

Comparing the Effectiveness and Stability of Positive Mindfulness Therapy and Compassion-Based Therapy on Inner Shame and Experimental Avoidance in Abused Women

Homayooni M¹, *Keykhosrovani M², Pouladi Reishchri^{2,3}

Author Address

1. PhD Student in Specialized Psychology, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran;
3. Assistant Professor at Payam Noor University, Bushehr, Iran.

*Corresponding Author's Email: moloud.kevkhosrovani@gmail.com

Received: 2022 May 15; Accepted: 2022 September 21

Abstract

Background & Objectives: The family is one of society's main pillars and institutions. The internalization of values and norms begins in the family. Nevertheless, the family may suffer from traumas such as divorce, marital disputes, suicide, runaway children, and domestic violence. Meanwhile, domestic violence, or violence in the private sphere, is a phenomenon that shakes and destroys healthy family relationships that are necessary for the survival and strengthening of the family. A review of theoretical and empirical background shows that a positive, mindful, and compassionate treatment effectively internalizes feelings of shame and avoids experiences. However, it is unclear which interventions is more effective and stable over time. This study aimed to compare the effectiveness and sustenance of the effect of positive mindful-based and compassion-based therapies on feelings of internalized shame and experiential avoidance in abused women.

Methods: The present study was applied in terms of purpose and quasi-experimental in terms of nature, and it employed a pretest-posttest with a 3-month follow-up design using several study groups, including a control group. The statistical population of the present study consisted of all women victims of domestic violence who were members of safe houses in Shiraz City, Iran, in 2019–2020. A total of 30 people were considered in this study in 3 groups. Since there is a possibility of some participants falling and also in similar studies, the volume of 15 people in each group has been suggested. In this study, 60 samples were selected and divided into three groups of 20 people (40 people in two experimental groups and 20 people in one control group). After selecting the samples, the participants were explained the subject, the courses, their goals, and the research's ethical considerations. The control group waited during this period, and no treatment was applied to them. After 3 months of re-testing, a follow-up test was performed on participants. Assessment tools included the Experience Avoidance Questionnaire (Bond et al., 2011) and the Internalized Shame Scale (Cook, 1988). One group received the Hoffman et al. (2014) positive mindfulness intervention in 8 sessions of 90 minutes, and the other group received the Gilbert (2010) compassionate therapy experiment in 8 sessions of 90 minutes. The control group did not receive any intervention. The obtained data were analyzed by variance analysis with repeated measurements and a Bonferroni post hoc test with a significance level of 0.01 using SPSS software.

Results: The results showed that compassion-based therapy and positive mindfulness therapy effectively internalize feelings of shame and avoid experiences ($p < 0.01$). Compassion-based treatment is more effective than mindfulness therapy in reducing internalized shame and avoiding experiential experiences ($p < 0.01$).

Conclusions: Compassion-based therapy and positive mindfulness-based therapy can be used as a preventive and remedial measure in increasing the mental health and quality of life of women victims of domestic violence.

Keywords: Positive mindfulness therapy, Compassion-based therapy, Internalized shame, Experiential avoidance, Abused women.

مقایسه اثربخشی و تداوم تأثیر درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و درمان مبتنی بر شفقت بر احساس شرم و اجتناب تجربه‌ای در زنان خشونت‌دیده

مینوش همایونی^۱، *مولود کیخسروانی^۲، علی پولادی ریشهری^۳

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی تخصصی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران؛

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران؛

۳. استادیار دانشگاه پیام‌نور، بوشهر، ایران.

*رایانامه نویسنده مسئول: moloud.kevkhosrovani@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲۵ اردیبهشت ۱۴۰۱؛ تاریخ پذیرش: ۳۰ شهریور ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: براساس مرور پیشینه‌های نظری و تجربی، درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و درمان مبتنی بر شفقت بر احساس شرم و اجتناب تجربه‌ای تأثیرگذارند؛ اما هنوز مشخص نیست کدام‌یک از این مداخلات در طول زمان اثربخشی بیشتر و پایدارتری دارند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی و تداوم تأثیرات درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و درمان مبتنی بر شفقت بر احساس شرم و اجتناب تجربه‌ای در زنان خشونت‌دیده انجام پذیرفت.

روش بررسی: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون چندگروهی همراه با گروه گواه با یک مرحله پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان قربانی خشونت خانگی تشکیل دادند که در سال ۹۹-۱۳۹۸ عضو خانه‌های امن شیراز بودند. از این میان به‌روش داوطلبانه ۶۰ نفر واجد شرایط وارد مطالعه شدند و به‌روش تصادفی در گروه‌های بیست‌نفره آزمایش (درمان مبتنی بر شفقت و درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور) و گواه قرار گرفتند. ابزارهای سنجش، پرسش‌نامه اجتناب تجربی (باند و همکاران، ۲۰۱۱) و پرسش‌نامه احساس شرم درونی شده (کوک، ۱۹۸۸) بود. یکی از گروه‌های آزمایش مداخله ذهن‌آگاهی مثبت‌محور (هافمن و همکاران، ۲۰۱۴) و گروه دیگر آزمایش درمان متمرکز بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۱۰) را هرکدام در هشت جلسه نوددقیقه‌ای دریافت کرد؛ اما برای گروه گواه هیچ مداخله‌ای ارائه نشد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی یونفرونی در سطح معناداری ۰/۰۱ توسط نرم‌افزار SPSS صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، درمان مبتنی بر شفقت و درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور بر احساس شرم و اجتناب تجربه‌ای تأثیرگذار بود ($p < 0/001$). روش درمان مبتنی بر شفقت در مقایسه با درمان ذهن‌آگاهی در کاهش احساس شرم و اجتناب تجربه‌ای اثربخش‌تر بود ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر شفقت در مقایسه با درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور اثربخش‌تر است؛ در نتیجه درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند به‌عنوان امری پیشگیرانه و بهبوددهنده در افزایش سلامت روان و کیفیت زندگی زنان قربانی خشونت خانگی استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور، درمان مبتنی بر شفقت، احساس شرم، اجتناب تجربه‌ای، زنان خشونت‌دیده.

نگاهی به نتایج پژوهش‌های گذشته در حوزه درمان‌های مثبت‌نگر^{۱۴} (۱۰)، درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی^{۱۵} (۱۲، ۱۱) حاکی از تأثیر مثبت این نوع درمان‌ها بر طیف وسیعی از مسائل متفاوت در حوزه زنان است؛ برای نمونه سبولا و همکاران با مروری عمیق و کامل نشان دادند، ذهن‌آگاهی خود یک متغیر مثبت‌نگر است که با ادغام عمیق‌تر در درمان‌ها و آموزش‌های مثبت‌نگر دیگر، امکان بهره‌بردن از ظرفیت دو درمان ذهن‌آگاهی و مثبت‌نگری در کنار یکدیگر را فراهم می‌کند (۱۳). این ادعا با مجموعه شواهد به‌دست‌آمده طی سال‌های اخیر از رابطه و استفاده هم‌زمان مثبت‌نگری و ذهن‌آگاهی، همسویی درخور توجهی دارد. بررسی‌های گارلند و همکاران (۱۴) و نیک و همکاران (۱۵) بر امکان ترکیب ذهن‌آگاهی و مثبت‌نگری متمرکز بر نقاط قوت انسانی نشان داد، از لحاظ نظری و نیز از لحاظ پژوهشی، ترکیب ذهن‌آگاهی و مثبت‌نگری می‌تواند زمینه‌ساز تأثیرات چشمگیر درمان باشد. پینگ و همکاران دریافتند، ذهن‌آگاهی موجب افزایش هرچه بیشتر حرمت نفس می‌شود. حرمت نفس در حوزه روان‌شناسی مثبت‌نگر از جایگاه مهمی برخوردار است (۱۶). در بررسی‌های واترز (۱۷) و انگ (۱۸) و ایوتزن و همکاران (۱۹) مشخص شد، ترکیب ذهن‌آگاهی با مثبت‌نگری در آموزش و درمان، بر کاهش علائم اجتناب شناختی و بدتنظیمی‌های هیجان‌گذار است.

یکی از درمان‌های موج سوم، درمان مبتنی بر شفقت به خود^{۱۶} است. این درمان اشاره می‌کند، افکار و رفتارهای تسکین‌دهنده بیرونی باید به درونی تبدیل شوند و در این صورت مغز انسان همان‌طور که به محرک‌های بیرونی واکنش نشان می‌دهد در مواجهه با محرک‌های درون خود آرام می‌شود (۲۰). شفقت به خود، پدیده‌ای مهم در تعدیل واکنش افراد به موقعیت‌های ناراحت‌کننده است (۲۱)؛ لذا برای افزایش تنظیم هیجان^{۱۷} مثبت و کاهش اجتناب تجربی در زنان آسیب‌دیده از خشونت زناشویی می‌توان از رویکرد نوین آموزش شفقت به خود، استفاده کرد (۲۲).

شفقت و دلسوزی به خود توسط نف به این صورت تعریف شد که شفقت به خود شامل سه مؤلفه عطف و مهربانی نسبت به خود^{۱۸} به‌جای قضاوت‌کردن خود^{۱۹} و اشتراک انسانی^{۲۰} به‌جای انزوا^{۲۱} و به‌سیاری^{۲۲} به‌جای همانندسازی افراطی^{۲۳} است (۲۳). تلفیق مؤلفه‌های ذکر شده بدین معنا است که یک انسان درقبال خود دلسوزی دارد. در آموزش شفقت به خود، درک‌کردن خود به‌جای قضاوت خود و نوعی حمایت از نقص‌های خود است. نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن بود که مهربانی با خود و اشتراک انسانی و به‌سیاری با اجتناب رابطه

خانواده، از نهادهای اصلی جامعه است. اهمیت خانواده به این دلیل است که نه تنها محیطی مناسب برای زوجین به‌شمار می‌آید، بلکه وظیفه اجتماعی‌کردن و تربیت نسل‌های آینده را نیز بر عهده دارد (۱). پذیرش ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی از نهاد خانواده شروع می‌شود؛ اما با این اوصاف، امروزه خانواده متحمل آسیب‌هایی مثل طلاق، اختلافات و تعارضات زناشویی^۱، خودکشی، نوجوانان فراری و خشونت خانگی^۲ است (۲). در این میان، خشونت خانگی پدیده‌ای است که سلامت خانواده و ارتباط سالم اعضای خانواده را متزلزل می‌کند (۳).

خشونت خانگی به چهار روش جسمی^۳، کلامی^۴، عاطفی^۵ و جنسی^۶ به‌وجود می‌آید که خشونت عاطفی، امروزه و در حال حاضر بیشتر شایع است؛ همچنین عواقب آن به‌طبع مخرب‌تر از خشونت جسمی است (۴). در تحقیقات درباره زنان قربانی خشونت خانگی مشخص شد، این نوع از خشونت با حرمت نفس^۷ کم، اضطراب^۸ زیاد، احساس شرم و گناه^۹ یا حس قربانی خشونت شدن رابطه مثبت و معنادار دارد (۵، ۱). به‌همین دلیل به‌دنبال تجربه‌های رنج‌آور و ارزشیابی هریک از همسران از خود، هیجان‌هایی در آن‌ها ایجاد می‌شود. برخی از این هیجان‌ها مانند شرم و احساس گناه، هیجان‌هایی هستند که به‌وسیله تأمل در خود و خودارزیابی به‌وجود می‌آیند (۶). این هیجان‌ها به‌صورت خودآگاه بروز می‌کنند و در واقع هیجان‌های خودتنظیم‌کننده هستند و در ارائه یک‌سری بازخورد درقبال خود درباره افکار، رفتار، انگیزه‌دادن به خود برای توجه به استانداردهای تأییدشده در بُعد اخلاقی و بُعد اجتماعی و دادن پاسخ مناسب، نقش بسیار پراهمیتی دارند. به‌همین علت، شرم احساس رنج‌آوری است که با بسیاری از مسائل روانی مانند پرخاشگری، افسرده‌خویی، اضطراب، حرمت نفس کم و انتقادکردن خود رابطه مستقیم دارد (۷). نتایج پژوهش‌های مختلف بیانگر آن بود که احساس شرم دارای نقش مهمی در به‌وجودآمدن خشم و پرخاشگری، هراس اجتماعی^{۱۰}، انواع اختلالات خلقی^{۱۱}، اختلال استرس پس از سانحه^{۱۲} و مشکلات در روابط بین‌فردی است (۶).

علاوه بر شرم درونی‌شده، متغیر دیگری که بررسی می‌شود، اجتناب^{۱۳} است. اجتناب دارای دو بُعد در حیطه شناخت و رفتار است. اجتناب رفتاری به‌رهایی از یک عمل، شخص یا یک شیء اشاره دارد که آشفتگی را کاهش می‌دهد. اجتناب مانع از پاسخ‌های تأثیرگذار افراد به محرک‌های هیجانی و جایگزینی راهبردهای مدیریت هیجان می‌شود و به‌همین دلیل راهبرد کارآمدی نیست (۸). در تعدادی از پژوهش‌ها مشخص شد، اجتناب نقش مهمی در تعیین تفاوت بین اجتناب اجتماعی از اجتناب غیراجتماعی و اجتناب رفتاری از اجتناب

13. Avoidance

14. Positive Therapy

15. Mindfulness Based Therapy

16. Self-Compassion Therapy

17. Emotional regulation

18. Self-kindness

19. Self-judgment

20. Common humanity

21. Isolation

22. Mindfulness

23. Over-identification

1. Matril conflicts

2. Domestic violence

3. Physical

4. Verbal

5. Emotional

6. Sexual

7. Self-esteem

8. Anxiety

9. Shame and guilt

10. Social anxiety

11. Mood disorders

12. post-traumatic stress

معکوس دارد. از طرف دیگر قضاوت خود و گوشه‌گیری و همانندسازی افراطی، با اجتناب دارای رابطه مثبت است و شفقت به خود اثر مستقیم بر اجتناب دارد (۲۴).

نتایج پژوهش‌ها نشان داد، مداخله مبتنی بر شفقت به خود بر افزایش رضایت زناشویی^۱ افراد متأهل (۲۶، ۲۵)، تاب‌آوری^۲ و تنظیم شناختی هیجانی زنان متأهل (۲۹-۲۷) بر نشخوار فکری^۳ زنان (۳۰) تأثیرگذار است. در برخی پژوهش‌ها مشخص شد، درمان مبتنی بر شفقت به خود بر کاهش احساس شرم در افراد دچار استرس پس از سانحه^۴ (۳۱، ۶)، کاهش افکار خودآیند منفی^۵ (۳۲)، کاهش اضطراب و افسردگی^۶ (۳۳، ۳۴)، کاهش احساس شرم و ناکامی^۷ (۳۵، ۳۶) و افزایش پذیرش اثر دارد (۳۷). علاوه بر این، درمان مبتنی بر شفقت به خود به وسیله افزایش آگاهی درونی، پذیرش بدون قضاوت، همدلی^۸ و توجه متوالی بر احساسات مربوط به درون، به کاهش مسائل روان‌شناختی مراجعان یاری می‌رساند (۳۸).

خشونت خانگی عامل بسیاری از صدمات جسمی و ناخوشی‌های روانی و پیامدهای نامطلوب همچون اجتناب شناختی، بدتنظیمی هیجانی، خودانتقادی و شرم درونی شده محسوب می‌شود؛ همچنین این نوع از پژوهش‌ها به‌طور کلی در سطح جهان در نمونه زنان قربانی خشونت خانگی بسیار محدود است؛ اما هنگام مراجعه به پژوهش‌های داخلی، این محدودیت و شکاف پژوهش‌ها بیشتر پدیدار می‌شود؛ از این رو در جهت تعیین تفاوت بین اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و درمان مبتنی بر شفقت بر احساس شرم و اجتناب تجربه‌ای در زنان خشونت‌دیده داخل کشور، پژوهش حاضر صورت گرفت و به تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش‌های قبلی کمک کرد. از طرفی طبق جست‌وجوی پژوهشگران مطالعه حاضر، به نظر رسید پژوهشی انجام نشده است که به‌طور هم‌زمان بخواهد اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و درمان مبتنی بر شفقت را بر احساس شرم و اجتناب تجربه‌ای در زنان خشونت‌دیده بررسی کند. به‌علاوه این پژوهش حوزه‌ای جدید از مباحث روان‌درمانی را مدنظر قرار داد؛ در نتیجه پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی و تداوم تأثیر درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و درمان مبتنی بر شفقت بر احساس شرم و اجتناب تجربه‌ای در زنان خشونت‌دیده انجام پذیرفت.

۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون چندگروهی همراه با گروه گواه با یک مرحله پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان قربانی خشونت خانگی تشکیل دادند که در سال ۹۹-۱۳۹۸ عضو خانه‌های امن زنان تحت خشونت خانگی در شهر شیراز بودند. پژوهشگر پس از مراجعه به سازمان بهزیستی شهر شیراز و دریافت مجوز از بهزیستی با شماره مجوز ۱۶۷۳/۰۰/۹۲۶ در تاریخ ۱۵ اردیبهشت ۱۴۰۰ با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری داوطلبانه و

با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج پژوهش، اقدام به انتخاب نمونه کرد. وی نمونه پژوهش را از بین زنان خشونت‌دیده عضو خانه‌های امن خشونت خانگی بهزیستی شهر شیراز واقع در بولوار شهید فیاض‌بخش، کوی زهرا پس از ارائه فرم رضایت آگاهانه و پرکردن آن توسط اعضا، انتخاب کرد. روش نمونه‌گیری، غیرتصادفی و داوطلبانه بود.

در این پژوهش ملاحظات اخلاقی به شرح ذیل رعایت شد: پیش از شروع مطالعه، شرکت‌کنندگان از موضوع و روش اجرای پژوهش مطلع شدند؛ پژوهشگر متعهد شد از اطلاعات خصوصی آزمودنی‌ها محافظت کند و داده‌ها را فقط در راستای اهداف پژوهش به‌کار برد؛ پژوهشگر متعهد شد نتایج پژوهش را در صورت تمایل آزمودنی‌ها برای آن‌ها تفسیر کند؛ در صورت مشاهده هرگونه ابهام، راهنمایی‌های لازم به آزمودنی‌ها ارائه شد؛ مشارکت در تحقیق هیچ‌گونه بار مالی برای شرکت‌کنندگان به‌دنبال نداشت؛ این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی و جامعه مغایر نبود. تمایل نداشتن آزمودنی به ادامه شرکت در پژوهش، شرکت هم‌زمان در برنامه‌های مشاوره یا روان‌درمانی دیگر، غیبت بیش از دو جلسه و همکاری نکردن در تکمیل پرسش‌نامه‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری به‌عنوان ملاک‌های خروج در نظر گرفته شد.

برای محاسبه حجم نمونه در این پژوهش، فرمول کوهن^۹ (۱۹۸۱) (به‌نقل از ۸) به‌کار رفت و از آنجاکه احتمال ریزش برخی شرکت‌کننده‌ها وجود دارد و نیز در پژوهش‌های مشابه حجم هر گروه پانزده نفر پیشنهاد شده است، در این پژوهش ۶۰ نفر نمونه انتخاب شدند. سپس در سه گروه بیست‌نفره (چهل نفر در دو گروه آزمایش و بیست نفر در یک گروه گواه) قرار گرفتند. پس از انتخاب افراد نمونه، توضیحاتی درباره موضوع و دوره‌های درمان و اهداف آن‌ها برای شرکت‌کننده‌ها ارائه شد و به آن‌ها ملاحظات اخلاقی تحقیق توضیح داده شد. قبل از شروع دوره و پس از پایان دوره، زنان خشونت‌دیده به‌عنوان نمونه آماری به مقیاس احساس شرم درونی‌شده^{۱۰} (۳۹) و پرسش‌نامه اجتناب تجربی^{۱۱} (۴۰) در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری پاسخ دادند. در این مدت افراد گروه گواه در انتظار ماندند و درمانی روی آن‌ها اعمال نشد. بعد از سه ماه از اجرای آزمون مجدد، آزمون پیگیری روی شرکت‌کننده‌ها اجرا شد.

در این پژوهش به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها ابزارها و جلسات درمانی زیر به‌کار رفت.

– مقیاس احساس شرم درونی‌شده: این مقیاس توسط کوک در سال ۱۹۸۸ تهیه شد که شامل سی ماده و دو خرده‌مقیاس کم‌رویی با ۲۴ ماده (۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۷، ۲۸، ۳۰) و عزت‌نفس با شش ماده (۸، ۱۳، ۱۴، ۱۹، ۲۶، ۲۹) است (۴۱). پاسخ به هر ماده این مقیاس به‌صورت پنج‌رتبه‌ای از نوع لیکرت (هرگز= صفر، خیلی کم= ۱، گاهی

7. Failure

8. Sympathy

9. Cohen

10. Internalized Shame Scale

11. Experiential Avoidance Questionnaire

1. Mrital satisfaction

2. Resilience

3. Rumination

4. Post Traumatic Stress Disorder

5. Spontaneous negative thoughts

6. Depression

اوقات=۲، اغلب=۳، همیشه=۴) است. ضریب پایایی آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های کم‌رویی و عزت‌نفس مقیاس شرم درونی‌شده به‌ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۰ گزارش شد. درراستای روایی ملاکی هم‌زمان کم‌رویی و عزت‌نفس، نمره‌های حاصل از این مقیاس با پرسش‌نامه شادکامی و هم‌وابستگی بررسی شد و همبستگی ۰/۶۱ تا ۰/۷۹ به‌دست آمد (۳۹). رجبی و عباسی ضرایب پایایی آلفای کرونباخ مقیاس شرم درونی‌شده را در کل نمونه ۰/۹۰ و در مردان ۰/۸۹ و در زنان ۰/۹۱ گزارش کردند. درراستای روایی محتوایی، نتایج نشان داد که شاخص روایی محتوایی پرسش‌نامه بیشتر از ۰/۷۰ است (۴۱). در پژوهش فتح‌الله‌زاده و همکاران ضریب آلفای کل پرسش‌نامه ۰/۹۱ بود (۴۲).
 - پرسش‌نامه اجتناب تجربی: این پرسش‌نامه ازسوی باند و همکاران در سال ۲۰۱۱ برای سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به‌ویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل باوجود افکار و

احساس‌های ناخواسته تدوین شد و دارای هفت سؤال است (۴۰). سؤال‌های پرسش‌نامه براساس میزان توافق در مقیاس لیکرت هفت‌درجه‌ای (هرگز=۱، خیلی به‌ندرت=۲، به‌ندرت=۳، گاهی اوقات=۴، بیشتر اوقات=۵، تقریباً همیشه=۶، همیشه=۷) رتبه‌بندی می‌شود. نمرات بیشتر در این مقیاس نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کمتر و اجتناب تجربی بیشتر است (۴۰). پایایی بازآزمایی پرسش‌نامه در فاصله زمانی نه‌ماهه توسط باند و همکاران، ۰/۸۱ و همسانی درونی آن با روش تحلیل عاملی تأییدی ۰/۸۴ به‌دست آمد (۴۰). در ایران در پژوهش عباسی و همکاران، ضریب پایایی آلفای کرونباخ پرسش‌نامه اجتناب تجربی ویرایش دوم ۰/۸۹ و ضریب پایایی بازآزمون در فاصله زمانی یک سال ۰/۷۶ و همسانی درونی آن با روش تحلیل عاملی تأییدی ۰/۷۳ به‌دست آمد (۴۳).

جدول ۱. محتوای جلسات درمان مبتنی بر شفقت‌گیلبرت (۲۰۱۰)

جلسات آموزش	عنوان جلسات
اول	معرفی و برقراری ارتباط و ایجاد رابطه حسنه و اتحاد درمانی و شرح قوانین گروه، تعیین هدف و فرمول‌بندی مراجع، گوش‌سپردن به روایت‌های زنان و همدلی اعضا با یکدیگر (آموزش همدلی)
دوم	مرور جلسه قبل و بررسی نوع برخورد اعضا با خود (سبک انتقادگر و شفقت‌گرا) و تعریف خودانتقادی و علل و پیامدهای آن
سوم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، تعریف شفقت به خود، بررسی ویژگی‌ها و مهارت‌های آن و چگونگی تأثیرگذاری بر حالات روانی فرد
چهارم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، معرفی تصویرپردازی ذهنی و منطق آن، آموزش تمرین تصویرپردازی و اجرای آن در گروه (تصور رنگ، مکان و ویژگی‌های شفقتگر) تکلیف: تمرین تصویرسازی ذهنی
پنجم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، پرورش خود شفقت‌ورز و معرفی مفاهیم خرد، توانایی، گرمی و مسئولیت‌پذیری در ایجاد شفقت
ششم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، آموزش نامه‌نگاری شفقت‌ورز
هفتم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، ترس از شفقت به خود، شناسایی افکار ممانعت از پرورش شفقت به خود و کار روی آن‌ها
هشتم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، جمع‌بندی مفاهیم بررسی‌شده در جلسات، درخواست از اعضا برای توضیح دستاوردهایشان از گروه

جدول ۲. محتوای جلسات ذهن‌آگاهی مثبت‌محور هافمن و همکاران (۲۰۱۴)

جلسات آموزش	عنوان جلسات
اول	خوردن کشمش ذهن‌آگاه (مراقبه‌ای است که در آن شرکت‌کنندگان چند دقیقه را صرف بررسی ویژگی‌های حسی‌بینایی، بویایی، مزه و لمس یک دانه کشمش می‌کنند)
دوم	تمرین افکار و احساسات تکلیف خانگی: ثبت وقایع خوشایند
سوم	مراقبه نشسته تکلیف خانگی: فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای سه بار در هر روز، راه‌رفتن ذهن‌آگاه
چهارم	مراقبه دیدن، مراقبه شنیدن تکلیف خانگی: مراقبه نشسته
پنجم	مراقبه نشستن تکلیف خانگی: مراقبه نشستن هدایت‌شده
ششم	مراقبه نشسته تجسم تکلیف خانگی: مراقبه هدایت‌شده کوتاه‌تر حداقل به‌مدت چهل دقیقه
هفتم	اشاره به ارتباط بین خلق و فعالیت تکلیف خانگی: فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای نه‌تنها سه بار در روز بلکه در هر زمانی که متوجه استرس و هیجانات ناخوشایند می‌شوند
هشتم	وارسی بدنی تکلیف خانگی، انعکاس، پس‌خوراند

۳ یافته‌ها

در این پژوهش، میانگین و انحراف معیار سن گروه درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور $28/7 \pm 6/5$ سال و گروه درمان مبتنی بر شفقت $27/9 \pm 5/9$ سال و گروه گواه $27/7 \pm 6/4$ سال بود که دامنه سنی از ۲۵ تا ۴۵ سال را شامل شد. در گروه درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور، هفت نفر (۳۵ درصد) تحصیلات در حد دیپلم و هشت نفر (۴۰ درصد) کارشناسی و پنج نفر (۲۵ درصد) کارشناسی ارشد داشتند. در گروه درمان مبتنی بر شفقت، ده نفر (۵۰ درصد) دارای تحصیلات در حد دیپلم و هشت نفر (۴۰ درصد) کارشناسی و دو نفر (۱۰ درصد) کارشناسی ارشد بودند. در گروه گواه، نه نفر (۴۵ درصد) تحصیلات در حد دیپلم و هشت نفر (۴۰ درصد) کارشناسی و سه نفر (۱۵ درصد) کارشناسی ارشد داشتند.

درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور، براساس راهنمای هافمن و همکاران (۴۴) در هشت جلسه و درمان شفقت براساس کتاب درمان متمرکز بر شفقت گیلبرت (۴۵) در هشت جلسه اجرا شد. چند نفر از متخصصان دانشگاه آزاد واحد بوشهر روایی محتوایی هر دو درمان را مطلوب گزارش کردند. انجام هر دو درمان توسط محقق (نویسنده اول) صورت گرفت و پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری نیز توسط وی اجرا شد. در جدول‌های ۱ و ۲ خلاصه‌ای از برنامه جلسات درمانی ارائه شده است.

پس از جمع‌آوری داده‌های متناسب با سطح سنجش داده‌ها و مفروضات آماری (نرمال بودن، همگنی واریانس‌ها، همگنی ماتریس واریانس کوواریانس و مفروضه کرویت)، از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی برای تحلیل داده‌ها در سطح معناداری $0/05$ توسط نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای تحقیق به تفکیک برای سه گروه گواه و درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و درمان مبتنی بر شفقت در

سه مرحله سنجش

مرحله	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گواه	۱۰۴/۶۷	۷/۹۱	۱۰۴/۱۳	۷/۷۳	۱۰۴/۱۳	۸/۳۶
احساس شرم	۱۰۴/۸۷	۷/۷۹	۷۰/۴۰	۵/۰۱	۷۰/۲۰	۵/۴۰
شفقت	۱۰۴/۰۷	۶/۳۹	۴۹/۰۰	۸/۶۸	۴۸/۷۳	۸/۹۲
گواه	۳۶/۸۰	۵/۰۹	۳۶/۴۷	۵/۰۱	۳۷/۱۳	۵/۰۶
اجتناب	۳۶/۴۷	۴/۷۳	۲۴/۰۷	۳/۰۸	۲۴/۰۰	۳/۰۵
تجربه‌ای	۳۶/۲۷	۵/۵۵	۱۴/۳۳	۲/۶۴	۱۴/۲۷	۲/۶۶

برای متغیرهای احساس شرم درونی شده و اجتناب تجربه‌ای در سه مرحله برقرار بود. نتایج آزمون کرویت موجلی نشان داد، فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها برای متغیرهای احساس شرم درونی شده و اجتناب تجربه‌ای برقرار نبود ($p < 0/05$)؛ از این رو، با توجه به اینکه برای آزمون گرین‌هاوس‌گیسر مقدار اسپیلون کوچک‌تر از $0/75$ به دست آمد، از آزمون هیون‌فلت استفاده شد.

در جدول ۴ نتایج روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثرات درون‌آزمودنی و بین‌آزمودنی ارائه شده است. با توجه به نتایج آزمون F، اثر گروه و اثر زمان برای متغیرهای احساس شرم و اجتناب تجربه‌ای معنادار شد ($p < 0/01$). بین سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در این متغیرها در گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنادار وجود داشت ($p < 0/01$).

جدول ۳ توصیف داده‌ها را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیرهای احساس شرم و اجتناب تجربه‌ای نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول ملاحظه می‌شود، نمرات آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی در متغیرهای پژوهش و مؤلفه‌های آن‌ها در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است. در ادامه پیش‌فرض‌های روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بررسی شد. نتایج بررسی پیش‌فرض نرمال بودن به وسیله آزمون شاپیروویلیک مشخص کرد، متغیرهای احساس شرم درونی شده و اجتناب تجربه‌ای در هر سه گروه و هر سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری دارای توزیع نرمال بود ($p > 0/05$). آماره آزمون‌های ام‌باکس و لون نیز برای هیچ‌یک از متغیرهای تحقیق معنادار نبود ($p > 0/05$)؛ بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس مفروضه همگنی واریانس

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثرات درون‌آزمودنی و بین‌آزمودنی

اثرات	منبع اثر	متغیر	آماره F	مقدار p	مجذور اتا
درون‌آزمودنی	اثر زمان	احساس شرم	۵۷/۱۷	$> 0/001$	۰/۳۹۷
		اجتناب تجربه‌ای	۲۱/۸۰۶	$> 0/001$	۰/۲۹۹
	اثر متقابل زمان و گروه	احساس شرم	۴۴/۴۱	$> 0/001$	۰/۳۵۷
		اجتناب تجربه‌ای	۲۷/۱۶۰	$> 0/001$	۰/۳۰۱
بین‌آزمودنی	اثر گروه	احساس شرم	۳۱/۰۹	$> 0/001$	۰/۴۹۲
		اجتناب تجربه‌ای	۳۶/۲۷۳	$> 0/001$	۰/۳۲۷

در جدول ۵ با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی برای هر متغیر و مبتنی بر شفقت و گواه با یکدیگر مقایسه شده است. به تفکیک هر مرحله، گروه‌های درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و درمان

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه متغیرهای تحقیق در مراحل مختلف بین گروه گواه و گروه‌های آزمایش

متغیر	مرحله	گروه	گروه	اختلاف میانگین	خطای معیار	مقدار p
احساس شرم	پیش‌آزمون	گواه	ذهن‌آگاهی	-۰/۲۰۰	۲/۷۰	۰/۶۳۰
		ذهن‌آگاهی	شفقت	۰/۶۰۰	۱/۵۵	۰/۷۱۷
		گواه	ذهن‌آگاهی	۰/۸۰۰	۱/۱۴۵	۰/۳۴۶
	پس‌آزمون	گواه	ذهن‌آگاهی	۳۳/۷۳۳	۱/۲۳۴	<۰/۰۰۱
		ذهن‌آگاهی	شفقت	۵۵/۱۳۳	۱/۷۰۶	<۰/۰۰۱
		ذهن‌آگاهی	شفقت	۲۱/۴۰۰	۰/۹۵۸	<۰/۰۰۱
پیگیری	گواه	ذهن‌آگاهی	۳۳/۹۳۳	۱/۵۷۱	<۰/۰۰۱	
		شفقت	۵۵/۴۰۰	۰/۸۶۵	<۰/۰۰۱	
	ذهن‌آگاهی	شفقت	۲۱/۴۶۷	۰/۶۹۳	<۰/۰۰۱	
		گواه	ذهن‌آگاهی	۰/۳۳۳	۰/۸۷۵	۰/۴۳۲
اجتناب تجربه‌ای	پیش‌آزمون	گواه	ذهن‌آگاهی	۰/۵۳۳	۱/۴۷۳	۰/۵۵۱
		ذهن‌آگاهی	شفقت	۰/۲۰۰	۱/۳۹۴	۰/۹۸۳
		گواه	ذهن‌آگاهی	۱۴/۴۰۰	۱/۳۵۹	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	گواه	ذهن‌آگاهی	۲۴/۱۳۳	۰/۹۸۳	<۰/۰۰۱
		ذهن‌آگاهی	شفقت	۹/۷۳۳	۰/۷۷۴	<۰/۰۰۱
		گواه	ذهن‌آگاهی	۱۳/۹۳۳	۱/۳۶۶	<۰/۰۰۱
پیگیری	گواه	شفقت	۲۳/۶۶۷	۰/۸۷۹	<۰/۰۰۱	
		ذهن‌آگاهی	شفقت	۹/۷۳۳	۱/۷۸۴	<۰/۰۰۱

ایوتزین و همکاران (۱۹) در پژوهش خود نشان دادند که ترکیب ذهن‌آگاهی با مثبت‌نگری در آموزش و درمان بر کاهش علائم اجتناب شناختی و بدتنظیمی‌های هیجان مؤثر است. همچنین کریگر و همکاران (۹) نیز در پژوهش خود اثربخشی درمان شفقت را بر اجتناب تجربه‌ای افراد مبتلا به افسردگی تأیید کردند. از طرفی نیز فتح‌الله‌زاده و همکاران (۴۲) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان گروهی متمرکز بر شفقت می‌تواند به‌عنوان روش مداخله‌ای نوینی در کاهش شرم درونی شده و خودانتقادی در زنان دچار آزار عاطفی به کار رود. از سویی دیگر نیز صادق‌پور و همکاران (۴۶) در مقایسه اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی و شفقت محور، نشان دادند که درمان شفقت اثربخشی بیشتری در مقایسه با درمان ذهن‌آگاهی بر فرسودگی سرطان در بیماران سرطانی داشته است. در آخر نیز احمدی و همکاران (۴۷) درمان ذهن‌آگاهی بر نگرانی و اجتناب تجربه‌ای در دانشجویان مضطرب مؤثر است.

همانطور که ذکر شد بخشی از نتایج پژوهش حاضر مشخص کرد، درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور بر کاهش احساس شرم در زنان خشونت‌دیده تأثیرگذار بود. ایوتزین و همکاران دریافته‌اند، ترکیب ذهن‌آگاهی با مثبت‌نگری در آموزش و درمان، بر کاهش علائم اجتناب شناختی و بدتنظیمی‌های هیجان مؤثر است (۱۹). در تبیین این یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت، از آنجاکه در طی آموزش ذهن‌آگاهی مثبت‌محور توجه از افکار ناخوانده به سوی تمرکز اختیاری جلب می‌شود، فرد قادر خواهد بود در رویارویی با موقعیت‌های مختلف، از پردازش ثانویه افکار و احساسات و حس‌های بدنی جلوگیری کند که

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، در متغیرهای احساس شرم و اجتناب تجربه‌ای در مرحله پیش‌آزمون تفاوتی بین گروه‌های مطالعه‌شده وجود نداشت؛ اما بین گروه‌های درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و درمان مبتنی بر شفقت با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری دیده شد ($p < 0/001$)؛ همچنین در هر دو متغیر بین گروه درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و گروه درمان مبتنی بر شفقت با توجه به میانگین نمرات، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/001$)؛ به طوری که درمان مبتنی بر شفقت در مقایسه با درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور دارای تأثیر بیشتری بر کاهش اجتناب تجربه‌ای احساس شرم در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بود.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی و تداوم تأثیر درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و درمان مبتنی بر شفقت بر احساس شرم و اجتناب تجربه‌ای در زنان خشونت‌دیده انجام شد. نتایج نشان داد، درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش احساس شرم و اجتناب تجربه‌ای در زنان خشونت‌دیده تأثیرگذار بود؛ همچنین روش درمان مبتنی بر شفقت در مقایسه با درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور بر کاهش احساس شرم و اجتناب تجربه‌ای اثربخشی بیشتری داشت. این نتایج با بخشی از یافته‌های پژوهش‌های کریگر و همکاران (۹)، ایوتزین و همکاران (۱۹)، فتح‌الله‌زاده و همکاران (۴۲)، صادق‌پور و همکاران (۴۶) و احمدی و همکاران (۴۷)، همسوست.

در جریان خشونت و هیجانات منفی برانگیخته می‌شوند و احساس شرم کاهش می‌یابد (۴۸). همچنین هدف شیوه‌های ذهن‌آگاهی کار روی احساس‌های بدنی، عاطفی، خاطرات و تصاویر ذهنی است (۱۳). زنان خشونت‌دیده به‌کمک شیوه‌های ذهن‌آگاهی در سطح عاطفی با احساس شرم مبارزه می‌کنند و با استفاده از تصویرسازی ذهنی، شرم و گناه خود را درقبال حوادث زمان خشونت ابراز می‌دارند (۷).

بخشی از نتایج پژوهش حاضر نشان داد، درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور بر کاهش اجتناب تجربه‌ای در زنان خشونت‌دیده تأثیرگذار بود. احمدی و همکاران دریافتند، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی راهبرد مفید و مؤثری برای کاهش نگرانی و اجتناب شناختی در دانشجویان اضطرابی است. مطابق با یافته‌های این مطالعه، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند روش مؤثری برای کاهش اضطراب از طریق کاهش نگرانی و اجتناب شناختی باشد (۴۷). در تبیین یافته مذکور پژوهش حاضر می‌توان مطرح کرد، درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور به بیماران کمک می‌کند با تسهیل در شناسایی به‌موقع الگوهای افکار و احساسات و حس‌های بدنی، آن‌ها را در مرحله مناسبی پیش از توسعه و بسط‌یافتن خنثی کنند (۴۹). در جریان فرایند درمان آن‌ها می‌آموزند: ۱. تنها با فکرکردن به یک رویداد، آن رویداد به‌وقوع نمی‌پیوندد؛ ۲. فکر نگران‌کننده و گناه‌آلود به‌معنای انجام آن عمل نیست؛ ۳. افکار مزاحم را می‌توان به‌صورت ارادی متوقف کرد؛ پیش از آنکه پیامدهای اضطرابی آن آغاز شود (۱۵). همچنین، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به بازسازی شناختی یعنی شناسایی و اصلاح ارزیابی منفی افکار مزاحم، اصلاح نگرش بیش‌برآوردسازی خطر و بیش‌مهم‌پنداری افکار می‌پردازد. طی درمان به افراد آموزش داده می‌شود، در صورت هجوم افکار مزاحم، با به‌کارگیری روش‌های درمانی مناسب با آن‌ها مقابله کنند (۵۰).

ذهن‌آگاهی مستلزم استفاده از راهبردهای رفتاری و شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکزکردن فرایند توجه است که به‌نوبه خود باعث جلوگیری از گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده و رشد دیدگاه جدید و پدیدآیی افکار و هیجان‌های خوشایند می‌شود (۵۱). بیماران در برنامه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی یاد می‌گیرند توجه خود را از افکار و احساسات ناکارآمد منحرف کنند و درعوض به بدن و طبیعت اطرافشان بیشتر توجه داشته باشند (۵۲)؛ بنابراین، با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش می‌توان بیان کرد، توجه آگاهانه به زمان حال و قرارگرفتن در معرض احساسات و افکار ناخوشایند و اجتناب‌نکردن از احساسات، سبب تغییرات شناختی و در نتیجه کاهش و بهبود علائم روانی می‌شود که شاید یکی از ویژگی‌های درمان پس از آموزش ذهن‌آگاهی تغییر در راهبرد مقابله‌ای خود از اجتناب به پذیرش احساسات و افکار باشد (۵۱). آموزش مشاهده افکار و هیجانات آشفته‌ساز بدون قضاوت و پذیرا بودن به‌جای اجتناب یا اشتغال ذهنی به آن‌ها، منجر به افزایش آگاهی از تجربه و ایجاد واکنش آگاهانه و سازگارانه و کنترل بهتر افکار یا هیجانات ناخوشایند در زنان خشونت‌دیده می‌شود (۱۴)؛ براین‌اساس تداوم تمرین‌های ذهن‌آگاهی، تغییرات رفتاری اجتنابی بهتری را در پی دارد (۵۲، ۵۳).

بخشی دیگر از نتایج پژوهش حاضر نشان داد، درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش شرم درونی‌شده در زنان خشونت‌دیده شد. فتح‌الله‌زاده و همکاران دریافتند، آموزش گروهی درمان متمرکز بر شفقت بر شرم درونی‌شده گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری اثر دارد؛ به‌علاوه این آموزش میزان خودانتقادی درونی و خودانتقادی مقایسه‌ای را به‌طور معناداری کاهش داده است (۴۲). براساس یافته‌ها، درمان گروهی متمرکز بر شفقت می‌تواند به‌عنوان روشی مداخله‌ای نوین در کاهش شرم درونی‌شده و خودانتقادی در زنان دچار آزار عاطفی به‌کار رود. در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت، در درمان متمرکز بر شفقت افراد می‌آموزند از احساسات دردناک خود اجتناب نورزند و آن‌ها را سرکوب نکنند؛ بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و به آن احساس شفقت داشته باشند (۱۸). در تمرین‌های خودشفقتی بر تن‌آرامی و ذهن‌آرامی و شفقت به خود تأکید می‌شود که تأثیر بسزایی در آرامش ذهن فرد و کاهش استرس و افکار خودآیند منفی دارند (۱۷). وجود نگرش توأم با شفقت در افراد به آن‌ها کمک می‌کند میان خود و دیگران احساس پیوند داشته باشند و به‌واسطه این احساس بر ترس از طرد غلبه کنند (۵۳، ۵۴).

بخشی دیگر از نتایج پژوهش حاضر نشان داد، درمان مبتنی بر شفقت سبب کاهش اجتناب تجربه‌ای در زنان خشونت‌دیده شد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، در درمان مبتنی بر شفقت، به این زنان آموزش داده می‌شود از احساسات دردناک خود اجتناب و دوری نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند؛ پس می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و به آن احساس مهرورزی و عطف داشته باشند (۳۳)؛ سپس مهرورزانه به خود نگاه کنند. می‌توان گفت، زنان خشونت‌دیده در نتیجه ارائه مداخله به این نتیجه رسیدند که اشتباه یک تجربه مشترک انسانی است و قضاوت سخت‌گیرانه درباره آن بی‌فایده است (۳۴)؛ بلکه بهتر این است آن را با هشیاری به‌عنوان تجربه‌ای مثبت از زندگی خود بپذیرند و با توجه به احساس رنج‌آوری که تجربه کرده‌اند، عطف و مهربانی با خود را بر خویش جایز بدانند (۳۱).

بخشی دیگر از نتایج پژوهش حاضر نشان داد، روش درمان مبتنی بر شفقت در مقایسه با درمان ذهن‌آگاهی در کاهش احساس شرم و اجتناب تجربه‌ای اثربخش‌تر بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت، اکثر زنان خشونت‌دیده، خاطرات دردناکی از واکنش‌های احساسی و هیجانی اولیه را تجربه کرده‌اند (۳۲). در بسیاری اوقات آن‌ها برای رهایی از این احساس‌ها و هیجان‌ها رنج بسیاری می‌کشند؛ همین امر موجب کاهش مدیریت هیجانی، تنیدگی، دامن‌زدن به عوارض جانبی روش‌های درمانگری و در پی آن، تشدید مشکلات روانی بیمار می‌شود (۳۷). خودشفقتی باعث می‌شود زنان خشونت‌دیده، چشم‌انداز گسترده‌تری به مشکلات خود داشته باشند، چالش‌های زندگی و شکست‌های فردی را بخشی از زندگی خود در نظر بگیرند، در هنگام درد و رنج به‌جای احساس انزوا بیش از پیش با دیگران رابطه برقرار کنند و به‌جای سرکوبی و قضاوت و اجتناب از افکار و هیجانات و احساسات، بر آگاهی خود بیفزایند (۳۸). این عوامل به بیمار کمک می‌کند ذهنی گشوده‌تر داشته باشد و توانایی بیشتری برای تغییر دادن شناخت‌ها و پاسخ‌های رفتاری مناسب با بستر کسب کند و راهبردهای

مقابله‌ای تأثیرگذارتری به‌کار برد؛ این امر، حالات هیجانی سازش‌نا یافته را مانند اضطراب و افسردگی و تنیدگی، در وی کاهش می‌دهد (۵۵). زنان خشونت‌دیده مطالعه‌شده در پژوهش حاضر به‌کمک مداخلات متمرکز بر شفقت شامل مؤلفه‌هایی چون مهربانی با خود، اشتراکات انسانی و ذهن‌آگاهی (۵۴)، توانستند به‌جای احساس تنیدگی و قضاوت خود در مقابله با خشونت خانگی، احساس خیرخواهی و صبر بیشتری را تجربه کنند (۳۱). ازسوی دیگر، ازآنجاکه اعضای گروه درمان متمرکز بر شفقت همگی دارای تجربه خشونت‌های شدید خانگی بودند، کمتر مشکل را منحصر به خود پنداشتند و درعین احساس اشتراک جمعی، کمتر مشکل را به خود و بی‌کفایتی خویش مرتبط دانستند (۲۶).

ازطرفی، ازآنجاکه اکثر زنان خشونت‌دیده از بروز مشکلات هیجانی ناشی از خشونت خانگی اجتناب می‌کنند، بیشتر این افراد مطالعه‌شده از طریق مؤلفه ذهن‌آگاهی در درمان شفقت، با نگرداشتن درد و رنج حاصل از خشونت در هشیاری ذهن‌آگاهانه خود، کمتر از احساس رنج فاصله گرفته و آن را مربوط به خود دانستند، لذا وجود آن را انکار نکردند (۲۵). فنون مربوط به درمان متمرکز بر شفقت در طول دوره درمان توانست اثر مثبتی در زمینه کاهش احساس اضطراب و ناامیدی شرکت‌کنندگان این پژوهش درمقایسه با گروه آموزش ذهن‌آگاهی ایجاد کند (۳۳).

از محدودیت‌های عمده پژوهش حاضر می‌توان به نمونه آماری و روش نمونه‌گیری استناد کرد. با توجه به اینکه تمامی نمونه‌های این مطالعه به‌شیوه داوطلبانه و از بین زنان خشونت‌دیده خانه‌های امن زنان تحت خشونت خانگی در شهر شیراز انتخاب شدند، در تعمیم نتایج به سایر جمعیت‌ها باید احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی مطالعات تجربی کنترل‌شده‌تری روی نمونه‌های بالینی قربانی خشونت خانگی صورت گیرد. علاوه بر این، نبود سنجش‌های پیگیرانه برای ارزیابی میزان ماندگاری تأثیر مداخله انجام‌شده، تفسیر و تعمیم این یافته‌ها را با محدودیت مواجه کرد. توصیه می‌شود در مطالعات آتی اثربخشی این مداخله روی جمعیت‌های بالینی و بهنجار با ایجاد فرصت ارزیابی‌های پیگیری مجدد آزمون شود.

۵ نتیجه‌گیری

بررسی نتایج پژوهش حاضر نشان داد، روش درمان مبتنی بر شفقت درمقایسه با درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور بر کاهش احساس شرم و اجتناب تجربه‌ای اثربخش‌تر است. ازطرفی با توجه به استفاده صحیح از شفقت‌ورزی در زمان بروز تنش و اختلاف در روابط زنان خشونت‌دیده، می‌توان خاطر نشان کرد که درمان مبتنی بر شفقت به زنان خشونت‌دیده کمک می‌کند فضای همدلی و صمیمیت نزدیکی را با یکدیگر برقرار کنند؛ همچنین با علاقه و انگیزه بیشتری در جهت حل

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی کارکنان مرکز بهزیستی شهر شیراز و همه شرکت‌کنندگان در پژوهش، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی تخصصی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوشهر است. پروپوزال این رساله در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه به‌تصویب رسید. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی رعایت شد. پژوهش حاضر با کد شناسه IR.BPUMS.REC.1400.014 مصوبه اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی بوشهر در تاریخ ۲ اردیبهشت ۱۴۰۰ به‌تصویب رسید. پیش از شروع کار از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی دریافت شد و آن‌ها از موضوع و روش اجرای پژوهش مطلع شدند؛ به‌علاوه از اطلاعات خصوصی و شخصی داوطلبان محافظت شد و تفسیر نتایج در صورت تمایل برای آن‌ها انجام پذیرفت؛ همچنین مشارکت در پژوهش حاضر هیچ‌گونه بار مالی برای شرکت‌کنندگان نداشت و این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی و جامعه مغایر نبود.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس بودن داده‌ها و مواد

بخشی از داده‌ها نظیر اطلاعات مربوط به پیامدهای اصلی یا امثال آن امکان اشتراک‌گذاری دارد.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش با هزینه شخصی و بدون هیچ حمایت مالی سازمان یا نهادی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول داده‌ها را جمع‌آوری کرد و سپس به آنالیز و تفسیر آن‌ها پرداخت. نویسندگان دوم و سوم در نگارش نسخه دست‌نویس همکار اصلی بودند. همه نویسندگان نسخه دست‌نویس نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

1. Rostami M, Abdi M, Heidari H. Childhood abuse and the amount of forgiveness in married individuals. Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology. 2014;9(32):77-89. [Persian] https://jtbcp.riau.ac.ir/article_72.html?lang=en
2. Abedinia N, Boalhari J, Naghizadeh MM. The comparison of predisposition factors on request divorce on gender. Journal of Psychological Studies. 2015;11(1):141-77. [Persian] https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_1797.html?lang=en
3. Vézina J, Hébert M, Poulin F, Lavoie F, Vitaro F, Tremblay RE. History of family violence, childhood behavior problems, and adolescent high-risk behaviors as predictors of girls' repeated patterns of dating victimization in two developmental periods. Violence Against Women. 2015;21(4):435-59. <https://doi.org/10.1177/1077801215570481>

4. Tesh M, Learman J, Pulliam RM. Mindful self-compassion strategies for survivors of intimate partner abuse. *Mindfulness*. 2015;6(2):192–201. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0244-4>
5. Barlow MR, Goldsmith Turow RE, Gerhart J. Trauma appraisals, emotion regulation difficulties, and self-compassion predict posttraumatic stress symptoms following childhood abuse. *Child Abuse Neglect*. 2017;65:37–47. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.01.006>
6. Irons C, Lad S. Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*. 2017;3(1):47–54.
7. Diedrich A, Grant M, Hofmann SG, Hiller W, Berking M. Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behav Res Ther*. 2014;58:43–51. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.006>
8. Ghadampour E, Radmehr P, Yousefvand L. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on cognitive-behavioral avoidance and mental rumination in comorbidity of social anxiety and depression patients. *Internal Medicine Today Gonabad University of Medical Sciences*. 2017;23(2):141–8. [Persian] <http://dx.doi.org/10.18869/acadpub.hms.23.2.141>
9. Krieger T, Altenstein D, Baettig I, Doerig N, Holtforth MG. Self-compassion in depression: associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behav Ther*. 2013;44(3):501–13. <http://doi.org/10.1016/j.beth.2013.04.004>
10. Dimitropoulou C, Leontopoulou S. A positive psychological intervention to promote well-being in a multicultural school setting in greece. *J Couns Psychol*. 2017;6(1):113–37. <https://doi.org/10.23668/psycharchives.2045>
11. Weare K. Developing mindfulness with children and young people: a review of the evidence and policy context. *J Child Serv*. 2013;8(2):141–53. <https://doi.org/10.1108/JCS-12-2012-0014>
12. Keng SL, Smoski MJ, Robins CJ. Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clin Psychol Rev*. 2011;31(6):1041–56. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006>
13. Cebolla A, Enrique A, Alvear D, Soler J, Garcia-Campayo J. Contemplative positive psychology: introducing mindfulness into positive psychology. *Psychologist Papers*. 2017;37(1):12–18. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2816>
14. Garland EL, Hanley AW, Goldin PR, Gross JJ. Testing the mindfulness-to-meaning theory: Evidence for mindful positive emotion regulation from a reanalysis of longitudinal data. *Plos One*. 2017;12(12):e0187727. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187727>
15. Niemiec R, Rashid T, Spinella M. Strong mindfulness: integrating mindfulness and character strengths. *J Ment Health Couns*. 2012;34(3):240–53. <https://doi.org/10.17744/mehc.34.3.34p6328x2v204v21>
16. Pepping CA, O'Donovan A, Davis PJ. The positive effects of mindfulness on self-esteem. *J Posit Psychol*. 2013;8(5):376–86. <https://doi.org/10.1080/17439760.2013.807353>
17. Waters L. Positive education and mindfulness in schools. Melbourne graduate school of education; 2013.
18. Ong CL. Towards positive education: a mindful school model. 2013. <http://dx.doi.org/10.13140/2.1.3800.5768>
19. Ivtzan I, Niemiec RM, Briscoe C. A study investigating the effects of mindfulness-based strengths practice (MBSP) on wellbeing. *International Journal of Wellbeing*. 2016;6(2):1–13. <https://doi.org/10.5502/ijw.v6i2.557>
20. Veen R. The effect of self-compassion on the happiness, resiliency and marital satisfaction of marital. New York: Redial Publishing Company; 2014.
21. Lazar SW, Kerr CE, Wasserman RH, Gray JR, Greve DN, Treadway MT, et al. Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *NeuroReport*. 2005;16(17):1893–7. <http://doi.org/10.1097/01.wnr.0000186598.66243.19>
22. Bennett-Goleman T. Emotional alchemy: how the mind can heal the heart. New York: Three Rivers Press; 2002.
23. Neff K. Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self Identity*. 2003;2(2):85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
24. Akin A. Self-compassion and loneliness. *International Online Journal of Educational Sciences*. 2010;2(3):702–18.
25. Ghezelsefloo M, Jazayeri RS, Bahrami F, Mohammadi R. Couple styles and self-compassion as predictors for marital satisfaction. *Journal of Applied Counseling*. 2014;5(2):79–96. [Persian] https://jac.scu.ac.ir/article_12593.html?lang=en
26. Rezaye Vala M, Yaarmohammadi Vassel M. The effect of self-compassion training on marital intimacy and marital satisfaction in married female. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2021;15(60):101–14. [Persian] https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_12532.html?lang=en
27. Saeinia M, Kianpour Barjoe L, Dasht Bozorgi Z. The effect of self-compassion training on the emotion regulation of married women who referred to counseling center. *International Journal of Humanities and Social Sciences*. 2015;2(1). [Persian] <https://www.ijhcs.com/index.php/ijhcs/article/view/955>
28. Arbabi F, Saravani S, Zeinali Pour M. The effectiveness of self-compassion on psychological well-being, quality of life and resilience in couples with marital conflicts. *Feyz*. 2022;26(1):82–90. <http://dx.doi.org/10.48307/FMSJ.2022.26.1.82>
29. Hasani F, Rezazadeh M, Ganbari Panah A, Khoshkabar A. The effectiveness of compassion-focused therapy on sexual satisfaction, emotional regulation, and resilience in nurses with burnt marriage syndrome. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2021;7(3):52–64. [Persian] <http://ijrn.ir/article-1-596-en.html>
30. Rajabi G, Gashtil K, Amanollahi A. The relationship between self-compassion and depression with mediating's thought rumination and worry in female nurses. *Iran Journal of Nursing*. 2016;29(99):10–21. [Persian] <http://dx.doi.org/10.29252/ijn.29.99.100.10>
31. Saeedi Z, Ghorbani N, Sarafraz MR, Sharifian MH. The effect of inducing self-compassion and self-esteem on the level of the experience of shame and guilt. *Contemporary Psychology*. 2013;8(1):91–102. [Persian] https://bjcp.ir/browse.php?a_id=178&sid=1&slc_lang=en
32. Raes F. Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Pers Individ Dif*. 2010;48(6):757–61. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.01.023>
33. Neff KD, McGehee P. Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self Identity*. 2010;9(3):225–40. <https://doi.org/10.1080/15298860902979307>

34. Raes F. The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a non-clinical sample. *Mindfulness*. 2011;2(1):33–6. <https://doi.org/10.1007/s12671-011-0040-y>
35. Gilbert P, Procter S. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clin Psychol Psychother*. 2006;13(6):353–79. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>
36. Kelly AC, Zuroff DC, Shapira LB. Soothing oneself and resisting self-attacks: the treatment of two intrapersonal deficits in depression vulnerability. *Cogn Ther Res*. 2009;33(3):301–13. <https://doi.org/10.1007/s10608-008-9202-1>
37. Shapira LB, Mongrain M. The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. *J Posit Psychol*. 2010;5(5):377–89. <https://doi.org/10.1080/17439760.2010.516763>
38. Tirch DD. Mindfulness as a context for the cultivation of compassion. *Int J Cogn Ther*. 2010;3(2):113–23. <https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.2.113>
39. Cook DR. Measuring shame: the internalized shame scale. *Alcohol Treat Q*. 1988;4(2):197–215. https://doi.org/10.1300/J020v04n02_12
40. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire–II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther*. 2011;42(4):676–88. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
41. Rajabi Gh, Abasi Gh. Investigating the relationship between self-criticism, social anxiety and fear of failure with shyness in college students. *Research in Clinical Psychology and Counseling*. 2010;1(2):171–82. [Persain] https://tpccp.um.ac.ir/article_29766.html?lang=en
42. Fatollahzadeh N, Majlesi Z, Mazaheri Z, Rostami M, Navabinejad Sh. The effectiveness of compassion-focused therapy on the internalized and self-criticism on emotionally abused women. *Psychological Studies*. 2017;13(2):151–68. [Persain] https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_2882.html?lang=en
43. Abasi I, Fata L, Moloudi R, Zarabi H. Psychometric properties of Persian version of Acceptance and Action Questionnaire –II. *Journal of Psychological Methods and Models*. 2013;3(10):65–80. [Persain] https://jpmmm.marvdasht.iau.ir/article_61.html?lang=en
44. Hofmann SG, Wu JQ, Boettcher H. Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2014;82(3):375–91. <https://doi.org/10.1037/a0035491>
45. Gilbert P. *Compassion focused therapy: distinctive features*. London: Routledge; 2010.
46. Sadeghpour A, Khalatbari J, Seif AA, Shahriariahmadi A. Comparing the effectiveness of compassion - focused therapy and mindfulness training on post - traumatic developmental disorder and cancer burnout in cancer patients. *Journal of Psychological Science*. 2020;19(86):193–202. [Persain] <http://psychologicalscience.ir/article-1-610-en.html>
47. Ahmadi SZ, Mirzaian B, Maddah MT. Efficacy of mindfulness based cogniive therapy on worry and cognitive aviodance in anxious students of universities. *Journal of Psychology New Ideas*. 2014;1(1):1–10. [Persain] <http://jnip.ir/article-1-45-en.html>
48. Davis DM, Hayes JA. What are the benefits of mindfulness? a practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy*. 2011;48(2):198–208. <https://doi.org/10.1037/a0022062>
49. Helmes E, Ward BG. Mindfulness-based cognitive therapy for anxiety symptoms in older adults in residential care. *Aging Ment Health*. 2017;21(3):272–8. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1111862>
50. McManus F, Muse K, Surawy C, Hackmann A, Williams JMG. Relating differently to intrusive images: the impact of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on intrusive images in patients with severe health anxiety (hypochondriasis). *Mindfulness*. 2015;6(4):788–96. <http://doi.org/10.1007/s12671-014-0318-y>
51. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press; 2002.
52. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. 2010;78(2):169–83. <https://doi.org/10.1037/a0018555>
53. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol*. 2014;53(1):6–41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
54. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program: a pilot and randomized trial of MSC program. *J Clin Psychol*. 2013;69(1):28–44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>
55. Kashdan TB, Ciarrochi J. *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being*. New Harbinger Publications; 2013.