



Comparing the Effectiveness of Compassion Based Therapy and Spirituality Therapy on Family Resilience in Couples Referring to Counseling Centers

Elham Tajik¹ , Seyyed Ali Hoseini Almadani^{2*} , Shohreh Ghorban Shiroudi³

1. Department Counseling, NT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran. Email: elham.tajik@iau.ac.ir

2. Department Counseling, NT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran. Email: hosseini-almadani@iau.ac.ir

3. Department Counseling, NT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran. Email: Sh.ghorbanshiroudi@iau.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article History:
Received: 26 Jul 2025
Revised: 10 Sep 2025
Accepted: 04 Oct 2025
First Published: 15 Sep 2026

Keywords:
Compassion Based Therapy,
Couples, family resilience,
Spirituality Therapy

ABSTRACT

The present study aimed to compare the effectiveness of compassion based therapy and spirituality therapy on family resilience in couples referring to counseling centers. The current study was a semi-experimental application with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up period. The statistical population of the present study consisted of conflicting couples referring to counseling centers in District 2 of Tehran in the fall quarter of 2024. 42 couples (84 people) were selected through purposive sampling method and randomly accommodated into experimental and control groups (14 couples in the first experimental group, 14 couples in the second experimental group, and 14 couples in the control group). The experimental groups received compassion based therapy (8 sessions) and spirituality therapy during eight weeks. In this study, the Family Resilience Assessment Scale (FRAS) was used. The data taken from the study were analyzed through mixed ANOVA and Bonferroni follow-up test via SPSS23 software. The results showed that compassion-based therapy and spirituality therapy had an effect on family resilience ($P < 0.001$; $\eta^2 = 0.46$; $F = 35.34$) of couples referring to counseling centers. The results of the follow-up test also showed that there was no significant difference between the effectiveness of compassion based therapy and spirituality therapy in the variable of family resilience. Based on the research findings, compassion-based therapy and spirituality therapy can be used to improve family resilience in couples referring to counseling centers.

Cite this article: Tajik, E., Hoseini Almadani, S. A., Ghorban Shiroudi, S. H.. (2026). Comparing the Effectiveness of Compassion Based Therapy and Spirituality Therapy on Family Resilience in Couples Referring to Counseling Centers. *Journal of Applied Psychological Research*, (In press/ Accepted). <https://doi.org/10.22059/japr.2026.399460.645306>



Publisher: University of Tehran Press
DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2026.399460.645306>

© The Author(s).



مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و معنویت درمانی بر تاب آوری خانواده در زوجین مراجعة کننده به مراکز مشاوره

الهام تاجیک^۱، سیدعلی حسینی المدنی^{۲*}، شهره قربان شیروودی^۳

۱. گروه مشاوره، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. ایمیل: elham.tajik@iau.ac.ir

۲. گروه مشاوره، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. ایمیل: hosseini-almadani@iau.ac.ir

۳. گروه مشاوره، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. ایمیل: Sh.ghorbanshiroudi@iau.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۰۴

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۶/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۷/۱۲

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۴۰۵/۰۶/۲۲

کلیدواژه ها:

تاب آوری خانواده، درمان مبتنی بر شفقت، زوجین، معنویت درمانی

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و معنویت درمانی بر تاب آوری خانواده در زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره انجام شد. پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی، از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را زوجین متعارض مراجعه کننده به مراکز مشاوره منطقه ۲ شهر تهران در فصل پاییز سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند. در این پژوهش تعداد ۴۲ زوج (۸۴ نفر) با روش نمونه گیری غیر تصادفی هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه های آزمایش و گواه جایدهی شدند (۱۴ زوج در گروه آزمایش اول، ۱۴ زوج در گروه آزمایش دوم و ۱۴ زوج در گروه گواه). زوجین حاضر در گروه های آزمایش درمان مبتنی بر شفقت (۸ جلسه) و معنویت درمانی (۸ جلسه) را طی هشت هفته دریافت نمودند. در این پژوهش از مقیاس تاب آوری خانواده (FRAS) استفاده شد. داده ها به شیوه تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفرونی توسط نرم افزار آماری SPSS²³ تحلیل شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت و معنویت درمانی بر تاب آوری خانواده ($F=35/34$; $\eta^2=0/46$; $P<0/001$) در زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره تاثیر دارد. نتایج آزمون تعقیبی نیز نشان داد که در متغیر تاب آوری خانواده تفاوت معناداری بین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و معنویت درمانی مشاهده نشد. بر اساس یافته های پژوهش می توان از درمان مبتنی بر شفقت و معنویت درمانی بر تاب آوری خانواده در زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره استفاده کرد.

استناد: تاجیک، ا.، حسینی المدنی، س.ع.، قربان شیروی، ش. (۱۴۰۵). هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و معنویت درمانی بر تاب آوری خانواده در زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره. فصل نامه پژوهش های کاربردی روانشناختی، (انتشار آنلاین / پذیرش شده).

<https://doi.org/10.22059/japr.2026.399460.645306>

ناشر: انتشارات دانشگاه

© نویسندگان.

تهران



DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2026.399460.645306>

۱. مقدمه

خانواده به عنوان اصلی‌ترین رکن تشکیل‌دهنده جوامع انسانی، نقشی محوری در استحکام پیوندهای اجتماعی و تعالی تک‌تک اعضای خود ایفا می‌کند. در این میان، یکی از کلیدی‌ترین عوامل تعیین‌کننده در ثبات، تداوم و پیشرفت نهاد خانواده، برقراری ارتباطات متقابل سازنده بین زوجین بر پایه تفاهم و انعطاف‌پذیری متقابل می‌باشد (گلرخی و همکاران، ۱۴۰۳). خانواده به عنوان کوچک‌ترین و در عین حال مهم‌ترین واحد اجتماعی، شبکه پیچیده‌ای از روابط عاطفی و تعاملات درهم تنیده میان اعضاست که هسته مرکزی آن را پیوند زناشویی تشکیل می‌دهد. این نهاد اجتماعی که بر اساس قرارداد ازدواج بین زن و مرد شکل می‌گیرد، کارآمدی و اثربخشی خود را مدیون کیفیت روابط حاکم بر زوجین است (لی و یون، ۲۰۲۳). در این میان، آنچه اهمیت آن از خود پیمان ازدواج فراتر می‌رود، دستیابی به سازگاری زناشویی و توفیق در زندگی مشترک محسوب می‌شود. با این وجود، جوامع معاصر با چالش گسترده‌ای در حوزه روابط زناشویی مواجه هستند که توجه ویژه متخصصان خانواده و زوج درمانگران را به خود جلب کرده است (دونگ و همکاران، ۲۰۲۲). این ناسازگاری‌ها می‌تواند در قالب‌های متنوعی همچون اختلالات خلقی (افسردگی)، وابستگی به مواد، آشفتگی در روابط والد-فرزند، خشونت خانگی و مشاجرات کلامی نمود یابد که نهایتاً ممکن است به فروپاشی خانواده بینجامد. در این زمینه، طلاق به عنوان عینی‌ترین شاخص ناکامی در روابط زناشویی شناخته می‌شود که آمار نگران‌کننده آن در جوامع غربی - با نرخ فراتر از ۵۰ درصد در ازدواج‌های اول - گویای عمق این معضل اجتماعی است (ویلسون و همکاران، ۲۰۱۷). نتایج پژوهش و ماخانا و همکاران^۴ (۲۰۱۸) به وضوح نشان می‌دهند که بین شدت تعارضات زناشویی و سطح پایین سلامت روانی-جسمانی زوجین رابطه مستقیم وجود دارد. به عبارت دیگر، تشدید تنش‌های زوجی موجبات کاهش سازگاری، افزایش ناخرسندی و در نهایت زمینه‌سازی برای جدایی را فراهم می‌آورد (چئونگ و همکاران، ۲۰۲۲).

متغیرهایی مختلفی هستند که می‌توانند در کاهش تعارضات بین زوجین نقش ایفا نمایند. تاب‌آوری خانوادگی^۵ از جمله متغیرهایی است که با ایجاد تحمل روانی و همچنین افزایش قدرت حل مساله می‌تواند سبب شود تا زوجین تعارضات خود را حل نموده و کمتر به طلاق فکر نمایند (کیو و همکاران، ۲۰۲۵). این در حالی است که بروز دلزدگی زناشویی نیز به مرور می‌تواند تاب‌آوری خانوادگی را کاهش دهد (یزدانی و همکاران، ۱۳۹۹). تاب‌آوری خانوادگی یک پدیده مثبت است که می‌تواند منجر به رشد و پیشرفت مثبت و مناسب عملکرد خانواده شود و بر این پیش‌فرض مبتنی است که رویدادها و چالش‌های استرس‌زای زندگی بر کل خانواده تاثیر می‌گذارد و به همین دلیل منابع، ظرفیت و توانمندی خانواده نقش میانجی و اثرگذار در سازگاری یا عدم سازگاری افراد خانواده و کلیت خانواده دارد (پارک و همکاران، ۲۰۲۲). تاب‌آوری خانوادگی نشان می‌دهد که چرا انسان در هنگام مواجه شدن با تجارب ناخوشایند، شرایط و رویدادهای دشوار در برخی موارد دچار مشکلات رفتاری یا روان‌شناختی می‌شود اما در برخی دیگر درگیر مشکلات روان‌شناختی و رفتاری نمی‌شود (سوداگر و همکاران، ۱۴۰۳). تاب‌آوری خانوادگی می‌تواند منجر به رشد و پیشرفت مثبت و مناسب عملکرد خانواده شود و بر این پیش‌فرض مبتنی است که رویدادها و چالش‌های استرس‌زای زندگی بر کل خانواده تاثیر می‌گذارد (چانگ و همکاران، ۲۰۲۲) و به همین دلیل منابع، ظرفیت و توانمندی خانواده نقش میانجی و اثرگذار در سازگاری یا عدم سازگاری افراد خانواده و کلیت خانواده دارد (پارک و همکاران، ۲۰۲۲). تاب‌آوری خانوادگی در برگیرنده ظرفیت خانواده برای رو به رو شدن با چالش‌ها و مشکلات زندگی و حل سازگاران این چالش‌ها

1. Lee, Yoon

2. Dong et al.

3. Wilson et al

4. Makhanova et al

5. Cheung et al.

6. Family resilience

7. Qiu et al.

8. Park et al.

9. Chang et al.

و کاهش مشکلات از طریق استفاده از منابع خانواده، ساختارهای موجود در خانواده و روابط درون خانوادگی دارد (سوداگر و همکاران، ۱۴۰۳).

در راستای ارتقای مؤلفه‌های روان‌شناختی، هیجانی و ارتباطی زوجین درگیر تعارضات زناشویی، رویکردهای درمانی و آموزشی متنوعی مورد استفاده قرار گرفته‌اند. در میان روش‌های نوین، درمان متمرکز بر شفقت^۱ از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است. یافته‌های پژوهشی متعددی از جمله مطالعات لطفی و همکاران (۱۴۰۰)، مالدار و همکاران (۱۴۰۰)، اربابی و همکاران (۱۴۰۱)، کریمی‌فر و فراهانی (۱۴۰۲)، سربازی و همکاران (۱۴۰۳)، آگویار-راب و همکاران^۲ (۲۰۲۳) و یانگ و همکاران^۳ (۲۰۲۵) حاکی از تأثیر معنادار این روش در ارتقای کیفیت روابط زناشویی، افزایش رضایت زوجین و کاهش تنش‌های بین‌فردی است. همچنین شواهد پژوهشی هیرانو و همکاران^۴ (۲۰۲۵)؛ کیشیموتو و همکاران^۵ (۲۰۲۵)؛ دی‌هررا و تارک^۶ (۲۰۲۵)؛ کیتانو و همکاران^۷ (۲۰۲۴) و لی و همکاران^۸ (۲۰۲۴) نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی بر شفقت می‌تواند به کاهش قابل توجه مشکلات روان‌شناختی، اختلالات شخصیتی، نارسایی‌های هیجانی و الگوهای رفتاری ناسازگار منجر شود. مبانی نظری این رویکرد بر درونی‌سازی عوامل تسکین‌دهنده (شامل افکار، تصاویر ذهنی و رفتارهای آرامش‌بخش) تأکید دارد که موجب تعدیل واکنش‌های ذهنی مشابه پاسخ به محرک‌های بیرونی می‌گردد (کیشیموتو و همکاران، ۲۰۲۵). خودشفقتی به عنوان توانایی پذیرش رنج‌های شخصی و همدردی با دردهای دیگران تعریف شده است که موجب افزایش تحمل پریشانی‌های فردی می‌شود (هیرانو و همکاران، ۲۰۲۵). این سازه روان‌شناختی بیانگر موضعگیری مثبت فرد نسبت به خود در شرایط دشوار بوده و به عنوان عامل محافظتی کلیدی در توسعه انعطاف‌پذیری هیجانی عمل می‌کند. همین ویژگی موجب شده است در سال‌های اخیر، پروتکل‌های درمانی متعددی با هدف تقویت خودشفقتی طراحی و اجرا شوند (دی‌هررا و تارک، ۲۰۲۵). در طبقه‌بندی راهبردهای درمانی، خودشفقتی به عنوان رویکردی منحصر به فرد شناخته می‌شود که نه مبتنی بر اجتناب از هیجان‌های منفی، بلکه بر پذیرش دلسوزانه و مهربانانه این تجربیات تأکید دارد (کیتانو و همکاران، ۲۰۲۴). این فرایند منجر به دگرگونی هیجان‌های ناخوشایند به حالت‌های مثبت و توسعه راهکارهای سازگارانۀ مقابله می‌گردد. لازم به ذکر است که خودشفقتی با وجود ارتباطش با مراقبت از خود و دیگران، به هیچ وجه به معنای خودمحوری یا اولویت‌دهی به نیازهای فردی نیست (لی و همکاران، ۲۰۲۴).

یکی دیگر از درمان‌هایی که می‌تواند زمینه‌ساز افزایش روابط بین زوجین ناسازگار باشد، معنویت درمانی^۹ است. با وجود پروتکل‌های متعدد در زمینه زوج‌درمانی در سال‌های اخیر، توجه فزاینده‌ای به موضوعات معنوی در حوزه روان‌شناسی و روان‌درمانی در حوزه خانواده جلب شده است (محنایی و همکاران، ۱۴۰۰). این در حالی است که نتایج پژوهش‌های جهانبخشی و همکاران (۱۴۰۱)، قاسمی‌نژاد راینی و همکاران (۱۴۰۱الف)، هدایتی‌دانا و همکاران (۱۴۰۲)، قاسمی‌نژاد راینی و همکاران (۱۴۰۱ب) و شاهین ورنوسفادراینی و مهدویان (۱۴۰۲) نشان دهنده آن است که معنویت درمانی می‌تواند کیفیت رابطه زناشویی و عملکرد خانوادگی زوجین را افزایش دهد. علاوه بر این نتایج پژوهش فرای و همکاران^{۱۰} (۲۰۲۴)، کرا و همکاران^{۱۱} (۲۰۲۴)، باساک و همکاران^{۱۲} (۲۰۲۴)، یوشیزاوا و همکاران^{۱۳} (۲۰۲۳)، فرادلوس و همکاران^{۱۴} (۲۰۲۲) نیز نشانگر آن است که معنویت قادر است به بهبود وضعیت روان‌شناختی، عاطفی، هیجانی و اجتماعی افراد مختلف شود. معنویت درمانی توانایی فراگیری خاصی را در روابط بین همسران دارد، توانایی سازگاری در برابر مشکلات، بخشش در روابط بین همسران و داشتن احساسات مثبت نسبت به

1. compassion based therapy

2. Aguilar-Raab et al.

3. Yang et al.

4. Hirano et al.

5. Kishimoto et al.

6. De Herrera, Turk

7. Kitano et al.

8. Li et al.

9. Spirituality Therapy

10. Fry et al.

11. Cerra et al.

12. Başak et al.

13. Yoshizawa et al.

14. Fradelos et al.

همسر می‌باشد که در بهبود روابط همسران بسیار می‌تواند حائز اهمیت باشد (محنایی و همکاران، ۱۴۰۰). مهارت معنوی به دستیابی نیازهای عمیق انسانی اشاره دارد که تأمین کننده نیازهای شخصیتی از قبیل تندرستی، امید، نیروی درونی و آرامش است (یوشیزاوا و همکاران، ۲۰۲۳). ویژگی معنویت، سالم بودن و تأثیر گذار بودن این روش مقابله‌ای با تنش محسوب می‌گردد که منابع مذهبی، دین و معنویت را هم یکی از منابع ارزشمند مقابله می‌داند و به طور کلی در این روش افراد از باورهای معنوی و مذهبی برای رویارویی با چالش‌ها و تنش‌های زندگی بهره می‌گیرند (فرادلوس و همکاران، ۲۰۲۲).

دلیل انتخاب و مقایسه دو مداخله درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار را در فلسفه اجرایی و شیوه تأثیر این مداخلات می‌بایست جستجو نمود. چنانکه درمان متمرکز بر شفقت یک نوع راهبرد در بین انواع راهبردهای مختلف تنظیم هیجان است که در آن از تجربه کردن هیجان‌های نامطلوب و آزاردهنده جلوگیری نمی‌شود بلکه سعی می‌شود تا احساسات به صورتی مهربانانه و مشفقانه مورد پذیرش واقع شوند. بنابراین احساسات منفی به احساسات مثبت تغییر شکل می‌دهند و فرد راه‌هایی جدید برای مقابله پیدا می‌کند. اما معنویت درمانی با بهره‌گیری از مفاهیم پایه‌ای همانند باورهای معنوی و مذهبی برای رویارویی با چالش‌ها و تنش‌های زندگی در تلاش است تا به مراجعان مهارت‌هایی را بیاموزد تا بتوانند به شیوه‌ای سازگارانه مشکلات درون و بین فردی را مدیریت نمایند. بنابراین معنویت درمانی بیشتر مبتنی بر نیازهای عمیق انسانی، امید، نیروی درونی و آرامش است، در حالی که درمان متمرکز بر شفقت بر پذیرش مشفقانه و خوددست داری متمرکز است. با دقت در مفاهیم نظری و عملی این دو درمان مشخص می‌شود که آنها دو مسیر و روش متفاوت را در پیش رو داشته و مقایسه این دو روش می‌تواند درمانگران را نسبت به درمان با اثربخشی بیشتر برای زوجین متعارض روشن و رهنمون سازد.

اهمیت و ضرورت انجام این پژوهش را می‌توان در آمار نگران کننده طلاق در ایران طی دهه گذشته جستجو کرد. بر اساس آخرین گزارش‌های رسمی، در سال ۱۴۰۰ حدود ۳۳ درصد از ازدواج‌ها به طلاق منجر شده است که نسبت به سال قبل از آن حدود ۲ درصد افزایش را نشان می‌دهد. نرخ تجمعی طلاق در ده سال اخیر نیز به حدود ۲۸ درصد رسیده است (گلرخی و همکاران، ۱۴۰۳) که بیانگر روند صعودی این پدیده اجتماعی است. مدیریت و حل تعارضات زناشویی به عنوان یکی از مؤلفه‌های کلیدی سلامت خانواده، نقش پیشگیرانه‌ای در کاهش آمار طلاق ایفا می‌کند. واقعیت این است که در صورت عدم تشخیص به موقع و مداخله مؤثر در روابط زوجین دارای تعارض، احتمال فروپاشی خانواده به میزان قابل توجهی افزایش می‌یابد. این امر لزوم توجه ویژه به این حوزه را بیش از پیش آشکار می‌سازد. جنبه دیگر اهمیت این پژوهش، تأکید بر جایگاه نهاد خانواده و کارکردهای حیاتی آن در ساختار اجتماعی است. تداوم و بقای خانواده در طول تاریخ، گواه روشنی بر نقش محوری این نهاد در جامعه است. بسیاری از اندیشمندان معتقدند جامعه سالم محصول خانواده‌های سالم است و سلامت خانواده نیز مستلزم وجود روابط سازنده و عملکرد مطلوب این نهاد می‌باشد. بررسی ریشه‌یابی بسیاری از معضلات فردی و اجتماعی در دوران معاصر نشان می‌دهد که اختلال در کارکردهای خانواده می‌تواند منشأ بروز ناهنجاری‌های متعدد باشد. از این رو شناسایی و به کارگیری راهکارهای بهبود عملکرد خانواده از ضرورت‌های انکارناپذیر است. با توجه به افزایش نرخ تعارضات زناشویی و آسیب‌پذیری کانون خانواده در جامعه امروز، پژوهش حاضر از ضرورت کاربردی بالایی برخوردار است. یافته‌های این مطالعه می‌تواند به مشاوران و درمانگران در مراکز مشاوره کمک کند تا با آگاهی از اثربخشی نسبی دو مداخله درمان مبتنی بر شفقت و معنویت درمانی، رویکردی هدفمند و علمی را برای ارتقای تاب‌آوری خانواده‌ها انتخاب کنند. این امر منجر به طراحی پروتکل‌های مداخله‌ای مؤثرتر می‌شود که نه تنها به حل تعارضات جاری کمک می‌کند، بلکه با تقویت ظرفیت خانواده برای عبور از بحران‌های آینده، در نهایت به تحکیم بنیان خانواده و کاهش طلاق در سطح جامعه منجر خواهد شد. با توجه به این ملاحظات، پرسش اصلی این پژوهش عبارت است از: «آیا بین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و معنویت درمانی بر تاب‌آوری خانواده در زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره تفاوت معناداری وجود دارد؟»

۲. روش

۲-۱. جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

این پژوهش به روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه و پیگیری دوماهه انجام شد که از نظر هدف در زمره پژوهش‌های کاربردی قرار می‌گیرد. جامعه آماری پژوهش را کلیه زوجینی تشکیل می‌دادند که در فصل پاییز سال ۱۴۰۳ به دلیل مواجهه با تعارضات زناشویی به مراکز مشاوره معتبر منطقه دو تهران (شامل مرکز مشاوره گروه همراه، مرکز مشاوره روان‌شناسی داناک، مرکز مشاوره الاروان و کلینیک روان‌شناسی حس زندگی) مراجعه کرده بودند، اما هنوز فرآیند دریافت خدمات مشاوره‌ای را آغاز نکرده بودند. فرآیند نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد. ابتدا با هماهنگی مدیران مراکز مذکور، فرم‌های دعوت به مشارکت در پژوهش میان زوجین توزیع گردید. از میان داوطلبان، آن دسته از زوجینی که در پرسشنامه استاندارد تعارضات زناشویی نمره بالای ۱۲۵ کسب کرده بودند، انتخاب شدند. برای اطمینان بیشتر، این افراد در مصاحبه بالینی ساختاریافته نیز مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. در نهایت، با استفاده از نرم‌افزار G^*Power و با در نظر گرفتن سطح خطای ۰.۰۵، قدرت آزمون ۰.۹۵ و اندازه اثر ۰.۹۹، تعداد ۴۵ زوج (۹۰ نفر) به عنوان حجم نمونه تعیین شدند که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه گواه جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ زوج: ۳۰ نفر). لازم به ذکر است که در طول اجرای پژوهش، به دلایل مختلف از جمله عدم تمایل به ادامه همکاری یا بروز برخی مشکلات شخصی، ۶ نفر (۳ زوج) از مطالعه خارج شدند. بنابراین در نهایت داده‌های مربوط به ۸۴ نفر (۲۸ نفر در گروه آزمایش درمان مبتنی بر شفقت، ۲۸ نفر در گروه آزمایش معنویت درمانی و ۲۸ نفر در گروه گواه) مورد تحلیل قرار گرفت. برای حفظ اعتبار علمی پژوهش، معیارهای ورود و خروج دقیقی در نظر گرفته شده بود. معیارهای ورود شامل داشتن حداقل ۳ سال سابقه زندگی مشترک، قرار داشتن در بازه سنی ۳۰ تا ۴۵ سال، دارا بودن حداقل مدرک دیپلم، برخورداری از سلامت جسمانی نسبی و تمایل شخصی برای مشارکت فعال در پژوهش بود. از سوی دیگر، معیارهای خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه از جلسات آموزشی، عدم انجام تکالیف محوله، دریافت هرگونه مداخله روان‌شناختی یا دارویی موازی در طول پژوهش، وقوع پدیده طلاق یا بروز هرگونه حادثه غیرمترقبه که می‌توانست در روند پژوهش اختلال ایجاد کند، در نظر گرفته شده بود. این ملاحظات دقیق به منظور افزایش دقت و اعتبار یافته‌های پژوهش طراحی و اجرا شدند.

۲-۲. ابزارهای سنجش

۲-۲-۱. **مقیاس تاب‌آوری خانوادگی (FRAS)**^۱: مقیاس تاب‌آوری خانوادگی توسط [سیکسبی \(۲۰۰۵\)](#) تدوین شده است. این پرسشنامه ۶۶ گویه دارد و دارای به‌صورت یک طیف لیکرتی ۴ درجه‌ای (۱= کاملاً مخالفم تا ۴= کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین حداقل و حداکثر نمره کل پرسشنامه برابر ۶۶ و ۲۶۴ است. نمره بالا در این پرسشنامه، نشان دهنده‌ی تاب‌آوری بالای خانواده و کسب نمره پایین نشان دهنده این است که خانواده سطح پایینی از تاب‌آوری را دارا است. در پژوهش [سیکسبی \(۲۰۰۵\)](#) پایایی پرسشنامه ۰/۹۶ و همچنین روایی ملاکی همزمان با ابزار سنجش خانواده^۳ نسخه ۱ (FAD)، و ابزار سنجش خانواده نسخه ۲ (FAD)^۴ و شاخص معنای شخصی^۵ (PMI)، مطلوب ارزیابی شد. این مقیاس در ایران توسط [حسینی و حسین-چاری \(۱۳۹۲\)](#) هنجاریابی شده است. این پژوهشگران سه خرده مقیاس ارتباط خانوادگی و حل مسئله^۶ (با سوالات ۱۷، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۸، ۳۹، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۶، ۴۷، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۸، ۵۹، ۶۰، ۶۳، ۶۴، ۶۵ و

1. Family Resilience Assessment Scale

2. Sixbey

3. family assessment device

4. family assessment device 2

5. personal meaning index

6. family communication and problem solving

۶۶)، منابع مذهبی و اجتماعی^۱ (با سوالات ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۷، ۳۷، ۴۰، ۴۱، ۴۵، ۴۹، ۵۰، ۵۴، ۵۵، ۵۶ و ۶۱) و پذیرش مشکل^۲ (با سوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸ و ۱۲) را شناسایی کرده‌اند و سوالات ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۲۸، ۴۸، ۵۷ و ۶۲ در هیچ کدام از زیر مقیاس‌ها قرار نگرفته‌اند. **حسینی و حسین‌چاری (۱۳۹۲)** در پژوهش خود گزارش کردند که روایی سازه این پرسشنامه مطلوب و به میزان ۰/۸۸ است. در پژوهش ذکر شده مقدار آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه برابر با ۰/۹۲ محاسبه شده است. برای سنجش پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر از آلفای کرونباخ استفاده و میزان آن ۰/۸۴ محاسبه شد.

۳-۲. شیوه اجرای پژوهش

پس از اخذ مجوزهای رسمی از مراکز مشاوره معتبر منطقه دو تهران (شامل مرکز مشاوره گروه همراه، مرکز مشاوره روان‌شناسی داناک، مرکز مشاوره الاروان و کلینیک روان‌شناسی حس زندگی) و تکمیل فرآیند نمونه‌گیری، تعداد ۴۵ زوج (۹۰ نفر) که واجد شرایط پژوهش بودند، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه تخصیص داده شدند. لازم به تأکید است که کلیه شرکت‌کنندگان در زمان شروع پژوهش، هنوز جلسات درمانی مراکز مشاوره را آغاز نکرده بودند. سپس زوجین حاضر در گروه‌های آزمایش مداخلات درمانی مربوط به درمان مبتنی بر شفقت و معنویت درمانی قرار گرفتند که شامل ۸ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) بود. این در حالی بود که گروه گواه در طول دوره پژوهش، مداخله خاصی دریافت نکردند. اجرای جلسات درمانی با همکاری پژوهشگر و یک روان‌شناس خانواده مجرب که در زمینه درمان مبتنی بر شفقت و معنویت درمانی تخصص داشت، انجام شد در طول فرآیند اجرای پژوهش، به دلایل مختلف از جمله مشکلات شخصی یا عدم تمایل به ادامه همکاری، ۶ نفر (۳ زوج) از مطالعه خارج شدند. به این ترتیب، در نهایت داده‌های مربوط به ۸۴ نفر (۲۸ زوج) در گروه آزمایش اول، ۲۸ نفر در گروه آزمایش دوم و ۲۸ نفر در گروه گواه جمع‌آوری و مورد تحلیل قرار گرفت. پروتکل درمانی درمان مبتنی بر شفقت مورد استفاده در این پژوهش، با الهام از پروتکل استاندارد **آگویلار-راب و همکاران (۲۰۲۳)** طراحی شده بود که در مطالعه **سربازی و همکاران (۱۴۰۳)**، **لطفی و همکاران (۱۴۰۰)** و **مالدار و همکاران (۱۴۰۰)** بر روی جامعه مشابهی از زوجین دارای تعارض زناشویی مورد استفاده قرار گرفته و اثربخشی آن به تأیید رسیده بود.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر شفقت (**آگویلار-راب و همکاران، ۲۰۲۳**؛ به نقل از **سربازی و همکاران، ۱۴۰۳**)

جلسه	محتوای جلسه	هدف	تکالیف و اقدامات
جلسه اول	برقراری ارتباط اولیه، ارائه تعریف شفقت و توضیح انواع شفقت، تشریح تفاوت حساسیت به رنج و حساسیت به رفتار، تشریح تفاوت تلاش متعهدانه و تلاش عجولانه	و داشتن اعضای گروه به تامل در مورد نحوه فکر و احساس و رفتار در رابطه با خود و همسر و آموزش تربیت مهربانانه	تمرین حساسیت به رنج نهفته در رفتار به جای توجه به رفتار و انجام رفتار متعهدانه در جهت کاهش رنج خود و همسر
جلسه دوم	مرور مباحث مطرح شده و بررسی نحوه انجام تکالیف جلسه قبل، تشریح ویژگی‌های افراد مهربان (شامل: ۱) همدلی، ۲) همدردی، ۳) قضاوت کردن، ۴) حساسیت به رنج، ۵) تحمل پریشانی، ۶) مراقبت و مهارت‌های مشفقانه که شامل: ۱- استدلال مهربانانه؛ ۲- توجه مهربانانه؛ ۳- احساس مهربانانه؛ ۴- رفتار مهربانانه؛ ۵- تجربه حسی مهربانانه و ۶- تصور مهربانانه می‌شود.	پرورش ویژگی‌های مشفقانه که منتج به مهارت‌های مشفقانه در ارتباط همسران با یکدیگر می‌شود	ارائه تکالیف خانگی در رابطه با تفسیر رفتارهای خود با توجه به تخمین میزان حضور ویژگی‌ها و مهارت‌های مشفقانه در بافت ارتباطات جاری روزمره

جلسه	محتوای جلسه	هدف	تکالیف و اقدامات
جلسه سوم	آموزش تمرین وارسی بدنی جهت آگاهی از تمامی اجزای بدن و نهایتاً ایجاد نگرش توانایی هدایت خودکار در زوجین و تشریح انواع مغز (حیوانی، منطقی و آگاه)	آشنایی با کارایی فن وارسی بدنی ویژه رویه رو شدن با احساسات ناخوشایند و سردرگمی ذهنی غالب بر انسان در موقعیت‌های گوناگون با توجه به کارکرد سه مغز	وارسی بدنی و توجه به هیجانات غالبی که فرد و همسر او در موقعیت‌های مرتبط با ارتباطات زناشویی خوشایند و ناخوشایند تجربه می‌کنند.
جلسه چهارم	توضیح ویژگی‌های رابطه غیرمشفقانه که باعث ارتباطی حمله را به دنبال دارد و تشریح تفاوت رابطه غیرمشفقانه با ارتباط مشفقانه و بافت مراقبت و آشنا کردن زوجین با سیستم‌های تنظیم هیجان دفاع، انگیزش و امنیت و نحوه اثرگذاری هر کدام بر ارتباط	روشن شدن اهمیت بافت ارتباطی غیرمشفقانه روی همسر با در نظر گرفتن سیستم‌های تنظیم هیجان فعال در موقعیت	بررسی این مسئله که کجا و در چه موقعیت‌هایی در رابطه زوجین با یکدیگر سیستم دفاع و انگیزش فعالیت می‌کند و ارتباط غیرمشفقانه می‌شود. نوشتن نامه شفقت‌ورز برای همسر
جلسه پنجم	تشریح و آموزش‌های مرتبط با ویژگی‌های ارتباط مشفقانه: (۱) پاسخگو بودن، (۲) در دسترس بودن و (۳) هم آهنگ بودن برای زوجین و مهارت‌های مورد نیاز برای خلق رابطه مشفقانه	پرورش مهارت‌های مهربانانه در ارتباط زوجین با یکدیگر به صورت مفصل	تمرین استدلال، احساس، توجه، تجربه و رفتار و تصویرسازی مهربانانه در موقعیت‌های ارتباطی با همسر
جلسه ششم	تصویرپردازی نامهربانانه و بلافاصله بعد از آن تصویرسازی مهربانانه در فضایی مناسب	جلب توجه زوجین به این مسئله که تصویرسازی‌ها در اختیار خود آنها است	تمرین تصویرسازی مهربانانه در طول هفته
جلسه هفتم	روشن کردن و شناسایی عواملی که موجب ترس و دافعه جهت ایجاد ارتباط مشفقانه می‌شود و طرح ریزی برای مواجهه با آنها.	آشنایی با موانع ارتباط مشفقانه و حذف آنها در ارتباط زوجی	تمرین ذهن آگاه ماندن برای حفظ ارتباط مشفقانه
جلسه هشتم	بررسی مجدد تکنیک‌های ارائه شده در جلسات قبل و مرور آنها و در پایان اجرای پس آزمون برای هر دو گروه به عمل می‌آید.	بازبینی اهداف درمان که در طول جلسات ذکر شده بود.	-

پروتکل درمانی معنویت درمانی مورد استفاده در این پژوهش، با الهام از پروتکل استاندارد **فردلوس و همکاران (۲۰۲۲)** طراحی شده بود که در مطالعه **محنایی و همکاران (۱۴۰۰)** بر روی جامعه مشابهی از زوجین استفاده قرار گرفته و اثربخشی آن به تأیید رسیده بود.

جدول ۲: خلاصه جلسات معنویت درمانی (فردلوس و همکاران، ۲۰۲۲؛ به نقل از **محنایی و همکاران، (۱۴۰۰)**)

ردیف	هدف	محتوای جلسه
جلسه اول	معارفه و آشنایی	ایجاد امید و رابط همدلانه و بررسی باورها و نگرش‌های اعضای نسبت به جهان و خدا، از افراد خواسته می‌شود تا به روی برگه‌های معرفی معنوی خود را تکمیل کرده و سپس از آنها خواسته می‌شود توضیح خود را از باورهای معنوی‌شان به اشتراک بگذارند.
جلسه دوم	طرح سوال درباره چیستی معنویت بحث در خصوص صفات خداوندی، بخشندگی خدا	طرح سوالاتی نظیر: آیا به نیروی مقدس معتقدند؟ در مقابل این نیرو چه اقدامی دوست دارید انجام دهید؟ چه کاری انجام می‌دهید؟ کدام رفتار در شما احساس خوب ایجاد می‌کند؟ و ارائه توضیحات در خصوص نقش خود افراد و خداوند در سرنوشت، آینده و تغییر، اعتراف به اشتباهات و پذیرش ضعف‌های خود بیان اثر جبران دعا، صبر و بازبایی اعتماد به خود و پی بردن به ارزش‌های درونی خویش
جلسه سوم	مراقبه، تمرکز و آرام‌بخشی عضلانی و توکل و پاکسازی ذهنی	توضیح تجربیات افراد از مراقبه و تمرکز بر موضوع خاص، نقش مراقبه از احساسات و آرامش و همچنین تمرین آرام بخش عضلانی و تمرکز بر افکار، ارائه تکلیف برای بخشودگی دیگران و فکر کردن در خصوص جبران گذشته. تقویتی امور به خداوند و تقویت اراده فردی برای رشد معنوی و پاک شدن از ویژگی‌های منفی فکری و رفتاری و تلاش برای جایگزینی ویژگی‌های مثبت به جای ویژگی‌های منفی. بحث توکل، خودباوری و اتصال میان توجه به خود و توجه به خدا در دست یافتن

ردیف	هدف	محتوای جلسه
به یک ارتباط نیرو بخش		
جلسه چهارم	تواضع و خودکنترلی و شیوه‌ای مقابله‌ای	تواضع و گذشت را مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفت و در مقابل عظمت الهی قدرت او چگونه بایستی تواضع داشت؟ راه‌های کنترل خشم با تغییر باورها و تمرین ذهنی، در مقابل فشارها و استرس‌ها ضمن حفظ خونسردی از روش‌های عاقلانه و مسئله مدار استفاده ارائه شد. تمرین برای جلسه بعد تقویت توان کنترل خود و بکارگیری شیوه‌های جدید و مناسب برخورد با اطرافیان
جلسه پنجم	گسترش تجربیات معنوی	ارتباط دائمی با خداوند در قالب همه برنامه‌ها روزمره زندگی، انسان معنوی با صفات خود زندگی می‌کند نه با اموال و دارایی‌هایش، رسیدن به توان بذل و بخشش و دستگیری از دیگران و تمرین این توانمندی در فاصله بین جلسات
جلسه ششم	فضاسازی ذهنی و محیطی برای رشد معنوی	الگوگیری از رفتارهای معنوی همه جانبه بهبود ارتباطات فردی به ویژه با اعضای خانواده در قالب نگاه متفاوت اعتقادی، پیوستگی بابرنامه‌ها و مناسک دینی و دل سپردگی به این پیوند درونی و عمیق معنوی و بیان احساس مثبت و تجربیات تازه ناشی از عملکردهای معنوی
جلسه هفتم	ایستادگی در مقابل برگشت پذیری	مرور ارزش‌ها و نگرش‌های قبلی و مقایسه آنها با دیدگاه‌های فعلی به صورت تبادل نظر اعضا، بیان نتایج و پیامدهای متفاوت این دو دیدگاه و طرز فکرها برجسته کردن نقش خود مدیریتی در سرنوشت، خانواده و زندگی بیان موانع و علل برگشت پذیری احتمالی باورها و عادات قبلی و چگونگی راه‌های مقابله با آنها
جلسه هشتم	خودباوری و حفظ ارزش‌های بدست آمده به صورت مداوم	جدیدیت در ارزش‌سازی آنچه که در طول جلسات کمک کننده بوده است. خودشناسی، خودکنترلی، خودارتقای، تقویت و پیوند میان خود و نیروی لایزال الهی به کارگیری تشویق‌ها و تاییدات درونی و برخورداری از تفریحات و لذت‌های منطبق با باورها و اعتقادات، رشد اخلاقیات به طور مستمر و ارزیابی مداوم ارتباط با خود، دیگران و با خدا و حفظ روحیه معنوی برای تمام عمر

۴-۲. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی آزمون شاپیرو-ویلک^۱ برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین^۲ برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موجلی^۳ برای بررسی فرض کروی بودن داده‌ها و همچنین از تحلیل واریانس آمیخته^۴ و آزمون تعقیبی بونفرونی^۵ برای بررسی فرضیه‌های پژوهش استفاده شد. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

۳. یافته‌ها

۱-۳. توصیف جمعیت شناختی

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد میانگین سن زوجین در گروه آزمایش درمان مبتنی بر شفقت ۳۷/۲۳، در گروه آزمایش معنویت درمانی ۳۸/۷۲ و در گروه گواه ۳۶/۵۸ سال بوده است. نتایج آزمون خی‌دو بیانگر آن بود که بین میانگین سنی گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود نداشته و نیاز به تفکیک اثر آن در پژوهش حاضر احساس نمی‌شود. همچنین نتایج بیانگر آن بود که در گروه آزمایش درمان مبتنی بر شفقت، ۶ نفر (معادل ۲۱/۴۳ درصد) دارای سطح تحصیلات دیپلم، ۱۴ نفر (معادل ۵۰ درصد) دارای سطح تحصیلات لیسانس و ۸ نفر (معادل ۲۸/۵۷ درصد) دارای سطح تحصیلات کارشناسی ارشد بودند. در گروه آزمایش معنویت درمان، ۵ نفر (معادل ۱۷/۸۵ درصد) دارای سطح تحصیلات دیپلم، ۱۶ نفر (معادل ۵۷/۱۴ درصد) دارای سطح تحصیلات لیسانس و ۸ نفر (معادل ۲۸/۵۷ درصد) دارای سطح تحصیلات کارشناسی ارشد بودند. در گروه گواه نیز ۵ نفر (معادل

1. Shapiro-Wilk test
2. Levine test
3. Mauchly's Test
4. Mixed variance analysis
5. Bonferroni follow-up test

۱۷/۸۵ درصد) دارای سطح تحصیلات دیپلم، ۱۵ نفر (معادل ۵۳/۷۵ درصد) دارای سطح تحصیلات لیسانس و ۸ نفر (معادل ۲۸/۵۷ درصد) دارای سطح تحصیلات کارشناسی ارشد بودند. نتایج تحلیل خی دو بیانگر آن بود که بین سطح فراوانی سطح تحصیلات زوجین حاضر در گروه های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود نداشته و نیاز به تفکیک اثر آن در پژوهش حاضر احساس نمی شود.

۲-۳. شاخص های توصیفی

میانگین و انحراف استاندارد متغیر وابسته پژوهش در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد تاب آوری خانواده در دو گروه آزمایش و گروه گواه						
مؤلفه ها	گروه ها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	انحراف معیار
تاب آوری خانواده	گروه آزمایش درمان مبتنی بر شفقت	۱۱۳/۵۳	۱۶/۲۰	۱۷۳/۳۲	۱۵/۷۲	۱۳۴/۲۵
	گروه آزمایش معنویت درمانی	۱۱۳/۲۸	۱۸/۵۳	۱۳۶/۸۹	۱۶/۳۳	۱۳۳/۹۴
ارتباط خانوادگی و حل مسئله	گروه گواه	۱۱۰/۷۸	۱۴/۶۸	۱۰۸/۵۷	۱۴/۲۸	۱۰۸/۹۲
	گروه آزمایش درمان مبتنی بر شفقت	۶۳/۰۷	۱۰/۵۹	۷۴/۱۰	۱۰/۵۴	۷۲/۸۹
منابع مذهبی و اجتماعی	گروه آزمایش معنویت درمانی	۶۴/۰۷	۱۰/۲۲	۷۴/۷۵	۱۰/۸۰	۷۳/۶۰
	گروه گواه	۶۲/۴۶	۱۰/۱۰	۶۱/۵۰	۱۱/۱۸	۶۱/۵۷
پذیرش مشکل	گروه آزمایش درمان مبتنی بر شفقت	۳۲/۳۲	۶/۱۸	۳۹/۵۳	۵/۳۱	۳۸/۶۰
	گروه آزمایش معنویت درمانی	۳۲/۱۰	۶/۳۶	۴۰/۰۷	۶/۴۹	۳۹/۱۰
	گروه گواه	۳۱/۲۱	۵/۳۲	۳۰/۱۴	۵/۰۹	۳۰/۵۰
	گروه آزمایش درمان مبتنی بر شفقت	۱۸/۱۴	۳/۹۲	۲۳/۶۷	۴/۳۶	۲۲/۷۵
	گروه آزمایش معنویت درمانی	۱۷/۱۰	۳/۵۷	۲۲/۰۷	۵/۲۷	۲۱/۲۵
	گروه گواه	۱۷/۱۰	۳/۵۷	۱۶/۹۲	۳/۴۷	۱۶/۸۵

نتایج حاصل از جدول ۳ نشان داد که میانگین نمرات تاب آوری خانواده و ارتباط خانوادگی و حل مسئله، منابع مذهبی و اجتماعی و پذیرش مشکل در زوجین حاضر در گروه های آزمایش در اثر دریافت درمان مبتنی بر شفقت و معنویت درمانی افزایش داشته است. این در حالی بود که میانگین نمرات این متغیر در گروه گواه تغییر خاصی نداشته است. اما معناداری این تغییرات و همچنین مقایسه اثربخشی مداخلات درمان مبتنی بر شفقت و معنویت درمانی در ادامه توسط آزمون استنباطی مورد بررسی قرار گرفته است.

۳-۳. بررسی پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک

جدول ۴. نتایج آزمون موچلی مبنی بر بررسی پیش فرض کرویت

متغیر	کرویت موچلی	کای دو	درجه آزادی	معناداری	تصحیح گرین هاووس - گیسر	اپسیلون
تاب‌آوری خانواده	۰/۸۹	۲/۱۲	۲	۰/۱۷	۰/۵۲	۰/۵۳
ارتباط خانوادگی و حل مسئله	۰/۹۲	۱/۱۶	۲	۰/۲۸	۰/۵۷	۰/۶۱
منابع مذهبی و اجتماعی	۰/۹۴	۰/۹۹	۲	۰/۳۹	۰/۵۳	۰/۵۷
پذیرش مشکل	۰/۹۰	۲/۰۱	۲	۰/۲۱	۰/۵۲	۰/۵۶

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس آمیخته، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. در ابتدا نتایج آزمون موچلی در جدول ۴ نشان داد که پیش فرض کرویت که از پیش فرض‌های تحلیل واریانس آمیخته است، در متغیرهای تاب‌آوری خانواده و ارتباط خانوادگی و حل مسئله، منابع مذهبی و اجتماعی و پذیرش مشکل برآورده شده است. علاوه بر این نتایج آزمون شاپیرو وویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای تاب‌آوری خانواده و ارتباط خانوادگی و حل مسئله، منابع مذهبی و اجتماعی و پذیرش مشکل در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است ($p > 0.05$). همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش فرض همگنی واریانس‌ها در در متغیرهای تاب‌آوری خانواده و ارتباط خانوادگی و حل مسئله، منابع مذهبی و اجتماعی و پذیرش مشکل رعایت شده است ($p > 0.05$).

۳-۴. آزمون فرضیه‌ها

جدول ۵. تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی برای متغیرهای تاب‌آوری خانواده، ارتباط خانوادگی و حل مسئله، منابع

مذهبی و اجتماعی و پذیرش مشکل

متغیرها	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
مراحل	۱۱۳۱۲/۰۵	۲	۵۶۵۶/۰۲	۱۲۱/۹۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱	۱
گروه‌بندی	۹۵۳۰/۱۶	۲	۴۷۶۵/۰۸	۳۰/۱۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵	۱
تاب‌آوری	۰/۳۹	۱	۰/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۰۵
خانواده	۷۴۱۲/۷۷	۴	۱۸۵۳/۱۹	۳۹/۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰	۱
مراحل × جنسیت	۲/۲۴	۲	۱/۱۲	۰/۰۶	۰/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۰۶
گروه‌بندی × جنسیت	۱۰/۶۸	۴	۲/۶۷	۰/۱۴	۰/۹۶	۰/۰۰۴	۰/۰۸
مراحل	۲۴۱۶/۴۵	۲	۱۲۰۸/۲۲	۱۰۳/۰۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷	۱
ارتباط	۴۱۴۰/۲۱	۲	۲۰۷۰/۱۰	۲۸/۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۱
خانوادگی	۰/۵۶	۱	۰/۵۶	۰/۰۱	۰/۹۲	۰/۰۱	۰/۰۶
و حل	۱۵۷۵/۶۲	۴	۳۹۳/۹۰	۳۳/۵۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶	۱
مسئله	۱/۴۵	۲	۰/۷۲	۰/۰۶	۰/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۰۶
گروه‌بندی × جنسیت	۱۰/۰۹	۴	۲/۵۲	۰/۲۱	۰/۹۳	۰/۰۰۵	۰/۰۹
مراحل	۱۱۱۸/۱۶	۲	۵۵۹/۰۸	۹۸/۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶	۱
گروه‌بندی	۲۲۵۳/۵۹	۲	۱۱۲۶/۷۹	۲۷/۱۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳	۱
منابع	۰/۷۴	۱	۰/۷۴	۰/۰۱	۰/۷۷	۰/۰۲	۰/۰۹
مذهبی و	۸۱۹/۰۹	۴	۲۰۴/۷۷	۳۶/۲۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۱
اجتماعی	۱/۶۷	۲	۰/۸۳	۰/۱۵	۰/۸۶	۰/۰۰۲	۰/۰۷
گروه‌بندی × جنسیت	۳/۲۵	۴	۰/۸۱	۰/۱۴	۰/۹۶	۰/۰۰۴	۰/۰۸
مراحل	۵۶۶/۵۳	۲	۲۸۳/۲۶	۱۲۱/۴۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱	۱

۱	۰/۴۷	۰/۰۰۰۱	۳۲/۶۶	۴۵۹/۱۹	۲	۹۱۸/۳۹	گروه‌بندی	
۰/۰۹	۰/۰۱	۰/۹۰	۰/۰۲	۰/۸۰	۱	۰/۸۰	جنسیت	پذیرش
۱	۰/۴۷	۰/۰۰۰۱	۳۴/۶۳	۸۰/۷۶	۴	۳۲۳/۰۶	مراحل × گروه‌بندی	مشکل
۰/۰۷	۰/۰۰۲	۰/۸۸	۰/۱۲	۰/۲۶	۲	۰/۵۸	مراحل × جنسیت	
۰/۱۱	۰/۰۰۹	۰/۸۳	۰/۳۶	۰/۸۵	۴	۳/۳۹	گروه‌بندی × جنسیت × مراحل	

نتایج حاصل از آزمون واریانس آمیخته که در جدول ۵ ارائه شده است، حاکی از تأثیرات معنادار عوامل مختلف بر متغیرهای وابسته پژوهش می‌باشد. یافته‌های تحلیلی نشان می‌دهد که عامل زمان (مراحل ارزیابی شامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تأثیر آماری معناداری بر بهبود نمرات تاب‌آوری خانواده ($F = ۱۲۱/۹۲$, $p < ۰/۰۰۱$, $\eta^2 = ۰/۶۱$)، ارتباط خانوادگی و حل مساله ($F = ۱۰۳/۰۵$, $p < ۰/۰۰۱$, $\eta^2 = ۰/۵۷$)، منابع مذهبی و اجتماعی ($F = ۹۸/۹۰$, $p < ۰/۰۰۱$, $\eta^2 = ۰/۵۶$) و پذیرش مشکل ($F = ۱۲۱/۴۸$, $p < ۰/۰۰۱$, $\eta^2 = ۰/۶۱$) داشته است. این بدان معناست که تغییرات مشاهده شده در نمرات متغیرهای وابسته در طول زمان تصادفی نبوده و الگوی مشخصی از بهبود را نشان می‌دهد. از سوی دیگر، تحلیل داده‌ها نشان داد که عامل عضویت گروهی (دریافت مداخلات درمان مبتنی بر شفقت و معنویت درمانی) نیز تأثیر معناداری بر هر متغیرهای تاب‌آوری خانواده ($F = ۳۰/۱۵$, $p < ۰/۰۰۱$, $\eta^2 = ۰/۴۵$)، ارتباط خانوادگی و حل مساله ($F = ۲۸/۲۳$, $p < ۰/۰۰۱$, $\eta^2 = ۰/۴۴$)، منابع مذهبی و اجتماعی ($F = ۲۷/۱۱$, $p < ۰/۰۰۱$, $\eta^2 = ۰/۴۳$) و پذیرش مشکل ($F = ۳۲/۶۶$, $p < ۰/۰۰۱$, $\eta^2 = ۰/۴۷$) داشته است. این نتایج بیانگر آن است که مداخلات درمان مبتنی بر شفقت و معنویت درمانی به طور معناداری منجر به بهبود تاب‌آوری خانواده، ارتباط خانوادگی و حل مسئله، منابع مذهبی و اجتماعی و پذیرش مشکل زوجین شده است. نکته حائز اهمیت دیگر، تأثیر متقابل معنادار بین زمان و گروه بر متغیرهای تاب‌آوری خانواده ($F = ۳۹/۹۵$, $p < ۰/۰۰۱$, $\eta^2 = ۰/۵۰$)، ارتباط خانوادگی و حل مساله ($F = ۳۳/۵۹$, $p < ۰/۰۰۱$, $\eta^2 = ۰/۴۶$)، منابع مذهبی و اجتماعی ($F = ۳۴/۶۳$, $p < ۰/۰۰۱$, $\eta^2 = ۰/۴۷$) و پذیرش مشکل ($F = ۳۶/۲۲$, $p < ۰/۰۰۱$, $\eta^2 = ۰/۴۷$) بود. این یافته نشان می‌دهد که روند تغییرات نمرات در گروه‌های آزمایش که مداخلات درمان مبتنی بر شفقت و معنویت درمانی را دریافت کرده بودند، به طور معناداری متفاوت از گروه گواه بوده است. توان آماری محاسبه شده نیز نشان از کفایت حجم نمونه و قدرت بالای آزمون‌های انجام شده دارد. این در حالی بود که نتایج بیانگر آن بود که عامل جنسیت معنادار نبوده است. این یافته بدان معناست که هر دو جنسیت به یک میزان از مداخلات درمان مبتنی بر شفقت و معنویت درمانی تأثیر پذیرفته‌اند. برای درک بهتر این تفاوت‌ها، در جدول ۷ مقایسه‌های زوجی میانگین نمرات در مراحل ارزیابی ارائه شده است. این مقایسه‌ها نشان می‌دهد که بیشترین میزان بهبود در نمرات، بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون اتفاق افتاده و این بهبود در مرحله پیگیری نیز تداوم داشته است. این الگوی تغییرات، مؤید پایداری اثرات مداخله درمانی در طول زمان می‌باشد.

جدول ۶. مقایسه زوجی میانگین نمرات تاب‌آوری خانواده شرکت‌کنندگان بر حسب مرحله ارزیابی

متغیر	مرحله مینا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
تاب‌آوری خانواده	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱۵/۰۶	۱/۳۵	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۱۳/۱۸	۱/۱۸	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۱۵/۰۶	۱/۳۵	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱/۸۸	۰/۶۹	۰/۱۳
ارتباط خانوادگی و حل مسئله	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۶/۹۱	۰/۶۶	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۶/۱۵	۰/۶۱	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۶/۹۱	۰/۶۹	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۷۶	۰/۵۵	۰/۲۱
منابع مذهبی و	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۴/۷۰	۰/۴۷	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۴/۱۹	۰/۴۱	۰/۰۰۰۱

اجتماعی	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۴/۷۰	۰/۴۷	۰/۰۰۱
		پیگیری	۰/۵۱	۰/۳۹	۰/۲۹
پذیرش مشکل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۳/۴۴	۰/۳۰	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۲/۸۳	۰/۲۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۳/۴۴	۰/۳۰	۰/۰۰۱
		پیگیری	۰/۶۰	۰/۳۱	۰/۱۱

همانگونه نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای تاب‌آوری خانواده، ارتباط خانوادگی و حل مسئله، منابع مذهبی و اجتماعی و پذیرش مشکل تفاوت معنادار وجود دارد. این بدان معناست که درمان مبتنی بر شفقت و معنویت درمانی توانسته به شکل معناداری نمرات پس‌آزمون و پیگیری تاب‌آوری خانواده، ارتباط خانوادگی و حل مسئله، منابع مذهبی و اجتماعی و پذیرش مشکل زوجین متعارض مراجعه کننده به مراکز مشاوره را نسبت به مرحله پیش‌آزمون دچار تغییر نماید. یافته دیگر این جدول نشان داد که بین میانگین نمرات مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود ندارد. این یافته را می‌توان این چنین تبیین نمود که نمرات تاب‌آوری خانواده، ارتباط خانوادگی و حل مسئله، منابع مذهبی و اجتماعی و پذیرش مشکل زوجین متعارض مراجعه کننده به مراکز مشاوره که در مرحله پس‌آزمون دچار افزایش معنادار شده بود، توانسته این تغییر را در طول دوره پیگیری نیز حفظ نماید. در یک جمع‌بندی می‌توان بیان نمود درمان مبتنی بر شفقت و معنویت درمانی توانسته منجر به افزایش معنادار میانگین نمرات تاب‌آوری خانواده، ارتباط خانوادگی و حل مسئله، منابع مذهبی و اجتماعی و پذیرش مشکل زوجین متعارض مراجعه کننده به مراکز مشاوره در مرحله پس‌آزمون شده و این اثر در مرحله پیگیری نیز ثبات خود را حفظ نموده است. حال در ادامه در جدول ۷ مقایسه زوجی میانگین نمرات تاب‌آوری خانواده، ارتباط خانوادگی و حل مسئله، منابع مذهبی و اجتماعی و پذیرش مشکل شرکت کنندگان بر حسب گروه‌های پژوهش (گروه آزمایش درمان مبتنی بر شفقت، گروه آزمایش معنویت درمانی و گروه گواه) با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی ارائه می‌شود.

جدول ۷: بررسی تفاوت‌های دو به دو جهت مقایسه اثر گروه‌های آزمایش (درمان مبتنی بر شفقت و معنویت درمانی) با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر	گروه مبنا (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
تاب‌آوری	گروه درمان مبتنی بر شفقت	گروه معنویت درمانی	۰/۳۲	۱/۳۱
خانواده	گروه معنویت درمانی	گروه درمان مبتنی بر شفقت	۱۸/۹۴	۱/۳۱
		گروه گواه	-۰/۳۲	۰/۵۹
ارتباط خانوادگی و حل مسئله	گروه درمان مبتنی بر شفقت	گروه معنویت درمانی	۱۸/۶۲	۱/۳۱
		گروه گواه	-۰/۷۸	۰/۵۶
منابع مذهبی و اجتماعی	گروه معنویت درمانی	گروه درمان مبتنی بر شفقت	۸/۱۸	۱/۴۵
		گروه گواه	۰/۷۸	۰/۵۶
پذیرش مشکل	گروه درمان مبتنی بر شفقت	گروه معنویت درمانی	۸/۹۶	۱/۴۵
		گروه گواه	-۰/۲۷	۱/۳۴
	شفقت	گروه گواه	۶/۲۰	۱/۳۴
	گروه معنویت درمانی	گروه درمان مبتنی بر شفقت	۰/۲۷	۴/۳۴
		گروه گواه	۶/۴۷	۱/۳۴
	گروه درمان مبتنی بر شفقت	گروه معنویت درمانی	۱/۳۸	۱/۰۶
		گروه گواه	۴/۵۶	۱/۰۶
	گروه معنویت درمانی	گروه درمان مبتنی بر شفقت	-۱/۳۸	۱/۰۶
		گروه گواه	۳/۱۸	۱/۰۶

همانگونه نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین نمرات متغیرهای تاب‌آوری خانواده، ارتباط خانوادگی و حل مسئله، منابع مذهبی و اجتماعی و پذیرش مشکل در زوجین متعارض مراجعه کننده به مراکز مشاوره گروه آزمایش درمان مبتنی بر شفقت با گروه آزمایش معنویت درمانی معنادار نبوده و این یافته بدین معناست که بین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و

معنویت درمانی بر تاب‌آوری خانواده، ارتباط خانوادگی و حل مسئله، منابع مذهبی و اجتماعی و پذیرش مشکل زوجین متعارض مراجعه کننده به مراکز مشاوره تفاوت معنادار وجود ندارد. بنابراین در عین حالی که دو مداخله درمان مبتنی بر شفقت و معنویت درمانی بر تاب‌آوری خانواده، ارتباط خانوادگی و حل مسئله، منابع مذهبی و اجتماعی و پذیرش مشکل زوجین متعارض مراجعه کننده به مراکز مشاوره به شکلی معنادار موثر بوده‌اند، بین میزان اثربخشی این دو مداخله تفاوت معناداری وجود ندارد.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و معنویت درمانی بر تاب‌آوری خانواده در زوجین متعارض مراجعه کننده به مراکز مشاوره انجام شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت و معنویت درمانی بر تاب‌آوری خانواده در زوجین متعارض مراجعه کننده به مراکز مشاوره تاثیر دارد. اما تفاوت معناداری بین میزان اثربخشی دو مداخله حاضر یافت نشد. یافته اول پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری خانواده در زوجین متعارض مراجعه کننده به مراکز مشاوره موثر است. یافته حاضر با نتایج پژوهش [اریابی و همکاران \(۱۴۰۱\)](#) مبنی بر اثربخشی شفقت به خود بر بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و تاب‌آوری زوجین با تعارضات زناشویی؛ با یافته [لطفی و همکاران \(۱۴۰۰\)](#) مبنی بر اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت بر افزایش تمایز یافتگی و کاهش تعارضات زناشویی زوجین؛ با یافته [کریمی‌فر و فراهانی \(۱۴۰۲\)](#) مبنی بر اثربخشی آموزش متمرکز بر شفقت بر انعطاف‌پذیری شناختی، صمیمیت و کیفیت روابط زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی؛ با نتایج پژوهش [مالدار و همکاران \(۱۴۰۰\)](#) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر درماندگی روان‌شناختی زنان آسیب دیده از روابط فرازناشویی؛ با گزارش [سربازی و همکاران \(۱۴۰۳\)](#) مبنی بر اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر شفقت بر کارکرد خانواده و کیفیت زندگی زناشویی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان همسو بود. در نهایت [آگویار-راب و همکاران \(۲۰۲۳\)](#) نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند کارکرد خانوادگی زوجین با تعارضات زناشویی را ارتقا بخشد. این در حالی بود که نتایج پژوهش یانگ و همکاران (۲۰۲۵)، [دی‌هررا و تارک \(۲۰۲۵\)](#)؛ [هیرانو و همکاران \(۲۰۲۵\)](#)؛ [کیشیموتو و همکاران \(۲۰۲۵\)](#)؛ [کیتانو و همکاران \(۲۰۲۴\)](#) و [لی و همکاران \(۲۰۲۴\)](#) نشان دهنده آن بود که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند عملکرد فردی، روانی، هیجانی و خانوادگی افراد را بهبود بخشد.

در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری خانواده در زوجین متعارض مراجعه کننده به مراکز مشاوره می‌توان بیان نمود که درمان مبتنی بر شفقت، ریشه در روان‌شناسی مثبت‌نگر و نظریه‌های دلبستگی دارد و بر پایه سه مؤلفه اصلی شفقت به خود، شفقت به دیگران و دریافت شفقت استوار است ([دی‌هررا و تارک، ۲۰۲۵](#)). این رویکرد با تأکید بر کاهش انتقاد از خود و دیگران، افزایش پذیرش و تقویت مهربانی درونی، به افراد کمک می‌کند تا با هیجانات منفی و موقعیت‌های تنش‌زا به شیوه‌ای سالم‌تر برخورد کنند. در بافت خانواده، شفقت به عنوان یک نیروی تعدیل‌کننده عمل می‌کند که با کاهش رفتارهای دفاعی و قضاوت‌گرایی، فضایی امن برای بیان نیازها و احساسات فراهم می‌آورد ([آگویار-راب و همکاران، ۲۰۲۳](#)). زمانی که زوجین یاد می‌گیرند به جای مقابله‌جویانه برخورد کردن، با نگاهی دلسوزانه به یکدیگر پاسخ دهند، چرخه تعارض شکسته شده و امکان گفت‌وگوی سازنده فراهم می‌شود. این تغییر نه تنها رابطه زناشویی، بلکه تعاملات کل سیستم خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد و انعطاف‌پذیری آن را در مواجهه با بحران‌ها افزایش می‌دهد. درمان مبتنی بر شفقت با تقویت مهارت‌های همدلی، کاهش قضاوت و افزایش پذیرش متقابل، بستری مناسب برای بهبود تعاملات خانوادگی فراهم می‌کند. یافته‌ها حاکی از آن است که زوجینی که در این مداخله شرکت کردند، توانستند با توسعه نگرش دلسوزانه نسبت به خود و دیگری، از چرخه تعارض خارج شده و انعطاف‌پذیری بیشتری در مواجهه با اختلافات نشان دهند. این بهبود نه تنها در روابط زناشویی، بلکه در کل سیستم خانواده نیز مشهود بود. درمان مبتنی بر شفقت از طریق چند مسیر کلیدی به افزایش تاب‌آوری خانواده کمک می‌کند. نخست، با کاهش خودانتقادی و سرزنش متقابل، فضای عاطفی خانواده را آرام‌تر می‌سازد. دوم، با آموزش توجه آگاهانه (ذهن‌آگاهی) و شفقت به خود، به اعضا کمک می‌کند تا هیجانات منفی را بهتر تنظیم کنند. سوم، تقویت مهارت‌های ارتباطی مبتنی بر درک متقابل، امکان حل تعارضات را تسهیل می‌نماید. در نتیجه، خانواده‌ها انسجام بیشتری یافته و

بهتر می‌توانند در برابر تنش‌ها مقاومت کنند. در تبیینی دیگر باید گفت اثرگذاری درمان مبتنی بر شفقت توسط مکانیسم‌های مختلفی انجام می‌شود. اولین مکانیسم کاهش ترس از آسیب‌پذیری است. درمان مبتنی بر شفقت با ایجاد محیطی غیرقضاوتی، به زوجین کمک می‌کند تا بر ترس از طرد شدن یا مورد قضاوت قرار گرفتن غلبه کنند (مالدار و همکاران، ۱۴۰۰). این امر فضای لازم برای بازگشایی هیجانی و بیان آسیب‌پذیری‌ها را فراهم می‌آورد. زمانی که هر یک از زوجین یاد می‌گیرند با شفقت به خود برخورد کنند، تمایل بیشتری برای اشتراک‌گذاری عمیق‌تر احساسات خود پیدا می‌کنند. دومین مکانیسم این درمان در پژوهش حاضر تقویت همدلی و درک متقابل بود. این درمان با پرورش مهارت‌های همدلی فعال، به زوجین کمک می‌کند تا بهتر بتوانند تجارب هیجانی یکدیگر را درک کنند. تمرین‌های شفقت محور مانند "تصور خود در جایگاه دیگری" موجب افزایش حساسیت هیجانی نسبت به نیازهای عاطفی شریک زندگی می‌شود. علاوه بر این درمان مبتنی بر شفقت الگوهای دلبستگی ناایمن را تغییر می‌دهد (کیشیموتو و همکاران، ۲۰۲۵). در بسیاری از زوجین متعارض، الگوهای دلبستگی ناایمن مانع از شکل‌گیری صمیمیت واقعی می‌شود. درمان مبتنی بر شفقت با ایجاد احساس امنیت درونی و پذیرش، به بازسازی مدل‌های کاری درونی کمک می‌کند و فضایی امن برای شکل‌گیری دلبستگی ایمن‌تر ایجاد می‌نماید. علاوه بر این می‌توان بیان نمود که درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند با افزایش خودافشایی هیجانی، تقویت هماهنگی هیجانی، کاهش اجتناب هیجانی و افزایش پذیرش متقابل سبب شود تا زوجین بتوانند بهتر حالات هیجانی یکدیگر را تشخیص داده و به شیوه‌ای مناسب‌تر پاسخ دهند که این روند نیز سبب بهبود تاب‌آوری خانواده در نزد زوجین متعارض می‌شود.

یافته دوم پژوهش حاضر بیانگر آن بود که معنویت درمانی بر تاب‌آوری خانواده در زوجین متعارض مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره موثر بوده است. یافته حاضر با نتایج پژوهش جهانیشی و همکاران (۱۴۰۱) مبنی بر اثر معنویت زناشویی بر عدالت زناشویی ادراک شده، احساس انسجام روانی و همدلی زناشویی؛ با یافته شاهین ورنوسفادانی و مهدویان (۱۴۰۲) مبنی بر اثر معنویت بر سازگاری زناشویی زوجین؛ با گزارش هدایتی دانا و همکاران (۱۴۰۲) مبنی بر اثربخشی معنویت درمانی بر تاب‌آوری زنان؛ با نتایج پژوهش قاسمی‌نژاد راینی و همکاران (۱۴۰۱ الف) مبنی بر اثربخشی درمان معنویت محور بر ناامیدی و سلامت روان زنان آسیب دیده از پیمان شکنی همسر؛ و با یافته محتایی و همکاران (۱۴۰۰) مبنی بر اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر بنیان‌های اخلاقی و سلامت اجتماعی زنان خیانت دیده همسو بود. علاوه بر این نتایج پژوهش فرای و همکاران (۲۰۲۴)، کرا و همکاران (۲۰۲۴)، باساک و همکاران (۲۰۲۴)، یوشیزاوا و همکاران (۲۰۲۳)، فرادلوس و همکاران (۲۰۲۲) نیز نشانگر آن است که معنویت قادر است به بهبود وضعیت روان‌شناختی، عاطفی، هیجانی و اجتماعی افراد مختلف شود.

یافته حاضر مبنی بر اثربخشی معنویت درمانی بر تاب‌آوری خانواده در زوجین متعارض مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره را می‌توان از چندین مکانیسم علمی و روان‌شناختی تبیین کرد. در ابتدا باید اشاره کرد که معنویت درمانی یک چارچوب مناسب‌ساز فراهم می‌آورد (جهانیشی و همکاران، ۱۴۰۱). تعارضات زناشویی اغلب با احساس پوچی، سرخوردگی و گیرافتادن در مشکلات روزمره همراه است. معنویت درمانی با کمک به زوجین برای یافتن معنا و هدفی والاتر در زندگی مشترکشان، نگرش و دیدگاه جدیدی برای تفسیر مشکلات فراهم می‌کند. این نگاه، تعارضات را از سطح "مشکل شخصی" به "چالشی برای رشد فردی و مشترک" ارتقا می‌دهد. این تغییر نگرش، بار هیجانی تعارضات را کاهش داده و تحمل‌پذیری زوجین در برابر سختی‌ها (که هسته اصلی تاب‌آوری است) را افزایش می‌دهد. بر اساس نظریه فرانکل، جستجوی معنا حتی در رنج‌شناکترین شرایط، قدرتمندترین نیرو برای مقاومت و ادامه زندگی است. در تبیینی دیگر باید گفت این روش درمانی، مخزن غنی از منابع مقابله‌ای را فعال می‌سازد. تاب‌آوری در مواجهه با تعارض، مستلزم دسترسی به منابع درونی و بیرونی است. معنویت درمانی زوجین را به منابعی همچون دعا، مراقبه، توکل، و باور به یک قدرت برتر متصل می‌کند (هدایتی دانا و همکاران، ۱۴۰۲). این منابع، به عنوان مکانیسم‌های مقابله‌ای سازگارانه عمل می‌کنند که به افراد کمک می‌کنند تا احساس آرامش، امید و کنترل به دست آورند. برای مثال، یک زوج متعارض که یاد می‌گیرند مشکلات خود را "در میان بگذارند" (چه در قالب دعا و چه با کمک گرفتن از اجتماع مذهبی)، احساس تنهایی و انزوا کمتری کرده و از پشتیبانی هیجانی یک منبع بیرونی امن برخوردار می‌شوند. این امر مستقیماً بر مدل تاب‌آوری خانواده که بر اهمیت منابع و حمایت‌های اجتماعی تأکید دارد، منطبق است. علاوه بر این باید گفت معنویت درمانی اصول

ارتباطی و بخشش را تقویت می‌کند (فرداوس و همکاران، ۲۰۲۲). بسیاری از تعارضات زناشویی ریشه در کینه‌توزی و ناتوانی در بخشش دارد. اکثر سیستم‌های معنوی، بر مفاهیمی چون گذشت، شفقت، دلسوزی و تفاهم تأکید عمیقی دارند. در فرآیند درمان، زوجین تشویق می‌شوند تا از منظر ارزش‌های معنوی به اختلافات خود نگاه کنند و مهارت‌های بخشش و عذرخواهی را در خود پرورش دهند. بخشش، به عنوان یک مسیر قوی برای رهایی از خشم و آسیب‌های گذشته، بار هیجانی تعارض را به شدت کاهش داده و فضای روانی لازم برای بازسازی اعتماد و صمیمیت را فراهم می‌کند. این بازسازی رابطه، سنگ بنای یک خانواده تاب‌آور است که می‌تواند بدون فروپاشی، بحران‌ها را پشت سر بگذارد. در نهایت، معنویت درمانی به ایجاد یک هویت مشترک و منسجم کمک می‌کند (یوشیزاوا و همکاران، ۲۰۲۳). تعارض شدید اغلب حس "ما" بودن را در خانواده تضعیف می‌کند. معنویت با ارائه لیستی از ارزش‌ها، آیین‌ها و داستان‌های مشترک، به خلق یک "داستان بزرگ‌تر" برای خانواده کمک می‌کند. زمانی که زوجین خود را بخشی از یک کل بزرگ‌تر و هدفی فراتر از خود ببینند، تمایل بیشتری برای مصالحه، فداکاری و کار تیمی پیدا می‌کنند. این حس تعلق و هویت مشترک، قویترین پیش‌بینی کننده تاب‌آوری خانواده است، زیرا انسجام درونی سیستم خانواده را افزایش داده و آن را در برابر فشارهای خارجی مقاوم‌تر می‌سازد.

محدود بودن دامنه پژوهش به زوجین متعارض مراجعه کننده به مراکز مشاوره مراجعه کننده به مراکز مشاوره منطقه دو شهر تهران، وجود برخی متغیرهای کنترل نشده، مانند علل تعارض‌های زناشویی زوجین حاضر در پژوهش، تمایل آنان به خیانت، وضعیت مالی خانواده‌ها، تعداد فرزندان و موقعیت اجتماعی آن‌ها، عدم بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و عدم اجرای مرحله پیگیری شش ماهه و یک ساله از محدودیت‌های این پژوهش بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر زوجین (همانند زوجین با تعارضات زناشویی مبتلا به آسیب‌های روانی، طحاره‌های ناسازگار اولیه و ...)، کنترل عوامل ذکر شده، روش نمونه‌گیری تصادفی و اجرای مرحله پیگیری طولانی‌تر (شش ماهه و یا یک ساله) اجرا شود. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و معنویت درمانی بر تاب‌آوری خانواده در زوجین متعارض مراجعه کننده به مراکز مشاوره، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود رویکردهای درمانی حاضر طی کارگاهی تخصصی به مشاوران و درمان‌گران حوزه خانواده در سطح مراکز مشاوره سطح شهر و دادگستری‌ها ارائه داده شود تا آن‌ها با بکارگیری این الگوهای درمانی برای زوجین با تعارضات زناشویی و در آستانه طلاق، در جهت بهبود تاب‌آوری خانواده در زوجین متعارض مراجعه کننده به مراکز مشاوره آنان گامی عملی بردارند.

۵. ملاحظات اخلاقی

جهت رعایت اخلاق پژوهشی رضایت زوجین، برای شرکت در جلسات مداخلات درمان مبتنی بر شفقت و معنویت درمانی کسب شد. علاوه بر این زوجین از تمام مراحل اجرای مداخلات حاضر آگاه شدند. همچنین به زوجین حاضر در گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی، در صورت تمایل یکی از دو مداخله درمان مبتنی بر شفقت و معنویت درمانی را به شکل رایگان دریافت خواهند کرد. علاوه بر این اصل رازداری و محرمانه بودن تمامی اطلاعات در هر مرحله از پژوهش به‌طور دقیق رعایت گردید. پژوهش حاضر با کد اخلاق IR.IAU.TNB.REC.1402.043 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال ثبت گردیده است.

۶. تقدیر و تشکر و حمایت مالی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی نویسنده اول پژوهش در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال بود. بدین وسیله از تمام زوجین حاضر در پژوهش، خانواده‌های آنان و مسئولین مراکز مشاوره منطقه دو شهر تهران که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید. لازم به ذکر است هیچ سازمان دولتی و خصوصی از این پژوهش حمایت مالی نکرده است.

۷. تعارض منافع

در این پژوهش هیچ تعارض منافع توسط نویسندگان گزارش نشده است.

منابع

- اربابی، ف.، سراوانی، ش.، و زینلی پور، م. (۱۴۰۱). اثربخشی شفقت به خود بر به زیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و تاب‌آوری در زوجین با تعارضات زناشویی. فیض، ۲۶ (۱)، ۸۲-۹۰. <http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-4491-fa.html>
- جهانبخشی، ز.، کشاورز افشار، ح.، باهنر، ف.، و جای‌باش، ز. (۱۴۰۱). پیش‌بینی عدالت زناشویی ادراک شده بر اساس احساس انسجام روانی و همدلی زناشویی با میانجی‌گری معنویت زناشویی. خانواده پژوهی، ۱۸ (۳)، ۵۵۱-۵۶۸. <https://doi.org/10.48308/JFR.18.3.551>
- حسینی، ف.، و حسین‌چاری، م. (۱۳۹۲). بررسی شواهد مرتبط با روایی و پایایی مقیاس تاب‌آوری خانوادگی. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۳ (۲)، ۱۸۱-۲۰۹. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.22516654.1392.3.2.2.6>
- سربازی، ف.، غواصی هریس، م.، و اسمحانی اکبری نژاد، ه. (۱۴۰۳). اثربخشی زوج درمانی متمرکز بر شفقت بر کارکرد خانواده و کیفیت زندگی زناشویی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه بیماری‌های پستان ایران، ۱۷ (۳)، ۳۲-۱۶. <http://ijbd.ir/article-1-1111-fa.html>
- سوداگر، ر.، ماردپور، ع.، و رمضانی، خ. (۱۴۰۳). اثربخشی آموزش غنی‌سازی روابط زوجین مبتنی بر نظریه انتخاب بر تاب‌آوری روان‌شناختی و طلاق عاطفی زوجین دارای تعارضات زناشویی. پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی، ۱۵ (۵)، ۳۰۱-۳۱۸. <https://doi.org/10.22059/japr.2024.337000.644160>
- شاهین ورنوسفاردانی، ز.، و مهدویان، ع. (۱۴۰۲). پیش‌بینی سازگاری زناشویی بر اساس مولفه‌های معنویت و خودشیفتگی در زوجین ساکن شهر تهران. پژوهش در دین و سلامت، ۹ (۱)، ۱۲۲-۱۳۳. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v9i1.34204>
- قاسمی نژاد راینی، ف.، گل‌پرور، م.، و آقایی، ا. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب‌دلبستگی و طرحواره درمانی معنویت محور تلفیقی بر ناامیدی و سلامت روان زنان آسیب‌دیده از پیمان شکنی همسر. روان‌شناسی و روانپزشکی شناخت، ۹ (۳)، ۱۵۱-۱۶۶. <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1429-fa.html>
- قاسمی نژاد راینی، ف.، گل‌پرور، م.، و آقایی، ا. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی معنویت محور و درمان هیجان‌مدار مبتنی بر آسیب‌دلبستگی، بر افسردگی و رفتار خودآسیبی زنان آسیب‌دیده از پیمان شکنی همسر. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۱ (۳)، ۵-۱۷. <http://socialworkmag.ir/article-1-798-fa.html>
- کریمی فر، م.، و فراهانی، ف. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش متمرکز بر شفقت بر انعطاف‌پذیری شناختی، صمیمیت و کیفیت روابط زناشویی زنان دارای تعارضات زناشویی. سبک زندگی اسلامی به سلامت، ۷ (۲)، ۳۰۷-۳۱۹. https://www.islamiilife.com/article_184589.html
- گلرخی، ح.، شیرودی، ش.، و حسینی‌المدنی، س.ع. (۱۴۰۳). اثربخشی رفتار درمانی عقلانی-هیجانی بر بخشودگی زناشویی و میل به طلاق در زوجین در آستانه طلاق. پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی، انتشارات آنالاین. <https://doi.org/10.22059/japr.2024.374084.644888>
- لطفی، ب.، جاجرمی، م.، و محمدی پور، م. (۱۴۰۰). اثربخشی زوج درمانی متمرکز بر شفقت بر افزایش تمایز یافتگی و کاهش تعارضات زناشویی زوجین. سلامت جامعه، ۱۵ (۲)، ۴۰-۴۹. https://chj.rums.ac.ir/article_137031.html
- مالدار، س.، آهی، ق.، و غلامرضایی، ه. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر درماندگی روان‌شناختی زنان آسیب‌دیده از روابط فرازناشویی. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۱۳ (۲)، ۸-۱۵. <http://journal.nkums.ac.ir/article-1-2352-fa.html>
- محنایی، س.، گرگین، ب.، شیخیانی، م.، گلکام، ص.، باقریان، م.، و فراشبندی، ر. (۱۴۰۰). اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر بنیان‌های اخلاقی و سلامت اجتماعی زنان خیانت‌دیده مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی شهر بوشهر. مطالعات اسلامی در حوزه سلامت، ۵ (۱)، ۸۷-۱۰۰. https://ish.tums.ac.ir/article_40283.html?lang=fa
- هدایتی دانا، س.، صابری، ه.، و نصرالهی، ب. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و معنویت درمانی بر تاب‌آوری. تحقیقات علوم رفتاری، ۲۱ (۱)، ۱۰-۱. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-1431-fa.html>
- یزدانی، ف.، شفیع آبادی، ع.، و حیدری، ح. (۱۳۹۹). پیش‌بینی پایداری زناشویی بر اساس معیارهای همسرگزینی، مهارت‌های ارتباطی و تاب‌آوری خانواده. مطالعات اسلامی در حوزه سلامت، ۴ (۱)، ۶۹-۷۸. https://ish.tums.ac.ir/article_40249.html

References

- Aguilar-Raab, C., Winter, F., Warth, M., Stoffel, M., Moessner, M., Hernández, C., Pace, T.W.W., Harrison, T., Negi, L.T., Jarczok, M. N., & Ditzen, B. (2023). A compassion-based treatment for couples with the female partner suffering from current depressive disorder: A randomized-

- controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 342, 127-138. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.08.136>
- Arbabi, F., Saravani, S., & Zeinali, M. (2022). The Effectiveness of self-compassion on psychological well-being, quality of life and resilience in couples with marital conflicts. *Feyz Medical Sciences Journal*, 26(1), 82-90. <http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-4491-fa.html> (In Persian)
- Başak, S., Turan, G.B., Özer, Z., & Tan, M. (2024). The relationship between intrinsic spirituality, resilience and hopelessness in patients with epilepsy: A PATH analysis. *Epilepsy & Behavior*, 163, 1102-1107. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2024.110230>
- Cerra, A., Newman, R. M. J., & Vittner, D. (2024). Spirituality Educational Intervention to Enhance Spirituality Clinical Practice and Resilience. *Nurse Leader*, 22(4), 355-359. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2024.04.004>
- Chang, L., Zhang, S., Yan, Z., Li, C., Zhang, Q., & Li, Y. (2022). Symptom burden, family resilience, and functional exercise adherence among postoperative breast cancer patients. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 9(11), 1001-1007. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2022.100129>
- Cheung, A.K.L., Chiu, T., & Choi, S.Y.P. (2022). Couples' self-control and marital conflict: Does similarity, complementarity, or totality matter more? *Social Science Research*, 102, 1026-1030. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2021.102638>
- De Herrera, J. M., & Turk, C. L. (2025). Impact of a brief self-compassion intervention on state emotion dysregulation in self-reported generalized anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 87, 1020-1026. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2024.102012>
- Dong, S., Dong, Q., & Chen, H. (2022). Mothers' parenting stress, depression, marital conflict, and marital satisfaction: The moderating effect of fathers' empathy tendency. *Journal of Affective Disorders*, 299, 682-690. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.079>
- Fradelos, E.C., Alikari, V., Tsaras, K., Papathanasiou, I. V., Tzavella, F., Papagiannis, D., & Zyga, S. (2022). The Effect of Spirituality in Quality of Life of Hemodialysis Patients. *Journal of Religion Health*, 61, 2029-2040. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01153-x>
- Fry, K. M., Bennett, D. C., Roberge, E. M., McClain, C. M., Rugo-Cook, K., Brewczynski, J., & Pryor, C. (2024). The effects of Religiosity, Spirituality, and sense of purpose on posttraumatic stress disorder treatment outcomes among Veterans. *Journal of Psychiatric Research*, 176, 276-281. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.05.054>
- Ghasemi Nejad Rini, F., Golparvar, M., & Aghaei, A. (2022). Comparison of the Effectiveness of Spiritual-Self Schema and Emotion-Focused Therapies on Attachment Injuries on Depression and Self Injury Behavior of Women Injured by Husband's Infidelity. *Socialworkmag*, 11(3), 5-17. <http://socialworkmag.ir/article-1-798-fa.html> (In Persian)
- Ghaseminejad Rinie, F., Golparvar, M., & Aghaei, A. (2022). Comparison of the effectiveness of emotion-focused therapy based on attachment injuries and eclectic spirituality based schema therapy on hopelessness and mental health of women affected by husband's infidelity. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 9(3), 151-166 <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1429-fa.html> (In Persian)
- Golrokhi, H., Shiroudi, S.H., & Hoseini Almadani, S.A. (2024). The Effectiveness of Rational-Emotive Behavioral Therapy on Marital Forgiveness and Desire for Divorce in Couples on the Verge of Divorce. *Journal of Applied Psychological Research*, Online publication. <https://doi.org/10.22059/japr.2024.374084.644888> (In Persian)
- Hedayati Dana, S., Saberi, H., & Nasrollahi, B. (2023). Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Spiritual Therapy on Emotional Resilience. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 21(1), 1-10. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-1431-fa.html> (In Persian)
- Hirano, H., Ishii, K., & Sato, M. (2025). Exploring the influence of self-esteem and self-compassion on daily psychological health: Insights from the experience sampling method. *Personality and Individual Differences*, 240, 1131-1135. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2025.113140>
- Hosseini, F.S., & Hosseinchari, M. (2013). The Survey of Validation and Reliability of Family Resiliency Scale. *Quarterly Journal of Family Counseling and Psychotherapy*, 3(2), 181-209. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.22516654.1392.3.2.2.6> (In Persian)

- Jahanbakhshi, Z., Keshavarz Afshar, H., Bahonar, F., & Jaybash, Z. (2022). Prediction of Perceived Marital Justice Based on Sense of Psychological Integrity and Marital Empathy with Mediating of Marital Spirituality. *Journal of Family Research*, 18(3), 551-568 <https://doi.org/10.48308/JFR.18.3.551> (In Persian)
- Karimifar, M., & Farahani, F. (2023). The Effectiveness of Training Focused on Compassion on Cognitive Flexibility, Intimacy and Quality of Marital Relationships of women with Marital Conflicts. *Islamic Life Journal*, 7(1), 307-319. https://www.islamiilife.com/article_184589.html?lang=en (In Persian)
- Kishimoto, T., Hao, X., Chang, T., & Luo, Z. (2025). Single online self-compassion writing intervention reduces anxiety: With the feedback of ChatGPT. *Internet Interventions*, 39, 1008-1013. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2025.100810>
- Kitano, M., van der Does, F.H.S., Saito, T., Giltay, E.J., Chiba, T., Edo, N., Waki, F., Tachimori, H., Koga, M., van der Wee, N.J., Vermetten, E., & Nagamine, M. (2024). Self-compassion as a protective factor against post-traumatic stress symptoms induced by adverse childhood experiences: A cross-sectional study among Japan air self-defense force new recruits. *Journal of Psychiatric Research*, 180, 204-212. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.10.010>
- Lee, H., & Yoon, H.G. (2023). Body change stress, sexual function, and marital intimacy in korean patients with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy: A cross-sectional study. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 10(5), 1002-1008 <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2023.100228>
- Li, Y., Tang, H., Dong, W., Lu, J., & Chen, C. (2024). Association between childhood trauma and social anxiety in adolescents: The mediating role of self-compassion and loneliness. *Child Abuse & Neglect*, 158, 1071-1075. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.107109>
- Lotfi, B., Jajarmi, M., & Mohammadipour, M. (2021). The Effectiveness of Compassion-based Couple Therapy on Increasing Segregation and Reducing Marital Conflicts. *Community Health Journal*, 15(2), 40-49. https://chj.rums.ac.ir/article_137031.html?lang=en (In Persian)
- Mahnaei, S., Gorgin, B., Sheikhi, M., Bagherian, M., & Farashbandi, R. (2022). The Effectiveness of Group Spiritual Therapy on the Moral Foundations and Social Health of Women Betrayed Referring to Psychology Clinics in Bushehr. *Journal of Islamic Studies in the Field of Health*, 5(1), 87-100. https://ish.tums.ac.ir/article_40283.html?lang=en (In Persian)
- Makhanova, A., McNulty, J.K., Eckel, L.A., Nikonova, L., & Maner, J.K. (2018). Sex differences in testosterone reactivity during marital conflict. *Hormones and Behavior*, 105, 22-27. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2018.07.007>
- Malidar, S., Ahi, Q., & Gholamrezaei, H. (2021). The Effectiveness of Compassion-Based Therapy on Psychological Helplessness of Women Affected by Extramarital Affairs. *North Khorasan University of Medical Sciences*, 13(2), 8-15. <http://journal.nkums.ac.ir/article-1-2352-fa.html> (In Persian)
- Park, M., Choi, E.K., Lyu, C.J., Han, J.W., & Hahn, S.M. (2022). Family resilience factors affecting family adaptation of children with cancer: A cross-sectional study. *European Journal of Oncology Nursing*, 56, 1020-1024. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.102078>
- Qiu, X., Wang, Y., Mao, J., Wang, C., Yang, X., Zhao, J., & Li, Q. (2025). The congruence and interrelationships of family resilience in couples coping with colorectal cancer: A cross-sectional study from a dyadic perspective. *European Journal of Oncology Nursing*, 74, 1027-1032. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102767>
- Sarbazi, F., GHavvasi Heris, M., & Smkhani Akbarinejad, H. (2024). Effectiveness of Compassion-based Couple Therapy in Family Functioning and Marital Life Quality of Couples with Spouses Suffering from Breast Cancer. *Iranian Journal of Breast Diseases*, 17(3), 16-32 <http://ijbd.ir/article-1-1111-fa.html> (In Persian)
- Shahin-Varnosfaderani, Z., & Mahdavian, A. (2023). Predicting Marital Adjustment Based on Components of Spirituality and Narcissism in the Partners Living in Tehran. *Research on Religion & Health*, 9(1) (2023), 122-133. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v9i1.34204> (In Persian)
- Sixbey, D.M. (2005). *Development of the family resilience assessment scale to identify family resilience constructs*. Doctoral dissertation, School of Counselor Education, University of Florida.

- Sodagar, R., Maredpour, A., & Ramazani, K. (2024). Efficacy of the Couples' Relationship Enrichment Training According to Choice Theory on the Psychological Resilience and Affective Divorce of Couples with Marital Conflicts. *Journal of Applied Psychological Research*, 15(4), 301-318. <https://doi.org/10.22059/japr.2024.337000.644160> (In Persian)
- Wilson, S.J., Andridge, R., Peng, J., Bailey, B.E., Malarkey, W.B., & Kiecolt-Glaser, J.K. (2017). Thoughts after marital conflict and punch biopsy wounds: Age-graded pathways to healing. *Psychoneuroendocrinology*, 85, 6-13. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.07.489>
- Yang, X., Sun, Z., Chen, X., Qiu, X., Mao, J., Wang, C., Li, Q., & Zhao, J. (2025). Feasibility and acceptability of a couple-based self-compassion intervention for couples living with colorectal cancer: A pilot study. *European Journal of Oncology Nursing*, 77, 1028-1032. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2025.102899>
- Yazdani, F., Shafiabadi, A., & Heydari, H. (2020). Predictions based on marital stability mate selection criteria, communication skills and family resiliency. *Quarterly Journal of Islamic Studies in Health*, 4(1), 69-78. https://ish.tums.ac.ir/article_40249.html?lang=en (In Persian)
- Yoshizawa, T., Elsayid, A., Nakamura, S., Elsheikh, R., Makram, E., Nguyen, H., & Moji, K. (2023). Spirituality, quality of life, and general health: a cross-sectional study, *MedRxiv*, 124, 1024-1027. <https://doi.org/10.1101/2023.05.12.23289909>

Comparing the Effectiveness of Compassion Based Therapy and Spirituality Therapy on Family Resilience in Couples Referring to Counseling Centers

Extended Abstract

Aim

The family, as the cornerstone of human society, plays a fundamental role in the stability of social relations and the growth of each of its members. One of the important components that affect the stability, survival, and growth of the family is the existence of healthy bilateral relationships between couples based on compatibility and understanding (Golrokhi et al., 2024). The family is an emotional unit and a network of intertwined relationships existing among a group of people that is established by establishing a strong and permanent connection between a man and a woman, a bond that arises through marriage, and in which the nature and quality of the relationships between couples determine the functioning of this institution (Lee, Yoon, 2023). What is considered more important than marriage itself is the success of the marriage or compatibility between the couple. Unfortunately, one of the common problems in today's societies that have received particular attention from couple therapists is marital problems and conflicts (Dong et al, 2022). The result of the study by Makhanova et al. (2018) showed that couples with high marital conflict have poor mental health and well-being. As conflict increases in marital relationships, incompatibility increases, more dissatisfaction occurs, and these problems are considered precursors to divorce (Cheung et al, 2022). There are various variables that can play a role in reducing conflicts between couples. Family resilience is one of the variables that, by creating psychological tolerance and increasing problem-solving power, can help couples resolve their conflicts and think less about divorce (Qiu et al., 2025). This is while the occurrence of marital boredom can also reduce family resilience over time (Yazdani et al., 2020). Family resilience is a positive phenomenon that can lead to positive and appropriate growth and development of family functioning, and is based on the premise that stressful life events and challenges affect the entire family, and therefore the family's resources, capacity, and capabilities play a mediating and influential role in the adaptation or non-adaptation of family members and the family as a whole (Park et al., 2022). In order to improve the psychological, emotional, and communication components of couples involved in marital conflicts, various therapeutic and educational approaches have been used. Among the new methods, compassion-focused therapy has a special place. In the classification of therapeutic strategies, self-compassion is recognized as a unique approach that emphasizes not the avoidance of negative emotions, but the compassionate and kind acceptance of these experiences (Kitano et al., 2024). This process leads to the transformation of unpleasant emotions into positive states and the development of adaptive coping strategies. Another treatment that can contribute to improving relationships between incompatible couples is spiritual therapy. Spiritual therapy has a special ability to learn in relationships between spouses, the ability to adapt to problems, forgiveness in relationships between spouses, and having positive feelings towards the spouse, which

can be very important in improving relationships between spouses (Fradelos et al., 2022). These two approaches were chosen because they are complementary in responding to the emotional and semantic dimensions of family resilience; so that compassion therapy, by reducing self-judgment and increasing emotional acceptance, provides a safer platform for dealing with marital conflicts, while spirituality therapy, by redefining value and purposeful frameworks, creates a source beyond oneself for hope and tolerance of hardships. According to this the present study aimed to compare the effectiveness of compassion based therapy and spirituality therapy on family resilience in couples referring to counseling centers.

Methodology

The current study was a semi-experimental application with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up period. The statistical population of the present study consisted of conflicting couples referring to counseling centers in District 2 of Tehran in the fall quarter of 2024. 45 couples (90 people) were selected through purposive sampling method and randomly accommodated into experimental and control groups (15 couples in the compassion-based therapy experimental group, 15 couples in the spirituality therapy experimental group, and 15 couples in the control group). G*Power software was used to determine the sample size, and the number of samples in each group was determined to be 30 people (15 couples). The error rate was 0.05 and the confidence level was 0.95. The effect size was 0.99. Couples in the experimental groups received compassion-based therapy (Aguilar-Raab et al, 2023) (8 sessions) and spirituality therapy (Fradelos et al, 2022) (8 sessions) for eight weeks. It should be noted that during the research, 6 people (3 couples) were excluded from the study for various reasons, including unwillingness to continue cooperation or the occurrence of some personal problems. Therefore, finally, data related to 84 people (28 people in the compassion-based therapy experimental group, 28 people in the spirituality therapy experimental group, and 28 people in the control group) were analyzed. The inclusion criteria for the study included having at least 3 years of cohabitation, being between 30 and 45 years of age, having at least a high school diploma, being in good physical health, and having a personal desire to actively participate in the study. On the other hand, the exclusion criteria included missing more than two sessions of therapy, not completing assigned homework, receiving any concurrent psychological or pharmacological intervention during the study, divorce, or any unforeseen event. The Family Resilience Assessment Scale (Sixbey, 2005) was used in this study. The data taken from the study were analyzed through mixed ANOVA and Bonferroni follow-up test via SPSS23 software. The reason for using mixed variance analysis was that in this research there were two experimental and control groups, each of which was measured in three stages (pre-test, post-test and follow-up).

Results

Analytical findings showed that the time factor (assessment stages including pretest, posttest, and follow-up) had a statistically significant effect on improving scores of family resilience ($F=121.92$, $p<0.001$, $\eta^2=0.61$), family communication and problem solving ($F=103.05$, $p<0.001$, $\eta^2=0.57$), religious and social resources ($F=98.90$, $p<0.001$, $\eta^2=0.56$), and problem acceptance ($F=121.48$, $p<0.001$, $\eta^2=0.61$). On the other hand, data analysis showed that the group membership factor (receiving compassion-based and spiritual therapy interventions) also had a significant effect on each of the variables of family resilience ($F=30.15$, $p<0.001$, $\eta^2=0.45$), family communication and problem solving ($F=28.23$, $p<0.001$, $\eta^2=0.44$), religious and social resources ($F=27.11$, $p<0.001$, $\eta^2=0.43$), and problem acceptance ($F=32.66$, $p<0.001$, $\eta^2=0.47$). The results also showed that the interaction effect between time and group on the variables of family resilience ($F=39.95$, $p<0.001$, $\eta^2=0.50$), family communication and problem solving ($F=33.59$, $p<0.001$, $\eta^2=0.46$), religious and social resources ($F=36.22$, $p<0.001$, $\eta^2=0.48$), and problem acceptance ($F=34.63$, $p<0.001$, $\eta^2=0.47$) was also significant. This finding indicates that the trend of changes in scores in the experimental groups that received compassion-based and spirituality-based therapy interventions was significantly different from the control group. The calculated statistical power also indicates the adequacy of the sample size and the high power of the tests performed. This was while the results indicated that the gender factor was not significant. This finding means that both genders are equally affected by compassion-based and spiritual therapy interventions. Finally, the results showed that the difference between the mean scores of the variables of family resilience, family communication and problem solving, religious and social resources, and problem acceptance in conflicting couples referring to counseling centers in the compassion-based therapy experimental group and the spirituality therapy experimental group was not significant, and this finding means that there is no significant difference between the effectiveness of compassion-based therapy and spirituality therapy on family resilience, family communication and problem solving, religious and social resources, and problem acceptance of conflicting couples referring to counseling centers. Therefore, while the two interventions of compassion-based therapy and spirituality therapy were significantly effective on family resilience, family communication and problem solving, religious and social

resources, and problem acceptance of conflicting couples referring to counseling centers, there is no significant difference between the effectiveness of these two interventions.

Table 1. Analysis of mixed variance analysis for examining within and between group effects on family resilience, family communication and problem solving, religious and social resources, and problem acceptance variables

variable		Sum of Squares	Df	Means Square	F	Sig	Partial Eta Squared	Observed Power
family resilience	Factor1	11312.05	2	5656.02	121.92	0.0001	0.61	1
	Groups	9530.16	2	4765.08	30.15	0.0001	0.45	1
	Gender	0.39	1	0.39	0.001	0.98	0.001	0.05
	Factor*group	7412.77	4	1853.19	39.95	0.0001	0.50	1
	Factor* Gender	2.24	2	1.12	0.06	0.94	0.001	0.06
	group *Factor* Gender	10.68	4	2.67	0.14	0.96	0.004	0.08
family communication and problem solving	Factor1	2416.45	2	1208.22	103.05	0.0001	0.57	1
	Groups	4140.21	2	2070.10	28.23	0.0001	0.44	1
	Gender	0.56	1	0.56	0.01	0.92	0.01	0.06
	Factor*group	1575.62	4	393.90	33.59	0.0001	0.46	1
	Factor* Gender	1.45	2	0.72	0.06	0.94	0.001	0.06
	group *Factor* Gender	10.09	4	2.52	0.21	0.93	0.005	0.09
religious and social resources	Factor1	1118.16	2	559.08	98.90	0.0001	0.56	1
	Groups	2253.59	2	1126.76	27.11	0.0001	0.43	1
	Gender	0.74	1	0.74	0.01	0.77	0.001	0.02
	Factor*group	819.09	4	204.77	36.22	0.0001	0.48	1
	Factor* Gender	1.67	2	0.83	0.15	0.86	0.002	0.07
	group *Factor* Gender	3.25	4	0.81	0.14	0.96	0.004	0.08
problem acceptance	Factor1	566.53	2	283.26	121.48	0.0001	0.47	1
	Groups	918.39	2	459.19	32.66	0.0001	0.47	1
	Gender	0.80	1	0.80	0.02	0.90	0.01	0.09
	Factor*group	323.06	4	80.76	34.63	0.0001	0.47	1
	Factor* Gender	0.58	2	0.26	0.12	0.88	0.002	0.07
	group *Factor* Gender	3.39	4	0.85	0.36	0.83	0.009	0.11

Table 2: Examining pairwise differences to compare the effects of the experimental groups (compassion based therapy and spirituality therapy) using the Bonferroni post hoc test

variables	Base group		Difference in averages	Standard deviation error	sig
family resilience	compassion based therapy	spirituality therapy	0.32	1.31	0.59
		Control group	18.94	1.31	0.0001
	spirituality therapy	compassion based therapy and	-0.32	1.31	0.59
		Control group	18.62	1.31	0.0001
family communication and problem solving	compassion based therapy	spirituality therapy	-0.78	1.45	0.56
		Control group	8.18	1.45	0.0001
	spirituality therapy	compassion based therapy and	0.78	1.45	0.56
		Control group	8.96	1.45	0.0001
religious and social resources	compassion based therapy	spirituality therapy	-0.27	1.34	0.66
		Control group	6.20	1.34	0.0001
	spirituality therapy	compassion based therapy and	0.27	1.34	0.66
		Control group	6.47	1.34	0.0001
problem acceptance	compassion based therapy	spirituality therapy	1.38	1.06	0.32
		Control group	4.56	1.06	0.0001
	spirituality therapy	compassion based therapy and	-1.38	1.06	0.32
		Control group	3.18	1.06	0.001

Conclusion

The first finding of the study showed that compassion-based therapy is effective on the family resilience of conflicting couples who refer to counseling centers. The present finding was consistent with the results of Aguilar-Raab et al. (2023). De Herrera and Turk (2025); Kitano et al. (2024) and Li et al. (2024). In explaining the present finding of the effectiveness of compassion-based therapy on the family resilience of conflicting couples, it can be stated that compassion based therapy is rooted in positive psychology and attachment theories and is based on three main components: self-compassion, compassion for others, and receiving compassion (De Herrera and Turk, 2025). By emphasizing reducing criticism of oneself and others, increasing acceptance, and strengthening inner kindness, this approach helps individuals deal with negative emotions and stressful situations in a healthier way. In the family context, compassion acts as a moderating force that provides a safe space for expressing needs and feelings by reducing defensive and judgmental behaviors (Aguilar-Raab et al., 2023). When couples learn to respond to each other with a compassionate perspective instead of confrontation, the cycle of conflict is broken and constructive dialogue is possible. This change affects not only the marital relationship, but also the interactions of the entire family system. Such a trend leads to an improvement in family resilience scores. In addition, compassion-based therapy changes insecure attachment patterns (Kishimoto et al., 2025). In many conflicting couples, insecure attachment patterns prevent the formation of true intimacy. By creating a sense of inner security and acceptance, compassion-based therapy helps to reconstruct internal working models and creates a safe space for the formation of more secure attachments. In addition, it can be stated that compassion-based therapy can increase emotional self-disclosure, strengthen emotional coordination, reduce emotional avoidance, and increase mutual acceptance, allowing couples to better recognize each other's emotional states and respond in a more appropriate manner, which also improves family resilience in conflicting couples.

The second finding of the present study was that spirituality therapy was effective on family resilience in conflicting couples referring to counseling centers. The present finding was consistent with the results of Jahanbakhshi et al.'s (2022), Shahin-Varnosfaderani, Mahdavian (2023), Ghasemi Nejad Rini et al.'s (2022), Fry et al.'s (2024), Cerra et al.'s (2024) and Başak et al.'s (2024). The present finding that spirituality therapy is effective on family resilience can be explained by several scientific and psychological mechanisms. First, it should be noted that spirituality therapy provides a meaning-making framework (Jahanbakhshi et al., 2022). Marital conflicts are often accompanied by feelings of emptiness, frustration, and being caught up in everyday problems. Spiritual therapy, by helping couples find meaning and a higher purpose in their lives together, provides a new attitude and perspective for interpreting problems. This view elevates conflicts from the level of a "personal problem" to a "challenge for individual and joint growth." This change in attitude reduces the emotional burden of conflicts and increases couples' tolerance for hardships (which is the core of resilience). In addition, it should be said that spiritual therapy strengthens the principles of communication and forgiveness (Frados et al., 2022). Many marital conflicts are rooted in resentment and the inability to forgive. Most spiritual systems place a deep emphasis on concepts such as forgiveness, compassion, empathy, and understanding. In the treatment process, couples are encouraged to look at their differences from the perspective of spiritual values and develop forgiveness and apology skills. Forgiveness, as a powerful path to release anger and past trauma, greatly reduces the emotional burden of conflict and provides the psychological space necessary to rebuild trust and intimacy. This rebuilding of the relationship is the cornerstone of a resilient family that can overcome crises without collapse.

The limitations of this study were the limited scope of the study to conflicting couples referring to counseling centers in Tehran's second district, the existence of some uncontrolled variables, such as the causes of marital conflicts of the couples in the study, their tendency to infidelity, the financial status of the families, the number of children, and their social status, the lack of use of random sampling methods, and the lack of implementation of a six-month and one-year follow-up phase. Therefore, it is suggested that, in order to increase the generalizability of the results, at the research proposal level, this study be conducted in other cities, regions, and societies with different cultures, other couples (such as couples with marital conflicts suffering from psychological trauma, early maladaptive schemas, etc.), controlling for the aforementioned factors, the random sampling method, and the implementation of a longer follow-up phase (six months or one year). In addition, given the effectiveness of compassion-based therapy and spiritual therapy on family resilience in conflicting couples referring to counseling centers, it is suggested at a practical level that the present therapeutic approaches be presented to family counselors and therapists at the city-level counseling centers and courts during a specialized workshop so that they can take practical steps to improve family resilience in conflicting couples

referring to counseling centers by applying these therapeutic models to couples with marital conflicts and on the verge of divorce.

Keywords: Compassion Based Therapy, Couples, family resilience, Spirituality Therapy

Ethical considerations

In order to comply with research ethics, consent was obtained from couples to participate in sessions of compassion-based therapy and spirituality-based therapy interventions. In addition, couples were informed about all stages of the implementation of the present interventions. Couples in the control group were also assured that after completing the research process, they would also receive one of the two compassion-based therapy and spirituality-based therapy interventions for free if they wished. In addition, the principle of confidentiality and privacy of all information was strictly observed at each stage of the research. The present study has been registered with the ethics code IR.IAU.TNB.REC.1402.043 at the Islamic Azad University, North Tehran Branch.

Acknowledgments

This article was taken from the doctoral dissertation of the first author of the study at Islamic Azad University, North Tehran Branch. We would like to express our gratitude to all the couples participating in the study, their families, and the officials of the counseling centers in District 2 of Tehran who fully cooperated in conducting the study.

Conflict of Interest and Financial Support

In this study, no conflict of interest was reported by the authors. It should be noted that no government or private organization has financially supported this research.