

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 Dezfuli¹, Seyedeh Zahra Alavi^{2*}, Masoud Shahbazi³

1. Ph.D 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. (Corresponding Author)

3. Assistant Professor, Department of Counseling, Masjed Soleiman Branch, Islamic Azad University, Masjed Soleiman, Iran. Masoudshahbazi66@yahoo.com

Abstract

Receive Date:
14/09/2023

Accept Date:
02/03/2024



Introduction: The current study aimed 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, specifically a 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.

Results: The data were collected in three baseline, intervention, and three-month follow-up phases and analyzed using the Reliable Change Index (RCI), recovery percentage, and visual inspection. The analysis of the recovery percentage showed that 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 Reliable Change Index of both variables in the post-treatment and follow-up phases was significant ($z = 1.96, \alpha = 0.05$).

Discussion and 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 تک‌موردی

نویسندگان

زهرا خادم دزفولی^۱، سیده زهرا علوی^{۲*}، مسعود شهبازی^۳

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. (نویسنده مسئول)

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.

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

نتایج: 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، آزمودنی‌ها در مرحله درمان در متغیر خودانتقادی (۲۱/۴۲) و در متغیر انتظارات زناشویی بدبینانه (۱۸/۲۳) و در مرحله 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.

بحث و 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.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۲/۰۶/۲۳

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۲/۱۲/۱۲



کلیدواژه‌ها

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

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

Zahra.Alavi@iaui.ac.ir

مقدمه

مقایسه‌ی خود با استانداردهای سطح بالای شخصی ایجاد می‌شود، که این استانداردها و انتظارات، درونی شده‌اند. وجه اشتراک هر دو نوع خودانتقادی ذکر شده، آن است که فرد عمل و کارکرد خود را اشتباه می‌داند. خودانتقادگری شامل الگویی از عادت‌های خودسرزنشگر، احساس فاصله‌گرفتن و دور شدن 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 تحت‌تأثیر قرار می‌دهد، به طوری که 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 تعیین شده 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، تحت‌تأثیر عوامل شناختی قرار دارد. به دلیل این که 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

کمال‌گرایی، یکی از موضوعات در جامعه‌ی امروزی است و بسیاری از افراد با آن روبه‌رو هستند؛ به طوری که بسیاری از افراد 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 این که کامل بودن امری ضروری است؛ و باورهای کمال‌گرایان درباره ناتوانی در مواجهه با نابلغی و مبهم بودن، موجب می‌شود، افراد کمال‌گرا دارای تفکر همه یا هیچ بوده و محیط پیرامون خود را به صورت سیاه و سفید بنگرند. نتیجه این گونه 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، ناچیز شمردن توانایی خود و به طور 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 کوچکی 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: 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؛ بنابراین دو نوع خودانتقادی در افراد مشاهده می‌شود؛ خودانتقادی مقایسه‌ای که به سبب مقایسه نامطلوب خود با دیگران ایجاد می‌شود، و فرد نگرشی خصمانه و منتقدانه نسبت به دیگران نشان می‌دهد. و خودانتقادی درونی شده که به سبب

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 مداخله 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 کم‌گرایانه رو به افزایش است [۱۲] و با ارزیابی‌های خودانتقادی‌گرایانه همراه می‌شود، همین‌طور کم‌گرایان ناهنجار 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؛ بنابراین، آگاه‌بودن افراد از نگرش‌ها، سخت‌گیری‌ها و طرز تفکر آن‌ها درباره‌ی خویش 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، یافتن پژوهش‌های اثربخشی‌معدود بر روی نمونه‌ی کم‌گرای نوروپیک، هدف تحقیق حاضر تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر خودانتقادی و انتظارات زناشویی بدبینانه در دختران کم‌گرای 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 کم‌گرای روان‌رنجور مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره‌ی شهرستان اهواز، تأثیر دارد.

روش

روش پژوهش حاضر، طرح شبه‌آزمایشی تک آزمودنی^۱ بود؛ که از بین طرح‌های آزمایشی تک موردی از طرح

کمال‌گرایان روان‌رنجور شرایطی را ایجاد می‌کند که نتیجه‌ی آن تنهایی، اجتناب از خطا و شکست، 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]؛ بنابراین، 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 آزاردهنده 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 کم‌گرایایی 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

1. Single Subject Experiment.

خودانتقادی که توسط تامپسون و زاروف [۴]، تدوین شده است، و نخستین بار در ایران در پژوهش موسوی و قربانی [۱۳]، به فارسی ترجمه شده است، استفاده می‌شود. این پرسش‌نامه ۲۲ ماده دارد، که ۱۲ پرسش به زیرمقیاس خودانتقادی مقایسه‌ای و ۱۰ پرسش به خودانتقادی درونی‌شده اختصاص دارد. افراد به هر ماده بر طبق مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای از صفر (اصلاً توصیف‌کننده من نیست) تا ۶ (بسیار خوب توصیف‌کننده 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 (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^۵ (EMS): در این پژوهش از مقیاس انتظار از ازدواج جونز و نلسون^۶ [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، واقع‌بینانه و ایده‌آل‌گرایانه طبقه‌بندی می‌شوند. این ابزار دارای ۴۰ ماده است که به صورت لیکرت پنج‌گزینه‌ای از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵، درجه‌بندی 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^۷ [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، واقع‌گرایانه و ایده‌آل‌گرایانه 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.

تجربی «خط پایه چندگانه^۱» 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^۲ شده و سپس وارد چهار مرحله درمان و دو نوبت پیگیری^۳ (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 همه 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 مشاوره شهر اهواز منتشر گردید. با توجه به جامعه هدف پژوهش حاضر (دختران کمال‌گرای نوروتیک)، در ابتدا به افراد مراجعه‌کننده‌ای که دارای ملاک‌های ورود بودند، پرسشنامه کمال‌گرایی روان‌رنجور داده شد. دخترانی که حداقل نمره خط برش ۱۴۵ در آزمون کمال‌گرایی روان‌رنجور را کسب کردند، به عنوان نمونه پژوهش حاضر به روش هدفمند انتخاب شدند. سپس با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج دختران کمال‌گرای روان‌رنجور وارد مرحله خط پایه شدند. ملاک‌های ورود عبارتند از: وجود کمال‌گرایی در آزمودنی‌ها بر اساس کسب نمره بالاتر از ۱۴۵ در مقیاس کمال‌گرایی روان‌رنجور، رضایت‌آگاهانه و علاقه افراد جهت شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج عبارتند از: شرکت همزمان در درمان‌های دیگر به صورت فردی و گروهی، و ممکن نبودن پیگیری افراد در مراحل مداخله و پیگیری.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل:

مقیاس سطوح خودانتقادی^۴ ((LSCS): در این پژوهش برای سنجش خودانتقادی، از مقیاس سطوح

5 . Expectation of Marriage Scale.
6 . Jones & Nelson.
7 . Dillon.

1 . Multiple Baseline.
2 . Base Line Step.
3 . Follow up.
4 . The Levels of Self-Criticism Scale.

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

اهداف	جلسات
معرفه، برقراری ارتباط و ایجاد تعهد در درمان، توضیح مختصری در مورد روش درمانی، تعیین قوانین حاکم بر جلسه درمان (حضور داشتن، 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 ذهن آگاه کردن مراجع نسبت به این رنج و تمرین ذهن آگاهی، شرح ناامیدی خلاقانه و استفاده از استعاره چاله و بیلچه و تکلیف شناسایی بیلچه‌ها	اول
بررسی تکلیف، ایجاد بینش در فرد درباره 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 جلسه قبل، مرور پذیرش و تشبیه معلم مدرسه، توصیف هم‌جوشی‌زدایی یا گسلش شناختی (تمرینات: توصیف در مقابل ارزیابی تجربیات، تمرین ذهن آگاهانه برچسب‌زدن به افکار، نقض قوانین)، تقویت مفهوم پذیرش با استعاره مهمان	سوم و چهارم
بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، مرور پذیرش (تمرینات: خودشفقتی، توجه انعطاف‌پذیر همراه با هیجان دردناک، تغییر «اما» به «و»)، مرور هم‌جوشی‌زدایی یا گسلش (تمرینات: دیدن افکار به صورت عینی‌تر)، کاربرد تکنیک‌های ذهن آگاهی (تمرینات: قراردادن افکار روی پرده سینما، چراغ‌قوه)، الگوسازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی به عنوان یک فرآیند	پنجم و ششم
بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، تمرین ذهن آگاهی، مشاهده خود به‌عنوان زمینه (تمرینات: تو در نقش خانه، آسمان و ابر، صفحه شطرنج)، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده‌گر	هفتم و هشتم
بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، معرفی مفهوم ارزش، معرفی حوزه‌های زندگی، تعیین اولویت، اهمیت، موفقیت، استعاره (تشیع جنازه، تولد، کارگردان و ...)، شناسایی ارزش‌های زندگی فرد و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آن‌ها	نهم
بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، مرور ارزش‌ها، تعریف تعهدات رفتاری و تأکید بر اقدامات، ارائه 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 جلسه قبل، جمع‌بندی مفاهیم بررسی شده طی جلسات، تشویق مراجع برای حرکت در مسیر هدفمند، درخواست فرد برای توضیح دستاوردهایش از جلسات درمان و سنجش نهایی	یازدهم

اعتبار و همسانی درونی بالایی برخوردار است و آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۷ سنجش شد و همین‌طور روایی سازه پرسش‌نامه براساس 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 جلسه فردی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. در ادامه خلاصه‌ای از جلسات درمانی ارائه شده است.

ملاحظات اخلاقی پژوهش

شرکت‌کنندگان با رضایت آگاهانه خود در درمان شرکت نمودند و مجاز بودند در هر مرحله از درمان، تصمیم به ترک

پرسش‌نامه کمال‌گرایی روان‌رنجور^۱ (NPQ):

پرسش‌نامه کمال‌گرایی روان‌رنجور ابتدا توسط میتزمن^۲ 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 به‌دست‌آمده بین ۴۲ تا ۲۱۰ است و نمره ۱۴۵ نقطه برش این پرسش‌نامه محسوب می‌شود. در هنجار ایرانی گندم‌کار و همکاران [۱۹]، نشان دادند که آزمون از

1. Neurotic Perfectionism Questionnaire.

2. Mitzman.

تحصیلات کارشناسی؛ آزمودنی سوم ۲۲ ساله دانشجوی دوره 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 خط پایه، درمان و پیگیری و همچنین نمرات شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی در مرحله‌ی درمان و پیگیری را نشان می‌دهد.

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 نخست این پژوهش، ۲۵ ساله با تحصیلات کارشناسی؛ آزمودنی دوم ۲۴ ساله دارای

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

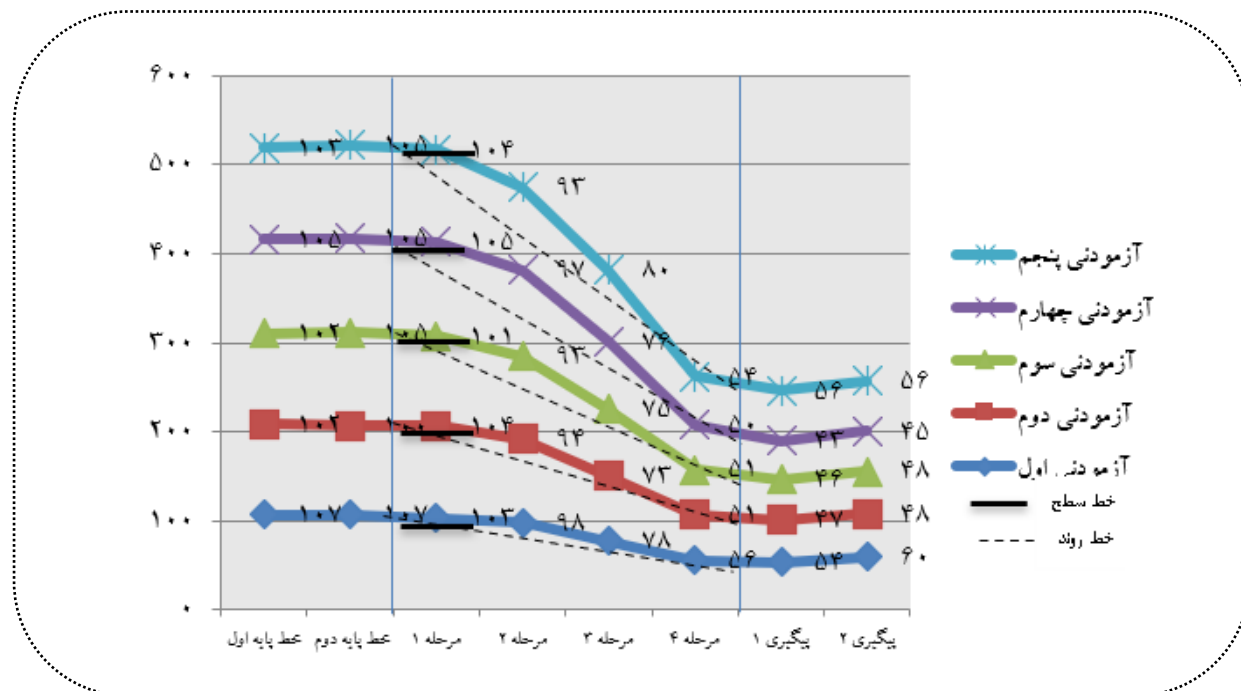
مراحل درمان	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی چهارم	آزمودنی پنجم	میانگین کل آزمودنی‌ها
خط پایه اول	۱۰۷	۱۰۲	۱۰۲	۱۰۵	۱۰۳	۱۰۳/۸
خط پایه دوم	۱۰۷	۱۰۰	۱۰۵	۱۰۵	۱۰۵	۱۰۴/۴
میانگین مراحل خط پایه	۱۰۷	۱۰۱	۱۰۳/۵	۱۰۵	۱۰۴	۱۰۴/۱
مرحله درمان						
جلسه سوم	۱۰۳	۱۰۴	۱۰۱	۱۰۵	۱۰۴	۱۰۳/۴
جلسه ششم	۹۸	۹۴	۹۳	۹۷	۹۳	۹۵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

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

جدول ۲ نمره‌های خودانتقادی آزمودنی‌های شرکت‌کننده در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در سه مرحله خط پایه، درمان و پیگیری ارائه می‌کند. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، میانگین خودانتقادی در مراحل خط پایه

این شاخص هم در مرحله درمان و پیگیری برای تمامی آزمودنی‌های اول تا پنجم بالاتر از ارزش Z یعنی $1/96$ به دست آمد؛ لذا، با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان بیان کرد، 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 در سه مرحله خط پایه، درمان و پیگیری نمایش می‌دهد.

نیز به ترتیب $57/0$ ، $47/5$ ، $47/0$ ، $44/0$ ، $56/0$ بوده است که روند کاهشی را نشان می‌دهد. همچنین در مرحله مداخله میزان درصد بهبودی برای آزمودنی‌های اول تا پنجم به ترتیب $21/72$ ، $20/29$ ، $22/70$ ، $21/90$ و $20/43$ و در کل $21/42$ و در مرحله پیگیری برای آزمودنی‌های اول تا پنجم به ترتیب $46/72$ ، $52/97$ ، $54/58$ ، $58/09$ ، $46/15$ و در کل $51/68$ 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



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

به علاوه 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.

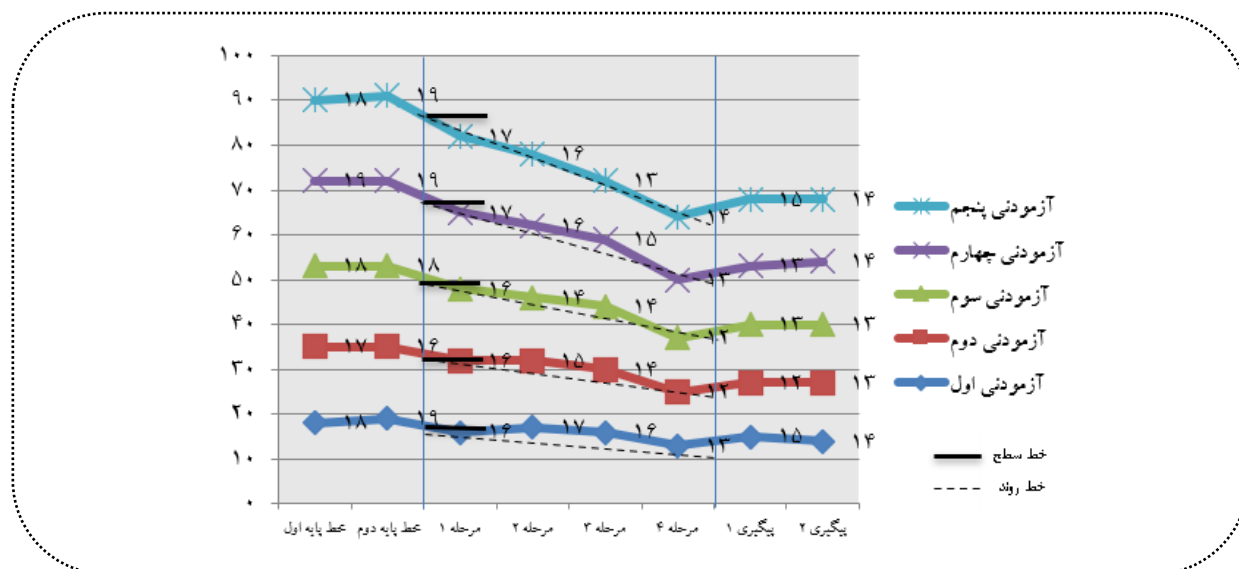
نمودار ۱ روند تغییر نمره‌های خودانتقادی را به صورت دیداری در ۳ مرحله خط پایه (B)، مداخله (T) و پیگیری (F) نمایش می‌دهد. بر طبق نظر اسکات و همکاران به نقل از علوی [۲۱] حداقل نقاط داده‌ای که جهت بررسی خط سطح لازم است سه نقطه است. در مرحله درمان برای هر یک از شرکت‌کننده‌ها نقطه وجود دارد و هر چهار نقطه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

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 دست آمده 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؛ بنابراین، با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان اذعان کرد که بهبودی کسب شده برای آزمودنی‌ها ناشی از مداخله درمانی و تغییرات ایجاد شده نیز ماندگاری معنی‌داری 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.

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، 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، ۱۵/۰، 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 میزان درصد بهبودی برای آزمودنی‌های اول تا پنجم به ترتیب ۱۶/۲۱، ۱۳/۶۳، ۲۲/۲۲، ۱۹/۷۳ و ۱۸/۹۱ و در کل ۱۸/۲۳ و در مرحله پیگیری برای آزمودنی‌های اول تا



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

اوه و سان [۱۰] و حاج‌رضایی و همکاران [۷] همسو و هماهنگ بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت: افراد کمال‌گرای روان‌رنجور، استانداردهای اخلاقی بالایی چون وظیفه‌شناسی افراطی و احساس وظیفه 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، اما وقتی نمی‌توانند به این ایده‌آل‌های خودمحورانه، جامعه‌محورانه و دیگرمحورانه برسند خودسرزنش‌گری می‌کنند و نمی‌توانند هیجان‌های خود را ابراز کنند [۲۲]. در واقع 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؛ بنابراین، 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 مهارت‌هایی هستند که سبب افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش اجتناب تجربی می‌شوند [۲۴]. آزمودنی به مدد و

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 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]،

ناهمجوشی و پذیرش در فرایند درمان پذیرش و تعهد، موجب احساس رنج کمتر افراد در موقعیت‌های تنش‌زا می‌شود [۲۰]، یعنی در فرایند درمان، افراد از طریق گسیختن از باورها و انتظارات غیرواقع‌بینانه، بدبینانه و نظاره کردن آن‌ها و همچنین پذیرش احساسات، باید‌ها، 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 غیرواقع‌گرایانه و بدبینانه می‌شود [۷]. 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. به علاوه در افرادی که نسبت به احساسات خود آگاهی بیشتری دارند، مسئولیت‌پذیری زیادتر است؛ بنابراین، در مدت زمان 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 واقع‌بینانه هم‌هنگام با ارزش‌ها در امتداد یک زندگانی غنی و پرمعنا و کاهش انتظارات بدبینانه می‌شود.

نتایج نهایی پژوهش نشان دادند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب کاهش خودانتقادی و انتظارات زناشویی بدبینانه در دختران کمال‌گرای روان‌رنجور می‌شود. کمال‌گرایان روان‌رنجور از طریق گسیختن 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؛ محدودیت‌هایی در این پژوهش بر تعمیم‌پذیری نتایج اثرگذار است. به دلیل استفاده از پرسشنامه جهت گردآوری داده‌ها و استفاده از طرح موردی

یاری این درمان و استفاده از تکنیک‌های گسلش و خود-مشاهده‌گر و استعاره‌های آسمان و صفحه شطرنج، از ماهیت خشن انتقادهای 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 چرخه 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 تجربه کردن آن را مطرح می‌کنند و روبرو شدن با احساسات نامطلوب و ناگوار را از راه تصریح کردن 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، ادراک رنج و فشار بسیار از محیط جهت بی‌نقص‌بودن، ادراک فاصله زیاد بین فعالیت‌های شخصی و معیارها مشخص می‌شوند و استانداردها و انتظارات غیرواقعی و بدبینانه در روابط بین فردی دارند. باورها و نبایدها و انتظارات غیرمعقول با پیدایش انگاره‌های منفی دیدگاه فرد نسبت به زندگی را تغییر داده و سبب جلوگیری از تعامل سازنده فرد با افراد و در آینده با همسر خویش گردد. پژوهش حاضر نشان داد، 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 وسیله 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

- 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. <https://doi.org/10.1111/jmft.12453>
- 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. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00106-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00106-5)

۵- در تاج، فریبرز؛ آقاجانی، فرنوش؛ دلاور، علی؛ نوایی نژاد، شکوه؛ مردانی‌راد، مژگان. تدوین برنامه 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.

<https://psychologicalscience.ir/article-1-752-fa.html>

۶- مهرافزون، داریوش؛ ستوده اصل، نعمت؛ مکوند حسینی، شاهرخ. تدوین مدل علی خودانتقادی بر اساس کمال‌گرایی با واسطه‌گری ویژگی‌های شخصیتی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی تهران. *سبک زندگی با محوریت سلامت*. ۱۳۹۹؛ ۴(۱۹): ۱۴۹-۱۵۶.

https://www.islamiilife.com/article_189245.html

۷- حاج‌رضایی، بهار. مقایسه اثربخشی رویکردهای مختلف بر بهبود انتظار از ازدواج دختران مجرد مانده. *نشریه دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*. ۱۳۹۸؛ ۶۲(۵): ۱۸۱۵-۱۸۲۳.

<https://doi.org/10.22038/MJMS.2019.15798>

۸- سیدکاووسی، سپیده‌سادات؛ مردوخی، محمدسعید؛ مقرب تورتولش، مینا. پیش‌بینی انتظار از ازدواج بر اساس باورهای ارتباطی و نگرش به ازدواج در دختران در آستانه ازدواج. *فصلنامه خانواده‌درمانی*. ۱۴۰۰؛ ۲: ۳۷۱-۳۵۱.

<https://doi.org/10.22034/AFTJ.2022.265323.1046>

۹- صادقی، مریم؛ محب، نعیمه؛ 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: ۷۳-۹۱.

<https://doi.org/10.22034/AFTJ.2021.296762.1146>

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 کلیه 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.AHVAVZ.REC.1401.088 مصوبه اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز در تاریخ ۱۴۰۱/۳/۲۵ تصویب شده است.

سیاسگزاری

از همه کسانی که نویسنده را یاری نمودند به‌ویژه دختران جوان شرکت‌کننده در این پژوهش و مسئولین مراکز مشاوره تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

۱- رمضان‌پور، فرزانه؛ جوزی، حسن. الگوی ساختاری کمال‌گرایی خودانتقادی و نشانگان افسردگی، اضطراب و استرس نقش واسطه‌ای اجتناب تجربه‌ای و نشخوار فکری (کمال‌گرایی خودانتقادی به نشانگان روان‌شناختی نقش واسطه‌ای اجتناب تجربه‌ای و نشخوار فکری). *روان‌شناسی معاصر*. ۱۳۹۹؛ ۱۵(۲): ۳۳-۴۸. <https://bjcp.ir/article-1-1828-fa.html>

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. <https://doi.org/10.1038/s41558-020-0818-9>

- 18-Mitzman SF, Slade Peter, Dewey Michael E. Preliminary development of a questionnaire designed to measure neurotic perfectionism in the eating disorders. *Journal of Clinical Psychology*. 1994; 50: 516-522. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199407\)50:4<516::AID-JCLP2270500406>3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199407)50:4<516::AID-JCLP2270500406>3.0.CO;2-0)
- ۱۹- گندم کار، محبوبه؛ لیاقت، ریتا؛ شهریاری احمدی، منصوره. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس کمال‌گرایی نوروتیک در بین دانشجویان. *رویش روان‌شناسی*، ۱۳۹۸؛ ۸(۸)، ۹-۱۶. https://frooyesh.ir/browse.php?a_id=414&sid=1&slc_lang=fa
- ۲۰- توهیگ، مایکل؛ لوین، مایکل؛ اونگ، کلاریسا. آموزش گام به گام. ACT: راهنمای فراتشخیصی برای یادگیری درمان پذیرش و تعهد. ترجمه عباس عبداللهی، آرزو ضاربی، شعبانعلی شعبان‌زاده. تهران: انتشارات ارجمند؛ ۲۰۲۱. <https://www.gisoom.com/book/11828148/>
- ۲۱- علوی، سیده زهرا. اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر صمیمیت، تعهد زناشویی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زوج‌های ناسازگار. [آپایان‌نامه 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 and related disorders: What should be treating clinicians know? *J Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2017; 12: 102-108. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.01.001>
- 23-Loew CA, Schauenburg H, Dinger U. Self-criticism and psychotherapy outcome: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2020; 75: 101808. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101808>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- 10-Oh JE, Son CN. (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. <https://doi.org/10.14400/JDC.2018.16.4.343>
- ۱۱- پناهی، طاهره؛ شهبابی‌زاده، فاطمه؛ 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): ۹۵-۱۰۸. https://jne.ir/browse.php?a_id=1250&sid=1&slc_lang=fa
- 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. <https://doi.org/10.1037/bul0000138>
- ۱۳- موسوی، اشرف‌السادات؛ قربانی، نیما. خودشناسی، خودانتقادی و سلامت روان. *مطالعات روان‌شناختی*. ۱۳۸۵؛ ۲(۴-۳): ۹۱-۷۵. <https://doi.org/10.22051/PSY.2006.1688>
- ۱۴- مشاک، رویا؛ نادری، فرح؛ 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): ۵۹-۷۳. <http://ijnr.ir/article-1-2532-fa.html>
- 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. https://doi.org/10.1300/J087v26n01_09
- ۱۶- نیل‌فروشان، پریسا؛ عابدی، احمد؛ احمدی، احمد؛ نویدیان، علی. بررسی ساختار عاملی، اعتبار و روایی مقیاس انتظار از ازدواج. *نشریه علوم رفتاری*. ۱۳۹۰؛ ۵(۱): ۱۱-۱۹. <http://fa.journals.sid.ir/ViewPaper.aspx?id=134428>
- 17-Dillon HN. Family violence and divorce: Effects on marriage expectations [Dissertation]. Tennessee: East Tennessee State University; 2005. <https://core.ac.uk/download/pdf/214069384.pdf>