



## The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Depression and Chronic Pain in Abused Women

Seyed Mojtaba Aghili<sup>1\*</sup>, Narges Arbabi<sup>2</sup>

1- Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University

2- MA of Clinical Psychology, Islamic Azad University of Bandar-e-Gaz, Golestan, Iran

**Citation:** Aghili, S. M., & Arbabi, N. (2022). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on depression and chronic pain in abused women. *Clinical Psychology Achievements*, 7(4), 1-10.

### Abstract

This study aimed to evaluate the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on depression and chronic pain in women abused by their husbands in Gorgan. This research was a quasi-experimental study based on a pretest-posttest design with a control group. The statistical population included all women who were abused by their husbands and had a file in the Welfare Office and were referred to the Gorgan Safe House Center. The research instruments were Beck Depression Inventory and Chronic Pain Questionnaire. The experimental group received a weekly mindfulness-based cognitive therapy program for 8 sessions of 60 minutes and the control group did not receive any intervention until the end of the study. The data were analyzed by analysis of covariance. Findings showed that mindfulness-based cognitive therapy was effective in depression and chronic pain in abused spouses ( $P < 0.001$ ). According to the results, mindfulness-based cognitive therapy can reduce depression and chronic pain in abused women.

**Keywords:** mindfulness-based cognitive therapy, depression, chronic pain, spouse abuse

---

\* **Corresponding Author:** Seyed Mojtaba Aghili

**E-mail:** [dr-aghili1398@yahoo.com](mailto:dr-aghili1398@yahoo.com)





## اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر میزان افسردگی و دردهای مزمن در زنان مورد همسرآزاری

سید مجتبی عقیلی<sup>۱\*</sup>، نرگس خاتون اربابی<sup>۲</sup>

۱- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، ایران  
۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد بندر گز، دانشگاه آزاد اسلامی، گلستان، ایران

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر میزان افسردگی و دردهای مزمن در زنان مورد همسرآزاری شهرستان گرگان بود. این پژوهش نیمه‌آزمایشی و براساس طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه زنان مورد همسرآزاری دارای پرونده در اداره بهزیستی و مراجعه‌کننده به مرکز خانه امن گرگان بود که از این میان به روش نمونه‌گیری در دسترس، ۳۰ نفر انتخاب و با روش تصادفی ساده به دو گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند. ابزار پژوهش عبارت بودند از پرسش‌نامه‌های افسردگی بک و دردهای مزمن؛ گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به صورت هفتگی را دریافت نموده و گروه گواه تا پایان پژوهش هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌های پژوهش حاضر با آزمون تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر میزان افسردگی و دردهای مزمن زنان مورد همسرآزاری اثربخش می‌باشد ( $P < 0.01$ ). براساس نتایج به‌دست آمده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند باعث کاهش میزان افسردگی و دردهای مزمن زنان مورد همسرآزاری شود.

**کلید واژه‌ها:** شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، افسردگی، دردهای مزمن، همسرآزاری

## مقدمه

خانواده به‌عنوان مهم‌ترین هسته هر جامعه و کانون حفظ سلامت روان، نه تنها مکانی برای رفع نیازهای عاطفی، مادی، تکاملی و معنوی اعضای آن است بلکه مبدأ ابراز عواطف انسانی و صمیمی‌ترین مرکز روابط و تعاملات بین‌فردی است (Mogilski et al., 2019). وجود جامعه سالم به تشکیل خانواده‌های پایدار، پویا و شاد بستگی دارد و تحقق یک خانواده سالم به این واقعیت بستگی دارد که اعضای آن از سلامت روانی برخوردار بوده و روابط خوبی با یکدیگر داشته باشند (شمالی احمدآبادی و همکاران، ۱۳۹۹). بنابراین روابط بین زوجین یکی از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده عملکرد سالم خانواده است (دهقانی و اصلانی، ۱۳۹۹). از سویی زوجین ممکن است درگیر روابط آسیب‌زایی نظیر تعارضات شدید یا خشونت (violence) شوند که سلامت روانی خانواده و روابط بین اعضای آن را دچار مشکلات جدی کند (حسینیان و همکاران، ۱۳۹۷). خشونت عبارت است از یک الگوی رفتاری که از طریق توسل به ایجاد ترس، تهدید و رفتار آزاردهنده به‌منظور اعمال قدرت و کنترل بر فرد دیگری تحمیل می‌شود (O'Shea et al., 2016) و با وجود پیامدهایی مانند معلولیت‌های شدید و حتی مرگ چندان مورد توجه قرار نگرفته است و پیچیدگی‌های روان‌شناختی و اجتماعی آن تا حدود زیادی ناشناخته مانده است (کوچکی امیرهنده و همکاران، ۱۳۹۷). در حالی که آثار مخرب آن بر جو روان‌شناختی و عاطفی خانواده می‌تواند پیامدهای مخربی بر ساختار خانواده به‌دنبال داشته باشد؛ می‌تواند خشونت جسمانی، جنسی، هیجانی و یا روان‌شناختی را دربرگیرد (Costa et al., 2017). خشونت خانگی یا همان همسرآزاری شایع‌ترین شکل خشونت علیه زنان، همراه با بیشترین احتمال تکرار، کمترین گزارش به پلیس و بیشترین عوارض اجتماعی، روانی و اقتصادی است (پررور و همکاران، ۱۳۹۷). زنان در سراسر زندگی خود به شکل‌های گوناگون همسرآزاری را تجربه می‌کنند که در این راستا می‌توان به خشونت فیزیکی (آسیب رساندن به اعضای بدن با کتک)، خشونت عاطفی (تحقیر، تهدید و سرزنش)، خشونت اجتماعی (کنترل رفتارهای زدن در انزوای اجتماعی قرار دادن) خشونت‌های اقتصادی و خشونت جنسی اشاره نمود (قلندرزاده و پورنقاش، ۱۳۹۹). شیوع همسرآزاری در نقاط مختلف دنیا متفاوت است؛ برآورد می‌شود که در بیش از نیمی از خانواده‌ها خشونت وجود داشته باشد. براساس برخی گزارشات، از هر چهار زن، یک نفر در معرض خشونت است و تقریباً یک سوم زنان جهان دست کم یک بار خشونت را تجربه کرده‌اند (Öyekçin et al., 2015). نتایج مطالعه‌ای در ۲۸ استان کشور شیوع خشونت خانگی را ۶۶ درصد گزارش کرده بود (پررور و همکاران، ۱۳۹۷). و براساس آخرین آماري که رئیس اورژانس اجتماعی سازمان بهزیستی در زمینه خشونت علیه زنان در سال ۱۳۹۷ منتشر کرد، ۴۹ درصد از زنان ایرانی آزار جسمی و فیزیکی، ۲۶ درصد عاطفی، روانی و کلامی و ۲۲/۲ درصد آن‌ها آزارهای اجتماعی و اقتصادی دیده‌اند (ایرنا، ۱۳۹۸). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تجربه‌ی خشونت خانگی در زنان قربانی خشونت، می‌تواند عملکردهای شناختی آنها را دچار نقص کند به‌عنوان مثال در مطالعه Williams et al. (2017)، رابطه‌ی تجربه‌ی خشونت توسط شریک صمیمی و تغییر در عملکردهای شناختی، در نمونه‌ی آمریکایی‌های آفریقایی تباری که ۳۰ تا ۶۰ سال داشتند، صورت گرفت. نتایج این مطالعه نشان داد که قربانیان همسرآزاری به‌طور معناداری در عملکردهای شناختی شامل توجه، توانایی‌های دیداری-ادراکی و عملکردهای اجرایی کاهش داشتند.

افسردگی (depression) از رایج‌ترین مشکلاتی است که بیش از ۹۰٪ زنان قربانی همسرآزاری به‌عنوان مساله اصلی در روابط خود بیان می‌کنند (دلوسوز خاکی و همکاران، ۱۳۹۹). به‌طور کلی افسردگی با تغییر خلق همراه است. از جمله نشانه‌های آن خلق افسرده یا تحریک‌پذیر و فقدان علاقه و لذت است. فرد افسرده احساس اندوه، بی‌ارزشی، دلمردگی و عدم اعتماد به نفس دارد و به پرهیز از روابط اجتماعی، اختلال خواب، تغذیه و حتی علایم روان‌پریشی (psychosis) مبتلا می‌گردد. به‌طوری که این مشکلات و عوارض سبب کاهش کارایی، ایفای نقش و مسؤولیت‌پذیری وی در جامعه می‌شود (ستارپور و همکاران، ۱۳۹۴). همان‌گونه که پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند تجربه‌ی خشونت خانگی، باعث ایجاد پریشانی‌های روان‌شناختی، از جمله افسردگی و اضطراب (anxiety) در قربانیان خشونت می‌شود. افسردگی یک اختلال عاطفی جدی و مشکلی مهم برای سلامت است. خطر ابتلا به افسردگی در زنان ۱۰ تا ۲۵ درصد و برای مردان ۸ تا ۱۲ درصد است (American Psychiatric Association, 2013). افسردگی و اضطراب از بیماری‌های شایع عصر کنونی هستند که همواره درصدی از افراد جامعه را درگیر می‌کنند. تأثیر خشونت‌های خانگی علاوه بر آسیب‌های فیزیکی، به آسیب‌های روان‌شناختی هم منجر می‌شود. مطالعات روی زنان قربانی خشونت، نشان داده‌اند که اختلالات اضطرابی در زنان قربانی

خشونت، با علائم افسردگی دارای همبودی است. همچنین نشان دادند که قربانیان خشونت، نرخ بالاتری از افسردگی دارند (Huang et al., 2015).

علاوه بر شیوع قابل توجه، نکته دیگری که در بیان مسئله خشونت خانگی علیه زنان مطرح می‌شود، پیامدهای منفی این مسئله بر سلامت جسمی و روانی زنان است. خشونت علیه زنان آسیب‌های جدی سلامت جسمی و روانی برای زنان به همراه دارد که یافته‌های حاصل از پژوهش‌های مختلف آن را تأیید نموده‌اند (یکه‌کار و حسینی، ۱۳۹۹). یکی از این عوارض ابتلا به درد مزمن می‌باشد، انجمن بین‌المللی درد، تعریف درد را یک تجربه حسی و روانی ناخوشایند بیان کرده‌اند که با آسیب احتمالی یا واقعی بافت در ارتباط است (Sarafino & Smith, 2014). در یک تقسیم‌بندی می‌توان درد را به دو دسته مزمن و حاد تقسیم کرد. دردهای مزمن و عودکننده مشکلی اساسی برای بخش عمده‌ای از جمعیت جهان است (سالاریان و همکاران، ۱۳۹۸). درد مزمن وضعیتی تحلیل‌برنده است به‌گونه‌ای که فرد دردمند را نه تنها با فشار روانی ناشی از درد، بلکه با بسیاری از عوامل فشارآور دیگر روبه‌رو می‌کند که بخش‌های گوناگون زندگی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Gatchel & Rawlings, 2018). در این راستا، نتایج اغلب پژوهش‌ها حاکی از نقش بالقوه عوامل متعددی در پیش‌بینی مزمن شدن درد در بیماران با تجربه درد می‌باشد. این عوامل شامل فرایندهای شناختی و هیجانی، رفتارهای اجتنابی، گوش به‌زنگی و افکار فاجعه‌آمیز درباره درد است (شفیعی و فسخودی، ۱۳۹۶).

از درمان‌های غیردارویی که احتمال می‌رود برای افراد دارای درد مزمن و افسردگی موثر باشد، ذهن‌آگاهی یا مدیتیشن است. در این رویکرد به جای به چالش کشیدن افکار ناکارآمد، با تمرکز بر متغیرهای فراشناختی نظیر ذهن‌آگاهی بر پذیرش تجربیات درونی (افکار، احساسات و هیجانات) تأکید می‌شود (Schutze et al., 2014). ذهن‌آگاهی تفکری با افزایش دقت روی حواس همراه است. در این روش بدون الزام به فکر کردن، اطلاعات دریافتی از حواس پنجگانه و افکار ناراحت‌کننده دیگر، از جلوی ذهن انسان رژه رفته و شخص درحالیکه آرام نشسته بدون انجام فعالیت خاص، شاهد این رژه و تخلیه فشار وارده به ذهن و حواس پنجگانه خواهد بود. در نوع دیگر ذهن‌آگاهی، روی یک تصویر، صدا و تنفس تمرکز می‌شود (Murphy et al., 2017).

مطالعات عنایت و همکاران (۱۴۰۰) نشان داد که آموزش ذهن‌آگاهی، افسردگی، اضطراب و استرس دختران مبتلابه سندرم پیش از قاعدگی را کاهش داده. نتایج پژوهش سالاریان و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد ذهن‌آگاهی بر افزایش کیفیت زندگی و مدیریت درد بیماران مبتلابه درد مزمن تأثیر مثبت دارد. خوش‌خطی و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهشی دریافتند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر شدت درد بیماران کلیوی اثربخش می‌باشد. رفیعی و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی دریافتند شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی، اضطراب، استرس مردان سالمند مقیم‌سراهای نگهداری اثربخش می‌باشد. (Henriksson et al., 2019) و (Reiner et al., 2018) در پژوهشی نشان دادند که درمان ذهن‌آگاهی بر شدت درد بیماران مبتلابه کمر درد مزمن اثربخش می‌باشد. از منظر اهمیت عملی، انجام پژوهش‌هایی از این دست (اگرچه در مقیاس اندک) زمینه‌ساز بنیان‌های نظری برای انجام اقداماتی است که آموزه‌های کارگشای ذهن‌آگاهی برای پرورش نسلی با سلامت روان را در چشم‌انداز پرورشی آینده خود مدنظر دارد. بر همین اساس، پژوهش حاضر به دنبال بررسی این فرض است که آیا مداخله‌ی ذهن‌آگاهی بر افسردگی و دردهای مزمن زنان مورد همسرآزاری مؤثر است؟

## روش پژوهش

این پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی و براساس طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه‌ی زنان مورد همسرآزاری دارای پرونده در اداره بهزیستی و مراجعه‌کننده به مرکز خانه امن گرگان می‌باشد. از آنجایی که معیار انتخاب نمونه برای مطالعات آزمایشی حداقل ۱۵ نفر در هر گروه توصیه می‌شود (حسن زاده و مداح، ۱۳۹۳)، به روش نمونه‌گیری در دسترس، ۳۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شده و با روش تصادفی ساده به دو گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند. ابزار پژوهش عبارت بودند از پرسش‌نامه‌های افسردگی بک و دردهای مزمن؛ گروه‌های آزمایش به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته، برنامه آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به صورت هفتگی را دریافت نموده و گروه گواه تا پایان پژوهش هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. معیارهای ورود و خروج از پژوهش در انتخاب آزمودنی‌ها عبارتند از: دامنه سنی

بین ۲۵ تا ۵۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، تمایل به شرکت در پژوهش، و ملاک‌های خروج، غیبت بیش از دو جلسه، عدم پاسخ‌دهی به تمامی سوالات پرسش‌نامه و عدم تمایل به شرکت در پژوهش بود.

### ابزار پژوهش

**پرسش‌نامه افسردگی (Beck Depression Inventory):** این پرسش‌نامه برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط آرون بک، بکوارد، مندلسون، مارک و ارباف تدوین شد (Beck et al., 1988). روایی و اعتبار این پرسش‌نامه در سال‌های ۱۹۷۱، ۱۹۷۹، ۱۹۸۵، ۱۹۸۶ به‌ترتیب مورد بررسی قرار گرفت و ثابت شد. ۲۱ ماده این میزان در کل شامل ۹۴ سوال، به صورت عبارات ترتیبی که هر کدام از ماده‌ها مربوط به یک علامت خاص افسردگی می‌باشد، تنظیم شده است. این پرسش‌نامه‌ای شامل ۲۱ ماده می‌باشد و این ۲۱ ماده براساس علایمی مانند: غمگینی، بدبینی، احساس شکست، نارضایتی، احساس گناه، نیاز به مجازات (انتظار تنبیه داشتن)، نفرت از خود (بیزاری از خود، دوست نداشتن خود)، تهمت به خود (اتهام بستن به خود)، خود آزاری، گریستن (دوره‌های گریه کردن)، زود رنجی (تحریک‌پذیری)، انزوای اجتماعی (گوشه‌گیری)، بی‌تصمیمی، پندار شخص از خود (تغییر در تصویر بدن)، سستی و کندی (کندی در انجام کار، کاهلی در کار)، اختلال در خواب، خستگی‌پذیری، کاهش اشتها (بی‌اشتهایی)، کاهش وزن، اشتغال ذهنی و کاهش نیروی جنسی. انتخاب این ماده‌ها براساس تظاهرات آشکار رفتار در بیماری افسردگی بوده و دلیل بر هیچ فرضیه‌ای در مورد علت‌شناسی یا فرایند روانی در بیماری افسردگی نیست. روایی و پایایی این پرسش‌نامه در این ابزار ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و برای گروه بیماران ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۰ گزارش شده است (خالدیان، ۱۳۹۴). ضریب پایایی در پژوهش حاضر به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶ به‌دست آمد.

**پرسش‌نامه میزان درد مزمن (Chronic pain rate questionnaire):** این پرسش‌نامه در سال ۱۹۹۲ توسط ون کورف و همکاران برای اندازه‌گیری شدت درد مزمن ساخته شد (Schmutte & Ryff, 1997). در این پرسش‌نامه 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. نمره‌ی 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 می‌باشد. در مطالعه‌ای که توسط Schmutte and Ryff (1997) بر روی این مقیاس با استفاده از ۴۰۰ بیمار مبتلا به درد انجام گرفت. پایایی درونی مقیاس ۰/۹۱ و اعتبار تمام سوالات بیش از ۰/۷۵ به‌دست آمد (Schmutte & Ryff, 1997). در پژوهش شیرازی تهرانی و همکاران (۱۳۹۶) ضریب پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای ناتوانی، شدت درد و ثبات درد به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۶ و ۰/۸۳ به‌دست آمد. ضریب پایایی در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به‌دست آمد.

### روند اجرای پژوهش

پس از هماهنگی‌های لازم با اداره بهزیستی استان گلستان، مقدمات لازم برای انجام کار آماده گردید. پیش از انجام مداخلات، به توضیح دلایل و نحوه انجام پژوهش برای اعضای نمونه پرداخته شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد ماند و پس از اعلام رضایت آگاهانه (شامل این مورد است که فرد هر زمان که بخواهد می‌تواند از ادامه جلسات درمانی انصراف دهد و هیچ عواقبی برای او ندارد) جلسات شروع شد. در ابتدا هر دو گروه آزمایش و گواه در شرایط یکسان پرسش‌نامه افسردگی بک و درد مزمن را به‌عنوان پیش‌آزمون تکمیل کردند سپس گروه آزمایش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به‌صورت یک جلسه در هفته دریافت نموده و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. قابل ذکر است در طول جلسات آموزش، ریزش در بین نمونه هدف وجود نداشت. پس از اتمام جلسات درمانی، پرسش‌نامه افسردگی بک و درد مزمن مجدداً به‌عنوان پس‌آزمون توسط هر دو گروه تکمیل شد. به جهت رعایت اخلاقی در پژوهش به گروه کنترل اطمینان داده شد که پس از اتمام مداخله دوره آموزشی مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر روی این گروه هم اجرا می‌شود. داده‌ها نیز با آزمون‌های تحلیل کوواریانس و استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-22 تحلیل شد. روش مداخله در این پژوهش براساس راهنمای مداخله ذهن‌آگاهی (kabat zinn (2009 ارائه شد که خلاصه آن به شرح زیر است:

**جدول ۱. خلاصه جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی**

جلسات	محتوای آموزشی جلسات
اول	آشنایی با ذهن آگاهی، توضیحات درباره امید، سازگاری، مقاومت، تمرین خوردن کشمش، تمرین مراقبه متمرکز بر تنفس، تمرین واریسی بدن
دوم	تمرین واریسی بدن، صحبت درباره تجربه تمرینات ذهن آگاهی، تمرین افکار و احساسات، تمرین مراقبه نشسته با تمرکز بر تنفس
سوم	تمرین کوتاه دیدن یا شنیدن، مراقبه نشسته با تمرکز بر تنفس و حس بدنی، فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تمرین حرکات آگاهانه بدن
چهارم	مراقبه نشسته باتوجه به تنفس، بدن، صداها و افکار، بحث درباره استرس و واکنش‌های معمول افراد به موقعیت‌های دشوار و نگرش‌ها و واکنش‌های جایگزین، راه رفتن آگاهانه
پنجم	بحث درباره اذعان و پذیرش واقعیت موقعیت حاضر، همان‌طور که هست، تمرین سری دوم حرکات آگاهانه بدن
ششم	فضای تنفس سه دقیقه‌ای، بحث درباره اینکه افکار ما اغلب محتوای واقعی نیست
هفتم	بحث درباره بهترین راه برای مراقبت از خود چیست، تمرین بررسی فعالیت‌های روزانه خوشایند در برابر ناخوشایند و یادگیری برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های خوشایند، تمرین عشق و مهربانی
هشتم	مرور کل برنامه، خلاصه، نتیجه‌گیری، پاسخ به سؤال‌ها، ارزیابی جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا برای شرکت در جلسات و اجرای پس‌آزمون

**یافته‌ها**

در این پژوهش در مجموع ۳۰ نفر (پانزده نفر گروه آزمایش و پانزده نفر گروه گواه) شرکت کردند. تعداد ۱۷ نفر در رده سنی ۲۰-۳۰ سال، ۹ نفر رده سنی ۳۱-۴۰ سال و ۴ نفر ۴۱-۵۰ سال بودند. از میان شرکت‌کنندگان ۱۷ نفر تحصیلات دیپلم، ۸ نفر فوق دیپلم و ۵ نفر تحصیلات لیسانس داشتند. میانگین و انحراف معیار افسردگی و درد مزمن در جدول ۲ گزارش شده است.

**جدول ۲. میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون**

متغیر	مرحله	گروه آزمایش		گروه گواه
		میانگین	انحراف معیار	
افسردگی	پیش‌آزمون	۱۷/۹۰	۳/۷۷	۳/۵۲
	پس‌آزمون	۱۱/۶۰	۳/۴۳	۳/۷۴
درد مزمن	پیش‌آزمون	۳/۸۴	۰/۸۷	۱/۱۵
	پس‌آزمون	۲/۱۶	۱/۴۱	۱/۴۲
شدت درد	پیش‌آزمون	۳۶/۸۴	۱۰/۴۹	۶/۹۳
	پس‌آزمون	۲۲/۳۱	۷/۳۷	۷/۵۲
ثبات درد	پیش‌آزمون	۳۷/۲	۹/۶	۷/۵۱
	پس‌آزمون	۲۴/۲۲	۷/۳۵	۸/۷۶
ناتوانی حاصل از درد	پیش‌آزمون	۳۷/۱۱	۷/۷۸	۹/۴۱
	پس‌آزمون	۲۱/۴۵	۸/۴۲	۸/۵۹

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار متغیرهای افسردگی و درد مزمن از پیش‌آزمون به پس‌آزمون در گروه آزمایش کاهش داشته است.

**جدول ۳. خلاصه نتایج آزمون شاپیرو-ویلکز جهت بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیرها**

متغیر	گروه	شاپیرو-ویلکز	سطح معنی‌داری
افسردگی	پیش‌آزمون	۰/۹۵	۰/۲۴
	پس‌آزمون	۰/۸۶	۰/۰۹
درد مزمن	پیش‌آزمون	۰/۹۱	۰/۳۳
	پس‌آزمون	۰/۹۳	۰/۴۶

با توجه به جدول فوق به دلیل آنکه سطوح معنی‌داری ارائه شده در هر دو مرحله بیش از ۵ درصد می باشد، لذا متغیرهای مورد مطالعه از توزیع نرمال برخوردار خواهد بود.

جدول ۴. نتایج آزمون همگنی واریانس‌های نمرات متغیر مورد مطالعه

متغیر	آماره Levene	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	سطح معنی‌داری
افسردگی	۰/۹۷۷	۲	۲۷	۰/۳۸۹
درد مزمن	۰/۰۶۹	۲	۲۷	۰/۹۳۳

با توجه به سطوح معنی‌داری ارائه شده در جدول فوق فرض همگنی واریانس متغیرها برقرار است. بنابراین با اطمینان ۰/۹۵ می‌توان بیان کرد که گروه‌های آزمایش و گواه از نظر پراکندگی متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون یکسان هستند.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه میانگین نمره‌های افسردگی و درد مزمن در گروه آزمایش و گواه

نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۹۷۳	۶۹/۲۷۷	۹	۰/۰۰۱	۰/۸۷۵	۱/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۰۱۷	۶۹/۲۷۷	۹	۰/۰۰۱	۰/۸۷۵	۱/۰۰۰
اثر هنتلینگ	۵۰/۶۹۱	۶۹/۲۷۷	۹	۰/۰۰۱	۰/۸۷۵	۱/۰۰۰
بزرگترین ریشه‌روی	۵۰/۶۹۱	۶۹/۲۷۷	۹	۰/۰۰۱	۰/۸۷۵	۱/۰۰۰

همان‌طور که جدول ۵ نشان می‌دهد سطوح معنی‌داری تمام آزمون‌ها، قابلیت استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره را مجاز می‌شمارند، بدین معنی که بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه، حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای نمرات افسردگی و درد مزمن در زنان مورد همسرآزایی در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره برای نمرات افسردگی و درد مزمن در زنان مورد همسر آزاری

منبع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	ضریب اتا
گروه	۵۱۴/۳۳۵	۱	۱۶۷/۳۳۵	۴۱/۵۴۷	۰/۰۰۱	۰/۷۴۸
خطا	۱۹۷/۲۱۴	۳۵	۵/۶۴۳	-	-	-
کل	۳۲۸۱۴/۰۰	۳۶	-	-	-	-

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و گواه در افسردگی و درد مزمن ( $F=41/547$ ,  $p<0/001$ ,  $\eta^2=0/748$ ) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p<0/001$ ). ضریب اتا به‌دست آمده بیانگر این است که ۷۴ درصد از واریانس مربوط به تفاوت دو گروه در پس‌آزمون، ناشی از اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌باشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر میزان افسردگی و درد مزمن زنان مورد همسرآزایی اثربخش می‌باشد. نتایج این پژوهش با یافته‌های عنایت و همکاران (۱۴۰۰)، خوش‌خطی و همکاران (۱۳۹۹)، فرهنگ (۱۳۹۸)، سالاریان و همکاران (۱۳۹۸)، Henriksson et al. (2019)، Reiner et al. (2018) همسو می‌باشد. در تبیین اثربخشی این روش آموزش بر کاهش افسردگی می‌توان گفت این روش درمانی، توانایی تمرکز توجه به لحظه حال و در عین حال باعث آگاه بودن نسبت به اهداف فردی می‌شود که جزء ملاک‌هایی است که بسیاری از روان‌شناسان انسان‌گرای برای توصیف افراد دارای کارکردهای کامل خودشکوفای مورد اشاره قرار داده‌اند. ذهن‌آگاهی در پژوهش حاضر، به این امر به‌خوبی تأکید دارد؛ توجه کردن به شیوه حضور ذهن شامل پرورش پاسخ‌دهی شفقت‌آمیز، غیرقضاوتی و مبتنی بر پذیرش و مشاهده رویدادها در لحظه حال در شرکت‌کنندگان پژوهش شد. افراد ترغیب شدند تجارب درونی و بیرونی خود را با حالتی گشوده و توأم با کنجکاوی مشاهده کنند و با استفاده از ذهنیتی جدید امور را همانگونه ببینند که هستند. همچنین توجه کردن

به شیوهی غیرقضاوتی موجب شد تا ذهن آگاهی به جای این که بر ارزیابی تجارب هیجانی و شناختی افراد تأکید کند، این آموزش را بدهد تا به سادگی به مشاهده رویدادها بنشینند تا به عنوان راهبردهای مفید، برای تقویت و سازگار کردن اعمال رفتاری و شناختی آنان تلقی گردد (ستارپور و همکاران، ۱۳۹۴). این افزایش انعطاف پذیری شناختی موجب افزایش باز بودن ذهن فرد برای تجربه امور می شود و به زنان مورد همسرآزاری می آموزد که محتوای مخرب و الگوهای عادت‌های ذهن را شناسایی کنند، این گونه اطلاعات را به شیوه‌ای غیرقضاوتی مورد پردازش قرار دهند تا توانایی‌شان برای انتخاب بین گزینه‌های مختلف تسهیل شود. این رویکرد انعطاف‌پذیری فعالیت‌های شناختی را افزایش می‌دهد و نشخوارفکری، بیش‌تعمیمی در حافظه سرگذشتی و ارزیابی‌های خودانتقادگرایانه را کاهش و فرآیندهای شناختی مفید مانند مشاهده‌گری غیرقضاوتی محتواهای ذهنی را افزایش می‌دهد و در نهایت موجب به راه افتادن یک چرخه رو به پایین خلق افسرده می‌شود (کاکاوند، ۱۳۹۵).

در تبیین یافته‌های پژوهش در رابطه با اثربخشی این رویکرد درمانی بر درد مزمن می‌توان گفت که ذهن آگاهی خودنظارت‌گری و تمرکز بیماران جسمی و هوشیاری بدن را افزایش می‌دهد که احتمال منجر به بهبود مکانیسم‌های بدنی و بهبود مراقبت از خود می‌شود. مشابه با آموزش آرمیدگی سنتی، ذهن آگاهی با افزایش میزان فعال‌سازی پاراسمپاتیک همراه است که می‌تواند به آرامش عمیق ماهیچه و کاهش تنش و برانگیختگی و در نهایت کاهش درد منجر شود. ذهن آگاهی ممکن است فرد را در برابر بدعملکردی خلق مرتبط با استرس و توسط افزایش فرایندهای مقابله کردن شناختی مانند ارزیابی مجدد و تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان مانند تحمل پریشانی محافظت کند. در ذهن آگاهی و نشستن‌های طولانی مدت و بدون حرکت، روی حس‌های درد در بدن و مفاصل تمرکز کنند و بدون تکان خوردن و نشان دادن واکنش‌های هیجانی به این دردها، فقط نظاره‌گر باشند. این مشاهده‌گری می‌تواند پاسخ‌های هیجانی را که به وسیله درد فراخوانی شده‌اند، کاهش دهد. بنابراین تمرین مهارت ذهن آگاهی، توانایی مراجعان، برای تحمل حالت‌های هیجانی منفی را افزایش می‌دهد و آن‌ها را به مقابله مؤثر قادر می‌سازد (سالاریان و همکاران، ۱۳۹۸).

شیوه‌ای که مردم احساس دردشان را تفسیر می‌کنند و یا به آن پاسخ می‌دهند تعیین‌کننده مهمی در تجربه درد است. مثلاً فاجعه‌آمیز کردن درد یا به عبارتی گرایش مبالغه‌آمیز و منفی نسبت به تجربه درد واقعی پیش‌بینی‌شده است که باعث افزایش شدت درد، آشفتگی و ناتوانی در بیماران مبتلا به درد مزمن از جمله زنان مورد همسرآزاری می‌شود. به نظر می‌رسد که گرایش برای درگیر شدن در فرایندهای پردازشی خودکار به جای فرایندهای مبتنی بر آگاهی به همراه توجه بدون انعطاف، و عدم آگاهی نسبت به لحظه کنونی موجب می‌شود که افراد بیش از پیش به درد فکر کرده و در مورد آن دست به نشخوار ذهنی بزنند. در نتیجه شدت خطر ناشی از آن را بیشتر برآورد کنند (شفیعی و فسخودی، ۱۳۹۶). بنابراین فرایند فوق زمینه مناسبی برای رشد افکار منفی و انحرافی در مورد درد را ایجاد می‌کند. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی با کاهش فاجعه‌آمیز کردن درد و در نتیجه کاهش اضطراب و ترس مرتبط با درد در کاهش شدت درد و محدودیت عملکرد بیماران مبتلا به درد مزمن مؤثر باشد. تمرینات ذهن آگاهی می‌تواند نگرش به درد را تغییر داده و امکانی فراهم آورد که درد به رنج منجر نشود. ذهن آگاهی می‌تواند دوام و پایداری افراد را در برابر شدت درد افزایش دهد (فرهنگی، ۱۳۹۸).

هر پژوهشی دارای محدودیت‌هایی است، از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان احتیاط در تعمیم‌پذیری نتایج آن به دیگر اقشار و گروه‌ها اشاره کرد، زیرا پژوهش حاضر در شهر گرگان صورت گرفته است. عدم پیگیری نتایج به دلیل محدودیت زمانی یکی دیگر از محدودیت‌ها بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی به منظور تعمیم‌دهی بهتر نتایج، از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. مطالعاتی همسو با این پژوهش در دیگر نواحی کشور انجام داده و نتایج آن با نتایج این پژوهش مقایسه کنند. تحقیقات دیگری با انتخاب نمونه‌های بزرگتری، اجرا شده تا علاوه بر مقایسه نتایج آنها با پژوهش حاضر، تعمیم‌یافته‌ها را با احتیاط زیادی مواجه نکنند و پیشنهاد می‌شود تأثیر درمان ذهن آگاهی بر سایر اختلالات در زنان مورد همسرآزاری مورد بررسی قرار گیرد. توصیه می‌شود مسئولین مربوطه در جهت برگزاری کلاس‌های آموزشی زوجین و حل اختلافات برنامه‌ریزی نمایند.

## سپاس‌گزاری

نویسندگان از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش، کمال تشکر و قدردانی را دارند.



## منابع

- ایرانا (۱۳۹۸). زنانی که بار خشونت را بر دوش می‌کشند. بر گرفته از سایت <https://www.irna.ir/news/83566735>
- پررزور، پرویز، عباسی، مسلم و شجاعی، احمد. (۱۳۹۷). اثربخشی مداخله معنوی بر تاب‌آوری فردی و اجتماعی زنان قربانی خشونت خانگی. *روان‌شناسی بالینی*، ۱۰(۲)، ۹۵-۱۰۵.
- حسن‌زاده، رمضان و مداح، محمدتقی. (۱۳۹۳). *روش‌های آماری در علوم رفتاری*. انتشارات ویرایش.
- حسینیان، سیمین، قاسم‌زاده، سوگند، تاریکی، طیبه و جانقربانیان، فاطمه. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش شناختی رفتاری بر سلامت روان، کیفیت زندگی و پرخاشگری زنان با سابقه دریافت خشونت خانگی. *پژوهش‌های انتظامی-اجتماعی زنان و خانواده*، ۳(۱)، ۱-۱۰.
- خالدیان، محمد. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی دو درمان گروهی شناختی-رفتاری و معنادرمانی بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در افراد معتاد به مواد مخدر، علمی و پژوهشی/اعتیاد پژوهی دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری، ۹(۳۶)، ۱۱۸-۱۲۹.
- خوش‌خطی، نازیلا، امیری مجد، مجتبی، بزازیان، سعیده و یزدی‌نژاد، علیرضا. (۱۳۹۹). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر شدت درد بیماران کلیوی تحت همودیالیز. *بیهوشی و درد*، ۱۱(۱)، ۱-۱۳.
- دلسوز خاکی، هلاله، کافی، سید موسی، معظمی، شهلا و طهماسبی، جواد. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر کاهش خشونت روانی و کلامی در زنان قربانی خشونت خانگی شهر کرج. *پژوهش‌های انتظامی-اجتماعی زنان و خانواده*، ۱(۲)، ۳۱۵-۳۳۳.
- دهقانی، مصطفی و اصلانی، خالد. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحی دلبستگی با زوج درمانی یکپارچه‌نگر بر بخشش در زنان آسیب‌دیده از خیانت زناشویی. *روان‌شناسی کاربردی*، ۱۴(۲)، ۱۷۱-۱۴۷.
- رفیعی، محسن، صباحی، پرویز و مکوندحسینی، شاهرخ. (۱۳۹۸). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی، اضطراب، استرس و کیفیت زندگی مردان سالمند مقیم‌سراهای نگهداری. *دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۲۶(۲)، ۱۹-۲۶.
- سالاریان، بهاره؛ شمالی اسکویی، آرزو و عارف‌نظری، مسعود. (۱۳۹۸). اثربخشی ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی و مدیریت درد مزمن. *دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۲۶(۱)، ۴۹۷-۵۰۶.
- ستارپور، فریبا، احمدی، عزت‌اله و صادق‌زاده، ساناز. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی دانشجویان. *علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۱۷(۳)، ۸۱-۸۸.
- شفیعی، فائزه و امینی فسخودی، مریم. (۱۳۹۶). اثر بخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش فاجعه‌آمیزی و شدت درد در بیماران دارای درد مزمن عضلانی-اسکلتی. *بیهوشی و درد*، ۸(۱)، ۱-۱۰.
- شمالی احمدآبادی، مهدی، آقای میبیدی، فاطمه، محمدی احمدآبادی، ناصر و برخوردار احمدآبادی، عاطفه. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مهارت‌های مبتنی بر سواد عاطفی بر کاهش طلاق عاطفی و احساس تنهایی در زنان خیانت دیده. *روانشناسی*، ۹(۶)، ۶۷-۷۶.
- شیرازی تهرانی، علیرضا، میردریکوند، فضل اله و سپهوندی، محمد علی. (۱۳۹۶). تدوین مدل ساختاری پیش‌بینی درد مزمن عضلانی-اسکلتی از طریق مهارت‌های مقابله‌ای، فاجعه آفرینی، ترس، شدت و ناتوانی درد. *بیهوشی و درد*، ۸(۲)، ۹۲-۱۰۶.
- عنایت، فریا، عطایی‌فر، ربابه و عباسپور آذر، زهرا. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر افسردگی، اضطراب و استرس دختران مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی. *علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز*، ۱۰(۴)، ۴۲۷-۴۳۸.
- فرهنگی، عبدالحسن. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی کنترل درد مزمن بر عملکرد روانی-اجتماعی زنان مبتلا به سرطان پستان. *تعالی مشاوره و روان‌درمانی*، ۸(۳۰)، ۲۸-۱۱.

- قلندرزاده، زهرا و پورنقاش تهرانی، سید سعید. (۱۳۹۹). نقش واسطه‌ای پریشانی روان‌شناختی، راهبرد ارزیابی مجدد تنظیم هیجان و راهبرد سرکوبگری تنظیم هیجان در رابطه خشونت خانگی و عملکردهای شناختی در زنان قربانی خشونت. *پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۱۱(۲)، ۱-۲۱.
- کاکاوند، علیرضا. (۱۳۹۵). اثربخشی ذهن‌آگاهی بر نگرش‌های ناکارآمد و نشانه‌های افسردگی در زنان سالمند مبتلا به اختلال افسردگی. *روان‌شناسی پیری*، ۲(۲)، ۹۱-۱۰۱.
- کوچکی امیرهنده، مونا، کربلایی، احمد و ثابت، مهرداد. (۱۳۹۷). نقش واسطه‌ای نشخوار خشم و نشخوار خودسرزنش‌گری در رابطه‌ی بین دلزدگی و خشونت زناشویی. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۱۲(۴۳)، ۴۷-۵۶.
- یکه‌کار، شیرین و حسینی، سید احمد. (۱۳۹۹). ویژگی‌های خشونت خانگی علیه زنان و زمینه‌های فرهنگی مرتبط با آن. *مددکاری اجتماعی*، ۱(۱۶)، ۴۱-۱۰۰.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *BMC Med*, 17, 133-137.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Costa, B. M., Kaestle, C. E., Walker, A., Curtis, A., Day, A., Toumbourou, J. W., & Miller, P. (2017). Longitudinal predictors of domestic violence perpetration and victimization: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 24, 261-272.
- Gatchel, R.J., Rollings, K.H. (2018). Evidence-informed management of chronic low back pain with cognitive behavioral therapy. *The Spine Journal*, 8(1), 40-44.
- Henriksson, J., Wasara, E., & Ronnlund, M. (2019). Effects of eight-week web-based mindfulness training on pain intensity, pain acceptance, and life satisfaction in individuals with chronic pain. *Psychology Report*, 119(3), 586-607.
- Huang, H. Y., Yang, W., & Omaye, S. T. (2015). Intimate partner violence, depression and overweight/obesity. *Aggression and Violent Behavior*, 16(2), 108-114.
- kabat zinn, J. (2009). Mindfulness. Based intervention in context: post, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144 -156.
- Mogilski, K., Reeve, D., Nicolas, C., Donaldson, H., Mitchell, E., & Welling, L. (2019). Jealousy, consent, and compersion within monogamous and consensually non-monogamous romantic relationships. *Archives of Sexual Behavior*, 48(6), 1811-1828.
- Murphy, M., Donovan, S., & Taylor, E. (2017). The physical and psychological effects of meditation: A review of contemporary research. Institute of Noetic Sciences. *Petaluma*, 1936-1996.
- O'Shea, M. T., Collins, C., Ailis, N. R., & Daly, M. D. (2016). *Domestic Violence During Pregnancy*: GP Survey Report.
- Öyekçin, D.G., Yetim, D., Şahin, E.M. (2015). Psychosocial factors affecting various types of intimate partner violence against women. *Turkish Journal of Psychiatry*, 23(2), 118-127.
- Reiner, K., Tibi, L., & Lipsitz, J. (2018). Do mindfulness- based interventions reduce pain intensity? A critical review of the literature. *Pain Medical*, 14(2), 230-242.
- Sarafino, E.P., Smith, T.W. (2014). Health psychology: Biopsychosocial interactions. *John Wiley & Sons*, 1(13), 148-156.
- Schmutte, P. S., & Ryff, C.D. (1997). Personality and wellbeing: Reexamining methods and meanings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 549-559.
- Schutze, R., Rees, C., Preece, M., Schutze, M. (2014). Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fearavoidance model of chronic pain. *Pain*, 148, 120-127.
- Williams, S.G., Langhinrichsen, J., Wornell, C., Finnegan, H. (2017). Adolescents Transitioning to High School: Sex Differences in Bullying Victimization Associated With Depressive Symptoms, Suicide Ideation, and Suicide Attempts. *Journal Psychology Nurs*, 1(10), 162-169.