

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار اضطرابی و ترس از ارزیابی منفی زنان افسرده

نجمه خالقی کیادهی<sup>۱</sup>، عبدالله مفاخری<sup>۲\*</sup>، محمد یمینی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۲/۲۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۸/۱۱

### خلاصه

**مقدمه:** زنان مبتلا به افسردگی مشکلات عمده‌ای در زمینه سلامت روان‌شناختی دارند و یکی از روش‌های مداخله برای کاهش مشکلات روان‌شناختی، روش درمان پذیرش و تعهد است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار اضطرابی و ترس از ارزیابی منفی زنان افسرده انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر از طرح‌های کاربردی و شبه‌آزمایشی و نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری را زنان افسرده مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درمانی روان‌پزشکی شهر ساری در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. نمونه‌های پژوهش، ۳۰ نفر بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند و به شیوه تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گماشته شدند و به پرسش‌نامه‌های افکار اضطرابی Wells (۱۹۹۴)، ترس از ارزیابی منفی Freund و Watson (۱۹۶۹) و افسردگی Beck (۱۹۶۱) پاسخ دادند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه به صورت هفتگی و زمان ۶۰ دقیقه‌ای تحت آموزش قرار گرفت. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش افکار اضطرابی منفی و کاهش ترس از ارزیابی اثر داشت ( $p < 0/001$ ). مجذور اتا، نشان می‌دهد که اثر این درمان بر کاهش اضطراب  $0/38$  و کاهش ترس از ارزیابی منفی  $0/47$  است.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌ها، استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک مداخله روان‌شناختی مؤثر و مکمل در زنان افسرده به منظور کاهش افکار اضطرابی و ترس از ارزیابی منفی آن‌ها توصیه می‌شود.

**واژه‌های کلیدی:** افکار اضطرابی، ترس از ارزیابی منفی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، زنان افسرده

۱- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: mafakheri.ab@gmail.com، تلفن: ۰۹۳۷۶۲۲۱۸۶۴

۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران.

## مقدمه

اختلال افسردگی نوعی اختلال بالینی است که در آن فرد رنجی عظیم می‌کشد و دومین اختلال رایج روان‌شناختی است. شیوع اختلال افسردگی حدود ۷ درصد است که در زنان ۳ برابر مردان می‌باشد. طیف این اختلالات در ایران بین ۱۱/۳ و ۲۳/۸ درصد در نوسان است [۱]. زنان مبتلا به افسردگی با مشکلات جسمی و هم‌چنین مشکلاتی نظیر درماندگی آموخته شده، افکار منفی و اضطراب رو به رو هستند [۲]. هیجانات همراه اضطراب و افسردگی مانند احساس بی‌ارزشی و یا ناامیدی نیز واکنش‌هایی مانند انکار، خشم و احساس گناه ایجاد می‌کند [۳].

اختلالات اضطرابی، یکی از شایع‌ترین مشکلات سلامت روان می‌باشند [۴]. این اختلالات با احساس ذهنی ترس و دلهره از یک پیشامد ناگوار، همراه با انواع علائم جسمی مختلف مشخص می‌شوند [۵]. حدی از اضطراب به عنوان پاسخی سازگارانه به محیط طبیعی است، اما اضطراب شدید زمینه بسیاری از بیماری‌های جسمی، کسالت‌های روحی، آشفتگی‌های رفتاری می‌باشد [۶].

یکی از متغیرهایی که می‌تواند بر بیماران مبتلا به اختلال افسردگی تأثیرگذار باشد، ترس از ارزیابی منفی (Fear of negative evaluation) است [۷]. در شرایطی که شخص فکر می‌کند در معرض دید دیگران قرار گرفته و امکان انتقاد و ارزیابی از وی وجود دارد دچار تشویش و اضطراب می‌شود که نتیجه آن بی‌ارزش جلوه دادن فرد توسط دیگران خواهد بود [۸].

یکی از شیوه‌های درمانی برای درمان اختلال افسردگی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy) می‌باشد [۹]. این درمان، علت مشکلات روان‌شناختی را آمیختگی با افکار، ارزیابی تجربه، اجتناب از تجربه می‌داند. تأکید آن بر پذیرش و ارزش‌های معنوی و شخصی و زندگی کردن بر اساس ارزش‌های پذیرفته شده است که برای مبتلایان به افسردگی مناسب به شمار می‌رود [۱۰]. درمان پذیرش و تعهد بر پذیرش، بر آگاهی هرچه بیشتر و ارتباط با لحظه حال، و مشارکت در فعالیت-

هایی که در راستای ارزش‌های شخصی است، تأکید دارد [۱۱]. مزیت این روش درمانی در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی، به منظور تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است [۱۲]. این نوع درمان با تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجانات منفی همراه است [۱۳].

Coto-Lesmes و همکاران، اثربخشی روش درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش را در کاهش اضطراب و افسردگی تأیید نموده‌اند [۱۴]. Smith و همکاران، نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب جدایی اثر دارد [۱۵]. Ugur و همکاران، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش را بر ترس از ارزیابی منفی مؤثر دانستند [۱۶]. Ruiz و همکاران، نشان دادند که درمان گروهی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افکار منفی افراد دارای اختلالات هیجانی اثر دارد [۱۷].

با توجه به سوابق پژوهشی تاکنون مطالعه‌ای به طور مستقل برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار اضطرابی و ترس از ارزیابی منفی در زنان مبتلا به اختلال افسردگی انجام نشده است. با توجه به افزایش مشکلات روان‌شناختی زنان دارای اختلال افسردگی که اگر به موقع ارزیابی و درمان نشوند آسیب‌های جبران‌ناپذیری را به همراه دارد [۱]، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار اضطرابی و ترس از ارزیابی منفی در زنان مبتلا به اختلال افسردگی بود.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری را زنان افسرده مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درمانی روان‌پزشکی شهر ساری در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. نمونه‌های پژوهش، ۳۰ نفر از جامعه مذکور بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند و به شیوه تصادفی ساده (قرعه-کشی) در دو گروه درمان پذیرش و تعهد (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) گماشته شدند. جهت تعیین حجم نمونه از معادله برآورد حجم نمونه Fleiss استفاده شد. بر اساس

برای اندازه‌گیری افکار اضطرابی از پرسش‌نامه (The Anxious Thoughts Inventory) استفاده شد. این پرسش‌نامه توسط Wells در سال ۱۹۹۴ ساخته شد و شامل ۲۲ گویه است که سه حوزه نگرانی سلامتی، نگرانی اجتماعی و فرانگرانی را اندازه‌گیری می‌کند. برای نمره‌گذاری از یک مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای از (۱ = تقریباً هیچ‌وقت) تا (۴ = تقریباً همیشه) استفاده می‌شود. ماده ۲ "فکر می‌کنم که یک شکست خورده‌ام" در هیچ یک از عوامل بازگذاری نشد و بنابراین، از تحلیل‌های بعدی حذف گردید. کم‌ترین بیش‌ترین نمره پرسشنامه، ۲۲ و ۸۸ است. کسب نمره بالاتر وجود افکار اضطرابی بیشتر را نشان می‌دهد. ساختار عاملی این پرسش‌نامه از راه تحلیل عامل اکتشافی به شیوه مؤلفه‌های اصلی بررسی شد. ارزش کیسرسز میر الکین ۰/۹۴ بود. میزان بارتلت نیز ۵۸۲۶/۵۲ به دست آمد. میزان هم‌سانی درونی عامل‌های "فرانگرانی"، "اضطراب اجتماعی" و "اضطراب سلامتی" به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۱، ۰/۷۵ گزارش شده است. پایایی بازآزمایی به فاصله ۶ هفته برای عامل نگرانی اجتماعی ۰/۷۶، نگرانی سلامتی ۰/۸۴ و عامل فرانگرانی ۰/۸۱ گزارش شده است [۱۹]. در مطالعه Farrokhi و Mostafapour، ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۹۱ بود. ضریب پایایی مقیاس به روش آزمون دوباره ۰/۹۲ و به روش دونیمه سازی ۰/۸۹ بود. ضریب پایایی آزمون - باز آزمون زیر مقیاس‌های فرانگرانی، اضطراب اجتماعی و اضطراب سلامتی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۲ و ۰/۷۵ بود [۲۰]. مقدار پایایی پرسشنامه در مطالعه حاضر ۰/۸۵ به دست آمد.

برای سنجش متغیر ترس از ارزیابی منفی از نسخه کوتاه Fear of Negative Evaluation Scale استفاده شد. این مقیاس توسط Watson و Freund (۱۹۶۹) طراحی شده است و دارای ۱۲ سؤال است که برای اندازه‌گیری ترس از ارزیابی منفی دیگران، به عنوان ملاک در تشخیص هراس اجتماعی و اختلال‌های دیگر و هم‌چنین در بررسی رفتار اجتماعی به کار برده می‌شود. در این مقیاس به هر سؤال روی یک طیف پنج درجه‌ای (۱ = هرگز صدق نمی‌کند تا ۵ = تقریباً همیشه صدق می‌کند) پاسخ داده می‌شود. حداقل نمره ۱۲ و حداکثر نمره ۶۰ می‌باشد. نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده سطوح

پژوهش Javadian و Emami [۱۸]  $\sigma = 1/61$  (انحراف معیار متغیر افکار اضطرابی و ترس از ارزیابی منفی در مرحله پس-آزمون گروه آزمون)،  $d2 = 4/507$  (دقت مطالعه)،  $\alpha = 0/90$  (توان آزمون) و  $\alpha = 0/05$  در نظر گرفته شد. بر اساس معادله، حجم نمونه ۱۳/۰۷ به دست آمد که برای اطمینان برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد.

$$n = \frac{2\sigma_d^2(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2}{\delta^2}$$

معیارهای ورود به مطالعه شامل: کسب حداقل نمره ۱۰ در پرسش‌نامه افسردگی، تشخیص اختلال افسردگی توسط روان‌پزشک و فرارگیری در گروه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال بود. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم تمایل به همکاری در پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه و استفاده از دیگر خدمات روان‌درمانی و مشاوره در طول جلسات بود. ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل موارد ذیل بود: الف) کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش با اختیار و تمایل خود شرکت کردند. ب) در پایان از شرکت‌کنندگان در پژوهش تقدیر و تشکر به عمل آمد. ج) شرکت‌کنندگان هر زمان که تمایل داشتند می‌توانستند از ادامه مشارکت انصراف دهند. این مطالعه دارای کد اخلاق از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد با کد ثبتی IR.REC.BOJNORD.1398.018 می‌باشد.

گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه (هفته‌ای ۱ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) در مرکز مشاوره خانه معنا شهر ساری در زمستان ۱۳۹۸ توسط روان‌شناس بالینی تحت آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. ابتدا در مورد تحقیق و هدف از انجام آن توضیح داده شد و افراد مورد مطالعه با رضایت در این پژوهش شرکت کردند. هم‌چنین، در مورد محرمانه بودن اطلاعات به آن‌ها اطمینان لازم داده شد. آزمودنی‌ها طی انجام تحقیق یکدیگر را ملاقات نمی‌کردند. افراد بر اساس ویژگی‌های جمعیت‌شناختی سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی، مدت زمان ابتلا به افسردگی، سابقه افسردگی در خانواده به سؤالات پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. آزمودنی‌ها به پرسش‌نامه‌های افکار اضطرابی Wells، ترس از ارزیابی منفی Watson و Freund، و افسردگی Beck به صورت خودگزارشی پاسخ دادند.

غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها و از خود بیخاری هستند. حداقل نمره در این آزمون صفر (نشاندنده کم‌ترین میزان افسردگی) و حداکثر آن ۶۳ (نشاندنده بیش‌ترین میزان افسردگی) است. با جمع کردن نمرات فرد در هر یک از ماده‌ها، نمره فرد به‌طور مستقیم به دست می‌آید. نمره‌ها برای نشان دادن سطح کلی افسردگی از قرار زیر است: الف) ۰ تا ۱۳: هیچ یا کمترین افسردگی (ب) ۱۴ تا ۱۹: افسردگی خفیف (ج) ۲۰ تا ۲۸: افسردگی متوسط (د) ۲۹ تا ۶۳: افسردگی شدید. بنابراین، می‌توان درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید، با استفاده از این پرسش‌نامه تعیین کرد. میزان پایایی پرسش‌نامه در نسخه اصلی ۰/۹۲ گزارش و روایی آن نیز تأیید شد [۲۳]. در ایران نیز Amini و همکاران (۱۳۹۷)، ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ را ۰/۹۰ بیان و روایی پرسش‌نامه را نیز تأیید کردند [۲۴]. مقدار پایایی پرسش‌نامه در مطالعه حاضر ۰/۹۱ به دست آمد.

محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول ۱ ارائه شده است [۲۵].

بالتر تجربه اضطراب و ترس است. ۸ ماده این مقیاس به صورت مثبت و ۴ ماده به صورت منفی بیان شده و در زمان نمره‌گذاری باید امتیاز ماده‌های منفی را معکوس کرد [۲۱]. روا سنجی این مقیاس توسط Shokri و همکاران انجام شده و ضریب آلفای کرونباخ در بررسی هم‌سانی درونی عباراتی که به شکل مستقیم نمره‌گذاری می‌شود ۰/۸۷ به دست آمد [۲۲]. مقدار پایایی پرسش‌نامه در مطالعه حاضر ۰/۸۴ به دست آمد. دیگر پرسش‌نامه مورد استفاده در این پژوهش پرسش‌نامه افسردگی Beck و همکاران (Inventory Depression) بود. این پرسش‌نامه برای اولین بار توسط Beck و همکاران، در سال ۱۹۶۱ تدوین شد، در سال ۱۹۷۱ مورد تجدیدنظر قرار گرفت و در سال ۱۹۷۸ منتشر گردید. هدف این ابزار ارزیابی شدت و علائم افسردگی است. در این پرسش‌نامه از آزمودنی خواسته می‌شود که با در نظر گرفتن احساس خود در دو هفته اخیر به سؤالات پاسخ دهد. این پرسش‌نامه شامل ۲۱ سؤال خودسنجی است که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه (صفر= سلامت روانی، ۱= اختلال خفیف، ۲= اختلال متوسط و ۳= اختلال شدید در آن سؤال) به آن پاسخ دهند. این سؤالات در زمینه‌هایی همچون

جدول ۱- خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آموزش داده شده به زنان افسرده مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درمانی روان‌پزشکی شهر ساری در سال ۱۳۹۸

جلسات	خلاصه محتوای آموزشی
اول	ایجاد رابطه، آشنایی با اهداف تعریف کلی متغیرها، تدوین قوانین جلسه
دوم	معرفی این ایده که کنترل مسئله است و راه‌حل استعاره دروغ‌سنجی
سوم	کنترل عمدی احساسات، فعال‌سازی رفتاری برای افزایش احتمال موفقیت
چهارم	معرفی مفهوم گسلش و تغییر کلامی
پنجم	استفاده از حرف واو در مقابل اما، تنفس آگاهانه
ششم	تمایز خود مفهوم‌سازی شده در مقابل خود مشاهده‌گر
هفتم	ارزش‌ها و تمایل / پذیرش
هشتم	ارتباط اهداف و ارزش‌ها
نهم	تمرین عمل به نقش‌های انتخابی و پذیرش آن‌ها
دهم	شیوه ثبت اهداف و رسیدگی به آنها، جمع‌بندی و مرور

### یافته‌ها

ویژگی‌های دموگرافیک آزمودنی‌ها از نظر سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی، مدت زمان ابتلا به افسردگی، سابقه افسردگی در خانواده در جدول ۲ نشان داده شد.

داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS و با روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار، حداقل و حداکثر) و آزمون کوواریانس چندمتغیره و در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

جدول ۲- ویژگی‌های جمعیت شناختی زنان مبتلا به افسردگی برحسب گروه‌های مورد بررسی در شهر ساری در سال ۱۳۹۸ (تعداد در هر گروه=۱۵)

P	گروه آزمایش		ویژگی جمعیت شناختی
	گروه کنترل	گروه آزمایش	
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	
■ ۰/۲۳۷	۷ (۴۶/۶۷)	۶ (۴۰)	سن (سال)
	۸ (۵۲/۳۳)	۹ (۶۰)	۳۰-۴۵
● ۰/۴۱۲	۹ (۶۰)	۱۰ (۶۶/۶۷)	سطح تحصیلات
	۵ (۳۳/۳۴)	۴ (۲۶/۶۷)	کاردانی و پایین تر
■ ۰/۳۵۴	۴ (۲۶/۶۷)	۴ (۲۶/۶۷)	وضعیت تأهل
	۱۱ (۷۳/۳۳)	۱۱ (۷۳/۳۳)	مجرد
■ ۰/۴۲۵	۱۱ (۷۳/۳۳)	۱۱ (۷۳/۳۳)	شغل
	۴ (۲۶/۶۷)	۴ (۲۶/۶۷)	متاهل
■ ۰/۳۰۴	۱۱ (۷۳/۳۳)	۱۲ (۸۰)	وضعیت اقتصادی
	۴ (۲۶/۶۷)	۳ (۲۰)	درآمد کمتر از ۵ میلیون تومان
■ ۰/۲۴۵	۳ (۲۰)	۲ (۱۳/۳۳)	مدت زمان ابتلا به افسردگی (سال)
	۱۲ (۸۰)	۱۳ (۸۶/۶۷)	درآمد بیشتر از ۵ میلیون تومان
■ ۰/۲۷۰	۵ (۳۳/۳۳)	۵ (۳۳/۳۳)	سابقه افسردگی در خانواده
	۱۰ (۶۶/۶۷)	۱۰ (۶۶/۶۷)	بله
			خیر

■ آزمون مجذور کای، \* آزمون دقیق فیشر، \*  $p < 0.05$  اختلاف معنی دار

میانگین نمرات افکار اضطرابی و ترس از ارزیابی منفی گروه‌های آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافت. با کنترل پیش‌آزمون، میانگین افکار اضطرابی و ترس از ارزیابی منفی در بین دو گروه تفاوت معنی داری داشت

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار نمره افکار اضطرابی و ترس از ارزیابی منفی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون زنان افسرده شهر ساری در سال ۱۳۹۸ (تعداد در هر گروه=۱۵)

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	حداکثر	حداقل
		انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین		
افکار اضطرابی	آزمایش	۵۹/۷۵ ± ۳/۷۹	۵۰/۰۰ ± ۳/۲۷	۶۵	۴۹
	کنترل	۵۸/۱۷ ± ۲/۱۲	۵۸/۶۷ ± ۲/۵۰	۶۳	۴۶
ترس از ارزیابی منفی	آزمایش	۲۲/۰۸ ± ۲/۲۱	۱۳/۸۳ ± ۲/۹۶	۲۰	۱۴
	کنترل	۲۱/۶۴ ± ۲/۴۸	۲۱/۹۲ ± ۲/۹۷	۲۱	۱۷

وابسته بهنجار است. فرض همگن بودن واریانس‌ها به‌وسیله آزمون لوین بررسی شد که مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز تأیید شد. مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس، همگونی شیب خط رگرسیون است. بررسی‌ها نشان داد تعامل پیش‌آزمون با متغیر مستقل معنی‌دار نبوده، بنابراین مفروضه همگنی شیب رگرسیون نیز برقرار است. بررسی مفروضه‌ها نشان می‌دهد که استفاده از تحلیل کوواریانس مجاز می‌باشد.

با توجه به طرح پژوهش حاضر که از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون بود، برای تحلیل داده‌ها و به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون و پس‌آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده شد. برای انجام این آزمون می‌بایست مفروضه‌های آن مانند، توزیع نرمال متغیر وابسته، آزمون همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس و آزمون همگنی واریانس‌های خطا رعایت شود. نتایج آزمون اسمیرنوف نشان داد که توزیع نمرات در متغیرهای

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره جهت بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار اضطرابی و ترس از ارزیابی منفی در زنان افسرده شهر ساری در سال ۱۳۹۸ (تعداد در هر گروه=۱۵)

مجدور اتا	p	F	ارزش	آزمون
۰/۶۲۳	* < ۰/۰۱	۱۲/۸۵۳	۰/۶۲۵	اثر پیلای
۰/۶۲۳	* < ۰/۰۱	۱۲/۸۵۳	۰/۵۸۸	لامبدای ویلکز
۰/۶۲۳	* < ۰/۰۱	۱۲/۸۵۳	۱/۴۷۱	اثر هنتینگ
۰/۶۲۳	* < ۰/۰۱	۱۲/۸۵۳	۱/۴۷۱	آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی

درجه آزادی خطا = ۷، درجه آزادی فرضیه = ۲۷، \* < ۰/۰۵ p اختلاف معنی‌دار

محاسبه شده با درجات آزادی ۲۸ و df=۱ برای هر دو متغیر، در سطح اطمینان ۹۵ درصد، دارای سطح معنی‌داری کوچک‌تر از ۰/۰۵ است، بنابراین تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات پیش‌آزمون متغیرهای دو گروه وجود داشته و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار اضطرابی و ترس از ارزیابی منفی در زنان افسرده تأثیر معنی‌داری داشت. مجدور اتا، نشان می‌دهد که اثر این درمان بر کاهش اضطراب ۰/۳۸ و کاهش ترس از ارزیابی منفی ۰/۴۷ است.

برای پی بردن به متغیری که بین دو گروه تفاوت معنی‌دار دارد، تحلیل کوواریانس چند متغیری انجام شد. بر طبق نتایج جدول ۴، بین آزمودنی‌های گروه‌های آزمون و کنترل، از لحاظ متغیرهای وابسته (بر افکار اضطرابی و ترس از ارزیابی منفی) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. جهت بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار اضطرابی و ترس از ارزیابی منفی از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج جدول ۵ نشان داد که چون عدد F

جدول ۵- نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره جهت بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار اضطرابی و ترس از ارزیابی منفی در زنان افسرده شهر ساری در سال ۱۳۹۸ (تعداد در هر گروه=۱۵)

متغیر	شاخص	مجموع مجدورات درجه آزادی میانگین مجدورات	F	P	مجدور اتا
افکار اضطرابی	بین گروهی	۱	۱۰۷/۳۹		
	پیش‌آزمون	۲۸	۷/۳۸	۱۴/۵۵	۰/۳۸
	کل	۲۹			
ارزیابی منفی	بین گروهی	۱	۱۹۷/۲۲		
	درون گروهی	۲۸	۹/۲۶	۲۱/۲۹	۰/۴۷
	کل	۲۹			

\* < ۰/۰۵ p اختلاف معنی‌دار

بود. نتایج نشان داد این درمان موجب کاهش افکار اضطرابی زنان افسرده می‌شود که با نتایج پژوهش‌های Coto و همکاران، Smith و همکاران، و Ruiz و همکاران که اثربخشی

هدف این پژوهش تعیین تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار اضطرابی و ترس از ارزیابی منفی زنان افسرده

درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش را در کاهش اضطراب و افسردگی تأیید نموده‌اند [۱۴، ۱۵، ۱۷] هم‌خوانی دارد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که فرض اصلی درمان پذیرش و تعهد این است که بخش قابل‌توجهی از پریشانی روان‌شناختی جز به‌نجار تجربه انسان است. پذیرش و تعهد به تغییر افکار و احساسات نمی‌پردازد، بلکه افراد را به پذیرش، آگاه بودن، و مشاهده‌گر بودن نسبت به خود آگاه می‌کند [۲۵]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به افراد کمک می‌کند، افکار و هیجانات مسئله‌ساز را به‌گونه‌ای متفاوت تجربه کنند، نه این‌که برای تغییر یا کاهش این افکار و هیجانات تلاشی نظام‌مند صورت دهند [۱۴]. در این درمان، به درمان‌جو آموخته می‌شود که اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته (افکار و احساسات) مؤثر نیست یا اثر معکوس دارد و باید این تجارب را بدون واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به طور کامل پذیرفت [۲۹]. در واقع، ذهن آگاهی باعث افزایش ارتباط با زمان حال می‌گردد. در پژوهش حاضر تمرین ذهن-آگاهی در هر جلسه درمان انجام شد و نیز به عنوان یک تکلیف از مراجعان خواسته شد هر روز حداقل ۱۳ دقیقه به ذهن آگاهی بپردازند. یک عامل مهم دیگر در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گسلش شناختی است. گسلش شناختی و تمرین آن باعث می‌شود که افکار کمتر اضطراب‌زا باشند. در نتیجه، مبتلایان به افسردگی با انجام تمرین‌های گسلش شناختی، از افکار مربوط به بیماری رها شده و کمتر با آن‌ها آمیخته شدند و این منجر به کاهش اضطراب آن‌ها گردید [۱۵].

دیگر یافته این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش ترس از ارزیابی منفی زنان افسرده می‌شود. Habibollahi و Soltanizadeh، در بررسی خود نشان دادند که درمان تعهد و پذیرش یک مداخله اثربخش در جهت کاهش نارضایتی بدنی و ترس از ارزیابی منفی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی دارای اختلال بدشکلی بدن می‌باشد و ۳۱ درصد از واریانس آن را تبیین می‌کند [۲۶]. نتایج پژوهش Dehghani و همکاران، نشان داد روان-درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش ترس از ارزیابی منفی زنان افسرده اثر دارد که میزان این اثر ۲۸ درصد بود

[۲۷]. Tamanayifar و همکاران نیز اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در کاهش ترس از ارزیابی منفی زنان افسرده گزارش کردند [۲۸]. با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ترس از ارزیابی منفی، می‌توان این‌گونه تبیین کرد که این درمان به افراد می‌آموزد که چگونه از عهده افکار منفی خود برآیند. افکار منفی و هشداردهنده مثل ترس از ارزیابی منفی دیگران، زمانی فعال می‌شوند که افراد بر اساس ارزش‌های واقعی خود عمل نمی‌کنند که باعث می‌شود این افکار به گونه‌ای اجتناب‌ناپذیر در ذهن خطور نمایند. افراد، افکار منفی خود را جدی گرفته و این افکار را بازتابی دقیق از واقعیت تلقی می‌کنند. این روش درمانی، به بیمار آموزش می‌دهد از افکار خود واقعیت‌زدایی کند و با استفاده از تمرین‌ها از افکار منفی رها گردند. شفاف‌سازی ارزش‌ها و درونی شدن عمل متعهدانه که در طی درمان پذیرش و تعهد صورت می‌گیرد به افراد انگیزه کافی برای ادامه و پایبندی به درمان می‌دهد. بنابراین، در این روش درمانی بیماران با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، می‌توانند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شوند [۱۶].

اگر افراد صفاتی منفی به خودشان نسبت دهند و برای رفتارشان عللی منفی بیابند، ممکن است موجبات تخریب و صدمه دیدن خویش را فراهم آورند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، الگویی برای بازآموزی مراجعان است. بر این اساس، بازسازی شناختی و ارائه چک‌لیست فعالیت‌های مثبت و سازنده هفتگی و همچنین آموزش چگونگی روبه‌رو شدن با نقاط مثبت و منفی خود، افسردگی را به میزان چشم‌گیری در زنان افسرده کاهش می‌دهد و از میزان ترس از ارزیابی منفی نیز در آن‌ها کاسته می‌شود [۲۴].

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، میزان آگاهی فرد برای بودن در لحظه حال و اکنون زندگی به جای تمرکز بر گذشته و آینده، بیشتر می‌شود. یعنی فرد از تمام حالات روانی و افکار و رفتار خود در لحظه 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 زیرا افکار

ناشی از افسردگی در زنان مورد استفاده قرار گیرد.

### تعارض منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ‌گونه تعارض منافی در این مطالعه وجود ندارد.

### سهم نویسندگان

امور مربوط به گردآوری اطلاعات به عهده نویسنده اول و تجزیه و تحلیل داده‌ها به عهده نویسنده دوم بود. نویسنده سوم بازنگری و نظارت بر اجرای کار را بر عهده داشت.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکترای نویسنده اول و دارای کد اخلاق IR.IAU.BOJNOURD.REC.1399.031 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد است. بدینوسیله از تمامی شرکت‌کنندگان که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند تقدیر و تشکر می‌شود.

زنان افسرده دائماً در محور تجارب ناخوشایند و ارزیابی‌های منفی درباره خود می‌باشند و بیشتر از آن که در زمان حال باشند به آسیب‌های زمان گذشته تمرکز می‌کنند و این تمرکز بر افکار منفی زمان گذشته موجب تشدید افسردگی در آن‌ها می‌شود [۳۰].

این پژوهش با محدودیت‌هایی مانند نمونه‌گیری در دسترس و عدم بررسی برخی متغیرهای مداخله‌گر روبرو بود. نمونه‌های این پژوهش، زنان مبتلا به افسردگی در شهر ساری بودند. بنابراین، در تعمیم یافته‌ها به سایر گروه‌های سنی (کودکان و نوجوانان) و مردان باید جانب احتیاط رعایت شود. برای مطالعات آتی پیشنهاد می‌شود که در شهرها و فرهنگ‌های دیگر پژوهش‌های مشابه انجام گردد. همچنین، پژوهش‌هایی با آزمودنی‌های زنان و مردان انجام شود و اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در هر دو گروه جنسیتی مقایسه گردد.

**نتیجه‌گیری:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افکار اضطرابی و ترس از ارزیابی منفی زنان افسرده مؤثر بود. بنابراین، این مداخله می‌تواند برای کاهش مشکلات روان‌شناختی مانند افکار اضطرابی و ترس از ارزیابی منفی

## References

- Zamani N, Barahmand A, Farhadi M. The effects of problem-solving training in reducing anxiety among a group of nursing students. JNE 2017; 6 (3):56-61. [Persian]
- Naveen GH, Varambally S, Thirthalli J, Rao M, Christopher R, Gangadhar BN. Serum cortisol and BDNF in patients with major depression- effect of yoga. International Review of Psychiatry 2016; 28 (3): 273-8.
- Dumas JE, Neese DE, Prinz RJ, Blechman EA. Short- term stability of aggression, peer rejection, and depressive symptoms in middle childhood. JRCAP 2017; 24 (3):105-19.
- Garcia Lopez Lj, Saez Castillo AJ, FuentesRodriguez G. Psychometric properties of the Youth Anxiety Measure for DSM-5, Part I (YAM-5-I) in a community sample of Spanish-speaking adolescents. Journal Affective Disorders 2016; 15 (208): 455-59.
- Zolfaghari A, Elahi T. Children's level of anxiety in relation to their level of awareness and attitude towards corona virus based on the health belief model and the level of stress, anxiety and depression of mothers. JRPH 2020; 14 (1):40-55. [Persian]
- Sreeramareddy CT, Shankar PR, Binu VS, Mukhopadhyay C, Ray B, Menezes RG. Psychological morbidity, sources of stress and coping strategies among undergraduate medical students of Nepal. BMC Medical Education 2007; 7 (2): 26-30.
- Wolniewicz CA, Tiamiyu MF, Weeks JW, Elhai JD. Problematic smartphone use and relations with negative affect, fear of missing out, and fear of negative and positive evaluation. Psychiatry research 2018; 262 (4): 618-23.
- Birk SL, Horenstein A, Weeks J, Olino T, Heimberg R, Goldin PR, et al. Neural responses to social evaluation: The role of fear of positive and negative evaluation. Journal of anxiety disorders 2019; 67 (10): 102114.



9. Gaudiano BA, Davis CH, Miller IW, Uebelacker L. Pilot randomized controlled trial of a video self-help intervention for depression based on acceptance and commitment therapy: Feasibility and acceptability. *CPP* 2020; 27 (3): 396-07.
10. Faryabi M, Rafieepoor A, hajjalizade K, Khodaverdian S. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on anxiety, perceived stress and pain coping strategies for patients with leukemia. *Feyz* 2020; 24 (4):424-32. [Persian]
11. Datta A, Aditya C, Chakraborty A, Das P, Mukhopadhyay A. The Potential Utility of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Reducing Stress and Improving Wellbeing in Cancer Patients in Kolkata. *Journal of Cancer Education* 2016; 31 (4): 721-9.
12. Cross DAE, Ashton SE, Ghiorghiu S, Eberlein C, Nebhan CA, Spitzler PJ, et al. AZD9291, an irreversible EGFR TKI, overcomes T790M-mediated resistance to EGFR inhibitors in lung cancer. *Cancer Discovery* 2014; 4 (9): 1046-61.
13. Azari S, Kiani G, Hejazi M. The Effect of Acceptance and Commitment Based Group Therapy on Increasing the Quality of Life in Kidney Transplant and Hemodialysis Patients in Zanjan City: A Randomized Clinical Trial Study. *JRUMS* 2020; 19 (6):555-68. [Persian]
14. Coto-Lesmes R, Fernandez-Rodriguez C, Gonzalez-Fernandez S. Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of Affective Disorders* 2020; 15 (263): 107-20.
15. Smith BM, Smith GS, Dymond S. Relapse of anxiety-related fear and avoidance: Conceptual analysis of treatment with acceptance and commitment therapy. *JEAB* 2020; 113 (1):87-104-12.
16. Ugur E, Kaya C, Tanhan A. Psychological inflexibility mediates the relationship between fear of negative evaluation and psychological vulnerability. *Current Psychology* 2020; 23 (8):1-3.
17. Ruiz FJ, Florez CL, García-Martin MB, Monroy-Cifuentes A, Barreto-Montero K, Garcia-Beltran DM, et al. A multiple-baseline evaluation of a brief acceptance and commitment therapy protocol focused on repetitive negative thinking for moderate emotional disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2018; 9 (2):1-4.
18. Javadian SN, Emami T. The comparison of the effect of the number of aerobic and yoga sessions on physical self-description components of female university students. *harakat* 2009; 18 (2):127-45. [Persian]
19. Wells A. A multidimensional measure of worry: Development and preliminary validation of the Anxious Thoughts Inventory. *Anxiety Stress and Coping* 1994; 6 (6), 289-99.
20. Farrokhi H, mostafapour V. Investigating factor structure, validity and reliability of the Persian form of Anxious Thoughts Inventory (AnTI), Thought Control Questionnaire (TCQ) and White Bear Suppression Inventory (WBSI) in the Clinical Population. *Analytical-Cognitive Psychology* 2018; 9(33): 19-31. [Persian]
21. Watson D, Friend, R. Measurement of socialevaluative anxiety. *JCCP* 1969; 33 (3); 448-57.
22. Shokri O, Geravand F, Naghsh Z, Ali Tarkhan R, Paezi M. The Psychometric Properties of the Brief Fear of Negative Evaluation Scale. *IJPCP* 2008; 14 (3):316-25. [Persian]
23. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4 (6):561-71.
24. Amini M, Rezvani Zadeh A, Jelokhani Nakaraki R. Acceptance and commotment therapy on depression and marital satisfaction in pregnant women. *Middle Eastern Journal of Disability Studies* 2018; 8 (1): 98-104. [Persian]
25. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies—republished article. *Behavior Therapy* 2016; 47 (6): 885-69.
26. Habibollahi A, Soltanizadeh M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on obsessions-compulsions in girl adolescents with body dysmorphic disorder. *Shenakht Journal* 2016; 2 (4):1-10. [Persian]
27. Dehghani Najvani B, Neshatdoost H T, Abedi M R, Mokarian F. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Depression and Psychological Flexibility in Women with Breast Cancer. *ZJRMS* 2015; 17 (4):965-72. [Persian]
28. Tamannaie Far S, Gharraee B, Birashk B, Habibi M. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy in Patients with Major Depressive Disorder. *IJPBS* 2017; 11 (4):34-59. [Persian]
29. Farnam A, Imani M, Aliloo M, BakhshiPour A. Comparative efficacy of cognitive behavioral therapy and obsessive compulsive disorder Flyvkztyn improvement. *Studies in Education and Psychology* 2008; 12 (1): 63-71. [Persian]

30. 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 (5):130-37. [Persian]

# The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Anxious Thoughts and Fear of Negative Evaluation of Depressed Women

Khaleghi Kiadahi N<sup>1</sup>, Mafakheri A<sup>2</sup>, Yamini M<sup>2</sup>

1- PhD Student, Dept of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.

2 - Assistant Prof, Dept of Psychology, University of Payam Noor, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

Email: mafakheri.ab@gmail.com; Tel: 09376221864

3- Assistant Prof, Dept of Psychology, Hakim Sabzevari University, Sabzevar, Iran.

Received: 11 May 2021

Accepted: 2 November 2021

**Introduction:** Women with depression have major problems with psychological health. One of the intervention methods for reducing psychological issues is acceptance and commitment therapy. This study aimed to evaluate the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on anxious thoughts and fear of negative evaluation of depressed women.

**Materials and Methods:** The present study was applied and quasi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. Its statistical population consisted of depressed women referred to psychiatric clinics in Sari in 1398. The samples were 30 people from the mentioned community selected using the available sampling method. They were assigned to acceptance and commitment treatment (15 people) and control (15 people) groups by a simple random method to answer the Anxious Thought Questionnaire (Wells, 1994), Fear of Negative Evaluation Questionnaire (Watson & Friend, (1969), and Depression Inventory (Beck, 1961). The experimental group was trained for 10 sessions once a week for 60 minutes, and the control group did not receive any intervention. Data were analyzed using descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (analysis of covariance) in SPSS-24 software.

**Results:** The results showed that commitment and acceptance therapy reduced negative, anxious thoughts and fear of evaluation ( $p < 0.001$ ). Eta squared showed the effect of this treatment on anxiety to be 0.38 and fear of negative to be 0.47.

**Conclusion:** Based on the findings, acceptance and commitment therapy is recommended as an effective and complementary psychological intervention in depressed women to reduce anxious thoughts and fear of negative evaluation.

**Keywords:** Anxiety thoughts, Fear of negative evaluation, Acceptance and commitment therapy, Depressed women

---

### Please cite this article as follows:

Khaleghi Kiadahi N, Mafakheri A, Yamini M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Anxious Thoughts and Fear of Negative Evaluation of Depressed Women. *Community Health journal* 2022; 16 (1): 1-11.

**Funding:** This research project was without funds.

**Conflict of Interest:** None declared.

**Ethical Approval:** The ethical approval for this study was provided by the Ethics Committee of Islamic Azad University Bojnord. (IR.REC.BOJNORD.1398.018)