



## Effectiveness of compassion-based therapy on alexithymia and spiritual health in women victims of domestic violence

Mahboobe Hossein Alizadeh<sup>1</sup> , Mohammad Ghamari<sup>2</sup> , Marzieh Gholamitooranposhti<sup>3</sup>

1. Ph.D Candidate in Counseling, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: [mahboobealizadeh@yahoo.com](mailto:mahboobealizadeh@yahoo.com)

2. Professor, Department of Counseling, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: [counselor\\_ghamari@yahoo.com](mailto:counselor_ghamari@yahoo.com)

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrabak Branch, Islamic Azad University, Shahrabak, Iran. E-mail: [gholamitooranposhti@gmail.com](mailto:gholamitooranposhti@gmail.com)

### ARTICLE INFO

#### Article type:

Research Article

#### Article history:

Received 16 June 2024

Received in revised form  
15 July 2024

Accepted 20 August 2024

Published Online 23 July  
2025

#### Keywords:

compassion-based  
therapy,  
alexithymia,  
spiritual health,  
domestic violence

### ABSTRACT

**Background:** Considering the increase in the number of victims of domestic violence and their major problems in the field of spiritual health and alexithymia, it seems necessary that to use psychological interventions such as compassion-based therapy to reduce domestic violence.

**Aims:** His present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of compassion-based therapy on alexithymia and spiritual health in women victims of domestic violence.

**Methods:** The current study was applied in terms of purpose and semi-experimental in terms of nature and method with a pre-test, post-test and two-month follow-up plan with a control group. The statistical population of the research included all women victims of domestic violence who referred to social emergency centers in Tehran and family counseling clinics in the first half of 2024. The sample size was 34 people who were selected by purposive sampling and randomly replaced in the experimental and control groups. The experimental group underwent compassion-based therapy during 8 sessions (90 minutes), while the control group did not receive any intervention. The data collection tools included violence against women questionnaires (Haj Yahya, 2001), alexithymia questionnaires (Bagbi et al, 1994) and spiritual health questionnaires (Polotzin and Ellison, 1982). The obtained information was analyzed based on covariance test with repeated measurement using SPSS27 software.

**Results:** Based on the findings of the research, compassion-based therapy has reduced alexithymia and increased spiritual health in the experimental group. Therefore, compassion-based therapy has an effect on alexithymia and spiritual health in women who are victims of domestic violence ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** Based on the findings of this study, To improve spiritual health and reduction of alexithymia in women victims of domestic violence, it is appropriate to use compassion-based therapy and it is recommended to psychologists and family specialists such findings should be used to improve the quality level of families.

**Citation:** Hossein Alizadeh, M., Ghamari, M., & Gholamitooranposhti, M. (2025). Effectiveness of compassion-based therapy on alexithymia and spiritual health in women victims of domestic violence. *Journal of Psychological Science*, 24(149), 141-160. [10.52547/JPS.24.149.141](https://doi.org/10.52547/JPS.24.149.141)

*Journal of Psychological Science*, Vol. 24, No. 149, 2025

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.24.149.141](https://doi.org/10.52547/JPS.24.149.141)



✉ **Corresponding Author:** Mohammad Ghamari, Professor, Department of Counseling, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

E-mail: [counselor\\_ghamari@yahoo.com](mailto:counselor_ghamari@yahoo.com), Tel: (+98) 9125116280

## Extended Abstract

### Introduction

According Domestic violence, also known as intimate partner violence, is defined by a pattern of behavior in a relationship that seeks to establish and maintain power and control over an intimate partner (Wilson, 2023). Among the emotional factors that are regularly associated with violent behaviors and have a direct impact on life-partner relationships is alexithymia (Vergés-Báez et al., 2021). Alexithymia is a multifaceted construct that includes difficulty in identifying emotions and distinguishing between emotions and physical stimuli related to emotional arousal, which affects cognitive dimensions (objective, pragmatic, and reality-oriented cognitive patterns) (Faramarzrad et al., 2022). Alexithymia plays a key role in violent behaviors (Mannarini et al., 2023). With the increase in acceptance of violence among women exposed to partner violence, the level of emotional distress also increases (Aker and Kartal, 2023). On the other hand, one of the factors that affects the reduction of violent acts of intimate partners is a high level of spiritual health (Gonsalves et al., 2023). Spiritual health is a multidimensional concept that includes pain and death, guilt and shame, reconciliation and forgiveness, freedom and responsibility, hope and despair, and love and joy (Arendt, 2021). Among the effective methods for reducing the harmful effects of domestic violence, treatment based on compassion (Bashrepour and Ahmadi, 2018). Findings showed that strengthening mental health can be achieved by continuously instilling the value of spirituality and improving self-compassion attitudes (Aziz et al., 2023). Compassion-based treatment effectively affects anxiety in type 2 diabetes patients (Bahadri et al., 2021). According to the discussed issues, the present study will try to answer the question of whether the use of compassion-based therapy is effective on alexithymia and spiritual health in women who are victims of domestic violence?

### Method

The current research was applied in terms of purpose and semi-experimental in terms of nature and method,

using a pre-test, post-test, and follow-up design with a control group. The statistical population of the research included all women victims of domestic violence who were referred to social emergency centers and family counseling clinics in Tehran in the second half of 2022. The sample size was 34 individuals, selected by purposeful sampling and randomly assigned to the control group (16 individuals) and the training group (18 individuals). The G\*Power software program was used to determine the sample size. Considering an alpha level of 0.05, an acceptable power level of 0.80, and an effect size of 0.50, 15 individuals were calculated for each group. Attention was paid to the entry and exit criteria for selection. To collect data, questionnaires on violence towards women (Haj Yahya, 2001), alexithymia (Begby et al., 1994), and spiritual health (Polotzin and Ellison, 1982) were used. After selecting the participants, the pre-test was administered first. Then, the experimental group received eight 90-minute sessions of the compassion-based therapy intervention program at those centers. After the training sessions, both the experimental and control groups were subjected to a post-test under the same conditions. Finally, after 2 months, the participants answered the questionnaires again to assess the stability of the interventions. During this time, the control group did not receive any intervention. The data were analyzed using variance analysis with repeated measurements at a significance level of 0.05, using SPSS27 software.

### Results

In the present study, 34 female victims of domestic violence in Tehran participated in two experimental groups based on compassion and evidence, with an average age of  $32.83 \pm 8.13$  and  $31.94 \pm 6.13$ , respectively, within the age range of 22 to 47 years. Based on the descriptive statistics, the average score of the alexithymia variable in the experimental group decreased in the post-test and follow-up compared to the pre-test, and the average score of the spiritual health variable in the experimental group increased in the post-test and follow-up compared to the pre-test. The significance of these differences will be examined further. According to the results of the Shapiro-Wilk test, the research variables are normally

distributed ( $P>0.05$ ). The results of the Box's M test to check the assumption of homogeneity of covariance matrices showed that the variables of alexithymia and spiritual health are not significant in the present sample, so this assumption is valid. The results of Mauchly's test to check the assumption of

sphericity of alexithymia scores are not significant, and this assumption is valid ( $P>0.05$ ). However, for the spiritual health variable, it is significant ( $P<0.05$ ), and the F statistic was reported based on Greenhouse-Geisser correction.

**Table 1. The results of the analysis of variance test with repeated measurements in the variables of alexia and spiritual health**

| Variables     | Source of changes                            | sum of squares | Degrees of freedom | Mean square | F      | Significance level | Effect size |
|---------------|----------------------------------------------|----------------|--------------------|-------------|--------|--------------------|-------------|
| Ataxia        | Stages (pre-test, post-test etc.) Follow up) | 567.27         | 2                  | 283.63      | 71.88  | <0.001             | 0.692       |
|               | The interaction effect of stages and group   | 224.68         | 2                  | 112.34      | 28.47  | <0.001             | 0.471       |
|               | between groups                               | 778.44         | 1                  | 778.44      | 4.88   | 0.034              | 0.132       |
| Mental health | Stages (pre-test, post-test etc.) Follow up) | 609.44         | 2                  | 379.33      | 102.55 | <0.001             | 0.762       |
|               | The interaction effect of stages and group   | 489.44         | 2                  | 304.56      | 82.36  | <0.001             | 0.720       |
|               | between groups                               | 755.18         | 1                  | 755.18      | 4.59   | 0.039              | 0.128       |

Based on the results in Table 1, there is a significant difference in the levels of alexithymia and spiritual health between the pre-test, post-test, and follow-up stages. Also, based on the results of the table, the interaction effect between the research stages and group membership is significant ( $P<0.001$ ), indicating that the difference between the stages across the groups is not the same. The results of the Bonferroni test showed that the average difference between the pre-test and the post-test and follow-up stages was significant for the variables of alexithymia and spiritual health ( $P<0.05$ ). In other words, compassion-based training in the post-test and follow-up stages, compared to the pre-test stage, reduced alexithymia and increased spiritual health.

## Conclusion

The findings showed that compassion-based therapy is effective in reducing alexithymia and improving spiritual health in women who are victims of domestic violence. In explaining this finding, it can be said that compassion-based therapy uses components of compassion, such as compassionate reasoning, to find valid causes for each event, adopting a compassionate tone instead of aggressiveness, avoiding mind-wandering that causes rumination, and compassionate sensory experiences. This helps the person to learn anxiety tolerance exercises and well-being motivation. Therefore, by

controlling their mind, they can direct emotional alexithymia towards empathy, sympathy, and sensitivity to suffering, which subsequently reduces its intensity and negative effects (Bahadri et al., 2021). In compassion-based therapy, conscious attention and focus are taught instead of automatic and critical thinking, and this can be expected to reduce the emotional and mental vicious cycles that reinforce alexithymia. Compassion-based therapy can improve interpersonal functioning and is associated with traits such as empathy and altruism (Neff & Pomir, 2013). Improving mental health helps a person suffer less from life's obstacles, feel a sense of belonging to a higher power, and believe in God. In this regard, a person changes their view of hardships and sufferings in life, deals with themselves, God, and nature with a kinder view, and can improve spiritual health (Tamjidfar and Azargun, 1400). A person who attends self-compassion therapy avoids thoughts that lead to anxiety, which reduces anxiety and increases spiritual health (Al-Herbi and Al-Hadid, 2019). Considering the effectiveness of compassion-based therapy in reducing alexithymia and increasing spiritual health in women who are victims of domestic violence, it is suggested to include issues related to domestic violence in the field of family education by promoting spiritual health and reducing alexithymia and related issues. On the other hand, psychologists and family counselors should

address the conditions of women victims of domestic violence by identifying them and introducing them to specialists in treatment clinics.

### **Ethical Considerations**

**Compliance with ethical guidelines:** This article is taken from the doctoral thesis of the first author in the field of Counseling, Islamic Azad University of Science and Research, Tehran, with ethics code IR.IAU.SRB.REC.1403.005. In this research, written consent was obtained from the participants in an informed and completely free manner, and the preservation of the participants' information and the right to withdraw was observed in the entire process.

**Funding:** This study was conducted as a PhD thesis with financial support.

**Authors' contribution:** The first author was the senior author, the second and the third were the supervisors..

**Conflict of interest:** the authors declare no conflict of interest for this study.

**Acknowledgments:** Thanks are given to the participants in the research who provided the context for its implementation.





## اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر ناگویی خلقی و سلامت معنوی در زنان قربانی خشونت خانگی

محبوبه حسین‌علیزاده<sup>۱</sup>، محمد قمری<sup>۲</sup>، مرضیه غلامی توران‌پشتی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. استاد، گروه مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد شهربابک، دانشگاه آزاد اسلامی، شهربابک، ایران.

### چکیده

### مشخصات مقاله

#### نوع مقاله:

پژوهشی

#### تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۲۷

بازنگری: ۱۴۰۳/۰۴/۲۵

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۵/۳۰

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۵/۰۱

#### کلیدواژه‌ها:

درمان مبتنی بر شفقت،

ناگویی خلقی،

سلامت معنوی،

خشونت خانگی

**زمینه:** با توجه به افزایش تعداد قربانیان خشونت خانگی و مشکلات عمده آن‌ها در زمینه سلامت معنوی و ناگویی خلقی، به نظر می‌رسد به کارگیری مداخله روانی مانند درمان مبتنی بر شفقت باهدف کاهش خشونت خانگی ضروری است.

**هدف:** پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر ناگویی خلقی و سلامت معنوی در زنان قربانی خشونت خانگی انجام شد.

**روش:** روش مطالعه حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر ماهیت و روش از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان قربانی خشونت خانگی مراجعه‌کننده به مراکز اورژانس اجتماعی و کلینیک‌های مشاور خانواده شهر تهران در نیمه دوم سال ۱۴۰۲ بود. حجم نمونه ۳۴ نفر بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گواه گمارش شدند. گروه آزمایش تحت درمان مبتنی بر شفقت در طی ۸ جلسه (۹۰ دقیقه‌ای) قرار گرفتند، درحالی‌که گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه‌های خشونت نسبت به زنان (حاج یحیی، ۲۰۰۱)، ناگویی خلقی (بگبی و همکاران، ۱۹۹۴) و سلامت معنوی (پولوتزین و الیسون، ۱۹۸۲) بود. اطلاعات به‌دست آمده بر اساس تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم‌افزار SPSS-27 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** بر اساس یافته‌های پژوهش درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش ناگویی خلقی و افزایش سلامت معنوی در گروه آزمایش شده است. بنابراین درمان مبتنی بر شفقت بر ناگویی خلقی و سلامت معنوی در زنان قربانی خشونت خانگی تأثیر دارد ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های این مطالعه برای بهبود معنویت و کاهش ناگویی خلقی در زنان قربانی خشونت خانگی، استفاده از درمان مبتنی بر شفقت مطلوب است و به روانشناسان و متخصصان حیطه خانواده پیشنهاد می‌گردد از چنین یافته‌هایی به‌منظور ارتقای سطح کیفی خانواده‌ها استفاده شود.

**استناد:** حسین‌علیزاده، محبوبه؛ قمری، محمد؛ و غلامی توران‌پشتی، مرضیه (۱۴۰۴). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر ناگویی خلقی و سلامت معنوی در زنان قربانی خشونت خانگی.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۴۹، ۱۴۱-۱۶۰.

DOI: [10.52547/JPS.24.149.141](https://doi.org/10.52547/JPS.24.149.141) ۱۴۰۴، شماره ۱۴۹، دوره ۲۴





## مقدمه

خشونت خانگی<sup>۱</sup> که به عنوان خشونت شریک صمیمی نیز شناخته می‌شود، با الگوی رفتاری در یک رابطه که به دنبال ایجاد و حفظ قدرت و کنترل بر شریک صمیمی است، تعیین می‌گردد (ویلسون، ۲۰۲۳). بر اساس گزارش بانک جهانی<sup>۲</sup>، خشونت علیه زنان یک بیماری همه‌گیر جهانی است که از هر سه زن یک زن را در طول زندگی خود تحت تأثیر قرار می‌دهد (مشیلا، ۲۰۲۱). در سرتاسر جهان، تقریباً یک سوم (۲۷ درصد) زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله توسط شریک صمیمی خود مورد خشونت فیزیکی و/یا جنسی قرار گرفته‌اند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۱). در ایران حدود ۶۶ درصد خشونت خانگی گزارش شده است که شیوع آن از ۵۹ درصد در مرکز تا ۷۵ درصد در غرب کشور متغیر است (احمدی گوهری و همکاران، ۲۰۲۳). خشونت خانگی به معنی رفتار خشونت‌آمیز و سلطه‌گرانه یک عضو خانواده نسبت به سایر اعضای خانواده است که بیشتر زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (متر و همکاران، ۲۰۱۹). ابعاد خشونت خانگی شامل آسیب‌های عاطفی، روانی، فیزیکی، جنسی، اقتصادی بر سایر افراد در محیط خانوادگی و پیرامون آن است (منصفی و همکاران، ۱۳۹۷). از بعد عاطفی دربرگیرنده انتقاد مداوم، توهین، تضعیف روابط بازماندگان با فرزندان و منزوی کردن آن‌ها از دوستان و خانواده (ساردینها و همکاران، ۲۰۲۲)، از بعد روانی شامل ترس، تهدید به آسیب فیزیکی به خود، شریک زندگی یا فرزندان، تخریب اموال یا حیوانات خانگی، دست‌کاری و اعمال نفوذ و انزوای اجباری و از بعد مالی یا اقتصادی شامل کنترل منابع مالی، ممانعت از دسترسی به پول و ممنوعیت تحصیل یا اشتغال است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۱)، از بعد جسمی مستلزم آسیب رساندن جسمی به شریک زندگی از طریق ضربه زدن، لگزدن، سوزاندن، گرفتن، سیلی زدن، کشیدن مو، گاز گرفتن، انکار مراقبت‌های پزشکی و اجبار مصرف مواد و بعد جنسی به اعمال جنسی غیر توافقی که بر شریک زندگی تحمیل می‌شود، اشاره دارد (سازمان ملل، ۲۰۲۱). عوامل خطر مرتبط با خشونت خانگی شامل افسردگی، افزایش تماس نزدیک با شریک زندگی، از دست دادن شغل، مشکلات مالی، اعتیاد به مواد و کنترل مالی است (نیوهام و همکاران، ۲۰۲۲).

از جمله عوامل هیجانی که به‌طور منظم با رفتارهای خشونت‌آمیز مرتبط بوده و تأثیر مستقیمی بر روابط شریک زندگی دارد، ناگویی خلقی<sup>۳</sup> است (ورگس-بائز و همکاران، ۲۰۲۱). ناگویی خلقی سازه‌ای چندوجهی و دربرگیرنده دشواری در شناسایی احساسات، تمایز بین احساسات و تهییج‌های بدنی مرتبط با برانگیختگی هیجانی بوده که بر ابعاد شناختی (الگوی شناختی عینی، عمل‌گرا و واقعیت محور) اثرگذار است (فرامریز راد و همکاران، ۱۴۰۲). مشکل افراد مبتلا به ناگویی خلقی بالا در تعدیل شناختی هیجانات خود می‌تواند تلاش‌های آن‌ها را برای خودتنظیمی حالات هیجانی و برجسته کردن رفتارهای اعتیادآور شرح دهد (ماسیا و همکاران، ۲۰۲۳). درواقع، مشکلات در درک حالات عاطفی و برقراری روابط هیجانی می‌تواند منجر به تکیه بر راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار شود که برای پایان دادن به هیجانات منفی تجربه‌شده با اعمال خشونت‌آمیز همراه است (روسی و همکاران، ۲۰۲۱). در حقیقت، هم مجرمان و هم قربانیان خشونت خانگی سطوح بالایی از ناگویی هیجانی را تجربه می‌کنند (وگی و همکاران، ۲۰۲۳). پژوهش‌ها حاکی از آن است که ناگویی هیجانی نقش کلیدی در رفتارهای خشونت‌آمیز دارد (مانارینی و همکاران، ۲۰۲۳) و با افزایش میزان پذیرش خشونت در میان زنان در معرض خشونت شریک جنسی، سطح ناگواری هیجانی نیز افزایش می‌یابد (آکر و کارتال، ۲۰۲۳). همچنین، یافته عزتی و تقی‌پور (۱۴۰۲) نشان داد که تفاوت معنی‌داری در مؤلفه‌های ناگویی هیجانی بین زنان قربانی خشونت و زنان عادی وجود دارد و رابطه معناداری بین ناگویی هیجانی با پرخاشگری ارتباطی پنهان (جمشاد و داوری، ۱۴۰۱) و خشونت خانگی وجود دارد (ریوندی و همکاران، ۱۴۰۱).

از سویی، یکی از عواملی که موجب می‌شود تا افراد اعمال خشونت‌آمیز کمتری نسبت به شرکای صمیمی داشته باشند و کمتر درگیر رفتارهای جنسی پرخطر شوند، سطوح بالاتر سلامت معنوی<sup>۴</sup> است (گونزالوز و همکاران، ۲۰۲۳). سلامت معنوی مفهومی چندبعدی است که شامل درد و مرگ، گناه و شرم، آشتی و بخشش، آزادی و مسئولیت، امید و ناامیدی، عشق و شادی است (آرنت، ۲۰۲۱). سازمان بهداشت جهانی بیان نمود که سلامت معنوی علاوه بر سلامت روانی، سلامت جسمی و اجتماعی، یکی

1. Domestic violence

2. World Bank

3. Alexithymia

4. spiritual health

از چهار رکن سلامت کلی فرد است (یانپینگ و همکاران، ۲۰۲۰). سطوح بالاتر سلامت معنوی به‌طور قابل‌توجهی خطر خودکشی را کاهش داده (تربوردی و همکاران، ۲۰۲۴)، موجب می‌شود که شخص منطقی‌تر و اخلاقی‌تر از دیگران رفتار کند، نسبت به سایر افراد احساس اضطراب و پرخاشگری کمتری داشته و به‌راحتی استرس و رفتارهای خود را مدیریت نماید (گونسالوز و همکاران، ۲۰۲۲). پژوهش‌ها حاکی از آن است که با افزایش سلامت معنوی، نگرش نسبت به خشونت (کارادامیر و اریسل، ۲۰۲۳) و پرخاشگری فیزیکی و جنسی (گونسالوز و همکاران، ۲۰۲۳) کاهش می‌یابد. یافته پژوهش حاجی حیدری و سجادیان (۱۴۰۲) نشان داد که سلامت معنوی توانایی پیش‌بینی افکار خودکشی زنان قربانی خشونت را دارد. یافته پژوهش دستیار و همکاران (۱۴۰۱) نیز نشان داد که سلامت معنوی با خشونت خانگی رابطه معکوس و معناداری دارد.

زنانی که خشونت خانگی را تجربه نموده‌اند، مشکلات روانی بیشتری نسبت به زنان دیگر دارند (حسین و همکاران، ۲۰۲۰). با توجه به اهمیت سلامت روانی و جسمی زنان و اهمیت آن در خانواده، ازجمله روش‌های مؤثر در کاهش اثرات زیان‌بار خشونت خانگی، درمان مبتنی بر شفقت<sup>۱</sup> است (بشریور و احمدی، ۱۳۹۸) که می‌تواند موجب کاهش برونی‌سازی و درونی‌سازی خشم و افزایش خودکارآمدی زنان شود (اسلمی و همکاران، ۱۳۹۹). نف<sup>۲</sup> شفقت به خود را ساختاری با سه مؤلفه، یعنی مهربانی در مقابل خود قضاوتی، انسانیت مشترک در مقابل انزوا و ذهن آگاهی در مقابل شناسایی بیش‌ازحد تعریف نمود (نف، ۲۰۰۳). اصول کلیدی در درمان متمرکز بر شفقت آن است که افکار، عوامل، تصاویر و رفتار آرامش‌بخش بیرونی باید درونی شوند (خسروبیگی و همکاران، ۲۰۲۲). مکانیسم‌های عمل شفقت به خود شامل کاهش تفکر خودکار و منفی (پیپ و تانگ، ۲۰۲۰)، کاهش اجتناب از احساسات منفی (یلا و همکاران، ۲۰۲۲)، کاهش درهم تنیدگی با احساسات منفی (میاگاوا و تانیگوچی، ۲۰۲۰) و بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان (اینوود و فراری، ۲۰۱۸) است. یافته‌ها نشان داد که تقویت سلامت روان می‌تواند با القای مداوم ارزش معنویت و بهبود نگرش‌های شفقت به خود انجام شود (عزیز و همکاران، ۲۰۲۳). درمان مبتنی بر شفقت بر ناگویی هیجانی در بیماران دیابت نوع ۲ (بهادری و

همکاران، ۲۰۲۱)، زنان دچار اختلال ملال پیش از قاعدگی (اکبر زاده و همکاران، ۱۴۰۲)، دانش‌آموزان با اختلال یادگیری (سعدونی و همکاران، ۱۴۰۲)، مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی (محمودی و همکاران، ۱۴۰۲)، مددجویان مرد زندانی (تاجدین و همکاران، ۱۳۹۹) و نوجوانان دختر بزهکار (ثناگوی محرر و همکاران، ۱۳۹۹) مؤثر است. همچنین، این روش درمانی در آرامش معنوی و جسمی (فنز و ریچاردسون، ۲۰۲۲؛ دیوی و همکاران، ۲۰۲۰؛ رضایورمیرصلاح و همکاران، ۲۰۲۰)، افزایش سلامت معنوی در دختران کار (براتی احمدآبادی و عباسی، ۱۴۰۲)، بهبود بهزیستی معنوی در دانش‌آموزان (تمجیدفر و آذرگون، ۱۴۰۰) و زنان نابارور (افشانی و همکاران، ۲۰۱۹)، نقش مؤثری داشت.

مداخلات درمانی برای افراد قربانی خشونت خانگی معمولاً مبتنی بر رویکردهای شناختی-رفتاری و روانی آموزشی بوده که اهداف آن‌ها در درجه اول بر توانمندسازی بازماندگان برای توقف خشونت، تصمیم‌گیری در مورد رابطه خود و به‌دست‌آمده آوردن امنیت بود (نیسمیس و همکاران، ۲۰۲۱). در مقابل، درمان‌های مبتنی بر شفقت، شرم و انتقاد از خود را به‌طور غیرمستقیم با افزایش عاطفه مثبت از طریق دادن یا دریافت شفقت تنظیم می‌کنند، به این معنی که آن‌ها مسیرهای متمایزی برای تغییر ارائه می‌دهند (بلندن و همکاران، ۲۰۲۱)، بنابراین، ارزیابی درمان مبتنی بر شفقت برای خشونت خانگی ضروری است. همچنین، به دلیل شرایط جسمی و روحی نامناسب شایع در زنان قربانی خشونت خانگی که می‌تواند انزوا، مشکلات سلامت روان و ناگویی هیجانی را به همراه داشته باشد و نقش سلامت معنوی در برابر مشکلات جسمی و روانی و راهکار مقابله‌ای برای بازماندگان خشونت خانگی، بررسی این دو مؤلفه مهم تلقی می‌شود. لذا، با توجه به مباحث مطرح‌شده و با توجه به کارکردهای تأثیرگذار استفاده از درمان مبتنی بر شفقت در خانواده و کاهش آسیب‌های روان‌شناختی زنان، به نظر می‌رسد یکی از روش‌های کاهش مسائل روانی مرتبط با خشونت علیه زنان، استفاده از رویکرد مبتنی بر شفقت باشد. علاوه بر این، با توجه به بررسی پیشینه و خلأ پژوهشی موجود در عدم بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر سلامت معنوی و ناگویی خلقی زنان قربانی خشونت خانگی و با توجه به کمی مطالعات انجام‌شده در ایران، مطالعه حاضر

<sup>۱</sup>. Self-compassion therapy

<sup>۲</sup>. Neff

درصد پاسخگویی به این سؤال خواهد بود که آیا استفاده از درمان مبتنی بر شفقت بر ناگویی خلقی و سلامت معنوی در زنان قربانی خشونت خانگی مؤثر است؟

## روش

**الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان:** پژوهش حاضر، از لحاظ هدف کاربردی و از نظر ماهیت و روش از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۲ ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان قربانی خشونت خانگی شهر تهران که در نیمه دوم سال ۱۴۰۲ به مراکز اورژانس اجتماعی و کلینیک‌های مشاور خانواده (کلینیک فرح‌بخش، کلینیک نارون و کلینیک دانشگاه تهران غرب) شهر تهران مراجعه نمودند، بود. جهت انتخاب زنان قربانی خشونت خانگی از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین صورت که با مراجعه به مراکز اورژانس اجتماعی و کلینیک‌های مشاور خانواده شهر تهران زنان قربانی خشونت خانگی مراجعه‌کننده به این مراکز شناسایی شد. نمونه اولیه پژوهش ۳۰۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده بود که بر اساس نمرات بالاتر از میانگین در پرسشنامه خشونت خانگی حاج یحیی (۲۰۰۱)، نمره ۶۴ به عنوان نمونه پژوهش انتخاب گردید. برای تعیین حجم نمونه از برنامه نرم‌افزاری G power استفاده گردید. بدین صورت که با در نظر گرفتن آلفای ۰/۰۵ و سطح قابل قبول توان آزمون برابر با ۰/۸۰ و اندازه اثر ۰/۵۰، ۱۵ نفر در هر گروه به دست آمد که در پژوهش حاضر با احتمال ریزش افراد برای هر گروه ۱۸ نفر در مجموع ۳۶ نفر با توجه به ملاک ورود و خروج انتخاب شد. ملاک‌های ورود این پژوهش عبارت بودند از: کسب نمره میانگین بالاتر از ۶۴ در پرسشنامه خشونت خانگی حاج یحیی (۲۰۰۱)، کسب نمره میانگین بالاتر از ۶۰ در پرسشنامه ناگویی خلقی تیلور و همکاران (۱۹۹۷)، قرار گرفتن در محدوده سنی ۲۵ تا ۵۰ سال، داشتن حداقل یک سال زندگی مشترک، نداشتن اختلالات روانی و بیماری‌های جسمی خاص (بر اساس پرونده پزشکی مراجع)، رضایت به شرکت در پژوهش (پس از توضیحات لازم در مورد اهداف پژوهش، از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه آگاهانه دریافت شد) و همکاری جهت دریافت مداخلات درمانی همچنین ملاک‌های خروج عبارت بودند از: انصراف از ادامه همکاری و امتناع از

تکمیل کردن پرسش‌نامه‌ها، قرار داشتن تحت درمان‌های خاص، غیبت بیش از ۲ جلسه، نقص در تکمیل ابزار تحقیق.

## ب) ابزار

پرسشنامه خشونت خانگی علیه زنان<sup>۱</sup>: جهت بررسی خشونت خانگی از پرسشنامه سنجش خشونت نسبت به زنان حاج یحیی (۲۰۰۱)، استفاده شد. پرسشنامه سنجش خشونت علیه زنان شامل ۳۲ سؤال و چهار خرده مقیاس (خشونت روانی، ۱۶-۱، خشونت فیزیکی ۲۷-۱۷، خشونت جنسی ۲۸-۳۰ و خشونت اقتصادی ۳۱-۳۲) می‌باشد. نمره گذاری این پرسشنامه شامل هرگز (۱)، یک بار (۲) و دو بار یا بیشتر (۳) است. پرسشنامه خشونت علیه زنان توسط خاقانی‌فر در دانشگاه الزهرا ترجمه شده است و اعتبار آن توسط چند تن از اساتید متخصص مورد تأیید قرار گرفته و ضریب همسانی درونی با آلفای کرونباخ آن نیز با استفاده از نمونه ۴۶۰ نفری ۰/۹۷ به دست آمده است (جعفریان و همکاران، ۱۳۹۴). بر پایه نتایج حاصل از اولین زمینه‌یابی فلسطینی‌ها در مورد خشونت علیه زنان که در مورد ۲۴۱۰ نفر زن انجام گرفته است، ضریب همسانی درونی یا آلفای کرونباخ برای چهار عامل تست حاج یحیی (۲۰۰۱) به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۸۶، ۰/۹۲ و ۰/۹۳ به دست آمده است. گل محمد و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهش خود پایایی کل پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کردند. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ برآورد گردید.

پرسشنامه ناگویی خلقی<sup>۲</sup>: مقیاس ناگویی خلقی تورنتو توسط بگبی و همکاران (۱۹۹۴) ساخته شده است. یک آزمون ۲۰ سؤالی دارای سه مؤلفه دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی است و در یک طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) نمره گذاری می‌شود. حد پایین نمرات ۲۰ و حد بالای آن ۱۰۰ است. بشارت (۲۰۰۸)، در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس نارسایی خلقی تورنتو، ضریب آلفای کرونباخ را برای نارسایی هیجانی کل و مقیاس‌های دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲ و ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش کرده است. وی همچنین پایایی آزمون را به روش باز

<sup>۱</sup>. Domestic Violence against Women Questionnaire

<sup>۲</sup>. Alexithymia Questionnaire



آزمایی در دو نوبت بافاصله چهار هفته ۰/۸۰ و ۰/۸۷ محاسبه کرده است. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ برآورد گردید.

۳. پرسشنامه سلامت معنوی<sup>۱</sup>: برای ارزیابی ابعاد عمودی و افقی سلامت معنوی از پرسشنامه سلامت معنوی پولوتزین و الیسون (۱۹۸۲) استفاده گردید. پرسشنامه ۲۰ گزینه‌ای سلامت معنوی شامل دو مؤلفه سلامت مذهبی و سلامت وجودی است. پاسخ گزینه‌ها به صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته‌بندی می‌شود. دامنه نمرات ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شده است. هر چه نمره به دست آمده بالاتر باشد، سلامت مذهبی و وجودی بالاتر قلمداد می‌شود. پولوتزین و الیسون (۱۹۸۲)

ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را ۰/۹۳ گزارش کردند. در ایران در سال ۱۳۸۵ سید فاطمی و همکاران در پژوهش خود از آن استفاده نمودند و ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۲ محاسبه شد که پایایی پرسشنامه را مورد تأیید قرار می‌داد. در پژوهش شیوندی و همکاران (۱۴۰۲) پایایی کل پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای کل پرسشنامه ۰/۸۵ به دست آمد. ۴. درمان مبتنی بر شفقت<sup>۲</sup>: درمان مبتنی بر شفقت در هشت جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای بر طبق راهنمای عملی که توسط نف (۲۰۰۳) ارائه شده بر گزار شد. شرح مختصری از بسته آموزشی مورد استفاده در پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه محتوای آموزش جلسات درمان مبتنی بر شفقت

| جلسه       | اهداف                                                                       | محتوا                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | تکلیف                                                                      |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| اول        | معارفه، پیش‌آزمون و آشنایی با اصول کلی شفقت                                 | معرفی اعضاء به یکدیگر، بیان اهداف جلسات آموزشی، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی گروه، تعداد و مدت جلسات، بیان انتظارات از جلسات، اقدام برای شناخت یکدیگر، توضیح مختصر مدل درمانی CFT و چارچوب‌های اصلی درمان مبتنی بر شفقت آموزش تمرین تنفس آرامش‌بخش ریتمیک، اجرای پیش‌آزمون.                                       | تمرین تنفس آرامش‌بخش ریتمیک.                                               |
| دوم        | آگاهی در زمان حل و توضیح کامل شفقت                                          | بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، بررسی نوع برخورد مراجع با خود (سبک انتقادگر یا شفقتگر)، تعریف خود انتقادی و علل و پیامدهای آن، معرفی سه سیستم تنظیم هیجانی و نحوه تعامل آن‌ها باهم و تعریف شفقت.                                                                                                                            | تمرین تنفس ریتمیک یا انواع خود، شناسایی افکار و رفتار خود انتقادگر         |
| سوم        | فواید خود شفقتی، مهربانی با خود از طریق خود مراقبتی                         | بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: شفقت به خود چیست؟ ویژگی‌ها و مهارت‌های آن و چگونگی تأثیر گذاری آن بر حالات روحی فرد. توضیح درباره حضور ذهن و آموزش آن. بحث درباره موقعیت‌های دشوار و واکنش‌های افراد در آن شرایط. انجام تمرین تنفس با حضور ذهن در پایان جلسه.                                                               | پاسخ به سؤال «چقدر به خود شفقت می‌ورزید؟»                                  |
| چهارم      | یافتن جایگاه شفقت در زندگی، کنترل خشم، درک و پذیرش و ملایمت با خود و دیگران | بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: تمرین یوگا (ریلکسیشن برای مهار اضطراب)، معرفی تصویرسازی ذهنی و آموزش آن. بررسی میزان تکانش‌پذیری مراجع در موقعیت‌های مختلف و آموزش تمرین یوگا برای مقابله و کاهش آن. انجام تمرین تصویرسازی دلسوزانه.                                                                                        | کامل کردن جدول مربوط به مهارت‌های شفقت                                     |
| پنجم       | پرورش اشتراکات انسانی و مدیریت احساسات و عواطف دشوار و حساسیت به رنج اعضا   | بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: پرورش خود شفقت‌ورز و معرفی مفاهیم خرد، توانایی، گرمی و مسئولیت‌پذیری در ایجاد شفقت. انجام تکلیف نوشتن نامه دلسوزانه. انجام تمرین تنفس همراه باخرد، توانایی و گرمی.                                                                                                                          | نوشتن نامه دلسوزانه.                                                       |
| ششم        | کشف ارزش‌های اصلی                                                           | بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: نوشتن قسمت دوم نامه دلسوزانه. آموزش مفهوم به هشیاری و منطق آن. آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی و مسئولیت‌پذیری در ایجاد شفقت. انجام تمرین اسکن دلسوزانه در پایان جلسه.                                                                                                                   | انجام تمرین جلسه.                                                          |
| جلسه هفتم: | شناسایی احساسات متناقض، التیام زخم روانی، احساس توانمندی خود                | بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: تمرکز بر خود شفقت‌ورز و شناسایی ابعاد مختلف آن (توجه، تفکر، احساس و رفتار). بحث درباره تفکر شفقت‌ورز و آموزش تأثیر افکار بر خشم، اضطراب و هیجان‌ها. انجام تمرین کشمش خوردن با حضور ذهن.                                                                                                     | تصورپردازی ذهنی خود شفقت ورز.                                              |
| هشتم       | مرور مباحث آموزشی                                                           | بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: یادآوری مهارت‌های شفقت و توضیح نقش شفقت در کنترل هیجانات، هدایت نحو تفکر. مرور آموزش افکار و رفتار شفقت‌گر در مقابل انتقادگر. بحث درباره حساسیت‌های بین فردی و واکنش به طردشدگی و بکار بردن مهارت‌های شفقت در کنترل و کاهش این واکنش‌ها. اجرای تمرین مانترای شخصی دلسوزانه. اجرای پس‌آزمون. | کامل کردن تمرین مهارت‌های شفقت، بکار بستن و تداوم تکنیک-ها در زندگی واقعی. |

۱. Spiritual Health Questionnaire

۲. Compassion-Based Therapy

### ج) روش اجرا

بعد از انجام هماهنگی و کسب مجوز، از دانشگاه به اداره بهزیستی شهر تهران مراجعه شد سپس با هماهنگی مدیر اداره بهزیستی به مراکز اورژانس اجتماعی و کلینیک‌های مشاور خانواده مراجعه گردید. از میان زنان قربانی خشونت مراجعه‌کننده به مراکز اورژانس اجتماعی و کلینیک‌های مشاور خانواده (کلینیک فرح‌بخش، کلینیک نارون و کلینیک دانشگاه تهران غرب) در نیمه دوم سال ۱۴۰۲، تعداد ۳۰۰ نفر بر اساس پرونده پزشکی از میان افراد مراجعه‌کننده به صورتی تصادفی (قرعه‌کشی از بین کسانی که ملاک ورود را داشتن) انتخاب و پرسشنامه آنلاین حاوی سؤالات جمعیت شناختی و پرسشنامه‌های خشونت علیه زنان حاج یحیی (۲۰۰۱)، ناگویی خلقی بگبی، پارکر و تیلور (۱۹۹۷) و سلامت معنوی پولوتزین و الیسون (۱۹۸۲) از طریق فضای مجازی در اختیار زنان قرار داده شد. پس از جمع‌آوری اطلاعات در گام بعد بر اساس نمرات بالاتر از میانگین در پرسشنامه خشونت خانگی (نمره ۶۴) و ناگویی خلقی (نمره ۶۰) تعداد ۳۶ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و پس از کسب رضایت‌نامه به‌منظور شرکت در پژوهش اقدام به اجرای پژوهش گردید افراد انتخاب‌شده از نظر سنی، زندگی مشترک، تحصیلات و وضعیت زندگی با استفاده از آزمون خی دو یکسان‌سازی شد. افراد به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۸ نفر) و گواه (۱۸ نفر) قرار گرفتند. پس از انتخاب افراد ابتدا پیش‌آزمون انجام شد. سپس با کمک مسئولین مراکز اورژانس

اجتماعی و کلینیک‌های مشاوره خانواده (کلینیک فرح‌بخش، کلینیک نارون و کلینیک دانشگاه تهران غرب) شهر تهران، گروه آزمایش هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برنامه مداخله‌ای درمان مبتنی بر شفقت را در آن مراکز دریافت کردند. بدین‌صورت که افراد گروه آزمایش با هماهنگی‌های انجام‌شده در یک مرکز جمع شده و درمان شفقت درمانی به‌صورت گروهی اجرا گردید. بعد از اتمام جلسات آموزشی، از گروه‌های آزمایشی و گواه در شرایط یکسان پس‌آزمون به عمل آمد. درنهایت مجدداً افراد نمونه تحقیق بعد از یک دوره ۲ ماهه به پرسشنامه‌ها جهت پیگیری ثبات مداخلات پاسخ دادند. در این مدت‌زمان گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. درنهایت پس از بررسی پرسشنامه‌های جمع‌آوری‌شده و به دلیل انصراف برخی از افراد مورد مطالعه درنهایت اطلاعات ۳۴ نفر از افراد، گروه گواه (۱۶ نفر) و گروه آموزش (۱۸ نفر) مورد بررسی و بر اساس تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در سطح معنی‌دار ۰/۰۵ با استفاده از نرم‌افزار SPSS27 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۳۴ نفر از زنان قربانی خشونت خانگی شهر تهران در دو گروه آزمایش رویکرد مبتنی بر شفقت (۱۸ نفر) و گواه (۱۶ نفر) با میانگین سنی به ترتیب  $32/83 \pm 13/13$  و  $31/94 \pm 6/13$  در بازه سنی ۲۲ تا ۴۷ سال شرکت کردند.

جدول ۲. اطلاعات جمعیت شناختی افراد شرکت‌کننده در پژوهش به تفکیک گروه‌ها

| جمعیت شناختی | گروه آزمایش رویکرد مبتنی بر شفقت (n= ۱۸) |      | گروه کنترل (n= ۱۶) |      | $\chi^2$ | سطح معنی‌داری |
|--------------|------------------------------------------|------|--------------------|------|----------|---------------|
|              | فراوانی                                  | درصد | فراوانی            | درصد |          |               |
| سن           | ۲۰ تا ۳۰ سال                             | ۹    | ۵۰                 | ۵۶/۳ | ۰/۱۳۷    | ۰/۹۳۴         |
|              | ۳۰ تا ۴۰ سال                             | ۴    | ۲۲/۲               | ۱۸/۸ |          |               |
|              | ۴۰ تا ۵۰ سال                             | ۵    | ۲۷/۸               | ۲۵   |          |               |
|              | زیر ۵ سال                                | ۷    | ۳۸/۹               | ۴۳/۸ |          |               |
| زندگی مشترک  | ۵ تا ۱۰ سال                              | ۶    | ۳۳/۳               | ۲۵   | ۲/۸۲۵    | ۰/۵۸۷         |
|              | ۱۰ تا ۱۵ سال                             | ۱    | ۵/۶                | ۱۲/۵ |          |               |
|              | ۱۵ تا ۲۰ سال                             | ۲    | ۱۱/۱               | ۱۸/۸ |          |               |
|              | ۲۰ سال و بالاتر                          | ۲    | ۱۱/۱               | ۰    |          |               |
| تحصیلات      | زیر دیپلم                                | ۲    | ۱۱/۱               | ۱۲/۵ | ۶/۸۳۷    | ۰/۲۳۴         |
|              | دیپلم                                    | ۴    | ۲۲/۲               | ۱۸/۸ |          |               |
|              | فوق دیپلم                                | ۷    | ۳۸/۹               | ۱۲/۵ |          |               |
|              | لیسانس                                   | ۵    | ۲۷/۸               | ۳۱/۳ |          |               |

| سطح معنی داری | $\chi^2$ | گروه آزمایش رویکرد مبتنی بر شفقت (n= ۱۸) |         |      |         | جمعیت شناختی |
|---------------|----------|------------------------------------------|---------|------|---------|--------------|
|               |          | گروه کنترل (n= ۱۶)                       |         |      |         |              |
|               |          | درصد                                     | فراوانی | درصد | فراوانی |              |
| ۰/۷۹۸         | -۰/۴۵۲   | ۱۸/۸                                     | ۳       | ۰    | ۰       | فوق لیسانس   |
|               |          | ۶/۳                                      | ۱       | ۰    | ۰       | دکتری        |
|               |          | ۲۵                                       | ۴       | ۱۱/۱ | ۲       | زیر دیپلم    |
|               |          | ۲۵                                       | ۴       | ۳۳/۳ | ۶       | ضعیف         |
|               |          | ۳۷/۵                                     | ۶       | ۳۸/۹ | ۷       | متوسط        |
|               |          | ۳۷/۵                                     | ۶       | ۲۷/۸ | ۵       | خوب          |
|               |          | وضعیت مالی                               |         |      |         |              |

اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به افراد شرکت‌کننده در پژوهش در جدول ۲ ارائه گردیده است. برای بررسی یکسان بودن گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی بیان‌شده از آزمون خی دو استفاده شد. با توجه به عدم معنی‌داری آماره به‌دست‌آمده نتیجه گرفته می‌شود که بین متغیرهای جمعیت شناختی گروه‌ها تفاوتی وجود ندارد ( $P > 0/05$ ).

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای ناگویی خلقی و سلامت معنوی به تفکیک گروه‌ها

| متغیر                       | گروه                 | مرحله     | میانگین | انحراف معیار | آماره شاپیرو-ویلک | سطح معناداری |
|-----------------------------|----------------------|-----------|---------|--------------|-------------------|--------------|
| نا توانی در شناسایی احساسات | رویکرد مبتنی بر شفقت | پیش‌آزمون | ۱۹/۸۹   | ۳/۱۲         | ۰/۸۷              | ۰/۰۲۶        |
|                             |                      | پس‌آزمون  | ۱۷/۶۱   | ۲/۳۳         | ۰/۹۱              | ۰/۰۸۹        |
|                             |                      | پیگیری    | ۱۸/۵۶   | ۲/۸۷         | ۰/۹۶              | ۰/۶۴۰        |
|                             | گواه                 | پیش‌آزمون | ۲۰/۰۰   | ۲/۸۰         | ۰/۹۴              | ۰/۳۰۸        |
|                             |                      | پس‌آزمون  | ۲۰/۱۹   | ۱/۸۷         | ۰/۹۷              | ۰/۸۳۲        |
|                             |                      | پیگیری    | ۱۹/۹۴   | ۲/۰۵         | ۰/۹۰              | ۰/۰۸۷        |
| نا توانی در توصیف احساسات   | رویکرد مبتنی بر شفقت | پیش‌آزمون | ۱۷/۵۶   | ۲/۲۳         | ۰/۸۶              | ۰/۰۲۰        |
|                             |                      | پس‌آزمون  | ۱۴/۶۷   | ۱/۹۴         | ۰/۹۴              | ۰/۲۷۴        |
|                             |                      | پیگیری    | ۱۵/۴۴   | ۲/۰۴         | ۰/۹۵              | ۰/۴۰۵        |
|                             | گواه                 | پیش‌آزمون | ۱۷/۹۴   | ۲/۶۲         | ۰/۸۶              | ۰/۰۱۸        |
|                             |                      | پس‌آزمون  | ۱۶/۹۳   | ۲/۸۶         | ۰/۹۴              | ۰/۳۰۷        |
|                             |                      | پیگیری    | ۱۷/۰۰   | ۲/۲۵         | ۰/۹۷              | ۰/۸۴۸        |
| سبک تفکر عینی               | رویکرد مبتنی بر شفقت | پیش‌آزمون | ۲۷/۱۱   | ۳/۲۲         | ۰/۹۰              | ۰/۰۶۵        |
|                             |                      | پس‌آزمون  | ۲۳/۵۶   | ۳/۲۴         | ۰/۹۲              | ۰/۱۵۹        |
|                             |                      | پیگیری    | ۲۵/۰۰   | ۳/۳۸         | ۰/۹۰              | ۰/۶۸         |
|                             | گواه                 | پیش‌آزمون | ۲۸/۵۰   | ۳/۲۹         | ۰/۹۷              | ۰/۷۴۷        |
|                             |                      | پس‌آزمون  | ۲۷/۳۱   | ۳/۴۸         | ۰/۹۵              | ۰/۵۵۸        |
|                             |                      | پیگیری    | ۲۷/۹۴   | ۴/۳۳         | ۰/۹۴              | ۰/۴۰۳        |
| نمره کل ناگویی خلقی         | رویکرد مبتنی بر شفقت | پیش‌آزمون | ۶۸/۰۰   | ۷/۳۴         | ۰/۸۹              | ۰/۰۵۳        |
|                             |                      | پس‌آزمون  | ۵۸/۷۲   | ۶/۹۴         | ۰/۹۰              | ۰/۰۵۹        |
|                             |                      | پیگیری    | ۶۲/۱۱   | ۷/۸۸         | ۰/۹۱              | ۰/۰۸۴        |
|                             | گواه                 | پیش‌آزمون | ۶۹/۸۱   | ۷/۶۲         | ۰/۹۳              | ۰/۲۴۲        |
|                             |                      | پس‌آزمون  | ۶۷/۸۱   | ۷/۳۰         | ۰/۹۲              | ۰/۱۵۷        |
|                             |                      | پیگیری    | ۶۷/۸۱   | ۷/۷۳         | ۰/۹۰              | ۰/۰۹۳        |
| سلامت معنوی                 | رویکرد مبتنی بر شفقت | پیش‌آزمون | ۲۳/۳۳   | ۳/۹۴         | ۰/۹۶              | ۰/۶۶۰        |
|                             |                      | پس‌آزمون  | ۲۸/۷۲   | ۴/۵۵         | ۰/۹۵              | ۰/۴۷۰        |

| متغیر               | گروه                 | مرحله     | میانگین | انحراف معیار | آماره شاپیرو - ویلک | سطح معناداری |
|---------------------|----------------------|-----------|---------|--------------|---------------------|--------------|
| سلامت وجودی         | گواه                 | پیگیری    | ۲۷/۱۷   | ۵/۱۷         | ۰/۹۵                | ۰/۴۰۵        |
|                     |                      | پیش‌آزمون | ۲۳/۲۵   | ۴/۸۲         | ۰/۸۹                | ۰/۰۶۰        |
|                     |                      | پس‌آزمون  | ۲۴/۱۳   | ۴/۸۶         | ۰/۹۰                | ۰/۰۷۴        |
|                     |                      | پیگیری    | ۲۳/۶۲   | ۴/۸۴         | ۰/۹۱                | ۰/۱۲۶        |
|                     |                      | پیش‌آزمون | ۲۳/۵۶   | ۵/۱۹         | ۰/۹۶                | ۰/۶۶۷        |
|                     | رویکرد مبتنی بر شفقت | پس‌آزمون  | ۲۹/۱۷   | ۳/۱۱         | ۰/۹۴                | ۰/۲۴۵        |
|                     |                      | پیگیری    | ۲۷/۷۲   | ۳/۰۳         | ۰/۹۳                | ۰/۱۸۹        |
|                     |                      | پیش‌آزمون | ۲۴/۱۹   | ۵/۲۸         | ۰/۹۰                | ۰/۰۷۲        |
|                     |                      | پس‌آزمون  | ۲۴/۸۷   | ۵/۸۱         | ۰/۸۸                | ۰/۰۵۲        |
|                     |                      | پیگیری    | ۲۳/۹۴   | ۵/۲۸         | ۰/۹۱                | ۰/۱۱۹        |
| نمره کل سلامت معنوی | رویکرد مبتنی بر شفقت | پیش‌آزمون | ۴۶/۸۹   | ۸/۴۶         | ۰/۹۷                | ۰/۷۷۲        |
|                     |                      | پس‌آزمون  | ۵۷/۸۹   | ۶/۷۲         | ۰/۹۵                | ۰/۴۰۳        |
|                     |                      | پیگیری    | ۵۴/۸۸   | ۷/۲۵         | ۰/۹۷                | ۰/۷۵۶        |
|                     | گواه                 | پیش‌آزمون | ۴۷/۴۴   | ۹/۸۷         | ۰/۹۳                | ۰/۱۸۵        |
|                     |                      | پس‌آزمون  | ۴۸/۰۶   | ۱۰/۰۱        | ۰/۹۴                | ۰/۳۳۴        |
|                     |                      | پیگیری    | ۴۷/۸۱   | ۱۰/۳۶        | ۰/۹۲                | ۰/۱۶۲        |

در جدول ۳ آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات ناگویی خلقی و سلامت معنوی به تفکیک برای افراد گروه گواه و گروه‌های آزمایش و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داده شده است. همچنین آماره شاپیرو - ویلک گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ناگویی خلقی و سلامت معنوی معنادار نیست؛ بنابراین توزیع متغیرهای ناگویی خلقی و سلامت معنوی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نرمال است ( $P > 0/05$ ).

به منظور تعیین اثربخشی رویکرد مبتنی بر شفقت بر ناگویی خلقی و سلامت معنوی در زنان قربانی خشونت خانگی از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. نتایج مربوط به اجرای این آزمون‌ها به همراه پیش‌فرض‌های آن در ادامه ارائه شده است. با توجه به نتایج آزمون آماره شاپیرو - ویلک متغیرهای پژوهش نرمال می‌باشند ( $P > 0/05$ ). آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس بین گروه‌ها اجرا و نتایج نشان داد آزمون لوین معنادار نمی‌باشد. از این رو فرض صفر مبنی بر همگنی واریانس متغیرها مورد تأیید قرار می‌گیرد. بدین ترتیب نتیجه می‌شود که مفروضه همگنی واریانس‌ها، برقرار می‌باشد ( $P > 0/05$ ). نتایج آزمون ام باکس جهت بررسی مفروضه همسانی ماتریس‌های کوواریانس‌ها نشان داد که متغیرهای ناگویی خلقی ( $F = 0/31$ , Box's  $M = 2/08$ ,  $P = 0/932$ ) و سلامت معنوی

در جدول ۳ آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات ناگویی خلقی و سلامت معنوی به تفکیک برای افراد گروه گواه و گروه‌های آزمایش و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داده شده است. همچنین آماره شاپیرو - ویلک گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ناگویی خلقی و سلامت معنوی معنادار نیست؛ بنابراین توزیع متغیرهای ناگویی خلقی و سلامت معنوی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نرمال است ( $P > 0/05$ ). آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس بین گروه‌ها اجرا و نتایج نشان داد آزمون لوین معنادار نمی‌باشد. از این رو فرض صفر مبنی بر همگنی واریانس متغیرها مورد تأیید قرار می‌گیرد. بدین ترتیب نتیجه می‌شود که مفروضه همگنی واریانس‌ها، برقرار می‌باشد ( $P > 0/05$ ). نتایج آزمون ام باکس جهت بررسی مفروضه همسانی ماتریس‌های کوواریانس‌ها نشان داد که متغیرهای ناگویی خلقی ( $F = 0/31$ , Box's  $M = 2/08$ ,  $P = 0/932$ ) و سلامت معنوی

در جدول ۴، نتایج آزمون اثرهای درون‌گروهی و بین‌گروهی نشان داده شده است. همان‌طور که در جدول ۴ مشخص شده است، بین میزان متغیر ناگویی خلقی و سلامت معنوی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بر اساس نتایج جدول اثر تعاملی بین مراحل پژوهش و عضویت گروهی نیز معنادار است ( $P < 0/001$ )؛ که نشان می‌دهد تفاوت بین مراحل در سطوح گروه‌ها یکسان نیست. مجذور سهمی اتا برای متغیر ناگویی خلقی برای عامل مراحل برابر با ۰/۶۹۲ و برای عامل تعامل زمان با گروه برابر با ۰/۴۷۱ می‌باشد. این نتیجه

زمان و گروه به ترتیب ۷۶/۲ و ۷۲ درصد تفاوت در سلامت معنوی مربوط به اعمال متغیر مستقل (رویکرد مبتنی بر شفقت) می‌باشد. نتایج مقایسه زوجی متغیرهای ناگویی خلقی و سلامت معنی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۵ ارائه شده است.

نشان می‌دهد که برای عامل زمان و تعامل زمان و گروه به ترتیب ۶۹/۲ و ۴۷/۱ درصد تفاوت در ناگویی خلقی مربوط به اعمال متغیر مستقل (رویکرد مبتنی بر شفقت) می‌باشد. همچنین مجذور سهمی اتا متغیر سلامت معنوی برای عامل مراحل برابر با ۰/۷۶۲ و برای عامل تعامل زمان با گروه برابر با ۰/۷۲۰ می‌باشد. این نتیجه نشان می‌دهد که برای عامل زمان و تعامل

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در متغیرهای ناگویی خلقی و سلامت معنوی

| متغیرها     | منبع تغییرات                         | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F      | سطح معناداری | اندازه اثر |
|-------------|--------------------------------------|---------------|------------|-----------------|--------|--------------|------------|
| ناگویی خلقی | مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) | ۵۶۷/۲۷        | ۲          | ۲۸۳/۶۳          | ۷۱/۸۸  | <۰/۰۰۱       | ۰/۶۹۲      |
|             | درون‌گروهی                           | ۲۲۴/۶۸        | ۲          | ۱۱۲/۳۴          | ۲۸/۴۷  | <۰/۰۰۱       | ۰/۴۷۱      |
|             | خطا                                  | ۲۵۲/۵۶        | ۶۴         | ۳/۹۵            |        |              |            |
|             | بین‌گروهی                            | ۷۷۸/۴۴        | ۱          | ۷۷۸/۴۴          | ۴/۸۸   | ۰/۰۳۴        | ۰/۱۳۲      |
| سلامت معنوی | مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) | ۵۱۰۶/۱۵       | ۳۲         | ۱۵۹/۵۷          | ۱۰۲/۵۵ | <۰/۰۰۱       | ۰/۷۶۲      |
|             | درون‌گروهی                           | ۴۸۹/۴۴        | ۱/۶۱       | ۳۷۹/۲۳          | ۸۲/۳۶  | <۰/۰۰۱       | ۰/۷۲۰      |
|             | خطا                                  | ۱۹۰/۱۷        | ۵۱/۴۳      | ۳/۷۰            |        |              |            |
|             | بین‌گروهی                            | ۷۵۵/۱۸        | ۱          | ۷۵۵/۱۸          | ۴/۵۹   | ۰/۰۳۹        | ۰/۱۲۸      |
|             | خطا                                  | ۵۲۶۰/۴۸       | ۳۲         | ۱۶۴/۳۹          |        |              |            |

جدول ۵. نتایج مقایسه زوجی متغیرهای ناگویی خلقی و سلامت معنوی در مراحل ارزیابی بر اساس آزمون تعقیبی بونفرونی

| متغیرها     | مراحل ارزیابی | اختلاف میانگین‌ها | خطای استاندارد | سطح معناداری |
|-------------|---------------|-------------------|----------------|--------------|
| ناگویی خلقی | پیش‌آزمون     | ۵/۶۴*             | ۰/۴۲           | <۰/۰۰۱       |
|             | پیش‌آزمون     | ۳/۹۴*             | ۰/۵۴           | <۰/۰۰۱       |
|             | پس‌آزمون      | -۱/۰۹             | ۰/۴۸           | ۰/۰۹۴        |
|             | پیش‌آزمون     | -۵/۸۱*            | ۰/۴۲           | <۰/۰۰۱       |
| سلامت معنوی | پیش‌آزمون     | -۴/۱۹*            | ۰/۵۰           | <۰/۰۰۱       |
|             | پس‌آزمون      | ۱/۲۲              | ۰/۳۱           | ۰/۰۶۹        |
|             | پیگیری        |                   |                |              |

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر ناگویی خلقی و سلامت معنوی در زنان قربانی خشونت خانگی بود. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش ناگویی خلقی در زنان قربانی خشونت خانگی اثرگذار است. این یافته با نتایج پژوهش‌های مشابه مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر ناگویی هیجانی در بیماران دیابت نوع ۲ (بهادری و همکاران، ۲۰۲۱)، زنان دچار اختلال ملال پیش از قاعدگی (اکبرزاده و همکاران، ۱۴۰۲)، دانش‌آموزان با اختلال یادگیری (سعدونی و همکاران، ۱۴۰۲)، مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی (محمودی و

بر اساس نتایج جدول ۵، یافته‌ها نشان می‌دهد تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری، در متغیرهای ناگویی خلقی و سلامت معنوی معنادار بود ( $P < ۰/۰۵$ ). به عبارت دیگر آموزش مبتنی بر شفقت در مراحل پیش‌آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون باعث کاهش ناگویی خلقی و افزایش سلامت معنوی شد. تفاوت پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون، بیانگر اثربخشی روش مداخله و تفاوت معنادار پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون و عدم معناداری با پس‌آزمون، بیانگر حفظ یا پایداری اثر روش مداخله در مرحله پیگیری بود.



همکاران (۱۴۰۲)، مددجویان مرد زندانی (تاج‌الدین و همکاران، ۱۳۹۹) و نوجوانان دختر بزه‌کار (ثناگوی محرر و همکاران، ۱۳۹۹) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، درمان مبتنی بر شفقت با استفاده از مؤلفه‌های شفقت، همچون استدلال دلسوزانه، برای یافتن علل معتبر برای هر رخداد، اتخاذ لحن دلسوزانه به جای پرخاشگری، دوری از ذهن سرگردان که موجب نشخوار فکری می‌شود و تجربیات حسی مشفقانه، به شخص کمک می‌کند تا تمرین تحمل اضطراب و انگیزه رفاه را بیاموزد (شیرعلی‌نیا و همکاران، ۲۰۱۸). لذا، با کنترل ذهن خویش، ناگویی هیجانی را در جهت همدلی، همدردی و حساسیت به رنج هدایت می‌کند که متعاقباً از شدت و اثرات منفی آن می‌کاهد (بهادری و همکاران، ۲۰۲۱). از سویی، درمان مبتنی بر شفقت به دنبال آن است تا توجه آگاهانه و متمرکز بر حالت‌ها و تجارب درونی هیجانی را ارتقا دهد. درواقع، این مداخله با کاهش تفکر عینی برون‌گرا، توجه به حالت‌های ذهنی درونی را افزایش می‌دهد (اکبرزاده و همکاران، ۱۴۰۲). درمان مبتنی بر شفقت موجب رشد هوشمندانه و قابلیت به تعویق انداختن هیجانات ناخوشایند، قابلیت درگیر شدن یا دوری از یک هیجان منفی به صورت مطلوب و قابلیت کنترل منطقی هیجان‌ها شده و با تعدیل هیجان‌های منفی و ارتقای هیجان‌های خوشایند موجب تعدیل ناگویی خلقی می‌شود (احمدی ملایری و همکاران، ۱۴۰۱). این روش درمانی موجب می‌شود که شخص با غلبه بر مسائل و شناسایی شایستگی‌های شخصی در مقابله با شرایط، با تمرکز مثبت و برنامه‌ریزی منظم و ارزیابی موقعیت‌ها، فرایندهای انگیزشی، ذهنی و پذیرش خود، به خود اجازه می‌دهد تا هیجانات مطلوب ابراز شده و سطح سلامت و انسجام هیجانی خویش را حفظ کند (محمودی و همکاران، ۱۴۰۲). در زنان دارای تجربه خشونت خانگی، به دلیل ناراحتی و درگیری ذهنی مداوم با درد و به علت تغییرات خلقی، دشواری در شناسایی و توصیف هیجانات در یک چرخه معیوب موجب تقویت ناگویی خلقی می‌شود (ورگس-بائر و همکاران، ۲۰۲۱). لذا، در درمان مبتنی بر شفقت، توجه و تمرکز آگاهانه به جای تفکر خودکار و انتقادی آموزش داده می‌شود و می‌توان انتظار داشت که با کاهش چرخه‌های معیوب هیجانی و ذهنی تقویت‌کننده ناگویی خلقی همراه شود.

همچنین، نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر ارتقای سلامت معنوی در زنان قربانی خشونت خانگی اثرگذار است. این یافته با نتایج پژوهش‌های

مشابه مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت در افزایش سلامت معنوی در دختران کار (براتی احمدآبادی و عباسی، ۱۴۰۲)، بهبود بهزیستی معنوی در دانش‌آموزان (تمجیدفر و آذرگون، ۱۴۰۰)، آرامش معنوی و جسمی (فتزل و ریچاردسون، ۲۰۲۲؛ دیوی و همکاران، ۲۰۲۰؛ رضاپور میرصلاح و همکاران، ۲۰۲۰) و بهبود بهزیستی معنوی زنان نابارور (افشانی و همکاران، ۲۰۱۹)، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند عملکرد بین فردی را بهبود بخشد و با ویژگی‌هایی مانند همدلی و نوع‌دوستی مرتبط است (نف و پومیر، ۲۰۱۳). فرد دارای شفقت به خود، می‌تواند نسبت به دیگران نیز شفقت داشته باشد، یعنی زمانی که با خود مهربان است، می‌تواند در هنگام رنج با دیگران نیز مهربان باشد (نف، ۲۰۰۳). قدرت روان‌شناختی بسیار مثبت این روش درمانی موجب شادی بیشتر و سطوح بالاتری از امید و قدردانی می‌شود (اینوود و فراری، ۲۰۱۸). از آنجایی که هدف درمان مبتنی بر شفقت، تحریک تدریجی سیستم متمرکز بر هیجان و احساسات است، تقویت ذهن آگاهی و مهارت پذیرش و همچنین جداسازی شناختی از افکار و احساسات منفی به شخص کمک می‌کند تا حالات درونی منفی را به شیوه‌های جدیدی تجربه کند، از درگیری و پریشانی روانی آن‌ها می‌کاهد، تکرار افکار منفی را کاهش داده و کمتر خود را قضاوت می‌کند و آموزش شناختی، برنامه مبتنی بر ذهن آگاهی و آرامش موجب ارتقای سلامت روان می‌شود (افشانی و همکاران، ۲۰۱۹). بهبود سلامت روان موجب می‌شود که شخص در رویارویی با موانع زندگی رنج کمتری بکشد و به یک قدرت برتر و اعتقاد به خدا احساس تعلق یابد، نگاهش را نسبت به سختی و رنج‌ها در زندگی تغییر می‌دهد و با دیدی مهربانانه‌تر با خود، خداوند و طبیعت برخورد می‌کند که می‌تواند موجب ارتقای سلامت معنوی شود (تمجیدفر و آذرگون، ۱۴۰۰). از سویی، شفقت به خود به عنوان محافظتی در برابر پیامدهای منفی شرم و گناه و سرزنش خود عمل می‌کند و در جلسات مداخله، فرد آگاهانه رنج‌های زندگی خود را با شفقت مرور می‌کند، با بخشش خود به آرامش معنوی و جسمی می‌رسد، آرامش واقعی را در نزدیک شدن به خدا و پذیرفتن سرنوشت خود می‌یابد و مسئولیت زندگی خود را می‌پذیرد (دیوی و همکاران، ۲۰۲۰). پذیرش و تعهدی که از طریق مداخله دریافت می‌شود به آن‌ها کمک می‌کند تا استرس را مدیریت کنند و استرس روانی را کاهش دهند (کمپبل، ۲۰۱۵). وقتی کسی مهربانی خداوند را نسبت به خود

### ملاحظات اخلاقی

**پیروی از اصول اخلاقی پژوهش:** این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران با کد اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1403.005 است. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی مانند محفوظ ماندن اطلاعات شرکت کنندگان و حق انصراف در تمام فرآیند پژوهش رعایت شده است. همچنین تمامی شرکت کنندگان با تکمیل فرم رضایت‌نامه و به صورت کاملاً آگاهانه در پژوهش حاضر شرکت کردند.

**حامی مالی:** این مطالعه بدون حامی مالی انجام شده است.

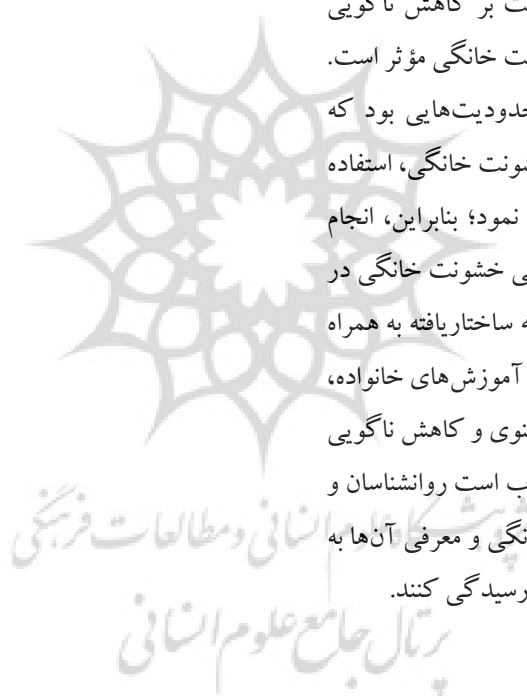
**نقش هر یک از نویسندگان:** این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی و مشاوره نویسنده دوم و سوم استخراج شده است.

**تضاد منافع:** نویسنده همچنین اعلام می‌دارد که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

**تشکر و قدردانی:** بدین وسیله از شرکت کنندگان در پژوهش که زمینه اجرای آن را فراهم ساختند تشکر و قدردانی می‌گردد.

و سایر کائنات می‌پذیرد، رویدادهای زندگی خود را چه مثبت و چه منفی بخشی از اراده خداوند می‌داند و مشکلات زندگی باعث می‌شود که انسان همیشه حضور خدا را در وجودش احساس کند و زندگی را ارزشمند بداند (رضاپور میرصلاح و همکاران، ۲۰۲۰). شفقت مفهومی نزدیک به فطرت انسان است و موجب سعادت و آرامش انسان می‌شود (فنز و ریچاردسون، ۲۰۲۲). گاهی اوقات افراد می‌توانند با افکار نامناسب، استرس و اضطراب به خود آسیب برسانند و آسیب نرساندن به خود و دیگران یکی از مؤلفه‌های کلیدی شفقت است، بنابراین فردی که در درمان شفقت به خود حضور می‌یابد، از افکاری که منجر به اضطراب می‌شود دوری می‌کند و همین امر باعث کاهش اضطراب و افزایش سلامت معنوی او می‌شود (الهربی و الحدید، ۲۰۱۹).

به طور کلی، با توجه به یافته‌ها، درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش ناگویی خلقی و افزایش سلامت معنوی در زنان قربانی خشونت خانگی مؤثر است. این پژوهش نیز همچون سایر پژوهش‌ها شامل محدودیت‌هایی بود که از جمله آن‌ها می‌توان به صرفاً بررسی زنان قربانی خشونت خانگی، استفاده از ابزار خود گزارش‌دهی و نمونه شهر تهران اشاره نمود؛ بنابراین، انجام پژوهش به صورت زوجی بادر نظر گرفتن مردان قربانی خشونت خانگی در شهرهای دیگر، در صورت امکان استفاده از مصاحبه ساختاریافته به همراه پرسشنامه پیشنهاد می‌گردد. پیشنهاد می‌شود در حیطه آموزش‌های خانواده، مسائل مرتبط با خشونت خانگی با ارتقای سلامت معنوی و کاهش ناگویی خلقی و مسائل مرتبط گنجانده شود. از سویی، مطلوب است روانشناسان و مشاوران خانواده با شناسایی زنان قربانی خشونت خانگی و معرفی آن‌ها به متخصصان در کلینیک‌های درمانی، به شرایط آن‌ها رسیدگی کنند.



## منابع

احمدی ملایری، گلمهر؛ رحمانی، محمدعلی و پوراصغر، مهدی (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شفقت متمرکز بر خود بر ناگویی هیجانی و پرخاشگری در زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی. *سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، ۶(۴)، ۸۸-۹۸.

<http://islamiclifej.com/article-1-1369-fa.html>

اسلمی، الهه؛ امیری راد، ملیحه و موسوی، شکوفه (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت به خود بر کنترل خشم و خودکارآمدی زنان دارای همسر معتاد در شهر مشهد. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۳۹، ۶۶-۴۹.

<https://dori.net/dor/20.1001.1.22285516.1399.11.39.4.4>

اکبرزاده، نجیبه؛ ایمانی راد، عماد؛ بابایی، نفیسه؛ احمدی، گل مهر؛ کاشانیان، امینه و محمدزاده، فاطمه (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و هیپنوتراپی شناختی-رفتاری بر ناگویی هیجانی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی. *بهداشت روانی و فرهنگ*، ۱(۱)، ۱۴۸-۱۳۱.

<https://dori.net/dor/10.30479/mhc.2023.18864.1023>

براتی احمدآبادی، هاجر و عباسی، عاطفه (۱۴۰۲). اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد شفقت درمانی بر مسئولیت‌پذیری و سلامت معنوی دختران کار فرهنگسرای پگاه اصفهان. *روان‌پژوهی و مطالعات علوم رفتاری*، ۲(۲).

<https://doi.org/10.30495/psych.2023.1991050.1035>

بشرپور، سجاد و احمدی، شیرین (۱۳۹۸). الگوی روابط ساختاری ولع مصرف بر اساس حساسیت به تقویت، تحمل آشفتگی و دلسوزی به خود با نقش میانجی خودکارآمدی ترک. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۳ (۵۴)، ۲۴۵-۲۶۴.

<http://etiadjpajohi.ir/article-1-2105-fa.html>

تاج‌دین، علی احمد؛ آل یاسین، علی، حیدری، حسن و داودی، حسین (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و واقعیت درمانی بر ناگویی هیجانی در مددجویان مرد زندانی. *مجله علوم روان‌شناختی*، ۱۹(۹۵)، ۱۵۳۲-۱۵۱۹.

<http://dori.net/dor/20.1001.1.17357462.1399.19.95.10.6>

تمجیدفر، عطیه (۱۴۰۱). بررسی تاثیر شفقت درمانی بر بهزیستی معنوی دانش آموزان یازدهم و دوازدهم شهرستان نیشابور در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰. *پیشرفت‌های نوین در روانشناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش*، ۵(۴۸)، ۱۲۰-۱۱۰.

[https://jonapte.ir/fa/showart-](https://jonapte.ir/fa/showart-916aea19bd7c87fdd2a53529d49f2c00)

[916aea19bd7c87fdd2a53529d49f2c00](https://jonapte.ir/fa/showart-916aea19bd7c87fdd2a53529d49f2c00)

ثناگوی محرر، غلامرضا؛ شیرازی، محمود؛ کیا، سمانه و کرمی مهاجری، زهرا (۱۳۹۹). تاثیر آموزش مبتنی بر شفقت بر امیدواری، رضایت از زندگی و نارسایی خلقی نوجوانان دختر بزه‌کار. *روان‌پرستاری*، ۸(۳): ۴۶-۵۶. <https://www.sid.ir/paper/382000/fa>  
جعفریان، طیبه؛ فتحی، منصور؛ عرشی، ملیحه و قادری ثانوی، رمضانعلی (۱۳۹۴). بررسی تاثیر هوش هیجانی مردان بر خشونت علیه زنان در بین زوجین متأهل. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۶(۴) (پیاپی ۶۲)، ۷۶-۸۳.

<https://www.sid.ir/paper/163608/fa>

جمشاد، پریسا و داوری، رحیم (۱۴۰۱). پیش‌بینی پرخاشگری ارتباطی پنهان بر اساس ویژگی‌های شخصیت و ناگویی هیجانی زنان متأهل شهر تهران. *پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*، ۱۲(۴۸)، ۸۹-۱۰۲.

<https://doi.org/10.22034/spr.2023.366981.1787>

حاجی حیدری، بهنوش و سجادیان، ایلناز (۱۴۰۲). نقش تاب‌آوری، تنظیم هیجان و سلامت معنوی در پیش‌بینی افکار خودکشی زنان قربانی خشونت در دوره کرونا. *مطالعات اسلامی ایرانی خانواده*، ۳(۳)، ۷۵-۵۲.

<https://doi.org/10.30495/iifs.2024.1990345.1100>

دستیار، ندا؛ رفعتی، فوزیه و مهرعلیزاده، اکبر (۱۳۹۹). بررسی سلامت معنوی در زنان باردار تحت خشونت خانگی در جنوب ایران در سال ۱۳۹۹: یک مطالعه توصیفی. *حیات*، ۲۸(۲)، ۱۶۱-۱۷۲.

<http://hayat.tums.ac.ir/article-1-4516-fa.html>

سعدونی، زینب؛ کاظمیان، کبری و هارون رشیدی، همایون (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری، نارسایی هیجانی و همدلی دانش‌آموزان با اختلال یادگیری خاص. *فصلنامه پژوهشی ناتوانی‌های یادگیری*، ۱۱(۲)، ۶۵-۵۳.

<https://doi.org/10.22098/jld.2023.12700.2086>

شیوندی چلیچه، کامران؛ عبدالملکی، سعید؛ قلمی، زهرا؛ نفر، زهرا (۱۴۰۲). تبیین مدل تاب‌آوری بر اساس هدفمندی زندگی و کیفیت روابط با میانجی‌گری سلامت معنوی در مواجهه با شرایط فشار روانی ناشی از کوید-۱۹. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۴(۵۴)، ۳۴-۱.

<https://doi.org/10.22054/qccpc.2022.65402.2858>

فرامرزی‌راد، بهروز؛ رباط‌میلی، سمیه؛ ابوالمعالی‌الحسینی، خدیجه و زارع بهرام‌آبادی، مهدی (۱۴۰۲). الگوی ساختاری پیش‌بینی ناگویی هیجانی بر اساس طرحواره‌های سازش‌یافته اولیه با میانجی‌گری خودافشایی هیجانی. *مجله علوم روان‌شناختی*، ۲۲(۱۲۳)، ۵۵۶-۵۳۹.

<https://doi.org/10.52547/JPS.22.123.539>

گل محمد، رکسانه؛ قاسمی فیروزآبادی، مهسا؛ عبدلی، زهرا و ساقیها، هنگامه (۱۴۰۰). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر پریشانی روانشناختی و افسردگی زنان متأهل قربانی خشونت خانگی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۴(۶)، ۴۳۳۸-۴۳۴۸.

<https://doi.org/10.22038/mjms.2022.20934>

محمودی، جعفر؛ مصباح، ایمان و رضایی شریف، علی (۱۴۰۲). اثربخشی رویکرد مبتنی بر شفقت بر ناگویی هیجانی و احساس انسجام در مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی. *روانشناسی افراد استثنایی*، ۵۰، ۲۵۵-۲۸۶.

<https://doi.org/10.22054/jpe.2023.72796.2557>

منصفی، سارا؛ احدی، حسن و حاتمی، حمیدرضا (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی گروه‌درمانی حمایتی با رویکرد واقعیت درمانی، بر امیدواری و مسئولیت‌پذیری زنان مطلقه قربانی خشونت خانگی. *فصلنامه علوم روانشناختی*، ۱۷(۶۹)، ۵۷۴-۵۶۷.

<http://psychologicalscience.ir/article-1-261-fa.html>

## References

- Afshani, S. A., Abooei, A., & Abdoli, A. M. (2019). Self-compassion training and psychological well-being of infertile female. *International Journal of Reproductive Biomedicine*, 17(10), 757. <https://doi.org/10.18502%2Fijrm.v17i10.5300>
- Ahmadi Gohari, M., Baneshi, MR., Zolala, F., Garrusi, B., Salarpour, E., Samari, M. (2023). Prevalence of Domestic Violence against Women and Its Visibility in Southeast Iran. *Iran J Public Health*, 52(3):646-654. doi: 10.18502/ijph.v52i3.12147
- Ahmadi Malairi, G., Rahmani, M.A., Mehdipour, M. (2023). The Effectiveness of Compassion-based Therapy on Emotional Ataxia and Aggression in Women with Premenstrual Dysphoria, *Islamic Life Style*. 2023; 6(4):88-98. <http://islamiclifej.com/article-1-1369-fa.html>
- Akbarzadeh Amirdehi, N., imanirad, E., babaei, N., ahmadi, G., Kashanian, A., & mohammadzadeh, F. (2022). Comparing the effectiveness of compassion-based therapy and cognitive-behavioral hypnotherapy on alexithymia of women with premenstrual dysphoria. *Mental Health and Culture*, 1(1), 131-148. [Persian] <https://dorl.net/dor/10.30479/mhc.2023.18864.1023>
- Aker, S., & Kartal, Y. A. (2023). Examining the relationship between intimate partner violence and alexithymia and depression levels of women: Kadınların yakın partner şiddeti ile aleksitimi ve

- depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of Human Sciences*, 20(4), 741-751. <https://doi.org/10.14687/jhs.v20i4.6442>
- Alharbi, J., Al Hadid, L. (2019). Towards an understanding of compassion from an Islamic perspective. *J Clin Nurs*, 28, 1354-8. <https://doi.org/10.1111/jocn.14725>
- Allen, A. B., Robertson, E., & Patin, G. A. (2021). Improving emotional and cognitive outcomes for domestic violence survivors: The impact of shelter stay and self-compassion support groups. *Journal of interpersonal violence*, 36(1-2), NP598-NP624. <https://doi.org/10.1177/0886260517734858>
- Arndt, B. (2021). The Spiritual Needs Questionnaire in research and clinical application: a summary of findings. *J Relig Health*, 60(5):1-17. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01421-4>
- Aslami, E., Amiri Rad, M., & Mousavi, S. (2020). The effectiveness of Self-Compassion focused Therapy on Anger Management and self – Efficacy and of Women with addicted husband in Mashhad city. *Psychological Models and Methods*, 11(39), 49-66. [Persian] <https://dorl.net/dor/20.1001.1.22285516.1399.11.3.9.4.4>
- Aziz, A. N., Rahmatullah, A. S., & Khilmiyah, A. (2023). Effects of self-compassion and self-disclosure on mental health through spirituality: A study on adolescents in Orphanages. *Islamic Guidance and Counseling Journal*, 6(2). <https://doi.org/10.25217/0020236395700>
- Bagby, R.M., Parker, J.D., & Taylor, G.J. (1994). The twenty-item Toronto alexithymia scale-I. Item selection and cross-validation of factor structure. *J psychosom Res*, 12(1), 23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- Bahadori, M., Mehrabizadeh Honarmand, M., Asgary, P., Ahadi, H., & Moradi, L. (2021). Effectiveness of compassion-focused therapy in alexithymia, adaptive behavior, treatment adherence, and biological factors in patients with type 2 diabetes. *Razavi International Journal of Medicine*, 9(2), 42-47. <https://doi.org/10.30483/rijm.2021.254196.1048>
- Barati Ahmedabadi, H., & Abbasi, A. (2024). Effectiveness of group counseling based on compassion therapy approach on responsibility and spiritual health of working girls of Farhangsara Pegah, Isfahan. *Psychology and behavioral science studies*, 2(1), 1-10. [Persian] <https://doi.org/10.30495/psych.2023.1991050.1035>



- Basharpour S, A., & hmadi S. (2020). Modelling structural relations of craving based on sensitivity to reinforcement, distress tolerance and self-Compassion with the mediating role of self-efficacy for quitting. *Etiadpajohi*, 13 (54):245-264. [Persian] <http://etiadpajohi.ir/article-1-2105-fa.html>
- Besharat, M. A. (2008). Psychometric characteristics of Persian version of the Toronto alexithymia scale-20 in clinical and non-clinical samples. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 33(1), 1-6. [https://ijms.sums.ac.ir/article\\_39805.html](https://ijms.sums.ac.ir/article_39805.html)
- Blanden, G., Butts, C., Reid, M., & Keen, L. (2021). Self-reported lifetime violence exposure and self-compassion associated with satisfaction of life in historically Black college and university students. *Journal of interpersonal violence*, 36(9-10), 4717-4734. <https://doi.org/10.1177/0886260518791596>
- Campbell, EL. (2015). Utilizing the Serenity Prayer to Teach Psychology students about Stress Management. *J Psychol Theol*, 43, 3-7. <https://doi.org/10.1177/009164711504300101>
- Dastyar, N., Rafati, F., & Mehralizadeh, A. (2022). Spiritual health in pregnant women with domestic violence experience in the south of Iran in 2020: A descriptive study. *Journal of Hayat*, 28(2), 161-172. [Persian] <http://hayat.tums.ac.ir/article-1-4516-fa.html>
- Dewi, S., Yuningsih, R., & Primanita, R. Y. (2020). Hubungan Antara Self-Compassion dengan Meaning In Life pada Mantan Penyalahguna Napza di Sumatera Barat. *Pendidikan Tambusai*, 4(3), 2276-2282. <https://jptam.org/index.php/jptam/article/view/707>
- Faramarzi rad, B., Robatmili, S., Abolmali, K., zarehbaramabadi, M. (2023). A structural model for predicting alexithymia based on early maladaptive schemas with the mediation of emotional self-disclosure. *Journal of Psychological Science*, 22(123), 539-556. [Persian] <https://doi:10.52547/JPS.22.123.539>
- Fenzel, L. M., & Richardson, K. D. (2022). The Stress Process Among Emerging Adults: Spirituality, Mindfulness, Resilience, and Self-compassion as Predictors of Life Satisfaction and Depressive Symptoms. *Journal of Adult Development*, 29(1). <https://doi.org/10.1007/s10804-021-09384-2>
- Golmohammad, R., Ghasemi Firoozabadi, M., Abdoli, Z., Saghaha, H. (2022). The effectiveness of emotion-focused therapy on psychological distress and depression of married women victims of domestic violence. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 64, 6, 4338-4348. [Persian] <https://doi.org/10.22038/mjms.2022.20934>
- Gonçalves, J. P. D. B., Lucchetti, G., Maraldi, E. D. O., Fernandez, P. E. L., Menezes, P. R., & Vallada, H. (2023). The role of religiosity and spirituality in interpersonal violence: a systematic review and meta-analysis. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 45, 162-181. <https://www.scielo.br/j/rbp/a/6SQKWBQ7LmpfJR-RctHzYf5G/>
- Gonçalves, J. P. D. B., Lucchetti, G., Maraldi, E. D. O., Fernandez, P. E. L., Menezes, P. R., & Vallada, H. (2023). The role of religiosity and spirituality in interpersonal violence: a systematic review and meta-analysis. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 45, 162-181. <https://www.scielo.br/j/rbp/a/6SQKWBQ7LmpfJR-RctHzYf5G/>
- Haj-Yahia, M. (2001). Attitudes of Arab Women to Different Pattern Coping to Wife Abuse, *Journal of Interpersonal Violence*, 17: 221-229. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260502017007002>
- Hajiheidari, B., & Sajjadian, I. (2023). The role of resilience, emotion regulation and spiritual health in predicting suicidal ideation of female victims of violence in the coronavirus era. *Quarterly Journal of Islamic-Iranian Family Studies*, 3(3), 52-75. [Persian] <https://doi.org/10.30495/iifs.2024.1990345.1100>
- Hussain, H., Hussain, S., Zahra, S., & Hussain, T. (2020). Prevalence and risk factors of domestic violence and its impacts on women's mental health in Gilgit-Baltistan, Pakistan. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36(4), 627. <https://doi.org/10.12669/pjms.36.4.1530>
- Inwood, E., Ferrari, M. (2018). Mechanisms of change in the relationship between self-compassion, emotion regulation, and mental health: A systematic review. *Appl Psychol Health Wellbeing*, 10, 215-235. <https://doi.org/10.1111/aphw.12127>
- Jafarian, T., Fathi, M., Arshi M., Ghaderi Sanavi, R.A. (2016). The Effect of Men's Emotional Intelligence On Violence Against Women Among Married Couples. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 4 (62), 76-83. [Persian] <https://www.sid.ir/paper/163608/fa>
- Jamshad, P., & Davari, R. (2023). Predicting Covert Relational Aggression based on Personality Traits and Alexithymia of Married Women in Tehran. *Social Psychology Research*, 12(48), 89-102.



- [Persian]  
<https://doi.org/10.22034/spr.2023.366981.1787>
- Karademir, T., & Eryücel, S. Attitudes to Violence and Spiritual Well-Being among Married Individuals. *Şırnak Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, (31), 77-99. <https://doi.org/10.35415/sirnakifd.1257691>
- Khosrobeigi, M., Hafezi, F., Naderi, F., & Ehteshamzadeh, P. (2022). Effectiveness of self-compassion training on hopelessness and resilience in parents of children with cancer. *Explore*, 18(3), 357-361.  
<https://doi.org/10.1016/j.explore.2021.04.003>
- Macía, L., Jauregui, P., Herrero, M., Iruarizaga, I., Micó, V., Lamas, J., & Estévez, A. (2023). Sex-comparative study of gambling disorder regarding alexithymia and symptoms of depression, anxiety and hostility. *Comprehensive Psychiatry*, 122, 152364.  
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2023.152364>
- Mahmoodi, J., Mesbah, I., & rezaeisharif, A. (2023). The Effectiveness of the Compassion-Based Approach on Alexithymia and Sense of Coherence in Mothers with Intellectually Disable Children. *Psychology of Exceptional Individuals*, 13(50), 255-286. [Persian]  
<https://doi.org/10.22054/jpe.2023.72796.2557>
- Mannarini, S., Taccini, F., & Rossi, A. A. (2023). The role of alexithymia and impulsivity in male victims and perpetrators of intimate partner violence. *Behavioral Sciences*, 13(5), 402.  
<https://doi.org/10.3390/bs13050402>
- Metz, C., Calmet, J., Thevenot, A. (2019). Women subjected to domestic violence: The impossibility of separation. *Psychoanalytic Psychology*, 36(1), 36.  
<https://doi.org/10.1037/pap0000186>
- Miyagawa, Y., Taniguchi, J. (2020). Self-compassion and time perception of past negative events. *Mindfulness*, 11, 746-755.  
<https://doi.org/10.1007/s12671-019-01293-6>
- Mshelia, I. I. H. (2021). Gender based violence and violence against women in Nigeria: A sociological analysis. *International Journal of Research and Innovation in Social Science (IJRISS)*, 5(8).  
<https://www.academia.edu/download/105001417/GBV.pdf>
- Naismith, I., Ripoll, K. & Pardo, V.M. (2021). Group Compassion-Based Therapy for Female Survivors of Intimate-Partner Violence and Gender-Based Violence: a Pilot Study. *J Fam Viol*, 36, 175-182.  
<https://doi.org/10.1007/s10896-019-00127-2>
- Neff, K. (2003). Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self Identity*, 2(2), 85-101.  
<https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Neff, K. D., Pommier, E. (2013). The Relationship between Self-compassion and Other-focused Concern among College Undergraduates, Community Adults, and Practicing Meditators. *Self and Identity*, 12(2), 160-176. doi: 10.1080/15298868.2011.649546.  
<https://doi.org/10.1080/15298868.2011.649546>
- Newnham, EA., Chen, Y., Gibbs, L., Dzidic, PL., Guragain, B., Balsari, S. (2022). The mental health implications of domestic violence during COVID-19. *Int J Public Health*, 66,1604240.  
<https://doi.org/10.3389/ijph.2021.1604240>
- Rezapour-Mirsaleh, Y., Abolhasani, F., Amini, R., Choobforoushzadeh, A., Masoumi, S., & Shameli, L. (2020). Effect of self-compassion intervention based on a religious perspective on the anxiety and quality of life of infertile women: A quasi-experimental study.  
<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-25046/v1>
- Rossi, A.A., Marconi, M., Taccini, F., Verusio, C., Mannarini, S. (2021). From Fear to Hopelessness: The Buffering Effect of Patient-Centered Communication in a Sample of Oncological Patients during COVID-19. *Behav. Sci*, 11, 87.  
<https://doi.org/10.3390/bs11060087>
- Sadoni, Z., kazemian moghadam, K., & Haroon Rashidi, H. (2023). The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Resilience, Alexithymia and Empathy Students with Specific Learning Disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 12(3), 65-50. [Persian]  
<https://doi.org/10.22098/jld.2023.12700.2086>
- Sanagouye Moharer, Gh., Shirazi, M., Kia, S., Karami Mohajeri, Z. (2020). The Effect of Compassion Focused Training on Hope, Life Satisfaction and Alexithymia of Delinquent Female Adolescents. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (Ijpn)*, 3(8), 46-56. [Persian]  
<https://www.sid.ir/paper/382000/fa>
- Sardinha, L., Maheu-Giroux, M., Stöckl, H., Meyer, S. R., & García-Moreno, C. (2022). Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *The Lancet*, 399(10327), 803-813.  
[https://doi.org/10.1016/S01406736\(21\)02664-7](https://doi.org/10.1016/S01406736(21)02664-7)
- Sheivandi Cholicheh, K., Abdolmaleki, S., Ghalami, Z., & Nafar, Z. (2023). Explaining the Resilience Model Based on Purposeful Life and Quality of Relationships Mediated by Spiritual Health in the

- Face of Stress Conditions Caused by COVID-19. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 14(54), 1-34. [Persian] <https://doi.org/10.22054/qccpc.2022.65402.2858>
- Shiralinia, K., Cheldavi, R., & Amanuelahi, A. (2018). The effectiveness of compassion-focused psychotherapy on depression and anxiety of divorced women. *Journal of Clinical Psychology*, 10(1), 9-20. doi: 10.22075/jcp.2018.13055.1272
- Tajdin, A., AleYasin, A., Heydari, H., Davodi, H. (2020). Comparison of the effectiveness of compassion-focused therapy and reality therapy on alexithymia among male prisoner clients. *Journal of Psychological Science*. 19(95), 1519-1532. [Persian] <http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1399.19.95.10.6>
- Tamjidfar, Atiyeh (2023). Investigating the effect of compassion therapy on the spiritual well-being of 11th and 12th grade students of Nishabord city in the academic year of 2018-2019. *New developments in psychology, educational sciences and education*, 48, 110-120. [Persian] <https://jonapte.ir/fa/showart-916aea19bd7c87fdd2a53529d49f2c00>
- Tanrıverdi, D., Bekircan, E., & Koç, Z. (2024). The relationship between psychache and suicide risk with spiritual well-being levels of patients diagnosed with depression. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 30(1), 132-140. <https://doi.org/10.1177/10783903221079796>
- United Nations. New York (NY): United Nations; 2021. What is domestic abuse? [Internet] [cited 2022 Oct 15]. Available from: <https://www.un.org/en/coronavirus/what-is-domestic-abuse>
- Veggi, S., Benfante, A., Di Tella, M., Roveta, F., Castelli, L., & Zara, G. (2023). Intimate partner violence and alexithymia: do emotions matter? A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 15248380231217045. <https://doi.org/10.1177/15248380231217045>
- Vergés-Báez, L., Lozano-Paniagua, D., Requena-Mullor, M., García-González, J., García-Álvarez, R., & Alarcón-Rodríguez, R. (2021, November). Alexithymia and insecure attachment among male intimate partner violence aggressors in The Dominican Republic. In *Healthcare* (Vol. 9, No. 12, p. 1626). MDPI. <https://doi.org/10.3390/healthcare9121626>
- Wilson, L. (2023). In: *Encyclopedia of forensic sciences, Volume 2*. 3rd ed. Houck MM, editor. Amsterdam: Elsevier. *Domestic violence*, 145-55. <https://shop.elsevier.com/books/encyclopedia-of-forensic-sciences/houck/978-0-12-823677-2>
- World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 2021. Violence against women [Internet] [cited 2022 Oct 15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.
- Yanping, N., Wilfred, M., Martin, P. (2020). An understanding of spirituality and spiritual care among people from Chinese backgrounds: a grounded theory study. *J Adv Nurs*, 76(10), 2648-2659. <https://doi.org/10.1111/jan.14474>
- Yela, JR., Crego, A., Buz, J., Sánchez-Zaballos, E., Gómez-Martínez, MÁ. (2022). Reductions in experiential avoidance explain changes in anxiety, depression and well-being after a mindfulness and selfcompassion (MSC) training. *Psychol Psychother*, 95, 402-422. <https://doi.org/10.1111/papt.12375>
- Yip, V., Tong, E. (2020). Self-compassion and attention: Self-compassion facilitates disengagement from negative stimuli. *J Posit Psychol*, 16, 593-609. <https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1778060>