

اثربخشی زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند بر بهزیستی روان‌شناختی
و تعارض زناشویی زوجین بعد از تولد اولین فرزند

The Effectiveness of Integrative Couple Therapy via Diamond
Method on Psychological Well-Being and Marital Conflict after the
Birth of First Child

Z. Abbaspour, Ph.D.

Department of Counseling, Shahid Chamran University of
Ahvaz, Ahvaz, Iran

A. Choobdari, Ph.D.

Department of psychology and exceptional children training,
Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

دکتر ذبیح‌اله عباس‌پور ✉

گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز

دکتر عسگر چوبداری

گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه
علامه طباطبایی

دریافت مقاله: ۹۸/۴/۱۷

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۹/۳/۱۰

پذیرش مقاله: ۹۹/۳/۱۷

Abstract

The aim of present study is to determine the effectiveness of Integrative Couple Therapy via Diamond Method on psychological well-being and marital conflict after the birth of the first child in couples of Ahvaz. Three couples were selected using purposeful sampling.

✉Corresponding author: Department of Counseling, College of Education of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.
Email: z.abbaspour@scu.ac.ir

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند بر بهزیستی روان‌شناختی و تعارض زناشویی بعد از تولد اولین فرزند زوجین شهرستان اهواز بود. بر این اساس، سه زوج به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. در این پژوهش از طرح تجربی تک‌موردی از نوع خط پایه چندگانه استفاده شد.

✉نویسنده مسئول: اهواز، بلوار گلستان، دانشگاه شهید چمران اهواز،
دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی
پست الکترونیکی: z.abbaspour@scu.ac.ir

Multiple baseline experimental single case study was used as the method of the present study. Integrative Couple Therapy via Diamond Method was carried out in three phases of baseline, intervention and follow-up and participants completed the Ryff's Psychological Well-being Scale (PWB) and Kansas Marital Conflict Scale (KMCS). Data analyzed by visuals inspection, reliable change index (RCI) strategies and improvement percentage. The results showed that The Integrative Couple Therapy via Diamond Method has significant effect in decreasing of marital conflict but this therapy has no significant effect on psychological well-being. The Integrative Couple Therapy via Diamond Method can be effective in transition to parenthood and the family therapist can use this intervention to improvement of marital relationship quality in Iranian's couples.

Keywords: Integrative Couple Therapy via Diamond Method, Psychological Well-Being, Marital Conflict, Birth of First Child.

زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری انجام شد و زوجین به مقیاس بهزیستی روان‌شناختی و مقیاس تعارض زناشویی کانزاس پاسخ دادند. داده‌ها به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا (RCI) و فرمول درصد بهبودی تحلیل شدند. نتایج این پژوهش نشان داد زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند باعث کاهش معنادار تعارضات زناشویی می‌شود ولی بر بهزیستی روان‌شناختی زوجین تأثیر معنادار نداشت. زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند می‌تواند برای تسهیل انتقال زوجین به مرحله والدگری مؤثر باشد و خانواده‌درمانگران می‌توانند از این روش درمانی برای بهبود روابط زناشویی زوجین ایرانی استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند، بهزیستی روان‌شناختی، تعارض زناشویی، تولد اولین فرزند

مقدمه

انتقال به مرحله والدگری^۱ غالباً با شور و نشاط و لذت فراوانی همراه است، اما این مرحله تغییرات زیادی را به دنبال دارد که می‌توانند کارکردهای فردی و زوجی را تحت تأثیر قرار دهند. متخصصان خانواده‌درمانی تولد اولین فرزند و تغییراتی را که با این انتقال زوجین به دوره والدگری همراه می‌شود، به عنوان «وقوع بحران» توصیف کرده‌اند (والاس و گوتلیب^۲، ۱۹۹۰). به نظر می‌رسد بین ازدواج و فرزند داشتن یک رابطه پیچیده و دوطرفه وجود داشته باشد. تولد فرزند می‌تواند آثار مثبتی بر رابطه زناشویی داشته باشد؛ چراکه 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 (سوینک و گاریپ^۳، ۲۰۱۰). از سویی، تولد فرزند تکمیل رویاهای والد شدن است و از طرف دیگر، شروع لحظات سخت و دشوار است. هرچند برای این دوره سطحی از اضطراب قابل انتظار است، اما اضطراب شدید می‌تواند بر تکالیف روزانه و روابط تأثیر منفی داشته باشد.

تغییر در سبک زندگی، نقش‌ها و روابط باعث افزایش استرس و کیفیت زندگی زوجین می‌شود. اثرات شدیدی که بر زندگی زوجین وارد می‌شود، بهزیستی روان‌شناختی و سلامت زوجین را به مخاطره می‌اندازد (مارتینز^۴، ۲۰۱۸). بیشتر زوجین تازه ازدواج کرده^۵، قبل از این‌که صاحب فرزند شوند، رضایت زناشویی بالایی دارند. معمولاً تولد اولین فرزند در پنج سال اول ازدواج اتفاق می‌افتد. این رویداد در مرحله‌ای از رابطه زناشویی رخ می‌دهد که پژوهشگران معتقدند بیشترین عوامل خطر ساز برای وقوع طلاق در این دوره پنج سال اول زندگی زناشویی است (براملت و موشر^۶، ۲۰۰۲). پژوهش کوآن، کوآن، شولتز و همینگ^۷ (۱۹۹۴)؛ به نقل از باش^۸، ۲۰۱۶) نشان داد رضایت زناشویی بعد از ۱۵ سال و پس از والد شدن کاهش پیدا می‌کند.

پس از تولد اولین فرزند، رضایت ارتباطی دوسوم زوجین به طور معناداری کاهش پیدا می‌کند. تعارضات زناشویی و خصومت زوجین نسبت به یکدیگر افزایش پیدا می‌کند و صمیمیت عاطفی کاهش پیدا می‌کند (فینی، هوهاس، نولر و الکساندر^۹، ۲۰۰۱) و اشتیاق، رابطه جنسی و عاطفی سیر نزولی پیدا می‌کند. تا جایی که پژوهش‌ها نشان داده است استرس‌هایی که ناشی از والدگری است، قوی‌ترین عامل اثرگذار در کاهش رضایت زناشویی است (گاتمن و گاتمن^{۱۰}، ۲۰۰۷) و می‌تواند با مشکل در عملکرد جنسی (ارول^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۷)، خستگی و فرسودگی^{۱۲} (پتچ و هالفورد^{۱۳}، ۲۰۰۸)، افسردگی پس از زایمان^{۱۴} (جانسون^{۱۵}، ۲۰۱۱)، خیانت (ویزمن، گوردون و چاتا^{۱۶}، ۲۰۰۷) و گرانباری نقش^{۱۷} (پری - جنکینز، گلدبرگ، پیرز و سیر^{۱۸}، ۲۰۰۷) همراه شود. با این وجود، بهزیستی ذهنی زوجین با فرزندآوری مجدد (داشتن یا آوردن فرزندی دیگر) رابطه مثبت دارد (لوپی^{۱۹}، ۲۰۱۶). این موضوع زمانی بغرنج‌تر می‌شود که زوجین مشکلات قبلی نیز داشته باشند. یافته‌ها نشان داده است زوجینی که قبل از ورود فرزند تعارضات ارتباطی را در رابطه زناشویی تجربه می‌کنند، پس از تولد فرزند مشکلات آن‌ها در مدیریت تعارض و ارتباطات به طور معناداری افزایش می‌یابد (داس، روادز، استنلی و مارکمن^{۲۰}، ۲۰۰۹). از طرف دیگر، پژوهش‌ها نشان داده افرادی که شادتر هستند، انگیزه‌های بیشتری برای فرزندآوری دارند (بارلیس، ۲۰۰۹)؛ به نقل از لوپی و منکارینی^{۲۱}، ۲۰۱۸). پژوهش بارتولو، بندتو و اینگاراسیا^{۲۲} (۲۰۱۳) نیز نشان داد که سازگاری زناشویی (توافق، رضایت، انطباق‌پذیری، ارتباط عاطفی و کفایت زناشویی) و کفایت والدگری زوجین پس از تولد کاهش معناداری پیدا می‌کند. هرچند اثرات تولد فرزند بر بهزیستی ذهنی والدین به عوامل زیادی از جمله ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، مرحله چرخه زندگی و همچنین مکان و بافت زندگی زوجین بستگی دارد (ماتیسیاک، منکارینی، ویگنولی^{۲۳}، ۲۰۱۶)؛ بعضی مطالعات نشان داده که ازدواج، ارتباط بسیار کمی با بهزیستی روان‌شناختی دارد (هوروایتز و وایت^{۲۴}، ۱۹۹۱). بهزیستی روان‌شناختی شامل احساس شادی و حس هدفمندی و تعلق است که با وجود درد و رنج روانی می‌تواند باقی بماند. بهزیستی روان‌شناختی بسیاری از جنبه‌های بهزیستی و عملکرد اجتماعی را پی‌ریزی می‌کند (بهداری خسروشاهی و هاشمی نصرت‌آباد^{۲۵}، ۱۳۹۱). شاخص‌های بهزیستی پیرامون یک حالت مثبت هستند که منعکس‌کننده عملکرد اجتماعی و شغلی بهینه، اعتمادبه‌نفس، خودشکوفایی، فضیلت‌گرایی، روابط میان‌فردی و رضایت‌بخش، شادی، خوش‌بینی، تنظیم هیجانی مثبت، رضایت از زندگی یا انعطاف‌پذیری است (ویچ^{۲۶} و همکاران، ۲۰۱۱).

ماهیت و کیفیت رابطه زناشویی در طول زمان تغییر می‌کند (لارسون و هولمن^{۲۷}، ۱۹۹۴)؛ به نقل از فرامرزی^{۲۸}، ۱۳۸۸). هماهنگی زناشویی می‌تواند متأثر از عواملی مثل انتظارات زوجین از یکدیگر، تربیت

فرزندان، موضوعات مالی خانواده، دوستان، رابطه جنسی و رابطه با اقوام یکدیگر باشد. وجود فرزند و استرس‌های فرزند اول یکی از این عوامل مهم است (سوپنک و گاریپ، ۲۰۱۰). مشکلات و ناهماهنگی زناشویی ناشی از تولد اولین فرزند، به طور متقابلی عمل می‌کند. تعارضات زناشویی^{۲۹} والدین در سه سال اول تولد فرزند، کودک را در معرض مشکلات عاطفی و رفتاری (آبیدین^{۳۰}، ۱۹۹۵) و افسردگی، رشد اجتماعی ضعیف و اختلالات رفتاری (گاتمن، ۱۹۹۹) قرار می‌دهد. اثرات تعارضات زناشویی بر کودکان می‌تواند به دوره بزرگسالی آن‌ها انتقال پیدا کند و روابط بعدی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد (روآد، استنلی و مارکمن^{۳۱}، ۲۰۱۲).

در حالی که تعارض زناشویی به عنوان تعامل بین زوج‌هایی در نظر گرفته می‌شود که علائق، دیدگاه‌ها و باورهای متضادی دارند، ۱۶ درصد افراد مطلقه، تعارض بیش از حد را یکی از دلایل طلاق خویش گزارش کرده‌اند (تروپ^{۳۲}، ۲۰۰۸؛ (به نقل از لیاقت^{۳۳}، ۱۳۹۶). تعارض زناشویی با متغیرهایی هم‌چون طلاق (ژیلیوسکی^{۳۴}، ۲۰۱۲؛ ریجیو و والنزولا^{۳۵}، ۲۰۱۱)، فشار روانی و هیجانی در زوجین (لوکاس - تامپسون^{۳۶}، ۲۰۱۲) به صورت مستقیم و با متغیرهایی هم‌چون سازگاری روان‌شناختی فرزندان (اوه، لی و پارک^{۳۷}، ۲۰۱۱) و امنیت عاطفی و رفتارهای جامعه‌پسند فرزندان (مک‌کوی، کامینگز و داویس^{۳۸}، ۲۰۰۹) به صورت منفی رابطه دارد (به نقل از لیاقت، ۱۳۹۶).

با وجود این که تحقیقات زیادی نشان داده‌اند بین تولد فرزند و ابعاد رابطه زناشویی رابطه وجود دارد (گاتمن و گاتمن، ۲۰۰۷)، اما طرح‌ها و مدل‌های درمانی کافی برای مداخله در روابط زناشویی طراحی نشده است (باش، ۲۰۱۶). برای پیشگیری از کاهش رضایت زناشویی زوجینی که صاحب فرزند می‌شوند، مداخلات زوج‌محور^{۳۹} موفقیت‌ناچیزی داشته‌اند (تریلینگزگارد، باکوم و هیمن^{۴۰}، ۲۰۱۴). پژوهش تریلینگزگارد، باکوم، هیمن و الکلیت^{۴۱} (۲۰۱۲) نشان داد مداخلات آموزشی بر ارتباطات زناشویی بعد از تولد اولین فرزند تأثیری نداشت و نتوانست مانع از کاهش رضایت زناشویی شود. وود^{۴۲} و همکاران (۲۰۱۴) و پینکویست و تیوبرت (۲۰۱۰) نتایج مشابهی را گزارش کرده‌اند (به نقل از تریلینگزگارد و همکاران، ۲۰۱۴). از سوی دیگر، برنامه مداخله پیشگیرانه بنیادهای خانواده^{۴۳} (FF) یک برنامه زوج‌محور است و برای زوجینی ساخته شده که در مرحله انتقال به دوره والدگری هستند. این برنامه اثرات مثبت بلندمدتی را بر بهبود کارایی والدین، زوجین و فرزند به دنبال داشته است (فینبرگ^{۴۴} و همکاران، ۲۰۱۶؛ به نقل از جونز و همکاران، ۲۰۱۸). پژوهش فروغی، باقری، احدی و مظاهری^{۴۵} (۱۳۹۶) نشان داد برنامه آموزشی غنی‌سازی زندگی زناشویی با رویکرد متمرکز بر هیجان بر رضایت زناشویی، حل تعارض، ارتباط با دوستان، زمینه‌های شخصیتی، فعالیت‌های زمان فراغت و فرزندپروری زوجین پس از تولد اولین فرزند اثرگذار است.

زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند^{۴۶}، یک برنامه طراحی‌شده برای زوجینی است که به تازگی فرزندان شده‌اند. این برنامه چهاربعدی^{۴۷} بر مبنای چهار بعد اساسی تعهد^{۴۸}، ارتباط^{۴۹}، پیوند^{۵۰} و ملاحظه^{۵۱} بنا شده است. این برنامه درمانی ترکیبی از روش گاتمن^{۵۲}، هارویل هندریکس^{۵۳}، زوج‌درمانی شناختی-رفتاری^{۵۴}، نظریه دلبستگی^{۵۵}، زوج‌درمانی تلفیقی کوتاه‌مدت^{۵۶} و زوج‌درمانی ساختاری^{۵۷} برای افزایش رضایت‌مندی زوجینی است که فرزند زیر شش سال دارند. این برنامه درمانی شش مرحله دارد: ۱. ارزیابی تشخیصی زوجین، ۲. شناسایی تغییر رفتاری مورد نظر، ۳. ارزیابی روش‌های موجود برای درمان رفتار مورد نظر، ۴. شناسایی

جنبه‌های زوج‌درمانی برای کار، ۵. کاربرد درمان ترکیبی و ۶. ارزیابی مجدد زوجین پس از اجرای درمان. کفایت اثربخشی این درمان مورد تأیید متخصصان زوج‌درمانی قرار گرفته است (باش، ۲۰۱۶).

چالش‌ها و فشارهایی که با دوره والدگری همراه می‌شوند، مهم‌ترین عاملی هستند که با کاهش صمیمیت زناشویی رابطه دارند. تا جایی که هیچ عامل دیگری وجود ندارد که چنین تأثیر بزرگ و مستمری را برای زوجین به دنبال داشته باشد (گاتمن و گاتمن، ۲۰۰۷). شناخت مراحل آسیب‌پذیر رابطه زناشویی و طراحی مداخلات آموزشی و درمانی در جهت حفظ، تداوم و ارتقای این واحد اجتماعی بسیار حساس، از ضرورت‌های متخصصان خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی است. طراحی برنامه‌های آموزشی و پیشگیرانه به دلیل مسائل مالی تازه‌والدین از اهمیت بیشتری برخوردار است. همچنین برنامه‌های آموزشی مانع از ورود زوجین به چرخه پیش‌رونده آسیب‌های بعدی می‌شود. از آنجا که این زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند برای اولین بار مورد آزمایش قرار گرفت، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی این درمان بر بهزیستی روان‌شناختی و تعارض زناشویی زوجین بعد از تولد فرزند اول بود تا در صورت تأیید اثربخشی این روش درمانی، به عنوان یک برنامه معتبر به درمانگران خانواده معرفی شود.

روش

در این پژوهش از طرح آزمایشی تک‌موردی^{۵۸} (SCED) که آزمایش تک‌آزمودنی^{۵۹} هم گفته می‌شود (گال، بورگ و گال^{۶۰}، ۱۹۹۶) و از نوع آزمایش بالینی است، استفاده شد. این طرح انواع مختلفی دارد از جمله AB، ABAB، خط پایه چندگانه^{۶۱} و طرح‌های تغییر ملاک^{۶۲} (ریزوی و ناک^{۶۳}، ۲۰۰۸) که در این پژوهش از طرح خط پایه چندگانه استفاده شد. طرح‌های تک‌موردی روش مناسبی برای نشان دادن اعتبار بوم‌شناختی^{۶۴} یک نظریه است. محققان معتقدند این طرح‌ها، روش مناسبی برای تأیید یک نظریه (مدل درمانی) و بهبود آن هستند (دول و هاک^{۶۵}، ۲۰۰۸؛ به نقل از اسکورتسکو و روماشچاک^{۶۶}، ۲۰۱۵). از آنجایی که زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند برای اولین بار مورد آزمایش قرار گرفت، بنابراین روش طرح خط پایه چندگانه مناسب‌ترین طرح تحقیق برای این مداخله بود.

جامعه آماری این پژوهش کلیه زوجینی بودند که فرزند کمتر از سه سال داشتند. نمونه پژوهش، شش نفر (سه زوج) بودند که به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ملاک‌های ورود زوجین به پژوهش عبارت بود از: ۱. زوجینی که فقط یک فرزند کمتر از سه سال داشته باشند، ۲. نمره پایینی (یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین) از مقیاس هماهنگی زناشویی کسب کنند، ۳. متعهد شدن به حضور در تمام جلسات درمان باشند و ۴. هم‌زمان با این دوره درمانی، تحت هیچ‌گونه روان‌درمانی، زوج‌درمانی و روان‌پزشکی نباشند. بعد از انتخاب زوجین، برای اجرای روش درمانی ابتدا زوج اول وارد طرح درمان شد و در هر سه مرحله خط پایه ابزارهای پژوهش توسط هر کدام از زوجین تکمیل شد. سپس برنامه درمانی به مدت شش جلسه هفتگی اجرا شد. برای کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله‌گر احتمالی طبق اصول طرح‌های خط پایه چندگانه، در جلسه دوم زوج اول، زوج دوم وارد درمان شد و به همین ترتیب در جلسه سوم زوج اول و جلسه دوم زوج دوم، طرح درمان برای زوج سوم اجرا شد. هر دو ابزار پژوهش در جلسات ۱، ۳، ۵ و ۶ درمان تکمیل

شد. به منظور پیگیری نیز زوجین دو ماه پس از درمان مورد ارزیابی دوباره قرار گرفتند. جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زوجین شرکت‌کننده در این پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زوجین

زوج	جنسیت	سن	طول مدت ازدواج (سال)	تحصیلات	سابقه مشاوره	توضیحات
اول	مرد	۲۹	۲	کارشناسی	قبل ازدواج	
	زن	۲۲		کارشناسی	سابقه یک بار سقط جنین داشته است	
دوم	مرد	۳۵	۴	کارشناسی ارشد	نداشته است	
	زن	۲۹		کارشناسی	قبل ازدواج	
سوم	مرد	۳۴	۴	کارشناسی ارشد	تحصیلی	سابقه مصرف داروهای روان‌پزشکی
	زن	۳۵		دکتری	مشاوره طلاق	ازدواج دوم

جدول ۲ طرح مداخلات زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند را نشان می‌دهد.

جدول ۲: طرح مداخله زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند

جلسه	عنوان جلسه	محتوای جلسه
۱	آشنایی و مقدمه	بحث و معرفی روش دایمند؛ خلاصه روش دایمند؛ شرح مختصری از چهار بعد اساسی (4 C's)؛ 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 (گفت‌وگوی زوجی در مورد مشکلات احتمالی شرکت در برنامه و راه‌حل‌های پیشنهادی)؛ 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 (گفت‌وگوی زوجی در مورد رفتارهای فعلی کاهنده یا افزایش‌دهنده تعهد)؛ 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 (شناسایی و یادداشت موانع ارتباطی در فاصله جلسات)؛ 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 (اجرای روزهای مراقبت)؛ بازخورد از جلسه و کل روند درمان
۵	ملاحظه و توجه	شناسایی مواقعی که زوجین هنگام رنجش، به شیوه‌ای پرخاشگر منفعل یا بی‌ملاحظه رفتار می‌کنند؛ تعریف ملاحظه به صورت «شان‌دادن مهربانی، عشق و احترام به دیگری»؛ قاب‌گیری ملاحظه به شکل انجام‌دادن کارهای کوچکی که همسر را خوشحال می‌کند؛ ارائه تکلیف (گفت‌وگوی زوجی در مورد نشانه‌های روابط عاطفی و هیجانات مثبت و منفی در فاصله جلسات)؛ بازخورد از جلسه و کل روند درمان
۶	نتیجه‌گیری و جمع‌بندی	بحث در مورد اهمیت رضایت 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

بسته درمانی برگرفته از مداخله زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند (باش، ۲۰۱۶) است و مداخلات در شش جلسه اجرا شد. مدت‌زمان هر جلسه تقریباً ۶۰ دقیقه بود و زوجین متعهد بودند هر هفته در یک جلسه زوجی شرکت کنند. البته نظم برنامه، اجباری و انعطاف‌ناپذیر نبود و در صورت بروز مشکل، عذر زوجین قابل قبول بود. در فاصله جلسات هیچ‌گونه ملاقات زوجی یا فردی صورت نگرفت و تکالیف زوجین در ابتدای هر جلسه بررسی و تحلیل می‌شد.

ابزار پژوهش

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی: در پژوهش حاضر برای سنجش بهزیستی روان‌شناختی از نسخه کوتاه (۱۸ ماده‌ای) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف^{۶۷} (PWB) (ریف و کیز^{۶۸}، ۱۹۹۵) که در سال ۲۰۰۲ مورد تجدیدنظر قرار گرفت، استفاده شد. این نسخه خودگزارشی و مدادکاغذی مشتمل بر شش عامل خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، روابط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود است. این آزمون در یک پیوستار شش‌درجه‌ای از «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» (یک تا شش) پاسخ داده می‌شود که نمره بالاتر، نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. هم‌بستگی نسخه کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف با مقیاس اصلی از ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ در نوسان بوده است (ریف و سینگر^{۶۹}، ۲۰۰۶؛ به نقل از خانجانی، شهیدی، فتح‌آبادی، مظاهری و شکری^{۷۰}، ۱۳۹۳). کلانتر کوشه و نوابافی (۲۰۱۲) با مطالعه ۸۶۰ نفر از جامعه ایرانی، مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف را هنجاریابی نمود کردند و آلفای گزارش‌شده برای کل ۰/۹۲ بود. در پژوهش دیگری که با هدف بررسی ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌شناختی این مقیاس در نمونه ایرانی انجام گرفت، نتایج آلفای کرونباخ ۰/۷۱ برای مقیاس کلی گزارش شد. روایی عاملی این مقیاس از طریق تحلیل عامل تأییدی نشانگر برازش خوب ساختار شش‌عاملی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی با داده‌ها بود (خانجانی و همکاران، ۱۳۹۳).

مقیاس تعارض زناشویی کانزاس: مقیاس تعارض زناشویی کانزاس^{۷۱} (KMCS) یک ابزار خودسنجی است که توسط آگمان، ماکسلی و شام^{۷۲} (۱۹۸۵) به منظور تفکیک زوج‌های پریشان از زوج‌های غیرپریشان ساخته شده و دارای ۲۷ ماده و ۳ عامل برنامه‌ریزی، مشاجره و مذاکره است. ماده‌های این مقیاس در یک طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای، (هرگز = ۱ تا تقریباً همیشه = ۵) است. حداقل و حداکثر نمره این ابزار به ترتیب ۲۷ و ۱۳۵ است و نمرات بالا نشان‌دهنده تعارض کمتر است. کمپل و موروز^{۷۳} (۲۰۱۴) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ عامل‌های برنامه‌ریزی را برای مردان ۰/۸۶ و برای زنان ۰/۹۰، مشاجره برای مردان ۰/۸۹ و برای زنان ۰/۸۹ و مذاکره برای مردان ۰/۸۷ و برای زنان ۰/۸۹ گزارش کردند. لیاقت (۱۳۹۶) ضریب پایایی آلفای کرونباخ مقیاس تعارض زناشویی را $\alpha=0/62$ و ضریب روایی واگرایی این مقیاس با مقیاس رضایت از زندگی^{۷۴} (داینر، ایمونز، لرسن و گریفین^{۷۵}، ۱۹۸۵) را $r = -0/41$ ($p < 0/001$) گزارش کرد.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش از معناداری بالینی استفاده شد. معناداری بالینی به ارزش عملی یا اهمیت اثر مداخله‌ای که انجام شده است، اطلاق می‌شود. دو رویکرد عمده و پرکاربرد در معنی‌داری بالینی عبارتند از: رویکرد شاخص تغییر پایا^{۷۶} و رویکرد مقایسه هنجارین^{۷۷}. همچنین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارزیابی کارایی، از روش‌های ترسیم دیداری یا تحلیل نمودار گرافیکی و بهبود تشخیصی استفاده به عمل آمده است.

یافته‌ها

جدول ۳ آماره‌های توصیفی زوجین (زن و مرد) را در مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف و مقیاس تعارض زناشویی در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۳: آماره‌های توصیفی زوجین (زن و مرد) در مقیاس بهزیستی روان‌شناختی

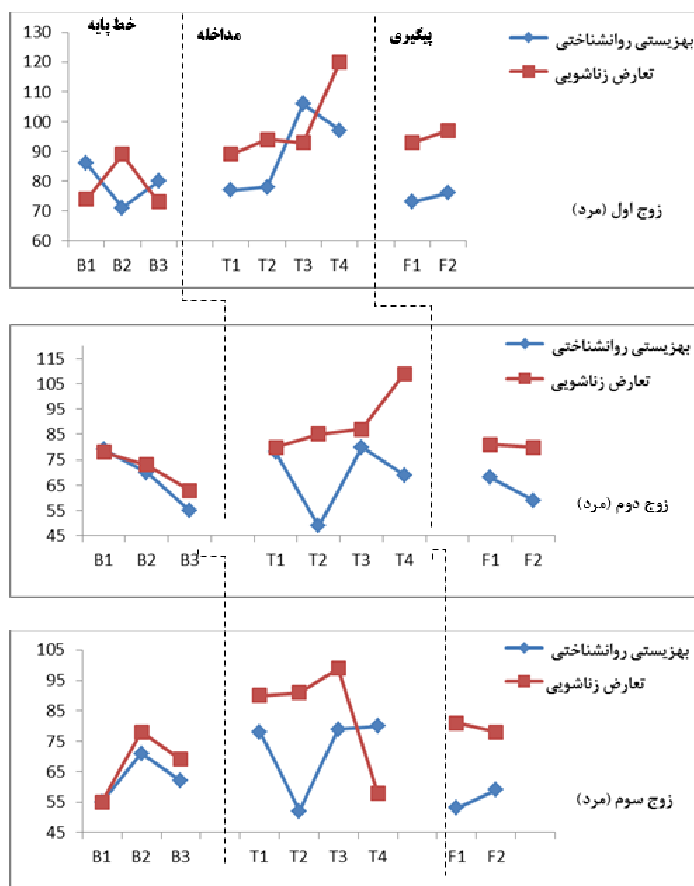
ریف و مقیاس تعارض زناشویی

شخص تغییر پایا	میزان بهبودی	پیگیری ۲	پیگیری ۱	جلسه ۶	جلسه ۵	جلسه ۳	جلسه ۱	خط پایه ۳	خط پایه ۲	خط پایه ۱	متغیر	جنسیت	
												زن	مرد
۱/۹۱	۱۷/۲۵	۷۸	۸۳	۸۹	۷۷	۸۴	۸۳	۷۰	۷۳	۷۰	بهزیستی روان‌شناختی	زوج اول	زن
۱/۹۶	۲۵/۲۲	۸۵	۸۷	۱۰۲	۱۰۱	۱۰۰	۹۱	۷۱	۸۵	۸۰	تعارض زناشویی		مرد
۱/۲۶	۱۱/۳۹	۷۶	۷۳	۹۷	۱۰۶	۷۸	۷۷	۸۰	۷۱	۸۶	بهزیستی روان‌شناختی	زوج دوم	زن
۲/۰۱	۲۵/۸۶	۹۷	۹۳	۱۲۰	۹۳	۹۴	۸۹	۷۳	۸۹	۷۴	تعارض زناشویی		مرد
۰/۰۵	۰/۴۷	۶۱	۷۸	۸۱	۵۰	۷۳	۸۸	۷۱	۸۸	۵۹	بهزیستی روان‌شناختی	زوج سوم	زن
۱/۹۸	۲۵/۵۸	۸۰	۸۱	۱۰۱	۸۹	۹۳	۸۲	۶۹	۸۱	۶۸	تعارض زناشویی		مرد
۰/۱۶	۱/۴۷	۵۹	۶۸	۶۹	۸۰	۴۹	۷۸	۵۵	۷۰	۷۹	بهزیستی روان‌شناختی	زوج سوم	زن
۲/۰۶	۲۶/۵۲	۸۰	۸۱	۱۰۹	۸۷	۸۵	۸۰	۶۳	۷۳	۷۸	تعارض زناشویی		مرد
۱/۸۳	۱۶/۵۰	۵۶	۵۵	۷۴	۷۸	۶۰	۸۰	۶۱	۷۷	۵۰	بهزیستی روان‌شناختی	زوج سوم	زن
۲/۰۲	۲۶	۷۹	۷۸	۵۷	۹۶	۹۳	۹۵	۷۱	۷۵	۵۷	تعارض زناشویی		مرد
۱/۵۵	۱۴/۱۰	۶۲	۵۱	۸۶	۸۰	۴۴	۷۶	۶۳	۶۵	۶۰	بهزیستی روان‌شناختی	زوج سوم	زن
۱/۹۶	۲۵	۷۷	۸۴	۵۹	۱۰۲	۸۹	۸۵	۶۷	۸۱	۵۳	تعارض زناشویی		مرد

نمودار ۱ و ۲ روند تغییر نمره‌های مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف و مقیاس تعارض زناشویی زوجین (زن و مرد) را نشان می‌دهد.



نمودار ۱: روند تغییر نمره‌های مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف و مقیاس تعارض زناشویی در زنان



نمودار ۲: روند تغییر نمره‌های مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف و مقیاس تعارض زناشویی در مردان

جدول ۳ نشان می‌دهد درصد بهبودی بهزیستی روان‌شناختی زوجین در دامنه‌ای از ۰/۴۸ درصد تا ۱۷/۲۵ درصد قرار دارد و شاخص تغییر پایا در دامنه‌ای از ۰/۰۵ تا ۱/۹۱ به دست آمده است. با توجه به این که مقادیر شاخص تغییر پایا کمتر از نمره $Z=1/96$ بود، بر اساس این شاخص، تغییرات هیچ‌کدام از زوجین معنادار نبود. نمودار گرافیکی نیز نشان می‌دهد بهزیستی روان‌شناختی زوجین بهبود اندکی داشته است، اما بر اساس ملاک دوگانه محافظه‌کارانه (فیشر، کلی و لوماس^{۷۸}، ۲۰۰۳)، به دلیل پایین بودن تعداد نقطه داده‌های ترسیم تغییرات معنادار نیست. بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد (پاپن^{۷۹}، ۱۹۸۹؛ به نقل از ایمانی و همکاران^{۸۰}، ۱۳۹۲) نیز زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند در بهبود بهزیستی روان‌شناختی در طبقه شکست در درمان قرار می‌گیرد (۱۰/۲۰ درصد بهبودی)؛ بنابراین زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند در بهبود بهزیستی روان‌شناختی زوجینی که تک‌فرزند کمتر از سه سال دارند، تأثیر معناداری نداشته است.

هم‌چنین جدول ۳ نشان می‌دهد نمرات تعارض زناشویی افزایش معناداری داشته است که به دلیل شیوه نمره‌گذاری این مقیاس (نمره بالاتر نشانه تعارض زناشویی کمتر است) نشانه کاهش تعارضات زناشویی است. هر شش نفر درصد بهبودی قابل توجهی را نشان دادند که در دامنه‌ای از ۲۵ درصد تا ۲۶/۵۲ درصد قرار گرفت. شاخص تغییر پایا در زوجین در دامنه‌ای از ۱/۹۶ تا ۲/۰۶ به دست آمد و با توجه به این‌که این مقادیر مساوی یا بیشتر از نمره $Z=1/96$ بود، تغییرات هر شش نفر (سه زوج) بر اساس شاخص تغییر پایا معنادار است. نمودار گرافیکی نشان می‌دهد هرچند سه زوج افزایش قابل ملاحظه‌ای در مقیاس تعارض زناشویی نشان داده‌اند، اما بر اساس ملاک دوگانه محافظه‌کارانه (فیشر و همکاران، ۲۰۰۳)، به دلیل پایین بودن تعداد نقطه داده‌های ترسیم زوج سوم (سه نقطه از چهار نقطه)، تغییرات این زوج معنادار نیست. البته این افزایش تعارض در رابطه زوج سوم ناشی از یک موضوع بحرانی و موقعیتی بود و نمرات پیگیری این زوج حاکی از کاهش تعارضات در بلندمدت بود. بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد (پاپن، ۱۹۸۹؛ به نقل از ایمانی و همکاران، ۱۳۹۲) زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند در کاهش تعارضات زوجین در طبقه موفقیت در درمان قرار می‌گیرد (۲۵/۷۰ درصد بهبودی)؛ بنابراین بر اساس تغییرات معنادار زوج اول و دوم در تمام شاخص‌های معناداری، زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند باعث کاهش تعارضات زوجینی که تک‌فرزند کمتر از سه سال دارند، شده و در مرحله پیگیری نیز نسبتاً ثبات داشته است.

بحث و تفسیر

پویایی‌های رابطه دونفری زوجین با تولد فرزند به طور چشم‌گیری تغییر می‌کند و در کل سیستم خانواده تغییری ایجاد می‌کند. شروع دوره والدگری یک مرحله بحرانی در زندگی خانوادگی است؛ چراکه زوجین در این مرحله باید به دنبال یک سازگاری جدید باشند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که پس تولد اولین فرزند، زوجین احساس می‌کنند که کیفیت زندگی‌شان در مقایسه با قبل از تولد فرزند اول بدتر شده و دلبستگی و توجه زیاد به نوزاد باعث شده که زندگی زناشویی آن‌ها در حاشیه قرار گیرد (لاورنس، روتمن، کوب، روتمن و برادبوری، ۲۰۰۸؛ به نقل از بارتولو و همکاران، ۲۰۱۳). هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند بر بهزیستی روان‌شناختی و تعارضات زناشویی زوجین بعد از تولد فرزند اول بود. بر اساس نمودار گرافیکی، شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی، نتایج این پژوهش نشان داد که زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند باعث کاهش تعارضات زناشویی شد. این یافته‌ها با پژوهش باش (۲۰۱۶) همسو است. مشکلات ارتباطی از جمله رایج‌ترین مشکلات کنونی در میان همسران است و بیش از ۹۰ درصد از زوج‌های پریشان، این مشکلات را مهم‌ترین مشکل در میان خود و همسران‌شان می‌دانند. محققان و همسران بر این باورند که مشکل در ارتباطات باعث آشوب در روابط و تعارضات زناشویی می‌شود و در نتیجه، پرداختن به الگوهای ارتباطاتی بین همسران و افزایش مهارت‌های ارتباطاتی آن‌ها امری مهم تلقی می‌شود (ویس و هایمن^۱، ۱۹۹۷؛ به نقل از لیاقت، ۱۳۹۶). در جلسات درمانی، بر اهمیت گوش‌دادن و شیوه‌های ارتباطی تمرکز شد و زوجین تشویق شدند که هم در جلسات درمان و هم در تکلیف خانگی، موانع ارتباطی را در گفت‌وگوهای زناشویی شناسایی و برطرف کنند. هم‌چنین به زوجین کمک شد تا تفاوت بین بحث‌های سازنده و بحث‌های مخرب زناشویی را تمیز دهند. بنابراین، این برنامه درمانی احتمالاً به زوجین کمک کرده

تا نگرش خود نسبت به تعارضات زناشویی را تعدیل کنند. برخی دیدگاه‌ها بر این باورند که تعارض در زندگی خانوادگی، رویدادی طبیعی است و در اغلب اوقات، پدیده اجتناب‌ناپذیری در نظر گرفته می‌شود که در تمامی روابط خانوادگی به چشم می‌خورد. به طور کلی تعارض در هر رابطه نزدیکی اجتناب‌ناپذیر است. بعضی از زوجین تعارض خود را به شکل باز و مستقیم و بعضی دیگر تعارض‌شان را انکار و سرکوب می‌کنند و به شکل پنهانی بروز می‌دهند. تقریباً هر زوجی که برای درمان می‌آید، در مرحله‌ای از تعارض قرار دارد. آن‌ها ممکن است موضوعات مختلفی مثل انتظارات، نیازها، خواسته‌ها، پول، ارتباط جنسی، بچه‌ها و خویشاوندان را برای تعارض‌شان عنوان کنند. زوجین در یک رابطه زناشویی صمیمی یاد می‌گیرند با هم ارتباط برقرار کنند و با هم متفاوت باشند. احتمالاً فرایند تعارض زمانی به وجود می‌آید که یکی از طرفین رابطه احساس کند طرف مقابلش او را نادیده می‌گیرد. زوجین یاد می‌گیرند در کنار تعهدی که نسبت به همسر و فرزند خود دارند، اوقاتی را برای پیگیری برنامه‌ها و تفریحات شخصی خود داشته باشند. از زمینه‌های تعارض زوجین در این مرحله، تغییرات در عملکرد جنسی است. تمرکز این درمان بر تغییرات و آموزش‌های لازم در خصوص تغییرات بهنجار در عملکرد جنسی زوجین در این مرحله از زندگی می‌تواند نگرانی‌های زوجین را کمتر کند و زوجین بتوانند به شیوه‌ای سازگارانه نیازهای جنسی خود را ارضا کنند. محتوای جلسات درمانی به زوجین کمک کرد که در مورد نقش‌های جدید خود در رابطه زناشویی گفت‌وگو کنند. گاهی تقسیم مسئولیت‌ها بین زوجین بیش از آنچه تصور می‌کردند، تنش‌زا می‌شود. چون زوجین باید در مورد تغییر نقش‌های قبلی و تقسیم نقش‌های جدید داخل و خارج از خانه بحث کنند و به توافق و هماهنگی برسند. زوجینی که قبل از تولد فرزند نقش‌های برابری در امور منزل داشته‌اند، ممکن است پس از تولد فرزند مسئولیت نقش‌های بیشتری را به عهده بگیرند. در جلسات درمانی، درمانگر با قاب‌بندی مجدد این موقعیت به عنوان یک دوره تحولی و رشدی، پذیرش زوجین را نسبت به موقعیت جدید تسهیل کرد. بنابراین احتمالاً زوجین با گفت‌وگو در مورد ماهیت این مسئولیت‌ها و نگرش اشتراکی‌بودن، توانسته‌اند تفاوت‌ها و اختلاف‌نظرات را به حداقل برسانند. هم‌چنین احتمالاً مطرح‌شدن موضوع تعهد و اشکال آن در جلسات درمانی، به آن‌ها کمک کرده تا خود را در کنار همدیگر ببینند و احساس تنهایی و مسئولیت زوجین تعدیل شود. این احساس باعث افزایش تعاملات مثبت‌تر، اعتماد و هماهنگی زناشویی در مواقع دشوار شد و احتمالاً ابعاد حمایت اجتماعی، از جمله حمایت عاطفی^{۸۲}، حمایت ابرازی^{۸۳}، حمایت اطلاعاتی^{۸۴}، حمایت مصاحبتی^{۸۵} و اعتباردهی^{۸۶} (ویل و شینار^{۸۷}، ۲۰۰۰) را گسترش داده است. وقتی زوجین این فعالیت‌های مشترک را انجام می‌دهند، احترام، قدردانی و پیوستگی بین آن‌ها بیشتر می‌شود و هماهنگی بیشتری بین زوجین شکل می‌گیرد. مداخلات درمانی به زوجین کمک کرد که به عنوان تکلیف، زمان‌های مشخص‌شده‌ای را در کنار یکدیگر بگذرانند و در مورد موضوعات دونفره شخصی خود صحبت کنند. این زمان‌های تعیین‌شده، علاوه بر ادراک رابطه زناشویی در کنار احساس والدگری مشترک، با تداعی شدن زمان قبل از تولد فرزند، نوعی احساس اطمینان از قوی‌تر شدن رابطه دونفره را به دنبال داشته است. توافقات زوجین در مورد مسئولیت‌های والدگری هم توانسته تعارضات زناشویی را به حداقل برساند. زوجینی که می‌توانند تعارضات موجود در رابطه را با به‌کارگیری روش‌های مثبت و استفاده کمتر از تعاملات منفی مدیریت کنند، فضایی ایجاد می‌کنند که در آن فرصت بیشتری برای

خودافشایی و توافق در مورد مشکلات خانواده وجود دارد و این خود یکی از روش‌های مهم ایجاد صمیمیت در خانواده است.

هم‌چنین نتایج این پژوهش نشان داد که این درمان باعث بهبود بهزیستی روان‌شناختی زوجین نشده است. به نظر می‌رسد عوامل مختلفی با وضعیت بهزیستی روان‌شناختی زوجین رابطه دارند که می‌توان به معنویت، خویشن‌پذیری، شادی، خوش‌بینی، معناداری، روابط مثبت با دیگران، احساس انسجام یا به‌هم‌پیوستگی، کمال‌گرایی، حل تعارض ارتباطی حرمت خود، عزت نفس، هوش هیجانی، شیوه‌های مقابله با استرس، سن، جنس، درآمد، فرهنگ، برابری، سبک‌های هویت و... اشاره کرد (سهیلی^{۸۸}، ۱۳۸۸). با توجه به شاخص‌های بهزیستی روان‌شناختی مثل کارآمدی در ادراک، خودشناسی، توانایی در کنترل رفتار، عزت نفس، توانایی برقراری ارتباط و باروری، این برنامه که محور تعاملی دارد، بر بهزیستی روان‌شناختی زوجین تأثیر معناداری نداشته و احتمالاً درمان‌هایی که فردمحور هستند کارایی بیشتری بر آن داشته باشند.

تحقیقات طولی نشان داده‌اند که کاهش رضایت زناشویی در زوجین بدون فرزند و زوجین تازه والد شده تفاوت معناداری ندارد (میتنیک، هیمان و اسلپ^{۸۹}، ۲۰۰۹). پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های دیگری، میزان تعارضات زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی زوجین قبل از تولد فرزند کنترل و سپس برنامه درمانی اجرا شود. یکی از محدودیت‌های طرح تحقیق تک‌موردی، اجرای چندین باره ابزارهای پژوهش در سه مرحله پایه، مداخله و پیگیری است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های دیگری از شرکت‌کنندگان بیشتر و طرح‌های تحقیق تحلیل واریانس گروهی استفاده شود. از سویی دیگر برای بررسی تغییرات و تحلیل داده‌ها، میانگین نمرات زوجین مورد استفاده قرار گرفت؛ در حالی که متغیری مثل بهزیستی روان‌شناختی محوریت فردی دارد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های دیگر، تغییرات هر کدام از زوجین به صورت فردی تحلیل شود.

تشکر و قدردانی

از زوجینی که با وجود مشکلات عدیده، در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

پی‌نوشت‌ها

- | | |
|--|--|
| 1. Transition to Parenthood | 46. Diamond Method |
| 2. Wallace & Gotlib | 47. 4 C's |
| 3. Sevinç & Garip | 48. Commitment |
| 4. Martins | 49. Communication |
| 5. Newlywed | 50. Connection |
| 6. Bramlett & Mosher | 51. Consideration |
| 7. Cowan, Cowan, Schultz, & Heming | 52. Gottman Method |
| 8. Bash | 53. Harville Hendrix |
| 9. Feeney, Hohaus, Noller, & Alexander | 54. Cognitive Behavioral Couples Therapy |
| 10. Gottman & Gottman | 55. Attachment Theory |
| 11. Erol | 56. Brief Integrative Couple's Therapy |
| 12. Exhaustion | 57. Structural Couple's Therapy |
| 13. Petch & Halford | 58. Single-Case Experimental Design |
| 14. Postpartum Depression | 59. Single Subject Experiment |
| 15. Johnson | 60. Gall, Borg, & Gall |

- | | |
|--|---|
| 16. Whisman, Gordon, & Chatav | 61. Multiple Baseline |
| 17. Role Overload | 62. Changing Criterion Designs |
| 18. Perry-Jenkins, Goldberg, Pierce, & Sayer | 63. Rizvi & Nock |
| 19. Luppi | 64. Ecological Validity |
| 20. Doss, Rhoades, Stanley, & Markman | 65. Dul & Hak |
| 21. Luppi & Mencarini | 66. Skvortsov & Romashchuk |
| 22. <u>Bartolo, Benedetto, & Ingrassia</u> | 67. Ryff's Psychological Well-being Scale |
| 23. Matysiak, Mencarini, & Vignoli | 68. Ryff & Keyes |
| 24. Horwitz, & White | 69. Ryff & Singer |
| 25. Bahadori Khosroshahi & Hashemi Nosrat Abad | 70. Khanjani, Shahidi, Fath-Abadi, Mazaheri, & Shokri |
| 26. Weich | 71. Kansas Marital Conflict Scale (KMCS) |
| 27. Larson & Holman | 72. Eggeman, Moxley, & Schumm |
| 28. Faramarzi | 73. Campbell & Moroz |
| 29. Marital Conflict | 74. Life Satisfaction Scale |
| 30. Abidin | 75. Diener, Emmons, Larsen, & Griffin |
| 31. Rhoades, Stanley & Markman | 76. Reliable Change Index |
| 32. Troupe | 77. Normativ Comparisions |
| 33. Liaghat | 78. Fisher, Kelley, & Lomas |
| 34. Zhylyevskyy | 79. Poppen |
| 35. Riggio & Valenzuela | 80. Imani, Rajabi, Khojaste Mehr, Beyrami, & Beshlide |
| 36. Lucas-Thompson | 81. Weiss & Heyman |
| 37. Oh, Lee, & Park | 82. Emotional Support |
| 38. McCoy, Cummings, & Davies | 83. Instrumental Support |
| 39. Couple-Focused Interventions | 84. Informational Support |
| 40. Trillingsgaard, Baucom, & Heyman | 85. Companionship Support |
| 41. Trillingsgaard, Baucom, Heyman, & Elklit | 86. Validation |
| 42. Wood | 87. Will & Shinar |
| 43. The Preventative Intervention Family Foundations | 88. Soheyli |
| 44. Feinberg | 89. Mitnick, Heyman, & Slep |
| 45. Foroughi, Bagheri, Ahadi, & Mazaheri | |

منابع

- ایمانی، م.، رجبی، غ.، خجسته‌مهر، ر.، بیرامی، م.، و بشلیده، ک. (۱۳۹۲). بررسی کارایی درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر بر کاهش علائم نگرانی و سازگاری زناشویی زن‌های دارای آشفتگی زناشویی و اختلال اضطراب فراگیر. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۳(۱)، ۵۸-۸۸.
- بهادری خسروشاهی، ج.، و هاشمی نصرت‌آباد، ت. (۱۳۹۱). رابطه اضطراب اجتماعی، خوش‌بینی و خودکارآمدی با بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۳(۲)، ۱۱۵-۱۲۲.
- خانجانی، م.، شهیدی، ش.، فتح‌آبادی، ج.، مظاهری، م.، و شکری، ا. (۱۳۹۳). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه (۱۸ سؤال) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر. *اندیشه و رفتار*، ۸(۳۲)، ۳۷-۲۷.
- سهیلی، م. (۱۳۸۸). مقایسه بهزیستی روان‌شناختی بین کارمندان متأهل، مطلقه، بیوه و مجرد ادارات دولتی شهرستان کرج. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- فرامرزی، س. (۱۳۸۸). بررسی نقش ادراک انصاف در کیفیت زناشویی در کارکنان متأهل شهر اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران اهواز.

فروغی، م.، باقری، ف.، احدی، ح. و مظاهری، م. ع (۱۳۹۶). اثربخشی مداخله آموزشی غنی‌سازی زندگی زناشویی با رویکرد متمرکز بر هیجان در دوران بارداری بر رضایت زناشویی زوجین پس از تولد اولین فرزند. *دوفصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۲۷(۲)، ۵۵-۸۱.

لیاقت، ح. (۱۳۹۶). بررسی مدل رابطه بین خانواده اصلی و رضایت زناشویی با میانجی‌گری‌های مهارت‌های ارتباطی زناشویی و تعارض زناشویی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

- Abidin, R. R. (1995). Parenting Stress Index (3rd ed.): *Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Bahadori Khosroshahi, J., & Hashemi Nosrat Abad, T. (2012). The Relationship between Social Anxiety, Optimism and Self-Efficacy with Psychological Well-Being in Students. *The Journal of Urmia University of Medical Sciences*, 23 (2), 115-122 [in Persian].
- Bartolo, G., Benedetto, L., & Ingrassia, M. (2013). Couple's Well-being and Parenting in the Transition to Parenthood: What are the Gender Differences? *Interdisciplinary Journal of Family Studies*, 18(1), 30-50.
- Bash, A. R. (2016). *A Treatment Model for Marital Satisfaction in Ccouples with Young Children*. Unpublished dissertation, The Chicago School of Professional Psychology.
- Bramlett, M.D., & Mosher, W.D. (2002). *Cohabitation, Marriage, Divorce, and Remarriage in the United States*. (Vital and Health Statistics, Series 23.) Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Campbell, L., & Moroz, S. (2014). Humour Use between Spouses and Positive and Negative Interpersonal Behaviors during Conflict. *Europe's Journal of Psychology*, 10(3), 532-542.
- Doss, B. D., Rhoades, G. K., Stanley S. M., & Markman, H. J. (2009). The Effect of the Transition to Parenthood on Relationship Quality: An 8-year Prospective Study. *Journal of Personal Social Psychology*, 96, 601-619.
- Egeman, K., Moxley, V., & Schumm, W. R. (1985). Assessing Spenses Perceptions of Gottman's Temporal Form in Mmarital Conflict. *Psychological Reports*, 57, 171-181.
- 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. *Journal of Sexual Medicine*, 4, 1381-1387.
- Faramarzi, S. (2009). *The Role of Equity Perception in Marital Quality in Married Employees in Ahvaz organizations*. Master thesis, Faculty of Education and Psychology, University of Shahid Chamran of Ahvaz [in Persian].
- Feeney, J. A., Hohaus, L., Noller, P., & Alexander, R. P. (2001). *Becoming Parents: Exploring the Bonds between Mothers, Fathers, and their Infants*. New York: Cambridge University Press.
- Fisher, W. W., Kelley, M. E., & Lomas, J. E. (2003). Visual Aids and Structured Criteria for Improving Visual Inspection and Interpretation of Single-Case Designs. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36(3), 387-406.
- Foroughi, M., Bagheri, F., Ahadi, H., Mazaheri, M. (2018). The Effectiveness of Educational Interventions of Enrichment of Marital Life with Emotional-Focused Approach during Pregnancy on Couples' Marital Satisfaction after the Birth of the First Child. *Family Counseling and Psychotherapy*, 7(2), 55-81[in Persian].
- Gall, M. D., Borg, W. R., & Gall, J. P. (1996). *Educational Research: An introduction*. Longman Publishing.

- Gottman, J. M., & Gottman, J. S., (2007). *And Baby Makes Three: The Six-Step Plan for Preserving Marital Intimacy and Rekindling Romance after Baby Arrives*. New York: NY Crown Publishing.
- Gottman, J. (1999). *The Marriage Clinic: A Scientifically Based Marital Therapy*. New York: Norton.
- Horwitz, A.V., & White, H. R. (1991). Becoming Married, Depression, and Alcohol Problems among Young Adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 221-37.
- Imani, M., Reza Rajabi, G., Khojaste Mehr, R., Beyrami, M., Beshlide, K. (2013). The Study of the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy Adopted for Couples, Integrative Behavioral Couple Therapy on Women with Distressed Couples and General Anxiety Disorder. *Family Counseling and Psychotherapy*, 3(1), 56-89 [in Persian].
- Johnson, C. E. (2011). Sexual health during pregnancy and the postpartum. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(5), 1267-1284.
- Johanson, S. M. (2003). The Revolution in Couple Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 348- 365.
- Jones, D. E., Feinberg, M. E., Hostetler, M. L., Roettger, M. E., Paul, I. M., & Ehrenthal, D. B. (2018). Family and Child Outcomes 2 Years after a Transition to Parenthood Intervention. *Family Relations*, 67(2), 270-286.
- Kalantarkousheh, S. M., & Navarbafi, F. (2012). Reliability and Exploratory Factor Analysis of Psychological Well-Being in a Persian Sample. *Science Series Data Report*, 4(1), 11-27.
- Khanjani, M., Shahidi, S., Fath-Abadi, J., Mazaheri, M. & Shokri, O. (2014). Factor structure and psychometric properties of the Ryff's scale of Psychological well-being, short form (18-item) among male and female students. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 8 (32), 27-36 [in Persian].
- Liaghat, H. (2018). *The Model of the Relationship between Family of Origin and Marital Satisfaction with mediation of marital communicational skills and marital conflict*. Master thesis, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz [in Persian].
- Luppi, F. (2016). When is the Second One Coming? The Effect of Couple's Subjective Well-Being Following the Onset of Parenthood. *European Journal of Population*, 32(3), 421-444.
- Luppi, F., & Mencarini, L. (2018). Parents' Subjective Well-Being after Their First Child and Declining Fertility Expectations. *Demographic Research*, 39, 285-314.
- Martins, C. A. (2018). *Transition to parenthood: consequences on health and well-being. A qualitative study*. Enfermeria clinica.
- Matysiak, A., Mencarini, L., & Vignoli, D. (2016). Work-Family Conflict Moderates the Relationship between Childbearing and Subjective Well-Being. *European Journal of Population*, 32(3), 355-379.
- Mitnick, D. M., Heyman, R. E., & Slep, A. M. S. (2009). Changes in Relationship Satisfaction across the Transition to Parenthood: A Meta-Analysis. *Journal of Family Psychology*, 23, 848-852.
- Perry-Jenkins, M., Goldberg, A. E., Pierce, C. P., & Sayer, A. G. (2007). Shift Work, Role Overload, and the Transition to Parenthood. *Journal of Marriage and Family*, 69, 123-138.
- Petch, J., & Halford, W. K. (2008). Psycho-Education to Enhance Couples' Transition to Parenthood. *Clinical Psychology Review*, 28, 1125-1137.
- Rizvi, S. L. & Nock, M. K (2008). Single-Case Experimental Designs for the Evaluation of Treatments for Self-Injurious and Suicidal Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38 (5), 498-510.

- Rhoades, G., Stanley, S., & Markman, H. (2012). Parents' Marital Status, Conflict, and Role Modeling: Links with Adult Romantic Relationship Quality. *Journal of Divorce & Remarriage*, 53(5), 348-367.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Sevinç, M., & Garip, E. S. (2010). A Study of Parents' Child Raising Styles and Marital Harmony. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2, 1648-1653.
- Skvortsov, A., & Romashchuk, A. (2015). Single Case Studies as a Means for developing psychological Theories. *PsyCh Journal*, 4, 231-242.
- Soheyli, M. (2009). *The Comparison of Psychological Well-Being in Married, Single, Divorced and Lone Employees of Karaj Offices*. Master thesis, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz [in Persian].
- Trillingsgaard, T., Baucom, K. J. W., & Heyman, R. E. (2014). Predictors of Change in Relationship Satisfaction during the Transition to Parenthood. *Family Relations*, 63, 667-679.
- Trillingsgaard, T., Baucom, K. W., Heyman, R. E., & Elklit, A. (2012). Relationship Interventions during the Transition to Parenthood: Issues of Timing and Efficacy. *Family Relations*, 61, 770-783.
- Wallace, P. M., & Gotlib, I. H. (1990). Marital Adjustment during the Transition to Parenthood: Stability and Predictors of Change. *Journal of Marriage and the Family*, 52(1), 21-29.
- Weich, S., Brugha, T., King, M., McManus, S., Bebbington, P., Jenkins, R., & Stewart-Brown, S. (2011). Mental well-being and Mental Illness: Finding from the Adult Psychiatric Morbidity Survey for England 2007. *The British Journal of Psychiatry*, 199(1), 23-28.
- Whisman, M. A., Gordon, K. C., & Chatav, Y. (2007). Predicting Sexual Infidelity in a Population-based Sample of Married Individuals. *Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association*, 21(2), 320-324.
- Wills, T. A., & Shinar, O. (2000). *Measuring Perceived and Received Social Support*. Oxford: Oxford University Press.