

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

Babazadeh A¹, *Musazadeh T², Taklavi S²

Author Address

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

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

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

Received: 2021 May 16; Accepted: 2021 August 20

Abstract

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

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

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

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

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

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی در شادکامی دختران فرار و بدسرپرست سازمان بهزیستی

احمد بابازاده^۱، *توکل موسی زاده^۲، سمیه تکلوی^۲

توضیحات نویسندگان

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

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

*رأبانا نامه نویسنده مسئول: T.mousazadeh@iauardabil.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۶ اردیبهشت ۱۴۰۰؛ تاریخ پذیرش: ۱۹ مرداد ۱۴۰۰

چکیده

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

روش بررسی: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون چندگروهی بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی دختران فراری و بدسرپرست سازمان بهزیستی در مراکز نگهداری شهر تهران در نیمه اول سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. از بین افراد واجد شرایط داوطلب تعداد شصت نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. سپس در سه گروه بیست نفری (آموزش معنادرمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گواه) به صورت تصادفی ساده قرار گرفتند. ابزار پژوهش، پرسشنامه شادکامی اکسفورد (آرگیل و همکاران، ۱۹۸۹) بود. صرفاً گروه معنادرمانی در هشت جلسه نود دقیقه‌ای به صورت هفتگی این درمان را براساس پکیج درمانی/آموزشی معنادرمانی طرح شولنبرگ و همکاران (۲۰۱۰) و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ده جلسه نود دقیقه‌ای به صورت هفتگی این درمان را براساس پکیج درمانی/آموزشی هیز و استروسل (۲۰۰۴) دریافت کردند. داده‌ها با آزمون‌های کای دو و تحلیل واریانس، روش تحلیل کوواریانس تک متغیره (آنکوا) و آزمون تعقیبی بونفرونی با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ در سطح معناداری ۰/۰۱ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، بین سه گروه معنادرمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گواه در متغیر شادکامی تفاوت معنادار وجود داشت ($p < 0/001$)؛ به طوری که معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش شادکامی در گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه گواه شدند. همچنین بین میانگین متغیر شادکامی گروه معنادرمانی با گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/001$).

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

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

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

فرار از خانه، ناهنجاری‌ای است که در اغلب جوامع مدرن وجود دارد. شارلین و مورباراک فرار از خانه را به‌عنوان نبود بازگشت به منزل به مدت یک‌شنبه‌روز یا بیشتر از آن می‌دانند که والدین از آن هیچ‌گونه اطلاعی ندارند و مغایر با خواست آن‌ها صورت می‌گیرد (به نقل از ۴). زنان و دختران ممکن است به علت طیف گسترده‌ای از دلایل مانند جست‌وجوی استقلال و خودمختاری، واکنش خشم‌آلود در برابر محیط و افراد و تلاش برای راحتی، آینده‌سازی، خلاصی از نزاع و کشمکش با والدین، سطح فرهنگ خانواده، شیوه‌های تربیتی والدین، طلاق، مرگ و فقر، طردشدگی، ناسازگاری با ارزش‌ها، نجات از صدمات روانی جسمانی و جنسی، اعتیاد، روابط بی‌مهابای جنسی و سایر رفتارهای مخاطره‌آمیز خانه‌های خود را ترک کنند (۵). زنان و دختران بدسرپرست^۳ همه‌روژه با دشواری‌ها و آسیب‌های زیادی مواجه هستند که باید برای رفع مشکلات و پشتیبانی و حمایت از آن‌ها چاره‌ای اندیشیده شود. به دلیل اینکه هیچ ارگان و سازمانی به‌طور درست از این زنان حمایت نمی‌کند و مشکلات آن‌ها همچنان باقی می‌ماند، این شرایط در جامعه آسیب‌های اجتماعی و روانی فراوانی به دنبال خواهد داشت (۶).

برآوردهای محتاطانه مبنی بر آن است که هر سال، میزان نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ ساله فراری از منزل، ۲ درصد است (۷). تحقیقات و بررسی‌های انجام‌شده حاکی از آن است که پدیده فرار در دختران نوجوان شیوع بیشتری دارد و ۷۵ درصد اشخاص فراری از منزل، دختران هستند. فرار از خانه در کشور ایران نیز مثل تعداد زیادی از کشورهای جهان، در حال افزایش است؛ به‌گونه‌ای که تبدیل به معضلی اساسی همراه با نگرانی شده است و تعداد بیشتری از نوجوانان را در بر می‌گیرد. براساس گزارش نیروی انتظامی کشور، سالانه ۶۰۰۰۰ دختر از خانه فرار می‌کنند که دامنه سنی آنان بین ۱۵ تا ۱۸ سال است (۸).

شادکامی^۴ جزو مؤلفه‌های سلامت روانی^۵ است که منابع ملموس زیادی را مانند افزایش سلامت جسمانی، کاهش آشفتگی‌های روانی و افزایش طول عمر زندگی شامل می‌شود (۹). پژوهش‌های تجربی بیانگر آن است که شاد زیستن در زندگی اثرات مثبتی را به دنبال دارد و پیامدهای آن سبب افزایش و بهبود وضعیت اقتصادی، روابط حمایتی

در زندگی، سلامت جسمی و روانی و در نهایت طولانی‌شدن عمر می‌شود (۱۰)؛ بنابراین هدف اصلی روان‌شناسی مثبت‌نگر^۶ آگاهی‌دادن به افراد برای دستیابی به اهداف و برنامه‌های شخصی و افزایش سطوح شادکامی و سلامت روان است (۱۱). شادکامی یکی از عوامل مهم در تندرستی و سلامت جسمی به رسمیت شناخته می‌شود. سطح زیاد شادکامی با پیامدهای سلامتی همراه است؛ برای مثال، نتایج مطالعه معینی و همکاران نشان داد، شادکامی یکی از فاکتورهای مهم در پیش‌بینی سلامت روانی نوجوانان است (۱۲).

عوامل زیادی می‌توانند بر افزایش شادکامی دختران دارای مشکل رفتاری، اثربخش باشند که در این پژوهش اثربخشی معنادرمانی^۷ و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بررسی شد. معنادرمانی، روشی درمانی با هدف دستیابی به خود واقعی از طریق به‌دست‌آوردن توانایی و مشخص‌کردن و معنادهی به زندگی حال حاضر و آینده خود از طریق گستره دید درباره خود و محیط پیرامون است (۱۳). معنادرمانی گروهی، از دیدگاه روان‌شناختی شبیه دنیای واقعی هرچند با ابعاد کوچک‌تر است و افراد حاضر در آن، به دنبال تمایلات و خصوصیات مشابهی هستند که با شناخت از خود به‌وجود می‌آید. این روش برای روشن‌ساختن معنا در زندگی فعلی و آینده انجام می‌گیرد که همراه با به‌دست‌آوردن توانایی رسیدن به خود واقعی و گسترش دید درباره خود و دنیای پیرامون است. در نهایت افراد به‌طور عمیقی بودن در کنار هم را در مسیرهای معنادار زندگی حس می‌کنند (۱۴).

در پژوهشی هاجیسون و چپمن، درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری^۸ الیس^۹ را با معنادرمانی ارتقا دادند. در این پژوهش با التقاط این دو درمان، فرد افزایش پیشرفت و خوشحالی‌اش را از راه کشف معنا و منطق می‌داند؛ بنابراین فرد تعهد به تغییرپذیری را از طریق شرکت در تجربه‌های مثبت زندگی بیشتر قبول می‌کند (۱۵). شجاعی و اسکندرپور در نتایج مطالعه خود گزارش کردند که ارائه معنادرمانی بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی دانش‌آموزان بی‌سرپرست و بدسرپرست مؤثر است (۱۶). همچنین نتایج مطالعه سروریان و تقی‌زاده حاکی از تأثیر معنادرمانی بر عزت‌نفس و شادکامی دختران نوجوان بود (۱۷).

علاوه بر اثربخشی معنادرمانی در حل مشکل رفتاری دختران فراری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۱۰} نیز یکی از درمان‌های جدید مورد توجه در بسیاری از حیطه‌ها است. درمان‌های روان‌شناختی بسیاری درخصوص کاهش مشکلات روان‌شناختی با تأکید بر هیجانات و شناخت‌ها استفاده شده است؛ اما در موج سوم روان‌درمانی‌ها که به روان‌درمانی‌های پست‌مدرن معروف هستند (۱۸)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌اختصار ACT خوانده می‌شود و رفتاردرمانی موج سوم است. هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌وجودآوردن انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^{۱۱} است؛ یعنی توانایی گزینش مطلوب در

7. Logotherapy

8. Rational-Emotional-Behavioral Therapy (REBT)

9. Ellis

10. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

11. Psychological flexibility

1. Running away from home

2. Social harm

3. Abused women and girls

4. Happiness

5. Mental health

6. Positive psychology

چندگروهی همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را دختران فراری و بدسرپرست سازمان بهزیستی در مراکز نگهداری شهر تهران در نیمه اول سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند که تعداد آن‌ها حدود دویست نفر بود. از بین افراد واجد شرایط داوطلب تعداد شصت نفر به‌روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. سپس در سه گروه بیست نفری (آموزش معنادرمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گواه) به‌صورت تصادفی ساده قرار گرفتند. انتخاب تعداد نمونه با استناد به حجم نمونه‌ای پیشنهاد شده برای مطالعات آزمایشی و نیمه‌آزمایشی (برای هر گروه حداقل پانزده نفر) صورت گرفت (۲۲). ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بود از: مبتلانی بودن به مشکلات روان‌شناختی؛ داشتن حداقل سواد ابتدایی برای پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها. ملاک خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش نیز تمایل نداشتن به شرکت در طول برنامه در نظر گرفته شد. ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر شامل تکمیل فرم رضایت‌نامه کتبی شرکت در پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات و نیز دریافت کد اخلاقی از دانشگاه علوم پزشکی اردبیل بود. به‌منظور گردآوری داده‌ها، بعد از کسب معرفی‌نامه از دانشگاه آزاد اسلامی و انجام مکاتبات اداری با اداره بهزیستی و دریافت مجوزهای لازم، ابتدا به مراکز نگهداری دختران فراری و بدسرپرست سازمان بهزیستی شهر تهران مراجعه شد و اقدام به انتخاب نمونه آماری شد. بعد از انتخاب نمونه‌ها، یک گروه آزمایش هشت جلسه نود دقیقه‌ای آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲۳) و گروه آزمایش دیگر، ده جلسه نود دقیقه‌ای آموزش معنادرمانی (۲۴) دریافت کردند. در نهایت بعد از انجام جلسات آموزشی از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد.

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

بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر باشد؛ نه تنها عملی که برای اجتناب کردن از افکار، احساسات، موقعیت، خاطرات یا تمایلات استرس‌آمیز و سردرگم است یا درواقع به شخص تحمیل شود (۱۹). در این درمان ابتدا سعی بر آن است که شخص جنبه روانی خود را بپذیرد و به افزایش تجارب ذهنی خود بپردازد و به کاهش اعمال کنترلی نامناسب خود مبادرت ورزد (۱۹). در این راستا نتایج پژوهش مرمچی‌نیا و ذوقی پایدار نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و شادکامی نوجوانان دختر تحت پوشش بهزیستی مؤثر است (۲۰). نتایج پژوهش سلگی و عطائی مغانلو حاکی از تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش شادکامی و کاهش احساس تنهایی در نوجوانان ساکن کانون اصلاح و تربیت اداره بهزیستی بود (۲۱). باتوجه به مطالب مذکور و مطالعه پیشینه پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه موضوع پژوهش حاضر می‌توان گفت که روش‌های درمانی معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند تأثیر مثبتی بر شادکامی افراد داشته باشند؛ همچنین خلأ مطالعاتی در این حوزه انگیزه محقق برای انجام پژوهش حاضر بود. افزون‌براین، باتوجه به هزینه‌های روانی، اجتماعی و مالی معضل فرار برای خانواده‌ها و جامعه، انتخاب روش‌های مداخلات روان‌شناختی که بتواند تأثیر بیشتری بر شادکامی دختران فراری و بدسرپرست داشته باشد و به تبع آن گامی در کاهش این معضل برداشته شود، بسیار مهم است؛ بر این اساس پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و معنادرمانی در شادکامی دختران فراری و بدسرپرست تحت مراقبت سازمان بهزیستی انجام شد.

۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

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

شد؛ همچنین آلفای کرونباخ آن برابر ۰/۹۳ بود و با روش دونیمه کردن به روش اسپیرمن- براون^۳ مقدار ۰/۹۲ و به روش گاتمن^۴ ۰/۹۱ به دست آمد (۲۶).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: در این پژوهش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد براساس پکیج درمانی/آموزشی هیز و استروسال (۲۳) صورت بندی شد. این درمان طی هشت جلسه آموزشی نود دقیقه ای به صورت هفته ای یک جلسه برگزار شد. این پکیج در مطالعات بسیاری استفاده و تأیید شده است (۲۷، ۲۰). خلاصه جلسات برطبق مراحل ذیل است (جدول ۱).

معنادرمانی: در پژوهش حاضر معنادرمانی براساس پکیج درمانی/آموزشی معنادرمانی طرح شولنبرگ و همکاران (۲۴) صورت بندی شد. این روش طی ده جلسه آموزشی نود دقیقه ای به صورت هفته ای یک جلسه برگزار شد. این پکیج در مطالعات بسیاری استفاده و تأیید شده است (۱۷، ۱۶). خلاصه جلسات برطبق مراحل ذیل است (جدول ۲).

جدول ۲. خلاصه جلسات معنادرمانی

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

پذیرش و تعهد ۲۲/۱۴±۳/۰۲ سال به دست آمد. براساس نتایج آزمون تحلیل واریانس، میانگین سنی سه گروه تفاوت معناداری باهم نداشت ($p=0/092$). همچنین در گروه گواه ۹ نفر (۴۵ درصد)، در گروه معنادرمانی ۷ نفر (۳۵ درصد) و در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۸ نفر (۴۰ درصد) از والدین افراد مطالعه شده دارای سوء مصرف مواد بودند. براساس نتایج آزمون کای دو، سه گروه از نظر سوء مصرف مواد در والدینشان تفاوت معناداری باهم نداشتند ($p=0/068$). همچنین در هر سه گروه مطالعه شده، تحصیلات کمتر از دیپلم فراوانی بیشتر (گروه گواه ۴۵ درصد، گروه معنادرمانی ۴۰ درصد و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳۵ درصد) و تحصیلات در مقطع لیسانس فراوانی کمتر (گروه گواه ۱۰ درصد، گروه معنادرمانی ۵ درصد و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بدون فراوانی) را تشکیل داد. طبق نتایج جدول ۳ میانگین متغیر شادکامی در پس آزمون در گروه های معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه گواه بیشتر بود. همچنین میانگین شادکامی در پس آزمون در گروه معنادرمانی در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر به دست آمد.

پرسشنامه شادکامی آکسفورد^۱: این پرسشنامه توسط آرگیل و همکاران در سال ۱۹۸۹ با هدف تشخیص شادکامی ساخته شد (۲۵). از آنجاکه سیاهه افسردگی^۲ یک از مقیاس های بسیار موفق افسردگی است، آرگیل پس از ریزنی با یک جملات مقیاس افسردگی او را معکوس کرد. بدین ترتیب ۲۱ ماده تهیه شد و ۱۱ ماده دیگر نیز به آن ها افزود تا سایر جنبه های شادکامی را در بر گیرد. سپس آن را روی تعدادی از دانشجویان اجرا کردند و با توجه به روایی صوری پرسش ها و حذف چند ماده، در نهایت فرم نهایی ۲۹ سؤال پرسشنامه آماده شد. هر سؤال پرسشنامه شادکامی آکسفورد دارای چهار گزینه است که از صفر (هرگز) تا سه (همیشه) نمره گذاری می شود. در این پرسشنامه حداقل نمره، صفر و حداکثر نمره ۸۷ است (۲۵). آرگیل و همکاران ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۹۲ با ۲۴۷ آزمودنی گزارش دادند و پایایی بازآزمایی آن را طی هفت هفته ۰/۷۸ به دست آوردند (۲۵). علی پور و نوربالا در ایران این پرسشنامه را ترجمه کردند و با اجرا روی ۱۰۱ دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبائی هنجاریابی

۳ یافته ها

طبق نتایج به دست آمده، میانگین سنی دختران گروه گواه ۲۱/۵۳±۳/۷۵، گروه معنادرمانی ۲۲/۰۷±۲/۸۰ و گروه درمان مبتنی بر

3. Spearman-Brown

4. Gottmann

1. Oxford Happiness Questionnaire

2. Beck Depression Inventory

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

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

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

در ادامه به منظور انجام تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (آنکوا) ابتدا پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. براساس نتایج، پیش‌فرض همگنی واریانس‌های خطا (آزمون لون) ($p=0/098$) حاکی از نبود تفاوت بین گروه‌ها بود. همچنین به منظور بررسی همگنی شیب رگرسیون، آزمون تحلیل متقابل عامل اثر متقابل گروه و نمرات پیش‌آزمون در مدل رگرسیون به‌کار رفت؛ در نتیجه فرض همسانی شیب رگرسیون رد نشد ($p=0/760$)؛ بنابراین، برای انجام ادامه تحلیل مانعی وجود نداشت. در جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری ارائه شده است.

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

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	مقدار احتمال	اندازه اثر
عرض از مبدأ	۶۰۱/۰۱۵	۱	۶۰۱/۰۱۵	$<0/001$	۰/۵۵۴
پیش‌آزمون	۲۳/۶۰۷	۱	۲۳/۶۰۷	۰/۱۰۴	۰/۰۴۶
گروه	۲۳۳۰/۷۸۹	۲	۱۱۶۵/۳۹۴	$<0/001$	۰/۸۲۸
خطا	۴۸۴/۵۴۳	۵۶	۸/۶۵۳		

باتوجه به نتایج جدول ۴، برای متغیر شادکامی، تفاوت بین گروه‌های گواه، معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معنادار بود ($p<0/001$) و اندازه اثر برابر با ۰/۸۲۸ به‌دست آمد.

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

گروه (i)	گروه (j)	اختلاف میانگین	مقدار احتمال	خطای معیار
گواه	معنادرمانی	-۷/۷۵	$<0/001$	۰/۶۸
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۴/۶۲	$<0/001$	۰/۶۸
معنادرمانی	گواه	۷/۷۵	$<0/001$	۰/۶۸
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۳/۱۲	$<0/001$	۰/۶۸
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	۴/۶۲	$<0/001$	۰/۶۸
	معنادرمانی	-۳/۱۲	$<0/001$	۰/۶۸

۴ بحث

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

طبق نتایج جدول ۵ و باتوجه به مقدار احتمال خطای آزمون تعقیبی، بین میانگین شادکامی گروه گواه با گروه معنادرمانی ($p<0/001$) و گروه گواه با گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ($p<0/001$) تفاوت معناداری وجود داشت. بین گروه معنادرمانی با گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز تفاوت معناداری وجود داشت ($p<0/001$) که نشان می‌دهد اثربخشی معنادرمانی بر شادکامی دختران فراری و بدسرپرست بیشتر از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است. همچنین بیشترین اختلاف میانگین مربوط به تفاوت گروه گواه با گروه معنادرمانی بود.

معنادرمانی بر عزت نفس و شادکامی دختران نوجوان (۱۷) همسوست. در تبیین این یافته می توان بیان کرد، در آموزش معنادرمانی به فرد گفته می شود هدف اصلی در زندگی داشتن معنا است و اگر دچار ناامیدی است، به این دلیل است که باور ندارد زندگی معنا دارد. درواقع آنچه افراد را ضعیف می کند و از پای در می آورد، رنج ها و سرنوشت نامطلوب آن ها نیست؛ بلکه بی معناشدن زندگی بوده که بسیار مصیبت بار است. معنا تنها در شادمانی، لذت و خوشی نیست؛ بلکه در رنج و مرگ نیز می توان معنایی یافت. اگر رنج را شجاعانه پذیرا باشیم، تا واپسین دم، زندگی معنا خواهد داشت (۱۳). چنان که در این خصوص حمزه گردشی و همکاران بیان کردند، ازجمله متغیرهای مهم در معناداری در زندگی نوجوانان امیدواری است (۲۸).

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

در تبیین این یافته می توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برخلاف بیشتر درمان ها به دنبال تغییر محتوای فکر نیست. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمانی رفتاری است که از مهارت های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف پذیری روان شناختی استفاده می کند (۱۸) و زمینه های شادکامی را فراهم می آورد.

همچنین نتایج دیگر پژوهش نشان داد، بین اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در شادکامی دختران فراری و بدسرپرست سازمان بهزیستی تفاوت معنادار وجود داشت و اثربخشی معنادرمانی بر شادکامی دختران فراری و بدسرپرست بیشتر از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود. تاکنون پژوهشی درباره مقایسه اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیر شادکامی صورت نگرفته است تا بتوان یافته مطالعه حاضر را با مطالعات دیگر مقایسه کرد؛ باین حال، مطالعات اسمخانی اکبری نژاد و همکاران (۲۹) و عظیمی و همکاران (۳۰) که به تفاوت این دو درمان در گروه های دیگر پرداخته اند، حاکی از نبود تفاوت در اثربخشی این دو درمان بود. همسو نبودن این نتایج با یافته مطالعه حاضر را می توان به علت تفاوت در جامعه آماری هریک از این مطالعات دانست.

در تبیین این یافته می توان به ماهیت تأثیرگذاری این دو روش درمانی اشاره کرد؛ به طوری که معنادرمانی راه و روشی جدید برای وارد کردن هدف مندی و معناجویی به زندگی برای فرد ایجاد می کند و زمینه افزایش مسئولیت پذیری همه جانبه را برای فرد فراهم می کند (۱۳)؛ درحالی که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بیشتر بر جنبه های انعطاف پذیری روان شناختی و افزایش تجارب ذهنی فرد مبادرت می ورزد (۱۹) و با توجه به ماهیت مشکل دختران فراری و بدسرپرست، مداخله معنادرمانی بیشتر توانسته است زمینه افزایش توجه به خود و به تبع آن

شادکامی در این دختران را فراهم کند.

کنترل نشدن ویژگی های شخصیتی و هیجانی نمونه های بررسی شده و انجام شدن این پژوهش بر دختران فراری و بدسرپرست از محدودیت های مطالعه حاضر بود؛ بنابراین پیشنهاد می شود در مطالعات آتی ویژگی های شخصیتی و هیجانی نمونه های آماری از طریق پرسشنامه ها بررسی و کنترل شود و چنین پژوهشی بر جامعه آماری پسران نیز انجام گیرد. همچنین ترویج الگوی مشارکت جمعی در خانواده ها، چه در تصمیم گیری ها و چه در انجام امور روزمره زندگی خانوادگی (رفع نیازهای خانواده) صورت گیرد؛ به گونه ای که دختران درگیر در مسائل روزمره خانواده شوند و موقعیت مناسب در خانواده پیدا کنند که به ساختار شخصیت آن ها کمک کند؛ به علاوه کاهش شکاف بین والدین-فرزندان از طریق اصلاح هنجارهای خانوادگی و الگوهای تعاملی در خانواده با تأکید بر هنجار صمیمیت و دوست شدن با فرزندان دختر انجام شود. در این زمینه همکاری نهادهای مرتبط به منظور تهیه برنامه های تلویزیونی متناسب با وضعیت فرهنگی-اجتماعی، ایجاد مراکز مشاوره رایگان و تدارک برنامه های آموزشی (مانند شیوه های فرزندپروری، شیوه های ارتباطی والد-فرزند و سایر موارد) برای تمامی اقشار جامعه ضرورت دارد.

۵ نتیجه گیری

براساس یافته های پژوهش حاضر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی، هر دو بر شادکامی دختران فراری و بدسرپرست سازمان بهزیستی اثربخشی دارند؛ اما در مقام مقایسه بین اثربخشی این دو روش باید گفت، اثربخشی معنادرمانی بر شادکامی این دختران به طور معناداری بیشتر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. مشاوران و درمانگران سازمان بهزیستی می توانند از یافته های پژوهش حاضر در راستای مداخلات آموزشی/درمانی استفاده کنند.

۶ تشکر و قدردانی

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

۷ بیانیه ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت نامه از شرکت کنندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل است. پروتکل پژوهش در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل با کد IR.IAU.ARDABIL.REC.1399.044 به تأیید رسید. از شرکت کنندگان پژوهش حاضر دست نوشته ای شامل بیانیه ای درباره رضایت اخلاقی دریافت شد و به آن هادرباره محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان داده شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

در دسترس بودن داده ها و مواد

داده های پشتیبان نتایج گزارش شده در مقاله که در طول مطالعه تحلیل شدند، به صورت فایل های ورد و اکسل در فضای ذخیره ای هارددرایو (به دلیل جلوگیری از احتمال هرگونه هک شدن و نیز دسترسی داشتن به

داده‌ها) نزد نویسندۀ مسئول حفظ خواهند شد.

تزامن منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافع ندارند.

منابع مالی

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

مشارکت نویسندگان

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

References

1. Embleton L, Lee H, Gunn J, Ayuku D, Braitstein, P. Causes of Child and Youth Homelessness in Developed and Developing Countries: A Systematic Review and Meta-analysis. *The Science of Child and Adolescent Health*. 2018; 170(5): 435-44. doi:10.1001/jamap ediatrics.2016.0156.
2. Peykari N, Barany M, Hassanzadeh A. Causes and Factors of Girls' Escape from Home (A Case Study of Amol City), *Women and Family Studies*, 2021; 13 (48):105-129. [Persian]. http://jws.fiaut.ac.ir/artic le_674699.html.
3. Ferdowsian F, Mehri, A. Investigate the causes of girls running away from home and offer solutions to deal with it. *Journal of Chaharmahal Bakhtiari Law Enforcement*, 2014; 7: 85-112. [Persian]. http://chb.jrl.police.ir/article_14932.html.
4. Beard JW. Adolescents and child maltreatment. *National Association of School Nurses*. 2014; 29(2): 71-4. DOI: 10.1177/1942602X13517721
5. Rosenthal D, Mallett S, Myers P. Why do homeless young people leave home? *Aust N Z J Public Health*. 2006;30(3):281-5. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842x.2006.tb00872.x>
6. O'Brien JG, Edinburgh, L.D., Andrew J B., & McRee, A.L. (2020). Mental Health Outcomes Among Homeless, Runaway, and Stably Housed Youth. *Pediatrics*, 145(4), 201-209. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2674>.
7. de Man AF. Predictors of adolescent running away behavior. *Social Behavior and Personality: An International Journal*. 2000;28(3):261-8. <https://doi.org/10.2224/sbp.2000.28.3.261>
8. Nejadshabzi P. Family factors related to being a runaway child in Khorramabad. *Social Welfare Quarterly*. 2011;11(40):129-59. [Persian] <http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-512-en.pdf>
9. Mahakud G, Yadav R. Effects of Happiness on Mental Health. *The International Journal of Indian Psychology*. 2015; 2(3): 52-59. DOI: 10.25215/0203.085.
10. Machado L, Tavares H, Petribú K, Zilberman M, Torres RF, Cantilino A. Happiness and health in psychiatry: what are their implications? . *Archives of Clinical Psychiatry*.2015; 42(4): 100-110. <https://doi.org/10.1590/0101-608300000000058>.
11. Ellis A. *Changing rational-emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy (REBT)*. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 1995; 13 (2): 85-89. doi:10.1007/BF02354453
12. Moeini B, Babamiri M, Mohammadi Y, Barati M, Rashidi S. Relationship between happiness and mental health status among high school female students: a descriptive – analytic study. *Nurs Midwifery J*. 2017; 14 (11): 942-951. [Persian]. URL: <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3063-fa.html>.
13. Steger, MF. Experiencing meaning in life: Optimal functioning at the nexus of spirituality, psychopathology, and well -being. In: P.T.P. Wong (Ed.). *The human quest for meaning* (2nd ed.). New York. 2012. <https://psycnet.apa.org/record/2012-03755-008>.
14. Wong PT. Integrative meaning therapy: From logotherapy to existential positive interventions. In P. Russo-Netzer, S. E. Schulenberg, & A. Batthyany (Eds.). *To thrive, to cope, to understand: Meaning in positive and existential psychotherapy*, New York. 2016. DOI:10.1007/978-3-319-41397-6_16.
15. Hutchinson GT, Chapman BP. Logotherapy-enhanced REBT: an integration of discovery and reason. *J Contemp Psychother*. 2005;35(2):145-55. <https://doi.org/10.1007/s10879-005-2696-x>
16. Shojae A, Eskandarpour B. A study of the effectiveness of Frankel's logotherapy training on psychological well-being and happiness of students. *School and school psychology*, 2016, 5(2), 71-91. . [Persian]. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?ID=284448>.
17. Sarvarian Z, Taghizadeh M. The Effect of Group logo Therapy on Self-Esteem and Happiness of Adolescent Girls in Qom. *Medical Ethics*. 2015; 9(34): 187-207. [Persian]. https://www.sid_ir/fa/Journal/ViewPaper.aspx?id=267173.
18. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 2006;44(1):1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>

19. Forman EM, Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. In: General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons, Inc.; 2009. pp: 77–101.
20. Marmarchinia M, Zoghi Paidar M.R. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on hope and happiness of female adolescents under welfare protection. *Applied Psychology*, 2017; 11(3): 157-174. . [Persian]. https://apsy.sbu.ac.ir/article_96850.html?lang=fa.
21. Solgi Z, Ataie Moghanlou V. The efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on type a personality, happiness and loneliness in adolescents living in the correctional and rehabilitation center. *Quarterly Social Psychology Research*. 2018;7(28):41-54. [Persian]. https://www.socialpsychology.ir/article_73739_ca5eed6b432762c2ea78748a47c7d8e2.pdf?lang=en
22. Delavar A. Theoretical and practical basis of research in the humanities and social sciences. Tehran: Roshd Pub;2017. [Persian]
23. Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. Boston, MA: Springer US; 2004.
24. Schulenberg SE, Schnitzer LW, Winters MR, Hutzell RR. Meaning-centered couples therapy: logotherapy and intimate relationships. *J Contemp Psychother*. 2010;40(2):95–102. <https://doi.org/10.1007/s10879-009-9134-4>
25. Argyle M, Martin M, Crossland J. Happiness as a function of personality and social encounters. In J.P. Forgas & J.M. Innes (Eds), *Recent advances in social psychology: An international perspective*, (pp. 189-203). North Holland: Elsevier Science Publishers.1989. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027273588990034>.
26. Alipoor A, Noorbala AA. A preliminary evaluation of the validity and reliability of the Oxford happiness questionnaire in students in the universities of Tehran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 1999;5(1):55–66. [Persian] <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1777-en.pdf>
27. Moslem Khani M, Ebrahimi M E, Sahebi A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Happiness and Hope of Hamedanian Multiple Sclerosis Patients. *psj*. 2019; 17 (2): 15-23. [Persian]. URL: <http://psj.umsha.ac.ir/article-1-452-fa.html>.
28. Hamzehgardeshi Z, Marzband Z, Shahhosseini Z, Azizi M. Components related to the meaning of life in adolescents: A review article. *Clin Exc*. 2019; 9 (2): 28-37. [Persian]. URL: <http://ce.mazums.ac.ir/article-1-463-fa.html>
29. Esmkhani Akbarinejad H, Bayrampour O, Faroughi P. Comparison of the effectiveness of logotherapy and treatment based on acceptance and commitment on the death anxiety, resilience and hopelessness of women with multiple sclerosis. *Medical Sciences*. 2021; 31 (1): 97-106. [Persian]. URL: <http://tmuj.iautmu.ac.ir/article-1-1723-fa.html>.
30. Azimi A, Makvandhoseini S, Najafi M, Rafieenia P. A comparative study on effectiveness of acceptance and commitment therapy and logotherapy on symptoms of depression, anxiety and stress of women suffering relapsing remitting multiple sclerosis: A randomized controlled trial study. *Koomesh*. 2018; 20(4): 612-619. URL: http://koomeshjournal.semums.ac.ir/article_1-4595-fa.html.