مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر ترس از ارزیابی منفی و اضطراب در زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در شهر ایلام

گلستان نظری[1]، حسن امیری[1]*، کریم افشاری‌نیا[1]، کیوان کاکابرایی[1]

۱) گروه روان‌شناسی و مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی ، کرمانشاه، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۵/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۹/۲۶

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر ترس از ارزیابی منفی و اضطراب در زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره انجام شد.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعهٔ آماری پژوهش شامل همهٔ زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاورهٔ نوید، آرامش، مشاورهٔ خانوادهٔ آموزش‌وپرورش، سروش و بهزیستی در شهرستان ایلام در سال ۱۳۹۷ است که از این تعداد، ۳۰ زوج با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی، به سه گروه تقسیم شدند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامهٔ ترس از ارزیابی منفی و اضطراب جمع‌آوری گردیدند؛ سپس در نرم‌افزار SPSS vol.22 تحلیل شدند.

یافته‌های پژوهش: نتایج نشان داد میان گروه کنترل و گروه تحت درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه کنترل و گروه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در کاهش ترس از ارزیابی منفی و اضطراب زوجین، تفاوت معناداری وجود دارد؛ اما در مقایسهٔ تأثیر دو نوع درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معناداری در اضطراب و ترس از ارزیابی منفی دیده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری: درمان به روش شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر کاهش ترس از ارزیابی منفی و اضطراب شرکت‌کنندگان مؤثر است؛ اما در میزان تأثیر این دو روش تفاوت معناداری وجود ندارد.

واژه‌های کلیدی: درمان به روش شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ترس از ارزیابی منفی، اضطراب

* نویسندهٔ مسئول: گروه روان‌شناسی و مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

Email: Ahsan.amiri@iauksh.ac.ir

Copyright © 2019 Journal of Ilam University of Medical Science. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.15634728.1400.29.2.5.9]

[DOI: 10.52547/sjimu.29.2.95]

مقدمه

خانواده به‌عنوان یکی از نهادهای مهم در هر جامعه‌ای محسوب می‌شود. درصورتی‌که خانواده سلامت کافی و عملکرد مناسبی داشته باشد، اعضای خانواده و به دنبال آن، جامعه از بهزیستی مطلوبی برخوردار خواهد بود (۱). ارتباط مناسب میان زوجین یکی از عوامل ایجاد موفقیت زندگی خانوادگی است (۲). این ارتباط به حفظ بهداشت روانی، وجود تنوع در زندگی، رشد و بالندگی اجتماعی و ایجاد تعادل در خانواده می‌انجامد؛ اما گاهی بروز مسائل گوناگون سبب قطع ارتباط طرفین با یکدیگر یا کمرنگ شدن این ارتباط می‌شود که درنتیجهٔ آن، احساسات منفی همچون اضطراب، ترس از قضاوت، افسردگی، بدبینی و ترس از ارزیابی منفی در زوجین بارز می‌گردد (۳). زوجین دارای ترس از ارزیابی منفی، اشتباه را در زندگی مساوی شکست می‌دانند و به همین علت، از اشتباه کردن می‌ترسند (۴). در این گونه افراد، سرزنش و فقدان تأیید دیگران هراس بسیاری در آنان ایجاد می‌کند. این افراد همیشه فاصلهٔ بسیاری میان عملکرد و استانداردهایشان می‌بینند و به‌طور مداوم خود را سرزنش و به‌صورت منفی، نقد و ارزیابی می‌نمایند و به همین سبب، اضطراب فراوانی را تجربه می‌کنند (۶- ۵)؛ همچنین با توجه به سیر صعودی آمار طلاق در کشور و افزایش روزافزون کشمکش‌ها و تعارضات خانواده‌ها، درمان و مشاورهٔ تخصصی زوجین از ضروریات است و اولویت خاصی دارد. بر طبق آمار گزارش‌شده در سال ۱۳۹۶، در زوج‌های ناسازگار و متعارض عوامل سوءتفاهم، ترس از ارزیابی منفی و اضطراب و افسردگی بیشتر از عوامل دیگر (در حدود ۶۰ درصد) دیده‌شده است (۷).

واتسون و فرند (۱۹۹۶) ترس از ارزیابی منفی را به‌عنوان نوعی اضطراب از ارزیابی اجتماعی تعریف کرده‌اند که ادراک از ارزیابی دیگران، مضطرب شدن از ارزیابی آنان و اجتناب از موقعیت‌های ارزیابی و انتظاری را شامل می‌شود که دیگران شخص را به‌صورت منفی ارزیابی کنند (۸). سازهٔ ترس از ارزیابی منفی، شامل احساس‌های ترس مربوط به ارزیابی‌های دیگران، پریشانی خاطر ناشی از این ارزیابی‌های منفی و انتظار این است که دیگران او را منفی ارزیابی خواهند کرد (۹). در وضعیتی که شخص فکر می‌کند در معرض دید دیگران قرار گرفته است و امکان انتقاد و ارزیابی از وی وجود دارد، به‌گونه‌ای دچار تنش و اضطراب می‌شود که نتیجهٔ آن، تحقیر و بی‌ارزش جلوه دادن فرد از سوی دیگران خواهد بود (۱۰). اضطراب یکی از آسیب‌هایی است که زندگی فردی و اجتماعی انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و می‌تواند به‌عنوان موتور محرکه‌ای برای فعالیت‌های زندگی عمل کند و در همهٔ شرایط زندگی مفید باشد و از سویی نیز می‌تواند یکی از شایع‌ترین نشانه‌های روان رنجوری در فرد باشد و زندگی انسان را تحت تأثیر قرار دهد (۱۱).

اضطراب از شایع‌ترین اختلالات روانی و احساس ناراحت‌کننده‌ای است که خطر مبهم و نامعلومی را تداعی می‌کند. سطوح پایین اضطراب سبب افزایش تسلط فرد بر محیط و آگاهی او از تهدید بالقوه می‌شود؛ اما اضطراب شدید، تداوم رفتاری فرد را برهم می‌زند و از پاسخ منطقی او جلوگیری می‌کند (۱۲)؛ بنابراین، افراد هنگامی می‌ترسند که مورد ارزیابی منفی دیگران قرار بگیرند، توجهشان را به‌سوی یک محرکهٔ تهدیدکنندهٔ درونی مانند واکنش‌های اضطراب سوق می‌دهند. اضطراب بالا شانس ارزیابی مجدد موقعیت را از بین می‌برد و با عملکرد اجتماعی فرد در تعارض قرار می‌گیرد (۴)؛ زیرا فرد از موقعیت‌هایی پرهیز می‌کند که در آن‌ها، امکان ارزیابی اجتماعی وجود داشته باشد و به‌مرور، زمینهٔ انزوای خود و خانواده را فراهم می‌کند؛ به همین علت، اختلال در عملکرد اجتماعی زوجین، از مهم‌ترین عوامل تهدیدکنندهٔ روابط زناشویی زوجین است و زمینه‌ساز درگیری و کشمکش خانوادگی می‌شود که می‌تواند در درازمدت، پیامدهای منفی مانند طلاق را در پی داشته باشد (۱۳).

یکی از درمان‌های روان‌شناختی که به مشکلات و رنج‌های غیرقابل‌اجتناب، نگاه متفاوت و درعین‌حال کاربردی دارد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد(ACT) نام دارد که از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی و شاخه‌ای از درمان‌های جدید روان‌شناسی است که به آن‌ها درمان‌های پذیرش هم می‌گویند (۱۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک درمان رفتاری است که از

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1400.29.2.5.9]
[DOI: 10.52547/sjimu.29.2.95]

مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند (۶). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به معنی افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و بر اساس آنچه در آن لحظه برای آنان امکان‌پذیر است و عمل به شیوه‌ای است که منطبق با ارزش‌های انتخاب‌شده‌شان باشد (۱۵). هدف این شیوهٔ درمانی کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر، از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که عبارت است از بهبود توانایی برقراری ارتباط با تجربیات در زمان حال و انتخاب عملی از میان گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر است؛ نه عملی صرفاً برای انتخاب افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته (۱۶). اثرگذاری این شیوهٔ درمانی در درمان مشکلات روان‌شناختی، از سایر درمان‌های معمول کارآمدی بیشتر دارد (۱۷).

درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، یکی دیگر از رویکردهای درمانی است که امروزه، برای کاهش اضطراب و ارزیابی منفی خود در زوجین به آن توجه شده است (۱۸). در آموزش شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، بیماران یاد می‌گیرند که چطور به‌طور متفاوت با افکار و احساسات منفی خود رابطه برقرار کنند و بر تغییر محتوای باورها و افـــکار متمرکز شوند (۱۹)؛ همچنین یاد می‌گیرند که افکار خودآیند، عادت‌ها، نشخوارهای ذهنی، افکار و احساسات منفی خود را چگونه تغییر جهت دهند، نسبت به آن‌ها آگاه شوند و در چشم‌انداز وسیع‌تری، افکار و احساسات خود را ببینند (۲۰). با توجه به مطالعهٔ مبانی نظری تحقیق، پرسش‌های زیر مطرح است:

پرسش اول: آیا میان اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، بر ترس از ارزیابی منفی در زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر ایلام، تفاوت معناداری وجود دارد؟

پرسش دوم: آیا میان اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، بر اضطراب زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر ایلام، تفاوت معناداری وجود دارد؟

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعهٔ آماری در این پژوهش شامل همهٔ زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاورهٔ نوید، آرامش، مشاورهٔ خانوادهٔ آموزش‌وپرورش، سروش و بهزیستی در شهر ایلام در سال ۱۳۹۷ بودند. در این پژوهش، نمونه‌ای متشکل از ۳۰ زوج که با روش نمونه‌گیری در دسترس از میان همهٔ زوجین مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره در شهر ایلام انتخاب شدند، به‌صورت تصادفی، به سه گروه ۲۰ نفری (ACT و MBCT و گروه کنترل) تقسیم‌بندی گردیدند. معیارهای ورود افراد به مطالعه شامل: ۱. زوجینی که به علت مشکلات خانوادگی به مراکز مشاورهٔ شهرستان ایلام مراجعه کرده بودند؛ ۲. داشتن نشانه‌هایی از ترس از ارزیابی منفی و اضطراب بر اساس نتایج آزمون‌های ترس از ارزیابی منفی لری و اضطراب بک؛ ۳. علاقه‌مندی آزمودنی‌ها به شرکت در جلسات درمانی؛ و معیارهای خروج آزمودنی‌ها عبارت‌اند از: ۱. داشتن بیماری‌های حاد و مزمن جسمی؛ ۲. مصرف داروهای روان‌گردان؛ ۳. شرکت هم‌زمان در سایر برنامه‌های درمانی؛ ۴. دریافت خدمات مشاوره و روان‌شناختی فردی در طول شرکت در جلسات درمانی.

روش اجرا: روش اجرای پژوهش بدین‌صورت بود که در ابتدا، پرسش‌نامه‌های ترس از ارزیابی منفی لری و اضطراب بک بر روی آنان اجرا شد؛ سپس بر اساس نمرات به‌دست‌آمده از اجرای آزمون‌ها، در مرحلهٔ نخست، ۳۰ زوج از زوجینی که نمرهٔ آنان در آزمون‌های ترس از ارزیابی منفی و اضطراب بالاتر از سایرین بودند، به‌عنوان نمونه انتخاب گردیدند و در مرحلهٔ بعد، این زوجین با گمارش تصادفی، در سه گروه ۲۰ نفره (گروه ACT، گروه MBCT، گروه کنترل) قرار گرفتند. پیش از شروع جلسات، به هر سه گروه فرم رضایت آگاهانه داده شد تا در جریان اهداف پژوهش قرار گیرند. برای گروه اول، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه به‌صورت هفتگی ارائه شد (جـدول شمارهٔ

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1400.29.2.5.9]
[DOI: 10.52547/sjimu.29.2.95]

۱) و برای گروه دوم، جلسات گروه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی طی ۸ جلسه اجرا گردید (جدول شمارهٔ ۲)؛ اما برای گروه کنترل هیچ آموزشی لحاظ نشد. پس از پایان جلسات، از هر سه گروه پس‌آزمون به عمل آمد. شرح جلسات هر دو گروه به‌صورت خلاصه در زیر آمده است:

جلسات مداخلهٔ مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد (هیز و استیون،۲۰۱۳) (۲۱)؛

جلسهٔ اول: معارفهٔ اعضای گروه، برقراری رابطهٔ حسنه، احترام و رازداری، توضیح قوانین گروه، همدلی، آشنایی با رنج مراجعین، تشریح استعارهٔ دو کوه؛ جلسهٔ دوم: توضیح استعاره‌ای دنیاها به فرد برای آشنایی و شناخت آن‌ها در جهت رسیدن فرد به آگاهی، انجام فن مایندفولنس از طریق تنفس؛ جلسهٔ سوم: آشنایی مراجعان با کنترل مشکل اصلی است، آشنایی با رنج پاک و ناپاک و دنیای درون و بیرون که از طریق استعاره‌های باتلاق غم، دستگاه سیم‌پیچی، حشره و استعارهٔ ببر گرسنه؛ جلسهٔ چهارم: استفاده از استعارهٔ گدا برای توضیح پذیرش، استعارهٔ فضای روان‌شناختی برای بزرگ کردن خانه‌ای ذهن؛ جلسهٔ پنجم: توضیح آثار پذیرش و استفاده از استعارهٔ دختر کوچولو برای این مهم و در ادامه توضیح زندگی کردن در جهت ارزش‌ها؛

جلسهٔ ششم: آشنایی باارزش‌ها و تصریح آن‌ها با استفاده از استعارهٔ پیتزا، استعارهٔ اتوبوس، استعارهٔ تشیع جنازه؛ جلسهٔ هفتم: شناخت خود به‌عنوان زمینه و خود مفهومی‌سازی‌شده با استفاده از استعارهٔ صفحهٔ شطرنج و استعارهٔ پیاده‌روی با ذهن؛ جلسهٔ هشتم: آموزش حل مسئله برای مشکلات بیرونی و برطرف کردن مشکلات درونی برای رسیدن به ارزش‌ها و تعهد با استفاده از استعارهٔ نها.

آموزش (MBCT): آموزش (MBCT) در هشت جلسه بر اساس برنامهٔ آموزشی سمپل و لی (۲۲)، به‌صورت کارگاهی برای گروه آزمایش برگزار شد. در این جلسات، شرکت‌کنندگان یاد می‌گیرند که چگونه به‌طور متفاوت با افکار و احساسات منفی خود رابطه برقرار کنند و بر تغییر محتوای باورها و افکار متمرکز شوند. خلاصهٔ جلسات MBCT به این شکل است:

جلسهٔ اول: هدایت خودکار؛ خوردن یک کشمش با آگاهی، مراقبه و وارسی بدن؛ در جلسهٔ دوم سروکار داشتن با موانع: مراقبهٔ وارسی بدن، ده دقیقه تنفس ذهن‌آگاهانه، تمرین‌ها و احساسات؛ جلسهٔ سوم و چهارم به ترتیب: ذهن‌آگاهی تنفس (و بدن در حرکت)، حرکت ذهن‌آگاهانه، تمرین کشش و تنفس، مشخص کردن تقویم تجارت خوشایند، تمایز فکر از واقعیت، باقی ماندن در زمان حاضر ذهن‌آگاهی پنج دقیقه‌ای مشاهده کردن یا نشنیدن، مراقبه نشستن، راه رفتن ذهن‌آگاهانه، تحریف‌های شناختی؛ جلسهٔ پنجم: پذیرفتن و اجازه دادن: مراقبه نشستن، آگاهی از تنفس و بدن، ماشین زمان و بررسی افکار و پیش‌بینی‌های قبلی؛ جلسهٔ ششم: افکار واقعیت‌ها نیستند، مراقبه نشستن، آگاهی از تنفس بدن، ماشین زمان و بررسی افکار و پیش‌بینی‌های قبلی؛ و درنهایت جلسات هفتم و هشتم به ترتیب: چگونه می‌توانیم بهترین مراقبت را از خودم به عمل آورم؟ مراقبه نشستن، آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارتباط میان فعالیت و خلق، راه‌حل‌آفرینی سازنده و استفاده از آن چیزی که یاد گرفته‌شده برای به‌کارگیری در آینده، مراقبهٔ وارسی بدن، مراقبهٔ نهایی، مرور کل دوره – چه چیزهایی برای شما در زندگی‌تان بسیار ارزشمند هستند که تمرین می‌تواند به شما کمک کند؟ (سمپل و لی، ۲۰۱۱).

به‌منظور نتیجه‌گیری از داده‌های جمع‌آوری‌شده و اظهارنظر دربارهٔ فرضیه‌های تدوین‌شده، مطابق با روش اجرایی که توضیح داده شد، تجزیه‌وتحلیل با دو روش آماری به این شرح انجام گرفت: استفاده از شاخص‌های آمار: شاخص‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و شاخص‌های آمار استنباطی شامل آزمون کولموگروف- اسمیرنوف، آزمون تی زوجی، آزمون تعقیبی شفه و تحلیل کوواریانس چندمتغیره است. تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS vol.22 صورت گرفت.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1400.29.2.5.9]
[DOI: 10.52547/sjimu.29.2.95]

ابزار گردآوری داده‌ها: برای گردآوری داده‌ها از چند ابزار استفاده شد که عبارت‌اند از:

الف. پرسش‌نامهٔ ترس از ارزیابی منفی لری (۱۹۸۳): نسخهٔ کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی (لری، ۱۹۸۳) ۱۲ پرسش دارد که میزان اضطراب تجربه‌شدهٔ افراد یا ارزیابی منفی آنان را اندازه‌گیری می‌کند. در پژوهش گراوند و همکاران (۱۳۹۰)، نتایج تحلیل عامل اکتشافی با استفاده از چرخش اوبلیمین نیز نشان داد که نسخهٔ کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی، از دو عامل تشکیل‌شده است.

همبستگی معنادار میان نمرهٔ کلی و زیرمقیاس‌های ترس از ارزیابی منفی با زیرمقیاس‌ها و نمرهٔ کلی پرسش‌نامهٔ دشواری‌های بین‌فردی و مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان، روایی همگرای BFNE را تائید کرد. ضرایب آلفای کرونباخ و ضرایب بازآزمایی با فاصله (دو هفته) نمرهٔ کلی و زیرمقیاس‌های BFNE نشان داد که این مقیاس پایایی مقبولی دارد. ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کلی، BFNE و زیرمقیاس‌های پرسش‌های نمره‌گذاری‌شدهٔ مثبت و پرسش‌های نمره‌گذاری‌شدهٔ منفی، به ترتیب برابر با ۰/۸۰، ۰/۸۲، ۰/۸۱ و ضرایب بازآزمایی با فاصله (دو هفته) برای نمره کلی، BFNE و زیرمقیاس‌ها بین ۰/۷۷ – ۰/۷۹ به دست آمد.

ب. مقیاس اضطراب بک: یک پرسش‌نامهٔ خودسنجی ۲۱ سؤالی است که با هدف اندازه‌گیری شدت اضطراب طراحی‌شده است. این آزمون شدت اضطراب را در یک هفتهٔ اخیر ارزیابی می‌کند. نمرهٔ «شدید» تا «اصلاً»، دامنه‌ای از هر پرسش بین ۰ تا ۳ بوده و دامنهٔ نمرات بین ۰ تا ۶۳ است. نمرهٔ بالاتر نشانهٔ شدت اضطراب بیشتر است. نمرهٔ ۰–۷ کمترین حد اضطراب، نمرهٔ ۸–۱۵ اضطراب خفیف، نمرهٔ ۱۶–۲۵ اضطراب متوسط و نمرهٔ ۲۶–۶۳ اضطراب شدید را نشان می‌دهد. همسانی درونی آن بالا و ضریب پایایی بازآزمایی یک‌هفته‌ای آن در حدود ۰/۷۵ به‌دست‌آمده است. همبستگی میان نمرات BAI و مقیاس همیلتون برای درجه‌بندی اضطراب (همیلتون، ۱۹۵۹،HARS) ۰/۵۱ و با BDI برابر با ۰/۴۸ به‌دست آمد. این آزمون ویژهٔ آزمودنی‌های بزرگ‌سال است و هم در موقعیت‌های بالینی و هم پژوهشی استفاده می‌شود.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های توصیفی نشان داد سن بیشتر افراد گروه کنترل ۲۱–۳۰ سال (۱۳/۳ درصد)، سن بیشتر افراد گروه «ACT»۳۰–۲۱ سال (۱۳/۳ درصد) و ۴۰–۳۱ سال (۱۳/۳ درصد) و سن بیشتر افراد گروه «MBCT» ۳۰–۲۱ سال (۱۳/۳ درصد) بود. تحصیلات بیشتر افراد گروه‌های کنترل، ACT وMBCT فوق‌دیپلم بود (۴۱/۷ درصد).

جدول شمارهٔ ۱. میانگین و انحراف معیار اضطراب و ترس از ارزیابی منفی در مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های کنترل، ACT، MBCT

متغیر	مراحل آزمون	کنترل		ACT		MBCT	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ترس از ارزیابی منفی	پیش‌آزمون	۳۱/۶۵	۵/۴۲	۳۴/۸۰	۳/۶۲	۳۲/۹۵	۳/۲۳
	پس‌آزمون	۳۲/۲۵	۵/۲۶	۲۷/۶۵	۴/۲۸	۲۷/۱۰	۳/۰۲
نگرانی از ارزیابی منفی دیگران	پیش‌آزمون	۲۲/۰۰	۴/۴۶	۲۵/۴۰	۴/۱۷	۲۴/۹۵	۳/۲۱
	پس‌آزمون	۲۲/۳۰	۴/۳۳	۱۵,۱۰	۲/۰۲	۱۴/۵۰	۱/۵۳
نگران نبودن از ارزیابی منفی دیگران	پیش‌آزمون	۹/۶۵	۲/۷۰	۹/۴۰	۲/۰۸	۸/۰۰	۲/۳۱
	پس‌آزمون	۹/۹۵	۲/۵۶	۱۲/۵۵	۲/۸۹	۱۲/۶۰	۲/۰۶
اضطراب	پیش‌آزمون	۲۷/۹۵	۴/۲۵	۳۹/۴۰	۳/۶۷	۳۸/۱۵	۴/۹۷
	پس‌آزمون	۲۸/۷۰	۴/۶۱	۲۳/۶۰	۴/۱۳	۲۱/۲۵	۴/۲۵

یافته‌ها نشان داد میانگین نمرات ترس از ارزیابی منفی و نگرانی از ارزیابی منفی دیگران و اضطراب در گروه‌های ACT و MBCT، در مرحلهٔ پیش‌آزمون، بیشتر از میانگین نمرات ترس از ارزیابی منفی و نگرانی از ارزیابی منفی دیگران و اضطراب گروه کنترل بود. در مرحلهٔ پس‌آزمون، میانگین نمرات ترس از ارزیابی منفی و نگرانی از ارزیابی منفی دیگران و اضطراب گروه‌های آموزش‌دیده با روش‌های ACT و MBCT کاهش

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1400.29.2.5.9]
[DOI: 10.52547/sjimu.29.2.95]

یافت؛ همچنین میانگین نمرات ترس از ارزیابی منفی و نگرانی از ارزیابی منفی دیگران و اضطراب زوج‌های آموزش‌دیده به روش MBCT ، کمتر از میانگین نمرات ترس از ارزیابی منفی و نگرانی از ارزیابی منفی دیگران و اضطراب زوج‌های آموزش‌دیده به روش ACT در مرحلهٔ پس‌آزمون بود. میانگین نبود نگرانی از ارزیابی دیگران در مرحلهٔ پس‌آزمون گروه‌های آموزش‌دیده با روش‌های ACT و MBCT، نسبت به مرحلهٔ پیش‌آزمون افزایش یافت (جدول شمارهٔ ۱).

پیش‌نیازهای آزمون: برای آزمون پیش‌نیازهایی وجود دارد که عبارت‌اند از:

الف. بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها: برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف استفاده شد. نتایج نشان داد سطح معناداری برای متغیرهای ترس از ارزیابی منفی، نگرانی از ارزیابی منفی دیگران، نبود نگرانی از ارزیابی منفی دیگران و اضطراب زوجین به ترتیب برابر با ۰/۲۰۶، ۰/۰۵۵، ۰/۴۳۰ و ۰/۳۹۹ است که همه بزرگ‌تر از ۰/۰۵ هستند؛ بنابراین، توزیع متغیرهای مطالعه‌شده نرمال است و می‌توان از آزمون‌های پارامتری در تحلیل داده‌ها استفاده کرد.

ب. آزمون همگنی واریانس‌ها: برای بررسی همگنی واریانس‌های پیش‌آزمون‌های داده‌ها از آزمون F لوین بهره گرفته شد. نتایج نشان داد مقدار F مربوط به آزمون لوین برای مؤلفه‌های ترس از ارزیابی منفی و اضطراب، به ترتیب برابر با ۳/۲۶ و ۰/۳۸۸ است که در سطح معناداری ۰/۰۵ معنی‌دار نیست. معنا نداشتن این مقدار نشان می‌دهد که تفاوت واریانس‌های پیش‌آزمون میان سه گروه، برای مؤلفه‌های ترس از ارزیابی منفی و اضطراب زوجین، معنادار نیست؛ یعنی واریانس‌ها همگن هستند.

جدول شمارهٔ ۲. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس ترس از ارزیابی منفی گروه‌های پژوهش در پس‌آزمون

منابع تغییر	مجموع مربعات	Df	میانگین مربعات	ارزش F	سطح معناداری
الگوی تصحیح‌شده	۵۶۶/۴۸۳	۳	۱۸۸/۸۲۸	۱۲۰/۰۷۹	۰/۰۰۰
عرض از مبدأ	۱/۷۳۷	۱	۱/۷۳۷	۱/۱۰۵	۰/۲۹۹
اثر پیش‌آزمون	۷۱/۶۹۵	۱	۷۱/۶۹۵	۴۵/۵۹۲	۰/۰۰۰
اثر مداخله در پس‌آزمون	۱۲/۶۹۶	۳	۴/۲۳۲	۲/۶۹۰	۰/۰۴۱
اثر متقابل مداخله و پیش‌آزمون	۴/۰۵۳	۱	۴/۰۵۳	۲/۵۷۸	۰/۰۴۴
خطا	۷۲/۳۲۴	۴۱	۱/۷۶۴		
مجموع	۱۰۳۶۳/۴۶۳	۶۰			
مجموع تصحیح‌شده	۶۳۸/۸۲۰	۵۹			

نتایج نشان داد ارزش F محاسبه‌شده هم‌پراش (پیش‌آزمون) برابر ۴۵/۵۹۲ و سطح معناداری آن برابر sig=0/000 است که کمتر از ۰/۰۱ است و بیان می‌کند که تحلیل کوواریانس صحیح است؛ اما نمرات پس‌آزمون تحت تأثیر پیش‌آزمون قرارگرفته‌اند؛ همچنین نتایج جدول بالا نشان می‌دهد ارزش F محاسبه‌شدهٔ اثر گروه‌ها (مداخله) بر ترس از ارزیابی منفی زوجین برابر ۲/۶۹۰ و سطح معنی‌داری آن برابر sig=0.041 است که کوچک‌تر از ۰/۰۵ است و نشان می‌دهد پس از خارج کردن اثر پیش‌آزمون، میان ترس از ارزیابی منفی پس‌آزمون گروهای کنترل و گروه‌های آزمون (گروه‌های آموزش ACT و MBCT) تفاوت معناداری وجود دارد؛ بنابراین، اختلاف میانگین‌های میزان ترس از ارزیابی منفی زوجین در پس‌آزمون، با خارج کردن اثر پیش‌آزمون تائید می‌شود؛ یعنی آموزش ACT و MBCT بر میزان ترس از ارزیابی منفی زوجین مؤثر بوده است؛ همچنین اثر متقابل پیش‌آزمون و مداخلهٔ آموزشی بر ترس از ارزیابی منفی زوجین در سطح خطای کمتر از ۵ درصد معنادار است. با توجه به اینکه تأثیر مداخلهٔ آموزشی بر ترس از ارزیابی منفی زوجین مشخص شد، از آزمون تی زوجی برای اختلاف میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سه گروه استفاده گردید (جدول شمارهٔ ۲). یافته‌های آزمون تی زوجی برای مقایسهٔ میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون ترس از ارزیابی منفی زوجین در گروه‌های مختلف نشان داد از میان سه گروه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل، تنها گروه کنترل در آزمون t

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1400.29.2.5.9]
[DOI: 10.52547/sjimu.29.2.95]

زوجی، مقدار آمارهٔ آزمون T برابر ۰/۰۱۱- با سطح معناداری برابر ۰/۹۹۸ داشته است که در سطح خطای کمتر از ۵ درصد معنادار نیست؛ اما در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تفاضل میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون ترس از ارزیابی منفی برابر با ۷/۱۱۶ و مقدار آمارهٔ آزمون T برابر ۸/۴۰۸ با سطح معناداری برابر ۰/۰۰۰ بود که در سطح خطای کمتر از ۱ درصد معنادار است؛ همچنین در گروه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، تفاضل میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون ترس از ارزیابی منفی برابر با ۶/۹۷۸ و مقدار آمارهٔ آزمون T برابر ۷/۳۵۹ با سطح معنی‌داری برابر ۰/۰۰۰ بود که در سطح خطای کمتر از ۱ درصد معنادار است؛ بنابراین، درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر کاهش ترس از ارزیابی منفی مؤثر بوده است.

جدول شمارهٔ ۳. آزمون تعقیبی شفه برای مقایسهٔ گروهی جهت تأثیر هریک از درمان‌های ACT و درمان MBCT بر میزان ترس از ارزیابی منفی زوجین

(I)گروه	(J)گروه	اختلاف میانگین(I-J)	سطح معناداری	سطح اطمینان ۹۵ درصد	
				کران پایین	کران پایین
کنترل	MBCT	*۱۳/۶۳۷	۰/۰۰۰	۹/۶۳۹	۱۷/۶۵۰
	ACT	*۱۵/۷۲۸	۰/۰۰۰	۱۱/۷۴۹	۱۹/۷۰۶
MBCT	کنترل	*-۱۳/۶۷۱	۰/۰۰۰	-۱۷/۶۵۰	۹/۶۳۹
	ACT	۲/۰۵۷	۰/۳۰۵	-۱/۹۲۳	۶/۰۳۶
ACT	کنترل	*-۱۵/۷۲۸	۰/۰۰۰	-۱۹/۷۰۶	-۱۱/۷۴۹
	MBCT	-۲/۰۵۷	۰/۳۰۵	-۶/۰۳۶	۱/۹۲۳

همان‌طور که جدول شمارهٔ ۳ نشان می‌دهد، میان گروه کنترل و گروه تحت درمان MBCT در میزان ترس از ارزیابی منفی، تفاوت معناداری وجود دارد. علامت مثبت اختلاف میانگین ترس از ارزیابی منفی در گروه کنترل و MBCT نشان می‌دهد آموزش شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش ترس از ارزیابی منفی تأثیر داشته است؛ همچنین میان گروه کنترل و گروه تحت درمان ACT نیز تفاوت معناداری به‌دست‌آمده است که نشان‌دهندهٔ تأثیر معنی‌دار این درمان بر میزان ترس از ارزیابی منفی شرکت‌کنندگان است؛ اما در مقایسهٔ تأثیر دو درمان، ازآنجاکه اختلاف جزئی به‌دست آمده، می‌توان گفت تفاوت معناداری میان دو گروه تحت درمان ACT و MBCT وجود ندارد و هر دو درمان تقریباً تأثیر یکسانی در کاهش ترس از ارزیابی منفی زوجین داشته‌اند (جدول شمارهٔ ۳).

جدول شمارهٔ ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس اضطراب گروه‌های پژوهش در پس‌آزمون

منابع تغییر	مجموع مربعات	Df	میانگین مربعات	ارزش F	سطح معناداری
الگوی تصحیح‌شده	۳۷۴/۵۵۸	۳	۱۱۵/۸۵۲	۵۴/۲۵۷	۰/۰۰۰
عرض از مبدأ	۰/۴۸۴	۱	۰/۴۸۴	۰/۲۲۷	۰/۶۳۶
اثر پیش‌آزمون	۵۵/۰۰۵	۱	۵۵/۰۰۵	۲۵/۷۶۱	۰/۰۰۰
اثر مداخله در پس‌آزمون	۱۹/۲۴۲	۳	۶/۴۱۴	۳/۰۰۴	۰/۰۳۲
اثر متقابل مداخله و پیش‌آزمون	۵/۰۹۵	۱	۵/۰۹۵	۲/۳۸۶	۰/۰۵۰
خطا	۹۴/۹۱۵	۴۱	۲/۳۱۵		
مجموع	۵۴۹/۲۹۹	۶۰			
مجموع تصحیح‌شده	۵۴۶/۳۱۲	۵۹			

نتایج نشان داد ارزش F محاسبه‌شدهٔ هم‌پراش (پیش‌آزمون) برابر ۲۵/۷۶۱ و سطح معناداری آن برابر sig=0/000 است که کمتر از ۰/۰۱ است و بیان می‌کند که تحلیل کوواریانس صحیح است؛ اما نمرات پس‌آزمون تحت تأثیر پیش‌آزمون قرارگرفته‌اند؛ همچنین نتایج جدول بالا نشان می‌دهد ارزش F محاسبه‌شدهٔ اثر گروه‌ها (مداخله) بر اضطراب زوجین برابر ۳/۰۰۴ و سطح معناداری آن برابر sig=0.032 است که کوچک‌تر از ۰/۰۵ است و نشان می‌دهد پس از خارج کردن اثر پیش‌آزمون، میان اضطراب پس‌آزمون

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1400.29.2.5.9]
[DOI: 10.52547/sjimu.29.2.95]

گروهای کنترل و گروه‌های آزمون (گروه‌های آموزش ACT و MBCT) تفاوت معناداری وجود دارد؛ بنابراین، اختلاف میانگین‌های میزان اضطراب زوجین در پس‌آزمون، با خارج کردن اثر پیش‌آزمون تأیید می‌شود؛ یعنی آموزش (ACT و MBCT) بر میزان اضطراب زوجین مؤثر بوده است؛ همچنین اثر متقابل پیش‌آزمون و مداخلهٔ آموزشی اضطراب زوجین در سطح خطای کمتر از ۵ درصد معنادار است. با توجه به اینکه تأثیر مداخله آموزشی بر اضطراب زوجین مشخص شد، از آزمون تی زوجی برای اختلاف میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سه گروه استفاده گردید (جدول شمارهٔ ۴). نتایج آزمون تی زوجی برای مقایسهٔ تفاوت میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون اضطراب در گروه‌های مختلف نشان داد از میان سه گروه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل، تنها گروه کنترل در آزمون تی زوجی، مقدار آمارهٔ آزمون T برابر ۰/۰۱۳- با سطح معناداری برابر ۰/۹۸۹ داشته است که در سطح خطای کمتر از ۵ درصد معنادار نیست؛ اما در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاضل میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون اضطراب برابر با ۱۵/۸۰ و مقدار آمارهٔ آزمون T برابر ۹/۲۴۴ با سطح معناداری برابر ۰/۰۰۰ بود که در سطح خطای کمتر از ۱ درصد معنادار است؛ همچنین در گروه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی، تفاضل میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون اضطراب برابر با ۱۶/۹۲ و مقدار آمارهٔ آزمون T برابر ۸/۶۴۵ با سطح معناداری برابر ۰/۰۰۰ بود که در سطح خطای کمتر از ۱ درصد معنادار است؛ بنابراین، درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب زوجین مؤثر بوده است.

جدول شمارهٔ ۵. مقایسه گروهی برای تأثیر هریک از درمان‌های ACT و درمان MBCT بر میزان اضطراب زوجین

(I)گروه	(J)گروه	اختلاف میانگین(I-J)	سطح معناداری	سطح اطمینان ۹۵ درصد	
				کران پایین	کران پایین
کنترل	MBCT	*۱۳/۲۴۴	۰/۰۰۰	۹/۷۴۶	۱۶/۷۲۳
	ACT	*۱۳/۶۹۷	۰/۰۰۰	۱۰/۲۱۵	۱۷/۱۷۹
MBCT	کنترل	*-۱۳/۲۴۴	۰/۰۰۰	-۱۶/۷۲۳	-۹/۷۶۴
	ACT	۰/۴۵۳	۰/۷۹۵	-۳/۰۳۱	۳/۹۳۸
ACT	کنترل	*-۱۳/۶۹۷	۰/۰۰۰	-۱۷/۱۷۹	-۱۰/۲۱۵
	MBCT	-۰/۴۵۳	-۰/۷۹۵	-۳/۹۳۸	۳/۰۳۱

همان‌طور که جدول شمارهٔ ۵ نشان می‌دهد، میان گروه کنترل و گروه تحت درمان MBCT، در میزان اضطراب تفاوت معناداری وجود دارد. علامت مثبت اختلاف میانگین اضطراب در گروه کنترل و MBCT نشان می‌دهد آموزش شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب تأثیر داشته است؛ همچنین میان گروه کنترل و گروه تحت درمان ACT نیز تفاوت معناداری به‌دست‌آمده است که نشان از تأثیر معنادار این درمان بر اضطراب شرکت‌کنندگان دارد؛ اما در مقایسهٔ تأثیر دو درمان، ازآنجاکه اختلاف جزئی به‌دست آمده، می‌توان گفت تفاوت معناداری میان دو گروه تحت درمان ACT و MBCT وجود ندارد و هر دو درمان تقریباً تأثیر یکسانی در کاهش اضطراب زوجین داشته‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان دادند درمانACT و MBCT بر میزان ترس از ارزیابی منفی در زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره تأثیر معنی‌داری دارد؛ همچنین نتایج نشان داد میان اثربخشی درمان ACT و MBCT بر میزان ترس از ارزیابی منفی در زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره تفاوت معناداری وجود ندارد.

این یافته‌ها همسو با مطالعات کریمی و خلعتبری (۲۳)، کلال قوچان عتیق و سرایی (۲)، رشیدی و گل‌محمدیان و موسوی (۲۴)، کاووسیان و همکاران (۲۵)، کریستین و همکاران (۲۰۱۱)، پترسون و همکاران (۲۶) و هیز و استین (۲۸) بود.

در تفسیر این یافته‌ها می‌توان به این نکته اشاره کرد که در درمان ذهن‌آگاهی، افراد تجربیات را به‌عنوان

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1400.29.2.5.9]
[DOI: 10.52547/sjimu.29.2.95]

عناصر مجزا از خود و به‌عنوان یک حالت گذرا و به‌عنوان موضوعی برای تغییر می‌پذیرند؛ بنابراین، به‌جای کاوش موضوع و یا اجتناب شناختی یا رفتاری از تجربهٔ آن که هر دو دردآور خواهد بود، این تجربیات را مانند سایر تجربیات که خنثی بوده و بار هیجانی ندارند، می‌پذیرند و نهایتاً درونی می‌کنند. این درمان به افراد مهارت‌هایی را آموزش می‌دهد که بدون هیچ قضاوتی، از افکارشان آگاه‌تر شوند و همچنین قادر باشند به‌جای افکار منفی، افکار مثبت را به‌عنوان انعکاسی از واقعیت در نظر بگیرند و به آن‌ها تنها به‌عنوان رخدادهای ذهنی گذرا نگاه کنند که این موضوع باعث کاهش ترس از ارزیابی‌های منفی می‌شود؛ همچنین پذیرش و تعهد درمانی به‌صورت سلامت‌محور، به افراد نگاه می‌کند؛ بنابراین، مخالف تشخیص‌های بالینی است و مبنای کار خود را بر اساس فرمول‌بندی موردی قرار می‌دهد (۱۱). به بیان دیگر، چنین می‌توان گفت که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت)، به دو شش‌ضلعی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی اشاره می‌شود. از نظر این الگو، مراجعه‌کنندگان به جلسات مشاوره یا روان‌درمانی، در شش‌ضلعی انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی اسیرشده‌اند و دچار یک منازعهٔ بی‌دلیل هستند (۱۲). این افراد به‌جای اینکه با زمان حال ارتباط برقرار کند، اسیر نشخوار ذهنی (گذشته) و نگرانی (آینده) می‌شوند. در این شرایط، فرد دچار اجتناب تجربه‌ای (انجام عملی برای رهایی از تجربیات درونی دردناک که این اجتناب به‌طور روشن موجب کاهش کیفیت زندگی فرد می‌شود)، آمیختگی (چسبیدن به فکر، قضاوت و یا هیجان‌ها)، چسبندگی به خود مفهوم‌سازی‌شده (تأثیر معنای تحت‌اللفظی که فرد برای خود یا دیگران ساخته است)، بی‌فعالیتی مداوم (انجام رفتارهای تکانشی یا منفعلانه و یا اصرار برای اجتناب تجربه‌ای که منجر به گام نگذاشتن در مسیر ارزش‌های شخصی خود می‌شود) و تصریح نداشتن ارزش‌ها (ناآگاهی از ارزش‌های مرکزی خویش یا تماس نداشتن با آن‌ها) است؛ پس هدف اساسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، غنی و ارزشمند زیستن است که این امر در شش‌ضلعی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، با شش فرایند ۱. تماس با لحظهٔ حال، ۲. پذیرش، ۳. گسلش، ۴. ارتباط با خود نظاره‌گر، ۵. تصریح ارزش‌ها و ۶. اقدام متعهدانه اتفاق می‌افتد که این موارد، باعث کاهش ترس از ارزیابی منفی در مراجعین می‌شود.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد درمان ACT و درمان MBCT بر میزان اضطراب در زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره تأثیر معناداری دارد؛ اما میان اثربخشی درمان ACT و MBCT بر میزان اضطراب در زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره، تفاوت معنی‌داری وجود نداشته است. این یافته‌ها همسو با مطالعات رشیدی و گل‌محمدیان و موسوی (۲۴)، مرشدی و همکاران (۲۷)، کاووسیان و همکاران (۲۵)، خیز و استین (۲۸)، پترسون و همکاران (۲۶) بود.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت هنگامی‌که فرد علاوه بر آگاهی کامل از افکار و احساساتش و پذیرش آن‌ها بدون قضاوت، در یک وضعیت آرامش و تمرکز قرار می‌گیرد، توانایی کنترل افکار، اضطراب و هیجانات خود را به‌دست می‌آورد. کسب این توانایی سبب می‌شود که فرد احساس کنترل بیشتری در همهٔ امور زندگی خود داشته باشد و به‌جای دادن پاسخ‌های خودکار منفی، در موقعیت‌های اضطراب‌آور و استرس‌زا با کنترل، آرامش و آگاهی بیشتری پاسخ دهد و با مشکلات بهتر مقابله کند. وی ذهن‌آگاهی را توجه کردن به شیوه‌ای خاص، هدفمند، در زمان کنونی و بدون قضاوت و پیش‌داوری تعریف کرده است. ذهن‌آگاهی به رشد سه کیفیت خودداری از قضاوت، آگاهی قصدمندانه و تمرکز بر لحظهٔ کنونی در توجه فرد نیاز دارد که توجه متمرکز بر لحظهٔ حال، پردازش همهٔ جنبه‌های تجربهٔ بلافاصله شامل فعالیت‌های شناختی، فیزیولوژیکی یا رفتاری را موجب می‌شود.

دیدگاه‌های شناختی، سلامت داشتن یا نداشتن روانی را به نحوهٔ دریافت و تفسیر افراد از جهان و یا به‌طور اخص، به محیط پیرامون وابسته دانسته‌اند. هراندازه دریافت افراد از محیط پیرامون و انعکاس آن در ذهن به واقعیت نزدیک‌تر باشد، روابط افراد با محیط پیرامونی و نیز چگونگی واکنش آنان به حوادث و رویدادها، منطقی‌تر و به سلامت روانی نزدیک‌تر است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، تمرینات

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1400.29.2.5.9]
[DOI: 10.52547/sjimu.29.2.95]

ذهن‌آگاهی برای کمک به مراجعین به‌منظور افزایش آگاهی و تغییر دادن موقعیت‌های هیجانی منفی بدون واکنش به‌طور خودکار طراحی‌شده است و در تمرین‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی، امکان پاسخ‌های هیجانی را می‌پذیرند و نهایتاً درونی می‌کنند.

محدودیت‌های پژوهش عبارت‌اند از:

۱. نمونهٔ این پژوهش، تنها به زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاورهٔ شهر ایلام محدود شده است؛ بنابراین، در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها و مناطق باید احتیاط لازم را داشت.

۲. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، صرفاً از طریق پرسش‌نامه بوده و از سایر روش‌ها مانند مصاحبه، مشاهده و... استفاده نشده است.

۳. غیبت در جلسات آموزشی و افت در نمونه‌ها نیز یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر است.

در پایان، پیشنهادهای کاربردی ذیل ارائه می‌شود:

۱. برگزاری کارگاه‌های آموزشی تقویت باورهای ارتباطی و ذهن‌آگاهی زوجین برای کاهش اضطراب و ترس از ارزیابی منفی سطح جامعه، به‌منظور بهبود کیفیت روابط زناشویی و کاهش تعارض‌ها؛

۲. پیشنهاد می‌شود مشاوران خانواده با کمک رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و رویکرد پذیرش و تعهد، برای کاهش اضطراب و ترس از ارزیابی منفی زوجین دارای مشکل ناسازگاری تلاش کنند.

کد اخلاق:

References

1.Talaeizadeh F, Bakhtiarpour S. The relationship between marital satisfaction and sexual satisfaction with couples' mental health. Thought Behav Clin Psychol Appl 2015; 40:37-46.

2.Kalalquchan Y, Sarai F. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on marital adjustment sexual satisfaction and Women's life satisfaction. Int Con Psychol Edu Sci2016;3: 527-33.

3.Ghasemi S, Etemadi O, Ahmadi SA. Identifying the interactive harms of the couple and the spouse's family and its consequences: Qualitative research. J Quali Res Health Sci 2016; 5: 250-62. doi.10.1080/01926180701647512

4.Pelg O. The relation between differentiation of self and marital satisfaction what can be learned from married people over the course of life? Am J Fam Therap2016; 36, 388-401. doi.10.1080/01926180701804634

5. Zamani S, Ahadi H, Asgari P. The relationship between emotional divorce and body image and perfectionism. psychological studies. Facul Edu Sci Psychol Alzahra Uni 2014; 4. 119-36.

6. Miri S, Mansoori A. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on perfectionism and students' exam anxiety. J Cl Psychol Personal Behav Sch2017; 15:2917-26. doi 10.1111/imft.12296

7.Dakin J, Wampler R. Money doesn’t buy happiness, but it helps: marital satisfaction, psychological distress and demographic differences between low and middle income clinic couples. Am J Fami Therap2008; 36:300-11. doi.10.1080/01926180701647512

8.Forman EM, Herbert D. New directions incognitive behavior acceptance based therapies chapter to appear. Behav Therap2019; 35: 689-705.

9.Frost RO, Lahart CM, Rosenblate R. The development of perfectionism a study of daughters and their parents. Cogn Therap Res2011;2: 469-89. doi.10.1007/BF01175730

10.Harris R. Embracing your demons an overview of aceeptance and commitment therapy. Psychotherap Australia2016; 21:2-8.

11.Hayes SC Levin ME, Vilardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behav

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.15634728.1400.29.2.5.9]

[DOI: 10.52547/sjimu.29.2.95]

Therap2013; 44: 180-96. doi .10.1016/i.beth.2009.08.002
12.Patrick S, Sells JN, Giordano FG, Tollerud TR. Intimacy differentiation and personality variables as predictors of marital satisfaction. Fam J2007; 15:359-67. doi.10.1177/1066480707303754
13.Pielage S, Luteinjin F, Arrindell W. Adult attachment intimacy and psychological distress in a clinical and community sampel. Clin Psychol Psychotherap2015; 12:455-64. doi.10.1002/cpp.472
14.Pour Faraj M. The effectiveness of group therapy of acceptance and commitment on students' social fear. Knowl Health Quarter2011;2: 1-5.
15.Jan Bozorgi M, Nouri N. Anxiety and stress treatment methods. 1th ed. Tehran Samat Publication. 2012; P.22:32-36.
16.Gambrel LE, Piercy FP. Mindfulness based relationship education for couples expecting their first child part 1 a randomized mixed methods program evaluation. J Marit Fam Ther2015; 41:5-24. doi.10.1111/imft.12066
17.Kimmes JG, Jaurequi ME, May RW, Srivastava S, Fincham FD. Mindfulness in the context of romantic relationships initial development and validation of the relationship mindfulness measure. J Marit Fam Ther 2018; 44:575-89. doi.10.1111/imft.12296
18.Schellekens MPJ, Karremans JC, Drift MA, Molema J, Hurk DGM, Prins JB, et al. Are mindfulness and self-compassion related to psychological distress and communication in couples facing lung cancer? Mindfulness 2017; 8:325-36. doi.10.1007/s12671-016-0602-0
19.Khodabakhshpirklani R, Rahimjamaroni H. The effectiveness of cognitive behavioral combination therapy and mindfulness based stress reduction in treating a case of generalized anxiety disorder. Quarter J Clin Psychol 2013; 121-47.
20.Williams JM. Mindfulness depression and modes of mind. Cogn Therap Res 2008; 32:721.
21.Hayes PE, Asettin FW. A randomised worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. Behav Res Therap 2013; 48:816-20. doi.10.1016/i.brat.2010.05.004
22.Sample LE, Lee FP. Mindfulness based relationship education for couples expecting their first child part 1: a randomized mixed methods program evaluation. J Marit Fam Ther 2011; 41:5-24. doi.10.1111/imft.12066
23.Karimi B, Khalatbari J. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on marital boredom, marital satisfaction and couple intimacy. Quarter J Edu Psychol Islam Azad Uni Tonekabon Branch2007; 16:430-42.
24.Rashidi A, Golmohammadian M, Mousavi MS. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on increasing the marital satisfaction of veteran and free spouses. Appl Counsel2015;6: 79-98.
25.Kavousian J, Harifi H, Karimi K. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on marital satisfaction of couples. J Health Care2017; 19: 75-87.
26.Peterson BD, Eifert GH, Feingold T, Davidson S. Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples a case study with two couples. Cogn Behav Pract 2011; 16:430-42. doi. 10.1016/j.cbpra.2008.12.009
27.Morshedi S, Abolghasemi A, Narimani M. A comparison of emotional processing and fear of positive negative evaluation in Women with social phobia and normal Women. J Manage Sys2015; 14:101-11.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1400.29.2.5.9]
[DOI: 10.52547/sjimu.29.2.95]

Comparison of the effectiveness of mindfulness-based cognitive-behavioral therapy and acceptance-commitment therapy on the fear of negative evaluation and anxiety in couples referring to counseling centers in Ilam, Iran

*Nazari G[1], Amiri H[*1], Afsharnia K[1], Kakabraei K[1]*

(Received: August 4, 2020 Accepted: December 16, 2020)

Abstract

Introduction: This study aimed to compare the effectiveness of mindfulness-based cognitive-behavioral therapy (MBCT) and acceptance-commitment therapy (ACT) on the fear of negative evaluation and anxiety in couples visiting counseling centers in Ilam.

Materials & Methods: This quasi-experimental study was conducted based on a pretest-posttest design with a control group. The statistical population included all couples referring to Navid, Aramesh, Family (affiliated to the Minisrty of Education), Soroush, and Welfare counseling centers in Ilam, Iran, during 1397. In total, 30 couples were selected using the avaliable sampling method, and they were randomly divided into three groups. The data were collected using the Brief Fear of Negative Evaluation Scale and Anxiety Questionnaire. Subsequently, the obtained data were analysed in SPSS software (version 22).

Findings: The results showed a significant difference among the MBCT, ACT, and control groups in terms of a decrease in the fear of negative evaluation and anxiety level of the couples. However, no significant difference was observed between the two treatment methods in terms of the effects on reducing fear and anxiety levels.

Discussions & Conclusions: The MCBT and ACT had effects on reducing the fear of negative evaluation and anxiety levels. However, there is no significant difference between the two treatment methods in this regard.

Keywords: Acceptance-commitment therapy, Anxiety, Mindfulness-based cognitive-behavioral therapy, Fear of negative evaluation

1. Dept of Psychology and Counseling, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran
**Corresponding author Email: Ahsan.amiri@iauksh.ac.ir*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.15634728.1400.29.2.5.9]
[DOI: 10.52547/sjimu.29.2.95]