فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۸، شماره ۲۲، پاییز ۱۴۰۲

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود بر نشخوار فکری و تنظیم هیجانی در مردان با اقدام به خودکشی

مهرداد شمس[۱]

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود بر نشخوار فکری و تنظیم هیجانی در مردان با اقدام به خودکشی بود. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مردان اقدام‌کننده به خودکشی، ارجاعی به مرکز اورژانس بیمارستان امام خمینی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. نمونه آماری شامل ۳۰ نفر بود که به‌صورت در دسترس انتخاب شدند و سپس به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه کنترل گمارش شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار ماندند. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه نشخوار فکری (نولن هوکسما و مارو، ۱۹۹۱) و پرسشنامه تنظیم هیجانی (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱) بود. همچنین به منظور سنجش روایی از روایی محتوا استفاده شد که برای این منظور پرسشنامه به تأیید متخصصین مربوطه رسید. تجزیه و تحلیل اطلاعات به‌دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS-v22 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت. نتایج نشان داد درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود باعث کاهش نشخوار فکری در مردان با اقدام به خودکشی شد. همچنین نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود باعث افزایش تنظیم هیجانی در مردان با اقدام به خودکشی شد. یافته‌های این پژوهش حاکی از اثربخشی درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود بر نشخوار فکری و تنظیم هیجانی در مردان با اقدام به خودکشی بود.

واژگان کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، شفقت به خود، نشخوار فکری، تنظیم هیجانی

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول) Mehrdadshams71@gmail.com

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

مقدمه

خودکشی به عنوان یک پدیده اجتماعی مهم نقش اساسی در به خطر افتادن سلامت روان جامعه ایفا می‌کند. به تعبیر دیگر میزان خودکشی و اقدام به خودکشی از مهمترین شاخص‌های بهداشت روانی افراد یک جامعه محسوب می‌شود (بنتون[1]،۲۰۲۲). برخی از انسان‌ها افکار خودکشی دارند که هرگز به آن عمل نمی‌کنند، بعضی دیگر روزها، هفته‌ها، ماه‌ها و حتی سال‌ها قبل از اقدام طرح‌ریزی می‌کنند و برخی به طور تکانشی و بدون قصد قبلی اقدام می‌کنند (لین، لین و چن[2]،۲۰۲۲). خودکشی شاید غم‌انگیزترین روش ختم زندگی یک فرد محسوب شود. رنج ناشی از خودکشی غیرقابل بیان است و سبب می‌شود، اعضای خانواده، دوستان، همکاران با فقدان عمیق و احساس گناه مواجه شوند. در پی خودکشی حالت سردرگمی و تخریب بروز می‌کند که در غالب موارد قابل توصیف نیست. اغلب افرادی که به خودکشی فکر می‌کنند، برای اقدام به خودکشی مردد هستند و مطمئن نیستند که می‌خواهند بمیرند (روجاس[3] و همکاران، ۲۰۲۲). در زمینه میزان شیوع افکار، برنامه و رفتار خودکشی در ایران بررسی‌های اندک انجام شده است. میزان شیوع در طول عمر افکار خودکشی، برنامه‌ها و اعمال خودکشی را ۱۲ درصد گزارش کردند (ولف[4] و همکاران، ۲۰۲۲).

از جمله مشکلاتی که افراد با اقدام به خودکشی از آن رنج می‌برند، نشخوار فکری است که به عنوان افکاری مقاوم و عودکننده شناخته می‌شود که حول یک موضوع معمول دور می‌زند و توجه را از موضوعات موردنظر و اهداف فعلی منحرف می‌سازد. مطالعات زیادی از رابطه تنگاتنگ بین نشخوار فکری و انواع مختلف اختلالات هیجانی حکایت می‌کند (ربیعانی و مجتبایی، ۱۳۹۷). این افراد با تمرکز بیشتر به عوامل فشار زای زندگی، دچار افکار ناکارآمدی می‌شوند که عمدتا گرایش به گذشته داشته و به افکار منفی تکرارشونده‌ی متمرکز بر خود منتهی می‌شود که آن را نشخوار فکری گویند (تومینیا، کولاین، روزرو و گالا[5]، ۲۰۲۰). در واقع نشخوار فکری به عنوان افکار تکراری در مورد تجربیات مرتبط با عواطف تعریف می‌شود (کوواکس، تکاکس، توس[6] و همکاران، ۲۰۲۰) و شامل افکار منفعلانه‌ای است که متمرکز بر علت‌ها، نتایج و علائم هستند (عندلیب، عابدی، نشاط‌دوس و آقایی، ۱۳۹۹) که به عنوان نوعی رفتار برگشتی معمولا برای مدت طولانی مدت دوام می‌آورد (هتریک، کاکس، فیشر[7] و همکاران، ۲۰۱۵). مطالعات تحولی نشان می‌دهد که سبک‌های پاسخ دهی نشخوار گونه، طی انتقال فرد از دوران کودکی به دوران بزرگسالی ایجاد و تثبیت می شوند (شاو، هیلت و استار[8]،۲۰۲۱). حین نشخوار فکری فرد به برآوردهای افراطی از احتمال حوادث منفی و مسئولیت خود در قبال ایجاد یا پیشگیری از پیامدهای فاجعه بار مرتبط با افکار دست می زند و سعی در کنترل این افکار دارد (خدری، شیرالی‌نیا و اصلانی، ۱۴۰۱).

عوامل گوناگونی می‌تواند در خودکشی دخیل باشند برخی از مهمترین فاکتور خطرساز خودکشی کاهش تنظیم هیجانی در آنان است. هیجان ممکن است از چند مسیر بر سلامت افراد تاثیر بگذارند. تنظیم هیجان را می‌توان به صورت فرآیندهایی تعریف کرد که از طریق آن، افراد می‌توانند بر این که چه هیجانی داشته باشند، چه وقت آنها را داشته باشند، چگونه آنها را تجربه و ابراز کنند، تأثیر بگذارند و همچنین تحت تاثیر شرایط سنی باشد (روهر، نستلر و کانزمن[9]،۲۰۱۹). تنظیم هیجانی[10] نظریه هیجان‌مدار به توانایی فرد برای عمل، آگاه بودن از و به کلام درآوردن و استفاده از هیجان‌ها به صورت سازگارانه برای تنظیم آشفتگی و پیشبرد نیازها و اهداف است (ادواردز و پینا[11]،۲۰۲۱). تنظیم هیجانی برای عملکرد سازگارانه ضروری است. یک سطح بهینه از برانگیختگی هیجانی برای یک موقعیت مشخص وجود دارد (گرینبرگ، ۲۰۰۲). توانایی تنظیم هیجانی یک فرد

---

[1] - Benton
[2] - Lin, Lin & Chen
[3] - Rojas
[4] - Wolf
[5] - Tumminia, Colaianne, Roeser, & Galla
[6] - Kovacs, Takacs, Toth
[7] - Hetrick, Cox, Fisher
[8] - Shaw, Conway & Starr
[9] - Rohr Nestler & Kunzmann
[10] - Emotion Regulation
[11] - Edwards & Pinna

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

ازبخش تجارب اولیه دلبستگی با والدین یا مراقبت‌کننده‌های پاسخگو و در دسترس می‌آید. دشواری‌ها در تنظیم هیجانی شامل مشکلات هم در کم‌انگیختگی و هم بیش انگیختگی است و یک شکل مهم از بد عملکردی هیجانی است (زواک و گرینبرگ[1]، ۲۰۲۰). ناتوانی بیماران در تنظیم نمودن هیجاناتشان، به ویژه وقتی که طرف مقابل در دسترس هیجانی نیست، می‌تواند منبع عمده‌ای در ایجاد مشکلات زناشویی باشد. وقتی افراد از تنظیم آشفتگی‌های خود ناتوانند به دو طریق با آن کنار می‌آیند: حمله کردن و یا دوری گزیدن، این بدان معناست که درمانگران علاوه بر تمرکز بر پاسخگو بودن افراد نسبت به یکدیگر و شناسایی موانع آن، بایستی بر ارتقاء توانایی‌های هر فرد در تنظیم عواطف خود تمرکز کنند، به نحوی که همسران آشفتگی‌های خود را به سمت حمله یا کناره‌گیری سوق ندهند. بنابراین ضروری است که بیماران توانایی تسکین بخشی و ترمیم‌گری اضطراب و شرم خود را داشته باشند و این توانایی را افزایش دهند تا بتوانند زمانی که از اطرافیان خود ناامید می‌گردند یا او حضور ندارد، از این توانایی بهره ببرند (الیوت و مک دونالد[2]،۲۰۲۱۲).

اخیرا نسل سوم درمان‌های شناختی رفتاری مانند درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود، بر هدف قرار دادن نیازهای افراد متمرکز کرده‌اند. مداخلات در درمان پذیرش و تعهد برای افراد با اقدام به خودکشی، با هدف مدیریت پریشانی‌های مرتبط با استرس و اضطراب، که ایجاد چالش‌های هیجانی می‌کنند و همچنین برای بهبودی مهارت‌های خودمدیریتی انجام می‌شود (افشاری، ۱۳۹۷). درمان پذیرش و تعهد را می‌توان ترکیبی از استراتژی‌های پذیرش و خودآگاهی برای تغییر رفتار آشکار توصیف کرد که برای بهبودی چیزی که انعطاف‌پذیری روانشناختی نامیده می‌شود، تلاش می‌کند. بنابراین از جمله اهداف پایه در درمان پذیرش و تعهد، ایجاد انعطاف پذیری روانی است (سیانتوری، کلیات و واردانی[3]،۲۰۱۸۳). در این درمان، شناخت‌ها و هیجان‌ها در بافت زمینه‌ای پدیده‌ها بررسی می‌شوند. به همین دلیل، به جای رویکردهایی مانند درمان شناختی-رفتاری که شناخت‌ها و باورهای ناکارآمد را اصلاح کرده تا هیجان‌ها و رفتارها اصلاح شود، در اینجا به بیمار آموزش «اینجا و اکنون» داده می‌شود که در گام اول هیجان‌های خود را بپذیرد و در زندگی از انعطاف‌پذیری روانشناختی بیشتری برخوردار شود. به همین دلیل در این درمان‌ها فنون شناختی-رفتاری سنتی را با ذهن‌آگاهی ترکیب می‌کنند (هیز[4]،۲۰۰۶۴). پذیرش و تعهد درمانی از فرایندهای پذیرش، تمرکز ذهنی، تعهد و فرایندهای تغییر رفتار به منظور ایجاد انعطاف‌پذیری استفاده می‌کند (جمشیدیان قلعه شاهی، آقایی و گل پرور، ۱۳۹۶). نتایج تحقیقات واکفیلد، روبوک و بویدن[5](۲۰۱۸) نشان‌دهنده اهمیت پذیرش روانی به خصوص در مورد عملکردهای روانشناختی است، و بیمارانی که گزارش می‌کنند تمایل بیشتری برای تجربه کردن تجارب روان شناختی منفی، تجارب هیجانی و افکار و خاطرات نامطلوب دارند عملکرد اجتماعی، فیزیکی و هیجانی بهتری را نشان می‌دهند. همچنین اثربخشی راهبردهای پذیرش و تعهد بر بهبود کارکرد و کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی در افراد با اقدام به خودکشی نیز بررسی گردیده و مطالعات نشان داده است که گروهی که تحت درمان با این رویکرد قرار داشته‌اند نسبت به گروه کنترل از کارکردهای بالاتر و کیفیت زندگی بهتر و تنظیم هیجانی بالاتر و نشخوار فکری کمتری برخوردار بوده‌اند (توهیگ و لوین[6]، ۲۰۱۷).

یکی دیگر از این رویکردها که در سال‌های اخیر مورد توجه درمانگران قرار گرفته است، رویکرد درمان متمرکز بر شفقت[7]است. شفقت خود بر اساس تعریف نف (۲۰۰۳) این متغیر از سه مولفه تشکیل شده است: مهربانی با خود در مقابل قضاوت در مورد خود، حس مشترک انسان در مقابل انزوا و هشیاری در مقابل فزون همانندسازی. ترکیب این سه مولفه مرتبط با یکدیگر، مشخصه فردی است که بر خود شفقت دارد. مهربانی با خود، توجه به درک خود به جای قضاوت یا انتقاد از کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است. اعتراف به این که همه انسان‌ها دارای نقص هستند، اشتباه می‌کنند و درگیر رفتارهای ناسالم می‌شوند، مشخصه مشترک انسانی است. به هشیاری در مقابل همانندسازی فزاینده منجر به یک آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال می‌شود و باعث می‌شود جنبه‌های دردناک نادیده گرفته نشود و در عین حال نیز مکررا ذهن را اشغال نکند. افراد در حین تجربه

[1] - Zwack & Greenberg
[2] - Elliott, R., & Macdonald
[3] - Sianturi, Keliat & Wardani
[4] - Hayes
[5] - Wakefield, Roebuck & Boyden
[6] - Twohig & Levin
[7] - Compassion Focused Therapy (CFT)

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

رنج و مقابله با چالش‌های زندگی ممکن است به جای آن که با هشیاری به تماشای خود بنشینند و از چشم‌انداز بالاتری به تجربه خویش بنگرد که سبب واقع‌بینی و جامع‌بینی آنها شود، خود را به طور ناهشیار مورد ارزیابی منفی قرار دهند (نف، ۲۰۱۶). کسانی که نمره بالایی در شفقت خود کسب می‌کنند نمره کمتری در نوروزگرایی و افسردگی می‌گیرند و نمره بالاتری در رضایت از زندگی، پیوند اجتماعی[۱]، سلامت ذهنی[۲] و سازگاری حاصل می‌کنند (لیو[۳] و همکاران، ۲۰۱۶). شفقت به خود علاوه بر آن که فرد را در مقابل حالت‌های روانی منفی محافظت می‌کند، در تقویت حالات هیجانی مثبت نیز نقش دارد. به عنوان مثال شفقت به خود با احساساتی چون پیوند اجتماعی و رضایت از زندگی و سازگاری مرتبط است (بیوپری، هوارد، تریلول و دلمونیکو[۴]، ۲۰۱۲). همچنین شفقت به خود به ارضای نیازهای اساسی، استقلال عمل[۵]، صلاحیت[۶] و نیاز به برقراری ارتباط که بر اساس نظریه دسی و ریان[۷] (۲۰۰۰) برای بهزیستی انسان ضروری‌اند، کمک می‌کند (نف، ویتاکر و کارل[۸]، ۲۰۱۷). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که افرادی با شفقت با خود رفتار می‌کنند از ویژگی‌هایی برخوردارند که در جنبش روان‌شناسی مثبت به عنوان توانمندی‌های روان‌شناختی مطرح است مثل شادکامی[۹]، خوش‌بینی، کنجکاوی و کنکاش[۱۰]، عواطف مثبت[۱۱] و نوآوری[۱۲] (نف، ۲۰۱۶). نتایج پژوهش دیرن فورث، کاشی، دونلان و لاکاس[۱۳] (۲۰۱۰) نیز نشان داده که قضاوت کردن خود، احساس انزوا و نشخوار ذهنی[۱۴] افراد با فقدان شفقت خود به طور مستقیم به کاهش نشخوار فکری می‌انجامد.

با توجه به افزایش آمار روزافزون انسان‌هایی که خویشتن را از زندگی محروم می دانند. لزوم بررسی در عوامل روانی و اجتماعی این پدیده، پیشگیری و درمان به موقع آن نه تنها از لحاظ پژوهش واجد اهمیت است بلکه از نظر انسانی نیز در درجه‌ای از اهمیت قرار می‌گیرد که می‌تواند وظیفه تلقی گردد. دگرگونی و تحول سریع جوامع و عدم سازگاری افراد با چنین تغییراتی، آدمی را دچار بسیاری از آسیب‌های روانی و اجتماعی می‌کند، به طوری که تعداد زیادی از این افراد به دلایل مختلف فردی و اجتماعی قدرت مقابله با این شرایط را نداشته و مرگ را تنها راه نجات خود تلقی می‌کنند (سپهری نژاد و حاتمیان، ۱۳۹۷). لذا این پژوهش با هدف اثربخشی درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود بر نشخوار فکری و تنظیم هیجانی در مردان با اقدام به خودکشی انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و طرح مورد استفاده در این پژوهش طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش کلیه مردان اقدام کننده به خودکشی، ارجاعی به مرکز اورژانس بیمارستان امام خمینی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. به کمک روش نمونه گیری در دسترس ۳۰ نفر از مردان اقدام کننده به خودکشی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شد. گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه تحت آموزش درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود قرار گرفت و گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماند. معیارهای پذیرش افراد برای شرکت در پژوهش شامل این موارد بود: سن بین ۱۵-۴۵ سال، جنس مذکر باشد، سواد خواندن و نوشتن داشته باشد، دارای سلامت جسمی و روانی، عدم ابتلا به بیماری های روانشناختی (افسردگی، مرزی، خودشیفتگی و .. و کلا اختلالاتی که با خودکشی در ارتباط هست) باشد.

ابزارهای پژوهش

---

[1]- social links
[2]- mental health
[3] - Liu
[4]- Beaupierre, Howard, Thirlwell & Delmonico
[5]- autonomy
[6]- competence
[7]- Deci & Ryan
[8] - Whittaker & Karl
[9]- happiness
[10] - curiosity and exploration
[11] - positive emotions
[12] - innovation
[13] - Dyrenforth, Kashy, Donnellan & Lucas
[14] - rumination

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

پرسشنامه نشخوار فکری نولن هوکسما و مارو (۱۹۹۱): نولن هوکسما و مارو (۱۹۹۱) پرسشنامه‌ای خودآزما تدوین کردند که چهار نوع متفاوت از واکنش به خلف منفی را مورد ارزیابی قرار می‌داد. پرسشنامه سبک‌های پاسخ از دو مقیاس پاسخ‌های نشخواری و مقیاس پاسخ‌های منحرف‌کننده حواس تشکیل شده است. مقیاس پاسخ‌های نشخواری ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود هر کدام را در مقیاسی از ا (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات) درجه‌بندی کنند (ترینر گنزالز و نولن هوکسما، ۲۰۰۳). بر پایه شواهد تجربی، مقیاس پاسخ‌های نشخواری، پایایی درونی بالایی دارد. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند همبستگی بازآزمایی برای مقیاس پاسخ‌های نشخواری، ۰/۶۷ است (لامینت، ۲۰۰۴). این مقیاس برای اولین بار از زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد. اعتبار پیش‌بین مقیاس پاسخ‌های نشخواری، در تعداد زیادی از مطالعات مورد آزمایش قرار گرفته است. چنان که در قبلا توضیح داده شد، نتایج پژوهش‌های زیادی نشان می‌دهند که مقیاس پاسخ‌های نشخواری می‌تواند شدت افسردگی را در دوره‌های پیگیری در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی با کنترل متغیرهایی مانند، سطح اولیه افسردگی و یا عوامل استرس‌زا، پیش‌بینی کند. هم‌چنین، بر پایه یافته‌های پژوهشی، این مقیاس می‌تواند آسیب‌پذیری افراد را نسبت به افسردگی تعیین کند. به علاوه نشان داده شده است که این مقیاس می‌تواند پیش‌بینی کننده یک دوره بالینی افسردگی باشد.

پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱): این پرسشنامه توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱)، به منظور ارزیابی نحوه تفکر افراد بعد از تجربه رخدادهای تهدیدکننده یا استرس زای زندگی ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۳۶ گویه است که نحوه پاسخ به آن بر اساس مقیاس درجه بندی لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) قرار دارد. گویه های این پرسشنامه از نظر مفهومی شامل ۹ خرده مقیاس متمایز از هم می‌شود که هر یک به منزله راهبردی خاص از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان محسوب می شوند. این راهبردها عبارتند از: راهبردهای منفی شامل سرزنش خود (۴ ماده)، سرزنش دیگران (۴ ماده)، فاجعه پنداری (۴ ماده) و نشخوار فکری (۴ ماده) و راهبردهای مثبت شامل پذیرش (۴ ماده)، تمرکز مجدد مثبت (۴ ماده)، برنامه ریزی (۴ ماده)، باز ارزیابی مثبت (۴ ماده) و اتخاذ دیدگاه (۴ ماده). نمره هر راهبرد از طریق جمع نمرات داده شده به هر یک از عبارات تشکیل دهنده آن راهبرد به دست می آید و می تواند در دامنه ای از ۴ تا ۲۰ قرار بگیرد. از جمع کل نمرات ۳۶ عبارت نیز یک نمره کلی به دست می آید که بیانگر استفاده از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان است و می تواند در دامنه ای از ۳۶ تا ۱۸۰ قرار بگیرد. گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) پایایی این آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۹۱ و برای راهبردهای منفی، ۰/۸۷ گزارش کردند. ضریب پایایی خرده مقیاس های این پرسشنامه به شیوه بازآزمایی با فاصله زمانی ۱۴ ماه در مطالعه گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲)، در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۶۱ گزارش شده است. یوسفی (۱۳۸۲؛ به نقل از یوسفی، ۱۳۸۵) در نمونه ای متشکل از آزمودنی های ۱۵ تا ۲۵ سال با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، پایایی پرسشنامه را برابر ۰/۸۲ گزارش کرده است. روایی پرسشنامه در مطالعه یوسفی (۱۳۸۵) از طریق همبستگی بین نمره راهبردهای منفی با نمرات مقیاس افسردگی و اضطراب پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹؛ به نقل از یوسفی، ۱۳۸۵) بررسی شده و به ترتیب ضرایبی برابر ۰/۳۵ و ۰/۳۷ به دست آمده که هر دو ضریب در سطح یک درصد معنی دار بودند.

مداخله پذیرش و تعهد توام با شفقت: محتوای مداخله پذیرش و تعهد توام با شفقت بر اساس دستور العمل هیز (۲۰۰۸) و گیلبرت (۲۰۱۰) تهیه شده است. ابتدا فرمت جلسات پروتکل شفقت بر اساس گیلبرت (۲۰۱۰) توسط پژوهشگر تدوین و آماده شد و روایی محتوایی نیز با نظر خواهی از سه نفر متخصص روانشناسی آشنا به درمان‌های موج سوم، تایید شد. سپس بر اساس ساختار جلسات درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت (دانشمندی، ایزدی و عابدی، ۱۳۹۵)، ابتدا مداخله شفقت و تکنیک های مرتبط و سپس اکت به صورت گروهی در ۸ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه ای (هفته ای دو بار) برای آزمودنی های گروه آزمایش اجرا شد. پس از پایان مداخله، جلسات به صورت فشرده به همراه تهیه بروشور برای گروه کنترل نیز در نظر گرفته شد. خلاصه جلسات مداخله شفقت در جدول ۱ آمده است:

جدول ۱. محتوای جلسات مداخله ای شفقت

اول	دستور جلسه: آشنایی با اعضا و معرفی روش درمان هدف و محتوای جلسه: معرفی جلسات درمانی و انجام پیش آزمون و معرفی و آشنایی با اعضای گروه، بیان قواعد گروه و اهداف، معرفی درمان اکت متمرکز بر شفقت، رنج، التیام و معرفی دلایل رنج انسان

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

	تکلیف: مشاهده رنج پشت رفتار خود و همکاران
دوم	دستور جلسه: خلاصه ای از جلسات قبل، بررسی تکلیف جلسه گذشته، بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آنها هدف و محتوای جلسه: کارآمدی به عنوان معیار سنجش، ایجاد ناامیدی خلاقانه، معرفی سیستم های تنظیم هیجان، معرفی انواع رنج انسان، معرفی انواع نیازهای انسان، معرفی ابعاد شفقت تکلیف: انجام تمرین خود، ارائه تکلیف بررسی رفتارها بر اساس انواع خود
سوم	دستور جلسه: بیان کنترل به عنوان مشکل سنجش عملکرد، معرفی استدلال منطقی و استدلال شفقت آمیز، هدف و محتوای جلسه: بازخورد جلسه قبل، خلاصه ای از جلسات گذشته، بیان کنترل به عنوان مساله (مشکل)، مغز آگاه تکلیف: بررسی تکلیف هفته گذشته، ارائه برگه تکلیف و سپس بررسی آن بر اساس استدلال مهربانانه
چهارم	دستور جلسه: معرفی تمایل/پذیرش، معرفی گسلش، درگیر شدن با اعمال هدفمند، معرفی احساس مهربانانه هدف و محتوای جلسه: کاربرد تکنیک های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره های مشکل ساز زبان، تضعیف ائتلاف خوبا افکار و عواطف تکلیف: 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 همکاران، اجرای تکلیف مهربانی کردن به همکاران، اجرای تمرین نقش بازی کردن خود مهربان
پنجم	دستور جلسه: مشاهده خود به عنوان زمینه، معرفی تصور شفقت آمیز هدف و محتوای جلسه: ارائه خلاصه ای از جلسات قبل، بررسی تکلیف های جلسه گذشته، گرفتن بازخورد از روند جلسات، تضعیفخود مفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده گر، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، کاربرد تکنیک‌های ذهن‌آگاهی، انجام تصویرسازی، معرفی ویژگی های انسان مهربان ارائه تکلیف: برگه تکلیف شامل نگاه ذهن‌آگاهانه به رنج، استدلال مهربانانه نسبت به رنج، دیدن ذهن‌آگاهانه احساسات و انجام تصویرسازی در موقع داشتن رنج
ششم	دستور جلسه: تضاد بین تجربه و ذهن، معرفی مهارت توجه شفقت آمیز هدف و محتوای جلسه: ارائه خلاصه ای از جلسات قبل، گرفتن بازخورد از روند جلسات، الگوسازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی به عنوان یک فرایند، معرفی ابعاد مختلف توجه شفقت آمیز، معرفی بدون قضاوتی بودن تکلیف: بررسی تکلیف های جلسه گذشته، ارائه تکلیف برشمردن ارزش های مثبت و منفی خود و همکاران و تمرین توجه به جای خشک بودن
هفتم	دستور جلسه: معرفی مفهوم ارزش، معرفی مهارت تجربه حسی شفقت آمیز هدف و محتوای جلسه: نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج، کشف ارزش‌های عملی زندگی، بازگویی مجدد ویژگی‌های انسان مهربان، معرفی رفتار مهربانانه، معرفی انواع رفتار شفقت آمیز تکلیف: بازخورد جلسه قبل، خلاصه‌ای از جلسات گذشته، ارائه تکلیف انجام تمرین انواع رفتارهای مهربانانه در رفتارهای روزمره که در ابتدا یکی یکی رفتارها را تمرین کنید
هشتم	دستور جلسه: درک ما هیت تمایل و تعهد هدف و محتوای جلسه: تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش‌ها، معرفی مجدد رفتار مهربانانه تکلیف: بازخورد جلسه قبل، بررسی تکلیف هفته گذشته، بررسی مورد به مورد رفتارها با توجه به آموزش های جلسات قبل

تجزیه و تحلیل اطلاعات به‌دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم افزار spss22 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت.

یافته‌ها

اطلاعات توصیفی مقیاس نشخوار فکری و مهارت‌های تنظیم هیجان در جدول ۲ به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش و کنترل ارایه شده است.

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

جدول ۲. اطلاعات توصیفی نشخوار فکری و مهارت‌های تنظیم هیجان به تفکیک مرحله سنجش در گروه ها

متغیر	عوامل	شاخص آماری	آزمون پیش	پس آزمون
پاسخ های نشخواری	گروه آزمایش	میانگین	۲۳.۶۷	۱۷.۰۷
		انحراف معیار	۲.۶۹	۲.۷۹
	گروه کنترل	میانگین	۲۳.۶۰	۲۳.۸۷
		انحراف معیار	۲.۶۴	۲.۷۵
پاسخ های منحرف کننده حواس	گروه آزمایش	میانگین	۲۲.۴۷	۱۷.۶۷
		انحراف معیار	۳.۱۴	۲.۹۷
	گروه کنترل	میانگین	۲۲.۸۰	۲۲.۴۰
		انحراف معیار	۲.۵۱	۲.۶۱
سرزنش خود	گروه آزمایش	میانگین	۱۱.۶۰	۸.۶۷
		انحراف معیار	۱.۵۵	۱.۳۵
	گروه کنترل	میانگین	۱۰.۶۰	۱۰.۸۰
		انحراف معیار	۱.۹۲	۲.۴۳
سرزنش دیگران	گروه آزمایش	میانگین	۱۳.۸۰	۱۲.۶۷
		انحراف معیار	۱.۰۱	۲.۱۶
	گروه کنترل	میانگین	۱۳.۴۷	۱۳.۷۳
		انحراف معیار	۱.۷۷	۲.۳۷
فاجعه پنداری	گروه آزمایش	میانگین	۱۲.۳۳	۱۰.۶۷
		انحراف معیار	۱.۱۸	۱.۸۴
	گروه کنترل	میانگین	۱۲.۰۰	۱۲.۲۷
		انحراف معیار	۱.۶۰	۱.۸۳
نشخوار فکری	گروه آزمایش	میانگین	۱۳.۴۷	۱۰.۸۷
		انحراف معیار	۱.۶۸	۱.۶۴
	گروه کنترل	میانگین	۱۲.۲۷	۱۱.۹۳
		انحراف معیار	۲.۰۵	۱.۵۸
پذیرش	گروه آزمایش	میانگین	۸.۵۳	۱۰.۴۷
		انحراف معیار	۱.۹۶	۳.۴۲
	گروه کنترل	میانگین	۸.۶۰	۷.۹۳
		انحراف معیار	۱.۹۹	۲.۰۲
تمرکز مجدد مثبت	گروه آزمایش	میانگین	۱۰.۸۰	۱۱.۶۷
		انحراف معیار	۰.۹۴	۱.۳۵
	گروه کنترل	میانگین	۱۰.۵۳	۱۰.۶۰
		انحراف معیار	۱.۰۶	۱.۵۰
برنامه ریزی	گروه آزمایش	میانگین	۸.۰۷	۱۱.۹۳
		انحراف معیار	۱.۸۷	۵.۰۶
	گروه کنترل	میانگین	۷.۸۷	۷.۴۷
		انحراف معیار	۲.۰۰	۲.۹۷
باز ارزیابی مثبت	گروه آزمایش	میانگین	۹.۶۰	۱۲.۱۳
		انحراف معیار	۱.۳۰	۱.۸۵

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

	گروه کنترل	میانگین	۹.۶۰	۹.۲۷
		انحراف معیار	۰.۹۹	۱.۲۲
باز ارزیابی مثبت	گروه آزمایش	میانگین	۹.۴۷	۱۲.۶۰
		انحراف معیار	۲.۸۳	۲.۵۹
	گروه کنترل	میانگین	۸.۱۳	۷.۹۳
		انحراف معیار	۲.۵۶	۲.۰۹

همچنان که ملاحظه می‌شود میانگین گروه آزمایش در مرحله پس آزمون، نسبت به پیش آزمون در مولفه‌های نشخوار فکری کاهش همچنین در راهبردهای منفی تنظیم هیجان کاهش و در راهبردهای مثبت، افزایش نشان می‌دهد. براساس نتایج مندرج در جدول، می‌توان به این توصیف دست زد که اجرای درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت باعث بهبود مؤلفه‌های نشخوار فکری و مهارت‌های تنظیم هیجان مردان با اقدام به خودکشی شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون کواریانس برای اثربخشی درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت بر نشخوار فکری

متغیر	شاخص آماری	SS	Df	MS	F	معنی داری	اندازه اثر
نشخوار فکری	پیش آزمون	۱۵/۷۸	۱	۱۵/۷۸	۰/۲۰	۰/۶۵	۰/۰۰۶
	گروه	۴۴۷/۴۵	۱	۴۴۷/۴۵	۵/۷۴	۰/۰۲	۰/۱۳
	خطا	۳۱۱۵/۹۶	۲۴	۸۶/۵۵			
	کل	۷۵۰۰۹/۰۰	۳۰				

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، با حذف تأثیر متغیر پیش آزمون و با توجه به ضریب F محاسبه شده (P <۰/۰۵، F =۵/۷۴)، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات نشخوار فکری شرکت کنندگان برحسب عضویت گروهی «آزمایش و کنترل» در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری مشاهده می‌شود. به این معنی که استفاده از درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت در مردان با اقدام به خودکشی گروه آزمایشی به نسبت گروه کنترل تأثیر بیشتری بر کاهش نشخوار فکری در مردان با اقدام به خودکشی داشته است.

جدول ۳. آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری

شاخص آماری متغیرها	منبع تغییر	SS	df	MS	F	سطح معناداری	ضریب ایتا
سرزنش خود	گروه	۲۰.۲۹	۱	۲۰.۲۹	۸.۲۵	۰.۰۰۲	۰.۳۰
	خطا	۴۶.۷۴	۱۹	۲.۴۶			
سرزنش دیگران	گروه	۵.۴۰	۱	۵.۴۰	۲.۳۶	۰.۱۴۱	۰.۱۱
	خطا	۴۳.۵۰	۱۹	۲.۲۹			
فاجعه پنداری	گروه	۸.۳۳	۱	۸.۳۳	۵.۹۳	۰.۰۰۴	۰.۲۴
	خطا	۲۶.۶۹	۱۹	۱.۴۱			
نشخوار فکری	گروه	۶.۶۵	۱	۶.۶۵	۳.۳۶	۰.۰۸۳	۰.۱۵
	خطا	۳۷.۶۸	۱۹	۱.۹۸			
پذیرش	گروه	۵۸.۲۸	۱	۵۸.۲۸	۱۱.۸۴	۰.۰۰۱	۰.۳۸
	خطا	۹۳.۵۴	۱۹	۴.۹۲			
تمرکز مجدد مثبت	گروه	۵.۲۱	۱	۵.۲۱	۳.۰۱	۰.۰۹۹	۰.۱۴
	خطا	۳۲.۸۶	۱۹	۱.۷۳			
برنامه ریزی	گروه	۹۶.۰۴	۱	۹۶.۰۴	۶.۳۵	۰.۰۰۲	۰.۲۵
	خطا	۲۸۷.۳۰	۱۹	۱۵.۱۲			
باز ارزیابی مثبت	گروه	۴۷.۶۷	۱	۴۷.۶۷	۳۳.۱۲	۰.۰۰۱	۰.۶۴
	خطا	۲۷.۳۵	۱۹	۱.۴۴			

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

اتخاذ دیدگاه	گروه	۱۰۴.۰۱	۱	۱۰۴.۰۱	۲۱.۴۲	۰.۰۰۱	۰.۵۳
	خطا	۹۲.۲۵	۱۹	۴.۸۶			

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، با حذف تاثیر متغیر پیش آزمون، فرضیه پژوهش مبنی بر وجود تفاوت معنادار در متغیرهای سرزنش خود، فاجعه پنداری، پذیرش، برنامه‌ریزی، باز ارزیابی مثبت و اتخاذ دیدگاه مردان با اقدام به خودکشی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، تایید می‌گردد. همانگونه که از نتایج جدول ۳ ملاحظه می‌گردد سطح معناداری حاصل شده برای سرزنش خود، فاجعه‌پنداری، پذیرش، برنامه‌ریزی، باز ارزیابی مثبت و اتخاذ دیدگاه در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۰۵ به دست آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵بر۹ متغیر وابسته) کوچکتر می‌باشد. در نتیجه با توجه به میانگین‌های حاصل شده می‌توان گفت با ۹۵ درصد اطمینان سرزنش خود، فاجعه‌پنداری، پذیرش، برنامه‌ریزی، باز ارزیابی مثبت و اتخاذ دیدگاه گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بهبود داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت به خود بر نشخوار فکری و تنظیم هیجانی در مردان با اقدام به خودکشی انجام شد. نتایج نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت درمانی باعث کاهش نشخوار فکری در مردان با اقدام به خودکشی شد. نتایج پژوهش سعیدی (۱۳۹۸)، مونترو مارین و همکاران (۲۰۱۹) با این پژوهش همسو است. این پژوهشگران بیان می‌دارند که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت، نشخوار فکری افراد را کاهش می‌دهد. در تبیین احتمالی این فرضیه باید گفت که هدف روش پذیرش و تعهد درمانی ایجاد انعطاف پذیری روانشناختی است که به عنوان توانایی تغییر یا پایداری با طبقات رفتارهای عملکردی که از طریق اهداف تحقق یابند، تعریف شده است. در پذیرش و تعهد درمانی مراجعین تشویق می‌شوند تا احساسات و افکار ناخوشایند و ناراحت کننده‌اش را بپذیرد. همچنین باید زمینه‌ای را که رفتار در آن رخ می‌دهد و عملکردی که در خدمت آن است را در نظر داشته باشند. به رغم مشکلات فراوانی که افراد با اقدام به خودکشی با آن درگیر هستند، خوشبختانه در سال‌های اخیر روش‌های درمانی مختلفی برای درمان و بهبود نشخوار فکری بکارگرفته شده است. به ویژه شواهد در حال رشدی وجود دارد که نشان‌دهنده کارآیی روش گروه درمانی در بهبود اختلال‌های روانپزشکی از جمله نشخوار فکری است. در روش‌های روانشناختی به شیوه‌ی گروهی، قرار گرفتن فرد در گروه باعث افزایش آگاهی بیمار درباره خود، در اثر تعامل با سایر اعضا و دریافت بازخورد از آن‌ها می‌شود و به ارتقای مهارت‌های بین فردی، اجتماعی و انطباق افراد با محیط کمک می‌کند. از آنجا که نشخوار فکری می‌تواند برخاسته از افکار منفی و شناخت‌های معیوب باشد، امروزه روان درمانگران تأثیر باورها و تفکر فرد را در ایجاد انواع مسائل روان شناختی مهم می‌دانند و معتقدند که بیشتر اختلالات از جمله افسردگی، برآمده از شناخت‌های معیوب هستند، به این معنی که وقایع به خودی خود تعیین‌کننده احساسات نیستند، بلکه معانی که ما به آن‌ها نسبت می‌دهیم، نقش تعیین‌کننده را دارند. همچنین در تبیین دیگر این پژوهش می‌توان چنین بیان کرد تاثیر درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت بر نشخوار فکری افراد با اقدام به خودکشی می‌توان گفت که درمان متمرکز بر شفقت به دنبال شفاف سازی اجزا اصلی شفقت مثل حساسیت توام با توجه، انگیزه، مراقبت، همدردی، همدلی، تحمل پریشانی و داشتن دیدگاه غیرقضاوتی است و روش درمانی اکت بر آزادسازی افراد از تله‌های ذهنی تاکید می‌کند. در رویکرد اکت ضرورت کمک به افراد به منظور رهایی از خودارزیابی‌ها و برچسب زدن‌های آزاردهنده که با هیجانات دردناک همراه هستند و تحت عنوان انعطاف‌پذیری روانشناختی به کار می‌رود که خود حاصل مجموعه‌ای از فرایندها مثل گسلش، پیگیری ارزش‌ها، خود به عنوان زمینه، پذیرش، عمل متعهدانه و ذهن‌آگاهی است. به عبارتی فرایندهای مختلف شفقت و انعطاف‌پذیری روانشناختی به هم مرتبط هستند. بسیاری از افراد که با اختلالات روانی درگیرند، سیستم تهدید و محافظت از خود، بسیار پرکار عمل می‌کند که نتیجه آن میزان بالای استرس، نگرانی و نشخوار فکری در این افراد است، از سوی دیگر سیستم رضایت و تسکین نیز در این افراد، سطح رشد یافتگی پایین تری دارد، زیرا آنها هرگز فرصت تحول این سیستم را نداشته‌اند.

یافته‌ها نشان داد که داد که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت، موجب بهبود تنظیم هیجانی در مردان با اقدام به خودکشی گردیده است. نتایج پژوهش رئیسی شیخ ویسی و چرامی (۱۳۹۸)، حسینی (۱۳۹۷)، آقایی و یاوری (۱۳۹۶)، با این پژوهش همسو است. این پژوهشگران بیان می‌دارند که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگاهی بر شفقت، تنظیم

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

هیجانی افراد با اقدام به خودکشی را افزایش می‌دهد. در تبیین احتمالی این فرضیه باید گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک پیشرفت انقلابی در روانشناسی است که بنظر می‌رسد در بهبود تنظیم هیجان تاثیر بسزایی دارد. اصول برآمده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در دامنه وسیعی از مشکلات بیماران مورد استفاده قرار گیرد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های شناختی رفتاری موج سوم است که باعث افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی و ارتقاء تنظیم هیجانی در بیماران می‌شود. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش یکی از رفتاردرمانی‌های مبتنی بر توجه آگاهی است که اثربخشی آن برای درمان طیف گسترده‌ای از وضعیت‌های بالینی معلوم شده است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های رفتاری نسل سوم است که در آن تلاش شده بجای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روانشناختی فرد با افکارش افزایش یابد. از سویی سازگاری با محیط اطراف برای افراد با اقدام به خودکشی لازم و ضروری است و بدون داشتن تنظیم هیجانی، علاوه بر این که بسیاری از نیازهای آنان تامین نمی‌شود، آنان از سوی جامعه به شدت طرد شده و تعاملات اجتماعی او به پایین‌ترین سطح خود می‌رسد. اساس کاهش تنظیم هیجانی بوجود آوردن تعادل بین خواسته‌های بیماران و انتظارات اجتماع است که می‌تواند بر تمام ابعاد زندگی آنان تاثیر گذارد. طبیعت افراد سازگار را انتخاب نموده و این افراد به دلیل داشتن توانمندی در انطباق خود با طبیعت، در طبیعت زنده مانده و باقی می‌مانند و افراد ناتوان و ناسازگار با طبیعت بعد از مدتی از بین می‌روند و لذا عامل سازگاری با توارث در نسل بعد نیز تداوم داشته و نسل به نسل این صفت منتقل می‌گردد. از طرف دیگر، امروزه در دنیایی زندگی می‌کنیم که بیش از هر زمان دیگری نیازمند تنظیم هیجانی هستیم. این امر به علت تغییرات بسیار زیاد و چالش‌هایی است که در اثر پیشرفت تکنولوژی و گسترش زندگی مدرن ایجاد شده است، در چنین شرایطی بدون شک داشتن سلامت روان می‌تواند نقش به سزایی در بهبود و سلامت زندگی بیماران داشته باشد. تنظیم هیجانی کمک فراوانی به برآورده شدن نیازهای محیطی می‌کند. این امر با افزایش توانایی در کنترل تکانه‌ها، هیجان‌ها یا نگرش‌ها انجام می‌شود. حال اگر به هر علتی بیمار از برقراری ارتباط با دیگران و محیط اجتماعی خود ناتوان باشد، به عبارتی؛ جریان سازگاری مختل شود، رفتارهای ناسازگارانه یا اختلالات رفتاری به وجود می‌آید. از سوی دیگر شفقت درمانی یک الگوی درمانی است که اساس آن بر پایه حساسیت به وجود رنج انسان به واسطه انسان بودن و التیام یا جلوگیری از چنین رنجی است. یکی دیگر از آموزش‌های موجود در درمان مبتنی بر شفقت آموزش بخشایش دیگران و بخشایش خود است که تاثیر زیادی بر روی بیماران مزمن دارد. می‌توان گفت که آموزش درباره درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند به فرد کمک کند که چگونه نفوذ سیستم تشخیص خطر را تضعیف کنند و زندگی خودشان را دوباره از طریق شفقت و پذیرش به دست بیاورند. در نتیجه می‌توان گفت که این امر منجر به بهبود تنظیم هیجانی در مردان با اقدام به خودکشی می‌شود. از این رو می‌توان رویکرد درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت را به عنوان یک مداخله مناسب به منظور ارتقای توانمندی مبتلایان در سازگاری با بحران خودکشی و کاهش عوارض روان‌شناختی ناشی از آن به کار برد. بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهشی بر روی نمونه‌هایی با حجم بیشتر و به صورت مقایسه‌ای با سایر روش‌های روان‌درمانی گروهی و در مراحل مختلف درمان‌های پزشکی انجام شود. به علاوه با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر استفاده از متخصصان روان شناسی توصیه می‌شود.

منابع

افشاری، علی. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب آوری زنان در سقط جنین مکرر. *نشریه روان پرستاری*، ۶ (۴)، ۱۱-۱۷.

آقایی، یاوری. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سازگاری اجتماعی و شفقت دانشگاه آزاد اسلامی، *مجله دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود*،۴ (۱) : ۵۰-۳۹.

جمشیدیان قلعه شاهی، پروین؛ آقایی، اصغر و گل پرور، محسن. (۱۳۹۶). مقایسه تاثیر درمان مثبت ایرانی و پذیرش و تعهد بر افسردگی، اضطراب و تنش زنان نابارور شهر اصفهان. *نشریه مدیریت ارتقای سلامت*، ۲۷ (۱۱)، ۸-۱۶.

حسینی، سیده معصومه و سید ابراهیم علیزاده موسوی. (۱۳۹۵). اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شادکامی مادران دارای کودک اوتیسم، *چهارمین همایش ملی مشاوره و سلامت روان، قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان*.

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

خدری، معصومه؛ شیرالی‌نیا، خدیجه و اصلانی، خالد .(۱۴۰۱). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی متمرکز بر شفقت بر کاهش نشخوار فکری و استرس ادراک‌شده دختران نوجوان، روانشناسی کاربردی، ۱۶(۲): ۲۲۳-۲۰۱

ربیعانی، صدف و مجتبایی، مینا .(۱۳۹۷). تاثیر آموزش واقعیت درمانی گروهی بر میزان سازگاری اجتماعی و نشخوار فکری زنان نابارور، صارم در طب باروری، ۴ (۲): ۱۰۳-۹۹

رئیسی شیخ ویسی، احمد؛ چرامی، مریم. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر شفقت بر سازگاری زناشویی زوجین، سومین *کنفرانس بین المللی نوآوری و تحقیق در علوم تربیتی، مدیریت و روانشناسی، تهران، دبیرخانه دائمی کنفرانس.*

سپهری نژاد، مریم و حاتمیان، پیمان. (۱۳۹۷). پیش بینی افکار خودکشی بر اساس دشواری تنظیم هیجان و اجتناب تجربی در پرستاران. *مجله پژوهش پرستاری ایران*، ۵۵ (۱۱)، ۳۹-۴۴.

سعیدی، سمیرا. (۱۳۹۸). بررسی میزان اثربخشی شیوه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سازگاری اجتماعی و عاطفی مادران فرزندان معلول ذهنی و جسمی، *پنجمین همایش ملی تازه‌های روانشناسی مثبت نگر، بندرعباس، دانشگاه فرهنگیان.*

عندلیب، سیما؛ عابدی، محمدرضا؛ نشاط‌دوست، حمیدطاهر و آقایی، اصغر .(۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی بسته درمانی مبتنی بر تجارب با درمان مبتنی بر شفقت‌ورزی و شادکامی و نشخوار فکری در بیماران افسرده، روانشناسی بالینی، ۱۲(۱)

Beaupierre, A., Howard, P. T., Thirlwell, S., & Delmonico, J. (2012). Efforts to reduce compassion fatigue amongst BMT nurses. *Biology of Blood and Marrow Transplantation*, *18*(2), S381.

Benton, T. D. (2022). Suicide and suicidal behaviors among minoritized youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, *31*(2), 211-221.

Dyrenforth, P. S., Kashy, D. A., Donnellan, M. B., & Lucas, R. E. (2010). Predicting relationship and life satisfaction from personality in nationally representative samples from three countries: The relative importance of actor, partner, and similarity effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, *99*(4), 690.

Edwards, D. J., & Pinna, T. (2020). A systematic review of associations between interoception, vagal tone, and emotional regulation: potential applications for mental health, wellbeing, psychological flexibility, and chronic conditions. *Frontiers in Psychology*, *11*, 1792.

Elliott, R., & Macdonald, J. (2021). Relational dialogue in emotion-focused therapy. *Journal of Clinical Psychology*, *77*(2), 414-428.

Greenberg, L. S. (2002). Integrating an emotion-focused approach to treatment into psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy integration*, *12*(2), 154.

Hayes SC. (2006). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior Therapy, 35(4), 639-665.

Hetrick, S. E, Cox, G. R, Fisher, C. A, Bhar, S. S, Rice, S. M, Davey, C. G, & Parker, A. G. (2015). Back to basics: could behavioural therapy be a good treatment option for youth depression? A critical review. Early intervention in psychiatry, 9(2), 93-99.

Kovács, L. N, Takács, Z. K, Tóth, Z, Simon, E, Schmelowszky, Á, & Kökönyei, G. (2020). Rumination in Major Depressive and Bipolar Disorder–a Meta-analysis. Journal of Affective Disorders

Lin, Y. H., Lin, S. H., & Chen, I. M. (2022). The direct effect of cognitive behavioral therapy for insomnia on depression prevention and the mediation effect via insomnia remission. *JAMA psychiatry*, *79*(5), 514-515.

Liu, J., Zhang, Y., Liu, C., Peng, M., Yu, A., Kou, J., ... & Liu, J. (2016). Piezo-phototronic effect enhanced UV photodetector based on CuI/ZnO double-shell grown on flexible copper microwire. *Nanoscale research letters*, *11*, 1-7.

Montero-Marin, J., Collado-Navarro, C., Navarro-Gil, M., Lopez-Montoyo, A., Demarzo, M., Herrera-Mercadal, P., ... & Garcia-Campayo, J. (2019). Attachment-based compassion therapy and adapted mindfulness-based stress reduction for the treatment of depressive,

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

anxious and adjustment disorders in mental health settings: *a randomised controlled clinical trial protocol. BMJ open*, 9(10), e029909.

Neff, K. (2016). Self-compassion. *Mindfulness in Positive Psychology: The Science of Meditation and Wellbeing*, *37*, 1-8.

Neff, K. D., Whittaker, T. A., & Karl, A. (2017). Examining the factor structure of the Self-Compassion Scale in four distinct populations: Is the use of a total scale score justified?. *Journal of Personality Assessment*, *99*(6), 596-607.

Rohr, M. K., Nestler, S., & Kunzmann, U. (2019). A trouble shared is a trouble halved: Age differences in emotional experience and expression during couples' conversations. *Psychology and aging*, *34*(6), 848.

Rojas, S. M., Gold, S. D., Bryan, C. J., Pruitt, L. D., Felker, B. L., & Reger, M. A. (2022). Brief cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (BCBT-SP) via video telehealth: a case example during the COVID-19 outbreak. *Cognitive and behavioral practice*, *29*(2), 446-453.

Shaw, Z. A., Conway, C. C., & Starr, L. R. (2021). Distinguishing Transdiagnostic versus Disorder-Specific Pathways between Ruminative Brooding and Internalizing Psychopathology in Adolescents: A Latent Variable Modeling Approach. Research on Child and Adolescent Psychopathology, 49(10): 1319-1331

Sianturi, R., Keliat, B. A., & Wardani, I. Y. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety in clients with stroke. *Enfermeria clinica*, *28*, 94-97.

Tumminia, M. J., Colaianne, B. A., Roeser, R. W., & Galla, B. M. (2020). How is mindfulness linked to negative and positive affect? Rumination as an explanatory process in a prospective longitudinal study of adolescents. Journal of Youth and adolescence, 49(10): 2136-2148

Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *Psychiatric Clinics*, *40*(4), 751-770.

Wakefield, S., Roebuck, S., & Boyden, P. (2018). The evidence base of acceptance and commitment therapy (ACT) in psychosis: A systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science.*

Wolf, J., Padberg, F., Nenov-Matt, T., Amann, B. L., Barton, B. B., Tang, J., ... & Reinhard, M. A. (2022). Suicidal behaviors are associated with loneliness and decrease during inpatient CBASP treatment for persistent depressive disorder. *Journal of psychiatric research*, *154*, 139-144.

Zwack, J., & Greenberg, L. (2020). Where Are the Emotions? How Emotion-Focused Therapy Could Inspire Systemic Practice. In *Systemic Research in Individual, Couple, and Family Therapy and Counseling* (pp. 249-264). Springer, Cham.

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

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy based on Self-Compassion on Rumination and Emotional Regulation in Men with Suicidal Attempts

Mehrdad Shams[1]

Abstract

The purpose of the present study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy based on self-compassion on rumination and emotional regulation in men with suicidal attempts. The research method was semi-experimental with a pre-test and post-test design with a control group. The statistical population of the present study included all men attempting suicide, referred to the emergency center of Imam Khomeini Hospital in Tehran in 1402. The statistical sample included 30 people who were selected as available and then randomly assigned to the experimental group and the control group. The experimental group received 8 90-minute sessions of self-compassion-based acceptance and commitment therapy, and the control group remained on the waiting list. Data collection tools included rumination questionnaire (Nolen Hoeksma and Maro, 1991) and emotional regulation questionnaire (Garnefsky et al., 2001). Also, in order to measure validity, content validity was used, and for this purpose, the questionnaire was approved by the relevant experts. The analysis of the information obtained from the implementation of the questionnaires was done through SPSS-v22 software in two descriptive and inferential parts (analysis of covariance). The results showed that acceptance and commitment therapy based on self-compassion reduced rumination in suicidal men. Also, the results showed that acceptance and commitment therapy based on self-compassion increased emotional regulation in men with suicidal attempts. The findings of this research indicated the effectiveness of acceptance and commitment therapy based on self-compassion on rumination and emotional regulation in men with suicide attempts.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Self-Compassion, Rumination, Emotional Regulation

[1] Master of Psychology, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

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