رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۵، شماره پیاپی ۱۱۰، مرداد ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(5), 2025

اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت بر نشخوار خودانتقادی، ناامیدی بین‌فردی و تحمل پریشانی در نوجوانان دارای افکار خودکشی

The Effectiveness of Compassion-Focused Acceptance and Commitment Group Therapy on Self-Critical Rumination, Interpersonal Hopelessness, and Distress Tolerance in Adolescents with Suicidal Ideation

ابوذر دهداری
استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه سلمان فارسی کازرون، کازرون، ایران.

Abouzar Dehdari
Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Salman Farsi University of Kazerun, Kazerun, Iran.
a.dehdari@kazerunsfu.ac.ir

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت بر نشخوار خودانتقادی، ناامیدی بین‌فردی و تحمل پریشانی در نوجوانان دارای افکار خودکشی بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری ۱ ماهه بود. جامعه آماری نوجوانان دارای افکار خودکشی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر کوه‌چنار در سال ۱۴۰۳ بود. با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش ۳۰ نوجوان به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) جایگذاری شدند. در مراحل سنجش از مقیاس نشخوار خودانتقادی (SCRS؛ اسمارت و همکاران، ۲۰۱۶)، مقیاس ناامیدی بین‌فردی (IHS؛ توکر و همکاران، ۲۰۱۸)، و مقیاس تحمل پریشانی (DTS؛ سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) استفاده شد. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یکبار تحت مداخله قرار گرفت. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد. نتایج نشان داد که بین نمرات نشخوار خودانتقادی، ناامیدی بین‌فردی و تحمل پریشانی در گروه آزمایش از مراحل پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و پیش‌آزمون تا پیگیری به طور معناداری تفاوت وجود دارد (P<۰/۰۵). در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که گروه‌درمانی پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت نقش مؤثری در بهبود وضعیت روان‌شناختی نوجوانان دارای افکار خودکشی داشته و به نظر می‌رسد این مداخله توانسته با کاهش مؤلفه‌های منفی روان‌شناختی و تقویت توانمندی‌های مقابله‌ای، تغییرات مثبتی را ایجاد کند که در طول زمان نیز پایدار باقی مانده‌اند.

واژه‌های کلیدی: *تحمل پریشانی، نشخوار خودانتقادی، ناامیدی بین‌فردی، گروه درمانی پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت، نوجوانان.*

Abstract

The present study aimed to determine the effectiveness of compassion-focused acceptance and commitment group therapy on self-critical rumination, interpersonal hopelessness, and distress tolerance in adolescents with suicidal ideation. The research method was a quasi-experimental one with a pretest-posttest design and a control group with a 1-month follow-up phase. The statistical population included adolescents with suicidal thoughts who referred to counseling and psychological service centers in Kuhchenar in 2024. Based on the inclusion criteria, 30 adolescents were selected through purposive sampling and randomly assigned to experimental (15 individuals) and control (15 individuals) groups. To collect data, the Self-Critical Rumination Scale (SCRS; Smart et al., 2016), Interpersonal Hopelessness Scale (IHS; Tucker et al., 2018), and Distress Tolerance Scale (DTS; Simons & Gaher, 2005) were used. The experimental group participated in eight 90-minute sessions held weekly. Data were analyzed using repeated measures analysis. The results showed that there were significant differences in the scores of self-critical rumination, interpersonal hopelessness, and distress tolerance in the experimental group from pretest to posttest and from pretest to follow-up (P<0.05). In conclusion, compassion-focused acceptance and commitment group therapy appears to have played a meaningful role in improving the psychological condition of adolescents with suicidal ideation. The intervention seems to have facilitated positive changes by reducing negative psychological components and strengthening coping abilities, with these effects remaining stable over time.

Keywords: *Distress Tolerance, Self-critical Rumination, Interpersonal Hopelessness, Compassion-focused Acceptance and Commitment Group Therapy, Adolescents.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت :** تیر ۱۴۰۴ | **پذیرش:** تیر ۱۴۰۴ | **ویرایش نهایی:** مرداد ۱۴۰۴

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.21]

مقدمه

نوجوانی یکی از بحرانی‌ترین و سرنوشت‌سازترین دوره‌های تحول انسان است که با تغییرات گسترده زیستی، شناختی، عاطفی و اجتماعی همراه است (مورنو-وایانکور[1] و همکاران، ۲۰۲۵). در این مرحله از زندگی، نوجوانان با چالش‌هایی چون استقلال‌یابی، هویت‌یابی، تنش‌های تحصیلی و اجتماعی، و تغییر در روابط خانوادگی و بین‌فردی مواجه می‌شوند (بلک[2] و همکاران، ۲۰۲۵). این تغییرات در کنار نوسانات هیجانی طبیعی این دوره، می‌تواند زمینه‌ساز بروز پریشانی روانی و در موارد شدیدتر، افکار یا تمایلات خودکشی شوند (مورنو-وایانکور و همکاران، ۲۰۲۵). خودکشی به عنوان یکی از عوامل مرگ‌ومیر در میان نوجوانان در بسیاری از کشورها، از جمله ایران، شناخته شده است که نشان‌دهنده عمق بحران و اهمیت توجه به آن است (شاره و روباتی، ۲۰۲۲). بر اساس گزارش میری و همکاران (۱۴۰۱) در ایران شیوع اقدام به خودکشی در دانش‌آموزان و دانشجویان ۶ تا ۸/۳ و افکار خودکشی ۲/۸ تا ۷/۴۹ متغیر بود. همچنین میزان خودکشی در نوجوانان ایالات متحده ۶/۵ در هر ۱۰۰۰۰۰ گزارش شده است (هینک[3] و همکاران، ۲۰۲۲). بر این اساس درک عوامل روانشناختی مؤثر بر افکار خودکشی می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از پیامدهای ناگوار آن‌ایفا کند (لی[4] و همکاران، ۲۰۲۵).

یکی از عوامل روان‌شناختی که در بروز افکار خودکشی مورد توجه قرار گرفته است، نشخوار خودانتقادی است (لو و چنگ[5]، ۲۰۲۴). نشخوار خودانتقادی، فرآیندی شناختی است که در آن فرد به شکل مکرر، غیرارادی و منفی به افکار مرتبط با شکست‌ها، اشتباهات و نقایص شخصی خود بازمی‌گردد (اسمارت[6] و همکاران، ۲۰۱۶). نوجوانان با ویژگی نشخوار خودانتقادی، معمولا به دلیل ضعف در تنظیم شناختی و هیجانی، در چرخه‌ای از خودسرزنشی، احساس شرم، بی‌کفایتی و ناامیدی گرفتار می‌شوند (پارانجوتی و وید[7]، ۲۰۲۴ ؛لوما و پلات[8]، ۲۰۱۵). علاوه بر این پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که نشخوار خودانتقادی با افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی رابطه مثبت دارد، و در نوجوانانِ فاقد مهارت‌های مقابله‌ای مناسب، نقش برجسته‌تری پیدا می‌کند (راجرز و جوینر[9]، ۲۰۱۷؛ گنگ[10] و همکاران، ۲۰۱۹).

عامل مهم دیگری که در فهم بهتر افکار خودکشی در افراد باید مورد توجه قرار گیرد، ناامیدی بین‌فردی[11] است (رابینسون[12] و همکاران، ۲۰۲۴). این مفهوم که ریشه در نظریه بین‌فردی خودکشی دارد، به احساس مداوم بی‌ارزشی در روابط، طرد شدن، فقدان پیوند عاطفی با دیگران اشاره دارد (توکر[13] و همکاران، ۲۰۱۸). نوجوانانی که در تعاملات خود دچار شکست، طرد یا بی‌توجهی از سوی خانواده، دوستان یا جامعه می‌شوند، به تدریج دچار این احساس می‌شوند که وجودشان بی‌معنا است و کسی آن‌ها را نمی‌خواهد یا درک نمی‌کند (داگلاس[14] و همکاران، ۲۰۲۵). ناامیدی بین‌فردی، زمانی که با احساس انزوا و ناتوانی در ایجاد ارتباطات معنادار همراه شود، می‌تواند فرد را در مسیر افکار و رفتارهای خودکشی قرار دهد؛ در واقع ناامیدی بین‌فردی می‌تواند به شکل‌گیری باورهای آسیب‌زا در مورد مرگ و فقدان ارزش زندگی منجر شود (الدج[15] و همکاران، ۲۰۲۱).

علاوه بر ناامیدی بین‌فردی که یکی از مؤلفه‌های اساسی در نظریه بین‌فردی خودکشی محسوب می‌شود، تحمل پریشانی نیز به‌عنوان سازه‌ای تعیین‌کننده در تبیین شکل‌گیری و تداوم افکار خودکشی در نوجوانان، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. تحمل پریشانی به ظرفیت فرد برای تجربه و تحمل هیجانات منفی شدید، بدون اقدام فوری برای اجتناب، فرار یا بهره‌گیری از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه اشاره دارد (آنبرین[16] و همکاران، ۲۰۲۴). این توانمندی شناختی-هیجانی نقش محوری در تنظیم هیجان، مدیریت تنش‌های روانی، و حفظ سازگاری در شرایط دشوار ایفا می‌کند و در دوره نوجوانی، که با ناپایداری هیجانی، تعارضات اجتماعی و فشارهای بیرونی همراه است، اهمیتی دوچندان می‌یابد (یوجیا[17] و همکاران، ۲۰۲۴). در همین راستا پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افرادی با ظرفیت پایین‌تر در تحمل

1. Morneau-Vaillancourt
2. Black
3. Hink
4. Li
5. Lo & Cheng
6. Smart
7. Paranjothy & Wade
8. Luoma & Platt
9. Rogers & Joiner
10. Gong
11. Interpersonal Hopelessness
12. Robison
13. Tucker
14. Douglas
15. Elledge
16. Unbrin
17. Yujia

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.21]

پریشانی، نه‌تنها در برابر استرس‌های روزمره آسیب‌پذیرترند، بلکه در مواجهه با بحران‌های عاطفی و بین‌فردی نیز بیشتر دچار احساس درماندگی و ناتوانی در مدیریت وضعیت می‌شوند (انوار[1] و همکاران، ۲۰۲۴؛ لی[2] و همکاران، ۲۰۲۴). از سوی دیگر، پایین بودن تحمل پریشانی ممکن است چرخه‌ای از آسیب‌پذیری روان‌شناختی ایجاد کند که در آن فرد به‌جای مواجهه فعال با مسائل، به راهبردهای اجتنابی یا رفتارهای پرخطر متوسل می‌شود؛ راهبردهایی که اگرچه ممکن است در کوتاه‌مدت احساس رهایی ایجاد کنند، اما در بلندمدت منجر به تشدید نشانه‌های روان‌شناختی و افزایش خطر افکار و تمایلات خودکشی می‌شوند (آنتونا-کامبلور[3] و همکاران، ۲۰۲۴؛ مارتینز[4]، ۲۰۲۲).

با توجه به اهمیت متغیرهای پژوهش در بروز افکار خودکشی، ضروری است که درمان‌های روانشناختی مؤثری در جهت کاهش آن‌ها بکار گرفته شود. در سال‌های اخیر، درمان‌های موج سوم روان‌درمانی، به‌ویژه درمان پذیرش و تعهد، با تأکید بر پذیرش تجربه‌های درونی به جای اجتناب از آن‌ها، تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، و هم‌سویی با ارزش‌های فردی، توجه بسیاری را به خود جلب کرده‌اند (قلعه امام‌قیاسی و آتش‌پور، ۲۰۲۰؛ هیل[5] و همکاران، ۲۰۲۰). یکی از رویکردهای نوین در این حوزه، درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت است که تلفیقی از اصول درمان پذیرش و تعهد با مؤلفه‌های درمان مبتنی بر شفقت محسوب می‌شود. این رویکرد با تمرکز بر پرورش شفقت نسبت به خود و دیگران، کاهش خودانتقادی و پذیرش هیجانات دشوار، می‌کوشد با ایجاد نگرشی مهربانانه، غیرقضاوت‌گر و پذیرنده نسبت به خود، از چرخه‌های معیوب خودسرزنشی، اجتناب هیجانی و ناامیدی بکاهد (کلیهر-رابون[6] و همکاران، ۲۰۰؛ کلیمان[7] و همکاران، ۲۰۲۵). تاکنون پژوهش‌های متعددی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان شفقت را در پریشانی‌های روانی و مشکلات جسمانی نشان داده‌اند (گیلبرت[8]، ۲۰۲۰؛ هیز و کینگ[9]، ۲۰۲۴)؛ همچنین، یافته‌های جدید نشان می‌دهند که این رویکردها می‌توانند با تقویت پذیرش هیجانی، کاهش خودانتقادی، و افزایش تاب‌آوری، در کاهش افکار خودکشی و رفتارهای خودآسیب‌زننده نیز مؤثر باشند (کلیر[10] و همکاران، ۲۰۱۹؛ دوکاسه[11] و همکاران، ۲۰۱۸).

با این حال، علی‌رغم پشتوانه نظری قوی، شواهد تجربی کافی درباره اثربخشی این درمان بر مجموعه‌ای از متغیرهای شناختی و هیجانی مرتبط با خودکشی در نوجوانان وجود ندارد؛ این خلأ پژوهشی، ضرورت انجام مطالعات تجربی دقیق و هدفمند در این حوزه را دوچندان می‌سازد. از منظر نظری، پژوهش حاضر می‌تواند به غنای ادبیات علمی موجود در حوزه روان‌شناسی نوجوانان و مداخلات پیشگیرانه خودکشی کمک کند و چارچوب نظری منسجمی برای فهم بهتر تعامل این متغیرهای شناختی و هیجانی ارائه دهد. از منظر عملی، یافته‌های این پژوهش می‌توانند به متخصصان سلامت روان، روان‌درمانگران و مشاوران مدارس کمک کند تا با بهره‌گیری از رویکردهای مبتنی پذیرش و تعهد و شفقت، مداخلات مؤثرتری برای نوجوانان در معرض خطر تدوین کنند. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت بر نشخوار خودانتقادی، ناامیدی بین‌فردی و تحمل پریشانی در نوجوانان دارای افکار خودکشی بود.

روش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری ۱ ماهه بود. جامعه آماری شامل نوجوانان دارای افکار خودکشی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر کوه‌چنار در سال ۱۴۰۳ بود. از میان این افراد، ۳۰ نفر که واجد ملاک‌های ورود به پژوهش بودند، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) جایگذاری شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دامنه سنی ۱۲ تا ۱۸ سال، تکمیل فرم رضایت‌نامه توسط والدین و خودشان، تمایل به شرکت در جلسات درمان، نداشتن مشکل جسمانی و اختلالات روان‌پریشی بر اساس خوداظهاری، عدم مصرف داروی روانپزشکی در یک سال اخیر بر اساس خوداظهاری، عدم سوء مصرف مواد و الکل بر اساس خوداظهاری، نمره بالاتر از ۶ در پرسشنامه افکار خودشی

1. Anwar
2. Li
3. Antuña-Camblor
4. Martins
5. Hill
6. Kelliher-Rabon
7. Kleiman
8. Gilbert
9. Hayes & King
10. Cleare
11. Ducasse

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.21]

بک، و عدم دریافت خدمات روان‌شناختی همزمان بود. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل شدت یافتن افکار خودکشی، نیاز به مداخله دارویی، غیبت بیش از ۲ جلسه مداوم، عدم تمایل به ادامه حضور در پژوهش، و عدم تکمیل پرسشنامه‌ها در طی مراحل سنجش بود. ابتدا، از نوجوانان مراجعه کننده دارای افکار خودکشی به مراکز مشاوره و روانشناسی شهر کوه‌چنار، پرسشنامه افکار خودکشی بک دریافت شد. افرادی که نمره بالاتر از ۶ کسب کردند، به عنوان فرد دارای افکار خودکشی در نظر گرفته شدند. سپس افراد به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگذاری شدند. گروه آزمایش تحت مداخله گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت قرار گرفت که طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد. در این مدت، گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. یک ماه پس از پایان جلسات، مرحله پیگیری جهت سنجش ماندگاری اثرات مداخله اجرا گردید. در اجرای این پژوهش، تمامی ملاحظات اخلاقی مطابق با اصول بیانیه هلسینکی رعایت گردید. پیش از آغاز مطالعه، اهداف، روش‌ها، منافع و مخاطرات احتمالی به‌طور کامل برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت‌نامه آگاهانه کتبی اخذ گردید. مشارکت در پژوهش کاملا داوطلبانه بود و شرکت‌کنندگان در هر مرحله بدون هیچ‌گونه پیامد منفی امکان انصراف داشتند. همچنین در تمام مراحل انجام پژوهش، اصول احترام به حقوق فردی، اجتناب از هرگونه آسیب جسمی یا روانی، و رعایت عدالت در انتخاب و برخورد با شرکت‌کنندگان مدنظر قرار گرفت. در نهایت داده‌ها به روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ مورد تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

مقیاس نشخوار خودانتقادی (SCRS)[1]: مقیاس نشخوار خودانتقادی توسط اسمارت و همکاران (۲۰۱۶) تدوین شده است و شامل ۱۰ گویه است که هر کدام از گویه‌ها بر مبنای طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از ۱ (اصلا) تا ۴ (خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. دامنهٔ نمرات بین ۱۰ تا ۴۰ و نمرات بالاتر به معنی افزایش سطح نشخوار خودانتقادی است. اسمارت و همکاران (۲۰۱۶) روایی این مقیاس را به روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی کردند و نشان دادند که ۱۰ سوال باقیمانده در یک عامل قرار می‌گیرد و در مجموع ۴۱/۵۸ درصد واریانس را تبیین کرد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۲ بدست آمد (اسمارت و همکاران، ۲۰۱۶). در پژوهش شاهیان و همکاران (۱۴۰۳) روایی ملاکی مقیاس نشخوار خودانتقادی با افسردگی (۰/۶۶)، اضطراب (۰/۵۲) و استرس (۰/۶۵) رابطه مثبت و با شفقت به خود (۰/۷۰-) رابطه منفی داشت، همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۹۰ گزارش شد. در پژوهش حاضر پایایی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۷۸ بدست آمد.

مقیاس ناامیدی بین‌فردی (IHS)[2]: این مقیاس توسط توکر[3] و همکاران (۲۰۱۸) در ۱۰ گویه تدوین شده است. هدف آن ارزیابی ادراکات ناامیدی در مورد ساختار بین‌فردی شرح داده شده در نظریه بین‌فردی خودکشی (یعنی تعلق خنثی شده و سنگینی ادراک شده) است. پاسخگویی به سوالات پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای (۰= هرگز، ۴= کاملا درست) است. حداقل نمره ۰ و حداکثر نمره ۴۰ است. نمرات بالاتر نشان دهنده ادراک بیشتری از ناامیدی درباره آینده در سازه‌های بین‌فردی است. در پژوهش اصلی روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی مطلوب گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برابر با ۰/۹۵ بدست آمد (توکر و همکاران، ۲۰۱۸)؛ همچنین در نمونه ایرانی روایی همگرا با رفتار خودکشی ۰/۷۲ بدست آمد، علاوه بر این پایایی پرسشنامه به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۹۰ گزارش شد (مولایی و همکاران، ۱۴۰۱). در پژوهش حاضر پایایی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۱ بدست آمد.

مقیاس تحمل پریشانی (DTS)[4]: این مقیاس توسط سیمونز و گاهر[5] (۲۰۰۵) تدوین شد و شامل ۱۵ گویه و ۴ مؤلفه تحمل، جذب، ارزیابی، و تنظیم است. شیوه نمره‌گذاری به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً موافقم=۱ تا کاملاً مخالفم=۵) است. دامنه نمرات بین ۱۵ تا ۷۵ است. نمرات بالاتر نشان دهنده تحمل پریشانی بیشتر است. پایایی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای مؤلفه تحمل ۰/۷۲، ارزیابی ۰/۸۲، جذب ۰/۷۸، و تنظیم ۰/۷۰ بدست آمد. روایی همگرای نمره کل پرسشنامه تحمل پریشانی با خلق منفی ۰/۵۷- بدست آمد (سیمنوز و گاهر، ۲۰۰۵). در نمونه ایرانی کشاورز و آرام‌فر (۱۴۰۳) روایی همگرا با باورهای فراشناختی ۰/۶۴ گزارش شد، همچنین پایایی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۳ بدست آمد. در پژوهش حاضر پایایی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۷۹ بدست آمد.

1. Self-Critical Rumination Scale
2. Interpersonal Hopelessness Scale
3. Tucker
4. Distress Tolerance Scale
5. Simons & Gaher

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.21]

گروه درمانی پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت: در جدول ۱ خلاصه جلسات گروه درمانی پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت بر اساس رویکرد درمان پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت ارائه شده است که توسط اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۷) بومی‌سازی گردیده است. برنامه مداخله‌ای در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یکبار به صورت گروهی اجرا شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت

جلسات	دستور جلسه	محتوای جلسات	تکالیف
۱	آشنایی با اعضاء و معرفی روش درمان	آشنایی مقدماتی با اعضاء گروه، شیوه و تعهدات درمانی، معرفی درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت، رنج و التیام و معرفی دلایل رنج انسان	مشاهده رنج پشت رفتار خود و دیگران
۲	خلاصه‌ای از جلسه قبل، بررسی تکلیف جلسه گذشته، بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها	کارآمدی به عنوان معیار سنجش، ایجاد نا امیدی خلاقانه، معرفی سیستم‌های تنظیم هیجان، معرفی انواع رنج انسان، معرفی انواع نیازهای انسان، معرفی ابعاد شفقت	انجام تمرین خود، ارائه تکلیف بررسی رفتارها بر اساس انواع خود
۳	بیان کنترل به عنوان مشکل سنجش عملکرد، معرفی استدلال منطقی و استدلال شفقت‌آمیز	بیان کنترل به عنوان مسئله (مشکل)، مغزآگاه	بررسی تکلیف هفته گذشته، ارائه برگه تکلیف و سپس بررسی آن بر اساس استدلال مهربانانه
۴	معرفی تمایل / پذیرش، معرفی گسلش، درگیر شدن با اعمال هدفمند، معرفی احساس مهربانانه	کار برد تکنیک‌های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل ساز زبان، تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف	بازخورد جلسه قبل، بررسی تکلیف جلسه گذشته، ارائه برگه تکلیف نگاه ذهن‌آگاهانه به احساسات و ماندن با احساسات، مرور تکلیف و تعهد رفتاری، انجام تمرین مهربانی گرفتن از دیگران، اجرای تکلیف مهربانی کردن به دیگران، اجرای تمرین نقش بازی کردن خود مهربان
۵	مشاهده خود به عنوان زمینه، معرفی تصور شفقت‌آمیز	تضعیف خود مفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده‌گر، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، کار برد تکنیک‌های ذهن‌آگاهی، انجام تصویرسازی، معرفی ویژگی‌های انسان مهربان	برگه تکلیف شامل نگاه ذهن‌آگاهانه به رنج، استدلال مهربانانه نسبت به رنج، دیدن ذهن‌آگاهانه‌ی احساسات و انجام تصویر سازی در موقع داشتن رنج
۶	تضاد بین تجربه و ذهن، معرفی مهارت توجه شفقت‌آمیز	الگو سازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی به عنوان یک فرایند، معرفی ابعاد مختلف توجه شفقت‌آمیز، معرفی بدون قضاوتی بودن	بررسی تکلیف‌های جلسه گذشته، ارائه تکلیف برشمردن ارزش‌های مثبت و منفی خود و دیگران و تمرین توجه به جای خشک بودن
۷	معرفی مفهوم ارزش، معرفی مهارت تجربه حسی شفقت‌آمیز	نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج، کشف ارزش‌های عملی زندگی، بازگویی مجدد ویژگی‌های انسان مهربان، معرفی رفتار مهربانانه، معرفی انواع رفتار شفقت‌آمیز	بازخورد جلسه قبل، خلاصه‌ای از جلسات گذشته، انجام تمرین انواع رفتارهای مهربانانه در رفتارهای روزمره
۸	درک ماهیت تمایل و تعهد	تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش‌ها، معرفی مجدد رفتار مهربانانه	باز خورد جلسه قبل، بررسی تکلیف هفته گذشته، بررسی مورد به مورد رفتارها با توجه به آموزش‌های جلسات قبل

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.21]

یافته ها

مشخصات جمعیت شناختی افراد نمونه حاکی از آن بودکه میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۱/۱۲۵ ± ۱۵/۱۳ و گروه کنترل ۱/۲۴۲ ± ۱۵/۶۰ بود. در گروه آزمایش ۴۶/۷ درصد دختر و ۵۳/۳ درصد پسر بودند، در گروه کنترل ۵۳/۳ درصد دختر و ۴۶/۷ درصد پسر بودند. در گروه آزمایش ۲۶/۷ درصد دارای مقطع تحصیلی متوسطه اول و ۷۳/۳ درصد متوسط دوم بودند، در گروه کنترل ۱۳/۳ درصد متوسطه اول و ۸۶/۷ درصد متوسطه دوم بودند. همچنین در گروه آزمایش ۴۰ درصد و در گروه کنترل ۳۳/۳ درصد سابقه مراجعه قبلی به روان‌شناس در یک سال اخیر داشتند. در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیرها	مرحله سنجش	گروه آزمایش		گروه گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نشخوار خودانتقادی	پیش آزمون	۲۲/۴۰	۲/۱۳۱	۲۳/۶۰	۲/۰۲۸
	پس آزمون	۱۶/۶۰	۱/۲۹۸	۲۲/۹۳	۱/۲۸۰
	پیگیری	۱۶/۶۷	۱/۱۷۵	۲۳/۰۷	۱/۴۳۸
ناامیدی بین‌فردی	پیش‌آزمون	۱۵/۷۳	۲/۰۵۲	۱۴/۸۷	۱/۳۰۲
	پس آزمون	۸/۶۷	۱/۳۴۵	۱۵/۲۰	۱/۴۲۴
	پیگیری	۹/۲۷	۱/۰۳۳	۱۵/۴۰	۱/۴۵۴
تحمل پریشانی	پیش آزمون	۳۱/۱۳	۴/۰۸۶	۳۱/۷۳	۳/۷۵۱
	پس آزمون	۵۵/۴۰	۴/۸۸۱	۳۲/۰۰	۳/۷۲۳
	پیگیری	۵۴/۴۷	۴/۲۲۴	۳۰/۸۷	۲/۵۳۲

نتایج جدول ۲ بیانگر آن است که نمرات نشخوار خودانتقادی، ناامیدی بین‌فردی، و تحمل پریشانی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، تغییرات بیشتری داشته است. جهت بررسی معناداری تغییرات از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از ارائه نتایج، پیش‌فرض‌های آزمون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیرو–ویلک جهت پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها نشان داد که مقدار آماره آزمون در متغیرها معنادار نیست، به عبارت دیگر توزیع داده‌ها نرمال است (P>۰/۰۵). جهت بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد که نتایج آن برای نمرات نشخوار خودانتقادی، ناامیدی بین‌فردی، و تحمل پریشانی در شرکت‌کنندگان معنادار نبود، بر این اساس این پیش‌فرض مورد تایید قرار می‌گیرد (P>۰/۰۵). همچنین نتایج آزمون کرویت ماچلی نشان داد که مقدار P آزمون در هیچ یک از متغیرهای پژوهش بالاتر از ۰/۰۵ بدست نیامد، بنابراین از آزمون جایگزین گرین‌هاوس گیزر استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای پژوهش در مراحل سنجش

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر	توان آزمون
نشخوار خودانتقادی	زمان	۲۰۲/۸۲۲	۱/۵۰۹	۱۳۴/۳۹۷	۷۹/۹۶۱	۰/۰۰۱	۰/۷۴۱	۱
	زمان * گروه	۱۳۳/۴۸۹	۱/۵۰۹	۸۸/۴۵۴	۵۲/۶۲۷	۰/۰۰۱	۰/۶۵۳	۱
	بین‌گروهی	۴۸۵/۳۴۴	۱	۴۸۵/۳۴۴	۹۳/۷۳۶	۰/۰۰۱	۰/۷۷۰	۱
ناامیدی بین‌فردی	زمان	۲۰۲/۹۵۶	۱/۴۸۳	۱۳۶/۸۴۷	۶۳/۲۰۴	۰/۰۰۱	۰/۶۹۳	۱
	زمان * گروه	۲۵۹/۸۰۰	۱/۴۸۳	۱۷۵/۱۷۶	۸۰/۹۰۷	۰/۰۰۱	۰/۷۴۳	۱
	بین‌گروهی	۳۴۸/۱۰۰	۱	۳۴۸/۱۰۰	۱۰۷/۰۸۲	۰/۰۰۱	۰/۷۹۳	۱
تحمل پریشانی	زمان	۲۷۷۷/۲۶۷	۱/۲۷۴	۲۱۷۹/۸۱۱	۱۲۷/۵۰۹	۰/۰۰۱	۰/۸۲۰	۱
	زمان * گروه	۲۹۰۴/۲۰۰	۱/۲۷۴	۲۲۷۹/۴۳۸	۱۳۳/۳۳۷	۰/۰۰۱	۰/۸۲۶	۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.21]

بین‌گروهی	۵۳۸۲/۴۰۰	۱	۵۳۸/۴۰۰	۲۱۹/۰۹۴	۰/۰۰۱	۰/۸۸۷	۱

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد میزان اثر F و اندازه اثر در زمان و گروه بر نشخوار خودانتقادی (F=۵۲/۶۲۷، P=۰/۰۰۱، η^2=۰/۶۵۳)، ناامیدی بین‌فردی (F=۸۰/۹۰۷، P=۰/۰۰۱، η^2=۰/۷۴۳)، و تحمل پریشانی (F=۱۳۳/۳۳۷، P=۰/۰۰۱، η^2=۰/۸۲۶) بدست آمد که در سطح ۰/۰۵ معنادار است. بر اساس این نتایج گروه درمانی پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت بر متغیرهای پژوهش اثر معناداری دارد. در جدول ۴ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی به منظور بررسی اثرات پایداری گروه درمانی پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت بر متغیرهای پژوهش نشان داده شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی متغیرهای پژوهش به منظور بررسی اثرات پایداری درمان

گروه	متغیر وابسته	مرحله	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
آزمایش	نشخوار خودانتقادی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۵/۸۰۰	۰/۵۰۰	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون- پیگیری	۵/۷۳۳	۰/۵۸۱	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۶۷	۰/۳۱۶	۱/۰۰۱
	ناامیدی بین‌فردی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۷/۰۶۷	۰/۵۷۳	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون- پیگیری	۷/۴۶۷	۰/۶۰۱	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۶۰۰	۰/۲۳۵	۰/۰۶۹
	تحمل پریشانی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۲۴/۲۶۷	۱/۷۴۴	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون- پیگیری	-۲۳/۳۳۳	۱/۷۱۵	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون-پیگیری	۰/۹۳۳	۰/۶۱۳	۰/۴۵۱
گواه	نشخوار خودانتقادی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۰/۶۶۷	۰/۳۱۹	۰/۱۶۶
		پیش‌آزمون- پیگیری	۰/۵۳۳	۰/۴۰۱	۰/۶۱۴
		پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۱۳۳	۰/۲۵۶	۱/۰۰۱
	ناامیدی بین‌فردی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۰/۳۳۳	۰/۴۲۲	۱/۰۰۱
		پیش‌آزمون- پیگیری	-۰/۵۳۳	۰/۴۸۷	۰/۸۷۵
		پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۲۰۰	۰/۳۵۵	۱/۰۰۱
	تحمل پریشانی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۰/۲۶۷	۱/۱۸۵	۱/۰۰۱
		پیش‌آزمون- پیگیری	۰/۸۶۷	۰/۷۳۶	۰/۷۷۶
		پس‌آزمون-پیگیری	-۱/۱۳۳	۰/۶۳۹	۰/۲۹۴

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری در جدول ۴ نشان داده شده است که تفاوت میانگین نشخوار خودانتقادی، ناامیدی بین‌فردی، و تحمل پریشانی در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و همچنین پیش‌آزمون با پیگیری معنادار است (P<۰/۰۵)، اما در گروه گواه تفاوت بین نمرات پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری و همچنین تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون و پیگیری، معنادار نیست (P>۰/۰۵). بر اساس این نتایج می‌توان گفت گروه درمانی پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت بر نشخوار خودانتقادی، ناامیدی بین‌فردی، و تحمل پریشانی اثربخش بوده است و اثرات این درمان در مرحله پیگیری نیز باقی مانده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت بر نشخوار خودانتقادی، ناامیدی بین‌فردی و تحمل پریشانی در نوجوانان دارای افکار خودکشی بود. یافته نخست نشان داد برنامه مداخله‌ای بر نشخوار خودانتقادی در نوجوانان دارای افکار خودکشی تأثیر دارد. این یافته با مطالعات قلعه امام‌قیاسی و آتش‌پور (۲۰۲۰)، پارانجوتی و وید (۲۰۲۴) لوما و پلات (۲۰۱۵)، به طور

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.21]

غیرمستقیم و ضمنی همسو بود. درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت با تأکید بر پذیرش هیجانات منفی، کاهش اجتناب تجربه‌ای، و تقویت نگرش مهربانانه نسبت به خود، نقش مؤثری در کاهش نشخوار ذهنی و افکار خودانتقادی ایفا می‌کند (هیل و همکاران، ۲۰۲۰). نظریه پذیرش و تعهد بر این اصل استوار است که تلاش برای کنترل یا سرکوب افکار و احساسات منفی، خود به تداوم و تشدید رنج روان‌شناختی منجر می‌شود؛ در حالی که پذیرش آگاهانه این تجارب، همراه با تعهد به عمل در راستای ارزش‌های فردی، به افزایش انعطاف‌پذیری روانی می‌انجامد (هیز و کینگ، ۲۰۲۴). از سوی دیگر، نظریه شفقت تأکید دارد که فعال‌سازی نظام تسکین و مراقبت از خود، در کاهش تأثیرات مخرب نظام تهدید و انتقاد درونی مؤثر است (گیلبرت، ۲۰۲۰). نوجوانانی که افکار خودکشی دارند، معمولاً درگیر الگوهای شدید خودانتقادی و نشخوار ذهنی هستند که موجب تثبیت افکار منفی و کاهش خودارزشی می‌شود. این روش مداخله که همزمان پذیرش هیجانات دشوار و پرورش شفقت را هدف قرار می‌دهد، می‌تواند به شکل مؤثری به کاهش این چرخه ناسازگار منجر شود. بنابراین تغییرات ایجاد شده می‌تواند حاصل افزایش آگاهی، پذیرش، و شفقت نسبت به خود باشد که در ساختار این درمان به‌صورت هم‌زمان تقویت می‌شوند (هیل و همکاران، ۲۰۲۰).

یافته دیگر پژوهش نشان داد برنامه مداخله‌ای بر ناامیدی بین‌فردی در نوجوانان دارای افکار خودکشی تأثیر دارد. این یافته با مطالعات شاره و روباتی (۲۰۲۲)، دوکاسه و همکاران (۲۰۱۸)، و کلیهر-رابون و همکاران (۲۰۲۲) به طور غیرمستقیم و ضمنی همسو بود. درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت با تأکید بر پذیرش هیجانات، ارتقای شفقت به خود و دیگران، و افزایش آگاهی نسبت به افکار و احساسات منفی، موجب کاهش ناامیدی بین‌فردی در نوجوانان دارای افکار خودکشی می‌شود. درمان پذیرش و تعهد، با افزایش توانایی افراد در پذیرش این افکار و احساسات بدون درگیری مستقیم با آن‌ها، و با فراهم کردن زمینه‌ای برای بازسازی معنای روابط اجتماعی از طریق ارزش‌مداری، می‌تواند احساس تعلق و ارزشمندی را تقویت کند (هیز و کینگ، ۲۰۲۴). افزون بر این، رویکرد شفقت‌محور از طریق فعال‌سازی نظام مراقبت و نگرش مهربانانه، به افراد می‌آموزد که نه‌تنها با خود بلکه با دیگران نیز به‌گونه‌ای همدلانه‌تر و کمتر قضاوت‌گر برخورد کنند (گیلبرت، ۲۰۲۰). این تغییر نگرش می‌تواند به ترمیم روابط بین‌فردی، افزایش احساس پیوند، و در نهایت، کاهش ناامیدی ناشی از گسست‌های اجتماعی منجر شود. بنابراین، کاهش ناامیدی بین‌فردی در نوجوانان را می‌توان پیامد تعامل مؤلفه‌های پذیرش، شفقت، و تعهد در جهت بهبود کیفیت ارتباطات انسانی و بازسازی احساس تعلق دانست (کلیر و همکاران، ۲۰۱۹؛ کلیهر-رابون و همکاران، ۲۰۲۲).

یافته دیگر نشان داد برنامه مداخله‌ای بر تحمل پریشانی در نوجوانان دارای افکار خودکشی تأثیر دارد. این یافته با مطالعات سهراب‌نژاد و همکاران (۲۰۲۵)، کلیهر-رابون و همکاران (۲۰۲۲)، و کلیر و همکاران (۲۰۱۹) به طور غیرمستقیم و ضمنی همسو بود. درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت از طریق آموزش پذیرش هیجانات منفی، کاهش اجتناب تجربه‌ای و تقویت شفقت به خود، می‌تواند توانایی نوجوانان در تحمل پریشانی افزایش دهد. نوجوانان دارای افکار خودکشی به طور معمول در برابر هیجانات منفی مانند اضطراب، غم یا احساس گناه تاب‌آوری اندکی دارند و این وضعیت می‌تواند آن‌ها را به سمت راه‌حل‌های فوری و ناپایدار، از جمله افکار خودکشی، سوق دهد (آنتونا-کامبلور و همکاران، ۲۰۲۴). در این میان، درمان پذیرش و تعهد با آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی و تمرکز بر لحظه اکنون، به نوجوانان کمک می‌کند بدون قضاوت یا مقاومت، با هیجانات دشوار روبه‌رو شوند؛ در کنار آن، رویکرد شفقت‌محور نیز با پرورش نگرش مهربانانه نسبت به خود، زمینه‌ای برای کاهش خودسرزنشی و افزایش توان روان‌شناختی در برابر رنج فراهم می‌سازد (کلیمان و همکاران، ۲۰۲۵). ترکیب این دو رویکرد موجب تقویت ظرفیت نوجوان برای حفظ ثبات هیجانی می‌شود. بنابراین، افزایش تحمل پریشانی را می‌توان حاصل تقویت مهارت‌های پذیرش، خودشفقتی و تاب‌آوری هیجانی دانست که در قالب این درمان به‌طور هم‌زمان تقویت می‌شوند (نیاستی و همکاران، ۱۴۰۰).

در مجموع می‌توان گفت برنامه مداخله‌ای توانست به‌طور معناداری بر نشخوار خودانتقادی، ناامیدی بین‌فردی و تحمل پریشانی در نوجوانان دارای افکار خودکشی تأثیر بگذارد. این درمان با تکیه بر مؤلفه‌هایی چون پذیرش هیجانات منفی، کاهش اجتناب تجربه‌ای، افزایش آگاهی، و تقویت نگرش مهربانانه نسبت به خود و دیگران، زمینه‌ساز بهبود وضعیت روان‌شناختی نوجوانان شد.

با این حال پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود، از جمله می‌توان به نمونه‌گیری دردسترس، تعداد اندک حجم نمونه، عدم پیگیری بلندمدت، عدم کنترل عوامل محیطی و خانوادگی، عدم کنترل سابقه اقدام به خودکشی، شدت اقدام، و تشخیص روان‌پزشکی اشاره کرد. بر این اساس پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی و با حجم نمونه بیشتر انجام شوند تا امکان تعمیم نتایج به جامعه آماری گسترده‌تر فراهم شود. انجام مطالعات پیگیری در بازه‌های زمانی بلندمدت می‌تواند به بررسی پایداری

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.21]

اثرات درمانی کمک کند. همچنین پیشنهاد می‌شود عواملی مانند وضعیت خانوادگی، روابط اجتماعی، سوابق روان‌پزشکی و حمایت‌های محیطی نیز به‌صورت دقیق‌تر کنترل شوند تا درک عمیق‌تری از عوامل مؤثر بر اثربخشی درمان به دست آید.

منابع

اسماعیلی، ل.، امیری، ش.، عابدی، م.، و مولوی، ح. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت، بر اضطراب اجتماعی دختران نوجوان. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۹ (۳۰)، ۱۱۷-۱۳۷. https://jcps.atu.ac.ir/article_8605.html

کشاورز، م.، و آرام فر، ب.(۱۴۰۳). نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان در رابطه بین تحمل پریشانی و باورهای فراشناختی با اختلال وسواس جبری. *رویش روان شناسی*، ۱۳ (۷)، ۹۱-۱۰۰. https://frooyesh.ir/article-1-5049-fa.html

مولایی یساولی، م.، فداکار گبلو، پ.، خانجانی وشکی، س.، و احمد بوکانی، س. (۱۴۰۰). پایایی، روایی و هنجاریابی مقیاس ناأمیدی بین‌فردی (IHS) در دانش‌آموزان دورهٔ متوسطهٔ دوم. *پژوهش های علوم شناختی و رفتاری*، ۱۱ (۲)، ۱۶۳-۱۷۴. https://cbs.ui.ac.ir/article_26949.html

میری، م.، رضائیان، م.، و قاسمی، س.(۱۴۰۱). مروری نظام‌مند بر میزان شیوع و علل خودکشی (افکار و اقدام) در دانش آموزان و دانشجویان ایرانی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*. ۲۱ (۵)، ۵۵۱-۵۷۴. https://journal.rums.ac.ir/article-1-6454-fa.html

نیاستی، ن.، قربان شیرودی، ش.، و خلعتبری، ج.، و تیزدست، ط. (۲۰۲۱). اثربخشی بسته آموزشی مبتنی بر سه روش درمان متمرکز بر شفقت، هیجان و مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تحمل پریشانی نوجوانان دارای رفتارهای پرخاشگرانه: یک مطالعه راهنما. *سلامت اجتماعی*، ۸ (۳)، ۴۹۶-۵۰۸. https://journals.sbmu.ac.ir/ch/index.php/ch/article/view/31442

Antuña-Camblor, C., Esteller-Collado, G., Muñoz-Navarro, R., Rabito-Alcón, M. F., & Rodríguez-Díaz, F. J. (2024). Emotional Disorders, Distress Tolerance and Suicide Risk: A Mediation Model. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 00302228241299287.https://doi.org/10.1177/00302228241299287

Anwar, N., Shahzadi, M., Shahzadi, M., Khanum, S., & Imtiaz, M. (2024). Distress tolerance and mental health problems among university students: Distress tolerance and mental health. *Pakistan Journal of Health Sciences*, 73-78.https://doi.org/10.54393/pjhs.v5i03.1336

Black, L., Panayiotou, M., & Humphrey, N. (2025). Estimating adolescent mental health in the general population: current challenges and opportunities. *The Lancet Psychiatry*, *12*(2), 153-160.https://doi.org/10.1016/s2215-0366(24)00254-2

Cleare, S., Gumley, A., & O'Connor, R. C. (2019). Self-compassion, self-forgiveness, suicidal ideation, and self-harm: A systematic review. *Clinical psychology & psychotherapy*, *26*(5), 511-530.https://doi.org/10.1002/cpp.2372

Douglas, R. D., Alli, J. O., Gaylord-Harden, N., Opara, I., & Gilreath, T. (2025). Examining the integrated model of the interpersonal-psychological theory of suicide and intersectionality theory among Black male adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *55*(1), e13066.https://doi.org/10.1111/sltb.13066

Ducasse, D., Jaussent, I., Arpon-Brand, V., Vienot, M., Laglaoui, C., Béziat, S., Calati, R., Carrière, I., Guillaume, S., Courtet, P., & Olié, E. (2018). Acceptance and Commitment Therapy for the Management of Suicidal Patients: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, *87*(4), 211–222. https://doi.org/10.1159/000488715

Elledge, D., Zullo, L., Kennard, B., Diederich, A., Emslie, G., & Stewart, S. (2021). Refinement of the role of hopelessness in the interpersonal theory of suicide: an exploration in an inpatient adolescent sample. *Archives of suicide research*, *25*(1), 141-155.https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1661896

Ghaleh Emamghaisi, Z., & Atashpour, S. H. (2020). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on self-criticism and feeling of shame in methamphetamine users. *Journal of Substance Use*, *25*(4), 372-376.https://doi.org/10.1080/14659891.2019.1704082

Gilbert, P. (2020). Compassion: From its evolution to a psychotherapy. *Frontiers in psychology*, *11*, 586161.https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.586161

Gong, T., Ren, Y., Wu, J., Jiang, Y., Hu, W., & You, J. (2019). The associations among self-criticism, hopelessness, rumination, and NSSI in adolescents: A moderated mediation model. *Journal of adolescence*, *72*, 1-9.https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.01.007

Hayes, S. C., & King, G. A. (2024). Acceptance and commitment therapy: What the history of ACT and the first 1,000 randomized controlled trials reveal. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *33*, 100809.https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100809

Hill, M. L., Schaefer, L. W., Spencer, S. D., & Masuda, A. (2020). Compassion-focused acceptance and commitment therapy for women with restrictive eating and problematic body-checking: A multiple baseline across participants study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *16*, 144-152.https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.04.006

Hink, A. B., Killings, X., Bhatt, A., Ridings, L. E., & Andrews, A. L. (2022). Adolescent Suicide-Understanding Unique Risks and Opportunities for Trauma Centers to Recognize, Intervene, and Prevent a Leading Cause of Death. *Current trauma reports*, *8*(2), 41–53. https://doi.org/10.1007/s40719-022-00223-7

Kelliher-Rabon, J., Sirois, F. M., Barton, A. L., & Hirsch, J. K. (2022). Self-compassion and suicidal behavior: Indirect effects of depression, anxiety, and hopelessness across increasingly vulnerable samples. *Self and Identity*, *21*(2), 223-243.https://doi.org/10.1080/15298868.2021.1884592

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.21]

Kleiman, K., Marks, D. R., Block-Lerner, J., Tirch, D., Brady, V., Foote, B., & Silberstein-Tirch, L. (2025). Feasibility and preliminary outcomes of compassion-focused acceptance and commitment therapy delivered via telehealth in a community behavioral health clinic. *Frontiers in Psychology*, *16*, 1509396.https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1509396

Li, R., Yue, Y., Gu, X., Xiong, L., Luo, M., & Li, L. (2025). Risk prediction models for adolescent suicide: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 116405.https://doi.org/10.1016/j.psychres.2025.116405

Li, Y., Zhang, Y., Zhao, J., Du, X., Shi, C., Lai, L., ... & Ren, Z. (2024). The Association Between Distress Tolerance and Depressive Symptoms in Children and Adolescents: A Three-level Meta-analysis. *Adolescent Research Review*, 1-21.https://doi.org/10.1007/s40894-024-00252-0

Lo, B. C. Y., & Cheng, S. K. L. (2024). Emotional Risk Factors, Rumination, and Self-Criticism in Relation to Suicidal Ideation Among Chinese Depressive Outpatients. *Behavioral Sciences*, *14*(11), 1111.https://doi.org/10.3390/bs14111111.

Luoma, J. B., & Platt, M. G. (2015). Shame, self-criticism, self-stigma, and compassion in acceptance and commitment therapy. *Current opinion in Psychology*, *2*, 97-101.https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.016

Martins, L. M. C. (2022). *Coping with suicide: how can distress tolerance and psychological flexibility help trans people*. Master's thesis. Universidade de Coimbra. https://hdl.handle.net/10316/102423

Morneau-Vaillancourt, G., Palaiologou, E., Polderman, T. J., & Eley, T. C. (2025). Research Review: A review of the past decade of family and genomic studies on adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *66*(6), 910-927.https://doi.org/10.1111/jcpp.14099

Paranjothy, S. M., & Wade, T. D. (2024). A meta-analysis of disordered eating and its association with self-criticism and self-compassion. *International Journal of Eating Disorders*, *57*(3), 473-536.https://doi.org/10.1002/eat.24166

Robison, M., Udupa, N. S., Rice, T. B., Wilson-Lemoine, E., Joiner, T. E., & Rogers, M. L. (2024). The interpersonal theory of suicide: State of the science. *Behavior Therapy*, *55*(6), 1158-1171.https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.04.008

Rogers, M. L., & Joiner, T. E. (2017). Rumination, suicidal ideation, and suicide attempts: A meta-analytic review. *Review of General Psychology*, *21*(2), 132-142.https://doi.org/10.1037/gpr0000101

Shareh, H., & Robati, Z. (2022). Effect of acceptance and commitment group therapy on cognitive flexibility, suicidal ideation, depression, and hopelessness in conscripts. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, *27*(4), 412–427. https://doi.org/10.32598/ijpcp.27.2.225.12

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.https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3

Smart, L. M., Peters, J. R., & Baer, R. A. (2016). Development and validation of a measure of self-critical rumination. *Assessment*, *23*(3), 321-332.https://doi.org/10.1177/1073191115573300

Sohrabnejad, S., Mehrabaninasab, M., Nazari, H., Sohrabnejad, A., & Nazari, G.(2025). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Suicidal Thoughts, Sensation Seeking and, Distress Tolerance among Substance Users. *Journal of Basic Research in Medical Sciences*, 12 (2), 1-10. http://jbrms.medilam.ac.ir/article-1-740-en.html

Tucker, R. P., Hagan, C. R., Hill, R. M., Slish, M. L., Bagge, C. L., Joiner Jr, T. E., & Wingate, L. R. (2018). Empirical extension of the interpersonal theory of suicide: Investigating the role of interpersonal hopelessness. *Psychiatry research*, *259*, 427-432.https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.005

Unbrin, A., Khanum, S., Shahzadi, M., & Imtiaz, M. (2024). Associates of distress tolerance among adolescents: Role of anger, worry and sadness. *Pakistan Journal of Humanities and Social Sciences*, *12*(1), 79-86.https://doi.org/10.52131/pjhss.2024.v12i1.1946

Yujia, Y. A. O., Huihui, L. I. N., & Duo, X. U. (2024). The Relationship Between Trait Anxiety, Distress Tolerance and Emotional Regulation Flexibility in Adolescents: A Cross-Lagged Analysis. *Studies of Psychology and Behavior*, *22*(6), 761.https://doi.org/10.52131/pjhss.2024.v12i1.1946

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.21]