



ORIGINAL ARTICLE

Received:2025/07/06

Accepted:2025/09/13

Comparison of the Effectiveness of Existential Group Therapy and Psychoeducational Group Therapy on Mental Health and Suicide Resilience in Adolescent Girls

Soheila Kaghazgaran (Ph.D. Candidate)¹, Mohsen Saeidmanesh (Ph.D.)², Tahereh Sadeghieh (M.D.)³,
Moslem Dehghanizadeh (Ph.D.)⁴, Mohammad Ali Sadeghipour Meybodi (Ph.D.)⁵

1.PhD. Candidate, Department of Psychology, Science and Arts University, Yazd, Iran

2.Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Science and Arts University, Yazd, Iran

Email: m.saeidmanesh@yahoo.com Tel: 09133595219

3.Assistant Professor, faculty of Medicine, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

4.Assistant Professor, Department of Psychology, Science and Arts University, Yazd, Iran

5.Assistant Professor, Department of Psychology, Science and Arts University, Yazd, Iran

Abstract

Introduction: Adolescent suicide often occurs as a response to intense emotional stress, hopelessness, and difficulties in effective emotion regulation. This study aimed to compare the effectiveness of existential group therapy and psychoeducational intervention on mental health and resilience against suicide among adolescent girls.

Methods: This quasi-experimental study employed a pretest-posttest design with a control group and a three-month follow-up. The sample included 45 adolescent girls aged 13–15 from Yazd, selected via convenience sampling and randomly assigned to two experimental groups (15 each) and a control group (15). All groups were assessed before the intervention using general health and suicide resilience questionnaires. The experimental groups received either existential group therapy or psychoeducational training over three months. Data were analyzed using repeated measures ANCOVA with SPSS-26.

Results: Both interventions had a significant effect on mental health and resilience against suicide ($p < 0/05$). The existential therapy group showed greater improvement in both variables compared to the psychoeducational group ($p < 0/05$). Follow-up results indicated that the effects of the interventions were partially sustained, with improvements in the experimental groups maintained relative to the control group.

Conclusion: Both existential group therapy and psychoeducational interventions improved mental health and resilience against suicide in adolescent girls. However, the long-term effects were primarily maintained in the existential therapy group, indicating its greater effectiveness in sustaining outcomes over time.

Keywords: Mental Health, Resilience, Existential Group Therapy, Psychoeducation, Adolescents

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.



This Paper Should be Cited as:

Author: Soheila Kaghazgaran, Mohsen Saeidmanesh, Tahereh Sadeghieh, Moslem Dehghanizadeh, Mohammad Ali Sadeghipour Meybodi. Comparison of the Effectiveness of ExistentialTolooebehdasht Journal. 2025;24(4)34-52.[Persian]



طلوع بهداشت

مقایسه اثربخشی گروه درمانی وجودی با گروه درمانی آموزش روانشناختی بر سلامت روان و تاب آوری در برابر خودکشی نوجوانان دختر

نویسندگان: سهیلا کاغذگران^۱، محسن سعیدمنش^۲، طاهره صادقیه^۳، محمدعلی صادقی پور میبیدی^۴، مسلم دهقانیزاده^۵

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران

شماره تماس: ۰۹۱۳۳۵۹۵۲۱۹ Email: m.saeidmanesh@yahoo.com

۳. استادیار گروه روان پزشکی کودک و نوجوان، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران

۴. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران

۵. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران

چکیده

مقدمه: خودکشی در نوجوانی معمولاً واکنشی به فشارهای شدید هیجانی، ناامیدی و ناتوانی در تنظیم مؤثر هیجان است. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی گروه درمانی وجودی و آموزش روانشناختی بر سلامت روان و تاب آوری در برابر خودکشی نوجوانان دختر انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه به روش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل و سه ماه پیگیری اجرا شد. جامعه آماری شامل ۴۵ دانش آموزان دختر ۱۵-۱۳ ساله شهر یزد بود. که به طور در دسترس انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمایشی (هر کدام ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. گروه‌ها پیش از مداخله با استفاده از پرسشنامه‌های سلامت عمومی و تاب آوری در برابر خودکشی مورد سنجش قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش مداخلات خود را در قالب گروه درمانی وجودی یا آموزش روانشناختی دریافت کردند و مدت مداخله ۳ ماه بود. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس با اندازه گیری مکرر و نرم افزار SPSS-26 تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد مداخلات گروه درمانی وجودی و آموزش روانشناختی تأثیر معناداری بر سلامت روان و تاب آوری در برابر خودکشی دارند ($P < 0/05$) بررسی‌ها نشان داد که گروه درمان وجودی نسبت به آموزش روانشناختی بهبود بیشتری در هر دو متغیر داشت ($P < 0/05$). نتایج پیگیری نشان داد که اثر این مداخلات تا حدی پایدار بود و بهبودهای مشاهده شده در گروه‌های درمانی نسبت به گروه کنترل همچنان حفظ شد.

نتیجه گیری: بر اساس یافته‌ها، هر دو مداخله موجب بهبود سلامت روان و تاب آوری در برابر خودکشی شدند، اما اثرات بلندمدت عمدتاً در گروه درمان وجودی حفظ شد، که نشان دهنده کارآمدی بیشتر آن در پیگیری است.

واژه‌های کلیدی: سلامت روان، تاب آوری، گروه درمانی وجودی، آموزش روانشناختی، نوجوان
این مقاله حاصل پایان نامه دکترای رشته روانشناسی است.

دو ماهنامه علمی پژوهشی
دانشکده بهداشت یزد
سال بیست و چهارم
شماره چهارم
مهر و آبان
شماره مسلسل: ۱۱۲

تاریخ وصول: ۱۴۰۴/۰۴/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۲۲

**مقدمه**

نوجوانی دوره‌ای از زندگی است که با تغییرات جسمی، شناختی، اجتماعی و عاطفی همراه است. در این مرحله، سلامت روانی نوجوانان بسیار حائز اهمیت است. سلامت روانی نوجوانان تأثیر بسزایی در رشد و توسعه آن‌ها، رضایت از زندگی، عملکرد تحصیلی، روابط اجتماعی و کیفیت زندگی دارد (۱). در این دوران، نوجوانان با چالش‌ها و فشارهای زیادی مواجه می‌شوند. برخی از این چالش‌ها شامل تغییرات هورمونی، تغییرات بدنی، فشار نظام تحصیلی، روابط صمیمی، همسالان، خانواده و محیط اجتماعی است. تمام این عوامل می‌توانند به طور مستقیم یا غیرمستقیم بر سلامت روانی آن‌ها تأثیر بگذارند (۲). سلامت روان به نوعی پایه‌ای است که بر سایر جنبه‌های سلامت افراد تأثیر می‌گذارد و به آن‌ها کمک می‌کند با مشکلات و چالش‌های زندگی بهتر و مؤثرتر مقابله کنند. با تقویت و حفظ سلامت روانی، نوجوانان قادر خواهند بود به طور مؤثر با مشکلات و تغییرات زندگی روبرو شوند، خودشان را بشناسند و هویت شخصیتی خود را تعیین کنند و از راه‌های سازنده و مثبت برای رسیدن به اهداف خود استفاده کنند (۳). این دوره با خطر خودکشی در نوجوانان نیز همراه است (۴). مطالعات در مورد خودکشی در نوجوانان و جوانان همچنین بر روی عوامل خطر مانند عوامل عصبی-زیستی (۵)، انواع جهت‌گیری جنسی (۱)، وجود اختلالات روانپزشکی در والدین (۲)، مواجهه با رفتار خودکشی یا تقلید آن (۶)، روابط مشکل‌دار میان همسالان (۷-۸)، کمبود حمایت اجتماعی (۹)، سوء استفاده و غفلت (۱۰) و جنبه‌های فرهنگی و نژادی (۱۱) تمرکز کرده‌اند، با این حال تعداد کمی از مطالعات در مورد

عوامل محافظتی در برابر خودکشی در نوجوانان و جوانان وجود دارد. دانش زیادی درباره عوامل خطر در ادبیات پژوهشی، مطالعات تجربی، بررسی‌ها و متا-آنالیزها وجود دارد، در حالی که دانش مربوط به عواملی که موجب حفاظت در برابر خطر تلاش‌های خودکشی یا خودکشی‌های انجام شده در این گروه می‌شود، کمتر است (۸). از این رو، بررسی و شناسایی عناصر مؤثر در مراقبت‌های روانی نوجوانان دارای اهمیت است. از جمله عوامل محافظتی، تاب‌آوری است. تاب‌آوری به فرآیند پویا و سازگاری مثبت با تجربیات ناخوشایند اشاره دارد. افزایش تاب‌آوری و آستانه تحمل شخص در مواجهه با شرایط استرس‌زا می‌تواند درماندگی و ناامیدی را متعادل کند و انگیزه، سلامت روانی و جسمی افراد را افزایش دهد. اجزاء تاب‌آوری شامل اعتماد به نفس، خوش‌بینی، اعتقاد به توانایی‌های فرد و پذیرش هستند (۸). تاب‌آوری در برابر خودکشی، در مفهوم گسترده به عنوان توانایی برای بهبود از ناملایماتی است، که ممکن است افراد را به گرفتن عمدی جان خود سوق دهد. ویژگی‌های تاب‌آوری در برابر خودکشی، عبارت است از حمایت اجتماعی، راهبردهای مقابله‌ای، سرمایه روانی، معنای زندگی و احساس مسئولیت (۱۲). با توجه به اهمیت تاب‌آوری در مقابله با چالش‌های روانی، مداخلات درمانی متعددی برای تقویت این ویژگی و کاهش آسیب‌های روان‌شناختی در نوجوانان مورد استفاده قرار گرفته است. روش‌های درمانی که بر رشد مهارت‌های سازگاری، حمایت اجتماعی و خودآگاهی تمرکز دارند، می‌توانند نقش مهمی در تقویت تاب‌آوری داشته باشند. روش‌های روان‌درمانی برای نوجوانان از تنوع نظری و عملی گسترده‌ای برخوردارند که می‌توانند تأثیرات متفاوتی داشته



باشند؛ به طوری که برخی از نوجوانان از این درمان‌ها بهره‌مند می‌شوند و برای برخی دیگر نتایج دلخواه را به همراه ندارند. بررسی عوامل مؤثر بر موفقیت روان‌درمانی برای نوجوانان می‌تواند به بهینه‌سازی این نتایج کمک کند. در حالی که درمان فردی برای برخی نوجوانان مؤثر است، گروه‌درمانی نیز به دلیل تمرکز بر روابط همتایان و فرآیند هویت‌یابی، رویکردی مطلوب برای آن‌ها به شمار می‌رود (۱۳).

گروه‌درمانی به نوجوانان امکان می‌دهد که با همسالان خود تعامل کنند، خود را بیان کنند و به درک بهتر از خود و دیگران دست یابند. این روش درمانی که می‌تواند در قالب‌های مختلفی مانند گروه‌های آموزش روانشناختی و درمان وجودی اجرا شود، به نوجوانان کمک می‌کند تا تجربیات زندگی خود را با دیگران به اشتراک بگذارند و درک و توانایی‌های خود را ارتقاء دهند (۱۴). در گروه‌های آموزش روان‌شناختی (Psychoeducational group therapy) نوجوانان در چارچوبی ساختارمند و موضوع محور شرکت می‌کنند که به آن‌ها امکان می‌دهد مهارت‌های جدید را بیاموزند و به شیوه‌ای سیستماتیک به چالش‌های رفتاری و روانی خود بپردازند. این گروه‌ها با هدف انتقال دانش و تقویت مهارت‌های پیشگیری و مقابله طراحی شده‌اند (۱۵). افزون بر این، ماهیت مهارت محور و آگاهی بخش این گروه‌ها به ارتقاء سلامت روان کمک می‌کند، زیرا نوجوانان یاد می‌گیرند هیجان‌های خود را بهتر تنظیم کنند، افکار ناکارآمد را شناسایی کنند و راهبردهای سازگارانه‌تری برای حل مسئله و مدیریت استرس به کار گیرند (۱۶). همچنین تأکید این مداخلات بر افزایش مهارت‌های مقابله‌ای، حل تعارض، مهارت‌های ارتباطی و تنظیم هیجان، نقشی اساسی در

تقویت تاب‌آوری دارد؛ به این معنا که نوجوانان توانمند می‌شوند در برابر فشارهای روانی، رویدادهای ناگوار و مشکلات میان فردی انعطاف‌پذیری بیشتری نشان دهند و سریع‌تر به وضعیت روانی پایدار بازگردند. بنابراین، ساختار آموزشی-مهارتی این گروه‌ها نه تنها دانش روان‌شناختی نوجوانان را افزایش می‌دهد، بلکه از طریق ارتقای مهارت‌های تنظیم هیجان، خودآگاهی و مقابله مؤثر، به بهبود سلامت روان و افزایش تاب‌آوری آنان کمک می‌کند (۱۳). در پژوهشی دیگر که توسط مورگادوو همکاران (۱۷) به صورت مقاله مروری ارائه شد، اثربخشی مداخلات آموزش روان‌شناختی بر اضطراب نوجوانان را بررسی کرد. تا بر اساس آن بتوان طرح آموزش روان‌شناختی جدید و چند قسمتی طراحی و پیشنهاد شود. بانوردا، بروز و ماوریدیس (۱۸) مطالعه مرور سیستماتیک و متاآنالیز با هدف ارزیابی جامع کارآزمایی‌های تصادفی کنترل‌شده (RCT) در زمینه مداخلات گروهی آموزش روان‌شناختی برای کاهش علائم اضطراب در کودکان و نوجوانان انجام دادند. جستجوی سیستماتیک مقالات منجر به شناسایی ۱۲ مطالعه شامل ۱۱۳۲ شرکت‌کننده شد. نتایج تحلیل‌ها نشان داد که این مداخلات به طور کلی تأثیر قابل توجهی بر کاهش علائم اضطراب دارند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که آموزش روان‌شناختی گروهی می‌تواند رویکردی مؤثر و امیدوارکننده برای پیشگیری یا درمان اختلالات اضطرابی در نوجوانان باشد. در مقابل گروه درمانی وجودی (Existential group therapy) به نوجوانان فرصتی می‌دهد تا با آزمایش آزادی و توانایی‌های خود به کشف و رشد بپردازند و در مواجهه با دنیای دیگران، نگرش‌های خود را



اهمیت کار با والدین و مراقبان، و مدیریت سوگ و افکار خودکشی در چارچوب معنا تأکید دارد.

گروه‌درمانی وجودی و آموزش روان شناختی هر دو با تکیه بر تعاملات گروهی، ایجاد فضای امن و تقویت حمایت بین‌فردی، در جهت بهبود سلامت روان نوجوانان حرکت می‌کنند. علاوه بر این، هر دو رویکرد فرصت‌هایی برای افزایش خود آگاهی و یادگیری راهبردهای سازگارانه فراهم می‌سازند، اما از نظر فلسفه و ساختار تفاوت‌های مهمی دارند. گروه درمانی وجودی رویکردی تجربه‌محور و تأملی است که بر خود آگاهی، معناجویی، مسئولیت‌پذیری و مواجهه با دغدغه‌های بنیادی زندگی تمرکز دارد و از این طریق می‌تواند به کاهش اضطراب‌های وجودی و تقویت انعطاف‌پذیری روانی کمک کند. در مقابل، گروه‌های آموزش روان‌شناختی ساختاری منظم و مهارت‌محور دارند و با ارائه دانش، راهبردهای مقابله و تمرین‌های عملی، مهارت‌های تنظیم هیجان، حل مسئله و مدیریت استرس را تقویت می‌کنند. با وجود اثربخشی گزارش شده برای گروه درمانی وجودی و آموزش روان‌شناختی بر سلامت روان نوجوانان، پژوهش‌های اندکی به مقایسه مستقیم این دو رویکرد و بررسی تفاوت آن‌ها در تأثیر بر تاب‌آوری در برابر خودکشی و سلامت روان پرداخته‌اند. بیشتر مطالعات هر رویکرد را به صورت جداگانه بررسی کرده‌اند و شواهد اندکی درباره اینکه کدام روش برای کدام گروه از نوجوانان و تحت چه شرایطی مؤثرتر است وجود دارد. این خلأ پژوهشی ضرورت انجام مطالعات مقایسه‌ای و مبتنی بر شواهد را برجسته می‌کند تا بتوان تفاوت‌های مکانیزم‌های اثر، پایداری نتایج و کارآمدی هر رویکرد را به‌طور دقیق تعیین کرد. این پژوهش تلاش دارد با

بازنگری کنند. این رویکرد که بیشتر به بزرگسالان مرتبط بوده، می‌تواند با تعدیل‌هایی برای نوجوانان نیز اثربخش باشد و آن‌ها را به خودنگری و تغییر عمیق‌تر تشویق کند (۱۶). گروه درمانی وجودی ترکیبی از اصول تفکر وجودی و مبانی استاندارد گروه‌درمانی است که فرصتی برای شرکت‌کنندگان فراهم می‌آورد تا آزادی خود را در کشف ابعاد مختلف شخصیت و امکانات خود تجربه کنند. در این نوع درمان، افراد با ایجاد ارتباط واقعی با اعضای دیگر گروه، تجربه‌ها و نگرش‌های خود را نسبت به زندگی به اشتراک می‌گذارند و نسبت به واکنش‌های خود به جهان اطراف آگاه می‌شوند. در کار با نوجوانان، گروه‌درمانی وجودی می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا مسائلی چون بحران هویت و معناجویی را با روشی آزادانه و بدون تحمیل اصول بزرگسالانه بررسی کنند. این روش به نوجوانان امکان می‌دهد که دیدگاه‌ها و تجربیات منحصر به فرد خود را کشف کنند و با سایر همسالان تعامل و همفکری داشته باشند. در مطالعه‌ای توسط لیبرت و همکاران (۱۹) با عنوان تطبیق روان‌درمانی متمرکز بر معنا برای نوجوانان و بزرگسالان نوظهور مبتلا به سرطان: مسائل مربوط به معنا و هویت به بررسی تطبیق روان‌درمانی متمرکز بر معنا برای این گروه پرداخته است. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که نوجوانان و بزرگسالان نوظهور مبتلا به سرطان با اضطراب، سوگ، اختلال در زندگی روزمره و فقدان معنا مواجه هستند و مداخلات معنا درمان محور می‌توانند نقش مهمی در کاهش این مشکلات ایفا کنند. این مداخلات شامل کاوش در معنا و هدف زندگی، تقویت هویت فردی و حمایت در مواجهه با موضوعات دشوار مانند پیش‌آگهی بیماری یا پایان زندگی است. همچنین مطالعه بر



قرار داشتن در بازه سنی ۱۳ تا ۱۵ سال، تمایل و تعهد به شرکت منظم در جلسات گروه‌درمانی، امضای فرم تعهد حضور، توانایی شرکت در جلسات در زمان و مکان تعیین شده و نداشتن بیماری جسمی یا روان‌پزشکی حاد بود. در مقابل ملاک‌های خروج بر اساس الزامات طرح مداخله‌ای تعریف شد و شامل غیبت بیش از دو جلسه از مجموع هشت جلسه مداخله، عدم پایبندی به تعهدات ذکرشده در فرم تعهد، بروز رفتارهایی که موجب ایجاد اختلال در روند اجرای جلسات می‌شد و نیز انصراف داوطلبانه شرکت‌کننده در هر مرحله از پژوهش بود. گروه‌های آزمایشی به ترتیب تحت مداخلات درمان گروهی وجودی و درمان گروهی آموزش روانشناختی قرار گرفتند، در حالی که گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد.

فرآیند اجرای پژوهش شامل چندین مرحله سازمان یافته بود که از جذب شرکت‌کنندگان تا ارزیابی‌های نهایی را در بر می‌گرفت. در مرحله نخست به منظور جذب شرکت‌کنندگان، تبلیغات هدفمند در دو مؤسسه مرتبط با آموزش نوجوانان انجام شد. محتوای تبلیغات شامل اطلاعاتی درباره اهداف پژوهش، محتوای جلسات گروه‌درمانی، شرایط شرکت در پژوهش و تعهدات مورد انتظار از شرکت‌کنندگان بود. هدف این مرحله آگاه‌سازی جامعه هدف و ایجاد انگیزه برای شرکت در پژوهش بود. همچنین برای جذب شرکت‌کنندگان علاوه بر تبلیغات از مؤسساتی چون کانون پرورش فکری و مؤسسات آموزشی نیز کمک گرفته شد تا مخاطبانی را به ما معرفی کنند. پس از اتمام مرحله تبلیغات و فراخوان تعداد ۷۰ نوجوان دختر که تمایل خود را برای شرکت در پژوهش ابراز کرده بودند، ثبت‌نام کردند. شرکت‌کنندگان بالقوه، براساس ملاک‌های ورود و خروج که

سنجش تأثیرات گروه‌درمانی بر شاخص‌های مهم سلامت روان نوجوانان، به ایجاد برنامه‌های کارآمدتر در حیطه روان‌درمانی گروهی برای نوجوانان کمک کند و به روشن شدن تأثیر ارتباط با همسالان و تجارب زیسته مشترک بر تقویت سلامت روان، تاب‌آوری در برابر خودکشی آنان پردازد. بنابراین هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی گروه درمانی وجودی با گروه درمانی آموزش روانشناختی بر سلامت روان و تاب‌آوری در برابر خودکشی نوجوانان دختر است.

روش بررسی

پژوهش حاضر از لحاظ هدف یک مطالعه کاربردی است و از نظر روش‌شناسی، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری که سه ماه بعد از پایان مداخله بود، می‌باشد. این طرح به منظور بررسی و مقایسه اثربخشی دو رویکرد درمانی گروهی شامل درمان گروهی وجودی و آموزش روانشناختی بر متغیرهای وابسته پژوهش اجرا شد.

جامعه آماری پژوهش تمام دانش‌آموزان دختر در سن ۱۳ تا ۱۵ سال ساکن در شهر یزد در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بودند. نمونه‌گیری در پژوهش حاضر به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. در ابتدا تعداد ۴۵ نفر از میان داوطلبان واجد شرایط انتخاب شدند و سپس بر اساس اهداف پژوهش و ماهیت طرح نیمه‌آزمایشی، این افراد به سه گروه تقسیم شدند. دو گروه آزمایشی با تعداد اولیه ۱۵ نفر و یک گروه کنترل با تعداد اولیه ۱۵ نفر شکل گرفتند. مطابق با توصیه منابع معتبر در زمینه حجم نمونه در مطالعات نیمه‌آزمایشی گروهی (مانند پیشنهاد حداقل ۱۲ تا ۱۵ نفر برای هر گروه جهت حفظ توان آماری و کنترل ریزش نمونه) (دلاور، ۱۳۹۷). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل



به طور دقیق تعریف شده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. پس از ارزیابی شرکت کنندگان بر اساس این ملاک‌ها، تعداد ۴۵ نفر که واجد شرایط تشخیص داده شدند، به صورت تصادفی در سه گروه تقسیم شدند: دو گروه آزمایشی با ۱۵ نفر و یک گروه کنترل با ۱۵ نفر. گروه‌های آزمایشی به طور مجزا در جلسات گروه‌درمانی شرکت کردند، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و تنها در مراحل ارزیابی شرکت داشت. جلسات درمانی در قالب ۸ جلسه هفتگی در محیطی فیزیکی آرام و مناسب برگزار شد که با رعایت اصول احترام، محرمانگی و حمایت متقابل، شرکت‌کنندگان بتوانند آزادانه احساسات و تجربه‌های خود را بیان کنند. همچنین تسهیل‌گر با ارائه بازخورد مثبت و تشویق مشارکت، فضایی ایمن برای تعامل و یادگیری گروهی فراهم کرد و شامل مباحث آموزشی، فعالیت‌های گروهی و تمرین‌های فردی بود که بر اساس درمان گروهی وجودی و آموزش روانشناختی طراحی شده بودند. هر دو گروه آزمایشی، یعنی گروه درمانی وجودی و گروه آموزش روان‌شناختی، ۸ جلسه مداخله‌ای هفتگی داشتند به طوری که هر جلسه ۹۰ دقیقه به طول انجامید. جلسات در روزهای سه‌شنبه و پنج‌شنبه، ساعت ۱۶ تا ۱۷:۳۰، در سالن گروه درمانی یکی از مؤسسات آموزشی مرتبط با نوجوانان برگزار شد. تمام جلسات توسط یک درمانگر مجرب با تخصص در روان‌شناسی بالینی و آموزش گروهی اجرا شد تا یکنواختی روش و کیفیت مداخلات در هر دو گروه حفظ شود.

با توجه به اینکه آزمودنی‌ها نوجوان بودند، تمام مراحل دریافت رضایت‌مندی مطابق اصول اخلاقی پژوهش‌های انسانی انجام شد. ابتدا محققان رضایت نامه آگاهانه والدین یا سرپرستان

قانونی را دریافت کردند. در این فرم، هدف پژوهش، ماهیت جلسات، تعداد جلسات، مزایا و خطرات احتمالی، حق خروج آزادانه از مطالعه و محرمانه بودن اطلاعات شفاف توضیح داده شده بود. سپس برای رعایت حقوق نوجوانان از هر شرکت‌کننده نیز رضایت آگاهانه گرفته شد و به زبان ساده برای آن‌ها توضیح داده شد که شرکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه است و می‌توانند در هر مرحله بدون پیامد منفی انصراف دهند. تمام داده‌ها به صورت کدگذاری شده نگهداری شد و هیچ هویت فردی ثبت یا گزارش نشد. علاوه بر این، یک شماره تماس برای والدین و شرکت‌کنندگان جهت پاسخ به پرسش‌های احتمالی در طول مطالعه ارائه شد.

ابزارهای پژوهش شامل: پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) بود که این پرسشنامه توسط گلدبرگ در سال (۱۹۷۲) تنظیم گردید (۲۰). پرسشنامه اصلی دارای ۶۰ سؤال است، در این پژوهش از فرم ۲۸ سؤالی آن استفاده شده است که سؤالات آن در بر گیرنده چهار خرده مقیاس می باشد. سؤالات ۱-۷ مربوط به مقیاس علائم جسمانی و وضعیت سلامت عمومی می باشد. از سوال ۸-۱۴ مربوط به مقیاس اضطراب، از سوال ۱۵ تا ۲۱ مربوط به مقیاس اختلال عملکرد اجتماعی، و سؤالات ۲۲-۲۸ نیز مربوط به مقیاس افسردگی می باشند که هر یک از آنها خود شامل ۷ سؤال می باشند. تمام گویه های پرسشنامه سلامت عمومی دارای ۴ گزینه و طیف لیکرت هستند. نمره بالاتر نشان دهنده سلامت عمومی پایین تر است. گلدبرگ و ویلیام (۱۹۸۸) پایایی این پرسشنامه به روش دو نیمه کردن که توسط ۸۵۳ نفر تکمیل شده بود ۰/۹۵ گزارش کردند (۲۰) همچنین چان (۱۹۹۸) پس از اجرای پرسشنامه بر روی ۷۲



دانشجو در هنگ کنگ، ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش کرد. تقوی پایایی پرسشنامه سلامت عمومی را براساس سه روش بازآزمایی، دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داد که به ترتیب، ضرایب پایایی ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ را به دست آورد (۲۰). پرسشنامه تاب آوری در برابر خودکشی: این پرسشنامه توسط عثمان و همکاران (۲۰۰۴) به منظور سنجش تاب آوری در برابر خودکشی افراد طراحی و تدوین شده است (۲۱) و در ایران نیز اعتباریابی شده است. این پرسشنامه دارای ۲۵ سوال و سه مولفه محافظ درونی، ثبات هیجانی و محافظ بیرونی می باشد و بر اساس طیف شش گزینه ای لیکرت با سوالاتی مانند (چیزهای زیادی وجود دارد که من در مورد خودم دوست دارم) به سنجش تاب آوری در برابر خودکشی می پردازد.

گزینه های پاسخ دهی عبارت اند از شدیداً موافقم، موافقم، تا حدی موافقم، تا حدی مخالفم، مخالفم و کاملاً مخالفم که به ترتیب نمره ۱ تا ۶ را به خود اختصاص می دهد. پایایی مقیاس از دو طریق بازآزمایی و آلفای کرونباخ بررسی گردید که به

ترتیب ضرایب پایایی ۰/۹۳ و ۰/۸۳ به دست آمد (۲۱) برای مطالعه روایی این پرسشنامه از ۴ روش استفاده شد. روایی سازه پرسشنامه تاب آوری در برابر خودکشی از طریق تعیین ضریب همبستگی بین این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی انجام شد که ضریب ۰/۶۰ به دست آمد ($P < 0/001$). تحلیل عامل اکتشافی به روش تحلیل مؤلفه های اصلی با چرخش واریماکس برای پرسشنامه تاب آوری در برابر خودکشی، سه عامل را به دست داد که به ترتیب ثبات هیجانی، عامل محافظ درونی و عامل محافظ بیرونی نام گرفت که در مجموع ۷۲/۷۴ درصد از واریانس کل را تبیین نمود (۲۱). در ادامه جلسات مداخله گروه درمانی وجودی بر اساس چارچوب نظری و ساختاری ارائه شده در یالوم و لسزی (۲۲) طراحی شد. مداخله آموزش روان شناختی بر اساس رویکرد گروه های آموزشی روان شناختی تعریف شده در ادبیات روان شناسی گروهی لوکنز و مکفارلند (۲۳) به کار گرفته شد؛ این گروه ها به عنوان مداخله ای ساختارمند، مهارت محور و آموزشی شناخته می شوند و چارچوب آن ها براساس اصول آموزش روان شناختی تدوین گردید.

جدول ۱: گروه درمانی مبتنی بر آموزش روان شناختی (۲۴)

| جلسات | اهداف | شیوه ها |
|----------|---|--|
| جلسه اول | آشنایی با فرایند گروه درمانی و آشنایی با قوانین ایجاد زمینه همبستگی با اعضا و گروه | معرفی آموزش روان شناختی و مهارت های مرتبط با آن، تبیین مشکلات بر اساس عدم داشتن این مهارت ها، معرفی قوانین گروه، معارفه اعضا، بررسی نگرانی ها و نظرات اعضا |
| جلسه دوم | آشنایی اعضا با خود آگاهی، آشنایی با اهداف و علائق و آرزوها و نگرانی ها و تفکیک آنها از یکدیگر | انجام تمرینات مرتبط با مهارت خود آگاهی و بازی ها و تمرینات مرتبط و آموزش چگونگی هدف گذاری |
| جلسه سوم | آشنایی با هویت و بحران هویت | تعریف هویت و معرفی عوامل موثر بر شکل گیری هویت، تکلیف گروهی |



| | | |
|------------|--|---|
| جلسه چهارم | مدیریت استرس و هیجان ها | تعریف هیجان و انواع آن، تعریف استرس و راه های مقابله با آن با استفاده از تمرینات و فعالیت گروهی |
| جلسه پنجم | آشنایی با تفکر خلاق و کاربردهای آن | تمرینات مرتبط با مولفه های تفکر خلاق |
| جلسه ششم | آشنایی با مهارت تفکر انتقادی و مزایا و کاربرد آن | آموزش مراحل تفکر انتقادی و ویژگی های متفکر نقاد |
| جلسه هفتم | حل مسئله و تصمیم گیری | آموزش مراحل تصمیم گیری و حل مسئله و تمرینات مرتبط |
| جلسه هشتم | یکپارچه سازی و تبیین مطالب جلسات قبل، تبیین گروه درمانی به عنوان آغاز ارتباطی جدید و سالم با دیگران، پایان دادن به فرآیند گروه | مرور مطالب قبل و فرآیند گروه: تبیین چالش های آینده اعضا در نتیجه تغییرات رفتاری - روانشناختی، بیان احساس ها و نگرش های اعضا درباره تجربه گروه درمانی، مرتبط کردن تجربه ی گروه با تجربه های بعدی زندگی |

جدول ۲: گروه درمانی وجودی (۲۵)

| جلسات | اهداف | شیوه ها |
|------------|--|---|
| جلسه اول | آشنایی با فرآیند گروه درمانی آشنایی با قوانین ایجاد زمینه همبستگی با اعضا و گروه | تبیین شکل گیری مشکلات بر اساس رویکرد وجودی، تبیین گروه درمانی وجودی، معرفی قوانین گروه، معارفه اعضا، بررسی نگرانی ها و نظرات اعضا |
| جلسه دوم | ایجاد ارتباط و همبستگی گروهی، افزایش خودآگاهی حضور در زمان حال افزایش مشارکت گروه | ترغیب اعضا به بیان احساسات و افکار، آموزش اعضا در مورد همدلی و بازخورد دادن، تمرکز بر اینجا و اکنون |
| جلسه سوم | تحقق بخشیدن به خودآگاهی، افزایش جرات ابراز وجود و باز بودن افزایش تحمل اعضا نسبت به یکدیگر | افزایش آگاهی با تمرکز بر سه نوع شیوه بودن، تحلیل وجودی باز بودن و ابراز وجود، تشویق اعضا و بیان احساسات و افکار، ترغیب اعضا به بیان واکنش ها در برابر باز بودن سایرین |
| جلسه چهارم | آشنایی با مفاهیم انتخاب و آزادی، آگاهی از جایگاه پیامد های آزادی و انتخاب | تحلیل های تحلیل وجودی مفاهیم و انتخاب تعبیر رابطه آزادی و در روابط انسانی ترغیب اعضا به تصمیم گیری های جدید |
| جلسه پنجم | آشنایی با مفهوم مسئولیت، افزایش حس مسئولیت پذیری نسبت به خود و دیگران، درک رابطه فرار از آزادی و انتخاب با توانایی در مسئولیت پذیری | تحلیل وجودی مسئولیت پذیری، تبیین نقش مسئولیت پذیری در رشد شخص و رشد روابط انسانی، ترغیب اعضا به گفتگو در مورد تصمیم گیری جدید و پذیرش مسئولیت انتخاب |
| جلسه ششم | تجربه اصالت خود در برقراری رابطه با دیگران، درک و پذیرش تنهایی و مرگ به عنوان واقعیت غیر قابل اجتناب، درک اهمیت مرگ برای پربار شدن زندگی | ترغیب به بازخورد دادن اعضا نسبت تجارب یکدیگر در مورد روابط عمیق با دیگران، تحلیل وجودی مرگ بعنوان مکمل زندگی، گفتگوی اعضا درباره نگرش و احساس درباره مرگ |
| جلسه هفتم | درک معنا و هدف در زندگی، کشف معناهای پنهان و آشکار زندگی اعضا، متعهد شدن و هدفی خاص در زندگی آینده | تحلیل وجودی هدف و معناجویی در زندگی، گفتگوی اعضا درباره اهداف گذشته و یافتن معناهای پنهان |

یکپارچه سازی و تبیین مطالب جلسات قبل، تبیین گروه درمانی به عنوان آغاز ارتباطی جدید و سالم با دیگران، پایان دادن به فرآیند گروه

مرور مطالب قبل و فرآیند گروه: تبیین چالش های آینده اعضا در نتیجه تغییرات رفتاری -روانشناختی، بیان احساس ها و نگرش های اعضا درباره تجربه گروه درمانی، مرتبط کردن تجربه ی گروه با تجربه های بعدی زندگی

یافته ها

یافته های توصیفی این پژوهش شامل تعداد ۴۵ نفر شرکت کننده در سه گروه و هر گروه ۱۵ نفر با میانگین و انحراف معیار متغیر سن آنها به ترتیب در گروه کنترل ۱۳/۸۶ و ۰/۸۳۳، در گروه درمان وجودی، ۱۳/۷۳ و ۰/۷۹ و در گروه آموزش روانشناختی ۱۳/۴۶ و ۱/۱۲ است.

همانطور که جدول ۳ نشان می دهد، میانگین سلامت روان در پس آزمون و پیگیری گروه درمان وجودی به ترتیب (۲۰/۶۶، ۲۱/۳۳) در گروه آموزش روانشناختی به ترتیب (۲۳/۰۶، ۱۸/۷۳) و در گروه گواه (۲۸/۱۳، ۲۹/۵۳) شده است که همانطور که مشهود است در گروه گواه تغییر چندانی نداشته است. همچنین میانگین نمره متغیر تاب آوری در برابر خودکشی در پس آزمون و پیگیری گروه های درمان وجودی (۱۲۲/۲۶، ۱۲۷) و آموزش روانشناختی (۱۱۵/۶۶، ۱۲۱) و گروه گواه (۱۰۹/۸، ۱۱۱/۱۳) بوده است که در گروه گواه تغییر زیادی نکرده است.

برای تشخیص معنادار بودن این تغییرات، در این پژوهش از تحلیل کوواریانس با اندازه گیری مکرر برای متغیرهای سلامت روان و تاب آوری در برابر خودکشی استفاده شده است. لذا در ابتدا بررسی های مقدماتی برای اطمینان از عدم تخطی از مفروضه های این روش آماری انجام شد.

برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات در پیش آزمون و پس آزمون از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. با توجه به

سطح معناداری متغیر سلامت روان در گروه درمان وجودی که بالاتر از ۰/۰۵ است ($P=0/096$ ، $P=0/900$ ، آماره)، گروه آموزش روانشناختی ($P=0/254$ ، $P=0/928$ ، آماره) و گروه گواه ($P=0/445$ ، $P=0/945$ ، آماره) و متغیر تاب آوری در برابر خودکشی در گروه درمان وجودی ($P=0/365$ ، $P=0/939$ ، آماره)، درمان آموزش روانشناختی ($P=0/245$ ، $P=0/927$ ، آماره) و گروه گواه ($P=0/147$ ، $P=0/912$ ، آماره) این مفروضه تأیید می شود. برای بررسی مفروضه همگنی واریانس ها از آزمون لوین استفاده شده است. با توجه به سطح معناداری که بیشتر از ۰/۰۵ شده است، متغیر سلامت روان ($F=0/961$ ، $P=0/391$) و متغیر تاب آوری در برابر خودکشی ($F=0/154$ ، $P=0/857$). این مفروضه نیز تأیید می شود.

در تحلیل کوواریانس، مهمترین مفروضه همگنی شیب رگرسیون است که باید مورد توجه قرار گیرد. فرض همگنی شیب رگرسیون در واقع میزان تعامل متغیر همپراش اما متغیر مستقل را مورد بررسی قرار می دهد. مقدار F به دست آمده برای متغیرهای سلامت روان و تاب آوری در برابر خودکشی شناختی نشان می دهد که شیب رگرسیون دو متغیر تفاوت معناداری با هم ندارند و بنابراین فرض همگنی شیب رگرسیون مورد تأیید قرار می گیرد، سلامت روان ($F=1/433$ ، $P=0/251$) و تاب آوری در برابر خودکشی ($F=2/018$ ، $P=0/147$). همچنین فرض همگنی ماتریس های کوواریانس در متغیر سلامت روان و تاب آوری در برابر خودکشی با آزمون M باکس انجام شد.





و تاب آوری در برابر خودکشی در پس آزمون و پیگیری به دست آمد. در متغیر سلامت روان در پس آزمون ($p < 0/05$)، $F = 26/59$ و $F = 0/565$ (مجذور اتا) $56/5$ درصد از تغییرات نمرات در سلامت روان و در پیگیری ($p < 0/05$)، $F = 4/16$ و $F = 0/169$ (مجذور اتا) نیز $16/9$ درصد از تغییرات سلامت روان تأثیر درمان وجودی و آموزش روانشناختی است.

در متغیر تاب آوری در برابر خودکشی نیز در پس آزمون ($p < 0/05$)، $F = 28/98$ و $F = 0/602$ (مجذور اتا) $60/2$ درصد از تغییرات نمرات در تاب آوری در برابر خودکشی و در پیگیری ($p < 0/05$)، $F = 5/75$ و $F = 0/219$ (مجذور اتا) نیز $21/9$ درصد از تغییرات تاب آوری در برابر خودکشی تأثیر درمان وجودی و آموزش روانشناختی است. در ادامه آزمون تعقیبی بن فرونی برای تعیین تفاوت بین گروه ها انجام شد. نتایج در جدول ۵ نشان داده شده است.

همانطور که در جدول ۵ نشان داده شده است، تفاوت میانگین ها در متغیر سلامت روان در پس آزمون بین گروه های گواه و درمان وجودی و آموزش روانشناختی معنادار است اما بین دو گروه آموزش روانشناختی و درمان وجودی تفاوت میانگین ها معنادار نیست.

در پیگیری نیز فقط بین گروه گواه و درمان وجودی تفاوت میانگین ها معنادار است. در متغیر تاب آوری در برابر خودکشی تفاوت میانگین گروه های گواه و درمان وجودی و آموزش روانشناختی در پس آزمون معنادار است ولی بین گروه درمان وجودی و آموزش روانشناختی تفاوت گروه ها معنادار نیست. و در پیگیری هم فقط بین گروه گواه و درمان وجودی تفاوت میانگین ها معنادار است.

در متغیر سلامت روان مفروضه آزمون M باکس برابر با $4/52$ است و سطح معنی داری آن برابر با $0/647$ است و در متغیر تاب آوری در برابر خودکشی مفروضه آزمون M باکس برابر با $5/806$ است و سطح معنی داری آن برابر با $0/072$ است.

با توجه به اینکه سطح معنی داری آماری بیشتر از $0/05$ بوده است فرض همگنی ماتریس های کواریانس در متغیر تاب آوری تایید می شود. بنابراین همه پیش فرض های لازم و ضروری برای انجام آزمون تحلیل کواریانس رعایت شده اند. در ادامه تحلیل کواریانس با اندازه گیری مکرر در متغیر سلامت روان با استفاده از اثر لامبدای ویلکز برابر با $0/584$ با مقدار احتمال $0/001$ می باشد و برای متغیر تاب آوری در برابر خودکشی اثر لامبدای ویلکز $0/642$ با مقدار احتمال $0/001$ است. بنابراین می توان نتیجه گیری کرد که زمان تأثیر معنی داری بر نمره های سلامت روان و تاب آوری در برابر خودکشی داشته است. پیش فرض کرویت طبق آزمون موچلی در هر دو متغیر سلامت روان و تاب آوری نقض شد ($P < 0/05$). بنابراین از مقادیر تصحیح شده در ردیف گرین هاوس - گایزر برای تفسیر تحلیل استفاده گردید. اطلاعات جدول ۴ نشان می دهد که، اثر پیش - آزمون از لحاظ آماری در متغیر سلامت روان و تاب آوری در برابر خودکشی معنادار بود ($p < 0/05$) به این معنی که نمره پیش آزمون در پس آزمون اثر داشته است و مقداری از واریانس نمره های پس آزمون، تحت تأثیر پیش آزمون قرار دارد. در ادامه برای آزمون اثر مداخله گرانه، بر متغیر وابسته، اثر پیش آزمون، به عنوان متغیر هم پراش حذف گردید. بعد از تعدیل نمره های پیش آزمون، تفاوت معناداری بین سه گروه گواه، درمان وجودی و آموزش روانشناختی در میانگین نمرات سلامت روان



جدول ۳: آماره‌های توصیفی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری سه گروه (کنترل، درمان وجودی و آموزش روانشناختی) در متغیر سلامت روان و تاب‌آوری

| گروه کنترل | | | آموزش روانشناختی | | | درمان وجودی | | مرحله | |
|------------|---------|-------|------------------|---------|-------|-------------|---------|-------|--------------------------|
| انحراف | میانگین | تعداد | انحراف | میانگین | تعداد | انحراف | میانگین | تعداد | |
| معیار | | | معیار | | | معیار | | | |
| ۵/۶۳ | ۲۸/۷۳ | ۱۵ | ۹/۳۹ | ۲۵/۱۳ | ۱۵ | ۹/۴ | ۲۳/۸۶ | ۱۵ | پیش آزمون سلامت |
| ۵/۹۵ | ۲۹/۵۳ | ۱۵ | ۸/۱۶ | ۱۸/۷۳ | ۱۵ | ۷/۶۷ | ۲۰/۶۶ | ۱۵ | پس آزمون روان |
| ۵/۱۳ | ۲۸/۱۳ | ۱۵ | ۷/۳۶ | ۲۳/۰۶ | ۱۵ | ۸/۵۸ | ۲۱/۳۳ | ۱۵ | پیگیری |
| ۱۳/۸ | ۱۱۳/۶۶ | ۱۵ | ۱۴/۹۶ | ۱۰۹/۳۳ | ۱۵ | ۱۳/۵۸ | ۱۱۶/۵۳ | ۱۵ | پیش آزمون تاب‌آوری |
| ۱۲/۵۱ | ۱۱۱/۱۳ | ۱۵ | ۱۰/۰۴ | ۱۲۱ | ۱۵ | ۹/۸۸ | ۱۲۷ | ۱۵ | پس آزمون در برابر خودکشی |
| ۱۵/۷۲ | ۱۰۹/۸ | ۱۵ | ۱۰/۶ | ۱۱۵/۶۶ | ۱۵ | ۱۰/۰۵ | ۱۲۲/۲۶ | ۱۵ | پیگیری |

جدول ۴: نتایج تحلیل اثرات درون آزمودنی در آزمون تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در متغیر سلامت روان در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سه گروه (گواه، درمان وجودی، آموزش روانشناختی)

| متغیر | مراحل | مجموع | درجه | میانگین | آماره F | سطح | میزان تأثیر |
|--------------------------|----------------|---------|-------|---------|---------|-----------|-------------|
| | | مربعات | آزادی | مربعات | | معنی‌داری | |
| پس آزمون سلامت | پس آزمون | ۱۷۸۹/۴۸ | ۱ | ۱۷۸۹/۷۸ | ۲۳۴/۷۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۵۱ |
| پس آزمون روان | پیش آزمون گروه | ۴۰۵/۴۴ | ۲ | ۲۰۲/۷۲ | ۲۶/۵۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۶۵ |
| پس آزمون تاب‌آوری | پیش آزمون گروه | ۱۸۳۴/۸۷ | ۱ | ۱۸۳۴/۸۷ | ۲۳۱/۳۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۴۹ |
| پس آزمون در برابر خودکشی | پس آزمون گروه | ۳۷۸۷/۲۱ | ۲ | ۳۳/۰۲ | ۴/۱۶ | ۰/۰۲۳ | ۰/۱۶۹ |
| | پس آزمون گروه | ۳۷۸۷/۲۱ | ۱ | ۳۷۸۷/۲۱ | ۳۰/۸۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۶۱ |
| | پیش آزمون گروه | ۱۷۹۳/۲۴ | ۲ | ۸۹۶/۶۲ | ۲۸/۹۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۰۲ |
| | پیش آزمون گروه | ۲۸۸۸/۹۴ | ۱ | ۲۸۸۸/۹۴ | ۳۳/۲۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۴۸ |
| | پس آزمون گروه | ۱۰۰۰/۴۲ | ۲ | ۵۰۰/۲۱ | ۵/۷۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۱۹ |



جدول ۵: آزمون تعقیبی (بن فرونی) بین گروه گواه، درمان وجودی و آموزش روانشناختی در پس آزمون و پیگیری

| متغیر | گروه | تفاوت میانگین‌ها | خطای استاندارد | سطح معناداری |
|----------|-------------|------------------|----------------|--------------|
| پس آزمون | گواه | ۶/۹۸ | ۱/۰۳۸ | ۰/۰۰۱ |
| سلامت | گواه | ۶/۰۴ | ۱/۰۲۵ | ۰/۰۰۱ |
| روان | درمان وجودی | ۰/۹۴۱ | ۱/۰۱۰ | ۰/۹۹۸ |
| پیگیری | گواه | ۲/۹۴ | ۱/۰۵ | ۰/۰۲۵ |
| | گواه | ۲/۲۱ | ۱/۰۴ | ۰/۱۲۱ |
| | درمان وجودی | ۰/۷۲۹ | ۱/۰۳۰ | ۰/۹۸۶ |
| تاب آوری | گواه | ۱۴/۰۱ | ۱/۹۷ | ۰/۰۰۱ |
| در برابر | گواه | ۱۲/۶۶ | ۱/۹۸ | ۰/۰۰۱ |
| خودکشی | درمان وجودی | ۱/۳۴ | ۲/۰۰۶ | ۰/۹۷۵ |
| پیگیری | گواه | ۱۱/۱۸ | ۳/۴۱ | ۰/۰۰۶ |
| | گواه | ۸/۱۱ | ۳/۴۳ | ۰/۰۶۹ |
| | درمان وجودی | ۳/۰۷ | ۳/۴۷ | ۰/۹۸۶ |

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر برای بررسی و مقایسه اثربخشی دو روش درمانی آموزش روانشناختی و گروه درمانی وجودی در بهبود سلامت روان و تاب آوری نوجوانان دختر در برابر خودکشی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که دو گروه درمانی آموزش روانشناختی و گروه درمانی وجودی بر روی سلامت روان تفاوت معناداری ندارند و از هر دو مداخله (درمان وجودی و آموزش روانشناختی) می‌توان برای بهبود سلامت روان بهره گرفت. پژوهشی که به طور مستقیم این دو روش درمانی را مقایسه کند، در منابع داخلی و خارجی یافت نشد، اما مطالعات اخیر به بررسی مداخلات مختلف برای بهبود سلامت روان نوجوانان پرداخته‌اند. این نتایج با نتایج فلورنسا و همکاران (۱۳)، بانوردا و همکاران (۱۸) و سعیدمنش و همکاران (۲۶) همسو است. یافته‌های مطالعات اخیر نشان می‌دهند که مداخلات گروهی شناختی-رفتاری، آموزش روانی خانواده و سایر برنامه‌های مهارت‌آموزی، اثرات مثبت قابل توجهی بر سلامت روان

نوجوانان دارند (۱۳). مرورهای سیستماتیک و متاآنالیز نیز نشان داده‌اند که گروه‌های آموزش روان‌شناختی می‌توانند به طور قابل توجهی علائم اضطراب و استرس را کاهش دهند و مهارت‌های مقابله‌ای نوجوانان را ارتقا دهند (۲۷). از سوی دیگر، پژوهش‌های مرتبط با مداخلات وجودی-انسان‌گرایانه نشان داده‌اند که این روش‌ها خودآگاهی، عزت نفس و درک معنای زندگی را افزایش می‌دهند و نوجوانان را در مواجهه با فشارهای روانی و بحران‌های هویتی توانمند می‌سازند (۲۸). بنابراین هر دو روش، اگرچه از نظر رویکرد متفاوت‌اند اما به نوجوانان کمک می‌کنند تا شناخت بهتری از خود، هیجانات و موقعیت‌های زندگی‌شان پیدا کنند، مهارت‌های مقابله‌ای و سازگاری روانی خود را در برابر فشارها و بحران‌ها تقویت کنند. این یافته‌ها اهمیت استفاده از مداخلات گروهی چند بعدی و ترکیبی در برنامه‌های ارتقای سلامت روان نوجوانان را تأکید می‌کنند و نشان می‌دهند که توجه همزمان به مهارت‌های روانی-اجتماعی و معنایی می‌تواند اثرگذاری



بیشتری در پیشگیری از مشکلات روانی ایجاد کند (۱۸).

در ادامه نتایج نشان داد گروه درمانی آموزش روانشناختی و گروه درمانی وجودی بر روی تاب آوری نوجوانان تفاوت معناداری ندارند و از هر دو مداخله (درمان وجودی و آموزش روانشناختی) می‌توان برای بهبود تاب آوری بهره گرفت. این یافته‌ها با نتایج مپل و همکاران (۲۹)، پرشیا و همکاران (۳۰) و تانگ و همکاران (۳۱) همسو است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که مکانیسم اثر این مداخلات متفاوت اما مکمل است؛ درمان وجودی بر یافتن معنا و هدف در زندگی، پذیرش رنج و بحران‌ها و استفاده از آن‌ها برای رشد شخصی تمرکز دارد، در حالی که آموزش روانشناختی از طریق تکنیک‌های شناختی-رفتاری، مهارت‌های حل مسئله و مقابله‌ای را ارتقاء می‌دهد و نوجوانان را برای مدیریت استرس و مشکلات روزمره توانمند می‌سازد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان رفتار دیالکتیکی می‌تواند تاب آوری روانشناختی را به‌طور معناداری افزایش دهد و اضطراب وجودی را کاهش دهد (۳۲). آموزش روانشناختی از طریق تکنیک‌های شناختی و رفتاری، مهارت‌های حل مسئله و مقابله‌ای را تقویت می‌کند و درمان وجودی به نوجوانان کمک می‌کند تا معنای رنج و چالش‌های زندگی را درک کنند و از آن‌ها برای رشد شخصی بهره ببرند. این گروه درمانی‌ها می‌توانند احساس انزوای اجتماعی را کاهش دهند و باعث بهبود ارتباطات نوجوانان با دیگران شوند (۳۳). آموزش روانشناختی ممکن است بیشتر روی مهارت‌های ارتباطی تمرکز کند، اما درمان وجودی نیز فرد را به کشف روابط عمیق‌تر با دیگران سوق می‌دهد (۳۴) و باعث کاهش اضطراب، افسردگی و افکار منفی می‌شوند. آموزش روانشناختی معمولاً تکنیک‌های

شناختی-رفتاری را برای مدیریت این مشکلات ارائه می‌دهد و درمان وجودی از طریق پذیرش ناملایمات زندگی و یافتن معنا در آن‌ها، اضطراب وجودی را کاهش می‌دهد (۳۵). از سوی دیگر نوجوانان نسبت به بزرگسالان انعطاف‌پذیری شناختی بیشتری دارند، یعنی می‌توانند روش‌های مختلف تفکر و درک زندگی را راحت‌تر بپذیرند و به شدت تحت تأثیر محیط اجتماعی، دوستان، خانواده و مدرسه هستند. بنابراین هر دو درمان، اگر در فضایی حمایتگر اجرا شوند، می‌توانند به بهبود افزایش تاب آوری کمک کنند (۳۶).

با این حال تداوم اثرات در مرحله پیگیری عمدتاً در گروه درمان وجودی مشاهده شد. بنابراین درمان وجودی در حفظ نتایج در بلندمدت کارآمدتر بود. یکی از دلایل اصلی پایداری بیشتر درمان وجودی در مقایسه با آموزش روانشناختی، ماهیت عمیق و بنیادین این رویکرد است. درمان وجودی به جای تمرکز صرف بر آموزش مهارت‌ها یا ارائه اطلاعات، مستقیماً به معنای زندگی، آزادی، مسئولیت، تنهایی و مرگ به‌عنوان دغدغه‌های بنیادی انسان می‌پردازد (۳۷). نوجوانان در این رویکرد نه تنها مهارت‌های فوری مقابله را می‌آموزند، بلکه درکی عمیق‌تر از جایگاه خود در جهان، ارزش‌ها و مسئولیت‌های شخصی‌شان پیدا می‌کنند. این بازسازی معنایی می‌تواند منجر به تغییرات پایدارتر در هویت و نظام فکری شود. در مقابل آموزش روانشناختی گرچه در کوتاه مدت می‌تواند آگاهی و مهارت‌هایی در زمینه مدیریت هیجان یا پیشگیری از خودکشی ایجاد کند، اما غالباً تغییرات سطحی‌تری ایجاد می‌کند و به ریشه‌های وجودی مشکلات نمی‌پردازد. به همین دلیل اثرات آن در طول زمان ممکن است کاهش یابد. این پژوهش دارای



بلندمدت این درمان‌ها بر نوجوانان ضروری است تا مشخص شود که این مداخلات تا چه میزان می‌توانند در درازمدت تأثیرات پایدار داشته باشند. همچنین توسعه برنامه‌های آموزشی برای مشاوران و روان‌درمانگران جهت استفاده بهینه از این دو روش درمانی پیشنهاد می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

تحقیق حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه علم و هنر یزد با کد اخلاق IR.ACECR.USC.REC.1403.177 به ثبت رسیده است.

سهم نویسندگان

سهیلا کاغذگران؛ مصاحبه و گردآوری اطلاعات، گردآوری منابع و تجزیه و تحلیل داده‌ها و محسن سعید منش و محمدعلی صادقی پور طراحی و طاهره صادقیه و مسلم دهقانی زاده، نظارت پژوهش را برعهده داشتند. نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تایید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

حمایت مالی

در انجام این تحقیق هیچ گونه حمایت مالی دریافت نشده است.

تضاد منافع

پژوهش حاضر هیچگونه تعارض منافی با هیچ سازمانی ندارد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از زحمات تمامی عزیزانی که در اجرای این پژوهش یاری کردند تشکر و قدردانی کنند.

محدودیت‌هایی نیز بود. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به چند مورد مهم اشاره کرد. نخست، عوامل محیطی و فردی پس از مداخله، مانند حمایت خانواده، فشار همسالان یا رخدادهای زندگی، ممکن است نتایج پیگیری سه ماهه را تحت تأثیر قرار داده باشند و کنترل آن‌ها در مطالعه امکان پذیر نبوده است. دوم وابستگی به پرسشنامه‌های خود اظهاری برای اندازه‌گیری سلامت روان و تاب‌آوری، می‌تواند با پاسخ‌های اجتماعی پسند یا تغییرات کوتاه‌مدت حالت روانی نوجوانان تحت تأثیر قرار گیرد و این محدودیت اعتبار داده‌ها را کاهش می‌دهد. سوم، تفاوت در مهارت و سبک اجرای درمانگر و کیفیت تعامل اعضای گروه نیز ممکن است بر اثربخشی مداخلات تأثیرگذار باشد و این متغیرها در مطالعه به‌طور دقیق کنترل نشده‌اند. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش، بررسی نکردن تأثیر عوامل فردی همچون پیشینه خانوادگی، میزان حمایت اجتماعی و سطح تحصیلات والدین است که می‌تواند بر اثربخشی این مداخلات تأثیرگذار باشند. از این‌رو، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با در نظر گرفتن این محدودیت‌ها، طراحی‌های متنوع‌تری را برای بررسی اثربخشی این مداخلات ارائه دهند و از روش‌های ترکیبی برای بهبود سلامت روان نوجوانان استفاده کنند. با توجه به یافته‌های این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که مراکز مشاوره، مدارس و نهادهای مرتبط از مداخلات گروه‌درمانی آموزش روان‌شناختی و درمان وجودی برای بهبود سلامت روان و افزایش تاب‌آوری نوجوانان بهره ببرند. علاوه بر این انجام مطالعات طولی برای بررسی تأثیرات



References

- 1-De Lange J, Baams L, van Bergen DD & et al. Minority Stress and Suicidal Ideation and Suicide Attempts Among LGBT Adolescents and Young Adults: A Meta-Analysis. *LGBT Health*. 2022;9(4):222-37.
- 2-Gili M, Castellví P, Vives M & et al. Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. *J Affect Disord*. 2019; 245:152-62.
- 3-Yang P, Hernandez BS, Plastino KA. Social determinants of mental health and adolescent anxiety and depression: Findings from the 2018 to 2019 National Survey of Children's Health. *International Journal of Social Psychiatry*. 2022;69(3):795-798.
- 4-Bogaerts A, Claes L, Raymaekers K & et al. Trajectories of adaptive and disturbed identity dimensions in adolescence: developmental associations with self-esteem, resilience, symptoms of depression, and borderline personality disorder features. *Front. Psychiatry*. 2023; 14:1125812.
- 5-Lengvenyte A, Conejero I, Courtet P & et al. Biological bases of suicidal behaviours: A narrative review. *Depression*, 2021; 53(1): 330–351.
- 6-Hill NTM, Robinson J, Pirkis J, & et al. Association of suicidal behavior with exposure to suicide and suicide attempt: A systematic review and multilevel meta-analysis. *PLOS Med*. 2020;17(3): e1003074.
- 7-World Health Organization. *Mental Health Atlas 2020*. Geneva: World Health Organization; 2021.20–45. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345946>.
- 8-Hernández Sánchez YE, & Riaño Arévalo R. Factores protectores asociados a la conducta suicida en adolescentes (Trabajo de grado, Universidad Cooperativa de Colombia). *Universidad Cooperativa de Colombia*. 2021; 6(1): 1-11.
- 9-Scardera S, Perret LC, Ouellet-Morin I & et al. Association of Social Support During Adolescence with Depression, Anxiety, and Suicidal Ideation in Young Adults. *JAMA Netw Open*. 2020;3(12): e2027491.
- 10-Hatkevich C, Sumlin E, Sharp C. Examining Associations Between Child Abuse and Neglect Experiences with Emotion Regulation Difficulties Indicative of Adolescent Suicidal Ideation Risk. *Front Psychiatry*. 2021; 12:630697.



- 11-Marraccini ME, Griffin D, O'Neill JC & et al. School risk and protective factors of suicide: A cultural model of suicide risk and protective factors in schools. *Int J Sch Educ Psychol*. 2021; 9:266–89.
- 12-Wang X, Lu Z, Dong C. Suicide resilience: A Concept analysis. *Front Psychiatry*. 2022; 26:1-18.
- 13-Florensa MVA, Keliat BA, Wardani IY & et al. Promoting the Mental Health of Adolescents through Cognitive Behavior Group Therapy and Family Psychoeducation. *Compr Child Adolesc Nurs*. 2019;42(sup1):267-76.
- 14-Berg RC, Landreth GL, Fall KA. *Group Counseling: Concepts and Procedures*. 7th ed. USA: Routledge; 2024: 240-252.
- 15-McCarthy CJ, Bauman S, Choudhuri DD & et al. Association for Specialists in Group Work guiding principles for group work. *J Spec Group Work*. 2022;47(1):10–21.
- 16-Kaur, A. Role and existential stress in adolescents in relation to their emotional intelligence and wellbeing: A mixed-method approach. *International Journal of Science and Research (IJSR)*. 2025; 14(3): 774-780.
- 17-Morgado T, Lopes V, Carvalho D & et al. The effectiveness of psychoeducational interventions in adolescents' anxiety: a systematic review protocol, *Nursing Reports*. 2022; 12(1): 217-225
- 18-Baourda VC, Brouzos A, Mavridis D. Group Psychoeducation for Anxiety Symptoms in Youth: Systematic Review and Meta-analysis. *Journal for Specialists in Group Work*. 2022; 47(1): 22–42.
- 19-Doornik SFW, Glashouwer KA, Ostafin BD & et al. The effects of a meaning-centered intervention on meaning in life and eating disorder symptoms in undergraduate women with high weight and shape concerns: a randomized controlled trial. *Behav Ther*. 2024;55(1):177–90.
- 20-Moreta-Herrera R, Domínguez Lara S, Vaca-Quintana D & et al. Psychometric properties of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in Ecuadorian college students. *Psihologijske Teme*. 2021;30(3):573–90.
- 21-Mahdiyar M, Nejati F. Validation of the Suicide Resilience Questionnaire. *Health Psychol Res Q*. 2015;4(4):96-107.[Persian]
- 22-Andrews K, Ross D, Maroney TL. Online Group Psychotherapy: A Systematic Review. *Community Ment Health J*. 2024; 60(8):1511-1531.



- 23-Lukens EP, & McFarlane WR. Psychoeducation as evidence-based practice: Considerations for practice, research, and policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*. 2004; 4(3): 205–225.
- 24-Marianne D, Sally-Ann C, Castillo-Eito L & et al. Psychoeducation for Children with Chronic Conditions: A Systematic Review and Meta-analysis, *Journal of Pediatric Psychology*. 2020; 45(4): 386–398.
- 25-Weixel-Dixon K. *Existential Group Counselling and Psychotherapy*. 1st ed. London (UK): Routledge, Taylor & Francis Group; 2020: 178-186.
- 26-Saeidmanesh A, Azizi M, Moradi S. The effectiveness of cognitive-existential group therapy on anxiety and hope for life in adolescents with cancer. *Sci Res Q Soc Work*. 2019;7(4):31-8.
- 27-Bagian Kulehmarzi MJ, Rajabi M, Moosivand M & et al. Psychometric properties of the Persian version of the Suicide Resilience Inventory in adolescents with suicidal ideation. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*. 2025; 14(3): e160448.[Persian]
- 28-Rahbar Karbasdehi E, Hosseinkhanzadeh AA, Rahbar Karbasdehi F. The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Psychological Resilience and Existential Anxiety in Adolescents with Leukemia. *Int J Sch Health*. 2021;8(3):176-83.[Persian]
- 29-Maple M, Wayland S, Pearce T & et al. A Psychoeducational Support Group Intervention for People Who Have Attempted Suicide: An Open Trial with Promising Preliminary Findings. *Community Ment Health J*. 2022;58(8):1621-9.
- 30-Perica MI, Calabro FJ, Larsen B & et al. Development of frontal GABA and glutamate supports excitation/inhibition balance from adolescence into adulthood. *Prog Neurobiol*. 2022; 219:102370.
- 31-Tang Y, Diao H, Jin F & et al. The effect of peer education based on adolescent health education on the resilience of children and adolescents: A cluster randomized controlled trial. *PLoS One*. 2022;17(2): e0263012.
- 32-Fahlevi, R. The humanistic and existential approach to improve students' emotional intelligence in school counseling program. *Konselor*. 2020; 9(1): 29–35.[Persian]
- 33-Boroomandian N, Mohammadi N, Rahimi Taghanaki C. Comparing the Effectiveness of Group Therapy by “Interaction and Psychodrama” on Emotional Awareness of Adolescent Girls with Psychological Distress. *Psychol Achiev*. 2020;27(1):1-22.[Persian]



- 34-Castellví P, Miranda-Mendizábal A, Alayo I & et al. Assessing the Relationship Between School Failure and Suicidal Behavior in Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-analysis of Longitudinal Studies. *Sch Ment Health*. 2020; 12:429-41.
- 35-Zadafshar B, Sharifi T, Ahmadi R & et al. Effects of Emotion-focused Therapy and Existential Group Therapy on Depression, Anxiety, and Stress in the Victims of Child Sexual Harassment. *JCCNC* 2021; 7 (3) :227-236,
- 36-Pirfalak M, Atashpour S H, Golparvar M. Comparison of the effectiveness of existential therapy and rational emotive behavioral therapy on meaning in life and anger management among adolescents with suicidal ideation. *Contemporary Psychology*. 2022; 17(2): 140–153.
- 37-Deljoui Sarkash Z, Fardin M A, Nouri Moghadam S. Effectiveness of Existential Group Therapy on Perceived Inadequacy in Adolescents with Neglectful or No Guardians in the Welfare Center of Zanjan City. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*. 2025; 6(10): 1-11.