رویش روان شناسی، سال۱۰ ، شماره۴، شماره پیاپی ۶۱، تیر ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(4), 2021

مقایسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالتیکی بر بخشودگی بین‌فردی و تحمل پریشانی در زنان آزاردیده از خشونت‌های خانگی

Comparison of the efficacy of acceptance and commitment therapy and dialectical behavior therapy on interpersonal forgiveness and distress tolerance in female victims of domestic violence

آذرخش امیرخانلو
دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی ، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
دکتر بهرام میرزائیان (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روان شناسی ، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
دکتر رمضان حسن زاده
استاد، گروه روان شناسی ، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

Azarakhsh Amirkhanloo
PhD Student, Department of Psychology, Sari branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
Dr. Bahram Mirzaian*
Assistant Professor, Department of Psychology., Sari branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
bahranmirzaian@gmail.com
Dr. Ramazan Hassanzadeh
Professor, Department of Psychology., Sari branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

چکیده
این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بخشودگی بین‌فردی و تحمل پریشانی در زنان آزاردیده از خشونت‌های خانگی انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری مورد مطالعه، شامل تمامی زنانی بود که در زمستان ۱۳۹۸ و بهار ۱۳۹۹ به اورژانس اجتماعی شهر ساری مراجعه کرده بودند. از بین آن‌هاها ۴۵ زن به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و در یک گروه کنترل و دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. آزمودنی‌های گروه آزمایش اول و دوم هر یک به ترتیب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (طی ۸ جلسه) و رفتار درمانی دیالکتیکی (طی ۱۲ جلسه) دریافت کردند و گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های بخشودگی بین‌فردی (احتشام‌زاده، ۱۳۸۹) و تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش آماری تحلیل کواریانس و آزمون تعقیبی LSD انجام گرفت. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری باعث افزایش بخشودگی بین‌فردی (F=۱۶/۳۲ و p=۰/۰۰۳) و تحمل پریشانی (F=۷/۳۴ و p=۰/۰۱) شده است. همچنین، رفتاردرمانی دیالکتیکی به طور معناداری باعث افزایش بخشودگی بین‌فردی (F=۱۱/۷۸ و p=۰/۰۰۲) و تحمل پریشانی (F=۷/۳ و p=۰/۰۱۲) شده است. همچنین نتایج آزمون تعقیبی نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر بخشودگی بین‌فردی (F=۹/۹ و p<۰/۰۵) و تحمل پریشانی (F=۹/۸ و p<۰/۰۵) تاثیر بیشتری نسبت به رفتاردرمانی دیالکتیکی دارد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، می‌توان از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد جهت افزایش بخشودگی بین‌فردی و تحمل پریشانی به صورت موثرتری نسبت به رفتاردرمانی دیالکتیکی در زنان آزاردیده از خشونت‌های خانگی استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: *درمان پذیرش و تعهد، رفتاردرمانی دیالکتیکی، بخشودگی بین‌فردی، تحمل پریشانی، خشونت خانگی.*

Abstract
The purpose of this study was to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy and dialectical behavior therapy on interpersonal forgiveness and distress tolerance in female victims of domestic violence. The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design with the control group. The statistical population of the study included all female victims of domestic violence who have been referred to Social emergency in Sari city in the winter of 2019 and spring of 2020. Among them, 45 women were selected by purposive sampling and randomly replaced in a control group and two experimental groups (15 people in each group). The subjects of the first and second experimental groups received acceptance and commitment therapy (during 8 sessions) and dialectical behavior therapy (during 12 sessions), respectively. the control group did not receive any intervention. For data collection, the Interpersonal Forgiveness Inventory (Ehteshamzadeh, 2010) and Distress Tolerance Scale (Simons & Gaher, 2005) were used. Data were analyzed by analysis of covariance and LSD post hoc test. The results showed that acceptance and commitment therapy significantly increased interpersonal forgiveness (F=7.34, p=16.32) and distress tolerance (F=7.34, p=0.01). Also, dialectical behavior therapy significantly increased interpersonal forgiveness (F=11.78, p=0.002) and distress tolerance (F=9.8, p=0.012). The results also showed that acceptance and commitment therapy has a greater effect on interpersonal forgiveness (F = 9.9 and p <0.05)and distress tolerance (F = 9.8 and p <0.05) than dialectical behavior therapy. According to the results of the present study, acceptance and commitment-based therapy can be used to increase interpersonal forgiveness and distress tolerance more effectively than dialectical behavior therapy in women affected by domestic violence.

Keywords: *CAB acceptance and commitment therapy, dialectical behavior therapy, interpersonal forgiveness, distress tolerance, domestic violence.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : دی ۹۹** **پذیرش: فروردین ۱۴۰۰** **ویرایش نهایی : تیر ۱۴۰۰**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.9.5]

مقدمه

خشونت خانگی[1] علیه زنان یکی از مسائل مهم و متداول در مناطق شهری و روستایی در اکثر جوامع بشری است (آیتون، پریچارد و تسایندز،[2] ۲۰۱۹). آمار سازمان بهداشت جهانی حاکی از آن است که ۱۶ الی ۲۵ درصد زنان توسط شریک زندگی خود مورد خشونت قرار می‌گیرند و در این بین ۲۸ درصد زنان در کشورهای توسعه‌یافته و ۱۸ الی ۶۷ درصد زنان در کشورهای در حال توسعه، حداقل یکبار آزار بدنی را گزارش کرده‌اند (آماکوهن،[3] ۲۰۰۴). خشونت بدنی به‌صورت حمله به زن، ضرب‌وجرح، رفتار جنسی آزارنده و نیز فشار و اجبار کاری صورت گیرد و خشونت روانی نیز در کلام و گفتار نمایان است (میرجعفری، ۱۳۹۶). خشونت خانگی نسبت به زنان باعث آسیب به سلامت روان آنان شده و اختلال در سلامت روان زنان علاوه بر تحمیل هزینه‌های گزاف مراقبتی و دارویی بر جامعه، زندگی خانوادگی و تربیت فرزندان را نیز مختل خواهد کرد (شایان و همکاران، ۱۳۹۳).

یکی از مفاهیم اساسی در ایجاد و حفظ سلامت روان و آرامش در خانواده، بخشودگی بین‌فردی است (کارمانز[4] و همکاران، ۲۰۱۹). بخشودگی به معنای آزاد کردن فرآیندهای روانی و عاطفی است که درون فرد آسیب‌دیده صورت می‌گیرد و کمک می‌کند که علاوه بر آزاد شدن از خشم و ترسی که احساس کرده، دیگر میلی به انتقام نداشته باشد و از حق جبران عمل بگذرد (پارسافر، نامداری، هاشمی و مهرابی، ۱۳۹۵). بخشش با سلامت روان و بهزیستی روانشناختی رابطه مثبت (سمز و خیا[5]، ۲۰۱۲؛ خدابخش و کیانی، ۱۳۹۲) و با طلاق عاطفی و دلزدگی زناشویی رابطه منفی (کاظمیان، مهربانی‌زاده، کیامنش و حسنیان، ۱۳۹۸) دارد. پژوهش‌ها بیانگر اثربخشی مداخلات مبتنی بر بخشش در کاهش افسردگی، خشم، خصومت، استرس، پریشانی و ترویج عاطفه مثبت (اختر و بارلو[6] ۲۰۱۶)، کاهش علائم افسردگی و افزایش بهزیستی و همدلی (لونسون، آلدوین، یانکورا[7] ۲۰۰۶) و افزایش سلامت روان و روابط بین‌فردی زنان (یخچالی و وکیلی، ۱۳۹۶) هستند. بنابراین، به نظر می‌رسد افزایش بخشودگی بین‌فردی در زنان آزاردیده از خشونت خانگی می‌تواند جزو اهداف مداخلات روانشناختی در این افراد در جهت افزایش بهزیستی روانی آنها باشد.

قرار گرفتن بلندمدت در معرض حوادث تهدیدکننده زندگی، از قبیل خشونت خانگی، با شروع، تداوم و عود اختلالات روانی مرتبط است و مردان و زنانی که اختلال‌های روان‌پزشکی دارند، در معرض بیشتر تجربه خشونت هستند (تریویلیون، اورام، فیدر و هووارد،[8] ۲۰۱۲). از این رو، از جمله عوامل روانشناختی که به نظر می‌رسد می‌تواند به زنان آزاردیده از خشونت خانوادگی در مقابله با فشار تجربه‌شده کمک کند، تحمل پریشانی[9] است. تحمل پریشانی به عنوان توانایی ادراک‌شده خودگزارشی یک فرد برای تجربه و تحمل حالت‌های هیجانی منفی یا توانایی رفتاری در مداومت بر رفتار معطوف به هدف در زمان تجربه پریشانی عاطفی تعریف می‌شود (سیمونز و گاهر،[10] ۲۰۰۵). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افراد با تحمل پریشانی بالاتر می‌توانند در مدیریت و تنظیم هیجان‌های خود بهتر تصمیم بگیرند (اصغری، عیسی‌پور، هفت‌خانی و قاسمی جوینه، ۱۳۹۷). برخلاف آن، افرادی که از تحمل پریشانی پایین‌تری برخوردار هستند، واکنش شدیدتری به استرس نشان می‌دهند. علاوه بر آن، این افراد توانایی‌های مقابله‌ای کمتری در برابر پریشانی از خود بروز می‌دهند و تلاش می‌کنند تا با به کارگیری اعمالی که هدف آن‌ها کاهش حالت‌های هیجانی منفی است، از این گونه هیجان‌ها اجتناب کنند (کاگ، ریکاردی، تیچپانو، میچل و اسچمیت،[11] ۲۰۱۰). در این راستا، نتایج پژوهش محمدپور و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد تحمل پریشانی بالاتر به عنوان مانعی در برابر گرایش به طلاق حائز اهمیت است. بنابراین مداخلات جهت افزایش تحمل پریشانی در زنانی با تجربه خشونت خانگی ضروری به نظر می‌رسد.

---

1 Domestic violence
2 Ayton, Pritchard, Tsindos
3 Amoakohene
4 Karremans
5 Sams & Khia
6 Akhtar & Barlow
7 Levenson, Aldwin, & Yancura
8 Trivillion, oram, Feder, & Howard
9 Distress tolerance
10 Simons & Gaher
11 Keough, Riccardi, Timpano, Mitchell, & Schmidt

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.9.5]

ازجمله درمان‌های روان‌شناختی در رابطه با این معضل اجتماعی می‌توان به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[۱](ACT) اشاره کرد که در سال ۱۹۸۶ توسط استیون و هیز[۲]معرفی شده است. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هدف، حذف علائم نیست. هدف، تغییر دادن رابطه‌ی ما با افکار و احساسات دشوار است تا زمانی که دیگر آنها را علائم ندانیم (استیون و هیز، ۲۰۰۴). درمجموع می‌توان یکی از نتایج اصلی این درمان را افزایش احساس زندگی کردن به همراه ارزشمندی دانست (هیز، استرو ساهی و ویلسون،[۳] ۲۰۱۲). پژوهش‌های متعددی در زمینه تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشکلات زناشویی صورت گرفته است که از آن جمله می‌توان به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب ناشی از تعارضات زناشویی (حاجی‌نیا اسبو، خلعتبری، میرزمانی، قربان شیرودی و ابوالقاسمی، ۱۳۹۹)، بخشش و تاب‌آوری زنان دارای تعارض با همسر (بیات، زارعی و فرهادی، ۱۳۹۹)، بخشودگی بین‌فردی و صمیمیت زناشویی (قلی‌زاده، فدایی، سلیمانی و خروشی، ۱۳۹۸) و بخشش و تنظیم هیجان و صمیمیت زناشویی (قاصدی، باقری و کیانش، ۱۳۹۷) اشاره کرد. همچنین، امیریان و همکاران (۱۳۹۸) اثربخشی این درمان بر تحمل پریشانی را نشان داده‌اند.

از دیگر درمان‌های سودمند در این زمینه می‌توان از رفتاردرمانی دیالکتیکی[۴](DBT) نام برد؛ که رویکردی از نسل سوم شناختی رفتاری بوده و توسط مارشا لینهان[۵]و در ابتدا جهت اختلالات مرزی[۶]به کار گرفته شد (لینچ و برونر،[۷] ۲۰۰۶). رفتاردرمانی دیالکتیکی از پنج راهبرد درمانی کمک می‌گیرد که شامل راهبردهای دیالکتیکی، راهبردهای معتبرسازی،[۸] راهبردهای حل مسئله[۹]و راهبردهای سبک‌های شناختی[۱۰] نیز راهبردهای مدیریت موردی[۱۱]است. همچنین در رفتاردرمانی دیالکتیکی چهار مهارت آموزش داده می‌شود که شامل مهارت‌های حضور ذهن، مهارت‌های کارآمدی بین‌فردی، مهارت تنظیم هیجان و درنهایت مهارت تحمل رنج و پریشانی است. هر یک از مهارت‌های یادشده توسط ایفای نقش[۱۲]آموزش داده می‌شود (محمود علیلو و شریفی، ۱۳۹۰). چند پژوهش به اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افزایش تحمل پریشانی اشاره کرده‌اند (اثناعشران، یزدخواستی و عریضی سامانی، ۱۳۹۸؛ رضایی، واحد، رسولی‌زاده، موسوی و قادری، ۱۳۹۸، مدرس غزنوی، ۱۳۹۰) اما در رابطه با اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بخشودگی بین‌فردی تاکنون پژوهشی انجام نشده است.

با وجود اهمیت بخشودگی بین‌فردی و تحمل پریشانی در زنان آزاردیده از خشونت خانگی و همچنین پژوهش‌های پیشین پیرامون اثربخشی درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی؛ پژوهش‌ها در زمینه اثربخشی این درمان‌ها در متغیرهای مدنظر پژوهش حاضر همچنان نیاز به تکمیل دارد. در عین حال، مقایسه اثربخشی این درمان‌ها تلویحات نظری و کابردی مهمی به همراه خواهد داشت. بنابراین، سؤال پژوهش حاضر این است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بخشودگی بین‌فردی و تحمل پریشانی در زنان آزاردیده از خشونت‌های خانگی اثربخش است و کدام یک از آنها در این زمینه سودمندی بیشتری دارد؟

روش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون چند گروهی همراه با مرحله پیگیری بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه‌ی زنان آزاردیده‌ی خشونت خانگی در شهرستان ساری بین سنین ۲۰ تا ۴۰ سال مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی شهرستان ساری در زمستان ۱۳۹۸ و بهار ۱۳۹۹ تشکیل دادند. نمونه آماری شامل ۴۵ نفر از زنان آزاردیده خشونت خانگی بود که به‌طور هدفمند انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی ساده به دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و یک گروه ۱۵ نفری کنترل گمارده شدند. ملاک ورود به پژوهش شامل

[1] Acceptance and Commitment Therapy
[2] Steven & Hayes
[3] Hayes, Strosahl, Wilson
[4] Dialectical Behavior Therapy
[5] Linehan
[6] borderline personality disorder
[7] Lynch, Bronner
[8] Validation Strategies
[9] Problem-Solving Strategies
[10] Stylistic Strategies
[11] Case Management Strategies
[12] role playing

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.9.5]

کسب نمره پایین در پرسشنامه‌های بخشودگی بین‌فردی (نمرات پایین‌تر از ۵۰) و تحمل پریشانی (نمرات پایین‌تر از ۴۰) بود. سایر ملاک‌های ورود در پژوهش حاضر عبارت بودند از: سن بین ۲۰ الی ۴۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان در طول سه‌ماهه گذشته، عدم بیماری صعب‌العلاج، دریافت رضایت آگاهانه و عدم قرار گرفتن هم‌زمان تحت درمان روان‌شناختی دیگر. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، از افراد شرکت‌کننده در پژوهش، فرم رضایت آگاهانه به‌صورت کتبی اخذ شد، طرح پژوهش توضیح داده شد و بر محرمانه بودن اطلاعات تأکید شده و در صورت تمایل پس از اتمام پژوهش، شرکت‌کنندگان از نتایج پژوهش آگاه شدند.

ابزار سنجش

پرسشنامه بخشودگی بین‌فردی[1](IFI): این پرسشنامه توسط احتشام‌زاده، احدی، عنایتی و حیدری (۱۳۸۹) برای سنجش بخشودگی بین‌فردی ساخته شده است. این ابزار ۲۵ ماده دارد و نمره‌گذاری آن به شکل لیکرت صورت می‌گیرد. نمره‌گذاری برای ماده‌های ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵ به‌صورت کاملاً مخالف (۱) و کاملاً موافق (۴) و سایر ماده‌ها معکوس انجام می‌شود. از این مقیاس یک نمره کلی برای بخشودگی بین‌فردی و سه نمره برای خرده مقیاس‌های آن (ارتباط مجدد و کنترل انتقام‌جویی، کنترل رنجش، درک واقع‌بینانه) به دست می‌آید. حداکثر نمره برای کل مقیاس ۱۰۰ و حداقل آن ۲۵ است. نمره بین ۲۵ الی ۵۰ دارای بخشودگی پایین درنظر گرفته می‌شود و کسب نمره بالاتر در این مقیاس نشان دهنده توانایی بالا در بخشش دیگران است (احتشام‌زاده و همکاران، ۱۳۸۹). پایایی محاسبه شده برای مقیاس بخشودگی بین‌فردی از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۰ و برای خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب برای خرده مقیاس ارتباط مجدد و کنترل انتقام‌جویی ۰/۷۷ و خرده‌مقیاس کنترل رنجش ۰/۶۶ و برای خرده مقیاس درک واقع‌بینانه ۰/۵۷ محاسبه شده است. همچنین از طریق روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۷۱ و برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب برای خرده‌مقیاس ارتباط مجدد و کنترل انتقام‌جویی ۰/۷۱ و کنترل رنجش ۰/۶۸ و درک واقع بینانه ۰/۵۸ محاسبه شده است. برای سنجش روایی مقیاس، از اجرای همزمان آن با خرده‌مقیاس بخشودگی در خانواده اصلی[2] استفاده شده که همبستگی بین این دو مقیاس معنادار به دست آمده است (احتشام‌زاده و همکاران، ۱۳۸۹).

پرسشنامه تحمل پریشانی[3](DTS): این پرسشنامه توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) تدوین شده است و دارای ۱۵ ماده و چهار خرده‌مقیاس به نام‌های تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به‌وسیله 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 موردسنجش قرار می‌دهند. کسب نمره زیر ۴۰ نشان‌دهنده تحمل پریشانی پایین است و کسب نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی بالا است. ضرایب آلفا برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به‌دست‌آمده است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). این پرسشنامه برای نخستین بار در ایران توسط علوی و همکاران (۱۳۹۰) مورد استفاده قرار گرفت و پایایی همسانی درونی بالایی را برای کل مقیاس (۰/۷۱) و پایایی متوسطی را برای خرده مقیاس‌ها نشان داد.

پس از مراجعه به اورژانس اجتماعی شهرستان ساری بر اساس ملاک‌های ورود و خروج و پس از همتاسازی از نظر مشخصات دموگرافیک تعداد ۴۵ آزمودنی انتخاب و در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارش شدند. گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در معرض ۸ جلسه هفتگی ۱,۵ ساعته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز، ۲۰۰۲) قرار گرفتند (جدول ۱). گروه آزمایشی رفتاردرمانی دیالکتیک در معرض ۱۲ جلسه هفتگی ۱,۵ ساعته رفتاردرمانی دیالکتیکی (لینهان، ۱۹۹۳) قرار گرفتند (جدول ۲). ۱۵ نفر باقیمانده به‌عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شده و هیچ آموزشی را دریافت نکردند. قبل و بعد از مداخلات، هر سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) به سوالات پرسشنامه بخشودگی بین‌فردی و تحمل پریشانی پاسخ دادند. بعد از گذشت سه ماه در دوره پیگیری، آزمون‌ها برای هر سه گروه مجددا اجرا شدند.

جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌های پژوهش از روش آماری توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و نیز تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی LSD و اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

1Interpersonal Forgiveness Inventory
2Family Forgiveness Scale (FFS)
3Distress Tolerance Scale

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.9.5]

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (هیز، ۲۰۰۲)

جلسه	محتوای جلسات
اول	معارفه، انتظارات از یکدیگر در طول دوره، بیان تجربیات مشابه قبلی در صورت وجود، بیان قوانین که رعایت آن‌ها در گروه الزامی است. ازجمله: به‌موقع آمدن، عدم غیبت، وقت‌شناسی. اجرای پیش‌آزمون.
دوم	ایجاد امید و انتظار در کاهش از فشارهای خشونت خانگی، شناخت احساسات و بیان اصل پذیرش، ارائه تکلیف در زمینه پذیرش خود و احساسات ناشی از خشونت خانگی.
سوم	بررسی و بازخورد تکالیف جلسه قبل، صحبت درباره احساسات و افکار، پذیرش بدون قضاوت، آموزش و شناخت هیجانات، ارائه تکلیف اینکه چقدر خود و احساسات خود و چقدر دیگران و احساسات دیگران را می‌پذیریم.
چهارم	بررسی و بازخورد تکالیف، ارائه تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس، ارائه تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر، تأکید دوباره بر اصل پذیرش در شناخت احساسات و افکار، تأکید بر شناخت احساسات و افکار با نگاهی دیگر، تکالیف رویدادهای زندگی (آزاردهنده) را به‌نوعی دیگر نگاه کنیم و خشونت خانگی را پایان زندگی نبینیم و آن را فقط به‌عنوان یک شرایط و موقعیت تصور کنیم نه بیشتر.
پنجم	بررسی و بازخورد تکالیف، بیان تفاوت بین پذیرش و تسلیم، پذیرش آنچه نمی‌توانیم تغییر دهیم، شناخت موضوع قضاوت و تشویق اعضا به اینکه احساسات خود را قضاوت نکنند. ارائه این تکنیک که با ذهن آگاه بودن در هرلحظه، از وجود احساسات خودآگاهی یابند، فقط شاهد آن‌ها باشند ولی قضاوت نکنند. ارائه تکالیف خانگی ذهن آگاهی همراه با پذیرش بدون قضاوت.
ششم	بررسی و بازخورد تکالیف، دریافت نظرسنجی از دوره تاکنون، بیان اصل تعهد و لزوم آن درروند آموزش و درمان، ارائه تکنیک توجه انتخابی برای آرامش بیشتر در خصوص هجوم افکار خود آیند منفی، تمرین مجدد ذهن آگاهی به همراه اسکن بدن.
هفتم	جمع‌بندی، تمرین و بازخورد جلسات قبل و سپس اجرای پس‌آزمون.

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی (لینهان، ۱۹۹۳)

جلسه	محتوای جلسات
اول	معارفه، انتظارات از یکدیگر در طول دوره، بیان تجربیات مشابه قبلی در صورت وجود، بیان قوانین که رعایت آن‌ها در گروه الزامی است. ازجمله: به‌موقع آمدن، عدم غیبت، وقت‌شناسی. آموزش مهارت‌های پرت کردن حواس، بستن قرارداد برای کاهش‌های رفتارهای خود تخریب گری و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی. اجرای پیش‌آزمون.
دوم و سوم	آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش به مراجعین در مورد این‌که چه مهارت‌هایی مشاهده و توصیف می‌شوند و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار نمی‌گیرند، متمرکز می‌مانند و چطور کار می‌کنند.
چهارم	بررسی افکار و احساساتی که منجر به رفتار تکانشی می‌شود، ارائه تکلیف یادداشت افکار و احساساتی که منجر به سازگاری می‌شود.
پنجم	آموزش تحمل پریشانی مهارت‌های پایندگی در بحران‌ها، منحرف کردن حواس، تسکین دادن به خود با استفاده از حواس شش‌گانه و تمرین ذهن آگاهی و افزایش تاب‌آوری.
ششم	کمک به مراجع جهت کنترل رفتارهای تکانه‌ای خود، آموزش مهارت بخشودگی بین فردی و تهیه بازخوردهای کمک‌کننده تا به یک سطح منطقی از تسلط و تعادل بر خود برسند.
هفتم	شناسایی رفتارهای خود تخریبی، نظارت بر خود بدون قضاوت، کاهش آسیب‌پذیری شناختی و افزایش هیجانات مثبت.
هشتم و نهم	آموزش تنظیم هیجان، معرفی اهداف آموزش تنظیم هیجان، دانستن این‌که چرا هیجانات مهم هستند. تشخیص هیجان، کاهش آسیب‌پذیری و رنج هیجانی، افزایش هیجانات مثبت، تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد باعاطفه اخیر.
دهم و یازدهم	افزایش کارآمدی بین فردی، آموزش مهارت‌های فردی مهم (توصیف و بیان کردن، ابراز وجود، اعتماد آشکار، عزت‌نفس و مذاکره)
دوازدهم	جمع‌بندی، تمرین و مرور جلسات قبل و سپس اجرای پس‌آزمون.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.9.5]

یافته‌ها

میانگین (و انحراف معیار) سنی در گروه آزمایش درمان تعهد و پذیرش ۲/۴۶ (۱/۳)، در گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیکی ۲/۲۶ (۱/۲۷) و در گروه کنترل ۲/۴ (۱/۲۴) بود. میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه در جدول ۳ نمایش داده شده است.

جدول ۳: آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

		گروه تعهد و پذیرش	گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی	گروه کنترل
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
بخشودگی بین فردی	پیش‌آزمون	۴۵/۸۷ (۹/۵۹)	۴۸/۸۷ (۷/۶۴)	۵۲/۰۷ (۸/۷۱)
	پس‌آزمون	۵۴/۰۷ (۹/۰۵)	۵۵/۲ (۶/۲۹)	۵۴/۶۷ (۷/۴۵)
	پیگیری	۵۴/۸۷ (۸/۹۲)	۵۶/۵۳ (۷/۰۰)	۵۵/۲۷ (۷/۲۹)
تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	۳۹/۶ (۹/۱۸)	۳۶/۰۷ (۵/۶۲)	۳۹/۲۷ (۶/۹۷)
	پس‌آزمون	۴۹/۲۷ (۶/۳۷)	۴۲/۸۷ (۳/۴۸)	۴۳/۵۳ (۵/۵۳)
	پیگیری	۴۷/۹۳ (۶/۸۳)	۴۵/۸ (۶/۰۴)	۴۴/۸ (۷/۳۵)

همان‌گونه که از نتایج جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات متغیر بخشودگی بین‌فردی در هر دو روش درمانی در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است. میانگین نمرات پس‌آزمون متغیر تحمل پریشانی در گروه آزمایش تعهد و پذیرش نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته، لیکن این افزایش در گروه پیگیری کاهش داشت. میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری متغیر تحمل پریشانی در گروه آزمایش رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه کنترل نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشتند.

جهت ارزیابی آموزش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر متغیرهای پژوهش از تحلیل کوواریانس استفاده گردید. تحلیل کوواریانس مستلزم رعایت مجموعه‌ای از پیش‌فرض‌هاست. جهت آزمودن یکسان بودن واریانس مشاهدات بین گروه‌ها از آزمون لون و جهت آزمودن نرمال بودن داده‌ها از آزمون کلموگروف اسمیرنف استفاده شد. همچنین همگن بودن شیب‌خط‌های رگرسیون نیز بررسی شد. نتایج در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول۴: نتایج بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس

نتایج یکسان بودن واریانس مشاهدات بین گروه‌ها (آزمون لون)

متغیر	F	df1	df2	Sig
بخشودگی بین‌فردی	۰/۳۲۳	۲	۴۲	۰/۷۲۶
تحمل پریشانی	۰/۴۹	۲	۴۲	۰/۶۲۱

نتایج نرمال بودن داده‌ها (آزمون کلموگروف اسمیرنف)

	متغیر	گروه	آماره	سطح معناداری
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	بخشودگی بین‌فردی	پیش‌آزمون	۰/۳۶۶	۰/۹۹۹
		پس‌آزمون	۰/۸۹۲	۰/۴۰۳
		پیگیری	۰/۷۵۴	۰/۶۲۱
	تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	۰/۳۴۴	۱/۰۰
		پس‌آزمون	۰/۵۷۷	۰/۸۹۳
		پیگیری	۰/۵۱۵	۰/۹۵۴
رفتاردرمانی دیالکتیکی	بخشودگی بین‌فردی	پیش‌آزمون	۰/۴۰۹	۰/۹۹۶
		پس‌آزمون	۰/۴۹۲	۰/۷۷۳

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.9.5]

کنترل	تحمل پریشانی	پیگیری	۰/۷۰۹	۰/۶۲۱
		پیش‌آزمون	۰/۶۲۳	۰/۸۳۳
		پس‌آزمون	۰/۵۳۷	۰/۹۳۵
		پیگیری	۰/۴۲۶	۰/۹۹۳
	بخشودگی بین‌فردی	پیش‌آزمون	۰/۷۲۸	۰/۶۶۵
		پس‌آزمون	۰/۶۶۲	۰/۷۷۳
		پیگیری	۰/۷۵۱	۰/۶۲۵
	تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	۰/۸۲۷	۰/۵۰۱
		پس‌آزمون	۰/۵۳۷	۰/۹۳۵
		پیگیری	۰/۵۲۹	۰/۹۴۲

نتایج همگن بودن شیب خط رگرسیون

	متغیر	اندازه اثر	اندازه اثر استانداردشده	آماره	سطح معناداری
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	بخشودگی بین‌فردی	۰/۸۸۱	۰/۹۳۳	۰/۷۵	۰/۴۶
	تحمل پریشانی	۰/۴۳۳	۰/۶۲۳	۲/۸۴	۰/۱۴
رفتاردرمانی دیالکتیکی	بخشودگی بین‌فردی	۰/۷۷۲	۰/۹۳۸	۱/۷۲	۰/۱
	تحمل پریشانی	۰/۴۷۷	۰/۷۷	۱/۷۷	۰/۱
کنترل	بخشودگی بین‌فردی	۰/۸۰۸	۰/۹۴۲	۳/۲۴	۰/۰۶
	تحمل پریشانی	۰/۶۹۴	۰/۸۸۲	۳/۴۸	۰/۶۳

با توجه به تائید پیش‌فرض‌های موردنظر (جدول ۴)، می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده نمود. پیش از بررسی مؤثرترین روش درمانی، ابتدا به بررسی اثربخش بودن هر یک از دو روش درمانی بر متغیرهای بخشودگی بین‌فردی و تحمل پریشانی پرداخته شد. نتایج در جدول ۵ حاکی از اثربخش بودن هر دو درمان بر متغیرهای پژوهش بود.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس به تفکیک روش‌های درمانی

گروه	اثر	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره	سطح معناداری	ضریب تاثیر
درمان پذیرش و تعهد	گروه	بخشودگی بین‌فردی	۱۴۵/۵۵	۱	۱۴۵/۵۵	۱۶/۳۲	۰/۰۰۰۳	۰/۳۳۷
		تحمل پریشانی	۶۵/۱۹	۱	۶۵/۱۹	۷/۳۴	۰/۰۱	۰/۲۱۴
	خطا	بخشودگی بین‌فردی	۲۳۹/۰۶	۲۷	۸/۸۵			
		تحمل پریشانی	۲۳۹/۸	۲۷	۸/۸۸			
	کل	بخشودگی بین‌فردی	۱۹۲۶/۹۶	۲۹				
		تحمل پریشانی	۱۳۷۱/۴۶	۲۹				
رفتاردرمانی دیالکتیکی	گروه	بخشودگی بین‌فردی	۶۷/۷۲	۱	۶۷/۷۲	۱۱/۷۸	۰/۰۰۲	۰/۳۰۴
		تحمل پریشانی	۶۴/۰۴	۱	۶۴/۰۴	۷/۳	۰/۰۱۲	۰/۲۱۳
	خطا	بخشودگی بین‌فردی	۱۵۵/۱۶	۲۷	۵/۷۴			
		تحمل پریشانی	۲۳۶/۵۹	۲۷	۸/۷۶			
	کل	بخشودگی بین‌فردی	۱۳۳۳/۸۶	۲۹				
		تحمل پریشانی	۱۱۱۹/۴۶	۲۹				

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.9.5]

با توجه به اثربخش بودن هر یک از روش‌های درمانی بر متغیرهای بخشودگی بین‌فردی و تحمل پریشانی، به بررسی تفاوت بین دو درمان با استفاده از آزمون آنکوا پرداخته شد که نتایج گویای وجود تفاوت در هر یک از متغیرهای پژوهش بود. نتایج برای متغیر بخشودگی بین‌فردی F= ۹/۹، P<۰/۰۵ و برای متغیر تحمل پریشانی F= ۹/۸، P<۰/۰۵ بود. برای تعیین اینکه کدام یک از روش‌ها بر بخشودگی بین‌فردی و تحمل پریشانی در زنان آزاردیده از خشونت‌های خانگی موثرتر است، از آزمون تعقیبی LSD استفاده شده که نتیجه آن در جدول ۶ نشان داده شده است.

جدول۶: مقایسه زوجی اثرات مداخلات ACT و DBT بر بخشودگی بین‌فردی و تحمل پریشانی

متغیر	مقایسه بین گروه‌ها		تفاوت میانگین	خطای استاندارد میانگین	سطح معناداری
بخشودگی بین‌فردی	ACT	DBT	۷/۱۳	۲/۸	۰/۰۳
	ACT	کنترل	۶/۹۵	۱/۴۲	۰/۰۰۱
	DBT	کنترل	۶/۸	۲/۲۴	۰/۰۰۲
تحمل پریشانی	ACT	DBT	۶/۴	۱/۹۲	۰/۰۰۲
	ACT	کنترل	۵/۷۳	۱/۹۲	۰/۰۰۵
	DBT	کنترل	-۰/۶۶	۱/۹۲	۰/۷۳۱

طبق نتایج جدول ۶ اختلاف بین میانگین نمرات گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل در متغیرهای بخشودگی بین فردی و تحمل پریشانی معنادار است. به بیانی دیگر میانگین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر از میانگین نمرات گروه کنترل است. همچنین اختلاف بین میانگین رفتاردرمانی دیالکتیکی نیز با گروه کنترل در متغیر بخشودگی بین‌فردی معنادار است اما این معناداری در متغیر تحمل پریشانی به چشم نمی‌خورد. همچنین اختلاف بین دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی نیز معنادار است. میانگین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر از میانگین نمرات گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی است لذا مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد موثرتر از مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی است.

با توجه به دارا بودن زمان پیگیری از تحلیل اندازه‌گیری مکرر نیز استفاده شد که نتایج در جدول ۷ مشاهده می‌شود.

جدول۷: خلاصه نتایج اندازه‌گیری مکرر بر سه بار اندازه‌گیری در سه گروه طی سه مرحله (n=۴۵).

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره آزمون	سطح معناداری	توان آزمون
بخشودگی بین‌فردی	اثر آموزش	۳۳۱/۶	۲	۱۶۵/۸	۱/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۰۸۱
	خطا	۳۷۶۱/۳۳	۴۲	۸۹/۵۵			
تحمل پریشانی	اثرآموزش	۳۹۷/۴۳	۲	۱۹۸/۷۱	۱/۸۹	۰/۱۶۳	۰/۰۸
	خطا	۴۴۰۸/۹۷	۴۲	۱۰۴/۹۷			

برا ساس نتایج جدول ۷ سطح معناداری تحلیل واریانس آزمون اندازه‌گیری مکرر نشان می‌دهد که که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات بخشودگی بین‌فردی در پس‌آزمون و پیگیری در هر دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی وجود دارد؛ اما در هر دو روش تفاوت معناداری بین میانگین نمرات تحمل پریشانی در پس‌آزمون و پیگیری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بخشودگی بین‌فردی و تحمل پریشانی در زنان آزاردیده از خشونت خانگی بود. بر اساس نتایج پژوهش حاضر هر دو درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی به طور معناداری باعث افزایش بخشودگی بین‌فردی و تحمل پریشانی می‌شوند. مرحله پیگیری نشان داد که اثربخشی هر دو درمان در زمینه

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.9.5]

بخشودگی بین‌فردی، اما نه در تحمل پریشانی، حفظ شده بود. همچنین، مقایسه درمانها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود بخشودگی بین‌فردی و تحمل پریشانی موثرتر از رفتاردرمانی دیالکتیکی بوده است. تاثیر درمان پذیرش و تعهد بر بخشودگی بین‌فردی با یافته‌های قلی‌زاده و همکاران (۱۳۹۸) و بر تحمل پریشانی با یافته‌های امیریان و همکاران (۱۳۹۸) همسو است. تاثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تحمل پریشانی با یافته‌های رضایی و همکاران (۱۳۹۸)، اثنی‌عشران و همکاران (۱۳۹۸) و مدرس غزنوی (۱۳۹۰) همسو است.

پژوهش حاضر نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند منجر به بهبود بخشودگی بین‌فردی در زنان آزاردیده از خشونت خانگی شود. یکی از اهداف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بحث درباره ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌هاست که تمامی آن‌ها می‌تواند منجر به افزایش بخشودگی بین‌فردی شود. به این معنا که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث شد افکار و احساسات به طور طبیعی بروز کنند و ارتباطات جدید و مثبت شروع شود تا فرسودگی زناشویی به تدریج کمرنگ‌تر شود. زوج‌هایی که دچار ناسازگاری و تعارض هستند، به طور مداوم در جهت تغییر یکدیگر تلاش می‌کنند (سعادتمند، بساک‌نژاد و امان‌الهی، ۱۳۹۶). عدم بخشودگی در روابط زوجین در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد ممکن است ناشی از مشکلات افراد در آگاهی از تجارب درونی خود و نیز اجتناب از تجارب ناخوشایند درونی و رفتارهایی باشد که برای فرد مهم و باارزش هستند. آگاهی نادرست افراد از تجارب درونی، باعث عدم پاسخ‌دهی هیجانی و عدم توانایی فرد در انجام اعمال مناسب می‌شود. در این درمان، شیوه‌های تعهد رفتاری همراه با فنون گسلش و پذیرش و همچنین مباحث جامعی درخصوص ارزش‌ها و اهداف فرد و نیاز برای تعیین اهداف شخصی که منجر به افزایش بخشش می‌شود، به کار گرفته می‌شود. همچنین، هدف اصلی از تاکید کردن بر میل فرد نسبت به افکار درونی خویش، کمک‌رسانی به او در تجربه‌ی افکار استرس‌زا به صورت افکار، آگاه شدن از ماهیت بی‌اثر برنامه‌های کنونی فرد و اداره کردن مواردی است که در لحظه اکنون در زندگی فرد دارای اهمیت است، همسو با ارزش‌های او به جای نشان دادن واکنش به آن افکار استرس‌زاست. لذا توسط قرار دادن خود[1]در پس‌زمینه، فرد قادر است به آرامی و نرمی وقایع نامطلوب ر در زمان حال تجربه کرده و خود را از واکنش‌ها، افکار و خاطرات نامناسب دور نگه دارد (بیات و همکاران، ۱۳۹۹). به بیان دیگر، درمان پذیرش و تعهد کمک می‌کند تا افراد تشویق شوند با ارزش‌های واقعی زندگی خود پیوند خورده و مجذوب آن‌ها شوند (هافمن و اسموندسون[2] ۲۰۰۸). به طور کلی، در این رویکرد درمانی از شش اصل بنیادین برای کمک به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد استفاده می‌شود: گسلش شناختی به معنای یادگیری روش‌هایی برای کاهش تمایل به واقعیت پنداشتن افکار، تصورات، هیجانات و خاطرات؛ پذیرش به معنای اجازه دادن به آمد و رفت افکار بدون اینکه با آن‌ها مبارزه شود؛ تماس با لحظه اکنون به معنای آگاهی از اینجا و اکنون؛ مشاهده خود به معنای دستیابی به حس تعالی یافته از خود؛ ارزش‌ها به معنای اکتشاف اینکه چه چیزی برای خود واقعی مهم است؛ اقدام متعهدانه به معنای طرح ریزی اهداف براساس ارزش‌ها و تلاش‌های متعهدانه برای رسیدن به آن اهداف (اسدپور، ۱۳۹۶).

همچنین، پژوهش حاضر نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند منجر به بهبود تحمل پریشانی در زنان آزاردیده از خشونت خانگی شود. زاوالنسکی، بمستین و ووجانویک[3](۲۰۱۱) بیان می‌کنند تحمل پریشانی سالم، همان آگاهی هشیار از حالت‌های درونی شامل احساسات، هیجان و انگیزش فعال و توانایی عدم پاسخ‌دهی خودکار و بدون آگاهی به تنش آزارنده با یک راهبرد تغییر مانند اجتناب و یا به صورت عادی چشم‌پوشی از علائم هشداردهنده پریشانی است. لذا، عدم تحمل پریشانی و رفتارهای بیش تحملی احتمالا بدون آگاهی هشیار رخ می‌دهد. در جلسات مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر آگاهی از لحظه اکنون تاکید می‌شود. همچنین در این جلسات راهبردهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی و مشاهده غیرقضاوتی موقعیت‌ها یا تجربه‌های پریشانی مانند احساسات آزارنده تمرین می‌شود (زاوالنسکی و همکاران، ۲۰۱۱). افراد با تمرینهای ناهم‌آمیزی تلاش می‌کنند به جای گرفتار شدن در افکار، به آن‌ها اجازه دهند که بیایند و بروند و با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، می‌آموزند که زمینه‌ای برای تجربه هیجانات و افکار و احساسات دردناک باشند بدون اینکه در آن‌ها درگیر شوند (فروزان‌فر، لواسانی و شعاع کاظمی، ۱۳۹۶).

[1] Ego
[2] Hofmann & Asmundson
[3] Zvolensky, Bemstein, & Vujanovic

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.9.5]

پژوهش حاضر نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند منجر به بهبود بخشودگی بین‌فردی در زنان آزاردیده از خشونت خانگی شود. رفتاردرمانی دیالکتیکی بر این نکته تاکید می‌کند که رفتارهای غیرانطباقی در خدمت تجربه‌های هیجانی آزاردهنده است. به دنبال این رفتارهای غیرانطباقی، کاهش موقتی در برانگیختگی هیجان رخ داده و در نتیجه استفاده از این راهبردهای غیرانطباقی به صورت منفی تقویت می‌شود. لذا، هدف اصلی رفتاردرمانی دیالکتیکی، به کارگیری و تعمیم مهارت‌های انطباقی است. از جمله این مهارت‌ها، مهارت کارآمدی بین‌فردی است که علاوه بر کمک به درمانجو برای کسب جرئت‌مندی بیشتر، در روابط بین‌فردی و مقابله با تعارض‌ها نیز او را یاری می‌دهد. این مهارت شامل مواردی همچون توصیف کردن، بیان کردن، ابراز قاطعانه، تقویت کردن، ذهن‌آگاه ماندن، با اعتماد به نفس بودن و مذاکره است (لینهان، ۱۹۹۳).

همچنین، پژوهش حاضر نشان داد رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند منجر به بهبود تحمل پریشانی در زنان آزاردیده از خشونت خانگی شود. رفتاردرمانی دیالکتیکی با استفاده از به کارگیری مهارت‌های ذهن‌آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و مهارت‌های بین فردی قادر است بر نارسایی در زمینه شناختی، رفتاری و هیجانی تغییراتی را ایجاد نماید (لانگ، ادواردز، میتلر و بناویتاکولا[1] ۲۰۱۸). از طرفی این درمان به افراد در معرض آسیب کمک می‌کند تا با موقعیت‌های آشفته کنار آیند و ضمن تحمل شرایط استرس‌زا و پذیرش هیجانات، به مرور زمان راهبردهای مقابله‌ای قدیمی مانند تکانشگری و آسیب رساندن به خود و عدم برنامه‌ریزی را با راهبردهای مقابله‌ای سالم جایگزین نمایند (اخوان و سجادیان، ۱۳۹۵).

در نهایت، نتایج پژوهش حاضر حاکی از برتری اثربخشی درمان متمرکز بر پذیرش و تعهد بر رفتاردرمانی دیالکتیکی در بهبود بخشودگی بین‌فردی و تحمل پریشانی بود. اجزای اصلی هر دو رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی به تمرکز بر روی افکار منفی تاکید دارند، به عبارتی دیگر هر دو رویکرد معتقد هستند که افکار منفی اغلب سبب تحریف واقعیت می‌شوند، لذا، درمان به منظور کاهش تاثیر هیجانی ناخوشایند و شناخت جایگزینی آن‌ها با افکار منطقی و سازگارتر است. لیکن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با اندکی تفاوت نسبت به روش رفتاردرمانی دیالکتیکی اثربخش‌تر گزارش شد که این می‌تواند نشان دهنده برتری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ایجاد آگاهی جهان شمول، آگاهی آگاهانه نسبت به اینجا و اکنون، گشودگی، علاقه و پذیرش نسبت به جریان زندگی بیشتر باشد که باعث شد زنان درگیر با خشونت‌های خانگی در پژوهش حاضر بعد از مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد از تحمل پریشانی و بخشودگی بین‌فردی بیشتری، نسبت به گروه مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی، برخوردار شوند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر توصیف آزمودنی‌ها از خود و بیان تجارب خود به دلیل نفع ثانویه بود. این نفع ثانویه شامل حمایت برخی سازمان‌ها از قبیل بهزیستی نسبت به زنان آزاردیده از خشونت خانگی بود. به دلیل اینکه نمونه‌های پژوهش حاضر از شهر ساری گرفته شد، لذا تعمیم یافته‌ها به سایر مناطق باید با احتیاط صورت پذیرد. همچنین طبق نتایج حاصل از پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و نیز رفتاردرمانی دیالکتیکی برای افزایش بخشودگی بین‌فردی و بالا بردن تحمل پریشانی در زنان آزاردیده از خشونت‌های خانگی استفاده شود.

در پایان از تمامی پرسنل اورژانس اجتماعی شهرستان ساری و شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر به جهت همکاری در این پژوهش تشکر می‌گردد. لازم به ذکر است که مقاله حاضر مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول است که در سامانه کمیته ملی اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری ثبت گردیده است.

منابع

اثنی عشران، س.، یزدخواستی، ف.، و عریضی سامانی، ح. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک (DBT) بر تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی زنان معتاد از طریق متغیر های میانجی ذهن آگاهی و ارتباط موثر و تنظیم شناختی هیجانی. *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، DOI: 10.30486/JSRP.2019.569930.1371

احتشام‌زاده، پ.، احدی، ح.، عنایتی، م.، و حیدری، ع. (۱۳۸۹). ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش بخشودگی بین فردی، *اندیشه و رفتار*، ۴(۶۳)، ۴۴۵-۴۴۳.

[1] Lang, Edwards, Mittler, & Bonavitacola

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.9.5]

اخوان، ش.، و سجادیان، ا. (۱۳۹۶). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بی‌ثباتی هیجانی و تکانشگری در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی. *روان‌شناسی بالینی*، ۳(۳۱)، ۲-۱۵.

اسدپور،ا. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان شناختی زنان مطلقه در بافت فرهنگی شهر ورامین. *کنفرانس بین المللی فرهنگ آسیب‌شناسی روانی و تربیت، انجمن روانشناسی ایران، دانشگاه الزهرا.*

اصفری، ف.، عیسی‌پور، خ.، قاسمی جوینه، ر. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر فرسودگی زناشویی و طلاق عاطفی متقاضی طلاق. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۷ (۱)، ۱۴-۲۱.

امیریان، ک.، مامی، ش.، احمدی، و.، و محمدزاده، ج. (۱۳۹۸). اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر دشواری در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در سوءمصرف‌کنندگان مواد، *آموزش و سلامت جامعه*. ۵(۲)، ۵۳-۶۱.

بیات، ح.، زارعی، م.، و فرهادی، م. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بخشش و تاب آوری زنان دارای تعارض با همسر مراجع کننده به مراکز مشاوره شهر شیراز، مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، ۵ (۵۰)، ۴۰-۵۰.

پارسافر، س.، نامداری، ک.، هاشمی، ا.، و مهرابی، ح. (۱۳۹۴). بررسی رابطه‌ی تعهد مذهبی، سبک بخشش، نبخشیدن و نشخوار ذهنی با سلامت روان .*فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۶ (۲۳)، ۱۳۹-۱۶۲.

حاجی‌نیا اسبو، آ.، خلعتبری، ج.، میرزمانی، م.، قربان شیرودی، ش.، و ابوالقاسمی، ش. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب ناشی از تعارضات زناشویی زنان درگیر خشونت خانگی، *مطالعات ناتوانی*، ۱۰(۱۳۰)، ۱-۶.

خدابخش، م.، و کیانی، ف. (۱۳۹۲). بررسی نقش عفو در سلامت و بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان، *مجله تحقیقات نظام سلامت*، ۹ (۱۰)، ۱۰۶۱- ۱۰۵۰.

رضایی، ز.، واحد، ن.، رسولی آزاد، م.، موسوی، غ.، و قادری، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) بر استراتژی‌های تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی در بیماران تحت درمان با متادون، *دوماهنامه فیض*، ۲۳ (۱)، ۵۲-۶۰.

سعادتمند، خ.، بساک‌نژاد، س.، و امان الهی، ع. (۱۳۹۶). اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت و بخشش زوج‌ها، *مجله روانشناسی خانواده*، ۴ (۱)، ۴۱-۵۲.

شایان، آ.، معصومی، ز.، و کاویانی، م. (۱۳۹۳). بررسی رابطه همسرآزاری و سلامت روانی در زنان دچار خشونت خانگی ارجاع شده به پزشکی قانونی شهر شیراز، *مجله آموزش و سلامت جامعه*، ۱(۴)، ۵۱-۵۷.

علوی، خ.، مدرس غروی، م.، امین یزدی، ا.، و صالحی فدردی، ج. (۱۳۹۰). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی (باتکیه بر مولفه‌های هشیاری فراگیر بنیادین، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی) بر نشانه‌های افسردگی در دانشجویان، *اصول بهداشت روانی*، ۱۳(۲)، ۱۳۵-۱۲۴.

فروزانفر، ا.، لواسانی، م.، و شعاع کاظمی، م. (۱۳۹۶). اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و حساسیت اضطرابی زنان وابسته به سو مصرف مواد. *اعتیادپژوهی*، ۱۱(۴۴)، ۱۳۵-۱۵۴.

قاصدی، م.، باقری، ف.، و کیامنش، ع. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی دو روش درمان گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی و مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بخشش، تنظیم هیجان و صمیمیت زناشویی، *مجله اخلاق زیستی*، ۸ (۲۹)، ۸۷-۹۸.

قلی‌زاده، ف.، سلیمانی‌زاده، ن.، خروشی، م.، و فدایی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بربخشودگی بین فردی و صمیمیت زناشویی زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۲ (۵)، ۱۸۲۵-۱۸۳۳.

کاظمیان مقدم، ک.، مهرابی‌زاده هنرمند، م.، کیامنش، ع.، و حسینیان، س. (۱۳۹۷). رابطه علی تمایزیافتگی، معناداری زندگی و بخشودگی با دلزدگی زناشویی از طریق میانجی‌گری تعارض زناشویی و رضایت زناشویی. *روشها و مدلهای روانشناختی*، ۹ (۳۱)، ۱۳۱-۱۴۶.

محمدپور، ع.، شیری، ط.، فرحبخش، ک.، و ذوالفقاری، ش. (۱۳۹۹). پیش‌بینی گرایش به طلاق براساس دلزدگی زناشویی و تحمل پریشانی با میانجیگری احساس تنهایی در زنان متقاضی طلاق. فصلنامه فرهنگ و مشاوره و روان‌درمانی، ۱۱ (۴۲)، ۱۲۱-۱۴۱.

محمودعلیلو، م.، و شریفی، م. (۱۳۹۱). *رفتاردرمانی دیالکتیکی برای اختلال شخصیت مرزی*. ناردیس.

مدرس غروی، م. (۱۳۹۰). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه‌ی گروهی (با تکیه بر مولفه‌های هوشیاری فراگیر بنیادین، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی) بر نشانه‌های افسردگی در دانشجویان، *اصول بهداشت روانی*، ۱۳ (۵۰)، ۱۳۵-۱۲۴.

میرجعفری، ا.، و بیابانی، غ. (۱۳۹۶). درآمدی برخشونت جرائم خشونت بار. *فصلنامه علمی کارآگاه*، ۱(۲)، ۲۲-۴۴.

یخچالی، م.، و وکیلی، پ. (۱۳۹۶). تاثیر بخشش درمانی بر سلامت روان و روابط بین فردی زنان در آستانه طلاق، *روان‌شناسی معاصر*، ۱۲، ۱۹۲۵- ۱۹۲۱.

Akhtar S., & Barlow, J. (2016). Forgiveness Therapy for the Promotion of Mental Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis. Trauma Violence Abuse. 19(1), 107-122.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.9.5]

Amoakohene, M. L. (2004). Violence against women in Ghana: a look at women's perceptions and review &of policy and social responses. Social science. Medicine, 59, 2373-2385.

Ayton, D., Pritchard, E., Tsindos, T. (2019). Acquired Brain Injury in the Context of Family Violence: A Systematic Scoping Review of Incidence, Prevalence, and Contributing Factors. Journal Indexig & Metrics, 22(1), 3-17.

Hayes, S.C., Strosahi, K.,& Wilson, K.(2012). Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change. 2nd Edition. Guilford press.

Hofmann, S.G., & Asmundson, G.J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? Clinical psychology review, 28(1), 1-6.

Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A., & Schmidt, N. B. (2010). Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. Behavior Therapy, 41(4), 567-574.

Karremans, J.C., van Schie, H.T., van Dongen, I., Kappen, G., Mori, G., van as, S., ten Bokkel, I.M., & van der Wal, R.C. (2019). Is mindfulness associated with interpersonal forgiveness? Emotion. 20(2), 296-310.

Lang, C.M., Edwards, A.J., Mittler, M.A., & Bonavitacola, L. (2018). Dialectical behavior therapy with prolonged exposure for adolescents: rationale and review of the research. the address for the corresponding author was captured as affiliation for all authors. Cbpra, 25, 416-28.

Levenson, M.R., Aldwin, C.M., & Yancura, L.(2006). Positive emotional change: Mediating effects of forgiveness and spirituality. Explore The Journal of Science and Healing.2(6), 498-508.

Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Kanter, J. W., Craft, J. C.,Comtois, K. A., & Recknor, K. L. (1993). Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder and Drug-Dependence. American Journal on Addiction, 8, 279-292.

Lynch, T.R.,& Bronner., L.L.(2006). Mindfulness and Dialectical Behavior Therapy (DBT). Application with Depressed Older Adults with Personality Disorders. Practical Resources for the Mental Health Professional,10, 217-236.

Sams, Khia L. (2012). Forgiveness, Mental Health, and Adult Children of Alcoholics. Undergraduate Honors Theses, 157.

Simons, J., & Gaher, R. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. Motivation and Emotion, 29, 83-102.

Steven, C., & Hayes Kirk, D. (2004). A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy. Springer, Boston.

Trivillion, K., Oram, S., Feder, G., & Howard, M. H. (2012). Experiences of domestic violence & mental disorders: A systematic review & meta-analysis. PLoS One, 7(12), 1-12..

Zvolensky, M.J., Bemstein, A., & Vujanovic, A.A. (2011). Distress tolerance: Theory, Research, and Clinical Application. New York: Guilford Press.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.9.5]