



Clinical Psychology: Research and Practice Innovations

Online ISSN: [3115-9508](https://doi.org/10.22075/jcp.2025.34434.2913)

Homepage: <https://cprpi.semnan.ac.ir>



The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Existential Therapy on the Psychological Well-Being of Female Students with Generalized Anxiety Disorder

Zohreh Sharif¹ , Alireza Merati² , Mehdi Yousefvand³

1. Ph.D Student in Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.

E-mail: z.sharif1299@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran.

E-mail: Aliezamerati@pnu.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Psychology and Counseling, Farhangian University, Tehran, Iran.

E-mail: Mehdi_yousefvand@yahoo.com

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:

Received 13 June 2024

Received in revised form
26 December 2025

Accepted 03 August 2025

Published Online: 22
June 2026

Keywords:

Acceptance and
Commitment Therapy
(ACT),
Existential Therapy,
Generalized Anxiety,
Psychological Well-
Being,
Student

ABSTRACT

Background: This comparative study aimed to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and existential therapy on the psychological well-being of female students with generalized anxiety disorder.

Method: The method of study was quasi-experimental with a control group. The statistical population included all the female students of the second-grade high schools in the district 1 of Karaj in 2023-2024. Forty-five people were randomly selected as samples and divided into three experimental and control groups. The fourth edition of the generalized anxiety disorder questionnaire and the psychological well-being test were used to collect data. The experimental groups received ACT and existential therapy during 10 sessions. Data were analyzed using mixed analysis of variance and Bonferroni's post hoc test.

Results: ACT and existential therapy increase psychological well-being ($P < 0.01$). The existential therapy effect was greater than other method ($P < 0.01$). The 2-month follow-up results revealed the stability of the interventions ($P < 0.01$).

Conclusion: The both methods are effective in increasing psychological well-being. Thus, it is recommended that existential therapy be used by clinical therapists and experts in treatment centers for people with generalized anxiety disorder.

Citation: Sharif, Z., Merati, A., & Yousefvand, M. (2026). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Existential Therapy on the Psychological Well-Being of Female Students with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 18(2), 107-122.

DOI: <https://doi.org/10.22075/jcp.2025.34434.2913>



© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ **Corresponding Author:** Alireza Merati, Associate Assistant Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, Payam Noor University, Tehran, Iran.
E-mail: Aliezamerati@pnu.ac.ir, Tel: (+98) 9188370114

Extended Abstract

Introduction

This study aimed to compare the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Existential Therapy on the psychological well-being of female students with Generalized Anxiety Disorder (GAD). One of the problems for individuals with GAD is reduced psychological well-being. These individuals constantly suffer from worry, apprehension, and vague fear that occurs in various situations and disrupts their psychological well-being. Many psychological interventions have been performed on individuals with anxiety disorders. ACT and Existential Therapy are among the psychological interventions that have a different yet practical view of mental disorders and behavioral problems. The necessity of addressing the mental health of adolescents with GAD, and generally any effort in the field of identification, diagnosis, follow-up, control, and treatment that promotes the mental health of this sensitive and vulnerable group, is valuable and necessary. The findings of the present study can enrich the current theoretical discussions and, from a practical perspective, the existing variables become more applicable, and the methods considered in this study can be used in counseling sessions with clients with GAD.

Method

The research method was quasi-experimental with a control group, using a pre-test-post-test design and a two-month follow-up for the control group. The statistical population included all female high school students in District 1 of Karaj in the academic year 2023-2024. Given that the minimum sample size required in experimental studies is 15 people, a multi-stage cluster random sampling method was used. First, one district was selected. Each experimental group received 10 sessions of Existential Therapy and ACT, respectively. Data analysis was performed using mixed

ANOVA and Bonferroni post-hoc test with SPSS-23 software at a significance level of 0.05. The research instruments included the Psychological Well-being Questionnaire, developed to measure psychological well-being, consisting of 18 questions and measuring 6 factors: Developer: Ryff (1989), score range 18-108, higher scores indicate higher psychological well-being. The reliability of Ryff's questionnaire was estimated at 92% using Cronbach's alpha. Another instrument was the GAD Questionnaire, 4th edition, developed by Newman et al. (2002), Score interpretation: higher scores indicate GAD. The reliability of Newman et al.'s questionnaire was estimated at 94% using Cronbach's alpha. The ACT intervention sessions followed the treatment program by Orsillo et al. (2004), which is designed for anxiety disorders. After its validity was confirmed by several psychology specialists, it was used for the first experimental group of adolescents in 10 weekly 70-minute sessions. The Existential Psychotherapy intervention sessions used Yalom's (1977) Existential Psychotherapy program for the second experimental group of adolescents in 10 weekly 70-minute sessions.

Results

ACT and Existential Therapy were effective in increasing psychological well-being. The mean scores and standard deviations of the psychological well-being variable in the intervention and control groups at the pre-test, post-test, and follow-up stages show an increase in scores in the experimental groups at the post-test and follow-up stages compared to the pre-test. However, in the control group, the average scores in the pre-test did not change significantly compared to the post-test phase. Before analyzing the data related to the research hypothesis, which states that "there is a difference in the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Existential Therapy on the psychological well-being of female students with generalized anxiety," the underlying

assumptions of covariance analysis were examined to ensure they were met. Given that the assumptions of the covariance test were met, a mixed ANOVA and Bonferroni post-hoc test were subsequently used to determine whether the interventions led to a significant change in the mean psychological well-being of the experimental groups in the post-test and follow-up phases compared to each other. The result showed that there was a significant difference between the mean scores of pre-test, post-test, and follow-up psychological well-being in the three groups, indicating a significant difference in overall psychological well-being among the three intervention groups and the control group. The Bonferroni test result shows a significant difference in psychological well-

being scores between the pre-test phase and the post-test and follow-up phases. Also, the difference between post-test and follow-up scores is significant. Comparison of adjusted means shows that psychological well-being in the pre-test phase is lower than in the post-test and follow-up phases. Also, comparing the means between the first and second intervention groups and the control group shows that psychological well-being scores are higher in the first and second intervention groups than in the control group. Furthermore, regarding the interaction of phase factors and group, the calculated F value for the effect of phases (pre-test, post-test, and follow-up) among the three intervention and control groups is significant for the psychological well-being variables.

Table 1. Results of mixed analysis of variance with within-group and out-group factors for the psychological well-being variable

Factors	Source of change	SS	df	MS	F	sig	square
Intragroup	time	4875/837	2	2437/919	118/721	0/001	0/793
	time *group	4043/896	4	1010/974	49/232	0/001	0/701
Intergroup	group	469699/030	2	469699/030	21163/606	0/001	0/998
	Error	7495/304	2	3747/652	208/755	0/001	0/909

distressing; therefore, they try to replace them with other thoughts or avoid them. The results show that when humans face distressing conditions, they experience a kind of neglect, helplessness, and despair in life. The results of this research indicate that existential therapy, by emphasizing the acceptance of suffering as an inseparable part of every individual, in the current world, provides the freedom of choice in situations where the choice is not between desirable options but between undesirable options. It also helps individuals, by believing in free will and their responsibility towards life, to seek to create better conditions for life.

Ethical Considerations

Ethics Code:

The ethical approval for conducting this study was granted by Islamic Azad University.

Conclusion

The results showed that both intervention methods, Acceptance and Commitment Therapy and Existential Therapy, were effective in increasing the psychological well-being of female students with generalized anxiety disorder, and the effectiveness was sustained over time. Also, comparing the results of the two intervention groups showed that the effectiveness of Existential Therapy was greater than Acceptance and Commitment Therapy in increasing psychological well-being. The results showed that Acceptance and Commitment Therapy led to an increase in the psychological well-being of female students with generalized anxiety disorder. It can be said that from the perspective of Acceptance and Commitment Therapy, many individuals consider their internal feelings, emotions, and thoughts to be

Conflict of Interest: None declared.

Acknowledgments: We thank and appreciate all the people and participants (men substance-dependent undergoing quitting) who helped us in conducting this research.

Financial support: This study did not have any funds.

Authors' Contributions: The first author served as the main author, the second author as the supervisor, and the third author as the advisor. This article is an excerpt from the first author's doctoral dissertation.



روانشناسی بالینی: نوآوری‌ها در پژوهش و عمل

شاپا الکترونیکی: 3115-9508

Homepage: <https://cprpi.semnan.ac.ir>

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی وجودی بر بهزیستی روانشناختی دانش‌آموزان دختر دارای اختلال اضطراب فراگیر

زهرة شریف^۱، علیرضا مرآتی^۲، مهدی یوسف‌وند^۳۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران. ایمیل: z.sharif1299@gmail.com۲. استادیار، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران. ایمیل: Aliezamerati@pnu.ac.ir۳. استادیار، گروه روانشناسی و مشاوره دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران. ایمیل: Mehdi_yousefvand@yahoo.com

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

زمینه: این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان وجودی بر بهزیستی روانشناختی دانش‌آموزان دختر دارای اختلال اضطراب فراگیر انجام شد.

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

روش: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با گروه کنترل بود. جامعه‌آماري شامل تمامی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه دوم مدارس ناحیه یک شهر کرج در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بود. ۴۵ نفر بصورت در دسترس بعنوان نمونه انتخاب و به‌طور تصادفی در سه گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. جهت جمع‌آوری داده‌ها، از ویرایش چهارم پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر و آزمون بهزیستی روانشناختی استفاده شد. گروه‌های آزمایش هر یک طی ۱۰ جلسه تحت مداخله‌ی درمان پذیرش و تعهد و درمان وجودی قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفرونی انجام شد.

دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۲۴

بازنگری: ۱۴۰۴/۱۰/۰۵

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۱۲

انتشار برخط: ۱۴۰۵/۰۴/۰۱

کلیدواژه‌ها:

یافته‌ها: درمان پذیرش و تعهد و درمان وجودی بر افزایش بهزیستی روانشناختی تأثیرگذار بودند ($P < ۰/۰۱$)؛ تأثیر درمان وجودی بیشتر از مداخله دیگر بود ($P < ۰/۰۱$)؛ نتایج پیگیری ۲ ماهه مداخله نشان‌دهنده ثبات روش‌های مداخله بود ($P < ۰/۰۱$).

اضطراب فراگیر،

بهزیستی روانشناختی،

پذیرش و تعهد،

درمان وجودی،

دانش‌آموز

نتیجه‌گیری: هر ۲ روش از مداخلات مؤثر بر افزایش بهزیستی روانشناختی می‌باشند. لذا توصیه می‌شود درمان وجودی در مراکز درمانی برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مورد استفاده متخصصان و درمانگران بالینی قرار گیرد.

استناد: شریف، زهرة؛ مرآتی، علیرضا؛ و یوسف‌وند، مهدی (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی وجودی بر بهزیستی روانشناختی دانش‌آموزان دختر دارای اختلال اضطراب فراگیر. مجله روانشناسی بالینی: نوآوری‌ها در پژوهش و عمل، ۱۸ (۲)، ۱۰۷-۱۲۲.

DOI: <https://doi.org/10.22075/jcp.2025.34434.2913>

© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium. As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ نویسنده مسئول: علیرضا مرآتی، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران.

رایانامه: Aliezamerati@pnu.ac.ir تلفن: ۰۹۱۸۸۳۷۰۱۱۴

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر^۱ رنج و نگرانی است که فرد نمی‌تواند دلیل خاصی برای نگرانی بیش از حد خود داشته باشد (۱). در آخرین نسخه از راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ (DSM-5) این اختلال یک حالت نگرانی مفرط و طولانی مدت در مورد رویدادها و مسائل گوناگون بیان شده که حداقل به مدت شش ماه ادامه می‌یابد و بطور قابل توجهی عملکرد فرد را مختل می‌سازد (۲). از نشانگان این اختلال می‌توان به 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) اشاره کرد (۳). اختلال اضطراب فراگیر بعنوان یکی از مشکلات شایع دوره نوجوانی است که شیوع ۱۲ ماهه آن را بر اساس معیارهای تشخیصی خود گزارش شده در سراسر جهان ۱۶/۷٪ (۴)، و براساس جنسیت در بین نوجوانان دختر (۳۸٪) و پسر (۲۶/۱٪) گزارش شده است (۵).

از عواملی که می‌تواند میزان اضطراب فراگیر را در افراد تحت تأثیر قرار دهد، بهزیستی روانشناختی^۳ است (۶). ریف (۱۹۹۵) بهزیستی روانشناختی را تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی فرد می‌داند. از نظر وی بهزیستی روانشناختی به معنای تلاش برای استعلا و ارتقاء است که در تحقق استعدادها و توانایی‌های فرد متجلی می‌شود. بهزیستی روانشناختی جزء روانشناختی کیفیت زندگی است و انعکاس دهنده خلق مثبت و سرزندگی است (۷) و شامل شش مؤلفه خودمختاری^۴، سلطه بر محیط^۵، رشد فردی^۶ و استقلال، روابط مثبت با دیگران^۷، هدفمندی در زندگی^۸ و پذیرش خود^۹ می‌شود (۸). مارتلا و ریان (۹) بهزیستی روانشناختی را مفهومی چندبعدی و پویا معرفی می‌کنند که شامل سه بعد ارزشی (رضایت از زندگی)، تجربی (ثبات عاطفی-هیجانی) و اخلاقی (رفتار سازگار با هنجارها و سبک زندگی سالم) است. پیلر و تسانوا (۱۰) بر این باورند که بهزیستی روانشناختی دارای دو مؤلفه‌ی شناختی و عاطفی است. مؤلفه‌ی شناختی به ارزیابی ذهنی فرد از میزان رضایت از زندگی، و مؤلفه‌ی عاطفی به میزان تجربه‌ی هیجانات

مثبت و منفی (برخورداری از بیشترین هیجانات مثبت و کمترین هیجانات منفی) اشاره دارد. براساس مطالعات انجام شده، افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از بهزیستی روانشناختی پایین‌تری برخوردارند (۱۱-۱۲). از نظر ریف (۱۹۹۵) افرادی که از بهزیستی روانشناختی پایین‌تری برخوردارند، هیجانات منفی بیشتری را تجربه می‌کنند و وقایع پیرامون خود را به شکل منفی ارزیابی می‌کنند؛ در مقابل، افراد با بهزیستی روانشناختی بالا، بیشتر هیجانات مثبت را تجربه کرده و رویدادهای پیرامون خود را مثبت‌تر ارزیابی می‌کنند (۱۳).

از مداخلاتی که اخیراً در حوزه اختلالات اضطرابی و خلقی و به منظور پوشش دادن به مشکلات ناشی از درمان‌های اختصاصی برای اختلالات همبود، مورد استفاده قرار گرفته شده، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۱۰} است. براساس رویکرد پذیرش و تعهد اجتناب تجربه‌ای به عنوان عامل مهم سبب‌شناسی و تداوم اختلالات روانی در نظر گرفته می‌شود (۱۴). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرض بر این است که افراد 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. این تلاش‌ها برای کنترل بی‌تأثیر بوده و به‌طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکاری می‌شود که فرد در ابتدا سعی داشت از آن‌ها اجتناب کند (۱۵). از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش سلامت‌روان، به کاهش علائم مسئله یا اختلال روانی منجر نمی‌شود، بلکه به میزان افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی افراد بستگی دارد (۱۴). مراحل اصلی در قالب یک فرآیند زیربنایی انعطاف‌پذیری روانشناختی از طریق شش فرایند پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه، تثبیت و برقرار می‌شود (۱۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بجای تمرکز بر کاهش علائم، بر افزایش توانایی مراجعان در ایجاد و حفظ تعهدات مرتبط با تغییر رفتار متمرکز است؛ با این حال بسیاری از درمان‌جویان موفق، کاهش علائم را نیز گزارش می‌کنند (۱۷). مداخله مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد

6. Personal Growth

7. Positive Relation with Others

8. Purpose In Life

9. Self-Acceptance

10. Acceptance and commitment therapy (ACT)

1. generalized anxiety disorder (GAD)

2. Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders-5 st Edition EE DSM-5

3. Psychological well-being

4. Autonomy

5. Environmental Mastery

با استفاده از راهبردهایی چون تمرکز حواس، پذیرش و گسلش، به دنبال تغییر کارکرد رویدادهای روانی و رابطه شخص با آنها است (۱۸). نتایج پژوهش آرا و همکاران (۱۹) نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پردازش هیجانی، باورهای غیرمنطقی و نشخوار فکری مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است. دیناروند و همکاران (۲۰) در پژوهشی دریافتند بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان شناختی-رفتاری بر نشانه‌های اضطراب فراگیر تفاوت معناداری وجود ندارد. تنه‌ادوست و همکاران (۲۱) طی پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشخوار فکری و پردازش هیجانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است. نتایج پژوهش فرناندز-رودریگز و همکاران (۱۵) نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از رویکردهای درمانی موفق در کاهش علائم هیجانی، و تنظیم هیجانی بیماران دارای اضطراب و افسردگی است. استپلتون و همکاران (۱۸) طی پژوهشی با بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافتند این رویکرد درمانی بر پریشانی، انعطاف‌پذیری روانی، اجتناب، آمیختگی شناختی، انعطاف‌پذیری تعمیم یافته نوجوانان اثربخشی است.

یکی دیگر از رویکردهای درمانی مؤثر در زمینه بهبود سلامت روان و غنی‌سازی زندگی افراد مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی چون اختلالات اضطرابی، درمان وجودی^۱ است (۲۲). درمان وجودی بعنوان یکی از روش‌های مداخله‌ای انسان‌گرایانه، به بررسی شرایط فرد به عنوان یک کل تأکید دارد و بصورت همزمان با تشویق آرزوها و استعدادهای فردی بر محدودیت‌ها نیز اشاره دارد (۲۳). این رویکرد در رابطه با ساختار شخصیت، بر عمیق بودن تجارب در هر لحظه تأکید دارد و برای بهبودی گذشته شخص، زمان زیادی را صرف نمی‌کند. یالوم (۱۹۸۰) اذعان می‌دارد در درمان وجودی، یک نمونه کوچک از دنیا بازسازی می‌شود و اعضای گروه در آن دنیای کوچک، زندگی و ایفای نقش می‌کنند. جلسات گروه سعی دارد که رویه‌های متعارفی را که افراد از طریق آن به دنیا می‌نگرند، تکان داده و دوباره سازماندهی کند. این مدل درمانگر با ایجاد فضایی باز برای درمان‌جو جهت آزادانه صحبت کردن از نگرانی‌ها و ترس‌هایش آنها را مورد حمایت قرار می‌دهد. به گونه‌ای که اعضای گروه این نکته را درک کنند که در چالش‌ها و تلاش‌هایشان تنها

نیستند (۲۴). در درمان وجودی افراد تشویق می‌شوند تا با جنبه‌هایی از زندگی خود مواجه 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 (۲۵). 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. 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 (۲۵). نتایج پژوهش مالبوف-هاریتیسیس و همکاران (۲۲) نشان داد درمان وجودی بر ارضای نیازهای اساسی روانشناختی و افزایش سلامت روان دانش‌آموزان اثربخش است. نتایج پژوهش رزلی و همکاران (۲۶) نشان می‌دهد درمان وجودی (اگزیستانسیال) بطور معناداری در کاهش سطح افسردگی مؤثر است. درادکه و جرادات (۲۷) نشان داد درمان وجودی در مقایسه با واقعیت‌درمانی بر کاهش استرس اثربخش‌تر است. با توجه به مطالب و پژوهش‌های فوق، جستجوهای صورت گرفته نشان می‌دهد در پیشینه پژوهشی کاستی‌های بسیاری وجود دارد و مطالعات درباره استفاده از درمان وجودی در زمینه اختلال اضطراب فراگیر در سطح اولیه می‌باشد، بنابراین انجام پژوهش‌هایی جهت بررسی اثربخشی درمان وجودی و مقایسه آن با درمان‌های دارای پشتوانه تجربی در درمان اختلال اضطراب فراگیر و عوامل مرتبط با آن ضروری به نظر می‌رسد. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان وجودی بر بهزیستی روانشناختی دانش‌آموزان دختر دارای اختلال اضطراب فراگیر انجام شد.

روش

طرح پژوهش: روش اجاری پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری دو ماهه بود.

زمینه‌ای به وجود نخواهد آمد. پژوهشگران به کلیه شرکت‌کنندگان در گروه گواه تعهد دادند که در راستای رعایت اصول اخلاقی، بعد از اتمام جلسه‌ها، مداخلات پژوهشی در مورد کسانی که متقاضی باشند اجرا شود. نهایتاً فرم رضایت‌نامه مشارکت آگاهانه در جلسات توسط شرکت‌کنندگان و والدین آن‌ها در گروه نمونه امضا شد.

پس از تعیین و تخصیص تصادفی دانش‌آموزان به گروه‌های آزمایش و گواه، شرکت‌کنندگان گروه آزمایش اول و دوم هر یک طی ۱۰ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای 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 پرسشنامه بهزیستی روانشناختی با هدف پس‌آزمون و پیگیری، ارزیابی شدند. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بوسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد.

ابزار

۱. پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر-ویرایش چهارم^۱ (GADQ-IV): این پرسشنامه توسط نیومن و همکاران (۲۹) برای سنجش میزان اضطراب افراد 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 نگران‌کننده 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 نمره 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 (۲۹) روایی همگرا و افتراقی مقیاس را بررسی و ضریب توافقی کاپا با مصاحبه ساختاریافته را برای پرسشنامه ۰/۹۷ گزارش کردند. همچنین همسانی درونی پرسشنامه را با روش بازآزمایی برای دوهفته ۰/۹۲ و با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش نمودند.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری کلیه دانش‌آموزان دختر شاغل به تحصیل دوره متوسطه دوم در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ مدارس ناحیه یک شهر کرج بودند. با مرور پیشینه و مبانی نظری پژوهش، حداقل حجم نمونه مورد نیاز در مطالعات آزمایشی ۱۵ نفر است (۲۸)، بر همین مبنا تعداد ۴۵ دانش‌آموز با روش نمونه‌گیری تصادفی 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 برش ۵/۷ کسب کردند، توسط پژوهشگر تحت نظارت روان‌پزشک مصاحبه بالینی با هدف تشخیص قطعی اختلال اضطراب فراگیر مورد ارزیابی قرار گرفتند. پس از مصاحبه در مرحله دوم تعداد ۴۵ نفر از دانش‌آموزان واجد شرایط که تمایل به مشارکت داشتند وارد مطالعه شده به پرسشنامه‌ی بهزیستی روانشناختی با هدف اجرای پیش‌آزمون پاسخ دادند؛ و بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هرگروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: دامنه سنی ۱۷-۱۶ سال، تشخیص نشانگان اختلال اضطراب فراگیر (که با استفاده از پرسشنامه و نیز معیارهای تشخیصی DSM-5 با روش تشخیصی مصاحبه بالینی مشخص گردید)، عدم ابتلای همزمان به سایر اختلالات بالینی و عدم وابستگی به الکل یا مواد مخدر که در جلسات مصاحبه بررسی و تشخیص داده شد. عدم دریافت درمان دارویی در بازه زمانی ۳ ماهه گذشته. عدم دریافت درمان‌های موازی دیگر، تکمیل فرم‌های رضایت جهت شرکت در پژوهش توسط والدین و دانش‌آموزان. معیارهای خارج شدن از فرایند مطالعه عبارت بودند از داشتن بیماری جسمی، غیبت بیش از ۲ جلسه پشت سر هم در جلسات درمانی، عدم تمایل مشارکت‌کننده نسبت به ادامه همکاری در جلسات، در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی: در جهت رعایت اصول اخلاقی، به دانش‌آموزان و والدین شرکت‌کننده آن‌ها در رابطه با حفظ رازداری و محرمانه بودن تمامی اطلاعات اطمینان داده شد و مجریان پژوهش تعهد دادند که در صورت انصراف از ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش، هیچ‌گونه مشکلی در هیچ

منفی روانشناختی (مانند افسردگی زونگ) را اندازه‌گیری می‌کند منفی و معنادار ($P < ۰/۰۰۱$) در دامنه $۰/۳۰ -$ تا $۰/۶۰ -$ گزارش می‌کند (۳۱). در ایران روایی و پایایی این مقیاس توسط بیانی و همکاران (۳۲) بررسی و آلفای کرونباخ کل مقیاس $۰/۷۱$ ، ضریب پایایی به روش بازآزمایی $۰/۸۲$ و همبستگی مقیاس با مقیاس رضایت از زندگی، پرسشنامه شادکامی آکسفورد و پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ به ترتیب $۰/۴۷$ ، $۰/۵۸$ ، و $۰/۴۶$ به دست آمده است. در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ این میزان به مقدار $۰/۷۲$ محاسبه و لحاظ گردید.

جلسات مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از برنامه‌ی درمانی اورسیلو و همکاران (۳۳) برای اختلالات اضطرابی، بعد از تأیید روایی آن توسط اساتید صاحب‌نظر و مسئول اجرای مداخله که دوره‌های درمان را سپری کرده است، برای گروه نوجوانان شرکت کننده در آزمایش اول طی ۱۰ جلسه ۶۰-۷۰ دقیقه‌ای (بصورت هفتگی) استفاده شد (جدول ۱ خلاصه محتوای جلسات مداخله).

جلسات مداخله درمان وجودی با استفاده از برنامه‌ی درمان وجودی می (۳۴) و بعد از تأیید روایی آن توسط اساتید صاحب‌نظر و مسئول اجرای مداخله که دوره‌های درمان را سپری کرده است، برای گروه نوجوانان شرکت کننده در آزمایش اول طی ۱۰ جلسه ۶۰-۷۰ دقیقه‌ای (بصورت هفتگی) استفاده شد (جدول ۲ خلاصه محتوای جلسات مداخله).

در ایران این پرسشنامه توسط بیتا و محمدی (۳۰) ترجمه و با بررسی ویژگی‌های روانسنجی آن روایی افتراقی پرسشنامه را $۰/۸۸$ و روایی همزمان را با پرسشنامه نگرانی ایالت پن^۱ (PSWQ) $۰/۶۱$ و مقیاس اضطراب بک $۰/۴۵$ ، همچنین شاخص همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ $۰/۷۹$ گزارش نموده‌اند. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ $۰/۷۵$ بدست آمد.

۲. آزمون بهزیستی روانشناختی^۲: توسط ریف (۳۱) برای سنجش میزان بهزیستی روانشناختی ساخته شد. شامل ۱۸ سؤال است و شش عامل خودمختاری^۳، تسلط بر محیط^۴، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران^۵، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود^۶ را اندازه‌گیری می‌کند. به هر سؤال براساس مقیاس شش گزینه‌ای (کاملاً موافقم= ۶ تا کاملاً مخالفم= ۱) نمره داده می‌شود. از بین کل سؤالات ۱۰ سؤال به صورت مستقیم و ۸ سؤال به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. حداکثر نمره ۱۰۸ و حداقل نمره ۱۸ است. نمره بیشتر نشان دهنده بهزیستی روانشناختی بهتر است. ضریب همسانی درونی مقیاس‌ها (خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود) بین $۰/۸۶$ تا $۰/۹۳$ و پایایی به شیوه بازآزمایی پس از شش هفته بر روی نمونه ۱۱۷ نفری بین $۰/۸۱$ تا $۰/۸۶$ به دست آمده است. ریف جهت بررسی روایی همگرایی^۷ و همچنین روایی واگرا^۸ همبستگی مؤلفه‌های بهزیستی را با آزمون‌هایی که عملکردهای مثبت روانشناختی (مانند شاخص رضایتمندی از زندگی نیوگارتن، حرمت خود روزنبرگ، مهار درونی لونسون، و...) مثبت و معنادار ($P < ۰/۰۰۱$) در دامنه $۰/۲۵$ تا $۰/۷۳$ ؛ و با آزمون‌هایی که عملکردهای

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 ناکارآمد 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 ذهن آگاهی 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 ارزش‌ها و بحث درباره تفاوت ارزش‌ها و اهداف زندگی، بیان استعاره شیر با هدف تغییر معانی کلامی.

5. positive relation with others
6. self-acceptance
7. convergent
8. divergent

1. Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)
2. psychological wellbeing test
3. autonomy
4. environmental mastery

جلسه	اهداف و محتوای جلسات
پنجم و ششم	استفاده از استعاره‌های راننده اتوبوس و رژه سربازان به منظور آموزش و ایجاد توانایی جداسازی 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.

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 شرکت‌کنندگان 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، جمع‌بندی مباحث.
نهم	بحث و گفتگو در مورد عواملی که می‌تواند 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 خورده‌اند 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 فرآیند گروه از آغاز تا پایان.

روند اجرای پژوهش:

به همه شرکت‌کنندگان در مطالعه هزینه پرداخت نشده و رضایت آگاهانه آنان در اجرای پژوهش در اولویت قرار داشت. پس از امضای فرم رضایت‌نامه آگاهانه از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا به سؤالات پرسش‌نامه‌ها پاسخ دهند. روند اجرای پژوهش و کلیه مراحل انجام مطالعه مطابق با دستورالعمل‌ها و مقررات اجرای آزمون صورت گرفت. داده‌های بدست آمده در طول اجرای پژوهش و پس از آن کاملاً محرمانه بوده که اجرای آن حاصل انجام رساله دوره دکترای تخصصی نویسنده اول می‌باشد و مجوز اخلاق

پژوهش و کلیه حقوق مادی و معنوی این کار توسط دانشگاه

آزاد واحد بروجرد انجام گرفته و مورد تایید می‌باشد.

یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۴۵ از دختران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در ۲ گروه مداخله و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) مشارکت داشتند. میانگین (انحراف معیار) سنی گروه نمونه در گروه مداخله‌ای "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" ۱۶/۳۴ (۱/۱۵)، در گروه مداخله‌ای "درمان وجودی" ۱۶/۶۲ (۱/۷۲) و در گروه گواه ۱۶/۵۴ (۱/۳۵) بود.

در جدول ۳ میانگین و انحراف‌معیار متغیر بهزیستی روانشناختی در گروه‌های مداخله و گواه، را در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (۲ ماهه) نشان می‌دهد. همانطور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود در گروه‌های آزمایش، شاهد افزایش نمرات در مرحله پس‌آزمون، پیگیری نسبت به پیش‌آزمون هستیم؛ اما در گروه کنترل میانگین نمرات در پیش‌آزمون نسبت به مرحله پس‌آزمون تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد. معناداری این تفاوت‌ها نیاز به تحلیل آماری استنباطی دارد که در ادامه مورد بررسی قرار می‌گیرد.

پیش از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه پژوهشی مبنی بر این که «بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان وجودی بر بهزیستی روانشناختی دانش‌آموزان دختر دارای اختلال اضطراب فراگیر تفاوت وجود دارد»، جهت اطمینان از برآورده شدن مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس، مورد بررسی قرار گرفتند. بدین منظور برای بررسی نرمال بودن نمرات بهزیستی روانشناختی از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف استفاده شد و نتایج نشان داد مشخصه Z آزمون مربوط به نرمال بودن بهزیستی

روانشناختی

روانشناختی (F= ۰/۱۷۲، P= ۰/۱۱۸)، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و کنترل نشان داد که دارای توزیع نمرات نرمال بودند (P> ۰/۰۵). همچنین به منظور بررسی یکسانی واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع از آزمون لوین استفاده شد که نتایج نشان داد واریانس‌های خطا برای بهزیستی روانشناختی در مرحله پیش‌آزمون (F= ۱/۳۹۲، P= ۰/۶۷۸)، پس‌آزمون (F= ۱/۷۶۵، P= ۰/۲۱۴) و پیگیری (F= ۰/۴۹۳، P= ۰/۶۱۴) یکسان است. برای بررسی فرض صفر تساوی کواریانس در گروه‌ها از آزمون باکس، استفاده شد و برای متغیر بهزیستی روانشناختی (F= ۰/۹۱۹، P= ۰/۶۹۳) به دست آمد. نتایج نشان داد که پیش‌فرض 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، بهزیستی روانشناختی ($\chi^2= ۲/۲۳۹$ ، P= ۰/۳۲۶).

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

متغیر	گروه‌ها	مرحله	میانگین	انحراف معیار
بهزیستی روانشناختی	"درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد"	پیش‌آزمون	۴۹/۸۶	۳/۶۶۱
		پس‌آزمون	۶۷/۴۰	۳/۳۳۳
		پیگیری	۶۸/۲۰	۴/۱۰۹
	"درمان وجودی"	پیش‌آزمون	۵۰/۶۰	۴/۶۱۰
		پس‌آزمون	۷۴/۳۳	۶/۳۸۸
		پیگیری	۷۴/۱۳	۵/۳۸۳
	کنترل	پیش‌آزمون	۵۱	۳/۴۸۴
		پس‌آزمون	۴۷/۴۰	۳/۳۷۶
		پیگیری	۴۷/۹۳	۴/۵۸۹

با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های آزمون کواریانس، در ادامه به منظور دستیابی به این موضوع که مداخلات انجام شده منجر به تغییر معنادار میانگین‌های گروه‌های آزمایش بر

بهزیستی روانشناختی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری و در مقایسه با هم شده است یا خیر، از آزمون تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

جدول ۴) آزمون کالموگروف-اسمیرنوف متغیرهای پژوهش

شاخص	کجی	خطای کشیدگی	کشیدگی	خطای کشیدگی	آماره آزمون	سطح معناداری
بهزیستی روانشناختی	۰/۲۷۶-	۰/۳۵۴	۱/۲۰۶-	۰/۶۹۵	۰/۱۷۲	۰/۱۱۸

جدول ۵) آزمون لوین به منظور بررسی نرمال بودن توزیع (یکسانی واریانس‌ها) متغیر بهزیستی روانشناختی در مراحل زمانی

مرحله آزمون	مقیاس	F	df	Sig
پیش‌آزمون	بهزیستی روانشناختی	۰/۳۹۲	۲/۴۲	۰/۶۷۸
پس‌آزمون	بهزیستی روانشناختی	۱/۷۶۵	۲/۴۲	۰/۲۱۴
پیگیری	بهزیستی روانشناختی	۰/۴۹۳	۲/۴۲	۰/۶۱۴

جدول ۶) نتایج آزمون موخلی برای بررسی مفروضه کرویت در متغیر بهزیستی روانشناختی

متغیر	W	خی‌دو	df	sig	اپسیلون		
					گرین هوس	هاین فلت	کمترین میزان
بهزیستی روانشناختی	۰/۹۴۷	۲/۲۳۹	۲	۰/۳۲۶	۰/۹۵۰	۱	۰/۵۰۰

جدول ۷) نتایج تحلیل واریانس آمیخته با عوامل درون‌گروهی و برون‌گروهی برای متغیر بهزیستی روانشناختی

عوامل	منبع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجزور اتای
درون‌گروهی	زمان	۴۸۷۵/۸۳۷	۲	۲۴۳۷/۹۱۹	۱۱۸/۷۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳۹
	زمان * گروه	۴۰۴۳/۸۹۶	۴	۱۰۱۰/۹۷۴	۴۹/۲۳۲	۰/۰۰۱	۰/۷۰۱
بین‌گروهی	گروه	۴۶۹۶۹۹/۰۳۰	۲	۴۶۹۶۹۹/۰۳۰	۲۱۱۶۳/۶۰۶	۰/۰۰۱	۰/۹۹۸
	خطا	۷۴۹۵/۳۰۴	۲	۳۷۴۷/۶۵۲	۲۰۸/۷۵۵	۰/۰۰۱	۰/۹۰۹

F محاسبه شده در سطح کوچکتر از ۰/۰۰۱ معنادار است. در نتیجه بین میانگین کلی بهزیستی روانشناختی در سه گروه مداخله و گواه تفاوت معنادار وجود دارد. در جدول ۵ خلاصه نتایج آزمون بونفرونی به منظور بررسی تفاوت بین دو درمان ارائه شده است.

با توجه به یافته‌های جدول ۷ نشان می‌دهد، در رابطه با عامل درون‌گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در بهزیستی روانشناختی معنادار است ($P < ۰/۰۰۱$)، در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بهزیستی روانشناختی در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد؛ و برای عامل بین‌گروهی مقدار

جدول ۸) مقایسه نمرات پس‌آزمون بین گروه‌ها

متغیر	مراحل/گروه‌ها		تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	Sig
بهزیستی روانشناختی	مراحل	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۱۲/۵۵۶	۰/۹۲۵	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون-پیگیری	-۱۲/۹۳۳	۰/۸۷۵	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۳۷۸	۱/۰۵۷	۱
	گروه	درمان پذیرش و تعهد-درمان وجودی	-۴/۵۳۳	۰/۸۹۳	۰/۰۰۱
		درمان پذیرش و تعهد-کنترل	۱۳/۰۴۴	۰/۸۹۳	۰/۰۰۱
		درمان وجودی-کنترل	۱۷/۵۷۸	۰/۸۹۳	۰/۰۰۱

نمرات پس‌آزمون با پیگیری معنادار است. مقایسه میانگین‌های تعدیل‌شده نشان می‌دهد که بهزیستی روانشناختی در مرحله پیش‌آزمون پایین‌تر از مرحله پس‌آزمون

همانطور که در جدول ۸ مشاهده می‌شود، بین نمرات بهزیستی روانشناختی در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد، همچنین تفاوت بین

می‌سازد تا تجارب درونی ناخوشایند را بدون تلاش برای فرونشانی آن‌ها، بپذیرد. این کار موجب می‌شود که تجارب ناخوشایند کم‌تر تهدید کننده به نظر برسند. یکی دیگر از ویژگی‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد گسلش شناختی و استفاده از فنون ذهن‌آگاهی است که موجب می‌شود درمان‌جو اتحاد خود با افکار و هیجانات را تضعیف نموده و خود را از کنترل قوانین کلامی که موجب ایجاد مشکلاتش شده رها سازد و بتواند از کشمکش، منازعه و تبدیل تصاویر به افکار دست بردارد (۱۴).

نتایج نشان داد درمان وجودی موجب افزایش بهزیستی روانشناختی دانش‌آموزان دختر دارای اختلال اضطراب فراگیر شده است. نتایج به دست آمده با یافته‌های پژوهش رزلی و همکاران (۲۶) و مالبوف-هارتیبیس و همکاران (۲۲) همسو است. انسان‌ها زمانی که با شرایط رنج‌آوری مواجه می‌شوند دچار نوعی غفلت، درماندگی و ناامیدی در زندگی می‌گردند. انسان موجودی است که همواره به دنبال معناست حتی برای رنج‌ها و دردهایش به دنبال دلیلی است. به‌طوری که وقتی به این معنا دست یافت، تحمل و پذیرش موقعیت 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 مواجه است؛ اما آزادی این را دارد که افکارش را نسبت به محدودیت و رنج موجود تغییر دهد و تسلیم شرایط محض نشود. نتایج این تحقیق بیانگر این است که درمانی وجودی با تأکید بر پذیرش رنج به عنوان بخش جدایی‌ناپذیر هر فرد، در جهان کنونی، آزادی انتخاب در شرایطی که انتخاب بین گزینه‌ای مطلوب نیست بلکه انتخاب بین گزینه‌های نامطلوب می‌باشد را مهیا می‌کند. در نتیجه فرد شجاعانه دست به انتخاب می‌زند و مسئولیت انتخاب خویش را می‌پذیرد و امیدواری، صبر، اراده، جرأت‌مندی او در برابر مشکلات افزایش می‌یابد (۲۴). از تأثیرات دیگر درمان وجودی این است که با ایجاد تغییرات عمیق در بینش درمان‌جو نسبت به زندگی و معنا بخشیدن به زندگی باعث می‌شود که وی هدفی برای خود برگزیند، از فرصت‌های خود لذت بیشتری ببرد و از زندگی رضایت بیشتری داشته باشند. همچنین به افراد کمک می‌کند که با اعتقاد به آزادی اراده و مسئولیت خویش در برابر زندگی به دنبال ایجاد شرایط بهتر برای زندگی خود باشند (۳۳). به دنبال فرآیند درمان، فرد به این آگاهی دست می‌یابد که هر چند

و پیگیری است. همچنین بین اثر گروه‌های مداخله‌ای اول و دوم و گروه گواه مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که نمرات بهزیستی روانشناختی در گروه مداخله‌ای اول و گروه مداخله‌ای دوم، بیشتر 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 بهزیستی روانشناختی معنادار است. در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بهزیستی روانشناختی در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد.

بحث

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی وجودی بر بهزیستی روانشناختی دانش‌آموزان دختر دارای اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. نتایج نشان داد که هر دو روش مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان وجودی بر افزایش بهزیستی روانشناختی دانش‌آموزان دختر دارای اختلال اضطراب فراگیر اثربخش بوده‌اند؛ و میزان اثربخشی در طی زمان دارای ماندگاری است. همچنین مقایسه نتایج ۲ گروه مداخله نشان داد که اثربخشی درمان وجودی در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش بهزیستی روانشناختی بیشتر بوده است.

نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش بهزیستی روانشناختی دانش‌آموزان دختر دارای اختلال اضطراب فراگیر شده است. نتایج به دست آمده با یافته‌های پژوهش نتایج پژوهش آرا و همکاران (۱۹)، تنه‌دوست و همکاران (۲۱)، فرناندز-رودریگز و همکاران (۱۵)، استپتون و همکاران (۱۸) همسو است. در تبیین یافته به دست آمده می‌توان گفت، از دید درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افراد بسیاری از احساسات، هیجانات و افکار درونی خود را آزاددهنده می‌دانند؛ بنابراین تلاش می‌کنند آن‌ها را با افکار دیگر جایگزین سازند یا از آن‌ها اجتناب کنند. هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف‌پذیری روانشناختی است. یعنی ایجاد توانایی در انتخاب عملی است که در میان گزینه‌های گوناگون، مناسب‌تر باشند و نه انجام عملی که فقط برای اجتناب یا حواس‌پرتی از افکار، احساسات، خاطرات، محرک‌ها یا امیال آزاددهنده باشد (۱۵). یکی از فرآیندهای درمانی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل و پذیرش در مقابل اجتناب است. مؤلفه تمایل و پذیرش این امکان را برای درمان‌جو فراهم

نمی‌توان شرایط واقعی زندگی را تغییر داد، اما می‌توان روش‌های مقابله با آن را تغییر داد و از ناامیدی و بی‌حاصلی که از مولفه‌های فقدان بهزیستی و سلامت روانی است، به سمت شکوفایی و تعالی فردیت خویشتن از طریق معنا دادن به چگونگی خویشتن، حرکت کرد (۲۳) و در نتیجه به بهزیستی روانشناختی دست یافت.

همچنین نتایج نشان داد تفاوت معنادار بین دو روش مداخله‌ای وجود دارد و روش مداخله درمان وجودی در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش بهزیستی روانشناختی دانش‌آموزان دختر دارای اختلال اضطراب فراگیر اثربخش‌تر بود. پژوهشی مشابهی در این راستا انجام نشده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، 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 دانش‌آموزان با پذیرش مسئولیت، کنترل اوضاع را در دست گرفته و احساس این که همه چیز از بیرون کنترل می‌شود، جای خود را به کنترل درونی دهد. 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 (۲۷). به عبارت دیگر، 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 (۲۶).

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود از جمله این که 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 در دسترس 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.

سپاسگزاری: این مقاله برگرفته از رساله دکتری روانشناسی دانشجوی زهره شریف به راهنمایی دکتر علیرضا مرآتی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از مدیران و مسئولین مدارس که جهت همکاری در فرآیند اجرای پژوهش همکاری نمودند و همچنین از تمامی دانش‌آموزان دختر شرکت‌کننده در پژوهش نهایت تشکر را داشته باشند.

منابع

1. Kajastus K, Haravuori H, Kiviruusu O, Marttunen M, & Ranta K. Associations of generalized anxiety and social anxiety with perceived difficulties in school in the adolescent general population. *Journal of Adolescence*, 2024;96(2):291-304. <https://doi.org/10.1002/jad.12275>
2. LeardMann CA, McMaster HS, Warner S, Esquivel AP, Porter B, Powell TM. & Tu XM, Lee WW, Rull RP, Hoge CW, Boparai SK. Comparison of posttraumatic stress disorder checklist instruments from diagnostic and statistical manual of mental disorders, vs fifth edition in a large cohort of US military service members and veterans. *JAMA network open*, 2021;4(4): e218072. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.8072>
3. Casares MÁ, Díez-Gómez A, Pérez-Albéniz A, Lucas-Molina B, & Fonseca-Pedrero E. Screening for anxiety in adolescents: Validation of the Generalized Anxiety Disorder Assessment-7 in a representative sample of adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 2024;354:331-338. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.03.047>
4. Putri SK, Sarinastiti W, & Murdaningtyas CD. 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>

- Science,2024;32:100731.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100731>
15. Fernández-Rodríguez C, Coto-Lesmes R, Martínez-Loredo V, González-Fernández S, & Cuesta M. 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*,2023;47(1):3-45.
<https://doi.org/10.1177/01454455221083309>
16. Zhang X, Haixia M, Yee LC, Wk HG, & Mak YW. 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*,2023;29: 46-58.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.05.007>
17. Nissling L, Weineland S, Vernmark K, Radvogin E, Engström AK, Schmidt S, & Hursti T. 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*,2023;26(2):681. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2023.681>
18. Stapleton A, Styne G, Cassidy S, & McHugh L. Assessing acceptance and commitment therapy for adolescent mental health: Single-case AB design with high temporal density assessments. *Journal of Contextual Behavioral Science*,2023;29:147-159.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.06.011>
19. Ara BS, Khosropour F, & Zarandi HM. 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*, 2023;4(4):34-44.
<https://doi.org/10.61838/kman.jayps.4.4.5>
20. Dinarvand F, Bakhtiarpour S, & Heydarei A. Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on reduction of anxiety symptoms in patients with Generalized anxiety disorder during the outbreak of Covid-19. *Research in Behavioral Sciences*,2022;19(4):590-600.
<http://rbs.mui.ac.ir/article-1-1186-fa.html>
21. Tanha Doust K, Zahirij Mojdehi A, Zamani M, Zabihi Oskoei F, & Amani O. The Effects of Acceptance and Commitment Group Therapy on Rumination and Emotional Processing in Women with Generalized Anxiety Disorder. *MEJDS*,2021;11:6-6. <http://jdisabilstud.org/article-1-1907-fa.html>
22. Malboeuf-Hurtubise C., Di Tomaso C., Lefrançois D., Mageau G. A., Taylor G., Éthier M. A., & Léger-Goodes T. Existential Therapy for Children: Impact of a Philosophy for Children Intervention on Positive and Negative Indicators of
5. Sheldon E, Simmonds-Buckley M, Bone C, Mascarenhas T, Chan N, Wincott M, Gleeson H SK, 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*,2021;287: 282-292.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.054>
6. Asadzadeh N, Makvandi B, Askari P, Pasha R, & Naderi F. The Effectiveness of Reality Therapy on Social Adjustment, Psychological Well-Being and Self-Criticism of Generalized Anxiety Disorder Referring to Ahvaz Psychological Clinics. *Psychological Achievements*,2019;4(26): 159-178.
<https://doi.org/10.22055/psy.2019.26578.2137>
7. George LS, Maciejewski PK, Epstein AS, Shen M, & Prigerson HG. (2020). Advanced cancer patients' changes in accurate prognostic understanding and their psychological well-being. *Journal of pain and symptom management*, 2020;59(5):983-989.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.12.366>
8. Twenge JM, & Martin GN. Gender differences in associations between digital media use and psychological well-being: Evidence from three large datasets. *Journal of adolescence*,2020;79: 91-102.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.12.018>
9. Martela F, & Ryan RM. Clarifying Eudaimonia and Psychological Functioning to Complement Evaluative and Experiential Well-Being: Why Basic Psychological Needs Should Be Measured in National Accounts of Well-Being. *Perspectives on Psychological Science*,2023; 17456916221141099.
<https://doi.org/10.1177/17456916221141099>
10. Pailler S, & Tsaneva M. The effects of climate variability on psychological well-being in India. *World Development*,2018;106:15-26.
<https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2018.01.002>
11. Iani L, Quinto RM, Lauriola M, Crosta ML, & Pozzi G. Psychological well-being and distress in patients with generalized anxiety disorder: The roles of positive and negative functioning. *PloS One*,2019;14(11): e0225646.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225646>
12. Takebayashi Y, Tanaka K, Sugiura Y, & Sugiura T. (2018). Wellbeing and generalized anxiety in Japanese undergraduates: a prospective cohort study. *Journal of Happiness Studies*,2018;19:917-937.
<https://doi.org/10.1007/s10902-017-9852-3>
13. Jalali M, Mehrinejad A, & Aghae H. (2022). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy with and without Neurofeedback, Neurofeedback on Treatment and Increasing Women's Psychological Wellbeing with Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Psychology & Personality*, 2022;20(1):1-15.
<https://dx.doi.org/10.22070/cpap.2022.14078.1066>
14. Donahue ML, Fruge JE, Andresen FJ, & Twohig MP. (2024). Acceptance and commitment therapy (ACT) among US veterans: A systematic review. *Journal of Contextual Behavioral*

33. Orsillo SM, Roemer L, Block-Lerner J, LeJeune C, & Herbert JD. ACT with anxiety disorders. In A practical guide to acceptance and commitment therapy 2004 (pp. 103-132). Boston, MA: Springer US. https://doi.org/10.1007/978-0-387-23369-7_5
34. May R. (1977). The meaning of anxiety (Rev.Ed.). New York: Norton; 2005.
- Mental Health in Elementary School Children. Int. J. Environ. Res. Public Health, 2021;18(23): 12332. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312332>
23. Heidenreich T, Noyon A, Worrell M, & Menzies R. Existential approaches and cognitive behavior therapy: Challenges and potential. International Journal of Cognitive Therapy, 2021;14:209-234. <https://doi.org/10.1007/s41811-020-00096-1>
24. Hoffman L, Ramey B, & Silveira D. Existential therapy, religion, and mindfulness. In The science of religion, spirituality, and existentialism 2020 Jan 1(pp. 359-369). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-817204-9.00026-3>
25. Arnold-Baker C, Wharne S, Doweck NH, Gibson N, Molle J, & Van Deurzen E. Existential Therapy: Responses to Frequently Asked Questions. Taylor & Francis. 2023Sep1. <https://doi.org/10.4324/9781003355700>
26. Rosli MR, Rafae NM, & Alim A. The Effectiveness of Existential Therapy to Reduce The Level of Depression among Residents in Moral Rehabilitation Schools. Journal Contemporary of Islamic Counselling Perspective, 2022;1(1): 2948. https://jiccp.unishams.edu.my/images/Vol1No1August2022/1-JCICP_VOL_1_ISSUE_1_2022_-RIDHUAN.pdf
27. Daradkah S, & Jaradat AK. 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, 2021;17(3): 421-436. <https://doi.org/10.47015/17.3.7>
28. VanVoorhis CW, & Morgan BL. Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes. Tutorials Quant methods Psychol, 2007;3(2):43-50. <http://doi.org/10.20982/tqmp.03.2.p043>
29. Newman MG, Zuellig AR, Kachin KE, Constantino MJ, Przeworski A, Erickson T, & Cashman-McGrath L. Preliminary reliability and validity of the Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV: A revised self-report diagnostic measure of generalized anxiety disorder. Behavior Therapy, 2002;33(2): 215-233. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(02\)80026-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(02)80026-0)
30. Bitá F, & Mohamadi N. the psychometric properties of the Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV. Psychological Models and Methods, 2018;8(3):87-104. <https://doi.org/20.1001.1.22285516.1396.8.29.5.4>
31. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. Journal of personality and social psychology, 1989;57(6): 1069. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
32. Bayani AA, Mohammad Koochekya A., Bayani, A. Reliability and Validity of Ryff's Psychological Well-being Scales. IJPCP, 2008;14(2):146-151. [Persian] <http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-464-fa.html>