



Comparing the efficacy of reality therapy with acceptance and commitment therapy on feelings of loneliness of adolescents

Ehsan Abron¹, Leila Sadat Azizi², Afsaneh Khajevand Khosheli³

1. Ph.D Candidate in Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran. E-mail: ehsan.abroun@iausari.ac.ir

2. Assistant Professor, Department of Nursing, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran. E-mail: LS.Azizi@gorganiau.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran. E-mail: khajevand_a@gorganiau.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received 08 December 2023
Received in revised form 05 January 2024
Accepted 09 February 2024
Published Online 21 December 2024

Keywords:
reality therapy,
acceptance and
commitment therapy,
feelings of loneliness,
adolescents

ABSTRACT

Background: Adolescents are in special and critical situations and sometimes they may distance themselves from society due to hormonal and appearance changes. This avoidance can create feelings of loneliness and isolation. Research on teenagers is one of the urgent needs of any society, because teenagers are the active human resources of any society.

Aims: The present study was conducted with the aim of determining and comparing the effectiveness of reality therapy and therapy based on acceptance and commitment on feelings of loneliness among male high school students.

Methods: The research method was semi-experimental (pre-test design, post-test with control group). The statistical population of the current research is all the male students of the second year of secondary school in Sari city and the sample group was conducted with a multi-stage cluster sampling method. Forty-five students were replaced in three groups (15 people in experiment 1), (15 people in experiment 2) and (15 people in control). Then, 15 students of the first experimental group received reality therapy, 15 students of the second experimental group received acceptance and commitment therapy sessions. The control group were on the waiting list. The UCLA Loneliness Scale (Russel, 1996) was used to collect the data.

Results: The survey results showed; Reality therapy on feeling loneliness and acceptance and commitment therapy were effective significantly ($p < 0.001$). However, there was a significant difference between the two treatment methods of interventions on feelings of loneliness. That is, reality therapy has more effective on feelings of loneliness in adolescents. The results of the follow-up test showed that the effect of reality therapy and acceptance and commitment therapy on feelings of loneliness of adolescents is lasting after two months.

Conclusion: As a result, both treatment methods, reality therapy and acceptance and commitment therapy, were effective feelings of loneliness, reality therapy was better than acceptance and commitment therapy.

Citation: Abron, E., Azizi, L.S., & Khajevand Khosheli, A. (2024). Comparing the efficacy of reality therapy with acceptance and commitment therapy on feelings of loneliness of adolescents. *Journal of Psychological Science*, 23(142), 135-150. [10.52547/JPS.23.142.135](https://doi.org/10.52547/JPS.23.142.135)

Journal of Psychological Science, Vol. 23, No. 142, 2024

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.23.142.135](https://doi.org/10.52547/JPS.23.142.135)



✉ **Corresponding Author:** Leila Sadat Azizi, Assistant Professor, Department of Nursing, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.

E-mail: LS.Azizi@gorganiau.ac.ir, Tel: (+98) 9111536436

Extended Abstract

Introduction

One of the pivotal stages in human life is adolescence, a period marked by numerous challenges (Kamrati et al, 2022). Adolescents as a significant segment of the global population have consistently been the focus of scholars and researchers concerning their physical, psychological, emotional and behavioral development. Over the past 25 years, psychologists and psychiatrists have shown particular concern for the behavioral, social and emotional issues faced by adolescents (Halwersen et al., 2023). Adolescents are in unique and crisis situations and often hormonal and physical changes may lead them to withdraw from social interactions potentially giving rise to feelings of loneliness (Bahadori et al., 2021). Loneliness implies a lack of harmony in the degree of social connection that an individual seeks and the actual level of their social interactions in reality (Bahadori et al., 2021).

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is a third-wave behavior therapy and stands as a distinctive approach to treatment. The main goal of this model is to engage in efficient activities which indicate valuable actions that involve mindfulness and mental presence (Tavi-Swift et al., 2023). Unlike traditional cognitive-behavioral therapy which seeks to teach individuals methods to control emotions, thoughts and memories when facing events, ACT differs. It aids clients in establishing contact with a transcendent sense, the self-observer which enable them to take steps on a meaningful life journey accompanied by vitality (Hayes et al., 2011).

Another positive and third-wave therapeutic approach is Reality Therapy (RT) which is founded by William Glasser. RT is an educational (preventive) and therapeutic theory, applicable in various settings such as homes, schools and treatment centers. The primary goal of Reality Therapy is to bring about a change in the unsuccessful identity of an individual and foster responsible behaviors, as these behaviors often lead to personal distress and anxiety (Shafiabadi and Nasiri, 2007). According to Glasser, all human behaviors aim to satisfy five basic needs. Any manifestation of incompatible behavior in an

individual represents an attempt to control perceptions and exert dominance over their life. This implies that anxiety, depression, aggression and other issues are personally brought about by the individual through misguided and uninformed choices to cope with anger and loneliness, aiming to benefit from the support and assistance of others (Chegini et al., 2019). It can be stated that these two third-wave therapies in terms of their emphasis share commonalities. They emphasize on action over thought, focus on human and ethical values and smart planning. Nevertheless, the main difference lies in how they perceive the root of the issues. Contrary to the RT which focuses on individuals attempts to control others with emphasizing interpersonal dynamics, the ACT identifies the root of problems within the individual and attempting to fight or deny and eliminate unpleasant thoughts and emotions and controlling them at any cost. In addition, according to their theoretical foundation a significant portion of RT is dedicated to teaching individuals to learn to address their five basic needs with high responsibility and avoiding excessive control. On the contrary, ACT educates individuals to move towards value-driven behaviors by emphasizing values and using techniques such as defusion, acceptance and mindfulness. Now, researchers face the question of which approach is more effective in addressing the dependent variable in this study. Therefore, this study aims to answer whether there is a difference between the effectiveness of RT and ACT in alleviating the loneliness experienced by adolescents.

Method

This research employed a quasi-experimental design with pre-test, post-test and follow-up assessments with a control group. The statistical population included of all male high school students in Sari city, totaling approximately 8,000 individuals who were attending high schools in Sari during the third quarter of the year 2021. At the start, 45 individuals were randomly selected as a clustered random sample from the population and they were then replaced with three groups of 15 individuals each. This sample underwent pre-testing. Then, the first experimental group received RT according to the Glasser protocol (2000) in eight sessions lasting one and a half hours each.

The second experimental group received ACT according to the Harris protocol (2022) in eight sessions of the same duration. The control group was placed on a waiting list. After completing the treatment period, all three groups underwent post-testing. A follow-up test was conducted two months later. The measurement tool used was the University of California Los Angeles Loneliness Scale (UCLALS) questionnaire.

Table 1. Mean and standard deviation of pretest, posttest, and follow-up of loneliness in experimental and control group

Group	Pretest		Posttest		Follow-up	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
ACT	59.37	6.36	43.65	5.03	44.57	4.98
RT	59.76	6.43	39.08	4.36	39.02	4.33
Control	59.8	6.66	59.52	6.47	59.46	6.41

As discerned from Table 4, the mean pre-test scores for loneliness in the two experimental groups (RT and ACT) and the control group appear nearly congruent. Nevertheless, in the post-test the mean loneliness scores of the experimental groups diverge significantly from the control group. In this table, the

Results

Initially, this section explores an examination of the sociodemographic characteristics of the participants which is followed by the hypothesis testing procedure. Table 1 shows the mean and standard deviation of the loneliness variable in the three groups across three assessment stages.

corresponding values for follow-up in the two experimental groups as well as the control group are observable. To examine the significance of these differences, a repeated measures analysis of variance was employed. The yielded results are presented in Table 2.

Table 2. The results of Repeated Measured ANOVA

Source	SS	df	MS	F	P	Effect size	Observed power
Group	1675.88	2	837.94	10.13	0.01	0.31	.98
Measures	1093.76	1	1093.76	15.08	0.01	.44	.99
Group×Measure	1267.08	2	633.54	43.9	0.01	0.30	0.98

Results from Table 5 indicate that the calculated F value for the effect of stages (pre-test, post-test and follow-up) is statistically significant at the 0.01 level. Clearly, a significant interaction between group and treatment stages has been unearthed for loneliness ($p < 0.01$). Consequently, meaningful differences have been discovered among the mean scores of pre-test, post-test and follow-up loneliness scores for male high school students across the pre-test, post-test and follow-up therapeutic stages.

Bonferroni's post hoc test results underscore meaningful differences in loneliness scores for male high school students between pre-test and post-test as well as between pre-test and follow-up. However, there is no significant difference between post-test and follow-up which may be caused by a treatment stability. Further exploration through mean comparisons shows that loneliness scores for male high school students significantly differ between post-test and follow-up stages compared to the pre-test. The Tukey post hoc test corroborates this and

show a significant difference in loneliness between the RT and the ACT experimental groups. Considering the obtained effect size and mean indices, RT indicates more potent in inducing changes in loneliness for male high school which demonstrate its superiority over ACT in this group of students.

Conclusion

Considering the findings and elucidations presented, it can be deduced that the RT and ACT are effective in reducing the loneliness experienced by male adolescent. Due to the greater significance of RT, it is recommended that the choice theory approach be taught to psychologists specializing in adolescent issues (particularly loneliness) as an effective therapeutic intervention.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: The ethical code for this research was issued by the Ethics Committee of the Islamic Azad University, Gorgan Branch, with the number IR.IAU.CHALUS.REC.1401.077. This research work is derived from the doctoral thesis of the first author. It is worth mentioning that before conducting the pre-test, the study's purpose, assurance of confidentiality and the respect for participants' freedom were shared. Hence, ethical considerations of this research include maintaining confidentiality, obtaining written consent for participation and avoiding any harm to the participants.

Funding: This research was conducted as part of a doctoral dissertation and did not receive any financial support.

Authors' contribution: This research is extracted from the doctoral thesis of the first author, supervised by the second author, and with the advising of the third author.

Conflict of interest: The authors declare no conflicts of interest in this research.

Acknowledgments: We extend our sincere thanks and appreciation to all individuals, school authorities, teachers and students who collaborated with us in conducting this research.



بررسی مقایسه اثربخشی واقعیت درمانگری و درمان پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی نوجوانان

احسان آبرون^۱، لیلا سادات عزیزی^۲، افسانه خواجه‌وند خوشلی^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

۲. استادیار، گروه پرستاری، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۲/۰۹/۱۷

بازنگری: ۱۴۰۲/۱۰/۱۵

پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۲۰

انتشار برخط: ۱۴۰۳/۱۰/۰۱

کلیدواژه‌ها:

واقعیت درمانی،

درمان پذیرش و تعهد،

احساس تنهایی،

نوجوانان

زمینه: نوجوانان در شرایط خاص و بحرانی‌ای قرار دارند و گاهی به خاطر تغییرات هورمونی و ظاهری ممکن است از اجتماعی فاصله بگیرند. این اجتناب می‌تواند احساس تنهایی را به وجود بیاورد. پژوهش بر روی نوجوانان از نیازهای مبرم هر جامعه‌ای محسوب می‌شود. چون نوجوانان نیروی انسانی فعال هر جامعه‌ای محسوب می‌شوند.

هدف: مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان واقعیت درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی نوجوانان انجام شد.

روش: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل تمامی دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه شهرستان ساری بودند که از این میان نمونه‌ای با حجم ۴۵ نفر به شیوه تصادفی خوشه‌ای انتخاب شد. سپس به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش اول واقعیت درمانی و گروه آزمایش دوم درمان پذیرش و تعهد را دریافت کردند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه احساس تنهایی (راسل، ۱۹۹۶) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

یافته‌ها: نتایج بررسی نشان داد واقعیت درمانی و درمان پذیرش و تعهد هر دو بر افزایش احساس تنهایی ($p < 0/001$) مؤثر بودند. همچنین بین اثربخشی دو روش درمانی تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/05$) و رویکرد واقعیت درمانی اثربخشی بیشتری را از خود نشان داد. نتایج آزمون پیگیری نیز نشان داد اثر درمان پذیرش و تعهد و درمان واقعیت درمانی بر احساس تنهایی نوجوانان ثابت مانده است.

نتیجه‌گیری: در نتیجه هر دو شیوهی درمان واقعیت درمانی و درمان پذیرش و تعهد در کاهش احساس تنهایی نوجوانان پسر اثر معناداری دارند. با این حال، رویکرد واقعیت درمانی رویکرد اثربخشی‌تر است.

استناد: آبرون، احسان؛ عزیزی، لیلا سادات؛ و خواجه‌وند خوشلی، افسانه (۱۴۰۳). بررسی مقایسه اثربخشی واقعیت درمانگری و درمان پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی نوجوانان. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۳، شماره ۱۴۲، ۱۳۵-۱۵۰.

DOI: [10.52547/JPS.23.142.135](https://doi.org/10.52547/JPS.23.142.135) ۱۴۰۳، شماره ۱۴۲، دوره ۲۳، مجله علوم روانشناختی



© نویسنده‌گان.

✉ نویسنده مسئول: لیلا سادات عزیزی، استادیار، گروه پرستاری، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران. رایانامه: LS.Azizi@gorganiau.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۱۱۵۳۶۴۳۶

مقدمه

یکی از دوران مهم زندگی انسان‌ها، نوجوانی است که با تنش‌های فراوانی روبرو هستند (کمرازی و همکاران، ۱۴۰۱). نوجوانان به‌عنوان قشر عمده‌ای از جمعیت جهان، از جهت توجه به رشد جسمی، روانی، هیجانی و رفتاری همواره مورد تأکید اندیشمندان و پژوهشگران بودند و در طی ۲۵ سال اخیر توجه به مشکلات و معضلات رفتاری، اجتماعی و هیجانی آنان از نگرانی‌های اصلی روانشناسان و روان‌پزشکان بوده است (هالورسن و همکاران، ۲۰۲۳).

نوجوانان در شرایط خاص و بحرانی‌ای قرار دارند و گاهی بخاطر تغییرات هورمونی و ظاهری ممکن است از اجتماعی فاصله بگیرند. این اجتناب می‌تواند احساس تنهایی و احساس تنهایی را به وجود بیاورد (بهادری و همکاران، ۱۴۰۰). احساس تنهایی یعنی فقدان هماهنگی در میزان ارتباط اجتماعی که فرد به دنبال آن است و میزان ارتباط اجتماعی فرد در واقعیت (بهادری و همکاران، ۱۴۰۰). به بیان دیگر، تنهایی حالتی نامطلوب است که از عدم وجود تطابق بین روابط اجتماعی و نیازهای اجتماعی می‌باشد و از درک احساس تنهایی نشأت می‌گیرد. برخی بر این باور هستند که احساس تنهایی یک احساس روانشناختی یا تجربه‌ای از احساس تنهایی که تجربه‌ای ذهنی و دردناک است، قلمداد می‌شود که ویژگی اصلی آن عدم رضایت فرد از روابط است. در نظر گرفتن احساس تنهایی از این رو مهم است که مانعی در برابر شکوفایی استعدادهای افراد است (ایتسکو کوف و همکاران، ۲۰۲۳). احساس تنهایی به‌عنوان وضعیتی نامطلوب، پاسخ‌هایی از روی هیجان منفی و ناراضی بودن فرد از ادراک در روابط اجتماعی‌اش را شامل می‌شود. این تجربه ناخوشایند و پریشان‌حالی می‌تواند به عدم سازگاری‌های شناختی، رفتاری و هیجانی هر فرد در بزرگسالی‌اش منجر شود (وریتی و همکاران، ۲۰۲۲). درواقع، احساس تنهایی تجربه‌ای حقیر و پست، پریشان‌کننده و نامطلوب است که منجر می‌شود دانش‌آموزان احساس حقارت و حالت‌های رفتاری و هیجانی آزاردهنده‌ای را نیز همراه با آن تجربه کنند (آنتونز و همکاران، ۲۰۲۲).

درمان پذیرش و تعهد^۱، درمانی از موج سوم رفتاردرمانی است. هدف اصلی این مدل انجام فعالیت‌های کارآمد است، فعالیت‌هایی که با آگاهی و

حضور ذهن و ارزشمند باشد (تاوی-سویفت و همکاران، ۲۰۲۳). این مدل با درمان شناختی-رفتاری سنتی که تلاش می‌کند تا به مردم روش‌های کنترل احساس‌ها، فکر، خاطرات هنگام رویارویی با رویدادها را آموزش دهد، تفاوت دارد، بنابراین به درمانجویان کمک می‌کند با احساسی متعالی از خود که همان خویششن نظاره‌گر است، تماس حاصل کنند و در مسیر یک زندگی ارزشمند که با سرزندگی همراه باشد، قدم بگذارند (هایز و دیگران، ۲۰۱۱). درواقع، در موج سوم رفتاردرمان‌گری، پافشاری اصلی، آگاهی داشتن از افکار و هیجان‌ها، برای انجام عمل کارآمد با ارزش است. باین‌وجود موج سوم درمان از تغییر شناخت غفلت نمی‌کند، اما آن را هدف مستقیم هم قلمداد نمی‌کند، بلکه اولویت تغییر در عمل می‌باشد (افشاری و همکاران، ۲۰۲۲). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هدف افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی مراجعین توسط درمانگر است. انعطاف‌پذیری روانشناختی به معنی، داشتن توانایی برگشت به زمان حال، آگاهی داشتن و در نظر گرفتن افکار و هیجان‌ها، گرفتن کمی فاصله از اعتقادات محکم و سخت و عملی ساختن هر آنچه مهم است، باوجود اتفاقات نامطلوب (دورلی و همکاران، ۲۰۲۰).

از دیگر درمان‌های مثبت نگر و موج سوم می‌توان به واقعیت درمانی اشاره کرد که یک روش مشاوره و روان‌درمانی است و توسط ویلیام گلاسر بنیان‌گذاری شده است. واقعیت درمانی در تبیین یک نظریه پرورشی-آموزشی (پیشگیری) و درمان است. این نظریه دارای کارایی‌های مختلف است مانند خانه، مدرسه و مراکز درمانی. هدف اصلی واقعیت درمانی ایجاد تغییر در هویت ناموفق فرد و ایجاد رفتارهای مسئولانه است زیرا این رفتارها در انسان باعث ناراحتی و اضطراب می‌شود (فولکرسون، ۲۰۱۵). به نظر گلاسر تمامی رفتارهای فرد برای ارضای نیازهای پنج‌گانه است. بروز هر نوع رفتار ناسازگاری در فرد، تلاشی است که فرد به‌منظور مهار ادراکات و تحکم در زندگی خود انجام می‌دهد، این به این معنی است که اضطراب، افسردگی، پرخاشگری و ... را فرد شخصاً برای خود با انتخاب‌های اشتباه و نادانسته، به بار می‌آورد تا به این وسیله بر خشم و احساس تنهایی چیره گردد و از حمایت و یاری دیگران بهره‌مند شود (چگینی و همکاران، ۱۳۹۸). پژوهش‌های بسیاری اثربخشی این دو رویکرد درمانی را نشان داده‌اند. به طور مثال درمان پذیرش و تعهد بر احساس شرم و گناه زنان مطلقه

^۱. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

(ابوسعیدی مقدم و همکاران، ۱۳۹۹)، اضطراب فراگیر سالمندان (لاورنس و همکاران، ۲۰۱۹)، تنظیم هیجان بیماران مبتلا به سرطان پستان (مینا و همکاران، ۱۴۰۲)، و کنترل عواطف نوجوانان (کمراتی و همکاران، ۱۴۰۱) اثربخش بوده است. همچنین پژوهش‌های اثربخشی واقعیت درمانی را بر احساس تنهای زنان سرپرست (بهادری و همکاران، ۱۴۰۰)، تعادل هیجانی نوجوانان (اسلامی حسن آبادی و همکاران، ۲۰۲۳)، سوء رفتار جنسی زنان پناهنده (سوپنی و جوسو، ۲۰۲۱)، و کاهش اضطراب والدین دارای فرزند ناتوان (توملو و همکاران، ۲۰۱۷) نشان داده‌اند.

با توجه به مطالب عنوان شده، می‌توان این‌طور نتیجه گرفت که این دو درمان موج سوم از لحاظ تأکید زیادی که بر عمل به‌جای تفکر دارند و نیز بر تأکیدی که بر ارزش‌های انسانی و اخلاقی دارند و نیز برنامه‌ریزی هوشمند یا اسمارت پلن با یکدیگر مشترک‌اند، اما تفاوت نخست این‌که در مقابل واقعیت درمانی که مشکل اصلی را سعی و تلاش انسان‌ها برای کنترل کردن دیگر افراد می‌داند و بر دنیای بین فردی تأکید دارد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ریشه مشکلات را در درون فرد دانسته و سعی در جنگیدن و یا انکار و حذف افکار و احساسات ناخوشایند و کنترل بر آن‌ها به هر قیمتی را ریشه مشکلات می‌داند. دوم اینکه، با توجه به اساس نظری‌شان واقعیت درمانی بخش زیادی از آموزش خود را معطوف این می‌دارد که به افراد بیاموزد با مسئولیت‌پذیری بالا و به‌دوراز کنترل‌گری به ارضای نیازهای پنج‌گانه خود بپردازند (فولکرسون، ۲۰۱۵) ولی درمان پذیرش و تعهد به افراد می‌آموزد با تأکید بر ارزش‌ها و با استفاده از گسلش و پذیرش و ذهن آگاهی به سمت رفتارهای مؤثر ارزش‌مدار بروند (هایز و دیگران، ۲۰۱۱). حال برای پژوهشگران این سؤال پیش می‌آید که کدام رویکرد در حل مسائلی که به‌عنوان متغیر وابسته این پژوهش در نظر گرفته شده‌اند توانمندتر هستند. از این‌رو، در این مطالعه تلاش بر این است که به این سؤال پاسخ داده شود که آیا بین اثربخشی واقعیت درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی نوجوانان تفاوت وجود دارد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: این پژوهش از مدل پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با

گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل همه دانش‌آموزان پسر مقطع دوره دوم متوسطه شهرستان ساری است که حدود ۷۹۶۳ نفر بودند که در سه‌ماهه سوم سال ۱۴۰۰ در دبیرستان‌های شهرستان ساری مشغول به تحصیل بودند. ابتدا ۴۵ نفر از جامعه به شیوه تصادفی خوشه‌ای به‌عنوان نمونه انتخاب و در سه گروه ۱۵ نفره جایگزین شدند و مورد پیش‌آزمون قرار گرفتند. سپس، گروه آزمایش اول واقعیت درمانی را طبق پروتکل گلسر (۲۰۰۰) طی ۸ جلسه نود دقیقه‌ای دریافت نمود، گروه آزمایش دوم درمان پذیرش و تعهد را طبق پروتکل راس هریس (۱۴۰۱/۲۰۱۲) طی ۸ جلسه نود دقیقه‌ای دریافت نمود و گروه گواه در فهرست انتظار قرار گرفت. پس از پایان دوره درمان، هر سه گروه مورد پس‌آزمون قرار گرفته و دو ماه بعد از آن آزمون پیگیری اجرا شد. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: تمایل به شرکت در پژوهش، سن بین ۱۴ تا ۱۸ سال، عدم ابتلا به سایر اختلالات روانی و شخصیتی حاد، عدم شرکت هم‌زمان در سایر برنامه‌های درمانی و عدم دریافت مشاوره فردی یا دارودرمانی. معیارهای خروج نیز عبارت بودند از: غیبت بیش از دو جلسه و عدم همکاری در طول جلسات درمانی.

ب) ابزار

پرسشنامه احساس تنهایی دانشگاه کالیفرنیا^۱ (UCLALS): مقیاس احساس تنهایی نسخه سوم آن در سال ۱۹۹۶ توسط راسل تجدیدنظر شد. اولین نسخه این مقیاس در سال ۱۹۷۸ توسط راسل، پیلا و فرگوسن در دانشگاه کالیفرنیا ساخته شد. این مقیاس دارای ۲۰ سؤال است. برای این مقیاس خرده مقیاس مستقلی گزارش نشده و نوع مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای است. به گزینه هرگز نمره ۱، گاهی نمره ۲، اغلب نمره ۳ و گزینه همیشه نمره ۴ داده می‌شود. نمره بالا نشان‌دهنده احساس تنهایی بالا و نمره پایین بالعکس. راسل (۱۹۹۶) در نسخه سوم، عبارت‌های آزمون و شیوه پاسخگویی را آسان‌تر کرد و محتوای ماده چهارم آزمون را از منفی به مثبت تغییر داد. همین‌طور مواد آزمون را طوری برنامه‌ریزی کرد که بتوان آن را با مصاحبه هم اجرا کرد و گزارش نوشت. راسل پایایی این مقیاس را به شیوه ضریب همسانی درونی سؤالات از طریق ضریب آلفای کرانباخ ۰/۹۴ به دست آورد. در ایران بحیرایی و همکاران (بحیرایی و همکاران، ۱۳۸۵) آلفای

^۱. The UCLA Loneliness Scale

کرانباخ ۰/۸۸ و ضریب همبستگی بین نمرات افسردگی و احساس تنهایی ۰/۶۷ گزارش شد. در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرانباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

ج) روش اجرا

در این تحقیق ابتدا از بین نواحی شهر ساری (۳ ناحیه) از هر ناحیه ۲ مدرسه دوره دوم متوسطه پسرانه انتخاب شد، سپس از هر مدرسه ۳ کلاس و از بین دانش آموزان آنها ۴۵ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. در ادامه، از میان نمونه، به صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه کنترل و ۳۰ نفر در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر در گروه واقعیت درمانی و ۱۵ نفر در گروه درمان پذیرش و تعهد) جایگزین شدند. قبل از اجرای جلسات درمانی از تمام

دانش آموزان پیش ازآزمون به عمل آمد و پس از اتمام جلسات پس ازآزمون بر روی آنان اجرا شد. در نهایت پس از دو ماه از آخرین جلسه درمانی، برای مرتبه سوم پرسشنامه احساس تنهایی به عنوان مرحله پیگیری به آنان داده شد. در جدول ۱ و ۲ خلاصه جلسات واقعیت درمانی و درمان پذیرش و تعهد گزارش شده است. در این پژوهش حاضر به جهت تجزیه و تحلیل داده ها، جدا از شاخص های آمار توصیفی، از شاخص های آمار استنباطی هم استفاده شده است. برای تعیین اثربخشی واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، آزمون آماری تحلیل واریانس چندعاملی با اندازه گیری های مکرر به کار برده شد و به دنبال آن، با استفاده از آزمون های تعقیبی، اثربخشی معناداری رویکردها با همدیگر مقایسه شد. تحلیل ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ انجام گرفت.

جدول ۱. جلسات واقعیت درمانی طبق پروتکل ویلیام گلسر (۲۰۰۰)

جلسات	اهداف	محتوا	تکالیف
جلسه اول	معارفه، تعیین قوانین گروه با همکاری اعضا، آشنایی اعضا و ساختار جلسه	در این جلسه معارفه اعضا با یکدیگر و برقراری ارتباط اولیه صورت گرفت. همچنین قواعد و اهداف گروه (مشارکت، حضور منظم و رازداری، ایجاد رابطه عاطفی میان اعضا و رهبر گروه) بیان شد.	توصیف تجربیات اعضا در مورد احساس تنهایی
جلسه دوم	آشنایی اعضا با نظریه انتخاب و معرفی منطق زیر بنایی و توضیح مفهوم احساس تنهایی	آموزش مفاهیم و نظریه های واقعیت درمانی، معرفی چگونگی و چرایی رفتار از سوی اشخاص، کمک کردن به اعضا برای آشنایی بیشتر با خودشان و نیازهای اساسی و بیان تفاوت آن ها، آشنایی اعضا با مفهوم احساس تنهایی و بیان علل سبب ساز آن.	ارائه نمونه هایی از احساس تنهایی که دانش آموزان آن را تجربه کرده اند.
جلسه سوم	معرفی ماشین رفتار و آشنا کردن اعضا با چهار مؤلفه اساسی آن که عبارت اند از فکر، احساس، عمل و فیزیولوژی	معرفی ماشین رفتار گلاس و تأکید بر کنترل فکر و عمل به صورت مستقیم و احساس و فیزیولوژی به صورت غیرمستقیم با تأکید بر احساس تنهایی.	پرداختن به دانش آموزانی که دچار احساس تنهایی شده اند. کمک برای حرکت به سوی اهداف از طریق برنامه ریزی واقعی.
جلسه چهارم	آموزش اجزاء رفتار کلی و کار با ماشین رفتار	ارائه توضیح برای پیوند بین اجزای ماشین رفتار و احساس تنهایی و ارزیابی توانایی کنترل خویش و تقویت جنبه های مثبت خود در بیان رفتار کامل.	
جلسه پنجم	آموزش اصول ده گانه، رفتارهای مخرب و جایگزینی رفتارهای سازنده	آشنایی با مفاهیم کنترل بیرونی و نقش مخرب آن در روابط صمیمانه و جلوگیری از رسیدن به اهداف، آشنایی با عادات مخرب (انتقاد، سرزنش، غر زدن، شکایت، بیرونی کردن و ...) و جایگزین کردن آن با رفتارهای سازنده جهان واقعی	شروع روند شکل دهی روابط امن و مطلوب توسط هر دانش آموزی و استفاده از فنون تئوری انتخاب.
جلسه ششم	ارزش گذاری درونی و بیرونی نسبت به هدف آموزش سیستم ادراکی و روش های تغییر دنیای کیفی	بیان و فهماندن چگونگی حرکت به سوی خواسته ها. تصویرسازی واقعی از دنیای کیفی و آموزش دادن این نکته که شرکت کنندگان بفهمند برای ارضای خواسته هایشان چه تصمیماتی خوب است.	تأکید بر افزایش فنون خوش بینی نسبت به خود با تمرکز بر توانمندی های دانش آموزان با استفاده از بحث های عقلانی.
جلسه هفتم	آموزش و ایجاد مسئولیت پذیری و رفتار مسئولانه	طرح و برنامه ریزی برای دستیابی به هدف، توضیح سیستم ادراکی و به هم خوردن ترازوی داشته و خواسته و روش اصلاح ترازو با روابط غیر مخرب و مسئولیت پذیری و گام های عملی در جهت اهداف.	ایفای نقش فردی که از احساس تنهایی رنج می برد و فردی که از آن رنج نمی برد.
جلسه هشتم	معرفی WDEP و پایان جلسات درمان با آموزش SMART PLAN	خواسته اصلی فرد. کارهایی که تا به حال برای این خواسته انجام داده؟ اثر این فعالیت ها برای رسیدن به این خواسته؟ فعالیت های دیگری که می توان برای این خواسته انجام داد و به علاوه این که فعالیت ها باید: مشخص باشند، قابل اندازه گیری باشند، مرتبط با خواسته یا هدف باشند، واقع گرا و شدنی باشند، چارچوب زمانی مشخص داشته باشند.	اجرای پس ازآزمون.

جدول ۲. جلسات درمان پذیرش و تعهد طبق پروتکل هریس (۱۴۰۱/۲۰۱۲)

جلسات	اهداف	محتوا	تکالیف
جلسه اول	معرفی اعضای گروه، بیان هدف درمان و آموزش این نکته که تغییر امکان پذیر است	معرفی اعضای گروه و انجام پیش آزمون، شرح قوانین و قواعد و قراردادهای لازم برای جلسات مشاوره، رضایت آگاهانه در گروه به منظور اجرای فرایند درمان، بیان کردن هدف های درمان و آموزش این نکته که تغییر امکان پذیر است، شرح و توضیح فلسفه مداخله طبق این رویکرد، معرفی درماندگی خلاق.	کشف رنج حاصل از احساس تنهایی
جلسه دوم	آموزش دادن کنترل به عنوان مشکل	بررسی و رفع ایرادات تکالیف جلسه قبل، پاسخ اعضای گروه درباره روش های راهبرد کنترل خود، کنترل با عنوان مشکل، آموزش این موضوع که هر نوع عملی به منظور اجتناب یا کنترل کردن تجربیات ذهنی ناخواسته، تأثیری ندارد و آشنایی با مفهوم احساس تنهایی.	به چالش کشیدن کنترل ها به عنوان عواملی که احساس تنهایی را ایجاد می کند
جلسه سوم	تمرین ذهن آگاهی	ارزیابی عملکرد اعضا، بررسی کردن تجربیات شخص از جلسه قبل تا حال، بررسی تکالیف، آموزش ذهن آگاهی ارزیابی عملکرد. هدف این جلسه	روبرو شدن با خاطراتی که احساس تنهایی را ایجاد می کند
جلسه چهارم	تمایز خود مفهوم سازی در مقابل خود مشاهده گری	تمایز خود مفهوم سازی در مقابل خود مشاهده گری، ارزیابی توانایی های درمانجو در جهت گسست از افکار و احساسات، ادامه تجربیات ذهن آگاهی و روشن و واضح سازی کردن ارزش ها	تمرین اینکه هر فرد مسئولیت خود را در مورد احساس تنهایی اش مشخص کند
جلسه پنجم	شفاف سازی اهمیت ارزش ها و آموزش دادن ارزش به عنوان رفتار در مقایسه با ارزش به عنوان احساسات	اهمیت ارزش ها و آموزش دادن به افراد اینکه چطور ارزش ها و تفهیم آن «تمایل/پذیرش» را ارزشمند نشان می دهد، ارزش به عنوان رفتار در مقایسه با ارزش به عنوان احساسات، تمرینات آگاه سازی از احساسات بدنی و مباحث پیرامون آن	ارزش ها و اهداف فرد در مورد فرایند درمان احساس تنهایی
جلسه ششم	کمک کردن به اعضا گروه که بخش های مختلف زندگی را که مطابق با ارزش های شخص نیست، بشناسد.	هدف این جلسه کمک کردن به اعضا گروه است که دائماً بخش های مختلف زندگی را که مطابق با ارزش های شخص نیست، بشناسد. شخص باید همواره ارزش هایش را به صورت منشأ تعهد درک کند و از آن ها برای به انجام رساندن مفهوم (تمایل) و برای فعال سازی رفتاری و هدف های شخصی خودش استفاده کند. انتخاب در مقابل قضاوت ها/ تصمیم گیری ها، شناسایی رفتارها مبنی بر ارزش ها که در یک هفته دوره شود.	آموزش و گزارش اینکه احساس تنهایی رفتاری است که زمینه ای دارد.
جلسه هفتم	پیدا کردن ارتباط بین اهداف و فعالیت ها و مستحکم کردن عوامل گسلش و تمایل برای رسیدن به هدف های رفتاری	هدف این جلسه پیدا کردن ارتباط بین اهداف و فعالیت ها می باشد و مستحکم کردن عوامل گسلش و تمایل برای رسیدن به هدف های رفتاری و همین طور تکالیف را باید طبق ویژگی فعال سازی رفتاری در چهارچوب تعهد به فعالیت ها ادامه داد که با توجه به اهداف و ارزش های بزرگ تر درمانجو مشخص می شود. ادامه دادن به تنظیم کردن اهداف مؤثر درباره ارزش ها، ادامه دادن تمرینات آگاهی بخشی حتی در زمان راه رفتن، مباحثه حول صمیمیت و سازگاری از داشتن رنج.	گسلش دادن احساسات مختلف ناشی از احساس تنهایی.
جلسه هشتم	ارزیابی عمل متعهدانه	آموزش دادن به درمانجو که خودش یک درمانگر باشد به منظور به حداکثر رساندن احتمال اینکه درمانجو مهارت هایی را که آموخته است را در درمان ظاهر کند و پس از پایان در آن استفاده کند، آمادگی به جهت مقابله با شکست های احتمالی پس از اتمام درمان، شناسایی راهبردهای احتمالی، موانع الگوریتم FEAR، عمل متعهدانه بر اساس الگوریتم ACT، ارائه دادن چکیده ای از جلسات گذشته و انجام پس آزمون.	تعهد به خود و اعتماد کردن به فرایند تمرین شده؛ و اجرای پس آزمون.

یافته ها

ابتدا در این بخش به بررسی وضعیت جمعیت شناختی آزمودنی ها پرداخته شده و سپس آزمون فرضیه در دستور کار قرار گرفته است. اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان نشان داد که در گروه آزمایش

واقعیت درمانی ۹ نفر (۶۰٪) دامنه ی سنی بین ۱۴ تا ۱۶ سال داشتند و ۶ نفر (۴۰٪) نیز بین ۱۷ تا ۱۸ سال. همچنین در گروه آزمایش درمان پذیرش و تعهد ۱۳ نفر (۸۶/۷٪) در دامنه ی سنی ۱۴ تا ۱۶ سال بودند و ۲ نفر (۱۳/۳٪)

نیز ۱۷ تا ۱۸ سال. در نهایت نیز در گروه کنترل ۵ نفر (۳/۳۳٪) بین ۱۴ تا ۱۶ سال و ۱۰ نفر (۷/۶۶٪) بین ۱۷ تا ۱۸ سال بودند. جدول ۳ میانگین و انحراف معیار متغیر احساس تنهایی را در سه گروه و سه مرحله ارزیابی نشان می‌دهد.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری احساس تنهایی در گروه آزمایش و گواه

گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش (درمان پذیرش و تعهد)	۵۹/۷۳	۶/۳۶	۴۳/۶۵	۵/۰۳	۴۴/۵۷	۴/۹۸
آزمایش (واقعیت درمانی)	۵۹/۷۶	۶/۴۳	۳۹/۰۸	۴/۳۶	۳۹/۰۲	۴/۳۳
گواه	۵۹/۸۰	۶/۶۶	۵۹/۵۲	۶/۴۷	۵۹/۴۶	۶/۴۱
گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	کجی	کشیدگی	کجی	کشیدگی	کجی	کشیدگی
آزمایش (درمان پذیرش و تعهد)	۰/۸۶۹	۰/۷۹۶	-۰/۴۳۶	۰/۳۹۸	۰/۲۳۴	۰/۷۹۰
آزمایش (واقعیت درمانی)	۰/۲۴	-۰/۹۵۷	-۰/۱۵۹	۱/۰۷۸	۱/۰۴۳	۰/۳۲۴
گواه	۰/۱۷۶	۰/۱۳۴	۰/۱۸۷	۰/۵۳۷	۰/۳۴۵	۰/۸۸۹

جدول ۳ بین $\pm 1/5$ نشان دهنده‌ی نرمال بودن توزیع داده‌هاست. همچنین نمودار باکس پلات نشان داده هیچ مقدار پرتی در داده‌ها وجود ندارد. همچنین همگنی واریانس به‌وسیله آزمون لون بررسی شد که نتایج نشان داده واریانس‌های هر سه گروه همگن هستند ($F= 1/49$, $p= 0/237$). در نهایت نیز خطی بودن روابط با استفاده از آزمون ماچلی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که مفروضه کرویت برقرار است ($p= 0/291$ ، $\chi^2= 2/26$). از این‌رو، می‌توان از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده کرد و نیازی به اصلاح اسپلیون نیست. نتایج این آزمون در جدول ۴ نشان داده شده است.

چنانکه در جدول ۴ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات پیش آزمون احساس تنهایی در دو گروه آزمایش (واقعیت درمانی و درمان پذیرش و تعهد) و گواه تقریباً با هم برابر بوده اما در پس آزمون میانگین نمرات احساس تنهایی گروه آزمایش (واقعیت درمانی و درمان پذیرش و تعهد) به‌مراتب متفاوت از میانگین نمرات گروه گواه هستند و همچنین در جدول فوق به تناسب مقادیر پیگیری در دو گروه آزمایش (واقعیت درمانی و درمان پذیرش و تعهد) و گواه نیز قابل مشاهده می‌باشد. برای بررسی معناداری این تفاوت‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از انجام آزمون، پیش‌فرض‌های آن ارزیابی شد.

فرض نرمال بودن توزیع جامعه آماری به‌وسیله آزمون چولگی و کشیدگی موردبررسی قرار گرفت که نتایج نشان داد مقادیر چولگی و کشیدگی در

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر (آمیخته) با گروه‌بندی مراحل درمانی و تعامل متقابل متغیر احساس تنهایی

منابع تغییر	SS	df	MS	F	P	اندازه اثر	توان آزمون
گروه	۱۶۷۵/۸۷۹	۲	۸۳۷/۹۳۹	۱۰/۱۳۲	۰/۰۱	۰/۳۱۰	۰/۹۸۱
زمان	۱۰۹۳/۷۵۸	۱	۱۰۹۳/۷۵۸	۱۵/۰۷۸	۰/۰۱	۰/۴۴۰	۰/۹۹۶
تعامل زمان و گروه	۱۲۶۷/۰۷۸	۲	۶۳۳/۵۳۹	۹/۴۳۵	۰/۰۱	۰/۳۰۵	۰/۹۷۶

پیگیری نمرات احساس تنهایی دانش آموزان پسر مقطع متوسطه دوم در مراحل سه‌گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری درمانی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به‌منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌ها در مراحل درمانی محاسبه شد.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد مقدار F محاسبه‌شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در سطح $0/01$ معنی‌دار است. به‌طور مشخص در تعامل گروه و مراحل درمان برای احساس تنهایی ($P < 0/01$)، به‌دست آمده است. در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و

جدول ۵. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت تعیین تفاوت پیش آزمون،

پس آزمون و پیگیری

مرحله ۱	مرحله ۲	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	معنی داری
پیش آزمون	پس آزمون	۱۲/۸۶۰	۱/۷۶۸	۰/۰۰۱
پیش آزمون	پیگیری	۱۲/۵۴۶	۱/۴۲۵	۰/۰۰۱
پس آزمون	پیگیری	۰/۵۱۹	۰/۲۱۰	۱

نتایج جدول ۶ نشان می دهد بین نمرات احساس تنهایی دانش آموزان پسر مقطع متوسطه دوم در مراحل پیش آزمون با پس آزمون، پیش آزمون با

جدول ۶. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی توکی برای دو گروه آزمایش

متغیر	گروه ها	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	معنی داری
احساس تنهایی	گروه واقعیت درمانی- گروه درمان پذیرش و تعهد	۲/۹۷۸	۰/۴۲۵	۰/۰۱

نتایج جدول ۶ نشان می دهد بین احساس تنهایی در دانش آموزان پسر مقطع متوسطه دوم در گروه آزمایشی واقعیت درمانی با گروه آزمایشی درمان پذیرش و تعهد تفاوت معنی دار وجود دارد و با توجه به شاخص های میانگین و اندازه اثر به دست آمده درمان واقعیت درمانی سبب ایجاد تغییرات بیشتر در احساس تنهایی در دانش آموزان پسر مقطع متوسطه دوم شد و این درمان قوی تر از درمان پذیرش و تعهد در این گروه از دانش آموزان است.

بحث و نتیجه گیری

هدف تحقیق حاضر مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی نوجوانان بود. نتایج بررسی نشان داد؛ رویکرد واقعیت درمانی نسبت به درمان پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی نوجوانان اثربخشی بیشتری دارد. هر دو رویکرد نیز در کاهش احساس تنهایی نوجوانان اثربخش است. پژوهش حاضر با پژوهش های (کال و همکاران، ۲۰۲۰)، تاروگو و همکاران (۲۰۲۰)، لاورنس و همکاران (۲۰۱۹)، مینا و همکاران (۱۴۰۲)، کمراتی و همکاران (۱۴۰۱) و کبودی (۱۴۰۱)، ابوسعیدی مقدم و همکاران (۱۳۹۹)، بهادری و همکاران (۱۴۰۰)، اسلامی حسن آبادی و همکاران (۲۰۲۳)، سوپنی و جوسو (۲۰۲۱)، و توملو و همکاران (۲۰۱۷) همسو بود. در خصوص مقایسه دو درمان پژوهش مشابهی یافت نشد.

برای تبیین نتایج مقایسه دو درمان باید گفت در گروه واقعیت درمانی به دانش آموزان آموزش داده شد که در هر موقعیت و در هر ارتباطی نیازهای

پیگیری تفاوت معنی دار وجود دارد. تفاوت بین پس آزمون با پیگیری معنی دار نیست که ناشی از ثبات درمان است. مقایسه میانگین ها نشان می دهد که احساس تنهایی دانش آموزان پسر مقطع متوسطه دوم در مرحله پس آزمون و مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون به طور معنی دار متفاوت است.

غالب خود را شناسایی کنند تا بتوانند ماهیت ارتباطات خود را بشناسند و مدیریت روابط را بهتر انجام دهند. وقتی دانش آموزان متوجه شدند که در هر موقعیت چه نیازی غالب است، احساس پشت این نیاز را بهتر درک کردند و کمتر احساس درماندگی و تنهایی کردند. در مقابل درمان پذیرش و تعهد درمانی به دانش آموزان آموخت که بر پذیرش افکار و احساسات منفی تمرکز کنند و در تلاش بود تا انعطاف پذیری آن ها را بیشتر کند. از این رو، شاید درمان پذیرش و تعهد مستقیماً وارد عمل نشده و برای نوجوانان که رفتارشان اغلب توسط هیجانانگشان ربوده شده است، کمی سخت گیرانه تر باشد که بتوانند هیجانانگ منفی خود را بپذیرند و منجر به اثربخشی کمتر درمان پذیرش و تعهد نسبت به واقعیت درمانی شده است (گویر و همکاران، ۲۰۱۶)؛ اما درمان مبتنی بر نظریه انتخاب گلاسر به دانش آموزان آموخت که به ارزش های درونی و نیازهای شخصی خود تمرکز داشته باشند و بر این اساس انتخاب های درست تری داشته و اهداف بهتری را برای زندگی خود برگزینند و به این اهداف تعهد سپرده و مسئولیت انتخاب های خود را برگزینند. آن ها آموختند که اگر انتخاب کرده اند تنها باشند و از اجتماع اجتناب کنند، یا باید مسئولیت این انتخاب را بپذیرند یا فعالانه در جهت تغییر انتخاب خود گام بردارند. انتخابی بر اساس ظرفیت های خود داشته باشند تا موفقیت خود را تضمین نمایند (فولکرسون، ۲۰۱۵).

در بحث احساس تنهایی، واقعیت درمانی به دانش آموزان آموخت که از مهم ترین عناصر هر کار کیفی از جمله تحصیل کردن، وارد کردن انسان های

ساکن در آن در دنیای مطلوب خودمان است که این امر تنها با نزدیک شدن به آن‌ها و انجام رفتارهای رابطه‌سازی چون تشویق، اعتماد، مذاکره و دوری از رفتارهای مخرب رابطه، مانند تهدید و تنبیه و باج دادن و... امکان‌پذیر است (فولکرسون، ۲۰۱۵). از سوی دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دانش‌آموزان کمک کرد که خود را از «خود مفهوم‌سازی» (به معنای چسبیدن به باورهای نامنعطف مثبت و منفی راجع به خودمان) که طرح‌واره‌هایی چون استحقاق یا نقص و شرم را ایجاد می‌کند و «آمیختگی یا همجوشی» (به معنای چسبیدن به باورهای نامنعطف مثبت و منفی راجع به دیگران) که طرح‌واره‌هایی چون بی‌اعتمادی را ایجاد می‌کند دور کرده به انعطاف‌پذیری بیشتری داشته باشند و بتواند به سایر افراد نزدیک شده و از احساس رهایی نجات یابد (کاشدان و سیاروچی، ۲۰۱۳).

درواقع در رویکرد درمان پذیرش و تعهد تلاش بر این است که به درمانجوها کمک کنند تا تصور نامناسب از خود را کنار بگذارند (والسر و همکاران، ۲۰۱۵). این درمان با ایجاد تغییر در ارتباط درمانجویان با افکار خود و کاستن از افکار خودشکن به آن‌ها یاری می‌رساند (کاشدان و سیاروچی، ۲۰۱۳). درمان پذیرش و تعهد به دانش‌آموزان نوجوان که در مرحله بحرانی از زندگی خود هستند کمک کرده است که خود را از تله‌های زبانی رها کرده و مقاومتشان در برابر رخدادهای ناگوار بیشتر شود. این درمان درمانجویان را با ارزش‌های خود آشنا می‌کند. آن‌ها یاد می‌گیرند که از این‌پس در جهت ارزش‌های خود حرکت کنند (والسر و همکاران، ۲۰۱۵). به‌طور خلاصه، درمان پذیرش و تعهد از الگوهای سنتی آسیب‌شناسی روانی پا را فراتر نهاده و در نحوه عملکرد انسان تجدیدنظر نموده است. در این رویکرد، تجارت منفی درونی دیگر اتفاقات مسئله‌سازی نیستند که نیاز به حل و فصل داشته باشند. درواقع مشاهده آرام و بدون قضاوت اتفاقات و پیشروی به سمت تجربه شخصی، حتی اگر افکار و احساسات دردناکی داشته باشیم، برای درمانجویان رشد شخصی به همراه خواهد داشت (ابوسعیدی مقدم و همکاران، ۱۳۹۹).

مفروضه اساسی واقعیت درمانی این است که انسان‌ها زمانی برای تغییر برانگیخته می‌شوند که اول اینکه قانع شده باشند با رفتار فعلی‌شان به‌جایی که می‌خواهند نمی‌رسند، دوم اینکه بفهمند رفتارهایی را انتخاب کنند که آن‌ها را به خواسته‌ها و اهدافشان برساند (ایتسوخوکوف و همکاران، ۲۰۲۳).

نوجوانان به این دلیل که با چالش‌های زیادی در خصوص بلوغ جنسی، روانی و اجتماعی و همچنین هویتی خود درگیر هستند، احتمال دارند دچار گیجی و سردرگمی باشند. در واقعیت درمانی سعی می‌شود به این گونه افراد کمک شود که با شناسایی هدف رفتاری خود، بر انتخاب‌های خود کنترل به دست آورند و مسئولیت خود در زمینه انتخاب‌ها را برعهده بگیرند. واقعیت درمانی کمک می‌کند که افراد درک کنند که کسی جز خود مسئولیت مشکلاتشان را ندارد و با ارزیابی مجدد خواسته‌ها و رفتارهایشان باید یاد بگیرند که تلاش بیشتری در جهت اهداف خود انجام دهند.

با توجه به یافته‌های مطرح‌شده و تبیین‌های ارائه‌شده، می‌توان نتیجه گرفت که واقعیت درمانی و درمان پذیرش و تعهد در کاهش احساس تنهایی نوجوانان پسر اثربخش هستند. با توجه به معناداری بیشتر واقعیت درمانی، پیشنهاد می‌شود رویکرد تئوری انتخاب جهت درمان مشکلات مرتبط با نوجوانی به‌خصوص احساس تنهایی به متخصصین روانشناسی نوجوانی آموزش داده شود.

از محدودیت‌های تحقیق می‌توان به جنسیت اشاره کرد که فقط پسران موردبررسی قرار گرفتند و نتایج قابل‌تعمیم به دختران نیست. تعداد نمونه بهتر است بیشتر باشد. استفاده از پرسشنامه خود گزارشی نیز می‌تواند از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر باشد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی گروه‌های دیگر را نیز مورد مطالعه قرار دهد، همچنین برای ارزیابی دقیق‌تر، در کنار پرسشنامه از مصاحبه نیز استفاده نماید. با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود در مدارس دوره دوم متوسطه که دانش‌آموزان دوره نوجوانی را سپری می‌کنند، آموزش‌های تئوری انتخاب و همچنین درمان پذیرش و تعهد به صورت فوق برنامه برای این گروه اجرا شود و برای مشاورین مدرسه دوره‌های آموزشی جهت ارتقاء سطح بهداشت روان نوجوانان به عنوان دوره ضمن خدمت در نظر گرفته شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: کد اخلاق این پژوهش توسط کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان با شماره IR.IAU.CHALUS.REC.1401.077 صادر شده است. این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول مقاله در دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان بوده است. لازم به ذکر است که قبل از انجام پیش آزمون، هدف از مطالعه، دادن اطمینان خاطر از محرمانه بودن و رعایت کردن اصل آزادی به اطلاع شرکت کنندگان خواهد رسید. بر این اساس ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل محرمانه ماندن اطلاعات، رضایت نامه کتبی برای شرکت در پژوهش و پرهیز از هرگونه آسیب به شرکت کنندگان بود.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان در این پژوهش تعارض منافع ندارند.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمام افراد، مسئولین مدارس، معلمان و دانش آموزانی که در انجام این پژوهش با ما همکاری داشتند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

منابع

References

- ابوسعیدی مقدم، نجمه، ثناگوی، غلامرضا، و شیرازی، محمود. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی، شرم و گناه زنان متقاضی طلاق. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۴(۱)، ۳۵-۵۴.
https://apsy.sbu.ac.ir/article_97310.html?lang=fa
 بحیرایی، هادی، دلاور، علی، و احدی، حسن. (۱۳۸۵). هنجاریابی مقیاس احساس تنهایی UCLA (نسخه سوم) در جامعه‌ی دانشجویان مستقر در تهران. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۱(۱)، ۱۸-۶.
<https://ensani.ir/fa/article/download/63772>
 بهادری، زهرا، جهانگیری، علی، و بخشی پور، ابوالفضل. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی «واقعیت درمانی» و «روایت درمانی» بر احساس تنهایی زنان سرپرست. *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*، ۱۱(۱)، ۳۶-۴۶.
<http://jhpm.ir/article-1-1443-fa.html>
 چگنی، لیلا، ابراهیمی، محمد اسماعیل، و صاحبی، علی. (۱۳۹۸). تأثیر آموزش تئوری انتخاب به والدین بر پرورشگری فرزندان دانش آموز آن‌ها در دوره ابتدایی. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۶(۱)، ۷۰-۸۲.
<http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.6.1.7>
 کبودی، م. (۱۴۰۱). تأثیر بازی درمانی گروهی بر سازش‌یافتگی اجتماعی، احساس تنهایی و مهار خشم در کودکان ۱۱-۱۲ سال. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱(۱۹)، ۲۱۹۹-۲۲۱۲.
<http://dx.doi.org/10.52547/JPS.21.119.2199>
 کمراتی، سیده مریم، زنگنه مطلق، فیروزه، پیرانی، ذبیح. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر کنترل عواطف نوجوانان دارای رفتارهای خود آسیب‌رسان. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱(۲۰)، ۲۴۶۹-۲۴۸۶.
<http://dx.doi.org/10.52547/JPS.21.120.2469>
 مینا، فاطمه، رمضانی، خسرو، کامکار، علی، و کرمی، محمد یاسین. (۱۴۰۲). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دشواری نظم‌جویی هیجانی در بیماران مبتلا به سرطان سینه. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۲(۱۳۰)، ۲۱۵۱-۲۱۶۸.
<http://dx.doi.org/10.52547/JPS.22.130.2151>
 هریس، آر. (۲۰۱۲). سیلی واقعیت: یافتن آرامش و خشنودی با وجود آسیب‌های زندگی. (ترجمه محمود. روغنچی، و سرویه. ویسی، و میلاد. جهانگیری، ۱۴۰۱). انتشارات ارجمند.

- Abosaidi Moghadam, N., Sanagouye Moharer, G., & Shirazi, M. (2020). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on feelings of loneliness, shame, and guilt in female applicants for divorce. *Journal of Applied Psychology*, 14(1), 35-54. (Persian). <https://doi.org/https://doi.org/10.52547/apsy.14.1.35>
 Afshari, E., Ebrahimi, M. I., & Haddadi, A. (2022). The Effect of Acceptance and Commitment Group Therapy on Emotional Divorce and Self-efficacy of Working Couples. *Journal of Community Health Research*, 11(4), 327-336. <http://dx.doi.org/10.18502/jchr.v11i4.11734>
 Agah, M. S., Ebrahimi, M. E., Sahebi, A., & Zarabian, M.-K. (2021). Effectiveness of Choice Theory Training on Suicidal Tendency. *Avicenna Journal of Neuro Psychology*, 8(4), 172-177. <http://dx.doi.org/10.32592/ajnp.2021.8.4.101>
 Antunes, J. T., Machado, Í. E., & Malta, D. C. (2022). Loneliness and associated factors among Brazilian adolescents: results of national adolescent school-based health survey 2015. *Jornal de Pediatria*, 98, 92-98. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2021.04.004>
 Bahadori, Z., Jahangiri, A., Bakhshipour, A. (2022). Comparison of the Effectiveness of Reality Therapy and Narrative Therapy on the Feeling of Loneliness of Female-Headed Households. *Journal of Health Promotion Management*, 11(1), 36-46. (Persian). <https://jhpm.ir/article-1-1443-en.html>
 Bahirayi, H., Delavar, A., & Ahadi, H. (2006). Standardization of UCLA Loneliness Scale (version 3) on students attending universities in Tehran. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 1(1), 6-18. (Persian). <https://ensani.ir/fa/article/download/63772>
 Chegini, L., Ebrahimi, M.I., & Sahebi, A. (2019). The Effect of Choice Theory Training to Parents on the Aggression of Their Children in Elementary School. *Journal of Child Mental Health*, 6(1), 70-82. (Persian). <http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.6.1.7>
 Doorley, J. D., Goodman, F. R., Kelso, K. C., & Kashdan, T. B. (2020). Psychological flexibility: What we know, what we do not know, and what we think we know. *Social and Personality Psychology Compass*, 14(12), 1-11. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/spc3.12566>
 Eslami Hasanabadi, F., Mahdian, H., & Eslami, M. (2023). The effectiveness of Reality Therapy on Emotional Balance & Responsibility of adolescents.

- Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*, 4(1), 1-8. <http://dx.doi.org/10.52547/jspnay.4.1.1>
- Fulkerson, M. H. (2015). *Treatment planning from a reality therapy perspective*. iUniverse.
- Glasser, W. (2000). *Reality therapy in action*. HarperCollins Publishers.
- Guyer, A. E., Silk, J. S., & Nelson, E. E. (2016). The neurobiology of the emotional adolescent: From the inside out. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 70, 74-85. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.07.037>
- Halvorsen, M. B., Helverschou, S. B., Axelsdottir, B., Brøndbo, P. H., & Martinussen, M. (2023). General measurement tools for assessing mental health problems among children and adolescents with an intellectual disability: A systematic review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(1), 132-204. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10803-021-05419-5>
- Harris, R. (2012). *The Reality Slap: How to Survive and Thrive When Life Hits Hard*. Australia: Exisle Publishing.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford press.
- Itzhakov, G., Weinstein, N., Saluk, D., & Amar, M. (2023). Connection heals wounds: feeling listened to reduces speakers' loneliness following a social rejection disclosure. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 49(8), 1273-1294. <https://doi.org/10.1177/01461672221100369>
- Kaboodi M. (2022). The effect of group play therapy on social adjustment, control of anger, and loneliness of children between 11-12. *Journal of Psychological Science*. 21(119), 2212-2199. (Persian). <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.21.119.2199>
- Käll, A., Jägholm, S., Hesser, H., Andersson, F., Mathaldi, A., Norkvist, B. T., Shafran, R., & Andersson, G. (2020). Internet-based cognitive behavior therapy for loneliness: a pilot randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 51(1), 54-68. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.05.001>
- Kashdan, T. B., & Ciarrochi, J. V. (Eds.). (2013). *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being*. New Harbinger Publications.
- Komarati, S.M., Zangeneh Motlagh, F., & Pirani, Z. (2022). Comparison of the efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) and mindfulness therapy on emotions control of adolescents with self-injury behaviors. *Journal of Psychological Science*. 21(120), 2469-2486. (Persian). <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.21.120.2469>
- Lawrence, V., Kimona, K., Howard, R. J., Serfaty, M. A., Wetherell, J. L., Livingston, G., Wilkinson, P., Walters, K., Jones, R., & Wuthrich, V. M. (2019). Optimising the acceptability and feasibility of acceptance and commitment therapy for treatment-resistant generalised anxiety disorder in older adults. *Age and ageing*, 48(5), 741-750. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/ageing/afz08>
- Mahmoudpour, A., Rayesh, N., Ghanbarian, E., & Rezaee, M. (2021). Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on emotional regulation and loneliness of divorced women in Iran. *Journal of Marital and Family Therapy*, 47(4), 831-842. <https://doi.org/DOI:10.1111/jmft.12492>
- Mina, F., Ramezani, K., Kamkar, A., & Karami, M. (2023). Investigating the efficacy of acceptance and commitment therapy on the difficulty of emotional regulation in breast cancer patients. *Journal of Psychological Science*, 22(130), 2151-2168. (Persian). <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.22.130.2151>
- Quan, N. G., Lohman, M. C., Resciniti, N. V., & Friedman, D. B. (2020). A systematic review of interventions for loneliness among older adults living in long-term care facilities. *Aging & mental health*, 24(12), 1945-1955. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1673311>
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of personality assessment*, 66(1), 20-40. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2
- Supeni, I., & Jusoh, A. J. (2021). Psychological Aspects of the Choice Theory Reality Therapy (CTRT) Approach on Sexual Misconduct: Cases In Women's Shelters. *International Journal of Education, Information Technology, and Others*, 4(4), 708-722. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5775936>
- Tarugu, J., Pavithra, R., Vinothchandar, S., Basu, A., Chaudhuri, S., & John, K. (2019). Effectiveness of structured group reminiscence therapy in decreasing the feelings of loneliness, depressive symptoms and anxiety among inmates of a residential home for the elderly in Chittoor district. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 6(2), 847-854. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/ageing/afz08>

[//pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sea-201021](https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sea-201021)

- Towey-Swift, K. D., Lauvud, C., & Whittington, R. (2023). Acceptance and commitment therapy (ACT) for professional staff burnout: a systematic review and narrative synthesis of controlled trials. *Journal of Mental Health*, 32(2), 452-464. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.2022628>
- Tümlü, G. Ü., Akdoğan, R., & Türküm, A. S. (2017). The process of group counseling based on reality therapy applied to the parents of disabled children. *International journal of early childhood special education*, 9(2), 81-97. <https://doi.org/10.20489/intjecse.368465>
- Verity, L., Yang, K., Nowland, R., Shankar, A., Turnbull, M., & Qualter, P. (2022). Loneliness from the adolescent perspective: A qualitative analysis of conversations about loneliness between adolescents and Childline counselors. *Journal of Adolescent Research*, 07435584221111121. <https://doi.org/10.1177/07435584221111121>
- Walser, R. D., Garvert, D. W., Karlin, B. E., Trockel, M., Ryu, D. M., & Taylor, C. B. (2015). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in treating depression and suicidal ideation in Veterans. *Behaviour research and therapy*, 74, 25-31. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.08.012>