

Research Article

The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on self-criticism and pessimistic marital expectations in neurotic perfectionist girls: A single-case experimental study

Authors

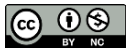
Zahra Khadem Dezfuli<sup>1</sup>, Seyedeh Zahra Alavi<sup>2\*</sup>, Masoud Shahbazi<sup>3</sup>

1. PHD student, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. zahrakhadem1984@gmail.com
2. \* Assistant Professor, Department of Psychology, Susangard Branch, Islamic Azad University, Susangard, Iran. Zahra.Alavi@iau.ac.ir (Corresponding Author)
3. Assistant Professor, Department of Counseling, Masjed Soleiman Branch, Islamic Azad University, Masjed Soleiman, Iran. Masoudshahbazi66@yahoo.com

Abstract

Receive Date:  
00/00/0000

Accept Date:  
00/00/0000



**Objective:** The aim of the current study was to investigate the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Self-Criticism and Pessimistic Marital Expectations in Neurotic Perfectionist girls.

**Method:** The research population consisted of neurotic perfectionist girls visiting counseling centers in Ahvaz in 2022. The participants were a sample of 5 girls selected using purposive sampling with a minimum cut-off score of 145 in the Neurotic Perfectionism Questionnaire (NPQ). In this research, a single-case quasi-experimental design, type of concurrent multiple baseline designs was used. The acceptance and commitment therapy (ACT) was implemented in eleven 90-minute sessions. The participants completed the Levels of Self-Criticism Scale (LSCS) and the Marital Expectation Scale.

**Findings:** The data were collected in three baseline, intervention, and three-month follow-up phases and analyzed using reliable change index (RCI), recovery percentage, and visual inspection. The analysis of the recovery percentage showed the participants' Self-Criticism (21.42) and Pessimistic Marital Expectations (18.23) improved in the intervention phase and their Self-Criticism (51.68) and Pessimistic Marital Expectations (24.86) improved in the follow-up phase. Moreover, the reliability change index of both variables in the post-treatment and follow-up phases was significant ( $z=1.96$   $\alpha=0.05$ ).

**Conclusion:** Therefore Acceptance and Commitment Therapy reduces Self-Criticism and Pessimistic Marital Expectations by increasing psychological flexibility.

Keywords

Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Self-Criticism, Perfectionism, Girls

Corresponding Author's E-mail

Zahra.Alavi@iau.ac.ir

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودانتقادی و انتظارات زناشویی بدبینانه در دختران کمال‌گرای روان‌رنجور: یک مطالعه آزمایشی تک موردی

زهرا خادم دزفولی<sup>۱</sup>، سیده زهرا علوی<sup>۲\*</sup>، مسعود شهبازی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

zahrakhadem1984@gmail.com

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد سوسنگرد، دانشگاه آزاد اسلامی، سوسنگرد، ایران Zahra.Alavi@iau.ac.ir

۳. استادیار، گروه مشاوره، واحد مسجد سلیمان، دانشگاه آزاد اسلامی، مسجد سلیمان، ایران

Masoudshahbazi66@yahoo.com

چکیده

**مقدمه:** هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودانتقادی و انتظارات زناشویی بدبینانه در دختران کمال‌گرای روان‌رنجور بود.

تاریخ دریافت:  
.../.../...

**روش:** جامعه‌ی آماری پژوهش دختران کمال‌گرای روان‌رنجور مراجعه‌کننده به برخی مراکز مشاوره‌ی شهر اهواز در سال ۱۴۰۱ بود، که نمونه‌ای شامل ۵ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و کسب حداقل نمره‌ی خط برش ۱۴۵ در آزمون کمال‌گرایی روان‌رنجور انتخاب شدند. این مطالعه از نوع طرح شبه آزمایشی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه همزمان بود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. مشارکت‌کنندگان مقیاس سطوح خودانتقادی و انتظارات زناشویی را تکمیل نمودند.

تاریخ پذیرش:  
.../.../...



**یافته‌ها:** داده‌ها در سه مرحله خط پایه، درمان و پیگیری جمع‌آوری و به روش شاخص تغییر پایا، درصد بهبودی و ترسیم دیداری تحلیل شدند. نتایج درصد بهبودی نشان داد که آزمودنی‌ها در مرحله درمان در متغیر خودانتقادی (۲۱/۴۲) و در متغیر انتظارات زناشویی بدبینانه (۱۸/۲۳) و در مرحله‌ی پیگیری در متغیر خودانتقادی (۵۱/۶۸) و در متغیر انتظارات زناشویی بدبینانه (۲۴/۸۶) بهبود پیدا کردند. هم‌چنین شاخص تغییر پایای هر دو متغیر در مرحله پس از درمان و پیگیری معنی‌دار ( $Z = 1/96$  و سطح معنی‌داری ۰/۰۵) بود.

**نتیجه‌گیری:** بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، باعث کاهش خودانتقادی و انتظارات زناشویی بدبینانه در دختران کمال‌گرای روان‌رنجور می‌شود.

کلیدواژه‌ها

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خودانتقادی، کمال‌گرایی، دختران

پست الکترونیکی  
نویسنده مسئول

Zahra.Alavi@iau.ac.ir



## مقدمه

کمال‌گرایی، یکی از موضوعاتی است که در جامعه‌ی امروز، بسیاری از افراد با آن روبه‌رو هستند؛ به‌طوری‌که بسیاری از آن‌ها تلاش می‌کنند در زندگی خود عالی‌ترین‌ها را داشته باشند و حتی اغلب کارهای خود را به خاطر همین کمال‌گرایی به تأخیر می‌اندازند. افراد دارای کمال‌گرایی منفی و نابهنجار، خواسته‌های و معیارهای سطح بالایی برای خود در نظر می‌گیرند که غیرواقع‌گرایانه بوده و عملاً قابل اجرا نمی‌باشند. باور مربوط به این‌که کامل بودن امری ضروری است؛ و باورهای کمال‌گرایان درباره ناتوانی در مواجهه با عدم کمال و مبهم‌بودن، موجب می‌شود که افراد کمال‌گرا دارای تفکر همه یا هیچ بوده و محیط پیرامون خود را به صورت سیاه و سفید بنگرند که نتیجه این‌گونه نگرش‌ها، موفقیت و کامیابی‌های کامل یا شکست‌های کامل است [۱].

افراد کمال‌گرا به دلیل برگزیدن معیارهای افراط‌آمیز و معطوف کردن توجه خود بر نقص‌ها و شکست‌ها، رفتارهای اضطراب‌آمیز و غیرشجاعانه و مشکلاتی از قبیل ترس از انتقاد، احساس عجز و بیچارگی، اغراق کردن و بزرگ‌نشان دادن زمینه‌های منفی زندگی، ناچیزشمردن توانایی خود و به‌طور کلی نارضایتی از زندگی دارند [۲].

در پژوهشی گینگراس و همکاران [۳] اشاره کرده‌اند کمال‌گرایان نابهنجار، معیارهای عملکرد شخصی بالایی برای خود تنظیم می‌کنند و بر روی اشتباهات کوچک خود تمرکز می‌کنند و از خود انتقاد می‌کنند. یعنی کمال‌گرایان روان‌رنجور اگر در رسیدن به اهداف خود شکست بخورند،

احساس کهنتری می‌کنند و به دلیل نرسیدن به ایده‌آل‌های خود، دچار خودسرزنش‌گری و خودانتقادی می‌شوند، و این ویژگی آسیب‌پذیری آن‌ها را در برابر شکست افزایش می‌دهد. تامپسون و زاروف [۴]. معتقدند که خودانتقادی بر روی یک پیوستار قرار دارد؛ یک سوی این پیوستار، سطحی از خودانتقادی وجود دارد که بر استانداردهای بیرونی متکی است و در سوی دیگر آن سطحی از خودانتقادی وجود دارد که مستلزم استانداردهای درونی است. لذا دو نوع خودانتقادی در افراد مشاهده می‌شود؛ خودانتقادی مقایسه‌ای که به سبب مقایسه‌ی نامطلوب خود با دیگران ایجاد می‌شود، و فرد نگرشی خصمانه و منتقدانه نسبت به دیگران نشان می‌دهد. و خودانتقادی درونی‌شده که به سبب مقایسه‌ی خود با استانداردهای سطح بالای شخصی ایجاد می‌شود، که این استانداردها و انتظارات، درونی شده‌اند. وجه اشتراک هر دو نوع خودانتقادی ذکرشده، آن است که فرد عمل و کارکرد خود را اشتباه می‌داند. خودانتقادگری شامل الگویی از عادت‌های خودسرزنشگر، احساس فاصله‌گرفتن و دورشدن از استانداردهای دیگران یا خود، و معطوف شدن توجه و تمرکز بر پیشرفت است. همین‌طور خود انتقادی را تمایل فرد به داشتن توقعات بالا از خود و زیر سؤال بردن عملکرد خود تعریف کرده‌اند [۵].

از طرفی افراد کمال‌گرای منفی و روان‌رنجور خود را ملزم به بی‌نقص بودن می‌کنند و ملاک‌های غیرواقع‌گرایانه و سطح بالا برای اجتماع و خود در نظر می‌گیرند که انتظارات آن‌ها را از خود و دیگران تحت تأثیر قرار می‌دهد، به طوری‌که

تعیین استانداردهای سطح بالا، باعث می‌شود که رفتار مردم را سخت‌گیرانه مورد قضاوت قرار داده و انتظارات افراطی و نامعقول از دیگران و شریک عاطفی خود داشته باشند [۶]. از باورها و انتظارات مهم، می‌توان به انتظار از همسر آینده و ازدواج اشاره کرد. انتظار از ازدواج مفهومی شناختی است و شامل ۳ بعد انتظارات واقع‌بینانه، ایده‌آل‌گرایانه و بدبینانه است [۷]، که در این پژوهش بعد انتظارات بدبینانه مد نظر است. پیش از ازدواج پیش‌فرض‌ها و تصوراتی در مورد ازدواج وجود دارد و افراد انتظاراتی از شریک عاطفی خود دارند که از فلسفه وجودی این تصورات و انتظارات آگاهی ندارند. پیش‌فرض‌ها و باورهایی که افراد از ازدواج دارند، به نظر می‌رسد بر اساس یک چارچوب از پیش تعیین‌شده به افراد انتقال یافته است و امکان دارد این انتظارات و تصورات واقعیت نداشته باشند. این انتظارات می‌تواند ریشه در تحریف‌های شناختی و باورهای غیرعقلانی افراد داشته باشد، هر چه میزان باورها و نگرش‌های غیرواقع‌بینانه بیشتر باشد به همان نسبت انتظارات بدبینانه و غیرواقع‌گرایانه افزایش می‌یابد. بی‌شک، به طور قابل ملاحظه‌ای رفتار در چارچوب روابط، تحت تأثیر عوامل شناختی قرار دارد. به دلیل این‌که افراد با مجموعه‌ای از انتظارات و باورها درباره همسر آینده، و به‌طور کلی درباره ازدواج، پا به عرصه انتخاب می‌گذارند؛ و به نظر می‌رسد بسیاری از این باورها غیرمنطقی است، در نتیجه انتظارات غیرواقعی و بدبینانه را به دنبال دارد [۸]. پس می‌توان گفت گرایش به کامل و ایده‌آل‌بودن در کمال‌گرایان روان‌رنجور شرایطی را ایجاد می‌کند که نتیجه‌ی آن تنهایی و

اجتناب از خطا و شکست و خودسرزنش‌گری و انتقادگری است [۶]. از طرفی کمال‌گرایان منفی، به دلیل الزام‌ها، معیارها و انتظارات غیرواقع‌گرایانه از خود و دیگران، به تدریج از دیگران و از شریک عاطفی خود فاصله گرفته و رضایت از روابط بین‌فردی در آنان، کاهش می‌یابد [۳]. لذا جهت بهبود و کاهش نشانه‌هایی چون خودانتقادی و انتظارات زناشویی بدبینانه از میان مداخلات روان‌شناختی متفاوت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد جهت اثرگذاری برگزیده شد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از رویکرد شناختی- رفتاری پدید آمده است و بزرگترین مزیت آن نسبت به دیگر درمان‌های موجود، توجه به جنبه‌های انگیزشی در کنار جنبه‌های شناختی است، که به همین سبب، به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با احساسات و افکارش افزایش می‌یابد و می‌تواند عملکرد بهتری در برخورد با محرک‌های محیطی داشته باشد. در این درمان هدف اصلی رساندن افراد به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است یعنی توانایی انتخاب عملی از بین سایر انتخاب‌ها که مناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از احساسات، افکار یا خاطره‌های آشفته‌کننده انجام یا به فرد تحمیل شود. در درمان پذیرش و تعهد فرض بر این است که افراد بسیاری از افکار، احساسات، یا هیجانات درونی خود را آزارنده دانسته و همواره در صدد تغییر این تجربه‌های درونی و یا رهایی از آن‌ها می‌باشند. تغییر، اجتناب و به طور کلی تلاش برای کنترل این تجارب بی‌تأثیر بوده و به‌گونه‌ای متضاد سبب تقویت افکار، هیجانات و احساساتی می‌شود که

فرد تلاش می‌کرد در ابتدا از آن‌ها دوری نماید. علت اصلی انتخاب این درمان در مقایسه با سایر درمان‌ها این است که فرد یاد می‌گیرد که در ابتدا هیجانات خودش را بپذیرد و در اینجا و اکنون از انعطاف‌پذیری روانی بالاتری برخوردار شود، به همین دلیل در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، فنون شناختی درمانی سنتی را با توجه‌آگاهی و ذهن‌آگاهی تلفیق می‌کنند [۹]. اوه و سان [۱۰] در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش خودانتقادی، تفکر دومقوله‌ای و کمال‌گرایی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل می‌شود و پناهی و همکاران [۱۱] پی بردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک درمان مؤثر، می‌تواند جهت کاهش خودانتقادی و پردازش‌های خودارجاعی منفی (نشخوار فکری و نگرانی) بیماران دیابتی با آسیب‌پذیری افسردگی در مراکز درمانی به کار گرفته شود. در تاج و همکاران [۵] تأثیر درمان پذیرش و تعهد را بر ابعاد و سطوح خودانتقادی دختران گرفتار شکست عاطفی بررسی کردند. نتایج حاکی از آن بود که این درمان بر خودانتقادی این دختران تأثیر معنادار داشته و دخترانی که تحت درمان مداخله‌ی مذکور قرار گرفتند، خودانتقادی کمتری گزارش کردند. یافته‌های پژوهش حاج‌رضایی [۷] معنی‌داری تأثیر مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر کاهش انتظارات ایده‌آل‌گرایانه و بدبینانه از ازدواج نشان داد.

با توجه به توضیحات مذکور و پژوهش‌های

ذکر شده، از آنجا که گرایش‌های کمال‌گرایانه رو به افزایش است [۱۲]، و با ارزیابی‌های خودانتقادگرایانه همراه می‌شود، همین‌طور کمال‌گرایان نابهنجار و منفی، استانداردهای بالا و انتظارات غیرواقعی از خود و دیگران و شریک عاطفی داشته، که اگر به آن‌ها دست نیابند، ارزیابی انتقادی آن‌ها بیشتر می‌شود. لذا آگاه‌بودن افراد از نگرش‌ها، سخت‌گیری‌ها و طرز تفکر آن‌ها درباره‌ی خویشان و ارتباط با دیگران، همسر آینده و همچنین اتخاذکردن موضعی منطقی و واقع‌بینانه، می‌تواند نقش به‌سزایی در کسب ازدواج رضایت‌بخش آن‌ها داشته باشد. لذا با توجه به ماهیت شناختی و رفتاری متغیرهای تحقیق و احساس نیاز به درمانی که تعهد برای تغییر ایجاد می‌کند، و همچنین بررسی پیشینه، و یافتن پژوهش‌های اثربخشی‌معدود بر روی نمونه‌ی کمال‌گرای نوروبتیک، هدف تحقیق حاضر تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر خودانتقادی و انتظارات زناشویی بدبینانه در دختران کمال‌گرای روان‌رنجور مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره‌ی شهرستان اهواز بود. با توجه به هدف مذکور این فرضیه مطرح شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودانتقادی و انتظارات زناشویی بدبینانه در دختران کمال‌گرای روان‌رنجور مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره‌ی شهرستان اهواز، تأثیر دارد.

### روش

روش پژوهش حاضر طرح شبه‌آزمایشی تک‌آزمودنی<sup>۱</sup> بود؛ که از بین طرح‌های آزمایشی تک

<sup>۱</sup>. Single subject experiment

موردی از طرح تجربی "خط پایه چندگانه"<sup>۱</sup> استفاده شد. در طرح‌های تجربی تک‌آزمودنی گروه گواه وجود ندارد و خط پایه هر فرد، گروه کنترل خود فرد محسوب می‌شود. در این پژوهش افراد در یک‌زمان وارد دو مرحله خط پایه<sup>۲</sup> شده و سپس وارد چهار مرحله درمان و دو نوبت پیگیری<sup>۳</sup> (در طی یک دوره ۳ ماهه) شدند. در فرایند انجام جلسات درمانی، کلیه پرسش‌نامه‌ها در جلسات ۳، ۶، ۹، ۱۱ و در ۲ جلسه پیگیری (در طی یک دوره ۳ ماهه) تکمیل شدند. پس از جمع‌آوری داده‌ها تحلیل آن‌ها با استفاده از شاخص تغییر پایا، ترسیم دیداری و درصد بهبودی انجام شد.

جامعه آماری این پژوهش همگی دختران جوان کمال‌گرای روان‌رنجور مراجعه‌کننده به برخی مراکز مشاوره (بین‌الملل، بهشت زندگی، مشاوره تغذیه، دانشگاه) شهرستان اهواز در سال ۱۴۰۱ بودند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۵ نفر از افراد جامعه آماری در محدوده سنی ۲۰ تا ۴۰ سال بود، که با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه فراخوانی در مراکز مشاوره‌ی شهر اهواز منتشر گردید. که با توجه به جامعه‌ی هدف پژوهش حاضر (دختران کمال‌گرای نوروتیک)، در ابتدا به افراد مراجعه‌کننده‌ای که دارای ملاک‌های ورود بودند، پرسشنامه‌ی کمال‌گرایی روان‌رنجور داده شد. دخترانی که حداقل نمره‌ی خط برش ۱۴۵ در آزمون کمال‌گرایی روان‌رنجور را کسب کردند، به

عنوان نمونه‌ی پژوهش حاضر به روش هدفمند انتخاب شدند. سپس با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج دختران کمال‌گرای روان‌رنجور وارد مرحله‌ی خط پایه شدند. ملاک‌های ورود عبارتند از: وجود کمال‌گرایی در آزمودنی‌ها بر اساس کسب نمره‌ی بالاتر از ۱۴۵ در مقیاس کمال‌گرایی روان‌رنجور، رضایت‌آگاهانه و علاقه‌ی افراد جهت شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج عبارتند از: شرکت همزمان در درمان‌های دیگر به صورت فردی و گروهی، و ممکن نبودن پیگیری افراد طی مراحل مداخله و پیگیری.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل:

**مقیاس سطوح خودانتقادی<sup>۴</sup> ((LSCS):**  
در این پژوهش برای سنجش خودانتقادی، از مقیاس سطوح خودانتقادی که توسط تامپسون و زاروف [۴]، تدوین شده است، و اولین بار در ایران در پژوهش موسوی و قربانی [۱۳]، به فارسی ترجمه شده است، استفاده می‌شود. این پرسش‌نامه ۲۲ ماده دارد، که ۱۲ سؤال به زیرمقیاس خودانتقادی مقایسه‌ای و ۱۰ سؤال به خودانتقادی درونی‌شده اختصاص دارد. افراد به هر ماده بر طبق مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای از صفر (اصلاً توصیف‌کننده‌ی من نیست) تا ۶ (بسیار خوب توصیف‌کننده‌ی من است) پاسخ می‌دهند. کسب نمره‌های بالاتر در پرسشنامه خودانتقادی دلالت بر خودانتقادی بیشتر در افراد است. اعتبار این مقیاس به روش همسانی درونی برای دو زیرمقیاس خودانتقادی مقایسه‌ای

1. Multiple baseline

2. Base line step

3. Follow up

4. The Levels of Self-Criticism Scale



(۰/۸۴-۰/۸۱) و خودانتقادی درونی ( ۰/۸۸-۰/۸۷) محاسبه شده که مناسب بوده است. همینطور روایی همگرا و افتراقی مناسبی برای این آزمون وجود دارد [۴]. مشاک و همکاران [۱۴]، در پژوهش خود پایایی این آزمون را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه کردند.

**مقیاس انتظار از ازدواج<sup>۱</sup> (EMS):** در این پژوهش از مقیاس انتظار از ازدواج جونز و نلسون<sup>۲</sup> [۱۵]، استفاده خواهد شد که ابتدا در ایران توسط نیلفروشان و همکاران [۱۶] مورد استفاده و هنجاریابی واقع شده است. افراد مجرد در این آزمون در سه عامل انتظارات بدبینانه، واقع بینانه و ایده آل گرایانه طبقه بندی می شوند. این ابزار دارای ۴۰ ماده است که به صورت لیکرت پنج گزینه‌ای از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵، درجه بندی شده است. یکی از ویژگی‌های این مقیاس این است که پاسخ‌دهی آزمودنی‌ها به یک زیرمقیاس، تأثیری بر سایر زیرمقیاس‌ها ندارد. پدیدآورندگان این مقیاس، پایایی این آزمون را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و دیلون<sup>۳</sup> [۱۷]، آن را ۰/۷۹ گزارش کردند. نیلفروشان و همکاران [۱۶] با استفاده از تحلیل عاملی اثبات کردند که مقیاس انتظار از ازدواج از سه عامل انتظار بدبینانه، واقع گرایانه و ایده آل گرایانه تشکیل یافته است. به منظور تعیین روایی همگرایی این ابزار، همبستگی آن را با نمرات ابزار نگرش به ازدواج، ارزیابی کردند که همبستگی معنی‌دار (۰/۴۳) به دست آمد. همچنین این پژوهشگران آلفای کرونباخ

مقیاس انتظار از ازدواج را، ۰/۸۸ گزارش کردند.

**پرسش‌نامه کمال‌گرایی روان‌رنجور<sup>۴</sup> (NPQ):** پرسش‌نامه کمال‌گرایی روان‌رنجور ابتدا توسط میتزمن<sup>۵</sup> و همکاران [۱۸] به منظور سنجش کمال‌گرایی روان‌رنجور در افراد مبتلا به اختلال خوردن ساخته و مطرح شد که در ایران توسط گندم‌کار و همکاران [۱۹]، مورد استفاده و هنجاریابی واقع شده است. این پرسش‌نامه یک نوع ابزار خودگزارشی است که در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت تدوین شده است. آزمودنی در این پرسش‌نامه باید در لیکرت ۵ گزینه‌ای از کاملاً مخالف = ۱ تا کاملاً موافق = ۵، پاسخ دهد. دامنه نمرات به دست آمده بین ۴۲ تا ۲۱۰ است و نمره‌ی ۱۴۵ نقطه‌ی برش این پرسش‌نامه محسوب می‌شود. در هنجار ایرانی گندم‌کار و همکاران [۱۹]، نشان دادند که آزمون از اعتبار و همسانی درونی بالایی برخوردار است و آلفای کرونباخ پرسش‌نامه ۰/۸۷ سنجش شد و همین‌طور روایی سازه پرسش‌نامه بر اساس تحلیل عامل محاسبه شد، که نتایج تحلیل عاملی حاکی از آن بود که مقیاس کمال‌گرایی روان‌رنجور از روایی کافی برخوردار بوده و ساختار عاملی پرسش‌نامه، مورد تأیید قرار گرفت.

جلسات درمان بر اساس کتاب آموزش گام به گام ACT، راهنمای فراتشخیصی برای یادگیری درمان پذیرش و تعهد [۲۰] استخراج شده و درمان در یازده جلسه‌ی فردی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. در ادامه خلاصه‌ای از جلسات درمانی ارائه

4. Neurotic Perfectionism Questionnaire  
5. Mitzman

1. Expectation of Marriage Scale  
2. Jones & Nelson  
3. Dillon



شده است. در ادامه خلاصه‌ای از جلسات درمانی  
ارائه شده است.

زودآیند ویدئو پخش نشده

## جدول ۱. خلاصه جلسات درمان پذیرش و تعهد [۲۰]

اهداف	جلسات
معارفه، برقراری ارتباط و ایجاد تعهد در درمان، توضیح مختصری در مورد روش درمانی، تعیین قوانین حاکم بر جلسه‌ی درمان (عدم غیبت، شرکت به موقع در جلسات، انجام تکالیف، بیان اصل رازداری و احترام متقابل، آموزش روانی و توصیف کلی از رویکرد درمانی)، شناسایی رنج و مشکل اصلی مراجع و ذهن‌آگاه کردن مراجع نسبت به این رنج و تمرین ذهن‌آگاهی، شرح ناامیدی خلاقانه و استفاده از استعاره‌ی چاله و بیلچه و تکلیف شناسایی بیلچه‌ها	اول
بررسی تکلیف، ایجاد بینش در فرد درباره‌ی مشکل و به چالش کشیدن کنترل، کمک به درک و احساس پیامدهای واقعی کنترل ذهن و پیامدهای کوتاه‌مدت و بلندمدت، تمرین کارایی کنترل هیجانی/شناختی/رفتاری (احساس اضطراب نکن، به ... فکر نکن)، گفتگو پیرامون کاربرد قانون بیرون برای دنیای درون و بی‌فایده‌گی این کاربرد، معرفی و تکلیف رنج پاک و ناپاک، پیشنهاد پذیرش به عنوان جایگزین و تمثیل هیولا	دوم
بررسی تکلیف و مرور جلسه‌ی قبل، مرور پذیرش و تشبیه معلم مدرسه، توصیف هم‌جوشی‌زدایی یا گسلش شناختی (تمرینات: توصیف در مقابل ارزیابی تجربیات، تمرین ذهن‌آگاهانه‌ی برچسب‌زدن به افکار، نقض قوانین)، تقویت مفهوم پذیرش با استعاره‌ی مهمان	سوم و چهارم
بررسی تکلیف و مرور جلسه‌ی قبل، مرور پذیرش (تمرینات: خودشفقتی، توجه انعطاف‌پذیر همراه با هیجان دردناک، تغییر «ما» به «و»)، مرور هم‌جوشی‌زدایی یا گسلش (تمرینات: دیدن افکار به صورت عینی‌تر)، کاربرد تکنیک‌های ذهن‌آگاهی (تمرینات: قراردادن افکار روی پرده‌ی سینما، چراغ‌قوه)، الگوسازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی به عنوان یک فرآیند	پنجم و ششم
بررسی تکلیف و مرور جلسه‌ی قبل، تمرین ذهن‌آگاهی، مشاهده‌ی خود به‌عنوان زمینه (تمرینات: تو در نقش خانه، آسمان و ابر، صفحه‌ی شطرنج)، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به‌عنوان مشاهده‌گر	هفتم و هشتم
بررسی تکلیف و مرور جلسه‌ی قبل، معرفی مفهوم ارزش، معرفی حوزه‌های زندگی، تعیین اولویت، اهمیت، موفقیت، استعاره (تشییع جنازه، تولد، کارگردان و ...)، شناسایی ارزش‌های زندگی فرد و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آن‌ها	نهم
بررسی تکلیف و مرور جلسه‌ی قبل، مرور ارزش‌ها، تعریف تعهدات رفتاری و تأکید بر اقدامات، ارائه‌ی راهکارهای عملی برای رفع موانع ارزش‌ها، درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش‌ها و فراهم کردن منابع بعد از فرایند درمان	دهم
بررسی تکلیف و مرور جلسه‌ی قبل، جمع‌بندی مفاهیم بررسی شده طی جلسات، تشویق مراجع برای	یازدهم

حرکت در مسیر هدفمند، درخواست فرد برای توضیح دستاوردهایش از جلسات درمان و سنجش نهایی	
----------------------------------------------------------------------------------------	--

### ملاحظات اخلاقی پژوهش

شرکت‌کنندگان با رضایت آگاهانه‌ی خود در درمان شرکت نمودند و مجاز بودند در هر مرحله از درمان، تصمیم به ترک درمان بگیرند. قواعد رازداری در اطلاعات شخصی و محرمانه بودن نتایج پژوهش و همچنین گمنام ماندن آزمودنی‌ها رعایت شد.

### یافته‌ها

پنج دختر کمال‌گرای روان‌رنجور در فرایند درمان شرکت داشتند. آزمودنی اول این پژوهش، ۲۵ ساله با تحصیلات کارشناسی؛ آزمودنی دوم ۲۴ ساله دارای تحصیلات کارشناسی؛ آزمودنی سوم ۲۲ ساله دانشجوی دوره‌ی کارشناسی؛ آزمودنی چهارم ۲۶ ساله با تحصیلات کارشناسی؛ و در نهایت آزمودنی پنجم این پژوهش، دختری ۳۵ ساله دارای مدرک کارشناسی ارشد بود.

جدول ۲ نمرات آزمودنی‌ها را در پرسشنامه خودانتقادی در سه مرحله خط‌پایه، درمان و پیگیری و همچنین نمرات شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی در مرحله‌ی درمان و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۲. نتایج روند تغییر مراحل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آزمودنی‌ها در متغیر خودانتقادی

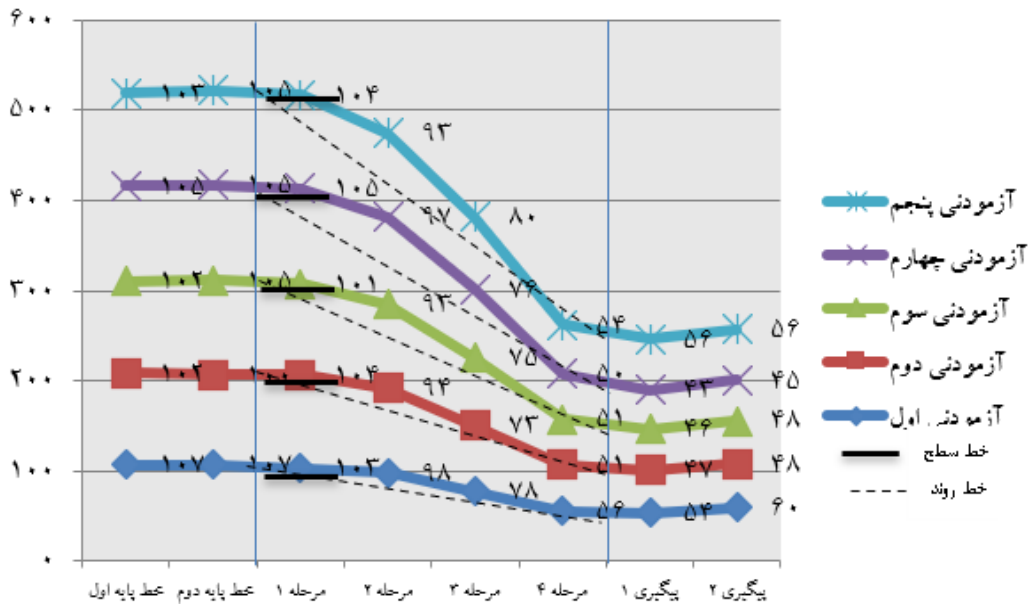
میانگین کل آزمودنی‌ها	آزمودنی پنجم	آزمودنی چهارم	آزمودنی سوم	آزمودنی دوم	آزمودنی اول	مراحل درمان
۱۰۳/۸	۱۰۳	۱۰۵	۱۰۲	۱۰۲	۱۰۷	خط پایه اول
۱۰۴/۴	۱۰۵	۱۰۵	۱۰۵	۱۰۰	۱۰۷	خط پایه دوم
۱۰۴/۱	۱۰۴	۱۰۵	۱۰۳/۵	۱۰۱	۱۰۷	میانگین مراحل خط پایه
<b>مرحله درمان</b>						
۱۰۳/۴	۱۰۴	۱۰۵	۱۰۱	۱۰۴	۱۰۳	جلسه سوم
۹۵	۹۳	۹۷	۹۳	۹۴	۹۸	جلسه ششم
۷۶/۴	۸۰	۷۶	۷۵	۷۳	۷۸	جلسه نهم
۵۲/۴	۵۴	۵۰	۵۱	۵۱	۵۶	جلسه یازدهم
۸۱/۸	۸۲/۷۵	۸۲	۸۰	۸۰/۵	۸۳/۷۵	میانگین مراحل درمان
۲/۳۲	۲/۳۳	۲/۱۱	۲/۵۶	۲/۳۶	۲/۲۳	شاخص تغییر پایا (درمان)
۲۱/۴۲	۲۰/۴۳	۲۱/۹۰	۲۲/۷۰	۲۰/۲۹	۲۱/۷۲	درصد بهبودی پس از درمان
۲۱/۴۲						درصد بهبودی کلی
<b>مرحله پیگیری</b>						
۴۹/۲	۵۶	۴۳	۴۶	۴۷	۵۴	پیگیری نوبت اول
۵۱/۴	۵۶	۴۵	۴۸	۴۸	۶۰	پیگیری نوبت دوم
۴۹/۲	۵۶	۴۴	۴۷	۴۷/۵	۵۷	میانگین مراحل پیگیری
۵/۶۰	۵/۲۵	۵/۸۴	۶/۰۰	۵/۳۵	۵/۵۰	شاخص تغییر پایا (درمان)
۵۱/۶۸	۴۶/۱۵	۵۸/۰۹	۵۴/۵۸	۵۲/۹۷	۴۶/۷۲	درصد بهبودی پس از پیگیری
۵۱/۶۸						درصد بهبودی کلی پیگیری

و تعهد را در سه مرحله‌ی خط پایه، درمان و پیگیری ارائه می‌کند. همان‌طور که ملاحظه

جدول ۲ نمره‌های خودانتقادی آزمودنی‌های شرکت‌کننده در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش

در سه مرحله خط پایه، درمان و پیگیری نمایش می‌دهد.

می‌شود میانگین خودانتقادی در مراحل خط پایه برای آزمودنی‌های اول تا پنجم به ترتیب ۱۰۷/۰، ۱۰۱/۰، ۱۰۳/۵، ۱۰۵/۰، ۱۰۴/۰؛ در مرحله مداخله میانگین خودانتقادی برای آزمودنی‌های اول تا پنجم به ترتیب ۸۳/۷۵، ۸۰/۵، ۸۰/۰، ۸۲/۰، ۸۲/۷۵؛ و در مرحله پیگیری نیز به ترتیب ۵۷/۰، ۴۷/۵، ۴۷/۰، ۴۴/۰، ۵۶/۰ بوده است که روند کاهشی را نشان می‌دهد. همچنین در مرحله مداخله میزان درصد بهبودی برای آزمودنی‌های اول تا پنجم به ترتیب ۲۱/۷۲، ۲۰/۲۹، ۲۲/۷۰، ۲۱/۹۰ و ۲۰/۴۳ و در کل ۲۱/۴۲ و در مرحله پیگیری برای آزمودنی‌های اول تا پنجم به ترتیب ۴۶/۷۲، ۵۲/۹۷، ۵۴/۵۸، ۵۸/۰۹ و ۴۶/۱۵ و در کل ۵۱/۶۸ به دست آمد. بر اساس معیار بلانچارد و اسکوارز به نقل از علوی [۲۱] موفقیت مطلوب بوده است. همچنین برای شرکت‌کننده‌های اول تا پنجم به ترتیب مقدار شاخص تغییر پایا تعیین شده است. از آنجا که مقدار این شاخص هم در مرحله درمان و پیگیری برای تمامی آزمودنی‌های اول تا پنجم بالاتر از ارزش  $Z$  یعنی ۱/۹۶ به دست آمد، لذا با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان بیان کرد که بهبودی حاصل شده برای آزمودنی‌ها ناشی از مداخله درمانی و تغییرات ایجاد شده نیز ماندگاری معنی‌داری داشته است. نمودار ۱ تحلیل دیداری داده‌های به دست آمده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مربوط به آزمودنی‌های شرکت‌کننده در پژوهش را در متغیر خودانتقادی



نمودار ۱. روند تغییر نمره‌های خودانتقادی در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

بعلاوه با توجه به پیشینه موجود در ارتباط با درمان پذیرش و تعهد، همان‌گونه که در نمودار ارائه شده است، پیش‌بینی می‌شد تغییرات کاهنده و در جهت منفی باشد که برای هر یک از آزمودنی‌ها در متغیر خودانتقادی نتایج به همین صورت بود. جدول ۳ نمرات آزمودنی‌ها را در پرسشنامه انتظار از ازدواج بدبینانه در سه مرحله خط پایه، درمان و پیگیری و همچنین نمرات شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی در مرحله درمان و پیگیری را نشان می‌دهد.

نمودار ۱ روند تغییر نمره‌های خودانتقادی را به صورت دیداری در ۳ مرحله‌ی خط پایه (B)، مداخله (T) و پیگیری (F) نمایش می‌دهد. بر طبق نظر اسکات و همکاران به نقل از علوی [۲۱] حداقل نقاط داده‌ای که جهت بررسی خط سطح لازم است سه نقطه است. در مرحله درمان برای هر یک از شرکت‌کننده‌ها نقطه وجود دارد و هر چهار نقطه پایین خط سطح واقع شده است. لذا می‌توان ذکر کرد که تغییر نمره‌های خودانتقادی به‌طور نظام‌دار صورت گرفته است.

جدول ۳. نتایج روند تغییر مراحل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آزمودنی‌ها در متغیر انتظارات زناشویی بدبینانه

میانگین کل آزمودنی‌ها	آزمودنی پنجم	آزمودنی چهارم	آزمودنی سوم	آزمودنی دوم	آزمودنی اول	مراحل درمان
۱۸	۱۸	۱۹	۱۸	۱۷	۱۸	خط پایه اول
۱۸/۲	۱۹	۱۹	۱۸	۱۶	۱۹	خط پایه دوم
۱۸/۱	۱۹/۵	۱۹	۱۸	۱۶/۵	۱۸/۵	میانگین مراحل خط پایه
<b>مرحله درمان</b>						
۱۶/۴	۱۷	۱۷	۱۶	۱۶	۱۶	جلسه سوم
۱۵/۶	۱۶	۱۶	۱۴	۱۵	۱۷	جلسه ششم
۱۴/۴	۱۳	۱۵	۱۴	۱۴	۱۶	جلسه نهم
۱۲/۸	۱۴	۱۳	۱۲	۱۲	۱۳	جلسه یازدهم
۱۴/۸	۱۵	۱۵/۲۵	۱۴	۱۴/۲۵	۱۵/۵	میانگین مراحل درمان
۴/۹۶	۴/۰۰	۳/۹۳	۵/۹۱	۵/۳۱	۳/۵۳	شاخص تغییر پایا (درمان)
۱۸/۲۳	۱۸/۹۱	۱۹/۷۳	۲۲/۲۲	۱۳/۶۳	۱۶/۲۱	درصد بهبودی پس از درمان
۱۸/۲۳						درصد بهبودی کلی
<b>مرحله پیگیری</b>						
۱۳/۶	۱۵	۱۳	۱۳	۱۲	۱۵	پیگیری نوبت اول
۱۳/۶	۱۴	۱۴	۱۳	۱۳	۱۴	پیگیری نوبت دوم
۱۳/۶	۱۵/۵	۱۳/۵	۱۳	۱۲/۵	۱۴/۵	میانگین مراحل پیگیری
۶/۷۷	۵/۱۶	۷/۵۹	۷/۲۱	۵/۵۲	۵/۴۴	شاخص تغییر پایا (درمان)
۲۴/۸۶	۲۱/۶۲	۲۸/۹۴	۲۷/۷۷	۲۴/۲۵	۲۱/۶۲	درصد بهبودی پس از پیگیری
۲۴/۸۶						درصد بهبودی کلی پیگیری

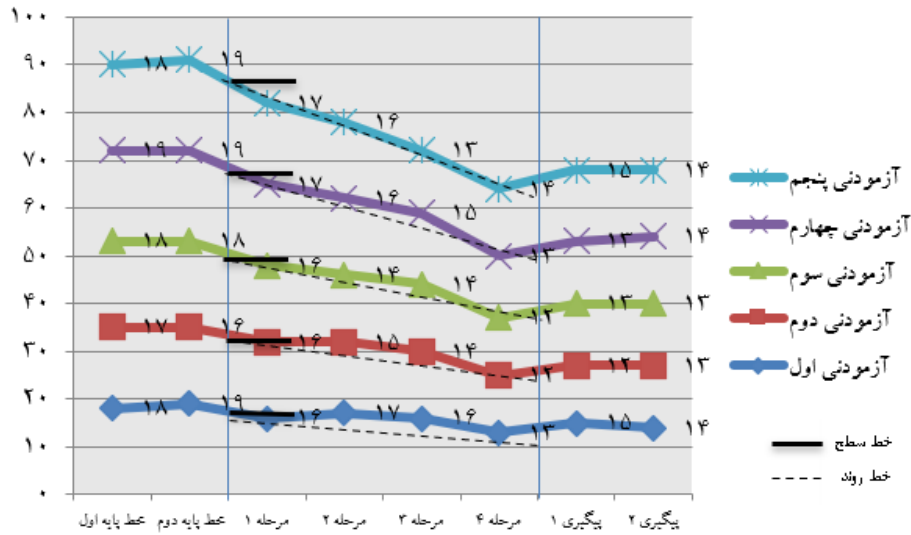
جدول ۳ نمره‌های انتظارات زناشویی بدبینانه آزمودنی‌های شرکت‌کننده در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود میانگین انتظارات زناشویی بدبینانه در مراحل خط پایه برای آزمودنی‌های اول تا پنجم به ترتیب ۱۸/۵، ۱۶/۵، ۱۸/۰، ۱۹/۰، ۱۹/۵؛ در مرحله مداخله میانگین انتظارات زناشویی بدبینانه برای آزمودنی‌های اول تا پنجم به ترتیب ۱۵/۵، ۱۴/۲۵، ۱۴/۰، ۱۵/۲۵، ۱۵/۰؛ و در مرحله پیگیری نیز به ترتیب ۱۴/۵، ۱۲/۵، ۱۳/۰، ۱۳/۵، ۱۵/۵ بوده است که روند کاهشی را نشان می‌دهد. همچنین در مرحله مداخله

جدول ۳ نمره‌های انتظارات زناشویی بدبینانه آزمودنی‌های شرکت‌کننده در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود میانگین انتظارات زناشویی بدبینانه در مراحل خط پایه برای آزمودنی‌های اول تا پنجم به ترتیب ۱۸/۵،



داشته است. نمودار ۲ تحلیل دیداری داده‌های به‌دست آمده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مربوط آزمودنی‌های شرکت‌کننده در پژوهش را در متغیر انتظارات زناشویی بدبینانه در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری نشان می‌دهد.

میزان درصد بهبودی برای آزمودنی‌های اول تا پنجم به‌ترتیب ۱۶/۲۱، ۱۳/۶۳، ۲۲/۲۲، ۱۹/۷۳ و ۱۸/۹۱ و در کل ۱۸/۲۳ و در مرحله پیگیری برای آزمودنی‌های اول تا پنجم به ترتیب ۲۱/۶۲، ۲۴/۲۵، ۲۷/۷۷، ۲۸/۹۴، ۲۱/۶۲ و در کل ۲۴/۸۶ به دست آمد. بر اساس معیار بلانچارد و اسکوارز به نقل از علوی [۲۱] موفقیت کمتر از متوسط بوده است. برای شرکت‌کننده‌های اول تا پنجم نیز مقدار شاخص تغییر پایا به ترتیب به دست‌آمده است. از آنجا که مقدار این شاخص هم در مرحله درمان و پیگیری برای تمامی آزمودنی‌های اول تا پنجم بالاتر از ارزش  $Z$  یعنی ۱/۹۶ حاصل شد، لذا با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان اذعان کرد که بهبودی کسب شده برای آزمودنی‌ها ناشی از مداخله درمانی و تغییرات ایجاد شده نیز ماندگاری معنی‌داری



## نمودار ۲. روند تغییر نمره‌های انتظارات زناشویی بدبینانه در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

آزمودنی‌ها در متغیر انتظارات زناشویی بدبینانه نتایج به همین صورت بود.

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به منظور تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر خودانتقادی و انتظارات زناشویی بدبینانه صورت گرفت. نتایج نهایی تحقیق نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد بر کاهش خودانتقادی و انتظارات زناشویی بدبینانه مؤثر است. در پایان درمان شاخص تغییر پایا و میزان درصد بهبودی از نظر آماری معنادار بودند و این اثر درمانی تا مرحله پیگیری ادامه داشت. یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های پناهی و همکاران [۱۱]، درتاج و همکاران [۵]، اوه و سان [۱۰] و حاج‌رضایی و همکاران [۷] همسو و هماهنگ بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت: افراد

نمودار ۲ روند تغییر نمره‌های انتظارات زناشویی بدبینانه را به شکل دیداری در ۳ مرحله‌ی خط پایه (B)، مداخله (T) و پیگیری (F) ارائه می‌کند. از منظر اسکات و همکاران به نقل از علوی و همکاران [۲۱] حداقل نقاط داده‌ای که جهت بررسی خط سطح ضرورت دارد، سه نقطه است. در مرحله درمان برای هر کدام از شرکت‌کننده‌ها نقطه وجود دارد و هر چهار نقطه پایین خط سطح واقع شده است. بنابراین می‌توان بیان کرد که تغییر نمره‌های انتظارات زناشویی بدبینانه به شکل نظام‌دار روی داده است. بعلاوه با توجه به پیشینه حاضر در ارتباط با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، همان‌گونه که در نمودار نمایش داده شده است، پیش‌بینی می‌شد تغییرات کاهشی و در جهت منفی باشد که برای هر یک از

مهارت‌هایی هستند که سبب افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش اجتناب تجربی می‌شوند [۲۴]. آزمودنی به مدد و یاری این درمان و استفاده از تکنیک‌های گسلش و خود مشاهده‌گر و استعاره‌های آسمان و صفحه‌ی شطرنج، از ماهیت خشن انتقادات نسبت به خود آگاه شده و بین خود و انتقادهایی که ابراز می‌کند، تمایز ایجاد می‌کند. در نتیجه نسبت به قبل باجرات و شجاع‌تر شده و می‌تواند چرخه‌ی معیوب انتقاد نسبت به خود و همین‌طور تصویر انتظارات بالا از خود را زیر سؤال برده و با نگاه و دیدی تازه و مشفقانه نسبت به خود؛ معیارهای صحیح و خواسته‌های قابل دسترسی که موجب سختی و آزار نباشد را مجدداً برنامه‌ریزی کند [۵]. درحقیقت نگرش‌های مبتنی بر پذیرش، به جای اصرار بر کاهش خودانتقادی، تمایل به تجربه‌کردن آن را مطرح می‌کنند و روبرو شدن با احساسات نامطلوب و ناگوار را از راه تصریح‌کردن ارزش‌ها و ایجاد ارتباط بین رفتار، ارزش‌ها و اهداف شخصی، تسهیل می‌نمایند که این توجه به اهداف و ارزش‌ها در کاهش خودانتقادی مؤثر است.

از سویی دیگر کمال‌گرایان روان‌رنجور با نگرانی شدید درباره خطاها و نقایص خود،

کمال‌گرای روان‌رنجور استانداردهای اخلاقی بالایی چون وظیفه‌شناسی افراطی و احساس وظیفه‌ی بیش از حدی را در خصوص خود، دیگران و جامعه تجربه می‌کنند، و نه تنها در خود، بلکه در محیط اطراف، دوستان و افراد جامعه به دنبال بهترین‌ها هستند ولی وقتی نمی‌توانند به این ایده‌آل‌های خودمحورانه، جامعه‌محورانه و دیگرمحورانه برسند خودسرزنش‌گری می‌کنند و نمی‌توانند هیجان‌های خود را ابراز کنند [۲۲]. درواقع خودانتقادی سبب می‌شود، فرد کارکرد خود را ناقص بداند و برای خود معیارهای دست‌نیافتنی تعریف کند [۲۳].

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر خودانتقادی باقی گذاشت. این درمان مشکل اصلی افراد را اجتناب از درد و تشویش بیان می‌کند، لذا روش اصلی این درمان مواجهه‌سازی فرد با موقعیت‌ها و شرایطی است که پیشتر از آن کناره‌گیری کرده است. هدف اساسی درمان کمک به افراد جهت رسیدن به انعطاف‌پذیری رفتاری و روان‌شناختی است. این عمل از طریق شش مرحله درمان پذیرش و تعهد امکان‌پذیر است: «ارزش‌ها، عمل متعهدانه، گسلش شناختی (همجوشی‌زدایی)، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال و پذیرش.» این مراحل

ادراک رنج و فشار بسیار از محیط جهت بی‌نقص بودن، ادراک فاصله زیاد بین فعالیت‌های شخصی و معیارها مشخص می‌شوند و انتظارات غیرواقعی و بدبینانه در روابط بین فردی دارند. باورها و باایدها و نبایدها و انتظارات غیرمعقول با پیدایش انگاره‌های منفی دیدگاه فرد نسبت به زندگی را تغییر داده و سبب جلوگیری از تعامل سازنده‌ی فرد با افراد و در آینده با همسر خویش گردد. پژوهش حاضر نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر کاهش انتظارات زناشویی بدبینانه تأثیر دارد. این درمان، به عنوان رویکردی عمل‌گرا درمورد انجام عملی تأثیرگذار است که در زمانی که ما به‌طور کامل مهیا و متعهد هستیم، توسط عمیق‌ترین ارزش‌های ما رهبری می‌شود. تنها به وسیله‌ی اقدام آگاهانه و متعهدانه می‌توان یک زندگی غنی ساخت. البته به محض اینکه شروع به تلاش برای ساختن زندگی پرمعنا کنیم، با انواع مشکلات و موانع به صورت تجربه‌های درونی نامطلوب مواجه خواهیم شد (افکار، احساسات، تصورات، تکانه و خاطرات، حواس بدنی). این درمان به افراد آموزش می‌دهد، تکنیک‌هایی را که برای کنترل فکر به کار می‌بستند، رها کنند، چگونه با افکار مخل و اضطراب‌زا آمیخته نشوند و چگونه هیجانات

خود را مدیریت و کنترل کنند. لذا استفاده از تکنیک‌های ناهمجوشی و پذیرش در فرایند درمان پذیرش و تعهد، موجب احساس رنج کمتر افراد در موقعیت‌های تنش‌زا می‌شود [۲۰]. یعنی در طی فرایند درمان، افراد از طریق گسلش از باورها و انتظارات غیرواقعی‌بینانه و بدبینانه و نظاره‌کردن آن‌ها و همچنین پذیرش احساسات و باایدها و نبایدها و انتظارات بدبینانه به عنوان ندایی درونی که متمایز از شخصیت فرد است، در نهایت ارزش‌ها و اهداف را تصریح و تعیین کرده و متعهدانه در جهت آن‌ها حرکت می‌کنند. ارزش‌گذاری دوباره در فرایند شناختی افراد و تصریح ارزش‌ها، موجب کاهش تفکر و انتظارات غیرواقعی‌گرایانه و بدبینانه می‌شود [۱۷]. به عبارتی هنگامی که فرد نگرشی ارزشی و هدفمند به زندگی داشته باشد، میزان پایبندی و تعهد در او افزایش می‌یابد زیرا باید برای رسیدن به اهداف خویشتن مسئولیت‌پذیر و متعهد باشد. بعلاوه در افرادی که نسبت به احساسات خود آگاهی بیشتری دارند، مسئولیت‌پذیری زیاده‌تر است. بنابراین در طی درمان، به کمک تکنیک‌های حضور در لحظه و ذهن‌آگاهی که از فرآیندهای مهم مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد است، فرد به جای هم‌جوشی و درهم‌آمیختگی با افکار و

احساسات مربوط به گذشته و آینده، همین‌طور کناره‌گیری از مسئولیت‌ها و وظایف متناسب با نقش‌های خود، به رفتارهایی که متناسب با اهداف و ارزش‌هاست، می‌پردازد و مسئولیت‌پذیرانه در جهت اهداف حرکت می‌کند. در نتیجه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث رشد شخصی و اجتماعی و سرانجام دستیابی به انتظارات واقع‌بینانه‌ی هماهنگ با ارزش‌ها در امتداد یک زندگانی غنی و پرمعنا و کاهش انتظارات بدبینانه می‌شود.

نتایج نهایی پژوهش نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب کاهش خودانتقادی و انتظارات زناشویی بدبینانه در دختران کمال‌گرای روان‌رنجور می‌شود. کمال‌گرایان روان‌رنجور از طریق گسلس و پذیرش افکار و باورهای غیرمنطقی‌شان و تصحیح انتظارات غیرواقع‌بینانه و بدبینانه نسبت به خود و شریک عاطفی، به اقدام در جهت ارزش‌ها پرداخته و در جهت افزایش انعطاف‌پذیری روانی و کاهش سختگیری در حق خود و دیگران حرکت می‌کنند. در انتها قابل ذکر است که محدودیت‌هایی در این پژوهش بر تعمیم‌پذیری نتایج اثرگذار است. به دلیل استفاده از پرسشنامه جهت گردآوری داده‌ها و استفاده از طرح موردی می‌بایست تفسیر نتایج

محتاطانه انجام گیرد. از محدودیت‌های دیگر روش نمونه‌گیری بود که نمونه از بین افرادی انتخاب شد که به مراکز مشاوره مراجعه کرده و منحصراً دختر بودند. بر این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی سایر پژوهشگران یافته‌های این تحقیق را در مقایسه با سایر درمان‌ها و به صورت روش آزمایشی با گروه کنترل و در جامعه آماری پسران نیز بررسی کنند، همین‌طور روش‌های نمونه‌گیری تصادفی بکار گرفته شود. بدیهی است یافته‌های تکمیلی می‌توانند نکات تازه و افق‌های نوینی را در این راه آشکار سازند تا تعمیم نتایج در حد قابل اطمینان تسهیل گردد. به خانواده درمانگران، مشاوران، روان‌شناسان و کلیه‌ی افرادی که با جوانان سروکار دارند پیشنهاد می‌شود که از این درمان، در کار با مراجعه‌کنندگان استفاده کنند.

### موازن اخلاقی

به کلیه مشارکت‌کنندگان پژوهش به لحاظ محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شد. همه مشارکت‌کنندگان فرم رضایت‌آگاهانه را برای شرکت در پژوهش پر کردند. این پژوهش با کد شناسه

IR.IAU.AHVAZ.REC.1401.088

مصوبه‌ی اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد

اسلامی واحد اهواز در تاریخ ۱۴۰۱/۳/۲۵ تصویب شده است.

از همهی کسانی که نویسنده را یاری نمودند به ویژه دختران جوان شرکت کننده در این پژوهش و مسئولین مراکز مشاوره تشکر و قدردانی می گردد.

## سپاس گزاری

## منابع

- ۱- رمضان پور، فرزانه، و جوزی، حسن. الگوی ساختاری کمال گرایی خودانتقاده و نشانگان افسردگی، اضطراب و استرس نقش واسطه‌ای اجتناب تجربه‌ای و نشخوار فکری (کمال گرایی خودانتقادی) به نشانگان روان‌شناختی نقش واسطه‌ای اجتناب تجربه‌ای و نشخوار فکری). *روان‌شناسی معاصر*، ۱۳۹۹؛ ۱۵(۲): ۴۸-۳۳.
- 2- Molnár PK, Bitz CM, Holland MM, Kay, JE, Penk SR, Amstrup SC. Fasting season length sets temporal limits for global polar bear persistence. *Nature Climate Change*, 2020; 10(8): 732-738.
- 3- Gingras AS, Lessard I, Mallette F, Brassard A, Bernier-Jarry A, Patrick Gosselin P, de Pierrepont C. Couple adaptation to the birth of a child: The roles of attachment and perfectionism. *J Marital and Family Therapy*, 2021; 47(3), 581-594.
- 4- Thompson R, Zuroff DC. The levels of self-criticism Scale: Comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 2004; 36(2): 419-430.
- ۵- درتاج، فریبرز، آقاجانی، فرنوش، دلاور، علی، نوابی‌نژاد، شکوه، مردانی‌راد، مژگان. تدوین برنامه‌ی درمانی آموزش گروهی مبتنی بر تحلیل رفتار متقابل و روش پذیرش و تعهد و بررسی اثربخشی آن بر مؤلفه‌های خودانتقادی دختران دچار شکست عاطفی. *علوم روان‌شناختی*، ۱۳۹۹؛ ۱۹(۹۵): ۱۳۸۹-۱۳۹۹.
- ۶- مهرافزون، داریوش، ستوده اصل، نعمت، و مکوند حسینی، شاهرخ. تدوین مدل علی

- 10- Oh, J. E., & Son, C. N. (2018). Effects of acceptance and commitment therapy on evaluative concerns perfectionism, self-criticism, dichotomous thinking, and depression in university students with evaluative concerns perfectionism and depression. *Journal of Digital Convergence*, 2018; 16(4), 343-354.
- ۱۱- پناهی، طاهره، شهبابی‌زاده، فاطمه، و محمودی‌راد، علیرضا. مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توأم با و بدون شفقت‌ورزی بر نگرانی، نشخوار خشم و خودانتقادگری بیماران دیابتی افسرده غیربالینی؛ یک کارآزمایی بالینی. نشریه آموزش پرستاری، ۱۳۹۹؛ ۹(۴): ۱۰۸-۹۵.
- 12- Curran T, Hill, AP. Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*, 2019; 145(4): 410-429.
- ۱۳- موسوی، اشرف‌السادات و قربانی، نیما. خودشناسی، خودانتقادی و سلامت روان خودانتقادی بر اساس کمال‌گرایی با واسطه‌گری ویژگی‌های شخصیتی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی تهران. سبک زندگی با محوریت سلامت، ۱۳۹۹؛ ۱۵۶-۱۴۹.
- ۷- حاج‌رضایی، بهار. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی رویکردهای مختلف بر بهبود انتظار از ازدواج دختران مجرد مانده. نشریه دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱۳۹۸؛ ۶۲(۵): ۱۸۲۳-۱۸۱۵.
- ۸- سیدکاوسی، سپیده‌سادات، مردوخی، محمدسعید، و مقرب تورتولش، مینا. پیش‌بینی انتظار از ازدواج بر اساس باورهای ارتباطی و نگرش به ازدواج در دختران درآستانه ازدواج. فصلنامه خانواده‌درمانی، ۱۴۰۰؛ ۲: ۳۷۱-۳۵۱.
- ۹- صادقی، مریم، محب، نعیمه، و علیوند وفا، مرضیه. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دلزدگی زناشویی، ناگویی خلقی و کیفیت زندگی زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۱۴۰۰؛ ۲: ۹۱-۷۳.



- designed to measure neurotic perfectionism in the eating disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 1994; 50: 516-522.
- ۱۹- گندم‌کار، محبوبه، لیاقت، ریتا، و شهریاری احمدی، منصوره. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس کمال‌گرایی نوروتیک در بین دانشجویان. *رویش روان‌شناسی*، ۱۳۹۱؛ ۸(۸)، ۹-۱۶.
- ۲۰- توهیگ، مایکل، لوین، مایکل، و اونگ، کلاریسا. آموزش گام به گام. *ACT راهنمای فراتشخیصی برای یادگیری درمان پذیرش و تعهد*. ترجمه عبداللهی، عباس، ضاربی، آرزو و شعبان‌زاده، شعبانعلی. تهران: انتشارات ارجمند؛ ۲۰۲۱.
- ۲۱- علوی، سیده زهرا. *اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر صمیمیت، تعهد زناشویی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زوج‌های ناسازگار*. پایان‌نامه دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز؛ ۱۳۹۷.
- 22- Pinto A, Dargani N, Wheaton MG, Cervoni C, Rees CS, Egan SJ. Perfectionism in obsessive-compulsive disorder: *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۳۸۵؛ ۲(۳-۴): ۷۵-۹۱.
- ۱۴- مشاک، رویا، نادری، فرح، و چین‌اوه، محبوبه. مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهبی و درمان مثبت‌نگری بر خودانتقادی و پریشانی روان‌شناختی در زنان نابارور شهرستان اهواز. *نشریه پژوهش پرستاری*، ۱۴۰۰؛ ۱۶(۳): ۷۳-۵۹.
- 15- Jones GD, Nelson ES. Expectations for marriage among college students from intact and non-intact homes. *J Divorce Remarriage*, 1996; 26(1), 171-89.
- ۱۶- نیلفروشان، پریرسا، عابدی، احمد، احمدی، احمد، و نویدیان، علی. بررسی ساختار عاملی، اعتبار و روایی مقیاس انتظار از ازدواج. *نشریه علوم رفتاری*، ۱۳۹۰؛ ۵(۱): ۱۱-۱۹.
- 17- Dillon H. N. *Family violence and divorce: Effects on marriage expectations* [Dissertation]. Tennessee: East Tennessee State University; 2005.
- 18- Mitzman SF, Slade Peter, Dewey Michael E. Preliminary development of a questionnaire

- analysis. *Clinical Psychology Review*, 2020; 75:101808.
- 24- Gloster AT, Walder N, Levin ME, Twohig MP, Karekla M. The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *J Contextual Behavioral Science*, 2020; 18: 181-192
- and related disorders: What should be treating clinicians know? *J Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2017; 12, 102-108.
- 23- Loew CA, Schauenburg H, Dinger U. Self-criticism and psychotherapy outcome: A systematic review and meta-

زودآیند ویرایش نشده