



Research Article

## The Effect of integrated Emotion-focused therapy (Grinbeerg's) and Compassion focused Therapy on Marital quality of Life and married women

**Majid Mostajeran:** MA student of counselig family counselling, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.  
[Mj.mostajeran@gmail.com](mailto:Mj.mostajeran@gmail.com)

**Rezvan sadat Jazayeri\***: Associate Professor, Dpartment of Consulting, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.  
[r.jazayeri@edu.ui.ac.ir](mailto:r.jazayeri@edu.ui.ac.ir)

**Maryam Fatehizade:** Professor, Department of Conuseling, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.  
[m.fatehizade@edu.ui.ac.ir](mailto:m.fatehizade@edu.ui.ac.ir)

### Abstract

Quality of married life indicates a successful marriage and it is one of the determining factors of the durability of marriage that includes satisfaction, cohesion, joy, and commitment. the Objective of the present study is The effectiveness of integrated Emotion-focused therapy(Grinbeerg's) and Compassion focused therapy on the quality of married life of conflicting women in Isfahan In this study, a single case design was used and The society includes all married women in Isfahan in 99 That three women were purposefully selected. The research tool was the Basbi and And colleagues (RDAS) Marital Quality of Life Scale. After reviewing and researching the research background, a consultation package was prepared in twelve sixty-minute sessions. Findings are analyzed based on visual analysis and descriptive statistics and Results showed based on the median survey, average and Process (pnd) Combination therapy regulates emotion in a semantic context and And according to mindfulness and training of kind mind has increased the quality and And it is suggested to use a combination of emotion-based therapy and compassion to improve the quality of marriage.

**Keywords:** Emotion-focused therapy (Grinbeerg's), Compassion Focused Therapy, quality Marital of Life, married Women

\* Corresponding author



## تأثیر درمان تلفیقی هیجان‌مدار (گرینبرگ) و متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی زناشویی زنان متأهل

مجید مستاجران: دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران،

[Mj.mostajeran@gmail.com](mailto:Mj.mostajeran@gmail.com)

رضوان السادات جزایری\*: دانشیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران،

[r.jazayeri@edu.ui.ac.ir](mailto:r.jazayeri@edu.ui.ac.ir)

مریم فاتحی زاده: استاد گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران،

[m.fatehizade@edu.ui.ac.ir](mailto:m.fatehizade@edu.ui.ac.ir)

### چکیده

کیفیت زندگی زناشویی بالا نشان‌دهنده ازدواج موفق و یکی از عوامل تعیین‌کننده دوام ازدواج است و شامل رضایت، انسجام، شادمانی و تعهد می‌شود. هدف پژوهش حاضر تأثیر درمان تلفیقی هیجان‌مدار (گرینبرگ) و متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی زناشویی زنان متأهل شهر اصفهان بود. در این پژوهش از طرح مورد منفرد A-B-A استفاده شده است. جامعه آماری شامل کلیه زنان متأهل شهر اصفهان در سال 99 بود که سه زن به صورت هدفمند انتخاب شدند. ابزار پژوهش، مقیاس کیفیت زندگی زناشویی باسبی و همکاران (RDAS) بود. پس از بررسی و مطالعه پیشینه پژوهش، بسته مشاوره‌ای در دوازده جلسه شصت دقیقه‌ای تهیه شد. یافته‌ها براساس تحلیل دیداری و آمار توصیفی تجزیه و تحلیل شد و نتایج براساس بررسی میانه، میانگین، روند PND نشان داد درمان تلفیقی سبب تنظیم هیجان در یک بستر معنایی شده و با توجه به ذهن آگاهی و تربیت ذهن مهربان باعث افزایش کیفیت زندگی زناشویی شده است. پیشنهاد می‌شود در جهت بهبود کیفیت زندگی زناشویی از درمان تلفیقی هیجان‌مدار و شفقت استفاده شود.

**واژگان کلیدی:** درمان هیجان‌مدار (گرینبرگ)، متمرکز بر شفقت، کیفیت زندگی زناشویی، زنان متأهل

## مقدمه

از دیرباز، ازدواج نقطه عطفی در زندگی هر انسانی بوده است؛ به طوری که ازدواج موفق، پایه مهم استحکام خانواده و باعث شادی در زوجین می‌شود (عبدالملکی، 1394). در این بین، ازدواج بستر مناسبی را برای برآوردن نیازهای روانی در خانواده فراهم می‌کند و اگر چنین نباشد، اثرات مخرب و زیان‌آوری مانند افسردگی، خودکشی و اختلال‌های عصبی در افراد ایجاد می‌کند (بارل، آلن، گایل و گریست<sup>۱</sup>، 2014). خشنودی و رضایت از ازدواج یکی از عواملی است که می‌توان میزان پایداری آن را پیش‌بینی کرد و این مؤلفه در بطن کیفیت روابط زناشویی و چگونگی آن حاصل می‌شود. کیفیت رابطه زناشویی ساختاری چندبعدی دارد و روابط حمایتی و یا تنش‌زا می‌تواند در این سازه مداخله کند (استوک<sup>۲</sup>، 2016).

درواقع، کیفیت زندگی زناشویی<sup>۳</sup> مفهومی پویاست و طی سال‌ها دستخوش تغییرات شده است (لارسون و هولمن<sup>۴</sup>، 1994) و به عنوان یکی از عوامل مهم شادی در زندگی و پایداری ازدواج شناخته می‌شود. این مفهوم مشابه سازه کیفیت زندگی (سازمان جهانی بهداشت/WHO) در بین زوجین است. کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در بافتی از فرهنگ و سیستم ارزش‌هایی است که مطابق با آن زندگی می‌کنند و در بستر آن اهداف انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های خود را توصیف می‌کنند (اشفق، نسیم، تاریق، عثمان، وسیم و همکاران<sup>۵</sup>، 2021: 70).

کیفیت زندگی زناشویی نیز در ابعاد جسمانی (حرکت، فعالیت‌های بدنی و توانایی موفقیت در کار و

مسئولیت‌های خانوادگی)، اجتماعی (فعالیت‌های اجتماعی، مفیدبودن، تصویر بدنی، اضطراب و افسردگی) و روانی (رضایت از زندگی، حمایت اجتماعی) تعریف شده است (اوستوندا و زنسیرچی<sup>۶</sup>، 2015).

درباره کیفیت زندگی زناشویی تعاریف متعددی صورت گرفته است؛ اما در مجموع، کیفیت زندگی زناشویی قضاوت کلی فرد از رابطه زناشویی است (فینچام و برادبوری<sup>۷</sup>، 1997؛ به نقل از کرولی<sup>۸</sup>، 2006). کیفیت زندگی زناشویی شامل سازگاری، انسجام، تعهد و رضایت است. برای مثال، پژوهش‌ها نشان می‌دهد کیفیت بالای زندگی زناشویی بر ابعاد خانواده از جمله شادکامی، پایداری، تداوم ازدواج و حمایت از فرزندان تأثیرگذار است (سندفورد<sup>۹</sup>، 2006). از نظر تروکسل<sup>۱۰</sup>، کیفیت روابط زناشویی شیوه‌هایی است که هریک از زوجین به طور منظم خود را در مثلث صمیمیت، روابط میان فردی و اعتماد سازمان‌دهی می‌کند (تروکسل<sup>۱۱</sup>، 2006) و یا کیفیت روابط زناشویی را توافق زوجین درباره مسائل مهم مانند فعالیت مشترک، ابراز محبت و همکاری در کارها می‌دانند (بوکوالا<sup>۱۲</sup>، 2005). لوئیس و اسپاینر<sup>۱۳</sup> (1980؛ به نقل از جناین<sup>۱۳</sup>، 2005) نیز در این باره بیان می‌کنند کیفیت زندگی زناشویی فرایندی است که از طریق نزدیکی و توافق در تصمیم‌گیری، رضایت و تعارض به دست می‌آید.

ارتقای کیفیت زندگی زناشویی توجه پژوهشگران را به خود جلب کرده است و از جمله عواملی است که در ارزیابی کلی ارتباطات خانوادگی اثر دارد (برادبوری،

6. Üstündağ & Zencirci

7. Fincham & Bradbury

8. Crowley

9. Sandford

10. Troxl

11. Bookwala.

12. Lewis, & Spanir.

13. Jeanine.

1. Burrell, Allen, Gayle, & Preiss,

2. Stokes

3. quality of married life

4. Larson & Holman

5. Ashfaq, Naseem, Tariq, Usman, Wasim, Sharif, & Humayun

گرینبرگ<sup>۹</sup> (1985) آن را معرفی کرده‌اند، تلفیقی از رویکردهای انسان‌گرا، گشتالت و سیستمی در بافتی از دل‌بستگی است. این رویکرد به نقش اصلی هیجان‌ات در ارتباط با الگوهای تعاملی تأکید دارد و هیجان را عنصر اصلی درمان می‌داند. از منظر این رویکرد، هیجان از زیربنای عصب شمیایی برخوردار است و با میل، گرمی، عزت‌نفس و دل‌بستگی ارتباط دارد. در این رویکرد، هیجان‌ات از نظر سازگاری، ناسازگاری، ثانویه‌بودن و ابزاری‌بودن دسته‌بندی می‌شوند و هدف، شناسایی هیجان ناسازگار، کنارزدن هیجان ابزاری و تبدیل هیجان ناسازگار به سازگار است. در واقع، اندیشه اصلی در این رویکرد، دست‌یابی به هیجان‌ات سازگار است؛ به این معنی که هیجان، خود از قابلیت جهت‌دهی به سمت نیاز برخوردار است و فرد در طول درمان با هدایت درمانگر همراه با شناسایی هیجان‌ات خود، از آنها آگاهی می‌یابد. سپس تجربه و بیان می‌کند و در طول رابطه، تنظیم آنها مدیریت می‌شود (نسبت به فاصله از هیجان یا غرق‌شدگی در هیجان). پس از آن، فرد درباره هیجان‌اتش تأمل می‌کند، هیجان‌ات ناسازگار وی در طی این فرایند پردازش می‌شود و هیجان سازگار (به واسطه تجربه هیجانی که فراخوانی شده) در پایان، باعث تجربه اصلاحی، انسجام و یکپارچگی در تمامیت فرد می‌شود (گرینبرگ و گلدمن، 2019). آگاهی از هیجان و تجربه آن، به انعطاف‌پذیری، عاملیت و حس انسجام در افراد منجر می‌شود که این آگاهی موجب بهبود تعارضات، واکنش‌های آنی در روابط بین‌فردی می‌شود و فرد درباره چرخه هیجانی بینش پیدا می‌کند و به صورت خودبه‌خودی می‌تواند هیجان‌ات خود را تنظیم کند (الیوت و همکاران، 1398).

یکی دیگر از درمان‌های روبه‌گسترش در زمینه روان‌درمانی، درمان متمرکز بر شفقت یا شفقت‌درمانی<sup>۱۰</sup>

فینچام و بیچ<sup>۱</sup> (2000). مطالعات در این باره نشان می‌دهد نگرش مردان و زنان به کیفیت رابطه زناشویی متفاوت است. برای مثال، زنان نسبت به مردان از زندگی زناشویی بیشتر احساس نارضایتی داشته‌اند (لاکسی<sup>۲</sup> 1980؛ به نقل از الیس<sup>۳</sup>، 2004). همچنین، آنان از نظر فیزیولوژی و روان‌شناختی به جنبه‌های منفی ارتباط حساس‌تر و آسیب‌پذیرترند. علاوه بر این، زنان هنگام تعارض در دریافت حمایت، دچار ضعف هستند و به تبع آن در موقعیت تنش‌زا اغلب منفعلانه رفتار می‌کنند (حجازی، 1384).

مطالعات در حیطه زوجی نشان می‌دهد آموزش و مداخلات درمانی در بین زوجین به افزایش کیفیت روابط (شکارچی، یکتا و میرزمانی، 1398)، تنظیم هیجان (پورسردار، صادقی، گودرزی و روزبهبانی، 1398)، بهبود دل‌بستگی (کیان، اعتمادی و بهرامی، 1399)، دریافت حمایت و دلسوزی (ویزل، شاه‌آرا، گلدمن و کالیفا<sup>۴</sup>، 2021)، رضایت از زندگی (مکین تاش<sup>۵</sup> و اندرسون، 2019)، تحمل بیشتر آشفتگی (عراقیان، نجات، توزنده جانی و باقرزاده، 1399) و افزایش کیفیت زندگی زناشویی (مک دونالد، فایتول، گراو، اولسون، گودوارد و همکاران<sup>۶</sup>، 2020 و کالینز، گلیگان و پوز<sup>۷</sup>، 2017) منجر شده است.

البته باید اذعان داشت که تاکنون رویکردهای متعددی در زمینه مداخلات مرتبط با زوج و خانواده انجام شده و نتایج آنان نیز تا حدودی رضایت‌بخش بوده است. در این بین، یکی از امیدبخش‌ترین و اثربخش‌ترین رویکردها بر روابط زناشویی طبق شواهد تجربی، درمان هیجان‌مدار<sup>۸</sup> بوده است. این درمان که جانسون و

1. Bradbury, Fincham, & Beach.

2. lakce

3. Ayles

4. Wiesel, Shahr, Goldman, Kalifa

5. MacIntosh, Fletcher, & Ainsworth

6. McDonald, Faytol, Grau, Olson, Goddard & Marshall

7. Collins, Gilligan & poz.

8. emotion-focused therapy

9. Janson & Greenberg

10. compassion focused therapy

مطالعاتی دیگر همچون کالینز، گلیگان و پوز (2017) نیز نشان می‌دهند این درمان می‌تواند اضطراب و افسردگی را در زوجین دارای زوال عقل کاهش دهد. با توجه به پیچیدگی روابط در ساختار خانواده، می‌توان اذعان کرد امروزه حیطه‌های مرتبط با درمان خانواده و مداخلات مرتبط با آن، با مسائل متعددی مواجهند و به نظر می‌رسد درمان‌های مبتنی بر یک رویکرد خاص (تک‌بعدی) به تنهایی نمی‌تواند پاسخ‌گوی رفع معضلات پیش روی آنان باشد. از این جهت، در سال‌های اخیر، درمان‌های مرتبط با خانواده به سمت تلفیق روش‌های مختلف به منظور ارائه راهکارهای کاربردی‌تر برای مشکلات مرتبط با خانواده سوق یافته است (هالفورد<sup>2</sup> و اسنایدر، 2012). رویکردهای تلفیقی در واقع سبب انعطاف‌پذیری بیشتر و تسریع مداخله در یک بستر وسیع‌تر می‌شود. همچنین، اثربخشی درمانی را بهبود می‌بخشد (لبو<sup>3</sup>، 1997).

با توجه به مطالب بیان شده درباره نقاط مشترک این دو رویکرد، این پژوهش در قالب درمان تلفیقی انجام شد. علاوه بر این، پژوهش مشابه دیگری یافت نشد که به‌طور انحصاری به تأثیر درمان فردی گرینبرگ و درمان متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی زناشویی در هر سه جنبه هیجان، شناخت و رفتار، به صورت یک‌جا پرداخته باشد؛ بنابراین، در این پژوهش با طرح دو فرضیه که عبارت است از: 1. درمان تلفیقی هیجان‌مدار گرینبرگ و متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی زناشویی زنان متأهل مؤثر است و 2. درمان تلفیقی هیجان‌مدار گرینبرگ و متمرکز بر شفقت بر ابعاد کیفیت زندگی زناشویی زنان متأهل مؤثر است که به بررسی این دو فرضیه در قالب هدف پژوهشی پرداخته شده است.

است که گیلبرت<sup>1</sup> (2010) آن را معرفی کرده است. این درمان که برخاسته از روان‌شناسی تکاملی، رشد، دلبستگی، بودیسم و روانی عصبی است، برای درمان افرادی با سطوح بالای شرم و خودانتقادگری مناسب شناخته شده است؛ به این معنی که افراد در پیشینه رشدی خود در محیط زندگی مورد غفلت قرار گرفته و یا هیجانات شرم آنها به اشتباه ارزشمند واقع شده است؛ از این رو، فرد با خود رابطه گرمی ندارد. بر همین اساس، هدف از این درمان، بهبود شفقت به خود برای ایجاد امنیت و تسکین است. این فرایند از طریق توجه و حساسیت به وجود رنج در خود و دیگران همراه با تعهدی برای التیام و جلوگیری از چنین رنجی انجام می‌پذیرد. یعنی فرد هم آگاهانه به سمت رنج خود و دیگران می‌رود (اشتیاق) و هم با تعهدی که به خود دارد، موجب التیام این رنج در خود و دیگران می‌شود که در نهایت به برقراری رابطه گرم و صمیمانه با خود منجر می‌شود؛ از این رو، شفقت به خود سبب تعادل هیجانی و راه‌اندازی سیستم تسکین‌دهنده فرد می‌شود که این عامل سبب افزایش بهزیستی می‌شود (گیلبرت، 2010).

در این زمینه، مطالعات مرتبط با کیفیت زندگی زناشویی همچون مک دونالد، فایتول، گراو، اولسون، گودوارد و همکاران (2020) نشان می‌دهد زنانی که شفقت بیشتری را در روابط خود گزارش می‌کردند، از کیفیت زندگی زناشویی بیشتری برخوردار بودند. علاوه بر این، مطالعات قنواتی، بهرامی، گودرزی و روزبھانی (1397)، بابایی، زهراکار و اسدپور (1398) و عراقیان، نجات، تونزنده جانی و باقرزاده (1399) حاکی از آن است که دریافت مداخلات مبتنی بر شفقت درمانی می‌تواند تحمل آشفتگی، کیفیت زندگی، تنظیم هیجان و رضایت از زندگی را بهبود بخشد.

<sup>2</sup>. Halford, & Snyder.

<sup>3</sup>. Lebow

<sup>1</sup>. Gilbert

## روش

در این پژوهش از روش تک‌موردی چندگانه A-B-A استفاده شد و اجرای پروتکل به صورت خط پایه A سپس مداخله B در دوازده جلسه آغاز شد و پس از پایان جلسات برای پیگیری، پرسشنامه مربوط انجام شد. در طرح‌های A-B-A محور افقی مبین واحدهای زمانی و محور عمودی مبین واحدهای رفتار هدف است. هر نقطه داده در نمودار جداگانه مشخص شد و نقاط داده‌ها با یک خط به یکدیگر متصل شد. برای هر آزمودنی داده‌های مربوط به سه موقعیت خط پایه، آزمایش و پیگیری به ترتیب بر روی یک نمودار رسم شد. سپس با استفاده از شاخص روند و ثبات، میزان پایداری و جهت روند داده‌ها مشخص شد. تحلیل دیداری نمودارها با شاخص‌های روند، ثبات، درصد داده‌های همپوش و غیرهمپوش انجام شد (فراهانی، عابدی، آقامحمدی و کاظمی، 1392). جامعه آماری شامل زنان متأهلی است که به دلیل مشکلات زناشویی به مراکز مشاوره شهر اصفهان در سال 99 مراجعه کرده‌اند. از میان آنان 3 نفر به صورت هدفمند انتخاب شدند. فرایند پذیرش به این صورت بود که دو مرکز مشاوره انتخاب شدند و مراجعانی که با ملاک‌های ورود هم‌خوانی داشتند، پرسشنامه کیفیت زندگی زناشویی بین آنها توزیع شد و براساس نمره کسب‌شده که پایین‌تر از میانگین بود، وارد مداخله شدند. متقاضیان براساس ملاک‌های زیر وارد درمان شدند:

زنانی متأهلی که حداقل یک سال از زندگی زناشویی آنها گذشته باشد و تابه حال برای طلاق اقدام نکرده باشند، حداقل مدرک سیکل داشته باشند و هیچ‌گونه داروی روان‌پزشکی در حین درمان استفاده نکرده باشند و هم‌زمان با این پژوهش در مداخلات دیگری شرکت نداشته باشند، همسران آنها به مواد مخدر یا الکل اعتیاد نداشته باشند و خشونت شدید در

رابطه زناشویی آنها نباشد. غیبت دو جلسه، همکاری نکردن در کامل کردن پرسشنامه‌ها و یا هرگونه انطباق نداشتن با شرایط هنگام ورود به درمان از ملاک‌های خروج است.

## ابزار پژوهش

مقیاس کیفیت زندگی زناشویی فرم تجدیدنظرشده<sup>1</sup> (RDAS)

پرسشنامه کیفیت زندگی زناشویی از فرم تجدیدنظرشده باسبی، کرین، لارسن و کریستنسن<sup>2</sup> (1995) ساخته شده است. این پرسشنامه 14 گویه و 3 خرده‌مقیاس توافق (6 سؤال)، رضایت (5 سؤال) و انسجام (3 سؤال) را می‌سنجد. سؤالات خرده‌مقیاس از این قرار است: توافق: سؤالات 1، 2، 3، 4، 5، 6، رضایت: سؤالات 7، 8، 9، 10، 11 و انسجام: سؤالات 12، 13، 14. نمره‌گذاری به صورت طیف لیکرت 6 درجه‌ای (همیشه اختلاف داریم=0 و توافق داریم=5) است. حداکثر نمره 70 و حداقل نمره صفر در نظر گرفته می‌شود. نمره بین صفر تا 24 کیفیت پایین، 24 تا 35 کیفیت متوسط و 35 به بالا کیفیت بالا را نشان می‌دهد. آلفای کرونباخ کل پرسشنامه 92 درصد و به روش تصنیف 89 درصد به دست آمد و برای خرده‌مقیاس‌ها توافق 82 درصد، رضایت 83 درصد و انسجام 86 درصد گزارش شده است. روایی و پایایی این پرسشنامه را در ایران یوسفی (1390) محاسبه کرد. آلفای کرونباخ برای 14 گویه در کل پرسشنامه 92/0 و برای سه خرده‌مقیاس 89/0 گزارش شد. در پژوهش حاضر، ضریب پایایی آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس توافق 79 درصد، رضایت 81 درصد، انسجام 69 درصد و در کل پرسشنامه 88 درصد محاسبه شد.

<sup>1</sup>. Revised Dyadic Adjustment Scale.

<sup>2</sup>. Busby, Crane, Larson, & Christensen.

## شیوه اجرا

ابتدا به ارزیابی اولیه زوجین برای شناسایی و انتخاب نمونه مورد پژوهش (که به مرکز مشاوره رضوی و تماشا مراجعه کرده بودند) براساس نمره دریافتی از پرسشنامه کیفیت زندگی زناشویی، در دو هفته و هر هفته دو نوبت با فاصله 4 روز پرداخته شد و سپس جلسه‌ای برای توضیح اهداف مشاوره و ملاحظات اخلاقی آن و لزوم ابراز رضایت برای شرکت در پژوهش برگزار شد. پس از تعیین خط پایه با توجه به روش پژوهش که تک آزمودنی چندگانه بود، قراردادی با شرکت کنندگان برای شروط درمان و شرکت مستمر در جلسات تنظیم شد. پس از آن نیز برای افراد شرکت کننده جلسات فردی در قالب 12 جلسه 60 دقیقه‌ای هفته‌ای یک بار برگزار شد و سه هفته یک بار در طی جلسات مداخله به پرسشنامه کیفیت زندگی زناشویی پاسخ دادند که جمعاً 4 نوبت اندازه‌گیری در هنگام مداخلات برای هر شرکت کننده انجام پذیرفت و پس از آن نیز جلسات پیگیری به مدت دو هفته در 4 نوبت انجام شد. در انتها اطلاعات به دست آمده برای تحلیل آماری استفاده شد. ساختار درمان فردی گرینبرگ با استفاده از منبع گرینبرگ و گلدمن (2019) که در 14 گام اجرا می‌شود و پروتکل درمان متمرکز بر شفقت با استفاده از منبع گیلبرت (2009) است. بعد از جلسات هماهنگی با استادان راهنما و مشاور نحوه تلفیق این دو رویکرد به شرح زیر است:

باتوجه به اینکه اساساً روابط زوجین فرایندی پویا، مبتنی بر رفتار و اعمال دوفزری است و همچنین سیستم‌های دلبستگی زوجین برگرفته از سیستم دلبستگی بین نسلی و تجربه خود فرد است، رویکردهای هیجان‌مدار و شفقت هر دو این الگو را در درمان در نظر گرفته‌اند و تلفیق این دو درمان مطلوب به نظر می‌آید. همچنین رویکرد هیجان‌مدار، درمانی فرایندمحور

(مبتنی بر تجربه) و درمان متمرکز بر شفقت درمانی محتوا محور (مبتنی بر شناخت) است؛ از این رو، تلفیق این دو رویکرد به صورت سه مرحله‌ای (مرحله اول بر مبنای عوامل رابطه‌ای شامل چهار جلسه اول، مرحله دوم سبک مبتنی بر هیجان تکلیف و فنون چهار جلسه دوم و مرحله سوم ایجاد معنا و آموزش مهارت شفقت چهار جلسه سوم) انجام گرفت.

در جلسات اول تا چهارم، توجه به داستان هیجانی، سبک پردازش آن هنگام بیان موضوع، تصدیق درک مشکل فعلی، تجربه هیجانی مراجعان (هیجان‌مدار)، بررسی تاریخچه فرهنگی مراجعان، ربط دادن موضوع به مسائل دلبستگی/هویتی و راهبردهای تکاملی استفاده شده توجه شد (شفقت). در مرحله دوم (جلسات پنجم تا هشتم) در خلال جلسات شناسایی هیجان‌ات ناسازگار و اصلی (هیجان‌مدار)، توضیح مدل سه حلقه‌ای تنظیم هیجان (شفقت)، شناسایی نیازها و هیجان‌ات ثانویه و ابزاری، لزوم ضرورت شفقت و ایجاد ذهن آگاهی به دلیل ارضانشدن نیازها و هیجان‌ات آسیب‌رسان، تشریفات شفابخش ایجاد کرد. در ادامه بررسی نگاه افراد از دید خود مشفق و تم‌های هیجانی آنها و نوشتن نامه شفقت‌آمیز از این دو منظر انجام گرفت. در مرحله سوم (جلسات نهم تا دوازدهم) توجه به نشانگرها، فرایند معانی جدید (هیجان‌مدار)، توضیح مدل مغز قدیم و جدید، توجه به مهارت‌های شفقت‌آمیز (استدلال، تصویرسازی و رفتار شفقت‌آمیز) و ایجاد روایتی جدید در یک بستر معنایی مورد توجه قرار گرفت. این یکپارچگی تکنیکی احتمالاً مداخله‌ای مؤثر در بستر درمانی ایجاد می‌کند. برای دستیابی به هدف حاضر و به منظور غنای درمانی بیشتر، پروتکل درمانی تلفیقی در 12 جلسه تدوین شد و سه نفر از استادان دانشکده روان‌شناسی و مشاوره خانواده آن را بازبینی و تأیید کردند. ساختار و محتوای جلسات به شرح زیر است:

**جدول 1. محتوای جلسات تلفیقی درمان هیجان‌مدار و متمرکز بر شفقت**

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	شرح عناوین و اهداف از برگزاری جلسات، تعداد و قوانین جلسات ارائه آزمون‌های مربوط و اهمیت پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها - انعقاد قرارداد و تصریح رابطه درمانی ارائه مشکلات و علائم فعلی - مرحله اول (بررسی روایت و مشاهده سبک پردازش هیجانی) - گام اول: گوش دادن به مشکلات در حال ارائه.
جلسه دوم	مرور جلسه قبل - گام دوم: گوش دادن و شناسایی تجارب دردناک هیجانی و بررسی بافتار تاریخیچه فرهنگی فرد (شفقت). جلسه سوم: مرور جلسه قبل - گام سوم و چهارم: بررسی داستان و روایت زندگی مراجع بر مبنای هیجان (در رابطه با دلبستگی و هویتی)، هیجان‌مدار. فرمول‌بندی ساختاریافته در حوزه‌های مسائل رشدی، ترس و تهدیدها، راهبردهای ایمنی طلب و جبران‌کننده (شفقت) - ارائه فرم‌ها برای تکمیل - تکلیف منزل: افراد از چه راهبردهای ایمنی طلبی استفاده کرده‌اند و چه پیامدی داشته است؟
جلسه چهارم	بررسی فرم‌های تکمیل‌شده و اینکه افراد از چه راهبردهای ایمنی طلب و جبران‌کننده‌ای استفاده کرده‌اند و چه پیامدی داشته است - ارائه خلاصه از جلسه قبل با مشارکت مراجعان و پاسخ‌گویی به سؤالات - مرحله دوم شامل هفت گام است (ساخت مشارکتی یک تمرکز و شناسایی هیجان‌های مرکزی) - گام پنجم: شناسایی نشانگرهای تکالیف (هیجان‌مدار).
جلسه پنجم	مرور جلسه قبل و ارائه بازخورد از مراجع و پاسخ‌گویی به سؤالات مراجع - گام ششم: شناسایی هیجان‌های اصلی سازگار و ناسازگار - توضیح هیجان و نقش آن در زندگی و توضیح مدل سه حلقه‌ای تنظیم هیجان (شفقت).
جلسه ششم	مرور جلسه قبل و ارائه بازخورد از مراجع و پاسخ‌گویی به سؤالات مراجع - گام هفتم: شناسایی نیازها - معرفی شفقت و ضرورت آن معرفی ذهن آگاهی تمرین در جلسه - تکلیف منزل: انجام تمرین ذهن آگاهی در هر روز و تکمیل پرسشنامه‌ها برای اندازه‌گیری دوم مداخله.
جلسه هفتم	مرور جلسه قبل و ارائه بازخورد از مراجع و پاسخ‌گویی به سؤالات مراجع - تحویل گرفتن پرسشنامه‌ها - ابتدای جلسه 7 دقیقه تمرین ذهن آگاهی - گام هشتم: شناسایی هیجان‌ها ثانویه - گام نهم: بررسی عوامل بازدارنده یا موانع دسترسی به طرح هیجانی و وقفه‌ها - توصیف خود مشفق، چگونه به دیگران مهربانی انجام دهیم و چگونه از آنها مهربانی دریافت کنیم - تکلیف منزل: تمرین خود مشفق در رویدادهای مشکل‌ساز قدیمی و مهربانی با شخص دیگر به دلیل رنجش.
جلسه هشتم	مرور جلسه قبل و ارائه بازخورد از مراجع و پاسخ‌گویی به سؤالات مراجع، مرور تکالیف خود مشفق - تمرین ذهن آگاهی - گام دهم: شناسایی تم‌ها و زمینه‌ها روابط خود-خود، خود-دیگری، مسائل وجودی - گام یازدهم: ساخت مشارکتی روایت و صورت‌بندی مشکل - توجه به شش آیت مهربانی و نوشتن نامه مشفقانه.
جلسه نهم	مرور جلسه قبل و ارائه بازخورد از مراجع و پاسخ‌گویی به سؤالات مراجع - تحویل پرسشنامه‌ها - مرحله سوم: توجه به نشانگرها و فرایند و معانی جدید - گام دوازدهم: شناسایی نشانگرهای در حال ظهور - تکالیف: تمرین استدلال مهربانانه، توجه مهربانانه. تکلیف تحویل گرفتن، ایجاد رقص توجه همراه با استدلال مهربانانه منعطف و توجه به هیجان‌ها و اگر مانعی از انجام این اعمال می‌شود یادداشت کنید. توضیح مدل مغز قدیم و جدید.
جلسه دهم	مرور جلسه قبل و ارائه بازخورد از مراجع و پاسخ‌گویی به سؤالات و موانع مراجع. دریافت پرسشنامه‌ها - گام سیزدهم: شناسایی نشانگرهای خرد - تصویرسازی مهربانانه و رفتار مهربانانه - تکلیف: در این جلسه تصویرسازی مهربانانه همراه با رفتار مهربانانه تمرین شد. در هنگام مواجهه با مشکلات و در هنگام تعارضات بعد از رویدادها در منزل تمرین کنید.
جلسه یازدهم	گام چهاردهم: ارزیابی تأثیر معانی جدید بر بازسازی روایت جدید و ارتباط دادن به مشکلات - معرفی تجربه حسی شفقت آمیز و احساس شفقت آمیز، ویژگی افراد مهربان.
جلسه دوازدهم	آماده‌سازی برای پایان درمان، مرور مفاهیم گفته‌شده در جلسات قبل و رفع ابهامات - انجام اعمالی که خارج از درمان و استفاده در زندگی که باید انجام دهند - نوشتن نامه مشفقانه - توزیع پرسشنامه‌ها و هماهنگی برای تحویل همچنین توافق برای تکمیل پرسشنامه‌های جلسات پیگیری.

**یافته‌ها**

جمعیت‌شناختی زوجین، همراه با اندازه‌گیری کیفیت

زندگی زناشویی در سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون

و پیگیری) در چهار نوبت اندازه‌گیری و در قالب جداول

تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو بخش توصیفی و

استنباطی به دست آمد. در بخش آمار توصیفی اطلاعات



فراوانی آورده شد. در بخش استنباطی برای تفسیر و بین موقعیتی در قالب جدول و نمودار (ثبات داده‌ها، نتیجه‌گیری فرضیه‌ها، از تحلیل دیداری درون موقعیتی و همپوشانی داده‌ها روند و جهت تغییر) استفاده شد.

**جدول 2. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان شرکت‌کننده در پژوهش**

سن	زن اول	زن دوم	زن سوم
48	38	32	
طول مدت ازدواج	25	20	7
شغل	خانه‌دار	خانه‌دار	خانه‌دار
تحصیلات	سیکل	لیسانس	لیسانس
تعداد فرزندان	1	2	1

نمرات خام اندازه‌گیری مکرر در متغیر کیفیت زندگی زناشویی در مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری در جدول 3 و شکل 1 ارائه شده است.

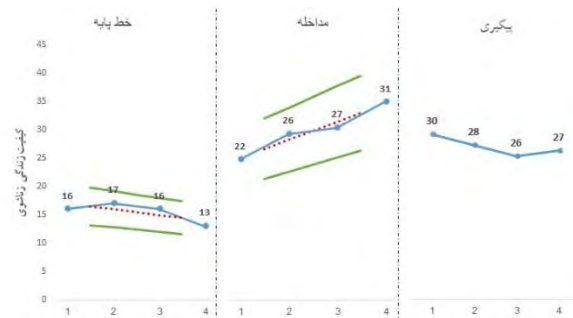
**جدول 3. روند تغییر کیفیت زندگی زنان طی مراحل مختلف درمان تلفیقی هیجان‌مدار و شفقت‌درمانی**

مرحله	نوبت اندازه‌گیری	زن اول	زن دوم	زن سوم
نقطه A (خط پایه)	اول	15	16	18
	دوم	16	17	19
	سوم	14	16	18
	چهارم	15	13	15
نقطه B (مداخله)	اول	25	22	25
	دوم	28	26	29
	سوم	31	27	32
	چهارم	35	31	37
مرحله پیگیری	اول	33	30	35
	دوم	30	28	35
	سوم	27	26	31
	چهارم	28	27	30

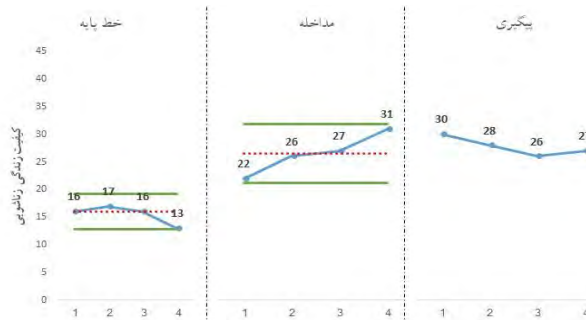


تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی کیفیت زندگی زناشویی و ابعاد آن در قالب شکل و جدول برای هر شرکت‌کننده نشان داده شده است.

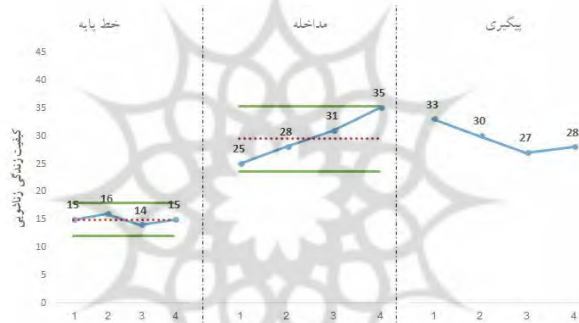
**شکل 1: روند تغییر کیفیت زندگی زناشویی زنان طی مراحل مختلف درمان تلفیقی هیجان‌مدار و متمرکز بر شفقت**



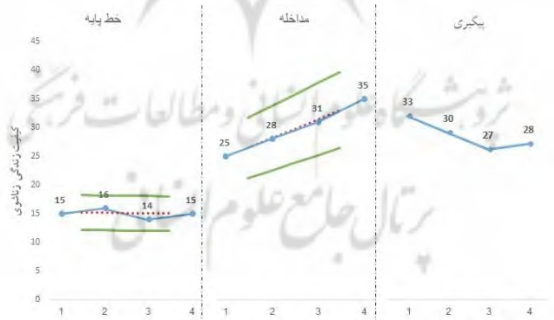
شکل 2. ترسیم خط میانه و محفظه ثابت کیفیت زندگی زنانوبی زن اول



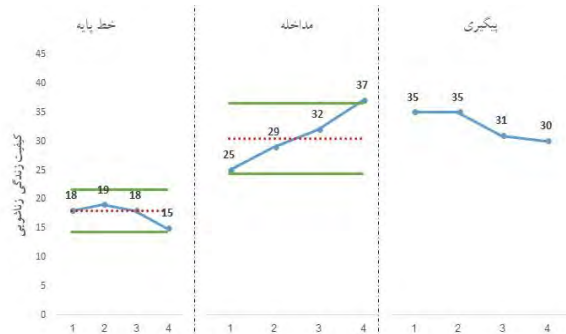
شکل 3. ترسیم خط روند و محفظه ثابت کیفیت زندگی زنانوبی زن اول



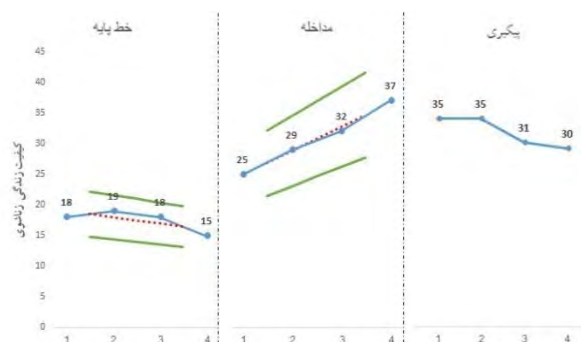
شکل 4. ترسیم خط میانه و محفظه ثابت کیفیت زندگی زنانوبی زن دوم



شکل 5. ترسیم خط روند و محفظه ثابت کیفیت زندگی زنانوبی زن دوم



شکل 6. ترسیم خط میانه و محفظه ثابت کیفیت زندگی زنانوبی زن سوم



شکل 7. ترسیم خط روند و محفظه ثابت کیفیت زندگی زنان شویبی زن سوم

خط میانه، محفظه ثابت و خط روند به ترتیب برای  
 آزمودنی اول در شکل 2 و 3 برای آزمودنی دوم در  
 شکل 4 و 5 و برای آزمودنی سوم در شکل 6 و 7  
 مشاهده می‌شود. نتایج تحلیل درون‌موقعیتی و  
 بین‌موقعیتی آزمودنی‌ها به ترتیب در جدول 4، 5، 6  
 آمده است.

جدول 4. متغیرهای تحلیل دیداری درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی کیفیت زندگی زنان شویبی زن اول

B A	بین‌موقعیتی		درون‌موقعیتی		توالی موقعیت‌ها
	مقایسه موقعیت	مقایسه روند	B (مداخله)	A (خط پایه)	
صعودی بدون تغییر	تغییرات جهت	تغییرات روند	4	4	طول موقعیت
باثبات باثبات	اثر وابسته به هدف		29/5	15	میانه
26/5 14/5	تغییر ثبات	تغییر در سطح	29/75	15	میانگین
25 15	تغییر نسبی	تغییر در سطح	25-35	16-14	دامنه تغییرات
29/5 15	تغییر مطلق		باثبات	باثبات	دامنه تغییرات محفظه ثابت 20 درصد از میانه هر موقعیت
29/75 15	تغییر نسبی		26/5-33	-14/5 15/5	تغییر سطح
100	تغییر میانگین		25-35	15-15	موقعیت
0	PND	همپوشی و	صعودی	بدون تغییر	جهت
	POD	غیرهمپوشی دادها	باثبات	باثبات	روند
			باثبات	باثبات	موقعیت

جدول 5. متغیرهای تحلیل دیداری درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی کیفیت زندگی زنان شویبی زن دوم

B A	بین‌موقعیتی		درون‌موقعیتی		توالی موقعیت‌ها
	مقایسه موقعیت	مقایسه روند	B (مداخله)	A (خط پایه)	
صعودی نزولی	تغییرات جهت	تغییرات روند	4	4	طول موقعیت
باثبات باثبات	اثر وابسته به هدف		26/5	16	میانه
	تغییر ثبات		26/5	15/5	میانگین

بین موقعیتی		درون موقعیتی	
$\frac{24}{14/5}$	تغییر نسبی	تغییر در سطح	دامنه تغییرات 13-17
$\frac{22}{13}$	تغییر مطلق	باثبات	باثبات
$\frac{26/5}{16}$	تغییر میانه	24-29	16/5-14/5
$\frac{26/5}{15/5}$	تغییر میانگین	22-31	16-13
100	PND	صعودی و همپوشی	نزولی
0	POD	غیرهمپوشی داده‌ها	باثبات

جدول 6. منبرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی کیفیت زندگی زناشویی زن سوم

بین موقعیتی		درون موقعیتی	
$\frac{B}{A}$	مقایسه موقعیت	B (مداخله)	A (خط پایه)
$\frac{صعودی}{نزولی}$	تغییرات جهت	تغییرات روند	توالی موقعیت‌ها
$\frac{باثبات}{باثبات}$	تغییر ثبات	30/5	18
$\frac{27}{16/5}$	تغییر نسبی	تغییر در سطح	دامنه تغییرات
$\frac{25}{18}$	تغییر مطلق	باثبات	باثبات
$\frac{30/5}{18}$	تغییر میانه	27-34/5	-16/5
$\frac{30/75}{17/5}$	تغییر میانگین	25-37	18-15
100	PND	صعودی و همپوشی	نزولی
0	POD	غیرهمپوشی داده‌ها	باثبات

مقایسه میانگین مرحله خط پایه 15 به مرحله مداخله 29/75 رسید که نشان‌دهنده افزایش بهبود در نمرات کیفیت زندگی زناشویی است. برای شرکت‌کننده دوم نتایج جدول 5 نشان می‌دهد متغیر کیفیت زندگی زناشویی در مرحله خط پایه و مرحله مداخله در 4 نقطه ارزیابی شده است. مقایسه میانگین مرحله خط پایه 15/5 به مرحله مداخله 26/5 رسید و میزان داده‌های

نتایج جدول 4، 5، 6 نشان می‌دهد درمان تلفیقی بر کیفیت زندگی زناشویی برای هر سه شرکت‌کننده مؤثر بوده است. همان‌طور که در جدول 4 مشاهده می‌شود، درمان تلفیقی بر کیفیت زندگی زناشویی شرکت‌کننده اول تأثیر دارد (PND=100%). طول موقعیت هر مرحله نشان می‌دهد متغیر کیفیت زندگی زناشویی در مرحله خط پایه و مرحله مداخله در 4 نقطه ارزیابی شده است.

همپوش و غیرهمپوش (PND=%100) که نشان از افزایش بهبود در نمرات شرکت‌کننده سوم، نتایج جدول 6 نشان می‌دهد متغیر کیفیت زندگی زناشویی در مرحله خط پایه و مرحله مداخله در 4 نقطه ارزیابی شده است. مقایسه میانگین مرحله خط پایه 17/5 به مرحله مداخله 30/75 رسید و میزان داده‌های همپوش و غیرهمپوش

(PND=%100) که نشان دهنده افزایش بهبود در نمرات کیفیت زندگی زناشویی است. میزان تغییر نمرات میانه، میانگین و انحراف معیار و ابعاد کیفیت زناشویی به تفکیک هر مرحله و تأثیر درمان در جدول 7 و تحلیل دیداری ابعاد کیفیت زندگی زناشویی سه شرکت‌کننده در شکل 9 و 10 و 11 نسبت به خط پایه، مداخله و پیگیری ترسیم شده است.

همپوش و غیرهمپوش (PND=%100) که نشان از افزایش بهبود در نمرات شرکت‌کننده سوم، نتایج جدول 6 نشان می‌دهد متغیر کیفیت زندگی زناشویی در مرحله خط پایه و مرحله مداخله در 4 نقطه ارزیابی شده است. مقایسه میانگین مرحله خط پایه 17/5 به مرحله مداخله 30/75 رسید و میزان داده‌های همپوش و غیرهمپوش

#### جدول 7. میانگین، میانه و انحراف معیار ابعاد کیفیت زندگی زناشویی سه شرکت‌کننده به تفکیک هر مرحله

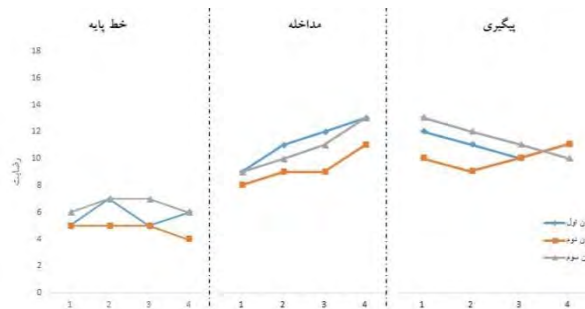
مرحله	زن اول			زن دوم			زن سوم		
	میانگین	میانه	انحراف معیار	میانگین	میانه	انحراف معیار	میانگین	میانه	انحراف معیار
خط پایه 4/25	4	0/5	6	6	0/81	6/5	6/5	6/5	1/29
مداخله 9/75	9/5	70	9/75	10	1/25	13	13	13	2/16
پیگیری 12/25	10/5	95	9/5	9/5	1/29	13/75	13/75	13/75	0/95
بهبود مداخله	10	0	0	67	137	107	107	107	
بهبود پیگیری	163	163	163	59	59	107	107	107	
خط پایه 5/75	5/5	95	4/75	5	0/5	6/5	6/5	6/5	0/58
مداخله 11/25	11/5	70	9/25	9	1/25	10/75	10/75	10/75	1/70
پیگیری 11	11/5	81	9/5	9/5	0/86	11/5	11/5	11/5	1/29
بهبود مداخله	109	109	109	80	80	62	62	62	
بهبود پیگیری	109	109	109	90	90	77	77	77	
خط پایه 5	5	81	4/75	4/5	0/95	4/5	4/5	4/5	0/58
مداخله 8/75	8/5	95	7/5	7/5	1/29	7	7	7	1/41
پیگیری 8/25	8	25	8/25	8/5	0/95	7/5	7/5	7/5	0/57
بهبود مداخله	70	70	70	67	67	44	44	44	
بهبود پیگیری	60	60	60	89	89	67	67	67	

نتایج جدول 7 که مؤید فرضیه دوم پژوهش است، نمرات میانگین برای شرکت‌کننده اول تا سوم در سه مرحله ای خط پایه، مداخله و پیگیری به ترتیب برای شرکت‌کننده اول خرده‌مقیاس توافق زناشویی (4/25-9/75)، شرکت‌کننده دوم (9/75-10/25)، شرکت‌کننده سوم (6/5-13/75) و شرکت‌کننده اول (5-8/75)، شرکت‌کننده دوم (4/5-7/5) و شرکت‌کننده سوم (4/5-8/5) که هر سه نتایج نشان‌دهنده تأثیر درمان بر

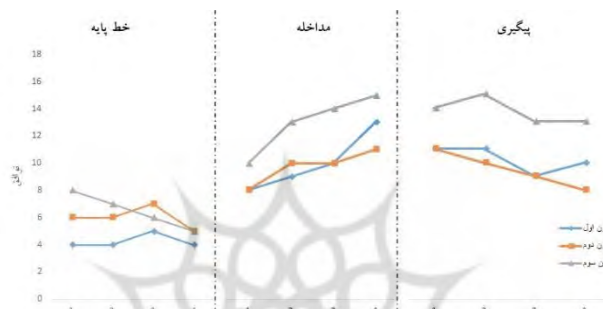
نتایج جدول 7 که مؤید فرضیه دوم پژوهش است، نمرات میانگین برای شرکت‌کننده اول تا سوم در سه مرحله ای خط پایه، مداخله و پیگیری به ترتیب برای شرکت‌کننده اول خرده‌مقیاس توافق زناشویی (4/25-9/75)، شرکت‌کننده دوم (9/75-10/25)، شرکت‌کننده سوم (6/5-13/75) و شرکت‌کننده اول (5-8/75)، شرکت‌کننده دوم (4/5-7/5) و شرکت‌کننده سوم (4/5-8/5) که هر سه نتایج نشان‌دهنده تأثیر درمان بر رضایت زناشویی یافته‌ها برای شرکت‌کننده اول

ابعاد کیفیت زندگی زناشویی برای هر سه شرکت‌کننده است.

تحلیل دیداری و تأثیر درمان تلفیقی بر ابعاد کیفیت زندگی زناشویی سه زن در شکل 9 و 10 و 11 ترسیم شده است.



شکل 9: تأثیر درمان تلفیقی بر توافق زناشویی سه زن



شکل 10: تأثیر درمان تلفیقی بر رضایت زناشویی سه زن



شکل 11: تأثیر درمان تلفیقی بر انسجام زناشویی سه زن

شد به پژوهش‌هایی اشاره شود که بیشترین شباهت را به مسئله پژوهش دارد. نتایج این پژوهش را می‌توان با نتایج پژوهش‌های صنم‌نژاد، قمری، شیخ‌الاسلامی، رضایی (1399)، شکارچی، یکتا و میرزمانی (1398)، موسوی، اسکندری و باقری (1397) و مدنی، هاشمی و لواسانی (1396) درباره تأثیر درمان هیجان‌مدار بر کیفیت روابط زناشویی و رضایت زناشویی هم‌سو است. همچنین، نتایج اخیر با یافته‌های پژوهش‌های

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تأثیر درمان تلفیقی هیجان‌مدار گرینبرگ و متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی زناشویی زنان متأهل بود. یافته‌های حاصل از تحلیل دیداری، جداول و تحلیل درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی نشان از تأثیر درمان بر کیفیت زندگی زناشویی و ابعاد آن بود. به دلیل اینکه پژوهش مشابهی یافت نشد که به تلفیق این دو رویکرد بپردازد، سعی

بنابراین، معمولاً در برخورد با هیجانات، سعی در سرکوب آنها یا اجتناب از آنها دارند.

از آنجا که هیجانات مرتبط با دلبستگی و هویتی، پایه و اساس روابط است، در کیفیت زندگی زناشویی وجود عواملی چون ابراز محبت، نحوه صحیح برخورد با همسر، روابط جنسی و نحوه ابراز آن، استفاده از عقاید یکدیگر در تصمیمات و مسائل مهم زندگی و الگوی ارتباطی مبتنی بر تبادل نظر دلچسب است. تفاهم‌نداشتن در موارد ذکر شده سبب نارضایتی در زوجین می‌شود. الگوهای ارتباطی از طریق تأثیر بر رفتارهای تبدالی تعاملی و پاسخ‌های شناختی تأثیرگذار است. مجموع این پاسخ‌ها بر قضاوت زوجین و کیفیت زندگی زناشویی تأثیر می‌گذارد. پژوهش‌ها نشان داده زوجینی که در الگوی ارتباطی مهارت حل مسئله بهتر دارند، شکست زناشویی کمتری دارند و زوجینی که ارتباط و حل مسئله ضعیف‌تری دارند، در روابط بین فردی کیفیت پایین‌تری دارند (کارنی و برادبوری، 1995). درمان هیجان‌مدار به مشکلات ارتباطی و سبک پردازش هیجانی (قطب درد) توجه لازم را دارد؛ بنابراین، این مسئله گامی مهم در شناسایی تجارب هیجانی دردناک مراجع است. از طریق بررسی داستان زندگی مراجعان می‌توان از مشکلات هویتی و دلبستگی آگاهی لازم را کسب کرد و این عوامل باعث شناسایی هیجانات مرکزی و نیازهای افراد می‌شود. مسائل هویتی و دلبستگی، خود را در روابط زوجین نمایان می‌کنند و اثرگذاری عمیقی بر کیفیت زندگی زناشویی دارند. در درمان متمرکز بر هیجان، تغییر و توجه به هیجان سالم‌تر، دسترسی به نیازهای واحد، ایجاد تصویر مثبت و به‌خاطر آوردن هیجان سالم، گفت‌وگو و تبادل نظر درباره یک هیجان سالم و خلق یک تصویر به افراد کمک می‌کند. این رویکرد، آشفته‌گی زوجین را از هیجان‌های منفی و تعاملات

مکین تاخ و اندرسون (2019)، مک دونالد، فایتول، گراو، اولسون، گودوارد و همکاران (2020) و کالینز، گلیگان و پوز (2017) درباره تأثیر درمان هیجان‌مدار بر افزایش رضایت از زندگی و افزایش کیفیت زندگی زناشویی هم‌سو است. علاوه بر این، نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های شفيعی و جزایری (1396) و دشت‌بزرگی (1396) درباره تأثیر شفقت‌درمانی بر افزایش شادمانی زناشویی، کاهش احساس تنهایی و تنظیم هیجان هم‌سو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان کرد هیجان به‌طور خاص در روابط صمیمانه مؤثر است. اگر در عناصر مهم درمانی قرار داده نشود، عامل قدرتمند و شفابخش بدون استفاده رها شده است. هیجانات سبب پاسخ کارآمد و ایجاد تغییرات سریع می‌شود. همچنین، سازمان‌دهی و تنظیم را در یک بستر معنایی مهیا می‌کند (حسینی، 1389). پژوهش‌های متعدد تعامل بین هیجان و شناخت را یک علیت حلقوی می‌دانند که تقویت و تقابل آنها سبب بروز رفتار می‌شود و این رفتار، هیجانات و شناخت زوجین را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از آنجا که درمان هیجان‌مدار سبب تنظیم هیجان و پاسخ‌گویی هیجانی در زوجین می‌شود، برت، گروس، کرسستینسن و بونتو<sup>1</sup> (2001) که به بررسی تغییر رفتاری، تنظیم هیجان و تمایز هیجان پرداخته‌اند، نشان دادند تغییر صرف رفتاری باعث کیفیت زناشویی نمی‌شود؛ بلکه شناخت و تنظیم هیجان است که همانند سنگ محکی عمل می‌کند و سطح رابطه را ارزیابی می‌کند. یعنی همان هیجان مثبت و منفی ادراک‌شده زوجین، کیفیت زندگی را نشان می‌دهد. نگاه کلی به گستره کیفیت زندگی زناشویی و تأثیر هر یک از رویکردها نشان می‌دهد زوجینی که کیفیت زناشویی‌شان پایین است، در روابط صمیمی، خودابرازی، هیجانات و شناسایی نیازها مشکل دارند؛

<sup>1</sup>. Barrett, Gross, Christensen & Benvenuto

پایین‌تری از خشونت در رابطه می‌شود. ذهن‌آگاهی با همدلی، صمیمیت، مهربانی، افزایش دلبستگی و نزدیکی به همسر، رابطه مثبت دارد.

تمرین ذهن‌آگاهی عامل کاهش هیجانات مرتبط به وابستگی است (مک گلینبرگ، اندرسون و کرانستون<sup>7</sup>، 2015). ذهن‌آگاهی یعنی قضاوتی‌نبودن، و در زمان حال بودن را شامل می‌شود و باعث پاسخ‌گویی مؤثر در تعاملات و جلوگیری از هیجانات خودکار و آسیب‌رسان می‌شود. می‌توان گفت ذهن‌آگاهی سبب پذیرش، تنظیم هیجان و پاسخ‌گویی مؤثر در زنان شده است. یکی از تکنیک‌های درمان متمرکز بر شفقت که در حین درمان استفاده می‌شود، تصویرسازی مهربانانه است که باعث افزایش میزان سراتونین در افراد، خلق یک محیط عاطفی برای ارتباط مؤثر بین زوجین و افکار مثبت درباره کیفیت رابطه می‌شود. تمرین کردن ابعاد مختلف شفقت، سبب افزایش بهزیستی و عملکرد بهتر مغز، به‌ویژه در زمینه تنظیم هیجان می‌شود (بگلی<sup>8</sup>، 2007؛ دیویدسون، کابات، اسچوماچر، روزنکرا و مولر<sup>9</sup>، 2003). این تصویرسازی به مراجعان کمک می‌کند خود و دیگران را بپذیرند و این مسئله امنیت و احساس آرامش را بالا می‌برد. این نتایج با مطالعه رین، اتکینسون و مک کری<sup>10</sup> (1995) هم‌سواست که نشان دادند تصویرسازی بر عملکرد ایمنی و بهزیستی اثر مثبت دارد. فردیکسون، کوهن، کافی، پیک و فینکل<sup>11</sup> (2008) در پژوهش مراقبه مبتنی بر عشق و مهربانی که طی جلسات 60 دقیقه‌ای هفتگی و گروهی همراه با تمرین‌های خانگی از طریق لوح فشرده مراقبت‌های مبتنی بر عشق‌ورزی و مهربانی (هدایت شفقت به‌سمت

انعطاف‌ناپذیر می‌داند. همچنین، زوجین در برآورد نیازهای اساسی که الگوی کار درونی (دلبستگی) آن را هدایت می‌کند، با مشکلاتی روبه‌رو هستند؛ این الگوی درونی به‌عنوان عاملی مهم بر کیفیت زندگی زناشویی و ارتباطی زوجین تأثیرگذار است. پژوهش‌های بانز<sup>1</sup> (2004)، سیمپسون<sup>2</sup> (1990)، کریسی و هسون<sup>3</sup> (2001) نشان داد دلبستگی امن با رضایت زناشویی رابطه دارد. سیستم دلبستگی در جریان مشکلات و تعارضات فعال می‌شود و هرکدام هیجانات خاصی تولید می‌کند. ناامنی حاصل، سبب کاهش رضایت و کیفیت زندگی زوجین می‌شود. درحقیقت، سبک رفتار افراد در تعارضات به سبک دلبستگی افراد بستگی دارد (پیتر و موانکو، گرین وود و فلدمن<sup>4</sup>، 2004). درمان هیجان‌مدار شناسایی، تنظیم و ابراز هیجانات به‌شیوه صحیح را فراهم می‌آورد و این عامل، سبب بهبود کیفیت روابط در طول جلسات می‌شود. این درمان در شناخت و ابراز نیازهای دلبستگی و هویتی، نحوه ابراز محبت، نحوه صحیح برخورد با همسر، توجه به نیازهای طرف مقابل در روابط و مهارت حل مسئله در زوجین کمک شایانی به مراجعان می‌کند. ذهن‌آگاهی یکی از تکنیک‌های درمان‌های موج سوم است و در درمان متمرکز بر شفقت استفاده می‌شود. ذهن‌آگاهی سبب مشاهده فرد از افکار، هیجاناتش، جلوگیری از واکنش‌های مخرب، افزایش کیفیت رابطه، سبک تعامل سالم، کاهش عوامل آسیب‌رسان در رابطه و تنظیم هیجان می‌شود (برون و ریان<sup>5</sup>، 2003). هیپر، کرین، لاک، کمپل و گلدمن<sup>6</sup> و همکاران (2008) نشان دادند ذهن‌آگاهی بالا در افراد موجب سطح

7. McClintock, Anderson & Cranston

8. Begley

9. Davidson, Kabat-Zinn, Schumacher, J.Rosenkranz, Muller, Daniel, Santorelli, Urbanowski, Harrington, Bonus, Sheridan.

10. Rein, Atkinson & MacCraty

11. Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek & Finkel

1. Banse

2. Simpson

3. Creasey & Hesson

4. Pietromonaco, Greenwood & Feldman

5. Brown & Ryan

6. Heppner, Kernis, Lakey, Campbell, Goldman, Davis, & Cascio.



باشیم. تاکنون پژوهشی یافت نشد که به‌طور خاص به این سازه توجه کند؛ اما در مطالعات دیگر، توافق به‌عنوان یکی از سازه‌های روان‌شناختی در رضایت زوجین معرفی شده است. در پژوهشی که واتسون، هویارد و ویز<sup>۲</sup> (2000) درباره رضایت انجام دادند، نتیجه این بود که توافق و برون‌گرایی، با رضایت زناشویی همبستگی مثبت دارد.

در نظریه هیجان‌مدار، مشکلات زناشویی از عواطف منفی است که در ارتباط با همسر نمایان می‌شود. از نظر جانسون و گرینبرگ (2013) عوامل مؤثر بر رضایت زناشویی، تعامل عاطفه مثبت و مهارت حل مسئله منفی است؛ به این صورت که هیجان مثبت پایین و حل مسئله به‌صورت منفی سبب شکست رابطه زناشویی می‌شود و در نوع دوم، ابراز هیجان مثبت سبب جلوگیری از حل مسئله به‌صورت منفی می‌شود. هوش هیجانی در روابط صمیمانه اثر بسزایی دارد و افرادی که از هوش هیجانی بالا برخوردار هستند، رضایت بیشتری در رابطه دارند؛ بنابراین، ابراز هیجان مثبت و محبت به‌طور فعال به تداوم و پایداری رابطه کمک می‌کند. یکی دیگر از عوامل مهم بر رضایت زناشویی سبک دلبستگی افراد است.

میرز و لاندزبرگ<sup>۳</sup> (2002) نشان دادند بین دلبستگی ایمن و رضایت زناشویی همبستگی مثبت و بین دلبستگی ناایمن و رضایت زناشویی رابطه منفی وجود دارد. اهمیت فهم هیجان، احساسات و موضوعات مربوط به آن، هوش هیجانی، سلامت روان بر رضایت زناشویی در پژوهش‌های اسمیت، هیون و کیاورچی<sup>۴</sup> (۲۰۰۸) و اسکات، مالوف، بوییک، کاستو،

خود، سپس به سمت دیگران و در مرحله بعد به سمت غریبه‌ها) انجام شد، نشان دادند افزایش هیجان مثبت، توجه آگاهی، احساس هدفمندی در زندگی و حمایت اجتماعی، باعث کاهش نشانه‌های بیماری می‌شود. در تبیین فرضیه دوم که بر ابعاد زناشویی انجام گرفت، می‌توان این‌گونه بیان کرد که توافق‌پذیری شامل جهت‌گیری جامعه‌پسند و اجتماعی به‌سوی دیگران است و عواملی مانند نوع دوستی، شفقت، مهربانی، اعتماد، تواضع و همراهی را به دنبال دارد. افرادی که در روابط اعتماد بالا دارند، معمولاً به خوش‌بینی و درستکاری در روابط اعتقاد دارند و دیگران را خطرناک نمی‌بینند. نوع دوستی یعنی اینکه هم به خود و هم به دیگران اهمیت می‌دهند؛ بنابراین، بر منافع دیگران توافق دارند. این‌گونه افراد، دل‌رحمی و نرمش بیشتری در روابط دارند. زوجینی که از روحیه توافق برخوردارند، در هنگام تعارضات عملکرد بهتری دارند و از همدلی در روابط مخاطره‌آمیز استفاده می‌کنند و همواره خصوصیتی مثل مهربانی و شفقت دارند (مک کاستا، 1990). در کیفیت زندگی زناشویی، توافق داشتن زوجین، شامل ابراز محبت، رابطه جنسی، رفتار صحیح و اهداف و تصمیمات در مراحل مختلف زندگی است. ایجاد رویکرد مهربانانه همراه با همدلی سبب همراهی زوجین در مراحل مختلف زندگی می‌شود و حتی در تأییدنشدن اهداف و تصمیمات و یا همراهی نکردن روابط زناشویی که سبب شکل‌گیری هیجانات مخرب و افکار منفی شناختی می‌شود، هر دو رویکرد سبب تسهیل این‌گونه دردهای هیجانی و پریشانی می‌شود. در درمان متمرکز بر شفقت آموزش داده می‌شود که چگونه از دیگران مهربانی دریافت کنیم و در هنگام درد و رنج چگونه با خود مهربان

<sup>2</sup>. Watson, Hubbard & Wiese

<sup>3</sup>. Meyers & Landsberger

<sup>4</sup>. Smith, Heaven & Ciarrochi

<sup>1</sup>. Costa

درک به معنی شناخت احساسات و هیجان‌ها در موقعیت پیش‌بینی‌ناپذیر توصیف می‌شود که افراد بتوانند آنها را تبیین و تنظیم کنند. قابلیت کنترل، شایستگی استفاده از منابعی (روان‌شناختی، بیولوژیکی، مادی) است که در اختیار داریم و در هنگام موقعیت‌های چالش‌برانگیز با آن موقعیت، حل مسئله می‌کنیم و معناداری یعنی انجام عملی که به دلیل مسائل درونی (تجربیات و مشکلات ناخوشایند) سبب مغلوب شدن آنها نمی‌شود و برای اعمال خود دلایل معنایی دارند (آنتونوسکی، 1987).

انسجام قابلیت مدیریت، درک و معناداری را برای زوجین رقم می‌زند؛ بنابراین، ایستادگی در هنگام مشکلات، مشارکت و عدالت را در افراد ایجاد می‌کند. در تبیین افزایش انسجام زناشویی بر اثر درمان تلفیقی هیجان‌مدار و متمرکز بر شفقت می‌توان گفت هر دو رویکرد قابلیت درک و شناخت هیجان‌ها را در زوجین به وجود می‌آورد و این سبب افزایش حس همکاری در موقعیت‌های چالش‌برانگیز شده است. این فرمت درمانی باعث شناسایی هیجان‌ها، آگاهی از افکار و بدن می‌شود. این هوشیاری سبب می‌شود در مواردی، افراد دست از سرزنش خود بردارند و درعوض، در برخورد با مشکلات سرمایه‌گذاری عاطفی و مشفقانه کنند. در مجموع، می‌توان گفت درمان هیجان‌مدار، سبب خودتنظیمی هیجانی، شناسایی هیجان، ابراز هیجان به شیوه صحیح شده که اینها سبب بهبود کیفیت روابط در طول جلسات شده است. همچنین، در شناخت و ابراز نیازهای دلبستگی و هویتی که پایه و اساس روابط است، نقش مهمی ایفا کرده است. چگونگی ابراز محبت، نحوه صحیح برخورد با همسر و توجه به نیازهای طرف مقابل در روابط و مهارت حل مسئله صحیح در زوجین به مراجعان کمک شایانی

گرسون و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) تأیید شده است؛ بنابراین، می‌توان گفت درمان هیجان‌مدار، به فهم هیجانی، توجه به نیازهای عاطفی و جسمانی، غنی کردن روابط، درک و پذیرش یکدیگر، توجه به رفاه و استعدادهای ذاتی یکدیگر، احساس مسئولیت، احترام، حمایت و رضایت زناشویی کمک کرده است. این نتایج با پژوهش اسپوماچر و لئونارد<sup>۲</sup> (2005) هم‌سو است. در درمان متمرکز بر شفقت به دلیل توجه و تربیت ذهن مهربان، افراد از تفاوت‌های همسری آگاه‌تر هستند و درباره تأثیر سیستم تهدید در قضاوت‌ها بینش دارند و در تجربه هیجانی دردناکی که این سیستم تولید می‌کند، با اراده عمدی و آگاهانه، رویکرد مهربانی را انتخاب می‌کنند که نتیجه آن افزایش بهزیستی در رابطه است (نِف، 2003).

درحقیقت، زوجین قبل از فعال‌شدن سیستم تهدید، تمرکز بر همدلی و شفقت را انتخاب می‌کنند و این سبب رضایت از رابطه می‌شود؛ بنابراین، می‌توان گفت با استفاده از مهارت‌هایی همچون استدلال، توجه و رفتار مهربانانه و دوری از قضاوت و انتقاد که حاصل شفقت درمانی است، احتمالاً زنان، هیجان‌ها منفی کمتر و هیجان‌ها مثبت بهتری در رابطه دارند و در آخر رضایت بیشتری را تجربه می‌کنند. در پژوهش‌های نِف و بریتواز<sup>۳</sup> (2013)، ارمیتسو و هافمن<sup>۴</sup> (2014) و مارکس<sup>۵</sup> (2017) نشان داده شد شفقت بر خود رضایت زناشویی را افزایش می‌دهد. درباره بعد انسجام زناشویی می‌توان گفت انسجام قابلیت درک، کنترل و معناداری است؛ قابلیت درک مؤلفه شناختی کنترل، مؤلفه رفتاری و معناداری مؤلفه انگیزشی است. قابلیت

<sup>1</sup>. Schutte, Malouff, Bobik, Costod, Greenson, Jedlicka & Wendorf

<sup>2</sup>. Schumacher & Loonard

<sup>3</sup>. Neff & Beretvas

<sup>4</sup>. Arimitsu & Hofmann

<sup>5</sup>. Marks

<sup>6</sup>. Antonovsky

پایداری مداخه میسر نشد؛ از این رو، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی مرحله پیگیری طولانی‌تر شود. افت و ریزش از محدودیت‌های دیگر بود؛ به گونه‌ای که پژوهش با پنج شرکت‌کننده آغاز شد، ولی دو نفر از شرکت‌کنندگان در میان جلسات انصراف دادند. با توجه به نتایج پژوهش که با تلفیق این دو رویکرد درمان هیجان‌مدار گریببرگ و درمان متمرکز بر شفقت به دست آمد، به مراکز مشاوره و بهزیستی توصیه می‌شود زمانی که زوجین آشفته به صورت فردی مراجعه می‌کنند، از این مدل درمان استفاده کنند. به سبب توجه به مسائل هویتی/دل‌بستگی، توجه به هیجان و آسیب آن در رابطه، توجه به الگوی تکاملی، عصب‌شناختی و نزدیکی درمان شفقت به فرهنگ شرق، استفاده از این شیوه درمانی در مشاوره پیش از ازدواج توصیه می‌شود؛ چراکه می‌تواند در جهت خودشناسی زوجین و غنای رابطه و احتمال کاهش آسیب‌های خانواده و مشکلات زناشویی بعد از ازدواج، گامی بردارد.

### سپاس‌گزاری

در پایان، از مرکز مشاوره رضوی و تماشا برای همکاری و اطلاع‌رسانی سپاس‌گزاری می‌شود.

### منابع

- الیوت، ر.؛ واتسون، ج.؛ گلذمن، ر.؛ گریببرگ، ل. (1398). آموزش درمان هیجان‌مدار رویکردی تجربه‌گرا برای تغییر. ترجمه رضایی، آ.؛ جمشیدنژاد، ن. نشر ارسباران (تاریخ انتشار به زبان اصلی: 2013).
- بابایی، م.؛ کسایی، ع.؛ زهراکار، ک.؛ اسدپور، ا. (1398). اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر شفقت، بر راهبردهای تنظیم هیجان و رضایت زناشویی زنان

می‌کند. همچنین، مشکلاتی در زندگی زوجین وجود دارد که توان تغییر در آن نیست؛ درمان متمرکز بر شفقت در جهت توانمندسازی و مدیریت این مشکلات با تمرینات تحمل‌پریشانی سبب تاب‌آوری در افراد می‌شود. درمان، این آگاهی را به زوجین می‌دهد که در هنگام چالش‌ها، رفتارهای آنان به سبب سیستم مغز قدیم و طبق یک الگوی تکاملی، آنها را به روابط آسیب‌رسان رهنمود می‌کند و زمانی که مغز قدیم هدایت‌گر روابط زوجین باشد، سبب فعالیت سیستم تهدید و هیجان‌ات مربوط به آن می‌شود و این رابطه امن را هدف قرار می‌دهد. مراقبت از بهزیستی، همدلی و همدردی، حساسیت به رنج تکاملی خود و همسر، بدون قضاوت بودن و تحمل‌پریشانی سبب مدیریت عوامل آسیب‌رسان می‌شود. در درمان متمرکز بر شفقت از تکنیک‌های تصویرسازی مهربانانه، صندلی مشفق و تجربه حسی مشفقانه تأکید می‌شود؛ از این رو، مداخلات سبب ایجاد روابط صمیمی‌تر و اتخاذ انتخاب‌های متفاوت در زوجین می‌شود و به جای رفتارهای واکنشی از کنش‌های خردمندانه در تعاملات خود بهره‌مند می‌شوند.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی نیز دارد؛ از جمله اینکه درمانگر و پژوهشگر فرد یکسانی بود و احتمال وفاداری به عمل آزمایش توسط پژوهشگر وجود دارد؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی برای جلوگیری از این مورد، درمانگر و پژوهشگر افراد متفاوتی باشند. محدودیت دیگر این پژوهش با توجه به همه‌گیری ویروس کرونا، متقاعد کردن مراجعان برای شرکت در جلسات حضوری بود و همچنین، اینکه افراد به دلیل خطرات انتقال کرونا به دیگر افراد خانواده، از حضور در جلسات دوری می‌کردند؛ بنابراین، به دلیل این محدودیت، انجام پیگیری‌های طولانی‌مدت برای

بر کیفیت و تعارضات زناشویی. مشاوره و روان درمانی خانواده، 2(30)، 40-7.

عبدالملکی، س. (1393). نهاد خانواده در اسلام و ایران. چاپ سوم. انتشارات دانشگاه پیام نور.

عراقیان، ش؛ نجات، ح؛ توزنده‌جانی، ح؛ و باقرزاده، ز. (1399). مقایسه اثربخشی درمان مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل آشفتگی و معنای زندگی زنان دارای تعارض. روش‌ها و مدل‌های روان‌شناسی، 11(39)، 137-154.

فراهانی، ح؛ عابدی، ا؛ آقامحمدی، س؛ کاظمی، ز. (1392). مبانی کاربردی طرح‌های مورد منفرد در پژوهش‌های علوم رفتاری و پزشکی. نشر دانژه.

قنواتی، س؛ بهرامی، ف؛ گودرزی، ک؛ روزبهرانی، م. (1397). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و شادکامی زنان مبتلا به سرطان سینه شهر اهواز. مجله آموزش پرستاری، 7(2)، 53-61.

کیان، ف؛ اعتمادی، ع؛ بهرامی، ف. (1399). اثربخشی زوج‌درمانی گروهی هیجان‌مدار بر دلبستگی زوجین و شادمانی زناشویی. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، 21(1)، 83-72.

گرینبرگ، ل؛ گلدمن، ر. (1396). زوج‌درمانی هیجان‌مدار. ترجمه رضایی، آ؛ قائم مقامی، آ؛ جانثاری، ز. جمشیدنژاد، م. نشر ویرایش.

گیلبرت، پ. (1395). درمان متمرکز بر شفقت. ترجمه اثباتی، م؛ فیضی، ع. نشر ابن سینا (تاریخ انتشار به زبان اصلی 2010).

مدنی، ی؛ هاشمی گلپایگانی، ف؛ غلامعلی لواسانی، م. (1395). ارائه مدل تلفیقی هیجان‌مدار و مدل گاتمن و اثربخشی بر کیفیت رابطه زناشویی زنان

پیمان‌شکن دارای خیانت سایبری. مشاوره و روان‌درمانی خانواده، 9(2)، 73-92.

پورسردار، ف؛ صادقی، م؛ گودرزی، ک؛ روزبهرانی، م. (1398). مقایسه اثربخشی رویکردهای تلفیقی، زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان با زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر در بهبود علائم تنظیم هیجانی زوج‌های دارای تعارض زناشویی. مجله دانشکده علوم پزشکی مازندران، 29(173)، 50-63.

حجازی، س. (1384). بررسی اثربخشی آموزش گروهی حل مسئله بر میزان سازگاری اجتماعی بیماران زن مبتلا به بیماری دوقطبی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه اصفهان.

حسینی، ب. (1392). زوج‌درمانی تحلیلی (1). نشر جنگل.

دشت‌بزرگی، ز. (1396). تأثیر مداخله مبتنی بر شفقت خود بر احساس تنهایی و تنظیم هیجان زنان آسیب‌دیده خیانت زناشویی. فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، 18(4)، 79-72.

شفیعی، ز؛ جزایری، ر. (1396). پیش‌بینی شادمانی زناشویی بر اساس شفقت به خود و شکفتگی در زنان متأهل. فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، 18(3)، 56-64.

شکارچی، ل؛ یکتا، م؛ میرزمانی، م. (1398). اثربخشی آموزش غنی‌سازی روابط زوجین مبتنی بر رویکرد هیجان‌مدار بر کیفیت روابط زناشویی در زنان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره. مجله علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، 4(32)، 1-24.

صنم‌نژاد، آ؛ قمری کیوی، ح؛ شیخ‌الاسلامی، ع؛ رضایی شریف، ع. (1399). مقایسه اثربخشی درمان بافت‌نگر انصاف‌محور و درمان هیجان‌مدار

- Bradbury, N. T., Fincham, F. D. & Beach, S. (2000). Research on the Nature and Determinants of Marital Satisfaction: A Decade in Review. *Journal of Marital and family*, 62, 964-980.
- Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848.
- Burrell, N., Allen, M., Gayle, B. M. & Preiss, R. W. (2014). *Managing interpersonal conflict: advances through meta analysis*. Routledge Press.
- Busby, D. M., Crane, D. R., Larson, J. H. & Christensen, C. (1995). A revision of the Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and nondistressed couples: Construct Hierarchy and multidimensional scale. *Journal of Marital and family therapy*, 21 289.
- Collins, R. N., Gilligan, L. J. & poz, R. (2017). The Evaluation of a Compassion-Focused Therapy Group for Couples Experiencing a Dementia Diagnosis. *Clinical Gerontologist*, 41(5), 474-486.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1990). Personality disorder and the five-factor model of personality. *Journal of personality disorder*, 4(4), 362-371.
- Creasey, G. & Hesson-McInnis, M. (2001). Affective responses, cognitive appraisals, and conflict tactics in late adolescent romantic relationships: Associations with attachment orientations. *Journal of Counseling Psychology*, 48(1), 85-96.
- Crowley, A. K. (2006). The relationship of adult attachment style and interactive conflict styles to marital satisfaction (Doctoral dissertation, Texas A&M University, 2008). *Dissertation Abstract Internation*, 68, 3744
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J. M. S., Rosenkranz, M. B. A., Muller, D. M. D., Santorelli, Saki F., EdD., Urbanowski, Ferris, M. A., Harrington, A., Bonus, K. M. A., Sheridan, J. F. (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-570.
- Eyles, c. (2004). *Biographical determinats of marital uality*. www. Oneplusone.org.u.k.
- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J. & Finkel, S. M. (2008). Open متأهل. پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی، 7(4)، 73-88.
- موسوی، ح؛ اسکندری، ف؛ باقری، ح. (1397). مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی گلاسر و درمان هیجان‌مدار بر کیفیت زناشویی و رضایت زناشویی در زنان خیانت‌دیده شهر تهران. *جامعه‌شناسی آموزش و پرورش*، 6، 14-157.
- یوسفی، ناصر. (1390). بررسی شاخص‌های روان‌سنجی مقیاس کیفیت زناشویی، فرم تجدیدنظر شده (RDAS). *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، 21(2)، 183-200.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass
- Arimitsu, K. & Hofmann, G. (2014). Cognitions as mediators in the relationship Published in final edited form as. *Personality and individual differencea*, 1(74), 41-48.
- Ashfaq, H. Naseem, A. Tariq, S. Usman, H. Wasim, T. Sharif, M. & Humayun, N. (2021). Fertility-Related Quality of Life Amongst Married Infertile Females of Lahore. <https://doi.org/10.47489/PSZMC-812-35-3-69-74>.
- Banse, R. (2004). Adult Attachment and Marital Satisfaction: Evidence for Dyadic Configuration Effects. *Journal of Social and Personal Relationships*, 21, 273-282.
- Barrett, L. F., Gross, J., Christensen, T. C. & Benvenuto, M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition and Emotion*, 15(6), 713-724.
- Begley, S. (2007). *Train your brain, change your mind*. New York: Balantine Book.
- Bloch, L., Haase, C. M. & Levenson, R. W. (2014). Emotion regulation predicts marital satisfaction: More than a wives' tale. *Emotion*, 14, 130-144.
- Bookwala, J. (2005). The role of marital quality in physical health during the mature years. *Journal of aging and health*, 17(1), 85-104.

- With Childhood Sexual Abuse Survivors and Their Partners. *Journal of Couple & Relationship Therapy*.
- Marks, O. M. (2017). *Self-Compassion and Marital Satisfaction*, Dissertations & Theses Gradworks, REGENT UNIVERSITY.
- McClintock, A. S., Anderson T. (2015). The application of mindfulness for interpersonal dependency: Effects of a brief intervention. *Mindfulness*, 6, 243-252.
- McDonald, J. E., Faytol, A. L., Grau, P. P., Olson, J. R., Goddard, H. W. & Marshall, J. P. (2020). Compassion and values influence marital quality amongst couples in three U.S. states. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 9(2), 59-72.
- Meyers, S. A. & Landsberger, S. A. (2002). Direct and indirect pathways between adult attachment style and marital satisfaction. *Personal Relationship*, 9(2), 159-172.
- Neff, K. D. (2003). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-101.
- Neff, K. D. & Beretvas, S. N. (2013). The role of self-compassion in romantic relationships, *Self and Identity*, 12(1), 1-21.
- Pietromonaco, P. R., Greenwood, D. & Feldman, Barrett, L. (2004). *Conflict in Adult Close Relationships: An Attachment Perspective*. in W. S. Rholes & J. A. Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, research, and clinical implication* (pp. 267-299). New York: Guilford Press.
- Rein, G., Atkinson, M. & MacCraty, R. (1995). The physiological and psychological effects of compassion and anger. *Journal for the advancement of medicine*, 8, 87-105.
- Sandford, K. (2006). Communication during marital conflict: When couple alter appraisal, they change their behavior. *Journal of Family Psychology*, 20(2), 256-65
- Schumacher, J. A. & Leonard, K. E. (2005). Husbands' and Wives' Marital Adjustment, Verbal Aggression, and Physical Aggression as Longitudinal Predictors of Physical Aggression in Early Marriage. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 28-37.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Bobik, C., Costod, T. D., Greeson, C., Jedlicka, C. & hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(5), 1045-1062.
- Gilbert, p. (2010). Training our minds in, with and for compassion. *An introduction to concepts and compassion-focused exercises*
- Gilbert, p. (2009). Introducing Compassion Focused Therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208
- Greenberg, L. S. & Goldman, N. (2019). *Clinical Handbook of Emotion-Focused Therapy*. American Psychological Association, Washington, DC.
- Halford, W. K. & Snyder, D. k. (2012). Universal processes and common factors in couple therapy and relationship education. *Behavior Therapy*, 43, 1-12.
- Heppner, W. H., Kernis, M. H., Lakey, C. E., Campbell, W. K., Goldman, B. M., Davis, P. J. & Cascio, E. V. (2008). Mindfulness as a means of reducing aggressive behavior: dispositional and situational evidence. *Aggressive behavior*, 34(5), 486-496.
- Johnson, S. M., Greenberg, L. S. (2013). *The Heart of the Matter: Perspectives on Emotion in Marital Therapy*. Routledge.
- Johnson, S. M., Greenberg, L. S. (1985). The Differential Effectiveness of Experiential and Problem Solving Interventions in Resolving Marital Conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 53, 175-184
- Jeanine, N. (2005). The Relationship Between Attachment, Love Styles, and Marital Quality in a Sample of Married Members of The Church of Jesus Christ of Latter-day Saints. *Jornal of Family Therapy*, 6, 3, 78-97.
- Karney, B. R., Bradbury, T. N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, methods, and research, 18(1), 3-34.
- Lebow, J. (1997). The integrative revolution in couple and family therapy. *Family Process*, 36(1), 1-17.
- Larson, j. H. & Holman, T. B. (1994). Premarital Predictors of Marital Quality and Stability. *Family Relations*, 43, 228-237.
- MacIntosh, H. B., Fletcher, K. & Ainsworth, L. (2019). Measuring Mentalizing in Emotionally Focused Therapy for Couples

- Üstündağ, S. & Zencirci, A. D. (2016). Factors affecting the quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy: A questionnaire study. *Asia Pac J Oncol Nurs*, 2(1), 17-25.
- Watson, D., Hubbard, B. & Wiese, D. (2000). General traits of personality and affectivity as predictors of satisfaction in intimate relationships: Evidence from self and partner-ratings. *Journal of Personality*, 68, 413-449.
- Wiesel, I., Shahar, B., Goldman, R. N., Kalifa, E. B. (2021). Accuracy and Bias in Vulnerability Perceptions of Partners Undergoing Emotion-Focused Therapy for Couples. *Family process*, 60(2), 377-392.
- Wendorf, G. (2001). Emotional intelligence and interpersonal relations. *The journal of social psychology*, 141(4), 523-536.
- Simpson, J. A. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(5), 971-980.
- Smith, L., Heaven, P. C. & Ciarrochi, J. (2008). Trait emotional intelligence, conflict communication patterns, and relationship satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 44(6), 1314-1325.
- Stokes, J. E. (2016). Marital quality and loneliness in later life: A dyadic analysis of older married couples in Ireland. *Journal of social and personal Relationship*, 34(1).

