



شجاعی، جمشید؛ کرای، امین؛ عباس پور، ذبیح‌اله (۱۴۰۰). تأثیر زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند بر کیفیت رابطه جنسی و استرس والدینی زوجین دارای فرزند زیر سه سال.
DOI: 10.22067/tpccp.2021.68151.1016 . ۶۰-۸۰، (۱) ۱۱، مشاوره، ۱۱ (۱)، ۸۰-۶۰.

تأثیر زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند بر کیفیت رابطه جنسی و استرس والدینی زوجین دارای فرزند زیر سه سال

جمشید شجاعی^۱، امین کرای^۲، ذبیح‌اله عباس پور^۳

تاریخ دریافت: ۹۹/۱۱/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۹/۲ نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: 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 تأثیر قرار دهد. این پژوهش، با هدف بررسی تأثیر زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند بر کیفیت رابطه جنسی و استرس والدینی زوجین دارای فرزند زیر سه سال انجام شده است.

روش: روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه پژوهش، کلیه زوجین دارای فرزند کمتر از ۳ سال بودند که در سال ۱۳۹۹ به مراکز مشاوره شهرستان بهبهان مراجعه کرده بودند. نمونه پژوهش، ۲۰ زوج بودند که به صورت نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب و به صورت تصادفی، در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۰ زوج) گمارده شدند. اعضای گروه آزمایش، به صورت گروهی تحت زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند در ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، شامل مقیاس کیفیت رابطه جنسی زناشویی و مقیاس استرس والدینی بود. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چند متغیری و تک متغیری تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین گروه‌ها از نظر کیفیت رابطه جنسی و استرس والدینی تفاوت معنی‌داری وجود داشت. به عبارت دیگر، زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند باعث افزایش معنی‌دار کیفیت رابطه جنسی و کاهش معنی‌دار استرس والدینی ($F=485/944, p < 0/001$) و کاهش معنی‌دار استرس والدینی ($F=274/647, p < 0/001$) زوجین شد.

واژه‌های کلیدی: زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند، کیفیت رابطه جنسی زوجین، استرس والدینی، زوجین.

۱. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران jamshidshojaei6@gmail.com

۲. استادیار، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران (نویسنده مسئول) am.koraei@gmail.com

۳. مدرس مدعو، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران/ استادیار گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران

اهواز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، اهواز، ایران z.abbaspour@scu.ac.ir

مقدمه

یکی از عواملی که دائماً پویایی‌های روابط زوجین را تحت تأثیر قرار می‌دهد، تولد نخستین فرزند است. انتقال به دوره‌ی والدگری^۱ 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 تأثیر قرار دهد. متخصصان خانواده‌درمانی، تولد اولین فرزند و تغییراتی را که با این انتقال زوجین به دوره‌ی والدگری همراه می‌شود، به‌عنوان «وقوع بحران» توصیف کرده‌اند (Bash, 2016). از یک طرف، تولد فرزند نشان‌دهنده‌ی تحقق رویای والدین است، از طرف دیگر، می‌تواند به معنای تجربه لحظات دشوار و آزاردهنده‌ای باشد که در نتیجه‌ی تقاضاهای مراقبت و یادگیری بی‌پایان و سازمان‌دهی‌های مجدد لازم به‌عنوان یک فرد، همسر، عضو خانواده و حرفه‌ای (شغلی) حاصل شده است. اگر چه سطحی از اضطراب برای همه‌ی والدین طبیعی است، اما اضطراب شدید یا طولانی‌مدت می‌تواند در توانایی انجام فعالیت‌های روزمره اختلال ایجاد نموده و بر روابط تأثیرگذار باشد. تغییرات عمیق در سبک زندگی، نقش‌ها و روابط به‌عنوان عواملی نامیده شده‌اند که همواره باعث افزایش سطح استرس و تأثیر بر کیفیت زندگی زنان و مردان می‌شوند (Ngai & Ngu, 2013). علاوه بر این، برقراری هماهنگی و سازگاری بین هویت‌های مختلف (خود، والدین، شریک زندگی) به سختی می‌تواند انجام شود و برای این که فرد به‌عنوان والد، بتواند احساس راحتی و شایستگی داشته باشد، زمان طولانی صرف می‌شود. همچنین، تولد فرزند اول هر دو شریک را مجبور به تعریف دوباره نقش‌ها، انتظارات و تعاملات خود می‌کند (Doss & Rhoades, 2017) و از آنجایی که نقش والدین در اولویت قرار می‌گیرد، والدین اغلب از نیازهای خود به نفع نیازهای کودک غفلت می‌کنند که می‌تواند پیامدهایی برای سلامت ارتباط بین زوجین داشته باشد (De Goede & Greeff, 2016; Delicate et al., 2018). به همین ترتیب، والدینی که به تازگی دارای فرزند شده‌اند، غالباً از این شکایت دارند که دیگر آزادی و انعطاف‌پذیری برای برنامه‌های مورد علاقه خود، اوقات فراغت و یا انجام فعالیت‌هایی در خارج از حوزه خانواده (به‌عنوان مثال «زمان منحصر به من») را ندارند (De Goede & Greeff, 2016). در نتیجه، ممکن است احساس کنند که کنترل زندگی خود را از دست داده‌اند (Darvill, Skirton, & Farrand, 2010).

یکی از متغیرهایی که در زندگی زناشویی زوج‌ها، می‌تواند تحت تأثیر انتقال به دوره‌ی والدگری قرار گیرد، کیفیت رابطه جنسی^۲ می‌باشد. تغییر در کیفیت روابط جنسی در انتقال به دوره‌ی والدگری، یک چالش معمول می‌باشد که اغلب نادیده گرفته می‌شود. بعد از تولد فرزند، ابعاد روابط جنسی زوجین که

1. Transition to Parenthood
2. Quality of Sexual Relationship

تحت تأثیر قرار می‌گیرند شامل رضایت جنسی، تمایل جنسی و نگرانی‌های جنسی مربوط به یک رویداد خاص (زایمان) بوده و از جمله نگرانی‌های مربوط به این دوره، میزان تأثیر بهبودی جسمی بعد از زایمان بر روابط جنسی بوده و یا این که چه موقع می‌توان با خیال راحت روابط مقاربتی را از سر گرفت (McBride & Kwee, 2017; Schlagintweit, Bailey, & Rosen, 2016). تجربه والدینی که به تازگی دارای فرزند شده‌اند، این‌طور بیان می‌کند که رضایت جنسی (ارزیابی ذهنی آن‌ها از کیفیت رابطه جنسی) نسبت به قبل از بارداری کاهش یافته است. به‌طور خاص، یک سوم تا نیمی از والدینی که صاحب اولین فرزند شده‌اند، احساس نارضایتی از زندگی جنسی خود را در ۶ تا ۸ ماه پس از زایمان نشان می‌دهند (Yıldız, 2015).

متغیر دیگری که بر پویایی روابط زوج‌ها تأثیر می‌گذارد و می‌تواند تحت تأثیر انتقال به دوره‌ی والدگری قرار گیرد، استرس والدینی زوجین^۱ می‌باشد. استرس والدینی، به‌عنوان مشکلات و سختی‌هایی که والدین در حین مراقبت از کودک تجربه می‌کنند، تعریف می‌شود و این استرس در خلال مشکلات مربوط به سلامت روان والدین یا حوادث ناگوار زندگی یا شخصیت کودک در سطوحی متفاوت، تجربه می‌شود (Vinayak & Dhanoa, 2017). محققانی از قبیل (Abidin & Brunner, 1995)، استرس والدینی را حاصل اثر تعامل کنش‌وری خصوصیات اصلی و آشکار والدین (مانند افسردگی، احساس صلاحیت، سلامت، روابط توأم با دلبستگی با کودک، روابط با همسر، محدودیت ناشی از نقش‌پذیری یا مادری کردن) با خصوصیات کودک (مانند سازش‌پذیری، پذیرندگی، فزون‌طلبی، خلق، فزون‌کنشی و تقویت‌گری) می‌دانند. آن‌ها همچنین، معتقدند که ویژگی‌های والد و کودک، همراه با متغیرهای موقعیتی بیرونی و عوامل فشارزای زندگی (مانند طلاق، مشکلات شغلی و ...) دلیل افزایش احتمال نارسایی کنش‌وری و استرس والدینی است (Vinayak & Dhanoa, 2017).

به‌این ترتیب، با مرور پیشینه‌ی پژوهشی مشخص می‌شود که انتقال به دوره‌ی والدگری که در واقع یک انتقال طاق‌فرسا و پراسترس در زندگی است، ممکن است زوجین را در معرض مشکلات روحی و روانی قرار دهد (Da Costa et al., 2019; Doss & Rhoades, 2017; Vismara et al., 2016). در این انتقال، چالش‌های جدیدی ایجاد می‌شود (به‌عنوان مثال، تغذیه با شیر مادر، خستگی / کمبود خواب، تصمیم‌گیری‌های والدین، تغییر نقش‌ها و مسئولیت‌های زوجین) که ممکن است تهدید (شرایط سخت) یا تقاضای شدید برای فرد یا زوج ایجاد کند (Doss & Rhoades, 2017). بسته به عوامل فردی، رابطه‌ای یا زمینه‌ای، چنین چالش‌هایی ممکن است بیش از منابع مقابله‌ای فرد ادراک شوند، بنابراین، بر عملکرد فردی یا دوگانه

(برای زوجین) در فرآیندی تحت عنوان «استرس» تأثیر می‌گذارد (Ben-Zur, Zeigler-Hill, & Shackelford, 2019). در یک پژوهش (Martins, 2019) به بررسی پیامدهای بهزیستی روان‌شناختی و سلامت زوجین، در طی شش ماه اول انتقال به نقش والدینی پرداخت و نتایج نشان داد که تغییر در سبک زندگی، نقش‌ها و روابط باعث افزایش استرس و کیفیت زندگی زوجین می‌شود و اثرات شدیدی که بر زندگی زوجین وارد می‌شود، بهزیستی روان‌شناختی و سلامت زوجین را به مخاطره می‌اندازد. در پژوهش دیگری (Jones et al., 2018) به بررسی اثربخشی برنامه مداخله پیشگیرانه بنیادهای خانواده بر بهبود کارایی والدین، زوجین و فرزند پرداختند. این برنامه برای زوج‌هایی طراحی شده که در مرحله انتقال به دوره والدگری هستند (در انتظار تولد اولین فرزندشان می‌باشند). نتایج این برنامه اثرات مثبت بلندمدتی را بر بهبود کارایی والدین، زوجین و فرزند به دنبال داشته است. همچنین (Abbaspour et al., 2019a) پژوهشی با هدف اثربخشی زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند بر هماهنگی زناشویی و شایستگی والدگری پس از زایش نخستین فرزند زوجین انجام دادند و نتایج نشان داد این مدل درمانی می‌تواند برای انتقال به مرحله والدگری کارساز باشد.

شواهد فراوان گویای آن است که زوج‌ها در جامعه‌ی امروزی اغلب برای برقراری مجدد سطوح اعتماد و رضایت در رابطه خود، به‌ویژه موضوعات مربوط به پیوندهای هیجانی با افراد مهم زندگی، برای درمان مراجعه می‌کنند. به همین خاطر نیاز ما به رویکردهای مؤثر و به‌طور تجربی حمایت‌شده برای زوج‌درمانی، مورد تأکید قرار گرفته است (Christensen, Atkins, Yi, Baucom, & George, 2006). فراتحلیل‌های زوج‌درمانی تأکید می‌کنند که رویکردهای گوناگون در درمان آشفتگی زوج‌ها، بهبود بالینی و آماری معنی‌داری برای بخش قابل‌توجهی از زوج‌ها به ارمغان آورده‌اند و متوسط افرادی که زوج‌درمانی دریافت می‌کنند از ۰/۸۰ افرادی که تحت درمان قرار نمی‌گیرند، بهبود بیشتری نشان می‌دهند (Bash, 2016). بیش از ۴۰ سال تحقیق و تمرین در زوج‌درمانی، منجر به ارائه طیف گسترده‌ای از پروتکل‌های درمانی از لحاظ کیفیت و چگونگی اجرا شده است: رفتاری^۱، متمرکز بر بیش^۲، سیستمی^۳ و متمرکز بر هیجان^۴. ولی بر اساس مطالعات موجود، تفاوت‌های معتبری در زمینه اثربخشی این درمان‌ها به دست نیامده است. علی‌رغم تدوین پروتکل‌های متعدد در زمینه زوج‌درمانی، امروزه متخصصان بیشتر تمایل به استفاده از رویکردهای تلفیقی (یکپارچه‌نگر) دارند و معتقدند که یک رویکرد محض به دلیل آن‌که به‌طور همه‌جانبه و عمیق مشکلات

-
1. Behavioral
 2. Vision-Focused
 3. Systemic
 4. Emotion-Focused

زوج را نمی‌شکافد از کارایی لازم برخوردار نیستند. شاید یکی از دلایل چنین پیامدهایی این باشد که همه‌ی این درمان‌ها بر پایه‌ی اصول مشترکی هستند (Snyder & Balderrama-Durbin, 2012).

زوجین در گذار به مرحله‌ی والدینی، برای تطبیق خود با نقش‌های جدید به‌عنوان والدین و از طرفی تأمین نیازهای خود به روابط صمیمانه توأم با حفظ سبک والدگری مطلوب، تحت فشار قرار می‌گیرند. آن‌ها از این همه تلاش برای انجام وظایف خود از جمله: «حفظ زندگی، تأمین هزینه‌های خانوار، حفظ اوقات سرگرمی، روابط اجتماعی و صمیمیت جنسی و عاطفی» که قبل از بچه‌دار 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 (Delicate et al., 2018).

پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که پس از تولد اولین فرزند، میزان رضایت دو سوم زوجین از روابط زناشویی‌شان کاهش پیدا می‌کند و تعارض در روابط و خصومت نسبت به یکدیگر، به طرز قابل توجهی افزایش می‌یابد (Neves Carvalho et al., 2017). زوجین خود را بیش از پیش در حال جنگ و ستیز می‌یابند و صمیمیت عاطفی آن‌ها خراب می‌شود. آن‌ها سردرگم، خسته و فرسوده می‌شوند، بنابراین عجیب نیست که میزان اشتیاق و علاقه، روابط جنسی و عشق آن‌ها رو به زوال می‌گذارد (McBride & Kwee, 2017). به عقیده صاحب‌نظران، منابعی که در حال حاضر برای عبور از مرحله گذار والدینی در دسترس زوج‌ها قرار دارد، تأثیری در افزایش میزان رضایت زناشویی آن‌ها نداشته است (Bash, 2016). بنابراین، مسئله‌ای که در حال حاضر وجود دارد این است که کدام روش‌ها می‌تواند رضایت زناشویی و عوامل مرتبط با آن را در زوج‌هایی که بچه‌دار شده‌اند، افزایش دهد؟

یکی از روش‌های درمانی تلفیقی که در سال‌های اخیر برای کمک به مشکلات و ناهماهنگی‌های زناشویی ناشی از زایش نخستین فرزند ابداع شده، اثربخشی زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند^۱ (به معنی الماس) می‌باشد. زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند، یک برنامه طراحی شده برای بهبود مشکلات زناشویی زوجینی است که به تازگی فرزند دار شده‌اند. این برنامه‌ی چهار بعدی، بر مبنای چهار بعد اساسی تعهد^۲، ارتباط^۳، پیوند (اتصال)^۴ و ملاحظه (توجه)^۵ بنا شده است و ترکیبی از روش گاتمن^۶، هارویل هندریکس^۷،

1. Integrative Couple Therapy via Diamond Method
2. Commitment
3. Communication
4. Connection
5. Consideration
6. Gottman
7. Harville Hendrix

زوج‌درمانی شناختی رفتاری^۱، نظریه دلبستگی^۲، زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر کوتاه‌مدت^۳ و زوج‌درمانی ساختاری^۴ می‌باشد. در این برنامه‌ی درمانی، تعهد به وفادار ماندن به همسر در خلال زندگی مشترک اشاره دارد. ارتباط به معنای روشی است که زوجین از آن برای بیان افکار و احساساتشان نسبت به یکدیگر استفاده می‌کنند و زبانی است که ما آن را برای بیان احساسات حقیقی‌مان به کار می‌بریم. پیوند به معنای احساس امنیت و قربانی است که ما از ابراز احساسات و افکار خود به دست می‌آوریم و حس پذیرفته شدن می‌کنیم. این واژه، مترادف با احساس دوست داشته شدن و دوست داشتن همسر به شیوه‌ای عاشقانه است. ملاحظه به معنای احترام هوشمندانه و همراه با همدلی بوده و تمایل به اجتناب از انجام دادن کاری است که سبب غم، ناراحتی یا خشم دیگران شود. شایستگی اثربخشی این درمان، مورد تأیید متخصصین زوج‌درمانی قرار گرفته است (Bash, 2016).

این مدل درمانی، به برخی از چالش‌های دوره‌ی انتقال به والدگری و استفاده از نماد الماس برای نتیجه‌نهایی مقاومت و پایداری زناشویی اشاره کرده است. دقیقاً همان‌طور که چهار ویژگی با عناوین قیراط^۵، برش^۶، رنگ^۷ و شفافیت^۸ 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، از قبیل کیفیت رابطه جنسی و استرس والدینی، به آن‌ها تقسیم‌بندی کرد. «4C» الماس رابطه که محققان ابداع کرده‌اند شامل: تعهد، ارتباط، پیوند (اتصال) و ملاحظه (توجه) می‌شود. نماد الماس، نشانگر ارزشمندی جنس یک ازدواج مستحکم است (Bash, 2016). هدف روش دایمند در این پژوهش، افزایش کیفیت رابطه جنسی و کاهش استرس والدینی در زوج‌های دارای فرزندان نوپا و ایجاد یک رابطه‌ی الماس‌گونه‌ی محکم و سخت بوده است.

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

1. Cognitive Behavioral Couples Therapy
2. Attachment Theory
3. Brief Integrative Couple's Therapy
4. Structural Couple's Therapy
5. Carat
6. Cut
7. Color
8. Clarity

ازدواج در زمانی که دستخوش یک عامل استرس‌زای دائمی مثل پدر و مادر بودن می‌شود، یکسان است. به این ترتیب، این برنامه‌ی درمانی به فراهم آوری یک منبع کمکی برای زوجها و پرورش شادکامی، قدرت درونی و تعادل هر دو فرد در زندگی زناشویی کمک می‌کند.

پیش‌بینی می‌شود که با درگیر شدن موفقیت‌آمیز در زوج‌درمانی به روش دایمند، رضایت‌مندی زناشویی در زوجها در نقش‌های جدیدشان به عنوان پدر و مادر افزایش خواهد یافت. درحالی‌که هم‌اینک برنامه‌های زوج‌درمانی دیگری نیز وجود دارند، این مدل درمانی به سراغ مشکلات مشترکی که زوجها با آن مواجه هستند، می‌رود و همچنین عوامل استرس‌زای مخصوص تازه پدر و مادرها را به روشی ساده و مؤثر مورد رسیدگی قرار خواهد داد. نقش درمانگران در این رویکرد ترکیبی شامل: تفسیر علت رفتارهای معین، پشتیبانی و تشویق، نظارت، آموزش، کمک به زوجها برای برآمدن از عهده مشکلات و ایجاد ابزارهایی برای افزایش احساس رضایت‌مندی زناشویی‌شان است (Bash, 2016).

در همین راستا (Bash, 2016) برای اولین بار این مدل درمانی را مورد استفاده قرار داد و بررسی نمود که آیا 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؟ اگر چنین هست، چه سازوکارهای خاصی در تعهد، ارتباط، پیوند (اتصال) و ملاحظه (توجه) (که محقق آن‌ها را 4C نامیده است)، وجود دارد که موجب اثربخشی آن‌ها شده است؟ همچنین (Abbaspour et al., 2019) پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند بر هماهنگی زناشویی و شایستگی والدگری پس از زایش نخستین فرزند بر روی زوجینی که دارای فرزند کمتر از سه سال بودند، انجام دادند و یافته‌ها نشان داد زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند می‌تواند برای انتقال به مرحله والدگری کارساز باشد و نتیجه گرفتند که خانواده درمانگران می‌توانند از این روش درمانی برای بهبود روابط زناشویی زوجین ایرانی استفاده کنند. به همین ترتیب (Abbaspour & Chubdari, 2020)، در پژوهش دیگری به بررسی اثربخشی زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند بر بهزیستی روان‌شناختی و تعارض زناشویی بعد از تولد اولین فرزند زوجین پرداختند و نتایج نشان داد زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند باعث کاهش معنادار تعارضات زناشویی شد، ولی بر بهزیستی روان‌شناختی زوجین تأثیر معنادار نداشت. این پژوهشگران نتیجه گرفتند که زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند می‌تواند برای تسهیل انتقال زوجین به مرحله والدگری مؤثر باشد.

ضرورت پرداختن به مباحثی از قبیل کیفیت رابطه جنسی و استرس والدینی در زوجین، از منظر هیچ‌کس پوشیده نیست. داشتن روابط زناشویی رضایت‌بخش می‌تواند منجر به پیشرفت‌های حیرت‌آور

فردی و خانوادگی شود و فقدان چنین روابطی می‌تواند زخم‌ها و صدمه‌هایی را ایجاد کند که شاید سال‌ها التیام نیابد. تحقیقات نشان داده است که با کاهش کیفیت روابط زناشویی احتمال طلاق افزایش یافته و کیفیت روابط زناشویی بر کیفیت کلی زندگی و بهزیستی ذهنی تأثیرگذار است (Post, 2015). دلیل کاربرد رویکرد زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند در پژوهش حاضر، این است که 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 (Halford & Snyder, 2012)، 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 (Bash, 2016). بنابراین، درحالی‌که مطمئناً روش‌های دیگری نیز برای رفع مشکلات رایج زوجین در دسترس بوده، اما این مدل عوامل استرس‌زای خاص والدین جدید را در نظر گرفته و به صورت روشی ساده و مؤثر طراحی شده است و با ترکیبی از مجموعه پروتکل‌ها و تمرینات ساختاریافته به مراجعان برای افزایش مهارت‌های اجتماعی در تغییر رفتار مراجعان کمک فراوانی می‌کند.

با توجه به این‌که دوره‌ی گذار 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 (Bash, 2016) و بر مبنای پژوهش‌های انجام شده بر اساس رویکرد زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند (Abbaspour & Chubdari, 2020; Abbaspour et al., 2019) که بر روی زوجین دارای فرزند زیر سه سال انجام شده‌اند و همچنین، یافت نشدن پژوهشی در داخل کشور که برای حل مسائل و مشکلات ناشی از کیفیت رابطه جنسی و استرس والدینی زوجین دارای فرزند زیر سه سال انجام شده باشد، مسئله پژوهش حاضر این بود که آیا روش زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند بر کیفیت رابطه جنسی و استرس والدینی زوجین دارای فرزند زیر سه سال تأثیر دارد؟

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زوجین دارای فرزند کمتر از ۳ سال مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهرستان بهبهان در سال ۱۳۹۹ بودند که از بین آن‌ها، ۲۰ زوج (۴۰ نفر) با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج، به صورت نمونه-گیری هدفمند در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی، در دو گروه آزمایش (۱۰ زوج = ۲۰ نفر) و گواه (۱۰ زوج = ۲۰ نفر) گمارده شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن حداقل مدرک تحصیلی سیکل، توانایی صحبت کردن به

زبان فارسی، داشتن حداقل دو سال زندگی مشترک، داشتن فرزند زیر سه سال، حداقل یکی از زوجین بر مبنای پرسشنامه رضایت زناشویی کانزاس 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، استفاده از هر نوع داروی روان‌پزشکی در زمان مراجعه به مرکز مشاوره و سابقه بستری شدن در بیمارستان‌های روان‌پزشکی بوده است.

نحوه انجام پژوهش، به این صورت بود که در ابتدا به منظور بررسی میزان ناراضی‌ت‌های زوجین، از پرسشنامه رضایت زناشویی کانزاس استفاده شد و پس از احراز ملاک‌های ورود، شرکت‌کنندگان به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. سپس، طی جلسه‌ای پژوهشگر به معرفی خود، اهداف، قوانین، مکان، طول مدت جلسات و... پرداخت. قبل از شروع مداخلات، از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد. در ادامه، گروه آزمایش طی ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش با استفاده از زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند قرار گرفتند و گروه گواه در لیست انتظار باقی ماندند. آموزش زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند به صورت گروهی و با روش‌های سخنرانی، بحث و پرسش و پاسخ انجام شد. لازم به ذکر است که در پایان هر جلسه تکلیفی مرتبط با آن جلسه داده و در ابتدای جلسه بعد ضمن بررسی به افراد بازخورد داده شد. محتوی مداخله توسط (Bash, 2016) طراحی و توسط محقق ترجمه شده و دستورالعمل‌های آن به تفکیک جلسات، در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱: محتوا و ساختار جلسات مداخله زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند

جلسه	عنوان جلسه	محتوای جلسه
۱	آشنایی و مقدمه	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 زوج‌درمانی، اهداف زوجی برای رابطه، بررسی احساسات و ترس‌های قبل از شروع درمان، ارائه تکلیف، بازخورد از جلسه
۲	تعهد	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
۳	ارتباط	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

۴	پیوند عاطفی و فیزیکی	تأکید 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
۵	ملاحظه و توجه	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
۶	نتیجه‌گیری و جمع‌بندی	بحث در مورد اهمیت کیفیت روابط زناشویی، اشاره به مراحل دشوار زندگی و کاربرد این مهارت‌های چهارگانه، بحث در مورد چشم‌انداز زوجین درباره آینده، بازخورد از جلسه و کل روند درمان، بررسی و شناسایی موانع اجرای برنامه در بلندمدت

در پایان جلسه‌ی ششم، مجدداً ابزارهای مربوط به متغیرهای وابسته پژوهش (کیفیت رابطه جنسی و استرس والدینی) به منظور بررسی تغییرات انجام شده در اختیار گروه آزمایش و گواه قرار گرفت. در این پژوهش، از ابزارهای زیر جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده گردید:

مقیاس کیفیت رابطه جنسی زناشویی^۱

این مقیاس که توسط (Sadeghi & Samani, 2011) طراحی و اعتباریابی شده، شامل ۱۲ گویه بوده و برای سنجش کیفیت روابط جنسی زناشویی ساخته شده است. در این مقیاس، کیفیت روابط جنسی زناشویی در سه خرده‌مقیاس میل (گرایش) جنسی، اجازه رابطه جنسی و خشنودی جنسی اندازه‌گیری می‌شود. برای نمره‌گذاری گویه‌ها از یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از به شدت مخالف (۱) تا به شدت موافق (۵) استفاده می‌شود. حداقل و حداکثر نمره فرد در کل پرسشنامه، به ترتیب ۱۲ و ۶۰ می‌باشد. در این مقیاس نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت روابط جنسی بیشتر است. این پژوهشگران (Sadeghi & Samani, 2011) به منظور بررسی شاخص‌های روان‌سنجی این مقیاس که بر روی نمونه‌ای به تعداد ۱۵۰ فرد متأهل (۸۳ زن و ۶۷ مرد) انجام شده، از روش تحلیل عاملی استفاده نمودند. پیش از اجرای تحلیل عاملی، ابتدا دو شاخص نسبت KMO و آزمون بارتلت بررسی شد. مقدار KMO برای ماتریس همبستگی پرسش‌های این مقیاس برابر با ۰/۸۴ و آزمون بارتلت در خصوص کفایت محتوای پرسشنامه معنی‌دار بود. پس از اطمینان از دو شاخص KMO و ضریب کرویت بارتلت، با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی به روش مؤلفه‌های اصلی، گویه‌های این مقیاس بررسی شدند. در این مسیر، ماتریس ۱ تا ۴ عاملی مورد ارزیابی قرار گرفت که بهترین ترکیب محتوایی حاصل از وضعیت ۳ عاملی بود. شایسته یادآوری است که ملاک انتخاب تعداد عامل برای

1. Quality of Marital Sexuality Scale

چرخش مؤلفه‌ها، نمودار اسکری، ارزش ویژه بالاتر از یک و درصد واریانس قابل تبیین بود. سه عامل مستخرج از ماتریس همبستگی گویه‌های پرسشنامه در مجموع ۰/۸۵ درصد از واریانس پرسشنامه را مورد ارزیابی قرار می‌دادند. پس از چرخش ماتریس سه عاملی پرسشنامه کیفیت روابط جنسی زناشویی به شیوه متعامد (واریماکس) بر اساس ماتریس مؤلفه‌های چرخش داده شده محتوای هر یک از این عوامل بر پایه بار عاملی هر پرسش در هر عامل استخراج شد. سپس این عوامل با توجه به محتوای گویه‌ها، میل (گرایش) جنسی، اجازه رابطه جنسی و خشنودی جنسی نام‌گذاری شدند (Sadeghi & Samani, 2011). پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمد.

مقیاس استرس والدینی^۱

این مقیاس (Berry & Jones, 1995)، یک ابزار خودگزارشی است که شامل ۱۸ گویه بوده و نشان‌دهنده‌ی موضوعات لذت‌بخش یا مثبت والدگری (منافع عاطفی، غنی‌سازی خود و رشد فردی) و مؤلفه‌های منفی (نیاز به منابع، بهای فرصت‌ها و محدودیت‌ها) می‌باشد. برای نمره‌گذاری هر گویه، یک مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از: (۱) کاملاً مخالفم، (۲) مخالفم، (۳) بی‌نظم، (۴) موافقم و (۵) کاملاً موافقم در نظر گرفته شده است. حداقل و حداکثر نمره فرد در کل پرسشنامه، به ترتیب ۱۸ و ۹۰ می‌باشد. نمره‌های بالاتر این مقیاس، استرس بیشتری را نشان می‌دهند. این مقیاس، برای ارزیابی استرس والدینی در جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرد (Mohtashami, Dehkordi, Chimeh, Alipor, & Ofoghi, 2012). این پژوهشگران (Berry & Jones, 1995) اعتبار درونی و اعتبار آزمون-باز آزمون این مقیاس را به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۰ گزارش کردند. در بررسی مقدماتی که به منظور تعیین اعتبار مقیاس ترجمه شده به زبان فارسی، روی ۲۳ مادر انجام شد، اعتبار آزمون-باز آزمون با فاصله زمانی یک هفته، ۷۸ درصد به دست آمد (Hasanzadeh, 2012). به همین ترتیب، این مقیاس اعتبار همگرایی رضایت بخشی با ابزارهای مختلف اندازه‌گیری استرس، هیجان و رضایت نقش، از جمله استرس ادراک شده، استرس شغلی/خانوادگی، تنهایی، اضطراب، گناه، رضایت زناشویی، تعهد زناشویی، رضایت شغلی و حمایت اجتماعی نشان داده است (Mohtashami et al., 2012). پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر، به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

در این پژوهش، از شاخص‌های آمار توصیفی برای محاسبه میانگین و انحراف معیار متغیرها استفاده شد. همچنین، به منظور بررسی تأثیر آموزش زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند بر متغیرهای وابسته پژوهش، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. تجزیه و تحلیل‌های آماری نیز، به وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام گرفت.

یافته‌ها

جدول ۲، ویژگی‌های جمعیت شناختی زوجین شرکت‌کننده در این پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت شناختی زوجین

گروه گواه	گروه آزمایش	متغیرها	
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
۷ (۲۳/۳)	۶ (۲۰)	۲۵-۲۰ سال	سن
۸ (۲۶/۶)	۱۰ (۳۳/۳)	۳۰-۲۶ سال	
۹ (۳۰)	۱۱ (۳۶/۶)	۳۵-۳۱ سال	
۶ (۲۰)	۳ (۱۰)	بالای ۳۵ سال	
۷ (۲۳/۳)	۵ (۱۶/۶)	دیپلم	تحصیلات
۸ (۲۶/۶)	۱۰ (۳۳/۳)	کاردانی	
۱۲ (۴۰)	۱۰ (۳۳/۳)	کارشناسی	
۳ (۱۰)	۵ (۱۶/۶)	تحصیلات تکمیلی	
۵ (۱۶/۶)	۴ (۱۳/۳)	۳-۱ سال	مدت ازدواج
۱۲ (۴۰)	۱۴ (۴۶/۶)	۶-۴ سال	
۱۰ (۳۳/۳)	۸ (۲۶/۶)	۹-۷ سال	
۳ (۱۰)	۴ (۱۳/۳)	بالای ۹ سال	

جدول ۳، یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار کیفیت رابطه جنسی و استرس والدینی در گروه زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند (۱) و گروه گواه (۲) در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (زوجین)

متغیر	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
کیفیت رابطه	گروه (۱)	۳۶/۹۷	۱/۳۲	۴۳/۷۲	۱/۱۱	۴۴/۳۵
	گروه (۲)	۳۵/۶۶	۱/۲۳	۳۶/۲۹	۱/۰۶	۳۷/۲۳
استرس والدینی	گروه (۱)	۵۵/۵۹	۱/۷۴	۴۶/۹۲	۱/۲۷	۴۶/۱۰
	گروه (۲)	۵۵/۴۴	۱/۷۸	۵۴/۵۱	۱/۷۶	۵۳/۶۱

همان‌طور که در جدول ۳ مشخص است که نمره میانگین گروه آزمایش در کیفیت رابطه جنسی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است، اما در گروه گواه نمره پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تغییر چندانی نشان نمی‌دهد. همچنین، مشخص است که نمره میانگین گروه آزمایش در استرس والدینی در

پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش یافته است و این تغییر در گروه گواه 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 فرضیه‌ها، برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های تحلیل کوواریانس را برآورد می‌کنند، به بررسی آن‌ها پرداخته شد. بدین منظور مهم‌ترین پیش فرض‌های آزمون کوواریانس یعنی آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌ها و آزمون باکس در مورد پیش فرض تساوی کوواریانس‌ها مورد بررسی قرار گرفتند که نتایج آن‌ها به ترتیب در جدول‌های ۴ و ۵ ذکر شده‌اند.

جدول ۴: آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌ها در متغیرهای وابسته‌ی پژوهش

متغیر	F	df1	df2	p
کیفیت رابطه جنسی	۲/۶۹۵	۱	۳۸	۰/۱۰۹
استرس والدینی	۳/۶۲۵	۱	۳۸	۰/۰۶۵

نتایج یافته‌های جدول ۴، پیش فرض تساوی واریانس‌های دو گروه را در دو متغیر رد نمی‌کند. به عبارت دیگر، واریانس‌های نمرات متغیرهای وابسته پژوهش، یعنی کیفیت رابطه جنسی ($p = ۰/۱۰۹$) و استرس والدینی ($p = ۰/۰۶۵$) در دو گروه تفاوت ندارد.

جدول ۵: آزمون باکس در مورد پیش فرض تساوی کوواریانس‌ها در متغیرهای وابسته‌ی پژوهش

آزمون باکس	F	df1	df2	p
۲/۵۶۷	۰/۸۰۷	۳	۲۵۹۹۲۰	۰/۴۹۰

نتایج آزمون باکس در جدول ۵، پیش فرض تساوی کوواریانس‌ها را در جامعه رد نمی‌کند ($p = ۰/۴۹۰$) یعنی روابط بین دو متغیر وابسته موجود در دو گروه، در واقع در جامعه با هم برابر بوده‌اند. برای مقایسه گروه‌های آزمایشی و گواه بر اساس نمره‌های پس آزمون‌ها پس از کنترل اثر پیش-آزمون‌ها، جهت تعیین تأثیر مداخله زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند بر کیفیت رابطه جنسی و استرس والدینی، ابتدا یک تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکووا) روی داده‌ها انجام گرفت، سپس فرضیه‌های پژوهش آزمون شدند. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری در جدول ۶ آمده است.

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) روی نمره‌های پس‌آزمون کیفیت رابطه جنسی و استرس والدینی در گروه‌های آزمایشی و گواه

آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	p
اثر پیلایی	۰/۹۵۵	۳۷۳/۶۴۲	۲	۳۵	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۴۵	۳۷۳/۶۴۲	۲	۳۵	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۲۱/۳۵۱	۳۷۳/۶۴۲	۲	۳۵	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۲۱/۳۵۱	۳۷۳/۶۴۲	۲	۳۵	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۶ ملاحظه می‌شود، آزمون‌های آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) در گروه‌های آزمایشی و گواه نشان می‌دهد که این گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. جدول ۷ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا برای نمره‌های پس‌آزمون در متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد.

جدول ۷: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا روی نمره‌های پس‌آزمون کیفیت رابطه جنسی و استرس والدینی

منبع	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	اندازه اثر	توان آماری
گروه	کیفیت رابطه جنسی	۳۴۵/۴۸۶	۱	۳۴۵/۴۸۶	۴۸۵/۹۴۴	۰/۰۰۱	۰/۹۳	۱/۰۰
	استرس والدینی	۴۴۴/۳۸۷	۱	۴۴۴/۳۸۷	۲۷۴/۶۴۷	۰/۰۰۱	۰/۸۸	۱/۰۰

همان‌طور که در جدول ۷ ملاحظه می‌شود نسبت F تحلیل کوواریانس تک متغیری برای متغیر کیفیت رابطه جنسی ($F=485/944$ و $p=0/001$) و استرس والدینی ($F=274/647$ و $p=0/001$) به دست آمدند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که در متغیرهای وابسته (کیفیت رابطه جنسی و استرس والدینی) بین گروه‌های زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند و گواه تفاوت معنی‌دار دیده می‌شود. به عبارت دیگر، نتایج نشان داده آموزش زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند بر کیفیت رابطه جنسی تأثیرگذار بوده و کیفیت رابطه جنسی زوجین را در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش داده است. همچنین، این شیوه درمانی بر استرس والدینی تأثیرگذار بوده و استرس والدینی زوجین را در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش داده است.

نتیجه

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند بر کیفیت رابطه جنسی و استرس والدینی زوجین دارای فرزند زیر سه سال بود. نتایج این پژوهش، نشان داد که زوج‌درمانی تلفیقی

به روش دایمند موجب بهبود کیفیت رابطه جنسی و کاهش استرس والدینی زوجین دارای فرزند زیر سه سال شده است. این یافته با پژوهش‌های (Abbaspour & Chubdari, 2020; Abbaspour et al., 2019b; Bash, 2016) همسو می‌باشد. در پژوهش (Bash, 2016) برای اولین بار نتایج این مدل درمانی نشان داد که 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 پژوهش (Abbaspour et al., 2019b) اثربخشی این مدل درمانی بر روی هماهنگی زناشویی و شایستگی والدگری پس از زایش نخستین فرزند بر روی زوجین دارای فرزند کمتر از سه سال تأیید شد. در پژوهش (Abbaspour & Chubdari, 2020) نیز، اثربخشی این مدل درمانی بر روی تعارض زناشویی بعد از تولد اولین فرزند زوجین تأیید شد، ولی بر بهزیستی روان‌شناختی زوجین تأثیر معنادار نداشت.

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 زوج‌درمانی 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 زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند بر کیفیت رابطه جنسی و استرس والدینی در دوره‌ی 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. زوجین در این برنامه درمانی آموختند که در طول روز به فکر یک تشریفات صبحگاهی و شبانه‌گاهی باشند که یادآور تعهدشان به یکدیگر و اهداف آن‌ها در زمینه‌ی بهبود روابط زناشویی بوده و جدای از کار و دیگر مسئولیت‌های خانواده باشد. آن‌ها با یکدیگر همکاری کردند تا چیزی بیابند که در طول هفته بتوانند آن را دنبال کنند. این کار شاید بتواند به سادگی یک «بوسه» و گفتن «دوستت دارم» باشد یا شاید بتواند لذت بردن از یک قهوه صبحگاهی همراه با یکدیگر قبل از این که روزشان را آغاز کنند باشد (Bash, 2016).

به این ترتیب، وقتی تغییرات عمیق ناشی از انتقال به دوره‌ی والدگری در سبک زندگی، نقش‌ها و روابط باعث افزایش سطح استرس و تأثیر بر کیفیت زندگی زنان و مردان شود (Cheng & Li, 2008; Ngai & Ngu, 2013; Sevil & Özkan, 2009) و والدین احساس کنند که بیش از حد متحمل مسئولیت شده‌اند و فرصت کافی برای انجام کارهای مورد علاقه خود را نداشته یا نمی‌توانند از روابط بین زوجین مراقبت

نمایند (De Goede & Greeff, 2016; Delicate et al., 2018; Neves Carvalho et al., 2017)، در این شرایط، آموزش به والدین در زمینه‌ی حفظ تعهدشان نسبت به همدیگر در هر شرایطی، احتمالاً توانسته میزان استرس آن‌ها را کاهش دهد. همچنین، ایجاد چالش‌های جدید (خستگی / کمبود خواب، تصمیم‌گیری‌های والدین، تغییر نقش‌ها و مسئولیت‌های زوجین) در این دوره‌ی انتقال که شرایط سختی برای فرد و یا زوج ایجاد کرده (Doss & Rhoades, 2017)، و باعث ایجاد مشکل در عملکرد جنسی (Erol et al., 2007) شده، توانسته بر روی کیفیت روابط جنسی والدین تأثیر بگذارد و در این شرایط افزایش میزان تعهد به همدیگر و وفادار ماندن به همسر در خلال زندگی مشترک، احتمالاً توانسته یادآور اهداف آن‌ها در خصوص رضایت جنسی بوده و کیفیت رابطه‌ی جنسی آن‌ها را افزایش داده است.

از دیگر مفاهیم این درمان که به اثربخشی آن کمک زیادی می‌کند، این است که به زوجین می‌آموزد درباره‌ی 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، بپردازند (Post, 2015). در واقع، این شیوه‌ی درمان، با هدف ارائه ابزارهایی به زوجین برای تغییر الگوهای تعاملی و درک هیجانات زمینه‌ساز ارتباط مشکل‌دار ارائه شده است (Tallese, 2008).

به این ترتیب، یکی از بخش‌های مهم در زمینه ارتباط و تنظیم تعارض که احتمالاً موجب کاهش استرس والدینی شده است، تلاش برای ترمیم روابط مشکل‌ساز است که زوجین در طی این دوره‌ی آموزشی، در روابط خود شناسایی کرده‌اند. تلاش‌های ترمیمی، رفتارهایی هستند که زوجین در جهت حذف الگوهای ارتباطی منفی، در پاسخ به تعارض انجام می‌دهند. این تلاش‌ها غالباً در اقدامات زوجین برای آرام کردن اوضاع متعاقب مشاجرات از طریق فرا ارتباط درباره تعارض، اقدام به ملایم کردن بحث‌ها و پرهیز از کلمات منفی و خشن، تشویق، شوخی یا موقعیت یا صحبت از سازش با حفظ احترام به دیدگاه‌های طرف مقابل، قابل مشاهده می‌باشد. در واقع، تلاش ترمیمی یکی از زوجین است که در نهایت به تعارض خاتمه می‌بخشد (Post, 2015). از سوی دیگر، (Gottman & Gottman, 2008) در مورد انتقال به دوره‌ی والدگری، توانستند بین زوجینی که از روابط جنسی خود ناراضی بودند و زن و شوهرهایی که بیشتر در رابطه جنسی خود رضایت داشتند، بعد از به دنیا آمدن کودک، از طریق رفتارهای خاص، تفاوت قائل شوند. زوج‌های راضی مرتباً جذابیت جنسی خود را نسبت به یکدیگر ابراز می‌کردند. مرتباً از طریق تعریف و تمجید، هدایا، محبت و ابراز عشق، از یکدیگر قدردانی می‌کردند. سیستمی برای پذیرش و عدم پذیرش نیازهای جنسی داشتند که برای هیچ کدام از زوجین تهدیدکننده یا ناخوشایند نبود، می‌توانستند ارتباط خوبی

با هم درباره آنچه در طی رابطه جنسی دوست دارند یا ندارند، داشته باشند، به طور منظم بدون انتظار آمیزش جنسی درگیر نوازش، ماساژ و لمس کردن جسمی یکدیگر بودند و کوشش می‌نمودند تا مرتباً در فعالیت جنسی شرکت کنند (Gottman & Gottman, 2008). در این برنامه‌ی درمانی، ضمن آشنایی زوجین درباره تغییرات طبیعی کارکرد جنسی آن‌ها در این دوره‌ی زمانی، از این الگوی تعاملی نیز استفاده شد تا زوجین بتوانند پس از به دنیا آمدن فرزند، از آن برای بهبود کیفیت روابط جنسی استفاده کنند و به این ترتیب، از احساس فشار روانی و نگرانی آن‌ها کاسته شود.

یکی دیگر از مهم‌ترین فرایندهای این برنامه‌ی درمانی به منظور اثربخشی بر کیفیت رابطه جنسی و استرس والدینی در دوره انتقال، آموزش پیوند عاطفی و فیزیکی به والدین، از طریق تمرکز بر مفاهیم نقشه‌های عشق گاتمن یا افزایش فضای شناختی در روابط متقابل و افزایش مفاهیم مشترک در رابطه بوده است. (Gottman & Gottman, 2008; Post, 2015). نقشه‌های عشق، با پرسیدن سؤالات باز- پاسخ و گوش کردن عمادانه به پاسخ‌های زوج ترسیم می‌شود (Gottman & Gottman, 2008). این می‌تواند در حد سؤال زوجین از یکدیگر درباره این که «امروز چگونه گذشت؟» باشد. گفتگو باید بر این موضوع متمرکز شود که چگونه زوجین می‌توانند به یکدیگر زمانی برای ترسیم نقشه‌های عشق و مشارکت در فعالیت‌های حامیانه اختصاص دهند. برای والدین جدید، این گفتگو می‌تواند شامل برنامه‌ریزی برای مراقبت از کودک و در عین حال توجه ویژه و اختصاصی برای برقراری پیوند مجدد با یکدیگر باشد (Post, 2015).

به این ترتیب، وقتی والدین نیاز دارند که مورد پذیرش دیگران واقع شوند، تحت مراقبت قرار بگیرند و با دلسوزی و مهربانی با آن‌ها رفتار شود تا بتوانند با گشودگی با ترس و تعارض روبرو شوند، آموزش مفاهیم پیوند عاطفی به آن‌ها، توانسته احتمالاً احساس امنیت و قرابت ناشی از ابراز احساسات و افکار و حس پذیرفته شدن از سوی یکدیگر در والدین جدید را تقویت نموده و استرس والدینی آن‌ها کاهش پیدا کرده است. همچنین، این شیوه درمانی، زوجینی که از حداقل میزان پیوند فیزیکی برخوردارند، به انجام رفتارهای کوچکی برای بهبود صمیمیت جنسی تشویق کرده است، برای مثال گرفتن دست همدیگر، بغل کردن یا نشستن کنار هم در روی مبل. زوجین دست‌های همدیگر را گرفته و به چشمان همدیگر خیره خواهند شد. آن‌ها به همدیگر خواهند گفت که چرا در ابتدا عاشق یکدیگر شدند و صفت مورد علاقه‌شان درباره شریک زندگی‌شان چیست. به این ترتیب، به زوج‌هایی که علاقه‌مند به برقراری مجدد رابطه جنسی بوده‌اند و به دلایل مختلف در تلاش برای انجام این کار ناموفق بوده‌اند، کمک خواهد شد (Post, 2015).

در این درمان ترکیبی، مفهوم توجه (ملاحظه) به معنای نشان دادن عشق، محبت و احترام نسبت به

شریک خویش بوده است (Bash, 2016) که زوجها آن را از طریق ایده فرزند پروری مشارکتی یاد گرفتند. نقش‌های موجود در رابطه فرزند پروری مشارکتی عبارت‌اند 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 (Margolin, Gordis, & John, 2001). پیگیری مجدد این گفتگوها، پس از آن که زوجین شانس برقراری رابطه‌ی مجدد را به‌عنوان یک تیم به دست می‌آورند بسیار مهم است، زیرا می‌تواند وقتی که زوجین دچار استرس والدینی شده‌اند، نقش مهمی ایفا کند و استرس آن‌ها را کاهش دهد (Bash, 2016).

سرانجام، در این برنامه درمانی به منظور افزایش کیفیت رابطه جنسی در دوره انتقال به والدگری نیز، زوجین یاد گرفتند از طریق توجه به مفهوم ملاحظه (توجه) در زندگی مشترک، رابطه دوستانه خود را از طریق تجارب مشترک، رؤیاهای مشترک و معانی مشترک از زندگی حفظ و تقویت کنند. این تجربیات مشترک می‌تواند در قالب مناسبت‌های تاریخی معین، مراسم مذهبی خاص، فعالیت‌های داوطلبانه مشترک یا حتی صرف چند دقیقه وقت برای اختلاط کردن با یکدیگر قبل از خواب اتفاق بیفتد (Gottman & Post, 2015). بدون این فعالیت‌ها، زوج ممکن است احساس هدف مشترک خود در زندگی و گام برداشتن در کنار یکدیگر در مسیر زندگی را از دست بدهند. غالباً این کمبود وقت و انرژی برای یکدیگر، می‌تواند موجب تغییراتی در زندگی جنسی زوجین شود که باعث نارضایتی یک یا هر دو نفر شده و به تعارضات زناشویی می‌انجامد (Bash, 2016).

این پژوهش، دارای چند محدودیت به شرح ذیل می‌باشد. اول، این برنامه صرفاً محدود به والدین کودکان خردسال است. درحالی‌که زوج‌های فاقد فرزند و والدین بچه‌های بزرگ‌تر نیز ممکن است مشکلاتی داشته باشند و می‌توانند از این برنامه سود ببرند. دوم، با توجه به این که این مدل درمانی به درمانگران و متخصصین ارجاع می‌شود، در حال حاضر فقط زوج‌هایی که توان پرداخت هزینه‌های درمان را دارند و از وقت کافی و تعهد نسبت به انجام تکالیف زوج‌درمانی برخوردارند، از این برنامه منتفع خواهند شد. سوم، اگر چه این برنامه فواید مشخصی برای زوجها دارد، اما این دوره‌ی شش هفته‌ای برای کمکی کوتاه‌مدت به زوج‌هایی طراحی شده است که مشکلاتی در خصوص والد شدن و روابط زناشویی دارند. چارچوب محدود زمانی که طی آن داده‌ها جمع‌آوری می‌شود، مانع از کسب اطلاعات در خصوص مشارکت طولانی‌مدت و نیز اثربخشی تکالیف ارائه شده در طی برنامه می‌گردد.

به طور کلی، نتایج حاکی از تأثیر این مدل درمانی برای حل مسائل و مشکلات ناشی کیفیت رابطه

جنسی و استرس والدینی زوجین دارای فرزند زیر سه سال 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 کیفیت رابطه‌ی جنسی و کاهش استرس والدینی در زوج‌های دارای کودک خردسال باشد. بنابراین، طرح پیشنهادی حاضر می‌تواند رویکرد قابل اعتمادی برای درمانگران باشد تا در هنگام کار با زوج‌ها یا افرادی که مشکلات و نارضایتی‌هایی در خصوص کیفیت رابطه جنسی یا استرس والدگری را تجربه می‌کنند، از آن استفاده نمایند.

References

- Abbaspour, Z., & Chubdari, A. (2020). The Effectiveness of Integrative Couple Therapy via Diamond Method on Psychological Well-Being and Marital Conflict after the Birth of First Child. *Journal of Family Research*, 16(2), 183-198.
- Abbaspour, Z., Salehi, S., & Choobdari, A. (2019). The effectiveness of integrative couple therapy via Diamond method on marital harmony and parenting competence after the birth of first child. *Family Counseling and Psychotherapy*, 8(2), 97-114.
- Abidin, R. R., & Brunner, J. F. (1995). Development of a parenting alliance inventory. *Journal of clinical child psychology*, 24(1), 31-40.
- Bash, A. R. (2016). *A treatment model for marital satisfaction in couples with young children*. The Chicago School of Professional Psychology,
- Ben-Zur, H., Zeigler-Hill, V., & Shackelford, T. (2019). Transactional Model of Stress and Coping. In: Zeigler-Hill V., Shackelford T. (eds) *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*, (pp: 1-4), Springer, Cham.
- Berry, J. O., & Jones, W. H. (1995). The parental stress scale: Initial psychometric evidence. *Journal of social and personal relationships*, 12(3), 463-472.
- Cheng, C.-Y., & Li, Q. (2008). Integrative review of research on general health status and prevalence of common physical health conditions of women after childbirth. *Women's Health Issues*, 18(4), 267-280.
- Christensen, A., Atkins, D. C., Yi, J., Baucom, D. H., & George, W. H. (2006). Couple and individual adjustment for 2 years following a randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(6), 1180-1191.
- Da Costa, D., Danieli, C., Abrahamowicz, M., Dasgupta, K., Sewitch, M., Lowensteyn, I., & Zelkowitz, P. (2019). A prospective study of postnatal depressive symptoms and associated risk factors in first-time fathers. *Journal of affective disorders*, 249, 371-377.
- Darvill, R., Skirton, H., & Farrand, P. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery*, 26(3), 357-366.
- De Goede, C., & Greeff, A. (2016). Challenges couples face in managing family routines after the transition to parenthood. *Social Work*, 52(3), 313-331.
- Delicate, A., Ayers, S., & McMullen, S. (2018). A systematic review and meta-synthesis of the impact of becoming parents on the couple relationship. *Midwifery*, 61, 88-96.
- Doss, B. D., & Rhoades, G. K. (2017). The transition to parenthood: Impact on couples'

- romantic relationships. *Current opinion in psychology*, 13, 25-28.
- Erol, B., Sanli, O., Korkmaz, D., Seyhan, A., Akman, T., & Kadioglu, A. (2007). A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. *The journal of sexual medicine*, 4(5), 1381-1387.
- Gottman, J. M., & Gottman, J. S. (2008). *And baby makes three: The six-step plan for preserving marital intimacy and rekindling romance after baby arrives*: Harmony.
- Halford, W. K., & Snyder, D. K. (2012). Universal processes and common factors in couple therapy and relationship education. *Behavior Therapy*, 43(1), 1-12.
- Hasanzadeh, S. (2012). Parenting stress in mothers with deaf children. *Journal of Psychology and Education*, 42(1), 51-62.
- Jones, D. E., Feinberg, M. E., Hostetler, M. L., Roettger, M. E., Paul, I. M., & Ehrental, D. B. (2018). Family and child outcomes 2 years after a transition to parenthood intervention. *Family relations*, 67(2), 270-286.
- 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), 3-21.
- Martins, C. A. (2019). Transition to parenthood: consequences on health and well-being. A qualitative study. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 29(4), 225-233.
- McBride, H. L., & Kwee, J. L. (2017). Sex after baby: women's sexual function in the postpartum period. *Current Sexual Health Reports*, 9(3), 142-149.
- Mohtashami, T., Dehkordi, M. A., Chimeh, N., Alipor, A., & Ofoghi, H. (2012). The effect of training of pivotal response treatment to mothers of autistic children on family functioning. *Journal of Family Research*, 8(3), 273-289.
- Neves Carvalho, J. M. d., Ribeiro Fonseca Gaspar, M. F., & Ramos Cardoso, A. M. (2017). Challenges of motherhood in the voice of primiparous mothers: initial difficulties. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 35(3), 285-294.
- Ngai, F.-W., & Ngu, S.-F. (2013). Quality of life during the transition to parenthood in Hong Kong: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 34(4), 157-162.
- Post, C. N. (2015). *Changes in relationship satisfaction across the transition to parenthood: Baby-proofing marriage through couples therapy*: Widener University.
- Sadeghi, L., & Samani, S. (2011). Components of couples sexual relationship: A moral perspective. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 1616-1619.
- Schlagintweit, H. E., Bailey, K., & Rosen, N. O. (2016). A new baby in the bedroom: Frequency and severity of postpartum sexual concerns and their associations with relationship satisfaction in new parent couples. *The journal of sexual medicine*, 13(10), 1455-1465.
- Sevil, Ü., & Özkan, S. (2009). Fathers' functional status during pregnancy and the early postnatal period. *Midwifery*, 25(6), 665-672.
- Snyder, D. K., & Balderrama-Durbin, C. (2012). Integrative approaches to couple therapy: Implications for clinical practice and research. *Behavior therapy*, 43(1), 13-24.
- Tallese, D. (2008). Maternity Leave and Employment Patterns of First-Time Mothers: 1961-2003. *Current Population Reports US Census Bureau*, 70-113.
- Vinayak, S., & Dhanoa, S. (2017). Relationship of parental burnout with parental stress and personality among parents of neonates with hyperbilirubinemia. *Int. J. Indian Psychol*, 4(2), 102-111.

- Vismara, L., Rollè, L., Agostini, F., Sechi, C., Fenaroli, V., Molgora, S., . . . Trovato, A. (2016). Perinatal parenting stress, anxiety, and depression outcomes in first-time mothers and fathers: a 3-to 6-months postpartum follow-up study. *Frontiers in psychology, 7*, 938.
- Yıldız, H. (2015). The relation between prepregnancy sexuality and sexual function during pregnancy and the postpartum period: a prospective study. *Journal of sex & marital therapy, 41*(1), 49-59.

The effectiveness of Integrative Couple Therapy via Diamond Method on the Quality of Marital Sexual Relationship and Parental Stress in Couples with Children under Three Years' Old

Jamshid Shojaei
Amin Koraei*
Zabihollah Abbaspour

Ahvaz Branch, Islamic Azad University

Abstract

Purpose: The transition to parenting period is often accompanied by experiencing joy and fun; however, this stage leads to many changes that may affect individual and marital functions. This study was conducted to investigate the effect of integrated couple therapy via diamond method on the quality of marital sexual relationship and parental stress in couples with very young children.

Methodology: The research method was quasi-experimental with pre-test and post-test design and a control group. The study population was all couples with children less than 3 years' old who had referred to counseling centers in the city of Behbahan during the year 2020. The sample consisted of 20 couples who were selected by purposive sampling method and randomly assigned to experimental and control groups (10 pairs in each group). The members of the experimental group received six 90-minute sessions of the integrative couple therapy via diamond method. Data collection tools included Quality of Marital Sexuality Scale and Parental Stress Scale. Data were analyzed by multivariate and univariate analysis of covariance statistixal method.

Findings: The results showed that there was a significant difference between the two study groups in the variables of marital sexual relationship quality and parental stress. This indicates that the integrated couple therapy with diamond method increases the quality of marital sexual relationship ($F=485.944$, $P<0.05$) and reduces parental stress ($F=274.647$, $P<0.05$) in couples with very young children.

Keywords: Integrative Couple Therapy via Diamond Method, Marital Sexual Relationship, Parental Stress, Couples.

* . am.koraei@gmail.com