

مقاله پژوهشی

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و خودتنظیمی یادگیری دانش آموزان دختر دارای اضطراب امتحان

محمد سلطانی زاده\*، فاطمه حسینی\*\*، حمید کاظمی زهرانی\*\*\*

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۰/۰۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۲۶

### چکیده

پژوهش حاضر باهدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و خودتنظیمی یادگیری دانش آموزان دختر دارای اضطراب امتحان اجرا شد. طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه مورد مطالعه، کلیه دانش‌آموزان دختر پایه‌های یازدهم و دوازدهم دوره متوسطه دوم شهر خمینی‌شهر به تعداد تقریبی ۱۶۹۳ نفر، در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۷ بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس نقطه برش پرسشنامه اضطراب امتحان ساراسون، نمونه‌ای به تعداد ۲۸ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه گواه (۱۵ نفر) و گروه آزمایش (۱۳ نفر) قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه سازگاری اجتماعی سینها و سینگ (۱۹۹۳) و پرسشنامه راهبردهای انگیزشی برای یادگیری پنتریچ و دی گروت (۱۹۹۰) بود. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۲ ساعته، تحت مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز، استروسال و ویلسون، ۲۰۱۱) قرار گرفت. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده گردید. نتایج پژوهش نشان داد که مداخله درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش در مؤلفه‌های سازگاری اجتماعی و خودتنظیمی یادگیری منجر به افزایش معنادار عملکرد در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون گردید ( $P < 0.05$ )؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مدارس با به‌کارگیری مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توانند باعث افزایش سازگاری اجتماعی و خودتنظیمی یادگیری دانش‌آموزان شوند تا از این طریق دانش‌آموزان به موفقیت تحصیلی دست یابند.

**کلید واژگان:** اضطراب امتحان، سازگاری اجتماعی، خودتنظیمی یادگیری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

\* استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران. mohammad.soltani@hotmail.com

\*\* کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

\*\*\* استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران.

## مقدمه

یکی از گسترده‌ترین قلمروهای ادبیات پژوهش در چند دهه گذشته، اضطراب و عوامل وابسته به آن بوده است. گزارش‌های اخیر بیانگر آن است که شایع‌ترین مشکل روانی در جمعیت عمومی، اختلالات اضطرابی هستند که یکی از اشکال این اختلالات، اضطراب امتحان<sup>۱</sup> است (کرمی، دهدشتی و بهرامی، ۱۳۹۷). اضطراب امتحان یکی از اضطراب‌های موقعیتی و نوعی اشتغال ذهنی است که با خود کم‌انگاری و تردید در توانایی‌های شخصیت، همراه شده و به عدم تمرکز و واکنش جسمانی ناخوشایند منجر می‌شود (داوود<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). به اعتقاد پژوهشگران، اضطراب امتحان سازه‌ای چندبعدی است (رینگایزن و رافلدر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵) که از ترکیب سه عامل شناخت<sup>۴</sup>، احساس<sup>۵</sup> و رفتار<sup>۶</sup> حاصل می‌شود (سوسا و وایس<sup>۷</sup>، ۲۰۱۴). هرچند در امتحان سطح پایینی از استرس لازم است، اما گاهی میزان بالایی از اضطراب سبب بغرنج شدن مسئله می‌شود، زیرا عملکرد شخص را در امتحان محدود می‌کند و منجر به اختلال در رفتار، کاهش اعتمادبه‌نفس یا عملکرد تحصیلی ضعیف می‌شود (محمودی، پورطالب و صادقی، ۱۳۹۷). پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که میزان شیوع اضطراب امتحان در دانش‌آموزان از ۱۰ تا ۳۰ درصد بوده که این برآورد در ایران برای دانش‌آموزان ۲/۱۷ درصد گزارش شده است. همچنین بررسی‌های اخیر نشان داده‌اند که اختلالات اضطرابی واجد بیشترین فراوانی در سطح کل جمعیت دانش‌آموزان است (فتحی، برمه زیار و محبی، ۱۳۹۶). اضطراب امتحان به‌طور بالقوه می‌تواند با متغیرهای دیگری در دانش‌آموزان ارتباط داشته باشد که بررسی این متغیرها در قالب پرونداد درمان، درک بهتری از این سازه برای ما فراهم می‌کند.

یکی از عوامل مرتبط با اضطراب امتحان، سازگاری اجتماعی<sup>۸</sup> است (کشاورز افشار و میرزایی، ۱۳۹۷). سازگاری اجتماعی به معنای میزان توازن و هماهنگی نیازها و خواسته‌های فرد است، با

- 
1. Test anxiety
  2. Dawood
  3. Ringeisen & Raufelder
  4. Cognition
  5. Feeling
  6. Behavior
  7. Soysa & Weiss
  8. Social Adjustment

منافع و خواسته‌های گروهی که در آن زندگی می‌کند (ژائو، جی و وانگ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵). سازگاری اجتماعی به‌عنوان مهم‌ترین نشانه سلامت روان شناخته می‌شود. معیار اندازه‌گیری رشد اجتماعی فرد، میزان سازگاری او با دیگران است. رشد اجتماعی، نه‌تنها در سازگاری با اطرافیان یک فرد که با آن‌ها در ارتباط است مؤثر است، بلکه در میزان موفقیت شغلی و تحصیلی شخص نیز تأثیر دارد (اسدزاده و همکاران، ۱۳۹۷). نتایج بررسی باکر<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۷) نشان داده که بین موفقیت تحصیلی و سازگاری اجتماعی ارتباط بسیار گسترده‌ای وجود دارد. همچنین مطالعه‌ی والاس<sup>۳</sup> (۲۰۰۱) نشان داد که موفقیت تحصیلی با سازگاری روان‌شناختی ارتباط دارد و پسران نسبت به دختران، از نظر سازگاری روان‌شناختی وضعیت بهتری دارند. نتایج پژوهش کاظمیان مقدم، مهربانی‌زاده هنرمند و سودانی (۱۳۸۷) در رابطه با اضطراب امتحان و کارکرد تحصیلی دانش‌آموزان نشان داد که اضطراب امتحان به‌عنوان تجربه‌ای ناخوشایند با درجات مختلف، باعث دوری از اجتماع می‌شود و ناسازگاری اجتماعی را موجب خواهد شد.

یکی دیگر از مؤلفه‌های روان‌شناختی که می‌تواند اضطراب امتحان را به همراه داشته باشد، خودتنظیمی یادگیری<sup>۴</sup> است (خوش‌رو، مهدوی، محمدعلیزاده و علی‌نژاد، ۱۳۹۵). توانایی دانش‌آموزان برای درک و کنترل یادگیری‌شان را خودتنظیمی یادگیری می‌نامند که برای موفقیت در مواد درسی بسیار مهم است و آن‌ها را به یادگیرندگانی اثربخش و کارآمد تبدیل می‌کند (زیممرمن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲). زیممرمن (۲۰۰۰؛ به نقل از بمبوتی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸) خودتنظیمی یادگیری را باورهای یادگیرندگان درباره توانایی خود برای درگیر شدن در اعمال، افکار، احساسات و پیگیری اهداف تحصیلی ارزشمند، تعریف می‌کند. همچنین پینتریچ<sup>۷</sup> (۲۰۰۴) خودتنظیمی را یک فرایند فعال و سازمان‌یافته می‌داند که یادگیرندگان از طریق آن اهداف یادگیری خود را تنظیم کرده و تلاش می‌کنند بر شناخت و انگیزش و رفتار خود نظارت کنند. حاصلی، علی‌آبادی و رستمی (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان رابطه خودتنظیمی یادگیری با پیشرفت ریاضی و اضطراب امتحان در دانش‌آموزان به این

- 
1. Zhao, Xie & Wang
  2. Bakker
  3. Valas
  4. Self-regulatory learning
  5. Zimmerman
  6. Bembenutty
  7. Pintrich

نتیجه رسیدند که بین خودتنظیمی یادگیری و اضطراب امتحان رابطه معناداری وجود دارد و با توجه به خودتنظیمی یادگیری می‌توان اضطراب امتحان را پیش‌بینی کرد. در همین رابطه نتایج خلیلی و قلتاش (۱۳۹۴) نشان داد که امید به تحصیل و راهبردهای خودتنظیمی یادگیری، اضطراب امتحان را پیش‌بینی می‌کنند.

تحقیقات نشان داده است که روان‌درمانی در بهبود وضعیت روان‌شناختی دانش‌آموزان مبتلابه اضطراب امتحان مفید بوده است (هانتر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۲). درمان‌های روان‌شناختی متعددی برای اضطراب امتحان وجود دارد که یکی از این درمان‌ها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۲</sup> (ACT) است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان درمان‌های شناختی - رفتاری موج سوم شناخته می‌شوند و در آن‌ها تلاش می‌شود به‌جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (هیز<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرض بر این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی‌شان را آزارنده می‌دانند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آن‌ها رهایی یابند. این تلاش‌ها برای کنترل بی‌تأثیر بوده و به‌طور متناقض منجر به تشدید احساسات و افکاری می‌شود که فرد در ابتدا سعی داشت از آن‌ها اجتناب کند (هیز، استروسال و ویلسون<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹). هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. این انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق شش فرآیند اصلی که عبارت‌اند از: گسلش شناختی<sup>۵</sup>، پذیرش<sup>۶</sup>، ارتباط با زمان حال<sup>۷</sup>، خود به‌عنوان زمینه<sup>۸</sup>، ارزش‌ها<sup>۹</sup> و عمل متعهد<sup>۱۰</sup> ایجاد می‌شود (هیز و لیلیس، ۲۰۱۲). تحقیقات متعددی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در زمینه‌های مختلف از جمله اضطراب امتحان (نیکخواه و عارفی، ۱۳۹۴؛ میری و منصوری، ۱۳۹۶؛

- 
1. Hanter
  2. Acceptance and Commitment Therapy
  3. Hayes
  4. Strosahl & Wilson
  5. Cognitive fault
  6. Reception
  7. Relationship with the Present
  8. Self as a field
  9. Values
  10. Committed action

براون<sup>۱</sup> و همکاران، (۲۰۱۱)، سازگاری (یاوری و آفایی، ۱۳۹۵؛ سعیدی و خلعتبری، ۱۳۹۵؛ لعلی، ۱۳۹۵؛ شاکر اردکانی، رحیمی و صالح زاده، ۱۳۹۶؛ نوری و همکاران، ۱۳۹۶؛ استادیان خانی و فدایی مقدم، ۱۳۹۶؛ اسدزاده و همکاران، ۱۳۹۷؛ فرمن و هربرت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸ و وایتینگ، سیمپسون، کروچی و مک لود<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲)، خودتنظیمی (قره آغاجی و همکاران، ۱۳۹۵؛ سعید منش و پهلوان، ۱۳۹۶؛ نوکانی، حسین زاده و سیفی، ۱۳۹۶؛ کلاهدوز، ۱۳۹۶؛ ونگ<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۵ و سوین، هنکاک، هایزورث و بومن<sup>۵</sup>، ۲۰۱۵)، تعلل ورزی تحصیلی (پورعبدل، صبحی قراملکی، بسطامی و غضنفری، ۱۳۹۵)، افسردگی و اضطراب (محمودی و قادری، ۱۳۹۶)، اضطراب اجتماعی (اسماعیلی، امیری، عابدی و مولوی، ۱۳۹۷)، انعطاف‌پذیری شناختی (گلیک و اورسیلو<sup>۶</sup>، ۲۰۱۵) و کمال‌گرایی (گنیلکا و برودا<sup>۷</sup>، ۲۰۱۹) به تأیید رسیده است.

اضطراب امتحان از مسائلی است که می‌تواند به‌طور مستقیم و غیرمستقیم در سلامت جسمی، روانی، آموزشی و اجتماعی افراد نقش مخرب و بازدارنده‌ای ایفا کند. آسیب‌های وارده ناشی از اضطراب امتحان بر دانش‌آموزان، می‌تواند تعداد قابل‌توجهی از آن‌ها را در معرض ابتلا به بیماری‌های جسمانی و آسیب‌های روانی نظیر افسردگی و پرخاشگری قرار دهد و خانواده‌ها را با عواقب وخیمی مواجه سازد. از آنجاکه بخش مهمی از علل افت تحصیلی و ترک تحصیل دانش‌آموزان به علت اضطراب شدید ناشی از امتحان است، تأثیر منفی سطوح بالای اضطراب امتحان بر عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان این توانایی را دارد که هزینه‌های گزافی بر سیستم آموزش و پرورش تحمیل کند. همچنین دور از انتظار نیست عوارض ناشی از این پدیده که شامل جامعه‌گریزی، بزهکاری، تمایل به انجام رفتارهای خطرناک و غیره است، جامعه را با تهدید اساسی روبرو سازد. درنهایت با عنایت به این موضوع که اضطراب امتحان یک پدیده جهانی است و انبوه پژوهش‌ها در ۵۰ سال اخیر، بیانگر اهمیت و توجه خاص کشورهای مختلف به این پدیده است، شناخت عوامل روان‌شناختی مؤثر بر بهبود اضطراب امتحان برای کمک به افراد و متخصصان برای برخورد

- 
1. Brown
  2. Forman & Herbert
  3. Whiting, Simpson, Ciarrochi & McLeod
  4. Wang
  5. Swain, Hancock, Hainsworth & Bowman
  6. Glick & Orsillo
  7. Gnilka & Broda

مناسب‌تر با آن، از اهمیت ویژه برخوردار است. لذا پژوهش حاضر با این هدف صورت گرفته است که مشخص شود آیا می‌توان با ارائه روان‌درمانی‌های مبتنی بر تعهد و پذیرش سازگاری اجتماعی و خودتنظیمی یادگیری دانش‌آموزان دارای اضطراب امتحان را بهبود بخشید؟ بنابراین برای رسیدن به هدف بیان‌شده و با توجه به پیشینه پژوهش فرضیه‌های زیر تدوین شدند:

- ۱- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان دختر مؤثر است.
- ۲- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی یادگیری دانش‌آموزان دختر مؤثر است.

### روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر، طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانش‌آموزان دختر پایه‌های یازدهم و دوازدهم دوره متوسطه دوم شهر خمینی‌شهر به تعداد تقریبی ۱۶۹۳ نفر، در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بودند. حجم اولیه نمونه پژوهش انجام‌شده، ۳۰ نفر از دانش‌آموزان دختر بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس غربالگری با استفاده از نقطه برش (نمره ۲۱ به بالا) پرسشنامه اضطراب امتحان ساراسون (۱۹۹۰) و انجام مصاحبه، تشخیص اضطراب امتحان را دریافت کرده بودند. گروه نمونه به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند که با توجه به ریزش ۲ نفر از دانش‌آموزان گروه آزمایش در طول جلسات درمان (با توجه به ملاک‌های خروج از پژوهش) حجم نهایی نمونه این پژوهش ۲۸ نفر شدند. حضور نمونه‌ها در گروه‌درمانی مستلزم داشتن ملاک‌های ورود و عدم وجود ملاک‌های خروج بود که از طریق مصاحبه موردبررسی قرار گرفت. ملاک‌های ورود شامل موارد زیر بود: ۱- سن ۱۶ تا ۱۸ سال ۲- ابتلا به اضطراب امتحان حداقل به مدت ۱۲ ماه و ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ۱- عدم همکاری و شرکت نکردن دانش‌آموزان در جلسات برنامه مداخله ۲- عدم رضایت والدین ۳- ابتلا به بیماری مزمن جسمی ۴- وجود مشکلات روان‌شناختی مزمن و دریافت درمان‌های روان‌شناختی هم‌زمان با انجام پژوهش. قابل‌ذکر است در پژوهش حاضر موازین اخلاقی مانند محرمانه ماندن اطلاعات، رعایت تمایل آزمودنی‌ها برای شرکت در پژوهش و پاسخگویی به پرسشنامه‌ها و همچنین داشتن حق انتخاب جهت ادامه یا انصراف از شرکت در جلسه‌های روان‌درمانی، رعایت شده است.

### ابزارهای پژوهش

۱- پرسشنامه اضطراب امتحان<sup>۱</sup>: این پرسشنامه توسط ساراسون (۱۹۹۰) ساخته شد و دارای ۳۷ گویه است که باید در مدت ۱۰ الی ۱۵ دقیقه به صورت «بلی و خیر» به آن پاسخ داده شود. هر چه نمره فرد در این پرسشنامه بالاتر باشد نشان‌دهنده اضطراب امتحان بیشتر است. با توجه به مشخصات روان‌سنجی مناسب و وجود نمرات برش استاندارد برای این پرسشنامه، استفاده از آن در سنجش اضطراب امتحان بسیار مناسب است. برای نمره‌گذاری پرسشنامه اضطراب امتحان ساراسون باید به جواب خیر برای سؤالات ۳- ۱۵- ۲۶- ۲۷- ۲۹- ۳۳ نمره ۱ داد. همچنین برای هر جواب بلی به سایر سؤالات نیز باید یک نمره داد. پس از جمع‌کردن نمرات، نمره اضطراب امتحان فرد به دست می‌آید. نمره بیشتر نشانگر اضطراب امتحان بیشتر است و فرد با توجه به نمره کسب‌شده در یکی از این سه طبقه قرار می‌گیرد: اضطراب خفیف: نمره ۱۲ و پایین‌تر، اضطراب متوسط: نمره ۱۳ تا ۲۰، اضطراب شدید: نمره ۲۱ و بالاتر (یزدانی و سلیمانی، ۱۳۹۰). روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعات متعددی سنجیده شده و با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و همسانی درونی ۰/۹۵ و روایی معیار برابر ۰/۷۲ به دست آمده است که در مجموع قابل قبول است و می‌توان از آن در پژوهش‌های مشابه استفاده نمود (یزدانی، ۱۳۹۱). همچنین بیابانگرد (۲۰۰۷) ضریب پایایی پرسشنامه را ۰/۸۷ گزارش کرده است (به نقل از پور قانع، ۱۳۹۵).

۲- پرسشنامه سازگاری<sup>۲</sup> (AICS): این پرسشنامه توسط سینها و سینگ<sup>۳</sup> (۱۹۹۳)؛ به نقل از کرمی، (۱۳۸۰) تدوین شده است و دانش‌آموزان را از نظر میزان سازگاری عمومی و نیز در سه بعد عاطفی، آموزشی و اجتماعی ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه دارای ۶۰ سؤال است و به صورت بله و خیر طراحی گردیده است و دانش‌آموزان با سازگاری خوب را از دانش‌آموزان ضعیف جدا می‌کند. سؤالات ۲، ۵، ۸، ۱۱، ۱۴، ۱۷، ۲۰، ۲۳، ۲۶، ۲۹، ۳۲، ۳۵، ۳۸، ۴۱، ۴۴، ۴۷، ۵۰، ۵۳، ۵۶ و ۵۹ حوزه اجتماعی را می‌سنجد که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است (دهقانی، حکمتیان فرد و کامران، ۲۰۱۹). در این پرسشنامه برای پاسخ‌های نشانگر سازگاری در هر سه حوزه نمره صفر و در غیر این صورت نمره یک منظور می‌گردد. بر اساس این روش نمره‌گذاری نمره پایین نشان‌دهنده

- 
1. Test Anxiety Questionnaire
  2. Adjustment Inventory for College Students
  3. Sinha & Singh

سازگاری بالاتر و نمره بالا نشان‌دهنده سازگاری پایین‌تر است (باقرزاده نیم چاهی، حسینی طب‌دهی و حافظیان، ۱۳۹۷). ضریب پایایی این آزمون با روش دونیمه کردن و باز آزمایی به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۹۳ گزارش شده است. فولادچنگ (۱۳۸۵) در پژوهش خود ضریب باز آزمایی و ضریب کودر-ریچاردسون را برای پرسشنامه به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۲ گزارش نموده است. اعتبار این آزمون توسط گروهی از روانشناسان مورد تأیید قرار گرفته است (به نقل از ساقی و رجایی، ۱۳۸۷). پرسشنامه ۶۰ سؤالی در فرم نهایی روی نمونه ۱۹۵۰ نفری (۱۲۰۰ پسر و ۷۵۰ دختر) از دانش‌آموزان کلاس‌های اول، دوم و سوم دبیرستان که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، اجرا شد. نتایج حاصل از این محاسبات نشان داد که این توزیع با توزیع نرمال تفاوت ندارد. ضریب اعتبار به سه طریق و به شرح جدول زیر تعیین شد (ساعتچی، کامکاری و عسکریان، ۱۳۸۹).

جدول ۱. ضریب اعتبار پرسشنامه سازگاری

روش مورد استفاده	عاطفی	اجتماعی	آموزشی	کل
دونیمه کردن	۰/۹۴	۰/۹۳	۰/۹۶	۰/۹۵
آزمون - باز آزمون	۰/۹۶	۰/۹۰	۰/۹۳	۰/۹۳
کودر-ریچاردسون ۲۰	۰/۹۲	۰/۹۲	۰/۹۶	۰/۹۴

۳- پرسشنامه راهبردهای خودانگیخته برای یادگیری<sup>۱</sup> (MSLQ): این پرسشنامه را که پنتریچ و دی گروت<sup>۲</sup> (۱۹۹۰) تهیه کرده‌اند، مقیاس باورهای انگیزشی با سه عامل خودکارآمدی، ارزش‌گذاری درونی، اضطراب امتحان و مقیاس رفتارهای شناختی با دو عامل راهبردهای شناختی و خودتنظیمی را اندازه‌گیری می‌کند. نسخه نهایی این پرسشنامه شامل ۴۴ سؤال است و برای نمره‌گذاری آن از مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت استفاده می‌شود. سؤالات ۲۶-۲۷-۳۷-۳۸ برعکس نمره‌گذاری می‌شود. پژوهشگران برای تعیین پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده کردند و به ترتیب ضریب‌های ۰/۸۹، ۰/۸۷ و ۰/۷۴ را برای سه عامل خودکارآمدی، ارزش‌گذاری درونی و خودتنظیمی به دست آوردند (پنتریچ و دی گروت، ۱۹۹۰). در پژوهش البرزی و سیف (۱۳۸۱) روایی سازه‌ای ابزار به تأیید رسید و ضریب‌های پایایی ۰/۸۲، ۰/۷۶ و ۰/۵۹ به ترتیب برای عامل‌های خودکارآمدی،

1. Motivated Strategies for Learning Questionnaire

2. Pintrich &amp; De Groot



ارزش‌گذاری درونی و خودتنظیمی به دست آمد (به نقل از واحدی، هاشمی و شفیعی سورک، ۱۳۹۳). در پژوهش واحدی، هاشمی و شفیعی سورک (۱۳۹۳) ضرایب به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۸۰ و ۰/۶۱ برای عامل‌های گفته‌شده به دست آمد.

### روش اجرا

به‌منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ابتدا محتوی جلسات آموزش، اجرای پرسشنامه، زمان‌بندی اجرا و سایر مسائل مطرح در پژوهش تکمیل گردید. با اخذ معرفی‌نامه از طرف دانشگاه پیام نور مرکز اصفهان و مراجعه به آموزش و پرورش شهر خمینی‌شهر، هماهنگی‌های لازم جهت انجام پژوهش انجام گردید. سپس با مراجعه به مدرسه دخترانه فاطمه زهرا شهر خمینی‌شهر، پرسشنامه اضطراب امتحان بین دانش‌آموزان کلاس‌های یازدهم و دوازدهم توزیع گردید. پس از نمره‌گذاری پرسشنامه از بین دانش‌آموزان دارای اضطراب امتحان تعدادی به روش غربالگری انتخاب شدند و در گروه‌های موردنظر قرار گرفتند. اجرای پرسشنامه در دو مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون انجام شد. مداخله درمانی توسط مؤلف دوم مقاله که در زمینه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کودکان و نوجوانان آموزش‌دیده بود، پس از کسب رضایت از والدین دانش‌آموزان شرکت‌کننده و توضیح شیوه اجرایی پژوهش انجام شد.

قبل از اجرای جلسات درمانی، برای شرکت‌کنندگان در پژوهش یک جلسه مقدماتی باهدف آشنایی اولیه، برقراری رابطه درمانی و ایجاد اعتماد در آزمودنی‌ها انجام شد. سپس پرسشنامه‌های پژوهش اجرا گردید. گروه آزمایش در قالب ۸ جلسه ۲ ساعته مورد درمان قرار گرفتند. به دلیل ضرورت رعایت مسائل اخلاقی، گروه کنترل پس از اتمام جلسات آموزش گروه آزمایش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند. پروتکل جلسات درمانی مبتنی بر کتاب پذیرش و تعهد هیز، استروسال و ویلسون (۲۰۱۱) بود. در جدول ۲ خلاصه محتوای هر جلسه ارائه شده است.

## جدول ۲: خلاصه پروتکل روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	فعالیت درمانی
جلسه اول	خوشامدگویی و آشنایی اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر؛ بیان احساسات افراد قبل از آمدن به جلسه؛ دلیل آمدن به این جلسه و انتظاری که از جلسات درمانی دارند؛ بیان تجارب مشابه قبلی؛ بیان قوانینی که رعایت آن‌ها در گروه الزامی است از جمله: به‌موقع آمدن - عدم غیبت (وقت‌شناسی) انجام تکالیف و...؛ بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر؛ بیان موضوع پژوهش و اهداف آن و بیان این موضوع که روی اهداف فکر شود؛ ارائه کلی مطالب آموزشی پیرامون پذیرش و تعهد و نتایج آن؛ اجرای پیش‌آزمون
جلسه دوم	توضیح و بیان این اصل که چرا نیاز به مداخلات روان‌شناختی احساس می‌شود؟ ایجاد امید و انتظار درمان در کاهش این فشارها؛ بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات، آگاهی بخشی در این زمینه که افکار را به‌عنوان افکار و احساسات را به‌عنوان احساسات و خاطرات را فقط به‌عنوان خاطره بپذیریم؛ ارائه تکلیف در زمینه پذیرش خود و احساسات ناشی از اضطراب امتحان
جلسه سوم	بررسی تکالیف جلسه قبل، صحبت درباره احساسات و افکار اعضای گروه؛ آموزش این مطلب که اعضا، بدون قضاوت در مورد خوب یا بد بودن افکار و احساسات خود، آن‌ها را بپذیرند؛ آموزش و شناخت هیجان‌ات و تفاوت آن‌ها با افکار و احساسات؛ ارائه تکلیف اینکه چقدر خود و احساسات خود و چقدر دیگران و احساسات دیگران را می‌پذیریم؟
جلسه چهارم	بررسی تکالیف؛ ارائه تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس؛ ارائه تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر؛ تأکید دوباره بر اصل پذیرش در شناخت احساسات و افکار؛ تأکید بر شناخت احساسات و افکار با نگاهی دیگر؛ تکالیف: رویدادهای زندگی (آزاددهنده) را به‌نوعی دیگر نگاه کنیم
جلسه پنجم	بررسی تکالیف؛ آموزش و ایجاد شناخت در خصوص تفاوت بین پذیرش و تسلیم و آگاهی به این موضوع که آنچه نمی‌توانیم تغییر دهیم را بپذیریم؛ شناخت موضوع قضاوت و تشویق اعضا به اینکه احساسات خود را قضاوت نکنند؛ ارائه این تکنیک که با ذهن آگاه بودن در هر لحظه، از وجود احساسات خود آگاهی یابند، فقط شاهد آن‌ها باشند ولی قضاوت نکنند؛ ارائه تکلیف خانگی ذهن آگاهی همراه با پذیرش بدون قضاوت
جلسه ششم	ارائه بازخورد و نظرسنجی کوتاه از فرآیند آموزش؛ درخواست از اعضای گروه جهت بیرون‌ریزی احساسات و هیجان‌ات خود در خصوص تکالیف جلسه قبل؛ آموزش و ارائه اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان؛ (آموزش تعهد به عمل یعنی بعد از انتخاب مسیر ارزشمند و درست در خصوص رسیدن به آرامش یا قبول هر رویدادی در زندگی، به آن عمل کنیم و خود را نسبت به انجام آن متعهد سازیم)؛ ارائه تکنیک توجه انتخابی برای آرامش بیشتر در خصوص هجوم افکار خود آیند منفی؛ تمرین مجدد ذهن آگاهی به همراه اسکن بدن

جلسه هفتم ارائه بازخورد و جستجوی مسائل حل‌نشده در اعضای گروه؛ شناسایی طرح‌های رفتاری در خصوص امور پذیرفته‌شده و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها؛ ایجاد توانایی انتخاب عمل در بین گزینه‌های مختلف، به گونه‌ای که مناسب‌تر باشد نه عملی‌تر

جلسه هشتم بررسی تکالیف؛ جمع‌بندی مطالب؛ ارائه بازخورد به اعضای گروه، قدردانی و سپاسگزاری از حضورشان در جلسات؛ اجرای پس‌آزمون

### روش تحلیل داده‌ها

در این پژوهش از روش آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در آمار توصیفی از فراوانی، میانگین، انحراف معیار، کمینه و بیشینه استفاده شد. در تحلیل استنباطی به منظور تأیید تأثیر متغیر مستقل (روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد) بر متغیرهای وابسته (سازگاری اجتماعی و خودتنظیمی یادگیری) از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. همچنین در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

### نتایج

در پژوهش حاضر میانگین سن شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۱۷/۰۹ و ۱۷/۰۴ بود. همچنین میانگین و انحراف معیار معدل تحصیلی در گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۱۸/۷۲ و ۱/۲۵ و میانگین و انحراف معیار معدل تحصیلی در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۱۸/۱۴ و ۱/۴۵ بود.

میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای سازگاری اجتماعی و خودتنظیمی یادگیری و ابعاد آن‌ها به تفکیک گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول شماره ۳ آورده شده است.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیرهای سازگاری اجتماعی و خودتنظیمی یادگیری و ابعاد آن‌ها به تفکیک

گروه‌ها

گروه کنترل		گروه آزمایش		مراحل ارزیابی	متغیر	
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین			
۳/۱۳	۱۰/۳۳	۳/۰۴	۱۴/۳۸	پیش‌آزمون	سازگاری اجتماعی	
۳/۳۵	۱۰/۸۶	۳/۹۲	۱۱/۵۳	پس‌آزمون		
۷/۹۸	۴۰/۲۶	۶/۷۶	۴۴/۰۷	پیش‌آزمون	خودکارآمدی	
۷/۳۶	۴۰/۳۳	۶/۹۵	۴۹/۲۳	پس‌آزمون		
۶/۸۷	۴۳/۸۶	۷/۹۳	۴۵/۷۶	پیش‌آزمون	ارزش‌گذاری درونی	
۸/۰۳	۴۳/۰۰	۸/۷۷	۴۹/۳۰	پس‌آزمون		
۶/۳۱	۳۱/۷۳	۵/۸۶	۳۹/۳۰	پیش‌آزمون	اضطراب امتحان	
۶/۸۳	۳۱/۸۰	۶/۶۶	۳۳/۱۵	پس‌آزمون		
۹/۶۱	۵۱/۲۰	۱۰/۹۱	۵۳/۹۲	پیش‌آزمون	راهنمایی‌های شناختی	
۹/۳۳	۴۹/۴۶	۱۱/۷۲	۵۷/۰۷	پس‌آزمون		
۵/۲۲	۴۴/۰۶	۱۱/۷۲	۴۵/۰۷	پیش‌آزمون	خودنظم دهی	
۶/۹۹	۴۲/۲۰	۷/۱۰	۴۶/۱۵	پس‌آزمون		
۳۱/۴۸	۲۱۱/۱۳	۳۴/۸۹	۲۲۲/۰۰	پیش‌آزمون	خودتنظیمی (نمره کل)	
۳۵/۴۶	۲۰۶/۸۰	۳۷/۴۳	۲۴۱/۰۷	پس‌آزمون		

در ادامه جهت تحلیل داده‌ها و به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون و پس‌آزمون از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری مستلزم رعایت پیش‌فرض‌های آماری می‌باشد که مورد تحلیل قرار گرفت. پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیر وابسته در گروه‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف - اسمیرنف بررسی شد و آزمون کولموگروف - اسمیرنف برای متغیرهای سازگاری اجتماعی و خودتنظیمی یادگیری به ترتیب برابر با ۰/۱۲ و ۰/۱۸ به دست آمد که در سطح (۰/۰۵) معنادار نیست و این به معنای آن است که توزیع این متغیرها در نمونه نرمال است. یکی از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری، بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس می‌باشد که بدین منظور از آزمون باکس استفاده شده

است (پیش‌آزمون  $F=۱/۳۸$  و  $P=۰/۱۳۴$  و  $F=۶/۲۴$  و  $Box's M=۶/۲۴$ ، پس‌آزمون  $P=۰/۰۸۲$  و  $F=۰/۴۷$  و  $Box's M=۳/۲۶$ ). میزان معناداری آزمون باکس از  $۰/۰۵$  بیشتر است؛ لذا نتیجه گرفته می‌شود که ماتریس واریانس - کوواریانس‌ها همگن می‌باشند. بر اساس نتایج آزمون لوین، بین گروه آزمایش و کنترل از نظر واریانس‌های متغیرهای سازگاری اجتماعی ( $F=۱/۹۹$ ،  $P>۰/۰۵$ ) و خودتنظیمی یادگیری ( $F=۰/۵۲$ ،  $P>۰/۰۵$ ) تفاوت معناداری وجود نداشت. لذا مفروضه یکسانی واریانس‌ها نیز تأیید شد. با توجه به نتایج همگنی رگرسیون، چون  $F$  محاسبه شده ( $F=۰/۴۳۱$ ،  $P>۰/۰۵$ ) برای تعامل گروه و پیش‌آزمون در سطح کمتر از  $۰/۰۵$  معنادار نمی‌باشد، بنابراین داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون حمایت می‌کنند و این پیش‌فرض پذیرفته رعایت شده است. پس از بررسی و تأیید پیش‌فرض‌ها، آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری اجرا شد که نتایج آن در جدول شماره ۴ آمده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری گروه‌ها در ابعاد سازگاری اجتماعی و خودتنظیمی یادگیری

توان آزمون	اندازه اثر	سطح معناداری	درجه آزادی خطا	درجه آزادی مفروض	آماره F	ارزش	آزمون چندمتغیره	
۰/۸۷	۰/۴۴	۰/۰۰۵	۲۶	۱	۵/۶۴	۰/۴۴	اثر پیلای	سازگاری اجتماعی
۰/۸۷	۰/۴۴	۰/۰۰۵	۲۶	۱	۵/۶۴	۰/۵۵	لامبدای ویلکز	
۰/۸۷	۰/۴۴	۰/۰۰۵	۲۶	۱	۵/۶۴	۰/۸۰	اثر هتلینگ	
۰/۸۷	۰/۴۴	۰/۰۰۵	۲۶	۱	۵/۶۴	۰/۸۰	بزرگ‌ترین ریشه روی	
۰/۷۷	۰/۴۹	۰/۰۲۸	۲۶	۱	۳/۳۳	۰/۴۹	اثر پیلای	خودتنظیمی یادگیری
۰/۷۷	۰/۴۹	۰/۰۲۸	۲۶	۱	۳/۳۳	۰/۵۰	لامبدای ویلکز	
۰/۷۷	۰/۴۹	۰/۰۲۸	۲۶	۱	۳/۳۳	۰/۹۸	اثر هتلینگ	
۰/۷۷	۰/۴۹	۰/۰۲۸	۲۶	۱	۳/۳۳	۰/۹۸	بزرگ‌ترین ریشه روی	

یافته‌های به‌دست‌آمده از جدول شماره ۴ نشان می‌دهد حداقل در یکی از ابعاد سازگاری اجتماعی و خودتنظیمی یادگیری بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). همچنین توان آماری برابر با ۰/۸۹ نشان‌دهنده کفایت حجم نمونه برای آزمون فرض صفر و توان آزمون در شناسایی اثر واقعی است.

چون اثر چندمتغیری از نظر آماری معنادار است، می‌توانیم آزمون F تک متغیری جداگانه را برای هر یک از ابعاد سازگاری اجتماعی و خودتنظیمی یادگیری ادامه دهیم. نتایج این آزمون در جدول شماره ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه متغیرهای سازگاری اجتماعی و خودتنظیمی یادگیری و خرده

مقیاس‌های آن‌ها

متغیر	منابع تغییر شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
سازگاری اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۴۲/۱۷	۱	۱۴۲/۱۷	۷۴/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۷۱
	گروه	۳۹/۶۸	۱	۳۹/۶۸	۱۶/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۴۱
	خطا	۴۲/۱۱۲	۲۵	۱/۶۸۴			
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	۶/۱۲	۱	۶/۱۲	۰/۲۴	۰/۶۲	۰/۰۱
	گروه	۳۱۸/۰۴	۱	۳۱۸/۰۴	۱۲/۶۷	۰/۰۰۲	۰/۳۷
	خطا	۲۹۱/۷۸۶	۲۵	۱۱/۶۷۱			
ارزش‌گذاری درونی	پیش‌آزمون	۳۵/۰۴	۱	۳۵/۰۴	۱/۲۰	۰/۲۸	۰/۰۵
	گروه	۱۳۱/۷۴	۱	۱۳۱/۷۴	۴/۵۱	۰/۰۴	۰/۱۷
	خطا	۱۴۲/۳۰۴	۲۵	۵/۶۹۲			
اضطراب امتحان	پیش‌آزمون	۸۳/۷۶	۱	۸۳/۷۶	۶/۴۱	۰/۰۱۹	۰/۲۳
	گروه	۲۰۶/۱۳	۱	۲۰۶/۱۳	۱۵/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۴۲

			۷/۹۸۴	۲۵	۱۹۹/۶۱۲	خطا	
۰/۳۵	۰/۰۰۳	۱۱/۵۴	۳۱۲/۵۳	۱	۳۱۲/۵۳	پیش‌آزمون	راهنمایی‌های شناختی
۰/۲۲	۰/۰۲۴	۵/۹۰	۱۵۹/۸۸	۱	۱۵۹/۸۸	گروه	
			۵/۷۸۴	۲۵	۱۴۴/۶۱۱	خطا	
۰/۴۱	۰/۰۰۱	۱۵/۱۷	۲۷۹/۲۲	۱	۲۷۹/۲۲	پیش‌آزمون	خودنظم‌دهی
۰/۱۲	۰/۰۹۳	۳/۰۸	۵۶/۸۴	۱	۵۶/۸۴	گروه	
			۲/۰۴۷	۲۵	۵۱/۱۹۹	خطا	
۰/۳۰	۰/۰۰۳	۱۱/۰۸	۱۷/۵۸	۱	۱۷/۵۸	پیش‌آزمون	خودتنظیمی (نمره کل)
۰/۴۱	۰/۰۰۱	۱۷/۶۹	۲۸/۰۷	۱	۲۸/۰۷	گروه	
			۱/۲۴۸	۲۵	۳۱/۲۰۱	خطا	

یافته‌های به‌دست‌آمده از جدول شماره ۵ نشان می‌دهد بین میزان سازگاری اجتماعی و خودتنظیمی یادگیری (نمره کل) و ابعاد سازگاری اجتماعی و خودتنظیمی یادگیری در گروه آزمایش (که تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفته‌اند) نسبت به گروه کنترل (که هیچ درمانی دریافت نکردند) تفاوت معنادار وجود دارد. در نتیجه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و خودتنظیمی یادگیری (نمره کل) و ابعاد سازگاری اجتماعی و خودتنظیمی یادگیری دانش‌آموزان دختر دارای اضطراب امتحان مؤثر است.

### بحث

اضطراب امتحان یکی از شایع‌ترین مشکلات روانی است که نقش مخرب و بازدارنده‌ای در سلامت روانی و آموزشی دانش‌آموزان دارد؛ بنابراین هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و خودتنظیمی یادگیری دانش‌آموزان دختر دارای اضطراب

امتحان بود. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان دختر دارای اضطراب امتحان را به‌طور معنی‌داری افزایش می‌دهد ( $p < 0/05$ )؛ بنابراین می‌توان بیان کرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان دختر دارای اضطراب امتحان مؤثر است. این یافته، با نتایج پژوهش‌های یآوری و آقایی، ۱۳۹۵؛ سعیدی و خلعتبری، ۱۳۹۵؛ لعلی، ۱۳۹۵؛ شاکر اردکانی، رحیمی و صالح زاده، ۱۳۹۶؛ نوری و همکاران، ۱۳۹۶؛ استادیان خانی و فدایی مقدم، ۱۳۹۶؛ اسدزاده و همکاران، ۱۳۹۷؛ فرمن و هربرت، ۲۰۰۸ و وایتینگ و همکاران، ۲۰۱۲ همسو است. برای مثال نتایج پژوهش اسدزاده و همکاران (۱۳۹۷) نشان‌دهنده تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی افراد مبتلابه اضطراب بود. همچنین شاکر و همکاران (۱۳۹۶) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر سازگاری اجتماعی و عاطفی مادران با فرزند معلول ذهنی و جسمی اجرا کردند. نتایج این مطالعه نیز حاکی از اثربخش بودن این شیوه درمانی بر سازگاری اجتماعی بود. همچنین در مطالعه‌ای که در خارج از ایران توسط وایتینگ و همکاران (۲۰۱۲) انجام شد، گزارش نتایج همسو با این پژوهش بود و نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش سازگاری اجتماعی می‌شود.

در تبیین این یافته باید به فرآیندهای حاکم بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد. یکی از فرایندهای مؤثر دیگر این درمان "پذیرش" است. هیز (۲۰۰۵) معتقد است که رویکرد پذیرش و تعهد درمانی به‌جای تمرکز بر روی برطرف سازی و حذف عوامل آسیب‌زا، به مراجعان کمک می‌کند تا هیجانات و شناخت‌های کنترل‌شده خود را بپذیرند و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلاتشان گردیده است، رها کنند و به آن‌ها اجازه می‌دهد که از کشمکش و منازعه با آن‌ها دست‌بردارند. تمرین‌های مرتبط با این مؤلفه در پژوهش حاضر باعث شد که دانش‌آموزان دارای اضطراب امتحان، تجربیات درونی ناخوشایند خود را بدون تلاش برای مهار آن‌ها بپذیرند. این پذیرش باعث کاهش توجه و حساسیت بیش‌ازحد نسبت به این تجربیات در آن‌ها می‌شود و در نتیجه کمتر تهدیدکننده به نظر خواهند رسید. تمرین‌های "ذهن آگاهی" استفاده‌شده در جلسات درمانی شامل توجه متمرکز به خود باعث می‌شود که افراد به‌جای اینکه رویدادهای ذهنی را به‌عنوان قسمتی از وجود خود بدانند، آن‌ها را فقط مشاهده کنند. در این تمرین‌های به افراد تن آرامی، فن تنفس، بینش و توانش‌هایی برای مقابله با تنیدگی‌ها و شکایات آموزش داده می‌شود که می‌توان انتظار داشت افراد بازخورد مثبت‌تر نسبت به توانایی‌های خود داشته باشند و با



تفکرات فاجعه پندارانه و دیدگاه قضاوتی و سخت‌گیرانه به خود به صورت منطقی مقابله کنند و مشکلاتشان را از زوایای گوناگون مورد توجه قرار دهند.

یکی دیگر از فرآیندهای این درمان که می‌تواند افزایش سازگاری اجتماعی در دانش آموزان دارای اضطراب امتحان را توجیه کند مؤلفه "ارزش‌ها" می‌باشد. از آنجاکه یکی از اهداف مهم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، حرکت در یک‌جهت ارزشمند است، لذا تمرین‌های ارائه‌شده در این پژوهش جهت انتخاب‌های صحیح، به دانش آموزان دارای اضطراب امتحان کمک بسزایی می‌کند و در فرآیند نهایی درمان که تعهدات است این دانش آموزان تشویق می‌شوند تمام تلاش خود را در رسیدن به هدف خود به‌کارگیرند و در نتیجه با توجه به این‌که هدف اصلی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است، فرآیندهای بنیادین این درمان باهم ترکیب می‌شوند تا سازگاری اجتماعی را افزایش دهند. بدین ترتیب، بدون ایجاد سازگاری با محیط اجتماعی، حرکت در مسیر ارزش‌ها شدنی نخواهد بود و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد زمینه ایجاد چنین سازگاری را فراهم می‌کند.

نتایج دیگر این پژوهش نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد خودتنظیمی یادگیری دانش‌آموزان دختر دارای اضطراب امتحان را به‌طور معنی‌داری افزایش می‌دهد ( $p < 0/05$ )؛ بنابراین می‌توان بیان کرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی یادگیری (نمره کل) و ابعاد خودکارآمدی، ارزش‌گذاری درونی، اضطراب امتحان و راهبردهای شناختی دانش‌آموزان دختر دارای اضطراب امتحان مؤثر است. این یافته، با نتایج پژوهش‌های قبلی از جمله قره‌آغاجی و همکاران، ۱۳۹۵؛ سعید منش و پهلوان، ۱۳۹۶؛ نوکانی، حسین زاده و سیفی، ۱۳۹۶؛ کلاهدوز، ۱۳۹۶؛ ونگ و همکاران، ۲۰۱۵ و سوین و همکاران، ۲۰۱۵ همسو است. برای مثال نوکانی و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی که باهدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در خودتنظیمی و خودکارآمدی مادران دارای کودکان با اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که این درمان تأثیر معناداری در بهبود خودتنظیمی دارد و می‌تواند به‌طور گسترده در مداخلات و آموزش‌های مربوط به مادران دارای کودکان با اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی استفاده گردد. همچنین نتایج پژوهش‌های اسون و همکاران (۲۰۱۵) و ونگ و همکاران (۲۰۱۵) در خارج از ایران، نیز تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی را نشان می‌داد.

در خصوص تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیمی یادگیری می‌توان به دلایل زیر اشاره کرد. از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، منشأ اصلی بسیاری از مشکلات روان‌شناختی، امتزاج شناختی و اجتناب تجربه‌ای است. این دو فرایند در کنار هم به انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی منجر می‌شود. در فرایند امتزاج شناختی فرد نمی‌تواند تجارب شناختی و به‌ویژه اسنادهای کلامی خود را از رویدادها متمایز کند. در اجتناب تجربه‌ای فرد تلاش می‌کند از آنچه به‌طور بالقوه آسیب روان‌شناختی به دنبال دارد، مانند افکار ناخواسته یا موقعیت‌های تهدیدکننده، بگریزد یا احتراز کند (هیز و استروسال، ۲۰۰۴). در مداخله‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، به فراگیران آموزش داده می‌شود که از تجارب ناخوشایند درونی اجتناب نکنند و به‌جای آن، بر پذیرش تجارب و تعهد به ارزش‌ها و انجام دادن فعالیت‌های مفید تأکید می‌شود؛ بنابراین فرد می‌تواند به‌غیراز تلاش برای اجتناب از اضطراب امتحان، به‌روش‌های دیگری که باعث بهبود یادگیری در فرد می‌شود نیز توجه داشته باشد و در نتیجه امکان به‌کارگیری راهبردهای خودتنظیمی یادگیری برای وی فراهم می‌شود.

مؤلفه دیگر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش "گسلش شناختی" می‌باشد. مفهوم گسلش شناختی، میزان تأثیری است که یک فکر روی رفتار دارد. رفتار وابسته به بافت و رفتار وابسته به فکر در پیوستار بین درهم‌آمیختگی یا گسلش شناختی قرار می‌گیرند و وقتی فرد با افکارش در هم می‌آمیزد نمی‌تواند قضاوت ذهنی خودش از واقعیت را از خود واقعیت تمیز دهد (سعیدمنش و پهلوان، ۱۳۹۶). تمرین‌های گسلش شناختی به دنبال آن است که به دانش‌آموزان آموزش دهد که با این رویدادهای ذهنی بدون آغشته شدن با آن‌ها برخورد کنند و به‌جای آن‌که به شکل انعطاف‌ناپذیری تسلیم افکار و قوانین ذهنی خود باشند در جستجوی شیوه‌هایی برای خودتنظیمی برآیند.

در تبیین دیگر این یافته می‌توان گفت با توجه به تأکید درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، دو تکنیک "تصریح ارزش‌ها" و "عمل متعهدانه" در این زمینه نیز مؤثر می‌باشد. ترغیب افراد به روشن‌سازی ارزش‌هایشان و طراح اهداف و اعمال مبتنی بر ارزش‌ها به دانش‌آموزان دارای اضطراب امتحان کمک می‌کند تعارض‌های ارزشی خود را رفع کنند و با تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها باوجود مشکلات، بازدهی خودتنظیم‌گری خود را افزایش دهند.

مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش عدم آزمون پیگیری به دلیل محدودیت‌های زمانی اجرای پژوهش و تعداد زیاد سؤالات پرسش‌نامه‌ها بود که باعث کاهش دقت در پاسخ‌دهی توسط دانش‌آموزان می‌شد. همچنین این پژوهش بر روی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه دوم انجام گرفته است. لذا قابل‌تعمیم دهی به کل دانش‌آموزان دارای اضطراب امتحان نیست. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی بررسی اثربخشی سایر روش‌های درمانی مانند درمان شناختی - رفتاری، ذهن آگاهی و ... بر اضطراب امتحان دانش‌آموزان انجام گیرد. همچنین با توجه به اینکه پیگیری اثربخشی آموزش، اطلاعات بیشتری در مورد فواید این آموزش می‌دهد، لذا پیشنهاد می‌شود اثرات درازمدت این رویکرد مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به نتایج این پژوهش آموزش و پرورش می‌تواند در تدوین برنامه‌های آموزشی دانش‌آموزان جهت کاهش اضطراب امتحان و بهبود عملکرد تحصیلی استفاده کند. همچنین مشاوران، روانشناسان مدرسه و معلم‌ها می‌توانند جهت کاهش اضطراب امتحان برای دانش‌آموزان دارای اضطراب امتحان از نتایج این پژوهش استفاده کنند.

## منابع

۱. استادیان خانی، زهرا و فدایی مقدم، ملیحه. (۱۳۹۶). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و هراس اجتماعی معلولان جسمی، *مجله توان‌بخشی*، ۱۸(۱): ۶۳-۷۲.
۲. اسدزاه، نیما؛ مکوندی، بهنام؛ عسکری، پرویز؛ پاشا، رضا و نادری، فرح. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی، بهزیستی روان‌شناختی و خود انتقادی افراد مبتلا به اضطراب مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناختی شهر اهواز، *سلامت جامعه*، ۱۲(۳): ۳۹-۴۷.
۳. اسماعیلی، لیلا؛ امیری، شعله؛ عابدی، محمدرضا و مولوی، حسین. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت، بر اضطراب اجتماعی دختران نوجوان. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۸(۳۰): ۱۱۷-۱۳۷.
۴. باقرزاده نیم‌چاهی، صفورا؛ حسینی طبقدهی، سیده لیلا و حافظیان، مریم. (۱۳۹۷). رابطه خودآگاهی و یادگیری خودتنظیمی با سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه. *مجله مطالعات روانشناسی تربیتی*، ۱۵(۳۰): ۲۹-۵۰.
۵. پورعبدل، سعید؛ صبحی قراملکی، ناصر؛ بسطامی، مالک و غضنفری، هادی. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش تعلل ورزی تحصیلی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری خاص. *دو فصلنامه راهبردهای شناختی در یادگیری*، ۴(۶): ۱۵۷-۱۷۰.
۶. پورقانع، پرنده. (۱۳۹۵). بررسی اضطراب ناشی از امتحان در دانشجویان پرستاری. *مجله راهبردهای توسعه در آموزش پزشکی*، ۳(۱): ۱-۹.

۷. حاصلی، شیما؛ علی آبادی، شهرام و رستمی، فاطمه. (۱۳۹۵). رابطه خودتنظیمی یادگیری با پیشرفت ریاضی و اضطراب امتحان در دانش‌آموزان. همایش بین‌المللی افق‌های نوین در علوم تربیتی، روانشناسی و آسیب‌های اجتماعی، تهران، انجمن افق نوین علم و فناوری.
۸. خلیلی، مصطفی و قلتاش، عباس. (۱۳۹۴). رابطه بین یادگیری خودتنظیمی و امید به تحصیل با اضطراب امتحان در دانش‌آموزان پایه ششم ابتدایی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
۹. خوش رو، وحید؛ مهدوی، محسن؛ محمدعلیزاده بهناز و علی نژاد، لیلا. (۱۳۹۵). رابطه راهبردهای خودتنظیمی یادگیری با کمال‌گرایی و اضطراب امتحان (دانشجویان دانشگاه علمی-کاربردی شهرستان بندرانزلی). ماهنامه پژوهش ملل، ۱۲ (۱): ۷۲-۶۳.
۱۰. دهقانی، یوسف؛ حکمتیان فرد، صادق و کامران، لیلا. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر بهبود سازگاری و کفایت اجتماعی دانش‌آموزان دچار ناتوانی یادگیری، روانشناسی کاربردی، ۱۳ (۲): ۲۲۹-۲۵۰.
۱۱. ساعتچی، محمود؛ کامکاری، کامبیز و عسکریان، مهناز. (۱۳۸۹). آزمون‌های روان‌شناختی، نشر ویرایش.
۱۲. ساقی، محمدحسین و رجایی، علیرضا. (۱۳۸۷). رابطه‌ی ادراک نوجوانان از عملکرد خانواده با سازگاری آن‌ها. مجله اندیشه و رفتار، ۳ (۱۰): ۷۱-۸۲.
۱۳. سعیدمنش، محسن و پهلوان، میترا. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیم‌گری و خویش‌داری نوجوانان دارای اختلال مصرف مواد. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۶ (۴): ۱۴-۲۲.
۱۴. سعیدی، مزده و خلعتبری، جواد. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری و کیفیت زندگی معلولین تحت پوشش بهزیستی. فصلنامه روانشناسی تربیتی، ۵ (۷): ۵۳-۶۲.
۱۵. سینها، ای. کی. بی و سینگ، آر. بی. (۱۳۸۰). راهنمای پرسشنامه سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی، ترجمه ابوالفضل کرمی. تهران: مؤسسه روان تجهیز سینا.
۱۶. شاکر اردکانی، لیلا؛ رحیمی، مهدی و صالح‌زاده، مریم. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سازگاری اجتماعی و عاطفی مادران با فرزند معلول ذهنی و جسمی. مجله مطالعات ناتوانی، ۷: ۱-۶.
۱۷. فتحی، اعظم؛ برمه زیار، سامان و محبی، سیامک. (۱۳۹۶). بررسی اضطراب امتحان در دانش‌آموزان مقطع پیش‌دانشگاهی شهر قم و عوامل مرتبط با آن در سال ۱۳۹۵، دوم‌ماهنامه علمی پژوهشی راهبردهای آموزش در علوم پزشکی، ۱۰ (۴): ۲۷۰-۲۷۶.
۱۸. فولادچنگ، محبوبه. (۱۳۸۵). نقش الگوهای خانوادگی در سازگاری نوجوانان، فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۲ (۷): ۲۰۹-۲۲۱.
۱۹. قره‌آغاجی، سعید؛ واحدی، شهرام؛ فتحی‌آذر، اسکندر و ادیب، یوسف. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله‌های آموزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانگری بر تعلل ورزی تحصیلی دانش‌آموزان، مجله مطالعات روانشناسی تربیتی، ۱۵ (۳۰): ۲۴۱-۲۷۵.

۲۰. کاظمیان مقدم، کبری؛ مهربانی‌زاده هنرمند، مهناز و سودانی، منصور. (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی روش حساسیت‌زدایی منظم بر اضطراب آزمون و کارکرد تحصیلی، *مجله مطالعات زنان*، ۴(۳): ۵۵-۷۸.
۲۱. کرمی، میثم؛ دهدشتی، علیرضا و بهرامی، مهشید. (۱۳۹۷). شیوع اضطراب امتحان در دانشجویان دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی سمنان در سال ۱۳۹۵: یک گزارش کوتاه. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۷(۳): ۲۷۵-۲۸۲.
۲۲. کشاورز افشار، حسین و میرزایی، جواد. (۱۳۹۷). بررسی رابطه سازگاری اجتماعی، هوش هیجانی و راهبردهای انگیزشی با اضطراب تحصیلی دانشجویان، *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۹(۳۴): ۲۳۸-۲۱۱.
۲۳. کلاهدوز، بابک. (۱۳۹۶). تأثیر روان‌درمانی پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و سبک‌های خودتنظیمی یادگیری، *مجله خانواده و زنان*، ۲(۶): ۷۱-۸۵.
۲۴. لعلی، ام‌لیلا. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرسختی روان‌شناختی و سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان دختر منطقه کوه سرخ شهر ریوش، چهارمین همایش ملی مشاوره و سلامت روان، قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان.
۲۵. محمودی، حجت و قادری، صابر. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، استرس و اضطراب معنادار ترک کرده زندان مرکزی تبریز، *فصلنامه علمی پژوهشی اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۳): ۱۹۵-۲۱۰.
۲۶. محمودی، فیروز؛ پورطالب، نرگس و صادقی، فرزانه. (۱۳۹۷). فرا تحلیل اثربخشی روش‌های مختلف درمان بر اضطراب امتحان فراگیران در ایران. *فصلنامه علمی پژوهشی روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۹(۳۱): ۴۷-۶۸.
۲۷. میری، سمانه و منصوری، احمد. (۱۳۹۶). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کمال‌گرایی و اضطراب امتحان دانشجویان، *مجله روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار سابق)*، ۱۵(۲): ۱۷-۲۶.
۲۸. نریمانی، محمد؛ رجبی، سوران؛ افروز، غلامعلی و صمدی خوشخو، حسن. (۱۳۹۰). بررسی کارآمدی مراکز ناتوانی‌های یادگیری استان اردبیل در بهبود علائم اختلال یادگیری دانش‌آموزان، *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۱(۱): ۱۰۹-۱۲۸.
۲۹. نوری، لیلا؛ مرادی شکیب، آمنه؛ اعزازی بجنوردی، المیرا؛ ادیب، فاخته و عاشوری، جمال. (۱۳۹۶). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و بهداشتی دانشجویان پرستاری. *مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان*، ۲۵(۵): ۱۷۲-۱۷۹.
۳۰. نوکانی، ژیلا؛ حسین‌زاده دشتی، مرضیه و سیفی، الهام. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در خودتنظیمی و خودکارآمدی مادران دارای کودکان با اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی. *چهارمین کنفرانس بین‌المللی نوآوری‌های اخیر در روانشناسی، مشاوره و علوم رفتاری*، تهران، دانشگاه نیکان.
۳۱. نیکخواه، ماندانا و عارفی، مژگان. (۱۳۹۴). اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی بر اضطراب دانش‌آموزان دارای اضطراب امتحان شهر اصفهان. *نخستین کنگره بین‌المللی جامع روانشناسی ایران*، تهران، مرکز همایش‌های توسعه ایران.

۳۲. واحدی، شهرام؛ هاشمی، تورج و شفیع‌ی سورک، سینا. (۱۳۹۳). تأثیر سنوات تحصیلی، روان رنجوری و راهبرهای یادگیری خودنظم‌دهی بر فرسودگی تحصیلی: آزمون یک مدل مفهومی، *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۵(۳): ۷۱-۸۰.
۳۳. یآوری، حسن و آقایی، حکیمه. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و شفقت به خود دانش‌آموزان پسر دوره دوم دولتی منطقه ۳ شهر تهران، هفتمین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی و علوم اجتماعی، تهران، شرکت همایشگران مهر اشراق.
۳۴. یزدانی، فریدخت و سلیمانی، بهرام. (۱۳۹۰). بررسی اختلال در کارکرد خانواده و تأثیر آن بر اضطراب امتحان فرزندان، *مجله تحقیقات نظام سلامت*، ۷(۶): ۱۱۷۸-۱۱۸۷.
۳۵. یزدانی، فریدخت. (۱۳۹۱). تأثیر میزان خودکنترلی و اضطراب امتحان بر پیشرفت تحصیلی، *فصلنامه افق پرستاری*، ۱(۱): ۴۸-۵۸.
36. Bakker, J. T., Denessen, E., Bosman, A. M., Krijger, E. M., Bouts, L. (2007). Sociometric status and self-image of children with specific and general learning disabilities in Dutch general and special education classes. *Learning Disability Quarterly*, 30(1), 47-62.
37. Bembentuty, H. (2008). The first word: A letter from the guest editor on self-regulation of learning. *Journal of Advanced Academics*, 20(1), 5-16.
38. Brown, L. A., Forman, E. M., Herbert, J. D., Hoffman, K. L., Yuen, E. K., Goetter, E. M. (2011). A randomized controlled trial of acceptance-based behavior therapy and cognitive therapy for test anxiety: A pilot study. *Behavior modification*, 35(1), 31-53.
39. Dawood, E., Al Ghadeer, H., Mitsu, R., Almutary, N., Alenezi, B. (2016). Relationship between Test Anxiety and Academic Achievement among Undergraduate Nursing Students. *Journal of Education and Practice*, 7(2), 57-65.
40. Forman, E. M., Herbert, J. D. (2009). New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*, 77-101.
41. Glick, D. M., Orsillo, S. M. (2015). An investigation of the efficacy of acceptance-based behavioral therapy for academic procrastination. *Journal of Experimental Psychology: General*, 144(2), 400.
42. Gnilka, P. B., Broda, M. D., Spit for Science Working Group. (2019). Multidimensional perfectionism, depression, and anxiety: Tests of a social support mediation model. *Personality and Individual Differences*, 139, 295-300.
43. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
44. Hayes, S. C., Lillis, J. (2012). *Acceptance and commitment therapy: American Psychological Association* Washington.
45. Hayes, S. C., Strosahl, K. D. (Eds.). (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Springer Science & Business Media.
46. Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.

47. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. (1999). Acceptance and commitment therapy. an experiential approach to behavior change. 2003 ed.
48. Hunter, M. S., Ussher, J. M., Browne, S. J., Cariss, M., Jelley, R., Katz, M. (2002). A randomized comparison of psychological (cognitive behavior therapy), medical (fluoxetine) and combined treatment for women with premenstrual dysphoric disorder. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 23(3), 193-199.
49. Pintrich, P. R. (2004). A conceptual framework for assessing motivation and self-regulated learning in college students. *Educational psychology review*, 16(4), 385-407.
50. Pintrich, P. R., De Groot, E. V. (1990). Motivational and self-regulated learning components of classroom academic performance. *Journal of educational psychology*, 82(1), 33.
51. Ringeisen, T., Raufelder, D. (2015). The interplay of parental support, parental pressure and test anxiety–gender differences in adolescents. *Journal of adolescence*, 45, 67-79.
52. Sarason, I. G. (1990). Introduction to the study of test anxiety. In Sarason, I. G. (Ed.), *Test Anxiety: Theory, Research, and Applications*, New Jersey: *Lawrence Erlbaum*, 3-14.
53. Soysa, C. K., Weiss, A. (2014). Mediating perceived parenting styles–test anxiety relationships: Academic procrastination and maladaptive perfectionism. *Learning and Individual Differences*, 34, 77-85.
54. Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., Bowman, J. (2015); Mechanisms of change: Exploratory outcomes from a randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy for anxious adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1), 56-67.
55. Valas, H. (2001). Learned helplessness and psychological adjustment: Effects of age, gender and academic achievement. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 45(1), 71-90.
56. Wang, S., Zhou, Y., Yu, S., Ran, L. W., Liu, X. P., Chen, Y. F. (2017). Acceptance and commitment therapy and cognitive–behavioral therapy as treatments for academic procrastination: A randomized controlled group session. *Research on Social Work Practice*, 27(1), 48-58.
57. Whiting, D., Simpson, G., Ciarrochi, J., McLeod, H. (2012). Assessing the feasibility of Acceptance and Commitment Therapy in promoting psychological adjustment after severe traumatic brain injury. *Brain Injury*. 26 (4-5), 588-9.
58. Zhao, L., Xie, Y., Wang, J., Xu, X. (2015). A performance assessment and adjustment program for air quality monitoring networks in Shanghai. *Atmospheric Environment*, 122, 382-392.
59. Zimmerman, B. J. (2002). Becoming a self-regulated learner: An overview. *Theory into practice*, 41(2), 64-70.

## **The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Social Adjustment and Self-regulation Learning in Female Students with Test Anxiety**

### **Abstract**

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on social adjustment and Self-regulation learning in female students with test anxiety. The research design was a quasi-experimental with pretest-posttest control group. The study population was all female students of the 11th and 12th grades of Khomeini Shahr city second-cycle high schools, approximately 1693 people, in the academic year 2017-2018. Using the available sampling method and based on the cut-off point of the Sarason Anxiety Questionnaire, a sample of 28 people was selected and randomly divided into two groups of control (15 people) and experimental group (13 people). The research instruments were Sinha and Singh Social Adjustment Questionnaire (1993) and Pintrich and De Groot (1990) motivational strategies for learning questionnaire. The experimental group received eight sessions of 2-hour acceptance and commitment group therapy (Hayes, Strosahl & Wilson, 2011). The control group did not receive any intervention. Multi-variable covariance analysis was adopted to analyze the data. The results showed that therapeutic intervention based on commitment and acceptance in the components of social adjustment and learning self-regulation led to a significant increase in performance in the experimental group compared to the control group in the post-test phase ( $p < 0/05$ ); The overall conclusion is that schools by using therapeutic intervention based on acceptance and commitment can increase social adjustment and self-regulation of students' learning to achieve academic success.

Keywords: Test Anxiety, Social Adjustment, Self-regulation Learning, Acceptance and Commitment Therapy