

Evaluation of the effectiveness of cognitive therapy based on acceptance and commitment with a focus on self-compassion on deterministic thinking and positive thinking in couples

Ashraf Mohammadi Farshi¹ , Mahdi Shahnazari^{2*} , Maryam Bahrami Hydaji², Parisa Peyvandi², Fatemeh Mohammadi Shirmahaleh²

1. PhD student in General Psychology, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Abstract

Introduction: Considering the decisive role of couples' attitudes and beliefs in the quality of marital relationships and the importance of timely and effective interventions and their promotion, this study aimed to evaluate the effectiveness of cognitive therapy based on acceptance and commitment with a focus on self-compassion on deterministic thinking and positive thinking in couples.

Methods: The research method was semi-experimental with pre-test, post-test design, and follow-up with the control group. The statistical population of this study consisted of all couples referring to counseling centers in Tehran in the first half of 2021. The sample size consisted of 36 people selected by the purposive sampling method and randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group received the interventions in an 8-weekly 90-minute group session. The research instruments included Younesi and Mirafzal deterministic thinking scale and Ingram & Wisnicki positive thinking questionnaire. Data were then analyzed using repeated-measures analysis of variance and SPSS-25 statistical analysis software.

Results: The results showed that cognitive intervention based on acceptance and commitment with a focus on self-compassion significantly reduced the deterministic thinking variable ($P < 0.002$) and led to a significant increase in the positive thinking variable. ($P < 0.001$). Follow-up results showed that the effectiveness is stable.

Conclusion: The present study's findings can help to develop effective therapies in the field of couple therapy. It can also be used in premarital education workshops and couple therapy interventions.

Received: 23 Nov. 2021

Revised: 24 Feb. 2022

Accepted: 2 Mar. 2022

Keywords

Couples

Cognitive therapy based on acceptance and commitment

Focus on self-compassion

Definitive thinking


Positive thinking

Corresponding author

Mahdi Shahnazari, Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Email: Shahnazari-psy@yahoo.com



 doi.org/10.30514/icss.24.1.98

Citation: Mohammadi Farshi A, Shahnazari M, Bahrami Hydaji M, Peyvandi P, Mohammadi Shirmahaleh F. Evaluation of the effectiveness of cognitive therapy based on acceptance and commitment with a focus on self-compassion on deterministic thinking and positive thinking in couples. *Advances in Cognitive Sciences*. 2022;24(1):98-114.

Extended Abstract

Introduction

One of the essential cognitive distortions is deterministic thinking. In this type of thinking, one considers an event equal to something else. Deterministic thinking can be the root of feelings of hopelessness and helplessness (3).

The results of studies show the relationship between irrational beliefs and marital conflicts (4). On the other hand, it seems that many destructive relationships arise due to conflicts and the subsequent negativity of couples, which

is derived from their mental, psychological makeup, and way of thinking (5). Positive thinking is a cognitive process that creates hopeful images and develops optimistic ideas. However, positive thinking does not ignore the need for a realistic appraisal (6).

In the field of couples' cognitive problems, several treatments can be considered. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is mindfulness and value-based behavior therapy that provides a wide range of tools and results in a conscious, value-based practice called psychological resilience (11). Compassion-focused therapy is an integrated and multimodal approach (20) that can be considered in the field of problems related to couples. Engaging with distress and suffering is often difficult; thus, the first psychology of compassion involves a form of strength and courage to do this (22).

Given the ACT's greater focus on recognizing and increasing the CFT's focus on emotions, combining, and integrating these interventions can effectively facilitate emotional balance, break out of the cognitive integration cycle, and avoid the experience of worrying when dealing with disturbing interpersonal situations. With this necessity, the effectiveness of cognitive therapy based on acceptance and commitment with a focus on self-compassion in deterministic and positive thinking of couples was investigated in the present study.

Methods

The present study was a semi-experimental design with pre-test, post-test, and follow-up with the control group. The statistical population was all couples referred to counseling centers in Tehran in the first half of 2021. The sampling method was purposive with random substitution. In the present study, a total of 36 people were selected, and after random assignment, group intervention, with the presence of at least one couple, was performed by the researcher in an 8-weekly 90-minute group ses-

sion. Inclusion criteria referred to a counseling center for couples counseling due to marital conflicts, conscious desire to participate in research, age range 25-45 years, literacy, no mental illness, and no use of interfering drugs. The criteria for diagnosis were clinical interviews by the researcher (clinical psychologist) and self-report. Exclusion criteria were unwillingness to participate in the research, absence of more than two sessions, and not doing homework. Participants had the opportunity to refrain from attending meetings at any research stage. Participants participated in three stages pre-test, post-test, and follow-up (at the end of 2 months). The research instruments included Younesi and Mirafzal deterministic thinking scale and Ingram & Wisnicki positive thinking questionnaire. Younesi and Mirafzal's definitive thinking scale has 36 questions that are scored using the likert 4-point method (1 for the option I strongly agree to 4 for the option strongly disagree). Thus, the higher a person's score on the scale, the more confident he is (34). The Ingram & Wisnicki positive thinking questionnaire is initially written in English and consists of 30 items. Each item is scored using the likert five-point method from (one= never to five= always) (35). In Iran, Mashayekh and Asgarian (2019) used construct validity to measure validity and Cronbach's alpha coefficient to measure reliability, which was obtained above 0.7 (7). The content of ACT intervention focusing on self-compassion was based on instructions (20, 32), which was prepared in Iran by Ismaili et al. (2018) and after its Persian translation and adaptation to cultural conditions, was prepared and executed. Content validity was also confirmed by a survey of three psychologists familiar with third-wave therapies (29). Data were analyzed using repeated-measures analysis of variance and SPSS-25 statistical analysis software.

Results

The mean and standard deviation of the age of the par-

ticipants in the experimental group was 33.94 and 6.05 years, respectively, and in the control group were 33.32 and 6.13 years, respectively. Participants in the experimental group consisted of 12 females and six males, including 11 and seven females in the control group, respectively.

Analysis of variance with repeated measurements has assumptions. Shapiro-Wilk was used to evaluate the normality of data distribution, which was not significant at the level of 0.05, which indicates the normality of data distribution. The assumption is the homogeneity of the error variances. Also, the assumption of homogeneity of the covariance matrix of dependent variables was established at the level of 0.05. In the results of the Mauchly's sphericity test, the value of the chi-square of definitive thinking was not significant at the level of 0.05, indicating the establishment of the assumption of sphericity. In the positive thinking variable, the chi-square value related to the positive self-assessment component was significant at the level of 0.01, indicating that the sphericity assumption for that component is not established. Therefore, the corresponding degrees of freedom were modified using the Greenhouse-Geisser correction.

The results of repeated measures analysis of variance in explaining the effect of cognitive therapy based on acceptance and commitment by focusing on self-compassion on the components and the total score of deterministic thinking showed that the interaction effect of time group for the component of general certainty, certainty in interaction with others, social well-being absolutism, determinism in predicting the future, determinism in adverse events and the total score of deterministic thinking are significant at the level of 0.01. The results of the Bonferroni post hoc test showed that deterministic thinking changes due to the implementation of the independent variable after the end of the treatment period are still present.

Also, the results of repeated measures analysis of variance to explain the effect of cognitive therapy based on acceptance and commitment by focusing on self-compassion on the components and the total score of positive thinking showed that the interaction effect of time group for daily positive function components, positive self-assessment, self-evaluation (Self-confidence), and the total score of positive thinking at the level of 0.01 is significant. The Bonferroni post hoc test results indicated that the changes after the end of the treatment period remain.

Conclusion

This study aimed to evaluate the effectiveness of cognitive therapy based on acceptance and commitment with a focus on self-compassion in deterministic and positive thinking. The results showed that cognitive therapy based on acceptance and commitment with a focus on self-compassion is effective on deterministic thinking and positive thinking in the experimental group and is stable in the follow-up period.

The results may have been based on self-awareness of cognitive errors, acceptance, and correction of defective cognitive contexts. In addition, heterogeneity allows clients to act on values. Accepting and observing thoughts motivates the use of efficient thoughts and behaviors to achieve a meaningful and purposeful life and the opportunity to communicate more sincerely. Teaching how the brain develops and the formation of emotions and reactions leads couples not to blame and judge unpleasant inner experiences and accept responsibility for change.

On the other hand, the positive thinking index effectively relates to our perception and attitude towards ourselves, others, and the future. It seems that mindfulness and stress reduction caused by interventions by providing the possibility of positive re-evaluation and facilitating the achievement of different solutions affect the level of positive thinking and optimism in various fields, especially

marital satisfaction.

From the results of the present study and research evidence, it can be concluded that the present intervention may affect the present intervention on the one hand, by affecting the structure of destructive and defective attitudes and mental patterns, On the other hand, by strengthening the positive thinking dimensions to have significant and lasting effectiveness.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

The subjects received the necessary information in the field of research to comply with the ethical principles of research. Subjects were assured that all their information would be kept confidential and destroyed at the end of the study. Conscious consent was obtained from all subjects. Finally, the interventions were performed intensively for the control group. The present article is based on the doctoral dissertation with the code of ethics IR.IAU.K.REC.1400.035.

Authors' contributions

The initial design, research stages, and article writing were done by Ashraf Mohammadi Farshi. Other respected authors were actively involved in completing the design and overseeing the implementation of the research, and writing process. Data analysis and explanation were performed with the participation of all authors.

Funding

This article is taken from Ashraf Mohammadi Farshi's thesis with the code 1154818173316551400162422908 and has no sponsor.

Acknowledgments

The authors would like to thank the esteemed participants and all the dignitaries who helped us in conducting this study.

Conflict of interest

The present study has not found any conflict of interest for the authors.

بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت به خود بر تفکر قطعی‌نگر و مثبت‌اندیشی زوجین

اشرف محمدی فرشی^۱ (ID)، مهدی شاه‌نظری^{۲*} (ID)، مریم بهرامی هیدجی^۲، پریسا پیوندی^۲، فاطمه محمدی شیرمحل^۲

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
 ۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

چکیده

مقدمه: با توجه به نقش تعیین‌کننده نگرش‌ها و باورهای زوجین در کیفیت روابط زناشویی و اهمیت مداخلات به هنگام و کارآمد و ارتقای آن، هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت به خود بر تفکر قطعی‌نگر و مثبت‌اندیشی زوجین بود.

روش کار: روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه این پژوهش را کلیه زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در نیمه اول سال ۱۴۰۰ تشکیل می‌دادند. حجم نمونه شامل ۳۶ نفر بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. گروه آزمایش مداخلات را به صورت ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای گروهی دریافت کرد. ابزار پژوهشی شامل مقیاس تفکر قطعی‌نگر یونسی و میرافضل و پرسشنامه مثبت‌اندیشی Ingram و Wisnicki بود. اطلاعات با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و با نرم‌افزار SPSS-25 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد مداخله شناختی مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت به خود باعث کاهش معناداری در متغیر تفکر قطعی‌نگر ($P < 0/002$) و منجر به افزایش معنادار در متغیر مثبت‌اندیشی ($P < 0/001$) می‌گردد. نتایج پیگیری نشان داد اثربخشی مذکور پایدار است.

نتیجه‌گیری: دستاوردهای پژوهش حاضر می‌تواند به گسترش درمان‌های موثر در حوزه زوج‌درمانی کمک کند. همچنین در کارگاه‌های آموزش پیش از ازدواج و مداخلات زوج‌درمانی قابل استفاده است.

دریافت: ۱۴۰۰/۰۹/۰۲

اصلاح نهایی: ۱۴۰۰/۱۲/۰۵

پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۱۱

واژه‌های کلیدی

زوجین

درمان شناختی مبتنی بر پذیرش و تعهد

تمرکز بر شفقت به خود

تفکر قطعی‌نگر

مثبت‌اندیشی

نویسنده مسئول

مهدی شاه‌نظری، استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

ایمیل: Shahnazari-psy@yahoo.com



doi.org/10.30514/ics.24.1.98

مقدمه

ازدواج‌های آشفته زمانی اتفاق می‌افتد که یک یا هر دو همسر دارای سطح بالایی از باورهای غیرمنطقی یعنی افکار اغراق‌آمیز، سفت و سخت، غیرمنطقی و مطلق‌گرا هستند (۱). پاسخ‌های هیجانی، به گونه‌ای کلی، متاثر از شناخت افرادند و شناخت هم از طریق تحریف‌های شناختی می‌تواند منجر به سوگیری در ارزیابی و قضاوت در امور شود. تحریف شناختی به آن دسته از افکار گفته می‌شود که بر پایه

فرضیاتی نادرست شکل گرفته و منجر به سوگیری در تفکر می‌شوند (۲). یکی از تحریف‌های شناختی بسیار مهم، تفکر قطعی‌نگر (deterministic thinking) است. در این نوع تفکر، فرد رویدادی را به طور قطعی برابر با چیز دیگری در نظر می‌گیرد. برای مثال فردی که در آزمون کنکور رد شده است، این رویداد را برابر با بدبختی تفسیر می‌کند و هر نوع احتمال دیگر را نادیده می‌گیرد. در واقع تفکر قطعی‌نگر می‌تواند

به افکار و احساسات درونی ناخواسته و حالات جسمانی مرتبط با این پویایی‌ها و الگوهای ارتباط را به زوجین آموزش می‌دهد (۱۶). نتایج پژوهش‌های متعدد حاکی از اثربخشی ACT بر باورهای غیرمنطقی در زوجین (۱۵)، کاهش افکار منفی تکرارشونده و عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و پایداری درمان در طول زمان (۴ هفته)، (۱۷)، اصلاح افکار منفی ناکارآمد (۱۸)، کاهش افکار منفی ناشی از افسردگی و پایداری در پیگیری سه ماهه می‌باشد (۱۹).

از سوی دیگر درمان متمرکز بر شفقت (focused Therapy (CFT)) (Compassion) یک رویکرد یکپارچه و چندوجهی است که می‌تواند در حیطه مشکلات مربوط به زوجین مورد توجه قرار داد (۲۰). در درمان متمرکز بر شفقت به درمانجویان کمک می‌شود تا به شیوه‌هایی ملایم‌تر و مشفقانه‌تر با تجربه‌های خود ارتباط برقرار کنند (۲۱). درگیر شدن با ناراحتی و رنج دشوار است، شفقت شامل قدرت و شجاعت برای انجام این کار و رشد خرد و فداکاری به منظور یافتن راه‌هایی برای کاهش و جلوگیری از رنج است (۲۲). Neff شفقت به خود را به عنوان سازه‌ای سه مولفه‌ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود، انسانیت مشترک در مقابل انزوا و آگاهی متعادل از افکار و احساسات و بدون بزرگ‌نمایی آنها تعریف نموده است (۲۳). برخی مراحل کلیدی جلسات، تصویرسازی، تمرین رفتار مشفقانه و نوشتن نامه شفقت‌آمیز به خود است (۲۴). شواهد پژوهشی نشان داده‌اند افرادی که با شفقت با خود رفتار می‌کنند از ویژگی‌هایی برخوردارند که در جنبش روان‌شناسی مثبت (Psychological strengths) به عنوان توانمندی‌های روان‌شناختی مطرح هستند مثل شادکامی، خوش‌بینی، کنجکاوی و کنکاش، عواطف مثبت و نوآوری (۲۵). شواهد پژوهشی حاکی از اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افزایش ذهن‌آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی و حفظ در پیگیری شش ماهه و یک ساله (۲۶)، افزایش خودکارآمدی و پایداری تاثیر در یک دوره پیگیری یک ساله (۲۷)، افزایش معنادار در سطوح خوش‌بینی (۲۸) و اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت بر اضطراب اجتماعی و پایداری تأثیرات در پیگیری سه ماهه (۲۹) می‌باشد. همچنین بر اساس شواهد پژوهشی همبستگی منفی بین میزان شفقت به خود با تمام خرده‌مقیاس‌های تفکر قطعی‌نگر وجود دارد (۳۰).

با مروری بر پیشینه پژوهشی مشخص می‌شود که درمان‌های تک بعدی به تنهایی نتوانسته‌اند روابط خانوادگی را با همه پیچیدگی‌های آن در نظر بگیرند. اخیراً تلاش‌هایی برای تلفیق مولفه‌های خاصی از رویکردهای مختلف در یک مدل منسجم و یکپارچه شده است (۳۱). محققان ACT مدتهاست، نقش شفقت به خود را در روان‌درمانی مورد بررسی

ریشه احساس ناامیدی و درماندگی باشد که باعث دیدگاه منفی به خود و آینده می‌شود. مطالعات نشان می‌دهد که تفکر قطعی‌نگر رابطه نزدیکی با دیگر متغیرهای روانی از جمله افسردگی و رضایت زناشویی، سلامت روان، مهارت‌های ارتباطی، امید به زندگی و اضطراب دارد (۳). همچنین نتایج مطالعات نشان‌دهنده ارتباط باورهای غیرمنطقی با تعارضات زناشویی هستند (۴).

از سویی دیگر به نظر می‌رسد خیلی از روابط مخرب به دلیل تعارضات و به دنبال آن منفی‌نگری‌های زوجین که برگرفته از آرایش ذهنی، روانی و سبک اندیشه آنهاست نشات می‌گیرد (۵). مثبت‌اندیشی (thinking) (Positive) یک فرایند شناختی است که به افراد کمک می‌کند تصاویر امیدوارکننده‌ای از آینده داشته باشند و موجب گسترش ایده‌های خوش‌بینانه، پیدا کردن راه‌حل‌های مطلوب، تصمیمات مثبت و دیدگاه کلی روشن نسبت به زندگی می‌شود. با این حال، مثبت‌اندیشی نیاز به ارزیابی واقع‌بینانه را نادیده نمی‌گیرد (۶). نگرش مثبت باعث می‌شود تا زوجین مهارت‌های خود را به ویژه در محیط زندگی زناشویی بهتر بروز دهند (۷). مطالعات اخیر در زمینه مثبت‌اندیشی نشان‌دهنده تاثیر آن برای مقابله با افکار منفی مرتبط با نگرانی (۸)، ارتباط انتظارات مثبت با رضایت زناشویی (۹) و تغییر فراوانی افکار منفی با تغییر در استرس ادراک شده (Perceived stress) است (۱۰).

نتایج مطالعات پژوهشی موید این نکته است که در زمینه مشکلات شناختی زوجین، درمان‌های متعددی می‌تواند مورد توجه قرار بگیرد که از آن جمله می‌توان به درمان (ACT) (Commitment Therapy) (Acceptance and) اشاره کرد. ACT یک رفتار درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و ارزش‌محور است که طیف وسیعی از ابزارها را در اختیار قرار می‌دهد و نتیجه آن عملکرد آگاهانه و مبتنی بر ارزش‌ها تحت عنوان انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (۱۱). هدف ACT تقویت فرایند گسلش شناختی به جای استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر کنترل، برای رویدادهای خصوصی دشوار است (۱۲). ACT بخشی از موج سوم رفتار درمانی در نظر گرفته شده است و بر مبنای این مفروضه است که اصلی‌ترین مشکلی که اکثر مراجعان با آن مواجه می‌شوند، اجتناب تجربه‌ای است. شش فرایند اصلی ACT، شامل پذیرش، ناهمجوشی، ارتباط با لحظه اکنون، عمل متعهدانه، خود به عنوان زمینه و ارزش‌ها است (۱۳). این رویکرد بر تغییر زمینه و شرایطی تمرکز می‌کند که در آن افکار و احساسات اضطراب‌آور تجربه می‌شوند (۱۴). در این شیوه درمانی محتوای افکار و باورهای بیماران ارزیابی نمی‌شود بلکه فرایندهای شکل‌گیری آسیب روانی در بافت و زمینه مشکل، مورد توجه قرار می‌گیرد (۱۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نزدیک شدن

قرار داده‌اند (۳۲). بر این اساس و با توجه به نقش تعیین‌کننده نگرش‌ها و باورهای زوجین در کیفیت روابط زناشویی و اهمیت مداخلات کارآمد و ارتقای سطح مداخلات و با توجه به تمرکز بیشتر ACT بر شناخت و افزایش تمرکز CFT بر هیجانات، تلفیق و یکپارچه‌سازی مداخلات مذکور، می‌تواند در تسهیل رسیدن به تعادل هیجانی، خروج از چرخه آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای ناشی از نگرانی هنگام رویارویی با موقعیت‌های آشفته‌کننده بین‌فردی، موثر باشد. با توجه به پیشینه غنی هر دو مداخله مذکور، به دلیل مغفول ماندن بررسی اثربخشی کاربردی و تلفیقی آنها در زمینه تعارضات زناشویی ناشی از مشکلات شناختی، دستاورد پژوهش حاضر می‌تواند به گسترش درمان‌های موثر در حوزه زوج‌درمانی و کاهش تعارضات زناشویی کمک بسزایی نماید. با این ضرورت در پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت به خود بر تفکر قطعی‌نگر و مثبت‌اندیشی زوجین پرداخته شد. مساله پژوهش حاضر این است که آیا درمان شناختی مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت به خود بر تفکر قطعی‌نگر و مثبت‌اندیشی زوجین اثربخش است؟

روش کار

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در نیمه اول سال ۱۴۰۰ بودند. روش نمونه‌گیری هدفمند با جایگزینی تصادفی بود. تعداد افراد پیشنهادی در روش آزمایشی برای هر گروه حداقل ۱۵ نفر می‌باشد (۳۳). در پژوهش حاضر با در نظر گرفتن احتمال افت، در مجموع ۳۶ نفر (۲۳ زن، ۱۳ مرد)، انتخاب و پس از گمارش تصادفی، مداخله گروهی با حضور حداقل

یکی از زوجین در ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای توسط پژوهشگر اجرا شد. معیارهای ورود، مراجعه به مرکز مشاوره جهت مشاوره زوج‌درمانی به دلیل تعارضات زناشویی، تمایل آگاهانه جهت مشارکت در پژوهش، محدوده سنی ۲۵-۴۵ سال، سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به بیماری‌های روانی و عدم مصرف داروهای تداخل‌کننده بود. معیار تشخیص، مصاحبه بالینی توسط پژوهشگر (روان‌شناس بالینی) و خوداظهاری بود. معیارهای خروج، عدم تمایل به مشارکت در پژوهش، غیبت بیش از ۲ جلسه و عدم انجام تکالیف بود. شرکت‌کنندگان فرصت داشتند در هر مرحله از پژوهش، از شرکت در جلسات خودداری کنند. قبل از مداخلات، پایان جلسات و ۲ ماه بعد، جهت بررسی پایداری اثربخشی، پرسشنامه‌ها تکمیل شدند. برای حفظ اصول اخلاقی به افراد نمونه اطمینان داده شد، اطلاعات آنها محرمانه مانده و در پایان پژوهش از بین برده خواهند شد. در نهایت، جلسات فشرده برای گروه گواه نیز اجرا شد. محتوای مداخلات بر اساس دستورالعمل Gilbert (۲۰۰۹) (۲۰) و Hayes (۲۰۰۸) (۳۲) بود، که در ایران توسط اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۷) تهیه و پس از ترجمه فارسی آن و متناسب‌سازی با شرایط فرهنگی، آماده و اجرا گردید. روایی محتوایی نیز با نظرخواهی از سه نفر متخصص روان‌شناسی آشنا به درمان‌های موج سوم تایید شد (۲۹). در پژوهش حاضر نیز مبنای کار، پروتکل مذکور بود که توسط جمعی از متخصصین این حوزه مورد تایید قرار گرفت. در این مطالعه، از هر دو روش تجزیه و تحلیل آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد. در بخش توصیفی، از شاخصهای میانگین و انحراف معیار و در بخش آزمون فرضیه‌ها نیز از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر با نرم‌افزار SPSS-25 استفاده شده است. در جدول ۱ محتوای جلسات ارائه گردیده است.

جدول ۱. محتوای مداخله ACT با تمرکز بر شفقت به خود

جلسات	محتوای مداخلات
جلسه اول	معرفی جلسات درمانی و انجام پیش‌آزمون، معرفی و آشنایی با اعضای گروه، بیان قواعد گروه و اهداف، معرفی درمان اکت متمرکز بر شفقت، رنج، التیام و معرفی دلایل رنج انسان
جلسه دوم	کارآمدی به عنوان معیار سنجش، ایجاد ناامیدی خلاقانه، معرفی سیستم‌های تنظیم هیجان، معرفی انواع رنج انسان، معرفی انواع نیازهای انسان، معرفی ابعاد شفقت
جلسه سوم	بازخورد جلسه قبل، ارائه خلاصه‌ای از جلسات گذشته، کنترل به عنوان مساله (مشکل)، مغز آگاه
جلسه چهارم	کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان، تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف
جلسه پنجم	ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، گرفتن بازخورد از روند جلسات، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده‌گر، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، کاربرد تکنیک‌های ذهن‌آگاهی، انجام تصویرسازی، معرفی ویژگی‌های انسان مهربان

جلسات	محتوای مداخلات
جلسه ششم	ارائه خلاصه‌ای از جلسات قبل، گرفتن بازخورد از روند جلسات، الگوسازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی به عنوان یک فرایند، معرفی ابعاد مختلف توجه شفقت‌آمیز، معرفی بدون قضاوتی بودن
جلسه هفتم	نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج، کشف ارزش‌های عملی زندگی، بازگویی مجدد ویژگی‌های انسان مهربان، معرفی رفتار مهربانانه، معرفی انواع رفتار شفقت‌آمیز
جلسه هشتم	تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش‌ها، معرفی مجدد رفتار مهربانانه

ابزارهای پژوهش

مقیاس تفکر قطعی‌نگر یونسی و میرافضل (۱۳۸۷): این مقیاس دارای ۳۶ سوال است که با روش ۴ امتیازی لیکرت (۱ برای گزینه کاملاً موافقم تا ۴ برای گزینه کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری می‌شود. بدین ترتیب هر چه نمره فرد در مقیاس بالاتر باشد، میزان قطعی‌نگری وی بیشتر است. برای رواسازی پرسشنامه در دو مرحله مقدماتی و نهایی پژوهش اصلی، از تحلیل عامل اکتشافی، تاییدی و همگرا استفاده شد. نتایج تحلیل مولفه‌های اصلی نشان دادند که پرسشنامه از ۵ عامل: ۱- قطعی‌نگری کلی ۲- قطعی‌نگری در تعامل با دیگران ۳- مطلق‌نگری فلسفی ۴- قطعی‌نگری در پیش‌بینی آینده ۵- قطعی‌نگری در حوادث منفی تشکیل شده است که در مجموع حدود ۳۸ درصد واریانس را تبیین می‌کنند. روایی همگرایی پرسشنامه تفکر قطعی‌نگر نیز بر پایه ضریب همبستگی آن با نمره پرسشنامه افسردگی بک (Beck) مشخص شد. این مقدار که با محاسبه ضریب همبستگی پیرسون در یک گروه ۱۰۰ نفری از نمونه پژوهش به دست آمد برابر با $r=0/33$ و از لحاظ آماری در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار بود. اعتبار کل مقیاس نیز از طریق ضریب همسانی درونی برابر با ۰/۸۲۱ و از طریق بازآزمایی (به فاصله یک هفته) ۰/۷۸ بود (۳۴). در پژوهش حاضر پایایی ابزار بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد.

پرسشنامه مثبت‌اندیشی Wisnicki و Ingram: این پرسشنامه متشکل از ۳۰ گویه است. هر گویه با روش پنج امتیازی لیکرت از (یک=هرگز تا پنج=همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. آنان پایایی این آزمون را بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و بر اساس روش دو نیمه‌کردن ۰/۹۵ محاسبه کردند و برای محاسبه روایی پرسشنامه، بین این پرسشنامه و پرسشنامه افسردگی بک همبستگی $(-0/33)$ را گزارش نمودند (۳۵). در ایران مشایخ و عسگریان (۱۳۹۸) به منظور سنجش روایی از روایی سازه و به منظور سنجش پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده نمودند که مقدار این ضریب بالای ۰/۷ به دست آمد. با توجه به آمار توصیفی

و استنباطی آزمون تحلیل عامل تاییدی تجزیه و تحلیل صورت گرفت. همچنین به منظور تجزیه و تحلیل ابزار اندازه‌گیری و سوالات آن طبق نظریه کلاسیک اندازه‌گیری، ضریب دشواری، ضریب تشخیص، ضریب پایایی و تحلیل عامل تاییدی به منظور ارزیابی ساختار عاملی و روایی سازه صورت گرفت (۷). در پژوهش حاضر پایایی ابزار بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بدست آمد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۳۳/۹۴ و ۶/۰۵ سال و در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۳۳/۳۲ و ۶/۱۳ سال بود. مشارکت‌کنندگان در گروه آزمایش شامل ۱۲ زن و ۶ مرد و این میزان در گروه کنترل به ترتیب شامل ۱۱ و ۷ نفر بود. در گروه آزمایش میزان تحصیلات ۳ نفر از شرکت‌کنندگان دیپلم و زیر دیپلم و ۱۵ نفر لیسانس و بالاتر و در گروه کنترل این میزان به ترتیب شامل ۴ و ۱۴ نفر بود.

جدول ۲ میانگین (انحراف معیار) را برای متغیرهای پژوهش حاضر نشان می‌دهد. همچنان که در **جدول ۲** ملاحظه می‌شود در گروه آزمایش میانگین نمره کل تفکر قطعی‌نگر در مقایسه با گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش و نمره کل مثبت‌اندیشی در مقایسه با گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است.

تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مفروضه‌هایی دارد. جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از شاپیرو-ویلک استفاده شد که در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود که نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع داده‌هاست، جهت بررسی تفاوت واریانس خطای نمرات مربوط به متغیرها از آزمون Leven استفاده شد که در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود که نشان‌دهنده برقراری مفروضه همگنی واریانس‌های خطا است. همچنین مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در سطح ۰/۰۵ برقرار بود. در نتایج تست موخلی، ارزش مجذور کای تفکر قطعی‌نگر در سطح

برای آن مؤلفه است. بنابراین درجات آزادی مربوطه با استفاده از روش گیسر-گرینهوس اصلاح شد. پس از ارزیابی مفروضه‌ها و کسب اطمینان از برقراری آنها تحلیل صورت گرفت.

۰/۰۵ معنادار نبود که بیانگر برقراری مفروضه کرویت است. در متغیر مثبت‌اندیشی، ارزش مجذور کای مربوط به مؤلفه خود ارزیابی مثبت در سطح ۰/۰۱ معنادار بود که بیانگر عدم برقراری مفروضه کرویت

جدول ۲. میانگین (انحراف معیار) متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
تفکر قطعی‌نگر	آزمایش	۹۴/۸۹ (۱۳/۳۴)	۷۵/۰۵ (۱۰/۵۶)	۷۵/۲۲ (۱۰/۷۰)
	کنترل	۹۲/۹۴ (۱۰/۳۶)	۹۴/۲۲ (۱۲/۵۵)	۹۳/۰۰ (۱۱/۱۳)
مثبت‌اندیشی	آزمایش	۷۱/۵۰ (۱۰/۰۸)	۹۱/۶۱ (۱۱/۴۰)	۸۹/۳۹ (۱۴/۹۳)
	کنترل	۷۳/۱۱ (۸/۳۷)	۷۳/۱۷ (۹/۲۸)	۷۲/۶۱ (۱۲/۷۸)

اثر اجرای درمان شناختی مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت خود بر مؤلفه‌ها و نمره کل تفکر قطعی‌نگر را نشان می‌دهد. جدول ۳ نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه×زمان برای مؤلفه قطعی‌نگری کلی، قطعی‌نگری در تعامل با دیگران، مطلق‌نگری، مطلق‌نگری، قطعی‌نگری در پیش‌بینی آینده، قطعی‌نگری در حوادث منفی و نمره کل تفکر قطعی‌نگر در سطح ۰/۰۱ معنادار است.

نتایج تحلیل چندمتغیری در آزمون اثر اجرای متغیر مستقل بر مؤلفه‌ها و نمره کل تفکر قطعی‌نگر نشان داد که اثر اجرای متغیر مستقل بر مؤلفه قطعی‌نگری در پیش‌بینی آینده در سطح ۰/۰۵ و بر مؤلفه‌های قطعی‌نگری کلی، قطعی‌نگری در تعامل با دیگران، مطلق‌نگری، قطعی‌نگری در حوادث منفی و نمره کل تفکر قطعی‌نگر در سطح ۰/۰۱ معنادار است. در ادامه، جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌ها و نمره کل تفکر قطعی‌نگر

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	P	η^2
قطعی‌نگری کلی	اثر گروه	۴۰۴/۴۵	۲۹۷/۱۳	۴۹/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۹۲
	اثر زمان	۶۴/۲۲	۲۱۰/۸۹	۱۰/۳۵	۰/۰۰۳	۰/۲۳۳
	اثر تعاملی گروه×زمان	۱۴۶/۹۶	۵۹۷/۴۸	۸/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۱۹۷
قطعی‌نگری در تعامل با دیگران	اثر گروه	۲۳۷/۰۴	۴۴۷/۳۰	۱۸/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۳۴۶
	اثر زمان	۱۲۵/۳۵	۳۴۱/۱۴	۱۲/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۲۶۹
	اثر تعاملی گروه×زمان	۱۵۱/۶۹	۶۲۵/۲۶	۸/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۱۹۵
مطلق‌نگری	اثر گروه	۸۳/۵۷	۱۹۱/۲۰	۱۴/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۳۰۴
	اثر زمان	۷۴/۰۱	۳۱۶/۸۱	۷/۹۴	۰/۰۰۷	۰/۱۸۹
	اثر تعاملی گروه×زمان	۷۶/۳۵	۵۰۶/۵۲	۵/۱۳	۰/۰۰۸	۰/۱۳۱
قطعی‌نگری در پیش‌بینی آینده	اثر گروه	۶۵/۳۳	۱۴۷/۱۹	۱۵/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۳۰۷
	اثر زمان	۵۸/۶۸	۱۷۹/۴۷	۱۱/۱۲	۰/۰۰۲	۰/۲۴۶
	اثر تعاملی گروه×زمان	۵۱/۷۲	۳۵۶/۵۹	۴/۹۳	۰/۰۱۰	۰/۱۲۷

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	P	η^2
قطعی‌نگری در حوادث منفی	اثر گروه	۵۴/۹۰	۲۲۱/۲۰	۸/۴۴	۰/۰۰۶	۰/۱۹۹
	اثر زمان	۳۷/۵۶	۱۱۴/۳۹	۱۱/۱۶	۰/۰۰۲	۰/۲۴۷
	اثر تعاملی گروه×زمان	۹۱/۶۳	۲۸۵/۱۹	۱۰/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۲۴۳
نمره کل	اثر گروه	۳۶۷۵/۰۰	۵۴۸۶/۳۳	۲۲/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۴۰۱
	اثر زمان	۱۷۳۰/۶۸	۴۵۰۱/۴۷	۱۳/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۲۷۸
	اثر تعاملی گروه×زمان	۲۵۰۹/۷۲	۷۹۸۷/۵۶	۱۰/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۲۳۹

جدول ۴ نتایج آزمون بن‌فرونی نمرات مربوط به مؤلفه‌ها و نمره کل تفکر قطعی‌نگر در دو گروه و در سه مرحله اجرا را نشان می‌دهد. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی در **جدول ۴** نشان می‌دهد که در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل میانگین مؤلفه‌ها

و نمره کل تفکر قطعی‌نگر در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است. به علاوه نشان می‌دهد تغییرات تفکر قطعی‌نگر ناشی از اجرای متغیر مستقل بعد از اتمام دوره درمان همچنان پابرجا مانده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروه‌ها و زمان‌ها بر مؤلفه‌ها و نمره کل تفکر قطعی‌نگر

متغیر	زمان‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
قطعی‌نگری کلی	پیش آزمون	۲/۴۴	۰/۶۹	۰/۰۰۳
	پیش آزمون	۱/۸۹	۰/۶۰	۰/۰۰۹
	پس آزمون	-۰/۵۶	۰/۸۱	۱/۰۰
قطعی‌نگری در تعامل با دیگران	پیش آزمون	۲/۱۱	۰/۷۳	۰/۰۱۹
	پیش آزمون	۲/۶۴	۰/۷۵	۰/۰۰۴
	پس آزمون	۰/۵۳	۰/۶۷	۱/۰۰
مطلق‌نگری	پیش آزمون	۱/۵۸	۰/۵۴	۰/۰۱۷
	پیش آزمون	۲/۰۳	۰/۷۲	۰/۰۲۴
	پس آزمون	۰/۴۴	۰/۶۷	۱/۰۰
قطعی‌نگری در پیش‌بینی آینده	پیش آزمون	۱/۳۹	۰/۴۶	۰/۰۴۳
	پیش آزمون	۱/۸۱	۰/۵۴	۰/۰۰۶
	پس آزمون	۰/۴۲	۰/۵۲	۱/۰۰
قطعی‌نگری در حوادث منفی	پیش آزمون	۱/۶۱	۰/۵۰	۰/۰۰۹
	پیش آزمون	۱/۴۴	۰/۴۳	۰/۰۰۶
	پس آزمون	-۰/۱۷	۰/۵۱	۱/۰۰

متغیر	زمان‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
نمره کل	پیش‌آزمون	۹/۲۸	۲/۸۳	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	۹/۸۱	۲/۷۱	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۰/۵۳	۲/۰۵	۱/۰۰
متغیر <th>تفاوت گروه‌ها</th> <th>تفاوت میانگین</th> <th>خطای معیار</th> <th>مقدار احتمال</th>	تفاوت گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
قطعی‌نگری کلی	آزمایش	-۳/۸۷	۰/۵۵	۰/۰۰۱
	کنترل	-۲/۹۶	۰/۷۰	۰/۰۰۱
قطعی‌نگری در تعامل با دیگران	آزمایش	-۱/۷۶	۰/۴۶	۰/۰۰۱
	کنترل	-۱/۵۷	۰/۴۰	۰/۰۰۱
مطلق‌نگری	آزمایش	-۱/۴۳	۰/۴۹	۰/۰۰۶
	کنترل	-۱۱/۶۷	۲/۴۵	۰/۰۰۱
قطعی‌نگری در پیش‌بینی آینده	آزمایش			
	کنترل			
قطعی‌نگری در حوادث منفی	آزمایش			
	کنترل			
نمره کل	آزمایش			
	کنترل			

در ادامه، جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر اجرای درمان شناختی مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت خود بر مؤلفه‌ها و نمره کل مثبت‌اندیشی را نشان می‌دهد. جدول ۵ نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه×زمان برای مؤلفه‌های کارکرد مثبت روزانه، خودارزیابی مثبت، ارزیابی دیگران از خویش، خوداعتمادی و نمره کل مثبت‌اندیشی در سطح ۰/۰۱ معنادار است.

همچنین نتایج تحلیل چندمتغیری در متغیر مثبت‌اندیشی نشان داد که اثر اجرای متغیر مستقل بر مؤلفه ارزیابی دیگران از خویش در سطح ۰/۰۵ و بر مؤلفه‌های کارکرد مثبت روزانه، خودارزیابی مثبت، خوداعتمادی و نمره کل در سطح ۰/۰۱ معنادار است. گفتنی است نتایج نشان داد که اثر اجرای متغیر مستقل بر مؤلفه انتظارات مثبت آینده در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌ها و نمره کل مثبت‌اندیشی

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	P	η^2
کارکرد مثبت روزانه	اثر گروه	۱۸۱/۴۸	۳۵۳/۵۹	۱۷/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۳۳۹
	اثر زمان	۱۳۳/۳۹	۳۷۲/۲۲	۱۲/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۲۶۴
	اثر تعاملی گروه×زمان	۱۸۵/۴۱	۸۳۰/۵۲	۷/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۱۸۳
خودارزیابی مثبت	اثر گروه	۱۹۲/۰۰	۲۵۵/۳۰	۲۵/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۴۲۹
	اثر زمان	۷۰/۰۱	۲۱۷/۳۶	۱۰/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۲۴۴
	اثر تعاملی گروه×زمان	۱۴۸/۱۷	۵۹۹/۳۷	۸/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۱۹۸
ارزیابی دیگران از خویش	اثر گروه	۱۵۶/۴۸	۱۲۷/۹۳	۴۱/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۵۵۰
	اثر زمان	۴۰/۵۲	۲۱۲/۶۱	۷/۴۸	۰/۰۱۶	۰/۱۶۰
	اثر تعاملی گروه×زمان	۶۱/۱۳	۳۸۵/۴۱	۵/۳۹	۰/۰۰۷	۰/۱۳۷

متغیر	اثرات	مجموع مجدورات	مجموع مجدورات خطا	F	P	η^2
انتظارات مثبت آینده	اثر گروه	۷/۲۶	۷۶/۴۸	۳/۲۳	۰/۰۸۱	۰/۰۸۷
	اثر زمان	۲/۰۳	۶۳/۴۴	۱/۰۷	۰/۳۰۸	۰/۰۳۱
	اثر تعاملی گروه×زمان	۷/۴۱	۱۵۴/۰۷	۱/۶۴	۰/۲۰۳	۰/۰۴۶
خوداعتمادی	اثر گروه	۲۴۶/۰۱	۴۳۴/۲۴	۱۹/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۳۶۲
	اثر زمان	۸۴/۵۰	۲۸۰/۷۸	۱۰/۲۳	۰/۰۰۳	۰/۲۳۱
	اثر تعاملی گروه×زمان	۱۳۷/۲۴	۷۴۰/۲۶	۶/۳۰	۰/۰۰۳	۰/۱۵۶
نمره کل	اثر گروه	۳۳۸۹/۱۲	۴۱۴۸/۷۶	۲۷/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۴۵۰
	اثر زمان	۱۳۶۰/۶۸	۵۱۳۷/۱۴	۹/۰۱	۰/۰۰۵	۰/۲۰۹
	اثر تعاملی گروه×زمان	۲۲۲۹/۴۶	۹۰۲۶/۸۵	۸/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۱۹۸

در ادامه جدول ۶ نتایج آزمون بن‌فرونی نمرات مربوط به مؤلفه‌ها و نمره کل مثبت‌اندیشی در دو گروه و در سه مرحله اجرا را نشان می‌دهد. با توجه به عدم معناداری اثر تعاملی گروه×زمان برای مؤلفه انتظارات مثبت آینده، نتیجه‌گیری شد که اثر اجرای متغیر مستقل بر مؤلفه مزبور غیر معنادار است و به همین دلیل آزمون تعقیبی مربوط به آن گزارش نشده

است. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی در جدول ۶ نشان می‌دهد در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل میانگین مؤلفه‌های کارکرد مثبت روزانه، خودارزیابی مثبت، ارزیابی دیگران از خویش و خوداعتمادی همراه نمره کل مثبت‌اندیشی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است و تغییرات بعد از اتمام دوره درمان همچنان پابرجا مانده است.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروه‌ها و زمان‌ها بر مؤلفه‌ها و نمره کل مثبت‌اندیشی

متغیر	زمان‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
کارکرد مثبت روزانه	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۸۵	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۰/۷۸	۰/۰۰۴
	پس آزمون	پیگیری	۰/۶۱	۱/۰۰
خودارزیابی مثبت	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۶۲	۰/۰۰۲
	پیش آزمون	پیگیری	۰/۶۰	۰/۰۰۷
	پس آزمون	پیگیری	۰/۳۳	۱/۰۰
ارزیابی دیگران از خویش	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۵۹	۰/۰۲۶
	پیش آزمون	پیگیری	۰/۵۹	۰/۰۴۷
	پس آزمون	پیگیری	۰/۱۴	۱/۰۰
خوداعتمادی	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۷۴	۰/۰۰۷
	پیش آزمون	پیگیری	۰/۶۸	۰/۰۰۹
	پس آزمون	پیگیری	۰/۲۵	۱/۰۰

متغیر	زمان‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
نمره کل	پیش‌آزمون	۱۰/۰۹-	۲/۳۹	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	۸/۶۹-	۲/۲۱	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱/۳۹	۲/۸۴	۱/۰۰
متغیر	تفاوت گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
کارکرد مثبت روزانه	آزمایش	۲/۵۹	۰/۶۲	۰/۰۰۱
	کنترل			
خودارزیابی مثبت	آزمایش	۲/۶۷	۰/۵۳	۰/۰۰۱
	کنترل			
ارزیابی دیگران از خویش	آزمایش	۲/۴۱	۰/۳۷	۰/۰۰۱
	کنترل			
خوداعتمادی	آزمایش	۳/۰۲	۰/۶۹	۰/۰۰۱
	کنترل			
نمره کل	آزمایش	۱۱/۲۰	۲/۱۳	۰/۰۰۱
	کنترل			

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت به خود بر تفکر قطعی‌نگر و مثبت‌اندیشی زوجین بود. نتایج به دست آمده نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت به خود بر تفکر قطعی‌نگر در گروه آزمایش تأثیرگذار بوده و در دوره پیگیری پایدار است که با یافته‌های پژوهش‌های کربلایی و همکاران (۱۳۹۹) (۱۵)، Salazar و همکاران (۲۰۲۰) (۱۷) و Ruiz و همکاران (۲۰۲۰) (۱۸) همسو می‌باشد. در تبیین نتایج می‌توان گفت پیامی که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انتقال داده می‌شود این است که حتی نامطلوب‌ترین اندیشه‌ها و احساس‌ها برای سلامت انسان خطرناک نیستند، بلکه این ناراحتی اولیه به همراه کشمکش و تقلا است که به ایجاد درد و اضطراب منجر می‌شود (۱۴). هم‌جوشی با افکار انعطاف‌ناپذیر باعث می‌شود افراد توانایی کمتری در درک ابعاد دیگر مسائل فردی و بین‌فردی داشته باشند و در نتیجه واکنش‌های نادرست بیشتری نشان دهند. چنان که بر اساس مطالعات، باورهای غیرمنطقی با تعارضات زناشویی مرتبط هستند (۴). درمان پذیرش و تعهد بر هوشیاری فراگیر همراه با گشودگی بر پذیرش تأکید می‌کند (۲۹). احتمالاً زیربنای نتایج، ناشی از خودآگاهی نسبت به خطاهای شناختی، پذیرش و اصلاح زمینه‌های شناختی معیوب بوده است. مطابق با پژوهش Salazar و همکاران (۲۰۲۰) پس از ارائه مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد، افکار منفی تکرارشونده و عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کاهش می‌یابد که در دوره پیگیری پایدار است. انعطاف‌پذیری مستلزم تسلط تجارب

خصوصی بر ارزش‌های منتخب است (۱۷). هدف ACT تقویت فرایند گسلش شناختی است (۱۲). ناهم‌جوشی مراجع را رها می‌سازد بر مبنای ارزش‌ها عمل کند. خود به مثابه بافت مراجع را به اتخاذ مفهومی از خود که از محتوای احساسات و افکار مجزاست، ترغیب می‌کند (۱۴). پذیرش و مشاهده افکار صرفاً به عنوان رویدادهایی خصوصی و متمایز از خود و آگاهی از ارزش‌های مشترک، انگیزه استفاده از افکار و رفتار کارآمد جهت دستیابی به زندگی معنادار و هدفمند و فرصت برقراری ارتباط صمیمانه‌تر را فراهم می‌کند. چنان که بر اساس شواهد پژوهشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند افکار منفی ناکارآمد را اصلاح کند (۱۸) و بر باورهای غیرمنطقی زوجین اثربخش است (۱۵).

در CFT هم مثل ACT هدف فرار کردن از احساسات و تجربه‌هایی که ناراحت‌مان می‌کنند نیست، بلکه پیش رفتن موثر، یافتن شیوه‌های مشفقانه بودن در ذهن و جهان و حتی پیش رفتن به سوی چیزهایی است که اذیت‌مان می‌کنند تا بتوانیم مشفقانه با آنها کار کنیم (۲۱). آموزش شیوه تکامل مغز و شکل‌گیری هیجان‌ها و واکنش‌ها، زوجین را به سمت عدم سرزنش و قضاوت تجارب ناخوشایند درونی و پذیرش مسئولیت تغییر، سوق می‌دهد. همچنین تمرین‌هایی مانند تصویرسازی خود مهربان، به افراد جهت دستیابی به خود مشفق به عنوان پایگاهی امن کمک می‌کند که شجاعت و خرد لازم برای رویارویی و پذیرش تجارب شخصی رنج‌آور مانند افکار جزمی را فراهم می‌نماید. تمرینات ذهن‌آگاهی، مشاهده افکار صرفاً به عنوان رویدادهایی خصوصی، در نظر داشتن اشتراکات انسانی و شفاف‌سازی ابعاد شفقت به این فرایند کمک می‌کند. در این راستا نتایج پژوهش قزلسفلو و همکاران (۱۳۹۳) حاکی

نسبت به خود مانند خودکارآمدی به دنبال آموزش شناختی مبتنی بر خودشفقتی و پایداری تأثیرات در پیگیری است (۲۷). افکار منفی تکراری یک استراتژی اجتناب تجربه‌ای ناسازگار (۱۷) و هدف ACT هدایت توجه به اقدامات ارزشمند است (۱۸). نتایج پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افکار منفی را کاهش می‌دهد و نتایج در دوره پیگیری تداوم دارد (۱۹). همچنین به نظر می‌رسد ذهن‌آگاهی و کاهش استرس ناشی از مداخلات با فراهم کردن امکان ارزیابی مثبت مجدد و تسهیل دستیابی به راه‌حل‌های مختلف بر میزان مثبت‌اندیشی و خوش‌بینی در زمینه‌های مختلف و بخصوص رضایت زناشویی تأثیرگذار است. یافته‌های پژوهشی حاکی از اهمیت شفقت به خود در ذهن‌آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی و حفظ آن در پیگیری (۲۶) و ارتباط انتظارات مثبت با رضایت زناشویی است (۹). ارزش‌ها منعکس‌کننده منابع تقویت مثبت هستند (۱۴). همچنین تقویت برداشت‌ها و نگرش‌های مثبت ناشی از به‌کارگیری رفتارهای سازگارانه‌تر، ذهن‌آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی و رضایت زناشویی احتمالاً عامل ثبات زمانی می‌باشد.

محدود بودن پژوهش به یک منطقه مکانی خاص و انجام آن در یک بازه زمانی محدود و محدودیت دسترسی به جامعه و نمونه مورد نظر به دلیل شرایط پاندمی کرونا از برخی محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. استفاده از ابزار خودسنجی و خوداظهاری از نقاط ضعف پژوهش و اجرای مداخلات به صورت گروهی در کسب مهارت‌ها، احساس اشتراک در رنج و افزایش انگیزه مشارکت، موثر و از نقاط قوت پژوهش حاضر بود.

نتیجه‌گیری

از نتایج پژوهش حاضر و شواهد پژوهشی می‌توان نتیجه‌گیری نمود مداخله حاضر احتمالاً با تأثیر بر ساختارهای شناختی و نگرش‌های معطوف به خود می‌تواند از یک سو با تأثیر بر ساختار نگرش‌ها و الگوهای ذهنی مخرب و معیوب (سرزنش، نشخوارهای فکری، ...) و از سوی دیگر با تقویت ابعاد مثبت‌اندیشی (خودارزیابی مثبت و خوداعتمادی) اثربخشی معنادار و پایداری داشته باشد. هرچند یافته‌های به دست آمده مبتنی بر شواهد پژوهشی و منطبق با مطالب علمی می‌باشد، جهت افزایش ضریب اعتبار و قابلیت تعمیم‌دهی نتایج، لازم است پژوهش‌های بیشتری انجام شود. دستاوردهای پژوهش حاضر می‌تواند به گسترش درمان‌های موثر در حوزه زوج‌درمانی کمک کند. همچنین در کارگاه‌های آموزش پیش از ازدواج و مداخلات زوج‌درمانی قابل استفاده است.

از همبستگی منفی بین میزان شفقت به خود با تمام خرده‌مقیاس‌های تفکر قطعی‌نگر است (۳۰). به نظر می‌رسد مداخله پژوهش حاضر، با فراهم کردن بستری مناسب برای افزایش آگاهی از افکار و واکنش‌های خود و پیامدهای آن، شرایط حرکت متعهدانه در راستای ارزش‌ها و اصلاح شناخت‌ها و کاهش تعارضات را فراهم می‌آورد.

Harris در مورد پایداری درمان ACT معتقد است که در این درمان با روشن‌سازی ارزش‌ها، درمان‌جو انگیزه کافی برای ادامه درمان می‌یابد (۱۵). از سویی دیگر، هم‌جوشی با افکار قطعی‌نگر (قطعی‌نگری در حوادث منفی) تنش‌های روان‌شناختی متعددی ایجاد می‌کند که معمولاً افراد از وجود یا تأثیرات روان‌شناختی منفی آن آگاهی چندانی ندارند. خودشفقتی بر ذهن‌آگاهی تأکید دارد (۳۰). همچنین در درمان متمرکز بر شفقت، زوجین با سیستم‌های تنظیم هیجان، چگونگی روش‌های تضعیف سیستم تهدید و رشد سیستم امنیت آشنا می‌شوند. ذهن‌آگاهی و تنظیم و تعدیل هیجانات با ایجاد آگاهی توأم با شفقت و مقابله موثر با عوامل تنش‌زا و کاهش استرس، می‌تواند از دیگر عوامل پایداری تغییرات شناختی باشد. شواهد پژوهشی نیز حاکی از تغییر فراوانی افکار منفی با تغییر در استرس ادراک شده می‌باشد (۱۰).

همچنین نتایج به دست آمده نشان داد که مداخله پژوهش حاضر بر مثبت‌اندیشی در گروه آزمایش تأثیرگذار بوده و در دوره پیگیری پایدار است. نتایج پژوهش‌های عبدلی و همکاران (۱۳۹۹) (۲۷)، قدم‌پور و منصور (۱۳۹۷) (۲۸)، Neff و Germer (۲۰۱۳) (۲۶) و Hayes و همکاران (۲۰۱۱) (۱۹) با این نتایج همسو می‌باشند. در تبیین نتایج می‌توان گفت، از آنجایی که شاخص مثبت‌اندیشی ارتباط مؤثری با چگونگی درک و نگرش نسبت به خود، دیگران و آینده دارد، به نظر می‌رسد آموزش رویکردهایی که زمینه‌ساز اصلاح شاخص‌های منفی یا تقویت شاخص‌های مثبت می‌شوند، می‌تواند موجب افزایش میزان مثبت‌اندیشی گردد. یکی از نقاط قوت شفقت به خود، توانایی مقابله مؤثر با عوامل استرس‌زا می‌باشد و مهربانی و درک را هنگام مواجهه با ناامیدی‌ها فراهم می‌کند (۲۶). بر اساس شواهد پژوهشی آموزش مبتنی بر شفقت به خود افزایش سطوح خوش‌بینی را به همراه دارد (۲۸). احتمالاً درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت به خود با گسترش دامنه رفتارها، آموزش درک و پذیرش خود و شرایط به شیوه واقع‌بینانه همراه مهربانی با خود و تأکید بر نقاط مثبت و عدم قضاوت خود، به واسطه افزایش تجربه هیجانات مثبت و تقویت فرآیندهایی مانند خودارزیابی‌های مثبت و حس خوداعتمادی (به عنوان برخی عوامل زیربنایی در مثبت‌اندیشی)، موجب احساس خودکارآمدی می‌شود. شواهد پژوهشی نشان‌دهنده افزایش احساس‌های مثبت

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق در پژوهش

به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، آزمودنی‌ها اطلاعات لازم در زمینه پژوهش را دریافت نمودند. به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که تمام اطلاعات آنها محرمانه خواهد ماند و در پایان پژوهش از بین برده خواهد شد. از همه آزمودنی‌ها رضایت‌نامه آگاهانه دریافت شد. در پایان، مداخلات به صورت فشرده برای گروه گواه اجرا شد. مقاله حاضر بر اساس پایان‌نامه دکتری با کد اخلاق IR.IAU.K.REC.1400.035 استخراج شده است.

مشارکت نویسندگان

طراحی اولیه، مراحل اجرای پژوهش و نگارش مقاله توسط اشرف محمدی فرشی انجام شد. سایر نویسندگان محترم در تکمیل طراحی، نظارت بر اجرای مراحل پژوهش و نگارش، مشارکت فعال داشتند.

تحلیل و تبیین داده‌ها نیز با مشارکت همه نویسندگان انجام شد.

منابع مالی

این مقاله از پایان‌نامه دکتری اشرف محمدی فرشی با کد ۱۱۵۴۸۱۸۱۷۳۳۱۶۵۵۱۴۰۰۱۶۲۴۲۲۹۰۸ استخراج شده است و حامی مالی ندارد.

تشکر و قدردانی

از مشارکت‌کنندگان محترم و تمامی بزرگوارانی که در اجرای پژوهش حاضر ما را یاری نمودند، سپاسگزاریم.

تعارض منافع

پژوهش حاضر برای نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته است.

References

1. Daciana D, Rusu Alina S. Relationship between early maladaptive schemas, couple satisfaction and individual mate value: an evolutionary psychological approach. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*. 2012;12(1):63-76.
2. Younesi SJ, Manzari Tavakoli V, Abdoli Y. Relationship between deterministic thinking and defense mechanisms among university students. *Journal of Applied Psychological Research*. 2011;2(1):27-38. (Persian)
3. Sharifi M, Mohammad-Aminzadeh D, Soleimanisefat E, Sudmand N, Younesi SJ. Relationship of deterministic thinking with loneliness and depression in the elderly. *Iranian Journal of Ageing*. 2017;12(3):276-287. (Persian)
4. Moller AT, Rabe HM, Nortje C. Dysfunctional beliefs and marital conflict in distressed and non-distressed married individuals. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*. 2001;19(4):259-270.
5. Ashrafi Haféz A, Asmand P, Mousavi Moghadam SR, Sayemiri K. Positive thinking effect in reducing marital disputes in married students. *Medical Science Journal of Islamic Azad University-Tehran Medical Branch*. 2014;23(4):49-53. (Persian)
6. Bekhet AK, Zauszniewski JA. Measuring use of positive thinking skills: Psychometric testing of a new scale. *Western Journal of Nursing Research*. 2013;35(8):1074-1093.
7. Mashayekh FM, Asgarian M. Relationship between couples' intimacy and positive thinking with cognitive flexibility among married women. *Quarterly Journal of Social Work*. 2019;8(2):56-64. (Persian)
8. Eagleson C, Hayes S, Mathews A, Perman G, Hirsch CR. The power of positive thinking: Pathological worry is reduced by thought replacement in generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2016;78:13-18.
9. McNulty JK, Karney BR. Positive expectations in the early years of marriage: Should couples expect the best or brace for the worst?. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2004;86(5):729-743.
10. Everaert J, Joormann J. Emotion regulation habits related to

- depression: A longitudinal investigation of stability and change in repetitive negative thinking and positive reappraisal. *Journal of Affective Disorders*. 2020;276:738-747.
11. Kashdan TB, Ciarrochi JV. Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being. Oakland, CA:New Harbinger Publications;2013.
 12. Masuda A, Twohig MP, Stormo AR, Feinstein AB, Chou YY, Wendell JW. The effects of cognitive defusion and thought distraction on emotional discomfort and believability of negative self-referential thoughts. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2010;41(1):11-17.
 13. Bach PA, Moran DJ. ACT in practice: Case conceptualization in acceptance and commitment therapy. KamaliS, Kian Rad N, Trans. Tehran:Arjmand Publisher;2008. (Persian)
 14. Flexman P, Blackwell GT, Bond F. Acceptance and commitment-based therapy (distinguishing features of cognitive-behavioral therapy). Khodayari Fard M, Hossein Nezhad N, Trans. Tehran:University of Tehran Publishing Institute;2011. (Persian)
 15. Alipanah F, Meygooni AKM, , Rezabakhsh H, Taghili S. Compare of the effectiveness of acceptance and commitment based couple therapy using schema conceptualization and Gutman couple therapy on irrational communication. *Journal of Family Research*. 2020;16(3):335-357. (Persian)
 16. Amanelahi A, Heydarianfar N, Khojastemehr R, Imani M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) in the treatment of distressed couples. *Biannual Journal of Applied Counseling*. 2014;4(1):104-120. (Persian)
 17. Salazar DM, Ruiz FJ, Ramirez ES, Cardona-Betancourt V. Acceptance and commitment therapy focused on repetitive negative thinking for child depression: A randomized multiple-baseline evaluation. *The Psychological Record*. 2020;70(3):373-386.
 18. Ruiz FJ, Luciano C, Florez CL, Suarez-Falcon JC, Cardona-Betancourt V. A multiple-baseline evaluation of acceptance and commitment therapy focused on repetitive negative thinking for comorbid generalized anxiety disorder and depression. *Frontiers in Psychology*. 2020;11:356.
 19. Hayes L, Boyd CP, Sewell J. Acceptance and commitment therapy for the treatment of adolescent depression: A pilot study in a psychiatric outpatient setting. *Mindfulness*. 2011;2(2):86-94.
 20. Gilbert P. An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2010;3(2):97-112.
 21. Colts R, Gilbert P, Hayes S. Compassion-focused therapy in simple language (therapist's guide to compassion-focused therapy). Feyzi A, Trans. Tehran:Ibn Sina Publications;2016. (Persian)
 22. Irons C, Lad S. Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*. 2017;3(1):47-54.
 23. Neff KD. The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*. 2009;52(4):211-214.
 24. Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine*. 2015;45(5):927-945.
 25. Rostami M, Ghezelsfloo M, Mohammadloo H, Ghorbaniyan E. Predicting mental health based on students' compassion, identity and self-knowledge. *Quarterly Journal of Counseling and Psychotherapy*. 2015;4(15):30-44. (Persian)
 26. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*. 2013;69(1):28-44.
 27. Abdoli N, Farnia V, Radmehr F, Alikhani M, Moradinazar M, Khodamoradi M, et al. The effect of self-compassion training on craving and self-efficacy in female patients with methamphetamine dependence: A one-year follow-up. *Journal of Substance Use*. 2021;26(5):491-496.
 28. Ghadampour E, Mansouri L. The effectiveness of compassion focused therapy on increasing optimism and self-compassion in female students with generalized anxiety disorder. *Journal of Psychological Studies*. 2018;14(1):59-74. (Persian)
 29. Esmaeili L, Amiri S, Reza Abedi M, Molavi H. The effect of

acceptance and commitment therapy focused on self-compassion on social anxiety of adolescent girls. *Clinical Psychology Studies*. 2018;8(30):117-137. (Persian)

30. Gezelseflo M, Mirahmadi L, Jazayeri R. Relationship between deterministic thinking and self-compassion among master students in Isfahan university (2013-2014). *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2015;13(11):1049-1060. (Persian)

31. Shahmoradi H, Sadeghi M, Goodarzi K, Roozbehani M. Effectiveness of integrated Gottman-emotional focused and strategic-solution focused approaches on decreasing the desire for divorce. *Journal of Family Psychology*. 2020;6(2):71-86.

(Persian)

32. Hayes SC. The roots of compassion. In Keynote speech delivered at the International ACT Conference. Chicago;2008

33. Saadipour (Biyabangard) E. Research methods in psychology and educational sciences. 2th ed. Tehran:Doran Publisher;2016. (Persian)

34. Younesi J, Bahrami F. Prediction of marital satisfaction and deterministic thinking in couples. *Developmental Psychology (Journal of Iranian Psychologists)*. 2009;5(19):241-250. (Persian)

35. Ingram RE, Wisnicki KS. Assessment of positive automatic cognition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988;56(6):898-902.