

هم‌سنجی اثربخشی و تداوم تأثیر درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر و شفقت‌درمانی بر اجتناب تجربه‌ای و بدتنظیمی هیجان در زنان قربانی خشونت خانگی

مینوش همایونی^۱

مولود کیخسروانی^{۲*}

علی پولادی ریشه‌ری^۳

پذیرش: ۴۰/۱/۳/۷

دریافت: ۴۰/۱/۲۸

چکیده

مرور پیشینه نظری و تجربی نشان می‌دهد که درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و درمان مبتنی بر شفقت بر بدتنظیمی هیجان و اجتناب تجربه‌ای مؤثر بوده‌است. اما هنوز مشخص نیست که کدام‌یک از این مداخلات در طول زمان اثربخشی بیشتر و پایدارتری دارد. پژوهش حاضر با هدف هم‌سنجی اثربخشی و تداوم تأثیر درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر و شفقت‌درمانی بر اجتناب تجربه‌ای و بدتنظیمی هیجان در زنان قربانی خشونت خانگی انجام پذیرفت. پژوهش حاضر از حیث هدف کاربردی و از نظر ماهیت از نوع طرح‌های نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون چندگروهی با گروه گواه با یک مرحله پیگیری سه ماه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از تمامی زنان قربانی خشونت خانگی که در سال ۹۹-۱۳۹۸ عضو خانه‌های امن شیراز بود که به روش داوطلبانه ۴۵ نفر انتخاب و به روش تصادفی در گروه‌های آزمایش (درمان شفقت و ذهن‌آگاهی مثبت‌محور) و گواه قرار گرفتند. ابزارهای سنجش شامل تنظیم هیجان گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون (۲۰۰۱) و پرسشنامه اجتناب تجربه‌ای باوند و همکاران (۲۰۱۰) بود. یکی از گروه‌های آزمایش مداخله ذهن‌آگاهی مثبت‌محور هافمن، وو و بوتچر (۲۰۱۴) و گروه دیگر آزمایش درمان متمرکز بر شفقت گیلبرت (۲۰۱۰) را هر کدام در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر و بنفرونی انجام شد. نتایج نشان داد، درمان مبتنی بر شفقت و درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور بر بدتنظیمی هیجان و

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

^۲ استادیار گروه روانشناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران (نویسنده مسئول)

Email: moloud.keykhosrovani@gmail.com

^۳ استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، بوشهر، ایران

اجتناب تجربه‌ای مؤثر است ($p < 0/01$). روش درمان مبتنی بر شفقت نسبت به درمان ذهن‌آگاهی در کاهش بدتنظیمی هیجان و اجتناب تجربه‌ای اثربخش‌تر می‌باشد ($p < 0/01$). به نظر می‌رسد که درمان مبتنی بر شفقت و درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور می‌تواند، به‌عنوان یک امر پیشگیرانه و بهبود دهنده در افزایش سلامت روان و کیفیت زندگی زنان قربانی خشونت خانگی مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی: درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر، شفقت‌درمانی، اجتناب تجربه‌ای، بدتنظیمی هیجان، زنان قربانی خشونت خانگی.

مقدمه

خانواده یکی از ارکان و نهادهای اصلی جامعه به شمار می‌رود؛ اهمیت خانواده از این‌روست که نه تنها محیط مناسبی برای همسران به شمار می‌آید، بلکه وظیفه جامعه‌پذیری و تربیت نسل‌های آتی را نیز بر عهده دارد (۵۹). درونی کردن ارزش‌ها و هنجارها از خانواده آغاز می‌شود؛ اما باوجود این، در حال حاضر خانواده دچار آسیب‌هایی نظیر طلاق، اختلافات زناشویی، خودکشی، کودکان فراری و خشونت خانوادگی شده است (۲). در این میان، خشونت خانوادگی یا خشونت در حوزه خصوصی، پدیده‌ای است که روابط سالم خانوادگی را متزلزل ساخته و از بین می‌برد، روابطی که برای بقا و تحکیم خانواده لازم و ضروری است (۶۸)؛ از این‌رو، امروزه اشکال و انواع متفاوتی از خشونت وجود دارد؛ مردانی که همسر خود را کتک می‌زنند، به نیازهای عاطفی و روانی همسر توجه ندارند، سوءاستفاده مالی از همسر می‌کنند و او را مجبور به انجام اعمال خلاف عرف و اخلاق برای تهیه هزینه مواد مخدر می‌کنند (۶). سازمان بهداشت جهانی در قطعنامه‌ای، خشونت علیه زنان، را چنین تعریف کرده است: «هر نوع رفتار خشن و وابسته به جنسیت که موجب آسیب جسمی، روانی یا رنج زنان می‌شود، چنین رفتاری می‌تواند با استفاده از تهدید، اجبار یا سلب مطلق اختیار و آزادی در جمع یا خفا رخ می‌دهد (۵۷).

خشونت زناشویی معمولاً به چهار شیوه جسمی، کلامی، عاطفی و جنسی رخ می‌دهد؛ که نوع عاطفی آن هم شایع‌تر است و هم پیامدهای آن مخرب‌تر از خشونت جسمی است (۶۴). از این‌رو، آزار عاطفی هر نوع غفلت یا عدم حمایت در برابر غفلت را شامل می‌شود که بالقوه آسیب‌زاست؛ نسبت به رشد عاطفی فرد بی‌توجه است و با اثرات منفی طولانی‌مدت و عمیق عملکرد بدر رفتاری، هیجانی و اجتماعی مرتبط است (۵۰).

از طرفی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که زنان خشونت‌دیده در مقایسه با زنان عادی دچار بدتنظیمی هیجان هستند (۱۵). تنظیم هیجان به ظرفیت نظارت، ارزیابی، فهم و اصلاح واکنش‌های هیجانی به شیوه‌ای که برای عملکرد بهنجار سودمند است، اشاره دارد و ماهیتاً فرایندی را در بر می‌گیرد که از طریق آن افراد هیجان‌هایشان را خواه به‌صورت هشیار یا ناهشیار به‌وسیله اصلاح تجارب یا تغییر موقعیت فراخواننده هیجان تنظیم می‌کنند (۵۴). بررسی متون و مطالعات روان‌شناختی گویای آن است که تنظیم هیجان نقش

بسیار مهمی در دامنه گسترده‌ای از پیامدهای روان‌شناختی بازی می‌کند (۶۵، ۲۹)، و عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است (۱۳) و نقص در آن با اختلالات درون‌سازی شده مانند افسردگی، اضطراب و انزوای اجتماعی و اختلالات برون‌سازی شده مانند بزهکاری، و رفتار پرخاشگرانه ارتباط دارد (۴۴). نظریه‌های هیجان تأکید می‌کنند که چگونگی تفسیر یا ارزیابی ما از یک رویداد می‌تواند کارکرد مهمی در پاسخ هیجانی ما داشته باشد (۶۲). باز ارزیابی با استفاده از هر دو مقیاس‌های خودگزارشی و فیزیولوژیکی در کاهش عاطفه منفی مؤثر شناخته شده است (۵۰)، و استفاده همیشگی از ارزیابی شناختی با سلامت روانی زیاد (۲۸) و سطوح پایینی از آسیب روانی همراه است (۱۹).

اجتناب تجربی^۱ تلاش‌هایی انعطاف‌ناپذیر برای اجتناب از تجربه‌های هیجانی یا روان‌شناختی، سرکوب یا مهار تجربه‌های هیجانی یا روان‌شناختی تعریف شده است (۳۲). تمایل همیشگی و مداوم فرد به تجربه افکار و احساس‌های ناراحت‌کننده و اجتناب و ممانعت از تجربه‌های مرتبط، با طیف گسترده‌ای از مشکلات مرتبط است (۱۰). ابعاد اجتناب تجربی شامل اجتناب موقعیتی و آشکار از ناراحتی‌های جسمانی و پریشانی؛ پریشانی‌گریزی^۲ به شکل ارزیابی و نگرش‌های منفی نسبت به پریشانی و پریشانی غیرقابل‌پذیرش؛ تعویق^۳ به شکل به تعویق انداختن پریشانی پیش‌بینی‌شده؛ حواس‌پرتی / فرونشانی^۴ به شکل تلاش برای نادیده گرفتن یا سرکوب پریشانی؛ انکار / سرکوبی^۵ به شکل فاصله گرفتن از پریشانی و عدم آگاهی نسبت به پریشانی؛ و نیز تحمل پریشانی^۶ به شکل تمایل به رفتار مؤثر در برابر پریشانی است (۲۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهند اجتناب تجربی بیشتر از اینکه اختلال هیجانی باشد، می‌تواند در سبب‌شناسی دوره‌های اختلال‌های هیجانی دخیل باشد (۴۵). به‌عنوان مثال باردین و فرگوس^۷ (۷) دریافتند افرادی که نمره اجتناب تجربی بالایی دارند؛ آشفتگی روان‌شناختی از جمله افسردگی و اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند. پژوهشگران نشان داده‌اند دشواری‌های بین‌فردی^۸، مشکلات عودکننده‌ای است که در رابطه با دیگران تجربه، و منجر به آشفتگی روان‌شناختی می‌شود (۴۲). دشواری‌های بین‌فردی با طیف گسترده‌ای از آسیب‌های روان‌شناختی مرتبط است (۵۵). بل و هیگینز (۸) و هو، کیم، یو و چای^۹ (۳۵) دریافتند آسیب کودکی از طریق اجتناب تجربی و دشواری‌های بین‌فردی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده افسردگی و اضطراب باشد. از سوی، گرهارت، باکر، هارگر و رونان^{۱۰} (۲۴) گزارش کردند؛ اجتناب تجربی ناشی از آشفتگی ذهنی، بر دشواری‌های بین‌فردی تأثیرگذار است.

1. experiential avoidance
2. distress aversion
3. procrastination
4. distraction/suppression
5. repression/denial
6. distress endurance
7. Bardeen & Fergus
8. interpersonal problems
9. Huh, Kim, Yu & Chae
10. Gerhart, Baker, Hoerger & Ronan

نگاهی به نتایج پژوهش‌های گذشته در حوزه درمان‌های مثبت‌نگر (۲۳، ۱۸) درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی (۷۱، ۷۰، ۳۸) حاکی از تأثیر مثبت این نوع درمان‌ها بر طیف متنوعی از مسائل مختلف زنان است. با این حال، از لحاظ نظری و از لحاظ پژوهشی، طی سال‌های اخیر برخی از اندیشمندان با هدف بسط و گسترش ظرفیت‌های درمانی برای زنان و مردان، از حلقه‌های اتصال و امکان تلفیق برخی از درمان‌های روان‌شناختی و اجتماعی سخن به میان آورده‌اند. امکان تلفیق برخی درمان‌ها با یکدیگر بیشتر از این نظر مطرح شده که امکان استفاده از نقاط قوت درمان‌ها در کنار یکدیگر را فراهم می‌کند. برای نمونه سبولا^۱ و همکاران با مروری عمیق و جامع نشان داده‌اند که ذهن‌آگاهی خود یک سازه مثبت‌نگر است که با ادغام عمیق‌تر در درمان‌ها و آموزش‌های مثبت‌نگر دیگر، امکان بهره بردن از ظرفیت دو درمان ذهن‌آگاهی و مثبت‌نگری در کنار یکدیگر را فراهم می‌کند (۱۲). این ادعا با مجموعه شواهدی که طی سال‌های اخیر از رابطه و استفاده هم‌زمان مثبت‌نگری و ذهن‌آگاهی به دست آمده، همسویی قابل‌توجهی نشان می‌دهد. بررسی گارلند، هانلی، گلدین و گراس^۲ (۲۲) و نیمک، رشید، اسپینلا^۳ (۴۹) بر امکان ترکیب ذهن‌آگاهی و مثبت‌نگری متمرکز بر نقاط قوت انسانی نشان داده که هم از لحاظ نظری و هم از لحاظ پژوهشی، ترکیب ذهن‌آگاهی و مثبت‌نگری می‌تواند، زمینه‌ساز تأثیرات چشمگیر درمان باشد. سبولا و همکاران در پژوهشی نشان دادند که درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر بر افزایش تنظیم هیجان مثبت در افراد مؤثر است (۱۲). بررسی‌های واترز^۴ و همکاران (۶۹)، انگ^۵ (۵۲) و پژوهش ایوتزین^۶ و همکاران (۳۶) نشان دادند که ترکیب ذهن‌آگاهی با مثبت‌نگری در آموزش و درمان بر کاهش بدتنظیمی‌های هیجان مؤثر است.

از طرفی سایر، روان‌درمانی‌های شناختی در خشونت زناشویی به درمان علائم اضطرابی (۲۷)، کاهش افسردگی و افزایش صمیمیت زناشویی (۵) کمک می‌نماید. یکی از درمان‌های موج سوم، درمان مبتنی بر شفقت خود است. این مداخله اشاره می‌کند که افکار، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد در مواجهه با درون خود آرام می‌شود (۶۷). شفقت خود یک سازه مهم در تعدیل واکنش افراد به موقعیت‌های ناراحت‌کننده است (۴۰). لذا برای افزایش تنظیم هیجان‌ها و کاهش احساس تنهایی در زنان آسیب‌دیده از خشونت زناشویی می‌توان از رویکرد نوین آموزش شفقت خود، استفاده نمود (۹).

نف^۷ شفقت خود را به‌عنوان سازهایی مؤلفه‌هایی شامل مهربانی با خود^۸ در مقابل قضاوت کردن خود^۹،

1. Cebolla
2. Garland, Hanley, Goldin, & Gross
3. Niemiec, Rashid, & Spinella
4. Waters
5. Ong
6. Ivtzan
7. Neff
8. self-kindness
9. self-judgment

اشتراک انسانی^۱ در مقابل انزوا^۲ و به‌شیری^۳ در مقابل همانندسازی افراطی^۴ تعریف کرده‌است (۴۷). ترکیب این مؤلفه‌ها مشخصه هر فردی است که به خود شفقت می‌ورزد. در آموزش شفقت خود، درک خود به‌جای قضاوت خود و نوعی حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است. نتایج پژوهش‌ها حاکی از این است که مهربانی با خود، اشتراک انسانی و به‌شیری با احساس تنهایی رابطه معکوس دارد. از طرف دیگر قضاوت خود، انزوا و همانندسازی افراطی، با احساس تنهایی رابطه مثبت دارد و شفقت خود اثر مستقیم بر احساس تنهایی دارد (۴). پژوهش رضایی نشان داد که آموزش شفقت خود بر میزان گذشت، احساس تنهایی و کیفیت زندگی زنان متأهل مؤثر است (۴۱، ۵۸).

داشتن شفقت خود در زندگی زناشویی نیازمند این است که فرد به خاطر شکست‌ها یا نرسیدن به استانداردها، به انتقادات سخت‌گیرانه از خود نپردازد و این مفهوم به معنی توجه نکردن یا اصلاح نکردن این شکست‌ها نیست (۴۷). زمانی که خود با این باور که انتقاد خود می‌تواند فرد را وادار به تغییر و پیشرفت کند، به خاطر اشتباهات به‌سختی مورد قضاوت قرار بگیرد، عملکردهای حمایتی خود برای تهدید نشدن حرمت خود فرد، در جهت پنهان کردن نواقص از خودآگاهی فرد عمل می‌کنند (۱۴).

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مداخله مبتنی بر شفقت خود بر افزایش گذشت، انعطاف‌پذیری و رضایت زناشویی افراد متأهل (۴۶)، بر کاهش باورهای غیرمنطقی، خودگسستگی و نارضایتی زوجین متقاضی طلاق (۱۷)، بر تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجانی زنان متأهل (۵۶، ۱۶، ۱۵) بر نشخوار فکری و اجتناب شناختی زنان (۵۳) مؤثر است. درمان متمرکز بر شفقت از طریق افزایش آگاهی درونی، پذیرش بدون قضاوت، همدلی و توجه مستمر بر احساسات درونی، به کاهش مشکلات روان‌شناختی مراجعان کمک می‌کند (۶۴). از این رو، با توجه به میزان شیوع روزافزون خشونت زناشویی در خانواده‌ها و اثرات جانبی که بر فرد و خانواده دارد؛ پژوهش حاضر حوزه‌های جدید از مباحث روان‌درمانی را مدنظر قرار داده‌است. در نتیجه پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا اثربخشی و تداوم تأثیر درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور و درمان مبتنی بر شفقت بر بدتنظیمی هیجان در زنان خشونت‌دیده با هم تفاوت دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر ماهیت داده‌های جمع‌آوری شده جزء مطالعات کمی، از حیث هدف جزء مطالعات کاربردی و از نظر شیوه جزء طرح‌های نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون چندگروهی با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از تمامی زنان قربانی خشونت خانگی که در سال ۹۹-۱۳۹۸ به عضویت خانه‌های امن زنان تحت خشونت خانگی در شهر شیراز درآمده‌اند، بود. پژوهشگر پس از مراجعه به سازمان بهزیستی شهر شیراز و دریافت مجوز از بهزیستی با شماره مجوز ۹۲۶/۰۰/۱۶۷۳ در تاریخ

1. common humanity
2. isolation
3. mindfulness
4. over-identification

۱۴۰۰/۲/۵ با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری داوطلبانه و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش نمونه پژوهش را از بین زنان خشونت‌دیده به عضویت درآمده‌خانه‌های امن خشونت خانگی بهزیستی شهر شیراز واقع در بولوار شهید فیاض‌بخش، کوی زهرا پس از ارائه فرم رضایت آگاهانه و پر کردن آن توسط اعضا، انتخاب کرد. روش نمونه‌گیری، غیرتصادفی و داوطلبانه بود. ملاک‌های ورود شرکت‌کننده‌ها، حداقل تحصیلات در سطح دیپلم و حداقل سن ۲۰ و حداکثر ۴۰ سال و ملاک‌های خروج شرکت‌کننده‌ها ابتلا به هرگونه بیماری جسمی و روانی که منجر به تداخل با متغیرهای تحقیق شود، بود. برای محاسبه حجم نمونه در این پژوهش از فرمول کوهن (۱۹۸۱) استفاده شد و با استفاده از محاسبات، حجم نمونه برابر با ۱۰ نمونه در هر گروه محاسبه گردید. که با احتساب ۳ گروه باید در کل ۳۰ نفر در این مطالعه در نظر گرفته می‌شد. از آنجایی که احتمال ریزش برخی شرکت‌کننده‌ها وجود داشت و همچنین در پژوهش‌های مشابه حجم هر گروه ۱۵ نفر پیشنهاد شده‌است، در این پژوهش تعداد ۴۵ نفر نمونه انتخاب و در سه گروه ۱۵ نفره (۳۰ نفر در دو گروه آزمایش و ۱۵ نفر در یک گروه گواه) جایگزین شدند. پس از انتخاب افراد نمونه، در مورد موضوع، دوره‌های درمان و اهداف آنها برای شرکت‌کننده‌ها توضیح داده شد و به آنها ملاحظات اخلاقی تحقیق توضیح داده شد، پس از پایان دوره زنان خشونت‌دیده به‌عنوان نمونه آماری به پرسشنامه تنظیم هیجان پاسخ دادند در این مدت گروه گواه در انتظار ماند و درمانی روی آنها اعمال نشد. بعد از ۴ ماه از اجرای آزمون مجدد، آزمون پیگیری (follow up) روی شرکت‌کننده‌ها اجرا گردید. این پژوهش با کد شناسه IR.BPUMS.REC.1400.014 مصوبه اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی بوشهر در تاریخ ۱۴۰۰/۲/۱۲ تصویب شده‌است. ملاحظات اخلاقی عبارت از اخذ رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، حق انصراف از شرکت در پژوهش، رازداری و حفظ حریم شخصی، عدم افشای اطلاعات هویتی و انتشار یافته‌ها بدون ذکر نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان و اجتناب از تبعیض فرهنگی و نژادی بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه تنظیم هیجان^۱ (۲۰۰۱): این پرسشنامه بر مبنای پرسشنامه اصلی کنترل شناختی هیجان^۲ و توسط گارنفسکی، کرایج و اسپینهاون^۳ (۲۰۰۱) در کشور هلند تدوین شده‌است و یک پرسشنامه چندبعدی است که جهت شناسایی راهکارهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. برخلاف سایر پرسشنامه‌های مقابله‌ای که به‌صورت آشکار بین افکار فرد و اعمال واقعی وی تمایز قائل نمی‌شوند، این پرسشنامه افکار فرد را پس از مواجهه با یک تجربه منفی یا وقایع آسیب‌زا ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است و دارای ۱۸ ماده می‌باشد. اجرای

1. Emotion regulation questionnaire
2. CERQ
3. Granefski, Kraaij & Spinhoven

این پرسشنامه خیلی آسان است و هم برای افراد بهنجار و هم برای جمعیت‌های بالینی قابل استفاده می‌باشد. این پرسشنامه از ۹ خرده‌مقیاس تشکیل شده‌است. خرده‌مقیاس‌های مذکور ۹ راهکار شناختی ملامت خود، پذیرش، نشخوار گری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند. دامنه نمرات مقیاس از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) می‌باشد. هر خرده‌مقیاس شامل ۴ ماده است. نمره کل هر یک از خرده‌مقیاس‌ها از طریق جمع کردن نمره ماده‌ها به دست می‌آید بنابراین دامنه نمرات هر خرده‌مقیاس بین ۴ تا ۲۰ خواهد بود. نمرات بالا در هر خرده‌مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر راهکار مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع استرس‌زا و منفی می‌باشد. در پژوهش گارنفسکی و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ برای نه خرده‌مقیاس پرسشنامه مذکور بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۰ گزارش شده‌است (۲۸). همچنین حسنی در ایران ضریب آلفای کرونباخ را بین دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ و اعتبار این آزمون را در دامنه‌ای از ۰/۷۳ تا ۰/۸۸ گزارش کرده‌است (۳۰).

پرسشنامه اجتناب تجربی^۱ (۲۰۱۱): این پرسشنامه از سوی باوند^۲ و همکاران (۲۰۱۱) برای سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به‌ویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته تدوین شده و دارای ۷ سؤال است. سؤال‌های این پرسشنامه بر اساس میزان توافق در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (هرگز=۱، خیلی بندرت=۲، بندرت=۳، گاه اوقات=۴، بیشتر اوقات=۵، تقریباً همیشه=۶، همیشه=۷) رتبه‌بندی می‌شود. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین‌تر و اجتناب تجربی بالاتر است. پایایی آزمون - بازآزمون این پرسشنامه توسط باوند و همکاران ۰/۸۱ و همسانی درونی آن ۰/۸۴ به دست آمده‌است (۱۱). در ایران نیز در پژوهش عباسی و همکاران ضریب پایایی آلفای کرونباخ پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش دوم ۰/۸۹ و ضریب پایایی بازآزمون ۰/۷۶ به دست آمده‌است (۱).

جلسات درمانی ذهن‌آگاهی مثبت‌محور: بر اساس راهنمای هافمن، وو و بوتچر^۳ (۳۴) و جلسات درمان شفقت بر اساس کتاب درمان متمرکز بر شفقت گیلبرت^۴ (۲۵) استخراج شد. در جداول ۱ و ۲ خلاصه‌ای از اهداف جلسات درمانی ارائه شده‌است.

1. Experiential avoidance's Questionnaire
2. Bond
3. Hofmann, Wu & Boettcher
4. Gilbert

جدول ۱. محتوای جلسات درمان مبتنی بر شفقت گیلبرت (۲۰۱۰)

جلسه و موضوع	محتوا
جلسه اول / آشنایی و بیان قواعد جلسات و مشکل فعلی	<ul style="list-style-type: none"> • معرفی و برقراری ارتباط و ایجاد رابطه حسنه و اتحاددرمانی و شرح قوانین گروه • تعیین هدف و فرمول‌بندی مراجع • گوش سپردن به روایت‌های زنان و همدلی اعضا با یکدیگر (آموزش همدلی) • توضیح در خصوص شفقت به خود و عناصر آن • توصیف مختصری در خصوص کمرویی و خودناتوان‌سازی تحصیلی • تکلیف: تمرین تنفس آرام‌بخش به زنان
جلسه دوم / معرفی شفقت به خود و خودانتقادی	<ul style="list-style-type: none"> • مرور جلسه قبل و بررسی نوع برخورد اعضا با خود (سبک انتقادگر و با شفقت‌گرا) • تعریف خودانتقادی و علل و پیامدهای آن • تعریف شفقت • تکلیف: پاسخ به این سؤال که چقدر به خودتان شفقت‌ورز هستید؟
جلسه سوم / معرفی ویژگی‌ها و مهارت‌های شفقت به خود و چگونگی تأثیرگذاری آن بر حالات روانی فرد	<ul style="list-style-type: none"> • بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ شفقت به خود چیست؟ • بررسی ویژگی‌ها و مهارت‌های آن و چگونگی تأثیرگذاری بر حالات روانی فرد • معرفی سه سیستم تنظیم هیجانی و نحوه تعامل با آنها • تکلیف: شناسایی افکار و رفتار خودانتقادگر
جلسه چهارم / معرفی تصویرسازی ذهنی	<ul style="list-style-type: none"> • بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل معرفی تصویرپردازی ذهنی و منطبق آن. آموزش تمرین تصویرپردازی و اجرای آن در گروه (تصور رنگ، مکان و ویژگی‌های شفقت‌گر) تکلیف: تمرین تصویرسازی ذهنی
جلسه پنجم / پرورش خود شفقت‌ورز و معرفی مفاهیم: خرد، توانایی، گرمی و مسئولیت‌پذیری	<ul style="list-style-type: none"> • بررسی تکلیف و سرور جلسه قبل؛ پرورش خود شفقت‌ورز و معرفی مفاهیم: خرد، توانایی، گرمی و مسئولیت‌پذیری در ایجاد شفقت • آموزش نحوه تصویرپردازی در مورد خود شفقت‌ورز • تکلیف: تصویرپردازی ذهنی خود شفقت‌ورز
جلسه ششم / آموزش نامه‌نگاری شفقت‌ورز	<ul style="list-style-type: none"> • بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل • آموزش نامه‌نگاری شفقت‌ورز • تکلیف: "تصور کنید خود شفقت‌ورزتان به شما نامه‌ای می‌نویسد، مکالمه را تجسم کرده و آن را یادداشت کنید."
جلسه هفتم / توضیح ترس از شفقت به خود و شناسایی افکار ممانعت‌کننده از پرورش شفقت به خود	<ul style="list-style-type: none"> • بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل • ترس از شفقت به خود • شناسایی افکار ممانعت از پرورش شفقت به خود و کاربر روی آنها • تکلیف: تمرکز بر موانع موجود در پرورش شفقت به خود و تمرین شفقت نسبت به آنها
جلسه هشتم / جمع‌بندی مفاهیم بررسی شده در جلسات	<ul style="list-style-type: none"> • بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل • جمع‌بندی مفاهیم بررسی شده در جلسات • درخواست از اعضا برای توضیح دستاوردهایشان از گروه • تکلیف: ادامه به تمرین‌های تصویرپردازی

جدول ۲. محتوای جلسات ذهن‌آگاهی مثبت‌محور هافمن، وو و بوتچر (۲۰۱۴)

جلسات / موضوع	محتوا
جلسه اول / هدایت خودکار	<ul style="list-style-type: none"> • بیان قوانین و اهداف جلسات گروهی • خوردن کشمش ذهن‌آگاه (مراقبه‌ای است که در آن شرکت‌کنندگان چند دقیقه را صرف بررسی ویژگی‌های حسی-بینایی، بویایی، مزه و لمس یک دانه کشمش می‌کنند). تکلیف خانگی: انجام واریسی بدنی در طی ۶ روز. • واریسی بدنی، تکلیف خانگی: انجام ذهن‌آگاه یک فعالیت عادی روزمره در هر روز (شستن، غذا خوردن، مسواک زدن و...).
جلسه دوم / مقابله با موانع	<ul style="list-style-type: none"> • تمرین افکار و احساسات، تکلیف خانگی: ثبت وقایع خوشایند
جلسه سوم / حضور ذهن یا تکنیک تنفس	<ul style="list-style-type: none"> • مراقبه نشسته؛ تکلیف خانگی: فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای سه بار در هر روز • راه رفتن ذهن‌آگاه؛ تکلیف خانگی: راه رفتن ذهن‌آگاه. • فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای؛ تکلیف خانگی: ثبت وقایع ناخوشایند
جلسه چهارم / ماندن در زمان حال	<ul style="list-style-type: none"> • مراقبه دیدن / مراقبه شنیدن؛ تکلیف خانگی: مراقبه نشسته • مراقبه نشسته؛ تکلیف خانگی: فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای نه تنها سه بار در روز بلکه در هر زمانی که متوجه استرس و هیجانات ناخوشایند می‌شوند.
جلسه پنجم / اجازه و مجوز	<ul style="list-style-type: none"> • مراقبه نشستن؛ تکلیف خانگی: مراقبه نشستن هدایت‌شده
جلسه ششم / افکار حقایق نیستند	<ul style="list-style-type: none"> • مراقبه نشسته تجسم؛ تکلیف خانگی: مراقبه هدایت‌شده کوتاه‌تر حداقل به مدت ۴۰ دقیقه. • سناریوهای مبهم؛ تکلیف خانگی: فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای نه تنها سه بار در روز بلکه در هر زمانی که متوجه استرس و هیجانات ناخوشایند می‌شوند.
جلسه هفتم / مراقبت از خود	<ul style="list-style-type: none"> • اشاره به ارتباط بین خلق و فعالیت؛ تکلیف خانگی: فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای نه تنها سه بار در روز بلکه در هر زمانی که متوجه استرس و هیجانات ناخوشایند می‌شوند. • بحث در مورد نشانه‌های بیماری؛ تکلیف خانگی
جلسه هشتم / استفاده از آموخته‌ها	<ul style="list-style-type: none"> • واریسی بدنی، تکلیف خانگی، انعکاس، پس‌خوراند

پس از جمع‌آوری داده متناسب با سطح سنجش داده‌ها و مفروضات آماری (نرمال بودن، همگنی واریانس‌ها، همگنی ماتریس واریانس کوواریانس و مفروضه کرویت)، از آزمون تحلیل واریانس آمیخته، روش تحلیل واریانس چندمتغیری MANOVA و کوواریانس و آزمون‌های تعقیبی شفه و بنفرونی جهت آزمون فرضیه‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

تعداد شرکت‌کنندگان در سه گروه گواه، درمان ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر شفقت به تعداد ۱۵ نفر در هر گروه بود. ۲۵ نفر (۶۳ درصد) از شرکت‌کنندگان در تحقیق ۲۰ تا ۳۰ سال سن و ۲۰ نفر (۳۷ درصد) بزرگ‌تر از ۳۰ تا ۴۰ سال سن داشتند. میانگین و انحراف استاندارد میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در نظرسنجی به ترتیب ۳۱/۰۶ و ۵/۶ سال می‌باشد. ۲۷ نفر (۶۰ درصد) از افراد شرکت‌کننده در تحقیق

دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۴ نفر (۹ درصد) دارای مدرک تحصیلی فوق دیپلم، ۹ نفر (۲۰ درصد) دارای مدرک تحصیلی لیسانس، ۴ نفر (۹ درصد) دارای مدرک تحصیلی فوق لیسانس و ۱ نفر (۲ درصد) دارای مدرک تحصیلی دکتری می‌باشند.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های تحقیق به تفکیک برای سه گروه کنترل، درمان ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر شفقت در سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)

مرحله	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اجتناب	۳۸/۸۰	۵/۰۹	۳۸/۴۷	۵/۰۱	۳۷/۹۳	۵/۰۶
	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
	۷۶/۶۰	۷/۴۹	۷۶/۲۰	۷/۱۹	۷۵/۴۰	۷/۴۱
بدتنظیمی	۷۴/۳۳	۶/۴۰	۵۰/۱۳	۵/۰۰	۴۹/۸۰	۵/۰۷
	۷۶/۰۷	۶/۸۳	۳۵/۰۷	۹/۷۱	۳۴/۸۷	۹/۹۴

جدول ۴. بررسی نرمال بودن داده‌های تحقیق در گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله تحقیق

مرحله	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	اجتناب	بدتنظیمی	اجتناب	بدتنظیمی	اجتناب	بدتنظیمی
کنترل	۰/۱۸۲	۰/۱۵۱	۰/۱۳۰	۰/۱۳۸	۰/۱۱۵	۰/۱۶۰
	۰/۱۹۳ ^c	۰/۲۰۰ ^{c,d}	۰/۲۰۰ ^{c,d}	۰/۲۰۰ ^{c,d}	۰/۲۰۰ ^{c,d}	۰/۲۰۰ ^{c,d}
درمان	۰/۱۲۲	۰/۱۳۱	۰/۱۵۸	۰/۱۳۲	۰/۱۶۷	۰/۱۷۳
	۰/۲۰۰ ^{c,d}	۰/۲۰۰ ^{c,d}	۰/۲۰۰ ^{c,d}	۰/۲۰۰ ^{c,d}	۰/۲۰۰ ^{c,d}	۰/۲۰۰ ^{c,d}
ذهن آگاهی	۰/۱۹۰	۰/۱۳۳	۰/۲۰۰	۰/۱۹۱	۰/۲۰۹	۰/۱۹۵
	۰/۱۴۹ ^c	۰/۲۰۰ ^{c,d}	۰/۱۱۰ ^c	۰/۱۴۸ ^c	۰/۰۷۸ ^c	۰/۱۳۱ ^c

همان‌طور که در جدول (۴) مشاهده می‌شود، از آنجایی که مقادیر آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای متغیرهای اجتناب تجربه‌ای و بدتنظیمی هیجان در گروه‌های آزمایشی و کنترل معنادار نمی‌باشند. لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نرمات در این متغیرها نرمال می‌باشد. قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نتیجه پیش‌فرض کرویت ماچلی جهت همگنی ماتریس کوواریانس نرمات متغیرها ارائه شده‌است. شایان ذکر است زمانی این پیش‌فرض رعایت می‌گردد که سطح معناداری برای ضریب W ماچلی بیشتر از $0/05$ باشد.

جدول ۵. آزمون ماچلی برای متغیرهای تحقیق

اثر بین گروهی	ضریب ماچلی	کای اسکوئر	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	گرین هاوس - گیسر	هوبن - فلت	حد پایین
اجتناب تجربه‌ای	.۰۶۳	۱۱۳/۶۴۰	۲	.۰۷۵	.۵۱۶	.۵۴۳	.۵۰۰
بدتنظیمی هیجانی	.۱۷۴	۷۱/۶۸۳	۲	.۰۶۴	.۵۴۸	.۵۷۸	.۵۰۰

بر اساس نتایج جدول شماره (۵) با توجه به سطح معناداری ضریب W ماچلی برای متغیر ادراک درد مشاهده می‌گردد که نشان می‌دهد همگنی ماتریس کوواریانس نمرات ادراک درد در مراحل مختلف تحقیق رعایت شده‌است.

جدول ۶. آزمون اثرات بین آزمودنی برای مقایسه زیر مؤلفه‌های تحقیق در گروه تحت درمان به روش درمان ذهن‌آگاهی

مقدار	آماره F	درجه آزادی خطای	درجه آزادی سطح معنی‌داری	مقدار	اثر پیلایی	گروه *
۱/۰۱۲	۶/۴۸۹	۱۲/۰۰۰	۷۶/۰۰۰	۰۰۰	اثر پیلایی	
۰.۲۴	۳۳/۴۷۰ ^b	۱۲/۰۰۰	۷۴/۰۰۰	۰۰۰	لامبدای ویلکز	گروه *
۳۸/۸۱۳	۱۱۶/۴۳۹	۱۲/۰۰۰	۷۲/۰۰۰	۰۰۰	اثر هتلینگ	مرحله
۳۸/۷۷۴	۲۴۵/۵۷۱ ^c	۶/۰۰۰	۳۸/۰۰۰	۰۰۰	بزرگ‌ترین ریشه روی	

همان‌طور که در جدول شماره (۶) مشاهده می‌گردد، سطح معنی‌داری هر چهار آماره چندمتغیری مربوطه، یعنی اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی، کوچک‌تر از ۰,۰۱ است. بدین ترتیب فرض صفر آماری رد و مشخص می‌گردد که حداقل بین سه متغیر تحقیق در سه گروه آزمونی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد. به منظور مقایسه زوجی گروه‌ها با یکدیگر، از آزمون بنفرونی استفاده شد که نتایج حاصل در جدول شماره (۷) ارائه شده‌است. همان‌طور که در جدول شماره (۷) قابل مشاهده‌است، متغیرهای احساس شرم درونی شده، اجتناب تجربه‌ای و بدتنظیمی هیجانی در مرحله پیش‌آزمون و در گروه‌های مختلف (کنترل، ذهن‌آگاهی و شفقت) تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند ($P>0/05$). اما برای متغیرهای تحقیق در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، بین گروه کنترل و گروه‌های آزمایش (درمان ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر شفقت) اختلاف معنادار وجود دارد. و روش‌های درمان ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش اجتناب تجربه‌ای و بدتنظیمی هیجانی شده‌اند.

جدول (۷): آزمون بنفرونی برای مقایسه متغیرهای تحقیق در مراحل مختلف در بین گروه کنترل و گروه‌های آزمایش

متغیر	مرحله	گروه	گروه	اختلاف میانگین	انحراف استاندارد	سطح معناداری
اجتناب تجربه‌ای	پیش‌آزمون	کنترل	ذهن‌آگاهی	۲/۳۳۳	۱/۸۷۵	.۶۶۰
		کنترل	شفقت	۲/۳۳۳	۱/۸۷۵	.۵۵۱
		ذهن‌آگاهی	کنترل	-۲/۳۳۳	۱/۸۷۵	.۶۶۰
	پس‌آزمون	کنترل	ذهن‌آگاهی	۱۴/۴۰۰*	۱/۳۵۹	.۰۰۰
		کنترل	شفقت	۲۴/۱۳۳*	۱/۳۵۹	.۰۰۰
		ذهن‌آگاهی	کنترل	-۱۴/۴۰۰*	۱/۳۵۹	.۰۰۰
پیگیری	پیش‌آزمون	کنترل	ذهن‌آگاهی	۱۳/۹۳۳*	۱/۳۶۶	.۰۰۰
		کنترل	شفقت	۲۳/۶۶۷*	۱/۳۶۶	.۰۰۰
		ذهن‌آگاهی	کنترل	-۱۳/۹۳۳*	۱/۳۶۶	.۰۰۰
	پس‌آزمون	کنترل	ذهن‌آگاهی	۲/۲۶۷	۲/۵۲۷	۱/۰۰۰
		کنترل	شفقت	.۵۳۳	۲/۵۲۷	۱/۳۶۶
		ذهن‌آگاهی	کنترل	-۲/۲۶۷	۲/۵۲۷	۱/۳۶۶
بدتنظیمی هیجانی	پیش‌آزمون	کنترل	ذهن‌آگاهی	۲۶/۰۶۷*	۲/۷۵۷	.۰۰۰
		کنترل	شفقت	۴۱/۱۳۳*	۲/۷۵۷	.۰۰۰
		ذهن‌آگاهی	کنترل	-۲۶/۰۶۷*	۲/۷۵۷	.۰۰۰
	پس‌آزمون	کنترل	ذهن‌آگاهی	۲۵/۶۰۰*	۲/۸۲۵	.۰۰۰
		کنترل	شفقت	۴۰/۵۳۳*	۲/۸۲۵	.۰۰۰
		ذهن‌آگاهی	کنترل	-۲۵/۶۰۰*	۲/۸۲۵	.۰۰۰
پیگیری	کنترل	ذهن‌آگاهی	۱۴/۹۳۳*	۲/۸۲۵	.۰۰۰	
	کنترل	شفقت				
	ذهن‌آگاهی	کنترل				

همچنین در جدول شماره (۷) اختلاف بین متغیرهای تحقیق در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، بین گروه درمان ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر شفقت معنادار شده‌است. و با توجه به مثبت شدن اختلاف، نتیجه می‌شود که اثربخشی روش درمان مبتنی بر شفقت نسبت به درمان ذهن‌آگاهی در کاهش اجتناب تجربه‌ای و بدتنظیمی هیجانی اثربخش‌تر می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر هم‌سنجی اثربخشی و تداوم تأثیر درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر و شفقت‌درمانی بر

اجتناب تجربه‌ای و بدتنظیمی هیجان در زنان قربانی خشونت خانگی بود. روش درمان مبتنی بر شفقت نسبت به درمان ذهن‌آگاهی در کاهش اجتناب تجربه‌ای و بدتنظیمی هیجانی اثربخش‌تر می‌باشد. این یافته با پژوهش‌های (۶۹، ۶۰، ۵۲، ۳۹، ۳۷، ۳۶، ۲۰، ۱۲، ۳) همسو و همخوان است.

سبولا و همکاران در پژوهشی نشان دادند که درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر بر افزایش تنظیم هیجان مثبت در افراد مؤثر است (۱۲). بررسی‌های واترز و همکاران (۶۹)، انگ^۱ (۵۲) و پژوهش ایوتزین و همکاران (۳۶) نشان دادند که ترکیب ذهن‌آگاهی با مثبت‌نگری در آموزش و درمان بر کاهش بدتنظیمی‌های هیجان مؤثر است.

بخشی از نتایج پژوهش نشان داد که درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور بر اجتناب تجربه‌ای در زنان خشونت‌دیده، مؤثر است. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان مطرح ساخت که درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور به بیمار کمک می‌کند با تسهیل در شناسایی به‌موقع الگوهای افکار، احساسات و حس‌های بدنی آنها را در مرحله مناسبی پیش از توسعه و بسط یافتن خنثی کند (۳۱). در جریان فرایند درمان آنها می‌آموزند که: (۱) تنها با فکر کردن به یک رویداد، آن رویداد به وقوع نمی‌پیوندد، (۲) فکر نگران‌کننده و گناه‌آلود به معنای انجام آن عمل نیست، (۳) افکار مزاحم را می‌توان به‌صورت ارادی متوقف کرد، پیش از آن که پیامدهای اضطرابی آن آغاز شود. همچنین، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به بازسازی شناختی، یعنی شناسایی و اصلاح ارزیابی منفی افکار مزاحم، اصلاح نگرش بیش‌برآوردسازی خطر و بیش‌مهم‌پنداری افکار می‌شود. طی درمان به افراد آموزش داده می‌شود که در صورت هجوم افکار مزاحم، با به‌کارگیری روش‌های درمانی مناسب با آنها مقابله کنند (۴۳).

ذهن‌آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری و شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرآیند توجه است که به نوبه خود باعث جلوگیری از گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده و رشد دیدگاه جدید و پدیدآیی افکار و هیجان‌های خوشایند می‌شود (۶۳). بیماران در برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی یاد می‌گیرند که توجه خود را از افکار و احساسات ناکارآمد منحرف کنند و در عوض به بدن و طبیعت اطرافشان بیشتر توجه کنند (۳۳). بنابراین، با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش می‌توان بیان داشت که توجه آگاهانه به زمان حال و قرار گرفتن در معرض احساسات و افکار ناخوشایند و عدم اجتناب از احساسات باعث تغییرات شناختی و در نتیجه کاهش و بهبود علایم روانی می‌گردد که شاید یکی از ویژگی‌های درمان پس از آموزش ذهن‌آگاهی تغییر در راهبرد مقابله‌ای خود از اجتناب به پذیرش احساسات و افکار باشد. آموزش مشاهده افکار و هیجان‌ات آشفته‌ساز بدون قضاوت و پذیرا بودن به‌جای اجتناب یا اشتغال ذهنی به آنها، منجر به بالا رفتن آگاهی از تجربه و ایجاد واکنش آگاهانه و سازگارانه و کنترل بهتر افکار یا هیجان‌ات ناخوشایند در زنان خشونت‌دیده می‌شود. بر این اساس تداوم تمرین‌های ذهن‌آگاهی منجر به ایجاد تغییرات رفتاری اجتنابی بهتر می‌شود.

بخشی دیگر از نتایج نشان داد که درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌محور بر بدتنظیمی هیجان در زنان خشونت‌دیده مؤثر است. یکی از جنبه‌های مهم ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت این است که زنان درگیر خشونت خانگی یاد می‌گیرند با هیجان‌ات و افکار منفی مقابله نموده و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه نمایند. آنها با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، در رویارویی با رویدادهای استرس‌زا با خوش‌بینی و اعتمادبه‌نفس برخورد می‌کنند، رویدادها را قابل کنترل می‌بینند و به‌طور کلی سیستم پردازش اطلاعات خود را به شیوه مؤثرتری به کار می‌اندازند. درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت می‌تواند به این دسته از افراد کمک کند تا بدون ارزیابی هیجان‌ها به صورت خوب یا بد آنها را به همان صورت که رخ می‌دهند، تجربه کنند و به جای اجتناب، آن را پذیرفته و از راهبردهای سازگارانه‌تر استفاده نمایند. شاید یکی از دلایل کاهش استفاده از راهبردهای ناسازگارانه‌ای مثل سرزنش خود، سرزنش دیگری و نشخوار در زنان قربانی خشونت خانگی، تغییر در راهبرد مقابله‌ای خود از اجتناب به پذیرش احساسات و افکار باشد.

بخشی دیگر از نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش اجتناب تجربه‌ای در زنان خشونت‌دیده، شده‌است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که در درمان مبتنی بر شفقت، به افراد یاد داده می‌شود که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس مهرورزی داشته باشند. سپس نگرش مهرورزانه‌ای به خود داشته باشند. می‌توان گفت که زنان خشونت‌دیده در نتیجه ارائه مداخله به این نتیجه رسیده‌اند که اشتباه یک تجربه مشترک انسانی است و قضاوت سخت‌گیرانه در مورد آن بی‌فایده است، بلکه بهتر است آن را هشیارانه به‌عنوان تجربه‌ای از زندگی‌شان بپذیرند و نسبت به احساس ناخوشایندی که تجربه کرده‌اند بر خود شفقت روا دارند. در واقع شفقت خود، همانند یک ضربه‌گیر در مقابل اثرات وقایع منفی عمل می‌کند. افرادی که شفقت خود بالایی دارند از آنجاکه با سخت‌گیری کمتر، خودشان را مورد قضاوت قرار می‌دهند، وقایع منفی زندگی را راحت‌تر می‌پذیرند و خودارزیابی‌ها و واکنش‌هایشان دقیق‌تر و بیش‌تر بر پایه عملکرد واقعی‌شان است (۶۱).

بخشی دیگر از نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت باعث کاهش تنظیم هیجان در زنان خشونت‌دیده شده‌است در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت که شفقت‌درمانی دربرگیرنده نوعی رابطه شفقت‌آمیز با خود است. شفقت‌درمانی بیشتر از اینکه به حل اختلافات درونی بپردازد، از طریق ایجاد مراقبت، توجه جدید به خود و پیشنهاد فرایندهای درونی دلسوزانه به تغییر افراد کمک می‌کند. این تغییرات می‌تواند به صورت نوعی از درمان فیزیولوژی - روانی - عصبی تعبیر و تفسیر شود. از سوی دیگر، چون درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز همراه با نوعی مراقبه و آرامش جسمانی است، می‌تواند به‌عنوان یک عامل واسطه‌ای بر افزایش عملکرد روان‌شناختی بینجامد (۲۶).

افرادی که شفقت به خود بالایی دارند، تمایل بیشتری برای پذیرش نقش و مسئولیت خود در حوادث منفی دارند. می‌توانند اتفاقات منفی را با آنچه که هستند، در ارتباط ببینند، اما همین حوادث منفی را کمتر

نشخوار می‌کنند و در مواجهه با اشتباهاتشان کمتر هیجان‌های منفی را تجربه می‌کنند و در نتیجه کم‌تر از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان استفاده می‌کنند. زنان خشونت‌دیده که در رابطه با شناخت خود دچار مشکل هستند و توانایی‌های لازم را برای تنظیم هیجان ندارند، در شرایط پراسترس از کنترل خوبی برخوردار نیستند، ماهیت استرس را با شدت بالاتری درک می‌کنند و از سازگاری روان‌شناختی کمتری بهره‌مند هستند. شفقت‌درمانی موجب تسهیل تغییر عاطفی به منظور مراقبت بیشتر و حمایت از خود می‌شود، قابلیت پذیرش ناراحتی‌ها را بالا می‌برد و آشفتگی‌های عاطفی را کاهش می‌دهد. این روش درمانی فرد را قادر می‌کند که بیشتر خود را تسکین دهد و کنترل کند (۲۶). در واقع این درمان می‌تواند رفتارهای اخلاص‌گرانه را کاهش دهد و با آموزش خودنظم‌دهی هیجان، کنترل عواطف و نشخوارگری به افراد کمک می‌کند تا توانایی تنظیم رفتار نامناسب خود را بیاموزند و سلامت روانی خود را بهبود بخشند.

بخشی دیگر از نتایج نشان داد که روش درمان مبتنی بر شفقت نسبت به درمان ذهن‌آگاهی در کاهش بدتنظیمی و اجتناب تجربه‌ای اثربخش‌تر می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که اکثر زنان خشونت‌دیده، خاطرات دردناکی از واکنش‌های احساسی و هیجانی اولیه را تجربه کرده‌اند. در بسیاری اوقات این افراد برای رهایی از این احساس‌ها و هیجان‌ها رنج بسیاری می‌کشند که همین امر موجب کاهش مدیریت هیجانی، تنیدگی، همچنین دامن زدن به عوارض جانبی روش‌های درمانگری و در پی آن، تشدید مشکلات روانی بیمار می‌گردد. خودشفقتی، باعث می‌شود زنان خشونت‌دیده، چشم‌انداز گسترده‌تری نسبت به مشکلات خود داشته باشد، چالش‌های زندگی و شکست‌های فردی را به‌عنوان بخشی از زندگی خود در نظر گرفته، در هنگام درد و رنج به‌جای احساس انزوا بیش‌ازپیش با دیگران رابطه برقرار کند و به‌جای سرکوب کردن، قضاوت کردن و اجتناب، از افکار، هیجانات و احساسات، بر آگاهی خود بیفزاید. این عوامل به بیمار کمک می‌کند تا ذهنی گشوده‌تر داشته، توانایی بیشتری برای تغییر دادن شناخت‌ها و پاسخ‌های رفتاری مناسب با بستر کسب نماید و راهبردهای مقابله‌ای مؤثرتری به کار ببرد که این امر، باعث می‌شود حالات هیجانی سازش‌نا یافته، مانند اضطراب، افسردگی و تنیدگی در وی کاهش یابد (۳۶). زنان خشونت‌دیده مورد مطالعه در پژوهش حاضر به کمک مداخلات متمرکز بر شفقت که مشتمل بر مؤلفه‌هایی چون مهربانی با خود، اشتراکات انسانی و ذهن‌آگاهی است (۴۸) توانستند به‌جای احساس تنیدگی و قضاوت خود در مقابله با خشونت خانگی، احساس خیرخواهی و صبر بیشتری را تجربه کردند. از سوی دیگر، از آنجاکه اعضای گروه درمان متمرکز بر شفقت همگی خشونت‌های شدید خانگی را تجربه کرده‌اند، کمتر مشکل را منحصر به خود دانسته و در عین احساس اشتراک جمعی، کمتر مشکل را به خود و بی‌کفایتی خودشان مرتبط می‌دانند. از سوی دیگر، از آنجاکه اکثر زنان خشونت‌دیده از بروز مشکلات هیجانی ناشی از خشونت خانگی اجتناب می‌کنند، بیشتر زنان خشونت‌دیده مورد مطالعه با نگر داشتن درد و رنج ناشی از خشونت در حیطه آگاهی‌شان، کمتر از رنج فاصله گرفته، آن را مربوط به خود می‌دانستند و وجود آن را انکار نمی‌کردند. فن‌های مربوط به درمان متمرکز بر شفقت در طول دوره درمان نیز توانست اثر مثبتی در

زمینه کاهش احساس اضطراب و ناامیدی شرکت‌کنندگان این پژوهش نسبت به گروه آموزش ذهن‌آگاهی ایجاد کند.

محدودیت‌های پژوهش

از محدودیت‌های عمده این مطالعه نیز می‌توان به نمونه آماری و روش نمونه‌گیری استناد کرد که با توجه به اینکه کلیه نمونه‌های این مطالعه به شیوه داوطلبانه و از بین زنان خشونت‌دیده خانه‌های امن زنان تحت خشونت خانگی در شهر شیراز انتخاب شدند، در تعمیم یافته‌ها به سایر جمعیت‌ها باید احتیاط کرد.

پیشنهاد‌های کاربردی و برای تحقیقات آتی

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی مطالعات تجربی کنترل‌شده‌تری روی نمونه‌های بالینی قربانی خشونت خانگی انجام شود. علاوه بر این نبود سنجش‌های پیگیرانه برای ارزیابی میزان ماندگاری تأثیر مداخله انجام‌شده، تفسیر و تعمیم این یافته‌ها را با محدودیت مواجه ساخته‌است. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی اثربخشی این مداخله روی جمعیت‌های بالینی و بهنجار با ایجاد فرصت ارزیابی‌های پیگیری مجدد آزمون گردد.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده‌است.

Reference

- Abbasi, I., Fata, L., Moloudi, R., & Zarabi, H. (2012). Psychometric adequacy of the Persian version of the Admission and Practice Questionnaire - Second Edition. *Journal of Psychological Methods and Models*, 3(10), 65-80. [In Persian]
- Abedinia, N., Boalhari, J., & Naghizadeh, M. M. (2015). Comparison of the underlying factors of divorce application by gender. *Journal of Psychological Studies*, 11(1), 141-177. [In Persian]
- Ahmadi, S.Z., Mirzaeian, B., & Maddah, M.T. (2014). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on anxiety and cognitive avoidance in anxiety students. *Journal of New Ideas in Psychology*, 1(1), 10-1. [In Persian]
- Akin, A. (2010). Self-compassion and Loneliness. *International Online Journal of Educational Sciences*, 2(3), 702 -718.
- Atkins, D. C., Marin, R. A., Lo, T. Y., Klann, N., & Hahlweg, K. (2010). Outcomes of couples with infidelity in a community-based sample of couple

therapy. *Journal of Family Psychology*, 24 (4), 212-216. doi: 10.1037/a0018789.

Banducci, A., Felton, J.W., Bonn-Miller, MO., Lejuez CW. & MacPherson, L. (2017). A longitudinal examination of the impact of childhood emotional abuse on cannabis use trajectories among community youth. *Drug and Alcohol Dependence*, 171(2), 14-21.

Bardeen, J. R., & Fergus, T. A. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of contextual behavioral science*, 5(1), 1-6.

Bell, K. M., & Higgins, L. (2015). The impact of childhood emotional abuse and experiential avoidance on maladaptive problem solving and intimate partner violence. *Behavioral Sciences*, 5(2), 154-175.

Bent, S., & Goleman, T. (2001). *Emotional alchemy: How the mind can heal the heart*. New York: Three Rivers Press.

Berman, N. C., Wheaton, M. G., McGrath, P., & Abramowitz, J. S. (2010). Predicting anxiety: the role of experiential avoidance and anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(1), 109-130.

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire –II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42 (4), 676 -688.

Cebolla, A., Enrique, A., Alvear, D., Soler., J., & García-Campayo, J. (2017). Contemplative positive psychology: introducing mindfulness into positive psychology. *Papeles del psicólogo*, 38, 12-18.

Cicchetti, D., Ackerman, B. P., & Izard, C. E. (1995). Emotions and Emotion Regulation in Developmental Psychopathology. *Development and Psychopathology*, 7, 1-10.

D'Olimpio F, Mancini F. (2014). Role of Deontological Guilt in Obsessive-Compulsive Disorder-Like Checking and Washing Behaviors. *Clinical Psychology Science*. 2(6), 727-39.

Damson, R. (2015). The effect of self-compassion on the resilience and emotion regulation of marital woman. *Journal of Personality assessment*, 63 (2), 262 - 274.

Deminof, L. (2013). The efficacy of self-compassion on the adversity quotient, Emotion Regulation of marital woman. *Journal Anxiety Disorder*, 11(5), 279 -315.

Denis, K., & Beker, R (2015). The effect of selfcompassion on the irrational beliefs, selfdissociation and marital not satisfaction in couples. *Journal of Personality assessment*, 63(2), 262 - 274.

Dimitropoulou, C., & Leontopoulou, S. (2017). A positive psychological intervention to promote well-being in a multicultural school setting in Greece. *The European journal of counselling psychology*, 6(1), 113-137.

Eftekhari, A., Zoellner, L. A., & Vigil, S. A. (2009). Patterns of Emotion Regulation and Psychopathology. *Anxiety, Stress & Coping*, 22, 571-586.

Fathollahzadeh, N., Majlesi, Z., Mazaheri, Z, Rostami, M., & Navabi Nejad, Sh. (2017). The effectiveness of compassion-based focused therapy on the internalized and self-critical shame of emotionally abused women. *Psychological Studies*, 13(2), 151-168. [In Persian]

Gamez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., & Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: The multidimensional experiential avoidance questionnaire. *Psychological Assessment*, 23(3), 692-713.

Garland, E. L., Hanley, A. W., Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2017). Testing the mindfulness-to-meaning theory: evidence for mindful positive emotion regulation from a reanalysis of longitudinal data. *PLOS one*, 12(12), e0187727.

Gerami, M., Saeidmanesh, & M. Niknam. (2017). The effectiveness of positive group therapy on selfesteem among young girl's in Yazd.

Gerhart, J. A., Baker, C. N., Hoerger, M., & Ronan, G. F. (2014). Experiential avoidance and interpersonal problems: A moderated mediation model. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 291-298.

Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Its distinctive features*. London: Routledge.

Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol*, 53, 6-41.

Gordon, K., Baucom, D., & Synder, D. (2005). Treating couples recovering from infidelity. *Journal of Clinical Psychology*, 61(11), 1393-1405.

Granefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2002). *Manual for the use of the cognitive emotion regulation questionnaire*. Leiderorp: Datec.

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and WellBeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.

Hasani, J. (2011). Evaluation of validity and reliability of the short form of Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Behavioral Science Research*, 9(4), 229-240. [In Persian]

Helmes, E., Ward, B. G. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for anxiety symptoms in older adults in residential care. *Aging & Mental Health* 2015; 23: 1-7. of life: a meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82,375,

Hershenberg, R., Mavandadi, S., Wright, E., & Thase, M. E. (2017). Anhedonia in the daily lives of depressed veterans: A pilot report on experiential avoidance as a moderator of emotional reactivity. *Journal of Affective Disorders*, 208(1), 414-417.

Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183.

Hofmann, S. G., Wu, J. Q., & Boettcher, H. (2014). Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality. *Journal of consulting clinical psychology*, 82(6), 1228.

Huh, H. J., Kim, S. Y., Yu, J. J., & Chae, J. H. (2014). Childhood trauma and adult interpersonal relationship problems in patients with depression and anxiety disorders. *Annals of general psychiatry*, 13(2), 26-36.

Ivtzan, I., Niemiec, R. M., & Briscoe, Ch. (2016). A study investigating the effects of mindfulness based strengths practice (MBSP) on wellbeing. *International journal of wellbeing*, 6(2), 1-13.

Kashdan, T. B., & Ciarrochi, J. (2013). *The Context Press mindfulness and acceptance practica series. Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being.* Oakland, CA, US: Context Press/New Harbinger Publications.

Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clinical psychology review*, 31, 1041-1056.

Krieger, T., Altenstein, D., Baetting, I., Doering, N., & Grosse, M. (2013). Self compassion in depression: Associations with depressive symptoms rumination and avoidance in depressed outpatients. *JBT*, 44, 501-13.

Leary, S.W., Kerr, C., Wasserman, R.J., Gray, J. R., Greve, D., & Treadway, M. T. (2007). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*, 16(17), 1893-1897.

Lluch-Sanz, C., Galiana, L., Vidal-Blanco, G., Sansó, N. (2022). Psychometric Properties of the Self-Compassion Scale-Short Form: Study of

Its Role as a Protector of Spanish Nurses Professional Quality of Life and Well-Being during the COVID-19 Pandemic. *Nursing Reports*, 12, 65-76.

McEvoy, P. M., Burgess, M. M., Page, A. C., Nathan, P., & Fursland, A. (2013). Interpersonal problems across anxiety, depression, and eating disorders: a transdiagnostic examination. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 129-47.

McManus, F., Muse, K., Surawy, C., Hackmann, A., & Williams, J. M. G. (2015). Relating differently to intrusive images: The impact of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on intrusive images in patients with severe health anxiety (Hypochondriasis). *Mindfulness*, 6(4), 788-796.

Mennin, D. S., Fresco, D. M., Ritter, M., & Heimberg, R. G. (2015). An open trial of emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder and cooccurring depression. *Depression and Anxiety*, 32(8), 614-23.

Mohammadkhani, P., Abasi, I., Pourshahbaz, A., Mohammadi, A., & Fatehi, M. (2016). The role of neuroticism and experiential avoidance in predicting anxiety and depression symptoms: Mediating effect of emotion regulation. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 10(3), 47-50. [In Persian]

Morin, C. M., Collechi, C., Stone, J., Sood, R., & Brink, D. (2015). The effect of self-compassion on the forgiveness, resiliency and marital satisfaction of couples. *Journal of marital*, 7(1), 85 -96.

Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(4), 85 -102.

Neff, K. D., & Germer C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful selfcompassion program. *J Clin Psychol*, 69, 28-44.

Niemiec, R. M., Rashid, T., & Spinella, M. (2012). Strong mindfulness: integrating mindfulness and character strengths. *Journal of mental health counseling*, 34(3), 240-253.

Noroozi Chahar Ghale, P., Hashemi Azar, J., Sarami Foroushani, Gh. (2015). Comparison of neuropsychological function of emotionally and normally abused female students. *Psychological Studies*, 11(2), 7-24. [In Persian]

Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2008). Cognitive Emotion Regulation: Insights from Social Cognitive and Affective Neuroscience. *Current Directions in Psychological Science*, 17, 153-158.

Ong, C. L. (2013). Towards positive education: a mindful school model. Dissertation, Philadelphia, University of Pennsylvania.

Pilfid, H., Nemeth, JM, Bonomi, A. E, Lee, M. A., Ludwin, J. M. (2014). Sexual infidelity as trigger for intimate. The efficacy of self-compassion on

obsessive rumination, depression and resilience. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15(2), 155-167.

Pollock, N. C., McCabe, G. A., Southard, A. C., & Zeigler-Hill, V. (2016). Pathological personality traits and emotion regulation difficulties. *Personality and Individual Differences*, 95, 168-177.

Quilty, L. C., Mainland, B. J., McBride, C., & Bagby, R. M. (2013). Interpersonal problems and impacts: Further evidence for the role of interpersonal functioning in treatment outcome in major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 52(2), 393-400.

Rahdar, N., & Atari, Sh. (2013). The effectiveness of self-compassion on emotional regulation and resilience in couples. *Journal of Health*, 7(3), 42-57. [In Persian]

Rahkeshay, H. (2016). The role of government intervention in domestic violence against women from a human rights perspective. *Journal of Human Rights*, 4, 121-150. [In Persian]

Rezaie, M. (2014). The effect of self-compassion training on forgiveness, intimate attitudes and quality of life married people. Master thesis, Islamic azad university, central tehran branch. [In Persian]

Rostami, M., Abdi, M., & Heidari, H. (2019). Investigating the types of childhood abuse by forgiving the main and current family in married people. *Journal of Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 8(32), 77-89. [In Persian]

Sadeghpour, A., Khalatbari, J., Seif, A. A., & Shahriari Ahmadi, A. (2020). Comparison of the effectiveness of compassion-focused therapy and mindfulness training on post-traumatic development and cancer-related burnout in cancer patients. *Journal of Psychological Sciences*, 19(86), 193-202. [In Persian]

Saeedi, Z., Ghorbani, N., Sarafraz, M.R., & Sharifian, M.H. (2013). The effect of inducing self-compassion and self-esteem on the experience of shame and guilt. *Contemporary psychology*, 8(1), 91-102.

Scherer, K. R. (2015). What Are Emotions? And How Can They be Measured? *Soc Sci Inf*, 44, 695-729.

Segal, Z., Williams, J., & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.

Tesh, M., Learman, J. & Pulliam, R.M. (2015). Mindful Self-Compassion Strategies for Survivors of Intimate Partner Abuse. *Mindfulness*, 6(2), 192-201.

Thümmeler, R., Engel, E. M., & Bartz, J. (2022). Strengthening Emotional Development and Emotion Regulation in Childhood—As a Key Task in Early Childhood Education. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (7), 3978.

Tirch, D. D. (2010). Mindfulness as a context for the cultivation of compassion. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 113-123.

Veen, R. (2014). The effect of self-compassion on the happiness, resiliency and marital satisfaction of marital. New York: Redial publishing company.

Vézina, J., Hébert, M., Poulin, F., Lavoie, F., Vitaro, F. & Tremblay, R.E. (2015). 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*, 21(4), 67-93.

Waters, L. (2013). Positive education and mindfulness in schools. Melbourne graduate school of education. *Shaping minds, shaping the world*.

Weare, K. (2013). Developing mindfulness with children and young people: a review of the evidence and policy context. *Journal of children's services*, 8, 141-153.

Xie, X., Zhou, Y., Fang, J., & Ying, G. (2022). Social Support, Mindfulness, and Job Burnout of Social Workers in China. *Frontiers in Psychology*, 17 (13), 775679.

Evaluating the Effectiveness and Continuity of the Effect of Positive Mindfulness Therapy and Compassion Therapy on Experiential Avoidance and Emotion Dysregulation in Women Victims of Domestic Violence

*Minoosh Homayooni*¹

Moloud Keykhosrovani^{1*}

*Ali Pouladi Reishehri*¹

Abstract

A review of theoretical and empirical backgrounds shows that positive mindfulness-based therapy and compassion-based therapy have been effective in emotion dysregulation and avoidance of experiments. But it is not yet clear which of these interventions will be more effective and more stable over time. The aim of this study was to evaluate the effectiveness and continuity of the effect of positive mindfulness therapy and compassion therapy on experiential avoidance and emotion dysregulation in women victims of domestic violence. The present study was an applied One related to the purpose and in terms of design a quasi-experimental one with pre-test and multi-group post-test with a control group and a follow-up of three months. The statistical population of the present study consisted of all women victims of domestic violence who were members of safe houses in Shiraz in 2009-2010. Assessment instruments included Granefski, Kraaij & Spinhoven's emotion regulation questionnaire (2001) and Bond et al's experience avoidance questionnaire (2010). One group received the Hofmann, Wu & Boettcher (2014) Positive Mindfulness Intervention, and the other group received the Gilbert (2010) Compassionate Therapy Experiment in 8 sessions of 90 minutes each, and the control group did not receive any intervention. Data were analyzed by repeated measures analysis of variance and Benferoni method. The results showed that compassion-based therapy and positive mindfulness-based therapy are effective on emotion dysregulation and avoidance of experiments ($p < 0.01$). Compassion-based therapy is more effective than mindfulness therapy in reducing emotion dysregulation and avoiding experimental experiences ($p < 0.01$). It seems that compassionate therapy and positive mindfulness 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 Therapy, Experiential Avoidance, Emotion Disorder, Women Victims of Domestic Violence.

1. Ph.D Student in Psychology, Islamic Azad University, Bushehr Branch, Bushehr, Iran

2. Assistant Professor in Psychology, Islamic Azad university, Bushehr Branch, Bushehr, Iran Iran (corresponding author)

3. Assistant Professor in Psychology, Payame noor university, Bushehr, Iran