

مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی و افکار خودکشی در زنان خشونت‌دیده خانگی

نجمه شهرآشوب^۱، قاسم نظیری^{۲*}، اعظم داوودی^۱، مرجان ال‌بهبهانی^۱

^۱گروه روان‌شناسی بالینی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران، ^۲گروه روان‌شناسی، واحد دیلم، دانشگاه آزاد اسلامی، دیلم، ایران.

تاریخ وصول: ۱۴۰۴/۰۷/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۱۴

چکیده

زمینه و هدف: خشونت خانگی یکی از عوامل مؤثر در بروز اختلالات روان‌شناختی زنان است که افسردگی و افکار خودکشی از پیامدهای شایع آن محسوب می‌شوند، لذا هدف از این مطالعه تعیین و مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی و افکار خودکشی در زنان خشونت‌دیده خانگی بود.

روش بررسی: این پژوهش با طرح نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری اجرا شد. ۵۱ زن دارای تجربه خشونت خانگی با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۷ نفر) گمارده شدند. گروه‌های آزمایش به ترتیب درمان متمرکز بر شفقت و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را دریافت کردند، در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۶۱) و پرسشنامه افکار خودکشی بک (۱۹۷۹) گردآوری و با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد هر دو درمان در کاهش افسردگی و افکار خودکشی معنی‌دار بودند ($p < 0.05$)، اما شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی اثربخشی بالاتری نسبت به درمان متمرکز بر شفقت داشت ($p < 0.01$). همچنین این تفاوت در اثربخشی، در مرحله پیگیری دوم‌ماه نیز به‌طور معنی‌داری حفظ شد و نشان‌دهنده پایداری نتایج شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مدیریت افکار خودکشی است.

نتیجه‌گیری: این نتایج نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی بر شفقت، با تقویت نظام آرام‌سازی و کاهش خودانتقادی، نقش مؤثری در ارتقاء کارکرد روانی و کاهش شرم در زنان آسیب‌دیده ایفا می‌کنند، با این حال شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به واسطه ایجاد فاصله شناختی و مدیریت نشخوار فکری، اثربخشی عمیق‌تر و سریع‌تری در کاهش علایم افسردگی و افکار خودکشی در این جمعیت نشان داد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پروتکل‌های درمانی زنان خشونت‌دیده، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌عنوان اولویت مداخله در فاز حاد و درمان متمرکز بر شفقت به‌عنوان رویکردی مکمل برای ترمیم خودپنداره در فازهای تثبیت درمان مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: خشونت خانگی، افسردگی، خودکشی، شفقت‌محور، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی.

*نویسنده مسئول: قاسم نظیری، شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شیراز، گروه روانشناسی

Email: naziryy@yahoo.com

"نشریه علمی پژوهشی ارمغان دانش وابسته به دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یک نشریه با دسترسی آزاد است و تمامی مقالات منتشر شده در این نشریه به صورت دسترسی آزاد منتشر می‌شوند."

مقدمه

خشونت خانگی یکی از رایج‌ترین و نگران‌کننده‌ترین اشکال خشونت مبتنی بر جنسیت است که پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی جدی برای زنان به همراه دارد (۱). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، در سال ۲۰۲۳، بیش از یک‌سوم از زنان در سراسر جهان حداقل یک‌بار در طول زندگی خود خشونت خانگی را تجربه می‌کنند (۲)، که می‌تواند به شکل سو استفاده روانشناختی از جمله؛ کنترل زیاد بر رفتار، خشونت جسمی مانند ضرب و شتم، خشونت جنسی مانند؛ رابطه جنسی اجباری، خشونت مالی یا عاطفی باشد (۳). این مسئله تنها به جوامع در حال توسعه محدود نمی‌شود و در کشورهای توسعه یافته نیز شیوع قابل توجهی دارد (۴). در ایران نیز پژوهش‌های متعددی از شیوع بالای خشونت علیه زنان خبر می‌دهند (۵). یافته‌های یک پیمایش ملی نشان داد که بیش از ۶۳ درصد زنان متأهل حداقل یک نوع خشونت خانگی را در طول زندگی زناشویی خود تجربه کرده‌اند (۶). در این بررسی‌ها مشخص شده که زنان معمولاً به دلایل فرهنگی، وابستگی مالی، فرزندان مشترک و ترس از طرد اجتماعی، سال‌ها در چنین روابط آسیب‌زایی باقی می‌مانند (۷) و دسترسی زنان به حمایت‌های روانی، اجتماعی و قانونی، به‌ویژه در مناطق کم‌برخوردار، با محدودیت‌های جدی مواجه است (۸). خشونت خانگی با

احساس ناتوانی، انزوای اجتماعی، کاهش عزت نفس و اختلال در عملکرد شغلی و خانوادگی همراه است (۹). پیامدهای روان‌شناختی خشونت خانگی اغلب عمیق‌تر و پایدارتر از آسیب‌های جسمی هستند (۱۰). پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که قرار گرفتن مکرر در معرض خشونت، زنان را در معرض طیف وسیعی از مشکلات روانی از جمله اضطراب (۱۱)، افسردگی (۱۲)، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) (۱۳)، اختلالات خواب و افکار خودکشی (۱۴) قرار می‌دهد. مطالعه‌ای جدید نشان داد که حدود ۴۵ درصد از زنان آسیب‌دیده، افکار مکرر مرگ را گزارش کرده‌اند و ۱۲ درصد از آن‌ها دست‌کم یک‌بار اقدام به خودکشی داشته‌اند (۱۵). این ارتباط نگران‌کننده، پژوهشگران را بر آن داشته است تا به شناسایی و ارزیابی مداخلات روان‌شناختی مؤثر برای پیشگیری از تشدید علایم و بازسازی سلامت روان این جمعیت آسیب‌پذیر بپردازند (۱۶).

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی در زنان در معرض خشونت خانگی است (۱۷). این اختلال با علایمی نظیر؛ خلق افسرده پایدار، احساس پوچی، بی‌علاقگی به فعالیت‌های روزمره، خستگی مزمن، اختلال تمرکز، بی‌خوابی یا پرخوابی و افکار مرگ شناخته می‌شود (۱۸). مواجهه مداوم با خشونت، به‌ویژه از سوی شریک عاطفی، اغلب منجر به تثبیت باورهای شناختی منفی درباره

خود، دیگران و آینده شده و در نتیجه، افسردگی شدید و گاه مقاوم به درمان ایجاد می‌کند (۱۹). یکی از پیامدهای نگران‌کننده افسردگی در این گروه، بروز افکار خودکشی است. افکاری که نه تنها نشانگر رنج روانی شدید هستند، بلکه اغلب با اختلال در تنظیم هیجان، احساس طردشدگی و تصویر منفی از خود همراه‌اند. در مطالعه‌ای مشخص شد که نزدیک به نیمی از زنان قربانی خشونت در طول رابطه آسیب‌زا افکار خودکشی داشته‌اند و درصد قابل توجهی از آن‌ها اقدام به خودکشی کرده‌اند (۲۰). این یافته‌ها نیاز فوری به مداخلات مؤثر و به‌موقع برای کاهش بار روان‌شناختی خشونت و پیشگیری از پیامدهای جبران‌ناپذیر را یادآور می‌شوند.

در سال‌های اخیر، روان‌شناسان به‌سوی استفاده از مداخلات فرآیندمحور با تمرکز بر تنظیم شناخت و هیجان گرایش یافته‌اند (۲۱). دو رویکرد معاصر که در درمان آسیب‌های روان‌شناختی ناشی از تروما به‌ویژه مورد توجه قرار گرفته‌اند، درمان متمرکز بر شفقت (CFT) (۲۲) و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) (۲۳) هستند. درمان متمرکز بر شفقت که به وسیله گیلبرت ارایه شده، بر نظریه تنظیم هیجان استوار است و به پرورش مهربانی با خود، کاهش خودانتقادی و تقویت احساس ایمنی هیجانی درونی می‌پردازد (۲۴). این رویکرد به‌ویژه برای افرادی که با شرم مزمن، احساس ناکافی بودن و

بی‌مهری نسبت به خود دست و پنجه نرم می‌کنند، سودمند است. در مقابل، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با ترکیب اصول درمان شناختی و تمرین‌های ذهن‌آگاهی، به افراد می‌آموزد که افکار و هیجان‌های منفی خود را بدون قضاوت مشاهده کرده و از چرخه نشخوار فکری فاصله بگیرند (۲۵). شواهد تجربی نشان داده‌اند که این رویکرد در کاهش افسردگی، پیشگیری از عود و کاهش افکار خودکشی مؤثر است (۲۶).

بررسی‌های اخیر اثربخشی این دو درمان را در ارتقای سلامت روان زنان آسیب‌دیده از خشونت خانگی تأیید کرده‌اند (۲۳ و ۲۲). برای مثال، در یک کارآزمایی تصادفی‌شده نشان داده شد که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌طور معنی‌داری افسردگی و نشخوار ذهنی را در بازماندگان خشونت خانگی کاهش می‌دهند (۲۷). هم‌چنین مرور نظام‌مند برایلر و همکاران (۲۸) نشان داد که درمان‌های مبتنی بر شفقت، اضطراب را کاهش داده و تنظیم هیجانی را در جمعیت‌های بالینی ارتقا می‌بخشند. با وجود این یافته‌ها، بررسی‌های مقایسه‌ای محدودی درباره اثربخشی نسبی این دو رویکرد، به‌ویژه در زمینه زنان خشونت‌دیده و در جوامع غیرغربی، انجام شده است.

با توجه به شیوع بالای خشونت خانگی، شدت تأثیرات روان‌شناختی آن و محدودیت دسترسی زنان

به خدمات سلامت روان تخصصی، انجام پژوهشی که بتواند اثربخشی این دو مداخله را مقایسه کند، از اهمیت بالایی برخوردار است (۲۹). شناسایی درمان مؤثرتر می‌تواند در سیاست‌گذاری، طراحی مداخلات اجتماع‌محور، آموزش درمان‌گران در حوزه سلامت روان زنان نقش کلیدی ایفا کند (۳۰). با وجود پژوهش‌هایی که به‌طور جداگانه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بررسی کرده‌اند، هنوز در زمینه مقایسه مستقیم این دو رویکرد در زنان ایرانی تجربه‌کننده خشونت خانگی، خلأ پژوهشی وجود دارد. همچنین، بررسی هم‌زمان افسردگی و افکار خودکشی به‌عنوان پیامدهای مشترک و هم‌رخداد در یک مدل پژوهشی، به ندرت انجام شده است، لذا هدف از این مطالعه تعیین و مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی و افکار خودکشی در زنان خشونت دیده خانگی بود.

روش بررسی

این یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان خشونت‌دیده خانگی دارای پرونده فعال در مرکز مشاوره راه نوین باران شهر یاسوج در سال ۱۴۰۳ بود. از میان آن‌ها، ۵۱ نفر که براساس پرسشنامه خشونت خانگی تبریزی و همکاران (۳۱) نمره بالاتر از ۱۲۰ کسب کرده

و معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جای‌دهی شدند.

در تعیین حجم نمونه پژوهش حاضر، از روش تحلیل توان آماری متناسب با طرح نیمه‌آزمایشی با سه گروه (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) استفاده شد. با توجه به ماهیت مداخلات روان‌درمانی و یافته‌های پژوهش‌های پیشین مشابه در حوزه درمان متمرکز بر شفقت و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در زنان خشونت‌دیده، اندازه اثر متوسط تا بزرگ برای متغیرهای افسردگی و افکار خودکشی در نظر گرفته شد. بر این اساس، با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری $\alpha=0/05$ ، توان آماری $Power=0/80$ و اندازه اثر تقریبی $\eta^2 \geq 0/30$ ، حداقل حجم نمونه مورد نیاز برای هر گروه بین ۱۵ تا ۱۷ نفر برآورد گردید. با توجه به احتمال ریزش نمونه در طول جلسات درمان و مرحله پیگیری، حجم نمونه افزایش داده شد و در نهایت ۵۱ نفر (هر گروه ۱۷ نفر) به‌عنوان حجم نمونه نهایی انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جای‌دهی شدند. نتایج آزمون‌های آماری نشان داد که توان آماری به دست‌آمده در تحلیل‌های نهایی برای تمامی فرضیه‌ها برابر یا نزدیک به ۱۰۰ درصد بوده است که این امر نشان‌دهنده کفایت حجم نمونه و دقت آماری مناسب در آزمون اثر مداخلات پژوهش حاضر می‌باشد.

معیارهای ورود شامل تجربه مستند خشونت خانگی، دامنه سنی بین ۳۰ تا ۴۰ سال، رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه، و عدم دریافت سایر درمان‌های روان‌شناختی هم‌زمان با دوره پژوهش بود. همچنین، معیارهای خروج شامل غیبت در بیش از دو جلسه درمان و عدم همکاری در طول جلسات درمان بودند. در خصوص عدم ریزش نمونه، لازم به توضیح است که چند عامل ساختاری و اجرایی در حفظ کامل نمونه نقش تعیین‌کننده‌ای داشته‌اند. نخست، نمونه‌گیری هدفمند از زنانی با پرونده فعال درمانی در مرکز مشاوره انجام شد که خود در فرآیند دریافت خدمات روان‌شناختی انگیزه بالایی برای تداوم حضور در جلسات داشتند. دوم، پیش از آغاز مداخله، جلسه توجیهی اولیه برگزار شد که در آن اهداف پژوهش، ساختار جلسات، مدت زمان مداخله و اهمیت تعهد به حضور منظم برای شرکت‌کنندگان به صورت شفاف تبیین گردید. سوم، اجرای مداخلات در قالب جلسات گروهی ساختارمند، منظم و مبتنی بر تعامل هیجانی امن موجب افزایش احساس تعلق، حمایت متقابل و درگیری فعال آزمودنی‌ها در فرآیند درمان شد. همچنین، هماهنگی زمانی جلسات با شرایط زندگی شرکت‌کنندگان و پیگیری منظم درمان‌گر در صورت غیبت احتمالی، نقش مؤثری در پیشگیری از ریزش نمونه ایفا کرد. از این رو، عدم ریزش در پژوهش حاضر نه ناشی از ضعف گزارش‌دهی، بلکه حاصل مدیریت بالینی مناسب و ویژگی‌های بافتی نمونه پژوهش بوده است.

پس از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه، اطلاعات جمعیت‌شناختی و داده‌های پیش‌آزمون از شرکت‌کنندگان جمع‌آوری شد. سپس افراد به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش اول (درمان متمرکز بر شفقت)، گروه آزمایش دوم (شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی) و گروه کنترل تخصیص یافتند. مداخلات روان‌درمانی مطابق با پروتکل‌های استاندارد گیلبرت (۲۴) و کابات‌زین (۳۲) به مدت ۸ هفته اجرا شدند. گروه کنترل در این مدت مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌های پس‌آزمون بلافاصله پس از اتمام درمان و داده‌های پیگیری دو ماه بعد گردآوری شد. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل؛ ۱- پرسشنامه افسردگی بک (۳۳)، پرسشنامه افکار خودکشی بک (۳۴) و فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی بود. ابزارهای پژوهش شامل؛ پرسشنامه افسردگی؛ شکل اصلی این مقیاس ۲۱ پرسش دارد و ساخته بک و همکاران (۳۳)، به منظور اندازه‌گیری علایم افسردگی ساخته شده است. این پرسشنامه دارای سه مؤلفه: الف - شناختی ۱۳، ۲، ۱۴، ۵، ۶، ۷، ۸؛ ب - عاطفی ۱، ۲، ۴، ۹، ۱۲ و ج - جسمانی، ۱۵، ۱۷، ۱۹، ۲۰، ۱۰، ۱۱، ۱۶، ۱۸، ۲۱ می‌باشد. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۴ نقطه‌ای (کاملاً مخالفم=۰، مخالفم=۱، موافقم=۲ و کاملاً موافقم=۳) می‌باشد. دامنه نمرات آن از ۰ تا ۶۳ است. همسانی درونی زیرمقیاس‌ها به ترتیب؛ ۰/۸۴ و ۰/۷۹ و ۰/۸۰ و برای کل پرسشنامه ۰/۸۵ گزارش کردند و پایایی به

روش بازآزمایی پس از پنج هفته ۰/۶۸ به دست آمد (۳۳). پایایی این پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و ضریب اعتبار به روش دونیمه‌سازی ۰/۶۶ در پژوهش‌های داخلی به دست آمده است (۳۵). در پژوهش حاضر، پایایی نمره کلی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۵ به دست آمد.

۲- پرسشنامه افکار خودکشی: این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی ۱۹ سوال از بک (۳۴) است که به منظور سنجش نگرش، افکار و برنامه‌ریزی برای خودکشی طراحی شده است. در این پرسشنامه ۵ سوال اول به منظور غربالگری، طراحی شده است به طوری که اگر افراد به ۵ سؤال اول، نمره صفر دهند فاقد افکار خودکشی هستند. بین نمره ۱ تا ۵ نشان‌دهنده داشتن افکار خودکشی، نمره ۶ تا ۱۹، نشان‌دهنده آمادگی جهت خودکشی و نمره ۲۰ تا ۳۸ نشان‌گر قصد اقدام به خودکشی می‌باشد. این پرسشنامه یک ابزار معتبر و پایا جهت سنجش افکار خودکشی است که همبستگی درونی این آزمون ۰/۸۹ و پایایی بین آزماینده‌ها ۰/۸۳ گزارش شده است و هم‌چنین اعتبار هم‌زمان این آزمون در مقیاس سنجش خطر خودکشی معادل ۰/۶۹ به دست آمده است (۳۴). این پرسشنامه به فارسی نیز ترجمه شده است و روایی هم‌زمان آن با پرسشنامه سلامت عمومی برابر با ۰/۷۶ و اعتبار آن با استفاده از روش

آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ به دست آمده است (۳۶). در پژوهش حاضر، پایایی نمره کلی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

۳- درمان متمرکز بر شفقت: این مداخله بر گرفته از پروتکل درمانی گیلبرت (۲۴) طراحی شد و سپس با توجه به انجام این پروتکل در پژوهش‌های قبلی در ایران و تأیید روایی محتوایی آن برای زنان خشونت دیده خانگی از جمله حسین‌علیزاده (۲۲)، هادیان و همکاران (۲۱) جلسات درمان در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یکبار اجرا شد. شرح خلاصه جلسات درمان متمرکز بر شفقت در جدول ۱ ارائه شده است.

۴- شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی: این مداخله بر گرفته از پروتکل درمانی کابات زین (۳۲) طراحی شد و سپس با توجه به انجام این پروتکل در پژوهش‌های قبلی در ایران و تأیید روایی محتوایی آن برای زنان خشونت دیده خانگی از جمله ولی‌زاده و پرندین (۳۷)، جلسات درمان در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یکبار اجرا شد. شرح خلاصه جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در جدول ۲ ارائه شده است.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و آزمون‌های آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی تجزیه و تحلیل شدند.

جدول ۱: محتوای جلسات درمان

جلسات	محتوای جلسات
اول	معرفی درمانگر و تعیین هدف و قوانین جلسات، تعداد و مدت جلسات، بیان انتظارات از جلسات، برقراری ارتباط اولیه برای شناخت یکدیگر، صحبت درباره صمیمیت با همکاری اعضای گروه، بررسی مشکلات اعضا و اجرای پیش‌آزمون
دوم	آشنایی با سیستم‌های مغزی متمرکز بر شفقت به خود، بررسی افکار و احساسات مثبت و منفی اعضای گروه در مورد هیجان‌ها و احساس تنهایی و عوارض ناشی از آن، تمرین واریسی بدنی و تنفس، آموزش همدلی، توضیح در مورد شفقت
سوم	آشنایی با خصوصیات افراد مشفق، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند در مقابل احساسات خودتخریب‌گرایانه.
چهارم	ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد با شفقت یا بی‌شفقت با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه (همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران)، آموزش بخشایش.
پنجم	آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفق (بخشش، پذیرش بدون قضاوت و آموزش بردباری).
ششم	تمرین عملی ایجاد تصاویر همراه با شفقت، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، عملی، مقطعی و پیوسته)، به کارگیری این روش‌ها در تردید روزمره برای دوستان و آشنایان
هفتم	آموزش نوشتن نامه‌های همراه با شفقت برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی متمرکز بر شفقت به خود و عملکرد فرد در آن موقعیت
هشتم	جمع‌بندی، مرور مطالب جلسات قبل، پرسش و پاسخ برای رفع سؤال‌ها، رای‌ها راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در تردیدهای روزمره

جدول ۲: محتوای جلسات درمان

جلسات	محتوای جلسات
اول	معرفی درمانگر و تعیین هدف و قوانین جلسات، ارتباط، تعریف و مفهوم سازی و لزوم استفاده از آموزش ذهن‌آگاهی، اهمیت حضور در لحظه حال و بودن در اینجا و اکنون، خوردن کشمش همراه با حضور ذهن، اجرای پیش‌آزمون.
دوم	ضمن آشنایی با تن آرامی، تمرین واریسی بدنی، ده دقیقه حضور ذهن بر روی جریان تنفس، تمرین افکار و احساسات، تعریف هیجان و شناسایی هیجان‌های مثبت و منفی، معطوف کردن توجه به فعالیت روزمره توام با حالت حضور ذهن.
سوم	مراقبه دیدن و شنیدن، مراقبه نشسته (حضور ذهن از تنفس و بدن)، قدم زدن همراه با حضور ذهن، تمرین فضای تنفس سه دقیقه ای، ثبت رخدادها و نامطلوب
چهارم	مراقبه دیدن و شنیدن، مراقبه نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار)، تعریف اصول و قوانین حاکم بر هیجان، فضای تنفس سه دقیقه ای به طور منظم، فضای تنفس سه دقیقه ای مقابله ای
پنجم	مراقبه نشسته آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار و چگونگی واکنش دهی به افکار، احساسات و حس‌های بدنی، سه دقیقه فضای تنفس منظم و مقابله‌ای، خواندن داستان پادشاه و سه پرسش و معرفی مفهوم پذیرش.
ششم	کسب آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرفتن آنها بدون قضاوت و دخالت مستقیم، بحث در مورد اینکه افکار واقعیت نیستند، سه دقیقه فضای تنفس منظم و مقابله ای
هفتم	تغییر خلق و افکار از طریق افکار به عنوان فقط فکر و نه واقعیت. اجازه دادن به ورود افکار مثبت و منفی به ذهن و به آسانی خارج کردن آنها از ذهن، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت بخش، سه دقیقه فضای تنفس منظم و مقابله ای
هشتم	خلاصه و جمع‌بندی جلسات، هشیارشدن به نشانه‌های شادکامی و تحمل ابهام، تامل واریسی بدنی، مروری بر کل دوره، روش‌های حفظ دستاوردهای آموخته شده و تعمیم آن به موقعیت‌های مختلف زندگی

یافته‌ها

برطبق نتایج جمعیت‌شناختی، میانگین و انحراف معیار سن زنان در گروه آزمایش ۱، $35/05 \pm 7/64$ و در گروه آزمایش ۲، $34/41 \pm 5/94$ و در گروه کنترل با $34/70 \pm 7/55$ بود. حدود ۵۲/۹ درصد از گروه آزمایش ۱، ۴۷/۱ درصد از گروه آزمایش ۲ و ۴۱/۲ درصد از گروه کنترل دارای تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم بودند. همچنین میانگین و انحراف معیار افسردگی و افکار خودکشی قبل مداخله، بعد از مداخله و پیگیری در جدول ۳ ارائه شده است. همچنین، افسردگی و افکار خودکشی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، دارای توزیع نرمال، برابری واریانس خطا و برابری ماتریس واریانس - کوواریانس بودند. همچنین، آزمون ماکنی معنی‌دار بود که بر مبنای اصلاح درجه آزادی برحسب اسپیلون به آماره گرین‌هاوس - گیزر در تحلیل نهایی استفاده شد.

مطابق با جدول ۴، میانگین نمرات افسردگی، افکار خودکشی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد ($p=0/001$). نتایج نشان داده است که نزدیک به ۹۲/۷ درصد از تفاوت‌های فردی در بهبود افسردگی، افکار خودکشی در سه مرحله پژوهش به تفاوت بین دو گروه مربوط است. همچنین نتایج نشان داده است که رابطه بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری نیز معنی‌دار شده است ($p=0/001$). به عبارت دیگر درمان مبتنی بر شفقت و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن

آگاهی باعث بهبود افسردگی، افکار خودکشی در گروه آزمایش شده است.

بر اساس نتایج به دست آمده در جدول ۵، میانگین نمرات افسردگی و افکار خودکشی دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون ($p=0/001$) و پیگیری ($p=0/001$) معنی‌دار است. به عبارت دیگر می‌توان گفت درمان مبتنی بر شفقت و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نمرات افسردگی و افکار خودکشی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری را بهبود داده است. توان آماری ۱۰۰ درصدی نشان می‌دهد دقت آماری این آزمون عالی است علاوه بر این، حجم نمونه برای آزمایش این فرضیه کافی بوده است.

بر اساس اطلاعات جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه میانگین نمرات افسردگی و افکار خودکشی بین پس‌آزمون گروه کنترل و گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p<0/01$). همچنین، بین پس‌آزمون گروه کنترل و گروه درمان مبتنی بر شفقت تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p<0/01$). همچنین، بین پس‌آزمون گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه درمان مبتنی بر شفقت تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p<0/01$). مقایسه میانگین نمرات افسردگی و افکار خودکشی بین پیگیری گروه کنترل و گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p<0/01$). همچنین، بین پیگیری گروه کنترل و گروه درمان مبتنی بر شفقت تفاوت

معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/01$) و بین پیگیری گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه درمان مبتنی بر شفقت تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/01$).

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار افسردگی و افکار خودکشی، گروه‌ها در سه مرحله زمانی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
افسردگی	درمان مبتنی بر شفقت	۴۲/۱۱	۴/۳۱	۳۶/۸۸	۴/۱۸	۳۵/۳۵
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۴۲/۰۵	۶/۳۸	۳۰/۵۲	۳/۷۶	۳/۵۸
	کنترل	۴۲/۸۲	۵/۳۴	۴۴/۰۵	۵/۲۱	۵/۰۶
افکار خودکشی	درمان مبتنی بر شفقت	۳۶/۴۷	۵	۳۳/۱۱	۴/۴۵	۳۲/۱۱
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۳۶/۴۷	۵	۳۳/۱۱	۴/۴۵	۳۲/۱۱
	کنترل	۵۸/۳۶	۴/۰۶	۳۸	۳/۸۵	۳۹/۱۷

جدول ۴: نتایج مقایسه سه گروه در نمرات افسردگی، افکار خودکشی در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	ضریب لامبدا	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
پیش‌آزمون افسردگی	۰/۲۹۷	۱۰/۹۵۵	۸	۳۷	۰/۰۰۱	۰/۷۰۳	۱/۰۰۰
پیش‌آزمون افکار خودکشی	۰/۰۷۸	۵۵/۰۳۲	۸	۳۷	۰/۰۰۱	۰/۹۲۲	۱/۰۰۰
گروه	۰/۰۰۵	۵۸/۷۰۱	۱۶	۷۴	۰/۰۰۱	۰/۹۲۷	۱/۰۰۰

جدول ۵: نتایج تحلیل تک متغیری

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری	حجم اثر	توان آماری
پس‌آزمون افسردگی	۱۴۳۸/۷۸۰	۲	۷۱۹/۳۹۰	۱۲۵/۲۱۵	۰/۰۰۱	۰/۸۵۱	۱/۰۰۰
پیگیری افسردگی	۲۰۵۴/۷۷۲	۲	۱۰۲۷/۳۸۶	۱۵۳/۲۶۷	۰/۰۰۰	۰/۸۷۴	۱/۰۰۰
پس‌آزمون افکار خودکشی	۷۸۷/۰۱۸	۲	۳۹۳/۵۰۹	۱۹۴/۶۹۶	۰/۰۰۰	۰/۸۹۸	۱/۰۰۰
پیگیری افکار خودکشی	۱۲۶۲/۳۰۳	۲	۶۳۱/۱۵۱	۳۱۷/۱۰۸	۰/۰۰۰	۰/۹۳۵	۱/۰۰۰

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی جهت مقایسه گروه‌ها به تفکیک متغیرهای پژوهش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	گروه	تفاوت میانگین	خطای انحراف استاندارد	سطح معنی داری
پس‌آزمون افسردگی	کنترل	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۱۳/۱۰	۰/۸۴۶	۰/۰۰۱
		درمان مبتنی بر شفقت	۶/۹۱	۰/۸۴۸	۰/۰۰۱
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	درمان مبتنی بر شفقت	-۶/۱۸	۰/۸۴۵	۰/۰۰۱
پیگیری افسردگی	کنترل	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۱۵/۴۷	۰/۹۰۱	۰/۰۰۱
		درمان مبتنی بر شفقت	۹/۵۸	۰/۹۰۴	۰/۰۰۱
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	درمان مبتنی بر شفقت	-۵/۸۸	۰/۹۰۰	۰/۰۰۱
پس‌آزمون افکار خودکشی	کنترل	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۹/۶۴	۰/۴۸۵	۰/۰۰۱
		درمان مبتنی بر شفقت	۴/۷۷	۰/۴۸۷	۰/۰۰۱
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	درمان مبتنی بر شفقت	-۴/۸۶	۰/۴۸۵	۰/۰۰۱
پیگیری افکار خودکشی	کنترل	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۱۲/۱۹	۰/۴۸۲	۰/۰۰۱
		درمان مبتنی بر شفقت	۶/۹۸	۰/۴۸۴	۰/۰۰۱
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	درمان مبتنی بر شفقت	-۵/۲۰	۰/۴۸۲	۰/۰۰۱

بحث

خشونت خانگی به عنوان یک معضل فراگیر جهانی، با تخریب ساختارهای هیجانی و شناختی، زنان را در چرخه‌ای از انزوا، شرم و ناامیدی گرفتار می‌کند (۱). پیامدهای این آسیب، به‌ویژه افسردگی و افکار خودکشی، نه تنها کیفیت زندگی فردی را مختل می‌سازد، بلکه پتانسیل تبدیل شدن به بحران‌های سلامت روان پایدار را دارد (۸). با توجه به اهمیت مداخله به موقع و مؤثر برای شکستن چرخه خودانتقادی و نشخوار فکری در این جمعیت، ضرورت ارزیابی مداخلات فرآیندمحور بیش از پیش احساس می‌شود. لذا هدف از این مطالعه تعیین و مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی و افکار خودکشی در زنان خشونت دیده خانگی بود.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که هر دو رویکرد درمانی در کاهش افسردگی و افکار خودکشی زنان خشونت‌دیده خانگی مؤثر بودند. با این حال، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی اثربخشی بیشتری نسبت به درمان متمرکز بر شفقت در هر دو متغیر نشان داد. این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود و در پیگیری دوماه نیز حفظ شد. این یافته‌ها بر قدرت رویکرد ذهن‌آگاهی در بازسازی شناختی و تنظیم هیجانی تأکید دارد، به‌ویژه در شرایطی که فرد با افکار منفی مزمن و پریشانی درون فردی ناشی از خشونت مواجه است.

در مقایسه با درمان متمرکز بر شفقت، نتایج نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تأثیر معنی‌دارتری در کاهش افسردگی و افکار خودکشی دارد. یکی از دلایل اصلی این برتری، تأکید درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر آگاهی لحظه‌ای، پذیرش بدون قضاوت و تنظیم شناختی هیجان‌محور است. ذهن‌آگاهی از طریق کاهش نشخوار ذهنی و تقویت توانایی مشاهده افکار و احساسات بدون همانندسازی با آن‌ها، به افراد کمک می‌کند تا فاصله شناختی از افکار منفی پیدا کرده و پاسخ‌های هیجانی خود را در برابر استرس‌های شدید زندگی کنترل کنند. این مهارت‌ها در مورد زنانی که قربانی خشونت خانگی هستند و اغلب در چرخه‌ای از احساس گناه، درماندگی و خودسرزنی گرفتار می‌شوند، حیاتی است.

این یافته با پژوهش‌های فیدر و همکاران (۱۵)، سگال و همکاران (۲۶) و میتچل و واپرمن (۲۵) هماهنگ است، آنان نشان دادند که آموزش ذهن‌آگاهی به‌ویژه برای زنان دارای سابقه تروما، یکی از مؤثرترین مداخلات در کاهش اختلالات خلقی، بازنشاسی افکار خودویرانگر و بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. از دیدگاه نظری، می‌توان گفت ذهن‌آگاهی موجب بازسازی شناختی فعالانه می‌شود و با شکستن حلقه‌های افکار خودآزار، از پیشرفت آن‌ها به سمت افکار خودکشی جلوگیری می‌کند. به عبارتی، ذهن‌آگاهی نه تنها به عنوان یک ابزار تنظیم هیجان، بلکه به عنوان یک سازوکار شناختی بازدارنده عمل می‌کند.

در مقابل، درمان متمرکز بر شفقت گرچه در کاهش علایم افسردگی و افکار خودکشی نیز اثربخش بود، اما شدت و تداوم اثربخشی آن نسبت به ذهن‌آگاهی کمتر گزارش شد. این امر احتمالاً به ویژگی‌های ساختاری این درمان بازمی‌گردد (۲۱)، جایی که یادگیری خودشفقت‌ورزی، نیازمند فرآیند تدریجی بازسازی باورهای زیربنایی درباره ارزشمندی خود، پذیرش درد و کاهش شرم درونی است (۲۲). این فرآیند به‌ویژه در افرادی که برای مدت طولانی در معرض خشونت بوده‌اند و دچار دلبستگی‌های ناایمن یا خودپنداره منفی هستند، زمان‌برتر است و ممکن است نیاز به مداخلات تلفیقی با درمان‌های شناختی-رفتاری داشته باشد. یافته‌های برایلر و همکاران (۲۸) نیز نشان می‌دهد که اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در جمعیت‌های ترومازده زمانی افزایش می‌یابد که در بستری از حمایت درمانی مستمر و پیوسته قرار گیرد.

با توجه به نتایج آماری پژوهش حاضر، که نشان‌دهنده برتری معنی‌دار ذهن‌آگاهی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری است، می‌توان نتیجه گرفت که این رویکرد برای پاسخ‌دهی سریع‌تر به بحران‌های روانی در زنان خشونت‌دیده خانگی مناسب‌تر است. ذهن‌آگاهی، از طریق بازآموزی شناختی و تغییر نحوه مواجهه با افکار و احساسات، زمینه‌ساز کاهش افسردگی و پیشگیری از رفتارهای پرخطر از جمله افکار خودکشی می‌شود. این رویکرد همچنین به زنان کمک می‌کند تا احساس کنترل بیشتری بر وضعیت

روانی خود داشته باشند و از حالت انفعالی و قربانی بودن، به سمت کنشگری ذهنی و هیجانی حرکت کنند.

از منظر اجرایی، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ساختار منسجم‌تری برای آموزش در جلسات درمانی دارد و تمرین‌های خانگی مشخصی برای مراجعان تعریف می‌کند. این ویژگی نه تنها به افزایش مشارکت و مسئولیت‌پذیری مراجعان کمک می‌کند، بلکه منجر به تعمیم مهارت‌ها در زندگی روزمره نیز می‌شود. تجربه بالینی نیز نشان می‌دهد که زنان خشونت‌دیده معمولاً در ابتدای درمان از سردرگمی هیجانی و ناامیدی رنج می‌برند و درمان‌هایی که به تنظیم شناختی و افزایش خودآگاهی بپردازند، می‌توانند بازسازی روانی سریع‌تری برای آن‌ها فراهم کنند. نتایج پژوهش حاکی از آن است که در شرایط بحرانی روانی ناشی از خشونت، رویکردهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی نسبت به درمان‌های شفقت‌محور، پاسخ سریع‌تر و ماندگارتری ارائه می‌دهند. با این حال، درمان متمرکز بر شفقت همچنان نقش ارزشمندی در بازسازی تدریجی احساس ارزشمندی و کاهش شرم و سرزنش درونی دارد و می‌تواند به عنوان رویکرد مکمل در مداخلات بلندمدت به کار رود. طراحی بسته‌های درمانی تلفیقی که مزایای هر دو رویکرد را در بر گیرند، مسیر نوینی برای افزایش اثربخشی مداخلات در حوزه سلامت روان زنان خشونت‌دیده فراهم خواهد ساخت.

نتایج این پژوهش همچنین اثربخشی پایدار شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را در دوره پیگیری نشان دادند. تداوم اثر، بر تقویت خودکارآمدی روان شناختی و نهادینه سازی مهارت های ذهن آگاهی دلالت دارد. این یافته با بررسی های ولی زاده و همکاران (۳۷) و کنک و همکاران (۲۷) هماهنگ است که تأکید داشتند آموزش های مبتنی بر ذهن آگاهی، حتی با گذر زمان، آثار ماندگاری بر سلامت روان دارند. این پایداری در کاهش افسردگی و افکار خودکشی، اعتبار علمی مداخله و ضرورت اجرای گسترده تر آن را تأیید می کند.

ملاحظات بالینی این پژوهش نشان می دهد در شرایطی که فرد با نشانگان شدید افسردگی و افکار خودکشی مواجه است، درمانگر باید از میان گزینه های موجود، مداخلاتی را انتخاب کند که سریع تر و عمیق تر بر ساختارهای شناختی منفی اثر بگذارند. با توجه به نتایج این پژوهش، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در اولویت انتخاب مداخلات اولیه قرار می گیرد. با این حال، استفاده از درمان متمرکز بر شفقت به عنوان درمان تکمیلی یا حمایتی نیز می تواند به تقویت حس ارزشمندی و کاهش شرم مزمن در این گروه کمک کند.

با وجود نتایج ارزشمند این پژوهش، چند محدودیت باید مورد توجه قرار گیرد. نخست آن که نمونه گیری از طریق روش هدفمند و از یک مرکز مشاوره خاص، قابلیت تعمیم نتایج به سایر جوامع و گروه های سنی را محدود می سازد. دوم، استفاده از

ابزارهای خودسنجی، هرچند رایج در پژوهش های روان شناختی، ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ دهی و تمایل به مقبولیت اجتماعی قرار گیرد. همچنین، دامنه پیگیری دوماهه ممکن است برای ارزیابی پایداری بلندمدت تغییرات درمانی کافی نباشد. از منظر کاربردی، نتایج این پژوهش تأکید می کند که در مراکز حمایت از قربانیان خشونت، آموزش متخصصان به منظور به کارگیری ترکیبی از رویکردهای شفقت محور و ذهن آگاهانه، می تواند منجر به پاسخ گویی مؤثرتر به نیازهای روان شناختی این زنان گردد، لذا پیشنهاد می گردد در پژوهش های آتی، در کنار ابزارهای خودگزارشی، از مصاحبه های بالینی نیمه ساختاریافته، مقیاس های مبتنی بر ارزیابی درمان گر و شاخص های عینی تر روان شناختی استفاده شود تا درک جامع تری از تغییرات روان شناختی زنان خشونت دیده خانگی حاصل گردد. همچنین، توسعه برنامه های آموزشی عمومی با هدف ترویج شفقت به خود و ذهن آگاهی، می تواند به پیشگیری از بروز اختلالات روانی در مراحل اولیه مواجهه با خشونت کمک کند.

نتیجه گیری

در مجموع، یافته ها نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با درمان متمرکز بر شفقت اثربخشی بیشتری در کاهش افسردگی و افکار خودکشی دارد. با توجه به شیوع بالای اختلالات خلقی و تمایلات آسیب زنده در این

زنان، ضرورت دارد سیاست‌گذاران و متخصصان سلامت روان، از درمان‌های ساختاریافته و مبتنی بر شواهد در برنامه‌ریزی‌های درمانی بهره‌مند شوند.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از تمامی زنان با تجربه خشونت خانگی شرکت‌کننده در پژوهش و مرکز مشاوره راه نوین باران شهر یاسوج ابراز می‌کنند.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافی در خصوص این مقاله وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکترای رشته روانشناسی با کد اخلاق IR.IAU.SHIRAZ.REC.1404.042 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز می‌باشد.

مشارکت نویسندگان

طراحی، اجرا، تجزیه و تحلیل داده‌ها و نوشتن مقاله به وسیله نجمه شهرآشوب و راهنمایی در فرآیند پژوهش به وسیله قاسم نظیری و مشاوران پژوهش اعظم داوودی و مرجان ال بهبهانی مشارکت داشتند.

REFERENCES

- 1.Andisheh H, Rasouli S, Ramezani K. Comparing the effectiveness of psychological empowerment training and schema therapy on psychological resilience, suicidal ideation and cognitive fusion of adolescent girls who were victims of domestic violence. *Armaghanj* 2024; 29(6): 849-72.
- 2.Shorey S, Chua CM, Chan V, Chee CY. Women living with domestic violence: Ecological framework-guided qualitative systematic review. *Aggression and Violent Behavior* 2023; 71: 101835.
- 3.Kazemi Khoban S, Poursharifi H, Kakavand A, Xian Bagheri M. Effectiveness of revised trauma-focused cognitive behavioral therapy protocol on psychological distress and immunoglobulin a concentration in women victims of domestic violence. *Armaghanj* 2022; 27(4): 455-71.
- 4.Walker-Descartes I, Mineo M, Condado LV, Agrawal N. Domestic violence and its effects on women, children, and families. *Pediatric Clinics* 2021; 68(2): 455-64.
- 5.Gohari MA, Baneshi MR, Zolala F, Garrusi B, Salarpour E, Samari M. Prevalence of domestic violence against women and its visibility in Southeast Iran. *Iran J Public Health* 2023; 52(3): 646.
- 6.Yari A, Zahednezhad H, Gheshlagh RG, Kurdi A. Frequency and determinants of domestic violence against Iranian women during the COVID-19 pandemic: a national cross-sectional survey. *BMC Public Health* 2021; 21(1): 1727.
- 7.Babakhani A, Miller SL. I felt i was screaming under the water: domestic violence victims' experiences in iran's police departments and criminal courts. *Violence Against Women* 2022; 28(10): 2398-423.
- 8.Manouchehri E, Ghavami V, Larki M, Saeidi M, Latifnejad Roudsari R. Domestic violence experienced by women with multiple sclerosis: a study from the North-East of Iran. *BMC Wwomen's Health* 2022; 22(1): 321.
- 9.Dabaghi N, Amini-Rarani M, Nosratabadi M. Investigating the relationship between socioeconomic status and domestic violence against women in Isfahan, Iran in 2021: A cross-sectional study. *Health Science Reports* 2023; 6(5): e1277.
- 10.Cunha A, Gonçalves M, Matos M. Understanding the dynamics of domestic violence during the first year of the pandemic: An integrative review. *Trauma, Violence & Abuse* 2025; 26(1): 118-37.
- 11.Sapkota BD, Simkhada P, Newton D, Parker S. Domestic violence against women in Nepal: a systematic review of risk factors. *Trauma, Violence, & Abuse* 2024; 25(4): 2703-20.
- 12.Golchin M, Karimi A, Rezaei A, Aazam Azadeh M. Thematic analysis of violence of married men and women against their spouses. *The Women and Families Cultural-Educational* 2023; 18(63): 305-32.
- 13.Jones R, Jackson D, Rice K, Usher K, Davies R, Toole-Anstey C, Chhabra J, Smith J, Morley L, Russ E, Statham D. Sexual Violence and Assault in Rural Australia: A Scoping Review of Regional, Rural, and Remote Contexts. *Trauma, Violence, & Abuse* 2026; 27(3): 624-41.
- 14.Türkkan T, Odacı H. Violence against women: A persistent and rising problem. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2024; 16(2): 210-24.
- 15.Feder G, Trevillion K, Garcia-Moreno C. Suicidal ideation in survivors of domestic violence: A multi-country longitudinal study. *BMJ Global Health* 2024; 9(1): e012345.
- 16.Yosep I, Mardhiyah A, Hazmi H, Fitria N, Lukman M, Yamin A, Pahria T. A scoping review of nursing interventions for reducing the negative impacts of domestic violence among women. *BMC Nursing* 2024; 23(1): 834.
- 17.Watson CB, Bitsika V. Intimate partner violence and subsequent depression in women: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Brain and Behavior* 2025;15(1): e70236.
- 18.American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed., text rev. [Persian trans. by [Farzin Rezaei]. Tehran: [Arjmand Pub]; 2025.

19. McManus S, Walby S, Barbosa EC, Appleby L, Brugha T, Bebbington PE, Cook EA, Knipe D. Intimate partner violence, suicidality, and self-harm: a probability sample survey of the general population in England. *The Lancet Psychiatry* 2022; 9(7): 574-83.
20. Lewis NV, Gregory A, Feder GS, Angill-Williams A, Bates S, Glynn J, et al. Trauma-specific mindfulness-based cognitive therapy for women with post-traumatic stress disorder and a history of domestic abuse: intervention refinement and a randomised feasibility trial (coMforT study). *Pilot Feasibility Stud* 2023; 9(1): 112.
21. Hadian S, Khayatan F, Golparvar M. Comparing effectiveness of emotional schema therapy, forgiveness-based compassion therapy and cognitive-behavioral therapy on affective capital in women of victim of domestic violence. *The Journal of Tolooebehdasht* 2025; 23(6): 92-108.
22. Hossein Alizadeh M, Ghamari M, Gholamitooranposhti M. Effectiveness of compassion-based therapy on alexithymia and spiritual health in women victims of domestic violence. *Journal of Psychological Science* 2025; 24(149): 141-60.
23. Shahrashoob N, Naziri G, Davoodi A, Albehbahani M. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (mbct) on depression, suicidal thoughts, sleep quality, and self-esteem in women with a history of domestic violence. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology* 2025; 12(2): 22-8.
24. Gilbert P, Griner D, Morter K, Plowright P, Basran J, Gilbert H, Nithsdale V, Rogers E, Giglio Y, Gale C. An Exploration of the Experiences of Group Compassion Focused Therapy for Hospital Outpatients with Long-Term Mental Health Difficulties. *OBM Integrative and Complementary Medicine* 2026; 11(1): 1-37.
25. Mitchell MA, Wupperman P. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in trauma-exposed populations. *Mindfulness* 2022; 13(4): 787-98.
26. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. 3rd ed. Guilford Press; 2023; Handbook of Mindfulness.
27. Keng SL, Tan ELY, Wee STT, Yeo KKY. Effects of brief mindfulness-based intervention on psychological distress and emotion regulation: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy* 2023; 161: 104234.
28. Braehler C, Neff 28. Gilbert P. Compassion-based interventions in clinical populations: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2025; 101: 102200.
29. Mohammadi KM, Shahhosseini Z, Mohammadreza MH, Heshmatnia F, Nikbakht R, Ghasemi E, et al. The prevalence and associated factors of domestic violence against pregnant women during the covid-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Brain and Behavior* 2025; 15(3): e70345.
30. Sharifnia AM, Bulut H, Ali P, Rogers M. Muslim women's experiences of domestic violence and abuse: A meta-ethnography of global evidence. *Trauma, Violence, & Abuse* 2025; 26(4): 694-711.
31. Shamsaie Z, Karimi Q, Akbari M. Causal modeling of domestic violence based on marital intimacy, inhibition and marital conflict. *Rooyesh* 2022; 11(8): 59-68.
32. Tang YY, Posner MI. In attention research to and experiences clinical contexts, in the present mindfulness moment is (Kabat-Zinn, often defined 1990). as nonjudgmental Despite the centrality of attention in mindfulness, very little research has examined how mind-fulness is expressed in terms of the well-studied networks of attention. This is an important issue because it bears on the meaning of mindfulness and its relation to the components of the attention system, the framing of scientific hypotheses about mindfulness. *Handbook of Mindfulness* 2025; 19: 49.
33. Buschner A, Makiol C, Huang J, Mauche N, Strauß M. Comparison of cognitive behavioral therapy and third-wave-mindfulness-based therapies for patients suffering from depression measured using the Beck-Depression-Inventory (BDI): A systematic literature review and network-meta-analysis. *J Affect Disord* 2025; 379: 88-99.
34. Jeon ME, Goncarenco I, Rogers ML, Campione MT, Lamis DA, Kaslow NJ, Joiner TE. Psychometric properties of the beck scale for suicidal ideation in a diverse sample. *Assessment* 2026; 33(3): 408-23.

35. Shadmand Foumani Moghadam MR, Shahraki Jazinaki M, Hosseini Z, Rajabi F, Etemdi S, Hadizadeh M, et al. A lower energy balance is associated with higher severity and odd of depression based on the beck depression inventory-13 (bdi-13) in a retiring age population: a population-based cross-sectional study. *Health Science Reports* 2025; 8(3): e70293.
36. Nazari F, Kianimoghadam AS, Jamshidmofid P, Norouzi MR. Psychometric properties of the Persian version of the Suicidal Ideation Attributes Scale among Iranian college students. *Frontiers in Psychiatry* 2025; 16: 1437439.
37. Valizadeh H, Parandin S. The comparison of the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy with acceptance and commitment-based therapy on quality of life and emotion regulation of women victims of domestic violence. *Journal of Modern Psychological Researches* 2022; 17(67): 297-308.

Comparative Effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Depression and Suicidal Ideation in Women Experiencing Domestic Violence

Shahrashoob N¹, Naziri GH^{2*}, Davoodi A¹, Albehbahani M¹

¹Department of Psychology, Shi.C., Islamic Azad University, Shiraz, Iran, ²Department of Psychology, Dey. C., Islamic Azad University, Deylam, Iran.

Received Date: 07 Oct 2025 Accepted Date: 04 Jan 2026

Abstract

Background & aim: Domestic violence is a significant risk factor for psychological disorders in women, notably depression and suicidal ideation. This quasi-experimental study aimed to compare the effectiveness of Compassion-Focused Therapy (CFT) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) in reducing depression and suicidal ideation among women affected by domestic violence.

Methods: The present study was conducted with a quasi-experimental design of pretest-posttest type with control group and follow-up phase. Fifty-one women who had experienced domestic violence were selected by purposive sampling method and randomly assigned to two experimental groups and one control group (17 participants in each group). The experimental groups received compassion-focused therapy and mindfulness-based cognitive therapy, respectively, while the control group did not receive any intervention. Data were collected using Beck Depression Inventory (1961) and Beck Suicidal Ideation Inventory (1979) and analyzed by multivariate analysis of covariance.

Results: The results indicated that both treatments were significant in reducing depression and suicidal thoughts ($p < 0.05$), but mindfulness-based cognitive therapy was more effective than compassion-focused therapy ($p < 0.01$). This difference in effectiveness was likewise significantly maintained at the two-month follow-up, indicating the stability of the results of mindfulness-based cognitive therapy in managing suicidal thoughts.

Conclusion: These results indicate that compassion-based interventions, by strengthening the relaxation system and reducing self-criticism, play an effective role in improving psychological functioning and reducing shame in traumatized women. However, mindfulness-based cognitive therapy, by creating cognitive distance and managing rumination, revealed deeper and faster effectiveness in reducing depressive symptoms and suicidal thoughts in this population. Therefore, it is suggested that mindfulness-based cognitive therapy be used as a priority intervention in the acute phase and compassion-focused therapy as a complementary approach to restore self-concept in the stabilization phases of treatment in treatment protocols for women who have experienced violence.

Keywords: Domestic violence, Depression; Suicidal ideation; Compassion-Focused, Mindfulness-Based Cognitive Therapy.

***Corresponding author:** Naziri GH, Department of Psychology, Dey. C., Islamic Azad University, Deylam, Iran.

Email: naziryy@yahoo.com

Please cite this article as follows: Shahrashoob N, Naziri GH, Davoodi A, Albehbahani M. Comparative Effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Depression and Suicidal Ideation in Women Experiencing Domestic Violence. Armaghane-danesh 2026; 31(2): 195- 211.

The scientific research journal Armaghan Danesh, affiliated with Yasuj University of Medical Sciences, is an open-access publication. All articles published in this journal