

The Effectiveness of Emotion Regulation Therapy on Emotional-Behavioral Symptoms, Sleep Problems and Problem Solving in 14-16 Year Old Girls

ARTICLE INFO

Article Type

Research Article

Authors

Zahra Rezaei Roozbehani¹

Azita Chehri ^{2*}

Gelavij Mahmoudi³

How to cite this article

Zahra Rezaei Roozbehani, Azita Chehri, Gelavij Mahmoudi, The Effectiveness of Emotion Regulation Therapy on Emotional-Behavioral Symptoms, Sleep Problems and Problem Solving in 14-16 Year Old Girls, *Journal of Islamic Life Style Centered on Health*. 2023;7(1):361-369.

1. PhD Student, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran (Corresponding Author).

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: azitachehri@yahoo.com

Article History

Received: 2022/04/01

Accepted: 2022/06/16

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study was the effectiveness of emotion regulation therapy on emotional-behavioral symptoms, sleep problems and problem solving in 14-16 year old girls.

Materials and Methods: This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design with a control and follow-up group of 3 months. The statistical population of this study included all 14 to 16 year old female students studying in high school in Kermanshah in 2021-2022. By available sampling method, 60 female students were selected and randomly assigned to three equal groups of 20 people. Data were collected using the Ability and Problems Questionnaire (Goodman, 1997), the Problem Solving Questionnaire (Hepner and Patterson, 1988) and the Sleep Assessment Questionnaire (Boyce et al., 1989). Data were analyzed using SPSS software version 25 using descriptive statistics, statistical assumptions and analysis of variance with repeated measures and Bonferroni test.

Findings: The results showed that emotional-behavioral symptoms and their dimensions in the experimental groups significantly improved compared to the control group and this improvement remained stable in the follow-up stage.

Conclusion: The results showed that acceptance and commitment therapy and emotion regulation treatment compared to the control group were significantly effective in improving problem solving skills and its dimensions.

Keywords: Emotion Regulation Therapy, Emotional-Behavioral Symptoms, Sleep Problems, Problem Solving

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۲۶

*نویسنده مسئول: azitachehri@yahoo.com

مقدمه

در هر جامعه‌ای سلامت کودکان و نوجوانان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بوده است و تأمین بهداشت روانی به آنان کمک می‌کند تا از نظر روانی و جسمی سالم و نقش اجتماعی خود را بهتر ایفا کنند (۱). براساس مطالعات انجام شده حداقل ۲۲ درصد کودکان و نوجوانان در سنین مدرسه، مشکلات جدی و مستمر هیجانی یا رفتاری دارند که درصد قابل توجهی از این مشکلات ممکن است تا سال‌های بعد هم ادامه یابد (۲). در اغلب موارد، معلمان و هم‌تایان، آن‌ها را طرد کرده و در نتیجه فرصت‌های آموزشی مناسب را از دست می‌دهند. علاوه بر این، انزوای اجتماعی این کودکان باعث بروز رفتارهای پرخاشگرانه بیشتر در آن‌ها می‌شود و بنابراین، مجموعه این عوامل، آن‌ها را در معرض خطر بروز رفتارهای ضداجتماعی قرار می‌دهد (۳).

اختلالات خواب^۱ در کودکان بسیار شایع هستند و نرخ شیوع آن در مطالعات متعدد، بیش از ۳۰ الی ۵۰ درصد گزارش گردیده است (۴). در واقع، یکی از رفتارهای تأثیرگذار و مرتبط با سلامتی که یک سوم زندگی هر انسانی را به خود اختصاص می‌دهد، خواب می‌باشد (۵). خواب از نیازهای فیزیولوژیک اساسی بشر بوده و یک حالت منظم تکرار شونده و به آسانی برگشت پذیر ارگانسیم است که با بی‌حرکتی نسبی و بالا رفتن قابل توجه آستانه واکنش به محرک‌های بیرونی در مقایسه با حالت بیداری مشخص می‌شود (۶). الگوهای خواب ناکافی و اختلالات خواب در دوران کودکی در فرهنگ‌های مختلف، تظاهرات گوناگونی دارد و معمولاً به دلیل همپوشانی بالا با دیگر اختلالات درونی‌سازی^۲ و برونی‌سازی شده^۳، به درستی از سوی متخصصین تشخیص داده نمی‌شود (۷).

پژوهش‌های زیادی رابطهٔ نیرومند بین اختلالات خواب و بروز مشکلات روانی و جسمانی متعدد برای کودکان و نوجوانان را نشان داده‌اند (۸). از دیگر سو، امروزه در تحقیقات عموماً این نظر اتخاذ شده است که کودکان مبتلا به مشکلات عاطفی-رفتاری به معنای وسیع‌تر دارای کمبودهای شناختی از جمله مشکلاتی در زمینه حل مسأله هستند. افرادی که از توانایی حل مسأله برخوردار نیستند در مواجهه با موانع ممکن است رفتارهای تکانشی^۴ از خود بروز دهند، احساس ناکامی کنند، پرخاشگر شوند یا برای دوری از موقعیت مشکل‌ساز گوشه‌گیر شوند. تکرار چنین تجاربی می‌تواند به ایجاد و بروز رفتارهای غیرانطباقی^۵ منجر شود (۹).

در طی سال‌ها درمان‌های گوناگونی برای بهبود مشکلات عاطفی-رفتاری و مشکلات خواب کودکان و نوجوانان پدید آمده‌اند. پژوهش‌ها در حوزه دارودرمانی نشان داده‌اند که این شیوه درمانی به تنهایی منجر به بهبود این مشکلات نمی‌شود و بسیاری از افراد نگرش منفی نسبت به دارودرمانی دارند (۱۰). لذا با توجه به محدودیت‌های دارودرمانی، توجه زیادی به درمان روان‌شناختی این

زهرا رضایی روزبهانی^۱
دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

آزیتا چهری^{۲*}

استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران (نویسنده مسئول).

گلاویژ محمودی^۳

استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

چکیده

هدف: هدف این پژوهش اثربخشی درمان تنظیم هیجان بر علایم عاطفی-رفتاری، مشکلات خواب و حل مسأله در دختران ۱۴ تا ۱۶ ساله بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان دختر ۱۴ تا ۱۶ ساله مشغول به تحصیل در مقطع متوسطه شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۹-۴۰۰ بود. با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۶۰ دانش‌آموز دختر انتخاب و به شیوه تصادفی‌سازی (قرعه‌کشی) به سه گروه مساوی ۲۰ نفری گمارش شدند. گردآوری داده‌ها با پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات (گودمن، ۱۹۹۷)، پرسشنامه حل مسأله (هپنر و پترسون، ۱۹۸۸) و پرسشنامه سنجش خواب (بویس و همکاران، ۱۹۸۹) انجام شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ با روش‌های آمار توصیفی، پیش فرض‌های آماری و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون بن‌فرونی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد علایم عاطفی-رفتاری و ابعاد آن در گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری بهبود یافته است و این بهبود در مرحله پیگیری پایدار مانده است. **نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد و درمان تنظیم هیجان نسبت به گروه کنترل به طور معناداری بر بهبود مهارت حل مسأله و ابعاد آن اثربخش بوده اند.

کلمات کلیدی: درمان تنظیم هیجان، علایم عاطفی-رفتاری، مشکلات خواب، حل مسأله

4. Impulsive behaviors

5. Maladaptive behaviors

1. sleep disorders

2. Internalizing disorders

3. Externalizing disorders

آلفای ۰/۰۵ و اندازه اثر ۰/۸ و (۲) نیز با توجه به اینکه تعداد اعضای گروه در برنامه‌های مداخلاتی به شیوه گروهی، با درمان‌های استاندارد و رویکردهای درمانی مختلف ۱۵ نفر است، به دلیل احتمال ریزش در افراد نمونه برای ۲۰ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد. در راستای رعایت اصول اخلاقی ملاک‌های ورود به پژوهش شامل جنسیت (دختر)، پایه تحصیلی (مقطع متوسطه)، دامنه سنی (۱۶-۱۴ ساله)، در قید حیات بودن و زندگی مشترک والدین با هم، تکمیل کامل ابزارهای خودگزارشی و کسب نمره برش لازم در هر ابزار، و توان شرکت در جلسات تعیین شده بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل موارد زیر بود: ابتلای دختران به هر یک از بیماری‌های مزمن (طبی-روانپزشکی) و یا مصرف داروهای طبی خاص، تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها، غیبت بیش از ۲ جلسه از شرکت در جلسه مداخله‌ای تعیین شده، شرکت در جلسات درمانی مشابه با مطالعه حاضر همزمان یا ۶ ماه قبل و عدم تمایل و رضایت آزمودنی پژوهش به منظور حفظ حقوق آزمودنی‌ها، تصریحات لازم در زمینه اهداف پژوهش و روال اجرای آن به همه آزمودنی‌ها ارائه شد. نبود اجبار و حق شرکت یا عدم شرکت در پژوهش برای همه شرکت‌کنندگان تصریح شد. همچنین، به همه آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات فردی اخذ شده محرمانه می‌ماند و داده‌هایی که انتشار می‌یابد، بدون درج شناسه خصوصی بوده و به صورت گروهی و با مکتوم ماندن مشخصات فردی تحلیل می‌شود. پس از اخذ موافقت و رضایت شفاهی، پرسش‌نامه‌های خودگزارشی در بین آزمودنی‌ها توزیع شد و پس از تکمیل جمع‌آوری شد.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه حل مسأله^۱: این ابزار خودگزارشی در سال ۱۹۸۸ توسط هینر و پترسون تدوین و شامل ۳۲ سؤال با ۳ زیرمقیاس باور حل مسأله، سبک گرایش-اجتناب و مهار شخصی است. نمره گذاری سئوالات پرسشنامه در طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (گزینه کاملاً موافقم= نمره ۱ تا کاملاً مخالفم= نمره ۶) انجام می‌شود. سازندگان پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه و زیرمقیاس‌های آن را در دامنه‌ای بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. در ایران نیز جلیلی، حجازی، انتصارفومنی و مروتی ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه و زیرمقیاس‌های آن را در دامنه‌ای بین ۰/۶۷ الی ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند.

۲. پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ^۲: این مقیاس بوسیله بویس^۳ و همکاران ساخته شده است. و شامل ۱۹ پرسش خودگزارشی است که خواب مناسب را از نامناسب، با ارزیابی ۷ ویژگی خواب طی ماه گذشته مشخص می‌سازد. این ۷ ویژگی عبارت اند از: کیفیت خواب ذهنی، نرفتگی خواب، دوره خواب، کفایت خواب، اختلال خواب، استفاده از داروهای خواب آور، اختلال عملکرد روزانه. سوالات شماره ۱، ۲، ۳ و ۴ مقیاس بصورت باز، سوالات ۵ (با الف-ی)، ۶، ۷ و ۸ دارای پاسخ‌های اصلاً (نمره صفر)، کمتر از یکبار در هفته (نمره ۱)، یک یا دوبار در هفته (نمره ۲)، سه بار یا بیشتر در هفته (نمره ۳) و سؤال شماره ۹ آن نیز دارای پاسخ‌های خیلی خوب

مشکلات شده است و انواع درمان‌ها برای مقابله مؤثر با نشانگان و هیجانات مرتبط با کودکان پیشنهاد شده است اما آنچه باید مورد توجه قرار گیرد تفاوت این مداخلات از نظر سهولت اجرا و تداوم نتایج درمانی است. امروزه با نسل سوم رفتاردرمانی مواجه هستیم که یکی از مهم‌ترین آن‌ها درمان تنظیم هیجان می‌باشد. در این درمان به جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. در واقع هدف اصلی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلفی است که مناسب‌تر باشد و نه صرفاً اجتناب از افکار، احساسات و خاطرات آشفته‌ساز (تنظیم هیجان به طور گسترده به عنوان فرایندی درونی و بیرونی مسئول برای نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی به خصوص ویژگی‌های شدید و موقتی برای رسیدن به اهداف شخصی توصیف می‌شود).

مشکلات خواب از شایع‌ترین مشکلات در بین کودکان و نوجوانان در جوامع مدرن می‌باشد. با وجود ادبیات گسترده‌ای که در مورد این اختلالات وجود دارد، و آمارهای گسترده از شیوع این اختلالات در کودکان هنوز به نتایج درمانی مشخصی که بتوان برای کودکان بر روی آن حساب نمود، دست نیافته ایم. خوب خوابیدن به اندازه خوب خوردن و خوب هضم کردن برای سلامت جسمانی و روانی اهمیت دارد. در خلال خواب است که ارگانیزم، انرژی خود را ترمیم می‌کند و سلول‌های عصبی احیا می‌شوند. خواب از ارگانیزم علیه خستگی مفرط و فزون- تنودی^۱ حمایت می‌کند. با این وجود، خواب فقط یک کنش عصبی- فیزیولوژیکی نیست؛ از لحاظ روان شناختی نیز، تأثیر ترمیم‌کننده آن به اندازه‌ای است که اشخاص تنیده و عصبی را با خوابانیدن درمان می‌کنند. لذا می‌توان گفت چنانچه این مشکلات به درستی تشخیص‌گذاری و درمان نشوند نه تنها می‌توانند برای زندگی فردی و تحصیلی کودک در آینده مشکل ساز باشند بلکه می‌تواند بر سلامت روان سایر اعضای خانواده به ویژه والدین و نیز زندگی خانوادگی خود کودک به عنوان بزرگسال در آینده تأثیرات متعدد و نامناسبی بر جای بگذارد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی^۲ و کاربردی است که با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری ۳ ماهه انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی نوجوانان دختر ۱۴ تا ۱۶ ساله مشغول به تحصیل در مقطع متوسطه شهر کرمانشاه در سال ۴۰۰-۱۳۹۹ بود. با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۴۰ دانش‌آموز دختر از دو مدرسه دخترانه مقطع متوسطه (اول و دوم) در ناحیه ۲ شهر کرمانشاه با توجه ملاک‌های ورود و نمره اکتسابی در ابزارهای خودگزارشی (نمره بالا در مشکلات خواب و علیم عاطفی- رفتاری و نمره پایین در حل مسأله) انتخاب و به شیوه تصادفی سازی (قرعه کشی) به دو گروه مساوی ۲۰ نفری گمارش شدند. لازم به ذکر است که حجم نمونه در این تحقیق با توجه به ۲ ملاک زیر انتخاب شده است: (۱) با توجه به توان آماری، سطح

4. Pittsburgh Sleep Quality Index

5. Buysse

1. Hypertonicity

2. quasi experimental

3. Problem Solving Inventory

تکمیل فرم آسیب‌پذیری هیجانی و فرم ارزیابی واکنش افراد به هیجان.

جلسه چهارم: ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان، فهرست کردن اهداف فردی، اجتماعی و رابطه‌ای، بررسی روابط خود با اطرافیان، شناسایی موقعیت‌های فردی و بین‌فردی که باید بهبود یابند، تهیه فهرستی از فعالیت‌های مثبت، آموزش مهارت‌های مورد نیاز برای حل مشکلات بین‌فردی (الف) جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب (ب) آموزش راهبرد حل مسأله (ج) آموزش مهارت‌های بین‌فردی.

جلسه پنجم و ششم: آموزش مهارت‌های تغییر توجه شامل متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی از طریق آموزش و تمرین توقف فکر و جایگزین‌سازی افکار مثبت و همچنین، مهارت آموزش گسترش توجه و توجه انتخابی از طریق دیدن، شنیدن و...؛ تغییر ارزیابی‌های شناختی از طریق شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن روی حالت‌های هیجانی و همچنین، آموزش راهبرد باز ارزیابی و تغییر ارزیابی‌های منفی در جهت تنظیم و تسکین هیجانات منفی.

جلسه هفتم و هشتم: تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان. آموزش مهارت‌های مواجهه، ارزیابی و مهارت آموزی که خود شامل ۵ مورد به شرح زیر است: ارایه آموزش و تمرین به منظور ابراز هیجان، اصلاح رفتار، تخلیه هیجان، تغییر پیامد هیجان از طریق انجام عمل معکوس مثل تحرک، ایجاد آرمیدگی جسمانی؛ جمع‌بندی آموخته‌ها و ارزیابی میزان نیل به اهداف فردی و گروهی (۲) کاربرد مهارت‌های آموخته شده در محیط‌های طبیعی خارج از جلسه (۳) بررسی و رفع موانع انجام تکالیف.

در این پژوهش برای تحلیل علاوه بر روش‌های آمار توصیفی از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ به کار گرفته شد.

یافته‌ها

(نمره صفر)، نسبتاً خوب (نمره ۱)، نسبتاً بد (نمره ۲) و خیلی بد (نمره ۳) می‌باشد. برای مشخص ساختن نمره کلی فرد، نمرات مؤلفه‌های مقیاس جمع بسته می‌شوند که دامنه نمرات آن از ۰ تا ۲۱ متغیر می‌باشد. هرچه نمره بدست آمده بالاتر باشد، کیفیت خواب پایین‌تر است. نمره بالاتر از ۵، نشانگر اختلال خواب یا کیفیت نامطلوب خواب فرد است. میزان زمان لازم برای تکمیل پرسشنامه نیز، ۵ الی ۱۰ دقیقه می‌باشد. روایی و پایایی این مقیاس، در مطالعات متعدد بسیار بالا گزارش شده است و مورد تأیید می‌باشد. بویس و همکاران (۱۹۸۹) حساسیت و ویژگی مقیاس مذکور را به ترتیب ۸۹/۶ و ۸۶/۵ درصد و پایایی درونی‌اش را برابر با $a=0/83$ گزارش کرده‌اند. آنها همچنین، پایایی مقیاس را با استفاده از روش بازآزمایی، $r=0/85$ به دست آوردند. حساسیت و ویژگی مقیاس مذکور در مطالعه ورنون، بربر و مودسکی^۱ (۲۰۱۵) به ترتیب برابر با ۹۰ و ۸۷ درصد گزارش شده است. در ایران نیز پایایی و روایی آن، در مطالعه منصور، مخیری، محمدی و توکل (۱۳۹۱)، با استفاده از روش بازآزمایی، $r=0/88$ به دست آمد.

۳. درمان تنظیم هیجان.

جلسه اول و دوم: آشنایی و برقراری ارتباط اعضا با یکدیگر، شروع رابطه متقابل رهبر گروه و اعضا و انجام تمریناتی با هدف آشنایی با یکدیگر، بیان اهداف، بیان منطق و مراحل مداخله؛ شناخت هیجان و موقعیت‌های برانگیزاننده از طریق آموزش تفاوت عملکرد انواع هیجان‌ها، اطلاعات راجع به ابعاد مختلف هیجان و اثرات کوتاه‌مدت و درازمدت هیجان‌ها، انتخاب موقعیت تجربه حالت هیجان و تفکیک آن به ابعاد بدنی، ذهنی و احساسی هر هیجان. تکمیل کارت یادداشت روزانه حالت‌های هر هیجان به مدت یک هفته.

جلسه سوم: ارزیابی میزان آسیب‌پذیری هیجان و مهارت‌های هیجانی: ۱- خود-ارزیابی با هدف شناخت تجربه‌های هیجانی خود ۲- خود-ارزیابی با هدف شناسایی میزان آسیب‌پذیری هیجانی در فرد ۳- خود-ارزیابی با هدف شناسایی راهبردهای تنظیمی فرد.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار علایم عاطفی-رفتاری و ابعاد آن به تفکیک گروه و مراحل سنجش

متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون M ± SD	پس‌آزمون M ± SD	پیگیری M ± SD
مشکل هیجانی	ERT	۲۰ نفر	۱۴/۱۷ ± ۲/۶۳	۱۱/۱۳ ± ۱/۹۷	۱۱/۲۲ ± ۲/۱۱
	کنترل	۲۰ نفر	۱۵/۵۱ ± ۲/۸۸	۱۵/۶۳ ± ۲/۲۰	۱۵/۶۷ ± ۱/۱۷
مشکل سلوک	ERT	۲۰ نفر	۱۵/۴۳ ± ۱/۷۸	۱۲/۱۴ ± ۱/۶۶	۱۲/۱۰ ± ۱/۱۸
	کنترل	۲۰ نفر	۱۵/۹۸ ± ۱/۶۵	۱۶/۰۰ ± ۱/۵۵	۱۵/۹۹ ± ۱/۵۸
بیش‌فعالی	ERT	۲۰ نفر	۱۵/۴۷ ± ۴/۰۵	۱۳/۲۹ ± ۲/۴۴	۱۳/۹۸ ± ۲/۱۶
	کنترل	۲۰ نفر	۱۵/۸۰ ± ۳/۱۷	۱۵/۸۴ ± ۴/۰۰	۱۵/۸۸ ± ۳/۶۴
مشکل جامعه‌پسندی	ERT	۲۰ نفر	۱۵/۶۴ ± ۱/۹۸	۱۳/۶۱ ± ۲/۱۲	۱۳/۸۸ ± ۱/۴۳
	کنترل	۲۰ نفر	۱۴/۷۷ ± ۲/۲۳	۱۴/۶۵ ± ۲/۶۰	۱۴/۷۳ ± ۲/۶۸
مشکل با همتایان	ERT	۲۰ نفر	۱۴/۹۲ ± ۲/۴۶	۱۲/۳۴ ± ۱/۵۱	۱۲/۲۰ ± ۱/۴۰
	کنترل	۲۰ نفر	۱۵/۱۶ ± ۳/۳۷	۱۶/۱۲ ± ۴/۵۰	۱۶/۰۶ ± ۳/۹۸

¹. Vernon, Barber & Modecki

۶۳/۳۸ ± ۸/۲۸	۶۳/۵۱ ± ۹/۷۰	۷۵/۶۳ ± ۱۲/۹۰	۲۰ نفر	ERT	علایم عاطفی-رفتاری
۷۸/۳۳ ± ۱۳/۰۵	۷۸/۲۴ ± ۱۴/۸۵	۷۷/۲۲ ± ۱۳/۳۰	۲۰ نفر	کنترل	

کنترل از مرحله پیش آزمون به مراحل پس آزمون و پیگیری تغییر محسوسی را نشان نمی‌دهد (به ترتیب ۷۷/۲۲ در برابر ۷۸/۳۳ و ۷۸/۳۳). اطلاعات مربوط به هر یک از ابعاد متغیر علایم عاطفی-رفتاری در مراحل مختلف سنجش به تفکیک افراد پاسخ دهنده در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

نتایج جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که نمره میانگین (و انحراف معیار) افراد گروه تنظیم هیجان در متغیر علایم عاطفی-رفتاری نیز در مرحله پیش آزمون برابر با ۷۵/۶۳ (و ۱۲/۹۰) و در مراحل پس آزمون و پیگیری برابر با ۶۳/۵۱ (و ۹/۷۰) و ۶۳/۳۸ (و ۸/۲۸) بوده است. اما میانگین (و انحراف معیار) نمره این متغیر در افراد گروه

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار حل مسأله و ابعاد آن به تفکیک گروه و مراحل سنجش

متغیر	گروه	تعداد	پیش آزمون M ± SD	پس آزمون M ± SD	پیگیری M ± SD
باور حل مسأله	ERT	۲۰ نفر	۱۵/۳۷ ± ۰/۸۹	۱۷/۱۳ ± ۱/۸۹	۱۷/۵۴ ± ۱/۶۰
	کنترل	۲۰ نفر	۱۵/۱۹ ± ۱/۳۴	۱۵/۱۰ ± ۱/۲۰	۱۵/۱۲ ± ۱/۳۱
سبک گرایش-اجتناب	ERT	۲۰ نفر	۱۴/۱۹ ± ۱/۵۱	۱۵/۶۳ ± ۲/۱۹	۱۶/۰۰ ± ۱/۳۰
	کنترل	۲۰ نفر	۱۵/۴۹ ± ۱/۶۷	۱۵/۶۰ ± ۱/۲۳	۱۵/۵۹ ± ۱/۷۰
مهاری شخصی	ERT	۲۰ نفر	۱۶/۰۰ ± ۱/۲۳	۱۸/۲۷ ± ۱/۳۹	۱۸/۱۱ ± ۱/۴۹
	کنترل	۲۰ نفر	۱۵/۷۸ ± ۱/۴۴	۱۵/۵۷ ± ۱/۳۳	۱۵/۶۶ ± ۱/۴۲
حل مسأله	ERT	۲۰ نفر	۴۵/۵۶ ± ۳/۶۳	۵۱/۰۳ ± ۵/۴۷	۵۱/۶۵ ± ۴/۳۹
	کنترل	۲۰ نفر	۴۶/۴۶ ± ۴/۴۲	۴۶/۲۷ ± ۳/۷۶	۴۶/۳۷ ± ۴/۴۳

محسوسی را نشان نمی‌دهد (به ترتیب ۴۶/۴۶ در برابر ۴۶/۳۷ و ۴۶/۳۷). اطلاعات مربوط به هر یک از ابعاد متغیر حل مسأله در مراحل مختلف سنجش به تفکیک افراد پاسخ دهنده در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که نمره میانگین (و انحراف معیار) افراد گروه تنظیم هیجان در متغیر حل مسأله نیز در مرحله پیش آزمون برابر با ۴۵/۵۶ (و ۳/۶۳) و در مراحل پس آزمون و پیگیری برابر با ۵۱/۰۳ (و ۵/۴۷) و ۵۱/۶۵ (و ۴/۳۹) بوده است. اما میانگین (و انحراف معیار) نمره این متغیر در افراد گروه کنترل از مرحله پیش آزمون به مراحل پس آزمون و پیگیری تغییر

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار مشکلات خواب و ابعاد آن به تفکیک گروه و مراحل سنجش

متغیر	گروه	تعداد	پیش آزمون M ± SD	پس آزمون M ± SD	پیگیری M ± SD
کیفیت خواب ذهنی	ERT	۲۰ نفر	۱۳/۱۴ ± ۲/۰۹	۱۰/۲۲ ± ۲/۶۱	۱۰/۲۶ ± ۱/۵۷
	کنترل	۲۰ نفر	۱۲/۹۵ ± ۳/۰۰	۱۲/۸۶ ± ۲/۴۴	۱۲/۹۴ ± ۲/۶۰
نهفتگی خواب	ERT	۲۰ نفر	۱۶/۰۰ ± ۱/۹۶	۱۱/۸۸ ± ۱/۸۵	۱۱/۸۹ ± ۱/۷۹
	کنترل	۲۰ نفر	۱۵/۲۴ ± ۱/۵۰	۱۶/۱۱ ± ۲/۰۳	۱۶/۱۶ ± ۲/۲۷
دوره خواب	ERT	۲۰ نفر	۱۵/۱۲ ± ۲/۳۴	۱۲/۱۹ ± ۱/۶۰	۱۲/۲۲ ± ۱/۵۱
	کنترل	۲۰ نفر	۱۴/۹۱ ± ۱/۴۳	۱۴/۸۷ ± ۱/۸۰	۱۴/۸۵ ± ۱/۶۷
کفایت خواب	ERT	۲۰ نفر	۱۴/۴۴ ± ۱/۴۲	۱۱/۹۰ ± ۱/۵۸	۱۲/۰۰ ± ۱/۶۳
	کنترل	۲۰ نفر	۱۴/۵۹ ± ۳/۱۹	۱۴/۷۰ ± ۲/۳۶	۱۴/۶۹ ± ۲/۱۱
اختلال خواب	ERT	۲۰ نفر	۱۲/۷۱ ± ۲/۲۶	۱۰/۵۹ ± ۱/۸۹	۱۰/۶۶ ± ۲/۴۰
	کنترل	۲۰ نفر	۱۴/۳۸ ± ۲/۶۰	۱۴/۵۸ ± ۱/۷۶	۱۴/۶۰ ± ۱/۸۸
استفاده از داروی خواب	ERT	۲۰ نفر	۱۱/۶۰ ± ۳/۷۲	۹/۵۸ ± ۲/۲۰	۹/۵۹ ± ۲/۳۴
	کنترل	۲۰ نفر	۱۲/۲۲ ± ۱/۳۸	۱۳/۰۰ ± ۱/۵۶	۱۲/۹۷ ± ۱/۴۹
اختلال عملکرد روزانه	ERT	۲۰ نفر	۱۲/۸۹ ± ۱/۳۱	۱۰/۰۰ ± ۲/۴۴	۱۰/۹۸ ± ۲/۴۰
	کنترل	۲۰ نفر	۱۳/۷۵ ± ۱/۴۲	۱۳/۸۵ ± ۱/۶۶	۱۳/۸۰ ± ۱/۶۴

مشکلات خواب	ERT	۲۰ نفر	۹۵/۹۰ ± ۱۵/۱۰	۷۶/۳۶ ± ۱۴/۱۷	۷۷/۶۰ ± ۱۳/۶۴
	کنترل	۲۰ نفر	۹۸/۰۴ ± ۱۴/۵۲	۹۹/۹۷ ± ۱۳/۶۱	۱۰۰/۰۱ ± ۱۳/۶۶

نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که نمره میانگین (و انحراف معیار) افراد گروه تنظیم هیجان در متغیر مشکلات خواب نیز در مرحله پیش آزمون برابر با ۹۵/۹۰ (و ۱۵/۱۰) و در مراحل پس آزمون و پیگیری برابر با ۷۶/۳۶ (و ۱۴/۱۷) و ۷۷/۶۰ (و ۱۳/۶۴) بوده است. اما میانگین (و انحراف معیار) نمره این متغیر در افراد گروه کنترل از مرحله پیش آزمون به مراحل پس آزمون و پیگیری

تغییر محسوسی را نشان نمی‌دهد (به ترتیب ۹۸/۰۴ در برابر ۹۹/۹۷ و ۱۰۰/۰۱). اطلاعات مربوط به هر یک از ابعاد متغیر مشکلات خواب در مراحل مختلف سنجش به تفکیک افراد پاسخ دهنده در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول ۴- نتایج آزمون شاپیرو-ویلک و کولموگروف-اسمیرنوف برای نرمال بودن توزیع نمرات

متغیرهای وابسته	آزمون شاپیرو-ویلک		آزمون کولموگروف-اسمیرنوف	
	آماره	df	آماره	df
علایم عاطفی-رفتاری	۰/۱۳۱	۲۰	۰/۱۲۷	۲۰
حل مسأله	۰/۲۱۱	۲۰	۰/۳۱۸	۲۰
مشکلات خواب	۰/۱۶۹	۲۰	۰/۴۴۴	۲۰

یکی از پیش فرض‌های لازم برای استفاده از آزمون‌های پارامتریک، پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات گروه یا گروه‌های نمونه در جامعه است. اساس این پیش فرض بر آن است که فرض می‌شود، توزیع نمرات در جامعه نرمال است و اگر در گروه‌های نمونه کجی یا کشیده حاصل شده، به خاطر نمونه‌گیری تصادفی افراد بوده است. پیش فرض نرمال بودن در صورتی رد می‌شود که احتمال تصادفی بودن تفاوت میان توزیع گروه‌های نمونه و توزیع نرمال بودن نمرات در جامعه کمتر از ۰/۰۵ گردد (فرگوسن و تاکانه، ترجمه دلاور و نقشبندی، ۱۳۹۶). در این تحقیق پیش از انجام تحلیل واریانس به منظور بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه از آزمون شاپیرو-ویلک (Shapiro-Wilk) و کولموگروف-اسمیرنوف (Kolmogorov-Smirnov) استفاده شد، که نتایج در جدول شماره ۴ ارائه شده است. این نتایج نشان می‌دهد که در تمامی متغیرهای وابسته سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است ($P > 0.05$)، لذا توزیع نمرات در جامعه نرمال است. بنابراین، استفاده از تحلیل واریانس در داده‌های پژوهش بلامانع می‌باشد.

پیش فرض دیگر برای استفاده از تحلیل واریانس، تساوی واریانس گروه‌ها است. اساس پیش فرض تساوی واریانس‌ها آن است که واریانس نمرات دو گروه در جامعه با هم برابر است و از لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود ندارد. در این تحقیق پیش از انجام تحلیل واریانس به منظور بررسی پیش فرض برابری واریانس‌ها از آزمون لوین (Levene's Test) استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۵ ارائه شده است. همان گونه که در جدول شماره ۵ مشاهده می‌شود پیش فرض لوین در تمامی متغیرهای وابسته پژوهش تأیید می‌گردد، که به دلیل گمارش تصادفی دو گروه و حجم نمونه مناسب می‌توان از روش تحلیل واریانس جهت تحلیل فرضیه‌ها استفاده کرد. از طرف دیگر با توجه به اینکه آزمون F در برابر میزان متوسطی از واریانس‌های ناهمگن مقاوم است، به خصوص هنگامی که نمونه‌ها دارای حجم مساوی باشند، استفاده از آزمون تحلیل واریانس امکان‌پذیر می‌گردد.

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر متغیرهای وابسته پژوهش در سه مرحله اجرا

متغیرهای پژوهش	منابع تغییر	آماره F	معنی داری	ضریب تأثیر	توان آماری
باور حل مسأله	گروه	۲۴/۷۲۰	۰/۰۰۴	۰/۲۶۵	۱/۰۰۰
	زمان	۵/۶۱۱	۰/۰۰۲	۰/۳۱۸	۱/۰۰۰
	تعامل زمان و گروه	۶/۳۸۰	۰/۰۰۶	۰/۴۸۸	۱/۰۰۰
سبک گرایش-اجتناب	گروه	۴۵/۶۲۰	۰/۰۱۷	۰/۱۸۹	۱/۰۰۰
	زمان	۲۱/۱۰۶	۰/۰۱۱	۰/۴۱۳	۱/۰۰۰
	تعامل زمان و گروه	۶/۳۹۲	۰/۰۲۱	۰/۵۵۲	۱/۰۰۰
مهار شخصی	گروه	۲۶/۳۹۲	۰/۰۱۲	۰/۴۱۷	۱/۰۰۰
	زمان	۹/۸۰۹	۰/۰۰۸	۰/۵۴۲	۱/۰۰۰
	تعامل زمان و گروه	۹/۲۰۰	۰/۰۰۵	۰/۵۹۷	۱/۰۰۰
حل مسأله	گروه	۲۵/۴۲۳	۰/۰۱۸	۰/۳۷۸	۰/۵۹۱

۰/۵۸۹	۰/۴۱۳	۰/۰۱۳	۱۶/۸۶۷	زمان	
۰/۶۲۳	۰/۵۸۸	۰/۰۲۱	۲۲/۳۳۶	تعامل زمان و گروه	
۰/۵۴۴	۰/۲۲۷	۰/۰۳۱	۱۴/۴۴۱	گروه	
۰/۷۰۴	۰/۶۰۹	۰/۰۴۲	۳۲/۸۷۲	زمان	مشکلات خواب
۰/۶۱۰	۰/۶۱۲	۰/۰۱۷	۲۶/۹۸۰	تعامل زمان و گروه	
۰/۶۹۰	۰/۵۸۰	۰/۰۰۱	۲۳/۶۰۳	گروه	
۰/۶۴۳	۰/۷۱۳	۰/۰۰۱	۹۸/۴۱۲	زمان	مشکل هیجانی
۰/۷۵۰	۰/۶۴۴	۰/۰۰۱	۴۴/۵۱۶	تعامل زمان و گروه	
۱/۰۰۰	۰/۶۵۴	۰/۰۰۱	۲۹/۰۷۷	گروه	
۱/۰۰۰	۰/۶۹۹	۰/۰۰۱	۶۴/۱۱۲	زمان	مشکل سلوک
۱/۰۰۰	۰/۷۰۲	۰/۰۰۱	۵۱/۳۲۴	تعامل زمان و گروه	
۱/۰۰۰	۰/۳۱۸	۰/۰۱۸	۱۵/۱۷۴	گروه	
۱/۰۰۰	۰/۵۶۶	۰/۰۲۱	۸۳/۰۴۵	زمان	بیش فعالی
۱/۰۰۰	۰/۵۸۷	۰/۰۱۵	۶۸/۲۲۲	تعامل زمان و گروه	
۰/۹۹۵	۰/۴۶۰	۰/۰۰۱	۶۲/۹۳۶	گروه	
۰/۹۹۵	۰/۶۱۳	۰/۰۰۱	۱۲۲/۴۱۰	زمان	جامعه پسندی
۰/۹۹۵	۰/۶۱۱	۰/۰۰۱	۷۱/۴۳۳	تعامل زمان و گروه	
۱/۰۰۰	۰/۵۴۷	۰/۰۰۱	۴۲/۰۶۹	گروه	
۱/۰۰۰	۰/۵۹۱	۰/۰۰۱	۶۶/۲۲۴	زمان	مشکل با همتایان
۱/۰۰۰	۰/۶۰۲	۰/۰۰۱	۴۸/۵۱۳	تعامل زمان و گروه	

بر هدف نهایی خود مهارت‌های مورد نیاز برای حل مشکلات را در خود تقویت نمایند. به عبارتی دیگر افراد می‌توانند با ذهن آگاهی بر اهداف و افکارشان متمرکز شده، اصول و قواعد خود را یکپارچه کنند و شیوه‌های متناقض پاسخ‌گویی را کنار بگذارند. از آن جایی که نوجوانان دچار تحریفات شناختی و تصمیم‌گیری‌ها و افکار ناکارآمد بیشتری هستند، فعال شدن این افکار نه تنها باعث تمرکز فرد بر روی خود، نازرنده سازی و تجربه هیجانات متعدد و در نتیجه کاهش انرژی می‌شود. همچنین، پذیرش با استعاره‌هایی همچون خرگوش سفید به نوجوانان دارای تجارب هیجانی و رفتاری پر از تنش می‌آموزد که موقعیت و چالش‌های جدید با وجود فشارها و استرس‌های همراه هراس آور نیستند و نیازی به اجتناب از آن‌ها نیست. بلکه با رویارو شدن با این موقعیت‌ها می‌توانند آرامشی مناسب کسب کنند. این مهم با کمک به فرایند حل مساله درصدد فراهم کردن دیدگاهی بازتر و انعطاف پذیرتر برای فرد برمی‌آید تا بتواند تصمیمی مناسب تری اتخاذ کند.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که درمان تنظیم هیجان در مرحله پس آزمون و پیگیری بر نمرات مشکلات خواب افراد گروه آزمایش موثر بوده است. همسو با یافته حاضر مبنی بر اثربخشی درمان تنظیم هیجان بر متغیر مشکلات خواب و ابعاد آن برخی مطالعات مانند شاملی، مهربانی زاده هنرمند، نعمی و داوودی (۱۱) و حقایق، ادیبی و دوازده امامی نشان داده اند که آموزش یا درمان به روش تنظیم هیجان بر بهبود شاخص‌های خواب اثربخشی داشته است. مطالعه سانچز، گرایو و مولاینر نیز در این راستا نشان داد که آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر نظریه گراس بر حل مساله و کیفیت خواب نوجوانان ۱۰ تا ۱۲ ساله اثربخشی داشته است (۱۲).

نتایج جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که روش مداخله تنظیم هیجان تفاوت معناداری را در سه مرحله اندازه‌گیری در نمرات مشکل هیجانی ($F=۲۳/۶۰۳$ و $P=۰/۰۰۱$)، مشکل سلوک ($F=۲۹/۰۷۷$) و $P=۰/۰۰۱$)، بیش فعالی ($F=۱۵/۱۷۴$ و $P=۰/۰۱۸$)، جامعه پسندی ($F=۶۲/۹۳۶$ و $P=۰/۰۰۱$) و مشکل با همتایان ($F=۴۲/۰۶۹$ و $P=۰/۰۰۱$) دو گروه ایجاد کرده است، به این معنی که روش مداخله تنظیم هیجان تأثیر معناداری بر بهبود ابعاد علائم عاطفی-رفتاری داشته اند.

نتیجه گیری

این تحقیق با هدف اثربخشی درمان تنظیم هیجان بر علائم عاطفی- رفتاری، مشکلات خواب و حل مساله در دختران ۱۴ تا ۱۶ ساله انجام شد. نخستین یافته پژوهش نشان داد که در مرحله پس آزمون و پیگیری درمان تنظیم هیجان بر بهبود نمره حل مساله و ابعاد آن در افراد گروه آزمایش موثر بوده است. شاملی، داوودی و متقی دستنائی در پژوهش خود تحت عنوان بررسی اثربخشی درمان تنظیم هیجان بر حافظه منطقی و حل مساله در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود مهارت حل مساله و حافظه منطقی اثربخشی داشته است که همسو با پژوهش حاضر می‌باشد.

در تبیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر حل مساله باید گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر آگاهی لحظه به لحظه نسبت به هیجانات (ذهن آگاهی) و پذیرش بی قید و شرط ذهن، با تأثیرگذاری بر ابعاد عاطفی و شناختی حل مساله متضمن بهبود مهارت حل مساله است، چرا که منجر می‌شود افراد با متمرکز شدن

رفتاری و ... اغلب خودکنترلی را کاهش می‌دهند. بنابراین آموزش مهارت‌هایی که متمرکز بر درک، اصلاح و پذیرش هیجانات منفی باشد، افزایش خودکنترلی را به دنبال دارد و به دنبال افزایش خودکنترلی مشکلات هیجانی و رفتاری مانند بیش‌فعالی و درگیری با همتایان کاهش می‌یابد (۱۶).

این مطالعه نیز با محدودیت‌هایی مواجه بود. نخستین محدودیت مطالعه حاضر مربوط می‌شود به ابزار گردآوری داده‌ها به دلیل اینکه از نوع پرسشنامه‌ای بود امکان تحریف و یا سوگیری در پاسخ‌دهی وجود داشته است. محدودیت دیگر این مطالعه مربوط به انتخاب نمونه از یک جنسیت و با دامنه سنی ۱۴ الی ۱۶ ساله بود که این امر امکان تعمیم نتایج به دیگر افراد جامعه و دانش‌آموزان پسر را کاهش می‌دهد و در این مطالعه از روش در دسترس استفاده شد که این امر به دلیل نبود شرایط یکسان جهت شرکت افراد در مطالعه توان تعمیم نتایج را کاهش می‌دهد. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی در کنار پرسشنامه از روش‌های مصاحبه نیز در گردآوری داده‌ها استفاده گردد و در مطالعات بعدی از هر دو جنس به انتخاب نمونه پرداخته شود. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی دوره پیگیری طولانی‌تری به منظور نتیجه‌گیری بهتر در خصوص میزان اثربخشی این روش‌های مداخلاتی در نظر گرفته شود و در مطالعات بعدی از نمونه‌گیری به شیوه تصادفی استفاده گردد. (۱۷).

References

- Ogundele MO. (2018). Behavioral and emotional disorders in childhood: A brief overview for pediatricians. *World J Clin Pediatr.* 7 (1): 9-26.
- Gupta AK, Mongia M, Garg AK. (2017). A descriptive study of behavioral problems in schoolgoing children. *Ind Psychiatry J.* 26 (1): 91-94.
- Lynn Mulvey K, Boswell C, Zheng J. (2017). Causes and Consequences of Social Exclusion and Peer Rejection Among Children and Adolescents. *Rep Emot Behav Disord Youth.* 17 (3): 71-75.
- Smith MT, McCrae C, Cheung J, Martin JL, Harrod CG. (2018). Use of Actigraphy for the Evaluation of Sleep Disorders and Circadian Rhythm Sleep-Wake Disorders: An American Academy of Sleep Medicine Systematic Review, Meta-Analysis, and GRADE Assessment. *J Clin Sleep Med.* 14 (7): 1209-1230.
- Culb, Brian., And Wishaw, Yankee. (1998). *Fundamentals of human neuropsychology.* first volume. Translated

در تبیین این یافته باید گفت که درمان مبتنی بر تنظیم هیجان یک درمان دارای ساختار است و مبتنی بر تکنیک‌های تجربی و براساس فلسفه اصالت هیجانی قرار دارد. فرض زیربنایی در رویکردهای درمانی هیجان مدار به طور کلی این است که هیجان یک عامل اساسی و تعیین‌کننده در تنظیم رفتارهای فردی و پردازش اطلاعات است که موجب می‌شود افراد خودشان را با دیگران هماهنگ کنند. بنابراین هیجانات بایستی مورد توجه و پذیرش قرار بگیرند تا معنای آن‌ها مشخص شده و بتواند به بهزیستی و سازگاری افراد کمک کند (۱۳۱۳). به علت ویژگی انعطاف‌پذیری روانی، هیجانات مثبت می‌تواند افزایش یافته و هیجانات منفی کاهش یابد. در عمل افزایش احساسات مثبت توانسته است حل مسأله، علاقه اجتماعی و عملکرد در موقعیت‌های بین فردی را بهبود دهد. وجود یک خلق مثبت پایدار، زمینه انعطاف‌پذیری روانی و تغییرات درمانی را ایجاد می‌کند و می‌تواند ظرفیت تحمل در برابر استرس و آشوب‌های دوران نوجوانی را افزایش دهد.

یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان تنظیم هیجان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بر نمرات علایم عاطفی-رفتاری افراد گروه آزمایش موثر بوده است. ویلنمان، اشنایدر، پارکینسون و کوردا در پژوهش خود تحت عنوان بررسی تأثیر درمان تنظیم هیجان بر مشکلات عاطفی-رفتاری و خواب نوجوانان به این نتیجه دست یافته است که درمان تنظیم هیجان بر کاهش مشکلات عاطفی و رفتاری افراد گروه آزمایش اثربخش بوده است که همسو می‌باشد (۱۴).

در واقع رویکرد پذیرش و تعهد شامل تجربه مستقیم هیجانات و عواطف مشکل‌ساز مراجع در یک بافت است که در آن عملکردهای تحت‌اللفظی زبانی که مفاهیم منفی که عواطف و هیجانات را افزایش می‌دهد، از بین می‌رود. در خصوص تبیین اثربخشی درمان تنظیم هیجان بر کاهش مشکلات عاطفی-رفتاری می‌توان گفت که در روش آموزش یا درمان تنظیم هیجان موضوعاتی مانند ابزار هیجان، تنظیم هیجان و ارزیابی مجدد آن مدنظر قرار می‌گیرد (۱۵). در واقع این شیوه آموزشی زمینه تولید پاسخ‌های منعطف نسبت به تجربیات هیجانی شدید مثل اضطراب، خشم و ... را فراهم می‌کند بنابراین. مهارت‌های تنظیم هیجان به افراد کمک می‌کند تا به جای پاسخ‌های واکنشی رویکردی را اتخاذ نمایند که با استفاده از این مهارت‌ها نشانه‌های هیجانی را تعدیل کنند. علاوه بر آن، این شیوه افراد را ترغیب می‌کند که به ارتقای فعالیت‌های رفتاری گذشته‌تمرکز داشته باشند و مشخص نمایند که زندگی آن‌ها چه معنایی دارد و چگونه مشکلات رفتاری و هیجانی را کاهش دهند و به تعویق اندازند. همچنین، تنظیم هیجان واکنش‌های جسمانی به استرس‌ها را تعدیل کرده آسیب ناشی از آن را می‌کاهد. در نتیجه این عوامل می‌توانند توجیه‌کننده اثربخشی آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان بر کاهش مشکل با همتایان و پرخاشگری در نوجوانان با مشکل در مدیریت هیجانی باشند. در این راستا همچنین می‌توان گفت نقص در توانایی‌های تنظیم هیجان منجر به افزایش عواطف منفی و کاهش عواطف مثبت می‌شود و در نتیجه رفتارهای ناکارآمد برای اجتناب از هیجانات منفی شکل می‌گیرد و از سوی دیگر، هیجانات منفی مثل خشم، اضطراب یا اختلال

- Online acceptance and commitment therapy for people with painful diabetic neuropathy in the United Kingdom: A single-arm feasibility trial. *Pain Medicine*, 21 (11), 2777-2788.
14. Jalili, Akbar., Hejazi, Massoud., Entesar Foumani, Gholam Hossein., And Morvati, Zikrallah. (1397). The relationship between metacognition and academic performance with problem solving mediation. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 5 (1): 94-83.
15. Kaiser T, Li J, Pollmann-Schult M, Song AY. (2017). Poverty and Child Behavioral Problems: The Mediating Role of Parenting and Parental Well-Being. *Int J Environ Res Public Health*. 14 (9): 120-34.
16. Puolakanho A, Lappalainen R, Lappalainen P, Muotka JS, Hirvonen R, Eklund KM, et al. (2019). Reducing Stress and Enhancing Academic Buoyancy among Adolescents Using a Brief Web-based Program Based on Acceptance and Commitment Therapy: A Randomized Controlled Trial. *J Youth Adolesc*. 48 (2): 287-305.
17. Rothenberg WA, Lansford JE, Alampay L, Al-Hassan S, Bacchini D, Bornstein MH, Et al. (2020). Examining effects of mother and father warmth and control on child externalizing and internalizing problems from age 8 to 13 in nine countries. *Dev Psychopathol*. 32 (3): 1113-1137.
- by Ahmad Alipour and Gholamreza Chalbianlu. Tehran: Arjmand Publishing.
6. Zadok, Benjamin James., Zadok, Virginia Alcott., And Ruiz, Pedro. (1398). Summary of Kaplan & Zadok Psychiatry (Behavioral Sciences / Psychiatry). Volume III. Translated by Farzin Rezaei. Tehran: Danjeh Publishing.
7. Sadeh N, Spielberg JM, Logue MW, Hayes JP, Wolf E. (2019). Linking Genes, Circuits, and Behavior: Network Connectivity as a Novel Endophenotype of Externalizing. *Psychol Med*. 49 (11): 1905-1913.
8. Hahn M, Joechner AK, Roell J, Schabus M, Heib DP, Gruber G. (2019). Developmental changes of sleep spindles and their impact on sleep - dependent memory consolidation and general cognitive abilities: A longitudinal approach. *Dev Sci*. 22 (1): e12706.
9. Shokoohi Yekta, Mohsen., And Zamani, Nayreh. (1391). Application of interpersonal problem solving training in reducing problem behaviors of late learners. *Journal of Psychological Methods and Models*. 2 (8): 71-55.
10. Cassale AD, Sorice S, Padovano A, Simmaco M, Ferracuti S, Lamis DA, et al. (2019). Psychopharmacological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *Curr Neuropharmacol*. 17 (8): 710-736.
11. Shamli, Leila.F. Davoodi, Maryam., And Mottaqi Dastnaei, Shokoofeh. (1398). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on rational memory and problem solving in patients with multiple sclerosis. *Journal of Cognitive Psychology*. 7 (2): 62-51.
12. Izadi, Mahnoosh., And Rasouli, Aras. (1398). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on improving depression and sleep quality in women with postpartum depression. *Iranian Journal of Nursing Research*. 14 (1): 28-21.
13. Kioskli, K., Scott, W., Winkley, K., Godfrey, E., & McCracken, L. M. (2020).