Journal of Research in Psychological Health
September 2025, Volume 19, Issue 3

The effectiveness of integrated group therapy of acceptance and commitment and self-compassion on distress tolerance and suicide resilience in married women with domestic violence experience

Fatemeh Ghasempour[1]*, Masoumeh Taheri[2], Sheyda Esmailzadeh[3], Seyede Fateme Esmaeilpour[4], Soheila Esgandani[5]

[1] *Department of Psychology, Kho.C., Islamic Azad University, Khomeyni Shahr, Iran. (Corresponding Author) ghasempour.psycho1996@gmail.com*

[2] *Department of Psychology, Kho.C., Islamic Azad University, Khomeyni Shahr, Iran.*

[3] *Department of Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran.*

[4] *Department of Personality Psychology, SR.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.*

[5] *Department of Clinical Psychology, WT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.*

Citation: Ghasempour, F., Taheri, M., Esmailzadeh, S., Esmaeilpour, S. F., & Esgandani, S. The effectiveness of integrated group therapy of acceptance and commitment and self-compassion on distress tolerance and suicide resilience in married women with domestic violence experience. **Journal** of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2025; 19 (3):1-16 [Persian].

Article Info:

Abstract

The present study aimed to determine the effectiveness of integrated group therapy of acceptance, commitment, and self-compassion on distress tolerance and suicide resilience in married women with domestic violence experience. The research method was a quasi-experimental design with a pre-test, post-test, and follow-up design with a control group. The statistical population included married women with domestic violence experience referring to counseling centers in Isfahan in 1403, of which 30 were selected through purposive sampling and randomly assigned to two intervention groups (15 people) and control groups (15 people). The intervention group underwent 8 90-minute sessions of integrated group therapy of acceptance, commitment, and self-compassion, while the control group remained on the waiting list. Data were collected using the Distress Tolerance Scale and the Suicide Resilience Scale and analyzed using a mixed analysis of variance with repeated measures in SPSS version 28. The findings showed that the interaction effect of time and group on distress tolerance (total score and components of tolerance, absorption, appraisal, and regulation) and suicide resilience (total score and components of internal protection and emotional stability) was significant ($P<0.05$). The results also showed that the changes made in the intervention group remained stable at the one-month follow-up stage. Based on the findings of the study, group therapy combined with acceptance and commitment and self-compassion can be used as an effective intervention to increase distress tolerance and suicide resilience in women with domestic violence experience by increasing psychological flexibility, reducing experiential avoidance, and improving emotion regulation.

Key words
Acceptance and commitment therapy, self-compassion, distress tolerance, suicide resilience, domestic violence

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

اثربخشی درمان گروهی تلفیقی پذیرش و تعهد و شفقت به خود بر تحمل پریشانی و تاب‌آوری خودکشی در زنان متأهل دارای تجربه خشونت خانگی

فاطمه قاسم‌پور[1]*، معصومه طاهری[2]، شیدا اسماعیل‌زاده[3]، سیده فاطمه اسماعیل‌پور[4]، سهیلا اسگندانی[5]*

[1] گروه روان‌شناسی، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، ایران. (نویسنده مسئول)

[2] گروه روان‌شناسی، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، ایران.

[3] گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

[4] گروه روان‌شناسی شخصیت، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

[5] گروه روان‌شناسی بالینی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت
1404/1/12
تاریخ پذیرش نهایی
1404/10/1

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان گروهی تلفیقی پذیرش و تعهد و شفقت به خود بر تحمل پریشانی و تاب‌آوری خودکشی در زنان متأهل دارای تجربه خشونت خانگی انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان متأهل دارای تجربه خشونت خانگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان در سال ۱۴۰۳ بود که ۳۰ نفر از آنان به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه مداخله (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه مداخله طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان گروهی تلفیقی پذیرش و تعهد و شفقت به خود قرار گرفت و گروه کنترل در فهرست انتظار باقی ماند. داده‌ها با استفاده از مقیاس تحمل پریشانی و مقیاس تاب‌آوری خودکشی جمع‌آوری و با روش تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۸ تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد اثر متقابل زمان و گروه بر تحمل پریشانی (نمره کل و مؤلفه‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم) و تاب‌آوری خودکشی (نمره کل و مؤلفه‌های محافظ درونی و ثبات هیجانی) معنادار بود ($P<0/05$). همچنین نتایج نشان داد تغییرات ایجادشده در گروه مداخله در مرحله پیگیری یک‌ماهه پایدار باقی مانده است. بر اساس یافته‌های پژوهش، درمان گروهی تلفیقی پذیرش و تعهد و شفقت به خود می‌تواند با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، کاهش اجتناب تجربه‌ای و بهبود تنظیم هیجان، به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر برای افزایش تحمل پریشانی و تاب‌آوری خودکشی در زنان دارای تجربه خشونت خانگی مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی
درمان پذیرش و تعهد، شفقت به خود، تحمل پریشانی، تاب‌آوری خودکشی، خشونت خانگی.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

مقدمه

خشونت خانگی از شایع‌ترین اشکال خشونت بین‌فردی و یکی از مهم‌ترین چالش‌های سلامت عمومی در جوامع امروزی است که به صورت رفتارهای تکرارشونده جسمانی، روان‌شناختی، جنسی و اقتصادی در بستر روابط خانوادگی بروز می‌یابد. این پدیده بیش از همه در روابط زناشویی مشاهده می‌شود و زنان، به دلیل نابرابری‌های ساختاری، فرهنگی و اجتماعی، بیشترین سهم قربانیان آن را تشکیل می‌دهند. برآوردهای جهانی نشان می‌دهد که بین ۲۰ تا ۵۰ درصد زنان در طول زندگی خود دست‌کم یک بار خشونت خانگی را تجربه می‌کنند (اکبری مقدم و اکبری مقدم، ۲۰۲۵). در ایران نیز نتایج مطالعات همه‌گیرشناختی حاکی از آن است که حدود ۶۰ درصد زنان متأهل در معرض یکی یا چند شکل از خشونت خانگی قرار داشته‌اند (سعیدی و طالب، ۱۴۰۲). استمرار این پدیده، علاوه بر تهدید سلامت فردی زنان، پیامدهای گسترده‌ای برای سلامت خانواده و جامعه به همراه دارد و لزوم توسعه مداخلات مبتنی بر شواهد را بیش از پیش آشکار می‌سازد. پیامدهای خشونت خانگی تنها به آسیب‌های جسمانی محدود نمی‌شود، بلکه ابعاد مختلف سلامت روان و عملکرد اجتماعی زنان را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد زنانی که خشونت خانگی را تجربه می‌کنند، بیش از سایر زنان در معرض افسردگی، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه، کاهش عزت‌نفس، اختلال در تنظیم هیجان و افکار یا رفتارهای خودکشی قرار دارند (وایت و همکاران، ۲۰۲۴). افزون بر این، دردهای مزمن، اختلالات خواب، مشکلات گوارشی، اختلالات سلامت باروری و افزایش بیماری‌های جسمانی نیز در میان این زنان شیوع بیشتری دارد (استوبس و اسزوکی، ۲۰۲۲). آثار خشونت خانگی به سطح فردی محدود نمی‌ماند؛ کاهش کیفیت روابط خانوادگی، اختلال در ایفای نقش‌های خانوادگی، افزایش تعارض‌های بین‌فردی و تحمیل هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی از دیگر پیامدهای شناخته‌شده این پدیده است (هینگ و همکاران، ۲۰۲۱).

بنابراین، خشونت خانگی را باید مسئله‌ای چندبعدی دانست که پیامدهای آن از مرزهای خانواده فراتر رفته و ابعاد مختلف سلامت جامعه را درگیر می‌کند.

تجربه مداوم خشونت، زنان را در معرض فشارهای روانی مزمن قرار می‌دهد؛ فشارهایی که اگر فرد نتواند آن‌ها را به شیوه‌ای سازگارانه مدیریت کند، زمینه را برای تشدید مشکلات هیجانی فراهم می‌کنند. در چنین شرایطی، تحمل پریشانی اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند. تحمل پریشانی به توانایی فرد در تجربه و پذیرش هیجان‌های ناخوشایند، تحمل فشارهای روانی و ادامه رفتارهای هدفمند، بدون توسل به واکنش‌های تکانشی یا راهبردهای ناسازگارانه، اشاره دارد (بیلسبی و همکاران، ۲۰۲۵). مطالعات نشان داده‌اند زنانی که خشونت خانگی را تجربه کرده‌اند، معمولاً در مقایسه با سایر زنان، سطح پایین‌تری از تحمل پریشانی دارند؛ موضوعی که آن‌ها را در برابر اجتناب تجربی، آشفتگی هیجانی، تصمیم‌گیری‌های تکانشی و افت عملکرد فردی و اجتماعی آسیب‌پذیرتر می‌کند (ارشدی و همکاران، ۱۴۰۱). در مقابل، افزایش تحمل پریشانی با تنظیم هیجان کارآمدتر، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتر و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه همراه است و می‌تواند نقش مهمی در کاهش پیامدهای روان‌شناختی خشونت خانگی داشته باشد (قاسمی و همکاران، ۱۴۰۳).

در کنار این موضوع، خطر بروز افکار و رفتارهای خودکشی در زنان دارای تجربه خشونت خانگی، توجه پژوهشگران را به مفهوم تاب‌آوری در برابر خودکشی معطوف کرده است. این سازه به ظرفیت فرد برای حفظ امید، بهره‌گیری از منابع مقابله‌ای مؤثر و مقاومت در برابر افکار خودکشی هنگام مواجهه با فشارهای شدید روانی اشاره دارد (وانگ و همکاران، ۲۰۲۲). مطالعات متعددی نشان داده‌اند که خشونت خانگی از مهم‌ترین عوامل خطر برای شکل‌گیری افکار خودکشی محسوب می‌شود و زنان قربانی خشونت، بیش از سایر زنان، ناامیدی، خودآسیب‌رسانی و اقدام به خودکشی را تجربه می‌کنند (سیگمن و همکاران، ۲۰۱۸).

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

از سوی دیگر، افرادی که توانایی بیشتری در تحمل هیجان‌های منفی و مدیریت موقعیت‌های بحرانی دارند، معمولاً تاب‌آوری بیشتری نیز در برابر افکار خودکشی نشان می‌دهند. به بیان دیگر، کاهش تحمل پریشانی می‌تواند فرد را در برابر بحران‌های روان‌شناختی آسیب‌پذیرتر سازد، در حالی که تقویت این توانایی، بستر مناسبی برای افزایش تاب‌آوری و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سالم فراهم می‌کند (محمدی و همکاران، ۲۰۲۳).

با توجه به پیچیدگی پیامدهای روان‌شناختی خشونت خانگی، مداخلاتی اثربخش‌تر خواهند بود که علاوه بر کاهش نشانه‌های روان‌شناختی، ظرفیت سازگاری فرد را نیز در مواجهه با تجربه‌های دردناک افزایش دهند. در سال‌های اخیر، رویکردهای موج سوم رفتاردرمانی به دلیل تأکید بر پذیرش تجربه‌های هیجانی، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تقویت رابطه سالم‌تر فرد با خود، جایگاه ویژه‌ای در درمان مشکلات ناشی از آسیب‌های بین‌فردی پیدا کرده‌اند (لی، ۲۰۲۵). در میان این رویکردها، تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت به خود، به دلیل هم‌پوشانی مفهومی و تکمیل‌کنندگی سازوکارهای درمانی، به‌عنوان رویکردی امیدبخش برای توان‌بخشی روان‌شناختی افراد آسیب‌دیده مطرح شده است (فابینی، ۲۰۲۵؛ وینشتاین، ۲۰۲۵).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به افراد کمک می‌کند تا به جای اجتناب از افکار و هیجان‌های ناخوشایند، آن‌ها را به‌عنوان بخشی از تجربه انسانی بپذیرند و در عین حال رفتارهای خود را بر اساس ارزش‌های شخصی هدایت کنند. این رویکرد با بهره‌گیری از فرایندهایی مانند پذیرش، گسلش شناختی، تماس با لحظه اکنون، خود به‌عنوان بافت، روشن‌سازی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه، تلاش می‌کند چرخه اجتناب تجربی و واکنش‌های هیجانی ناسازگارانه را کاهش دهد و انعطاف‌پذیری فرد را در مواجهه با موقعیت‌های دشوار افزایش دهد. برای زنانی که تجربه خشونت خانگی داشته‌اند، چنین فرایندی می‌تواند به کاهش سلطه خاطرات آسیب‌زا، تعدیل نشخوارهای ذهنی، افزایش احساس کنترل بر زندگی و انتخاب پاسخ‌های سازگارانه‌تر در برابر فشارهای روانی منجر شود (حاجی‌صادقیان و سمندری، ۱۴۰۲).

درمان متمرکز بر شفقت به خود نیز با تقویت نگرشی مبتنی بر مهربانی با خود، پذیرش نقص‌ها و رنج‌های انسانی و کاهش خودانتقادی، بستر مناسبی برای ترمیم پیامدهای هیجانی ناشی از تجربه‌های آسیب‌زا فراهم می‌کند. بسیاری از زنانی که خشونت خانگی را تجربه کرده‌اند، علاوه بر آسیب‌های ناشی از رفتار خشونت‌آمیز همسر، احساس شرم، گناه، بی‌ارزشی و خودسرزنشگری را نیز تجربه می‌کنند؛ عواملی که می‌توانند تداوم مشکلات روان‌شناختی را تشدید کنند. مداخلات شفقت‌محور با کاهش این الگوهای ناسازگار، احساس امنیت درونی، خودپذیری و تنظیم هیجان را تقویت کرده و به فرد کمک می‌کنند رابطه‌ای حمایتگرانه‌تر با خود برقرار کند (بویوکوسوز، ۲۰۲۵).

تلفیق این دو رویکرد می‌تواند ظرفیت‌های درمانی هر یک را تکمیل کند. در حالی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش تجربه‌های درونی، کاهش اجتناب تجربی و حرکت در مسیر ارزش‌های فردی تأکید دارد، درمان متمرکز بر شفقت به خود، کیفیت مواجهه فرد با این تجربه‌ها را از طریق کاهش خودسرزنشگری و افزایش خودمهربانی بهبود می‌بخشد. انتظار می‌رود هم‌افزایی این دو رویکرد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، تنظیم هیجان و احساس ارزشمندی را بیش از اجرای هر یک از آن‌ها به‌تنهایی تقویت کند و در نتیجه، توانایی زنان برای مواجهه با شرایط تنش‌زا افزایش یابد.

بر همین اساس، می‌توان انتظار داشت که درمان گروهی تلفیقی پذیرش و تعهد و شفقت به خود از چند مسیر بر متغیرهای مورد بررسی پژوهش اثر بگذارد. کاهش اجتناب تجربی، پذیرش هیجان‌های ناخوشایند، تقویت ذهن‌آگاهی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند تحمل پریشانی را ارتقا دهد، در حالی که کاهش احساس شرم و خودسرزنشگری، تقویت امید، افزایش احساس شایستگی و گسترش راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه، زمینه را برای

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

افزایش تاب‌آوری در برابر خودکشی فراهم می‌کند. از این منظر، تلفیق این دو رویکرد نه‌تنها به کاهش آسیب‌های ناشی از خشونت خانگی کمک می‌کند، بلکه ظرفیت‌های روان‌شناختی لازم برای سازگاری مؤثرتر با شرایط دشوار را نیز در زنان تقویت می‌سازد.

پژوهش‌های انجام‌شده در سال‌های اخیر نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توانند در بهبود پیامدهای روان‌شناختی ناشی از خشونت خانگی مؤثر باشند. نتایج این مطالعات حاکی از آن است که این رویکرد موجب کاهش اضطراب ناشی از تعارضات زناشویی، کاهش ابعاد مختلف خشونت خانگی و بهبود سبک‌های مقابله‌ای در زنان دارای تجربه خشونت می‌شود (حاجی‌نیا و همکاران، ۱۳۹۹؛ بهنیا و همکاران، ۱۴۰۱؛ شکوفی‌فرد و همکاران، ۱۴۰۳). از سوی دیگر، مداخلات مبتنی بر شفقت به خود نیز در ارتقای بهزیستی روان‌شناختی، سازگاری زناشویی، عملکرد خانواده و کاهش خودانتقادی در زنان آسیب‌دیده از خشونت خانگی اثربخش گزارش شده‌اند (قربانزاده و همکاران، ۱۴۰۲؛ باب‌سور و کریمی، ۱۴۰۴). این یافته‌ها نشان می‌دهد که هر یک از این دو رویکرد، به‌تنهایی ظرفیت مناسبی برای کاهش پیامدهای روان‌شناختی خشونت خانگی دارند.

با وجود این، مرور ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که بیشتر مطالعات، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یا درمان مبتنی بر شفقت به خود را به‌صورت مستقل بررسی کرده‌اند و پژوهش‌های اندکی به ارزیابی رویکردهای تلفیقی پرداخته‌اند. افزون بر این، متغیرهای پیامدی مورد توجه پژوهشگران عمدتاً شامل اضطراب، افسردگی، بهزیستی روان‌شناختی، عملکرد خانواده، سبک‌های مقابله‌ای یا کاهش خشونت بوده است و دو سازه مهم تحمل پریشانی و تاب‌آوری در برابر خودکشی کمتر به‌طور هم‌زمان مورد بررسی قرار گرفته‌اند. در حالی که این دو متغیر از مؤلفه‌های اساسی سازگاری روان‌شناختی در مواجهه با آسیب‌های مزمن محسوب می‌شوند، شواهد تجربی درباره اثربخشی درمان‌های تلفیقی بر آن‌ها، به‌ویژه در زنان متأهل دارای تجربه خشونت خانگی، همچنان محدود است.

از سوی دیگر، تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت به خود، صرفاً ترکیب دو پروتکل درمانی نیست، بلکه بر پایه هم‌افزایی دو فرایند مکمل شکل می‌گیرد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، پذیرش تجربه‌های درونی و حرکت در مسیر ارزش‌های فردی، بستر تغییر را فراهم می‌کند و درمان متمرکز بر شفقت به خود با کاهش خودانتقادی، تقویت احساس امنیت درونی و ارتقای خودپذیری، این فرایند را تسهیل می‌سازد. انتظار می‌رود هم‌زمانی این دو فرایند، ظرفیت زنان را برای مدیریت هیجان‌های منفی، تحمل موقعیت‌های تنش‌زا و مقابله سازگارانه با بحران‌های روانی افزایش دهد؛ موضوعی که می‌تواند در ارتقای تحمل پریشانی و تقویت تاب‌آوری در برابر خودکشی نقش مؤثری داشته باشد. با وجود این مبانی نظری، شواهد تجربی کافی برای تأیید اثربخشی این رویکرد تلفیقی در جامعه زنان دارای تجربه خشونت خانگی هنوز در دسترس نیست.از منظر کاربردی نیز بررسی اثربخشی این مداخله می‌تواند پیامدهای ارزشمندی برای نظام سلامت روان و خدمات حمایتی داشته باشد. در صورت تأیید اثربخشی، می‌توان از این رویکرد در مراکز مشاوره، کلینیک‌های روان‌شناختی، خانه‌های امن، مراکز حمایت از زنان و سایر نهادهای ارائه‌دهنده خدمات سلامت روان به‌عنوان مداخله‌ای مبتنی بر شواهد استفاده کرد. همچنین نتایج این پژوهش می‌تواند مبنایی برای طراحی برنامه‌های پیشگیرانه و توانمندسازی روان‌شناختی زنان دارای تجربه خشونت خانگی و کاهش پیامدهای ناشی از پریشانی روانی و افکار خودکشی فراهم آورد.

بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان گروهی تلفیقی پذیرش و تعهد و شفقت به خود بر تحمل پریشانی و تاب‌آوری در برابر خودکشی زنان متأهل دارای تجربه خشونت خانگی انجام شد و در پی پاسخ به این پرسش است که آیا این مداخله می‌تواند موجب بهبود تحمل پریشانی و افزایش تاب‌آوری در برابر خودکشی در این گروه از زنان شود؟

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از لحاظ روش‌شناسی، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون همراه با پیگیری یک‌ماهه و گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان متأهل دارای تجربه خشونت خانگی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره خانواده شهر اصفهان در بهار سال ۱۴۰۴ تشکیل دادند.

پس از اخذ مجوزهای لازم و هماهنگی با مراکز مشاوره خانواده شهر اصفهان، پژوهشگر با حضور در مراکز منتخب، اهداف پژوهش و مراحل اجرای آن را برای مراجعان تشریح کرد و ضمن تأکید بر محرمانه بودن اطلاعات، حفظ حریم خصوصی، اختیاری بودن مشارکت در پژوهش و امکان انصراف در هر مرحله، از آنان درخواست کرد پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسشنامه خشونت خانگی علیه زنان محسنی تبریزی و همکاران (۱۳۹۱) را تکمیل کنند. شرایط ورود به پژوهش شامل قرار داشتن در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، داشتن حداقل شش ماه سابقه زندگی مشترک، کسب نمره ۶۰ یا بالاتر در پرسشنامه خشونت خانگی علیه زنان محسنی تبریزی و همکاران (۱۳۹۱) به‌عنوان نشانگر تجربه خشونت خانگی در سطح متوسط تا شدید، نداشتن اختلالات حاد جسمانی یا روان‌پزشکی، عدم دریافت هم‌زمان سایر مداخلات روان‌درمانی و تمایل به همکاری و امضای رضایت‌نامه آگاهانه بود. همچنین، غیبت در بیش از یک جلسه درمانی یا انصراف از ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش، به‌عنوان ملاک خروج از مطالعه در نظر گرفته شد.

از میان افراد واجد شرایط، ۳۲ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. پس از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه، شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۶ نفر) و گواه (۱۶ نفر) گمارده شدند. هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون با استفاده از مقیاس تحمل پریشانی سیمونز و گاهر و پرسشنامه تاب‌آوری در برابر خودکشی عثمان و همکاران ارزیابی شدند.

سپس، درمان گروهی تلفیقی پذیرش و تعهد و شفقت به خود مطابق با پروتکل ارائه‌شده در جدول ۱، طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به‌صورت هفتگی برای گروه آزمایش در یکی از مراکز مشاوره خانواده شهر اصفهان اجرا شد، در حالی که گروه گواه در این مدت در فهرست انتظار دریافت مداخله قرار داشت. پس از پایان جلسات، هر دو گروه در مرحله پس‌آزمون و یک ماه بعد در مرحله پیگیری مجدداً با ابزارهای پژوهش ارزیابی شدند. در فاصله بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون، یک نفر از گروه آزمایش و یک نفر از گروه گواه به دلیل انصراف از ادامه همکاری از مطالعه خارج شدند؛ بنابراین، تحلیل نهایی داده‌ها بر اساس اطلاعات ۳۰ شرکت‌کننده (۱۵ نفر در هر گروه) انجام شد. در مرحله پیگیری نیز ریزش نمونه‌ای مشاهده نشد.

جدول ۱. پروتکل درمان تلفیقی- گروهی پذیرش و تعهد و شفقت به روش گروهی بر اساس روش ارائه شده توسط هیز (۲۰۰۸) و گیلبرت(۲۰۰۹)

شماره جلسه	اهداف جلسه	محتوای جلسه	تمرین‌های خانگی
۱	ایجاد اتحاد گروهی- فهم مدل ACTو -CFT آشنایی با سیستم‌های هیجانی	معرفی ساختار درمان- معرفی ACT و CFT تمرین ذهن‌آگاهی تنفس	تمرین روزانه ۵ دقیقه تنفس مشفقانه- نوشتن یک موقعیت چالش‌برانگیز هفتگی
۲	افزایش آگاهی از تجربه درونی- فاصله گرفتن از افکار	ذهن‌آگاهی بر افکار و احساسات- تمرین اسکن بدن مشفقانه- معرفی «خود مشاهده‌گر»	اسکن بدن سه بار در هفته- ثبت افکار تهدیدزا
۳	افزایش پذیرش- تقویت مهربانی با خود	تمایز اجتناب تجربه‌ای و پذیرش- سه جزء شفقت (مهربانی/مشترکات انسانی/ذهن‌آگاهی)- تمرین نامه شفقت‌آمیز	تکمیل نامه شفقت‌آمیز- تمرین پذیرش هیجان دشوار

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

۴	کاهش چسبندگی شناختی- کاهش انتقادگری درونی	گسلش شناختی (برچسب‌گذاری، صداسازی)- معرفی ذهن انتقادگر و خود مشفق- تمرین گفت‌وگوی مشفقانه	گفت‌وگوی روزانه بین خود مشفق و انتقادگر- تمرین برچسب‌گذاری افکار
۵	شناسایی ارزش‌ها- ایجاد جهت‌گیری زندگی	تمرین شفاف‌سازی ارزش‌ها- ایجاد انگیزش مشفقانه- پیوند ارزش‌ها با شفقت	نوشتن ارزش‌ها- انتخاب ۳ رفتار کوچک ارزش‌محور
۶	تقویت تعهد به عمل- افزایش تنظیم هیجان مشفقانه	تمرین «قدم‌های کوچک» ACT- مواجهه تدریجی- تصویرسازی فرد مشفق ایده‌آل	تصویرسازی فرد مشفق- انجام یک رفتار ارزش‌محور
۷	تقویت همدلی- بهبود روابط بین‌فردی	مهارت‌های ارتباط مشفقانه- مرزبندی سالم- تمرین فرستادن شفقت	تمرین شفقت بین‌فردی- تمرین گفت‌وگوی ارزش‌محور
۸	تثبیت مهارت‌ها- برنامه‌ریزی برای آینده	جمع‌بندی مهارت‌ها- مرور ارزش‌ها و دستاوردها- برنامه پیشگیری از عود	جمع بندی تکالیف

ابزار پژوهش

۱ پرسشنامه خشونت خانگی علیه زنان محسنی تبریزی و همکاران (۱۳۹۱)

پرسشنامه خشونت خانگی علیه زنان توسط محسنی تبریزی و همکاران (۱۳۹۱) با هدف سنجش میزان خشونت خانگی در بافت فرهنگی ایران تدوین شد. این ابزار شامل ۷۱ گویه است که چهار بعد همسرآزاری، باورهای مردسالارانه، سنت‌ها و تربیت خانوادگی و یادگیری خشونت را ارزیابی می‌کند. گویه‌ها بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از «هرگز» (۰) تا «همیشه» (۴) نمره‌گذاری می‌شوند؛ به‌گونه‌ای که نمره بالاتر بیانگر تجربه بیشتر خشونت خانگی است. بر اساس دستورالعمل نمره‌گذاری، نمره ۰ تا ۶۰ نشان‌دهنده خشونت خفیف، ۶۱ تا ۱۲۰ بیانگر خشونت متوسط و نمره بیش از ۱۲۰ نشان‌دهنده خشونت شدید است (شمسایی و همکاران، ۱۴۰۱).ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار در مطالعات مختلف مطلوب گزارش شده است. محسنی تبریزی و همکاران (۱۳۹۱) ضریب آلفای کرونباخ ۰.۸۳ را برای نمره کل پرسشنامه گزارش کردند. همچنین، بدخش و همکاران (۲۰۲۲) نیز آلفای کرونباخ ۰.۸۳ و پرهیزکار (۱۳۹۵) ضریب پایایی بازآزمایی ۰.۹۰ را برای این ابزار گزارش کردند که نشان‌دهنده پایایی مطلوب آن است. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه ۰.۸۲ به دست آمد..

۲) مقیاس تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) (Distress Tolerance Scale; DTS)

مقیاس تحمل پریشانی (Distress Tolerance Scale; DTS)توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) با هدف سنجش توانایی افراد در تحمل و مدیریت هیجان‌های منفی و شرایط پریشان‌کننده طراحی شد. این ابزار ۱۵ گویه دارد و چهار خرده‌مقیاس تحمل (گویه‌های ۱، ۳ و ۵)، جذب (گویه‌های ۲، ۴ و ۱۵)، ارزیابی (گویه‌های ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲) و تنظیم (گویه‌های ۸، ۱۳ و ۱۴) را می‌سنجد. گویه‌ها بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از کاملاً موافقم (۱) تا کاملاً مخالفم (۵) نمره‌گذاری می‌شوند و تنها گویه ۶ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمره کل بین ۱۵ تا ۷۵ است و نمرات بالاتر بیانگر تحمل پریشانی بیشتر و توانایی بالاتر فرد در مدیریت هیجان‌های منفی و موقعیت‌های تنش‌زا است.

سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضریب آلفای کرونباخ نمره کل این مقیاس را ۰.۸۲ و برای خرده‌مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به‌ترتیب ۰.۷۲، ۰.۸۲، ۰.۷۸ و ۰.۷۰ گزارش کردند. همچنین، زعیمی و همکاران (۱۴۰۲) در

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی، آلفای کرونباخ ۰.۹۴ و شواهد مطلوبی از روایی سازه این ابزار را گزارش کردند. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس ۰.۷۱ به دست آمد.

۳) پرسشنامه تاب‌آوری در برابر خودکشی عثمان و همکاران (۲۰۰۴)

پرسشنامه تاب‌آوری در برابر خودکشی توسط عثمان و همکاران (۲۰۰۴) با هدف سنجش ظرفیت افراد برای مقابله با افکار و رفتارهای خودکشی و ارزیابی منابع محافظت‌کننده در برابر این رفتارها طراحی شد. این ابزار ۲۵ گویه دارد و سه خرده‌مقیاس محافظ درونی، محافظ بیرونی و ثبات هیجانی را اندازه‌گیری می‌کند. گویه‌ها بر اساس طیف لیکرت شش‌درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) نمره‌گذاری می‌شوند و دامنه نمره کل بین ۲۵ تا ۱۵۰ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده تاب‌آوری بیشتر در برابر خودکشی و برخورداری از منابع محافظت‌کننده قوی‌تر در مواجهه با بحران‌های روان‌شناختی است.عثمان و همکاران (۲۰۰۴) ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی برای این ابزار گزارش کردند؛ به‌گونه‌ای که ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل و خرده‌مقیاس‌های آن بین ۰.۹۰ تا ۰.۹۵ به دست آمد. در ایران، مهدی‌یار و نجاتی (۱۳۹۴) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش بازآزمایی و ضریب آلفای کرونباخ به‌ترتیب ۰.۹۳ و ۰.۸۳ گزارش کردند. همچنین، نتایج تحلیل عاملی اکتشافی با روش مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس، ساختار سه‌عاملی شامل ثبات هیجانی، محافظ درونی و محافظ بیرونی را تأیید کرد که در مجموع ۷۲.۷۴ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کرد. علاوه بر این، روایی همگرای ابزار از طریق همبستگی منفی و معنادار با پرسشنامه افسردگی (۰.۶۰-، P<۰.۰۰۱) تأیید شد. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه ۰.۷۸ به دست آمد.

یافته‌ها

داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار **SPSS** نسخه ۲۸ تحلیل شدند. به‌منظور بررسی اثربخشی درمان گروهی تلفیقی پذیرش و تعهد و شفقت به خود بر تحمل پریشانی و تاب‌آوری در برابر خودکشی، از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. پیش از اجرای تحلیل، مفروضه‌های این آزمون بررسی شدند. داده‌های پرت پس از شناسایی با استفاده از نمودار جعبه‌ای تعدیل شدند. نتایج آزمون شاپیرو–ویلک نشان داد توزیع نمرات تمامی متغیرهای پژوهش از نرمال بودن برخوردار است**P)** ، آزمون لون برای متغیر تحمل پریشانی (۰.۲۵۲ =**P**) و تاب‌آوری در برابر خودکشی (۰.۲۵۲ =**P**) نشان داد همگنی واریانس‌ها برقرار است. نتایج آزمون کرویت موچلی نیز حاکی از برقرار بودن مفروضه کرویت برای متغیرهای پژوهش بود.

دامنه سنی شرکت‌کنندگان ۲۰ تا ۴۰ سال بود. میانگین ± انحراف معیار سن در گروه مداخله ۲۷.۱۹ ± ۲.۷۴ سال و در گروه کنترل ۲۶.۹۳ ± ۳.۰۸ سال بود. جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات تحمل پریشانی و تاب‌آوری در برابر خودکشی را در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای دو گروه نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در مراحل پیگیری، پس‌آزمون و پیش‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون میانگین ± انحراف معیار	پس‌آزمون میانگین ± انحراف معیار	پیگیری میانگین ± انحراف معیار
مؤلفه تحمل	مداخله	۷.۰۴ ± ۱.۱۷	۱۲.۳۸ ± ۱.۹۳	۱۲.۵۱ ± ۱.۳۶
مؤلفه تحمل	کنترل	۶.۸۹ ± ۱.۰۸	۷.۱۳ ± ۱.۶۱	۷.۰۸ ± ۱.۵۸
مؤلفه جذب	مداخله	۸.۲۱ ± ۱.۷۴	۱۳.۶۶ ± ۱.۸۹	۱۴.۱۱ ± ۱.۵۱
مؤلفه جذب	کنترل	۸.۳۶ ± ۱.۴۵	۸.۸۷ ± ۱.۶۸	۸.۶۴ ± ۱.۳۸
مؤلفه ارزیابی	مداخله	۸.۴۶ ± ۱.۷۷	۱۲.۳۸ ± ۱.۳۲	۱۱.۶۹ ± ۱.۵۳
مؤلفه ارزیابی	کنترل	۸.۰۷ ± ۱.۹۸	۸.۲۷ ± ۱.۲۷	۸.۸۰ ± ۱.۲۸
مؤلفه تنظیم	مداخله	۷.۳۸ ± ۱.۶۳	۱۳.۴۶ ± ۲.۰۲	۱۴.۰۴ ± ۱.۶۸
مؤلفه تنظیم	کنترل	۷.۶۰ ± ۱.۲۴	۷.۶۷ ± ۱.۶۳	۷.۲۳ ± ۱.۱۳*

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

نمره کل تحمل پریشانی	مداخله	۳۴.۰۵ ± ۴.۰۲	۵۲.۸۵ ± ۳.۷۶	۵۳.۲۳ ± ۳.۳۵
نمره کل تحمل پریشانی	کنترل	۳۲.۹۷ ± ۳.۶۹	۳۰.۵۷ ± ۳.۸۷	۳۱.۰۹ ± ۳.۹۰
مؤلفه محافظ درونی	مداخله	۱۴.۳۸ ± ۱.۴۳	۲۱.۳۱ ± ۱.۲۳	۲۲.۲۳ ± ۱.۷۰
مؤلفه محافظ درونی	کنترل	۱۵.۲۷ ± ۱.۳۷	۱۵.۱۳ ± ۱.۲۹	۱۴.۸۶ ± ۱.۵۶
مؤلفه محافظ بیرونی	مداخله	۱۲.۳۶ ± ۲.۱۵	۱۴.۳۸ ± ۲.۰۱	۱۳.۶۹ ± ۲.۳۱
مؤلفه محافظ بیرونی	کنترل	۱۲.۸۷ ± ۲.۰۹	۱۳.۶۳ ± ۲.۷۸	۱۳.۰۹ ± ۲.۲۸
مؤلفه ثبات هیجانی	مداخله	۱۲.۴۷ ± ۱.۴۳	۱۹.۳۱ ± ۱.۲۷	۱۹.۲۳ ± ۱.۷۰
مؤلفه ثبات هیجانی	کنترل	۱۳.۲۷ ± ۱.۳۹	۱۳.۱۳ ± ۱.۲۶	۱۲.۳۳ ± ۱.۵۲
نمره کل تاب‌آوری در برابر خودکشی	مداخله	۳۰.۳۸ ± ۲.۱۵	۴۳.۱۲ ± ۲.۱۵	۴۲.۱۹ ± ۲.۱۴
نمره کل تاب‌آوری در برابر خودکشی	کنترل	۳۱.۸۷ ± ۲.۰۷	۳۰.۸۹ ± ۲.۴۳	۳۰.۰۹ ± ۲.۱۱

مطابق جدول ۲، میانگین نمرات تحمل پریشانی و تاب‌آوری در برابر خودکشی در گروه مداخله از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش یافت و این روند در مرحله پیگیری نیز تا حد زیادی حفظ شد. افزایش میانگین در مؤلفه‌های تحمل، جذب، ارزیابی، تنظیم، محافظ درونی و ثبات هیجانی نیز مشاهده شد. در مقابل، میانگین نمرات گروه کنترل در سه مرحله ارزیابی تغییرات اندکی نشان داد و الگوی نسبتاً ثابتی داشت. به‌طور کلی، یافته‌های توصیفی بیانگر بهبود تحمل پریشانی و تاب‌آوری در برابر خودکشی در گروه دریافت‌کننده درمان در مقایسه با گروه کنترل بود. معناداری این تغییرات با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر در ادامه گزارش می‌شود. به‌منظور بررسی اثربخشی درمان گروهی تلفیقی پذیرش و تعهد و شفقت به خود بر تحمل پریشانی و تاب‌آوری در برابر خودکشی، از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	η^2
مؤلفه تحمل	زمان	۹۴.۶۴	۲	۴۷.۳۲	۳۴.۲۹۴	<۰.۰۰۱	۰.۴۸۷
	زمان × گروه	۱۹.۴۸	۲	۹.۷۴	۷.۰۵۹	۰.۰۰۲	۰.۱۰۰
	خطا	۸۰.۰۳	۵۸	۱.۳۸	۱.۳۸		
مؤلفه جذب	زمان	۳.۲۴	۲	۱.۶۲	۱.۸۵۱	۰.۱۶۴	۰.۰۵۷
	زمان × گروه	۲.۹۶	۲	۱.۴۸	۱.۶۹۱	۰.۱۸۹	۰.۰۵۲
	خطا	۵۰.۷۶	۵۸	۰.۸۷۵	۰.۸۷۵		
مؤلفه ارزیابی	زمان	۹۵.۸۴	۲	۴۷.۹۲	۲۲.۶۵۹	<۰.۰۰۱	۰.۳۷۵
	زمان × گروه	۳۷.۴۰	۲	۱۸.۷۰	۸.۸۴۲	<۰.۰۰۱	۰.۱۴۶
	خطا	۱۲۲.۶۶	۵۸	۲.۱۱۵	۲.۱۱۵		
مؤلفه تنظیم	زمان	۸۸.۲۶	۲	۴۴.۱۳	۲۴.۳۷۰	<۰.۰۰۱	۰.۴۱۶
	زمان × گروه	۱۸.۹۶	۲	۹.۴۸	۵.۲۳۵	۰.۰۰۸	۰.۰۸۹
	خطا	۱۰۵.۰۳	۵۸	۱.۸۱۱	۱.۸۱۱		
نمره کل تحمل پریشانی	زمان	۱۱۱.۶۲	۲	۵۵.۸۱	۶.۵۸۵	۰.۰۰۳	۰.۱۶۲
	زمان × گروه	۸۷.۶۸	۲	۴۳.۸۴	۵.۱۷۳	۰.۰۰۹	۰.۱۲۷
	خطا	۴۹۱.۵۶	۵۸	۸.۴۷۵	۸.۴۷۵		
مؤلفه محافظ درونی	زمان	۳۲۰.۵۶	۲	۱۶۰.۲۸	۱۵.۰۸۶	<۰.۰۰۱	۰.۲۸۷
	زمان × گروه	۱۸۲.۰۸	۲	۹۱.۰۴	۸.۵۶۹	۰.۰۰۱	۰.۱۶۳
	خطا	۶۱۶.۲۰	۵۸	۱۰.۶۲۴	۱۰.۶۲۴		
مؤلفه محافظ بیرونی	زمان	۳۱.۶۲	۲	۱۵.۸۱	۲.۷۵۶	۰.۰۷۱	۰.۰۴۷

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

	زمان × گروه	۴۰.۰۴	۲	۲۰.۰۲	۱.۸۹۶	۰.۱۶۳	۰.۰۱۵
	خطا	۵۶.۴۱	۵۸	۰.۹۷۳	۰.۹۷۳		
مؤلفه ثبات هیجانی	زمان	۳۲۰.۵۶	۲	۱۶۰.۲۸	۱۴.۰۴۵	<۰.۰۰۱	۰.۲۴۷
	زمان × گروه	۱۸۲.۰۸	۲	۹۱.۰۴	۸.۳۱۲	۰.۰۰۱	۰.۱۴۱
	خطا	۶۱۶.۲۰	۵۸	۱۰.۶۲۴	۱۰.۶۲۴		
نمره کل تاب‌آوری در برابر خودکشی	زمان	۳۱.۶۲	۲	۱۵.۸۱	۱۷.۱۹۷	<۰.۰۰۱	۰.۲۹۴
	زمان × گروه	۴۰.۰۴	۲	۲۰.۰۲	۲۰.۵۸۴	<۰.۰۰۱	۰.۳۱۳
	خطا	۵۶.۴۱	۵۸	۰.۹۷۳	۰.۹۷۳		

بر اساس نتایج جدول ۳، اثر زمان برای نمره کل تحمل پریشانی و مؤلفه‌های تحمل، ارزیابی و تنظیم معنادار بود،که نشان می‌دهد میانگین این متغیرها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تغییر کرده است. در مقابل، اثر زمان برای مؤلفه جذب به سطح معناداری نرسید.همچنین، اثر تعامل زمان × گروه برای نمره کل تحمل پریشانی و تمامی مؤلفه‌های آن، شامل تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم، معنادار بود . این یافته نشان می‌دهد که روند تغییرات تحمل پریشانی در طول زمان در گروه مداخله با گروه کنترل تفاوت معناداری داشته است.در خصوص تاب‌آوری در برابر خودکشی نیز، اثر زمان برای نمره کل، مؤلفه محافظ درونی و مؤلفه ثبات هیجانی معنادار بود ، در حالی که برای مؤلفه محافظ بیرونی تفاوت معناداری مشاهده نشد .علاوه بر این، اثر تعامل زمان × گروه برای نمره کل تاب‌آوری در برابر خودکشی و مؤلفه‌های محافظ درونی و ثبات هیجانی معنادار بود، اما این اثر برای مؤلفه محافظ بیرونی به سطح معناداری نرسید .به‌طور کلی، نتایج تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که درمان گروهی تلفیقی پذیرش و تعهد و شفقت به خود موجب بهبود معنادار تحمل پریشانی و تاب‌آوری در برابر خودکشی در زنان متأهل دارای تجربه خشونت خانگی شده است. این بهبود در نمره کل تحمل پریشانی، نمره کل تاب‌آوری در برابر خودکشی و بیشتر مؤلفه‌های آن‌ها مشاهده شد، در حالی که تغییرات مؤلفه محافظ بیرونی از نظر آماری معنادار نبودبه‌منظور تعیین محل تفاوت‌های مشاهده‌شده میان مراحل اندازه‌گیری، برای متغیرهایی که اثر زمان یا اثر متقابل زمان × گروه در آن‌ها معنادار بود، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی مراحل اندازه‌گیری در گروه مداخله

متغیر	مقایسه مراحل	تفاوت میانگین (MD)	خطای استاندارد	فاصله اطمینان ۹۵٪	P
نمره کل تحمل پریشانی	پیش‌آزمون – پس‌آزمون	۱۸.۳۰	۱.۵۸	۲۱.۵۴ تا ۱۵.۰۶	<۰.۰۰۱
	پیش‌آزمون – پیگیری	۱۸.۶۵	۱.۶۲	۲۲.۰۱ تا ۱۵.۳۵	<۰.۰۰۱
	پس‌آزمون – پیگیری	۰.۳۵	۰.۸۰	۱.۳۱ تا -۲.۰۷	۰.۷۴۶
نمره کل تاب‌آوری در برابر خودکشی	پیش‌آزمون – پس‌آزمون	۱۲.۷۱	۱.۰۱	۱۴.۷۸ تا ۱۰.۶۴	<۰.۰۰۱
	پیش‌آزمون – پیگیری	۱۱.۸۱	۱.۱۲	۱۴.۱۰ تا ۹.۵۲	<۰.۰۰۱
	پس‌آزمون – پیگیری	۰.۹۰	۱.۰۷	۱.۵۴ تا -۲.۸۶	۰.۶۱۸
مؤلفه تحمل	پیش‌آزمون – پس‌آزمون	۵.۳۴	۰.۴۸	۶.۳۲ تا ۴.۳۶	<۰.۰۰۱
	پیش‌آزمون – پیگیری	۵.۴۷	۰.۵۹	۶.۶۸ تا ۴.۲۶	<۰.۰۰۱
	پس‌آزمون – پیگیری	۰.۱۳	۰.۴۹	۰.۸۷ تا -۱.۱۳	۰.۸۰۳

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

مؤلفه جذب	پیش‌آزمون – پس‌آزمون	۵.۴۵	۰.۷۵	۶.۹۸ تا ۳.۹۲	۰.۰۰۱>
	پیش‌آزمون – پیگیری	۵.۹۰	۰.۶۸	۷.۲۸ تا ۴.۵۲	۰.۰۰۱>
	پس‌آزمون – پیگیری	۰.۴۵	۰.۴۷	۱.۴۲ تا -۰.۵۲	۰.۵۹۴
مؤلفه ارزیابی	پیش‌آزمون – پس‌آزمون	۳.۹۲	۰.۷۵	۵.۴۵ تا ۲.۳۹	۰.۰۰۱>
	پیش‌آزمون – پیگیری	۳.۲۳	۰.۸۱	۴.۸۹ تا ۱.۵۷	۰.۰۰۱>
	پس‌آزمون – پیگیری	۰.۶۹	۰.۷۴	۰.۸۴ تا -۲.۲۲	۰.۴۸۸
مؤلفه تنظیم	پیش‌آزمون – پس‌آزمون	۶.۰۸	۰.۸۰	۷.۷۱ تا ۴.۴۵	۰.۰۰۱>
	پیش‌آزمون – پیگیری	۶.۶۶	۰.۸۲	۸.۳۸ تا ۵.۰۲	۰.۰۰۱>
	پس‌آزمون – پیگیری	۰.۵۸	۰.۵۶	۰.۵۸ تا -۱.۷۴	۰.۳۵۴
مؤلفه محافظ درونی	پیش‌آزمون – پس‌آزمون	۶.۹۳	۰.۸۲	۸.۶۱ تا ۵.۲۵	۰.۰۰۱>
	پیش‌آزمون – پیگیری	۷.۸۵	۰.۷۸	۹.۴۵ تا ۶.۲۵	۰.۰۰۱>
	پس‌آزمون – پیگیری	۰.۹۲	۰.۷۷	۰.۶۵ تا -۲.۴۹	۰.۲۴۳
مؤلفه محافظ بیرونی	پیش‌آزمون – پس‌آزمون	۰.۸۱	۰.۴۹	۱.۶۲ تا -۰.۴۲	۰.۲۱۸
	پیش‌آزمون – پیگیری	۰.۶۰	۰.۵۴	۱.۸۴ تا -۰.۶۳	۰.۳۶۴
	پس‌آزمون – پیگیری	۰.۲۱	۰.۵۹	۱.۰۳ تا -۱.۲۸	۰.۸۵۶
مؤلفه ثبات هیجانی	پیش‌آزمون – پس‌آزمون	۶.۸۴	۰.۵۷	۸.۰۱ تا ۵.۶۷	۰.۰۰۱>
	پیش‌آزمون – پیگیری	۶.۵۶	۰.۶۴	۷.۸۸ تا ۵.۲۴	۰.۰۰۱>
	پس‌آزمون – پیگیری	۰.۲۸	۰.۶۳	۱.۰۸ تا -۱.۵۲	۰.۷۳۹

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۴ نشان داد که در گروه مداخله، میانگین نمره کل تحمل پریشانی در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافت و این افزایش در مرحله پیگیری نیز حفظ شد. همچنین، تفاوت میان مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود که بیانگر پایداری اثر درمان تا یک ماه پس از پایان مداخله است. همین الگوی تغییر در مؤلفه‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم نیز مشاهده شد.در خصوص تاب‌آوری در برابر خودکشی نیز، میانگین نمره کل، مؤلفه محافظ درونی و مؤلفه ثبات هیجانی در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافت و این بهبود در مرحله پیگیری نیز تداوم داشت. با این حال، در مؤلفه محافظ بیرونی تفاوت معناداری بین مراحل اندازه‌گیری مشاهده نشد.به‌طور کلی، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که بهبود ایجادشده در تحمل پریشانی و تاب‌آوری در برابر خودکشی عمدتاً از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون حاصل شده و این تغییرات در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است. این یافته‌ها بیانگر آن است که درمان گروهی تلفیقی پذیرش و تعهد و شفقت به خود توانسته است موجب بهبود پایدار تحمل پریشانی و تاب‌آوری در برابر خودکشی زنان متأهل دارای تجربه خشونت خانگی شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان تلفیقی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت به خود بر تحمل پریشانی و تاب‌آوری در برابر خودکشی در زنان متأهل دارای تجربه خشونت خانگی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که این مداخله موجب افزایش معنادار تحمل پریشانی و تمامی مؤلفه‌های آن شامل تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم شد و این تغییرات در مرحله پیگیری یک‌ماهه نیز تداوم

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

یافت. همچنین، درمان تلفیقی موجب افزایش معنادار تاب‌آوری در برابر خودکشی و دو مؤلفه محافظ درونی و ثبات هیجانی شد، هرچند تغییرات مؤلفه محافظ بیرونی از نظر آماری معنادار نبود.

یافته مربوط به اثربخشی درمان تلفیقی بر تحمل پریشانی با نتایج پژوهش‌های پیشین همسو است. روشندل و همکاران (۱۴۰۴) گزارش کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش پذیرش تجربه‌های هیجانی و کاهش اجتناب تجربه‌ای، تحمل پریشانی دانشجویان مضطرب را بهبود می‌بخشد. همچنین ملک‌محمدی و ابراهیمی‌مقدم (۱۴۰۲) نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش تحمل پریشانی و بهبود تنظیم هیجان در زنان مطلقه می‌شود. در حوزه خشونت خانگی نیز امیرخانلو و همکاران (۱۴۰۱) دریافتند که این درمان توانسته است تحمل پریشانی زنان آزاردیده از خشونت خانگی را به طور معناداری افزایش دهد. افزون بر این، کیوانلو و میکائیلی (۱۴۰۲) گزارش کردند که تلفیق آموزش تنظیم هیجان با شفقت‌درمانی از طریق کاهش اجتناب تجربه‌ای موجب بهبود سازگاری هیجانی زنان دارای تجربه خشونت خانگی می‌شود. همچنین شعبان و همکاران (۱۴۰۳) نشان دادند درمان مبتنی بر شفقت در مقایسه با درمان شناختی ـ رفتاری، اثربخشی مطلوبی در افزایش تحمل پریشانی زنان مبتلا به بیماری‌های مزمن دارد. در سطح بین‌المللی نیز نتایج پژوهش برم و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که ذهن‌آگاهی و تحمل پریشانی رابطه معناداری با کاهش پیامدهای خشونت در روابط صمیمانه دارند و ارتقای این مؤلفه‌ها می‌تواند نقش محافظتی در برابر پیامدهای روان‌شناختی خشونت ایفا کند.تبیین این یافته را می‌توان بر پایه مبانی نظری هر دو رویکرد انجام داد. زنانی که خشونت خانگی را تجربه می‌کنند، معمولاً در معرض فعال‌شدن مداوم نظام تهدید، افزایش حساسیت هیجانی، خودسرزنشگری، احساس ناایمنی و استفاده مکرر از راهبردهای اجتنابی قرار دارند؛ عواملی که به کاهش تحمل پریشانی و دشواری در تنظیم هیجان منجر می‌شوند (ارشدی و همکاران، ۱۴۰۱؛ ولی‌زاده و پرندین، ۱۴۰۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاهش اجتناب تجربه‌ای، آموزش پذیرش هیجان‌ها، گسلش شناختی، حضور ذهن و عمل متعهدانه، به افراد کمک می‌کند بدون تلاش برای حذف یا سرکوب تجربه‌های ناخوشایند، آنها را به عنوان بخشی از تجربه طبیعی زندگی بپذیرند. در نتیجه، هیجان‌های منفی کمتر به عنوان تهدید تلقی شده و ظرفیت فرد برای تحمل آنها افزایش می‌یابد.از سوی دیگر، درمان متمرکز بر شفقت به خود با هدف کاهش خودانتقادی، شرم و احساس بی‌کفایتی و تقویت نگرش مهربانانه نسبت به خویشتن، موجب افزایش احساس امنیت روان‌شناختی در افراد می‌شود. بر اساس مدل گیلبرت، این رویکرد با فعال‌سازی نظام آرامش و مراقبت و کاهش غلبه نظام تهدید، به تنظیم بهتر هیجان‌ها و افزایش توانایی فرد در مواجهه سازگارانه با تجارب دشوار کمک می‌کند. یافته‌های پژوهش‌های باب‌سور و کریمی (۱۴۰۴)، قربانزاده و همکاران (۱۴۰۲)، محمدی‌فرشی و همکاران (۱۴۰۱) و بدخش و همکاران (۲۰۲۲) نیز نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر شفقت به خود از طریق کاهش نگرش‌های منفی نسبت به خود، افزایش خودپذیری و تقویت سازگاری روان‌شناختی می‌توانند به بهبود عملکرد هیجانی و روانی افراد منجر شوند. همچنین واینستین (۲۰۲۵) بیان می‌کند که ادغام مؤلفه‌های شفقت به خود در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش خودانتقادگری، می‌تواند اثربخشی مداخلات موج سوم شناختی–رفتاری را افزایش دهد.

به نظر می‌رسد اثربخشی بیشتر درمان تلفیقی در پژوهش حاضر ناشی از هم‌افزایی سازوکارهای مشترک دو رویکرد باشد. در این برنامه درمانی، تمرین‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش تجربه‌های هیجانی، گسلش شناختی، شفاف‌سازی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه با تمرین‌های شفقت به خود، تصویرسازی مشفقانه، گفت‌وگوی مهربانانه با خود و کاهش خودانتقادی ترکیب شد. این تلفیق سبب شد شرکت‌کنندگان نه‌تنها توانایی بیشتری در پذیرش تجربه‌های دردناک پیدا کنند، بلکه منابع هیجانی لازم برای مواجهه سالم با این تجربه‌ها را نیز در خود تقویت کنند. در نتیجه، آنان هیجان‌های منفی را کمتر فاجعه‌آمیز ارزیابی کردند، کمتر در آنها غرق شدند و توانستند پاسخ‌های سازگارانه‌تری در برابر موقعیت‌های تنش‌زا نشان دهند. بنابراین، افزایش تحمل پریشانی در پژوهش حاضر را می‌توان حاصل تعامل میان

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، کاهش اجتناب تجربه‌ای، تقویت خودشفقت‌ورزی و بهبود تنظیم هیجان دانست؛ سازوکارهایی که در زنان دارای تجربه خشونت خانگی از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند.

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و شفقت به خود موجب افزایش معنادار تاب‌آوری در برابر خودکشی، مؤلفه محافظ درونی و ثبات هیجانی در زنان متأهل دارای تجربه خشونت خانگی شد، اما تغییر مؤلفه محافظ بیرونی از نظر آماری معنادار نبود. این یافته با نتایج پژوهش‌های گردهانی و کردتمینی (۱۴۰۳)، پارسا و همکاران (۱۴۰۳)، حاجی‌صادقیان و سمندری (۱۴۰۲)، تشکری و سدرپوشان (۱۴۰۲)، تبریزی و همکاران (۱۳۹۸) و محمدی‌فرشی و همکاران (۱۴۰۱) همسو است. این مطالعات نیز نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد، شفقت به خود یا تلفیق این دو رویکرد، از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، کاهش خودانتقادگری، تقویت پذیرش تجربه‌های هیجانی و افزایش احساس ارزشمندی، موجب ارتقای سازگاری روان‌شناختی و افزایش ظرفیت مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا می‌شوند. همچنین نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های وانگ، لو و دونگ (۲۰۲۲) و زیگمان و همکاران (۲۰۱۸) نیز همخوانی دارد؛ آنان تاب‌آوری در برابر خودکشی را سازه‌ای پویا دانسته‌اند که تحت تأثیر منابع شناختی، هیجانی و بین‌فردی قرار دارد و با تقویت این منابع می‌توان احتمال بروز افکار و رفتارهای خودکشی را کاهش داد. افزون بر این، محمدی و همکاران (۲۰۲۳) نیز گزارش کردند که کاهش خشونت خانگی و تقویت منابع روان‌شناختی با افزایش تاب‌آوری در برابر خودکشی همراه است که با یافته‌های پژوهش حاضر هم‌راستا است.در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که زنان دارای تجربه خشونت خانگی معمولاً در معرض فشارهای روانی مزمن، احساس درماندگی، ناامیدی، شرم، خودسرزنشگری و کاهش احساس کنترل بر زندگی قرار دارند. این شرایط به تدریج منابع مقابله‌ای آنان را تضعیف کرده و احتمال شکل‌گیری افکار خودکشی را افزایش می‌دهد. مرورهای نظام‌مند وایت و همکاران (۲۰۲۴)، استابز و سزوکه (۲۰۲۲) و هینگ و همکاران (۲۰۲۱) نیز نشان داده‌اند که خشونت خانگی با افزایش چشمگیر اختلالات خلقی، ناامیدی، افکار خودکشی و کاهش تاب‌آوری روان‌شناختی همراه است. از سوی دیگر، اکبری‌مقدم و اکبری‌مقدم (۲۰۲۵) و فابینی (۲۰۲۵) تأکید کرده‌اند که مداخلات روان‌شناختی مؤثر در قربانیان خشونت خانگی باید علاوه بر کاهش نشانه‌های آسیب روانی، بر بازسازی منابع درونی، افزایش احساس امنیت و تقویت توانایی مقابله نیز تمرکز داشته باشند. درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و شفقت به خود دقیقاً چنین هدفی را دنبال می‌کند و می‌تواند از طریق افزایش پذیرش تجربه‌های دردناک، کاهش اجتناب تجربه‌ای، تقویت مهربانی با خود و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، منابع محافظت‌کننده فرد را در برابر افکار خودکشی تقویت کند.از منظر نظری، بخش پذیرش و تعهد این مداخله به افراد کمک می‌کند تا افکار و هیجان‌های دردناک را به عنوان تجربه‌هایی گذرا بپذیرند و بدون درگیر شدن با آنها، رفتارهای خود را بر اساس ارزش‌های شخصی هدایت کنند. در نتیجه، افکار خودکشی دیگر به عنوان راه‌حل قطعی مشکلات تلقی نمی‌شوند، بلکه صرفاً رویدادهایی ذهنی هستند که الزاماً نباید به رفتار تبدیل شوند. در مقابل، مؤلفه شفقت به خود با کاهش خودانتقادگری، شرم و احساس بی‌ارزشی و همچنین افزایش احساس امنیت، پذیرش خود و حمایت درونی، ظرفیت فرد را برای مقابله با بحران‌های روانی افزایش می‌دهد. ترکیب این دو رویکرد سبب می‌شود فرد ضمن پذیرش واقع‌بینانه رنج‌های زندگی، امید، احساس ارزشمندی و توانایی حل مسئله را حفظ کرده و در مواجهه با فشارهای شدید روانی، واکنش‌های سازگارانه‌تری نشان دهد. این سازوکارها می‌توانند افزایش نمره کلی تاب‌آوری در برابر خودکشی را در گروه مداخله تبیین کنند.بهبود مؤلفه محافظ درونی نیز از نظر نظری قابل انتظار بود. این مؤلفه بیانگر میزان اعتماد فرد به توانایی‌های شخصی، احساس کفایت، امید و باور به امکان غلبه بر بحران‌هاست.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

تمرین‌هایی مانند شناسایی ارزش‌های فردی، اقدام متعهدانه، ذهن‌آگاهی، خودمشاهده‌گری و تمرین‌های شفقت به خود، به شرکت‌کنندگان کمک می‌کند تصویر مثبت‌تر و واقع‌بینانه‌تری از توانایی‌های خود شکل دهند و در مواجهه با شرایط دشوار، به جای تسلیم شدن، از منابع درونی خود بهره بگیرند. یافته‌های گردهانی و کردتمینی (۱۴۰۳)، حاجی‌صادقیان و سمندری (۱۴۰۲) و تبریزی و همکاران (۱۳۹۸) نیز نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت به خود، احساس خودکارآمدی، امید و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را افزایش داده و از این طریق منابع محافظتی درونی افراد را تقویت می‌کنند.

همچنین افزایش ثبات هیجانی را می‌توان نتیجه بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان دانست. آموزش ذهن‌آگاهی، پذیرش هیجان‌ها، فاصله‌گیری شناختی، تنفس مشفقانه و تمرین‌های آرام‌سازی موجب می‌شود شدت واکنش‌های هیجانی کاهش یافته و فرد بتواند در شرایط تنش‌زا تعادل روانی خود را بهتر حفظ کند. این تبیین با نتایج پژوهش‌های روشندل و همکاران (۱۴۰۴)، ملک‌محمدی و ابراهیمی‌مقدم (۱۴۰۲)، ولی‌زاده و پرندین (۱۴۰۱) و شعبان و همکاران (۱۴۰۳) همخوانی دارد که نشان دادند درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت به خود موجب بهبود تنظیم هیجان، کاهش آشفتگی روان‌شناختی و افزایش تحمل هیجان‌های منفی می‌شوند. از آنجا که تنظیم هیجان یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های تاب‌آوری در برابر خودکشی محسوب می‌شود، بهبود این توانایی می‌تواند نقش مهمی در افزایش تاب‌آوری شرکت‌کنندگان داشته باشد.

در مقابل، عدم معناداری تغییر مؤلفه محافظ بیرونی نیز قابل تبیین است. محافظ بیرونی بیشتر به میزان ادراک حمایت اجتماعی، دسترسی به منابع حمایتی و کیفیت روابط خانوادگی و اجتماعی اشاره دارد. این متغیرها معمولاً تحت تأثیر عوامل محیطی، ساختار خانواده، وضعیت اقتصادی، حمایت قانونی و شبکه‌های اجتماعی قرار دارند و تغییر آنها در یک دوره درمانی کوتاه‌مدت دشوار است. از آنجا که مداخله حاضر عمدتاً بر تغییر فرایندهای شناختی، هیجانی و فردی متمرکز بود و امکان مداخله مستقیم در شرایط خانوادگی یا اجتماعی شرکت‌کنندگان وجود نداشت، انتظار می‌رود تغییر در منابع حمایتی بیرونی نسبت به منابع درونی با سرعت کمتری رخ دهد. بنابراین، معنادار نشدن این مؤلفه را می‌توان ناشی از ماهیت نسبتاً پایدار عوامل اجتماعی و بین‌فردی دانست، نه ناکارآمدی مداخله. این یافته نشان می‌دهد که در کنار مداخلات روان‌شناختی، استفاده از برنامه‌های حمایتی خانوادگی، اجتماعی و حقوقی نیز می‌تواند در ارتقای منابع محافظ بیرونی زنان دارای تجربه خشونت خانگی نقش مهمی ایفا کند.

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و شفقت به خود می‌تواند به عنوان مداخله‌ای مؤثر در افزایش تحمل پریشانی و تاب‌آوری در برابر خودکشی زنان متأهل دارای تجربه خشونت خانگی مورد استفاده قرار گیرد. به نظر می‌رسد تلفیق این دو رویکرد با تمرکز همزمان بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، کاهش اجتناب تجربه‌ای، تقویت شفقت به خود، بهبود تنظیم هیجان و کاهش خودانتقادگری، زمینه لازم را برای ارتقای سازگاری روان‌شناختی این زنان فراهم می‌کند. از آنجا که خشونت خانگی علاوه بر پیامدهای جسمانی، با آسیب‌های عمیق هیجانی، شناختی و بین‌فردی همراه است، مداخلاتی که همزمان ابعاد هیجانی، شناختی و رفتاری را هدف قرار دهند، می‌توانند اثربخشی بیشتری نسبت به رویکردهای تک‌بعدی داشته باشند. یافته‌های پژوهش حاضر نیز مؤید این دیدگاه است و نشان می‌دهد که ادغام درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند ظرفیت افراد را برای مواجهه سازگارانه با شرایط دشوار زندگی افزایش داده و عوامل محافظت‌کننده در برابر افکار و رفتارهای خودکشی را تقویت کند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز همراه بود. نخست، نمونه پژوهش تنها شامل زنان متأهل دارای تجربه خشونت خانگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره خانواده شهر اصفهان بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند؛ بنابراین

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

در تعمیم نتایج به سایر گروه‌های جمعیتی، زنان با ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی متفاوت یا افرادی که به مراکز درمانی مراجعه نمی‌کنند، باید احتیاط شود. دوم، اطلاعات پژوهش بر اساس ابزارهای خودگزارشی گردآوری شد که احتمال سوگیری ناشی از مطلوبیت اجتماعی یا خطاهای پاسخ‌دهی را به همراه دارد. سوم، دوره پیگیری تنها یک ماه بود؛ ازاین‌رو درباره پایداری بلندمدت اثرات درمان نمی‌توان با اطمینان اظهار نظر کرد.بر این اساس، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر، روش‌های نمونه‌گیری احتمالی و دوره‌های پیگیری طولانی‌تر استفاده شود تا پایداری اثرات درمان در بازه‌های زمانی مختلف بررسی گردد. همچنین، مقایسه اثربخشی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و شفقت به خود با سایر درمان‌های موج سوم، مانند رفتاردرمانی دیالکتیکی، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی یا طرحواره‌درمانی، می‌تواند شواهد دقیق‌تری درباره مزیت نسبی این مداخله فراهم کند. علاوه بر این، بررسی نقش متغیرهای میانجی مانند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، شفقت به خود، تنظیم هیجان و اجتناب تجربه‌ای در تبیین اثربخشی این درمان، به درک بهتر سازوکارهای تغییر کمک خواهد کرد.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و شفقت به خود به عنوان یکی از مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر شواهد در مراکز مشاوره خانواده، مراکز خدمات روان‌شناختی، سازمان بهزیستی، خانه‌های امن و سایر مراکز ارائه‌دهنده خدمات به زنان دارای تجربه خشونت خانگی مورد استفاده قرار گیرد. همچنین آموزش این رویکرد به روان‌شناسان، مشاوران و درمانگران می‌تواند در ارتقای کیفیت خدمات سلامت روان و کاهش پیامدهای روان‌شناختی خشونت خانگی، به‌ویژه کاهش آسیب‌پذیری نسبت به افکار خودکشی، نقش مؤثری داشته باشد.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

References

1. Akbari Moghadam, H., & Akbari Moghadam, H. (2025). A Systematic Review of Global Experiences in Preventing Domestic Violence. Journal of Women Interdisciplinary Researches, e727995.
2. Amirkhanloo, A., Mirzaeian, B., & Hassanzadeh, R. (2022). Determining the effectiveness of acceptance and commitment therapy on interpersonal forgiveness and distress tolerance in women exposed to domestic violence. Journal of Disability Studies, 12(1), 1–7. [Persian]
3. Arshadi, S., Karimi, K., Akbari, M., & Moradi, O. (2022). Developing a model of the role of emotion regulation difficulties and distress intolerance in domestic violence against women among couples referring to counseling centers: The mediating role of marital conflict. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences, 27(4), 110–120. [Persian]
4. Bab-Sour, P., & Karimi, K. (2025). Effectiveness of group-based self-compassion therapy on psychological well-being and marital adjustment among women affected by domestic violence. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal, 14(1), 135–144. [Persian]
5. Badakhsh, F., Rezapour Mirsaleh, Y., & Choob Foroush Zadeh, A. (2022). The Effect of Intervention Based on Changing Perceptions of Power Structure in Family on Attitudes toward Patriarchy and Self-Compassion in Women Victims of Domestic Violence: A Baseline Case Study. Journal of Woman and Family Studies, 10(4), 20-37.
6. Behnia, L., Ghorban-Shiroudi, S., & Khalatbari, J. (2022). Determining the effectiveness of acceptance and commitment therapy on domestic violence (physical-psychological and sexual violence) among women seeking divorce. Journal of Disability Studies, 12(1), 1–7. [Persian]
7. Brem, M. J., Khaddouma, A., Elmquist, J., Florimbio, A. R., Shorey, R. C., & Stuart, G. L. (2019). Relationships among dispositional mindfulness, distress tolerance, and women's dating violence perpetration: A path analysis. Journal of interpersonal violence, 34(14), 2996-3016.
8. Büyüköksüz, E. (2025). Acceptance and Self-Compassion: Mind-Body Approaches to Psychosomatic Disorders.
9. Byllesby, B. M., Charak, R., Cano-Gonzalez, I., & Christ, N. M. (2025). A Psychometric Investigation of the Distress Tolerance Scale Short Form (DTS-SF): Reliability, Validity, and Factor Structure in a Trauma-Exposed Sample. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 47(2), 48.
10. Fabini, H. (2025). Domestic Violence in Medicine and Psychotherapy: Personalized Interventions for Victims and in Perpetrator Counseling. Springer Nature.
11. Falahati, F., Jaberi, M., Sharei, A., & Yahyapour, F. (2023). The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Emotion Regulation and Emotional Inhibition in Girls with Non-Suicidal Self-injury. International Journal of Body, Mind & Culture (2345-5802), 10(4).
12. Ghasemi, Z., Khaki, S., & Matinzadeh, M. (2024). Effectiveness of dialectical behavior therapy on experiential avoidance and psychological distress among girls with experiences of domestic violence. Journal of Mashhad University of Medical Sciences, 67(1), 312–324. [Persian]
13. Ghorbanzadeh, S. S., Kiamanesh, A., & Abolghasemi, A. (2023). Comparing the effectiveness of self-compassion-based therapy and emotion-focused couple therapy on family functioning among women with experiences of domestic violence. Journal of Psychological Studies, 19(4), 39–54. [Persian]
14. Gordehani, A., & Kordtamini, B. (2024). Effectiveness of acceptance and commitment

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

group therapy on resilience and impulsivity among adolescents with self-injurious behaviors. Journal of Nursing Education, 13(6), 41–52. [Persian]

15. Haji-Nia Asbo, A., Khalatbari, J., Mirzamani, S. M., Ghorban-Shiroudi, S., & Abolghasemi, S. (2020). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety caused by marital conflicts among women involved in domestic violence. Journal of Studies, 10(1), 1–6. [Persian]
16. Haji-Sadeghian, M., & Samandari, S. (2023). Effectiveness of integrated acceptance and commitment therapy with compassion on illness perception, negative mood, hope, and social adjustment among young women with type 1 diabetes. Journal of Disability Studies, 13(1), 1–9. [Persian]
17. Hing, N., O'mullan, C., Mainey, L., Nuske, E., Breen, H., & Taylor, A. (2021). Impacts of male intimate partner violence on women: A life course perspective. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(16), 8303.
18. Keyvanloo, S., & Mikaeili, N. (2023). Effectiveness of integrated emotion regulation therapy and compassion therapy on experiential avoidance among women with experiences of domestic violence. Journal of Modern Psychological Researches, 18(71), 217–223. [Persian]
19. Li, Y. (2025, June). 42 Effect of psychological intervention combined with legal regulation on mood disorders of domestic violence victims. In Current Opinion in Psychiatry (Vol. 38, No. e-Supplement 1, p. e13). LWW.
20. Malek Mohammadi, S., & Ebrahimi Moghadam, H. (2023). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on distress tolerance and emotion regulation among divorced women. Journal of Medical Faculty, 66(3), 653–666. [Persian]
21. Mohammadi Farshi, A., Shah Nazari, M., Bahrami Heidji, M., Peyvandi, P., & Mohammadi Shirmohalleh, F. (2022). Effectiveness of acceptance and commitment-based cognitive therapy with a focus on self-compassion on emotional schemas and empathy among couples. Iranian Journal of Psychological Science, 21(120), 2449–2467. [Persian]
22. Mohammadi, F., Barati, M., Borzou, S. R., Ezati, E., Mohammadi, K., Mohammadi, Z., ... & Masoumi, S. Z. (2023). Investigating the relationship between domestic violence with substance abuse and suicide resilience in mothers with disabled children. Frontiers in public health, 11, 1223896.
23. Mohseni Tabrizi, A., Kaldi, A., & Javadianzadeh, M. (2012). Investigating the status of domestic violence among married women referring to forensic medicine and welfare centers in Yazd County in 2010. Toloo-e-Behdasht Journal, 11(3), 11–24. [Persian]
24. Parhizkar, A. (2016). Investigating domestic violence among pregnant women and its related factors in health centers of Sanandaj during 2015–2016. Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Sciences, 2(3), 39–48. [Persian]
25. Poorshirazi, K., Sharei, A., Salahshouri, A., Shahhouseini, A., & Ilghami Azar, N. (2021). Comparing the effectiveness of schema therapy and therapy based on acceptance and commitment in reducing anxiety and despair of women after divorce. Journal of Applied Family Therapy, 2(3), 617-635.
26. Roshandeh, A., Bagherzadeh, M., & Khalaji, N. (2025). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on emotion regulation and distress tolerance among anxious students. Health Promotion Management Quarterly, 14(4), 14–27. [Persian]
27. Saeedi, M., & Taleb, S. (2023). Investigating the prevalence of domestic violence against women and its related factors during the COVID-19 pandemic. Iranian Journal of Epidemiology, 19(4), 267–279. [Persian]
28. Shaban, N., Alizadeh, M., & Sepahmansour, M. (2024). Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and compassion-focused therapy on distress tolerance among women with psoriasis. Journal of Nursing Education, 13(5), 77–91. [Persian]
29. Shamsaei, Z., Karimi, K., & Akbari, M. (2022). Causal modeling of domestic violence based on marital intimacy,

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

controlling behaviors, and marital conflict. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal, 11(8), 59–68. [Persian]

30. Sharei, A., Ebrahimi, M., Ahmadi Ochtapeh, P., Mahdavirad, H., & Jamshiddoust Miyanroudi, F. (2023). The Effectiveness of Strength-Based Therapy in Improving Self-Esteem and Reducing Suicidal Thoughts of Women Affected by Domestic Violence in Ardebil. Preventive Counseling, 4(1), 31-44. https://doi.org/10.22098/jpc.2023.12715.1166
31. Sharei, A., Kamali Dehghan, P., Ahmadi Ochtapeh, P., Dorri, M., & Jamshiddoust Miyanroudi, F. (2024). The Effectiveness of Family Therapy Training on Depression and Mental Health of Adolescents with High-Risk Behaviors. Journal of Family Relations Studies, 4(14), 41-48. https://doi.org/10.22098/jfrs.2023.12790.1116
32. Shokouhifar, S., Mahdian, H., & Ghasemi-Motlagh, M. (2024). Comparing the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and acceptance and commitment therapy on coping styles among women victims of domestic violence. Journal of Experimental and Cognitive Psychology, 1(4), 129–143. [Persian]
33. Siegmann, P., Teismann, T., Fritsch, N., Forkmann, T., Glaesmer, H., Zhang, X. C., ... & Margraf, J. (2018). Resilience to suicide ideation: A cross-cultural test of the buffering hypothesis. Clinical psychology & psychotherapy, 25(1), e1-e9.
34. Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. Motivation and emotion, 29(2), 83-102.
35. Stubbs, A., & Szoeke, C. (2022). The effect of intimate partner violence on the physical health and health-related behaviors of women: A systematic review of the literature. Trauma, violence, & abuse, 23(4), 1157-1172.
36. Tabrizi, F., Ghamari, M., Farahbakhsh, K., & Bazazian, S. (2019). Effectiveness of integrated acceptance and commitment therapy with compassion on worry and rumination among divorced women. Journal of Psychological Studies, 15(2), 41–59. [Persian]
37. Tashakori, A., & Sadrposhan, N. (2023). Developing an integrated therapeutic model based on compassion-focused therapy, Islamic integrative therapy, and acceptance and commitment therapy and its effectiveness on life satisfaction among depressed married women in Yazd. Toloo-e-Behdasht Journal, 22(5), 121–140. [Persian]
38. Valizadeh, H., & Parandin, S. (2022). Comparing the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and acceptance and commitment therapy on quality of life and emotion regulation among women victims of domestic violence. Journal of Modern Psychological Researches, 17(67), 297–308. [Persian]
39. Wang, X., Lu, Z., & Dong, C. (2022). Suicide resilience: A concept analysis. Frontiers in psychiatry, 13, 984922.
40. Weinstein, B. (2025). Integrating self-compassion into acceptance and commitment therapy and other third-wave cognitive-behavioral therapies. Grounding psychotherapy in self-compassion, 297.
41. White, S. J., Sin, J., Sweeney, A., Salisbury, T., Wahlich, C., Montesinos Guevara, C. M., ... & Mantovani, N. (2024). Global prevalence and mental health outcomes of intimate partner violence among women: a systematic review and meta-analysis. Trauma, Violence, & Abuse, 25(1), 494-511.
42. Zaeimi, H., Rajaei, A., Safarian-Toosi, M. R., & Nejat, H. (2023). Comparing the effectiveness of emotion-focused therapy and acceptance and commitment therapy on distress tolerance among incompatible couples. Journal of Nursing Rehabilitation Research, 9(3), 55–66. [Persian]
43. Zahrakar, K., Sharei, A., & Salmani, A. (2024). The Effectiveness of Strengths-based Psychotherapy in Reducing Anxiety Sensitivity and Panic Attacks in Adolescents with Major Depressive Disorder. Journal of Counseling Research.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]