

اثربخشی زوج درمانی تلفیقی به روش دایمند بر پیوستگی، انطباق پذیری و صمیمیت زوجین بعد از تولد فرزند اولسید امید ستوده ناورودی^۱، مژگان نیکنام^{۲*}، اعظم فتاحی اندبیل^۳**چکیده**

مقدمه: آغاز والدگری یک مرحله ویژه در زندگی خانوادگی است، چرا که زوجین در این مرحله به دنبال یک سازگاری جدید می‌باشند. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی زوج درمانی تلفیقی به روش دایمند بر پیوستگی، انطباق پذیری و صمیمیت عاطفی بعد از تولد فرزند اول در زوجین اجرا گردید.

روش پژوهش: مطالعه حاضر بصورت شبه آزمایشی همراه با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل که به شیوه نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل انجام شده است. جامعه آماری ۳۲ والد دارای یک فرزند زیر ۵ سال مراجعه کننده به مرکز مشاوره احیا شهر رشت از آبان ماه ۱۳۹۷ تا اردیبهشت ماه ۱۳۹۸ بود که در دو گروه آزمایش (۱۶ نفر) و کنترل (۱۶ نفر) اختصاص داده شده بودند. گروه آزمایش تحت زوج درمانی تلفیقی به روش دایمند در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های صمیمیت شافر و السون و انطباق و انسجام السون و همکاران مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس و با نرم افزار SPSS ویرایش ۲۲ انجام شد.

یافته‌ها: زوج درمانی تلفیقی به روش دایمند بر افزایش پیوستگی، انطباق پذیری و صمیمیت عاطفی زوجین بعد از تولد فرزند اول تاثیر معناداری داشته است ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: در نتیجه می‌توان بیان کرد که استفاده از زوج درمانی تلفیقی به روش دایمند برای زوجینی که پس از تولد فرزند اول دچار مشکلاتی در روابط زناشویی خود شده‌اند موثر و کارآمد می‌باشد.

کلید واژه‌ها: انطباق پذیری، پیوستگی، زوج درمانی تلفیقی، صمیمیت

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۲/۷/۲۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۶/۱۴

استناد: ستوده ناورودی، نیکنام م، فتاحی اندبیلی، اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر پیوستگی، انطباق پذیری، صمیمیت عاطفی، و کیفیت ارتباطی والدین بعد از تولد فرزند اول، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۲؛ ۱۳(۱): ۵۳-۶۶

^۱ - دانشجوی دکترای گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

ORCID: 000000240246529, Email: omid.sotodeh@yahoo.com

^۲ - استادیار گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران (نویسنده مسئول)

Email: Nicknam.mojgan@gmail.com, ORCID: 000000315523288

ORCID:0000000306359404

^۳ - استادیار گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

مقدمه:

تولد فرزند تکمیل رویاهای والد شدن است و از طرف دیگر، شروع لحظات سخت و دشوار است. هر چند برای این دوره سطحی از اضطراب قابل انتظار است، اما اضطراب شدید می‌تواند بر تکالیف روزانه و روابط تاثیر منفی داشته باشد. تغییر در سبک زندگی، نقش‌ها و روابط باعث افزایش استرس و پایین آمدن کیفیت زندگی زوجین می‌شود (۱). در واقع پویایی‌های رابطه دونفری زوجین با تولد فرزند به طور چشمگیری تغییر می‌کند و در کل سیستم خانواده تغییری ایجاد می‌شود (۲). متخصصان خانواده درمانی تولد اولین فرزند و تغییراتی را که با این انتقال زوجین به دوره والدگری همراه می‌شود، به عنوان "وقوع بحران" توصیف کرده‌اند (۳). 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؛ 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 (۴؛ ۵). اما مطالعات نشان داد که رضایت زناشویی بعد از ۱۵ سال و پس از والد شدن کاهش پیدا می‌کند. همچنین تعارضات زناشویی و خصومت زوجین نسبت به یکدیگر افزایش و صمیمیت عاطفی کاهش می‌یابد (۶؛ ۷) 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 (۳؛ ۸) و به صورت مشکل در عملکرد جنسی (۹)، خستگی و فرسودگی (۱۰)، افسردگی پس از زایمان، خیانت و گرانباری نقش نمایان می‌شود. پژوهش 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 (۱۱؛ ۱۲؛ ۱۳؛ ۱۴).

درواقع ازدواج با برقراری رابطه صمیمانه شکل می‌گیرد و داشتن رابطه صمیمانه با دیگران یکی از بزرگترین موهبت‌های انسانی است، به گونه‌ای که به نظر می‌رسد هیچ چیز به اندازه‌ی آن نمی‌تواند در بهزیستی روان‌شناختی و بالابردن کیفیت کارکردهای انسان نقش داشته باشد (۱۵). با این حال، رسیدن به روابط صمیمانه کار آسانی نیست و برقراری پیوند بزرگی مانند ازدواج نیز رسیدن به آن را تضمین نمی‌کند (۱۶؛ ۱۷). با توجه به اینکه صمیمیت یک نیاز اساسی و فراتر از دیگر نیازهای انسان است لذا توسعه صمیمیت بین همسران اولین قدم در جهت ایجاد یک ازدواج مطلوب است. بسیاری از پژوهشگران گزارش دادند که نیاز به نزدیکی و ارتباط با دیگران در انسان درونی و همگانی بوده و روابط توأم با صمیمیت منبع مهمی برای شادی، احساس معنا و رضایت در زندگی است (۴؛ ۱۸).

پیوستگی و انطباق‌پذیری نیز دو جنبه رفتار زناشویی و خانوادگی است که اساس درک و شناخت فرایندهای خانوادگی و زناشویی می‌باشد و از مؤلفه‌هایی است که سطح سلامت خانواده را نشان می‌دهد (۱۹). توافق قابل ملاحظه‌ای بین خانواده درمانگران وجود دارد که پیوستگی و انطباق‌پذیری خانواده، مهم‌ترین مفهوم برای درک عملکرد خانواده می‌باشد (۱۲). در سیستم‌های خانوادگی سالم اعضا روابط عاطفی خوبی با هم دارند، نقش‌ها انعطاف پذیرند و افراد با یکدیگر مرتبط هستند، اما در سیستم‌های ناسالم نقش‌ها خشک و متحجرند. تحقیقات بیانگر آن است که رابطه معنی‌داری بین پیوستگی و انطباق‌پذیری خانواده با هدف‌گذاری، ابعاد کمالگرایی، هوش هیجانی، رفتارهای تغذیه سالم، رضایت از زندگی و مشکلات روانشناختی (۳) وجود دارد. پیوستگی، به عنوان یکی از ساختارهای پر نفوذ خانواده، احساس همبستگی، پیوند و تعهد عاطفی است که اعضای یک خانواده نسبت به هم دارند (۱۹). دو کیفیت مربوط به پیوستگی در خانواده، مشتمل بر تعهد و وقت‌گذاردن با هم است. منظور از تعهد، میل به صرف وقت و انرژی در فعالیت‌های خانواده و هم چنین ممانعت از تأثیر منفی عواملی چون مسائل شغلی در آن، می‌باشد. خانواده‌هایی که دارای زمینه قوی

<http://journals.iau-astara.ac.ir>, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.1.6.3 

هستند، به طور مرتب برنامه‌ها و زمان‌هایی برای فعالیت‌های گروهی در نظر می‌گیرند (۱۲). گرمی روابط و عواطف، تعهد و وقت گذاشتن برای یکدیگر و همچنین پیوند و تعهد عاطفی موجود در بین اعضای خانواده که از ویژگی‌های اصلی خانواده‌های منسجم محسوب می‌شود، از سویی مفاهیم خاص در انطباق‌پذیری به میزان تغییر در رهبری، روابط، نقش‌ها و قواعد ارتباطی اشاره دارد که به نظر می‌رسد با تولد اولین فرزند و عدم آمادگی والدین جهت رویارویی با این چالش خیلی از این کارکردها در خانواده نقش کم رنگ تری یابد و سیستم خانواده را دچار مشکل سازد (۲۰).

با وجود این که تحقیقات زیادی نشان داده‌اند بین تولد فرزند و ابعاد رابطه زناشویی رابطه وجود دارد. طرح‌ها و مدل‌های درمانی کافی برای مداخله در روابط زناشویی طراحی نشده است (۲۱؛ ۲). برای پیشگیری از کاهش رضایت زناشویی زوجینی که صاحب فرزند می‌شوند، مداخلات زوج محور موفقیت‌ناچیزی داشته‌اند. پژوهش نشان داد مداخلات آموزشی بر ارتباطات زناشویی بعد از تولد اولین فرزند تأثیری نداشت و نتوانست مانع از کاهش رضایت زناشویی شود (۲۲؛ ۲۳). از سویی دیگر، برنامه مداخله پیشگیرانه بنیادهای خانواده (FF) یک برنامه زوج محور 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 (۲۴؛ ۲۵). زوج درمانی تلفیقی به روش دایمند یک برنامه طراحی شده برای زوجینی است که به تازگی فرزنددار شده‌اند. این برنامه چهاربعدی بر مبنای چهار بعد اساسی تعهد، ملاحظه، پیوند و ارتباط بنا شده است. این برنامه درمانی ترکیبی از روش گاتمن، هارویل هندریکس، زوج درمانی شناختی رفتاری زوج، نظریه دلبستگی، زوج درمانی تلفیقی کوتاه مدت و زوج درمانی ساختاری برای افزایش رضایتمندی زوجینی است که فرزند زیر ۶ سال دارند. این برنامه درمانی شش مرحله دارد: (۱) ارزیابی تشخیصی زوجین (۲) شناسایی تغییر رفتاری مورد نظر شناسایی (۳) ارزیابی روش‌های موجود برای درمان رفتار مورد نظر (۴) شناسایی جنبه‌های زوج درمانی برای کار، (۵) کاربرد درمان ترکیبی و (۶) ارزیابی مجدد زوجین پس از اجرای درمان. کفایت اثربخشی این درمان مورد تایید متخصصان زوج‌درمانی قرار گرفته است. در همین راستا نتایج مطالعات (۲؛ ۶؛ ۱) نشان داد که زوج درمانی تلفیقی به روش دایمند بر افزایش رضایت زناشویی زوجین بعد از تولد اولین فرزند موثر است و آموزش روابط زوجی کمک می‌کند تا رضایت از رابطه‌ی خود را به طور مداوم و پایدار بالا نگه دارند که این امر سبب بالا رفتن سلامت فردی هر یک از همسران می‌شود. در واقع ضرورت مداخله‌های گروهی بر روی زوجین با استفاده از شیوه‌هایی که کیفیت دلبستگی و روابط آنان را بعد از تولد فرزند اول و تغییر نقش‌ها بهبود دهد، یکی از موثرترین مداخلات در کاهش مشکلات زناشویی تازه والد‌هاست. در پرتو پژوهش‌های اخیر زوج‌درمانی، ثابت شده است که پیوستگی، انسجام و صمیمیت از مهم‌ترین عوامل دست‌اندرکار در ایجاد یا فروپاشی سلامت روانی و جسمانی در بین زوجین می‌باشد. امروزه یکی از دغدغه‌های متخصصان حوزه خانواده و ازدواج، یافتن راه‌های مناسب درمان و پیشگیری است. شاید به خاطر شناخت تأثیر منفی طلاق بر زوج‌ها، خانواده‌ها و جوامع است که امروزه زوج‌درمانی بیش از پیش به عنوان مداخله عمده بهداشت روانی شناخته شده است. به همین خاطر نیاز ما به رویکردهای موثر و به طور تجربی حمایت شده برای زوج‌درمانی مورد تأکید است. فراتحلیل‌های زوج‌درمانی تأکید می‌کنند که رویکردهای گوناگونی در درمان آشفتگی زوج‌ها، بهبودی بالینی و آماری معناداری را برای بخش قابل توجهی از زوج‌ها به ارمغان آورده‌اند و متوسط افرادی که زوج‌درمانی دریافت می‌کنند از ۸۰ درصد افرادی که تحت درمان قرار نمی‌گیرند بهبودی بیشتری نشان

¹ . The preventative intervention Family Foundations

می‌دهند. با توجه به موارد گفته شده این پژوهش در صدد پاسخگویی به این سوال است آیا زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند بر پیوستگی، انطباق‌پذیری و صمیمیت عاطفی زوجین بعد از تولد فرزند اول موثر است؟

روش پژوهش:

این پژوهش از نوع پژوهش‌های کاربردی و نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با یک گروه آزمایش و کنترل است. جامعه آماری پژوهش شامل والدین (پدر-مادر) دارای یک فرزند زیر ۵ سال بود که از آبان ماه ۱۳۹۷ تا پایان اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۸ در مرکز مشاوره احیا شهر رشت حاضر بودند که از میان جامعه مذکور تعداد ۳۲ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه (۱۶ پدر و ۱۶ مادر گروه آزمایش و ۱۶ پدر و ۱۶ مادر گروه کنترل) اختصاص داده شدند. ملاک‌های ورود برای گروه آزمایش (حداقل تحصیلات دیپلم، سابقه هفت سال زندگی مشترک، نارضایتی از روابط زناشویی، فرزند زیر ۵ سال، کسب نمره یک انحراف معیار پایین تر در پرسشنامه‌های مد نظر، متعهد شدن به حضور در تمام جلسات درمان به صورت زوجی) و شرایط خروج از پژوهش (قرار داشتن در دوره‌های روان‌درمانی یا روانپزشکی غیر از این دوره، تصمیم به جدایی، ابتلا به اختلال‌های روانشناختی شدید و مصرف مواد). ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارتند از:

مقیاس ارزیابی انطباق‌پذیری و پیوستگی خانواده (FACES-2): مقیاس پیوستگی و انطباق‌پذیری خانواده (FACES-2) توسط السون، بل و پرتنر ساخته شده است. این مقیاس ۳۰ گویه دارد که ۱۴ گویه آن انطباق‌پذیری و ۱۶ گویه آن پیوستگی را می‌سنجد. نمره‌های بدست‌آمده در ابعاد انطباق‌پذیری و پیوستگی برای نشان دادن خانواده‌های متعادل و نامتعادل در مدل حلقوی پیچیده به کار می‌رود. نمره‌گذاری آن از نوع لیکرت است و پاسخ‌ها از ۱ (تقریباً هیچ وقت) تا ۵ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل نمره در مقیاس پیوستگی و انطباق‌پذیری خانواده ۳۰ و حداکثر نمره ۱۵۰ است. نمرات بالا در این مقیاس نشان می‌دهد که خانواده دارای عملکرد مطلوبی است. السون ضریب پایایی مقیاس پیوستگی و انطباق‌پذیری خانواده را به روش آلفای کرونباخ برای پیوستگی، انطباق‌پذیری و برای کل مقیاس پیوستگی و انطباق‌پذیری خانواده به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۸ و ۰/۹۰ به دست آورد. همچنین السون برای تعیین اعتبار مقیاس پیوستگی و انطباق‌پذیری خانواده از مقیاس خودگزارشی خانواده استفاده کرد و نشان داد که مقیاس پیوستگی و انطباق‌پذیری خانواده دارای اعتبار سازه قابل قبولی است. در پژوهش خجسته‌مهر و همکاران (۲۶) آلفای کرونباخ برای پیوستگی، ۰/۹۱ و برای انطباق‌پذیری، ۰/۹۰ و برای کل مقیاس، ۰/۹۵ به دست آمد. او همچنین جهت تعیین اعتبار سازه مقیاس پیوستگی و انطباق‌پذیری خانواده از مقیاس ارزیابی عملکرد خانواده استفاده کرد. ضریب اعتبار برای مقیاس پیوستگی و انطباق‌پذیری خانواده به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۶۴ و ۰/۷۵ به دست آمد که همگی در سطح $p < 0/001$ معنی دار بودند.

پرسشنامه ارزیابی شخصی صمیمیت: پرسشنامه ارزیابی شخصی صمیمیت (PAIQ)، یک ابزار ۳۶ گویه‌ای است و صمیمیت را در شش بعد عاطفی، اجتماعی، جنسی، عقلانی، تفریحی و عرفی در اندازه‌های ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (هیچ وقت) تا ۵ (همیشه) اندازه‌گیری می‌کند. در پژوهش حاضر از زیرمقیاس صمیمیت عاطفی این پرسشنامه استفاده شد. نمره بالاتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده صمیمیت بیشتر است. شافر و السون (۲۷) پایایی زیر مقیاس‌های پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷ تا ۰/۷۷ برآورد کردند که برای زیرمقیاس صمیمیت عاطفی ۰/۷۵ بود. خجسته‌مهر و همکاران (۲۸) نیز پایایی مقیاس صمیمیت عاطفی را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۶۳ به دست آورد. همچنین شافر و السون (۲۷) ضریب همبستگی پرسشنامه ارزیابی شخصی صمیمیت را با پرسشنامه‌های سازگاری زناشویی، خودافشایی و بافت خانوادگی موس حساب کردند که ضرایب همبستگی به دست

آمده نشان دهنده روایی همگرا مطلوب پرسشنامه بود. خجسته‌مهر و همکاران (۲۸) نیز به منظور سنجش روایی پرسشنامه، ضریب همبستگی آن را با مقیاس صمیمیت واکر و تامپسون محاسبه کرد که همه ضرایب معنادار بودند. در پژوهش حاضر برای اعمال متغیر مستقل، از پروتکل زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمنند (۲) استفاده شد. برنامه زوج‌درمانی تلفیقی دایمنند به مدت هشت هفته هر هفته یک جلسه به مدت ۹۰ دقیقه به شرح زیر اجرا شد.

جدول ۱: خلاصه جلسات زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمنند

Table 1: Summary of integrative couple therapy sessions using the Diamond method

جلسه	محتوای جلسات و تمرین‌ها
جلسه اول	آشنایی و مقدمه (بحث و معرفی روش دایمنند؛ خلاصه روش دایمنند؛ شرح مختصری از چهار بعد اساسی (۴C'S)؛ 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 و سوم	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)
جلسه چهارم و پنجم	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)
جلسه ششم	پیوند عاطفی و فیزیکی (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 هفتم	ملاحظه و توجه (شناسایی موقعی که زوجین همگام 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 هشتم	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 بلند مدت)

یافته‌ها:

در این پژوهش به کمک نرم افزار SPSS ویرایش ۲۲ داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت بررسی اثربخشی مداخله از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره یا آنکووا استفاده شد. حداکثر سطح خطای آلفا جهت آزمون فرضیه‌ها؛ مقدار ۰/۰۵ در نظر گرفته شد ($P < ۰/۰۵$). در جدول ۲ میزان تحصیلات پاسخگویان بررسی شد. از آزمون کای اسکوئر برای بررسی همگنی تحصیلات پاسخگویان استفاده شد.

جدول ۲: توصیف میزان تحصیلات پاسخگویان به همراه آزمون همگنی کای اسکوئر

Table 2: Describing the level of education of the respondents along with the Chi-square Homogeneity test

ویژگی	طبقات	گروه کنترل		گروه آزمایش		آزمون کای اسکوئر
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
سطح تحصیلات	دیپلم	۲	۱۲/۵	۳	۱۸/۸	value = ۰/۶۸۲ P = ۰/۹۹۵
آمودنی‌ها	کاردانی	۳	۱۸/۸	۲	۱۲/۵	
	کارشناسی	۷	۴۳/۸	۷	۴۳/۸	
	کارشناسی ارشد	۴	۲۵	۴	۲۵	

نتایج آزمون کای دو نشان داد که تفاوت معنی داری از نظر تحصیلات بین دو گروه وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$) نتایج نشان داد بیشتر پاسخگویان در دو گروه دارای تحصیلات کارشناسی و کارشناسی ارشد بودند. همچنین میانگین و انحراف معیار سنی گروه کنترل $۲/۰۴ \pm ۳۶/۱۸$ سال و گروه آزمایش $۲/۷۷ \pm ۳۵/۶۲$ سال بود و میانگین و انحراف معیار سابقه زندگی مشترک در گروه کنترل $۰/۹۶ \pm ۷/۶۴$ و در گروه آزمایش $۱/۲۰ \pm ۷/۸۷$ سال بود که نتیجه آزمون تی مستقل نشان داد از نظر سن و سابقه زندگی مشترک دو گروه همگن بودند ($P > ۰/۰۵$). در جدول ۳ به توصیف متغیرهای اصلی (پیوستگی، انطباق‌پذیری و صمیمیت عاطفی) پرداخته شد. متغیرها با استفاده از آماره‌های میانگین و انحراف استاندارد توصیف شدند.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد پیوستگی، انطباق‌پذیری و صمیمیت به تفکیک گروه و آزمون

Table 3: Mean and standard deviation of continuity, adaptability and intimacy based on Group and test time

متغیر	زمان	گروه کنترل		گروه آزمایش	
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
پیوستگی	پیش آزمون	۳۵/۸۱	۱/۵۹	۳۵/۵۶	۱/۳۶
	پس آزمون	۳۵/۸۷	۱/۲۵	۴۴/۲۵	۱/۱۲
انطباق‌پذیری	پیش آزمون	۳۰/۳۷	۳/۲۰	۲۹/۷۵	۳/۱۰
	پس آزمون	۳۰/۵۶	۲/۹۴	۳۹/۵۶	۲/۶۰
صمیمیت عاطفی	پیش آزمون	۱۱	۱/۴۱	۱۱/۳۱	۱/۳۰
	پس آزمون	۱۰/۹۳	۰/۹۹	۱۶/۵۰	۱/۲۱

برای بررسی تاثیر زوج درمانی تلفیقی به روش دایمند بر مولفه‌های انطباق پذیری و پیوستگی والدین بعد از تولد فرزند اول از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون مولفه‌های انطباق پذیری و پیوستگی در گروه آزمایش و کنترل نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است ($F_{2,27} = 1/606, P < 0/089$). نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس مولفه‌های انطباق‌پذیری ($P < 0/036$)، $F_{1,30} = 4/803$ و پیوستگی ($F_{1,30} = 8/381, P < 0/007$) در گروه‌ها برابر نمی‌باشد. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و کنترل نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است ($F_{1,30} = 0/947, P < 0/122, F = 0/396, BOX M = 0/396$). نتایج آزمون خی دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معنی‌داری رابطه بین مولفه‌های انطباق‌پذیری و پیوستگی نشان داد که رابطه بین این مولفه‌ها معنی‌دار است ($P < 0/036, d.f = 5, X^2 = 6/631$). پس از بررسی پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نتایج آزمون نشان داد که بین دو گروه در مولفه‌های انطباق‌پذیری و پیوستگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/001, F_{27,2} = 548/530, Wilk's Lambda = 0/024$). برای بررسی این که گروه آزمایش و کنترل در کدام یک از مولفه‌های انطباق‌پذیری و پیوستگی با یکدیگر تفاوت دارند در جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری گزارش شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری تفاوت گروه آزمایش و کنترل در مولفه‌های انطباق‌پذیری و پیوستگی

Table 4: results of multivariate analysis of covariance the difference between the experimental and control groups in the components of adaptability and continuity

متغیر	منبع	مجموع مجذور	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F مقدار	سطح معناداری	ضرایب اتا
انطباق‌پذیری	همپراش	۶/۰۵۲	۱	۶/۰۵۲	۳/۱۷۴	۰/۰۸۶	۰/۱۰۲
	عضویت گروهی	۶۳۳/۵۸۷	۱	۶۳۳/۵۸۷	۲۳۱/۲۲۵	۰/۰۰۱	۰/۸۹۲
	خطا	۵۳/۳۸۹	۲۸	۱/۹۰۷			
پیوستگی	همپراش	۱۴/۹۸۱	۱	۱۴/۹۸۱	۱۷/۶۴۳	۰/۰۰۱	۰/۳۸۷
	عضویت گروهی	۵۵۵/۳۳۹	۱	۵۵۵/۳۳۹	۶۵۳/۹۹۸	۰/۰۰۱	۰/۹۵۹
	خطا	۲۳/۷۷۶	۲۸	۰/۸۴۹			

با توجه به جدول ۴ و آماره F برای مولفه‌های انطباق‌پذیری (۲۳۱/۲۲۵) در سطح ۰/۰۰۱ و پیوستگی (۶۵۳/۹۹۸) در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار می‌باشد. این یافته‌ها نشانگر آن هستند که بین گروه‌ها در این مولفه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج بررسی میانگین‌های تصحیح شده نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایش در انطباق‌پذیری (۳۹/۷۸) و پیوستگی (۴۴/۴۸) بیشتر از میانگین گروه کنترل در این مولفه‌ها به ترتیب با میانگین (۳۰/۳۳) و (۳۵/۶۳) می‌باشد. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که زوج‌درمانی تلفیقی

با رویکرد دایمند موجب افزایش انطباق‌پذیری و پیوستگی والدین بعد از تولد فرزند اول می‌گردد. همچنین اندازه اثر در جدول ۳ نشان می‌دهد که عضویت گروهی ۸۹ درصد از تغییرات انطباق‌پذیری و ۹۵ درصد از واریانس پیوستگی را تبیین می‌کند.

برای بررسی اثربخشی زوج‌درمانی تلفیقی با روش دایمند بر صمیمیت عاطفی والدین بعد از تولد فرزند اول از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون صمیمیت عاطفی در گروه آزمایش و کنترل، نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است ($F_{1,28} = 3/33, P < 0/08$). نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیر وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس صمیمیت عاطفی در گروه‌ها برابر می‌باشد ($F_{1,30} = 0/162, P < 0/691$). در جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون با پس‌آزمون متغیر صمیمیت عاطفی گزارش شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و کنترل در صمیمیت عاطفی

Table 5: Results of univariate analysis of covariance the difference between the experimental and control groups in the intimacy

منبع	مجموع مجذور	Df	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر
همپراش	۲۲/۶۳۷	۱	۲۲/۶۳۷	۳۶/۷۰۷	۰/۰۰۱	۰/۵۵۹
عضویت گروهی	۲۲۸/۲۷۸	۱	۲۲۸/۲۷۸	۳۷۰/۱۵۶	۰/۰۰۱	۰/۹۲۷
خطا	۱۷/۸۸۵	۲۹	۱۷/۸۸۵			

با توجه به جدول ۵ آماره F صمیمیت عاطفی در پس‌آزمون (۳۷۰/۱۵۶) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار می‌باشد و این نشان می‌دهد که بین دو گروه در میزان صمیمیت عاطفی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. اندازه اثر ۰/۹۲۷ نیز نشان می‌دهد که این تفاوت در جامعه بزرگ است. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که میانگین تصحیح شده گروه آزمایش در صمیمیت عاطفی (۱۶/۴۰) و میانگین گروه کنترل (۱۱/۰۲) می‌باشد که با توجه به آماره F در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. با توجه به این یافته می‌توان گفت که زوج‌درمانی تلفیقی با روش دایمند موجب افزایش صمیمیت عاطفی والدین بعد از تولد فرزند اول می‌گردد.

بحث و نتیجه گیری:

نتایج این پژوهش نشان داد که زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند منجر به افزایش پیوستگی و انطباق‌پذیری و صمیمیت عاطفی زوجین مورد بررسی شده است. این نتایج همسو با یافته‌های مطالعات پیشین عباس پور و چوبداری (۲۹) مبتنی بر اثربخشی زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند بر هماهنگی زناشویی و کفایت والدگری بعد از تولد فرزند اول و مطالعه باش (۲) مبنی بر اثربخشی زوج‌درمانی تلفیقی به روش دایمند بر افزایش رضایت زناشویی زوجین بعد از تولد اولین فرزند بود. در تبیین این نتایج می‌توان بیان کرد یکی از شاخص‌های نشان دهنده سلامت یا عدم سلامت روابط زناشویی، توجه به ابعادی چون، پیوستگی، انطباق‌پذیری و صمیمیت بین زوجین است که با سلامت روانی و جسمانی افراد پیوند یافته است. تولد فرزند اول و روبرو شدن زوجین با چالش جدیدی از زندگی و تغییر نقش‌ها می‌تواند زوجین را در دریای ناآرامی رها کند که بیرون آمدن سالم از آن نیازمند داشتن مهارت‌هایی جهت حفظ چارچوب‌های اساسی خانواده از جمله پیوستگی، انطباق‌پذیری و صمیمیت است. اگر چه زوجین ممکن است به دلایل مختلفی

<http://journals.iau-astara.ac.ir>, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.1.6.3 

به دنبال درمان باشند، اما آنها اغلب در پی احیاء صمیمیت و ارتباط مناسبی هستند که زمانی نسبت به یکدیگر داشتند و با حضور فرزند و ایجاد تغییراتی در روند معمول زندگی دچار تغییر شده است (۷:۱). افرادی که میزان صمیمیت بالاتری را در روابط تجربه می‌کنند می‌توانند خود را به شیوه مطلوب‌تری در روابط عرضه کنند و نیازهای خود را به شکل موثرتری به شریک و همسر خود ابراز کنند (۴). درواقع روابط صمیمی سالم و برخوردار از کیفیت مناسب ارتباطی و وجود پیوستگی در ساختار خانواده می‌تواند از طریق فراهم آوردن فضایی که هر دو زوج بتوانند نیازهای مهم‌شان را ارضاء کنند در بهزیستی روانی هر یک از زوجین نقش دارد (۷). به طوری که ارضاء نیازهای صمیمیت که از نیازهای مشترک بین دو زوج است به طوری بالایی با رضایت زناشویی و عزت نفس همبستگی مثبت و با علائم افسردگی و اضطراب، آشفتگی روانی و تنهایی همبستگی منفی دارد (۱۸). ناکارآمدی خانواده‌ها در حوزه پیوستگی و انطباق‌پذیری ناشی از عملکرد معیوب در فرآیند تعاملی بین اعضای خانواده می‌باشد. مهارت‌های ارتباطی، خانواده‌ها را در بیان نیازهای اساسی و نیز اولویت دادن آن‌ها در ارتباط با پیوستگی و انطباق‌پذیری توانا می‌سازد و عدم این مهارت‌ها، توانایی اعضای خانواده را برای بیان احساسات به حداقل می‌رساند، در نتیجه حرکت آن‌ها را در ابعاد پیوستگی و انطباق‌پذیری محدود می‌کند. به طوری که نبود فضای گرم، احساس تعهد بین اعضای خانواده، عدم صرف زمان و انرژی برای اعضای خانواده، سرکوبی احساسات، خشکی و عدم انعطاف‌پذیری، فقدان آگاهی، مرگ عاطفی، استفاده بیش از حد مکانیزم‌های دفاعی، که ریشه همه این‌ها در فقدان ارزش شخصی و ضعف رابطه می‌باشد، می‌تواند تعاملات خانواده را آشفته نماید (۲۰).

براین اساس استفاده از رویکرد زوج درمانی تلفیقی به روش دایمند یک برنامه طراحی شده برای زوجینی است که به تازگی فرزنددار شده‌اند. این برنامه چهاربعدی بر مبنای چهار بعد اساسی تعهد، ملاحظه، پیوند و ارتباط بنا شده است. این برنامه درمانی ترکیبی از روش گاتمن، هارویل هندریکس، زوج‌درمانی شناختی رفتاری زوج، نظریه دلبستگی، زوج‌درمانی تلفیقی کوتاه مدت و زوج‌درمانی ساختاری برای افزایش رضایتمندی زوجینی است که فرزند زیر ۶ سال دارند (۲). در تبیین این نتایج می‌توان بیان کرد که در این درمان ترکیبی، احتمالاً زوجین با صحبت در خصوص ماهیت مسئولیت‌ها و نگرش اشتراکی بودن، می‌توانند اختلاف نظرهای خود را به حداقل برسانند. همچنین این برنامه با تقویت حمایت اجتماعی زوجین به آن‌ها کمک کرد تا خود را در کنار یکدیگر ادراک کنند و میزان احساس تنهایی و مسئول بودن زوجین کاهش یابد. این احساس منجر به افزایش تعاملات مثبت‌تر، اعتماد و هماهنگی زناشویی در مواقع حساس می‌شود و احتمالاً ابعاد حمایت اجتماعی، از جمله حمایت هیجانی (در دسترس بودن یکی از همسران وقتی دیگری تحت فشار است و به مراقبت نیاز دارد؛ مانند ابراز احساسات، نگرانی‌ها، ترس‌ها، تایید شدن، عشق و پذیرش)، حمایت ابزاری (کمک‌های عملی که یکی به دیگری می‌کند، مثل همکاری در امور منزل و نگهداری فرزند)، حمایت اطلاعاتی (ارائه دانش، راهنمایی و نصیحت به یکدیگر)، حمایت مصاحبتی (همراهی و گذراندن اوقات با یکدیگر از جمله رفتن به تعطیلات، شرکت در دوره‌های دوستانه، غذا خوردن با یکدیگر، سینما رفتن) و اعتبار دهی (به‌نجار دانستن رفتارها و احساسات یکدیگر و همراهی در مشکلات و مسائل) را گسترش داده است. وقتی زوجین این فعالیت‌های مشترک را انجام می‌دهند، احترام، قدردانی و پیوستگی میان آن‌ها بیشتر می‌شود و هماهنگی بیشتری میان زوجین شکل می‌گیرد به شکلی که می‌توانند مثل یک تیم عمل کنند. تمامی این فعالیت‌های مشترک 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. توافق‌های زوجین در مورد مسئولیت‌های والدگری هم می‌تواند تعارضات زناشویی را به حداقل برساند. زوجینی که می‌توانند تعارضات موجود در رابطه را با بکارگیری روش‌های مثبت و

استفاده کمتر از تعاملات منفی مدیریت کنند، فضایی ایجاد می‌کنند که در آن فرصت بیشتری برای خود افشایی و توافق در مورد مشکلات خانواده وجود دارد و این خود یکی از روش‌های مهم ایجاد صمیمیت، پیوستگی و کیفیت ارتباط در خانواده می‌باشد.

پیشنهادات

پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر استان‌ها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، و نیز با کنترل دیگر عوامل تاثیرگذار از جمله وضعیت اشتغال هر دو زوج، وضعیت مالی، برخورداری از حمایت‌های خانواده زوجین و .. اجرا شود. با توجه به اثربخشی رویکرد زوج‌درمانی تلفیقی دایمند بر ابعاد پیوستگی، انطباق‌پذیری و صمیمیت عاطفی در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود این رویکرد درمانی به درمانگران و مشاوران حوزه خانواده در سطح دانشگاه‌ها، فرهنگ‌سراهای شهرداری و مراکز مشاوره دادگستری معرفی شود تا آن‌ها با بکارگیری این رویکرد درمانی جهت بهبود سطح کیفیت زندگی زوجین و پیشگیری از مشکلات بزرگتر در روابط زوجین گامی علمی برداشته باشند.

محدودیت‌های پژوهش:

محدود بودن دامنه تحقیق به والدین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر رشت که حداقل ۷ سال از زندگی مشترک آن‌ها گذشته، عدم کنترل برخی از متغیرهای تاثیرگذار بر سطح رضایت زناشویی و ابعاد مورد بررسی مانند وضعیت اشتغال هر دو زوج و شرایط اقتصادی-اجتماعی و تعامل یا خانواده‌های دو طرف از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود.

نتایج کاربردی پژوهش

از نتایج این پژوهش می‌توان جهت کمک به تازه‌والدها جهت سازگاری با نقش جدید والدگری و حل درست مشکلات ارتباطی آنها و درنهایت افزایش انسجام خانوادگی و صمیمیت بین زوجین استفاده کرد.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش بر گرفته از رساله دکترای سید امید ستوده با راهنمایی دکتر مژگان نیکنام و مشورت دکتر اعظم فتاحی در رشته مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن با شماره پایان‌نامه ۱۱۳۲۱۶۰۲۹۷۱۰۲۱ است. همچنین مجوز اجرای آن بر روی افراد نمونه از سوی سازمان بهزیستی استان گیلان با شماره نامه ۹۳۴/۹۸/۴۹۲۳۷ مورخ ۱۳۹۸/۴/۲ و نیز شناسه اخلاق ۲۵۴. IR.GUMS.REC.۱۳۹۹ صادر شده است.

تعارض منافع:

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ تضاد منافی ندارند.

تشکر و قدر دانی

بدین وسیله از کلیه عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند خصوصاً سازمان بهزیستی استان گیلان، کانون مهدهای کودک استان و مدیریت مرکز مشاوره احیا که جلسات آموزش والدین در آن اجرا شد تشکر و قدر دانی می‌شود.

منابع:

1. Martins C.A. Transition to parenthood: consequences on health and well-being. A study. *Enferm Clin*, 2018;04:005. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli>.
2. Bash A.R. A treatment model for marital satisfaction in couples with young children. A dissertation submitted to the Faculty of The Chicago School of Professional Psychology in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of Philosophy in Psychology in Applied Clinical Psychology. 2016: 1069-1088.
3. Stratton P., Low DC. Family Therapy. *The Handbook of Systemic Family Therapy. Systemic Family Therapy and Global Health Issues*, 2020;4(1):77-84. ISBN: 978-1-119-70226-9
4. Karney B.R., Bradbury T.N. Research on marital satisfaction and stability in the 2010s: Challenging conventional wisdom. *J Marriage Fam*, 2020; 82(1):100-116. doi: [10.1111/jomf.12635](https://doi.org/10.1111/jomf.12635)
5. Sevinç M., Garip E.S. A study of parents' child raising styles and marital harmony. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2010; 2: 1648–1653. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.03.252>
6. Melissa Burgess Moser, Susan M. Johnson, Tracy L. Dalglish, Stephanie A. Wiebe, Giorgio A. Tasca. The Impact of Blamer softening on Romantic Attachment in Emotionally Focused Couples Therapy; 2017, <https://doi.org/10.1111/jmft.12284>
7. Luppi F, Mencarini L. Parents' Subjective Well-Being after Their First Child and Declining Fertility Expectations. *Demographic Research*, 2018; 39: 285-314. doi: [10.4054/DemRes.2018.39.9](https://doi.org/10.4054/DemRes.2018.39.9)
8. Gottman J.M. Gottman J.S. And baby makes three: The six-step plan for preserving marital intimacy and rekindling romance after baby arrives. New York, NY Crown Publishing; 2007.
9. Erol B., Sanli O., Korkmaz D., Seyhan A., Akman T & Kadioglu A. A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. *Journal of Sexual Medicine*, 2007; 4: 1381-1387. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00559.x>
10. Petch J., Halford W.K. Psycho-education to enhance couples' transition to parenthood. *Clinical Psychology Review*, 2008; 28: 1125 – 1137. doi: [10.1016/j.cpr.2008.03.005](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.03.005)
11. Perry-Jenkins M., Goldberg A. E., Pierce C. P & Sayer A. G. Shift work, role overload, and the transition to parenthood. *Journal of Marriage and Family*, 2007; 69:123–138. doi: [10.1111/j.17413737.2006.00349.x](https://doi.org/10.1111/j.17413737.2006.00349.x)
12. Dong S. M., Dong Q. N. and Chen H. Y. Mothers' parenting stress, depression, marital conflict, and marital satisfaction: the moderating effect of fathers' empathy tendency. *J. Affect. Disord.* 2022; 299: 682–690. doi: [10.1016/j.jad.2021.12.079](https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.079).

13. Bartolo G., Benedetto L, Ingrassia M. Couple's well-being and parenting in the transition to parenthood: what are the gender differences? *Interdisciplinary Journal of Family Studies*, 2013; 18(1): 30-50. <https://www.researchgate.net/publication/322865424>.
14. Sajadi S., Ghodsi P. Investigating the effectiveness of group training based on solution-based approach on cognitive flexibility and marital satisfaction of married women. *Family and health Quarterly*, 2022; 11(12): 2322-3065. [Doi: 20.1001.1.23223065.1401.12.1.4.4](https://doi.org/10.1001.1.23223065.1401.12.1.4.4)
15. Teymori Z., Mojtabai M., rezazade S.M., rafipoor A. The effectiveness of self-compassion-based couple therapy on anger rumination and marital intimacy Women affected by husband's betrayal. *Family and health Quarterly*, 2021;1(4):2322-3065. [doi: 20.1001.1.23223065.1400.11.4.1.0](https://doi.org/10.1001.1.23223065.1400.11.4.1.0)
16. Zhang D. H., Feng J.X., Chi H. C D'ong, Y. The association between mate ostracism and women's divorce intention: the chain mediating role of anger and marital satisfaction. *J. Psychol. Sci*, 2021; 44: 1453–1460. <http://www.psycsci.org/EN/Y2021/V44/I6/1453>
17. Prager K.J. & Roberts L. Deep Intimate Connection: Self and Intimacy in Couple Relationships. In Mashek, D. and Aron, A. (Eds.) *The Handbook on Closeness and Intimacy*. Lawrence-Ehrlbaum; 2008. eBook ISBN9781410610010
18. Pielage S., Luteinjin F, Arrindell, W. Adult attachment, intimacy and psychological distress in a clinical and community sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2005; 12: 455-464. [doi:10.1002/cpp.472](https://doi.org/10.1002/cpp.472)
19. Olson D.H. FACES IV and the Circumplex Model: Validation study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 2011; 37(1): 64-80. [doi:10.1111/j.1752-0606.2009.00175.x](https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00175.x)
20. Bozorgmansh K., Nazari A.M., Zaharakar K. The effectiveness of family therapy on family cohesion and flexibility. *J of holistic nursing and midwifery*, 2016; 26(4):27-35. <http://hnmj.gums.ac.ir/article-1-790-en.html>
21. Martínez I., Murgui S., García Ó.F., García F. Parenting and adolescent adjustment: The mediational role of family self-esteem. *J. Child Fam. Stud.* 2021; 30: 1184–1197. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-01937-z>
22. Trillingsgaard T., Baucom K. J.W. Heyman R.E. Predictors of change in relationship satisfaction during the transition to parenthood. *Family Relations*, 2014; 60: 667 – 679. [doi:10.1111/fare.12089](https://doi.org/10.1111/fare.12089)
23. Trillingsgaard T., Baucom K. W., Heyman R. E Elklit, A. Relationship interventions during the transition to parenthood: Issues of timing and efficacy. *Family Relations*, 2012; 61: 770 – 783. [doi:10.1111/j.1741-3729.2012.00730.x](https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2012.00730.x)
24. Jones D.E., Feinberg M.E., Hostetler M.L., Roettger M.E., Paul I.M. Ehrenthal D.B. Family and child outcomes 2 years after a transition to parenthood intervention. *Family Relations*, 2018; 67: 270–286. [doi:10.1111/fare.12309](https://doi.org/10.1111/fare.12309)

<http://journals.iau-astara.ac.ir>, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.1.6.3 

25. Yeung J.W.K. Family Processes, Parenting Practices, and Psychosocial Maturity of Chinese Youths: A Latent Variable Interaction and Mediation Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2021; 18: 4357. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084357>
26. Khojastemehr R, Abaspoor Z, Rajabi R. The comparison of Cohesion, Adaptability, communication and marital satisfaction in high forgiving and low forgiving married employees in Ahvaz offices, *journal of education and psychology*, 2008; 15(1):179-194. <https://www.sid.ir/paper/8790/en#downloadbottom>
27. Schaefer M.T Olson D.H. Assessing intimacy: The pair inventory. *Journal of marital and family therapy*. 1981; 7: 47-60. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1981.tb01351.x>
28. Khojastemehr R, Ahmadi A, Sodani M. Shiralinia Kh. Effectiveness of brief integrative couples counseling on emotional intimacy and marital quality of couples. *Contemporary Psychology*, 2016; 10(2): 29-40. <https://bjcp.ir/article-1-896-en.pdf>
29. Abbaspour Z., salehi S., Choobdari A. 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*, 2019; 2: 97-114. D.O.R. [20.1001.1.22516654.1397.8.2.5.4](https://doi.org/10.1001.1.22516654.1397.8.2.5.4)