Iranian Journal of Breast Diseases. 2025; 18(3):138-153

Original Article

The Effectiveness of Compassion-Based Couple Therapy on Marital Conflicts and Emotional Intimacy of Couples of Spouses with Breast Cancer

Nastaran Badri Benam[1], Hadi Akbarinejhad Esmkhani[2]✉

[1]MA in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Marand Branch, Marand, Iran.
[2]Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran.

Abstract

Introduction: Breast cancer is one of the most common types of cancer among women. This complication can negatively affect the physical health, psychological health, and marital relationship of women with their husbands, leading to serious problems. The present study aimed to determine the effectiveness of compassion-focused couples therapy (CFCT) on marital conflicts and emotional intimacy in couples with a spouse suffering from breast cancer.

Methods: This quasi-experimental study was conducted using a pretest/posttest design and follow-up, with a control group. The statistical population consisted of all women with breast cancer in Tabriz and their spouses who had been referred to Al-Zahra Hospital, Tabriz, Iran, during five months from May to the end of September 2024. In total, 16 couples were selected using a convenience sampling method and randomly divided into two intervention and control groups. The intervention group received eight 1.5-hour CFCT sessions (two months, one session per week), according to the treatment plan of Kazemi et al. On the other hand, the control group did not receive any treatment. Both groups responded to the 54-item revised Marital Conflict Questionnaire of Bustanipour and Sanaei Zakir (2016) and the 36-item Intimacy in Relationships Questionnaire of Schaefer and Olson (1981) before, after, and at a 4-month follow-up. Findings were analyzed through repeated measures analysis of variance using SPSS software (version 24).

Results: At the pretest, there was no significant difference between the groups in terms of marital conflicts and emotional intimacy ($P>0.05$). According to the results, the experimental group showed a significant decrease in marital conflicts (mean difference = -8.25) and a significant increase in emotional intimacy (mean difference = +8.50) ($P < 0.001$) after implementing CFCT. At the 4-month follow-up phase, the effect of CFCT on marital conflicts and emotional intimacy of couples was permanent ($P<0.001$).

Conclusion: Based on the findings of this study, it can be concluded that CFCT can reduce marital conflicts and increase emotional intimacy among couples with a spouse suffering from breast cancer. These results support the integration of CFCT into psycho-oncology care programs to enhance relational resilience and overall family well-being during the cancer treatment process.

Keywords: Breast Cancer, Compassion-Based Couple Therapy, Emotional Intimacy, Marital Conflicts

Received: 2025/02/06
Accepted: 2025/08/28

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

Ethics Approval:
IR.IAU.TABRIZ.REC.1403.779

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.61882/ijbd.18.3.8]

Copyright © 2025 Badri Benam and Smkhani Akbarinejhad. 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

Breast cancer is the most common malignancy among women worldwide and the second leading cause of cancer-related mortality after lung cancer (1,2). In Iran, the age-standardized incidence rate of breast cancer has steadily increased, with national cancer registry data reporting approximately 25–30 new cases per 100,000 women annually in recent years, and with onset occurring nearly a decade earlier than in many other countries (3). Beyond physical complications, breast cancer imposes profound psychological and relational burdens, including anxiety, depression, and marital distress (4). These challenges often intensify marital conflicts, defined as persistent negative interactions and disagreements across domains, such as intimacy, parenting, and finances, which in turn diminish emotional closeness and family cohesion (5,6).

Given the reciprocal relationship among illness burden, marital conflict, and reduced intimacy, psychosocial interventions alongside medical treatment are essential. Compassion-focused couple therapy (CFCT) offers a promising approach by cultivating empathy, self-compassion, and supportive interaction patterns that alleviate distress and strengthen relational resilience (7). For couples coping with breast cancer, CFCT's emphasis on compassion and empathy is particularly relevant, as they commonly face fears of recurrence, changes in body image, and disruptions in intimacy and caregiving roles. By targeting these stressors, CFCT encourages partners to respond with understanding and support rather than criticism or withdrawal (8,9). While emerging evidence links CFCT to improvements in family functioning, marital satisfaction, and psychological well-being among individuals with chronic illness (10-12), there remains a notable gap in research specifically addressing its role among couples affected by breast cancer, despite reviews highlighting the scarcity of compassion-based couple interventions in oncology contexts. This study, therefore, aimed to address this gap by examining the long-term effectiveness of CFCT in enhancing relational outcomes for couples navigating breast cancer.

Materials and Methods

This quasi-experimental study was conducted using a pretest/posttest design and follow-up assessments, including an intervention and a control group. The study population consisted of women aged 25–45 years with stage II breast cancer in Tabriz, Iran, and their spouses, who referred to Al-Zahra Medical Center and Teaching Hospital, between May and September 2024 (n=834). In total, 268 couples initially completed screening questionnaires through convenience sampling. To ensure comparability, only couples whose scores on the Marital Conflicts Questionnaire – Revised Form (MCQ-RF) and the Intimacy in Relationships Questionnaire (IRQ) fell within one standard deviation above or below the sample mean were considered. This criterion identified couples with elevated marital conflict (MCQ-RF ≥ 1 SD above mean; possible range 54–270) and/or reduced intimacy (IRQ ≤ 1 SD below mean; possible range 36–180). Based on these thresholds, 16 couples (32 participants) were selected and randomly assigned, using block randomization, to the intervention (n=8 couples) and control groups (n=8 couples). The sample size was determined based on a pilot study conducted on 10 individuals from the target population (13), which yielded a mean marital conflict score of 156.77 (SD=3.83). Using this variability, the required sample was calculated with an effect size (f) = 0.7, $\alpha = 0.05$, and power = 0.80, resulting in 16 participants per group.

The MCQ-RF comprises 54 items, each rated on a 5-point Likert scale. Higher scores indicate greater marital conflict. This instrument has demonstrated strong psychometric properties, with prior studies reporting excellent internal consistency (Cronbach's α = 0.95–0.96; 14), and in the current study, the corresponding value was determined at 0.81. The IRQ has 36 items assessing six domains of intimacy on a 5-point scale. Higher scores indicate greater intimacy. The scale has established acceptable reliability in previous research (α = 0.77–0.78), which was confirmed in this study (α = 0.77; 15).

Eligibility criteria included an age range from 25 to 45 years, a minimum secondary school education, a confirmed stage-II breast cancer diagnosis, and completion of standard treatments. On the other hand, those with the presence of other chronic illnesses, cases who received psychological or psychiatric treatment in the past year, and participants who were absent from more than one therapy session were

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.61882/ijbd.18.3.8]

excluded from the study. Demographic variables (age, marital duration, illness duration) were matched across groups.

Ethical approval was obtained from the Ethics Committee of Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran (IR.IAU.TABRIZ.REC.1403.779). Written informed consent was also obtained, and confidentiality was assured. Data analysis was performed using SPSS software (version 24). Descriptive statistics (means, standard deviations, frequencies) were calculated, and repeated-measures ANOVA was used to evaluate intervention effects across pretest/posttest and follow-up phases, with significance set at $P<0.05$.

Discussion

The present study examined the effectiveness of CFCT on marital conflict and emotional intimacy among couples in which one partner was diagnosed with breast cancer. Findings indicated that CFCT significantly reduced marital conflict and enhanced emotional intimacy, with these effects persisting at follow-up. These results are consistent with the findings of previous studies reporting that CFCT improves happiness, marital satisfaction, and quality of life in women with breast cancer (10-12).

One possible explanation is that CFCT addresses underlying issues of shame, self-criticism, and lack of emotional support, which often originate in early family dysfunction. By cultivating self-compassion, empathy, and acceptance, CFCT helps individuals reframe stressful experiences, regulate negative emotions, and strengthen relational bonds (16). Specifically, the focus on self-compassion reduces self-critical thoughts that can project onto the partner, decreasing blame and defensiveness—key drivers of marital conflict. Concurrently, empathy training allows partners to see the illness-related stress from each other's perspective, moving from an adversarial stance ("you vs. me") to a collaborative one ("us vs. the problem"). This shift directly fosters emotional intimacy by creating a safe environment for vulnerability and mutual support. In line with Gonzalez-Hernandez et al. (17), our findings suggest that fostering compassion and empathy facilitates better coping with cancer-related stress, while simultaneously enriching social support networks and family cohesion.

Furthermore, the integration of mindfulness-based practices and relaxation exercises into CFCT sessions may have contributed to reductions in distress and improvements in couple communication. These techniques enable individuals to recognize painful emotions without avoidance, approach them with kindness, and respond more adaptively in marital interactions. As a result, couples reported greater mutual understanding, recognition of their partner's needs, and more constructive conflict resolution, which likely underpinned the observed increase in emotional intimacy. Importantly, while our results are consistent with the existing literature on CFCT, it is important to qualify that its effectiveness may vary based on population characteristics, cultural context, or specific study design. The current findings, while promising, should be interpreted within the context of this specific sample of Iranian couples coping with breast cancer.

The findings from this study have direct implications for clinical practice in psycho-oncology. CFCT could be integrated into standard care pathways for couples facing a breast cancer diagnosis, offered as a structured, time-limited program alongside medical treatment. Implementation could begin with screening for relational distress and then providing referrals to trained therapists. Potential barriers include the logistical challenge of scheduling joint sessions for couples under significant medical strain, possible hesitancy from partners (particularly men) to engage in emotionally focused therapy, and a shortage of clinicians trained in CFCT protocols. Strategies to overcome these barriers could include offering flexible session timing (including telehealth options), providing psychoeducation to normalize the need for relational support during illness, and investing in specialized training for oncology social workers and psychologists. By proactively addressing the relational fallout of cancer, healthcare systems can adopt a more holistic approach to treatment that supports both the patient and the partnership critical to their recovery.

Despite its promising outcomes, this study has limitations. The small sample size, partly due to men’s reluctance to attend group sessions, restricts the generalizability of results. Additionally, precise matching of participants between groups was not fully achieved. Future

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.61882/ijbd.18.3.8]

research should replicate this study with larger and more diverse samples while ensuring stricter randomization procedures. Given the central role of couples in family and community health, incorporating CFCT into psycho-oncological care could improve not only marital relationships but also the overall adjustment and well-being of families facing breast cancer.

Conclusion

This study demonstrated that CFCT effectively reduced marital conflict and improved emotional intimacy in couples coping with breast cancer, with effects sustained at follow-up. These findings highlight CFCT as a valuable framework for family therapists, couples' counselors, and health professionals working with cancer patients and their partners. Specifically, its integration is recommended into standard psycho-oncology care as a manualized, adjunctive intervention for couples shortly after diagnosis. It should be prioritized for couples screening positive for relational distress or those navigating significant role changes and communication difficulties due to treatment. By fostering compassion, empathy, and self-kindness, CFCT can support both psychological adjustment and relational resilience. However, these conclusions must be considered considering this study's limitations, notably its small sample size and use of convenience sampling, which limit the generalizability of the findings. Despite these limitations, the results pave the way for future research and clinical applications in psycho-oncology. Future studies should prioritize multi-center trials with larger, more diverse samples to enhance external validity and investigate the efficacy of CFCT for couples facing other cancer types and chronic illnesses to determine the broader applicability of this intervention.

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(1):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): 410-419. doi: 10.1016/j.annonc.2023.01.010
3. Dolatkhah R, Somi MH, Jafarabadi MA, Hosseinalifam M, Sepahi S, Belalzadeh M, Nezamdoust M, Dastgiri S. Breast Cancer Survival and Incidence: 10 Years Cancer Registry Data in the Northwest, Iran. Int J Breast Cancer. 2020;2020:1963814. doi: 10.1155/2020/1963814 .
4. Harirchi I, Karbakhsh M, Kashefi A, Momtahen AJ. Breast cancer in Iran: results of a multi-center study. Asian Pac J Cancer Prev. 2004;5(1):24-7 .
5. Dinapoli L, Colloca G, Di Capua B, Valentini V. Psychological Aspects to Consider in Breast Cancer Diagnosis and Treatment. Curr Oncol Rep. 2021 Mar 11;23(3):38. doi: 10.1007/s11912-021-01049-3 .
6. Alinejad Mofrad S, Nasiri A, Mahmoudirad G, Homaei Shandiz F. Challenges in the Marital Life of Women with Gynecological Cancers: A Qualitative Study. Mod Care J 2021;18(2):e115558. https://doi.org/10.5812/modernc.115558.
7. Proctor CJ, Reiman AJ, Brunelle C, Best LA. Intimacy and sexual functioning after cancer: The intersection with psychological flexibility. PLOS Ment Health 2024; 1(1):e0000001.doi:10.1371/journal.pmen.0000001.
8. Zahedi, H., Alizadeh-Dibazari, Z., Mirghafourvand, M. *et al.* The effectiveness of couple-based interventions on the marital outcomes of women with genital and breast cancer and their partners: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer* **24**, 391 (2024). https://doi.org/10.1186/s12885-024-12088-x
9. Valente, M., Chirico, I., Ottoboni, G., & Chattat, R. (2021). Relationship Dynamics among Couples Dealing with Breast Cancer: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(14), 7288. https://doi.org/10.3390/ijerph18147288
10. Anoushirani E, Nouhi S, Razeghi N, Aghaei H. Determining the Effectiveness of

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.61882/ijbd.18.3.8]

Compassion-Based Therapy on Family Functioning and Happiness in Women with Breast Cancer. MEJDS 2023; 13: 116. [Persian]. doi: http://jdisabilstud.org/article-1-2811-fa.html

11. Sarbazi F, GHavvasi Heris M, Smkhani Akbarinejhad H. Effectiveness of Compassion-based Couple Therapy in Family Functioning and Marital Life Quality of Couples with Spouses Suffering from Breast Cancer. IJBD 2024; 17(3): 16-32. [Persian].
12. 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
13. Kiarasi Z, Emadian S O, Hassanzadeh R. Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Posttraumatic Growth and Death Anxiety in Women With Breast Cancer. MEJDS. 2022; 12: 108-108. [Persian]. DOI: http://jdisabilstud.org/article-1-2520-fa.html
14. Boostanipoor A, Sanaei Zaker B. The Questionnaire of Marital Conflicts: A Confirmatory Factor Analysis (CFA). International Journal of Psychological Studies. 2016; 8(1): 125. [Persian]. DOI:10.5539/ijps.v8n1p125
15. Schaefer M T, Olson D H. Assessing intimacy: The pair inventory. Journal of marital and family therapy. 1981; 7: 47-60. https://doi.org/10.1111/j.1752 0606.1981.tb01351.x
16. Gilbert P. The origins and nature of compassion-focused therapy. Br J Clin Psychol 2014; 53: 6–41. doi: 10.1111/bjc.12043
17. 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

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.61882/ijbd.18.3.8]

مجله علمی
بیماری‌های پستان ایران
۱۴۰۴؛۱۸(۳):۱۳۸-۱۵۳

مقاله‌پژوهشی

اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت بر تعارضات زناشویی و صمیمیت عاطفی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان

نسترن بدری بنام[۱]، هادی اسمخانی اکبری‌نژاد[۲]✉

[۱]کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، مرند، ایران
[۲]گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی‌اکرم(ص)، تبریز، ایران

چکیده

مقدمه: سرطان پستان یکی از شایع‌ترین انواع سرطان در بین زنان است که می‌تواند علاوه بر سلامت جسمانی، بر سلامت روان‌شناختی و رابطه زناشویی زنان و همسران‌شان تأثیر منفی گذاشته و مشکلات جدی به‌وجود بیاورد. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت بر تعارضات زناشویی و صمیمیت عاطفی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان بود.

روش بررسی: روش پژوهش، نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری، با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان شهر تبریز و همسران آن‌ها که در بازه زمانی پنج ماهه از اردیبهشت تا پایان شهریور ۱۴۰۳ به بیمارستان الزهرا تبریز مراجعه کرده بودند تشکیل داد. در مجموع، ۱۶ زوج با با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب، و به‌صورت تصادفی ب به دو گروه مداخله و گواه 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 ۴ ماه پس از مداخله به پرسشنامه‌های ۵۴ سوالی تعارضات زناشویی تجدیدنظرشده بوستانی‌پور و ثنایی ذاکر (۲۰۱۶) و ۳۶ سوالی صمیمیت در روابط شفر و اولسون (۱۹۸۱) پاسخ دادند. تجزیه و تحلیل یافته‌ها از طریق آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-24 انجام گرفت.

یافته‌ها: در پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین گروه‌ها در متغیرهای تعارضات زناشویی و صمیمیت عاطفی وجود نداشت ($p>۰/۰۵$). یافته‌ها نشان داد بعد از اجرای زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت در گروه آزمایش در مقایس با گروه کنترل، تعارضات زناشویی به‌طور معنی‌داری کاهش (میانگین تفاوت = ۸/۲۵) و صمیمیت عاطفی به‌طور معنی‌داری افزایش یافته است (میانگین تفاوت= ۸/۵۰) ($p<۰/۰۰۱$) و در مرحله پیگیری ۴ ماهه، تأثیر زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت بر تعارضات زناشویی و صمیمیت عاطفی زوجین ماندگار بود ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت می‌تواند تعارضات زناشویی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان را کاهش و صمیمیت عاطفی‌شان را افزایش دهد. این نتایج از ادغام زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت در برنامه‌های مراقبت روان‌پزشکی- انکولوژی برای افزایش تاب‌آوری رابطه‌ای و رفاه کلی خانواده در طول فرآیند درمان سرطان پشتیبانی می‌کند.

واژه‌های کلیدی: زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت، تعارضات زناشویی، صمیمیت عاطفی، سرطان پستان

تاریخ ارسال: ۱۴۰۳/۱۱/۱۸
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۰۶

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

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.61882/ijbd.18.3.8]

مقدمه

زنان درگیر مشکلات جسمانی 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، روند بیماری و درمان سرطان پستان سبب بروز اختلالات روانی، عاطفی، خانوادگی، اجتماعی و حتی نقص در عملکرد فرد می‌شود که می‌تواند تأثیرات منفی و مخربی بر روابط زناشویی زوجین بگذارد (۸). یکی از مسائلی که به خاطر تغییر در الگوی زندگی و مشکلات ناشی از بیماری افزایش پیدا می‌کند،تعارضات زناشویی[2] است (۹) که این امر نهایتاً ممکن است کیفیت زندگی زناشویی و صمیمیت عاطفی[3] زوجین را کاهش دهد (۱۰).

تعارض زناشویی به مجموعه‌ای از تعاملات منفی، اختلافات و درگیری‌هایی اطلاق می‌شود که بین زن و شوهر در زمینه‌های مختلف زندگی خانوادگی رخ می‌دهد. این تعارضات می‌تواند شامل اختلافات در روابط زناشویی، سبک‌های فرزندپروری، مسائل مالی و دیگر جنبه‌های زندگی مشترک باشد و به‌عنوان شاخص اصلی همبستگی خانواده و عنصر اصلی در تعیین کیفیت زندگی خانواده درنظر گرفته می‌شود (۱۱). تعارضات زوجین در روابط عاشقانه امری ذاتی است؛ با این حال، زمانی که به‌طور مکرر و شدید اتفاق می‌افتند و به‌طور رضایت‌بخش حل نمی‌شوند، می‌توانند بر کیفیت رابطه زناشویی تأثیر منفی بگذارند (۱۲). تعارضات زناشویی ناشی از ناهماهنگی زن و شوهر در نوع نیازها و روش ارضای آن، خودمحوری، اختلاف در خواسته‌ها، طرح‌های رفتاری و رفتارهای غیرمسئولانه در قبال ارتباط زناشویی و ازدواج است (۱۳) و تأثیرات زیانباری بر سلامتی جسم و روان خانواده داشته و با عواقب متعددی مانند کاهش بازده تحصیلی فرزندان و خشونت فیزیکی ارتباط دارد (۱۴). نتیجه پژوهش نشان می‌دهد که بین تعارضات زناشویی و صمیمیت عاطفی زوجین رابطه وجود دارد (۱۵).

صمیمیت نوعی رابطه است که در آن خودافشایی، درک، اعتماد و نزدیکی عمیق بین دو فرد تجربه می‌شود (۱۶). صمیمیت عاطفی نزدیکی، همسانی و یک رابطه شخصی عاشقانه یا هیجانی با شخص دیگر است که درخور درک عمیق از افکار و احساسات فرد مقابل است که به‌عنوان منبع همسانی و نزدیکی به‌کار می‌رود (۱۷). در زوج‌های ناسازگار به‌دلیل مشکلاتی که در روابط آن‌ها با یکدیگر ایجاد می‌شود، سطح صمیمیت عاطفی به‌شدت کاهش می‌یابد، آن‌ها از ابراز عشق و محبت به یکدیگر امتناع می‌کنند، از نظر احساسی و عاطفی از یکدیگر دور می‌شوند و در سطح عملکردی نیز از رفتارهای صمیمانه نسبت به یکدیگر دست می‌کشند (۱۸).

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 (۱۹). از این‌رو در کنار مداخلات 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 موثری در کنترل یا کاهش نشانگان روان‌شناختی، و یا افزایش توانمندی‌های زناشویی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان دارند (۲۰) که زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت[4] از جمله آن‌هاست. دلیل استفاده از این درمان در پژوهش حاضر این است که شفقت‌درمانی از فنونی مانند شفقت، همدلی و مهربانی با خود و دیگران و مهارت‌هایی مانند توجه شفقت‌آمیز و تصویرسازی خودمهربان استفاده می‌کند که برای سازگاری با شرایط در بیماران مبتلا به سرطان تسکین‌دهنده است (۲۱). 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 (۲۲).

[1] breast cancer
[2] marital conflicts
[3] emotional intimacy
[4] compassion-based couple therapy

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-26]
[DOI: 10.61882/ijbd.18.3.8]

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 داشتنند. 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 (۲۳). 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 (۲۱). مطالعات نشان می‌دهند که این درمان بر کارکرد خانواده و شادکامی زنان مبتلا به سرطان پستان (۲۴)، کارکرد خانواده و کیفیت زندگی زناشویی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان (۲۵)، افسردگی، کیفیت زندگی زناشویی و خوش‌بینی در بیماران قلبی‌عروقی (۲۶)، تصویر بدنی و رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان (۲۷) و رشد پس از سانحه و اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان (۲۸) اثربخش است.

با توجه به مطالب مطرح‌شده فوق‌الذکر در زمینه پیامدهای افزایش تعارضات زناشویی و کاهش صمیمیت عاطفی 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 موثر باشد (۲۲)، انتخاب موثر و مطلوب رویکرد درمانی مهم است. بررسی رویکردهای درمانی و نقاط قوت و ضعف آن‌ها لازم است. به‌همین 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 موج سوم رفتاری است در دسترس است که این امر خلاء پژوهش در این زمینه را روشن می‌کند. عدم پرداخت به تعارضات زناشویی و صمیمیت عاطفی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان سبب تشدید مشکلات ارتباطی و زوجینی آن‌ها می‌شود که 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 در پی پاسخ به این سؤال انجام شد که آیا زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت سبب کاهش تعارضات زناشویی و افزایش صمیمیت عاطفی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان می‌شود و آیا این تأثیر در طول زمان ماندگاراست؟

مواد و روش‌ها

روش پژوهش، نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری، با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش را زنان ۲۵ تا ۴۵ ساله مبتلا به سرطان پستان شهر تبریز که در مرحله ۲ بیماری بودند و همسران آن‌ها که در بازه زمانی پنج ماهه از اردیبهشت تا پایان شهریور ۱۴۰۳ به مرکز آموزشی و درمانی بیمارستان الزهرا تبریز مراجعه کرده بودند تشکیل داد. تعداد آن‌ها ۸۳۴ نفر بود. نمونه‌گیری به‌شیوه در دسترس انجام شد، به‌طوری‌که پس از تصویب کد اخلاق و کسب رضایت‌نامه کتبی آگاهانه، چون پراکندگی نمره تعارضات زناشویی و صمیمیت عاطفی در بین زوجین زیاد و متنوع بود، از این‌رو تصمیم گرفتیم فقط زوجینی وارد مطالعه شوند که نمره تعارضات زناشویی و صمیمیت عاطفی‌شان در یک بازه مشخص قرار دارد؛ تا آن‌ها را از منظر نمره تعارضات زناشویی و صمیمیت عاطفی همتاسازی کنیم. بنابراین پرسشنامه‌های تعارضات زناشویی Sanaei و Barati و صمیمیت در روابط Schaefer و Olson در بین ۲۶۸ زوج (۵۳۶ نفر) که مایل به شرکت در پژوهش حاضر بودند اجرا شد و از بین ۲۳۲ زوج (۴۶۴ نفر) که در این پرسشنامه‌ها به‌ترتیب یک انحراف معیار بالاتر و 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 تعارضات زناشویی مبتنی بر یک مطالعه مقدماتی که بر روی ۱۰ نفر اجرا شد (۲۹)، در پژوهش حاضر برابر با ۳/۸۳ به‌دست آمد که میانگین آن ۱۵۶/۷۷ 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. همچنین از دلایل انتخاب تعداد ۱۶ نفر برای هر گروه، حفظ پویایی گروه بود. ملاک‌های ورود به مطالعه ۱)

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.61882/ijbd.18.3.8]

محدوده سنی بیمار بین ۲۵ تا ۴۵ سال (دوره جوانی)، ۲) حداقل میزان تحصیلات (سیکل)، ۳) زوج بودن شرکت‌کنندگان (حتماً باید زن و مرد تواماً در تحقیق مشارکت داشتند)، ۴) تشخیص قطعی سرطان پستان در استیج ۲ برای زوجه بر اساس مطالعات پیشین (۲۹) و ۵) اتمام درمان‌های مرسوم (جراحی، شیمی‌درمانی، رادیوتراپی و هورمون‌درمانی)؛ 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 (به‌شیوه بلوک‌سازی)، کلیه افراد گروه‌ها از نظر 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 چهار ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون)، و چهار ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر دو گروه با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند. طول مدت زمان پیگیری بر اساس پژوهش‌های پیشین در نظر گرفته شد (۲۹). 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.1403.779) مورد تصویب قرار گرفته است. متغیر مستقل زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت، و متغیرهای وابسته تعارضات زناشویی و صمیمیت عاطفی بودند. برنامه زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت در پاییز ۱۴۰۳ اجرا شد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه تعارضات زناشویی-فرم تجدیدنظرشده Boostanipoor و Zaker Sanaei: این پرسشنامه دارای ۵۴ عبارت است که برای سنجش تعارض‌های زن و شوهر ساخته شده است. این پرسشنامه ۸ بعد از تعارضات زناشویی را می‌سنجد که شامل کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش حمایت فرزند، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه فردی با خویشاوندان همسر و دوستان، جداکردن امور مالی از یکدیگر، و کاهش ارتباط موثر می‌باشد. نمره‌گذاری این پرسشنامه به‌صورت لیکرت ۵ درجه‌ای (۱ هرگز تا ۵ همیشه) انجام می‌شود. حداکثر نمره کل پرسشنامه ۲۷۰ و حداقل آن ۵۴ است که نمره بالاتر نشان‌دهنده تعارضات زناشویی بیش‌تر است (۳۰). پژوهشگران روایی محتوایی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کردند (۳۰، ۳۱، ۳۲). Boostanipoor و Zaker Sanaei پایایی کل پرسشنامه مذکور را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶ گزارش کردند (۳۰). Muqtadar و Hallaj پایایی کل این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ گزارش کردند (۳۱). Sadati و همکاران پایایی کل پرسشنامه تعارضات زناشویی-فرم تجدیدنظرشده را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش کردند (۳۲). در پژوهش حاضر، پایایی کل این مقیاس توسط ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به‌دست آمد.

پرسشنامه صمیمیت در روابط Schaefer و Olson: این پرسشنامه یک ابزار ۳۶ گویه‌ای است و صمیمیت را در شش بعد عاطفی، اجتماعی، جنسی، عقلانی، تفریحی، و عرفی در اندازه‌های ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (هیچ وقت) تا ۵ (همیشه) اندازه‌گیری می‌کند. حداکثر نمره کل پرسشنامه ۱۸۰ و حداقل آن ۳۶ است که نمره بالاتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده صمیمت بیش‌تر است. Schaefer و Olson روایی محتوایی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کردند (۳۳). در پژوهش Schaefer و Olson پایایی کل پرسشنامه مذکور را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ گزارش کردند (۳۳). Khojastemehr و همکاران پایایی کل پرسشنامه تعارضات زناشویی-فرم تجدیدنظرشده را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش کردند (۳۴). در پژوهش حاضر، پایایی کل این مقیاس توسط ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به‌دست آمد.

پروتکل زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت: جلسات درمانی توسط یک مشاور با درجه دکتری تخصصی مشاوره و یک روان‌شناس بالینی با مدرک کارشناسی ارشد در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز برگزار شد. پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه مداخله که شامل ۸ زوج (۱۶ نفر) بودند، 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 شفقت‌درمانی

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.61882/ijbd.18.3.8]

Gilbert بود (۳۵) دریافت کردند (جدول ۱). اعضای گروه گواه هیچ درمانی را دریافت نکردند.

تجزیه و تحلیل 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 به دلیل وجود مرحله پیگیری، 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 تجزیه و تحلیل داده‌های مطالعه با نرم‌افزار SPSS-24 انجام شد.

Table 1: Content and protocol of compassion-focused couples therapy sessions (35)

جدول ۱: محتوای جلسات و پروتکل زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت (۳۵)

Session	Goal	Content
First	Establishing communication and introducing compassion-focused couples therapy	Establishing therapeutic communication and getting to know each other, defining stress and psychological vulnerability caused by breast cancer and its effects on individuals, and introducing compassion-focused couples therapy
Second	Empathy training	Teaching the importance of an empathetic approach to life and practicing empathy skills
Third	Empathy training	Developing more and more diverse feelings about the issues and problems of others to help them
Fourth	Teaching forgiveness	Accepting mistakes and forgiving yourself for making mistakes to accelerate change
Fifth	Learning to accept problems	Accepting upcoming changes and enduring difficult and challenging situations, given the variability of life and the various challenges people face in life.
Sixth	Teaching the development of valuable and transcendent emotions	Creating valuable and sublime feelings and promoting them to have a proper, effective and efficient approach in life
Seventh	Responsibility training	Teaching responsibility to create new and effective feelings and perspectives within yourself
Eighth	Skills practice, summarizing and thanking	Practicing skills from previous sessions to deal with different and changing life situations in different ways, summarizing and thanking and appreciating the active participation of members in the sessions.

یافته‌ها

اطلاعات مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران و همسران‌شان در جدول ۲ ارائه شده است. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان زن گروه مداخله ۴/۴۰±۳۶/۷۵، شرکت‌کنندگان مرد گروه مداخله ۴/۲۰±۴۰/۳۸، شرکت‌کنندگان زن گروه گواه ۴/۰۳±۳۶/۳۸ و شرکت‌کنندگان مرد گروه گواه ۳/۷۵±۳۹/۸۷ سال بود. همچنین، مدت زمان گذشت از ازدواج زوجین گروه مداخله ۱/۳۰±۱۰/۰۰ و زوجین گروه گواه ۱/۶۶±۹/۸۷ سال بود. مدت زمان تشخیص بیماری زنان گروه مداخله ۰/۸۸±۱۲/۲۵ و زنان گروه گواه ۱/۴۵±۱۲/۱۲ ماه بود. سطوح معناداری به‌دست‌آمده در جدول ۲ نشان دادند که بین اعضای دو گروه از نظر سن، مدت زمان گذشت از ازدواج، مدت زمان تشخیص بیماری، سطح تحصیلات و شغل تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (P>۰/۰۵).

Table 2: Demographic characteristics of participants (number in each group: 8 couples (16 people))

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

Variable		Intervention group	Control group	Probability value
Age (years)	Woman	36/4±75/40	36/4±38/03	0/867 ●
	Man	40/4±38/20	39/3±87/75	0/912 ●
Length of time since marriage (years)	-	10/1±00/30	9/1±75/66	0/670 ●
Time since diagnosis (months)	-	12/0±25/88	12/1±12/45	0/879 ●
Education level	Diploma to Postgraduate Diploma Bachelor's Degree Master's Degree and above	2(12/5%) 8(50/0%) 6(37/5%)	3(18/8%) 9(56/3%) 4(25/0%)	0/345 ●●

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.61882/ijbd.18.3.8]

Variable		Intervention group	Control group	Probability value
Job	Free	11(56/2%)	12(75/0%)	0/842 ●●
	Householder	5(43/8%)	4(25/0%)	

Test type: • Independent t, •• Chi-square *Significant difference p>0.05

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 تعارضات زناشویی (F=۲/۲۴۳) و صمیمیت عاطفی (F=۲/۰۳۲) به‌ترتیب در سطح (۰/۰۹۹) و (۰/۰۸۸) 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 (۰/۶۵۰) متغیر تعارضات زناشویی در سطح خطای داده‌شده (۰/۵۱۳) و مقدار کرویت موخلی (۰/۶۰۰) متغیر صمیمیت عاطفی در سطح خطای داده‌شده (۰/۴۴۱) معنی‌دار نیست، می‌توان کرویت ماتریس واریانس- کوواریانس 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 عدم‌معنی‌داری 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 تعارضات زناشویی و صمیمیت عاطفی در گروه مداخله و گواه، قبل، بعد و چهار ماه پس از درمان هم در زنان و هم در همسران‌شان آورده شده است.

Table 3: Mean and standard deviation of research variables in pretest, posttest, and follow-up

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

Variable	Group	Gender	Pre-test	Post-test	Follow-up
			mean ± Standard deviation	mean ± Standard deviation	mean ± Standard deviation
Marital conflicts	Intervention	Women	155/3±25/34	147/3±00/94	147/3±12/80
		Men	158/3±25/27	149/3±63/19	149/3±38/70
	Control	Women	157/3±38/19	157/3±75/19	157/3±50/01
		Men	158/3±88/99	158/3±75/79	158/3±25/90
Emotional intimacy	Intervention	Women	75/3±00/23	84/3±00/27	84/3±00/45
		Men	75/3±62/65	83/3±63/50	83/3±38/63
	Control	Women	73/3±33/63	74/3±00/93	74/3±22/07
		Men	74/3±11/31	73/3±89/54	73/3±67/26

در جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای تعارضات زناشویی و صمیمیت عاطفی هم برای زنان و هم همسران‌شان ارائه شده است. همان‌گونه که نتایج نشان می‌دهد زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت منجر به بهبود معنادار تعارضات زناشویی و صمیمیت عاطفی 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 آزمایش منجر به بهبود معناداری هم در تعارضات زناشویی و هم صمیمیت عاطفی زنان و همسران‌شان شده است. همچنین بررسی مقایسه پیامدها در طول زمان در گروه گواه نشان داد که بین نمرات زنان و همسران‌شان در تعارضات زناشویی و صمیمیت عاطفی 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 از نظر نمرات تعارضات زناشویی و صمیمیت عاطفی 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 تعارضات زناشویی و صمیمیت عاطفی بین پیش‌آزمون نسبت به پس‌آزمون و پیش‌آزمون نسبت به پیگیری تفاوت معناداری هم در زنان و هم

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.61882/ijbd.18.3.8]

همسران‌شان وجود داشت (p<۰/۰۵). همچنین اندازه اثر در متغیر تعارضات زناشویی نشان می‌دهد که ۰/۳۹ از تغییرات زنان و ۰/۴۳ از تغییرات مردان در این متغیر مربوط به زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت بود. اندازه اثر در متغیر صمیمیت زناشویی نیز نشان می‌دهد ۰/۳۵ از تغییرات زنان و ۰/۴۱ از تغییرات مردان در این متغیر مربوط به زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت بود. 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 تعارضات زناشویی و صمیمیت عاطفی به‌ترتیب کاهش و افزایش یافته است و پس از پایان مداخله این کاهش و افزایش ثابت مانده و از نظر آماری تغییری نکرده است.

Table 4: Repeated measures analysis of marital conflict and emotional intimacy scores at posttest and follow-up between groups

جدول ۴: تحلیل اندازه‌گیری مکرر نمره نمرات تعارضات زناشویی و صمیمیت عاطفی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌ها

Variable	Source	Sum of squares	df	MS	F	Eta value	P-value
Marital Conflicts Women	Within-group effect	190/125	2	95/063	118/300	0/69	0/001
	Group effect	720/750	1	720/750	2/621	0/15	0/039
	Between-group effect	1133445/333	1	1133445/333	4/122	0/79	0/001
Marital Conflicts Men	Within-group effect	211/167	2	105/583	268/758	0/75	0/001
	Group effect	513/521	1	513/521	2/050	0/12	0/043
	Between-group effect	1163452/688	1	1163452/688	4/646	0/79	0/001
Emotional intimacy Women	Within-group effect	228/292	2	114/146	316/967	0/75	0/001
	Group effect	705/333	1	705/333	6/360	0/016	0/035
	Between-group effect	285825/333	1	285825/333	2/577	0/79	0/001
Emotional intimacy men	Within-group effect	189/875	2	94/938	60/529	0/61	0/001
	Group effect	609/188	1	609/188	3/610	0/14	0/041
	Between-group effect	286906/688	1	286906/688	1/700	0/79	0/001

Table 5: Bonferroni post hoc test results

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی

Variable	Steps		Average difference	P-value
Marital Conflicts	Pre-test	Post-test	4/15	0/001
		Follow-up	4/12	0/001
	Post-test	Pre-test	-4/15	0/001
		Follow-up	-0/31	0/813
	Follow-up	Pre-test	-4/12	0/001
		Post-test	0/31	0/813
Emotional intimacy	Pre-test	Post-test	-4/03	0/001
		Follow-up	-4/00	0/001
	Post-test	Pre-test	4/03	0/001
		Follow-up	0/03	0/831
	Follow-up	Pre-test	4/00	0/001
		Post-test	-0/03	0/831

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 از نظر 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).

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.61882/ijbd.18.3.8]

بحث

در این پژوهش که به تعیین اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت بر تعارضات زناشویی و صمیمیت عاطفی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان پرداخته شد، نتایج نشان داد که زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت بر تعارضات زناشویی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان تأثیر دارد و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز ماندگار است. تقریباً هم‌راستا با نتایج مطالعه حاضر، Anoushirani و همکاران (۲۴) نشان دادند که زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت بر 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 (۳۶) و با توجه به این‌که درمان متمرکز بر شفقت ماهیتاً در ابتدا برای حل مشکلات شرم و عدم مهربانی با خود تدوین شده است (۳۶) توانسته با اثرگذاری غیرمستقیم خود بر شرم، تعارضات زناشویی 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 سینه پرداختند (۳۷) 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 تأکیدشده 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 مانند اعضای خانواده و خویشاوندان، دوستان و گروه‌های اجتماعی در افراد می‌شود. این موضوع در سایر مطالعات نیز تأکید شده است (۳۷). اثرگذاری این درمان بر بهبود ارتباطات و تعارضات خانوادگی بیماران می‌تواند از مسیر اثرگذاری بر گسترش و غنی‌سازی روابط اجتماعی بیماران و همسران‌شان باشد. از سوی دیگر، تفسیر مجدد رویدادها باتوجه به شرایط اصلاح‌شده، شادکامی و سرزندگی را افزایش می‌دهد که به نوبه خود باعث کاهش تعارضات زناشویی در زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان در طی دریافت زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت می‌شود (۲۴).

همچنین به‌کارگیری مداخلات ذهن‌آگاهانه و تمرینات آرام‌بخشی، از دیگر حوزه‌های تأکیدشده در این درمان بود. اثرگذاری این فنون بر متغیرهای پژوهش در تحقیقات گذشته مشخص شده است (۲۳، ۲۴). به‌نظر می‌رسد فنون و اصول درمان مبتنی بر شفقت با افزایش همدلی و احساس خودبخشودگی بر روند پذیرش بیماری اثرگذار است (۲۱)؛ از این‌رو دور از انتظار نیست که با افزایش همدلی و احساس خودبخشودگی زوجین نسبت خود و یکدیگر، تعارضات زناشویی آن‌ها کاهش 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 (۳۸). 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 (۳۹) که با توجه به استفاده این دو پژوهش از دو پروتکل مشترک این امر سبب بهبود تعارضات زناشویی 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 صمیمیت عاطفی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان تأثیر دارد و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز ماندگار است. تقریباً هم‌راستا با نتایج مطالعه حاضر، Sarbazi و همکاران (۲۵) به این نتیجه رسیدند که زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی زناشویی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان تأثیر دارد. همچنین همسو با نتیجه پژوهش حاضر، Khalatbari و همکاران (۲۷) نشان دادند که زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت بر رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان اثربخش است.

نتیجه به‌دست آمده را می‌توان این‌طور تبیین کرد که شفقت به خود، مولفه شناختی نیرومندی دارد که از نگرش‌های فرد به خود و دیگران تأثیر می‌پذیرد و نیازمند آگاهی هشیارانه از هیجان‌های خود می‌باشد (۲۲). 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 (۴۰).

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.61882/ijbd.18.3.8]

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 (۲۱)؛ از این‌رو دور از انتظار نیست که با افزایش شناخت و درک متقابل زوجین نسبت به یکدیگر، صمیمیت عاطفی 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 کوچک‌بودن حجم نمونه بود که به‌دلیل عدم تمایل مردها برای شرکت در جلسات گروه اتفاق افتاد که می‌تواند محدودیت تعمیم‌پذیری نتایج را به دنبال داشته باشد 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 کاهش تعارضات زناشویی، بهبود روابط بین زوجین و افزایش صمیمیت عاطفی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان استفاده کنند تا از این طریق هم به بهبود روند درمان بیماری و هم به افزایش رضایت زناشویی این زوجین کمک 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، تعارضات زناشویی و صمیمیت عاطفی آن‌ها به میزان قابل توجهی نسبت به گروه کنترل بهبود یافت. لذا این نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند گامی مهم در جهت بهبود سلامت روان افراد دارای همسر مبتلا به سرطان پستان باشد و راه را برای پژوهش‌های آینده در این زمینه هموار کند. همچنین می‌تواند چارچوبی به زوج‌درمانگران و متخصصین حوزه سلامت که در ارتباط با این بیماران هستند جهت برنامه‌ریزی مداخلات آموزشی به‌منظور بهبود تعارضات زناشویی و صمیمیت عاطفی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان ارائه بدهد.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

سهم نویسندگان

امور مربوط به گردآوری داده‌ها و نگارش و تجزیه و تحلیل 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 دو 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(1):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): 410-419. 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

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.61882/ijbd.18.3.8]

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):24-27. [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): 763-768. 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. Alinejad Mofrad S, Nasiri A, Mahmoudirad G, Homaei Shandiz F. Challenges in the Marital Life of Women with Gynecological Cancers: A Qualitative Study. Mod Care J. 2021;18(2):e115558. https://doi.org/10.5812/modernc.115558.
10. Proctor CJ, Reiman AJ, Brunelle C, Best LA. Intimacy and sexual functioning after cancer: The intersection with psychological flexibility. PLOS Ment Health. 2024; 1(1): e0000001.https://doi.org/10.1371/journal.pmen.0000001.
11. Khurshid S, Peng Y, Wang Z. Respiratory sinus arrhythmia acts as a moderator of the relationship between parental marital conflict and adolescents' internalizing problems. Frontiers in Neuroscience. 2019; 13: 500. https://doi.org/10.3389/fnins.2019.00500
12. Neumann A, Wagner A , Remor E. Couple relationship education program "Living as Partners": evaluation of effects on marital quality and conflict. Psicologia: Reflexao e Critica 2018; 31(26). DOI:10.1186/s41155-018-0106-z
13. Pines AM, Nunes R. The relationship between career and couple burnout: Implications for career and couple counseling. J Employ Couns. 2011; 40(2): 50-64. doi:10.1002/j.2161-1920.2003.tb00856.x
14. Ajeli Lahiji L, Besharat MA. Prediction of family function and life quality based on the attachment styles of couples. Journal of Family Pathology, Counseling and Enrichment. 2018; 3(2): 119-38. [Persian].
15. Mahmoudpour A, Dehghanpour S, Yoosefi N, Ejade S. Predicting Women's Marital Intimacy Based on Mindfulness, Conflict Resolution Patterns, Perceived Social Support, and Social Well-being. SPR. 2020; 10(39): 83-102. [Persian]. https://doi.org/10.22034/spr.2020.228592.1463
16. Pouragha F, Sotoodeh Navroodi O. Comparison of Differentiation of Self, Couple Burnout, and Emotional Intimacy in Divorce-seeking and Normal Couples. Journal of Modern Psychology. 2023; 3(3): 18-28. [Persian]. https://doi.org/10.22034/jmp.2023.420006.1076
17. Goldberg H. Relationship insights for men and the women in their lives. Handbook of Overcoming Fears of Intimacy and Commitment (3th ed). New York: Grove Press, 2016: 66.
18. Mokhles H, Fattahi Andbil A, Shafiabady A. The Effectiveness "Solution –Focused Brief Therapy" on Marital Intimacy and Contingencies of Self-Worth in Divorce Applicant Couples. JHPM. 2021; 10(2): 110-122. [Persian]. http://jhpm.ir/article-1-1289-en.html
19. 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.
20. 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.
21. 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
22. 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
23. 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;

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.61882/ijbd.18.3.8]

326:168-192. DOI: 10.1016/j.jad.2023.01.010
24. 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. [Persian].
25. Sarbazi F, GHavvasi Heris M, Smkhani Akbarinejhad H. Effectiveness of Compassion-based Couple Therapy in Family Functioning and Marital Life Quality of Couples with Spouses Suffering from Breast Cancer. IJBD. 2024; 17(3): 16-32. [Persian].
26. 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].
27. 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
28. Kiarasi Z, Emadian S O, Hassanzadeh R. Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Posttraumatic Growth and Death Anxiety in Women With Breast Cancer. MEJDS. 2022; 12: 108-108. [Persian].
29. Sarbazi F, GHavvasi Heris M, Smkhani Akbarinejhad H. Effectiveness of Compassion-based Couple Therapy in Family Functioning and Marital Life Quality of Couples with Spouses Suffering from Breast Cancer. Ijbd. 2024; 17 (3) :16-32. [Persian].
30. Boostanipoor A, Sanaei Zaker B. The Questionnaire of Marital Conflicts: A Confirmatory Factor Analysis (CFA). International Journal of Psychological Studies. 2016; 8(1): 125. [Persian]. DOI:10.5539/ijps.v8n1p125
31. Muqtadar L, Hallaj L. Comparison of early maladaptive schemas, emotional malaise and happiness in women with and without marital conflicts. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2018; 7(2): 145-138. [Persian].
32. Sadati A, Mehrabizadeh Honarmand M, Sudani M. The causal relationship between differentiation, neuroticism and forgiveness with marital boredom mediated by marital conflict. Journal of Family Psychology. 2014; 1(2):68-55. [Persian].
33. Schaefer M T, Olson D H. Assessing intimacy: The pair inventory. Journal of marital and family therapy. 1981; 7: 47-60. https://doi.org/10.1111/j.1752 0606.1981.tb01351.x
34. Khojastemehr R, Ahmadi A, Sodani M, Shiralinia Kh. Effectiveness of brief integrative couples counseling on emotional intimacy and marital quality of couples. Contemporary Psychology. 2016; 10(2):29-40. [Persian].
35. 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): 42-49. [Persian].
36. Gilbert P. Introducing compassion–focused therapy. Advances in Psychiatric Treatment. 2009; 15(3): 199-208. DOI: https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264
37. 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
38. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. Br J Clin Psychol. 2014; 53: 6–41. DOI: 10.1111/bjc.12043
39. 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.
40. 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 2026-11-26]

[DOI: 10.61882/ijbd.18.3.8]