



The Effectiveness of "Therapy Focused on Acceptance and Commitment" on Emotion Regulation Strategies and Distress Tolerance in Distress Students

Azam Roshandel^{1*}, Mozhdeh Bagher Zadeh², Nāstaran Khalaji³

1- Assistant Professor, Department of Medical Science, La.C, Islamic Azad University, Lahijan, Iran.

2- MSC of Clinical Psychology, Department of Medical Science, La.C, Islamic Azad University, Lahijan, Iran.

3- MSC of Clinical Psychology, Department of Medical Science, Za.C, Islamic Azad University, Zanzan, Iran.

Corresponding author: Azam Roshandel, Assistant Professor, Department of Medical Science, La.C, Islamic Azad University, Lahijan, Iran.

Email: azam.roshandel@iaau.ac.ir

Received: 29 May 2025

Accepted: 8 Sep 2025

Abstract

Introduction: Today, in psychotherapy, third-wave therapies emphasize awareness and acceptance of emotions, cognitions, and behaviors rather than challenging cognitions. The aim of this study was to determine the effectiveness of "Acceptance and Commitment Therapy" on emotion regulation and distress tolerance strategies in distress students of Qazvin Islamic Azad University.

Methods: The method of the present study is semi-experimental with pre-test-post-test-2-month follow-up with a control group. The statistical population of the present study was all students of Qazvin Islamic Azad University in the academic year 1400-1401, from which 30 people were selected by available sampling method and were placed in 2 intervention groups (15 people) and control (15 people) by simple random assignment by drawing lots. The tools used in this study included demographic questionnaire, "Cognitive Emotion Regulation Questionnaire", "Distress Tolerance Scale" and "Beck Anxiety Inventory". The content validity of the instruments was measured qualitatively and the reliability was measured by the internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. After implementing "Acceptance and Commitment Therapy" for 8 Sessions at 90-minute sessions (2 sessions per week), the data for the intervention group were analyzed in SPSS .24.

Results: "Acceptance and Commitment Therapy" had a direct and positive effect on emotion regulation strategies ($f(1-37)= 242/153, P<0/05$), so that it was able to increase the level of emotion regulation strategies of distress students. "Acceptance and Commitment Therapy" had a direct and positive effect on distress tolerance ($f(1-37)= 18/264, P<0/05$), so that it was able to increase the level of distress tolerance of distress students.

Conclusion: "Acceptance and Commitment Therapy" had a direct and positive effect on emotion regulation and distress tolerance strategies of anxious students. It is suggested that clinical psychologists and therapists seek help from the above therapy in their interventions, especially in the field of focusing on emotion regulation and distress tolerance strategies..

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Emotion Regulation Strategies, Distress Tolerance, Distress.



اثربخشی «درمان پذیرش و تعهد» بر تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در دانشجویان مضطرب

اعظم روشندل^{۱*}، مژده باقرزاده^۲، نسترن خلجی^۳

۱- استادیار، گروه علوم پزشکی، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران.

۲- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه علوم پزشکی، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران.

۳- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه علوم پزشکی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران.

نویسنده مسئول: اعظم روشندل، استادیار، گروه علوم پزشکی، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران.
ایمیل: azam.roshtandel@iau.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۶/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۳/۸

چکیده

مقدمه: امروزه در روان درمانی، درمان های موج سوم به جای چالش با شناخت ها، بر آگاهی و پذیرش افراد از هیجان ها، شناخت ها و رفتارها تأکید دارند. هدف از انجام پژوهش، تعیین اثربخشی "درمان پذیرش و تعهد" بر تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در دانشجویان مضطرب دانشگاه آزاد اسلامی قزوین بود.

روش کار: روش پژوهش حاضر، نیمه تجربی با پیش آزمون-پس آزمون- پیگیری ۲ ماه با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی قزوین در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ بودند که از میان آن ها ۳۰ تن به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت گمارش تصادفی ساده به روش قرعه کشی در ۲ گروه مداخله (۱۵ تن) و کنترل (۱۵ تن) قرار گرفتند. ابزارهای استفاده شده در این پژوهش شامل پرسشنامه جمعیت شناختی، "پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان" (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire)، "مقیاس تحمل پریشانی" (Distress Tolerance Scale) و "سیاهه اضطراب بک" (Beck Anxiety Inventory) می باشد. روایی محتوای ابزارها به روش کیفی و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ اندازه گیری شد. پس از اجرای "درمان پذیرش و تعهد" طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای (هر هفته ۲ جلسه)، برای گروه مداخله، داده ها در نرم افزار آماری اس پی اس نسخه ۲۴ تحلیل گردید.

یافته ها: "درمان پذیرش و تعهد" بر تنظیم هیجان تأثیر مستقیم و مثبت داشت ($F(1-37) = 242/153, P < 0/05$)، به طوری که توانسته است میزان تنظیم هیجان دانشجویان مضطرب را افزایش دهد. "درمان پذیرش و تعهد" بر تحمل پریشانی تأثیر مستقیم و مثبت داشت ($F(1-37) = 18/264, P < 0/05$)، به طوری که توانسته است میزان تحمل پریشانی دانشجویان مضطرب را افزایش دهد.

نتیجه گیری: "درمان بر پذیرش و تعهد" بر تنظیم هیجان و تحمل پریشانی دانشجویان مضطرب به صورت مستقیم و مثبت مؤثر بوده است. پیشنهاد می شود، روانشناسان بالینی و درمانگران در مداخلات خود به ویژه در زمینه گرایش بر تنظیم هیجان و تحمل پریشانی از درمان فوق کمک بگیرند.

کلیدواژه ها: درمان پذیرش و تعهد، تنظیم هیجان، تحمل پریشانی، اضطراب.

مقدمه

شیوع اختلالات روانی در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است. سازمان جهانی بهداشت اضطراب را با آمار ۴۰۰ میلیون نفر مبتلا در جهان در راس اختلالات روانی برآورد کرده است (۱). شیوع اضطراب در جمعیت عمومی ۱۰/۱ درصد می باشد (۲). لذا اضطراب یکی از مشکلات عمده در جامعه است و به عنوان بخشی از زندگی انسان و پاسخی سازش یافته به شمار می رود و تعداد بی شماری با آن مواجه هستند (۱).

اختلالات روانی در سال های اخیر در ایران روندی رو به افزایش داشته است. بر اساس مطالعات انجام شده، میزان شیوع این اختلالات در جمعیت عمومی کشور بین ۱۸ تا ۲۳ درصد گزارش شده است که این رقم در مقایسه با بسیاری از کشورهای توسعه یافته، بالاتر ارزیابی می شود (۳) در مطالعه ی نوربالا و همکاران شیوع اضطراب در بزرگسالان ایرانی حدود ۱۵/۶ درصد گزارش شده است که بیانگر نسبت قابل توجهی از بار اختلالات روانی کشور است (۴). طبق بررسی های انجام شده شیوع اضطراب در دانشجویان پزشکی ایران ۴۴ درصد گزارش شده است (۵). بررسی دانشجویان با نشانه های اضطرابی به عنوان گروه آسیب پذیر از اهمیت ویژه ای برخوردار است. از طرفی با توجه به سطح اضطراب، تنظیم هیجان نیز نقش در خور توجهی در بروز، نگهداشت و استمرار آن دارد (۶).

تنظیم هیجان (emotion regulation) به عنوان یکی از عوامل فرا تشخیصی در نظر گرفته می شود؛ که از طریق آن ها افراد هیجانانیشان را برای پاسخ به توقعات محیطی هشیارانه و ناهشیارانه تعدیل می بخشند. تنظیم هیجان به معنای تلاش افراد جهت تأثیر گذاشتن بر روی نوع، زمان و چگونگی تجربه و بیان، تغییر طول دوره یا شدت فرآیندهای رفتاری و تجربی و یا جسمانی هیجان ها است و به طور خودکار یا کنترل شده، هشیار یا ناهشیار و از طریق به کارگیری تنظیم هیجان صورت می گیرد (۶). تنظیم هیجان بر رشد شخصیتی، هیجانی، شناختی و اجتماعی دلالت دارند. وقتی این عوامل تحت تأثیر قرار می گیرند در رشد و حفظ اختلالات هیجانی نقش برجسته ای ایفا می کنند. تنظیم هیجان شامل دامنه وسیعی از فرآیندهای زیستی، اجتماعی، رفتاری و همچنین فرایندهای شناختی هشیار و ناهشیار به ظرفیت نظارت، ارزیابی، درک و اصلاح واکنش های هیجانی اشاره می کند. بنابراین، تنظیم

هیجانات نقش مهمی در زندگی افراد دارد و باعث می شود تا افراد به هنگام تجربه رخدادهای تهدیدکننده و یا پس از آن، بر هیجانات خود کنترل داشته باشند (۷).

پیشانی روانشناختی (psychological distress) به طور گسترده به عنوان شاخص سلامت روانی در بهداشت عمومی، بررسی های جمعیت شناسی، مطالعات همه گیرشناسی و همچنین به عنوان یک پیامد در مطالعات بالینی و اثربخش استفاده می شود (۸). پیشانی روانشناختی ناراحتی خاص و حالت هیجانی است که توسط افراد به طور موقت یا دائم در پاسخ به تنیدگی های خاص و درخواست های آسیب زا تجربه می شود. علاوه بر این، پیشانی روانشناختی حالات ذهنی ناخوشایند افسردگی و اضطراب است که هر دو علائم هیجانی و فیزیولوژیکی را دارد (۹) و به عنوان مجموعه ای از علائم بیماری؛ روانی-فیزیولوژی و رفتاری مانند اضطراب، واکنش های افسردگی، بی قراری، تنزل توانایی هوشی، اختلالات خواب و غیره اطلاق می شود. پیشانی روانشناختی یک سازه چندبعدی شامل تجربه هیجانات ناخوشایند (رفتاری، شناختی و هیجانی) است که باعث کاهش کیفیت زندگی فرد می شود (۱۰).

افراد دارای تحمل پیشانی پایین، بیشتر از نشانه های بیماری جسمی شکایت می کنند و فراوانی بیماری های جسمی، بیان کننده وقوع آسیب در کارکرد جسمی، روانشناختی و اجتماعی است (۱۱). پیشانی حالت ناراحتی و رنج هیجانی است که با نشانه های افسردگی و اضطراب تعریف می شود. پیشانی، از سازه های معمول در مطالعات با زمینه بی نظمی عاطفی است که در شروع و تداوم آسیب های روانی و همچنین پیشگیری و درمان آن ها نقش موثری دارد (۱۲) و ممکن است با نشانه های فیزیولوژیکی (مانند بی خوابی، سردرد و نداشتن انرژی) همراه باشد (۱۳).

نتایج پژوهش ها بیان می کند تحمل پیشانی بر ارزیابی پیامدهای ناشی از تجربه هیجان های منفی تأثیرگذار است، بطوری که افرادی که در مقایسه با دیگران پیشانی زناشویی بیشتری دارند، واکنش شدیدتری به تنش نشان می دهند، توانایی های مقابله ای ضعیف تری در برابر پیشانی از خود نشان داده و تلاش می کنند تا با بکارگیری راهکارهایی که هدف آن ها کاهش حالت های هیجانی منفی است، از این نوع هیجان ها اجتناب کنند (۱۴). De Castella و همکاران ویژگی هایی از جمله: ۱- بیان تجربه پیشانی به گونه تحمل ناپذیر ۲- ارزیابی پیشانی به صورت غیرقابل

تعهد» بر روی مطالعات بالینی خاص و جمعیت های خاص متمرکز بودند و پژوهش های محدودی به بررسی کاربرد این درمان در جمعیت غیر بالینی، به ویژه دانشجویان مضطرب، پرداخته اند. همچنین عمدتاً بر پیامدهای کلی (مانند کیفیت زندگی یا کاهش افکار منفی) تمرکز داشته اند، در حالی که نقش این درمان در بهبود همزمان تنظیم هیجان و تحمل پریشانی که ۲ مؤلفه کلیدی در مدیریت اضطراب می باشند، کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. با توجه به اهمیت پرداختن به مشکلات دانشجویان مضطرب جهت ارتقا سلامت روانشناختی و بهبود عملکرد در تحصیل و زندگی آن ها و باتوجه به ظرفیت های موجود در «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی «درمان پذیرش و تعهد» بر تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در دانشجویان مضطرب دانشگاه آزاد قزوین انجام شد.

روش کار

روش پژوهش حاضر، نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری ۲ ماه بود. زمان دوره پیگیری براساس مبانی نظری و پیشینه های داخلی و خارجی موجود بعنوان دوره مناسب جهت بررسی پایداری اثر این مداخله مورد استفاده بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانشجویان شاغل به تحصیل در تمام مقاطع مختلف تحصیلی (کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری) دانشگاه آزاد اسلامی قزوین در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ بود. ابتدا با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده بر اساس قرعه کشی از فهرست رشته های دانشگاه آزاد واحد قزوین، ۳ دانشکده (علوم پزشکی، علوم انسانی و علوم پایه) انتخاب شدند. سپس از بین دانشجویان این ۳ دانشکده منتخب، نمونه گیری بصورت در دسترس انجام شد. باتوجه به تنوع رشته های تحصیلی و مقاطع مختلف تحصیلی در دانشکده های منتخب، دانشجویان داوطلب شرکت کننده در پژوهش از مقاطع مختلف تحصیلی (بین ۳ الی ۸ تن از هر مقطع) مشارکت داشتند. از بین دانشجویان علاقه مند جامعه مذکور، ۳۰ دانشجویان براساس معیار ورود به عنوان نمونه انتخاب شدند. تعداد نمونه با استفاده از جدول Cohen و همکاران (۲۳) با توجه به تعداد گروه ها (۲ گروه)، سطح اطمینان ۹۵٪، توان آزمون ۰/۸ و اندازه اثر ۰/۴۰، تعداد نمونه برای هر کدام از گروه ها ۱۲ تن محاسبه گردید و به منظور

پذیرش ۳- اشتغال به برخی کوشش های رفتاری در جهت کاهش حالت های هیجانی منفی ۴- ناتوانی در دور کردن احساس پریشانی در راستای تمرکز توجه را برای افراد با پریشانی بالا برشمردند (۱۵).

یکی از مداخلات درمانی مورد توجه روانشناسان، استفاده از «درمان پذیرش و تعهد» است که به عنوان موج سوم درمان شناختی- رفتاری مطرح است. در موج سوم درمان شناختی- رفتاری که به منزله درمان های پست مدرن شناخته شده اند، باور بر این است که شناخت هیجانات را باید در بافت مفهومی پدیده ها در نظر گرفت (۱۶). هدف «درمان پذیرش و تعهد» یک زندگی غنی و پرمعناست که فرد رنج ناگزیر موجود در آن را می پذیرد. در این روش درمانی، تعهد درباره انجام دادن اقدام مؤثری است که با عمیق ترین ارزش های هدایت می شود. «درمان پذیرش و تعهد» دربرگیرنده ۶ فرآیند اصلی و زیر بنایی است. این فرآیندها باهم ارتباط درونی دارند و در ۲ حیطه فرآیندهای ذهن آگاهی و تغییر رفتار قرار می گیرند. فرآیندهای: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با لحظه اکنون در حیطه فرآیندهای پذیرش و ذهن آگاهی و فرآیندهای: خود به عنوان زمینه، ارتباط با لحظه اکنون، ارزش ها و عمل متعهدانه فرآیند تغییر و تعهد را تشکیل می دهند (۱۷).

«درمان پذیرش و تعهد» باعث افزایش انعطاف پذیری روانشناختی و ارتقاء سلامت روانی در بیماران می شود (۱۸). هدف این درمان، افزایش تنظیم هیجان در زمینه هایی است که اجتناب تجربه ای غلبه دارد و فرد را از زندگی اساسی باز می دارد (۱۹). در پژوهش عزیزی و همکاران (۲۰) مقایسه اثربخشی خانواده درمانی کارکردی و «درمان پذیرش و تعهد» بر کیفیت زندگی و توانمندی خانواده نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و خانواده درمانی کارکردی می تواند باعث افزایش توانمندی خانواده و بهبود کیفیت زندگی آن ها شوند. همچنین پژوهش شیرالی نیا و همکاران (۲۱) حاکی از تأثیر «درمان پذیرش و تعهد» بر کاهش درماندگی روانشناختی و افکار خودآیند منفی مادران کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم بود. در مطالعه شریفی و همکاران نشان دادند مشاوره گروهی «درمان پذیرش و تعهد» بر بهبود تنظیم هیجان مؤثر است (۲۲). در راستای ارتقا سلامت روان، تنظیم هیجانات و کاهش درماندگی روانشناختی باتوجه به اینکه مطالعات پیشینبا استفاده از «درمان پذیرش و

پیشگیری از ریزش احتمالی تعداد نمونه برای هریک از گروه‌ها ۱۵ تن انتخاب گردید. سپس با استفاده از روش تصادفی ساده بر اساس قرعه کشی، شرکت کنندگان در ۲ گروه مداخله (۱۵ تن) و کنترل (۱۵ تن) جایگزین شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل تمایل به مشارکت و همکاری در جلسات درمانی، کسب نمره اضطراب بالاتر از نمره ۳۰ از ۶۳ در «سیاهه اضطراب بک» و عدم شرکت در درمان‌های گروهی دیگر به صورت همزمان، عدم دریافت هرگونه مداخله روانشناختی طی ۶ ماه گذشته بود. معیارهای خروج از پژوهش شامل عدم تکمیل ابزارها در مراحل اجرای پژوهش، عدم رضایت و تمایل به مشارکت و پیگیری جلسات درمان، قرارگرفتن تحت درمان‌های موازی، غیبت بیش از ۲ جلسه درحین مراحل درمان، عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات درمانی بود.

به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه جمعیت شناختی شامل: سن، جنسیت، سطح تحصیلات و میزان درآمد خانواده دانشجویان و ابزارهای زیر استفاده شد. «پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان» (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire) توسط Garnefski و همکاران در هلند در سال ۲۰۰۱ به منظور شناسایی تنظیم شناختی هیجان بعد از تجربه وقایع یا موقعیت‌های منفی، طراحی گردید. این پرسشنامه دارای ۱۸ عبارت و ۹ مولفه است. مولفه‌های مثبت شامل: پذیرش (acceptance) ۲ عبارت شامل ۳، ۴، تمرکز مجدد مثبت (refocusing positive) ۲ عبارت شامل ۷، ۸، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی (refocus on planning) ۲ عبارت شامل ۹، ۱۰، ارزیابی مجدد مثبت (reappraisal positive) ۲ عبارت شامل ۱۱، ۱۲، دیدگاه‌پذیری (putting into perspective) ۲ عبارت شامل ۱۳، ۱۴، مولفه‌های منفی شامل: ملامت خویش (self-blame) ۲ عبارت شامل ۱، ۲، نشخوارگری (rumination) ۲ عبارت شامل ۵، ۶، فاجعه‌انگاری (catastrophizing) ۲ عبارت شامل ۱۵، ۱۶، ملالت دیگران (other blame) ۲ عبارت شامل ۱۷، ۱۸ می‌باشد (۲۱). پاسخ عبارت‌ها در یک طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از همیشه=۵، اغلب اوقات=۴، معمولاً=۳، گاهی=۲ تا هرگز=۱ می‌باشد. نمره تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی از طریق جمع نمره کسب شده از هر یک از عبارات تشکیل دهنده آن مولفه محاسبه می‌شود. نمره تنظیم شناختی هیجان مثبت، در دامنه‌ای بین ۱۰ تا ۵۰ است که حدپایین آن ۱۰، حد متوسط آن ۳۰ و حد بالای آن ۵۰

می‌باشد. نمره تنظیم شناختی هیجان منفی، در دامنه‌ای بین ۸ تا ۴۰ است که حد پایین آن ۸، حد متوسط آن ۲۴ و حد بالای آن ۴۰ است. همچنین جمع کل نمره در دامنه‌ای از ۱۸ تا ۹۰ قرار می‌گیرد. در تنظیم شناختی هیجان مثبت، نمره بالای ۳۰ نشان دهنده تنظیم هیجان بالا در فرد و در تنظیم شناختی هیجان منفی، نمره بالای ۲۴ بیانگر تنظیم هیجان پایین در فرد است (۲۴).

در مطالعه Chamizo-Nieto و همکاران روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی نسخه اسپانیایی «پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان» روی ۸۳۵ تن (۴۵۵ دختر و ۳۸۰ پسر) از نوجوانان ۱۸-۱۴ سال جنوب اسپانیا بررسی و ساختار ۹ عاملی تأیید گردید (۲۵). همچنین روایی ملاکی به روش روایی همزمان با «مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و تنش» (Depression, Anxiety and stress Scales) بررسی و مولفه‌های مثبت بین ۰/۰۷ تا ۰/۱۷- و مولفه‌های منفی بین ۰/۰۹ تا ۰/۳۹ گزارش شده است. نتایج نشان داد که راهبردهای مثبت تنظیم هیجان (پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌پذیری) با علائم هیجانی، همبستگی منفی و راهبردهای منفی (ملامت خویش، نشخوارگری، فاجعه‌انگاری) با این علائم همبستگی مثبت دارند. این الگو با پیش‌بینی‌های نظری مطابق است و یافته‌ها روایی ملاکی همزمان پرسشنامه راتایید می‌کنند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه‌های فوق بررسی و برای مولفه‌های مثبت بین: ۰/۶۵ تا ۰/۸۳ و برای مولفه‌های منفی بین ۰/۶۲ تا ۰/۷۳ محاسبه شد (۲۵). در مطالعه Garnefski روایی ملاک به روش روایی همزمان «پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان» با «مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و تنش» روی ۵۴۷ تن از دانش‌آموزان دوره دوم متوسط هلند با بررسی و ۰/۴۱ حاصل شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه فوق بررسی و به ترتیب برای مولفه‌های مثبت و منفی و نمره کل ۰/۸۷، ۰/۹۱ و ۰/۹۳ محاسبه گردید (۲۳).

حسنی روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی «پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان» روی ۴۲۰ تن (۲۰۰ تن دختر و ۲۲۰ تن پسر) از دانشجویان دانشگاه‌های تربیت مدرس، تهران و تربیت معلم انتخاب شده بودند را بررسی و نتایج ۹ مولفه را نشان داد. پایایی به روش همسانی درونی

شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش برای تسکین پریشانی به ترتیب ۰/۵۴، ۰/۴۲، ۰/۵۶ و ۰/۵۸ محاسبه شد و ضریب بدست آمده برای کل مقیاس، ۰/۷۱ گزارش گردید. در پژوهش طلایری و باوی (۲۹)، روایی «مقیاس تحمل پریشانی» ذکر نشده است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ بر روی ۶۰ تن از زنان مبتلا به بیماری پسوریازیس شهر اهواز بررسی و به ترتیب برای کل مقیاس ۰/۹۰ و برای هریک از زیرمقیاس های آن به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۵، ۰/۸۲ و ۰/۷۹ محاسبه گردید.

«سیاهه اضطراب بک» (Beck Anxiety Inventory) توسط Steer&Beck در کشور آمریکا در سال ۱۹۸۸ روی ۱۶۰ تن از افراد مبتلا به انواع اختلالات اضطرابی طراحی شده است (۳۰). این ابزار نوعی ابزار خودگزارشی است و به جهت اندازه گیری شدت اضطراب در نوجوان و بزرگسالان تهیه گردیده است. این سیاهه دارای ۲۱ عبارت است و نشانه های اضطراب را در یک طیف ۴ درجه ای لیکرت از (اصلاً= صفر، خفیف= ۱، متوسط= ۲ تا شدید= ۳) بررسی می شود. دامنه نمره بین صفر تا ۶۳ می باشد. نمره صفر تا ۷ بیانگر عدم وجود اضطراب، ۸ تا ۱۵ بیانگر اضطراب خفیف، ۱۶ تا ۲۵ بیانگر اضطراب متوسط و ۲۶ تا ۶۳ بیانگر اضطراب شدید است (۳۰).

Quintão و همکاران (۳۱) روایی ملاکی به روش روایی همزمان «سیاهه اضطراب بک» با «سیاهه حالت و صفت اضطراب» (Trait Anxiety Inventory State) و «مقیاس خود - ارزیابی زانگ» (Zang Self - Assessment Scale) روی ۱۱۶۰ تن بزرگسال (۴۲۷ مرد و ۷۳۳ زن در پرتغال بررسی و ۰/۵۵ و ۰/۴۲ محاسبه شد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ روی نمونه فوق بررسی و ۰/۷۹ بدست آمد. در پژوهش Fydrich و همکاران روایی سازه به روش روایی همگرا «سیاهه اضطراب بک» با «سیاهه افسردگی بک» (Inventory Depression Beck) روی ۴۰ تن از بیماران سرپایی مبتلا به اختلال های اضطرابی بررسی و ۰/۳۶ حاصل شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و ۰/۹۴ محاسبه گردید (۳۲).

در مطالعه رفیعی و سیفی (۳۳) روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی «سیاهه اضطراب بک» روی ۶۰۰ تن از

با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و در دامنه ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ محاسبه گردید (۲۶).

«مقیاس تحمل پریشانی» (Distress Tolerance Scale) در ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۰۵ توسط Gaher & Simons طراحی شد (۲۴). این مقیاس دارای ۱۵ عبارت و ۴ زیر مقیاس شامل: تحمل پریشانی هیجانی (tolerating distress emotional) ۳ عبارت شامل: ۱، ۳، ۵، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی (absorption by negative emotions) ۳ عبارت شامل: ۲، ۴، ۱۵، برآورد ذهنی پریشانی (mental distress estimate) ۶ عبارت شامل: ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲ و تنظیم تلاش ها برای تسکین اضطراب (adjust efforts to alleviate anxiety) ۳ عبارت شامل: ۸، ۱۳، ۱۴ است. پاسخ عبارت ها در طیف ۵ درجه ای لیکرت از (کاملاً مخالفم= ۵ تا کاملاً موافقم= ۱) است. همچنین عبارت ۶ به صورت معکوس نمره گذاری می شود. در این مقیاس نمره ۱۵ تا ۲۳ بیانگر تحمل پریشانی کم، نمره ۲۴ تا ۵۲ بیانگر تحمل پریشانی متوسط و نمره ۵۳ تا ۷۵ بیانگر تحمل پریشانی بالا است (۲۷).

در مطالعه Gaher & Simons روایی ملاکی به روش همزمان «مقیاس تحمل پریشانی» با «مقیاس راهبردهای مقابله ای استفاده از الکل و ماری جوانا» (Scale of Alcohol and Marijuana Use Coping Strategies) روی ۶۴۲ تن از مردان الکلی در ایالت داکوتای جنوبی آمریکا بررسی و تایید شد (عدد گزارش نشده است). همچنین روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی روی ۸۲۳ تن از جامعه فوق بررسی و نتایج وجود ۴ زیرمقیاس را نشان داد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ روی نمونه فوق بررسی و برای زیر مقیاس های تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش ها برای تسکین اضطراب به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ محاسبه گردید (۲۷).

پژوهش خارجی دیگری که در آن روایی و پایایی این مقیاس بررسی شده باشد، یافت نشد.

در پژوهش مدرس (۲۸) روایی «مقیاس تحمل پریشانی» بررسی نشد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ روی ۴۸ تن از دانشجویان شاغل به تحصیل در دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد بررسی شد و برای هریک از زیر مقیاس ها، جذب

دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اراک بررسی و برخلاف نسخه اصلی که تک عاملی بوده، ۵ عامل گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و ۰/۹۰ حاصل شد. در مطالعه کاویانی و موسوی روایی محتوا و صوری به روش کیفی «سیاهه اضطراب بک» توسط ۵ تن از مدرسین دانشگاه محقق اردبیلی در رشته روانشناسی بررسی و تأیید شد. همچنین، روایی ملاکی به روش همزمان «سیاهه اضطراب بک» با نتایجی که روانشناسان از طریق مصاحبه بالینی با ۱۵۰ بیمار مبتلا به اضطراب مراجعه کننده به مراکز درمان شهر تهران بدست آورده بودند را باهم مقایسه کردند و ضریب همبستگی ۰/۷۲ گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ روی ۱۵۱۳ تن (زن و مرد) با سنین مختلف از مناطق مختلف شهر تهران بررسی و ۰/۸۳ گزارش شد. ثبات به روش بازآزمون در فاصله زمانی ۱ ماه روی ۱۱۲ تن از جمعیت بهنجار ۰/۹۲ گزارش گردید (۳۴). در مطالعه حاضر روایی محتوا به روش کیفی «پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان»، «مقیاس تحمل پریشانی» و «سیاهه اضطراب بک» بر اساس نظر ۵ تن از مدرسین دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان بر اساس وضوح، ضرورت و جامع بودن هریک از عبارت های ابزار ها بررسی و مورد تایید قرار گرفت. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ روی ۳۰ تن دانشجوی شاغل به تحصیل (نمونه پژوهش حاضر) بررسی و برای تنظیم شناختی هیجان مثبت ۰/۸۹ و تنظیم شناختی هیجان منفی ۰/۷۹ و نمره کل «پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان»، ۰/۸۴ محاسبه گردید. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های پژوهش بررسی و برای «مقیاس تحمل پریشانی» ۰/۸۵ و «سیاهه اضطراب بک» ۰/۷۵ محاسبه شده است. «درمان پذیرش و تعهد» توسط Hayes و همکاران (۳۵) به منظور بهبود انعطاف پذیری روانشناختی طراحی گردیده است. همچنین، این درمان روی طیف وسیعی از اختلالات و مشکلات فردی بررسی گردیده است. این درمان جز یکی از درمان های موج سوم رفتاردرمانی بشمار می رود که با هدف افزایش انعطاف پذیری روانشناختی از طریق پذیرش تجربه های درونی و تعهد به ارزش ها طراحی گردیده است. شواهد پژوهشی متعددی نشان داده اند که

این درمان برای کاهش اضطراب و بهبود تنظیم هیجان در جمعیت های دانشگاهی اثربخش است (۳۶). در پژوهش حاضر «درمان پذیرش و تعهد» بر اساس الگوی Haye و همکاران (۳۷) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای بصورت گروهی اجرا گردید. ایزدی و عابدی (۳۸) کتاب «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» را به خوبی برپایه «درمان پذیرش و تعهد» نگارش کرده اند. چگنی و همکاران (۳۹) در پژوهش خود روایی محتوایی «درمان پذیرش و تعهد» را با استفاده از نظرات ۳ تن از مدرسین دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد بررسی و تایید کردند.

در مطالعه حاضر، به شرکت کنندگان گروه مداخله در پایان هر جلسه تکالیف خانگی ارائه گردید و در هر جلسه پژوهشگران به بررسی تکالیف خانگی مربوط به جلسه قبل و مرور مطالب مطروحه پیشین می پرداختند.

روایی محتوای «درمان پذیرش و تعهد» طبق نظر ۵ تن از مدرسین دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان بررسی و همچنین نظرات آن ها اعمال گردید.

محتوای جلسات «درمان پذیرش و تعهد»

جلسه اول: در این جلسه آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، قوانین دوره آموزشی و آشنایی با درمان پذیرش و تعهد صورت گرفت و رابطه درمانی برقرار گردید. توضیحاتی در رابطه با رازداری، اهداف، منطق درمان و شروع درمان با درماندگی خلاق ارائه گردید. در این جلسه از شرکت کنندگان خواسته شد که در یک کار برگ، یک جدول ۳ ستونه را بترتیب پر کنند. در ستون اول هیجان و فکر خود را، در ستون دوم میزان کنترل پذیری و در ستون سوم نیز روش هایی که برای کنترل کردن استفاده می کنند، یادداشت نمایند.

جلسه دوم: این جلسه به آشنایی با مفاهیم تعهد و پذیرش، بحث درمورد تجربیات و ارزیابی آنها اختصاص یافت و با ایجاد بینش نسبت به مشکل و به چالش کشیدن افکار و احساسات منفی به مراجعان آموزش های لازم داده شد. ایجاد درماندگی خلاق، از افراد خواسته شد تا ببینند که شیوه های کنترلی تا چه میزان به آن ها کمک کننده بوده است. هدف در این دو جلسه شکستن برنامه کنترل افکار و هیجانات منفی شرکت کنندگان بوده است. از شرکت کنندگان خواسته شد که در این جلسه میزان موفقیت خود را در کنترل کردن افکار و هیجان هایی که در جلسه اول در کار برگ یادداشت کرده بودند

مناسب جهت ارتباط دادن مراجع به تمایز بین محتوا و خود مشاهده ای است، در باره ارزش ها صحبت شد و به معرفی ارزش ها، بحث درخصوص ارتباط بین اهداف و ارزش ها، انتخاب ارزش ها، انتخاب ها در مقابل قضاوت ها/ تصمیم ها پرداخته شد.

جلسه هشتم: مرور جلسات قبل، تعهد به عمل و پایبندی به ارزش ها با وجود موانع. در این جلسه در مورد تعهد به عنوان یک فرآیندمهم توضیحات لازم بیان شد، و با ارائه استعاره باغداری، موانع رسیدن به اهداف و اشتیاق ها جهت پذیرش آن ها بررسی گردید. همچنین با بیان استعاره نهال، به تفهیم بهتر ارزیابی تعهد به عمل و پیشگیری از بازگشت پرداخته شد. تکالیف و ارزش ها با بیان استعاره ها مجدد بررسی گردید. در این جلسه شرکت کنندگان به این پرسش که تا چه میزان نسبت به حرکت بسوی انجام تکالیف و اعمال طراحی شده متعهد هستند، پاسخ دادند (۳۶).

بمنظور اجرای پژوهش پس از تصویب پروپوزال و اخذ کد اخلاق و دریافت معرفی نامه از دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان، به دانشگاه آزاد اسلامی واحد قزوین، به دانشکده های منتخب این دانشگاه (دانشکده علوم پزشکی، علوم انسانی و علوم پایه) مراجعه شد. پس از ورود پژوهشگر به دانشکده ها هدف، اهمیت و ضرورت پژوهش به کارشناسان آموزشی دانشکده ها توضیح داده شد و با همکاری کارشناسان آموزشی دانشکده ها، پرسشنامه های پژوهش در اختیار دانشجویان قرار گرفت. آن دسته از دانشجویانی که نمره اضطراب بالاتر از نمره ۳۰ از ۶۳ در «سیاهه اضطراب بک» را بود شناسایی شد. سپس با آن ها جهت اجرای مداخله تماس گرفته شد و نحوه انجام مداخله و توضیحات لازم برای آن ها توضیح داده شد. همچنین شرکت کنندگان، سوالات مرتبط با روند انجام درمان مطالعه حاضر را پرسیدند و رضایت آگاهانه از متقاضیان کسب گردید. دانشجویان متقاضی در ۲ گروه مداخله و کنترل بصورت تصادفی ساده با استفاده از قرعه کشی انتخاب شدند. دانشجویان گروه مداخله و کنترل از همه مقاطع تحصیلی بودند. به منظور اطمینان از عدم مواجهه اعضا شرکت کننده در ۲ گروه مداخله و کنترل، شرکت کنندگان گروه مداخله و کنترل در روزهای جداگانه جهت تکمیل پرسشنامه ها دعوت شدند. ابتدا مرحله پیش آزمون پژوهش انجام شد. به منظور اجرای این مرحله شرکت کنندگان بصورت حضوری در یکی از دانشکده های دانشگاه آزاد واحد قزوین حضور

را مورد قضاوت قرار دهند. سپس از آن ها خواسته شد تا از تجارب کنترل گری خود در جلسه صحبت کنند. جلسه سوم: سنجش عملکرد، کنترل به عنوان یک مساله معرفی گردید و در ادامه توضیح داده شد که افکار و احساسات مشکل نمی باشد. بلکه مشکل شامل کنترل کردن است به عبارتی وقتی می خواهید آن ها را کنترل کنید مشکل ایجاد می شود. در این جلسه بجهت توضیح و تفهیم بهتر موضوع کنترل گری از استعاره های معروف عاشق شدن و صندلی کنترل اضطراب استفاده گردید.

جلسه چهارم: در این جلسه به مرور مباحث جلسه قبل پرداخته شد و توضیحات لازم در مورد شیوه های کنترل ارائه گردید. همچنین، بیان گردید که همه افکار مهم هستند، اما نکته مهم تر از آن رابطه فرد با افکار است. در این جلسه برای تفهیم بهتر این موضوع از استعاره لیمو ترش و فیل استفاده شد.

جلسه پنجم: در این جلسه به مرور مباحث جلسه قبل پرداخته شد، ایجاد گسلش شناختی انجام گردید. لازم بذکر است که تمرینات گسلش به شرکت کنندگان کمک می کند تا بتوانند با افکارشان به شیوه های متفاوتی تعامل داشته باشند. همچنین در این جلسه از تن آرامی، استعاره رژه سربازان و استعاره اتوبوس استفاده گردید.

جلسه ششم: بررسی و مرور مباحث جلسه قبل و توضیحات لازم درباره خود به عنوان زمینه (صحبت از من و من مشاهده گر) انجام شد. خود به عنوان زمینه به این معنا است که فرد می بایست با یک فکر به عنوان یک فکر برخورد کند، با یک احساس نیز به عنوان یک احساس برخورد نماید. به بررسی ارزش ها پرداخته شد. به شرکت کنندگان کمک شد تا بتوانند ارزش های خود را با تکمیل پرسشنامه سنجش ارزش ها بسنجند. در این جلسه جهت تفهیم بهتر مفهوم خود از استعاره تغییر آب و هوا استفاده شد. بجهت شناخت بهتر افراد از ارزش هایشان از یک کاربرگ استفاده شد و از آن ها خواسته شد ارزش های خود را در ۸ زمینه یادداشت کنند. **جلسه هفتم:** در این جلسه توضیحات لازم درباره خود به عنوان زمینه (استعاره صفحه شطرنج) ارائه گردید. این استعاره یکی از مداخلات اصلی در «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» بشمار می رود و یکی از راه های

پی اس اس نسخه ۲۴ انجام گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه نتایج جمعیت شناختی نشان داد که ۲۳ زن (۷۶/۷ درصد) و ۷ مرد (۲۳/۳ درصد) در این مطالعه شرکت کردند. از نظر سن ۹ تن (۳۰ درصد) در محدوده سنی ۱۸-۲۳ سال، ۱۰ تن (۳۳/۳ درصد) در محدوده سنی ۲۳-۲۸ سال، ۶ تن (۲۰ درصد) در محدوده سنی ۲۸-۳۳ و ۵ تن (۱۶/۷ درصد) در محدوده سنی بیشتر از ۳۳ سال بودند. از لحاظ مقطع تحصیلی در گروه مداخله و کنترل به ترتیب، در مقطع کاردانی ۳ تن و ۴ تن، در مقطع کارشناسی ۵ تن و ۷ تن، در مقطع کارشناسی ارشد ۴ تن و ۲ تن و در مقطع دکتری ۳ تن و ۲ تن حضور داشتند. از نظر درآمد ۶ تن (۲۰ درصد) دارای درآمد ۷-۵ میلیون تومان، ۹ تن (۳۰ درصد) دارای درآمد ۹-۷ میلیون تومان و ۱۵ تن (۵۰ درصد) دارای درآمد بیشتر از ۹ میلیون تومان بودند. نتایج آزمون خی دو نشان داد که بین گروه‌ها از نظر پراکندگی تفاوت معناداری وجود نداشت ($P=0/344$).

نرمال بودن داده‌ها با آزمون‌های شاپیرو و لیلک (Shapiro-wilk) بررسی شد. نتایج آزمون نشان می‌دهد که توزیع داده‌ها برای متغیرهای «تنظیم هیجان» (گروه مداخله: $P=0/21$ ؛ گروه کنترل: $P=0/15$) تحمل پریشانی (گروه مداخله: $P=0/18$ ؛ گروه کنترل: $P=0/09$) همه مقادیر بیشتر از $0/05$ بود ($P>0/05$)، بنابراین، توزیع داده‌ها نرمال در نظر گرفته شد. بر اساس نتایج توزیع داده‌های مربوط به متغیرهای وابسته در پژوهش در هر ۲ گروه نرمال است ($P>0/05$). نتایج آزمون لون (Leven's Test of Equality of Error Variance) نشان می‌دهد که واریانس‌های خطای متغیرهای وابسته پژوهش در گروه‌های مداخله و کنترل همگن می‌باشد ($P>0/05$). میانگین و انحراف معیار متغیرها در مرحله پیش‌آزمون در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های مداخله و کنترل در مراحل پیش‌آزمون

متغیرها	گروه مداخله (پیش‌آزمون)	گروه کنترل (پیش‌آزمون)	p-value
تنظیم هیجان	۱۲/۳ ± ۲/۱	۸/۱۱ ± ۱/۹	۰/۷۲۳
تحمل پریشانی	۱۵/۶ ± ۳/۴	۱۶/۱ ± ۲/۸	۰/۰۷۷

وابستگی آماری می‌باشند و باتوجه به گمارش تصادفی افراد در ۲ گروه مداخله و کنترل، مقایسه بین گروه‌ها از نظر آماری مستقل در نظر گرفته شده است. آزمون Levene

یافتند و بصورت مداد- کاغذی انجام شد. سپس اعضا گروه مداخله تحت «درمان پذیرش و تعهد» قرار گرفتند. جلسات مداخله در یکی از دانشکده‌های دانشگاه آزاد واحد قزوین در روزهای پنجشنبه بین ساعات ۱۲ الی ۱۴ توسط نویسندگان دوم و سوم مقاله حاضر تحت نظارت یک متخصص روانشناسی آموزش دیده در «درمان پذیرش و تعهد» به صورت حضوری برگزار گردید. در طول این مدت گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار قرار داشت. سپس، از هر ۲ گروه پس آزمون و پس از گذشت ۲ ماه (اتمام جلسات درمان) مجدد آزمون پیگیری گرفته شد و پس از اتمام دوره درمان مجدداً «سیاهه اضطراب بک» توسط دانشجویان ۲ گروه به عنوان پس آزمون تکمیل شد.

ملاحظات اخلاقی شامل رضایت آگاهانه، حفظ کرامت انسانی، عدم آسیب فیزیکی و روانی، رازداری شرکت کنندگان در تمام طول مدت مطالعه مورد توجه پژوهشگران بوده است. جهت رعایت اصول اخلاقی، به شرکت کنندگان در پژوهش این اطمینان داده شد که اطلاعات دریافتی از آن‌ها صرفاً جهت انجام پژوهش حاضر استفاده خواهد شد و محرمانه نزد پژوهشگران باقی خواهد ماند. همچنین، به شرکت کنندگان یادآوری گردید که هر زمان که مایل به ادامه همکاری در پژوهش نباشند، مجاز به خروج از پژوهش هستند. بعلاوه، در طول مدت اجرای آموزش، گروه کنترل در لیست انتظار قرار داشتند و بعد از پایان مطالعه گروه کنترل نیز «درمان پذیرش و تعهد» را دریافت کردند.

به منظور تحلیل داده‌ها، از آمار توصیفی (توزیع فراوانی و درصد گروه‌ها، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی شامل آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره و آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره (مانکوا) جهت نرمال بودن یا غیر نرمال بودن استفاده شد. تحلیل داده‌ها در نرم افزار اس

باتوجه به اینکه اعضا شرکت کننده در ۲ گروه مداخله و کنترل، طی ۲ مرحله پیش آزمون و پس آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند، داده‌ها در سطح درون گروهی دارای

اعظم روشندل و همکاران

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار استاندارد، تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در مراحل مختلف را به تفکیک گروه ها در ۲ مرحله پیش آزمون و پس آزمون نشان می دهد.

نشان داد واریانس های خطا برای هر ۲ متغیر همگن است (تنظیم هیجان $P=0/723$ و تحمل پریشانی $P=0/077$) (جدول ۱).

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در گروه های مداخله و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیرها	گروه مداخله		گروه کنترل	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
تنظیم هیجان	$12/3 \pm 2/1$	$18/7 \pm 2/9^*$	$11/8 \pm 1/9$	$12/1 \pm 2/0$
تحمل پریشانی	$15/6 \pm 3/4$	$22/4 \pm 2/9^*$	$16/1 \pm 2/8$	$16/3 \pm 3/1$

* $P<0/05$

بمنظور روشن ساختن معناداری تفاوت میانگین نمره تنظیم هیجان در گروه مداخله و کنترل و پیش آزمون و پس آزمون از تحلیل کواریانس استفاده شد. که نتایج آن ها در جدول ۳ مشاهده می شود.

براساس اطلاعات حاصل از آزمون لون، فرض برابری واریانس گروه ها را برای متغیر تنظیم هیجان نشان داده می شود، چرا که نسبت F مشاهده شده معنادار نشده است. بنابراین، فرض همسانی واریانس های گروه ها برقرار بوده و استفاده از تحلیل کواریانس بلامانع است (جدول ۲).

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس برای مقایسه نمره های تنظیم هیجان و تحمل پریشانی

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	میانگین مجزورات	F	df	P-value
تنظیم هیجان					
پیش آزمون	1315/117	1315/117	583/640	1	0/0001
گروه ها	481/667	481/667	242/153	1	0/0001
خطا	58/214	2/180	----	27	---
جمع	71385/00	---	----	30	---
تحمل پریشانی					
پیش آزمون	1137/851	1137/851	874/145	1	0/0001
گروه ها	21/140	481/667	18/264	1	0/0001
خطا	32/840	1/180	----	27	---

یافت نشد که دقیقاً اثر این درمان را بر تنظیم هیجان مورد بررسی قرار داده باشد، اما با توجه به اینکه تنظیم هیجان یکی از سازه های مرتبط با اضطراب است؛ مطالعات قبلی همچون پژوهش های Forman و همکاران (۳۹)، Hayes و همکاران (۳۷) و Roemer و همکاران (۴۰) نشان داده اند که «درمان پذیرش و تعهد» بر کاهش نشانگان اضطراب موثر بوده است. به طور نمونه Forman و همکاران (۳۹)، در پژوهشی نشان دادند که «درمان پذیرش و تعهد» به سبب افزایش آگاهی هیجانی و کاهش اجتناب تجربی به بهبود عملکرد هیجانی کمک کند و نقش موثری بر بهبود نشانگان اضطراب داشته است. در تبیین این یافته می توان بیان کرد که «درمان پذیرش و تعهد» به دلایل متعددی

باتوجه به مقادیر F بدست آمده از جدول ۳ و سطح معناداری آن ها ($P=0/0001$) که کوچکتر از $0/05$ است ($P<0/05$) مشاهده می شود که مداخله درمانی بر تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در دانشجویان مضطرب اثربخش بوده است.

بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی «درمان پذیرش و تعهد» بر تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در دانشجویان مضطرب بود.

یافته اول نشان داد که «درمان پذیرش و تعهد» بر افزایش تنظیم هیجان دانشجویان مضطرب گروه مداخله تا مرحله پیگیری مؤثر بوده است. در بررسی سوابق پژوهشی مطالعه ای

می‌تواند موجب بهبود تنظیم هیجان گردد. این درمان شامل فنون ذهن‌آگاهی می‌باشد که افراد را قادر می‌سازد بدون قضاوت، از افکار و هیجانات خود آگاه گردند (۳۹). پژوهش Roemer و همکاران (۴۰) به بررسی روش «درمان پذیرش و تعهد» در افراد با اختلالات اضطرابی پرداخته شده است. این درمان به افراد کمک می‌کند تا ارزش‌های خود را روشن کنند و اهدافی را که با آن ارزش‌ها همسو هستند را تعیین کنند و به افراد می‌آموزد تا به‌جای تلاش برای سرکوب یا اجتناب و کنترل هیجانات ناخوشایند، آن‌ها را بپذیرند و منجر به کاهش واکنش‌پذیری هیجانی و افزایش مهارت‌های تنظیمی می‌گردد. همچنین، این درمان افراد را در راستای انجام اقدامات متعهدانه‌ای نسبت به ارزش‌های خود تشویق میکند و با روشن‌سازی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه که از دیگر مؤلفه‌های این درمان بشمار می‌روند، موجب میشود تا افراد بصورت هدفمندانه‌تر عمل کرده و در مواجهه با موقعیت‌های چالش‌برانگیز، توانایی بیشتری در مدیریت هیجانات خود داشته باشند (۴۰).

یافته دیگر نشان داد که «درمان پذیرش و تعهد» بر افزایش تحمل پریشانی دانشجویان مضطرب تا مرحله پیگیری نیز مؤثر بوده است. این یافته با پژوهش‌های Arch & Craske (۴۱)، Twohig و همکاران (۴۲)، و Feros و همکاران (۴۳) همسو است. Arch & Craske (۴۱) در پژوهشی نشان دادند که «درمان پذیرش و تعهد» نقش مؤثری بر کاهش ترس از تجربه احساسات منفی در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی داشته است و می‌تواند تحمل پریشانی را افزایش دهد. در تبیین این یافته نیز می‌توان گفت «درمان پذیرش و تعهد» به افراد کمک می‌کند تا از طریق کاهش اجتناب شناختی و آموزش پذیرش، بتوانند با احساسات ناخوشایند و افکار منفی بدون انجام سرکوب یا اجتناب از آن‌ها بتوانند با آن‌ها روبرو شوند و افکار و احساسات خود از جمله احساس پریشانی را بدون قضاوت بپذیرند (۴۲). بر اساس پژوهش Feros و همکاران (۴۳) «درمان پذیرش و تعهد» موجب تشویق افراد می‌شود تا بتوانند به‌جای مبارزه با پریشانی، آن را به‌عنوان بخشی از تجربه انسانی پذیرفته و با حفظ تعهد به ارزش‌های شخصی خود، اقدامات مؤثری انجام دهند.

بطور کلی «درمان پذیرش و تعهد» رویکردی کل‌نگر ارائه

می‌کند و با ترکیب مؤلفه‌هایی همچون ذهن‌آگاهی، پذیرش، وضوح ارزش‌ها، اقدام متعهدانه و گسلش شناختی، به افراد کمک می‌کند تا توانایی مقابله با هیجانات منفی و پریشانی را افزایش داده، و بتوانند زندگی را به شیوه‌ای سالم و معنادارتر تجربه کنند (۴۲). این رویکرد می‌تواند به ویژه برای دانشجویانی که در محیط دانشگاهی با فشارهای روانی و تحصیلی مواجه هستند، مفید باشد؛ پذیرش احساس پریشانی به‌جای اجتناب، موجب سازگاری بیشتر در محیط‌های پرفشار می‌شود و با گنجاندن این اصول در درمان، دانشجویان می‌توانند مهارت‌های لازم را در راستای مدیریت مؤثر هیجانات و کسب زندگی رضایت‌بخش‌تر کسب نمایند.

نتیجه‌گیری

«درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» بر تنظیم هیجان و تحمل پریشانی دانشجویان مضطرب به صورت مستقیم و مثبت مؤثر بوده است. پیشنهاد می‌شود که جهت استفاده از تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در دانشجویان مضطرب «درمان پذیرش و تعهد» در کنار سایر مداخلات اجرا گردد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی است که شرایط جسمی و روحی فرد می‌تواند روی پاسخ افراد تأثیر داشته باشد. لذا در تعمیم نتایج جانب احتیاط صورت گیرد.

سیاسگزار

مطالعه حاضر مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشجویان نسترین خلجی در رشته روانشناسی بالینی و با راهنمایی خانم دکتر اعظم روشندل می‌باشد که به تصویب کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان و با شناسه IR.IAU.Z.REC.1401.030 در تاریخ ۱۴۰۱/۰۱/۲۳ به ثبت رسیده است. پژوهشگران از کلیه دانشجویان و همه کسانی که در انجام این پژوهش مشارکت داشتند، قدردانی می‌کنند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچ‌گونه تضاد منافی را گزارش نکردند.

References

1. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2017;19(2): 93-107. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow>
2. Stavrianopoulos K. Enhancing relationship satisfaction among college student couples: An Emotionally Focused Therapy (EFT) approach. *Journal of Couple & Relationship Therapy*. 2015;14(1): 1-16. <https://doi.org/10.1080/15332691.2014.953656>
3. Mohammadi M, Ahmadi N, Khaleghi A, Kamali K, Mostafavi SA, Rahgaxar M, et al. [Prevalence and correlates of psychiatric disorders in a National Survey of Iranian Children and Adolescents]. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2018;14(1):1-15. <https://doi.org/10.18502/ijps.v14i1.418>
4. Noorbala AA, Yazdi SAB, Yasamy MT, Mohammad K. [Mental health survey of the adult population in Iran. *British Journal of Psychiatry*. 2004;184(1):70-73. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.1.70>
5. Shafiee A, Teymouri Athar M M, Seighali N, Amini MJ, Hajishah H, Arabazadeh Bahri R, Akhoundi A, Beiky M, Sarvipour N, Maleki S, Zandifar A, Bakhtiyari M. The prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances among medical students and resident physicians in Iran: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*. 2024;19(8), e0307117. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307117>
6. Drapeau A, Marchand A, Beaulieu-Prévost D. Epidemiology of Psychological Distress. In P L. LAbate, (edition), *Mental Illnesses-Understanding, Prediction and Control*. London: IntechOpen. 2012;134-155. <https://doi.org/10.5772/30872>
7. Spidel A, Lecomte T, Kealy D, Daigneault I. Acceptance and Commitment Therapy for psychosis and trauma: Improvement in psychiatric symptoms, emotion regulation, and treatment compliance following a brief group intervention. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2018;91(2):248-261. Epub 2017 Oct 4. PMID: 28976056. <https://doi.org/10.1111/papt.12159>
8. Berking M, Orth U, Wupperman P, Meier LL, Caspar F. Prospective effects of emotion-regulation skills on emotional adjustment. *Journal of Counseling Psychology*. 2008;55(4):485-494. <https://doi.org/10.1037/a0013589>
9. Sharifi M, Kakabraee K, Afshariniya K. [The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on cognitive emotion regulation in people with physical and motor disabilities]. *The Scientific Journal of Rehabilitation Medicine*. 2024; 13(1): 94-105. <https://doi.org/10.32598/SJRM.13.1.6>
10. Kaviani H, Seyfourian H, Sharifi V, Ebrahimkhani N. [Reliability and validity of Anxiety and Depression Hospital Scales (HADS): Iranian patients with anxiety and depression disorders]. *Tehran University of Medical Sciences Journal*. 2009; 67 (5):379-385 URL: <http://tumj.tums.ac.ir/article-1-453-fa.html>
11. Coutinho J, Ribeiro E, Ferreirinha R, Dias PC. The Portuguese version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale and its relationship with psychopathological symptoms. *Archives of Clinical Psychiatry* 2010;37(4):145-151. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000400001>
12. Tawakol A, Ishahi A, Takx RA, Figueroa AL, Ali A, Kaiser Y, et al. Relation between resting amygdalar activity and cardiovascular events: A longitudinal and cohort study. *Erratum in: Lancet*. 2017; 389:834-845. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31714-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31714-7)
13. Ebrahimi M, Shahabizadeh F, Esmaceli A A, Ahi Q. The effects of Emotion Efficiency Therapy on intolerance of uncertainty, experiential avoidance, and distress tolerance in anxious nurses. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2021; 81(11):1-11. URL: <http://jdisabilstud.org/article-1-2622-fa.html>
14. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*. 2003; 18(2): 76-82, <https://doi.org/10.1002/da.10113>
15. De Castella K, Goldin P, Jazaieri H, Ziv M, Dweck CS, Gross JJ. Beliefs about emotion: Links to emotion regulation, well-being, and psychological distress. *Basic and Applied Social Psychology*. 2013; 35(6): 497-505. <https://doi.org/10.1080/01973533.2013.840632>
16. Mahmoudi Q, Azeemi H, Zarghami M. [The effect of assertive training on degree of anxiety and assertiveness of nursing students]. *Journal of*

- Gorgan University of Medical Sciences. 2004; 6 (2) :66-72. URL: <http://goums.ac.ir/journal/article-1-205-fa.html>
17. Izadi R, Abedi M. [Treatment Based on Admission and Commitment]. Tehran Jangal Publication; 2015. <https://ketab.ir/book/b32ae03d-611149f6-9c6f-e52dbceef877>
18. Karimzadeh J. [Effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the anxiety of patients with asthma]. Journal of Psychology New Ideas. 2022; 13 (17):1-10. URL: <http://jnip.ir/article-1-735-fa.html>
19. Zemeštani M, Gholizadeh Z, Alaei M.] Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on depression and anxiety of ADHD childrens' mothers]. Psychology of Exceptional Individuals. 2018; 8(29): 61-84.
20. Azizi A, Ghasemi S, Ghorbani A, Shojai F, Mohammadi F.]Comparison the effectiveness of Functional Family Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on family empowerment and quality of life in families with attention deficit/hyperactivity disorder children]. Psychology of Exceptional Individuals. 2017; 7(26): 177-210.
21. Shiralinia K, Abdollahi Musavi H, Khojastemehr R. [The effectiveness of of Group Acceptance and Commitment Therapy (ACT)-based training on parenting stress and psychological flexibility in mothers of children with autism spectrum disorder]. Psychology of Exceptional Individuals. 2018; 7(28): 21-44.
22. Sharifi M, Kakabraee K, Afshariniya K.]The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on cognitive emotion regulation in people with physical and motor disabilities]. Scientific Journal of Rehabilitation Medicine. 2024; 13(1): 94-105. doi: 10.32598/SJRM.13.1.6 <https://doi.org/10.32598/SJRM.13.1.6>
23. Cohen L, Manion L, Morrison K. Research Methods in Education. 5th edition. Routledge, 2000. <https://doi.org/10.4324/9780203224342>
24. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Journal of Personality and Individual Differences. 2001;30(8):1311-1327 [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
25. Chamizo-Nieto MT, Rey L, Sánchez-Álvarez N. Validation of the Spanish version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in Adolescents. Psicothema. 2020; 32(1):153-159. PMID: 31954429. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.156>
26. Hasani J.]The psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)]. Journal of Clinical Psychology. 2010; 2(3): 73-84.
27. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a Self-Report Measure. Motivation and Emotion. 2005;29(2): 83-102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
28. Modares M. [Effectiveness of Group Dialectical Behavior Therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students]. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2011; 13(50): 35-124.
29. Talayry A, Bavi S. [Comparison of the effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy and Emotional Schema Therapy on perceived stress and distress tolerance of women undergoing drug treatment with psoriasis in Ahvaz city]. International Journal of Palliative Nursing. 2023; 11 (5) :40-52 URL:<http://ijpn.ir/article-1-2197-fa.html>
30. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1988; 56(6): 893-897. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.56.6.893>
31. Quintão S, Delgado AR, Prieto G. Validity study of the Beck Anxiety Inventory (Portuguese version) by the Rasch Rating Scale Model. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2013; 26(2): 305-310. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000200010>
32. Fydrich T, Dowdall D, Chambless DL. Reliability and validity of the Beck Anxiety Inventory. Journal of Anxiety Disorders. 1992;6(1):55-61 [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(92\)90026-4](https://doi.org/10.1016/0887-6185(92)90026-4)
33. Rafei M, Seyfi A.]An Investigation into the reliability and validity of Beck Anxiety Inventory among the university students]. Quarterly Journal of Health Psychology and Social Behavior. 2013; 7(27): 37-47. <https://sanad.iau.ir/en/Journal/jtbcp/Article/1118263/FullText>
34. Kaviani H, Mousavi A S. [Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI)]. Tehran University of Medical

- Sciences Journal. 2008; 66 (2) :136-140. <http://tumj.tums.ac.ir/article-1-641-en.html>
35. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. Behavior Research and Therapy. 2006;44(1):1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
 36. Hsu T, Adamowicz JL, Thomas EBK. 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. 2023;30. 169-180. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.10.006>
 37. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change. Guilford Press; 2012. <https://psycnet.apa.org/record/2012-00755-000>
 38. Izadi R, Abedi M. [Treatment Based on Admission and Commitment]. Tehran Jangal Publication; 2015. <https://ketab.ir/book/b32ae03d-611149f6-9c6f-e52dbceef877>
 39. Chegeni S, Karimi J, Vajdian M.]The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on academic buoyancy and psychological capital of female students with low academic performance]. Journal of Health Promotion Management. 2025; 13 (5) :41-52 URL: <http://jhpm.ir/article-1-1811-fa.html>
 40. Roemer L, Williston SK, Eustis EH, Orsillo SM. Mindfulness and Acceptance-Based Behavioral therapies for anxiety disorders. Current Psychiatry Reports. 2013; 15(11):1-14. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0410-3>
 41. Arch JJ, Craske MG. Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanisms? Clinical Psychology: Science and Practice. 15(4):263-279. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2008.00137.x>
 42. Twohig MP, Hayes SC, Masuda A. Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. Behavior Therapy. 2006; 37(1): 3-13. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2005.02.001>
 43. Feros DL, Lane L, Ciarrochi J, Blackledge JT. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: A preliminary study. Psycho-Oncology. 2013;22(2):459-464. PMID: 23382134. <https://doi.org/10.1002/pon.2083>