MEJDS. 2021; 11:70.

Published online 2021 Aug. **Original Article**

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

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 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.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

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.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۷۰.

انتشار برخط مرداد ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در تاب‌آوری دختران فرار و بدسرپرست تحت مراقبت سازمان بهزیستی

احد بابازاده[۱]، *توکل موسی‌زاده[۲]، سمیه تکلوی[۲]

توضیحات نویسندگان

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

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

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

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

چکیده

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

روش‌بررسی: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون چندگروهی همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ 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 دردسترس شصت نفر وارد مطالعه شدند و به‌صورت تصادفی ساده در سه گروه بیست‌نفری (آموزش معنادرمانی، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، گواه) جایگزین شدند. گروه آموزش معنادرمانی براساس بستهٔ آموزشی شولنبرگ و همکاران (۲۰۱۰) هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای و گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد براساس بستهٔ آموزشی هیز و استروسال (۲۰۰۴) ده جلسهٔ نوددقیقه‌ای، 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 نسخهٔ ۲۲ در سطح معناداری ۰/۰۱ تجزیه‌وتحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که معنادرمانی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در افزایش تاب‌آوری دختران فرار و بدسرپرست تحت مراقبت سازمان بهزیستی تأثیر معناداری داشتند ($p<۰/۰۰۱$)؛ همچنین بین اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، در متغیر تاب‌آوری دختران فرار و بدسرپرست تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p=۰/۰۸۲$).

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

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

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار–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 2026-11-03]

۱ مقدمه

فرار از خانه[1]، 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 تحمل‌نشدنی 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 دامنهٔ سنی ۱۲تا۱۸ سال از خانه فرار می‌کنند که ۷۴درصد از این افراد دختران هستند (به نقل از ۳). در ایران نیز آمارهای رسمی بیانگر رشد ۱۵درصدی پدیدهٔ 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. دامنهٔ سنی این دختران در حدود ۱۴تا۱۸ سال است (۴).

تاب‌آوری[2]، به توانایی سازگاری انسان در رویارویی با فشارهای طاقت‌فرسا یا غالب‌شدن بر آن شرایط و حتی تقویت‌شدن به‌وسیلهٔ 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 درمعرض فشارهای شدید و عوامل خطرزا بتواند به‌صورت مناسبی با فشارهای محیطی سازگار شود (۶). درمان‌های زیادی می‌توانند بر افزایش تاب‌آوری دختران دارای مشکل رفتاری اثربخش باشند که از میان آن‌ها می‌توان به معنادرمانی[3] و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد[4] اشاره کرد. معنادرمانی، فرایندی درمانی و سفری به‌منظور اکتشاف خود است که به‌منظور کسب توانایی برای رسیدن به خود واقعی و گسترش دیدگاه خویشتن دربارهٔ دنیای اطراف و روشن‌کردن چیزهایی است که برای زندگی حال و آیندهٔ فرد معنا ایجاد می‌کند (۷). در راستای مداخلات روان‌شناختی، معنادرمانی به‌منزلهٔ 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 دربارهٔ خویشتن و دنیای اطراف و روشن‌سازی هر آنچه به زندگی حال و زندگی آیندهٔ 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 تجربهٔ سوگ می‌شود (۹). نتایج مطالعهٔ 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 پیشینهٔ 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[5] 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 ناموثر 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 دربا نشان داد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر دلزدگی زناشویی و تاب آوری زنان آسیب دیده از خشونت خانگی تأثیر دارد (۱۲)؛ همچنین مرادی و زینالی در نتایج مطالعهٔ خود نشان دادند، درمان مبتنی بر 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 مقابلهٔ موفق با تجارب منفی زندگی می‌شود. براساس نظریهٔ خطر و تاب‌آوری[6]، زنجیره‌ای از مشکلات و خطراتی که نوجوان با آن مواجه می‌شود، لزوماً به فرار منجر نمی‌شود؛ بلکه عوامل محافظت‌کنندهٔ فردی، خانوادگی یا اجتماعی می‌توانند 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 مطالعهٔ پیشینهٔ پژوهش‌های صورت‌گرفته در حوزهٔ این موضوع می‌توان گفت، روش درمانی معنادرمانی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد می‌توانند تأثیر مثبتی بر تاب‌آوری افراد داشته باشند؛ همچنین خلأ مطالعاتی در این حوزه برای بررسی دقیق‌تر این وضعیت، انگیزهٔ 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

[1]. Running away from home
[2]. Resiliency
[3]. Logo-Therapy
[4]. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
[5]. Psychological flexibility
[6]. Risk and Resilience Theory

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

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

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون چندگروهی همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را دختران فراری یا بدسرپرست سازمان بهزیستی در مراکز نگهداری شهر تهران در نیمهٔ اول سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند که تعداد حدود دویست نفر بود. از بین افراد واجد شرایط داوطلب، به‌روش نمونه‌گیری دردسترس شصت نفر وارد مطالعه شدند و به‌صورت تصادفی ساده در سه گروه بیست‌نفری (آموزش معنادرمانی، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، گواه) جایگزین شدند. انتخاب تعداد نمونه با استناد به حجم نمونهٔ پیشنهادشده توسط دلاور برای مطالعات آزمایشی و نیمه‌آزمایشی (برای هر گروه حداقل پانزده نفر) صورت گرفت (۱۵). به‌منظور 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 نمونهٔ آماری شد. بعد از انتخاب نمونه‌ها یک گروه آزمایش هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای آموزش درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد (۱۱) و یک گروه ده جلسهٔ نوددقیقه‌ای آموزش معنادرمانی (۱۶) را دریافت کرد. درنهایت بعد از انجام جلسات آموزشی از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بود از: مبتلانبودن به مشکلات روان‌شناختی؛ دارابودن حداقل سواد ابتدایی برای پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها. ملاک خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش نیز تمایل‌نداشتن به شرکت در طول برنامه بود. 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.

مشخصات ابزار گردآوری داده‌ها و روش‌های مداخله‌ای به‌شرح ذیل بود.

– مقیاس تاب‌آوری کانر–دیویدسون[1] : 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 دامنهٔ نمرهٔ ۲۵تا۱۲۵ نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بیشتر بیانگر میزان تاب‌آوری بیشتر در افراد است (۱۷). روایی ملاکی این مقیاس با پرسشنامهٔ تحمل بلاتکلیفی ۰/۷۴ و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ توسط سازندگان آن به‌دست آمد (۱۷). این مقیاس در ایران توسط کیهانی و همکاران هنجاریابی شد و مقدار آلفای کرونباخ و دونیمه‌سازی اسپیرمن–برون به‌ترتیب برابر با ۰/۶۶۹ و ۰/۶۶۵ بود. تحلیل عاملی تأییدی در ابتدا نشان داد که از میان ده گویهٔ مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون، گویه‌های ۵ و ۸ بارعاملی ضعیفی دارند؛ بنابراین حذف شدند. پس از این اصلاح، شاخص‌های مدل ساختار عاملی تک‌بُعدی به‌خوبی برازش شد (۱۸).

– درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد: در این پژوهش درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد براساس بستهٔ درمانی‌آموزشی هیز و استروسال صورت‌بندی شد (۱۱) و طی هشت جلسهٔ آموزشی نوددقیقه‌ای به‌شکل هفته‌ای یک جلسه برگزار شد. این بستهٔ آموزشی در مطالعات استفاده و تأیید شده است (۱۳،۱۲). خلاصهٔ جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد

جلسه	عنوان جلسه	توضیحات جلسه
اول	آشنایی	آموزش دربارهٔ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و اهداف آن؛ آشنایی و آموزش در زمینهٔ 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؛ بررسی هزینه‌ها و خسارت‌ها؛ بررسی فواید این راهبردهای کنترل؛ ارائهٔ تکلیف خانگی
سوم	تمایل به‌جای کنترل	بررسی واکنش به جلسهٔ قبل و تکلیف جلسهٔ قبل؛ آموزش مراجع 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؛ 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 (و استعارهٔ مبلمان برای افراد با تحصیلات کمتر)؛ 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	تمرین تکنیک‌های درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد توسط افراد ازطریق فعالیت‌های انتخاب‌شده و مرور چگونگی برخورد با موانع در زندگی ارزش‌مند

[1]. Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

ـ معنادرمانی: در این پژوهش معنادرمانی براساس بستهٔ درمانی‌آموزشی معنادرمانی طرح شولنبرگ و همکاران (۱۶) صورت‌بندی شد و طی ده جلسهٔ آموزشی نوددقیقه‌ای به‌شکل هفته‌ای یک جلسه برگزار شد. این بسته در مطالعات استفاده و تأیید شده است (۱۹). خلاصهٔ جلسات برطبق مراحل ذیل است (جدول ۲).

جدول ۲. خلاصهٔ جلسات معنادرمانی

جلسات	توضیحات جلسه
اول	تعیین هدف گروه 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، بحث 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، 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 استفاده شد. همچنین آمار استنباطی شامل روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره (ANCOVA) و بررسی پیش‌فرض‌های آن (نرمالیتی، آزمون برابری واریانس‌ها، آزمون همگنی شیب رگرسیون)، آزمون کای دو و آزمون تی مستقل (به‌منظور مقایسهٔ مشخصات جمعیت‌شناختی گروه‌ها) و آزمون تعقیبی بونفرونی با بهره‌گیری از نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ 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 واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد؛ همچنین ارزیابی پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع نمرات در متغیر وابسته با آزمون کولموگروف‌اسمیرنف صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۱ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

طبق نتایج به‌دست‌آمده، میانگین سنی دختران گروه گواه ۳/۷۵±۲۱/۵۳، گروه معنادرمانی ۲/۸۰±۲۲/۰۷ و گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد ۳/۰۲±۲۲/۱۴ سال بود. 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. سه گروه از نظر سوءمصرف مواد در والدینشان تفاوت معناداری باهم نداشتند (p=۰/۰۶۸).

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار تاب‌آوری در سه گروه مطالعه‌شده در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و نتایج آزمون کولموگروف‌اسمیرنف برای مشخص‌کردن توزیع نرمال نمرات

متغیر	زمان	گروه	میانگین	انحراف‌معیار	مقدار Z	مقدار احتمال
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	گواه	۵۰/۸۰	۲/۸۰	۱/۰۱۲	۰/۲۶۴
		معنادرمانی	۵۱/۳۱	۴/۱۱	۰/۹۷۴	۰/۳۱۲
		درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	۵۱/۰۵	۳/۱۷	۰/۶۸۰	۰/۷۰۹
	پس‌آزمون	گواه	۵۱/۱۹	۲/۷۶	۱/۱۲۰	۰/۱۸۵
		معنادرمانی	۶۹/۶۵	۲/۱۵	۱/۰۸۴	۰/۲۶۰
		درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	۷۳/۲۰	۷/۷۳	۰/۹۷۷	۰/۳۱۱

طبق نتایج جدول ۳، میانگین تاب‌آوری در پس‌آزمون گروه معنادرمانی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد درمقایسه با گروه گواه بیشتر بود. همچنین میانگین تاب‌آوری در پس‌آزمون گروه مبتنی‌بر پذیرش و تعهد درمقایسه با معنادرمانی بیشتر به‌دست آمد. براساس نتایج توزیع متغیر تحقیق نرمال بود (p>۰/۰۵) و می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد.

در ادامه به‌منظور انجام روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (ANCOVA) ابتدا پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. براساس نتایج، پیش‌فرض همگنی واریانس‌های خطا (آزمون لون) نبود تفاوت بین گروه‌ها را نشان داد (p=۰/۰۹۸). همچنین برای 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 کوواریانس تک‌متغیری مانعی وجود نداشت. در ادامه نتایج مربوط به تحلیل کوواریانس تک‌متغیری ارائه شده است (جدول ۴).

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

جدول ۴. تجزیه‌وتحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای مقایسهٔ میانگین نمرهٔ تاب‌آوری دختران فرار و بدسرپرست در گروه‌های مطالعه‌شده و نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به‌منظور مقایسهٔ زوجی گروه‌ها

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	اندازهٔ اثر
عرض از مبدأ	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 مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	-۲۲	<۰/۰۰۱
معنادرمانی	درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	-۳/۵۵	۰/۰۸۲

باتوجه به نتایج جدول ۴، تفاوت بین گروه‌های گواه و معنادرمانی و بین گروه‌های گواه و درمان مبتنی‌بر 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 مبتنی‌بر 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 مقایسهٔ اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی‌بر 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 مبنی‌بر تأثیر معنادرمانی بر افزایش عزت‌نفس و تاب‌آوری دانش‌آموزان (۸)، چمنی‌قلندری و همکاران مبنی‌بر تأثیر معنادرمانی بر افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی زنان دارای تجربهٔ سوگ (۹) و آرمانی مبنی‌بر 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 ناملایمتی‌های زندگی را تحمل کنند (۷).

همچنین نتایج مشخص کرد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر افزایش تاب‌آوری گروه آزمایش داشت. نتایج به‌دست‌آمده با یافته‌های پژوهش دربا مبنی‌بر تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر دلزدگی زناشویی و تاب‌آوری زنان آسیب‌دیده از خشونت خانگی (۱۲)، مطالعهٔ مرادی و زینالی مبنی‌بر تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری دختران تحت پوشش بهزیستی (۱۳) و پژوهش ولی‌زاده و همکاران مبنی‌بر تأثیر معنادار درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی در زندانیان (۲۰) همسوست.

باتن دربارهٔ افزایش میزان انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و افزایش تاب‌آوری استعارهٔ پروانه را به‌کار می‌برد. وقتی پروانه‌ای در حال خارج‌شدن از پیلهٔ خویش است، یک گزینه برای کمک به پروانه این است که به او کمک شود تا راحت از پیله خارج شود؛ اما پروانه تنها ازطریق پشتکار و تلاش سخت است که قدرت لازم را برای پرواز و زنده‌ماندن در دنیا به‌دست می‌آورد (۲۱)؛ بنابراین درمانگر درمان مبتنی‌بر 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 مبتنی‌بر 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 مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری تفاوت معناداری وجود نداشت. باتوجه به اینکه تاکنون پژوهشی مبنی‌بر مقایسهٔ این دو روش صورت نگرفته است، امکان مقایسهٔ نتایج با مطالعات دیگر میسر نشد؛ اما به‌طورکلی می‌توان گفت که هر دو درمان از قابلیت آموزشی و درمانی مناسبی برخوردار است.

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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

شخصیتی و هیجانی نمونه‌های آماری ازطریق پرسشنامه‌ها بررسی و کنترل شود و چنین پژوهشی بر جامعهٔ آماری دیگری انجام گیرد.

۵ نتیجه‌گیری

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

۶ تشکروقدردانی

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

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل و با کد اخلاقی از دانشگاه علوم‌پزشکی اردبیل به شمارهٔ IR.IAU.ARDABIL.REC.1399.044 است. از شرکت‌کننده‌های پژوهش حاضر دست‌نوشته‌ای شامل بیانیه‌ای دربارهٔ رضایت اخلاقی دریافت شد. همچنین پروتکل پژوهش در کمیتهٔ 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 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 داده‌ها) نزد نویسندهٔ مسئول حفظ خواهند شد.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند 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. 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 hardiness 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]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

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
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.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]