



## بررسی اثربخشی بسته تلفیقی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و شفقت درمانی بر کیفیت زندگی زناشویی و ابعاد دلبستگی زوجین

دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران  
استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران  
استاد گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

امیرحسام خواجه 

هادی فرهادی\* 

اصغر آقایی 

h.farhadi@khuisf.ac.ir

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۰۸

دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۰۹

فصلنامه علمی پژوهشی  
خانواده‌درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷  
<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۱ | پیاپی ۱۰ | ۱۶۰-۱۳۶  
بهار ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی بسته تلفیقی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و شفقت درمانی بر کیفیت زندگی زناشویی و ابعاد دلبستگی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان بود. **روش:** پژوهش حاضر از نوع طرح آزمایشی تک‌موردی است که در سال ۱۳۹۸ انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش کلیه زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز و کلینیک‌های روان‌شناسی شهر اصفهان است. نمونه‌گیری از میان کلیه زوج‌هایی که به دلیل مشکلات زناشویی به مراکز و کلینیک‌های شهر اصفهان در زمستان ۱۳۹۸ مراجعه می‌نمایند با توجه به ملاک‌های ورود و خروج به صورت در دسترس ۳ زوج انتخاب شدند. پس از نمونه‌گیری اولیه ۳ زوج در گروه تلفیقی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و شفقت درمانی قرار گرفتند. از پرسشنامه کیفیت زندگی (روابط) زناشویی و پرسشنامه دلبستگی کالینز و رید برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. گروه آزمودنی‌ها هر هفته یک جلسه و به مدت ۱۲ جلسه، تحت آموزش تلفیقی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و شفقت درمانی قرار گرفتند. داده‌ها به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا و فرمول درصد بهبود تحلیل شدند. **یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها اثربخشی درمان در زوج‌هایی که تحت مداخله بسته تلفیقی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و شفقت درمانی بودند را نشان داد که در واقع اجرای درمان تلفیقی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و شفقت درمانی باعث ارتقاء کیفیت زندگی زناشویی و ابعاد دلبستگی شده است. **نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری کرد که بسته تلفیقی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و شفقت درمانی بر کیفیت زندگی زناشویی و ابعاد دلبستگی زوجین تأثیرگذار بوده و می‌توان از این رویکرد در جهت بهبود روابط و کاهش میزان طلاق در جامعه استفاده کرد.

**کلیدواژه‌ها** زوج‌درمانی هیجان‌مدار، شفقت درمانی، کیفیت زندگی زناشویی، دلبستگی، زوجین

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(خواجه، فرهادی و آقایی، ۱۴۰۱)

### در فهرست منابع:

خواجه، امیرحسام، فرهادی، هادی، و آقایی، اصغر. (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی بسته تلفیقی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و شفقت درمانی بر کیفیت زندگی زناشویی و ابعاد دلبستگی زوجین. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۱۳(پیاپی ۱۰): ۱۶۰-۱۳۶.

## مقدمه

خانواده یکی از نهادهای اصلی در جامعه است و سلامت یک جامعه به سلامت خانواده‌های آن جامعه بستگی دارد و برای داشتن یک خانواده سالم، اعضاء خانواده باید از سلامت روانی و روابط بین فردی مطلوبی برخوردار باشند (دربانی، فرخزاد و لطفی کاشانی، ۱۳۹۹). خانواده از مهم‌ترین سیستم‌های اجتماعی است که بر اساس ازدواج بین دو جنس مخالف شکل می‌گیرد و به‌عنوان واحدی اجتماعی، کانون رشد و تکامل، التیام و شفا‌دهندگی و تغییر و تحول آسیب‌ها و عوارض است. این نهاد هم‌بستر شکوفایی و هم‌بستر فروپاشی روابط میان اعضایش است. نیاز به برقراری رابطه پایدار، صمیمی، توأم با عشق و محبت از مهم‌ترین اهداف ازدواج هر زن و مرد است و این رابطه به‌عنوان بخشی از روابط خانوادگی از اهمیت به‌سزایی برخوردار است؛ بنابراین ازدواج به معنی در هم آمیختن دو چشم‌انداز، دو تاریخچه، ارزش‌ها و جهان‌بینی‌های متفاوت و به‌عنوان اولین گام برای تشکیل نهاد خانواده است (نیتزل و هریس، ۲۰۰۸) و از آنجاکه خانواده نهاد بنیادین هر ملتی است، لذا کیفیت زندگی زناشویی از عناصر مربوط به ثبات آن ملت قلمداد می‌شود. علاوه بر جنبه اجتماعی کیفیت زندگی زناشویی، پژوهش‌ها همواره نشان داده‌اند ازدواج پیش‌بین مهمی برای سلامت جسمانی و هیجانی افراد است (موسسه ارزش‌های آمریکایی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵) و می‌تواند بر اساس میزان کیفیتش به‌طور مثبت و یا منفی بر سلامت عمومی، روانی و جسمانی زوجین تأثیر گذارد (ویب، جانسون، لاف و ن تاین، برگس، دالگالیش، ۲۰۱۷)؛ بنابراین آنچه که در ازدواج مهم قلمداد می‌شود کیفیت زندگی زناشویی است که یکی از جنبه‌های حیاتی یک سیستم زناشویی است که همسران آن را در رابطه با دیگری احساس و تجربه می‌کنند. همچنین هنگامی که افراد زندگی مشترکشان را به هم پیوند می‌زنند این بدان معناست که مسیر مشترکی را جهت ادامه آن برگزیده‌اند. این افراد هر یک بر اساس تجارب زندگی‌شان دیدگاهی دارند که تحت تأثیر آن، خواسته‌ها و انتظاراتشان را تعیین می‌کنند و از آنجاکه تجارب و در نتیجه دیدگاه هر شخص از دیگری متفاوت است، بررسی تفاوت‌های موجود به‌منظور کمک به زوجین در راستای شناخت و برآورده سازی انتظارات و نیازهای یکدیگر و در نتیجه افزایش استحکام زندگی زناشویی می‌تواند امری مؤثر و مفید باشد. درواقع، مهم‌ترین موضوع در ازدواج و شروع یک خانواده، آزمایشی است که افراد از این رابطه به دست می‌آورند. اما در طول رشد رابطه ازدواج، گاهی ممکن است مجموعه عوامل دست‌به‌دست هم داده و باهم ترکیب شوند و موجبات ایجاد بسیاری از مشکلات را در زوجین فراهم کنند که در نهایت به تعارض زناشویی<sup>۲</sup> می‌انجامد (دربانی، فرخزاد و لطفی کاشانی، ۱۳۹۹). این مشکل معلول عوامل بی‌شماری است و ممکن است به اشکال گوناگون، مانند افسردگی یک یا هر دو زوج، اعتیاد، رفتارهای اختلاف‌آمیز بین فرزندان، سوء رفتار با همسر، درگیری لفظی و فیزیکی بین زوجین و نهایتاً طلاق، خود را بروز دهد. طلاق، شایع‌ترین نحوه بروز تعارض است و گواه آن، آمار بالا و فراگیر در جوامع غربی است (لبو، چامبرز، کریستنسن و جانسون، ۲۰۱۲). تعارض زناشویی به‌منزله تنوع نیازها و ارزش‌های زوجین است که بابیان احساسات منفی متجلی می‌شود و می‌تواند موقعیتی برای روشن‌سازی و تفسیر انتظارات درباره روابط بین فردی و شریک زندگی برای هر یک از زوجین فراهم آورد (لوف، شکری و قنبری، ۱۳۹۳). از رویکردهای درمانی تلفیقی که در سال‌های اخیر توجه زیادی را برای کمک به زوجین در کار با آشفتگی‌های هیجانی - ارتباطی به خود جلب نموده، درمان مبتنی بر

1. Institute for American Values

2. marital conflicts

هیجان‌مداری و شفقت درمانی زوجین<sup>۱</sup> است (اپشتین و ژانگ، ۲۰۱۷). همان‌طور که اشاره شد تداوم مفهومی زیادی بین این دو مدل، بخصوص از نظر تأکید هر دو بر اهمیت آگاهی و تجربه مشترک انسانی به‌عنوان هسته رفاه و سلامت وجود دارد (آدامز و گیبسون، ۲۰۱۹). با توجه به نزدیکی موضوعات انسانی پذیرش و شفقت از یک‌سو و رابطه علمی بین زوج‌درمانی هیجان‌مدار و درمان متمرکز بر شفقت از سوی دیگر و همچنین به علت این‌که علوم رفتاری بافتارگرا به‌طور فزاینده‌ای مدل زبان و شناخت خود را در نظریه تکاملی قرار داده‌اند (اسنایدر و بالدرا، ۲۰۱۲) و نظریه تکاملی خاستگاه مفهومی درمان متمرکز بر شفقت بوده و اولین اشارات مفاهیم درمان متمرکز بر شفقت با ماهیت انسان و رنج او شروع شده است (گیلبرت، ۱۹۸۹) و این مسئله زوج‌درمانی هیجان‌مدار و درمان متمرکز بر شفقت را بیشتر به زمینه‌های مشترک می‌رساند (آدامز و گیبسون، ۲۰۱۹) و با توجه به اهمیت و تأثیر زوج‌درمانی هیجان‌مدار و همچنین شواهد در حال رشدی که نشان می‌دهد رفتارهای اجتماعی، محبت، پیوند جویی و حس تعلق پذیری و ارتباط با دیگران تأثیرات عمده‌ای روی سلامت روان (کاسیوپو و پاتریک، ۲۰۰۸) و بسیاری از فرآیندهای فیزیولوژیکی (کوزولینو، ۲۰۰۷) دارند. دلیل انتخاب این دو رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار و شفقت درمانی تلفیقی است که هر دو به نحوی در تعامل زوج بر شکل‌گیری مدل درمانی در عدم بهبود هیجان‌های منفی در درمان‌های شناختی- رفتاری ریشه‌دارند و پایه و اساس روش درمان هیجان‌مدار، خودسازی و رشد فردی بوده و تعادل فرد هدف اصلی درمان است. اصول پایه در درمان مبتنی بر شفقت هم به این موضوع اشاره می‌کند که شفقت به خود، مراقبت و دلسوزی نسبت به خود در زمان‌های دشوار است (گیلبرت، ۲۰۰۹).

مسلمی، آقایی و شعبانی (۱۳۹۶) در پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر رویکرد روایت درمانی گروهی بر الگوهای ارتباطی در زوجین پرداختند؛ که نتایج آن‌ها نشان داد روایت درمانی باعث افزایش کیفیت زندگی و افزایش نمرات در مؤلفه الگوی ارتباطی سازنده/متقابل زوجین و کاهش نمرات در مؤلفه‌های الگوهای ارتباطی اجتناب/متقابل، توقع/کناره‌گیر، توقع مرد/کناره‌گیر زن و توقع زن/کناره‌گیر مرد شد. فیض‌آبادی (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان اثربخشی مشاوره مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر فرسودگی زناشویی در میان زنان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره خانه‌های سلامت شهر تهران، به این نتایج دست یافت که مشاوره مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی موجب کاهش فرسودگی زناشویی شد؛ هارونی جمالویی و مهرمحمدی (۱۳۹۵) به بررسی اثربخشی گروه درمانی، درمان متمرکز بر شفقت خود، کاهش افسردگی، اضطراب و افزایش کیفیت زندگی زناشویی بیماران مرد مولتیپل اسکلروزیس پرداختند که نتایج آن‌ها نشان داد نمرات شفقت خود و کیفیت زندگی زناشویی افزایش و همچنین نمرات افسردگی و اضطراب کاهش یافته است؛ بنا بر این گروه‌درمانی، درمان متمرکز بر شفقت در درمان اضطراب و افسردگی و افزایش شفقت خود و کیفیت زندگی زناشویی در مردان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس مؤثر بوده است؛ بنابراین پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند سطح کیفیت زناشویی از مهم‌ترین عوامل ماندگاری ازدواج است و زوجین آشفته در مقایسه با زوجین غیر آشفته سطح پایین‌تری از کیفیت زناشویی را گزارش می‌کنند. تعارضی که بین زوجها رخ می‌دهد اگر پایدار باشد، عوارض منفی برای طرفین درگیر در رابطه دارد و کیفیت زندگی زناشویی آن‌ها را پایین می‌آورد. کیفیت زندگی زناشویی یکی از مسائل مهم و پیش روی جهان معاصر و از

مباحث اساسی در توسعه سیاست‌گذاری اجتماعی محسوب می‌شود که موضوعاتی چون رفاه، نوع‌دوستی و از خودگذشتگی، ارتقای کیفیت زندگی زناشویی، رفع نیازهای اساسی، زندگی رو به رشد و رضایت‌بخش در میان اجتماعات را در برمی‌گیرد (بوکوالا، ۲۰۱۱). کیفیت زندگی زناشویی گسترده‌تری و انبساط امید و آرزو است که از تجارب زندگی ناشی می‌شود و ادراک فرد از رفاه است که به نظر می‌رسد از رضایت یا عدم رضایت در حیطه‌های اصلی زندگی ناشی می‌شود. زندگی زناشویی، ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را در برمی‌گیرد که محدود به تجارب، اعتقادات و انتظارات و ادراک فرد است. پژوهش‌ها وجود رابطه بین کیفیت زندگی زناشویی و ابعاد سلامت، اعم از سلامت جسمی، روانی و محیطی را ثابت کرده‌اند (کریستین سن و داس، ۲۰۱۷). بسیاری از اختلال‌های روان‌پزشکی از جمله اختلال‌های جسمانی، شناختی، رفتاری و استرس تحت تأثیر آشفتگی زناشویی و روابط بین فردی آشفته به وجود می‌آید (گرا و کائور، ۲۰۱۵). بر اساس نظریه‌ها و دیدگاه‌های علمی، آشفتگی‌های خانوادگی و بدرفتاری با همسر و فرزندان تمامی ابعاد فیزیکی، روانی، اجتماعی و محیطی کیفیت زندگی زناشویی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث پایین آوردن آن‌ها می‌شود (فیروز، تیزدست، خلعتبری و قربان شیروودی، ۲۰۲۰). شادی که نشانه‌ای از مؤلفه ذهنی کیفیت زندگی زناشویی است دلبستگی فرد را با محیط می‌گستراند و زندگی را دل‌پذیرتر می‌کند (داس، ۲۰۱۶). چون در خانواده‌های متعارض و آشفته شادی وجود ندارد یا کم است، به همین خاطر دلبستگی اعضا به محیط خانواده و همدیگر کاهش می‌یابد و زندگی مشترکشان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و آن را سست می‌کند. دلبستگی و داشتن رابطه برای رشد روانی، تکوین شخصیت و سلامت هیجانی ضروری است و بر سلامت هیجانی، احساس امنیت و بهداشت روان انسان‌ها تأثیر می‌گذارد. توانایی تنظیم هیجان‌ها و تجربه همدلی مستلزم داشتن یک دلبستگی ایمن است (اورل، ۲۰۱۷). نظریه دلبستگی، انسان را به‌عنوان موجودی اجتماعی می‌نگرد که ظرفیت برقراری ارتباط با سایر انسان‌ها را دارد. بالبی در سال ۱۹۸۲ معتقد است که دلبستگی در رابطه والد-کودک به رابطه عاشقانه در بزرگسالی انتقال می‌یابد و می‌تواند بر شناخت، هیجان‌ها و رفتار در زندگی تأثیر بگذارد. هرگونه خلل در رابطه دلبستگی موجب آسیب و خطرهای بعدی می‌شود. بر این اساس، امنیت را می‌توان به‌عنوان هسته نظام دلبستگی در روابط توصیف نمود. یک رابطه امن با فردی صورت می‌پذیرد که نسبت به او احساس دلبستگی بشود. این ارتباط امن بیشتر با همسر شکل می‌گیرد و همسر شکل اولیه‌ی دلبستگی و منبع عمده‌ی امنیت و احساس آرامش است. افرادی که احساس ایمنی می‌کنند به همسر خود دلبستگی روشن‌تر، منسجم‌تر و پیوسته‌تری داشته و احساس مثبتی نسبت به خوددارند. زوجینی که دلبستگی ایمن دارند نسبت به یکدیگر متعهدتر هستند. آن‌ها از رابطه بین فردی خود بیشتر احساس رضایت می‌کنند و این امر سبب تداوم رابطه بین آن‌ها می‌گردد (ریور، بوریل و نلسون-کافی، ۲۰۱۹). در درمان هیجان‌مدار، هیجان‌ات‌دارای نقشی محوری در تعاملات زوج هستند. این رویکرد فرد را تشویق می‌کند تا در مورد هیجان‌ات خود حرف زده، در مورد موضوع مرتبط در جلسات درمانی بحث کرده و بر بازسازی هیجان‌ات به‌صورت پیوندهای دلبستگی همسران تأکید می‌کند. پاسخ‌های هیجانی می‌توانند به برآورده شدن نیازهای فرد منجر شده و در نتیجه اساسی‌ترین هدف چنین درمانی، بهبود آگاهی فرد از هیجان‌ات است (آدامز و گیسون، ۲۰۱۹).

بنابراین توجه ویژه به ارتقا و توانمندسازی زوجین که موجب هدایت خانواده و جامعه به سمت سازگاری می‌گردد که این ضرورت توجه بیشتر به این حوزه را مشخص می‌کند. تحقیقات انجام‌شده تاکنون نشان‌دهنده

کار آیی و تأثیر بالای روش‌های درمان روان‌شناختی بر بهبود کیفیت زندگی زناشویی، ابعاد دلبستگی در زوجین است و تاکنون بررسی جامعی در مورد اثربخشی تدوین بسته تلفیقی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و شفقت‌درمانی بر کیفیت زندگی زناشویی و ابعاد دلبستگی در زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان صورت نگرفته است. لذا هدف نوآورانه این پژوهش، بهره‌گرفتن از رویکردهای تلفیقی زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان و شفقت‌درمانی بر کیفیت زندگی زناشویی و ابعاد زوج‌های متعارض است، به‌گونه‌ای که پژوهشگران قصد دارند در جهت پژوهشی مفید، مختصر و کاملاً کاربردی که در گذر زمان با استفاده از تجارب بالینی پیش‌رو، ایده‌ها را عملیاتی نماید، گام بردارند. با توجه به آنچه ذکر شد و این‌که در جامعه خانواده و زن و شوهر نقش مهم و مؤثری در تربیت فرزندان دارند و همچنین با توجه به جایگاه ویژه خانواده در جامعه و تحقیق در این مورد، این پژوهش قصد دارد به این سؤال پاسخ دهد:

۱. تا چه میزان تلفیق زوج‌درمانی هیجان‌مدار و شفقت‌درمانی بر کیفیت زندگی زناشویی و ابعاد دلبستگی زوجین تأثیر می‌گذارد؟

### روش پژوهش

این پژوهش به دلیل اینکه می‌تواند مورد استفاده درمانگران حوزه مشکلات زناشویی قرار گیرد، توسعه‌ای و کاربردی است. پژوهش حاضر از نوع طرح آزمایشی تک‌موردی<sup>۱</sup> است که در سال ۱۳۹۸ انجام گرفت. طرح‌های تک‌آزمودنی، طرح‌های پژوهشی شبه‌آزمایشی هستند که در آن‌ها تغییر در متغیر وابسته در یک آزمودنی سنجیده می‌شود. با توجه به اینکه یافتن کلیه زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز و کلینیک‌های روان‌شناسی شهر اصفهان مشکل بود، از طرح تک‌آزمودنی استفاده شد. در این طرح‌ها متغیر وابسته در طی مرحله خط پایه و یک یا چند مرحله درمان، یعنی زمانی که متغیر مستقل ارائه می‌شود، چندین بار اندازه‌گیری می‌شود. در این پژوهش از خط پایه ABA استفاده شد. در مرحله خط پایه میزان نگرش‌های ناکارآمد و استرس اندازه‌گیری شد (مرحله A) و سپس مرحله مداخله (مرحله B) اجرا و حین مداخله، اندازه‌گیری میزان کیفیت زندگی زناشویی و ابعاد دلبستگی صورت گرفت و نهایتاً ارزیابی به‌منظور پیگیری (مرحله A) به عمل آمد. متغیر مستقل در این پژوهش آموزش بسته تلفیقی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و شفقت‌درمانی و متغیر وابسته، تغییرات درمانی حاصل از کاربرد این روش درمانی در جلسات درمان بود. اثربخشی مداخله بر اساس مقایسه روند پاسخ‌های هر آزمودنی در مراحل خط پایه با درمان و تداوم پاسخ‌ها در مرحله پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفت. متناسب با طرح اجراشده، برای بررسی اثربخشی مداخلات به‌عمل آمده، از تحلیل‌های نموداری و ترسیمی استفاده شد. داده‌ها به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا و فرمول درصد بهبود تحلیل شدند. همچنین برای تحلیل نتایج، فرمول درصد بهبودی به کار رفت. فرمول درصد بهبودی یکی از روش‌های سنجش میزان پیشرفت مراجعان در کاهش مشکلات هدف است. این فرمول را اولین بار بلانچارد و اسکوارز به‌کاربردند. در فرمول درصد بهبودی نمره فرد در پیش‌آزمون از آخرین نمره فرد در پس‌آزمون کم شده و حاصل بر نمره پیش‌آزمون تقسیم و درصد ضرب می‌شود. اگر درصد بهبودی حداقل ۵۰ باشد می‌توان نتایج را از نظر بالینی معنی‌دار قلمداد کرد.

جامعه آماری پژوهش کلیه زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز و کلینیک‌های روان‌شناسی شهر اصفهان است. نمونه‌گیری از میان کلیه زوج‌هایی که به دلیل مشکلات زناشویی به مراکز و کلینیک‌های شهر اصفهان در زمستان ۱۳۹۸ مراجعه می‌نمایند با توجه به ملاک‌های ورود و خروج به صورت در دسترس و هدفمند ۳ زوج انتخاب شدند. پس از نمونه‌گیری اولیه سه زوج در گروه تلفیقی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و شفقت‌درمانی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل موارد زیر است؛ وجود آشفتگی زناشویی بر اساس مصاحبه و نیز کسب نمره پایین‌تر از ۱۰۱ از مقیاس سازگاری زناشویی<sup>۱</sup>، نداشتن سابقه اختلال روانی بر اساس مصاحبه بالینی، داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، داشتن سن حداقل ۲۰ سال و حداکثر ۵۰ سال، گذشت حداقل یک سال از زندگی مشترک، این ازدواج، ازدواج اول آن‌ها است و در زمان اجرای پژوهش در یک‌خانه و باهم زندگی می‌کنند. عدم استفاده از درمان‌های روان‌شناختی هم‌زمان. معیارهای خروج از پژوهش شامل؛ عدم انجام تکالیف ارائه‌شده در جلسات، عدم تمایل به همکاری، سابقه سوء‌مصرف یا وابستگی به مواد در حال حاضر، استفاده از داروی تجویز شده روان‌پزشک، غیبت بیش از دو جلسه بود. لازم به ذکر است جهت تعیین ملاک‌های ورود و خروج، از مصاحبه بالینی استفاده شد.

### ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه کیفیت زندگی (روابط) زناشویی<sup>۲</sup>. این مقیاس توسط فلچر، سیمپسون و توماس (۲۰۰۰) ساخته شد که دارای ۱۸ سؤال است که هر ۳ سؤال آن‌یک بعد را می‌سنجد و در مجموع ۶ بعد دارد که عبارت‌اند از: رضایت، تعهد، صمیمیت، اعتماد، شور و هیجان جنسی و کیفیت عشق. نمره‌گذاری تمام سؤالات این مقیاس در یک طیف ۷ درجه‌ای (۱ اصلاً تا ۷ کاملاً) به صورت مستقیم است. این افراد آلفای کرونباخ را برای هر مقیاس به ترتیب ذکر شده ۰/۹۱، ۰/۹۶، ۰/۸۶، ۰/۷۸، ۰/۸۶ و ۰/۸۹ و آلفای کل را ۰/۸۵ گزارش کردند. در ایران نیز این مقیاس توسط پاشا و همکاران در سال (۲۰۱۷) ترجمه شد و روایی محتوایی این مقیاس توسط چند تن از اساتید گروه روانشناسی و مشاوره دانشگاه اصفهان تأیید شده است. نیلفروشان آلفای کرونباخ کل را ۰/۹۵ گزارش کرده است و ضریب آلفای کرونباخ آن به تفکیک جنسیت در زنان ۰/۹۵ و در مردان ۰/۹۴ گزارش شد و ضریب قابلیت اعتماد به روش باز آزمایی برای کل مقیاس ۰/۹۵ و به تفکیک جنسیت، در زنان ۰/۹۶ و در مردان ۰/۹۱ گزارش شد.

۲. پرسشنامه دلبستگی کولینز و رید<sup>۳</sup>. شامل خوارزیایی از مهارت‌های ایجاد روابط و خود توصیفی شیوه شکل‌دهی روابط دلبستگی نسبت به چهره‌های دلبستگی نزدیک است که مشتمل بر ۱۸ داده است. ۳ زیر مقیاس، هر مقیاس شامل ۶ ماده عبارت‌اند از: **وابستگی**<sup>۴</sup>: (D) میزانی را که آزمودنی‌ها به دیگران اعتماد می‌کنند و به آن‌ها متکی می‌شوند به این صورت که آیا در مواقع لزوم قابل دسترسی‌اند، اندازه‌گیری

- 
1. Dyadic Adjustment Scale
  2. Marital Quality of Life (Relationships) Questionnaire
  3. Revised Adult Attachment Scale
  4. Dependence

می‌کند. **نزدیک بودن<sup>۱</sup>: (C)** میزان آسایش در رابطه با صمیمیت و نزدیکی هیجانی را اندازه‌گیری می‌کند. **اضطراب<sup>۲</sup>: (A)** ترس از داشتن رابطه را می‌سنجد (محمدخانی، حسنی، اکبری و یزدان پناه، ۲۰۲۰) کالینز و ریید (۱۹۹۰)، به نقل از شاه فروغی فراهانی، سهرابی، مظاهری نژاد فرد و حسنی لاریجانی، ۲۰۱۸). نمره‌گذاری با مدل لیکرت از طریق علامت‌گذاری روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای سنجیده می‌شود که به ترتیب نمرات ۴، ۳، ۲، ۱ و صفر در نظر گرفته شود. در پژوهش شاه فروغی فراهانی و همکاران (۲۰۱۸) میزان اعتبار آزمون با استفاده از آزمون مجدد به صورت همبستگی بین این دو اجرا مشخص شده است. این پرسشنامه در مورد ۱۰۰ دختر و پسر کلاس دوم دبیرستان که بطور تصادفی انتخاب شده بودند اجرا گردید. نتایج حاصل از دو بار اجرای این پرسشنامه بافاصله زمانی یک ماه از یکدیگر بیانگر آن بود که این آزمون در سطح ۰/۹۵ دارای اعتبار است.

**۳. تلفیقی زوج درمانی هیجان‌مدار و شفقت درمانی.** محتوای این جلسات برگرفته از پژوهش گیلبرت (۲۰۰۵)، پروتکل درمانی گیلبرت (۲۰۱۰) و (جانسون، ۲۰۰۴) است. در پژوهش حاضر، این روش درمانی در ۱۲ جلسه، به صورت گروهی برگزار شد. هر جلسه دارای سه مرحله است که به ترتیب شامل مروری بر جلسه قبل، ارائه محتوای آموزشی و پرسش و پاسخ (بحث) است.

#### جدول ۱. خلاصه محتوای مدل تلفیقی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و شفقت درمانی

| مرحله  | جلسه                   | هدف   | محتوا  | تکلیف  |
|--|------------------------|---|--|--|
| مرحله اول:<br>بحران‌زدایی و<br>جلوگیری<br>از مشکل<br>(شناسایی) | اول<br><br><br><br>دوم | برقراری رابطه درمانی،<br>آشنا نمودن افراد با<br>موضوع پژوهش، اجرای<br>پیش‌آزمون | شامل آشنایی کلی با اعضای گروه؛ معرفی<br>درمانگر، بررسی انگیزه و انتظار آنان از شرکت در<br>کلاس ارائه تعریف مفاهیم درمان هیجان‌مدار.<br>آشنایی اولیه با مشکلات اعضا.      | مشخص کردن<br>اهداف خود از<br>شرکت در طرح<br>پژوهشی توسط<br>درمان‌جویان |
|  | سوم                    |   | در این جلسه درمانگر مراجعین را تشویق می‌کند<br>که ترس‌های خود را مانند ترس از طرد شدن یا<br>ترس از گفتن عیب و نقصی که پویایی روابطشان<br>را به عقب می‌راند را بیان کنند. | بیان ترسها   |
|  | چهارم                  |   | در این جلسه احساسات واکنشی ثانویه مانند<br>خشم، ناکامی، تندی، احساسات مرتبط با<br>..... منعکس شده و به آن‌ها ارزش داده می-<br>شود.                                       | بیان احساسات<br>واکنشی ثانویه  |
|  |                        |   | در این جلسه اعضای گروه به کمک درمانگر به<br>برون‌سازی مشکل می‌پردازند و به احساسات اولیه<br>و نیازهای دلبستگی تحقق‌نیافته به طریقی که                                    | برون سازی<br>مشکلات به کمک<br>درمانگر                                  |

1. Being close

2. Anxiety

|   |  |      |  |
|---|--|------|--|
|   | <p>چرخه به صورت مشکل ارتباطی کلیدی نگاه می‌کنند.</p>   | پنجم | <p>مرحله دوم:<br/>بازسازی<br/>الگوهای<br/>تعاملی (تغییر)</p> |
| <p>آموزش خودشناسی</p>   | <p>در این جلسه اعضای گروه به شناخت از جنبه‌های مختلف خود دست‌یافته و در نهایت احساس ارزشمندی خود را تجربه می‌کنند. آموزش خودشناسی، از افراد خواسته می‌شود سعی کنند نحوه تفکر و رفتار خود را نسبت به خودشان بشناسند، آموزش پنج مهارت دانش‌افزایی، به منظور تعریف بی‌تفاوتی نسبت به موقعیت‌ها. کار بستن، اینکه وقتی بی‌تفاوت هستیم چه می‌کنیم؟ دیگران وقتی بی‌تفاوت هستند چه می‌کنند؟ ارزشیابی، وقتی بی‌تفاوت هستیم چه احساسی داریم؟ وقتی دیگران نسبت به ما بی‌تفاوت هستند چه احساسی پیدا می‌کنیم؟ تحلیل، آیا لازم است بی‌تفاوت باشیم؟ و ترکیب، کجا باید بی‌تفاوت باشیم؟ حضور ذهن و مراقبه تمرین، مانند تصویرپردازی شفقت‌گونه.</p> | ششم  |  |
| <p>تمرکز بر شفقت به خود</p>   | <p>در این جلسه اعضای گروه یاد می‌گیرند که به هیجان‌های که به تازگی آشکار شده اعتماد کنند و واکنش‌های جدید را نسبت به انگیزه‌هایشان تجربه نمایند. تمرین آگاهی از رابطه بین خلق، افکار، احساسات و وقایع، تنفس تسکین‌بخش، تفکر درباره شفقت نسبت به دیگران، توجه و تمرکز بر شفقت، وقتی همدردی می‌کنیم چه احساسی داریم؟ وقتی دیگران با ما همدردی می‌کنند چه احساسی پیدا می‌کنیم؟ آیا لازم است همدردی کنیم؟ کجا باید همدردی کنیم؟ نوشتن نامه شفقت ورز و ... برای ارتقای شفقت به خود</p>  | هفتم |  |
| <p>بیان هیجانات اولیه در ارتباط با مشکل تعیین راه‌حل‌های جدید جهت حل مشکل</p> | <p>در این جلسه هیجان‌های اولیه که در مراحل قبلی شناسایی شده بودند به صورت کامل‌تری پردازش می‌شوند. درمانگر قاعده‌ای را آغاز می‌کند که بر طبق آن مراجع اشتیاق خود را به نوع جدیدی از ارتباط به صورت تقریباً واضح بیان می‌کند. تسهیل راه‌حل‌های جدیدی برای مشکلات خلق می‌کنند و حکایت جدیدی از مشکلاتشان را بیان می‌کنند و تلاش می‌کنند، آن را از نو طراحی کنند.</p>   | هشتم | <p>مرحله سوم:<br/>تقویت و</p>                                |



| یکپارچگی (تثبیت) | نهم     | جمع‌بندی                      | تمرین  |
|------------------|---------|-------------------------------|--|
|                  |         | مهارت‌ها و فنون یاد گرفته‌شده | در این جلسه مراجعین ابتدا مسیری را که قبلاً حرکت می‌کردند و این‌که چگونه راه برگشتشان را یافتند را به یاد می‌آورند. نامه‌نگاری شفقت ورز، تمرین خشم و شفقت، تمرین ترس از شفقت، خطاهای تفسیری کدامند؟ هر یک از خطاهای تفسیری خودتان و دوستانتان را نام ببرید. این خطاها چه نقشی در روابط ما دارند؟ برای جلوگیری از خطاهای تفسیری چه کار کنیم؟ نتیجه خطاهای تفسیری در روابط ما با دیگران چیست؟ مدیریت احساسات و عواطف دشوار |
|                  | دهم     |                               | تمرین رنگ شفقت، صدا و تصویر شفقت، تمرین مراقبه و وارسی بدن آموزش پذیرش مسائل (پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه‌شدن افراد با چالش‌های مختلف)، پذیرش بدون قضاوت، شناسایی افکار خود آیند منفی و آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی   |
|                  | یازدهم  |                               | آموزش مسئولیت‌پذیری: آموزش مسئولیت‌پذیری مؤلفه اساسی آموزش خود دلسوزی است که بر اساس آن آزمودنی‌ها یاد می‌گیرند تفکر خود انتقادی داشته باشند (به چالش طلبیدن بیمار از طریق گفتگوی سقراطی) تا بتوانند دیدگاه‌ها و احساسات جدیدی که کارآمدتر هستند را در خود ایجاد کنند. آمادگی برای خاتمه گروه  |
|                  | دوازدهم |                               | آموزش و تمرین مهارت‌ها مرور و تمرین مهارت‌های ارائه‌شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند، تمرین برای ایجاد احترام، در مورد حمله به خود صحبت کنند و نحوه ایجاد تصاویر دلسوزانه با ارائه مراقبه‌های لازم آموزش داده شد. پس از یک هفته پس‌آزمون از هر دو گروه به عمل آمد.  |

### روش اجرا

آزمودنی‌ها از بین زوجینی که به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر اصفهان مراجعه می‌کنند و دارای مشکلات زناشویی هستند، انتخاب شدند. بعد از مصاحبه تشخیصی و مشخص کردن زوجینی که ملاک‌های

ورود رادارند، زوجین در گروه تلفیق زوج‌درمانی هیجان‌مدار و شفقت‌درمانی قرار گرفتند. برای اجرای روش‌های درمانی ابتدا زوج اول در هر دو گروه وارد طرح درمان شدند و در هر مرحله خط پایه (به مدت دو هفته) تمام ابزارهای پژوهش بر روی آن‌ها اجرا شد. سپس درمان به مدت ۱۲ جلسه هفتگی برای گروه تلفیق زوج‌درمانی هیجان‌مدار و شفقت‌درمانی، ارائه شد. برای کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله‌گر احتمالی طبق اصول طرح‌های خط پایه چندگانه در جلسه دوم زوج اول، زوج دوم در هر دو گروه وارد طرح درمان شدند و به همین ترتیب در جلسه سوم زوج اول و جلسه دوم زوج دوم، طرح درمان در مورد زوج سوم در هر دو گروه آغاز شد. تمامی پرسشنامه‌ها در جلسات ۱، ۶، ۱۲ و بلافاصله پس از اتمام درمان تکمیل شدند. بسته تلفیقی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و شفقت‌درمانی برای اولین بار برای این پژوهش متناسب با نیازها و شرایط زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر اصفهان تهیه و تدوین گردید. به این صورت که ابتدا مصاحبه‌ای جهت شناسایی عوامل مؤثر و تقویت‌کننده اختلافات زوجین و ابعاد دلبستگی، از ۱۰ زوج انجام شد و پس از استخراج، این عوامل در حوزه‌های مختلف طبقه‌بندی شده و تکنیک‌هایی جهت افزایش کیفیت زندگی و بهبود ابعاد دلبستگی از دو مداخله زوج‌درمانی هیجان و شفقت‌درمانی تدوین شد. ضریب توافق پنج داور، در مورد محتوا، زمان، ساختار و کفایت درمانی بین ۰/۹ تا ۱ در نوسان بود. روشن است که در هر پژوهش باید مصالح مربوط به افراد شرکت‌کننده، به‌عنوان یک اصل تخلف‌ناپذیر حقوق انسانی رعایت گردد. برای رعایت مسائل اخلاقی و رعایت حقوق انسانی شرکت‌کنندگان در این پژوهش اقدامات زیر صورت پذیرفت؛ کسب کد اخلاق از کمیته اخلاق، اخذ معرفی‌نامه برای حضور در محیط پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان)، اخذ اجازه از ریاست مراکز بهزیستی، مشاوره، فرهنگسراها و مسئولین بخش‌ها، جهت حضور پژوهشگر و انجام اقدامات لازم، معرفی خود به مشارکت‌کنندگان و توضیح مختصر در مورد هدف مطالعه، نحوه همکاری، فواید و معایب شرکت در مطالعه، هدف از تکمیل پرسشنامه، کسب رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از شرکت‌کنندگان برای شرکت در مطالعه، کسب اجازه از شرکت‌کنندگان جهت تکمیل پرسشنامه، اطمینان دادن به مشارکت‌کنندگان در مورد حفظ حریم خصوصی و خلوت و محرمانه ماندن اطلاعات، اطمینان دادن به مشارکت‌کنندگان جهت خودداری از شرکت در مطالعه در هر زمان در صورت تمایل آنان و حتی آزاد بودن برای خروج از پژوهش در هر مرحله از پژوهش، اطمینان دادن به مشارکت‌کنندگان در زمینه نگهداری اطلاعات حاصل از پژوهش در مکانی امن و مطمئن و دور از دسترس سایرین، طی کلیه مراحل قانونی و کسب مجوزهای لازم جهت هر مرحله از تحقیق انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش و به‌منظور بررسی اثربخشی بسته تلفیقی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و شفقت‌درمانی از شاخص تغییر پایا (RCI) و درصد بهبودی با بهره‌گیری از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه بیست و ششم استفاده شده است.

شاخص تغییر پایا =  $\frac{\text{نمره پیش آزمون} - \text{نمره پس آزمون}}{\text{خطای استاندارد تفاوت}}$

$$RCI = \frac{X_{post} - X_{pre}}{\sqrt{2SE^2}}$$

میزان بهبودی از فرمول زیر برای تعیین درصد بهبودی به دست آمده است:

$$MPI = [(\text{Baseline Mean} - \text{Treatment Phase Mean}) / \text{Treatment phase Mean}]$$

$$MPI = [(\text{میانگین مداخله} - \text{میانگین خط پایه}) / \text{میانگین مداخله}]$$

### یافته‌ها

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین ۳۳ سال و دامنه سنی نمونه مورد بررسی بین ۲۵ الی ۴۴ سال بوده است و مدت زمان زندگی مشترک آن‌ها بین ۲ الی ۱۶ سال بوده است. از نظر سطح تحصیلات دو نفر دیپلم، سه نفر کارشناسی و یک نفر دارای تحصیلات کارشناسی ارشد هستند. در این پژوهش ۳ زوج (زن و شوهر) مورد مطالعه قرار گرفتند که دو زن دارای یک فرزند و یک زوج دارای دو فرزند بود.

### جدول ۲. ویژگی‌های توصیفی زوج‌های شرکت‌کننده (به تفکیک زن و مرد) در متغیر دلبستگی ایمن

| مداخله       | مراجع   | سبک دلبستگی ایمن |        |          | RCI  | بهبودی پس از درمان کلی |
|--------------|---------|------------------|--------|----------|------|------------------------|
|              |         | خط پایه          | مداخله | پس‌آزمون |      |                        |
| درمان تلفیقی | زوج اول | مرد              | ۱۴     | ۱۳       | ۲/۹۱ | ۰                      |
|              | زن      | زن               | ۷      | ۷        | ۲/۹۱ | ۰/۱۳                   |
|              | زوج دوم | مرد              | ۱۲     | ۱۴       | ۰    | ۰                      |
|              | زن      | زن               | ۱۱     | ۱۱       | ۰/۷۲ | ۰/۰۹                   |
|              | زوج سوم | مرد              | ۱۱     | ۱۳       | ۱/۴۵ | ۰/۱۸                   |
|              | زن      | زن               | ۱۱     | ۱۱       | ۰/۷۲ | ۰                      |
|              |         |                  | ۱۱     | ۱۱       | -    | -۰/۰۹                  |

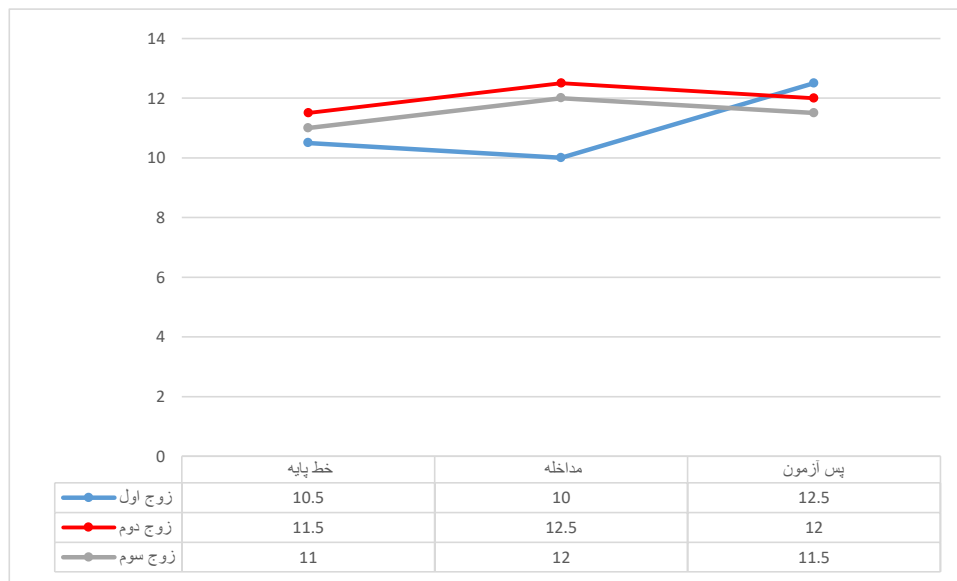
نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد در زوج‌هایی که تحت مداخله درمان تلفیقی بودند شاخص تغییر پایا (RCI) برای زوج اول، دوم و سوم به ترتیب ۲/۹۱، ۰/۷۲ و ۱/۴۵ است که با توجه به سطح معنی‌داری ( $p < 0.05$ )

نمرات شاخص تغییر پایا در هر سه زوج کمتر از  $Z=1/96$  است که می‌توان نتیجه گرفت که تغییرات این دو زوج از نظر آماری قابل قبول نیست و بهبودی کلی درمان تلفیقی ۰/۱۳ است.

جدول ۳. ویژگی‌های توصیفی زوج‌های شرکت‌کننده در متغیر دلبستگی ایمن

| بهبودی کلی | بهبودی پس از درمان | RCI  | سبک دلبستگی ایمن |        |          |
|------------|--------------------|------|------------------|--------|----------|
|            |                    |      | خط پایه          | مداخله | پس‌آزمون |
| ۰/۱۳       | ۰/۲۸               | ۱/۴۵ | ۱۰/۵             | ۱۰     | ۱۲/۵     |
|            | ۰/۰۴               | ۰/۳۶ | ۱۱/۵             | ۱۲/۵   | ۱۲       |
|            | ۰/۰۴               | ۰/۳۶ | ۱۱               | ۱۲     | ۱۱/۵     |

نتایج جدول ۳ نشان دهنده آن است که در زوج‌هایی که تحت مداخله درمان تلفیقی بودند شاخص تغییر پایا (RCI) برای زوج اول، دوم و سوم به ترتیب ۱/۴۵، ۰/۳۶ و ۰/۳۶ است که با توجه به سطح معنی‌داری ( $p < 0/05$ ) نمرات شاخص تغییر پایا در هر سه زوج کمتر از  $Z=1/96$  است. درصد بهبودی برای زوج اول، دوم و سوم به ترتیب ۰/۲۸، ۰/۰۴ و ۰/۰۴ و بهبودی کلی درمان تلفیقی ۱۳٪ است.



جدول ۴. ویژگی‌های توصیفی زوج‌های شرکت‌کننده (به تفکیک زن و مرد) در متغیر سبک دلبستگی اجتنابی

| مداخله | مراجع   | سبک دلبستگی اجتنابی |        |          | بهبودی کلی |      |                    |      |
|--------|---------|---------------------|--------|----------|------------|------|--------------------|------|
|        |         | خط پایه             | مداخله | پس‌آزمون |            |      |                    |      |
| درمان  | زوج اول | مرد                 | ۱۰     | ۷        | ۹          | ۰/۶۲ | بهبودی پس از درمان | ۰/۱  |
| تلفیقی | زوج دوم | زن                  | ۱۳     | ۱۳       | ۱۳         | ۰    | ۰/۲۴               | ۰    |
|        | زوج سوم | مرد                 | ۱۳     | ۱۳       | ۱۰         | ۱/۸۷ | ۰/۲۴               | ۱/۸۷ |
|        |         | زن                  | ۱۲     | ۹        | ۹          | ۱/۸۷ | ۰/۲۵               | ۱/۸۷ |
|        |         | مرد                 | ۱۴     | ۱۲       | ۱۰         | ۲/۵  | ۰/۲۹               | ۲/۵  |
|        |         | زن                  | ۱۴     | ۹        | ۹          | ۵    | ۰/۵۷               | ۵    |

نتایج جدول ۴ نشان‌دهنده آن است که در زوج‌هایی که تحت مداخله درمان تلفیقی بودند شاخص تغییر پایا (RCI) برای زوج اول، دوم و سوم به ترتیب ۰/۶۲، ۱/۸۷ و ۲/۵ است که با توجه به سطح معنی‌داری ( $p < 0/05$ ) نمرات شاخص تغییر پایا در زوج سوم بالاتر از  $Z = 1/96$  است که می‌توان نتیجه گرفت که تغییرات این زوج از نظر آماری قابل قبول بوده و نتیجه اثربخشی درمان است و بهبودی کلی درمان تلفیقی در دلبستگی اجتنابی ۲۴٪ است.

جدول ۵. ویژگی‌های توصیفی زوج‌های شرکت‌کننده در متغیر دلبستگی اجتنابی

| مداخله | مراجع   | سبک دلبستگی اجتنابی |        |          | بهبودی پس از درمان | بهبودی کلی |
|--------|---------|---------------------|--------|----------|--------------------|------------|
|        |         | خط پایه             | مداخله | پس‌آزمون |                    |            |
| درمان  | زوج اول | ۱۱/۵                | ۱۰     | ۱۱       | ۰/۳۱               | ۰/۰۵       |
| تلفیقی | زوج دوم | ۱۲/۵                | ۱۱     | ۹/۵      | ۱/۸۷               | ۰/۲۴       |
|        | زوج سوم | ۱۴                  | ۱۰/۵   | ۸        | ۳/۷۵               | ۰/۴۳       |

نتایج جدول ۵ نشان‌دهنده آن است که در زوج‌هایی که تحت مداخله درمان تلفیقی بودند شاخص تغییر پایا (RCI) برای زوج اول، دوم و سوم به ترتیب ۰/۳۱، ۱/۸۷ و ۳/۷۵ است که با توجه به سطح معنی‌داری ( $p < 0/05$ ) نمرات شاخص تغییر پایا در زوج سوم بالاتر از  $Z = 1/96$  است که می‌توان نتیجه گرفت که تغییرات این زوج از نظر آماری قابل قبول بوده و نتیجه اثربخشی درمان است و بهبودی کلی درمان تلفیقی در دلبستگی اجتنابی ۳۴٪ است.

به‌منظور بررسی اثربخشی درمان تلفیقی در متغیر سبک دوسوگرا/اضطرابی از شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی استفاده شده است؛ که نتایج ارائه شده در جداول ۶ و ۷ نشان داده شده است.



جدول ۶. ویژگی‌های توصیفی زوج‌های شرکت‌کننده (به تفکیک زن و مرد) در متغیر سبک

دوسوگرا/اضطرابی

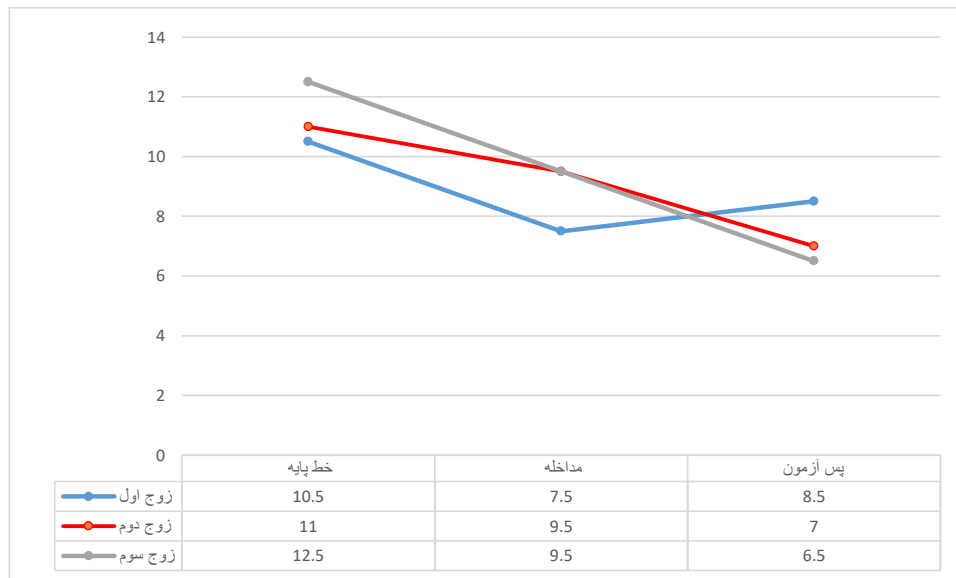
| بهبودی کلی | بهبودی پس از درمان | RCI  | سبک دلبستگی دوسوگرا/اضطرابی |        |         | مراجع | مداخله  |
|------------|--------------------|------|-----------------------------|--------|---------|-------|---------|
|            |                    |      | پس‌آزمون                    | مداخله | خط پایه |       |         |
|            | ۰                  | ۰    | ۸                           | ۷      | ۸       | مرد   | زوج اول |
| ۱/۷۷       | ۰/۴۴               | ۱/۳۷ | ۹                           | ۸      | ۱۳      | زن    | تلفیقی  |
|            | ۰/۱۵               | ۰/۶۸ | ۱۳                          | ۱۶     | ۱۵      | مرد   | زوج دوم |
|            | ۷                  | ۲/۰۶ | ۱                           | ۳      | ۷       | زن    |         |
|            | ۰/۶۲               | ۱/۷۲ | ۸                           | ۸      | ۱۳      | مرد   | زوج سوم |
|            | ۲/۴                | ۲/۴۱ | ۵                           | ۱۱     | ۱۲      | زن    |         |

نتایج جدول ۶ نشان‌دهنده آن است که در زوج‌هایی که تحت مداخله درمان تلفیقی بودند شاخص تغییر پایا (RCI) برای دلبستگی دوسوگرا/اضطرابی در زوج اول، دوم و سوم به ترتیب ۰/۶۸، ۱/۷۳ و ۲/۰۶ است که با توجه به سطح معنی‌داری ( $p < ۰/۰۵$ ) نمرات شاخص تغییر پایا در زوج سوم بالاتر از  $Z = ۱/۹۶$  است که می‌توان نتیجه گرفت که تغییرات این زوج از نظر آماری قابل قبول بوده و نتیجه اثربخشی درمان است و بهبودی کلی درمان تلفیقی ۱/۷۷ درصد است.

## جدول ۷. ویژگی‌های توصیفی زوج‌های شرکت‌کننده در متغیر دلبستگی دوسوگرا/اضطرابی

| مداخله | مراجع   | سبک دلبستگی دوسوگرا/اضطرابی |        |          | بهبودی کلی         |
|--------|---------|-----------------------------|--------|----------|--------------------|
|        |         | خط پایه                     | مداخله | پس‌آزمون |                    |
| درمان  | زوج اول | ۱۰/۵                        | ۷/۵    | ۸/۵      | بهبودی پس از درمان |
| تلفیقی | زوج دوم | ۱۱                          | ۹/۵    | ۷        | ۱/۷۷               |
|        | زوج سوم | ۱۲/۵                        | ۹/۵    | ۶/۵      | ۱/۵۱               |

نتایج جدول ۷ نشان‌دهنده آن است که در زوج‌هایی که تحت مداخله درمان تلفیقی بودند شاخص تغییر پایا (RCI) برای دلبستگی دوسوگرا/اضطرابی در زوج اول، دوم و سوم به ترتیب ۰/۶۸، ۱/۳۷ و ۲/۰۶ است که با توجه به سطح معنی‌داری ( $p < ۰/۰۵$ ) نمرات شاخص تغییر پایا در زوج سوم بالاتر از  $Z = ۱/۹۶$  است که می‌توان نتیجه گرفت که تغییرات این زوج از نظر آماری قابل قبول بوده و نتیجه اثربخشی درمان است. درصد بهبودی برای زوج اول، دوم و سوم به ترتیب ۰/۲۲، ۳/۵۷ و ۱/۵۱ و بهبودی کلی درمان تلفیقی ۱/۷۷ درصد است.



**جدول ۸. ویژگی‌های توصیفی زوج‌های شرکت‌کننده (به تفکیک زن و مرد) در متغیر کیفیت زندگی**

| مداخله       | مراجع   | کیفیت زندگی زناشویی |        |          | بهبودی کلی         |
|--------------|---------|---------------------|--------|----------|--------------------|
|              |         | خط پایه             | مداخله | پس‌آزمون |                    |
| درمان تلفیقی | زوج اول | ۱۰۲                 | ۱۰۵    | ۱۱۱      | ۱۰۲                |
|              | زوج دوم | ۹۴                  | ۹۶     | ۱۱۸      | ۹۴                 |
|              | زوج سوم | ۱۱۱                 | ۱۲۱    | ۱۲۳      | ۱۱۱                |
|              |         | ۱۱۷                 | ۱۲۶    | ۱۲۵      | ۱۱۷                |
|              |         | ۹۹                  | ۱۰۹    | ۱۱۹      | ۹۹                 |
|              |         | ۱۰۱                 | ۱۱۷    | ۱۱۶      | ۱۰۱                |
|              |         | RCI                 |        |          | بهبودی پس از درمان |
|              |         | ۰/۰۹                | ۰/۲۵   | ۰/۱۱     | ۰/۱۲               |
|              |         | ۱/۰۱                | ۲/۶۹   | ۱/۳۴     |                    |
|              |         | ۰/۰۷                | ۰/۸۹   | ۰/۲      |                    |
|              |         | ۲/۲۴                | ۱/۶۸   |          |                    |

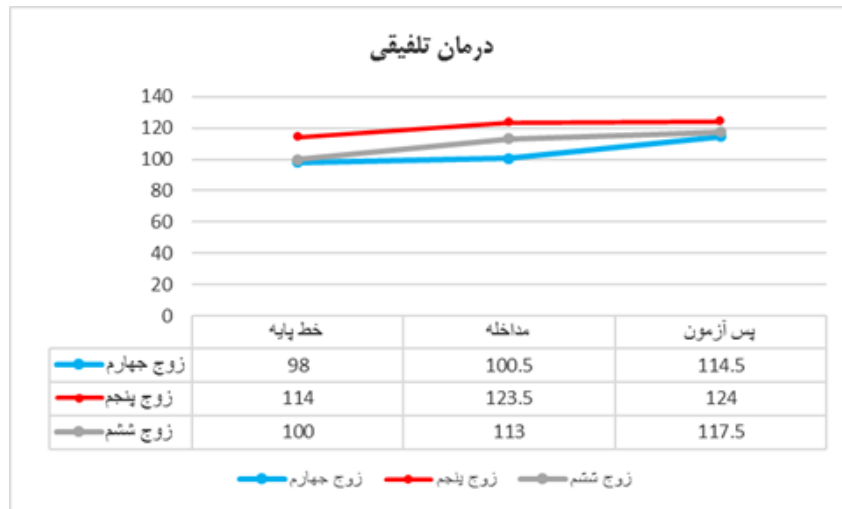
نتایج جدول ۸ نشان‌دهنده آن است در زوج‌هایی که تحت مداخله درمان تلفیقی بودند شاخص تغییر پایا (RCI) برای زوج اول، دوم و سوم به ترتیب ۱/۰۱، ۱/۳۴ و ۲/۲۴ است. بهبودی کلی درمان تلفیقی ۰/۱۲ است.

**جدول ۹. ویژگی‌های توصیفی زوج‌های شرکت‌کننده در متغیر کیفیت زندگی زناشویی**

| مداخله       | مراجع   | کیفیت زندگی زناشویی |        |          | بهبودی کلی         |
|--------------|---------|---------------------|--------|----------|--------------------|
|              |         | خط پایه             | مداخله | پس‌آزمون |                    |
| درمان تلفیقی | زوج اول | ۹۸                  | ۱۰۰/۵  | ۱۱۴/۵    | ۰/۱۷               |
|              | زوج دوم | ۱۱۴                 | ۱۲۳/۵  | ۱۲۴      | ۰/۰۹               |
|              | زوج سوم | ۱۰۰                 | ۱۱۳    | ۱۱۷/۵    | ۰/۱۷               |
|              |         | RCI                 |        |          | بهبودی پس از درمان |
|              |         | ۱/۸۵                | ۱/۱۲   | ۱/۹۷     | ۰/۱۲               |

نتایج جدول ۸ و ۹ نشان‌دهنده آن است در زوج‌هایی که تحت مداخله درمان تلفیقی بودند شاخص تغییر پایا (RCI) برای زوج اول، دوم و سوم به ترتیب ۱/۸۵، ۱/۱۲ و ۱/۹۷ است. درصد بهبودی برای زوج اول، دوم و سوم به ترتیب ۰/۱۷، ۰/۰۹ و ۰/۱۷ و بهبودی کلی درمان تلفیقی ۰/۱۲ است.





### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی بسته تلفیقی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و شفقت‌درمانی بر کیفیت زندگی زناشویی و ابعاد دلبستگی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان بود که یافته‌ها و نتایج نشان داد با اجرای دوره تلفیقی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و شفقت‌درمانی، در میزان کیفیت زندگی زناشویی و ابعاد دلبستگی یعنی وابستگی، نزدیک بودن و اضطراب زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان به‌طور معنی‌داری تفاوت ایجاد شد و این به معنای اثربخشی این نوع درمان برای این افراد است. در مجموع و از کل نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش، می‌توان گفت که بسته تلفیقی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و شفقت‌درمانی توانست با بیرونی‌سازی مشکل زوجین و ساختارشکنی گذشته و با تأکید بر پیامدهای منحصر‌به‌فرد، در جهت بهبود کیفیت زندگی زناشویی، عملکرد جنسی زوجین (هم‌زن و هم‌مرد) و ابعاد دلبستگی مؤثر باشد. به‌طور کلی درمان هیجان-محور به زوج‌ها کمک می‌کند تا توانایی کنترل هیجانی و تنش‌زدایی کسب کنند. این مهارت‌ها سبب افزایش مدیریت هیجان و رفتار می‌شوند که در نهایت آن‌ها در سازش با موقعیت-های زندگی، انعطاف‌پذیری بیشتری نشان می‌دهند و به سطحی مطلوب از پایداری هیجانی، آرامش و واقع‌نگری در زندگی دست می‌یابند. در زمینه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت، پژوهش‌ها نشان می‌دهد که شفقت به‌خودی‌خود پیش‌بینی‌کننده محکمی از انگیزه است و همچنین به اعتمادبه‌نفس بیشتر و ترس کمتر از شکست، ایستادگی بیشتر و شکل‌گیری مجدد هدف، پس از شکست می‌شود. درمان مبتنی بر شفقت همانند یک روش تنظیم هیجانی مثبت عمل می‌کند و هیجان‌ات منفی را کاهش داده و هیجان‌ات مثبت را جایگزین آن‌ها می‌نماید (حسین زاده و همکاران، ۱۳۸۸).

طبق بررسی‌ها و مطالعات پژوهشگران این تحقیق، تاکنون پژوهشی مبنی بر تدوین بسته تلفیقی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و شفقت‌درمانی در زوجین انجام نگرفته است؛ اما پژوهش‌های مختلفی به‌صورت مجزا در حوزه زوجین انجام‌گرفته است که نتایجی تقریباً مشابه با این پژوهش دارند؛ اما در پیشینه همسو و نزدیک با نتایج این تحقیق، می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد، برای مثال، نتایج پژوهش حاضر با مطالعات اسنایدر (۲۰۰۰)؛ بلانتون و وندرگریف - آوری (۲۰۰۱)؛ حمیدی و همکاران (۲۰۱۶)؛ شیرآشایی و نمایی (۲۰۱۷)؛ وایت (۲۰۰۹) و ویسی (۱۳۹۱) همسو بوده است.

در تبیین نتایج فوق می‌توان اذعان داشت که عدم کیفیت روابط زناشویی و عدم برقراری روابط صمیمانه زنان با مردان مربوط به علم بیان هیجانات، احساسات و عدم شناخت و آگاهی از احساساتشان است؛ بنابراین این‌گونه زنان همواره در یک ارتباط صمیمانه و نزدیک با همسرانشان دچار احساس ترس، خجالت و شرم می‌شدند و به این دلیل از زوجشان احساس نارضایتی می‌نمودند. از این رو کاربرد رویکرد هیجان‌مدار در مورد زنان در زمینه سازگاری با این احساسات و آگاهی از آن‌ها می‌تواند در ایجاد رابطه صمیمانه و نزدیک با همسرانشان مؤثر باشد و نیز کاربرد رویکرد شناختی در شکستن تابوها گذشته در روابط با مردان مؤثر است (ویب و جانسون، ۲۰۱۶). به‌طورکلی درمان هیجان‌محور شیوه‌درمانی است که تأکید اصلی آن بر مشارکت هیجانات در الگوهای دائمی ناسازگاری در زوجین آشفته است. تلاش این درمان آشکار ساختن هیجانات آسیب‌پذیر در هرکدام از زوجین و تسهیل توانایی زوجین در ایجاد این هیجانات به شیوه‌ای ایمن و محبت‌آمیز است. اعتقاد بر این است که پردازش این هیجانات در بافتی ایمن، الگوهای تعاملی سالم‌تر و جدیدتر را به وجود می‌آورد که سبب آرام شدن سطح آشفتگی و افزایش دوست داشتن، صمیمیت و در پایان ارتباطی رضایت‌بخش‌تر است. مؤسس این درمان ادعا می‌کند که این شیوه‌درمانی یکی از معتبرترین شکل تجربی در درمان زوجین است بررسی دستاوردهای مطالعاتی شواهد تجربی قدرتمندی را در سودمندی درمان هیجان‌محور بر رهایی از آشفتگی از زوجین فراهم می‌نماید (لی، فارو و برادلی، ۲۰۱۷).

هم‌چنین در تبیین دیگر می‌توان به این نکته اشاره کرد که علت مشکلات بین فردی، استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه است و این راهبردها، الگوهای انعطاف‌ناپذیری هستند که رویکرد شفقت به خود از طریق پذیرش، گسلش از افکار و باورها یا هیجانات، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را افزایش می‌دهد و در نتیجه شخص از رویدادهای ناخواسته اجتناب نمی‌کند و سعی در کنترل و تغییر آن‌ها ندارد، لذا انرژی خود را به‌جای مقابله یا اجتناب از رویدادهای ناخواسته، صرف ارزش‌ها و کیفیت زندگی می‌کند؛ بنابراین فاصله گرفتن از افکار و باورهای ناکارآمد به‌جای آمیختگی با آن‌ها و هم‌چنین تشویق افراد به زندگی مبتنی بر ارزش‌های خود می‌تواند با بهبود روابط بین فردی همراه باشد (بی‌بی، مسعود، احمد و بخاری، ۲۰۱۷). قابل ذکر است که این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز مواجه بوده است. این پژوهش روی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان انجام شده است، لذا با توجه به تفاوت‌های فرهنگی، در تعمیم یافته‌ها احتیاط

شود. بر اساس محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی زوجین مراجعه کننده به سایر مراکز مشاوره در استان‌های دیگر و در سطح ملی با سنین بالاتر و حتی کمتر و بررسی سطح تحصیلات آن‌ها، میزان درآمد زوجین، ترکیب جمعیتی زوجین از قبیل دارای فرزند یا بدون فرزند و با حجم نمونه بیشتر مورد توجه محققین محترم قرار گیرد و نتایج آن با نتایج پژوهش حاضر مقایسه شود. این پژوهش لزوم توجه به استفاده از آموزش تحلیل رفتار متقابل را در مراکز مشاوره و کلینیک‌ها جهت بهبود وضعیت روان‌شناختی مراجعان نشان می‌دهد.

### موازن اخلاقی

در این پژوهش، کلیه موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد و به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد. پژوهش حاضر با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1398.193 در دانشگاه خوارسگان تأیید شده است.

### سپاسگزاری

از همه کسانی که در این پژوهش شرکت کردند و مدیران مراکز مشاوره شهر اصفهان و اساتید محترم دانشگاه که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند کمال تقدیر و تشکر را داریم.

### مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته مشاوره که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه مورد تأیید قرار گرفته و کلیه نویسندگان در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری و تحلیل آماری داده‌ها و نهایی سازی نقش یکسانی داشتند.

### تضاد منافع

بین نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

### منابع

اسمائیل نیا، آسیه. (۱۳۹۰). بررسی آموزش مهارت‌های صمیمانه PAIRS بر سبک دلبستگی و هوش هیجانی زوجین. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه فردوسی مشهد.

امانی، احمد، ثنایی ذاکر، باقر، نظری، علی محمد، و نامداری پژمان، مهدی. (۱۳۹۰). اثربخشی دو رویکرد طرحواره‌درمانی و دلبستگی‌درمانی بر سبک‌های دلبستگی در دانشجویان مرحله عقد. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱(۲): ۳۴-۴۵.

حسین‌زاده تقوایی، مرجان، لطفی کاشانی، فرح، نوایی نژاد، شکوه، و نورانی پور، رحمت‌اله. (۱۳۸۸). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان در تغییر سبک دلبستگی همسران، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۴(۱۴): ۲۷-۳۲.

دربانی، سیدعلی، فرخزاد، پگاه، و لطفی کاشانی، فرح. (۱۳۹۹). اثربخشی خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه‌مدت بر تعارض‌های زناشویی زنان متأهل. *خانواده‌درمانی کاربردی*، ۱(۱): ۵۴-۶۸.

لواف، هانیه، شگری، امید، و قنبری، سعید. (۱۳۹۳). نقش واسطه‌ای مدل‌های ارتباطی زوجین در رابطه بین تعارض زناشویی و مشکلات درونی سازی و برونی سازی شده دختران، *روانشناسی خانواده*، ۲: ۳-۱۸.

فیروزی، راحله، تیزدست، طاهر، خلعتبری، جواد، و قربان شیروودی، شهره. (۱۳۹۹). بررسی ارتباط راهبردهای مقابله با تنیدگی با دشواری در تنظیم هیجان با نقش میانجی کیفیت زندگی زناشویی در زنان متأهل مبتلا به سرطان پستان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۲۳(۱): ۴۷-۳۴.

محمدخانی، شهرام، حسنی، جعفر، اکبری، مهدی، و یزدان پناه، نسیم. (۱۳۹۸). نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم هیجان در رابطه بین باورهای فراشناختی و سبک‌های دلبستگی با رفتارهای پرخطر فرزندان نوجوان جانبازان اعصاب و روان جنگ ایران و عراق. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۵(۴): ۳۹۶-۴۱۱.

مسلمی، مریم، آقایی، حکیمه، و شعبانی، زهرا. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش مبتنی بر رویکرد روایت‌درمانی گروهی بر الگوهای ارتباطی زوجین دانشجویان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۸(۲): ۵۱-۶۰.

## References

- Adams, C. R., & Gibbons, M. M. (2019). Counseling Adolescents Diagnosed With Conduct Disorder: Application of Emotion-Focused Therapy for Individuals. *Journal of Mental Health Counseling*, 41(4): 283-296.
- Atkins, D. C., Eldridge, K. A., Baucom, D. H., & Christensen, A. (2005). Infidelity and behavioral couple therapy: optimism in the face of betrayal. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(1), 144.
- Beaumont, E., Durkin, M., Hollins Martin, C. J., & Carson, J. (2016). Measuring relationships between self-compassion, compassion fatigue, burnout and well-being in student counsellors and student cognitive behavioural psychotherapists: A quantitative survey. *Counselling and Psychotherapy Research*, 16(1), 15-23.
- Bookwala, J. (2011). Marital quality as a moderator of the effects of poor vision on quality of life among older adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66(5), 605-616.
- Christensen, A., & Doss, B. D. (2017). Integrative behavioral couple therapy. *Current opinion in psychology*, 13, 111-114.
- Demby, K. P., Riggs, S. A., & Kaminski, P. L. (2017). Attachment and family processes in children's psychological adjustment in middle childhood. *Family process*, 56(1), 234-249.
- Dillon, A., Timulak, L., & Greenberg, L. S. (2018). Transforming core emotional pain in a course of emotion-focused therapy for depression: A case study. *Psychotherapy Research*, 28(3), 406-422.
- Doss, B. D., Cicila, L. N., Georgia, E. J., Roddy, M. K., Nowlan, K. M., Benson, L. A., & Christensen, A. (2016). A randomized controlled trial of the web-based OurRelationship program: Effects on relationship and individual functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(4), 285.

- Elliott, R., & Shahar, B. (2017). Emotion-focused therapy for social anxiety (EFT-SA). *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(2), 140-158.
- Fearon, R. P., & Roisman, G. I. (2017). Attachment theory: progress and future directions. *Current Opinion in Psychology*, 15, 131-136.
- Frost, D. M. (2013). The narrative construction of intimacy and affect in relationship stories: Implications for relationship quality, stability, and mental health. *Journal of Social and Personal Relationships*, 30(3), 247-269.
- Fischer, T. D., Smout, M. F., & Delfabbro, P. H. (2016). The relationship between psychological flexibility, early maladaptive schemas, perceived parenting and psychopathology. *Journal of contextual behavioral science*, 5(3), 169-177.
- Fletcher, G. J., Simpson, J. A., & Thomas, G. (2000). The measurement of perceived relationship quality components: A confirmatory factor analytic approach. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(3), 340-354.
- Halchuk, R. E., Makinen, J. A., & Johnson, S. M. (2010). Resolving attachment injuries in couples using emotionally focused therapy: A three-year follow-up. *Journal of couple & relationship therapy*, 9(1), 31-47.
- Islami, H. (2017). Resolving Marital Conflicts. *SEEU Review*, 12(1), 69-80. DOI: 10.1515/seeur-2017-0005.
- Gera, M., & Kaur, J. (2015). Study of resilience and parenting styles of adolescents. *International Journal of Multidisciplinary Approach and Studies*, 2(1), 168-177.
- Kangas, M., & McDonald, S. (2011). Is it time to act? The potential of acceptance and commitment therapy for psychological problems following acquired brain injury. *Neuropsychological rehabilitation*, 21(2), 250-276.
- Kim, E. Cho, I., & Kim, E. J. (2017). Structural equation model of smartphone addiction based on adult attachment theory: Mediating effects of loneliness and depression. *Asian Nursing Research*, 11(2), 92-97.
- Lassri, D., Luyten, P., Fonagy, P., & Shahar, G. (2018). Undetected scars? Self-criticism, attachment, and romantic relationships among otherwise well-functioning childhood sexual abuse survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(1), 121.
- Lebow, J. L., Chambers, A. L., Christensen, A., & Johnson, S. M. (2012). Research on the treatment of couple distress. *Journal of Marital and Family therapy*, 38(1), 145-168.
- Makinen, J. A., Johnson, S. M. (2006), "Resolving attachment in couple using emotionally focused therapy insteps toward forgiveness and reconciliation", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6): 1055- 1064.
- Mlotek, A. E., & Paivio, S. C. (2017). Emotion-focused therapy for complex trauma. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(3), 198-214.
- McNelis, M., & Segrin, C. (2019). Insecure attachment predicts history of divorce, marriage, and current relationship status. *Journal of Divorce & Remarriage*, 60(5), 404-417.
- Norton, R. (1983). Measuring marital quality: A critical look at the dependent variable. *Journal of Marriage and the Family*, 141-151.
- Owen, J., Duncan, B., Anker, M., & Sparks, J. (2012). Initial relationship goal and couple therapy outcomes at post and six-month follow-up. *Journal of Family Psychology*, 26(2), 179.
- Orrell, M., Yates, L., Leung, P., Kang, S., Hoare, Z., Whitaker, C., & Pearson, S. (2017). The impact of individual Cognitive Stimulation Therapy (iCST) on cognition, quality

- of life, caregiver health, and family relationships in dementia: A randomised controlled trial. *PLoS medicine*, 14(3), e1002269.
- Pasha, H., Basirat, Z., Esmailzadeh, S., Faramarzi, M., & Adibrad, H. (2017). Marital intimacy and predictive factors among infertile women in northern Iran. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 11(5): QC13
- Park, Y., & Park, S. W. (2018). Partner commitment moderates the association between commitment and interest in romantic alternatives. *Current Psychology*, 1-9.
- Rathgeber, M., Bürkner, P. C., Schiller, E. M., & Holling, H. (2019). The efficacy of emotionally focused couples therapy and behavioral couples therapy: A meta-analysis. *Journal of marital and family therapy*, 45(3), 447-463.
- River, L. M., Borelli, J. L., & Nelson-Coffey, S. K. (2019). Tolerance of infant distress among working parents: Examining the roles of attachment anxiety and work-family conflict. *Parenting*, 19(1-2), 137-159.
- Sigre-Leirós, V. L., Carvalho, J., & Nobre, P. (2013). Early maladaptive schemas and aggressive sexual behavior: A preliminary study with male college students. *The journal of sexual medicine*, 10(7), 1764-1772.
- Skerrett, K. (2010). "Good enough stories": Helping couples invest in one another's growth. *Family process*, 49(4), 503-516.
- Stalmeisters, D., & Brannigan, C. (2010). A preliminary exploration into the prevalence of Early Maladaptive Schemas in a group of people with Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome. *Notes for Contributors*, 26(1), 34.
- Shahvaroughi Farahani, N., Sohrabi, F., Mazaherinejadfard, G., & Hasan Larijani, M. (2018). Designing and testing a structural model of attachment styles and negative affects variables as predictors of young men's body dissatisfaction. *International Journal of Behavioral Sciences*, 12(1): 36-41.
- Snyder, D. K., & Balderrama-Durbin, C. (2012). Integrative approaches to couple therapy: Implications for clinical practice and research. *Behavior therapy*, 43(1), 13-24.
- Timulak, L., & Keogh, D. (2020). Emotion-focused therapy: A transdiagnostic formulation. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(1), 1-13.
- Vromans, L. P., & Schweitzer, R. D. (2011). Narrative therapy for adults with major depressive disorder: Improved symptom and interpersonal outcomes. *Psychotherapy research*, 21(1), 4-15.
- Wiebe, S. A., Johnson, S. M., Lafontaine, M. F., Burgess Moser, M., Dalgleish, T. L., & Tasca, G. A. (2017). Two-year follow-up outcomes in emotionally focused couple therapy: An investigation of relationship satisfaction and attachment trajectories. *Journal of marital and family therapy*, 43(2), 227-244.
- Zhang, H., Spinrad, T. L., Eisenberg, N., Luo, Y., & Wang, Z. (2017). Young adults' internet addiction: Prediction by the interaction of parental marital conflict and respiratory sinus arrhythmia. *International Journal of Psychophysiology*, 120, 148-156.
- Khanjani-Veshki, S., Shafiabady, A., Farzad, V., Fatehizade M. (2017). Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral couple therapy and acceptance and commitment couple therapy on the marital quality of conflicting couples in Isfahan, Iran. *Knowledge Res ApplPsychol*; 17(4): 31-40.

\*\*\*

### پرسشنامه سبک دلبستگی بزرگسال کولینز و رید

| ردیف | سئوالات                                | کاملاً مخالفم | کاملاً موافقم | نه مخالف نه موافق | تا حدودی موافقم | کاملاً موافقم |
|------|--|---------------|---------------|-------------------|-----------------|---------------|
| ۱    | ایجاد ارتباط با دیگران برآیم آسان است. | ۱             | ۲             | ۳                 | ۴               | ۵             |



---

شور و هیجان جنسی

۱۳- رابطه شما چقدر پرشور و هیجان است؟

۱۴- در رابطه شما چقدر میل جنسی وجود دارد؟

۱۵- در رابطه جنسی شما چقدر شور و هیجان وجود دارد؟

عشق

۱۶- چقدر همسر خود را دوست دارید؟

۱۷- چقدر به همسر خود علاقه دارید؟

۱۸- چقدر همسرتان برایتان عزیز است؟

---



## An Evaluation of the Effectiveness of a Combined Emotionally Focused Couple Therapy and Compassion Therapy in Improving the Quality of Marital Life and Dimensions of Couple Attachment

Amir Hesam. Khajeh<sup>1</sup>, Hadi. Farhadi\*<sup>2</sup> & Asghar. Aghaei<sup>3</sup>

### Abstract

**Aim:** The present study aimed to investigate the effectiveness of combined emotionally focused couple therapy and compassion therapy in improving the quality of marital life and dimensions of attachment of couples who visited counseling centers in Isfahan. **Methods:** The present study had a one-case experimental design and was conducted in 2019. The statistical population consisted of all couples who visited psychological centers and clinics in Isfahan. Sampling was performed on all couples who visited centers and clinics of Isfahan in winter 2019 for marital problems, and three couples were selected using the convenience method according to the inclusion and exclusion criteria. After initial sampling, three couples were included in the combined group of emotionally focused therapy and compassion therapy. The Marital Quality of Life Questionnaire (Marital Relationships) and the Collins and Read adult attachment Scale were used to collect data. The participants underwent combined emotionally focused couple therapy and compassion therapy in a session per week (12 sessions). Data were analyzed using the visual mapping, reliable change index, and recovery percentage formula. **Results:** Data analysis indicated the effectiveness of therapy in couples who were underwent combined emotionally focused couple therapy and compassionate therapy. **Conclusion:** The combination of emotionally focused couple therapy and compassion therapy affected the quality of marital life and dimensions of couple attachment, and thus the approach can be utilized to improve relationships and reduce divorce in society.

**Keywords:** Emotionally focused couple therapy; Compassion therapy; quality of marital life; Attachment; Couples

1. Ph.D. student of counseling, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, sfahan, Iran

2. \*Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, sfahan, Iran  
Email: h.farhadi@khuisf.ac.ir

3. Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, sfahan, Iran