رویش روان شناسی، سال۱۵، شماره ۸، شماره پیاپی ۱۲۵، آبان ۱۴۰۵
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),15(8), 2026

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر جرأت‌مندی، گوشه‌گیری اجتماعی و ترس از ارزیابی منفی دانش‌آموزان دختر کمرو

The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on assertiveness, social isolation and fear of negative evaluation of shy female students

زهرا احدزاده ینگجه
گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.
دکتر علی شیخ الاسلامی (نویسنده مسئول)
استاد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
دکتر سمیه تکلوی
گروه روان شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

Zahra Ahadzadeh yengejeh
Department of Psychology, Ard.C, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.
Dr. Ali Sheikholslamy *
Professor, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran. a_sheikholslamy@yahoo.com
Dr. Somayeh Taklavi
Department of Psychology, Ard.C, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.

چکیده
پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر جرأت‌مندی، گوشه‌گیری اجتماعی و ترس از ارزیابی منفی دانش‌آموزان دختر کمرو بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر اردبیل در سال‌تحصیلی ۱۴۰۵-۱۴۰۴ بودند که تعداد ۳۹ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند بعد از غربالگری به عنوان نمونه آماری انتخاب و به طور تصادفی ساده در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۹ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) تخصیص داده شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کرد. به منظور گردآوری داده‌ها از مقیاس نسخه بازبینی شده کمرویی (RSS؛ چیک-بریگز، ۱۹۹۰)، سیاهه جرات‌مندی گمبریل و ریچی (GRA؛ گمبریل و ریچی، ۱۹۷۵)، پرسشنامه گوشه‌گیری اجتماعی (SIQ؛ چلپی و امیرکافی، ۱۳۸۳) و مقیاس ترس از ارزیابی منفی (BFNE؛ لری، ۱۹۸۵) استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که با کنترل اثر پیش‌آزمون بین میانگین پس‌آزمون متغیرهای جرأت‌مندی، گوشه‌گیری اجتماعی و ترس از ارزیابی منفی دانش‌آموزان کمرو در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۱ وجود داشت. براساس این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد یه عنوان یکی از گزینه‌های مطلوب برای کار با دانش‌آموزان دارای کمرویی است.

واژه‌های کلیدی: *درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، جرأت‌مندی، گوشه‌گیری اجتماعی، ترس از ارزیابی منفی، کمرویی.*

Abstract
The present study aimed to determining the effectiveness of acceptance and commitment group therapy on assertiveness, social isolation and fear of negative evaluation of shy female students. The research method was a quasi-experimental design with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population was female students in the second year of high school in Ardabil in the academic year 2025-2026, of which 39 people were selected as a statistical sample by Purposeful sampling after screening and were randomly assigned to acceptance and commitment therapy groups (n=19) and a control group (n=20). The experimental group received 8 75-minute sessions of acceptance and commitment group therapy. In order to collect data, the Revised Cheek and Buss Shyness Scale (RSS; Chick- Briggs, 1990), Gambrill-Richey assertion inventory (GRA; Gambrill & Richey, 1975), Social isolation questionnaire (SIQ; Chalpi & Amirkaf, 2004), and Brief Fear of Negative Evaluation Scale (BFNE; Leary, 1985) were used. Multivariate analysis of covariance was used to analyze the data. The findings showed that by controlling for the pre-test effect, there was a significant difference at the 0.01 level between the post-test mean of the variables of assertiveness, social isolation, and fear of negative evaluation of shy students in the experimental and control groups. Based on these findings, it can be concluded that acceptance and commitment-based group therapy is one of the desirable options for working with shy students.

Keywords: *Acceptance and Commitment Group Therapy, Assertiveness, Social Isolation, Fear of Negative Evaluation, Shyness.*

نوع مقاله: پژوهشی | **دریافت:** اردیبهشت ۱۴۰۵ | **پذیرش:** شهریور ۱۴۰۵ | **ویرایش نهایی:** آبان ۱۴۰۵

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-07]

مقدمه

کمرویی به عنوان یک پدیده پیچیده و مرکب ذهنی، روانی و اجتماعی در نظر گرفته شده است (بالوق-پیسی[1] و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین کمرویی به عنوان واکنش‌های منفی فرد به بودن با غریبه‌ها یا آشنایان سببی تعریف شده است که این واکنش‌ها شامل تنش، نگرانی، احساس‌های غیرماهرانه و ناراحت کننده، نگاه از روی نفرت و بازداری رفتار اجتماعی است (ورما[2]، ۲۰۲۵). مطالعات صورت گرفته شیوع کمرویی را در بین نوجوانان تا حدود ۴۰ درصد گزارش کرده‌اند (مرادی، ۱۴۰۳؛ لاوسون[3] و همکاران، ۲۰۲۳).

ناکای[4] و همکاران (۲۰۲۴) بیان کردند که افراد کمرو، فاقد مهارت اجتماعی و عزت نفس هستند، ولی درعین حال به شدت مایلند خودشان را به عنوان انسان‌های اجتماعی بشناسند، در نتیجه در روابط بین فردی غیرماهرانه عمل می‌کنند. در واقع نظر براین است که افراد به ویژه نوجوانان کمرو توانایی مقابله و جرأت‌مندی کمتری در برابر درخواست‌های دیگران به خصوص همسالان دارند (گونزالز-یوبرو[5] و همکاران، ۲۰۲۱)؛ چرا که جرأت‌مندی اهمیت بسیاری در ارتباطات میان فردی دارد (وشیناگا و کوپر[6]، ۲۰۲۵). جرأت‌مندی پاسخی است که در جستجوی تعادل مناسبی بین انفعال و پرخاشگری است و رفتار جرات‌مندانه یک رفتار بین فردی است که شامل ابراز صادقانه و نسبتاً رک افکار و احساسات است، به نحوی که از نظر اجتماعی مناسب بوده و احساسات و آسایش دیگران نیز در آن مدنظر باشد (نیکولو[7] و همکاران، ۲۰۲۳). در این خصوص زوراوالوا[8] و همکاران (۲۰۲۲) در یافته‌های خود گزارش کردند که نوجوانان دارای جرأت‌مندی در مقایسه با نوجوانان بدون جرأت‌مندی در کنارآمدن با مسائل ارتباطی با همسالان، مشکلات بیشتری را نشان دادند.

بعلاوه نتایج مطالعه نندی[9] و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که جرأت‌مندی افراد با گوشه‌گیری اجتماعی همبستگی معناداری دارد. گوشه‌گیری اجتماعی به عنوان عدم ارتباط معنادار و پایدار با خانواده و جامعه تعریف شده است (لییو[10] و همکاران، ۲۰۲۴). کلک[11] و همکاران (۲۰۲۴) بیان کردند که افراد کمرو در عواطف و نگرش خود نسبت به تعاملات اجتماعی مقاومت نشان می‌دهند که منجر به افزایش گوشه‌گیری اجتماعی در آنان می‌شود. همچنین داوینگ[12] و همکاران (۲۰۲۰) بیان کردند که ترس از ارزیابی منفی، در ایجاد و حفظ اضطراب غیرمنطقی و شدید مرتبط با موقعیت‌های اجتماعی مؤثر است و این موضوع در افراد دارای کمرویی بیشتر خود را نمایان می‌سازد. در واقع ترس از ارزیابی منفی، یا نگرانی از مورد انتقاد قرار گرفتن به عنوان یک سوگیری‌شناختی اصلی در اضطراب شناخته شده است (موریسون[13] و همکاران، ۲۰۲۴). ترس از ارزیابی منفی به عنوان نگرانی افراد درباره ارزیابی‌های دیگران، آشفتگی مفرط نسبت به ارزیابی‌های منفی، اجتناب از موقعیت‌های ارزیابی و انتظار تجربه ارزیابی‌های منفی از سوی دیگران تعریف شده است (ژانگ[14] و همکاران، ۲۰۲۲). ترس از ارزیابی منفی، غالباً موجب می‌شود منابع توجه افراد به تهدیدها و ارزیابی‌های اجتماعی معطوف باشد و از نظر شناختی فرد را دچار ضعف عملکرد سازد و در نهایت می‌تواند بر افزایش کمرویی دامن بزند (پرابها و بابیو[15]، ۲۰۲۱).

لذا نظر به شیوع بالای کمرویی و مشکلات ناشی از آن به ویژه برای دانش‌آموزان نوجوان که در مرحله حساس نوجوانی بوده و نیازمند توجه همسالان و دوستان، هستند، انجام مداخلات روانشناختی به منظور کاهش نقش متغیرهای مطرح شده، از اهمیت بالایی برخوردار است. در این راستا یکی از مداخلاتی که می‌تواند نقش مهمی بر وضعیت روانشناختی داشته باشد، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد[16] است. این درمان یک مداخله روانشناختی است که راهبردهای مبتنی بر آگاهی و پذیرش را همراه با راهبردهای مبتنی بر تعهد و تغییر رفتار به منظور افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی به کار می‌گیرد (هیز[17] و همکاران، ۲۰۱۳). در واقع پذیرش و تعهد درمانی تنها

1. Balogh-Pécsi
2. Verma
3. Lawson
4. Nakai
5. González-Yubero
6. Yoshinaga & Cooper
7. Nikolaiev
8. Zhuravlova
9. Nnadi
10. Lyu
11. Kelek
12. Downing
13. Morrison
14. Zhang
15. Prabha
16. acceptance and commitment group therapy
17. Hayes

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-07]

مداخله روانی تجربی است که در آن راهبردهای پذیرش و ذهن‌آگاهی به همراه تعهد و راهبردهای تغییر رفتار به کار گرفته می‌شود تا انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را افزایش دهد (ایفرت[1]، ۲۰۲۲).

هدف این درمان ایجاد تغییر مستقیم در مراجع نیست، بلکه هدف آن، کمک به مراجع است تا بتواند به روش‌های متفاوتی با تجاربش ارتباط برقرار کند و قادر گردد تا به طور کامل با زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش درگیر گردد (آنسویا و گایترادیول[2]، ۲۰۲۵). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی و رفتاری در زمینه‌هایی است که اجتناب تجربه‌ای غلبه دارد و فرد را از زندگی اساسی باز می‌دارد (آرچ[3] و همکاران، ۲۰۲۳). در این خصوص نتایج مطالعه صفری‌پور و همکاران (۱۴۰۲) و شافعرپور و همکاران (۲۰۲۳) حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش معنادار ترس از ارزیابی منفی و بهبود کارکردهای اجتماعی بود. مطالعه کریمی‌آذر و همکاران (۱۴۰۱) و بیوساری[4] (۲۰۲۰) نیز حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی نوجوانان بود. همچنین مطالعه گورینیلل[5] و همکاران (۲۰۲۳) نیز نشانگر تاثیر مداخله درمانی پذیرش و تعهد مجازی برای اضطراب سخنرانی اجتماعی و عمومی بود. بعلاوه ایتو[6] و همکاران (۲۰۲۵) در یک مطالعه فراتحلیلی بیان کردند که ارائه درمان پذیرش و تعهد تاثیر معناداری بر افزایش جرأت‌مندی و انعطاف‌پذیری روانی داشت.

در مجموع قابل بیان است نظر به اینکه کمرویی یک ناتوانی و معلولیت فراگیر اجتماعی است و همپوشانی بسیار بالایی با اضطراب اجتماعی دارد (وانگ و ژاو[7]، ۲۰۲۶؛ نایب[8] و همکاران، ۲۰۲۶) و از آنجایی که مدل‌های شناختی-رفتاری موجود اختلال اضطراب اجتماعی (هایمبرگ[9] و همکاران، ۲۰۱۴؛ موسکویچ[10] و همکاران، ۲۰۱۵) بر عوامل شناختی و حفظ اختلالات رفتاری تمرکز دارند. به عنوان مثال، این مدل‌ها اهمیت شناخت‌های منفی درباره خود، تفسیرهای مغرضانه از مقاصد و پاسخ‌های دیگران، تصاویر منفی از خود از دیدگاه مشاهده‌گر، پردازش منفی پس از رویداد، توجه متمرکز بر خود، رفتارهای ایمنی را برجسته می‌کنند. با این حال، بسیاری از ساختارهای هیجانی و بسیاری از احساسات گسسته به اندازه کافی در مدل‌های نگهداری شناختی-رفتاری ادغام نشده‌اند. لذا انجام مداخلاتی برپایه ساختارهای هیجانی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، می‌توانند تبیینی بر اهمیت انتخاب درمان مذکور است. بعلاوه اینکه این درمان در خصوص کار با این نوع مشکل (کمرویی)، و به ویژه با متغیرهای مطرح در پژوهش حاضر کمتر مورد توجه مطالعات پیشین بوده است و احساس خلاء پژوهشی در این راستا مشهود است. براین اساس پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر جرأت‌مندی، گوشه‌گیری اجتماعی و ترس از ارزیابی منفی دانش‌آموزان دختر کمرو صورت گرفت.

روش

روش این مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر اردبیل در سال‌تحصیلی ۱۴۰۵-۱۴۰۴ بودند. تعداد نمونه مورد پژوهش در ابتدا ۴۰ نفر بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) به صورت تصادفی ساده گمارده شدند. به منظور انتخاب افراد نمونه بعد از هماهنگی‌های لازم و انتخاب مدارس دخترانه دوره دوم متوسطه (انتخاب ۲ مدرسه)، تعداد ۳۰۰ نفر (براساس شیوع حدود ۴۰ درصدی، مرادی، ۱۴۰۳؛ لاوسون و همکاران، ۲۰۲۳) مقیاس نسخه بازبینی شده کمرویی چیک - بریگز (۱۹۹۰) را تکمیل کردند. سپس تعداد ۴۰ نفر از دانش‌آموزانی که حداقل ۲ نمره بالاتر از نقطه برش (نمره برش ۴۲؛ چیک – بریگز، ۱۹۹۰) کسب کردند، به عنوان گروه نمونه شناسایی و به طور تصادفی ساده در گروه‌های آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) جایدهی شدند و با توجه به انصراف یک نفر از گروه آزمایش (به دلیل بیماری والدین و عدم شرایط روانی مناسب برای شرکت در جلسات)، در نهایت گروه آزمایش ۱۹ نفر لحاظ گردید. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن رضایت جهت شرکت در مطالعه و تکمیل فرم رضایت‌نامه شرکت در پژوهش توسط دانش‌آموز و

1. Eifert
2. Anusuya & Gayatridevi
3. Arch
4. Busari
5. Gorinelli
6. Ito
7. Wang & Zhao
8. Nayab
9. Heimberg
10. Moscovitch

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-07]

یکی از والدین آنها؛ دانش‌آموز دختر دروه دوم متوسطه بودن، عدم ابتلاء به مشکلات روانشناختی حاد براساس اظهار خود شرکت‌کننده‌گان و پرونده دانش‌آموزی و دریافت دو نمره بالاتر از انحراف معیار (نمره برش ۴۲؛ چیک – بریگز، ۱۹۹۰) در مقیاس نسخه بازبینی شده کمرویی بود. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم تمایل به ادامه همکاری در طی جلسات آموزشی، دریافت برنامه درمانی / آموزشی دیگری در خصوص عوامل مرتبط با متغیرهای پژوهش و غیب دو جلسه متوالی از جلسات بود. برای گروه آزمایش هشت جلسهٔ ۷۵ دقیقه‌ای درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و استروسهل، ۲۰۱۰) ارائه شد. انجام مدخله درمانی توسط دانشجوی دکتری رشته روانشناسی با نظارت دکتری رشته روانشناسی در یکی از مراکز مشاوره و رواندرمانی شهر اردبیل صورت گرفت و گروه کنترل بدون هیچ مداخله‌ای باقی ماند. ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر شامل دریافت رضایت‌نامه کتبی شرکت در پژوهش از دانش‌آموزان و یکی از والدین آنان، محرمانه ماندن اطلاعات افراد شرکت کننده، پرداخت هزینه ایاب و ذهاب در طی جلسات درمانی برای گروه آزمایش، داشتن حق انصراف در هر مرحله‌ای از پژوهش توسط دانش‌آموز یا یکی از والدین آنان، اجرای روش مداخله‌ای به صورت فشرده برای گروه کنترل پس از اتمام پژوهش و همچنین دریافت کد اخلاق از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل به شناسه IR.IAU.ARDABIL.REC.1404.164 بود. برای تحلیل داده‌های جمع‌آوری‌شده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) با بهره‌گیری از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

ابزار سنجش

مقیاس نسخه بازبینی شده کمرویی[1] (RSS): این مقیاس کمرویی توسط چیک - بریگز[2] (۱۹۹۰) ساخته شده و دارای از ۱۴ گویه است که به منظور سنجش میزان کمرویی به کار می‌رود. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است (از کاملاً مخالفم نمره ۱ تا کاملاً موافقم نمره ۵) (چیک- بریگز، ۱۹۹۰). پایایی این مقیاس براساس نظر سازنده‌گان آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و روش دو نیمه کردن به ترتیب برابر ۰/۸۹ و ۸۳/ و روایی محتوایی آن مطلوب (۰/۶۹) گزارش شده است. نمره بیشتر نشانگر میزان بالای کمرویی است حداق نمره ۱۴ و حداکثر نمره ۷۰ است (چیک- بریگز، ۱۹۹۰). همچنین در ایران، در پژوهش رجبی و عباسی (۱۳۸۹)، دامنه ضرایب همبستگی هر یک از ماده های مقیاس کمرویی با نمره کل مقیاس، به جز برای ماده ۱۲؛ از ۰/۱۰ تا ۰/۶۰ متغیر معنادار بود. ضریب آلفای کرونباخ در کل نمونه ۰/۷۱ و در عامل‌های اول ۰/۶۷، دوم ۰/۶۷ و سوم ۰/۷۸ به دست آمده است. همچنین ضرایب روایی افتراقی بین مقیاس کمرویی و عزت نفس روزنبرگ در کل نمونه معنادار بود. همین رابطه در عامل‌های اول (r=۰/۲۲، p<۰/۰۰۲) و دوم (r=-۰/۳۰، p<۰/۰۰۱)، معنی‌دار بود ولی در عامل سوم (r=-۰/۰۷، p=۰/۳۰۴) معنی‌دار نبود (رجبی و عباسی، ۱۳۸۹). در این پژوهش پایایی این مقیاس براساس ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۱ بدست آمد.

سیاهه جرات‌مندی گمبریل و ریچی[3] (GRAI): این سیاهه توسط گمبریل و ریچی (۱۹۷۵) تهیه شده و دارای ۲۲ گویه است. نمره‌گذاری این سیاهه در مقیاس لیکرت شش گزینه‌ای از اصلاً ناراحت نمی‌شوم نمره ۱ تا بسیار زیاد ناراحت می‌شوم نمره ۶، صورت می‌گردد. حداقل نمره در این سیاهه ۲۲ و حداکثر آن ۱۴۴ است. نمره بالاتر نشانگر میزان جرأت‌مندی بیشتر است (گمبریل و ریچی، ۱۹۷۵). گمبریل و ریچی (۱۹۷۵) نشان دادند که این سیاهه دارای روایی سازه‌ای بالای (۰/۸۲) است و توانایی تمایزگذاری بین افراد بالینی و غیربالینی را دارد. آنها همبستگی این سیاهه را با ارزیابی والدین از میزان جرأت‌ورزی فرزندانشان ۰/۷۱ و پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۱ گزارش کردند. در ایران زارع و خرمایی (۱۳۹۵) روایی ملاکی این سیاهه را با مقیاس جرأت‌ورزی سازگارانه و پرخاشگرانه ۰/۴۲ و پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۲ گزارش کرده است. در این پژوهش پایایی این سیاهه براساس ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۳ به دست آمد.

پرسشنامه گوشه‌گیری اجتماعی[4] (SIQ): پرسشنامه گوشه‌گیری اجتماعی توسط چلپی و امیرکافی (۱۳۸۳) طراحی و اعتباریابی شده است، این پرسشنامه شامل ۱۹ گویه بسته پاسخ براساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالم نمره ۱، مخالم نمره ۲، نظری ندارم نمره۳، موافقم نمره ۴، کاملاً موافقم نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره این پرسشنامه ۱۹ و حداکثر ۹۵ است. نمرات بالاتر نشانگر میزان گوشه‌گیری اجتماعی بیشتر و نمرات پایین نشانگر میزان گوشه‌گیری اجتماعی کمتر است (چلپی و امیرکافی، ۱۳۸۳). روایی سازه‌ای

1. the revised cheek and buss shyness scale
2. Chick- Briggs
3. gambrill-richey assertion inventory
4. social isolation questionnaire

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-07]

این پرسشنامه توسط سازنده‌گان ۰/۷۱ و پایایی آن به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و ضریب بازآزمایی ۴ هفته‌ای ۰/۸۴ گزارش شده است (چلپی و امیرکافی، ۱۳۸۳). در این پژوهش نیز پایایی این مقیاس براساس ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۷ به دست آمد.

مقیاس ترس از ارزیابی منفی[1](BFNES): مقیاس ترس از ارزیابی منفی توسط لری[2] در سال ۱۹۸۳ طراحی و شامل ۱۲ گویه است و پاسخ به گویه‌ها از ۱ (به هیچ وجه درباره من صدق نمی‌کند) تا ۵ (بسیار زیاد درباره من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل نمره در این مقیاس ۱۲ و حداکثر آن ۶۰ است. به منظور بررسی پایایی این ابزار لری (۱۹۸۳) همسانی درونی مقیاس را به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۶ و پایایی بازآزمایی بعد از چهار هفته را ۰/۷۵ و همچنین روایی سازه‌ای آن را برابر ۰/۷۸ گزارش کردند. در ایران گراوند و همکاران (۱۳۹۰) با بررسی عامل اکتشافی نشان داد که نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی از دو عامل تشکیل شده است. همبستگی معنادار بین نمره کلی و زیرمقیاس‌های ترس از ارزیابی منفی با زیرمقیاس‌ها (r=۰/۴۷) و نمره کلی پرسشنامه دشواری‌های بین فردی و مقیاس اضطراب‌اجتماعی نوجوانان (r=۰/۳۹)، روایی همگرای این مقیاس با مقیاس دشواری‌های بین‌فردی نوجوانان (۰/۴۱) را تایید کرد. ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کلی و زیرمقیاس‌های آن را به ترتیب برابر با ۰/۸۰، ۰/۸۲، ۰/۸۱ و ضرایب بازآزمایی با فاصله دو هفته به ترتیب بالا ۰/۷۷، ۰/۷۶ و ۰/۷۹ گزارش کردند. در این پژوهش پایایی این مقیاس براساس ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۴ به دست آمد.

پروتکل درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد: درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در این پژوهش مبتنی بر بسته درمانی پذیرش و تعهد هیز و استروسهل[3] (۲۰۱۰) بود که شامل هشت جلسه‌ی ۷۵ دقیقه‌ای است که به صورت گروهی و هفته‌ای یک جلسه برگزار شد. در ادامه مشخصات این جلسات ارائه شده است (جدول ۱).

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و استروسهل، ۲۰۱۰)

ردیف جلسه	هدف	محتوا
اول	معرفی و آشنایی و توضیحات کلی	آشنایی گروه با یک دیگر، برقراری رابطه درمانی و سنجش کلی
دوم	معرفی درماندگی خلاق و آموزش فنون ذهن-آگاهی	درماندگی خلاق، بررسی دنیای درون و بیرون و درک این که کنترل مسأله است نه راه حل
سوم	کار بر روی ارزش‌های فرد	شناسایی ارزش‌های فرد، تصریح ارزش‌ها، اعمال و موانع
چهارم	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و روشن‌سازی ارزش‌ها	بررسی ارزش‌های افراد و به کارگیری استعاره‌های مربوطه، مانند مانند (استعاره فنجان بد) و سایر
پنجم	نشان دادن مشکل کنترل فکر و گسلش	بررسی هم‌جوشی و گسلش و انجام تمرین‌هایی برای گسلش با استفاده از استعاره
ششم	اجرای فنون درمانی پذیرش و تعهد مانند جداسازی شناختی، آگاهی روانی، خود تجسمی	توضیح مفاهیم، نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر
هفتم	آموزش ارتباط با لحظه حال	تأکید بر زمان و در زمان حال بودن
هشتم	مرور و جمع‌بندی	آموزش تعهد، بررسی داستان زندگی، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق ارزش‌ها و جمع‌بندی

یافته ها

براساس یافته‌ها میانگین و انحراف‌معیار سنی گروه کنترل ۱۶/۹۰ ±۰/۸۵۹ و گروه آزمایش ۱۷/۰۵ ±۰/۹۴۷ بود. در هر دو گروه کمترین فراوانی پایه اول دوره دوم متوسطه و بیشترین فراوانی پایه سوم دوره دوم متوسطه بود. در ادامه میانگین و انحراف‌معیار متغیرها و و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک ارائه شده است (جدول ۲).

1. brief fear of negative evaluation scale
2. Leary
3. Strosahl

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-07]

جدول ۲. میانگین و انحراف‌معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های مورد مطالعه و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف‌معیار	آمارهS	معنی‌داری
جرأت‌مندی	کنترل	پیش‌آزمون	۴۰/۴۵	۴/۱۴	۰/۹۶۲	۰/۵۸۷
		پس‌آزمون	۳۹/۴۶	۴/۱۰	۰/۹۶۸	۰/۶۳۶
	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۹/۸۲	۴/۲۱	۰/۹۷۱	۰/۷۷۳
		پس‌آزمون	۴۸/۴۳	۵/۲۰	۰/۹۱۹	۰/۱۰۹
گوشه‌گیری اجتماعی	کنترل	پیش‌آزمون	۶۰/۴۳	۷/۱۳	۰/۹۵۲	۰/۴۰۵
		پس‌آزمون	۶۱/۲۵	۷/۲۶	۰/۹۵۸	۰/۵۱۰
	آزمایش	پیش‌آزمون	۶۰/۷۳	۷/۱۵	۰/۹۱۷	۰/۱۰۲
		پس‌آزمون	۴۸/۱۹	۵/۹۴	۰/۹۵۹	۰/۵۲۳
ترس از ارزیابی منفی	کنترل	پیش‌آزمون	۴۳/۶۱	۴/۲۹	۰/۹۲۳	۰/۱۰۴
		پس‌آزمون	۴۲/۱۳	۴/۳۴	۰/۹۶۱	۰/۵۹۶
	آزمایش	پیش‌آزمون	۴۱/۲۴	۴/۱۶	۰/۹۴۵	۰/۲۴۳
		پس‌آزمون	۳۶/۲۵	۳/۹۳	۰/۹۴۴	۰/۳۰۹

در جدول ۲ میانگین متغیرهای جرأت‌مندی، گوشه‌گیری‌اجتماعی و ترس از ارزیابی منفی دانش‌آموزان دختر کمرو در مراحل پیش‌آزمون و پس آزمون برای گروه آزمایش و کنترل گزارش شده است. چنانچه نتایج نشان می‌دهد تفاوت بین نمرات پیش آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش دیده می‌شود که در ادامه به منظور بررسی معنادای این تفاوت‌ها از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده می‌شود. همچنین نتایج آزمون فرض نرمال بودن توزیع متغیرها (شاپیرو-ویلک) حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. بنابراین، فرض نرمال بودن توزیع متغیرها برقرار است. بعلاوه نتایج بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون برای متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و گروه کنترل نشان داد که آماره F معنادار نیست (P>۰/۰۵). بعلاوه نتایج آزمون همگنی واریانس‌های (لوین) نتایج نشان داد که واریانس‌های متغیر وابسته در گروه‌های آزمایش و کنترل برابر بود (جرأت‌مندی F=۰/۹۶۸، P=۰/۳۳۲؛ گوشه‌گیری اجتماعی F=۰/۴۹۷، P=۰/۴۸۵؛ ترس از ارزیابی منفی F=۱/۱۴۲، P=۰/۲۰۷). همچنین نتایج مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس (آزمون M-Box) حاکی از عدم تفاوت بین واریانس‌ها متغیرها است (M-Box =۹/۱۳۸، F=۱/۳۸۸، P=۰/۲۱۵). بنابراین، برای انجام ادامه تحلیل مانعی وجود ندارد.

جدول ۳. نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری متغیرهای پژوهش

شاخص‌های اعتباری	ارزش	مقدار F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۶۴۸	۳۸/۱۰	۳	۳۲	۰/۰۰۱	۰/۶۴۸	۱
لامبدای ویلکز	۰/۲۱۱	۳۸/۱۰	۳	۳۲	۰/۰۰۱	۰/۶۴۸	۱
اثر هتلینگ	۳/۷۳۲	۳۸/۱۰	۳	۳۲	۰/۰۰۱	۰/۶۴۸	۱
بزرگترین ریشه روی	۳/۷۳۲	۳۸/۱۰	۳	۳۲	۰/۰۰۱	۰/۶۴۸	۱

طبق جدول ۳، نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نشان داد که اثر گروه بر ترکیب متغیر (P<۰/۰۱، F=۳۸/۱۰، ۰/۲۱=لامبدای ویلکز) و معنی‌دار بود. مجذور اتا نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیر وابسته معنی‌دار بود. در ادامه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدارF	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
جرأت‌مندی	پیش‌آزمون	۲/۳۵۳	۱	۲/۳۵۳	۰/۱۴۱	۰/۷۱۰	۰/۰۰۴	۰/۰۶۵
	گروه	۷۸۹/۹۵۵	۱	۷۸۹/۹۵۵	۴۷/۳۲۸	۰/۰۰۱	۰/۵۰۲	۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-07]

	خطا	۵۶۷/۴۹۱	۳۴	۱۶/۶۹۱				
گوشه‌گیری	پیش‌آزمون	۵/۶۴۳	۱	۵/۶۴۳	۰/۳۸۸	۰/۵۶۵	۰/۰۱۰	۰/۰۸۷
اجتماعی	گروه	۲۵۷۹/۲۵۴	۱	۲۵۷۹/۲۵۴	۴۶/۵۱۳	۰/۰۰۱	۰/۵۴۸	۱
	خطا	۱۸۸۵/۳۹۱	۳۴	۵۵/۴۵۳				
ترس از	پیش‌آزمون	۲۴/۲۴۶	۱	۲۴/۲۴۶	۰/۹۶۳	۰/۳۳۳	۰/۰۳۸	۰/۱۵۹
ارزیابی منفی	گروه	۳۲۸/۳۶۰	۱	۳۲۸/۳۶۰	۱۳/۰۴۷	۰/۰۰۱	۰/۲۷۷	۰/۹۳۹
	خطا	۸۵۵/۶۷۹	۳۴	۲۵/۱۶۷				

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد مقدار آماره آزمون اثر متغیر جرأت‌مندی برابر با (F=۴۷/۳۲، P<۰/۰۱) است و درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون تاثیر معناداری بر افزایش جرأت‌مندی دانش‌آموزان کمرو داشته است. میزان این تاثیر بنا به ستون مجذور ضریب اتا برابر ۵۰ درصد و توان آزمون برابر با ۱ است. همچنین مقدار آماره آزمون اثر متغیر گوشه‌گیری اجتماعی برابر با (F=۴۶/۵۱، P<۰/۰۱) است و درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون تاثیر معناداری بر کاهش گوشه‌گیری اجتماعی داشته است. میزان این تاثیر بنا به ستون مجذور ضریب اتا برابر با ۵۴ درصد و توان آزمون برابر با ۱ است. همچنین مقدار آماره آزمون اثر متغیر ترس از ارزیابی منفی برابر با (F=۱۳/۰۴، P<۰/۰۱) است و درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پس‌آزمون تاثیر معناداری بر کاهش ترس از ارزیابی منفی داشته است. میزان این تاثیر بنا به ستون مجذور ضریب اتا برابر با ۲۷ درصد و توان آزمون برابر با ۰/۹۳ است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر جرأت‌مندی، گوشه‌گیری اجتماعی و ترس از ارزیابی منفی دانش‌آموزان دختر کمرو صورت گرفت. نتایج نشان داد که ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تاثیر معناداری بر افزایش جرأت‌مندی دانش‌آموزان دختر کمرو داشت. این یافته با نتایج مطالعات هادیانی و همکاران (۲۰۱۹) و ایتو و همکاران (۲۰۲۵) همخوانی داشت. در تبیین این یافته قابل بیان است که در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد اعتقاد بر این است که بیشتر مواردی که مشکلات ارتباط نامیده می‌شوند در واقع مشکل تفکر هستند و هر رفتاری پیامد یک نوع تفکر است. افرادی که ابراز وجود پایین دارند معمولاً تفکرات نامعقول در مورد ارتباطات بینفردی دارند. آموزش شیوه‌های مختلف چالش با افکار غیرمنطقی و انتخاب رویکردی صحیح نسبت به مساله که در درمان تعهد و پذیرش، ناهمجوشی شناختی نام دارد (آنسویا و گایترادیول، ۲۰۲۵). با تاثیر بر این جنبه‌ها می‌تواند بر جرات‌مندی دختران نوجوان تاثیرگذار باشند. بعلاوه پذیرش افکار شخصی، هیجانات و احساسات به منظور تسهیل روند عمل متعهدانه هدایت‌شده براساس ارزش‌ها طراحی شده‌اند. هدف اصلی درمان تعهد و پذیرش اول، افزایش پذیرش افکار مشکل‌ساز و احساسات ناکارآمد است که نمی‌توان آنها را کنترل نمود و دوم، تعهد و عمل نسبت به یک زندگی همراستا با ارزش‌های فرد است (هیز و همکاران، ۲۰۱۳). اجرای مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ضمن فراهم نمودن بستری به منظور پذیرش هیجانات، با به کارگیری فنون ذهن‌آگاهی و سایر روش‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد به آموزش دختران برای افزایش جرات‌مندی می‌پردازد (آرچ و همکاران، ۲۰۲۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش ناهمجوشی شناختی و پذیرش آگاهانه، به مشارکت‌کنندگان کمک می‌کند تا تعاملات و تفکرات منفی را به روش جدیدی تجربه کنند که در نهایت کنش منفی فرد کاهش می‌یابد. افراد یاد می‌گیرند با موقعیت‌ها و تفکراتی که قبلاً از آن اجتناب می‌کردند (مانند تفکرات مربطو به کمرویی)، درگیر شوند و افکار و احساسات متعاقب آن را بپذیرند. شفاف‌سازی ارزش‌های ارتباطی و تعهد برای عمل به صورت سازگار با این ارزش‌ها، به افراد این فرصت را می‌دهد تا به شیوهای عمل کنند که آنها را به سمت ارتباط هدایت کرده (ایفرت، ۲۰۲۲) و بتوانند اضطراب فردی نسبت به کم رویی خود را کاهش داده و در نهایت جرأت‌مندی خویش را افزایش دهند.

همچنین نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تاثیر معناداری بر کاهش گوشه‌گیری اجتماعی دانش‌آموزان دختر کمرو داشت. این یافته با نتایج مطالعات کریمی‌آذر و همکاران (۱۴۰۱) دقاق و همکاران (۱۴۰۴) و بیوساری (۲۰۲۰) همخوانی داشت. در تبیین این یافته قابل بیان است که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش تاکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی دارد تا آنها افکار آزار دهندهشان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است،

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-07]

بپردازند (هیز و همکاران، ۲۰۱۳). بعلاوه دانـــش‌آموزان کمرو احتمالا از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آموختند که به ارزیابی تاثیر و اصاح روش‌های مواجهه با نشانه‌های حاصل ازکمرویی و گوشه‌گیری اجتماعی بپردازند؛ راهبردهای ناکارآمد کنترل و اجتناب از تجارب دردناک ناشی از کمرویی را شناسایی و بدون کشمکش آنها را پذیرفتند، به محتوای روانشناختی و تغییر قواعد زبانی با استفاده از جداسازی تاثیرات مخرب زبان و شناخت بر یکدیگر عینیت بخشیدند؛ با استفاده از راهبردهای ذهن آگاهی برای ارتقای تماس با لحظه‌های زندگی خود و دیدگاه‌گیری آموختند تا با استفاده از یک رویکرد غیرقضاوتی به تجربیات درونی با گذشت زمان و افزایش آگاهی و پذیرش نشانه‌های کمرویی و گوشه‌گیری اجتماعی، توجه آگاهانه و تاکید در زمان حال بودن و قرار گرفتن در معرض احساسات و افکار خوشایند و عدم اجتناب از احساسات (آرچ و همکاران، ۲۰۲۳)، پیامدهای دردناک کمرویی را بپذیرند؛ همچنین دانش‌آموزان کمرو با بررسی ارزیابی‌ها و توصیفات کلامی خود از کمرویی، یادگیری مشاهده فرایندهای مداوم نظیر افکار، احساسات و حواس بدنی خود حین بروز نشانه‌های کمرویی و توضیح احساس برتر و متعالی از خود در رابطه با گوشه گیری اجتماعی (خود به عنوان زمینه یا بافتار)، خویشتن را به عنوان یک بافتار مشاهده کردند (کلک و همکاران، ۲۰۲۴)؛ از طریق اقدام متعهدانه، با وجود مشکلاتی که در رابطه با کمرویی خود با آن مواجه هستند، در جهت ارزش‌های انتخابی خود رفتار کرده و جهت‌گیری‌های منتخب زندگی خود را جهت بهبود رابطه بیابند (ایفرت، ۲۰۲۲) و این مسائل به نوبه خود منجر به کاهش نشانه‌های گوشه‌گیری اجتماعی شد.

همچنین نتایج نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد تاثیر معناداری بر کاهش ترس از ارزیابی منفی دانش‌آموزان دختر کمرو داشت. این یافته با نتایج مطالعات صفری‌پور و همکاران (۱۴۰۲) و شافعرپور و همکاران (۲۰۲۳) مبنی همخوان بود. در تبیین این نتیجه قابل بیان است که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد کمک می‌شود تا افکار و احساساتشان را بپذیرند و نسبت به تغییرات به وجود آمده متعهد باشند. در این درمان با کمک به نوجوانان برای درک افکار و تجارب آزارنده به عنوان یک فکر، از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، قدم بردارند (آنسویا و گایترادیول، ۲۰۲۵). لذا وقتی تفسیرهای افراد در مورد پیامدهای احساسی‌شان بر آنها غالب می‌شود توانایی حفظ خود در برابر آن احساسات را نخواهد داشت و بر عکس وقتی هیجانات فقط یک احساس باشند می‌توانند معنای واقعی خودشان را داشته باشند. به بیانی دیگر احساسات کمی از گذشته آنها را به زمان حال می‌آورند. در واقع فرایندهای مرکزی درمان به آنها آموزش می‌دهند چگونه عقیده بازداری فکر را رها کنند، از افکار آزاردهنده رهایی یابند، به جای خود مفهوم‌سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت نمایند و رویدادها را به جای کنترل، بپذیرند (ایفرت، ۲۰۲۲) و براین اساس پذیرش خود واقعی، زمینه را برای کاهش اضطراب و ترس از ارزیابی منفی در این نوجوانان را موجب می‌گردد. چنانچه نتایجه به دست آمده موید این بیان بود.

بعلاوه براساس نظر پژوهشگران قابل بیان است که علت کاهش ترس از ارزیابی منفی در دانش‌آموزان را می‌توان به تغییر و بهبود در نگرش دانش‌آموزان نسبت داد. به طوری که وجود افکار غیرمنطقی در دانش‌آموزان موجب چرخه منفی و معیوب نگرش به منفی می‌شد. لذا زمانی که دانش‌آموزان در معرض این درمان قرار گرفتند، با تغییر در پذیرش (پذیرش شرایط موجود خویش) و توجه و عمل به ارزش‌ها (ارزش‌های موجود خود) زمینه تغییر افکار و قطع این چرخه‌ای معیوب، ترس از ارزیابی منفی خود را کاهش دادند.

در مجموع نتایج به دست آمده نشانگر اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش جرأت‌مندی و کاهش ترس از ارزیابی منفی و گوشه‌گیری اجتماعی دانش‌آموزان دختر کمرو است. لذا این درمان می‌تواند به عنوان یک گزینه روان‌درمانی در کنار سایر روش‌های درمانی برای کار با افراد دارای کمرویی از سوی مشاوران و روانشناسان مورد توجه و استفاده قرار گیرد. مطالعه حاضر با محدودیت‌های روبرو بود که از جمله بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی، عدم کنترل ویژگی‌های شخصیتی و هیجانی نمونه‌های مورد مطالعه، محدود بودن جامعه آماری به دانش‌آموزان دختر و عدم وجود دوره پیگیری بود. براین اساس پیشنهاد می‌شود تا در مطالعات آتی با بهره‌گیری از روش‌های تصادفی برای انتخاب نمونه‌های آماری و نیز کنترل ویژگی‌های شخصیتی و هیجانی افراد مورد مطالعه از طریق پرسشنامه‌ها، قابلیت تعمیم نتایج افزایش یابد. همچنین پیشنهاد می‌شود چنین مطالعه‌ای بر روی دانش‌آموزان با جنسیت پسر صورت گیرد. بعلاوه پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی مرحله پیگیری نیز به منظور بررسی پایداری اثر آموزش بررسی گردد.

منابع

چلبی، م.، و امیرکافی، م. (۱۳۸۳). تحلیل چندسطحی انزوای اجتماعی، *مجله جامعه شناسی ایران*،۵(۲۳)، ۱۲-۲۰.http://noo.rs/EWfwj

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-07]

دقاق، ز.، و عرب‌هاشمی، م. (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود مشکلات مربوط به خواب و انزوای اجتماعی در بیماران دارای استومی کلینیک قائم شهر مشهد. *روانشناسی بالینی و شخصی*، ۲۰(۳۹)، ۱۷-۳۲. https://doi.org/10.22070/cpap.2022.15126.114

رجبی، غ.، و عباسی، ق. (۱۳۸۹). ساختار عاملی (روایی سازه) نسخه فارسی مقیاس بازبینی شده کمرویی در بین دانشجویان. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۶(۴)، ۴۵۶-۴۶۷. SID. https://sid.ir/paper/16791/fa

زارع، م.، و خرمایی، ف. (۱۳۹۵). ویژگی های روان سنجی مقیاس جرات ورزی سازگارانه و پرخاشگرانه. *روشها و مدلهای روان شناختی، ۷(۲۳)*، ۳۹-۵۵. SID. https://sid.ir/paper/227423/fa

صفری‌پور، م.، فرهنگی، ع.، و جراره، ج. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ترس از ارزیابی منفی، اضطراب سخنرانی، کارکردهای اتطباقی اجتماعی و رفتارهای غیرمولد تحصیلی در دانش‌آموزان دختر. *مجله علوم پزشکی رازی، ۳۰ (۵)*، ۲۳۹-۲۴۸. https://iranjournals.nlai.ir/handle/123456789/1094932

کریمی آذر، ف.، ساکن آذری، ر.، عبدالتاجدینی، پ.، و آزموده، م. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانه‌های اضطراب اجتماعی نوجوانان دختر کمرو. *روان پرستاری*، ۱۰(۱)، ۴۶-۵۴. https://doi.org/10.22051/psy.2011.1557

گراوند، ف.، شکری، ا.، خدایی، ع.، امرایی، م.، و طولابی، م. (۱۳۹۰). هنجاریابی، روایی و پایایی نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی در نوجوانان دانش آموز ۱۸-۱۲ ساله شهر تهران. *مطالعات روان‌شناختی*، ۷(۱)، ۶۵-۹۵. https://doi.org/10.22051/psy.2011.1557

مرادی، ف. (۱۴۰۳). بررسی میزان شیوع کمرویی در شهرستان ایلام. *ماهنامه پایاشهر، ۶(۷۱)، ۱۴-۲۷*. https://civilica.com/doc/2183007

هیز، اس و استروسال، ک. (۲۰۱۰). *کتاب راهنمای عملی درمان مبتنی بر پذیرش و پای بندی*. ترجمه خمسه، ا. (۱۳۹۸). تهران: انتشارات ارجمند. https://www.arjmandpub.com/book/1397/

Anusuya, S,P., & Gayatridevi, S. (2025). Acceptance and Commitment Therapy and Psychological Well-Being: A Narrative Review. *Cureus*, 17(1), 77705. https://doi.org/10.7759/cureus.77705

Arch, J. J., Fishbein, J. N., Finkelstein, L. B., & Luoma, J. B. (2023). Acceptance and commitment therapy processes and mediation: Challenges and how to address them. *Behavior therapy*, 54(6), 971-988. https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.07.005

Balogh-Pécsi, A., Tóth, E., & Kasik, L. (2024). Social problem-solving, coping strategies and communication among 5th and 7th graders. *International Journal of Adolescence*, 29(1), 2331592.https://doi.org/10.1080/02673843.2024.2331592

Busari, A. O. (2020). Acceptance and Commitment Therapy in The Treatment of Social Anxiety Among Secondary School Students in Rural Area of Oyo State, Nigeria. *Journal of Humanities Therapy*, 11(1), 87-116. https://doi.org/10.33252/jht.2020.06.11.1.87

Cheek, J.M., & Briggs, S.R. (1990*). Shyness as a personality trait. In W.R. Crozier (Ed.), Shyness and Embarrassment*: Perspectives from Social Psychology (pp. 315 – 337). Cambridge, UK: Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511571183.012

Downing, V. R., Cooper, K. M., Cala, J. M., Gin, L. E., & Brownell, S. E. (2020). Fear of negative evaluation and student anxiety in community college active-learning science courses. *CBE—life sciences education*, 19(2), ar20. DOI: 10.1187/cbe.19-09-0186

Eifert, G. H. (2022). *Akzeptanz-und Commitment-Therapie* (ACT) (Vol. 45*)*. Hogrefe Verlag GmbH & Company KG. DOI: 10.1026/03045-000

Gambrill, E.D. & Richey, C.A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6, 550–561. DOI: 10.1016/s0005-7894(78)80021-5

Geukens, F., Maes, M., Spithoven, A., Pouwels, J. L., Danneel, S., Cillessen, A. H., & Goossens, L. (2022). Changes in 0adolescent loneliness and concomitant changes in fear of negative evaluation and self-esteem. *International Journal of Behavioral Development*, 46(1), 10-17. DOI: 10.1177/0165025420958194

González-Yubero, S., Lázaro-Visa, S., & Palomera, R. (2021). Personal variables of protection against cannabis use in adolescence: The roles of emotional intelligence, coping styles, and assertiveness as associated factors. *International journal of environmental research and public health*, 18(11), 5576. DOI: 10.3390/ijerph18115576

Gorinelli, S., Gallego, A., Lappalainen, P., & Lappalainen, R. (2023). Virtual reality acceptance and commitment therapy intervention for social and public speaking anxiety: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *28*, 289-299. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.05.004

Hadyian, S., & Dehghani, A. (2019). The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Assertiveness of Imposed War Veterans' daughters. *Iranian Journal of War and Public Health*, *11*(3), 147-151. DOI: 10.29252/ijwph.11.3.147

Hayes SC., Levin, ME., Plumb-Vilardaga, J, Villatte, JL., Pistorello, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavther*; 44(2)180-98. DOI: 10.1016/j.beth.2009.08.002

Heimberg, R. G., Brozovich, F. A., & Rapee, R. M. (2014). A cognitive-behavioral model of social anxiety disorder. *Social anxiety*, 1, 705-728. DOI: 10.1016/B978-0-12-394427-6.00024-8

Hofmann, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive behaviour therapy*, 36(4), 193-209. DOI: 10.1080/16506070701421313

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-07]

Ito, D., Okabe, Y., Nobushige, A., Saito, S., & Takahashi, Y. (2025). Functional assertiveness with acceptance and commitment therapy for employees returning to work: a preliminary investigation. *Frontiers in Psychology*, 16, 1415212. DOI: 10.3389/fpsyg.2025.1415212

Kelek, Ş., Awan, E. A., & Koç, M. (2024). Loneliness and shyness from the perspective of emotion regulation. *Journal of Human Sciences*, 21(3), 215-233. https://www.j-humansciences.com.ISSN: 2458-9489

Kim, U., Bhullar, N., & Debra, J. (2020). Life in the pandemic*: Social isolation and mental health. J of clinical Nursing. Accessed on*, 29. https://doi. 10.1111/jocn.15290

Lawson, K. M., Barrett, B. L., Cerny, R. J., & Robins, R. W. (2023). The development of shyness from late childhood to adolescence: a longitudinal study of mexican-origin youth. *Social psychological and personality science*, *14*(1), 13–25. https://doi.org/10.1177/19485506211070674

Leary, M. R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9(3), 371–375. https://doi.org/10.1177/0146167283093007

Lyu, C., Siu, K., Xu, I., Osman, I., & Zhong, J. (2024). Social Isolation changes and long-term outcomes among older adults. *JAMA network open*, *7*(7), e2424519. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.24519

Morrison, A. S., Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2024). Fear of negative and positive evaluation as mediators and moderators of treatment outcome in social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 104, 102874. DOI: 10.1016/j.janxdis.2024.102874

Moscovitch, D. A., Waechter, S., Bielak, T., Rowa, K., & McCabe, R. E. (2015). Out of the shadows and into the spotlight: Social blunders fuel fear of self-exposure in social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 34, 24-32. DOI: 10.1016/j.janxdis.2015.06.004

Nakai, S., Fahey, K. M., & Dermody, S. S. (2024). Associations between shyness and victimization with substance use outcomes in the national comorbidity and collaborative psychiatric epidemiological surveys. *Substance Use & Misuse*, 59(1), 126-135. DOI: 10.1080/10826084.2023.2267126

Nayab, Z., Kazmi, S. F., & Shah, S. A. (2026). Shyness as a Moderator of the Relationship between Avoidant Personality and Social Interaction Anxiety among Students. *Applied Behavioral Health and Psychology*, *2*(1), 15–27. https://doi.org/10.55121/abhp.v2i1.102415

Nikolaiev, L., Herasina, S., Hrechanovska, O., Vlasenko, O., Skliarenko, S., & Hrande, K. (2023). The Development of Assertiveness of the Individual as a Subject of Communication. *Revista Romaneasca Pentru Educatie Multidimensionala*, 15(2), 210-228. DOI: 10.18662/rrem/15.2/739

Nnadi, G. C., Uzoekwe, H. E., Nwanna, U. C., Udeagha, F. U., & Ofojebe, E. N. (2020). Effect of assertiveness training on social withdrawal among adolescents in secondary schools in Owerri Municipal IN IMO State, NIGERIA. *European journal of education studies.* https://oapub.org/edu/index.php/ejes/article/view/2888. ISSN: 2501-1111.

Prabha, H., & Babu, K. (2021). Assertiveness and fear of negative evaluation among young adults. *The International Journal of Indian Psychology*, 9(2), 408-416. DOI: 10.25215/0902.172

Shafaripour, M A., Farhangi, A., & Jarareh, J. (2023). The Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and Commitment on Fear of Negative Evaluation, Speech Anxiety, Social Adaptive Functions and Academically Unproductive Behaviors in Female Students. *Iranian Journal of Medical*, 30 (5), 239-248. https://iranjournals.nlai.ir/handle/123456789/1094932

Verma, S. (2025). A Psychological Study on Gender Differences in Adolescent's Shyness. International Journal of Indian Psychology, 13(1), 1121-1127. DOI: 10.25215/1301.104

Wang, Y., & Zhao, Y. (2026). The impact of shyness on social anxiety among college students: Mediating role of regulatory emotional self-efficacy and resilience. *PloS one*, *21*(3), e0344809. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0344809

Xia, N., & Li, H. (2018). Loneliness, social isolation, and cardiovascular health. *Antioxidants & redox signaling*, 28(9), 837-851. https://doi.org/10.1089/ars.2017.7312

Zhang, I. Y., Powell, D. M., & Bonaccio, S. (2022). The role of fear of negative evaluation in interview anxiety and social-evaluative workplace anxiety. *Journal of Selection and Assessment*, 30(2), 302-310. DOI:10.1111/ijsa.12365

Zhuravlova, L., Luchkiv, V., & Pomytkina, L. (2022). Assertiveness in the System of Behavioral Strategies of Modern Youth. *Neuroergonomics and Cognitive Engineering*, 42, 32-40. DOI: 10.54941/ahfe1001816

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-07]