

Investigating the Effectiveness of Reality Therapy on Aggression, Psychological Flexibility and Self-efficacy in Career Decision-Making of Teenage Girls

Farzaneh Al-Sadat Razavi^{1*}

1. PhD student, Consulting Department, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran

*Corresponding Author: Farzaneh Al-Sadat Razavi, Email: alesdatf@gmail.com

Received: 21 February 2024

Accepted: 22 December 2023

Abstract

Background & Aim: Adolescence is the period of formation of personality structure and all the main characteristics of personality, career tendencies and work values are formed in this period. Therefore, this research was conducted with the aim of investigating the effect of reality therapy on aggression, psychological flexibility and self-efficacy of career decision-making in adolescent girls.

Materials & methods: The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. The research population included all adolescent girls in Yazd city who were studying in the second secondary level in the academic year of 1401-1402, and from these, 2 groups of 16 people were selected by cluster sampling and randomly divided into two intervention groups and a control group. and responded to Bass and Perry aggression questionnaire (1978), psychological flexibility questionnaire by Hayes (2000) and Betz and Taylor self-efficacy questionnaire (1983) in two stages of pre-test and post-test. The subjects of the experimental group underwent group face reality therapy for 1 session of 60 minutes per week for 2 months, but no training was given to the control group during this period. The data were statistically analyzed using multivariate and univariate analysis of covariance with a significance level of $p < 0.05$ and using SPSS version 23 software.

Results: The survey results showed; In the variable of aggression, there is a significant difference between the significance of the reality therapy approach and the control group ($p < 0.003$), but in the variable of psychological flexibility, no significant difference was seen between the mean of the control group and reality therapy intervention, and between the reality therapy approach and the control group in the variable of job self-efficacy. There was a significant difference ($p < 0.01$).

Conclusion: Therefore, according to the nature of skills training, reality therapy has been effective on aggression and career decision-making self-efficacy of adolescent girls, and the results of this research can be used to improve aggression in adolescents with identity crisis.

Keywords: Reality Therapy, Aggression, Cognitive Flexibility, Self-efficacy, Adolescent

How to cite this article: Al-Sadat Razavi F. Investigating the Effectiveness of Reality Therapy on Aggression, Psychological Flexibility and Self-efficacy in Career Decision-Making of Teenage Girls. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2024; Vol 9(3): 292 – 307. <https://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-588-fa.html>.

بررسی تاثیر واقعیت درمانی بر پرخاشگری، انعطاف پذیری روان شناختی و خودکارآمدی تصمیم گیری شغلی دختران نوجوان

فرزانه السادات رضوی*

۱. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران

*نویسنده مسئول: فرزانه السادات رضوی، ایمیل: alesdatf@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۰۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۰۱

چکیده

زمینه و هدف: دوره نوجوانی دوره شکل گیری ساختار شخصیت است و همه ویژگی‌های اصلی شخصیت، تمایلات شغلی و ارزش‌های کاری در این دوره شکل می‌گیرد. لذا این پژوهش با هدف، بررسی تاثیر واقعیت درمانی بر پرخاشگری، انعطاف پذیری روان شناختی و خودکارآمدی تصمیم گیری شغلی دختران نوجوان انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل کلیه نوجوانان دختر شهر یزد بودند که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ در مقطع دوم متوسطه مشغول به تحصیل بودند و از این تعداد، ۲ گروه ۱۶ نفری به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه مداخله و گروه کنترل تقسیم شدند و به پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (۱۹۷۸)، پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان شناختی توسط هیز (۲۰۰۰) و پرسشنامه خودکارآمدی تصمیم‌گیری شغلی بتز و تایلور (۱۹۸۳) در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون پاسخ دادند. آزمودنی‌های گروه آزمایش تحت واقعیت درمانی صورت گروهی، به مدت ۲ ماه هفته‌ای ۱ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند، اما در این مدت به گروه کنترل هیچ آموزشی داده نشد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک متغیره و سطح معنی‌داری $p > 0/05$ و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج بررسی نشان داد؛ در متغیر پرخاشگری بین معنی‌داری رویکرد واقعیت‌درمانی و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/003$) ولی در متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی هیچ اختلاف معنی‌داری بین میانگین گروه کنترل و مداخله واقعیت‌درمانی دیده نشد و بین رویکرد واقعیت‌درمانی و گروه کنترل در متغیر خودکارآمدی شغلی تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: بنابراین، واقعیت‌درمانی با توجه به ماهیت آموزش مهارت‌ها بر پرخاشگری و خودکارآمدی تصمیم‌گیری شغلی دختران نوجوان موثر بوده است و می‌توان از نتایج این پژوهش برای بهبود پرخاشگری در نوجوانان دچار بحران هویت استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: واقعیت‌درمانی، پرخاشگری، انعطاف‌پذیری شناختی، خودکارآمدی، نوجوان

پرخاشگری در سنین نوجوانی یکی از چالش‌هایی است که نوجوانان با آن مواجه هستند. برخی تغییرات جسمانی و روانی زمینه‌ساز بروز خشم و رفتار پرخاشگرانه در نوجوان هستند.

اگر نوجوانان بیش از اندازه خشمگین شوند و نتوانند رفتار خود را کنترل کنند، این مسئله می‌تواند آسیب زنده باشد، پرخاشگری عبارت است از حالت منفی ذهنی با نقص‌ها و انحرافات شناختی و رفتارهای ناسازگارانه و همچنین به رفتار آشکار اعم از فیزیکی و کلامی اطلاق می‌شود که منجر به آسیب رساندن به شخص، شیء و یا سیستم دیگر می‌شود (۲). Roberton و همکاران (۲۰۱۲) (۳) پرخاشگری را یکی از مهم‌ترین مشکلات دوره نوجوانی در همه فرهنگ‌ها معرفی کرده و آن را به عنوان آمادگی برای ابراز خشم تعریف میکنند. پرخاشگری به شیوه‌های مختلف ابراز می‌گردد؛ گاهی به صورت خشم فرو خورده می‌شود و گاهی به افراد و اشیاء بیرونی معطوف می‌گردد (۴).

از آنجا که همزمان با تغییرات شناختی، فرد نوجوان دوره بلوغ و تغییرات هورمونی و فیزیولوژیکی ناشی از آن را سپری می‌کند، احتمال بروز پرخاشگری در او زیاد می‌شود (۵) این در حالی است که پرخاشگری می‌تواند پیامدهای منفی زیادی از جمله تصویر ذهنی منفی در میان همسالان و آموزگاران، طرد از سوی همسالان، افت تحصیلی، مصرف مواد، مشکلات ارتباطی با خانواده و بزهکاری برای نوجوانان در پی داشته

مقدمه

نوجوانی، مرحله گذار رشد فیزیکی و روانی انسان است که میان کودکی و جوانی روی می‌دهد. این گذار، تغییرات زیستی بلوغ جنسی، اجتماعی، و روان‌شناختی را در بر می‌گیرد، هرچند که از میان این‌ها تنها تغییرات زیستی و روان‌شناختی را می‌توان به آسانی اندازه‌گیری کرد. در سال‌های اخیر، آغاز بلوغ در پیش نوجوانی (پیش از نوجوانی) به نوعی افزایش داشته است (به‌ویژه در دختران، با بلوغ زودهنگام و زودرس)، و نوجوانی گاهی در آن‌سوی سال‌های نوجوانی (به‌ویژه در پسران) امتداد داشته‌است. این تغییرات تعریفی منسجم از چارچوب زمانی نوجوانی را دشوارتر ساخته‌است. در بسیاری از پژوهش‌ها نوجوانی را به دو دوره تقسیم می‌کنند: نوجوانی اولیه (۱۲-۱۶ سالگی) و اواخر نوجوانی (۱۷-۲۰ سالگی). پایان نوجوانی و آغاز جوانی و بزرگسالی بسته به کشورهای مختلف و نسبت به کاربردش متغیر است؛ و حتی فراتر از آن در درون یک کشور یا خورده فرهنگ هم ممکن است سنین متفاوتی برای بلوغ (از نظر دوره‌بندی و قانونی) به منظور سپردن وظایف مشخص در جامعه، در نظر گرفته شود (۱).

چیز نشات می‌گیرد: ناتوانی نسبی در اتخاذ چشم‌انداز دیگران، ناتوانی در احساس درد دیگران و ناتوانی در گشودگی هیجانی. افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند بر هر سه عامل اثر بگذارد.

منظور از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی توانایی تماس با لحظه لحظه‌های زندگی و تغییر یا تثبیت رفتار است، رفتاری که بر حسب موقعیت، همسو با ارزش‌های فرد باشد (۱۰)، فرآیندهای دستیابی به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از شش اصل کمک می‌گیرند تا افراد بتوانند به انعطاف‌پذیری برسند: گسلش شناختی، پذیرش، تماس با لحظه اکنون، خویشن مشاهده گر، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه (۱۱) الگوهای رفتاری سازگارانه مطابق با تغییرات محیطی و توانایی تغییر مجموعه شناختی آن، قسمت اصلی سازگاری حاصل از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (۱۲)، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی سازگار کند براین اساس، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با بهزیستی روانی و آسیب‌پذیری در طیف گسترده‌ای از ناراحتی که شامل افسردگی، اضطراب و ناراحتی‌های روانی عمومی می‌شود، رابطه دارد (۱۳).

یکی از عوامل احتمالی ایجادکننده پرخاشگری در نوجوانان فشارهای زیادی است که باید در مسیر انتخاب رشته تحصیلی

باشد (۶) در واقع، در این سنین است که بسیاری از نیازهای افراد آشکار می‌شوند و عدم ارضای آنها می‌تواند به افزایش مشکلات سلامت روانی در نوجوانان منجر شود. نیازها به عنوان خوراک درونی و روان‌شناختی شناخته می‌شوند که برای دوام روان‌شناختی و بهزیستی و انسجام زندگی نوجوانان ضروری هستند (۷).

علاوه بر این واکنش‌های فیزیولوژیک ناشی از پرخاشگری، عامل پیش‌بینی مهم در بروز بیماری‌های قلبی و عروقی در آینده می‌باشد (۵) همچنین رفتارهای پرخاشگرانه نوجوانان در فرهنگ‌های مختلف با رفتارهای ضد اجتماعی در دوره بزرگسالی رابطه نزدیک دارد (۸). فرد با پرخاشگری، فرصت یادگیری مهارت‌های ضروری برای مقابله موثر با رویدادهای مختلف را از دست داده و زمینه را برای تداوم پرخاشگری و مشکلات ناشی از آن فراهم می‌کند (۹).

از عواملی که می‌تواند مانع از تبدیل خشم به پرخاشگری شود، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. در حقیقت طبق این دیدگاه، خشم و قضاوت احساسات زودگذر ما هستند که مانند ابرهای آسمان یا فصل‌های در حال تغییر، می‌آیند و می‌روند و می‌توان با ذهن آگاهی، پذیرش، گسلش، تمرکز بر ارزش‌ها مانع از تبدیل شدن احساس خشم به پرخاشگری ناکارآمد شد (۳). نتایج بررسی‌های هیز و همکاران (۱) نشان می‌دهد دلیل نشان دادن تعصب و پرخاشگری به دیگران از سه

و رشته شغلی آینده خود متحمل شوند. در حقیقت انسان بودن سخت است و نوجوان بودن راحت تر از آن نیست (۱۴). در واقع، دوره نوجوانی زمان تصمیم گیری های بزرگی مانند انتخاب رشته تحصیلی است که می تواند آینده شغلی و بخش بزرگی از زندگی فرد را تحت تاثیر قرار دهد ازین رو خودکارآمدی تصمیم گیری مسیر شغلی یکی از مهم ترین دغدغه های این دوره سنی به شمار می رود زیرا شروع مسیر شغلی افراد و پایه انتخاب های آینده شغلی آنها در این سن شکل می گیرد. شغل افراد یکی از عمده ترین دلایل تنیدگی در زندگی آنهاست (۱۵). شغل برای هر فرد به عنوان عامل تشکیل دهنده هویت اجتماعی، منبع تأمین نیازهای زندگی و تشکیل دهنده روابط اجتماعی محسوب می شود (۱۴).

تصمیم گیری شغلی مناسب امری مهم برای افراد جویای شغل است. فرد با تصمیم گیری شغلی علاوه بر اینکه شغلی را انتخاب می کند، سبک زندگی مخصوصی را نیز انتخاب می کند و آگاهانه یا ناخودآگاه مواردی مانند مقام، نیاز به ادامه تحصیل، مهارت گذراندن اوقات فراغت و محیط شغلی خود را انتخاب می کند (۱). در واقع درگیری تصمیم گیری شغلی مجموعه عملیاتی است که فرد ضمن تعیین شغل، از جانب خود متکلف می شود که با انجام رفتارهای ضروری و بهره گیری از انتخاب خود به مرحله اجرا برسد (۱۶). خودکارآمدی، باور و قضاوت شخص از توانایی خود برای

انجام یک تکلیف خاص می باشد، از نظر نظریه پردازان شناختی اجتماعی عبارت است از قضاوت های افراد در مورد توانایی هایشان نسبت به انجام تکلیف ویژه و پیوند نزدیکی با مراقبت از خود دارد و به معنی ایمانی است که شخص به خود دارد و رفتاری خاص را با موفقیت اجرا کند و انتظار نتایج حاصل از آن را داشته باشد. در واقع درک فرد از توانایی خود، باعث به کار بردن رفتارهای خود مراقبتی در جهت رسیدن به نتایج دلخواه می شود (۱۷). در واقع، خودکارآمدی عموماً به اعتماد فرد نسبت به خود برای تولید وظایف یا مسئولیت های خاص به طور صحیح و مؤثر و ارزیابی توانایی انجام یک رفتار خاص در شرایط خاص اشاره دارد، همچنین، خودکارآمدی احساسی است که فرد از شایستگی، کفایت و قابلیت کنار آمدن با چالش های زندگی در خود دارد (۱۶). باور شخص در مورد توانایی هایش برای حصول به سطوح تعیین شده خودکارآمدی می باشد. اینکه ما معیارهای رفتارمان را تا چه اندازه درست برآورد کرده باشیم، احساس کارآیی شخصی ما را تعیین می کند. کارآیی شخصی احساس های شایستگی، کفایت و قابلیت در کنار آمدن با زندگی است. برآورده کردن و حفظ معیارهای عملکرد، کارآیی شخصی را افزایش می دهد، ناکامی در برآوردن و حفظ این معیارها، آن را کاهش می دهد (۱۷). علاوه بر این، خودکارآمدی به صورت مستقیم و غیرمستقیم با رفتار افراد مرتبط بوده و

مهم تحولی هدف کلی این پژوهش بررسی مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی بر پرخاشگری انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خودکارآمدی مسیر شغلی می‌باشد. تا ضمن بررسی اثربخشی هر رویکرد، رویکردی که تاثیر بیشتری دارد برای نوجوانان بکار گرفته شود. بنابراین هدف این پژوهش عبارت بود از اثربخشی، واقعیت‌درمانی بر پرخاشگری، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خودکارآمدی تصمیم‌گیری شغلی در دانش آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر یزد که سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ انجام شد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه ناحیه دو شهر یزد به تعداد ۴۷۶۹ نفر که از دو دبیرستان ناحیه دو است. از بین آنها ابتدا براساس حجم جامعه و جدول مورگان، با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تعداد ۳۲ دانش‌آموز انتخاب شدند و در دو گروه (آزمایش و کنترل) به طور تصادفی گمارش کردیم. نمونه‌گیری پژوهش حاضر براساس شیوه هدفمند درکل مدارس متوسطه ناحیه دو از نواحی آموزش و پرورش شهر یزد بود. بدین صورت که براساس استعلام از آموزش و پرورش شهر یزد تعداد دانش‌آموزان دختر ناحیه دو مقطع متوسطه دوم برابر با ۴۷۶۹ نفر اعلام گردید. ابتدا برای به دست

می‌تواند نقش مؤثری در چگونگی مقابله با چالش‌های مختلف داشته باشد و یک رابطه مستقیم با خودمدیریتی فرد، مشارکت در رفتارها و کیفیت زندگی افراد دارد که با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مانند مدیریت استرس، روابط اجتماعی بین فردی ارتباط مثبت دارد (۱۸).

واقعیت‌درمانی علت مشکلات روان‌شناختی را در انتخاب‌های افراد و عدم مسئولیت فرد در ارضای نیازهای خود می‌داند، در این درمان تلاش می‌شود که افراد از طریق انتخاب‌های بهتر بتوانند نیازهای بنیادین خود را برآورده سازند (۱۹). هدف اصلی رویکرد واقعیت‌درمانی، کمک به افراد برای آگاهی از نیازهای خود، پایش رفتار و انجام انتخاب‌های مناسب است (۲۰). واقعیت‌درمانی مشکل اساسی اغلب افراد را مربوط به نداشتن روابط رضایت‌بخش یا موفق در هنگام تعامل با افرادی می‌داند که در زندگی فرد به حمایت آن‌ها نیاز دارد (۲۱). به نظر می‌رسد واقعیت‌درمانی با توجه به تاکید بر ارزش‌ها و اهداف، تاکید بر لزوم برقراری رابطه موثر با دیگران در مسیر شادکامی و موفقیت و سایر ویژگی‌های درمان‌های موج سوم رفتاری، می‌تواند مداخلاتی موثر بر پرخاشگری انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خودکارآمدی مسیر شغلی باشند (۲۲). البته برای پژوهشگران این پرسش مطرح است که کدام رویکرد بر کدام متغیرها موثرتر است. بر همین اساس و با توجه به اهمیت نوجوانی به عنوان یک مرحله

آوردن نمونه کافی از جدول مورگان استفاده شد که حجم نمونه ۳۵۶ نفر برآورد گردید. سپس دو مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شدند و در گام بعدی از هر مدرسه ۶ کلاس، پیش آزمون پرسشنامه پرخاشگری را تکمیل کردند. در مرحله بعد از بین نوجوانانی که براساس پرسشنامه بالاترین نمرات را دریافت کردند و تمایل به شرکت در این پژوهش داشتند ۳۲ دانش‌آموز به عنوان نمونه‌ی اصلی انتخاب شدند. تعداد مطلوب برای گروه‌های نمونه در پژوهش‌های مداخله‌ای حداقل نه نفر است، در نهایت آزمودنی‌ها به دو گروه درمان مبتنی بر واقعیت‌درمانی (۱۶ نفر) و یک گروه کنترل (۱۶ نفر) تقسیم شدند و به پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (۱۹۷۸)، پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی توسط هیز (۲۰۰۰) و پرسشنامه خودکارآمدی تصمیم‌گیری شغلی بتز و تایلور (۱۹۸۳) در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون پاسخ دادند. آزمودنی‌های گروه آزمایش تحت آموزش واقعیت‌درمانی و به صورت گروهی (در قالب آموزش و انجام مهارت‌ها به عنوان تکالیف خانگی)، به مدت ۲ ماه هفته‌ای ۱ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در اتاق مشاوره آموزش و پرورش ناحیه دو شهر یزد در روزهای پنج‌شنبه به علت نداشتن مدرسه قرار گرفتند، اما در این مدت به گروه کنترل هیچ آموزشی داده نشد و با توجه به در نظر گرفتن اخلاق با افراد گروه کنترل صحبت شد و درمان واقعیت‌درمانی بعد از اجرای درمان بر روی این افراد

انجام شد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: ۱. دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه؛ ۲. دانش‌آموزان دختر؛ ۳. دانش‌آموزان شهر یزد؛ ۴. عدم دریافت درمان روانشناختی همزمان با هدف درمان اختلال پرخاشگری؛ ۵. رضایت به شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج عبارت بودند از: دانش‌آموزانی که در بیش از ۲ جلسه پی‌دی‌پی و ۳ جلسه نامتناوب غایب بودند.

ابزار پژوهش عبارت بود از؛ (۱) پرسشنامه پرخاشگری باس و پری؛ نسخه جدید پرسشنامه پرخاشگری که نسخه قبلی آن تحت عنوان پرسشنامه خصومت بود، توسط Buss و Perry در سال ۱۹۹۲ مورد بازنگری قرار گرفت. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است که شامل ۲۹ عبارت و چهار زیر مقیاس است، که عبارت است از پرخاشگری بدنی (PA)، پرخاشگری کلامی (VA)، خشم (A) و خصومت (H). آزمودنی‌ها به هر یک از عبارات در یک طیف ۵ درجه‌ای از: کاملاً شبیه من است: ۵، تا حدودی شبیه من است: ۴، نه شبیه من است نه شبیه من نیست: ۳، تا حدودی شبیه من نیست: ۲، تا به شدت شبیه من نیست: ۱. دو عبارت ۹ و ۱۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل برای پرخاشگری با مجموع نمرات زیرمقیاس‌ها به دست می‌آید. نمره کل برای پرخاشگری با مجموع نمرات زیرمقیاس‌ها به

است. پایایی آزمون- بازآزمون این پرسشنامه به وسیله بوند و همکاران همسانی درونی آن ۰/۸۴ به دست آمده است (۲۶). ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه توسط صفرزائی و همکاران ۰/۵۹ گزارش شده است (۲۷).

(۳) پرسشنامه خودکارآمدی تصمیم‌گیری مسیر

شغلی: این مقیاس را تیلور و بتز در سال ۱۹۸۳ تدوین کردند، این پرسشنامه پنج شایستگی در زمینه انتخاب شغل براساس مدل کرایتز^۲ (۱۹۶۱) را ارزیابی می‌کند. بنابراین این پرسشنامه ۵ حیطه‌ها دارد: (۱) ارزیابی مناسب از خود، (۲) جمع‌آوری اطلاعات شغلی، (۳) انتخاب هدف، (۴) طرح ریزی برای آینده، (۵) حل مسأله. پرسشنامه بر روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از نداشتن اعتماد به نفس تا اعتماد به نفس کامل است. تعداد سؤالات این آزمون ۲۵ سؤال است. تیلور و بتز در سال ۱۹۸۳، پایایی ۰/۹۷ از طریق آلفای کرونباخ را برای این مقیاس محاسبه کردند (۲۸). ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه توسط پریشانی و نیلفروشان ۰/۷۸ گزارش شده است (۱۷).

(۴) واقعیت‌درمانی: این پروتکل در سال ۱۹۶۰ توسط

ویلیام گلسر تدوین شد که عبارت است از واقع‌گرایی^۳، مسئولیت‌پذیری^۴ و تفکیک درست و غلط^۵. مکتب واقعیت

دست می‌آید. باس و پری ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را ۰/۸۹ و پایایی آن را با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند (۲۳). ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه توسط سامانی ۰/۷۸ گزارش شده است (۲۴). همچنین همبستگی بالای عوامل با نمره کل پرسشنامه، همبستگی ضعیف عوامل با یکدیگر و مقادیر ضریب آلفا همگی نشان‌دهنده کفایت و کارایی این پرسشنامه برای کاربرد پژوهشگران، متخصصان و روانشناسان در ایران است. حسین خانزاده و همکارانش (۲۵) طی پژوهشی میان دانشجویان برای تعیین پایایی این پرسشنامه از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده کرده و ضرایب به دست آمده برای کل پرسشنامه به ترتیب برابر ۰/۸۹ و ۰/۹۰ بوده است که بیانگر ضریب پایایی مطلوب می‌باشد.

(۲) پرسشنامه پذیرش و عمل بوند و همکاران: برای

سنجش تجربی / انعطاف‌ناپذیری روانشناختی، به ویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته تدوین شده و دارای ۷ پرسش است. پرسش‌های این پرسشنامه براساس مقدار توافق در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (هرگز تا همیشه ۷) رتبه‌بندی می‌شود. نمره‌های بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایتتر و اجتناب تجربی بالاتر

-
- 2 Crites
 - 3 Reality
 - 4 Responsibility
 - 5 Right and wrong

-
- 1 Acceptance and Action Questionnaire-Revised (AAQ-R)

مراجعه کننده است و با پرداخت و آموزش حق انتخاب آینده‌ای بهتر برای مراجع سروکار دارد. در این شیوه درمانی مراجعه کنندگان به فهم این مسئله هدایت می‌شوند که واقعاً چه می‌خواهند و در شرایط حاضر چطور می‌توانند به‌طور صحیح در راستای رسیدن به این اهداف رفتار کنند (۲۳). به گروه آزمایش دوم، جلسات واقعیت درمانی براساس مدل گلاسر داده شد که محتوای جلسات آن در جدول شماره ۲ ارایه شده است.

درمانی عنوان می‌کند که فرد، نه از یک بیماری بدنی روانی، که از شرایط انسانی، اجتماعی و جهانی رنج می‌برد. با این توصیف عدم توفیق فرد در نیل به نیازهای اساسی شخص موجب می‌شود رفتارهای وی از هنجارهای تعریف شده فاصله گیرد. از آنجایی که نیازهای ضروری بخشی از زندگی حاضر فرد محسوب می‌شود، واقعیت درمانی خود را درگیر مسائل گذشته مراجع نمی‌کند. همچنین اصول این شیوه درمانی خود را درگیر مسائل مرتبط با ناخودآگاه نمی‌کند. واقعیت درمانی با اتکای به مشاوره و حل مسئله و با تمرکز بر زمان حال

جدول شماره ۱: خلاصه محتوای جلسات واقعیت درمانی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه توجیهی	توضیح قوانین گروه، برقراری ارتباط مناسب با اعضای گروه، اجرای پیش آزمون، ارایه برنامه جلسات و زمان بندی آنها، اشتراک اهداف جلسات آموزشی با تمام اعضای گروه
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، بیان هدف گروه، مقدماتی درباره تاریخچه تئوری انتخاب.
دوم	چرایی و چگونگی صدور رفتار از سوی فرد، معرفی پنج نیاز اساسی.
سوم	معرفی کنترل بیرونی و درونی، آموزش اصول ده گانه تئوری انتخاب، و جایگزینی رفتارهای سازنده.
چهارم	جهان واقعی و جهان مطلوب، چهار مؤلفه رفتار کلی: فکر، عمل، احساس و فیزیولوژی، معرفی ماشین رفتار.
پنجم	ساخت تصویر واقع گرایانه از اهداف، معرفی ویژگی های هدف.
ششم	طرح و برنامه ریزی برای دستیابی به هدف، روش های هدف چینی.
هفتم	گام های عملی در جهت اهداف، کارت های توانمندی. گام های عملی در جهت اهداف.
هشتم	مسئولیت پذیری و زندگی مسئولانه، جمع بندی.

شغلی در دانش آموزان دختر دوره متوسطه شهر یزد است. نمونه‌ی آماری این پژوهش ۳۲ نفر بودند که در دو گروه ۱۶ مداخله واقعیت درمانی و گروه کنترل تقسیم شدند که در حین مداخله یک نفر از گروه مداخله به علت غیبت های بیش از حد کنار گذاشته شد. میانگین سن گروه مداخله $0/414 \pm$ و $16/8$ و گروه کنترل $0/352 \pm$ و $16/1$ بود که براساس نتایج

داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک متغیره و سطح معنی داری $p > 0/05$ و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی اثربخشی واقعیت درمانی بر پرخاشگری، انعطاف پذیری روان شناختی و خودکارآمدی

تحلیل واریانس هر سه گروه به لحاظ سن ($P > 0.05$) تفاوت بودند.

آماري معناداري نداشتند و هر دو گروه از لحاظ سن همتا

جدول شماره ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای وابسته

تعداد	انحراف معیار	میانگین	گروه	
۱۵	۱۳/۵۲۶	۹۱/۳۳	مداخله	پرخاشگری
۱۶	۱۹/۴۱۳	۷۲/۲۵	کنترل	
۱۵	۱۴/۹۷۸	۷۸/۷۳	مداخله	انعطاف‌پذیری روان‌شناختی
۱۶	۱۱/۰۰۲	۷۴/۸۸	کنترل	
۱۵	۱۲/۶۱۰	۶۷/۰۰	مداخله	خودکارآمدی شغلی
۱۶	۱۲/۲۲۳	۷۲/۲۵	کنترل	

واریانس های خطای متغیرهای وابسته در گروه‌ها از آزمون

لون یاری گرفته شد.

با توجه به نتایج و سطوح معنی‌داری، فرض صفر برابری

واریانس‌ها در متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با توجه به

سطح معنی‌داری ۰/۴۱۶ که از ۰/۰۵ بیشتر است، تایید شده و

در دو متغیر دیگر با توجه به پایین بودن این مقدار، در سطح

۰/۹۵ تایید نمی‌شود. برای بررسی فرضیه همگنی واریانس‌ها و

کوواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد و با توجه به فرض

صفر مبنی بر همگنی ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در

گروه‌ها و سطح معنی‌داری ۰/۰۱۹ که کمتر از ۰/۰۵ است، این

فرضیه با سطح اطمینان ۰/۹۵ تایید نمی‌شود. با توجه به بررسی

پیش‌فرض‌های تحلیل برای ادامه روند از تحلیل آنالیز

کواریانس استفاده می‌کنیم.

به منظور بررسی پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل‌های

پارامتریک، ابتدا با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک

و کلموگروف-اسمیرنوف به بررسی نرمال بودن داده‌های

متغیرهای پرخاشگری، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و

خودکارآمدی شغلی استفاده شد و نتایج نشان داد، فرض صفر

مبنی بر استقلال داده‌ها در این آزمون برای هر سه متغیر با

توجه به سطوح معنی‌داری که همگی از ۰/۰۵ بیشترند، با

اطمینان ۰/۹۵ تایید می‌شوند. فرضیه نرمال بودن داده‌ها در هر

سه متغیر پرخاشگری، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در دو

گروه درمانی و خودکارآمدی شغلی به غیر از گروه واقعیت

درمانی با توجه به سطوح معنی‌داری که از ۰/۰۵ بیشترند، با

اطمینان ۰/۹۵ تایید می‌شوند. به منظور بررسی فرضیه برابری

جدول شماره ۳: آزمون چند متغیری

اثر	مقدار	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا سهمی	توان مشاهده شده
اثر پیلایی	۰/۴۲۳	۳/۴۸۵	۰/۰۰۴	۰/۲۱۱	۰/۹۳۱
لاندای ویلکس	۰/۵۹۳	۳/۷۷۹	۰/۰۰۲	۰/۲۳۰	۰/۹۵۰
اثر هاتلینگس	۰/۶۵۹	۴/۰۶۲	۰/۰۰۱	۰/۲۴۸	۰/۹۶۴

۰/۹۸۴	۰/۳۸۱	۰/۰۰۰	۷/۹۹۲	۰/۶۱۵	بزرگترین ریشه روی
-------	-------	-------	-------	-------	-------------------

مجذور اتا دلیلی بر سه می از واریانس است که مربوط به متغیر عامل می شود. قاعده کلی چنین است که اگر این مقدار بزرگتر از ۰/۱۴ یا ۱۴٪ باشد نشان دهنده این است که اندازه اثر زیاد است.

با توجه به مقادیر سطح معنی داری و مجذور اتا سهمی در جدول شماره ۳ می توان از رویکردهای درمانی به عنوان یک عامل اثرگذار معنی دار در متغیرهای وابسته تفسیر کرد. مقادیر

جدول شماره ۴: تحلیل کوواریانس چند متغیری

منبع	متغیر وابسته	df	میانگین مربعات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا سهمی	توان مشاهده شده
	پرخاشگری	۲	۴۲۶/۶۰۷	۶/۸۷۹	۰/۰۰۳	۰/۲۵۶	۰/۹۰۲
گروه	انعطاف پذیری روان شناختی	۲	۱۶/۴۵۴	۰/۲۴۳	۰/۷۸۵	۰/۰۱۲	۰/۰۸۶
	خودکارآمدی شغلی	۲	۱۱۰/۶۹۵	۵/۱۱۵	۰/۰۱۱	۰/۲۰۴	۰/۷۹۳

این دو متغیر اثرگذاری معنی دار مداخله‌ای ما روی متغیرهای پرخاشگری و خودکارآمدی شغلی است. حال به منظور مقایسه دو به دو گروه‌ها و مقایسه میزان اثربخشی این سه درمان، در جدول شماره ۵ از آزمون بن فرونی استفاده می شود.

نتایج مربوط به آزمون معنی داری فاکتور یا عامل را در جدول خلاصه شده ۴ مشاهده می کنید. با توجه به سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ برای متغیر پرخاشگری و خودکارآمدی شغلی و توان مشاهده شده بالا و مجذور اتا سهمی بزرگتر از ۰/۱۴ برای

جدول شماره ۵: مقایسه میانگین‌های برای متغیر پرخاشگری پس آزمون

متغیر وابسته	گروه (J)	اختلاف میانگین (I-J)	خطای معیار	سطح معنی داری	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای اختلاف میانگین‌ها
مداخله	کران بالا	۳/۱۷۱	۰/۰۷۰	۱/۰۰۰	۷/۸۵۵
	کران پایین	-۰/۰۷۰	۰/۰۷۰	۱/۰۰۰	-۷/۹۹۵
کنترل	کران بالا	۳/۷۹۶	۰/۰۱۳	۰/۰۱۳	-۲/۰۳۷
	کران پایین	-۱۱/۵۲۴	۰/۰۱۳	۰/۰۱۳	۲/۰۳۷
پرخاشگری	کران بالا	۱۱/۵۲۴	۰/۰۱۳	۰/۰۱۳	۲/۰۳۷
	کران پایین	-۱۱/۵۲۴	۰/۰۱۳	۰/۰۱۳	-۲/۰۳۷
کنترل	کران بالا	۳/۲۴۳	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳	۱۹/۵۵۷
	کران پایین	-۳/۲۴۳	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳	-۱۹/۵۵۷

سطح معنی داری ۰/۰۱۳ برای روش واقعیت درمانی تاثیرگذاری معنی دار این روش درمانی در مقایسه با گروه کنترل در متغیر پرخاشگری می‌رسیم.

از نتایج جدول شماره ۵ در سطر کنترل که مقایسه روش‌های درمانی با گروه کنترل که از هیچ روش درمانی روی آنها استفاده نشده، صورت گرفته و اختلاف معنی دار آن با توجه به

جدول شماره ۶: مقایسه میانگین‌ها برای متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

متغیر وابسته	(J) گروه	اختلاف میانگین (I-J)	خطای معیار	سطح معنی‌داری	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای اختلاف میانگین‌ها
					کران پایین کران بالا
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	مداخله	-۱/۰۰۴	۳/۳۱۳	۱/۰۰۰	-۹/۲۸۲ ۷/۲۷۴
	کنترل	۱/۳۳۳	۳/۹۶۵	۱/۰۰۰	۸/۵۷۶ ۱۱/۲۴۲
	مداخله	-۱/۳۳۳	۳/۹۶۵	۱/۰۰۰	-۱۱/۲۴۲ ۸/۵۷۶
	کنترل	-۲/۳۳۷	۳/۳۸۷	۱/۰۰۰	-۱۰/۸۰۱ ۶/۱۲۷

میانگین گروه کنترل و رویکرد درمانی در این متغیر دیده

چنانچه از نتایج جدول شماره ۶ مشخص است، در متغیر

نمی‌شود. بنابراین، اثر مداخله‌ی درمان معنی‌دار نبوده است.

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی هیچ اختلاف معنی‌داری بین

جدول شماره ۷: مقایسه میانگین‌ها برای متغیر خودکارآمدی شغلی

متغیر وابسته	(J) گروه	اختلاف میانگین (I-J)	خطای معیار	سطح معنی‌داری	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای اختلاف میانگین‌ها
					کران پایین کران بالا
خودکارآمدی شغلی	مداخله	-۲/۹۵۷	۱/۸۷۳	۰/۳۶۷	-۷/۶۳۹ ۱/۷۲۴
	کنترل	۳/۰۳۳	۲/۲۴۳	۰/۵۵۲	-۲/۵۷۱ ۸/۶۳۷
	مداخله	-۳/۰۳۳	۲/۲۴۳	۰/۵۵۲	-۸/۶۳۷ ۲/۵۷۱
	کنترل	-۵/۹۹۰	۱/۹۱۶	۰/۰۱۰	-۱۰/۷۷۷ -۱/۲۰۳

درمانی بر پرخاشگری در دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه

اثرگذار بوده‌اند این یافته‌ها با نتایج پژوهش

Roberton (۲۰۱۹) (۲۹)، موحدی راد (۲۰۲۱) (۲۰) و

چگینی (۲۰۱۹) (۲۱) همسو می‌باشد. در تبیین اثربخشی

گروهی واقعیت‌درمانی بر پرخاشگری می‌توان گفت،

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مفهومی عمیق و پیچیده و

چندبعدی است که برای شکل‌گیری و یا افزایش آن به مدت

زمان قابل قبول و شرایط محیطی مشخصی نیاز است. این

مداخله در مدت دو ماه انجام شده است و در شرایطی اجرا شد

که دانش‌آموزان دبیرستانی برای امتحانات پایان سال آماده

می‌شدند و تمرکز لازم را برای تمرین کافی و مرور مطالب

نتایج جدول شماره ۷، بیانگر تنها تفاوت معنی‌دار رویکرد

مداخله و گروه کنترل در متغیر خودکارآمدی شغلی است با

سطح معنی‌داری ۰/۰۱ که کمتر از ۰/۰۵ است. این اختلاف

میانگین معنی‌دار ۵/۹۹۰ به نفع رویکرد گروه مداخله در مقایسه

با گروه کنترل است.

بحث

نتایج بررسی نشان داد؛ واقعیت‌درمانی بر پرخاشگری،

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خودکارآمدی تصمیم‌گیری

شغلی با سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ موثر است ولی در

مقایسه با گروه کنترل اثربخش بوده است. در واقع، واقعیت

نداشتند. به نظر می‌رسد، در پیگیری سه ماهه که در ماه‌های پیش رو و بعد از امتحانات انجام خواهد شد، می‌توان انتظار تغییراتی را در هر کدام از گروه مداخله داشت.

طبق تحقیقات عصب‌شناسی تغییر بخش‌های پری فرونتال مغز که ذهن آگاهی و استدلال و توجه به امور معنوی را بر عهده‌دارند شبیه فیزیوتراپی برای عضو آسیب‌دیده بدن است که نیاز به زمان کافی دارد. پس برای اثربخشی این رویکردها من جمله تغییر خودارزیابی با فرایند WDEP و نیز فرایند لنگر انداختن و توجه به ارزش‌ها و انجام اعمال موثر در رویکرد واقعیت درمانی ممکن است قبل از رسیدن به موفقیت، افراد بارها و بارها شکست را تجربه نمایند. همچنین، واقعیت درمانی بر خودکارآمدی تصمیم‌گیری مسیر شغلی دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه اثر گذار بود و این اثرگذاری متفاوت بوده است.

تاکنون پژوهشی که به بررسی اثربخشی گروهی واقعیت درمانی گروهی بر خودکارآمدی انتخاب مسیر شغلی پردازد انجام نشده است اما این پژوهش با پژوهش عباس زاده و همکاران (۲۰۲۳) (۳۱)، مبنی بر موثر بودن واقعیت درمانی بر خودکارآمدی تصمیم‌گیری مسیر شغلی همسو است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت، دلیل این که واقعیت درمانی هر دو بر خودکارآمدی تصمیم‌گیری مسیر شغلی موثر بوده‌اند، افزایش احساس خودکارآمدی و عزت نفسی است که افراد با آموختن رویکردهای مثبت نگر در خود مشاهده می‌کنند. در

حقیقت، در هر دو این رویکردها افراد می‌آموزند که می‌توانند برای خود چشم‌اندازی تعیین کنند و براساس آن چشم‌انداز هدف‌گذاری نموده و با برنامه‌ریزی هوشمند در راستای آن چشم‌اندازها و اهداف حرکت نمایند. در واقع، با توجه به این نکته که گروه نمونه این پژوهش افراد بالغ بالای سن قانونی که بتوانند روابط جدیدی با گروه‌های شغلی و خانوادگی را به راحتی شکل دهند نبوده‌اند، بلکه نوجوانانی بوده‌اند که خواهی نخواهی افراد مهم زندگی آنها والدینشان و مسئولین مدرسه‌شان هستند. بنابراین، با آموختن تئوری انتخاب و اجرای واقعیت درمانی، روابطشان با این افراد افزایش و بهبود یافته و توانسته‌اند به سطح بالاتری از سلامت روان و آرامش و نهایتاً خودکارآمدی دست یابند و در خودکارآمدی مسیر شغلی به سطوح بالاتری دست یابند.

این پژوهش مانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی بوده است که از جمله آنها می‌توان به محدودیت سنی اشاره کرد و علاوه بر آن با توجه به حملات شیمیایی به مدارس دخترانه در طی انجام مداخلات مجبور به برگزاری دو جلسه در بستر فضای مجازی شدیم و این رویداد ممکن است در نتیجه مداخلات اثرگذار باشد. همچنین امکان دریافت پیگیری میسر نبود لذا پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی این پژوهش بر روی پسران در نمونه‌گیری ملی انجام شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله است. اخذ مجوزهای اخلاقی و کد اخلاق IR.IAU.YAZD.REC.1402.006 اخذ رضایت آگاهانه از تمام افراد شرکت کننده در مطالعه، توضیح در زمینه روش اجرا و هدف از انجام تحقیق و پاسخ به سؤالات شرکت کنندگان از ملاحظات اخلاقی بود که در این پژوهش رعایت شد.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافی توسط نویسندگان بیان نشده است.

نتیجه گیری

نتایج نشان داد؛ در متغیر پرخاشگری بین معنی داری رویکرد واقعیت درمانی و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ولی در متغیر انعطاف پذیری روان شناختی هیچ اختلاف معنی داری بین میانگین گروه کنترل و مداخله واقعیت درمانی دیده نشد و بین رویکرد واقعیت درمانی و گروه کنترل در متغیر خودکارآمدی شغلی تفاوت معناداری وجود داشت که با توجه به ماهیت واقعیت درمانی و تاکید آن بر مسئولیت پذیری و نقش و جایگاه پیشنهاد می شود در نوجوانان آموزش داده شود.

Reference

1. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther.* 2013;44(2):180-98. doi: 10.1016/j.beth.2009.08.002.
2. Kanter JW. The vision of a progressive clinical science to guide clinical practice. *Behav Ther.* 2013;44(2):228-33. doi: 10.1016/j.beth.2010.07.006.
3. Robertson T, Daffern M, Bucks RS. Emotion regulation and aggression. *Aggression and violent behavior*; 2012.
4. Hayes SC, Ciarrochi J, Hofmann SG, Chin F, Sahdra B. Evolving an idionomic approach to processes of change: Towards a unified personalized science of human improvement. *Behav Res Ther.* 2022; 156:104155. doi: 10.1016/j.brat.2022.104155.
5. Mennin DS, Ellard KK, Fresco DM, Gross JJ. United we stand: emphasizing commonalities across cognitive-behavioral therapies. *Behav Ther.* 2013;44(2):234-48. doi: 10.1016/j.beth.2013.02.004.
6. Ngô TL. Acceptance and mindfulness-based cognitive-behavioral therapies. *Sante Ment Que.* 2013;38(2):35-63. French. doi: 10.7202/1023989ar.
7. Batchelder AW, Moskowitz JT, Jain J, Cohn M, Earle MA, Carrico AW. A novel technology-enhanced internalized stigma and shame intervention for HIV-positive persons with substance use disorders. *Cogn Behav Pract.* 2020;27(1):55-69. doi: 10.1016/j.cbpra.2019.03.001.
8. Kanter JW. The vision of a progressive clinical science to guide clinical practice. *Behav Ther.* 2013;44(2):228-33. doi: 10.1016/j.beth.2010.07.006.

9. El-Sayed MM, Elhay ESA, Taha SM, Khedr MA, Mansour FSA, El-Ashry AM. Efficacy of acceptance and commitment therapy on impulsivity and suicidality among clients with bipolar disorders: a randomized control trial. *BMC Nurs.* 2023;22(1):271. doi: 10.1186/s12912-023-01443-1.
10. Hofmann SG, Sawyer AT, Fang A. The empirical status of the "new wave" of cognitive behavioral therapy. *Psychiatr Clin North Am.* 2010;33(3):701-10. doi: 10.1016/j.psc.2010.04.006.
11. Xu K, Zhang XY, Ma JY, Guo X, Zhu SS, Zhang H, Sun YY. Effectiveness of acceptance and commitment therapy in patients who had a stroke: a systematic review protocol. *BMJ Open.* 2023 17;13(8): e069121. doi: 10.1136/bmjopen-2022-069121.
12. Ortega-Otero M, Montesinos F, Charrabe L. Influence of psychological inflexibility and mindfulness on hypersexuality and sexual satisfaction in a Spanish sample. *Front Psychol.* 2023; 14:1182222. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1182222.
13. Kafka MP, Hennen J. The paraphilia-related disorders: An empirical investigation of nonparaphilic hypersexuality disorders in outpatient males. *J. Sex Marital Ther.* 1999; 25: 305–319. 10.1080/00926239908404008
14. Backchalaki N, Mansouri A. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on the Sexual Function and Life Satisfaction in Women with Substance Use Disorders. *Journal of Disability Studies.* 2017; 7: 89-89. URL: <http://jdisabilstud.org/article-1-763-en.html>. [Persian]
15. Yusuf M, McHugh RK, Greer JA, Dalrymple K, Sannes T, Braun IM, Tulsy J, Pirl W. An acceptance and commitment therapy-based intervention for opioid use disorder risk in individuals with cancer: A treatment development study. *J Contextual Behav Sci.* 2023; 28:226-234. doi: 10.1016/j.jcbs.2023.04.006.
16. Akbarian M, Saeidi N, Borjali A, Abolghasemi S, Hassanabadi H R. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on the Psychological Consequences of Anxiety, Pain Intensity, and Fatigue in Women with Fibromyalgia: Study with the Effect of Waiting. *Avicenna J ClinMed.* 2022; 28(4): 244-252. URL: <http://sjh.umsha.ac.ir/article-1-2277-en.html>. [Persian]
17. Parishany N, Nilforooshan P. Career Indecision in Boys: The Role of Individual Factors and Parenting Styles. *Knowledge & Research in Applied Psychology.* 2014; 15(3): 55-63. [Persian]
18. Koumoundouro G, Tsausi I, Kounenou K. Parental influences on Greek Adolescents Careedecision- making difficulties: The mediating role of core self- evaluations. *Journal of Career Assessment.* 2011; 19(2): 165-182.
19. Di Fabio A, Palazzeschi L, Asulin- peretz L, Gati I. Career indecision versus indecisiveness associations with personality traits and emotional intelligence. *Journal of Career Assessment.* 2013; 20(1): 42-56
20. Movahedirad M, Ebrahimi M I, Sahebi A. The effect of teaching choice theory on the basic need's satisfaction and level of aggression among high school girls. *Rooyesh.* 2021; 10 (9) :137-148. URL: <http://frooyesh.ir/article-1-2844-fa.html>. [Persian]
21. Chegini L, Ebrahimi M I, Sahebi A. The Effect of Choice Theory Training to Parents on the Aggression of Their Children in Elementary School. *J Child Ment Health.* 2019; 6 (1) :70-82 URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-405-fa.html>
22. Benoy C, Knitter B, Knellwolf L, Doering S, Klotsche J, Gloster AT. Assessing psychological flexibility: Validation of the Open and Engaged State Questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science.* 2018; 18 (1): 1-17. DOI:10.1016/j.jcbs.2018.08.005
23. Buss AH, Perry M. The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1992; 63: 452-59.

24. Samani S. Study of Reliability and Validity of the Buss and Perry's Aggression Questionnaire. Iranian Evolutionary Educational Psychology Journal. 2008; 13 (4) :359-365. URL: <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-356-fa.html>. [Persian]
25. Hossein Khanzadeh, AA, Malekimanesh, A, Taher, M, Maojarad, A. The Effectiveness of Self-Awareness Training on Reduce Aggressive Behavior, Addict ability, and the Suicide of High School Girl Students. The Journal of New Thoughts on Education, 2018; 14(1): 135-57. doi: 10.22051/jontoe.2018.16655.1902. [Persian]
26. Bond FW, Bunce D. The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. Journal of Applied Psychology 2003; 88(6):1057-1067.
27. Safarzaei M, Ameri F, Mehrinejad S A, Khodabakhsh R, Peivastegar M. Psychometric properties of the Psychological Flexibility Questionnaire among students. Journal title 2020; 14 (2) :50-65. URL: <http://rph.khu.ac.ir/article-1-3787-fa.html>. [Persian]
28. Crites JO. A model for the measurement of vocational maturity. Journal of Counseling Psychology 1961; 8: 255-59.
29. Roberton T, Daffern M, Bucks RS. Emotion Regulation and Aggression. Aggression and Violent Behavior. 2012; 17: 72-82. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2011.09.006>
30. Hossein Mardi A A, Khalatbari J. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the Rate of Anger in High School Students in Tehran. Pajouhan Sci J 2018; 16(2):59-66. URL: <http://psj.umsha.ac.ir/article-1-401-fa.html>. [Persian]
31. Abbaszadeh M, Ghazanfari A, Chorami M, Ahmadi R. Comparison of the Efficacy of Group Therapy Based on Acceptance and Commitment Therapy, Cognitive-Behavioral Therapy, and Reality Therapy on the Symptoms of Depression, Anxiety, Aggression and Physical Complaints of Prisoners. Iran J Forensic Med 2023; 28 (4) :214-227. URL: <http://sjfm.ir/article-1-1372-fa.html>. [Persian]