

## بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دختران دبیرستانی اصفهان

اکرم پورعبداله نجف‌آبادی<sup>۱</sup>، حمید کاظمی زهرانی<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روانشناسی، نجف‌آباد، ایران

<sup>۲</sup> دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی نجف‌آباد، ایران

### چکیده

تنظیم شناختی هیجان از لحاظ اجتماعی بر رفتار و به دلیل عملکرد گسترده آن بر تنظیم شناخت مؤثر باشد. تنظیم شناختی هیجان همراه با ذهن آگاهی به عنوان یکی از متغیرهای مهم در شناخت اجتماعی افراد در نظر گرفته شده است. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای تنظیم هیجان دانش‌آموزان دختر است. روش این مطالعه، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر شهر نجف‌آباد در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بود. به منظور انتخاب نمونه ابتدا ۱۲۰ نفر دانش‌آموز به طور هدفمند از جامعه آماری انتخاب شدند. با استفاده از پرسشنامه‌ی ۳۶ ماده‌ای تنظیم شناختی هیجانی گرانفسکی (۲۰۰۱) پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها جمع‌آوری شده علاوه بر آمار توصیفی از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دختران نوجوان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل تأثیر داشته است ( $P < 0/05$ ). این مطالعه نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای دانش‌آموزانی که در تنظیم هیجان دچار ضعف هستند قابلیت کاربرد داشته و می‌تواند به عنوان یک مداخله ی روانشناختی در کنار سایر مداخلات مورد استفاده قرار گیرد.

**واژه‌های کلیدی:** درمان، پذیرش، تعهد، راهبردها، تنظیم هیجان

## مقدمه

تنظیم شناختی هیجان یکی از عوامل اساسی بهزیستی و کنش‌وری موفق بوده و نقش مهمی در سازگاری با وقایع استرس‌زای زندگی ایفا می‌کند (گرانفسکی، ۲۰۰۵) و ممکن است کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد (ساکمک و سویک، ۲۰۱۰: ۲۰۹۷-۲۱۰۲). تحقیقات انجام شده در میان افراد سالم نشان می‌دهد که تنظیم شناختی هیجانات پیش‌بینی‌کننده سلامت عمومی افراد است (عبدی و همکاران؛ ۲۰۱۱).

تنظیم شناختی هیجان فرآیندی هدف‌مدار است که به‌منظور اثرگذاری بر شدت، مدت و نوع هیجان تجربه شده صورت می‌گیرد (گروس، تامپسون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). به عبارتی دیگر، تنظیم شناختی هیجان فرآیندی است که افراد از طریق آن هیجان‌های خود را به صورت هشیار و ناهشیار تعدیل می‌کنند (بارج<sup>۲</sup>، ویلیامز؛ ۲۰۰۷). هیجانات نقش مهمی در جنبه‌های مختلف زندگی نظیر سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای تنیدگی‌زا ایفا می‌کنند. اصولاً، هیجان را می‌توان واکنش‌های زیست‌شناختی به موقعیت‌هایی دانست که آن را به‌عنوان یک فرصت مهم یا چالش برانگیز ارزیابی می‌کنیم و این واکنش‌های زیستی با پاسخی که به آن رویداد محیطی می‌دهیم، همراه می‌شوند (گرانفسکی<sup>۳</sup> و همکاران؛ ۲۰۰۲).

هر چند هیجان‌ها مبنای زیستی دارند؛ اما افراد قادرند بر شیوه‌هایی که این هیجان‌ها را ابراز می‌کنند، تأثیر بگذارند. بنابراین تنظیم شناختی هیجان، یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی و سازماندهی رفتار سازگارانه و همچنین جلوگیری از بروز هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسازگارانه محسوب می‌شود. بررسی متون روان‌شناختی، نشان می‌دهد که تنظیم شناختی هیجان، عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است (گروس و همکاران؛ ۱۹۹۸) علاوه بر این، بازنگری‌های اخیر نشان می‌دهند ناهماهنگی‌های محور I و بیشتر اختلاهای محور II بروز می‌کند (آلدو<sup>۴</sup> و همکاران؛ ۲۰۱۰) هر گونه اشکال و نقص در تنظیم هیجان‌ها می‌تواند فرد را در برابر اختلال‌های روانی چون افسردگی و اضطراب آسیب‌پذیر سازد (گرانفسکی و کرایچ؛ ۲۰۰۳). بنابراین می‌توان گفت که تنظیم شناختی هیجان، عامل کلیدی و تعیین‌کننده بهزیستی روانی، کارکرد اثربخش، سازگاری با رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی و کیفیت زندگی است.

یکی از متداول‌ترین راهبردها برای مدیریت و تنظیم تجارب هیجانی و اطلاعات برانگیزاننده هیجان، استفاده از فرآیندهای شناختی است (حسینی و همکاران؛ ۲۰۱۱). به‌طور کلی یافته‌های پژوهشی متعددی بیان‌گر رابطه قوی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با اختلال‌های رفتاری و آسیب‌شناسی روانی است (ویلیامز و بارج؛ ۲۰۰۷).

راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر جنبه‌های شناختی مقابله تأکید دارند. چگونگی ارزیابی سیستم شناختی فرد در مواجهه با حوادث منفی از اهمیت بالایی برخوردار است و سلامت روانی افراد حاصل تعامل راهبردهای تنظیم شناختی، تجارب هیجانی و ارزیابی درست از موقعیت‌های تنش‌زا می‌باشد. گرانفسکی، کرایچ و اسپینهاون با بازنگری ادبیات پژوهشی و نظری در زمینه‌های شناختی مقابله و تنظیم هیجان، ۹ راهبرد شناختی ملامت‌خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران را مطرح نمودند. از بین راهبردهای مذکور، ملامت‌خویش، نشخوارگری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران در طبقه راهبردهای سازش‌نا یافته تنظیم هیجان قرار می‌گیرند، در حالی که راهبردهای پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری به گروه راهبردهای سازش‌یافته تعلق دارند. در مجموع، اعتقاد بر این است که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به افراد کمک می‌کند تا برانگیختگی‌ها و هیجان‌های منفی را تنظیم نمایند. بهره‌گیری مطلوب از راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان، نظیر ارزیابی مجدد باعث کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتار سازگارانه می‌شود (حسینی و همکاران، ۲۰۱۴).

<sup>1</sup>.Groos & Tampion

<sup>2</sup>.Bareg

<sup>3</sup>.Garanefsky

<sup>4</sup>.Alduoa

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) نوعی رفتاردرمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی<sup>۵</sup> است. در این درمان ترکیبی از استعاره، جمله‌های متناقض نما و مهارت‌های توجه آگاهی و طیف گسترده‌ای از تمرین‌های تجربه‌گرایانه و مداخلات رفتاری به‌کاربرده می‌شود. اثربخشی ACT در طیف گسترده‌ای از بیماری‌های روانی و جسمی نظیر افسردگی، اختلال وسواس فکری عملی، استرس محیط شغلی، استرس سرطان در مراحل پایانی، درد مزمن، مدیریت رفتار در دیابت، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه، کم‌اشتهایی روانی، مصرف هروئین و... و حتی اسکیزوفرنی معلوم شده است. ACT در واقع ترکیبی از شیوه‌های پذیرش و توجه آگاهی همراه با تعهد و تغییر رفتار است. در این رویکرد افراد می‌آموزند به جای چالش با افکارشان آنها را بدون قضاوت بپذیرند و هدف این است که افراد بیاموزند تا ارزشهای زندگیشان را شناسایی کنند و در جهت رسیدن به آنها طرح و اقدام عملی بپذیرند.

ACT یک مدل روان‌درمانی علمی جدید است که بخشی از آنچه امروزه «موج سوم» درمان شناختی رفتاری نامیده می‌شود به حساب می‌آید (هیز، ۲۰۰۴). اساس ACT نظریه نظام ارتباطی<sup>۱</sup> (RFT) است؛ یک برنامه پژوهشی درباره اینکه ذهن انسان چگونه کار می‌کند (هیز، بارنز- هولمز و روچ، ۲۰۰۱). بر اساس این نظریه بسیاری از روش‌هایی که برای حل مشکلاتمان استفاده می‌کنیم ما را به دامهایی می‌اندازند که موجب رنجش خاطر ما می‌شوند. به عبارت دیگر، انسانها بازی‌های مکارانه‌ای انجام می‌دهند که خود ذهن انسان، که یک ابزار شگفت‌انگیز برای غلبه بر محیط است، میزبان آن بازی‌ها می‌شود. با توجه به اینکه راهبردهای تنظیم هیجان در سنین نوجوانی می‌تواند مانع بروز بسیاری از رفتارهای ناهنجار اجتماعی و مشکلات تحصیلی شود و تاکنون مطالعه‌ای در خصوص تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نظم جویی هیجانی، نوجوانان انجام نشده بود. لذا پژوهش حاضر به دنبال این پرسش بود که آیا مداخله‌ی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دختران دبیرستانی مؤثر است؟

## ادبیات تحقیق

روش پیشنهادی پژوهش شامل تحلیل پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. در این بخش به معرفی متغیرهای پژوهش می‌پردازیم و خلاصه‌ای در مورد پیشینه و کاربردهای اصلی هریک مطالبی را بیان خواهیم کرد.

### مبنای نظری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)

بزرگترین شکست موج اول رفتار درمانی، ناتوانی آن در پرداختن به شناخت به اندازه کافی بود. موج دوم به این موضوع پرداخت، اما این کار را یا با اتخاذ رویکردی بالینی تر انجام داد، که در آن ارتباط رفتار درمانی را با نظریه پایه آن کاهش داد، یا با اتخاذ یک رویکرد شناختی مکانیستیک به روان‌شناسی (پردازش اطلاعات و فرضیه ذهن) که به جای تأکید بر متغیرهای زمینه‌ای که می‌توانند به‌طور مستقیم دستکاری شوند، بر متغیرهای وابسته تأکید می‌کند (روسکا، ۲۰۲۵).

ACT مسیر سوم و کاملاً جدیدی اتخاذ کرد ACT بر مبنای یک برنامه تحقیقاتی پایه زمینه‌گرایی عملکردی روی زبان و شناخت، که نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی<sup>۶</sup> نامیده می‌شود، ایجاد شد (هافمن<sup>۸</sup>، ۲۰۰۱). بر حسب نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی که به اختصار RFT خوانده می‌شود، انسان صرفاً بر اساس تعاملاتی که قبلاً با محرک‌ها داشته به آنها پاسخ نمی‌دهد، چیزی که مورد تأکید رفتارگرایی است، بلکه پاسخ او به محرک‌ها، به روابط متقابل محرک‌ها با رویدادهای دیگر نیز بستگی دارد (هیز و همکاران، ۲۰۱۰). به عبارتی ساده‌تر، یک موش باید با محرک‌ها تعامل داشته باشد تا بتواند کارکردهای آن را بیاموزد، اما یک انسان می‌تواند بگوید یا فرض کند که یک محرک جدید «شبهه» یا «متفاوت» از چیزی است که او

<sup>5</sup> Mindfulness

<sup>6</sup> Ruuska

<sup>7</sup> Relational Fram Theory

<sup>8</sup> Hafman

قبلاً با آن تعامل داشته است و این محرک جدید بر مبنای شبکه رابطه ای ذهنی که این نشانه ها ایجاد می کنند، عملکرد خواهد داشت (هیز، بارنز- هولمز و راج<sup>۹</sup>).

چهار چوب رابطه به صراحت فقط در انسان دیده شده است (هیز، ۱۹۸۹)، همچنان که انسان رشد می کند، چهارچوب رابطه نیز رشد می کند (لیپکینز<sup>۱۰</sup>، هیز، ۱۹۹۱)، تحت کنترل زمینه است (دیموند<sup>۱۱</sup> و بارنز، ۱۹۹۵)، به وسیله پیامدها کنترل می شود (ویلسون و هیز، ۱۹۹۶) و موقعی که نقص و ایراداتی دارد، می تواند مستقیماً آموزش داده شود (انگل<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۳).

بنابراین بر حسب **FFT**، همچنان که انسان رشد می کند، روابطی در ذهن شکل می گیرند و این روابط چندین ویژگی دارند: ویژگی اول این روابط این است که متقابلند. یعنی اگر شخص در زمینه خاصی بیاموزد که **A** به شیوه خاصی با **B** ارتباط دارد، پس این مستلزم روابطی نیز بین **A** و **B** در آن زمینه است (توهی، ماسودا<sup>۱۳</sup>، واراو هیز<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۵). برای مثال اگر برای فردی «رفتن به بازار» اضطراب را تر از «رفتن به کلاس» باشد، پس ما بدون آموزش مستقیم این رابطه را استنباط می کنیم که «رفتن به کلاس» از «رفتن به بازار» اضطراب کمتری دارد.

ویژگی دوم این روابط، تکمیلی بودن آنهاست. اگر شخصی در زمینه خاصی بیاموزد که **A** به شیوه خاصی با **B** ارتباط دارد، و **B** به شیوه خاصی با **C** در ارتباط است، پس این مستلزم نوعی رابطه متقابل بین **A** و **C** در آن زمینه است (هیز و همکاران، ۱۹۹۹). برای مثال اگر برای آن فرد «صحبت در جمع» از «رفتن به بازار» اضطراب زاتر باشد، پس «صحبت در جمع» از «رفتن به کلاس» نیز اضطراب زاتر است. نکته مهم در اینجا این است که این فرد برای احساس اضطراب بیشتر اصلاً لازم نیست صحبت در جمع را در آن موقعیت تجربه کرده باشد، یادگیری به صورت رابطه ای رخ می دهد.

سومین ویژگی، وابسته بودن روابط به زمینه است. هر دو ویژگی قبلی با ویژگی های زمینه ای خاص محیط کنترل می شوند، نه صرفاً با ویژگی های رویدادهای مرتبط با هم. به عبارت دیگر، زمینه است که چهارچوب رابطه ای را تعیین می کند. برای مثال گفتن «شیر» در آشپزخانه کارکرد متفاوتی از گفتن «شیر» در باغ وحش دارد. در حقیقت زمینه تعیین می کند که رویدادها چگونه باید به طور رابطه ای در چهارچوب قرار گیرند (هیز و همکاران، ۲۰۰۱). و نهایتاً این زمینه رابطه ای، ابتدا از طریق آموزش های چندگانه به دست می آید. آموزش های چندگانه شامل تعداد زیادی کوشش های آموزشی در تعداد زیادی از زمینه ها می شود که پاسخ و محرکی که آن را فراخوانده را تعیین می کنند. در نتیجه کوشش های بسیار، ویژگی های زمینه ای ایجاب می کنند که رویدادها چگونه در چهارچوب روابط قرار گیرند (توهی و همکاران، ۲۰۰۵). اشکال گوناگونی از چهارچوب های رابطه وجود دارد که عبارتند از: شباهت، تضاد، تمایز، مقایسه، سلسله مراتب، زمان، فضا، علیت، رابطه و دیدگاه (هیز و همکاران، ۲۰۰۱).

نظریه پردازان **ACT** به منظور نشان دادن فرآیندی که از طریق آن، شناخت در آسیب شناسی روانی نقش بازی می کند از چهارچوب رابطه استفاده می کنند. چون نظریه چهارچوب رابطه، نظریه ای زمینه گرا است، تأکید کمی بر محتوای شناخت و هیجان دارد، اما در عوض بر زمینه ای تأکید دارد که فکر و هیجان در آن رخ می دهند و نیز ویژگی های زمینه ای دیگر که تنظیم می کنند چگونه این بر عمل تأثیر دارد (اولاتونجی، فورسیت و فلدنر<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۷). به همین دلیل، طبق این رویکرد، دغدغه بالینی اصلی، زمینه کلامی است که چهارچوب رابطه در آن رخ می دهد، نه نوع خود چهارچوب رابطه (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۱).

<sup>9</sup> Barnz- Hulmaz & Rach

<sup>10</sup> Lipkins

<sup>11</sup> Dimond

<sup>12</sup> Engle

<sup>13</sup> Masuda

<sup>14</sup> Warav Hayes

<sup>15</sup> Olang, Fursit & Fldner

وقتی فعالیتی شناختی یا چهارچوب رابطه‌ای در زمینه‌ای لفظی به وقوع می‌پیوندد، توانایی فرد برای تجربه کارکرد واقعی محرکات بیرونی یا درونی، بدون تنظیم کلامی بر آن غلبه کرده و با آن تداخل می‌کند و این منجر به رفتاری می‌شود که در سازگاری با همبندی‌های محیطی کمتر انعطاف‌پذیر است، زیرا این رفتار به جای همبندی‌های واقعی با قوانین کلامی مربوط به همبندی‌ها مدیریت می‌شود (انگل، ۲۰۲۳).

برای مثال، یکی از قوانین کلامی آسیب‌زا، قانونی است که می‌گوید رویدادهای درونی باعث رفتار می‌شوند و در نتیجه، رویدادهای درونی منفی خطرناک‌اند و باید کنترل شوند (هیز، ویلسون، گیفورد، فولت و استروسال<sup>۱۶</sup>، ۱۹۹۶). این قانون منجر به الگوی پاسخدهی مسأله‌سازی می‌شود که اجتناب تجربه‌ای نامیده می‌شود. در اجتناب تجربه‌ای افراد از افکار، احساسات بدنی و عاطفی که به‌طور منفی بر چسب خورده‌اند، حتی به بهای از دست دادن کیفیت زندگی اجتناب می‌کنند (هیز، بیورز، فلدمن، لارنسیو و پرلمن<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۵). این سبک پاسخ‌دهی، مسأله اصلی در بیشتر اختلالات بالینی است (بارلو<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۲).

در مجموع، نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی، آسیب‌شناسی را در اصل به صورت مشکلی در زمینه کلامی می‌بیند که فرد رویدادهای درونی را در آن تجربه می‌کند و نه مشکل محتوا، شکل یا فراوانی آن رویدادهای درونی. همخوان با دیگر درمانگران، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ریشه بیشتر اشکال آسیب‌شناسی روانی را تا اندازه‌ای شناختی می‌داند، اما شناختی را طوری تعریف می‌کند که به معنای «مبتنی بر چهارچوب رابطه» باشد، و بر زمینه‌ای تمرکز دارد که رویدادهای شناختی در آن به وقوع می‌پیوندد و کارکردهای تنظیم رفتار دارند (روسکا، ۲۰۲۵).

### فرآیندهای زیربنایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

دنیایی که انسان‌ها در آن زندگی می‌کنند، دنیایی کلامی است. زبان و شناخت، انسان را قادر به حل مسائل روزمره می‌کند و دنیای راحتی برای انسان ایجاد می‌کند. اما همین زبان و شناخت، باعث می‌شود انسان پیوسته خود را ارزشیابی کند، گرچه بسیاری از مسائل روان‌شناختی انسان‌ها ریشه در زبان و شناخت دارد، اما زندگی بدون زبان و شناخت امکان‌پذیر نیست. همانطور که در قسمت قبل نیز اشاره شد، ACT بر خلاف بیشتر درمان‌ها به دنبال تغییر محتوای فکر نیست. به‌عنوان مثال، درمان شناختی - رفتاری برای اختلالات اضطرابی، به دنبال آن است که به مراجعان کمک کند تا پریشانی‌شان را با تغییر پاسخ‌های شناختی و رفتاری به اضطراب کاهش دهند (هسو، ۲۰۲۳<sup>۱۹</sup>).

در حقیقت درمان شناختی رفتاری، مراجعان را قادر می‌سازد تا شبکه ارتباطی جدیدی از افکار و رفتارهای سازگارانه ایجاد کنند که با شبکه‌ها و خاطرات ناسازگار رقابت کرده و آنها را حذف نماید. برای رسیدن به این هدف، درمان شناختی رفتاری این مؤلفه‌ها را شامل می‌شود: آموزش در خصوص ماهیت ترس و اضطراب، بازبینی علایم و نشانه‌ها، آموزش تن آرامی و تنفس صحیح، بازسازی شناختی، آزمایش‌های رفتاری، مواجهه تصویری و زنده با تصاویر ذهنی، احساسات بدنی و موقعیت‌ها، پیشگیری از پاسخ (هسو، ۲۰۲۳). در بازسازی شناختی مراجعان می‌آموزند تا با توجه به شواهد له و علیه افکار اضطراب‌زا، صحت آنها را مورد چالش قرار دهند، خطاهای شناختی که این افکار منعکس می‌کنند را شناسایی کنند و افکار جایگزین برای آنها ایجاد کنند.

آزمایش‌های رفتاری به چالش مستقیم با پیش‌بینی‌های اضطراب محور می‌پردازد. به مراجع کمک می‌کند که به محرک ترسناک نزدیک شود و ببیند آیا پیامدهای مورد انتظارشان رخ می‌دهد. پیشگیری از پاسخ، مراجع را با محرک و زمینه‌های

16. Hayes, Wilson, Gifford, Fulett & Strosal

17. Biurs, Feldman, Larnsiu & Prlman

18. Barlo

19. Hsu

اضطراب را روبه رو می‌کند و در عین حال از رفتارهای کاهنده اضطراب و رفتارهای اجتنابی ممانعت می‌کند (گودیانو و لیوتی<sup>۲۰</sup>، ۱۹۸۳).

اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک درمان رفتاری است که از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف پذیری روان شناختی استفاده می‌کند (هربرت، و فورمان<sup>۲۱</sup>، ۲۰۱۱). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف پذیری روان شناختی عبارت است از افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه شان در زمان حال و بر اساس آنچه در آن لحظه برای آنها امکان پذیر است، انتخاب کنند به شیوه ای عمل نمایند که منطبق با ارزشهای انتخاب شده شان باشد (هسو، ۲۰۲۳).

به عبارت دیگر انعطاف پذیری روان شناختی عبارت است از توانایی برای ارتباط با زمان حال به طور کامل و به عنوان یک انسان هشیار و آگاه، و تغییر یا تداوم رفتار در خدمت اهداف ارزشمند فرد (آرچ و کراسک<sup>۲۲</sup>، ۲۰۰۸). انعطاف پذیری روان شناختی در ACT از طریق شش فرآیند اصلی و زیر بنایی ایجاد می‌شود: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزشها و عمل متعهد (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۳). هر یک از این فرآیندها به یکدیگر مرتبط اند و برای تقویت انعطاف پذیری روان شناختی بر یکدیگر تأثیر گذارند (هیز و همکاران، ۲۰۱۰).

چهار فرآیند اول، یعنی پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه و ارتباط با زمان حال، فرآیندهای پذیرش و ذهن آگاهی ACT، و چهار فرآیند آخر، یعنی خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزشها و عمل متعهد فرآیندهای تغییر و تعهد ACT را تشکیل می‌دهند (هیز، پانکی و گرگ<sup>۲۳</sup>، ۲۰۰۲). برخی از این فرآیندها، ویژگی های کارکردی مشترکی را شامل می‌شوند. برای مثال، پذیرش و گسلش هر دو به تدریج تأثیر لفظی فرآیندهای زبانی را تضعیف می‌کنند؛ خود به عنوان زمینه و ارتباط با زمان حال که مشترک در هر دو فرآیند ACT هستند، هر دو شامل افزایش تجربه لطیف اینجا و اکنونند، و ارزش ها و عمل متعهد هر دو شامل هدایت جنبه های عملی و مؤثر زبان به سوی الگوهای تغییر رفتار می‌شوند (هسو، ۲۰۲۳).

### الگوی پنتریج در مورد یادگیری خود گردان

پنتریج (۲۰۰۸) چهارچوبی نظری بر پایه دیدگاه شناختی- اجتماعی پیشنهاد کرده است. هدف او طبقه بندی و تحلیل فرآیندهای متفاوتی است که بخشی از یادگیری خودگردان را هدایت می‌کنند. این الگو با چهار فرض اساسی تعریف می‌شود:

۱. یادگیرندگان فعال هستند، چرا که آنها تصمیم گیری می‌کنند و برای دانش و درک بیشتر خودشان درگیر رفتار می‌شوند.

۲. یادگیرندگان توانایی بالقوه ای برای تنظیم یادگیری خودشان دارند.

۳. یادگیرندگان از تعدادی از اهداف و معیارهایی که باید پیشرفت خودشان را با آن ها بسنجند، آگاهی دارند.

۴. فعالیت های خودتنظیمی یادگیری بین بافت، فرد و موقعیت اجتماعی افراد رابطه برقرار می‌کند (وینتر<sup>۲۴</sup>، ۲۰۰۴).

در این الگو فرآیندهای خودتنظیمی بر اساس چهار مرحله سازماندهی شده اند:

(۱) برنامه ریزی

(۲) خود-نظارتی

(۳) کنترل

(۴) ارزشیابی

<sup>20</sup>Gudiano & Liuti

<sup>21</sup> Herbert & Furman

<sup>22</sup> Arch & Krask

<sup>23</sup> Panki & Gorg

<sup>24</sup> Winter

برای پنتریچ، این چهار مرحله یک توالی عمومی است که یادگیرنده به موازات انجام تکلیف، این توالی را طی می کند؛ اما سلسله مراتبی نیست یا به عبارت دیگر ساختار خطی ندارد. این مراحل می توانند به طور هم زمان یا به صورت پویا تعاملات چندگانه ای میان فرآیندهای متفاوت و بخش های آن، ایجاد کنند. به علاوه، پنتریچ نشان داد که همه تکالیف تحصیلی مستقیماً در خودتنظیمی درگیر نمی شوند. گاهی یادگیرنده برای انجام تکالیف مشخص، نیاز به برنامه ریزی، کنترل و ارزشیابی آن ها به صورت راهبردی ندارد، بلکه انجام آن می تواند به عنوان عملی از تجربه قبلی یادگیرنده با همان تکلیف، به صورت خودکار انجام گیرد (مونتاو<sup>۲۵</sup>، ۲۰۰۴).

الگوهای خودگردانی پنتریچ به طور کلی شامل سه مقوله کلی راهبردها است :

۱. راهبردهای شناختی یادگیری

۲. راهبردهای خودگردانی جهت کنترل شناخت

راهبردهای مدیریت منابع (پنتریچ و دیگران، ۱۹۹۹) به نقل از ابراهیمیان (۱۳۹۳).

### پیشینه پژوهش

روسکا و همکاران (۲۰۲۵) بیان نمودند که کاهش رفاه دانشجویان دانشگاه یک نگرانی جدی در سطح بین المللی است. مطالعه حاضر به بررسی چگونگی بهره مندی دانشجویان دانشگاه از یک دوره مداخله آنلاین هشت هفته ای مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد (ACT) می پردازد. هدف این دوره بهبود انعطاف پذیری روانشناختی و مهارت های مطالعه سازمان یافته است. در مجموع ۱۸۹ دانشجوی دانشگاه در بهار ۲۰۲۱ در این مطالعه ترکیبی شامل داده های کمی و کیفی شرکت کردند. خطر فرسودگی شغلی دانشجویان قبل و بعد از مداخله اندازه گیری شد و دانشجویان بر اساس نمرات خطر فرسودگی شغلی خود به چهار گروه تقسیم شدند. علاوه بر این، گزارش های تأملی دانشجویان با استفاده از تحلیل محتوای قیاسی برای شناسایی تجربیات دانشجویان از مزایای دوره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. این دسته ها بیشتر کمی سازی و در گروه های مختلف خطر فرسودگی شغلی مقایسه شدند. نتایج نشان داد که خطر فرسودگی شغلی در طول دوره کاهش یافته است. تحلیل محتوای کیفی، هفت دسته اصلی از مزایای این دوره را آشکار کرد: (۱) بهبود رفاه عمومی، (۲) بهبود خودشناسی، (۳) افزایش انعطاف پذیری روانشناختی، (۴) بهبود شیوه های مطالعه و انگیزه مطالعه، (۵) افزایش خوددلسوزی، (۶) حمایت همسالان، و (۷) بهبود مطالعه سازمان یافته. هیچ تفاوت آماری معنی داری در این تجربیات بین گروه های در معرض خطر فرسودگی شغلی وجود نداشت. این مطالعه پتانسیل دوره های مداخله ای مبتنی بر ACT را برای بهبود رفاه و مهارت های مطالعه دانشجویان دانشگاه برجسته می کند و نیاز به بررسی بیشتر پیشگیری از فرسودگی شغلی از طریق چنین اقداماتی را نشان می دهد.

هسو و همکاران (۲۰۲۳) بیان نمودند که افزایش نرخ مشکلات سلامت روان در دانشجویان کارشناسی، یک مسئله حیاتی در حوزه سلامت عمومی است. شواهدی وجود دارد که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) را در کاهش علائم روانشناختی در دانشجویان کارشناسی تأیید می کند، که تصور می شود از طریق افزایش انعطاف پذیری روانشناختی (PF) و کاهش انعطاف پذیری روانشناختی (PIF) تسهیل می شود. با این حال، اطلاعات کمی در مورد تأثیر ACT بر این فرآیندها در دانشجویان کارشناسی وجود دارد. ما یک بررسی سیستماتیک و متاآنالیز سه سطحی را برای بررسی این اثر در ۲۰ مطالعه انجام دادیم که ۵۶ اندازه اثر را ارائه داد. یک نمونه ترکیبی از ۱۷۵۰ دانشجوی کارشناسی، تأثیر کلی کوچک تا متوسطی را نشان داد ( $g = 0.38$ ,  $SE = 0.09$ ,  $p < 0.01$ ,  $d = 0.20$ ). این تأثیر به نوع گروه کنترل، روش مداخله، تعداد جلسات، پرسشنامه مورد استفاده، اندازه گیری PF یا PIF یا سن شرکت کننده بستگی نداشت. با این حال، فقط در مطالعاتی که هدف بالینی خاصی داشتند، تأثیر میانگین معناداری وجود داشت، اما در مطالعاتی که هدف بالینی خاصی نداشتند، این تأثیر معنادار نبود. علاوه بر این، هرچه درصد شرکت کنندگان زن بیشتر باشد، اندازه اثر گزارش شده کمتر است. نتایج نشان داد

<sup>۲۵</sup>. Mont al o

که ACT ممکن است PF را در دانشجویان کارشناسی افزایش و PIF را کاهش دهد و مسائل مفهومی و اندازه گیری مختلفی را برجسته کرد.

جاسون ای. چن و ام. شان تات ویلر<sup>۲۶</sup> (۲۰۱۶) در پژوهشی با عنوان تجزیه و تحلیل مدل رشد نهفته<sup>۲۷</sup> برافزایش خودکارآمدی و علاقه به یادگیری دانش آموزان در یک محیط مجازی<sup>۲۸</sup> چند کاربر با استفاده از این مدل به بررسی تأثیر آن بر دانش آموزان مدارس متوسطه قبل از مداخله آموزش خودکارآمدی و ایجاد علاقه به یادگیری در یک مجموعه چند کاربر محیط مجازی و میزان تغییر در پیشرفت خود در محیط مجازی و اثر واسطه ای علاقه اولیه به محیط مجازی و میزان تغییرات علمی دانش آموزان پس از مداخله خودکارآمدی و علاقه به یادگیری که نتایج نشان داد میزان علاقه دانش آموزان به استفاده از محیط مجازی برای حفظ منافع و موقعیت ها نسبت به قبل از مداخله خودکارآمدی و علاقه به یادگیری بیشتر شده است. بنابراین آموزش خودکارآمدی به دانش آموزان میزان علاقه آنها به تغییر موقعیت و افزایش منافع فردی و محتوای علمی را بیشتر کرده و همچنین متقاضی مدل های پیشرفته جهت یادگیری در محیط مجازی هستند.

نائومی تی، تاباکا و ویلیام پی حوران<sup>۲۹</sup> (۲۰۱۵) معتقدند بر اساس تحقیقات به دست آمده از تداخل درمان مبتنی بر ذهن آگاهی که از جمله درمان های حمایت کننده و جایگزین برای انواع شرایط سلامت روانی، از جمله اضطراب، افسردگی و اختلالات مصرف مواد است. شواهد زیادی در حال حاضر نشان می دهد که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی ممکن است ویژگی های بالینی اسکیزوفرنی، از جمله علائم منفی را بهبود بخشد. با این حال تحقیقات چگونگی تمرکز حواس و عوامل مرتبط با آن در اسکیزوفرنی را بررسی کرده است. در این مطالعه همبستگی بین تمرکز حواس، علائم منفی و سازه های روان شناختی همراه با علائم منفی و عملکرد انطباقی، از جمله انگیزه، تنظیم هیجان نگرش های ناکارآمد بررسی شده است. در بیماران، تمرکز حواس در ارتباط با علائم منفی بود، اما آن با افزایش تنظیم هیجان (ارزیابی مجدد بیشتر) و باورها (نگرش های ناکارآمد پایین تر) همراه بود. برخی از جنبه های تمرکز حواس نیز با انگیزه خود گزارش (نظارت و کنترل) همراه بود. یافته های این پژوهش نشان می دهد مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش تمرکز حواس و سازه های روان شناختی مربوط به عملکرد انطباقی در بیماران اسکیزوفرنی شده است.

ملائی و اکبری (۱۴۰۳) بیان نمودند که هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش توانایی تنظیم هیجانی و انگیزش تحصیلی در نوجوانان بود و از نوع پژوهش های نیمه آزمایشی (پیش آزمون - پس آزمون) با گروه کنترل بود. جامعه آماری تمام نوجوانان دختر (۱۵ تا ۱۸ سال) محصل در دبیرستان های دوره دوم سبزواریاراجع داده شده به مرکز مشاوره پیوند و نیز خدمات روان شناختی آموزش و پرورش سبزواری در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ که دارای انگیزش تحصیلی کم و مشکل در تنظیم هیجان بودند را شامل شد. داده های مورد نیاز با استفاده از پرسش نامه های انگیزش تحصیلی والراند (۱۹۹۲) و تنظیم هیجان گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۶) جمع آوری شدند. یافته ها حاکی از اثربخشی مداخله است زیرا فرضیه پژوهشی با اطمینان ۰/۰۱ تایید شدند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، توانایی تنظیم هیجانی و انگیزش تحصیلی را افزایش داده و میزان اثربخشی آن برای افزایش راهبردهای سازگاران ۷۱ درصد، برای کاهش راهبردهای ناسازگاران ۶۴ درصد و برای افزایش انگیزش تحصیلی ۳۰ درصد می باشد؛ لذا این مداخله توانسته توانایی تنظیم هیجانی و انگیزش تحصیلی را در نوجوانان افزایش دهد.

صفاری نیا و همکاران (۱۴۰۲) بیان نمودند که مقدمه: توجه به توانایی های هیجانی و اجتماعی نوجوانان دارای رفتارهای پرخطر، همواره مورد توجه پژوهشگران بوده است. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش مدل (ناظر، کاشف و مشاور- ارزش ها) بر شایستگی هیجانی- اجتماعی و حل مسئله اجتماعی نوجوانان دارای رفتار پر خطر انجام شده است. جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان پسر مقطع متوسطه شهر دزفول که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ مشغول به تحصیل بودند؛ انتخاب

<sup>26</sup>. Jason A. Chen & M. Shane Tutwiler

<sup>27</sup>. Growth model analysis

<sup>28</sup>. Eco MUVE

<sup>29</sup>. Naomi-Tabaka 7William P. Huran



شد قبل از انجام مداخله به‌عنوان پیش‌آزمون هر دو گروه مورد سنجش پرسشنامه‌های شایستگی هیجانی- اجتماعی (زو و همکاران ۲۰۱۲) و حل مسئله اجتماعی (دزوریلا و همکاران ۲۰۰۲) قرار گرفتند. گروه آزمایش به مدت هشت جلسه در معرض آموزش مدل قرار گرفت. سپس در مرحله پس‌آزمون، هر دو گروه به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. داده‌ها نیز با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تک متغیره مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد، بین دو گروه کنترل و آزمایش (مدل ناظر، کاشف، مشاور) از نظر تأثیر بر متغیرهای شایستگی هیجانی- اجتماعی و حل مسئله اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به اثربخشی مدل ناظر، کاشف و مشاور- ارزش‌ها بر ارتقاء شایستگی هیجانی- اجتماعی و حل مسئله اجتماعی نوجوانان دارای رفتار پرخطر شایسته است که این مدل به‌عنوان یکی از ابزارهای جدید و کاربردی مورد توجه پژوهشگران قرار گیرد.

### معرفی روش پژوهش

این پژوهش مطالعه‌ای نیمه آزمایشی همراه با گمارش تصادفی آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و گروه کنترل به همراه پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. در این پژوهش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان متغیر مستقل و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (بر اساس نمره‌ای که فرد در آزمون تنظیم هیجان گرانفسکی کسب کرده) به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شده است. جامعه‌ی آماری کلیه‌ی دانش‌آموزان دختر (۱۷-۱۵) دبیرستانی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بودند که ۱۲۰ نفر از دانش‌آموزان کلاس‌های دوم و سوم به‌عنوان نمونه در نظر گرفته شدند و آزمون ۳۶ ماده‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر روی آنها اجرا شد و آنهایی که نمرات بالایی در پرسشنامه کسب کرده اند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. سپس جلسات مداخله‌ی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای) بر روی گروه آزمایش اجرا شد و بعد از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. داده‌های به دست آمده، با استفاده از نرم افزار SPSS-۲۱ و آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج تحلیل نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در دختران نوجوان مؤثر است.

### فرضیه پژوهش

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دختران دبیرستانی تأثیر دارد.

### جامعه‌ی آماری و حجم نمونه و روش جمع‌آوری داده‌ها

جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را کلیه‌ی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی (۱۷-۱۵) شهر اصفهان تشکیل می‌دهند، که در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ در دبیرستان‌های اصفهان در حال تحصیل بوده‌اند. پس از هماهنگی با مسئولین مدیریت آموزش و پرورش نجف‌آباد ۱۲۰ نفر از دانش‌آموزان دختر دبیرستانی مشغول به تحصیل در کلاس‌های دوم و سوم دبیرستان به صورت در دسترس انتخاب و پرسشنامه‌ی تنظیم شناختی هیجان بر روی آنها اجرا شد. سپس ۴۰ نفر از دانش‌آموزانی که در پرسشنامه‌ی راهبردهای تنظیم هیجان، نمرات منفی بالایی کسب نموده‌اند به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند ( $n_1 = n_2 = 20$ ).

سپس دانش‌آموزان گروه آزمایش در کلاس‌های مداخله‌ی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) که بر گرفته از روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد استیون هیز در قالب ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای شرکت کردند. و در پایان جلسات مداخله پس‌آزمون نیز اجرا گردید.

ساختار جلسات درمانی ACT به شرح زیر بود: جلسه‌ی اول: اجرای پیش‌آزمون، ارزیابی دانش‌آموزان، آشنایی افراد گروه با همدیگر و با درمانگر، ضابطه بندی درمان؛ جلسه‌ی دوم: آشنایی با مفاهیم درمانی پذیرش و تعهد، ایجاد بینش در دانش‌آموزان نسبت به مشکل و به چالش کشیدن کنترل؛ جلسه‌ی سوم: آموزش ناامیدی خلاقانه و آشنایی با ناراحتی‌ها و مشکلات ناشی از هیجانات؛ جلسه‌ی چهارم: آشنایی و به چالش کشیدن مشکلاتی که دانش‌آموزان برای رهایی از آنها تلاش

نموده اند؛ جلسه ی پنجم: ایجاد پذیرش و ذهن آگاهی به واسطه ی رها کردن تلاش برای کنترل و ایجاد جداسازی شناختی و مرور جلسه ی قبل؛ جلسه ی ششم: آموزش و بحث در مورد انتخاب اهداف واقع بینانه و موانع و ارزیابی آنها توسط سایر اعضای گروه، همچنین تصریح ارزش ها؛ جلسه ی هفتم: بحث و تمرین درباره ی مفهوم بودن در زمان حال و رها کردن افکار مربوط به گذشته و آینده؛ جلسه ی هشتم: شناسایی و رفع موانع عمل متعهدانه، جمع بندی و اجرای پس آزمون (هیز و همکاران، ۱۹۹۹: ۱۶۵-۱۷۱).

## ابزارهای پژوهش

### پرسشنامه ی تنظیم شناختی هیجانی

این پرسشنامه توسط گرانفسکی و همکاران تدوین شده است، این پرسشنامه چند بعدی و خود گزارشی است که دارای ۳۶ ماده است و دارای فرم ویژه بزرگسالان و کودکان می باشد. مقیاس تنظیم شناختی هیجان ۹ راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارفکری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری، فاجعه انگاری و ملامت دیگران را ارزیابی می کند. گرانفسکی و همکاران اعتبار و روایی مطلوبی را برای این پرسشنامه که شامل ۳۶ پرسش مدرج پنج نمره ای (از همیشه تا هرگز) می باشد و هر چهار پرسش یک عامل را مورد ارزیابی قرار می دهد. و در مجموع نه عامل به قرار، سرزنش خود، سرزنش دیگران، فاجعه آمیز کردن، نشخوارفکری، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، پذیرش، تمرکز مثبت و ارزیابی مثبت را مورد ارزیابی قرار می دهد مشخص کرده اند.

فرم فارسی این مقیاس به وسیله سامانی و جوکار مورد اعتباریابی قرار گرفته است. ضریب آلفا برای خرده مقیاس های این پرسشنامه به وسیله گرانفسکی و همکاران در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. برای بررسی روایی همگرا و واگرایی این پرسشنامه در ایران از مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس که شامل ۲۱ پرسش مدرج چهار نمره ای (از کاملاً شبیه من تا متفاوت از من) می باشد که سه عامل افسردگی، استرس و اضطراب را مورد ارزیابی قرار می دهد، در این مقیاس هر عامل یک اختلال هیجانی را مورد ارزیابی قرار می دهد.

## یافته ها

میانگین، انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر سن شرکت کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است

جدول ۱: میانگین، انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر سن شرکت کنندگان

| متغیر | گروه   | تعداد | میانگین | انحراف استاندارد |
|-------|--------|-------|---------|------------------|
| سن    | آزمایش | ۲۰    | ۱۶/۱۵   | ۰/۸۱             |
|       | کنترل  | ۲۰    | ۱۵/۸۰   | ۰/۶۹             |

همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می گردد، میانگین سن شرکت کنندگان در گروه آزمایش ۱۶/۱۵ و انحراف استاندارد ۰/۸۱ و در گروه کنترل میانگین ۱۵/۸۰ و انحراف استاندارد ۰/۶۹ می باشد. توزیع فراوانی شرکت کنندگان در پژوهش بر حسب وضعیت تحصیلی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: فراوانی شرکت کنندگان در پژوهش بر حسب وضعیت تحصیلی

| وضعیت تحصیلی | آزمایش  |      | کنترل   |      |
|--------------|---------|------|---------|------|
|              | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد |
| دوم          | ۸       | ۴۰   | ۱۲      | ۶۰   |
| سوم          | ۱۲      | ۶۰   | ۸       | ۴۰   |

|    |    |     |    |     |
|----|----|-----|----|-----|
| کل | ۲۰ | ۱۰۰ | ۲۰ | ۱۰۰ |
|----|----|-----|----|-----|

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می گردد در گروه آزمایش ۸ نفر (۴۰ درصد) دارای تحصیلات دوم دبیرستان و ۱۲ نفر (۶۰ درصد) دارای تحصیلات سوم دبیرستان می باشند. همچنین در گروه کنترل ۱۲ نفر (۶۰ درصد) دارای تحصیلات دوم دبیرستان و ۸ نفر (۴۰ درصد) دارای تحصیلات سوم دبیرستان می باشند.

فرضیه های این پژوهش با استفاده از آزمون کوواریانس مورد تحلیل قرار گرفت. آزمون کوواریانس مستلزم رعایت پیش فرض های آماری مانند (۱) نرمال بودن، (۲) همگنی واریانس ها (۳) همگنی شیب های رگرسیون و هم خطی چند گانه می باشد که مورد تحلیل قرار گرفت ( $P > 0.05$ ). پیش فرض نرمال بودن به وسیله ی آزمون شاپیرو ویلک مورد بررسی قرار گرفت و تأیید شد. آزمون لوین و باکس نیز حاکی از تساوی واریانس ها بود، لذا می توان از آزمون کوواریانس استفاده نمود.

میانگین، انحراف استاندارد نمرات راهبردهای تنظیم هیجان در دو گروه آزمایش و کنترل به ترتیب در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر مؤلفه های راهبردهای تنظیم هیجان

| مؤلفه های راهبردهای تنظیم هیجان | مرحله  | پیش آزمون |              | پس آزمون |              |
|---------------------------------|--------|-----------|--------------|----------|--------------|
|                                 |        | میانگین   | انحراف معیار | میانگین  | انحراف معیار |
| سرزنش خود                       | آزمایش | ۱۲/۰۰     | ۲/۸۸         | ۱۲/۵۹    | ۲/۶۴         |
|                                 | کنترل  | ۱۲/۷۵     | ۲/۹۳         | ۱۱/۶۶    | ۲/۶۰         |
| سرزنش دیگران                    | آزمایش | ۹/۸۳      | ۳/۹۷         | ۱۱/۶۰    | ۳/۰۳         |
|                                 | کنترل  | ۹/۹۵      | ۳/۲۴         | ۱۰/۰۴    | ۲/۹۹         |
| پذیرش                           | آزمایش | ۱۱/۹۹     | ۳/۲۳         | ۱۴/۰۰    | ۲/۰۸         |
|                                 | کنترل  | ۱۲/۵۵     | ۲/۹۳         | ۱۳/۳۳    | ۲/۴۹         |
| نشخوار ذهنی                     | آزمایش | ۱۳/۲۱     | ۲/۹۶         | ۱۳/۹۰    | ۳/۰۹         |
|                                 | کنترل  | ۱۳/۹۹     | ۳/۳۸         | ۱۲/۸۱    | ۳/۵۳         |
| فاجعه آمیز پنداری               | آزمایش | ۱۱/۱۰     | ۳/۵۲         | ۱۰/۹۰    | ۳/۲۶         |
|                                 | کنترل  | ۱۱/۸۵     | ۳/۴۴         | ۱۱/۲۶    | ۳/۸۲         |
| توجه مجدد بر برنامه ریزی        | آزمایش | ۱۳/۶۵     | ۳/۱۵         | ۱۷/۲۵    | ۲/۰۲         |
|                                 | کنترل  | ۱۴/۴۹     | ۳/۱۹         | ۱۵/۴۲    | ۲/۸۴         |
| توجه مجدد مثبت                  | آزمایش | ۱۱/۹۰     | ۳/۰۶         | ۱۴/۹۳    | ۲/۶۲         |
|                                 | کنترل  | ۱۳/۷۵     | ۲/۵۷         | ۱۴/۰۲    | ۲/۵۹         |
| بازارزایی مثبت                  | آزمایش | ۱۱/۶۹     | ۳/۳۵         | ۱۴/۴۹    | ۲/۱۶         |
|                                 | کنترل  | ۱۲/۸۰     | ۳/۳۶         | ۱۳/۴۴    | ۳/۷۳         |
| اتخاذ دیدگاه                    | آزمایش | ۱۰/۶۵     | ۳/۶۷         | ۱۴/۵۰    | ۲/۳۵         |
|                                 | کنترل  | ۱۲/۷۵     | ۲/۶۵         | ۱۲/۴۷    | ۲/۳۵         |

چنانچه در جدول ۳ مشاهده می شود: میانگین نمرات سرزنش خود در گروه آزمایش در پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب برابر ۱۲ و ۱۲/۵۹ و در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۱۲/۷۵ و ۱۱/۶۶ می باشد.

- میانگین نمرات سرزنش دیگران در گروه آزمایش در پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب برابر ۹/۸۳ و ۱۱/۶۰ و در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۹/۹۵ و ۱۰/۰۴ می باشد.

- میانگین نمرات پذیرش در گروه آزمایش در پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب برابر ۱۱/۹۹ و ۱۴ و در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۱۲/۵۵ و ۱۳/۳۳ می باشد.

- میانگین نمرات نشخوار ذهنی در گروه آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب برابر ۱۳/۲۱ و ۱۳/۹۰ و در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۱۳/۹۹ و ۱۲/۸۱ می باشد.
- میانگین نمرات فاجعه آمیز پنداری در گروه آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب برابر ۱۱/۱۰ و ۱۰/۹۰ و در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۱۱/۸۵ و ۱۱/۲۶ می باشد.
- میانگین نمرات توجه مجدد بر برنامه‌ریزی در گروه آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب برابر ۱۳/۶۵ و ۱۷/۲۵ و در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۱۴/۴۹ و ۱۵/۴۲ می باشد.
- میانگین نمرات توجه مجدد مثبت در گروه آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب برابر ۱۱/۹۰ و ۱۴/۹۳ و در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۱۳/۷۵ و ۱۴/۰۲ می باشد.
- میانگین نمرات بازاریابی مثبت در گروه آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب برابر ۱۱/۶۹ و ۱۴/۴۹ و در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۱۲/۸۰ و ۱۲/۴۷ می باشد.
- میانگین نمرات اتخاذ دیدگاه در گروه آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب برابر ۱۰/۶۵ و ۱۴/۵۰ و در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۱۲/۷۵ و ۱۲/۴۷ می باشد.

در جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس در خصوص مقایسه راهبردهای تنظیم هیجان ارائه شده است.

**جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس راهبردهای تنظیم هیجان در دو گروه پژوهش**

| توان<br>آزمون      | مجدور<br>سهمی اتا | معناداری | ضریب<br>F | میانگین<br>مجدورات | درجه<br>آزادی | مجموع<br>مجدورات | راهبردهای تنظیم هیجان    |
|--------------------|-------------------|----------|-----------|--------------------|---------------|------------------|--------------------------|
| ۰/۲۲               | ۰/۰۵              | ۰/۲۴     | ۱/۴۷      | ۱/۲۲               | ۱             | ۹/۲۲             | سرزنش خود                |
| ۰/۸۲               | ۰/۲۴              | ۰/۰۰۶    | ۸/۹۳      | ۶۶/۰۰              | ۱             | ۶۶/۰۰            | سرزنش دیگران             |
| ۰/۹۶               | ۰/۳۴              | ۰/۰۰۱    | ۱۴/۷۶     | ۸۲/۲۷              | ۱             | ۸۲/۲۷            | نشخوار ذهنی              |
| ۰/۱۷               | ۰/۰۳              | ۰/۳۲     | ۱/۰۳      | ۱۰/۲۹              | ۱             | ۱۰/۲۹            | فاجعه آمیز پنداری        |
| ۰/۷۵               | ۰/۲۰              | ۰/۰۱     | ۷/۳۹      | ۱۹/۹۸              | ۱             | ۱۹/۹۸            | پذیرش                    |
| ۰/۷۰               | ۰/۱۹              | ۰/۰۱     | ۶/۶۵      | ۳۹/۱۱              | ۱             | ۳۹/۱۱            | توجه مجدد بر برنامه‌ریزی |
| ۰/۵۳               | ۰/۱۳              | ۰/۰۴     | ۴/۴۹      | ۲۹/۲۸              | ۱             | ۲۹/۲۸            | توجه مجدد مثبت           |
| ۰/۳۷               | ۰/۰۹              | ۰/۱۰     | ۲/۸۲      | ۱۸/۲۱              | ۱             | ۱۸/۲۱            | بازاریابی مثبت           |
| ۰/۷۹               | ۰/۲۲              | ۰/۰۰۸    | ۸/۲۶      | ۳۲/۶۷              | ۱             | ۳۲/۶۷            | اتخاذ دیدگاه             |
| P<۰/۰۱، ۵/۸۸، ۰/۲۸ |                   |          |           |                    |               |                  | لامبدای ویلکس            |

چنانچه در جدول ۴ نشان داده شده است، پس از حذف تأثیر متغیرهای همگام بر روی متغیر وابسته، مشاهده می شود در متغیرهای سرزنش دیگران، نشخوار ذهنی، پذیرش، توجه مجدد بر برنامه ریزی، توجه مجدد مثبت و اتخاذ دیدگاه بین گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < ۰/۰۵$ ). بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نظم جویی هیجانی دختران دبیرستانی تأثیر دارد، مورد تأیید قرار می گیرد.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای تنظیم هیجان دانش‌آموزان دختر دبیرستانی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر راهبردهای تنظیم هیجان مؤثر است. نمرات پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان، تأثیر روش درمانی ACT را تأیید می کند. این نتایج با نتایج به دست آمده از پژوهش‌های ماریا وی. ناوارو-هارو و اینجی و سمن (۲۰۱۵ : ۱۲۳-۱۳۰)، آرسال (۲۰۱۲)، حسنی، میردورقی و مشهدی (۲۰۱۱)، حسنی، وهمکاران، (۲۰۱۴) همسو می‌باشد، که نشان دادند راهبردهای تنظیم هیجان نقش مهمی در سازگاری فرد با موقعیت‌های

تنیدگی زای زندگی ایفا می‌کنند و توانایی مدیریت صحیح هیجان‌ها به هنگام رویارویی با رویدادهای محیطی تنیدگی زای، این امکان را برای افراد فراهم می‌کند تا از بروز هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسازگارانه جلوگیری کنند.

همچنین، افکار و شناخت‌های فرد می‌توانند توانایی قابل ملاحظه‌ای در مدیریت و کنترل هیجانات و احساسات فرد به هنگام مواجهه با موقعیت‌های هیجان‌آور داشته باشند. تنظیم شناختی هیجان از مهم‌ترین متغیرهای مؤثر بر سطح سلامت روان می‌باشد، منظور از تنظیم شناختی هیجان نحوه‌ی پردازش شناختی فرد در هنگام مواجهه با وقایع ناگوار و استرس‌زا می‌باشد (گرانفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶) به عقیده‌ی این محققان افراد در مواجهه با شرایط استرس‌زا از استراتژی‌های متنوعی استفاده می‌کنند. از جمله‌ی این استراتژی‌ها، نشخوار فکری، سرزنش خود، سرزنش دیگران، تلقی فاجعه‌آمیز و تمرکز مجدد مثبت، توسعه‌ی چشم‌انداز، ارزیابی مثبت، پذیرش و برنامه‌ریزی کردن است (گرانفسکی و همکاران، ۲۰۰۹).

به عبارت دیگر، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، به نحوه‌ی تفکر افراد پس از بروز یک تجربه‌ی منفی یا واقعه‌ی آسیب‌زا برای آنها اطلاق می‌شود. تنظیم شناختی هیجان در فرآیندهای مختلف بهنجار و نابهنجار نقش اساسی داشته و در برابر محرک‌های منفی و تجارب هیجانی ناخوشایند، یکی از مؤلفه‌های مهم فرآیند مقابله می‌باشد. در این زمینه، نتایج پژوهش‌ها بیانگر وجود رابطه‌ی قوی بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با مشکلات هیجانی است (گرانفسکی و کرایچ، ۲۰۱۰) در همین راستا گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۶) نیز در مطالعات خود نشان دادند افرادی که از سبک‌های شناختی ضعیف مانند نشخوارگری، فاجعه‌سازی و ملامت خویش استفاده می‌کنند، نسبت به سایر افراد، بیشتر در برابر مشکلات هیجانی آسیب‌پذیر می‌باشند. در حالی که، در افرادی که از سبک‌های مطلوب مانند ارزیابی مجدد مثبت استفاده می‌کنند، آسیب‌پذیری کمتر است، و عموم افرادی که از افسردگی رنج می‌برند از استراتژی‌های منفی تنظیم شناختی هیجان همانند نشخوار فکری و تلقی فاجعه‌آمیز در رویارویی با شرایط ناگوار استفاده می‌کنند (گرانفسکی و همکاران، ۲۰۰۷).

در مجموع، تنظیم شناختی هیجان ما را قادر می‌سازد با انعطاف‌پذیری بیشتری به وقایع محیطی متنوع، پاسخ دهیم. توانایی تغییر دادن رفتار همراه با تغییرات محرک در کنش‌وری سازگارانه‌ی هیجان از اهمیت خاصی برخوردار است. بنابراین، تفاوت‌های فردی در تنظیم شناختی هیجان می‌تواند کنش-وری مؤثر در محیط اجتماعی را تحت تأثیر قرار دهد. حتی تفاوت‌های فردی در تنظیم هیجان در تعامل با سایر عوامل می‌تواند فرد را در خطر بروز جنبه‌های آسیب‌شناختی قرار دهد (حسنی و همکاران، ۲۰۱۱).

همچنین به نظر می‌رسد تنظیم شناختی کارآمد تجارب هیجانی تعیین‌کننده‌ی شادمانی روان‌شناختی، کیفیت زندگی برتر و بهداشت روانی بالا است و افرادی که قادر به مدیریت پاسخ‌های هیجانی در برابر حوادث روزمره نباشند، دوره‌های طولانی و سختی از اختلال‌هایی همچون افسردگی و اضطراب را تجربه خواهند نمود و این یک اصل است که افراد برای حل مسائل خاصی از قبیل افسردگی، اضطراب، خودسرزنش‌گری، نشخوارفکری و غیره به دنبال راه حل هستند، از نظر این افراد چیرگی بر این مسائل صرفاً یک هدف نهایی نیست، بلکه هدفی است که از طریق روش‌های خاصی تحقق می‌یابد. و چیرگی بر مشکلات رفتاری مستلزم یادگیری نحوه‌ی آرام شدن یا مقابله یا تغییر افکار مزاحم و نگران‌کننده است و به همین ترتیب در مداخله‌ی روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هدف و وسیله به دقت از هم متمایز شده‌اند و افراد یاد می‌گیرند که بسیاری از راهکارهای این روش برای زندگی بهتر، معقول به نظر می‌رسد.

همانطور که در مقدمه اشاره شد، درمان مبتنی بر پذیرش تعهد از افراد می‌خواهد که در دیدگاهشان تغییری اساسی ایجاد کنند؛ تغییر در نحوه‌ی پرداختن به تجارب شخصی خود، برخی از مشکلات به‌عنوان موانع زندگی، تغییر پذیر است و گاهی این تغییر نسبتاً سریع اتفاق می‌افتد. در واقع رویارویی فعال و مؤثر با افکار و احساسات، پرهیز از اجتناب، تغییر نگاه نسبت به خود و داستانی که در آن فرد به خود نقش قربانی را تحمیل کرده است، بازنگری در ارزشها و اهداف زندگی و در نهایت تعهد به هدفی مهم‌تر را می‌توان جزء عوامل اصلی مؤثر در این روش درمانی دانست. در واقع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به آزمودنی آموزش داد، چگونه عقیده‌ی بازدارنده‌ی فکر را رها کند، از افکار مزاحم گسیخته شود، به جای خود مفهوم‌سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت نماید، رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرد، ارزش‌هایش را تصریح کند و به آنها بپردازد (هیز، ۲۰۰۵).

روش‌های ACT شیوه‌های جدیدی را برای پرداختن به مسائل بغرنج روانی فراهم می‌آورد که می‌تواند جوهر اصلی مشکلات روانی افراد و اثرات آنها زندگی شان را دگرگون سازد. برای مثال استعاره قطار ذهن این طور مطرح می‌کند که گاهی پذیرش بی‌کم و کاست افکار تان مضر نیست. زمانی که صرفاً با حل مسائل بیرونی سروکار دارید، آمیختگی شناختی نسبتاً بی‌ضرر است، اما در مورد دنیای درونی خود این گونه نیست. برای دنیای درونی، مهارت‌های دیگری باید آموخت. اینکه به افکار تان چگونه بدون باور یا ناباوری بدون درگیری و بدون کشمکش نگاه کنید، که با تمرین تماشای قطار ذهن افراد با چیزهایی که به احتمال بسیار زیاد به دلیل آمیختگی شناختی آنها را مجذوب خودشان کرده اند. بیشتر آشنا می‌شوند و یاد می‌گیرند که چگونه بین احساسات، ادراک‌ها و هیجانات خود و افکارشان هماهنگی ایجاد کنند و بتوانند با مسائل زندگی کنار بیایند. بر این اساس تمریناتی مثل، نفس نکشیدن همراه با تمایل، هم اکنون به چه چیزی فکر می‌کنید پیشنهاد می‌شود. بر طبق نتایج حاصل، این مطالعه نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای دانش‌آموزانی که دارای هیجان منفی شناختی بالایی هستند کاربرد داشته و می‌تواند به‌عنوان یک مداخله ی روانشناختی در کنار سایر مداخلات مورد استفاده قرار گیرد.

## منابع

۱. سامانی، سیامک و صادقی، لادن (۱۳۸۹). کفایت شاخص های روان سنجی پرسشنامه‌ی تنظیم شناختی هیجان. مجله ی روش ها و مدل های روان شناختی، جلد ۱، شماره ۱، ۶۲-۵۱.
۲. صفاری نیا، مجید ، علیپور، احمد ، زارع، حسین و زالی زاده، محسن . (۱۴۰۲). بررسی اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، مدل (ناظر، کاشف و مشاور-ارزش‌ها) بر شایستگی اجتماعی-هیجانی و حل مسئله اجتماعی نوجوانان دارای رفتار پرخطر. پژوهش های روانشناسی اجتماعی : doi: ۷۵-۹۲، ۱۳(۵۱)، ۱۰.۲۲۰۳۴/Spr.۲۰۲۳.۳۴۷۸۰۸.۱۷۶۰
۳. ملائی، مهدیه و اکبری دهقی، اشرف . (۱۴۰۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش توانایی تنظیم هیجانی و انگیزش تحصیلی در نوجوانان. دستاوردهای روانشناسی بالینی : doi: -، (۰)، ۱۰.۲۲۰۵۵/j acp.۲۰۲۵.۴۸۸۰۰.۱۴۴۳

4. Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 974-983.
5. Abdi, S., Babapour, J., & Fathi, H. (2011). Relationship between cognitive emotion regulation styles and general health of students. *Journal of Army University of Medical Sciences*, 8, 45-53.
6. Aarsal, Z. (2012). The effects of diaries on self-regulation strategies of pre-service science teachers. *International Journal of Environmental & science Education*, 5(1), 85-103.
7. Bargh JA, Williams LE. On the nonconscious of emotion regulation. In J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press; 2007. p. 429-445.
8. Cakmak AF, Cerik EI. Cognitive emotion regulation questionnaire: Development of Turkish Version of 18-item short Form. *AFric.JBus.Manag* 2010;4(10)2097-2102.
9. Engel, Ole, Lena M. Zimmer, Markus Lörz, and Elisabeth Mayweg-Paus. 2023. Digital studying in times of COVID-19: Teacher-and student-related aspects of learning success in german higher education. *International Journal of Educational Technology in Higher Education* 20: 12

10. Garnefski N, Boon S, Kraaij V. Relationships between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology across different types of life event. *J Youth. Adolesc.* 2003; 401-408
11. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: A questionnaire measuring cognitive coping strategies. Leiderdorp, The Netherlands: DATEC; 2002.
12. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Pers Individ Dif.* 2001; 30,1311-1327: (8)
13. Garnefski N, Baan An, Kraaij V. Psychological distress and cognitive emotion regulation strategies among farmers who feel Victim to the foot- and-mouth crisis. *Pers Individ Dif.* 2005;38(6):1317-1327.
14. Gross JJ, Thompson RA. Emotion regulation: Conceptual foundations. In JJ Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York, NY: Guilford Press. 2007. p. 3-24.
15. Gross JJ. *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press; 2007.
16. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Rev. Gen Psychology.* 1998; (2): 271-299.
17. Hasani J. Reliability and validity of the short form of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Journal of Behavioral Sciences* 2011; 9(4):229-240. [Persian]
18. Hasani, J. , Tajodini , E. M.A., Ghaedniyaie-Jahromi, A. M.A. , Farmani-Shahreza, Sh. Master Student (2014), The Assessments of Cognitive Emotion Regulation Strategies and Emotional Schemas symptoms: A comparative study of five : (8) specific. *Pers Individ Dif* 2006; 40.1659-1669.
19. Hayes CS, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy. An experiential approach to behavior change*, 3rd ed. New York: Guilford, 1999: 165-171.
20. Hayes SC. Stability and change in cognitive behavior therapy: considering the implication of ACT in Spouses of People with Substance Abuse and Spouses of Normal People. Vol. 6, No. 1 (21), Spring 2014, 91-101
21. Hsu, Ti, Jenna L. Adamowicz, and Emily BK Thomas. 2023. The effect of acceptance and commitment therapy on the psychological flexibility and inflexibility of undergraduate students: A systematic review and three-level meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science* 30: 169–80.
22. Maria V. Navarro- Haro, Inga Wessman, The role of emotion regulation strategies and dissociation in non- suicidal self-injury for women with borderline personality disorder and comorbid enting disorder, *comprehensive psychiatry*, Volume 63, November (2015), pages 123-130.
23. Mashhadi A, Midoraghi F, Hasani J. The role of cognitive emotion regulation strategies in internalizing disorders of children. *J Clin Psychol*, 29-39: (3) 3; 2011 Persian. 20
24. Ruuska, Ronja, Nina Katajavuori, and Henna Asikainen. 2025. "Exploring the Effects of an Acceptance and Commitment Therapy-Based Intervention Course on University Students' Well-Being—A Mixed-Method Study" *Social Sciences* 14, no. 6: 339. <https://doi.org/10.3390/socsci14060339>

# Studying the effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive emotion regulation strategies in Isfahan high school girls

Akram Pour Abdollah Najafabadi<sup>1</sup>, Hamid Kazemi Zahrani<sup>2</sup>

*1 Master of Psychology, Najafabad, Iran*

*2 Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Najafabad, Iran*

---

## Abstract

Cognitive emotion regulation is socially effective on behavior and, due to its extensive function, on cognitive regulation. Cognitive emotion regulation along with mindfulness is considered as one of the important variables in social cognition of individuals. The aim of this study is to study the effectiveness of acceptance and commitment therapy on emotion regulation strategies in female students. The method of this study is a semi-experimental pre-test-post-test with a control group. The statistical population of this study included all female students in Najafabad in the academic year 2022-2023. In order to select the sample, 120 students were first purposefully selected from the statistical population. Pre-test and post-test were conducted for both groups using the 36-item Granofsky Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (2001). In order to analyze the collected data, in addition to descriptive statistics, multivariate analysis of covariance test was used. The results of data analysis showed that acceptance and commitment therapy had an effect on the cognitive emotion regulation strategies of adolescent girls in the experimental group compared to the control group ( $P<0.05$ ). This study shows that acceptance and commitment therapy is applicable to students who have weakness in emotion regulation and can be used as a psychological intervention along with other interventions.

**Keywords:** Treatment, Acceptance, Commitment, Strategies, Emotion Regulation

---