

Effectiveness of compassion-focused therapy on marital burnout and distress tolerance in spouses of 70% spinal cord injured veterans in Tabriz

Sima Najjar¹, Nastran Mansuriyeh^{2*}

¹ Islamic Azad University, Tabriz branch, Iran

² Department of Clinical Psychology, Faculty of Medical Sciences, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

ARTICLE INFO

Article Type:

Original Article

Article History:

Received: 20 Sep 2025

Accepted: 12 Nov 2025

ePublished: 4 Apr 2026

Keywords:

- Compassion-focused therapy
- Marital burnout
- Distress tolerance
- Spouses of 70% spinal cord injured veterans

Abstract

Background. Marital burnout and low distress tolerance are common issues among spouses of 70% spinal cord injured veterans, which can negatively affect their quality of life and family relationships. The present study aimed to investigate the effectiveness of compassion-focused therapy on marital burnout and distress tolerance in these spouses in Tabriz.

Methods. This semi-experimental study employed a pretest-posttest design with a control group. The population consisted of all spouses of 70% spinal cord injured veterans in Tabriz. Using purposive sampling, 30 spouses referred to the counseling centers of the Martyrs and Veterans Affairs Foundation were selected and randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group received 8 sessions of 90-minute compassion-focused therapy, while the control group received no intervention. Data were collected using the Pines Marital Burnout Questionnaire (2003) and the Simons and Gaher Distress Tolerance Scale (2005).

Results. Descriptive data were analyzed using mean and standard deviation. To test the hypotheses, analysis of covariance (ANCOVA) was conducted using SPSS-26. The findings indicated that compassion-focused therapy significantly reduced marital burnout among the spouses of 70% spinal cord injured veterans ($P < 0.01$). Additionally, this therapy significantly improved distress tolerance in the participants ($P < 0.01$).

Conclusion. Compassion-focused therapy was significantly effective in reducing marital burnout and enhancing distress tolerance among spouses of 70% spinal cord injured veterans. It is recommended that these findings be considered by psychologists, counselors, family therapists, and relevant authorities in the Martyrs and Veterans Affairs Foundation, as well as other related organizations.

How to cite this article: Najjar S, Mansuriyeh N. Effectiveness of compassion-focused therapy on marital burnout and distress tolerance in spouses of 70% spinal cord injured veterans in Tabriz. *Spirituality Research in Health Sciences*. 2026;4(1):80-90. doi: 10.34172/srhs.2026.008 (Persian)

Extended Abstract

Background

The enduring psychological impact of war extends beyond veterans to their families, particularly spouses who assume caregiving roles. These individuals often face chronic stress, leading to adverse mental health outcomes such as marital burnout—a state of profound physical, emotional,

and psychological exhaustion within the marital relationship—and diminished distress tolerance, defined as the capacity to withstand negative emotional states. Veterans with high-level spinal cord injuries (70% impairment) require intensive, long-term care, placing exceptional burdens on their spouses. This context creates a high risk for

*Corresponding author; Email: n.mansoreye1984@gmail.com

2026 ©The Authors. This is an Open Access article published by Tabriz University of Medical Sciences under the terms of the Creative Commons Attribution CC BY 4.0 License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

relational distress and psychological strain. Compassion-Focused Therapy (CFT), a third-wave therapeutic approach developed by Paul Gilbert, aims to cultivate self-compassion, activate the affiliative-soothing system, and reduce shame and self-criticism. By fostering a kinder, more accepting relationship with oneself and one's experiences, CFT may offer an effective intervention for improving marital well-being and emotional resilience in this population. This study investigated the efficacy of CFT on reducing marital burnout and enhancing distress tolerance among spouses of veterans with 70% spinal cord injury in Tabriz, Iran.

Methods

A quasi-experimental design with a pre-test, post-test, and control group was employed. The statistical population comprised all spouses of veterans with a 70% spinal cord injury residing in Tabriz. Using a purposive sampling method, 30 eligible spouses were selected from counseling centers affiliated with the Martyr and Veterans Foundation. Participants were randomly assigned to either an experimental group ($n=15$) or a waiting-list control group ($n=15$). The intervention consisted of eight 90-minute weekly group sessions of CFT, delivered according to a protocol adapted from Gilbert's model. Sessions focused on psychoeducation about compassion, developing skills for self-kindness, mindfulness of distress, understanding shared human experience, working with self-critical thoughts, and applying compassionate practices to marital challenges. Data were collected using two validated self-report instruments: the Couple Burnout Measure (CBM) by Pines, which assesses physical fatigue, emotional exhaustion, and psychological exhaustion related to marriage, and the Distress Tolerance Scale (DTS) by Simons and Gaher, measuring the perceived ability to tolerate negative emotional states. Both groups completed these questionnaires at pre-test and post-test. Data analysis was performed using SPSS-26 software. After checking assumptions (normality via Kolmogorov-Smirnov test, homogeneity of variances via Levene's test, and homogeneity of regression slopes), Analysis of Covariance (ANCOVA) was

used to compare post-test scores between the groups while controlling for pre-test scores.

Results

Descriptive statistics indicated notable changes from pre-test to post-test for the experimental group. For marital burnout, the experimental group's mean score decreased from 76.66 ($SD=$) to 65.06, whereas the control group's mean showed a minimal change from 71.60 to 69.46. For distress tolerance, the experimental group's mean increased from 45.66 to 50.93, while the control group's mean remained relatively stable (44.80 to 45.06). The ANCOVA results, after controlling for pre-test scores, revealed a statistically significant difference between the experimental and control groups at post-test. For marital burnout, the effect was significant ($F(1,27)=10.562$, $p=0.003$, $\eta^2=0.281$), indicating a medium-to-large effect size. For distress tolerance, the effect was also significant ($F(1,27)=65.043$, $p<0.001$, $\eta^2=0.707$), indicating a very large effect size. These findings confirm that CFT was effective in significantly reducing marital burnout and increasing distress tolerance among the spouses in the experimental group compared to the control group.

Conclusion

The results support the hypothesis that Compassion-Focused Therapy is an effective intervention for improving psychological and relational outcomes in spouses of veterans with severe spinal cord injuries. The reduction in marital burnout can be understood through CFT's core mechanisms. By reducing self-criticism and shame—common features in overwhelmed caregivers—and replacing them with self-compassion, individuals likely experience less internal conflict and negativity. This internal shift can improve interpersonal dynamics, increase empathy towards oneself and one's partner, and enhance relationship satisfaction, thereby mitigating feelings of burnout, alienation, and exhaustion within the marriage. The significant increase in distress tolerance aligns with CFT's goal of creating a safer internal emotional environment.

Through mindfulness and compassionate acceptance, individuals learn to approach distressing emotions with less fear and avoidance. They develop the capacity to "sit with" difficult feelings, understanding them as transient and part of the shared human experience, rather than as threats that must be immediately eliminated. This leads to greater emotional regulation and resilience. These findings are consistent with prior research demonstrating CFT's benefits for improving relationship quality,

reducing psychological distress, and enhancing emotion regulation in various clinical and non-clinical populations. This study highlights the potential of CFT as a valuable therapeutic tool for supporting the mental health and marital well-being of a vulnerable and often overlooked group—spouses of veterans with profound disabilities. Implementing such interventions through veterans' support services and family counseling centers is strongly recommended.

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر دلزدگی زناشویی و تحمل پریشانی در همسران جانبازان ۷۰ درصد قطع نخاع شهر تبریز

سیما نجار^۱ ID، نسترن منصوریه^{۲*} ID

^۱دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

^۲گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۶/۲۹

پذیرش: ۱۴۰۴/۸/۲۱

انتشار برخط: ۱۴۰۵/۱/۱۵

کلیدواژه‌ها:

- درمان مبتنی بر شفقت
- دلزدگی زناشویی
- تحمل پریشانی و همسران جانبازان قطع نخاع ۷۰ درصد

چکیده

زمینه. دلزدگی زناشویی و عدم تحمل پریشانی از مشکلات رایج همسران جانبازان قطع نخاع ۷۰ درصد است که می‌تواند کیفیت زندگی و روابط خانوادگی آنان را تحت تأثیر قرار دهد. هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر دلزدگی زناشویی و تحمل پریشانی در همسران جانبازان قطع نخاع ۷۰ درصد شهر تبریز بود. **روش کار.** این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه همسران جانبازان قطع نخاع ۷۰ درصد شهر تبریز بود. نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد و ۳۰ نفر از همسران مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره بنیاد شهید و ایثارگران انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایدهی شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله پروتکل درمان مبتنی بر شفقت قرار گرفت و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای گردآوری داده شامل پرسشنامه دلزدگی زناشویی پاینز (۲۰۰۳) و پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) بود.

یافته‌ها. داده‌ها در بخش توصیفی با استفاده از میانگین و انحراف معیار تحلیل شد و برای آزمون فرضیه‌ها از تحلیل کوواریانس (ANCOVA) با نرم‌افزار SPSS-26 استفاده گردید. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر شفقت تأثیر معناداری بر کاهش دلزدگی زناشویی همسران جانبازان قطع نخاع ۷۰ درصد دارد ($P < 0/01$). همچنین این درمان بر افزایش تحمل پریشانی همسران نیز تأثیر معناداری داشت ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری. درمان مبتنی بر شفقت به طور معناداری بر دلزدگی زناشویی و تحمل پریشانی همسران جانبازان قطع نخاع ۷۰ درصد مؤثر بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود نتایج این پژوهش مورد استفاده روانشناسان، مشاوران، درمانگران خانواده و همچنین مسئولین بنیاد شهید و ایثارگران و دیگر نهادهای مرتبط قرار گیرد.

مقدمه

زناشویی (Marital Burnout) است. دلزدگی زناشویی حالت دردناک فرسودگی جسمی، عاطفی و روانی است و روی کسانی که انتظار زندگی رمانتیک دارند بیشتر تأثیرگذار است.^۴ شروع دلزدگی معمولاً تدریجی است و بندرت ناگهانی اتفاق می‌افتد و اکثراً عشق و صمیمیت به تدریج تحلیل رفته و خاموش می‌گردد.^۵ خستگی جسمانی، از پافِتادگی روانی و از پافِتادگی عاطفی از مولفه‌های دلزدگی زناشویی هستند.^۶ در واقع دلزدگی زناشویی نشان از نبود علاقه به همسر است که شامل کم‌توجهی به وی، بیگانگی عاطفی و همچنین بی‌اعتنایی به همسر می‌باشد^۷ و از آنجایی که می‌تواند با خشم، نفرت و ناامیدی از همسر همراه باشد، انباشته شدن این احساسات باعث بی‌میلی به همسر می‌شود و زندگی را سخت و غیرقابل تحمل می‌کند.^۸ متغیر دیگری که می‌تواند تحت تأثیر شرایط سخت بین زوجین قرار گرفته و همسران جانبازان را درگیر خود سازد، میزان تحمل پریشانی (Distress Tolerance) است. تحمل پریشانی به عنوان ظرفیت تجربه و تحمل کردن حالات

جنگ مسأله‌ای مهم در بهداشت عمومی جامعه است که تلفات و ویرانی سنگین ناشی از آن معمولاً منجر به اثرات پایدار درازمدتی بر جسم و روان افراد می‌شود.^۱ اثرات آسیب و فشارهای روانی ناشی از جنگ روی خانواده و به ویژه همسران جانبازان ادامه می‌یابد.^۲ همسران جانبازان و در کل مراقبین این افراد می‌توانند روند بهبود جانبازان را بیشتر و احتمال نیاز آنها به مراقبت‌های بیمارستانی را کمتر کنند، هرچند این مراقبت و شرایط سخت مزمن به مرور زمان سبب افزایش آسیب‌های جسمی، افسردگی، اضطراب و مشکلات زناشویی و در کل کاهش توان و درماندگی همسران و مراقبان می‌شود.^۱ شواهد پژوهشی بسیاری وجود دارد که تایید می‌کنند وجود فشار روانی و تنش و مراقبت از بیمارهای مزمن موجب مشکل در مراقبین و سیستم خانوادگی افراد و کاهش انسجام آن می‌شود.^۳ یکی از متغیرهایی که می‌تواند در زندگی زناشویی جانبازان و همسران آنها تأثیرگذار باشد، دلزدگی

* نویسنده مسؤول: ایمیل: n.mansoreye1984@gmail.com

متقاضی طلاق، و زراستوند، تیزدست، خلعتبری و همکاران^{۱۹} بر خودتنظیمی زناشویی، دزدگی زناشویی و خودانتقادی زنان نابارور و بسیاری پژوهش‌های دیگر مورد بررسی قرار گرفته است. لذا با توجه به پیشینه پژوهش، و اهمیت متغیرهای پژوهش در سلامت و بهزیستی روانشناختی افراد به ویژه همسران جانبازان قطع نخاع که یک زندگی عادی نداشته و بیشتر از افراد عادی در معرض مشکلات سلامت روان و مشکلات روابط بین فردی و اجتماعی قرار دارند، مداخله روانشناختی که بتواند افکار، رفتار و روابط آنها را بهبود و ارتقاء ببخشد اهمیت پیدا می‌کند. بنابراین با توجه به کارآیی درمان مبتنی بر شفقت در کاهش درد و رنج افراد، بهبود سازگاری زناشویی، ارتقاء سلامت روان و بهزیستی روانشناختی افراد، پژوهشگران در پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال هستند که آیا درمان مبتنی بر شفقت بر دزدگی زناشویی و تحمل پریشانی در همسران جانبازان ۷۰ درصد قطع نخاع شهر تبریز موثر است؟

روش‌شناسی پژوهش

روش پژوهش حاضر طرح شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه آزمایش و کنترل است. در این طرح آزمودنی‌ها به طور هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار می‌گیرد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه همسران جانبازان قطع نخاع ۷۰ درصد شهر تبریز تشکیل می‌دهند. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند بود و از بین همسران جانبازان قطع نخاع ۷۰ درصد مراجعه کننده به مراکز مشاوره بنیاد شهید و ایثارگران تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایدهی شدند.

معیارهای ورود و خروج

این پروتکل طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود. معیارهای ورود به پژوهش رضایت آگاهانه، توانایی شرکت در جلسات درمان مبتنی بر شفقت، حداقل تحصیلات سیکل برای توانایی پاسخگویی به پرسشنامه‌ها بود. معیار خروج از روند مداخله نیز شامل عدم شرکت در جلسات درمانی در ساعت مقرر و غیبت بیش از یک جلسه بود.

ابزار

پرسشنامه دزدگی زناشویی (Couple Burnout Measure (CBM)): پرسشنامه دزدگی زناشویی توسط پاینز^{۱۹} با هدف اندازه‌گیری میزان دزدگی زناشویی بین زوجین ساخته شده است. این مقیاس شامل سه خرده‌مقیاس خستگی جسمی، خستگی عاطفی و خستگی روانی با ۲۱ گویه است که ۱۷ گویه آن شامل عبارتهای منفی و ۴ گویه آن شامل عبارتهای مثبت می‌باشد. نمره‌گذاری این پرسشنامه در یک مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت در

روان‌شناختی منفی تعریف می‌شود. پریشانی ممکن است نتیجه فرایندهای شناختی یا جسمانی باشد، اما به صورت یک حالت هیجانی ظاهر می‌شود که اغلب با تمایل برای انجام عملی جهت تسکین تجربه هیجانی مشخص می‌گردد.^۹ همچنین می‌توان گفت تحمل پریشانی یک ویژگی روان‌شناختی است که در همه افراد به میزان‌های مختلفی وجود دارد و به میزانی که یک شخص توانایی تحمل حالات روان‌شناختی و یا جسمانی منفی را دارد، اشاره دارد.^{۱۰} ناتوانی در این امر، یعنی عدم تحمل پریشانی، منجر به آشفتگی روانی، ناسازگاری و مشکلات بین فردی در روابط اشخاص می‌گردد.^{۱۱} بنابر نظر الایی، لوین و اوپرین،^{۱۲} افراد با تحمل پریشانی ضعیف از افکار و احساسات منفی اجتناب می‌کنند و به احتمال بیشتری در مواجهه با شرایط تنش‌زا، اجتناب تجربی را از خود نشان می‌دهند که این باعث می‌شود از سلامت روان افراد کاسته شود و در برابر رفتارهای پرخطر مستعد شوند. همچنین افراد را در مقابل اختلالات اضطرابی و اختلال استرس پس از سانحه^{۱۳} و مشکلات زناشویی^{۱۴} آسیب‌پذیر می‌کند.

بنابراین، با توجه به اینکه همسران جانبازان قطع نخاع با مسائل و مشکلات فراوان و تحمل سختی‌های بسیار دست و پنجه نرم می‌کنند و برای اینکه بتوانند از عهده احساسات دردناک و مسئولیت سنگین برآیند و همچنان کانون خانواده را سرپا نگه دارند، ارائه آموزش‌ها و خدمات روان‌شناختی اهمیت پیدا می‌کند. یکی از سازهایی که به نظر می‌رسد می‌تواند زمینه‌ساز بهبودی و ارتقاء در متغیرهای پژوهش شود، درمان مبتنی بر شفقت (Therapy Compassion-Focused) می‌باشد. درمان مبتنی بر شفقت توسط گیلبرت^{۱۵} ابداع شده است و یکی از جدیدترین درمان‌های رفتاری موج سوم می‌باشد که سعی بر افزایش بهزیستی روانی، افزایش سازش‌یافتگی و بهبود کیفیت زندگی افراد دارد و همچنین به دنبال کاهش درد و رنج، نگرانی و افسردگی می‌باشد.^{۱۶} درمان مبتنی بر شفقت، درمانی چندوجهی است که بر پایه طیف گسترده‌ای از درمان‌های رفتاری و مداخلات مختلف بنا نهاده شده است. در این درمان، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکنند و به دنبال سرکوب آن‌ها نباشند و در مقابل تجارب خود، خود را بشناسند و نسبت به آن احساس مهرورزی داشته باشند و سپس نگرش همراه با شفقت نسبت به خود داشته باشند^{۱۷} اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت در متغیرهای مختلف مورد بررسی قرار گرفته است؛ از جمله در پژوهش احمدی، شالچی و منصورزاده^{۱۸} امیدیان و همکاران^{۱۴} بر تحمل پریشانی و باورهای ارتباطی در زنان دارای همسر وابسته به مواد، یگانه‌راد، تونزده‌جانی و باقرزاده گلمکانی^{۱۸} بر تاب‌آوری و تحمل ابهام زنان

ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۲، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش شده است. آن‌ها همچنین روایی همگرایی و ملاکی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده‌اند.^۹ شمس، عزیزی و میرزایی^{۱۴} در پژوهشی گزارش کردند که پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۶۷ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای خرده‌مقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۶۹ و ۰/۷۳ می‌باشد.

پروتکل درمانی

این پروتکل درمانی از کتاب درمان متمرکز بر شفقت^{۱۵} اقتباس شده است.

روش اجرا

ابتدا از دانشگاه محل تحصیل و بنیاد شهید و امور ایثارگران شهر تبریز مجوز انجام پژوهش اخذ شد. سپس با بررسی پرونده‌های همسران جانبازان قطع نخاع ۷۰ درصدی تعداد ۳۰ نفر از آنها که شرایط پژوهش را داشتند، انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی جابجایی شدند. پرسشنامه‌های پیش‌آزمون توسط گروه آزمایش و کنترل تکمیل شد و سپس گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله درمان مبتنی بر شفقت قرار گرفت و گروه آزمایش هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و در انتها از هر دو گروه آزمایش و کنترل پس‌آزمون به عمل آمد و داده‌ها جهت تجزیه و تحلیل آماده شدند.

دامنه بین هرگز^۱ تا همیشه^۷ می‌باشد و نمره‌گذاری ۴ ماده مثبت به صورت معکوس انجام می‌شود. ضریب پایایی برای این مقیاس با روش بازآزمایی در یک دوره یک ماهه برابر با ۰/۷۶ محاسبه شده است. همچنین امکان اطمینان این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ گزارش شده است.^{۲۰} نعیم (۲۰۰۸) در پژوهش خود پایایی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ و روش تنصیف به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۲ گزارش کرده است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش اسدیپور و ویسی^{۲۱} برابر با ۰/۹۲ و در پژوهش آرین‌فر و رسولی^{۲۲} برابر با ۰/۸۹ محاسبه و گزارش شده است.

(Distress Tolerance Scale (DTS): پرسشنامه تحمل پریشانی)

این پرسشنامه توسط سیمونز و گاهر^۲ تدوین شده است و دارای ۱۵ سوال و ۴ خرده‌مقیاس می‌باشد. خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه عبارتند از: تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی. سوالات مربوط به خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب برای تحمل پریشانی ۱، ۳، ۵؛ برای جذب شدن به وسیله هیجانات منفی ۲، ۴، ۱۵؛ برای برآورد ذهنی پریشانی ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲؛ و برای تنظیم تلاش برای تسکین پریشانی ۸، ۱۳، ۱۴ می‌باشند. سوالات براساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً موافق^۱ تا کاملاً مخالف^۵ نمره‌گذاری می‌شوند و همچنین سوال ۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود.^۹ براساس پژوهش سیمونز و گاهر،

جدول ۱. خلاصه جلسات مداخله‌ای درمان مبتنی بر شفقت

جلسات	محتوا و هدف هر جلسه
جلسه اول	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی اعضای گروه با موضوع پژوهش و با یکدیگر، معرفی ساختار جلسات، تاکید بر رازداری، رعایت قوانین گروهی، اجتناب از قضاوت و سرزنش یا تمسخر دیگران و آشنایی کلی با درمان مبتنی بر شفقت و ماهیت آن.
جلسه دوم	شناسایی و معرفی مولفه‌های شفقت به خود، بررسی هر مولفه در اعضای گروه، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت به خود. در انتهای جلسه از افراد خواسته شد تا مولفه‌های شفقت به خود را شناسایی و ثبت کنند.
جلسه سوم	مرور تکالیف جلسه قبل، پرورش احساس مهرپایی و شفقت با خود، پرورش حس اشتراکات انسانی در مقابل حس خودتخریب‌گرانه و شرم، آموزش همدردی و ایجاد احساسات متنوع‌تر برای افزایش مراقبت از خود. در انتها از شرکت‌کنندگان خواسته شد مولفه‌های شفقت به خود را در فعالیت‌های روزانه ثبت کنند.
جلسه چهارم	مرور تکالیف جلسه قبل، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن شفقت‌آمیز (ارزش شفقت به خود، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپی، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود. در انتهای جلسه از اعضا خواسته شد به عنوان تکلیف خانگی اشتباهات روزانه خود و عوامل مربوط به آن را شناسایی و ثبت کنند.
جلسه پنجم	مرور تکالیف جلسه قبل، کاربرد بخشیدن، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوانزا و بردباری، پذیرش تغییرات پیش‌رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز، در انتهای جلسه از اعضا خواسته شد تا بخشش و پذیرش بدون قضاوت را در فعالیت‌های روزانه خود شناسایی و ثبت کنند.
جلسه ششم	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش روش‌های ابراز شفقت (کلامی، عملی، مقطعی و پیوسته) و به‌کارگیری آن در زندگی روزمره، آموزش ردش احساسات ارزشمند. در انتهای جلسه از اعضا خواسته شد تا شفقت را در فعالیت‌های روزانه خود شناسایی و ثبت کنند.
جلسه هفتم	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت. در انتهای جلسه از اعضا خواسته شد تا به عنوان تکلیف خانگی نامه‌های شفقت‌آمیز به خود و دیگران بنویسند.
جلسه هشتم	مرور و تمرین مهارت‌های آرایه شده در جلسات قبلی تا بتوانند با روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی مقابله کنند. جمع‌بندی و آرایه راهکار برای حفظ و به‌کارگیری روش درمانی در زندگی روزمره. در نهایت از اعضای گروه قدردانی به عمل آمد و پس‌آزمون اجرا شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش از نرم افزار آماری SPSS-26 و روش آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده گردید.

یافته‌ها

در این بخش یافته‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. ابتدا میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. میانگین متغیر دلزدگی زناشویی در پیش‌آزمون برای گروه آزمایش و کنترل به ترتیب عبارت بود از ۷۶/۶۶ و ۷۱/۶۰ و در پس‌آزمون عبارت بود از ۶۵/۰۶ و ۶۹/۴۶. نمرات میانگین در متغیر تحمل پریشانی نیز در پیش‌آزمون برای گروه آزمایش و کنترل به ترتیب برابر با ۴۵/۶۶ و ۴۴/۸۰ بود و در پس‌آزمون نیز برابر با ۵۰/۹۳ و ۴۵/۰۶ بود. بنابراین بین میانگین متغیرها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت وجود داشت. سپس برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنف استفاده شد که برای متغیر دلزدگی زناشویی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون برابر با ۰/۲۰۰ و برای متغیر معنایابی در پیش‌آزمون برابر با ۰/۱۷۰ و پس‌آزمون برابر ۰/۲۰۰ بود. لذا به موجب اینکه برای هر

دو متغیر وابسته بالاتر از مقدار ۰/۰۵ بود. در نتیجه متغیرهای دلزدگی زناشویی و تحمل پریشانی، دارای توزیع نرمال بودند. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لون استفاده شد که برای دلزدگی زناشویی برابر با ۰/۰۵۷ و برای متغیر تحمل پریشانی ۰/۲۰۸ بود. بنابراین در این مورد نیز سطح معناداری هر دو متغیر بالاتر از ۰/۰۵ بود و واریانس متغیرها باهم برابر بودند ($P > 0.05$). در ادامه شیب رگرسیونی و تحلیل کوواریانس برای هر متغیر به صورت جداگانه صورت پذیرفته است.

همان گونه که نتایج جدول فوق نشان می‌دهد، با توجه به ضریب F محاسبه شده برای تعامل گروه و پیش‌آزمون، معنادار نمی‌باشد ($P > 0.05$). لذا فرض همگنی شیب رگرسیون در متغیر دلزدگی زناشویی برقرار است و از این مفروضه خطی نشده است. بنابراین با توجه به رعایت پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس، در ادامه به آزمون تحلیل کوواریانس (ANCOVA) پرداخته می‌شود.

بر اساس جدول فوق می‌توان گفت در مرحله پس‌آزمون، بین میانگین گروه آزمایش و کنترل پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد ($F = 10.052$ و $P < 0.01$). بنابراین بخش اول پژوهش تایید می‌شود و می‌توان گفت درمان مبتنی بر شفقت بر دلزدگی زناشویی در هم سران جانبازان ۷۰ درصد قطع نخاع اثربخش است.

جدول ۲. همگنی شیب رگرسیونی جهت بررسی تعامل بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیر دلزدگی زناشویی

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری
پیش-آزمون دلزدگی زناشویی * گروه	۴۱/۵۶۷	۱	۴۱/۵۶۷	۰/۸۴۹	۰/۳۶۵

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس (ANCOVA) اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر دلزدگی زناشویی در همسران جانبازان ۷۰ درصد قطع نخاع در مرحله پس‌آزمون

مؤلفه	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	سطح معناداری	مجزور ضریب اتا
دلزدگی زناشویی	پیش-آزمون	472/7007	۱	472/7007	858/143	000/0	842/0
	گروه	505/514	۱	505/514	562/10	003/0	281/0
	خطا	194/1315	۲۷	711/48	—	—	—
	کل	144212	۳۰	—	—	—	—

جدول ۴. همگنی شیب رگرسیونی جهت بررسی تعامل بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیر تحمل پریشانی

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری
پیش-آزمون تحمل پریشانی * گروه	۲۱۰/۵	۱	۲۱۰/۵	۷۴۷/۱	۰/۰۶۳

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس (ANCOVA) اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی در همسران جانبازان ۷۰ درصد قطع نخاع در مرحله پس‌آزمون

مؤلفه	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	سطح معناداری	مجزور ضریب اتا
تحمل پریشانی	پیش-آزمون	۱۲۱/۲۲۵۷	۱	۱۲۱/۲۲۵۷	۴۹/۷۳۶	۰/۰۰۰	۰/۰۶۵
	گروه	۳۳۵/۱۹۹	۱	۳۳۵/۱۹۹	۰۴۳/۶۵	۰/۰۰۰	۰/۰۷۰
	خطا	۷۴۶/۸۲	۲۷	۰۶۵/۳	—	—	—
	کل	۷۱۷۱۸	۳۰	—	—	—	—

روان تشکیل یافته است و تمرکز اصلی خود را بر چهار حیطه تجارب پیشین، نگرانی‌ها و ترس‌های مهم و اصلی، راهبردهای دستیابی به حس امنیت و پیامدهای غیرقابل پیش‌بینی نهاده است.^{۱۵} لذا این روش درمانی با افزایش شفقت به خود در افراد منجر به ایجاد حسی بهتر نسبت به خود در افراد می‌شود و این می‌تواند به نوبه خود منجر به رضایت بیشتر از روابط بین فردی زوجین گردد. همچنین، افرادی که تحت آموزش درمان مبتنی بر شفقت قرار می‌گیرند، نگرش حمایت‌گرانه‌ای نسبت به خود و دیگران به دست می‌آورند که این نوع نگرش می‌تواند در تعارضات زناشویی عاملی تعدیل‌کننده باشد و در نهایت این افراد با تجربه خوش‌بینی، گذشت و رضایت از زندگی تحت درمان مبتنی بر شفقت، توانایی این را پیدا می‌کنند تا قضاوت خود و همسرشان را کنار بگذارند که به تبع آن دلزدگی زناشویی نیز کاهش پیدا می‌کند.^{۱۹}

نتایج یافته‌ها در خصوص متغیر تحمل پریشانی نیز نشان داد که میانگین نمرات تحمل پریشانی در همسران جانبازان ۷۰ درصد قطع نخاع گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون بیشتر از میانگین نمرات گروه کنترل بود و این تفاوت بر اساس آزمون تحلیل کوواریانس مربوط به تحمل پریشانی معنادار بود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی در همسران جانبازان ۷۰ درصد قطع نخاع تأثیر دارد. یافته‌های این بخش با نتایج پژوهش‌های Leaviss و Uttley^{۱۱}، Gooding و همکاران،^{۲۸} Birnie و همکاران،^{۲۹} Omidian و همکاران،^{۱۴} Niasi و همکاران،^{۳۰} Araghiان و همکاران^{۳۱} و Mousavi و همکاران^{۳۱} همسو و همراستا است. در تبیین این بخش می‌توان گفت که افراد در درمان مبتنی بر شفقت آموزش می‌بینند تا از احساسات و افکار دردناک و آزاردهنده اجتناب نکنند، بلکه در مقابل آن‌ها با مهربانی، فهم و توجه به اشتراکات انسانی، به احساسات آزاردهنده نزدیک شده و با روش‌های سازش‌یافته‌تری با آن‌ها مواجهه و مقابله کنند. بنابراین، در نتیجه چنین راهبردهایی، هیجانات منفی به هیجانات مثبت تبدیل می‌شوند و افراد درک درست‌تری از شرایط و همچنین توانایی انتخاب عوامل مؤثر برای تغییر خود و شرایط تنش‌زا به دست می‌آورند؛ این امر موجب افزایش قدرت تحمل پریشانی و تسهیل مدیریت هیجان‌ها در افراد می‌شود.^{۱۴}

در تبیین دیگری می‌توان گفت که بنابر بیان نف (۲۰۱۳)، خودشفقت‌ورزی منجر به افزایش ترشح اکسی‌توسین در افراد می‌شود که این امر به فعال شدن سیستم امنیت و تسکین در آن‌ها منجر می‌گردد.^{۱۵} بنابراین، درمان مبتنی بر شفقت با فعال کردن سیستم تسکین، باعث ارتقاء پذیرش افراد در مواجهه با

همان گونه که نتایج جدول فوق نشان می‌دهد، با توجه به ضریب F محاسبه‌شده برای تعامل گروه و پیش‌آزمون، معنادار نمی‌باشد ($P > 0.05$). لذا فرض همگنی شیب رگرسیون در متغیر تحمل پریشانی برقرار است و از این مفروضه تخطی نشده است. بنابراین با توجه به رعایت پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس، در ادامه به آزمون تحلیل کوواریانس (ANCOVA) پرداخته می‌شود. بر اساس جدول فوق می‌توان گفت در مرحله پس‌آزمون، بین میانگین گروه آزمایش و کنترل پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد ($F=70.043$ و $p < .01$). بنابراین متغیر دوم پژوهش نیز تأیید می‌شود و می‌توان گفت درصد قطع مبتنی‌برشفقت‌بر تحمل پریشانی درهم سران جانبازان ۷۰ درصد قطع نخاع اثربخش است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج یافته‌ها در حیطه متغیر دلزدگی زناشویی نشان داد که میانگین نمرات دلزدگی زناشویی در همسران جانبازان ۷۰ درصد قطع نخاع گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون پایین‌تر از میانگین نمرات گروه کنترل بود و این تفاوت بر اساس آزمون تحلیل کوواریانس معنادار بود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر شفقت بر دلزدگی زناشویی در همسران جانبازان ۷۰ درصد قطع نخاع تأثیر دارد. یافته‌های این بخش با نتایج پژوهش‌های Kemper و همکاران،^{۲۳} Panahi و همکاران،^۶ Zarastvand و همکاران،^{۱۹} Hasani و همکاران^{۲۴} و Poorhejazi و همکاران^{۲۵} همسو و همراستا است. در تبیین یافته‌های این بخش از پژوهش می‌توان گفت که براساس شواهد پژوهشی، این واقعیت آشکار شده است که در بین عوامل مؤثر در ایجاد پدیده دلزدگی زناشویی، میزان صمیمیت بین زوجین و وضعیت سلامت عمومی آنها نقش بسزایی دارد. در واقع می‌توان گفت صمیمیت شاید انگیزه اصلی شروع زندگی زناشویی باشد و شامل سطوحی از احساس نزدیکی است که زوجین در تعامل با یکدیگر بروز می‌دهند.^{۲۵} در این شرایط، زوجینی که از صمیمیت بیشتری بهره می‌برند، جدا از وضعیت اجتماعی و اقتصادی، به صورت معناداری دلزدگی زناشویی کمتری را گزارش می‌دهند.^{۲۶} از طرفی دیگر، پژوهش‌ها در حیطه درمان مبتنی بر شفقت بیان می‌کنند که رسیدن به خودشفقتی در روابط بین فردی و دلزدگی زناشویی زوجین می‌تواند نقش تعدیل‌کننده داشته باشد^{۲۷} و با استفاده از مهربانی نسبت به خود و نسبت به اطرافیان میزان تنش را کاهش دهد. در تبیین دیگری می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت بر پایه رویکرد تحولی عصبی-شناختی جهت بهبود مشکلات سلامت

استفاده شود تا ميزان اثربخشي درمان مبتني بر شفقت به صورت دقيق تري مورد بررسي قرار گيرد.

ملاحظات اخلاقي

در پژوهش حاضر، نکات اخلاقي مطابق با پروتکل هاي اخلاقي رعايت شده است و کد اخلاق از دانشگاه آزاد تبريز با شماره IR.IAU.TABRIZ.REC.1402.018 دريافت شده است. همچنين فرم رضاي آگاهانه شرکت در پژوهش توسط افراد شرکت کننده در پژوهش تکميل و امضاء شده است و براي گروه کنترل نيز بعد از اتمام مداخلات گروه آزمائش، جلسات آموزشي برگزار گرديد.

حمایت مالی

اين پژوهش حامي مالي نداشته و براساس هزينه شخصي و در قالب پايان نامه کارشناسي ارشد انجام شده است.

تضاد منافع

در پژوهش حاضر هيچگونه تضاد مناصبي بين نويسندگان وجود نداشته است.

قدرداني

بدین وسیله از تمامی افراد شرکت کننده در پژوهش و مرکز مشاوره بنياد شهيد و ايثارگران شهر تبريز که نهايت همکاري را داشتند، کمال تشکر را داريم.

References

1. Naderi A, Hosseini M, Rahimi S. War as a major public health issue: implications for community well-being. *J Public Health Res.* 2016;5(2):123-9.
2. Mardani Hamuleh, M., Brimnejad, L., Seyed Fatemi, N., & Taghavi, T. (2013). Correlation of general health and quality of life in caregivers of veterans with spinal cord injuries. *Journal of Military Medicine*, 15(2), 81-86. <http://militarymedj.ir/article-1-1158-en.html>
3. Amiri, M., Salimi, S. H., Mirzamani, M., & Hashemian, K. (2016). A comparison of the psychological profile of working wives of spinal cord amputation veterans with working women of normal society. *Daneshvar-e-raftar*, 14(22), 59-67. <https://www.magiran.com/paper/1397218>
4. Perissutti, C., & Barraca, J. (2013). Integrative behavioral couple therapy vs. Traditional behavioral couple therapy: A theoretical review of the differential effectiveness. *Clínica y Salud*, 24(1), 11-8. [https://doi.org/10.1016/S1130-5274\(13\)70002-4](https://doi.org/10.1016/S1130-5274(13)70002-4)

دشواري ها می شود. به اين ترتيب، همسران جانبازان به طور اخص و افرادی که با هيچانات منفي روبه رو هستند به طور اعم، در رويارويي با هيچانات منفي مهارت پيدا می کنند و سطوح تحمل پريشاني در آن ها افزايش می يابد. همچنين، افرادی که تحت آموزش درمان مبتني بر شفقت قرار می گيرند، با دستيابي به آگاهی و توجه آگاهانه نسبت به هيچانات منفي خود و با استفاده از روش هاي اين برنامه درمانی، در مقابل آن ها اجتناب نمی کنند؛ بلکه با مهرورزي، پذيرش و توجه به احساسات مشترک و مثبت انساني رفتار می کنند.^{۳۳} بنابر اين، موارد مذکور می توانند اثربخشي درمان مبتني بر شفقت بر تحمل پريشاني در همسران جانبازان قطع نخاع ۷۰ درصد را توضيح دهند.

محدودیت ها و پیشنهادات پژوهش

پژوهش حاضر با محدوديت هايي روبرو بوده است که می توان به موارد زير اشاره کرد. پژوهش حاضر در زمان و مکان خاصی صورت پرفته است لذا در تعميم نتايج به دليل تفاوت هاي، قومی، فرهنگي و ... بايد احتياط نمود. اين پژوهش در حجم نمونه کوچک انجام پذيرفته است. يکی ديگر از محدوديت هاي پژوهش حاضر نداشتن مرحله پيگيري به دليل کمبود زمان بود که پايداري تغييرات ايجاد شده در طول زمان را نتوانسته مورد سنجش قرار دهد. پيشنهادهای دوره های درمان مبتني بر شفقت به صورت برنامه ريزی شده بر ساير خانواده های جامعه نيز اجرايی شود. همچنين پيشنهادهای می شود در پژوهش هاي آتی، از مراحل پيگيري

5. James, K., Verplanken, B., & Rimes, K. A. (2015). Self-criticism as a mediator in the relationship between unhealthy perfectionism and distress. *Personality and Individual Differences*, 79, 123-8. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.01.056>
6. Panahi, M., Jamarani, S. K., Shahrabaki, M. E., & Rostami, M. (2017). Effectiveness of integrative behavioral couple therapy on reducing marital burnout and fear in couples of intimacy. *Journal of Applied Psychology*, 11(3), 43-56. https://apsy.sbu.ac.ir/article_97279.html
7. Pamuk, M., & Durmuş, E. (2015). Investigation of burnout in marriage. *Journal of Human Sciences*, 12(1), 162-77. <https://doi.org/10.14687/jhs.v12i1.3562>
8. Vahedi, H., & Ghavi Panjeh, B. (2021). Effectiveness of Imago therapy group training on marital quality, marital boredom, and resilience in women with substance-dependent spouses. *Journal of Substance Abuse Research*, 15(61), 221-240. <https://doi.org/10.52547/etiadjpajohi.15.61.221>

9. Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*, 29(2), 83-102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
10. Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A., & Schmidt, N. B. (2010). Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior therapy*, 41(4), 567-74. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.03.007>
11. Mei, J., Ji, Y., Tian, J., Huang, C., Lu, X., Du, X., Xie, Y., Hu, Q., & Ma, T. (2015). Balancing control schemes for modular multilevel converters using virtual loop mapping with fault tolerance capabilities. *IEEE Transactions on Industrial Electronics*, 63(1), 38-48. <https://doi.org/10.1109/TIE.2015.2465355>
12. Elhai, J. D., Levine, J. C., O'Brien, K. D., & Armour, C. (2018). Distress tolerance and mindfulness mediate relations between depression and anxiety sensitivity with problematic smartphone use. *Computers in Human Behavior*, 84, 477-484. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.03.050>
13. Veilleux, J. C. (2019). The relationship between distress tolerance and cigarette smoking: A systematic review and synthesis. *Clinical psychology review*, 71, 78-89. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.01.008>
14. Omidian, S., Kazemian Moghadam, K., & Haroon Rashidi, H. (2022). The effectiveness of compassion-based therapy on distress tolerance and relationship beliefs of women with substance-dependent spouses. *Journal of Substance Abuse Research*, 16(64), 309-327. <https://doi.org/10.52547/etiadjpajohi.16.64.309>
15. Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British journal of clinical psychology*, 53(1), 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
16. Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological medicine*, 45(5), 927-45. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002141>
17. Ahmadi E, Shalchi B, Mansourzadeh Z. Effectiveness of Self-Compassion Training on Symptoms of Irritable Bowel Syndrome. *Qom Univ Med Sci J* 2020;14(4):1-10. [Persian]
18. Yeganeh Rad, N., Toozandehjani, H., & Bagherzadeh Golmakani, Z. (2020). Comparing the effectiveness of schema therapy and compassion-focused therapy in resiliency and ambiguity tolerance in divorce-seeking women. *Psychological Methods and Models*, 11(41), 89-112. <https://jmep.ir/article-1-243-en.html>
19. Zarastvand, A., Tizdast, T., Khalatbari, J., & Abolghasemi, S. (2020). The effectiveness of self-compassion focused therapy on marital self-regulation, marital burnout, and self-criticism in infertile women. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 17(4), 594-605. <https://rbs.mui.ac.ir/article-1-684-en.html>
20. Pines, A. M. (2002). The female entrepreneur: Burnout treated using a psychodynamic existential approach. *Clinical Case Studies*, 1(2), 170-80. <https://doi.org/10.1177/153465010200100209>
21. Asadpour, E., & Veisi, S. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on marital satisfaction, sexual self-esteem and marital burnout among women with type 2 diabetes. *Journal of Arak University of Medical Sciences*, 22(7), 8-17. <https://doi.org/10.32598/jams.22.7.67>
22. Arianfar, N., & Rasouli, R. (2019). The comparison of solution-focused couple therapy with acceptance and commitment couple therapy on marital burnout of couples. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 20(1), 47-60. <https://www.magiran.com/paper/2096187>
23. Kemper KJ, McClafferty H, Wilson PM, Serwint JR, Batra M, Mahan JD, Schubert CJ, Staples BB, Schwartz A; Pediatric Resident Burnout-Resilience Study Consortium. Do mindfulness and self-compassion predict burnout in pediatric residents? *Acad Med*. 2019 Jun;94(6):876-884. doi:10.1097/ACM.0000000000002546
24. Hasani F, Rezazadeh M, Ganbari Panah A, Khoshkabar A. Effectiveness of Schema Therapy on Sexual Satisfaction, Emotional Regulation, and Resilience in Nurses with Marital Boredom Symptoms. *Community Health Journal*. 2022;16(2):71-81.
25. Poorhejazi, M., Khalatbari, J., Ghorban Shiroudi, S., & Khodabakhshi Koolae, A. (2022). Studying the effectiveness of a treatment package designed based on McMaster transdiagnostic therapy model (focused on compassion and mindfulness) on family function and distress tolerance of women with marital conflict. *Middle East Journal of Disability Studies*, 12, 69-69. https://jdisabilstud.org/article_250941.html
26. Olson, D. H., DeFrain, J., & Skogrand, L. (2013). *Marriages and families*. McGraw-Hill US Higher Ed USE. https://www.researchgate.net/publication/232462744_Marriage_and_the_family_Diversity_and_strengths_3rd_ed
27. Zakeri, F., Safarian Tosi, M., & Nejat, H. (2019). Investigating the role of self-compassion moderator on

- the relationship between alexithymia and couple burnout in incompatible women. *Journal of Excellence in Counseling and Psychotherapy*, 8(29), 52–64. <https://www.sid.ir/paper/1034650/en>
28. Gooding, H., Stedmon, J., & Crix, D. (2020). ‘All these things don’t take the pain away but they do help you to accept it’: making the case for compassion-focused therapy in the management of persistent pain. *British journal of pain*, 14(1), 31–41. <https://doi.org/10.1177/2049463720905141>
29. Birnie, K., Speca, M., & Carlson, L. E. (2010). Exploring self-compassion and empathy in the context of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Stress and Health*, 26(5), 359–371. <https://doi.org/10.1002/smi.1305>
30. Niasti, N., Ghorban Shiroudi, S., Khalatbari, J., & Tizdast, T. (2021). The effectiveness of an education package based on compassion-focused therapy, emotion-focused therapy, and acceptance and commitment-based therapy on the tolerance of anxiety and impulsivity of adolescents with aggressive behaviors. *Journal of Islamic Life Style Centered on Health*, 5(4), 1–11. <https://www.sid.ir/paper/1017301/en>
31. Araghian, S., Nejat, H., Toozandehjani, H., & Bagherzadeh Golmakani, Z. (2020). Comparison of the effectiveness of quality of life therapy and compassion-focused therapy on distress tolerance and meaning in life in women with marital conflicts. *Psychological Methods and Models*, 11(39), 121–138. <https://jmep.ir/article-1-272-en.html>
32. Mousavi, S. M., Khajevand Khoshli, A., Asadi, J., & Abdollahzadeh, H. (2021). Comparison of the effectiveness of compassion-focused therapy and acceptance and commitment therapy on distress tolerance in women with systemic lupus erythematosus. *Journal of Psychological Science*, 20(99), 453–460. <http://psychologicalscience.ir/article-1-860-en.html>