

مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر نظریه انتخاب بر پریشانی روانشناختی و سرسختی روانشناختی در زنان مطلقه دارای سوگ طلاق

تاریخ چاپ نهایی: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱

تاریخ چاپ اولیه: ۱۴۰۵/۰۲/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۱/۱۰

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۸

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۰۹/۰۲

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد (ACT) و درمان مبتنی بر نظریه انتخاب (CTBT) بر میزان پریشانی روانشناختی و سرسختی روانشناختی در زنان مطلقه مبتلا به سوگ طلاق انجام شد. این مطالعه شبه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه همراه با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری شامل زنان مطلقه دارای سوگ طلاق شهر آمل در سال ۱۴۰۴ که ۴۵ از آنان به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه (۱۵ نفر در گروه ACT، ۱۵ نفر در گروه CTBT و ۱۵ نفر در گروه گواه) گمارده شدند. گروه‌های آزمایش ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای مداخله دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از مقیاس پریشانی روانشناختی کسلر (K-۱۰) و پرسشنامه سرسختی روانشناختی (PHQ) جمع‌آوری و با آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند. نتایج نشان داد که اثر تعاملی زمان و گروه برای نمره کل پریشانی روانشناختی ($F=4.47, p=0.016$) و کل سرسختی روانشناختی ($F=11.18, p<0.001$) از نظر آماری معنادار بود. آزمون‌های تعقیبی بونفرونی مشخص کرد که ACT در کاهش پریشانی روانشناختی در مراحل پس‌آزمون ($MD=5.47, p<0.001$) و پیگیری ($MD=3.38, p<0.001$) اثربخشی به‌مراتب بیشتری نسبت به CTBT داشت. همچنین، ACT در مرحله پس‌آزمون موجب افزایش بیشتری در سرسختی روانشناختی نسبت به CTBT شد ($MD=4.11, p<0.001$)، اما در مرحله پیگیری تفاوت معناداری بین این دو رویکرد مشاهده نشد ($p=0.134$) که نشان‌دهنده همگرایی اثربخشی آن‌ها در درازمدت است. هر دو رویکرد درمانی در بهبود وضعیت روانشناختی زنان مطلقه موثرند؛ با این حال، درمان پذیرش و تعهد در کاهش سریع‌تر و پایدارتر پریشانی روانشناختی برتری دارد، در حالی که درمان مبتنی بر نظریه انتخاب در درازمدت به همان اندازه در ارتقای سرسختی روانشناختی اثربخش است که این امر لزوم استفاده یکپارچه از هر دو رویکرد را در مداخلات بالینی برجسته می‌سازد.

HEALTH PSYCHOLOGY AND
BEHAVIORAL DISORDERS
روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری



نجمه حسین پور^۱، محمود گودرزی^۲، حمزه احمدیان^۳

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره خانواده، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران
۲. گروه مشاوره خانواده، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران
۳. گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران

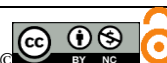
* ایمیل نویسنده مسئول:

Mahmoud.Goudarzi@iau.ac.ir

کلیدواژه‌گان: درمان پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر نظریه انتخاب، پریشانی روانشناختی، سرسختی

روانشناختی، سوگ طلاق، زنان مطلقه.

شیوه استناددهی: حسین پور، نجمه، گودرزی، محمود، و احمدیان، حمزه. (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر نظریه انتخاب بر پریشانی روانشناختی و سرسختی روانشناختی در زنان مطلقه دارای سوگ طلاق. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۴(۴)، ۱-۲۲.



Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Choice Theory-Based Therapy on Psychological Distress and Psychological Hardiness in Divorced Women Experiencing Divorce Grief

Submit Date:
2025-11-23

Revise Date:
2026-03-28

Accept Date:
2026-03-30

Initial Publish Date:
2026-05-12

Final Publish Date:
2026-09-23

Abstract

This study aimed to compare the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Choice Theory-Based Therapy (CTBT) on psychological distress and psychological hardiness in divorced women experiencing divorce grief. This quasi-experimental study utilized a pre-test, post-test, and two-month follow-up design alongside a control group. The statistical population comprised divorced women suffering from divorce grief in the city of Amol during the year 2025. Using purposive sampling, 45 participants were selected and randomly assigned equally to two experimental groups (15 in ACT, 15 in CTBT) and one control group ($n = 15$). The experimental groups underwent eight weekly 120-minute intervention sessions. Quantitative data were collected using the Kessler Psychological Distress Scale (K-10) and the Psychological Hardiness Questionnaire (PHQ), and subsequently analyzed via Repeated Measures ANOVA utilizing SPSS software. Inferential statistical analysis revealed significant Time by Group interaction effects for both total psychological distress ($F = 4.47, p = 0.016$) and total psychological hardiness ($F = 11.18, p < 0.001$). Bonferroni post-hoc comparisons demonstrated that ACT was significantly more effective than CTBT in mitigating psychological distress at both the immediate post-test (Mean Difference = 5.47, $p < 0.001$) and the two-month follow-up (Mean Difference = 3.38, $p < 0.001$) phases. Conversely, while ACT produced a significantly higher increase in psychological hardiness than CTBT at post-test (Mean Difference = 4.11, $p < 0.001$), this statistical difference completely dissipated by the follow-up evaluation ($p = 0.134$), indicating a long-term convergence in therapeutic efficacy. Both therapeutic modalities significantly enhance the psychological well-being of divorced women; however, ACT demonstrates clear superiority in precipitating rapid and sustained reductions in psychological distress, whereas CTBT requires more time but ultimately proves equally robust in cultivating long-term psychological hardiness, suggesting that sequential integration of both therapies could optimize clinical outcomes.

Keywords: *Acceptance and Commitment Therapy, Choice Theory-Based Therapy, Psychological Distress, Psychological Hardiness, Divorce Grief, Divorced Women*

HEALTH PSYCHOLOGY AND
BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری



Najmeh Hosseinpour¹, Mahmud Goudarzi^{2*},
Hamzeh Ahmadian³

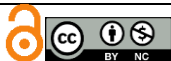
1. Department of Family Counseling, Sa.C., Islamic Azad University, Sanandaj, Iran

2. Department of Family Counseling, Sa.C., Islamic Azad University, Sanandaj, Iran

3. Department of Psychology, Sa.C., Islamic Azad University, Sanandaj, Iran

*Corresponding Author's Email:
Mahmoud.Goudarzi@iau.ac.ir

How to cite: Hosseinpour, N., Goudarzi, M., & Ahmadian, H. (2026). Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Choice Theory-Based Therapy on Psychological Distress and Psychological Hardiness in Divorced Women Experiencing Divorce Grief. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 4(4), 1-22.



خانواده به عنوان هسته مرکزی و بنیادین‌ترین نهاد تشکیل‌دهنده جوامع بشری، همواره در معرض تغییرات، تنش‌ها و چالش‌های متعددی قرار دارد که طلاق، بی‌شک یکی از مخرب‌ترین و عمیق‌ترین این بحران‌ها به شمار می‌رود. طلاق صرفاً به معنای پایان یافتن یک قرارداد حقوقی و شرعی میان دو فرد نیست، بلکه گسستی همه‌جانبه در پیوندهای عاطفی، روانی، اجتماعی و اقتصادی ایجاد می‌کند که پیامدهای ویرانگر آن می‌تواند تا سالیان متمادی بر ساختار روانی افراد سایه بیفکند. در این میان، زنان به دلایل متعدد فرهنگی، اقتصادی و ساختارهای اجتماعی، غالباً آسیب‌پذیری بیشتری را در مواجهه با پدیده طلاق تجربه می‌کنند و با چالش‌های به مراتب پیچیده‌تری روبه‌رو هستند. فروپاشی کانون خانواده و تنش‌های پیش از آن، زمینه‌ساز بروز آسیب‌های جدی در ارتباطات بین‌فردی می‌شود؛ چنانکه مطالعات نشان داده‌اند مداخلاتی نظیر واقعیت‌درمانی می‌تواند بر کاهش پرخاشگری ارتباطی پنهان و تنش‌های زناشویی در میان زنان متقاضی طلاق تا پیش از وقوع قطعی آن تأثیرگذار باشد (Zakariazadeh Khatir et al., 2022). پس از وقوع طلاق، این تنش‌ها جای خود را به پدیده‌ای دردناک و پیچیده تحت عنوان «سوگ طلاق» می‌دهند. سوگ طلاق فرآیندی روان‌شناختی مشابه با سوگواری ناشی از مرگ عزیزان است، با این تفاوت که در طلاق، فرد از دست‌رفته همچنان زنده است و این امر فرآیند پذیرش و عبور از مراحل سوگ شامل انکار، خشم، چانه‌زنی، افسردگی و در نهایت پذیرش را با ابهامات و دشواری‌های مضاعفی مواجه می‌سازد. زنانی که درگیر سوگ طلاق می‌شوند، علاوه بر تحمل درد ناشی از فقدان پیوند عاطفی، باید با تغییرات بنیادین در هویت فردی، کاهش حمایت‌های اجتماعی و گاه برچسب‌های منفی جامعه نیز مقابله کنند. در چنین شرایطی، زنان سرپرست خانوار و زنان مطلقه اغلب درگیر افکار و باورهای غیرمنطقی و مخربی می‌شوند که روند سازگاری آن‌ها را مختل می‌کند و عمیقاً نیازمند مداخلات روان‌شناختی هدفمند برای تعدیل این باورهای آسیب‌زا هستند (Nikoukar et al., 2022).

یکی از بارزترین و نگران‌کننده‌ترین پیامدهای روان‌شناختی ناشی از عدم حل و فصل موفقیت‌آمیز سوگ طلاق، بروز سطوح بالایی از پریشانی روان‌شناختی در این زنان است. پریشانی روان‌شناختی به عنوان یک سازه چندبعدی، بیانگر حالتی از رنج عاطفی شدید است که با طیف گسترده‌ای از علائم بالینی نظیر اضطراب فراگیر، استرس مزمن و نشانه‌های افسردگی متمایز می‌شود. این وضعیت روانی نامطلوب، ظرفیت شناختی و توانمندی‌های مقابله‌ای فرد را به شدت تقلیل داده و او را در گردابی از افکار منفی و احساس درماندگی گرفتار می‌سازد. پژوهش‌های بالینی به وضوح نشان داده‌اند که رویدادهای استرس‌زای مزمن، بحران‌های هویتی و بیماری‌ها، زمینه‌ساز افت شدید تحمل هیجانی در افراد می‌شوند؛ به گونه‌ای که مداخلات موج سوم درمان‌های شناختی‌رفتاری، نظیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، توانسته‌اند با کاهش شرم و افکار سرزنش‌گرانه، به شکلی معنادار پریشانی روان‌شناختی را در جمعیت‌های آسیب‌پذیر تقلیل دهند (Lipsett & Berkman, 2025). افت سطح تحمل پریشانی نه تنها با افزایش افکار ارجاعی و کاهش انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی و افسردگی اساسی همراه است (Yaghoubi et al., 2026; Yaqubi et al., 2026)، بلکه در موارد حادثه‌تر، ناتوانی در مدیریت این پریشانی می‌تواند منجر به بروز رفتارهای پرخطر، هیجان‌خواهی‌های بیمارگونه و حتی شکل‌گیری افکار خودکشی گردد که لزوم ارتقای تحمل پریشانی از طریق رویکردهای درمانی نوین را بیش از پیش برجسته می‌سازد (Sohrabnejad et al., 2025). از این رو، کاهش میزان پریشانی روان‌شناختی در زنان مطلقه دارای سوگ طلاق، نه تنها به منزله تسکین دردهای عاطفی آنان است، بلکه گامی اساسی در جهت پیشگیری از بروز اختلالات روانی حادثه‌تر و تسهیل فرآیند بازگشت به عملکرد طبیعی در زندگی فردی و اجتماعی محسوب می‌شود.

در نقطه مقابل آسیب‌پذیری و پریشانی روان‌شناختی، سازه بسیار مهم و محافظت‌کننده‌ای تحت عنوان سرسختی روان‌شناختی قرار دارد که نقش بی‌بدیلی در نحوه مواجهه افراد با بحران‌های سهمگین زندگی ایفا می‌کند. سرسختی روان‌شناختی به عنوان یک ویژگی شخصیتی مقاوم در برابر استرس و یک سبک ارزیابی شناختی تعریف می‌شود که از مؤلفه‌های کلیدی نظیر احساس کنترل بر رویدادهای زندگی، تعهد و مالکیت نسبت به تصمیمات، در نظر گرفتن تغییرات به عنوان یک چالش برای گسترش و رشد، و همچنین داشتن دیرپایی و استقامت در برابر ناملایمات تشکیل شده است. زنانی که از سرسختی روان‌شناختی بالایی برخوردارند، رویداد تلخی همچون طلاق را نه به عنوان یک فاجعه غیرقابل جبران

و پایان زندگی، بلکه به عنوان یک نقطه عطف، چالشی برای خودشناسی عمیق‌تر و فرصتی برای بازآفرینی هویتی مستقل و توانمند ارزیابی می‌کنند. مطالعات تجربی حاکی از آن است که ارتقای سرسختی روانشناختی می‌تواند به عنوان یک سپر دفاعی قدرتمند عمل کرده و پیامدهای منفی ناشی از بیماری‌های مزمن و استرس‌های طاقت‌فرسار خنثی نماید؛ به عنوان مثال، اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی مبتنی بر پذیرش در افزایش سرسختی و تحمل پریشانی در بیماران درگیر با شرایط مزمن جسمی و روانی نظیر پسوریازیس به اثبات رسیده است (Shahidi et al., 2021). علاوه بر این، تقویت سرسختی روانشناختی از طریق مداخلات درمانی منسجم، نقش بسزایی در کاهش احساس انزوای اجتماعی و احساس تنهایی در زنان مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج داشته است (Namazi et al., 2022) و ترکیب رویکردهای درمانی همچون درمان پذیرش و تعهد با درمان‌های مبتنی بر شفقت نیز توانسته است به شکلی هم‌افزا موجب ارتقای چشمگیر مؤلفه‌های سرسختی روانشناختی در بیماران خاص ناتوان‌کننده گردد (Pourgoli & Rezaei, 2023). بر این اساس، بازیابی و تقویت سرسختی روانشناختی در زنان درگیر با سوگ طلاق، عاملی حیاتی برای گذار موفقیت‌آمیز از این بحران عمیق به شمار می‌رود.

با توجه به پیچیدگی و عمق آسیب‌های روان‌شناختی ناشی از پدیده سوگ طلاق، اتخاذ و به‌کارگیری رویکردهای روان‌درمانی نوین، ساختاریافته و مبتنی بر شواهد علمی به منظور کاهش پریشانی و ارتقای سرسختی روانشناختی این قشر آسیب‌پذیر، امری گریزناپذیر و ضروری به نظر می‌رسد. در همین راستا، یکی از برجسته‌ترین و کارآمدترین رویکردهای برخاسته از موج سوم درمان‌های شناختی‌رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) می‌باشد. این رویکرد درمانی، برخلاف درمان‌های سنتی که بر تغییر، به چالش کشیدن یا حذف محتوای افکار و احساسات منفی تمرکز دارند، بر ایجاد و گسترش «انعطاف‌پذیری روانشناختی» تأکید می‌ورزد. درمان پذیرش و تعهد از طریق شش فرآیند محوری و درهم‌تنیده شامل پذیرش تجربیات درونی بدون قضاوت (رهاسازی از اجتناب تجربی)، گسست شناختی (فاصله گرفتن از افکار ناکارآمد)، ارتباط آگاهانه با لحظه حال، مفهوم‌سازی خود به عنوان زمینه و مشاهده‌گر، کشف و تبیین ارزش‌های اصیل زندگی، و در نهایت اقدام متعهدانه در راستای آن ارزش‌ها، به مراجعان کمک می‌کند تا زندگی معنادار و غنی‌تری را حتی در حضور درد و رنج روان‌شناختی تجربه کنند. شواهد پژوهشی گسترده‌ای اثربخشی این رویکرد را در بهبود شاخص‌های سلامت روان تأیید کرده‌اند؛ به طوری که نشان داده شده است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کنار رویکردهایی نظیر واقعیت‌درمانی می‌تواند به طور معناداری حساسیت اضطرابی را در بیماران تقلیل دهند (Sepas et al., 2022). همچنین مقایسه این درمان با رویکردهای دیگر نشان داده است که درمان پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی در ارتقای رضایت از زندگی و بهبود رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن (Behzadi et al., 2021) و ارتقای سطح خودمراقبتی در بیماران دیابتی (Zandi et al., 2023) اثربخش بوده‌اند. از منظر بهبود کیفیت زندگی و سلامت عمومی نیز، بررسی‌ها حاکی از اثربخشی قابل توجه درمان پذیرش و تعهد در کنار سایر مداخلات شناختی‌رفتاری بر ارتقای راهبردهای مقابله‌ای و سلامت عمومی مراقبان بیماران مزمن بوده است (Bani Hashemi et al., 2020). افزون بر این، در جوامع هدف مرتبط با زنان، مقایسه اثربخشی این رویکردهای درمانی نشان‌دهنده تأثیر مثبت آن‌ها بر سلامت روان و بهزیستی روانشناختی زنان مراجعه‌کننده به مراکز محلی و خدمات اجتماعی (Zamani Foroushani & Dokaneifard, 2017) بوده است که مجموع این یافته‌ها، پشتوانه علمی قدرتمندی برای به‌کارگیری درمان پذیرش و تعهد در کاهش آلام زنان مطلقه فراهم می‌آورد.

در عرصه مداخلات روان‌شناختی، همگام با درمان پذیرش و تعهد، رویکرد درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب یا همان واقعیت‌درمانی نیز به عنوان یکی از قدرتمندترین، عمل‌گرایانه‌ترین و اثربخش‌ترین پارادایم‌های درمانی در زمینه توانمندسازی افراد بحران‌زده و بازگرداندن کنترل به زندگی آنان مطرح است. نظریه انتخاب که توسط ویلیام گلاسر پایه‌گذاری شده، بر این پیش‌فرض بنیادین استوار است که تمامی رفتارهای انسان، انتخاب‌هایی هدفمند در راستای ارضای پنج نیاز اساسی و ژنتیکی شامل نیاز به بقا، عشق و احساس تعلق، قدرت (یا پیشرفت)، آزادی و تفریح می‌باشند. در این چارچوب فکری، به مراجعان آموزش داده می‌شود که آن‌ها قربانی بی‌اراده شرایط محیطی، گذشته تاریک و یا رویدادهای خارج از کنترل خود نیستند، بلکه همواره دارای یک مکانیسم کنترل درونی بوده و طراح اصلی رفتارهای کنونی خویش برای رسیدن به «دنیای

مطلوب» خود می‌باشند. واقعیت‌درمانی با تمرکز بر زمان حال و ارزیابی مداوم کارآمدی رفتارهای فعلی در سیستم رفتار کلی (عمل، فکر، احساس و فیزیولوژی)، فرد را ترغیب می‌کند تا مسئولیت کامل انتخاب‌های خود را پذیرفته و در جهت ارضای نیازهای اساسی‌اش به شیوه‌ای واقع‌بینانه و سازگارانه گام بردارد. ادبیات پژوهشی مملو از شواهدی است که قدرت این رویکرد را در حل معضلات روان‌شناختی تأیید می‌کنند. برای نمونه، مطالعات مقایسه‌ای اثبات کرده‌اند که واقعیت‌درمانی و درمان پذیرش و تعهد هر دو قادرند به شکلی مؤثر احساس تنهایی را در نوجوانان کاهش دهند که این امر نشان‌دهنده قابلیت این درمان‌ها در بازسازی پیوندهای عاطفی و اجتماعی آسیب‌دیده است (Abron et al., 2024). همچنین در زمینه اصلاح طرحواره‌های شناختی، تحقیقات نشان داده است که این دو رویکرد تأثیر بسزایی در کاهش افکار غیرمنطقی در میان زنان سرپرست و شاغل دارند (Jaafary et al., 2022). علاوه بر این، در حیطه روابط زوجین و تعارضات زناشویی، مداخلات مبتنی بر واقعیت‌درمانی گروهی و درمان پذیرش و تعهد به عنوان ابزارهایی کارآمد برای اصلاح نگرش‌های ناکارآمد، افزایش باورهای خودکارآمدی، ارتقای شادکامی و کاهش چشمگیر تعارضات در زنان متأهل شناخته شده‌اند (Ragheni & Soltanzadeh, 2023). در بررسی متغیرهای بنیادین روابط بین‌فردی نیز، مقایسه اثربخشی روش‌های زوج‌درمانی مبتنی بر تئوری انتخاب، درمان پذیرش و تعهد و رویکردهای یکپارچه‌نگر، حاکی از تأثیر چشمگیر این مداخلات بر ارتقای تعهد زناشویی زوجین بوده است (Sedghi et al., 2019) که تمامی این شواهد بر ظرفیت بالای رویکرد مبتنی بر نظریه انتخاب در بازسازی روانی و رفتاری افراد دلالت دارد.

با عنایت به مبانی نظری متفاوت و در عین حال اهداف درمانی مشترک این دو رویکرد، مقایسه اثربخشی افتراقی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر نظریه انتخاب به یکی از حوزه‌های جذاب و پرکاربرد در پژوهش‌های بالینی معاصر تبدیل شده است. درمان پذیرش و تعهد با تأکید بر پذیرش، ذهن‌آگاهی و عمل مبتنی بر ارزش‌ها، مکانیزم تغییر را در ایجاد فاصله روان‌شناختی از افکار دردناک جستجو می‌کند، در حالی که درمان مبتنی بر نظریه انتخاب با تمرکز بر ارزیابی رفتار، مسئولیت‌پذیری و ارضای نیازهای بنیادین، تغییر را از مجرای کنترل درونی و انتخاب‌های آگاهانه رقم می‌زند. در سال‌های اخیر، پژوهشگران تلاش کرده‌اند تا با مقایسه و حتی ترکیب این دو رویکرد، به درک عمیق‌تری از ظرفیت‌های درمانی آن‌ها دست یابند. به عنوان مثال، در یک پژوهش نوآورانه نشان داده شد که تلفیق مشاوره گروهی مبتنی بر تعهد و پذیرش با واقعیت‌درمانی می‌تواند به گونه‌ای اثربخش، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و خودکارآمدی را در زنان تحت فشارهای مزمن درمانی بهبود بخشد و اثرات هم‌افزایی بی‌نظیری خلق نماید (Borhani et al., 2010). در مطالعاتی که مستقیماً به مقایسه این دو درمان پرداخته‌اند، نتایج ارزشمندی به دست آمده است؛ از جمله بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با واقعیت‌درمانی که نشان‌دهنده تأثیرات پایدار و مثبت هر دو مداخله بر کاهش تعارضات کار-خانواده و ارتقای بهزیستی روان‌شناختی زنان شاغل متأهل بوده است (Haji Karam et al., 2019). نکته حائز اهمیت آن است که اثربخشی این دو رویکرد به طور خاص در جامعه زنان مطلقه نیز مورد توجه قرار گرفته است؛ چنانکه پژوهش‌ها به وضوح نشان داده‌اند که هر دو روش درمان پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی می‌توانند به شکلی معنادار موجب ارتقای سطح مسئولیت‌پذیری و احساس خودکارآمدی در زنان مطلقه شوند و به آن‌ها در بازیابی کنترل و مدیریت چالش‌های فردی و اجتماعی پس از طلاق یاری رسانند (Hadian et al., 2023). با این وجود، و علی‌رغم پیشینه پژوهشی غنی پیرامون هر یک از این درمان‌ها، یک خلأ علمی و پژوهشی ملموس در ادبیات بالینی موجود به چشم می‌خورد؛ بدین معنا که تاکنون هیچ مطالعه جامع و ساختاریافته‌ای که به صورت مستقیم، دقیق و در قالب یک طرح پژوهشی روش‌مند، به مقایسه اثربخشی این دو رویکرد درمانی متمایز بر دو متغیر بسیار حیاتی یعنی «پیشانی روان‌شناختی» و «سرسختی روان‌شناختی» آن هم به طور خاص در جامعه آماری بسیار آسیب‌پذیر زنان مطلقه درگیر با سوگ طلاق بپردازد، صورت نگرفته است. درک اینکه کدام یک از این دو مکتب درمانی در کاهش آلام عاطفی و افزایش ظرفیت مقاومت و بازگشت‌پذیری در بستر سوگ ناشی از طلاق از کارایی و اثربخشی بالاتری برخوردار است، می‌تواند افق‌های تازه‌ای را برای متخصصان بالینی، روان‌شناسان و مشاوران خانواده به منظور تدوین پروتکل‌های مداخله‌ای بهینه و اختصاصی‌سازی درمان‌ها برای این قشر آسیب‌دیده روشن سازد.

بحران‌های عمیق زندگی همچون طلاق و سوگ ناشی از آن نیازمند مداخلاتی هستند که نه تنها به عنوان تسکین‌دهنده‌ای برای دردهای روان‌شناختی عمل کنند، بلکه فرد را برای مواجهه قدرتمندانه، مسئولانه و منعطف با چالش‌های آتی زندگی مجهز سازند. با توجه به شیوع روزافزون پدیده طلاق در جوامع امروزی و پیامدهای مخرب، طولانی‌مدت و چندوجهی ناشی از سوگ طلاق در زنان، و همچنین با در نظر گرفتن اهمیت و ضرورت مبرم پاسخگویی به خلأهای پژوهشی تشریح شده جهت دستیابی به انتخاب‌های درمانی مبتنی بر شواهد و کارآمدتر، طراحی و اجرای مطالعات مقایسه‌ای در این حوزه امری کاملاً توجیه‌پذیر و ضروری است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر نظریه انتخاب بر پریشانی روانشناختی و سرسختی روانشناختی در زنان مطلقه دارای سوگ طلاق انجام شد.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف در زمره تحقیقات کاربردی قرار دارد و طرح آن با توجه به ماهیت موضوع، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه است. جامعه آماری این مطالعه را تمامی زنان مطلقه دارای سوگ طلاق تشکیل می‌دادند که در سال هزار و چهارصد و چهار به مراکز مشاوره شهر آمل در استان مازندران مراجعه کرده بودند. فرآیند نمونه‌گیری به شیوه غیرتصادفی و هدفمند انجام پذیرفت؛ به این صورت که پس از انجام هماهنگی‌های لازم با مدیریت دو مرکز مشاوره در شهر آمل، پرونده مراجعان بررسی شد و از طریق تماس تلفنی، مصاحبه‌های اولیه‌ای با افراد مستعد صورت گرفت. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل زن بودن به دلیل تمرکز تحقیق بر ویژگی‌های روان‌شناختی زنان پس از طلاق، کسب نمره بالاتر از نقطه برش در پرسشنامه سوگ پیچیده پریگرسون و ماسیچواسکی و تایید علائم در مصاحبه بالینی نیم‌ساختاریافته دی‌اس‌ام-فایو-تی‌آر، گذشت حداقل یک سال و حداکثر سه سال از زمان طلاق جهت تثبیت شرایط روانی اولیه و جلوگیری از تأثیر متغیرهای مزمن، تداوم ازدواج به مدت حداقل سه سال پیش از طلاق، قرار داشتن در بازه سنی بیست و پنج تا سی و پنج سال جهت همگونی بیشتر نمونه‌ها، تجربه اولین طلاق، داشتن حداقل یک فرزند، برخورداری از حداقل مدرک تحصیلی دیپلم برای درک عمیق‌تر مباحث درمانی، شاغل بودن و در نهایت داشتن آمادگی و رضایت آگاهانه برای شرکت داوطلبانه در پژوهش بود. در مقابل، افرادی که دارای افکار یا قصد خودکشی در زمان اجرای پژوهش بودند، در سایر درمان‌های روان‌شناختی ساختاریافته شرکت می‌کردند، و یا بیش از دو جلسه غیبت داشته و از ادامه درمان انصراف می‌دادند، از روند مطالعه کنار گذاشته می‌شدند. برای تعیین حجم نمونه از جدول کوهن استفاده شد که بر اساس محاسبات، حداقل ده نفر برای هر گروه پیشنهاد گردید، اما با در نظر گرفتن احتمال ریزش آزمودنی‌ها و استناد به مطالعات پیشین، حجم نمونه برای هر گروه پانزده نفر و در مجموع چهل و پنج نفر در نظر گرفته شد. این افراد پس از انتخاب، به صورت تصادفی در سه گروه پانزده نفری شامل دو گروه آزمایش و یک گروه گواه گمارده شدند. پیش از آغاز مداخلات، تمامی شرکت‌کنندگان در مرحله پیش‌آزمون به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. سپس گروه آزمایش اول تحت درمان مبتنی بر نظریه انتخاب و گروه آزمایش دوم تحت درمان پذیرش و تعهد قرار گرفتند؛ هر دو مداخله به صورت گروهی و حضوری در هشت جلسه نود دقیقه‌ای با توالی یک جلسه در هفته توسط پژوهشگر اجرا گردید، در حالی که گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات، تمامی گروه‌ها مجدداً در مراحل پس‌آزمون و دو ماه بعد در مرحله پیگیری ارزیابی شدند.

به منظور ارزیابی میزان پریشانی روان‌شناختی شرکت‌کنندگان از مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر و همکاران استفاده شد که در سال دو هزار و سه با هدف سنجش اختلالات روانی طراحی و تدوین گردیده است. این ابزار ساختاریافته دربردارنده ده گویه مجزا است که سه مؤلفه بنیادین اضطراب، استرس و افسردگی را در افراد مورد سنجش قرار می‌دهد. شیوه پاسخ‌گویی به گویه‌های این مقیاس بر مبنای یک طیف چهاردرجه‌ای لیکرت تنظیم شده است که گزینه‌های آن از همیشه با ارزش عددی چهار تا هیچ‌وقت با ارزش عددی صفر نمره‌گذاری می‌شوند و بر این اساس، گستره نمرات هر فرد می‌تواند بین حداقل صفر تا حداکثر چهل متغیر باشد. بر اساس دستورالعمل نمره‌گذاری این ابزار، نقطه

برش مقیاس نمره بیست و هفت تعیین شده است؛ به گونه‌ای که کسب نمرات کمتر از سیزده نشان‌دهنده پریشانی روان‌شناختی خفیف، نمرات بین چهارده تا بیست و هفت گویای پریشانی روان‌شناختی متوسط و نمرات بین بیست و هشت تا چهل نمایانگر پریشانی روان‌شناختی شدید در فرد پاسخ‌دهنده است. روایی این ابزار در مطالعات متعددی مورد تایید قرار گرفته است؛ از جمله در پژوهش لینز و همکاران، روایی هم‌زمان این مقیاس بر اساس همبستگی بین نمرات آن با پرسشنامه میزان شیوع اختلال‌های روانی با ضریب همبستگی $r = 0.41$ در سطح معناداری $p < 0.0001$ برآورد و تایید گردید و در مطالعه رومرو و همکاران نیز میزان پایایی آن بر اساس ضریب آلفای کرونباخ معادل نود و سه صدم گزارش شد. در داخل کشور نیز، یک پژوهش نشان داد که روایی ملاکی این مقیاس از طریق محاسبه نقطه برش آن که بازتابی از همبستگی اش با فرم مصاحبه تشخیصی بین‌المللی مرکب است، مطلوب بوده و حساسیت و ویژگی برای نمره برش هشت به ترتیب برابر با هشتاد و یک درصد و هشتاد و هفتاد و شش ممیز نیم درصد است که بهترین تعادل را در مقایسه با سایر نمرات برش ارائه می‌دهد. همچنین ارزش پیش‌بینی مثبت در این نمره برش معادل هفتاد و شش ممیز چهل و نه صدم و ارزش پیش‌بینی منفی برابر با هشتاد و چهار ممیز چهل و نه صدم محاسبه گردید که نشان‌دهنده قدرت تشخیص بالای این ابزار در شناسایی افراد بیمار و سالم است. میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش‌های داخلی نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بالای هفت دهم برآورد شده و در پژوهش حاضر نیز، پایایی این مقیاس از طریق آزمون آلفای کرونباخ برابر با هشتاد و چهار صدم محاسبه گردید که نشان از ثبات درونی مطلوب ابزار دارد.

دومین ابزار مورد استفاده در این مطالعه، نیمرخ سرسختی روان‌شناختی است که بر مبنای دیدگاه استولتز در سال هزار و نهصد و هفت توسعه یافته است و سرسختی روان‌شناختی را به عنوان یک مقدار عددی و نشان‌دهنده قدرت بازگشت‌پذیری فرد در مواجهه با موانع و مشکلات زندگی می‌سنجد. نمره کلی در این ابزار از تجمیع نمرات چهار خرده‌مقیاس شامل کنترل، پاسخ‌گویی، گسترش و دیرپایی به دست می‌آید. این مقیاس که به عنوان تنها ابزار معتبر و هنجار شده برای سنجش سرسختی روان‌شناختی شناخته می‌شود، در ابتدا بر پایه پرسشنامه انتخاب اجباری طراحی شد اما ویرایش‌های جدیدتر آن، الگوی پاسخ‌دهی افراد در موقعیت‌های دشوار را با دقت بیشتری آشکار می‌سازند. بر اساس گزارش‌های موسسه پیک لرینگ، این مقیاس پشتوانه سی و هفت سال تحقیق و هزار و پانصد مطالعه جهانی در پنجاه و یک کشور را به همراه دارد و نسخه هشت ممیز یک آن که به صورت آنلاین ارائه می‌شود، در این پژوهش با اخذ مجوزهای لازم به فرم مداد-کاغذی تبدیل گردید و پس از طی مراحل ترجمه و بازترجمه توسط متخصصان مسلط به زبان‌های فارسی و انگلیسی ویرایش و تایید شد. ساختار این مقیاس به این شکل است که چهارده موقعیت فرضی مختلف را مطرح می‌کند و برای هر موقعیت، واکنش افراد را بر اساس چهار سؤال که هر کدام نماینده یکی از خرده‌مقیاس‌های یادشده است ارزیابی می‌کند که این امر در مجموع پنجاه و شش گویه را تشکیل می‌دهد و پاسخ‌ها بر روی یک طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت ثبت می‌گردند. دامنه نمرات هر خرده‌مقیاس می‌تواند از ده تا پنجاه و نمره کل سرسختی روان‌شناختی از چهل تا دویست و یک متغیر باشد که میانگین جهانی آن بر اساس داده‌های حاصل از نمونه‌های پانصد هزار نفری از کارمندان و دانشجویان در سی و هفت کشور جهان، معادل صد و پنجاه ممیز نیم گزارش شده است. پایایی نسخه اصلی این ابزار بر اساس آلفای کرونباخ تا نه دهم نیز گزارش شده است که رقمی فراتر از بسیاری از آزمون‌های روانی متداول است. در ایران نیز تحقیقات نشان داده‌اند که با وجود برخی تفاوت‌ها در پایایی خرده‌مقیاس‌ها نسبت به نسخه اصلی، به ویژه در خرده‌مقیاس دیرپایی که اختلاف بیست صدمی را نشان می‌دهد، پایایی کلی مطلوب معادل هفتاد و هشت صدم برای این ابزار تایید شده است که این تفاوت‌ها می‌تواند ناشی از فرآیند ترجمه یا حجم نمونه باشد. در پژوهش حاضر نیز، روایی مقیاس با استفاده از روش‌های دوگانه و موازی مورد بررسی قرار گرفت که نمره کل معادل نه دهم و خرده‌مقیاس‌های کنترل، پاسخ‌گویی، گسترش و دیرپایی به ترتیب شصت و سه صدم، پنجاه و یک صدم، چهل و هشت صدم و چهل و پنج صدم به دست آمد؛ همچنین پایایی کلی این پرسشنامه در مطالعه حاضر از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برابر با هفتاد و نه صدم ارزیابی و تایید گردید.

مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با اقتباس از الگوی هیز و همکاران در سال دو هزار و شانزده، طی هشت جلسه صد و بیست دقیقه‌ای به صورت گروهی و هفتگی برای گروه آزمایش اول اجرا گردید که ساختار و محتوای این جلسات به صورت یک فرآیند پیوسته و هدفمند

طراحی شده بود. در جلسه نخست، پس از اجرای پیش‌آزمون و معارفه اعضا، قوانین گروه، اهداف و ساختار درمان تبیین شد و تکنیک مشاهده بدون قضاوت افکار و احساسات مرتبط با طلاق به مراجعان آموزش داده شد که این روند با تکلیف‌خانگی تمرین پنج‌دقیقه‌ای ذهن‌آگاهی روزانه و ثبت احساسات تکمیل گردید. در جلسه دوم، تمرکز بر سنجش مشکلات درمان‌جویان از دیدگاه این رویکرد، استخراج تجربه اجتناب و آشنایی با مفهوم آمیختگی شناختی قرار داشت و از طریق تکنیک شناسایی رفتارهای اجتنابی، از مراجعان خواسته شد تا موقعیت‌های فرار از هیجانات منفی طلاق را در قالب تکلیف‌خانگی ثبت کرده و شرایط وقوع آن‌ها را بررسی کنند. جلسه سوم به تصریح ناکارآمدی کنترل رویدادهای منفی از طریق استعاره‌ها و آموزش فنون جداسازی شناختی اختصاص یافت تا اعضا بیاموزند از افکار منفی خود فاصله گرفته و آن‌ها را صرفاً به عنوان کلماتی در ذهن ببینند، نه واقعیت محض؛ بر همین اساس موظف شدند در طول هفته افکار منفی خود را با پیشوند «من فکر می‌کنم که...» یادداشت کنند. در جلسه چهارم، آگاهی هیجانی و خردمندانه با بهره‌گیری از استعاره قربانی خود و تکنیک تمرین مشاهده‌گر بودن آموزش داده شد تا تمرکز بر لحظه حال بدون قضاوت افزایش یافته و به انعطاف‌پذیری روانی منجر شود که تکلیف آن، تأمل درباره موقعیت‌های دربردارنده احساسات قوی و تمرین نقش مشاهده‌گر بود. جلسه پنجم بر مفهوم خود به عنوان زمینه و تلاش برای کسب حس تعالی و پذیرش هیجان‌های منفی متمرکز بود که طی آن، ارزش‌های شخصی از طریق پرسش‌نامه‌ها شناسایی شده و تکمیل جدول ارزش‌ها و انتخاب سه اولویت اصلی به عنوان تکلیف‌خانگی تعیین گردید. در جلسه ششم، با روشن‌سازی دقیق ارزش‌ها و آموزش تنظیم هیجان، تکنیک طراحی گام‌های عملی و اهداف رفتاری کوچک مبتنی بر ارزش‌های شناسایی شده اجرا شد و اعضا موظف به اجرای حداقل یکی از این گام‌ها و ثبت نتایج آن شدند. جلسه هفتم به آموزش عمل متعهدانه، افزایش کارآمدی بین‌فردی با استفاده از استعاره صفحه شطرنج و ایجاد حس معناداری در زندگی پس از طلاق اختصاص داشت که با تکنیک مواجهه با درد عاطفی به شیوه پذیرش همراه بود و تمرین مواجهه آگاهانه با یک موقعیت دردناک به عنوان تکلیف ارائه گردید. در نهایت، جلسه هشتم به مرور فرآیند درمان، تثبیت تغییرات آموخته‌شده و اجرای پس‌آزمون اختصاص یافت و از درمان‌جویان خواسته شد ضمن توضیح نتایج جلسات، یک برنامه عملی سه‌ماهه مبتنی بر ارزش‌ها برای حفظ و تداوم تغییرات در دنیای واقعی زندگی پس از طلاق خود تدوین نمایند.

ساختار جلسات درمان مبتنی بر نظریه انتخاب نیز بر اساس الگوی گلاسر و گلاسر در سال دو هزار و ده، در قالب هشت جلسه صد و بیست دقیقه‌ای به شیوه گروهی و هفتگی برای گروه آزمایش دوم به اجرا درآمد که روند آموزش در این جلسات به صورت یکپارچه و مرحله‌به‌مرحله تدوین شده بود. جلسه اول با اجرای پیش‌آزمون، آشنایی اعضا و شرح قوانین گروه آغاز شد و سپس مفاهیم پایه نظریه انتخاب شامل کنترل درونی، پنج نیاز اساسی شامل بقا، عشق و تعلق، قدرت، آزادی و تفریح، و همچنین جایگاه انتخاب در زندگی فردی آموزش داده شد که تکلیف شناسایی و اولویت‌بندی این نیازها را در پی داشت. در جلسه دوم، تفاوت میان نظریه، راهبرد و رفتار، و همچنین تقابل تعارض چهارگانه کنترل درونی و بیرونی تبیین گردید و با استفاده از تکنیک ترسیم دنیای مطلوب، به مراجعان کمک شد تا تصاویر افراد، فعالیت‌ها و خواسته‌های خود را در زندگی پس از طلاق مشخص کرده و ارزیابی کنند که زندگی فعلی‌شان تا چه میزان با این دنیای مطلوب هماهنگ است. جلسه سوم به بررسی چرایی و هدف رفتار انسان‌ها اختصاص یافت و از طریق تکنیک تجزیه رفتار کلی به چهار مؤلفه عمل، فکر، احساس و فیزیولوژی، چگونگی تأثیر تغییر در یک بخش بر سایر بخش‌ها آموزش داده شد و انتخاب یک موقعیت تنش‌زا و ثبت اجزای رفتار کلی در آن به عنوان تکلیف‌خانگی تعیین گردید. در جلسه چهارم، ارتباط دنیای مطلوب با نیازها و پایه و اساس شکل‌گیری انگیزه بررسی شد و به مراجعان کمک شد تا با تحلیل انتخاب‌های زندگی گذشته پیش از طلاق و زندگی حال خود، مسئولیت آن‌ها را پذیرفته و پیامدهای سه انتخاب مهم گذشته خود را تحلیل کنند. جلسه پنجم بر مفهوم دنیای ادراکی و چگونگی نگاه افراد به دنیای واقعی متمرکز بود که طی آن رفتارهای کنترل‌گرایانه و ناکارآمد در روابط پس از طلاق مانند سرزنش و شکایت، شناسایی شده و جایگزین‌های مناسب برای آن‌ها آموزش داده شد تا مراجعان این رفتارها را در طول هفته پایش و جایگزین‌های آن را یادداشت کنند. در جلسه ششم، میزان و شیوه کنترل افراد بر چرخ‌های ماشین رفتار مورد بررسی قرار گرفت و تکنیک تمرین گفتگو با هدف درک متقابل و شکل‌دهی روابط مؤثر مبتنی بر شناخت نیازهای خود و دیگران آموزش داده

شد که با تکلیف انجام یک گفتگوی عمیق با یکی از نزدیکان همراه بود. جلسه هفتم به بررسی راه‌های بدیعی که سیستم خلاق رفتاری برای رسیدن به خواسته‌ها به کار می‌گیرد و روی آوردن به رفتارهایی چون خشم و افسردگی پرداخت و تکنیک طراحی اهداف شخصی کوتاه‌مدت و بلندمدت هماهنگ با دنیای مطلوب پس از طلاق اجرا گردید تا اعضا سه هدف مشخص با گام‌های اجرایی برای یک ماه آینده خود تدوین کنند. سرانجام، جلسه هشتم با آموزش هنر پرسشگری از خویشتن و هدف‌گزینی بر پایه یک زندگی مسئولانه پایان یافت و ضمن اجرای پس‌آزمون، دستاوردهای درمانی مرور شده و از مراجعان خواسته شد تا یک برنامه عملی مستمر برای حفظ آگاهی از انتخاب‌ها و مسئولیت‌پذیری به عنوان نقشه راه رشد فردی در زندگی پس از طلاق خود تهیه نمایند.

داده‌های کمی جمع‌آوری شده در این پژوهش، در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی با بهره‌گیری از نرم‌افزار آماری اسپاس مورد پردازش و تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در سطح آمار توصیفی، به منظور خلاصه‌سازی و ارائه تصویری روشن از وضعیت داده‌ها، از شاخص‌هایی نظیر جداول توزیع فراوانی و درصدهای مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان استفاده شد و همچنین شاخص‌های مرکزی و پراکندگی برای بررسی متغیرهای اصلی پژوهش به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل مختلف ارزیابی محاسبه گردید. در سطح آمار استنباطی، با توجه به ساختار طرح پژوهش که شامل اندازه‌گیری‌های چندباره در طول زمان برای گروه‌های مختلف بود، متناسب با سطح سنجش داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بهره گرفته شد. پیش از اجرای این آزمون استنباطی، تمامی مفروضات اساسی آماری زیربنایی آن به دقت مورد بررسی و تایید قرار گرفتند؛ این مفروضات شامل بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، اطمینان از همگنی واریانس‌ها در بین گروه‌ها، تایید همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس و همچنین رعایت مفروضه کرویت بودند که با استفاده از آزمون‌های آماری مرتبط ارزیابی شدند. در نهایت، به منظور مقایسه‌های زوجی میانگین‌ها و تعیین دقیق محل تفاوت‌های معنادار بین مراحل مختلف پژوهش و گروه‌های مورد مطالعه جهت آزمون فرضیه‌های تحقیق، از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده گردید تا اثرات دقیق مداخلات درمانی بر متغیرهای وابسته پژوهش با کنترل خطای آماری به درستی مشخص گردد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در این پژوهش شامل ۴۵ زن مطلقه بودند که به طور مساوی در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ($n=15$)، درمان مبتنی بر نظریه انتخاب ($n=15$) و گروه کنترل ($n=15$) گمارده شدند. بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد سن در گروه درمان پذیرش و تعهد برابر با 30.90 ± 2.55 سال، در گروه درمان مبتنی بر نظریه انتخاب برابر با 30.50 ± 3.30 سال و در گروه کنترل برابر با 30.30 ± 2.79 سال بود که نتایج آزمون‌های آماری تفاوت معناداری را از نظر سنی بین سه گروه نشان ندادند ($p=0.524$). همچنین از نظر وضعیت تحصیلی، در گروه درمان پذیرش و تعهد ۴ نفر (۲۶٫۷ درصد) دارای مدرک دیپلم، ۹ نفر (۶۰ درصد) دارای مدرک فوق‌دیپلم و کارشناسی، و ۲ نفر (۱۳٫۳ درصد) دارای مدرک کارشناسی ارشد و دکتری بودند؛ این ترکیب در گروه درمان مبتنی بر نظریه انتخاب شامل ۳ نفر (۲۰ درصد) با مدرک دیپلم، ۹ نفر (۶۰ درصد) با مدرک فوق‌دیپلم و کارشناسی، و ۳ نفر (۲۰ درصد) با مدرک کارشناسی ارشد و دکتری بود. در گروه کنترل نیز ۵ نفر (۳۳٫۳ درصد) دارای مدرک دیپلم، ۸ نفر (۵۳٫۳ درصد) دارای مدرک فوق‌دیپلم و کارشناسی، و ۲ نفر (۱۳٫۳ درصد) دارای مدرک کارشناسی ارشد و دکتری بودند. نتایج تحلیل آماری حاکی از آن بود که تفاوت معناداری در توزیع فراوانی مقاطع تحصیلی بین گروه‌های مورد مطالعه وجود ندارد ($p=0.930$) و در نتیجه، گروه‌های پژوهش از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی سن و تحصیلات پیش از آغاز مداخلات، کاملاً همگن و هم‌تا بوده‌اند.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) پریشانی روانشناختی، سرسختی روانشناختی و مؤلفه‌های آن‌ها به تفکیک گروه و

زمان ارزیابی

متغیر	مرحله ارزیابی	گروه درمان پذیرش و تعهد	گروه درمان مبتنی بر نظریه انتخاب	گروه کنترل
اضطراب	پیش‌آزمون	۱۰.۳۳±۲.۶۹	۱۰.۷۳±۲.۱۹	۱۰.۲۷±۳.۱۳
	پس‌آزمون	۷.۰۰±۲.۱۰	۸.۳۳±۲.۹۰	۱۰.۰۰±۳.۰۹
	پیگیری	۷.۰۰±۲.۸۰	۸.۴۰±۲.۴۴	۱۰.۴۰±۳.۶۶
استرس	پیش‌آزمون	۱۰.۰۰±۳.۲۵	۱۰.۴۷±۳.۰۹	۱۰.۱۳±۲.۸۰
	پس‌آزمون	۶.۰۰±۳.۲۵	۷.۱۳±۱.۷۷	۱۰.۲۰±۲.۷۶
	پیگیری	۵.۵۳±۳.۹۴	۷.۱۳±۲.۹۰	۱۰.۲۷±۲.۷۱
افسردگی	پیش‌آزمون	۱۲.۵۳±۳.۰۲	۱۲.۶۰±۳.۵۲	۱۴.۹۳±۲.۶۶
	پس‌آزمون	۸.۲۷±۲.۸۲	۹.۳۳±۴.۰۸	۱۵.۲۰±۳.۱۰
	پیگیری	۸.۶۷±۳.۰۶	۹.۸۰±۳.۶۳	۱۵.۲۷±۲.۷۶
پریشانی روانشناختی (کل)	پیش‌آزمون	۳۴.۸۷±۶.۴۲	۳۳.۸۰±۵.۵۸	۳۴.۳۳±۴.۹۸
	پس‌آزمون	۲۷.۲۷±۴.۳۲	۳۰.۸۰±۵.۲۵	۳۴.۴۰±۵.۲۶
	پیگیری	۲۵.۲۰±۵.۵۸	۳۰.۳۳±۴.۶۸	۳۴.۹۳±۵.۳۱
کنترل	پیش‌آزمون	۲۱.۸۷±۲.۱۳	۲۲.۵۳±۲.۶۷	۲۰.۳۳±۳.۳۳
	پس‌آزمون	۲۲.۸۷±۲.۵۰	۲۲.۸۷±۳.۱۴	۲۰.۲۰±۴.۰۰
	پیگیری	۲۲.۸۰±۲.۶۲	۲۳.۰۷±۲.۳۷	۲۰.۵۳±۳.۶۴
پاسخگویی	پیش‌آزمون	۲۰.۶۰±۲.۴۷	۲۰.۸۰±۴.۲۱	۲۱.۲۰±۳.۲۱
	پس‌آزمون	۲۳.۵۳±۲.۳۳	۲۲.۴۰±۴.۱۵	۲۰.۵۳±۳.۲۳
	پیگیری	۲۲.۳۳±۲.۲۶	۲۱.۸۰±۴.۱۸	۲۰.۴۷±۳.۳۴
گسترش	پیش‌آزمون	۶.۶۰±۱.۸۴	۷.۱۳±۲.۰۳	۶.۴۷±۱.۶۸
	پس‌آزمون	۸.۹۳±۱.۹۱	۸.۴۷±۲.۰۳	۶.۲۰±۲.۰۴
	پیگیری	۷.۲۰±۲.۸۳	۸.۳۳±۱.۹۵	۶.۲۷±۱.۹۴
دیرپایی	پیش‌آزمون	۲۱.۶۷±۳.۱۱	۲۱.۶۷±۲.۶۶	۲۱.۳۳±۳.۰۴
	پس‌آزمون	۲۳.۳۳±۲.۹۲	۲۱.۹۳±۲.۰۹	۲۰.۶۷±۳.۸۱
	پیگیری	۲۳.۱۳±۳.۰۰	۲۲.۲۰±۲.۴۸	۲۰.۹۳±۳.۷۱
سرسختی روانشناختی (کل)	پیش‌آزمون	۷۰.۷۳±۴.۱۵	۷۲.۱۳±۵.۷۱	۶۹.۳۳±۷.۳۰
	پس‌آزمون	۷۸.۶۷±۴.۴۵	۷۵.۶۷±۵.۰۵	۶۷.۶۰±۸.۴۶
	پیگیری	۷۵.۴۷±۳.۱۶	۷۵.۴۰±۵.۱۹	۶۸.۲۰±۸.۱۷

جدول ۱ آماره‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار متغیرهای اصلی پژوهش (پریشانی روانشناختی و سرسختی روانشناختی) و مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده آن‌ها را به تفکیک سه گروه مداخله پذیرش و تعهد، نظریه انتخاب و گروه گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه نشان می‌دهد. بررسی داده‌های مستخرج از این جدول گویای آن است که در مقطع پیش‌آزمون، میانگین نمرات در هر دو متغیر اصلی و زیرمقیاس‌های آن‌ها در بین سه گروه تفاوت چشمگیری نداشته و نشان‌دهنده همگنی اولیه گروه‌ها پیش از اعمال مداخلات درمانی است؛ با این حال، پس از اجرای جلسات درمانی (مرحله پس‌آزمون)، نمرات پریشانی روانشناختی و مؤلفه‌های آن شامل اضطراب، استرس و افسردگی در هر دو گروه آزمایش در مقایسه با نمرات پایه خود و همچنین در مقایسه با گروه کنترل، کاهش بارزی را تجربه کرده‌اند. به عنوان نمونه، میانگین نمره کل پریشانی روانشناختی در گروه درمان پذیرش و تعهد از ۳۴.۸۷ در پیش‌آزمون به ۲۷.۲۷ در پس‌آزمون تنزل یافته و در گروه درمان مبتنی بر نظریه انتخاب نیز این نمره از ۳۳.۸۰ به ۳۰.۸۰ کاهش پیدا کرده است، در حالی که این شاخص در گروه کنترل با روندی ثابت در محدوده ۳۴.۳۳ تا ۳۴.۴۰ باقی مانده است. در نقطه مقابل، میانگین نمرات سرسختی روانشناختی و زیرمقیاس‌های چهارگانه آن (کنترل، پاسخگویی، گسترش و دیرپایی) در مرحله پس‌آزمون برای گروه‌های دریافت‌کننده درمان ارتقا یافته است؛ به طوری که نمره کل سرسختی در

گروه پذیرش و تعهد از ۷۳،۷۳ به ۷۸،۶۷ و در گروه نظریه انتخاب از ۷۲،۱۳ به ۷۵،۶۷ افزایش نشان می‌دهد. شایان ذکر است که روند این تغییرات کاهشی در پریشانی و افزایشی در سرسختی روانشناختی، در مقطع پیگیری نیز برای هر دو گروه آزمایش تا حد بسیار زیادی حفظ شده و از ثبات نسبی برخوردار بوده است (برای مثال، تثبیت نمره کل سرسختی در مرحله پیگیری روی عدد ۷۵،۴۷ برای گروه پذیرش و تعهد و ۷۵،۴۰ برای گروه نظریه انتخاب)، که این یافته‌ها در تقابل با نوسانات بسیار اندک و عدم تغییر بنیادین نمرات گروه کنترل، شواهد توصیفی قدرتمندی را مبنی بر اثربخشی و پایداری نتایج هر دو رویکرد درمانی بر بهبود وضعیت روانشناختی زنان مطلقه مورد مطالعه ارائه می‌دهند.

پیش از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی اثربخشی مداخلات، مفروضه‌های اساسی این آزمون آماری مورد ارزیابی قرار گرفت. ابتدا، جهت بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها برای متغیرهای پریشانی روانشناختی، سرسختی روانشناختی و مؤلفه‌های آن‌ها در هر سه گروه (درمان پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر نظریه انتخاب و کنترل) و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، از آزمون شاپیرو-ویلک (Shapiro-Wilk) استفاده شد که با توجه به عدم معناداری نتایج ($p > 0.05$)، فرض نرمال بودن توزیع نمرات در تمامی متغیرها تأیید گردید. در گام بعدی، برابری واریانس‌های خطای بین گروه‌ها از طریق آزمون لوین (Levene's test) ارزیابی شد که غیرمعنادار بودن مقادیر به دست آمده برای متغیرهای پژوهش ($p > 0.05$)، نشان‌دهنده رعایت مفروضه همگنی واریانس‌ها در مراحل مختلف ارزیابی بود. همچنین، به منظور بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از آزمون ام‌باکس (Box's M test) بهره گرفته شد که نتایج این آزمون نیز گویای عدم تفاوت معنادار و در نتیجه تأیید این مفروضه بود ($p > 0.05$). در نهایت، مفروضه کرویت یا کروی بودن (برابری واریانس تفاوت‌های بین سطوح درون‌گروهی) با استفاده از آزمون کرویت موچلی (Mauchly's test of sphericity) بررسی گردید؛ بر این اساس، در شاخص‌هایی که این فرض تأیید شد از آماره‌های فرض کرویت و در مواردی که فرض کرویت نقض گردید، جهت تعدیل درجات آزادی از برآوردگر و تصحیح گرین‌هاوس-گیسر (Greenhouse-Geisser) استفاده شد تا بدین ترتیب، با احراز تمامی شرایط و پیش‌فرض‌های لازم، برآورد مدل و استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای آزمون فرضیه‌های پژوهش کاملاً مجاز و بلا مانع باشد.

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی اثربخشی مداخلات بر پریشانی روانشناختی، سرسختی

روانشناختی و مؤلفه‌های آن‌ها

متغیر	منبع تأثیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار p	مجذور جزئی اتا
پریشانی روانشناختی (کل)	گروه	۲۱۷.۲۳	۱	۲۱۷.۲۳	۱۴.۲۲	< ۰.۰۰۱	۰.۳۴۷
	زمان	۱۸۵۴.۴۹	۲	۹۲۷.۲۴	۱۱۱.۴۸	< ۰.۰۰۱	۰.۷۹۹
اضطراب	زمان*گروه	۷۴.۴۰	۲	۳۷.۲۰	۴.۴۷	۰.۰۱۶	۰.۱۳۸
	گروه	۱۸.۴۵	۱	۱۸.۴۵	۴.۴۴	۰.۰۴۴	۰.۴۱۴
استرس	زمان	۱۹۸.۴۷	۲	۹۹.۲۳	۴۸.۳۹	< ۰.۰۰۱	۰.۶۳۳
	زمان*گروه	۵.۳۶	۲	۲.۶۸	۱.۳۱	۰.۲۷۹	۰.۰۴۵
افسردگی	گروه	۴۷.۸۴	۱	۴۷.۸۴	۱۵.۵۷	< ۰.۰۰۱	۰.۳۶۶
	زمان	۲۷۷.۰۹	۲	۱۳۸.۵۴	۶۶.۴۸	< ۰.۰۰۱	۰.۷۰۴
سرسختی روانشناختی (کل)	زمان*گروه	۲۲.۸۷	۲	۱۱.۴۳	۵.۴۹	۰.۰۰۷	۰.۱۶۴
	گروه	۷.۳۵	۱	۷.۳۵	۱.۵۸	۰.۲۱۹	۰.۰۵۵
کنترل	زمان	۱۶۲.۸۷	۲	۸۱.۴۳	۴۶.۶۴	< ۰.۰۰۱	۰.۶۲۵
	زمان*گروه	۵.۳۶	۲	۲.۶۸	۱.۵۳	۰.۲۲۵	۰.۰۵۲
کنترل	گروه	۱۲۴.۰۷	۱	۱۲۴.۰۷	۱۷.۰۲	< ۰.۰۰۱	۰.۳۸۷
	زمان	۵۱۸.۷۶	۲	۲۵۹.۳۸	۷۷.۰۱	< ۰.۰۰۱	۰.۷۳۳
کنترل	زمان*گروه	۷۵.۲۹	۲	۳۷.۶۴	۱۱.۱۸	< ۰.۰۰۱	۰.۲۸۵
	گروه	۲.۷۱	۱	۲.۷۱	۰.۸۱۲	۰.۳۷۶	۰.۰۲۹
کنترل	زمان	۹.۸۷	۲	۴.۹۳	۳.۲۷	۰.۰۴۵	۰.۱۰۵
	زمان*گروه	۱.۶۹	۲	۰.۸۴۴	۰.۵۶۰	۰.۵۷۴	۰.۰۲۰

۰.۴۰۲	<۰.۰۰۱	۱۸.۱۴	۱۳.۱۰	۱	۱۳.۱۰	گروه	پاسخگویی
۰.۸۴۴	<۰.۰۰۱	۱۵۱.۰۴	۳۹.۰۸	۲	۷۸.۱۶	زمان	
۰.۳۱۶	<۰.۰۰۱	۱۲.۹۳	۳.۳۴	۲	۶.۶۹	زمان*گروه	
۰.۵۲۱	<۰.۰۰۱	۲۹.۳۹	۷.۲۳	۱	۷.۲۳	گروه	گسترش
۰.۵۰۳	<۰.۰۰۱	۲۸.۳۶	۲۵.۲۱	۲	۵۰.۴۲	زمان	
۰.۱۶۴	۰.۰۰۷	۵.۵۱	۴.۹۰	۲	۹.۸۰	زمان*گروه	
۰.۲۲۰	۰.۰۱۰	۷.۶۰	۱۴.۷۰	۱	۱۴.۷۰	گروه	دیرپایی
۰.۳۰۱	<۰.۰۰۱	۱۲.۰۴	۹.۶۸	۲	۱۹.۳۶	زمان	
۰.۱۴۵	۰.۰۱۳	۴.۷۴	۳.۸۱	۲	۷.۶۲	زمان*گروه	

جدول ۲ نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را به منظور ارزیابی و مقایسه اثرات اصلی و تعاملی مداخلات درمانی بر متغیرهای پژوهش ارائه می‌دهد؛ بر اساس یافته‌های مندرج در این جدول، اثر تعاملی زمان و گروه در متغیر نمره کل پریشانی روانشناختی ($F=۴.۴۷, p=۰.۰۱۶, \eta^2_p=۰.۱۳۸$) و همچنین در مؤلفه استرس ($F=۵.۴۹, p=۰.۰۰۷, \eta^2_p=۰.۱۶۴$) از نظر آماری معنادار است که نشان می‌دهد الگوهای تغییرات این متغیرها در طول مقاطع سه‌گانه ارزیابی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)، به شدت تحت تأثیر نوع مداخله دریافتی بوده و اثربخشی درمان‌ها بر کاهش پریشانی و استرس مورد تأیید قرار می‌گیرد، هرچند این اثر تعاملی برای مؤلفه‌های اضطراب ($p=۰.۲۷۹$) و افسردگی ($p=۰.۲۲۵$) به لحاظ آماری معنادار گزارش نشده است، با وجود اینکه اثر اصلی زمان در هر دوی آن‌ها چشمگیر و بسیار معنادار بوده است ($p<۰.۰۰۱$). در بخش بررسی متغیر سرسختی روانشناختی، مقادیر به دست آمده گویای آن است که اثر اصلی گروه ($F=۱۷.۰۲, p<۰.۰۰۱, \eta^2_p=۰.۳۸۷$)، اثر اصلی زمان ($F=۷۷.۰۱, p<۰.۰۰۱, \eta^2_p=۰.۷۳۳$) و مهم‌تر از همه، اثر تعاملی زمان و گروه بر نمره کل سرسختی کاملاً معنادار است ($F=۱۱.۱۸, p<۰.۰۰۱, \eta^2_p=۰.۲۸۵$) که حاکی از تفاوت بارز و اثربخشی مداخلات در ارتقای سطح سرسختی روانشناختی زنان مطلقه طی مراحل مختلف پژوهش می‌باشد؛ همسو با این یافته، واکاوی مؤلفه‌های سرسختی نیز نشان می‌دهد که اثر تعاملی زمان و گروه در مؤلفه‌های پاسخگویی ($F=۱۲.۹۳, p<۰.۰۰۱, \eta^2_p=۰.۳۱۶$)، گسترش ($F=۵.۵۱, p=۰.۰۰۷, \eta^2_p=۰.۱۶۴$) و دیرپایی ($F=۴.۷۴, p=۰.۰۱۳, \eta^2_p=۰.۱۴۵$) در سطح اطمینان مطلوبی معنادار ارزیابی شده است که بر توانمندی رویکردهای درمانی اعمال شده در بهبود این ابعاد دلالت دارد، با این استثناء که در مؤلفه کنترل، اثر تعاملی زمان و گروه فاقد معناداری آماری بوده ($F=۰.۵۶۰, p=۰.۵۷۴$) و تنها اثر اصلی زمان بر آن معنادار به دست آمده است ($p=۰.۰۴۵$). در نگاهی جامع، مقادیر مجذور جزئی اتا (η^2_p) در این جدول که بیانگر اندازه اثر مداخلات است، نشان‌دهنده تأثیرات عملی و بالینی قابل‌توجه رویکردهای درمانی، به‌ویژه در متغیرهای کل پریشانی روانشناختی، کل سرسختی روانشناختی و مؤلفه پاسخگویی است که در نهایت، فرضیه‌های پژوهش مبنی بر اثربخشی چشمگیر مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد و نظریه انتخاب را بر بهبود متغیرهای روانشناختی جامعه هدف تأیید می‌نماید.

جدول ۳: آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه اثربخشی دو مداخله (درمان پذیرش و تعهد در برابر نظریه انتخاب) بر پریشانی

روانشناختی، سرسختی روانشناختی و مؤلفه‌های آن‌ها

متغیر	زمان	گروه	خطای استاندارد	تفاوت میانگین	مقدار p
پریشانی روانشناختی	پس‌آزمون	درمان پذیرش و تعهد	۱.۰۱	۵.۴۷	<۰.۰۰۱
		درمان مبتنی بر نظریه انتخاب	۱.۰۱		
پیگیری	پیگیری	درمان پذیرش و تعهد	۰.۷۳۹	۳.۳۸	<۰.۰۰۱
		درمان مبتنی بر نظریه انتخاب	۰.۷۳۹		
اضطراب	پس‌آزمون	درمان پذیرش و تعهد	۰.۵۴۱	۱.۶۶	۰.۰۴۴
		درمان مبتنی بر نظریه انتخاب	۰.۵۴۱		
پیگیری	پیگیری	درمان پذیرش و تعهد	۰.۴۵۵	۱.۲۸	۰.۰۶۳
		درمان مبتنی بر نظریه انتخاب	۰.۴۵۵		

استرس	پس آزمون	درمان پذیرش و تعهد	۰.۴۵۳	۲.۵۴	<۰.۰۰۱
		درمان مبتنی بر نظریه انتخاب	۰.۴۵۳		
	پیگیری	درمان پذیرش و تعهد	۰.۵۴۷	۱.۹۳	۰.۰۱۹
		درمان مبتنی بر نظریه انتخاب	۰.۵۴۷		
افسردگی	پس آزمون	درمان پذیرش و تعهد	۰.۵۵۶	۰.۹۹۰	۰.۲۱۹
		درمان مبتنی بر نظریه انتخاب	۰.۵۵۶		
	پیگیری	درمان پذیرش و تعهد	۰.۴۲۴	۰.۰۷۳	۰.۹۰۳
		درمان مبتنی بر نظریه انتخاب	۰.۴۲۴		
سرسختی روانشناختی	پس آزمون	درمان پذیرش و تعهد	۰.۷۰۱	۴.۱۱	<۰.۰۰۱
		درمان مبتنی بر نظریه انتخاب	۰.۷۰۱		
	پیگیری	درمان پذیرش و تعهد	۰.۵۱۹	۱.۱۴	۰.۱۳۴
		درمان مبتنی بر نظریه انتخاب	۰.۵۱۹		
کنترل	پس آزمون	درمان پذیرش و تعهد	۰.۴۷۴	۰.۶۰۷	۰.۳۷۶
		درمان مبتنی بر نظریه انتخاب	۰.۴۷۴		
	پیگیری	درمان پذیرش و تعهد	۰.۳۴۷	۰.۳۲۱	۰.۵۲۱
		درمان مبتنی بر نظریه انتخاب	۰.۳۴۷		
پاسخگویی	پس آزمون	درمان پذیرش و تعهد	۰.۲۱۹	۱.۳۲	<۰.۰۰۱
		درمان مبتنی بر نظریه انتخاب	۰.۲۱۹		
	پیگیری	درمان پذیرش و تعهد	۰.۱۹۹	۰.۷۲۳	۰.۰۱۶
		درمان مبتنی بر نظریه انتخاب	۰.۱۹۹		
گسترش	پس آزمون	درمان پذیرش و تعهد	۰.۱۲۹	۰.۹۹۲	<۰.۰۰۱
		درمان مبتنی بر نظریه انتخاب	۰.۱۲۹		
	پیگیری	درمان پذیرش و تعهد	۰.۴۱۷	۰.۶۲۴	۰.۳۰۲
		درمان مبتنی بر نظریه انتخاب	۰.۴۱۷		
دیرپایی	پس آزمون	درمان پذیرش و تعهد	۰.۳۵۹	۱.۴۰	۰.۰۱۰
		درمان مبتنی بر نظریه انتخاب	۰.۳۵۹		
	پیگیری	درمان پذیرش و تعهد	۰.۲۶۵	۰.۹۳۳	۰.۰۱۹
		درمان مبتنی بر نظریه انتخاب	۰.۲۶۵		

جدول ۳ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی را به منظور مقایسه دوبه دو و دقیق تر تفاوت اثربخشی میان دو رویکرد مداخله ای (درمان پذیرش و تعهد در برابر درمان مبتنی بر نظریه انتخاب) بر متغیرهای پژوهش در دو مقطع زمانی پس آزمون و پیگیری ارائه می دهد که بررسی داده های آن روشن می سازد در متغیر نمره کل پریشانی روانشناختی، تفاوت میانگین بین دو گروه مداخله در هر دو مرحله پس آزمون (تفاوت میانگین برابر با ۵,۴۷) و پیگیری (تفاوت میانگین برابر با ۳,۳۸) در سطح اطمینان بالای معنادار است ($p < 0.001$) و این یافته حاکی از برتری و اثربخشی بیشتر درمان پذیرش و تعهد نسبت به نظریه انتخاب در کاهش میزان پریشانی روانشناختی زنان مطلقه هم در کوتاه مدت و هم در درازمدت می باشد؛ همسو با این نتیجه، واکاوی مؤلفه های پریشانی نشان می دهد که این برتری درمان پذیرش و تعهد برای مؤلفه استرس در هر دو مرحله پس آزمون ($p < 0.001$) و پیگیری ($p = 0.019$) و برای مؤلفه اضطراب صرفاً در مقطع پس آزمون ($p = 0.044$) از نظر آماری معنادار بوده است، حال آنکه برای مؤلفه افسردگی هیچ گونه تفاوت معناداری بین اثربخشی دو رویکرد درمانی در هیچ یک از مراحل ارزیابی گزارش نشده است. از سوی دیگر، تحلیل نتایج مرتبط با متغیر سرسختی روانشناختی بیانگر آن است که اگرچه در مقطع پس آزمون، گروه دریافت کننده درمان پذیرش و تعهد با تفاوت میانگین ۴,۱۱ عملکرد برتر و معناداری نسبت به گروه نظریه انتخاب در ارتقای نمره کل سرسختی از خود نشان داده است ($p < 0.001$)، اما این تفاوت اثربخشی در مرحله پیگیری دوماهه پایداری خود را از دست داده و فاقد معناداری آماری ارزیابی شده است ($p = 0.134$) که این امر دلالت بر همتراز بودن اثربخشی درازمدت هر دو مداخله در بهبود سرسختی روانشناختی دارد؛ در نهایت، واکاوی

جزئی‌تر مؤلفه‌های سرسختی روانشناختی نیز نشان‌دهنده آن است که دو رویکرد درمانی در ارتقای مؤلفه کنترل تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند ($p > 0.05$)، اما در مؤلفه‌های پاسخگویی و دیرپایی، درمان پذیرش و تعهد در هر دو بازه زمانی پس‌آزمون و پیگیری اثربخشی بالاتری را نسبت به نظریه انتخاب به ثبت رسانده است و در مؤلفه گسترش نیز این برتری تنها محدود به مقطع پس‌آزمون بوده و در مرحله پیگیری تفاوت آماری معناداری میان دو گروه مداخله مشاهده نگردیده است ($p = 0.302$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان مبتنی بر نظریه انتخاب (واقعیت‌درمانی) بر پریشانی روانشناختی و سرسختی روانشناختی در زنان مطلقه دارای سوگ طلاق انجام شد. یافته‌های بنیادین این مطالعه نشان داد که هر دو رویکرد درمانی توانسته‌اند به طور معناداری میزان پریشانی روانشناختی را در این زنان کاهش داده و سطوح سرسختی روانشناختی آنان را ارتقا بخشند. با این وجود، تحلیل‌های تعقیبی و مقایسه‌ای حاکی از آن بود که درمان پذیرش و تعهد در کاهش نمره کل پریشانی روانشناختی (و به طور خاص مؤلفه استرس) هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری دوماهه، برتری معناداری نسبت به درمان مبتنی بر نظریه انتخاب داشته است. از سوی دیگر، در متغیر سرسختی روانشناختی، اگرچه درمان پذیرش و تعهد در مقطع پس‌آزمون اثربخشی بالاتری را نسبت به نظریه انتخاب از خود نشان داد، اما این تفاوت در مرحله پیگیری از بین رفت و هر دو رویکرد در درازمدت توانستند به یک اندازه در حفظ و پایداری سرسختی روانشناختی زنان مطلقه اثربخش واقع شوند.

در تبیین یافته‌های مرتبط با اثربخشی بیشتر درمان پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی روانشناختی در مقایسه با نظریه انتخاب، می‌توان به ماهیت متفاوت فرآیندهای مداخله‌ای این دو رویکرد در مواجهه با هیجانات دردناک اشاره کرد. زنان مطلقه درگیر با سوگ طلاق، حجم عظیمی از افکار سرزنش‌گرانه، اضطراب مبهم نسبت به آینده و استرس‌های ناشی از فقدان را تجربه می‌کنند. درمان پذیرش و تعهد از طریق تکنیک‌های هم‌جوشی‌زدایی شناختی و پذیرش تجربی، به مراجعان آموزش می‌دهد که به جای تلاش بی‌ثمر برای کنترل، سرکوب یا اجتناب از این افکار و احساسات دردناک، آن‌ها را به عنوان رویدادهای گذرا و طبیعی در بستر ذهن مشاهده کنند. این تغییر نگرش از «مبارزه با درد» به «پذیرش آگاهانه درد»، به شدت از بار استرس و پریشانی روانی فرد می‌کاهد. همسو با این تبیین، مطالعات متعددی نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توانند با کاهش شرم و اجتناب تجربی، پریشانی روانشناختی را در جمعیت‌های تحت استرس مزمن به طور چشمگیری کاهش دهند (Lipsett & Berkman, 2025) و تحمل پریشانی را در افراد دارای اختلالات خلقی و افکار ارجاعی بهبود بخشند (Yaghoobi et al., 2026; Yaqubi et al., 2026). همچنین، افزایش ظرفیت تحمل هیجانی و کاهش رفتارهای تکانشی ناشی از پریشانی، از دیگر پیامدهای مثبت این رویکرد است که در پژوهش‌های پیشین به اثبات رسیده است (Sohrabnejad et al., 2025). در مقابل، اگرچه درمان مبتنی بر نظریه انتخاب نیز با تأکید بر پذیرش مسئولیت رفتارهای کنونی و تلاش برای ارضای نیازهای بنیادین روانی، توانسته است در کاهش افکار غیرمنطقی زنان سرپرست خانوار (Nikoukar et al., 2022) و اصلاح باورهای ناکارآمد زنان (Jaafary et al., 2022) مؤثر واقع شود و حتی پرخاشگری پنهان و تنش‌ها را پیش از وقوع طلاق تقلیل دهد (Zakariazadeh Khatir et al., 2022)، اما به نظر می‌رسد در مواجهه با هیجانات بسیار حاد و تثبیت‌شده‌ای نظیر سوگ عمیق، رویکرد مواجهه و پذیرش بدون قضاوت (در ACT) سریع‌تر و عمیق‌تر از تحلیل شناختی-رفتاری نیازها (در نظریه انتخاب) عمل می‌کند و منجر به افت سریع‌تر پریشانی می‌گردد. اثربخشی موازی این دو رویکرد در کاهش استرس و تعارضات، در مطالعات مقایسه‌ای پیشین نیز گزارش شده است که نشان می‌دهد هر دو درمان بر بهزیستی روانشناختی و کاهش تعارضات زنان متأهل مؤثرند (Haji Karam et al., 2019) و می‌توانند سلامت روان زنان را در محیط‌های اجتماعی ارتقا دهند (Zamani Foroushani & Dokaneifard, 2017)، اما برتری نسبی ACT در مدیریت هیجانات منفی حاد در این

پژوهش با سازوکارهای موج سوم درمان‌های رفتاری همخوانی کامل دارد و نشان‌دهنده اثربخشی آن بر کاهش حساسیت اضطرابی است (Sepas et al., 2022).

در تبیین نتایج مربوط به متغیر سرسختی روانشناختی و برتری اولیه درمان پذیرش و تعهد در پس‌آزمون در برابر همترازی اثربخشی هر دو درمان در مرحله پیگیری، باید به مؤلفه‌های سه‌گانه سرسختی (تعهد، کنترل و چالش) و نحوه اثرگذاری این دو رویکرد بر آن‌ها توجه نمود. درمان پذیرش و تعهد با مرحله «شفاف‌سازی ارزش‌ها» و ترغیب مراجع به «اقدام متعهدانه»، مستقیماً مؤلفه‌های تعهد و چالش را هدف قرار می‌دهد. زنان مطلقه با کمک این رویکرد درمی‌یابند که حتی در حضور سوگ، می‌توانند اهداف ارزشمندی برای زندگی خود تعریف کرده و طلاق را نه به عنوان پایان راه، بلکه به عنوان چالشی برای رشد شخصی در نظر بگیرند. این بیداری سریع ارزشی، منجر به جهش چشمگیر نمره سرسختی در مقطع پس‌آزمون می‌شود. شواهد علمی نیز همسوا با این یافته، تأیید می‌کنند که درمان پذیرش و تعهد می‌تواند سرسختی روانشناختی را در زنان دارای بیماری‌های مزمن افزایش دهد (Shahidi et al., 2021) و در ترکیب با درمان‌های مبتنی بر شفقت، تاب‌آوری روانشناختی را در بیماران صعب‌العلاج ارتقا بخشد (Pourgoli & Rezaei, 2023) و از احساس تنهایی و انزوای اجتماعی آنان بکاهد (Namazi et al., 2022). از سوی دیگر، رویکرد مبتنی بر نظریه انتخاب با آموزش مفهوم «کنترل درونی» و تشریح «ماشین رفتار»، به شکلی بنیادین بر مؤلفه کنترل در سرسختی روانشناختی تأثیر می‌گذارد. مراجعان یاد می‌گیرند که برای رسیدن به «دنیای مطلوب» خود، باید رفتارهای کلی خود را بهینه‌سازی کنند. اگرچه این فرآیند بازسازی شناختی و رفتاری و پذیرش مسئولیت ممکن است به زمان بیشتری برای درونی شدن نیاز داشته باشد، اما اثرات آن بسیار پایدار است. به همین دلیل، در مرحله پیگیری، اثرات تثبیت‌شده نظریه انتخاب خود را نشان داده و با درمان پذیرش و تعهد همتراز می‌گردد. مطالعات متعددی نشان داده‌اند که واقعیت‌درمانی در درازمدت تأثیر بسزایی بر افزایش خودکارآمدی، مسئولیت‌پذیری و رفتارهای خودمراقبتی دارد (Behzadi et al., 2021; Zandi et al., 2023) و حتی می‌تواند در ترکیب با ACT، راهبردهای تنظیم هیجان را در زنان بهبود بخشد (Borhani et al., 2010). همچنین مقایسه این دو رویکرد نشان داده است که هر دو در کاهش احساس تنهایی (Abron et al., 2024)، افزایش تعهد و شادکامی (Ragheni & Soltanzadeh, 2023) و ارتقای تعهد زناشویی (Sedghi et al., 2019) اثربخشی قابل توجهی دارند. علاوه بر این، در جمعیت خاص زنان مطلقه نیز تأیید شده است که هر دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و نظریه انتخاب می‌توانند به طور معناداری مسئولیت‌پذیری و خودکارآمدی را افزایش دهند (Hadian et al., 2023) که این امر هم‌راستایی کامل با همتراز شدن اثربخشی آن‌ها در افزایش سرسختی در درازمدت دارد و نشان می‌دهد که کیفیت زندگی و سلامت روان این افراد در سایه هر دو مداخله قابلیت ارتقا دارد (Bani Hashemi et al., 2020).

با وجود دستاوردهای ارزشمند، پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود که تعمیم‌پذیری نتایج را مستلزم احتیاط می‌سازد. نخستین محدودیت به جامعه و نمونه آماری پژوهش بازمی‌گردد؛ از آنجا که این مطالعه صرفاً بر روی زنان مطلقه دارای سوگ طلاق در شهر امل و در یک دامنه سنی و تحصیلی مشخص انجام شده است، تعمیم یافته‌های آن به مردان مطلقه، زنان در سایر گروه‌های سنی یا دارای سطوح تحصیلی متفاوت، و همچنین افراد ساکن در بافت‌های فرهنگی و جغرافیایی دیگر با محدودیت روبه‌رو است. محدودیت دوم مربوط به ابزارهای گردآوری داده‌هاست؛ استفاده انحصاری از پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی همواره با خطر سوگیری‌های مربوط به مطلوبیت اجتماعی و عدم دقت کامل در گزارش‌دهی ذهنی همراه است و ممکن است بازتاب‌دهنده تمامی ابعاد بالینی وضعیت مراجعان نباشد. در نهایت، دوره پیگیری این مطالعه تنها به مدت دو ماه پس از اتمام مداخلات محدود بود که این بازه زمانی نسبتاً کوتاه، امکان بررسی و قضاوت قطعی در خصوص پایداری درازمدت‌تر اثرات درمانی این دو رویکرد را در بازه‌های شش‌ماهه یا یک‌ساله سلب می‌نماید.

بر مبنای محدودیت‌های برشمرده شده و یافته‌های به دست آمده، پیشنهادهایی برای هدایت مسیر پژوهش‌های آتی ارائه می‌گردد. به پژوهشگران آینده توصیه می‌شود تا به منظور افزایش روایی بیرونی و قابلیت تعمیم یافته‌ها، مطالعات مشابهی را در جوامع آماری گسترده‌تر، با دربرگیری مردان مطلقه، گروه‌های سنی متنوع‌تر و در بافت‌های فرهنگی و شهرهای مختلف به اجرا درآورند. همچنین، بهره‌گیری از روش‌های ترکیبی

ارزیابی شامل مصاحبه‌های بالینی ساختاریافته، ارزیابی‌های رفتاری و استفاده از منابع اطلاعاتی چندگانه در کنار پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی می‌تواند به درک عمیق‌تر و دقیق‌تری از اثربخشی مداخلات کمک نماید. علاوه بر این، طراحی پژوهش‌هایی با دوره‌های پیگیری طولانی‌مدت (نظیر شش ماهه و یک ساله) به منظور پایش دقیق پایداری اثرات درمانی و همچنین اجرای مطالعاتی که به بررسی اثربخشی ترکیب رویکرد درمان پذیرش و تعهد و نظریه انتخاب در قالب یک پروتکل درمانی یکپارچه بر متغیرهای روان‌شناختی بپردازند، می‌تواند افق‌های علمی جدیدی را در این حوزه روشن سازد.

از منظر کاربردی و بالینی، نتایج این پژوهش تلویحات مهمی برای متخصصان حوزه سلامت روان، مشاوران خانواده و روان‌درمانگران به همراه دارد. با توجه به اثربخشی چشمگیر درمان پذیرش و تعهد در کاهش سریع پریشانی روانشناختی، پیشنهاد می‌شود که درمانگران در مراحل اولیه مواجهه با زنان درگیر سوگ حاد طلاق، تکنیک‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی، گسست شناختی و پذیرش را در اولویت برنامه‌های مداخله‌ای خود قرار دهند تا از بار استرس و هیجانات منفی مراجعان کاسته شود. از سوی دیگر، نظر به پایداری اثرات درمان مبتنی بر نظریه انتخاب در حفظ سرسختی روانشناختی، ادغام مفاهیم مرتبط با مسئولیت‌پذیری، ارزیابی رفتارهای کنترل‌گرانه و تمرکز بر نیازهای بنیادین در مراحل بعدی درمان، می‌تواند به عنوان راهبردی مؤثر برای توانمندسازی درازمدت و بازگشت مراجعان به عملکرد طبیعی زندگی مورد استفاده قرار گیرد. در نهایت، توصیه می‌شود سازمان‌های حمایتی و مراکز مشاوره، کارگاه‌های آموزشی مبتنی بر این دو رویکرد را به صورت هدفمند برای زنان سرپرست خانوار و مطلقه طراحی و اجرا نمایند تا ظرفیت تاب‌آوری و سازگاری روانی آنان در برابر بحران‌های زندگی ارتقا یابد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است. این پژوهش با دریافت کداخلاق از دانشگاه آزاد اسلامی با شناسه IR.IAU.SDJ.REC.1404.082 انجام پذیرفت.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Divorce represents one of the most profoundly disruptive and distressing life transitions an individual can experience, frequently precipitating a profound psychological crisis that is clinically conceptualized as divorce grief, a state characterized by an overwhelming amalgamation of emotional, cognitive, and somatic symptoms following the dissolution of a marital bond. For women in particular, navigating the aftermath of divorce often entails not only the internal psychological turmoil of loss, shattered expectations, and identity disruption but also significant external stressors including financial instability, shifts in social networks, and pervasive societal stigmatization, all of which compound to exponentially increase their vulnerability to severe psychological distress. This psychological distress typically manifests as a debilitating triad of chronic anxiety, pervasive depression, and unrelenting stress, severely impairing their daily functioning and overall quality of life (Lipsett & Berkman, 2025; Yaghoubi et al., 2026). In the face of such overwhelming adversity, psychological hardiness emerges as a critical paradigm of resilience, functioning as an internal psychological buffer that encompasses a deep sense of commitment to life's activities, a perception of internal control over life events, and an embrace of existential challenges as opportunities for personal growth rather than insurmountable threats (Borhani et al., 2010; Shahidi et al., 2021). Given the severe impact of divorce grief, the implementation of empirically supported psychotherapeutic interventions is of paramount importance. Among the vanguard of contemporary therapeutic modalities, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), a prominent third-wave behavioral intervention, operates on the premise of fostering psychological flexibility by encouraging individuals to abandon counterproductive efforts to control or suppress painful emotions, advocating instead for experiential acceptance, cognitive defusion, and a resolute commitment to value-congruent actions, which has proven highly effective in mitigating acute emotional suffering and enhancing distress tolerance (Namazi et al., 2022; Sohrabnejad et al., 2025; Yaqubi et al., 2026). Concurrently, Choice Theory-Based Therapy (CTBT), widely known as Reality Therapy, posits that all human behavior is purposefully generated to satisfy five fundamental genetic needs—survival, love and belonging, power, freedom, and fun—and heavily emphasizes the cultivation of internal control, the assumption of personal responsibility, and the critical evaluation of one's total behavior, thereby effectively reducing irrational beliefs and significantly bolstering self-efficacy and self-care (Behzadi et al., 2021; Jaafary et al., 2022; Nikoukar et al., 2022; Zandi et al., 2023). While independent studies have corroborated the efficacy of both ACT and CTBT in ameliorating negative psychological states, reducing feelings of loneliness, and enhancing the general well-being and marital commitment parameters in diverse female populations (Abron et al., 2024; Haji Karam et al., 2019; Raghani & Soltanzadeh, 2023; Sedghi et al., 2019; Zamani Foroushani & Dokaneifard, 2017), there remains a critical gap in the comparative literature regarding their differential trajectories of efficacy, specifically concerning both the immediate alleviation of psychological distress and the long-term cultivation of psychological hardiness in the specific demographic of divorced women experiencing acute divorce grief. Therefore, this extended study was meticulously designed to directly compare the therapeutic effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Choice Theory-Based Therapy on these vital psychological constructs, aiming to ascertain not only which intervention yields superior acute symptom relief but also which provides the most enduring foundation for psychological resilience (Bani Hashemi et al., 2020; Hadian et al., 2023; Pourgoli & Rezaei, 2023; Sepas et al., 2022; Zakariazadeh Khatir et al., 2022).

Methods and Materials

The present research was conceptualized and executed as an applied, quasi-experimental study utilizing a rigorous pre-test, post-test, and two-month follow-up methodological design, incorporating two distinct experimental intervention groups alongside a passive control group to accurately gauge therapeutic efficacy over time. The statistical population for this comprehensive study comprised the entirety of divorced women actively experiencing the debilitating symptoms of divorce grief residing in the city of Amol, located within the Mazandaran Province, during the solar year 2025. To ensure the internal validity and homogeneity of the sample, a purposive sampling technique was meticulously employed to select exactly 45 participants who rigidly met a predefined set of stringent inclusion criteria. These criteria mandated that participants must fall within the chronological age bracket of 25 to 35 years, possess a documented marital duration of no less than 3 years prior to dissolution, hold a minimum educational attainment of a high school diploma, maintain active employment status, be experiencing their first marital divorce, and crucially, score above the established clinical threshold indicating the presence of complicated divorce grief upon initial screening. Conversely, rigorous exclusion criteria were simultaneously enforced to eliminate confounding variables, resulting in the dismissal of potential candidates who exhibited active suicidal ideation, reported concurrent engagement in any other formal psychological or psychiatric treatment regimens, or demonstrated an inability to commit to the therapeutic schedule, specifically missing more than two scheduled intervention sessions. Following the rigorous screening process, the 45 qualified participants were randomized evenly into three distinct cohorts: the Acceptance and Commitment Therapy experimental group ($n = 15$), the Choice Theory-Based Therapy experimental group ($n = 15$), and the waitlist control group ($n = 15$). Quantitative data collection was systematically facilitated through the administration of two highly validated psychometric instruments. The first was the Kessler Psychological Distress Scale (K-10), a robust tool designed to quantify the severity of anxiety, stress, and depressive symptoms, utilizing a scoring matrix ranging from 0 to 40, wherein higher scores reliably indicate more severe psychological distress. The second instrument was the Comprehensive Psychological Hardiness Questionnaire (PHQ), an expansive 56-item inventory utilizing a 5-point Likert scale to meticulously evaluate the core hardiness dimensions of control, ownership, reach, and endurance across varied hypothetical stressful scenarios. Following the baseline pre-test administration, participants in the two experimental groups were subjected to their respective therapeutic protocols, each consisting of 8 consecutive, weekly group therapy sessions, with each session enduring for precisely 120 minutes, systematically guided by standardized, evidence-based treatment manuals. Upon the cessation of the 8-week intervention period, all participants underwent post-test psychological evaluations, which were subsequently replicated two months later during the follow-up phase to assess the longitudinal stability of the therapeutic gains. The accumulated quantitative data were subsequently subjected to rigorous statistical analysis utilizing the SPSS software suite. Initial demographic data were summarized using descriptive statistics, primarily frequencies, means, and standard deviations. The core inferential statistical analysis relied heavily upon the Repeated Measures Analysis of Variance (ANOVA), the execution of which was strictly contingent upon the prior verification of essential parametric assumptions, including the confirmation of data normality via the Shapiro-Wilk test ($p > 0.05$), the establishment of homogeneity of variances utilizing Levene's test ($p > 0.05$), and the validation of homogeneity of covariance matrices through the application of Box's M test ($p > 0.05$). In instances where Mauchly's test indicated a violation of the sphericity assumption, the Greenhouse-Geisser correction was appropriately applied, and all subsequent pairwise post-hoc comparisons were meticulously adjusted utilizing the conservative Bonferroni correction method to definitively control for Type I error inflation across the multiple testing phases.

Findings

The foundational descriptive statistical analysis of the participants' demographic profiles conclusively demonstrated that the three experimental groups were exceptionally well-matched and statistically

homogeneous at the baseline of the study. Specifically, the analysis revealed no statistically significant differences among the ACT, CTBT, and control groups concerning chronological age, which yielded a collective mean of approximately 30 years ($p = 0.524$), nor were there any significant disparities observed in their educational attainment levels, with the vast majority of participants across all groups holding Bachelor's degrees ($p = 0.930$). Furthermore, an initial evaluation of the pre-test psychometric scores definitively confirmed the baseline homogeneity of the sample, indicating that prior to the commencement of the therapeutic interventions, all three groups exhibited statistically equivalent levels of both psychological distress and psychological hardiness. The core inferential analysis, executed via the Repeated Measures ANOVA, yielded highly significant results, demonstrating substantial main effects for both the Group variable and the Time variable across the aggregate measures of total Psychological Distress ($p < 0.001$) and total Psychological Hardiness ($p < 0.001$). Most critically, the analysis uncovered profound and statistically significant Time by Group interaction effects for both total Psychological Distress ($F = 4.47, p = 0.016$) and total Psychological Hardiness ($F = 11.18, p < 0.001$), thereby providing incontrovertible evidence that the developmental trajectories of these psychological constructs across the pre-test, post-test, and follow-up temporal phases differed fundamentally depending upon the specific therapeutic intervention received. Additionally, significant interaction effects were also isolated within several specific subcomponents of the scales, notably encompassing Stress ($p = 0.007$), Response ($p < 0.001$), Growth ($p = 0.007$), and Endurance ($p = 0.013$). To precisely delineate these complex interaction effects, conservative Bonferroni post-hoc comparisons were systematically conducted. These pairwise comparisons unequivocally demonstrated that both the ACT and CTBT modalities successfully generated significant reductions in psychological distress and significant elevations in psychological hardiness relative to the inert control group, which remained statistically stable throughout the duration of the study. However, the comparative analysis between the two active interventions revealed distinct temporal dynamics. Acceptance and Commitment Therapy demonstrated a clear and statistically significant superior efficacy in rapidly reducing total Psychological Distress when compared directly to Choice Theory-Based Therapy at the immediate post-test phase (Mean Difference = 5.47, $p < 0.001$), a clinically meaningful superiority that was impressively maintained and remained statistically significant even at the two-month follow-up assessment (Mean Difference = 3.38, $p < 0.001$). This superior distress mitigation by ACT was predominantly driven by a significantly greater reduction in the specific Stress subcomponent at both the post-test ($p < 0.001$) and follow-up ($p = 0.019$) intervals. Conversely, the analysis of total Psychological Hardiness revealed a more nuanced temporal pattern. While ACT generated significantly higher hardiness scores than CTBT at the immediate post-test phase (Mean Difference = 4.11, $p < 0.001$), this initial statistical advantage completely dissipated by the two-month follow-up evaluation ($p = 0.134$). This crucial finding indicates a remarkable long-term convergence in therapeutic efficacy, demonstrating that while ACT may precipitate a more rapid initial spike in resilience, CTBT ultimately matches this level of psychological hardiness over an extended timeframe. Finally, it is pertinent to note that the rigorous post-hoc analyses failed to identify any statistically significant differences between the ACT and CTBT protocols concerning their specific impact on the Anxiety and Depression subscales of the distress measure, or the Control component of the hardiness inventory, suggesting equivalent efficacy in these particular domains.

Conclusion

The comprehensive findings derived from this rigorous empirical investigation furnish robust, compelling evidence substantiating the clinical utility and profound effectiveness of both Acceptance and Commitment Therapy and Choice Theory-Based Therapy as premier psychotherapeutic interventions for significantly mitigating severe psychological distress and substantially fortifying psychological hardiness among vulnerable female populations grappling with the debilitating psychological sequelae of divorce grief. The distinctly observed initial superiority of the ACT protocol in precipitating a more rapid and profound reduction in overall

psychological distress can be theoretically attributed to its foundational therapeutic mechanisms, specifically its intense clinical focus on cognitive defusion and experiential acceptance. These core ACT processes uniquely equip individuals to rapidly fundamentally alter their relationship with psychic pain; rather than engaging in a futile and energy-depleting cognitive struggle to suppress, evaluate, or eliminate the relentless negative affect and catastrophic ruminations inherently associated with the dissolution of their marriage, patients are trained to observe these psychological events with detached mindfulness. This rapid transition from experiential avoidance to radical acceptance effectively neutralizes the acute paralyzing impact of grief, thereby explaining the immediate and superior drop in distress metrics observed at the post-test phase. Conversely, the highly significant long-term convergence of the two therapeutic modalities concerning the enhancement of psychological hardiness serves to dramatically underscore the enduring, stabilizing power inherent within the CTBT framework. While the reality therapy approach—which demands intensive cognitive restructuring to accurately evaluate entrenched controlling behaviors, meticulously identify unfulfilled basic genetic needs, and rigorously assume absolute personal responsibility for one’s total behavioral output—may inherently require a more protracted temporal duration to manifest its maximum therapeutic impact, its resultant psychological effects are extraordinarily stable and resistant to decay over time. CTBT essentially reconstructs the individual’s locus of control from the inside out, systematically replacing an externalized victim mentality with an empowered, choice-driven paradigm, thereby providing these women with an exceptionally robust, deeply internalized psychological framework that ensures the long-term maintenance and continual growth of their hardiness and resilience. Based upon these nuanced temporal findings, vital clinical implications emerge for mental health professionals treating divorce grief. It is strongly recommended that clinicians strategically prioritize the deployment of ACT-based techniques, particularly mindfulness and cognitive defusion exercises, during the most acute, highly volatile early stages of divorce grief to rapidly triage emotional suffering and aggressively reduce immediate psychological distress. Subsequently, as the acute crisis stabilizes and therapy transitions into an extended maintenance phase, the seamless integration of CTBT principles—most notably its uncompromising focus on evaluating personal choices and fulfilling basic life needs through responsible action—should be heavily emphasized to guarantee the long-term stabilization, enduring maintenance, and progressive fortification of the client’s psychological hardiness. Future scholarly endeavors should seek to expand upon these findings by diligently exploring the synergistic potential of combining these two powerful modalities into a single, cohesive, sequential therapeutic protocol. Furthermore, future research architectures must prioritize extending this investigative framework to encompass male demographic populations experiencing divorce, and critically, must incorporate significantly longer longitudinal follow-up periods—spanning six to twelve months or beyond—to definitively confirm the ultimate permanence, generalizability, and long-term evolutionary trajectory of these profound therapeutic gains across diverse clinical populations.

References

- Abron, E., Azizi, L. S., & Khajavand Khoshli, A. (2024). Comparative Study of the Effectiveness of Reality Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on the Loneliness of Adolescents. *Journal of Psychological Sciences*, 23(142), 135-150. <https://doi.org/10.61186/jps.23.142.135>
- Bani Hashemi, S., Hatami, M., Hasani, J., & sahebi, a. (2020). Comparing Effectiveness of the Cognitive-behavioral Therapy, Reality Therapy, and Acceptance and Commitment Therapy on Quality of Life, General Health, and Coping Strategies of Chronic Patient's Caregivers. *Journal of Clinical Psychology*, 12(1), 63-76. <https://doi.org/10.22075/jcp.2020.18992.1757>

- Behzadi, S., Tajeri, B., Soodagar, S., & Shariati, Z. (2021). Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Reality Therapy on Life Satisfaction and Self-Care Behaviors in Elderly with Type 1 Diabetes. *Applied Family Therapy Journal*, 4(8), 483-501. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.2.4.24>
- Borhani, F. S., Chin-Aveh, M., & Fereydouni, S. (2010). The effectiveness of combining commitment and acceptance-based group counseling with reality therapy on cognitive emotion regulation strategies and self-efficacy in infertile women. *Iranian Journal of Nursing Research*, 15(6), 75-85. <https://ijnr.ir/article-1-2541-fa.html>
- Hadian, S., Havasi soomar, N., Hosseinzadeh Taghvaei, M., Ebrahimi, M. I., & Ranjbaripour, T. (2023). Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and reality therapy on the responsibility and self-efficacy of divorced women [Research]. *Advances in Cognitive Sciences*, 25(3), 47-63. <https://doi.org/10.30514/icss.25.3.47>
- Haji Karam, A., Ghammari, M., & Amiri Majid, M. (2019). Comparing the effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment therapy and reality therapy on work-family conflict and psychological well-being of employed married women with lasting effects. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*, 24, 20-33. <https://doi.org/10.29252/sjku.24.3.20>
- Jaafary, A., aghdam, G. F., & pouyamanesh, j. (2022). Comparison of the effectiveness of approaches based on acceptance and commitment therapy (ACT) and reality therapy on irrational thoughts of female supervisors under the auspices of the Relief Committee. *Women and Family Studies*, 55(15), 135-152. <https://doi.org/10.30495/jwsf.2021.1933872.1586>
- Lipsett, M., & Berkman, E. (2025). A randomized controlled trial of an acceptance and commitment therapy-informed diabetes prevention program reduces body shame and distress. *Health Psychology*, 44(5), 549. <https://doi.org/10.1037/hea0001434>
- Namazi, R., Sahragard, S. B., Pourkaveh, H., Homayoon, S., Mirniyam, S. K., & jafari, j. s. (2022). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Hardiness, Social Isolation and Loneliness of Women With Breast Cancer. *Journal of Clinical and Basic Research*. <https://doi.org/10.52547/jcbr.6.1.1>
- Nikoukar, Y., Jafari, A., Fathi-Aghdam, G., & Pouyamanesh, J. (2022). Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Reality Therapy on Irrational Beliefs of Female Heads of Households Under the Welfare Organization. *Women and Family Studies Quarterly*, 15(55). <https://www.sid.ir/paper/406120/fa>
- Pourgoli, S., & Rezaei, A. (2023). The Combined Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Compassion on Psychological Hardiness in Patients with Multiple Sclerosis (MS). The 3rd International Conference on Educational Sciences, Counseling, Psychology, and Social Sciences, Hamadan. <https://civilica.com/doc/1996468/>
- Ragheni, U., & Soltanzadeh, F. (2023). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Dysfunctional Attitudes of Discordant Couples The Effectiveness of Group Reality Therapy on Self-Efficacy Beliefs, Happiness, and Reducing Marital Conflicts in Married Women. Eighteenth International Conference on Psychology, Counseling, and Educational Sciences,
- Sedghi, M., Ghaffari, O., Kazemi, R., & Narimani, M. (2019). Comparison of the effectiveness of couple therapy methods in the theory of Choice, acceptance and commitment (ACT), and integrative couple therapy in marital commitment of couples. *Journal of Psychological Science*, 18(81), 1069-1080. <https://psychologicalscience.ir/article-1-336-en.html>
- Sepas, L., Shaker Dolaq, A., & Khademi, A. (2022). Comparing the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Reality Therapy on reducing anxiety sensitivity in women with Multiple Sclerosis (MS). *Counseling and Psychotherapy Culture*, 13(51), 85-113. https://qccpc.atu.ac.ir/article_14119.html?lang=en
- Shahidi, S., Hassanzadeh, R., & Mirzaian, B. (2021). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological hardiness and distress tolerance in female patients with psoriasis. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*, 2(2), 164-173. <http://journals.kmanpub.com/index.php/jayps/article/view/513>
- Sohrabnejad, S., Mehrabaninasab, M., Nazari, H., Sohrabnejad, A., & Nazari, G. (2025). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Suicidal Thoughts, Sensation Seeking and, Distress Tolerance among Substance Users. *Journal of Basic Research in Medical Sciences*, 12(2), 1-10. <https://doi.org/10.61186/jbrms.12.2.1>
- Yaghoubi, M., Ebrahimi, F., Pour Mohammad Ghochani, K., & Noorouziani, Z. (2026). A Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Referential Thoughts, Cognitive Flexibility, and Distress Tolerance in Patients with Major Depression. *Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 1-18. <https://doi.org/10.1002/da.22878>
- Yaqubi, M., Ebrahimi, F., Pourmohammad Ghouchani, K., & Norouziani, Z. (2026). Comparison of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on referential thoughts, cognitive flexibility, and

- distress tolerance in patients with major depressive disorder. *Psychological Dynamics in Emotional Disorders*, 1-18. <https://doi.org/https://maherpub.com/pdmd/article/view/628>
- Zakariazadeh Khatir, Z. K., Kazem Fakhri, M., & Haydari, S. (2022). The effectiveness of reality therapy on covert communication aggression and marital tension among women seeking divorce. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*, 3(1), 184-193. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.3.1.15>
- Zamani Foroushani, Z., & Dokaneifard, F. (2017). Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and reality therapy on mental health and psychological well-being of women visiting Ashtiani neighborhood center. Third Conference on Knowledge and Technology of Educational Sciences, Social Studies and Psychology of Iran, <https://en.civilica.com/doc/697686/>
- Zandi, A., Dinpanah-Khoshdarehgi, H., Ebrahim-Madahi, M., & Jamehri, F. (2023). Comparison of the effect of acceptance and commitment therapy and reality therapy on the self-care of diabetes type II patients. *J Educ Health Promot*, 12, 364. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1174_22