

Original Article

The Effectiveness of Compassion-Focused Acceptance and Commitment Therapy on Marital Hardiness and Distress Tolerance in Women Seeking Divorce

Zahra Zahedi¹, PhD Candidate; Moosa Javdan^{1*}, PhD; Hadi Salimi¹, PhD; Seyed Abdolvahab Samavi¹, PhD

¹Department of Psychology and Counseling, University of Hormozgan, Bandar Abbas, Iran

Article Information

Article History:

Received: June 12, 2025

Accepted: September 12, 2025

*Corresponding Author:

Moosa Javdan, PhD;
University of Hormozgan, KM 9 of
Minab Road, Postal Code: 7916193145,
Bandar Abbas, Iran
Email: javdan@hormozgan.ac.ir

Abstract

Introduction: Marital hardiness and distress tolerance are considered key factors in improving the quality of couples' relationships. This study aimed to determine the effectiveness of compassion-focused acceptance and commitment therapy (C-FACT) on marital hardiness and distress tolerance in women seeking divorce.

Methods: This quasi-experimental study employed a pretest-posttest design with a control group and a three-month follow-up period. The statistical population comprised women seeking divorce who were referred to counseling and psychological services centers in Bandar Abbas in 2025. A total of 30 people were selected using convenience sampling and were randomly assigned to an experimental group (n=15) and a control group (n=15). Both groups completed the Marital Hardiness Questionnaire (MHQ) and the Distress Tolerance Scale (DTS) at baseline, after the intervention (ten 90-minute sessions), and at three-month follow-up. The data were analyzed using SPSS software, version 24.

Results: The findings indicated significant differences between the groups in the control, commitment, and challenge components, with the effects of the intervention persisting through the follow-up phase ($P < 0.05$). In the tolerance, absorption, and appraisal components, significant differences were observed between the pretest and posttest. In the regulation component, a significant difference was found between the pretest and follow-up. Additionally, the effects of the intervention on the appraisal component persisted through the follow-up phase ($P < 0.05$).

Conclusion: Overall, it could be concluded that C-FACT had an effective role in increasing marital hardiness and distress tolerance among women seeking divorce.

Keywords: Stress, Psychological; Adaptation, Psychological; Acceptance and Commitment Therapy; Compassion; Empathy; Divorce

Please cite this article as:

Zahedi Z, Javdan M, Salimi H, Samavi SA. The Effectiveness of Compassion-Focused Acceptance and Commitment Therapy on Marital Hardiness and Distress Tolerance in Women Seeking Divorce. Sadra Med. Sci. J. 2026; 14(2): 342-358. doi: 10.30476/smsj.2026.107496.1653.



مجله علوم پزشکی صدرا

<https://smsj.sums.ac.ir/>



مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت بر سرسختی زناشویی و تحمل پریشانی زنان متقاضی طلاق

زهرا زاهدی^۱، موسی جاودان^{۱*}، هادی سلیمی^۱، سید عبدالوهاب سماوی^۱

^۱گروه روانشناسی و مشاوره، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۳/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۲۱

*نویسنده مسئول:

موسی جاودان

دانشگاه هرمزگان، کیلومتر ۹ جاده میناب، کد پستی:

۷۹۱۶۱۹۳۱۴۵، بندرعباس، ایران

پست الکترونیکی: javdan@hormozgan.ac.ir

چکیده

مقدمه: سرسختی زناشویی و تحمل پریشانی از عوامل مؤثر در ارتقای کیفیت روابط زوجین محسوب می‌شوند. این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت بر سرسختی زناشویی و تحمل پریشانی زنان متقاضی طلاق انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه با دوره پیگیری سه ماه بود. جامعه آماری این مطالعه زنان متقاضی طلاق ارجاع داده شده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر بندرعباس در سال ۱۴۰۳ بودند که ۳۰ نفر از آن‌ها به روش در دسترس انتخاب شدند و در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به صورت تصادفی ساده قرار گرفتند. هر دو گروه در شروع مطالعه، پس از اجرای درمان در گروه مداخله (طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) و پس از گذشت سه ماه به پرسشنامه سرسختی زناشویی (MHQ)^۱ و مقیاس تحمل پریشانی (DTS)^۲ پاسخ دادند. داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین گروه‌ها در مؤلفه‌های کنترل، تعهد و چالش تفاوت معناداری وجود داشت و اثرات درمان تا مرحله پیگیری تداوم یافت ($P < ۰/۰۵$). در مؤلفه‌های تحمل، جذب و ارزیابی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنادار مشاهده شد، در مؤلفه تنظیم تفاوت معنادار میان پیش‌آزمون و پیگیری به دست آمد و در مؤلفه ارزیابی نیز اثرات درمان تا مرحله پیگیری تداوم داشت ($P < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: در مجموع می‌توان گفت که درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت، نقش مؤثری بر افزایش سرسختی زناشویی و تحمل پریشانی در زنان متقاضی طلاق دارد.

کلمات کلیدی: استرس روان‌شناختی؛ سازگاری روان‌شناختی؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ شفقت؛ همدلی؛ طلاق

1. Marital Hardiness Questionnaire
2. Distress Tolerance Scale

لطفاً این مقاله را به این صورت استناد کنید:

زاهدی، ز، جاودان، م، سلیمی، ه، سماوی، س. اثربخشی درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت بر سرسختی زناشویی و تحمل پریشانی زنان متقاضی طلاق. مجله علوم پزشکی صدرا. دوره ۱۴، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۵، ۳۵۸-۳۴۲.

نقش مهمی در ثبات و مدیریت تعارضات زناشویی ایفا می‌کند، تحمل پریشانی^۴ است (۱۱). تحمل پریشانی به توانایی فرد برای تجربه و پذیرش هیجانات منفی، بدون تلاش فوری برای اجتناب، کاهش یا فرار از آن‌ها گفته می‌شود (۱۲). این ویژگی شامل باور به قابل تحمل بودن ناراحتی، توانایی ادامه عملکرد مؤثر در شرایط استرس‌زا، و پرهیز از واکنش‌های تکانشی برای رهایی سریع از ناراحتی است (۱۳، ۱۴). بررسی پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که تحمل پریشانی به‌طور قابل توجهی بر میل و اقدام به طلاق تأثیر می‌گذارد (۱۱، ۱۵، ۱۶). افرادی که تحمل پریشانی پایینی دارند، برای مقابله با استرس زناشویی و احساسات منفی تلاش می‌کنند و این امر آن‌ها را بیشتر مستعد در نظر گرفتن یا دنبال کردن طلاق به‌عنوان راهی برای فرار از ناراحتی عاطفی می‌کند. برعکس، تحمل پریشانی بالاتر، زوجین را قادر می‌سازد تا احساسات را بهتر تنظیم کنند، تعارضات را به‌طور سازنده مدیریت کنند و در دوره‌های چالش‌برانگیز دوام بیاورند و احتمال طلاق را کاهش دهند (۱۱). تحقیقات همچنین نشان می‌دهد که بهبود تحمل پریشانی از طریق رویکردهای درمانی، مانند درمان پذیرش و تعهد، می‌تواند سلامت روان و ثبات رابطه را افزایش (۱۷) و در نتیجه تمایل به طلاق را کاهش دهد (۱۸).

مداخلات روان‌شناختی می‌توانند به‌عنوان ابزاری مؤثر در پیشگیری از طلاق و بهبود کیفیت روابط زناشویی به کار گرفته شوند. در این زمینه اجرای مداخلات روان‌شناختی برای تقویت سرسختی روان‌شناختی در زمینه زناشویی و تحمل پریشانی در زنانی که متقاضی طلاق هستند، برای بهبود مهارت‌های مقابله‌ای آن‌ها و کاهش احتمال طلاق ضروری است. مداخلاتی مانند درمان شناختی-رفتاری^۵، درمان پذیرش و تعهد^۶ و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی^۷ در افزایش رضایت زناشویی، سرسختی روان‌شناختی و تنظیم هیجان در زوج‌هایی که با اختلافات روبرو هستند، مؤثر بوده‌اند. این درمان‌ها استرس، اضطراب و الگوهای ارتباطی منفی را کاهش می‌دهند و روابط سالم‌تر را تقویت می‌کنند (۱۹، ۲۰). برنامه‌های مبتنی بر مشاوره که بر غنی‌سازی روابط، حل تعارض و صمیمیت عاطفی تمرکز دارند، نتایج مثبتی در پیشگیری از طلاق نشان داده‌اند (۲۱). ارائه حمایت روان‌شناختی هدفمند به زنان در معرض خطر، آن‌ها را قادر می‌سازد تا تغییرات سازنده‌ای در زندگی زناشویی خود ایجاد

پیشگیری از طلاق^۱ بسیار مهم است، زیرا طلاق می‌تواند تأثیرات منفی عمیقی بر بهزیستی روانی، عاطفی و تاب‌آوری مالی خانواده داشته باشد. پیشگیری از طلاق به حفظ ثبات خانواده کمک می‌کند و حفظ ثبات از رشد سالم‌تر و روابط قوی‌تر بین اعضای خانواده پشتیبانی می‌نماید (۱). بر اساس گزارش‌های سازمان ثبت احوال کشور، نرخ طلاق در ایران طی دو دهه گذشته به‌طور چشمگیری افزایش یافته است. در سال ۱۴۰۰، بیش از ۱۸۰ هزار مورد طلاق ثبت شده که نسبت به سال‌های قبل افزایش قابل توجهی است (۲). تلاش برای کاهش طلاق همچنین خطر آسیب‌های اجتماعی مانند افزایش استرس، عدم اعتماد و کاهش سیستم‌های حمایتی در خانواده‌ها را کاهش می‌دهد (۳). با تمرکز بر پیشگیری، جامعه می‌تواند ازدواج‌های سالم‌تری را ترویج کند، شیوع آسیب‌های اجتماعی مرتبط را کاهش دهد و کیفیت زندگی افراد و جوامع را بهبود بخشد. در نهایت، تقویت خانواده‌ها از طریق آموزش، مشاوره و روان‌درمانی منجر به جامعه‌ای سالم‌تر می‌شود (۴، ۵).

یکی از ویژگی‌های روان‌شناختی که نقش محافظتی مهمی در زندگی زناشویی دارد، سرسختی روان‌شناختی^۲ است (۶). بر اساس مدل نظری کوباسا^۳، سرسختی روان‌شناختی یک ویژگی شخصیتی است که باعث می‌شود فرد در مواجهه با تنش‌ها و رویدادهای استرس‌زا، کمتر دچار آسیب روانی یا جسمی شود. این مفهوم شامل سه مؤلفه تعهد، کنترل، و چالش است (۷). بررسی مطالعات پیشین دلالت بر این دارند که سرسختی روان‌شناختی به‌طور قابل توجهی میل و احتمال اقدام به طلاق را کاهش می‌دهد (۶، ۸، ۹). اغلب تحقیقات رابطه منفی بین سرسختی روان‌شناختی و طلاق عاطفی را نشان داده‌اند؛ افراد با سرسختی بالاتر، کمتر احتمال دارد که جدایی عاطفی یا دوری از همسر را تجربه کنند (۶). این سرسختی، افراد را قادر می‌سازد تا استرس زناشویی را به‌طور مؤثرتری مدیریت کنند، ارتباطات سالم‌تری داشته باشند و به‌طور سازنده به اختلافات پاسخ دهند و در نتیجه از خطر فروپاشی زناشویی بکاهند. افراد سرسخت‌تر، بیشتر احتمال دارد که چالش‌ها را به‌عنوان فرصت‌هایی برای رشد ببینند تا تهدید، که این نگرش به حفظ رضایت و تعهد زناشویی کمک می‌کند (۱۰).

علاوه بر سرسختی زناشویی، ویژگی دیگری که

4. Distress Tolerance

5. Cognitive behavioral therapy

6. Acceptance and commitment therapy

7. Mindfulness-based cognitive therapy

1. Divorce Prevention

2. Psychological Hardiness

3. Kobasa

کنند و کیفیت کلی زندگی هر دو شریک را بهبود ببخشند، چنین مداخلاتی همچنین به عوامل فرهنگی و اجتماعی می‌پردازد و استراتژی‌هایی را متناسب با نیازهای منحصربه‌فرد زنان متقاضی طلاق تنظیم می‌کنند (۲۲، ۲۳). در نهایت، این تلاش‌ها به ثبات خانواده کمک می‌کند و هزینه‌های اجتماعی و عاطفی مرتبط با طلاق را کاهش می‌دهد.

درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت^۸ با ادغام دو رویکرد اساسی یعنی مؤلفه‌های شفقت و اصول درمان پذیرش و تعهد، چشم‌انداز درمانی منحصربه‌فردی را فراهم می‌سازد که به واسطه آن افراد می‌توانند به جای اجتناب، سرکوب یا مبارزه با تجارب هیجانی ناخوشایند، آن‌ها را با نگرشی پذیرا، مهربانانه و غیر قضاوتی تجربه کنند (۲۴). از منظر سازوکارهای روان‌شناختی، این رویکرد دو مسیر مکمل را فعال می‌سازد. مسیر نخست، ریشه‌گرفته از درمان متمرکز بر شفقت است که بر پرورش نگرش‌های مبتنی بر مهربانی نسبت به خود، توانایی مراقبت از خویشتن در لحظات دشوار و کاهش الگوهای انتقادگری شدید تمرکز دارد (۲۵). مسیر دوم، مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد است که با تأکید بر پذیرش تجارب درونی دشوار شامل افکار منفی، احساسات ناخوشایند و واکنش‌های هیجانی به افراد می‌آموزد که این تجارب را بدون قضاوت و بدون تلاش برای حذف یا تغییر فوری آن‌ها مشاهده کنند و درعین حال زندگی خود را بر پایه ارزش‌های اصیل و شخصی هدایت نمایند (۲۶-۲۸). ترکیب این دو فرایند که هسته اصلی درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت را شکل می‌دهد، پیامدهای روان‌شناختی متعددی از جمله ارتقای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توانایی بازگشت سریع‌تر به تعادل هیجانی پس از تجربه آسیب‌زا، کاهش رفتارهای ناسازگار در موقعیت‌های پرتنش، و کاهش سطوح اضطراب و آشفتگی دارد (۲۷، ۲۹). به‌طور خاص در پژوهشی موسوی و همکاران نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت بر بهبود الگوهای ارتباطی زنان متأهل دچار افسردگی و تعارض زناشویی مؤثر است (۳۰). همچنین کلیمن^۹ و همکاران نشان داده‌اند که درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت در بزرگسالانی که افسردگی، اضطراب و مشکلات مرتبط با تروما^{۱۰} دارند، منجر به کاهش پریشانی روانی، انعطاف‌ناپذیری، و افزایش خود شفقت‌ورزی می‌شود (۲۹). علاوه بر این هیل^{۱۱} و

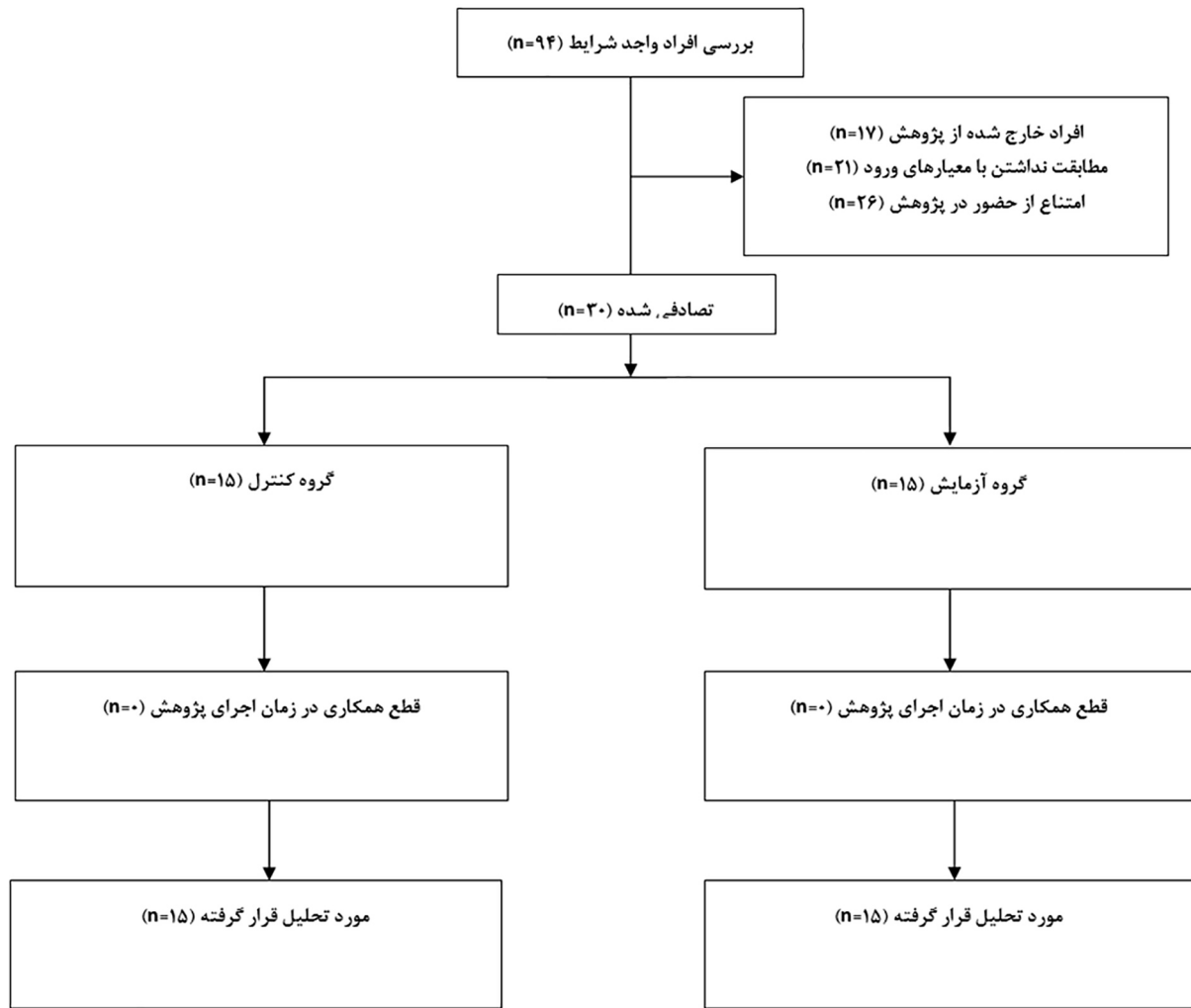
8. Compassion-focused acceptance and commitment therapy
9. Kleiman
10. Trauma
11. Hill

همکاران در مطالعه روی زنانی که اختلالات خوردن دارند، نشان داده‌اند که درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت منجر به کاهش نشانه‌های کلی اختلال خوردن، پریشانی روانی، بهبود رفتارهای ارزش‌محور، افزایش خود شفقت‌ورزی، و انعطاف‌پذیری می‌شود (۲۶).

انجام پژوهش در مورد اثربخشی درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت بر سرسختی زناشویی و تحمل پریشانی در زنان متقاضی طلاق، می‌تواند شکاف قابل توجه پیشینه پژوهش را پوشش دهد. با وجود آنکه پژوهش‌های موجود اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت را بر متغیرهایی مانند تحمل پریشانی (۳۱)، سازگاری پس از طلاق (۳۲، ۳۳)، و کاهش تعارضات زناشویی (۳۴) نشان داده‌اند، اما هنوز تحقیقی درباره تأثیر این درمان‌ها بر سرسختی زناشویی در مراحل قبل یا حین طلاق انجام نشده است. سرسختی زناشویی و تحمل پریشانی فاکتورهای حیاتی‌ای هستند که نحوه مقابله زنان با استرس زناشویی و چالش‌های جدایی را تعیین می‌کنند، اما تعدیل آن‌ها از طریق درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت همچنان مورد بررسی قرار نگرفته است. علاوه بر این، هیچ تحقیقی به‌طور مستقیم اثرات درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت را بر این سازه‌های روان‌شناختی خاص در زنانی که به‌طور فعال در حال گذر از طلاق هستند، بررسی نکرده است. پرداختن به این شکاف می‌تواند بینش‌های ارزشمندی در مورد مداخلات پیشگیرانه و درمانی ارائه دهد که مکانیسم‌های مقابله و استقامت رابطه‌ای را تقویت می‌کنند و به‌طور بالقوه پیامدهای نامطلوب عاطفی و اجتماعی طلاق را کاهش می‌دهند. علاوه بر این، چنین تحقیقاتی روشن می‌کند که آیا ادغام راهبردهای شفقت و پذیرش، مزایای بیشتری نسبت به اعمال جداگانه هر درمان ارائه می‌دهد یا خیر؛ در مجموع، این تحقیق به درک دقیق‌تری از چگونگی تأثیر رویکردهای پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت بر تقویت سرسختی و تنظیم هیجان در جمعیت آسیب‌پذیر کمک خواهد کرد. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت بر سرسختی زناشویی و تحمل پریشانی در زنان متقاضی طلاق انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه با دوره پیگیری سه ماه بود.



شکل ۱. نمودار کانسورت

جامعه آماری

جامعه آماری این مطالعه شامل ۹۴ زن متقاضی طلاق ارجاع داده شده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر بندرعباس در سال ۱۴۰۳ بود (شکل ۱).

حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن^{۱۲} با اندازه اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۸۵ برابر ۱۵ نفر برای هر گروه برآورد شد که از بین افرادی که ملاک‌های ورود به پژوهش را کسب کرده بودند، ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس از بین چهار مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی انتخاب و در دو گروه مداخله (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) به‌صورت تصادفی جایگزین شدند.

معیارهای ورود و خروج

معیارهای ورود شامل موارد زیر بود:

• زنانی که به‌طور فعال به دنبال طلاق یا در حال

طلاق بودند،

• محدوده سنی تقریباً ۲۰ تا ۴۵ سال برای در نظر گرفتن زنان بالغ در گروه‌های سنی معمول زناشویی،

• حداقل یک سال سابقه ازدواج برای اطمینان از سابقه زناشویی کافی،

• و نداشتن اختلالات شدید سلامت روان که می‌تواند در مشارکت در درمان اختلال ایجاد کند. افراد با استفاده از مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته در مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی غربالگری شدند. معیارهای خروج نیز شامل:

• بی‌میلی یا عدم تمایل به ادامه جلسات درمانی یا ارزیابی‌ها؛

• داشتن بیش از دو غیبت در حضوری جلسات درمانی،

• وجود شرایط شدید روانی یا روان‌پزشکی،

• شرکت همزمان در سایر درمان‌های روان‌شناختی یا دارویی که می‌تواند نتایج را مخدوش کند،

• ازدواج مجدد یا درگیری در یک رابطه عاطفی دیگر در طول دوره مطالعه

12. Cohen

• و رفتار مخرب در طول جلسات که با فرآیندهای درمان گروهی یا فردی تداخل دارد؛ به عنوان معیارهای خروج لحاظ شدند.

روش جمع‌آوری داده‌ها

پرسشنامه سرسختی زناشویی (MHQ): این پرسشنامه توسط زاهدی و همکاران با مرور پیشینه بر اساس نظریه کوباسا در چارچوب سه مؤلفه تعهد^{۱۴}، کنترل^{۱۵} و چالش^{۱۶} در ۱۳ گویه تدوین شده است (۳۵). نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره ۵) تا کاملاً موافقم (نمره ۱) و دامنه نمرات بین ۱۳ الی ۶۵ است، و نمرات بالاتر نشان‌دهنده سرسختی زناشویی بیشتر است. ۷ متخصص تأیید کردند که پرسشنامه سرسختی زناشویی از روایی صوری قابل قبول برخوردار است. شاخص روایی محتوای^{۱۷} مقیاس بر اساس روش والتس و باسل^{۱۸} برای پنج حیطه، ۱- قابل فهم بودن مقیاس برای افراد متأهل (۰/۹۴)، ۲- سنجش دقیق پرسشنامه سرسختی زناشویی و عدم سنجش متغیر دیگری (۰/۷۹)، ۳- ضرورت هر سؤال در سنجش سرسختی زناشویی (۰/۹۳)، ۴- جامع بودن و پوشش‌دهنده مفهوم سرسختی زناشویی (۰/۸۵)، ۵- نظر متخصصین در مورد کلیت پرسشنامه سرسختی زناشویی (۰/۹۷) گزارش شد (۳۶). با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر می‌توان نتیجه گرفت که پرسشنامه سرسختی زناشویی روایی صوری و محتوایی مطلوبی از دیدگاه متخصصان دارد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ^{۱۹} برای زیرمقیاس‌های کنترل شخصی، تعهد و چالش به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۱ و ۰/۸۵ است، همچنین ضریب آلفای کرونباخ نمره کل ۰/۹۱ محاسبه شد؛ با توجه به اینکه ضریب آلفا بیشتر از ۰/۷۰ است، می‌توان گفت که این پرسشنامه پایایی مطلوبی دارد (۳۵). در پژوهش حاضر پایایی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای مؤلفه کنترل ۰/۷۹، تعهد ۰/۷۴ و چالش ۰/۸۱ به دست آمد.

مقیاس تحمل پریشانی (DTS): این مقیاس توسط سیمونز و گاهر^{۲۱} در سال ۲۰۰۵ با هدف ارزیابی

13. Marital Hardiness Questionnaire (MHQ)
14. Commitment
15. Control
16. Challenge
17. Content Validity
18. Waltz & Bausell
19. Cronbach's alpha
20. Distress Tolerance Scale (DTS)
21. Simons & Gaher

میزان تحمل پریشانی هیجانی ساخته شده است (۱۳)؛ این پرسشنامه ۱۵ سؤال دارد و ۴ عامل تحمل^{۲۲}، جذب^{۲۳}، ارزیابی^{۲۴} و تنظیم^{۲۵} را ارزیابی می‌کند. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه از کاملاً موافقم با نمره ۱ تا کاملاً مخالفم با نمره ۵ انجام می‌شود، دامنه نمرات بین ۱۵ الی ۷۵ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده توانایی بیشتر فرد در تحمل پریشانی بهتر است؛ روایی سازه این پرسشنامه به روش تحلیل عاملی اکتشافی^{۲۶} بررسی و ۴ عامل شناسایی شد که در مجموع ۷۰ درصد واریانس را تبیین کردند. پایایی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای مؤلفه تحمل ۰/۷۲، ارزیابی ۰/۸۲، جذب ۰/۷۸، و تنظیم ۰/۷۰ به دست آمد (۱۳). در پژوهش محمودپور و همکاران ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۹ گزارش شد (۳۷). همچنین برای تعیین روایی عاملی از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد و نتایج مؤید این بود که ساختار پرسشنامه برازش قابل قبولی با داده‌ها دارد و کلیه شاخص‌های نیکویی برازش، مدل را تأیید می‌کنند و همه سؤالات بار عاملی بالای ۰/۴۰ دارند. در پژوهش حاضر پایایی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای مؤلفه تحمل ۰/۷۱، جذب ۰/۷۰، ارزیابی ۰/۷۳، و تنظیم ۰/۷۲ به دست آمد.

مداخله درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت

برنامه مداخله‌ای درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت در قالب ۱۰ جلسه گروهی برگزار شد که مدت‌زمان هر جلسه ۹۰ دقیقه بود و به صورت هفتگی اجرا گردید. پروتکل درمانی ۱۰ جلسه‌ای از پژوهش هیل و همکاران استخراج و اجرا گردید (۲۶)؛ همچنین این پروتکل پیش‌تر در پژوهش جهانگیری و همکاران اجرا شده است (۲۷). این برنامه بر پایه مبانی نظری تلفیقی درمان پذیرش و تعهد و رویکرد شفقت‌محور شکل گرفته و هدف اصلی آن کاهش رنج‌های روانی از طریق تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان، افزایش توجه آگاهانه و پرورش شفقت نسبت به خود و دیگران است. در هر جلسه، هدف‌های مشخصی دنبال شد که شامل آموزش مهارت‌های توجه آگاهانه، تنظیم هیجان، تمرین شفقت نسبت به خود و دیگران، مدیریت انتقادگر درونی، تعیین ارزش‌های شفقت‌آمیز و عمل متعهدانه در راستای آن‌ها بود (۲۶، ۲۷). روش تدریس در جلسات ترکیبی از ارائه آموزش‌های نظری،

22. Tolerance
23. Absorption
24. Appraisal
25. Regulation
26. Exploratory factor analysis

درمانی را داشت. همچنین برنامه مداخله‌ای در مرکز مشاوره طلوع آرامش در شهر بندرعباس به صورت گروهی در شهریور و مهر سال ۱۴۰۳ آغاز و اجرا شد. در (جدول ۱) خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت ارائه شده است.

انجام تمرین‌های عملی، بحث گروهی و ارائه تکالیف خانگی بود. اجرای برنامه مداخله‌ای توسط نویسندگان نخست مقاله انجام شد که آموزش‌های لازم در زمینه درمان متمرکز بر شفقت و پذیرش و تعهد را پیش‌تر گذرانده بود و صلاحیت لازم برای اجرای این رویکرد

جدول ۱. جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت

جلسات	دستور جلسه	محتوا	تکالیف
پیش	آشنایی اعضا، معرفی روش و ساختار درمان	آشنایی اعضای گروه و با یکدیگر، بررسی دلایل شرکت و انتظارات، ضرورت انجام روان‌درمانی، معرفی رویکرد، اخذ رضایت‌نامه کتبی و اجرای پیش‌آزمون.	---
اول	تمرین توجه آگاهی و آشنایی با تنظیم هیجان	انجام تمرین توجه آگاهی (تمرین رصد کردن بدن)، برقراری اتحاد درمانی (استعاره ۲ کوه)، بیان کنترل به عنوان مشکل سنجش عملکرد (استعاره استخر ماسه)، معرفی سیستم‌های تنظیم هیجان	انجام تمرین توجه آگاهی و رصد بدن روزانه، ثبت هیجانات و واکنش‌های بدن
دوم	معرفی ابعاد شفقت و آموزش دیدگاه بی‌تقصیری	مرور تکالیف خانگی، انجام تمرین توجه آگاهی، آشنایی با مغز قدیم و جدید معرفی ابعاد شفقت و سه رقیب مهربانی (استعاره گربه مادر)، ایجاد ناامیدی خلاق (استعاره فشار دادن به تخته کار)، آموزش ایجاد دیدگاه بی‌تقصیری	ثبت و بررسی افکار انتقادگر و قضاوت‌های ذهنی، تمرین دیدگاه بی‌تقصیری نسبت به خود
سوم	تمرین توجه شفقت‌آمیز و حساسیت به رنج انسانی	مرور تکالیف، انجام تمرین توجه آگاهی مختصر، ایجاد حساسیت به رنج انسانی در بستری از زمان حال، تعمیم شفقت ذهن آگاهانه به جهان خارج و توسعه حساسیت نسبت به آشفتگی‌های زمان حال، تمرین توجه شفقت‌آمیز، پر کردن کاربرد روزانه شفقت‌آمیز و بررسی تجربیات.	تمرین توجه شفقت‌آمیز به خود و دیگران، ثبت تجربه‌های شفقت و پذیرش رنج در زمان حال
چهارم	آموزش گسلش شفقت‌آمیز و تمرینات مشفقانه	مرور تکالیف، انجام تمرین توجه شفقت‌آمیز، آموزش و ایجاد گسلش شفقت‌آمیز، به کارگیری استعاره اتوبان ذهن و تمرین اتاق سفید در بافتی مشفقانه.	تمرین گسلش شفقت‌آمیز برای کاهش تنش‌ها و ایجاد آرامش، تمرین فضای امن ذهنی
پنجم	تمرین توجه و تقویت تمایل شفقت‌آمیز	مرور تکالیف، انجام تمرین توجه شفقت‌آمیز، آموزش و تقویت تمایل شفقت‌آمیز، استعاره رها کردن شفقت‌آمیز، طناب تمرین پایان دادن به جنگ.	تمرین رها کردن افکار منفی با استعاره‌های شفقت، مدیریت درگیری‌های ذهنی با تکنیک‌های شفقت
ششم	آموزش خود مشاهده گر و همدلی درونی	مرور تکالیف، انجام تمرین توجه شفقت‌آمیز، ارائه آموزش‌های لازم درباره خود مشاهده گر در بافتی مشفقانه با تأکید بر همدلی و همدردی به عنوان حس انسانی مشترک، استعاره آسمان و آبهوها انجام تکنیک ۲ صندلی برای انتقادگر درونی و خود مهربان.	اجرای تمرین خود مشاهده گر همراه با همدلی و گفتگو با انتقادگر درونی (تکنیک دو صندلی)
هفتم	انتخاب ارزش‌های شفقت‌آمیز و از مراقبت سلامت	مرور تکالیف خانگی، انجام تمرین توجه آگاهی، آموزش و انتخاب آزادانه ارزش‌های شفقت‌آمیز با تأکید بر مراقبت از سلامت و اهمیت روابط محبت‌آمیز، تعیین ارزش‌های زندگی در بافتی از شفقت در حوزه‌های ۹ گانه (قطب نمای زندگی)، استعاره‌های عصای جادویی و ماشین ذهن خوان.	تعیین و ثبت ارزش‌های شفقت‌آمیز در زندگی، انجام مراقبت‌های روزانه برای سلامت جسم و روان
هشتم	آموزش عمل متعهدانه و تعیین اهداف شفقت‌آمیز	مرور تکالیف، انجام تمرین توجه آگاهی، آموزش عمل متعهدانه در راستای ارزش‌های شفقت‌آمیز با تأکید بر التیام رنج انسان، تمرین بچه‌ها در اتوبوس، تعیین اهداف ۴ گانه و چگونگی برخورد با موانع عمل.	برنامه‌ریزی عمل متعهدانه در جهت ارزش‌ها، شناسایی موانع و تمرین مقابله با آن‌ها
نهم	تربیت ذهن مهربان و تصویرسازی خود مهربان	مرور تکالیف، انجام تمرین توجه آگاهی، تربیت ذهن مهربان در چارچوب زمینه گرایی کارکردی، تمرین تصویرسازی خود مهربان، تمرین برقراری ارتباط با جنبه‌های مختلف خود.	تمرین تصویرسازی ذهنی خود مهربان و تقویت ارتباط شفقت‌آمیز با جنبه‌های مختلف خود
دهم	مرور کلی، قدردانی و اجرای پس‌آزمون	مرور تکالیف، انجام تمرین توجه آگاهی، مرور و جمع‌بندی مطالب، تشکر و قدردانی و اجرای پس‌آزمون.	مرور کلی تمرین‌ها، ثبت پیشرفت‌ها

روند اجرای پژوهش

یافته‌ها

پس از اخذ موافقت اصولی، پژوهشگر با مراجعه به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر بندرعباس توانست، سه مرکز را که تمایل به همکاری داشتند، انتخاب کند، سپس از بین افراد متقاضی با ارزیابی معیارهای ورود ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه ۱۵ نفری مداخله و گواه به روش تصادفی ساده قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان گروه مداخله و گواه در شروع پژوهش پیش‌آزمون را تکمیل کردند، سپس افراد گروه مداخله تحت درمان گروهی قرار گرفتند، در طول این مدت گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد، سپس هر دو گروه پس‌آزمون تکمیل کردند و پس از گذشت سه ماه آزمون پیگیری برای هر دو گروه اجرا شد. پس از اجرای آزمون پیگیری جهت رعایت حقوق افراد گروه گواه، مداخله برای آن‌ها نیز اجرا شد؛ اما نتایج آن جهت پژوهش ارائه نشد. جلسات درمانی برنامه مداخله‌ای درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت در یکی از مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی به‌طور منظم توسط یک مشاور آموزش‌دیده به‌صورت گروهی در قالب ۱۰ جلسه گروهی هفتگی با مدت زمان ۹۰ دقیقه برگزار شد.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

تحلیل داده‌ها در دو بخش توصیفی و تحلیلی انجام گردید، در بخش توصیفی فراوانی، میانگین و انحراف معیار گزارش شد. جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک^{۲۷} استفاده شد. در بخش تحلیلی جهت آزمون تأثیر مداخله در طول زمان بر سرسختی زناشویی و تحمل پریشانی از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط^{۲۸} بهره گرفته شد؛ تحلیل‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

در این مقاله، اصالت متون، صداقت، امانت‌داری، محرمانگی و حفظ رازداری رعایت شده است؛ همچنین شرکت در این پژوهش هیچ‌گونه آسیب جسمانی و روانی برای افراد به‌دنبال نداشته است و شرکت‌کنندگان کاملاً آزادانه و به‌صورت اختیاری مشارکت داشته‌اند. این مقاله با کد اخلاق به شماره IR.HUMS.REC.1404.051 در دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان (کمیتة اخلاق در پژوهش) ثبت گردیده است.

27. Shapiro-Wilk Test

28. Mixed Anova

از مجموع ۹۴ نفر از جامعه آماری، تعداد ۳۰ نفر به‌عنوان نمونه در نظر گرفته شدند و در گروه آزمایش و گواه به‌طور تصادفی (هر گروه ۱۵ نفر) جایگذاری شدند. هر دو گروه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری سه‌ماهه را تکمیل کردند؛ گروه مداخله طی این مدت درمان گروهی دریافت کرد و گروه گواه مداخله‌ای نداشت. در (جدول ۲) مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان پژوهش ارائه شده است.

میانگین و انحراف معیار سنی گروه مداخله ($34/20 \pm 6/58$) و گواه ($33/40 \pm 7/13$) بر حسب سال همگون بود ($P=0/75$ ، $t=0/32$ مقدار تی). همچنین میانگین و انحراف معیار مدت ازدواج گروه مداخله ($10/66 \pm 7/32$) و گواه ($10/33 \pm 8/43$) بر حسب سال همگون بود ($P=0/90$ ، $t=0/12$ مقدار تی). از نظر تحصیلات افراد در گروه مداخله، ۳ نفر دیپلم، ۷ نفر کارشناسی و ۵ نفر کارشناسی ارشد داشتند؛ همچنین در گروه گواه ۲ نفر دیپلم، ۹ نفر تحصیلات کارشناسی و ۴ نفر کارشناسی ارشد داشتند که این پراکندگی در دو گروه همگون بود ($P=0/75$ ، $t=0/56$ خی‌دو). از نظر تعداد فرزند در گروه مداخله ۶ نفر فرزندی نداشتند و ۹ نفر حداقل یک فرزند داشتند، در گروه گواه ۴ نفر فرزندی نداشتند و ۱۱ نفر صاحب حداقل یک فرزند بودند، که این پراکندگی در دو گروه همگون بود ($P=0/43$ ، $t=0/60$ خی‌دو). از نظر وضعیت اشتغال در گروه مداخله ۵ نفر خانه‌دار، ۴ نفر شغل دولتی و ۶ نفر شغل آزاد و در گروه گواه ۶ نفر خانه‌دار، ۳ نفر شغل دولتی و ۶ نفر شغل آزاد داشتند. این پراکندگی در دو گروه همگون بود ($P=0/89$ ، $t=0/23$ خی‌دو).

در ادامه در (جدول ۳) اطلاعات توصیفی متغیرهای سرسختی زناشویی و تحمل پریشانی به تفکیک گروه‌ها و مراحل سنجش ارائه شده است، همچنین در این نتایج نرمال بودن داده‌ها با بهره‌گیری از آزمون شاپیرو-ویلک ارائه شده است.

نتایج (جدول ۳) نشان می‌دهد که گروه مداخله نسبت به گواه در طول مراحل سنجش، تغییرات بیشتری در متغیرهای سرسختی روان‌شناختی و تحمل پریشانی داشته است؛ در واقع روند تغییرات متغیر سرسختی زناشویی و تحمل پریشانی در گروه مداخله افزایشی بوده است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که داده‌ها در مراحل مختلف سنجش به تفکیک گروه‌ها در اکثر موارد توزیع نرمال

جدول ۲. مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه

متغیر	طبقات	گروه آزمایش		گروه گواه		مقدار P
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
تحصیلات	دیپلم	۳	۲۰	۲	۱۳/۳	.P=۰/۷۵) (χ2=۰/۵۶
	کارشناسی	۷	۴۶/۷	۹	۶۰	
	کارشناسی ارشد	۵	۳۳/۳	۴	۲۶/۷	
تعداد فرزند	دارای فرزند	۹	۶۰	۱۱	۷۳/۳	.P=۰/۴۳) (χ2=۰/۶۰
	بدون فرزند	۶	۴۰	۴	۲۶/۷	
اشتغال	خانه‌دار	۵	۳۳/۳	۶	۴۰	.P=۰/۸۹) (χ2=۰/۲۳
	شغل دولتی	۴	۲۶/۷	۳	۲۰	
	شغل آزاد	۶	۴۰	۶	۴۰	
آزمون همگنی	گروه آزمایش		گروه گواه			
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد		
سن	۳۴/۲۰	۶/۵۸	۳۳/۴۰	۷/۱۳	(t=۰/۳۲ .P=۰/۷۵)	
مدت‌زمان ازدواج	۱۰/۶۶	۷/۳۲	۱۰/۳۳	۸/۴۳	(t=۰/۱۲ .P=۰/۹۰)	

χ^2 : خی دو؛ P: معناداری

$F=۱۰/۶۳۴$, $F=۵/۵۶۱$, $F=۱۴/۴۱۰$, $F=۱۰/۸۵۸$ (جدول ۵) ارائه شده است. نتایج آزمون تعقیبی بن فرون^{۳۲} به تفکیک گروه‌ها در

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای متغیرهای پژوهش نشان داد که در مؤلفه کنترل، میانگین نمرات از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و همچنین از پیش‌آزمون به پیگیری افزایش معناداری داشت، اما بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد. در مؤلفه تعهد، اختلاف میانگین بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و نیز پیش‌آزمون و پیگیری معنادار بود، ولی تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری غیر معنادار به دست آمد. در مؤلفه چالش، تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری معنادار بود، در حالی که اختلاف پس‌آزمون و پیگیری معنادار نشد. در مؤلفه تحمل، تفاوت میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار بود، اما بین پیش‌آزمون و پیگیری و نیز پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری یافت نشد. در مؤلفه جذب، اختلاف میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار بود، اما در سایر مقایسه‌ها تفاوت معناداری مشاهده نشد.

32 bonferroni post hoc

دارند ($P>۰/۰۵$)؛ بر این اساس می‌توان از آزمون‌های پارامتری استفاده کرد. جهت بررسی همگونی خطای واریانس‌ها از آزمون لون^{۲۹} استفاده شد، نتایج نشان داد که خطای واریانس‌ها در هر یک از متغیرها به تفکیک مراحل سنجش همگون است؛ همچنین نتایج آزمون ام باکس^{۳۰} نشان داد که ماتریس کوواریانس‌ها در حالت چندمتغیره برقرار است ($P>۰/۰۵$). نتایج آزمون موچلی^{۳۱} با حضور گروه گواه نشان داد که مقادیر متغیر سرسختی زناشویی و تحمل پریشانی معنادار نیست، بر این اساس گزارش شاخص F در آزمون تحلیل واریانس نیاز به اصلاح ندارد. با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، جهت آزمون مقایسه اثربخشی مداخله در مراحل سنجش و مقایسه آن‌ها از این آزمون استفاده شده است. در (جدول ۴) نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط جهت بررسی تأثیرات درون و بین گروهی در متغیرهای سرسختی زناشویی و تحمل پریشانی ارائه شده است. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری آمیخته نشان داد که بین گروه‌ها در متغیرهای کنترل ($P=۰/۰۱$), $F=۵۲/۸۷۶$, $F=۶۳/۵۲۵$, $F=۲۸/۶۰۶$ (جدول ۵) ارائه شده است.

29 Levene's test

30 Box's M

31 Mauchly's test

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای سرسختی زناشویی و تحمل پریشانی به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	مراحل سنجش	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو ویلک	
					آماره	مقدار P
کنترل	پیش‌آزمون	مداخله	۱۰/۸۰	۴/۲۷	۰/۹۰	۰/۴۵
		گواه	۱۰/۹۳	۲/۹۱	۰/۹۳	۰/۳۴
	پس‌آزمون	مداخله	۱۳/۶۷	۳/۰۱	۰/۹۳	۰/۳۱
		گواه	۹/۸۷	۶/۳۸	۰/۹۴	۰/۴۰
	پیگیری	مداخله	۱۴/۶۷	۲/۴۶	۰/۹۱	۰/۱۶
		گواه	۹/۹۳	۲/۸۹	۰/۹۲	۰/۲۱
سرسختی زناشویی	پیش‌آزمون	مداخله	۱۵/۷۳	۳/۴۱	۰/۹۲	۰/۲۲
		گواه	۱۳/۸۰	۲/۰۷	۰/۸۹	۰/۰۸
	پس‌آزمون	مداخله	۲۲/۴۷	۳/۸۸	۰/۹۰	۰/۱۰
		گواه	۱۴/۲۰	۴/۲۶	۰/۹۵	۰/۶۳
	پیگیری	مداخله	۲۲/۲۰	۴/۰۵	۰/۹۲	۰/۱۹
		گواه	۱۴/۸۰	۴/۱۲	۰/۹۸	۰/۹۷
چالش	پیش‌آزمون	مداخله	۹/۰۷	۲/۵۲	۰/۸۹	۰/۰۸
		گواه	۹/۴۰	۲/۰۹	۰/۹۴	۰/۳۹
	پس‌آزمون	مداخله	۱۳/۵۳	۱/۵۶	۰/۸۸	۰/۰۵
		گواه	۹/۴۷	۹/۲۰	۰/۹۲	۰/۲۳
	پیگیری	مداخله	۱۳/۰۱	۱/۸۹	۰/۸۸	۰/۰۵
		گواه	۹/۳۳	۲/۴۶	۰/۹۴	۰/۴۴
تحمل	پیش‌آزمون	مداخله	۷/۲۰	۲/۰۷	۰/۹۳	۰/۳۵
		گواه	۶/۰۷	۱/۷۵	۰/۹۵	۰/۵۲
	پس‌آزمون	مداخله	۸/۷۳	۲/۰۵	۰/۹۰	۰/۱۲
		گواه	۶/۶۷	۱/۹۱	۰/۹۱	۰/۱۵
	پیگیری	مداخله	۸/۰۷	۲/۴۹	۰/۸۹	۰/۰۷
		گواه	۶/۲۰	۱/۷۸	۰/۹۵	۰/۵۶
تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	مداخله	۷/۷۳	۲/۸۹	۰/۸۹	۰/۰۸
		گواه	۸/۰۷	۲/۹۱	۰/۹۷	۰/۸۵
	پس‌آزمون	مداخله	۱۰/۲۷	۲/۱۵	۰/۹۵	۰/۵۹
		گواه	۷/۸۷	۲/۹۲	۰/۹۵	۰/۵۵
	پیگیری	مداخله	۹/۲۷	۲/۳۴	۰/۹۵	۰/۵۲
		گواه	۷/۴۰	۲/۲۶	۰/۹۶	۰/۷۱

متغیرها	مراحل سنجش	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو وویلک	
					آماره	مقدار P
ارزیابی	پیش‌آزمون	مداخله	۱۴/۷۳	۴/۸۰	۰/۹۵	۰/۶۰
		گواه	۱۵/۱۳	۴/۷۹	۰/۹۵	۰/۶۰
	پس‌آزمون	مداخله	۱۹/۲۷	۵/۰۹	۰/۹۴	۰/۴۹
		گواه	۱۳/۹۳	۳/۶۱	۰/۹۷	۰/۸۵
	پیگیری	مداخله	۱۹/۳۳	۴/۲۰	۰/۹۵	۰/۴۵
		گواه	۱۳/۸۷	۳/۸۵	۰/۹۶	۰/۷۴
تنظیم	پیش‌آزمون	مداخله	۷/۷۳	۲/۵۲	۰/۹۲	۰/۲۶
		گواه	۷/۶۷	۱/۷۵	۰/۹۳	۰/۳۶
	پس‌آزمون	مداخله	۹/۲۷	۲/۵۷	۰/۹۶	۰/۷۸
		گواه	۷/۳۳	۲/۴۴	۰/۹۶	۰/۷۹
	پیگیری	مداخله	۱۰/۱۳	۱/۲۴	۰/۹۰	۰/۱۲
		گواه	۷/۴۰	۲/۳۸	۰/۹۱	۰/۱۴

و تعهد مبتنی بر شفقت بر سرسختی زناشویی و تحمل پریشانی در زنان متقاضی طلاق انجام شد. یافته‌های این مطالعه با نتایج پژوهش‌های پیشین درباره اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سرسختی روان‌شناختی به‌طور ضمنی و غیرمستقیم در گروه‌های مختلف، هم‌راستا بود (۱۸، ۲۴، ۲۶، ۲۷، ۳۰). اما در زمینه کارایی درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت بر سرسختی زناشویی زنان در آستانه طلاق شواهدی جهت مقایسه یافت نشد.

تبیین اثربخشی مداخله حاضر را می‌توان در هم‌افزایی دو مؤلفه اساسی آن، یعنی پرورش شفقت و تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی جست‌وجو کرد (۲۶). این دو سازوکار نه تنها به‌صورت منفک، بلکه در یک تعامل پویا و تکمیلی عمل می‌کنند و پیامدهای مثبت درمانی را شکل می‌دهند. از یک‌سو، شفقت با کاهش گرایش‌های خودانتقادی و ایجاد نگرش پذیرنده و مهربانانه نسبت به خویشتن، ظرفیت فرد برای مدیریت تنش‌های روانی و هیجانی را افزایش می‌دهد. افراد زمانی که نسبت به خود نگاهی همدلانه‌تر دارند، کمتر درگیر رفتارهایی همچون سرزنش مداوم یا اجتناب هیجانی می‌شوند و در نتیجه آستانه تحمل عاطفی آن‌ها ارتقا می‌یابد (۲۵). این نگرش، امکان بازتفسیری سازنده از ناکامی‌های فردی و تعارض‌های زناشویی را فراهم می‌آورد، به‌گونه‌ای که فرد آن‌ها را نه نشانه‌ای از شکست شخصی یا تهدیدی برای

در مؤلفه ارزیابی، تفاوت میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار بود، همچنین اختلاف پیش‌آزمون و پیگیری معنادار بود، اما بین پس‌آزمون و پیگیری نیز تفاوت معناداری وجود نداشت. در نهایت، در مؤلفه تنظیم، بین میانگین پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت، اما تفاوت‌های پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پس‌آزمون با پیگیری معنادار نبود.

در مجموع با توجه به نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی می‌توان نتیجه گرفت که مداخله پژوهش بر مؤلفه‌های سرسختی زناشویی و تحمل پریشانی اثر معنادار داشته است. به‌طور مشخص، در متغیرهای کنترل، تعهد، چالش، تحمل، جذب و ارزیابی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت‌های معناداری مشاهده شد که نشان‌دهنده بهبود این مؤلفه‌ها در نتیجه مداخله است. همچنین در مؤلفه‌های سرسختی زناشویی تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود که نشان‌دهنده پایداری نسبی اثر مداخله در طول زمان است. به‌طورکلی، یافته‌ها حاکی از آن است که مداخله توانسته است بر بهبود مؤلفه‌های سرسختی زناشویی و تحمل پریشانی اثرگذار باشد، هرچند میزان این تأثیر در برخی مؤلفه‌ها در مراحل سنجش ضعیف‌تر بوده است.

بحث

این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی درمان پذیرش

راهبردی به این نگرش می‌افزایند (۲۸). فرد با تمرین این مداخله یاد می‌گیرد که حتی در حضور افکار مزاحم، احساسات ناخوشایند یا موقعیت‌های پرتنش، همچنان رفتارهای سازگارانه و ارزش‌مدار را حفظ کند. این فرایند، به‌جای تلاش برای کنترل یا حذف کامل

ارزشمندی خود، بلکه بخشی طبیعی از تجربه انسانی در زمینه روابط می‌بیند. از سوی دیگر، مؤلفه‌های درمان پذیرش و تعهد، به‌ویژه تمرین‌های مرتبط با پذیرش تجربه‌های درونی و تعهد به اقدام مبتنی بر ارزش‌ها، بُعدی عملی و

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تأثیرات درون و بین گروهی در متغیرهای سرسختی زناشویی و تحمل پریشانی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	مجذوراتا	توان آماری
کنترل	مراحل	۹۸/۱۵۶	۲	۴۹/۰۷۸	۶/۹۳۱	۰/۰۲	۰/۱۹	۰/۹۱
	گروه	۳۸۴/۴۰۰	۱	۳۸۴/۴۰۰	۵۲/۸۷۶	۰/۰۱	۰/۶۵	۱
	تعامل مراحل و گروه	۲۰۸/۰۶۷	۲	۱۰۴/۰۳۳	۱۴/۶۷۱	۰/۰۱	۰/۳۴	۰/۹۹
	خطا	۳۹۷/۱۱۱	۵۶	۷/۰۹۱				
تعهد	مراحل	۲۶۶/۸۶۷	۲	۱۳۳/۴۳۳	۹/۱۴۷	۰/۰۱	۰/۲۴	۰/۹۶
	گروه	۷۷۴/۴۰۰	۱	۷۷۴/۴۰۰	۶۳/۵۲۵	۰/۰۱	۰/۶۹	۱
	تعامل مراحل و گروه	۱۷۶/۸۶۷	۲	۸۸/۴۳۳	۶/۰۶۲	۰/۰۴	۰/۱۷	۰/۸۶
	خطا	۸۱۶/۹۳۳	۰/۵۶	۱۴/۵۸۸				
چالش	مراحل	۸۹/۸۶۷	۲	۴۴/۹۳۳	۱۰/۲۵۷	۰/۰۱	۰/۲۶	۰/۹۸
	گروه	۱۳۶/۹۰۰	۱	۱۳۶/۹۰۰	۲۸/۶۰۶	۰/۰۱	۰/۵۰	۰/۹۹
	تعامل مراحل و گروه	۸۸/۸۰	۲	۴۴/۴۰۰	۱۰/۱۳۵	۰/۰۱	۰/۲۶	۰/۹۸
	خطا	۲۴۵/۳۳۳	۵۶	۴/۳۸۱				
تحمل	مراحل	۱۷/۰۸۹	۲	۸/۵۴۴	۲/۷۱۹	۰/۰۷	۰/۰۸	۰/۵۱
	گروه	۶۴/۱۷۸	۱	۶۴/۱۷۸	۱۰/۶۳۴	۰/۰۳	۰/۲۷	۰/۸۸
	تعامل مراحل و گروه	۳/۶۲۲	۲	۱/۸۱۱	۰/۵۷۶	۰/۵۶	۰/۰۲	۰/۱۴
	خطا	۱۷۵/۹۵۶	۵۶	۳/۱۴۲				
جذب	مراحل	۲۰/۸۶۷	۲	۱۰/۴۳۳	۱/۵۶۱	۰/۲۱	۰/۰۵	۰/۳۱
	گروه	۳۸/۶۷۸	۱	۳۸/۶۷۸	۱۰/۵۶۵	۰/۰۲	۰/۱۶	۰/۶۲
	تعامل مراحل و گروه	۳۱/۴۸۹	۲	۱۵/۷۴۴	۲/۳۵۵	۰/۱۰	۰/۰۷	۴۵
	خطا	۳۷۴/۳۱۱	۵۶	۶/۶۸۴				
ارزیابی	مراحل	۵۵/۵۵۶	۲	۲۷/۷۷۸	۱/۳۸۹	۰/۲۵	۰/۰۴	۰/۲۸
	گروه	۲۷۰/۴۰۰	۱	۲۷۰/۴۰۰	۱۴/۴۱۰	۰/۰۱	۰/۳۴	۰/۹۵
	تعامل مراحل و گروه	۱۶۸/۲۶۷	۲	۸۴/۱۳۳	۴/۲۰۶	۰/۰۲	۰/۱۳	۰/۷۱
	خطا	۱۱۲۰/۱۷۸	۵۶	۲۰/۰۰۳				
تنظیم	مراحل	۱۷/۱۵۶	۲	۸/۵۷۸	۱/۸۱۰	۰/۱۷	۰/۰۶	۰/۳۶
	گروه	۵۶/۰۱۱	۱	۵۶/۰۱۱	۱۰/۸۵۸	۰/۰۳	۰/۲۷	۰/۸۸
	تعامل مراحل و گروه	۲۸/۰۸۹	۲	۱۴/۰۴۴	۲/۹۶۳	۰/۰۶	۰/۰۹	۰/۵۵
	خطا	۲۶۵/۴۲۲	۵۶	۴/۷۴۰				

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه تغییرات درون‌گروهی متغیرهای سرسختی زناشویی و تحمل پریشرانی در مراحل سنجش

متغیرها	مراحل سنجش	گروه مداخله		گروه گواه	
		اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
کنترل	پیش‌آزمون	۴/۸۶۷	۰/۰۱	۱/۰۶۷	۰/۳۱
	پیش‌آزمون	۵/۸۶۷	۰/۰۱	۱/۰۰۰	۰/۳۶
	پس‌آزمون	۱/۰۰۰	۰/۱۸	۰/۰۶۷	۰/۹۴
تعهد	پیش‌آزمون	۶/۷۳۳	۰/۰۱	۰/۴۰۰	۰/۷۱
	پیش‌آزمون	۶/۴۶۷	۰/۰۱	۱/۰۰۰	۰/۴۴
	پس‌آزمون	۰/۲۶۷	۰/۸۵	۰/۶۰۰	۰/۷۰
چالش	پیش‌آزمون	۴/۴۶۷	۰/۰۱	۰/۰۶۷	۰/۹۲
	پیش‌آزمون	۳/۹۳۳	۰/۰۱	۰/۰۶۷	۰/۹۴
	پس‌آزمون	۰/۵۳۳	۰/۲۷	۰/۱۳۳	۰/۸۷
تحمل	پیش‌آزمون	۱/۵۳۳	۰/۰۴	۰/۶۰۰	۰/۴۸
	پیش‌آزمون	۰/۸۶۷	۰/۱۱	-۰/۱۳۳	۰/۸۴
	پس‌آزمون	۰/۶۶۷	۰/۲۲	۰/۴۶۷	۰/۴۳
جذب	پیش‌آزمون	۲/۵۳۳	۰/۰۱	۰/۲۰۰	۰/۸۷
	پیش‌آزمون	۱/۵۳۳	۰/۱۴	۰/۶۶۷	۰/۵۱
	پس‌آزمون	۱/۰۰۰	۰/۱۴	۰/۴۶۷	۰/۵۹
ارزیابی	پیش‌آزمون	۴/۵۳۳	۰/۰۲	۱/۲۰۰	۰/۵۲
	پیش‌آزمون	۴/۶۰۰	۰/۱۰	۱/۲۶۷	۰/۴۹
	پس‌آزمون	۰/۰۶۷	۰/۹۶	۰/۰۶۷	۰/۹۶
تنظیم	پیش‌آزمون	۱/۵۳۳	۰/۰۹	۰/۳۳۳	۰/۶۹
	پیش‌آزمون	۲/۴۰۰	۰/۰۴	۰/۲۶۷	۰/۷۰
	پس‌آزمون	۰/۸۶۷	۰/۲۷	۰/۰۶۷	۰/۹۴

تجربه‌های ناخوشایند، به فرد می‌آموزد که رابطه‌ای متفاوت با افکار و هیجان‌های خود برقرار کند و آن‌ها را به‌عنوان پدیده‌هایی گذرا و غیر تهدیدکننده بپذیرد. در نتیجه، احساس کارآمدی، کنترل و ثبات رفتاری در مواجهه با استرس‌های زناشویی تقویت می‌شود و احتمال بروز واکنش‌های تکانشی، پرخاشگرانه یا اجتنابی به حداقل می‌رسد (۳۳). ترکیب این دو سازوکار یعنی کاهش واکنش‌پذیری هیجانی از طریق شفقت و حفظ جهت‌گیری ارزشی از طریق پذیرش و تعهد بستری مساعد برای تقویت و شکل‌گیری سرسختی زناشویی فراهم می‌آورد. سرسختی زناشویی به‌عنوان مجموعه‌ای از نگرش‌ها و مهارت‌ها در بافت

روابط زوجین، فرد را قادر می‌سازد تا موقعیت‌های دشوار را نه‌تنها قابل مدیریت، بلکه بالقوه آموزنده و بامعنا تلقی کند. چنین ذهنیتی علاوه بر کاهش شدت تنش‌های روانی ناشی از بحران‌های زناشویی، امکان بازسازی معنای رابطه، افزایش احساس انسجام درونی و ارتقای توانایی مقابله با چالش‌های عاطفی را فراهم می‌سازد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت، از طریق فعال‌سازی هم‌زمان سازوکارهای هیجانی و شناختی موجب تغییراتی بنیادین در شیوه ادراک، پردازش و پاسخ‌دهی افراد به موقعیت‌های تنش‌زا می‌شود. این تغییرات عمیق، نه‌تنها به ارتقای کیفیت زندگی فردی

کمک می‌کند، بلکه ظرفیت سرسختی روان‌شناختی را نیز در بستر روابط زناشویی به‌طور پایدار تقویت می‌نماید.

یافته دوم پژوهش حاکی از آن بود که درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت بر افزایش تحمل پریشانی در زنان متقاضی طلاق مؤثر بوده است. یافته‌های این مطالعه با نتایج پژوهش‌های پیشین درباره اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی به‌طور ضمنی و غیرمستقیم در گروه‌های مختلف، هم‌راستا بود (۲۴، ۲۶، ۲۹، ۳۰)؛ اما در زمینه کارایی درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی زنان در آستانه طلاق شواهدی جهت مقایسه یافت نشد.

این درمان با ادغام راهبردهای شفقت به خود و پذیرش، فضایی فراهم می‌کند که مراجعان بتوانند به جای اجتناب یا سرکوب هیجانات ناخوشایند، به آن‌ها با نگرشی مهربانانه و غیر قضاوتی پاسخ دهند (۲۶). چنین تغییری نه‌تنها منجر به کاهش خودانتقادی و نشخوار فکری منفی می‌شود، بلکه به ایجاد یک احساس امنیت هیجانی کمک می‌کند که پیش‌شرط بازسازی روانی در شرایط بحرانی مانند طلاق است. از منظر سازوکارهای روان‌شناختی مؤلفه‌های مبتنی بر شفقت، موجب پرورش نگرش شفقت‌آمیز نسبت به خود و کاهش خودانتقادی می‌شود (۲۵) که در زنان درگیر فرایند طلاق شایع است. همچنین مؤلفه‌های درمان پذیرش و تعهد، بر پذیرش افکار و احساسات دشوار بدون تلاش برای حذف یا تغییر مستقیم آن‌ها تأکید می‌کنند و هم‌زمان فرد را به تعهد به اقدامات همسو با ارزش‌های شخصی سوق می‌دهند (۲۸). این ترکیب مؤلفه‌های درمانی باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توانایی حفظ ثبات هیجانی، و کاهش رفتارهای ناسازگار می‌شود. به‌عبارت‌دیگر درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به‌طور مؤثر ظرفیت تحمل پریشانی را در زنان متقاضی طلاق افزایش می‌دهد و نقش محافظتی در برابر پریشانی عاطفی ایفا می‌کند. به‌طور خاص در ارتباط با تبیین مؤلفه‌های تحمل پریشانی می‌توان گفت اگرچه تفاوت معناداری بین گروه‌ها در سطح کلی مؤلفه‌ها مشاهده شده است، اما اثرات درمان در مؤلفه‌های تحمل، جذب، و ارزیابی از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون معنادار بود، در مؤلفه تنظیم نیز تفاوت در پیش‌آزمون و پیگیری مشاهده شد و تنها در مؤلفه ارزیابی اثرات درمان تا مرحله پیگیری تداوم داشت. این امر می‌تواند ناشی از تفاوت

در حساسیت مؤلفه‌ها به مداخله یا تفاوت در پایداری اثرات درمانی در طول زمان باشد. به‌طور مشخص، در مؤلفه‌های تحمل و جذب، تغییر معنادار تنها در فاصله پیش‌آزمون تا پس‌آزمون به‌دست آمد که نشان می‌دهد مداخله توانسته است در کوتاه‌مدت از شدت تنش هیجانی بکاهد، اما این اثر تا مرحله پیگیری تداوم نیافته است. در مؤلفه ارزیابی، معناداری در هر دو بازه پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیش‌آزمون و پیگیری مشاهده شد و نبود تفاوت معنادار میان پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد که دستاوردهای اولیه در حوزه ارزیابی تجربه‌های ناخوشایند نسبتاً پایدار باقی‌مانده است. در مؤلفه تنظیم، تفاوت معنادار تنها میان پیش‌آزمون و پیگیری ظاهر شد که می‌تواند نشان‌دهنده نوعی اثر تأخیری مداخله باشد، به این معنا که فرایند درونی‌سازی مهارت‌های مؤلفه تنظیم به زمان بیشتری نیاز دارد. این موضوع نیز ممکن است که این امر به دلیل محدودیت‌هایی مانند حجم نمونه کوچک و در نتیجه کاهش توان آماری در آشکارسازی تفاوت‌های واقعی، به وجود آمده باشد. در هر صورت، هرچند ابزار سنجش مورد استفاده از دقت و پایایی مناسبی برخوردار بود و گروه‌ها نیز از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی و نمرات پیش‌آزمون همگن بودند، اما حجم نمونه محدود می‌تواند سبب شود برخی اثرات بالقوه در سطح معناداری آماری نمایان نشوند.

محدودیت‌های پژوهش

نمونه‌گیری در دسترس، عدم امکان مقایسه این درمان با سایر درمان‌های روان‌شناختی و متقاعد ساختن همه مراکز جهت نمونه‌گیری از مهم‌ترین محدودیت‌های این مطالعه بود که تعمیم نتایج را دشوار می‌سازد.

عدم ارزیابی طولانی‌مدت از اثربخشی درمان، امکان بررسی پایداری تغییرات ایجادشده را کاهش می‌دهد. ماهیت ترکیبی درمان ممکن است مانع از تفکیک اثرات دقیق هر مؤلفه شده باشد.

عدم بررسی پیامدهای درمان در مردان متقاضی طلاق نیز یکی دیگر از محدودیت‌های مهم محسوب می‌شود که نتایج را تنها به زنان محدود می‌کند و چشم‌انداز کامل‌تری از اثربخشی مداخلات ارائه نمی‌دهد.

پیشنهادهای پژوهش

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، پیشنهاد می‌شود که:

رشته مشاوره زهرا زاهدی از دانشگاه هرمزگان می‌باشد.

نتیجه‌گیری

به‌طورکلی، یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت، مداخله‌ای مؤثر برای افزایش سرسختی زناشویی و تحمل پریشانی در زنان متقاضی طلاق است. درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت با تقویت شفقت به خود، پذیرش و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به زنان کمک می‌کند تا چالش‌های عاطفی را بهتر مدیریت کنند و در طول فرآیند دشوار جدایی زناشویی، تاب‌آوری خود را افزایش دهند. این نتایج، پتانسیل ادغام رویکردهای مبتنی بر شفقت و پذیرش را در محیط‌های درمانی برای حمایت از بهزیستی و مقابله سازگاران زن در مواجهه با ناملایمات زناشویی برجسته می‌کند. در نتیجه، درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت مسیری امیدوارکننده برای بهبود پیامدهای سلامت روان و ارتقای قدرت روان‌شناختی بیشتر در میان زنانی که در حال گذر از طلاق هستند، ارائه می‌دهد.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

این پژوهش در سایر شهرها و با بهره‌گیری از طرح کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل‌شده اجرا شود تا اعتبار و قابلیت تعمیم یافته‌ها افزایش یابد.

انجام مطالعه مشابه در میان مردان متقاضی طلاق می‌تواند به غنای نتایج و بررسی تفاوت‌های جنسیتی در پاسخ به مداخلات کمک کند.

در سطح درمان، توصیه می‌شود درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت با سایر روش‌های درمانی مقایسه شده و آموزش تخصصی درمانگران برای به‌کارگیری مؤثر این رویکرد فراهم گردد.

در زمینه برنامه‌های عملی و پیشگیرانه نیز، برگزاری جلسات گروه‌درمانی، گنجاندن تمرین‌های ذهن‌آگاهی و پذیرش در برنامه‌های روزانه افراد در معرض طلاق، و استفاده از این درمان به‌عنوان مداخله پیشگیرانه در تعارضات زناشویی می‌تواند در ارتقای تاب‌آوری و سلامت روانی مؤثر باشد.

تنظیم مداخلات روان‌شناختی به‌گونه‌ای که به چالش‌های عاطفی خاص مانند شرم، خودانتقادی و اضطراب پاسخ دهد، مسیر مؤثری برای حمایت از زنان متقاضی طلاق و کاهش پیامدهای منفی این فرآیند فراهم می‌آورد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله مقطع دکتری تخصصی

منابع

1. Mohamadsadegh A, Kalantarkosheh M, Naeimi E. The experience of sexual problems in women seeking divorce and women satisfied with their marriage: a qualitative study. *J Qual Res Health Sci*. 2018;7(1):35-47.
2. Amani A, Kazemi S. Phenomenological analysis of Sternberg love stories among couples seeking divorce. *Cult Psychol*. 2025;8(2):139-66.
3. Khajevand A, Nejad SG. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on the psychological capital of couples seeking divorce. *Int J Appl Behav Sci*. 2022;9(2):16-22.
4. Emery RE, Kitzmann KM, Waldron M. Psychological interventions for separated and divorced families. In: *Coping with divorce, single parenting, and remarriage*. New York: Psychology Press; 2014. p. 323-44.
5. Salehi Kozani P, Ahmadian H, Yarahmadi Y. The impact of positive psychotherapy on adolescent girls' subjective well-being and emotional regulation in divorced families. *Sadra Med J*. 2024;12(4):561-73. Persian.
6. Jarwan AS, Al-frehat BM. Emotional divorce and its relationship with psychological hardiness. *Int J Educ Pract*. 2020;8(1):72-85.
7. El-Bakhsha AM. Psychological hardiness among a sample of primary school children. *J Sustain Dev Soc Environ Sci*. 2025;4(1):72-84.
8. Azimi N, Hosseini S, Arefi M, Parandin S. Predicting emotional divorce based on conflict control styles and psychological hardiness in couples. *Psychother*. 2020;9:47-57. Persian.
9. Abdelfatah Ahmed Zewiel M, Ahmed Elsayes H. Association between emotional divorce, mother's psychological hardiness and child's psychological wellbeing. *Int Egypt J Nurs Sci Res*. 2023;3(2):563-81.
10. Mandal E, Lip M. Mindfulness, relationship quality, and conflict resolution strategies

- used by partners in close relationships. *Curr Issues Pers Psychol*. 2022;10(2):135-46.
11. Shahinnia N, Rahnejat AM. Prediction of marital conflicts through distress tolerance mediated by ego resilience in women seeking divorce. *J Fam Res*. 2024;12(45):30-9. Persian.
12. Ghodratollahifard M, Chinaveh M, Aminimanesh S. The mediating role of anxiety tolerance and cognitive emotion regulation concerning childhood injuries and the obsessive-compulsive personality disorders symptoms in nurses. *Sadra Med J*. 2021;9(3):271-84. Persian.
13. Simons JS, Gaher RM. The distress tolerance scale: development and validation of a self-report measure. *Motiv Emot*. 2005;29(2):83-102.
14. Aguirre P, Michelini Y, Bravo AJ, Pautassi RM, Pilatti A. Association between personality traits and symptoms of depression and anxiety via emotional regulation and distress tolerance. *PLoS One*. 2024;19(7):e0306146.
15. Abedi Valoukolaei F, Yousefi Taleshi Z, Khanmmohammadi Otaghsara A. The effectiveness of mindfulness training on emotional failure and distress tolerance of women prone to emotional divorce. *Shenakht J Psychol Psychiatry*. 2024;11(5):45-50. Persian.
16. Khorasani AH. Investigating the effectiveness of positive psychotherapy on cognitive flexibility and distress tolerance in divorced women. *J Fam Relat Stud*. 2024;4(13):32-9.
17. Pourdestan K, Naseri A. The effectiveness of cognitive-behavioral training on emotional dyslexia and distress tolerance in infertile women undergoing treatment in Ahvaz. *Sadra Med J*. 2025;13(2):245-55. Persian.
18. Borujeni MM, Sajjadian I, Golparvar M. Comparison of effectiveness of narrative-based acceptance and commitment therapy package and acceptance and commitment therapy on intolerance of uncertainty and negative emotions of women on the verge of divorce. *J Fam Res*. 2024;20(2):65-86. Persian.
19. Bafrani MA, Nourizadeh R, Hakimi S, Mortazavi SA, Mehrabi E, Vahed N. The effect of psychological interventions on sexual and marital satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *Iran J Public Health*. 2023;52(1):49-63.
20. Salehi S, Vaziri S, Nasri M. Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and paradoxical timetable therapy on worry in individuals with social anxiety disorder. *Sadra Med J*. 2025;13(1):138-54. Persian.
21. Bearkat F, Amini N, Deyreh E, Shafiabady A. The effectiveness of integrated pattern for divorce prevention, based approach encouragement and approach based on compassion and forgiveness on emotional intimacy and family adaptability in divorced spouses. *Couns Cult Psychother*. 2022;13(49):249-78. Persian.
22. Damari B, Heidari A, Zokaei A. The national divorce prevention and reduction program and its complications: goals, service model, challenges, and future path. *Int J Health Manag Dev*. 2024;2(1):10-14.
23. Shokrzadeh Z, Alijani F, Amiri Majd M, Babakhani V. Comparing the effectiveness of marital life enrichment program based on Enrich model and Time model on marital satisfaction in couples applying for divorce. *J Fam Relat Stud*. 2024;4(14):49-57.
24. Hill M. Compassion-focused acceptance and commitment therapy for eating disorders: a multiple baseline across participants study [PhD dissertation]. Atlanta: Georgia State University; 2017.
25. Petrocchi N, Ottaviani C, Cheli S, Matos M, Baldi B, Basran JK, et al. The impact of compassion-focused therapy on positive and negative mental health outcomes: results of a series of meta-analyses. *Clin Psychol Sci Pract*. 2024;31(2):230.
26. Hill ML, Schaefer LW, Spencer SD, Masuda A. Compassion-focused acceptance and commitment therapy for women with restrictive eating and problematic body-checking: a multiple baseline across participants study. *J Contextual Behav Sci*. 2020;16:144-52.
27. Jahangiri F, Karimi J, Roozbahani M, Razani M. Comparing the effectiveness of compassion-focused acceptance and commitment therapy and yoga exercises on self-management of people with multiple sclerosis. *Rooyesh-e-Ravanshenasi J*. 2023;12(8):107-16. Persian.
28. Levin ME, Krafft J, Twohig MP. An overview of research on acceptance and commitment therapy. *Psychiatr Clin North*

- Am. 2024;47(2):419-31.
29. Kleiman K, Marks DR, Block-Lerner J, Tirsch D, Brady V, Foote B, et al. Feasibility and preliminary outcomes of compassion-focused acceptance and commitment therapy delivered via telehealth in a community behavioral health clinic. *Front Psychol.* 2025;16:1509396.
 30. Mousavi MS, Bakhshpour A, Mahdian H. Comparing the effectiveness of “acceptance and commitment therapy” and “compassion-focused therapy” and “compassion-enriched acceptance and commitment therapy” on communication patterns of married women suffering from depression and marital conflicts. *J Health Promot Manag.* 2023;12(1):95-112. Persian.
 31. Nokabadi AL. The effectiveness of compassion focused-therapy on increasing the distress tolerance and loneliness in women affected by marital infidelity. *Int J Med Investig.* 2022;11(3):1-10.
 32. Alipoori A, Asadi J, Khajevand A, Hosseinaei A. Comparing the effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) with acceptance and commitment therapy (ACT) on marriage regret of couples referring to divorce counseling centers. Rooyesh-e-Ravanshenasi J. 2024;12(11):151-60. Persian.
 33. Ardeshirzadeh M, Bakhtiarpour S, Homaei R, Eftekhari Saadi Z. The effectiveness of compassion-focused therapy and acceptance and commitment therapy on post-divorce adjustment in divorced women referred to counseling center in Ahvaz. *J Health Sci Surveill Syst.* 2022;10(1):36-43.
 34. Nabavi M, Shahbazi M. Comparison of the effectiveness of compassion focused therapy and dialectical behavior therapy on reducing the marital conflict of women on the threshold of the divorce. *J Psychol Sci.* 2021;20(106):1897-912. Persian.
 35. Zahedi Z, Javdan M, Salimi H, Samavi SA. Development and validation of the marital hardness questionnaire (MHQ). Rooyesh-e-Ravanshenasi J. In press. Persian.
 36. Waltz CF, Bausell BR. *Nursing research: design, statistics, and computer analysis.* Philadelphia: FA Davis; 1981.
 37. Mahmoudpour A, Shariatmadar A, Borjali A, Shafiabadi A. Psychometric properties of the distress tolerance scale (DTS) in the elderly. *Q Educ Meas.* 2021;12(46):49-64. Persian.