**Iranian Journal of Breast Diseases. 2024; 17(3):16-32**

**Original Article**

# Effectiveness of Compassion-based Couple Therapy in Family Functioning and Marital Life Quality of Couples with Spouses Suffering from Breast Cancer

**Fatemeh Sarbazi[1], Masoumeh Ghavvasi Heris[2], Hadi Akbarinejhad Smkhani[2*]**

[1]Department of Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran
[2]Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran

## Abstract

**Introduction:** Breast cancer has adverse effects on marital relationships. The present study aimed to assess the effectiveness of compassion-based couple therapy (CBCT) on family functioning and marital life quality in couples with spouses suffering from breast cancer.

**Methods:** The research method was interventional. The statistical population of the study was made up of all women with breast cancer and their spouses who visited Al-Zahra Hospital in Tabriz for four months, from June to the end of 2023 (n=844). In total, 16 couples who met the inclusion criteria were selected via the available sampling method and were randomly assigned to two intervention groups (eight couples) and control groups (eight couples). The intervention group received CBCT in 8 sessions of 1.5 hours (two months, one session per week) as a group, according to the treatment plan proposed by Kazemi & et al.; nonetheless, the control group did not receive any intervention. Both groups responded to The McMaster Family Assessment Device (FAD) (Epstein et al., 1983) and Marital Quality Scale (Zhang et al., 2013) before, after, and five months after the intervention. Data were analyzed in SPSS software (version 24) using repeated-measures analysis of variance.

**Results**: In the pre-test, the mean scores of family functioning were 106.88±4.01 and 109.25±2.41 for women and their spouses, respectively. Moreover, mean marital life quality scores were 77.38±2.51 and 70.75±3.16 for women and their spouses. In the control group, family functioning mean scores were 102.38±3.58 and 106.75±2.97 for women and men. Mean scores of marital life quality were 70.88±3.08 and 73.50±2.63 for women and men ($P<0.05$). CBCT increased family functioning and marital life quality of couples with spouses suffering from breast cancer in the post-test (family functioning of women 113.62±3.40 and men 115.38±2.07 and marital life quality of women 83.38±2.38 and men 76.62±3.09) compared to the control group (family functioning of women 102.38±3.51 and men 105.75±2.93 and marital life quality of women 70.38±3.04 and men 73.25±2.52) ($P<0.001$). In the follow-up stage, CBCT had a persistent effect on the family functioning of women (113.38±3.45) and men (114.75±2.09) and marital life quality of women (83.38±2.38) and their spouses (76.50±3.04) ($P<0.001$).

**Conclusion**: As evidenced by the results of this study, it can be concluded that CBT increased family functioning and marital life quality in couples with spouses suffering from breast cancer.

**Keywords**: Breast cancer, Compassion-based couple therapy, Family functioning, Marital life quality

**Received:** 2024/05/22
**Accepted:** 2024/07/18

***Corresponding Author:**
Hadiakbarinejhad@yahoo.com

**Ethics Approval:**
IR.IAU.TABRIZ.REC.1402.891

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.61186/ijbd.17.3.16 ]

Copyright © 2024 Sarbazi et al. Published by Breast Cancer Recearch Center, ACECR

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

## Introduction

During the last four decades, the marked increase in the frequency of breast cancer has placed it at the top of the most prevalent malignancies among Iranian women (1). Based on statistics, the prevalence of breast cancer among Iranian women is 25-30 cases per 100,000 populations (2). In addition to physiological pain (3), breast cancer causes psychological problems, such as anxiety, distress, depression, and post-traumatic stress disorder in sufferers (4). Moreover, breast cancer exerts destructive effects on the marital relationships of couples with spouses suffering from breast cancer (5). Family functioning plays a crucial role in the health of family members and reinforces the cycle of mental health within the family. In times of stress and illness, family members encounter daunting challenges (6). Furthermore, marital life quality is another important variable significantly affected by this disease (7). The marital life quality largely depends on such factors as affection, positive and constructive interaction, good manners, dedication, and communication skills in the lives of couples (8).

If we do not address the marital issues faced by couples when one spouse is diagnosed with breast cancer, we may observe distressing and traumatic outcomes, such as emotional and legal separation, impacting the couple, their children, and society (9). Therefore, apart from the medical interventions that are performed for women with breast cancer, special attention should be devoted to their psychological and marital interventions. Research suggests that couple interventions, including compassion-based couple therapy, have an effective role in reducing psychological symptoms and increasing the marital capabilities of couples with spouses suffering from breast cancer (10). The reason for using this treatment in the present research is that in the course of couple therapy focused on compassion, unlike other couple therapy approaches, it is essential to address challenging cognitive and emotional situations. This approach enables individuals to potentially confront the risk of secondary traumatic stress during highly stressful times while also reducing burnout and enhancing personal well-being and satisfaction derived from compassion simultaneously. Failure to pay attention to the functioning of the family and the quality of married life of couples with a spouse suffering from breast cancer can lead to intensified communication and marital problems. This, in turn, may result in marital boredom, psychological-social issues, and potentially divorce. Such neglect can have a direct destructive impact on couples and their children, indirectly worsening the physical health of women with breast cancer. In light of the aforementioned issues, the present study aimed to assess the impact of compassion-based couple therapy on family functioning and the quality of married life for couples with spouses facing breast cancer.

## Materials and Methods

The research method employed was interventional. The research population comprised women diagnosed with breast cancer, along with their spouses, who attended the educational and treatment center at Al-Zahra Hospital in Tabriz over a four-month period from June to the end of September 2023. The total number of participants was 844.

Sampling was conducted in a systematic manner, following the approval of the code of ethics and obtaining written informed consent. Due to the wide dispersion of family functioning scores and the quality of married life among couples, we decided to include only couples falling within a specific range of family functioning scores and quality of married life for comparative analysis. Questionnaires were administered to 244 couples (488 individuals) who volunteered for the study, as well as 212 couples (424 individuals), scoring one standard deviation below the mean on these questionnaires. A total of 16 couples (32 individuals) were randomly selected and assigned to intervention (8 couples) and control (8 couples) groups

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.61186/ijbd.17.3.16 ]

without blinding. The inclusion criteria entailed 1) patients within the age range of 25-45 years (youth period), 2) a minimum education level of junior high school, 3) participation of both partners in the research, 4) a confirmed diagnosis of stage 2 breast cancer for the wife, and 5) completion of conventional treatments (surgery, chemotherapy, radiotherapy, and hormone therapy). On the other hand, the exclusion criteria were as follows: 1) absence of any chronic disease other than cancer, 2) no psychological or psychiatric interventions in the past year, and 3) attendance of less than one session by either partner in the treatment sessions. Prior to random allocation into intervention and control groups (using a coin toss), subjects in both groups were matched based on demographic characteristics, such as age, length of marriage, and duration of illness. All ethical principles were strictly adhered to in this study. The research measurement tools also included the following.

*Family Functions Questionnaire*: Epstein et al. (1983) designed a 60-item self-report questionnaire with six subscales to assess family functions. The questionnaire uses a 4-point Likert scale for scoring, with a minimum score of 60 and a maximum score of 240. A higher score reflects better family functioning.

*Marital Life Quality Questionnaire*: this 39-item scale was developed by Zhang et al. (2013) to assess the quality of marital relationships. The questionnaire employs a 5-point Likert scale for scoring, with a minimum score of 39 and a maximum of 195. A higher score signifies a higher quality of married life.

The study variables were characterized using descriptive statistics, including the mean and standard deviation for quantitative data, as well as frequency and frequency percentage for qualitative data. Analysis of variance with repeated measures was employed to examine the impact of the intervention under investigation. A significance level of less than 0.05 was set for all tests, and all data analysis was conducted using SPSS software (version 24).

**Results**

The mean age scores of female and male participants in the intervention group were 34.12±3.04 and 38.62±2.97, respectively. These values for female and male participants in the control group were obtained at 35.12±4.76 and 38.50±3, respectively. Moreover, the mean scores of times elapsed since marriage for couples in the intervention and control groups were 8.12±1.96 and 9.12±1.58 years. The mean scores of the duration of disease diagnosis for women in the intervention and control groups were 12.62±2.24 and 12.12±1.89 months. In addition, out of the 16 couples in the intervention group, 3, 9, and 4 subjects had a diploma to post-diploma, bachelor's degree, and post-graduate education or higher. In the control group, out of the 16 couples, 4, 9, and 3 individuals had a diploma to post-diploma, bachelor's degree, and post-graduate education or higher. Finally, in the intervention group, 10 individuals had freelance jobs, and 6 were housewives, while in the control group, 13 had freelance jobs, and 3 were housewives. The significance levels obtained in Table 2 indicated that there was no significant difference between the two groups in terms of age, length of time since marriage, duration of diagnosis, level of education, and occupation ($P<0.05$).

In Table 1, the mean scores of family functioning and quality of married life in the intervention and control groups are presented before, after, and five months post-treatment for both women and their husbands. The table illustrates an increase in the values of family functioning and quality of marital life during the post-test phase compared to the pre-test in the experimental group. On the contrary, these values did not show significant differences in the control group. Furthermore, the results of the intervention in the experimental group were sustained during the follow-up phase.

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.61186/ijbd.17.3.16 ]

**Table 1: Mean scores of study variables in the two experimental and control groups, separately for the pre-test, post-test, and follow-up stages**

| Variable | Group | Gender | Pre-test M±SD | Post-test M±SD | Follow-up M±SD |
|---|---|---|---|---|---|
| **Family Functioning** | intervention | Female | 106.88±4.01 | 113.62±3.40 | 113.38±3.45 |
| | | Male | 109.25±2.41 | 115.38±2.07 | 114.75±2.09 |
| | Control | Female | 102.38±3.58 | 102.38±3.51 | 102.12±3.56 |
| | | Male | 106.75±2.97 | 105.75±2.93 | 105.88±2.90 |
| **Marital Life Quality** | Intervention | Female | 77.38±2.51 | 83.38±2.38 | 83.38±2.38 |
| | | Male | 70.75±3.16 | 76.62±3.09 | 76.50±3.04 |
| | Control | Female | 70.88±3.08 | 70.38±3.04 | 71.00±3.03 |
| | | Male | 73.50±2.63 | 73.25±2.52 | 73.00±2.59 |

The results of the repeated measures analysis of variance for the variables of family functioning and marital life quality demonstrated that compassion-based couple therapy significantly improved family functioning and marital life quality in couples with spouses suffering from breast cancer ($P<0.05$). In the intervention group, the comparison of the results over time pointed to a significant difference between pre-test and post-test and between pre-test and post-test, in both variables of family functioning and marital life quality ($P<0.05$).

## Discussion

The present study sought to assess the effectiveness of compassion-based couple therapy on family functioning and marital life quality in couples with spouses suffering from breast cancer. In explaining these results, it can be stated that for a long time, researchers have realized that problems related to shame and self-criticism often stem from family dysfunction, neglect, and/or lack of love. Considering that compassion-based treatment is originally intended to address issues of shame and lack of self-kindness, it has been established that it can improve the functioning of families with a spouse suffering from breast cancer through its indirect effect on shame. The impact of this treatment on the family relationships of patients may originate from its influence on the development and enhancement of social relationships between patients and their spouses. Moreover, reinterpreting events based on altered circumstances can lead to increased happiness and vitality, subsequently enhancing family functioning in couples where one spouse has breast cancer and is undergoing compassion-based couple therapy. Compassion therapy employs compassion, empathy, and kindness towards oneself and others, as well as compassionate attention, self-image, feelings, reasoning, soothing experiences, joyful sensory experiences, and compassionate behavior. These techniques and skills help individuals improve their relationships with their spouses, enabling them to better understand each other, acknowledge each other's needs, respect individual differences, become aware of their own and each other's strengths and weaknesses, and engage positively with each other, fostering constructive interactions. Therefore, it is reasonable to expect that the quality of married life improves as couples recognize and understand each other better.

## Conclusion

As evidenced by the results of the present study pointed out that after providing compassion-based couple therapy to couples with a spouse diagnosed with breast cancer, their family functioning and quality of married life improved significantly compared to the control group. Therefore, these findings can offer a foundation for couple therapists and health professionals who work with these patients to design educational interventions aimed at enhancing family functioning and the

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.61186/ijbd.17.3.16 ]

quality of married life for couples dealing with a spouse suffering from breast cancer.

**References**


1. Mahdavifar N, Pakzad R, Ghoncheh M, Pakzad I, Moudi A, Salehiniya H. Spatial Analysis of Breast Cancer Incidence in Iran. Asian Pac J Cancer Prev. 2016; 17(S3):59-64. doi: 10.7314/apjcp.2016.17.s3.59
2. Dolatkhah R, Somi MH, Jafarabadi MA, Hosseinalifam M, Sepahi S, Belalzadeh M, et al. Breast cancer survival and incidence: 10 years cancer registry data in the Northwest, Iran. Int J Breast Cancer. 2020;1:2020. doi: 10.1155/2020/1963814
3. Bovbjerg DH, Keefe FJ, Soo M, Manculich J, Van Denburg A, Zuley ML, et al. Persistent breast pain in post-surgery breast cancer survivors and women with no history of breast surgery or cancer: associations with pain catastrophizing, perceived breast cancer risk, breast cancer worries, and emotional distress. Acta Oncol. 2019;58(5):763-68. doi: 10.1080/0284186X.2019.1574023.
4. Dinapoli L, Colloca G, Di Capua B, Valentini V. Psychological Aspects to Consider in Breast Cancer Diagnosis and Treatment. Curr Oncol Rep. 2021;23(3):38. DOI: 10.1007/s11912-021-01049-3
5. Thompson T, Davis M, Pérez M, Jonson-Reid M, Jeffe DB. "We're in This Together": Perceived Effects of Breast Cancer on African American Survivors' Marital Relationships. J Soc Social Work Res. 2022;13(4):789-815. DOI: 10.1086/713478.
6. Yun P, Xiaohong H, Zhongping Y, Zhujun Z. Family Function, Loneliness, Emotion Regulation, and Hope in Secondary Vocational School Students: A Moderated Mediation Model. Front Public Health. 2021;9:1-11. DOI: 10.3389/fpubh.2021.722276
7. KavehFarsani Z, Worthington Jr EL. Direct Effects of Marital Empathy, Body Image, and Perceived Social Support on Quality of Life of Married Women with Breast Cancer and the Mediating Role of Perceived Marital Quality. Iran J Psychiatry. 2024; 19(1):70–8. DOI: 10.18502/ijps.v19i1.14340
8. Chen R, Austin JP. Depression as a moderator and a mediator of marital qualitys effect on older adults self-rated physical health. Arch Gerontol Geriatr. 2019;83:50-4. DOI: 10.1016/j.archger.2019.03.026
9. Valente M, Chirico I, Ottoboni G, Chattat R. Relationship Dynamics among Couples Dealing with Breast Cancer: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(14):7288. DOI: 10.3390/ijerph18147288.
10. Brandão T, Schulz MS, Matos PM. Psychological intervention with couples coping with breast cancer: a systematic review. Psychol Health. 2014;29(5):491-516. DOI: 10.1080/08870446.2013.859257.


[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.61186/ijbd.17.3.16 ]

مجله علمی
بیماری‌های پستان ایران
۱۴۰۳؛۱۷(۳): ۱۶-۳۲

مقاله پژوهشی

# اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت بر کارکرد خانواده و کیفیت زندگی زناشویی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان

فاطمه سربازی[۱]، معصومه غواصی هریس[۲]، هادی اسمخانی اکبری‌نژاد[۳*]

[۱]گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران
[۲]گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم(ص)، تبریز، ایران

## چکیده

**مقدمه:** سرطان پستان بر رابطه زناشویی زنان و همسران‌شان تأثیر منفی می‌گذارد. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت بر کارکرد خانواده و کیفیت زندگی زناشویی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان بود.

**روش بررسی**: روش انجام پژوهش مداخله‌ای بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان شهر تبریز و همسران آن‌ها که در بازه زمانی چهارماهه از خرداد تا پایان شهریور ۱۴۰۲ به بیمارستان الزهرا تبریز مراجعه کرده بودند تشکیل داد. در مجموع، ۱۶ زوج با رعایت ملاک‌های ورود به مطالعه و با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب، و به‌صورت تصادفی بلوکی به دو گروه مداخله (۸ زوج) و گواه (۸ زوج) تقسیم شدند. گروه مداخله زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت را در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته (دو ماه، هفته‌ای یک جلسه) به‌صورت گروهی، طبق برنامه درمانی کاظمی و همکاران دریافت کردند، و گروه گواه هیچ درمانی را دریافت نکردند. هر دو گروه، پیش، پس و ۵ ماه پس از مداخله به پرسشنامه‌های ۶۰ سؤالی کارکرد خانواده اپشتاین و همکاران (۱۹۸۳) و ۳۹ سؤالی تنظیم کیفیت زندگی زناشویی ژانگ و همکاران (۲۰۱۳) پاسخ دادند. تجزیه‌وتحلیل یافته‌ها از طریق آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-24 انجام گرفت.

**یافته‌ها:** در پیش‌آزمون، میانگین و انحراف معیار گروه مداخله برای کارکرد خانواده زنان ۴/۰۱±۱۰۶/۸۸ و مردان ۲/۴۱±۱۰۹/۲۵ و برای کیفیت زندگی زناشویی زنان ۲/۵۱±۷۷/۳۸ و مردان ۳/۱۶±۷۰/۷۵، و در گروه گواه برای کارکرد خانواده زنان ۳/۵۸±۱۰۲/۳۸ و مردان ۲/۹۷±۱۰۶/۷۵ و برای کیفیت زندگی زناشویی زنان ۳/۰۸±۷۰/۸۸ و مردان ۲/۶۳±۷۳/۵۰ بود (p>۰/۰۵). زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت (کارکرد خانواده زنان ۳/۴۰±۱۱۳/۶۲ و مردان ۲/۰۷±۱۱۵/۳۸ و کیفیت زندگی زناشویی زنان ۲/۳۸±۸۳/۳۸ و مردان ۳/۰۹±۷۶/۶۲) در مقایسه با گروه گواه (کارکرد خانواده زنان ۳/۵۱±۱۰۲/۳۸ و مردان ۲/۹۳±۱۰۵/۷۵ و کیفیت زندگی زناشویی زنان ۳/۰۴±۷۰/۳۸ و ۲/۵۲±۷۳/۲۵) کارکرد خانواده و کیفیت زندگی زناشویی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان را در پس‌آزمون افزایش داده است (p<۰/۰۰۱). در مرحله پیگیری، اثر زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت بر کارکرد خانواده زنان ۳/۴۵±۱۱۳/۳۸ و مردان ۲/۰۹±۱۱۴/۷۵ و کیفیت زندگی زناشویی زنان ۲/۳۸±۸۳/۳۸ و مردان ۳/۰۴±۷۶/۵۰ ماندگار بود (p<۰/۰۰۱).

**نتیجه‌گیری**: براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت موجب افزایش کارکرد خانواده و کیفیت زندگی زناشویی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان شده است.

**واژه‌های کلیدی**: زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت، کارکرد خانواده، کیفیت زندگی زناشویی، سرطان پستان

**تاریخ ارسال:** ۱۴۰۳/۰۳/۰۲
**تاریخ پذیرش:** ۱۴۰۳/۰۴/۲۸

* **نویسنده مسئول:**
Hadiakbarinejhad@yahoo.com

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.61186/ijbd.17.3.16 ]

## مقدمه

زنان درگیر مشکلات فیزیولوژیکی متعددی نظیر سرطان پستان[1] هستند که یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها در بین زنان کشورهای درحال توسعه و توسعه‌یافته است (۱) که پس از سرطان ریه دومین عامل مرگ‌ومیر می‌باشد (۲). طی چهار دهه اخیر، افزایش فراوانی ابتلا به سرطان پستان، آن را در صدر بیش‌ترین بدخیمی‌ها در بین زنان ایرانی قرار داده است (۳)؛ آمار نشان می‌دهد که میزان شیوع سرطان پستان در بین زنان ایرانی ۲۵ تا ۳۰ مورد در هر صد هزار نفر جمعیت است (۴). طبق مطالعه Harirchi و همکاران سالانه حدود ۶۰۰۰ مورد جدید سرطان پستان در کشور تشخیص داده می‌شود که در مقایسه با سایر کشورها، زنان ایرانی یک‌دهه زودتر به آن مبتلا می‌شوند (۵). سرطان پستان علاوه بر دردهای فیزیولوژیکی (۶)، سبب بروز مشکلات روان‌شناختی نظیر اضطراب، پریشانی، افسردگی و اختلال پس از سانحه (۷) در مبتلایان می‌شود. علاوه بر این، سرطان پستان تأثیر منفی و مخربی بر روابط زناشویی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان می‌گذارد (۸). به‌عنوان مثال Mousvi Diva و همکاران در پژوهشی نشان دادند که سرطان پستان سبب می‌شود تا کارکرد خانواده[2] زنان مبتلا و همسران‌شان کاهش پیدا کند (۹) که این امر نهایتاً سبب کاهش کیفیت زندگی زناشویی[3] آن‌ها می‌شود (۱۰).

کارکرد خانواده تأثیر مهمی بر سلامت اعضای خانواده دارد و چرخه بهداشت روان را در خانواده تقویت می‌کند؛ و در شرایط استرس و وجود بیماری، دچار مشکلاتی می‌شود (۱۱). خانواده با کارکرد سالم دارای انسجام و خانواده با کارکرد ناسالم با احساس ناامنی و ناخوشایند در داخل خانواده شکل می‌گیرد (۱۲). نظریه کارکرد بر رویکرد سیستمی استوار است که در آن ساختار، چگونگی سازمان‌دهی و الگوی‌های تبادلی خانواده مورد بررسی قرار می‌گیرد. این الگو، کارکردهای خانواده را در سه دسته وظایف بنیادی (شامل موارد فطری و ذاتی چون تدارک غذا و سرپناه، مهرورزی، عاطفه)، وظایف رشدی (شامل مسائل مربوط به رشد فردی چون نوزادی، کودکی، و مسائل مربوط به مراحل خانواده چون ازدواج، اولین بارداری، تولد اولین فرزند) و رویدادهای مخاطره‌آمیز (شامل بحران‌های مربوط به بیماری، تصادف، بیکاری) دسته‌بندی می‌نماید. طبق الگوی McMaster، ابعاد مهم کارکردهای خانواده عبارت‌اند از: حل‌مسأله، ارتباطات، نقش‌ها، پاسخ‌دهی عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل رفتار (۱۳). نتیجه یک بررسی نشان می‌دهد که بین کارکرد خانواده و کیفیت زندگی زناشویی در بیماران مبتلا به سرطان پستان و خانواده آن‌ها رابطه معنی‌داری وجود دارد و هرچه قدر کارکرد خانواده بیش‌تر و مطلوب‌تر باشد، زندگی زناشویی از کیفیت بیش‌تر برخوردار خواهد شد (۱۴).

کیفیت زندگی زناشویی تا حد زیادی به عواملی چون مهر و محبت، تعامل مثبت و سازنده، خوش‌اخلاقی، از خود گذشتگی و مهارت‌های ارتباطی در زندگی زوجین بستگی دارد (۱۵). این سازه چندبعدی به‌معنای ارزیابی ذهنی از میزان توافق نسبی زوجین درباره مسائل مهمی چون مشارکت در فعالیت‌های زندگی زناشویی و ابراز محبت به یکدیگر و منعکس‌کننده سازگاری، رضایت، شادکامی، یکپارچگی و تعهد زناشویی است (۱۶). این متغیر تابع چگونگی تعامل زوجین و شیوه‌های مقابله آن‌ها با رویدادهای خوشایند و ناخوشایند یا تنش‌زای زندگی زناشویی است (۱۷).

اگر به حل مشکلات زناشویی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان توجه نشود، می‌توان شاهد رویدادهای ناخوشایند و آسیب‌زا نظیر طلاق عاطفی و قانونی در بین آن‌ها شد که این امر به‌طور مستقیم بر خود آن‌ها و فرزندان‌شان، و هم به‌طور غیرمستقیم بر جامعه تأثیر منفی خواهد گذاشت (۱۸). از این‌رو در کنار مداخلات

[1] breast cancer
[2] family functioning
[3] marital life quality
[4] compassion-based couple therapy

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-01 ]
[ DOI: 10.61186/ijbd.17.3.16 ]

طبی و پزشکی که برای زنان مبتلا به سرطان پستان انجام می‌شود، بایستی به مداخلات روان‌شناختی و زوجینی آن‌ها نیز توجه ویژه‌ای نمود. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مداخلات زوجینی نقش مؤثری در کنترل یا کاهش نشانگان روان‌شناختی، و یا افزایش توانمندی‌های زناشویی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان دارند (۱۹) که زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت[۴] ازجمله آن‌هاست. دلیل استفاده از این درمان در پژوهش حاضر این است که در جریان زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت برخلاف سایر رویکردهای زوج‌درمانی، مقابله با موقعیت‌های شناختی و هیجانی دشوار مورد توجه است که این امکان را می‌دهد تا فرد در زمان‌های به‌شدت استرس‌زا بتواند به‌طور بالقوه خطر استرس آسیب‌زای ثانوی و فرسودگی را کاهش دهد و همزمان موجب افزایش بهزیستی فردی و رضایت ناشی از شفقت شود (۲۰).

درمان متمرکز بر شفقت در پاسخ به این مشاهده تدوین شد که بسیاری از افراد، به‌ویژه آن‌هایی که شرم و خودانتقادی بالایی دارند، هنگام دریافت درمان‌های سنتی در ایجاد صدای درونی مهربان و خود-حمایت‌گر مشکلاتی داشتند. اصول اساسی در درمان متمرکز بر شفقت، به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این عوامل درونی نیز آرام شود (۲۱). دو هدف اساسی این رویکرد، کاهش خصومت خود-جهت‌داده و افزایش توانایی‌های فرد جهت ایجاد احساس خود-اطمینانی، مهربانی و خود-تسکینی است که می‌توانند به‌عنوان پادزهری در برابر احساس تهدیدشدگی عمل کنند. فعالیت‌های اصلی این درمان، ایجاد قابلیت شفقت‌ورزی است (۲۲). مطالعات نشان می‌دهند که این درمان بر کارکرد خانواده و شادکامی زنان مبتلا به سرطان پستان (۲۳)، افسردگی، کیفیت زندگی زناشویی و خوش‌بینی در بیماران قلبی‌عروقی (۲۴)، تصویر بدنی و رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان (۲۵) و رشد پس از سانحه و اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان (۲۶) اثربخش است.

با توجه به مطالب مطرح‌شده فوق‌الذکر در زمینه پیامدهای کاهش کارکرد خانواده و کیفیت زندگی زناشویی در زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان، و همچنین توجه به این‌که زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت می‌تواند در بهبود مشکلات عاطفی و ارتباطی ناشی از روابط ناسالم درون خانواده مؤثر باشد (۲۰)، انتخاب مؤثر و مطلوب رویکرد درمانی مهم است. بررسی رویکردهای درمانی و نقاط قوت و ضعف آن‌ها لازم است. به همین دلیل، تحقیقات متعدد در سراسر جهان در زمینه دیدگاه‌های مربوط به زوج‌درمانی و کاهش مشکلات مربوط به زوجین در حال انجام است. اما پژوهش بسیار اندکی در راستای اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت بر مشکلات زناشویی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان که جزو درمان‌های متأخر موج سوم درمان‌های رفتاری است در دسترس است. عدم پرداخت به کارکرد خانواده و کیفیت زندگی زناشویی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان سبب تشدید مشکلات ارتباطی و زوجینی آن‌ها می‌شود که این امر نهایتاً باعث دلزدگی زناشویی، مشکلات روان‌شناختی- اجتماعی و شاید طلاق شود؛ که این مسأله مستقیماً بر خود آن‌ها و فرزندانشان تأثیر مخربی خواهد گذاشت و علاوه بر آن، غیرمستقیماً می‌تواند دلیل تشدید مشکلات جسمانی زنان مبتلا به سرطان پستان شود. لذا این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت بر کارکرد خانواده و کیفیت زندگی زناشویی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان صورت گرفته است.

## مواد و روش‌ها

روش انجام پژوهش مداخله‌ای بود. جامعه پژوهش را زنان مبتلا به سرطان پستان شهر تبریز و همسران آن‌ها که در بازه زمانی چهارماهه از خرداد تا پایان شهریور ۱۴۰۲ به

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.61186/ijbd.17.3.16 ]

مرکز آموزشی و درمانی بیمارستان الزهرا تبریز مراجعه کرده بودند تشکیل داد. تعداد آن‌ها ۸۴۴ نفر بود. نمونه گیری به شیوه در دسترس انجام شد، به‌طوری‌که پس از تصویب کد اخلاق و کسب رضایت‌نامه کتبی آگاهانه، چون پراکندگی نمره کارکرد خانواده و کیفیت زندگی زناشویی در بین زوجین زیاد و متنوع بود، از این‌رو تصمیم گرفتیم فقط زوجینی وارد مطالعه شوند که نمره کارکرد خانواده و کیفیت زندگی زناشویی‌شان در یک بازه مشخص قرار دارد؛ تا آن‌ها را از منظر نمره کارکرد خانواده و کیفیت زندگی زناشویی همتاسازی کنیم. بنابراین مقیاس خانواده Epstein و همکاران و کیفیت زندگی زناشویی Zhang و همکاران در بین ۲۴۴ زوج (۴۸۸ نفر) که مایل به شرکت در پژوهش حاضر بودند اجرا شد و از بین ۲۱۲ زوج (۴۲۴ نفر) که در این پرسشنامه‌ها یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین نمره کسب کردند ۱۶ زوج (۳۲ نفر) انتخاب، و به‌صورت تصادفی بلوکی بدون کورسازی به دو گروه مداخله (۸ زوج) و گواه (۸ زوج) تقسیم شدند. حجم نمونه به‌دلیل عدم وجود مطالعه مشابه بر اساس مطالعه پایلوت ۱۶ نفر (۸ زوج) برای گروه مداخله و ۱۶ نفر (۸ زوج) برای گروه گواه (جمعاً ۳۲ نفر) تعیین شد. حجم نمونه، بر اساس انحراف معیار متغیر کارکرد خانواده مبتنی بر یک مطالعه مقدماتی که بر روی ۱۰ نفر اجرا شد، در پژوهش حاضر برابر با ۳/۲۷ به‌دست آمد که میانگین آن ۱۰۷/۷۹ بود. اندازه اثر ۰/۷، توان آزمون ۸۰٪ و خطای آلفای ۵٪ در نظر گرفته شد. با توجه به ریزش احتمالی از طریق فرمول نمونه مبتنی بر انحراف معیار متغیر وابسته برای هر گروه ۱۶ نفر برآورد گردید. ملاک‌های ورود به مطالعه ۱) محدوده سنی بیمار بین ۲۵ تا ۴۵ سال (دوره جوانی)، ۲) حداقل میزان تحصیلات (سیکل)، ۳) زوج بودن شرکت‌کنندگان (حتماً باید زن و مرد توأماً در تحقیق مشارکت داشتند)، ۴) تشخیص قطعی سرطان پستان در استیج ۲ برای زوجه و ۵) اتمام درمان‌های مرسوم (جراحی، شیمی‌درمانی، رادیوتراپی و هورمون درمانی)؛ و ملاک‌های خروج از مطالعه ۱) نداشتن بیماری مزمن دیگر به غیر از سرطان، ۲) عدم دریافت مداخلات روان‌شناختی و روان‌پزشکی طی یک سال گذشته و ۳) غیبت بیش از یک جلسه یکی از زوجین در جلسات درمان بودند. پیش از تقسیم تصادفی افراد به گروه مداخله و گواه (به شیوه پرتاب سکه)، کلیه افراد گروه‌ها ازنظر ویژگی‌های جمعیت‌شناسی نظیر سن، مدت زمان گذشت از ازدواج و مدت بیماری همسان شدند. همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شدند و در پایان درمان، گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند. برای برگزاری جلسات درمانی، از افراد هیچ هزینه‌ای دریافت نشد. برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌ها، از آن‌ها خواسته شد تا پنج ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون)، و پنج ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر دو گروه با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند. جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه‌ها، حین مصاحبه اولیه با تک‌تک آن‌ها، از اعضا خواستیم تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند. این امر در طول جلسات هم رصد می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه شد. طرح تحقیق در دانشگاه تبریز با کد اخلاق (IR.IAU.TABRIZ.REC.1402.891) مورد تصویب قرار گرفته است. متغیر مستقل زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت، و متغیرهای وابسته کارکرد خانواده و کیفیت زندگی زناشویی بودند. برنامه زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت در پاییز و زمستان ۱۴۰۲ اجرا شد.

## ابزارهای پژوهش

**پرسشنامه کارکرد خانواده Epstein و همکاران:** این پرسش‌نامه ۶۰ سؤالی دارد که برای سنجش کارکرد خانواده توسط Epstein و همکاران (۱۹۸۳) و بر مبنای الگوی McMaster تدوین شده است. این الگو خصوصیات

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.61186/ijbd.17.3.16 ]

ساختاری، شغلی و تعاملی خانواده را معین می‌سازد و شش بعد از کارکرد خانواده را مشخص می‌کند. این ابعاد از این قرار است: حل‌مسأله، ارتباطات، نقش‌ها، پاسخ‌دهی عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل رفتار. لذا ابزار سنجش خانواده متناسب با این شش بعد، از شش خرده مقیاس برای سنجیدن آن‌ها (حل‌مسأله، ارتباطات، نقش‌ها، پاسخ‌دهی عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل رفتار)، به‌علاوه یک خرده مقیاس هفتم مربوط به کارکرد کلی خانواده تشکیل شده است. این پرسشنامه به‌صورت چهار درجه‌ای لیکرت و به‌صورت کاملاً موافقم (۱)، موافقم (۲)، مخالفم (۳) و کاملاً مخالفم (۴) نمره‌گذاری می‌شود. تمام پاسخ‌ها از ۱ تا ۴ کدگذاری می‌شوند. حداقل نمره فرد در این پرسشنامه ۶۰ و حداکثر آن ۲۴۰ است که نمره بالاتر نشان‌دهنده کارکرد خانواده بهتر است. در مطالعه Epstein و همکاران روایی سازه ابزار با روش تحلیل عاملی تأیید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش شده است (۲۷). این پرسش‌نامه توسط Najjarian در دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن هنجاریابی شده است که روایی سازه آن با روش تحلیل عاملی تأیید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ برای آن به‌دست آمده است (۲۸). Yoosefi در پژوهش خود ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه را ۹۴٪ به‌دست آورده است (۲۹). در پژوهش Daneshvarinasab آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۷۷ گزارش شده است (۲۸). در پژوهش حاضر، پایایی کل این مقیاس توسط ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به‌دست آمد.

**پرسشنامه کیفیت زندگی زناشویی Zhang و همکاران:** این پرسش‌نامه ۳۹ گویه‌ای توسط Zhang و همکاران در سال ۲۰۱۳ جهت بررسی کیفت زندگی زناشویی ساخته شده که با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از بسیار ناراضی (۱) تا بسیار راضی (۵) نمره‌گذاری می‌شود. در این ابزار ۱۵ گویه شامل گویه‌های ۲۵ تا ۳۹ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری و نمره این ابزار با مجموع نمره گویه‌ها محاسبه و به همین دلیل دامنه نمرات بین ۳۹ تا ۱۹۵ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی زناشویی مطلوب‌تر می‌باشد. در مطالعه Zhang و همکاران روایی سازه ابزار با روش تحلیل عاملی تأیید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش شده است (۳۰). در ایران Moazzen Jami و همکاران این پرسشنامه را هنجاریابی کرده‌اند که روایی سازه آن با روش تحلیل عاملی تأیید و پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش کردند (۳۱). در پژوهش حاضر، پایایی کل این مقیاس توسط ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به‌دست آمد.

**پروتکل زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت:** جلسات درمانی توسط یک مشاور با درجه دکتری تخصصی مشاوره و دو روان‌شناس با مدرک کارشناسی ارشد در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز برگزار شد. پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه مداخله، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو ماه، هفته‌ای یک جلسه) زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت را به‌صورت گروهی، طبق برنامه درمانی Kazemi و همکاران که مبتنی بر نظریه شفقت درمانی Gilbert بود (۳۲) دریافت کردند (جدول ۱). اعضای گروه گواه هیچ درمانی را دریافت نکردند.

**تجزیه‌وتحلیل داده‌ها:** متغیرهای مطالعه با استفاده از آماره‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار برای داده‌های کمی، و فراوانی و درصد فراوانی برای داده‌های کیفی توصیف شدند و از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثر مداخله مورد بررسی در مطالعه استفاده شد. سطح معنی‌داری تمامی آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد و کلیه تجزیه‌وتحلیل داده‌های مطالعه با نرم‌افزار SPSS-24 انجام شد.

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.61186/ijbd.17.3.16 ]

**جدول ۱: محتوای جلسات و پروتکل زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت (۳۲)**

| جلسه | هدف | محتوا |
|---|---|---|
| **اول** | برقراری ارتباط و معرفی زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت | برقراری ارتباط درمانی و آشنایی افراد با یکدیگر، تعریف استرس و آسیب‌پذیری روانی ناشی از سرطان پستان و اثرات آن بر افراد و معرفی زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت |
| **دوم** | آموزش همدلی | آموزش اهمیت نگرش همدلانه به امور زندگی و تمرین مهارت همدلی |
| **سوم** | آموزش همدردی | ایجاد احساسات بیش‌تر و متنوع‌تر درباره مسائل و مشکلات دیگران برای کمک به آن‌ها |
| **چهارم** | آموزش بخشش | پذیرش اشتباه‌ها و بخشیدن خود به‌خاطر داشتن اشتباه‌ها برای تسریع تغییرات |
| **پنجم** | آموزش پذیرش مسائل | پذیرش تغییرات پیش‌رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌انگیز با توجه به متغیربودن زندگی و مواجهه افراد با چالش‌های مختلف زندگی |
| **ششم** | آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی | ایجاد احساسات ارزشمند و متعالی و ارتقای آن برای داشتن برخورد مناسب، مؤثر و کارآمد در زندگی |
| **هفتم** | آموزش مسئولیت‌پذیری | آموزش مسئولیت‌پذیری برای ایجاد احساسات و دیدگاه‌های جدید و کارآمد در خود |
| **هشتم** | تمرین مهارت‌ها، جمع‌بندی و تشکر | تمرین مهارت‌های جلسات قبل جهت مقابله به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت و متغیر زندگی، خلاصه و جمع‌بندی و تشکر و قدردانی از شرکت فعال اعضا در جلسات |

## یافته‌ها

اطلاعات مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران و همسران‌شان در جدول ۲ ارائه شده است. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان زن گروه مداخله ۳۴/۱۲±۳/۰۴، شرکت‌کنندگان مرد گروه مداخله ۳۸/۶۲±۲/۹۷، شرکت‌کنندگان زن گروه گواه ۳۵/۱۲±۴/۷۶ و شرکت‌کنندگان مرد گروه گواه ۳۸/۵۰±۳/۷۸ سال بود. همچنین، مدت زمان گذشت از ازدواج زوجین گروه مداخله ۸/۱۲±۱/۹۶ و زوجین گروه گواه ۹/۱۲±۱/۵۸ سال بود. مدت زمان تشخیص بیماری زنان گروه مداخله ۱۲/۶۲±۲/۲۴ و زنان گروه گواه ۱۲/۱۲±۱/۸۹ ماه بود. علاوه بر این، از ۱۶ زوج گروه مداخله، ۳ نفر دارای تحصیلات دیپلم تا فوق‌دیپلم، ۹ نفر دارای تحصیلات لیسانس و ۴ نفر دارای تحصیلات فوق‌لیسانس و بالاتر، و از ۱۶ زوج گروه گواه، ۴ نفر دارای تحصیلات دیپلم تا فوق‌دیپلم، ۹ نفر دارای تحصیلات لیسانس و ۳ نفر دارای تحصیلات فوق‌لیسانس و بالاتر بودند. و در آخر، از ۱۶ زوج گروه مداخله، ۱۰ نفر شغل آزاد داشتند و ۶ نفر خانه‌دار بودند و از ۱۶ زوج گروه گواه، ۱۳ نفر شغل آزاد داشتند و ۳ نفر خانه‌دار بودند. سطوح معناداری به‌دست‌آمده در جدول ۲ نشان دادند که بین اعضای دو گروه ازنظر سن، مدت زمان گذشت از ازدواج، مدت زمان تشخیص بیماری، سطح تحصیلات و شغل تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P>0/05$).

**جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان (تعداد در هر گروه ۸ زوج (۱۶ نفر))**

| متغیر | | گروه مداخله | گروه گواه | مقدار احتمال |
|---|---|---|---|---|
| سن (سال) | زن | ۳۴/۱۲±۳/۰۴ | ۳۵/۱۲±۴/۷۶ | ۰/۶۲۵ • |
| | مرد | ۳۸/۶۲±۲/۹۷ | ۳۸/۵۰±۳/۷۸ | ۰/۹۴۲ • |
| مدت زمان گذشت از ازدواج (سال) | - | ۸/۱۲±۱/۹۶ | ۹/۱۲±۱/۵۸ | ۰/۱۲۳ • |
| مدت زمان تشخیص بیماری (ماه) | - | ۱۲/۶۲±۲/۲۴ | ۱۲/۱۲±۱/۸۹ | ۰/۵۰۱ • |
| سطح تحصیلات | دیپلم تا فوق‌دیپلم | ۳ (۱۸/۸٪) | ۴ (۲۵٪) | ۰/۰۷۲ •• |
| | لیسانس | ۹ (۵۶/۲٪) | ۹ (۵۶/۲٪) | |
| | فوق‌لیسانس و بالاتر | ۴ (۲۵٪) | ۳ (۱۸/۸٪) | |
| شغل | آزاد | ۱۰ (۶۲/۵٪) | ۱۳ (۸۱/۲٪) | ۰/۰۶۶ •• |
| | خانه‌دار | ۶ (۳۷/۵٪) | ۳ (۱۸/۸٪) | |

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.61186/ijbd.17.3.16 ]

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، آزمون کالموگروف- اسمیرنف نشان دادند که پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد بررسی محقق شده است؛ زیرا مقادیر z محاسبه‌شده در سطح (p>۰/۰۵) معنی‌دار نیستند. در آزمون ام باکس، از آن‌جایی که F متغیرهای کارکرد خانواده (F=۲/۱۸۳) و کیفیت زندگی زناشویی (F=۲/۰۱۸) به‌ترتیب در سطح (۰/۰۸۵) و (۰/۰۷۲) معنادار نبودند، می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. از سوی دیگر، آزمون کرویت موخلی نشان دادند با توجه به این‌که مقدار کرویت موخلی (۰/۶۰۰) متغیر کارکرد خانواده در سطح خطای داده‌شده (۰/۴۸۴) و مقدار کرویت موخلی (۰/۵۵۰) متغیر کیفیت زندگی زناشویی در سطح خطای داده‌شده (۰/۴۰۷) معنی‌دار نیست، می‌توان کرویت ماتریس واریانس- کواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت؛ بنابراین، این پیش‌فرض نیز برقرار است. در آخر، نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس خطا در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که با توجه به عدم معنی‌داری مقدار F متغیرها در سطح خطای کوچک‌تر از (۰/۰۵) می‌توان گفت که واریانس خطای متغیر پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های خطا نیز برقرار است و می‌توان از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده کرد.

در جدول ۳، میانگین و انحراف معیار نمرات کارکرد خانواده و کیفیت زندگی زناشویی در گروه مداخله و گواه، قبل، بعد و پنج ماه پس از درمان هم در زنان و هم در همسران‌شان آورده شده است.

**جدول ۳: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری**

| متغیر | گروه | جنسیت | پیش‌آزمون<br>انحراف معیار ± میانگین | پس‌آزمون<br>انحراف معیار ± میانگین | پیگیری<br>انحراف معیار ± میانگین |
|---|---|---|---|---|---|
| کارکرد خانواده | مداخله | زنان | ۱۰۶/۸۸±۴/۰۱ | ۱۱۳/۶۲±۳/۴۰ | ۱۱۳/۳۸±۳/۴۵ |
| | | مردان | ۱۰۹/۲۵±۲/۴۱ | ۱۱۵/۳۸±۲/۰۷ | ۱۱۴/۷۵±۲/۰۹ |
| | گواه | زنان | ۱۰۲/۳۸±۳/۵۸ | ۱۰۲/۳۸±۳/۵۱ | ۱۰۲/۱۲±۳/ |
| | | مردان | ۱۰۶/۷۵±۲/۹۷ | ۱۰۵/۷۵±۲/۹۳ | ۱۰۵/۸۸±۲/۹۰ |
| کیفیت زندگی زناشویی | مداخله | زنان | ۷۷/۳۸±۲/۵۱ | ۸۳/۳۸±۲/۳۸ | ۸۳/۳۸±۲/۳۸ |
| | | مردان | ۷۰/۷۵±۳/۱۶ | ۷۶/۶۲±۳/۰۹ | ۷۶/۵۰±۳/۰۴ |
| | گواه | زنان | ۷۰/۸۸±۳/۰۸ | ۷۰/۳۸±۳/۰۴ | ۷۱/۰۰±۳/۰۳ |
| | | مردان | ۷۳/۵۰±۲/۶۳ | ۷۳/۲۵±۲/۵۲ | ۷۳/۰۰±۲/۵۹ |

در جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای کارکرد خانواده و کیفیت زندگی زناشویی هم برای زنان و هم همسران‌شان ارائه شده است. همان‌گونه که نتایج نشان می‌دهد زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت منجر به بهبود معنادار کارکرد خانواده و کیفیت زندگی زناشویی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان شده است.

همان‌گونه که از نتایج جدول ۴ در بعد اثر بین‌گروهی و همچنین مقایسه میانگین‌ها در جدول ۳ مشهود است، بین گروه مداخله و گواه هم در زنان و هم در همسران‌شان تفاوت معناداری وجود داشته است؛ به این معنا که در مقایسه با گروه گواه، مداخله در گروه مداخله منجر به بهبود معناداری هم در کارکرد خانواده و هم کیفیت زندگی زناشویی زنان و همسران‌شان شده است.

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.61186/ijbd.17.3.16 ]

**جدول ۴: تحلیل اندازه‌گیری مکرر نمره نمرات کارکرد خانواده و کیفیت زندگی زناشویی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌ها**

| متغیر | منبع | مجموع مجذورات | درجه آزادی | MS | F | مقدار اتا | P-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| کارکرد خانواده زنان | اثر درون‌گروهی | ۱۱۳/۱۶۷ | ۲ | ۵۶/۵۸۳ | ۴۴/۸۴۰ | ۰/۵۶ | ۰/۰۰۱ |
| | اثر گروه | ۹۱/۱۲۵ | ۱ | ۹۱/۱۲۵ | ۶۱/۴۸۲ | ۰/۶۱ | ۰/۰۰۱ |
| | اثر بین‌گروهی | ۵۴۷۴۱۴/۰۸۳ | ۱ | ۵۴۷۴۱۴/۰۸۳ | ۱/۷۹۹ | ۰/۷۹ | ۰/۰۰۱ |
| کارکرد خانواده مردان | اثر درون‌گروهی | ۶۳/۸۷۵ | ۲ | ۳۱/۹۳۸ | ۵۷/۶۹۴ | ۰/۶۰ | ۰/۰۰۱ |
| | اثر گروه | ۸۱/۲۸۱ | ۱ | ۸۱/۲۸۱ | ۹۹/۴۹۲ | ۰/۶۷ | ۰/۰۰۱ |
| | اثر بین‌گروهی | ۵۷۶۸۴۶/۷۵۰ | ۱ | ۵۷۶۸۴۶/۷۵۰ | ۳/۵۹۴ | ۰/۷۹ | ۰/۰۰۱ |
| کیفیت زندگی زناشویی زنان | اثر درون‌گروهی | ۹۰/۸۷۵ | ۲ | ۴۵/۴۳۸ | ۱۳۲/۷۵۷ | ۰/۷۰ | ۰/۰۰۱ |
| | اثر گروه | ۶۹/۰۳۱ | ۱ | ۶۹/۰۳۱ | ۱۵۰/۱۲۵ | ۰/۷۱ | ۰/۰۰۱ |
| | اثر بین‌گروهی | ۲۷۷۷۰۴/۱۸۸ | ۱ | ۲۷۷۷۰۴/۱۸۸ | ۱/۵۱۸ | ۰/۷۹ | ۰/۰۰۱ |
| کیفیت زندگی زناشویی مردان | اثر درون‌گروهی | ۷۹/۱۲۵ | ۲ | ۳۹/۵۶۳ | ۱۰۳/۰۴۷ | ۰/۶۸ | ۰/۰۰۱ |
| | اثر گروه | ۷۸/۱۲۵ | ۱ | ۷۸/۱۲۵ | ۱۴۱/۱۲۹ | ۰/۷۱ | ۰/۰۰۱ |
| | اثر بین‌گروهی | ۲۶۲۴۰۴/۱۸۸ | ۱ | ۲۶۲۴۰۴/۱۸۸ | ۱/۳۴۷ | ۰/۷۹ | ۰/۰۰۱ |

همچنین بررسی مقایسه پیامدها در طول زمان در گروه گواه نشان داد که بین نمرات زنان و همسران‌شان در کارکرد خانواده و کیفیت زندگی زناشویی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت؛ به این معنی که در طول زمان بهبودی که از لحاظ آماری معنادار باشد، برای این گروه حاصل نشده است. در واقع در این گروه ازنظر نمرات کارکرد خانواده و کیفیت زندگی زناشویی بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری زنان و همسران‌شان تفاوت معناداری وجود نداشت ($p>۰/۰۵$)؛ در صورتی‌که در گروه مداخله مقایسه پیامدها در طول زمان نشان داد که در هر دو متغیر کارکرد خانواده و کیفیت زندگی زناشویی بین پیش‌آزمون نسبت به پس‌آزمون و پیش‌آزمون نسبت به پیگیری تفاوت معناداری هم در زنان و هم همسران‌شان وجود داشت ($p<۰/۰۵$). اما بین پس‌آزمون نسبت به دوره پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ($p>۰/۰۵$). این بدین معناست که تا زمانی که مداخله بر روی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان صورت گرفته نمرات آن‌ها در کارکرد خانواده و کیفیت زندگی زناشویی افزایش یافته است و پس از پایان مداخله این افزایش ثابت مانده و ازنظر آماری تغییری نکرده است.

**جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی**

| متغیر | مراحل | | تفاوت میانگین | سطح معناداری |
|---|---|---|---|---|
| کارکرد خانواده | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | -۲/۹۶ | ۰/۰۰۰۱ |
| | | پیگیری | -۲/۷۱ | ۰/۰۰۰۱ |
| | پس‌آزمون | پیش‌آزمون | ۲/۹۶ | ۰/۰۰۰۱ |
| | | پیگیری | ۰/۲۵ | ۰/۰۹۲ |
| | پیگیری | پیش‌آزمون | ۲/۷۱ | ۰/۰۰۰۱ |
| | | پس‌آزمون | -۰/۲۵ | ۰/۰۹۲ |
| کیفیت زندگی زناشویی | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | -۲/۷۸ | ۰/۰۰۰۱ |
| | | پیگیری | -۲/۸۴ | ۰/۰۰۰۱ |
| | پس‌آزمون | پیش‌آزمون | ۲/۷۸ | ۰/۰۰۰۱ |
| | | پیگیری | ۰/۰۶ | ۰/۵۳۶ |
| | پیگیری | پیش‌آزمون | ۲/۸۴ | ۰/۰۰۰۱ |
| | | پس‌آزمون | -۰/۰۶ | ۰/۵۳۶ |

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.61186/ijbd.17.3.16 ]

در جدول ۵ نتایج آزمون تقیبی بونفرونی برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری نشان داده شده است. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد در هر دو متغیر بین پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیش‌آزمون-پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۰۱) که این نشان‌دهنده این است که تا زمانی که درمان صورت گرفته بین دو گروه مداخله و گواه تفاوت معناداری ازنظر میانگین‌ها وجود داشته و در واقع مداخله‌ای که بر روی گروه مداخله انجام گرفته، باعث این تفاوت شده است. بررسی نتایج در پس‌آزمون- پیگیری نشان داد که تفاوتی بین این دو مرحله وجود نداشته است (p>۰/۰۵).

## بحث

در این پژوهش که به تعیین اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت بر کارکرد خانواده و کیفیت زندگی زناشویی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان پرداخته شد، نتایج نشان داد که زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت بر کارکرد خانواده زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان تأثیر دارد و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز ماندگار است. هم‌راستا با نتایج مطالعه حاضر، انوشیرانی و همکاران (۲۳) نشان دادند که زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت بر کارکرد خانواده و شادکامی زنان مبتلا به سرطان پستان اثربخش است.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت مدت‌هاست که پژوهشگران متوجه شدند مشکلات شرم و انتقاد از خود اغلب ریشه در بدکارکردی خانواده، بی‌توجهی و/یا نبود محبت دارد (۳۳) و با توجه به این‌که درمان متمرکز بر شفقت ماهیتاً در ابتدا برای حل مشکلات شرم و عدم مهربانی با خود تدوین شده است (۳۳) توانسته با اثرگذاری غیرمستقیم خود بر شرم، کارکرد خانواده زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان را نیز بهبود ببخشد. Gonzalez-Hernande و همکاران در پژوهشی به بررسی تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر بیماران تحت درمان سرطان پستان پرداختند (۳۴) و نتیجه گرفتند که روندهای همدلی و بخشش خویشتن و ایجاد پل ارتباطی با دیگران در پذیرش بیماری و افزایش خودمهرورزی و کنترل بر استرس‌های درمان سرطان نقش به‌سزایی دارد. یکی از حوزه‌های تأکید شده در درمان مبتنی بر شفقت، همدلی و گسترش علاقه به دیگران است که در جلسات درمانی بر آن تأکید شد. گسترش بخشش و همدلی با دیگران در نهایت منجر به افزایش شبکه حمایت اجتماعی در افراد می‌شود. این موضوع در سایر مطالعات نیز تأکید شده است. اثرگذاری این درمان بر ارتباطات خانوادگی بیماران می‌تواند از مسیر اثرگذاری بر گسترش و غنی‌سازی روابط اجتماعی بیماران و همسران‌شان باشد. از سوی دیگر، تفسیر مجدد رویدادها با توجه به شرایط اصلاح‌شده، شادکامی و سرزندگی را افزایش می‌دهد که به‌نوبه خود باعث افزایش کارکرد خانواده در زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان در طی دریافت زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت می‌شود. همچنین به‌کارگیری مداخلات ذهن‌آگاهانه و تمرینات آرام‌بخشی، از دیگر حوزه‌های تأکید شده در این درمان بود. اثرگذاری این تکنیک‌ها بر متغیرهای پژوهش در تحقیقات گذشته مشخص شده است. به‌نظر می‌رسد تکنیک‌ها و اصول درمان مبتنی بر شفقت با افزایش همدلی و احساس خودبخشودگی بر روند پذیرش بیماری اثرگذار است (۲۳)؛ از این‌رو دور از انتظار نیست که با افزایش همدلی و احساس خودبخشودگی زوجین نسبت خود و یکدیگر، کارکرد خانواده آن‌ها افزایش یافته است. درمان متمرکز بر شفقت به افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (۳۵). در تمرین‌های خودشفقتی بر تن‌آرامی، ذهن‌آرامی و شفقت به خود تأکید می‌شود که تأثیر به‌سزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی خواهد داشت (۳۶) که با توجه به استفاده این دو پژوهش از دو پروتکل مشترک این امر سبب

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.61186/ijbd.17.3.16 ]

بهبـود کارکرد خانواده در هردوی آن‌ها شده است. لازم به‌ذکر است که در هیچ پژوهشی نتایج مغایر با نتایج پژوهش حاضر به‌دست نیامده تا دلیل ناهمسویی را مورد بحث قرار دهیم.

علاوه بر این، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی زناشویی خانواده زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان تأثیر دارد و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز ماندگار است. هم‌راستا با نتایج مطالعه حاضر، شجاعی کلاته‌بالی و همکاران (۲۴) به این نتیجه رسیدند که زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت بر فسردگی، کیفیت زندگی زناشویی و خوش‌بینی در بیماران قلبی‌عروقی تأثیر دارد. همچنین همسو با نتیجه پژوهش حاضر، خلعتبری و همکاران (۲۵) نشان دادند که زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت بر تصویر بدنی و رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان اثربخش است. نتیجه به‌دست آمده را می‌توان این‌طور تبیین کرد که شفقت به خود مؤلفه شناختی نیرومندی دارد که از نگرش‌های فرد به خود و دیگران تأثیر می‌پذیرد و نیازمند آگاهی هشیارانه از هیجان‌های خود می‌باشد. شفقت باعث می‌شود که افراد از احساس‌های ناراحت‌کننده اجتناب نکنند، بلکه با مهربانی و درک بالا به آن‌ها نزدیک می‌شوند و آن‌ها را می‌پذیرند که این امر از طریق فعال‌کردن نظام تسکین خود باعث کاهش ناراحت شدن آن‌ها می‌شود (۳۷). شفقت درمانی از فنونی مانند شفقت، همدلی و مهربانی با خود و دیگران و مهارت‌هایی مانند توجه شفقت‌آمیز، تصویرسازی خودمهربان، احساس شفقت‌آمیز، استدلال مهربانانه، تجربه حسی آرام‌بخش و شادی‌آفرین و رفتار شفقت‌آمیز استفاده می‌کند. این فنون و مهارت‌ها سبب می‌شود که افراد روابط خود با همسران‌شان را بهبود بخشند، زوجین یکدیگر را بهتر درک نمایند، نیازهای یکدیگر را بشناسند، به تفاوت‌های فردی احترام بگذارند، از نقاط قوت و ضعف خود و یکدیگر آگاهی پیدا کنند و با یکدیگر تعامل مثبت و سازنده برقرار کنند (۲۳)؛ از این‌رو دور از انتظار نیست که با افزایش شناخت و درک متقابل زوجین نسبت به یکدیگر، کیفیت زندگی زناشویی آن‌ها افزایش یافته است. لازم به‌ذکر است که در هیچ پژوهشی نتایج مغایر با نتایج پژوهش حاضر به‌دست نیامده تا دلیل ناهمسویی را مورد بحث قرار دهیم.

لازم به ذکر است که پژوهش حاضر از چندین محدودیت برخوردار است که از مهم‌ترین آن‌ها کوچک بودن حجم نمونه بود که به‌دلیل عدم تمایل مردها برای شرکت در جلسات گروه اتفاق افتاد و همچنین عدم همتاسازی دقیق افراد در گروه‌های نمونه از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. با توجه به محدودیت جامعه آماری این پژوهش، پیشنهاد می‌شود جهت دستیابی به نتایج دقیق‌تر به‌منظور به‌کارگیری یافته‌ها، مطالعات آتی با تعداد نمونه‌های بزرگ‌تر تکرار شود. همچنین پژوهشگران بعدی در مداخلات درمانی، نسبت به همتاسازی دقیق‌تر افراد نمونه اقدام نمایند تا بتوان مقایسه‌های دقیق‌تری از نتایج به‌دست آورد. با توجه به نقش مهم زوجین در سلامت فرزندان، خانواده و جامعه، و از طرفی لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان‌شناختی آن‌ها پیشنهاد می‌شود که روان‌شناسان خانواده و زوج‌درمانگران از زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت در زمینه افزایش کارکرد خانواده و کیفیت زندگی زناشویی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان استفاده کنند.

## نتیجه‌گیری

نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر نشان داد که پس از ارائه زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت به زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان، کارکرد خانواده و کیفیت زندگی زناشویی آن‌ها به میزان قابل‌توجهی نسبت به گروه کنترل بهبود یافت. لذا این نتایج می‌تواند چارچوبی به زوج‌درمانگران و متخصصین حوزه سلامت که در ارتباط با این بیماران هستند جهت برنامه‌ریزی مداخلات آموزشی به‌منظور بهبود کارکرد خانواده و کیفیت زندگی زناشویی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان ارائه بدهد.

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.61186/ijbd.17.3.16 ]

## تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

## سهم نویسندگان

امور مربوط به گردآوری داده‌ها و نگارش و تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، اصلاحات مقاله و شناسایی نمونه متشکل از زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان و اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌طور برابر برعهده هر سه نویسنده بود.

## تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر تقدیر و تشکر نمایند.

## References

1. Xu Y, Gong M, Wang Y, Yang Y, Liu S, Zeng Q. Global trends and forecasts of breast cancer incidence and deaths. Sci Data. 2023;10:334. doi: 10.1038/s41597-023-02253-5
2. Malvezzi M, Santucci C, Boffetta P, Collatuzzo G, Levi F, La Vecchia C, et al. European cancer mortality predictions for the year 2023 with focus on lung cancer. Ann Oncol. 2023;34(4):410-9. doi:10.1016/j.annonc.2023.01.010
3. Mahdavifar N, Pakzad R, Ghoncheh M, Pakzad I, Moudi A, Salehiniya H. Spatial Analysis of Breast Cancer Incidence in Iran. Asian Pac J Cancer Prev. 2016;17(S3):59-64. doi:10.7314/apjcp.2016.17.s3.59.
4. Dolatkhah R, Somi MH, Jafarabadi MA, Hosseinalifam M, Sepahi S, Belalzadeh M, et al. Breast cancer survival and incidence: 10 years cancer registry data in the Northwest, Iran. Int J Breast Cancer. 2020;1:2020. doi: 10.1155/2020/1963814
5. Harirchi I, Ebrahimi M, Zamani N, Jarvandi S, Montazeri A. Breast cancer in Iran: Results of multi-center stud. APJCP. 2004;5(1):24-7. [Persian].
6. Bovbjerg DH, Keefe FJ, Soo M, Manculich J, Van Denburg A, Zuley ML, et al. Persistent breast pain in post-surgery breast cancer survivors and women with no history of breast surgery or cancer: associations with pain catastrophizing, perceived breast cancer risk, breast cancer worry, and emotional distress. Acta Oncol. 2019;58(5): 763-68. doi: 10.1080/0284186X.2019.1574023.
7. Dinapoli L, Colloca G, Di Capua B, Valentini V. Psychological Aspects to Consider in Breast Cancer Diagnosis and Treatment. Curr Oncol Rep. 2021;23(3):38. DOI: 10.1007/s11912-021-01049-3
8. Thompson T, Davis M, Pérez M, Jonson-Reid M, Jeffe DB. "We're in This Together": Perceived Effects of Breast Cancer on African American Survivors' Marital Relationships. J Soc Social Work Res. 2022;13(4):789-815. DOI: 10.1086/713478.
9. Mousvi Diva R, Moghadam N, Amani O. Evaluating Family Functioning and Spiritual Health in Women with Breast Cancer, Cancer-Treated and Healthy Women. IJPN. 2017;5(5):49-56. [Persian]. DOI: 10.21859/ijpn-05057
10. KavehFarsani Z, Worthington Jr EL. Direct Effects of Marital Empathy, Body Image, and Perceived Social Support on Quality of Life of Married Women with Breast Cancer and the Mediating Role of Perceived Marital Quality. Iran J Psychiatry. 2024;19(1):70-8. DOI: 10.18502/ijps.v19i1.14340
11. Yun P, Xiaohong H, Zhongping Y, Zhujun Z. Family Function, Loneliness, Emotion Regulation, and Hope in Secondary Vocational School Students: A Moderated Mediation Model. Front Public Health. 2021;9:1-11. DOI: 10.3389/fpubh.2021.722276
12. Kim H, Prouty AM, Smith DB, Ko MJ, Wetchler JL, Oh JE. Differentiation and healthy family functioning of Koreans in South Korea, South Koreans in the United States, and white Americans. J Marital Fam Ther . 2015;41(1):72–85. DOI: 10.1111/jmft.12049
13. Zhang M, Zhang W, Liu Y, Wu M, Zhou J, Mao Z. Relationship between Family Function, Anxiety, and Quality of Life for Older Adults with Hypertension in Low-Income Communities. International Journal of Hypertension.2021;2021:5547190.DOI:10.1155/2021/ 5547190
14. Poorabdolah H, Jafari Varjoshani N, Namadian M. The Relationship Between Family Functioning and Quality of Life in Patients With Gastric Cancer. PCNM. 2022;12(1):37-44. DO: 10.52547/pcnm.12.1.37
15. Chen R, Austin JP. Depression as a moderator and a mediator of marital qualitys effect on older adults self-rated physical health. Arch Gerontol Geriatr. 2019;83:50-4. DOI: 10.1016/j.archger.2019.03.026
16. Bennett-Britton I, Teyhan A, Macleod J, Sattar N, Smith GD, Ben-Shlomo Y. Changes in marital quality over 6 years and its association with cardiovascular disease risk factors in men: findings from the ALSPAC prospective cohort

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.61186/ijbd.17.3.16 ]

study. J Epidemiol Community Health. 2017;71(11):1094-1100. DOI: 10.1136/jech 2017-209178
17. Wang W, Wang M, Hu Q, Wang P, Lei L, Jiang S. Upward social comparison on mobile social media and depression: The mediating role of envy and the moderating role of marital quality. J Affect Disord. 2020;270:143-9. DOI: 10.1016/j.jad.2020.03.173
18. Valente M, Chirico I, Ottoboni G, Chattat R. Relationship Dynamics among Couples Dealing with Breast Cancer: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(14):7288. DOI: 10.3390/ijerph18147288.
19. Brandão T, Schulz MS, Matos PM. Psychological intervention with couples coping with breast cancer: a systematic review. Psychol Health. 2014;29(5):491-516. DOI: 10.1080/08870446.2013.859257.
20. Aguilar-Raab C, Winter F, Warth M, Stoffel M, Moessner M, Hernández C, etal. A compassion-based treatment for couples with the female partner suffering from current depressive disorder: A randomized-controlled trial. J Affect Disord. 2023;342:127-138. DOI:10.1016 /j.jad.2023.08.136
21. Millard LA, Wan MW, Smith DM, Wittkowski A. The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2023;326:168-92. DOI: 10.1016/j.jad.2023.01. 010
22. Joe GW, Lehman WEK, Rowan GA, Knight K, Flynn PM. The role of physical and psychological health problems in the drug use treatment process. Journal of Substance Abuse Treatment. 2019;102:23-32. DOI:10.1016/j.jsat. 2019.03.011
23. Anoushirani E, Nouhi S, Razeghi N, Aghaei H. Determining the Effectiveness of Compassion-Based Therapy on Family Functioning and Happiness in Women with Breast Cancer. MEJDS. 2023;13:116-116. [Persian]. DOI: http://jdisabilstud.org/article-1-2811-fa.html
24. Shojaei KalateBali N, Samari A, Akbarzadeh M. The Effectiveness of Couple Therapy with Compassion Therapy Method on Depression, Marital Life Quality and Optimism in Cardiovascular Patients. IJPN. 2022;9(6):86-97. [Persian].
25. Khalatbari J, Hemmati Sabet V, Mohammadi H. Effect of Compassion-Focused Therapy on Body Image and Marital Satisfaction in Women with Breast Cancer. IJBD. 2018;11(3):7-20. [Persian]. DOI: 10.30699/acadpub.ijbd..11.3.7
26. Kiarasi Z, Emadian S O, Hassanzadeh R. Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Post-traumatic Growth and Death Anxiety in Women With Breast Cancer. MEJDS. 2022;12:108-108. [Persian].
27. Epstein NB, Ryan CE, Bishop DS, Miller IW. The McMaster model: A view of healthy family functioning. In F. Walsh (Ed.), Normal family process: growing diversity and complexity. USA, New York: The Guilford Press; 2003: 581-607.
28. Daneshvarinasab A. Investigating the relationship between family functioning and mental health of prisoners on the verge of release in Kerman and Yazd prisons in 2019. J Jiroft Univ Med Sci. 2021;8(2):664-73. [Persian].
29. Yoosefi N. An investigation of the psychometric properties of the McMaster clinical rating scale. Educational Measurement. 2012;3(7):76-83. [Persian].
30. Zhang H, Xu X, Tsang SKM. Conceptualizing and validating marital quality in Beijing: A pilot study. Soc Indic Res. 2013;113(1):197-212. DOI: 10.1007/s11205-012-0089-6
31. Moazzen Jami A, Mohammadi K, Fallahchai R. Prediction of marital quality based on spiritual orientation. Religion and Health. 2017;5(2):31-40. [Persian].
32. Kazemi A, Ahadi H, Nejat H. Effectiveness of compassion focused therapy on loneliness, self-care behaviors and blood sugar in diabetes patients. Iran J Rehabil Res Nurs. 2020;6(3):42-9. [Persian].
33. Gilbert P. Introducing compassion–focused therapy. Advances in Psychiatric Treatment. 2009;15(3):199-120. DOI:https://doi.org/10. 1192/apt.bp.107.005264
34. Gonzalez-Hernandez E, Romero R, Campos D, Burychka D, Diego–Pedro R, Baños R, et al. Cognitively–Based Compassion Training (CBCT®) in breast cancer survivors: a randomized clinical trial study. Integr Cancer Ther. 2018;17(3):684–96. DOI: 10.1177/ 1534735418772095
35. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. Br J Clin Psychol. 2014;53:6–41. DOI: 10.1111/bjc.12043
36. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful selfcompassion program. J Clin Psychol. 2013;69:28-44. DOI: 10.1002/jclp.21923
37. McDonald JE, Faytol AL, Grau PP, Olson JR, Goddard HW, Marshall JP. Compassion and values influence marital quality amongst couples in three U.S. states. Couple and Family Psychology: Research and Practice. 2020;9(2):59-72. DOI: https://doi.org/10.1037/ cfp0000134

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-01 ]

[ DOI: 10.61186/ijbd.17.3.16 ]