MEJDS. 2025; 15:59.
Published online 2025 Aug. **Original Article**

Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy and Group Schema Therapy on Social Health and Resilience of Maltreated Female Adolescents

Yaghoubi Navai M[1], *Doostkam M[2], Mafakheri A[3]

Author Address
1. PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Counseling, Attar Higher Education Institute, Mashhad, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.
* **Corresponding Author Email**: mojtaba_1987@yahoo.com

Received: 2025 April 10; **Accepted**: 2025 July 29

Abstract

Background & Objectives: Maltreated female adolescents face heightened vulnerability due to adverse living conditions, deprivation of familial support, and exposure to psychosocial traumas that negatively impact their mental health and overall functioning. This population encounters significant challenges, including compromised social health, diminished resilience, emotional dysregulation, and interpersonal difficulties. Social health, defined as an individual's capacity to establish effective interactions with society, create satisfying relationships, and fulfill social roles, represents one of the most crucial indicators of mental health. Similarly, resilience, characterized as positive and successful adaptation in response to adversity, stress, and trauma, plays a pivotal role in psychological well–being and quality of life. Evidence–based treatments such as acceptance and commitment therapy (ACT) and schema therapy represent innovative and effective approaches for improving psychosocial functioning in traumatized adolescents. Using a group approach for both treatment approaches and comparing them in the format described above can provide new insights into the effectiveness of group interventions for this specific population. So, the present study aimed to compare the efficacy of Acceptance and Commitment group therapy versus group schema therapy on social health and resilience among maltreated female adolescents.
Methods: This quasi–experimental study employed a pretest–posttest design with two experimental groups and one control group. The statistical population comprised all maltreated girls aged 12–18 years under the supervision of Mashhad Welfare Organization's residential centers, Mashhad City, Iran, in 2024. Forty–five participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to three groups of 15 members each (two experimental groups and one control group). There was no sample dropout. Regular communication with participants, a suitable and accessible location, and timely reminders for meetings and assessments could be reasons for the lack of sample dropout. The inclusion criteria were maltreated female adolescents under welfare supervision, an age range of 12–18 years, informed consent for participation, and a minimum 6–month residence in care facilities. The exclusion criteria included acute psychiatric disorders, substance abuse, absence from more than two sessions, and unwillingness to cooperate. Data collection instruments included the Keyes Social Well–being Questionnaire (Keyes, 1998) and the Connor–Davidson Resilience Scale (Connor & Davidson, 2003). Therapeutic interventions consisted of eight 90–minute sessions of ACT for the first experimental group and schema therapy for the second experimental group, implemented based on standardized protocols with confirmed content validity by experts. Before completing the questionnaires, the purpose of the study was explained to the participants. They filled out the informed consent form and were assured that their information would be kept confidential. Then, the implementation of the protocols began. Univariate analysis of covariance and Bonferroni post hoc test were used to analyze the obtained data. Data analysis was performed in SPSS software version 29, and a significance level of 0.05 was determined as the basis for statistical decision–making.
Results: The results showed a significant difference between the experimental and control groups in the variables of social health and resilience ($p<0.001$). Also, there was no significant difference between the ACT group and group schema therapy in social health ($p=0.716$) and resilience ($p=1.000$) of maltreated adolescent girls.
Conclusion: According to the research findings, there is no significant difference between acceptance and commitment group therapy and schema group therapy in improving social health and resilience of maltreated adolescent girls. Therefore, using these treatments as a complementary therapy alongside other treatment methods can help increase the resilience and social health of maltreated teenage girls.
Keywords: Acceptance and commitment group therapy, Group schema therapy, Social health, Resilience, Maltreated adolescent.

Copyright © 2025, 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 ۱۴۰۴؛ (۱۵):۵۹.

انتشار برخط مرداد ۱۴۰۴ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با طرح‌واره‌درمانی گروهی بر سلامت اجتماعی و تاب‌آوری دختران نوجوان بدسرپرست

مجتبی یعقوبی نوای[۱]، *محسن دوست‌کام[۲]، عبدالله مفاخری[۳]

توضیحات نویسندگان

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

۲. استادیار گروه مشاوره، مؤسسهٔ آموزش عالی عطار، مشهد، ایران؛

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** mojtaba_1987@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۱فروردین۱۴۰۴؛ **تاریخ پذیرش:** ۷مرداد۱۴۰۴

چکیده

زمینه و هدف: دختران نوجوان بدسرپرست، به‌دلیل شرایط زندگی ناگوار درمعرض آسیب‌پذیری بیشتری هستند؛ بنابراین پژوهش حاضر باهدف مقایسهٔ اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با طرح‌واره‌درمانی گروهی بر سلامت اجتماعی و تاب‌آوری دختران نوجوان بدسرپرست انجام شد.

روش‌بررسی: روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی دختران بدسرپرست ۱۲تا۱۸سالهٔ تحت حمایت ادارهٔ بهزیستی شهر مشهد، ساکن در مرکز نگهداری دختران بدسرپرست تشکیل دادند که در سال ۱۴۰۳ در این مراکز سکونت داشتند. تعداد این دختران ۱۲۸ نفر بود که ۴۵ نفر داوطلب واجد شرایط به‌روش نمونه‌گیری هدفمند وارد مطالعه شدند. سپس به‌طور تصادفی در دو گروه پانزده‌نفرهٔ آزمایش و یک گروه پانزده‌نفرهٔ گواه قرار گرفتند. آزمودنی‌ها با پرسش‌نامهٔ سلامت اجتماعی کیز (کیز، ۱۹۹۸) و مقیاس تاب‌آوری کانر ـ دیویدسون (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) قبل و بعد از درمان مقایسه شدند. مداخلات آزمایشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد برای گروه آزمایش اول و طرح‌واره‌درمانی برای گروه آزمایش دوم طی هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای اجرا شد. تحلیل داده‌ها بااستفاده از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۹ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، بین گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیرهای سلامت اجتماعی و تاب‌آوری تفاوت معناداری وجود داشت (p<۰/۰۰۱). همچنین بین گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با طرح‌واره‌درمانی گروهی، در سلامت اجتماعی (p=۰/۷۱۶) و تاب‌آوری (p=۱/۰۰۰) نوجوانان دختر بدسرپرست تفاوت معناداری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: باتوجه‌به یافته‌های پژوهش، بین گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با طرح‌واره‌درمانی گروهی، در بهبود سلامت اجتماعی و تاب‌آوری نوجوانان دختر بدسرپرست تفاوت معناداری وجود ندارد؛ بنابراین می‌توان بااستفاده از این درمان‌ها به‌عنوان درمانی تکمیلی در کنار دیگر روش‌های درمانی به افزایش تاب‌آوری و سلامت اجتماعی نوجوانان دختر بدسرپرست کمک کرد.

کلیدواژه‌ها: گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، طرح‌واره‌درمانی گروهی، سلامت اجتماعی، تاب‌آوری، نوجوان بدسرپرست.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۴، 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.

۱ مقدمه

از روزگاران قدیم تاکنون، یکی از مسائل مدنظر افراد و گروه‌های حامی حقوق بشر، کودکان و نوجوانان بدسرپرست[1] است (۱). براساس تعریف محمدتقی‌زاده، کودکان و نوجوانان بدسرپرست شامل افرادی می‌شود که به‌دلایلی همچون بزهکاری والدین، ابتلای والدین به اختلالات روانی و شخصیتی و گرایش شدید آن‌ها به سوءمصرف مواد مخدر، از حضور تربیتی، روان‌شناختی، حمایت مؤثر والدین و نیز از مراقبت، درک همدلانه و مشارکت، ساختار قدرت شفاف و حل مسئله (از کارکردهای ضروری خانواده‌ای باکفایت) محروم هستند؛ همچنین به‌علت احتمال بروز خطرات جانی و روانی برای آن‌ها، توسط مَراجع قانونی از خانوادهٔ خود جدا می‌شوند و در مراکز نگهداری کودکان و نوجوانان بدسرپرست (بی‌سرپرست) تحت حمایت سازمان بهزیستی کشور، نگهداری از آن‌ها صورت می‌گیرد (۲).

متخصصان روان‌شناسی حوزهٔ کودک و نوجوان اعتقاد دارند، اگرچه کارکرد اصلی مراکز شبه‌خانواده تأمین کارکردهای اصلی خانواده برای کودکان بدسرپرست است، انتقال این افراد از محیط خانواده به محیطی با آسیب‌های کمتر کافی به‌نظر نمی‌رسد و همچنان این افراد تحت رنجش‌های روان‌شناختی متعدد قرار دارند؛ به‌خصوص هنگام واردشدن آن‌ها به دورهٔ نوجوانی که بحرانی‌ترین مرحلهٔ زندگی است، این آسیب‌ها و رنجش‌ها فزونی چشمگیری می‌یابد (۳). سوگ ناشی‌از فقدان خانواده، این نوجوانان را درمعرض اختلالات خُلقی‌عاطفی (۴)، شخصیتی و روان‌رنجورانه مانند تکانشگری، رفتارهای ضداجتماعی و نابهنجار و خصومت (۵) قرار می‌دهد. به‌علاوه، براساس رویکرد شناختی در روان‌شناسی، ترکیب پیچیده‌ای از احساس غم و اندوه، احساس گناه و ناراحتی شدید ناشی‌از شرایط ناگوار بدسرپرستی برای نوجوانان منجربه ضعف شدید توانایی مدیریت هیجانات و درگیری با جامعه و اطرافیان می‌شود؛ این امر در رفتارهای تحصیلی و اجتماعی نوجوان آثار سوء برجا می‌گذارد و درنتیجه، ناهماهنگی شناختی، رفتاری و هیجانی را در نوجوان ایجاد می‌کند (۶)؛ به‌عبارت‌دیگر، نوجوانان بدسرپرست با درگیرشدن در محتوای اضطراب‌زای افکار خود، مانع ارزیابی مجدد موقعیت از دیدگاه‌های مثبت یا بی‌خطر می‌شوند؛ بنابراین، قادر به مدیریت افکار و هیجانات خود نیستند و با مشکلات متعدد اجتماعی روبه‌رو خواهند شد (۷).

ازسوی‌دیگر در گزارش‌های متعدد مشخص شد، افرادی که توانایی کمتری در تاب‌آوری[2] دارند، به‌احتمال بیشتری درمعرض خطر بتلا به اختلالات خُلقی مانند افسردگی و اضطراب قرار می‌گیرند؛ این امر نیز با کاهش کیفیت روابط اجتماعی همبستگی دارد (۸)؛ لذا، دو نمونه از مسائل مربوط به نوجوانان بدسرپرست که ضعف در آن‌ها می‌تواند نقش مؤثری در آسیب‌های روانی اجتماعی آنان داشته باشد، سلامت اجتماعی[3] و تاب‌آوری است. افراد دارای این ویژگی (تاب‌آوری)، معمولاً بر زندگی خود کنترل بیشتری احساس می‌کنند، درقبال آنچه انجام می‌دهند تعلق خاطر بیشتری دارند، دربرابر عقاید و تغییرات جدید پذیرا هستند و از همه مهم‌تر، دربرابر پریشانی، تحمل[4] و انسجام[5] و انعطاف[6] بیشتری از خود نشان می‌دهند و اصطلاحاً تاب‌آورتر هستند (۹)؛ لذا می‌توان گفت تاب‌آوری، سازگاری مثبت در واکنش به وضعیت ناگوار است (۱۰). برخورداری از ویژگی تاب‌آوری نه‌تنها افراد را دربرابر بیماری‌ها مصون می‌کند بلکه باعث افزایش طول عمر و سلامت اجتماعی نیز می‌شود (۱۱). همین خوش‌بینی موجب افزایش اعتمادبه‌نفس و درنتیجه افزایش توانایی و قدرت تصمیم‌گیری درست آنان در شرایط تنش‌زا و ناگوار می‌شود که به سلامت فرد در ابعاد مختلف فردی و اجتماعی کمک می‌کند (۱۲).

سلامت اجتماعی، به‌عنوان یکی از نشانه‌های بسیار مهم سلامت روان[7]، از مباحثی است که جامعه‌شناسان و روان‌شناسان و به‌ویژه مربیان در دهه‌های اخیر توجه خاصی به آن مبذول داشته‌اند. انجمن روان‌پزشکی آمریکا سلامت اجتماعی را چنین تعریف کرد: «هماهنگ‌کردن رفتار به‌منظور برآورده‌ساختن نیازهای محیطی که غالباً مستلزم اصلاح تکانه‌ها، هیجانات یا نگرش‌ها است» (۸). طبق این تعریف، سلامت اجتماعی به‌مثابهٔ صفتی شخصیتی از فرد است که توسط رفتار آشکار وی سنجیده می‌شود (۱۳). برمبنای رویکرد روانی‌اجتماعی، عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز در بر می‌گیرد؛ بنابراین، سلامت اجتماعی می‌تواند عملکردهای فردی و اجتماعی و تحصیلی افراد، به‌ویژه نوجوانان را به‌عنوان قشر مهمی از جامعه تحت‌تأثیر قرار دهد (۱۴).

بهبود کیفیت زندگی افراد درمعرض آسیب‌های اجتماعی، امری مهم به‌شمار می‌رود (۲). امروزه متخصصان روان‌شناسی باتوجه‌به استعدادها و توانمندی‌های انسان سعی دارند به‌جای پرداختن به ناهنجاری‌ها و اختلال‌ها، هدف نهایی خود را شناسایی سازه‌ها و شیوه‌هایی بدانند که بهزیستی و شادکامی انسان‌ها را به‌دنبال داشته باشد؛ ازاین‌رو، عواملی که سبب سازگاری هرچه بیشتر آدمی با نیازها و تهدیدهای زندگی می‌شود، سازه‌های نظری بنیادی‌تر این متخصصان است. در این میان درمان‌های مبتنی‌بر علوم شناختی و رفتاری، روش‌هایی است که توانایی افراد را برای کاهش تنش و افزایش سازگاری مناسب با موقعیت‌های ناگوار زندگی افزایش می‌دهد (۱۵). ازجمله مداخلات درمانی بناشده برپایهٔ رویکردهای شناختی و رفتاری[8]، مداخلهٔ درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد[9] و طرح‌واره‌درمانی[10] است. یکی از شکل‌های جدید درمان شناختی‌رفتاری، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد است. در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر این اصل تأکید می‌شود که فرد به‌جای آنکه افکار و احساسات مضطرب‌کننده را کنترل کند یا آن‌ها را از بین ببرد، آن‌ها را بپذیرد (۱۶). این درمان برپایهٔ شش اصل گسلش، پذیرش، تماس با لحظهٔ حاضر، مشاهدهٔ خود، ارزش‌ها و عمل متعهدانه بنا شده است (۱۷) و پذیرش و تعهد افراد را بااستفاده از فنونی مانند استعاره و جمله‌های متناقض‌نما و

---

1. Maltreated children and adolescents
2. Resilience
3. Social health
4. Tolerance
5. Cohesion
6. Flexibility
7. Mental health
8. Cognitive and behavioral approaches
9. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
10. Schema Therapy

مهارت‌های توجه‌آگاهی به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در آن‌ها منجر می‌سازد (۱۸). در پژوهش سوین و همکاران بر نمونهٔ گسترده‌ای از نوجوانان مشخص شد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با تأثیر مثبت بر افزایش تحمل نوجوانان دربرابر تنش‌ها نقش چشمگیری در کاهش میزان افسردگی و اضطراب آنان دارد (۱۹). ولی‌زاده و همکاران، افزایش تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی و جامعه‌پذیری نوجوانان پسر را بااستفاده از درمان مبتنی‌بر پذیرش وتعهد بررسی و تأیید کردند (۲۰).

یکی از درمان‌های نو در روش شناختی‌رفتاری کلاسیک، طرح‌واره‌درمانی یا درمان متمرکز بر طرح‌واره است. طرح‌واره‌درمانی، اصول و مبانی مکاتب شناختی و رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط شیء، سازنده‌گرایی و روان‌کاوی را در قالبی منسجم ترکیب می‌کند و با تمرکز بر الگوهای ناسازگار اولیه، چارچوبی جامع برای درمان مشکلات روان‌شناختی عمیق و مزمن ارائه می‌دهد (۲۱). تاکنون پژوهش‌های مختلفی درخصوص اثربخشی روش طرح‌واره‌درمانی بر متغیرهای گوناگون مانند احساس تنهایی و رضایت از زندگی زنان نابارور (۲۲)، در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (۲۳) وکیفیت زندگی مبتلایان به اماس (۲۴) بررسی و اثبات شده است.

نوجوانان بدسرپرست با چالش‌های روانی و اجتماعی متعددی روبه‌رو هستند که سلامت اجتماعی و تاب‌آوری آن‌ها را به‌شدت تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. مقایسهٔ اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با طرح‌واره‌درمانی گروهی می‌تواند به شناسایی مؤثرترین روش درمانی برای این گروه آسیب‌پذیر کمک کند. باتوجه‌به محدودیت منابع در سیستم‌های حمایتی، تعیین کارآمدترین مداخله، به بهینه‌سازی خدمات روان‌شناختی منجر می‌شود. همچنین، نتایج پژوهش حاضر می‌تواند در توسعهٔ پروتکل‌های درمانی اختصاصی برای نوجوانان بدسرپرست کمک‌کننده باشد و زمینهٔ ارتقای سلامت روان این قشر آسیب‌پذیر را فراهم آورد. در مطالعات قبلی عمدتاً به بررسی اثربخشی هریک از رویکردهای مذکور به‌طور مجزا پرداخته شده است؛ اما مقایسهٔ مستقیم این دو رویکرد در مطالعه‌ای واحد کمتر صورت گرفته است. تمرکز خاص بر نوجوانان بدسرپرست که گروهی آسیب‌پذیر با نیازهای روان‌شناختی ویژه هستند، وجه تمایز پژوهش حاضر بود. اکثر مطالعات قبلی در گروه‌های دیگر یا جمعیت عمومی نوجوانان انجام شده است. استفاده از روش گروهی برای هردو رویکرد درمانی و مقایسهٔ آن‌ها در قالب بیان‌شده، قادر است بینش جدیدی دربارهٔ اثربخشی مداخلات گروهی برای این جمعیت خاص فراهم کند؛ بنابراین، پژوهش حاضر باهدف مقایسهٔ اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره‌درمانی گروهی بر سلامت اجتماعی و تاب‌آوری نوجوانان بدسرپرست انجام شد.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی دختران بدسرپرست ۱۲تا۱۸سالهٔ تحت حمایت ادارهٔ بهزیستی شهر مشهد، ساکن در مرکز نگهداری دختران بدسرپرست تشکیل دادند که در سال ۱۴۰۳ در این مراکز سکونت داشتند. تعداد این دختران ۱۲۸ نفر بود که ۴۵ نفر از آنان به‌روش نمونه‌گیری هدفمند وارد مطالعه شدند. سپس به‌طور کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (درمجموع سه گروه و هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. ریزش نمونه رخ نداد. ارتباط منظم با شرکت‌کنندگان، مکان مناسب و دردسترس، یادآوری‌های به‌موقع برای جلسات و ارزیابی‌ها می‌تواند از دلایل ریزش‌نداشتن نمونه باشد. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: نوجوان دختر بدسرپرست تحت پوشش بهزیستی؛ محدودهٔ سنی ۱۲تا۱۸ سال؛ رضایت آگاهانه؛ حضور حداقل شش ماه در مراکز نگهداری. معیارهای خروج آزمودنی‌ها از پژوهش، اختلال روان‌پزشکی حاد، مصرف مواد، غیبت بیش از دو جلسه و تمایل‌نداشتن به همکاری بود. قبل از تکمیل پرسش‌نامه‌ها، هدف از اجرای پژوهش برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. آن‌ها فرم رضایت آگاهانه را پر کردند و به همه توضیح داده شد اطلاعات محرمانه می‌ماند. سپس اجرای پروتکل‌ها آغاز شد.

به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌ها و جلسات درمانی زیر استفاده شد.

ـ پرسش‌نامهٔ سلامت اجتماعی کیز[1] : این ابزار، پرسش‌نامه‌ای خودگزارش‌دهی است که توسط کیز در سال ۱۹۹۸ ساخته شد (۲۵). این مقیاس مشتمل بر بیست سؤال و بدون زیرمقیاس است. نمره‌گذاری آزمون براساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از کاملاً موافقم=۵ تا کاملاً مخالفم=۱ انجام می‌گیرد. سؤالات ۳، ۵، ۶، ۷، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰ به‌شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین حداقل و حداکثر نمره‌ای که هر آزمودنی به‌دست می‌آورد ۲۰ و ۱۰۰ است. نمرهٔ بیشتر سلامت اجتماعی بیشتر را نشان می‌دهد (۲۵). کیز پایایی مقیاس را بااستفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۰ و روایی محتوایی را ۰/۸۱ گزارش کرد (۲۵). در ایران مصطفی و همکاران پایایی پرسش‌نامه را ازطریق آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۸ به‌دست آورند و روایی آن را تأیید کردند (۲۶).

ـ مقیاس تاب‌آوری کانر ـ دیویدسون[2] : این مقیاس توسط کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ ساخته شد (۲۷). ابزاری ۲۵سؤالی با پنج خرده‌مقیاس است: عامل اول: شایستگی/استحکام شخصی هشت سؤال ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۱۷، ۲۳، ۲۴، ۲۵؛ عامل دوم: اعتماد به غرایز شخصی/تحمل عاطفهٔ منفی هفت سؤال ۶، ۷، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۱۹، ۲۰؛ عامل سوم: پذیرش مثبت عواطف/روابط ایمن پنج سؤال ۱، ۲، ۴، ۵، ۸؛ عامل چهارم: مهار سه سؤال ۱۳، ۲۱، ۲۲؛ عامل پنجم: معنویت دو سؤال ۳ و ۹. خرده‌مقیاس‌ها سازهٔ تاب‌آوری را در اندازه‌های پنج درجه لیکرت از کاملاً مخالفم=صفر تا کاملاً موافقم=۴ می‌سنجد. حداقل نمرهٔ تاب‌آوری آزمودنی‌ها در پرسش‌نامه صفر و حداکثر نمره ۱۰۰ است. نمرهٔ بیشتر تاب‌آوری بیشتر را نشان می‌دهد (۲۷). کانر و دیویدسون معتقد بودند، این مقیاس به‌خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی است و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی استفاده شود (۲۷).

[1]. Keys Social Well-Being Questionnaire (KSWBQ)

[2]. Conner-Davidson Resilience Scale (RISC–CD)

سازندگان، پایایی پرسش‌نامه را به‌روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ و روایی بازآزمایی آن را برابر با ۰/۸۱ گزارش دادند (۲۷). در پژوهش محمدی هریس و همکاران، پایایی پرسش‌نامه بااستفاده از روش بازآزمایی ۰/۸۷ به‌دست آمد. همچنین نمرات این پرسش‌نامه با نمرات مقیاس سرسختی کوباسا[1] همبستگی مثبت و معنادار و با نمرات مقیاس استرس ادراک‌شده[2] و مقیاس آسیب‌پذیری نسبت به استرس شیهان[3] همبستگی منفی معناداری داشت؛ این نتایج حاکی‌از اعتبار هم‌زمان مقیاس مذکور است (۲۸).

ـ پروتکل‌های درمانی استفاده‌شده در پژوهش حاضر، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد تدوین‌شده توسط هیز و استروسال (۲۹) و طرح‌واره‌درمانی تدوین‌شده توسط یانگ و همکاران (۳۰) بود که دو برنامه ازنظر متخصصان به‌تأیید روایی محتوایی رسید. شرح کوتاه درمان‌ها در جدول‌های ۱ و ۲ آورده شده است. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد روی اعضای گروه آزمایش اول و طرح‌واره‌درمانی روی اعضای گروه آزمایش دوم اجرا شد.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد (طی هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای)

جلسه	محتوای جلسه
اول	خوشامدگویی و آشنایی و معارفهٔ اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر، بیان احساسات افراد قبل از آمدن به جلسه، دلیل آمدن به این جلسه و انتظار آن‌ها از جلسات، بیان تجارب مشابه قبلی، بیان قوانین الزامی گروه ازجمله به‌موقع آمدن، غیبت‌نکردن (وقت‌شناسی)، انجام تکلیف، بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر، بیان موضوع پژوهش و اهداف آن، بیان موضوع تفکر روی اهداف، ارائهٔ کلی مطالب آموزشی. تکلیف: نامهٔ انتظارات به‌صورت نوشتن نامه‌ای به خود شامل سه دلیل اصلی برای مشارکت در درمان، انتظار مشخص از فرایند درمان، قانون‌نگاری به‌صورت طراحی پوستر شخصی شامل قوانین گروهی با نمادهای تصویری.
دوم	توضیح و بیان این اصل که چرا نیاز به مداخلات روان‌شناختی احساس می‌شود، ایجاد امید و انتظار درمان در کاهش فشارها و هیجانات، بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار دربارهٔ مشکلات، آگاهی‌بخشی درزمینهٔ پذیرفتن افکار به‌عنوان افکار و احساسات به‌عنوان احساسات و خاطرات فقط به‌عنوان خاطره، ارائهٔ تکلیف درزمینهٔ پذیرش هیجانات ناشی‌از شرایط خاص زندگی. تکلیف: ثبت افکار مزاحم به‌شکل ابر در صفحه، نوشتن خصوصیات هر «ابر فکری» (اندازه، رنگ، سرعت حرکت)، تجربهٔ حسی ده دقیقه روزانه گوش‌دادن به موسیقی بدون کلام همراه با توصیف جسمانی احساسات.
سوم	بررسی تکلیف جلسهٔ قبل، صحبت دربارهٔ هیجانات و افکار اعضای گروه، آموزش به اعضا درزمینهٔ پذیرفتن افکار و هیجانات خود بدون قضاوت دربارهٔ خوب یا بدبودن آن‌ها، آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آن‌ها با افکار و احساسات، ارائهٔ تکلیف اینکه چقدر خود و احساسات خود و چقدر دیگران و احساسات دیگران را بپذیریم و چطور هیجانات خود را مدیریت کنیم. تکلیف: سینماگر ذهن به‌صورت ثبت افکار در قالب زیرنویس فیلم خیالی، امتیازدهی به افکار براساس جذابیت داستان، آینهٔ هیجانی به‌صورت تقلید حالت‌های چهره مقابل آینه همراه با توصیف غیرقضاوتی.
چهارم	بررسی تکالیف جلسهٔ قبل، ارائهٔ تکنیک ذهن‌آگاهی و تمرکز بر تنفس، ارائهٔ تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر، تأکید بر اصل پذیرش در شناخت هیجانات و افکار، تأکید بر شناخت افکار با نگاهی دیگر، تعریف افکار خودآیند منفی، تعریف تاب‌آوری و بحث درخصوص ویژگی‌های افراد تاب‌آور و افراد توانا در مدیریت خود و هیجانات خود، ثبت میزان و شدت علائم هیجانات منفی در مواجهه با استرس در طول یک هفته. تکلیف: نقشهٔ بدن، رنگ‌آمیزی مناطق بدن براساس شدت احساسات، ثبت تغییرات روزانه با رنگ‌های مختلف، آزمایش چای به‌صورت نوشیدن چای با پنج حس متفاوت (بینایی، بویایی، لامسه، چشایی، شنوایی).
پنجم	بررسی تکالیف جلسهٔ قبل، آموزش و ایجاد شناخت درخصوص تفاوت بین پذیرش و تسلیم و آگاهی به این موضوع که آنچه نمی‌توانیم تغییر دهیم بپذیریم، استفاده از تکنیک‌های درمانی رویکرد پذیرش و تعهد برای کاهش هیجانات منفی در تعاملات بین‌فردی و اجتماعی، ارائهٔ تکلیف خانگی ذهن‌آگاهی همراه با پذیرش بدون قضاوت. تکلیف: جعبهٔ ابزار وجودی، طراحی جعبهٔ خیالی حاوی پنج ابزار نمادین برای مواجهه با چالش‌ها، نامه به درد به‌صورت نوشتن نامه‌ای به دردی مزمن با لحن گفت‌وگوی دوستانه.
ششم	ارائهٔ بازخورد و نظرسنجی کوتاه از فرایند درمان، درخواست از اعضای گروه برای برون‌ریزی هیجانات و افکار خود درخصوص تکالیف جلسهٔ قبل، آموزش و ارائهٔ اصل تعهد و لزوم آن در روند درمان (آموزش تعهد به عمل یعنی فرد بعد از انتخاب مسیر ارزشمند و درست درخصوص رسیدن به آرامش یا قبول هر رویدادی در زندگی به آن عمل کند و خود را درقبال انجام آن متعهد سازد)، ارائهٔ تکنیک توجه انتخابی برای آرامش بیشتر درخصوص هجوم افکار خودآیند منفی (به‌خصوص در تعاملات اجتماعی) و ذهن‌آگاهی به‌همراه اسکن بدن و تصویرسازی از رفتارهای روزمره. تکلیف: پل ارزش‌ها، ترسیم پلی بین وضعیت فعلی و مطلوب با نوشتن ارزش‌ها روی پایه‌های پل و آزمایش کوچک انجام یک عمل ارزش‌محور به‌اندازهٔ پنج دقیقه روزانه.
هفتم	ارائهٔ بازخورد و جست‌وجوی مسائل حل‌نشده در اعضای گروه، شناسایی طرح‌های رفتاری درخصوص امور پذیرفته‌شده و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، ایجاد توانایی انتخاب عمل در بین گزینه‌های مختلف به‌گونه‌ای مناسب‌تر نه عملی‌تر (باهدف افزایش تاب‌آوری و مدیریت هیجان). تکلیف: کارت‌های انتخاب، طراحی سه کارت اقدام اضطراری برای موقعیت‌های چالش‌برانگیز نقشهٔ گنج، ترسیم مسیر زندگی به‌شکل جزیره‌های نمادین با موانع و منابع.
هشتم	بررسی تکالیف، جمع‌بندی مطالب، اخذ تعهد از اعضا برای انجام تکالیف بعد از پایان دوره، ارائهٔ مهارت‌های جرئتمندی به‌منظور افزایش اعتمادبه‌نفس در اعضای گروه، ارائهٔ بازخورد به اعضای گروه، قدردانی و سپاسگزاری از حضورشان در جلسات، اجرای پس‌آزمون با حضور اعضای هر سه گروه. تکلیف: کپسول زمان، نوشتن نامه به خود آینده (شش ماه بعد) با پیش‌بینی چالش‌ها و راهکارها، تقویم تعهد، طراحی تقویم نودروزه با علامت‌گذاری نقاط کنترل فرایند.

[1]. Kubasa Toughness Scale
[2]. Perceived Stress Scale
[3]. Sheehan Stress Vulnerability Scale

جدول ۲. محتوای جلسات طرح‌واره‌درمانی (طی هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای)

جلسه	محتوای جلسه
اول	تصریح هدف‌ها: روشن‌شدن اهداف گروه، بیان انتظارات اعضا از تشکیل گروه، آشناشدن: پرداختن رهبر گروه و سپس تک‌تک اعضای گروه به معرفی خود، ایجاد اعتماد: ابراز قول رازداری ازجانب رهبر گروه و تک‌تک اعضای گروه، ترغیب اعضای گروه به بیان احساسات واقعی خود، تعریف سلامت اجتماعی و تاب‌آوری و تنظیم هیجان برای اعضا، تعریف طرح‌واره و نحوهٔ شکل‌گیری طرح‌واره. تکلیف: ثبت تجربیات هیجانی روزانه در دفترچهٔ یادداشت، نوشتن سه نمونه از انتظارات شخصی از شرکت در گروه، مطالعهٔ خلاصه‌ای از تعاریف مانند سلامت اجتماعی، تاب‌آوری، تنظیم هیجان، شناسایی یک موقعیت استرس‌زای اخیر و تحلیل واکنش هیجانی به آن.
دوم	بررسی احوالات اعضا از جلسهٔ قبل تاکنون، معرفی طرح‌واره‌های حوزهٔ جهتمندی و حوزهٔ بازداری، معرفی شیوه‌های مقابله: تسلیم، اجتناب، جبران افراطی، مفهوم‌بندی مشکل مُراجعان باتوجه‌به مدل طرح‌واره، بیان طرح‌واره‌های غالب و سبک‌های مقابله با استرس آغاز کار بر طرح‌وارهای دارای شدت بیشتر، معرفی طرح‌واره و بیان ویژگی‌های افراد دارای این طرح‌واره، بررسی شواهد تأییدکننده و ردکنندهٔ طرح‌واره در زندگی اعضا، تفکیک درخواست از اعضا برای بررسی شواهد تأییدکننده و ردکننده در زندگی. تکلیف: تکمیل فرم اولیهٔ شناسایی طرح‌واره با تمرکز بر الگوهای تکرارشونده در روابط، واکنش‌های خودکار به تعارضات، ثبت دو نمونه از سبک‌های مقابله (تسلیم، اجتناب، جبران افراطی) در موقعیت‌های اخیر، مرور فهرست طرح‌واره‌های معرفی‌شده و علامت‌گذاری موضوعات مرتبط.
سوم	بررسی تکلیف جلسهٔ گذشته، بحث و گفت‌وگوی اعضا دربارهٔ مشکلات خویش با یکدیگر و با ترغیب و کمک رهبر گروه، نام‌گذاری مجدد شواهد تأییدکنندهٔ طرح‌واره براساس شیوهٔ فرزندپروری ناکارآمد والدین و ویژگی‌های اعضا در مراحل مختلف رشد، شیوه‌های مقابلهٔ اعضا با استرس، معرفی فرم ثبت طرح‌واره و نحوهٔ تکمیل آن به اعضا، تکمیل فرم ثبت طرح‌واره در موقع فعال‌شدن طرح‌واره، ایجاد گفت‌وگو میان جنبه‌های مختلف طرح‌واره‌ها بااستفاده از شواهد و تجربیات واقعی اعضا و خودگویی‌های آن‌ها، گفت‌وگو و ایفای نقش (در ابتدا رهبر گروه نقش هدایتگر را دارد، سپس اعضا نقش رهبر را ایفا می‌کنند)، تکمیل کارت ثبت طرح‌واره درصورت فعال‌شدن طرح‌واره. تکلیف: ترسیم نمودار ارتباطی بین تجارب کودکی، طرح‌واره‌های فعال، رفتارهای کنونی، نوشتن نامه‌ای کوتاه به «خود کودک» با محوریت همدلی، جمع‌آوری شواهد ملموس از زندگی واقعی که طرح‌واره‌ای خاص را تأیید/رد می‌کند.
چهارم	بررسی تکلیف هفتهٔ گذشته، بحث و گفت‌وگوی اعضا دربارهٔ مشکلات خویش با یکدیگر و با ترغیب و کمک رهبر گروه، تصویرسازی ذهنی تجربه‌ای ناخوشایند، تهیه و تنظیم کارت آموزش طرح‌واره با کمک اعضا و درخواست از اعضا برای به‌همراه‌داشتن این کارت و مطالعهٔ محتویات کارت به‌هنگام فعال‌شدن طرح‌واره، تکمیل کارت نسبت طرح‌واره در هنگام فعال‌شدن طرح‌واره. تکلیف: انجام تمرین تصویرسازی ذهنی برای خاطره‌ای مرتبط با طرح‌واره، طراحی کارت آموزشی شخصی شامل ویژگی‌های طرح‌واره، نشانه‌های فعال‌شدن، راهبردهای جایگزین، ثبت حداقل سه موقعیت با طرح‌وارهٔ فعال‌شده و تحلیل واکنش‌ها.
پنجم	بررسی تکلیف جلسهٔ قبل، ایجاد پیوند و همبستگی بین اعضای گروه و تلاش اعضا درجهت حل مسائل و مشکلات یکدیگر، ترغیب اعضا به نوع‌دوستی توسط رهبر گروه (اکثر اعضا هنگامی که قدم به درمان می‌گذارند از حیث روابط انسانی ورشکسته هستند، در جلسات درمان احساس می‌کنند می‌توانند به حال دیگران مفید باشند و این امر به عزت‌نفس و سلامت اجتماعی آن‌ها می‌افزاید و از تجربهٔ هیجانات منفی به‌طور ثابت می‌کاهد)، معرفی طرح‌وارهٔ بعدی دارای بیشترین شدت، بررسی شواهد ردکننده و حرف تأییدکننده در زندگی اعضا، درخواست از اعضا برای شواهد ردکننده و تأییدکنندهٔ طرح‌واره در زندگی، تکمیل فرم نسبت طرح‌واره درصورت فعال‌شدن طرح‌واره، نام‌گذاری جدید شواهد تأییدکنندهٔ طرح‌واره. تکلیف: تهیهٔ لیست تضادها شامل پنج نمونه شواهد تأییدکنندهٔ طرح‌واره، نمونهٔ شواهد ردکننده، تمرین ایفای نقش با یک همراه برای موقعیت‌های چالش‌برانگیز و نوشتن سناریوی جایگزین برای یک تعامل ناکارآمد اخیر.
ششم	بررسی تکلیف جلسهٔ قبل، ایجاد گفت‌وگو میان جفت‌های سالم و جفت‌های طرح‌وارهٔ ناسالم، تکمیل کارت جفت طرح‌واره درصورت فعال‌شدن طرح‌واره، تصویرسازی ذهنی تجربه‌ای ناخوشایند براساس تجارب واقعی اعضا و نحوهٔ مقابله با آن، ورود اعضا به صحنهٔ تصویرسازی ذهنی و حمایت از اعضا، کمک به اعضا برای ابراز عصبانیت درمقابل افراد بی‌توجه به نیازهای آن‌ها و قبول مسئولیت وظایف خویش، تهیه و تنظیم کارت آموزش طرح‌واره با کمک اعضا و درخواست از آن‌ها برای همراه‌داشتن این کارت و مطالعهٔ محتویات کارت، نوشتن نامه‌هایی برای نکوهشگر و ابراز خواسته‌ها و نیز آسیب‌پذیری‌ها. تکلیف: تکمیل فرم تحلیل طرح‌واره برای یک تعارض اخیر، نوشتن نامهٔ درمانی به والدین/مراقبان با محوریت بیان آسیب‌ها، ابراز نیازهای برآورده‌نشده، تعیین مرزهای جدید، تمرین روزانهٔ «گفت‌وگوی درونی سالم» به‌مدت ده دقیقه.
هفتم	بررسی تکلیف جلسهٔ قبل، درخواست از اعضا برای کمک به طرح‌ریزی مراحل بعدی باتوجه‌به اقدامات انجام‌شده تاکنون (هر اندازه تعامل اعضا باهم و با رهبر گروه سازمان‌یافته‌تر و با اراده‌تر انجام شد پویایی و حس اعتماد افراد افزایش یافت و اعضا تغییرات ایجادشده را درک‌شدنی‌تر و پیش‌بینی‌پذیرتر دیدند و این امر به افزایش حس انسجام در آن‌ها کمک کرد)، بررسی طرح‌وارهٔ بعدی دارای شدت زیاد، معرفی ویژگی‌های افراد دارای این طرح‌واره و شیوه‌های مقابله‌ای ناکارآمد کمک‌کننده به تداوم طرح‌واره، بررسی شواهد تأییدکننده و ردکنندهٔ طرح‌واره در زندگی واقعی اعضا، بررسی شواهد تأییدکننده و ردکنندهٔ طرح‌واره در زندگی واقعی، تکمیل فرم ثبت طرح‌واره درصورت فعال‌شدن، بررسی شواهد تأییدکننده و نام‌گذاری جدید شواهد تأییدکنندهٔ طرح‌واره. تکلیف: طراحی نقشهٔ راه شخصی برای مواجهه با محرک‌های آینده، ثبت پیشرفت‌ها در قالب جدول مقایسه‌ای (قبل و بعد از مداخله)، تمرین تکنیک توقف در موقعیت‌های استرس‌زا: توقف، تفکر، مشاهده و ادامه با آگاهی.
هشتم	بررسی تکلیف جلسهٔ قبل، گفت‌وگو میان جفت سالم و جفت طرح‌واره، تکمیل کارت ثبت طرح‌واره، تصویرسازی ذهنی تجربه‌ای ناخوشایند، کمک به اعضا برای ابراز خشم و عصبانیت درمقابل افراد بی‌توجه به نیازهای آن‌ها، تهیه و تنظیم کارت آموزشی طرح‌واره با کمک اعضا و درخواست از اعضا برای به‌همراه‌داشتن این کارت و مطالعهٔ محتویات آن به‌هنگام فعال‌شدن طرح‌واره، تکمیل فرم ثبت طرح‌واره، نوشتن نامه به والد و بیان درخواست‌ها و حقوق و خواسته‌های خود، ازمیان‌رفتن محتوای عاطفی به‌تدریج و بیان حقایق و عقاید به‌صراحت توسط رهبر گروه، معرفی طرح‌وارهٔ بعدی دارای بیشترین شدت، بررسی شیوه‌های مقابلهٔ ناکارآمدی که به تداوم مشکلات هیجانی می‌انجامد، بررسی شواهد تأییدکننده و ردکنندهٔ طرح‌واره در زندگی واقعی اعضا، تکمیل فرم ثبت طرح‌واره، جمع‌بندی جلسات برگزارشده به‌کمک اعضا و رهبر گروه، اجرای پس‌آزمون. تکلیف: تهیهٔ گزارش پایانی شامل طرح‌واره‌های اصلاح‌شده، مهارت‌های کسب‌شده، چالش‌های باقی‌مانده، برنامه‌ریزی برای خودنظارتی به‌مدت سی روز، نوشتن «عهدنامهٔ شخصی» برای حفظ دستاوردهای درمان.

به‌منظور تحلیل داده‌های جمع‌آوری‌شده و بررسی اهداف پژوهش، آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره به‌کار رفت. برای بررسی پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف‌اسمیرنف و به‌منظور بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد و همگنی شیب‌های رگرسیون با بررسی تعامل بین عامل گروه و پیش‌آزمون صورت گرفت. همچنین برای مقایسهٔ سه گروه از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۹ صورت گرفت و سطح معناداری ۰/۰۵ به‌عنوان مبنای تصمیم‌گیری آماری تعیین شد.

۳ یافته‌ها

باتوجه‌به جدول ۳، نمونه پژوهش ۴۵ نفر از نوجوانان دختر بدسرپرست بودند که به‌طور تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. گروه آزمایش اول (درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد) شامل پانزده نفر و گروه آزمایش دوم (طرح‌واره‌درمانی) شامل پانزده نفر و گروه گواه شامل پانزده نفر از کل نمونه بود.

توزیع سنی پاسخ‌دهندگان به‌تفکیک گروه در جدول ۳ ارائه شده است. نتایج جدول ۳ نشان داد، اکثر افراد در گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد (۴۶/۷درصد) و گروه طرح‌واره‌درمانی (۴۰درصد) و گروه گواه (۴۶/۷درصد) دارای سن ۱۲تا۱۳ سال بودند. نتایج آزمون خی‌دو مشخص کرد، بین سن نوجوانان دختر بدسرپرست در دو گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معناداری وجود نداشت (p=۰/۹۹).

شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرهٔ کل سلامت اجتماعی و تاب‌آوری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۳. بررسی توزیع سنی پاسخ‌دهندگان به‌تفکیک گروه

ردهٔ سنی	درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد		طرح‌واره‌درمانی		گواه		
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
۱۲تا۱۳ سال	۷	۴۶/۷	۶	۴۰	۷	۴۶/۷	X^2=۰/۳۰ df=۴ p=۰/۹۹
۱۴تا۱۵ سال	۵	۳۳/۳	۵	۳۳/۳	۵	۳۳/۳	
۱۶تا۱۸ سال	۳	۲۰	۴	۲۶/۷	۳	۲۰	
کل	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار و نرمال‌بودن نمره‌های متغیرهای سلامت اجتماعی و تاب‌آوری در گروه‌های آزمایش و گروه گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	تعداد	درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد		طرح‌واره‌درمانی		گواه		کولموگروف‌اسمیرنف	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	اانحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	آمارهٔ Z	مقادیر احتمال
سلامت اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۵	۴۸/۲۰۰	۹/۲۹	۴۷/۵۳۳	۹/۵۶۸	۴۶/۰۶۶	۸/۸۴۳	۰/۸۱۷	۰/۵۱۸
	پس‌آزمون	۱۵	۵۳/۸۰۰	۸/۳۸	۵۱/۸۶۵	۹/۷۲۳	۴۶/۸۰۰	۹/۹۷۲	۰/۶۰۲	۰/۸۶۱
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۱۵	۳۷/۸۰۰	۱۱/۵۸۹	۳۹/۴۰۲	۸/۱۳	۳۶/۵۳۳	۹/۷۶۰	۰/۵۶۷	۰/۹۰۵
	پس‌آزمون	۱۵	۴۲/۴۰۰	۱۲/۰۰۴	۴۵/۶۶۵	۹/۳۰	۳۷/۰۶۶	۹/۹۴۶	۰/۶۹۱	۰/۷۲۷

در ادامه برای دانستن این مطلب که تغییرات حاصل در پس‌آزمون به‌لحاظ آماری معنادار است یا خیر، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است. پیش‌فرض‌ها شامل نرمال‌بودن توزیع نمره و همگنی واریانس‌ها است که ابتدا به بررسی این پیش‌فرض‌ها پرداخته شد.

برای پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع داده‌ها، آزمون کولموگروف‌اسمیرنف به‌کار رفت. در این آزمون مقدار معناداری متغیرهای پژوهش بیشتر از ۰/۰۵ بود؛ به این معنا که متغیرها از توزیع نرمال برخوردار بودند (p>۰/۰۵). به‌منظور بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و گروه گواه برای متغیرهای سلامت اجتماعی و تاب‌آوری معنادار نبود؛ لذا فرض همسانی واریانس‌ها در گروه‌های آزمایش و گروه گواه رد نشد (p>۰/۰۵). یکی دیگر از مفروضه‌های آزمون کوواریانس، وجود همگنی شیب‌های رگرسیون بود؛ بدین‌معنا که رابطهٔ بین متغیر وابسته و متغیر کمکی باید برای تمام گروه‌ها یکسان باشد؛ یعنی شیب‌های رگرسیون باید موازی باشد. برای بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون تعامل بین عامل گروه و پیش‌آزمون‌ها بررسی شد. تعامل دو متغیر گروه و پیش‌آزمون معنادار نبود (p>۰/۰۵)؛ بنابراین داده‌ها از فرضیهٔ همگنی شیب‌های رگرسیون پشتیبانی کرد. میانگین و انحراف معیار نمره‌های سلامت اجتماعی و تاب‌آوری در گروه‌های آزمایش و گروه گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است (جدول ۴).

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، بین میانگین‌های پس‌آزمون متغیرهای سلامت اجتماعی و تاب‌آوری در گروه آزمایش درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و گروه آزمایش طرح‌واره‌درمانی و گروه گواه تفاوت معناداری وجود داشت (سلامت اجتماعی (p<۰/۰۰۱)، تاب‌آوری (p<۰/۰۰۱)). نتایج حاکی‌از آن بود که در پس‌آزمون، میانگین گروه‌های آزمایش به‌طور معناداری بیشتر از گروه گواه بود. این نتایج بیانگر اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره‌درمانی بر

سلامت اجتماعی و تاب‌آوری بود ($p<۰/۰۰۱$).

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس بر میانگین نمره‌های متغیرهای سلامت اجتماعی و تاب‌آوری در گروه‌های آزمایش و گروه گواه

متغیر	مرحله	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	مقادیر احتمال	اندازهٔ اثر	توان آزمون
سلامت اجتماعی	پیش‌آزمون	۳۳۴۲/۹۶۷	۱	۳۳۴۲/۹۶۷	۳۸۳/۳۱۸	<۰/۰۰۱	۰/۹۰۳	۱
	گروه	۱۹۵/۰۶۶	۲	۹۷/۵۳۳	۱۱/۱۸۴	<۰/۰۰۱	۰/۳۵۳	۰/۹۸۸
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۴۴۱۰/۰۱۴	۱	۴۴۱۰/۰۱۴	۵۷۱/۷۲۸	<۰/۰۰۱	۰/۹۳۳	۱
	گروه	۱۴۹/۹۴۲	۲	۷۴/۹۷۱	۹/۷۱۹	<۰/۰۰۱	۰/۳۲۲	۰/۹۷۵

به‌منظور بررسی دقیق‌تر و تعیین گروه‌هایی که باهم تفاوت داشتند از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است.

باتوجه‌به نتایج جدول ۶، مقدار معناداری متغیرهای سلامت اجتماعی و تاب‌آوری در گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه گواه کمتر از ۰/۰۵ بود؛ بنابراین، فرض صفر رد شد؛ درنتیجه بین گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیرهای سلامت اجتماعی و تاب‌آوری تفاوت معناداری وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$). این یافته بر اهمیت استفاده از مداخلات روان‌درمانی ساختاریافته در محیط‌های مراقبت از کودکان بدسرپرست تأکید می‌کند که می‌تواند در سیاست‌گذاری‌های درمانی و توان‌بخشی این گروه از نوجوانان دختر، استفاده شود. همچنین نتایج نشان داد، بین دو روش درمانی مذکور، در سلامت اجتماعی ($p=۰/۷۱۶$) و تاب‌آوری ($p=۱/۰۰۰$) نوجوانان دختر بدسرپرست تفاوت معناداری مشاهده نشد و هیچ‌یک بر دیگری برتری معناداری نداشت؛ اما براساس میانگین نمرات، در متغیر سلامت اجتماعی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و در متغیر تاب‌آوری طرحواره‌درمانی تأثیر بیشتری داشت.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی مبنی‌بر مقایسهٔ زوجی گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

	گروه اول	گروه دوم	تفاوت میانگین‌ها	مقادیر احتمال
سلامت اجتماعی	درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	طرحواره‌درمانی	۱/۲۹۰	۰/۷۱۶
	درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	گواه	۴/۹۴۱	<۰/۰۰۱
	طرحواره‌درمانی	گواه	۳/۶۵۱	<۰/۰۰۱
تاب‌آوری	درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	طرحواره‌درمانی	۰/۱۷۳	۱/۰۰۰
	درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	گواه	۴/۰۷۹	<۰/۰۰۱
	طرحواره‌درمانی	گواه	۳/۹۰۶	<۰/۰۰۱

۴ بحث

هدف این پژوهش مقایسهٔ اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با طرحواره‌درمانی گروهی بر سلامت اجتماعی و تاب‌آوری دختران نوجوانان دختر بدسرپرست بود. نتایج نشان داد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی به‌طور معناداری موجب افزایش میزان سلامت اجتماعی دختران بدسرپرست می‌شود و ازنظر میزان تأثیر بر این متغیر، تفاوت معناداری بین آن‌ها وجود ندارد. این یافته با مطالعاتی همچون سوین و همکاران (۱۹)، مصطفی و همکاران (۲۶)، رهبری کرباسدهی و همکاران (۳۱)، اکرمی و همکاران (۳۲)، اسکندری (۳۳) و فولک و همکاران (۳۴) همسوست.

باتوجه‌به شرایط زندگی نوجوانان به‌خصوص نوجوانان دختر بدسرپرست یا بی‌سرپرست، در تبیین این یافته می‌توان گفت، روان‌شناسان نوجوانی را دورهٔ بسیار حساس، عاطفه‌پرستی، پریشانی و دارای اختلالات هیجانی و ارتباطی نامیده‌اند. این مشکلات زمانی پررنگ‌تر و بیشتر می‌شود که با عوامل آسیب‌زای دیگری مانند جدایی والدین، فوت نزدیکان در خانواده، والدین رهاکننده یا غفلت‌کننده همراه باشد؛ به‌طور قطع این موضوع بر مسائل روان‌شناختی و اجتماعی نوجوانان ازجمله سلامت اجتماعی آن‌ها تأثیر می‌گذارد (۳۵). ساراسینو و همکاران بیان کردند که کیفیت و تداوم رابطهٔ والدین با فرزندان در دوران کودکی و نوجوانی به‌عنوان پیش‌بینی‌کنندهٔ رابطه‌های اجتماعی و هدایت‌کنندهٔ ارزش‌های اجتماعی در آن‌ها است؛ این مسئله خود سلامت اجتماعی نوجوانان بدسرپرست را به‌مخاطره می‌اندازد و آن را کاهش می‌دهد (۳۶). در این پژوهش مشخص شد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و طرحواره‌درمانی، هردو بر افزایش سلامت اجتماعی دختران بدسرپرست نوجوانان اثربخش است و سلامت اجتماعی آنان را افزایش می‌دهد. می‌توان اظهار کرد، گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد برای نوجوان این امکان را فراهم می‌آورد که به تغییر روابط با تجربهٔ درونی خود و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند بینجامد (۳۷). این درمان به مُراجعان کمک می‌کند ماهیت تجارب درونی‌شان (به‌خصوص عملکرد هیجانات) و نقش روابط نامناسب با تجارب درونی در تداوم ناراحتی و محدودیت زندگی‌شان را بفهمند. همچنین درمان مبتنی‌بر پذیرش بر افزایش عمل ارزشمند تأکید دارد و افراد آن دسته از رفتارها را انتخاب می‌کنند که ارزش بیشتری برای آن‌ها دارد و این ارزش‌ها می‌تواند شامل بهبودی در روابط بین‌فردی و مراقبت از خود و روابط با دیگران باشد (۳۸). به‌علاوه بر تقویت رابطهٔ غیرقضاوتی و مشفقانه با تجارب تأکید می‌کند (۳۹). ازطرفی نوجوانان بدسرپرست در شرایطی هستند که تجربیات ناخوشایند بیشتری دارند و ازلحاظ اجتماعی فشار بیشتر و سلامت کمتری را تجربه می‌کنند؛ ازسویی این وضعیت، شرایط روانی و اجتماعی آن‌ها را نامساعدتر می‌سازد (۴۰). زائوترا و همکاران معتقد بودند سلامت

اجتماعی، تعهد و الزامی درونی ازسوی فرد برای قوانین، ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی و برقراری روابطی اجتماعی سازنده است (۴۱). سلامت اجتماعی در بین نوجوانان می‌تواند بهبود کیفیت زندگی آنان را به‌شدت تحت‌تأثیر قرار دهد؛ زیرا سلامت اجتماعی یکی از ویژگی‌های شخصیتی است که با خودکارآمدی اجتماعی و بهزیستی و سلامت نوجوانان ارتباط دارد. واکنش اجتماعی و طرز برخورد افراد جامعه درقبال نوجوانان به‌خصوص دختران نوجوان ساکن در مراکز نگهداری شبانه‌روزی و احساسات مختلفی مانند ترحم‌کردن معمولاً شرایط دشواری برای آن‌ها ایجاد می‌کند؛ درنتیجه اختلالاتی در خُلق‌وخو و رفتار و احساس نوجوان پدید می‌آورد؛ این امر به درگیری نوجوان بدسرپرست با دیگران منجر می‌شود (۴۲). ازآنجاکه سلامت اجتماعی به توانایی فرد در برقراری تعامل مؤثر با اجتماع و دیگران، به‌منظور ایجاد روابط ارضاکنندهٔ شخصی و محققکنندهٔ نقش‌های اجتماعی اطلاق می‌شود، شامل مشارکت اجتماعی، زندگی سازگار با سایر انسان‌ها، ایجاد روابط مثبت متکی به دیگر افراد جامعه و داشتن روابط سالم است (۴۳). در درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش روی روابط ارزشمند سرمایه‌گذاری صورت می‌گیرد و برای بهبود آن‌ها آموزش ارزش‌ها در عمل داده می‌شود؛ به‌علاوه این درمان بر تجارب درونی در روابط تمرکز می‌کند؛ لذا نوجوانان دختر بدسرپرست می‌توانند با این درمان سلامت اجتماعی خود را بهبود بخشند. ازطرفی طرح‌واره‌ها ساختارهای پایدار و بادوامی هستند و به‌دلیل ارضانشدن نیاز هیجانی اساسی دوران کودکی به‌وجود می‌آیند. طرح‌واره‌ها بازنمایی انتزاعی خصوصیات متمایزکنندهٔ یک واقعه هستند که بر شیوهٔ تفکر و احساسات و رفتار افراد در روابط صمیمانهٔ بعدی و سایر جنبه‌های زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارند (۴۴). طرح‌واره‌درمانی این الگو را برای درمان در پیش می‌گیرد و به مُراجع کمک می‌کند بتواند نیاز اصلی و هیجانی خود را درک کند و برای برآورده‌کردن نیازهای خود الگوهای رفتاری، ارتباطی، هیجانی و شناختی سالم داشته باشد (۴۵). به دختران بدسرپرست نوجوان نیز در این درمان القا می‌شود نیازهای خود ازجمله نیاز ارتباطی را که لازمهٔ سلامت اجتماعی است بشناسند و ارتباطی سالم را در پیش گیرند که سلامت اجتماعی آن‌ها را افزایش دهد. همچنین طرح‌واره‌درمانی می‌تواند بر انواع طرح‌واره‌ها تأثیر بگذارد و به‌تبع آن مشکلات روانی مانند سازگاری و روابط اجتماعی مختل‌شده را بهبود بخشد و همبستگی و پذیرش اجتماعی را افزایش دهد. طرح‌واره‌ها موجب طرد اجتماعی ازسمت خانواده و جامعه می‌شوند که تصورات منفی در فرد به‌وجود می‌آورند و راه را برای کاهش سلامت اجتماعی باز می‌کنند (۴۶). طرح‌واره‌ها را می‌توان به‌عنوان ساختارهایی برای بازیابی مفاهیم کلی ذخیره‌شده در حافظه یا مجموعه‌ای سازمان‌یافته از اطلاعات و باورها و فرض‌ها در نظر گرفت. ساختارهای مذکور قادر هستند میزان نگرانی را با تعدیل باورهای منفی کاهش دهند و بر خودانتقادی تأثیر بگذارند (۴۷)؛ این امر به‌نوبهٔ خود موجب افزایش سلامت اجتماعی در دختران نوجوان بدسرپرست می‌شود؛ ازاین‌رو می‌توان ادعای مبنی‌بر تأثیرگذاری درمان مبتنی‌بر پذیرش وتعهد و نیز طرح‌واره‌درمانی بر سلامت اجتماعی دختران بدسرپرست را تأیید کرد.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره‌درمانی به‌طور معناداری موجب افزایش میزان تاب‌آوری دختران بدسرپرست می‌شود و ازنظر میزان تأثیر بر این متغیر، تفاوت معناداری بین آن‌ها وجود ندارد. این یافته با مطالعاتی همچون تاج‌بخش و همکاران (۴۸)، حسنی و همکاران (۴۹)، گل‌آوری و خیاطان (۵۰)، رحمانی و همکاران (۵۱)، مرادی و زینلی (۵۲)، سیاه‌پوش و گلستانی‌بخت (۵۳)، هیز و همکاران (۵۴)، کیگ و همکاران (۵۵)، عبدالصمد و همکاران (۵۶) و رهبر کرباسدهی و همکاران (۵۷) همسوست.

در تبیین نتیجهٔ کنونی پژوهش می‌توان بیان کرد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد افراد را تشویق می‌کند با ارزش‌های واقعی زندگی خود پیوند یابند و مجذوب آن‌ها شوند. از دیدگاه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد اجتناب از تجارب، فرایند آسیب‌زایی را به‌وجود می‌آورد که در ایجاد و گسترش تعارضات نقش دارد (۴۶). بوهلمیجر و همکاران عنوان کردند پذیرش، بحث‌های غیرمؤثر را به‌سمت تغییرات اساسی هدایت می‌کند و فضایی را برای افراد به‌وجود می‌آورد تا افکار و احساساتشان را بدون تلاش برای تغییر دریابند (۵۸). این تمرینات کمک می‌کند فرد به‌طور مستقیم با وقایع استرس‌زا و تنش‌زای خود به‌خصوص در جلسات درمانی تماس داشته باشد و افکار و هیجانات نامطلوب را به‌جای کنترل یا کشمکش با آن‌ها تجربه کند. فرد نه‌تنها تجربهٔ کامل افکار و هیجانات را دارد بلکه به طرف مقابل نیز اجازه می‌دهد چنین تجربه‌ای را داشته باشد (۵۹).

همچنین اصلاح و تقویت خوددلسوزی، جنبه‌ای مهم از این درمان تلقی می‌شود (خوددلسوزی مفهومی است که با قضاوت و انتقاد که اغلب مُراجع درقبال افکار و احساساتش دارد، مخالف است)؛ به‌گونه‌ای که واکنش‌پذیری ترس و قضاوت‌های بیجا کاهش یابد. درنهایت هدف این درمان، تجربه، افکار، احساسات و حس‌ها همان‌گونه که به‌طور طبیعی اتفاق می‌افتد، است (۶۰). همچنین درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بااستفاده از ذهن‌آگاهی، فاصله‌گیری شناختی و ایجاد تعهد درقبال درگیری فعالانه و تلاش برای زندگی پرمعنا باهدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به فرد کمک می‌کند با شرایط تنش‌زا مقابله کند (۶۱). ازسوی‌دیگر تاب‌آوری را انطباق موفقی گویند که در شرایط استرس‌زا و ناتوان‌کننده آشکار می‌شود (۶۲). درمانگران مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به مُراجعان کمک می‌کنند با چالش‌های مقابلشان مواجه شوند؛ به‌علاوه این درمان بر ارزش‌ها تأکید دارد (۲۹). مُراجع با تفکر و تکیه بر خود، توان مقابله با شرایط سخت را پیدا می‌کند و تاب‌آوری بیشتری درزمان مواجهه با مشکلات دارد و به‌تبع آن تاب‌آوری می‌تواند زمینه‌ساز افزایش توانایی فرد در سازگاری با محیط شود و توانایی فرد را برای مقابله با فشارهای محیطی افزایش دهد (۶۳)؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد باعث افزایش تاب‌آوری در دختران نوجوان بدسرپرست می‌شود. در تبیین یافتهٔ کنونی مبنی‌بر اثربخشی طرح‌واره‌درمانی گروهی بر افزایش تاب‌آوری دختران نوجوان بدسرپرست می‌توان گفت، تاب‌آوری عاملی مهم و تعیین‌کننده در بهزیستی روانی و کنش‌وری اثربخش است؛ درواقع تاب‌آوری به‌معنای توانایی فرد در استفاده از راهبردهای سازگارانه برای تنظیم هیجانات

به‌منظور تعدیل استرس‌های ادراکی است (۶۴). طرح‌واره‌درمانی با تأکید بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرح‌واره‌های ناسازگار شکل‌گرفته در دوران کودکی به ارائهٔ تکنیک‌های شناختی و رفتاری برای جایگزین‌کردن سازگارتر و جدیدتر به‌جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد اقدام می‌کند (۶۵). طرح‌واره‌درمانی با تأکید بر اهمیت تغییر الگوهای بنیادین ناسازگار و اصلاح سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد در شرایط ویژه، به جایگزینی الگوهای سازگار می‌پردازد (۶۶). تاب‌آوری، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط دشوار است و طرح‌واره های ناسازگار می‌توانند در این شرایط فعال شوند؛ لذا، طرح‌واره‌درمانی متمرکز بر ذهن‌آگاهی باتوجه‌به درمعرض قرارگرفتن این افراد در شرایط دشوار با اثر مستقیم روی طرح‌واره‌های ناسازگار، قادر است در افزایش تاب‌آوری این گروه از افراد مؤثر باشد. همچنین طرح‌واره‌درمانی باتوجه‌به ارائهٔ برنامهٔ شناختی‌رفتاری مستلزم شناسایی و قصد مقابلهٔ فرد با طرح‌واره‌ها است. هشیارکردن فرد و ترغیب به مقابلهٔ فعال با شرایطی منجر می‌شود که او قصد تغییرشان را دارد؛ این موضوع خود باعث افزایش تاب‌آوری خواهد شد؛ زیرا تاب‌آوری شرکت فعال و سازندهٔ فرد در محیط خود نیز تلقی می‌شود (۶۷)؛ ازاین‌رو می‌توان ادعای مبنی‌بر اثرگذاری گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش وتعهد و طرح‌واره‌درمانی گروهی در افزایش تاب‌آوری دختران نوجوان بدسرپرست را تأیید کرد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر دسترسی محدود به جامعهٔ نوجوانان بدسرپرست، امکان‌نداشتن پیگیری طولانی‌مدت (بیش از شش ماه) برای بررسی پایداری اثرات درمان در بلندمدت، تفاوت در تجارب آسیب‌زای قبلی بود. می‌توان طراحی پروتکل درمانی تلفیقی از نقاط قوت هردو رویکرد درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره‌درمانی برای نوجوانان بدسرپرست و همچنین برگزاری دوره‌های آموزشی برای مراقبان و کارکنان مراکز نگهداری نوجوانان دختر بدسرپرست را به‌عنوان پیشنهاد کاربردی دانست؛ افزون‌براین، می‌توان بررسی تغییرات عصب‌روان‌شناختی و نوروبیولوژیک ناشی‌از مداخلات پذیرش و تعهد و طرح‌واره‌درمانی در نوجوانان دارای تجارب آسیب‌زا و همچنین طراحی و آزمون مدل‌های نظری جامع که سازوکارهای اثرگذاری درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و طرح‌واره‌درمانی بر سلامت اجتماعی و تاب‌آوری را تبیین کند، به‌عنوان پیشنهاد پژوهشی در نظر گرفت.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، بین گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با طرح‌واره‌درمانی گروهی، در بهبود سلامت اجتماعی و تاب‌آوری نوجوانان دختر بدسرپرست تفاوت معناداری وجود ندارد؛ بنابراین می‌توان بااستفاده از این درمان‌ها به‌عنوان درمانی تکمیلی در کنار دیگر روش‌های درمانی به افزایش تاب‌آوری و سلامت اجتماعی نوجوانان دختر بدسرپرست کمک کرد؛ لذا باتوجه‌به شرایط بحرانی که نوجوانان دختر بدسرپرست دارند، توصیه می‌شود در کنار مشاوره‌های فردی آن‌ها از طرح‌واره‌درمانی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بهره گرفته شود.

۶ تشکر و قدردانی

از مرکز نگهداری دختران بدسرپرست شهر مشهد و تمامی عزیزانی که در انجام این پژوهش یاری کردند، سپاسگزاری می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله مستخرج از پایان‌نامهٔ دکترای دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد است. از تمامی افراد حاضر در پژوهش، رضایت‌نامه گرفته شد. همچنین دربارهٔ محرمانه‌ماندن اطلاعات آن‌ها اطمینان خاطر داده شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

در این پژوهش به افراد اطمینان داده شد اطلاعات آن‌ها محرمانه می‌ماند و تحلیل داده‌های آن‌ها به‌شکل گروهی انجام می‌شود؛ اما نویسندگان متعهد شدند امکان دسترسی به داده‌های اولیهٔ پژوهش را ازطریق لینک برای داوران و سردبیر محترم فراهم آورند.

تضاد منافع

منابع مالی پژوهش توسط نویسندگان تأمین شده است.

منابع مالی

تمامی منابع مالی این تحقیق توسط نویسندگان پژوهش و با هزینه‌های شخصی تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول همهٔ فرایندهای اجرای پژوهش، جمع‌آوری داده‌ها، آنالیز و تحلیل داده‌ها را انجام داد. نویسندگان دوم و سوم به‌عنوان استاد راهنما و استاد مشاور در طراحی پژوهش نقش داشتند و نتایج را تفسیر کردند و هماهنگی‌های لازم برای ارائه پژوهش را انجام دادند. همچنین نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

1. Golshadi A. Abused and orphaned children. Tehran: Golshadi Pub; 2021. [Persian]
2. Mohammad Taghizade M. The executive and legislative potentials for supporting of unsupported and III–supported women. Tehran: Majd Pub; 2022. [Persian]
3. Guo J, Tang X, Marsh HW, Parker P, Basarkod G, Sahdra B, et al. The roles of social–emotional skills in students' academic and life success: a multi-informant and multicohort perspective. J Pers Soc Psychol. 2023;124(5):1079–110. https://doi.org/10.1037/pspp0000426
4. Entezari S, Yazdani Z, Babaei E. Studying the effect of father absence on academic decline and depression in children in Sari city. In: Conference on Moral and Behavioral Health of Children and Adolescents in Family, School and Society [Internet]. Tehran; 2014. [Persian]
5. Khajenouri B, Dehqani R. Adolescents' problems and their relationship with family institution: the case study of parental conflicts and adolescents' mental health. Journal of Sociology of Social Institutions. 2016;3(7):37–66. [Persian] https://ssi.journals.umz.ac.ir/article_1392.html?lang=en

6. Cárdenas D, Lattimore F, Steinberg D, Reynolds KJ. Youth well-being predicts later academic success. Sci Rep. 2022;12(1):2134. https://doi.org/10.1038/s41598-022-05780-0
7. McCabe E, Amarbayan M (Megan), Rabi S, Mendoza J, Naqvi SF, Thapa Bajgain K, et al. Youth engagement in mental health research: a systematic review. Health Expect. 2023;26(1):30–50. https://doi.org/10.1111/hex.13650
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5-TR). Seyed Mohammadi Y. (Persian translator). Tehran: Virayesh Pub; 2022. [Persian]
9. Meschi F, Meschi MS. Perceived stress, mental health, distress tolerance and ambiguity in women. Tehran: Giva Pub; 2016. [Persian]
10. Alumran JIA, Punamäki RL. Relationship between gender, age, academic achievement, emotional intelligence, and coping styles among Bahraini adolescents. Individual Differences Research. 2008;6(2):104–19.
11. Pishanidar Z. Distress tolerance and hope for life in MS patients. Tehran: Farhoosh Pub; 2017. [Persian]
12. Hajilo A, Kouchak Entezar R. Strategies for coping with problems and tolerating distress. Tehran: Giva Pub; 2020. [Persian]
13. Larson JS. The World Health Organization definition of health: social versus spiritual health. Social Indicators Research. 1996;38(2):181–92. https://doi.org/10.1007/BF00300458
14. Keyes CLM. Mental health in adolescence: is America's youth flourishing? Am J Orthopsychiatry. 2006;76(3):395–402. https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.3.395
15. Nakamura M, Watanabe-Muraoka AM. Global social responsibility: developing a scale for senior high school students in Japan. Int J Adv Counselling. 2006;28(3):213–26. https://doi.org/10.1007/s10447-005-9007-9
16. Halliburton AE, Cooper LD. Applications and adaptations of acceptance and commitment therapy (ACT) for adolescents. J Contextual Behav Sci. 2015;4(1):1–11. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.01.002
17. Anvari MH, Ebrahimi A, Neshatdoost HT, Afshar H, Abedi A. The effectiveness of group-based acceptance and commitment therapy on pain-related anxiety, acceptance of pain and pain intensity in patients with chronic pain. Journal of Isfahan Medical School. 2014;32(295):1156–65. [Persian] https://jims.mui.ac.ir/article_14394.html?lang=en
18. Nasirnia Samakosh A, Yousefi N. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on death anxiety, happiness and resilience in the elderly. Aging Psychology. 2022;8(2):149–61. [Persian] https://jap.razi.ac.ir/article_2221.html?lang=en
19. Swain J, Hancock K, Dixon A, Koo S, Bowman J. Acceptance and commitment therapy for anxious children and adolescents: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2013;14(1):140. https://doi.org/10.1186/1745-6215-14-140
20. Valizadeh S, Makvandi B, Bakhtiarpour S, Hafezi F. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on resilience and cognitive flexibility of prisoners. Health Promotion Management. 2020;9(4):78–89. [Persian] https://jhpm.ir/article-1-1174-en.html
21. Hawton K, Houston K, Haw C, Townsend E, Harriss L. Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide. Am J Psychiatry. 2003;160(8):1494–500. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1494
22. Zamaninia F, Asghari Ebrahimabad MJ, Samari AA. The effectiveness of schema therapy on controllability, loneliness and life satisfaction in infertile women. In: The First International Conference on Health, Hygiene and Education [Internet]. Sari; 2024. [Persian] https://civilica.com/doc/2152875/
23. Zolrahim R, Niapour N, Safaralizadeh Hamrahloo M, Esmaeilzadeh Z. Investigating the effect of family-centered schema therapy with supportive therapy on borderline personality disorder and comparing it with an approach without supportive therapy. In: The 9th International Conference on Humanities, Law, Social Studies and Psychology [Internet]. 2024. [Persian] https://civilica.com/doc/2162229/
24. Gholami Shahid Z. Investigating the effectiveness of schema therapy on anxiety, depression, fatigue, quality of life and sleep in patients with multiple sclerosis (MS) in Isfahan. In: The Third Scientific Congress of Psychology, Educational Sciences and Counseling Students [Internet]. Isfahan; 2024. [Persian] https://civilica.com/doc/2205725
25. Keyes CLM. Social well-being. Social Psychology Quarterly. 1998;61(2):121. https://doi.org/10.2307/2787065
26. Mostafa MS, Sedaghat M, Makvand Hosseini S, Seyed Alinaghi SA. The effectiveness of schema therapy on self-concept and social health among people living with HIV (PLWH). Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2022;12:116. [Persian] https://jdisabilstud.org/article-1-2361-en.html
27. 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
28. Mohamdiheris V, Shakerdolag A, Khademi A, Zeynali A, Safai N. The effect of acceptance and commitment therapy on chronic pain, resilience and self-care in women with coronary artery disease. Cardiovascular Nursing Journal. 2020;9(1):152–63. [Persian] https://journal.icns.org.ir/article-1-678-en.html
29. Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. London: Springer; 2004.
30. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. Hamidpour H, Andouz Z. (Persian translator). Tehran: Arjmand Pub; 2021. [Persian]

31. Rahbar Karbasdehi F, Hosseinkhanzadeh AA, Shakerinia I. The effectiveness of schema therapy on cognitive emotion regulation and social self- efficacy in adolescents with epilepsy. Shefaye Khatam. 2021;9(3):64–72. [Persian] http://dx.doi.org/10.52547/shefa.9.3.64
32. Akrami N, Rezaei A, Bagholi H, Samani S. The effectiveness of acceptance/ commitment training on positive and negative emotions, self-distinctiveness and social health in women breadwinners. Psychological Methods and Models. 2021;11(41):1–16. [Persian] https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_4520.html?lang=en
33. Eskandari F, Abedi Ghlich Ghashlaghi M. The effects of emotional schema therapy on social health and attitude towards social harms among female students. Caspian Journal of Health Research. 2025;10(1):63–72. [Persian] http://dx.doi.org/10.32598/CJHR.10.1.1922.1
34. Folke F, Parling T, Melin L. Acceptance and commitment therapy for depression: a preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. Cogn Behav Pract. 2012;19(4):583–94. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.01.002
35. Hashemi Shokofteh S, Varde Zayekandi S, Sofi SH, Siavash B. Forgiveness teaching on happiness and attitude to the life of parentless or poorly parented adolescent. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2020;10:83. [Persian] https://jdisabilstud.org/article-1-1467-en.html
36. Sarracino D, Presaghi F, Degni S, Innamorati M. Sex-specific relationships among attachment security, social values, and sensation seeking in early adolescence: Implications for adolescents' externalizing problem behaviour. J Adolesc. 2011;34(3):541–54. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.05.013
37. Roemer L, Orsillo SM, Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol. 2008;76(6):1083–9. https://doi.org/10.1037/a0012720
38. Roemer L, Orsillo SM. An Acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. In: Orsillo SM, Roemer L; editors. Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety. Boston, MA: Springer US; 2005. https://doi.org/10.1007/0-387-25989-9_9
39. Köhle N, Drossaert CH, Schreurs KM, Hagedoorn M, Verdonck-de Leeuw IM, Bohlmeijer ET. A web-based self-help intervention for partners of cancer patients based on acceptance and commitment therapy: a protocol of a randomized controlled trial. BMC Public Health. 2015;15(1):303. https://doi.org/10.1186/s12889-015-1656-y
40. Sarami N, Yazdkhasti F, Oreyzi Samani HR. The effectiveness of psychodrama with transactional analysis content on emotion regulation and social-adaptive functions in female adolescent with bad parenting. Journal of Clinical Psychology. 2018;9(4):83–94. [Persian] https://jcp.semnan.ac.ir/article_2927.html?lang=en
41. Zautra AJ, Stuart Hall J, Murray KE. A new definition of health for people and communities. In: Reich JW, Zautra AJ, Stuart Hall J; editors. Handbook of adult resilience. New York: The Guilford Press; 2010.
42. Heidari Sareban V, Yasri Hesar A. Survey the relationship of tourism with social well-being of villagers, case study: the Sardabhe Dehestan Ardabil County. Rural Development Strategies. 2020;7(1):3–17. [Persian] https://rdsj.torbath.ac.ir/article_108512.html?lang=en
43. Luijten MAJ, Van Muilekom MM, Teela L, Polderman TJC, Terwee CB, Zijlmans J, et al. The impact of lockdown during the covid-19 pandemic on mental and social health of children and adolescents. Qual Life Res. 2021;30(10):2795–804. https://doi.org/10.1007/s11136-021-02861-x
44. Ghassempour H, Darzi Azadboni M, Mirzaian B, Sangani A, Shakerian S. Modeling of early maladaptive schemas on adherence to treatment with the mediating role of cognitive emotion regulation and resilience in coronary heart patients. Journal of Nursing Education. 2022;11(4):13–24. [Persian] https://jne.ir/article-1-1360-en.html
45. Young JE, Klosko JS Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. Guilford Press; 2006.
46. Trompetter HR, Bohlmeijer ET, Lamers SMA, Schreurs KMG. Positive psychological wellbeing is required for online self-help acceptance and commitment therapy for chronic pain to be effective. Front Psychol. 2016;7:353. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00353
47. Keyes CLM. Mental health in adolescence: is America's youth flourishing? Am J Orthopsychiatry. 2006;76(3):395–402. https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.3.395
48. Tajbakhsh R, Haddadi S, Zeighami Mohammadi S, Malihi Alzakerini S, Mohammadiafrakoti M, Borumand M. Comparison of the effect of "acceptance and commitment therapy" and "metacognitive therapy" on the resilience of women undergoing hemodialysis. Journal of Health Promotion Management. 2023;12(3):82–94. [Persian] http://dx.doi.org/10.22034/JHPM.12.3.82
49. Hassani F, Rezazadeh MR, Ganbari Panah A, Khoshkabar A. Effectiveness of schema therapy on sexual satisfaction, emotional regulation, and resilience in nurses with marital boredom symptoms. Community Health. 2022;16(2):71–81. [Persian] https://chj.rums.ac.ir/article_154006.html?lang=en
50. Golavari M, Khayatan F. The effectiveness of schema therapy on the ambiguity tolerance and resilience in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. Clinical Psychology & Personality. 2022;20(1):125–38. [Persian] https://cpap.shahed.ac.ir/article_3864.html?lang=en

51. Rahmani F, Sohrabi Smrud F, Asadzadeh H, Nasrollahi B. Effects of acceptance and commitment therapy on alexithymia, resilience, and mental wellbeing in divorced women. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2021;11:135. [Persian] http://jdisabilstud.org/article-1-2048-en.html
52. Moradi Kh, Zainali Z. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on resiliency orphan's welfare elementary school. Iranian Journal of Forensic Medicine. 2021;27(1):7–14. [Persian]
53. Siahpoosh S, Golestanibakht T. The effect of acceptance and commitment therapy on psychological flexibility and emotion regulation in divorced women. Feyz Journal of Medical Sciences. 2020;24(4):413–23. [Persian] http://dx.doi.org/10.32598/ajnpp.6.4.5
54. 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
55. Keogh E, Bond FW, Hanmer R, Tilston J. Comparing acceptance- and control-based coping instructions on the cold-pressor pain experiences of healthy men and women. Eur J Pain. 2005;9(5):591. https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2004.12.005
56. Abdolsamad N, Torabi A, Mohseninasab Z, Bahadori A, Javanmard Z, Hoseinirad M. Comparing the effectiveness of schema therapy and cognitive therapy based on mindfulness on stress, resilience, emotion regulation and psychological well-being of cardiovascular patients. Journal of Research on Psychological Health. 2023;17(1):46–59. [Persian]
57. Rahbar Karbasdehi F, Abolghasemi A, Rahbar Karbasdehi E. The effectiveness of schema therapy on psychological resilience and social empowerment in students with depression symptoms. Journal of Psychological Studies. 2020;15(4):73–90. [Persian] https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_4346.html?lang=en
58. Bohlmeijer ET, Lamers SMA, Fledderus M. Flourishing in people with depressive symptomatology increases with acceptance and commitment therapy. Post-hoc analyses of a randomized controlled trial. Behav Res Ther. 2015;65:101–6. https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.12.014
59. Hulbert-Williams NJ, Storey L, Wilson KG. Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of acceptance and commitment therapy: acceptance and commitment therapy in cancer. Eur J Cancer Care (Engl). 2015;24(1):15–27. https://doi.org/10.1111/ecc.12223
60. Pakenham KI. Investigation of the utility of the acceptance and commitment therapy (ACT) framework for fostering self-care in clinical psychology trainees. Train Educ Prof Psychol. 2015;9(2):144–52. http://dx.doi.org/10.1037/tep0000074
61. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies – republished article. Behav Ther. 2016;47(6):869–85. https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.006
62. Hayes-Skelton SA, Orsillo SM, Roemer L. An acceptance-based behavioral therapy for individuals with generalized anxiety disorder. Cogn Behav Pract. 2013;20(3):264–81. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.02.005
63. 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. Pers Individ Dif. 2015;72:30–4. https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.08.009
64. Poole JC, Dobson KS, Pusch D. Anxiety among adults with a history of childhood adversity: psychological resilience moderates the indirect effect of emotion dysregulation. J Affect Disord. 2017;217:144–52. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.047
65. Rahbar Taramsari M, Keshavarz P, Abolghasemi A, Rahbar Karbasdehi E, Rahbar Karbasdehi F. The effectiveness of group schema therapy on behavioral activation/ inhibition systems and cognitive emotion regulation in female students with anxiety symptoms. J of Guilan University of Med Sc.۲ 019;27(108):62–70. [Persian] http://journal.gums.ac.ir/article-1-1758-en.html
66. Rahbar Karbasdehi F, Abolghasemi A, Rahbar Karbasdehi E. The effectiveness of schema therapy on psychological resilience and social empowerment in students with depression symptoms. Journal of Psychological Studies. 2019;15(4):73–90. [Persian] https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_4346.html?lang=en
67. Bulut S, Subasi M. Group therapy in adults with obsessive-compulsive disorder: a review. Open J Med Psychol. 2020;9(4):150–9. https://doi.org/10.4236/ojmp.2020.94012