

Comparing the Effects of Logotherapy and Acceptance and Commitment Therapy on Resilience in Girls Who Escaped and Had Bad Caregivers

Babazadeh A¹, *Musazadeh T², Taklavi S²

Author Address

1. PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran;

2. Assistant Professor, PhD in Psychology, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.

*Corresponding author's email: T.mousazadeh@iauardabil.ac.ir

Received: 2021 January 18; Accepted: 2021 May 21

Abstract

Background & Objectives: The phenomenon of escaping and staying away from home, leaving family members without parents' or legal guardian's permission, and unreturning to home, is a reaction to unfavorable, unbearable, and sometimes immutable conditions. It usually occurs for reducing the unpleasantness and avoiding annoying and harmful stimuli in achieving the desired wishes. It also sometimes occurs due to the unpleasant home and family conditions and the lack of security. In this regard, some characteristics, like resilience can help reduce such a problem by decreasing the tension and stress emanated from difficult living conditions. Thus, providing psychological interventions to improve such conditions is crucial. The present study aimed to compare the effects of logotherapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on resilience among girls who escaped who had bad caregivers, covered by the State Welfare Organization care.

Methods: This was a quasi-experimental study with pretest-posttest and a control group design. The study population included all girls who escaped and had bad caregivers, covered by the State Welfare care centers in Tehran City, Iran, in 2020. Using the simple random sampling method, 60 eligible individuals (inclusion criteria: having no psychological problems, having basic literacy to answer the questionnaires; exclusion criterion: unwillingness to participate in the research plan) were selected and randomly assigned into 3 study groups (logotherapy, ACT, & control; n=20/group). The logotherapy group received the training package of Schulenberg et al. (2010) in eight 90-minute sessions. The ACT group received therapy based on the training package of Hyes and Strosahl (2004) in ten 90-minute sessions. The control group received no intervention. To collect the necessary data in the pretest and posttest steps, the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) was used. To analyze the collected data, descriptive statistics, including mean and standard deviation as well as inferential statistics, including univariate Analysis of Covariance (ANCOVA), Chi-squared test, Independent Samples t-test, and Bonferroni post hoc test were applied in SPSS. The significance level of the tests was considered 0.01.

Results: The current research results indicated that logotherapy ($p<0.001$) and ACT ($p<0.001$) increased resilience in the experimental groups, compared to the controls. Additionally, the mean posttest scores were compared by the Bonferroni post hoc test; the relevant data suggested no significant difference between the mean scores of logotherapy and ACT groups ($p=0.082$).

Conclusion: The obtained findings indicated that both provided interventions, due to their treatment processes and techniques, significantly improved resilience among the examined females.

Keywords: Logotherapy, Acceptance and commitment therapy, Resilience, Escaped, Bad caregivers, Girls.

مقایسه اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تاب‌آوری دختران فرار و بدسرپرست تحت مراقبت سازمان بهزیستی

احمد بابازاده^۱، *توکل موسی‌زاده^۲، سمیه تکلوی^۲

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران؛

۲. دکترای تخصصی روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

*رأی‌نامه نویسنده مسئول: T.mousazadeh@iauardabil.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۹ دی ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۱ خرداد ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: میزان پدیده فرار از خانه و بدسرپرستی متأسفانه در سال‌های اخیر رشد کرده است و به نگرانی و معضلی اجتماعی تبدیل شده است. هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری دختران فرار و بدسرپرست تحت مراقبت سازمان بهزیستی بود.

روش بررسی: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون چندگروهی همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی دختران فراری یا بدسرپرست سازمان بهزیستی در مراکز نگهداری شهر تهران در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. از بین افراد واجد شرایط داوطلب، به‌روش نمونه‌گیری در دسترس شصت نفر وارد مطالعه شدند و به‌صورت تصادفی ساده در سه گروه بیست نفری (آموزش معنادرمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گواه) جایگزین شدند. گروه آموزش معنادرمانی براساس بسته آموزشی شولنبرگ و همکاران (۲۰۱۰) هشت جلسه نود دقیقه‌ای و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد براساس بسته آموزشی هیز و استروسال (۲۰۰۴) ده جلسه نود دقیقه‌ای، مداخلات درمانی دریافت کردند. گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) بود. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و آزمون تعقیبی بونفرونی با بهره‌گیری از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ در سطح معناداری ۰/۰۱ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش تاب‌آوری دختران فرار و بدسرپرست تحت مراقبت سازمان بهزیستی تأثیر معناداری داشتند ($p < 0/001$)؛ همچنین بین اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در متغیر تاب‌آوری دختران فرار و بدسرپرست تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p = 0/082$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش، هم معنادرمانی و هم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به فرایندها و تکنیک‌های آموزشی خود، تأثیر معناداری بر افزایش تاب‌آوری دختران فرار و بدسرپرست دارند.

کلیدواژه‌ها: معنادرمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تاب‌آوری، دختران فرار و بدسرپرست.

فرار از خانه^۱، اقدام به دوری و بازنگشتن به خانه و ترک اعضای خانواده، بدون اجازه از هریک از والدین یا وصی قانونی فرد است. این عمل واکنش به اوضاعی است که از منظر فرد تحمل‌نشده یا تغییرناپذیر است. فرار از خانه به‌عنوان مکانیزمی دفاعی برای کاهش رفتارهای ناخوشایند و رهاشدن از محرک‌های آزارگر و دست‌یافتن به خواسته‌های مدنظر است که معمولاً آرزوهای دور و دراز است یا به‌علت شرایط نامطلوب خانه و محیط خانواده و نبود امنیت صورت می‌گیرد (۱). دختران و زنان بدسرپرست هر روز با مشکلات و آسیب‌های جدی روبه‌رو می‌شوند که باید برای حمایت و رفع مشکلات پیش روی آن راهکاری اندیشیده شود؛ چراکه هیچ نهادی به‌شکل درست از این زنان حمایت نمی‌کند و حکایت همچنان باقی است و این وضعیت باعث ایجاد آسیب‌های اجتماعی و روانی زیادی در جامعه خواهد شد (۲). مطابق با گزارش سازمان جهانی بهداشت، همه‌ساله بیش از یک میلیون نوجوان در دامنه سنی ۱۲ تا ۱۸ سال از خانه فرار می‌کنند که ۷۴ درصد از این افراد دختران هستند (به نقل از ۳). در ایران نیز آمارهای رسمی بیانگر رشد ۱۵ درصدی پدیده فرار در کشور است. بسیاری از دخترانی را که به مراکز بهزیستی سپرده می‌شوند، ستاد نیروی انتظامی معرفی می‌کند؛ اما تعداد اندکی از آنان نیز به‌صورت خودمعرف مراجعه می‌کنند. دامنه سنی این دختران در حدود ۱۴ تا ۱۸ سال است (۴).

تاب‌آوری^۲، به توانایی سازگاری انسان در رویارویی با فشارهای طاقت‌فرسا یا غالب‌شدن بر آن شرایط و حتی تقویت‌شدن به‌وسیله آن تجارب ادراک‌شده اطلاق می‌شود. این خصیصه ازطریق توان‌مندی درونی شخص، مهارت‌های اجتماعی بین‌فردی و تعامل با محیط افزایش می‌یابد و به‌عنوان ویژگی مثبت متبلور می‌شود (۵). ساندویک و همکاران بیان کردند که تاب‌آوری یعنی فرد باوجود قرارگرفتن در معرض فشارهای شدید و عوامل خطرزا بتواند به‌صورت مناسبی با فشارهای محیطی سازگار شود (۶). درمان‌های زیادی می‌تواند بر افزایش تاب‌آوری دختران دارای مشکل رفتاری اثربخش باشند که از میان آن‌ها می‌توان به معنادرمانی^۳ و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد^۴ اشاره کرد. معنادرمانی، فرایندی درمانی و سفری به‌منظور اکتشاف خود است که به‌منظور کسب توانایی برای رسیدن به خود واقعی و گسترش دیدگاه خویشتن درباره دنیای اطراف و روشن‌کردن چیزهایی است که برای زندگی حال و آینده فرد معنا ایجاد می‌کند (۷). در راستای مداخلات روان‌شناختی، معنادرمانی به‌منزله بخش جزئی از دنیای واقعی فرد است که در آن افراد گروه با نیت شناخت و کشف خود به‌عنوان اینکه علایق وجودی تقریباً همسان و مشترکی باهم دارند، شرکت می‌کنند. این روش، سفری به‌منظور اکتشاف خود است که با هدف کسب توانایی برای بودن با خود حقیقی، گسترش‌دادن دیدگاه خود درباره خویشتن و دنیای اطراف و روشن‌سازی هر آنچه به زندگی حال و زندگی آینده فرد معنا می‌بخشد، صورت می‌گیرد. در این گروه،

افراد این احساس را دارند که به‌طور عمیقی می‌توانند در راه‌های معنادار زندگی باهم باشند (۷). نتایج پژوهش سروریان و همکاران نشان داد، آموزش معنادرمانی تأثیر معناداری بر افزایش عزت‌نفس و شادکامی و تاب‌آوری دارد (۸). چمنی‌قلندری و همکاران در پژوهشی دریافتند که آموزش معنادرمانی موجب افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی زنان دارای تجربه سوگ می‌شود (۹). نتایج مطالعه آرمانی مشخص کرد، آموزش معنادرمانی تأثیر معناداری بر افزایش تاب‌آوری دانشجویان دارد (۱۰).

علاوه‌بر اثربخشی معنادرمانی در حل مشکل رفتاری دختران فرار، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد نیز باتوجه به پیشینه پژوهش اهمیت و تأثیر زیادی دارد. درمان‌های روان‌شناختی بسیاری درخصوص کاهش مشکلات روان‌شناختی با تأکید بر هیجانات و شناخت‌ها استفاده شده است. یکی از درمان‌های مدنظر، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد است (۱۱). هدف از درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، ایجادکردن انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۵ است؛ یعنی توانایی گزینش مناسب در بین گزینه‌های مختلف که مطلوب‌تر باشد و عملی صرفاً به‌دلیل اجتناب‌کردن از افکار، احساس‌ها، شرایط، خاطره‌ها یا تمایلات استرس‌زا و آشفته‌ساز انجام نمی‌شود یا درحقیقت به فرد تحمیل نمی‌شود. در این درمان ابتدا سعی بر آن است که فرد از لحاظ روان‌شناختی خود را بپذیرد و تجارب ذهنی خود را افزایش دهد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر را کاهش دهد (۱۱). نتایج پژوهش‌های چندی حاکی‌از تأثیر روش درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش مشکلات روان‌شناختی و بهبود کارکردهای شناختی در گروه‌های مختلف درمانی است؛ چنانکه در این باره نتایج پژوهش دربار نشان داد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر دلزدگی زناشویی و تاب‌آوری زنان آسیب دیده از خشونت خانگی تأثیر دارد (۱۲)؛ همچنین مرادی و زینالی در نتایج مطالعه خود نشان دادند، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری دختران تحت پوشش بهزیستی تأثیر معناداری دارد (۱۳). درواقع، تاب‌آوری با افزایش سطح عواطف مثبت، موجب تقویت حرمت خود و مقابله موفق با تجارب منفی زندگی می‌شود. براساس نظریه خطر و تاب‌آوری^۶، زنجیره‌ای از مشکلات و خطراتی که نوجوان با آن مواجه می‌شود، لزوماً به فرار منجر نمی‌شود؛ بلکه عوامل محافظت‌کننده فردی، خانوادگی یا اجتماعی می‌تواند تاب‌آوری نوجوان را افزایش دهند و وی را برای مقابله و سازگاری با شرایطی که در آن قرار گرفته است، آماده کنند (۱۴).

باتوجه به مطالب ذکرشده و مطالعه پیشینه پژوهش‌های صورت‌گرفته در حوزه این موضوع می‌توان گفت، روش درمانی معنادرمانی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد می‌تواند تأثیر مثبتی بر تاب‌آوری افراد داشته باشند؛ همچنین خلأ مطالعاتی در این حوزه برای بررسی دقیق‌تر این وضعیت، انگیزه محقق برای انجام این پژوهش بود. افزون‌براین، باتوجه به هزینه‌های روانی، اجتماعی و مالی معضل فرار برای خانواده‌ها و جامعه، انتخاب روش‌های مداخلات روان‌شناختی که بتواند تأثیر بیشتری بر تاب‌آوری این افراد داشته باشد و به‌تبع آن گامی

۴. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

۵. Psychological flexibility

۶. Risk and Resilience Theory

۱. Running away from home

۲. Resiliency

۳. Logo-Therapy

در کاهش این معضل برداشته شود، بسیار مهم است. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تاب‌آوری دختران فرار و بدسرپرست تحت مراقبت سازمان بهزیستی انجام شد.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون چندگروهی همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را دختران فراری یا بدسرپرست سازمان بهزیستی در مراکز نگهداری شهر تهران در نیمه اول سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند که تعداد حدود دویست نفر بود. از بین افراد واجد شرایط داوطلب، به روش نمونه‌گیری دردسترس شصت نفر وارد مطالعه شدند و به صورت تصادفی ساده در سه گروه بیست نفری (آموزش معنادرمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گواه) جایگزین شدند. انتخاب تعداد نمونه با استناد به حجم نمونه پیشنهادشده توسط دلاور برای مطالعات آزمایشی و نیمه‌آزمایشی (برای هر گروه حداقل پانزده نفر) صورت گرفت (۱۵). به منظور گردآوری اطلاعات بعد از کسب مجوزهای لازم، ابتدا به مراکز نگهداری دختران فرار یا بدسرپرست سازمان بهزیستی شهر تهران مراجعه شد و اقدام به انتخاب نمونه آماری شد. بعد از انتخاب نمونه‌ها یک گروه آزمایش هشت جلسه نود دقیقه‌ای آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۱) و یک گروه ده جلسه نود دقیقه‌ای آموزش معنادرمانی (۱۶) را دریافت کرد. در نهایت بعد از انجام جلسات آموزشی از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بود از: مبتلانی نبودن به مشکلات روان‌شناختی؛ دارا بودن حداقل سواد ابتدایی برای پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها. ملاک خروج شرکت‌کنندگان از

پژوهش نیز تمایل نداشتن به شرکت در طول برنامه بود. ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر شامل تکمیل فرم رضایت‌نامه کتبی شرکت در پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات و نیز دریافت کد اخلاقی از دانشگاه علوم پزشکی اردبیل بود.

مشخصات ابزار گردآوری داده‌ها و روش‌های مداخله‌ای به شرح ذیل بود.

– مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون^۱: این مقیاس توسط کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ تهیه شد (۱۷). این مقیاس ۲۵ گویه دارد که در مقیاسی لیکرتی پنج‌گزینه‌ای بین یک (هرگز) تا پنج (خیلی زیاد) با دامنه نمره ۱ تا ۲۵ نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بیشتر بیانگر میزان تاب‌آوری بیشتر در افراد است (۱۷). روایی ملاکی این مقیاس با پرسشنامه تحمل بلا تکلیفی ۰/۷۴ و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ توسط سازندگان آن به دست آمد (۱۷). این مقیاس در ایران توسط کیهانی و همکاران هنجاریابی شد و مقدار آلفای کرونباخ و دونه‌سازی اسپیرمن-برون به ترتیب برابر با ۰/۶۶۹ و ۰/۶۶۵ بود. تحلیل عاملی تأییدی در ابتدا نشان داد که از میان ده گویه مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون، گویه‌های ۵ و ۸ بار عاملی ضعیفی دارند؛ بنابراین حذف شدند. پس از این اصلاح، شاخص‌های مدل ساختار عاملی تک‌بعدی به خوبی برازش شد (۱۸).

– درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: در این پژوهش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد براساس بسته درمانی آموزشی هیز و استرو سال صورت‌بندی شد (۱۱) و طی هشت جلسه آموزشی نود دقیقه‌ای به شکل هفته‌ای یک جلسه برگزار شد. این بسته آموزشی در مطالعات استفاده و تأیید شده است (۱۲، ۱۳). خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	عنوان جلسه	توضیحات جلسه
اول	آشنایی	آموزش درباره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اهداف آن؛ آشنایی و آموزش در زمینه تاب‌آوری؛ بحث درخصوص راهبردهای کنترل و اجتناب از اضطراب؛ ارائه تکلیف خانگی
دوم	درماندگی خلاق	بررسی واکنش به جلسه قبل و تکلیف جلسه قبل، ذهن‌آگاهی؛ بررسی راهبردهای کنترل خاص استفاده‌شده توسط فرد تاکنون؛ بررسی هزینه‌ها و خسارت‌ها؛ بررسی فواید این راهبردهای کنترل؛ ارائه تکلیف خانگی
سوم	تمایل به جای کنترل	بررسی واکنش به جلسه قبل و تکلیف جلسه قبل؛ آموزش مراجع درخصوص چگونگی یادگیری مشاهده اضطراب به جای واکنش به آن. کنترل دنیای بیرون در مقابل دنیای درون با کمک استعاره دونات ژله‌ای؛ ارائه تکلیف خانگی
چهارم	گسلش	بررسی واکنش به جلسه قبل و تکلیف جلسه قبل؛ آموزش گسلش در مقابل آمیختگی شناختی با کمک استعاره قطار؛ توضیح رنج پاک و رنج ناپاک؛ ارائه تکلیف خانگی
پنجم	حرکت به سمت زندگی ارزش‌مند با خود پذیرا و مشاهده‌گر	بررسی واکنش به جلسه قبل و تکلیف جلسه قبل؛ استعاره فنجان، انواع خود، خود به عنوان زمینه در مقابل خود به عنوان محتوا؛ استعاره شطرنج (و استعاره مبلمان برای افراد با تحصیلات کمتر)؛ خود مشاهده‌گر؛ ارائه تکلیف خانگی
ششم	ایجاد الگوی منعطف رفتار با مواجهه ارزش‌محور	بررسی واکنش به جلسه قبل و تکلیف جلسه قبل؛ استفاده از استعاره تشییع جنازه؛ تصریح ارزش‌ها و مشخص کردن جهت‌های ارزش‌مند زندگی؛ ارائه تکلیف خانگی
هفتم	توسعه خزانه رفتاری و پاسخ‌دهی به آشفتگی	بررسی واکنش به جلسه قبل و تکلیف جلسه قبل؛ آموزش به افراد برای نگه داشتن خود در زمان حال، ارزش‌ها و تعهد (مشارکت در فعالیت‌های ارزش‌محور)
هشتم	جمع‌بندی و مرور	تمرین تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توسط افراد از طریق فعالیت‌های انتخاب‌شده و مرور چگونگی برخورد با موانع در زندگی ارزش‌مند

^۱. Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)

– معنادرمانی: در این پژوهش معنادرمانی براساس بسته درمانی آموزشی معنادرمانی طرح شولنبرگ و همکاران (۱۶) (۱۹). خلاصه جلسات برطبق مراحل ذیل است (جدول ۲). صورت بندی شد و طی ده جلسه آموزشی نود دقیقه ای به شکل هفته ای

جدول ۲. خلاصه جلسات معنادرمانی

جلسات	توضیحات جلسه
اول	تعیین هدف گروه و قوانین گروه، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، مشاوره و بحث درباره وضعیت زندگی شان و ارائه منشور گروه و قرارداد درمانی.
دوم	بیان مشکل، بحث درباره علت فرار از خانه، بحث در زمینه اثرات فرار از خانه.
سوم و چهارم	معنایابی و گرفتن معنا از بافت تاریخی زندگی و مسئولیت پذیری و تغییر نگرش ها، گرفتن معنا از طریق راه های کشف معنا.
پنجم و ششم	گرفتن معنا از خلق ارزش ها و مسئولیت، گرفتن معنا از میان تجربه ارزش ها، گرفتن معنا از آرزوها و امیدها.
هفتم و هشتم	معنای مرگ، زندگی، آزادی و مسئولیت، خودحمایتی، علاقه اجتماعی و غلبه بر یأس.
نهم	حمایت عاطفی اعضا از یکدیگر، تکمیل جملات ناتمام برای تعامل اعضا، حمایت عاطفی اعضا با یکدیگر و تشویق اعضا برای درخواست حمایت عاطفی از یکدیگر.
دهم	خلاصه و جمع بندی جلسات و اختتام، صحبت درباره آموخته های خود در گروه.

در نظر گرفته شد.

۳ یافته ها

طبق نتایج به دست آمده، میانگین سنی دختران گروه گواه $21/53 \pm 3/75$ ، گروه معنادرمانی $22/07 \pm 2/80$ و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد $22/14 \pm 3/02$ سال بود. میانگین سنی سه گروه تفاوت معناداری باهم نداشت ($p=0/092$). همچنین در گروه گواه ۹ نفر (۴۵ درصد)، در گروه معنادرمانی ۷ نفر (۳۵ درصد) و در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۸ نفر (۴۰ درصد) از والدین افراد مطالعه شده دارای سوء مصرف مواد بودند. سه گروه از نظر سوء مصرف مواد در والدینشان تفاوت معناداری باهم نداشتند ($p=0/068$).

برای تحلیل داده های جمع آوری شده از شاخص های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار استفاده شد. همچنین آمار استنباطی شامل روش تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) و بررسی پیش فرض های آن (نرمالیتی، آزمون برابری واریانس ها، آزمون همگنی شیب رگرسیون)، آزمون کای دو و آزمون تی مستقل (به منظور مقایسه مشخصات جمعیت شناختی گروه ها) و آزمون تعقیبی بونفرونی با بهره گیری از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ در سطح معناداری ۰/۰۱ به کار رفت. برای بررسی همگنی ضرایب (شیب) رگرسیون از آزمون تحلیل در مدل رگرسیون و نمودار پراکنش و برای آزمون برابری واریانس ها از آزمون لون استفاده شد؛ همچنین ارزیابی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در متغیر وابسته با آزمون کولموگوروف اسمیرنف صورت گرفت. سطح معناداری آزمون ها ۰/۰۱

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار تاب آوری در سه گروه مطالعه شده در مراحل پیش آزمون و پس آزمون و نتایج آزمون کولموگوروف اسمیرنف برای مشخص کردن توزیع نرمال نمرات

متغیر	زمان	گروه	میانگین	انحراف معیار	مقدار Z	مقدار احتمال
تاب آوری	پیش آزمون	گواه	۵۰/۸۰	۲/۸۰	۱/۰۱۲	۰/۲۶۴
		معنادرمانی	۵۱/۳۱	۴/۱۱	۰/۹۷۴	۰/۳۱۲
	پس آزمون	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۵۱/۰۵	۳/۱۷	۰/۶۸۰	۰/۷۰۹
		گواه	۵۱/۱۹	۲/۷۶	۱/۱۲۰	۰/۱۸۵
	پس آزمون	معنادرمانی	۶۹/۶۵	۲/۱۵	۱/۰۸۴	۰/۲۶۰
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۷۳/۲۰	۷/۷۳	۰/۹۷۷	۰/۳۱۱

پیش فرض همگنی واریانس های خطا (آزمون لون) نبود تفاوت بین گروه ها را نشان داد ($p=0/098$). همچنین برای بررسی همگنی شیب رگرسیون، آزمون تحلیل متقابل عامل اثر متقابل گروه و نمرات پیش آزمون در مدل رگرسیون به کار رفت؛ در نتیجه فرض همسانی شیب رگرسیون رد نشد ($p=0/076$)؛ بنابراین برای انجام ادامه تحلیل کوواریانس تک متغیری مانعی وجود نداشت. در ادامه نتایج مربوط به تحلیل کوواریانس تک متغیری ارائه شده است (جدول ۴).

طبق نتایج جدول ۳، میانگین تاب آوری در پس آزمون گروه معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه گواه بیشتر بود. همچنین میانگین تاب آوری در پس آزمون گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با معنادرمانی بیشتر به دست آمد. براساس نتایج توزیع متغیر تحقیق نرمال بود ($p>0/05$) و می توان از آزمون های پارامتریک استفاده کرد.

در ادامه به منظور انجام روش تحلیل کوواریانس تک متغیری (ANCOVA) ابتدا پیش فرض های آن بررسی شد. براساس نتایج،

جدول ۴. تجزیه و تحلیل کوواریانس تک متغیری برای مقایسه میانگین نمره تاب‌آوری دختران فرار و بدسرپرست در گروه‌های مطالعه شده و نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور مقایسه زوجی گروه‌ها

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	F	مقدار احتمال	اندازه اثر
عرض از مبدا	۱۰۹۲/۷۰	۱	۱۰۹۲/۷۰	۴۴/۶۴	<۰/۰۰۱	۰/۴۴۴
تاب‌آوری	۰/۲۶	۱	۰/۲۶	۰/۰۱	۰/۹۱	۰/۰۰۰
گروه	۵۵۷۰/۹۲	۲	۲۷۸۵/۴۶	۱۱۳/۸۰	<۰/۰۰۱	۰/۸۰
خطا	۱۳۷۰/۶۸	۵۶	۲۴/۴۷			
گروه (i)	گروه (j)	اختلاف میانگین (i-j)	مقدار احتمال			
گواه	معنادرمانی	-۱۸/۴۵	<۰/۰۰۱			
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۲۲	<۰/۰۰۱			
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۳/۵۵	۰/۰۸۲			

با یافته‌های پژوهش دربار مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دلدگی زنشویی و تاب‌آوری زنان آسیب‌دیده از خشونت خانگی (۱۲)، مطالعه مرادی و زینالی مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری دختران تحت پوشش بهزیستی (۱۳) و پژوهش ولی‌زاده و همکاران مبنی بر تأثیر معنادار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی در زندانیان (۲۰) همسوست.

باتن درباره افزایش میزان انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و افزایش تاب‌آوری استعاره پروانه را به کار می‌برد. وقتی پروانه‌ای در حال خارج شدن از پیله خویش است، یک گزینه برای کمک به پروانه این است که به او کمک شود تا راحت از پیله خارج شود؛ اما پروانه تنها از طریق پشتکار و تلاش سخت است که قدرت لازم را برای پرواز و زنده ماندن در دنیا به دست می‌آورد (۲۱)؛ بنابراین درمانگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به مراجعانش تسکین نمی‌دهد؛ بلکه به آن‌ها کمک می‌کند با چالش‌هایی که رو در رویشان است، مواجه شوند. از سوی دیگر، درمانگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به ارزش‌های مراجع احترام می‌گذارد؛ یعنی می‌پذیرد که تنها خود مراجع باید انتخاب کند چگونه می‌خواهد زندگی کند (۱۱). بر این اساس مراجع با تفکر و تکیه بر خود، توان رویارویی با خطرات (مشکلاتی که برای آن‌ها فرار می‌کند یا مشکلات دوران فرار) را کسب می‌کند و تاب‌آوری بیشتری در زمان مواجهه با مشکلات دارد؛ چنان‌که ساندویک و همکاران بیان کردند، وجود تاب‌آوری می‌تواند زمینه‌ساز افزایش توانایی فرد در سازگاری با محیط شود و توانایی فرد را برای مقابله با فشارهای محیطی افزایش دهد (۶).

همچنین نتایج نشان داد، بین تأثیرگذاری دو آموزش معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری تفاوت معناداری وجود نداشت. باتوجه به اینکه تاکنون پژوهشی مبنی بر مقایسه این دو روش صورت نگرفته است، امکان مقایسه نتایج با مطالعات دیگر میسر نشد؛ اما به‌طور کلی می‌توان گفت که هر دو درمان از قابلیت آموزشی و درمانی مناسبی برخوردار است.

کنترل‌نشدن ویژگی‌های شخصیتی و هیجانی نمونه‌های بررسی شده و انجام این پژوهش بر دختران فرار و بدسرپرست از محدودیت‌های این پژوهش بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی ویژگی‌های

باتوجه به نتایج جدول ۴، تفاوت بین گروه‌های گواه و معنادرمانی و بین گروه‌های گواه و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معنادار بود ($p < ۰/۰۰۱$)؛ بنابراین می‌توان گفت که هر دو درمان بر افزایش تاب‌آوری دختران فرار و بدسرپرست تأثیرگذار بودند. همچنین نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد، بین میانگین نمرات گروه آزمایشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه معنادرمانی تفاوت معناداری در متغیر تاب‌آوری دختران فرار و بدسرپرست وجود ندارد ($p = ۰/۰۸۲$).

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تاب‌آوری دختران فرار و بدسرپرست تحت مراقبت سازمان بهزیستی انجام شد. نتایج نشان داد، معنادرمانی تأثیر معناداری بر افزایش تاب‌آوری گروه آزمایش داشت. نتایج به‌دست‌آمده با یافته‌های مطالعات سروریان و همکاران مبنی بر تأثیر معنادرمانی بر افزایش عزت‌نفس و تاب‌آوری دانش‌آموزان (۸)، چمنی‌قلندری و همکاران مبنی بر تأثیر معنادرمانی بر افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی زنان دارای تجربه سوگ (۹) و آرمانی مبنی بر تأثیر معنادرمانی بر افزایش تاب‌آوری دانشجویان (۱۰) همسوست.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، در آموزش معنادرمانی به فرد گفته می‌شود هدف اصلی در زندگی داشتن معنا است و اگر وی دچار ناامیدی می‌شود، به این دلیل است که باور ندارد زندگی معنا دارد. درواقع آنچه افراد را ضعیف می‌کند و از پای در می‌آورد، رنج‌ها و سرنوشت نامطلوبشان نیست؛ بلکه بی‌معناشدن زندگی است که بسیار مصیبت‌بار است و معنا تنها در شادمانی، لذت و خوشی نیست؛ بلکه در رنج و مرگ نیز می‌توان معنایی یافت. اگر رنج را شجاعانه پذیرا باشیم، تا واپسین دم، زندگی معنا خواهد داشت (۸). بر این اساس، وجود این تفکر و تغییر در دیدگاه فرد زمینه‌ساز افزایش تاب‌آوری وی می‌شود؛ چنانکه در این خصوص پژوهش‌ها نشان می‌دهد، افراد دارای معنا در زندگی امیدواری بیشتری دارند و بهتر می‌توانند ناامیتمی‌های زندگی را تحمل کنند (۷).

همچنین نتایج مشخص کرد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر افزایش تاب‌آوری گروه آزمایش داشت. نتایج به‌دست‌آمده

شخصیتی و هیجانی نمونه‌های آماری از طریق پرسشنامه‌ها بررسی و کنترل شود و چنین پژوهشی بر جامعه آماری دیگری انجام گیرد.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این پژوهش، بیانگر سودمندی هم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و هم معنادرمانی بر افزایش تاب‌آوری دختران فرار و بدسرپرست تحت مراقبت سازمان بهزیستی بود. به علاوه نتایج نشان داد، بین تأثیرگذاری دو روش مداخله‌ای متفاوتی معناداری وجود ندارد؛ بنابراین مشاوران و درمانگران سازمان بهزیستی می‌توانند از یافته‌های پژوهش حاضر در راستای مداخلات آموزشی درمانی استفاده کنند.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی عزیزانی که به هر نحو یاریگر گروه پژوهش در اجرای این تحقیق بودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل و با کد اخلاقی از دانشگاه علوم پزشکی اردبیل به شماره IR.IAU.ARDABIL.REC.1399.044 است. از شرکت‌کننده‌های

پژوهش حاضر دست‌نوشته‌ای شامل بیانیه‌ای درباره رضایت اخلاقی دریافت شد. همچنین پروتکل پژوهش در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل به تأیید رسید.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پشتیبان نتایج گزارش شده در مقاله که در طول مطالعه تحلیل شدند، به صورت فایل‌های ورد و اکسل در فضای ذخیره‌ای هارددرایو (به دلیل جلوگیری از احتمال هرگونه هک شدن و نیز دسترسی داشتن به داده‌ها) نزد نویسنده مسئول حفظ خواهند شد.

تضام منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

پژوهش حاضر تحت حمایت و کمک مالی هیچ نهاد یا سازمانی نبوده است.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان سهم یکسانی در تهیه پیش‌نویس مقاله، بازبینی و اصلاح مقاله حاضر داشتند.

References

1. Rosenthal D, Mallett S, Myers P. Why do homeless young people leave home? Aust N Z J Public Health. 2006;30(3):281–5. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842x.2006.tb00872.x>
2. McGarry J, Ali, P. Researching domestic violence and abuse in healthcare settings: Challenges and issues. Journal of Research in Nursing. 2016;21(5-6):465-76. <https://doi.org/10.1177/1744987116650923>
3. Diener E. Well-being for public policy. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2009.
4. Cheraghali Gol H, Rostami A, Abolmaali K. Comparison of family environment among runaway and non-runaway girls (12–20 years). Social Research. 2013;6(18):87–108. [Persian]
5. Bach PA, Moran DJ. ACT in practice: case conceptualization in acceptance & commitment therapy. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2008.
6. Sandvik AM, Hansen AL, Hystad SW, Johnsen BH, Bartone PT. Psychopathy, anxiety, and resiliency – Psychological hardness as a mediator of the psychopathy–anxiety relationship in a prison setting. Personality and Individual Differences. 2015;72:30–4. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.08.009>
7. Corey G. Theory & practice of group counseling. 9th ed. Australia: Cengage Learning; 2000.
8. Sarvarian Z, Zadeh MET, Sarvarian HR. The effectiveness of logo therapy based on a religious approach on the self-esteem, happiness and tolerance of adolescent girls. Ravanshenasi Va Din. 2017;10(3):5. [Persian]
9. Chamani Ghalandari R, Dokaneifard F, Rezaei R. The effectiveness of semantic therapy training on psychological resilience and psychological well-being of mourning women. Shenakht Journal of Psychology & Psychiatry. 2019;6(4):26–36. [Persian] <http://dx.doi.org/10.29252/shenakht.6.4.26>
10. Armani K. The effectiveness of group logotherapy on resiliency and quality of life of students. Journal of Psychology New Ideas. 2019;3(7):1–14. [Persian] <http://jnip.ir/article-1-209-en.pdf>
11. Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. Boston, MA: Springer US; 2004.
12. Derba M. The effectiveness of acceptance and commitment based therapy on marital boredom and resilience of women affected by domestic violence. Second National Conference on Social Injuries, Ardabil; 2019. [Persian].
13. Moradi K, Zienaly Z. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on resiliency orphan's welfare elementary school. Sci J Forensic Med. 2021;27(1):7-14. [Persian] <http://sjfm.ir/article-1-1192-fa.html>
14. Hutchinson GT, Chapman BP. Logotherapy-Enhanced REBT: An integration of discovery and reason. Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy. 2005;35(2):145–55. <https://doi.org/10.1007/s10879-005-2696-x>
15. Delavar A. Theoretical and practical basis of research in humanities and social sciences. Tehran: Roshd Pub; 2017. [Persian]

16. Schulenberg SE, Schnetzer LW, Winters MR, Hutzell RR. Meaning-centered couples therapy: logotherapy and intimate relationships. *J Contemp Psychother*. 2010;40(2):95–102. <https://doi.org/10.1007/s10879-009-9134-4>
17. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
18. Keyhani M, Taghvaei D, Rajabi A, Amirpour B. Internal consistency and confirmatory factor analysis of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) among nursing female. *Iranian Journal of Medical Education*. 2015;14(10):857–65. [Persian] <https://ijme.mui.ac.ir/article-1-3254-en.pdf>
19. Amani A, Ahmadi A, Hamidi O. The effect of group logotherapy on self- esteem and psychological well-being of female students with love trauma syndrome. *Positive Psychology Research*. 2019;4(3):71-86. [Persian] doi: [10.22108/PPLS.2019.113114.1531](https://doi.org/10.22108/PPLS.2019.113114.1531)
20. Valizadeh S, Makvandi B, Bakhtiarpour S, Hafezi F. The Effectiveness of "Acceptance and Commitment Therapy" (ACT) on resilience and cognitive flexibility in prisoners. *Journal of Health Promotion Management*. 2020;9(4):78–89. [Persian] <http://jhpm.ir/article-1-1174-en.pdf>
21. Batten SV. *Essentials of acceptance and commitment therapy*. London ; Thousand Oaks, Calif: SAGE; 2011.