



Effectiveness of Integrative Couple Therapy Via Diamond Method on Marital Empathy and Emotional Intimacy of Couples in the Early Years after the Birth of the First Child

Jamshid Shojaei¹ | Amin Karai² | Zabihullah Abbaspour³

Abstract

The transition to parenthood is often accompanied by much excitement and joy, but this stage involves many changes that can affect individual and couple functions. On the one hand, the birth of a child represents the fulfillment of a parent's dream; and on the other hand, it means experiencing difficult and annoying moments as a result of endless care and learning demands and necessary reorganizations as an individual, spouse, family member, and professional. Therefore, the present study was conducted to investigate the effectiveness of integrative couple therapy via Diamond method on marital empathy and emotional intimacy of in the early years after the birth of the first child. The research method was a semi-experimental design with a pre-test, post-test and follow-up test with a control group. The statistical population of the study included couples couples in the early years after the birth of the first child who visited counseling centers in Behbahan in 2020. From this statistical population, using available sampling method, 20 couples were selected based on the cut point of the Kansas marital satisfaction scale (Shum et al., 1986) and randomly divided into the experiment (10 couples) and the control (10 couples) groups. A pre-test was used to determine the state of marital empathy and emotional intimacy of couples in both groups. Then, the experimental group received integrated couple therapy via Diamond method during 6 sessions of 90 minutes. A month and a half after the completion of the treatment, a follow-up test was performed in both groups. The data collection tool included the marital empathy questionnaire (Joliff and Farrington, 2006) and intimacy personal assessment questionnaire (Shafer and Elson, 1981). Data were analyzed using mixed model analysis of variance and the Benferoni post hoc test. Findings revealed a significant increase in the post-test and follow-up scores of the experimental group regarding marital empathy and emotional intimacy, which was significant considering $p < 0.05$. According to the obtained results, it can be concluded that the integrated couple therapy via Diamond method is one of the effective approaches to reduce marital problems and inconsistencies caused by the birth of the first child, and this approach can be used as a treatment and educational model in order to prevent an increase in conflicts and improve couples' relationships via couple therapy or educational workshops.

Keywords: Integrative couple therapy via Diamond method, Marital Empathy, Emotional Intimacy.

Research Paper

Received:
2022-10-20
Revised:
2023-02-02
Accepted
2023-09-20
Published:
2023-09-23
P.P: 79-108



DOR: 20.1001.1.26454955.1402.18.64.4.2

1. PhD student, Consulting Department, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
2. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Madani University of Azerbaijan, Tabriz, Iran. am.koraei@gmail.com
3. Assistant Professor of Counseling Department, Shahid Chamran University of Ahvaz, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ahvaz, Iran.





مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۲۸

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۱۱/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۶/۲۹

تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۷/۰۱

صص: ۷۹-۱۰۸



اثربخشی زوج درمانی تلفیقی به روش دایمند بر همدلی زناشویی و صمیمیت عاطفی زوجین در سال‌های ابتدایی تولد فرزند اول

جمشید شجاعی^۱ | امین کرایبی^۲ | ذبیح‌اله عباس‌پور^۳

چکیده

انتقال به دوره‌ی والدگری غالباً با شور و نشاط و لذت فراوانی همراه است، اما این مرحله تغییرات زیادی را به دنبال دارد که می‌تواند کارکردهای فردی و زوجی را تحت تاثیر قرار دهد. از یک طرف تولد فرزند نشان دهنده‌ی تحقق رویای والدین است، از طرف دیگر می‌تواند به معنای تجربه لحظات دشوار و آزار دهنده‌ای باشد که در نتیجه تقاضاهای مراقبت و یادگیری بی‌پایان و سازمان‌دهی‌های مجدد لازم به عنوان یک فرد، همسر، عضو خانواده و حرفه‌ای (شغلی)، حاصل شده است. از این رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی زوج درمانی تلفیقی به روش دایمند بر همدلی زناشویی و صمیمیت عاطفی زوجین در سال‌های ابتدایی تولد فرزند اول انجام شد. روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش، زوجین در سال‌های ابتدایی تولد فرزند اول بوده که در سال ۱۳۹۹ به مراکز مشاوره شهرستان بهبهان مراجعه کرده بودند. نمونه پژوهش، ۲۰ زوج بودند که به صورت نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس نقطه برش پرسشنامه رضایت زناشویی کانزاس (شوم و همکاران، ۱۹۸۶) انتخاب و به صورت تصادفی، در دو گروه آزمایش (۱۰ زوج) و کنترل (۱۰ زوج) گمارده شدند. از هر دو گروه، پیش‌آزمونی برای تعیین وضعیت همدلی زناشویی و صمیمیت عاطفی زوجین به عمل آمد. سپس گروه آزمایشی، طی ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برنامه زوج درمانی تلفیقی به روش دایمند را به صورت زوجی دریافت کردند. پس از گذشت یک ماه و نیم بعد از اتمام درمان، آزمون پیگیری در هر دو گروه اجرا شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه همدلی زناشویی (جولیف و فارینگتون، ۲۰۰۶) و پرسشنامه ارزیابی شخصی صمیمیت (شیفر و السون، ۱۹۸۱) بود. داده‌ها با روش تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بنفرونی تحلیل شد. نتایج نشان داد که در متغیرهای همدلی زناشویی و صمیمیت عاطفی، افزایش معناداری در نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش رخ داده است. این تفاوت با در نظر گرفتن سطح $p < 0/05$ معنادار می‌باشد. با توجه به نتایج به‌دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که از جمله رویکردهای مؤثر برای کاهش مشکلات و ناهماهنگی‌های زناشویی ناشی از زایش نخستین فرزند، رویکرد زوج درمانی تلفیقی به روش دایمند است که می‌توان از این رویکرد به عنوان یک الگوی درمانی و نیز یک الگوی آموزشی به منظور پیشگیری از تعمیق تعارضات و نیز بهبود روابط زوج‌ها در قالب درمان‌های زوجی و یا کارگاه‌های آموزشی بهره گرفت.

کلیدواژه‌ها: زوج درمانی تلفیقی به روش دایمند، فرزند اول، همدلی زناشویی و صمیمیت عاطفی زوجین.

DOR: 20.1001.1.26454955.1402.18.64.4.2

۱. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران. am.koraei@gmail.com

۳. استادیار گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، اهواز، ایران.

© نویسندگان

ناشر: دانشگاه جامع امام حسین (ع)



این مقاله تحت لیسانس آفرینندگی مردمی (Creative Commons License- CC BY) در دسترس شما قرار گرفته است.

مقدمه

یکی از عواملی که دائماً پویایی‌های روابط زوجین را تحت تاثیر قرار می‌دهد، انتقال به دوره‌ی والدگری^۱ است (لولسکو و همکاران^۲، ۲۰۲۰). تولد فرزند از یک طرف می‌تواند آثار مثبتی بر رابطه‌ی زناشویی داشته باشد، چرا که می‌تواند عشق بین دو نفر را اعتبار بخشد، هویت جدید والد شدن را برای زوجین به همراه داشته باشد و منبع رضایت شود تا رابطه زناشویی غنی‌تر شود (باش^۳، ۲۰۱۶)؛ از طرف دیگر، می‌تواند به معنای تجربه‌ی لحظات دشوار و آزار دهنده‌ای باشد که در نتیجه‌ی تقاضاهای مراقبت و یادگیری بی‌پایان و سازمان‌دهی‌های مجدد لازم به عنوان یک فرد، همسر، عضو خانواده و حرفه‌ای (شغلی) حاصل شده است (مارتینز^۴، ۲۰۱۸). این عامل استرس‌زا به طور معمول در سال‌های اول ازدواج رخ می‌دهد، دوره‌ای با بالاترین نرخ طلاق (براملت و موشر^۵، ۲۰۰۱؛ باش، ۲۰۱۶). اکثر نو والدین در طول چنین انتقالی، کاهش رضایت زناشویی و افزایش تعاملات منفی زناشویی را از زمان بارداری تا دوره‌های اولیه رشد فرزندشان تجربه می‌کنند (داس و روآدز^۶، ۲۰۱۷؛ رایان و پادیللا^۷، ۲۰۱۹). به طور مثال، کیفیت کلی روابط زناشویی در حدود ۶۰ تا ۸۰ درصد از زوج‌ها و هم‌چنین میزان صحبت کردن و دفعات رابطه جنسی آن‌ها کاهش می‌یابد (داس و روآدز، ۲۰۱۷؛ دان و میکلسون^۸، ۲۰۱۴). کم‌خوابی و چند پاره شدن خواب هم در والدینی که برای اولین بار فرزند به دنیا می‌آورند، تقریباً یک چالش جهانی شده است (مدینا و همکاران^۹، ۲۰۰۹). علاوه بر این، والدین زمان کمتری برای فعالیت‌های لذت بخش، مانند ملاقات با دوستان و ورزش دارند و مراقبت از نوزاد وقت زوجین را می‌گیرد. در نتیجه در روابط آشفته و متمرکز بر ابعاد فیزیکی رابطه، ممکن است این استرس جدید باعث نامتعادلی و آشفته‌گی شود و صمیمیت بین همسران را کاهش دهد (کلاکستون و پری جنکینز^{۱۰}،

1. Transition to parenthood
2. Lévesque et al
3. Bash
4. Martins
5. Bramlett & Mosher
6. Doss & Rhoades
7. Ryan & Padilla
8. Don & Mickelson
9. Medina et al
10. Claxton & Perry-Jenkins

۲۰۰۸). مطالعات مشاهده‌ای نشان داده‌اند روابط متقابل برخی از زوجها پس از انتقال به دوره‌ی والدگری بدتر می‌شود و به دنبال آن نظرات خصمانه و انتقادی، افزایش و مثبت‌اندیشی در طول بحث‌های متمرکز بر حل مسئله، کاهش می‌یابد (تریلینگزگارد^۱ و همکاران، ۲۰۱۴؛ رایان و پادایلا، ۲۰۱۹). در مطالعه‌ی دیگری، لولسکو و همکاران (۲۰۲۰) سه چالش عمده را در انتقال به دوره‌ی والدگری شناسایی کردند که عبارتند از: از دست دادن معنای فردیت و ازدواج با توجه به هویت اصلی به‌عنوان پدر و مادر، برابری مسئولیت‌های والدین و تقسیم کار برای مراقبت از کودک و تأثیر هنجارها و باورهای اجتماعی بر رشد مفهوم والدگری. آن‌ها اظهار داشتند که چالش‌هایی از جمله خستگی و کم‌خوابی، انزوای اجتماعی، تنهایی و اشتغال نیز، موانعی بر سر سازگاری در نقش جدید هستند. بکستروم^۲ و همکاران (۲۰۱۸) نیز، عوامل زیر را به‌عنوان دلایل سطوح بالاتر تعارض زناشویی در این دوره‌ی انتقال ذکر کردند: این واقعیت که زنان در برابر افسردگی آسیب‌پذیرتر هستند، قسمت اعظم کارهای خانه و مراقبت از کودک بر عهده‌ی زنان است، مردانی که به محل کار پناه برده یا فعالیت‌های دیگری که باعث می‌شود حضور کمتری در خانه و کاهش گفتگو و رابطه جنسی داشته باشند.

نتایج مطالعه سیدکریمی و همکاران^۳ (۲۰۲۱) در داخل کشور هم نشان داده که جدی‌ترین چالش‌های پیش روی زوجها در گذر به دوره والدگری عبارت‌اند از: ابهام و تغییر نقش همسر، دوگانگی و تعارض در نقش مادری، احساس محدودیت و ممانعت از پیگیری اهداف شخصی، حمایت روانی و عاطفی خانواده و شوهر، اختلافات بر سر فرزند پروری، تغییرات در روابط جنسی، ترس از عدم حمایت مالی از کودک، نارضایتی از تغییرات ظاهری و وزن و تفاوت در شیوه‌های فرزندپروری. با توجه به تغییرات قابل توجه در سازگاری زناشویی در انتقال به دوره‌ی والدگری، محققان خواستار توجه بیشتر به مهارت‌های انطباقی هستند، زیرا باعث بهتر شدن سازگاری زناشویی همگام با تلاش زوجها برای مقابله با فشارهای والدگری می‌شود (میتنیک و همکاران، ۲۰۰۹، رولز^۴ و همکاران، ۲۰۱۴). لازمه‌ی این کار تحقیقات بیشتر در مورد زوجین،

1. Trillingsgaard et al

2. Bäckström et al

3. Seyed Karimi et al

4. Rholes et al

برای شناسایی منابع خاص زناشویی است که می‌تواند به زوجها در حفظ کیفیت و ثبات روابط کمک کند.

یکی از منابع زناشویی که احتمالاً به زوجها در طول انتقال به دوره‌ی والدگری کمک می‌کند، نوعی حمایت اجتماعی است که از آن به عنوان مهارت همدلی زناشویی^۱ یاد می‌کنیم. اصطلاح همدلی را اولین بار در آغاز قرن بیستم لیس^۲، برای کمک به توضیح تجربه‌های زیبا-شناختی، مطرح کرد (آیکس^۳، ۲۰۰۳). همدلی، یک سازه‌ی چندبعدی است که شامل تمایل به تجربه‌ی همدلی عاطفی (پیشانی‌های شخصی - سرایت عاطفی (خودمدار)، نگرانی همدلانه - همدردی (دیگرمدار) و هم‌چنین در نظر گرفتن دیدگاه دیگران (همدلی شناختی دیگرمدار) می‌باشد. افراد دیگرمدار و همدل، هنگام برخورد با موقعیت‌های استرس‌زا می‌توانند عواطف خود را تطبیق داده و بنابراین همدلی، سازگاری با انتقال‌های زندگی از جمله انتقال به دوره‌ی والدگری را تسهیل می‌کند (آمبرسون و همکاران^۴، ۲۰۱۵). در زمینه‌ی روابط عاشقانه، همدلی به عنوان توانایی افراد برای درک فعالانه احساسات شریک زندگی و کمک به آن‌ها در پیش‌بینی و اجتناب از تعارضات احتمالی توصیف می‌شود. به طور مثال، مویس و همکاران^۵ (۲۰۱۷) دریافتند که در طول انتقال به دوره‌ی والدگری، همسران می‌توانند کیفیت روابط بیشتری را تجربه کنند، مخصوصاً زمانی که شوهران درک یا همدلی بیشتری نشان دهند - و با حساسیت نسبت به کاهش میل جنسی همسر خود واکنش نشان دهند. روزن و همکاران^۶ (۲۰۱۷) نشان دادند که همدلی متقابل ممکن است با تضادها و ناامیدی‌های کمتری نسبت به نقش‌های جدید و تغییر در پویایی زوجها، هنگام تولد اولین فرزند مرتبط باشد. بارنستین و همکاران^۷ (۲۰۲۰) نیز نشان دادند همدلی و درک شریک زندگی به حفظ صمیمیت کمک کرده و به زوجها کمک می‌کند تا بهتر با نقش والدگری هماهنگ شده و محدودیت‌های زمانی، مالی و فردی را کاهش دهند. در واقع، مشخص شده است که تمرکز بر آوردن نیازهای شریک زندگی، به افزایش روابط و رضایت جنسی کمک می‌کند (ایمپت و همکاران^۸، ۲۰۱۵).

1. marital empathy
2. Lips
3. Ickes
4. Umberson et al
5. Muise et al
6. Rosen et al
7. Bornstein et al
8. Impett et al

یکی دیگر از منابع زناشویی که احتمالاً به زوج‌ها برای ارتقای بهبود روابط و افزایش رضایت زناشویی در طول انتقال به دوره‌ی والدگری کمک می‌کند، صمیمیت عاطفی^۱ نام دارد. مطالعه علمی درباره‌ی روابط صمیمانه به عنوان یک جنبه‌ی مهم از زندگی زناشویی از دهه‌ی ۱۹۶۰ با بررسی‌های میلر^۲ و همکارانش آغاز شده است (برنشتاین و برنشتاین^۳، ۲۰۰۳؛ ترجمه‌ی سهرابی، ۱۳۸۶). صمیمیت، یک مفهوم پیچیده و چندبعدی است (دوبا^۴، ۲۰۱۰) و در میان ابعاد آن، جنبه‌های عاطفی-هیجانی و جنسی در روابط عاشقانه نقش مهمی بر رضایت از رابطه دارند (یو و همکاران^۵، ۲۰۱۴). صمیمیت عاطفی، نیاز به ارتباط و در میان گذاشتن همه‌ی احساسات مثبت و منفی با همسر است. احساسات مثبت در برگیرنده‌ی شادی، خوشحالی و رضایت و احساسات منفی در برگیرنده‌ی غمگینی، ناراحتی، ترس، خشم، گناه، شرم، تنهایی، بی‌حوصلگی و خستگی است. برای این که صمیمیت عاطفی ایجاد شود، بایستی بازداری‌ها یا محدودیت‌های اندکی برای ابراز احساساتی که در یک رابطه مجاز شمرده می‌شود، وجود داشته باشند. به این صورت که هم عواطف مثبت و هم منفی، اجازه ابراز داشته باشند (باگاروزی^۶، ۲۰۱۴). مطالعات نشان داده‌اند که انتقال به دوره‌ی والدگری بر روابط عاشقانه زوج‌ها تأثیر می‌گذارد (آلوز^۷ و همکاران، ۲۰۱۹) و توانایی زوج‌ها برای مشارکت در گفتگوهای صمیمانه عاطفی در طول انتقال به دوره‌ی والدگری با رضایت زناشویی بیشتر (اسگاری و هالفورد^۸، ۲۰۱۳) و بهبود مهارت‌های حل مسئله و همچنین، کاهش اختلافات زناشویی مرتبط می‌باشد (سالیوان^۹ و همکاران، ۲۰۱۰). هم‌چنین، مشخص شده انتقال به دوره‌ی والدگری یک مرحله‌ی مهم برای مشاهده‌ی مهارت‌های صمیمیت عاطفی زوج‌هاست؛ زیرا اغلب احساسات قوی را بر می‌انگیزد، از شادی، توقعات، ترس و عشق به نوزاد جدید گرفته تا احساسات ناراحت‌کننده مانند اضطراب، دلهره، عصبانیت و ناامنی زمانی که زوجین خود را با خستگی، نقش‌های جدید و سبک زندگی جدید وفق می‌دهند (رایان و پادایلا، ۲۰۱۹). علاوه بر

1. Emotional intimacy
2. Miller
3. Bornstein & Bornstein
4. Duba
5. Yoo et al
6. Bagarozzi
7. Alves et al
8. Osgarby & Halford
9. Sullivan

این، هر دو زوج یک رویداد استرس‌زا در زندگی تجربه می‌کنند نه فقط یکی از آن‌ها. در واقع، فرصت‌های فراوانی برای همسران ایجاد می‌شود تا واکنش‌های عاطفی مربوط به انتقال به دوره‌ی والدگری را به اشتراک گذاشته و با همدلی و حمایت عاطفی بیشتر همسر در طول بارداری، افسردگی و اضطراب پس از زایمان را کمتر می‌کند (پیلکینگتون پاملا^۱ و همکاران، ۲۰۱۵).

علیرغم این که پژوهش‌های فراوانی نشان داده‌اند بین تولد فرزند و ابعاد رابطه زناشویی رابطه وجود دارد (داس و روآدز، ۲۰۱۷؛ باش، ۲۰۱۶؛ پست، ۲۰۱۵)، اما طرح‌ها و مدل‌های درمانی کافی در این دوره‌ی انتقال، برای مداخله در روابط زناشویی طراحی نشده است (باش، ۲۰۱۶). درمان‌های تک بعدی (مثلاً درمان‌های مبتنی بر شناخت یا درمان‌های رفتاری یا هیجانی) به تنهایی نتوانسته‌اند روابط خانوادگی را با همه‌ی پیچیدگی‌های آن در نظر بگیرند (هالفورد و اسنایدر^۲، ۲۰۱۲). بر همین اساس در سال‌های اخیر تلاش‌هایی برای ترکیب مؤلفه‌های خاص از رویکردهای مختلف به یک روش منظم و در یک مدل منسجم و یکپارچه انجام شده است (باش، ۲۰۱۶). زوج درمانی تلفیق به روش دایمند^۳ (به معنی الماس) که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته، یک برنامه طراحی شده برای بهبود مشکلات زناشویی زوجینی است که به تازگی فرزنددار شده‌اند. این برنامه‌ی درمانی، ترکیبی از روش گاتمن^۴، هارویل هندریکس^۵، زوج‌درمانی شناختی رفتاری، نظریه دلبستگی، زوج درمانی یکپارچه‌نگر کوتاه مدت و زوج درمانی ساختاری می‌باشد که به برخی از چالش‌های دوره‌ی انتقال به والدگری و استفاده از نماد الماس برای نتیجه‌نهایی مقاومت و پایداری زناشویی اشاره کرده است. دقیقاً همان طور که چهار ویژگی با عناوین قیراط^۶، برش^۷، رنگ^۸ و شفافیت^۹ وجود دارد که به صورت غیررسمی به عنوان (4C) شناخته می‌شوند و عموماً برای توصیف کیفیت یک الماس استفاده می‌شوند، چهار ویژگی [نیز] وجود دارد که رایج‌ترین مدل‌های درمانی را می‌توان جهت کمک به افزایش رضایت‌مندی زناشویی و عوامل مرتبط با آن

1. Pilkington et al
2. Halford & Snyder
3. Integrative couple therapy via Diamond method
4. Gottman method
5. Harville Hendrix
6. Carat
7. Cut
8. Color
9. Clarity

از قبیل همدلی زناشویی و صمیمیت عاطفی به آن‌ها تقسیم‌بندی کرد. "4C" الماس رابطه که محققان ابداع کرده‌اند شامل: تعهد^۱، ارتباط^۲، پیوند (اتصال)^۳ و ملاحظه (توجه)^۴ می‌شود. نماد الماس، نشانگر ارزشمندی جنس یک ازدواج مستحکم است (باش، ۲۰۱۶). اگر چه الماس به خودی خود قطعاً تضمین‌کننده‌ی یک رابطه موفق نیست، [اما] خصوصیات نمادین آن، یادآور استحکام، درخشش و ماندگاری هستند که ما باید برای دست‌یابی به آن‌ها در روابطمان بکوشیم. گاهی اوقات، درخشش در طول سال‌ها به جهت کهنه شدن زندگی، مات خواهد شد. تمیز کردن یک حلقه‌ی ازدواج برای درخشان نگه داشتن آن با انجام امور ضروری برای درخشانده و سالم نگه داشتن یک ازدواج در زمانی که دست‌خوش یک عامل استرس‌زای دائمی مثل پدر و مادر بودن می‌شود، یکسان است. در همین راستا، باش (۲۰۱۶) برای اولین بار این مدل درمانی را طراحی و مورد استفاده قرار داد و مشخص نمود که این طرح پیشنهادی می‌تواند رویکرد سیستماتیک و منظمی را برای درمانگران فراهم کند تا در هنگام کار با زوجها یا افرادی که مشکلات و نارضایتی زناشویی را تجربه می‌کنند، از آن بهره ببرند. هم‌چنین، عباس‌پور، صالحی و چوبداری (۱۳۹۷) و عباس‌پور و چوبداری (۱۳۹۹) با انجام پژوهش‌هایی در داخل کشور به بررسی اثربخشی زوج درمانی تلفیقی دایمند بر پیامدهایی از قبیل هماهنگی زناشویی، شایستگی والدگری، بهزیستی روانشناختی و تعارض زناشویی پس از زایش نخستین فرزند بر روی زوجینی که دارای فرزند کمتر از سه سال بودند، انجام دادند و نشان دادند زوج درمانی تلفیقی دایمند می‌تواند برای انتقال به مرحله والدگری کارساز باشد. هدف زوج درمانی تلفیقی دایمند در این پژوهش، افزایش همدلی زناشویی و صمیمیت عاطفی در زوج‌های دارای فرزندان نوپا و ایجاد یک رابطه‌ی الماس‌گونه‌ی محکم و سخت بوده است. به این ترتیب، این برنامه‌ی درمانی به فراهم‌آوری یک منبع کمکی برای زوجها و پرورش شادکامی، قدرت درونی و تعادل هر دو فرد در زندگی زناشویی کمک می‌کند (باش، ۲۰۱۶) و پیش‌بینی می‌شود که با درگیر شدن موفقیت‌آمیز در زوج‌درمانی دایمند، عوامل مهم پایداری و تداوم زندگی زناشویی از قبیل همدلی زناشویی و صمیمیت عاطفی بهبود یافته و در نهایت رضایت‌مندی زناشویی در زوجها در نقش‌های جدیدشان به عنوان پدر و مادر

1. Commitment
2. communication
3. connection
4. consideration

افزایش خواهد یافت. به طور کلی، با توجه به این که دوره‌ی انتقال به مرحله‌ی والدینی، اشاره دارد به دوران سازگاری بین زمان تولد اولین فرزند تا پنج سال آینده، برای والدینی که به تازگی صاحب نخستین فرزند خود شده‌اند (باش، ۲۰۱۶) و از آنجا که یافته‌های مطالعات انجام شده در کشورهای دیگر به دلیل تفاوت‌های فرهنگی قابل تعمیم به جامعه ایران نیست و هم‌چنین، یافت نشدن پژوهشی در داخل کشور که برای حل مسائل و مشکلات ناشی از همدلی زناشویی و صمیمیت عاطفی زوجین در سال‌های ابتدایی تولد فرزند اول انجام شده باشد، هدف کلی این تحقیق بررسی اثربخشی زوج درمانی تلفیقی به روش دایمند بر همدلی زناشویی و صمیمیت عاطفی زوجین در سال‌های ابتدایی تولد فرزند اول بوده و مسئله پژوهش حاضر این است که آیا زوج درمانی تلفیقی به روش دایمند بر همدلی زناشویی و صمیمیت عاطفی زوجین در سال‌های ابتدایی تولد فرزند اول تأثیر دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، زوجین در سال‌های ابتدایی تولد فرزند اول مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهرستان بهبهان در سال ۱۳۹۹ (از فروردین تا شهریور) بودند که از بین زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز ۲۰ زوج (۴۰ نفر) به روش در دسترس و با توجه به ملاک‌های ورود پژوهش انتخاب شد و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ زوج = ۲۰ نفر) و کنترل (۱۰ زوج = ۲۰ نفر) گمارده شدند. (همچنین، لازم به ذکر است حجم نمونه بر اساس مطالعات پیشین و با در نظر گرفتن فاصله اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد، تعداد ۱۹ نفر در هر گروه تعیین شد که در نهایت به علت احتمال ریزش در هر مرحله بعد از مداخله و پیگیری یک ماه و نیم بعد، جمعاً ۲۰ نمونه در هر گروه در نظر گرفته شد).

$$x = \frac{\left(z1 - \frac{\alpha}{2} + z1 - \beta\right)^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل مدرک تحصیلی سیکل، زوجینی که فقط یک فرزند کمتر از سه سال داشته باشند، حداقل یکی از زوجین بر مبنای پرسشنامه رضایت زناشویی

کانزاس (شوم و همکاران^۱، ۱۹۸۶) از همسر یا روابط زناشویی خود ناراضی باشد، در زمان مراجعه به مرکز مشاوره با هم زندگی کنند و این که هم زن و هم شوهر، آمادگی و فرصت شرکت در جلسات را داشته باشند. معیارهای خروج از مطالعه شامل: اعتیاد به مواد مخدر یا الکل حداقل یکی از زوجین در زمان حال بر اساس خوداظهاری آنها، استفاده از هر نوع داروی روانپزشکی در زمان مراجعه به مرکز مشاوره و سابقه بستری شدن در بیمارستان‌های روانپزشکی، بود. لازم به ذکر است، شیوه جایگماری تصادفی بدین صورت بود که افراد یکی در میان در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل قرار داده شدند؛ کلیه افراد شرکت کننده در گروه مداخله نیز تا آخرین جلسه درمان حضور داشتند و اعضای گروه مداخله ریزشی نداشتند. همچنین، به منظور رعایت مسائل اخلاقی در پژوهش، این مداخلات بعد از انجام برای گروه آزمایش، برای اعضای گروه کنترل هم اجرا شد.

نحوه انجام پژوهش به این صورت بود که ابتدا لیست تمام مراکز مشاوره شهرستان بهبهان و فراخوان شرکت در پژوهش در قالب پوستر رنگی، تهیه شد. پس از مراجعه به مراکز مشاوره، متخصصان در جریان روند پژوهش قرار گرفتند و ضمن بیان اهداف پژوهش از آنها درخواست شد مراجعانی را که در سال‌های ابتدایی تولد فرزند اول بوده و از روابط زناشویی خود ناراضی بودند به پژوهشگر معرفی کنند. پس از تماس داوطلبان، ضمن توضیح روند پژوهش لینک پرسشنامه رضایت زناشویی کانزاس (شوم و همکاران، ۱۹۸۶) برای آنها ارسال شد و بر اساس این که محرز شد که از روابط زناشویی خود ناراضی هستند با آنها مصاحبه‌ای صورت گرفت. پس از مصاحبه و احراز ملاک‌های ورود به پژوهش از بین آنها ۲۰ زوج به صورت تصادفی انتخاب شده و در دو گروه ۱۰ زوجی (آزمایش و کنترل) جایگزین شدند. در اولین جلسه پیش از شروع درمان در گروه آزمایش، ضمن آشنایی شرکت کنندگان با یکدیگر، انتظارات و اهداف مربوط به جلسات مطرح شد و زوجین فرم تمایل به شرکت در پژوهش و پرسشنامه‌های مربوطه (پرسشنامه‌های همدلی و صمیمیت عاطفی) را تکمیل کردند. سپس، برای آنها پروتکل زوج درمانی تلفیقی به روش دایمند در طی ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. گروه کنترل نیز در طول دوره آموزش برای گروه آزمایش، هیچ مداخله درمانی دریافت نکردند. لازم به ذکر است با توجه به این که پروتکل زوج درمانی تلفیقی به روش دایمند به صورت زوجی برگزار می‌شود، لذا بر اساس

1. Schumm

برنامه‌ریزی صورت گرفته برای هر کدام از زوجین ۶ جلسه مفاهیم جلسات زوج درمانی تلفیقی به روش دایمند در ساختمان هسته مشاوره آموزش و پرورش بهبهان با رعایت تمام شیوه نامه‌های بهداشتی با توجه به دوران شیوع ویروس کرونا ارایه شده است. پس از اتمام زوج درمانی از گروه‌های آزمایش و گروه کنترل پس از آزمون به عمل آمد. لازم به ذکر است پس از اتمام جلسات درمانی گروه آزمایش و پایان دوره پیگیری، اعضای گروه کنترل نیز که در لیست انتظار بودند در جلسات زوج درمانی تلفیقی به روش دایمند شرکت کردند. همچنین، افرادی که تمایل به شرکت در جلسات درمانی نداشتند به عضویت یک گروه در فضای مجازی در آمدند و ضمن ارتباط با درمانگر، آموزش‌ها و مطالب مربوطه را در قالب بروشور، پادکست و ... دریافت کردند. محتوا و ساختار جلسات مداخله زوج درمانی تلفیقی به روش دایمند (باش، ۲۰۱۶) توسط محقق ترجمه شد و دستورالعمل‌های آن به تفکیک جلسات در ادامه، آمده است.

جلسه اول: آشنایی و مقدمه

محتوا: بحث و معرفی روش دایمند، خلاصه روش الماس، شرح مختصری از چهار بعد اساسی 4C's (تعهد، ارتباط، پیوند و ملاحظه)؛ دلایل اساسی برای زوجین در یادگیری این برنامه، تبیین برنامه در قالب یک برنامه دونفره، اهداف فردی برای زوج درمانی، اهداف زوجی برای رابطه، بررسی احساسات و ترس‌های قبل از شروع درمان، ارائه تکلیف، بازخورد از جلسه.

جلسه دوم: تعهد

محتوا: بحث و بررسی باورهای زوجین در مورد متعهد بودن، بررسی تعریف هر فرد از تعهد، بررسی مسائل فعلی مرتبط با تعهد، ارائه تکلیف، بازخورد از جلسه و کل روند درمان

جلسه سوم: بهبود ارتباط

محتوا: تبیین ارتباط به عنوان عنصر اصلی رابطه، یادگیری صحبت کردن به زبانی که هر دو آن را درک کنند، شناسایی چالش‌های ارتباطی، بررسی راه‌حل‌های احتمالی، ارائه تکلیف، بازخورد از جلسه و کل روند درمان

جلسه چهارم: پیوند عاطفی و فیزیکی

محتوا: تاکید بر اهمیت پیوندهای روزانه، تعریف پیوند و صمیمیت، تبیین اهمیت صمیمیت فیزیکی، جنسی و عاطفی در ازدواج، بررسی اثرات محرومیت عاطفی و فیزیکی در زوجین، ارائه تکلیف، بازخورد از جلسه و کل روند درمان

جلسه پنجم: ملاحظه و توجه

محتوا: شناسایی مواقعی که زوجین هنگام رنجش، به شیوه‌ای پرخاشگر منفعل و یا بی‌ملاحظه رفتار می‌کنند، تعریف ملاحظه به صورت " نشان دادن مهربانی، عشق و احترام به دیگری"، قاب‌گیری ملاحظه به شکل انجام دادن کارهای کوچکی که همسر را خوشحال می‌کند، ارائه تکلیف، بازخورد از جلسه و کل روند درمان

جلسه ششم: نتیجه‌گیری و جمع‌بندی

محتوا: بحث در مورد اهمیت کیفیت روابط زناشویی، اشاره به مراحل دشوار زندگی و کاربرد این مهارت‌های چهارگانه، بحث در مورد چشم انداز زوجین درباره آینده، بازخورد از جلسه و کل روند درمان، بررسی و شناسایی موانع اجرای برنامه در بلند مدت

ابزار اندازه‌گیری

در این پژوهش، از پرسشنامه‌های زیر جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده گردید:

پرسشنامه همدلی زناشویی: این پرسشنامه شامل ۲۰ گویه بوده که توسط جولیف و فارینگتون^۱ (۲۰۰۶؛ ترجمه رجبی، حریرزوی و تقی‌پور، ۱۳۹۶) تدوین شده و شرکت‌کنندگان باید به گویه‌های آن در یک طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت (۱=کاملاً مخالفم، ۲=مخالفم، ۳=نه مخالفم و نه موافقم، ۴=موافقم و ۵=کاملاً موافقم) پاسخ دهند. همچنین، ۷ گویه این پرسشنامه معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل و حداکثر نمره‌ی پرسشنامه ۲۰ تا ۱۰۰ است و نمره‌ی پایین نشانه‌ی عدم همدلی و نمره بالا نشانه‌ی سطح بالای همدلی را نشان می‌دهد. این ابزار شامل دو عامل همدلی شناختی (گویه‌های ۲۰، ۱۹، ۱۶، ۱۴، ۱۲، ۱۰، ۹، ۶، ۳) و همدلی عاطفی (گویه‌های ۱۸، ۱۷، ۱۵، ۱۳، ۱۱، ۸، ۷، ۵، ۴، ۲، ۱) است. در گویه‌های این پرسشنامه به جای استفاده از "کلمه دوستان" از "کلمه همسر" استفاده شده است. استیفانیاک و همکاران (۲۰۱۳؛ به نقل از رجبی،

1. Jolliffe & Farrington

حریزاوی و تقی پور، ۱۳۹۶) ضریب پایایی آلفای کرونباخ برای مدل ۲ عاملی همدلی شناختی ۰/۷۱ و همدلی عاطفی ۰/۸۴ به دست آوردند. هم‌چنین، در پژوهش رجبی، حریزاوی و تقی پور (۱۳۹۶) ضریب پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و ضریب روایی همگرای آن با پرسشنامه

۸ ماده‌ای همدلی (باستون و همکاران^۱، ۱۹۸۳) $r = 0/65$ ($p < 0/01$) به دست آمد. در پژوهش حاضر، روایی پرسشنامه همدلی زناشویی از طریق همبسته کردن نمره کلی آن با نمره سوال کلی ۰/۶۶ ($p < 0/05$) و پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه ارزیابی شخصی صمیمیت: پرسشنامه ارزیابی شخصی صمیمیت توسط شیفر و السون^۲ (۱۹۸۱؛ ترجمه شیرالی‌نیا، ۱۳۹۱) ساخته شده است که صمیمیت را در شش بعد عاطفی (گویه‌های ۱ تا ۶)، اجتماعی (گویه‌های ۷ تا ۱۲)، جنسی (گویه‌های ۱۳ تا ۱۸)، عقلانی (گویه‌های ۱۹ تا ۲۴)، تفریحی (گویه‌های ۲۰ تا ۳۰) و عرفی (گویه‌های ۳۱ تا ۳۶)، اندازه‌گیری می‌کند. با استفاده از این پرسشنامه افراد صمیمیت ارتباطی خود را با توجه به آن چه در حال حاضر در رابطه‌ی خود تجربه می‌کنند (صمیمیت ادراک شده) و هم‌چنین آن چه را که از رابطه انتظار دارند (صمیمیت مورد انتظار) شرح می‌دهند. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی ۳۶ گویه‌ای است که برای نمره‌گذاری گویه‌ها از یک مقیاس ۵ درجه‌ای به سبک لیکرت از هیچ‌وقت (۱) تا همیشه (۵) استفاده می‌شود. حداقل و حداکثر نمره فرد در کل پرسشنامه به ترتیب ۳۶ و ۱۸۰ و در هر یک از زیرمقیاس‌ها نیز ۶ و ۳۰ است. با توجه به موضوع پژوهش، برای سنجش صمیمیت عاطفی از ۶ گویه پرسشنامه مذکور که مربوط به خرده مقیاس صمیمیت عاطفی است، استفاده شده است. شیفر و السون (۱۹۸۱) به منظور تعیین روایی پرسشنامه از روش آماری تحلیل عاملی و هم‌چنین روش همگرا استفاده کردند. بدین صورت که ضریب همبستگی پرسشنامه ارزیابی شخصی صمیمیت را با پرسشنامه‌های سازگاری زناشویی، خودافشایی و بافت خانوادگی موس محاسبه کردند که همه ضرایب همبستگی بدست آمده بین پرسشنامه ارزیابی شخصی صمیمیت با پرسشنامه‌های مذکور در سطح $p < 0/05$ معنادار بودند. شیفر و السون (۱۹۸۱)، هم‌چنین پایایی خرده مقیاس‌های پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ برآورد کردند. شیرالی‌نیا (۱۳۹۱) نیز به

1. Batson
2. Schaefer & Olson

منظور سنجش روایی پرسشنامه ضریب همبستگی آن را با مقیاس صمیمیت واکر و تامپسون^۱ (۱۹۸۳) محاسبه کرد. ضریب همبستگی بدست آمده بین مقیاس صمیمیت واکر و تامپسون با خرده مقیاس‌های صمیمیت بین ۰/۵۳ تا ۰/۷۴ بود و همه ضرایب نیز در سطح $p < ۰/۰۱$ معنی‌دار بودند. شیرالی‌نیا (۱۳۹۱)، همچنین پایایی پرسشنامه ارزیابی شخصی صمیمیت را با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه کرده که برای خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۲ به دست آمد. در پژوهش حاضر، روایی مؤلفه صمیمیت عاطفی از طریق همبسته کردن نمره کلی آن با نمره سوال کلی ۰/۵۸ ($p < ۰/۰۵$) و پایایی مؤلفه صمیمیت عاطفی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

پرسشنامه رضایت زناشویی کانزاس: پرسشنامه رضایت زناشویی کانزاس به طور وسیعی در پژوهش‌های متعددی مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه تنها دارای سه گویه است و رضایت زناشویی را بر یک طیف لیکرت ارزیابی می‌کند، از نمره (۱= بسیار ناراضی) تا نمره (۶= بسیار راضی). این پرسشنامه توسط سازندگان آن (شوم و همکاران، ۱۹۸۶) روی ۳۸۵ زوج جوان شهر منهن ایالت کانزاس آمریکا هنجاریابی شده است و هر چه نمره بالاتر باشد، نشانه رضایت بیشتر از زندگی زناشویی است. برای این پرسشنامه به طور معنی‌داری نمره رضایت از زندگی زناشویی در گروه متقاضی طلاق کمتر از گروه جمعیت عمومی بود. پایایی این پرسشنامه توسط سازندگان آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۸ (روی ۳۸۵ زوج جوان شهر منهن ایالت کانزاس آمریکا) به دست آمده است. در پژوهش‌های مرتبط، پایایی پرسشنامه (بر روی دو نمونه ۶۱ نفری از زنان آمریکایی و ۳۷۸ زوج چینی) بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۵ گزارش شده است (شاوم^۲ و همکاران، ۱۹۸۶؛ شک^۳، ۱۹۹۸). همچنین، در ایران نتایج ارزیابی پایایی پرسشنامه بر روی ۳۰۰ نفر از مراجعین زن و مرد مراجعه‌کننده به مراکز پیش از طلاق در شهر رفسنجان با استفاده از شیوه آلفای کرونباخ صورت پذیرفت. نتایج حاکی از آن بود که آلفای کرونباخ پرسشنامه از حداقل قابل قبول ۰/۷۰ بالاتر بود (عرب علیدوستی، نخعی و خانجانی، ۱۳۹۴). در پژوهش حاضر، روایی این پرسشنامه از طریق همبسته کردن نمره کلی آن با نمره سوال کلی ۰/۴۶ ($p < ۰/۰۵$) و پایایی مؤلفه صمیمیت عاطفی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۲ به دست آمد.

1. Walker & Thompson

2. Schumm et al

3. Shek

شیوهی تجزیه و تحلیل داده‌ها

در پژوهش حاضر، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از شاخص‌هایی مانند فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از تحلیل واریانس آمیخته (بین گروهی- درون گروهی) برای بررسی میزان اثربخشی زوج درمانی تلفیقی به روش دایمند بر همدلی زناشویی و صمیمیت عاطفی زوجین استفاده گردید. در ابتدا، بررسی پیش فرض‌های تحلیل واریانس آمیخته (بهنجار بودن توزیع نمره‌ها، همگنی واریانس‌های بین گروهی، همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس و همگنی واریانس‌های درون آزمودنی‌ها) صورت گرفت. تحلیل این آزمون‌ها نیز با استفاده از نرم افزار SPSS-25 انجام گرفت.

یافته‌های پژوهش

جدول (۱)، ویژگی‌های جمعیت شناختی زوجین شرکت‌کننده در این پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی زوجین

گروه گواه	گروه آزمایش	متغیرها	
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
۴ (۲۰/۰)	۴ (۲۰/۰)	۲۵-۲۰ سال	سن
۵ (۲۵/۰)	۵ (۲۵/۰)	۳۰-۲۶ سال	
۸ (۴۰/۰)	۷ (۳۵/۰)	۳۵-۳۱ سال	
۳ (۲۰/۰)	۴ (۲۰/۰)	بالای ۳۵ سال	
۲ (۱۰/۰)	۳ (۱۵/۰)	دیپلم	تحصیلات
۷ (۳۵/۰)	۶ (۳۰/۰)	کاردانی	
۱۰ (۵۰/۰)	۸ (۴۰/۰)	کارشناسی	
۳ (۵/۰)	۳ (۱۵/۰)	کارشناسی ارشد و بالاتر	
۴ (۲۰/۰)	۳ (۱۵/۰)	۱-۳ سال	مدت ازدواج
۱۱ (۵۵/۰)	۱۲ (۶۰/۰)	۴-۶ سال	
۳ (۱۵/۰)	۴ (۲۰/۰)	۷-۹ سال	

۲ (۱۰/۰)	۱ (۵/۰)	۹ سال به بالا	سن فرزندان
۵ (۲۵/۰)	۴ (۳۰/۰)	زیر ۱ سال	
۸ (۴۰/۰)	۹ (۴۵/۰)	۱-۲ سال	
۷ (۳۵/۰)	۷ (۳۵/۰)	۲ سال به بالا	جنسیت فرزند
۱۱ (۵۵/۰)	۱۲ (۶۰/۰)	دختر	
۹ (۴۵/۰)	۸ (۴۰/۰)	پسر	

همان‌طور که در جدول (۱) ملاحظه می‌شود، بیشترین فراوانی زوجین در رده‌ی سنی ۳۱-۳۵ سال، در مقطع تحصیلی کارشناسی و در طول مدت ازدواج ۴-۶ سال بوده است. همچنین، بیشترین فراوانی در سن فرزندان در بین ۱ تا ۲ سال و در جنسیت فرزندان، در بین فرزندان دختر بوده است. جدول (۲)، یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار همدلی زناشویی و صمیمیت عاطفی در گروه زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمنند (۱) و گروه گواه (۲) در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (زوجین)

متغیر	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
همدلی زناشویی	گروه (۱)	۱/۶۸	۶۳/۳۵	۱/۷۱	۶۲/۲۷	۱/۳۲	۶۲/۲۷
	گروه (۲)	۲/۰۲	۵۸/۹۶	۱/۶۷	۵۷/۱۱	۱/۲۲	۵۷/۱۱
صمیمیت عاطفی	گروه (۱)	۱/۱۰	۲۲/۹۶	۱/۰۵	۲۱/۱۳	۱/۰۶	۲۱/۱۳
	گروه (۲)	۰/۸۹	۱۸/۱۹	۱/۰۴	۱۷/۲۳	۰/۷۶	۱۷/۲۳

همان‌طور که در جدول (۲) مشخص است، نمره میانگین گروه آزمایش در همدلی زناشویی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است، اما در گروه گواه تغییر چندانی نشان نمی‌دهد. همچنین، مشخص است که نمره میانگین گروه آزمایش در صمیمیت عاطفی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است و این تغییر در گروه گواه نیز، تغییر چندانی نشان نمی‌دهد. با این حال، برای بررسی معناداری، از روش‌های آمار استنباطی استفاده شد. در این بخش، قبل از تحلیل داده‌های مربوط به متغیرهای وابسته، برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های تحلیل واریانس آمیخته (بین‌گروهی - درون‌گروهی) را برآورد

■ اثربخشی زوج درمانی تلفیقی به روش دایمند بر همدلی زناشویی و صمیمیت عاطفی زوجین در سال‌های ...

می‌کنند به بررسی آن‌ها پرداخته شد. بدین منظور پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته مورد بررسی قرار گرفتند که نتایج آن‌ها به ترتیب در جدول (۳) ذکر شده‌اند.

جدول ۳. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، آزمون لوین، آزمون M باکس و آزمون کرویت ماچلی برای بررسی مفروضه‌های تحلیل واریانس آمیخته

متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنوف		لوین		M باکس		ماچلی		
		آماره	سطح معنی داری	آماره لوین	سطح معنی داری	F	سطح معنی داری	آماره ماچلی	سطح معنی داری	گروه‌های همگن-گسب
همدلی زناشویی	دایمند	۸۷۱/۰	۰/۰۶۵	۰/۹۵۳	۰/۹۵۳	۱۷/۱۹۴	۰/۰۵۶	۰/۳۲۶	۰/۰۰۱	۰/۵۹۷
	کنترل	۰/۱۲۹	۰/۲۰۰							
صمیمیت عاطفی	دایمند	۰/۱۰۷	۰/۲۰۰	۰/۴۰۳	۰/۵۳۰	۱/۵۳۸	۰/۱۶۱	۰/۶۴۳	۰/۰۰۱	۰/۷۳۷
	کنترل	۰/۱۳۵	۰/۲۰۰							

همان‌طور که در جدول (۳) مشاهده می‌شود فرض صفر برای بهنجار بودن توزیع نمره‌های دو گروه در متغیرهای همدلی زناشویی و صمیمیت عاطفی مثبت تأیید می‌شود، یعنی پیش فرض بهنجار بودن توزیع نمره‌های متغیرها در جامعه مورد پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد. همچنین، نتایج جدول بالا نشان می‌دهد مقدار آزمون لوین در متغیرهای وابسته پژوهش معنی‌دار نیست ($p > 0.05$). بنابراین واریانس‌های گروه‌های آزمایشی و گروه گواه، به‌طور معنی‌داری متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس‌ها مورد تأیید قرار می‌گیرد. همچنین، مقدار M باکس نشان می‌دهد، مقدار کواریانس بین متغیرهای همدلی زناشویی و صمیمیت عاطفی در گروه‌ها همگن است و تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود ($p > 0.05$). از سوی دیگر با توجه به مقدار ماچلی شرط همگنی واریانس‌ها برای متغیرهای همدلی زناشویی و صمیمیت عاطفی برقرار نیست ($p < 0.05$).

تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر (آمیخته) در بیشتر موارد مفروضه کرویت را نقض می‌کند و باید یک روش جایگزین برای آن پیدا کرد (تاباکینک و فیدل، ۲۰۰۷؛ ترجمه ایزانلو و همکاران، ۱۳۹۵). بنابراین در گزارش نتایج متغیر همدلی زناشویی و صمیمیت عاطفی از آزمون فرض گرینهاوس - کیسر استفاده شد.

به منظور بررسی معنی‌داری اثر تعامل درمان و زمان همدلی زناشویی و صمیمیت عاطفی در تحلیل واریانس چندگانه، لامبدای ویلکز محاسبه شد. آزمون‌های آماری تحلیل واریانس چندمتغیری در گروه زوج درمانی تلفیقی به روش دایمند و گروه کنترل، سهم زمان و تعامل درمان و زمان را در متغیر همدلی زناشویی نشان می‌دهند. ارزش لامبدای ویلکز برای اثر اصلی زمان نشان می‌دهد که عامل زمان بر روی مدل چندمتغیری اثر داشته است؛ به این معنی که همدلی زناشویی در طول درمان در حال تغییر بوده است ($F=297/085$ و $P < 0/01$). علاوه بر این، ارزش لامبدای ویلکز برای اثر تعامل نیز نشان می‌دهد اثر تعامل زمان و درمان نیز معنی‌دار است؛ یعنی گروه‌ها در طول زمان در متغیر همدلی زناشویی با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند ($P < 0/01$ و $F=198/604$). همچنین، آزمون‌های آماری تحلیل واریانس چندمتغیری در دو گروه زوج درمانی تلفیقی به روش دایمند و گروه کنترل، سهم زمان و تعامل درمان و زمان را در متغیر صمیمیت عاطفی نشان می‌دهند. ارزش لامبدای ویلکز برای اثر اصلی زمان نشان می‌دهد که عامل زمان بر روی مدل چندمتغیری اثر داشته است؛ به این معنی که صمیمیت عاطفی در طول درمان در حال تغییر بوده است ($F=400/515$ و $P < 0/01$). علاوه بر این، ارزش لامبدای ویلکز برای اثر تعامل نیز نشان می‌دهد اثر تعامل زمان و درمان نیز معنی‌دار است؛ یعنی گروه‌ها در طول زمان در متغیر صمیمیت عاطفی با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند ($F=399/666$ و $P < 0/01$).

جدول ۴. اثرات درون‌گروهی با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته در متغیر همدلی زناشویی و صمیمیت عاطفی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آزمون
همدلی زناشویی	عامل درون‌گروهی (زمان)	۳۱۰/۳۹۶	۱/۱۹۵	۲۵۹/۷۵۶	۱۰۶/۰۸۳	۰/۰۰۱	۰/۷۳۶	۱

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
همدلی زناشویی	اثر تعاملی زمان و گروه	۲۱۱/۵۸۸	۱/۱۹۵	۱۷۷/۰۶۸	۷۲/۳۱۴	۰/۰۰۱	۰/۶۵۶	۱
	خطا	۱۱۱/۱۸۷	۴۵/۴۰۸	۲/۴۴۹				
صمیمیت عاطفی	عامل درون گروهی (زمان)	۱۵۷/۸۹۹	۱/۴۷۴	۱۰۷/۱۴۴	۲۶۰/۷۰۹	۰/۰۰۱	۰/۸۷۳	۱
	اثر تعاملی زمان و گروه	۱۵۵/۲۲۶	۱/۴۷۴	۱۰۵/۳۳۰	۲۵۶/۲۹۵	۰/۰۰۱	۰/۸۷۱	۱
	خطا	۲۳/۰۱۵	۵۶/۰۰۱	۰/۴۱۱				

با توجه به عدم تأیید پیش فرض کرویت ماوچلی درباره همگنی واریانس‌ها در متغیر همدلی زناشویی و صمیمیت عاطفی، سطرهای مربوط به آزمون گرینهاوس-گایسر گزارش شده است. همان‌طور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد همدلی زناشویی در طول زمان تغییراتی داشته است. اندازه اثر زمان بر افزایش متغیر همدلی زناشویی برابر با ۰/۷۳۶ و با توان آماری ۱ است. همچنین، نتایج تعامل زمان و درمان نشان می‌دهد تغییرات همدلی زناشویی در طول زمان بین گروه زوج درمانی تلفیقی به روش دایمند و کنترل مساوی نیست. علاوه بر این، میزان اثر تعامل درمان و زمان بر افزایش همدلی زناشویی برابر با ۰/۶۵۶ و توان آماری ۱ است. همچنین، صمیمیت عاطفی در طول زمان تغییراتی داشته است. اندازه اثر زمان بر افزایش متغیر صمیمیت عاطفی برابر با ۰/۸۷۳ و با توان آماری ۱ است. همچنین، نتایج تعامل زمان و درمان نشان می‌دهد تغییرات صمیمیت عاطفی

در طول زمان بین گروه زوج درمانی تلفیقی به روش دایمند و کنترل مساوی نیست. علاوه بر این، میزان اثر تعامل درمان و زمان بر افزایش صمیمیت عاطفی برابر با ۰/۸۷۱ و توان آماری ۱ است. به منظور مقایسه‌های زوجی بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی را برای همدلی زناشویی و صمیمیت عاطفی نشان می‌دهد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه همدلی زناشویی و صمیمیت عاطفی در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	زمان	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
همدلی زناشویی	پیش‌آزمون	زوج درمانی تلفیقی دایمند- کنترل	-۰/۱۴۸	۰/۵۹۲	۰/۸۰۴
	پس‌آزمون	زوج درمانی تلفیقی دایمند- کنترل	۴/۳۸۷	۰/۵۳۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	زوج درمانی تلفیقی دایمند- کنترل	۶/۱۵۹	۰/۴۰۴	۰/۰۰۱
صمیمیت عاطفی	پیش‌آزمون	زوج درمانی تلفیقی دایمند- کنترل	۰/۰۱۲	۰/۳۱۸	۰/۹۷۰
	پس‌آزمون	زوج درمانی تلفیقی دایمند- کنترل	۴/۷۷۰	۰/۳۳۲	۰/۰۰۱
	پیگیری	زوج درمانی تلفیقی دایمند- کنترل	۴/۹۰۱	۰/۲۹۳	۰/۰۰۱

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای اثر تعامل زمان و درمان در متغیر همدلی زناشویی نشان داد تعامل زمان و درمان در مرحله پیش‌آزمون معنی‌دار نیست ($p > 0/05$)؛ در حالی که تعامل زمان و درمان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار است. به طوری که تفاوت میانگین بین گروه زوج درمانی تلفیقی به روش دایمند و گروه کنترل در طول زمان (پس‌آزمون و پیگیری) معنی‌دار است ($p < 0/05$). همچنین، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای اثر تعامل زمان و درمان در متغیر صمیمیت عاطفی نشان داد تعامل زمان و درمان در مرحله پیش‌آزمون معنی‌دار نیست ($p > 0/05$)؛ در حالی که تعامل زمان و درمان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار است. به طوری که تفاوت میانگین بین گروه زوج درمانی تلفیقی به روش دایمند و گروه کنترل در طول زمان (پس‌آزمون و پیگیری) معنی‌دار است ($p < 0/05$).

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی زوج درمانی تلفیقی به روش دایمند بر همدلی زناشویی و صمیمیت عاطفی زوجین در سال‌های ابتدایی تولد فرزند اول بود. نتایج این پژوهش، نشان داد که زوج درمانی تلفیقی به روش دایمند موجب افزایش همدلی زناشویی و صمیمیت عاطفی زوجین در سال‌های ابتدایی تولد فرزند اول شده است. این یافته با پژوهش‌های باش (۲۰۱۶)؛ عباس‌پور، صالحی و چوبداری (۱۳۹۷) و عباس‌پور و چوبداری (۱۳۹۹) همسو می‌باشد. در پژوهش باش (۲۰۱۶)، برای اولین بار نتایج این مدل درمانی نشان داد که زوج درمانی تلفیقی به روش دایمند از طریق تمرکز بر تعهد، ارتباط، پیوند (اتصال) و ملاحظه (توجه) (که محقق آن‌ها را 4C نامیده است)، می‌تواند درمان مؤثری برای افزایش رضایت زناشویی در زوج‌های دارای کودک خردسال باشد. در پژوهش‌های انجام شده توسط عباس‌پور، صالحی و چوبداری (۱۳۹۷) و عباس‌پور و چوبداری (۱۳۹۹) بررسی اثربخشی زوج درمانی تلفیقی به روش دایمند بر پیامدهایی از قبیل هماهنگی زناشویی، شایستگی والدگری، بهزیستی روانشناختی و تعارض زناشویی پس از زایش نخستین فرزند بر روی زوجینی که دارای فرزند کمتر از سه سال بودند نشان داد زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند می‌تواند برای انتقال به مرحله والدگری کارساز باشد.

این همسویی، از دو بعد قابل بررسی است. اول، اجرای طرح درمان مشابه بر روی متغیرهای وابسته در این تحقیق با تحقیقات اشاره شده، نزدیکی و همسویی یافته‌ها را موجب شده است. دوم، این همسویی اشاره‌ای است به این موضوع که زوج درمانی تلفیقی به روش دایمند می‌تواند به طور خاص برای درمان زوج‌هایی اجرا گردد که در زمینه‌های گوناگون روابط زناشویی و ایفای نقش والدینی برای کودکان خردسال، مشکل دارند. بر این اساس، اثربخشی زوج درمانی تلفیقی به روش دایمند بر همدلی زناشویی در دوره انتقال به والدگری را می‌توان به واسطه فرایندهای حاکم بر آن تبیین کرد.

یکی از مهم‌ترین فرایندهای این درمان، تصریح تعهد و وفادار ماندن به همسر در خلال زندگی مشترک است (باش، ۲۰۱۶). بنابراین، با توجه به این که یکی از رویدادهای مهم زندگی زوج‌ها که می‌توان تعهد را در آن زمینه ارتقا داد، انتقال به دوره‌ی والدگری می‌باشد؛ یکی از اصول مهم این

مدل درمانی هم در هنگامی که والدین به‌خاطر فشارهای ناشی از انتقال به دوره والدگری دچار پریشانی زیادی می‌شوند، ایده فرزندپروری مشارکتی بوده است؛ چرا که در این شرایط، وقتی یکی از والدین احساس کند که درک نشده و بی‌اهمیت و مورد غفلت شریک خود واقع شده (پست^۱، ۲۰۱۵)، این امر می‌تواند بر چگونگی روابط و سطح رضایت زناشویی آن‌ها تأثیر سوء گذاشته و همدلی زناشویی آن‌ها را کاهش دهد. نقش‌های موجود در رابطه فرزندپروری مشارکتی عبارتند از: کمک به یکدیگر برای انجام فعالیت‌های مراقبت از کودک، حمایت از یکدیگر در انجام وظایف مربوط به کودک و ایجاد فضایی سرشار از احترام و عواطف در خانواده (مارگولین و همکاران^۲، ۲۰۰۱). پیگیری مجدد این گفتگوها پس از آن که زوجین شانس برقراری رابطه مجدد را به عنوان یک تیم به دست می‌آورند، بسیار مهم است؛ زیرا آن‌ها باید بسیاری از این ابزارهای معرفی شده در طی درمان را عملاً در زندگی به کار ببرند. ارزیابی میزان رضایت هر یک از زوجین از نحوه تقسیم وظایف و نقش‌ها در شرایطی که هر یک قادر به همدلی و تفاهم با دیگری شده‌اند، می‌تواند مفید باشد. همچنین، پس از تأکید بر مفهوم همبستگی و انسجام در قالب یک مشارکت متحد در دوران گذار به والدگری به اهمیت استقلال هر یک از زوجین هم توجه شده است. هر دو زوج باید تشویق شوند که زمان بیشتری را جدای از خانواده به خود و نیازهای فردی خویش اختصاص دهند. پدران و مادران، معمولاً این کار را به صورت صرف یک عصرانه در بیرون خانه و خارج از محیط خانوادگی و یا مشارکت در یک تفریح یا سرگرمی مورد علاقه، برای سالم و جوان ماندن خود انجام می‌دهند. بدین معنا که مثلاً مادر هر پنج‌شنبه را به کلاس یوگا اختصاص می‌دهد؛ یا پدر هر سه‌شنبه شب به باشگاه تنیس می‌رود. زوجین می‌توانند درباره توافق در برنامه‌هایشان و نیاز بالقوه مراقبت از کودک در غیاب یکدیگر بحث کنند. این گفتگوها را می‌توان به بخش فرزندپروری هم تعمیم داد، چرا که مراقبت از خود در روابط فرزندپروری برای کار کردن به صورت یک تیم موثر در تربیت فرزند ضروری است (پست، ۲۰۱۵). بنابراین، به نظر می‌رسد این مدل درمانی با آموزش همبستگی و انسجام در فرزندپروری مشارکتی، و همچنین تأکید بر اهمیت استقلال هر یک از زوجین، توانسته همدلی زناشویی را در والدین جدید ارتقا دهد.

1. Post
2. Margolin et al

از دیگر مفاهیم این درمان که به اثربخشی آن کمک زیادی می‌کند، این است که به زوجین می‌آموزد درباره سبک‌های ارتباطی و تعارضات خود تأمل بیشتری کنند و به شناسایی الگوهای ارتباطی مشکل‌ساز و چرخه‌ی رفتاری بین زوجین که منجر به تداوم مشکل می‌شود، پردازند (گاتمن و همکاران^۱، ۱۹۹۸). در واقع، این شیوه‌ی درمان با هدف ارائه ابزارهایی به زوجین برای تغییر الگوهای تعاملی و درک هیجانات زمینه‌ساز ارتباط مشکل‌دار ارائه شده است (جانسون، ۲۰۰۸). اغلب اوقات این ارتباط ناکارآمد ادامه پیدا می‌کند، زیرا هر یک از زوجین در موقعیت مخالف دیگری قرار می‌گیرند. علت این مشکل ممکن است عقاید زمینه‌ای، باورها، انتظارات، اهداف یا رؤیاهای هر یک از زوجین باشد که با دیگری هماهنگ نیست (گاتمن، ۱۹۹۹). به این ترتیب، یکی از بخش‌های مهم در زمینه ارتباط و تنظیم تعارض که در این برنامه‌ی آموزشی احتمالاً موجب افزایش همدلی زناشویی زوجین شده است، تلاش برای فهم هیجانات و افکار طرف مقابل و پاسخ‌دهی به آن‌ها با هیجانات مناسب و همخوان، از طریق شناسایی مشکلات موجود در الگوهای ارتباطی که ممکن است منجر به تعارض شوند؛ بوده است. به این ترتیب که زوجین به بحث درباره‌ی چهار عنصر مکاشفات گاتمن پرداختند. این چهار مؤلفه عبارتند از: بدبینی، تدافعی بودن، تحقیر و کارشکنی و لجاجت (گاتمن و همکاران، ۱۹۹۸ و پست، ۲۰۱۵). زوجین در این دوره‌ی آموزشی، فرصت این را پیدا کردند تا درباره‌ی سبک‌های ارتباطی و تعارضات خود تأمل کنند و به طور مشترک به دنبال نمونه‌هایی از عناصر چهارگانه فوق در روابط خود باشند. آن‌ها حرکتی را به سوی عمق تعاملات خود آغاز کردند تا مسائل زمینه‌ای ایجاد کننده تعارض شناسایی شوند و الگوهای ارتباطی منفی که مشابه عناصر چهارگانه گاتمن هستند مشخص گردد.

یکی از بخش‌های مهم در زمینه پیوند عاطفی و فیزیکی که در این برنامه آموزشی احتمالاً موجب افزایش همدلی زناشویی زوجین شده است، تلاش برای همدلی و درک متقابل یکدیگر بوده است. هدف این آموزش، ایجاد مبنایی از تساوی و قدردانی در روابط به منظور تسهیل تلاش‌های ترمیمی موفقیت آمیز بوده است (باش، ۲۰۱۶). این موضوع به افزایش رفتارهای "چرخش به سمت" کمک می‌کند تا تعاملات مثبت را در نسبت مناسب ۵ به ۱ قرار دهد. این

1. Gottman et al

رفتارها برای ایجاد فضایی جهت شروع بازسازی صمیمیت هیجانی و ایجاد پیوند عاطفی در روابط ضروری هستند. غالباً این رفتارها می‌توانند شامل کارهای کوچکی مثل کنار گذاشتن تلفن همراه و یا رها کردن کار با رایانه و به جای آن شرکت در یک گفتگوی صمیمانه‌ی دو نفره باشد. گفتگویی که به جای تنظیم‌گری و گوش نکردن به صورت حضور کامل و مشارکتی برگزار شود. همچنین، رفتارهایی مثل تعاملات گرم، ابراز عواطف و محبت به طور خودجوش، احترام و عشق می‌تواند به صورت کلامی یا غیرکلامی باشد (پست، ۲۰۱۵). بنابراین، در این برنامه‌ی آموزشی زوجین درباره تجارب شان از یافتن فراوانی تعاملات مثبت و منفی طی تجارب گذشته بحث کرده و درباره روش‌های افزایش آگاهانه نسبت تعاملات مثبت در طول تجارب آینده بحث کرده‌اند.

یکی دیگر از بخش‌های مهم در زمینه‌ی توجه (ملاحظه) که در این برنامه آموزشی احتمالاً موجب افزایش همدلی زناشویی شده است، تلاش برای ایجاد یک حس بنیادی حمایت اجتماعی در والدین بوده است. مطابق تحقیقات کوان و همکاران^۱ (۱۹۹۴) تحلیل منحنی رشد نشان داده است که میزان رضایت زناشویی پس از مرحله‌ی والدینی در طول ۱۵ سال در زوجین کاهش می‌یابد. زوجین در گذار به مرحله‌ی والدینی برای تطبیق خود با نقش‌های جدید به عنوان والدین و از طرفی تامین نیازهای خود به روابط صمیمانه‌ی توأم با حفظ سبک والدگری مطلوب، تحت فشار قرار می‌گیرند. آن‌ها از این همه تلاش برای انجام وظایف خود از جمله: "حفظ زندگی، تامین هزینه‌های خانوار، حفظ اوقات سرگرمی، روابط اجتماعی و صمیمیت جنسی و عاطفی" که قبل از بچه دار شدن به راحتی انجام می‌دادند، خسته می‌شوند. آن‌ها همزمان با این همه وظایف مختلف در شرایط پر استرس به منظور تداوم زندگی با کیفیت سابق، نقش‌های جدیدی نیز برای مراقبت و دوست داشتن یک کودک (یا کودکان) دارند و این روابط زناشویی را دچار اختلال می‌کند (باش، ۲۰۱۶). در این برنامه درمانی، والدین یاد گرفتند که با یکدیگر همدلی کرده و به منظور حمایت اجتماعی بهتر یکدیگر، گفتگو کنند. این گفتگو، ابتدا به تقسیم وظایف در خانه و تغییرات احتمالی مسئولیت‌ها به دنبال تولد کودک می‌پردازد. برای هر یک از زوجین مهم است که دیدگاه خود را درباره تغییر نقش‌ها و میزان رضایت یا نارضایتی خود از تقسیم وظایف را بیان کند. این

1. Cowan et al

تعامل، می‌تواند فضایی ایجاد کند که زوجین انتظارات خود را از یکدیگر بیان کرده و دربارهی تعهدات خود برای همکاری مشترک و متقابل بحث و گفتگو کنند.

اثربخشی زوج درمانی تلفیقی به روش دایمند بر صمیمیت عاطفی زوجین در دوره‌ی انتقال به والدگری را می‌توان به واسطه‌ی فرایندهای حاکم بر آن (تعهد، ارتباط، پیوند، توجه [ملاحظه]) تبیین کرد. در این برنامه درمانی، به منظور افزایش میزان صمیمیت عاطفی بین والدین جدید، از زوجین خواسته شد تا برای تقویت تعهد خود نسبت به یکدیگر تلاش کنند. چرا که مطالعات نشان داده وجود صمیمیت در میان زوج‌های متأهل، از عوامل مهم ایجاد ازدواج پایدار می‌باشد و اجتناب از روابط صمیمانه، از عواملی است که موجب بروز شکست در زندگی خانوادگی شده و روی سایر نقش‌های زوجین مانند: نقش والدینی و نقش کاری مؤثر است (باگاروزی، ۲۰۱۴؛ مینوت و همکاران^۱، ۲۰۱۸). مطابق نظریه دلبستگی، می‌توان گفت رضایت زناشویی بستگی به میزان برآورده کردن نیازهای همسر به مجاورت، پناهگاه امن و پایگاه ایمن دارد (میکولینسر و شاور^۲، ۲۰۰۷). بنابراین، اگر هر یک از زوج‌ها منبع پایدار و در دسترس از مجاورت و صمیمیت برای دیگری باشد، حمایت و امنیت کافی و مؤثر برای او تامین کند (پناهگاه امن) و پایگاه ایمن و قابل اتکایی را فراهم کند که برای انجام فعالیت‌های مستقل معطوف به رشد و تکامل ضروری است آن‌گاه می‌توانند سطح رضایت زناشویی و صمیمیت عاطفی را ارتقا دهند. به این ترتیب، زوجین در این برنامه‌ی آموزشی دربارهی این که مشکلات مربوط به تعهد در صمیمیت عاطفی چگونه در طول سالیان در رابطه آن‌ها پیش آمده است و این که آن‌ها چگونه می‌توانند در این حوزه بهبود ایجاد کنند، بحث کردند. از آن جا که صمیمیت عاطفی، نیاز به ارتباط و در میان گذاشتن همه‌ی احساسات مثبت (شادی، خوشحالی و رضایت) و منفی (غمگینی، ناراحتی، ترس، خشم، گناه، شرم، تنهایی، بی‌حوصلگی و خستگی) با همسر است؛ برای این که صمیمیت عاطفی بین آن‌ها تقویت شود، توافق کردند که بازداری‌ها یا محدودیت‌های اندکی برای ابراز احساساتی که در یک رابطه مجاز شمرده می‌شود، وجود داشته باشد. به این صورت که هم عواطف مثبت و هم منفی، اجازه‌ی ابراز داشته باشند (باگاروزی، ۲۰۱۴).

1. Minnett et al
2. Mikulincer & Shaver

یکی از بخش‌های مهم در زمینه ارتباط و تنظیم تعارض که در این برنامه آموزشی احتمالاً موجب افزایش صمیمیت عاطفی زوجین شده است، توانمندسازی هر یک از زوجین برای گفتگوی باز درباره‌ی عناصر زمینه‌ای مشکل و نیز چگونگی مشارکت آن‌ها در حل تعارض بوده است. چرا که صمیمیت عاطفی نیاز به ارتباط و در میان گذاشتن همه‌ی احساسات مثبت و منفی با همسر است. در این زمینه، مطالعات مختلف نشان داده‌اند که گفتگو نقش مهمی در روابط عاشقانه دارد (لاونر و همکاران^۱، ۲۰۱۶؛ اشمیت و همکاران^۲، ۲۰۱۶). به گفته آن‌ها گفتگو باعث افزایش رضایت و صمیمیت می‌شود. به این ترتیب، ابزارهایی به زوجین برای تغییر الگوهای تعاملی و درک هیجانات زمینه‌ساز ارتباط مشکل‌دار ارائه شده است. هدف این بخش، دستیابی به هیجاناتی است که به الگوهای تعاملی زوجین سوخت می‌رسانند و زمینه را برای ایجاد مشکل ارتباطی فراهم می‌کنند. همچنین، در این بخش باز تعریف مشکل به عنوان محصول این هیجانات ابراز نشده و نیازهای دلبستگی زمینه‌ای در هر یک از زوجین صورت می‌گیرد (جانسون و گرینمن^۳، ۲۰۰۶). اغلب اوقات، این ارتباط ناکارآمد ادامه پیدا می‌کند؛ زیرا هر یک از زوجین در موقعیت مخالف دیگری قرار می‌گیرند. علت این مشکل، ممکن است عقاید زمینه‌ای، باورها، انتظارات، اهداف یا رویاهای هر یک از زوجین باشد که با دیگری هماهنگ نیست (گاتمن، ۱۹۹۹).

یکی از بخش‌های مهم در زمینه پیوند عاطفی و فیزیکی که در این برنامه‌ی آموزشی احتمالاً موجب افزایش صمیمیت عاطفی زوجین شده است، تلاش برای شناخت اهداف، ارزش‌ها، باورها و رویاهای مشترک زوجین بوده است. ضمناً در این دوره متوجه شدند که هر یک از آن‌ها می‌توانند برای تحقق بخشیدن به اهداف و رویاهای اختصاصی (غیرمشترک) خود نیز، تلاش کنند. این گفتگوها به گونه‌ای طراحی می‌شوند که فرهنگ جدیدی را در واحد خانواده ایجاد کند، فرهنگی که اکنون جدیدترین عضو خانواده (کودک) را نیز شامل می‌شود. این فرهنگ بر نظم معمول و روزمره زندگی و آداب و رسوم خاصی که خانواده به طور کلی دارد، پایه‌ریزی شده است. هدف این است که بحث و گفتگو پیرامون آداب عملی پیوند عاطفی، آزاد باشد. این

1. Lavner et al
2. Schmidt et al
3. Johnson & Greenman

هدف، از طریق تمرین‌هایی حاصل می‌شود که در آن زوجین کارها و مناسبت‌های روزانه خود را تعریف می‌کنند. برای مثال، مراسم صرف غذا و سایر روتین‌های دیگر. مراسم رسمی‌تر از قبیل سالگرد ازدواج، جشن تولد و تعطیلات مهم نیز، مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرند. هدف از این گفتگوها ایجاد یک سیستم معنایی مشترک برای کشف و تعریف اهداف و ارزش‌های مشترک زوج است. این فرایند را می‌توان با بحث در مورد ارزش‌های مهم خانواده برای هر یک از زوجین، اهمیت نقش‌های یکدیگر در خانواده و روش‌های ایجاد یکپارچگی در بخش‌های مهم هویت فردی در سیستم جمعی خانواده و تأمین شرایطی که زوجین در آن احساس کنند یک تیم حمایتی صمیمی و منسجم هستند، تسهیل گردد (گاتمن و گاتمن، ۲۰۰۸).

یکی دیگر از بخش‌های مهم در زمینه توجه (ملاحظه) که در این برنامه‌ی آموزشی احتمالاً موجب افزایش صمیمیت عاطفی شده است، تلاش برای افزایش حمایت عاطفی زوجین بوده است. حمایت عاطفی، بر بحث و گفتگو درباره احساسات، نگرانی‌ها، ترس‌ها، تأیید و عشق در میان زوجین در مواقع پر استرس تأکید می‌کند. اعتقاد بر این است که حمایت عاطفی با ایجاد احساس همبستگی و اتحاد متقابل و احساس تنها نبودن در مقابله با مشکلات، در کاهش اضطراب و افسردگی نقش مهمی دارد (ویل و شاینر^۱، ۲۰۰۰). این برنامه درمانی بر ایجاد فضایی امن متمرکز بوده که در آن فضا زوجین هر دو بتوانند از این که آسیب‌پذیری‌های عاطفی خود را ابراز کنند، احساس راحتی نمایند. چرا که بر اساس مدل فرآیند بین فردی صمیمیت، صمیمیت از طریق دو فرآیند مرتبط ایجاد می‌شود: بیان احساسات خود و توجه به احساسات همسر و پاسخ‌دهی همسر (یعنی پاسخ‌های همسر که قابل فهم، معتبر و متمرکز بر مراقبت باشد) (لورنسو و همکاران^۲، ۱۹۹۸). به عبارت دیگر، وقتی زوجین بتوانند به راحتی عواطف و احساسات خود را ابراز کنند، قادر خواهند بود تا در مواجهه با استرس‌ها، ضمن ابراز عواطف خود به تشویق و حمایت یکدیگر بپردازند و در نتیجه صمیمیت عاطفی بین آن‌ها افزایش پیدا کند.

پژوهش حاضر، دارای چند محدودیت به شرح ذیل می‌باشد. اول، این برنامه صرفاً محدود به والدین کودکان خردسال است. در حالی که زوج‌های فاقد فرزند و والدین بچه‌های بزرگ‌تر نیز ممکن است مشکلاتی داشته باشند و می‌توانند از این برنامه سود ببرند. دوم، این برنامه در دوران

1. Will & Shinar
2. Laurenceau et al

شیوع ویروس کرونا برگزار شد و به این دلیل زوجین کم‌تری برای شرکت در این برنامه درمانی - آموزشی اعلام آمادگی نمودند. سوم، اگر چه این برنامه فواید مشخصی برای زوج‌ها دارد، اما این دوره‌ی شش هفته‌ای برای کمک کوتاه مدت به زوج‌هایی طراحی شده است که مشکلاتی در خصوص والدشدن و روابط زناشویی دارند. چارچوب محدود زمانی که طی آن داده‌ها جمع‌آوری می‌شود، مانع از کسب اطلاعات در خصوص مشارکت طولانی مدت و نیز اثربخشی تکالیف ارائه شده در طی برنامه می‌گردد. پیشنهاد می‌شود این برنامه درمانی برای زوج‌های فاقد فرزند و والدین بچه‌های بزرگ‌تر نیز به منظور حل تعارض‌ها و مشکلات زناشویی استفاده شود و هم چنین، زوجین تحت مطالعه در دوره‌های زمانی طولانی مدت مورد بررسی قرار گیرند تا از وضعیت اثربخشی این مدل درمانی در طی زمان مطلع شویم.

به طور کلی، نتایج حاکی از تأثیر این مدل درمانی برای حل مسائل و مشکلات ناشی همدلی زناشویی و صمیمیت عاطفی زوجین در سال‌های ابتدایی تولد فرزند اول بوده است و این که تمرکز بر فرایندهای چهارگانه تعهد، ارتباط، پیوند (اتصال) و ملاحظه (توجه) (که محقق آن‌ها را "4C" نامیده است) می‌تواند درمان مؤثری برای افزایش همدلی زناشویی و صمیمیت عاطفی در زوج‌های دارای کودک خردسال باشد. بنابراین، طرح پیشنهادی حاضر همدلی زناشویی و صمیمیت عاطفی را به عنوان دو منبع خاص گفتگو/ پاسخ‌گویی به فهرست بالقوه منابع سازگاری زوجی اضافه می‌کند که می‌توان آن‌ها را با تحقیقات اساسی تر در برنامه‌های آموزشی برای کمک به زوج‌ها برای مقابله با انتقال به دوره والدگری ادغام کرد.

این مقاله برگرفته از پایان نامه دکتری نویسنده اول در رشته مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز می‌باشد. همچنین، پژوهش حاضر دارای کد اخلاقی به شناسه‌ی (IR.IAU.AHVAZ.REC.1399.090) از دانشگاه آزاد اسلامی - واحد اهواز می‌باشد.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد و در انجام پژوهش، کلیه موازین اخلاقی رعایت و لحاظ شده است.

سپاسگزاری

از تمامی افراد شرکت کننده در پژوهش تشکر و قدردانی می شود.

منابع

- برنشتاین، فیلیپ و برنشتاین، ماریسی. (۲۰۰۳). شناخت و درمان اختلاف‌های زناشویی. ترجمه حمیدرضا سهرابی. (۱۳۸۶). تهران: درسا
- تاباکنیک، بارباراجی و فیدل، لیندا. (۲۰۰۷). کاربرد آمار چندمتغیری. مترجمان: حسن پاشا شریفی، بلال ایزانلو، حمیدرضا حسن‌آبادی، ولی‌الله فرزدا، خدیجه ابوالمعالی و مجتبی حبیبی‌عسگرآباد (۱۳۹۶). تهران: رشد، جوانه رشد
- رجبی، غلامرضا؛ حریرزادی، مهدی و تقی‌پور، منوچهر. (۱۳۹۶). ارزیابی مدل رابطه خوددلسوزی، همدلی زناشویی و افسردگی با میانجی‌گری بخشش زناشویی در زنان. مشاوره کاربردی، ۶ (۲)، ۱-۲۲
- شیرالی‌نیا، خدیجه. (۱۳۹۱). اثربخشی زوج درمانی شناختی- رفتاری پیشرفته و زوج درمانی متمرکز بر هیجان بر کاهش افسردگی، تنظیم هیجانی و صمیمیت ارتباطی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره‌ی شهر اهواز. پایان‌نامه دکتری تخصصی. رشته مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- عباس‌پور، ذبیح‌اله؛ صالحی، سمیه و چویداری، عسگر. (۱۳۹۷). اثربخشی زوج درمانی یکپارچه‌نگر به روش دایمند بر هماهنگی زناشویی و شایستگی والدگری پس از زایش نخستین فرزند. مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۸ (۲)، ۹۷-۱۱۴
- عباس‌پور، ذبیح‌اله و چویداری، عسگر. (۱۳۹۹). اثربخشی زوج درمانی تلفیقی به روش دایمند بر بهزیستی روانشناختی و تعارض زناشویی زوجین بعد از تولد اولین فرزند. فصلنامه خانواده‌پژوهشی، ۱۶ (۲)، ۱۹۸-۱۸۳
- عرب علیدوستی، علیرضا؛ نخعی، نودز و خانجانی، نرگس. (۱۳۹۴). پایایی و روایی پرسشنامه‌های رضایت زناشویی کانزاس و اینترچ کوتاه شده به زبان فارسی. نشریه بهداشت و توسعه، ۴ (۲)، ۱۶۷-۱۵۸.
- Alves, S., Milek, A., Bodenmann, G., Fonseca, A., Canavarro, M.C., & Pereira, M. (2019). Romantic attachment, dyadic coping, and parental adjustment across the transition to parenthood. *Personal Relationships*, 26(2), 286-309.
- Bash, A.R. (2016). *A treatment model for marital satisfaction in couples with young children*. Unpublished dissertation, The Chicago School of Professional Psychology.
- Batson, C.D., O'Quin, K., Fultz, J., Vanderplas, M., & Isen, A. (1983). Self-reported distress and empathy and egoistic versus altruistic motivation for helping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 706-718.
- Bäckström, C., Kåreholtd, I., Thorstenssona, S., Golsäterc, M., & Mårtensson, L. B. (2018). Quality of couple relationship among first-time mothers and partners, during pregnancy and the first six months of parenthood. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 17, 56-64.
- Bagarozzi, D.A. (2014). *Enhancing intimacy in marriage: A clinician's guide*. Routledge.
- Bramlett, M. D., & Mosher, W. D., (2001). *First marriage dissolution, divorce, and remarriage: United States*. Advance Data, 323, 1-20.
- Bornstein, J. X., Rafaeli, E., & Gleason, M. E. J. (2020). Understanding in transition: The influence of becoming parents on empathic accuracy. *Journal of Social and Personal Relationships*, 37(8-9), 2366-2385.

- Claxton, A., & Perry-Jenkins, M. (2008). No fun anymore: leisure and marital quality across the transition to parenthood. *Journal of Marriage and Family*, 70(1), 28–43.
- Cowan, P. A., Cowan, C. P., Schultz, M. S., & Heming, G. (1994). *Prebirth to preschool family factors in children's adaptation to kindergarten*. In R. D. Parke, & S. G. Kellam (Eds.), *Exploring family relationships with other social contexts. Family research consortium: Advances in family research* (pp. 75–114). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Don, B. P., & Mickelson, K. D. (2014). Relationship satisfaction trajectories across the transition to parenthood among low-risk parents. *Journal of Marriage and Family*, 76, 677–692.
- Doss, B. D., & Rhoades, G. K. (2017). The transition to parenthood: Impact on couples' romantic relationships. *Current opinion in psychology*, 13, 25–28.
- Duba, J. D. (2010). *Intimacy and the recovery of intimacy in religious and faith-based relationships*. In J. Carlson & L. Sperry (Eds.), *Recovering intimacy in love relationships: A clinician's guide* (pp. 357–372). New York, NY: Routledge.
- Gottman, J.M., Coan, J., Carrere, S., & Swanson, C. (1998). Predicting marital happiness and stability from newlywed interactions. *Journal of Marriage and the Family*, 60(1), 5–22.
- Gottman, J.M., Gottman, J.S. (2008). *Gottman Method Couple Therapy*. In A.E. Gurman (Ed), *Clinical handbook of couple therapy* (4th ed., pp. 31–68). New York, NY: Guilford Press.
- Gottman, J. (1999). *The marriage clinic: A scientifically based marital therapy*. New York: Norton.
- Halford, W.K. & Snyder, D.k. (2012). Universal processes and common factors in couple therapy and relationship education. *Behavior Therapy*, 43, 1–12.
- Ickes, W. (2003). *Everyday mind reading*. New York: Prometheus Books.
- Impett, E. A., Muise, A., & Rosen, N. O. (2015). When is it good to be giving in the bedroom? A prosocial perspective on sexual health and well-being in romantic relationships. *Current Sexual Health Reports*, 7, 180–190.
- Johnson, S.M., & Greenman, P.S. (2006). The path to a secure bond: Emotionally focused couple therapy. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 62(5), 597–609.
- Jolliffe, D., & Farrington, D.P. (2006). Examining the relationship between low empathy and bullying. *Aggression Behaviors*, 32(6), 540–550.
- Lavner, J. A., Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (2016). Does couples' communication predict marital satisfaction, or does marital satisfaction predict communication? *Journal of Marriage and Family*, 78(3), 680–694.
- Lévesque, S., Bisson, V., Charton, L., & Fernet, M. (2020). Parenting and relational well-being during the transition to parenthood: Challenges for first-time parents. *Journal of Child and Family Studies*, 29(7), 1938–56.
- Laurenceau, J. P., Barrett, L. F., & Pietromonaco, P. R. (1998). Intimacy as an interpersonal process: the importance of self-disclosure, partner disclosure, and perceived partner responsiveness in interpersonal exchange. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1238–1251.
- Margolin, G., Gordis, E. B., & John, R. S. (2001). Coparenting: a link between marital conflict and parenting in two-parent families. *Journal of family Psychology*, 15(1), 3.
- Martins, C.A. (2018). *Transition to parenthood: consequences on health and well-being*. A study. *Enferm Clin*.
- Medina, A. M., Lederhos, C. L., & Lillis, T. A. (2009). Sleep disruption and decline in marital satisfaction across the transition to parenthood. *Families, Systems, & Health*, 27, 153–160.
- Mitnick, D.M., Heyman, R.E., & Smith Slep, A.M. (2009). Changes in relationship satisfaction across the transition to parenthood: A meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 23, 848–852.

- Minnott, K.L., Pedwrsen, D., Mannon, S. (2018). The emotional Terrain of parenting and marriage: emotion work and satisfaction. *The Social Screeuce Journal*, 47(4):747-761.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York, NY: Guilford Press.
- Muise, A., Kim, J. J., Impett, E. A., & Rosen, N. O. (2017). Understanding when a partner is not in the mood: Sexual communal strength in couples transitioning to parenthood. *Archives of Sexual Behavior*, 46(7),1993–2006.
- Osgarby, S.M., & Halford, W. K. (2013). Couple relationship distress and observed expression of intimacy during reminiscence about positive relationship events. *Behavior Therapy*, 44(4), 686–700.
- Pilkington, P. D., Milne, L. C., Cairns, K. E., Lewis, J., & Whelan, T. A. (2015). Modifiable partner factors associated with perinatal depression and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 178, 165-180.
- Post, C. N. (2015). *Changes in relationship satisfaction across the transition to parenthood: Baby-proofing marriage through couples therapy*: Widener University.
- Rholes, W. S., Jamie L. K., & Jeffrey A. S. (2014). A Longitudinal Study of Conflict in New Parents: The Role of Attachment. *Personal Relationships*, 21: 1–21.
- Rosen, N.O., Mooney, K., & Muise, A. (2017). Dyadic empathy predicts sexual and relationship well-being in couples transitioning to parenthood. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(6), 543–559.
- Ryan, R. M., & Padilla, C. M. (2019). *Transition to parenthood*. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Being and becoming a parent* (pp. 513–555). Routledge/Taylor & Francis Group
- Seyed Karimi, S., Khodabakhshi-Koolae, A., Falsafinejad, M. R. (2021). Psychological Challenges of Transition to Parenthood in First-time Parents. *PCP*, 9(2) :81-92
- Schaefer, M. T., & Olson, D. H. (1981). Assessing intimacy: The PAIR Inventory. *Journal of Marital and Family Therapy*, 7(1), 47–60.
- Schmidt, C., Luquet, W., & Gehlert, N.C. (2016). Evaluating the impact of the “getting the love you want” couples workshop on relational satisfaction and communication patterns. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 15(1), 1-18.
- Shek, D. (1998). Reliability and validity of the Kansas Marital Satisfaction Scale for Chinese parents. *Psychol Rep*; 83(1), 2-81.
- Schumm, W. R., Paff-Bergen, L. A., Hatch, R. C., Obiorah, F. C., Copeland, J. M., Meens, L. D., & Bugaighis, M. A. (1986). Concurrent and discriminant validity of the Kansas Marital Satisfaction Scale. *Journal of Marriage and the Family*, 48, 381-387.
- Sullivan, K. T., Pasch, L. A., Johnson, M. D., & Bradbury, T. N. (2010). Social support, problem solving, and the longitudinal course of newlywed marriage. *Journal of personality and social psychology*, 98(4), 631-644.
- Trillingsgaard, T., Baucom, K.J.W., & Heyman, R.E. (2014). Predictors of change in relationship satisfaction during the transition to parenthood: predictors of change in relationship satisfaction. *Family Relat*. 63, 667–679.
- Umberson, D., Thomeer, M.B., & Lodge, A.C. (2015). Intimacy and emotion work in lesbian, gay, and heterosexual relationships. *Family Relationships*, 77, 542–556.
- Yoo, H., Bartle-Haring, S., Day, R., & Gangamma, R. (2014). Couple communication, emotional and sexual intimacy, and relationship satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 40, 275-293.
- Walker, A.J. & Thompson, L. (1983). Intimacy and intergenerational aid and contact among mothers and daughters. *Journal of Marriage and the Family*, 45, 841-849.

- Will, T.A., & Shinar, O. (2000). *Measuring perceived and received social support*. In Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb, B. (Eds.) *Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists*, pp. 86., Oxford University Press, Toronto.