

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی بر پرخاشگری در نوجوانان دختر

فتانه اسپهبدی^۱، بهرام میرزائیان^{۲*}، قدرت الله عباسی^۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۵/۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۳/۲۵

خلاصه

مقدمه: دوره نوجوانی با تحولات جسمی، عاطفی، روانی و اجتماعی بسیاری همراه است و رفتارهای پرخاشگرانه نیز با بروز این تحولات افزایش می‌یابند. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی بر پرخاشگری در نوجوانان دختر صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری، دختران ۱۵ تا ۱۷ ساله شهر ساری بودند که در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۳۹۸ در مقطع متوسطه دوم تحصیل می‌کردند. با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای، ۶۰ دانش‌آموز انتخاب، و به طور تصادفی به ۳ گروه مساوی تقسیم شدند. ۸ جلسه واقعیت‌درمانی و ۸ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۶۰ دقیقه‌ای برای گروه‌های آزمایش برگزار گردید. گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه پرخاشگری بود که توسط شرکت‌کنندگان در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل شد. از تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمره پرخاشگری گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، واقعیت‌درمانی و کنترل در پیش‌آزمون به ترتیب $71/87 \pm 8/17$ ، $71/64 \pm 8/26$ و $71/53 \pm 8/09$ و در پس‌آزمون $56/23 \pm 7/18$ ، $60/18 \pm 7/24$ و $71/33 \pm 8/72$ بود. نمره پرخاشگری دو گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش معنی‌دار داشت ($p < 0/001$) اما این تغییرات در گروه کنترل معنی‌دار نبود.

نتیجه‌گیری: طبق نتایج، درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی مداخلاتی مؤثر در بهبود شدت پرخاشگری در نوجوانان هستند.

واژه‌های کلیدی: نوجوانی، پرخاشگری، واقعیت‌درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی تربیتی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران. (نویسنده مسئول)
پست الکترونیکی: Bahrammirzaian@gmail.com. تلفن: ۰۹۱۱۳۵۵۲۱۹۶

مقدمه

نوجوانی، مرحله مهم و برجسته ر شد و تکامل اجتماعی و روانی فرد به شمار می‌رود [۱]. در این مقطع سنی، نیاز به تعادل هیجانی و عاطفی، خودآگاهی، برقراری روابط سالم با دیگران و کسب مهارت‌های اجتماعی لازم در دوست‌یابی، از مهم‌ترین نیازها می‌باشند [۲]. پرخاشگری (aggression) دارای آثار نامطلوب بر رفتار بین فردی و همچنین بر حالات درونی افراد است [۳]. پرخاشگری به هر شکلی از رفتار گفته می‌شود که می‌تواند به دیگران صدمه و آسیب برساند و شامل پرخاشگری بدنی و پرخاشگری کلامی است [۴]. پرخاشگری می‌تواند به صورت مستقیم یا غیرمستقیم باشد. پرخاشگری مستقیم رفتاری است که اثر منفی مستقیم به صورت فیزیکی یا کلامی بر سلامتی قربانی دارد [۵]. Buss و Perry [۶] پرخاشگری را به صورت فیزیکی، کلامی و غیرمستقیم مطرح کردند. پرخاشگری در دوران نوجوانی نه تنها به قربانیان آسیب وارد می‌کند، بلکه رشد نوجوانان پرخاشگر را نیز در معرض خطر قرار می‌دهد [۷]. نوجوانان پرخاشگر نسبت به نوجوانان غیرپرخاشگر به احتمال بیشتری از سوی همسالان طرد شده، مرتکب جرم واقع می‌گردند، با رفتار ضداجتماعی ظاهر می‌شوند و عملکرد تحصیلی پایین‌تری دارند [۸].

درمان پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy) بر پذیرش، آگاه بودن و مشاهده خود تمرکز دارد. اصول زیربنایی درمان پذیرش و تعهد شامل پذیرش یا تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفته‌کننده بدون اقدام به مهار آن‌ها است؛ عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنی‌دار شخصی پیش از حذف تجارب ناخواسته است [۹]. این درمان با تمرکز بر تمرینات مبتنی بر مواجهه و خودآگاهی به دنبال کمک به مراجعان برای دستیابی به یک زندگی ارزشمند است [۱۰]. هدف اصلی درمان پذیرش و تعهد تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در افراد است تا قادر به انتخاب در بین گزینه‌های مختلف باشند [۱۱]. در فرآیند درمان پذیرش و تعهد به درمان‌جویان کمک می‌شود تا به جای تلاش برای تغییر و اصلاح نگرش خود به زندگی، افکار و هیجانات مسئله‌ساز را به گونه‌ای متفاوت تجربه کنند [۱۲]، زیرا در این رویکرد درمانی

اعتقاد به این است که هرگونه عملی جهت کنترل تجارب ذهنی نامطلوب بی‌اثر است [۱۳]. طبق یافته‌های موجود، درمان پذیرش و تعهد در کاهش آسیب‌ها و مشکلات روانی همچون اضطراب و افسردگی، افزایش انعطاف‌پذیری و تاب‌آوری، ارتقای سطح سلامت روان و بهزیستی و رفتارهای خودیاری مؤثر است [۱۴-۱۱]. Wersebe و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد می‌تواند در کاهش استرس، بهبود بهزیستی و رفتارهای خودیاری نقش معنی‌داری داشته باشد [۱۱]. Wynne و همکاران با بررسی تأثیرات درمانی مداخله پذیرش و تعهد در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر نشان دادند که این مداخله در کاهش استرس این بیماران اثربخش است [۱۲].

واقعیت‌درمانی (Reality therapy) مبتنی بر نظریه انتخاب و کنترل است و علت مشکلات روان‌شناختی را در انتخاب‌های افراد و عدم مسئولیت فرد در ارضای نیازهای خود می‌داند [۱۵]. در این درمان تلاش می‌شود که افراد از طریق انتخاب‌های بهتر بتوانند نیازهای بنیادین خود را برآورده سازند [۱۶]. هدف اصلی رویکرد واقعیت‌درمانی، کمک به افراد برای آگاهی از نیازهای خود، پایش رفتار و انجام انتخاب‌های مناسب است [۱۷]. واقعیت‌درمانی مشکل اساسی اغلب افراد را مربوط به نداشتن روابط رضایت‌بخش یا موفق در هنگام تعامل با افرادی می‌داند که در زندگی فرد به حمایت آن‌ها نیاز دارد [۱۸]. واقعیت‌درمانی بر روی آنچه که درمان‌جویان می‌توانند در روابط کنترل کنند [۱۷]، تمرکز می‌کند زیرا معتقد است بسیاری از مشکلات روانی ناشی از این است که فرد فکر می‌کند، توسط نیروهای بیرونی کنترل می‌شود [۲۱]. طبق مطالعات متعدد، واقعیت‌درمانی می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی، مهارت تصمیم‌گیری و دوری از تصمیم‌گیری تکانشی، انعطاف‌پذیری روانی و استرس و افسردگی در افراد و گروه‌های مختلف نقش مؤثر داشته باشد [۱۷-۲۱]. Bani Hashemi و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی در افزایش سطح کیفیت زندگی، سلامت عمومی و بهزیستی مراقبین از بیماران مزمن اثربخشی معنی‌داری دارند [۱۹]. Tümlü و همکاران در بررسی خود بر روی والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی نشان

تصادفی ساده با روش قرعه‌کشی به گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه درمان مبتنی بر واقعیت‌درمانی و گروه کنترل تقسیم شدند. حجم نمونه با فرمول مقایسه میانگین با ضریب اطمینان ۹۵ درصد، $\alpha=0/05$ ، $\beta=0/80$ ، $\Delta^2=5/5$ برای متغیر پرخاشگری، برای هر گروه ۲۰ نفر محاسبه شد:

$$n = \frac{2 \left(1 - \frac{\alpha}{2} + 1 - \beta\right)^2}{\Delta^2} + 1$$

۸ جلسه واقعیت‌درمانی و ۸ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هفته‌ای یک جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) برای دانش‌آموزان برگزار گردید. در طول این مدت، گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد و در فهرست انتظار قرار گرفت و با توجه به ملاحظات اخلاقی پژوهش، به افراد گروه کنترل در انتهای پژوهش، آموزش لازم در خارج از این پژوهش داده شد. پیش‌آزمون و پس‌آزمون و جلسات مداخله توسط نویسنده اول این مقاله در هسته مشاوره اداره آموزش و پرورش ناحیه یک ساری در پاییز سال ۱۳۹۸ در ساعات ۱۰-۸ یا ۱۲-۱۰ اجرا شد. برای اطمینان از عدم ملاقات اعضای گروه‌ها، جلسات دو گروه در روزهای مختلف برگزار شد. اعضای گروه آزمایشی و کنترل پیش از شروع و پس از اتمام جلسات درمانی پرسشنامه‌ها را به صورت خودگزارشی تکمیل کردند.

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: دریافت نمره ۱ انحراف معیار بالاتر از میانگین در پرسشنامه پرخاشگری، عدم ابتلا به اختلال روانی (مثل سایکوز و اختلال دوقطبی)، عدم ابتلا به بیماری جسمی مزمن مانند مولتیپل اسکلروزیس، دیابت، سرطان، و ملاک خروج از مطالعه غیبت بیش از دو جلسه در مراحل درمان بود. به منظور رعایت اخلاق در پژوهش، موارد ارائه اطلاعات لازم در مورد ماهیت پژوهش، اطمینان بخشی بابت محرمانه بودن نتایج، کسب رضایت‌نامه کتبی و امکان انصراف آزمودنی‌ها در هر مرحله از تحقیق لحاظ شد. ضمن جمع‌آوری اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سن، رشته تحصیلی و سطح تحصیلات والدین، از پرسشنامه پرخاشگری Buss و Perry نیز برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. این پرسشنامه توسط Buss و Perry ساخته شده است [۶]. نمونه اصلی این پرسشنامه ۵۲ سؤال داشت که تعدادی از سؤالات به دلیل نارسایی در تحلیل عاملی حذف شدند [۶]

دادند که واقعیت‌درمانی در این افراد در کاهش اضطراب و خود انتقادگری و مدیریت استرس مؤثر است [۲۰].

نوجوانان به دلیل تحولات جسمی، شناختی و هیجانی در معرض بروز رفتارهای پرخاشگرانه هستند [۴]. پرخاشگری می‌تواند هم به خود فرد و هم به اطرافیان آسیب وارد سازد و فرآیند رشد را مختل سازد [۵]. بنابراین لازم است تا با طراحی مداخلاتی به کاهش پرخاشگری در نوجوانان کمک شود. درمان پذیرش و تعهد [۱۰] و واقعیت‌درمانی [۱۷] با دربرداشتن اصولی خاص می‌توانند مداخلاتی مؤثر در این زمینه باشند. بر همین اساس و با توجه به اهمیت نوجوانی به عنوان یک دوره مهم تحولی، مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی بر پرخاشگری در نوجوانان دختر صورت گرفت.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. در ابتدا برای اخذ مجوز از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری با کد IR.IAU.SARI.REC.1399.163 اقدام شد. جامعه آماری پژوهش شامل نوجوانان دختر ۱۵ تا ۱۷ ساله شهر ساری بودند که در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۳۹۸ و در مقطع متوسطه دوم مشغول به تحصیل بودند.

نمونه‌گیری پژوهش حاضر بر اساس شیوه تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای در کل مدارس متوسطه دوم ناحیه یک از نواحی دوگانه آموزش و پرورش شهر ساری بود. بر اساس استعلام از آموزش و پرورش، تعداد دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوم این ناحیه برابر با ۶۲۵۰ نفر اعلام گردید. سپس چهار مدرسه به صورت تصادفی ساده با روش قرعه‌کشی انتخاب شدند و از هر مدرسه شش کلاس (دو کلاس دهم، دو کلاس یازدهم، دو کلاس دوازدهم) و از هر کلاس ۲۵ نفر به صورت به طور تصادفی ساده و با روش قرعه‌کشی انتخاب شدند و پرسشنامه پرخاشگری را تکمیل کردند.

از بین نوجوانانی که نمره ۱ انحراف معیار بالاتر از میانگین دریافت کردند و تمایل به شرکت در این پژوهش داشتند ۶۰ دانش‌آموز به عنوان نمونه اصلی انتخاب شدند و به طور

در نهایت نسخه ۲۹ گویه‌ای از آن ارائه شد و در مطالعه حاضر نیز از این نسخه استفاده شده است. برای پاسخ‌دهی این پرسش‌نامه از طیف لیکرت از ۱ تا ۷ استفاده می‌شود که معادل گزینه‌های کاملاً متفاوت از من (نمره ۱) تا کاملاً شبیه من (نمره ۷) است. این پرسش‌نامه چهار عامل رفتاری پرخاشگری بدنی (۹ پر سش)، پرخاشگری کلامی (۵ پر سش)، خشم (۷ پر سش)، و کینه‌ورزی (۸ پر سش) را ارزیابی می‌کند. نمره کل در دامنه ۲۹ تا ۲۰۳ قرار دارد و نمرات بالاتر نشان‌دهنده پرخاشگری بیشتر است. نمره عامل رفتاری پرخاشگری بدنی ۹ تا ۶۳، نمره پرخاشگری کلامی ۵ تا ۴۵، خشم ۷ تا ۴۹ و نمره کینه‌ورزی ۸ تا ۵۶ می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ فرم اصلی این پرسش‌نامه توسط Perry و Buss محاسبه شده و برای عوامل پرخاشگری بدنی، کلامی، خشم و کینه‌ورزی به ترتیب

۰/۷۲، ۰/۸۳، ۰/۷۲، ۰/۸۵ و برای کل مقیاس ۰/۸۹ گزارش شده است. Perry و Buss با بررسی ساختار عاملی این پرسش‌نامه، ساختار ۴ عاملی آن را در قالب یک مدل برازش یافته مناسب تأیید نمودند [۶]. در یک مطالعه در ایران، ساختار چهار عاملی پرسش‌نامه بررسی و روایی سازه آن تأیید شد. ضریب پایایی این پرسش‌نامه به شیوه بازآزمایی برابر با ۷۸ درصد و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۲ گزارش شد [۲۲]. در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۷۹ و ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های پرخاشگری بدنی ۰/۷۵، پرخاشگری کلامی ۰/۶۹، خشم ۰/۸۳ و کینه‌ورزی ۰/۸۰ بدست آمد. واقعیت‌درمانی با استفاده از اصول Glasser [۱۵] و با تأکید بر کاهش پرخاشگری طبق جدول ۱ طراحی شد.

جدول ۱- پروتکل واقعیت‌درمانی با استفاده از اصول Glasser [۱۵] در نوجوانان دختر ۱۵ تا ۱۷ ساله شهر ساری در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸

جلسه	محتوا
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، بیان هدف و قوانین گروه (رازداری، مدت‌زمان جلسات، تمرین‌های خانگی)، مقدماتی درباره تاریخچه تئوری انتخاب، آموزش و تبیین ده اصل تئوری انتخاب
دوم	بحث راجع به مطالب جلسه قبل، بررسی تکالیف خانگی و پاسخ به سؤالات، چرایی و چگونگی صدور رفتار از سوی ما (چارت تئوری انتخاب)، معرفی و توضیح پنج نیاز اساسی (بقا، ایمنی، عشق و تعلق خاطر، قدرت و پیشرفت، آزادی و حق انتخاب، شادی و تفریح) با مثال و گفتگوی گروهی
سوم	بحث راجع به مطالب جلسه قبل، بحث گروهی و پاسخ به سؤالات و ربط دادن میزان ارضای نیازها و خلاء ارضای نیازها با رفتارهای خودآسیب‌رسان و پرخاشگری، گفتگو راجع به تجارب و احساساتشان درباره افکار خودآسیب‌رسان، هنجارسازی احساسات، بررسی انتخاب‌های مؤثر و نامؤثر
چهارم	توضیح درباره سیستم ادراکی، دنیای ادراکی و دنیای مطلوب با کمک چارت و مثال و ربط دادن آرزوها و اهداف به مبحث دنیای ادراکی و دنیای مطلوب، بحث درباره ترازوی ادراکی (داشته و خواسته) و اینکه همه مدت هشیاری در حال کار با این ترازو هستیم و ناکامی نتیجه عدم توازن کفه‌های این ترازوست که می‌تواند به ناکامی شدید، افسردگی کردن، قربانی‌گری کردن، پرخاشگری کردن و کردن منجر شود.
پنجم	بررسی آرزوها و اهداف و تعیین واقع‌بینانه، مسئولانه و ساخت تصویر واقع‌گرایانه از اهداف، آشنایی با مبحث کنترل بر خود و کنترل بر دیگران از طریق رفتارهای مغرب که نشانه کنترل بیرونی هستند و اثرات مخرب این کنترل‌ها در زندگی و بحث گروهی نوجوانان راجع به خاطراتشان از این رفتارها و پیامدهای آن.
ششم	بحث راجع به مطالب جلسه قبل، بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل، بحث راجع به یادداشت‌ها و مرور ماشین رفتار کلی و تأکید بر تغییر مسیر چرخ فکر، بحث راجع به ارزش‌ها با استفاده از کارت ارزش‌ها و اجرای آن در جلسه و تمثیل فانوس دریایی و قطب‌نما، تمثیل کشتی و هیولاهای مسافران اتوبوس برای مقابله با موانع درونی (همجوشی‌ها، آمیختگی‌ها، نشخوارگری‌های منفی و...) و تمرین‌های ذهن آگاهی و گسلش و ارائه تکلیف خانگی گفتگو با خانواده راجع به ارزش‌ها و یادداشت نتایج مباحث و انجام تمرین‌های ذهن آگاهی و گسلش
هفتم	بحث راجع به مطالب جلسه قبل، بررسی تکالیف خانگی، بحث گروهی راجع به یادداشت‌ها و تمرین‌های گسلش و ذهن آگاهی، مرور ماشین رفتار کلی و تأکید بر تغییر مسیر چرخ عمل با برنامه‌ریزی هوشمند اختصاصی، معنادار، معطوف به هدف، واقع‌بینانه، زمان‌مند، انتخاب اهداف بر اساس ارزش‌های شش‌گانه مستخرج از دارت ارزش‌ها و انجام آن‌ها
هشتم	بررسی اجمالی جلسه گذشته

شرح پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برگرفته از اصول درمانی Hayes و همکاران [۹] در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲- پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برگرفته از اصول درمانی Hayes [۹] در نوجوانان دختر ۱۵ تا ۱۷ ساله شهر ساری در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸

جلسه	شرح
------	-----

خوش آمد گویی، بیان سوابق حرفه‌ای رهبر و قوانین گروه، معرفی اعضا، دعوت اعضا به صحبت درباره تفاوت بین احساس خشم و ابراز خشم، بیان ۵ مرحله ابراز خشم، بیان ۵ باور قدیمی و اشتباه در خصوص خشم، تمرین تنفس آگاهانه قدردانی از خود و به یاد آوردن مراحل احساس خشم، تمرین اسکن بدنی	اول
مروری بر جلسه قبل، یادآوری اثرات تخریبی خشم، یادآوری پنج نمود اثرات خشم، یادآوری پنج باور قدیمی و مرسوم درباره خشم و ارزیابی هزینه‌های خشم، تمرین فرونشانی فکر با بیک شکلاتی، نشان دادن اینکه هرچیزی وارد فکر شود، به راحتی خارج نمی‌شود.	دوم
درمانگر مراجعین را به مشاهده افکار در خصوص نحوه عملکرد ذهن و این که چرا خشم ایجاد می‌شود تشویق می‌کند، تمرین تکرار افکار و درگیر نشدن با افکار و تمرین سنگ قبر برای شناسایی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه صورت می‌گیرد.	سوم
رهبر و دستیار گروه به کمک اعضا جلسه گذشته را به صورت اجمالی مرور می‌کنند، تمرین خوردن آگاهانه بحث در خصوص مفهوم پذیرش، تمرین چه چیزی پذیرش نیست، بررسی عمیق تر پذیرش، بحث درباره چهار ویژگی پذیرش و تمرین توجه به افکار و احساسات	چهارم
رهبر و دستیار گروه به کمک اعضا جلسه گذشته را به صورت اجمالی مرور می‌کنند، تمرین آسمان و آب و هوا، خود مراقبه، لحظات اوج، شناسایی ارزش‌ها	پنجم
رهبر و دستیار گروه به کمک اعضا جلسه گذشته را به صورت اجمالی مرور می‌کنند، تمرین حقایق، تمرین بخشایش، تمرین قلاب	ششم
رهبر و دستیار گروه به کمک اعضا جلسه گذشته را به صورت اجمالی مرور می‌کنند، برگ‌ها روی نهر گام‌های اقدام متعهدانه، راننده اتوبوس	هفتم
رهبر و دستیار گروه به کمک اعضا به مرور همه جلسات گذشته می‌پردازند، در آوردن زره شناسایی موانع اقدام متعهدانه، از بین بردن موانع اقدام متعهدانه، تمرین مرداب و گل نیلوفر، پایان جلسات	هشتم

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن کل آزمودنی‌ها $16/53 \pm 1/24$ سال بود. در جدول ۳، شاخص‌های دموگرافیک گروه‌ها ارائه شده و نشان‌دهنده این است که گروه‌ها از این نظر همگن هستند.

با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ و آزمون‌های مجذور کای، تی مستقل، Kolmogorov-Smirnov، ام باکس، Levene، تحلیل کوواریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی Tukey در سطح $0/05$ ، تحلیل داده‌ها صورت گرفت.

جدول ۳- شاخص‌های دموگرافیک نوجوانان دختر ۱۵ تا ۱۷ ساله شهر ساری در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ برحسب گروه‌های مورد بررسی (تعداد در هر گروه=۲۰)

p	گروه			متغیر	
	کنترل	واقعیت درمانی	پذیرش و تعهد		
۰/۷۸۲	(۴۰)۸	(۴۰)۸	(۵۰)۱۰	تجربی	رشته تحصیلی [^]
	(۶۰)۱۲	(۶۰)۱۲	(۵۰)۱۰	انسانی	فراوانی (درصد)
	(۲۵)۵	(۴۰)۸	(۲۵)۵	دیپلم	سطح تحصیلات [^]
۰/۱۸۵	(۶۰)۱۲	(۴۰)۸	(۵۰)۱۰	کارشناسی	مادر
	(۱۰)۲	(۱۰)۲	(۱۵)۳	کارشناسی ارشد	فراوانی (درصد)
	(۰۵)۱	(۱۰)۲	(۱۰)۲	دکتری	
	(۳۰)۶	(۳۵)۷	(۲۵)۵	دیپلم	سطح تحصیلات پدر [^]
	(۴۰)۸	(۴۰)۸	(۵۰)۱۰	کارشناسی	فراوانی (درصد)
	(۳۰)۶	(۲۰)۴	(۲۰)۴	کارشناسی ارشد	
۰/۹۳۴	۰	(۵)۱	(۵)۱	دکتری	
	۱۶/۹۲±۱/۹۱	۱۶/۲۹±۱/۰۹	۱۶/۴۱±۱/۰۴		سن ^{^^} (سال)
					انحراف معیار [±]

[^]آزمون مجذور کای، ^{^^}آزمون تحلیل واریانس، $p < 0/05$ اختلاف معنی‌دار

پس‌آزمون کاهش داشته است در حالی که در گروه کنترل چنین تغییری دیده نمی‌شود.

در جدول ۴، نمرات سه گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گزارش شده است. نمرات پرخاشگری دو گروه مداخله در

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرخاشگری در نوجوانان دختر ۱۵ تا ۱۷ ساله شهر ساری در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ (تعداد در هر گروه=۲۰)

متغیر وابسته	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
		انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین
پرخاشگری بدنی	واقعیت درمانی	۲۲/۴۹ ± ۲/۵۸	۱۸/۳۷ ± ۲/۲۴
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲۲/۶۷ ± ۲/۴۶	۱۶/۴۹ ± ۲/۶۰
	کنترل	۲۲/۳۵ ± ۲/۰۸	۲۲/۱۵ ± ۲/۴۶
پرخاشگری کلامی	واقعیت درمانی	۱۳/۱۹ ± ۱/۲۳	۱۰/۳۷ ± ۱/۷۵
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۳/۱۰ ± ۱/۶۴	۹/۲۴ ± ۱/۳۴
	کنترل	۱۳/۳۷ ± ۱/۷۵	۱۳/۲۴ ± ۱/۵۵
خشم	واقعیت درمانی	۲۰/۲۴ ± ۲/۶۸	۱۷/۳۳ ± ۲/۶۴
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲۰/۱۸ ± ۲/۴۲	۱۶/۶۷ ± ۲/۳۱
	کنترل	۲۰/۳۴ ± ۲/۵۰	۲۰/۴۹ ± ۲/۴۶
خصومت	واقعیت درمانی	۲۴/۷۲ ± ۳/۵۲	۱۹/۱۴ ± ۲/۲۱
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲۴/۵۹ ± ۳/۶۹	۱۷/۳۴ ± ۲/۵۶
	کنترل	۲۴/۳۰ ± ۳/۱۱	۲۴/۲۳ ± ۳/۰۷
پرخاشگری کل	واقعیت درمانی	۷۱/۶۴ ± ۸/۲۶	۶۰/۱۸ ± ۷/۲۴
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۷۱/۸۷ ± ۸/۱۷	۵۶/۲۳ ± ۷/۱۸
	کنترل	۷۱/۵۳ ± ۸/۰۹	۷۱/۳۳ ± ۸/۷۲

در ادامه با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره به مقایسه تفاوت نمرات پرخاشگری در گروه‌ها پرداخته شد. قبل از آن پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرها بررسی شد و نتایج آزمون Kolmogorov-Smirnov حاکی از نرمال بودن داده‌ها بود. بر اساس نتایج آزمون ام باکس، فرض همگنی ماتریس‌های کوواریانس برای هر دو متغیر رعایت شده است ($p=0/171$ ، $Box's M=1/09$). با توجه به آزمون Levene، سطح معنی‌داری به دست آمده بیشتر از $0/05$ بود، بنابراین پیش‌فرض همگنی واریانس در گروه‌ها رعایت شده است. مقدار تحلیل واریانس تعامل مستقل و همپراش در خرده مقیاس‌های پرخاشگری معنی‌دار نبود و می‌توان نتیجه گرفت پیش‌فرض همگونی شیب رگرسیون رعایت شده است. طبق نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره ($p < 0/001$ ، $F=21/887$ ،

$0/785 = \lambda$ مبدای ویلکز) مداخلات موجب تغییر معنی‌دار نمرات پرخاشگری از پیش‌آزمون به پس‌آزمون شده و حداقل در یکی از خرده مقیاس‌های پرخاشگری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در جدول ۴، نتایج تحلیل کوواریانس برای متغیرهای پرخاشگری آورده شده است. نتایج حاکی از آن است که بین خرده مقیاس‌های پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی، خشم، خصومت و پرخاشگری در دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد و به طور کلی حکایت از اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی بر کاهش پرخاشگری نوجوانان دارد. مقدار اندازه اثر برای نمره کل پرخاشگری برابر ۹۹ درصد بود و به معنای آن که ۹۹ درصد از تفاوت نمره پرخاشگری در دو گروه، از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی قابل تبیین است.

جدول ۴- نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیره بر روی پرخاشگری در نوجوانان دختر ۱۵ تا ۱۷ ساله شهر ساری در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸

متغیرها	مجموع مربعات	میانگین مربعات	مقدار F	P	اندازه اثر
پرخاشگری بدنی	۲۹۹/۳۴۶	۲۹۹/۳۴۶	۱۷/۳۷۵	* < 0/001	0/901
پرخاشگری کلامی	۴۳۱/۰۵۷	۴۳۱/۰۵۷	۲۸/۶۱۹	* < 0/001	0/953
خشم	۳۵۶/۳۵۶	۳۵۶/۳۵۶	۲۰/۸۰۲	* < 0/001	0/941

خصوصیت	۴۵۱/۴۵۲	۴۵۱/۴۵۲	۲۹/۲۸۴	* < ۰/۰۰۱	۰/۹۷۱
پرخاشگری	۴۸۹/۱۳۸	۴۸۹/۱۳۸	۳۴/۰۵۸	* < ۰/۰۰۱	۰/۹۹۲

درجه آزادی=۱، * < ۰/۰۵ p اختلاف معنی دار

جدول ۳ می‌توان گفت هر دو مداخله موجب کاهش نمرات پرخاشگری شده است و اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به روش واقعیت درمانی بر این متغیر بیشتر بوده است.

نتایج جدول ۵، نشان می‌دهد بین نمرات پرخاشگری در گروه درمان پذیرش و تعهد با گروه واقعیت درمانی، بین گروه درمان پذیرش و تعهد با گروه کنترل، و بین گروه واقعیت درمانی با گروه کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارد. با توجه به

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی Tukey در نوجوانان دختر ۱۵ تا ۱۷ ساله شهر ساری در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ برحسب گروه‌های مورد بررسی (تعداد در هر گروه=۲۰)

متغیر	گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	P
پرخاشگری	درمان پذیرش و تعهد	۴/۲۸۵	۰/۵۶۲	* < ۰/۰۰۱
	کنترل	۸/۳۰۰	۰/۵۶۲	* < ۰/۰۰۱
	واقعیت درمانی	۶/۴۵۷	۰/۵۶۲	* < ۰/۰۰۱
پرخاشگری بدنی	درمان پذیرش و تعهد	۱/۸۶۴	۰/۱۲۰	* < ۰/۰۰۱
	کنترل	۲/۹۶۳	۰/۱۲۰	* < ۰/۰۰۱
	واقعیت درمانی	۲/۱۳۴	۰/۱۲۰	* < ۰/۰۰۱
پرخاشگری کلامی	درمان پذیرش و تعهد	۰/۷۲۲	۰/۰۳۵	* < ۰/۰۰۱
	کنترل	۱/۳۹۶	۰/۰۳۵	* < ۰/۰۰۱
	واقعیت درمانی	۰/۸۵۷	۰/۰۳۵	* < ۰/۰۰۱
خشم	درمان پذیرش و تعهد	۰/۷۲۲	۰/۰۴۹	* < ۰/۰۰۱
	کنترل	۱/۶۳۱	۰/۰۴۹	* < ۰/۰۰۱
	واقعیت درمانی	۱/۱۵۵	۰/۰۴۹	* < ۰/۰۰۱
خصوصیت	درمان پذیرش و تعهد	۱/۲۴۵	۰/۱۵۹	* < ۰/۰۰۱
	کنترل	۲/۵۰۸	۰/۱۵۹	* < ۰/۰۰۱
	واقعیت درمانی	۲/۳۵۴	۰/۱۵۹	* < ۰/۰۰۱

* < ۰/۰۵ p اختلاف معنی دار

بحث

همچنین نتایج این مطالعه همسو با یافته مطالعاتی است که گویای اثرات معنی‌دار واقعیت درمانی در بهبود کیفیت زندگی، مهارت تصمیم‌گیری و دوری از تصمیم‌گیری تکانشی، انعطاف‌پذیری روانی و استرس و افسردگی در افراد و گروه‌های مختلف است [۱۷-۲۱].

Wersebe و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد می‌تواند در کاهش استرس، بهبود بهزیستی و رفتارهای خودیاری نقش معنی‌داری داشته باشد [۱۱]. Wynne و همکاران با بررسی تأثیرات درمانی مداخله پذیرش و تعهد در مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر نشان دادند که این مداخله در کاهش استرس اثربخش است [۱۲]. Kiuru و

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی بر پرخاشگری در نوجوانان انجام شد. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی در کاهش پرخاشگری نوجوانان دارای اثربخشی معنی‌دار هستند و اثرات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیش از واقعیت درمانی است. این نتایج همسو با یافته مطالعات قبلی است که نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش آسیب‌ها و مشکلات روانی همچون اضطراب و افسردگی، افزایش انعطاف‌پذیری و تاب‌آوری و ارتقای سطح سلامت روان و بهزیستی و رفتارهای خودیاری مؤثر است [۱۱-۱۴].

همکاران در مطالعه مروری خود و در بررسی مطالعات مربوط به تأثیر درمان پذیرش و تعهد در نوجوانان به این یافته دست پیدا کردند که درمان پذیرش و تعهد در کمک به نوجوانان برای تنظیم خلق و هیجان، غلبه بر استرس و اضطراب و کنترل خشم مؤثر است [۱۳]. همچنین، یافته مطالعه Sheppard و همکاران نشان دهنده عدم تأثیر درمان پذیرش و تعهد در کاهش علائم اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس بود [۲۳] که احتمالاً به این دلیل است که بیماران تحت مطالعه به خاطر بیماری جسمی خود که پیش‌رونده نیز می‌باشد، خیلی تحت تأثیر شرایط جسمانی خود بوده‌اند و آمادگی لازم برای شرکت در آن جلسات مداخله را نداشته‌اند و نتوانسته‌اند به خوبی از این روش درمانی برای کاهش علائم اضطراب و افسردگی خود استفاده ببرند.

Bani و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی در افزایش کیفیت زندگی، سلامت عمومی و بهزیستی مراقبین از بیماران مزمن اثربخشی معنی‌داری دارند [۱۹]. Tümlü و همکاران در بررسی خود بر روی والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی نشان دادند که واقعیت درمانی در این افراد در کاهش اضطراب و خود انتقادگری و مدیریت استرس مؤثر بوده است [۲۰]. Keyghobadi و همکاران نشان دادند که واقعیت درمانی در زنان با تعارض زناشویی می‌تواند در افزایش رضایت از زندگی و انعطاف‌پذیری مؤثر باشد [۲۱]. یافته برخی از مطالعات نیز گویای عدم اثربخشی واقعیت درمانی بوده است. به طور مثال Jung در مطالعه خود بر روی افراد مبتلا به افسردگی اساسی نشان داد که واقعیت درمانی نتوانسته است تأثیری در شدت علائم افسردگی و تصویر از بدن در این افراد داشته باشد [۲۴]. نتیجه مطالعه Jung ممکن است به این دلیل باشد که چون افراد تحت مطالعه از افسردگی اساسی رنج می‌برده‌اند و احتمالاً شدت بیماری در حد سایکوز بوده است، از ظرفیت روانی لازم برای بهره بردن از اصول و آموزش‌های واقعیت درمانی برخوردار نبوده‌اند و احتمالاً دارو درمانی برای آن‌ها مؤثرتر بوده است.

در تبیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در کاهش رفتارهای پرخطر نوجوانان باید بیان داشت که بر اساس اصول این درمان، تمایل به جذب تجارب ذهنی یا جنگیدن با

آن‌ها از طریق اجتناب، یکی از عوامل اصلی ایجاد آسیب‌های روانی و شدت یافتن آن‌ها است به طوری که علت به وجود آمدن آسیب روانی و رنج‌ها، تلاش افراد برای اجتناب از تجارب واقعی زندگی و هم‌جوشی شناختی با افکار و احساسات درونی است. در واقع، تلاش مضاعف فرد برای اجتناب از تجربه خشم و اضطراب و استرس موجب تشدید علائم وی می‌شود [۱۲]. بر اساس درمان پذیرش و تعهد، رنج انسان‌ها و مشکلات مختلفی که با آن مواجه هستند ریشه در انعطاف‌ناپذیری روان شناختی دارد که به وسیله هم‌جوشی شناختی و اجتناب تجربی ایجاد شده است [۱۱]. در این روش، درمانگر تلاش می‌کند تا به مراجعین کمک کند بدون تلاش برای اجتناب از تجربیات منفی درونی خود با دستیابی به انعطاف‌پذیری و قدرت تحمل تجارب منفی و عدم هم‌جوشی شناختی و درآمیختگی با افکار و احساسات درونی با واقعیت‌های زندگی خود به صورت کامل و لحظه به لحظه مواجه شوند و هرگونه تلاش برای تغییر چنین موضوعاتی را کنار بگذارند [۱۳]. نوجوانان تحت مطالعه در فرآیند درمان پذیرش و تعهد یاد گرفتند با پذیرش افکار و احساسات درونی خود بدون تلاش برای اجتناب یا مقابله و جنگیدن با آن‌ها به انعطاف‌پذیری در مواجهه با شرایط مختلف دست پیدا کنند و این در افزایش قدرت تحمل و مهارت آن‌ها در دستیابی به کنترل و مدیریت خشم و پرخاشگری مؤثر بوده است. همچنین، به نوجوانان آموزش داده شد تا به شناسایی ارزش و اهداف خود در زندگی بپردازند و به آن‌ها کمک شد در برآورده کردن نیازهای رفتاری با ارزش‌های اساسی خود هماهنگ باشند. در واقع، بدون اینکه هدف درمانگر کاهش نشانه‌ها باشد، به عنوان یک محصول جانبی درمان، به این هدف دست می‌یابند [۱۴].

در تبیین اثربخشی واقعیت درمانی در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه نوجوانان باید ذکر کرد که واقعیت درمانی احتمالاً می‌تواند منشأ تغییر در نگرش‌ها و باورها در نوجوانان باشد و این امر به نوبه خود باعث افزایش توانایی آن‌ها در کنترل خشم و پرخاشگری شود. آموزش واقعیت درمانی گروهی باعث می‌شود افراد نحوه شناخت ارزیابی‌های غیرمنطقی و نامعقول خود را بیاموزند و برای اصلاح آن‌ها اقدام کنند و از روابط اجتماعی، کار کردن و تفریحات خویش لذت ببرند که این امر

مطالعه بر روی جامعه گسترده‌تر از نوجوانان بررسی شود تا نتایج از قابلیت تعمیم‌دهی بیشتری برخوردار باشند.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد درمان پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی در کاهش پرخاشگری نوجوانان مؤثر هستند و اثرات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیش از واقعیت درمانی است. پیشنهاد می‌شود از این دو روش به عنوان مداخله مؤثر در کمک به افراد با مشکلات روانی، از جمله کاهش رفتارهای پرخاشگرانه نوجوانان استفاده شود. متخصصان سلامت می‌توانند از این دو مداخله در کنار سایر روش‌ها برای کاهش پرخاشگری نوجوانان سود برده و ویژگی‌های مرتبط با سلامت را بهبود بخشند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

سهم نویسندگان

نگارش و تجزیه و تحلیل به عهده بهرام میرزاییان و گردآوری داده‌ها و اصلاحات مقاله به عهده قدرت الله عباسی بوده است. شناسایی نمونه و اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون به عهده فتانه اسپهبدی بوده است.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکترای روان‌شناسی تربیتی می‌باشد. از تمامی شرکت‌کنندگانی که در این پژوهش ما را همراهی نمودند، تشکر می‌کنیم.

خود موجب کاهش فشار روانی و افزایش بهزیستی و سلامت عمومی و کاهش تمایل به رفتارهای پرخاشگرانه می‌شود [۱۷]. بدین ترتیب، این روش درمانی به افراد قدرت می‌دهد تا با مشکلات پیش رو مقابله سالم داشته باشند، بر سختی‌ها فائق آیند و با جریان زندگی حرکت کنند یا به عبارتی، قدرت تحمل آن‌ها افزایش خواهد یافت و کمتر به رفتارهای پرخاشگرانه می‌پردازند [۱۶]. واقعیت درمانی می‌تواند باعث طرز تفکر مناسب و منطقی شود و به افراد کمک کند تا به حل مشکلات بپردازند و با دانش و آگاهی منطقی برای کسب موقعیت فردی تلاش بیشتری کنند که این امر منجر به احساس کنترل بیشتر بر امور و کسب موفقیت بیشتری نسبت به دیگران می‌شود [۱۸]. افزایش موفقیت باعث افزایش اعتماد به غریزه فردی می‌شود و به فرد در کنترل احساسات و هیجانات منفی و شدید و تکانشی و غلبه بر پرخاشگری کمک می‌کند. همچنین ماهیت آموزش گروهی، می‌تواند تأثیر مثبتی در افزایش تاب‌آوری، امید به زندگی و بهبود کیفیت زندگی داشته باشد. زیرا احساس این که دیگران نیز مشکلاتی مشابه دارند، در کاهش فشار روانی و کاستن از روحیه منفی و در نتیجه قبول واقعیت، کنار آمدن با آن، رشد و تحول دیدگاه فرد و توانایی در کنترل امور مؤثر است [۱۹].

از محدودیت‌های پژوهش حاضر استفاده از ابزارهای خود گزارش‌دهی بود که بیانگر امکان وجود سوگیری در یافته‌ها است. محدود بودن نمونه‌ها به نوجوانان دختر ۱۵ تا ۱۷ ساله شهر ساری نیز از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش‌های دیگر همچون مصاحبه ساختاریافته برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شود. همچنین، اثرات درمانی مداخلات مورد استفاده در این

References

1. Orben A, Tomova L, Blakemore SJ. The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. *The Lancet Child & Adolescent Health* 2020(8):634-40.
2. Rogers A, Obst S, Teague SJ, Rossen L, Spry EA, Macdonald JA, et al. Association between maternal perinatal depression and anxiety and child and adolescent development: a meta-analysis. *JAMA pediatrics* 2020; 174(11):1082-92.
3. Lucas-Thompson RG, Seiter NS, Lunkenheimer ES. Interparental Conflict, Attention to Angry Interpersonal Interactions, and Adolescent Anxiety. *Family Relation* 2020; 69(5):1041-54.
4. Naeem Z, Saeed M. Impact of Primary Grade Students' Angry Behaviour on their Academic Achievement and Social Development. *PJERE* 2021; 8(2):78-88.

5. Lickley RA, Sebastian CL. The neural basis of reactive aggression and its development in adolescence. *Psychology Crime Law* 2018; 24(3):313-33.
6. Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. *JPSP* 1992; 63(3):452-459
7. Girard LC, Tremblay RE, Nagin D, Côté SM. Development of aggression subtypes from childhood to adolescence: a group-based multi-trajectory modelling perspective. *Research on Child and Adolescent Psychopathology* 2019; 47(5):825-38.
8. Nivette A, Sutherland A, Eisner M, Murray J. Sex differences in adolescent physical aggression: Evidence from sixty- three low- and middle- income countries. *Aggressive behavior* 2019; 45(1):82-92.
9. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy. 3rd ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2009: 17-33.
10. Feliu-Soler A, Montesinos F, Gutiérrez-Martínez O, Scott W, McCracken LM, Luciano JV. Current status of acceptance and commitment therapy for chronic pain: a narrative review. *Journal of Pain Research* 2018; 11:2145-2159
11. Wersebe H, Lieb R, Meyer AH, Hofer P, Gloster AT. The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. *IJCHP* 2018; 18(1):60-8.
12. Wynne B, McHugh L, Gao W, Keegan D, Byrne K, Rowan C, Hartery K, Kirschbaum C, Doherty G, Cullen G, Dooley B. Acceptance and commitment therapy reduces psychological stress in patients with inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology* 2019; 156(4):935-45.
13. Kiuru N, Puolakanaho A, Lappalainen P, Keinonen K, Mauno S, Muotka J, et al. Effectiveness of a web-based acceptance and commitment therapy program for adolescent career preparation: A randomized controlled trial. *Journal of Vocational Behavior* 2021; 127:103578.
14. Thompson EM, Destree L, Albertella L, Fontenelle LF. Internet-based acceptance and commitment therapy: a transdiagnostic systematic review and meta-analysis for mental health outcomes. *Behavior Therapy* 2021; 52(2):492-507.
15. Glasser W. Reality therapy in action. 2nd ed. New York: HarperCollins Publishers; 2000:189-220.
16. Emmelkamp PM, Meyerbröker K. Virtual reality therapy in mental health. *Annual Review of Clinical Psychology* 2021; 17:495-519.
17. Rutkowski S, Szczegieliński J, Szczepańska-Gieracha J. Evaluation of the efficacy of immersive virtual reality therapy as a method supporting pulmonary rehabilitation: A randomized controlled trial. *JCM* 2021; 10(2):352.
18. Yao YW, Chen PR, Chiang-shan RL, Hare TA, Li S, Zhang JT, Liu L, Ma SS, Fang XY. Combined reality therapy and mindfulness meditation decrease intertemporal decisional impulsivity in young adults with Internet gaming disorder. *Computers in Human Behavior* 2017; 68:210-6.
19. Bani Hashemi S, Hatami M, Hasani J, Sahebi A. Comparing Effectiveness of the Cognitive-behavioral Therapy, Reality Therapy, and Acceptance and Commitment Therapy on Quality of Life, General Health, and Coping Strategies of Chronic Patient's Caregivers. *JCP* 2020; 12(1):63-76. [Persian]
20. Tümlü GÜ, Akdoğan R, Türküm AS. The process of group counseling based on reality therapy applied to the parents of children with disabilities. *INT-JECSE* 2017; 9(2):90-102.
21. Keyghobadi S, Asadzadeh H, Darvizeh Z. The Effectiveness of Group-based Reality Therapy based on Choice Theory upon Cognitive Flexibility and Women Marital Satisfaction. *Journal of Medicinal and Chemical Sciences* 2020; 3(4):373-83. [Persian]
22. Borjali A, Aazami Y, Chopan H, Arab Quhistani D. Effectiveness of emotion regulation strategies for aggression control based on gross model in substance abusers. *IJRN* 2015; 2(1):53-65.[Persian]
23. Sheppard SC, Forsyth JP, Hickling EJ, Bianchi J. A novel application of acceptance and commitment therapy for psychosocial problems associated with multiple sclerosis: Results from a half-day workshop intervention. *IJMCS* 2010;12 (4):200-6.
24. Jung YN. A study on the effect of the group counseling program developed by applying reality therapy on the body image and depression of adolescent women. *CHNR* 2001;7(3):342-58

Comparing the Effectiveness of Therapy Based on Acceptance and Commitment and Reality Therapy on Aggression in Female Adolescents

Espahbodi F¹, Mirzaian B², Abbasi Gh²

1-PHD student, Dept of Educational Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

2- Assistant Prof, Dept of psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran. (Corresponding Author)

Email: Bahrammirzaian@gmail.com, Tel: 09113552196

Received: 31 July 2021 Accepted: 15 June 2022

Introduction: Adolescence is associated with many physical, emotional, psychological and social changes, which increase with the occurrence of aggressive behaviors. The present study aims to compare the effectiveness of therapy based on acceptance and commitment and reality therapy on aggression in female adolescents.

Materials and Methods: The present study is a quasi-experimental pre-test and post-test study with a control group. The statistical population of the study included 15- to 17-year-old female adolescents in Sari, who were studying in the 2019-2020 academic year in secondary schools. Based on a random multi-stage cluster sampling method, 60 students were selected as the main sample and randomly assigned to one of the three groups of acceptance and commitment therapy (n=20), reality based therapy (n=20), or the control group (n=20). Eight sessions of reality therapy and 8 sessions of acceptance and commitment therapy were held for the experimental groups, and the control group did not receive any intervention. The research instrument was a Bass and Perry aggression questionnaire which was completed by the participants in the pre-test and post-test stages. Multivariate analysis of covariance (MANOVA) was used to analyze the collected data.

Results: The mean and standard deviation of the aggression scores for acceptance and commitment therapy, reality therapy and the control group in the pretest stage were 71.87 ± 8.17 , 71.64 ± 8.26 and 71.53 ± 8.09 , respectively. In the post-test, the aggression scores for the two experimental groups were significantly lower than the control group ($p < 0.001$).

Conclusion: The results of the study showed that therapy based on acceptance and commitment and reality therapy were effective in reducing students' aggression and that acceptance therapy was more effective.

Keywords: Adolescence, Aggression, Reality Therapy, Therapy based on Acceptance and Commitment

Please cite this article as follows:

Espahbodi F, Mirzaian B, Abbasi Gh. Comparing the Effectiveness of Therapy Based on Acceptance and Commitment and Reality Therapy on Aggression in Female Adolescents. Community Health journal 2022; 16 (2): 48-58.

Funding: Personal funds.

Conflict of Interest: None declared.

Ethical Approval: The Ethics Committee of the Islamic Azad University Sari Branch approved the research project. (IR.IAU.SARI.REC.1399.163)