MEJDS. 2021; 11:163.

Published online 2021 Dec. **Original Article**

Comparing the Effects of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Group Therapy on the Fear of Negative Evaluation in Women with Major Depressive Disorder

Khaleghi Kiadahi N[1], *Mafakheri A[2], Yamini M[2]

Author Address
1. PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, University of Payam Noor, Tehran, Iran;
3. PhD in General Psychology, Assistant Professor, Department of Psychology, Hakim Sabzevari University, Sabzevar, Iran.
***Corresponding author's email:** a.mafakheri@pnu.ac.ir

Received: 2020 September 8; **Accepted:** 2021 Jun 18

Abstract

Background & Objectives: Depression is a disorder associated with despair, sadness, lack of motivation and hope, and low self–esteem and pessimism that can affect people's thoughts, behavior, feelings, happiness, and health. Research indicated that individuals with depression are more vulnerable than others because of the fear of negative evaluation; accordingly, this condition increases the severity of the disease. Cognitive–Behavioral Therapy (CBT) can effectively reduce depression. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) enhances the impact of CBT. Unlike cognitive–behavioral approaches, which reinforce the dynamic interaction between cognition and behavior, ACT replaces incompatible thought processes with healthier cognitions. Therefore, this study aimed to compare the effects of CBT and ACT on the fear of negative evaluation in women with Major Depressive Disorder (MDD).

Methods: This was a quasi–experimental study with pretest–posttest and a control group design. The study's statistical population included all women with MDD referring to psychiatric clinics in Sari City, Iran, to receive psychiatric services. Of them, 36 individuals diagnosed with MDD by a psychiatrist and per Beck Depression Inventory (BDI; Beck et al., 1961) were selected. The study participants were determined by voluntary sampling method and randomly assigned to two experimental groups and one control group (n=12/group). The inclusion criteria included MDD and fear of negative evaluation based on the DSM–5 diagnostic criteria by a psychiatrist, obtaining a score of above 23 in the BDI, the age range of 25–45 years, and not using other psychotherapy services. The exclusion criterion of the study was absence from 3 treatment sessions. One experimental group underwent 12 ninety–minute ACT sessions, and the other experimental group underwent 9 ninety–minute CBT sessions. No intervention was performed in the control group. Descriptive statistics (mean & standard deviation) and inferential statistics, including Analysis of Variance (ANOVA), Chi–squared test, univariate Analysis of Covariance (ANCOVA), and Bonferroni post hoc test were used in SPSS to analyze the research data at the significance level of 0.05.

Results: The obtained results suggested that the mean score of fear of negative evaluation was significantly different between the three groups at post–test (p<0.001) by controlling the pretest effect. Furthermore, based on the results of Benferroni post hoc test, there was no significant difference between the CBT and ACT groups concerning the fear of negative evaluation; however, there was a significant difference between the two experimental groups and the control group in this regard (p<0.001).

Conclusion: According to the present study findings, CBT and ACT can be suggested as effective clinical interventions to reduce the fear of negative evaluation in women with MDD.

Keywords: Cognitive–Behavioral therapy, Acceptance and commitment therapy, Fear of negative evaluation, Depressed women.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

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

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۱۶۳.

انتشار برخط آذر ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی مقایسه‌ای تأثیر درمان شناختی‌ـرفتاری و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر ترس از ارزیابی منفی در زنان دارای اختلال افسردگی

نجمه خالقی کیادهی[۱]، *عبدالله مفاخری[۲]، محمد یمینی[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران؛

۲. دکترای روان‌شناسی عمومی، استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران؛

۳. دکترای روان‌شناسی عمومی، استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** a.mafakheri@pnu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۸ شهریور ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۹ خرداد ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: ازآنجا که اختلال افسردگی زنان را با چالش‌های روان‌شناختی روبه‌رو می‌کند، توجه به درمان‌های شناختی‌ـرفتاری و درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش در این زمینه حائز اهمیت است؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ای تأثیر درمان شناختی‌ـرفتاری و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر ترس از ارزیابی منفی در زنان مبتلا به افسردگی بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی زنان مبتلا به افسردگی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌پزشکی شهر ساری در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از این جامعه نمونه‌ای ۳۶نفره از افراد واجد شرایط داوطلب وارد مطالعه شد. سپس به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (درمان شناختی‌ـرفتاری و درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش) و یک گروه گواه قرار گرفتند (هر گروه دوازده نفر). ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامهٔ افسردگی بک (بک و همکاران، ۱۹۶۱) و مقیاس ترس از ارزیابی منفی (واتسون و فرند، ۱۹۶۹) بود. صرفاً برای افراد گروه‌های آزمایش، درمان شناختی‌ـرفتاری در نُه جلسهٔ نوددقیقه‌ای و درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش در دوازده جلسهٔ نوددقیقه‌ای ارائه شد. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس، آزمون خی‌دو، روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها: با کنترل اثر پیش‌آزمون، میانگین ترس از ارزیابی منفی در بین سه گروه در پس‌آزمون تفاوت معناداری داشت ($p<۰/۰۰۱$). همچنین بین گروه دریافت‌کنندهٔ درمان شناختی‌ـرفتاری با گروه دریافت‌کنندهٔ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، در متغیر ترس از ارزیابی منفی تفاوت معناداری وجود نداشت؛ اما در بین دو گروه آزمایشی با گروه گواه تفاوت معنادار مشاهده شد ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌های پژوهش، می‌توان درمان شناختی‌ـرفتاری و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را به‌عنوان روش‌های مؤثر و نیز مداخله‌ای بالینی ثمربخش برای کاهش میزان ترس از ارزیابی منفی در زنان افسرده به کار برد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی‌ـرفتاری، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، ترس از ارزیابی منفی، زنان افسرده.

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

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

۱ مقدمه

افسردگی[1] اختلالی است که با علائمی چون غمگینی، کاهش علاقه و لذت در انجام کارهای روزمره، مشکلات خواب، ایجاد مشکل در زندگی، تمایل به مرگ، احساس بی‌ارزشی و گناه، خستگی و ناتوانی در انجام فعالیت‌های روزانه، تغییر اشتها و مشکل در تمرکز و تصمیم‌گیری همراه است (۱). حدود ۲۰ درصد از افراد در مقطعی از زندگی‌شان به افسردگی مبتلا می‌شوند. نتیجهٔ بیشتر پژوهش‌ها نشان می‌دهد، افسردگی در زنان بیشتر از مردان است (۲). از علل شیوع احتمالی بیشتر افسردگی در زنان درمقایسه با مردان، می‌توان به تفاوت ساختار شخصیتی، تفاوت هورمونی، مسئولیت‌های چندگانهٔ نقش همسری، مادری، خانه‌داری و کار و انتظارات اجتماعی اشاره کرد. درمقابل بیشتر زنان با نبود ارزش‌گذاری برای همین نقش‌های سخت مانند خانه‌داری، استرس‌های دوران بارداری و شیردهی، نابرابری دردسترسی به امکانات اجتماعی، فرصت‌های شغلی کمتر یا اشتغال در شغل‌هایی با منزلت اجتماعی کمتر یا استقلال مالی کمتر و جزئی‌نگری روبه‌رو می‌شوند (۳). ساختار ترس از ارزیابی منفی[2]، احساس دلهره و نگرانی را دربارهٔ ارزیابی‌های دیگران، نگرانی ناشی‌از این ارزیابی‌های منفی و این باور که دیگران دربارهٔ فرد فقط قضاوت منفی خواهند داشت، در بر می‌گیرد (۴). افکار منفی غالباً به‌شکل نگرانی از احتمال رویدادها و پیامدهای آتی یا تفسیر فاجعه‌آمیز از رویدادهای گذشته درمی‌آیند. افکاری از این قبیل ممکن است فرد را در دور باطلی گرفتار کند. فرد هر قدر افسرده‌تر شود، افکار منفی او بیشتر و اعتقاد به آن‌ها نیز بیشتر خواهد شد. هر قدر افکار منفی بیشتر شود و هر قدر اعتقاد به آن‌ها افزایش یابد، فرد افسرده‌تر خواهد شد. هدف اصلی در شناخت‌درمانی[3]، کمک به ایجاد فروپاشی در این دور باطل است. افراد افسرده، به‌دلیل ترس از ارزیابی منفی درمقایسه با دیگران آسیب‌پذیرتر هستند و این امر شدت بیماری را افزایش می‌دهد. افراد مذکور دائماً در این فکر هستند که دیگران در حال نظارت، وارسی و ارزیابی منفی از جنبه‌های مختلف رفتار، عملکرد و ظاهر آن‌ها هستند (۴).

اختلال افسردگی میل به مزمن‌شدن دارد و بیماران دچار عود بیماری می‌شوند. باتوجه به شیوع فراوان افسردگی و بار درخورتوجهی که این بیماری روی فرد و نظام سلامت جامعه تحمیل می‌کند، توجه به درمان‌های کاهش اختلال مذکور ضروری است (۵).

درمان شناختی‌ـ رفتاری[4] به‌عنوان یکی از درمان‌های اثربخش بر کاهش ترس از ارزیابی‌های منفی می‌تواند با آموزش مفاهیمی همچون شناسایی افکار خودآیند منفی و تحریف‌های شناختی و آموزش مفاهیم خودکارآمدی، تاب‌آوری و تنظیم هیجان به‌عنوان درمانی مؤثر برای کاهش افسردگی زنان قلمداد شود (۶). هرچه شدت افسردگی مراجع بیشتر باشد، احتمال آنکه درمانگر در ابتدای درمان از فنون رفتاری استفاده کند، بیشتر است (۷). نوفیلد و همکاران در پژوهش خود، اثربخشی روش درمان شناختی‌ـ رفتاری را بر کاهش اختلالات اضطرابی تأیید کردند (۸).

درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد[5] نظریه‌ای جامع و منسجم است که برمبنای آن می‌توان کاربرد تکنیک‌های شناختی و رفتاری را به‌طور منسجم تبیین کرد و راهبردهای جدیدی برای مداخله‌های روان‌شناختی ایجاد کرد (۹). در رویکرد مبتنی‌بر تعهد و پذیرش بر تفکر و شناخت سالم تأکید شده و تلاش می‌شود تا فرد از افکار منفی و ناسازگار فاصله بگیرد. این نوع درمان موجب انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، معناداری اعمال و رفتارهای فرد و نگرش مثبت به خود می‌شود (۱۰).

اوست، در فراتحلیلی دربارهٔ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد مشخص کرد، هرچند این درمان برای هر اختلالی شاید مناسب نباشد، اثر خوبی بر کاهش اختلالاتی مانند افسردگی، وسواس، اضطراب، سوءمصرف مواد و استرس دارد (۱۱). همچنین در مقایسهٔ بین درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی‌ـ رفتاری بر کاهش اختلالات روانی، تفاوت معناداری بین این دو نوع درمان مشاهده نشد (۱۱). بیماران دریافت‌کنندهٔ روان‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش وتعهد به این بینش رسیدند که نمی‌توانند از شرایط و موقعیت‌های ناراحت‌کننده دوری کنند؛ همچنین اگر قادر نیستند در بیرون تغییری به‌وجود آورند، درنتیجه می‌توانند درون‌سازی کنند و این موقعیت‌ها را بپذیرند. آن‌ها توانستند ارزش‌های زندگی خود را شناسایی کنند، شیوهٔ رسیدن به این ارزش‌ها را مشخص نمایند و با اشتیاق و قبول تعهد به‌سمت این ارزش‌ها حرکت کنند. درواقع این پژوهش بیان‌کنندهٔ اثربخشی بیشتر روان‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش وتعهد است (۱۱).

حبیب‌اللهی و سلطانی‌زاده در بررسی خود دریافتند، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد مداخله‌ای اثربخش درجهت کاهش نارضایتی بدنی و ترس از ارزیابی منفی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی دارای اختلال بدشکلی بدن است (۱۲). همچنین تمنایی‌فر و همکاران اثربخشی درمان مبتنی‌بر بر پذیرش و تعهد را درمقایسه با درمان شناختی‌ـ رفتاری بر کاهش ترس از ارزیابی منفی زنان افسرده نشان دادند (۱۳).

روند رو به رشد افسردگی در بین زنان و نیز پیامدهای زیان‌بار آن مانند ترس از ارزیابی‌های منفی، آسیب به نهاد خانواده و افزایش هزینه‌های فردی و اجتماعی ناشی‌از این آسیب‌ها می‌تواند در آیندهٔ نزدیک حوادث زیان‌باری برای جامعه به‌بار آورد؛ بنابراین بررسی و شناسایی درمان‌های مرتبط در راستای امر پیشگیری از اهمیت بسزایی برخوردار است. افزایش مشکلات روان‌شناختی زنان دارای اختلال افسردگی اگر به‌موقع ارزیابی و درمان نشود، آسیب‌های جبران‌ناپذیری را به‌همراه دارد. دربارهٔ مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد پژوهشی انجام نشده است و خلأ پژوهشی در این زمینه وجود دارد؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ای تأثیر درمان شناختی‌ـ رفتاری و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر ترس از ارزیابی منفی در زنان مبتلا به اختلال افسردگی بود.

---

1. Depression
2. Fear of negative evaluation
3. Cognitive Therapy
4. Cognitive-Behavioral Therapy
5. Acceptance and Commitment Therapy

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با دو گروه آزمایش (با رویکردهای درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و شناختی‌ـ رفتاری) و یک گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی بیماران زن مبتلا به افسردگی شهرستان ساری در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند که خدمات روان‌پزشکی دریافت کردند. همهٔ آن‌ها توسط روان‌پزشک و اجرای پرسشنامهٔ افسردگی بک[1] (۱۴) افسرده تشخیص داده شدند. از این جامعه نمونه‌ای ۳۶نفره از افراد واجد شرایط داوطلب وارد مطالعه شد. سپس به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (دوازده نفر در گروه درمان شناختی‌ـ رفتاری و دوازده نفر در گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد) و یک گروه گواه (دوازده نفر) قرار گرفتند. افراد گروه‌های آزمایش، درمان شناختی‌ـ رفتاری و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند؛ اما برای گروه گواه مداخله‌ای صورت نگرفت. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش شامل ابتلا به افسردگی اساسی و داشتن ترس از ارزیابی منفی براساس معیارهای تشخیصی DSM-5 توسط روان‌پزشک، کسب نمرهٔ بیشتر از ۲۳ در پرسشنامهٔ افسردگی بک (۱۴)، قرارگیری در گروه سنی ۲۵تا۴۵ سال و استفاده‌نکردن از دیگر خدمات روان‌درمانی و مشاوره در طول جلسات بود. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش، حضورنداشتن در سه جلسه از درمان در نظر گرفته شد. در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط ازجمله محرمانه‌بودن پرسشنامه‌ها و رضایت آگاهانهٔ شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از تحقیق رعایت شد.

روش اجرای پژوهش بدین‌صورت بود که از روی فهرست افراد مراجعه‌کننده به مراکز روان‌پزشکی شهر ساری در سال ۱۳۹۸، تعداد هشتاد نفر انتخاب شدند و از آن‌ها برای شرکت در پژوهش دعوت شد. پس از مراجعهٔ هشتاد نفر، ابزارهای پژوهش و فرم رضایت‌نامه تکمیل شدند و آگاهی کامل از شرکت در پژوهش صورت گرفت. سپس تعداد ۳۶ نفر واجد شرایط که در تکمیل پرسشنامهٔ افسردگی بک (۱۴)، نمرهٔ بیشتر در افسردگی کسب کردند، به‌عنوان نمونهٔ پژوهش وارد مطالعه شدند.

به‌منظور گردآوری داده‌ها ابزارها و جلسات درمانی زیر به‌کار رفت.

ـ مقیاس ترس از ارزیابی منفی[2]: این ابزار توسط واتسون و فرند در سال ۱۹۶۹ طراحی شد و هدف آن سنجش ترس از ارزیابی منفی در افراد بود (۱۵). این مقیاس دارای سی سؤال (هفده سؤال پاسخ مثبت و سیزده سؤال پاسخ منفی) است. به هر سؤال روی طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (۱=هرگز صدق نمی‌کند تا ۵=تقریباً همیشه صدق می‌کند) پاسخ داده می‌شود. دامنهٔ نمره بین ۳۰ و ۱۵۰ است. نمرهٔ بیشتر از ۹۰ افرادی را نشان می‌دهد که ترس از ارزیابی منفی دارند. نمرهٔ کمتر از ۴۵ مخصوص افرادی است که ترس کمی از ارزیابی منفی دارند. فردی که در این مقیاس نمرهٔ بیشتر بیاورد، شخصی است که از موقعیت‌های همراه با احتمال نبود تأیید اجتناب می‌کند؛ نه بر خود متکی است و نه بر دیگران تسلط دارد (۱۵). ضریب پایایی مقیاس ترس از ارزیابی منفی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش شد و روایی سازهٔ آن نیز به‌کمک تحلیل عاملی به تأیید رسید (۱۵). در ایران حبیب‌اللهی و سلطانی‌زاده، پایایی پرسشنامه را ۰/۸۹ و روایی محتوایی آن را با نظر سه تن از متخصصان رشتهٔ روان‌شناسی مطلوب گزارش کردند (۱۲).

ـ پرسشنامهٔ افسردگی بک: این پرسشنامه در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران تدوین شد (۱۴). هدف این ابزار ارزیابی شدت و علائم افسردگی است. در این پرسشنامه از آزمودنی خواسته می‌شود با درنظرگرفتن احساس خود در دو هفتهٔ اخیر به سؤالات پاسخ دهد. پرسشنامه شامل ۲۱ سؤال خودسنجی است که آزمودنی‌ها باید روی مقیاس چهاردرجه‌ای از صفرتا۳ (صفر=سلامت روانی، ۱=اختلال خفیف، ۲=اختلال متوسط، ۳=اختلال شدید در آن سؤال) به آن پاسخ دهند. این سؤالات در زمینه‌هایی همچون غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، ازدست‌دادن اشتها و از خود بیزاری است. نمره‌گذاری و تفسیر آن به این صورت است که حداقل نمره در این پرسشنامه، صفر (نشان‌دهندهٔ میزان کمتر افسردگی) و حداکثر آن ۶۳ (نشان‌دهندهٔ میزان بیشتر افسردگی) است. با جمع‌کردن نمرات فرد در هریک از ماده‌ها، نمرهٔ فرد به‌طور مستقیم به‌دست می‌آید. نمره‌ها برای نشان‌دادن سطح کلی افسردگی از قرار زیر است: الف. صفرتا۱۳: هیچ یا کمترین افسردگی؛ ب. ۱۴تا۱۹: افسردگی خفیف؛ ج. ۲۰تا۲۸: افسردگی متوسط؛ د. ۲۹تا۶۳: افسردگی شدید؛ بنابراین درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید با استفاده از این پرسشنامه می‌توان تعیین کرد (۱۴). میزان پایایی پرسشنامه در نسخهٔ اصلی به‌کمک محاسبهٔ ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شد و روایی سازهٔ آن به‌وسیلهٔ تحلیل عاملی به تأیید رسید (۱۴). در ایران نیز امینی و همکاران، ضریب پایایی را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ بیان کرده و روایی سازهٔ پرسشنامه را به‌کمک تحلیل عاملی تأیید کردند (۱۶). شایان ذکر است این پرسشنامه برای غربالگری نمونه‌ها استفاده شد و زنانی که نمرات بین ۲۹تا۶۳ (دارای اختلال افسردگی) کسب کردند، وارد مطالعه شدند.

قبل از مرحلهٔ درمان، پیش‌آزمون ترس از ارزیابی منفی از آزمودنی‌ها گرفته شد. سپس گروه آزمایش اول نُه جلسهٔ نوددقیقه‌ای درمان شناختی‌ـ رفتاری را دریافت کرد و گروه آزمایش دوم دوازده جلسهٔ نوددقیقه‌ای (دو بار در هفته) تحت درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد قرار گرفت. برای گروه گواه مداخله‌ای ارائه نشد. در مرحلهٔ پس‌آزمون بار دیگر هر سه گروه از نظر میزان ترس از ارزیابی منفی مجدداً سنجش شدند. گروه گواه هیچ نوع درمانی دریافت نکرد؛ ولی به گروه گواه گفته شد که بعد از پژوهش می‌توانند در جلسات درمانی شرکت کنند. جلسات مداخلهٔ درمان شناختی‌ـ رفتاری در قالب نُه جلسهٔ درمانی و جلسات مداخلهٔ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد (۱۷) در قالب ده جلسه توسط نویسندهٔ اول این پژوهش روی گروه‌های آزمایش به‌طور گروهی اعمال شد. خلاصهٔ جلسات مداخلهٔ آموزشی درمان شناختی‌ـ رفتاری در جدول ۱ و خلاصهٔ جلسات آموزش درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در جدول ۲ بیان شده است.

[1]. Beck Depression Inventory

[2]. Fear of Negative Evaluation Scale- (FNES)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات مداخلهٔ آموزشی درمان شناختی‌ـ رفتاری

جلسه	هدف	تکلیف
۱	آشنایی با مدل شناختی‌ـ رفتاری	
۲	آموزش نقش افکار، احساسات و رفتار؛ آشنایی با خطاهای شناختی و انواع آن؛ آموزش تشخیص افکار منفی خودآیند	نمونهٔ کاربرگ برای اجرای تکنیک
۳	بازسازی افکار؛ آموزش تکنیک بازسازی افکار	نمونهٔ کاربرگ برای اجرای تکنیک
۴	نشانه‌ها و زنجیرها؛ آموزش روش‌های ایجاد رفتارهای تازه؛ آموزش زنجیره‌سازی رفتار	نمونهٔ کاربرگ برای اجرای تکنیک
۵	آموزش جرئت‌ورزی؛ انواع رفتارهای جرئت‌مندانه؛ آموزش راهکارهایی برای ابراز جرئت‌مندی	نمونهٔ کاربرگ برای اجرای تکنیک
۶	آموزش خودکنترلی؛ آموزش افزایش خلق	نمونهٔ کاربرگ برای اجرای تکنیک
۷	آموزش مدیریت استرس؛ آموزش مهارت حل مسئله	نمونهٔ کاربرگ برای اجرای تکنیک
۸	آموزش راهکارهای افزایش عزت‌نفس	نمونهٔ کاربرگ برای اجرای تکنیک
۹	پیشگیری از عود	نمونهٔ کاربرگ برای اجرای تکنیک

جدول ۲. خلاصهٔ جلسات آموزش درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد

جلسات	هدف	تکلیف
اول	ایجاد رابطه، آشنایی با اهداف تعریف کلی متغیرها	تدوین قوانین جلسهٔ استعارهٔ دو کوه و گودال
دوم	معرفی این ایده که کنترل مسئله است به‌همراه حل استعارهٔ دروغ‌سنجی	طناب‌کشی با هیولا
سوم	کنترل عمدی احساسات	فعال‌سازی رفتاری برای افزایش احتمال موفقیت
چهارم	معرفی مفهوم گسلش، تمرین ذهن شما دوست شما نیست	تمرین شیر خط، مسافران در اتوبوس
پنجم	استفاده از حرف واو درمقابل اما، استعاره از نان بیات	تنفس آگاهانه
ششم	تمایز خود مفهوم‌سازی‌شده درمقابل خود مشاهده‌گر، قیاس تختهٔ شطرنج	تمرین مشاهده‌گر
هفتم	ارزش‌ها و تمایل/پذیرش	تمرین سیبل هدف
هشتم	ارتباط اهداف و ارزش‌ها	تمرین عصای جادویی
نهم	نقش انتخاب در عمل متعهدانه	
دهم	مهمان ناخوانده، شیوهٔ ثبت اهداف، جمع‌بندی و مرور	

برای تجزیه‌وتحلیل داده‌های پژوهش از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و از آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس، آزمون خی‌دو، تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و پیش‌فرض‌های آن شامل آزمون‌های کولموگروف‌اسمیرنف و لون و همچنین از آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

شرکت‌کنندگان این پژوهش را ۳۶ نفر از بیماران زن مبتلا به افسردگی شهرستان ساری در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت‌شناختی زنان مبتلا به افسردگی نشان داد، میانگین سنی در گروه آزمایش شناختی‌ـ رفتاری ۳/۸۵±۳۴/۴۷، در گروه آزمایش درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش ۳/۳۴±۳۳/۹۱ و در گروه گواه ۳/۲۸±۳۲/۸۹ سال بود. تحلیل واریانس برای مقایسهٔ میانگین سنی سه گروه مشخص کرد، همسانی توزیع سنی سه گروه رد نشد (p=۰/۶۸۹). همچنین از نظر تحصیلات در گروه آزمایش شناختی‌ـ رفتاری ۱۰ نفر (۸۳درصد)، در گروه آزمایش درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش ۱۰ نفر (۸۳درصد) و در گروه گواه ۹ نفر (۷۵درصد) دارای مدرک لیسانس و فوق‌لیسانس بودند. آزمون خی‌دو نیز نشان داد، فرض همسانی توزیع سطح تحصیلات در سه گروه رد نشد (p=۰/۹۹۷).

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نمرات ترس از ارزیابی منفی در سه گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس

متغیر	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		نتایج آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p	اندازهٔ اثر
ترس از ارزیابی منفی	شناختی‌رفتاری	۲۲/۰۸	۲/۴۹	۱۵/۴۰	۲/۳۵	۱۸/۸۴	<۰/۰۰۱	۰/۶۱
	درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش	۲۲/۰۸	۲/۲۱	۱۳/۸۳	۲/۹۶			
	گواه	۲۱/۶۴	۲/۴۸	۲۱/۹۲	۲/۹۷			

برلی بررسی نرمال‌بودن توزیع نمرات ترس از ارزیابی منفی گروه‌های آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون، از آزمون کولموگروف‌اسمیرنف استفاده شد که نتایج حاکی‌از برقراری این پیش‌فرض بود (p>۰/۰۵). در سطح استنباطی به‌منظور بررسی یافته‌ها، روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

به‌کار رفت. در این راستا ابتدا مفروضه‌های یکسانی ماتریس واریانس‌ها (آزمون لون) بررسی شد. نتایج همسانی شیب خطوط رگرسیون در سه گروه نشان داد که مقدار F معنادار نبود و پیش‌فرض همسانی شیب رگرسیون نیز برقرار بود ($p>۰/۰۵$). در ادامه با درنظرگرفتن رعایت مفروضه‌ها به ارائهٔ نتایج پرداخته شد. شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) نمرات ترس از ارزیابی منفی سه گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، در جدول ۳ ارائه شده است.

براساس نتایج جدول ۳، میانگین نمرات ترس از ارزیابی منفی گروه‌های آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون درمقایسه با مرحلهٔ پیش‌آزمون کاهشی چشمگیر یافت؛ اما در گروه گواه تغییری مشاهده نشد. برای بررسی معناداری این تغییرات نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد، با کنترل اثر پیش‌آزمون، میانگین ترس از ارزیابی منفی در بین سه گروه در پس‌آزمون تفاوت معناداری داشت ($p<۰/۰۰۱$). به عبارت دیگر مداخله‌های شناختی‌ـ رفتاری و درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش بر ترس از ارزیابی منفی اثر معناداری داشتند و موجب کاهش ترس از ارزیابی زنان افسرده شدند. برای اینکه تعیین شود بین کدام‌یک از سه گروه تفاوت معنادار وجود داشت، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ دوبه‌دوی میانگین متغیرهای وابسته بین سه گروه

متغیر	گروه (i)	گروه (j)	اختلاف میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار احتمال
ترس از ارزیابی منفی	شناختی‌ـ رفتاری	درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	۱/۳۰ـ	۱/۵۸	۰/۰۹۱
		گواه	۵/۸۴	۱/۱۲	<۰/۰۰۱
	درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	گواه	۷/۹۱	۱/۳۷	<۰/۰۰۱

همان‌طورکه در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، باتوجه به نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی، بین گروه دریافت‌کنندهٔ درمان شناختی‌ـ رفتاری با گروه دریافت‌کنندهٔ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، در متغیر ترس از ارزیابی منفی تفاوت معناداری وجود نداشت ($p=۰/۰۹۱$)؛ اما در متغیر وابسته بین دو گروه آزمایشی با گروه گواه تفاوت معنادار مشاهده شد ($p<۰/۰۰۱$).

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در درمان ترس از ارزیابی منفی زنان افسرده انجام شد. یافته‌ها نشان داد، درمان شناختی‌ـ رفتاری ارزیابی منفی فرد را به‌طور درخورتوجهی کاهش داد و بین میانگین ترس از ارزیابی زنان گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معنادار وجود داشت؛ یعنی درمان شناختی‌ـ رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی زنان افسرده مؤثر بود. این یافته با نتایج پژوهش زارع و همکاران مبنی‌بر اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر کاهش ترس از ارزیابی منفی در دانش‌آموزان همسوست (۱۸).

در تبیین اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری بر کاهش ترس از ارزیابی منفی زنان افسرده می‌توان گفت، در این روش آموزش سبک‌ها و مهارت‌های ارتباطی، آموزش آرمیدگی، آگاهی از افکار و احساسات، تعدیل باورهای غیرمنطقی و جایگزینی افکار مثبت و منطقی به‌جای افکار منفی و غیرمنطقی باعث بهبود روابط اجتماعی و افزایش اعتمادبه‌نفس بیماران می‌شود. بدین‌ترتیب زنان دارای اختلال افسردگی بدون ترس از برچسب‌خوردن بیماری با دیگران ارتباط مناسب و سازنده برقرار می‌کنند و حمایت اجتماعی لازم را به‌دست می‌آورند. این امر سبب کاهش ترس از ارزیابی منفی در آن‌ها می‌شود (۶).

کاهش ترس از ارزیابی منفی به‌دنبال درمان‌های رفتاری و شناختی تغییری است که رخداد آن پیش‌بینی می‌شود؛ زیرا ترس از ارزیابی منفی یکی از مؤلفه‌های اصلی اختلال افسردگی است و این اختلال تا اندازه‌ای پاسخ به ارزیابی منفی توسط دیگران است که فرد مبتلا آن را درک می‌کند. ترس از ارزیابی منفی، دربرگیرندهٔ بخش‌هایی ازجمله افکار، چشم‌داشت‌ها، داوری‌های اجتماعی منفی و رفتارهای شرم‌آور است؛ بنابراین کاهش آن در روند درمان می‌تواند یکی از نشانگرهای خوب برای میزان بهبود فرد مبتلا به اختلال افسردگی باشد (۱۹).

ترس از ارزیابی منفی به‌معنای نگرانی و ترس فرد از ارزیابی‌هایی است که دیگران دربارهٔ وی اظهار می‌دارند. ترس از ارزیابی منفی اختلالی بسیار ناتوان‌کننده است و می‌تواند بسیاری از جنبه‌های زندگی فرد را مختل کند. فرد مبتلا به ترس از ارزیابی منفی ممکن است به‌دلیل تمایل‌نداشتن به ارتباط با دیگران در تنهایی خویش فرو رود و از دیگران دوری گزیند؛ این امر می‌تواند فرد را درمعرض آسیب‌های اجتماعی و افسردگی قرار دهد. رویکرد آموزش شناختی‌ـ رفتاری، ازطریق کاهش فراوانی و شدت پاسخ‌های سازش‌نایافتهٔ درمانجویان و آموزش مهارت‌های جدید شناختی‌ـ رفتاری آنان است که موجب کاهش معنادار در بروز رفتارهای ناخواسته و افزایش معنادار در بروز رفتارهای سازش‌یافته‌تر می‌شود (۲۰).

یافتهٔ دیگر این پژوهش نشان داد، برنامهٔ درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، ترس از ارزیابی منفی را در گروه آزمایش کاهش داد و بین میانگین ترس از ارزیابی منفی زنان افسردهٔ گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معنادار وجود داشت؛ یعنی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر ترس از ارزیابی منفی زنان افسرده مؤثر بود. به عبارت دیگر، پذیرش تجربیات درونی مانند احساسات و افکار در گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش به‌طور درخورتوجهی افزایش یافت. بدین‌ترتیب درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در ترس از ارزیابی منفی زنان تغییرات معنادار ایجاد کرد. یافته‌های این پژوهش با نتایج حبیب‌الهی و سلطانی‌زاده (۱۲) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به افراد می‌آموزد که چگونه از عهدهٔ افکار منفی خود برآیند. افکار منفی و هشداردهنده مثل ترس از ارزیابی منفی دیگران زمانی فعال می‌شود که افراد براساس ارزش‌های واقعی خود عمل نمی‌کنند؛ درنتیجه باعث می‌شود این افکار به‌گونه‌ای اجتناب‌ناپذیر در ذهن خطور کنند. افراد

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

افکار منفی خود را جدی می‌گیرند و این افکار را بازتابی دقیق از واقعیت تلقی می‌کنند. روش درمانی بیان‌شده به بیمار آموزش می‌دهد از افکار خود واقعیت‌زدایی کند و با استفاده از تمرین‌ها از افکار منفی رها شود. همچنین شفاف‌سازی ارزش‌ها و درونی‌شدن عمل متعهدانه که در طی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد صورت می‌گیرد، به افراد انگیزهٔ کافی برای ادامه و پایبندی به درمان می‌دهد؛ بنابراین در این روش درمانی بیماران با جایگزین‌کردن خود به‌عنوان زمینه می‌توانند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به‌سادگی تجربه کنند؛ همچنین قادر به جداکردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شوند (۱۲). بدین‌ترتیب، با به‌کارگیری این شیوهٔ درمانی می‌توان ترس زنان افسرده را از ارزیابی منفی کاهش داد.

اگر افراد صفاتی منفی به خودشان نسبت دهند و برای رفتارشان عللی منفی بیابند، ممکن است موجبات تخریب و صدمه‌دیدن خویش را فراهم آورند. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، الگویی برای بازآموزی مراجعان است (۲۱). بر این اساس، بازسازی شناختی و ارائهٔ چک‌لیست فعالیت‌های مثبت و سازندهٔ هفتگی و نیز آموزش چگونگی روبه‌روشدن با نقاط مثبت و منفی خود، افسردگی را به‌میزان چشمگیری در زنان افسرده کم می‌کند؛ به‌علاوه میزان ترس از ارزیابی منفی در آن‌ها کاهش می‌یابد.

در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، میزان آگاهی فرد برای بودن در لحظهٔ حال و اکنون زندگی به‌جای تمرکز بر گذشته و آینده، بیشتر می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی و افکار و رفتار خود در لحظهٔ حال آگاهی می‌یابد. در این نوع درمان، درمانگر فرد را به مفهوم زندگی در زمان حال سوق می‌دهد. همین مسئله در کاهش میزان افسردگی مؤثر است؛ چراکه زنان افسرده دائماً افکارشان در محور تجارب ناخوشایند و ارزیابی‌های منفی دربارهٔ خود است و بیشتر از آنکه در زمان حال باشند، بر آسیب‌های زمان گذشته تمرکز می‌کنند. این تمرکز بر افکار منفی زمان گذشته موجب تشدید افسردگی در آن‌ها می‌شود (۲۲).

یافتهٔ دیگر این پژوهش نشان داد، بین میانگین ترس از ارزیابی منفی در زنان افسرده در دو گروه درمان شناختی‌ـ‌رفتاری و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد تفاوت معناداری وجود نداشت. این یافته با نتایج پژوهش تمنایی‌فر و همکاران ناهمسوست. آن‌ها اثربخشی درمان مبتنی‌بر بر پذیرش و تعهد را درمقایسه با درمان شناختی‌ـ‌رفتاری بر کاهش ترس از ارزیابی منفی زنان افسرده نشان دادند (۱۳).

در تبیین این یافتهٔ پژوهش حاضر باید گفت هربرت و فورمن معتقد هستند، ما نباید رویکرد سنتی شناختی‌ـ‌رفتاری را با رویکرد پذیرش و تعهد در تقابل قرار دهیم. از نظر آن‌ها پیروان هر رویکرد بدون تردید باید از نوآوری‌های فناوری مفید رویکرد دیگر استفاده کنند. به‌باور آن‌ها، تکنیک‌های روش شناختی‌ـ‌رفتاری ممکن است در موقعیتی درمقایسه با تکنیک‌های روش پذیرش و تعهد تأثیر درمانی بیشتری داشته باشد. آن‌ها پیشنهاد می‌دهند درمانی که از هر دو رویکرد بهره گیرد، به بیمار این امکان را می‌دهد تا انتخاب‌های بیشتری برای رویارویی با افکار و احساسات منفی داشته باشد و درنتیجه کیفیت درمان را افزایش می‌دهد (۲۳).

از محدودیت‌های اصلی پژوهش حاضر آن بود که یک درمانگر هر دو روش درمانی را به‌کار بست که می‌تواند باعث سوگیری در نتایج شود. ازآنجاکه نمونهٔ بررسی‌شده بیماران زن مبتلا به افسردگی شهرستان ساری بودند، لازم است تعمیم یافته‌ها با احتیاط انجام شود. احتمال سوگیری در داوری درمانگر که خود ارزیابی را نیز انجام داد، وجود داشت.

در بُعد پژوهشی پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده، بیش از یک درمانگر مداخلات درمانی را انجام دهد. نمونه‌های مطالعه‌شده در این پژوهش را به‌طور خاص، بیماران زن مبتلا به افسردگی شهرستان ساری در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند؛ ازاین‌رو پیشنهاد می‌شود موضوع پژوهش بر بیماران زن مبتلا به افسردگی سایر مناطق جغرافیایی کشور نیز انجام پذیرد و نتایج هر دو پژوهش با یکدیگر مقایسه شود. به‌منظور رسیدن به نتایج قطعی‌تر و حصول اطمینان بیشتر در نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش، توصیه می‌شود محققان آینده، مطالعات پیگیری را به‌منظور مشخص‌کردن پایداری تأثیرات مداخله‌های آموزش شناختی‌ـ‌رفتاری و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر ترس از ارزیابی منفی انجام دهند. در بُعد کاربردی نیز پیشنهاد می‌شود، روش‌های درمانی آموزش شناختی‌ـ‌رفتاری و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به‌عنوان راهکاری مؤثر برای کاهش و ازبین‌بردن ترس از ارزیابی منفی در مراکز مشاوره در قالب کارگاه‌های آموزشی برگزار شوند.

۵ نتیجه‌گیری

درمجموع، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد درمقایسه با درمان شناختی‌ـ‌رفتاری اثربخشی بیشتری را نشان نداد؛ اما مشخص کرد که همانند روش درمان شناختی‌ـ‌رفتاری در کاهش ترس از ارزیابی منفی در زنان افسرده نقش مهمی دارد؛ بنابراین باتوجه به یافته‌های این پژوهش، می‌توان درمان شناختی‌ـ‌رفتاری و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را به‌عنوان روش‌های مؤثر و نیز مداخله‌ای بالینی ثمربخش برای کاهش میزان ترس از ارزیابی منفی در زنان افسرده پیشنهاد داد.

۶ تشکر و قدردانی

پژوهشگران این مقاله لازم می‌دانند از تمامی افرادی که در به‌سرانجام‌رساندن این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی کنند.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکترای روان‌شناسی عمومی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد با شماره نامهٔ مصوب پروپوزال در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه ۲۵۱۴۷۰۵۶۲۱۰۲۴۱ است.

در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط ازجمله محرمانه‌بودن پرسشنامه‌ها و رضایت آگاهانهٔ شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از تحقیق رعایت شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

دردسترس بودن داده‌ها و مواد

برای دسترسی به داده‌های پژوهش به ایمیل نویسنده مسئول مقاله

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

درخواست ارسال شود.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

این مقاله بدون حمایت مالی سازمان و مؤسسهٔ خاصی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

سهم نویسندگان در این مقاله بدین‌صورت بود: نویسندهٔ اول قسمت مقدمه و روش مقاله را تنظیم کرد؛ نویسندهٔ دوم تجزیه‌وتحلیل داده‌ها را انجام داد؛ نویسندهٔ سوم در نگارش نسخهٔ دست‌نوشته همکار اصلی بود. همهٔ نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

1. Alkoudsi KT, Basheti IA. Prevalence of anxiety and depression among women with Polycystic Ovary Syndrome living in war versus non-war zone countries: A randomized controlled trial assessing a pharmacist intervention. Res Social Adm Pharm. 2020;16(5):689–98. https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2019.08.027
2. Zarepoor F, Kamali M, Alagheband M, Gheisari M, Sarlak SH. Evaluation of depression and its relationship to exercise in women over 20 years. J Shahid Sadoughi Uni Med Sci. 2012;20(1):64–72. [Persian] https://jssu.ssu.ac.ir/article-1-1910-en.pdf
3. Lashkaripour K. Evaluation of postpartum depression and its related factors: 4.5 month evaluation. Journal of Mental Health Principles, 2011; 13 (52): 12-404. [Persian] doi: 10.22038/JFMH.2011.928
4. Halper LR, Rios K. Feeling powerful but incompetent: fear of negative evaluation predicts men's sexual harassment of subordinates. Sex Roles. 2019;80(5):247–61. https://doi.org/10.1007/s11199-018-0938-0
5. Fazeli M, Ehteshamzadeh P, Hashemi Sheikh Shabani S. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on cognitive flexibility in depressed people. Thought and Behavior in Clinical Psychology. 2015;9(34): 27-36. [Persian] https://jtbcp.riau.ac.ir/article_105.html
6. Herbert JD, Forman EM. Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc; 2011.
7. Babolhavaeji M, Khoshnevis E, Ghodrati S. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on the depression of the women after the husband's betrayal. Family Pathology, Counseling and Enrichment Journal. 2018;4(1):77–88. [Persian] http://fpcej.ir/article-1-210-en.pdf
8. Neufeld CB, Palma PC, Caetano KAS, Brust-Renck PG, Curtiss J, Hofmann SG. A randomized clinical trial of group and individual Cognitive-Behavioral Therapy approaches for Social Anxiety Disorder. Int J Clin Health Psychol. 2020;20(1):29–37. https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.11.004
9. Zettle RD. The evolution of a contextual approach to therapy: From comprehensive distancing to ACT. International Journal of Behavioral Consultation and Therapy. 2005;1(2):77–84.
10. Lee EB, Homan KJ, Morrison KL, Ong CW, Levin ME, Twohig MP. Acceptance and commitment therapy for trichotillomania: a randomized controlled trial of adults and adolescents. Behav Modif. 2020;44(1):70–91. https://doi.org/10.1177/0145445518794366
11. Ost L-G. The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: an updated systematic review and meta-analysis. Behav Res Ther. 2014;61:105–21. https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018
12. Habibollahi A, Soltanizadeh M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on body dissatisfaction and fear of negative evaluation in girl adolescents with body dysmorphic disorder. J Mazandaran Univ Med Sci. 2016;25(134) :278-90. [Persian] http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-7216-fa.html
13. Tamannaei Far S, Gharraee B, Birashk B, Habibi M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy in patients with major depressive disorder. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2017;11(4): e3459. https://dx.doi.org/10.5812/ijpbs.3459
14. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry. 1961;4:561–71. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
15. Watson D, Friend R. Measurement of social-evaluative anxiety. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1969;33(4):448–57. https://doi.org/10.1037/h0027806
16. Amini M, Rezvani Zadeh A, Jelokhani Nakaraki R. Acceptance and commitment therapy on depression and marital satisfaction in pregnant women. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2018;8:98. [Persian] https://jdisabilstud.org/article-1-875-en.pdf
17. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior Therapy. 2004;35(4):639–65. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3
18. Zare' N, Dehghani Y, Golsetane M. Asarbakhshi darman shenakhti raftari bar ezzate nafs halat va tarsa az arzyabi manfi daneshamoozan dabirestanhaye nemoone ostan Boushehr [The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on self-esteem and fear of negative evaluation of high school students in Bushehr province]. In: National Conference on Psychology of Educational and Social Sciences [Internet]. Babol; 2015. [Persian] https://civilica.com/doc/399487

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

19. Dadashzadeh H, Yazdandoost R, Gharraee B, Asgharnejad Farid A. Effectiveness of cognitive - behavioral group therapy and exposure therapy on interpretation bias and fear of negative evaluation in social anxiety disorder. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2012;18(1):40–51. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1510-en.pdf
20. Gholami Heydar Abadi Z, Ebrahimi Poor S. Asarbakhshi fonoon darman shenakhti raftari bar tars az arzyabi manfi va ezzat–e–nafs dar daneshamoozan 11–12 sale shahr Tehran [The effectiveness of cognitive-behavioral therapy techniques on fear of negative evaluation and self-esteem in 11 to 12 year old students in Tehran]. Journal of Applied Research in Counseling. 2018;1(2):1–26. [Persian]
21. Doroudian N, Maddahi ME, Khalatbary J. A comparison of the impact of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on the emotional regulation and self-efficacy of women with social anxiety. The Women and Families Cultural-Educational. 2018;13(44):89–108. [Persian] https://cwfs.ihu.ac.ir/article_203718_776eaf4d6bcf8d567cb92333952f9159.pdf
22. Hajinia Esbo A, Khalatbari J, Mirzamani SM, Ghorban Shirodi S, Abolghasemi S. Effects of acceptance and commitment therapy on anxiety induced by marital conflict in women affected by domestic violence. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2020;10:130. [Persian] https://jdisabilstud.org/article-1-1321-en.pdf
23. Herbert JD, Forman EM. Caution: the differences between CT and ACT may be larger (and smaller) than they appear. Behav Ther. 2013;44(2):218–23. https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.09.005

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]