رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره ۶، شماره پیاپی۹۹، شهریور۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(6), 2024

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان وجودی بر تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر دارای اختلال اضطراب فراگیر

Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and existential Therapy on resilience among female students with generalized anxiety Disorder

زهره شریف
دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.
علیرضا مرآتی (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
مهدی یوسف‌وند
استادیار، گروه روانشناسی تربیتی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان وجودی بر تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر دارای اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون، با گروه کنترل و پیگیری دو ماهه بود. جامعه‌آماری پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه دوم بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲در مدارس شهر کرج مشغول به تحصیل بودند؛ ۴۵ دانش‌آموز با روش نمونه‌گیری هدفمند وارد مطالعه شدند و بطور تصادفی در دوگروه آزمایش و یک گروه گواه (هرگروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش اول (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و دوم (درمان وجودی) طی ۱۰جلسه (هرجلسه۷۰دقیقه) تحت مداخله قرار گرفتند. ابزار پژوهش مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC، ۲۰۰۳) و ویرایش چهارم پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر (GADQ-IV، نیومن و همکاران، ۲۰۰۲) بود. داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل شد. نتایج نشان داد که هر دو روش مداخله‌ی درمان پذیرش و تعهد و درمان وجودی به طور معناداری باعث افزایش تاب‌آوری و کاهش اختلال اضطراب فراگیر شد (P<۰/۰۱) و این یافته تا مرحله پیگیری ماندگار بود. همچنین درمان وجودی در مقایسه با درمان پذیرش و تعهد بر افزایش تاب‌آوری و کاهش اضطراب فراگیر اثربخش‌تر است (P<۰/۰۱). بنابراین، می‌توان برای افزایش تاب‌آوری و کاهش اختلال اضطراب فراگیر از درمان پذیرش و تعهد و درمان وجودی استفاده کرد، اما درمان وجودی دارای ارجحیت است.

واژه‌های کلیدی: *اختلال اضطراب فراگیر، تاب‌آوری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان وجودی، دانش آموزان دختر.*

Zohreh Sharif
PhD Student, Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.
Alireza Merati *
Assistant Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, Payam Noor University, Tehran, Iran.
Alirezamerati@pnu.ac.ir
Mehdi Yousefvand
Assistant Professor, Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.

Abstract

The present study aimed to compare the effects of acceptance and commitment therapy (ACT) and existential Therapy (ET) on resilience among female students with generalized anxiety Disorder. The method of this study was quasi-experimental with a pre-test-post-test design, with a control group and a two-month follow-up. The study's statistical population included all second-year high school female students who were studying in the schools of Karaj City in the academic year 2023-2024. In this regard, 45 students were included in the study using a purposive sampling method and randomly divided into two experimental and one control group (15 people in each group). The participants of the first (ACT) and the second (ET) experimental groups received intervention during 10 sessions (70 minutes each session). The study tools were the Connor and Davidson Resilience Scale (CD-RISC, 2003) and the fourth edition of the Generalized Anxiety Disorder Questionnaire (GADQ-IV, Newman et al., 2002). The data were analyzed using a repeated measure analysis of variance and a Bonferroni post hoc test. The results revealed that both intervention methods of ACT and ET significantly increased resilience and reduced generalized anxiety disorder compared to (P<0.01), and this result lasted until the follow-up stage. Also, ET was more effective in increasing resilience and reducing generalized anxiety compared to ACT (P<0.01). Thus, ACT and ET can be used to increase resilience and reduce generalized anxiety disorder, but ET is preferred.

Keywords: *Generalized Anxiety Disorder, Resilience, Acceptance and Commitment Therapy, Existential Therapy, Female Students.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : فروردین ۱۴۰۳** **پذیرش: خرداد ۱۴۰۳** **ویرایش نهایی: شهریور ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-15]

مقدمه

نوجوانان در سراسر جهان اغلب با فشارهای تحصیلی و استرس اجتماعی مواجهند که هر یک از این فشارها ممکن است آن‌ها را در برابر مشکلات سلامت روان مانند اختلال اضطراب فراگیر[۱] آسیب‌پذیرتر سازد (شلدون[۲] و همکاران، ۲۰۲۱). بنابر گزارش‌ها طی دهه‌ی اخیر افزایش قابل توجهی از علائم اختلال اضطراب فراگیر در نوجوانان و جوانان بویژه در میان دختران گزارش شده است (پارودی[۳] و همکاران، ۲۰۲۴؛ پوتری[۴] و همکاران، ۲۰۲۱). انجمن روانپزشکی آمریکا[۵] (۲۰۱۳) ویژگی‌های کلیدی اختلال اضطراب فراگیر را نگرانی شدید و مداوم در مورد تعدادی از مسائل در حوزه‌های مختلف زندگی که با علائمی مانند بی‌قراری، خستگی، مشکل در تمرکز، تحریک‌پذیری، تنش عضلانی و اختلالات خواب (مشکل در به خواب رفتن یا ماندن در خواب، خواب نامناسب، بی‌قراری) مشخص می‌شود (کاسارس[۶] و همکاران، ۲۰۲۴) و موجب اختلال در عملکرد مدرسه، کار، خانواده و روابط اجتماعی می‌شود، معرفی می‌کند، که خارج از کنترل فرد تصور می‌شود. بطورکلی می‌توان گفت مشخصه بارز این اختلال رنج و نگرانی است که فرد نمی‌تواند دلیل خاصی برای نگرانی بیش از حد خود داشته باشد (کاجاستوس[۷] و همکاران، ۲۰۲۴). اختلال اضطراب فراگیر شامل اضطراب اجتماعی و اضطراب پیش‌بینی می‌شود و اغلب می‌تواند به نگرانی‌های مربوط به سلامت، مشاغل، روابط و عدم اطمینان در مورد آینده، اعم از منطقی بودن یا نبودن نگرانی‌ها، ردیابی شود (بریل[۸]، ۲۰۲۲). در صورت عدم مدیریت اختلال، افراد مبتلا ممکن است به اختلالات دیگری مانند افسردگی و مشکل در خواب مبتلا شوند (ویکتور امبانوزورو[۹] و همکاران، ۲۰۲۳).

یکی از مشکلات افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، کاهش تاب‌آوری[۱۰] است (سریواستاوا[۱۱] و همکاران، ۲۰۲۴) که به عنوان فعالیتی پویا و فعال در جهت ترمیم خویش و همسان‌سازی رفتار و اعمال جهت گذر از شرایط آسیب‌زا و چالش‌انگیز، سازگاری با تجربه‌های مصیبت‌بار و هدایت مطلوب زندگی تعریف می‌شود (لیو[۱۲] و همکاران، ۲۰۲۲). در واقع، سازه تاب‌آوری موجب افزایش کارکردهای مثبت زندگی می‌شود و فرد را در برابر مشکلات و چالش‌های روانشناختی و اجتماعی مصون می‌سازد (سریواستاوا و همکاران، ۲۰۲۴). تاب‌آوری شامل مجموعه‌ای از ویژگی‌های شخصیتی است که همانند سپری در برابر رویارویی با حوادث استرس‌زای زندگی عمل می‌کند و باعث کاهش و تعدیل فشارهای روانی می‌شود (نیشیمی[۱۳] و همکاران، ۲۰۲۲). سازه تاب‌آوری سبب می‌شود که فرد از میان مراحل هماهنگی بیولوژیکی، روانی و معنوی، تعامل با رویدادهای استرس‌زا، چالش‌انگیز و آسیب‌زای زندگی و تخریب‌ها برگشت به حالت تعادل را تجربه کند (ون[۱۴] و همکاران، ۲۰۲۳). بطورکلی سازه تاب‌آوری موجب افزایش کارکردهای مثبت زندگی می‌شود و فرد را در برابر مشکلات و چالش‌های روانشناختی و اجتماعی مصون می‌سازد (وو[۱۵] و همکاران، ۲۰۲۳). لیکن نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر هنگامی که درگیر هیجانات ناخوشایندی چون اضطراب می‌شوند، وقایع روزمره زندگی را بیش از حد تهدید کننده برآورد نموده و در این زمان کنترل هیجانات منفی از دستشان خارج شده و به تبع آن تاب‌آوری‌شان نیز کاهش می‌یابد در نتیجه بازگشت به شرایط طبیعی زندگی برایشان دوچندان مشکل می‌شود (سالیوان[۱۶] و همکاران، ۲۰۲۳). نتایج پژوهش‌ها (سپهوند و بیات، ۱۴۰۰؛ سریواستاوا و همکاران، ۲۰۲۴؛ لاو[۱۷]، ۲۰۲۲؛ هو[۱۸] و همکاران، ۲۰۲۱؛ چن[۱۹] و همکاران، ۲۰۲۱) نیز تأثیر و رابطه تاب‌آوری را بر اختلال اضطراب فراگیر بررسی و تأیید نموده‌اند.

1. generalized anxiety disorder (GAD)
2. Sheldon
3. Parodi
4. Putri
5. American Psychiatric Association
6. Casares
7. Kajastus
8. Brail
9. Victor Mbanuzuru
10. Resilience
11. Srivastava
12. Lyu
13. Nishimi
14. Wen
15. Woo
16. Sullivan
17. Lau
18. Hou
19. Chen

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-15]

مبتنی بر پذیرش و تعهد[1] و درمان وجودگرایی[2] از جمله مداخلات روان شناختی است که نگاه متفاوت و در عین حال کاربردی به اختلالات روانی و مشکلات رفتاری دارند (ضیائی و همکاران، ۲۰۲۲).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بخشی از نسل جدیدی از درمان‌های رفتاری شناختی موج سوم است و بعنوان یک روش درمانی مؤثر برای اختلالات اضطرابی شناخته شده است؛ که بر تحریک فرآیندهای مربوط به رشد و توسعه تمرکز دارد (نیسلینگ[3] و همکاران، ۲۰۲۳). این رویکرد مداخله‌ای مبتنی بر این نکته که درمانجو وقایع درونی خود به ویژه آن‌هایی را که ناخواسته و ناخوشایند هستند قضاوت و انکار نکند، بلکه آن‌ها را بپذیرد. هدف این روش بازیابی حس خوشایند نسبت به خود است. درمانگر با این روش راهکارهای پذیرش را به چند طریق با تعهد و تغییر رفتار در هم می‌آمیزد (استپلتون و همکاران، ۲۰۲۳). فرض زیربنایی این درمان براین باور است که انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی‌شان را آزارنده می‌دانند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آنها رهایی یابند، اما از نظر این رویکرد این تلاش‌ها برای کنترل بی‌تأثیر بوده و به طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکاری می‌شود که فرد در ابتدا سعی داشت از آنها اجتناب کند (پترسن[4] و همکاران، ۲۰۲۳). این درمان با هدف کمک به افراد در جهت کوشش برای ایجاد یک زندگی معنادار و پذیرش رنج خود در حوادث زندگی مورد استفاده قرار می‌گیرد (مان[5]، ۲۰۲۳). در واقع رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک نوع رفتاردرمانی است که هدف آن به عمل درآوردن اجتناب تجربی و تلاش برای کنترل تجربه های آزاردهنده است که با باز بودن نسبت به سنت‌های قدیمی بالینی، تأکید بر عملکرد رفتاری بیمار، نه علت‌یابی و انعطاف‌پذیری روانشناختی نشان داده است که چرا هم‌جوشی، اجتناب تجربی و شناختی مضر است (مان و همکاران، ۲۰۲۳). درمان از طریق پذیرش و تعهد به فرد می‌آموزد که افکار و احساساتش را بپذیرد و راه‌های تازه‌ای برای زندگی‌اش انتخاب کند و اقدام متعهدانه انجام دهد. شش فرایند اصلی در قالب یک فرایند زیربنایی (انعطاف‌پذیری روان‌شناختی) به عنوان اجزای اصلی فرایند تغییر و پذیرش معرفی شده است که عبارت‌اند از: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها، عمل متعهدانه (ژانگ[6] و همکاران، ۲۰۲۳). نتایج پژوهش‌ها (آرا و همکاران، ۲۰۲۳؛ دینا‌روند و همکاران، ۱۴۰۰؛ تنهادوست و همکاران، ۱۴۰۰؛ فرناندز-رودریگز[7] و همکاران، ۲۰۲۳؛ نیسلینگ و همکاران، ۲۰۲۳؛ استپلتون[8] و همکاران، ۲۰۲۳) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در افراد مبتلا به اختلالات هیجانی از جمله اختلال اضطراب فراگیر، اضطراب اجتماعی، افسردگی و... بررسی و تأیید نموده‌اند.

یکی دیگر از رویکردهای درمانی مؤثر در زمینه ارتقای بهداشت روان و بارور ساختن زندگی افراد مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی از جمله اختلالات اضطرابی، درمان وجودی است (مالبوف-هارتیبیس[9] و همکاران، ۲۰۲۱)؛ که بعنوان یکی از روش‌های درمانی انسان‌گرایانه تأکید بر بررسی شرایط انسان به عنوان یک کل دارد و همزمان با تحسین آرمان‌ها و ظرفیت‌های انسانی به محدودیت‌ها نیز اشاره می‌کند. باور این روش بر این است که همه انسان‌ها به دلیل تعامل با شرایط خاص ذاتی که در وجود انسان است، تعارض روان‌پریشی را تجربه می‌کنند که به عنوان معلومات شناخته می‌شوند. تعارضاتی مثل آزادی، تنهایی و بی‌معنی بودن که مواجهه با هر یک فرد را دچار هراس می‌کند. در نتیجه آگاهی جسمی، اجتماعی و معنوی فرد کاهش یافته و ممکن است منجر به عواقب ناخوشایندی شود (آرنولد-بیکر و همکاران، ۲۰۲۳). در درمان وجودی افراد تشویق می‌شوند تا با جنبه‌هایی از زندگی خود روبرو شوند که همیشه از آنها اجتناب کرده‌اند، شجاعانه این رویدادهای ناگوار را تصدیق کنند و بپذیرند که شادی و نشاط به شرطی که فرد بتواند به ماهیت موقت امنیت و سرزندگی در زندگی پی ببرد، برآورده می‌شود (آرنولد-بیکر[10] و همکاران، ۲۰۲۳). درمان وجودی بر اهمیت زندگی انسان بر اساس دیدگاه او از زندگی تمرکز دارد. این رویکرد درمانی، برتر از هر رویکرد دیگری، به بررسی خودآگاهی و توانایی انسان برای نگاه کردن به مشکلات و مسائل وجودی خود می‌پردازد. در این رویکرد، هیچ تلاشی برای از بین بردن رنج انسان صورت نمی‌گیرد زیرا زندگی انسان ذاتاً دردناک است. درمقابل، با پذیرش واقعیت درد و رنج، به انسان کمک می‌شود تا معنای زندگی را بیابد، که در آن درد لذت‌بخش خواهد بود. درمان وجودی، اطلاعاتی نیز در مورد فرآیندهای روانشناختی ارائه می‌دهد که ممکن است تأثیر مثبت آن را توضیح دهد. به طور خاص، نشان

1. Acceptance and commitment therapy (ACT)
2. Existential Therapy (ET)
3. Nissling
4. Petersen
5. Mann
6. Zhang
7. Fernández-Rodríguez
8. Stapleton
9. Malboeuf-Hurtubise
10. Arnold-Baker

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-15]

می‌دهد که افزایش آگاهی افراد از خود و خودمختاری در درک جهان (یعنی به معنای ساختن) و به نوبه خود، کاهش پریشانی روانی و آسیب‌شناسی روانی و افزایش رفاه کلی مهم است (مالبوف- هارتیبیس و همکاران، ۲۰۲۱). مزیت درمان وجودی نسبت به سایر رویکردها، تمرکز آن بر انتخاب‌ها و مسیرهای موجود به سمت رشد شخصی است و تأکید بر پذیرش مسئولیت‌های شخصی، گسترش آگاهی از موقعیت‌های فعلی و احساس تعهد به تصمیم‌گیری و عمل است (ون دورزن[1]، ۲۰۲۳). این رویکرد به دنبال کمک به افراد برای درک این موضوع است که اگرچه ممکن است نتوانند برخی از جنبه‌های ناخوشایند و دردناک زندگی خود را تغییر دهند، اما می‌توانند درک کنند که این رویدادها چگونه درک می‌شوند و به آنها واکنش نشان می‌دهند (آرنولد-بیکر و همکاران، ۲۰۲۳). نتایج پژوهش‌ها (حاتمی و طباطبائی نژاد، ۱۴۰۲؛ ضیائی و همکاران، ۲۰۲۲؛ عین بیگی و همکاران، ۱۳۹۹؛ پاکپور، ۱۳۹۹؛ رزلی[2]و همکاران، ۲۰۲۲؛ درادکه و جرادات[3]، ۲۰۲۱؛ مالبوف-هارتیبیس و همکاران، ۲۰۲۱) اثربخشی درمان وجودی را بر اضطراب، افسردگی، باورهای غیرمنطقی، انعطاف‌پذیری روانشناختی و سلامت روان در سایر جوامع آماری بررسی و تأیید نموده‌اند.

با توجه به مطالب و پژوهش‌های فوق، همچنین از آنجایی که تاب‌آوری، در چندین مدل آسیب‌شناسی روانی به منزله‌ی سازه‌ای مهم جهت محفظت در برابر علائم و نشانگان اختلالات درونی‌سازی نوجوانان و جوانان بویژه در اختلالات اضطرابی مورد مطالعه قرار گرفته است (سریواستاوا و همکاران، ۲۰۲۴؛ ون و همکاران، ۲۰۲۳). اما جستجوهای صورت گرفته نشان داد در پیشینه پژوهشی کاستی‌های بسیاری وجود دارد و مطالعات درباره استفاده از درمان وجودی در زمینه درمان اختلال اضطراب فراگیر در سطح اولیه می‌باشد، همچنین مطالعات اندکی (فغانی و همکاران، ۱۴۰۲؛ عین بیگی و همکاران، ۱۳۹۹) به مقایسه اثربخشی دو رویکرد مداخله‌ای پرداخته و به این نتیجه دست یافته‌اند که بین میزان اثربخشی این دو رویکرد تفاوت معناداری وجود ندارد. در نتیجه هنوز به تلاش‌های پژوهشی و مداخله‌ای بیشتری جهت بررسی اثربخشی درمان وجودی و مقایسه آن با درمان‌های دارای پشتوانه تجربی در درمان اختلال اضطراب فراگیر و عوامل مرتبط با آن به منظور دستیابی به درمان مؤثرتر برای این اختلال ضروری به نظر می‌رسد. براین اساس و به منظور بررسی کارایی و معرفی درمان‌های جدید در ارتباط با اختلال اضطراب فراگیر، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان وجودی بر تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر دارای اختلال اضطراب فراگیر انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری دو ماهه بود. جامعه‌آماری شامل تمامی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه دوم که در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ در مدارس ناحیه یک شهر کرج مشغول به تحصیل بودند. با توجه به این که حداقل حجم نمونه مورد نیاز در مطالعات آزمایشی ۱۵ نفر است (کوین و کئوف،[4] ۲۰۰۲)، ۴۵ دانش‌آموز با روش نمونه‌گیری هدفمند وارد مطالعه شدند. بدین صورت که ابتدا به منظور انتخاب گروه نمونه از میان تمام مدارس دخترانه دوره دوم متوسطه شهر کرج ۴ مدرسه بطور تصادفی انتخاب و تمامی دانش‌آموزان به پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر با هدف غربالگری اولیه پاسخ گفتند (جمعاً ۲۶۳ نفر). سپس ۱۲۶ نفر از دانش‌آموزانی که در پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر، نمره بالاتر از نقطه برش۵/۷کسب کردند، توسط پژوهشگر تحت نظارت روان‌پزشک مصاحبه بالینی با هدف تشخیص قطعی اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. پس از مصاحبه در مرحله دوم بصورت در دسترس ۴۵ نفر از دانش‌آموزان واجد شرایط وارد مطالعه شده به پرسشنامه‌ی تاب‌آوری با هدف اجرای پیش‌آزمون پاسخ دادند؛ و بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هرگروه ۱۵نفر) قرار گرفتند. سپس شرکت‌کنندگان گروه آزمایش اول و دوم هر یک طی ۱۰ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی به ترتیب تحت مداخله‌ی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان وجودی قرار گرفتند. در پایان جلسات مداخله و همچنین دو ماه پس از اتمام جلسات شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش و گواه بوسیله مقیاس تاب‌آوری و پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر با هدف پس‌آزمون و پیگیری، مورد سنجش قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش شامل: دامنه سنی ۱۷-۱۶ سال، تشخیص قطعی اختلال اضطراب فراگیر (بر اساس پرسشنامه و همچنین معیارهای تشخیصی DSM-5 با استفاده از مصاحبه بالینی ساختاریافته مشخص گردید)، عدم ابتلای همزمان به سایر اختلالات بالینی و عدم وابستگی به الکل یا مواد مخدر که در جلسات

1. Van Deurzen
2. Rosli1
3. Daradkah, & Jaradat
4. Quinn, & Keough

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-15]

مصاحبه بررسی و تشخیص داده شد. عدم دریافت درمان دارویی طی مدت ۳ ماه گذشته همچنین عدم دریافت هرگونه درمان همزمان دیگر، تکمیل فرم رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش توسط والدین و دانش‌آموزان. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل وجود بیماری‌های جسمانی، غیبت بیش از ۲ جلسه پی در پی طی جلسات درمانی، عدم تمایل به ادامه همکاری در طی جلسات بود.. ملاحظات اخلاقی: جهت رعایت اصول اخلاقی در پژوهش، به دانش‌آموزان شرکت‌کننده و والدین آنها در زمینه حفظ رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان داده شد و پژوهشگر متعهد شد که در صورت انصراف از ادامه همکاری در هر مقطعی از پژوهش، هیچگونه خسارت و زیانی در ارائه خدمات متداول نسبت به مراجع وارد نخواهد شد. پژوهشگران به شرکت‌کنندگان و والدین آنها در گروه گواه متعهد شدند تا جهت رعایت اصل اخلاقی عدالت پژوهشی، پس از پایان جلسات، مداخلات در مورد افراد متقاضی اجرا شود. در نهایت فرم رضایت آگاهانه در جلسات توسط دانش‌آموزان شرکت‌کننده در گروه نمونه و والدین آنها امضا شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بوسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر- ویرایش چهارم[1] (GADQ-IV): این پرسشنامه توسط نیومن[2] و همکاران (۲۰۰۲) تهیه شده است. یک مقیاس خودگزارشی شامل ۹ گویه که ملاک‌های اختلال اضطراب فراگیر را براساس فهرست آماری و تشخیصی اختلالات روانی- ویرایش چهارم نشان می‌دهد. پاسخگویی به گویه‌ها به صورت دو گزینه‌ای بله/خیر تنظیم شده است و حضور نگرانی غیرقابل کنترل و مفرط را برای حداقل ۶ ماه در بر می‌گیرد. در این پرسشنامه یکی از گویه‌ها باز پاسخ است و از فرد می‌خواهد فراوان‌ترین موضوعات نگران کننده را لیست کند. دو گویه روی مقیاس صفر (هرگز) تا هشت (خیلی شدید) نمره‌گذاری می‌شوند و اختلال کارکرد و پریشانی ذهنی را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه دارای یک نمرهٔ کل است و دامنه نمره بین ۰ تا ۳۳ و نقطه برش در این پرسشنامه ۵/۷ است. نمره بالاتر از نقطه برش نشانه اختلال اضطراب فراگیر است. نیومن و همکاران (۲۰۰۲) میزان حساسیت پرسشنامه را ۰/۸۹ و ویژگی را ۰/۸۳، روایی همگرا و افتراقی مقیاس را بررسی و ضریب توافقی کاپا با مصاحبه ساختاریافته را ۰/۶۷ و پایایی بازآزمایی برای دو هفته ۰/۶۷ گزارش نمودند. در ایران این پرسشنامه توسط بیتا و محمدی (۱۳۹۶) ترجمه و با بررسی ویژگی‌های روانسنجی آن روایی افتراقی پرسشنامه را ۰/۸۸ و روایی همزمان را با پرسشنامه نگرانی ایالت پن[3] (PSWQ) ۰/۶۱ و با سیاهه اضطراب بک ۰/۴۵، گزارش نموده‌اند. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با استفاده از روش کودرریچاردسون ۰/۸۲ بدست آمد.

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون[4] (CD-RISC): این مقیاس توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) تهیه شده و شامل ۲۵ گویه است. پاسخگویی به گویه‌ها در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) و چهار (همیشه درست) تنظیم شده است. حداکثر، حداقل و میانگین نمره در این مقیاس به ترتیب ۱۰۰، صفر و ۳۷ است. نمره پایین‌تر از میانگین به معنی تاب‌آوری کمتر است. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) پایایی ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش نموده‌اند. همچنین روایی مقیاس نیز با استفاده از روش تحلیل عاملی، محاسبه هر نمره با نمره کل نشان داد که به جز سه سؤال، ضرایب سؤالات دیگر بین ۰/۱۴ تا ۰/۶۴ گزارش شده است. در پژوهش عبادت‌پور و همکاران (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش شده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۹۳ به دست آمد. در پژوهش حاضر روایی تشخیصی پرسشنامه با استفاده از شاخص میانگین واریانس استخراج شده (AVE) بررسی و ۰/۵۹ به دست آمد. همچنین پایایی ترکیبی و آلفای کرونباخ پرسشنامه محاسبه و به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۳ به دست آمد که نشان دهنده پایایی مناسب است. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸بدست آمد.

جلسات مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از برنامه‌ی درمانی اورسیلو[5] و همکاران (۲۰۰۴) که برای اختلالات اضطرابی تنظیم شده است، پس از تأیید روایی آن توسط چندتن از متخصصان روانشناسی توسط نویسنده اول مقاله حاضر بعنوان مسئول اجرای مداخله که دوره‌های درمان را سپری کرده است، برای نوجوانان گروه آزمایش اول طی ۱۰ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای (بصورت هفتگی) استفاده شد (جدول ۱ خلاصه محتوای جلسات مداخله).

1. Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV
2. Newman
3. Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)
4. Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC)
5. Orsillo

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-15]

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	اهداف و محتوای جلسات
اول و دوم	ایجاد رابطه درمانی با استفاده از استعاره دوکوه، آشنایی با اختلال اضطراب فراگیر و نشانه‌های آن، ارزیابی توقع و رغبت شرکت‌کنندگان از جلسات درمان؛ ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارامد تغییر، با استفاده از استعاره درون چاه، ببر گرسنه و طناب‌کشی با هیولای اضطراب، تمرین تمرکز و حضور ذهن به منظور آموزش یادگیری استفاده از ذهن‌آگاهی و جایگزینی مشاهده اضطراب به جای واکنش به نشانه‌های آن.
سوم و چهارم	ایجاد تمایل به جایگزین ساختن راهکارهای کارآمد به جای راهبردهای ناکارآمد، روشن سازی الگوهای اجتناب و آموزش چگونگی پذیرش رویدادهای درونی به جای پرهیز از آن با استفاده از استعاره مهمان ناخوانده، شفاف سازی ارزش ها و بحث درباره تفاوت ارزش ها و اهداف زندگی، بیان استعاره شیر با هدف تغییر معانی کلامی.
پنجم و ششم	استفاده از استعاره‌های راننده اتوبوس و رژه سربازان به منظور آموزش و ایجاد توانایی جداشدن از افکار، احساسات و خاطرات و فاصله گرفتن از آن‌ها به طوری که فرد بتواند تجارب درونی را به صورت یک مشاهده‌گر بیرونی نظارت نموده و با آن‌ها آمیختگی پیدا نکند.
هفتم و هشتم	روشن‌سازی دو مفهوم نقش و زمینه در درمان پذیرش پذیرش و تعهد با استفاده از استعاره‌های آسمان و شرایط جوی و خانه و اثاثیه آن با هدف ایجاد توانایی تمایز بین محتوای تجارب درونی خود و بافت و زمینه‌ای که تجارب اتفاق می‌افتد، سپس آگاهی از دریافت‌های حسی و جداسازی آن از محتوای ذهنی آن.
نهم و دهم	شناسایی الگوهای رفتاری در جهت ارزش‌های شرکت‌کنندگان و ایجاد تعهد به عمل در راستای آن ارزش‌ها، مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسات آموزشی.

جلسات مداخله درمان وجودی با استفاده از برنامه‌ی درمان وجودی می[1] (۱۹۷۷) پس از تأیید روایی آن توسط چندتن از متخصصان روانشناسی توسط نویسنده اول مقاله حاضر بعنوان مسئول اجرای مداخله که دوره‌های درمان را سپری کرده است، برای نوجوانان گروه آزمایش اول طی ۱۰ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای (بصورت هفتگی) استفاده شد (جدول ۲ خلاصه محتوای جلسات مداخله).

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان وجودی

جلسه	اهداف و محتوای جلسات
اول	در این جلسه گروه باهم دیگر آشنا شدند، هدف از این جلسه آشنایی با قوانین و دلایل تشکیل گروه بود. در پایان جلسه به عنوان تکلیف جلسه اول از اعضا خواسته شد تا خصوصیات و صفات مربوط به خود را مشخص کنند.
دوم	به چالش کشاندن پاسخ به سوال من چه کسی هستم؟، بحث در مورد مفهوم خودآگاهی و بیان نظر اعضا در مورد خودآگاهی، بررسی مفهوم خودآگاهی از دیدگاه وجودی. ارائه تکلیف.
سوم	مرور جلسه گذشته و بررسی تکلیف، اجرای فن خط عمر توسط شرکت کنندگان و گفتگو درباره آن، بررسی تفکر و نگرش اعضا نسبت به مرگ و نیستی، به چالش کشاندن نگرش اعضا توسط درمانگر، جمع‌بندی جلسه. ارائه تکلیف.
چهارم	مرور جلسه گذشته و بررسی تکلیف، بررسی تجارب اعضا درباره فقدان و سوگ، ارائه بازخورد، مواجهه تجسمی اعضا با مرگ، تشریح نقش مرگ در زندگی توسط درمانگر و مشارکت اعضا، خلاصه و جمع‌بندی جلسه. ارائه تکلیف.
پنجم	مرور جلسه گذشته و بررسی تکلیف، پرداختن به مفاهیم آزادی، حق انتخاب و وجود محدودیت‌ها بررسی تجارب اعضا در مورد موقعیت‌های چالش برانگیز آزادی در انتخاب، توصیف ارتباط بین آزادی و مسئولیت توسط درمانگر. ارائه تکلیف.
ششم	بررسی تکلیف جلسه گذشته، بررسی پاسخ اعضا به سؤال‌های: آیا زندگی دارای هدف و معناست؟ آیا تنهایی رنج‌آور است؟ و به چالش کشیدن آنها، تشریح مفهوم تنهایی براساس دیدگاه وجودی توسط درمانگر، جمع‌بندی و ارائه تکلیف.
هفتم و هشتم	مرور تکلیف جلسه گذشته، بررسی پاسخ اعضا به سؤال‌های: آیا زندگی دارای هدف و معناست؟ من برای چه زندگی می‌کنم؟ بحث در مورد آنها و ارائه بازخورد، بررسی تجارب اعضا درباره احساس پوچی و بیهودگی، جمع بندی مباحث.

1. Barlow, & Durand

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-15]

نهم	بحث و گفتگو درمورد عواملی که می‌توانند بر افکار و احساسات تأثیر داشته باشند. استفاده از تکنیک تجسم‌سازی ذهنی. بین صورت که از اعضا خواسته شد یکی از موقعیت‌هایی که در آن موفق یا شکست خورده اند را تجسم نموده و به این سؤال‌ها پاسخ دهند: در این حالت چه کسی را مسئول می‌دانند؟ چه احساسی نسبت به آن دارند؟ از اینکه مسئولیت رفتارهای خود را می‌پذیرند چه احساسی دارند؟
دهم	تشریح مباحث جلسات گذشته توسط اعضا، تبیین ارتباط و پیوند بین مفاهیم خودآگاهی، تنهایی، آزادی و مسئولیت، مرگ و معنایی توسط رهبر و اعضا، اشاره به فرایند گروه از آغاز تا پایان.

یافته ها

در پژوهش حاضر ۴۵ نوجوان دختر دارای اختلال اضطراب فراگیر در دو گروه مداخله و یک گروه گواه (هرگروه ۱۵ نفر) شرکت کردند. میانگین (انحراف معیار) سنی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر به تفکیک گروه‌ها عبارت بود از: در گروه مداخله‌ی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) ۱۶/۳۴(۱/۱۵)، در گروه مداخله‌ی درمان وجودی ۱۶/۶۲ (۱/۷۲) و در گروه گواه ۱۶/۵۴(۱/۳۵) بود.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی در گروه مداخله اول (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)، گروه مداخله دوم (درمان وجودی) و گروه گواه

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف‌معیار	میانگین	انحراف‌معیار	میانگین	انحراف‌معیار
درمان پذیرش و تعهد	تاب‌آوری	۳۸/۰۶	۳/۲۱	۵۹/۵۳	۵/۴۰	۵۹/۰۶	۴/۴۱
	اضطراب فراگیر	۱۳/۶۰	۲/۷۲	۱۱/۱۳	۲/۳۲	۱۲/۷۳	۲/۶۹
درمان وجودی	تاب‌آوری	۳۷/۲۰	۴/۵۳	۶۴	۴/۷۳	۶۵/۶۶	۶/۱۱
	اضطراب فراگیر	۱۲/۶۰	۲/۶۹	۸/۲۶	۲/۱۲	۸/۰۶	۲/۰۵
گواه	تاب‌آوری	۳۶/۲۶	۴/۱۳	۴۳/۵۳	۴/۶۷	۴۳/۶۰	۴/۴۶
	اضطراب فراگیر	۱۲/۸۶	۲/۲۹	۱۳/۴۰	۲/۴۱	۱۲/۹۳	۳/۱۵

آماره‌های توصیفی مربوط به سه گروه مورد مطالعه در جدول ۳ نشان می‌دهد از زمان پیش‌آزمون تا پیگیری در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمان وجودی نمرات تاب‌آوری و اضطراب فراگیر در مقایسه با گروه گواه تغییراتی داشته است. برای بررسی نرمال بودن متغیرهای تاب‌آوری و اختلال اضطراب فراگیر شرکت‌کنندگان در مطالعه از آزمون کالموگروف-اسمیرنف استفاده شد که نتایج نشان داد مشخصه z آزمون مربوط به نرمال بودن تاب‌آوری (P=۰/۱۴۹، F=۰/۱۳۲) و اضطراب فراگیر (P=۰/۲۰۰ ، F=۰/۱۰۷)، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و کنترل نشان داد که دارای توزیع نمرات نرمال بودند. همچنین به منظور بررسی یکسانی واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع از آزمون لوین استفاده شد که نتایج نشان داد واریانس‌های خطا برای متغیرهای تاب‌آوری (P=۰/۱۷۱، F=۱/۸۴۰) و اضطراب فراگیر (P=۰/۳۳۰ ، F=۱/۱۳۸) یکسان است. برای بررسی فرض صفر تساوی کوواریانس در گروه‌ها از آزمون باکس، استفاده شد و برای متغیر تاب‌آوری (P=۰/۵۴۸ ، F=۰/۸۱۷) و اضطراب فراگیر (F=۰/۷۳۳، P=۰/۷۲۱) به دست آمد. نتایج نشان داد که پیش فرض برابری ماتریس‌های کواریانس مشاهده شده متغیر وابسته در گروه‌ها برقرار است. همچنین نتایج حاصل از آزمون کرویت موخلی نشان داد متغیر ترکیبی وارد شده به مدل تحلیل کوواریانس چندمتغیره، بین دو گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت آماری معناداری وجود ندارد، تاب‌آوری (P=۰/۱۳۴ ، $\chi2$=۴/۰۲۲) و اختلال اضطرابی (P=۰/۹۵۴ ، $\chi2$=۰/۰۹۴).

جدول۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با عوامل درون‌گروهی و برون‌گروهی برای متغیرهای تاب‌آوری و اضطراب فراگیر

متغیر	عوامل	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
تاب‌آوری	درون‌گروهی	زمان	۱۰۵۱۹/۶۵۹	۲	۵۲۵۹/۸۳۰	۲۲۶/۵۷۲	۰/۰۰۱	۰/۸۴۴	۱
		مراحل *گروه	۲۱۸۰/۲۹۶	۴	۵۴۵/۰۷۴	۲۳/۴۸۰	۰/۰۰۱	۰/۵۲۸	۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-15]

	بین گروهی	گروه	۳۳۲۹۱/۶۷۴ ۵	۲	۳۳۲۹۱۵/۶۷۴	۱۶۸۹۶/۰۹۶	۰/۰۰۱	۰/۹۹۸	۱
اضطراب فراگیر	درون‌گروهی	زمان	۱۱۴/۳۱۱	۲	۵۷/۱۵۶	۹/۶۰۹	۰/۰۰۱	۰/۱۸۶	۰/۹۷۸
		مراحل *گروه	۱۳۲/۰۴۴	۴	۳۳/۰۱۱	۵/۵۵۰	۰/۰۰۱	۰/۲۰۹	۰/۹۷۱
	بین گروهی	گروه	۱۸۵۸۵/۶۰۰	۲	۱۸۵۸۵/۶۰۰	۲۶۳۳/۹۸۲	۰/۰۰۱	۰/۹۹۸	۱

خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای عوامل درون‌گروهی و بین‌گروهی تاب‌آوری و اضطراب فراگیر در جدول ۴ نشان می‌دهد در رابطه با عامل درون‌گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل(پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در تاب‌آوری و اختلال اضطراب فراگیر معنادار است (P<۰/۰۰۱)، در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تاب‌آوری و اختلال اضطراب فراگیر در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد؛ و برای عامل بین گروهی مقدار F محاسبه شده در سطح کوچکتر از ۰/۰۰۱ معنادار است. در نتیجه بین میانگین کلی تاب‌آوری و اختلال اضطراب فراگیر در سه گروه مداخله و گواه تفاوت معنادار وجود دارد. در جدول ۵ خلاصه نتایج آزمون بونفرونی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌ها ارائه شده است.

جدول ۵. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی (مقایسه‌های چندگانه) در متغیر تاب‌آوری و اختلال اضطراب فراگیر

متغیر		مراحل/گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	Sig
تاب‌آوری	مراحل	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۱۸/۵۱۱	۰/۸۶۴	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون- پیگیری	-۱۸/۹۳۳	۱/۰۲۸	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون- پیگیری	-۰/۴۲۲	۱/۱۳۶	۱
	گروه	درمان پذیرش و تعهد- درمان وجودی	-۳/۴۰	۰/۹۳۶	۰/۰۰۲
		درمان پذیرش و تعهد - گواه	۱۱/۰۸۹	۰/۹۳۶	۰/۰۰۱
		درمان وجودی - گواه	۱۴/۴۸۹	۰/۹۳۶	۰/۰۰۱
اضطراب فراگیر	مراحل	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۲/۰۸۹	۰/۵۲۴	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون- پیگیری	۱/۷۷۸	۰/۵۱۶	۰/۰۰۴
		پس‌آزمون- پیگیری	۰/۳۱۱	۰/۵۰۳	۱
	گروه	درمان پذیرش و تعهد- درمان وجودی	۲/۸۴۴	۰/۵۶۰	۰/۰۰۱
		درمان پذیرش و تعهد - گواه	۱/۵۷۸	۰/۵۶۰	۰/۰۲۴
		درمان وجودی - گواه	۶/۲۶۶	۰/۵۶۰	۰/۰۰۱

با توجه به یافته‌های جدول ۵ نتایج نشان می‌دهد بین نمرات تاب‌آوری و اختلال اضطراب فراگیر در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد، همچنین تفاوت بین نمرات پس‌آزمون با پیگیری معنی‌دار است. مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نشان می‌دهد که تاب‌آوری در مرحله پیش‌آزمون پایین‌تر از مرحله پس‌آزمون و پیگیری است؛ و نمرات اختلال اضطراب فراگیر در مرحله پیش‌آزمون بالاتر از مرحله پس‌آزمون و پیگیری است. همچنین بین اثر گروه‌های مداخله‌ی اول و دوم و گروه گواه مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که نمرات تاب‌آوری در گروه مداخله‌ی اول و گروه مداخله‌ی دوم، بیشتر از گروه گواه؛ و نمرات اختلال اضطراب فراگیر در گروه مداخله‌ی اول و گروه مداخله‌ی دوم، کمتر از گروه گواه است. همچنین در رابطه با تعامل عوامل مراحل و گروه مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بین سه گروه مداخله و گواه در متغیر تاب‌آوری و اختلال اضطراب فراگیر معنادار است. در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تاب‌آوری و اختلال اضطراب فراگیر در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان وجودی بر تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر دارای اختلال اضطراب فراگیر بود. یافته به دست آمده نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تاب‌آوری و کاهش اختلال اضطراب فراگیر

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-15]

دانش‌آموزان دختر مؤثر است و اثربخشی در طی زمان دارای ماندگاری است. یافته به دست آمده با نتایج مطالعات آرا و همکاران (۲۰۲۳)، فرناندز-رودریگز و همکاران (۲۰۲۳)، نیسلینگ و همکاران (۲۰۲۳) همسو بود. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت براساس نظر هیز و استروسال[1] (۲۰۱۰) زمانی که افراد وارد فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌شود، درگیری‌شان در فرآیندهای ذهنی-کلامی منفی با تمرکز بر خود و دیگران بهبود می‌یابد و به تدریج تغییر می‌کند (ضیائی و همکاران، ۲۰۲۲). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اعتقاد بر این است که رنج انسان از انعطاف‌ناپذیری روانشناختی او حاصل می‌شود که با آمیختگی شناختی و اجتناب تجربی تقویت می‌شود (رزلی و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین در این رویکرد، اولین هدف درمان خنثی کردن رفتارهای اجتنابی و دومین هدف ارتقای انعطاف‌پذیری روانشناختی که از طریق شش فرآیند رفتاری یعنی ارتباط با زمان حال، پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، شناسایی ارزش‌ها و عمل متعهدانه به ارزش‌ها به دست می‌آید (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۳). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نوجوانان می‌آموزند که احساسات خود را بپذیرند تا اینکه از آن فاصله بگیرند و به افکار و فرایند تفکرشان به وسیله ذهن‌آگاهی بیشتر بپردازند و آنها را در جهت فعالیت‌های هدف محور پیوند دهند. وجود رفتارهای هدفمند که به واسطه‌ی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در نوجوانان شکل می‌گیرد، می‌تواند موجب خودکنترلی و در نهایت کنترل بیشتر اضطراب در آنان شود. به بیانی دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تنها مداخله روانی و تجربی است که در آن راهبردهای پذیرش و ذهن‌آگاهی به همراه تعهد و راهبردهای تغییر رفتار به کار گرفته می‌شود تا تاب‌آوری فرد را جهت مواجهه با موقعیت آماده سازد و ضمن کاهش راهبردهای اجتنابی، سطح فعالیت و کنترل عواطف را افزایش می‌دهد (نیسلینگ و همکاران، ۲۰۲۳) در نتیجه موجب کاهش اختلال اضطراب فراگیر در نوجوان می‌شود.

یافته دیگر پژوهش نشان داد درمان وجودی بر افزایش تاب‌آوری و کاهش اختلال اضطراب فراگیر دانش‌آموزان دختر مؤثر است و اثربخشی در طی زمان دارای ماندگاری است. پژوهشی همسو با یافته به دست آمده از فرضیه فوق یافت نشد، لیکن یافته به دست آمده از فرضیه فوق در راستای نتایج پژوهش عین بیگی و همکاران (۱۳۹۹)، درادکه و جرادات (۲۰۲۱)، مالبوف-هارتیبیس و همکاران (۲۰۲۱) بود. در تبیین یافته به دست می‌توان گفت: رویکرد وجودی حاکی از آن است که فناپذیری و گذرا بودن نه تنها از ویژگی‌های اصلی زندگی بلکه عوامل کلیدی در معنای آن هستند. در فرایند درمان وجودی افراد به این آگاهی می‌رسند که با وجود ناتوانی در تغییر شرایط واقعی و دشوار زندگی، اما می‌تواند با معنا بخشیدن به شیوه‌های مقابله از یأس و بی‌ثمری تا شکوفایی و تعالی فردیت را تغییر دهد. به اینکه خود چگونه است افراد با چالش‌های جدیدی در ارتباط با استقلال، تحصیل، ارتباطات اجتماعی و مسائلی که محیط جدید در غیاب خانواده تحمیل می کند، روبرو هستند. این تغییرات ممکن است منجر به افزایش استرس، شیوع مشکلات سازگاری، کاهش سلامت روان و کاهش عملکرد کلی شود (ضیائی و همکاران، ۲۰۲۲). در طول فرآیند، اعضا مسائل، نگرانی‌ها، ارزش‌ها و دیدگاه‌ها را در مورد خود و زندگی‌شان شناسایی و بررسی می‌کنند تا نگرش‌ها، جهان‌بینی‌ها و ارزش‌های خلاقانه متناسب با موقعیت خود را ارائه دهند (آرنولد-بیکر و همکاران، ۲۰۲۳). در تمامی فرآیند درمان به شناخت و بررسی نگرانی‌ها و دیدگاه منفی اعضا به زندگی و تغییر دیدگاه‌شان پرداخته شد. این شیوه به افرادی که دچار ناکارآمدی در روابط هستند، یاری می‌رساند تا بوسیله سعی و کوشش جهت ایجاد آفرینندگی، تغییر نگرش و جهان بینی و خلق ارزش‌های تازه، ارزش‌های فعلی شان را تغییر داده و ارزش های متناسب با موقعیت خود را ایجاد نماید (مالبوف- هارتیبیس و همکاران، ۲۰۲۱). می‌توان گفت معنا داشتن در زندگی می‌تواند به عنوان یک ضربه گیر در مقابل دگرگونی‌های زندگی باشد. به طوری که داشتن معنا این تفکر را در ذهن فرد دارای اختلال اضطرابی ایجاد می‌کند که نگرانی‌های خود را به عنوان یک رویداد معمول زندگی بپذیرد و با تغییر نگاه و نگرش خود و معنا دادن جدید به دگرگونی‌ها، سازگاری شناختی بهینه را در مقابل نگرانی‌هایش داشته باشد؛ که در نتیجه منجر به افزایش تاب‌آوری وی نیز می‌شود.

یافته پایانی پژوهش نشان داد درمان وجودی در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و اختلال اضطراب فراگیر دانش‌آموزان دختر اثربخش‌تر است. پژوهشی همسو با یافته به دست آمده یافت نشد؛ اما این یافته با نتایج پژوهش ضیایی و همکاران (۲۰۲۳)، عین‌بیگی و همکاران (۱۳۹۹) ناهمسو است. آنها به این یافته دست یافتند که بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان وجودی تفاوت معناداری وجود ندارد. یافته بدست آمده را می‌توان چنین تبیین نمود که، یکی از اصول اساسی رویکرد وجودی، پذیرش درد و رنج در زندگی است. وقتی فرد به این نتیجه می‌رسد که حتی در دردها و رنج‌ها نیز معنایی نهفته است، تاب‌آوری موقعیت برای او آسان‌تر می‌شود، درد و رنج و زندگی را با تمام شرایط آن می‌پذیرد. برگزاری جلسات درمان وجودی باعث شد که دانش آموزان با پذیرش مسئولیت، کنترل اوضاع را در دست گرفته و احساس اینکه همه چیز از بیرون کنترل می‌شود، جای خود را به کنترل درونی دهد.

1. Hayes, & Strosahl

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-15]

انسان‌ها زمانی که با شرایط رنج‌آوری مواجه می‌شوند، دچار نوعی بی‌معنایی، غفلت، درماندگی و ناامیدی در زندگی می‌شوند. انسان موجودی است که همواره به دنبال معنا است حتی برای رنج‌ها و دردهایش به دنبال دلیلی است. به طوری که وقتی به این معنا دست یافت، تاب‌آوری برای او آسان‌تر و حتی در مواقعی دلپذیرتر می‌شود. از طرفی درمان وجودی افراد را متوجه آزادی وجودی خود در زندگی می‌کند که هر چند فرد با شرایط اجتناب‌ناپذیری روبه‌رو است، اما آزادی این را دارد که افکارش را نسبت به محدودیت و رنج موجود تغییر دهد و تسلیم شرایط محض نشود (درادکه و جرادات، ۲۰۲۱). به عبارت کوتاه‌تر، درمان وجودی بر افزایش پذیرش واکنش‌های منفی (افکار، هیجان‌ها و حواس بدنی) به سود درگیری در فعالیت‌های معنی‌دار که تغییر مستقیم آنها امکان‌پذیر نیست را در مرکز توجه قرار داده و موجب پذیرش موقعیت به وجود آمده می‌گردد. رویکرد درمان وجودی موجب می‌شود تا افراد احساسات، هیجان‌ها و افکار خود را با وجود ناخوشایند بودن، پذیرفته و در نتیجه تاب‌آوری را در خود افزایش دهند (رزلی و همکاران، ۲۰۲۲).

بطورکلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد هر دو روش مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان وجودی بر تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر دارای اختلال اضطراب فراگیر مؤثرند. هر یک از روش‌های مداخله‌ای بر افزایش تاب‌آوری دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر مؤثرند لیکن در مقایسه دو روش مداخله‌ای، درمان وجودی در افزایش تاب‌آوری مؤثرتر است. به طورکلی با کمک هر یک از مداخلات مورد نظر می‌توان گام مهمی در افزایش تاب‌آوری دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب فراگیر و کاهش پیامدها و آسیب‌های ناشی از آن برداشت.

این پژوهش محدود به جامعه و نمونه یک شهر بود که در بازه زمانی محدود و بر روی یک جنس (دانش‌آموزان دختر) و دامنه سنی محدود اجرا شد، پیشنهاد می‌شود به منظور تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش در پژوهش‌های آینده از این رویکردهای درمانی در نمونه‌های متفاوت و در سطوح سنی گوناگون در مورد هر دو جنس (دختر و پسر) استفاده شود و مورد مقایسه قرار گیرد. استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند محدودیت دیگر پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی جهت انتخاب گروه نمونه پژوهشی از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده گردد. با توجه به نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود مشاوران و درمانگران بالینی از این رویکرد درمانی در جهت افزایش تاب‌آوری و بهبود اختلال اضطراب فراگیر در نوجوانان استفاده مؤثری نمایند.

منابع

بیتا، ف.، و محمدی، ن. (۱۳۹۶). ویژگی‌های روان‌سنجی چهارمین ویرایش پرسشنامه تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر. *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۸(۳)، ۱۰۴-۸۷. https://doi.org/20.1001.1.22285516.1396.8.29.5.4

پاکپور، ا. (۱۳۹۹). اثربخشی گروه درمانی وجودی (اگزیستانسیال) بر اختلال اضطراب اجتماعی و عزت نفس ورزشکاران رده سنی جوانان رشته های انفرادی تیم های ملی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا. https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/15e954ce1c6ef457477c9f66a0474116

تنها دوست، ک.، ظهیری مژدهی، ع.، زمانی، م.، ذبیحی اسکویی ف.، و امانی، امید. (۱۴۰۰). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری و پردازش هیجانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مطالعات ناتوانی*، ۱۱، ۶-۶. http://jdisabilstud.org/article-1-1907-fa.html

حاتمی، آ.، و طباطبائی نژاد، ف. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان وجودی بر سرمایه عاطفی، تنظیم شناختی هیجان و بهزیستی ذهنی دانشجویان دختر مقطع کارشناسی مبتلا به اضطراب اجتماعی: یک مطالعه نیمه تجربی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۲۲(۲)، ۱۴۶-۱۲۹. http://journal.rums.ac.ir/article-1-6831-fa.html

دیناروند، ف.، بختیارپور، س.، و حیدرئی، ع. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در زمان شیوع کووید-۱۹. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۹(۴)، ۶۰۰-۵۹۰. http://rbs.mui.ac.ir/article-1-1186-fa.html

سپهوند، ت.، و بیات، محدثه. (۱۴۰۰). پیش‌بینی اضطراب فراگیر در افراد روان‌رنجور بر مبنای تاب‌آوری. *ابن سینا*، ۲۸(۲)، ۹۴-۸۷. http://sjh.umsha.ac.ir/article-1-2248-fa.html

عبادت‌پور، ب.، نوابی‌نژاد، ش.، شفیع‌آبادی، ع.، و فلسفی‌نژاد، م. ر. (۱۳۹۲). نقش واسطه‌ای کارکردهای خانواده برای تاب‌آوری فردی و باورهای معنوی و دلزدگی زناشویی. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۴(۱۳)، ۴۵-۲۹. https://doi.org/20.1001.1.22285516.1392.4.13.2.1

عین بیگی، ا.، سلیمانیان، ع.ا.، و جاجرمی، م. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان وجودی بر افزایش سرمایه های روان شناختی در سالمندان. *روان شناسی پیری*، ۶(۲)، ۱۷۸-۱۶۵. https://doi.org/10.22126/jap.2020.5484.1440

فغانی تولون، ا.، گلستانی پور، م.، ساداتی، ز. (۱۴۰۲). مقایسه تأثیر درمان وجودی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ، تجربه‌های اوج و سلامت روان بیماران مبتلا به شارکوت ماری توث. *علوم روانشناختی*، ۲۲(۱۲۵)، ۱۰۱۶-۱۰۰۱. https://doi.org/10.52547/JPS.22.125.1001

Ara, B. S., Khosropour, F., & Zarandi, H. M. (2023). Effectiveness of acceptance and commitment therapy (act) on emotional processing, irrational beliefs and rumination in patients with generalized anxiety disorder. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*, 4(4), 34-44. https://doi.org/10.61838/kman.jayps.4.4.5

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-15]

Arnold-Baker, C., Wharne, S., Dowek, N. H., Gibson, N., Molle, J., & Van Deurzen, E. (2023). *Existential Therapy: Responses to Frequently Asked Questions*. Taylor & Francis. https://doi.org/10.4324/9781003355700

Brail, E. (2022). What is the Relationship between Marijuana Use and Generalized Anxiety Disorder (GAD) Among Young Adults Aged 18–29 in the United States?. *Vanderbilt Undergraduate Research Journal*, 12(1), 31-38. https://doi.org/10.15695/vurj.v12i1.5293

Casares, M. Á., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., & Fonseca-Pedrero, E. (2024). Screening for anxiety in adolescents: Validation of the Generalized Anxiety Disorder Assessment-7 in a representative sample of adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 354, 331-338. https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.03.047

Chen, H., Gao, J., Dai, J., Mao, Y., Wang, Y., Chen, S., ... & Fu, H. (2021). Generalized anxiety disorder and resilience during the COVID-19 pandemic: evidence from China during the early rapid outbreak. BMC Public Health, 21, 1-10. https://doi.org/10.1186/s12889-021-11877-4

Daradkah, S., & Jaradat, A. K. (2021). Exploring the Effectiveness of Existential Therapy and Reality Therapy in Reducing Stress and Increasing Family Cohesion among Wives of Drug Addicts. *Jordan Journal of Educational Sciences*, 17(3), 421-436. https://doi.org/10.47015/17.3.7

Fernández-Rodríguez, C., Coto-Lesmes, R., Martínez-Loredo, V., González-Fernández, S., & Cuesta, M. (2023). Is activation the active ingredient of transdiagnostic therapies? A randomized clinical trial of behavioral activation, acceptance and commitment therapy, and transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for emotional disorders. *Behavior modification*, 47(1), 3-45. https://doi.org/10.1177/01454455221083309

Hou, W. K., Tong, H., Liang, L., Li, T. W., Liu, H., Ben-Ezra, M., ... & Lee, T. M. C. (2021). Probable anxiety and components of psychological resilience amid COVID-19: A population-based study. Journal of affective disorders, 282, 594-601. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.127

Kajastus, K., Haravuori, H., Kiviruusu, O., Marttunen, M., & Ranta, K. (2024). Associations of generalized anxiety and social anxiety with perceived difficulties in school in the adolescent general population. *Journal of Adolescence*, *96*(2), 291-304. https://doi.org/10.1002/jad.12275

Lau, W. K. (2022). The role of resilience in depression and anxiety symptoms: A three-wave cross-lagged study. Stress and Health, 38(4), 804-812. https://doi.org/10.1002/smi.3136

Lyu FF, Ramoo V, Wang YX. (2022). Career maturity, psychological resilience, and professional self-concept of nursing students in China: A nationwide cross-sectional study. *Journal of Professional Nursing*, 42: 58-66. https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2022.06.003

Malboeuf-Hurtubise, C., Di Tomaso, C., Lefrançois, D., Mageau, G. A., Taylor, G., Éthier, M. A., ... & Léger-Goodes, T. (2021). Existential Therapy for Children: Impact of a Philosophy for Children Intervention on Positive and Negative Indicators of Mental Health in Elementary School Children. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18(23), 12332. https://doi.org/10.3390/ijerph182312332

Mann, A. (2023). *Evaluation of a Brief Act Intervention for Reducing Depression and Anxiety Symptoms in Sexual and Gender Minority Adults* (Doctoral dissertation, Western Michigan University). https://www.proquest.com/openview/655962f2ef2c18b67b6b71b059fef2ca/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y

Newman, M. G., Zuellig, A. R., Kachin, K. E., Constantino, M. J., Przeworski, A., Erickson, T., & Cashman-McGrath, L. (2002). Preliminary reliability and validity of the Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV: A revised self-report diagnostic measure of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 33(2), 215-233. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(02)80026-0

Nishimi KM, Koenen KC, Coull BA, Kubzansky LD. (2022). Association of psychological resilience with healthy lifestyle and body weight in young adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 70(2), 258-266. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.08.006

Nissling, L., Weineland, S., Vernmark, K., Radvogin, E., Engström, A. K., Schmidt, S., ... & Hursti, T. (2023). Effectiveness of and processes related to internet-delivered acceptance and commitment therapy for adolescents with anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 26(2), 681. 10.4081/ripppo.2023.681

Orsillo, S. M., Roemer, L., Block-Lerner, J., LeJeune, C., & Herbert, J. D. (2004). ACT with anxiety disorders. In *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 103-132). Boston, MA: Springer US. https://doi.org/10.1007/978-0-387-23369-7_5

Quinn, G. P., & Keough, M. J. (2002). Experimental design and data analysis for biologists . Cambridge university press.

Parodi, K. B., Barnes, E. D., Green, J. G., Holt, M. K., & Grills, A. E. (2024). A review of US nationally representative data sources of child and adolescent anxiety. *Journal of Mood & Anxiety Disorders*, 5, 100047. https://doi.org/10.1016/j.xjmad.2024.100047

Putri, S. K., Sarinastiti, W., & Murdaningtyas, C. D. (2021). Media Information of Generalized Anxiety Disorder in Adolescent Through Animation Explainer. In *2021 International Electronics Symposium (IES)* (pp. 488-493). IEEE. https://ieeexplore.ieee.org/abstract/document/9594054

Rosli, M. R., Rafae, N. M., & Alim, A. A. A. (2022). The Effectiveness of Existential Therapy to Reduce The Level of Depression among Residents in Moral Rehabilitation Schools. *Journal Contemporary of Islamic Counselling Perspective*, 1(1), 2948. https://jcicp.unishams.edu.my/images/Vol1No1August2022/1-JCICP_VOL_1_ISSUE_1_2022_-RIDHUAN.pdf

Sheldon E, Simmonds-Buckley M, Bone C, Mascarenhas T, Chan N, Wincott M, Gleeson H, Sow K, Hind D, & Barkham M. (2021). Prevalence and risk factors for mental health problems in university undergraduate students: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 287, 282–292. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.054

Srivastava, A. V., Brown, R., Newport, D. J., Rousseau, J. F., Wagner, K. D., Guzick, A., ... & Nemeroff, C. B. (2024). The role of resilience in the development of depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder after trauma in children and adolescents. *Psychiatry Research*, 334, 115772. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115772

Stapleton, A., Stynes, G., Cassidy, S., & McHugh, L. (2023). Assessing acceptance and commitment therapy for adolescent mental health: Single-case AB design with high temporal density assessments. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 29, 147-159. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.06.011

Sullivan, M. (2023). Resilience in Girlhood: An Analysis of the Social Determinants of Anxiety Disorders for Adolescent Girls. Honor Scholar Theses. 221, Scholarly and Creative Work from DePauw University. https://scholarship.depauw.edu/studentresearch/221

Van Deurzen, E. (2023). Existential therapy for grief. *The handbook of grief therapies*, 69-78. https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=aGudEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA69&dq=van+Deurzen,+E.+(2023).+Existential+therapy+for+grief.+&ots=fSwzLCTde2&sig=Wn_UNR14RuOC9DI1fSRLV5U2tjI#v=onepage&q&f=false

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-15]

Petersen, Julie M., (2023). "Telehealth Acceptance and Commitment Therapy for Adolescents With Transdiagnostic Health-Related Anxiety: A Randomized Controlled Trial". All Graduate Theses and Dissertations. 8832. https://digitalcommons.usu.edu/etd/8832

Victor Mbanuzuru, A., Uwakwe, R., Sochukwu Anyaoku, C., Okwudili Ojimba, A., Chinyere Mbanuzuru, M., Ezenyeaku, C. A., & Prosper Okonkwo, U. (2023). Generalized anxiety disorder screening using gad-7 among in-school adolescents of anambra state, nigeria: a comparative study between urban and rural areas. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 17(1), 91. https://doi.org/10.1186/s13034-023-00637-4

Wen, L., Yang, K., Chen, J., He, L., Xiu, M., & Qu, M. (2023). Associations between resilience and symptoms of depression and anxiety among adolescents: Examining the moderating effects of family environment. *Journal of affective disorders*, *340*, 703-710. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.08.063

Woo, J., Whyne, E. Z., Wright, J. I., Lehrer, H. M., & Steinhardt, M. A. (2023). Positive College Experiences Moderate the Association Between Resilience and Anxiety Symptoms among Underrepresented College Students. *Health Behavior Research*, 6(2), https://doi.org/10.4148/2572-1836.1183

Zhang, X., Haixia, M., Yee, L. C., Wk, H. G., & Mak, Y. W. (2023). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on self-care, psychological symptoms, and quality of life in patients with cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 29, 46-58. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.05.007

Ziaee, A., Nejat, H., Amarghan, H. A., & Fariborzi, E. (2022). Existential therapy versus acceptance and commitment therapy for feelings of loneliness and irrational beliefs in male prisoners. *European journal of translational myology*, *32*(1), 102171. https://doi.org/10.4081/ejtm.2022.102171

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-15]