مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۲۴، آبان ۱۴۰۴، ۶۸۸-۶۷۵

مقایسه اثربخشی رویکرد واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش میزان تمایل به خودکشی و اضطراب در نوجوانان دختر: یک مطالعه نیمه‌تجربی

فرزانه‌السادات رضوی[۱]، محمد اسماعیل‌ابراهیمی[۲]، علی نظری[۳]

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۱۱/۲۹ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۱۴۰۴/۰۱/۱۷ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۱۴۰۴/۰۶/۲۲ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۶/۲۳

چکیده

زمینه و هدف: خودکشی یکی از نگرانی‌های بهداشت عمومی است. پیشگیری از خودکشی بخشی جدایی‌ناپذیر از اولین برنامه روان‌درمانی سازمان بهداشت جهانی است. لذا این پژوهش با هدف تعیین و مقایسه اثربخشی رویکرد واقعیت درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر میزان تمایل به خودکشی و اضطراب در نوجوانان انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه این پژوهش دانش‌آموزان دختر متوسطه شهر یزد در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بودند که از این تعداد ۴۵ دانش‌آموز به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب و به سه گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس افکار خودکشی (Beck 1961) و پرسش‌نامه اضطراب (Beck 1988) استفاده شد و جلسات درمان پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای برای گروه‌های آزمایش اجرا شد و برای گروه کنترل مداخله‌ای انجام نشد. داده‌ها توسط آنالیز کوواریانس چندمتغیره تجزیه‌وتحلیل شدند.

یافته‌ها: با توجه به نتایج، واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل باعث کاهش میزان تمایل به خودکشی و اضطراب در نوجوانان شدند ($P<۰/۰۰۱$)، اما بین دو روش درمانی در کاهش تمایل به خودکشی و اضطراب تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان دهنده اثربخشی هر دو روش درمانی در کاهش میزان تمایل به خودکشی و اضطراب بود. بنابراین، درمانگران و متخصصان سلامت می‌توانند از این روش‌ها جهت بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت به‌ویژه کاهش میزان تمایل به خودکشی و اضطراب استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، واقعیت درمانی، خودکشی، اضطراب، نوجوانان

ارجاع: رضوی فا، اسماعیل‌ابراهیمی م، نظری ع. مقایسه اثربخشی رویکرد واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش میزان تمایل به خودکشی و اضطراب در نوجوانان دختر: یک مطالعه نیمه‌تجربی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، سال ۱۴۰۴، دوره ۲۴، شماره ۸، صفحات: ۶۸۸-۶۷۵.

۱- دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد، یزد، ایران
۲- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران
تلفن: ۰۹۱۲۷۸۴۹۴۷۰، پست الکترونیکی: Me.ebrahimi@iauh.ac.ir
۳- استاد، گروه طراحی، دانشکده هنر و معماری، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران

مقدمه

نوجوانی یکی از حساس‌ترین مراحل رشد است (۱) که سلامت روان در آن نقش تعیین‌کننده‌ای در کیفیت زندگی و آینده فرد و جامعه دارد (۲). در این دوره، به ویژه در دختران، مشکلاتی همچون اضطراب و تمایل به خودکشی شیوع بالایی دارند (۳) و می‌توانند پیامدهای جدی برای سلامت جسمانی، عملکرد تحصیلی و روابط اجتماعی ایجاد کنند (۴). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، سالانه بیش از ۷۰۰ هزار نفر در جهان بر اثر خودکشی جان خود را از دست می‌دهند (۵) و این پدیده دومین عامل مرگ در میان نوجوانان محسوب می‌شود (۶). در ایران نیز میزان بروز افکار و اقدام به خودکشی در نوجوانان قابل توجه است، که نشان‌دهنده ضرورت توجه به پیشگیری و مداخلات روان‌شناختی مؤثر است (۷).

اختلالات اضطرابی نیز یکی از شایع‌ترین مشکلات روانی نوجوانان است (۸) که به صورت ترس، نگرانی و واکنش‌های فیزیولوژیک بروز می‌کند (۹). شیوع آن در دختران تقریباً دو برابر پسران گزارش شده (۱۰) و اغلب با افزایش افکار و گرایش به خودکشی همراه است (۱۱). این شرایط نشان می‌دهد که طراحی مداخلات هدف‌مند برای کاهش اضطراب و پیشگیری از خودکشی در نوجوانان، به‌ویژه دختران، از اهمیت بالایی برخوردار است.

رویکردهای موج سوم رفتاردرمانی مانند واقعیت‌درمانی (Reality therapy) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy; ACT) به عنوان مداخلات روان‌شناختی مؤثر مطرح شده‌اند (۱۲) واقعیت درمانی، یک روش مشاوره و روان درمانی است و توسط Glasser بنیان‌گذاری شده است و یک نظریه پرورشی-آموزشی (پیشگیری) و درمان است (۱۳). هدف اصلی واقعیت درمانی، ایجاد تغییر در هویت ناموفق فرد و ایجاد رفتارهای مسئولانه است زیرا این رفتار ها در انسان باعث ناراحتی و اضطراب می‌شود (۱۴). به نظر Glasser افراد بیش از آن که توسط محرک‌ها و انگیزه‌های بیرونی برانگیخته شوند، توسط محرک‌های درونی برانگیخته می‌شوند (۱۵). در حقیقت، تمامی رفتارهای فرد برای ارضاء نیازهای پنج‌گانه است. بروز هر نوع رفتار ناسازگاری در فرد، تلاشی است که فرد به منظور مهار ادراکات و تحکم در زندگی خود انجام می‌دهد (۱۶)، این به این معنی است که اضطراب، افسردگی، پرخاشگری 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 دیگران بهره مند شود (۱۷).

علاوه بر این، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز یکی از موج سوم رفتار درمانی است و هدف اصلی این مدل انجام فعالیت‌های کارآمد است، فعالیتی که با آگاهی و حضور ذهن و ارزشمند باشد (۱۸). این درمان به درمان‌جویان کمک می‌کند با احساسی متعالی از خود که همان خویشتن نظاره‌گر است، تماس حاصل کنند و در مسیر یک زندگی ارزشمند که با سرزندگی همراه باشد، قدم بگذارند (۱۹).

در واقع، در موج سوم رفتار درمان‌گری، پافشاری اصلی، آگاهی داشتن از افکار و هیجان‌ها، برای انجام عمل کارآمد با ارزش است. با این وجود موج سوم درمان از تغییر شناخت غفلت نمی‌کند، اما آن را هدف مستقیم هم قلمداد نمی‌کند، بلکه اولویت تغییر در عمل می‌باشد (۲۰). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هدف افزایش انعطاف پذیری روان‌شناختی است. اما این عبارت چطور تعبیر می‌شود؟ انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به معنی، داشتن

CCBY-NC.4.0 DEED

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 که مهم است، با وجود اتفاقات نامطلوب (۲۱).

با توجه به حساسیت دوره نوجوانی و اهمیت پیشگیری از خودکشی، مطالعه حاضر با هدف تعیین و مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش تمایل به خودکشی و اضطراب در دختران نوجوان انجام شد. این پژوهش می‌تواند شواهد علمی جدید و کاربردی برای انتخاب مداخلات روان‌شناختی مؤثر در این گروه جمعیتی فراهم کند.

مواد و روش‌ها

روش پژوهشی نیمه‌آزمایشی و در قالب یک طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه مورد نظر در این پژوهش کلیه دانش‌آموزان دختر متوسطه شهر یزد بودند که در سال‌تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ مشغول به تحصیل بودند.

نمونه مورد نظر شامل ۵۴ دانش‌آموز دختر متوسطه شهر یزد بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای، به این صورت که ابتدا ناحیه ۱ آموزش و پرورش از بین نواحی انتخاب و ۸ مدرسه بر اساس تمایل و همکاری مدیران با توجه به آمار مرکز مشاوره آموزش و پرورش مورد بررسی قرار گرفت و از بین آن‌ها مدارس ۳ مدرسه انتخاب (با قرعه‌کشی) و طبق پرونده مشاوره، تعدادی دانش‌آموز با هماهنگی مدیر و همکاری دانش‌آموز و والدین از این مدارس انتخاب شدند که با توجه به معیار ورود تعداد ۵۴ نفر (گروه‌های ۱۸ نفره) انتخاب و با هماهنگی مرکز مشاوره آموزش و پرورش ناحیه، دعوت به جلسه معارفه شدند که بعد از ریزش اولیه ۳ گروه ۱۵ نفره باقی ماندند و این دانش‌آموزان به صورت تصادفی (با روش قرعه‌کشی) به سه گروه ۱۵ نفره تقسیم و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزاری شدند.

برای جمع آوری داده‌ها مقیاس سنجش افکار خودکشی Beck (Beck Scale for Suicide Ideation; BSSI) و پرسش‌نامه اضطراب Beck (Beck Anxiety Inventory; BAI) طی دو مرحله تحقیق شامل پیش‌آزمون و پس‌آزمون (۲ هفته بعد از اتمام جلسات) کامل شد. به شرکت کنندگان گروه مداخله، آموزش واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت گروهی (در قالب آموزش و مهارت) به مدت دو ماه، هفته‌ای ۱ جلسه و هر جلسه به مدت ۶۰ دقیقه ارائه شد، اما هیچ آموزشی به گروه کنترل ارائه نشد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: دانش‌آموز دختر مقطع متوسطه، ساکن شهر یزد و عدم دریافت همزمان درمان روان‌شناختی برای درمان اختلال اضطرابی و تمایل به خودکشی. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: غیبت در فرآیند مداخله به مدت دو جلسه متوالی و سه جلسه نامنظم و ناکامل پاسخ دادن به پرسش‌نامه‌ها. این پژوهش با کد اخلاق IR.LUMS.REC.1403.22 در کمیته اخلاق پژوهش علوم پزشکی دانشگاه آزاد واحد لرستان به تصویب رسیده است. ملاحظات اخلاقی شامل جلب رضایت افراد برای شرکت در پژوهش و رعایت رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات و نیز جلب رضایت کتبی اولیاء دانش آموزان، جهت شرکت در آزمون بود.

در این تحقیق از همه افراد نمونه در ابتدا پیش‌آزمون مقیاس سنجش افکار خودکشی و پرسش‌نامه اضطراب به عمل آمد. سن ایشان نیز پرسیده و ثبت گردید. سپس گروه‌های آزمایش تحت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای مداخله قرار گرفتند: در گروه اول آزمودنی‌ها

CCBY-NC.4.0 DEED

به‌صورت گروهی آموزش واقعیت درمانی را دریافت و گروه دوم آزمودنی‌ها به‌صورت گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد را دریافت کردند. گروه کنترل نیز در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت و پس از اتمام جلسات پس‌آزمون مقیاس سنجش افکار خودکشی و پرسش‌نامه اضطراب برای آزمودنی‌های هر سه گروه اجرا شد. مداخلات مورد نظر در محل آموزشگاه و در حین حضور دانش‌آموزان در مدرسه در ساعت مقرر و هماهنگ شده با مدیریت محترم مدرسه انجام گردیده است. هم‌چنین، جهت رعایت ملاحظات اخلاقی پس از اتمام پژوهش و جمع‌آوری اطلاعات، گروه کنترل تحت مداخله قرار گرفتند.

پرسش‌نامه‌های پژوهش عبارت بود از مقیاس سنجش افکار خودکشی Beck (BSSI): پرسش‌نامه افکار خودکشی دارای ۱۹ ماده است که به منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها، رفتارها و طرح‌ریزی برای ارتکاب به خودکشی در طی هفته گذشته تهیه شده است. مقیاس این پرسش‌نامه بر اساس طیف ۳ درجه‌ای از ۰ تا ۲ تنظیم شده است. نمره کلی فرد بر اساس جمع نمرات وی محاسبه می‌شود که از ۰ تا ۳۸ قرار دارد. ارزیابی افکار خودکشی در فرد بر اساس نمره کسب شده توسط افراد به صورت فاقد افکار خودکشی (نمره ۰ تا ۳) دارای افکار خودکشی کم (نمره ۴ تا ۱۱) و دارای افکار خودکشی پرخطر (نمره ۱۲ و بیشتر) خواهد بود. در آزمون افکار خودکشی Beck، ۵ سؤال وجود دارد که سؤالات غربالگری نام دارند. اگر پاسخ ها نشان دهنده تمایل به خودکشی فعال یا نافعال باشد، سپس آزمودنی باید ۱۴ سؤال بعدی را نیز پاسخ دهد. این مقیاس با آزمون‌های استاندارد شده بالینی افسردگی و گرایش به خودکشی، همبستگی بالایی داشته است (۲۲). ضرایب همبستگی این پرسش‌نامه در پژوهش Beck دامنه‌ای از ۰/۹۰ برای بیماران بستری تا ۰/۹۴ برای بیماران درمانگاهی بود. هم‌چنین، این مقیاس دارای پایایی بالایی است. با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضرایب ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ و با استفاده از روش آزمون-بازآزمون، پایایی آزمون ۰/۷۴ به دست آمده است (۲۳). هنجاریابی داخلی این پرسش‌نامه توسط Anisi و همکاران، در سال ۱۳۸۴ انجام شد و نتایج نشان داد این مقیاس دارای پایایی بالایی است، به طوری‌که با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضرایب ۰/۸۳ تا ۰/۸۸ و با استفاده از روش آزمون-بازآزمون، پایایی آزمون ۰/۷۳ به دست آمده است (۲۴). در پژوهش حاضر پایایی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسش‌نامه اضطراب بک (BAI): این مقیاس توسط Beck در سال ۱۹۸۸ با ۲۱ پرسش تهیه و علائم شایع اضطراب را در برمی‌گیرد. آزمودنی‌ها جهت پاسخگویی، میزان رنجش خود در هفته گذشته را در نظر می‌گیرند. هر یک از پرسش‌های آزمون، یکی از علائم شایع اضطراب (علایم ذهنی، بدنی، هراس) را توصیف می‌کند. شیوه امتیازبندی پاسخ‌ها به صورت اصلاً (۰)، خفیف (۱)، متوسط (۲) و شدید (۳) نمره‌گذاری می‌شود. به این ترتیب، دامنه نمره فرد از صفر تا ۶۳ می‌تواند در نوسان است. درجه اضطراب نمرات به صورت (۰ تا ۷) هیچ یا کمترین، (۸ تا ۱۵) خفیف، (۱۶ تا ۲۵)، متوسط و (۲۶ تا ۶۳) شدید است. ضریب همسانی درونی برای این مقیاس (ضریب آلفا) ۰/۸۲ و اعتبار آن با استفاده از روش بازآزمایی با فاصله زمانی یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی آیتم آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر بود (۲۵). ویژگی‌های روان سنجی پرسش‌نامه اضطراب Beck در پژوهش ایرانی توسط Rafee و Seify انجام شد و نتایج نشان آزمون مورد نظر دارای روایی ۰/۷۲ و پایایی ۰/۸۳ و ثبات درونی ۰/۹۲ به دست آمد (۲۶).

CCBY-NC.4.0 DEED

در پژوهش حاضر پایایی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

پروتکل واقعیت درمانی (Reality therapy): این پروتکل توسط Glasser و همکارش در سال ۲۰۰۸ ایجاد شد و شامل واقعیت، مسئولیت و تمایز درست و غلط بود. مدرسه واقعیت درمانی بیان کرد که فرد علاوه بر بیماری‌های روحی و جسمی از موقعیت‌های انسانی، اجتماعی و جهانی نیز رنج می‌برد. بر این اساس، ناکامی فرد در دست‌یابی به نیازهای اساسی باعث می‌شود که رفتارهای او از هنجارهای تعریف شده فاصله بگیرد. از آن‌جایی که نیازهای ضروری بخشی از زندگی افراد در نظر گرفته می‌شود، واقعیت درمانی باعث ایجاد مشکلات گذشته نمی‌شود. علاوه بر این، اصول این درمان شامل مشکلات مربوط به مسائل ناخودآگاه نیست. واقعیت درمانی بر حل مسئله تأکید کرد و بر وضعیت فعلی فرد تمرکز کرد. از طریق آموزش به گزینه‌های بهتری برای آینده افراد می‌پردازد. در واقعیت درمانی، افراد به درک این موضوع هدایت می‌شوند که واقعاً چه می‌خواهند و چگونه می‌توانند برای رسیدن به اهداف خود به درستی رفتار کنند (۲۷).

آموزش واقعیت درمانی بر اساس این مدل به صورت جلسات گروهی در قالب آموزش و انجام و اجرای تکالیف کلاس و تکالیف خانگی در ۸ جلسه آموزشی (مرور تکالیفی که در کلاس ارائه شده است) طراحی و برنامه‌ریزی شد. محتوای جلسه آن در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- خلاصه جلسات مداخله واقعیت درمانی (۲۸)

جلسات آموزشی	محتوای آموزشی
جلسه ۱	تشریح مقررات، برقراری ارتباط مناسب با اعضای گروه، اجرای پیش آزمون، ارائه برنامه جلسات و زمان بندی آنها، به اشتراک گذاری جلسات آموزشی با تمامی اعضاء گروه
جلسه ۲	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، بیان هدف گروه، ارائه مقدمه‌ای در مورد تاریخچه تئوری انتخاب
جلسه ۳	تشریح «چرا» و «چگونه» روش‌هایی که انسان‌ها رفتار می‌کنند، تأمین پنج نیاز ضروری
جلسه ۴	معرفی کنترل داخلی و خارجی آموزش ۱۰ اصل تئوری انتخاب
جلسه ۵	دنیای واقعی و دنیای مناسب، چهار جزء کل رفتار: تفکر، عمل، احساس و فیزیولوژی، معرفی ماشین رفتار
جلسه ۶	ساختن تصویر واقعی از اهداف، معرفی ویژگی‌های هدف
جلسه ۷	برنامه‌ریزی برای دست‌یابی به اهداف و مقاصد، روش‌های انتخاب هدف
جلسه ۸	گام‌های عملی به سمت اهداف، کارت‌های توانایی، گام‌های عملی برای رسیدن به اهداف

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: این پروتکل توسط Hayes در سال ۲۰۰۴ در ۸ جلسه ایجاد شد. این چهار رویکرد را ترکیب می‌کند: آگاهی، پذیرش، تعهد و تغییر رفتار. هدف آن دستیابی به انعطاف روانی است تا نیازی به حذف احساسات بد نداشته باشد، اما با وجود احساسات بد، افراد به سمت رفتاری بر اساس ارزش درک شده حرکت می‌کنند (۲۵). دومین گروه مداخله گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در نظر گرفته شد و محتوای جلسه آن در جدول ۲ ارائه شده است.

CCBY-NC.4.0 DEED

جدول ۲- خلاصه جلسات مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲۵)

جلسات آموزشی گروهی	محتوای آموزشی
جلسه ۱	اجرای پیش آزمون، ارزیابی شرکت کنندگان، مصاحبه تشخیصی و تنظیم درمان
جلسه ۲	آشنایی با مفاهیم ACT، ایجاد ایده در شرکت کنندگان در مورد مشکل و به چالش کشیدن کنترل
جلسه ۳	آموزش ناامیدی خلاق و آشنایی با فهرست غم‌ها و مشکلاتی که فرد برای رفع آن‌ها اقدام کرده است
جلسه ۴	ایجاد پذیرش و ذهن آگاهی از طریق کنار گذاشتن تلاش برای کنترل و ایجاد ناهماهنگی شناختی، مرور جلسات قبلی و وظایف
جلسه ۵	آموزش زندگی مبتنی بر ارزش و انتخاب مبتنی بر ارزش، بررسی جلسات و وظایف قبلی
جلسه ۶	ارزیابی اهداف و اعمال، تعیین ارزش ها، اهداف، اعمال و موانع آن‌ها
جلسه ۷	ارزیابی مجدد ارزش‌ها، اهداف، اقدامات و آشنایی و مشارکت با اشتیاق و تعهد
جلسه ۸	شناسایی و رفع موانع اعمال مرتکب، جمع بندی و اجرای پس آزمون

داده‌های این پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ تجزیه و تحلیل شدند و نتایج به صورت جداول و نمودارها و روش‌های آمار توصیفی نتایج ارائه شد. داده‌ها توسط آزمون مجذور کای، آنالیز واریانس یک‌طرفه، تحلیل کوواریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی Bonferroni تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

بر اساس یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت شناختی، ۵۴ نفر دانش‌آموز متوسطه شهر یزد که در دوره دوم دبیرستان مشغول به تحصیل بودند که شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل با میانگین و انحراف معیار سنی به ترتیب گروه واقعیت درمانی ۱۷/۲۷±۶/۱۱ سال، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱۷/۱۹±۶/۱۷ سال و گروه کنترل ۱۷/۴۱±۷/۰۹سال در این پژوهش شرکت نمودند. آنالیز واریانس یک‌طرفه تفاوت آماری معنی‌داری در میانگین سن گروه‌ها نشان نداد (P=۰/۸۷۶).

طبق نتایج جدول ۳، هر دو متغیر تمایل به خودکشی و اضطراب، میانگین گروه‌های آزمایش از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون در مقایسه با گروه کنترل کاهش بیشتری داشته است. نتایج جدول ۳، نشان داد میانگین نمره تمایل به خودکشی گروه واقعیت‌درمانی کاهش ۹/۰۸ نمره‌ای در پس‌آزمون داشت. در گروه پذیرش و تعهد کاهش ۲۴/۸۸ در پس‌آزمون داشت. در گروه کنترل نیز ۰/۳۹ کاهش داشت. هم‌چنین، میانگین کل اضطراب در گروه واقعیت‌درمانی ۴/۱۷ و در گروه پذیرش و تعهد ۵/۱۱ کاهش داشت، در گروه کنترل میانگین در پیش‌آزمون برابر با ۱۴/۱۷ بود که با کاهش ۰/۱۳ نمره‌ای به ۱۴/۰۴ در پس‌آزمون رسید.

CCBY-NC.4.0 DEED

جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد تمایل به خودکشی و اضطراب در دانش‌آموزان متوسطه شهر یزد در سال‌تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲

متغیر	زمان	گروه واقعیت درمانی (۱۵ نفر)		گروه پذیرش و تعهد (۱۵ نفر)		گروه کنترل (۱۵ نفر)	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تمایل به خودکشی	پیش‌آزمون	۷۰/۸۰	۱۷/۴۷۳	۸۰/۷۹	۱۰/۳۵۷	۸۰/۳۳	۱۰/۱۳۲
	پس‌آزمون	۶۱/۷۲	۱۱/۱۷۴	۵۵/۹۱	۹/۱۳۲	۷۹/۹۴	۶/۱۳۲
اضطراب	پیش‌آزمون	۱۲/۴۰	۸/۳۹۰	۱۶/۲۱	۹/۷۱۳	۱۴/۱۷	۱۱/۵۷۵
	پس‌آزمون	۸/۲۳	۷/۳۳۰	۱۱/۱	۹/۱۶۱	۱۴/۰۴	۱۱/۳۱۲

بررسی پیش فرض‌های تحلیل کواریانس چندمتغیره نشان داد که طبق آزمون Kolmogorov-Smirnov، پیش‌فرض نرمال بودن متغیرهای تمایل به خودکشی و اضطراب در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون (P>۰/۰۵)، طبق آزمون ام باکس (Box's M) پیش-فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس (Box's M=۳/۱۲۵، P=۰/۳۴۹) و طبق آزمون Levene پیش‌فرض برابری واریانس گروه‌ها (P>۰/۰۵) تأیید شدند.

نتایج آزمون لامیدای ویلکز از مجموعه آزمون‌های چندمتغیره نشان داد که حداقل گروه‌ها از نظر یکی از متغیرهای تمایل به خودکشی و اضطراب تفاوت معنی‌داری داشتند (P<۰/۰۰۱، F=۵۳/۹۰). طبق نتایج جدول ۴، بین گروه ها از نظر هر دو متعیر در دانش‌آموزان تفاوت معنی‌داری وجود داشت. با توجه به مجذور اتا، ۷۲/۳ درصد از تغییرات تمایل به خودکشی و ۷۴/۲ درصد از تغییرات اضطراب، ناشی از اثر روش‌های مداخله بود (P<۰/۰۰۱).

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره جهت تعیین اثربخشی رویکرد واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تمایل به خودکشی و اضطراب در دانش‌آموزان متوسطه شهر یزد در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲

متغیرها	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه‌آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	مجذور آتا	توان آزمون
تمایل به خودکشی	پیش‌آزمون	۶۱۶۲/۷۵	۱	۶۱۶۲/۷۵	۱۰۰۶/۴۴	< ۰/۰۰۱	۰/۹۴۸	۱/۰۰۰
	گروه	۸۵۴/۶۶	۲	۴۲۷/۳۳	۶۹/۹۴	< ۰/۰۰۱	۰/۷۲۳	۱/۰۰۰
	خطا	۳۴۵/۸۳	۵۵	۶/۲۸۴				
اضطراب	پیش‌آزمون	۲۷۳۲/۵۲	۱	۲۷۳۲/۵۲	۵۱۱/۱۶	< ۰/۰۰۱	۰/۹۰۳	۱/۰۰۰
	گروه	۶۴۷/۰۰۰	۲	۳۲۳/۵۰۰	۷۳/۲۵	< ۰/۰۰۱	۰/۷۴۲	۱/۰۰۰
	خطا	۲۹۴/۳۲	۵۵	۵/۳۵۱				

P<۰/۰۵ اثر معنی‌دار

طبق نتایج جدول ۵ ف هر دو روش درمان واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل باعث کاهش معنی‌دار تمایل به خودکشی و اضطراب در دانش‌آموز متوسطه شهر یزد در سال‌تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ شدند (P<۰/۰۰۱)، اما بین دو روش درمانی تفاوت معنی داری وجود نداشت.

CCBY-NC.4.0 DEED

جدول ۵- مقایسه میانگین و انحراف معیار متغیرهای تمایل به خودکشی و اضطراب در گروه‌های واقعیت‌درمانی، پذیرش و تعهد و کنترل

متغیرها	گروه‌ها		اختلاف میانگین‌ها	خطای استاندارد	مقدار P
تمایل به خودکشی	واقعیت درمانی	پذیرش و تعهد	۱/۰۴	۰/۷۹	۰/۵۸۱
	واقعیت درمانی	کنترل	-۷/۵۰	۰/۷۸	< ۰/۰۰۱
	پذیرش و تعهد	کنترل	-۸/۸۴	۰/۷۹	< ۰/۰۰۱
اضطراب	واقعیت درمانی	پذیرش و تعهد	۰/۶۹	۰/۷۳	۰/۷۴۲
	واقعیت درمانی	کنترل	-۷/۳۶	۰/۷۳	< ۰/۰۰۱
	پذیرش و تعهد	کنترل	-۸/۰۵	۰/۷۳	< ۰/۰۰۱

P<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رویکرد واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تمایل به خودکشی و اضطراب در نوجوانان انجام شد. نتایج نشان داد که واقعیت‌درمانی باعث کاهش تمایل به خودکشی و اضطراب شد که این نتایج با نتایج پژوهش‌های Barkhordar و همکاران (۲۹)، Alilou و Sharifi (۳۰) در خصوص تأثیر واقعیت درمانی بر کاهش خودکشی همسو می‌باشد. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که واقعیت‌درمانی منجر به کاهش خودتخریبی دانش‌آموزان می‌شود. یکی از دلایل اثربخشی واقعیت‌درمانی بر خودتخریبی این بود که این روش از طریق افزایش مسئولیت‌پذیری فرد، تقویت مهارت‌های تصمیم‌گیری و انتخاب رفتارهای سالم، و اصلاح رفتارهای ناکارآمد عمل کرده و با تمرکز بر برآوردن نیازهای اساسی و ارتقای کنترل بر رفتارهای شخصی، این روش به نوجوانان کمک کرد تا احساس تنهایی و اضطراب خود را کاهش دهند و راه‌های سالم‌تری برای مقابله با مشکلات پیدا کنند.

نتایج دیگر پژوهش نشان داد، واقعیت‌درمانی بر اضطراب نیز تاثیر داشته و منجر به کاهش آن شده است و نتایج پژوهش Soliemani و Babaei (۳۱) و Etemadi و همکاران (۳۲) با این پژوهش همسو است با این تفاوت که این پژوهش‌ها بر روی زنان انجام شده است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت، واقعیت‌درمانی می‌تواند اضطراب دانش‌آموزان را از طریق افزایش مسئولیت‌پذیری فردی و تمرکز بر انتخاب‌های آگاهانه کاهش دهد. این رویکرد به دانش‌آموزان کمک می‌کند تا رفتارهای ناکارآمد و ناسازگار خود را شناسایی کرده و با اصلاح آن‌ها، احساس کنترل بر زندگی خود را افزایش دهند. با ارتقای مهارت‌های تصمیم‌گیری و برآورده کردن نیازهای اساسی روانی، دانش‌آموزان توانایی مقابله با فشارها و نگرانی‌های روزمره را پیدا می‌کنند و سطح اضطراب آن‌ها کاهش می‌یابد.

علاوه بر این نتایج نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تمایل به خودکشی و اضطراب در نوجوانان نیز مؤثر بود و می‌توان گفت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تمرکز بر زندگی مطابق با ارزش‌های فرد، به کاهش تمایل به خودکشی و اضطراب کمک می‌کند (۱۹). این رویکرد به افراد می‌آموزد افکار و هیجان‌های ناخوشایند خود را بدون قضاوت بپذیرند و از تلاش برای سرکوب یا اجتناب از آن‌ها فاصله بگیرند (۱۸). با تقویت مهارت حضور ذهن و انجام رفتارهای معنادار و ارزش‌محور، نوجوانان می‌توانند به جای درگیر شدن با افکار منفی یا خودتخریبی، راهبردهای سالم‌تری برای مدیریت استرس و اضطراب پیدا کنند و تمایل به خودکشی کاهش یابد (۱۹). نتایج با نتایج پژوهش‌های Parsa و همکاران (۳۳) و Khorani و همکاران (۳۴) مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش

CCBY-NC.4.0 DEED

و تعهد بر میزان تمایل به خودکشی و با پژوهش‌های Mahdevar و همکاران (۳۵) و Kolahdouzan و همکاران (۳۶) مبنی بر تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب همسو است.

در نهایت می‌توان گفت، واقعیت‌درمانی با تمرکز بر افزایش مسئولیت‌پذیری فردی، اصلاح رفتارهای ناکارآمد و ارتقاء مهارت‌های تصمیم‌گیری، به نوجوانان کمک می‌کند تا احساس کنترل بر زندگی خود پیدا کنند و فشارهای روانی و اضطراب را کاهش دهند. در مقابل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، پذیرش هیجان‌ها و تمرکز بر رفتارهای ارزش‌محور، نوجوانان را قادر می‌سازد تا با افکار و هیجان‌های منفی سازگار شوند و تمایل به خودتخریبی را کاهش دهند. با وجود تفاوت‌های نظری و روشی این دو رویکرد، نتایج نشان می‌دهد که اثربخشی کلی آن‌ها در کاهش تمایل به خودکشی و اضطراب مشابه است، که حاکی از اهمیت استفاده از هر دو روش به عنوان مداخلات مؤثر روان‌شناختی در نوجوانان است. مطالعه حاضر دارای محدودیت‌هایی از جمله تمرکز این پژوهش بر یک شهر واحد، یزد و در یک ناحیه بوده است و پیشنهاد می‌شود تحقیقات آتی با در نظر گرفتن جنسیت و مقاطع تحصیلی گوناگون و دوره‌های پیگیری طولانی‌تری انجام شود.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان‌دهنده اثربخشی هر دو روش درمانی در کاهش میزان تمایل به خودکشی و اضطراب بود. بنابراین، درمانگران و متخصصان سلامت می‌توانند از این روش‌ها جهت بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت به‌ویژه کاهش میزان تمایل به خودکشی و اضطراب استفاده کنند و به عنوان بخشی از برنامه‌های پیشگیری و ارتقای سلامت روان نوجوانان دختر توصیه شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان وظیفه خود می‌دانند که از همه شرکت‌کنندگان در پژوهش که نهایت همکاری را داشتند، تشکر و قدردانی به عمل بیاورند.

تعارض در منافع: هیچ‌گونه تعارض منافعی بین نویسندگان مقاله وجود ندارد.

حامی مالی: این پژوهش از هیچ سازمان و مؤسسه‌ای حمایت مالی دریافت نکرده است.

ملاحظات اخلاقی (کد اخلاق): در این مطالعه اصول اخلاق در پژوهش رعایت شد. این اصول شامل کسب کد اخلاق IR.IR.LUMS.REC.1403.22 کمیته اخلاق دانشگاه لرستان، کسب رضایت آگاهانه و حفظ رازداری بود. افزون بر این، همه آزمودنی‌ها در هر زمانی آزاد بودند که از مطالعه خارج شوند.

مشارکت نویسندگان

- **طراحی ایده:** فرزانه السادات رضوی
- **روش کار:** فرزانه السادات رضوی، محمد اسماعیل ابراهیمی
- **جمع‌آوری داده‌ها:** فرزانه السادات رضوی،
- **تجزیه و تحلیل داده‌ها:** فرزانه السادات رضوی
- **نظارت:** محمد اسماعیل ابراهیمی، علی نظری
- **مدیریت پروژه:** محمد اسماعیل ابراهیمی
- **نگارش – پیش‌نویس:** محمد اسماعیل ابراهیمی
- **نگارش – بررسی و ویرایش:** علی نظری

CCBY-NC.4.0 DEED

References

1. Hogue A, Bobek M, Porter NP, MacLean A, Henderson CE, Jensen-Doss A, et al. Family Support Protocol for Adolescent Internalizing Disorders: Protocol for a Pre-Post Quantitative Treatment Development Study. *JMIR Res Protoc* 2024; 13(1): e64332.
2. Weobong B, Glozah FN, Taylor-Abdulai HB, Koka E, Addae N, Alor S, et al. Reaching adolescents with health services: Systematic development of an adolescent health check-ups and wellbeing programme in Ghana (Y-Check, Ghana). *PLoS One* 2024; 19(8): e0304465.
3. Machoka BN, Kabiru CW, Ajayi AI. My father insisted that I have the baby but not in his house: Adolescent pregnancy, social exclusion and (dis)empowerment of girls in an urban informal settlement in Kenya. *PLOS Glob Public Health* 2024; 4(9): e0003742.
4. Ndjatou T, Qiu Y, Gerber LM, Chang J. How do Differences in Adolescent and Caregiver Reports of Adolescent Adverse Childhood Experiences Relate to Adolescent Depression? *J Pediatr Clin Pract* 2024; 13(1): 200113.
5. Logeswaran Y, McDonald K, Cerel J, Lewis G, Erlangsen A, Pitman A. Risk of self-harm and suicide on reaching the age at which a parent died by suicide or other causes: A Danish, population-based self-controlled case series study. *Suicide Life Threat Behav* 2025; 55(1): e13135.
6. Xu S, Ju Y, Wei X, Ou W, Ma M, Lv G, et al. Network analysis of suicide ideation and depression-anxiety symptoms among Chinese adolescents. *Gen Psychiatr* 2024; 37(2): e101225.
7. Feyzollahi S, Narimany M, Mosazadeh T. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Suicidal Thoughts, Self-concealment and Cognitive Emotion Regulation in Women with Suicidal Thoughts. *Rooyesh* 2021; 10(2): 69-80.
8. Whitmore C, Neil-Sztramko S, Grenier S, Gough A, Goodarzi Z, Weir E, et al. Factors associated with anxiety and fear of falling in older adults: A rapid systematic review of reviews. *PLoS One* 2024; 19(12): e0315185.
9. Han RW, Zhang ZY, Jiao C, Hu ZY, Pan BX. Synergism between two BLA-to-BNST pathways for

CCBY-NC.4.0 DEED

appropriate expression of anxiety-like behaviors in male mice. *Nat Commun* 2024; 15(1): 3455.

10. Drzewiecki CM, Fox AS. Understanding the heterogeneity of anxiety using a translational neuroscience approach. *Cogn Affect Behav Neurosci* 2024; 24(2): 228-45.
11. Beele G, Liesong P, Bojanowski S, Hildebrand K, Weingart M, Asbrand J, et al. Virtual Reality Exposure Therapy for Reducing School Anxiety in Adolescents: Pilot Study. *JMIR Ment Health* 2024; 11(4): e56235.
12. Hayes SC, Hofmann SG. "Third-wave" cognitive and behavioral therapies and the emergence of a process-based approach to intervention in psychiatry. *World Psychiatry* 2021; 20(3): 363-75.
13. Ravindranath O, Perica MI, Parr AC, Ojha A, McKeon SD, Montano G, et al. Adolescent neurocognitive development and decision-making abilities regarding gender-affirming care. *Dev Cogn Neurosci* 2024; 67(4): 101351.
14. Verain J, Trouillet C, Moulin F, Christophe C. Efficacy of virtual reality therapy versus pharmacological sedation for reducing pain and anxiety during coronary catheterisation procedures: A prospective randomised controlled trial. *Health Sci Rep* 2024; 7(10): e2151.
15. Ong T, Barrera JF, Sunkara C, Soni H, Ivanova J, Cummins MR, et al. Mental health providers are inexperienced but interested in telehealth-based virtual reality therapy: survey study. *Front Virtual Real* 2024; 4(1): 1332874.
16. Chen Y, Meng H, Chen Q, Wu W, Liu H, Lv S, et al. Virtual reality therapy in managing cancer pain in middle-aged and elderly: a systematic review and meta-analysis. *Peer J* 2024; 12(1): e18701.
17. Mevlevioğlu D, Tabirca S, Murphy D. Real-Time Classification of Anxiety in Virtual Reality Therapy Using Biosensors and a Convolutional Neural Network. *Biosensors (Basel)* 2024; 14(3): 131.
18. Wang D, Lin B, Zhang S, Xu W, Liu X. Effectiveness of an Internet-Based Self-Help Acceptance and Commitment Therapy Program on Medical Students' Mental Well-Being: Follow-Up Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res* 2024; 26(2): e50664.
19. Tahan M, Sabriyan H. Effectiveness of Acceptance and Commitment and Hope Therapy Based on Positive Psychology in the Promotion of Psychological Well-being and Mental Health in Medical Staff during the COVID-19 Pandemic. *Avicenna J Neuro Psycho Physiology* 2023; 10(2): 41-9.

CCBY-NC.4.0 DEED

20. Van Aubel E, Vaessen T, Uyttebroek L, Steinhart H, Beijer-Klippel A, Batink T, et al. Engagement and Acceptability of Acceptance and Commitment Therapy in Daily Life in Early Psychosis: Secondary Findings from a Multicenter Randomized Controlled Trial. *JMIR Form Res* 2024; 8(2): e57109.
21. Kroemeke A, Dudek J, Kijowska M, Owen R, Sobczyk-Kruszelnicka M. The effect of an online acceptance and commitment intervention on the meaning-making process in cancer patients following hematopoietic cell transplantation: study protocol for a randomized controlled trial enhanced with single-case experimental design. *Trials* 2024; 25(1): 392.
22. Beck AT, Kovasac M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol* 1979; 47(2): 343-52.
23. Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry* 1985; 142(5): 559-63.
24. Anisi J, Fathi-Ashtiani A, Soltani Nejad A, Amiri M. Prevalence of Suicidal Ideation in Soldiers and its Associated Factors. *Journal of Military Medicine* 2022; 8(2): 113-8.
25. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1988; 56(1): 893-7.
26. Rafee M, Seify A. An Investigation into the Reliability and Validity of Beck Anxiety Inventory among the University Students. Thoughts Behav Clin Psychol 2013; 8(27): 37-46.
27. Glasser W, Glasser C. Eight Lessons for a Happier Marriage. New York: Harper Paperbacks; 2008. pp. 25-40.
28. Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies - Republished Article. *Behav Ther* 2016; 47(6): 869-85.
29. Barkhordar N, Jahangiri K, Barkhordar N. Investigating the trend of suicide and factors affecting it in the rural areas of Kermanshah city. *J Med Counc I.R. Iran* 2010; 27(2): 219-25.
30. Alilou M, Sharifi M. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Tehran, Iran: Tehran University Press. 2013.
31. Soliemani E, Babaei K. On the Effectiveness of Group Reality Therapy based on Choice Theory in Anxiety and Hope for Drug-Dependent Individuals during Abstention. *Etiadpajohi* 2016; 10 (37): 137-150.

CCBY-NC.4.0 DEED

32. Etemadi A, Nasirnejhad F, Smkhani Akbarinejhad H. Effectiveness of Group Reality Therapy on the Anxiety of Women. *Journal of Psychological Studies*, 2014; 10(2): 73-88.

33. Parsa B, Ariapooran S, Haghayegh SA, Ghorbani M. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Levels of Self-Criticism and Suicidal Thoughts in Adolescents with Self-Harm. *Journal of Psychological Studies* 2023; 19(2): 23-37.

34. Khorani J, Ahmadi V, Mami S, Valizadeh R. The Effects of Acceptance and Commitment Therapy on the Meaning of Life, Life Satisfaction, Cognitive Flexibility, and Suicidal Ideation in Individuals with Depression. *MEJDS* 2020; 10: 112.

35. Mahdevar E, Choobforoushzadeh A, Mohammadpanah A, Shirovi E. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Reducing Hopelessness and Anxiety of Working Children. TB 2023; 22(5): 13-27.

36. Kolahdouzan S A, Kajbaf M B, Oraizi H R, Abedi M R, Mokarian F. The Effect of a Death Anxiety Therapeutic Package Based on Acceptance and Commitment Therapy on Death Avoidance, Mental Health and Quality of Life of Cancer Patients. *IJPCP* 2020; 26(1): 16-31.

CCBY-NC.4.0 DEED

Comparing the Effectiveness of Reality Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Reducing Suicidal Tendencies and Anxiety in Adolescent Girls: A Quasi-Experimental Study

Farzaneh Sadat Razavi[1], Mohammad Esmaeil Ebrahimi[2], Ali Nazari[3]

Received: 17/07/25 Sent for Revision: 06/09/25 Received Revised Manuscript: 13/09/25 Accepted: 14/09/25

Background and Objectives: Suicide is a public health concern. Suicide prevention is an integral part of the World Health Organization's first psychotherapy program. Therefore, this study aimed to determine and compare the effectiveness of reality therapy and acceptance and commitment therapy on suicidal tendencies and anxiety in adolescents.

Materials and Methods: The present study employed a quasi-experimental design with a pretest-posttest setup, including two experimental groups and one control group. The population consisted of female high school students in Yazd during the 2023–2024 academic year. From this population, 45 students were selected through cluster random sampling and assigned to three groups of 15 participants each. Data were collected using the Beck Scale for Suicidal Ideation (1961) and the Beck Anxiety Inventory (1988). The Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Reality Therapy sessions were conducted for the experimental groups over 8 sessions, each lasting 60 minutes, while the control group received no intervention. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

Results: The findings indicated that both Reality Therapy and Acceptance and Commitment Therapy significantly reduced suicidal ideation and anxiety compared to the control group ($p<0.001$). However, no significant differences were observed between the two therapeutic approaches in reducing suicidal ideation and anxiety.

Conclusion: The results demonstrate the effectiveness of both therapeutic approaches in reducing suicidal ideation and anxiety. Therefore, therapists and mental health professionals can utilize these methods to improve health-related outcomes, particularly in reducing suicidal tendencies and anxiety, and they are recommended as part of preventive and mental health promotion programs for adolescent girls.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Reality therapy, Suicide, Anxiety, Adolescents

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical considerations: The Ethics Committee of Lorestan University approved the study (IR.LUMS.REC.1403.22).

Authors' contributions:

- Conceptualization: Farzaneh Sadat Razavi

- Methodology: Farzaneh Sadat Razavi, Mohammad Esmaeil Ebrahimi

- Data collection: Farzaneh Sadat Razavi, Ali Nazari

- Formal analysis: Farzaneh Sadat Razavi, Ali Nazari

- Supervision: Mohammad Esmaeil Ebrahimi, Ali Nazari

- Project administration: Mohammad Esmaeil Ebrahimi, Farzaneh Sadat Razavi

- Writing – original draft: Mohammad Esmaeil Ebrahimi, Farzaneh Sadat Razavi

- Writing – review & editing: Ali Nazari

Citation: Razavi FS, Ebrahimi ME, Nazari A. Comparing the Effectiveness of Reality Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Reducing Suicidal Tendencies and Anxiety in Adolescent Girls: A Quasi-Experimental Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2025; 24 (8): 675-88. [Farsi]

1- PhD Student in Counseling, Dept. of Counseling, Islamic Azad University, Yazd Branch, Yazd, Iran

2- Associate Prof., Dept. of Psychology, Hamadan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran, ORCID: 0000-0003-0545-6915 (Corresponding Author) Tel: 09127849470, E-mail: Me.ebrahimi@iauh.ac.ir

3- Prof., Dept. of Design, Faculty of Art and Architecture, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran

CCBY-NC.4.0 DEED