



## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی و کمال‌گرایی در زنان

فرناز معدنی: گروه روانشناسی بالینی، علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی تهران غرب، تهران، ایران

سعیده زمردی: استادیار، گروه روانشناسی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (\* نویسنده مسئول) Saeedeh.zomorody@gmail.com

### چکیده

#### کلیدواژه‌ها

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد،  
انعطاف‌پذیری شناختی،  
کمال‌گرایی

**زمینه و هدف:** روش‌های مختلفی برای بهبود مولفه‌های روانی در افراد استفاده شده است. یکی از این روش‌ها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که اثربخشی بالینی آن در تحقیقات مختلف برای بهبود مولفه‌های روانی افراد مختلف نشان داده شده است؛ لذا این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی و کمال‌گرایی در زنان انجام شد.

**روش کار:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با دو گروه آزمایش و کنترل می‌باشد و جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان متأهل ۲۵-۵۰ سال فراخوانی در فضای مجازی تمایل خود را برای شرکت در پژوهش اعلام نمودند می‌باشد که تعداد آن‌ها ۱۲۰ نفر تشکیل دادند، با توجه به روش پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر به صورت داوطلبانه و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند (۱۵ نفر برای هر گروه) انتخاب شدند. گردآوری داده‌ها توسط پرسشنامه‌های انعطاف‌پذیری شناختی وال وادنز و دنیور و کمال‌گرایی هیل و همکاران انجام شد و مداخله توسط پروتکل پذیرش و تعهد انجام شد. همچنین از روش آماری تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج حاکی از آن بود که در مجموع تفاوت معنادار بین نمره کل و خرده مقیاس‌های دو پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی و کمال‌گرایی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل در زنان متأهل وجود داشت **نتیجه‌گیری:** با توجه به اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر انعطاف‌پذیری شناختی بود می‌توان نتیجه گرفت که آگاهی از میزان شدت نیازها و روانشناسی کنترل درونی یک عامل پیش‌بینی‌کننده افراد در معرض خطرات است. بنابراین می‌توان پیشنهاد نمود که در مشاوره‌ها با استفاده از این تکنیک این عوامل شناسایی شده و آگاهی‌های لازم ارائه گردد.

**تعارض منافع:** گزارش نشده است.

**منبع حمایت‌کننده:** حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Madani F, Zomorody S. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Flexibility and Perfectionism in Women. Razi J Med Sci. 2023;29(12): 334-343.

\*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با **CC BY-NC-SA 3.0** صورت گرفته است.



Original Article

## The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Flexibility and Perfectionism in Women

**Farnaz Madani:** Department of Clinical Psychology, Human Sciences, Tehran West Islamic Azad University, Tehran, Iran  
**Saeedeh Zomorody:** Assistant Professor, Department of Psychology, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (\* Corresponding author) [Saeedeh.zomorody@gmail.com](mailto:Saeedeh.zomorody@gmail.com)

### Abstract

**Background & Aims:** The family is the first and smallest social unit in which a person experiences collective life, and group and cooperative behavior for the first time and builds his cultural-social identity. A healthy person is the product of a healthy family, and social health is undoubtedly related to family health. The family is the most suitable system for meeting the material, mental and spiritual needs of human beings, and it has provided the best platform for providing the security and peace of mind of the members, raising the new generation, socializing the children, and meeting the emotional needs. For people, the starting point of family formation is when a man and a woman marry each other and get married to form a family. What is being paid attention to today, along with psychological issues, is the issue of cognitive flexibility. In general, the ability to change cognitive signs to adapt to changing environmental stimuli is the main element in operational definitions of cognitive flexibility. This factor requires the ability to communicate with the present and the ability to separate the person from inner thoughts and experiences. People with flexible thinking positively adjust and change their mental structure according to the environment and overcome stressful and stressful situations by accepting and tolerating them to achieve optimal mental health. Another component of research is perfectionism. Perfectionism is a motivational component that includes the individual's efforts to reach the perfect self; In other words, people have a strong drive for perfection, unrealistically high standards, compulsive effort, and all-or-nothing thinking about outcomes in the form of complete success or complete failure. These people are so scrutinizing and critical that they cannot accept their faults and mistakes or failures in different aspects of life. Of course, reaching perfection and flourishing hidden and potential talents and abilities is very valuable in itself, and in this valley, perfectionism is a positive and desirable thing, but what was mentioned is the extreme or negative aspect of perfectionism. The characteristics of perfectionism are defined in three dimensions: self-centered perfectionism, other-oriented perfectionism, and society-oriented perfectionism. It seems that people's perfectionism originates from their illogical and distorted views and thoughts; therefore, to treat these people, it is necessary to be familiar with cognitive biases and thinking errors, as well as to identify how these errors appear in perfectionism. Various methods have been used to improve psychological components in people. One of these methods is a treatment based on acceptance and commitment, whose clinical effectiveness has been shown in various research to improve the psychological components of different people. Treatment is based on acceptance and commitment, which is a combination of ways of accepting and paying attention to awareness along with commitment and changing behavior, and this approach teaches people to accept their thoughts without judgment instead of challenging them, and the goal is to People should learn to identify their life values and plan and act based on them. Action therapy is one of the treatments of the third wave of behavioral therapy, which is theoretically based on the theory of the framework of mental relations, which is how the human mind creates suffering and the useless methods of dealing with it, as well as

### Keywords

Therapy Based on  
Acceptance and  
Commitment,  
Cognitive Flexibility,  
Perfectionism

Received: 07/01/2023

Published: 04/03/2023

alternative contextual approaches for It explains these areas. The treatment based on acceptance and commitment is studied by teaching this point to the sample group, i.e. overweight women, life is mixed with suffering, man cannot approach his desires by avoiding and abstaining, and by distinguishing between tolerance and Accepting and emphasizing the point that tolerance is accompanied by suffering and hides passivity in itself while accepting pain (instead of suffering) is accompanied and does not stop a person from moving; Maybe it follows the weaving. Also, accepting the fact that a valuable life is accompanied by suffering and moving in the path of values requires commitment, and words do not replace experience and can strengthen the tolerance of failure. Therefore, the purpose of this article is to answer the question, is the therapy based on acceptance and commitment effective on cognitive flexibility and perfectionism in married women?

**Methods:** The research method is semi-experimental with two experimental and control groups, and the statistical population of the research includes all married women of 25-50 years of age who announced their desire to participate in the research in virtual space, and their number was 120. According to the research method, 30 people were voluntarily and randomly divided into two experimental and control groups (15 people for each group) using the available sampling method. Data collection was done by Wall Wadner and Denier's cognitive flexibility and Hill et al.'s perfectionism questionnaires, and the intervention was done by acceptance and commitment protocol. Also, the statistical method of multivariate covariance analysis (MANCOVA) was used to analyze the data.

**Results:** The results showed that the mean value and standard deviation for the cognitive flexibility variable in the experimental group were 20.65 and 6.941 in the pre-test and 73.11 and 2.915 respectively in the post-test and the control group in the pre-test. 67/13 and 3/871 and in the post-test it is 67/20 and 3/840 respectively. Also, the mean value and standard deviation for the perfectionism variable in the experimental group in the pre-test were 191.60 and 12.046 in the post-test respectively, and in the control group in the pre-test 184.53 and 16.203 respectively. In the post-test, it is 183/80 and 15/001 respectively. According to the table, it can be concluded that there is a significant difference between the pre-test and post-test scores in the total cognitive flexibility and perfectionism test group. The results indicated that there was a significant difference between the total score and the subscales of the cognitive flexibility and perfectionism questionnaires in the pre-test and post-test in the experimental and control groups of married women.

**Conclusion:** Considering the effectiveness of cognitive behavioral therapy on cognitive flexibility, it can be concluded that the awareness of the intensity of needs and the psychology of internal control is a predictive factor of people at risk. Therefore, it can be suggested that these factors are identified and necessary information provided in consultations using this technique. This study, like all other studies, has some limitations, which can be mentioned as follows: Since the present study was conducted on married women, caution should be observed when generalizing it to married men. Also, the geographical area investigated in this research was Tehran, so the generalization of its results to cities and provinces should be done with caution. According to the results of this study, it is suggested to hold a therapy workshop based on patience and commitment in the direction of flexibility and perfectionism for married people.

**Conflicts of interest:** None

**Funding:** None

#### Cite this article as:

Madani F, Zomorody S. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Flexibility and Perfectionism in Women. *Razi J Med Sci.* 2023;29(12): 334-343.

\*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

## مقدمه

خانواده اولین و کوچکترین واحد اجتماعی است که فرد برای اولین بار در آن زندگی جمعی، رفتار گروهی و مشارکتی را تجربه می‌کند و هویت فرهنگی-اجتماعی خود را می‌سازد. انسان سالم محصول خانواده سالم است و سلامت اجتماعی بدون شک با سلامت خانواده ارتباط دارد (۱). خانواده مناسب‌ترین نظام برای تامین نیازهای مادی، روحی و معنوی انسان است و بهترین بستر را برای تامین امنیت و آرامش روحی اعضا، تربیت نسل جدید و اجتماعی کردن فرزندان و رفع نیازهای عاطفی فراهم کرده است (۲). از مردم نقطه شروع تشکیل خانواده زمانی است که زن و مرد با یکدیگر عقد می‌کنند و با هدف تشکیل خانواده ازدواج می‌کنند (۳). آنچه امروزه در کنار مسائل روانشناختی به آن توجه می‌شود، بحث انعطاف‌پذیری شناختی است. به طور کلی، توانایی تغییر نشانه‌های شناختی به منظور انطباق با محرک‌های متغیر محیطی عنصر اصلی در تعاریف عملیاتی انعطاف‌پذیری شناختی است (۴). این عامل مستلزم توانایی ارتباط با زمان حال و قدرت جدا کردن فرد از افکار و تجربیات درونی است (۵). افراد دارای تفکر منعطف به طور مثبت ساختار ذهنی خود را با توجه به محیط تنظیم و تغییر می‌دهند و با پذیرش و تحمل بر موقعیت‌های تنش‌زا و استرس‌زا غلبه می‌کنند تا به سلامت روانی بهینه دست یابند (۶).

یکی دیگر از مؤلفه‌های تحقیق کمال‌گرایی است. کمال‌گرایی یک مؤلفه انگیزشی است که شامل تلاش‌های فرد برای رسیدن به خود کامل است؛ به عبارت دیگر، افراد دارای انگیزه قوی برای کمال، استناداردهای بالای غیرواقعی، تلاش اجباری و تفکر همه یا هیچ در مورد نتایج به شکل موفقیت کامل یا شکست کامل هستند (۷). این افراد به قدری موشکاف و انتقادپذیر هستند که نمی‌توانند عیب و اشتباه یا شکست خود را در جنبه‌های مختلف زندگی بپذیرند (۸). البته رسیدن به کمال و شکوفایی استعدادها و توانایی‌های نهفته و بالقوه، به خودی خود بسیار ارزشمند است و در این وادی، کمال‌گرایی امری مثبت و پسندیده است، اما آنچه به آن اشاره شد، جنبه افراطی یا منفی کمال‌گرایی است (۹). ویژگی‌های کمال‌گرایی در سه بعد کمال‌گرایی خودمحور، کمال‌گرایی دیگرگرا و

کمال‌گرایی جامعه‌مدار تعریف می‌شود. به نظر می‌رسد کمال‌گرایی افراد از نوع بینش و تفکرات غیرمنطقی و تحریف شده آن‌ها نشأت می‌گیرد؛ بنابراین، برای درمان این افراد، آشنایی با سوگیری‌های شناختی و خطاهای فکری و همچنین، شناسایی نحوه ظهور این خطاها در کمال‌گرایی امری ضروری است (۱۰).

روش‌های مختلفی برای بهبود مولفه‌های روانی در افراد استفاده شده است. یکی از این روش‌ها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که اثربخشی بالینی آن در تحقیقات مختلف برای بهبود مولفه‌های روانی افراد مختلف نشان داده شده است (۱۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که در واقع ترکیبی از شیوه‌های پذیرش و توجه آگاهی همراه با تعهد و تغییر رفتار است و این رویکرد به افراد می‌آموزد که به جای به چالش کشیدن افکار خود را بدون قضاوت بپذیرند و هدف این است که افراد یاد بگیرند ارزش‌های زندگی خود را شناسایی کنند و بر اساس آنها برنامه‌ریزی و اقدام کنند (۱۲). عمل درمانی یکی از درمان‌های موج سوم رفتار درمانی است که به لحاظ نظری مبتنی بر نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی است که چگونگی ایجاد رنج توسط ذهن انسان و روش‌های بی‌فایده مقابله با آن و نیز رویکرد‌های زمینه‌ای جایگزین برای این حوزه‌ها را تبیین می‌کند (۱۳).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با آموزش این نکته به گروه نمونه مورد بررسی است، یعنی زنان دارای اضافه وزن، زندگی آمیخته با رنج است، انسان نمی‌تواند با اجتناب و پرهیز به خواسته‌های خود نزدیک شود و با تمایز میان مدارا و پذیرش و تأکید بر این نکته که مدارا همراه با رنج است و در خود، انفعال را پنهان می‌کند، در حالی که پذیرش درد (به جای رنج) همراه است و انسان را از حرکت باز نمی‌دارد؛ چه بسا پویندگی را به دنبال دارد. همچنین پذیرفتن این واقعیت که زندگی ارزشمند همراه با رنج است و حرکت در مسیر ارزش‌ها مستلزم تعهد است و همچنین سخنان جای تجربه را نمی‌گیرند و می‌تواند موجب تقویت میزان تحمل ناکامی شود. لذا هدف مقاله حاضر پاسخ به این سوال است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی و کمال‌گرایی در زنان متأهل مؤثر است؟

## روش کار

پژوهش حاضر، از نظر هدف، جزء تحقیقات کاربردی و از لحاظ ماهیت اجرا و نحوه جمع‌آوری اطلاعات از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان متأهل ۲۵-۵۰ سال فراخوانی در فضای مجازی تمایل خود را برای شرکت در پژوهش اعلام نمودند می‌باشد که تعداد آن‌ها ۱۲۰ نفر می‌باشد. جهت تعیین حجم نمونه برای غربالگری اولیه با روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس ۱۲۰ نفر انتخاب شدند و پرسشنامه‌های انعطاف‌پذیری شناختی و کمال‌گرایی بر روی آن‌ها اجرا شد. پس با توجه به نقطه برش پرسشنامه‌ها (در کمال‌گرایی دامنه نمرات بین ۵۸-۲۳۲ است که نقطه برش کمال‌گرایی ۱۷۴ است و انعطاف‌پذیری روانی نمره کمتر از ۲۰) افرادی که دارای انعطاف‌پذیری پایین‌تر از نقطه برش و کمال‌گرایی بالاتر از نقطه برش (۱۷۴) بودند، شناسایی شدند که تعداد آن‌ها ۵۷ نفر بود و سپس از میان آن‌ها ۳۰ نفر به طور تصادفی ساده انتخاب و با همین روش در دو گروه آزمایشی و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه، هفته‌ای یک بار، هر جلسه ۲ ساعت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کرد و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت ننمود. ابزار استفاده شده در این مطالعه شامل موارد زیر بود:

پرسشنامه‌های انعطاف‌پذیری توسط وادنر (Vander) و دنیز (Dennis) در سال ۲۰۱۰ ساخته شده است. این پرسشنامه مشتمل بر ۲۰ ماده است و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار بالینی و غیربالینی و ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی-رفتاری افسردگی و سایر بیماری‌های روانی به کار می‌رود. برای هر عبارت پرسشنامه یک مقیاس درجه بندی هفت رتبه‌ای لیکرت وجود دارد که دارای ارزش ۱ تا ۷ است. برای برخی از جمله‌ها این نمره‌گذاری از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق به ترتیب ۱ تا ۷ تعلق می‌گیرد و برای جملات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۱۷ نمره‌گذاری به صورت معکوس انجام می‌شود. جمع نمرات تمام ماده‌ها، نمره‌ی کل آزمون انعطاف‌پذیری شناختی را به دست می‌دهد. بالاترین

نمره‌ای که فرد در این پرسشنامه می‌تواند اخذ نماید ۱۴۰ و پایین‌ترین نمره ۲۰ است. نمره‌ی بالاتر نشان دهنده‌ی انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر و نمره‌ی پایین و نزدیک به ۲۰ نشان‌دهنده‌ی انعطاف‌پذیری شناختی پایین است. در نسخه‌ی اصلی، اعتبار همزمان این پرسشنامه را با پرسشنامه‌ی افسردگی بک برابر با ۰/۳۹ و روایی همگرایی آن را با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رایین ۰/۷۵ به دست آمد.

برای سنجش کمال‌گرایی از مقیاس جدید کمال‌گرایی هیل و همکاران (۲۰۰۴) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۵۹ سوال است که ۸ بعد مختلف کمال‌گرایی (تلقی منفی از خود، نظم و سازماندهی، هدفمندی، ادراک فشار از سوی والدین، تالش برای عالی بودن، استناداردهای بالا برای دیگران، کمال‌گرایی منفی و کمال‌گرایی مثبت) را مورد سنجش قرار می‌دهد. گویه‌ها بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت به صورت: کاملاً موافقم: ۵ تا حدی موافقم: ۴، نه موافق و نه مخالفم: ۳، تا حدی مخالفم: ۲، کاملاً مخالفم: ۱، نمره‌گذاری می‌شوند. از پرسشنامه حاضر ۹ نمره بدست می‌آید که ۹ نمره مربوط به خرده مقیاس‌ها و یک نمره کلی است. دامنه نمرات پرسشنامه بین ۵۹ تا ۲۹۵ است. هرچه فردی نمره بالاتری بدست آورد از کمال‌گرایی بالاتری برخوردار است.

در این مطالعه جلسات به صورت گروهی به صورت یک جلسه در هفته، ۹۰ دقیقه‌ای طی ۸ جلسه انجام شد و پس از به اتمام رسیدن تمامی جلسات بر روی گروه آزمایش، پس‌آزمون در هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد، همچنین در این مدت به گروه کنترل هیچ گونه آموزشی داده نشده است (۶).

جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات این پژوهش از نسخه‌ی ۲۶ نرم افزار SPSS استفاده شد. روش‌های آماری توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل کوواریانس) استفاده شد.

## یافته‌ها

در جدول شماره ۲ شاخص‌های توصیفی مرتبط با نمرات متغیر انعطاف‌پذیری شناختی و کمال‌گرایی در

**جدول ۱- خلاصه هفته به هفته از آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد**

| جلسه  | هدف جلسه                                        | توضیح                                                                                                                                                                                                                            |
|-------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول   | مرور تلاش‌های گذشته<br>درمانجو برای رفع مشکلاتش | معرفی گروه به یکدیگر - توزیع پیش‌آزمون. از درمانجویان خواسته می‌شود آن چه را تاکنون برای رفع مشکلاتشان استفاده کرده‌اند را بیان کنند و این که کارهای انجام داده‌اند چقدر موثر بوده است. (توضیح استعاره گودال، فرد افتاده در چاه) |
| دوم   | تمرین توجه آگاهی                                | به برر سی تکلیف جلسه قبل پرداخته شد. به برر سی سنجش اولیه ارزش‌ها پرداخته شد. تمرین توجه آگاهی                                                                                                                                   |
| سوم   | گشودگی و پذیرش در مقابل کشش                     | به برر سی مرور جلسه گذشته پرداخته شد. تمرین توجه آگاهی انجام شد. استعاره مسابقه طناب کشی با هیولا بررسی شد.                                                                                                                      |
| چهارم | اجرای گسلش                                      | به بررسی مرور جلسه گذشته پرداخته شد. تمرین توجه آگاهی: تمرینات رسمی‌تر مراقبه و استعاره برگ‌ها بر روی نهر آب انجام شد.                                                                                                           |
| پنجم  | اجرای پذیرش و توجه آگاهی                        | به بررسی مرور جلسه گذشته پرداخته شد. استعاره همسایه مزاحم و کاربرگ ایجاد انگیزه بررسی شد.                                                                                                                                        |
| ششم   | راهبردهای روشن‌سازی ارزش‌ها                     | به بررسی مرور جلسه گذشته پرداخته شد. تمرین دارت ارزش‌ها و کاربرگ ایجاد تغییرات زندگی بررسی شد.                                                                                                                                   |
| هفتم  | راهبردهای اقدام متعهدانه در مسیر ارزش‌ها        | تمرین توجه آگاهی: توجه آگاهی از محیط اطراف انجام شد. به تعیین هدف و اقدام متعهدانه پرداخته شد. ۵ گام تعیین هدف و اقدام متعهدانه معرفی و مورد تفسیر قرار گرفت.                                                                    |
| هشتم  | خلق الگوهای عمل متعهدانه                        | به جلسات گذشته برگشته و به بررسی آنچه گفته و اقدام شد پرداخته شد. خلق الگوهای بزرگتر عمل متعهدانه. آماده‌سازی درمانجو برای پایان جلسات. اجرای پس‌آزمون و توزیع پرسشنامه‌های پژوهش                                                |

دو گروه آزمایش و کنترل نمایش داده شده است مقدار میانگین و انحراف معیار برای متغیر انعطاف‌پذیری شناختی در گروه آزمایش در پیش‌آزمون ۶۵/۲۰ و ۶/۹۴۱ و در پس‌آزمون به ترتیب ۷۳/۱۱ و ۲/۹۱۵ و در گروه کنترل در پیش‌آزمون ۶۷/۱۳ و ۳/۸۷۱ و در پس‌آزمون به ترتیب ۶۷/۲۰ و ۳/۸۴۰ می‌باشد. همچنین مقدار میانگین و انحراف معیار برای متغیر کمال‌گرایی در گروه آزمایش در پیش‌آزمون ۱۹۱/۶۰ و ۱۲/۰۴۶ در پس‌آزمون به ترتیب ۱۱۵/۵۳ و ۶/۹۳۷ و در گروه کنترل در پیش‌آزمون ۱۸۴/۵۳ و ۱۶/۲۰۳ در پس‌آزمون به ترتیب ۱۸۳/۸۰ و ۱۵/۰۰۱ می‌باشد. با توجه به جدول می‌توان نتیجه گرفت که اختلاف قابل‌ملاحظه‌ای بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش نمره کل انعطاف‌پذیری شناختی و کمال‌گرایی وجود دارد.

توجه به جدول شماره ۳ میزان سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد که گویای آن است شرط همگنی ماتریس کواریانس به خوبی برای مولفه‌های پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی و کمال‌گرایی رعایت شده است

به این معنی که ماتریس‌های کواریانس مشاهده شده بین گروه‌های مختلف با هم برابرند. حال با توجه به برقرار بودن تمامی مفروضه‌های تحلیل کواریانس، در ادامه نتایج این تحلیل در متغیرهای وابسته در پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل با حذف اثر پیش‌آزمون آورده می‌شود. همانطور که در جدول شماره ۴ ملاحظه می‌شود، سطوح معناداری همه آزمون‌ها نشان‌دهنده این است که گروه‌های آزمایش و گواه حداقل در یکی از متغیرهای وابسته به هم تفاوت معنادار دارند. برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، تحلیل واریانس چندمتغیری در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل به صورت زیر مشخص گردید.

با توجه به جدول شماره ۵ و میزان  $F$  و سطح معناداری در جدول فوق که کمتر از ۰/۰۵ است یعنی اختلاف معناداری بین میانگین نمرات متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و کمال‌گرایی در دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون وجود دارد. همچنین با بررسی جدول آمار توصیفی شماره ۱ و مقایسه مقدار میانگین

**جدول ۲-** شاخص‌های توصیفی نمرات متغیر انعطاف‌پذیری شناختی در گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

| متغیر        | گروه   | پیش‌آزمون |              |        | پس‌آزمون |         |              |        |
|--------------|--------|-----------|--------------|--------|----------|---------|--------------|--------|
|              |        | میانگین   | انحراف معیار | حداکثر | حداقل    | میانگین | انحراف معیار | حداکثر |
| انعطاف‌پذیری | آزمایش | ۶۵/۲۰     | ۶/۹۴۱        | ۷۳     | ۵۵       | ۷۳/۱۱   | ۲/۹۱۵        | ۱۱۸    |
| شناختی       | کنترل  | ۶۷/۱۳     | ۳/۸۷۱        | ۷۴     | ۶۰       | ۶۷/۲۰   | ۳/۸۴۰        | ۷۴     |
| کمال‌گرایی   | آزمایش | ۱۹۱/۶۰    | ۱۲/۰۴۰       | ۲۱۳    | ۱۷۳      | ۱۱۵/۵۳  | ۶/۹۳۷        | ۱۲۲    |
|              | کنترل  | ۱۸۴/۵۳    | ۱۶/۲۰۳       | ۲۱۱    | ۱۶۳      | ۱۸۳/۸۰  | ۱۵/۰۱        | ۲۱۱    |

**جدول ۳-** نتایج آزمون ام‌باکس جهت بررسی پیش‌فرض همگنی ماتریس کوواریانس برای متغیرهای وابسته

| BOX S M | F     | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | سطح معناداری |
|---------|-------|--------------|--------------|--------------|
| ۴/۸۵۵   | ۱/۴۹۳ | ۳            | ۱۴۱۱۲۰/۰۰۰   | ۰/۲۱۴        |

**جدول ۴-** نتایج کوواریانس چندمتغیری روی نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته با کنترل پیش‌آزمون

| آزمون             | ارزش   | F       | درجه آزادی فرضیه | درجه آزادی خطا | سطح معناداری |
|-------------------|--------|---------|------------------|----------------|--------------|
| اثر پیلاپی        | ۰/۹۸۶  | ۸۷۴/۲۷۱ | ۲                | ۲۵             | ۰/۰۰۰۱       |
| لامبدای ویلکز     | ۰/۰۱۴  | ۸۷۴/۲۷۱ | ۲                | ۲۵             | ۰/۰۰۰۱       |
| اثر هنتلینگ       | ۶۹/۹۴۲ | ۸۷۴/۲۷۱ | ۲                | ۲۵             | ۰/۰۰۰۱       |
| بزرگترین ریشه خطا | ۶۹/۹۴۲ | ۸۷۴/۲۷۱ | ۲                | ۲۵             | ۰/۰۰۰۱       |

**جدول ۵-** تحلیل کوواریانس پس‌آزمون متغیرهای وابسته با برداشتن اثر پیش‌آزمون

| متغیرهای وابسته | منبع تغییرات | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مربعات | F  | میزان    | سطح معناداری | اندازه اثر |
|-----------------|--------------|--------------|------------|----------------|----|----------|--------------|------------|
| انعطاف‌پذیری    | گروه         | ۱۴۲۹۵/۸۴۶    | ۱          | ۱۴۲۹۵/۸۴۶      | ۱  | ۱۸۱۵/۲۶۵ | ۰/۰۰۰۱       | ۰/۴۸۶      |
| شناختی          | خطا          | ۲۰۴/۷۵۹      | ۲۶         | ۷/۸۷۵          | ۲۶ |          |              |            |
| کمال‌گرایی      | گروه         | ۲۳۰۶۳/۸۵۳    | ۱          | ۲۳۰۶۳/۸۵۳      | ۱  | ۹۳۵/۲۰۵  | ۰/۰۰۰۱       | ۰/۳۳۸      |
|                 | خطا          | ۱۵۱۵/۵۶۴     | ۲۶         | ۸۵/۲۹۱         | ۲۶ |          |              |            |

## بحث

با توجه به نتایج به دست آمده اختلاف معناداری بین میانگین نمرات متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و کمال‌گرایی در دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون وجود دارد. همچنین با تأکید بر میزان اندازه اثر می‌توان دریافت در مان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی و کمال‌گرایی در زنان متأهل تأثیر گذاشته است. در واقع می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تمامی متغیرهای وابسته تأثیرگذار بوده است و بیشترین تأثیر آن بر متغیر انعطاف‌پذیری شناختی بوده است و باعث افزایش انعطاف‌پذیری شناختی شده است. این نتایج با یافته‌های پژوهشی هو (Hu) و همکاران (۲۰۲۱) (۲)، فوکلز (Foulkes) (۲۰۲۱) (۳)، ایدین (Aydin) و

نمرات متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و کمال‌گرایی در دو گروه می‌تواند نتیجه گرفت در مان شناختی رفتاری بر انعطاف‌پذیری شناختی و کمال‌گرایی در زنان متأهل تأثیر دارد. همچنین با تأکید بر میزان اندازه اثر می‌توان دریافت در مان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی و کمال‌گرایی در زنان متأهل تأثیر گذاشته است که این میزان با توجه به اندازه اثر برای انعطاف‌پذیری شناختی، ۰/۴۸۶ و برای کمال‌گرایی برابر ۰/۳۳۸ است. در واقع می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تمامی متغیرهای وابسته تأثیرگذار بوده است و بیشترین تأثیر آن بر متغیر انعطاف‌پذیری شناختی بوده است و باعث افزایش انعطاف‌پذیری شناختی شده است.

در این صورت زمانی که فرد تمرین‌های درمان پذیرش و تعهد را انجام می‌دهد باعث می‌شود که با باورهای خودکارآمدی دانش به شیوه متفاوتی تعامل کند و خزانه رفتاری اش را افزایش دهد زمانی که فرد مطابق آنچه که فکر می‌کند رفتار نمی‌کند و تجربه جدیدی را کسب می‌نماید و باعث می‌شود که نگاه معقولانه‌ای داشته و کمال‌گرایی‌اش به مطلوب برسد و به وجود آمدن آن افکار و احساسات جدید عمل کند و این باور در او شکل گیرد که توانایی کنترل شرایط خود را دارد، بنابراین انعطاف پذیری روانی فرد ارتقا یابد (۱۶). در فرآیند درمان پذیرش و تعهد انعطاف پذیری روانشناختی به عنوان اساس سلامت روانشناختی مطرح می‌گردد. هدف اصلی این درمان ایجاد انعطاف پذیری روانی است یعنی ایجاد توانایی انتخاب و عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب تر باشد... نه اینکه عملی صرفاً برای اجتناب از افکار احساسات خاطره‌ها یا تمایلات آشفته سازی انجام شود یا در حقیقت به فرد تحمیل شود. در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش و تعهد فرد در مورد تجربه‌های ذهنی، افکار و احساساتش افزایش پیدا کند و متقابلاً اعمال کنترل ناموتر کاهش پیدا کند. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی به منظور اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی برای حذف آن‌ها به طور کامل پذیرفت (۳). در قدم دوم، آگاهی روانی فرد را نسبت به زمان حال بالا می‌برند یعنی فرد از تمام حالات روانی افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی پیدا می‌کند. در مرحله سوم، به فرد آموخته می‌شود خود را از این تجارب ذهنی جدا کند یعنی به لحاظ شناختی جداسازی اتفاق بیفتد به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. مرحله چهارم تلاش برای کاهش تمرکز منفرد بر خود تجسم یافته است؛ یعنی داستان آدمی مثل قربانی بودن که آدم برای خودش در ذهنش ساخته است. گام پنجم کمک به فرد در شناخت صحیح ارزش‌های شخصی و تعریف واضح و تبدیل آنها به اهداف رفتاری خاص و در نهایت ایجاد انگیزه برای اقدام متعهدانه در فرد و ارزش‌های مشخص

همکاران (۲۰۱۷) (۱۴)، انجین (Nguyen) و همکاران (۲۰۱۰) (۱۵)، کاپرلی (Caprilli) و همکاران (۲۰۰۷) (۱۶) همسو می‌باشد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تاکید بر ارزش‌های فردی که هدف نهایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است و همسو با ارزش‌های فرد است تلاش دارد تا میزان انعطاف افراد را بالاتر برده و متعاقب آن از میزان ناسازگاری و در نتیجه تحمل پایین بکاهد. بر این اساس ارزشمند زیستن را، می‌توان شیوه‌های پاسخ‌گویی قلمداد کرد، روش‌هایی که تماس با منابع نسبتاً پایدار تقویت مثبت را افزایش می‌دهند، چه کلامی و چه غیرکلامی (۶). در مانگر باید تلاش کند تا اطمینان حاصل کند که ارزش‌هایی که مراجع به آن قائل است، در واقع مقدار کمی از معنا، سرزندگی و عزم را برای او ایجاد می‌کند. ارزش‌های بدون این ویژگی عموماً به رفتارهایی تبدیل می‌شوند که درمانگر احساس می‌کند باید برای اجتناب از تنبیه‌های مختلف (توبیخ، تمسخر، عدم تأیید و غیره) اتخاذ کند (۱۴). این مقادیر توصیف شده معمولاً رفتارهای کنترل شده با تنفر هستند - یعنی اثراتی کاملاً متضاد با موارد تقویت مثبت دارند؛ مراد آثاری است که برای درمانجوی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مطلوب است (۳). ارزش اصلی وقتی مشخص می‌شود، آن را به راحتی می‌توان امری چارچوب بندی کرد که شخص باید همسو با آن رفتار کند. راهبردهای نااهم آمیزی می‌تواند به درمانجو کمک کند تا رفتار همسو با ارزش‌ها را نه وظیفه‌ای تحمیلی، بلکه اقدامی آزاده در نظر بگیرد (۱۶). ارزیابی‌های منفی که منجر به تصمیم‌گیری عجولانه می‌شود - یعنی انجام ندادن این رفتارها - را می‌توان مانند سایر ارزیابی‌های شفاف‌فاهی تلقی کرد - یعنی فقط کلمات هستند، نه چیزهای واقعی. اساساً می‌توان ارزش‌ها را پیامدهای انتخابی و کلامی الگوهای فعلی، پویا و رو به رشد فعالیت تعریف کرد (۱۵). پیامدهایی که تقویت‌کننده‌های مسلطی برای فعالیت ایجاد می‌کنند. زندگی هم‌سو با ارزش‌ها به انواع و اقسام مختلف اغلب فرایند زندگی را تقویت‌کننده می‌کند، حتی در مواقعی که پیامدهای ارزشمند لحظه به لحظه محقق نمی‌شود (۸).



(۶). آن‌ها تمایل دارند کار خود را با نظم دقیق و کاملاً و بدون نقص انجام دهند و حتی زمانی که عملکرد بهتری نسبت به دیگران دارند باز هم راضی نیستند، مگر اینکه کار را بدون اشتباه و در سطح بهینه انجام دهند؛ بنابراین می‌توان چنین فرض کرد که تلاش برای کامل بودن، تعیین استانداردهای غیرواقعی و تمرکز بر عیوب و ناکامی‌ها، نگرانی بیش از حد در مورد دستیابی به اهداف غیرواقعی و انتقاد شدید از خود در صورت نرسیدن به استانداردهای غیرواقعی، ترس شدید از شکست، تایید دیگران، ترس از شکست و نشخوار فکری در مورد شکست‌ها و ضعف‌های خود و موقعیت‌های اضطراب‌زا مانند شرایط زندگی زناشویی می‌تواند منجر به نگرانی و اضطراب مفرط شود (۲). اهداف اصلی این درمان عبارتند از: زندگی معنادار، زندگی بر اساس ارزش‌های خود، تمرکز بر زمان حال و افزایش تحمل در برابر احساسات منفی. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند با دادن تکالیف مناسب و کار بر روی ارزش‌های فردی، کمال‌گرایی را در افراد کاهش دهد (۱۵).

این مطالعه نیز همانند همه مطالعات دیگر دارای یکسری محدودیت‌ها بوده که می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: از آنجایی که پژوهش حاضر بر روی زنان متاهل صورت گرفت لذا در تعمیم آن در مردان متاهل باید جانب احتیاط را رعایت نمود. همچنین حوزه جغرافیایی مورد بررسی در این پژوهش، تهران بوده است، بنابراین تعمیم‌پذیری نتایج آن به شهرها و استان‌ها با احتیاط صورت گیرد. از طرفی این پژوهش در سال ۱۴۰۱ انجام شده و بررسی‌ها مطابق با چند جلسه روان‌درمانی بوده است و زمان برای دوره‌های پیگیری نیز وجود نداشت. با توجه به نتایج این مطالعه، پیشنهاد می‌گردد کارگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در راستای بالا بردن انعطاف‌پذیری و کمال‌گرایی برای افراد متاهل برگزار گردد.

### نتیجه‌گیری

با توجه به اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر انعطاف‌پذیری شناختی بود می‌توان نتیجه گرفت که آگاهی از میزان شدت نیازها و روانشناسی کنترل درونی

شده با پذیرش ذهنی همراه است (۱۶). در واقع تجارب ذهنی فرد می‌تواند افکار افسرده‌کننده و سواسی یا افکار مرتبط با تروما یا حوادث با شد که فرآیند درمان تعهد و پذیرش به فرد کمک می‌کند مسئولیت تغییرات رفتاری خود را بپذیرد و هر زمان که لازم بود تغییر کند. در واقع این درمان به دنبال متعادل ساختن شیوه‌های متناسب رفتاری با موقعیت است در حوزه‌هایی مثل: رفتار آشکار که قابل تغییر هستند متمرکز و متغییر است و در حوزه‌هایی که تغییر امکان‌پذیر نیست و پذیرش و تمرین ذهن آگاهی تمرکز دارد (۸). همچنین با کاهش ناامیدی، خشم، احساس شرم، احساس بی‌ارزشی و شکست و با افزایش همدلی و درک بهتر نیازهای خود به کاهش تنش و افزایش انعطاف کمک می‌کند. از سوی دیگر، با توجه به فرآیندهای درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، با تسریع ارزش‌ها و اقدامات متعهدانه می‌توان به افراد متاهل در شناسایی ارزش‌ها و تعیین اهداف و در نهایت متعهد شدن به اقدامات در جهت دستیابی به اهداف کمک کرد و در جهت آن هدف حرکت کنند (۲). به آن‌ها کمک کرد تا علاوه بر افزایش انعطاف‌پذیری روانی، به اهداف خود برسند و از گیر افتادن در دایره باطل احساسات منفی مانند تنش و مشکلات روانی خلاص شوند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جلسات به افراد کمک می‌کند تا از شرایط و رفتار خود آگاه شوند و با حفظ ذهن خود در زمان حال، تعارضات فکری و عاطفی خود را به صورت غیر قضاوتی به حداقل برسانند و از سرکوب افکار جلوگیری کنند. در واقع آن‌ها یاد می‌گیرند که چگونه با احساسات ناخوشایند خود ارتباط برقرار کنند و به جای برخورد با افکاری که منجر به مشکلات روانی می‌شوند، افکار متعهد را جایگزین آن‌ها کنند تا انعطاف‌پذیری روانی افزایش یابد (۱۵).

از طرفی افراد کمال‌گرا تمایل به وضع استانداردهای غیرواقع‌بینانه برای خود و تمرکز بر نقص‌ها و شکست‌ها در عملکرد همراه با خودنظارتی‌های دقیق و کاملاً انتقادی؛ انتظارات افراطی و ارزشیابی انتقادی از دیگران و احساس ضرورت برای رعایت استانداردها و برآورده ساختن انتظارات تجویز شده از سوی افراد مهم دارند

12. Snyder M, Wieland J. Complementary and alternative therapies: what is their place in the management of chronic pain? *Nurs Clin North Am.* 2003;38(3):495-508.

13. Wright J, Adams D, Vohra S. Complementary, holistic, and integrative medicine: music for procedural pain. *Pediatr Rev.* 2013;34(11):e42-6.

14. Aydin D, Sahiner NC. Effects of music therapy and distraction cards on pain relief during phlebotomy in children. *Appl Nurs Res.* 2017;33:164-168.

15. Nguyen TN, Nilsson S, Hellström AL, Bengtson A. Music therapy to reduce pain and anxiety in children with cancer undergoing lumbar puncture: a randomized clinical trial. *J Pediatr Oncol Nurs.* 2010;27(3):146-55.

16. Caprilli S, Anastasi F, Grotto RP, Scollo Abeti M, Messeri A. Interactive music as a treatment for pain and stress in children during venipuncture: a randomized prospective study. *J Dev Behav Pediatr.* 2007;28(5):399-403.

یک عامل پیش‌بینی کننده افراد در معرض خطر است. بنابراین می‌توان پیشنهاد نمود که در مشاوره‌ها با استفاده از این تکنیک این عوامل شناسایی شده و آگاهی‌های لازم ارائه گردد.

## References

1. Narod SA. Which Genes for Hereditary Breast Cancer? *N Engl J Med.* 2021;384(5):471-473.

2. Hu C, Hart SN, Gnanaolivu R, Huang H, Lee KY, Na J, et al. A Population-Based Study of Genes Previously Implicated in Breast Cancer. *N Engl J Med.* 2021;384(5):440-451.

3. Foulkes WD. The ten genes for breast (and ovarian) cancer susceptibility. *Nat Rev Clin Oncol.* 2021;18(5):259-260.

4. Arts-de Jong M, de Bock GH, van Asperen CJ, Mourits MJ, de Hullu JA, Kets CM. Germline BRCA1/2 mutation testing is indicated in every patient with epithelial ovarian cancer: A systematic review. *Eur J Cancer.* 2016;61:137-45.

5. Speight B, Tischkowitz M. When to Consider Risk-Reducing Mastectomy in BRCA1/BRCA2 Mutation Carriers with Advanced Stage Ovarian Cancer: a Case Study Illustrating the Genetic Counseling Challenges. *J Genet Couns.* 2017;26(6):1173-1178.

6. Shi H, You Z, Guo Y. (Mutation of breast cancer susceptibility gene in ovarian cancer and its clinical significance). *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 1998;33(11):676-8.

7. Konstantinopoulos PA, Norquist B, Lacchetti C, Armstrong D, Grisham RN, Goodfellow PJ, et al. Germline and Somatic Tumor Testing in Epithelial Ovarian Cancer: ASCO Guideline. *J Clin Oncol.* 2020;38(11):1222-1245.

8. Maindet C, Burnod A, Minello C, George B, Allano G, Lemaire A. Strategies of complementary and integrative therapies in cancer-related pain-attaining exhaustive cancer pain management. *Support Care Cancer.* 2019;27(8):3119-3132.

9. Deng G. Integrative Medicine Therapies for Pain Management in Cancer Patients. *Cancer J.* 2019;25(5):343-348.

10. Giannitrapani KF, Holliday JR, Miake-Lye IM, Hempel S, Taylor SL. Synthesizing the Strength of the Evidence of Complementary and Integrative Health Therapies for Pain. *Pain Med.* 2019;20(9):1831-1840.

11. Running A, Seright T. Integrative oncology: managing cancer pain with complementary and alternative therapies. *Curr Pain Headache Rep.* 2012;16(4):325-31.