coid J. Domestic violence affects women more than men. *BMJ* 2002; 325(7367): 779.
- Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002; 359(9314): 1331-6.
- Zorrilla B, Pires M, Lasheras L, Morant C, Seoane L, Sanchez LM, et al. Intimate partner violence: last year prevalence and association with socio-economic factors among women in Madrid, Spain. *Eur J Public Health* 2010; 20(2): 169-75.
- Ardabily HE, Moghadam ZB, Salsali M, Ramezanzadeh F, Nedjat S. Prevalence and risk factors for domestic violence against infertile women in an Iranian setting. *Int J Gynaecol Obstet* 2011; 112(1): 15-7.
- Ameh N, Kene TS, Onuh SO, Okohue JE, Umeora OU, Anozie OB. Burden of domestic violence amongst infertile women attending infertility clinics in Nigeria. *Niger J Med* 2007; 16(4): 375-7.
- Yildizhan R, Adali E, Kulusari A, Kurdoglu M, Yildizhan B, Sahin G. Domestic violence against infertile women in a Turkish setting. *Int J Gynaecol Obstet* 2009; 104(2): 110-2.
- Bahrami F, Oulia N, Fatehizadeh M. Marital enrichment training. Tehran, Iran: Danjeh Publications; 2013. [In Persian].
- Bowling TK, Hill CM, Jencius M. An overview of marriage enrichment. *The Family Journal* 2005; 13(1): 87-94.
- Tompkins SA, Roeder JA, Thomas JJ, Koch KK. Effectiveness of a relationship enrichment program for couples living with multiple sclerosis. *Int J MS Care* 2013; 15(1): 27-34.
- Wilde JL, Doherty WJ. Outcomes of an intensive couple relationship education program with fragile families. *Fam Process* 2013; 52(3): 455-64.
- Oulia N, Fatehizadeh MA, Bahrami F. The study of effectiveness of instruction marital enrichment on increasing of marital intimacy. *Journal of Family Research* 2006; 2(6): 119-35. [In Persian].
- Ahmadi Z, Ahmadi SA, Fatehizadeh M. Evaluation of effectiveness of brief object-relation couple therapy on couples' communication patterns. *Journal of Family Research* 2006; 2(6): 105-17. [In Persian].
- Behboodi-Moghadam Z, Salsali M, Eftekhari Ardebily H, Vaismoradi M, Ramezanzadeh F. Experiences of infertility through the lens of Iranian infertile women: A qualitative study. *Jpn J Nurs Sci*

- 2013; 10(1): 41-6.
29. Amini L, Heydari M, Daneshparvar H, Gharaee B, Mehran A. The relationship between dimensions of domestic violence and social structural determinants of health in women. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2014; 24 (114):131-4. [In Persian].
30. Dolatian M, Gharache M, Ahmadi M, Shams J, Alavi Majd H. Relationship between partner abuse during pregnancy and pregnancy outcomes. *Hormozgan Med J* 2010; 13 (4): 261-9. [In Persian].
31. Panaghi L, Dehghani M, Abbasi M, Mohammadi S, Maleki G. Investigating reliability, validity and factor structure of the revised conflict tactics scale. *Journal of Family Research* 2011; 7(1): 103-17. . [In Persian].
32. Braithwaite SR, Fincham FD. ePREP: Computer based prevention of relationship dysfunction, depression and anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2007; 26(5): 609-22.
33. Ledermann T, Bodenmann G, Cina A. The efficacy of the couples coping enhancement training (CCET) in improving relationship quality. *J Soc Clin Psychol* 2007; 26(8): 940-59.
34. Bahrami F, Oulia N, Fatehizadeh M. Marital enrichment training. Tehran, Iran: Danjeh Publications; 2009. [In Persian].
35. Heydarnia A, Nazari AM, Soleimani AA. The effectiveness of prevention and relationship enhancement program (PREP) on marital intimacy. *Clinical Psychology Study* 2015; 5(15): 61-78. [In Persian].
36. Kazemian S, Esmaeily M, Fooladipoor E. Evaluation of the effectiveness of stress coping skills training based on therapeutic common factors on marital adjustment and conflict resolution styles in infertile women. *Life Science Journal* 2012; 9(4): 3225-9.
37. Alqashan H. Enrichment training program and successful marriage in Kuwait: a field study on Kuwaiti couples. *Digest of Middle East Studies* 2008; 17(2): 1-16.
38. Markman HJ, Renick MJ, Floyd FJ, Stanley SM, Clements M. Preventing marital distress through communication and conflict management training: a 4- and 5-year follow-up. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61(1): 70-7.
39. Isanejad O, Ahmadi SA, Etemadi O. Effectiveness of relationship enhancement on marital quality of couples. *J Behav Sci* 2010; 4(1): 9-16. [In Persian].
40. Scuka RF. Relationship enhancement therapy: healing through deep empathy and intimate dialogue. New York, NY: Routledge; 2013.
41. Isanezhad O, Ahmadi SA, Etemadi O. Effectiveness of relationship enhancement on marital quality of couples. *International Journal of Behavioral Sciences* 2010; 4(1): 9-16.
42. Miri M, Aizadeh M, Moasheri N, Ataee M, Moodi M. The effects of relationship enrichment program on compatibility and marital satisfaction of infertile couples. *Journal of Health Literacy* 2016; 1 (1): 53-60.

The Effect of Relationship Enrichment Training on Marital Intimacy among Infertile Couples with Domestic Violence

Mahbobeh Poorheidari¹, Fatemeh Alijani², Seyed Shahrokh Aghayan³, Afsaneh Keramat⁴, Seyedeh Zahra Masoumi⁵, Zohreh Asadi⁶

Original Article

Abstract

Background: Support for infertile couples and offering them training programs are part of the health reform plan. Considering that infertility causes problems in the marital relationships of infertile couples, the current study was conducted to determine the effect of relationship enrichment training on marital intimacy among infertile couples with domestic violence.

Methods: This was a semi-experimental study with pre- and post-test on 36 infertile couples with domestic violence referred to the infertility center of Sari City, Iran, in 2015. The couples were randomly divided to control and experimental groups. Domestic violence screening among infertile couples was performed with the Conflict Tactic Scales (CTS) standard questionnaire. Data were collected using marital intimacy questionnaire, which was completed by both groups before and immediately and two months after the intervention. The validity and reliability of both questionnaires were approved before in other Iranian studies. The intervention consisted of seven 90-minute training sessions and was conducted by a graduate student of midwifery counselling. Data were analyzed using SPSS₂₀ software.

Findings: Intervention improved the mean score of marital intimacy ($P < 0.001$) and emotional ($P < 0.001$), intellectuality ($P < 0.001$), physical ($P < 0.001$), social ($P < 0.001$), communication ($P < 0.001$), spiritual ($P < 0.001$), sexual ($P < 0.001$) and general ($P < 0.001$) dimensions significantly. However, there was no statistically significant improvement in psychological dimension ($P < 0.180$).

Conclusion: Relationship enrichment increased the marital intimacy; therefore, using the relationship enrichment training workshops is recommended. Although mean score of psychological dimension was not statistically significant, it increased after intervention. Furthermore, other dimensions showed significant improvement in post-test.

Keywords: Enrich relationships, Marital intimacy, Infertility, Domestic violence

Citation: Poorheidari M, Alijani F, Aghayan SS, Keramat A, Masoumi SZ, Asadi Z. **The Effect of Relationship Enrichment Training on Marital Intimacy among Infertile Couples with Domestic Violence.** J Isfahan Med Sch 2016; 34(402): 1187-96.

1- Faculty Member, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

2- MA Student in Counseling in Midwifery, Department of Reproductive Health and Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Sharoud, Iran

3- Assistant Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine AND Imam Hossien Hospital, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

4- Associate Professor, Department of Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery AND Center for Health-Related Social and Behavioral Sciences Research, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

5- Assistant Professor, Research Center for child and Maternity Care AND Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

6- PhD Student in Clinical Psychology, Department of Psychology, School of Humanities, Babol Branch, Islamic Azad University, Babol, Iran

Corresponding Author: Fatemeh Alijani, Email: fatemehalijani1355@gmail.com