۵۱-۷۱

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و کمال‌گرایی و ابعاد آن در مادران دارای فرزند نوجوان

◈ فرزانه یاوری مقدم[۱] ◈ دکتر سیمین حسینیان[۲*] ◈ دکتر حمید رضائیان فرجی[۳] ◈ دکتر عباس عبدالهی[۴]

چکیده: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و کمال‌گرایی و ابعاد آن در مادران دارای فرزند نوجوان بوده است. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری یک‌ماهه با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش همه مادران دارای فرزند نوجوان مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ شهرستان شهریار بودند. برای انتخاب نمونه، ابتدا از فهرست مدارس شهریار، دبیرستان پسرانهٔ دوره متوسطهٔ اول البرز به تصادف انتخاب شد. پس از آن ۳۰ نفر از مادران دانش‌آموزان واجد شرایط ورود به پژوهش این مدرسه، انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایشی جایگزین شدند. گروه آزمایش به‌صورت گروهی هشت جلسهٔ ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند، درحالی‌که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با پرسشنامهٔ چندبعدی کمال‌گرایی بشارت (۱۳۸۶) که بر اساس مدل نظری هویت و فلت (۱۹۹۱) تدوین شده بود و پرسشنامهٔ بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۹) گردآوری شدند و به روش تحلیل واریانس مکرر با نرم‌افزار SPSS26 مورد تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها حاکی از اثربخشی و ماندگاری درمان بر بهزیستی روان‌شناختی($p<۰/۰۵$)، کمال‌گرایی و بعد خودمدار و دیگرمدار آن ($p<۰/۰۵$) بودند. ازاین‌رو می‌توان نتیجه گرفت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای بهزیستی روان‌شناختی و کاهش کمال‌گرایی مادران دارای فرزند نوجوان مؤثر بود و می‌توان از آن در مراکز درمانی و آموزشی بهره برد.

کلید واژگان: بهزیستی روان‌شناختی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کمال‌گرایی، مادران دارای فرزند نوجوان

◉ تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۲ ◉ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۲/۱۷

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول با کد اخلاق IR.ALZAHRA.REC.1402.027 است.

۱. دانشجوی دکتری رشته مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران.
۲. استاد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران (نویسنده مسئول). **E-mail:** hosseinian@alzahra.ac.ir
۳. دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران.
۴. استادیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

مقدمه

نوجوانان سرمایه‌های ارزشمند جوامع گوناگون بشری به‌شمار می‌آیند. نوجوانی دورهٔ عبور از کودکی به بزرگسالی و تحول در احساسات و عواطف است. در این دوران به دلیل خودمختاری، استقلال و دستیابی نوجوان به قدرت، ساختار خانواده دچار تغییراتی می‌شود (تران و رافائلی[1]، ۲۰۲۰) و کنشها و تعاملات خانوادگی و اجتماعی نوجوانان به‌شدت دگرگون می‌شود (لیو و وی[2]، ۲۰۲۰). تضاد میان استقلال‌خواهی و وابستگی به والدین، به تعارضاتی میان والد و نوجوان می‌انجامد که یکی از برجسته‌ترین انواع تعامل در سنین نوجوانی، به شکل اختلاف‌نظر، مخالفت و بحث‌وجدل است (لاهاو ـ کادمیل و برونستین ـ کلومک[3]، ۲۰۱۸) وپیامدهای نامطلوب فردی، خانوادگی و اجتماعی دارد (بیلسکی[4] و همکاران، ۲۰۲۰). شواهد تجربی نشان می‌دهد سطوح بالاتر تعارض والد ـ نوجوان حتی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده افزایش رفتارهای پرخطر نوجوانان باشد (لیو و همکاران، ۲۰۱۹). پژوهشها در مطالعهٔ چرخهٔ خانواده، نشان می‌دهد که طی دوران نوجوانی فرزندان، خانواده‌ها بیشترین استرس را تجربه می‌کنند (ماستروتئودوروس[5] و همکاران،۲۰۲۰) و بر اساس مطالعات، نوجوانان با مادران خود درگیری و تعارض بیشتری دارند (لاهاو ـ کادمیل و برونستین ـ کلومک، ۲۰۱۸) که این تعارضها و درگیریها می‌تواند بر بهزیستی روانی مادران و فرزندان نوجوان مؤثر باشد.

بهزیستی روان‌شناختی[6] به‌مثابه یک ویژگی مثبت، یکی از مؤلفه‌های نشان‌دهنده سلامتی است (هانلی[7] و همکاران، ۲۰۱۷). بهزیستی روان‌شناختی سازه‌ای چندبعدی و به‌معنای تلاش فرد برای شکوفایی استعداد و توانایی بالقوه است، این سازه درک و ارزیابی فرد از کیفیت کلی زندگی را نشان می‌دهد (توئنگ و مارتین[8]،۲۰۲۰). ریف[9] (۱۹۸۹) بهزیستی روان‌شناختی را با ساختار شش عاملی متشکل از آگاهی و پذیرش محدودیتهای شخصی (پذیرش خود)، ارتباط مثبت معنادار با دیگران، تعیین اهداف براساس باورها و اعتقادات شخصی (خودمختاری) و راهگشایی در شرایط زندگی (تسلط بر محیط)، نسبت دادن معنا و جهت به زندگی (داشتن هدف)، استقبال از تجربیات زندگی و در حال رشد و بهبود بودن در طول زندگی (رشد شخصی) تعریف کرده است، به‌طوری‌که تمامی این اجزا ضروری‌اند و تأثیری متقابل بر هم می‌گذارند (ریف، ۲۰۱۳). ازاین‌رو ایجاد و افزایش بهزیستی، افراد را به‌سمت موفقیت در زندگی، ارتباط اجتماعی حمایتگرانه سالم‌تر و سلامت جسمی و روانی بالاتر هدایت می‌کند

1. Tran & Raffaelli
2. Liu & Wei
3. Lahav-Kadmiel & Brunstein-Klomek
4. Bilsky
5. Mastrotheodoros
6. Psychological well-being
7. Hanley
8. Twenge & Martin
9. Ryff

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

(کروس[1]، ۲۰۱۷).

کمال‌گرایی[2] یکی از سازه‌های مؤثر در بهزیستی روان‌شناختی است. کمال‌گرایی به‌منزلهٔ ویژگی رایج والدین، می‌تواند سبب بروز پیامدهایی مخرب بر سلامت روان و بهزیستی در زندگی نوجوانان شود (کارایاگیز[3] و همکاران، ۲۰۲۰)؛ هویت و فلت[4] (۱۹۹۱) کمال‌گرایی را به‌صورت یک ویژگی شخصیتی چندبعدی تعریف کرده‌اند که ویژگی آن قراردادن استانداردهای بسیار بالا و ارزیابی بیش‌ازحد انتقادی از خویشتن (خودمدار) یا دیگران (دیگرمدار) و باورهای مرتبط با خواسته‌های کمال‌گرایانه افراد مهم (جامعه‌مدار) است. پـژوهشگران عقیـده دارند که بعـد خودمدار کمال‌گرایی، بیشتر جنبه‌های مثبت کمال‌گرایی را شامل می‌شود و ابعاد جامعه‌مـدار و دیگرمدار می‌تواند بیانگر کمـــال‌گرایی منفی باشد (استوبر[5]، ۲۰۱۸). به‌طورکلی این ویژگی شخصیتی مادران از چند جنبه اهمیت دارد. در بعد فردی مطالعات نشان داده است که ابعاد کمال‌گرایی می‌تواند ضعف سلامتی را پیش‌بینی کند (مولنار[6] و همکاران، ۲۰۲۰) و با مجموعه‌ای از مشکلات مربوط به سلامت روان مانند افسردگی و اضطراب مرتبط است (اسمیت[7] و همکاران، ۲۰۱۸). در بعد میان‌ـفردی کمال‌گرایی مادران می‌تواند موجب کاهش عزت‌نفس و افزایش ترس از شکست در نوجوانان شود (محسن‌زاده و همکاران، ۱۳۹۵). از سویی هم پژوهشگران معتقدند که منشأ رشد کمال‌گرایی فرزندان، تعاملات والدـفرزند است. فرزندان همواره درپی راهی برای تأیید گرفتن از والدین‌اند که گرفتن این تأیید منوط به برآورده کردن معیارهای سطح بالای والدین است؛ ازاین‌رو دوران کودکی و نوجوانی از دوره‌های کلیدی رشد این ویژگی شخصیتی به شمار می‌رود (کارمو[8] و همکاران، ۲۰۲۱). تأثیر مادر در ایجاد کمال‌گرایی فرزندان به‌ویژه بعد جامعه‌مدار آن انکارناپذیر است. پژوهشها نشان داده‌اند کمال‌گرایی جامعه‌مدار با عناصر ناسالم شخصیت مانند روان‌رنجورخویی ارتبـاط دارد (اسمیت و همکاران، ۲۰۱۹) و سطـوح بالای کمـال‌گرایی جـامعه‌مدار به‌اختلالات شخصیتی گره خـورده اسـت (چن[9] و همکاران ، ۲۰۱۹). کمال‌گرایان جامعه‌مدار به‌طور افراطی منتقد و ریزبین‌اند؛ به شکلی که همواره ایرادات خود را در زندگی می‌شمارند (اسمیت و همکاران، ۲۰۱۹). پژوهشهای اخیر از ارتباط قوی و نیرومند میان کمال‌گرایی و تکانشگری حمایت می‌کنند (زیفمن[10] و همکاران،۲۰۲۰). همچنین در پژوهشهای بسیار بهزیستی روان‌شناختی پایین از پیامدهای

1. Crous
2. Perfectionism
3. Karayağız
4. Hewitt & Flett
5. Stoeber
6. Molnar
7. Smith
8. Carmo
9. Chen
10. Zeifman

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

منفی کمال‌گرایی به شمار آمده است که این رویکرد ذهنی میزان سلامتی در زندگی را مشخص می‌کند (جورج[1] و همکاران، ۲۰۲۰). همان‌طور که ملاحظه می‌شود پیامدهای مخرب جنبه منفی کمال‌گرایی طیفی وسیع از مسائل را در برمی‌گیرند که این دامنه حتی تا مرز خودکشی نیز پیش می‌رود (اسمیت و همکاران، ۲۰۱۸). لذا در راستای کاهش اثرات مخرب کمال‌گرایی مادر بر بهزیستی روان‌شناختی وی و همچنین آثار نامطلوب این ویژگی شخصیتی بر نوجوانان، درمانگری غیر دارویی یا مداخلات روان‌شناختی مؤثر ضرورت می‌یابد.

یکی از درمانهای غیردارویی که در دو دهۀ اخیر با مداخلات انعطاف‌پذیر خود برای انواع مسائل روان‌شناختی توانسته نظر بسیاری از نظریه‌پردازان و پژوهشگران را جلب کند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)[2] است. این درمان از درمانهایی است که در آن از مؤلفۀ ذهن‌آگاهی روان‌شناسی مثبت‌گرا بهره می‌گیرند و هدف آن دستیابی به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که می‌تواند هدف درمانی مهمی برای افراد کمال‌گرایِ با خودانتقادی بالا باشد و این موضوع کاربرد بالقوۀ ACT برای کمال‌گرایی را حمایت می‌کند (موروز و دانکلی[3]، ۲۰۱۹). در مدل‌سازی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آسیب‌شناسی روانی بر مبنای مفهوم «انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی» تعریف می‌شود. انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی به الگوهای خشک و ثابت رفتار اطلاق می‌شوند که در آنها رفتارها به‌جای آنکه با رویدادهای مستقیم و ارزشها هدایت شوند، با تجربه‌های درونی هدایت می‌شوند. ACT به‌جای اصلاح محتوای تجربیات درونی، رابطۀ افراد با این تجارب درونی را اصلاح می‌کند و بر رفتارهای معنادار و مؤثر در عین ذهن‌آگاهی و پذیرش تأکید دارد. تغییر رابطۀ افراد با تجارب درونی با چهار مؤلفۀ اصلی انجام می‌پذیرد: ۱) همجوشی‌زدایی شناختی، ۲) پذیرش، ۳) حضور در لحظه و ۴) حس انعطاف‌پذیری به خود[4] که مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی ACT را مفهوم‌سازی می‌کنند و با پرداختن به دو مؤلفۀ ارزشها و اقدامات متعهدانه به منظور دستیابی به زندگی رضایت‌بخش می‌کوشند (توهیگ[5] و همکاران، ۲۰۲۱؛ ترجمۀ عبدالهی و همکاران، ۱۴۰۱). شواهد پژوهشی در نمونه‌های مختلف حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی (پاسیار و همکاران، ۱۴۰۲؛ عبدالهی بقرآبادی و همکاران ۱۴۰۱، تریسی[6] و همکاران، ۲۰۱۸) و کمال‌گرایی (چوبساز و همکاران، ۱۴۰۲؛ معدنی و زمردی، ۱۴۰۱؛ اونگ[7]، ۲۰۱۹) بوده است، اما تاکنون هیچ پژوهشی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و کمال‌گرایی و ابعاد درون ـ فردی و میان ـ فردی آن، روی نمونه مادران

1. George
2. Acceptance and commitment therapy
3. Moroz & Dunkley
4. Flexible Sense of Self
5. Twohig
6. Tracey
7. Ong

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

دارای فرزند نوجوان را مورد بررسی قرار نداده است. با توجه به مطالعات اخیر مبنی بر شیوع فزاینده کمال‌گرایی (هویت[1] و همکاران، ۲۰۲۰) و مشکلات روان‌شناختی مرتبط با آن (اسمیت و همکاران، ۲۰۲۲) و آثار کمال‌گرایی مادران بر سلامت روان خود و خانواده، ازجمله نقش آنان در ایجاد این ویژگی در فرزندان، تصمیم بر آن شده است که اثربخش بودن این درمان بر ارتقای بهزیستی روان‌شناختی و کاهش کمال‌گرایی مادران آزموده شود و راهی برای پیشگیری از شیوع کمال‌گرایی و آثار مخرب آن بر فرد، خانواده و جامعه، به متخصصان سلامت روان ارائه شود. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و کمال‌گرایی و ابعاد آن در مادران دارای فرزند نوجوان بوده است.

روش تحقیق

روش تحقیق نیمه آزمایشی بود که با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل به همراه مرحله پیگیری انجام شد. جامعه آماری مادران دارای فرزند نوجوان مشغول به تحصیل در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ در شهرستان شهریار بودند که از میان آنها ۳۰ نفر به روش تصادفی انتخاب، سپس به تصادف در دو گروه ۱۵ نفری تقسیم شدند. برای انتخاب نمونه ابتدا از فهرست مدارس متوسطه اول دبیرستانهای شهریار، دبیرستان پسرانهٔ البرز به‌تصادف انتخاب شد، سپس از میان ۸۴ مادر داوطلب، ۳۰ مادر انتخاب شدند که در مقیاس کمال‌گرایی نمرهٔ بالاتر و در مقیاس بهزیستی روان‌شناختی نمرهٔ پایین‌تر کسب کرده بودند. آنها به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایشی در هشت جلسهٔ ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت گروهی مداخله مربوط به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت نمودند، در حالی‌که گروه کنترل (در فهرست انتظار) مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات مداخله و یک ماه بعد، برای گردآوری داده‌های مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری مجدداً از هر دو گروه خواسته شد که پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی و با امید کمک به سلامت روان و کاهش کمال‌گرایی اعضای گروه کنترل نیز، پس از مرحلهٔ پیگیری سه جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای مشاورهٔ گروهی برای آنها برگزار شد. ملاکهای ورود به پژوهش داشتن اشتیاق برای همکاری در پژوهش و رضایت آگاهانه، برخورداری از سواد خواندن و نوشتن برای تکمیل کردن پرسشنامه‌ها، عدم دریافت هرگونه برنامهٔ آموزشی یا روان‌درمانی موازی در طول مداخلات، برخورداری از سطح متوسط سلامت بدنی و روانی طبق مصاحبه و مشاهده بود. معیارهای خروج غیبت بیش از دو جلسه در دوره، انجام ندادن تمرینات وابسته ضمن و مابین جلسات بود. بر همین مبنا، یک نفر از اعضای گروه آزمایشی به دلیل پیگیری بیماری جسمی که ضمن برگزاری جلسات برای وی پیش آمد، از ادامه شرکت در جلسات بازماند که از تحلیل کنار گذاشته شد و تعداد افراد به ۱۴ نفر تقلیل یافت.

1. Hewitt

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

◉ ابزارهای پژوهش

در این پژوهش به منظور گردآوری داده‌ها از فرم کوتاه (۱۸ سؤالی) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۹) و مقیاس ۳۰ سؤالی کمال‌گرایی بشارت (۱۳۸۶) استفاده شده است.

- **مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف:** ریف برای سنجش مدل نظری خود یک ابزار خودگزارشی تهیه کرده که در این پژوهش فرم ۱۸ سؤالی مورد استفاده قرار گرفته است. در پژوهش خانجانی و همکاران (۱۳۹۳) پایایی بازآزمایی، ضریب به‌دست‌آمده برای نمره کلی ۰/۷۱، پذیرش خود ۰/۵۱، روابط مثبت با دیگران ۰/۷۵، خودپیروی ۰/۷۲، تسلط بر محیط ۰/۷۶، هدفمندی درزندگی ۰/۵۲ و رشد شخصی ۰/۷۳ نشان داده شده است. همچنین در پژوهشهای ریف و سینگر (۲۰۰۶) روی فرم ۱۸ سؤالی این پرسشنامه نشان داده شده که این فرم با فرم ۸۴ سؤالی دارای همبستگی بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ و از برازشی خوب برخوردار است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ بهزیستی ۰/۷۳ به دست آمده است. این مقیاس در پاسخهای کاملاً مخالفم، تاحدی مخالفم، کمی مخالفم، کمی موافقم، تاحدی موافقم، کاملاً موافقم به ترتیب از ۱ تا ۶ نمره‌گذاری می‌شود و سؤالات ۱،۳،۴،۵،۹،۱۰،۱۳،۱۷ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند.
- **مقیاس کمال‌گرایی بشارت (۱۳۸۶):** این مقیاس نسخه بومی‌شده‌ای است که بر اساس الگوی نظری کمال‌گرایی هویت و فلت (۱۹۹۱) تدوین شده و روی نمونه ایرانی اعتباریابی شده است. این مقیاس یک آزمون ۳۰ سؤالی است که ۱۰ ماده اول کمال‌گرایی خویشتن‌مدار، ۱۰ماده دوم کمال‌گرایی دیگرمدار و ۱۰ ماده آخر، کمال‌گرایی جامعه‌مدار را موردبررسی و ارزیابی قرار می‌دهد. در اعتباریابی اولیه فرم ایرانی این ابزار که روی ۵۰۰ دانشجوی دانشگاه تهران انجام شده، آلفای کرونباخ برای کمال‌گرایی خودمدار ۰/۹۰، برای کمال‌گرایی دیگرمدار ۰/۹۱ و برای کمال‌گرایی جامعه‌مدار ۰/۸۱ بوده که نشان‌دهندهٔ همسانی درونی خوبی است. ضریب همبستگی دو نوبت اجرای مقیاس برای ۷۸ دانشجو با فاصله چهارهفته‌ای برای کمال‌گرایی خودمدار ۰/۸۵، کمال‌گرایی دیگرمدار ۰/۷۹ و کمال‌گرایی جامعه‌مدار ۰/۸۴ بوده است که پایایی باز آزمایی بالای این فرم را نشان می‌دهد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به‌دست آمده است. این مقیاس برای پاسخهای کاملاً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم، کاملاً موافقم به ترتیب از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود. نمرهٔ کل کمال‌گرایی از مجموع نمرات سه بعد محاسبه می‌شود و خط برش نمرهٔ کمال‌گرایی ۹۰ است.
- **برنامهٔ جلسات:** برنامهٔ مداخله در هشت جلسه و با اقتباس از کتاب آموزش گام‌به‌گام اکت (توهیگ و همکاران، ۲۰۲۱؛ ترجمهٔ عبدالهی و همکاران، ۱۴۰۱) تنظیم شده است. خلاصه جلسات در جدول شماره ۱ آمده است.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

جدول ۱. شرح جلسات

جلسه	فعالیت
اول	● آشنایی اولیه، بیان مقررات، تعیین اهداف، موضوع ناامیدی خلاقانه
دوم	● بررسی تکالیف، معرفی کنترل به‌عنوان مشکل، کارایی کنترل، عادی‌سازی نیاز به کنترل، پذیرش به‌عنوان جایگزین کنترل
سوم	● بررسی تکلیف، مرور پذیرش، خودکار بودن فکر، توصیف همجوشی، تمرین ذهن آگاهانه برچسب زدن به فکر، نقض قوانین
چهارم	● بررسی تکالیف، ارزشها، مرور پذیرش، تمرین خودشفقتی، توجه انعطاف‌پذیر، همجوشی‌زدایی، جسمانی کردن فکر، تمرین دیدن افکار به‌صورت عینی‌تر، ذهن‌آگاهی، تمرین گذاشتن فکر روی پرده سینما
پنجم	● بررسی تکلیف، تمرین ذهن‌آگاهی، تمرین به... توجه کن، دیدگاه خود مشاهده‌گر، لزوم پذیرش و همجوشی‌زدایی، خود به‌عنوان زمینه
ششم	● بررسی تکلیف، هماهنگی عمل و ارزش، اهداف بر اساس ارزش با بارش فکری
هفتم	● بررسی تکالیف، مرور ارزشها، تعریف تعهدات رفتاری، تأکید بر تداوم اقدامات، تشبیه نمودار با روند صعودی
هشتم	● بررسی تکالیف، جمع‌بندی و گفتگو دربارهٔ جنبه‌های مثبت درمان، صحبت در مورد زمینه‌هایی که در آینده با آن درگیر می‌شوند، ترغیب حرکت در جهت زندگی هدفمند

به‌منظور تحلیل داده‌های پژوهش از شاخصهای آمار توصیفی و روش آماری تجزیه‌وتحلیل واریانس چند متغیری اندازه‌گیری مکرر استفاده شده و برای انجام دادن عملیات مذکور نرم‌افزار SPSS26 مورداستفاده قرار گرفته است.

یافته‌های پژوهش

میانگین متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی، کمال‌گرایی و ابعاد آن در گروههای آزمایشی و کنترل طی سه مرحله در جدول شماره ۲ نمایش داده شده است.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

جدول ۲. مقایسهٔ میانگین بهزیستی روان‌شناختی، کمال‌گرایی و ابعاد آن در دو گروه آزمایش و کنترل

		گروه آزمایشی		گروه کنترل	
متغیر وابسته	زمان	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۶۷/۳۵	۹/۵۲	۶۷/۹۳	۱۰/۸۲
	پس‌آزمون	۷۹/۸۵	۸/۱۹	۶۸/۴۰	۱۰/۴۷
	پیگیری	۷۹/۵۰	۸/۰۵	۶۸/۱۳	۱۰/۸۲
کمال‌گرایی	پیش‌آزمون	۹۸/۷۸	۷/۹۵	۹۷/۷۳	۹/۴۹
	پس‌آزمون	۸۶/۲۸	۷/۳۶	۹۸/۰۶	۹/۴۶
	پیگیری	۸۶/۸۵	۸/۹۴	۹۷/۹۳	۹/۵۷
کمال‌گرایی خودمحور	پیش‌آزمون	۳۲/۲۱	۴/۰۴	۳۲/۹۳	۴/۷۴
	پس‌آزمون	۲۷/۲۱	۴/۷۹	۳۳/۱۳	۴/۹۵
	پیگیری	۲۷/۲۱	۴/۴۴	۳۳	۴/۸۲
کمال‌گرایی دیگرمحور	پیش‌آزمون	۳۳/۴۲	۴/۴۸	۳۴/۷۳	۵/۵۰
	پس‌آزمون	۲۸/۲۱	۴/۱۳	۳۴/۴۰	۵/۱۵
	پیگیری	۲۷/۷۸	۴/۲۶	۳۴/۴۰	۵/۲۸
کمال‌گرایی جامعه‌مدار	پیش‌آزمون	۳۳/۱۴	۵/۳۱	۳۰/۰۶	۶/۳۵
	پس‌آزمون	۳۰/۸۵	۴/۰۳	۳۰/۰۶	۶/۲۱
	پیگیری	۳۱/۸۵	۶/۲۴	۲۹/۸۶	۶/۳۱

به‌منظور تحلیل داده‌ها با روش اندازه‌گیری مکرر، مفروضه‌های نرمالیتی، کرویت موچلی و همگنی واریانسها بررسی شده است. از آنجاکه حجم نمونه کمتر از ۵۰ نفر بود، برای بررسی نرمالیتی داده‌ها از آزمون شاپیرو ـ ویلک و برای بررسی همسانی واریانسهای متغیرهای وابسته در بین گروهها از آزمون لوین

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

استفاده شد و نتایج نشان داد فرض نرمال بودن و همسانی واریانس داده‌ها رعایت شده است. برای بررسی همگنی کوواریانسها از آزمون ام‌باکس استفاده شد که برای متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی (۵/۹۴)، کمال‌گرایی (۱۰/۲۱)، کمال‌گرایی خودمدار (۱۱/۶۲)، کمال‌گرایی دیگرمدار (۵/۹۲) و کمال‌گرایی جامعه‌مدار (۸/۱۰) به‌دست آمده و در سطح ۰/۰۱ معنادار شده، لذا برای بررسی همگنی کوواریانس متغیرها از آزمون رد پیلایی استفاده شده که نتایج آن در جدول شماره ۳ آمده است.

جدول ۳. آماره‌های چند متغیره (آزمون رد پیلایی)

متغیر وابسته	منبع	Value	F	درجه آزادی مفروض	درجه آزادی خطا	معناداری
بهزیستی روان‌شناختی	زمان	۰/۸۸	۱۰۴/۳۲	۲	۲۶	۰/۰۰۱
	تعامل گروه ـ زمان	۰/۸۸	۱۰/۷۶	۲	۲۶	۰/۰۰۱
کمال‌گرایی	زمان	۰/۶۲	۲۱/۵۰	۲	۲۶	۰/۰۰۱
	تعامل گروه ـ زمان	۰/۶۳	۲۲/۵۴	۲	۲۶	۰/۰۰۱
کمال‌گرایی خودمدار	زمان	۰/۵۴	۱۵/۸۱	۲	۲۶	۰/۰۰۱
	تعامل گروه ـ زمان	۰/۵۸	۱۸/۰۵	۲	۲۶	۰/۰۰۱
کمال‌گرایی دیگرمحور	زمان	۰/۶۲	۲۱/۶۹	۲	۲۶	۰/۰۰۱
	تعامل گروه ـ زمان	۰/۶۵	۲۴/۱۳	۲	۲۶	۰/۰۰۱
کمال‌گرایی جامعه‌مدار	زمان	۰/۱۵	۲/۲۹	۲	۲۶	۰/۱۲
	تعامل گروه ـ زمان	۰/۱۵	۲/۴۲	۲	۲۶	۰/۱۰

بنا به نتایج جدول شماره ۳، معناداری کل در سطح ۰/۰۵ برای متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی، کمال‌گرایی، کمال‌گرایی خودمدار و کمال‌گرایی دیگرمدار تأیید شده است، یعنی گروهها در این متغیرها حداقل در یکی از مراحل تفاوتی معنادار داشتند، اما برای کمال‌گرایی جامعه‌مدار معنادار نشده و فرضیه تفاوت معنادار گروهها در گذر زمان برای این متغیر رد شده است.

پس از بررسی مفروضه‌های مدل اندازه‌گیری مکرر برای تحلیل فرضیه‌های پژوهش، ابتدا به بررسی آماره موچلی پرداخته شده و برای اطمینان از همسانی واریانس درون‌گروهی از آزمونهای متناسب استفاده شده که نتایج آنها برای خلاصه‌سازی جداول داده‌ها، در جدول شماره ۴ ادغام شده است.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

جدول ۴. آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیره

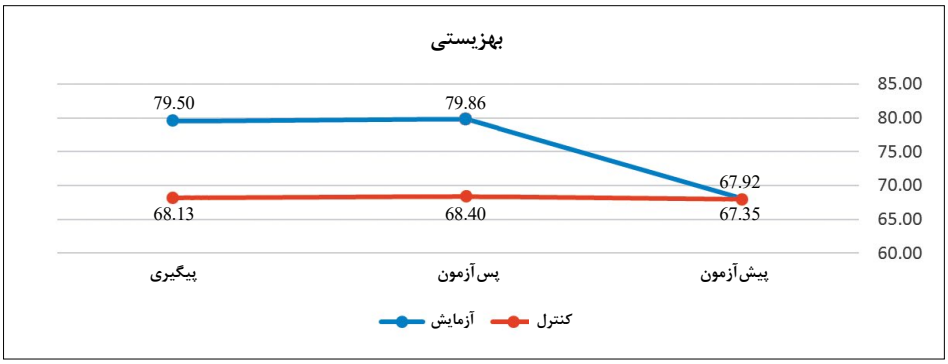
	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
بهزیستی روان‌شناختی	گروهها	۱۱۹۴/۷۲	۱	۱۱۹۴/۷۲	۴/۲۳	۰/۰۴
	خطا	۷۶۱۰/۱۹	۲۷	۲۸۱/۸۵		
	مراحل	۷۷۴/۵۱	۲	۳۸۷/۲۵	۲۰۰/۱۱	۰/۰۰۱
	گروه ـ مراحل	۶۹۳/۸۲	۲	۳۴۶/۹۱	۱۷۹/۲۶	۰/۰۰۱
	خطا	۱۰۴/۴۹	۵۴	۱/۹۳		
کمال‌گرایی	گروهها	۱۱۴۷/۶۳	۱	۱۱۴۷/۶۳	۵/۴۴	۰/۰۲
	خطا	۵۶۴۱/۹۵	۲۷	۲۱۰/۸۱		
	مراحل	۶۸۹/۸۱	۱/۳۲	۵۲۰/۴۲	۲۷/۶۴	۰/۰۰۱
	گروه ـ مراحل	۷۵۳/۸۱	۱/۴۱	۵۳۱/۱۳	۳۰/۲۰	۰/۰۰۱
	خطا	۶۷۳/۷۷	۷۸/۳۵	۱۸/۸۲		
کمال‌گرایی خودمدار	گروهها	۳۷۲/۵۷	۱	۳۷۲/۵۷	۶/۷۵	۰/۰۱۵
	خطا	۱۴۹۰/۰۴	۲۷	۵۵/۱۸		
	مراحل	۱۱۴/۴۰	۲	۵۷/۲۰	۱۱/۸۰	۰/۰۰۱
	گروه ـ مراحل	۱۲۷/۲۷	۲	۶۳/۶۳	۱۳/۱۳	۰/۰۰۱
	خطا	۲۶۱/۶۸	۵۴	۴/۸۴		
کمال‌گرایی دیگرمدار	گروهها	۵۶۰/۴۸	۱	۵۶۰/۴۸	۸/۳۱	۰/۰۰۸
	خطا	۱۸۱۹/۵۸	۲۷	۶۷/۳۹		
	مراحل	۱۳۰/۴۸	۱/۵۸	۸۲/۳۲	۲۸/۸۴	۰/۰۰۱
	گروه ـ مراحل	۱۵۶/۱۸	۱/۵۸	۹۸/۵۳	۳۴/۵۲	۰/۰۰۱
	خطا	۱۲۲/۱۵	۴۲/۷۹	۲/۸۵		

برای متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی، کمال‌گرایی و ابعاد خودمدار و دیگرمدار کمال‌گرایی با منبع تغییرات گروهها آماره F در سطح ($p<۰/۰۵$) معنادار شده است، یعنی میان دو گروه تفاوتی معنادار وجود دارد. آماره F مراحل و گروه ـ زمان نیز در سطح ($p<۰/۰۵$) معنادار شده است که نشان‌دهندهٔ

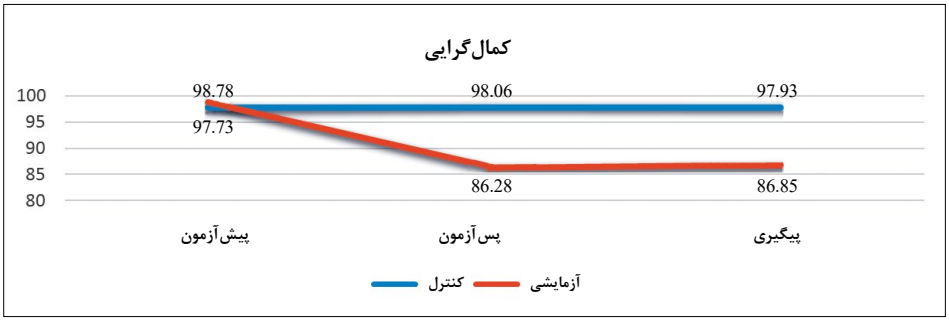
[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

معناداری تغییرات دو گروه بدون در نظر گرفتن گروه درگذر زمان است. همچنین تفاوتی معنادار میان دو گروه در سه مرحله مشاهده شده است.

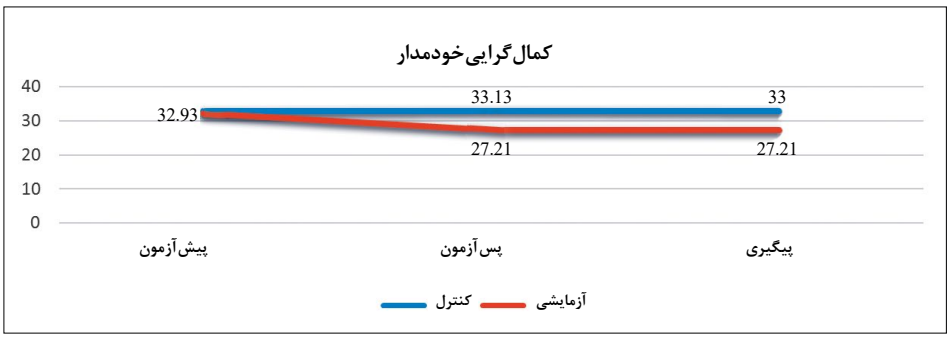
تفاوت میانگین متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل طی سه مرحله آمده است:



نمودار ۱. تفاوت میانگین متغیر بهزیستی روان‌شناختی گروه آزمایش و کنترل طی سه مرحله

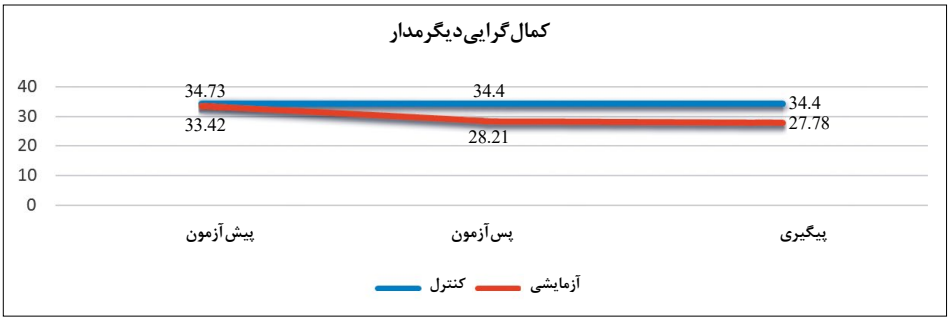


نمودار ۲. تفاوت میانگین متغیر کمال‌گرایی گروه آزمایش و کنترل طی سه مرحله



نمودار ۳. تفاوت میانگین متغیر کمال‌گرایی خودمدار گروه آزمایش و کنترل طی سه مرحله

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]



نمودار ۴. تفاوت میانگین متغیر کمال‌گرایی دیگرمدار گروه آزمایش و کنترل طی سه مرحله

افزایش میانگین متغیر بهزیستی روان‌شناختی و کاهش میانگین متغیرهای کمال‌گرایی و هر دو بعد خودمدار و دیگرمدار کمال‌گرایی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحلهٔ پس‌آزمون، نشان‌دهنده اثربخش بودن درمان و در مرحله پیگیری حاکی از پایداری درمان است.

در جدول شماره ۵ نتایج مقایسهٔ زوجی سه مرحله‌ای به نمایش گذاشته شده است.

جدول ۵. نتایج مقایسهٔ زوجی سه مرحله‌ای

متغیر	گروه	مراحل	تفاوت میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	معناداری
بهزیستی روان‌شناختی	آزمایش	پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون	-۱۲/۵۰	۳/۲۲	۱۳	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون ـ پیگیری	۰/۳۵	۰/۸۴	۱۳	۰/۱۳۶
		پیش‌آزمون ـ پیگیری	-۱۲/۱۴	۳/۳۴	۱۳	۰/۰۰۱
	کنترل	پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون	-۰/۴۶	۱/۲۴	۱۴	۰/۱۶۹
		پس‌آزمون ـ پیگیری	۰/۲۶	۰/۹۶	۱۴	۰/۳۰۱
		پیش‌آزمون ـ پیگیری	-۰/۲۰	۰/۵۶	۱۴	۰/۱۸۹
کمال‌گرایی	آزمایش	پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون	۱۲/۵۰	۱/۹۶	۱۳	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون ـ پیگیری	-۰/۵۷	۱/۰۴	۱۳	۰/۵۹
		پیش‌آزمون ـ پیگیری	۱۱/۹۲	۲/۴۰	۱۳	۰/۰۰۱
	کنترل	پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون	-۰/۳۳	۰/۲۸	۱۴	۰/۲۶
		پس‌آزمون ـ پیگیری	۰/۱۳	۰/۴۲	۱۴	۰/۷۵
		پیش‌آزمون ـ پیگیری	-۰/۲۰	۰/۲۰	۱۴	۰/۳۳

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

جدول ۵. (ادامه)

متغیر	گروه	مراحل	تفاوت میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	معناداری
کمال‌گرایی خودمدار	آزمایش	پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون	۵	۰/۹۲	۱۳	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون ـ پیگیری	۰	۱/۳۰	۱۳	۱
		پیش‌آزمون ـ پیگیری	۵	۱/۲۹	۱۳	۰/۰۰۲
	کنترل	پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون	-۰/۲۰	۰/۱۴	۱۴	۰/۱۸
		پس‌آزمون ـ پیگیری	۰/۱۳	۰/۱۳	۱۴	۰/۳۳
		پیش‌آزمون ـ پیگیری	-۰/۰۶	۰/۱۵	۱۴	۰/۶۷
کمال‌گرایی دیگرمدار	آزمایش	پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون	۵/۲۱	۰/۷۴	۱۳	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون ـ پیگیری	۰/۴۲	۰/۵۴	۱۳	۰/۴۴
		پیش‌آزمون ـ پیگیری	۵/۶۴	۱	۱۳	۰/۰۰۱
	کنترل	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۰/۱۳	۰/۲۱	۱۴	۰/۵۴
		پس‌آزمون ـ پیگیری	۰/۳۸	۰/۲۲	۱۴	۰/۲۰
		پیش‌آزمون ـ پیگیری	۰/۰۵۵	۰/۱۵	۱۴	۰/۳۳

با توجه بـه مندرجـات جـدول شمـاره ۵، تفـاوت میـانگین گـروه آزمـایش در مقایسـهٔ مـرحلهٔ پیش‌آزمون-پس‌آزمون برای متغیرهای بهزیستی و کمال‌گرایی و هر دو بعد کمال‌گرایی خودمدار و دیگرمدار در سطح ۰/۰۵ معنادار است، یعنی در گروه آزمایش بهزیستی افزایش و کمال‌گرایی و هر دو بعد کمال‌گرایی خودمدار و دیگرمدار آن کاهش معناداری داشته است. درحالی‌که این تفاوت برای گروه کنترل معنادار نیست، یعنی از مرحلهٔ پیش‌آزمون تا پس‌آزمون میانگین گروه کنترل تفاوت معنادار نداشته است. در مقایسهٔ پیش‌آزمون با مرحلهٔ پیگیری، تفاوت میانگین گروه آزمایش معنادار است و نشان‌دهندهٔ اثربخش بودن درمان پس از گذشت زمان است. این مقدار در گروه کنترل معنادار نیست و عدم تغییر آن از مرحلهٔ پیش‌آزمون تا پیگیری را نشان می‌دهد. مقایسهٔ میانگین پس‌آزمون با پیگیری در گروه آزمایش برای متغیرهای مورد بررسی معنادار نیست، یعنی با گذشت یک ماه از مداخله تغییرات پایدار است. بـرای گـروه کـنترل نیز در ایـن مـرحله تفـاوتی وجود نداشت و از عدم وجود تغییر معنادار این‌گروه با گذشت زمان حکایت می‌کند.

نتایج مقایسهٔ تفاوت میانگین دو گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله زمانی در جدول شماره ۶ به نمایش گذاشته شده است:

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

جدول ۶. نتایج مقایسهٔ میانگینها در سه مرحله زمانی

متغیر	مرحله زمانی	تفاوت میانگین گروه آزمایش با کنترل	خطای استاندارد برآورد	سطح معناداری
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	-۰/۵۷	۳/۷۹	۰/۸۸
	پس‌آزمون	۱۱/۴۵	۳/۵۱	۰/۰۰۳
	پیگیری	۱۱/۳۶	۳/۵۶	۰/۰۰۴
کمال‌گرایی	پیش‌آزمون	۱/۰۵	۳/۲۶	۰/۷۵
	پس‌آزمون	-۱۱/۷۸	۳/۱۶	۰/۰۰۱
	پیگیری	-۱۱/۰۷	۳/۴۴	۰/۰۰۳
کمال‌گرایی خودمدار	پیش‌آزمون	-۰/۷۱	۱/۶۴	۰/۶۶
	پس‌آزمون	-۵/۹۱	۱/۷۸	۰/۰۰۳
	پیگیری	-۵/۷۸	۱/۷۵	۰/۰۰۳
کمال‌گرایی دیگرمدار	پیش‌آزمون	-۱/۳۰	۱/۸۷	۰/۴۹
	پس‌آزمون	-۶/۶۵	۱/۷۴	۰/۰۰۱
	پیگیری	-۷/۲۸	۱/۸۳	۰/۰۰۱

تفاوت میانگین گروه آزمایش با کنترل در مرحلهٔ پیش‌آزمون برای متغیرهای بهزیستی و کمال‌گرایی و هر دو بعد کمال‌گرایی خودمدار و دیگرمدار معنادار نشده است، یعنی میان دو گروه در مرحلهٔ پیش‌آزمون تفاوت معنادار وجود نداشته است. در مرحلهٔ پس‌آزمون تفاوت میانگین گروه آزمایش با کنترل در سطح ۰/۰۵ معنادار است که حاکی از اثربخشی مداخله بر گروه آزمایش است. در مرحلهٔ پیگیری نیز تفاوت میانگین گروه آزمایش با کنترل نشان می‌دهد که باوجود گذشت یک ماه از مداخله، تغییرات پایدار است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای بهزیستی روان‌شناختی و کاهش کمال‌گرایی و ابعاد خودمدار و دیگرمدار آن اثربخش است و این اثربخشی در طول دورهٔ پیگیری یک ماهه حفظ شده است. یافتهٔ مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای بهزیستی روان‌شناختی با پژوهشهای پاسیار و همکاران (۱۴۰۲)، عبدالهی بقرآبادی

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

و همکاران (۱۴۰۱) و تریسی و همکاران (۲۰۱۸)، فریدمن[1] و همکاران (۲۰۱۷) و ویکسل[2] و همکاران (۲۰۱۵) همخوان است. در تبیین این اثربخشی می‌توان گفت این درمان با کارکردن روی ذهن‌آگاهی و عمل ارزش‌مدار زمینهٔ تقویت توانایی فرد را برای روبه‌رو شدن با تجربیاتش در لحظه حال مهیا می‌کند و به فرد کمک می‌کند تا خود را غرق در دلواپسی و نگرانی نکند (توهیگ و همکاران، ۲۰۱۸) و در موقعیتهای چالش‌برانگیز، اتفاقات استرس‌زا را بپذیرد. همین عنصر پذیرش گامی مؤثر در ارتقای بهزیستی روان‌شناختی ایجاد می‌کند، زیرا هرچه افراد نسبت به اتفاقات پیش‌آمده پذیرش بیشتری داشته باشند انعطاف‌پذیری بیشتری را از خود به نمایش می‌گذارند که با ارتقای بهزیستی روان‌شناختی همراه است (اوستر‌گارد[3] و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین پذیرش موقعیتهای استرس‌زا سبب می‌شود که فرد به گونه‌ای مثبت چارچوب فکری خود را بازسازی کند و صبورتر و تاب‌آورتر باشد (گلاستر[4] و همکاران، ۲۰۱۷). نتیجه آن، اینکه تعاملات مثبت بیشتری با دیگران ایجاد می‌کند. در این درمان در گام نخست به فرد آموخته می‌شود که هر نوع عملی در راستای دوری و کنترل تجربیات درونی ناخواسته بی‌تأثیر است و حتی اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود (ناامیدی خلاقانه)، لذا لازم است بدون هیچ واکنش درونی یا بیرونی در راستای حذف آنها، این تجربیات را پذیرفت. در مرحلهٔ بعد، با آموزش تمرینات «بودن در لحظهٔ حال»، بر آگاهی روانی شخص افزوده می‌شود، یعنی فرد به‌طور ارادی بر تجربیات زمان حال خود توجه می‌کند و تمرین می‌کند تا توجه خود را به جای گذشته و آینده به زمان حال معطوف کند. پس از آن با کمک تمرینهای «همجوشی‌زدایی» به وی آموخته می‌شود که خود را از تجربیات درونی جدا کند و مطابق با آنها رفتار نکند. همچنین «خویشتن» را از خودِ مفهومی‌شده‌ای که مانع اقدامات و رفتارهای مؤثر می‌شود، جدا ببیند، لذا دیگر خود را ملزم به پیروی از باورهای منسوب به خود نمی‌داند و می‌تواند مستقل از آنها عمل کند که این امر سبب ارتقای «خودمختاری» وی می‌شود. در بخش عملی درمان، ابتدا با کمک استعاره‌های متنوع به شناسایی ارزشهای فرد پرداخته می‌شود، سپس اهداف رفتاریِ واضح، مشخص، عملی و زمان‌دار که همراستا با ارزشهای فرد است تعیین و در طول درمان به‌مثابه تکلیف به فرد محول می‌شود که سبب می‌شود فرد احساس «هدفمندی» بیشتری داشته باشد. همچنین با تأکید بر این تعهدات رفتاری که ابتدای هر جلسه مرور می‌شود، فرد هر چه بیشتر به‌سمت انجام دادن رفتارهای ارزش‌مدار ترغیب می‌شود. در صورتی که فرد درطول درمان تمرین کند، احوالات درونی خود را بپذیرد و برای اجتناب یا کنترل تجربیات درونی تلاش نکند، آسان‌تر

1. Friedman
2. Wicksell
3. Østergaard
4. Gloster

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

می‌تواند در راســـتای اهداف تعیین‌شده عمل کند و در نتیجه احساس «تسلط بر محیط» داشته باشد که به‌تدریج ارتقای رشد فردی خواهد یافت. با نگاهی به روند تغییرات ایجاد شده مشاهده می‌شود که همهٔ مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی از جمله داشتن هدف، پذیرش، خودمختاری، رشـــد شخصی و احساس تسلط بر محیط و تعامل مثبت با دیگران در طول درمان تقویت شده و در نتیجه بهزیستی روان‌شناختی فرد ارتقا یافته است.

یافتهٔ پژوهش در مورد اثربخشـــی درمان مبتنی بر پذیـــرش و تعهد بر کاهش کمال‌گرایی با پژوهشهای چوبساز و همکاران (۱۴۰۲)، معدنی و زمردی (۱۴۰۱)، همچنین پژوهشهای خارجی اونگ (۲۰۱۹) به‌طور مســـتقیم و با پژوهشـــهای خادم و همکاران (۱۴۰۲) و اسدی اســـدآباد و همکاران (۱۴۰۱) نیز که اثر درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر کمال‌گرایی را نشان می‌دادند به‌طور غیرمستقیم همخوان است. در تبیین اثربخشی این درمان می‌توان گفت افراد کمال‌گرا با پایبندی سخت به استانداردهای غیرمنطقی و غیرقابل دستیابی که منجر بر انعطاف‌ناپذیری آنها می‌شود، باور دارند که می‌توانند به نتیجهٔ کامل برســـند و در صورت نرســـیدن به این استانداردها، ترس از شکست و نشخوار فکری در مورد ضعفها و شکستها و موقعیتهای استرس‌زا به نگرانیها و اضطراب مفرط در آنها منجر می‌شـــود (هو[1] و همکاران، ۲۰۲۱). این درمان سه مکانیزم اصلی را پیشنهاد می‌کند: ۱) کاهش اجتناب تجربه‌ای، ۲) افزایش ناهمجوشـــی شناختی و ۳) شفاف‌سازی ارزشها (بیسگایر[2]، ۲۰۱۹). در واقع افراد در این درمان به کمک تمرینهای «ذهن‌آگاهی» می‌آموزند به‌طور انعطاف‌پذیرتری نســـبت به احساســـات و افکار خود واکنش نشان دهند و تنها به دلیل اضطرابها، نشخوارهای فکری و نگرانیهای افراطی، دست به رفتارهای کمال‌گرایانه نزند. تمرین بودن در زمان حال به افراد کمک می‌کند به تجربه خود در زمان حال توجه کنند و از اضطرابها و نشـــخوارهای فکری مرتبط با اهداف کمال‌گرایانه، جدا شـــود. همچنین ناهمجوشی شناختی که در این درمان فراگرفته می‌شود به فرد کمک می‌کند تا از تفکرات انعطاف‌ناپذیر، خشک و غیرواقع‌بینانه‌ای مانند تفکر همه یا هیچ یا تفکر بایداندیشی جدا شوند. به‌طورمثال با کمک تمرینهای همجوشی‌زدایی افراد می‌آموزند نظاره‌گر افکار خود باشـــند و خود را ناچار به انجام دادن رفتار مطابق افکار کمال‌گرایانه ندانند. پس از شناسایی به درجه‌بندی ارزشهای شخصی افراد و سپس تعیین اهداف عملی پرداخته می‌شود و همواره در طول درمان روی واقع‌بینانه و عملی بودن اهداف تأکید می‌شود که به‌تدریج ســـبب معقول‌تر و واقع‌بینانه‌تر شدن اهداف کمال‌گرایانه می‌شود. افزون بر این تجربهٔ انجام دادن رفتارهایی در راســـتای هدف شخصی به فرد انگیزهٔ بیشتری برای پذیرش احساسات ناخوشایند و ناهمجوشی با افکار کمال‌گرایانه می‌دهد.

1. Hu
2. Bisgaier

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

در پژوهش حاضر دیده شد که تفاوتی معنادار در کمال‌گرایی خودمدار و دیگرمدار گروه آزمایشی ایجاد شد، درحالی‌که در بعد جامعه‌مدار تفاوت معنادار دیده نشد. ازآنجایی‌که در پژوهشهای صورت‌گرفته در مورد بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کمال‌گرایی از مقیاسهای متفاوتی مانند مقیاس کمال‌گرایی اهواز، هیل، تهران و... که هر کدام ابعاد مختلفی از کمال‌گرایی را می‌سنجند، استفاده شده بود، مقایسهٔ میان این پژوهش و پژوهشهای دیگر درمورد اثرگذاری درمان بر ابعاد امکان‌پذیر نیست. در این میان تنها پژوهش چوبساز و همکاران (۱۴۰۲) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سه بعد خودمدار، دیگرمدار و جامعه‌مدار کمال‌گرایی در پرستاران بخش کرونا را که به اختلال وسواس مبتلا شده بودند بررسی و تأیید کرده است، اما در این پژوهش نیز در مرحلهٔ پیگیری اثربخشی بر بعد جامعه‌مدار حفظ نشده بود. در مورد عدم اثربخشی این درمان بر بعد کمال‌گرایی جامعه‌مدار می‌توان گفت که این بعد از کمال‌گرایی به‌احساس ضرورت برای برآوردن استانداردهای تجویزشده از سوی افراد مهم می‌پردازد و پنج گویه از ده‌گویهٔ این مقیاس در مورد تجربیات و برداشتهای دوران کودکی فرد دربارهٔ استانداردهای بالای والدین و خانواده است و یافتهٔ این پژوهش می‌تواند به دلیل وجود والدینی سخت‌گیر و خانواده‌ای کمال‌گرا باشد. در تبیین تفاوت نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش چوبساز و همکاران (۱۴۰۲) که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر هر سه بعد کمال‌گرایی تأیید کرد، می‌توان این‌گونه بیان کرد که آن پژوهش هم از نظر مداخلات، بر اساس درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت بود و هم از نظر تعداد و مدت جلسات نسبت به این پژوهش طولانی‌تر بود، همچنین درآن پژوهش از پرسشنامه‌ای متفاوت استفاده شده بود که هر کدام از این موارد ممکن است دلیلی بر تفاوت یافته‌های دو پژوهش باشد.

اکنون به‌عنوان نتیجه‌گیری می‌توان بیان کرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای بهزیستی روان‌شناختی و کاهش کمال‌گرایی مادران دارای فرزند نوجوان اثرگذار است و از آنجا که این دو متغیر به‌ویژه در دوران نوجوانی از اهمیتی به‌سزا در تعاملات والد ـ نوجوان و سلامت خانواده برخوردارند، لذا درمانگران و مشاوران و متخصصان سلامت می‌توانند در مراکز درمانی و آموزشی ازاین‌روش منعطف درکنار سایر درمانها بهره ببرند.

یکی از محدودیتهای این پژوهش تعداد محدود شرکت‌کنندگان بود، ازاین‌رو برای تعمیم نتایج باید دقت و توجه لازم مبذول شود. همچنین با توجه به اینکه این پژوهش روی مادران دارای فرزند نوجوان پسر انجام گرفته است و طبق مدل یادگیری اجتماعی، فرزندان تمایل دارند از رفتار کمال‌گرایانه والدین همجنس تقلید کنند، پیشنهاد می‌شود اثربخشی بر کمال‌گرایی مادران دارای فرزند نوجوان دختر نیز بررسی شود و از نتایج به‌دست آمده در راستای اهداف پیشگیرانه و درمانی استفاده شود. به علاوه با مدنظر قراردادن این موضوع که افراد کمال‌گرا نیاز به درمانهای

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

گروهی طولانی‌مدت دارند (یالوم و لشنج[1]، ۲۰۰۵؛ ترجمهٔ یاسایی، ۱۴۰۱) برای اثرگذاری مؤثرتر روی کمال‌گرایی پیشـــنهاد می‌شود که از تعداد جلسات بیشتری استفاده شود. باتوجه به اهمیت بعد جامعه‌مدار کمال‌گرایی و پیامدهای مخرب آن، پیشـــنهاد می‌شـــود که در پژوهشهای آتی با به‌کاربردن مقیاسهایی که این بعد را مدنظر قرار می‌دهند، اثربخشی درمانهای متفاوت بر این بعد بیشتر مورد بررسی قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

در تمام مراحل ســـعی شـــده اســـت که اصول اخلاقی مدنظر قرار گیرد و ضمن رعایت حق انتخاب شـــرکت‌کنندگان برای شرکت در جلســـات به آنها اطمینان داده شد که اصول رازداری رعایت شود و حریم شخصی آنها مورد احترام است.

تضاد منافع

بدین وسیله اعلام می‌شود این اثر یک پژوهش مستقل بوده و هیچگونه تضاد منافعی با سازمان و اشخاص دیگری ندارد.

تقدیر و تشکر

از همه شرکت‌کنندگان در این پژوهش و جناب آقای دکتر عباس مرزبان
مشاور محترم دبیرستان البرز که به شکلی مؤثر
در انجام این پژوهش همکاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

1. Yalom & Leszcz

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

منابع

REFERENCES

اسدی اسدآباد، رضوانه؛ ایمانی، سعید؛ فتح‌آبادی، جلیل و نوروزی، علیرضا. (۱۴۰۱). اثربخشی گروه‌درمانی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کمال‌گرایی مثبت و منفی در مردان مبتلابه اختلال مصرف مواد افیونی در مقایسه با درمان‌های رایج. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۱۳ (۳)، ۳۵۹-۳۴۳.

DOI: 10.22059/JAPR.2022.329366.643957

بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۶). ساخت و اعتباریابی مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی تهران. *مجله پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۱۰ (۱ و ۲)، ۴۹-۶۷.

پاسیار، سحر؛ بقولی، حسین؛ برزگر، مجید و سهرابی، نادره. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب سلامت، تصویر بدنی و بهزیستی روان‌شناختی در زنان مبتلابه سرطان سینه ماستکتومی شده. *خانواده و بهداشت*، ۱۳ (۱)، ۳۸-۵۲.

توهیگ، مایکل؛ لوین، مایکل و اونگ، کلاریسا. (۱۴۰۱). *آموزش گام‌به‌گام ACT*، ترجمه عباس عبدالهی، آرزو ضاربی و شعبانعلی شعبان‌زاده. چاپ اول. تهران: انتشارات ارجمند. (سال انتشار اثر اصلی:۲۰۲۱).

چوبساز، آیدا؛ طاهر، محبوبه؛ طباطبایی، سید موسی و حسین‌خانزاده، عباسعلی. (۱۴۰۲). اثربخشی برنامه درمانی مجازی پذیرش و تعهد مبتنی بر شفقت بر کمال‌گرایی و اضطراب مرگ پرستاران مبتلابه صفت شخصیتی وسواسی ـ جبری: یک‌مطالعه نیمه تجربی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۲۲ (۳)، ۲۵۹-۲۷۶.

DOI: 10.52547/JRUMS.22.3.5

خادم، صدیقه؛ فخری، محمدکاظم و عمادیان، سیده‌علیا. (۱۴۰۲). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نشخوار فکری، کمال‌گرایی و آمیختگی فکر ـ عمل زنان مبتلابه وسواس فکری ـ عملی. *مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان*، ۴ (۴)، ۱۴۷-۱۶۳.

DOI: 10.61186/JAYPS.4.4.147

خانجانی، مهدی؛ شهیدی، شهریار؛ فتح‌آبادی، جلیل؛ مظاهری، محمدعلی و شکری، امید. (۱۳۹۳). بررسی ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه (۱۸ سؤالی) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف در دانشجویان پسر و دختر. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۹ (۳۲)، ۲۷-۳۶.

عبدالهی بقرآبادی، قاسم؛ کریمی، فاطمه و سلیمانی راوندی، آذر. (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب اجتماعی ناشی از کووید-۱۹. *فصلنامه ایده‌های نوین روان‌شناسی*، ۱۳ (۱۷)، ۱-۱۶.

محسن‌زاده، فرشاد؛ جهان‌بخشی، زهرا؛ کشاورز افشار، حسین؛ افطاری، شکوه و گودرزی، رضا. (۱۳۹۵). نقش ترس از شکست و ویژگی‌های شخصیتی در پیش‌بینی اهمال‌کاری تحصیلی دانش‌آموزان. *مجله روان‌شناسی مدرسه*، ۵ (۲)، ۹۲-۱۰۸.

معدنی، فرناز و زمردی، سعیده. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی و کمال‌گرایی در زنان. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۹ (۱۲)، ۳۳۴-۳۴۳.

یالوم، اروین دی. و لشچ، مولین. (۱۴۰۱). *روان‌درمانی گروهی: مباحث نظری و کاربردی*، ترجمه مهشید یاسایی. تهران: نشر دانژه. چاپ سیزدهم. (سال انتشار اثر اصلی:۲۰۰۵).

Bilsky, S. A., Friedman, H. P., Karlovich, A., Smith, M., & Leen-Feldner, E. W. (2020). The interaction between sleep disturbances and anxiety sensitivity in relation to adolescent anger responses to parent adolescent conflict. *Journal of Adolescence*, *84*, 69-77. doi: 10.1016/j.adolescence.2020.08.005

Bisgaier, S. (2019). *Acceptance and commitment therapy for the treatment of perfectionism*. Widener University. ProQuest Dissertations Publishing.

Carmo, C., Oliveira, D., Brás, M., & Faísca, L. (2021). The influence of parental perfectionism and parenting styles on child perfectionism. *Children*, *8*(9), 777.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

https://doi.org/10.3390/children8090777

Chen, C., Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Roxborough, H. M. (2019). Multidimensional perfectionism and borderline personality organization in emerging adults: A two-wave longitudinal study. *Personality and Individual Differences*, *146*, 143-148. https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.04.011

Crous, G. (2017). Child psychological well-being and its associations with material deprivation and type of home. *Children and Youth Services Review*, *80*, 88-95. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.06.051

Friedman, E. M., Ruini, C., Foy, R., Jaros, L., Sampson, H., & Ryff, C. D. (2017). Lighten UP! A community-based group intervention to promote psychological well-being in older adults. *Aging & Mental Health*, *21*(2), 199-205. doi: 10.1080/13607863.2015.1093605

George, L. S., Maciejewski, P. K., Epstein, A. S., Shen, M., & Prigerson, H. G. (2020). Advanced cancer patients' changes in accurate prognostic understanding and their psychological well-being. *Journal of Pain and Symptom Management*, *59*(5), 983-989. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2019.12.366

Gloster, A. T., Meyer, A. H., & Lieb, R. (2017). Psychological flexibility as a malleable public health target: Evidence from a representative sample. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *6*(2), 166-171. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.02.003

Hanley, A. W., Baker, A. K., & Garland, E. L. (2017). Self-interest may not be entirely in the interest of the self: Association between selflessness, dispositional mindfulness and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, *117*, 166-171. https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.05.045

Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*(3), 456–470. https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.456

Hewitt, P. L., Smith, M. M., Deng, X., Chen, C., Ko, A., Flett, G. L., & Paterson, R. J. (2020). The perniciousness of perfectionism in group therapy for depression: A test of the perfectionism social disconnection model. *Psychotherapy*, *57*(2), 206-218. https://doi.org/10.1037/pst0000281

Hu, C., Hart, S. N., Gnanaolivu, R., Huang, H., Lee, K. Y., Na, J., ... Couch, F. J. (2021). A population-based study of genes previously implicated in breast cancer. *New England Journal of* Medicine, *384*(5), 440-451.

Karayağız, Ş., Aktan, T., & Karayağız, L. Z. (2020). Parental attachment patterns in mothers of children with anxiety disorder. *Children*, *7*(5), 46. doi: 10.3390/children7050046

Lahav-Kadmiel, Z., & Brunstein-Klomek, A. (2018). Bullying victimization and depressive symptoms in adolescence: The moderating role of parent-child conflicts among boys and girls. *Journal of Adolescence*, *68*, 152-158. doi: 10.1016/j.adolescence.2018.07.014

Liu, L., Wang, N., & Tian, L. (2019). The parent-adolescent relationship and risk-taking behaviors among Chinese adolescents: The moderating role of self-control. *Frontiers in Psychology*, *10*, Article 542. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00542

Liu, M., & Wei, H. (2020). The dark side of white lies: Parenting by lying in childhood and adolescent anxiety, the mediation of parent-child attachment and gender difference. *Children and Youth Services Review*, *119*, 105635. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105635

Mastrotheodoros, S., Van der Graaff, J., Deković, M., Meeus, W. H. J., & Branje, S. (2020). Parent-|adolescent conflict across adolescence: Trajectories of informant discrepancies and associations with personality types. *Journal of Youth and Adolescence, 49*(1), 119–135. https://doi.org/10.1007/s10964-019-01054-7

Molnar, D. S., Sirois, F. M., Flett, G. L., & Sadava, S. (2020). A person-oriented approach to multidimensional perfectionism: Perfectionism profiles in health and well-being. *Journal of*

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

Psychoeducational Assessment, 38(1), 127-142. https://doi.org/10.1177/0734282919877754

Moroz, M., & Dunkley, D. M. (2019). Self-critical perfectionism, experiential avoidance, and depressive and anxious symptoms over two years: A three-wave longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, *112*, 18-27. doi: 10.1016/j.brat.2018.11.006

Ong, C. W. (2019). *Treatment of clinical perfectionism using acceptance and commitment therapy* (Doctoral dissertation, Utah State University).

Østergaard, T., Lundgren, T., Zettle, R. D., Landrø, N. I., & Haaland, V. Ø. (2020). Psychological flexibility in depression relapse prevention: Processes of change and positive mental health in group-based ACT for residual symptoms. *Frontiers in Psychology*, *11*, 528. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00528

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(6), 1069-1081. https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069

Ryff, C. D. (2013). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of Eudaimonia. Psychotherapy *and Psychosomatics, 83*(1), 10-28. doi: 10.1159/000353263

Smith, M. M., Sherry, S. B., Chen, S., Saklofske, D. H., Mushquash, C., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2018). The perniciousness of perfectionism: A meta-analytic review of the perfectionism–suicide relationship. *Journal of Personality*, *86*(3), 522-542. https://doi.org/10.1111/jopy.12333

Smith, M. M., Sherry, S. B., Ge, S. Y., Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Baggley, D. L. (2022). Multidimensional perfectionism turns 30: A review of kn1own knowns and known unknowns. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, *63*(1), 16-31. https://doi.org/10.1037/cap0000288

Smith, M. M., Sherry, S. B., Vidovic, V., Saklofske, D. H., Stoeber, J., & Benoit, A. (2019). Perfectionism and the five-factor model of personality: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review, 23*(4), 367-390. https://doi.org/10.1177/1088868318814973

Stoeber, J. (2018). The psychology of perfectionism: Critical issues, open questions, and future directions. In J. Stoeber (Ed.), *The psychology of perfectionism: Theory, research, applications* (pp. 333-352). Routledge/Taylor & Francis Group.

Tracey, D., Gray, T., Truong, S., & Ward, K. (2018). Combining acceptance and commitment therapy with adventure therapy to promote psychological wellbeing for children at-risk. *Frontiers in Psychology*, 9, 1565. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01565

Tran, S. P., & Raffaelli, M. (2020). Configurations of autonomy and relatedness in a multiethnic US sample of parent–adolescent dyads. *Journal of Research on Adolescence*, *30*(1), 203-218. doi: 10.1111/jora.12517

Twenge, J. M., & Martin, G. N. (2020). Gender differences in associations between digital media use and psychological well-being: Evidence from three large datasets. *Journal of Adolescence*, *79*, 91-102. doi: 10.1016/j.adolescence.2019.12.018

Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., Smith, B. M., Fabricant, L. E., Jacoby, R. J., Morrison, K. L., ... Ledermann, T. (2018). Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, *108*, 1-9. doi: 10.1016/j.brat.2018.06.005

Wicksell, R. K., Kanstrup, M., Kemani, M. K., Holmström, L., & Olsson, G. L. (2015). Acceptance and commitment therapy for children and adolescents with physical health concerns. *Current Opinion in Psychology*, *2*, 1-5. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.029

Zeifman, R. J., Antony, M. M., & Kuo, J. R. (2020). When being imperfect just won't do: Exploring the relationship between perfectionism, emotion dysregulation, and suicidal ideation. *Personality and Individual Differences, 152,* Article 109612. https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109612

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]

Quarterly Journal of
Family and Research

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Psychological Well-being, Perfectionism, and its Dimensions in Mothers of Adolescents

F. Yavari Moqaddam[1] S. Hosseinian, Ph.D.[2*] H. Rezaeian Faraji, Ph.D.[3] A. Abdollahi, Ph.D.[4]

Abstract

The present study aimed to investigate the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the psychological well-being and perfectionism (including its various dimensions) of mothers with adolescent children. The research employed a quasi-experimental design featuring a pre-test, post-test, and a one-month follow-up with a control group. The statistical population consisted of all mothers of adolescents enrolled in schools in Shahriar County during the 2022–2023 academic year. To select the sample, Alborz Boys' Junior High School was randomly chosen from the list of regional schools. Subsequently, 30 eligible mothers were selected and randomly assigned to either the experimental or control group (n=15 per group). The experimental group participated in eight 90-minute group sessions of ACT, while the control group received no intervention. Data were collected using the Besharat Multidimensional Perfectionism Scale (2007)—based on the Hewitt and Flett (1991) theoretical model—and the Ryff's Scale of Psychological Well-being (1989). Statistical analysis was performed using repeated measures ANOVA via SPSS version 26. The findings indicated that the treatment was effective and maintained its impact over time on psychological well-being ($P<0.05$), as well as overall perfectionism and its self-oriented and other-oriented dimensions ($P<0.05$). Consequently, it can be concluded that ACT is effective in promoting psychological well-being and reducing maladaptive perfectionism in mothers of adolescents, suggesting its utility in clinical and educational centers.

Keywords: **Psychological well-being, acceptance and commitment therapy (ACT), perfectionism, mothers of adolescents**

Date received: Dec. 23, 2023 **Date accepted:** May 6, 2024

This paper is derived from the first author's Master's Thesis with IR.ALZAHRA.REC.1402.027 Ethical Code.

1. Doctoral Student in Counseling, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.
2. Professor, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran (Corresponding Author).
E-mail: hosseinian@alzahra.ac.ir
3. Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-23]