

Comparison of the Effectiveness of Acceptance-Based Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on the Rate of Depression and Chronic Pain in Abused Women

Seyed Mojtaba Aghili*
Narges Khatoon Arbabi**

Introduction

Domestic violence is a serious issue that can occur in any intimate or family relationship. The most common type of domestic violence is spousal abuse or husband violence against women. Spousal abuse can take many forms such as physical, sexual, emotional, or financial violence, and it can occur at any time and in any place. Based on various studies on the effectiveness of mindfulness and acceptance and commitment-based therapies in reducing depressive symptoms and chronic pain, the question arises as to which of the two methods is more effective, and whether the combination of these two treatments could be more effective. However, it is not yet clear whether one therapy is more effective than the other, or whether a combination of both therapies is more effective in reducing depression and chronic pain in abused women.

Method

A quasi-experimental pretest-posttest design with a control group was used in this study. The statistical population of the study consisted of all women who were abused by their spouse and had a file in the Welfare Office. One group received acceptance and commitment-based therapy, another received mindfulness-based therapy, and the third group was the control group. All three groups completed pre-tests and post-tests using the Depression Inventory and the Chronic Pain Questionnaire, with the experimental groups receiving 8 sessions of 60 minutes each. The inclusion

* Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Iran.

dr-aghili1398@yahoo.com

** Master of Psychology, Islamic Azad University of Bandar-e-Gaz, Golestan, Iran.

criteria included married women aged between 25 and 35 years, with a minimum diploma education, a score higher than the cut line (18) in the depression list, and victims of physical violence by their spouse at medical diagnosis. The exclusion criteria included reluctance to participate in the investigation and absence for more than two sessions. The research data were analyzed using multivariate analysis of covariance and comparison of means using SPSS software version 24.

Results

The results showed that both therapeutic approaches significantly reduced depression and chronic pain in abused women ($p < 0.05$). However, there was no significant difference between the two intervention methods in reducing depression and chronic pain.

Conclusion

The findings of the study suggest that acceptance-based therapy and mindfulness-based cognitive therapy are effective in reducing depression and chronic pain in women who have experienced spousal abuse. There was no significant difference between the effectiveness of the two therapies in reducing depression and chronic pain. The study highlights the importance of providing access to effective therapies for women who have experienced spousal abuse.

Keywords: Chronic pain, depression, mindfulness, spousal abuse.

Author Contributions: All authors reviewed and approved the final version of the manuscript.

Acknowledgments: The authors would like to thank all the participants and The State Welfare Organization of Iran for their assistance in this research.

Conflicts of Interest: The authors declare that there is no conflict of interest in this article.

Funding: This research is not sponsored by any institution, and all costs have been borne by the authors.

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر میزان افسردگی و دردهای مزمن در زنان مورد همسرآزاری

سیدمجتبی عقیلی*

نرگس خاتون اربابی**

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر میزان افسردگی و دردهای مزمن در زنان مورد همسرآزاری شهرستان گرگان بود. این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. حجم نمونه شامل ۳۰ نفر بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب شدند و از این تعداد، ۱۰ نفر به گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۱۰ نفر به گروه آزمایش ذهن‌آگاهی و ۱۰ نفر به گروه گواه به صورت تصادفی ساده گمارده شدند. جهت جمع‌آوری داده‌های پژوهش از سیاهه افسردگی بک و دردهای مزمن، استفاده شد. گروه‌های آزمایش برنامه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ۸ جلسه مداخله ۱ ساعته دریافت کردند. جهت تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج نشان داد هر دو رویکرد درمانی در مرحله پس‌آزمون بر افسردگی و درد مزمن زنان مورد همسرآزاری تأثیر معنی‌داری داشته‌اند ($p < 0/05$). بین دو روش درمانی در هر یک از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. بر اساس یافته‌ها می‌توان گفت که هر دو رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌توانند به عنوان مداخله‌ای مؤثر برای کمک به زنان مورد همسرآزاری جهت کاهش افسردگی و درد مزمن مورد استفاده قرار گیرد.

کلید واژگان: افسردگی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درد مزمن، ذهن‌آگاهی، همسرآزاری

* استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور، ایران (نویسنده مسئول) dr-aghili1398@yahoo.com

** کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی بندرگز، گلستان، ایران.

مقدمه

ازدواج، مهم‌ترین رویداد زندگی هر انسانی و به عنوان بنیادی‌ترین رابطه بشری توصیف شده است، زیرا ساختار اولیه برای بنا نهادن رابطه خانوادگی و تربیت نسل آینده را فراهم می‌سازد (Dehghani & Aslani, 2020). خشونت خانگی به طیف وسیعی از تخلفات مربوط به یک فضای خانگی اشاره دارد. این اصطلاحی گسترده است که شامل خشونت از سمت شریک صمیمی زندگی است (Bradbury et al., 2020)، و به شکل رفتارهای اعمال‌شده توسط یکی از اشخاص در رابطه برای اعمال قدرت بر فرد دیگر به شکل صدمات جسمی، روانی یا جنسی بوده است (Roesch et al., 2020). خشونت خانگی می‌تواند در هر رابطه خودمانی و صمیمی یا روابط خانوادگی اتفاق بیفتد که معمول‌ترین آن همسرآزاری (domestic violence) یا خشونت شوهر علیه زن است (Zadeh Mohammadi & Aslani, 2020). همسرآزاری عبارت است از، هر نوع خشونتی میان همسران فعلی و قبلی در روابط صمیمی، در هر زمان و مکانی که این عمل اتفاق بیفتد و این خشونت ممکن است شامل خشونت فیزیکی، جنسی، عاطفی یا مالی باشد (Amiri et al., 2021). بررسی‌ها نشان می‌دهد تجربه خشونت خانگی، باعث ایجاد پریشانی‌های روان‌شناختی، از جمله افسردگی و اضطراب در قربانیان خشونت می‌شود (Williams et al., 2018).

افسردگی (depression) یک احساس مداوم غم و اندوه و از دست دادن علاقه به چیزهایی است که می‌تواند بر افکار، رفتار، احساسات و احساس سلامت روانی فرد تأثیر بگذارد (Wetherall et al., 2019)، و به عنوان اختلالی شناخته می‌شود که افراد مبتلا به آن دارای علائمی از قبیل خلق پایین با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی و افکار مرگ و خودکشی می‌باشند (D'Iuso et al., 2018). مطالعات نشان دادند که افسردگی و اقدام به خودکشی در زنان قربانی خشونت چهار برابر بیشتر از زنان غیرقربانی دیده می‌شود (Dasarband et al., 2017). افسردگی اصلی‌ترین پیامد روان‌شناختی همسرآزاری است که میانگین آن در زنان قربانی همسرآزاری، ۴۷/۶ درصد است. احتمال افسردگی در زنان خشونت‌دیده، ده برابر زنان غیرقربانی است (Stefan et al., 2016). (Rakovec-Felser 2017). در بررسی تأثیر خشونت خانگی علیه زنان بر بهداشت عمومی آنان نشان داد که خشونت علیه

زنان دارای آثار روان‌شناختی متعدد مانند بروز سطوح بالای افسردگی، اضطراب و ترس و وحشت و نیز بروز میزان بالایی از ناامیدی و خودکشی در این افراد است. همچنین مطالعات مختلف نشان دادند که قربانیان خشونت خانگی از مشکلات روان‌شناختی زیادی مانند احساس درماندگی و افسردگی مزمن (Patel et al., 2019)، اختلال در عملکرد اجتماعی، نشانه‌های جسمانی و احساس درد رنج می‌برند (Alangeal et al., 2018).

از دیگر عوارض جسمانی و روان‌شناختی همسرآزاری می‌توان به درد مزمن (chronic pain) اشاره نمود. درد نه تنها به عنوان یک ادراک، بلکه به عنوان یک حالت خلقی طبقه‌بندی شده و از حواس پنج‌گانه مجزا شده است (Vakilian et al., 2021). درد پدیده‌ای چندبُعدی است که دارای اجزاء جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است و به واقع، نوعی تجربه ناخوشایند حسی و روحی بوده که با آسیب بافتی واقعی یا بالقوه در ارتباط است (McDermott et al., 2019). یکی از انواع مهم درد، نوع مزمن آن است. درد مزمن دردی است که مدت زمان بهبودی آن بیش از ۳ ماه به طول انجامد (Vesal & Taher Neshat, 2019). شیوع دردهای مزمن در سراسر جهان رو به افزایش است به طوری که حدود ۲۵ درصد از مبتلایان به دردهای مزمن با علائمی فراتر از درد مانند افسردگی و اضطراب که زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به سندرم درد مزمن مبتلا می‌شوند (Stein et al., 2019). درد مزمن جنبه‌های مختلفی از زندگی فرد از قبیل عملکرد هیجانی، بین فردی، شغلی و فیزیکی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و هزینه‌های گزافی را بر جامعه و سیستم بهداشت و درمان تحمیل می‌نماید (Pedler et al., 2018). همچنین درد مزمن وضعیتی تحلیل برنده است، به گونه‌ای که فرد دردمند را نه تنها با تنیدگی ناشی از درد، بلکه با بسیاری از عوامل تنیدگی‌زای دیگر که بخش‌های گوناگون زندگی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، روبه‌رو می‌کند (O'Loughlin & Newton-John, 2019).

یکی از مداخلات روان‌شناختی که اخیراً توجه زیادی را به خود جلب کرده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (treatment based on acceptance and commitment) است (Siddiq Rad et al., 2021). این درمان مبتنی بر فلسفه زمینه‌گرایی عملکردی و نظریه چارچوب رابطه‌ای ذهنی است که بر چگونگی ایجاد رنج توسط ذهن انسان، روش‌های بی‌فایده مقابله با آن و نیز رویکردهای زمینه‌ای جایگزین آن می‌پردازد (Twohig, 2012). درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش

شش فرآیند مرکزی دارد که عبارتند از: پذیرش، گسلش خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه (Esfandiari et al., 2021). مزیت عمده این روش نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است (Hayes et al., 2016). در واقع هدف این نوع درمان، مشاهده شناخت‌ها و هیجانات فرد به شیوه‌ای غیر قضاوت‌گرایانه، شناسایی ارزش‌ها، ایجاد تعهد نسبت به درگیری فعالانه در جهان بیرون و تلاش برای دستیابی به یک زندگی پرمعنا و اصیل است تا در نهایت انعطاف‌پذیری روانی فرد افزایش یابد (Nieuwsma et al., 2015). این شیوه از طریق آموزش پذیرش روانی، آگاهی روانی، گسلش شناختی، روشن‌سازی ارزش‌ها و ایجاد انگیزه برای عمل متعهدانه باعث افزایش انعطاف‌پذیری روانی و کاهش افسردگی می‌شود (Flujas-Contreras & Gomez, 2018).

یکی از فرآیندهایی که برای بهبود بخشیدن به زندگی افراد جهت دست یافتن به آرامش و کسب نتایج بهتری از عمر خود استفاده می‌شود؛ ذهن‌آگاهی (mindfulness) است (Khodaei et al., 2020). در ذهن‌آگاهی بر مفاهیمی مانند پذیرش، توجه، زمان اکنون و اینجا، ارزش‌ها، ارتباط ذهن و بدن تأکید می‌شود. ذهن‌آگاهی یعنی بودن در لحظه و زمان حال و توجه و تمرکز آگاهانه و غیرقضاوتی و آگاه بودن از رویدادهای در حال رخ دادن (Dunning et al., 2019). در این راستا مطالعات (Razavi et al., 2019) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس امیدواری و مدیریت درد در زنان مبتلا به درد مزمن اثربخش است. (Kiani et al., 2020) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی بیماران مبتلا به درد مزمن اثربخش است. (Swain et al., 2013) دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند علائم بالینی افسردگی را کاهش دهد. مطالعات (Sobhani et al., 2019) نشان داد که آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند منجر به کاهش افسردگی، اضطراب، استرس کاهش و ادراک کم‌دردهای مزمن زنان شود. (Farhangi, 2019) نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کنترل درد مزمن زنان مبتلا به سرطان اثربخش است. نتایج پژوهش (Osati and Salehi, 2020) نشان داد که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نشانگان افسردگی، اضطراب و استرس زنان اثربخش می‌باشد. (Mathur et al., 2020) نشان دادند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش میزان افسردگی مبتلایان به ام. اس مؤثر است. (Yasaei et al., 2018) دریافتند که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی بیشتر از

ذهن‌آگاهی مؤثر است. (Johannsen et al. (2018) و Hess (2018) نشان دادند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش درد بیماران اثربخش است. پژوهش Taheri and Sajjadian (2018) نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی منجر به کاهش اضطراب و افسردگی افراد دارای سندرم خستگی مزمن می‌شود.

بدین ترتیب بر اساس نتایج پژوهش‌های مختلف مبنی بر کارآمدی و اثربخشی مثبت روش‌های درمانی ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش علائم افسردگی و درد مزمن، این پرسش پیش می‌آید که کدام یک از این دو شیوه دارای اثربخشی بیشتری هستند و همچنین آیا ترکیب این دو روش درمانی، دارای اثربخشی بیشتری است یا خیر؟ با توجه به اینکه تاکنون تفاوت اثربخشی این دو مداخله در زنان مورد همسرآزاری بررسی نشده است، از این رو مطالعه حاضر در پی پاسخگویی به این سؤال است که آیا بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر میزان افسردگی و دردهای مزمن در زنان مورد همسرآزاری تفاوت وجود دارد؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر یک طرح نیمه آزمایشی است که در آن سه گروه شامل دو گروه آزمایش و یک گروه گواه به کار گرفته شد. این طرح یک طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مورد همسرآزاری پرونده در اداره بهزیستی و مراجعه‌کننده به مرکز خانه امن گرگان در سال ۹۹-۱۳۹۸ بود که از این میان به روش نمونه‌گیری هدفمند، ۳۰ نفر انتخاب شده و با روش تصادفی ساده به سه گروه ۱۰ نفره تقسیم شدند؛ یک گروه به عنوان گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک گروه مداخله ذهن‌آگاهی و گروه سوم به عنوان گروه گواه انتخاب شد. میانگین سن گروه آزمایش ۱ (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)، گروه آزمایش ۲ (شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی)، گروه گواه به ترتیب ۳۲/۴۱، ۳۱/۹ و ۳۲/۲۷ به دست آمد هر سه گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون جهت تکمیل پرسشنامه‌های مورد نظر شرکت کردند. گروه‌های آزمایشی در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به‌طور مجزا مورد آموزش قرار گرفتند. معیارهای ورود به طرح عبارت بودند از: زنان متأهل،

دامنه سنی ۲۵ تا ۳۵ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، علاقه‌مندی و داشتن انگیزه شرکت در پژوهش، نمره بالاتر از خط برش (۱۸) در سیاهه افسردگی، قربانی خشونت جسمانی توسط همسر به تشخیص پزشکی قانونی، و معیارهای خروج شامل عدم تمایل برای شرکت در پژوهش و غیبت بیش از دو جلسه بود. داده‌های پژوهش با تحلیل کواریانس چندمتغیری و مقایسه میانگین‌ها و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزارهای پژوهش

سیاهه افسردگی بک (Beck Depression Inventory-BDI-II): سیاهه افسردگی بک

دارای ۲۱ ماده است که در سال ۱۹۹۶ توسط Beck ساخته شد و نشانه‌های تعریف شده افسردگی از جمله غمگینی، احساس گناه، از دست دادن علاقه، کناره‌گیری اجتماعی و افکار خودکشی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (Johari Fard, 2013). هر گروه از پرسش‌ها شامل ۴ گزینه است. همه پرسش‌ها بر اساس مقیاس لیکرت (۰ تا ۳) نمره‌گذاری شده و نمره کل فرد از طریق جمع تمامی پرسش‌ها، دامنه‌ای از ۰ تا ۶۳ را شامل خواهد شد. Beck et al. (1988) پایایی بازآزمایی ۰/۹۳ را برای این سیاهه به دست آوردند و Arnau et al. (2001) همسانی درونی ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ را گزارش دادند. در ایران Dabson et al. (2007) پایایی بازآزمایی ۰/۹۳ را گزارش کردند. Farhadi et al. (2017) آلفای کرونباخ ۰/۸۷ را برای همسانی درونی، ضریب همبستگی ۰/۷۴ را برای پایایی بازآزمایی و ضریب همبستگی ۰/۷۷ با پرسشنامه افکار خودآیند منفی را برای روایی این مقیاس گزارش کردند. پایایی سیاهه افسردگی بک به روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۵ به دست آمد.

سیاهه میزان درد مزمن ون کورف (Van Korf Chronic Pain List): این سیاهه در

سال ۱۹۹۰ توسط Van Korf et al. برای اندازه‌گیری شدت درد مزمن ساخته شده است. در این سیاهه سه محور ارزیابی می‌شود: شدت درد، ثبات درد و میزان توانایی حاصل از درد. پاسخ‌دهنده هر یک از هفت عبارت پرسشی آزمون را روی یک مقیاس یازده نقطه‌ای از ۰ تا ۱۰ درجه‌بندی می‌کند. که صفر به معنی "بدون درد" و ۱۰ به معنی "بدترین درد" ممکن است. نمره فرد در آزمون در سه زیر مقیاس شدت درد، نمره ناتوانی و درجات یا سطوح

ناتوانی محاسبه می‌شود. آلفای کرونباخ برای ناتوانی و شدت درد به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۶۸ و پایایی درونی سیاهه ۰/۹۱ و اعتبار تمام سؤالات بیش از ۰/۷۵ بدست آمد (Fielding & Wong, 2012). در ایران، ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای ناتوانی و شدت درد به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۳ محاسبه شده است (Shirazi et al., 2017). در این پژوهش ضریب پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

روش اجرای پژوهش

به منظور اجرای پژوهش، ۳۰ نفر بر اساس ملاک‌های ورود و رضایت‌نامه کتبی در جلسات درمان انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۰ نفری (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) گمارده شدند. بر دو گروه آزمایش به‌طور مجزا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی هر کدام دو روز در هفته (در مجموع ۸ جلسه)، هر جلسه ۱ ساعت انجام شد. گروه گواه تا پایان پژوهش هیچ‌گونه مداخله روان‌شناختی دریافت نکرد. در اولین جلسه آشنایی شرکت‌کنندگان، اهداف مربوط به جلسات، رابطه درمان‌جو و درمانگر شکل گرفت. جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پژوهش حاضر از برنامه مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (Honarparvaran et al., 2017) و پروتکل شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (Teesdale and Williams (2015) ترجمه Kaviani et al. (2018) اقتباس شده است. به منظور رعایت اصول اخلاقی در امر آموزش در پایان کار، گروه گواه جزء شرکت‌کنندگان طرح قرار گرفته و مداخله درمانی نیز بر آنان اجرا شد. همچنین ملاحظات اخلاقی از قبیل، رعایت اصل رازداری، آگاه کردن شرکت‌کنندگان از اهداف مطالعه، اختیاری بودن شرکت در مطالعه و حق انصراف از مطالعه در هر زمان، رعایت گردید.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است. با توجه به نتایج جدول ۳، میانگین نمرات افسردگی و درد مزمن آزمودنی‌های گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی کمتر از گروه گواه است. در رابطه با پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس، مفروضه‌های نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون مورد بررسی قرار گرفتند. به منظور بررسی

Table 1.
General axes of acceptance and commitment therapy based on Hayes et al.' treatment plan (1980, translated by Honarparvaran et al., 2017).

جلسه	محتوا
اول	آشنایی با فرایند درمان، ایجاد ارتباط با اعضای گروه، آموزش روانی، اجرای پیش‌آزمون.
دوم	بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آنها، کارآمدی به عنوان معیار سنجش و ایجاد درماندگی خالق.
سوم	مرور تکلیف جلسه قبل، بیان کنترل به عنوان مشکل سنجش عملکرد.
چهارم	مرور تجارب جلسه قبل، مرور تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی گسلش، کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل ساز زبان، تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف.
پنجم	مرور تجارب جلسه قبل، مرور تکلیف و تعهد رفتاری، مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده‌گر، سنجش عملکرد نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار.
ششم	مرور تجارب جلسه قبل، سنجش عملکرد، معرفی مفهوم ارزش، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج و کشف ارزش‌های عملی زندگی.
هفتم	مرور تجارب جلسه قبل، مرور تکلیف، سنجش عملکرد، معرفی مفهوم ارزش، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج و کشف ارزش‌های عملی زندگی.
هشتم	مرور تجارب جلسات قبل، اجرای پس‌آزمون.

Table 2.
General axes of mindfulness-based cognitive therapy based on Tizdel and Williams' treatment plan (2015, translated by Kaviani, et al., 2018).

جلسه	محتوا
اول	شناسایی هدایت خودکار و خروج از آن، حضور ذهن از فعالیت‌های روزانه، و آرسی بدنی، اجرای پیش‌آزمون.
دوم	سروکار داشتن با موانع: واکنش به حوادث روزانه، جدول فعالیت‌های لذت بخش، مراقبه نشسته ۱۰ دقیقه‌ای.
سوم	حضور ذهن یا آگاهی از تنفس: حفظ هوشیاری، مراقبه نشسته ۴۰ دقیقه‌ای تنفس و بدن. حس‌های ناراحت کننده.
چهارم	ماندن در زمان حال: دلبستگی، بیزاری و کسالت.
پنجم	اجازه دادن/ مجوز حضور: پذیرش تجارب فردی
ششم	افکار حقایق نیستند، افکار فقط افکارند.
هفتم	چطور می‌توانیم به بهترین وجهی مراقب خودمان باشیم: فهرست فعالیت‌های لذت بخش و مهارت‌آمیز، تهیه برنامه و آماده سازی برنامه فعالیت. تمرین خداحافظی.
هشتم	کاربرد آنچه آموختیم برای سروکار داشتن با خلق در آینده، اجرای پس‌آزمون.

نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که توزیع هر دو متغیر افسردگی و درد مزمن در هیچ یک از مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و گواه معنی‌دار نمی‌باشد

Table 3.
Mean and standard deviation dependent variables

Variables	Group	Pre-test		Post-test	
		Mean	SD	Mean	SD
Depression	Experimental 1	18.1	2.60	9.2	1.54
	Experimental 2	17.90	3.77	9.6	1.43
	Control	18.3	2.57	18.12	3.52
Chronic pain	Experimental 1	3.78	0.77	1.87	1.23
	Experimental 2	3.84	0.87	2.16	1.41
	Control	3.38	1.15	4.02	1.42

($p > 0/05$). لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات، نرمال می‌باشد و نمی‌تواند نتایج مداخله را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت و با توجه به عدم معنی‌داری آماره این آزمون برای هر دو متغیر وابسته ($p > 0/05$)، پیش‌فرض برابری واریانس‌های گروه‌های آزمایش و گواه تأیید شد. در رابطه با مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون، نتایج تعامل F گروه × پیش‌آزمون افسردگی نشان داد شیب‌های رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون افسردگی در گروه‌های آزمایشی و گروه گواه معنی‌دار نیست ($F=1/017, p=0/271$). نتایج تعامل F گروه × پیش‌آزمون درد مزمن نیز نشان داد شیب‌های رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون درد مزمن در گروه‌های آزمایشی و گروه گواه معنی‌دار نیست ($F=2/765, p=0/334$).

با توجه به اینکه پیش‌فرض‌های استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس رعایت شده است، استفاده از این آزمون برای تجزیه و تحلیل داده‌ها بلامانع می‌باشد. جدول ۴ نتایج کلی تحلیل کوواریانس چندمتغیری را نشان می‌دهد.

Table 4.
Results of MANCOVA on mean scores of dependent variables

Test	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Pillai's Trace	0.61	14.06	9	15	0.001
Wilks' Lambda	0.04	14.06	9	15	0.001
Hotelling's Trace	45.19	14.06	9	15	0.001
Roy's Largest Root	45.19	14.06	9	15	0.001

همان‌گونه که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود آزمون‌های چهارگانه تحلیل کوواریانس چندمتغیری از لحاظ آماری معنی‌دار هستند. بنابراین گروه‌های آزمایش و گواه، حداقل در یکی از متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون دارای تفاوت معنی‌دار می‌باشند. به منظور مقایسه

گروه‌ها از لحاظ تک تک متغیرهای وابسته، از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن مانکووا استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ نشان داده شده است.

Table 5.
Results of ANCOVA on mean scores of dependent variables

Variables	Source	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Depression	Group	511.84	2	212.39	4.89	0/003	0/36
	Error	2216.33	37	47.63			
Chronic pain	Group	1464.41	2	621.29	7/53	0/001	0/21
	Error	3021.75	37	57/42			

با توجه به نتایج جدول ۵، نتایج تحلیل کوواریانس جهت مقایسه نمرات افسردگی در مرحله پس‌آزمون و بر حسب عضویت گروهی نشان می‌دهد که با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، تفاوت میانگین‌های تعدیل شده از لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد ($p < 0/05$). میزان اندازه تأثیر نشان می‌دهد که ۳۶٪ تفاوت نمرات پس‌آزمون افسردگی ناشی از عضویت گروهی می‌باشد. در رابطه با متغیر درد مزمن، تفاوت میانگین‌های تعدیل شده سه گروه در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار است ($p < 0/05$). به عبارتی می‌توان گفت که عضویت گروهی ۲۱٪ از تغییرات مربوط به درد مزمن را در مرحله پس‌آزمون تبیین می‌کند. به منظور بررسی دقیق این موضوع که بین کدام یک از گروه‌های سه‌گانه در هر یک از متغیرهای وابسته افسردگی و درد مزمن تفاوت وجود دارد، از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ گزارش شده است.

Table 6.
Bonferroni post hoc test to compare the adjusted means of Depression and Chronic pain in experimental and control groups

Variables	Group (I)	Group (J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Depression	Experimental 1	Experimental 2	0.42	2.77	1.000
		control	12.24	3.04	0.34
	Experimental 2	Experimental 1	-0.31	3.66	1.000
		control	10.64	3.80	0.025
	control	Experimental 1	-11.23	3.13	0.031
		Experimental 2	-9.99	2.56	0.027
Chronic pain	Experimental 1	Experimental 2	-0.12	4.03	1.000
		control	-7.58	4.08	0.022
	Experimental 2	Experimental 1	0.11	3.03	1.000
		control	-7.40	3.01	0.034
	control	Experimental 1	7.41	3.08	0.027
		Experimental 2	7.37	3.05	0.047

بر اساس نتایج جدول ۶، بین میانگین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و میانگین گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در افسردگی و درد مزمن تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($p > 0/05$). بنابراین بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی از لحاظ افسردگی و درد مزمن در زنان مورد همسر آزاری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر میزان افسردگی و دردهای مزمن در زنان مورد همسر آزاری انجام شد. یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی زنان مورد همسر آزاری تأثیر دارد، با این حال، بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی از لحاظ کاهش افسردگی در زنان مورد همسر آزاری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های Kiani et al. (2020), Avsati and Salehi (2020), Mathur et al. (2020), Sobhani et al. (2019), Yasai et al. (2018), Floujas et al. (2018), Sweeney et al. (2019), Taheri and Sajjadian (2018) همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق فرایندهای اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اتفاق می‌افتد (Bunyathikan et al., 2020). این شیوه از طریق افزایش پذیرش روانی فردی در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساس‌ها) و کاهش اعمال کنترلی نامؤثر به مراجع می‌آموزد که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی بی‌اثر است و یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و افراد باید این تجارب ذهنی را بدون هیچگونه واکنش درونی (ذهنی) یا بیرونی جهت حذف و یا اجتناب از آنها بپذیرند. در نتیجه، این شیوه از طریق فرایندهای فوق می‌تواند نقش مؤثری در کاهش افسردگی داشته باشد (Golestani Far & Dasht Bozorg, 2020). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق فرایندهای پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه و زندگی در زمان حال، به زنان مورد همسر آزاری آموزش می‌دهد که محتویات ذهن خود را بپذیرند و برای تغییر آنها حرکت

نکنند؛ بلکه حرکت آنها به طرف ارزش‌ها و اهداف مهم زندگی خود باشد (Kiani et al., 2020). در تبیین اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر افسردگی زنان مورد همسرآزاری می‌توان گفت که ذهن‌آگاهی با ترکیب مراقبه و جهت‌گیری‌های ذهنی خاص نسبت به یک تجربه، آگاه شدن نسبت به زمان حال به نحوی غیرقضاوتی با به حداقل رساندن درگیری در افکار و احساسات را تشویق می‌کند. مراقبه ذهن‌آگاهی باعث فعال شدن ناحیه‌ای از مغز شده که ایجاد عواطف مثبت و اثرهای سودمند در کارکرد ایمن‌سازی بدن و بهبود افسردگی را پدید می‌آورد (Validi Pak et al., 2020). ذهن‌آگاهی به فرد این امکان را می‌دهد تا به جای آنکه به رویدادها به‌طور غیرارادی و بی‌تأمل پاسخ دهد، با تفکر و تأمل پاسخ دهد و آنها را در شناخت، مدیریت و حل مشکلات روزمره توانا‌تر سازد (Goudarzi et al., 2018).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی دردهای مزمن در زنان مورد همسرآزاری را کاهش می‌دهد. این یافته با نتایج پژوهش‌های (Kiani et al. (2020), Sobhani et al. (2019), Farhangi (2019), Razavi et al. (2019), Hess (2018), Johnson et al. (2018), Hess (2018) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد مبتلا به درد مزمن اغلب با مشکلات متعددی مانند نشخوار فکری در ارتباط با درد، کاهش تحرک محیطی و در نتیجه اختلال در روابط اجتماعی رنج می‌برند که همه این مشکلات، به فشار روانی شدید و مداوم منجر می‌شود که اکثر افراد تلاش می‌کنند از آنها بگریزند. درحالی که به عنوان نخستین گام در جهت افزایش توان مدیریت درد در زنان، تلاش شد تا آنان بجای اجتناب کردن، با دردهای مسیر رسیدن به سلامتی مواجه شوند چراکه این مواجهه، نقش زیادی در کاهش مشکلات دارد (Razavi et al., 2019). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، زنان یاد گرفتند که به جای اجتناب یا متوقف‌سازی افکار و احساساتشان، آنها را تجربه کرده و در راستای اهداف و ارزش‌های خود قدم برداشته و افکار و احساسات خود را تجربه کنند. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که بر پذیرش مسئله و عمل متعهدانه در قبال آن متمرکز است، می‌تواند در پذیرش درد این بیماران مؤثر واقع شود و منجر به کاهش درد در این زنان گردد (Hayes, 2019). در تبیین اثربخشی ذهن‌آگاهی بر درد می‌توان گفت که ارزیابی طولانی‌مدت افراد از شرایط درد بدنی و تغییرات ذهنی آنها موجب شد به این موضوع که متوجه شوند درد در یک حالت پیوسته قرار ندارد و با افکار و حالت روانی آنها تغییر می‌کند، بنابراین

این احساس یا تجربه تغییرپذیر است و همیشه ثابت نیست. ذهن آگاهی و مواجه شدن با درد به بیمار کمک می‌کند تغییرپذیری درد را بپذیرد و بفهمد فاجعه‌سازی نوعی قضاوت ذهنی است و می‌تواند وضعیت را بدتر کند درحالی‌که احساس کنترل می‌تواند احساس درد را تسکین دهد. بر طبق نظریه ذهن آگاهی، ذهن آگاه بودن به افراد کمک می‌کند تا این نکته را درک کنند که هیجانات منفی ممکن است رخ دهد، اما آنها جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند. همچنین به فرد این امکان را می‌دهد تا به جای آنکه به رویدادها به‌طور غیرارادی و بدون تأمل پاسخ دهد، با تفکر و تأمل پاسخ دهد (Mozafari-Motlagh et al., 2020).

در مجموع و با توجه به نتایج پژوهش حاضر، به کارگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش میزان افسردگی و دردهای مزمن در زنان مورد همسرآزاری اثرگذار هستند. بر این اساس پیشنهاد می‌گردد از هر دو رویکرد درمانی جهت کمک به بهبود ابعاد و مؤلفه‌های روان‌شناختی زنان مورد همسرآزاری استفاده شود. همچنین از متخصصان حوزه سمت روان برای آگاه‌سازی افراد و آموزش موارد ضروری بیش از پیش استفاده شود تا خانواده‌ها شرایط فعلی را با اثرات جانبی کمتری پشت سر بگذارند. از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به نیمه آزمایشی بودن پژوهش؛ یعنی گروه‌ها به صورت هدفمند (زنان مورد همسرآزاری مراجعه‌کننده به مرکز خانه امن گرگان) انتخاب شدند، که امکان تعمیم نتایج را با محدودیت روبه‌رو کرد، و عدم وجود دوره پیگیری، اشاره نمود. همچنین به دلیل برخی از مشکلات و محدودیت‌ها در انجام مداخله به صورت زوجی، از گروه زنان به تنهایی استفاده شد که با توجه به مشکلات گروه نمونه (خشونت خانگی)، انجام مداخلات به صورت زوجی احتمال دارد با نتایج بهتری همراه باشد؛ بنابراین پیشنهاد می‌گردد که درمانگران و پژوهشگران این مداخلات را ضمن کنترل برخی از متغیرهای دموگرافیکی به‌صورت زوجی طراحی و اجرا کنند تا به نتایج مطلوب‌تر و جامع‌تر از کارایی این رویکردهای درمانی بر روی متغیرهای مورد مطالعه برسند.

سهم مشارکت نویسندگان: در پژوهش حاضر دکتر زینب خانجانی به عنوان استاد راهنما، نظارت و راهبردی روند کلی پژوهش و تدوین و نهایی‌سازی اصلاحات مقاله را بر عهده داشته‌اند. نرگس رحمت آبادی در تدوین طرح تحقیق، فرآیند گردآوری، تحلیل و تفسیر یافته‌ها و نگارش متن مقاله را برعهده داشته و در مجموع نتیجه‌گیری از یافته‌ها و بسط و تفسیر به صورت مشترک و با بحث و تبادل نظر کلیه همکاران و با همراهی دکتر تورج هاشمی، به عنوان استاد مشاور پایان‌نامه، انجام شد.

تضاد منافع: نویسندگان اذعان دارند که در این مقاله هیچگونه تعارض منافی وجود ندارد.

منابع مالی: پژوهش حاضر از هیچ موسسه و نهادی حمایت مالی دریافت نکرده و کلیه هزینه‌ها در طول فرآیند اجرای پژوهش بر عهده پژوهشگران بوده است.

تشکر و قدردانی: پژوهش حاضر بدون همکاری مشارکت کنندگان امکان‌پذیر نبوده؛ بدینوسیله از کلیه مشارکت کنندگان و سازمان بهزیستی تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

References

- Alangeal, O., Addo-Lartey, A., Sikweyiya, Y., Chirwa, D., & Coker-Appiah, D. (2018). Prevalence and risk factors of intimate partner violence among women in four districts of the central region of Ghana: Baseline findings from a cluster randomised controlled trial. *PLoS ONE*, *13*(7), 133-149.
- Arnau, C., Meagher, W., Norris, P., & Bramson, P. (2001). Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II with primary care medical patients. *Health Psychology*, *20*, 112-119.
- Amiri, S., Golduzian, A., & Atasheneh, M. (2021). Spouse abuse against women and ways to prevent it based on social theories. *Scientific Journal of Women and Culture*, *13*(49), 109-122. [Persian]
- Bradbury-Jones, C., & Isham, L. (2020). The pandemic paradox: The consequences of COVID-19 on domestic violence. *Journal of Clinical Nursing*, *29*(13-14), 2047-2049.
- Bunyathikan, T., Soonthornchaiya, R., & Charenboon, T. (2020). The effects of an acceptance and commitment therapy program on the depressive symptoms of elderly patients with major depressive disorder. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, *34*(2), 118-131.
- Beck, T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*, *56*, 893-897.
- Dehghani, M., & Aslani, K. (2020). Comparison of the effectiveness of couple therapy based on attachment injury treatment model with integrated couple therapy on forgiveness in women affected by marital infidelity. *Journal of Applied Psychology*, *14*(2), 171-147. [Persian]
- Dunning, L., Griffiths, K., Kuyken, W., Crane, C., Foulkes, L., Parker, J., & Dalgleish, T. (2019). Research Review: The effects of mindfulness based interventions on cognition and mental health in children and adolescents—a meta analysis of randomized controlled trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *60*(3), 244-258.
- Dabson, K., Mohammadkhani, P., & Massah-Choulabi, O. (2007). Psychometrics Characteristic of Beck Depression Inventory-II in Patients with Major Depressive Disorder. *Jrehab*, *8*(1), 82-90. [Persian]
- D'Iuso, A., Dobson, S., Beaulieu, L., & Drapeau, M. (2018). Coping and interpersonal functioning in depression. *Canadian Journal of Behavioral Science/Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, *50*(4), 248-255.

- Dasarband, B., Panaghi, L., & Mutabi, A. (2017). The relationship between spouse abuse and depressive symptoms in female victims: The moderating role of personality traits. *Iranian Psychiatry and Clinical Psychology, 23*(1), 49-38. [Persian]
- Esfandiari Bayat, D., Asadpour, I., Mohsenzadeh, F., & Kasai, A. (2021). Comparison of the effectiveness of group counseling with a rational-emotional-behavioral approach and treatment based on acceptance and commitment on the forgiveness of women affected by marital infidelity. *Journal of Psychological Sciences, 20*(97), 148-139. [Persian]
- Farhangi, A. (2019). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for chronic pain control on psychosocial function in women with breast cancer. *Quarterly Journal of Excellence in Counseling and Psychotherapy, 8*(30), 11-28. [Persian]
- Farhadi, M., Yarmohammadi Vasel, M., Zoghi Paydar, M., & Chegini, A. (2017). The effect of hypnotherapy based on ego empowerment on major depression in female-headed households. *Journal of Psychological Achievements, 24*(1), 63-78. [Persian]
- Flujas-Contreras, M., & Gomez, I. (2018). Improving flexible parenting and Depression with acceptance and commitment therapy: A case study. *Journal of Contextual Behavioral Science, 8*(1), 29-35.
- Fielding, R., & Wong, S. (2012). The co-morbidity of chronic pain, insomnia, and fatigue in the general adult population of Hong Kong: Prevalence and associated factors. *Journal of Psychosom Res, 73*(1), 28-34.
- Goudarzi, M., Ghasemi, N., Mirderikvand, F., & Gholamrezaei, S. (2018). The Effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on positive affect, psychological flexibility and mind-awareness components of people with depression symptoms. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 5*(5), 53-68. [Persian]
- Golestani Far, S., & Dasht Bozorgi, Z. (2020). The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on depression, mental health and life expectancy of the elderly with nonclinical depression. *Psychology of Aging, 6*(3), 191-203. [Persian]
- Honarparvaran, N., Mirzaei Kia, H., Nayeri, A., & Lotfi, M. (2017). *Acceptance and commitment treatment*. Tehran: Hamnashin Publications. [Persian]
- Hayes, C. (2019). Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World Psychiatry, 18*(2), 226-227.
- Hayes, C., Luoma, B., Bond, W., Masuda, A., & Lillis, J. (2016). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy, 44*(1), 1-25.
- Hess, D. (2018). Mindfulness-based interventions for hematology and oncology patients with pain. *Hematology/Oncology Clinics, 32*(3), 493-504.

- Johari Fard, R. (2013). *The effect of group cognitive-behavioral therapy in patients with generalized anxiety disorder*. Master Thesis, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shiraz University. [Persian]
- Johannsen, M., O'connor, M., O'toole, M., Jensen, A., & Zachariae, R. (2018). Mindfulness-based Cognitive Therapy and Persistent Pain in Women Treated for Primary Breast Cancer. *The Clinical Journal of Pain*, 34(1), 59-67.
- Kaviani, H., Hatami, N., & Shafieabadi, A. (2009). The impact of mindfulness-based cognitive therapy on the quality of life in non-clinically depressed people. *Advances in Cognitive Sciences*, 10(4), 39-48. [Persian]
- Khodaei, A., Bagheri, M., & Khosropour, F. (2020). The relationship between self-awareness and self-differentiation with borderline personality traits through the mediating role of mood dysphoria. *Journal of Psychological Achievements*, 27(2), 49-68. [Persian]
- Kiani, S., Sabahi, P., Makvand Hosseini, Sh., Rafieinia, P., & Al-Bouyeh, M. (2020). Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and positive cognitive-behavioral therapy on psychological disorders in patients with chronic pain. *Journal of Health Psychology*, 9(36), 133-150. [Persian]
- McDermott, K., Griffin, M., McHugh, R., Fitzmaurice, G., Jamison, R., Provost, S., & Weiss, R. (2019). Long-term naturalistic follow-up of chronic pain in adults with prescription opioid use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 205(3), 107675.
- Mathur, S., Sharma, M., & Bharath, S. (2020). Mindfulness-based cognitive therapy in patients with late-life depression: A case series. *Int J Yoga*, 9(2), 168-72.
- Mozafari-Motlagh, M., Nejat, H., Tozandehjani, H., & Samari, A. (2020). Effectiveness of mindfulness-integrated cognitive-behavioral therapy in breast cancer pain management. *Ijbd*, 13(1), 35-45. [Persian]
- Nieuwsma, A., Walser, D., Farnsworth, K., Drescher, D., Meador, G., & Nash, W. (2015). Possibilities within acceptance and commitment therapy for approaching moral injury. *Current Psychiatry Reviews*, 11(3), 193-206.
- Osati, K., & Salehi, M. (2020). The effectiveness of mindfulness-based therapy on depressive, anxiety and stress symptoms in patients with gender boredom disorder. *Clinical Psychology*, 12(2), 63-70. [Persian]
- O'Loughlin, I., & Newton-John, T. R. (2019). 'Dis-comfort eating': An investigation into the use of food as a coping strategy for the management of chronic pain. *Appetite*, 140, 288-297
- Patel, R., Weobong, B., Patel, H., & Singla, D. R. (2019). Psychological treatments for depression among women experiencing intimate partner violence: findings from a randomized controlled trial for behavioral activation in Goa, India. *Arch Women Ment Health*, 22(1), 1-11.

- Pedler, A., Kamper, S. J., Maujean, A., & Sterling, M. (2018). Investigating the fear avoidance model in people with whiplash. *The Clinical Journal of Pain, 34*(2), 130-137.
- Roesch, E., Amin, A., Gupta, J., & García-Moreno, C. (2020). Violence against women during covid-19 pandemic restrictions. *The British Medical Journal, 369*(1), 21-30.
- Rakovec-Felser, Z. (2017). Domestic violence and abuse in intimate relationship from public health perspective. *Health Psychol Res, 2*(3), 1821-1834.
- Razavi, B., Abolghasemi, S., Akbari, B., & Naderinabi, B. (2019). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Feeling Hope and pain management of Women with Chronic Pain . *JAP, 10*(1), 36-49. [Persian]
- Shirazi Tehrani, A., Mirdrikond, F., & Sepahvandi, M. (2017). Develop a structural model for predicting chronic musculoskeletal pain through coping skills, catastrophizing, fear, severity and disability. *Anesthesia and Pain, 7*(4), 92-106. [Persian]
- Stein, T., Freeman, Z., & Smits, A. (2019). Cognitive mechanisms underlying the link between anxiety, health behaviors, and illness outcomes: commentary on a special issue. *Cognitive Therapy and Research, 43*(1), 131-138.
- Swain, J., Hancock, K., Dixon, A., Koo, S., & Bowman, J. (2013). Acceptance and commitment therapy for anxious children and adolescents: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials, 14*, 140.
- Siddiq Rad, Gh., Askari, P., Heydari, A., & Siraj Khorami, N. (2021). The effectiveness of commitment and acceptance therapy (ACT) in reducing impulsive behaviors, mood disorders and hopelessness in depressed patients in counseling centers in Ahvaz. *Journal of Psychological Achievements, 28*(2), 201-218. [Persian]
- Sobhani, E., Babakhani, N., & Alebouyeh, M. (2019). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on the depression, anxiety, stress, and pain perception in females with obstructed labor-induced chronic low back pain. *IJPCP, 25*(3), 266-277. [Persian]
- Stefan, L., Coulter, M., & Vande Weerd, C. (2016). Depression in women who have left violent relationships: The unique impact of frequent emotional abuse. *Violence Against Women, 12*(11), 1413-1419.
- Tesidebel, N., & Viliams, K. (2015) *Mindfulness cognitive therapy for depression*. New York: Jones & Bartleth - Publishers.
- Taheri, S., & Sajjadian, I. (2018). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on fatigue, anxiety and depression in employees with chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychological Achievements, 25*(2), 129-150. [Persian]

- Twohig, P. (2012). Acceptance and commitment therapy: Introduction. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(4), 499-507.
- Vakilian, L., Tarkhan, M., & Khalatbari, J. (2020). Predicting emotional malaise based on early maladaptive schemas and perfectionism with mediating the role of cognitive flexibility in patients with chronic pain. *Thought and Behavior in Clinical Psychology, 15*(57), 77-84. [Persian]
- Vesal, M., & Taher Neshat Doost, H. (2019). Meta-analysis of the effectiveness of psychological therapies for chronic pain on pain relief (Articles 97-85). *Anesthesia and Pain, 10*(3), 38-21. [Persian]
- Van Korff, M., Dworkin, F., & Resche, L. (1990). Graded chronic pain status: An epidemiologic evaluation. *Pain, 40*(3), 279-291.
- Validi Pak, A., Khodai, A., & Sheykhaleh, S. (2020). Effectiveness of cognitive-based mindfulness training of depression reduction on patient suffering from cancer. *Clinical Psychology and Personality, 14*(2), 49-57. [Persian]
- Williams, R., Murphy, M., Dore, A., Evans, K., & Zonderman, B. (2018). Intimate partner violence victimization and cognitive function in a mixed-sex epidemiological sample of urban adults. *Violence and Victims, 32*(6), 11-21.
- Wetherall, K., Robb, K. A., & O'Connor, R. C. (2019). Social rank theory of depression: A systematic review of self-perceptions of social rank and their relationship with depressive symptoms and suicide risk. *Journal of Affective Disorders, 246*, 300-319.
- Yasaei, M., Shafei Abadi, A., & Farzad, V. (2018). Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy (ACT) with mindfulness based cognitive therapy (MBCT) on anxiety and depression in hemodialysis patients. *Journal of Principles of Mental Health, 19*(3), 268-277. [Persian]
- Zadeh Mohammadi, A., & Kordestanchi Aslani, H. (2021). The mediating role of cognitive emotion regulation in the relationship of early maladaptive schemas with spouse abuse. *IJPCP, 26*(4), 502-523. [Persian]

