

Comparing the Effectiveness of Reality Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Distress Tolerance and Anxiety Sensitivity in Male Upper Secondary Students

1. Mahdi Yousefi¹: Department of Psychology, Boj.C., Islamic Azad University, Bojnourd, Iran

2. Hossein Mahdian^{2*}: Department of Psychology, Boj.C., Islamic Azad University, Bojnourd, Iran.

3. Ali Jahangiri³: Department of Psychology and Counseling, Payame Noor University, Tehran, Iran

*Corresponding Author's Email Address: mahdian_hossein@iau.ac.ir



Abstract:

Objective: This study aimed to compare the effectiveness of Reality Therapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on distress tolerance and anxiety sensitivity among male upper secondary school students.

Methodology: This quasi-experimental study employed a pretest–posttest–follow-up design with a nonequivalent control group. The population consisted of male upper secondary students in Sabzevar, from whom 45 participants were selected through one-stage cluster sampling and randomly assigned to two experimental groups (Reality Therapy and ACT) and one control group (15 participants per group). The Reality Therapy group received ten 90-minute sessions, while the ACT group received eight 90-minute sessions; the control group received no intervention. Distress Tolerance and Anxiety Sensitivity questionnaires were administered at pretest, posttest, and follow-up stages. Data were analyzed using multivariate repeated-measures ANOVA and Bonferroni post hoc tests.

Findings: The results indicated a significant main effect of time for both distress tolerance and anxiety sensitivity ($P < 0.01$). Participants in both intervention groups showed a significant increase in distress tolerance and a significant decrease in anxiety sensitivity from pretest to posttest, with effects maintained at follow-up. Neither the main effect of group membership nor the time \times group interaction was significant ($P > 0.05$), indicating no statistically significant difference between the two therapeutic approaches in terms of effectiveness.

Conclusion: Both Reality Therapy and Acceptance and Commitment Therapy are effective interventions for enhancing distress tolerance and reducing anxiety sensitivity in male upper secondary students, with no significant difference observed between their levels of effectiveness.

Keywords: *Reality Therapy; Acceptance and Commitment Therapy; Distress Tolerance; Anxiety Sensitivity; Male Students*

How to Cite: Yousefi, M., Mahdian, H., & Jahangiri, A. (2024). Comparing the Effectiveness of Reality Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Distress Tolerance and Anxiety Sensitivity in Male Upper Secondary Students. *Quarterly of Experimental and Cognitive Psychology*, 3(3), 1-17.

Received: 24 September 2025
Revised: 24 January 2026
Accepted: 01 February 2026
Initial Publish: 25 February 2026
Final Publish: 23 September 2026



Copyright: © 2026 by the authors.
Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و حساسیت اضطرابی دانش‌آموزان پسر متوسطه دوم

۱. مهدی یوسفی*^{ID}: گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

۲. حسین مهدیان*^{ID}: گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. علی جهانگیری^{ID}: گروه روانشناسی و مشاوره، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

*پست الکترونیک نویسنده مسئول: mahdian_hossein@iau.ac.ir

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و حساسیت اضطرابی دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه دوم بود.

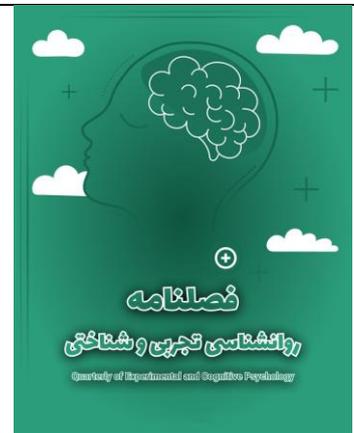
مواد و روش: پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل نابرابر انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان پسر متوسطه دوم شهر سبزوار بود که ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای یک‌مرحله‌ای انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه واقعیت‌درمانی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه تحمل پریشانی و پرسشنامه حساسیت اضطرابی بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چندمتغیره و آزمون تعقیبی بن‌فرونی تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد اثر زمان برای هر دو متغیر تحمل پریشانی و حساسیت اضطرابی معنادار است ($P < 0.01$)؛ به‌گونه‌ای که در هر دو گروه آزمایشی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری، افزایش معنادار تحمل پریشانی و کاهش معنادار حساسیت اضطرابی مشاهده شد. اثر عضویت گروهی و تعامل زمان×گروه معنادار نبود ($P > 0.05$) که بیانگر نبود تفاوت معنادار بین اثربخشی دو مداخله است. همچنین پایداری اثرات در مرحله پیگیری تأیید شد.

نتیجه‌گیری: هر دو رویکرد واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معنادار موجب افزایش تحمل پریشانی و کاهش حساسیت اضطرابی دانش‌آموزان پسر متوسطه دوم می‌شوند و از نظر میزان اثربخشی تفاوت معناداری بین آن‌ها وجود ندارد.

کلیدواژگان: واقعیت‌درمانی؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ تحمل پریشانی؛ حساسیت اضطرابی؛ دانش‌آموزان پسر

نحوه استناددهی: یوسفی، مهدی، مهدیان، حسین، جهانگیری، علی. (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و حساسیت اضطرابی دانش‌آموزان پسر متوسطه دوم. فصلنامه روانشناسی تجربی و شناختی، ۳(۳)، ۱-۱۷.



تاریخ دریافت: ۲ مهر ۱۴۰۴

تاریخ بازنگری: ۴ بهمن ۱۴۰۴

تاریخ پذیرش: ۱۲ بهمن ۱۴۰۴

تاریخ چاپ اولیه: ۶ اسفند ۱۴۰۴

تاریخ چاپ نهایی: ۱ مهر ۱۴۰۵



مجوز و حق نشر: © ۱۴۰۵ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

Extended Abstract

Introduction

Psychological distress has emerged as a central concern in contemporary mental health research, particularly due to its strong association with a wide range of emotional, cognitive, and behavioral problems across clinical and non-clinical populations. Among the constructs closely linked to psychological distress, *distress tolerance* and *anxiety sensitivity* have received increasing scholarly attention as transdiagnostic vulnerability factors. Distress tolerance refers to an individual's perceived or actual capacity to endure negative emotional states without engaging in maladaptive avoidance or impulsive behaviors, whereas anxiety sensitivity involves the fear of anxiety-related sensations based on beliefs that such sensations have harmful physical, cognitive, or social consequences (Ebn-Nasir & Khaleghipour, 2018; Forouzanfar et al., 2017). Deficits in these constructs have been consistently associated with heightened emotional dysregulation, persistence of anxiety symptoms, and poorer psychosocial functioning.

Recent advances in psychotherapy have emphasized approaches that move beyond symptom suppression toward fostering adaptive psychological processes. Within this context, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), a third-wave behavioral therapy, has demonstrated substantial effectiveness in reducing psychological distress by enhancing psychological flexibility, promoting acceptance of internal experiences, and encouraging value-based action (Jiang et al., 2024; Madani & Ebrahimzadeh, 2024). Empirical studies across diverse populations—including individuals with chronic medical conditions, mood disorders, and substance use problems—have reported significant improvements in distress tolerance and reductions in anxiety sensitivity following ACT interventions (Sarabadani et al., 2023; Sohrabnejad et al., 2025). These outcomes are theoretically attributed to

mechanisms such as experiential acceptance, cognitive defusion, and decreased experiential avoidance.

In parallel, Reality Therapy, grounded in Choice Theory, represents a structured and pragmatic therapeutic approach that focuses on personal responsibility, internal control, and effective need fulfillment. Reality Therapy posits that psychological distress arises largely from ineffective choices and unmet basic needs, and that individuals can improve emotional well-being by making more responsible and reality-based behavioral choices. Prior research has supported the efficacy of Reality Therapy in reducing anxiety, rumination, and psychological distress, as well as in enhancing distress tolerance across different populations (Ebrahimi & Ebrahimi, 2021; Ghajari et al., 2020). Furthermore, recent studies have highlighted the applicability of Reality Therapy in both face-to-face and online formats, particularly in contexts characterized by heightened stress and uncertainty (Asli Azad et al., 2021; Manapour & Afkaneh, 2023).

Despite the growing body of literature supporting both ACT and Reality Therapy, direct comparative studies examining their relative effectiveness on key emotional regulation constructs remain limited. Some comparative investigations suggest that ACT and Reality Therapy yield comparable outcomes in reducing anxiety sensitivity and distress-related symptoms, despite their distinct theoretical foundations (Sepas et al., 2022; Zaemi et al., 2023). Other studies, however, indicate potential differences depending on population characteristics, intervention format, and targeted outcomes (Baniasadi et al., 2025; Yaghoubi et al., 2026). Moreover, much of the existing research has focused on adult or clinical samples, with fewer studies addressing populations experiencing situational or developmental stressors.

Given these gaps, there is a clear need for methodologically rigorous research that directly compares ACT and Reality Therapy with respect to distress tolerance and anxiety sensitivity within a unified design. Such

comparative evidence is essential not only for theoretical refinement but also for informing evidence-based clinical decision-making. Accordingly, the present study aimed to compare the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Reality Therapy on distress tolerance and anxiety sensitivity within the target population.

Methods and Materials

The present study employed a quasi-experimental design with pretest, posttest, and follow-up assessments, including two experimental groups and one control group. Participants were selected using a cluster sampling method from the target population and were randomly assigned to one of three groups: an Acceptance and Commitment Therapy group, a Reality Therapy group, and a no-intervention control group. Each experimental group consisted of an equal number of participants, and group equivalence was assessed prior to intervention.

The ACT intervention was delivered in structured sessions focusing on acceptance, mindfulness, cognitive defusion, values clarification, and committed action. The Reality Therapy intervention followed a structured protocol emphasizing personal responsibility, evaluation of current behaviors, identification of basic needs, and planning for effective behavioral change. Both interventions were administered by trained facilitators over multiple sessions of equal duration. The control group did not receive any psychological intervention during the study period.

Data collection occurred at three time points: before the intervention (pretest), immediately after the completion of the intervention (posttest), and at a follow-up stage. Standardized self-report instruments were used to measure distress tolerance and anxiety sensitivity. Statistical analyses were conducted using repeated-measures multivariate analysis of variance, followed by post-hoc comparisons to examine within-group and between-group changes over time.

Findings

The results indicated a significant main effect of time for both distress tolerance and anxiety sensitivity. Participants

in both the Acceptance and Commitment Therapy group and the Reality Therapy group demonstrated a statistically significant increase in distress tolerance from pretest to posttest, and these improvements were maintained at the follow-up assessment. In contrast, the control group showed no meaningful change across the three measurement points.

Similarly, anxiety sensitivity scores significantly decreased over time in both experimental groups. Posttest and follow-up assessments revealed substantially lower anxiety sensitivity levels compared to baseline, indicating that both interventions were effective in reducing fear and maladaptive interpretations of anxiety-related sensations. The control group did not exhibit significant changes in anxiety sensitivity across time.

Importantly, the interaction effect between time and group membership was not statistically significant for either outcome variable. This finding suggests that although both therapeutic approaches were effective, there was no significant difference between Acceptance and Commitment Therapy and Reality Therapy in terms of the magnitude of improvement in distress tolerance or reduction in anxiety sensitivity. The stability of treatment effects at follow-up further supported the durability of outcomes for both interventions.

Discussion and Conclusion

The findings of this study demonstrate that both Acceptance and Commitment Therapy and Reality Therapy are effective interventions for enhancing distress tolerance and reducing anxiety sensitivity. The absence of a significant difference between the two approaches suggests that, despite their distinct theoretical orientations, both therapies may operate through convergent change mechanisms that promote adaptive emotional regulation. Increased awareness of internal experiences, reduced avoidance, and enhanced perceptions of control and agency may represent shared therapeutic processes underlying the observed improvements.

The maintenance of gains at follow-up indicates that the benefits of both interventions are not merely short-term

effects but reflect more enduring changes in how individuals relate to distressing emotional states. This durability is particularly relevant for interventions targeting transdiagnostic constructs, as improvements in distress tolerance and anxiety sensitivity are likely to confer broader protection against future psychological difficulties.

From a clinical perspective, these findings underscore the value of flexibility in therapeutic choice. Given the comparable effectiveness of ACT and Reality Therapy, clinicians may base treatment selection on contextual factors such as client preference, therapist expertise, cultural considerations, and feasibility of implementation rather than on presumed superiority of one approach over the other. The

results also support the integration of core elements from both therapies in preventive and intervention programs aimed at reducing psychological distress.

In conclusion, the present study contributes to the growing evidence base supporting both Acceptance and Commitment Therapy and Reality Therapy as effective approaches for addressing key vulnerability factors associated with psychological distress. By demonstrating their comparable effectiveness, this research highlights the importance of focusing on shared therapeutic principles and outcomes rather than strict allegiance to a single theoretical model.

بهبود را نیز مختل می‌کند (Hoseini & Kiyani, 2019; Sepas et al., 2022).

در سال‌های اخیر، رویکردهای درمانی موج سوم رفتاردرمانی، به‌ویژه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، توجه گسترده‌ای را در مداخلات مرتبط با پریشانی روان‌شناختی به خود جلب کرده‌اند. ACT با تأکید بر پذیرش تجربه‌های درونی ناخوشایند، گسلش شناختی، زیستن در لحظه حال و تعهد به ارزش‌های شخصی، تلاش می‌کند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را افزایش دهد و به افراد کمک کند علی‌رغم وجود هیجانانگیز و افکار منفی، زندگی معنادارتری را دنبال کنند. شواهد حاصل از مرورهای نظام‌مند و فراتحلیل‌ها حاکی از آن است که ACT در کاهش پریشانی روان‌شناختی، اضطراب و افسردگی در جمعیت‌های بالینی و غیربالینی اثربخش است (Jiang et al., 2024; Madani & Ebrahimzadeh, 2024). همچنین مطالعات کارآزمایی تصادفی‌شده نشان داده‌اند که این رویکرد می‌تواند به‌طور معناداری تحمل پریشانی و تنظیم هیجان را بهبود بخشد (Sarabadani et al., 2023; Sohrabnejad et al., 2025).

از سوی دیگر، واقعیت‌درمانی که ریشه در نظریه انتخاب دارد، یکی از رویکردهای مداخله‌ای مهم در حوزه تنظیم هیجان و مسئولیت‌پذیری رفتاری محسوب می‌شود. این رویکرد بر انتخاب آگاهانه، کنترل درونی، برآورده‌سازی نیازهای اساسی و پذیرش مسئولیت رفتارها تأکید دارد و تلاش می‌کند افراد را از الگوهای رفتاری ناکارآمد به سوی انتخاب‌های سازنده هدایت کند. پژوهش‌های انجام‌شده در بافت‌های فرهنگی مختلف نشان داده‌اند که واقعیت‌درمانی می‌تواند در کاهش اضطراب، نشخوار ذهنی و پریشانی روان‌شناختی و نیز در افزایش تحمل پریشانی و رشد پس‌آسیبی مؤثر باشد (Ebrahimi & Ebrahimi, 2021; Manapour & Afkaneh, 2023). علاوه بر این، نسخه‌های آنلاین واقعیت‌درمانی نیز اثربخشی قابل‌توجهی در

در دهه‌های اخیر، افزایش چشمگیر مشکلات هیجانی و روان‌شناختی در میان گروه‌های مختلف سنی، به‌ویژه نوجوانان و جوانان، توجه پژوهشگران و متخصصان سلامت روان را به سوی شناسایی سازه‌های کلیدی مرتبط با تنظیم هیجان و سازگاری روان‌شناختی معطوف کرده است. در این میان، «پریشانی روان‌شناختی» و مؤلفه‌های مرتبط با آن، از جمله تحمل پریشانی و حساسیت اضطرابی، به‌عنوان شاخص‌های محوری آسیب‌پذیری روانی شناخته می‌شوند که نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری و تداوم اختلالات هیجانی و رفتاری دارند. شواهد تجربی نشان می‌دهد که ناتوانی در تحمل حالات هیجانی ناخوشایند و تفسیر فاجعه‌آمیز نشانه‌های اضطرابی، می‌تواند افراد را در چرخه‌ای از اجتناب، نشخوار ذهنی و رفتارهای ناسازگار گرفتار سازد و کیفیت زندگی آنان را به‌طور معناداری کاهش دهد (Ebn-Nasir & Khaleghipour, 2018; Forouzanfar et al., 2017).

تحمل پریشانی به توانایی فرد برای تجربه و مدیریت هیجانانگیز منفی بدون resort به واکنش‌های تکانشی یا اجتنابی اشاره دارد و به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اساسی تاب‌آوری روان‌شناختی مطرح است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد با تحمل پریشانی پایین، در مواجهه با فشارهای روانی، استرس‌های بین‌فردی و چالش‌های تحصیلی یا شغلی، آسیب‌پذیری بیشتری نسبت به اضطراب، افسردگی و رفتارهای پرخطر از خود نشان می‌دهند (Ghajari et al., 2020; Shahidi et al., 2023). در کنار آن، حساسیت اضطرابی به ترس از پیامدهای جسمانی، شناختی و اجتماعی اضطراب اطلاق می‌شود و به‌عنوان یک عامل خطر فراتشخیصی در طیف وسیعی از اختلالات روانی شناخته شده است. این سازه نه‌تنها شدت تجربه اضطراب را افزایش می‌دهد، بلکه با تشدید اجتناب تجربی و کاهش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، فرآیند

مرور پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که بخش قابل توجهی از مطالعات پیشین، هر یک از این رویکردها را به صورت مستقل بررسی کرده‌اند و پژوهش‌های مقایسه‌ای مستقیم میان ACT و واقعیت‌درمانی، به ویژه با تمرکز هم‌زمان بر تحمل‌پریشانی و حساسیت اضطرابی، همچنان محدود است. افزون بر این، تفاوت‌های فرهنگی، بسترهای اجتماعی و ویژگی‌های جمعیت‌های مورد مطالعه می‌تواند بر اثربخشی مداخلات روان‌شناختی اثرگذار باشد؛ از این رو، تعمیم نتایج مطالعات خارجی به بافت‌های بومی نیازمند احتیاط و انجام پژوهش‌های تجربی جدید است (Babaei Motlagh & Tanha, 2023; Lipsett & Berkman, 2025). در این راستا، انجام پژوهش‌هایی که با طراحی دقیق، ابزارهای معتبر و تحلیل‌های آماری مناسب به مقایسه اثربخشی این دو رویکرد بپردازند، می‌تواند به غنای دانش موجود و تصمیم‌گیری بالینی آگاهانه کمک کند.

نکته حائز اهمیت دیگر آن است که بسیاری از پژوهش‌ها یا بر جمعیت‌های بالینی بزرگسال تمرکز داشته‌اند یا تنها یکی از مؤلفه‌های پریشانی روان‌شناختی را مدنظر قرار داده‌اند. در حالی که بررسی هم‌زمان تحمل‌پریشانی و حساسیت اضطرابی می‌تواند تصویری جامع‌تر از تغییرات هیجانی و شناختی ناشی از مداخله‌های درمانی ارائه دهد (Sarabadani et al., 2023; Shahidi et al., 2023). همچنین یافته‌های متناقض برخی مطالعات در خصوص برتری نسبی ACT یا واقعیت‌درمانی، ضرورت انجام پژوهش‌های مقایسه‌ای بیشتر با کنترل دقیق متغیرهای مداخله‌گر را برجسته می‌سازد (Baniasadi et al., 2025; Yaghoubi et al., 2026).

با توجه به آنچه بیان شد، می‌توان گفت که پریشانی روان‌شناختی، تحمل‌پریشانی و حساسیت اضطرابی به‌عنوان سازه‌های کلیدی سلامت روان، نیازمند مداخلات مبتنی بر شواهد هستند و دو رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی از جمله گزینه‌های مهم در این حوزه محسوب می‌شوند. با

شرایط بحرانی مانند همه‌گیری کووید-۱۹ نشان داده‌اند (Asli Azad et al., 2021).

بررسی تطبیقی رویکردهای درمانی مختلف نشان می‌دهد که هرچند ACT و واقعیت‌درمانی از منظر نظری مسیرهای متفاوتی را دنبال می‌کنند، اما هر دو در هدف نهایی، یعنی کاهش پریشانی روان‌شناختی و افزایش سازگاری هیجانی، اشتراک دارند. ACT از طریق پذیرش تجربه‌های درونی و کاهش اجتناب تجربی عمل می‌کند، در حالی که واقعیت‌درمانی با تمرکز بر انتخاب، مسئولیت‌پذیری و اصلاح رفتارهای ناکارآمد به بهبود وضعیت روانی می‌پردازد. مطالعات مقایسه‌ای موجود نشان داده‌اند که این دو رویکرد در برخی جمعیت‌ها اثربخشی مشابهی در کاهش حساسیت اضطرابی و افزایش تحمل‌پریشانی دارند (Sepas et al., 2022; Zaemi et al., 2023). با این حال، نتایج پژوهش‌ها همواره یکدست نبوده و در برخی موارد تفاوت‌هایی در شدت و پایداری اثرات گزارش شده است (Baniasadi et al., 2025; Yaghoubi et al., 2026).

اهمیت بررسی این رویکردها زمانی دوچندان می‌شود که پژوهش‌ها به سمت جمعیت‌های خاص، از جمله نوجوانان، زوج‌های پریشان، بیماران مزمن و زنان در معرض فشارهای چندگانه روانی حرکت می‌کنند. برای مثال، مطالعات انجام‌شده بر زوج‌های پریشان نشان داده‌اند که ACT می‌تواند کیفیت زندگی زناشویی و تنظیم هیجان را بهبود بخشد (Najarnasab et al., 2024). در حالی که واقعیت‌درمانی و رویکردهای مبتنی بر نظریه انتخاب نیز در کاهش اجتناب شناختی و بهبود تعاملات هیجانی مؤثر گزارش شده‌اند (Toope et al., 2025). همچنین در نوجوانان و جوانان، ACT در کاهش پریشانی و بهبود تاب‌آوری روان‌شناختی نقش قابل توجهی ایفا کرده است (Sasaki et al., 2023; Sierra & Ortiz, 2023).

گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. برای انتخاب اولیه نمونه، از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای یک‌مرحله‌ای استفاده شد. به این صورت که از میان کلیه مدارس متوسطه دوم پسرانه شهر سبزوار، سه مدرسه به صورت تصادفی انتخاب گردیدند و در مرحله اول، تمامی دانش‌آموزان این سه مدرسه به عنوان نمونه اولیه در نظر گرفته شدند. سپس پرسشنامه‌های مربوط به تحمل پریشانی، حساسیت اضطرابی و باورهای فراشناختی در بین آنان اجرا شد. در مرحله بعد، بر اساس نمرات حاصل از پرسشنامه‌ها، ۴۵ نفر که در هر سه متغیر وابسته دارای نمرات پایین‌تر و تمایل به شرکت در جلسات آموزشی داشتند، به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند، به گونه‌ای که هر گروه شامل ۱۵ نفر بود.

پرسشنامه تحمل پریشانی توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) توسعه داده شده است. این ابزار خودگزارشی شامل ۱۵ سوال می‌باشد و چهار خرده‌مقیاس تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم را اندازه‌گیری می‌کند. سوالات مربوط به هر زیرمقیاس به شرح زیر است: تحمل (سوالات ۱، ۳ و ۵)، جذب (سوالات ۲، ۴ و ۱۵)، ارزیابی (سوالات ۶، ۷ و ۹ تا ۱۲) و تنظیم (سوالات ۸، ۱۳ و ۱۴). نمره‌دهی این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای از ۱ (کاملاً موافق) تا ۵ (کاملاً مخالف) انجام می‌شود، بنابراین دامنه نمرات کل بین ۱۵ تا ۷۵ قرار دارد که نمرات بالاتر نشان‌دهنده تحمل بالاتر پریشانی است. سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضریب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های تحمل، ارزیابی، جذب و تنظیم را به ترتیب ۰٫۷۳، ۰٫۶۶، ۰٫۷۴ و ۰٫۸۷ گزارش کردند. همچنین ضریب روایی ملاکی این مقیاس ۰٫۶۱ بوده و همگرایی اولیه مناسبی نشان داده است. در مطالعات انجام شده توسط شمس و همکاران (۱۳۸۹)، همبستگی پرسشنامه تحمل پریشانی با سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌محور، هیجانی، کمتر مؤثر و غیرمؤثر به ترتیب ۰٫۲۱، ۰٫۲۸، ۰٫۳۴ و -۰٫۲۰ گزارش شده است.

این حال، خلأ پژوهشی در زمینه مقایسه مستقیم اثربخشی این دو رویکرد، به‌ویژه در بافت‌های فرهنگی غیرغربی، همچنان محسوس است (Ebn-Nasir & Khaleghipour, 2018; Sohrabnejad et al., 2025). از این رو، پژوهش حاضر با تکیه بر پیشینه نظری و تجربی موجود، تلاش می‌کند به این نیاز علمی پاسخ دهد و شواهدی دقیق‌تر برای انتخاب مداخله‌های مؤثر در کاهش پریشانی روان‌شناختی ارائه کند.

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی بر تحمل پریشانی و حساسیت اضطرابی در جامعه مورد مطالعه است.

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل نابرابرانجام شد. نمونه شامل ۴۵ نفر از دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه دوم شهر سبزوار بود که به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) قرار گرفتند. ابتدا هر سه گروه با استفاده از ابزارهای گردآوری داده‌ها ارزیابی پیش‌آزمون شدند. سپس مداخله واقعیت‌درمانی برای گروه آزمایش اول و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای گروه آزمایش دوم اجرا گردید، اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله روان‌شناختی دریافت نکرد و تنها در لیست انتظار قرار گرفت. پس از اتمام مداخلات، مجدداً همه گروه‌ها مورد پس‌آزمون و یک ماه بعد آزمون پیگیری قرار گرفتند. طرح پژوهش به صورت دیاگرام زیر نمایش داده شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه دوم با سنین ۱۶ تا ۱۸ سال شهر سبزوار در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بود که تعداد آنها حدوداً ۴۱۹۱ نفر می‌باشد. با توجه اینکه در تحقیقات آزمایشی حجم نمونه باید برای هر گروه حداقل ۱۵ نفر در نظر گرفته شود، دلاور (۱۳۸۵) تعداد ۴۵ نفر را به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو

اعضا فراهم شود. در ادامه، مفاهیم بنیادین واقعیت‌درمانی شامل چرایی و چگونگی رفتار، مسئولیت‌پذیری و نقش انتخاب آگاهانه در زندگی آموزش داده شد. اعضا با پنج نیاز اساسی انسان آشنا شدند و به اولویت‌بندی نیازهای خود پرداختند. سپس از طریق معرفی «رفتار کلی» (فکر، عمل، احساس و فیزیولوژی) و استعاره ماشین رفتار، مهارت انتخاب رفتار و مدیریت آن تمرین شد. تأکید ویژه‌ای بر تمایز کنترل درونی و بیرونی، شناسایی رفتارهای سازنده و تخریب‌گر و پیامدهای هر یک در تعاملات واقعی زندگی صورت گرفت. در جلسات بعدی، اعضا به ارزیابی واقع‌بینانه خواسته‌ها و اهداف، امکان‌پذیری آن‌ها و طراحی گام‌های عملی برای تحقق انتخاب‌ها پرداختند. برنامه‌ریزی هدفمند (مشخص، قابل اندازه‌گیری، دست‌یافتنی، واقع‌گرایانه و زمان‌بندی‌شده) محور پیشبرد تغییر رفتار بود و در نهایت با مرور آموخته‌ها، ارزیابی پیشرفت، تعهد به تداوم تغییر و تمرین مهارت‌ها در جمع‌بندی پایانی تثبیت شد.

این مداخله در هشت جلسه گروهی اجرا شد و با آشنایی اعضا با درمانگر، قوانین گروه و چارچوب ACT آغاز گردید و به بررسی تجربه‌های روزمره اضطراب و استرس اختصاص یافت. در جلسات اولیه، مفهوم «نامیدی خلاقانه» برای آشکارسازی ناکارآمدی راهبردهای کنترل و اجتناب آموزش داده شد تا زمینه پذیرش فعال فراهم آید. سپس پذیرش به‌عنوان جایگزینی برای کنترل افراطی معرفی شد و تمایل به تجربه هیجانات ناخوشایند از طریق تمرین‌های تجربی (مانند تکنیک دستان شفافبخش) تقویت گردید. در ادامه، مفاهیم آمیختگی و گسلش شناختی با تمرین مشاهده بدون قضاوت آموزش داده شد و ذهن‌آگاهی و ارتباط با زمان حال، همراه با مفهوم «خود به‌عنوان زمینه»، تمرین شد. جلسات بعدی به شناسایی ارزش‌ها، تمایز ارزش‌ها از اهداف و بررسی موانع تحقق آن‌ها اختصاص یافت. سپس عمل متعهدانه از طریق تعیین اهداف همسو با ارزش‌ها و برنامه‌ریزی برای پیگیری آن‌ها آموزش

همچنین همبستگی این مقیاس با هیجان مثبت، هیجان منفی و وابستگی به سیگار به ترتیب برابر با ۰.۵۴، ۰.۲۳ و -۰.۶۵ به دست آمده است. پایایی پرسشنامه به روش بازآزمایی برابر با ۰.۷۹ و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰.۸۱ است. همچنین ضریب آلفا برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰.۶۹ تا ۰.۷۷ گزارش شده است.

پرسشنامه حساسیت اضطرابی توسط فلوید و همکاران (۲۰۰۵) طراحی شده است. این ابزار خودگزارشی شامل ۱۶ سوال می‌باشد که سه زیرمقیاس اصلی را اندازه‌گیری می‌کند: ترس از نگرانی‌های بدنی (۸ سوال)، ترس از نداشتن کنترل شناختی (۴ سوال) و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران (۴ سوال). نمره‌دهی پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از ۰ (خیلی کم) تا ۴ (خیلی زیاد) است و دامنه نمرات کل بین ۰ تا ۶۴ قرار دارد؛ نمرات بالاتر نشان‌دهنده حساسیت بالاتر به اضطراب می‌باشند. از نظر روان‌سنجی، این پرسشنامه پایایی بالایی دارد. ضریب آلفای کرونباخ ثبات درونی آن در حدود ۰.۹۰ گزارش شده است، همچنین اعتبار بازآزمایی آن پس از دو هفته برابر با ۰.۷۵ و در مدت سه سال ۰.۷۱ برآورد شده است. در نمونه ایرانی، اعتبار پرسشنامه بر اساس روش‌های همسانی درونی، بازآزمایی و تصنیف به ترتیب ۰.۹۳، ۰.۹۵ و ۰.۹۷ به دست آمده است. روایی ابزار نیز از طریق همبستگی خرده‌مقیاس‌ها با نمره کل و با یکدیگر بررسی شده که همبستگی‌ها با نمره کل بین ۰.۷۴ تا ۰.۸۸ و بین خرده‌مقیاس‌ها بین ۰.۴۰ تا ۰.۶۸ گزارش شده است. پایایی پرسشنامه در پژوهش مشهدی و همکاران (۱۳۹۲) با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰.۸۷ به دست آمده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ محاسبه خواهد شد.

این مداخله در قالب ده جلسه گروهی طراحی شد و با ایجاد رابطه درمانی، تبیین چارچوب و اهداف برنامه آغاز گردید تا بستر اعتماد و مشارکت فعال

یافته‌ها

جدول ۱ نشان می‌دهد که در گروه‌های واقعیت درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل ۴۰ درصد شرکت کنندگان در پایه تحصیلی دوازدهم بودند. سایر نتایج نشان می‌دهد که در گروه واقعیت درمانی ۴۰ درصد، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۴۶/۷ درصد و در گروه کنترل ۴۰ درصد افراد در رشته علوم تجربی مشغول به تحصیل بودند. آزمون اخیر دو تفاوت معناداری را بر حسب هیچ یک از شاخص‌های جمعیت شناختی نشان نداد ($P > 0.05$).

داده شد. مداخله با جمع‌بندی، مرور تمرین‌ها و اجرای پس‌آزمون به پایان رسید تا یکپارچگی مهارت‌ها و تعهد به تداوم رفتارهای ارزش‌محور تثبیت شود. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. پس از بررسی پیش‌فرض‌های آماری شامل نرمال بودن توزیع داده‌ها، همگنی واریانس‌ها و کرویت، به منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چندمتغیره جهت مقایسه تغییرات در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌ها استفاده گردید و در صورت معنادار بودن اثرات، آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه‌های زوجی به کار رفت.

جدول ۱ توصیف نمونه بر شاخص‌های جمعیت‌شناختی

| شاخص | گروه | واقعیت درمانی | | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | | کنترل | |
|-------------|-------------|---------------|---------|-----------------------------|---------|-------|---------|
| | | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی |
| پایه تحصیلی | دهم | ۴ | ۲۶/۷ | ۵ | ۳۳/۳ | ۴ | ۲۶/۷ |
| | یازدهم | ۵ | ۳۳/۳ | ۴ | ۲۶/۷ | ۵ | ۳۳/۳ |
| | دوازدهم | ۶ | ۴۰/۰ | ۶ | ۴۰/۰ | ۶ | ۴۰/۰ |
| رشته تحصیلی | علوم انسانی | ۴ | ۲۶/۷ | ۳ | ۲۰/۰ | ۵ | ۳۳/۳ |
| | علوم تجربی | ۶ | ۴۰/۰ | ۷ | ۴۶/۷ | ۶ | ۴۰/۰ |
| | ریاضی | ۵ | ۳۳/۳ | ۵ | ۳۳/۳ | ۴ | ۲۶/۷ |

همچنین، نتایج نشان می‌دهد که میانگین ابعاد ترس از نگرانی‌های بدنی، ترس از نداشتن کنترل شناختی و ترس از مشاهده شدن اضطراب در شرکت‌کنندگان گروه‌های واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پس‌آزمون و پیگیری کمتر از میانگین نمرات شرکت‌کنندگان گروه کنترل بوده و از پیش‌آزمون به پس‌آزمون میانگین‌ها در گروه‌های آزمایشی کاهش یافته است. اما از پس‌آزمون به پیگیری تغییر چشمگیری ایجاد نشده است.

جدول ۲ نشان می‌دهد که در پس‌آزمون و پیگیری تحمل پریشانی شرکت‌کنندگان گروه‌های واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به شرکت‌کنندگان گروه کنترل میانگین بیشتری دارند. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که در هر دو گروه واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میانگین نمرات از پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش داشته است. اما از پس‌آزمون به پیگیری تغییر چشمگیری ایجاد نشده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش بر حسب مراحل آزمون و به تفکیک گروه‌ها

| متغیرها | گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پیگیری | |
|---------|-----------------------------|-----------|--------------|----------|--------------|---------|--------------|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| تحمل | واقعیت درمانی | ۵/۰۷ | ۱/۰۳ | ۸/۸۰ | ۱/۴۲ | ۸/۸۰ | ۱/۴۷ |
| | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | ۵/۱۳ | ۲/۱۰ | ۸/۶۷ | ۱/۶۳ | ۸/۱۳ | ۱/۵۵ |

فصلنامه روانشناسی تجربی و شناختی

| | | | | | | | |
|------|-------|------|-------|------|-------|-----------------------------|----------------------------|
| ۱/۹۳ | ۶/۲۰ | ۲/۰۰ | ۶/۱۳ | ۲/۰۰ | ۶/۱۳ | کنترل | |
| ۱/۶۴ | ۸/۴۷ | ۱/۷۱ | ۸/۷۳ | ۰/۷۰ | ۵/۰۷ | واقعیت درمانی | جذب |
| ۱/۶۷ | ۸/۲۷ | ۱/۵۹ | ۸/۴۰ | ۱/۷۱ | ۵/۲۷ | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | |
| ۲/۱۰ | ۶/۴۷ | ۱/۹۸ | ۶/۲۷ | ۱/۶۲ | ۵/۹۳ | کنترل | |
| ۱/۶۲ | ۸/۷۳ | ۱/۵۲ | ۸/۲۰ | ۱/۲۶ | ۵/۲۰ | واقعیت درمانی | ارزیابی |
| ۱/۸۵ | ۹/۰۰ | ۱/۳۵ | ۸/۴۰ | ۱/۲۸ | ۵/۰۷ | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | |
| ۱/۷۲ | ۵/۳۳ | ۱/۶۶ | ۵/۲۰ | ۱/۳۲ | ۵/۸۰ | کنترل | |
| ۱/۶۰ | ۹/۵۳ | ۱/۶۰ | ۹/۸۷ | ۱/۴۱ | ۶/۸۷ | واقعیت درمانی | تنظیم |
| ۱/۷۹ | ۹/۹۳ | ۱/۴۰ | ۹/۴۰ | ۱/۲۸ | ۶/۰۷ | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | |
| ۱/۷۱ | ۶/۰۷ | ۱/۶۲ | ۶/۹۳ | ۱/۳۵ | ۶/۶۷ | کنترل | |
| ۶/۰۲ | ۳۵/۵۳ | ۵/۷۲ | ۳۵/۶۰ | ۳/۴۷ | ۲۲/۲۰ | واقعیت درمانی | نمره کل |
| ۶/۱۶ | ۵۳/۳۳ | ۵/۱۷ | ۳۴/۸۷ | ۵/۷۷ | ۲۱/۵۳ | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | |
| ۶/۵۲ | ۲۴/۰۷ | ۶/۴۹ | ۲۴/۵۳ | ۵/۴۹ | ۲۴/۵۳ | کنترل | |
| ۳/۰۶ | ۶/۷۳ | ۲/۶۶ | ۶/۲۷ | ۳/۰۴ | ۱۳/۸۷ | واقعیت درمانی | ترس از نگرانی های بدنی |
| ۲/۷۹ | ۶/۲۷ | ۳/۲۲ | ۶/۶۷ | ۴/۴۱ | ۱۴/۴۷ | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | |
| ۴/۹۱ | ۱۶/۰۷ | ۴/۹۵ | ۱۵/۹۳ | ۵/۷۶ | ۱۵/۲۰ | کنترل | |
| ۲/۷۰ | ۶/۱۳ | ۲/۵۳ | ۶/۳۳ | ۲/۳۳ | ۱۱/۱۳ | واقعیت درمانی | ترس از نداشتن کنترل شناختی |
| ۲/۲۳ | ۶/۴۷ | ۲/۲۶ | ۷/۴۷ | ۲/۰۶ | ۱۲/۳۳ | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | |
| ۳/۲۱ | ۱۲/۲۰ | ۳/۲۶ | ۱۲/۲۰ | ۴/۰۵ | ۱۱/۳۳ | کنترل | |
| ۱/۸۰ | ۹/۳۳ | ۱/۸۲ | ۹/۲۰ | ۱/۶۶ | ۱۲/۲۰ | واقعیت درمانی | ترس از مشاهده شدن اضطراب |
| ۱/۷۷ | ۹/۴۷ | ۱/۶۲ | ۹/۰۷ | ۱/۵۰ | ۱۲/۶۰ | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | |
| ۱/۷۶ | ۱۲/۶۰ | ۱/۸۸ | ۱۲/۵۳ | ۱/۳۰ | ۱۲/۶۰ | کنترل | |
| ۴/۹۵ | ۲۲/۲۰ | ۵/۲۷ | ۲۱/۸۰ | ۵/۴۱ | ۳۷/۲۰ | واقعیت درمانی | نمره کل |
| ۴/۰۴ | ۲۲/۲۰ | ۴/۵۵ | ۲۳/۲۰ | ۵/۹۶ | ۳۹/۴۰ | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | |
| ۶/۰۵ | ۴۰/۸۷ | ۶/۲۲ | ۴۰/۶۷ | ۷/۵۰ | ۳۹/۱۳ | کنترل | |

نتایج مفروضه‌ها نشان داد که همگنی واریانس‌ها در تحمل پریشانی به

تفکیک مراحل آزمون محقق شده است ($P > 0/05$). بررسی مفروضه همگنی

ماتریس واریانس-کوواریانس نیز نشان داد که این مفروضه محقق شده است

نیز نشان داد که میان تحمل پریشانی همبستگی متوسط و معناداری وجود دارد

($\chi^2 = 145/28, P < 0/001$).

جدول ۳. نتایج آزمون چندمتغیره برای بررسی تفاوت‌های بین گروهی در تحمل پریشانی در گروه‌های آزمایشی

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

جدول ۳ نشان می‌دهد که آزمون چندمتغیره لامبدای ویلکز تنها در

تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای تحمل پریشانی در جدول ۵ آمده

است.

خصوصاً مراحل آزمون معنادار است ($P < 0/001$). اما بر حسب عضویت

گروهی و تعامل آزمون و عضویت گروهی معنادار نیست ($P > 0/05$). نتایج

دوره سوم، شماره سوم

جدول ۴. بررسی تفاوت‌های بین گروهی در تحمل پریشانی در گروه‌های آزمایشی

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

جدول ۴ نشان می‌دهد که میان دو گروه واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ابعاد تحمل پریشانی بر حسب عضویت گروهی و اثر تعاملی آزمون و عضویت گروهی تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$).

جدول ۵. آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه میانگین تحمل پریشانی بر حسب مراحل آزمون در گروه‌های آزمایشی

| متغیرها | گروه‌ها | پیش آزمون - پس آزمون | | پیش آزمون - پیگیری | | پس آزمون - پیگیری | |
|---------|-----------------------------|----------------------|--------------|--------------------|--------------|-------------------|--------------|
| | | اختلاف میانگین | سطح معناداری | اختلاف میانگین | سطح معناداری | اختلاف میانگین | سطح معناداری |
| تحمل | واقعیت درمانی | -۳/۷۳ | ۰/۰۰۱ | -۳/۷۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ |
| | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | -۳/۵۳ | ۰/۰۰۱ | -۳/۰۰ | ۰/۰۰۲ | ۰/۵۳ | ۰/۶۹ |
| جذب | واقعیت درمانی | -۳/۶۷ | ۰/۰۰۱ | -۳/۴۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۷ | ۱/۰۰ |
| | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | -۳/۱۳ | ۰/۰۰۱ | -۳/۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۱۳ | ۱/۰۰ |
| ارزیابی | واقعیت درمانی | -۳/۰۰ | ۰/۰۰۱ | -۳/۵۳ | ۰/۰۰۱ | -۰/۵۳ | ۰/۸۲ |
| | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | -۳/۳۳ | ۰/۰۰۱ | -۳/۹۳ | ۰/۰۰۱ | -۰/۶۰ | ۰/۴۷ |
| تنظیم | واقعیت درمانی | -۳/۰۰ | ۰/۰۰۱ | -۲/۶۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۳ | ۱/۰۰ |
| | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | -۳/۳۳ | ۰/۰۰۱ | -۳/۸۷ | ۰/۰۰۱ | -۰/۵۳ | ۰/۵۸ |

جدول ۵ نشان می‌دهد که در نمرات تحمل پریشانی هر دو گروه آزمایشی از پیش آزمون به پس آزمون و پیش آزمون به پیگیری میانگین‌ها افزایش یافته و تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). اما از پس آزمون به پیگیری در هر دو گروه تغییر معناداری مشاهده نمی‌شود ($P > 0/05$). در مجموع و اساس آنچه مورد بررسی قرار گرفت، فرضیه اصلی اول پژوهش حاضر رد می‌شود. بدین معنی که بین اثربخشی واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

فصلنامه روانشناسی تجربی و شناختی

همبستگی متوسط و معناداری وجود دارد ($P < 0/001$, $\chi^2 = 31/30$). همچنین نتایج نشان داد که مفروضه کرویت در متغیر ترس از مشاهده شدن اضطراب محقق شده است ($P > 0/05$). اما در سایر ابعاد حساسیت اضطرابی محقق نشده است ($P < 0/05$) و باید از اصلاح اپسیلین گرینهاوس گیزر استفاده شود.

بر تحمل پریشانی دانش‌آموزان پسر متوسطه دوم تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین نتایج نشان داد که همگنی واریانس‌ها در حساسیت اضطرابی محقق شده است ($P > 0/05$). آزمون ام‌باکس نیز نشان داد که همگنی ماتریس واریانس-کواریانس محقق شده است ($P > 0/05$, $F = 0/95$, $\text{Box}^2 = 66/02$). آزمون کرویت بارتلت نیز نشان داد که میان ابعاد حساسیت اضطرابی

جدول ۶. نتایج آزمون چندمتغیره برای بررسی تفاوت‌های بین گروهی در حساسیت اضطرابی در گروه‌های آزمایشی

| منبع تغییرات | لامبدای ویلکز | F | سطح معناداری | مجذوراتی سهمی |
|---------------------|---------------|-------|--------------|---------------|
| آزمون | ۰/۱۴ | ۲۳/۱۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۶ |
| عضویت گروهی | ۰/۸۹ | ۱/۰۴ | ۰/۳۹ | ۰/۱۱ |
| آزمون × عضویت گروهی | ۰/۹۳ | ۰/۳۱ | ۰/۹۳ | ۰/۰۷ |

گروهی تفاوت‌ها معنادار نیست ($P > 0/05$). نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای ابعاد حساسیت اضطرابی در جدول ۸ آورده شده است.

جدول ۶ نشان می‌دهد که لامبدای ویلکز تنها در خصوص مراحل آزمون معنادار است ($P < 0/001$) اما اثر عضویت گروهی و تعامل آزمون و عضویت

جدول ۷. بررسی تفاوت‌های بین گروهی در ابعاد حساسیت اضطرابی در گروه‌های آزمایشی

| متغیرها | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجات آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | مجذوراتی سهمی |
|------------------------|---------------------|---------------|-------------|-----------------|-------|--------------|---------------|
| ترس از نگرانی‌های بدنی | آزمون | ۱۱۸۰/۶۹ | ۱/۵۰ | ۷۸۶/۲۴ | ۸۲/۶۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۵ |
| عضویت گروهی | عضویت گروهی | ۰/۷۱ | ۱ | ۰/۷۱ | ۰/۰۴ | ۰/۸۴ | ۰/۰۰۱ |
| آزمون × عضویت گروهی | آزمون × عضویت گروهی | ۴/۸۲ | ۱/۵۰ | ۳/۲۱ | ۰/۳۴ | ۰/۶۵ | ۰/۰۱ |
| ترس از نداشتن کنترل | آزمون | ۵۳۲/۴۲ | ۱/۶۲ | ۳۲۸/۱۸ | ۵۰/۳۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۴ |
| شناختی | عضویت گروهی | ۱۷/۷۸ | ۱ | ۱۷/۷۸ | ۲/۹۰ | ۰/۱۰ | ۰/۰۹ |
| آزمون × عضویت گروهی | آزمون × عضویت گروهی | ۳/۴۹ | ۱/۶۲ | ۲/۱۵ | ۰/۳۳ | ۰/۶۸ | ۰/۰۱ |
| ترس از مشاهده شدن | آزمون | ۱۹۷/۴۲ | ۲ | ۹۸/۷۱ | ۴۴/۵۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۱ |
| اضطراب | عضویت گروهی | ۰/۴۰ | ۱ | ۰/۴۰ | ۰/۱۰ | ۰/۷۶ | ۰/۰۰۳ |
| آزمون × عضویت گروهی | آزمون × عضویت گروهی | ۱/۰۷ | ۲ | ۰/۵۳ | ۰/۲۴ | ۰/۷۹ | ۰/۰۱ |

جدول فوق نشان می‌دهد که میان دو گروه واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی

بر پذیرش و تعهد در حساسیت اضطرابی بر حسب عضویت گروهی و اثر

تعاملی آزمون و عضویت گروهی تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$).

جدول ۸. آزمون تعقیبی بن فرونی جهت مقایسه میانگین ابعاد حساسیت اضطرابی بر حسب مراحل آزمون در گروه‌های آزمایشی

| پس آزمون-پیگیری | | پیش آزمون-پیگیری | | پیش آزمون- پس آزمون | | گروه‌ها | متغیرها |
|-----------------|----------------|------------------|----------------|---------------------|----------------|-----------------------------|------------------------|
| سطح معناداری | اختلاف میانگین | سطح معناداری | اختلاف میانگین | سطح معناداری | اختلاف میانگین | | |
| ۱/۰۰ | -۰/۴۷ | ۰/۰۰۱ | ۷/۱۳ | ۰/۰۰۱ | ۷/۶۰ | واقعیت درمانی | ترس از نگرانی‌های بدنی |
| ۱/۰۰ | ۰/۴۰ | ۰/۰۰۱ | ۸/۲۰ | ۰/۰۰۱ | ۷/۸۰ | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | درمان |
| ۱/۰۰ | ۰/۲۰ | ۰/۰۰۱ | ۵/۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۴/۸۰ | واقعیت درمانی | ترس از نداشتن کنترل |
| ۰/۱۱ | ۱/۰۰ | ۰/۰۰۱ | ۵/۸۷ | ۰/۰۰۱ | ۴/۸۷ | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | شناختی |
| ۱/۰۰ | -۰/۱۳ | ۰/۰۰۱ | ۲/۸۷ | ۰/۰۰۱ | ۳/۰۰ | واقعیت درمانی | ترس از مشاهده شدن |
| ۰/۷۶ | -۰/۴۰ | ۰/۰۰۱ | ۳/۱۳ | ۰/۰۰۱ | ۳/۵۳ | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد | اضطراب |

تبیین این یافته‌ها مستلزم توجه به سازوکارهای نظری و شواهد تجربی پیشین است.

در تبیین افزایش تحمل پریشانی در هر دو گروه مداخله، می‌توان گفت که هر دو رویکرد به‌گونه‌ای مستقیم یا غیرمستقیم ظرفیت فرد برای مواجهه با تجربه‌های هیجانی ناخوشایند را تقویت می‌کنند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاهش اجتناب تجربی و آموزش پذیرش فعال هیجانات، به افراد می‌آموزد که بدون تلاش برای کنترل افراطی یا حذف هیجانات منفی، با آنها همزیستی کنند. این فرایند موجب افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و در نتیجه تحمل بالاتر پریشانی می‌شود، امری که در مطالعات پیشین نیز به‌طور مکرر گزارش شده است (Forouzanfar et al., 2017; Jiang et al., 2024; Sarabadani et al., 2023).

از سوی دیگر، واقعیت‌درمانی از مسیر متفاوتی به نتیجه‌ای مشابه دست می‌یابد؛ این رویکرد با تأکید بر انتخاب آگاهانه، مسئولیت‌پذیری و تمرکز بر کنترل درونی، به افراد کمک می‌کند احساس عاملیت بیشتری نسبت به هیجانات و رفتارهای خود پیدا کنند. این احساس عاملیت می‌تواند تحمل شرایط دشوار هیجانی را افزایش دهد و

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که در هر دو گروه آزمایشی از پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری میانگین‌ها به طور معناداری کاهش یافته است ($P < 0/001$). اما از پس آزمون به پیگیری تغییر معناداری مشاهده نمی‌شود ($P > 0/05$). بر اساس آنچه مورد بررسی قرار گرفت، فرضیه اصلی دوم پژوهش حاضر رد می‌شود. بدین معنی که بین اثربخشی واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حساسیت اضطرابی دانش‌آموزان پسر متوسطه دوم تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی بر تحمل پریشانی و حساسیت اضطرابی بود. یافته‌های به‌دست‌آمده نشان داد که هر دو مداخله به‌طور معناداری موجب افزایش تحمل پریشانی و کاهش حساسیت اضطرابی شدند، اما بین میزان اثربخشی این دو رویکرد تفاوت معناداری مشاهده نشد. این الگوی نتایج، از یک‌سو مؤید کارآمدی هر دو رویکرد در بهبود شاخص‌های کلیدی تنظیم هیجان است و از سوی دیگر، بر هم‌ارزی نسبی آن‌ها در پیامدهای مورد بررسی دلالت دارد.

به این معنا که درمان‌های مختلف، علی‌رغم تفاوت‌های نظری، از طریق سازوکارهای مشترکی مانند افزایش آگاهی، کاهش اجتناب و تقویت احساس کنترل، به بهبود سلامت روان منجر می‌شوند.

از منظر نظری، هر دو رویکرد بر تغییر رابطه فرد با تجربه‌های درونی تأکید دارند، هرچند زبان و تکنیک‌های آن‌ها متفاوت است. ACT تلاش می‌کند رابطه فرد با افکار و هیجانات را از طریق پذیرش و مشاهده غیرقضاوتی تغییر دهد، در حالی که واقعیت‌درمانی بر تغییر رفتارهای انتخابی و ارزیابی واقع‌بینانه پیامدها تمرکز دارد. با این حال، نتیجه هر دو فرایند می‌تواند کاهش درگیری هیجانی ناسازگار و افزایش توانایی تحمل شرایط دشوار باشد. این تبیین با یافته‌های پژوهش‌هایی که بر نقش مشترک انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کنترل درونی در کاهش پریشانی تأکید کرده‌اند، همسو است (Baniasadi et al., 2025; Yaghoubi et al., 2026).

یافته‌های پژوهش حاضر همچنین از منظر کاربردی حائز اهمیت است. نخست، نتایج نشان می‌دهد که انتخاب بین ACT و واقعیت‌درمانی می‌تواند بیش از آنکه به تفاوت در اثربخشی وابسته باشد، به ملاحظاتمانند ترجیح درمانگر، ویژگی‌های مراجع و بافت فرهنگی بستگی داشته باشد. این نکته با مطالعات انجام‌شده در زمینه مداخلات آنلاین و حضوری همخوانی دارد که نشان داده‌اند هر دو رویکرد می‌توانند در قالب‌های مختلف اجرایی مؤثر باشند (Asli Azad et al., 2021; Manapour & Afkaneh, 2023; Sasaki et al., 2023). دوم، نتایج بر اهمیت پرداختن هم‌زمان به تحمل پریشانی و حساسیت اضطرابی تأکید می‌کند؛ زیرا تغییر در هر یک از این سازه‌ها می‌تواند به بهبود پایدارتر سلامت روان منجر شود (Shahidi et al., 2023; Sierra & Ortiz, 2023).

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که هر دو رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی ابزارهای کارآمدی برای

واکنش‌های اجتنابی یا تکانشی را کاهش دهد (Ebrahimi & Ebrahimi, 2021; Ghajari et al., 2020).

یافته‌های پژوهش حاضر در خصوص کاهش حساسیت اضطرابی نیز با بخش قابل‌توجهی از ادبیات پژوهشی همسو است. حساسیت اضطرابی به‌عنوان ترس از پیامدهای منفی نشانه‌های اضطراب، معمولاً با تفسیرهای فاجعه‌آمیز از تجربه‌های بدنی و شناختی همراه است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق گسلس شناختی و پذیرش تجربه‌های درونی، اعتبار این تفسیرهای تهدیدآمیز را تضعیف می‌کند و موجب کاهش واکنش‌پذیری نسبت به نشانه‌های اضطراب می‌شود (Ebn-Nasir & Khaleghipour, 2018; Sohrabnejad et al., 2025). در همین راستا، مرورهای نظام‌مند نشان داده‌اند که ACT در جمعیت‌های مختلف، از بیماران مزمن تا افراد در شرایط استرس‌زای شدید، به کاهش معنادار اضطراب و پریشانی منجر می‌شود (Lipsett & Berkman, 2025; Madani & Ebrahimzadeh, 2024).

واقعیت‌درمانی نیز با تغییر کانون توجه از علائم اضطراب به رفتارهای انتخابی و هدفمند، می‌تواند چرخه توجه افراطی به نشانه‌های بدنی و نگرانی‌های مرتبط با آن‌ها را تضعیف کند؛ سازوکاری که در پژوهش‌های انجام‌شده بر بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی و اضطرابی گزارش شده است (Hoseini & Kiyani, 2019; Toope et al., 2025).

عدم مشاهده تفاوت معنادار بین دو رویکرد در این پژوهش، با نتایج برخی مطالعات مقایسه‌ای پیشین همخوانی دارد. برای مثال، پژوهش‌هایی که به مقایسه مستقیم ACT و واقعیت‌درمانی یا رویکردهای مبتنی بر نظریه انتخاب پرداخته‌اند، گزارش کرده‌اند که هرچند مسیرهای مداخله‌ای این رویکردها متفاوت است، اما پیامدهای نهایی آن‌ها در حوزه کاهش اضطراب و افزایش تحمل پریشانی می‌تواند مشابه باشد (Sepas et al., 2022; Zaemi et al., 2023). این هم‌ارزی نسبی را می‌توان با مفهوم «همگرایی درمانی» تبیین کرد؛

حمایت مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در طی مراحل این پژوهش یاری رساندند تشکر و

قدردانی می‌گردد.

References

- Asli Azad, M., Khaki, S., & Farhadi, T. (2021). Efficiency of Online Reality Therapy on Anxiety and psychological Distress in the Covid-19 Improved. *Psychological Achievements*, 28(2), 1-20. <https://doi.org/10.22055/psy.2021.35651.2620>
- Babaei Motlagh, F., & Tanha, Z. (2023). Comparing the Effectiveness of Mindfulness-Based Parenting with Choice Theory-Based Parenting on Psychological Distress in Mothers with Children with Oppositional Defiant Disorder. *Research in Child and Adolescent Psychotherapy*, 2(2), 21-36. <https://doi.org/10.22098/rcap.2023.2406>
- Baniasadi, K., Gerdoioie, R., Gorji, M., Shahbazi, G., Babaahmadi, F., Ghafourian, G., & Pourmohammad Ghouchani, K. (2025). Comparison of Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Enhancing Resilience, Cognitive Flexibility, and Distress Tolerance in Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*, 6(6), 1-10. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.6.6.6>
- Ebn-Nasir, S., & Khaleghipour, S. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety sensitivity and quality of life in hypertensive patients with avoidant personality trait. *Behavioral Sciences Research*, 16(2), 198-205. https://rbs.mui.ac.ir/browse.php?a_id=600&sid=1&slc_lang=en
- Ebrahimi, M., & Ebrahimi, S. (2021). The Effectiveness of the Reality Therapy on the Rumination, Concern and Tolerance of Distress in Mothers of Autistic Children. *JPEN*, 7(2), 11-20. http://jpen.ir/files/site1/user_files_4397d4/eng/moshak-A-10-420-3-203fcd6.pdf

کاهش پریشانی روان‌شناختی هستند و می‌توانند به‌عنوان مداخلات مبتنی بر شواهد در بافت‌های مختلف مورد استفاده قرار گیرند. این نتایج نه تنها با بخش عمده‌ای از ادبیات پژوهشی موجود همخوانی دارد، بلکه بر ضرورت نگاه انعطاف‌پذیر به انتخاب رویکرد درمانی و پرهیز از رویکردهای تک‌بعدی تأکید می‌کند (Jiang et al., 2024; Najarnasab et al., 2024).

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، محدود بودن حجم نمونه و تمرکز بر یک جامعه مشخص بود که می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را کاهش دهد. همچنین استفاده از ابزارهای خودگزارشی ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی قرار گرفته باشد. افزون بر این، دوره پیگیری نسبتاً کوتاه بود و امکان بررسی پایداری بلندمدت اثرات مداخله‌ها فراهم نشد.

پژوهش‌های آینده می‌توانند با استفاده از نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر، به بررسی اثرات این دو رویکرد در جمعیت‌های مختلف بپردازند. همچنین انجام مطالعات طولی با دوره‌های پیگیری بلندمدت می‌تواند اطلاعات دقیق‌تری درباره پایداری اثرات درمانی فراهم آورد. بررسی متغیرهای میانجی مانند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی یا احساس کنترل درونی نیز می‌تواند به تبیین عمیق‌تر سازوکارهای تغییر کمک کند.

با توجه به اثربخشی مشابه دو رویکرد، درمانگران می‌توانند بر اساس ویژگی‌ها و ترجیحات مراجع، یکی از این مداخلات را انتخاب کنند. تلفیق عناصر کلیدی هر دو رویکرد در برنامه‌های آموزشی و درمانی نیز می‌تواند مورد توجه قرار گیرد. علاوه بر این، استفاده از نسخه‌های آنلاین این مداخلات می‌تواند دسترسی به خدمات روان‌شناختی را در شرایط محدودکننده افزایش دهد.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

- Culture*, 13(51), 85-113. https://qccpc.atu.ac.ir/article_14119.html?lang=en
- Shahidi, S., Hasanzadeh, R., & Mirzaian, B. (2023). The effectiveness of metacognitive therapy on psychological toughness and distress tolerance in female patients with psoriasis. *Journal of Applied Family Therapy*, 3(5), 374-388. <https://doi.org/10.22034/aftj.2022.331799.1422>
- Sierra, M. A., & Ortiz, E. (2023). Feasibility and effect of a self-help online acceptance and commitment therapy program focused on repetitive negative thinking for Colombian young women. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 28, 127-138. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.03.010>
- 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>
- Toope, M., Mirzamani Bafghi, S. M., & Hatami, M. (2025). The Effectiveness of Reality Therapy and Emotion-Focused Therapy on Cognitive Avoidance in Women with Marital Distress. *Iranian Journal of Educational Research*, 4(2), 0-0. <https://ijer.hormozgan.ac.ir/article-1-389-en.pdf>
- 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>
- Zaemi, H., Rajayi, A. R., Safarian Tosi, M. R., & Najat, H. (2023). Comparing the Effectiveness of Emotion-focused Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on the Distress Tolerance of Disaffected Couples. *Rehabilitation Nursing Research Journal*, 9(3), 55-66. <https://ijrn.ir/article-1-762-en.pdf>
- Forouzanfar, A., Lavasani, G., & Shuae Kazemi, M. (2017). The Effectiveness of Group Counseling Based on Acceptance and Commitment on Distress Tolerance and Anxiety Sensitivity in Women Dependent on Substance Abuse. *Addiction Research Quarterly*, 11, 135-154. https://etiadpajohi.ir/browse.php?a_id=1290&slc_lang=en&sid=1&printcase=1&hbnr=1&hmb=1
- Ghajari, E., Toozandehjani, H., & Nejat, H. (2020). The Effectiveness of Marital Relationship Enrichment Training Based on Choice Theory, on Distress Tolerance of Women Recovered from Addiction (Persian). *Quarterly of "The Horizon of Medical Sciences"*, 26(4), 316-331. <https://doi.org/10.32598/hms.26.4.3237.1>
- Hoseini, M., & Kiyani, R. (2019). The Effectiveness of Group Reality Therapy on Anxiety Sensitivity Patients with Irritable Bowel Syndrome (IBS). *Health Psychology*, 8(31), 7-22. https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_6312.html?lang=en
- Jiang, X., Sun, J., Song, R., Wang, Y., Li, J., & Shi, R. (2024). Acceptance and commitment therapy reduces psychological distress in patients with cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Front. Psychol.*, 14, 1253266. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1253266>
- 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>
- Madani, F., & Ebrahimzadeh, S. (2024). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression, anxiety, and distress in children with diabetes: A systematic review. *Quarterly Journal of Child Mental Health*, 11(4), 18-33. <https://doi.org/10.61186/jcmh.11.4.18>
- Manapour, M., & Afkaneh, S. (2023). The Effectiveness of Online Reality Therapy on Post-Traumatic Growth and Psychological Distress in Bereaved Individuals During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Psychology Growth*(8), 87-96. <http://frooyesh.ir/article-1-4707-en.html>
- Najarnasab, S., Dasht Bozorgi, Z., Safarzadeh, S., & Talebzadeh Shoushtari, M. (2024). The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT)-Based Couples Therapy on Marital Quality of Life and Emotion Regulation in Distressed Couples. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*. <https://ajnpp.umsha.ac.ir/article-1-500-fa.html>
- Sarabadani, A., Hasanzadeh, R., & Ghanadzadegan, H. (2023). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Distress Tolerance and Cognitive Emotion Regulation in Women With Generalized Anxiety Disorder. *Aftj*, 4(2), 96-114. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.4.2.6>
- Sasaki, N., Imamura, K., Nishi, D., Watanabe, K., Asaoka, H., Sekiya, Y., Tsuno, K., Kobayashi, Y., Obikane, E., & Kawakami, N. (2023). The effect of internet-based acceptance and commitment therapy (iACT) on psychological well-being among working women with a pre-school child: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 28, 33-47. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.03.002>
- 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*