

# Comparing the Effectiveness of Reality Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Distress Tolerance of Male Students

1. Mehdi Yousefi: PhD Student, Department of Psychology, Bojnord Branch, Islamic Azad University, Bojnord, Iran
  2. Hossein Mahdian\*: Assistant Professor, Department of Psychology, Bojnord Branch, Islamic Azad University, Bojnord, Iran
  3. Ali Jahangiri: Assistant Professor, Department of Psychology and Counseling, Payame Noor University, Tehran, Iran
- \*Corresponding Author's Email: mahdian\_hossein@iau.ac.ir

Received: 2024-10-31

Revised: 2024-12-31

Accepted: 2025-01-22

Published: 2025-02-28



## Abstract

**Introduction and Aim:** Distress tolerance plays an effective role in improving cognitive, emotional, and social states of individuals, and there are many treatment methods in this field. Therefore, the present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of reality therapy and acceptance and commitment therapy on distress tolerance of male students.

**Methodology:** This research was a quasi-experimental with a pre-test, post-test, and one-month follow-up design with a control group. The research population was all male high school students in public schools of Sabzevar city in the 2023-2024 academic year. The sample size for each group was considered 15 people, who were selected using cluster sampling method and randomly assigned into three equal groups including two experimental groups and a control group. The first experimental group received 10 sessions of 90 minute by reality therapy and the second experimental group received 8 sessions of 90 minute by acceptance and commitment therapy, and during this period the control group did not receive any intervention. The present research instrument included a demographic information form and a Distress Tolerance Scale (Simons and Gaher, 2005). The data of this study were analyzed using analysis of variance with repeated measures and Bonferroni post hoc test methods in SPSS version 24 software.

**Findings:** The results of the present research indicated that both reality therapy and acceptance and commitment therapy in compared to the control group increased the components of distress tolerance, including tolerance, absorption, appraisal, and regulation in male students, and the results were maintained at the follow-up stage ( $P < 0.05$ ), but there was no significant difference between the aforementioned treatment methods in any of the components of distress tolerance in them ( $P > 0.05$ ).

**Conclusion:** According to the results of this research, health professionals and therapists can use both reality therapy and acceptance and commitment therapy along with other treatment methods to increase distress tolerance in students.

**Keywords:** Reality Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Distress Tolerance, Students.

**How to Cite:** Yousefi, M., Mahdian, H., & Jahangiri, A. (2025). Comparing the Effectiveness of Reality Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Distress Tolerance of Male Students. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 2(4), 1-14.



**Copyright:** © 2025 by the authors. Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

## Extended Abstract

### Introduction and Aim

Distress is the result of physical, behavioral, and cognitive processes that are experienced as a type of negative emotional state, and people typically want to escape from experiencing negative emotions (Morris et al., 2024). Distress is associated with symptoms of anxiety, depression, and physiological symptoms such as insomnia, headaches, lack of energy, etc., and causes a decrease in personal and professional performance (Godfrey et al., 2025). Distress tolerance refers to a person's perception of their capacity to experience and tolerate negative emotional states and situations such as pain and suffering (Byllesby & Palmieri, 2025). According to Simons & Gaher (2005) distress tolerance as an emotional construct has four components of tolerance (the perceived ability and capability to control and manage one's distress), absorption (the extent to which an individual believes they can accept their strong emotions), appraisal (the perceived ability and capability to accept their strong emotions), and regulation (the extent to which an individual uses adaptive strategies to openly manage their strong emotions) (Mattingley et al., 2024). People with low distress tolerance engage in behavioral disorders in a misguided attempt to cope with negative emotions and seek to relieve emotional pain by engaging in some destructive behaviors such as substance use (Niezabitowska et al., 2022).

There are many therapies to increase distress tolerance, including reality therapy (Yousefi & KhoshAkhlagh, 2023) and acceptance and commitment therapy (Fadhil et al., 2022). Reality therapy is based on the choice theory by Glasser (2000), which according to this theory all behaviors and actions we take are the result of our choices. Therefore, making the right and conscious choices can lead to a better life, while making the wrong choices can lead to pain and suffering in life (Jikukka, 2025). This therapy as an internal control system, explains why and how we make choices that determine the direction and purpose of life (Iswinarti & Wahyuningsih, 2018).

Reality therapy emphasizes facing reality, taking responsibility, and evaluating the rightness and wrongness of behaviors. Therefore, the individual is responsible not only for his or her actions and behaviors, but also for his or her thoughts and feelings. As a result, the individual is not a victim of his or her past, present, or future, unless he or she chooses to be a victim. The goal of reality therapy is to help individuals appropriately and responsibly

satisfy basic needs (Wiley et al., 2022). This method believes that individuals have intrinsic motivations to fulfill their needs for love and belonging, power, freedom, survival, and fun (Sayee & Jaismeen, 2024).

Also, acceptance and commitment therapy is one of the treatment methods derived from the third wave of psychotherapy, which was founded by Hayes et al in the early 1980s (Levin et al., 2024). In recent years, acceptance and commitment therapy has been used as one of the main intervention methods to understand dysfunctional behavioral patterns and create healthy and effective behaviors and emotions. In this treatment, unlike traditional treatments in which the content of people's thoughts and beliefs is evaluated, these contents are not evaluated and instead the process of forming psychological damage in the context and context of the problem is evaluated without judging them (Du et al., 2021). Acceptance and commitment therapy improves psychological characteristics through the six principles of acceptance (accepting reality without defending or avoiding it), cognitive defusion or dissociation (seeing thoughts, feelings, and memories without judgment), self as context (having a transcendent sense of self and seeing oneself beyond thoughts, feelings, and roles), mindfulness attention (paying attention to events in the present moment without judging them), values (recognizing values, prioritizing them, and transferring them to daily life), and committed action (actively participating in appropriate and optimal actions and behaviors) (Mervin et al., 2025).

Distress tolerance plays an effective role in improving cognitive, emotional, and social states of individuals, and there are many treatment methods in this field. Therefore, the present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of reality therapy and acceptance and commitment therapy on distress tolerance of male students.

### Methodology

This research was a quasi-experimental with a pre-test, post-test, and one-month follow-up design with a control group. The research population was all male high school students in public schools of Sabzevar city in the 2023-2024 academic year. The sample size for each group was considered 15 people, who were selected using cluster sampling method and randomly assigned into three equal groups including two experimental groups and a control group.

In this study, the inclusion criteria included age 16 to 18 years, absence of participation in pharmacological or psychological treatment programs, absence of

mental or clinical disorder as diagnosed by a specialist, and informed consent to participate in the study. Also, the exclusion criteria included unwillingness to cooperate in the research process, simultaneous participation in other treatment programs during the implementation of the plan, and absence of more than two sessions.

The first experimental group received 10 sessions of 90 minute by reality therapy and the second experimental group received 8 sessions of 90 minute by acceptance and commitment therapy, and during this period the control group did not receive any intervention.

The present research instrument included a demographic information form and a Distress Tolerance Scale (Simons and Gaher, 2005). The data of this study were analyzed using analysis of variance with repeated measures and Bonferroni post hoc test methods in SPSS version 24 software.

### Findings

There was no dropout in any of the three groups, and analyses were conducted for three groups of 15. The academic level of most students in all three groups was 12th grade (40 percent each), and most of their academic field were in the experimental sciences (40 percent in the reality therapy and control groups and 46.67 percent in the acceptance and commitment therapy group).

The results of the present research indicated that both reality therapy and acceptance and commitment

therapy in compared to the control group increased the components of distress tolerance, including tolerance, absorption, appraisal, and regulation in male students, and the results were maintained at the follow-up stage ( $P < 0.05$ ), but there was no significant difference between the aforementioned treatment methods in any of the components of distress tolerance in them ( $P > 0.05$ ).

### Discussion and Conclusion

The results of this study indicated the effectiveness of both reality therapy and acceptance and commitment therapy compared to the control group in increasing the components of distress tolerance, including tolerance, absorption, appraisal, and regulation in male students at the post-test and follow-up stages, and there was no significant difference between the intervention methods. Therefore, health professionals and therapists can use both reality therapy and acceptance and commitment therapy along with other treatment methods to increase distress tolerance in students. Also, it is suggested that school counselors and teachers should be given special empowerment courses to increase distress tolerance so that they can prepare the ground for increasing students' distress tolerance. Another practical suggestion is that school counselors should identify students who are deficient in distress tolerance and introduce them to counseling centers to receive reality therapy and acceptance and commitment therapy.

## مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی در دانش آموزان پسر

۱. مهدی یوسفی<sup>1</sup>: دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

۲. حسین مهدیان<sup>2</sup>: استادیار، گروه روان شناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

۳. علی جهانگیری<sup>3</sup>: استادیار، گروه روان شناسی و مشاوره، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

\*ایمیل نویسنده مسئول: mahdian\_hossein@iau.ac.ir

انتشار: ۱۴۰۳/۱۲/۱۰

پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۰۳

بازنگری: ۱۴۰۳/۰۹/۱۰

دریافت: ۱۴۰۳/۰۷/۱۰

### چکیده

**مقدمه و هدف:** تحمل پریشانی نقش موثری در جهت بهبود وضعیت های شناختی، هیجانی و اجتماعی افراد دارد و روش های درمانی بسیاری در این زمینه وجود دارد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی در دانش آموزان پسر انجام شد.

**روش شناسی:** این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری یک ماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش همه دانش آموزان پسر دوره متوسطه دوم مدارس دولتی شهر سبزوار در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بودند. حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد که این افراد با روش نمونه گیری خوشه ای انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه مساوی شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش اول ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت واقعیت درمانی و گروه آزمایش دوم ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت و در این مدت گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد. ابزار پژوهش حاضر شامل فرم اطلاعات جمعیت شناختی و مقیاس تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) بود. داده های این مطالعه با روش های تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شدند.

**یافته ها:** نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن بود که هر دو روش واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل باعث افزایش مولفه های تحمل پریشانی شامل تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم در دانش آموزان پسر شد و نتایج در مرحله پیگیری نیز حفظ شد ( $P < 0.05$ )، اما بین روش های درمانی مذکور در هیچ یک از مولفه های تحمل پریشانی در آنان تفاوت معناداری وجود نداشت ( $P > 0.05$ ).

**نتیجه گیری:** طبق نتایج این پژوهش، درمانگران و متخصصان حوزه سلامت می توانند از هر دو روش واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کنار سایر روش های درمانی برای افزایش تحمل پریشانی در دانش آموزان استفاده نمایند.

**کلیدواژگان:** واقعیت درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تحمل پریشانی، دانش آموزان.



مجاز و حق نشر: © ۱۴۰۴ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.



**نحوه استناددهی:** یوسفی، مهدی؛ مهدیان، حسین و جهانگیری، علی. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی در دانش آموزان پسر. *روان شناسی انگیزش، رفتار و سلامت*، ۲(۴)، ۱-۱۴.

## مقدمه

پیشانی نتیجه فرآیندهای فیزیکی، رفتاری و شناختی است که به صورت یک نوع حالت هیجانی منفی تجربه می‌شود و افراد به طور معمول تمایل دارند که از تجربه هیجان‌های منفی رهایی یابند (Morris et al., 2024). پیشانی با نشانه‌های اضطراب، افسردگی و علائم فیزیولوژیکی مانند بی‌خوابی، سردرد، نداشتن انرژی و غیره همراه است و باعث افت عملکرد شخصی و شغلی می‌شود (Godfrey et al., 2025). تحمل پیشانی یکی از سازه‌های روان‌شناسی است که به عنوان یک ساختار مهم در پیشگیری از آسیب‌های روانی و اثربخشی بیشتر روش‌های درمانی عمل می‌کند (Bello et al., 2023). این سازه یکی از عامل‌های ایجاد تفاوت‌های فردی بین افراد است که افت آن باعث می‌شود افراد به دنبال فرصت برای فرار از هیجان‌های منفی یا اجتناب از آنها باشند (Zegel et al., 2021). تحمل پیشانی به معنای ادراک ظرفیت فرد از توانایی‌های خود برای تجربه و تحمل حالت‌ها و وضعیت‌های هیجانی منفی مثل درها و رنج‌ها است (Byllesby & Palmieri, 2025). تحمل پیشانی بر اساس نظر (Simons & Gaher, 2005) به عنوان یک سازه هیجانی دارای چهار مولفه تحمل (قابلیت و توانمندی ادراک شده برای کنترل و مدیریت پیشانی خود)، جذب (میزان باور یک فرد برای پذیرش هیجان‌های قوی خود)، ارزیابی (قابلیت و توانمندی ادراک شده برای پذیرش هیجان‌های قوی خود) و تنظیم (میزان استفاده فرد از راهبردهای سازگار برای مدیریت آشکار هیجان‌های قوی خود) می‌باشد (Mattingley et al., 2024). افراد با تحمل پیشانی پایین در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجان‌های منفی درگیر بی‌نظمی رفتاری می‌شوند و با پرداختن به برخی رفتارهای مخرب مانند مصرف مواد به دنبال تسکین درد هیجانی در خود می‌باشند (Niezabitowska et al., 2022). افراد دارای تحمل پیشانی پایین در برابر استرس و ناراحتی واکنش شدیدی نشان می‌دهند یا از مواجهه و مقابله با آنها اجتناب می‌نمایند، توانمندی اندکی برای مقابله با تنش‌ها و پیشانی‌های روان‌شناختی دارند و از وجود هیجان‌های منفی در خود احساس شرم و آشفته‌گی می‌کنند (Kaya & Kaya, 2024).

روش‌های درمانی بسیاری برای افزایش تحمل پیشانی وجود دارد که از جمله می‌توان به واقعیت درمانی (Yousefi &

KhoshAkhlagh, 2023) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Fadhil et al., 2022) اشاره کرد. واقعیت درمانی بر اساس نظریه انتخاب توسط (Glasser, 2000) بنا نهاده شده است که طبق این نظریه، همه رفتارها و اعمالی که ما انجام می‌دهیم نتیجه انتخاب‌های ما می‌باشد. بنابراین، انتخاب‌های درست و آگاهانه می‌تواند سبب زندگی بهتر و بالعکس انتخاب‌های نادرست می‌تواند سبب درد و رنج در زندگی شود (Jikukka, 2025). واقعیت درمانی یکی از روش‌های درمانی در حوزه روان‌شناسی است که با استفاده از مفاهیمی مانند مواجهه با واقعیت، قبول مسئولیت، شناخت نیازهای اساسی، تمرکز بر اینجا و اکنون، کنترل درونی و هویت موفقیت به توصیف ماهیت انسان، تعیین قوانین رفتاری، چگونگی دستیابی به رضایت، خوشبختی و موفقیت می‌پردازد (Sunawan & Xiong, 2016). این روش درمانی به عنوان یک نظام کنترل درونی، چرایی و چگونگی انتخاب گزینه‌هایی را شرح می‌دهد که جهت و هدف زندگی را تعیین می‌کند (Iswinarti & Wahyuningsih, 2018). واقعیت درمانی بر مواجهه با واقعیت، مسئولیت‌پذیری و ارزیابی درستی و نادرستی رفتارها تاکید می‌کند. بنابراین، فرد نه تنها در برابر اعمال و رفتارهای خود مسئول است، بلکه در برابر تفکرها و احساس‌های خود نیز مسئول می‌باشد. در نتیجه، فرد قربانی گذشته، حال و آینده خود نیست، مگر اینکه خود بخواهد قربانی باشد. هدف واقعیت درمانی کمک به افراد برای ارضای مناسب و مسئولانه نیازهای اساسی است (Wiley et al., 2022). این روش معتقد است که افراد دارای انگیزه‌های درونی هستند تا نیاز به عشق و تعلق‌خاطر، قدرت، آزادی، بقا و تفریح خود را محقق سازند (Sayee & Jaismeen, 2024). در واقعیت درمانی به مراجع کمک می‌شود تا افکار، رفتارها و احساس‌های خود را ارزیابی کند تا ببیند که آنها باعث دستیابی به هدف‌های فرد می‌شود. در صورتی که باعث دستیابی به هدف‌ها نمی‌شود به وی کمک کند تا از راهبردها و شیوه‌های متفاوت و مناسبی برای دستیابی موفق به هدف‌ها استفاده کند (Osawalwe et al., 2023).

همچنین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از روش‌های درمانی برگرفته از موج سوم روان‌درمانی است که در ابتدای دهه ۱۹۸۰ توسط Hayes et al بنا نهاده شد (Levin et al., 2024). در سال‌های



اخیر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یکی از روش‌های مداخله اصلی برای درک الگوهای رفتاری ناکارآمد و ایجاد رفتارها و هیجان‌های سالم و موثر به کار گرفته شده است. در این درمان برخلاف درمان‌های سنتی که در آنها محتوای افکار و باورهای افراد مورد ارزیابی قرار می‌گیرند، این محتواها مورد ارزیابی قرار نمی‌گیرند و به جای آن فرآیند شکل‌گیری آسیب‌های روان‌شناختی در بافت و زمینه مشکل و بدون قضاوت آنها مورد ارزیابی قرار می‌گیرند (Du et al., 2021). این روش درمانی به دنبال تحقق انعطاف‌پذیری روان‌شناختی یعنی افزایش توانایی فرد برای ایجاد ارتباط با تجربه در زمان حال و انتخاب آنچه در لحظه حال بهترین گزینه انتخابی برای فرد است و عمل به شیوه‌ای منطبق با ارزش‌ها می‌باشد (Graham et al., 2022). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نوع درمان شناختی رفتاری مبتنی بر بافت‌گرایی عملکردی است که ریشه د رنظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی دارد و بر این فرض استوار است که تلاش افراد برای رهایی یا اجتناب از بسیاری از احساس‌ها، هیجان‌ها و افکار درونی آزارنده بی‌فایده است و حتی باعث تشدید آنها می‌شود. بر اساس این روش درمانی استفاده از شش اصل درمان پذیرش و تعهد می‌تواند مفید واقع شود (Fawson et al., 2024). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق شش اصل پذیرش (پذیرش واقعیت بدون دفاع و اجتناب از آن)، ناهمجوشی یا گسلش شناختی (دیدن افکار، احساس‌ها و خاطره‌ها بدون قضاوت)، خود به عنوان زمینه (داشتن حس متعالی از خود و دیدن خودی فراتر از افکار، احساس‌ها و نقش‌ها)، توجه ذهن آگاهانه (توجه به رویدادها در لحظه حال بدون قضاوت آنها)، ارزش‌ها (شناخت ارزش‌ها و اولویت‌بندی و انتقال آنها به زندگی روزمره) و عمل متعهدانه (مشارکت فعال در اعمال و رفتارهای مناسب و بهینه) باعث بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی می‌شود (Mervin et al., 2025).

پژوهش‌هایی درباره اثربخشی هر یک از دو روش واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل‌پریشانی انجام شده، اما پژوهشی درباره مقایسه اثربخشی آنها بر تحمل‌پریشانی یافت نشد. برای نمونه، نتایج پژوهش Yousefi & KhoshAkhlagh (2023) نشان داد که آموزش واقعیت درمانی باعث افزایش تحمل‌پریشانی و کاهش تکانشگری افراد بهبودیافته از بیماری کرونا شد. Tofighi Mohammadi et al (2022) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که

واقعیت درمانگری باعث افزایش تمایز یافتگی و تحمل‌پریشانی مادران کودکان با ناتوانی هوش شد. در پژوهشی دیگر Ebrahimi & Ebrahimi (2021) گزارش کردند که واقعیت درمانی باعث کاهش نشخوار فکری و نگرانی و افزایش تحمل‌پریشانی مادران کودکان اتیسم شد. همچنین، نتایج پژوهش Kheshavand et al (2024) حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش تحمل‌پریشانی و توانمندی منش در سالمندان شد. Fadhil et al (2022) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش تحمل‌پریشانی و کاهش اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان ریه شد. نتایج پژوهش Basirifar & Mosavinezhad (2022) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش تحمل‌پریشانی و انسجام روانی زنان ناباور شد. در پژوهشی دیگر Asgari et al (2021) گزارش کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش تحمل‌پریشانی و چشم‌انداز زمان مادران با کودک ناتوانی هوشی شد.

درباره اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر می‌توان گفت که پژوهش حاضر بر روی دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه دومی انجام شد که در دوره نوجوانی قرار دارند و با تغییرها و تحول‌های جسمی، شناختی، اجتماعی و هیجانی مواجه می‌باشند. بنابراین، یکی از ویژگی‌هایی که در آنان افت می‌کند، تحمل‌پریشانی است که باید برای افزایش آن از روش‌های درمانی موثر بهره برد. بررسی‌ها حاکی از آن است که روش‌های درمانی مختلف نقش موثری در افزایش تحمل‌پریشانی داشتند و دو روش درمانی که هم اثربخشی آنها کمتر بررسی و هم پژوهشی درباره مقایسه اثربخشی آنها بر تحمل‌پریشانی یافت نشد شامل واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هستند. با توجه به مطالب مطرح شده و از آنجایی که تحمل‌پریشانی نقش موثری در جهت بهبود وضعیت‌های شناختی، هیجانی و اجتماعی افراد از جمله نوجوانان دارد، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل‌پریشانی در دانش‌آموزان پسر انجام شد.

### روش‌شناسی

این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش همه دانش‌آموزان

پسر دوره متوسطه دوم مدارس دولتی شهر سبزوار در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بودند. حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد که این افراد با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه مساوی شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. در این پژوهش، ملاک‌های ورود به مطالعه شامل سن ۱۶ تا ۱۸ سال، عدم حضور در برنامه‌های درمانی دارویی یا روان‌شناختی، نداشتن اختلال روانی یا بالینی به تشخیص متخصص و رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش بودند. همچنین، ملاک‌های خروج از مطالعه شامل عدم تمایل به همکاری در روند پژوهش، شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی در طول اجرای طرح و غیبت بیشتر از دو جلسه بودند.

برای انجام پژوهش حاضر، ابتدا هماهنگی‌های لازم با اداره آموزش و پرورش شهر سبزوار به عمل آمد و سپس به روش تصادفی دو مدرسه به‌عنوان نمونه انتخاب و در مرحله بعد ۴۵ دانش‌آموز بر

اساس ملاک‌های ورود به مطالعه به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. نمونه‌ها درباره اهمیت و ضرورت پژوهش توجیه و به آنان درباره رعایت موازین اخلاقی تعهد داده شد. در مرحله بعد نمونه‌ها به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری شامل گروه واقعیت درمانی، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش اول ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت واقعیت درمانی و گروه آزمایش دوم ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت و در این مدت گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. هر سه گروه در مراحل ارزیابی از نظر تحمل پریشانی مورد بررسی قرار گرفتند و در نهایت از آنان به دلیل شرکت در پژوهش تقدیر و تشکر به عمل آمد. برای واقعیت درمانی از پروتکل (Shafiabadi & Naseri, 2019) استفاده که هدف، محتوا و تکلیف آن به‌تفکیک جلسه‌ها در جدول ۱ ارائه شد.

جدول ۱. محتوای واقعیت درمانی به تفکیک جلسه‌ها

| جلسه  | هدف                                                 | محتوا                                                                                                                                                                            | تکلیف                                                                    |
|-------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| اول   | برقراری ارتباط و مشخص کردن هدف‌های برنامه           | آشنایی عناصر برنامه درمانی (مشاور، اعضا و چارچوب برنامه) و برقراری ارتباط با یکدیگر                                                                                              | تفکر درباره مسئولیت‌پذیری و اهمیت آن در زندگی                            |
| دوم   | آشنایی با مفاهیم متغیرهای پژوهش                     | آموزش مفاهیم نظریه واقعیت درمانی، معرفی چرایی و چگونگی رفتار از سوی ما و تعریف مسئولیت‌پذیری و نقش آن در زندگی                                                                   | ثبت فهرستی از کارها و هدف‌هایی که نمی‌توانند انجام دهند یا به آنها برسند |
| سوم   | تبیین نیازهای انسان                                 | معرفی جامع پنج نیاز اساسی انسان و اولویت‌بندی آنها                                                                                                                               | تفکر درباره چگونگی برآورده شدن نیازهای اساسی                             |
| چهارم | آموزش انتخاب رفتار                                  | آشنایی افراد با چهار مولفه رفتاری (تفکر، عمل، احساس و فیزیولوژی) با ذکر ماشین رفتار و اینکه ما از طریق دستکاری چرخ‌های جلوی ماشین یعنی تفکر و عمل می‌توانیم رفتار را مدیریت کنیم | تمرکز بر موقعیت‌های واقعی زندگی شخصی و تمرین انجام رفتارهای انتخابی      |
| پنجم  | بیان اهمیت مسئولیت‌پذیری رفتاری                     | آشنایی با مفهوم کنترل درونی و بیرونی و تاثیر و چگونگی آنها در بروز رفتارها                                                                                                       | تهیه لیستی از رفتارهای تحت کنترل درونی و بیرونی و راهکارهای کنترل آنها   |
| ششم   | شناسایی رفتارهای تخریب‌گر و سازنده                  | آشنایی با انواع رفتارهای تخریب‌گر و سازنده و تشخیص الگوی استفاده از این رفتارها در تعامل‌های اصلی زندگی                                                                          | تهیه لیستی از رفتارهای تخریب‌گر و سازنده در موقعیت‌های واقعی زندگی       |
| هفتم  | بیان و فهم چگونگی حرکت به سوی انتخاب‌ها             | تطابق خواسته‌های اعضا با جهان واقعیت و اینکه هدف‌های انتخاب‌شده دست یافتنی هستند یا خیر؟                                                                                         | کمک به اعضا جهت برداشتن گام‌های عملی برای رسیدن به خواسته‌ها و هدف‌ها    |
| هشتم  | تاکید بر اینکه خود افراد مسئول انتخاب‌های خود هستند | کمک به اعضا جهت فهمیدن اینکه خودشان مسئول رفتار خود هستند و باید مسئولیت زندگی خود را بپذیرند                                                                                    | بررسی طرح‌ها و برنامه‌های اعضا برای حرکت به سوی خواسته‌ها و هدف‌ها       |

|     |                                                 |                                                |                                                                                |                                        |                                                     |
|-----|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| نهم | داشتن هدف و برنامه ریزی در زندگی                | زمان رسیدن به انتخاب‌ها باید چگونه باشد؟       | قابل دستیابی، واقع گرایانه و دارای زمان‌بند برای دستیابی به خواسته‌ها و هدف‌ها | تهیه برنامه‌ای مشخص، قابل اندازه‌گیری، | هدف زندگی چیست و برنامه ریزی و تداوم تغییر رفتار تا |
| دهم | مرور جلسه‌های قبل و ارزیابی میزان پیشرفت برنامه | کاربرد آموخته‌ها برای ایجاد زندگی و روابط بهتر | تمرین مهارت‌های آموخته‌شده با یکدیگر و در زندگی واقعی                          |                                        | مرور مطالب جلسه‌های قبلی و زمینه‌سازی تعهد برای     |

همچنین، برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از پروتکل [Hayes et al \(1999\)](#) استفاده که محتوای آن به تفکیک جلسه‌ها در جدول ۲

ارائه شد.

جدول ۲. محتوای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به تفکیک جلسه‌ها

| جلسه  | محتوا                                                                                                                                                                                          |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول   | آشنایی اعضای گروه با درمانگر و یکدیگر، آشنایی با موضوع جلسه‌های درمان و معرفی کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بیان قوانین جلسه‌ها و بررسی نظرها و دیدگاه‌های اعضای گروه درباره استرس و اضطراب |
| دوم   | نامیدی خلاقانه، ایجاد بینش درباره راهبردهای کنترلی و اجتنابی از اضطراب و به چالش کشیدن آنها و درک بیهودگی و ناکارآمدی کنترل‌ها                                                                 |
| سوم   | بیان مفهوم پذیرش و جایگزینی پذیرش به جای کنترل و اجتناب از استرس‌ها و اضطراب‌ها، بیان تفاوت تحمل با پذیرش، آموزش تمایل به هیجان‌ها و تجربه‌های منفی و استفاده از تکنیک دستان شفا بخش           |
| چهارم | بیان مفهوم آمیختگی و بیان مفهوم گسلش شناختی، استخراج تجربه اجتناب و آمیختگی و تمرین مشاهده بدون قضاوت                                                                                          |
| پنجم  | تعریف مفهوم ذهن آگاهی، تمرین تکنیک‌های ذهن آگاهی و ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه                                                                                        |
| ششم   | تعریف و شناسایی ارزش‌ها، بیان تفاوت بین هدف‌ها و ارزش‌ها و شناسایی موانع موجود در تحقق ارزش‌ها                                                                                                 |
| هفتم  | مشخص کردن هدف‌ها، تعریف مفهوم عمل متعهدانه، شناسایی اقدام‌های متعهدانه برای رسیدن به هدف‌ها و ارزش‌های زندگی و برنامه ریزی برای تعهد در قبال پیگیری ارزش‌ها                                    |
| هشتم  | جمع‌بندی جلسه‌ها و مرور آموزش‌ها و تمرین‌های ارائه شده در طول جلسه‌ها                                                                                                                          |

جذب، ارزیابی و تنظیم بود و پایایی کل و مولفه‌های آن را به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ گزارش کردند. در ایران، [Mahmoudpour et al \(2022\)](#) رویی سازه مقیاس تحمل پریشانی را

با روش تحلیل عاملی تاییدی بررسی و نتایج حاکی از وجود چهار عامل یا مولفه تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم بود و پایایی کل و مولفه‌های آن را به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۷۹، ۰/۶۴، ۰/۸۲ و ۰/۸۱ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر، مقدار پایایی مقیاس تحمل پریشانی و چهار مولفه آن با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۸۶، ۰/۹۲، ۰/۷۲ و ۰/۷۹ محاسبه شد.

داده‌های این مطالعه با روش‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

#### یافته‌ها

ابزارهای گردآوری داده‌های پژوهش حاضر شامل فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی (پایه تحصیلی و رشته تحصیلی) و مقیاس تحمل پریشانی بودند.

#### مقیاس تحمل پریشانی (Distress Tolerance Scale):

مقیاس تحمل پریشانی توسط [Simons & Gaher \(2005\)](#) با ۱۵ گویه در ۴ مولفه تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم طراحی شد. هر یک از مولفه‌های تحمل، جذب و تنظیم ۳ گویه و مولفه ارزیابی ۶ گویه داشت. نحوه نمره‌دهی به گویه‌ها بدین صورت است که برای هر یک پنج گزینه از کاملاً موافق با نمره یک تا کاملاً مخالف با نمره پنج وجود دارد. بنابراین، دامنه نمره‌های هر یک از مولفه‌های تحمل، جذب و تنظیم ۳ الی ۱۵ و مولفه ارزیابی ۶ الی ۳۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده بیشتر داشتن آن ویژگی می‌باشد. [Simons & Gaher \(2005\)](#) رویی سازه مقیاس تحمل پریشانی را با روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و نتایج حاکی از وجود چهار عامل یا مولفه تحمل،



ریزشی در نمونه‌های هیچ یک از سه گروه اتفاق نیفتاد و تحلیل‌ها برای سه گروه ۱۵ نفری انجام شد. نتایج فراوانی و درصد فراوانی پایه تحصیلی و رشته تحصیلی دانش‌آموزان پسر در جدول ۱ ارائه شد.

جدول ۱. نتایج فراوانی و درصد فراوانی پایه تحصیلی و رشته تحصیلی دانش‌آموزان پسر

| متغیر       | سطح         | واقعیت درمانی |              | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد |              | کنترل        |
|-------------|-------------|---------------|--------------|-----------------------------|--------------|--------------|
|             |             | فراوانی       | درصد فراوانی | فراوانی                     | درصد فراوانی | درصد فراوانی |
| پایه تحصیلی | دهم         | ۴             | ۲۶/۶۷        | ۵                           | ۳۳/۳۳        | ۴            |
|             | یازدهم      | ۵             | ۳۳/۳۳        | ۴                           | ۲۶/۶۷        | ۵            |
|             | دوازدهم     | ۶             | ۴۰/۰۰        | ۶                           | ۴۰/۰۰        | ۶            |
| رشته تحصیلی | علوم انسانی | ۴             | ۲۶/۶۷        | ۳                           | ۲۰/۰۰        | ۵            |
|             | علوم تجربی  | ۶             | ۴۰/۰۰        | ۷                           | ۴۶/۶۷        | ۶            |
|             | ریاضی       | ۵             | ۳۳/۳۳        | ۵                           | ۳۳/۳۳        | ۴            |

طبق نتایج جدول ۱، پایه تحصیلی بیشتر دانش‌آموزان هر سه گروه دوازدهم (هر کدام ۴۰ درصد) و رشته تحصیلی بیشتر آنها علوم تجربی (در گروه‌های واقعیت درمانی و کنترل ۴۰ درصد و در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۴۶/۶۷ درصد) بود. نتایج میانگین و انحراف معیار مولفه‌های تحمل پریشانی دانش‌آموزان پسر به تفکیک گروه‌ها در جدول ۲ ارائه شد.

جدول ۲. نتایج میانگین و انحراف معیار مولفه‌های تحمل پریشانی دانش‌آموزان پسر به تفکیک گروه‌ها

| متغیر   | گروه                        | پیش‌آزمون |              | پس‌آزمون |              | پیگیری یک ماهه |              |
|---------|-----------------------------|-----------|--------------|----------|--------------|----------------|--------------|
|         |                             | میانگین   | انحراف معیار | میانگین  | انحراف معیار | میانگین        | انحراف معیار |
| تحمل    | واقعیت درمانی               | ۵/۰۷      | ۱/۰۳         | ۸/۸۰     | ۱/۴۲         | ۸/۸۰           | ۱/۴۷         |
|         | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | ۵/۱۳      | ۲/۱۰         | ۸/۶۷     | ۱/۶۳         | ۸/۱۳           | ۱/۵۵         |
|         | کنترل                       | ۶/۱۳      | ۲/۰۰         | ۶/۱۳     | ۲/۰۰         | ۶/۲۰           | ۱/۹۳         |
| جذب     | واقعیت درمانی               | ۵/۰۷      | ۰/۷۰         | ۸/۷۳     | ۱/۷۱         | ۸/۴۷           | ۱/۶۴         |
|         | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | ۵/۲۷      | ۱/۷۱         | ۸/۴۰     | ۱/۵۹         | ۸/۲۷           | ۱/۶۷         |
|         | کنترل                       | ۵/۹۳      | ۱/۶۲         | ۶/۲۷     | ۱/۹۸         | ۶/۴۷           | ۲/۱۰         |
| ارزیابی | واقعیت درمانی               | ۵/۲۰      | ۱/۲۶         | ۸/۲۰     | ۱/۵۲         | ۸/۷۳           | ۱/۶۲         |
|         | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | ۵/۰۷      | ۱/۲۸         | ۸/۴۰     | ۱/۳۵         | ۹/۰۰           | ۱/۸۵         |
|         | کنترل                       | ۵/۸۰      | ۱/۳۲         | ۵/۲۰     | ۱/۶۶         | ۵/۳۳           | ۱/۷۲         |
| تنظیم   | واقعیت درمانی               | ۶/۸۷      | ۱/۴۱         | ۹/۸۷     | ۱/۶۰         | ۹/۵۳           | ۱/۶۰         |
|         | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | ۶/۰۷      | ۱/۲۸         | ۹/۴۰     | ۱/۴۰         | ۹/۹۳           | ۱/۷۹         |
|         | کنترل                       | ۶/۶۷      | ۱/۳۵         | ۶/۹۳     | ۱/۶۲         | ۶/۰۷           | ۱/۷۱         |

طبق نتایج جدول ۲، میانگین همه مولفه‌های تحمل پریشانی دانش‌آموزان پسر گروه‌های آزمایش (واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) در مقایسه با گروه کنترل از مرحله پیش‌آزمون نسبت به مراحل پس‌آزمون و پیگیری افزایش بیشتری داشته است. بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که فرض نرمال بودن مولفه‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم در مراحل ارزیابی برای هر سه گروه طبق آزمون شاپیرو-ویلک، فرض همگنی واریانس‌های هر چهار مولفه بر اساس آزمون لوین و فرض

همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس هر چهار مولفه بر اساس آزمون ام‌باکس رد نشد ( $P > 0/05$ ). نتایج آزمون لامبدای ویلکز برای تعیین اثربخشی واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مولفه‌های تحمل‌پیشانی دانش‌آموزان پسر در جدول ۳ ارائه شد.

جدول ۳. نتایج آزمون لامبدای ویلکز برای تعیین اثربخشی واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مولفه‌های تحمل‌پیشانی دانش‌آموزان پسر

| منبع تغییرات            | آزمون لامبدای ویلکز | F     | سطح معناداری | مجذور اتای سهمی |
|-------------------------|---------------------|-------|--------------|-----------------|
| مراحل آزمون             | ۰/۱۶                | ۱۳/۶۰ | ۰/۰۰۱        | ۰/۸۴            |
| عضویت گروهی             | ۰/۸۸                | ۰/۸۸  | ۰/۴۹         | ۰/۱۲            |
| مراحل آزمون*عضویت گروهی | ۰/۶۵                | ۱/۴۱  | ۰/۲۵         | ۰/۳۵            |

طبق نتایج جدول ۳، بین مولفه‌های تحمل‌پیشانی از نظر مراحل آزمون تفاوت معناداری وجود داشت ( $P < 0/001$ )، اما بین همه آنها از نظر عضویت گروهی و تعامل مراحل آزمون با عضویت گروهی تفاوت معناداری وجود نداشت ( $P > 0/05$ ). نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای تعیین اثربخشی واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هر یک از مولفه‌های تحمل‌پیشانی دانش‌آموزان پسر در جدول ۴ ارائه شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای تعیین اثربخشی واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هر یک از مولفه‌های تحمل‌پیشانی دانش‌آموزان پسر

| متغیر    | منبع تغییرات            | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F     | سطح معناداری | مجذور اتای سهمی |
|----------|-------------------------|---------------|------------|-----------------|-------|--------------|-----------------|
| تحمل     | مراحل آزمون             | ۲۴۵/۰۷        | ۲          | ۱۲۳/۰۳          | ۵۴/۲۰ | ۰/۰۰۱        | ۰/۶۶            |
|          | عضویت گروهی             | ۱/۳۴          | ۱          | ۱/۳۴            | ۰/۴۷  | ۰/۵۰         | ۰/۰۲            |
|          | مراحل آزمون*عضویت گروهی | ۲/۱۶          | ۲          | ۱/۰۸            | ۰/۴۸  | ۰/۶۲         | ۰/۰۲            |
| جذب      | مراحل آزمون             | ۲۱۸/۴۰        | ۲          | ۱۰۹/۲۰          | ۵۴/۷۱ | ۰/۰۰۱        | ۰/۶۶            |
|          | عضویت گروهی             | ۰/۲۸          | ۱          | ۰/۲۸            | ۰/۰۹  | ۰/۷۷         | ۰/۰۰۳           |
|          | مراحل آزمون*عضویت گروهی | ۱/۱۶          | ۲          | ۰/۵۸            | ۰/۲۹  | ۰/۷۵         | ۰/۰۱            |
| ارزیا بی | مراحل آزمون             | ۲۴۲/۸۷        | ۲          | ۱۲۱/۴۳          | ۷۲/۵۲ | ۰/۰۰۱        | ۰/۷۲            |
|          | عضویت گروهی             | ۰/۲۸          | ۱          | ۰/۲۸            | ۰/۰۸  | ۰/۷۸         | ۰/۰۰۳           |
|          | مراحل آزمون*عضویت گروهی | ۰/۶۹          | ۲          | ۰/۳۴            | ۰/۲۱  | ۰/۸۲         | ۰/۰۱            |
| تنظیم    | مراحل آزمون             | ۲۰۷/۰۹        | ۲          | ۱۰۳/۵۴          | ۵۶/۵۸ | ۰/۰۰۱        | ۰/۶۷            |
|          | عضویت گروهی             | ۱/۸۸          | ۱          | ۱/۸۸            | ۰/۵۷  | ۰/۴۶         | ۰/۰۲            |
|          | مراحل آزمون*عضویت گروهی | ۵/۷۶          | ۲          | ۲/۸۸            | ۱/۵۷  | ۰/۲۲         | ۰/۰۵            |

طبق نتایج جدول ۴، بین همه مولفه‌های تحمل‌پیشانی از نظر مراحل آزمون تفاوت معناداری وجود داشت ( $P < 0/001$ )، اما بین همه آنها از نظر عضویت گروهی و تعامل مراحل آزمون با عضویت گروهی تفاوت معناداری وجود نداشت ( $P > 0/05$ ). به عبارت دیگر، نتایج حاکی از آن بود که بین روش‌های واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در هیچ یک از مولفه‌های تحمل‌پیشانی دانش‌آموزان پسر تفاوت معناداری وجود نداشت. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هر یک از مولفه‌های تحمل‌پیشانی دانش‌آموزان پسر بر حسب مراحل آزمون در جدول ۵ ارائه شد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هر یک از مولفه‌های تحمل پریشانی دانش‌آموزان پسر بر حسب مراحل آزمون

| متغیر   | گروه                        | پیش‌آزمون - پس‌آزمون |              | پیش‌آزمون - پیگیری یک ماهه |              | پس‌آزمون - پیگیری یک ماهه |              |
|---------|-----------------------------|----------------------|--------------|----------------------------|--------------|---------------------------|--------------|
|         |                             | اختلاف میانگین       | سطح معناداری | اختلاف میانگین             | سطح معناداری | اختلاف میانگین            | سطح معناداری |
| تحمل    | واقعیت درمانی               | -۳/۷۳                | ۰/۰۰۱        | -۳/۷۳                      | ۰/۰۰۱        | ۰/۰۰۱                     | ۱/۰۰         |
|         | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | -۳/۵۳                | ۰/۰۰۱        | -۳/۰۰                      | ۰/۰۰۲        | ۰/۵۳                      | ۰/۶۹         |
| جذب     | واقعیت درمانی               | -۳/۶۷                | ۰/۰۰۱        | -۳/۴۰                      | ۰/۰۰۱        | ۰/۲۷                      | ۱/۰۰         |
|         | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | -۳/۱۳                | ۰/۰۰۱        | -۳/۰۰                      | ۰/۰۰۱        | ۰/۱۳                      | ۱/۰۰         |
| ارزیابی | واقعیت درمانی               | -۳/۰۰                | ۰/۰۰۱        | -۳/۵۳                      | ۰/۰۰۱        | -۰/۵۳                     | ۰/۸۲         |
|         | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | -۳/۳۳                | ۰/۰۰۱        | -۳/۹۳                      | ۰/۰۰۱        | -۰/۶۰                     | ۰/۴۷         |
| تنظیم   | واقعیت درمانی               | -۳/۰۰                | ۰/۰۰۱        | -۲/۶۷                      | ۰/۰۰۱        | ۰/۳۳                      | ۱/۰۰         |
|         | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | -۳/۳۳                | ۰/۰۰۱        | -۳/۸۷                      | ۰/۰۰۱        | -۰/۵۳                     | ۰/۵۸         |

هیجانی و شناخت واکنش‌های فرد در شرایط استرس‌زا است. واقعیت درمانی با تمرکز بر مسئولیت‌پذیری شخص نسبت به رفتارهای خود، وی را به ارزیابی مجدد و اصلاح واکنش‌های هیجانی سوق می‌دهد. این فرآیند باعث افزایش تحمل پریشانی در افراد می‌شود. چون دانش‌آموزان در آن یاد می‌گیرند که چگونه به جای اجتناب یا مقاومت با هیجان‌های منفی مواجهه فعال و سازنده داشته باشند. نکته حائز اهمیت دیگر اینکه، واقعیت درمانی یک روش درمانی ساختاریافته است که به افزایش کارآمدی در مواجهه با مشکل‌های تحصیلی، اجتماعی و هیجانی کمک می‌کند و می‌تواند سبب افزایش تحمل پریشانی در دانش‌آموزان پسر گردد.

همچنین، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش مولفه‌های تحمل پریشانی شامل تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم در دانش‌آموزان پسر شد و این نتایج در مرحله پیگیری نیز حفظ شد. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های Basirifar & Fadhil et al (2022)، Kheshavand et al (2024)، Mosavinezhad (2022) و Asgari et al (2021) همسو بود. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تحمل پریشانی می‌توان گفت که روش درمانی مذکور شامل چندین مرحله است که هر کدام نقش مهمی در بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی دارند. ابتدا، پذیرش فرد نسبت به تجربه‌ها (افکار، احساسات و حس‌های بدنی) افزایش می‌یابد و تلاش‌های کنترل یا اجتناب ناکارآمد از آنها کاهش می‌یابد. برای این منظور فرد تحت درمان

طبق نتایج جدول ۵، در همه مولفه‌های تحمل پریشانی هر دو گروه واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و از مرحله پیش‌آزمون به پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت ( $P < 0/001$ )، اما از مرحله پس‌آزمون به پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ( $P > 0/05$ ). به عبارت دیگر، نتایج حاکی از آن بود که هر دو روش واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل باعث افزایش مولفه‌های تحمل پریشانی شامل تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم در دانش‌آموزان پسر شد و نتایج در مرحله پیگیری نیز حفظ شد.

### بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه تحمل پریشانی در سایر ویژگی‌های روان‌شناختی نقش موثری دارد و سبب بهبود کیفیت زندگی می‌شود. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی در دانش‌آموزان پسر انجام شد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که واقعیت درمانی باعث افزایش مولفه‌های تحمل پریشانی شامل تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم در دانش‌آموزان پسر شد و این نتایج در مرحله پیگیری نیز حفظ شد. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های Yousefi & KhoshAkhlagh (2023)، Ebrahimi & Ebrahimi (2022) و Tofighi Mohammadi et al (2021) همسو بود. در تبیین اثربخشی واقعیت درمانی بر افزایش تحمل پریشانی می‌توان گفت یکی از مسائل مهمی که در واقعیت درمانی به آن توجه می‌شود، ایجاد درک بهتر نسبت به موقعیت‌های

پایین برخی نمونه‌ها، تک جنسیتی بودن نمونه پژوهش حاضر (دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه دوم مدارس دولتی شهر سبزوار) و دشواری در اخذ مجوزهای لازم برای انجام پژوهش اشاره کرد. بنابراین، انجام پژوهش‌های بیشتر بر روی دانش‌آموزان دختر و استفاده از ابزارهای دیگر گزارشی پیشنهاد می‌شود. پیشنهاد پژوهشی دیگر مقایسه اثربخشی روش‌های درمانی استفاده‌شده در پژوهش حاضر با سایر روش‌های درمانی مانند درمان مبتنی بر شفقت، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و غیره می‌باشد.

نتایج این پژوهش حاکی از اثربخشی هر دو روش واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل بر افزایش مولفه‌های تحمل‌پریشانی شامل تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم در دانش‌آموزان پسر در مراحل پس‌آزمون و پیگیری و عدم وجود تفاوت معناداری بین روش‌های مداخله بود. بنابراین، درمانگران و متخصصان حوزه سلامت می‌توانند از هر دو روش واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کنار سایر روش‌های درمانی برای افزایش تحمل‌پریشانی در دانش‌آموزان استفاده نمایند. همچنین، پیشنهاد می‌شود که برای مشاوران و معلمان مدارس دوره‌های توانمندسازی ویژه برای افزایش تحمل‌پریشانی استفاده تا آنان بتوانند زمینه را برای افزایش تحمل‌پریشانی دانش‌آموزان فراهم آورند. پیشنهاد کاربردی دیگر اینکه، مشاوران مدارس باید دانش‌آموزانی که در تحمل‌پریشانی دچار نقص و ضعف هستند را شناسایی و آنان را به مراکز مشاوره جهت دریافت واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معرفی نمایند.

#### تعارض منافع

هیچ تضاد منافی در این مقاله وجود ندارد.

#### حامی مالی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری است که بدون حامی مالی و با هزینه شخصی انجام شد.

#### ملاحظات اخلاقی

نمونه‌ها درباره اهمیت و ضرورت پژوهش توجیه و به آنان درباره رعایت موازین اخلاقی تعهد داده شد.

#### مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله در همه مراحل پژوهش با یکدیگر همکاری داشتند.

یاد می‌گیرد که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجربه‌های ناخواسته نه تنها بی‌اثر، بلکه گاهی باعث تشدید آنها می‌شود و باید این تجربه‌ها را بدون واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها پذیرفت. در مرحله بعدی، آگاهی روانی فرد از لحظه حال افزایش می‌یابد و فرد می‌آموزد تا بدون پیوستگی شناختی به افکار و احساس‌ها خود از آنها جدا شود. به عبارت دیگر، جداسازی شناختی به فرد کمک می‌کند تا از تجربه‌های ذهنی فاصله بگیرد و مستقل از آنها عمل نماید. سپس، تمرکز درمان بر کاهش خودتجسمی یا داستان‌های ذهنی آسیب‌زا است که فرد برای خود ساخته است به‌ویژه نقش قربانی‌بودن در ذهن. در ادامه فرآیند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به فرد کمک می‌شود تا ارزش‌های شخصی خود را روشن و به هدف‌های رفتاری مشخص تبدیل نماید و در نهایت فرد به انجام عمل متعهدانه متناسب با ارزش‌ها ترغیب می‌شود. با توجه به مراحل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منطقی است که این روش درمانی بتواند سبب افزایش تحمل‌پریشانی در دانش‌آموزان پسر گردد.

علاوه بر آن، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین اثربخشی واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش مولفه‌های تحمل‌پریشانی شامل تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم در دانش‌آموزان پسر تفاوت معناداری وجود نداشت. پژوهشی در این زمینه یافت نشد، اما در تبیین عدم تفاوت در اثربخشی واقعیت درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل‌پریشانی می‌توان به توانمندی هر دو روش در مدیریت موثر شرایط استرس‌ها و بحران‌های هیجانی اشاره کرد. هر دو روش درمانی با ایجاد زمینه‌ای مناسب برای تعامل موثر فرد با محیط اجتماعی و بهبود راهکارهای مقابله‌ای، دانش‌آموزان را در برابر دشواری‌ها و چالش‌های زندگی مقاوم‌تر می‌کند. واقعیت درمانی با استفاده از مسئولیت‌پذیری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی سبب بهبود ویژگی‌ها از جمله افزایش تحمل‌پریشانی می‌شود. در نتیجه، می‌توان انتظار داشت که بین روش‌های واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش مولفه‌های تحمل‌پریشانی شامل تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم در دانش‌آموزان پسر تفاوت معناداری وجود نداشته باشد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از ابزارهای خودگزارشی جهت گردآوری داده‌ها، عدم همکاری یا همکاری

## تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مسئولان اداره آموزش و پرورش شهر سبزوار و دانش‌آموزان پسر شرکت‌کننده در پژوهش حاضر و والدین آنها تشکر و قدردانی می‌شود.

## References

- Godfrey, D. A., Heinrich, A., McIngvale, E., Sy, J., Wheaton, M. G., & Bjorgvinsson, T. (2025). Improvement in distress tolerance as a mechanism of symptom reduction during intensive exposure and response prevention-based treatment for OCD. *Behavior Therapy*, 56(1), 43-56. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.12.006>
- Graham, C. D., McCracken, L. M., Harrison, A., Walburn, J., & Weinman, J. (2022). Outlining an acceptance and commitment therapy approach to treatment non-adherence. *British Journal of Health Psychology*, 27(1), 1-12. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12579>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/1999-04037-000>
- Iswinarti, I., Wahyuningsih, Y. P. (2018). Group reality therapy to increase self-esteem in adolescents. *Advances in Social Science, Education and Humanities*, 133, 71-75. <https://doi.org/10.2991/acpch-17.2018.10>
- Jikukka, L. J. (2025). Effects of reality therapy on affect and social perception of sexually molested girl-child with disability towards education. *Confluence Journal of Education and Knowledge Management*, 1(1), 177-189. Retrieved from <https://cjekm.ng/index.php/cjekm/article/view/21>
- Kaya, E. U., & Kaya, G. A. (2024). The association between gratitude and distress tolerance in undergraduate students: the mediating effect of hope and fear of COVID-19. *Australian Journal of Psychology*, 76(1), 2384373. <https://doi.org/10.1080/00049530.2024.2384373>
- Khishavand, M., Rezapour, D., & Haroon Rashidi, H. (2024). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on distress tolerance and character strengths in the older people. *Aging Psychology*, 10(3), 283-301. <https://doi.org/10.22126/jap.2024.10717.1782>
- Levin, M. E., Krafft, J., & Twohig, M. (2024). An overview of research on acceptance and commitment therapy. *The Psychiatric Clinics of North America*, 47(2), 419-431. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2024.02.007>
- Mahmoudpour, A., Shariatmadar, A., Borjali, A., & Shafiabadi, A. (2022). Psychometric properties of the distress tolerance scale (DTS) in the elderly. *Quarterly of Educational Measurement*, 12(46), 49-64. <https://doi.org/10.22054/jem.2022.65915.3341>
- Mattingley, S., Youssef, G. J., Graeme, L., Sloan, E., Manning, V., & Hall, K. (2024). Negative urgency, distress tolerance, and symptoms of substance use, eating, and borderline personality disorders in treatment-seeking young people. *Journal of Clinical Psychology*, 80(2), 261-278. <https://doi.org/10.1002/jclp.23579>
- Asgari, M., Alimohamma Dmalayeri, E., Sharifi Daramadi, P. (2021). The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on distress tolerance and time perspective in mothers with a disabled child IQ. *Journal of Clinical Psychology Studies*, 11(42), 51-76. <https://doi.org/10.22054/jcps.2021.59616.2537>
- Basirifar, M., & Mosavinezhad, S. M. (2022). Effectiveness of acceptance and commitment therapy in distress tolerance and sense of coherence in infertile women in Mashhad. *Journal of Health Research in Community*, 8(1), 81-92. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.24236772.1401.8.1.8.1>
- Bello, M. S., Pang, R. D., Colby, S. M., Cassidy, R. N., Zvolensky, M., & Langdon, K. J. (2023). Interactive effects of financial strain and distress tolerance on prequit tobacco withdrawal symptoms in smokers preparing to initiate a quit attempt. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 31(4), 805-816. <https://doi.org/10.1037/pha0000639>
- Byllesby, B. M., & Palmieri, P. A. (2025). The association between posttraumatic stress disorder symptom severity and distress tolerance in traumatic stress treatment. *Journal of Traumatic Stress*, 38(1), 29-39. <https://doi.org/10.1002/jts.23092>
- Du, S., Dong, J., Jin, S., Zhang, H., & Zhang, Y. (2021). Acceptance and commitment therapy for chronic pain on functioning: A systematic review of randomized controlled trials. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 131, 59-76. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.09.022>
- Ebrahimi, M., & Ebrahimi, S. (2021). The effectiveness of the reality therapy on the rumination, concern and tolerance of distress in mothers of autistic children. *Journal of Pediatric Nursing*, 7(2), 11-20. <https://jpen.ir/article-1-432-en.html>
- Fadhil, A. A., Kadhim, Q. K., Shakir, A., Alaraji, M. K., Hussein, H. A., & Yousuf, L. M. (2022). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on distress tolerance and death anxiety in patients with lung cancer. *International Journal of Body, Mind and Culture*, 9(Special Issue), 82-91. <https://doi.org/10.22122/ijbmc.v9isp.422>
- Fawson, S., Moon, Z., Novogrudsky, K., Moxham, F., Forster, K., Tribe, I., & et al. (2024). Acceptance and commitment therapy processes and their association with distress in cancer: A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, 18(3), 456-477. <https://doi.org/10.1080/17437199.2023.2261518>

- Zegel, M., Rogers, A. H., Vujanovic, A. A., & Zvolensky, M. J. (2021). Alcohol use problems and opioid misuse and dependence among adults with chronic pain: The role of distress tolerance. *Psychology of Addictive Behaviors*, 35(1), 42-51. <https://doi.org/10.1037/adb0000587>
- Mervin, R. M., Moskovich, A. A., & Scheiber, F. (2025). Acceptance and commitment therapy for eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 48(3), 521-535. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2025.02.007>
- Morris, P. E., Vargo, L. A., & Buckner, J. D. (2024). Social anxiety and cannabis-related problems: The serial roles of distress tolerance and cannabis use motives. *Substance Use & Misuse*, 59(7), 1133-1140. <https://doi.org/10.1080/10826084.2024.2320400>
- Niezabitowska, A., Rokosz, M., & Poprawa, R. (2022). Distress tolerance is indirectly related to nicotine use through the smoking motives. *Substance Use & Misuse*, 57(5), 751-758. <https://doi.org/10.1080/10826084.2022.2034875>
- Osalwe, G. O., Badejo, A. O., & Etobro, B. A. (2023). Effect of reality therapy on adolescents' substance abuse behavior in juvenile correctional centres in Lagos State. *Journal of Professional Counselling*, 6(1), 13-23. <https://jpc.aprocon.org.ng/index.php/jpc/article/view/48>
- Sayee, B., & Jaismeen, K. (2024). Exploring reality therapy: A case study on adolescent emotional recovery amidst family conflict. *Journal of Practice in Mental Health*, 2(2), 43-47. [https://doi.org/10.4103/IJPMH.IJPMH\\_14\\_24](https://doi.org/10.4103/IJPMH.IJPMH_14_24)
- Shafiabadi, A., & Naseri, Gh. (2019). Counseling and psychotherapy theories. Tehran: Universal Publishing Center.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83-102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
- Sunawan, S., & Xiong, J. (2016). An application model of reality therapy to develop effective achievement goals in tier three intervention. *International Education Studies*, 9(10), 16-26. <https://doi.org/10.5539/ies.v9n10p16>
- Tofighi Mohammadi, M., Babakhani, V., Ghamari, M., & Pooyamanesh, J. (2022). The efficacy of reality therapy on differentiation and distress tolerance of mothers of intellectual disability children. *Journal of Psychological Science*, 21(118), 2107-2122. <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.21.118.2107>
- Wiley, E., Khattab, S., & Tang, A. (2022). Examining the effect of virtual reality therapy on cognition post-stroke: a systematic review and meta-analysis. *Disability and Rehabilitation Assistive Technology*, 17(1), 50-60. <https://doi.org/10.1080/17483107.2020.1755376>
- Yousefi, N., & KhoshAkhlagh, H. (2023). The effectiveness of reality therapy training on distress tolerance and impulsivity of people recovered from corona disease in rehabilitation centers of Shahrekord. *Quarterly Journal of Nursing Management*, 12(1), 1-9. <https://ijnv.ir/article-1-990-en.html>