

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

Nazari G¹, *Amiri H², Afsharinia K², Kakabraei K³

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: Ahassan.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 value 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.

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش باورهای غیرمنطقی و کمال گرایی در زوجین ناسازگار مراجعه کننده به مراکز مشاوره

گلستان نظری^۱، *حسن امیری^۲، کریم افشاری نیا^۲، کیوان کاکابرای^۳

توضیحات نویسندگان

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

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

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

*رایانامه نویسنده مسئول: Ahassan.amiri@yahoo.com

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

چکیده

زمینه و هدف: با استفاده از رویکردهای مختلف می توان به بهبود کمال گرایی منفی و باورهای غیرمنطقی در زوجینی پرداخت که با همسران خود دچار تعارض می شوند. هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش باورهای غیرمنطقی و کمال گرایی در زوجین ناسازگار مراجعه کننده به مراکز مشاوره در شهر ایلام بود.

روش بررسی: این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه اجرا از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زوجین ناسازگار مراجعه کننده به یکی از مراکز مشاوره در شهر ایلام در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. نمونه ای متشکل از سی زوج با روش نمونه گیری داوطلبانه از میان تمامی زوجین ناسازگار مراجعه کننده به مرکز مشاوره در شهر ایلام انتخاب شد. سپس به صورت تصادفی در سه گروه بیست نفری (درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گواه) قرار گرفتند. داده ها در پیش آزمون و پس آزمون با استفاده از مقیاس کمال گرایی (فراست و همکاران، ۱۹۹۰) و آزمون تفکرات غیرمنطقی (الیس، ۱۹۸۵) جمع آوری شد. درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد جداگانه طی هشت جلسه و هر جلسه نود دقیقه صرفاً برای گروه های آزمایش ارائه شد. تحلیل داده ها با روش تحلیل کوواریانس تک متغیره و آزمون تعقیبی LSD در نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها: نتایج نشان داد در پس آزمون بعد از حذف پیش آزمون، بین میانگین کمال گرایی و باورهای غیرمنطقی در دو گروه درمان تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/01$). در مقایسه تأثیر دو درمان مذکور تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش مشاهده نشد و هر دو درمان تقریباً تأثیر یکسانی بر کاهش کمال گرایی و باورهای غیرمنطقی زوجین داشتند. **نتیجه گیری:** براساس یافته های پژوهش، می توان از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی برای کاهش باورهای غیرمنطقی و کمال گرایی زوجین در مراکز روان شناسی و مشاوره استفاده کرد.

کلیدواژه ها: ذهن آگاهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، باورهای غیرمنطقی، کمال گرایی، زوجین.

روابط زناشویی زوجین ناسازگار مؤثر است (۱۱)؛ پژوهش فصیحی و همکاران مشخص کرد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای غیرمنطقی دانشجویان تأثیر دارد (۱۲)؛ تقوی‌زاده و همکاران در تحقیقی دریافتند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کمال‌گرایی اختلال شخصیت وسواس جبری مؤثر است (۱۳)؛ یوسفی و همکاران در پژوهش خود نشان دادند، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ارزیابی مفهوم‌پردازی مداخله در نشانه‌های جسمی تأکید می‌کند و در نهایت باعث بهبود باورهای غیرمنطقی در این افراد می‌شود (۱۴)؛ براساس نتایج پژوهش ستاری و عرفانی، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کمال‌گرایی منفی، استرس و اضطراب دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه مؤثر است (۱۵)؛ صالح‌پور و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر 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 مسئله 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 مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش باورهای غیرمنطقی و کمال‌گرایی در زوجین ناسازگار مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر ایلام بود.

۲ روش بررسی

این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه اجرا از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زوجین دچار اختلال زناشویی مراجعه‌کننده به یکی از مراکز مشاوره در شهر ایلام در بازه 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 بیست نفری (درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گواه) قرار گرفتند. تعداد نمونه لازم براساس مطالعات مشابه با در نظر گرفتن اندازه 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

ازدواج موفق، ارضای بسیاری از نیازهای جسمانی و روانی افراد را به دنبال دارد و در صورت شکست، زن و شوهر به‌ویژه فرزندان آن‌ها با ضربه 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 (۱۰۲). همچنین از عوامل دیگری که می‌تواند بر سازگاری زناشویی زوجین تأثیرگذار باشد، کمال‌گرایی^۱ 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 می‌تواند 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 شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۲ است (۷). در آموزش درمان شناختی رفتاری مبتنی بر 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، درباره 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 درعین حال کاربردی دارد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۳ است که از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی است (۹). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مداخله زمینه‌گرایی کارکردی مبتنی بر نظریه چارچوب رابطه است که رنج انسان را ناشی از انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌داند؛ همچنین با آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای تقویت می‌شود و هدف آن ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق فرایندهای پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و ایجاد الگوی گسترده عمل متعهدانه مربوط به این ارزش‌ها است. مزیت عمده این روش درمانی، در نظر گرفتن 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 مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر زوجین انجام شده است؛ در این راستا افشاری‌نیا و هوشیار در پژوهش خود نشان دادند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر بسزایی بر کیفیت روابط زناشویی زوجین ناسازگار دارد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش کیفیت

3. Acceptance and Commitment Therapy

1. Perfectionism

2. Mindfulness-Based Cognitive Behavioral Therapy

حداکثر پانزده سال از سابقه ازدواج و شرکت نکردن هم‌زمان زوجین در جلسات مشاوره یا روان‌شناسی بود. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش شرکت هم‌زمان در برنامه درمانی دیگر، داشتن اختلال‌های روانی براساس مصاحبه بالینی و غیبت در بیش از دو جلسه از جلسات درمانی در نظر گرفته شد. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل بود: تمامی افراد به شکل کتبی اطلاعاتی درباره 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؛ به منظور 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 به کار رفت.

– مقیاس کمال‌گرایی^۱: مقیاس چندبُعدی کمال‌گرایی توسط فراس و همکاران در سال ۱۹۹۰ به منظور ارزیابی ابعاد مختلف کمال‌گرایی ساخته شد (۱۸). این مقیاس شامل ۳۵ گویه و دارای شش زیرمقیاس نگرانی درمورد اشتباهات^۲، تردید نسبت به اعمال^۳، انتظارات والدین^۴، انتقادات والدین، استانداردهای فردی^۵ و نظم و ترتیب^۶ است. به علاوه نمره کمال‌گرایی کلی از طریق جمع‌کردن نمره همه ۳۵ عبارت آزمون به دست می‌آید. همه گویه‌ها در پیوستاری پنج‌درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمرات بین ۳۵ و ۱۷۵ است. نمره بیشتر در این مقیاس حاکی از کمال‌گرایی زیاد فرد و نمره کمتر بیانگر کمال‌گرایی کمتر فرد است (۱۸). میزان ضریب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ در نسخه اصلی این مقیاس بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ و ضریب همسانی درونی کل آزمون ۰/۹۰ گزارش شد (۱۸). ترکمن و مرادی در نسخه فارسی این مقیاس ضریب آلفای کرونباخ مؤلفه‌های مقیاس را در دامنه‌ای بین ۰/۶۹ تا ۰/۸۸ به دست آوردند (۱۹).

– آزمون تفکرات غیرمنطقی^۷: این ابزار توسط الیس در سال ۱۹۸۵ و در ۶۶ جمله ساخته شد (۲۰). در این پرسشنامه براساس نظریه الیس ۳۳ جمله به صورت منطقی و ۳۳ جمله دیگر به صورت غیرمنطقی طبقه‌بندی می‌شود. آزمودنی درمقابل هر جمله با دو گزینه «بلی» و «خیر» روبه‌رو است. اگر به جمله منطقی جواب «بلی» یا به جمله غیرمنطقی جواب «خیر» بدهد، برای وی نمره صفر منظور می‌شود؛ در صورتی که به جمله منطقی جواب «خیر» یا به جمله غیرمنطقی جواب «بلی» بدهد، نمره ۱ می‌گیرد. به عبارت دیگر نمره ۱ به پاسخی تعلق می‌گیرد که حاکی از 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 مطالعه الیس، پایایی آزمون تفکرات غیرمنطقی، با روش بازآزمایی اجرای مجدد ۰/۷۷ به دست آمد. ضریب همبستگی پیرسون برای محاسبه میزان همبستگی بین نمرات دوباره اجرای آزمون، ۰/۸۹ گزارش شد (۲۰). در پژوهش خرسندپور و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ آزمون تفکرات غیرمنطقی ۰/۹۱ و به روش بازآزمایی ۰/۶۶ به دست آمد (۲۱).

فرایند انجام پژوهش به این صورت بود که ابتدا با مراجعه به مراکز مشاوره در شهر ایلام، یک مرکز مشاوره به صورت 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 به صورت تصادفی در سه گروه بیست نفری (درمان شناختی‌رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان مبتنی بر 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 مبتنی بر پذیرش و تعهد طی هشت جلسه و هر جلسه نود دقیقه به صورت هفتگی، در مدت دو ماه ارائه شد. گروه دوم، درمان شناختی‌رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی را طی هشت جلسه و هر جلسه نود دقیقه به صورت 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 مبتنی بر پذیرش و تعهد در هشت جلسه نود دقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار به مدت دو ماه براساس بسته آموزشی هیز و همکاران اجرا شد (۲۲). ترخان در پژوهش خود نیز از بسته آموزشی هیز و همکاران استفاده کرد که در پژوهش حاضر براساس پژوهش وی، این بسته آموزشی به کار رفت (۲۳). همچنین روایی محتوایی این بسته آموزشی در پژوهش حاضر توسط سه تن از متخصصان روان‌شناس بالینی دارای مدرک دکتری و داشتن حداقل پنج سال سابقه کار بالینی، تأیید شد و سپس در این پژوهش به کار رفت. در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ارائه شده است.

درمان شناختی‌رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی در هشت جلسه نود دقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار به مدت دو ماه براساس بسته آموزشی کابات‌زین به صورت گروهی اجرا شد (۲۴). مبارکی و همکاران نیز از این بسته آموزشی استفاده کردند و در مطالعه حاضر براساس پژوهش آن‌ها، این

5. Personal standards

6. Organization

7. Assessment Test for Irrational Belief (ATIB)

1. Perfectionism Scale

2. Concern over mistakes

3. Doubts about actions

4. Parental criticism

بسته آموزشی به کار رفت (۲۵). روایی این پروتکل توسط مبارکی و حاضر توسط پنج تن از متخصصان روان‌شناسی دارای مدرک دکتری همکاران تأیید شد و از روایی صوری و محتوای مطلوبی برخوردار است (۲۵). همچنین روایی محتوایی این بسته آموزشی در پژوهش سابقه کار بالینی به تأیید رسید و سپس در این پژوهش استفاده شد.

جدول ۱. جلسات مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	هدف	محتوای آموزشی جلسات	تکالیف
اول	آشنایی با قوانین گروه و کلیاتی درباره روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، شرح قوانین گروه، اهداف و ساختار گروه، تعهدات درمانی، صحبت‌های مقدماتی درباره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-
دوم	آشنایی با برخی از مفاهیم درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فرد، تهیه فهرستی از مزایا، معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات	سنجش مشکلات درمانجویان از نگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فرد، تهیه فهرستی از مزایا، معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات	شناسایی موقعیت‌های اجتنابی و اجازه دادن به رفت و آمد افکار منفی بدون مبارزه با آن‌ها یا جلوگیری عمدی از آن‌ها
سوم	اجرای فنون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مانند جداسازی شناختی، آگاهی روانی و خودتجسمی	بررسی تکالیف خانگی، جداکردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت به طوری که 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 (استعاره فنجان بد)	بررسی تکالیف خانگی، شناسایی ارزش‌های زندگی درمانجویان و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آن‌ها. تهیه 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 به عنوان زمینه و تمرین فنون ذهن‌آگاهی و آموزش تحمل پریشانی	بررسی تکالیف خانگی، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه و آموزش فنون ذهن‌آگاهی و تحمل پریشانی به منظور پذیرش هیجان‌های منفی	تلاش در جهت کسب حس تعالی یافته با استفاده از فنون آموزش دیده
ششم	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و روشن‌سازی ارزش‌ها و آموزش تنظیم هیجان‌ها (استعاره فنجان بد)	بررسی تکالیف خانگی، شناسایی ارزش‌های زندگی درمانجویان و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آن‌ها. تهیه 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 بین فردی (استعاره صفحه شطرنج)	بررسی تکالیف خانگی، ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن به کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد به پیگیری ارزش‌ها و ایجاد حس معناداری در زندگی	تلاش متعهدانه برای رسیدن به اهداف طرح‌ریزی شده براساس فنون آموزش دیده
هشتم	مرور و تمرین فنون درمانی آموزش داده شده 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 آموزش دیده در دنیای واقعی زندگی به منظور ایجاد حس معناداری و ایجاد هیجان‌های مثبت	-

خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات	هدف	محتوای آموزشی جلسات
اول	هدایت خودکار	تنظیم خطمشی با در نظر گرفتن جنبه محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد با معرفی خود به یکدیگر، تمرین واریسی بدنی، تکلیف خانگی، بحث و تعیین جلسات هفتگی توزیع نوارها و جزوات، مراقبه و تمرین آگاهی، تکنیک خوردن کشمش، واریسی بدن و صحبت درباره احساسات ناشی از آن
دوم	سر و کار داشتن با موانع	آموزش تن آرامی برای گروهی از عضلات شامل ساعد، بازو، عضله پشت ساق پا، رانها، شکم، سینه، شانهها، گردن، لب، چشمها و پیشانی. بحث درباره تکالیف خانگی موانع تمرین و راه حل های ذهن آگاهی برای آن، مراقبه و تمرین آگاهی، تمرین حضور ذهن، واریسی بدن، مراقبه نشسته، تنفس در طول روز
سوم	ذهن آگاهی تنفس (و بدن در حرکت)	آموزش تن آرامی برای هشت گروه از عضلات شامل دستها، بازوها، پاها، رانها، شکم، سینه، پیشانی و لبها و تکلیف خانگی تن آرامی. بحث درباره تکالیف خانه، تمرین مراقبه و واریسی بدن، افسانه هایی درباره مراقبه و تکمیل تقویم وقایع خوشایند و تمرین فضای تنفسی سه دقیقه ای
چهارم	باقی ماندن در زمان حاضر	آشنایی با نحوه ذهن آگاهی تنفس، آموزش تکنیک دم و بازدم همراه با آرامش و بدون تفکر درباره موضوع دیگر، آموزش تکنیک تماشای تنفس و تکلیف خانگی ذهن آگاهی تنفس. مرور تکالیف خانه، تمرین مراقبه و واریسی بدن، واکنش به استرس، تمرین فضای تنفسی یک دقیقه ای، تکمیل تقویم وقایع ناخوشایند و تداوم فعالیت های روزانه
پنجم	پذیرفتن و اجازه دادن	آموزش تکنیک توجه به حرکت بدن هنگام تنفس، تمرکز بر اعضای بدن و حرکات آنها و جستجوی حس های فیزیکی و تکلیف خانگی ذهن آگاهی خوردن. بررسی تکالیف خانه، تمرین مراقبه و واریسی بدن، گزارش فضای تنفسی، تکمیل کاربرگ ارتباطی برای تمرکز بر تعاملات طی هفته با افراد مهم زندگی
ششم	واقعیت نبودن افکار	آموزش توجه به ذهن، افکار مثبت و منفی، خوشایند یا ناخوشایند بودن افکار، اجازه دادن به ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به آسانی خارج کردنشان از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آنها. بررسی تکالیف خانه، تمرین مراقبه و واریسی بدن، سبک های مدیریت تعارض، بحث درباره پاسخ های استرس و واکنش های فرد به موقعیت های دشوار و نگرش ها و رفتارهای جایگزین
هفتم	چگونگی انجام بهترین مراقبت از خود	مراقبه نشسته، بازنگری تکالیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق. بررسی تکالیف خانه، تمرین های مراقبه و واریسی بدن، بحث درباره فرایند درد، رهایی از درد و فرایندهای خشم، گزارش درد
هشتم	استفاده از آن چیزی که یاد گرفته شده برای به کارگیری در آینده	مرور تکالیف خانه، تمرین مراقبه و واریسی بدن، فضای تنفسی و صحبت راجع به آموخته های شرکت کنندگان تاکنون، مطرح کردن سوالات درباره کل جلسه از این قبیل که آیا شرکت کنندگان به انتظارات خود دست یافته اند، آیا احساس می کنند شخصیتشان رشد کرده است، آیا احساس می کنند مهارت های مقابله شان افزایش یافته است و آیا دوست دارند مراقبه را ادامه دهند. بازنگری مطالب گذشته و جمع بندی

پذیرش و تعهد $35/9 \pm 6/8$ ، گروه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی $37/1 \pm 7/2$ و گروه گواه $36/8 \pm 6/2$ سال بود که دامنه سنی از ۲۰ تا ۵۵ سال را شامل شد. سه گروه تفاوت معناداری از نظر سن نداشتند ($p=0/844$). از نظر جنسیت در هر سه گروه، تعداد ۱۰ نفر (۵۰ درصد) را زنان و ۱۰ نفر (۵۰ درصد) را مردان تشکیل دادند؛ بنابراین سه گروه از نظر توزیع جنسیت دارای تفاوت معناداری نبودند ($p>0/05$). اطلاعات توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار نمره های متغیر وابسته در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و گواه در مراحل پیش آزمون

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار و آمار استنباطی به روش تحلیل کوواریانس تک متغیره، آزمون تعقیبی LSD و نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ صورت گرفت. به منظور بررسی پیش فرض نرمال بودن آزمون تحلیل کوواریانس از آزمون شاپیرو-ویلک، برای بررسی همگنی واریانس ها از آزمون لون و نیز همگنی شیب های رگرسیون استفاده شد. سطح معناداری آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته ها

در این پژوهش میانگین و انحراف معیار سن گروه درمان مبتنی بر

و پس‌آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

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

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کمال‌گرایی	درمان مبتنی بر 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 مبتنی بر 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

تحقیق از توزیع نرمال برخوردار بودند ($p > 0.05$). برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون مشخص کرد، فرض همگنی واریانس‌ها رد نمی‌شود ($p > 0.05$). بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون نیز نشان داد، پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون برقرار است ($p > 0.05$)؛ بنابراین پیش‌فرض‌های لازم برای اجرای روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره وجود داشت. در جدول ۴، به نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره اشاره شده است.

باتوجه به نتایج جدول ۳، نمرات کمال‌گرایی در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان ذهن‌آگاهی در پایان پس‌آزمون به‌طور درخور توجه و در گروه گواه به‌صورت جزئی کاهش یافت؛ همچنین نمرات باورهای غیرمنطقی در مرحله 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-ویلک و لون استفاده شد. آزمون شاپیرو-ویلک برای توزیع متغیرهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون نشان داد، متغیرهای

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره درباره اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان ذهن‌آگاهی بر میزان باورهای غیرمنطقی زوجین

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	مقدار احتمال	مجدور ضریب اتا
پیش‌آزمون	۸۴۹/۴۳	۱	۸۴۹/۴۳	۵۳/۶۷	< 0.001	۰/۴۸
گروه	۴۲۱/۳۹	۲	۲۱۰/۶۹	۱۲/۶۴	< 0.001	۰/۳۱

اتان نیز نشان می‌دهد، ۳۱ درصد از تغییرات در متغیر باورهای غیرمنطقی ناشی از اثر درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی است. حال برای مقایسه تأثیر هریک از گروه‌ها از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ مشاهده می‌شود.

نتایج جدول ۴ مشخص می‌کند، تفاوت میانگین سه گروه در متغیر باورهای غیرمنطقی از لحاظ آماری معنادار است ($p < 0.001$)؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، تفاوت معناداری در پس‌آزمون بعد از حذف پیش‌آزمون بین میانگین باورهای غیرمنطقی در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان ذهن‌آگاهی وجود دارد. مقدار مجذور

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

گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگین (I-J)	خطای معیار	مقدار p	سطح اطمینان ۹۵ درصد	
					کران کمتر	کران بیشتر
گواه	ذهن‌آگاهی	۵/۰۷	۱/۲۹	< 0.001	۲/۴۹	۷/۶۶
	پذیرش و تعهد	۶/۰۴	۱/۲۹	< 0.001	۳/۴۵	۸/۶۳
	پذیرش و تعهد	۰/۹۶	۱/۲۹	۰/۴۵۰	-۱/۶۲	۳/۵۵

اما در مقایسه تأثیر دو درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معناداری مشاهده نشد و هر دو درمان تقریباً تأثیر یکسانی در کاهش باورهای غیرمنطقی زوجین داشتند ($p=0/450$).

باتوجه به جدول ۵، بین گروه گواه و گروه تحت درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی تفاوت معناداری وجود داشت ($p<0/001$). همچنین بین گروه گواه و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معناداری به‌دست آمد که بیانگر تأثیر معنادار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان باورهای غیرمنطقی شرکت‌کنندگان است ($p<0/001$).

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	مقدار احتمال	مجذور ضریب اتا
پیش‌آزمون	۲۷۳۱/۰۳	۱	۲۷۳۱/۰۳	۲۶/۲۲	$<0/001$	۰/۳۱
گروه	۳۶۸۸/۳۴	۲	۱۸۴۴/۱۷	۱۷/۷۱	$<0/001$	۰/۳۸

نشان می‌دهد، ۳۸ درصد از تغییرات در متغیر کمال‌گرایی ناشی از اثر درمان‌های پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی است. برای مقایسه تأثیر هر یک از درمان‌ها از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد که نتایج آن در جدول ۷ مشاهده می‌شود.

براساس جدول ۶، تفاوت میانگین سه گروه در متغیر کمال‌گرایی از لحاظ آماری معنادار بود ($p<0/001$)؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت معناداری بین میانگین کمال‌گرایی در دو گروه مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد و درمان ذهن‌آگاهی وجود دارد. مقدار مجذور اتا نیز

(I) گروه	(J) گروه	اختلاف میانگین (I-J)	خطای معیار	مقدار احتمال		سطح اطمینان ۹۵ درصد	
						کران کمتر	کران بیشتر
گواه	ذهن‌آگاهی	۱۶/۸۰*	۳/۲۳	$<0/001$		۱۰/۳۲	۲۳/۲۷
	پذیرش و تعهد	۱۶/۵۸*	۳/۲۳	$<0/001$		۱۰/۹۰	۲۳/۰۶
ذهن‌آگاهی	پذیرش و تعهد	-۰/۲۲	۳/۲۲	۰/۹۴۶		-۶/۶۸	۶/۲۴

عاطفی بین زوج‌ها نتیجه ترکیب دو راهبرد کنترل شدید و اجتناب تجربی در روابط زوجی است (۱۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق کارکردن روی عوامل ایجادکننده 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 مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق 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 می‌کند که حاصل آن آشفته‌گی، افکار غیرمنطقی، تعارض، دورشدن زوج‌ها از یکدیگر و رشد روابط غیرصمیمانه است. گسلش شناختی به زوج‌ها کمک می‌کند تا از افکار ناشی از الگوهای ناسازگار قدیمی جدا شوند و این افکار مانعی برای انجام فعالیت‌های ارزش‌مدار نباشد. همچنین براساس دیدگاه درمان مبتنی بر 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 مشاهده موضوعات درونی و افکار مربوط به

باتوجه به جدول ۷، بین گروه گواه و گروه تحت درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی تفاوت معناداری وجود داشت ($p<0/001$). همچنین بین گروه گواه و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معناداری به‌دست آمد که بیانگر تأثیر معنادار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان کمال‌گرایی شرکت‌کنندگان است ($p<0/001$)؛ اما در مقایسه تأثیر دو درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر 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 ($p=0/946$).

۴ بحث

هدف از انجام این پژوهش، مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش باورهای غیرمنطقی و کمال‌گرایی در زوجین ناسازگار مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در شهر ایلام بود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باورهای غیرمنطقی را کاهش داد و تفاوت معنادار بین گروه گواه و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در متغیر باورهای غیرمنطقی مشاهده شد. این یافته با نتایج پژوهش فصیحی و همکاران مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای غیرمنطقی دانشجویان (۱۲)، همسوست. در تبیین این یافته می‌توان گفت، براساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رشد و ماندگاری آشفته‌گی، تعارض، باورهای غیرمنطقی و فاصله

خود و همسر به منزله پدیده‌های گذرا و دائماً در حال تغییر است. فرد به‌عنوان مشاهده‌گر می‌تواند متوجه تجربه‌های درونی‌اش (افکار و احساسات ناخواسته) باشد، با همه 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 درباره 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 مبتنی بر پذیرش و تعهد فرایندهای افکار منطقی می‌تواند افراد را در گذر از آستانه دشوار اجتناب تجربی و حفظ صمیمیت در رابطه یاری رسانند.

براساس یافته دیگر این پژوهش، درمان شناختی‌رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب کاهش باورهای غیرمنطقی شد و تفاوت معنادار بین گروه گواه و گروه درمان شناختی‌رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی در متغیر باورهای غیرمنطقی وجود داشت. این یافته با یافته‌های مطالعات زیر همسوست: صالح‌پور و همکاران نشان دادند، درمان شناختی‌رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی اثربخشی معنادار و مثبتی بر کاهش باورهای غیرمنطقی و طلاق عاطفی زنان دارد (۱۶)؛ یوسفی و همکاران دریافته‌اند، شناخت درمانی مبتنی بر 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 نحوه 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 دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجانات و تجربه‌ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) دارند؛ بنابراین افراد به‌کمک تکنیک‌های ذهن‌آگاهی می‌توانند افکار ناکارآمد و خطاهای شناختی را اصلاح کنند و در نتیجه باورهای غیرمنطقی آن‌ها کاهش می‌یابد. درمان شناختی‌رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌واسطه 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 فایز آیند و افکار غیرمنطقی‌شان را بهبود بخشند.

نتایج پژوهش نشان داد که در مقایسه تأثیر دو درمان شناختی‌رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر 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 درباره مقایسه اثربخشی دو درمان شناختی‌رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش باورهای غیرمنطقی یافت نشد تا بتوان به یافته‌های آن استناد کرد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رویکردی است که بر خلق و ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق تضعیف اثرات اغراق‌آمیز شناخت‌ها و زبان ارزش‌یابانه تأکید می‌کند؛ همچنین باعث می‌شود فرد هوشیار شود و رفتارهایش را تغییر دهد یا اینکه درجهت ارزش‌های انتخاب‌شده خویش متعهد شود (۲۵). در طول جلسات درمان مبتنی بر 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 ناامیدی‌سازنده، آن طبقه از رفتارهایی را آشکار می‌کند که در خزانه 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 مبتنی بر ارزش باعث افزایش عملکرد فرد در حوزه‌های مختلف زندگی شود (۲۶). در زمینه اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش باورهای غیرمنطقی می‌توان به این نکته اشاره کرد که درواقع اختلال باورهای غیرمنطقی، هرگونه فکر، هیجان یا رفتاری است که منجر به 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. غیرمنطقی بودن 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 انتظارات غیرواقع‌بینانه‌ای درباره 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 درباره خود، جهان هستی و دیگران موجب می‌شود. از طرف دیگر درمان شناختی‌رفتاری مبتنی بر 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 درباره 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 مبتنی بر پذیرش و تعهد، باورهای کمال‌گرایی را کاهش داد و تفاوت معنادار بین گروه گواه و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در متغیر کمال‌گرایی مشاهده شد. نتایج این یافته با پژوهش تقوی‌زاده و همکاران مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر

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 مبتنی بر 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 نظریه 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 گسلی و بازاریابی ارزش‌هایی مانند داشتن زندگی صمیمانه و غنی‌تر به‌علاوه بررسی موانع تحقق ارزش‌ها، در فرد تعهدی برای تغییر ایجاد می‌کند (۵). فرد از طریق 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 خودسرزنی و التزام به باید‌های سطح بیشتر در او کم‌رنگ‌تر می‌شود.

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

درباره کمال‌گرایی می‌توان گفت، درمان شناختی‌رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی از طریق تأکید بر وجه بودن ذهن-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 پرده ذهن هستند. درمان شناختی‌رفتاری مبتنی بر 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، حل تعارض‌ها، خودگردانی، رهبری، وظیفه‌شناسی و رشد رفتارهای پسنیدیده و بهبود کمال‌گرایی زوجین شد. پیامد به‌کار بستن درمان شناختی‌رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، دستیابی به مهارت‌هایی است که به‌طور بنیادی بر کارکردهای آموزشی، شغلی و اجتماعی افراد اثر می‌گذارد. توجه آگاهانه به زمان حال و قرارگرفتن در معرض احساسات و افکار ناخوشایند و اجتناب‌نکردن از احساسات باعث ایجاد تغییرات شناختی و در نتیجه کاهش و بهبود علائم روانی می‌شود؛ شاید یکی از ویژگی‌های درمان پس از آموزش ذهن‌آگاهی، تغییر در راهبرد مقابله‌ای خود از اجتناب از احساسات و افکار به پذیرش احساسات و افکار باشد. آموزش مشاهده افکار و هیجانات

آشفته‌ساز بدون قضاوت و پذیرا بودن به‌جای اجتناب یا اشتغال ذهنی به آن‌ها، منجر به 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 مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی‌رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش کمال‌گرایی در زوجین ناسازگار مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره تفاوت معناداری وجود نداشت. پژوهشی درباره مقایسه اثربخشی دو درمان شناختی‌رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش کمال‌گرایی یافت نشد تا بتوان به یافته‌های آن استناد کرد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با استفاده از مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی، به‌دنبال رسیدن به انعطاف‌پذیری روانی است. از طرف دیگر، کمال‌گرایی به‌منزله 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 نتیجه کامل دست یافت؛ درحالی‌که نتایج کامل و بدون نقص دست‌نیافتنی 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 مبتنی بر 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 مبتنی بر 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 پرده ذهن هستند. درمان شناختی‌رفتاری مبتنی بر 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 مبتنی بر ذهن‌آگاهی از طریق تمرکززدایی بر کمال‌گرایی منفی اثر می‌کند؛ زیرا ایده اصلی تمرکززدایی در این تکنیک تغییرات اساسی در دیدگاه‌ها، باورها و الگوهای شناختی ناآشکار شخص است که رابطه فرد را با افکار و احساسات منفی شکل می‌دهد. افراد در برنامه درمان شناختی‌رفتاری مبتنی بر 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 روزمره‌شان ادغام می‌شود (۷)؛ در نتیجه باتوجه به یافته‌های پژوهش می‌توان با استفاده از درمان شناختی‌رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر 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 درباره چگونگی برخورد عاطفی و زناشویی با

۶ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه با شماره نامه تصویب پروپوزال ۱/۱۴۸ است. همچنین مجوز اجرای این پژوهش روی گروه مطالعه شده به مراکز مشاوره شهر ایلام با شماره نامه ۳۷ صادر شده است. تمامی افراد به شکل کتبی اطلاعاتی درباره 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. به منظور 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.

دردسترس بودن داده‌ها و مواد

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

تراجم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

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

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول داده‌های به دست آمده را آنالیز و تفسیر کرد. نویسندگان دوم و سوم در نگارش نسخه دست‌نوشته همکاری اصلی بودند. همه نویسندگان نسخه دست‌نوشته نهایی را خواندند و تأیید کردند.

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 مشاوره 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 مقایسه نتایج به دست آمده در نمونه مردان و زنان از پیشنهاد‌های پژوهشی این مطالعه است. پیشنهاد می‌شود مشاوران خانواده با کمک رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و رویکرد پذیرش و تعهد، برای کاهش باورهای غیرمنطقی و کمال‌گرایی زنان متأهل تلاش کنند و از این طریق به سازگاری زناشویی کمک کنند. فراهم آوردن شرایطی برای برگزاری کارگاه‌های درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با دسترسی راحت‌تر توسط مراکز مشاوره در سراسر کشور نیز می‌تواند گام مؤثری در کاهش باورهای غیرمنطقی و طلاق عاطفی زوجین به شمار آید. آموزش قبل از ازدواج و استمرار آن بعد از ازدواج و تأسیس مراکز مداخله در زمان بحران برای زوجین به منظور کاهش طلاق عاطفی می‌تواند پیشنهاد‌های مؤثر دیگری برای کاهش باورهای غیرمنطقی و کمال‌گرایی در زوجین ناسازگار باشند.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش باورهای غیرمنطقی و کمال‌گرایی زوجین تأثیر دارند؛ از این رو درمان‌های مذکور راهی برای بهبود کیفیت روابط زناشویی به شمار می‌آیند.

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>

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_da066cfaf209e00d3d36cfdddbde988a.pdf
10. Akhavan Bitaghsir Z, Sanaee Zaker B, Navabinejad S, Farzad VA. Comparative 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, Nayeypour 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-Villardaga 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 Psychotherapy*. 2021;12(45):185–212. [Persian] <https://dx.doi.org/10.22054/qccpc.2020.50013.2320>