

Research Paper



Comparison of the Effectiveness of Existential Therapy and Cognitive Therapy Based on Mindfulness on Meta-Worry and Distress Tolerance in Adolescents with Social Anxiety Disorder



Anahita Soltani¹, Mahdi Akbarzadeh^{2*}, Zahra Bagherzadeh Gholmakani²

1. PhD Student of General Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.



DOI: [10.22034/jmpr.2024.63410.6397](https://doi.org/10.22034/jmpr.2024.63410.6397)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_18941.html



ARTICLE INFO

Keywords:
Existential Therapy,
Mindfulness,
Meta-Anxiety, Distress
Tolerance, Social
Anxiety Disorder

Received: 2024/09/10
Accepted: 2024/10/07
Available: 2025/01/01

ABSTRACT

This research was conducted with the aim of comparing the effectiveness of existential therapy and cognitive therapy based on mindfulness in coping with distress in adolescents with social anxiety disorder. The research method was semi-experimental including two experimental groups and a control group with a pre-test-post-test design and a three-month follow-up period. The statistical population of this research included all female students of the second year of middle school in Torbat Jam city in the academic year of 2023. The sample of the research was 45 students with social anxiety disorder, who were divided into two experimental groups and one control group (15 people in each group). Existential therapy in 8 sessions and cognitive therapy based on mindfulness was also implemented in 8 sessions for the experimental groups and the control group did not receive any training. The research tools were Paklak's Social Anxiety Questionnaire (1997), Simmons and Gaher's Distress Tolerance Scale (2005) and Wells and Davis' Anxiety Scale (1994). The data were analyzed using repeated measures analysis in SPSS software version 25. The results showed that both interventions had a significant effect on reducing anxiety and increasing distress tolerance of adolescents with social anxiety disorder. The follow-up phase was stable ($P < 0.05$). The results of Tukey's follow-up test showed that cognitive therapy based on mindfulness had a greater effect on reducing anxiety and increasing emotional distress tolerance (0.05). Based on the findings of the research, it can be concluded that counselors and clinical psychologists can use existential therapy and cognitive therapy based on mindfulness as effective therapeutic approaches in the field of reducing anxiety and increasing distress tolerance of adolescents with Use social anxiety disorder.



*** Corresponding Author:** Mahdi Akbarzadeh
E-mail: ir.m.akbarzadeh@gmail.com

مقاله پژوهشی



مقایسه اثربخشی درمان وجودی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر فرانگرانی و تحمل پریشانی نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی

آناهیتا سلطانی^۱، مهدی اکبرزاده^{۲*}، زهرا باقرزاده گل مکانی^۲

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.



DOI: [10.22034/jmpr.2024.63410.6397](https://doi.org/10.22034/jmpr.2024.63410.6397)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_18941.html



مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

درمان وجودی، ذهن آگاهی، فرانگرانی، تحمل پریشانی، اختلال اضطراب اجتماعی

این پژوهش باهدف مقایسه اثربخشی درمان وجودی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر فرانگرانی تحمل پریشانی نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد. روش پژوهش، نیمه تجربی شامل دوگروه آزمایشی و یک گروه کنترل با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسط شهرستان تربت جام در سال تحصیلی ۱۴۰۲ بود. نمونه پژوهش تعداد ۴۵ دانش‌آموز مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود که بر اساس نمونه‌گیری هدفمند و به روش تصادفی (قرعه کشی) در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر جایگزین شد. درمان وجودی در ۸ جلسه و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نیز در ۸ جلسه برای گروه‌های آزمایش اجرا شد و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. ابزار پژوهش پرسشنامه اضطراب اجتماعی نوجوانان پاکلک (۱۹۹۷)، مقیاس تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) و مقیاس فرانگرانی ولز و دیویس (۱۹۹۴) بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ تحلیل شدند. نتایج نشان داد که هر دو مداخله تأثیر معناداری بر کاهش فرانگرانی و افزایش تحمل پریشانی نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی داشته و این تأثیر در مرحله پیگیری ماندگار بوده است ($P < 0.05$). نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش فرانگرانی و افزایش تحمل پریشانی هیجانی، تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی تأثیر بیشتری داشته است ($P < 0.05$). بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان چنین نتیجه گرفت که مشاوران و روانشناسان بالینی می‌توانند از درمان وجودی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان رویکردهای درمانی مؤثر در زمینه کاهش فرانگرانی و افزایش تحمل پریشانی نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی استفاده کنند.

دریافت شده: ۱۴۰۳/۰۶/۲۰

پذیرفته شده: ۱۴۰۳/۰۷/۱۶

منتشر شده: ۱۴۰۳/۱۰/۱۲

* نویسنده مسئول: مهدی اکبرزاده

رایانامه: ir.m.akbarzadeh@gmail.com

مقدمه

با شروع دوران بلوغ، تغییرات روانی و جسمی برای دختران ایجاد می‌شود و مجموعه‌ای از تغییرات رفتاری، خلقی، جسمانی در آنان شکل می‌گیرد (راسک^۱ و همکاران، ۲۰۲۴؛ زوهری^۲، ۲۰۲۳؛ حسینی کلائی، و اسدی، ۱۳۹۹) و یکی از مشکلاتی که برخی از نوجوانان درگیر آن می‌شوند، اختلال اضطراب اجتماعی^۳ است. این اختلال به عنوان ترس یا اضطراب شدید، شایع و آزاردهنده در موقعیت‌های اجتماعی است (دیاز-کاستلا^۴ و همکاران، ۲۰۲۳؛ ونتی و همکاران^۵، ۲۰۲۲). طبق مدل رفتار شناختی اجتماعی اضطراب اجتماعی^۶، ترس فرد از ارزیابی منفی ممکن است عامل اصلی منتهی به اضطراب اجتماعی باشد (رن و لی^۷، ۲۰۲۰). تحقیقات شیوع شناسی حاکی از آن است که اختلال اضطراب اجتماعی با میانگین سن شروع در اوایل نوجوانی یعنی حدوداً در ۱۳ سالگی زودتر از سایر اختلالات اضطرابی شروع می‌شود (هالدورسن^۸ و همکاران، ۲۰۲۳؛ گارسیا و همکاران^۹، ۲۰۲۱؛ کارتلون^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین با نرخ شیوع مادام‌العمر حدوداً ۱۲ درصد، اختلال اضطراب اجتماعی به عنوان سومین بیماری شایع سلامت روان پس از افسردگی و سوء مصرف مواد به شمار می‌رود (کارا^{۱۱}، ۲۰۲۲). برای افرادی که به اختلال اضطراب اجتماعی مبتلا هستند، مشکلاتی در تمام زمینه‌های زندگی از جمله روابط بین فردی، مشاغل، حضور در مدرسه و عملکرد تحصیلی بروز پیدا می‌کند (اولسن^{۱۲}، ۲۰۲۱) که با کیفیت پایین زندگی، عملکرد ضعیف تحصیلی یا شغلی همراه است و همبودی بالایی با سایر اختلالات بالینی مانند سوء مصرف مواد و اختلالات روانپزشکی از جمله افسردگی، نگرانی اضطراب و پریشانی روان‌شناختی، دارد (دیاز-کاستلا^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۳؛ ونتی و همکاران، ۲۰۲۲؛ پیرسی^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۰). تحمل پریشانی با اضطراب اجتماعی بالا، مفهوم سازی شده است و به عنوان یک صفت هیجانی در نظر گرفته می‌شود (کاتز^{۱۵} و همکاران، ۲۰۱۷).

تحمل پریشانی با اضطراب اجتماعی بالا، مفهوم سازی شده است و به عنوان یک صفت هیجانی در نظر گرفته می‌شود (کاتز^{۱۶} و همکاران، ۲۰۱۷). تحمل پریشانی^{۱۷} به عنوان ظرفیت تجربه و تحمل کردن حالات روان شناختی منفی تعریف می‌شود (گری^{۱۸} و همکاران، ۲۰۲۴) و ممکن است، نتیجه فرآیندهای فیزیکی و شناختی باشد، با وجود این، به صورت حالت هیجانی تجربه می‌گردد (موریس^{۱۹} و همکاران، ۲۰۲۴). تحمل پریشانی ماهیتی چندبعدی داشته و شامل ابعاد متعددی از جمله (۱) توانایی تحمل

(۲) ارزیابی و ظرفیت پذیرش حالت عاطفی (۳) شیوه تنظیم هیجان به وسیله فرد (۴) مقدار جذب توجه به وسیله هیجان‌های منفی و مقدار سهم آن در بوجود آمدن اختلال در عملکرد، می‌شود (دوورلی^{۲۰} و همکاران، ۲۰۱۹). افرادی که تحمل آشفتگی پایین دارند، توانایی رسیدگی به پریشانی‌شان را ندارند. این افراد وجود هیجان را انکار می‌کنند و از آن احساس شرم و آشفتگی می‌کنند، چون در خود توانایی مقابله با هیجانات را نمی‌بینند، بلکه برای جلوگیری از بروز هیجانات منفی و خاموشی سریع هیجانات منفی در حال تجربه تلاش زیادی می‌کنند (جابین و دیلدر^{۲۱}، ۲۰۲۳؛ لافونتانی^{۲۲} و همکاران، ۲۰۲۳).

نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که تحمل پریشانی بر ارزیابی و پیامدهای ناشی از تجربه هیجان‌های منفی تاثیرگذار است. افرادی که در مقایسه با دیگران تحمل پریشانی کمتری دارند، توانایی‌های مقابله‌ای ضعیف‌تری در برابر پریشانی از خود نشان داده و در نتیجه تلاش می‌کنند تا با بکارگیری راهبردهایی که هدف آنها کاهش حالت‌های هیجانی منفی است، از این گونه هیجان‌ها اجتناب کنند (لاکمن^{۲۳}، ۲۰۱۶).

فرانگرانی^{۲۴} یکی دیگر از مولفه‌های روان شناختی مورد بررسی در این پژوهش است. افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی اغلب بیان می‌کنند در بیشتر مواقع زندگی‌شان نگران بوده‌اند. نگرانی شامل فاجعه‌سازی است و کنترل ذهنی آن دشوار است، فرآیند نگرانی، نوعی مکانیسم مقابله در نظر گرفته می‌شود، ولی خود همین فرآیند می‌تواند کانون نگرانی شود (بور کوویک و رومر^{۲۵}، ۱۹۹۵). هر گاه نگرانی بهنجار به نگرانی آسیب شناختی تبدیل شود، فرا نگرانی پدید می‌آید. به عبارتی نگرانی درباره نگرانی را فرا نگرانی می‌گویند (یو^{۲۶} و همکاران، ۲۰۲۳). در تبیین مکانیسم عمل فرانگرانی باید گفت که فرانگرانی نه تنها به عنوان یک علامت ناشی از اضطراب، بلکه به عنوان یک سبک انگیزشی و فعال برای ارزیابی و مقابله با ناکامی، اهمیت ویژه‌ای دارد و منجر به تشدید اضطراب می‌شود (اسپجروم^{۲۷} و همکاران، ۲۰۱۵). به عبارت دیگر، افراد مبتلا به اختلال اضطرابی به صورت مغرط از نگرانی، به عنوان وسیله‌ای برای بررسی جزئیات مشکل، با هدف کاهش احساس بی اطمینانی و سطح اضطرابشان استفاده می‌کنند (ابسجرم^{۲۸} و همکاران، ۲۰۱۵). چنین تمرکزی روی جزئیات مسئله، استفاده واقعی از مهارت‌های حل مسئله را به منظور حل مشکل دشوار می‌کند و عدم تحمل ابهام، رها کردن نگرانی را در مورد مشکلی که روی آن کنترلی ندارند، ناممکن می‌سازد. پس از آن، این نگرانی به صورت تجربه ای ناخواسته درمی‌آید که فرد سعی می‌کند تا از آن

15. Katz
16. Katz
17. distress tolerance
18. Garey
19. Morris
20. Doorley
21. Jabeen & Dildar
22. Lafontaine
23. Lachman
24. meta-worry
25. Borkovec & Roemer
26. Yu
27. Esbjørn
28. Esbjørn

1. Rask
2. Zuhri
3. social anxiety disorder (SAD)
4. Diaz-Castela
5. Vente
6. social cognitive behavior model of social anxiety
7. Ren, Li
8. Halldorsson
9. Garcia
10. Carlton
11. Kara
12. Olson
13. Diaz-Castela
14. Pearcey

اجتناب کند و این وضعیت به صورت متناقض ادامه می‌یابد (ولز^۱، ۲۰۰۵). در بررسی عوامل عوامل شناختی در بروز اضطراب اجتماعی، تمرکز بر خود و فرانگرانی مهمترین پیش‌بینی‌کننده‌های بروز نشانگان اضطراب اجتماعی است (خاجا^۲، ۲۰۱۱).

جهت کاهش اضطراب و تحمل پریشانی مداخلات درمانی متفاوتی ارائه شده است که درمان وجودی^۳ و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۴ یکی از آنها است. درمان وجودی یکی از رویکردهای مؤثر در زمینه ارتقای بهداشت روانی و بارور ساختن زندگی بیماران مبتلا به اختلالات روان پزشکی است (لاکو و ویکسل-دیکسون^۵، ۲۰۱۵). این شیوه درمان به طور عمده به دنبال چالش منطقی و عقلانی ماهیت وجودی انسان، اضطراب، ناامیدی، تنهایی و انزوا است تا سطح آگاهی افراد را از زندگی و مسائل مرتبط افزایش دهد (وندروزن و لاکو^۶، ۲۰۱۳). درمان وجودی روشی پویا است که به جای تأکید بر بهبود بیماری، بر درک چهار نگرانی اساسی یعنی مرگ، آزادی، تنهایی و بی‌معنایی تأکید می‌کند (کلیایزی^۷، ۲۰۱۵). این رویکرد درمانی بیش از سایر دیدگاه‌ها به بررسی آگاهی انسان از خود و توانایی فرد در نگرستن به ماورای مشکلات خویش و مسائل وجودی می‌پردازد (وس^۸، ۲۰۱۹). امتیاز روان‌درمانی وجودی نسبت به سایر رویکردها، در 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 (آدامز^۹، ۲۰۱۹). اثر بخشی درمان وجودی بر سرمایه عاطفی، تنظیم شناختی هیجان و بهزیستی ذهنی دانشجویان دختر مبتلا به اضطراب اجتماعی (حاتمی‌آراد و طباطبایی‌نژاد، ۱۴۰۲)، کاهش احساس تنهایی و اضطراب مرگ سالمندان (اسدی و همکاران، ۱۴۰۲)، نگرانی پاتولوژیک و اضطراب مرگ (آقای و همکاران، ۱۴۰۲)، کاهش اضطراب مرگ و افزایش معنای زندگی بر بیماران بهبود یافته از کووید-۱۹ (علی‌زاده و همکاران، ۱۴۰۰)، افزایش تحمل پریشانی و کاهش اضطراب وجودی، فرانگرانی و نگرانی سلامتی در زنان سالمند مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی (شیرالی و دشت‌بزرگی، ۱۳۹۷)، تأیید شده است. وس و همکاران^{۱۰} (۲۰۱۵) در یک فراتحلیل با بررسی ۱۵ پژوهش، اثر بخشی وجود درمانی را بر بهزیستی و خودکارآمدی را تأیید کردند. همچنین وس (۲۰۲۳) در یک مرور نظام‌مند نشان داد که اثر بخشی وجود درمانی را بر بهزیستی روان‌شناختی مؤثر است.

مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی یکی دیگر از درمان‌های مورد استفاده در این پژوهش است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، آمیزه‌ای مبتکرانه بود که توسط سگال، ویلیامز و تیز دل^{۱۱} در سال ۱۹۹۷ مطرح شد. ذهن آگاهی شکلی از مراقبه است که ریشه در تعالیم و آئین مذهبی شرقی

خصوصاً بودا دارد (سالمون و لو^{۱۲}، ۲۰۲۳). به زبان ساده به معنای آگاه بودن از افکار، رفتار، هیجانات و احساسات است و شکل خاصی از توجه محسوب می‌شود. درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی و پذیرش به عنوان درمان‌های موج سوم شناختی-رفتاری شناخته می‌شود. این درمان، حضور ذهن را به عنوان هدف درمان با تمرین‌هایی مانند توقف تفکر هشیار و مشاهده غیر قضاوتی افکار خود فرد ادغام می‌کند. حضور ذهن تحت عنوان "توجه به طور ویژه، به هدف، در حال حاضر و بدون قضاوت" تعریف می‌شود. ذهن آگاهی از طریق توجه هدفمند و غیر قضاوتی و به شیوه‌ای خاص به لحظه و شرایط کنونی پدید می‌آید این تعریف سه مولفه ذهن آگاهی را در بر دارد. در تلاش برای بیان مولفه‌های ذهن آگاهی به سازه‌های ساده و قابل درک، مولفه‌های اساسی ذهن آگاهی شامل هدفمندی یا قصد، توجه و نگرش استخراج شده است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افسردگی، اضطراب، نگرش ناکارآمد و افکار خود آیند مؤثر بوده است (سگال و همکاران، ۲۰۱۲؛ کران^{۱۳}، ۲۰۱۷؛ موسوی و همکاران، ۱۳۹۹).

اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار فکری و اضطراب مرگ زنان مبتلا به سرطان سینه (مرادی، ۱۴۰۲)، تحمل پریشانی زنان دارای نشانه‌های وسواس فکری عملی (زارعی و همکاران، ۱۴۰۲)، حساسیت اضطرابی، نقص در پردازش هیجانی و تحمل پریشانی پرستاران با علائم اختلال اضطراب فراگیر (نیک بقا و همکاران، ۱۴۰۲)، اضطراب و تاب‌آوری در دانش‌آموزان پسر با اعتیاد به تلفن همراه (گودرزی و همکاران، ۱۴۰۲)، اضطراب و کیفیت زندگی زنان با اختلال مصرف مواد (شکیبایی و قیومی، ۱۴۰۱)، فرانگرانی و تحریف شناختی بین فردی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان (دریادل و همکاران، ۱۴۰۱)، اضطراب و افسردگی زنان مطلقه (صدیقی و همکاران، ۱۴۰۰)، خودکارآمدی درد و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز (فرهزاد بروجنی و همکاران، ۱۴۰۰)، تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در آتش‌نشانان (سلطانی‌زاده و همکاران، ۱۴۰۰)، تحمل پریشانی، خودپنداره بدنی و هشیاری در زنان متقاضی جراحی زیبایی (روستایی و همکاران، ۱۴۰۰)، تحمل پریشانی و انعطاف‌پذیری شناختی بیماران مبتلا به دیابت (دکائی و همکاران، ۱۴۰۰)، علائم اضطراب، افسردگی و استرس بیماران کلیوی (خوش‌خطی و همکاران، ۱۳۹۸)، امیدواری، نگرش‌های ناکارآمد و فرانگرانی در زنان نابارور (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۸)، تأیید شده است. هافمن و گومز^{۱۴} (۲۰۱۷) در پژوهشی نشان دادند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی و اضطراب مؤثر است. اوپریان^{۱۵} و همکاران (۲۰۲۳) و جائینگ^{۱۶} و همکاران (۲۰۲۲) نیز در پژوهشی نشان دادند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب مؤثر است.

1. Wells
2. Khawaja
3. existential therapy
4. mindfulness – based cognitive therapy
5. Lacovou, S., & Weixel-Dixon
6. Van Deurzen, & Iacovou
7. Colaizzi
8. Vos

9. Adams
10. Vos
11. Segal & Williams & Teasdale
12. Salmon & Loo
13. Crane
14. Hofmann & Gómez
15. y'Byyyn
16. Jiang

ابزار پژوهش

پرسشنامه اضطراب اجتماعی نوجوانان (SASA): این مقیاس توسط پاکلک (۱۹۹۷) ساخته شده و ۲۸ گویه دارد و نگرانی، ترس‌ها و رفتار اجتماعی نوجوانان را در موقعیت‌های اجتماعی مختلف اندازه‌گیری می‌کند. گویه‌ها به صورت لیکرت پنج درجه‌ای (از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵)، درجه بندی شده است. بنابراین کمینه نمره ۲۸ و بیشینه نمره ۱۴۰ است. نتایج مطالعات پاکلک (۱۹۹۷) روایی همزمان، همگرا و افتراقی پرسشنامه اضطراب اجتماعی را تأیید کرده است. در پژوهش خدایی و همکاران (۱۳۹۰) نتایج تحلیل عاملی تأییدی، با هدف بررسی روایی عاملی پرسشنامه اضطراب اجتماعی نشان داد که ساختار دو عاملی برازش خوبی با داده‌ها دارد، ضرایب آلفا برای زیرمقیاس‌های درک و ترس از ارزیابی منفی و تنش و بازداری در برخورد اجتماعی و نمره کلی اضطراب برابر با ۰/۸۴، ۰/۶۸ و ۰/۸۳ بدست آمد و همبستگی بین آن‌ها به ترتیب برابر با ۰/۴۴ و ۰/۸۷ و ۰/۸۳ بدست آمد و پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه گردید.

مقیاس فرانگرانی (MWS): این مقیاس برگرفته از مقیاس افکار اضطرابی است که توسط ولز و دیویس^۴ (۱۹۹۴) با ۷ گویه طراحی شد. گویه‌ها به صورت لیکرت چهار درجه‌ای (از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۴)، درجه بندی شده است. بنابراین کمینه نمره ۷ و بیشینه نمره ۲۸ است. در پژوهش ولز و دیویس (۱۹۹۴) روایی واگرا و همگرایی آن به ترتیب با خرده مقیاس برون گرایی و روان رنجوری پرسشنامه تجدید نظر شده صفات شخصیت^۵ کاستا و مک کری^۶ (۱۹۸۵) ۰/۴۵- و ۰/۶۲ محاسبه گردید و پایایی این مقیاس به روش بازآزمایی ۰/۸۰ محاسبه شد. نوردال^۷ و همکاران (۲۰۲۴)، همسانی درونی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ محاسبه گردید. در ایران توسط فتی و همکاران (۱۳۸۹) روایی همگرایی آن را با پرسشنامه اضطراب بک و همکاران^۸ (۱۹۹۸)، ۰/۳۳ و با نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک^۹ و همکاران (۱۹۹۶)، ۰/۳۸ گزارش کردند. پایایی آن را نیز به روش آزمون - باز آزمون ۰/۹۲ و به روش دو نیمه سازی ۰/۸۹ به دست آوردند. در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شد.

مقیاس تحمل پریشانی^{۱۰} (DTS): این مقیاس به وسیله سیمونز و گاهر^{۱۱} (۲۰۰۵) ساخته شده یک ابزار خود گزارشی ۱۵ گویه‌ای است که در آن از افراد خواسته می‌شود میزان موافقت یا مخالفت خود با جملات را در مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای از کاملاً موافق هستم (۱) تا کاملاً مخالف هستم (۵) درجه‌بندی کنند. نمره بالاتر تحمل بالای پریشانی را نشان می‌دهد. چهار شکل تحمل پریشانی به وسیله این مقیاس ارزیابی می‌شود. تحمل پریشانی هیجانی (سؤالات ۱، ۳ و ۵)، ۲. برآورد ذهنی پریشانی (سؤالات ۶، ۷، ۸، ۱۰،

با توجه به گسترده بودن مشکلات روانی-رفتاری در بین نوجوانان از یک سو و پیامدهای تحصیلی، اجتماعی، روانی و بهداشتی این اختلالات از سوی دیگر ایجاب می‌کند، مداخله‌ی مناسب صورت گرفته و از بروز صدمات جبران‌ناپذیر بر نوجوانان جلوگیری به عمل آید. مرور پژوهش‌ها نشان می‌دهد پژوهش منتشر شده‌ای که به مقایسه درمان وجودی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر فرانگرانی و تحمل پریشانی نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی پرداخته باشد، یافت نشد و پژوهش‌ها اغلب تاثیر درمان وجودی را به طور مستقل و بیشتر بر جمعیت غیرنوجوان و مبتلا به مشکلات پزشکی، بررسی کرده‌اند، بنابر این انجام پژوهش حاضر ضرورت دارد. نکته بعد اینکه از آنجایی که پارادایم فلسفی دو درمان استفاده شده در این پژوهش متفاوت است، تصمیم گرفته شد اثر بخشی آن دو مقایسه شود. با توجه به تمهیدات یادشده، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا بین درمان وجودی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر فرانگرانی و تحمل پریشانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تفاوت وجود دارد؟

روش

پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش از نوع نیمه تجربی و طرح پیش آزمون - پس آزمون، و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهرستان تربت جام در سال تحصیلی (۱۴۰۳-۱۴۰۲) بود. نمونه پژوهش تعداد ۴۵ دانش آموز بود که با روش نمونه گیری هدفمند و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. حجم نمونه با مراجعه به جدول کوهن (۱۹۸۸) برای تعیین حجم نمونه در مطالعات آزمایشی در سطح اطمینان ۰/۹۵، حجم اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۸۱ برای هر گروه ۱۵ نفر تعیین شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱- داشتن رضایت آگاهانه و رضایت والدین برای مشارکت فرزندشان در پژوهش، ۲- تشخیص ابتلا اختلال اضطراب اجتماعی (کسب نمره بالاتر از میانگین (نمره بالاتر از ۹۳)، در پرسشنامه اضطراب اجتماعی پاکلک^۱ و همکاران (۱۹۹۷)، ۳- زندگی با والدین در زمان انجام پژوهش، ۴- قرار داشتن در دامنه سنی ۱۸-۱۴ سال، ۵- دریافت نکردن همزمان هیچ‌گونه آموزش یا درمان روان‌شناختی در طول انجام پژوهش. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: ۱- دریافت داروهای روانپزشکی و مداخلات روانشناختی به صورت همزمان با پژوهش حاضر، ۲- همکاری نکردن در تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش، ۳- غیبت بیش از سه جلسه در جلسات درمانی، ۴- انجام ندادن تکالیف محوله.

7. Nordahl
8. The Beck Anxiety Inventory (BAI)
9. Beck Depression Inventory II
10. distress tolerance scale (DTS)
11. Simmons & Gaher

1. Puklek
2. Social Anxiety Scale Adolescent (SASA)
3. meta-worry scale
4. Wells & Davies
5. NEO Personality Inventory-Revised
6. Costa & McCrae

از پرسشنامه اضطراب اجتماعی پاکلیک (۱۹۹۷) غربال شده و دانش آموزانی که نمره ۹۳ و بالاتر کسب کردند (نمره ۹۳ و بالاتر در این مقیاس میزان اضطراب اجتماعی افراد در حد بالایی را نشان می‌دهد)، و سایر ملاک‌های ورود را داشتند، به عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس پژوهشگر به صورت تصادفی ۱۵ نفر را در در گروه درمان وجودی، ۱۵ نفر در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و ۱۵ نفر را در گروه کنترل جایگزین کرد. سپس از اعضای سه گروه پیش آزمون به عمل آمد. اعضای یک گروه درمان وجودی مبتنی بر طرح درمانی فرانکل و می (۱۹۹۸) را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه) و اعضای گروه دوم، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اساس طرح درمانی تیزدل، سگال و ویلیامز (۲۰۰۲) را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه) را دریافت کردند و در این مدت گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. سرانجام از هر سه گروه پس آزمون و سه ماه بعد از پس آزمون از هر سه گروه پیگیری به عمل آمد. جلسات درمان در مرکز مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی در شهر تربت جام توسط پژوهشگر که دوره درمان وجودی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را گذرانده بود، اجرا شد. اجرای پژوهش از بهمن ۱۴۰۲ تا خرداد ۱۴۰۳ به طول انجامید. معیارهای اخلاقی شامل رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، اخذ رضایت کتبی از شرکت‌کنندگان به منظور توزیع پرسشنامه و اجرای آموزش‌های مربوطه، محرمانه بودن اطلاعات کسب‌شده، رعایت صداقت و امانت داری علمی، رعایت حق بی‌نام بودن مقیاس‌ها و ناشناس ماندن شرکت‌کنندگان و محرمانه نگه داشتن اطلاعات آن‌ها مورد توجه قرار گرفته است. برای بررسی داده‌های پژوهش از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر) استفاده گردید. داده‌ها با استفاده از نرم افزار نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ مورد بررسی قرار گرفت.

۱۱ و ۱۲، ۳. جذب شدن به وسیله هیجانات منفی (سؤالات ۲، ۴ و ۱۵) و ۴. تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی (سؤالات ۸، ۱۳ و ۱۴). تحمل پریشانی با سنج‌های پریشانی عاطفی ($I = -0.59$) و بد تنظیمی ($I = -0.51$) رابطه منفی و با سنج‌های هیجان پذیری مثبت رابطه مثبت ($I = 0.26$) نشان داده است. ضرایب آلفا برای این خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و ۰/۸۲ برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمده است. همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت شش ماه، ۰/۶۱ بود. همچنین، مشخص شده که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است. بررسی پایایی و روایی مقیاس در ایران توسط کردزنگنه (۱۳۹۴) بر روی ۴۸ نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد (۳۱ زن و ۱۷ مرد)، محاسبه شده است. نتایج این مطالعه، پایایی همسانی درونی بالایی را برای کل ($Q = 0.71$) و پایایی متوسطی را برای خرده مقیاس‌ها: (۰/۵۴) برای خرده مقیاس تحمل پریشانی هیجانی، (۰/۴۲) جذب شدن به وسیله هیجانات منفی (۰/۵۶) برای خرده مقیاس برآورد ذهنی پریشانی و (۰/۵۸) برای خرده مقیاس تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی نشان داد (کردزنگنه، ۱۳۹۴). همسانی درونی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۱ محاسبه شد.

روش اجرا

پژوهشگر بعد از دریافت کد اخلاق به شناسه IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1402.031 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد واحد نیشابور، گواهی مبنی بر انجام پژوهش در مدارس دوره متوسطه دوم شهرستان تربت جام را از اداره آموزش و پرورش آن شهرستان دریافت نمود و با مراجعه به یکی از مدارس دوره متوسطه دوم در منطقه مرکزی تربت جام و توضیح اهداف تحقیق برای مدیر آن مدرسه و همچنین کسب رضایت والدین دانش آموزان، ابتدا (۴۱۲) نفر از دانش آموزان با استفاده

جدول ۱: پروتکل درمان وجودی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (بر اساس طرح درمانی تیزدل، سگال و ویلیامز (۲۰۰۲))

پروتکل درمان وجودی مورد استفاده در پژوهش حاضر			
جلسه	شرح جلسه	هدف	فنون
اول	معارفه جهت برقراری ارتباط اولیه/آشنایی مقدماتی اعضا با یکدیگر	معارفه و آشنایی با گروه و معرفی کلی/فرایند گروه درمانی شناختی وجود گرا	-----
دوم	آشنا کردن اعضا با اهداف و فرایند گروه درمانی وجود گرا	آشنایی اعضا با روانشناسی وجودگرا/اشاره موضوعی به رویکرد فلسفی درمان وجودی	استفاده از فن من چه کسی هستم؟
سوم	تشریح مفهوم خودآگاهی/توجه دادن اعضا به نقاط ضعف و قوت شان	افزایش خودآگاهی	به چالش کشیدن پاسخ اعضا به سوال من چه کسی هستم؟
چهارم	آشنا کردن اعضا با مفهوم اضطراب وجودی	آموزش مواجهه با چهار دلوپسی مهم در روانشناسی وجودی: داشتن نگاه فلسفی در تمام سطوح زندگی؛ آنکه چرایی دارد با هر چگونگی کنار می آید.	ارائه پرسشنامه اضطراب وجودی (لارنس گود) در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون
پنجم	آشنایی با اضطراب مرگ و پذیرش آن بجای انکار و تحریف	پرداختن به مرگ و آگاهی از متناهی بودن آن، پذیرش مرگ و تغییر موضع نگاه	فن مواجهه تجسمی اعضا با مرگ

ششم	آشنایی با مفهوم اضطراب تنهایی به عنوان یک مضمون وجودی	بحث درباره تنهایی	بررسی پاسخ اعضا به ۳ سوال آیا من انسان تنهایی هستم؟ آیا تنهایی رنج آوراست؟ با این نوع تنهایی چه باید کرد؟
هفتم	بررسی راهکارهای معنا بخشیدن به زندگی و کنار آمدن با پوچی	پرداختن به معنای زندگی و یافتن معنا در رنج	بررسی پاسخ اعضا به دو سوال؛ آیا زندگی دارای هدف و معنا است؟
هشتم	تشریح هدف مندی و مسئولیت و آزادی در زندگی به چالش کشیدن باورهای غلط نظیر طالع نحس، تقدیر منفی، تاوان گناه	بحث درباره آزادی: اگرچه در تولد خود آزاد نبوده ایم اما در قبال اعمال خود مسئولیم ما آفریننده زندگی خویش هستیم. تصحیح باورهای غلط	بررسی تجارب اعضا در موقعیتهای چالش برانگیز و دیدگاهشان نسبت به باورهای غلط

پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (مبتنی بر طرح درمانی فرانکل و می (۱۹۹۸))

جلسه	هدف	محتوا
اول	۱- ایجاد ارتباط بیشتر اعضا با یکدیگر و نحوه بازخورد دادن، ۲- ایجاد انگیزه و تشویق و تاکید بر حضور مفید و موثر در جلسات آینده و تاثیرش بر روابط، ۳- آمادگی برای شروع جلسات آموزش ذهن آگاهی، ۴- آشنایی با قواعد و قوانین شرکت در جلسات آموزش ذهن آگاهی، ۵- خودکار اعضای گروه به سمت ذهن آگاه	تمرین خوردن کشمش ذهن آگاه، تکلیف خانگی (انجام واری بدن هر روز تا رسیدن به جلسه بعد)، واری بدن (یک مراقبه هدایت شده ۴۵ دقیقه ای است که در آن شرکت کنندگان با کمک تنفس، توجه خودشان را به حس های موجود در قسمت های مختلف بدن معطوف می کنند)، تکلیف خانگی (انجام ذهن آگاه یک فعالیت عادی روزمره)
دوم	۱- تمرکز بر افکار و احساسات و ارتباط بین وقایع و احساسات، ۲- تمرکز بر وقایع خوشایند، ۳- مقابله با موانع	بازنگری تکالیف خانگی جلسه قبل، تمرین افکار و احساسات، تکلیف خانگی (ثبت وقایع خوشایند)
سوم	۱- تمرکز بر افکار و احساسات و ارتباط بین وقایع و احساسات، ۲- تمرکز بر وقایع خوشایند، ۳- حضور ذهن با تکنیک تنفس	بازنگری تکالیف خانگی جلسه قبل، مراقبه نشسته ۳۰ تا ۴۰ دقیقه ای، تکلیف خانگی (راه رفتن ذهن آگاه)، تکلیف خانگی فضای تنفس ۳ دقیقه ای و یادگیری این تکلیف، تکلیف خانگی ثبت وقایع ناخوشایند
چهارم	۱- استفاده از تمرین های یاد گرفته شده در شرایط ناخوشایند و استرس زا، ۲- ماندن در زمان حال	بازنگری تکالیف خانگی جلسه قبل، مراقبه دیدن/مراقبه شنیدن، تکلیف خانگی (مراقبه نشسته)، تمرین مراقبه نشسته،
پنجم	۱- پذیرش تجارب فردی، ۲- آگاهی از افکار، احساسات و تجارب خوشایند و ناخوشایند لحظه حال	مراقبه نشسته، تکلیف خانگی (مراقبه نشسته هدایت شده)
ششم	۱- آگاهی از اینکه افکار حقایق نیستند، ۲- رها شدن از وابستگی به افکار، ۳- رها شدن از موضع گرفتن و برنامه های ذهنی از پیش تعیین شده	مراقبه نشسته تجسم، تکلیف خانگی (مراقبه های هدایت شده کوتاه تر حداقل ۴۰ دقیقه)، تمرین سناریوهای مبهم،
هفتم	۱- افزایش سطح انرژی و خلق افراد، ۲- مراقبت از خود، ۳- رهایی از استرس و تنیدگی های روزمره	مراقبه نشسته، تکلیف خانگی (تمرین خود-جهت دهی، اشاره به ارتباط بین خلق و فعالیت، تکلیف خانگی (تنفس سه دقیقه ای ۳ بار در هر روز و نیز مواقعی که متوجه استرس و هیجانات دشوار می شود).
هشتم	۱- استفاده از آموخته ها، ۲- کاهش استرس و تنیدگی شغلی پس از جلسات تشکیل شده و در دنیای واقعی ۳- ختم جلسات و نتیجه گیری، اجرای پس آزمون	واری بدن، تکلیف خانگی، انعکاس، پسخوراند، پایان جلسات و گرفتن پس آزمون، بررسی تغییرات، ارائه خلاصه درمان و دریافت بازخورد، اتمام جلسات

یافته‌ها

در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای فرآینگری و تحمل پریشانی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین، انحراف استاندارد در متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	انحراف استاندارد
فرانگرانی	آزمایش (۱)	۲۳/۳۳	۱/۳۹	۱۳/۴۶۷	۱/۸۸۵	۱/۸۲۱
	آزمایش (۲)	۲۴	۱/۹۲۷	۹/۲	۱/۱۴۶	۱/۱۷۵
	کنترل	۲۴/۲	۱/۴۷	۲۴/۲۶۷	۱/۳۳۵	۱/۰۶۹
تحمل پریشانی هیجانی	آزمایش (۱)	۵/۵۳۳	۰/۹۱۵	۱۱/۱۳۳	۰/۹۹	۱۱/۵۳۳
	آزمایش (۲)	۵	۱/۲۵۴	۱۳	۱/۱۹۵	۱/۱۳۴
	کنترل	۴/۸	۱/۱۴۶	۵/۲	۱/۴۲۴	۰/۹۶۱
جذب شدن به وسیله هیجانات منفی	آزمایش (۱)	۵	۱/۰۶۹	۹/۶۶۷	۱/۰۴۷	۱/۴۴۷
	آزمایش (۲)	۵/۳۳۳	۱/۴۴۷	۹/۸	۱/۵۲۱	۱/۱۴۶
	کنترل	۸/۶	۲/۱۹۷	۹/۵۳۳	۱/۸۰۷	۰/۷۹۹
برآورد ذهنی پریشانی	آزمایش (۱)	۱۲/۴	۱/۶۸۲	۲۱/۸	۱/۸۲۱	۱/۵۶۸
	آزمایش (۲)	۱۲/۲	۰/۹۴۱	۲۳/۱۳۳	۱/۵۹۸	۱/۶۹۹
	کنترل	۱۲/۲۶۷	۱/۸۷	۱۱/۹۳۳	۱/۱۶۳	۱/۵۶۸
تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی	آزمایش (۱)	۵/۸	۱/۵۶۸	۱۰/۲۶۷	۱/۵۳۴	۱/۱
	آزمایش (۲)	۶	۱/۶۰۴	۱۲/۱۳۳	۱/۴۵۷	۱/۳۸۷
	کنترل	۶/۹۳۳	۱/۱۶۳	۵/۸۶۷	۱/۱۲۵	۱/۱۷۵
نمره کل تحمل پریشانی	آزمایش (۱)	۳۴/۴	۱/۶۲۴	۵۲/۸۶۷	۳/۳۵۷	۲/۵۵۸
	آزمایش (۲)	۳۳	۳/۴۸۲	۵۸/۰۶۷	۳/۰۵۸	۳/۵۷۵
	کنترل	۳۳/۵۳۳	۳/۵۶۲	۳۲/۵۳۳	۳/۴۲	۲/۹۴۹

آزمایش (۱) = گروه درمانی وجودی، آزمایش (۲) = شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی.

در جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس درون گروهی و بین گروهی با اندازه‌گیری مکرر متغیرهای فرانگرانی و تحمل پریشانی، ارائه شده است.

همانطور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، بین نمرات فرانگرانی، تحمل پریشانی و ابعاد آن شامل تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی، آزمودنی‌ها در سه گروه درمان وجودی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و کنترل، در مراحل اندازه‌گیری تفاوت وجود دارد.

قبل از انجام تحلیل واریانس، مفروضات آزمون مورد بررسی قرار گرفت. بررسی نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگوروف-اسمیرنف^۱، نشان داد که برای متغیرهای فرانگرانی ($P > 0/20$ ، $Z = 0/13$)، تحمل پریشانی ($P > 0/20$ ، $Z = 0/18$)، داده‌ها از توزیع نرمال برخوردارند. بررسی همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین^۲ نشان داد که مفروضه همگنی واریانس‌ها برای متغیر فرانگرانی ($P > 0/05$ ، $F = 0/47$)، تحمل پریشانی ($P > 0/05$ ، $F = 0/62$)، رعایت شده است. نتایج آزمون موخلی^۳ برای متغیرهای فرانگرانی ($P < 0/05$ ، $W = 0/45$)، تحمل پریشانی ($P < 0/05$ ، $W = 0/78$) معنادار است. بنابراین پیش‌فرض کرویت برای متغیرهای پژوهش رعایت نشده است. برای حل این مشکل از آزمون تعدیل شده گرین‌هاوس-گیسر^۴ استفاده شد.

3. Mauchly's Test of Sphericity
4. Greenhouse-Geisser

1. kolmogorov-Smirnov test
2. vvvene'sttest

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس درون گروهی و بین گروهی با اندازه‌گیری مکرر متغیرهای فرانگرانی و تحمل پریشانی

متغیر	منبع	اثرات درون گروهی			منبع	اثرات بین گروهی		
		F	سطح معناداری	مجذور اتا (η^2)		F	سطح معناداری	مجذور اتا (η^2)
فرانگرانی	زمان	۷۰۹/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۹۴	عرض از مبدأ	۱۱۶۸۰/۵۷۱	۰/۰۰۱	۰/۹۹۶
	گروه×زمان	۱۹۴/۰۲۱	۰/۰۰۱	۰/۹۰۲	عضویت گروهی	۳۱۲/۴۴۹	۰/۰۰۱	۰/۹۳۷
تحمل پریشانی هیجانی	زمان	۴۷۸/۲۵۵	۰/۰۰۱	۰/۹۱۹	عرض از مبدأ	۴۰۸۷/۹۸۷	۰/۰۰۱	۰/۹۹
	گروه×زمان	۱۱۲/۳۱۹	۰/۰۰۱	۰/۸۴۲	عضویت گروهی	۱۶۰/۹۰۸	۰/۰۰۱	۰/۸۸۵
جذب شدن به وسیله هیجانات منفی	زمان	۷۸/۹۳۵	۰/۰۰۱	۰/۶۵۳	عرض از مبدأ	۳۱۹۵/۶۱۲	۰/۰۰۱	۰/۹۸۷
	گروه×زمان	۱۱/۲۷۳	۰/۰۰۱	۰/۳۴۹	عضویت گروهی	۳۰/۵۵۶	۰/۰۰۱	۰/۵۹۳
برآورد ذهنی پریشانی	زمان	۳۲۳/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۸۸۵	عرض از مبدأ	۱۱۴۴۶/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۹۹۶
	گروه×زمان	۹۲/۳۵۲	۰/۰۰۱	۰/۸۱۵	عضویت گروهی	۲۳۰/۸۸۸	۰/۰۰۱	۰/۹۱۷
تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی	زمان	۱۰۴/۰۰۳	۰/۰۰۱	۰/۷۱۲	عرض از مبدأ	۳۸۰/۰۹۸	۰/۰۰۱	۰/۹۸۹
	گروه×زمان	۵۰/۱۲۶	۰/۰۰۱	۰/۷۰۵	عضویت گروهی	۷۴/۷۶۲	۰/۰۰۱	۰/۷۸۱
نمره کل تحمل پریشانی	زمان	۳۸۸/۵۲۱	۰/۰۰۱	۰/۹۰۲	عرض از مبدأ	۱۳۶۵۰/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۹۹۷
	گروه×زمان	۱۲۳/۸	۰/۰۰۱	۰/۸۵۵	عضویت گروهی	۱۸۲/۵۴۷	۰/۰۰۱	۰/۸۹۷

همان‌طور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، F برای زمان در متغیرهای فرانگرانی، نمره کل تحمل پریشانی و مولفه‌های تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی، تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی معنادار می‌باشد. همچنین در مورد اثر تعاملی درون گروهی بین زمان و سه گروه آزمایش و کنترل نیز معناداری است ($P < 0/05$). اثر بین گروهی فرانگرانی، نمره کل تحمل پریشانی و مولفه‌های تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی، تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی معنادار است ($P < 0/05$). به

عبارت دیگر بین شرکت‌کننده‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر فرانگرانی، تحمل پریشانی و مولفه‌های آن تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). از آزمون تعقیبی توکی برای بررسی تغییرات درون گروهی و بین گروهی فرانگرانی و تحمل پریشانی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ و ۵ قابل مشاهده است. در جدول ۴ نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه جفتی میانگین درون گروهی در متغیرهای فرانگرانی و تحمل پریشانی در گروه‌های آزمایش ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه جفتی میانگین درون گروهی در متغیرهای فرانگرانی و تحمل پریشانی در گروه‌های آزمایش

متغیر	گروه‌ها	زمان (I) زمان (J)	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
فرانگرانی	درمان وجودی	پیش آزمون	پس آزمون	۹/۸۶۷	۰/۵۱۵
		پیگیری		۱۰/۱۳۳	۰/۰۰۱
		پس آزمون	پیگیری	۰/۲۶۷	۰/۶۵۱
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	پیش آزمون	پس آزمون	۱۴/۸۰	۰/۶۲۶
		پیگیری		۱۴/۶۶۷	۰/۰۰۱
		پس آزمون	پیگیری	-۰/۱۳۳	۰/۲۳۶
نمره کل تحمل پریشانی	درمان وجودی	پیش آزمون	پس آزمون	-۱۹/۴۶۷	۰/۹۳۵
		پیگیری		-۱۶	۰/۹۴۶
		پس آزمون	پیگیری	۳/۴۶۷	۰/۹۲۵
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	پیش آزمون	پس آزمون	-۲۵/۰۶۷	۱/۰۱۶
		پیگیری		-۲۱/۲۶۷	۲/۲۷۰
		پس آزمون	پیگیری	۳/۸۰	۰/۵۰۹

همان طور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، در گروه درمان وجودی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، نمرات متغیر فراترگرانی در مرحله پیش آزمون، از مراحل پس آزمون و پیگیری به طور معناداری بیشتر است ($P < 0/05$). این نتیجه بدین معنی است که میانگین فراترگرانی در بین اعضای گروه درمان وجودی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مراحل پس آزمون و پیگیری کاهش پیدا کرده است. در گروه کنترل تغییر معناداری در نمرات

فراترگرانی در مراحل پس آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله پیش آزمون رخ نداده است. برای نمره کل تحمل پریشانی در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بین مراحل پس آزمون و پیگیری تغییر معنادار است ($P < 0/05$). بدین معنا که اثر درمان وجودی در این متغیر ماندگار بوده است. در جدول ۵ نتایج آزمون توکی برای مقایسه میانگین متغیرهای فراترگرانی و تحمل پریشانی در گروه‌های مورد مطالعه ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون توکی برای مقایسه میانگین متغیرهای فراترگرانی و تحمل پریشانی در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	گروه I	گروه J	مرحله پس آزمون			مرحله پیگیری		
			تفاوت میانگین (I-J)	خطای معیار	سطح معناداری	تفاوت میانگین (I-J)	خطای معیار	سطح معناداری
فراترگرانی	آزمایش (۱)	کنترل	-۱۰/۸۰	۰/۵۴۳	۰/۰۰۱	-۱۰/۸۰	۰/۵۰۹	۰/۰۰۱
	آزمایش (۲)	کنترل	-۱۵/۰۶۶	۰/۵۴۳	۰/۰۰۱	-۱۴/۶۶	۰/۵۰۹	۰/۰۰۱
	آزمایش (۱)	آزمایش (۲)	-۵/۲۰	۱/۱۹	۰/۰۰۱	-۴/۸۶	۱/۱۱	۰/۰۰۱
نمره کل تحمل پریشانی	آزمایش (۱)	کنترل	۲۰/۳۳	۱/۱۹	۰/۰۰۱	۱۷/۹۳	۱/۱۱	۰/۰۰۱
	آزمایش (۲)	کنترل	۲۵/۵۳	۱/۱۹	۰/۰۰۱	-۲۲/۸۰	۱/۱۱	۰/۰۰۱

آزمایش (۱) = گروه درمانی وجودی، آزمایش (۲) = شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی.

بر اساس نتایج جدول ۵ بین متغیر فراترگرانی و تحمل پریشانی، در گروه‌های درمان وجودی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و کنترل در مرحله پس آزمون پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). بدین معنی که نمره فراترگرانی در گروه درمانی وجودی بیشتر از گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است و تحمل پریشانی در گروه‌های درمان وجودی به طور معناداری کمتر از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و کنترل در مرحله پس آزمون است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش باهدف مقایسه اثربخشی درمان وجودی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر فراترگرانی تحمل پریشانی نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد. نتایج نشان داد که هر دو مداخله تأثیر معناداری بر کاهش فراترگرانی و افزایش تحمل پریشانی نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی داشته و این تأثیر در مرحله پیگیری ماندگار بوده است ($P < 0/05$). مؤثر بودن درمان وجودی بر فراترگرانی با نتایج پژوهش‌های اسدی و همکاران (۱۴۰۲)؛ آقایی و همکاران (۱۴۰۲)؛ علی زاده و همکاران (۱۴۰۰)؛ شیرالی و دشت بزرگی (۱۳۹۷)، همسو است. مؤثر بودن درمان وجودی بر تحمل پریشانی با نتایج مطالعه حاتمی آراد و طباطبایی نژاد (۱۴۰۲)، شیرالی و دشت بزرگی، (۱۳۹۷)، وس و همکاران (۲۰۲۵) و وس (۲۰۲۳)، همسو است.

در تبیین اثربخشی درمان وجودی بر تحمل پریشانی و فراترگرانی می‌توان چنین گفت که در درمان وجودی با تأکید بر اضطراب، ناامیدی، تنهایی و انزوا و به چالش کشیدن منطقی این عناصر و با تجزیه و تحلیل و پذیرش

دغدغه‌های وجودی افراد و آگاهی بخشی در زمینه ماهیت آنها و نقش کلیدی و تأثیرگذار هر یک از آنها بر جنبه‌های مختلف زندگی، به پذیرش عواطف و هیجان‌های متأثر از دغدغه‌های وجودی مذکور، اغلب با ماهیت منفی، کمک می‌کند (لاکو و ویکسل-دیکسون، ۲۰۱۵) و با تأکید بر پذیرش آگاهانه به عنوان یکی از مهمترین کلید واژه‌های رویکرد خود و درک آن به عنوان نخستین گام در راستای مواجهه با زندگی، افراد را در راستای برداشتن گام بعدی و تغییر و بهبود آنچه که به صورت آگاهانه درک نموده و پذیرفته اند، یاری می‌دهد (آدامز، ۲۰۱۹). این شیوه درمانی باعث ایجاد تغییرات عمیق در بینش آزمودنی‌ها نسبت به زندگی و معنا بخشیدن به زندگی با وجود اختلال و مشکلات می‌شود. افراد در طی درمان وجودی یاد می‌گیرند که معنایی برای زندگی خود بیابند، هدفی را برای خود انتخاب کنند، از فرصت‌های زندگی حداکثر بهره را ببرند و مسئولیت رفتارهای خود که منجر به اضطراب و مشکلات شده را بپذیرند، لذا این عوامل باعث میشوند که درمان وجودی باعث افزایش تحمل پریشانی و کاهش فراترگرانی در افراد با اختلالات اضطرابی شود (وندروزن و لاکو، ۲۰۱۳؛ وس، ۲۰۱۹).

در تبیین دیگری می‌توان گفت درمان وجودی، درمانی مناسب برای کار بر روی مسائل وجودی مراجعان است و سؤال‌های عمیقی را درباره ماهیت وجودی انسان، اضطراب، ناامیدی، تنهایی و انزوا مطرح می‌کند و به جای سلب اختیار فرد، بر رابطه مراجع و درمانگر، مواجهه صادقانه و تغییر به عنوان یک عمل شجاعانه و کار از سوی مراجع تأکید می‌کند. درمانگر در این شیوه عمدتاً چالش منطقی و عقلانی با مراجع دارد تا سطح آگاهی و درک او از زندگی و مسائل آن را افزایش دهد. گروه درمانی وجودی با تأکید بر پذیرش

و افزایش تحمل پریشانی شده است (سگال و همکاران، ۲۰۱۲؛ کران، ۲۰۱۷؛ سالمون و لو، ۲۰۲۳؛ موسوی و همکاران، ۱۳۹۹).

نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش فرانگرانی و افزایش تحمل پریشانی هیجانی، تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی تأثیر بیشتری داشته است ($P < 0.05$). در تبیین این یافته می‌توان گفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب می‌شود، افراد مدیریت اضطراب و نگرانی موفق‌تری در زندگی روزمره داشته باشند. آموزش فنون/مهارت‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با ترغیب افراد به تمرین مکرر توجه متمرکز روی محرک‌های خنثی و آگاهی قصدمندانه روی جسم و ذهن، می‌تواند ذهن را از اشتغال ذهنی و افکار تهدیدآمیز در مورد عملکردها رها سازد. یعنی این فنون با افزایش آگاهی فرد از تجارب لحظه حاضر و برگرداندن توجه بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات موجب کاهش نگرانی در فرد می‌شود. روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، به علت ساز و کارهای نهفته در آن، مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی در تلفیق با فنون و مهارت‌های ذهن آگاهی، در کاهش علائم فرانگرانی مؤثر بوده و از طرفی اثربخشی درمان را در طولانی مدت حفظ می‌کند (سگال، ۲۰۱۳). در تبیین دیگری می‌توان گفت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان نوعی ظرفیت یا توانایی ذاتی بشر در نظر گرفته می‌شود و به عنوان یک شیوه «فهمیدن» توصیف کرد که مستلزم درک کردن احساسات شخصی است. این کار با هماهنگ شدن تجربه لحظه به لحظه و ارائه بینش مستقیم در مورد نقش ذهن در ایجاد دلواپسی‌های بی‌مورد انجام می‌شود (فرانسیس^۱ و همکاران، ۲۰۲۴). انجام تمرینات ذهن آگاهی موجب رشد عوامل مختلف ذهن آگاهی مانند مشاهده، غیرقضاوتی بودن، غیرواکنشی بودن، و عمل توأم با هوشیاری می‌شود. رشد این عوامل خود موجب افزایش تحمل پریشانی می‌شود. در حقیقت وقتی ذهن آگاهی افزایش می‌یابد، توانایی افراد برای عقب‌ایستادن و مشاهده کردن حالت‌هایی چون اضطراب افزایش می‌یابد، در نتیجه می‌توان خود را از الگوهای رفتاری خودکار رها نمود و بوسیله درک و مجدد، دیگر با حالت‌هایی مثل اضطراب و ترس کنترل نشد، بلکه از اطلاعات برخواسته از این حالت‌ها استفاده کرد و با هیجانات همراه بود (سگال و همکاران، ۲۰۱۳)؛ در نتیجه تحمل پریشانی را افزایش داد.

این مطالعه مانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی بود. اولین محدودیت مطالعه حاضر مربوط به استفاده از ابزارهای خود گزارشی است. این ابزارها دارای مشکلات ذاتی (خطای اندازه‌گیری، عدم خویشتن‌نگری و...) است. محدودیت دوم مربوط به عدم مهار کردن عوامل زمینه‌ای و فردی است. این احتمال وجود دارد که شرکت‌کنندگان به دلیل بعضی از عوامل زمینه‌ای اثر برنامه را بیشتر برآورد کرده باشند. یک فرض احتمالی دیگر آن است که افراد به دلیل تمایل فردی، خوش‌بینی و عواملی نظیر آن اثر برنامه را بیش برآورد کرده باشند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی برای مهار کردن اثر انتظار، برنامه‌های شبه درمان (برنامه پلاسیبو) بر روی گروه کنترل اجرا

رنگ به عنوان بخش جدایی‌ناپذیر زندگی هر فرد، آزادی انتخاب در شرایطی که انتخاب بین گزینه‌های مطلوب نیست، بلکه انتخاب بین گزینه‌های نامطلوب را مهیا می‌سازد. در نتیجه، فرد با اطمینان دست به انتخاب می‌زند و مسئولیت انتخاب خود را می‌پذیرد و از این طریق امید، صبر، اراده، جرأت‌مندی و تاب‌آوری وی در برابر مشکلات افزایش می‌یابد. همچنین، این شیوه درمانی باعث ایجاد تغییرات عمیق در بینش مراجعان نسبت به زندگی و معنا بخشیدن به زندگی با وجود بیماری و مشکلات می‌شود. افراد در طی درمان وجودی یاد می‌گیرند که معنایی برای زندگی خود (حتی با داشتن بیماری) بیابند، هدفی را برای خود انتخاب کنند، از فرصت‌های زندگی حداکثر بهره را ببرند و مسئولیت رفتارهای خود که منجر به بیماری و مشکلات شده را بپذیرند (لاکو و ویکسل-دیکسون، ۲۰۱۵؛ کلیازیزی، ۲۰۱۵؛ وس، ۲۰۱۹)، لذا این عوامل باعث می‌شوند که گروه درمانی وجودی باعث کاهش فرانگرانی شود. انسان‌ها زمانی که با شرایط رنج‌آوری مواجه می‌شوند دچار نوعی احساس بی‌معنایی، غفلت، درماندگی و ناامیدی می‌گردند. انسان موجودی است که همواره به دنبال معنا است، حتی برای رنج‌ها و دردهای خود دنبال دلیل است و زمانی که به آن دست یافت، تحمل و پذیرش موقعیت‌ها و رنج‌ها برای او آسان‌تر می‌شود. با توجه به اینکه هدف گروه درمانی وجودی یافتن معنا برای زندگی به صورت کلی است (وندروزن و لاکو، ۲۰۱۳؛ آدامز، ۲۰۱۹)، لذا این شیوه درمانی می‌تواند باعث افزایش تحمل پریشانی گردد.

نتایج دیگر نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش فرانگرانی و افزایش تحمل پریشانی تأثیر معناداری داشته است. مؤثر بودن شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر فرانگرانی با نتایج مطالعات مرادی (۱۴۰۲)؛ گودرزی و همکاران (۱۴۰۲)، شکیبایی و قیومی (۱۴۰۱)؛ دریادل و همکاران (۱۴۰۱)؛ صدیقی و همکاران (۱۴۰۰)؛ خوش‌خطی و همکاران (۱۳۹۸)؛ ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۸)، مؤثر بودن شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تحمل پریشانی با نتایج مطالعات زارعی و همکاران (۱۴۰۲)؛ نیک‌بقا و همکاران (۱۴۰۲)؛ شاهینی و همکاران (۱۴۰۲)؛ فرهزاد بروجنی و همکاران (۱۴۰۰)؛ سلطانی زاده و همکاران (۱۴۰۰)؛ روستایی و همکاران (۱۴۰۰)؛ دکانی و همکاران (۱۴۰۰)، هافمن و گومز (۲۰۱۷)، جائینگ و همکاران (۲۰۲۲) و اوبریان و همکاران (۲۰۲۳) همسو است.

در تبیین اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر تحمل پریشانی و فرانگرانی می‌توان چنین گفت که در ذهن آگاهی با به کارگیری تکنیک‌های مراقبه‌ای به افراد آموزش داده می‌شود از طریق مواجهه با افکار و پذیرش آنها به عنوان فقط فکر و نه واقعیت رابطه‌ای غیرمتمرکز برقرار کنند و اتحاد خود را با افکار و احساسات منفی کاهش دهند و با افزایش حضور در زمان حال و ایجاد تجربه با تمرکز بر تنفس از افکار و حس‌های بدنی خود، آگاه شوند و هنگام ورود افکار با علائم روان شناختی منفی روابط خود با آنها را تغییر دهند تا علائم برانگیختگی خود را تعدیل کنند. می‌توان گفت فنون آرام‌سازی عضلانی، تنفس عمیق و دیگر فنونی که در این روش به کار گرفته می‌شود باعث کاهش خشم، اضطراب و در نتیجه کاهش علائم برانگیختگی و فرانگرانی

شود. این پژوهش بر روی دختران نوجوان شهرستان تربت جام انجام شده است، ضمن محدودیت تعمیم نتایج آن به سایر گروه‌ها، پیشنهاد می‌گردد در مطالعات بعدی بر روی سایر فرهنگ‌ها و همچنین نوجوانان پسر نیز انجام شود. بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان چنین نتیجه گرفت که مشاوران مدارس و هسته‌های مشاوره در آموزش و پرورش و روانشناسان بالینی مراکز ارائه دهنده خدمات مشاوره و روان‌درمانی می‌توانند از درمان وجودی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان رویکردهای درمانی مؤثر در زمینه کاهش فرآینگری و افزایش تحمل‌پذیری نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی استفاده کنند و با توجه به مؤثر تر بودن شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، استفاده بیشتر از آن توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری رشته روان‌شناسی نویسنده اول است. بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان، قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

ابراهیمی، سیماء؛ فخری، محمدکاظم و حسن‌زاده، رمضان. (۱۳۹۸). تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر امیدواری، نگرش‌های ناکارآمد و فرآینگری در زنان نابارور. *روان‌پرستاری*. ۷ (۴)، ۳۲-۴۰.

اسدی، لیلیا؛ صیرفی، محمدرضا و احدی، مروارید. (۱۴۰۲). بررسی اثربخشی درمان وجودی بر اضطراب سلامت، احساس تنهایی و اضطراب مرگ سالمندان. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*. ۶۶ (۱)، ۱۴۷-۱۳۷.

آقایی، وحیده؛ کاظمی، رضا؛ تکلوی، سمیه و نظری، وکیل. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان وجودی بر نگرانی پاتولوژیک و اضطراب مرگ پرستاران دارای تجربه سوگ ناشی از پاندمی کووید ۱۹: یک مطالعه نیمه تجربی. *توسعه پرستاری در سلامت*. ۱۴ (۲)، ۵۰-۶۱.

حاتمی، آزاد و طباطبائی‌نژاد، فاطمه سادات. (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)، ۱۲۹-۱۴۶.

حسینی کلانی، ساناز و اسدی، مسعود. (۱۳۹۹). اثر بخشی آموزش والدگری موفق به مادران بر سازگاری عاطفی، تحصیلی و اجتماعی دختران نوجوان. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*. ۱۱ (۴۳)، ۸۹-۱۲۰.

خوش خطی، نازیلا؛ امیری مجد، مجتبی؛ بزازیان، سعیده و یزدی‌نژاد، علیرضا. (۱۳۹۸). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم اضطراب، افسردگی و استرس بیماران کلیوی تحت همدیالیز. *نشریه پژوهش پرستاری ایران*. ۱۴ (۶)، ۹-۱۷.

دریادل، جواد؛ میکائیلی، نیلوفر؛ عطادخت، اکبر و مولوی پرویز. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان فراشناختی مبتنی بر ذهن آگاهی انفضالی بر فرآینگری و تحریف شناختی بین فردی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان. *مجله علوم روانشناختی*. ۲۱ (۱۱۰)، ۳۴۹-۳۶۶.

دکانی، مینا؛ فخری، محمدکاظم و حسن‌زاده رمضان. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تحمل‌پذیری و انعطاف‌پذیری شناختی

بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *مجله دیابت و متابولیسم ایران*. ۲۱ (۳)، ۱۸۶-۱۹۷.

روستائی، امین؛ کوشکی، مریم؛ یزدی‌راوندی، سعید؛ بخشی پور، باب‌الله و شکوه فر، امید. (۱۴۰۰). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تحمل‌پذیری، خودپنداره بدنی و بهشیاری در زنان متقاضی جراحی زیبایی. *تازه‌های علوم شناختی*. ۲۳ (۲)، ۷۲-۸۴.

زارعی، مریم؛ بحرینیان، سید عبدالمجید؛ آهی، قاسم و منصوری، احمد. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و طرح‌واره درمانی بر تنظیم هیجان و تحمل‌پذیری زنان دارای نشانه‌های وسواس فکری عملی.

سلطانی‌زاده، محمد؛ کاظمی، حمید؛ دارابی، ندا و قدرتی پور، سپیده. (۱۴۰۰). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان و تحمل‌پذیری در آتش‌نشانان شهر اصفهان. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*. ۱۲ (۲)، ۱۰۰-۸۳.

شکریایی، پریا و قیومی، پریناز. (۱۴۰۱). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سطح اضطراب و کیفیت زندگی زنان با اختلال مصرف مواد افیونی. *فصلنامه علمی/اعتیادپژوهی*. ۱۱۶ (۶۳)، ۳۵۹-۳۷۹.

شیرالی، شیرین و دشت‌بزرگی زهرا. (۱۳۹۷). تاثیر گروه درمانی وجودی بر تحمل‌پذیری، اضطراب وجودی، فرآینگری و نگرانی سلامتی در زنان سالمند مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی. *نشریه پرستاری قلب و عروق*. ۷ (۴)، ۲۴-۳۳.

صدیقی، کاظم؛ صفاریان طوسی، محمدرضا و خدیوی، غلامرضا. (۱۴۰۰). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب و افسردگی زنان مطلقه. *تحقیقات علوم رفتاری*. ۱۹ (۱)، ۱۴۹-۱۶۰.

علی‌زاده، سارا؛ تکلوی، سمیه؛ محمود علیلو، مجید و فیضی پور، هانده. (۱۴۰۰). اثربخشی روان درمانی وجودی بر اضطراب مرگ و معنای زندگی بر بیماران بهبود یافته کووید-۱۹. *مجله مطالعات علوم پزشکی*. ۳۲ (۵)، ۳۸۸-۳۹۸.

فتی، لادن؛ موتابی، فرشته، مولودی، رضا و ضیایی، کاوه. (۱۳۸۹). کفایت روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه کنترل فکر و «پرسشنامه افکار اضطرابی در دانشجویان ایرانی، روشها و مدل‌های روان‌شناختی». ۱۱ (۱)، ۱۰۱-۸۱.

فرهاد بروجنی، شهلا؛ احمدی، رضا؛ غضنفری، احمد و شریفی، طیبیه. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی گروه درمانی‌های مبتنی بر ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی درد و تحمل‌پذیری بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *مجله علوم روانشناختی*. ۲۰ (۱۰۰)، ۶۵۱-۶۳۵.

کردزنگنه، مجتبی (۱۳۹۴). پیش‌بینی رضایت شغلی بر اساس ترس از ارزیابی مثبت و منفی و تحمل‌پذیری، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد رودهن، دانشکده روانشناسی.

گودرزی، محمد؛ شهبازی، مسعود؛ سودانی، منصور و پیریائی، حسن. (۱۴۰۲). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب و تاب‌آوری در دانش‌آموزان پسر با اعتیاد به تلفن همراه. *رویش روان‌شناسی*. ۱۲ (۱۰)، ۷۹-۸۸.

مرادی، آسیه؛ احمدیان، علی؛ محمدی، عیسی و قویدل کلور، رقیه. (۱۴۰۲). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار فکری و اضطراب مرگ زنان مبتلا به سرطان سینه. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*. ۱۸ (۷۲)، ۲۴۹-۲۵۶.

موسوی، سید ابوالفضل؛ پورحسین، رضا؛ زارع مقدم، علی؛ رضائی، راضیه؛ حسنی اسطخلی، فرشته و میربلوک بزرگی، عباس. (۱۳۹۹). درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی. *رویش روان‌شناسی*. ۹ (۴)، ۱۳۳-۱۴۴.

- perceptions of children with social anxiety disorder: A qualitative study. *British Journal of Clinical Psychology*, 62(1), 53-69.
- Hofmann, S. G., & Gómez, A. F. (2017). Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression. *The Psychiatric clinics of North America*, 40(4), 739-749.
- Jabeen, M., & Dildar, S. (2023). Impact of family functioning, distress tolerance, and resilience in adolescents. *Journal of Research and Reviews in Social Sciences Pakistan*, 6(1), 2130-2143.
- Jiang, S. S., Liu, X. H., Han, N., Zhang, H. J., Xie, W. X., Xie, Z. J., ... & Huang, X. B. (2022). Effects of group mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive behavioural therapy on symptomatic generalized anxiety disorder: a randomized controlled noninferiority trial. *BMC psychiatry*, 22(1), 481.
- Kara, A. (2022). A review of childhood anxiety. *Journal of Clinical Trials and Experimental Investigations*, 1(3), 64-70.
- Katz, D., Rector, N. A., & Laposa, J. M. (2017). The interaction of distress tolerance and intolerance of uncertainty in the prediction of symptom reduction across CBT for social anxiety disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(6), 459-477.
- Khawaja, N. G., McMahon, J., & Strodl, E. (2011). Intolerance of uncertainty and meta-worry: Relative importance in discriminating GAD. *Behaviour Change*, 28(4), 181-194.
- Lachman, V. D. (2016). Moral resilience: managing and preventing moral distress and moral residue. *Medsurg Nursing*, 25(2), 121-125.
- Lacovou, S., & Weixel-Dixon, K. (2015). *Existential therapy: 100 key points and techniques*. Routledge.
- Lafontaine, M. F., Turcotte, S., Denis, I., & Foldes-Busque, G. (2023). Investigating the relationship between the five-factor model of distress tolerance, anxiety and anxiety sensitivity. *Anxiety, Stress, & Coping*, 36(3), 353-365.
- Morris, P. E., Vargo, L. A., & Buckner, J. D. (2024). Social Anxiety and Cannabis-Related Problems: The Serial Roles of Distress Tolerance and Cannabis Use Motives. *Substance Use & Misuse*, 59(7), 1133-1140.
- Nordahl, H., Strand, E. R., Hjemdal, O., & Nordahl, H. M. (2024). Is meta-worry relevant to interpersonal problems? Testing the metacognitive model of generalized anxiety disorder in an analogue-and a clinical sample of GAD. *Cognitive Behaviour Therapy*, 1-12.
- O'Brynn, E. M., vvv is, E., Baad,,, J. R., & Tonn... (2023). Brief adjunctive mindfulness-based cognitive therapy via Telehealth for anxiety during the COVID-19 pandemic. *Anxiety, Stress, & Coping*, 36(1), 124-135.
- Olson, C. M. (2021). Familial factors in the development of social anxiety disorder. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 59(7), 23-34.
- Pearcey, S., Gordon, K., Chakrabarti, B., Dodd, H., Halldorsson, B., & Creswell, C. (2021). Research Review: The relationship between social anxiety and social cognition in children and adolescents: a systematic review and m nnyyys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(7), 805-821.
- نیک بقا، م؛ تابش مفرد، ن، ناصری منش، م، و کرمی ص. (۱۴۰۲). تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حساسیت اضطرابی، نقص در پردازش هیجانی و تحمل پریشانی پرستاران با علائم اختلال اضطراب فراگیر. *روان پرستاری*. ۱۱، ۵۲-۶۴.
- dd mns, M. (2019). Exisnnt phnnomenolog rpppy Method and practice. *The Wiley world handbook of existential therapy*, 167-180.
- Beck AT, Steer RA, Brown GK. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory II. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Borkovec, T. D., & Roemer, L. (1995). Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: Distraction from more emotionally distressing topics?. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 26(1), 25-30.
- Carlton, C. N., Sullivan-Toole, H., Strege, M. V., Ollendick, T. H., & Richey, J. A. (2020). Mindfulness-Based Interventions for Adolescent Social Anxiety: A Unique Convergence of Factors. *Frontiers in psychology*, 11, 1-7.
- Colaizzi, P. (2002). Psychotherapy and existential therapy. *Journal of Phenomenological Psychology*, 33(1), 73-112.
- Crane, R. (2017). *Mindfulness-based cognitive therapy: Distinctive features*. Routledge.
- Díaz-Castela, M., Martínez, J. A. M., López, L. J. G., & Fernández, L. E. (2023). The state of psychological treatments for social anxiety disorder in children and adolescents: An Umbrella Review. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 10(1), 20-30.
- Doorley, J. D., Kashdan, T. B., Alexander, L. A., Blalock, D. V., & McKnight, P. E. (2019). Distress tolerance in romantic relationships: A daily diary exploration with methodological considerations. *Motivation and Emotion*, 43(3), 505-516.
- Esbjörn, B. H., Lønfeldt, N. N., Nielsen, S. K., Reinholdt-Dunne, M. L., Sømshovd, M. J., & Cartwright-Hatton, S. (2015). Meta-worry, worry, and anxiety in children and adolescents: relationships and interactions. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(1), 145-156.
- Francis, S. E., Shawyer, F., Cayoun, B. A., Grabovac, A., & Meadows, G. (2024). Differentiating mindfulness-integrated cognitive behavior therapy and mindfulness-based cognitive therapy clinically: the why, how, and what of evidence-based practice. *Frontiers in Psychology*, 15, 1342592.
- Garcia, K. M., Carlton, C. N., & Richey, J. A. (2021). Parenting Characteristics among Adults With Social Anxiety and their Influence on Social Anxiety Development in Children: A Brief Integrative Review. *Frontiers in psychiatry*, 12, 614318.
- Garey, L., Smit, T., Clausen, B. K., Redmond, B. Y., Obasi, E. M., Businelle, M. S., & Zvolensky, M. J. (2024). Anxiety sensitivity and distress tolerance in relation to smoking abstinence expectancies among Black individuals who smoke. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 85(2), 244-253.
- Halldorsson, B., Waite, P., Harvey, K., Pearcey, S., & Creswell, C. (2023). In the moment social experiences and

- Puklek M. (1997). *Sociocognitive aspects of social anxiety and it's developmental trend in adolescence* [Dissertation]. University of Ljubljana.
- Rask, C. U., Duholm, C. S., Poulsen, C. M., Rimvall, M. K., & Wright, K. D. (2024). Annual Research Review: Health anxiety in children and adolescents—developmental aspects and cross-generational influences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 65(4), 413-430.
- Ren, Y., & Li, M. (2020). Influence of physical exercise on social anxiety of left-behind children in rural areas in China: The mediator and moderator role of perceived social support. *Journal of Affective Disorders*, 266, 223-229.
- Salmon, P., & Loo, J. L. (2023). *Mindfulness-based cognitive therapy*. In *Tasman's Psychiatry* (pp. 1-19). Cham: Springer International Publishing.
- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford press.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*, 29(2), 83-102.
- Van Deurzen, E., & Iacovou, S. (2013). *Existential perspectives on relationship therapy*. Bloomsbury Publishing.
- Wang, W., Maddah, M., & Bögs M. (2022). Intergenerational transmission of social anxiety in childhood through fear of negative child evaluation and parenting. *Cognitive Therapy and Research*, 46(6), 1113-1125.
- Vos, J. (2019). *Existential phenomenological therapies*. *The Wiley world handbook of existential therapy*, 592-614.
- Vos, J., Craig, M., & Cooper, M. (2015). Existential therapies: a meta-analysis of their effects on psychological outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(1), 115.
- Wells, A. & Davies, M.I. (1994). The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 871-878.
- Wells, A. (2005). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive therapy and research*, 29, 107-121.
- Yu, M., Lv, F., Liu, Z., & Gao, D. (2023). How negative automatic thoughts mediate the relationship between social anxiety: The mediation effect of meta-worry. *Current Psychology*, 42(25), 21489-21498.
- Zuhri, M. N. (2023). Cognitive psychology development in the early adolescence. *Journal of Education on Social Issues*, 2(1), 44-51.