MEJDS. 2021; 11:55.

Published online 2021 July. **Original Article**

Comparing the Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Irrational Beliefs and Perfectionism in Incompatible Couples

Nazari G[1], *Amiri H[2], Afsharinia K[2], Kakabraei K[3]

Author Address
1. PhD Student, Department of Psychology and Counseling, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology and Counseling, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran;
3. Associate Professor, Department of Psychology and Counseling, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.
***Corresponding author's email:** Ahasan.amiri@yahoo.com

Received: 2020 November 25; **Accepted:** 2021 May 11

Abstract

Background & Objectives: Numerous couples who encounter conflicts present harmful perfectionism and irrational beliefs concerning marriage, which can be improved using different approaches. Successful marriage satisfies various biopsychological needs in couples. In case of failure, spouses, and especially their children, face severe psychological trauma. Thus, it is critical to investigate factors, such as irrational beliefs and negative perfectionism; consequently, such conditions generate anxiety in couples. Besides, it possibly reduces the durability and survival of marital bonds. Mindfulness–Based Cognitive Therapy (MBCT) is considered to improve irrational beliefs and perfectionism in couples. Additionally, a practical psychotherapy method that targets inevitable problems is Acceptance and Commitment Therapy (ACT). ACT is among the third wave behavioral therapy approaches. Therefore, the current study aimed to compare the effects of MBCT and ACT on irrational beliefs and perfectionism in incompatible couples.

Methods: The statistical population of this study included all couples with marital disorders referring to a counseling center in Ilam City, Iran, from April 2018 to August 2018 (N=214). A sample of 30 couples was selected by the voluntary sampling method. Next, they were randomly assigned into two experimental and one control groups (n=10 couples/group). The experimental groups either received MBCT or ACT. The inclusion criteria of the study were as follows: couples with marital conflicts, minimum diploma education, passing at least 2 years and a maximum of 15 years of marriage history, and not simultaneously participating in other counseling or psychology sessions. The exclusion criteria included concurrent participation in another treatment program, having mental health disorders based on clinical interviews, and absence from>2 treatment sessions. Both interventions were performed in eight 90–minute weekly sessions for two months. The necessary data were collected using the Measures of Irrational Belief (Ellis, 1985) and the Frost Multidimensional Perfectionism Scale (Frost et al., 1990). The obtained data were analyzed using descriptive statistics, such as mean and standard deviation as well as inferential statistics, using univariate Analysis of Covariance (ANCOVA) and Least Significant Difference (LSD) post hoc test in SPSS.

Results: There was a significant difference between the mean values of the 3 groups respecting irrational beliefs (p<0.001). Therefore, there was a significant difference in posttest data after eliminating the pretest effects in this regard. The Eta–squared vale also indicated that 31% of the changes in irrational beliefs were due to the effect of the provided MBCT and ACT. The difference between the mean scores of the 3 groups in perfectionism was also significant (p<0.001). Therefore, there was a significant difference in the mean values of perfectionism between the MBCT and ACT groups. The Eta–squared value also revealed that 38% of the changes in perfectionism were induced by the effects of MBCT and ACT. There was no significant difference between the experimental groups concerning the therapeutic effects; both treatment approaches provided almost the same influence on reducing perfectionism (p=0.946) and irrational beliefs in the explored couples (p=0.450).

Conclusion: The present research data suggested that MBCT and ACT can be used to reduce irrational beliefs and perfectionism among incompatible couples in psychology and counseling centers. Therefore, these approaches could be implemented to improve the quality of marital relationships.

Keywords: Mindfulness–Based Cognitive Therapy (MBCT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Irrational beliefs, Perfectionism, Couples.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۵۵.

انتشار برخط تیر ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش باورهای غیرمنطقی و کمال‌گرایی در زوجین ناسازگار مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره

گلستان نظری[۱]، *حسن امیری[۲]، کریم افشاری‌نیا[۲]، کیوان کاکابرایی[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی و مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی و مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران؛

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی و مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Ahasan.amiri@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۵ آذر ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۱ اردیبهشت ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: با استفاده از رویکردهای مختلف می‌توان به بهبود کمال‌گرایی منفی و باورهای غیرمنطقی در زوجینی پرداخت که با همسران خود دچار تعارض می‌شوند. هدف پژوهش حاضر، مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش باورهای غیرمنطقی و کمال‌گرایی در زوجین ناسازگار مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در شهر ایلام بود.

روش‌بررسی: این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوهٔ اجرا از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زوجین ناسازگار مراجعه‌کننده به یکی از مراکز مشاوره در شهر ایلام در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. نمونه‌ای متشکل از سی زوج با روش نمونه‌گیری داوطلبانه از میان تمامی زوجین ناسازگار مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره در شهر ایلام انتخاب شد. سپس به‌صورت تصادفی در سه گروه بیست‌نفری (درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، گواه) قرار گرفتند. داده‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از مقیاس کمال‌گرایی (فراست و همکاران، ۱۹۹۰) و آزمون تفکرات غیرمنطقی (الیس، ۱۹۸۵) جمع‌آوری شد. درمان مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد جداگانه طی هشت جلسه و هر جلسه نود دقیقه صرفاً برای گروه‌های آزمایش ارائه شد. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و آزمون تعقیبی LSD در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد در پس‌آزمون بعد از حذف پیش‌آزمون، بین میانگین کمال‌گرایی و باورهای غیرمنطقی در دو گروه درمان تفاوت معناداری وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$). در مقایسهٔ تأثیر دو درمان مذکور تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش مشاهده نشد و هر دو درمان تقریباً تأثیر یکسانی بر کاهش کمال‌گرایی و باورهای غیرمنطقی زوجین داشتند.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، می‌توان از درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی برای کاهش باورهای غیرمنطقی و کمال‌گرایی زوجین در مراکز روان‌شناسی و مشاوره استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: ذهن‌آگاهی، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، باورهای غیرمنطقی، کمال‌گرایی، زوجین.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

۱ مقدمه

ازدواج موفق، ارضای بسیاری از نیازهای جسمانی و روانی افراد را به‌دنبال دارد و در صورت شکست، زن و شوهر به‌ویژه فرزندان آن‌ها با ضربهٔ روانی شدید مواجه می‌شوند؛ ازاین‌رو بررسی عواملی نظیر باورهای غیرمنطقی و کمال‌گرایی منفی که اضطراب زوجین را در پی دارد و احتمالاً دوام و بقای پیوندهای زناشویی را کاهش می‌دهد، از ارزش بسزایی برخوردار است (۱،۲). همچنین از عوامل دیگری که می‌تواند بر سازگاری زناشویی زوجین تأثیرگذار باشد، کمال‌گرایی[1] است (۳). بسیاری از زنانی که با همسران خود دچار تعارض می‌شوند، دارای کمال‌گرایی منفی و باورهای غیرمنطقی هستند (۴). کمال‌گرایی معمولاً به تمایل فرد برای وضع معیارهای کامل و دست‌نیافتنی و تلاش برای تحقق آن‌ها اشاره دارد که با خودارزشیابی‌های انتقادی از عملکرد شخص همراه است (۵). باورهای غیرمنطقی و کمال‌گرایی می‌توانند اثر مخربی بر روابط زوجین بگذارند و عاملی ناتوان‌کننده در روابط زناشویی زوجین باشند (۶).

از رویکردهای درمانی که امروزه برای بهبود باورهای غیرمنطقی و کمال‌گرایی در زوجین مدنظر قرار گرفته، درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی[2] است (۷). در آموزش درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بیماران یاد می‌گیرند که چطور به‌صورت متفاوت با افکار و احساسات منفی خود رابطه برقرار کنند و بر تغییر محتوای باورها و افکار متمرکز شوند؛ همچنین می‌آموزند که افکار خودآیند، عادت‌ها، نشخوارهای ذهنی، افکار و احساسات منفی خود را چگونه تغییر جهت دهند، دربارهٔ آن‌ها آگاه شوند و در چشم‌انداز وسیع‌تری افکار و احساسات خود را ببینند (۸).

یکی از درمان‌های روان‌شناختی که به مشکلات و رنج‌های اجتناب‌ناپذیر نگاه متفاوت و درعین‌حال کاربردی دارد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد[3] است که از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی است (۹). درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، مداخلهٔ زمینه‌گرایی کارکردی مبتنی‌بر نظریهٔ چارچوب رابطه است که رنج انسان را ناشی‌از انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌داند؛ همچنین با آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای تقویت می‌شود و هدف آن ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ازطریق فرایندهای پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و ایجاد الگوی گستردهٔ عمل متعهدانه مربوط به این ارزش‌ها است. مزیت عمدهٔ این روش درمانی، درنظرگرفتن جنبه‌های انگیزشی به‌همراه جنبه‌های شناختی به‌منظور تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است (۱۰). در سال‌های اخیر کمک به زوج‌ها برای بهبود روابط زناشویی با استفاده از روش‌های مختلف درمان مدنظر قرار گرفته است؛ ازاین‌رو پژوهش‌های متعددی در رابطه با تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر زوجین انجام شده است: در این راستا افشاری‌نیا و هوشیار در پژوهش خود نشان دادند، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد تأثیر بسزایی بر کیفیت روابط زناشویی زوجین ناسازگار دارد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در افزایش کیفیت روابط زناشویی زوجین ناسازگار مؤثر است (۱۱)؛ پژوهش فصیحی و همکاران مشخص کرد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر باورهای غیرمنطقی دانشجویان تأثیر دارد (۱۲)؛ تقوی‌زاده و همکاران در تحقیقی دریافتند، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کمال‌گرایی اختلال شخصیت وسواس جبری مؤثر است (۱۳)؛ یوسفی و همکاران در پژوهش خود نشان دادند، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر ارزیابی مفهوم‌پردازی مداخله در نشانه‌های جسمی تأکید می‌کند و درنهایت باعث بهبود باورهای غیرمنطقی در این افراد می‌شود (۱۴)؛ براساس نتایج پژوهش ستاری و عرفانی، درمان شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر کمال‌گرایی منفی، استرس و اضطراب دانش‌آموزان دختر دورهٔ دوم متوسطه مؤثر است (۱۵)؛ صالح‌پور و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی اثربخشی معنادار و مثبتی بر کاهش باورهای غیرمنطقی و طلاق عاطفی زنان دارد (۱۶).

ضرورت انجام پژوهش حاضر از آن حیث بود که موضوع کمال‌گرایی منفی و باورهای غیرمنطقی زوجین مسئلهٔ پراهمیتی است؛ به‌طوری‌که می‌تواند بر کیفیت زندگی و سایر مؤلفه‌ها در ابعاد مختلف زندگی تأثیر بگذارد؛ چراکه خانواده کانون مهر و محبت و تربیت و مبنای شکل‌گیری زندگی اجتماعی اشخاص است. در بُعد فردی اگر زوجین در روابط‌شان با یکدیگر نتوانند به توافقی نسبی و سازگاری برسند، کارکردهای زوجین در خانواده مختل می‌شود. در بُعد اجتماعی نیز اگر خانواده که واحد کوچک‌تر اجتماعی است دچار آسیب شود، بر کل جامعه اثر می‌گذارد و سلامت جامعه را با مخاطره روبه‌رو می‌کند؛ ازاین‌رو هدف از پژوهش حاضر مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش باورهای غیرمنطقی و کمال‌گرایی در زوجین ناسازگار مراجعه‌کننده به مراکز مشاورهٔ شهر ایلام بود.

۲ روش‌بررسی

این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوهٔ اجرا از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زوجین دچار اختلال زناشویی مراجعه‌کننده به یکی از مراکز مشاوره در شهر ایلام در بازهٔ زمانی فروردین تا مرداد سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند که تعداد آن‌ها ۲۱۴ نفر بود. در این پژوهش نمونه‌ای متشکل از سی زوج با روش نمونه‌گیری داوطلبانه از میان تمامی زوجین ناسازگار مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره در شهر ایلام انتخاب شدند. سپس به‌صورت تصادفی در سه گروه بیست‌نفری (درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، گواه) قرار گرفتند. تعداد نمونهٔ لازم براساس مطالعات مشابه با درنظرگرفتن اندازهٔ اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان ریزش ۱۰ درصد برای هر گروه بیست نفر محاسبه شد (۱۷). ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش شامل زوجین دارای تعارض زناشویی، حداقل تحصیلات دیپلم، گذشت حداقل دو سال و

[1]. Perfectionism

[2]. Mindfulness-Based Cognitive Behavioral Therapy

[3]. Acceptance and Commitment Therapy

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

حداکثر پانزده سال از سابقهٔ ازدواج و شرکت‌نکردن هم‌زمان زوجین در جلسات مشاوره یا روان‌شناسی بود. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش شرکت هم‌زمان در برنامهٔ درمانی دیگر، داشتن اختلال‌های روانی براساس مصاحبهٔ بالینی و غیبت در بیش از دو جلسه از جلسات درمانی در نظر گرفته شد. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به‌شرح ذیل بود: تمامی افراد به‌شکل کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در تحقیق مشارکت کردند؛ این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام‌خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد؛ پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه نیز درمان مؤثرتر اجرا شد.

ابزارهای زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ مقیاس کمال‌گرایی[1]: مقیاس چندبُعدی کمال‌گرایی توسط فراست و همکاران در سال ۱۹۹۰ به‌منظور ارزیابی ابعاد مختلف کمال‌گرایی ساخته شد (۱۸). این مقیاس شامل ۳۵ گویه و دارای شش زیرمقیاس نگرانی درمورد اشتباهات[2]، تردید نسبت به اعمال[3]، انتظارات والدین[4]، انتقادات والدین، استانداردهای فردی[5] و نظم و ترتیب[6] است. به‌علاوه نمرهٔ کمال‌گرایی کلی ازطریق جمع‌کردن نمرهٔ همهٔ ۳۵ عبارت آزمون به‌دست می‌آید. همهٔ گویه‌ها در پیوستاری پنج‌درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) نمره‌گذاری می‌شود و دامنهٔ نمرات بین ۳۵ و ۱۷۵ است. نمرهٔ بیشتر در این مقیاس حاکی‌از کمال‌گرایی زیاد فرد و نمرهٔ کمتر بیانگر کمال‌گرایی کمتر فرد است (۱۸). میزان ضریب همسانی درونی به‌روش آلفای کرونباخ در نسخهٔ اصلی این مقیاس بین ۰/۷۳تا۰/۹۳ و ضریب همسانی درونی کل آزمون ۰/۹۰ گزارش شد (۱۸). ترکمن و مرادی در نسخهٔ فارسی این مقیاس ضریب آلفای کرونباخ مؤلفه‌های مقیاس را در دامنه‌ای بین ۰/۶۹تا۰/۸۸ به‌دست آوردند (۱۹).

ـ آزمون تفکرات غیرمنطقی[7]: این ابزار توسط الیس در سال ۱۹۸۵ و در ۶۶ جمله ساخته شد (۲۰). در این پرسشنامه براساس نظریهٔ الیس ۳۳ جمله به‌صورت منطقی و ۳۳ جملهٔ دیگر به‌صورت غیرمنطقی طبقه‌بندی می‌شود. آزمودنی درمقابل هر جمله با دو گزینهٔ «بلی» و «خیر» روبه‌رو است. اگر به جملهٔ منطقی جواب «بلی» یا به جملهٔ غیرمنطقی جواب «خیر» بدهد، برای وی نمرهٔ صفر منظور می‌شود؛ درصورتی‌که به جملهٔ منطقی جواب «خیر» یا به جملهٔ غیرمنطقی جواب «بلی» بدهد، نمرهٔ ۱ می‌گیرد. به عبارت دیگر نمرهٔ ۱ به پاسخی تعلق می‌گیرد که حاکی‌از داشتن تفکر غیرمنطقی باشد. برای هریک از باورهای غیرمنطقی در این آزمون، شش جمله در نظر گرفته شده است. آزمودنی باید جملاتی که با احساس و فکر او هماهنگ بوده و با روش کلی زندگی او تطابق بیشتری داشته است، در پاسخنامه با انتخاب «بلی» و در غیر این صورت با انتخاب «خیر» مشخص کند (۲۰). حداکثر مجموع نمرات باورهای غیرمنطقی برابر با ۶۶ است (۲۰).

در مطالعهٔ الیس، پایایی آزمون تفکرات غیرمنطقی، با روش بازآزمایی اجرای مجدد ۰/۷۷ به‌دست آمد. ضریب همبستگی پیرسون برای محاسبهٔ میزان همبستگی بین نمرات دوبارهٔ اجرای آزمون، ۰/۸۹ گزارش شد (۲۰). در پژوهش خرسندپور و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ آزمون تفکرات غیرمنطقی ۰/۹۱ و به‌روش بازآزمایی ۰/۶۶ به‌دست آمد (۲۱).

فرایند انجام پژوهش به این صورت بود که ابتدا با مراجعه به مراکز مشاوره در شهر ایلام، یک مرکز مشاوره به‌صورت تصادفی در نظر گرفته شد. سپس با انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولان مرکز مشاوره، از میان زوجین مراجعه‌کننده با مشکل اختلال زناشویی (تعداد ۲۱۴ نفر)، هشتاد نفر براساس ملاک‌های ورود و خروج وارد پژوهش شدند. در ادامه نمونه‌ای متشکل از سی زوج با روش نمونه‌گیری داوطلبانه از میان تمامی زوجین ناسازگار مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره در شهر ایلام انتخاب شدند. سپس به‌صورت تصادفی در سه گروه بیست‌نفری (درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، گواه) قرار گرفتند. قبل از انجام مداخله، در سه گروه با استفاده از مقیاس کمال‌گرایی (۱۸) و آزمون تفکرات غیرمنطقی (۲۰) متغیرهای پژوهش یعنی کمال‌گرایی و باورهای غیرمنطقی اندازه‌گیری شدند. قبل از شروع جلسات، در هر سه گروه فرم رضایت آگاهانه توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد تا در جریان اهداف پژوهش قرار گیرند. برای گروه اول، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد طی هشت جلسه و هر جلسه نود دقیقه به‌صورت هفتگی، در مدت دو ماه ارائه شد. گروه دوم، درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی را طی هشت جلسه و هر جلسه نود دقیقه به‌صورت هفتگی، در مدت دو ماه دریافت کرد؛ ولی برای گروه گواه هیچ آموزشی لحاظ نشد. بعد از اتمام جلسات، به هر سه گروه مقیاس کمال‌گرایی (۱۸) و آزمون تفکرات غیرمنطقی (۲۰) برای سنجش متغیرهای پژوهش در پس‌آزمون ارائه شد.

درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار به‌مدت دو ماه براساس بستهٔ آموزشی هیز و همکاران اجرا شد (۲۲). ترخان در پژوهش خود نیز از بستهٔ آموزشی هیز و همکاران استفاده کرد که در پژوهش حاضر براساس پژوهش وی، این بستهٔ آموزشی به‌کار رفت (۲۳). همچنین روایی محتوایی این بستهٔ آموزشی در پژوهش حاضر توسط سه تن از متخصصان روان‌شناس بالینی دارای مدرک دکتری و داشتن حداقل پنج سال سابقهٔ کار بالینی، تأیید شد و سپس در این پژوهش به‌کار رفت. در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد ارائه شده است.

درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار به‌مدت دو ماه براساس بستهٔ آموزشی کابات‌زین به‌صورت گروهی اجرا شد (۲۴). مبارکی و همکاران نیز از این بستهٔ آموزشی استفاده کردند و در مطالعهٔ حاضر براساس پژوهش آن‌ها، این

1. Perfectionism Scale
2. Concern over mistakes
3. Doubts about actions
4. Parental criticism
5. Personal standards
6. Organization
7. Assessment Test for Irrational Belief (ATIB)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

بستهٔ آموزشی به‌کار رفت (۲۵). روایی این پروتکل توسط مبارکی و همکاران تأیید شد و از روایی صوری و محتوای مطلوبی برخوردار است (۲۵). همچنین روایی محتوایی این بستهٔ آموزشی در پژوهش حاضر توسط پنج تن از متخصصان روان‌شناسی دارای مدرک دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی کرمانشاه و داشتن حداقل ده سال سابقهٔ کار بالینی به تأیید رسید و سپس در این پژوهش استفاده شد.

جدول ۱. جلسات مداخلهٔ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد

جلسات	هدف	محتوای آموزشی جلسات	تکالیف
اول	آشنایی با قوانین گروه و کلیاتی دربارهٔ روش درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، شرح قوانین گروه، اهداف و ساختار گروه، تعهدات درمانی، صحبت‌های مقدماتی دربارهٔ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	–
دوم	آشنایی با برخی از مفاهیم درمانی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد ازجمله تجربهٔ اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فرد، تهیهٔ فهرستی از مزایا، معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات	سنجش مشکلات درمانجویان از نگاه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، استخراج تجربهٔ اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فرد، تهیهٔ فهرستی از مزایا، معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات	شناسایی موقعیت‌های اجتنابی و اجازه‌دادن به رفت‌وآمد افکار منفی بدون مبارزه با آن‌ها یا جلوگیری عمدی از آن‌ها
سوم	اجرای فنون درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد مانند جداسازی شناختی، آگاهی روانی و خودتجسمی	بررسی تکالیف خانگی، جداکردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی و اتخاذ موضع مشاهدهٔ افکار بدون قضاوت به‌طوری‌که به انعطاف‌پذیری روانی و هیجانات مثبت منجر شود	تمرکز بر تمام حالات روانی، افکار و رفتار در لحظه بدون هیچ‌گونه قضاوتی
چهارم	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و روشن‌سازی ارزش‌ها و آموزش تنظیم هیجان‌ها (استعارهٔ فنجان بد)	بررسی تکالیف خانگی، شناسایی ارزش‌های زندگی درمانجویان و سنجش ارزش‌ها برمبنای میزان اهمیت آن‌ها. تهیهٔ فهرستی از موانع پیش‌رو در تحقق ارزش‌ها و ایجاد هیجان‌های مثبت	شناسایی ارزش‌های شخصی اصلی و طرح‌ریزی اهداف براساس ارزش‌ها
پنجم	آموزش فنون درمانی خود به‌عنوان زمینه و تمرین فنون ذهن‌آگاهی و آموزش تحمل پریشانی	بررسی تکالیف خانگی، ارتباط با زمان حال و درنظرگرفتن خود به‌عنوان زمینه و آموزش فنون ذهن‌آگاهی و تحمل پریشانی به‌منظور پذیرش هیجان‌های منفی	تلاش درجهت کسب حس تعالی‌یافته با استفاده از فنون آموزش‌دیده
ششم	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و روشن‌سازی ارزش‌ها و آموزش تنظیم هیجان‌ها (استعارهٔ فنجان بد)	بررسی تکالیف خانگی، شناسایی ارزش‌های زندگی درمانجویان و سنجش ارزش‌ها برمبنای میزان اهمیت آن‌ها. تهیهٔ فهرستی از موانع پیش‌رو در تحقق ارزش‌ها و ایجاد هیجان‌های مثبت	شناسایی ارزش‌های شخصی اصلی و طرح‌ریزی اهداف براساس ارزش‌ها
هفتم	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و عمل متعهدانه و افزایش کارآمدی بین‌فردی (استعارهٔ صفحهٔ شطرنج)	بررسی تکالیف خانگی، ارائهٔ راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن به‌کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد به پیگیری ارزش‌ها و ایجاد حس معناداری در زندگی	تلاش متعهدانه برای رسیدن به اهداف طرح‌ریزی‌شده براساس فنون آموزش‌دیده
هشتم	مرور و تمرین فنون درمانی آموزش داده‌شده با تأکید بر تنظیم هیجان‌ها و حس معناداری در زندگی در دنیای واقعی	بررسی تکالیف خانگی، گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش‌ها. درخواست از درمانجویان برای توضیح نتایج جلسات و اجرای فنون آموزش‌دیده در دنیای واقعی زندگی به‌منظور ایجاد حس معناداری و ایجاد هیجان‌های مثبت	–

خلاصهٔ جلسات درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در جدول زیر ارائه شده است.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

جدول ۲. خلاصهٔ جلسات درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی

جلسات	هدف	محتوای آموزشی جلسات
اول	هدایت خودکار	تنظیم خط‌مشی با درنظرگرفتن جنبهٔ محرمانه‌بودن و زندگی شخصی افراد با معرفی خود به یکدیگر، تمرین وارسی بدنی، تکلیف خانگی، بحث و تعیین جلسات هفتگی توزیع نوارها و جزوات، مراقبه و تمرین آگاهی، تکنیک خوردن کشمش، وارسی بدن و صحبت دربارهٔ احساسات ناشی‌از آن
دوم	سر و کارداشتن با موانع	آموزش تن‌آرامی برای گروهی از عضلات شامل ساعد، بازو، عضلهٔ پشت ساق پا، ران‌ها، شکم، سینه، شانه‌ها، گردن، لب، چشم‌ها و پیشانی. بحث دربارهٔ تکالیف خانگی موانع تمرین و راه‌حل‌های ذهن‌آگاهی برای آن، مراقبه و تمرین آگاهی، تمرین حضور ذهن، وارسی بدن، مراقبهٔ نشسته، تنفس در طول روز
سوم	ذهن‌آگاهی تنفس (و بدن در حرکت)	آموزش تن‌آرامی برای هشت گروه از عضلات شامل دست‌ها، بازوها، پاها، ران‌ها، شکم، سینه، پیشانی و لب‌ها و تکلیف خانگی تن‌آرامی. بحث دربارهٔ تکالیف خانه، تمرین مراقبه و وارسی بدن، افسانه‌هایی دربارهٔ مراقبه و تکمیل تقویم وقایع خوشایند و تمرین فضای تنفسی سه‌دقیقه‌ای
چهارم	باقی‌ماندن در زمان حاضر	آشنایی با نحوهٔ ذهن‌آگاهی تنفس، آموزش تکنیک دم و بازدم همراه با آرامش و بدون تفکر دربارهٔ موضوع دیگر، آموزش تکنیک تماشای تنفس و تکلیف خانگی ذهن‌آگاهی تنفس. مرور تکالیف خانه، تمرین مراقبه و وارسی بدن، واکنش به استرس، تمرین فضای تنفسی یک‌دقیقه‌ای، تکمیل تقویم وقایع ناخوشایند و تداوم فعالیت‌های روزانه
پنجم	پذیرفتن و اجازه‌دادن	آموزش تکنیک توجه به حرکت بدن هنگام تنفس، تمرکز بر اعضای بدن و حرکات آن‌ها و جست‌جوی حس‌های فیزیکی و تکلیف خانگی ذهن‌آگاهی خوردن. بررسی تکالیف خانه، تمرین مراقبه و وارسی بدن، گزارش فضای تنفسی، تکمیل کاربرگ ارتباطی برای تمرکز بر تعاملات طی هفته با افراد مهم زندگی
ششم	واقعیت‌نبودن افکار	آموزش توجه به ذهن، افکار مثبت و منفی، خوشایند یا ناخوشایندبودن افکار، اجازه‌دادن به ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به‌آسانی خارج‌کردنشان از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آن‌ها. بررسی تکالیف خانه، تمرین مراقبه و وارسی بدن، سبک‌های مدیریت تعارض، بحث دربارهٔ پاسخ‌های استرس و واکنش‌های فرد به موقعیت‌های دشوار و نگرش‌ها و رفتارهای جایگزین
هفتم	چگونگی انجام بهترین مراقبت از خود	مراقبهٔ نشسته، بازنگری تکالیف خانگی، تمرین مشاهدهٔ ارتباط بین فعالیت و خلق. بررسی تکالیف خانه، تمرین‌های مراقبه و وارسی بدن، بحث دربارهٔ فرایند درد، رهایی از درد و فرایندهای خشم، گزارش درد
هشتم	استفاده از آن چیزی که یاد گرفته‌شده برای به‌کارگیری در آینده	مرور تکالیف خانه، تمرین مراقبه و وارسی بدن، فضای تنفسی و صحبت راجع به آموخته‌های شرکت‌کنندگان تاکنون، مطرح‌کردن سؤالات دربارهٔ کل جلسه از این قبیل که آیا شرکت‌کنندگان به انتظارات خود دست یافته‌اند، آیا احساس می‌کنند شخصیتشان رشد کرده است، آیا احساس می‌کنند مهارت‌های مقابله‌شان افزایش یافته است و آیا دوست دارند مراقبه را ادامه دهند. بازنگری مطالب گذشته و جمع‌بندی

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار و آمار استنباطی به‌روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره، آزمون تعقیبی LSD و نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ صورت گرفت. به‌منظور بررسی پیش‌فرض نرمال‌بودن آزمون تحلیل کوواریانس از آزمون شاپیرو ـ ویلک، برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون و نیز همگنی شیب‌های رگرسیون استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

در این پژوهش میانگین و انحراف معیار سن گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد ۶/۸±۳۵/۹، گروه درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی ۷/۲±۳۷/۱ و گروه گواه ۶/۲±۳۶/۸ سال بود که دامنهٔ سنی از ۲۰تا۵۵ سال را شامل شد. سه گروه تفاوت معناداری از نظر سن نداشتند (p=۰/۸۴۴). از نظر جنسیت در هر سه گروه، تعداد ۱۰ نفر (۵۰درصد) را زنان و ۱۰ نفر (۵۰درصد) را مردان تشکیل دادند؛ بنابراین سه گروه از نظر توزیع جنسیت دارای تفاوت معناداری نبودند (p>۰/۰۵). اطلاعات توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار نمره‌های متغیر وابسته در سه گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و گواه در مراحل پیش‌آزمون

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

و پس‌آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای کمال‌گرایی و باورهای غیرمنطقی آن به‌تفکیک گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کمال‌گرایی	درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	۱۰۷/۶۷	۱۰/۴۳	۹۴/۱۱	۹/۷۷
	درمان ذهن‌آگاهی	۱۰۸/۳۲	۹/۳۶	۱۰۰/۳۴	۷/۸۰
	گواه	۱۱۸/۴۳	۱۴/۲۱	۱۲۰/۸۷	۱۵/۳۵
باورهای غیرمنطقی	درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	۳۲/۶۰	۵/۴۶	۲۵/۳۶	۳/۷۷
	درمان ذهن‌آگاهی	۳۳/۲۶	۵/۶۵	۲۸/۵۶	۴/۳۱
	گواه	۳۵/۵۲	۵/۸۲	۳۷/۵۵	۵/۵۴

باتوجه به نتایج جدول ۳، نمرات کمال‌گرایی در دو گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و درمان ذهن‌آگاهی در پایان پس‌آزمون به‌طور درخورتوجه و در گروه گواه به‌صورت جزئی کاهش یافت؛ همچنین نمرات باورهای غیرمنطقی در مرحلهٔ پس‌آزمون کاهش چشمگیری داشت؛ اما نمرات باورهای غیرمنطقی در گروه گواه، به‌صورت جزئی افزایش نشان داد.

قبل از اجرای تحلیل واریانس، برای بررسی رعایت پیش‌فرض‌های لازم از آزمون‌های شاپیرو ـ ویلک و لون استفاده شد. آزمون شاپیرو ـ ویلک برای توزیع متغیرهای پژوهش در مرحلهٔ پس‌آزمون نشان داد، متغیرهای تحقیق از توزیع نرمال برخوردار بودند ($p>۰/۰۵$). برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون مشخص کرد، فرض همگنی واریانس‌ها رد نمی‌شود ($p>۰/۰۵$). بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون نیز نشان داد، پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون برقرار است ($p>۰/۰۵$)؛ بنابراین پیش‌فرض‌های لازم برای اجرای روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره وجود داشت. در جدول ۴، به نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره اشاره شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره دربارهٔ اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و درمان ذهن‌آگاهی بر میزان باورهای غیرمنطقی زوجین

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	مجذور میانگین	F	مقدار احتمال	مجذور ضریب اتا
پیش‌آزمون	۸۴۹/۴۳	۱	۸۴۹/۴۳	۵۳/۶۷	<۰/۰۰۱	۰/۴۸
گروه	۴۲۱/۳۹	۲	۲۱۰/۶۹	۱۲/۶۴	<۰/۰۰۱	۰/۳۱

نتایج جدول ۴ مشخص می‌کند، تفاوت میانگین سه گروه در متغیر باورهای غیرمنطقی از لحاظ آماری معنادار است ($p<۰/۰۰۱$)؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، تفاوت معناداری در پس‌آزمون بعد از حذف پیش‌آزمون بین میانگین باورهای غیرمنطقی در دو گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و درمان ذهن‌آگاهی وجود دارد. مقدار مجذور اتا نیز نشان می‌دهد، ۳۱درصد از تغییرات در متغیر باورهای غیرمنطقی ناشی‌از اثر درمان‌های مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی است. حال برای مقایسهٔ تأثیر هریک از گروه‌ها از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ مشاهده می‌شود.

جدول ۵. مقایسهٔ گروهی برای بررسی تأثیر هریک از درمان‌های مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی و گروه گواه بر میزان باورهای غیرمنطقی زوجین

(I) گروه	(J) گروه	اختلاف میانگین (I-J)	خطای معیار	مقدار p	سطح اطمینان ۹۵درصد	
					کران کمتر	کران بیشتر
گواه	ذهن‌آگاهی	۵/۰۷	۱/۲۹	<۰/۰۰۱	۲/۴۹	۷/۶۶
	پذیرش و تعهد	۶/۰۴	۱/۲۹	<۰/۰۰۱	۳/۴۵	۸/۶۳
ذهن‌آگاهی	پذیرش و تعهد	۰/۹۶	۱/۲۹	۰/۴۵۰	ـ۱/۶۲	۳/۵۵

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

باتوجه به جدول ۵، بین گروه گواه و گروه تحت درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی تفاوت معناداری وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$). همچنین بین گروه گواه و گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد تفاوت معناداری به‌دست آمد که بیانگر تأثیر معنادار درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر میزان باورهای غیرمنطقی شرکت‌کنندگان است ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما در مقایسهٔ تأثیر دو درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد تفاوت معناداری مشاهده نشد و هر دو درمان تقریباً تأثیر یکسانی در کاهش باورهای غیرمنطقی زوجین داشتند ($p=۰/۴۵۰$).

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره دربارهٔ اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و درمان ذهن‌آگاهی بر میزان کمال‌گرایی زوجین

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	مجذور میانگین	F	مقدار احتمال	مجذور ضریب اتا
پیش‌آزمون	۲۷۳۱/۰۳	۱	۲۷۳۱/۰۳	۲۶/۲۲	<۰/۰۰۱	۰/۳۱
گروه	۳۶۸۸/۳۴	۲	۱۸۴۴/۱۷	۱۷/۷۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۸

براساس جدول ۶، تفاوت میانگین سه گروه در متغیر کمال‌گرایی از لحاظ آماری معنادار بود ($p<۰/۰۰۱$)؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت معناداری بین میانگین کمال‌گرایی در دو گروه مبتنی‌بر درمان پذیرش و تعهد و درمان ذهن‌آگاهی وجود دارد. مقدار مجذور اتا نیز نشان می‌دهد، ۳۸درصد از تغییرات در متغیر کمال‌گرایی ناشی‌از اثر درمان‌های پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی است. برای مقایسهٔ تأثیر هریک از درمان‌ها از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد که نتایج آن در جدول ۷ مشاهده می‌شود.

جدول ۷. مقایسهٔ گروهی برای بررسی تأثیر هریک از درمان‌های مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی بر میزان کمال‌گرایی زوجین

(I) گروه	(J) گروه	اختلاف میانگین (I-J)	خطای معیار	مقدار احتمال	سطح اطمینان ۹۵درصد	
					کران کمتر	کران بیشتر
گواه	ذهن‌آگاهی	۱۶/۸۰*	۳/۲۳	<۰/۰۰۱	۱۰/۳۲	۲۳/۲۷
	پذیرش و تعهد	۱۶/۵۸*	۳/۲۳	<۰/۰۰۱	۱۰/۹۰	۲۳/۰۶
ذهن‌آگاهی	پذیرش و تعهد	-۰/۲۲	۳/۲۲	۰/۹۴۶	-۶/۶۸	۶/۲۴

باتوجه به جدول ۷، بین گروه گواه و گروه تحت درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی تفاوت معناداری وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$). همچنین بین گروه گواه و گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد تفاوت معناداری به‌دست آمد که بیانگر تأثیر معنادار درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر میزان کمال‌گرایی شرکت‌کنندگان است ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما در مقایسهٔ تأثیر دو درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد ملاحظه شد که تفاوت معناداری بین دو گروه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی وجود ندارد و هر دو درمان تقریباً دارای تأثیر یکسانی در کاهش کمال‌گرایی زوجین است ($p=۰/۹۴۶$).

۴ بحث

هدف از انجام این پژوهش، مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش باورهای غیرمنطقی و کمال‌گرایی در زوجین ناسازگار مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در شهر ایلام بود. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد باورهای غیرمنطقی را کاهش داد و تفاوت معنادار بین گروه گواه و گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در متغیر باورهای غیرمنطقی مشاهده شد. این یافته با نتایج پژوهش فصیحی و همکاران مبنی‌بر تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر باورهای غیرمنطقی دانشجویان (۱۲)، همسوست. در تبیین این یافته می‌توان گفت، براساس درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد رشد و ماندگاری آشفتگی، تعارض، باورهای غیرمنطقی و فاصلهٔ عاطفی بین زوج‌ها نتیجهٔ ترکیب دو راهبرد کنترل شدید و اجتناب تجربی در روابط زوجی است (۱۶). درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد ازطریق کارکردن روی عوامل ایجادکنندهٔ افکار غیرمنطقی (مانند حصار ذهن، انتظارات، ارزش‌های مبهم، قطع ارتباط با زمان حال و تلاش برای اجتناب) و پادزهر آن‌ها یعنی شش فرایند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (رهایی از ذهن، تضعیف انتظارات نه حذف آن‌ها، ارزش‌های واضح، یکی‌شدن با همسر، پذیرش رنج) بر کاهش افکار غیرمنطقی مؤثر واقع می‌شود. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد ازطریق استعاره‌هایی که در این درمان وجود دارد، کمک می‌کند که زوج‌ها به گسلش دست یابند و در تولیدات ذهنی خود گیر نکنند. استفاده از تکنیک‌های گسلش شناختی می‌تواند برای ایجاد فاصله بین افکار برخاسته از الگوهای ناسازگارانه مفید باشد؛ زیرا این افکار زوج‌ها را به‌سوی رفتارهای اجتنابی آشنا سوق می‌دهند و آن‌ها را وادار به انجام فعالیت‌هایی می‌کنند که حاصل آن آشفتگی، افکار غیرمنطقی، تعارض، دورشدن زوج‌ها از یکدیگر و رشد روابط غیرصمیمانه است. گسلش شناختی به زوج‌ها کمک می‌کند تا از افکار ناشی‌از الگوهای ناسازگار قدیمی جدا شوند و این افکار مانعی برای انجام فعالیت‌های ارزش‌مدار نباشد. همچنین براساس دیدگاه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، یکی دیگر از موانع صمیمیت زوج‌ها گیرکردن در داستان‌های ذهنی آشنای قدیمی است. این حالت مشکلات مختلفی را برای فرد در روابطش با خود و دیگران به بار می‌آورد. از سوی دیگر خود به‌عنوان زمینه به‌معنای رشد خود مشاهده‌گر و مشاهدهٔ موضوعات درونی و افکار مربوط به

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

خود و همسر به‌منزلهٔ پدیده‌های گذرا و دائماً در حال تغییر است. فرد به‌عنوان مشاهده‌گر می‌تواند متوجه تجربه‌های درونی‌اش (افکار و احساسات ناخواسته) باشد، با همهٔ آن‌ها در تماس باشد و فاصله‌اش را با داستانی که ذهنش تعریف می‌کند، حفظ کند. خود به‌عنوان زمینه به زوج‌ها کمک می‌کند افکار منطقی درقبال خودگویی‌هایشان دربارهٔ خود و همسرشان اتخاذ کنند. هدف این فرایند آن است که به زوج‌ها کمک کند دیدگاه و افکار منطقی و مشفقانه‌ای به یکدیگر داشته باشند. به‌طور کلی برطبق رویکرد درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد فرایندهای افکار منطقی می‌توانند افراد را در گذر از آستانهٔ دشوار اجتناب تجربی و حفظ صمیمیت در رابطه یاری رسانند.

براساس یافتهٔ دیگر این پژوهش، درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی موجب کاهش باورهای غیرمنطقی شد و تفاوت معنادار بین گروه گواه و گروه درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در متغیر باورهای غیرمنطقی وجود داشت. این یافته با یافته‌های مطالعات زیر همسوست: صالح‌پور و همکاران نشان دادند، درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی اثربخشی معنادار و مثبتی بر کاهش باورهای غیرمنطقی و طلاق عاطفی زنان دارد (۱۶)؛ یوسفی و همکاران دریافتند، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر ارزیابی مفهوم‌پردازی مداخله در نشانه‌های جسمی تأکید می‌کند و درنهایت باعث بهبود باورهای غیرمنطقی در این افراد می‌شود (۱۴).

فرض اساسی نظریه‌های شناختی این است که افکار غیرمنطقی در نحوهٔ تفسیر و ارزیابی فرد از واقعیت دخیل است؛ همچنین پاسخ‌های رفتاری که از تفسیرهای خاص ناشی می‌شود، در تداوم باورهای غیرمنطقی نقش دارد. افراد ذهن‌آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف درک می‌کنند و توانایی زیادی در رویارویی با دامنهٔ گسترده‌ای از تفکرات، هیجانات و تجربه‌ها (اعم‌از خوشایند و ناخوشایند) دارند؛ بنابراین افراد به‌کمک تکنیک‌های ذهن‌آگاهی می‌توانند افکار ناکارآمد و خطاهای شناختی را اصلاح کنند و درنتیجه باورهای غیرمنطقی آن‌ها کاهش می‌یابد. درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی به‌واسطهٔ اینکه به هر دو بُعد جسمانی و ذهنی می‌پردازد، دارای اثربخشی زیادی است. فنون ذهن‌آگاهی در افزایش آرامش عضلانی و کاهش نگرانی، استرس و اضطراب مؤثر است. به‌نظر می‌رسد که مکانیزم اصلی ذهن‌آگاهی خودکنترلی توجه باشد؛ چراکه متمرکزکردن مکرر توجه روی محرکی خنثی مثل تنفس، محیطی توجهی مناسب به‌وجود می‌آورد. این امر باعث می‌شود افراد تا حد زیادی بر مشکلات روان‌شناختی خود فایق آیند و افکار غیرمنطقی‌شان را بهبود بخشند.

نتایج پژوهش نشان داد که در مقایسهٔ تأثیر دو درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد تفاوت معنادار وجود نداشت و هر دو درمان تقریباً دارای تأثیر یکسانی بر کاهش باورهای غیرمنطقی زوجین ناسازگار مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در شهر ایلام بودند. پژوهشی دربارهٔ مقایسهٔ اثربخشی دو درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش باورهای غیرمنطقی یافت نشد تا بتوان به یافته‌های آن استناد کرد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد رویکردی است که بر خُلق و ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ازطریق تضعیف اثرات اغراق‌آمیز شناخت‌ها و زبان ارزش‌یابانه تأکید می‌کند؛ همچنین باعث می‌شود فرد هوشیار شود و رفتارهایش را تغییر دهد یا اینکه درجهت ارزش‌های انتخاب‌شدهٔ خویش متعهد شود (۲۵). در طول جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد درمانگر با استفاده از تکنیک ارزش‌مندزیستن، سعی در کاهش احساسات مربوط به باورهای غیرمنطقی داشت. در ارزش‌مندزیستن تأکید بر فرایند رفتاری است که همسو با ارزش‌های فرد است؛ در این راستا درمانگر به زوجین ناسازگار کمک می‌کند تا کارهای مختلفی را که برای کاهش یا اجتناب از باورهای غیرمنطقی انجام می‌دهند، کشف کنند و اثربخشی این راهبردها را ارزیابی کنند. همچنین درمانگر با استفاده از تکنیک ناامیدی سازنده، آن طبقه از رفتارهایی را آشکار می‌کند که در خزانهٔ رفتاری شرکت‌کنندگان است و همگی درجهت گریز یا اجتناب از احساسات اضطرابی عمل می‌کنند؛ بنابراین انتظار می‌رود که ایجاد و پرورش پذیرش در زوجین ناسازگار سبب کاهش اجتناب شناختی و رشد زندگی مبتنی‌بر ارزش باعث افزایش عملکرد فرد در حوزه‌های مختلف زندگی شود (۲۶). در زمینهٔ اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر کاهش باورهای غیرمنطقی می‌توان به این نکته اشاره کرد که درواقع اختلال باورهای غیرمنطقی، هرگونه فکر، هیجان یا رفتاری است که منجربه تخریب نفس و ازبین‌رفتن خود می‌شود؛ همچنین پیامدهای مهم آن اختلال در بقا، خوشحالی و شادمانی است؛ به‌عبارتی باورهای غیرمنطقی عبارت‌اند از افکار و اندیشه‌ها و عقایدی که در آن‌ها اجبار، الزام، وظیفه و مطلق‌گرایی به‌شکل افراطی وجود دارد و موجب بروز اختلالات عاطفی و رفتاری می‌شود. درواقع این‌گونه باورها همان باورهای غیرواقع‌بینانه است که انتظارات غیرمنطقی را در بر می‌گیرد. غیرمنطقی‌بودن باورها به این معنا است که افراد را از دستیابی به اهداف اساسی‌شان باز می‌دارد و نامعقول است و با واقعیت ناسازگار است (۷). اگر افراد باورها یا انتظارت غیرواقع‌بینانه‌ای دربارهٔ همسرشان داشته باشند، بیشتر احتمال دارد دچار تردید، ناکامی و دلسردی شوند. درحقیقت این باورهای انسان است که نوع، وضعیت و شدت عاطفه و رفتار او را تعیین می‌کند و طرز تفکر انسان را دربارهٔ خود، جهان هستی و دیگران موجب می‌شود. از طرف دیگر درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی به‌عنوان یکی از درمان‌های شناختی‌رفتاری قادر است بر بسیاری از اختلالات رفتاری نظیر باورهای غیرمنطقی زوجین تأثیر مطلوبی بگذارد. در روش ذهن‌آگاهی برای کنترل و اداره‌کردن هیجانات، ابعاد جسمی و ذهنی هم‌زمان مدنظر قرار می‌گیرد؛ همچنین به فرد یاد داده می‌شود که دربارهٔ افکار و احساسات خود، آگاهی و حضور ذهن کامل داشته باشد و آن‌ها را بدون قضاوت بپذیرد و به آن‌ها با دید گسترده‌تری نگاه کند (۸).

براساس یافته‌های پژوهش، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، باورهای کمال‌گرایی را کاهش داد و تفاوت معنادار بین گروه گواه و گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در متغیر کمال‌گرایی مشاهده شد. نتایج این یافته با پژوهش تقوی‌زاده و همکاران مبنی‌بر اثربخشی درمان مبتنی‌بر

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

پذیرش و تعهد بر کمال‌گرایی اختلال شخصیت وسواس جبری (۱۳) همسوست.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، افراد با کمال‌گرایی بیشتر، غالباً اشتباه را مساوی با شکست می‌پندارند و سعی می‌کنند از اشتباه پرهیز کنند. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد از راه آگاهی‌ای که برای افکار و احساسات ایجاد می‌کند، فرد را با شیوه‌ها و الگوهای چسبنده و نامنعطف فکری مواجه می‌کند طبق نظریهٔ چارچوب‌های رابطه‌ای، این الگوها برآمده از ناکارآمدی زبان و فرهنگ‌اند و بایدهای نامؤثری را التزام می‌بخشند؛ همچنین این الگوها باعث کسب رفتارهای ایده‌آل‌طلبانه می‌شوند که همواره عملکردهای اجتنابی و ازدست‌دادن موقعیت‌های ارزشی بسیاری را رقم می‌زنند؛ مثلاً التزام به باید بی‌عیب و نقص رفتارکردن و بی‌نقص ظاهرشدن در اجتماع سبب خودداری فرد از حضور در مناسبت‌ها می‌شود. تمرین‌های گسلشی و بازاریابی ارزش‌هایی مانند داشتن زندگی صمیمانه و غنی‌تر به‌علاوهٔ بررسی موانع تحقق ارزش‌ها، در فرد تعهدی برای تغییر ایجاد می‌کند (۵). فرد ازطریق تمرین‌های تجربه‌ای و ذهن‌آگاهی یاد می‌گیرد پیوستگی، تمامیت و بی‌قضاوت‌بودن را در خود متعالی و خود مشاهده‌گر تجربه کند؛ بنابراین کمتر خود را از جایگاه خود مفهومی مشاهده می‌کند و در این راستا خودسرزنشی و التزام به بایدهای سطح بیشتر در او کم‌رنگ‌تر می‌شود.

نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، باورهای کمال‌گرایی را بهبود بخشید و تفاوت معناداری بین گروه گواه و گروه درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در متغیر کمال‌گرایی مشاهده شد. نتایج این یافته با پژوهش ستاری و عرفانی همسوست. آن‌ها نشان دادند، درمان شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر کاهش کمال‌گرایی منفی، استرس و اضطراب دانش‌آموزان دختر دورهٔ دوم متوسطه مؤثر است (۱۵).

دربارهٔ کمال‌گرایی می‌توان گفت، درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی ازطریق تأکید بر وجه بودن ذهن ــ نه وجه انجام‌دادن کمک می‌کند فرد بتواند به‌جای آنکه افکار و احساسات منفی را بخشی از خویشتن خود بداند، آن‌ها را به‌عنوان وقایعی تجربه کند که در حال گذر از پردهٔ ذهن هستند. درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در این پژوهش به زوجین کمک کرد که احساس شایستگی و کارآمدی بیشتری در مسئولیت‌های روزانه و چالش‌های زندگی داشته باشند؛ همچنین موجب پیشرفت افراد در مهارت‌های مدیریت فشار روانی، حل مسئله و تصمیم‌گیری و بهبود کمال‌گرایی می‌شود (۸). درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی ازطریق تمرکززدایی بر کمال‌گرایی منفی اثر می‌کند؛ زیرا ایدهٔ اصلی تمرکززدایی در این تکنیک تغییرات اساسی در دیدگاه‌ها، باورها و الگوهای شناختی ناآشکار شخص است که رابطهٔ فرد را با افکار و احساسات منفی شکل می‌دهد. افراد در برنامهٔ درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی تمرکززدایی از افکار و هیجانات (هر چیز دیگری که ممکن است رخ دهد) را در طول جلسات مراقبه تمرین می‌کنند و به این طریق پذیرش هرچه هست، تسهیل می‌شود و با زندگی روزمرهٔشان ادغام می‌شود (۷)؛ درنتیجه باتوجه به یافته‌های پژوهش می‌توان با استفاده از درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به بسیاری از مشکلات زوج‌های جوان کمک کرد؛ ازجمله کمال‌گرایی منفی که به‌دلیل ناآشنایی و در پاره‌ای موارد آگاهی کافی نداشتن همسران دربارهٔ چگونگی برخورد عاطفی و زناشویی با آشفته‌ساز بدون قضاوت و پذیرابودن به‌جای اجتناب یا اشتغال ذهنی به آن‌ها، منجربه افزایش آگاهی از تجربه، ایجاد واکنش آگاهانه و سازگارانه، کنترل بهتر افکار یا هیجانات ناخوشایند و کاهش کمال‌گرایی در زوجین می‌شود.

نتایج نشان داد، بین اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر کاهش کمال‌گرایی در زوجین ناسازگار مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره تفاوت معناداری وجود نداشت. پژوهشی دربارهٔ مقایسهٔ اثربخشی دو درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش کمال‌گرایی یافت نشد تا بتوان به یافته‌های آن استناد کرد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، با استفاده از مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی، به‌دنبال رسیدن به انعطاف‌پذیری روانی است. از طرف دیگر، کمال‌گرایی به‌منزلهٔ مجموعه‌ای از معیارهای بسیار مطلوب برای عملکرد تعریف می‌شود که با خودارزشیابی‌های خودانتقادی افراطی همراه است؛ زیرا افراد کمال‌گرا بر این باور هستند که می‌توان با تلاش و کوشش به نتیجهٔ کامل دست یافت؛ درحالی‌که نتایج کامل و بدون نقص دست‌نایافتی است و تلاش برای دستیابی به آن به نبود انعطاف‌شناختی و آسیب‌های روان‌شناختی منجر می‌شود. این درمان بر شیوه‌های انعطاف‌پذیرتر و سازگارانه‌تر پاسخ‌گویی به محرک‌های ناخوشایند درونی متمرکز می‌شود (۲۷). هدف‌های اصلی این درمان بر زندگی وجودی پرمعنا، زیستن براساس ارزش‌های فرد، تمرکز بر زمان حال و افزایش تحمل برای احساسات منفی است. پس می‌توان انتظار داشت که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، با هدف افزایش انعطاف‌پذیری باید به کاهش کمال‌گرایی زوجین منجر شود که نتایج پژوهش حاضر نیز این موضوع را تأکید کرد. همچنین درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی کمک می‌کند فرد بتواند به‌جای آنکه افکار و احساسات منفی را بخشی از خویشتن خود بداند، آن‌ها را به‌عنوان وقایعی تجربه کند که در حال گذر از پردهٔ ذهن هستند. درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند احساس شایستگی و کارآمدی بیشتری در مسئولیت‌های روزانه و چالش‌های زندگی داشته باشند؛ به‌علاوه موجب پیشرفت افراد در مهارت‌های مدیریت فشار روانی، حل مسئله و تصمیم‌گیری و بهبود کمال‌گرایی می‌شود (۸). درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی ازطریق تمرکززدایی بر کمال‌گرایی منفی اثر می‌کند؛ زیرا ایدهٔ اصلی تمرکززدایی در این تکنیک تغییرات اساسی در دیدگاه‌ها، باورها و الگوهای شناختی ناآشکار شخص است که رابطهٔ فرد را با افکار و احساسات منفی شکل می‌دهد. افراد در برنامهٔ درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی تمرکززدایی از افکار و هیجانات (هر چیز دیگری که ممکن است رخ دهد) را در طول جلسات مراقبه تمرین می‌کنند و به این طریق پذیرش هرچه هست، تسهیل می‌شود و با زندگی روزمرهٔشان ادغام می‌شود (۷)؛ درنتیجه باتوجه به یافته‌های پژوهش می‌توان با استفاده از درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به بسیاری از مشکلات زوج‌های جوان کمک کرد؛ ازجمله کمال‌گرایی منفی که به‌دلیل ناآشنایی و در پاره‌ای موارد آگاهی کافی نداشتن همسران دربارهٔ چگونگی برخورد عاطفی و زناشویی با

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

همسرشان، با آن روبه‌رو می‌شوند؛ متأسفانه این مشکلات در برخی مواقع تبدیل به بحران‌های خانوادگی می‌شود و آثار آن در معضلاتی همچون افزایش آمار طلاق در جامعه نمایان می‌شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که صرفاً به زوجین دچار اختلال زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاورهٔ شهر ایلام محدود شد؛ بنابراین در تعمیم نتایج به گروه‌های زوجین دچار اختلال زناشویی در سایر شهرها باید احتیاط لازم صورت گیرد. همچنین اجرای این پژوهش در مردان و زنان متأهل نه زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و مقایسهٔ نتایج به‌دست‌آمده در نمونهٔ مردان و زنان از پیشنهادهای پژوهشی این مطالعه است. پیشنهاد می‌شود مشاوران خانواده با کمک رویکرد شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و رویکرد پذیرش و تعهد، برای کاهش باورهای غیرمنطقی و کمال‌گرایی زنان متأهل تلاش کنند و از این طریق به سازگاری زناشویی کمک کنند. فراهم‌آوردن شرایطی برای برگزاری کارگاه‌های درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با دسترسی راحت‌تر توسط مراکز مشاوره در سراسر کشور نیز می‌تواند گام مؤثری در کاهش باورهای غیرمنطقی و طلاق عاطفی زوجین به‌شمار آید. آموزش قبل از ازدواج و استمرار آن بعد از ازدواج و تأسیس مراکز مداخله در زمان بحران برای زوجین به‌منظور کاهش طلاق عاطفی می‌توانند پیشنهادهای مؤثر دیگری برای کاهش باورهای غیرمنطقی و کمال‌گرایی در زوجین ناسازگار باشند.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر کاهش باورهای غیرمنطقی و کمال‌گرایی زوجین تأثیر دارند؛ ازاین‌رو درمان‌های مذکور راهی برای بهبود کیفیت روابط زناشویی به‌شمار می‌آیند.

۶ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه با شماره نامهٔ تصویب پروپوزال ۱/۱۴۸ است. همچنین مجوز اجرای این پژوهش روی گروه مطالعه‌شده به مراکز مشاورهٔ شهر ایلام با شماره نامهٔ ۳۷ صادر شده است. تمامی افراد به‌شکل کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت کردند. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه نیز درمان مؤثرتر اجرا شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

همهٔ نویسندگان مقاله به داده‌های پژوهش دسترسی دارند و پژوهشگران می‌توانند در صورت لزوم با مکاتبه با نویسندهٔ مسئول مقالهٔ حاضر، به این اطلاعات دسترسی پیدا کنند.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

تأمین منابع مالی از هزینه‌های شخصی بوده است و توسط هیچ نهاد یا سازمانی تأمین نشده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول داده‌های به‌دست‌آمده را آنالیز و تفسیر کرد. نویسندگان دوم و سوم در نگارش نسخهٔ دست‌نوشته همکار اصلی بودند. همهٔ نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشته نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

1. de Wit MM, de Vries S, van der Kamp J, Withagen R. Affordances and neuroscience: Steps towards a successful marriage. Neurosci Biobehav Rev. 2017;80:622–9. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.07.008
2. Cury RG, Fraix V, Moro E. Celebrating thirty years of deep brain stimulation in movement disorders patients: A successful marriage between neurologists and neurosurgeons. Parkinsonism Relat Disord. 2018;46:98–9. https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2017.11.007
3. Trub L, Powell J, Biscardi K, Rosenthal L. The “Good Enough” parent: perfectionism and relationship satisfaction among parents and nonparents. Journal of Family Issues. 2018;39(10):2862–82. https://doi.org/10.1177%2F0192513X18763226
4. Tikdari Nejad A, Khezri Moghadam N. Relationship between irrational beliefs and marital conflicts in couples based on rational-emotive behavior therapy. Journal of Patient Safety & Quality Improvement. 2017;5(2):526–30. [Persian] https://dx.doi.org/10.22038/psj.2017.8546
5. Palha-Fernandes E, Alves P, Lourenço M. Sexual satisfaction determinants and its relation with perfectionism: A cross-sectional study in an academic community. Sexual and Relationship Therapy. 2019;14(2):1–15. https://doi.org/10.1080/14681994.2019.1677884
6. Pourrajab A, Kamyabi M. The relationship between controlling behaviors and marital instability in female teachers’ of Kerman schools. Women and Family Studies. 2021;13(50):63–79. [Persian] https://dx.doi.org/10.30495/jwsf.2020.562208.1252
7. Javedani M, Aerabsheybani H, Ramezani N, Aerabsheybani K. The effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) in increasing infertile couples’ resilience and reducing anxiety, stress, and depression. An Interdisciplinary Journal of Neuroscience and Quantum Physics. 2017;15(3):94–100. [Persian] http://dx.doi.org/10.14704/nq.2017.15.3.1088
8. Brotto LA, Bergeron S, Zdaniuk B, Driscoll M, Grabovac A, Sadownik LA, et al. A comparison of mindfulness-based cognitive therapy vs cognitive behavioral therapy for the treatment of provoked vestibulodynia in a hospital clinic setting. J Sex Med. 2019;16(6):909–23. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.04.002

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

9. Hemmati M, Maddahi ME, Hosseinian S. Comparison the effectiveness of couple therapy based on schema therapy with couples therapy based on acceptance and commitment therapy on family resiliency of couples. Journal of Woman and Family Studies. 2018;6(2):145–63. [Persian] https://jwfs.alzahra.ac.ir/article_2970_da066cfaf209e00d3d36cfddbdbe988a.pdf
10. Akhavan Bitaghsir Z, Sanaee Zaker B, Navabinejad S, Farzad VA. Comparetive of emotional focused couple therapy and acceptance and commitment therapy on marital adjustment and marital satisfaction. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. 2017;5(2):121–8. [Persian] http://dx.doi.org/10.30699/acadpub.ijhehp.5.2.121
11. Afshariniya K, Hooshyar F. Comparison of the effectiveness of behavioral couple therapy and acceptance and commitment-based therapy on the quality of marital relationships in adolescent couples in Shiraz city. Quarterly Journal of Women and Society. 2020;11(42):1–18. [Persian] http://jzvj.miau.ac.ir/article_4183_aee20c2b7a656533b8427601898186ea.pdf
12. Fasihi R, Asadi J, Hassanzadeh R, Derakhshanpour F. Effectiveness of cognitive behavioral therapy, acceptance and commitment therapy on irrational beliefs of medical students. Journal of Gorgan University of Medical Sciences. 2019;20(4):61–8. [Persian] http://goums.ac.ir/journal/article-1-3469-en.pdf
13. Taghavizade Ardakani M, Akbari B, Hossein Khanzade AA, Moshkbide Haghighi M. Comparing the effects of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on the perfectionism of patients with obsessive-compulsive disorder. The Horizon of Medical Sciences. 2019;26(1):24–37. [Persian] http://dx.doi.org/10.32598/hms.26.1.3093.1
14. Yousefi E, Khosravi E, Heyari F, Ghiasvand M, Nayebpour S. The effectiveness of the intervention of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) on reducing irrational beliefs, cognitive emotion regulation, coping styles in patients with tension headaches and migraines in Najaf Abad Township. International Journal of Humanities and Cultural Studies. 2016;28(2):1967–77.
15. Sattari M, Erfani N. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on negative idealism, stress and anxiety of female secondary high school students. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2019;62(5)57–66. [Persian] https://dx.doi.org/10.22038/mjms.2019.17418
16. Salehpour P, Ahghar G, Navabinezhad S. Comparing the effectiveness of cognitive therapy based on mind-aware and emotional-focused couple therapy on reducing the irrational beliefs and emotional divorce of married women referred to the Counseling Center of Tehran (Case Study of the East of Tehr. Revista Publicando. 2018;5(14):706–30.
17. Wersebe H, Lieb R, Meyer AH, Hofer P, Gloster AT. The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2018;18(1):60–8. https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.09.002
18. Frost RO, Marten P, Lahart C, Rosenblate R. The dimensions of perfectionism. Cogn Ther Res. 1990;14(5):449–68. https://doi.org/10.1007/BF01172967
19. Torkaman M, Moradi H. Prediction of the female students' achievement motivation based on mothers' perfectionism and personality traits. Rooyesh-e- Ravanshenasi Journal. 2020;9(2):47–56. [Persian] http://frooyesh.ir/article-1-1581-en.pdf
20. Ellis A. The rational-emotive approach to acceptance. In: Francek JL, Klarriech S, Moore E. The human resources management handbook. New York: Praeger; 1985.
21. Khorsanpour T, Rezakhani SD, Sharifi H. Development and standardization of irrational beliefs questionnaire (Iranian version) among students. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2020;63(1):2256–2246. [Persian] https://dx.doi.org/10.22038/mjms.2020.15929
22. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Vilardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behav Ther. 2013;44(2):180–98. https://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002
23. Tarkhan M. The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on emotion regulation and life meaning of depressed women. Journal of Psychological Studies. 2017;13(3):147–64. [Persian] https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_3028_9479c3cc4a8712880aafa6d8a2991310.pdf
24. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Bantam Books; 2009.
25. Mobaraki R, Ezatpour EE, Ahmadian H. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on emotional adjustment of opiate-consumers. Shenakht Journal of Psychology & Psychiatry. 2018;5(5):92–103. [Persian] http://dx.doi.org/10.29252/shenakht.5.5.92
26. Sedghi M, Ghaffari O, Kazemi R. Effectiveness of couple therapy based on choice theory and Acceptance and Commitment (ACT) in marital interactions of couples. Journal of Modern Psychological Researches. 2021;16(61):39–51. [Persian] https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_12272_192cae0df5ff4b58ca57c1acce08e005.pdf
27. Maazinezhad M, Arefi M, Amiri H. Comparison of the effectiveness of couple training based on approach Acceptance and Commitment (ACT) and imago therapy on couple conflict management. Counseling Culture and Psycotherapy. 2021;12(45):185–212. [Persian] https://dx.doi.org/10.22054/qccpc.2020.50013.2320

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]