MEJDS. 2021; 11:115.

Published online 2021 Oct. **Original Article**

Comparing the Effects of Logotherapy and Acceptance and Commitment Therapy on Happiness in Escapee and Bad Caregivers' Girls

Babazadeh A[1], *Musazadeh T[2], Taklavi S[2]

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 May 16; **Accepted:** 2021 August 20

Abstract

Background & Objectives: Running away from home is a major social problem, worldwide. In Iran, girls running away from home has become a social harm issue. Escaping and staying away from home, leaving family members without parent's or legal executor permission, and unreturning to home is a reaction to unfavorable, unbearable, and sometimes immutable conditions. It usually occurs for reducing the unpleasantness and overcoming annoying and harmful stimuli in achieving the desired wishes or due to home and family's unpleasant environmental conditions, also a lack of security. Thus, providing psychological interventions to improve this condition is critical. The present study aimed to compare the effects of logotherapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on happiness in escapee and bad caregivers' girls in the State Welfare Organization (SWO).

Methods: This was a quasi–experimental study with a multi–group pretest–posttest design. The study statistical population was all escapee and bad caregivers' girls in the SWO centers in Tehran City, Iran, in 2020. Using the simple random s*ampling* method, 60 eligible individuals (inclusion criteria: no psychological problems, basic literacy to complete the questionnaires; exclusion criterion: unwillingness to participate in the research) were selected and randomly assigned into 3 study groups (logotherapy, ACT, & control; n=20/group). To collect the required data, the Oxford Happiness Questionnaire (Argyle et al., 1989) was used. The logotherapy group received eight 90–minute weekly sessions based on the package of logotherapy of Schulenberg et al. (2010); the ACT group underwent ten 90–minute weekly sessions per the package of Hayes and Strosahl (2004). However, the control group received no intervention. The collected data were analyzed using descriptive statistics, including mean and standard deviation as well as inferential statistics, including Chi–squares test, Analysis of Variance (ANOVA), univariate Analysis of Covariance (ANCOVA), and Bonferroni post hoc test in SPSS at a significance level of 0.01.

Results: The obtained results revealed a significant difference between the logotherapy, ACT, and control groups on happiness ($p<0.001$); the related effect size was measured as 0.828. Thus, logotherapy and ACT increased happiness in the experimental groups, compared to the control group. Furthermore, the difference between the mean scores of happiness of the control and the logotherapy groups ($p<0.001$), the control and the ACT groups ($p<0.001$), and the logotherapy and the ACT groups ($p<0.001$) was significant.

Conclusion: According to the current research findings, ACT and logotherapy impacted happiness in the study samples; however, the effectiveness of logotherapy was significantly greater than that of ACT in this respect.

Keywords: Logotherapy, Acceptance and commitment therapy, Happiness, Escapee and bad caregivers' girls.

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-05-26]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۱۱۵.

انتشار برخط مهرماه ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی در شادکامی دختران فرار و بدسرپرست سازمان بهزیستی

احد 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. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** T.mousazadeh@iauardabil.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۶اردیبهشت۱۴۰۰؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۹مرداد۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: شادکامی، حالتی عاطفی مثبت است که با خشنودی، لذت و خرسندی مشخص می‌شود و در دخترای فراری و بدسرپرست دستخوش تغییر می‌شود. هدف این پژوهش مقایسهٔ اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر شادکامی دختران فراری و بدسرپرست سازمان بهزیستی بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون چندگروهی بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی دختران فراری و بدسرپرست سازمان بهزیستی در مراکز نگهداری شهر تهران در نیمهٔ اول سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. از بین افراد واجد شرایط داوطلب تعداد شصت نفر به‌روش نمونه‌گیری دردسترس وارد مطالعه شدند. سپس در سه گروه بیست‌نفری (آموزش معنادرمانی، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، گواه) به‌صورت تصادفی ساده قرار گرفتند. ابزار پژوهش، پرسشنامهٔ شادکامی اکسفورد (آرگیل و همکاران، ۱۹۸۹) بود. صرفاً گروه معنادرمانی در هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای به‌صورت هفتگی این درمان را براساس پکیج درمانی/آموزشی معنادرمانی طرح شولنبرگ و همکاران (۲۰۱۰) و گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در ده جلسهٔ نوددقیقه‌ای به‌صورت هفتگی این درمان را براساس پکیج درمانی/آموزشی هیز و استروسال (۲۰۰۴) دریافت کردند. داده‌ها با آزمون‌های کای‌دو و تحلیل واریانس، روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره (آنکوا) و آزمون تعقیبی بونفرونی با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ ۲۲ در سطح معناداری ۰/۰۱ تجزیه‌وتحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، بین سه گروه معنادرمانی، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و گواه در متغیر شادکامی تفاوت معنادار وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$)؛ به‌طوری‌که معنادرمانی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد موجب افزایش شادکامی در گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه گواه شدند. همچنین بین میانگین متغیر شادکامی گروه معنادرمانی با گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد تفاوت معناداری وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌های پژوهش، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی، هردو بر شادکامی دختران فراری و بدسرپرست سازمان بهزیستی اثربخشی دارند؛ اما اثربخشی معنادرمانی بر شادکامی این دختران به‌طور معناداری بیشتر از درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد است.

کلیدواژه‌ها: معنادرمانی، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، شادکامی، دختران فراری و بدسرپرست.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-05-26]

۱ مقدمه

نوجوانان و جوانان سرمایه‌های عظیم‌تر هر کشوری به‌شمار می‌روند. امروزه در بسیاری از کشورهای جهان، به فرار از خانه[1] به‌عنوان معضلی اجتماعی اساسی نگریسته می‌شود (۱). در کشور ایران نیز فرار دختران از خانه، به آسیب و معضلی اجتماعی تبدیل شده است؛ البته با درنظرگرفتن هنجارها، سنت‌ها و ارزش‌های دینی و مذهبی خانوادگی و اجتماعی، اعداد و ارقام نشان‌دهندهٔ افزایش بیشتر این آسیب اجتماعی[2] است (۲)؛ به‌طوری‌که سن دختران فراری رو به کاهش است و پیامدهای ناگوار جدی را به‌دنبال دارد (۳).

فرار از خانه، ناهنجاری‌ای است که در اغلب جوامع مدرن وجود دارد. شارلین و مورباراک فرار از خانه را به‌عنوان نبود بازگشت به منزل به‌مدت یک‌شبانه‌روز یا بیشتر از آن می‌دانند که والدین از آن هیچ‌گونه اطلاعی ندارند و مغایر با خواست آن‌ها صورت می‌گیرد (به نقل از ۴). زنان و دختران ممکن است به‌علت طیف گسترده‌ای از دلایل مانند جست‌وجوی استقلال و خودمختاری، واکنش خشم‌آلود دربرابر محیط و افراد و تلاش برای راحتی، آینده‌سازی، خلاصی از نزاع و کشمکش با والدین، سطح فرهنگ خانواده، شیوه‌های تربیتی والدین، طلاق، مرگ و فقر، طردشدگی، ناسازگاری با ارزش‌ها، نجات از صدمات روانی جسمانی و جنسی، اعتیاد، روابط بی‌مهابای جنسی و سایر رفتارهای مخاطره‌آمیز خانه‌های خود را ترک کنند (۵). زنان و دختران بدسرپرست[3] همه‌روزه با دشواری‌ها و آسیب‌های زیادی مواجه هستند که باید برای رفع مشکلات و پشتیانی و حمایت از آن‌ها چاره‌ای اندیشیده شود. به‌دلیل اینکه هیچ ارگان و سازمانی به‌طور درست از این زنان حمایت نمی‌کند و مشکلات آن‌ها همچنان باقی می‌ماند، این شرایط در جامعه آسیب‌های اجتماعی و روانی فراوانی به‌دنبال خواهد داشت (۶).

برآوردهای محتاطانه مبنی‌بر آن است که هر سال، میزان نوجوانان ۱۲تا۱۸سالهٔ فراری از منزل، ۲درصد است (۷). تحقیقات و بررسی‌های انجام‌شده حاکی‌از آن است که پدیدهٔ فرار در دختران نوجوان شیوع بیشتری دارد و ۷۵درصد اشخاص فراری از منزل، دختران هستند. فرار از خانه در کشور ایران نیز مثل تعداد زیادی از کشورهای جهان، در حال افزایش است؛ به‌گونه‌ای‌که تبدیل به معضلی اساسی همراه با نگرانی شده است و تعداد بیشتری از نوجوانان را در بر می‌گیرد. براساس گزارش نیروی انتظامی کشور، سالانه ۶۰۰۰۰ دختر از خانه فرار می‌کنند که دامنهٔ سنی آنان بین ۱۵تا۱۸ سال است (۸).

شادکامی[4] جزو مؤلفه‌های سلامت روانی[5] است که منابع ملموس زیادی را مانند افزایش سلامت جسمانی، کاهش آشفتگی‌های روانی و افزایش طول عمر زندگی شامل می‌شود (۹). پژوهش‌های تجربی بیانگر آن است که شاد زیستن در زندگی اثرات مثبتی را به‌دنبال دارد و پیامدهای آن سبب افزایش و بهبود وضعیت اقتصادی، روابط حمایتی در زندگی، سلامت جسمی و روانی و درنهایت طولانی‌شدن عمر می‌شود (۱۰)؛ بنابراین هدف اصلی روان‌شناسی مثبت‌نگر[6] آگاهی‌دادن به افراد برای دستیابی به اهداف و برنامه‌های شخصی و افزایش سطوح شادکامی و سلامت روان است (۱۱). شادکامی یکی از عوامل مهم در تندرستی و سلامت جسمی به رسمیت شناخته می‌شود. سطح زیاد شادکامی با پیامدهای سلامتی همراه است؛ برای مثال، نتایج مطالعهٔ معینی و همکاران نشان داد، شادکامی یکی از فاکتورهای مهم در پیش‌بینی سلامت روانی نوجوانان است (۱۲).

عواملی زیادی می‌توانند بر افزایش شادکامی دختران دارای مشکل رفتاری، اثربخش باشند که در این پژوهش اثربخشی معنادرمانی[7] و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بررسی شد. معنادرمانی، روشی درمانی با هدف دستیابی به خود واقعی ازطریق به‌دست‌آوردن توانایی و مشخص‌کردن و معنادهی به زندگی حال حاضر و آیندهٔ خود ازطریق گسترهٔ دید دربارهٔ خود و محیط پیرامون است (۱۳). معنادرمانی گروهی، از دیدگاه روان‌شناختی شبیه دنیای واقعی هرچند با ابعاد کوچک‌تر است و افراد حاضر در آن، به‌دنبال تمایلات و خصوصیات مشابهی هستند که با شناخت از خود به‌وجود می‌آید. این روش برای روشن‌ساختن معنا در زندگی فعلی و آینده انجام می‌گیرد که همراه با به‌دست‌آوردن توانایی رسیدن به خود واقعی و گسترش دید دربارهٔ خود و دنیای پیرامون است. درنهایت افراد به‌طور عمیقی بودن در کنار هم را در مسیرهای معنادار زندگی حس می‌کنند (۱۴).

در پژوهشی هاچیسنون و چپمن، درمان عقلانی‌ـ هیجانی‌ـ رفتاری[8] الیس[9] را با معنادرمانی ارتقا دادند. در این پژوهش با التقاط این دو درمان، فرد افزایش پیشرفت و خوشحالی‌اش را از راه کشف معنا و منطق می‌داند؛ بنابراین فرد تعهد به تغییرپذیری را ازطریق شرکت در تجربه‌های مثبت زندگی بیشتر قبول می‌کند (۱۵). شجاعی و اسکندرپور در نتایج مطالعهٔ خود گزارش کردند که ارائهٔ معنادرمانی بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی دانش‌آموزان بی‌سرپرست و بدسرپرست مؤثر است (۱۶). همچنین نتایج مطالعهٔ سروریان و تقی‌زاده حاکی از تأثیر معنادرمانی بر عزت‌نفس و شادکامی دختران نوجوان بود (۱۷).

علاوه‌بر اثربخشی معنادرمانی در حل مشکل رفتاری دختران فراری، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد[10] نیز یکی از درمان‌های جدید موردتوجه در بسیاری از حیطه‌ها است. درمان‌های روان‌شناختی بسیاری درخصوص کاهش مشکلات روان‌شناختی با تأکید بر هیجانات و شناخت‌ها استفاده شده است؛ اما در موج سوم روان‌درمانی‌ها که به روان‌درمانی‌های پست‌مدرن معروف هستند (۱۸)، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به‌اختصار ACT خوانده می‌شود و رفتاردرمانی موج سوم است. هدف اصلی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به‌وجودآوردن انعطاف‌پذیری روان‌شناختی[11] است؛ یعنی توانایی گزینش مطلوب در

1. Running away from home
2. Social harm
3. Abused women and girls
4. Happiness
5. Mental health
6. Positive psychology
7. Logotherapy
8. Rational-Emotional-Behavioral Therapy (REBT)
9. Ellis
10. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
11. Psychological flexibility

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-05-26]

بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر باشد؛ نه‌تنها عملی که برای اجتناب‌کردن از افکار، احساسات، موقعیت، خاطرات یا تمایلات استرس‌آمیز و سردرگم است یا درواقع به شخص تحمیل شود (۱۹). در این درمان ابتدا سعی بر آن است که شخص جنبهٔ روانی خود را بپذیرد و به افزایش تجارب ذهنی خود بپردازد و به کاهش اعمال کنترلی نامناسب خود مبادرت ورزد (۱۹). در این راستا نتایج پژوهش مرمرچی‌نیا و ذوقی پایدار نشان داد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و شادکامی نوجوانان دختر تحت پوشش بهزیستی مؤثر است (۲۰). نتایج پژوهش سلگی و عطائی مغانلو حاکی از تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افزایش شادکامی و کاهش احساس تنهایی در نوجوانان ساکن کانون اصلاح و تربیت ادارهٔ بهزیستی بود (۲۱).

باتوجه به مطالب مذکور و مطالعهٔ پیشینهٔ پژوهش‌های انجام‌شده در حوزهٔ موضوع پژوهش حاضر می‌توان گفت که روش‌های درمانی معنادرمانی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد می‌تواند تأثیر مثبتی بر شادکامی افراد داشته باشند؛ همچنین خلأ مطالعاتی در این حوزه انگیزهٔ محقق برای انجام پژوهش حاضر بود. افزون‌براین، باتوجه به هزینه‌های روانی، اجتماعی و مالی معضل فرار برای خانواده‌ها و جامعه، انتخاب روش‌های مداخلات روان‌شناختی که بتواند تأثیر بیشتری بر شادکامی دختران فراری و بدسرپرست داشته باشد و به‌تبع آن گامی در کاهش این معضل برداشته شود، بسیار مهم است؛ بر این اساس پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و معنادرمانی در شادکامی دختران فراری و بدسرپرست تحت مراقبت سازمان بهزیستی انجام شد.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون چندگروهی همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را دختران فراری و بدسرپرست سازمان بهزیستی در مراکز نگهداری شهر تهران در نیمهٔ اول سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند که تعداد آن‌ها حدود دویست نفر بود. از بین افراد واجد شرایط داوطلب تعداد شصت نفر به‌روش نمونه‌گیری دردسترس وارد مطالعه شدند. سپس در سه گروه بیست‌نفری (آموزش معنادرمانی، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، گواه) به‌صورت تصادفی ساده قرار گرفتند. انتخاب تعداد نمونه با استناد به حجم نمونه‌ای پیشنهادشده برای مطالعات آزمایشی و نیمه‌آزمایشی (برای هر گروه حداقل پانزده نفر) صورت گرفت (۲۲). ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بود از: مبتلانبودن به مشکلات روان‌شناختی؛ داشتن حداقل سواد ابتدایی برای پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها. ملاک خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش نیز تمایل‌نداشتن به شرکت در طول برنامه در نظر گرفته شد. ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر شامل تکمیل فرم رضایت‌نامهٔ کتبی شرکت در پژوهش، محرمانه‌ماندن اطلاعات و نیز دریافت کد اخلاقی از دانشگاه علوم‌پزشکی اردبیل بود. به‌منظور گردآوری داده‌ها، بعد از کسب معرفی‌نامه از دانشگاه آزاد اسلامی و انجام مکاتبات اداری با ادارهٔ بهزیستی و دریافت مجوزهای لازم، ابتدا به مراکز نگهداری دختران فراری و بدسرپرست سازمان بهزیستی شهر تهران مراجعه شد و اقدام به انتخاب نمونهٔ آماری شد. بعد از انتخاب نمونه‌ها، یک گروه آزمایش هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای آموزش درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد (۲۳) و گروه آزمایش دیگر، ده جلسهٔ نوددقیقه‌ای آموزش معنادرمانی (۲۴) دریافت کردند. درنهایت بعد از انجام جلسات آموزشی از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد.

مشخصات ابزارهای گردآوری داده‌ها و روش‌های مداخله‌ای به‌شرح ذیل بود.

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد

جلسه	عنوان جلسه	توضیحات جلسه
اول	آشنایی	آموزش درخصوص درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و اهداف آن؛ آشنایی و آموزش دربارهٔ تاب‌آوری؛ بحث درخصوص راهبردهای کنترل و اجتناب از اضطراب؛ ارائهٔ تکلیف خانگی
دوم	درماندگی خلاق	بررسی واکنش به جلسهٔ قبل و تکلیف جلسهٔ قبل؛ ذهن‌آگاهی؛ بررسی راهبردهای کنترل خاص استفاده‌شده توسط فرد تاکنون. ارزیابی هزینه‌ها و خسارات؛ بررسی فواید این راهبردهای کنترل؛ ارائهٔ تکلیف خانگی
سوم	تمایل به‌جای کنترل	بررسی واکنش به جلسهٔ قبل و تکلیف جلسهٔ قبل؛ آموزش مُراجع درخصوص چگونگی یادگیری مشاهدهٔ اضطراب به‌جای واکنش به آن. کنترل دنیای بیرون درمقابل دنیای درون با کمک استعارهٔ دونات ژله‌ای؛ ارائهٔ تکلیف خانگی
چهارم	گسلش	بررسی واکنش به جلسهٔ قبل و تکلیف جلسهٔ قبل؛ استفاده از استعاره‌های مربوط به ماندگاری قانون‌های ذهنی و آسیب‌زابودن آن‌ها؛ آموزش گسلش درمقابل آمیختگی شناختی با کمک استعارهٔ قطار؛ توضیح رنج پاک و رنج ناپاک؛ ارائهٔ تکلیف خانگی
پنجم	حرکت به‌سمت زندگی ارزش‌مند با خود پذیرا و مشاهده‌گر	بررسی واکنش به جلسهٔ قبل و تکلیف جلسهٔ قبل؛ استعارهٔ فنجان؛ انواع خود: خود به‌عنوان زمینه درمقابل خود به‌عنوان محتوا؛ استعارهٔ شطرنج؛ استعارهٔ مبلمان برای افراد با تحصیلات کم؛ خود مشاهده‌گر؛ ارائهٔ تکلیف خانگی
ششم	ایجاد الگوی منعطف رفتار با مواجههٔ ارزش‌محور	بررسی واکنش به جلسهٔ قبل و تکلیف جلسهٔ قبل؛ استفاده از استعارهٔ تشییع جنازه؛ تصریح ارزش‌ها و مشخص‌کردن جهت‌های ارزش‌مند زندگی؛ ارائهٔ تکلیف خانگی
هفتم	توسعهٔ خزانهٔ رفتاری و پاسخ‌دهی به آشفتگی	بررسی واکنش به جلسهٔ قبل و تکلیف جلسهٔ قبل؛ آموزش به افراد برای نگهداشتن خود در زمان حال، ارزش‌ها و تعهد (مشارکت در فعالیت‌های ارزش‌محور)
هشتم	جمع‌بندی و مرور	تمرین‌کردن تکنیک‌های درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد توسط افراد ازطریق فعالیت‌های انتخاب‌شده و مرور چگونگی برخورد با موانع در زندگی ارزش‌مند

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-05-26]

ـ پرسشنامهٔ شادکامی آکسفورد[1] : این پرسشنامه توسط آرگیل و همکاران در سال ۱۹۸۹ با هدف تشخیص شادکامی ساخته شد (۲۵). ازآنجاکه سیاههٔ افسردگی بک[2] از مقیاس‌های بسیار موفق افسردگی است، آرگیل پس از رایزنی با بک جملات مقیاس افسردگی او را معکوس کرد. بدین‌ترتیب ۲۱ ماده تهیه شد و ۱۱ مادهٔ دیگر نیز به آن‌ها افزود تا سایر جنبه‌های شادکامی را در بر گیرد. سپس آن را روی تعدادی از دانشجویان اجرا کردند و باتوجه به روایی صوری پرسش‌ها و حذف چند ماده، درنهایت فرم نهایی ۲۹ سؤال پرسشنامه آماده شد. هر سؤال پرسشنامهٔ شادکامی آکسفورد دارای چهار گزینه است که از صفر (هرگز) تا سه (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. در این پرسشنامه حداقل نمره، صفر و حداکثر نمره ۸۷ است (۲۵). آرگیل و همکاران ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۹۲ با ۲۴۷ آزمودنی گزارش دادند و پایایی بازآزمایی آن را طی هفت هفته ۰/۷۸ به‌دست آوردند (۲۵). علی‌پور و نوربالا در ایران این پرسشنامه را ترجمه کردند و با اجرا روی ۱۰۱ دانشجوی کارشناسی‌ارشد دانشگاه علامه طباطبائی هنجاریابی شد؛ همچنین آلفای کرونباخ آن برابر ۰/۹۳ بود و با روش دونیمه‌کردن به‌روش اسپیرمن ـ براون[3] مقدار ۰/۹۲ و به‌روش گاتمن[4] ۰/۹۱ به‌دست آمد (۲۶).

ـ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد: در این پژوهش درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد براساس پکیج درمانی/آموزشی هیز و استروسال (۲۳) صورت‌بندی شد. این درمان طی هشت جلسهٔ آموزشی نوددقیقه‌ای به‌صورت هفته‌ای یک جلسه برگزار شد. این پکیج در مطالعات بسیاری استفاده و تأیید شده است (۲۰،۲۷). خلاصهٔ جلسات برطبق مراحل ذیل است (جدول ۱).

ـ معنادرمانی: در پژوهش حاضر معنادرمانی براساس پکیج درمانی/آموزشی معنادرمانی طرح شولنبرگ و همکاران (۲۴) صورت‌بندی شد. این روش طی ده جلسهٔ آموزشی نوددقیقه‌ای به‌صورت هفته‌ای یک جلسه برگزار شد. این پکیج در مطالعات بسیاری استفاده و تأیید شده است (۱۶،۱۷). خلاصهٔ جلسات برطبق مراحل ذیل است (جدول ۲).

جدول ۲. خلاصهٔ جلسات معنادرمانی

ردیف جلسه	توضیحات جلسه
اول	تعیین هدف و قوانین گروه، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، مشاوره و بحث دربارهٔ وضعیت زندگی‌شان و ارائهٔ منشور گروه و قرارداد درمانی
دوم	بیان مشکل، بحث دربارهٔ علت فرار از خانه و گفت‌وگو در زمینهٔ اثرات فرار از خانه
سوم و چهارم	معنایابی و گرفتن معنا از بافت تاریخی زندگی و مسئولیت‌پذیری و تغییر نگرش‌ها، گرفتن معنا ازطریق راه‌های کشف معنا
پنجم و ششم	گرفتن معنا از خلق ارزش‌ها و مسئولیت، گرفتن معنا از میان تجربهٔ ارزش‌ها، گرفتن معنا از آرزوها و امیدها
هفتم و هشتم	معنای مرگ، زندگی، آزادی و مسئولیت، خودحمایتی، علاقهٔ اجتماعی و غلبه بر یأس
نهم	حمایت عاطفی اعضا از یکدیگر، تکمیل جملات ناتمام‌برای تعامل اعضا با هم، حمایت عاطفی اعضا با یکدیگر و تشویق اعضا برای درخواست حمایت عاطفی از یکدیگر
دهم	خلاصه و جمع‌بندی جلسات و اختتام، صحبت دربارهٔ آموخته‌های خود در گروه

برای تحلیل داده‌های جمع‌آوری‌شده از شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی استفاده شد. آمار استنباطی شامل روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره (آنکوا) با بررسی پیش‌فرض‌های آن (نرمالیتی، آزمون برابری واریانس‌ها، آزمون همگنی شیب رگرسیون)، آزمون‌های کای‌دو و تحلیل واریانس (به‌منظور مقایسهٔ مشخصات جمعیت‌شناختی گروه‌ها) و آزمون تعقیبی بونفرونی با بهره‌گیری از نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ ۲۲ در سطح معناداری ۰/۰۱ به‌کار رفت. برای بررسی همگنی ضرایب (شیب) رگرسیون از آزمون اثر متقابل گروه و پیش‌آزمون در مدل رگرسیون خطی و نمودار پراکنش و برای آزمون برابری واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد؛ همچنین ارزیابی پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع نمرات در متغیر وابسته با آزمون کولموگروف‌اسمیرنف صورت گرفت.

۳ یافته‌ها

طبق نتایج به‌دست‌آمده، میانگین سنی دختران گروه گواه ۲۱/۵۳±۳/۷۵، گروه معنادرمانی ۲۲/۰۷±۲/۸۰ و گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد ۲۲/۱۴±۳/۰۲ سال به‌دست آمد. براساس نتایج آزمون تحلیل واریانس، میانگین سنی سه گروه تفاوت معناداری باهم نداشت (p=۰/۰۹۲). همچنین در گروه گواه ۹ نفر (۴۵درصد)، در گروه معنادرمانی ۷ نفر (۳۵درصد) و در گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد ۸ نفر (۴۰درصد) از والدین افراد مطالعه‌شده دارای سوءمصرف مواد بودند. براساس نتایج آزمون کای‌دو، سه گروه از نظر سوءمصرف مواد در والدینشان تفاوت معناداری باهم نداشتند (p=۰/۰۶۸). همچنین در هر سه گروه مطالعه‌شده، تحصیلات کمتر از دیپلم فراوانی بیشتر (گروه گواه ۴۵ درصد، گروه معنادرمانی ۴۰ درصد و گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد ۳۵ درصد) و تحصیلات در مقطع لیسانس فراوانی کمتر (گروه گواه ۱۰ درصد، گروه معنادرمانی ۵درصد و گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بدون فراوانی) را تشکیل داد.

طبق نتایج جدول ۳ میانگین متغیر شادکامی در پس‌آزمون در گروه‌های معنادرمانی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد درمقایسه با گروه گواه بیشتر بود. همچنین میانگین شادکامی در پس‌آزمون در گروه معنادرمانی درمقایسه با درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بیشتر به‌دست آمد.

[1]. Oxford Happiness Questionnaire
[2]. Beck Depression Inventory
[3]. Spearman-Brown
[4]. Gottmann

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-05-26]

برای تعیین نرمال‌بودن توزیع نمرات متغیر شادکامی از آزمون کولموگروف‌اسمیرنف استفاده شد. باتوجه به اینکه مقدار احتمال بیش از ۰/۰۱ بود، فرض صفر رد نشد؛ این مطلب نشان می‌دهد که توزیع متغیر شادکامی نرمال بود و برای تحلیل می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیر شادکامی در سه گروه گواه، معنادرمانی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	زمان	گروه	میانگین	انحراف‌معیار
شادکامی	پیش‌آزمون	گواه	۳۴/۴۰	۳/۲۰
		معنادرمانی	۳۴/۸۵	۲/۶۶
		درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	۳۳/۶۵	۳/۴۳
	پس‌آزمون	گواه	۳۴/۶۰	۳/۸۰
		معنادرمانی	۴۹/۶۵	۲/۱۵
		درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	۴۴/۶۰	۲/۷۶

در ادامه به‌منظور انجام تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (آنکوا) ابتدا پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. براساس نتایج، پیش‌فرض همگنی واریانس‌های خطا (آزمون لون) (p=۰/۰۹۸) حاکی‌از نبود تفاوت بین گروه‌ها بود. همچنین به‌منظور بررسی همگنی شیب رگرسیون، آزمون تحلیل متقابل عامل اثر متقابل گروه و نمرات پیش‌آزمون در مدل رگرسیون به‌کار رفت؛ درنتیجه فرض همسانی شیب رگرسیون رد نشد (p=۰/۷۶۰)؛ بنابراین، برای انجام ادامهٔ تحلیل مانعی وجود نداشت. در جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای مقایسهٔ میانگین نمره‌های شادکامی دختران فراری و بدسرپرست در سه گروه پژوهش

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	مقدار احتمال	اندازهٔ اثر
عرض از مبدأ	۶۰۱/۰۱۵	۱	۶۰۱/۰۱۵	<۰/۰۰۱	۰/۵۵۴
پیش‌آزمون	۲۳/۶۰۷	۱	۲۳/۶۰۷	۰/۱۰۴	۰/۰۴۶
گروه	۲۳۳۰/۷۸۹	۲	۱۱۶۵/۳۹۴	<۰/۰۰۱	۰/۸۲۸
خطا	۴۸۴/۵۴۳	۵۶	۸/۶۵۳		

باتوجه به نتایج جدول ۴، برای متغیر شادکامی، تفاوت بین گروه‌های گواه، معنادرمانی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد معنادار بود (p<۰/۰۰۱) و اندازهٔ اثر برابر با ۰/۸۲۸ به‌دست آمد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای نمرهٔ پس‌آزمون شادکامی در سه گروه گواه، معنادرمانی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد

گروه (i)	گروه (j)	اختلاف میانگین	مقدار احتمال	خطای معیار
گواه	معنادرمانی	ـ۷/۷۵	<۰/۰۰۱	۰/۶۸
	درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	ـ۴/۶۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۸
معنادرمانی	گواه	۷/۷۵	<۰/۰۰۱	۰/۶۸
	درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	۳/۱۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۸
درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	گواه	۴/۶۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۸
	معنادرمانی	ـ۳/۱۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۸

طبق نتایج جدول ۵ و باتوجه به مقدار احتمال خطای آزمون تعقیبی، بین میانگین شادکامی گروه گواه با گروه معنادرمانی (p<۰/۰۰۱) و گروه گواه با گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد (p<۰/۰۰۱) تفاوت معناداری وجود داشت. بین گروه معنادرمانی با گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد نیز تفاوت معناداری وجود داشت (p<۰/۰۰۱) که نشان می‌دهد اثربخشی معنادرمانی بر شادکامی دختران فراری و بدسرپرست بیشتر از اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بوده است. همچنین بیشترین اختلاف میانگین مربوط به تفاوت گروه گواه با گروه معنادرمانی بود.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر شادکامی دختران فراری و بدسرپرست سازمان بهزیستی انجام شد. نتایج نشان داد، معنادرمانی تأثیر معناداری بر افزایش شادکامی گروه آزمایش داشت. یافتهٔ به‌دست‌آمده با یافته‌های پژوهش شجاعی و اسکندرپور مبنی‌بر تأثیر معنادرمانی بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی دانش‌آموزان بی‌سرپرست و بدسرپرست (۱۶) و مطالعهٔ سروریان و تقی‌زاده مبنی‌بر تأثیر

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-05-26]

معنادرمانی بر عزت‌نفس و شادکامی دختران نوجوان (۱۷) همسوست. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد، در آموزش معنادرمانی به فرد گفته می‌شود هدف اصلی در زندگی داشتن معنا است و اگر دچار ناامیدی است، به این دلیل است که باور ندارد زندگی معنا دارد. درواقع آنچه افراد را ضعیف می‌کند و از پای در می‌آورد، رنج‌ها و سرنوشت نامطلوب آن‌ها نیست؛ بلکه بی‌معناشدن زندگی بوده که بسیار مصیبت‌بار است. 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 (۱۳). چنان‌که در این خصوص حمزه‌گردشی و همکاران بیان کردند، ازجمله متغیرهای مهم در معناداری در زندگی نوجوانان امیدواری است (۲۸).

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر افزایش شادکامی گروه آزمایش داشت. این یافته با نتایج پژوهش مرمرچی‌نیا و ذوقی پایدار مبنی‌بر تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و شادکامی نوجوانان دختر تحت پوشش بهزیستی (۲۰) و مطالعهٔ سلگی و عطائی مغانلو مبنی‌بر تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر افزایش شادکامی و کاهش احساس تنهایی در نوجوانان ساکن کانون اصلاح و تربیت ادارهٔ بهزیستی (۲۱) همسوست.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد برخلاف بیشتر درمان‌ها به‌دنبال تغییر محتوای فکر نیست. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، درمانی رفتاری است که از مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند (۱۸) و زمینه‌های شادکامی را فراهم می‌آورد.

همچنین نتایج دیگر پژوهش نشان داد، بین اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در شادکامی دختران فراری و بدسرپرست سازمان بهزیستی تفاوت معنادار وجود داشت و اثربخشی معنادرمانی بر شادکامی دختران فراری و بدسرپرست بیشتر از اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بود. تاکنون پژوهشی دربارهٔ مقایسهٔ اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر متغیر شادکامی صورت نگرفته است تا بتوان یافتهٔ مطالعهٔ حاضر را با مطالعات دیگر مقایسه کرد؛ بااین‌حال، مطالعات اسمخانی اکبری‌نژاد و همکاران (۲۹) و عظیمی و همکاران (۳۰) که به تفاوت این دو درمان در گروه‌های دیگر پرداخته‌اند، حاکی از نبود تفاوت در اثربخشی این دو درمان بود. همسونبودن این نتایج با یافتهٔ مطالعه حاضر را می‌توان به‌علت تفاوت در جامعهٔ آماری هریک از این مطالعات دانست.

در تبیین این یافته می‌توان به ماهیت تأثیرگذاری این دو روش درمانی اشاره کرد؛ به‌طوری‌که معنادرمانی راه و روشی جدید برای واردکردن هدف‌مندی و معناجویی به زندگی برای فرد ایجاد می‌کند و زمینهٔ افزایش مسئولیت‌پذیری همه‌جانبه را برای فرد فراهم می‌کند (۱۳)؛ درحالی‌که درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش بیشتر بر جنبه‌های انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و افزایش تجارب ذهنی فرد مبادرت می ورزد (۱۹) و با توجه به ماهیت مشکل دختران فراری و بدسرپرست، مداخلهٔ معنادرمانی بیشتر توانسته است زمینهٔ افزایش توجه به خود و به‌تبع آن شادکامی در این دختران را فراهم کند.

کنترل‌نشدن ویژگی‌های شخصیتی و هیجانی نمونه‌های بررسی‌شده و انجام شدن این پژوهش بر دختران فراری و بدسرپرست از محدودیت‌های مطالعهٔ حاضر بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی ویژگی‌های شخصیتی و هیجانی نمونه‌های آماری ازطریق پرسشنامه‌ها بررسی و کنترل شود و چنین پژوهشی بر جامعهٔ آماری پسران نیز انجام گیرد. همچنین ترویج الگوی مشارکت جمعی در خانواده‌ها، چه در تصمیم‌گیری‌ها و چه در انجام امور روزمرهٔ زندگی خانوادگی (رفع نیازهای خانواده) صورت گیرد؛ به‌گونه‌ای که دختران درگیر در مسائل روزمرهٔ خانواده شوند و موقعیت مناسب در خانواده پیدا کنند که به ساختار شخصیت آن‌ها کمک کند؛ به‌علاوه کاهش شکاف بین والدین ـ فرزندان ازطریق اصلاح هنجارهای خانوادگی و الگوهای تعاملی در خانواده با تأکید بر هنجار صمیمت و دوست‌شدن با فرزندان دختر انجام شود. در این زمینه همکاری نهادهای مرتبط به‌منظور تهیهٔ برنامه‌های تلویزیونی متناسب با وضعیت فرهنگی ـ اجتماعی، ایجاد مراکز مشاورهٔ رایگان و تدارک برنامه‌های آموزشی (مانند شیوه‌های فرزندپروی، شیوه‌های ارتباطی والد ـ فرزند و سایر موارد) برای تمامی اقشار جامعه ضرورت دارد.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش حاضر، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی، هردو بر شادکامی دختران فراری و بدسرپرست سازمان بهزیستی اثربخشی دارند؛ اما در مقام مقایسه بین اثربخشی این دو روش باید گفت، اثربخشی معنادرمانی بر شادکامی این دختران به‌طور معناداری بیشتر از درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد است. مشاوران و درمانگران سازمان بهزیستی می‌توانند از یافته‌های پژوهش حاضر در راستای مداخلات آموزشی/درمانی استفاده کنند.

۶ تشکروقدردانی

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

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل است. پروتکل پژوهش در کمیتهٔ اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل با کد IR.IAU.ARDABIL.REC.1399.044 به تأیید رسید. از شرکت‌کننده‌های پژوهش حاضر دست‌نوشته‌ای شامل بیانیه‌ای دربارهٔ رضایت اخلاقی دریافت شد و به آن‌هادربارهٔ محرمانه‌ماندن اطلاعات اطمینان داده شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پشتیبان نتایج گزارش‌شده در مقاله که در طول مطالعه تحلیل شدند، به‌صورت فایل‌های ورد و اکسل در فضای ذخیره‌ای هارددرایو (به‌دلیل جلوگیری از احتمال هرگونه هک‌شدن و نیز دسترسی‌داشتن به

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-05-26]

داده‌ها) نزد نویسندهٔ مسئول حفظ خواهند شد.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

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

مشارکت نویسندگان

همهٔ نویسندگان سهم یکسانی در تهیهٔ پیش‌نویس مقاله، بازبینی و اصلاح مقالهٔ حاضر داشتند.

References

1. Embleton L, Lee H, Gunn J, Ayuku D, Braitstein, P. Causes of Child and Youth Homelessness in Developed and Developing Countries: A Systematic Review and Meta-analysis. The Science of Child and Adolescent Health. 2018; 170(5): 435-44. doi:10.1001/jamap ediatrics.2016.0156.
2. Peykari N, Barany M. Hassanzadeh A. Causes and Factors of Girls' Escape from Home (A Case Study of Amol City), Women and Family Studies, 2021; 13 (48):105-129. [Persian]. http://jws f.iaut.ac.ir/artic le_674699.html.
3. Ferdowsian F, Mehri, A. Investigate the causes of girls running away from home and offer solutions to deal with it. Journal of Chaharmahal Bakhtiari Law Enforcement, 2014; 7: 85-112. [Persian]. http ://chb.jrl.police.ir/article_14932.html.
4. Beard JW. Adolescents and child maltreatment. National Association of School Nurses. 2014; 29(2): 71-4. DOI: 10.1177/1942602X13517721
5. 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
6. O'Brien JG, Edinburgh, L.D., Andrew J B., & McRee, A.L. (2020). Mental Health Outcomes Among Homeless, Runaway, and Stably Housed Youth. Pediatrics, 145(4), 201-209. DOI: https://doi.org/10.1542/peds.2019-2674.
7. de Man AF. Predictors of adolescent running away behavior. Social Behavior and Personality: An International Journal. 2000;28(3):261–8. https://doi.org/10.2224/sbp.2000.28.3.261
8. Nejadsabzi P. Family factors related to being a runaway child in Khorramabad. Social Welfare Quarterly. 2011;11(40):129–59. [Persian] http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-512-en.pdf
9. Mahakud G. Yadav R. Effects of Happiness on Mental Health. The International Journal of Indian Psychology. 2015; 2(3): 52-59. DOI: 10.25215/0203.085.
10. Machado L, Tavares H, Petribú K, Zilberman M, Torres RF. Cantilino A. Happiness and health in psychiatry: what are their implications? . Archives of Clinical Psychiatry.2015; 42(4): 100-110. https://doi.org/10.1590/0101-60830000000058.
11. *Ellis A. Changing rational-emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy (REBT). Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy. 1995; 13 (2): 85–89.* doi:10.1007/BF02354453
12. Moeini B, Babamiri M, Mohammadi Y, Barati M, Rashidi S. Relationship between happiness and mental health status among high school female students: a descriptive – analytic study. Nurs Midwifery J. 2017; 14 (11): 942-951. [Persian]. URL: http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3063-fa.html.
13. Steger, MF. Experiencing meaning in life: Optimal functioning at the nexus of spirituality, psychopathology, and well -being. In: P.T.P. Wong (Ed.). The human quest for meaning (2nd ed.). New York. 2012. https://psycnet.apa.org/record/2012-03755-008.
14. Wong PT. Integrative meaning therapy: From logotherapy to existential positive interventions. In P. Russo-Netzer, S. E. Schulenberg, & A. Batthyany (Eds.). To thrive, to cope, to understand: Meaning in positive and existential psychotherapy, New York. 2016. DOI:10.1007/978-3-319-41397-6_16.
15. Hutchinson GT, Chapman BP. Logotherapy-enhanced REBT: an integration of discovery and reason. J Contemp Psychother. 2005;35(2):145–55. https://doi.org/10.1007/s10879-005-2696-x
16. Shojaee A, Eskandarpour B. A study of the effectiveness of Frankel's logotherapy training on psychological well-being and happiness of students. School and school psychology, 2016, 5(2), 71-91. . [Persian]. https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?ID=284448.
17. Sarvarian Z, Taghizadeh M. The Effect of Group logo Therapy on Self-Esteem and Happiness of Adolescent Girls in Qom. Medical Ethics. 2015; 9(34): 187-207. [Persian]. https://www.sid ir/fa/J ournal/ViewPaper.aspx?id=267173.
18. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. Behav Res Ther. 2006;44(1):1–25. https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-05-26]

19. Forman EM, Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. In: General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons, Inc.; 2009. pp: 77–101.
20. Marmarchinia M, Zoghi Paidar M.R. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on hope and happiness of female adolescents under welfare protection. Applied Psychology, 2017; 11(3): 157-174. . [Persian]. https://apsy.sbu.ac.ir/article_96850.html?lang=fa.
21. Solgi Z, Ataie Moghanlou V. The efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on type a personality, happiness and loneliness in adolescents living in the correctional and rehabilitation center. Quarterly Social Psychology Research. 2018;7(28):41-54. [Persian]. https://www.socialpsychology.ir/article_73739_ca5eed6b432762c2ea78748a47c7d8e2.pdf?lang=en
22. Delavar A. Theoretical and practical basis of research in the humanities and social sciences. Tehran: Roshd Pub;2017. [Persian]
23. Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. Boston, MA: Springer US; 2004.
24. 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
25. Argyle M, Martin M, Crossland J. Happiness as a function of personality and social encounters. In J.P. Forgas & J.M. Innes (Eds), Recent advances in social psychology: An international perspective, (pp. 189-203). North Holland: Elsevier Science Publishers.1989. http://www.sciepub.com/referenc e/95234.
26. Alipoor A, Noorbala AA. A preliminary evaluation of the validity and reliability of the Oxford happiness questionnaire in students in the universities of Tehran. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 1999;5(1):55–66. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1777-en.pdf
27. Moslem Khani M, Ebrahimi M E, Sahebi A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Happiness and Hope of Hamedanian Multiple Sclerosis Patients. psj. 2019; 17 (2): 15-23. [Persian]. URL: http://psj.umsha.ac.ir/article-1-452-fa.html.
28. Hamzehgardeshi Z, Marzband Z, Shahhosseini Z, Azizi M. Components related to the meaning of life in adolescents: A review article. Clin Exc. 2019; 9 (2): 28-37. [Persian]. URL: http://ce.ma zums.ac.i r/article-1-463-fa.html
29. Esmkhani Akbarinejhad H, Bayrampour O, Faroughi P. Comparison of the effectiveness of logotherapy and treatment based on acceptance and commitment on the death anxiety, resilience and hopelessness of women with multiple sclerosis. Medical Sciences. 2021; 31 (1): 97-106. [Persian]. URL: http://tmuj.iautmu.ac.ir/article-1-1723-fa.html.
30. Azimi A, Makvandhoseini S, Najafi M, Rafieenia P. A comparative study on effectiveness of acceptance and commitment therapy and logotherapy on symptoms of depression, anxiety and stress of women suffering relapsing remitting multiple sclerosis: A randomized controlled trial study. Koomesh. 2018; 20(4): 612-619. URL: http://koomeshjournal.semums.ac.ir/article -1-4595-fa.html.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-05-26]