رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۱، شماره پیاپی ۱۰۶، فروردین ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(1), 2025

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر خود شفقت‌ورزی بر بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری زناشویی زنان آسیب دیده از خشونت خانگی

The effectiveness of compassion-based group therapy on psychological well-being and marital adjustment of women affected by domestic violence

پروین باب سور
کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، مهاباد، ایران.
کیومرث کریمی (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد مهاباد، دانشگاه آزاد اسلامی، مهاباد، ایران.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری زناشویی زنان آسیب دیده از خشونت خانگی انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون_ پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان آسیب دیده از خشونت خانگی شهر مهاباد بود که جهت انجام خدمات مشاوره به مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی ژیرو در سال ۱۴۰۳ مراجعه کرده بودند. از این جامعه با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ نفر انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای تحت برنامه درمان مبتنی بر شفقت قرار گرفت. ابزار اندازه‌گیری شامل پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی (RSPWB، ریف، ۱۹۹۵) و سازگاری زناشویی (DAS، اسپانیر، ۱۹۷۶) بود. تحلیل داده‌های با استفاده از روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر صورت گرفت. یافته‌ها نشان داد که بین پیش آزمون و پس آزمون بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری زناشویی در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۰۱ وجود داشت و همچنین بین میانگین پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۰۱ وجود نداشت و نتایج در دوره پیگیری حفظ شد. براساس نتایج پژوهش می‌توان گفت درمان گروهی مبتنی بر خود شفقت‌ورزی روش مداخله‌ای مناسبی جهت ارتقای بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری زناشویی زنان آسیب دیده از خشونت خانگی است.

واژه‌های کلیدی: *خشونت خانگی، سازگاری زناشویی، بهزیستی روان‌شناختی، درمان مبتنی بر خودشفقت‌ورزی.*

Parvin Babsoor
Master's degree, Department of Psychology, Payam Noor University, Mahabad, Iran.
Qumarth Karimi *
Assistant Professor, Department of Psychology, Mahabad Branch, Islamic Azad University, Mahabad, Iran. *q.karimi@iau-mahabad.ac.ir*

Abstract

The present study was conducted to determine the effectiveness of group therapy based on compassion on the psychological well-being and marital adjustment of women affected by domestic violence. The research method was semi-experimental, with a pre-test/post-test design, a control group, and a one-month follow-up period. The statistical population included all the women affected by domestic violence in Mahabad city who had referred to the Giro Counseling and Psychological Services Center in 2023 for counseling services. From this population, 30 people were selected using purposive sampling and randomly assigned to experimental and control groups (15 people in each group). The experimental group underwent 10 sessions of 75 minutes under the compassion-based therapy program. The measurement tools were the psychological well-being questionnaire (RSPWB, Rif, 1995) and marital adjustment (DAS, Spanier, 1976). Data analysis was done using the repeated measurement variance analysis method. The findings showed that there was a significant difference at the 0.001 level between the pre-test and the post-test of psychological well-being and marital adjustment in the experimental and control groups, and there was no significant difference at the 0.001 level between the post-test and follow-up averages in the experimental group. The results were maintained in the follow-up period. Based on the results of the research, it can be said that group therapy based on compassion is a suitable intervention method to improve the psychological well-being and marital adjustment of women affected by domestic violence.

Keywords: *Domestic Violence, Marital Adjustment, Psychological Well-Being, Compassion-Based Therapy.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : آبان ۱۴۰۳** | **پذیرش: آذر ۱۴۰۳** | **ویرایش نهایی: فروردین ۱۴۰۴**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-18]

مقدمه

امروزه خانواده به عنوان عنصر اساسی جامعه شناخته می‌شود که افراد در آن احساس امنیت و محافظت می‌کنند (لانچیمبا[1] و همکاران، ۲۰۲۳). به طوری که نیاز به صمیمیت و عشق، زن و مرد را به سمت هم کشانده و پیوند زناشویی را بین آن‌ها شکل می‌دهد (لو[2] و همکاران، ۲۰۲۲). صمیمیت زمینه بنیادی فرد را جهت رضایت و نارضایتی از زندگی نشان می‌دهد؛ مقدار صمیمیت پایین در خانواده روابط زناشویی زوجین را تهدید خواهد کرد (لی[3] و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین، یکی از عواملی که زندگی زناشویی را تهدید می‌کند، خشونت خانگی[4] است (قربانزاده و همکاران، ۱۴۰۲). خشونت خانگی شامل هر شکلی از رفتار خشونت‌آمیز از جمله اعمال تهدید، اجبار و سلب آزادی علیه اعضای خانواده است که منجر به آسیب جسمی، جنسی یا روانی افراد می‌شود و به عنوان یک مشکل بهداشت عمومی شناخته شده که در خانواده رخ می‌دهد و بر والدین و فرزندان تأثیر می‌گذارد (لانچیمبا[5] و همکاران، ۲۰۲۳). مطالعات نشان می‌دهد که زنان آسیب دیده از خشونت خانگی معمولاً بهزیستی روان‌شناختی[6] پایین‌تری دارند (بهولر[7] و همکاران، ۲۰۲۴؛ جان[8] و همکاران، ۲۰۲۳؛ وسلس و کوستلنی[9]، ۲۰۲۲).

بهزیستی روان‌شناختی به عنوان نبود اختلال و ناراحتی در فرد در نظر گرفته می‌شود و جنبه‌های مختلف عاطفی روزانه را در بر می‌گیرد (کاتانا[10] و همکاران، ۲۰۲۲). پایز گالجو[11] و همکاران (۲۰۲۲) بهزیستی روان‌شناختی را تلفیقی از احساس خوب و عملکرد مؤثر می‌دانند که بر اساس تعریف ریف[12] شش بعد پذیرش خود[13]، روابط مثبت با دیگران[14]، تسلط بر محیط[15]، خودگردانی[16]، هدفمندی در زندگی[17] و رشد شخصی[18]را در بر می‌گیرد. در واقع افرادی که از میزان بهزیستی روان‌شناختی پایینی برخوردار هستند، معمولاً رویدادهای زندگی را نامطلوب و هیجانات ناسازگار مثل؛ غم، اضطراب، خشم و افسردگی را به میزان بالاتری تجربه می‌کنند، در مقابل افراد دارای بهزیستی روان‌شناختی بالا، اغلب از رویدادهای زندگی خود ارزیابی مثبتی دارند و بیشتر هیجانات مثبت مثل؛ شادی و نشاط را ادراک خواهند کرد (هینتز لمن و داینر[19]، ۲۰۱۹). علی‌زاده و همکاران (۱۴۰۳) در مطالعه‌ای با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در زنان دارای همسران سوءمصرف‌کننده مواد به این نتیجه رسیدند که آموزش درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند ابزاری سودمند در بهبود بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در زنان دارای همسران دچار سوءمصرف مواد باشد. پرندین (۱۴۰۳) در پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت به خود بر پریشانی روان‌شناختی و راهبردهای تنظیم هیجان زنان قربانی خشونت خانگی نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت به خود به طور معنی‌داری بر پریشانی روان‌شناختی[20] (افسردگی، اضطراب و استرس) و راهبردهای تنظیم هیجان[21] (ارزیابی مجدد و سرکوب هیجان) زنان قربانی خشونت خانگی اثربخش بوده‌اند.

همچنین مطالعات، سازگاری زناشویی[22] پایین زنان آسیب دیده از خشونت خانگی تأیید می‌کند (آمل[23] و همکاران، ۲۰۲۳؛ کیورگلو و توتارل- کیسلاک[24]، ۲۰۲۳). سازگاری زناشویی به عنوان یک مفهوم چند بعدی که از هماهنگی بین زوجین با توجه به توافق آن‌ها در مورد ارزش‌ها، نزدیکی عاطفی و شادی شکل می‌گیرد. علاوه بر این، توانایی همکاری در موضوعات زناشویی و خانواده و حل مثبت مشکلات

1. Lanchimba
2. Lu
3. Lee
4. Domestic Violence
5. Lanchimba
6. Psychological well-being
7. Bhuller
8. John
9. Wessells & Kostelny
10. Catană
11. Páez Gallego
12. Ryff
13. Self- acceptance
14. Positive interpersonal relationships
15. Environmental mastery
16. Autonomy
17. Purpose in life
18. Personal growth
19. Heintzelman & Diener
20. Psychological distress
21 . Emotion regulation strategies
22 Marital compatibility
23. Amell
24. Cevheroğlu & Tutarel-Kışlak

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-18]

نیز تعریف شده است (دلیکتاس دمیرچی[1] و همکاران، ۲۰۲۲). اهمیت سازگاری زناشویی از این واقعیت ناشی می‌شود که به طور مستقیم بر ثبات و موفقیت رابطه تأثیر می‌گذارد (آل منزیل[2] و همکاران، ۲۰۲۲). کیوانلو و میکاییلی (۱۴۰۲) در مطالعه‌ای با هدف اثربخشی تلفیقی درمان تنظیم هیجان و شفقت‌درمانی بر اجتناب تجربه‌ای زنان دارای تجربه خشونت خانگی دریافتند که تلفیق درمان تنظیم هیجان و شفقت درمانی باعث کاهش اجتناب تجربی در زنان دارای تجربه خشونت خانگی شده است. قربانزاده و همکاران (۱۴۰۳) در مطالعه‌ای نشان دادند که مداخله درمان مبتنی بر شفقت و زوج درمانی هیجان مدار اثربخشی معناداری بر تجربیات آزار دیدگی داشته است. همچنین نتایج آزمون تعقیبی نشان داد که زوج درمانی هیجان مدار اثربخشی بیشتری دارد.

از جمله مداخلاتی که جهت ارتقای بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری زناشویی بکار رفته است، درمان مبتنی بر خود شفقت‌ورزی[3] است (فریرا[4] و همکاران، ۲۰۲۴؛ تندهار[5] و همکاران، ۲۰۲۴؛ تاسی، ۲۰۲۴؛ علیزاده و همکاران، ۱۴۰۳؛ زنگویی دوم و همکاران، ۱۴۰۲؛ عقیلی و همکاران، ۱۴۰۲؛ ریاحی نیا و صفری، ۱۳۹۹). درمان مبتنی بر خود شفقت‌ورزی از علوم عصب‌شناسی، روانشناسی اجتماعی، رشد و مدل‌های درمانی بسیاری برگرفته شده است که سه اصل ذهن آگاهی، مهربانی با خود و حس اشتراک با انسانیت را در بر می‌گیرد (جوهانسون[6] و همکاران، ۲۰۲۲). درمان خود شفقت‌ورزی افراد را تشویق می‌کند تا تجربیات درونی با احساسات منفی مانند خود انتقادگری را مشفقانه بپذیرند و از اقدامات مؤثر در جهت بهزیستی استقبال کنند (پورتر[7] و همکاران، ۲۰۱۸). در واقع خود شفقت‌ورزی در ارتباط بودن با درد و رنج خود به جای اجتناب و یا قطع ارتباط با آن، ایجاد تمایل به رفع آن رنج و مهربانی کردن با خود است. خود شفقت‌ورزی همچنین شامل قضاوت‌های غیرواقعی نسبت به درد، بی‌کفایتی و شکست هاست؛ چراکه تجربه فردی بخشی از تجارب بزرگ‌تر فرد است (نف[8]، ۲۰۲۳ به نقل از قارونی و راستین، ۱۴۰۲). به عبارتی دیگر درمان مبتنی بر خود شفقت‌ورزی نوعی راهبرد هیجان محور است که فرد را نسبت به هیجان مثبت و منفی خود آگاه می‌کند (لیدل[9] و همکاران، ۲۰۱۷) و یکی از مداخلاتی است که می‌تواند به زنان قربانی خشونت خانگی کمک کند تا وضعیت خود را بهبود بخشند (قربانزاده و همکاران، ۱۴۰۲). همچنانکه در طول ۲۰ سال گذشته، به عنوان یک مداخله نوظهور محبوبیت پیدا کرده است و با تکیه بر رویکردها ی مختلف از علوم اعصاب، روانشناسی تکاملی، رشدی و اجتماعی، بخشی از موج سوم درمان‌های شناختی و رفتاری در نظر گرفته می‌شود که بر ذهن آگاهی، پذیرش، فراشناخت، احساسات، ارزش‌ها و اهداف تأکید دارند (کاروالهو[10] و همکاران، ۲۰۱۷).

بنابراین، با توجه به تأثیرات منفی قابل ملاحظه‌ای که خشونت خانگی زنان بر روابط زناشویی و سلامت روان آن‌ها در همهٔ مراحل زندگی دارد و همچنین از آنجا که خشونت خانگی، پایداری و تحکیم خانواده را در معرض خطر و بی‌ثباتی قرار می‌دهد؛ بنابراین بررسی موضوع ارزش دوچندان می‌یابد. لذا این مطالعه می‌تواند اثربخشی رویکرد درمان مبتنی بر خود شفقت‌ورزی را نسبت به درمان‌های دیگر در این جامعه آماری شناسایی کرد و از این رو می‌توان به روان‌شناسان و زوج درمانگران که در زمینه کاهش مشکلات زنان آسیب دیده از خشونت خانگی فعالیت می‌کنند، کمک کرد. در نهایت هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر خود شفقت‌ورزی بر بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری زناشویی زنان آسیب دیده از خشونت خانگی بود.

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون_ پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان آسیب دیده از خشونت خانگی شهر مهاباد بود که جهت انجام خدمات مشاوره به مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی ژیرو در سال ۱۴۰۳ مراجعه کرده بودند. از این جامعه با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ نفر انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای (هفته ای دو بار) تحت برنامه درمان مبتنی بر

1. Deliktas Demirci
2. El-Mneizel
3. Compassion-based therapy
4. Ferreira
5. Tendhar
6. Johansen
7. Porter
8. Neff
9. Liddell
10. Carvalho

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-18]

خود شفقت‌ورزی قرار گرفت و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ملاک‌های ورود به پژوهش زنان دارای پرونده با محوریت خشونت خانگی در مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی ژیرو شهر مهاباد، حداقل تحصیلات دیپلم، گذشتن حداقل ۳ سال از ازدواج، دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، شرکت در جلسات آموزشی، تمایل شرکت‌کنندگان و رضایت کتبی، عدم مصرف داروی‌های اعصاب و روان بر اساس فرم خود اظهاری و ملاک‌های خروج از پژوهش غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزش درمان مبتنی بر خود شفقت‌ورزی، تمایل نداشتن به ادامه همکاری و عدم انجام تکالیف گنجانده شده در جلسات آموزش درمان مبتنی بر خود شفقت‌ورزی بود. در نهایت ملاحظات اخلاقی، همچون اصل امانت داری علمی، رعایت حق انتخاب و اختیار و حقوق معنوی مؤلفین آثار رعایت شد و با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش افراد وارد مطالعه شدند و این اطمینان به آن‌ها داده شد که تمامی اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد و پس از اتمام پژوهش در صورت تمایل شرکت‌کنندگان از نتایج آن آگاه شدند. همچنین در این مطالعه جهت تحلیل داده‌ها آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر با سطح معنی داری ۰/۰۵ به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی[1] (RSPWB): پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی توسط ریف در سال ۱۹۸۹ ساخته شد و دارای ۱۸ گویه و شش مؤلفه‌ی پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی است. سؤال‌های ۱، ۴ و ۶ عامل تسلط بر محیط، سؤال‌های ۹، ۱۲ و ۱۸ عامل خودمختاری، سؤال‌های ۳، ۱۱ و ۱۳ عامل روابط مثبت با دیگران، سؤال‌های ۷، ۱۵ و ۱۷ عامل رشد فردی، سؤال‌های ۵، ۱۴ و ۱۶ عامل زندگی هدفمند، سؤال‌های ۲، ۸ و ۱۰ عامل پذیرش خود را می‌سنجد. مجموع نمرات این ۶ عامل نمره کلی بهزیستی روان‌شناختی محسوب می‌شود. این آزمون نوعی ابزار خودسنجی است که در یک پیوستار ۶ درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم (یک تا شش) پاسخ داده می‌شود که نمره بالاتر نشان‌دهنده‌ی بهزیستی روان شناختی بهتر است. دامنه نمرات از ۱۸ تا ۱۰۸ متغیر است. از بین کل سؤالات ۱۰ سؤال به صورت مستقیم و ۸ سؤال (۱۶،۱۳،۱۰،۹،۵،۴،۳ و ۱۷) بصورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. آلفای کرونباخ به دست آمده در مطالعهٔ ریف برای پذیرش خود (۰/۹۳)، ارتباط مثبت با دیگران (۰/۹۱)، خودمختاری (۰/۸۶)، تسلط بر محیط (۰/۹۰) و رشد شخصی (۰/۸۷) گزارش شده است. همچنین روایی سازه بدست آمده این مقیاس بر اساس روش همبستگی بین کل آزمون و خرده آزمون‌های آن مانند تسلط بر محیط ۰/۵۱، پذیرش خود ۰/۶۶، هدفمندی در زندگی ۰/۶۳، روابط مثبت ۰/۴۸، رشد شخصی ۰/۵۹ و خودمختاری ۰/۴۶ است (ریف، ۱۹۸۹). در ایران میکاییلی منیع (۱۳۸۹) روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی را بر روی نمونه‌ای ۳۷۶ نفری از دانشجویان دانشگاه آزاد بررسی کردند. نتایج بررسی پایایی از طریق بازآزمایی در طی دو ماه نشان داد که ضریب بدست آمده برای نمره کلی برابر ۰/۹۰، پذیرش خود ۰/۷۴، روابط مثبت با دیگران ۰/۷۶، خودمختاری ۰/۷۲، تسلط بر محیط ۰/۷۹، هدفمندی در زندگی ۰/۸۱ و رشد شخصی ۰/۸۴ بود. همچنین روایی سازه مقیاس از طریق همبستگی مقیاس بهزیستی روانشناختی با مقیاس رضایت از زندگی، پرسشنامه شادکامی آکسفورد و پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۵۸ و ۰/۴۶ بدست آمد (بیانی و همکاران، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر نیز پایایی کل ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ بدست آمد.

مقیاس سازگاری زناشویی (DAS)[2]: این مقیاس در سال ۱۹۷۶ توسط اسپانیر ساخته شد. دارای ۳۲ سؤال با ۴ مؤلفه رضایت زناشویی (۱۰ گویه)، همبستگی زناشویی (۵ گویه)، توافق زناشویی (۱۳ گویه) و ابراز محبت (۴ گویه) است. نمره‌گذاری در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالفم) تا نمره ۵ (کاملاً موافقم) انجام می‌گیرد و سؤالات ۳۰،۲۹،۲۲،۲۱،۲۰،۱۷،۱۶ بصورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات بین نمره ۳۲ تا ۱۶۰ متغیر می‌باشد. کسب نمره ۱۰۱ و بالاتر نشان‌دهنده سازگاری زناشویی بیشتر است. اسپانیر (۱۹۸۲) پایایی کل مقیاس را از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و برای مؤلفه‌های رضایت زناشویی، همبستگی زناشویی، توافق زناشویی و ابراز محبت به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۸۱، ۰/۹۰ و ۰/۷۱ بدست آورد و همچنین میزان روایی همگرا و واگرای این مقیاس را با مقیاس سازگاری زناشویی لاک والاس[3] به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۷۱ گزارش کرد. در ایران فلاح چای و همکاران (۱۳۹۸) روایی همزمان مقیاس را با سازگاری زناشویی لاک والاس ۰/۹۰ بدست آوردند و پایایی کل مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و برای خرده مقیاس‌های رضایت

1. Ryff Scales of Psychological Well-being
2. Dyadic Adjustment Scale
3. Locke Wallace Marital Adjustment Scale

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-18]

زناشویی، همبستگی زناشویی، توافق زناشویی و ابراز محبت به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۲ و ۰/۸۲ گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز پایایی کل ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ بدست آمد.

در پژوهش حاضر گروه آزمایش، مداخلات درمانی مربوط به درمان مبتنی بر خود شفقت‌ورزی را در طی ۵ هفته به صورت هفته‌ای دو جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دریافت نمودند. برنامه مداخله‌ای در پژوهش حاضر برگرفته از برنامه درمان مبتنی بر شفقت گیلبرت[1] (۲۰۰۹) بود. گروه آزمایش ۱۰ جلسه (هر هفته ۲ جلسه به مدت ۷۵ دقیقه) توسط متخصص آموزش دیده زیر نظر استاد راهنما با مدرک دکترای روانشناسی بالینی تحت درمان مبتنی بر خود شفقت‌ورزی در کلینیک روان درمانی و مشاوره ژیرو شهر مهاباد قرار گرفت و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار باقی ماند. اعضای هر دو گروه در هر سه مرحلهٔ پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری زناشویی را تکمیل کردند. رئوس و محتوای اصلی هر جلسه توسط درمانگر ارائه می‌شد و آنگاه افراد گروه آزمایش فعالانه وارد بحث می‌شدند و در پایان جلسات تکالیف خانگی به افراد ارائه می‌شود و در ابتدای جلسه بعد مورد بررسی قرار می‌گرفت. فرایند هر جلسه شامل مرور مباحث قبلی، آموزش مستقیم به صورت سخنرانی، بحث گروهی، بارش فکری، انجام تکالیف و ایفای نقش بود. خلاصه محتوای جلسات آموزش مبتنی بر شفقت و فعالیت‌های انجام شده در گروه آزمایش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول۱: خلاصه جلسات پروتکل درمانی آموزش مبتنی بر شفقت گیلبرت (۲۰۰۹)

جلسات	محتوا و رئوس مطالب ارائه شده به گروه آزمایش
جلسه اول	معارفه افراد نمونه پژوهش با یکدیگر، بیان ضرورت آشنایی و استفاده از شفقت در زندگی
جلسه دوم	تعریف شفقت، شناخت و توضیح در مورد فرایند شفقت و اثرگذاری شفقت بر کارکرد روزانه، تکلیف خانگی و نوشتن شفقت تجربه شده توسط اعضای گروه تا جلسه آینده.
جلسه سوم	آموزش راه‌هایی جهت افزایش تجربه‌های مثبت، آموزش آگاهی از تجربیات مثبت، ایجاد تجربه‌های مثبت از طریق تجسم ذهنی صحنه‌های شادی بخش و غفلت از نگرانی. تکلیف خانگی و نوشتن تجارب منفی در رویدادهای پیش آمده توسط اعضای گروه تا جلسه آینده.
جلسه چهارم	آموزش راه‌های شفقت، آموزش آگاهی از تجربیات منفی. آموزش جهت تلاش برای به دست گرفتن مهار زندگی، تغذیه کافی و ورزش، مراقبت از خود با مراجع به موقع به پزشک و عدم استفاده از مواد مخدر. تکلیف خانگی و نوشتن اثرات مثبت و منفی تجارب کسب شده توسط اعضای گروه تا جلسه آینده.
جلسه پنجم	آموزش در راستای شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها روی شفقت، آموزش راهبردی و تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان. تکلیف خانگی و نوشتن شیوه‌های استفاده از شقت در رویدادهای زندگی توسط اعضای گروه تا جلسه آینده.
جلسه ششم	آموزش جهت شناسایی میزان و نحوه استفاده از شفقت، آموزش ابراز شفقت، اصلاح رفتار از طریق تقویت‌کننده‌های محیطی، آموزش، آرمیدگی و عمل معکوس. تکلیف خانگی و نوشتن رفتارهای مثبت و منفی بوجودآمده در زندگی توسط اعضای گروه تا جلسه آینده.
جلسه هفتم	توجه آگاهانه به شفقت خود، توجه کامل به رفتار مثبت و منفی خود و پذیرش آن بدون قضاوت و ابراز صحیح هیجان. تکلیف خانگی و نوشتن نحوه استفاده از مهارت خودشفقت ورزی در زندگی در برخورد با مشکلات پیش آمده توسط اعضای گروه تا جلسه آینده.
جلسه هشتم	آموزش ارزیابی مجدد و ابراز شفقت، آموزش ارزیابی و توجه به پیامدها و تلاش برای ابراز مناسب و نامناسب شفقت. تکالیف خانگی و بیان تغییر در رفتارهای منفی از طریق شفقت به خود
جلسه نهم	آموزش تغییر شفقت منفی از طریق عمل بر خلاف شفقت تجربه شده. تکالیف خانگی و تهیه لیستی از تغییرات مثبت با توجه به آموزش شفقت یادگرفته شده
جلسه دهم	جمع‌بندی مطالب آموزشی جلسات گذشته و اجرای پس آزمون.

یافته ها

میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش ۵/۷۸ ± ۲۹/۴۰ و میانگین و انحراف معیار سن گروه کنترل ۶/۱۱ ± ۳۰/۰۸ بود. نتایج آزمون t مستقل با توجه به سطح معنی داری بزرگتر از ۰/۰۵ نشان داد که از لحاظ سن بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود ندلشت. از نظر سطح تحصیلات در گروه آزمایش، ۸ نفر دیپلم (۵۳/۳۳ درصد)، ۶ نفر لیسانس (۴۰ درصد)، و ۱ نفر ارشد (۶/۶۶) و در گروه

1. Gilbert

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-18]

کنترل ۷ نفر دیپلم (۴۶/۶۶ درصد)، ۶ نفر لیسانس (۴۰ درصد) و ۲ نفر ارشد (۱۳/۳۳) داشتند. همچنین با توجه به سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ نتایج آزمون خی دو نشان داد که تفاوت معنی داری بین دو گروه از نظر سطح تحصیلات وجود نداشت.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرها در مراحل اندازه گیری

متغیرها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پذیرش خود	آزمایش	۱۰/۴۳	۲/۶۴	۱۲/۸۰	۴/۷۸	۱۲/۷۳	۴/۹۰
	کنترل	۱۰/۸۲	۲/۵۰	۱۰/۸۷	۲/۶۱	۱۰/۵۰	۲/۳۱
روابط مثبت	آزمایش	۱۲/۱۹	۳/۷۸	۱۳/۹۰	۵/۰۹	۱۳/۶۸	۵/۴۹
	کنترل	۱۲/۶۰	۳/۳۹	۱۲/۵۳	۳/۸۰	۱۲/۶۷	۳/۲۲
خودمختاری	آزمایش	۱۱/۲۲	۲/۹۸	۱۲/۸۶	۳/۶۷	۱۲/۵۳	۳/۸۶
	کنترل	۱۱/۸۰	۲/۷۴	۱۱/۷۴	۲/۹۹	۱۱/۵۵	۳/۰۳
تسلط بر محیط	آزمایش	۱۰/۹۱	۲/۲۱	۱۱/۸۵	۲/۵۸	۱۱/۹۰	۲/۴۰
	کنترل	۱۰/۰۸	۲/۵۵	۱۰/۲۱	۲/۴۴	۱۰/۰۶	۲/۷۱
زندگی هدفمند	آزمایش	۱۲/۷۸	۴/۰۳	۱۴/۰۶	۵/۸۱	۱۴/۲۳	۵/۶۲
	کنترل	۱۲/۶۳	۴/۳۱	۱۲/۴۰	۳/۸۵	۱۲/۴۹	۳/۵۹
رشد فردی	آزمایش	۱۰/۵۰	۲/۱۹	۱۲/۱۵	۳/۹۲	۱۲/۸۲	۴/۰۶
	کنترل	۱۰/۸۶	۲/۰۵	۱۰/۰۷	۲/۲۶	۱۰/۲۵	۲/۷۰
سازگاری زناشویی	آزمایش	۹۸/۱۲	۱۷/۸۹	۱۰۵/۱۸	۱۹/۰۷	۱۰۳/۸۳	۱۸/۶۳
	کنترل	۹۷/۵۶	۱۶/۹۰	۹۸/۴۹	۱۷/۱۱	۹۷/۸۵	۱۶/۲۱

همانطور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری زناشویی در مراحل پیش آزمون در گروه آزمایش و کنترل تقریباً برابر است اما میانگین‌ها در مراحل پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بیشتر که نشان از افزایش نمرات بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری زناشویی می‌باشد. قبل از تحلیل استنباطی ابتدا نرمال بودن داده‌ها در متغیر بهزیستی روان‌شناختی در پیش آزمون (P=۰/۱۶۰)، پس آزمون (P=۰/۲۴۹) و پیگیری (P=۰/۶۰۰) و در متغیر سازگاری زناشویی در پیش آزمون (P=۰/۱۸۷)، پس آزمون (P=۰/۰۸۹) و پیگیری (P=۰/۳۲۰) توسط آزمون شاپیرو ویلکز تأیید شد. پیش فرض همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون کرؤیت ماچلی برای متغیر بهزیستی روان‌شناختی (P=۰/۶۸۰) و برای متغیر سازگاری زناشویی (P=۰/۱۳۸) مورد تأیید واقع گردید. همچنین در آزمون لوین با توجه به مقدار با توجه به مقدار بدست آمده برای متغیر بهزیستی روان‌شناختی (P=۰/۳۲۶) و برای متغیر سازگاری زناشویی (P=۰/۰۹۰) همسانی خطای واریانس نیز تأیید شد. به طور کلی مفروضات (پیش فرض‌های نرمال بودن و همگونی واریانس‌ها) از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است.

جدول ۳: نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای پژوهش

متغیر	زیر مجموعه	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معنی داری	اندازه اثر
	گروه	۱۲۳۱/۲۲	۲	۶۱۵/۶۱	۶/۱۶	۰/۰۲۸	۰/۱۴۵
پذیرش خود	زمان	۱۳۲۴/۰۹	۲	۶۶۲/۰۴	۹/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۱۸۳
	زمان* گروه	۲۰۳۶/۸۲	۴	۵۰۹/۲۰	۱۰/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۲۱۱
	گروه	۱۱۳۹/۵۰	۲	۵۶۹/۷۵	۵/۷۸	۰/۰۴۲	۰/۱۳۶
روابط مثبت	زمان	۱۲۴۱/۳۷	۲	۶۲۰/۶۸	۹/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۱۷۷
	زمان* گروه	۱۵۳۸/۸۱	۴	۳۸۴/۷۰	۸/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۱۹۰
	گروه	۱۷۶۳/۷۲	۲	۸۸۱/۸۶	۱۰/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۲۳۹
خودمختاری	زمان	۱۹۷۰/۵۳	۲	۹۸۵/۲۶	۶/۷۵	۰/۰۲۱	۰/۱۵۳
	زمان* گروه	۲۱۹۳/۱۰	۴	۵۴۸/۲۷	۱۱/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۲۵۷
	گروه	۷۴۴/۱۶	۲	۳۷۲/۰۸	۵/۹۷	۰/۰۴۴	۰/۱۳۰

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-18]

تسلط بر محیط	زمان	۸۹۳/۶۷	۲	۴۴۶/۸۳	۸/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۲۰۸
	زمان* گروه	۶۹۶/۴۹	۴	۱۷۴/۱۲	۷/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۱۸۲
	گروه	۳۴۲/۸۵	۲	۱۷۱/۴۲	۷/۰۵	۰/۰۱۴	۰/۱۶۵
زندگی هدفمند	زمان	۴۴۷/۱۹	۲	۲۲۳/۵۹	۸/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۱۹۳
	زمان* گروه	۵۰۶/۹۳	۴	۱۲۶/۷۳	۱۰/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۲۰۳
	گروه	۲۹۷/۷۳	۲	۱۴۸/۸۶	۱۰/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۲۱۹
رشد فردی	زمان	۳۸۲/۰۹	۲	۱۹۱/۰۴	۸/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۱۹۸
	زمان* گروه	۵۱۵/۱۸	۴	۱۲۸/۷۹	۱۰/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۲۰۰
	گروه	۴۱۲۳/۳۱	۲	۲۰۶۱/۶۵	۱۶/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۳۹۷
سازگاری زناشویی	زمان	۵۲۴۲/۷۸	۲	۲۶۲۱/۳۹	۱۶/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۴۳۹
	زمان* گروه	۶۵۳۲/۶۰	۴	۱۶۳۳/۱۵	۱۷/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴۸

با توجه به جدول ۳ نتایج این آزمون حاکی از آن است که در مجموع بین مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری زناشویی در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل آموزش شامل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی داری در سطح (P<۰/۰۰۱) وجود دارد. همچنین اندازه اثر بدست آمده جلسات آموزش گروهی درمان مبتنی بر خود شفقت‌ورزی به ترتیب بر پذیرش خود ۰/۲۱۱ با مقدار (F=۱۰/۲۴)، روابط مثبت ۰/۱۹۰ با (F=۸/۶۳)، خود مختاری ۰/۲۵۷ با (F=۱۱/۸۲)، تسلط بر محیط ۰/۱۸۲ با (F=۷/۵۹)، زندگی هدفمند ۰/۲۰۳ با (F=۱۰/۲۸)، رشد فردی ۰/۲۰۰ با (F=۱۰/۱۱) و سازگاری زناشویی ۰/۵۴۸ با (F=۱۷/۸۲) در سطح (P<۰/۰۰۱) معنی دار است.

جدول ۵: نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بونفرونی در تعیین تفاوت بین پیش آزمون، پس آزمون پیگیری

متغیرها	مراحل ۱	مراحل ۲	تفاوت میانگین	معنی داری
	پیش آزمون	پس آزمون	۲/۵۸	۰/۰۰۱
پذیرش خود	پیش آزمون	پیگیری	۲/۳۹	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۱/۰۱	۰/۰۸۶
	پیش آزمون	پس آزمون	۲/۱۳	۰/۰۰۱
روابط مثبت	پیش آزمون	پیگیری	۲/۰۵	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۷۵۲	۱
	پیش آزمون	پس آزمون	۲/۷۹	۰/۰۰۱
خودمختاری	پیش آزمون	پیگیری	۲/۴۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۴۳۲	۱
	پیش آزمون	پس آزمون	۱/۸۹	۰/۰۰۱
تسلط بر محیط	پیش آزمون	پیگیری	۱/۹۵	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۶۳۲	۰/۲۹۴
	پیش آزمون	پس آزمون	۳/۰۳	۰/۰۰۱
زندگی هدفمند	پیش آزمون	پیگیری	۳/۲۴	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۰۶۳	۱
	پیش آزمون	پس آزمون	۳/۸۳	۰/۰۰۱
رشد فردی	پیش آزمون	پیگیری	۳/۹۲	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۹۱۰	۰/۰۹۸
	پیش آزمون	پس آزمون	۴/۷۱	۰/۰۰۱
سازگاری زناشویی	پیش آزمون	پیگیری	۴/۲۹	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۱/۱۳	۰/۰۷۵

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-18]

با توجه به جدول ۵ نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بونفرونی حاکی از آن است که در مجموع در مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری زناشویی بین پیش آزمون و پس آزمون و پیش آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری در سطح (P<۰/۰۰۱) وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر خود شفقت‌ورزی بر بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری زناشویی زنان آسیب دیده از خشونت خانگی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش درمان گروهی مبتنی بر شفقت بر بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری زناشویی زنان آسیب دیده از خشونت خانگی مؤثر است و نتایج مطالعه در مرحله پیگیری نیز ماندگار ماند.

اولین یافته پژوهش نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر خود شفقت‌ورزی بر بهزیستی روان‌شناختی زنان آسیب دیده از خشونت خانگی مؤثر است. براساس جستجوهای انجام شده در زمینه مطالعات ناهمسو، پژوهشی یافت نشد؛ اما این یافته با نتایج حاصل از پژوهش‌های فریرا و همکاران (۲۰۲۴)، تندهار و همکاران (۲۰۲۴)، تاسی (۲۰۲۴) و بلتران رویز[1] و همکاران (۲۰۲۳) همسو بود. این یافته را می‌توان بر اساس نتایج مطالعات همسو این گونه تبیین کرد که ارزیابی مشفقانه از خود باعث افزایش پذیرش خود و بهبود کیفیت روابط بین فردی می‌شود. میل افراد را برای رشد ارتقا می‌بخشد و توانایی آن‌ها را برای مدیریت کردن زندگی و تسلط بر محیط افزایش می‌دهد (گیلبرت[2]، ۲۰۲۰). در واقع درمان متمرکز بر خود شفقت‌ورزی به دنبال تسهیل تغییر از طریق توسعه ذهن مشفق است. درمان مبتنی بر خود شفقت‌ورزی بر چهار حوزه تجارب پیشین، ترس‌های اساسی، راهکارهای احساس امنیت، پیامدها و نتایج پیش‌بینی نشده متمرکز است. شـفقت به معنای آگاهی از رنج موجود و اتخاذ یک موضـع تسکین‌دهنده و مشـفقانه نسبت به خود در زمانی است که همه چیز نامطلوب پیش می‌رود. در درمان متمرکز بر خود شـفقت‌ورزی افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام نخست، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن شـفقت داشته باشند (زنگویی دوم و همکاران، ۱۴۰۲).

یافته بعدی پژوهش نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر خود شفقت‌ورزی بر سازگاری زناشویی زنان آسیب دیده از خشونت خانگی مؤثر است. بر اساس جستجوهای انجام شده در زمینه مطالعات ناهمسو، پژوهشی یافت نشد؛ اما نتایج این یافته با مطالعات دامیکو[3] و همکاران (۲۰۲۴)، عقیلی و همکاران (۱۴۰۳) و کیوانلو و میکاییلی (۱۴۰۲) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان اظهار کرد که در درمان مبتنی بر شفقت، زنان قربانی خشونت خانگی یاد می‌گیرند که با خود مهربان بوده و از توانایی ذهن آگاهی بیشتری برخوردار باشند و کمتر خود را قضاوت و مورد سرزنش قرار دهند. لذا این زنان با شرکت در جلسات درمان مبتنی بر شفقت، از میزان بیشتری از شفقت برخوردار می‌شوند. اما زنانی دارای شفقت پایین، دارای خود انتقادی و خود قضاوتی بیشتری نسبت به خود هستند و همین امر باعث می‌شود که در برابر خود آسیب‌رسانی و انجام کارهای غیر معقول مستعد باشند. چرا که اینگونه زنان که نسبت به خود مهربان نبوده اکثر ناکامی‌ها و شکست‌ها را مختص خودشان می‌دانند که سبب سازگاری کم آنان در روابط زناشویی خواهد شد (قربانزاده و همکاران، ۱۴۰۲).

در مجموع استفاده از درمان گروهی مبتنی بر خود شفقت‌ورزی به عنوان درمانی مؤثر و مداخله‌ای اثربخش می‌تواند بر ارتقا و بهبود میانگین بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری زناشویی زنان آسیب دیده از خشونت خانگی مؤثر باشد. در واقع نتایج نشان داد بین بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری زناشویی زنان آسیب دیده از خشونت خانگی در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود داشت. بنابراین بکارگیری این روش مداخله‌ای به تنهایی یا در ترکیب با سایر بسته‌ها و برنامه‌های درمانی و آموزشی می‌تواند موجب بهبود بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری زناشویی زنان آسیب دیده از خشونت خانگی شود.

محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارت بودند از: تمرکز بر روی زنان آسیب دیده از خشونت خانگی شهر مهاباد که تعمیم یافته‌ها را به مناطق و شهرهای دیگر با محدودیت همراه می‌کند. استفاده از پرسش‌نامه و ماهیت خودگزارشی آن که شرکت‌کنندگان می‌توانند تصویر مطلوبی با تحریف اطلاعات از خودشان نشان دهند و همچنین احتمال ارائه پاسخ‌های غیر واقعی به دلیل درک نادرست از سؤال‌ها احتمال مخدوش کردن نتایج را دارد. حجم نمونه پایین و بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری هدفمند نیز از محدودیت‌های اصلی پژوهش بود. پیشنهاد

1. Beltrán-Ruiz
2. Gilbert
3. Damico

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-18]

می‌شود در مطالعات آتی از روش‌های تحقیقاتی مانند مصاحبه و مشاهده برای بررسی دقیق‌تر استفاده شود و پژوهشی مشابه در جامعه‌های آماری دیگر نیز انجام شود تا نتایج حاصل از آن در مقایسه با یافته‌های این پژوهش قرار گیرد.

منابع

اربابی، ف؛ سراوانی، ش و زینلی پور، م. (۱۴۰۱). اثربخشی شفقت به خود بر به‌زیستی روانشناختی، کیفیت زندگی و تاب‌آوری در زوجین با تعارضات زناشویی. *مجله علوم پزشکی فیض*، ۲۶ (۱)، ۹۰-۸۲. http://feyz. kaums.ac.ir/article-1-4491-fa. html

بیانی، ع. ا؛ کوچکی، ع.م و بیانی، ع. (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۴(۲)، ۱۴۶-۱۵۱. https://www.sid.ir/paper/16645/fa

پرندین, ش. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت به خود بر پریشانی روانشناختی و راهبردهای تنظیم هیجان زنان قربانی خشونت خانگی. *دو فصلنامه روانشناسی خانواده*، ۱۱(۱)، ۱-۱۷. https://doi.org/10.22034/ijfp. 2024.2019277.1289

زنگویی دوم، م. ح؛ کریمی افشار، ع و ثناگویی محرر، غ. ر. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر سلامت روان و بهزیستی روانشناختی زوجین در متقاضی طلاق. روان پرستاری. ۱۱(۴)، ۴۳-۳۳. http://ijpn.ir/article-1-2155-fa. html

عقیلی، س. م؛ مجیدی، ف و اصغری، آ. (۱۴۰۳). مقایسهٔ اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر شفقت‌ورزی و مثبت‌نگری بر ناگویی هیجانی، خوش‌بینی و رضایتمندی از زندگی زنان درگیر تعارض در سال‌های اول زندگی مشترک. *پژوهش نامه روانشناسی مثبت*، ۱۰(۱)، ۵۹-۸۲. https://doi.org/10.22108/ppls. 2024.136605.2401

علی پوری، ا؛ اسدی، ج؛ خواجوند، ا و حسینائی، ع. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پشیمانی از ازدواج در زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره طلاق. *رویش روان‌شناسی*، ۱۲(۱۱)، ۱۶۰-۱۵۱. http://frooyesh.ir/article-1-4286-fa. html

علیزاده، ط؛ کریم‌زاده، ش و حبیبی، س. (۱۴۰۲). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در زنان دارای همسران سوءمصرف‌کننده مواد. *رویش روان‌شناسی*، ۱۳(۳)، ۲۴۴-۲۳۵. http://frooyesh.ir/article-1-4620-fa. html

قارونی، ش و راستین، م. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی شفقت‌درمانی و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجان بازماندگان موتوفیان بیماری کووید-۱۹. *رویش روان‌شناسی*، ۱۲(۹)، ۲۰۸-۱۹۹. http://frooyesh.ir/article-1-4592-fa. html

قربانزاده، س. س؛ کیامرثی، آ و ابوالقاسمی، ع. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود و زوج درمانی هیجان‌مدار بر خودجرحی در زنان قربانی خشونت خانگی. *رویش روان‌شناسی*، ۱۲(۱۱)، ۸۴-۷۵. http://frooyesh.ir/article-1-4878-fa. html

کیوانلو، ص و میکائیلی، ن. (۱۴۰۲). اثربخشی تلفیقی درمان تنظیم هیجان و شفقت‌درمانی بر اجتناب تجربه‌ای زنان دارای تجربه خشونت خانگی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۸(۷۱)، ۲۱۷-۲۲۳. https://doi.org/10.22034/jmpr. 2023.54802.5351

Amell, R. , Soler, A. R. , Cobo, J. , & Soldevilla Alberti, J. M. (2023). Psychological consequences and daily life adjustment for victims of intimate partner violence. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 58(1), 6-19.https://doi.org/10.1177/00912174211050504

Beltrán-Ruiz, M. , Fernández, S. , García-Campayo, J. , Puebla-Guedea, M. , López-del-Hoyo, Y. , Navarro-Gil, M. , & Montero-Marin, J. (2023). Effectiveness of attachment-based compassion therapy to reduce psychological distress in university students: a randomised controlled trial protocol. *Frontiers in Psychology*, 14, 1185445.http://dx. doi.org/10.3389/fpsyg. 2023.1185445

Bhuller, M. , Dahl, G. B. , Løken, K. V. , & Mogstad, M. (2024). Domestic violence reports and the mental health and well-being of victims and their children. *Journal of human resources*, 59(1), 152-186.http://dx. doi.org/10.3368/jhr. 1222-12698R1

Carvalho, S. , Martins, C. P. , Almeida, H. S. , & Silva, F. (2017). The evolution of cognitive behavioural therapy–The third generation and its effectiveness. *European Psychiatry*, 41 (S1), 773-774. https://doi.org/10.1016/j. eurpsy. 2017.01.1461

Catană, Ş. A. , Toma, S. G. , Imbrişcă, C. , & Burcea, M. (2022). Teleworking impact on wellbeing and productivity: A cluster analysis of the Romanian graduate employees. *Frontiers in psychology*, 13, 856196.http://dx. doi.org/10.3389/fpsyg. 2022.856196

Cevheroğlu, B. A. , & Tutarel-Kışlak, Ş. (2023). Spouse and mother-in-law rejection and marital adjustment of Turkish women with child and adult marriage. *Journal of Social and Personal Relationships*, 40(5), 1554-1578. https://doi.org/10.1177/02654075221129833

D'Amico, F. , Navarrete, J. , Montero-Marín, J. , Cardeñosa-Valera, E. , Navarro-Gil, M. , Pérez-Aranda, A. , ... & Luciano, J. V. (2024). Cost-utility of attachment-based compassion therapy (ABCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in the management of depressive, anxious, and adjustment disorders in mental health settings: Economic evaluation alongside a randomized controlled trial. *Mindfulness*, 15(3), 559-569.https://psycnet. apa.org/doi/10.1007/s12671-024-02319-4

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-18]

Deliktas Demirci, A. , Aydin, R. , Korukcu, O. , & Kabukcuoglu, K. (2022). Is marital adjustment a way to increase women's identification with the motherhood role during pregnancy?: A correlational assessment. *Health Care for Women International*, 43(6), 568 -582.http://dx. doi.org/10.1080/07399332.2020.1867859

El-Mneizel, A. , Al Gharaibeh, F. , & Majed Al Ali, M. (2022). Marital Compatibility in the UAE Society among a Sample of Households in the Emirate of Abu Dhabi (UAE). *Inf Sci*, 11(4), 1225-1238.https://doi.org/10.18576/isl%2F110422

Ferreira, C. , Pereira, J. , Skvarc, D. , Oliveira, S. , Galhardo, A. , Ferreira, N. B. , ... & Trindade, I. A. (2024). Randomized controlled trial of an Acceptance and Commitment Therapy and compassion-based group intervention for persons with inflammatory bowel disease: the LIFEwithIBD intervention. Frontiers in Psychology, 15, 1367913.https://doi.org/10.3389/fpsyg. 2024.1367913

Gilbert, P. (2020). Compassion: From its evolution to a psychotherapy. *Frontiers in psychology*, 11, 586161. http://dx. doi.org/10.3389/fpsyg. 2020.586161

Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208. https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264

Heintzelman, S. J. , & Diener, E. (2019). Subjective wellbeing, social interpretation, and relationship thriving. Journal of Research in Personality, 78(2), 93-105.http://dx. doi.org/10.1016/j. jrp. 2018.11.007

Johannsen, M. , Schlander, C. , & Vestergaard, I. (2022). Group-based compassion-focused therapy for prolonged grief symptoms in adults – Results from a randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, 314(9): 46-53.http://dx. doi.org/10.1016/j. psychres. 2022.114683

John, N. A. , Kapungu, C. , Sebany, M. , & Tadesse, S. (2023). Do gender-based pathways influence mental health? Examining the linkages between early child marriage, intimate partner violence, and psychological well-being among young Ethiopian women (18–24 years old). *Youth & Society*, 55(6), 1155-1172.https://doi.org/10.1177/0044118X221079375

Lanchimba, C. , Díaz-Sánchez, J. P. , & Velasco, F. (2023). Exploring factors influencing domestic violence: a comprehensive study on intrafamily dynamics. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1243558.https://doi.org/10.3389/fpsyt. 2023.1243558

Lee, M. , Kim, Y. S. , & Lee, M. K. (2021). The mediating effect of marital intimacy on the relationship between spouse -related stress and prenatal depression in pregnant couples: An actor –partner interdependent model test. *International journal of environmental research and public health*, 18(2), 487.https://doi.org/10.3390/ijerph18020487

Liddell AE, Allan S, Goss K. (2017). Therapist competencies necessary for the delivery of compassion -focused therapy: A Delphi study. Psychology and Psychotherapy: Theory, *Research and Practice*. 90(2), 156 - 176.https://doi.org/10.1111/papt. 12105

Lu, F. , Huang, X. , Xu, E. , Chung, C. N. , & He, X. (2022). Instrumental love: Political marriage and family firm growth. *Management and Organization Review*, 18 (2), 279-318.http://dx. doi.org/10.1017/mor. 2021.75

Páez Gallego, J. , De-Juanas Oliva, Á. , García Castilla, F. J. , & Díaz Santiago, M. J. (2020). A study about social values and psychological well-being in young people: implications for educational social work. *Social Work Education*, 39(6), 721-736.http://dx. doi.org/10.1080/02615479.2020.1793935

Porter, A. C. , Zelkowitz, R. L. , Cole, D. A. (2018). The unique associations of self-criticism and shame -proneness to symptoms of disordered eating and depression. *Eating Behaviors*, 29, 64 -67.http://dx. doi.org/10.1016/j. eatbeh. 2018.02.008

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal Pers Soc Psychol*, 57(6),1069. . https://scottbarrykaufman.com/wp-content/uploads/2015/11/2

Tendhar, T. , Marcotte, M. A. , Bueno de Mesquita, P. , & Saikia, M. J. (2024). Online Video-Mediated Compassion Training Program for Mental Health and Well-Being of University Students. *In Healthcare*, 12 (10). 1033.https://doi.org/10.3390/healthcare12101033

Tsai, M. Y. (2024). The Pilot Study on the Effect of a Compassion-Based Program on Gifted Junior High School Students' Emotional Styles, Self-Compassion, Empathy, and Well-Being. *Education Sciences*, 14(10), 1058.https://www.mdpi.com/2227-7102/14/10/1058#

Wessells, M. G. , & Kostelny, K. (2022). The psychosocial impacts of intimate partner violence against women in LMIC contexts: toward a holistic approach. *International journal of environmental research and public health*, *19*(21), 14488.http://dx. doi.org/10.3390/ijerph192114488

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-18]