

Determining the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Interpersonal Forgiveness and Distress Tolerance of Female Victims of Domestic Violence

Amirkhanloo A¹, * Mirzaian B², Hassanzadeh R³

Author Address

1. PhD Student, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran;
2. Associate Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran;
3. Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

*Corresponding Author Email: bahrammirzaian@gmail.com

Received: 2021 May 26; Accepted: 2021 June 23

Abstract

Background & Objectives: Family plays a key role in raising children and transmitting culture, customs, and beliefs to future generations. Domestic violence results in disorders which prevent this social institution from playing its expected role. One sort of domestic violence is violence against women. Interpersonal forgiveness plays a significant role in creating and maintaining mental health and peace in the family. Forgiveness means releasing the psychological and emotional processes within the injured person. Distress tolerance is defined as the self-reported ability of a person to experience and tolerate negative emotional states or the behavioral ability to continue goal-oriented behavior when experiencing emotional distress. One of the psychological treatments related to this social problem is acceptance and commitment therapy (ACT). Considering the importance of interpersonal forgiveness and tolerance of distress in women affected by domestic violence, the present study aimed to determine the effectiveness of ACT on interpersonal forgiveness and distress tolerance of female victims of domestic violence.

Methods: The method of this study was quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population included all female victim of domestic violence living in Sari City, Iran, who were referred to Social Emergency from December 23, 2019, to June 30, 2020. Of whom, 30 females were select by purposive sampling method. They were randomly assigned to the intervention and control groups (15 persons for each group). The inclusion criteria were obtaining a lower score on the Interpersonal Forgiveness Scale (Ehteshamzadeh et al., 2011) (scores less than 50) and Distress Tolerance Scale (Simons & Gaher, 2005) (scores less than 40), aged 20 to 40 years, minimum education diploma, not taking psychoactive drugs during the last quarter, lacking an incurable disease, obtaining informed consent, and not undergoing other psychological treatment at the same time. The exclusion criteria were absenteeism in two consecutive sessions and suffering from neurological and mental diseases, including psychosis during the treatment sessions. The required data were obtained using the Interpersonal Forgiveness Scale (Ehteshamzadeh et al., 2011) and Distress Tolerance Scale (Simons & Gaher, 2005). Acceptance and commitment therapy was implemented in eight 90-minute sessions once a week based on the training package provided by Hayes et al. (2006). No intervention was provided for the control group. The research data were analyzed in SPSS version 22 software. In this software, descriptive statistics including mean and standard deviation and inferential statistics of analysis of covariance (ANCOVA) were used for data analysis. The significance level of all tests was considered 0.05.

Results: The results showed that, by controlling the effect of the pretest, there were significant differences in the variables of interpersonal forgiveness ($p < 0.001$) and distress tolerance ($p < 0.001$) in the posttest between the women abused by domestic violence in the experimental group and the control group. The effects of the intervention on the changes in the variables of distress tolerance and interpersonal forgiveness were 0.414 and 0.337, respectively.

Conclusion: Considering the effectiveness of ACT on increasing interpersonal forgiveness and tolerance of distress in women exposed to domestic violence, this treatment can be used in counseling and psychological centers to improve the psychological problems of women abused by domestic violence.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Interpersonal forgiveness, Distress tolerance, Domestic violence.

تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بخشودگی بین فردی و تحمل پریشانی در زنان آزاردیده از خشونت‌های خانگی

آذرخش امیرخانلو^۱، *بهرام میرزائیان^۲، رمضان حسن‌زاده^۳

توضیحات نویسندگان

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

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

۳. استاد، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

*رایانامه نویسنده مسئول: bahrammirzaian@gmail.com

تاریخ دریافت: ۵ خرداد ۱۴۰۰؛ تاریخ پذیرش: ۲ تیر ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: بروز خشونت در خانواده و به‌خصوص علیه زنان سبب ناسازگاری‌هایی می‌شود که نهاد اجتماعی خانواده را در ایفای نقش خود دچار مشکل می‌کند. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بخشودگی بین فردی و تحمل پریشانی در زنان آزاردیده از خشونت‌های خانگی انجام شد.

روش بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری را تمامی زنان آزاردیده از خشونت خانگی در شهرستان ساری مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی در زمستان ۱۳۹۸ و بهار ۱۳۹۹ تشکیل دادند. از این جامعه، سی نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش در هشت جلسه نود دقیقه‌ای درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (هیز، ۲۰۰۶) را دریافت کرد؛ اما برای گروه گواه آموزشی ارائه نشد. جمع‌آوری داده‌ها با مقیاس بخشودگی بین فردی (احتشام‌زاده و همکاران، ۱۳۸۹) و مقیاس تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) انجام شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، با کنترل اثر پیش‌آزمون، در پس‌آزمون بین زنان آزاردیده از خشونت خانگی در گروه آزمایش و گروه گواه در متغیرهای بخشودگی بین فردی ($p < ۰/۰۰۱$) و تحمل پریشانی ($p < ۰/۰۰۱$) تفاوت معناداری وجود داشت. میزان ضریب تأثیر مداخله بر تغییرات متغیرهای تحمل پریشانی ۰/۴۱۴ و بخشودگی بین فردی ۰/۳۳۷ بود.

نتیجه‌گیری: باتوجه به اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش بخشودگی بین فردی و تحمل پریشانی در زنان در معرض خشونت خانگی، از این درمان می‌توان در مراکز مشاوره و روان‌شناسی برای بهبود مشکلات روان‌شناختی زنان آزاردیده از خشونت خانگی بهره برد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، بخشودگی بین فردی، تحمل پریشانی، خشونت خانگی.

پرخاشگری و سوء مصرف مواد مخدر و الکل اشاره کرد (۱۰). باید پذیرفت که نگرش زنان به خشونت، در تحمل کردن آن‌ها تأثیر بسزایی دارد؛ اما قرارگرفتن بلندمدت در معرض حوادث تهدیدکننده زندگی نیز مانند خشونت خانگی می‌تواند با شروع و تداوم و عود اختلالات روانی همراه شود (۱۱).

یکی از درمان‌های روان‌شناختی مرتبط با این مشکل اجتماعی، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش^{۱۱} است. هدف درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، کمک و راهنمایی به مراجع است تا بتواند با روش‌های سازنده با تجارب خود ارتباط برقرار کند و به زندگی خود معنا دهد (۱۲). پژوهش‌های متعددی در زمینه تأثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر نمونه‌های زنان تحت خشونت خانگی صورت گرفته است؛ از آن جمله می‌توان به اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بخشودگی بین‌فردی و صمیمیت زناشویی^{۱۲} زنان آسیب‌دیده (۱۲)، اضطراب^{۱۳} ناشی از تعارضات زناشویی^{۱۴} زنان درگیر خشونت خانگی (۱۳)، دشواری در تنظیم هیجان^{۱۵} و تحمل پریشانی (۱۴) و بخشش و تنظیم هیجان و صمیمیت زناشویی زنان آسیب‌دیده از خشونت خانگی (۱۵) اشاره کرد.

باتوجه به اهمیت بخشودگی بین‌فردی و تحمل پریشانی در زنان آزاردیده از خشونت خانگی و همچنین پژوهش‌های پیشین درباره اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر متغیرهای روان‌شناختی در زنان آزاردیده از خشونت خانگی، پژوهش‌ها در زمینه اثربخشی این درمان در متغیرهای مدنظر پژوهش حاضر، همچنان نیاز به تکمیل دارد. در مجموع باید پذیرفت که مشکلات روان‌شناختی که خشونت‌های خانگی برای زنان به وجود می‌آورد، باعث کاهش سلامت روان آن‌ها می‌شود. یافته پژوهش حاجی‌نیا اسبو و همکاران نشان داد، زنان درگیر خشونت خانگی از اضطراب ناشی از تعارضات زناشویی رنج می‌برند (۱۳). دولتیان و همکاران در پژوهشی دریافتند، خشونت خانگی بر تمامی ابعاد سلامت روان در زنان آزاردیده از خشونت خانگی تأثیرگذار است و سبب کاهش سلامت روان می‌شود (۱۶).

با توجه به مطالب مذکور، هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بخشودگی بین‌فردی و تحمل پریشانی در زنان آزاردیده از خشونت‌های خانگی بود. انتظار می‌رود پژوهش حاضر موجب افزایش اطلاعات در زمینه تأثیر این درمان بر بخشودگی بین‌فردی و تحمل پریشانی شود.

۲ روش بررسی

روش این پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی زنان آزاردیده خشونت خانگی در شهرستان ساری بین ۲۰ تا ۴۰ سال مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی شهرستان ساری در زمستان ۱۳۹۸ و بهار ۱۳۹۹ تشکیل دادند. باتوجه به اینکه در پژوهش‌های آزمایشی حجم نمونه

از موضوعات متداول که در اکثر مناطق شهری و روستایی دیده می‌شود، خشونت خانگی^۱ است (۱). این خشونت به‌عنوان هر حرکت خشونت‌آمیزی تعریف می‌شود که آسیب‌های روانی و جسمانی پدید می‌آورد (۲). آمار سازمان بهداشت جهانی^۲ گزارش کرده است، ۱۶ تا ۲۵ درصد از زنان به‌وسیله شریک جنسی خود تحت تأثیر خشونت قرار می‌گیرند. در کشورهای توسعه‌یافته^۳ این آمار ۲۸ درصد از زنان و در کشورهای در حال توسعه^۴، در حدود ۱۸ تا ۶۷ درصد را در بر می‌گیرد که طبق اعداد گزارش شده، زنان حداقل یک‌بار آزار بدنی شده‌اند و مورد خشونت قرار گرفته‌اند (به‌نقل از ۳). پژوهش شایان و همکاران نشان داد، نتایج و آثار خشونت خانگی با زنان موجب به‌وجود آمدن مشکلاتی در سلامت روان^۵ آن‌ها شده است؛ همچنین این آسیب‌ها علاوه بر ایجاد هزینه‌های گزاف مراقبتی و دارویی بر جامعه، زندگی سایر اعضای خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد که از افراد مهم‌تر آن می‌توان به فرزندان در خانواده اشاره کرد (۴).

از طرف دیگر، بخشودگی بین‌فردی^۶ در ایجاد و بقای سلامت روان و آرامش در خانواده نقش بسزایی دارد. بخشودگی به‌معنای آزاد کردن فرایندهای روانی و عاطفی درون فرد آسیب‌دیده است. این آزادسازی، منجر به آزادسازی خشم و ترسی می‌شود که فرد در زمان خشونت آن را احساس کرده است. ضمن اینکه فرد خشونت‌دیده، دیگر هیچ میل و علاقه‌ای برای انتقام‌گرفتن ندارد و به‌عبارت دیگر از جبران عمل می‌گذرد (۵). بنا به یافته‌های پژوهش کاظمیان مقدم و همکاران در این زمینه، بخشودگی بین‌فردی با طلاق عاطفی^۷ و دلزدگی زناشویی^۸ ارتباط منفی دارد (۶). همچنین یافته پژوهش لونسون و همکاران نشان داد، برنامه‌هایی که اصل و منشأ آن‌ها اساسی روان‌شناختی دارد و هدف آن افزایش بخشودگی بین‌فردی است، منجر به کاهش علائم افسردگی و افزایش بهزیستی و همدلی می‌شود (۷).

تحمل پریشانی^۹ به‌عنوان توانایی درک شده خودگزارشی فرد، به‌منظور تجربه و تحمل حالت‌های هیجانی منفی یا توانایی رفتاری در مداومت بر رفتار معطوف به هدف در زمان تجربه پریشانی عاطفی^{۱۰} تعریف می‌شود (۸). از آنجاکه تفاوت‌های فردی قادر به تأثیرگذاری بر میزان تحمل پریشانی افراد است، می‌توان بیان کرد، افرادی که تحمل پریشانی بیشتری دارند، بیشتر می‌توانند خود را با پریشانی و شرایط موجود انطباق دهند. در این بین، زنان در معرض آزار و خشونت‌های خانگی که تحمل پریشانی کمتری دارند، ممکن است در شرایطی خاص برای مقابله با هیجانات منفی خود درگیر بی‌نظم‌جویی رفتاری شوند (۹)؛ همچنین هنگام قرارگرفتن در معرض استرس و تنش ممکن است نتوانند هیجان‌های خود را تنظیم و کنترل کنند. آن‌ها در تلاش برای کسب راهبردهایی هستند که در کوتاه‌ترین زمان قادر به کاهش یا از بین بردن احساس تنش باشند؛ از جمله این رفتارهای پرخطر می‌توان به

¹⁰ Emotional distress
¹¹ Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
¹² Marital intimacy
¹³ Anxiety
¹⁴ Marital conflicts
¹⁵ Emotional regulation

¹ Domestic violence
² World Health Organization (WHO)
³ Developed countries
⁴ Developing countries
⁵ Mental health
⁶ Interpersonal forgiveness
⁷ Emotional divorce
⁸ Couple burnout
⁹ Distress tolerance

حداقل پانزده نفر در هر گروه کفایت می‌کند (۱۷)، با در نظر گرفتن افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، سی نفر که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند و به شرکت در مایل بودند، به طور هدفمند انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی در دو گروه پانزده نفری آزمایش و گروه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: کسب نمره کمتر در مقیاس بخشودگی بین فردی^۱ (نمرات کمتر از ۵۰) (۱۸) و مقیاس تحمل پریشانی^۲ (نمرات کمتر از ۴۰) (۸)؛ سن ۲۰ تا ۴۰ سال؛ حداقل تحصیلات دیپلم؛ مصرف نکردن داروهای اعصاب و روان در طول سه ماهه گذشته؛ نداشتن بیماری صعب‌العلاج؛ دریافت رضایت آگاهانه؛ قرار نگرفتن هم‌زمان تحت درمان روان‌شناختی دیگر. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از پژوهش، ثبت غیبت در دو جلسه متوالی و مبتلا شدن به بیماری‌های اعصاب و روان از جمله روان‌پریشی در حین برگزاری جلسات درمانی بود. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، از افراد شرکت‌کننده در پژوهش، فرم رضایت آگاهانه به شکل کتبی دریافت شد، طرح پژوهش توضیح داده شد، بر محرمانه بودن اطلاعات تأکید گردید و در صورت تمایل پس از اتمام پژوهش، شرکت‌کنندگان از نتایج پژوهش آگاه شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارها و جلسات درمانی زیر در پژوهش به کار رفت.

مقیاس بخشودگی بین فردی: این مقیاس توسط احتشام‌زاده و همکاران در سال ۱۳۸۹ تدوین شد (۱۸). مقیاس دارای ۲۵ ماده است و نمره‌گذاری آن به شکل لیکرت انجام می‌شود. نمره‌گذاری برای ماده‌های ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵ به صورت کاملاً مخالف (۱) و کاملاً موافق (۴) و سایر ماده‌ها معکوس است. از مجموع نمرات مقیاس، نمره کلی برای بخشودگی بین فردی و سه نمره برای خرده‌مقیاس‌های این مقیاس شامل ارتباط مجدد و کنترل انتقام‌جویی (جمع نمرات سؤالات ۱ تا ۱۲) و کنترل رنجش (جمع نمرات سؤالات ۱۳ تا ۱۸) و درک و فهم واقع‌بینانه (جمع نمرات سؤالات ۱۹ تا ۲۵) حاصل می‌شود. حداکثر نمره برای کل مقیاس ۱۰۰ و حداقل آن ۲۵ است. در این مقیاس، نمره بین ۲۵ تا ۵۰ بیانگر بخشودگی کمتر و کسب نمره بیشتر نشان‌دهنده توانایی بیشتر در بخشش دیگران است (۱۸). احتشام‌زاده و همکاران در پژوهشی به ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش بخشودگی بین فردی پرداختند. جامعه آماری این پژوهش، دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه‌های اهواز در سال تحصیلی ۸۸-۱۳۸۷ بودند. پایایی محاسبه شده برای مقیاس بخشودگی بین فردی از طریق آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۰ و برای خرده‌مقیاس‌های آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ به ترتیب برای ارتباط مجدد و کنترل انتقام‌جویی ۰/۷۷ و کنترل رنجش ۰/۶۶ و درک واقع‌بینانه ۰/۵۷ بود. همچنین از طریق روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۷۱ و برای خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب برای ارتباط مجدد و کنترل انتقام‌جویی ۰/۷۱ و کنترل رنجش ۰/۶۸ و درک واقع‌بینانه ۰/۵۸ به دست آمد (۱۸).

مقیاس تحمل پریشانی: این مقیاس توسط سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ تدوین شد (۸). مقیاس دارای پانزده ماده و چهار خرده‌مقیاس به نام‌های تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تلاش برای تسکین پریشانی است. گویه‌های آن، میزان تحمل پریشانی را بر اساس توانمندی‌های فرد، ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم‌کننده برای تسکین پریشانی می‌سنجد. کسب نمره کمتر از ۴۰ نشان‌دهنده تحمل پریشانی کم و کسب نمره بیشتر در این مقیاس بیانگر تحمل پریشانی زیاد است (۸). ضرایب آلفا برای این خرده‌مقیاس‌های مذکور به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمد (۸). این مقیاس برای نخستین بار در ایران توسط علوی و همکاران استفاده شد و پایایی همسانی درونی مطلوبی را برای کل مقیاس (۰/۷۱) و پایایی متوسطی را برای خرده‌مقیاس‌ها نشان داد (۰/۵۴) برای خرده‌مقیاس تحمل، ۰/۴۲ برای خرده‌مقیاس جذب، ۰/۵۶ برای خرده‌مقیاس ارزیابی و ۰/۵۸ برای خرده‌مقیاس تنظیم (۱۹).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله درمان‌های رفتاری موج سوم به‌شمار می‌رود که با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، راهبردهای پذیرش و توجه‌آگاهی را با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار درهم آمیخته است و از طریق شش فرایند گسلش شناختی، پذیرش، تماس با لحظه حال، مشاهده خود، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه عمل می‌کند (۲۰). پروتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در هشت جلسه نود دقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار بر اساس بسته آموزشی هیز و همکاران ارائه شده در سال ۲۰۰۶ (به نقل از ۲۰)، توسط درمانگر ACT اجرا شد. روایی پروتکل درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش توسط سازندگان آن به تأیید رسید و از روایی صوری و محتوایی خوبی برخوردار است (۲۱). همچنین روایی محتوای آن توسط پنج نفر از اساتید گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری تأیید شد و سپس در این پژوهش به کار رفت. جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را نشان می‌دهد.

برای اجرای پژوهش پس از مراجعه به اورژانس اجتماعی شهرستان ساری، بر اساس ملاک‌های ورود و خروج، سی نمونه انتخاب شدند و در گروه آزمایش و گروه گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش در هشت جلسه به مدت نود دقیقه، هفته‌ای یک جلسه، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش را دریافت کرد و برای گروه گواه هیچ آموزشی ارائه نشد. قبل و بعد از مداخله هر دو گروه به سؤالات مقیاس بخشودگی بین فردی (۱۸) و مقیاس تحمل پریشانی (۸) پاسخ دادند.

تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ صورت گرفت. در این نرم‌افزار از آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و نیز برای تحلیل داده‌ها در آمار استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

2. Distress Tolerance Scale (DTS)

1. Interpersonal Forgiveness Scale (IFS)

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش

جلسه	محتوای جلسات
اول	آشنایی با درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و بستن قرارداد
دوم	رسیدن به درماندگی خلاق
سوم	پذیرش به جای کنترل
چهارم	توسعه دیدگاه ناظر از طریق گسلش شناختی
پنجم	آشنایی با مفاهیم نقش و زمینه و زمان حال
ششم	کمک به تعیین ارزش و شناخت موانع
هفتم	ایجاد آمادگی برای عمل متعهدانه
هشتم	رسیدن به راه حل توسط خود مراجع

۳ یافته‌ها

نتایج آمار توصیفی متغیرهای گروه‌های آزمایش و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ آورده شده است. به منظور ارزیابی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر متغیرهای بخشودگی بین‌فردی و تحمل پریشانی از آزمون تحلیل کوواریانس ($p > 0.05$).

جدول ۲. آمار توصیفی گروه‌های آزمایش و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	میانگین پیش‌آزمون	انحراف معیار	میانگین پس‌آزمون	انحراف معیار
بخشودگی بین‌فردی	آزمایش	۴۵/۸۷	۹/۵۹	۵۴/۰۷	۹/۰۵
بخشودگی بین‌فردی	گواه	۴۹/۷۷	۷/۴۱	۴۹/۶۷	۶/۴۵
تحمل پریشانی	آزمایش	۳۹/۶	۹/۱۸	۴۹/۲۷	۶/۳۷
تحمل پریشانی	گواه	۳۹/۲۷	۹/۲۲	۳۸/۵۳	۸/۹۳

پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها در هر گروه با آزمون شاپیرو-ویلک به تأیید رسید ($p > 0.05$). از آنجا که مقدار بتاهای رگرسیونی مشابه با یکدیگر به دست آمد، دو خط رگرسیونی موازی یکدیگر و در نهایت شیب خط‌های رگرسیون همگن بود و این پیش‌فرض نیز تأیید شد ($p > 0.05$)؛ از این رو با توجه به تأیید پیش‌فرض‌های مدنظر، آزمون تحلیل کوواریانس به کار رفت. میزان آماره در آزمون لامبدای ویلکز ۱۱/۴۷ و مقدار آن ۰/۴۷۹ به دست آمد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره در جدول ۳ نمایش داده شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس مبنی بر تأثیر آموزش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع اثر	آماره آزمون	مقدار p	مجذور اتا
بخشودگی بین‌فردی	اثر گروه	۱۶/۳۲	< 0.001	۰/۳۳۷
تحمل پریشانی	اثر گروه	۷/۳۴	< 0.001	۰/۴۱۴

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، با کنترل اثر پیش‌آزمون، در پس‌آزمون بین زنان آزاردیده از خشونت خانگی در گروه آزمایش و گروه گواه در متغیرهای بخشودگی بین‌فردی ($p < 0.001$)، تحمل پریشانی ($F(1, 27) = 16.32$) و تفاوت معناداری وجود داشت؛ بنابراین اثربخشی درمان بر بخشودگی بین‌فردی و تحمل پریشانی تأیید شد؛ همچنین میزان ضریب تأثیر مداخله بر تغییرات متغیرهای تحمل پریشانی ۰/۴۱۴ و بخشودگی بین‌فردی ۰/۳۳۷ بود.

۴ بحث

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بخشودگی بین‌فردی و تحمل پریشانی در زنان آزاردیده از خشونت خانگی بود. اولین یافته پژوهش حاضر، اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش بخشودگی بین‌فردی در زنان آزاردیده از خشونت خانگی بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های قلی‌زاده و همکاران (۱۲) و قاصدی و همکاران (۱۵) همخوان است. قلی‌زاده و همکاران دریافتند، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش بخشودگی بین‌فردی و صمیمیت زناشویی تأثیر مثبت دارد (۱۲). قاصدی و همکاران به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش بخشودگی، بهبود تنظیم هیجان و صمیمیت زناشویی زنان آسیب‌دیده تأثیرگذار است (۱۵).

در تبیین یافته مذکور پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد، پذیرش در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، به شکل ویژه‌ای از مفاهیم اصلی درمان است. در این درمان مراجع یاد می‌گیرد بین آنچه می‌شود تغییر داد و هر آنچه

می‌شود. هدف اصلی این نوع درمان، کمک به فرد برای آگاه‌شدن از فرایندهای شناختی و واکنش‌های عاطفی خود چه به‌تنهایی و چه در رابطهٔ دونفره است (۲۳). زوالنسکی و همکاران بیان کردند، تحمل پریشانی سالم، آگاهی هشیار از حالت‌های درونی شامل احساسات، هیجان، انگیزش فعال و توانایی در پاسخ‌دادن خودکار و بدون آگاهی به تنش آزارنده با راهبرد تغییر مانند اجتناب یا به‌صورت عادی چشم‌پوشی از علائم هشداردهندهٔ پریشانی را فراهم می‌کند (۲۴)؛ از این رو، نبود تحمل پریشانی و رفتارهای بیش‌تحملی احتمالاً بدون آگاهی هشیار رخ می‌دهد. در جلسات مبتنی بر تعهد و پذیرش، بر آگاهی از لحظهٔ اکنون تأکید می‌شود؛ همچنین در این جلسات، راهبردهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی و مشاهدهٔ غیرقضاوتی موقعیت‌ها یا تجربه‌های پریشانی مانند احساسات آزارنده تمرین می‌شود (۲۴). افراد با تمرین‌های ناهم‌آمیزی تلاش می‌کنند به‌جای گرفتارشدن در افکار، به آن‌ها اجازه دهند که بیایند و بروند و با جایگزین‌کردن خود به‌عنوان زمینه، می‌آموزند زمینه‌ای برای تجربهٔ هیجان‌ات و افکار و احساسات دردناک باشند؛ بدون اینکه در آن‌ها درگیر شوند (۲۵). هیز و همکاران معتقد بودند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌جای تمرکز بر حذف عوامل آسیب‌زا، به مراجع کمک می‌کند هیجان‌ها و شناخت‌های کنترل‌شدهٔ خود را بپذیرد و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب بروز مشکلاتش می‌شود، آزاد کند. همچنین به فرد اجازه می‌دهد از کشمکش با مشکلات دست بردارد (۲۰). از طرف دیگر می‌توان بیان کرد، پذیرش و تعهد اساساً درمانی فرایندمحور است و به‌وضوح بر ارتقای پذیرش تجربیات روان‌شناختی و تعهد با افزایش فعالیت‌های معنابخش انعطاف‌پذیر، سازگارانه، بدون در نظر گرفتن محتوای تجربیات روان‌شناختی رفتاری تأکید می‌کند (۲۰). هدف درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، تغییر شکل افکار و احساسات آزارنده و نیز تغییر در فراوانی این احساسات نیست؛ بلکه هدف اصلی این درمان، تقویت انعطاف‌پذیری شناختی است. این پذیرش به‌معنای مواجه‌شدن با دردها بوده که در مسیر رسیدن به ارزش‌ها برخلاف اجتناب تجربه‌ای است و نقش زیادی در افزایش بخشودگی بین‌فردی در زنان دارد. حرکت در مسیر ارزش‌های زندگی دردها و سختی‌هایی با خود به‌همراه دارد که نمی‌توان با اجتناب‌کردن از تجربهٔ این دردها به زندگی ارزشمندی رسید (۲۶). در این درمان منظور از پذیرش، تمایل به روبه‌روشدن با این دردها و سختی‌ها است. در واقع عمل مواجه‌شدن اصلی تأکیدی است که در درمان‌های موج جدید مشاهده می‌شود و گاهی مواقع به‌صورت عینی و گاهی به‌صورت ذهنی است. از طرفی سازوکار عمل درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش تحمل پریشانی بر این نکته تأکید دارد که فرد وقایع خصوصی درونی خود را با افزایش گسلش ارتباط دهد. این ارتباط منجر به کاهش افکار منفی و واکنش‌های منفی می‌شود و پذیرش روانی را افزایش می‌دهد (۲۷). در نهایت باید گفت، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، با ادغام مداخلات پذیرش و ذهن‌آگاهی در راهبردها، تعهد و تغییر به زنان آسیب‌دیده برای دستیابی به زندگی پر نشاط و هدفمند و با معنا کمک می‌کند. نتایج پژوهش حاضر در مراکز درمانی و مشاوره، بهزیستی و اورژانس اجتماعی قابل استفاده است. همچنین تأیید اثربخشی درمان مبتنی بر

نمی‌توان تغییر داد، تمایز قائل شود و زمانش را بیهوده صرف تغییر آنچه تغییرناپذیر است، نکند؛ بلکه روی ارزش‌هایش تمرکز کند، رفتار مؤثر و متعهدانه داشته باشد، در برخورد با فرد خطاکار به‌شیوهٔ سازنده و منعطفانه برخورد کند و به زندگی‌اش غنا بخشد. بر ارزش بخشودگی تمرکز صورت می‌گیرد و موانع فکری و هیجانی شناخته می‌شود و فرد با برخورد صحیح با این افکار و هیجان‌ات بی‌آنکه غرق در آن‌ها شود، تمایل پیدا می‌کند بدون اجتناب از آن‌ها، تجربه‌شان کند (۲۲). در فرایند بخشودگی، اجتناب از تجربهٔ احساسات منفی از قبیل خشم، مانع تحقق بخشیدگی وجود دارد؛ بنابراین درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش با فراهم‌آوردن زمینهٔ تجربهٔ این احساسات و پذیرش آن‌ها از طریق کارهای عملی و استعاره‌ها، فرایند بخشودگی را تسهیل می‌بخشد (۲۳). یکی از اهداف اصلی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، بحث دربارهٔ ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها است که تمامی آن‌ها می‌تواند منجر به افزایش بخشودگی بین‌فردی شود (۱۲). همچنین هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی، کمک به زنان آسیب‌دیده است تا افکار آزارندهٔ خود را تنها به‌صورت یک فکر تجربه کنند. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش کمک می‌کند افراد تشویق شوند با ارزش‌های واقعی زندگی خود پیوند برقرار کنند و مجذوب آن‌ها شوند (۲۲). همچنین شیوهٔ درمانی مذکور بر این نکته تأکید دارد که تغییرات هنگامی رخ می‌دهد که فرد قادر باشد رخدادهای را با افزایش گسلش ارتباط دهد و این گسلش افکار، واکنش‌های منفی را کم می‌کند و سبب افزایش پذیرش روانی می‌شود. افزایش گسلش روان‌شناختی و آگاهی از افکار و اعمال به فرد کمک می‌کند تا روابط منفی را بین واکنش‌ها مشاهده کند و تصمیم بگیرد که الگوهای مناسبی برای رفتار خود به‌کار برد (۱۵). عمل همسو با ارزش‌ها موجب می‌شود که فرد بسیاری از ناملازمات و افکار و احساسات همراه با وی را بپذیرد؛ در عین حال تعیین اهداف و اعمالی در جهت همسویی با ارزش‌های خود همراه با ذهن‌آگاهی کامل دربارهٔ شرایط و خود را جدا از افکار و هیجان‌ات دانستن، سبب افزایش انعطاف‌پذیری شناختی می‌شود (۱۳) که همگی این موضوعات می‌توانند منجر به بخشودگی بین‌فردی شود.

یافتهٔ دیگر پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش تحمل پریشانی در زنان آزاردیده از خشونت خانگی بود. این یافته با نتایج پژوهش امیریان و همکاران مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بهبودی دشواری در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در سوء‌مصرف‌کنندگان مواد (۱۴) و پژوهش قاصدی و همکاران مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش بخشش و بهبود تنظیم هیجان و صمیمیت زناشویی زنان آسیب‌دیده (۱۵)، همخوان است.

در تبیین یافتهٔ مذکور پژوهش حاضر باید گفت، براساس رویکرد مبتنی بر تعهد و پذیرش، توسعه و نگهداری تعارض در زوج‌ها، ناشی از ترکیب کنترل‌های محکم و بی‌فایدهٔ هریک از آن‌ها و راهبردهای اجتناب تجربی در رابطهٔ زن و شوهر است. واقعی در نظر گرفتن افکار منفی و عمل به آن‌ها، چرخهٔ رابطهٔ منفی را حفظ می‌کند. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به‌دنبال تضعیف این فرایندها و در نتیجه کاهش رنج‌های غیرضروری زوج‌ها است که از اجتناب‌های تجربی هریک از آن‌ها ناشی

تعهد و پذیرش در نمونه‌های ایرانی و بر متغیرهای وابسته پژوهش، تلوپحات نظری و کاربردی خواهد داشت و می‌تواند به متخصصان در حوزه بهداشت روانی کمک کند تا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به‌عنوان درمانی کاربردی در جامعه زنان آسیب‌دیده از خشونت خانگی، انتخاب کنند و به‌کار برند.

ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به توصیف آزمودنی‌ها از خود و بیان تجارب خود به‌دلیل نفع ثانویه اشاره کرد. این نفع ثانویه شامل حمایت برخی سازمان‌ها از قبیل بهزیستی از زنان آزاردیده از خشونت خانگی بود. به‌دلیل اینکه نمونه‌های پژوهش حاضر از شهر ساری گرفته شد، تعمیم یافته‌ها به سایر مناطق باید با احتیاط صورت پذیرد. پیشنهاد می‌شود، جلسات مشاوره گروهی برای زنان در معرض آزار و خشونت خانگی در مراکز درمانی و اورژانس اجتماعی برگزار شود. در صورت امکان، جلسات پیگیری به‌طور مرتب انجام گیرد تا مشخص شود آیا درمان روان‌شناختی بر زنان در معرض آزار و خشونت خانگی، اثر خود را حفظ کرده است یا خیر. همچنین پیشنهاد می‌شود از درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش برای افزایش بخشودگی بین‌فردی و تحمل‌پذیری در زنان آزاردیده از خشونت خانگی استفاده شود.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش بخشودگی بین‌فردی و تحمل‌پذیری در زنان در معرض خشونت خانگی اثرگذار است.

۶ تشکر و قدردانی

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم می‌دانند از تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش و همچنین از عوامل اورژانس اجتماعی شهرستان ساری که همکاری لازم را در اجرای پژوهش داشتند، کمال

تشکر و سپاس خود را ابراز کنند.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی عمومی در گروه روان‌شناسی دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری است. این مطالعه دارای کد کمیته اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1398.204 از دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری است. به افراد شرکت‌کننده در پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات کسب‌شده از آن‌ها محفوظ خواهد ماند. فرم رضایت آگاهانه به تمام افراد داده شد. اعضا این فرم را امضا کردند و اثر انگشت خود را نیز در زیر صفحه فرم رضایت ثبت نمودند.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

چنانچه داده خاصی نیاز است، با ارسال رایانامه به نویسنده مسئول، در دسترس قرار خواهد گرفت.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

بنا به اظهار نویسندگان مقاله، حمایت مالی از پژوهش وجود نداشته است.

مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان معیارهای استاندارد نویسندگی براساس پیشنهادات کمیته بین‌المللی ناشران مجلات پزشکی را داشتند و همگی به یک اندازه در نگارش مقاله سهیم بودند.

References

1. Ayton D, Pritchard E, Tsindos T. Acquired brain injury in the context of family violence: a systematic scoping review of incidence, prevalence, and contributing factors. *Trauma Violence Abuse*. 2021;22(1):3–17. <https://doi.org/10.1177/1524838018821951>
2. Aghakhani N, Eftekhari A, Zare Kheirabad A, Mousavi E. Study of the effect of various domestic violence against women and related factors in women who referred to the forensic medical center in Urmia city-Iran 2012–2013. *Iranian Journal of Forensic Medicine*. 2012;18(2):69–78. [Persian] <http://sifm.ir/article-1-480-en.pdf>
3. Amoakohene MI. Violence against women in Ghana: a look at women's perceptions and review of policy and social responses. *Soc Sci Med*. 2004;59(11):2373–85. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.04.001>
4. Shayan A, Masoumi SZ, Kaviani M. The relationship between wife abuse and mental health in women experiencing domestic violence referred to the forensic medical center of Shiraz. *J Educ Community Health*. 2015;1(4):51–7. <https://doi.org/10.20286/jech-010451>
5. Parsafar S, Namdari K, Hashemi SE, Mehrabi HA. The relationship between religious commitment, unforgiveness and forgiveness styles with the mental health. *Counseling Culture and Psychotherapy*. 2015;6(23):139–62. [Persian] <https://dx.doi.org/10.22054/qccpc.2015.4270>
6. Kazemian Moghadam K, Mehrabi Zadeh Honarmand M, Kiamanesh A. The casual relationship of differentiation, meaningful life, and forgiveness with marital disaffection by mediating role of marital conflict and marital satisfaction. *Psychological Methods and Models*. 2018;9(31):131–46. [Persian] http://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_3014_70b3dda7f79695ff6153b6208328a98f.pdf
7. Levenson MR, Aldwin CM, Yancura L. Positive emotional change: mediating effects of forgiveness and spirituality. *Explore (NY)*. 2006;2(6):498–508. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2006.08.002>

8. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: development and validation of a self-report measure. *Motiv Emot.* 2005;29(2):83–102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
9. Keough ME, Riccardi CJ, Timpano KR, Mitchell MA, Schmidt NB. Anxiety symptomatology: the association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behav Ther.* 2010;41(4):567–74. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.04.002>
10. Howell AN, Leyro TM, Hogan J, Buckner JD, Zvolensky MJ. Anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance in relation to coping and conformity motives for alcohol use and alcohol use problems among young adult drinkers. *Addict Behav.* 2010;35(12):1144–7. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.07.003>
11. Taherifard M, Mikaeili N. The effectiveness of cognition-based mindfulness therapy on social anxiety, resilience and emotion regulation in women victims of domestic violence. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology.* 2019;14(51):17–26. [Persian] https://jtbcp.riau.ac.ir/article_1480_a8bbd2f9ba5336092b05610303a3c7da.pdf
12. Gholizadeh F, Fadaei M, Soleymani N, Khoroshi M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on interpersonal forgiveness and marital intimacy in women affected by marital infidelity. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences.* 2019;62(5):1825–33. [Persian] <https://dx.doi.org/10.22038/mjms.2019.15927>
13. Hajinia Esbo A, Khalatbari J, Mirzamani SM, Ghorban Shirodi S, Abolghasemi S. Effects of acceptance and commitment therapy on anxiety induced by marital conflict in women affected by domestic violence. *Middle Eastern Journal of Disability Studies.* 2020;10:130. [Persian] <https://jdisabilstud.org/article-1-1321-en.pdf>
14. Amirian K, Mami S, Ahmadi V, Mohamadzadeh J. Effectiveness of group psychotherapy based on acceptance and commitment therapy on difficulties emotion regulation and distress tolerance in substance abusers. *J Educ Community Health.* 2018;5(2):53–61. [Persian] <https://doi.org/10.21859/jech.5.2.53>
15. Ghasedi M, Bagheri F, Kiamanesh A. Comparison of the effectiveness of group therapy based on mindfulness and acceptance and commitment techniques (ACT) on forgiveness, emotional regulation and marital intimacy. *Bioethics Journal.* 2019;8(29):87–98. [Persian] <https://doi.org/10.22037/bioeth.v8i29.22576>
16. Dolatian M, Hesamy K, Zahiroddin A, Velaie N, Alavi Majd H. Evaluation of prevalence of domestic violence and its role on mental health. *Pajoohandeh Journal.* 2012;16(6):277–83. [Persian] <http://pajoohande.sbmu.ac.ir/article-1-1230-en.pdf>
17. Delavar A. *Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences.* Tehran: Roshd Pub;2009. [Persian]
18. Ehteshamzadeh P, Ahadi H, Enayati MS, Heidari A. Construct and validation of a Scale for Measuring Interpersonal Forgiveness. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology.* 2011;16(4):443–55. [Persian] <https://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-1209-en.pdf>
19. Alavi Kh, Modares Gharavi M, Amin Yazdi SA, Salehi Fadardi J. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. *Journal of Fundamentals of Mental Health.* 2011;13(50):35–124. [Persian] <https://dx.doi.org/10.22038/jfmh.2011.881>
20. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change.* 2nd ed. New York, NY, US: Guilford Press; 2012.
21. Mahdavi A, Aghaei M, Aminnasab V, Tavakoli Z, Besharat M, Abedin M. The effectiveness of acceptance-commitment therapy (ACT) on perceived stress, symptoms of depression, and marital satisfaction in women with breast cancer. *Arch Breast Cancer.* 2017;4(1):16–23. [Persian] <https://doi.org/10.19187/abc.20174116-23>
22. Hofmann SG, Asmundson JG. Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat? *Clin Psychol Rev.* 2008;28(1):1–16. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.09.003>
23. Babakhani V. The effectiveness of Acceptance and commitment therapy (ACT) on enduring the distress and self-control of betrayed women. *Journal of Family Psychology.* 2021;7(1):121–32. [Persian] https://www.ijfpjournal.ir/article_245567_9a7385c6d0111c6e1d53893de4474dd0.pdf
24. Zvolensky MJ, Bernstein A, Vujanovic AA. *Distress tolerance: theory, research, and clinical applications.* New York, NY, US: The Guilford Press; 2011.
25. Forouzanfar A, Gholamali Lavasani M, Shoa Kazemi M. The effectiveness of group counselling based on acceptance and commitment therapy in distress tolerance and anxiety sensitivity among female substance abusers. *Scientific Quarterly Research on Addiction.* 2018;11(44):135–54. [Persian] <http://etiadjpajohi.ir/article-1-1290-en.pdf>
26. Jabbari R, Hassan M, Sadegh Mahboob S. Effectiveness of group training of transactional analysis on distress tolerance and communication skills. *Journal of Development Psychology.* 2019;16(61):73–85. [Persian] https://jip.stb.iau.ir/article_668720_82bbd79eb10b9e91b0b2e8a7912be5f4.pdf
27. Vowles KE, Sowden G, Hickman J, Ashworth J. An analysis of within-treatment change trajectories in valued activity in relation to treatment outcomes following interdisciplinary acceptance and commitment therapy for adults with chronic pain. *Behav Res Ther.* 2019;115:46–54. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.10.012>