Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2022, Volume 20, Issue 2

Effectiveness of Compassion Focused Therapy on Marital Conflicts in Women Applying for Divorce in Isfahan City Consulting Centers

Razieh Rajaei[1], **Hamid Taher Neshat Doost**[2], **Hassan Aghaee Khajelangi**[3]

1. M.A Clinical Psychology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
2. Professor, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.
3. (Corresponding author)* M.A Clinical Psychology, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

Abstract

Aim and Background: Considering importance of marriage and growing statistics of divorce, methods to decrease marital conflicts and increase marital satisfaction hold great importance. Purpose of this study is to assess the usage of compassion focused therapy on marital conflict in women applying for divorce.

Methods and Materials: Method used in this study is semi-experimental with pre-test, post-test and control group. Statistical population constitutes women with marital conflicts, applying for divorce that came to Isfahan city consulting centers in year 2020. This study sample constitutes of 30 women that were chosen with convenience sampling method then put randomly in two groups, 15 women in experiment group and 15 women in control group. All participants filled marital conflict questionnaire Sanaei (MCQ) in pre-test, then experiment group went through 12 sessions (each 90 minutes) of compassion focused therapy package (Gilbert, 2014). Meanwhile control group did not face any intervention. In the end both groups were evaluated again. Data of the study were analyzed with single variant covariance analyze test.

Findings: Analyzing data show that, compassion focused therapy is significantly effective in decreasing marital conflicts and its sub-scales (reduction in cooperation and sexual relationship, increasing emotional reactions, increase in attracting children support, increasing personal relationship with relatives and separating financial matters from others) in experiment group ($p<0.05$).

Conclusions: Considering results of this study it can be said that compassion focused therapy can be effective in decreasing marital conflicts in women applying for divorce, therefore it can be used as a method to decrease divorce.

Keywords: Compassion focused therapy, Marital conflicts, Divorce.

Citation: Rajaei R, Neshat Doost H.T, Aghaee Khajelangi H. **Effectiveness of Compassion Focused Therapy on Marital Conflicts in Women Applying for Divorce in Isfahan City Consulting Centers**. Res Behav Sci 2022; 20(2): 255-266.

* **Hassan Aghaee Khajelangi,**
Email: h.aghaee69@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.2.6.2]

[DOI: 10.52547/rbs.20.2.255]

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تعارضات زناشویی زنان متقاضی طلاق مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان

راضیه رجائی[1]، حمید طاهر نشاط دوست[2]، حسن آقائی خواجه لنگی[3]

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۲- استاد، گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۳- (نویسنده مسئول)* کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به اهمیت ازدواج و آمارهای رو به رشد طلاق به‌کارگیری روش‌هایی در جهت کاهش تعارضات زناشویی و افزایش رضایت زناشویی از اهمیت بالایی برخوردار است. ازاین‌رو پژوهش حاضر باهدف به‌کارگیری درمان متمرکز بر شفقت بر تعارض زناشویی زنان متقاضی طلاق، انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری شامل زنان دچار تعارض زناشویی متقاضی طلاق مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ بودند. حجم نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۰ نفر که ۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه به‌طور روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به شیوه تصادفی در گروه‌ها گمارده شدند. کلیه مراجعه‌کنندگان در مرحله پیش‌آزمون پرسشنامه تعارضات زناشویی ثنایی (۱۳۷۹)، تکمیل کردند سپس گروه آزمایشی به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش بسته درمانی مبتنی بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۱۴)، قرار گرفتند، درحالی‌که بر روی گروه گواه مداخله‌ای صورت نگرفت. در پایان پژوهش هر دو گروه مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های پژوهش از طریق آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر تعارض زناشویی و زیر مقیاس‌های آن (کاهش همکاری، رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزندان، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود و جدا کردن امور مالی از یکدیگر) را در گروه آزمایش به‌طور معنی‌داری کاهش داده است ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش می‌توان بیان داشت که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند بر کاهش تعارض زناشویی زنان متقاضی طلاق مؤثر باشد و ازاین‌رو می‌تواند به‌عنوان روشی در جهت کاهش طلاق بکار گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر شفقت، تعارض زناشویی، طلاق

ارجاع: راضیه رجائی، حمید طاهر نشاط دوست، حسن آقائی خواجه لنگی. **اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تعارضات زناشویی زنان متقاضی طلاق مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۱؛ ۲۰(۲): ۲۶۶-۲۵۵.

*- **حسن آقائی خواجه لنگی،**

رایانامه: h.aghaee69@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.2.6.2]

[DOI: 10.52547/rbs.20.2.255]

مقدمه

ازدواج به‌عنوان عاملی مفید و ساختار دهنده به جوامع و در جهت برآوری نیازهای شخصی افراد گسترش‌یافته است. دراین‌بین ازدواج در کنار منافع مالی و اجتماعی آن، سهم بسزایی در تأمین دل‌بستگی و امنیت و افزایش سلامت جسمانی و روانی افراد دارد (۱, ۲). در حقیقت، درحالی‌که صرف ازدواج، خطر مرگ‌ومیر را کاهش می‌دهد، انحلال رابطه با خطرات قابل‌توجه سلامتی همراه است (۳, ۴). با این وجود، حفظ یک ازدواج موفق بسیار مشکل است. به‌طور متوسط رضایت زناشویی باگذشت زمان کاهش می‌یابد و میزان طلاق در بسیاری از کشورهای صنعتی بین ۳۰ تا ۵۰ درصد است و چهل درصد ارجاعات مرکز بهداشت روان به دلیل تعارضات زناشویی صورت می‌گیرد (۵–۷). امروزه دستیابی به جنبه‌های چندگانه درزمینه روابط رمانتیک زوجی و حفظ روابط سالم و پایا برای خانواده‌ها به چالشی مهم برای تحقیقات تبدیل شده است (۸, ۹). یکی از دلایل این مسئله عواملی می‌باشد که رضایت زناشویی را تحت تأثیر قرار می‌دهند احتمالاً پیچیده‌اند؛ همچنین متغیرهایی که هر فرد با خود به ازدواج می‌آورد و اینکه چگونه آن‌ها تعامل می‌کنند و چگونه هر یک از آن‌ها بر رضایت در درون رابطه دارند، اثر می‌گذارد (۱۰). تعارض زناشویی فرایندی تعاملی است که در آن یکی یا هر دو همسر در مورد جنبه‌هایی از رابطه‌شان احساس ناراحتی می‌کنند و می‌کوشند به طریقی آن را حل کنند. به‌علاوه تعارض در روابط وقتی بروز می‌کند که رفتار یک شخص با توقعات شخص دیگر همسو نباشد. 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 (۱۱). گاهی این تعارضات شدید و لاینحل به نظر می‌رسد اما آنچه به نظر می‌رسد از اهمیت بالایی برخوردار می‌باشد این است که رابطه تعارضات زناشویی و افسردگی نه صرفاً به دلیل خود این تعارضات بلکه به دلیل نحوه برخورد با این تعارضات تبیین می‌شود (۱۲). تحقیقات قبلی بر روی تأثیر تعاملات منفی متقابل بر رضایت زناشویی متمرکز بوده است و دریافته‌اند که الگوهای تعامل منفی، مانند دفاعی بودن، متوقع، لجبازی یا کناره‌گیری از مکالمه، با عدم رضایت زناشویی و بدتر شدن رضایت از زندگی زناشویی در طول زمان در ارتباط است (۱۳). درعین‌حال رضایت زناشویی به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم با پایدار بودن واحد خانواده و کیفیت بهتر زندگی رابطه دارد (۱۴).

بنابراین جهت افزایش رضایت از زندگی و کاهش تعارضات زناشویی و آسیب‌های ناشی از آن انجام مداخلات روان‌شناختی لازم و ضروری می‌باشد. یکی از رویکردهای مورداستفاده در این راستا می‌تواند درمان مبتنی بر شفقت باشد این رویکرد بیشتر بر پایه کاهش نشانه‌های منفی و کاهش درد، رنج، نگرانی و افسردگی در کنار سایر درمان‌های موج سوم روان‌شناختی ایجادشده است (۱۵). اثربخشی این رویکرد درمانی در اختلالات روان‌پزشکی و علائم روان‌شناختی همبود با بیماری‌های جسمی مزمن تأیید شده است (۱۶). بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته در حیطه درمان مبتنی بر شفقت و درمان‌های مکمل که بر پایه شفقت به خود است می‌توان از ساختارمند بودن این درمان استفاده نمود (۱۶, ۱۷). گیلبرت در سال (۲۰۰۵) در جلسات درمانی خود از سازه درمان مبتنی بر شفقت استفاده نمود و این درمان که می‌تواند به‌عنوان درمان اصلی و حتی درمانی مکمل باشد را پایه‌ریزی نمود و درنهایت نظریه درمان مبتنی بر شفقت را مطرح کرد (۱۵). درمان مبتنی بر شفقت، شیوه‌ای جهت یاری به افراد جهت گذر از شرایط درماندگی پذیرفته‌شده و تغییر آن به رابطه محبت‌آمیز با خود و دیگران است (۱۶). خود شفقت ورزی باعث می‌شود که کیفیت مواجهه با رنج و رفتارهای خود آسیبی کاهش‌یافته و از طرفی احساس کمک کردن به خود در جهت رفع مشکلات افزایش می‌یابد (۱۸). سیر تاریخی این مدل درمانی در ناکامی درمان‌های روان‌شناختی موج دوم در بهبود علائم هیجانی منفی در بیماران روان‌شناختی پدیدار شد. این علائم منفی از بیماران دارای افسردگی تا بیماران سرطانی قابل کدگذاری است (۱۵). اصول پایه در درمان مبتنی بر شفقت به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت ذهن همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود (۱۹, ۲۰). طبق پژوهش‌های صورت گرفته عامل کلیدی و تأثیر گذار در اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت استفاده از سازه‌های هشیار کننده نسبت به اختلال است به‌عبارت‌دیگر درمان مبتنی بر شفقت نوعی راهبرد هیجان محور می‌باشد چراکه بیمار را نسبت به هیجان خودآگاه می‌کند حال این هیجان مثبت باشد و یا منفی فرد را به سمت اجتناب از احساس دردناک و ناراحت‌کننده و نزدیکی و مهربانی سوق می‌دهد و فرد را آماده برای پذیرش مشتاقانه نسبت به احساسات منفی خود می‌نماید که این پذیرش

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.2.6.2]
[DOI: 10.52547/rbs.20.2.255]

احساسات منفی در بیماران سرطانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار کرده است (۱۵, ۲۱).

بنابراین با توجه اهمیت توجه به تعارضات زناشویی و لزوم انجام مداخلات روان‌شناختی جهت حل این تعارضات و کاهش آسیب‌های آن مخصوصاً گسست زندگی و طلاق دارای اولویت می‌باشد. ازاین‌رو پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این پرسش است که آیا درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند منجر به کاهش تعارضات زناشویی زنان متقاضی طلاق شود؟

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر از طرح‌های شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه پژوهش حاضر زنان متقاضی طلاق مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ بود. بدین منظور جهت نمونه‌گیری در تعدادی از مراکز مشاوره اطلاعیه شرکت در پژوهش نصب گردید و از بین زنان متقاضی طلاق و با توجه به ملاک‌های ورود به مطالعه تعداد ۳۰ نفر به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و نهایتاً به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل گمارده شدند.

ملاک‌های ورود: ۱-زنان دارای تعارض زناشویی که جهت مشاوره زناشویی به مراکز مشاوره خانواده مراجعه کرده باشند، ۲- تمایل و رغبت به شرکت در آزمایش، ۳- عدم ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی و ملاک‌های خروج از تحقیق شامل: ۱- غیبت بیش از ۲ جلسه از آموزش‌ها، ۲- عدم تمایل به شرکت در جلسات آموزش، ۳-پرخاشگری به اعضای گروه

پس از انجام نمونه‌گیری و اخذ رضایت‌نامه کتبی حضور در تحقیق، در جلسه پیش‌آزمون، شرکت‌کنندگان به سؤالات پرسشنامه تعارضات زناشویی پاسخ دادند پس‌ازآن افراد به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار داده شدند. گروه آزمایش به‌صورت هفتگی جلسات درمان مبتنی بر شفقت را دریافت کرد ولی افراد گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس‌ازآن همه شرکت‌کنندگان در جلسه پس‌آزمون موردبررسی مجدد قرار گرفتند و به سؤالات پرسشنامه پژوهش پاسخ دادند. در این پژوهش از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل کوواریانس تک متغیره) و جهت محاسبات آماری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد. ابزار پژوهش در ذیل مطرح شده‌اند.

پرسشنامه تعارضات زناشویی (MCQ): یک ابزار ۴۲ سؤالی است. سؤال‌های این پرسشنامه و خرده مقیاس‌های آن به‌منظور سنجیدن تعارضات زن و شوهر توسط ثنایی (۱۳۷۹) ساخته شده است. پرسشنامه یادشده هفت بعد از تعارضات زناشویی را می‌سنجد که عبارت‌اند از کاهش همکاری، رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزندان، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی همسر و دوستان و جدا کردن امور مالی از یکدیگر. حداکثر نمره کل پرسشنامه ۲۱۰ و حداقل آن ۴۲ می‌باشد. گزینه‌ها به‌صورت لیکرت «همیشه، اکثراً، گاهی، به‌ندرت، هرگز» بیان می‌شوند. در این پرسشنامه نمره بیشتر به معنی تعارض بیشتر است. ضریب آلفای کرون باخ برای کل مقیاس ۰/۷۱ و برای هفت خرده مقیاس آن از ۰/۶۰(کاهش رابطه جنسی) تا ۰/۸۱ (کاهش رابطه با خانواده همسر) متغیر بوده است. روایی پیش‌بینی آن برای پیش‌بینی بیمارهای روان‌تنی تأییدشده ازجمله پیش‌بینی سردرد میگرن که معادل (p= ۰/۰۱ و ۰/۲۸) به دست آمد (۲۲, ۲۳). آلفای کرون باخ در پژوهش حاضر جهت بررسی پایایی پرسشنامه ۰/۷۵ محاسبه شد.

جلسات آموزش درمان مبتنی بر شفقت گیلبرت (۱۹).

جلسه اول: بیان هدف تشکیل گروه و اهمیت مسئله، تعریف نقش عوامل روان‌شناختی مثبت در کاهش تعارضات زناشویی، معرفی درمان مبتنی بر شفقت درمانی و رویکردهای جدید روان‌شناسی در درمان تعارضات زناشویی، تعیین رئوس و ساختار کلی جلسات، آشنایی با شفقت و شفقت به خود.

جلسه دوم: نقش کیفیت زندگی در بهزیستی ذهنی، شادکامی و سلامت روان، تعریف امیدواری بر اساس مدل درمان مبتنی بر شفقت درمانی، ارائه تکنیک‌ها و راه‌های موفقیت در دستیابی به امیدواری و شادکامی کمک به بهبود کاهش نشخوار فکری افراد از طریق عمل کردن بر طبق استانداردهایی که افراد در حوزه‌های ارزشمند زندگی‌شان درنظرگرفته‌اند و از این طریق افزایش رضایت خاطر را به دست می‌آورند، دریافت بازخورد

جلسه سوم: مرور جلسه قبل، آشنایی با نقش اهداف، ارزش‌ها و زندگی معنوی در رضایت از حوزه‌های مهم زندگی، مشخص کردن فلسفه زندگی، اجرای تمرین هدف‌یابی و آشنایی با اصول شفقت درمانی، اجرای مدل شناسایی حوزه‌هایی که

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.2.6.2]
[DOI: 10.52547/rbs.20.2.255]

باعث نگرانی هستند و برنامه فعالیت‌های روزمره جهت تولید ارزش‌ها در پهنه زندگی، دریافت بازخورد.

جلسه چهارم: مرور جلسه قبل، استفاده از گام تغییر نگرش برای بهبود رضایت در حیطه‌هایی که رضایت در آن‌ها کافی نیست، آموزش تغییر نگرش بر پایه اصول شناخت‌درمانی، آموزش تکنیک تفکر در رفتار، آموزش تکنیک آشنایی با رفتارهای پرخطر، دریافت بازخورد.

جلسه پنجم: مرور جلسه قبل، آموزش استفاده از راهبرد تغییر اهداف و معیارها با استفاده از تکنیک کسب بینش و هوشیاری، آموزش تغییر اولویت‌ها و زمینه‌های مهم با استفاده از کسب بینش، دریافت بازخورد.

جلسه ششم: مرور جلسه قبل، آموزش اصول مهم شفقت شامل اصل سبک زندگی، اصل جستجوی آرامش یا آدم غم‌خوار، اصل مردم‌آمیزی یا غرق شدن در رابطه و دریافت بازخورد.

جلسه هفتم: مرور جلسه قبل، آموزش اصول مهم خوش‌بینی، اصل صمیمیت با دوستان، اصل خلوت‌گزینی، اصل تنفس آرام‌بخش و احساس راحتی و چشم‌پوشی و بخشش یا اصل کنار گذاردن و به تعویق انداختن، پذیرفتن یا فراموش کردن.

جلسه هشتم: مرور جلسه قبل، آموزش نوشتن نام مبتنی بر شفقت آموزش تکنیک‌های مبتنی بر همدلی و ایجاد رابطه همدلانه مؤثر و دریافت بازخورد.

جلسه نهم: مرور جلسه قبل و شروع به‌کارگیری تکنیک‌های کاهش ترس و مواجهه با ترس‌های روان‌شناختی مبهم، ارائه راهکارهای آرامش سازی تنفسی و ارائه بازخوردهای لازم.

دهم: مرور جلسه قبل و آموزش مراقبه شمارش تنفس، آموزش ابراز گری خود و مواجهه با نیازهای درونی خود و خود ترحمی و ایجاد بخشش به خود و ارائه بازخورد.

جلسه یازدهم: مرور جلسه قبل، ارائه راهکارهای افزایش کیفیت زندگی، آموزش خودزا همراه با تصویرسازی مبتنی بر شفقت درمانی و خودالقایی مثبت، اجرای پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر جهت حل تعارضات زناشویی و ارائه بازخورد.

جلسه دوازدهم: مرور و خاتمه تکنیک‌های درمانی مبتنی بر شفقت درمانی و ارائه خلاصه‌ای از راهبردها و تکنیک‌های تأثیرگذار.

یافته‌ها

در این بخش نتایج تجزیه‌وتحلیل داده‌ها مطرح می‌شود. مشخصات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها در جدول ۱ نشان داده شده است.

بر اساس جدول ۲ نمره کل تعارضات زناشویی و تمامی خرده مقیاس‌های آن در مرحله پس‌آزمون نسبت به‌پیش آزمون در گروه آزمایشی با کاهش روبه‌رو بوده ولی در گروه کنترل چنین تغییراتی مشاهده نگردید. به‌منظور بررسی اثربخشی مداخله می‌بایستی از تحلیل کوواریانس تک متغیره (آنکووا) استفاده نمود. یکی از مفروضه‌های این تحلیل برابری واریانس‌های خطاست. پیش‌فرض لوین مبنی بر برابری واریانس‌ها در گروه‌ها در نمرات پیش‌آزمون متغیر تعارضات زناشویی ($F=۴/۱۲$ و $P=۰/۱۸۴$) در مرحله پیش‌آزمون پژوهش در جامعه رد نشده و باقی‌مانده است ($P> ۰/۰۵$). برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون باقی است، یعنی توزیع نمرات نمونه نرمال و همسان با جامعه است و کجی و کشیدگی حاصل، تصادفی است ($P> ۰/۰۵$). در ادامه برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کوواریانس تک متغیره به شرح جدول ۳ استفاده شد.

جدول ۱. فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی تحقیق

گروه‌ها	سن			مدت‌زمان زندگی زناشویی				مدرک تحصیلی			
	۲۵-۱۵ سال	۳۵-۲۶ سال	۴۵-۳۶ سال	کمتر از یک سال	۴-۱ سال	۱۰-۵ سال	۱۵-۱۱ سال	زیر دیپلم	دیپلم	کارشناسی	کارشناسی ارشد
	درصد	درصد	درصد	درصد	درصد	درصد	درصد	درصد	درصد	درصد	درصد
آزمایش	۳ ۲۰٪	۶ ۴۰٪	۶ ۴۰٪	۲ ۲۰٪	۶ ۴۰٪	۴ ۲۶٪/۷	۳ ۲۰٪	۳ ۱۰٪	۸ ۵۳٪/۳	۲ ۱۳٪/۳	۲ ۱۳٪/۳
کنترل	۴ ۲۶٪/۷	۵ ۳۳٪/۳	۶ ۴۰٪	۵ ۳۳٪/۳	۴ ۲۶٪/۷	۲ ۱۳٪/۳	۴ ۲۶٪/۷	۲ ۱۳٪/۳	۷ ۴۶٪/۷	۳ ۲۰٪	۳ ۲۰٪

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.2.6.2]
[DOI: 10.52547/rbs.20.2.255]

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار تعارضات زناشویی و ابعاد آن به تفکیک دو گروه و در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نمره کل تعارضات زناشویی	آزمایش	۱۴۴/۴۴	۶/۱۹	۱۰۳/۴۴	۶/۸۷
	کنترل	۱۱۱/۸۹	۶/۲۸	۱۱۲/۳۹	۶/۶۶
کاهش همکاری	آزمایش	۱۴/۴۴	۲/۷۷	۱۳/۲۷	۲/۶۵
	کنترل	۱۴/۲۲	۲/۶۶	۱۴/۳۸	۲/۴۵
رابطه جنسی	آزمایش	۱۴/۹۴	۳/۰۵	۱۳/۴۴	۲/۷۴
	کنترل	۱۳/۸۸	۱/۸۱	۱۳/۷۲	۱/۷۰
واکنش‌های هیجانی	آزمایش	۱۹/۶۶	۲/۱۱	۱۷/۶۱	۲/۵۹
	کنترل	۱۹/۵۶	۲/۵۴	۱۹/۵۰	۲/۱۷
حمایت فرزندان	آزمایش	۱۱/۶۱	۱/۸۱	۱۰/۰۵	۱/۹۴
	کنترل	۱۱/۳۳	۲/۰۵	۱۱/۳۸	۱/۹۴
رابطه فردی با خویشاوندان خود	آزمایش	۱۶/۷۲	۲/۰۸	۱۵/۵	۲/۶۱
	کنترل	۱۶/۷۷	۱/۳۹	۱۶/۷۲	۲/۰۲
کاهش رابطه با خویشاوندان همسر	آزمایش	۱۴/۴۴	۲/۱۲	۱۳/۳۸	۱/۸۵
	کنترل	۱۴/۱۱	۱/۹۹	۱۴/۲۲	۲/۰۱
جدا کردن امور مالی	آزمایش	۲۲/۶۱	۱/۷۵	۲۰/۱۶	۲/۶۸
	کنترل	۲۱/۸۸	۳/۲۸	۲۲/۴۴	۲/۷۹

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه برای متغیر تعارض زناشویی و زیر مقیاس‌های آن

منابع پراکندگی	متغیر وابسته (پس‌آزمون)	SS	df	MS	F	p	اندازه اثر	توان آماری
گروه	تعارض زناشویی کل	۱۱۱۶/۰۷	۱	۱۱۱۶/۰۷	۱۰۳/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۷۵۸	۱
	کاهش همکاری	۱۵/۰۴	۱	۱۵/۰۴	۱۵/۷۰	۰/۰۰۴	۰/۲۲۷	۰/۸۵۶
	رابطه جنسی	۹/۸۲	۱	۹/۸۲	۵/۶۳	۰/۰۲۴	۰/۱۴۶	۰/۶۳۵
	واکنش‌های هیجانی	۳۲/۱۱	۱	۳۲/۱۱	۱۲/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۲۷۲	۰/۹۲۶
	حمایت فرزندان	۲۰/۲۰	۱	۲۰/۲۰	۸/۱۵	۰/۰۰۷	۰/۱۹۸	۰/۷۹۲
	رابطه فردی با خویشاوندان خود	۱۲/۱۹۶	۱	۱۲/۱۹۶	۵/۷۶	۰/۰۲۲	۰/۱۴۹	۰/۶۴۴
	کاهش رابطه با خویشاوندان همسر	۱۰/۹۵	۱	۱۰/۹۵	۱۲	۰/۰۰۱	۰/۲۶۷	۰/۹۲۰
	جدا کردن امور مالی	۶۸/۷۸	۱	۶۸/۷۸	۱۶/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۳۳۷	۰/۹۷۸
خطا	تعارض زناشویی کل	۳۵۵/۵۹	۳۳	۱۰/۷۷				
	حمایت فرزندان	۸۱/۷۲	۳۳	۲/۴۷				
	رابطه فردی با خویشاوندان خود	۶۹/۸۵	۳۳	۲/۱۱				
	کاهش رابطه با خویشاوندان همسر	۳۰/۱۱	۳۳	۰/۹۱۳				
	جدا کردن امور مالی	۱۳۵/۳	۳۳	۱/۹۵				
کل	تعارض زناشویی کل	۴۲۱۵۳۵	۳۶					
	کاهش همکاری	۷۱۲۲	۳۶					
	رابطه جنسی	۶۸۲۱	۳۶					
	واکنش‌های هیجانی	۱۲۶۲۲	۳۶					
	حمایت فرزندان	۴۲۸۴	۳۶					
	رابطه فردی با خویشاوندان خود	۹۵۴۴	۳۶					
	کاهش رابطه با خویشاوندان همسر	۶۹۹۵	۳۶					

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.2.6.2]
[DOI: 10.52547/rbs.20.2.255]

	جدا کردن امور مالی	۱۶۶۴۳	۳۶					

همان‌طور که از جدول ۳ مشاهده می‌گردد نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه در تعارض زناشویی و زیر مقیاس‌های آن ($p<۰/۰۵$) معنی‌دار می‌باشند. به‌علاوه ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که ۷۵ درصد تفاوت دو گروه در مرحله پس‌آزمون ازنظر نمره کل تعارض زناشویی، ۲۲ درصد تفاوت دو گروه در مرحله پس‌آزمون ازنظر همکاری، ۱۴ درصد زیرمقیاس رابطه جنسی، ۲۷ درصد زیرمقیاس واکنش‌های هیجانی، ۱۹ درصد زیرمقیاس جلب حمایت فرزندان، ۱۴ درصد زیرمقیاس رابطه فردی با خویشاوندان خود، ۲۶ درصد زیرمقیاس کاهش رابطه با خویشاوندان همسر و ۳۳ درصد زیرمقیاس جدا کردن امور مالی مربوط به مداخله آزمایشی (درمان مبتنی بر شفقت) می‌باشد. همچنین توان آماری برای متغیرهای پژوهش به تفکیک قابل‌ملاحظه است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تعارضات زناشویی صورت پذیرفت. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش تعارضات زناشویی مؤثر است. این یافته در راستای پژوهش نبوی و همکاران (۲۴)، ژانگ (۲۵)، ساپس (۲۶)، یارنل و نف (۲۷)، یوسفی و کریم نژاد (۲۸)، زاهدی (۲۹)، پور سردار و همکاران (۳۰) است. در تحقیق یارنل و نف (۲۷)که به بررسی ارتباط خود شفقت ورزی و توانایی حل تعارض پرداختند نشان دادند که هرچه میزان خود شفقت ورزی افراد بیشتر باشد با روش‌های سازش و مذاکره همراه است و کمتر احتمال دارد که نیازهای خود را سرکوب کنند، همچنان که در پژوهش حاضر نشان داده شد استفاده از درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند تعارضات زناشویی زنان متقاضی طلاق را کاهش دهد. ازآنجاکه در تکنیک‌های این روش از خود شفقت ورزی و ذهن مشفق استفاده می‌شود این امر کمک می‌کند که مراجع بتواند با رویکرد بهتری تعارض‌ها و اختلافات را بپذیرد و جهت رفع آن‌ها چاره‌جویی کند. همچنین افراد خود شفقت دارای شفقت، نگرش حمایت‌گرانه نسبت به خود دارند که داشتن نگرش حمایت‌گرانه نسبت به خود با بسیاری از پیامدهای روان‌شناختی مثبت مانند انگیزه بیشتر برای حل تعارض‌های شخصی و بین فردی، حل مسئله سازنده و رضایت از زندگی زناشویی ارتباط دارد (۳۱). یارنیل و نف (۲۷) نیز نشان دادند که افراد با شفقت خود در موقعیت‌های تعارضی با دیگران سازش بیشتری از خود نشان می‌دهند، درحالی‌که افراد فاقد شفقت خود نمی‌توانند این سازش را داشته باشند. این افراد به‌راحتی از همسرشان عذرخواهی می‌کنند و در پی بهبود جنبه‌های آسیب‌زای رابطه خود هستند. همچنین این یافته در راستای پژوهش نف و براتوس (۳۲) می‌باشد این محققان بحث می‌کنند؛ افرادی که نسبت به خود شفقت دارند توسط همسران خود به‌صورت افرادی دارای ارتباط هیجانی بیشتر، پذیراتر توصیف می‌شوند، این افراد کنترل زیادی بر پرخاشگری فیزیکی و کلامی در رابطه‌شان دارند. همچنین همسران افرادی که خود شفقتی دارند همیشه از رابطه‌شان راضی‌تر هستند چون افراد دارای شفقت بر خود بیشتر نیازهای خود را برای مراقبت و حمایت محقق می‌کنند، منابع هیجانی بیشتری در دسترس دارند که نسبت به شریک زندگی خود دلسوزی می‌کنند (۳۳). در یک مطالعه کروکر و سانویلو (۳۴) نشان داده‌اند که افراد دارای شفقت به خود نسبت به دیگران، اهداف مهربانانه و شفقت ورزانه دارند. همچنین برخورداری از شفقت به خود بر بهبود روابط زوجین مؤثر است (۳۵–۳۷). در تبیین یافته‌های فوق می‌توان بیان داشت که رویکرد مبتنی بر شفقت با ارائه راهکارهای ذهن آگاهانه و ایجاد شناخت کافی از سیستم هیجان‌ها کمک بسیار زیادی در درک هیجان‌ها و مدیریت احساسات منفی دارد از طرف دیگر رویکرد مبتنی بر شفقت مجموعه‌ای از فنون شناختی و رفتاری در اختیار مراجعه‌کنندگان قرار می‌دهد که منجر به یادگیری و افزایش مهارت‌های ارتباطی و حل تعارض می‌شود. این دو عامل یعنی داشتن ذهنیتی مستقل از تعصب و پیش‌داوری و از طرفی مهارت‌های پیشرفته ارتباطی می‌تواند به مراجعان کمک کند که مشکلات زناشویی خود را که در هر ارتباط زناشویی اتفاق می‌افتد، حل‌وفصل کرده و با رویکرد توأم با تسامح بیشتری به حل مسائل خود بپردازند.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت برافزایش همکاری زوجین مؤثر است. منظور از افزایش همکاری میزان تمایل هر یک از زوجین در توجه به نظرات همدیگر، عدم تمایل به مخالفت و رد کردن بی‌دلیل نظرات همسر و توافق جویی با همسر در زمینه‌های مختلف می‌باشد (۳۸). در تبیین

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.2.6.2]
[DOI: 10.52547/rbs.20.2.255]

این یافته می‌توان گفت که این درمان می‌تواند ذهنیت افراد را نسبت به پیش‌داوری‌های ممکن بکاهد و می‌تواند منجر به آموزش راهکارهایی شود که منجر به گفت‌وگوی مسالمت‌آمیز میان دو نفر شود. به‌طورکلی درمان مبتنی بر شفقت با افزایش شفقت نسبت به خود منجر به بهبود ارتباط فرد با اطرافیان خود می‌شود و این نتیجه منجر به افزایش همکاری و توافق جویی با همسر خواهد شد. این یافته همسو با پژوهش یارمحمدی واصل و رضایی والا (۳۹)، یوسفی و کریم نژاد (۲۸) و زاهدی (۲۹)، نف و برتواز (۳۲)، شجاعی و همکاران (۴۰) و دشت بزرگی و همکاران (۳۷) می‌باشد. یوسفی و کریم نژاد (۲۸) در پژوهش خود دریافت راهکارهای درمان مبتنی بر شفقت منجر به افزایش صمیمیت زناشویی بین زوجین می‌شود. همچنین زاهدی (۲۹) نشان داده است که درمان مبتنی بر شفقت منجر به افزایش خوش‌بینی و تاب‌آوری می‌شود. به نظر می‌رسد با افزایش تاب‌آوری زوجین منجر به افزایش هماهنگی و مداری بیشتر زوجین می‌شود.

همچنین یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر روابط جنسی زوجین بود. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت رابطه جنسی یک منبع پرانرژی و مهم جهت حل تعارضات زناشویی می‌باشد و نیاز است که همسران به آن توجه بخصوصی داشته باشند و در این زمینه یعنی کمیت رابطه، مکان و زمان آن توافق داشته باشند. همچنین یکی از نیازهای زوجین این است که درباره ترجیح‌های جنسی یکدیگر آگاه بوده و نسبت به نیازهای هم تا حد ممکن پاسخگو باشند. درمان مبتنی بر شفقت یکی از درمان‌هایی است که عمدتاً برای جلوگیری از خود سرزنشگری و تحقیر نفس ایجادشده است. یکی از تعارضات ایجاد شده در زندگی زناشویی جنبه‌های جنسی و لذت ناشی از رابطه جنسی است. بعضی از زوجین به دلیل نوع نگرش غیر مشفقانه نسبت به خود و بدن خود نیازهای جنسی خود را در طول رابطه نادیده گرفته و باعث می‌شوند که خود را لایق ارتباط جنسی توأم با رضایت نداند. این درمان به زوجین کمک کرد این دست از نگرش‌های خود را کنار گذاشته و با ذهنیتی باز به رفع نیازهای جنسی خود در طول ارتباط جنسی بپردازند؛ که این نتایج با پژوهش امیری راد و همکاران (۴۱) و یارمحمدی واصل و رضایی والا (۳۹)، شجاعی و همکاران (۴۰) همسو و هماهنگ می‌باشد.

یکی دیگر از حوزه‌های اثربخش درمان مبتنی بر شفقت مدیریت هیجان زوجین بود. یکی از مهم‌ترین مشخصه‌های موقعیت‌های مسئله آفرین در تعارضات زناشویی را واکنش‌های هیجانی افراد می‌دانند. جهت‌گیری مثبت به مسئله باعث دورنگه داشتن هیجان‌های منفی مانند اضطراب و خشم می‌شود. از طرف دیگر جهت‌گیری منفی باعث پاسخ‌های تکانشی مانند اضطراب و اجتناب از رویارویی با مسئله می‌گردد. در تبیین نتیجه این فرضیه می‌توان گفت آگاهی هیجانی و توانایی تشخیص و ابراز هیجانات، نقش اساسی در کیفیت ارتباط زناشویی دارد؛ بنابراین استفاده از تکنیک‌های درمان مبتنی بر شفقت منجر به افزایش ظرفیت هیجانی و سواد عاطفی زوجین می‌شود (۴۲). ازآنجاکه تکنیک‌های مدیریت هیجان مانند نام‌گذاری هیجان‌ها، همراه با خشم خود بودن، تنفس سه‌دقیقه‌ای و ذهن مشفق می‌تواند به افزایش آگاهی هیجانی و توانایی مدیریت هیجان‌ها در مواقع بحرانی کمک شایانی کند (۴۰). شاید بتوان گفت این یافته با پژوهش‌هایی است که به بررسی اثربخشی این درمان بر مدیریت خشم و سایر هیجانات منفی پرداخته‌اند. در این راستا کیم و هان و همکاران (۴۳) نشان دادند که افزایش خود شفقت ورزی منجر به افزایش توانایی افراد در مدیریت خشم و تاب‌آوری می‌شود.

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر نشان‌دهنده کاهش جلب حمایت فرزندان است. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند زوجین را به یکدیگر نزدیک کرده و تلاش آن‌ها را برای جلب حمایت سایر فرزندان کاهش دهد. جهت تبیین این یافته باید گفت طبق نظریه مثلث سازی در روابط زوجین در هنگام شروع تعارضات رفته‌رفته سرد می‌شود و جهت به دست آوردن حمایت به افراد دیگر ازجمله فرزندان خودروی می‌آوردند (۳۹). در پژوهش حاضر ازآنجاکه اکثر زوجین دارای فرزند بودند و فرزندان آن‌ها به سن تشخیص رسیده بودند می‌توانستند در این مثلث سازی وارد شوند؛ بنابراین استفاده از فنون حل تعارض بکار گرفته‌شده در بسته درمانی مبتنی بر شفقت توانست از مثلث سازی این زوجین بکاهد و روابط آن‌ها را تقویت کند. این یافته منطبق با پژوهش ریژالا و هادسون (۴۴) می‌باشد که به بررسی درمان متمرکز بر هیجان بر مثلث سازی زوجین مسیحی پرداختند. این محققان بحث می‌کنند که با بکار گیری روش‌های هیجان مدار می‌توان حلقه معیوب مثلث سازی را شکست و زوجین را تشویق کرد نسبت به یکدیگر عواطف عمیق خود را به اشتراک بگذارند. همچنان که در پژوهش حاضر تکنیک‌ها و فنون بکار گرفته‌شده در درمان مبتنی بر شفقت زوجین با به‌کارگیری روش‌های هیجان مدار مانند

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.2.6.2]
[DOI: 10.52547/rbs.20.2.255]

ماندن بااحساس، نام‌گذاری احساسات و آگاهی هیجانی توانستند دسترسی خود را به احساسات خود افزایش دهند و در ادامه منجر به کاهش مثلث سازی شد.

همچنین یکی دیگر از یافته‌های پژوهش اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش روابط فردی با خویشاوندان بود. این یافته در راستای اصل مثلث سازی و گذراندن وقت همسران در مواقع تعارض با سایرین است. این یافته نشان می‌دهد که راهکارهای بکار گرفته‌شده در درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند میزان صمیمیت زوجین را افزایش دهد و درنتیجه اوقات لذت بخشی را برای یکدیگر فراهم سازد. در شرایط تنش‌زای زندگی زناشویی، رابطه فردی هر یک از همسران با خویشاوندان و دوستان خود افزایش می‌یابد و درنتیجه خانواده هر یک از زوجین معمولاً حمایت فرزند خود را جلب می‌کنند؛ و این امر منجر به دخالت‌های بعدی و عدم صمیمیت بین زن و شوهر می‌شود. در تبیین این نتیجه می‌توان بیان داشت که رویکرد مبتنی بر شفقت به زوج‌ها یاد می‌دهد که به‌جای ارتباط بیشتر با خانواده اصلی و دوستان خود، به گفت‌وگو و ارتباط بیشتر با همسر بپردازند. نتایج این فرضیه با نتایج تحقیق خوشکام و همکاران (۴۵) و یارمحمدی واصل و رضایی والا (۳۹) همسو است.

در انتها نیز نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر ارتباط با خویشاوندان و دوستان همسر اثربخش است. این یافته را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که این مداخله به دلیل استفاده از روش‌های خاص خود مانند ذهن مشفق و مراقبه توأم با شفقت می‌تواند منجر به آرامش درونی بیشتر و جلوگیری از تلاطم‌های رفتاری و هیجانی می‌شود. همچنین می‌توان بیان داشت که بعضی روش‌های بکار گرفت شده در این درمان مانند مهارت‌های ارتباطی و حل تعارض می‌تواند توانایی افراد را در جهت مهارت‌های ارتباطی و حل تعارض بهبود بخشد و درنتیجه بر تعاملات همسران با خویشاوندان و دوستان همسرشان تأثیر بگذارد (۳۹).

بنابراین در تبیین نتایج کلی تحقیق می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت با تقویت مهارت‌های ذهن آگاهی، همدلی و درک مقابل در روابط زوجین، عدم سرزنش خود و همسر، توانایی تحمل پریشانی در مواقع استرس‌زای زندگی، حساسیت و توجه به نیازهای خود و همسر و همچنین عدم قضاوت در زندگی مشترک، باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی شده و به دنبال آن کیفیت زندگی زناشویی و کاهش تعارضات در روابط زوجین گردیده است. پس می‌توان نتیجه گرفت این مداخله در کاهش تعارضات زناشویی زنان متقاضی طلاق مؤثر بوده و استفاده آن در جمعیت ایرانی قابل توجیه می‌باشد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد: ۱-عدم پیگیری به دلیل محدودیت زمانی، ۲-موردسنجش قرار نگرفتن متغیرهای تعدیل‌کننده، ۳-همتا نبودن آزمودنی‌ها، ۴-به دلیل تفاوت سنی آزمودنی‌ها بلوغ روانی و عاطفی آن‌ها متفاوت بود که خود می‌تواند بر نتایج آزمون تأثیرگذار باشد.

همچنین پیشنهاد می‌شود جهت افزایش اعتبار بیرونی از نمونه‌های گسترده‌تر و در سایر شهرهای کشور پژوهش تکرار شود؛ از دوره پیگیری جهت سنجش پایداری اثرات مداخله استفاده شود؛ سایر متغیرهای مداخله‌گر مانند ویژگی‌های شخصیت و غیره جهت تبیین بهتر نتایج موردسنجش قرار گیرد؛ ضمناً اثرات مداخله بر نمونه مردان متأهل نیز انجام شود و با نتایج حاضر مورد مقایسه قرار گیرد و همچنین جهت تعیین و شفاف‌سازی روابط بین متغیرها بهتر است که تحلیل‌های مسیر جهت کشف متغیرهای واسطه‌ای در اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تعارضات زناشویی استفاده شود.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش به دلیل صبر و شکیبایی و همچنین همکاران مرکز روان‌پزشکی دکتر امی‌زاده جهت فراهم نمودن شرایط اجرای تحقیق، تقدیر و تشکر می‌شود.

References

1. Sheydanfar N, Navabinejad S, Farzad V. Comparison of the effectiveness of treatment of focused emotional couples and imago couples therapy on individual adjustment in couples (in the first years). The Journal of Psychological Science. 2020;19(89):593-606. [Persian]
2. Finkel EJ, Hui CM, Carswell KL, Larson GM. The suffocation of marriage: Climbing Mount Maslow without enough oxygen. Psychological Inquiry. 2014;25(1):1-41.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.2.6.2]
[DOI: 10.52547/rbs.20.2.255]

3. French JE, Altgelt EE, Meltzer AL. The implications of sociosexuality for marital satisfaction and dissolution. Psychological science. 2019;30(10):1460-72.
4. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. PLoS medicine. 2010;7(7):e1000316.
5. Meltzer AL, Novak SA, McNulty JK, Butler EA, Karney BR. Marital satisfaction predicts weight gain in early marriage. Health psychology. 2013;32(7):824.
6. Amato PR, James S. Divorce in Europe and the United States: Commonalities and differences across nations. Family Science. 2010;1(1):2-13.
7. Uecker JE. Marriage and mental health among young adults. Journal of Health and Social Behavior. 2012;53(1):67-83.
8. Chen J, Zheng X, Li C, Xiong Q, Yu Q, Shi S, et al. The association between parental marriage satisfaction and adolescent suicidal ideation: The moderating effect of breastfeeding duration. Children and Youth Services Review. 2020;118:105459.
9. Pramestri MV, Fardana NA. The relation between romantic self-efficacy eith marriage satisfaction on the commuter marriage wife. PalArch's Journal of Archaeology of Egypt/Egyptology. 2020;17(4):2293-301.
10. Pospelova I, Kosianova O. The influence of social and psychological attitudes of modern spouses on their mariage satisfaction. Science and Education. 2020(1):13.
11. Mohammad Sharooni R, Shokri O, Hosseinzadeh Taghvaei M, Danesh E, Borjali A. The Modeling of Structural Relationship of Marital Conflict Concerning Attachment Styles, Narcissism Sensation Seeking, and Marital Burnout in Couples. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2020;10(0):23. [Persian]
12. Kuehner C. Why is depression more common among women than among men? The Lancet Psychiatry. 2017;4(2):146-58.
13. Otero MC, Wells JL, Chen K-H, Brown CL, Connelly DE, Levenson RW, et al. Behavioral indices of positivity resonance associated with long-term marital satisfaction. Emotion. 2020;20(7):1225.
14. Sorokowski P, Randall AK, Groyecka A, Frackowiak T, Cantarero K, Hilpert P, et al. Marital satisfaction, sex, age, marriage duration, religion, number of children, economic status, education, and collectivistic values: Data from 33 countries. Frontiers in psychology. 2017;8:1199.
15. Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. Psychological medicine. 2015;45(5):927-45.
16. Gilbert P. The evolution and social dynamics of compassion. Social and personality psychology compass. 2015;9(6):239-54.
17. Bluth K, Eisenlohr-Moul TA. Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. Journal of Adolescence. 2017;57:108-18.
18. Wren AA, Somers TJ, Wright MA, Goetz MC, Leary MR, Fras AM, et al. Self-compassion in patients with persistent musculoskeletal pain: relationship of self-compassion to adjustment to persistent pain. Journal of pain and symptom management. 2012;43(4):759-70.
19. Gale C, Gilbert P, Read N, Goss K. An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. Clinical psychology & psychotherapy. 2014;21(1):1-12.
20. Sommers-Spijkerman M, Trompetter HR, Schreurs KM, Bohlmeijer ET. Compassion-focused therapy as guided self-help for enhancing public mental health: A randomized controlled trial. Journal of consulting and clinical psychology. 2018;86(2):101.
21. Liddell AE, Allan S, Goss K. Therapist competencies necessary for the delivery of compassion-focused therapy: A Delphi study. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2017;90(2):156-76.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.2.6.2]
[DOI: 10.52547/rbs.20.2.255]

22. Deldade Moghadam M, Bagheri N. The prediction of the couple's' marital conflicts based on controlling behaviors and interpretation of the problems. Pathology, counseling and family enrichment. 2017;3(1):21-40.

23. Ismaeilzadeh N, Akbari B. The effectiveness of schema therapy on sexual self-efficacy, marital satisfaction and early maladaptive schemas in couples with marital conflicts. medical journal of mashhad university of medical sciences. 2021;64(1):2217-29. [Persian]

24. Nabavi SM, Shahbazi M, Korai A. Comparison of the effectiveness of compassion focused therapy and dialectical behavior therapy on reducing the marital conflict of women on the threshold of the divorce. Psychological Science. 2021;20(106). [Persian]

25. Zhang JW, Chen S, Tomova Shakur TK. From me to you: Self-compassion predicts acceptance of own and others' imperfections. Personality and Social Psychology Bulletin. 2020;46(2):228-42.

26. Suppes B. Using self-compassion to influence romantic relationship satisfaction: A case study of women. Journal of Feminist Family Therapy. 2021:1-27.

27. Yarnell LM, Neff KD. Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. Self and Identity. 2013;12(2):146-59.

28. Yousefi Z, Karimnezhad R. The effectiveness of spouse treating based compassion training onimproving family relations, marital conflicts, forgiveness and intimacy among deaf and semi-deaf couples. Journal of Woman and Family Studies. 2018;6(2):199-223. [Persian]

29. Zahedi M. Effect of compassion-based intervention on optimism and resiliency in conflicting couples'. Pathology, counseling and family enrichment. 2019;4(2):123-38. [Persian]

30. Poursardar F, Sadeghi M, Goodarzi C, Roozbehani M. Integrative treatments and couple therapy: Comparison of the effectiveness of integrative approaches, therapy emotionally focused couple therapy and therapy integrative behavioral couple therapy on forgiveness in couples with marital conflict. Family Counseling and Psychotherapy. 2019;8(2):69-96. [Persian]

31. Baker LR, McNulty JK. Self-compassion and relationship maintenance: the moderating roles of conscientiousness and gender. Journal of personality and social psychology. 2011;100(5):853.

32. Neff KD, Beretvas SN. The role of self-compassion in romantic relationships. Self and Identity. 2013;12(1):78-98.

33. Fahimdanesh F, Noferesti A, Tavakol K. Self-compassion and forgiveness: Major predictors of marital satisfaction in young couples. The American Journal of Family Therapy. 2020;48(3):221-34.

34. Crocker J, Canevello A. Creating and undermining social support in communal relationships: the role of compassionate and self-image goals. Journal of personality and social psychology. 2008;95(3):555.

35. Jacobson EHK, Wilson KG, Kurz AS, Kellum KK. Examining self-compassion in romantic relationships. Journal of Contextual Behavioral Science. 2018;8:69-73.

36. Santerre-Baillargeon M, Rosen NO, Steben M, Pâquet M, Macabena Perez R, Bergeron S. Does self-compassion benefit couples coping with vulvodynia? Associations with psychological, sexual, and relationship adjustment. The Clinical journal of pain. 2018;34(7):629-37.

37. Dasht Bozorgi Z, Askary M, Askary P. The effecttivness of self-compassion on the intimacy attitudes and divorce tendency of women refering to family counselling. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2017;18(1):38-45. [Persian]

38. Jitaru M. Determinats of women,s couple satisfaction: communication patterns, ambivalent sexism and sex roles. International Journal of Education & Psychology in the Community. 2020;10.

39. Rezaye Vala M, Yaarmohammadi Vasel M. The effect of self-compassion training on marital intimacy and marital satisfaction in married female. Journal of Modern Psychological Researches. 2021;15(60):101-14.

40. Shojaei Vazhnany F, Sohrabi A, Azizi A, Mohammadi Rayegani M, Nasiri Hanis G. The effectiveness of compassion-focused therapy on couple's marital intimacy and emotion regulation. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ). 2020;8(12):11-20. [Persian]

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.2.6.2]

[DOI: 10.52547/rbs.20.2.255]

41. Amirirad M, Aslami E, Mousavi S. The effectiveness of self-compassion focused therapy on finding meaning in life and sexual satisfaction of women with addicted husband in Mashhad city. Clinical Psychology Studies. 2020;10(40):77-102. [Persian]
42. Dashtbozorgi Z. Effectiveness of self- compassion therapy on loneliness and emotion regulation of damaged women from marital infidelity. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2018;18(4):72-9. [Persian]
43. Kim Y, Han KS. Work Performance, Anger Management Ability, Resiliece, and Self Compassion of Clinical Nurses. Journal of Korean Academy of psychiatric and Mental Health Nursing. 2021;30(2):110-8.
44. Rizkallah N, Hudson E. Circling the triangle: An EFT approach to working with Christian couples triangulating God. Contemporary Family Therapy. 2019;41(3):219-26.
45. Khoshkam S, Ahmadi A, Abedi M. Effect of communication relationship in couple relationship in Isfahan. Journal of Tazeha Va Pajoheshhai Moshavereh. 2008;6(24):123-36. [Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.2.6.2]
[DOI: 10.52547/rbs.20.2.255]