



Comparing The Effects of Two Psychotherapeutic Interventions on the Self-Concept of Adolescents Living in Alternative Care Center: Well-Being Therapy vs. Existentialism Acceptance and Commitment Therapy

Raana Shavaran¹, Seyed Hamid Atashpour*² , Hadi Farhadi³

Abstract

This study aimed to compare the effectiveness of Well-Being Therapy and Existential Acceptance and Commitment Therapy on the self-concept of adolescents residing in foster care centers. Utilizing a quasi-experimental design with a pretest-posttest control group and a three-month follow-up, the research involved adolescents in the Welfare Organization of Isfahan Province. Forty-five participants were randomly selected and divided into three groups. Data were collected with the Beck Self-Concept Questionnaire. Results from the repeated-measures analysis of variance indicated significant improvements in self-concept and its components for both interventions compared to the control group ($p < 0.001$). Additionally, the Bonferroni test revealed that Existential Acceptance and Commitment Therapy was more effective than Well-Being Therapy in enhancing overall self-concept, physical attractiveness, occupational ability, and moral issues. Findings suggest both therapeutic approaches effectively promote mental health in adolescents at foster care centers, with the existential approach demonstrating greater efficacy in reconstructing identity and meaning-related aspects of self-concept.

Keywords: Self-concept, Adolescents, Foster Care Centers, Well-Being Therapy, Existential Acceptance and Commitment Therapy

¹ PhD student Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Email: rshavaran@gmail.com

² Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Email: hamidatashpour@gmail.com

³ Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

Email: farhadihadi@yahoo.com



Introduction

In recent decades, social and economic changes—such as rising divorce rates, addiction, poverty, and family-related adversities—have led to an increase in orphaned and inadequately supervised children and adolescents. Many of these individuals are supported by the Welfare Organization and reside in foster care centers. While these centers strive to provide supportive conditions similar to family environments, the lack of stable parental relationships and experiences of separation can significantly impact adolescents' psychological and social development.

Adolescence is a particularly vulnerable stage of human development. This period is marked by physical, cognitive, and emotional transformations, during which individuals confront critical questions concerning their identity, meaning, and self-worth. The manner in which they answer these questions can profoundly influence their mental health. Adolescents in foster care centers, who face not only typical developmental challenges but also issues like loss, rejection, and emotional deprivation, are at greater risk for psychological difficulties.

Self-concept, defined as the collection of perceptions, beliefs, and evaluations individuals hold about themselves, is crucial for mental health during this stage. According to Shavelson and Bolus (1982), self-concept is multidimensional and hierarchical, comprising various dimensions such as intellectual ability, social skills, physical attractiveness, and moral values. The family context primarily shapes self-concept development; therefore, adolescents without stable familial interactions may struggle with identity formation and self-concept enhancement.

Research indicates that adolescents in foster care centers generally experience poorer self-concept in various dimensions compared to their peers, along with elevated risks of anxiety, depression, loneliness, and social maladjustment. Factors such as caregiving quality, social support, and individual resilience are also vital in nurturing a positive self-concept. Thus, designing psychological interventions aimed at improving self-image for these adolescents is imperative.

Two promising approaches are Well-Being Therapy and Existential Acceptance and Commitment Therapy. Well-Being Therapy, founded on Ryff's model (1989) of psychological well-being, focuses on dimensions like self-acceptance, personal growth, purpose in life, positive relationships, autonomy, and environmental mastery. It seeks to enhance psychological functioning.

Conversely, Existential Acceptance and Commitment Therapy combines concepts from Acceptance and Commitment Therapy and existential meaning-centered approaches, emphasizing the acceptance of painful experiences and the discovery of meaning aligned with personal values. This approach aims to reduce detrimental fusion with negative thoughts and facilitate authentic identity development. For adolescents in foster care centers, who frequently grapple with meaning and identity crises, this therapeutic method could be pivotal in reconstructing their self-concept.

Despite existing support for the efficacy of these approaches, direct comparisons between them concerning adolescents in foster care centers are scarce. This study addresses this gap by exploring the impact of both therapies on the self-concept of this vulnerable population.

Method

The study employed a quasi-experimental design with a pretest-posttest control group framework. The sample comprised adolescents aged 12-18 residing in foster care centers in Isfahan Province. Using a random selection method, 45 participants were divided into three groups: one receiving

Well-Being Therapy, another undergoing Existential Acceptance and Commitment Therapy, and a control group.

Data were gathered using the Beck Self-Concept Questionnaire, which assesses various dimensions of self-concept. The intervention spanned several weeks, with follow-up assessments conducted three months after the treatment.

Findings

Results of the repeated-measures analysis of variance indicated that both therapeutic interventions significantly enhanced self-concept and its components compared to the control group ($p < 0.001$). Further analysis through the Bonferroni test demonstrated that Existential Acceptance and Commitment Therapy had a superior effect compared to Well-Being Therapy in domains such as overall self-concept, physical attractiveness, occupational ability, and moral issues.

Discussion and Conclusion

The purpose of this study was to compare the effectiveness of Well-Being Therapy and Existential Acceptance and Commitment Therapy on the self-concept of adolescents residing in foster care centers. Findings demonstrated that both therapeutic approaches significantly improved self-concept and its components.

Results further indicated that Existential Acceptance and Commitment Therapy showed greater effectiveness than Well-Being Therapy in dimensions such as physical attractiveness, occupational ability, moral issues, and overall self-concept. These findings are consistent with previous studies.

The effectiveness of Well-Being Therapy may be explained by its emphasis on experiencing positive emotions, cognitive restructuring, and focusing on personal strengths. Through this intervention, adolescents have opportunities to identify their abilities and positive characteristics rather than concentrating on traumatic experiences and past failures, thereby gaining a more balanced understanding of themselves. This process may enhance feelings of competence and self-acceptance.

On the other hand, Existential Acceptance and Commitment Therapy likely demonstrated greater effectiveness because it addresses deeper psychological needs of adolescents residing in foster care centers. These adolescents often experience rejection, meaninglessness, loneliness, and identity crises. By emphasizing acceptance of suffering, responsibility, personal values, and meaning-making, the existential approach helps adolescents redefine difficult experiences and develop new understandings of their identities.

Study limitations included restricting the sample to female adolescents, geographical limitations, and reliance on self-report measures. Therefore, findings should be generalized cautiously. Future research is recommended to include more diverse samples and different age groups. Simultaneous implementation of psychological interventions, social skills training, and supportive programs in quasi-family centers may further promote adolescents' mental health and improve self-concept.

مقاله پژوهشی

مقایسه تأثیر دو مداخله روان‌درمانی بر خودپنداره نوجوانان مقیم مراکز شبه‌خانواده: بهزیستی درمانی در برابر پذیرش و تعهد وجودنگر

رعنا شاوران^۱، دکتر سید حمید آتش‌پور^{۲*} ID، دکتر هادی فرهادی^۳

چکیده

نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست، علاوه بر چالش‌های خاص مرحله نوجوانی، با مشکلات ناشی از فقدان خانواده مواجه هستند که این امر موجب پدید آمدن آسیب‌های زیادی در این افراد می‌شود. هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی بهزیستی درمانی و درمان پذیرش و تعهد وجودنگر بر خودپنداره نوجوانان مقیم مراکز شبه‌خانواده بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی بود و طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه‌ماهه اجرا شد. در این مطالعه، ۴۵ نفر از دختران نوجوان ۱۲ تا ۱۸ سال از طریق نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. سپس، گروه آزمایش بهزیستی درمانی تحت هشت جلسه و گروه آزمایش پذیرش و تعهد وجودنگر تحت ده جلسه درمان قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکردند. هر سه گروه قبل، بعد و سه ماه پس از مداخله با پرسشنامه خودپنداره بک و همکاران (۱۹۹۰) ارزیابی شدند. نتایج نشان داد هر دو مداخله بهزیستی درمانی و درمان پذیرش و تعهد وجودنگر تأثیری معنادار بر خودپنداره و مؤلفه‌های آن در نوجوانان مقیم مراکز شبه‌خانواده بهزیستی داشتند ($p < 0/001$). همچنین، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد میانگین نمرات گروه پذیرش و تعهد وجودنگر در خودپنداره کلی، جذابیت جسمانی، توانایی شغلی و مسائل اخلاقی به طرز معنادار بالاتر از گروه بهزیستی درمانی و کنترل بود ($p < 0/001$) و فقط در مؤلفه‌های توانایی ذهنی و مهارت‌های اجتماعی تفاوت بین دو گروه درمانی معنادار نبود و هر دو روش اثربخشی مشابهی نشان دادند. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد هر دو رویکرد درمانی بهزیستی درمانی و پذیرش و تعهد وجودنگر در بهبود خودپنداره نوجوانان مقیم مراکز شبه‌خانواده اثربخش هستند، اما درمان پذیرش و تعهد وجودنگر در برخی از مؤلفه‌های خودپنداره (جذابیت جسمانی، توانایی شغلی و مسائل اخلاقی) برتری قابل ملاحظه‌ای نسبت به بهزیستی درمانی و گروه کنترل دارد که این امر لزوم توجه ویژه به این رویکرد را در مداخلات حمایتی از این گروه آسیب‌پذیر برجسته می‌کند.

دکتر هادی فرهادی

واژه‌های کلیدی: خودپنداره، نوجوانان، مراکز شبه‌خانواده، بهزیستی درمانی، درمان پذیرش و تعهد وجودنگر.

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده تعلیم و تربیت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

ایمیل: rshavaran@gmail.com

^۲ نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده تعلیم و تربیت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

ایمیل: hamidatashpour@gmail.com

^۳ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

ایمیل: farhadihadi@yahoo.com



مقدمه

در جوامع امروزی، با افزایش آمار طلاق، فقر، اعتیاد و مواردی از این دست که از پیامدهای صنعتی شدن جوامع بشری هستند، بروز پدیده بی‌سرپرستی و تعداد کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست به طرزی چشمگیر رو به افزایش است (رضایی و همکاران، ۱۳۸۸). افراد بدسرپرست نیز کسانی هستند که سرپرستان آنها به دلایل مختلف از جمله اعتیاد، وارد کردن آسیب و آزارهای جسمی یا روانی به فرزندان، فاقد صلاحیت لازم اجتماعی، اخلاقی و رفتاری برای نگهداری فرزند هستند. تعدادی از این کودکان و نوجوانان با معرفی مقام قضایی به سازمان بهزیستی سپرده می‌شوند و نیازمند برنامه‌ها و اقدامات نظام‌مند به منظور آمادگی برای ورود به زندگی مستقل و پیشگیری از بروز آسیب‌ها هستند. این سازمان همواره در تلاش است تا شرایط بازپیوند به محیط خانواده یا ورود به خانواده جایگزین را به صورت موقت یا دائم برای کودکان مهیا کند. در همین راستا، تیم‌های تخصصی خانه‌های حمایتی سازمان بهزیستی به عنوان جایگزین والدین، وظایفی مهم را در انتقال مفاهیم ارزشی، اجتماعی، تربیتی و فرهنگی به عهده می‌گیرند و طبیعتاً، آشنایی با نیازها و ویژگی‌های کودکان، به ویژه کودکان دچار آسیب و خلأ اجتماعی و خانوادگی، اهداف و کارکردهای این خانه‌ها، یعنی پرورش، تربیت و مهارت‌های فردی را به دنبال خواهد داشت (صنعت نگار و همکاران، ۱۳۹۱). با این حال، درصدی از این کودکان پس از پذیرش سرپرستی تا رسیدن به سن قانونی، فرصت بازگشت به مراقبت در بستر خانواده را نمی‌یابند و همین موضوع موجب می‌شود تا کودکان مقیم خانه‌ها برای ورود به زندگی مستقل با چالش‌ها و محدودیت‌هایی قابل ملاحظه مواجه شوند. پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند فقدان رابطه گرم و صمیمی با والدین در سال‌های نخست زندگی ممکن است تأثیری عمیق بر رشد هیجانی و اجتماعی کودک بگذارد (عرشی و همکاران، ۱۳۹۳). هرچند حضور این افراد در مراکز شبانه‌روزی به معنای در جمع دیگران بودن است، آنها به ویژه در دوران نوجوانی دچار احساس تنهایی پایدار هستند و شرایط حادث‌شده برای آنها موجب بروز طیفی وسیع از مشکلات روان‌شناختی مانند سوءمصرف مواد، خودکشی، بزهکاری، ناسازگاری در مدرسه، الکلیسم، استرس، اختلالات اضطرابی و افسردگی می‌شود (Steinberg, 2024).

آغاز مرحله نوجوانی^۱ با بلوغ مشخص می‌شود که تغییرات زیادی را به دنبال دارد (Kaplan & Shaddock, 2015) و نه فقط از نظر رشد جسمانی و تحول روان‌شناختی دوره‌ای بحرانی است، بلکه به عنوان مرحله اوج بروز اختلالات روانی نیز در نظر گرفته می‌شود (Steinberg, 2024). در این دوره، عوامل متعددی و مهم در وجود نوجوان ظهور و بروز می‌یابند یا دچار تشدید و نقصان می‌شوند. از جمله این عوامل و متغیرها می‌توان از خودپنداره^۲ نام برد. خودپنداره بخشی از هویت فرد است که در دوران کودکی و به ویژه در مرحله نوجوانی بر اثر فرایندهای خودشناسی و در طول مسیر زندگی شکل می‌گیرد. در واقع، خودپنداره تجربه فرد از خود و باورهای مربوط به خویش در جنبه‌های جسمی، رفتاری و روانی است که از انعکاس تجربیات فرد از خودش ناشی می‌شود و این تجربه مستقل از دیگران ولی در ارتباط با آنهاست و زمینه‌ساز ایجاد سلامت روانی در افراد می‌شود (Wang et al., 2023). شیولسون و بولوس نیز یک مدل نظری از ماهیت چندبعدی و سلسله‌مراتبی خودپنداره را پیشنهاد کرده‌اند که بر اساس آن، خودپنداره کلی به مؤلفه‌های تحصیلی و غیرتحصیلی و هر کدام

¹ Adolescence² Self-Concept

از این مؤلفه‌ها هم به بخش‌های اختصاصی‌تر تقسیم می‌شوند (Shavelson & Bolus, 1982). این موارد موجب شده است تا در سال‌های اخیر، روان‌شناسان و متخصصان سلامت روان به تشکیل خودپنداره و به افرادی که مسئول پرورش کودک در ابتدای زندگی هستند، اهمیت زیادی دهند. در این میان، تجربیات اجتماعی جایگاه اساسی دارند و این تجربیات اجتماعی تا حد زیادی منحصر به روابط خانوادگی است. خانواده اولین و مهم‌ترین نظام اجتماعی است که بر شکل‌گیری خودپنداره و عزت‌نفس مؤثر است. در واقع، تعامل‌های اولیه والد-فرزند برای کودک پایه و اساسی برای رشد حس ارزشمندی خود در اوایل کودکی است (صدقی و همکاران، ۱۴۰۱). نوجوانان ساکن مراکز شبه‌خانواده به دلیل جدایی از خانواده اصلی، ناپایداری روابط و تجربه فقدان مراقبت پایدار، معمولاً با تزلزل در پیوندهای عاطفی و هویتی روبه‌رو هستند که این امر خودپنداره آنان را آسیب‌پذیر می‌کند (Branje et al., 2021). کیفیت محیط مراقبتی، شامل حمایت عاطفی، ثبات و ساختار روزمره، از شاخص‌های مهم پیش‌بینی‌کننده سلامت خودپنداره محسوب می‌شود (Carvalho et al., 2025). علاوه بر این، سطح تاب‌آوری، مهارت‌های اجتماعی و میزان پذیرش از سوی همسالان رابطه‌ای مستقیم با خودپنداره مثبت دارد و نوجوانانی که از شبکه حمایتی قوی‌تری برخوردار هستند، تصویری مطلوب‌تر از خود دارند (محمّدی و همکاران، ۱۴۰۱). از سوی دیگر، مشکلاتی مانند افسردگی، اضطراب و رفتارهای پرخطر می‌توانند تصویر ذهنی فرد از خود را مخدوش کنند و نیاز به مداخلات درمانی جامع را افزایش دهند (Pfeifer & Berkman, 2018). مقایسه‌ها نشان می‌دهد نوجوانان در مراکز شبه‌خانواده نسبت به هم‌تایان خانواده‌محور در برخی از جنبه‌ها خودپنداره‌ای ضعیف‌تر دارند، اما تفاوت‌ها به کیفیت مراقبت وابسته است و مداخلات زودهنگام زمان ورود به مرکز، از طریق برنامه‌های انطباقی و حمایت روانی، می‌تواند از افت خودپنداره جلوگیری کند (Blakeslee et al., 2022). با توجه به ضرورت بهبود خودپنداره در نوجوانان مقیم مراکز شبه‌خانواده، بهره‌گیری از پروتکل‌های درمانی مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر^۱، به ویژه «بهزیستی درمانی»^۲، می‌تواند از طریق بازسازی مؤلفه‌های شناختی و هیجانی، مسیر رشد شخصی این نوجوانان را هموار کند.

یکی از درمان‌های تأثیرگذار برای ارتقای سلامت روان بهزیستی درمانی است که برگرفته از رویکرد روان‌شناسی مثبت‌نگر است و به افراد آموزش می‌دهد تا سلامت خود را از طریق پذیرش خود، زندگی هدفمند، رشد شخصیت، تسلط بر محیط، خودمختاری و روابط مثبت با دیگران بهبود دهند (Xu et al., 2019). بهزیستی درمانی روشی کوتاه‌مدت، سازمان‌یافته، رهنمودی و مشکل‌مدار است که بر مدل بهزیستی روان‌شناختی ریف (Ryff, 1989) مبتنی است و در آن، از خودنگری، خاطره‌نویسی، بازسازی شناختی، فعالیت‌های لذت‌بخش، تعامل درمانگر و درمان‌جو و آموزش جرئت‌ورزی و حل مسئله به منظور ارتقای سطح ویژگی‌های روان‌شناختی استفاده می‌شود (Fava, 2016). در نوجوانانی که به دلیل تجربه طرد، جدایی یا فقدان پیوندهای خانوادگی، با احساس ناکارآمدی و بی‌ارزشی روبه‌رو هستند، بهزیستی درمانی می‌تواند با پرورش آگاهی هیجانی، تقویت مهارت‌های خودتنظیمی و شناسایی نقاط قوت، به بازسازی تصویر ذهنی آنان از خود کمک کند (Surzykiewicz et al., 2022). در واقع، تمرکز بهزیستی درمانی بر کمک به افراد در شش جنبه پذیرش خود (پذیرش ضعف‌ها و قوت‌های خود و داشتن نگرش مثبت به آنها)، زندگی هدفمند (یافتن معنا و جهت در زندگی و دنبال کردن

¹ Positive Psychology

² Well-Being Therapy

اهداف برای بهبود رشد اجتماعی که شخص را نیز در بر می‌گیرد)، رشد شخصی (پرورش و شکوفایی استعدادها و توانایی‌های خود)، تسلط بر محیط (کنترل و مدیریت محیط زندگی خود)، خودمختاری (تنظیم افکار، باورها و رفتارهای فرد توسط خودش) و روابط مثبت با دیگران (توانایی برقراری روابط نزدیک، مثبت و صمیمی با دیگران و داشتن علاقه و اشتیاق برای چنین روابطی) است (Rossi et al., 2024). پژوهش‌ها نشان می‌دهند اجرای جلسات بهزیستی‌درمانی در مراکز شبه‌خانواده باعث کاهش خودانتقادی، افزایش عزت‌نفس و ارتقای ادراک از توانایی‌های شخصی می‌شود (Ruini & Fava, 2012; Burkitt, 2024; Pol et al., 2024). با تمرکز بر تجربه‌های مثبت و بازنگری در معنا و هدف زندگی، نوجوانان یاد می‌گیرند خود را نه بر اساس گذشته آسیب‌زا، بلکه بر مبنای ظرفیت‌های حال و آینده تعریف کنند. این تغییر نگرش می‌تواند احساس ارزشمندی و خودکارآمدی را در آنان تقویت کند (Olstad et al., 2024). از دیدگاه عصب‌روانشناختی، بهزیستی‌درمانی می‌تواند با تنظیم سیستم پاداش مغزی و افزایش فعالیت در نواحی مرتبط با خودادراکی مثبت، موجب تثبیت الگوهای شناختی سالم‌تری در مورد «من» شود (Shin et al., 2024). شواهد علمی نشان می‌دهد نوجوانانی که در این نوع درمان شرکت می‌کنند، سطوحی بالاتر از خودپنداره مثبت، رضایت از زندگی و احساس کنترل شخصی را تجربه می‌کنند (Ruini & Fava, 2012). در کنار رویکردهای مبتنی بر بهزیستی، مواجهه با چالش‌های وجودی مانند «معنا» در نوجوانان فاقد حمایت خانوادگی مستلزم اتخاذ رویکردهایی با غنای فلسفی بیشتر است (Shek et al., 2025)؛ از این رو، «درمان پذیرش و تعهد وجودنگر»^۱، به عنوان یک مداخله مکمل، بر پذیرش رنج و تعهد به ارزش‌ها تمرکز دارد.

درمان پذیرش و تعهد وجودنگر رویکردی تلفیقی است که با ادغام مؤلفه‌های درمان پذیرش و تعهد (ACT) با اصول اگزیستانسیال مانند معنا، آزادی، مسئولیت و اصالت، بر رشد خودآگاهی و بازسازی خودپنداره مراجع تمرکز دارد (Hayes et al., 2013). این درمان نوجوان را تشویق می‌کند تا به جای اجتناب از رنج، آن را به عنوان بخشی از تجربه انسانی بپذیرد و از آن برای کشف معنا و ارزش‌های شخصی بهره گیرد (Frankl, 2014). نوجوانان مقیم مراکز شبه‌خانواده معمولاً درگیر بحران هویت، احساس بی‌معنایی و طردشدگی هستند؛ بنابراین، مواجهه وجودی با رنج در قالب پذیرش و تعهد می‌تواند به آنان کمک کند تا خود را نه قربانی شرایط، بلکه کنشگر زندگی خویش درک کنند (Youvan, 2024). در فرایند درمان، نوجوان می‌آموزد افکار و احساسات دردناک بخش‌هایی از واقعیت وجودی هستند و می‌توان در عین حضور آنها، بر اساس ارزش‌های شخصی عمل کرد. این نگرش موجب بازسازی خودپنداره‌ای می‌شود که بر پایه پذیرش، مسئولیت و معنا شکل می‌گیرد (Harris, 2019). درمان تعهد و پذیرش وجودنگر از طریق افزایش آگاهی وجودی و «خود به عنوان زمینه»، به نوجوان کمک می‌کند از همانندسازی با افکار منفی و نقش‌های تحمیلی فاصله بگیرد و هویت اصیل خود را تجربه کند (Nissling et al., 2023). پژوهش‌ها نشان داده‌اند ترکیب ACT با مؤلفه‌های معنامحور باعث ارتقای عزت‌نفس، کاهش خودانتقادی و افزایش احساس هدفمندی در نوجوانان می‌شود (Sharp et al., 2004). در بافت مراکز شبه‌خانواده، این درمان با تکیه بر «پذیرش بی‌قیدوشرط خود» و «تعهد به عمل معنادار»، بستری مناسب برای بازسازی هویت سالم و افزایش تاب‌آوری فراهم می‌کند (Fatahi et al., 2025). نوجوان در جریان درمان درمی‌یابد می‌تواند حتی در غیاب خانواده، با تکیه بر ارزش‌ها و معناهای شخصی، احساس ارزشمندی و کنترل درونی را تجربه کند. به این ترتیب، درمان تعهد و پذیرش

¹ Existentialism Acceptance and Commitment Therapy

وجودنگر نه فقط به کاهش رنج روانی، بلکه به رشد معنایی، خودآگاهی و انسجام درونی منجر می‌شود و می‌تواند به عنوان مداخله‌ای کارآمد در ارتقای خودپنداره‌ی نوجوانان آسیب‌پذیر استفاده شود (Youvan, 2024).

با وجود ظرفیت‌های درمانی هر دو رویکرد، ضرورت مقایسه‌ی آنها قابل ملاحظه است. از دیدگاه نظری، بهزیستی‌درمانی و درمان پذیرش و تعهد وجودنگر هر دو در زمره‌ی رویکردهای موج سوم روان‌درمانی و مبتنی بر ارتقای عملکرد بهینه‌ی روان‌شناختی قرار می‌گیرند، اما سازوکارهای تغییر متفاوتی را دنبال می‌کنند. بهزیستی‌درمانی مبتنی بر الگوی بهزیستی روان‌شناختی ریف است و بر تقویت ابعاد مثبت عملکرد انسان از جمله پذیرش خود، رشد شخصی، هدفمندی در زندگی و روابط مثبت تأکید دارد و فرض می‌کند بازسازی تجربه‌های مثبت و ارتقای منابع روان‌شناختی به اصلاح ارزیابی فرد از خویشتن و بهبود خودپنداره منجر می‌شود (Rossi et al., 2024; Fava & Guidi, 2021). در مقابل، درمان پذیرش و تعهد وجودنگر بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، پذیرش تجربه‌های درونی و حرکت متعهدانه در راستای ارزش‌های فردی تمرکز دارد و تغییر در خودپنداره را از طریق اصلاح رابطه‌ی فرد با افکار، هیجان‌ها و تجربه‌های دردناک دنبال می‌کند (Harris, 2019; Hayes et al., 2013). در حالی که بهزیستی‌درمانی بیشتر بر ارتقای جنبه‌های مثبت خود و رشد ظرفیت‌های روان‌شناختی تأکید دارد، درمان پذیرش و تعهد وجودنگر به فرد کمک می‌کند بدون اجتناب از تجربه‌های ناخوشایند، هویت و معنای شخصی خود را بازسازی کند؛ بنابراین، این دو رویکرد با وجود هدف مشترک در ارتقای سلامت روان، مسیرهای نظری متفاوتی را برای تغییر پیشنهاد می‌کنند. از دیدگاه تجربی نیز، پژوهش‌ها از اثربخشی هر دو رویکرد در بهبود شاخص‌هایی مانند عزت‌نفس، خودکارآمدی، سلامت روان و کاهش مشکلات هیجانی در نوجوانان آسیب‌پذیر حمایت کرده‌اند (Surzykiewicz et al., 2022; Ruini & Fava, 2012). با این حال، نوجوانان مقیم مراکز شبه‌خانواده به دلیل تجربه‌ی فقدان، طرد، گسست دلبستگی و دشواری‌های هویتی، ویژگی‌های روان‌شناختی منحصربه‌فردی دارند (Schepp et al., 2024; Trubey et al., 2024) و مشخص نیست در آنها، تقویت منابع مثبت روان‌شناختی از طریق بهزیستی‌درمانی مؤثرتر است یا بازسازی معنایی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق درمان پذیرش و تعهد وجودنگر تأثیر بیشتری دارد.

با توجه به آسیب‌های روان‌شناختی کودکان و نوجوانان ساکن مراکز شبانه‌روزی، این افراد به ارتقای سطح توانمندی‌های آشکارنشده، کاهش افکار آسیب‌زا و طرحواره‌های منفی ناشی از مشکلات مربوط به خانواده نیاز مبرم دارند. بر همین اساس، ضرورت استفاده از شیوه‌های درمانی روان‌شناختی به منظور از بین بردن درگیری مکرر با افکار، هیجانات و خاطرات ناخوشایند گذشته و اضطراب نسبت به آینده مشخص می‌شود (Maneiro et al., 2023)؛ زیرا احتمال بروز آسیب‌های روانی اجتماعی در این افراد نسبت به سایرین به میزان بیشتری وجود دارد (Dunkel et al., 2026). همچنین، محرومیت‌های تجربه‌شده در این افراد زمینه‌ساز ایجاد آسیب‌های رفتاری و هیجانی می‌شود که لزوم مداخلات روان‌شناختی را تبیین می‌کند (قیاسی پیرزمان و همکاران، ۱۴۰۰). بنابراین، پیشگیری از آسیب‌ها و ارتقای سطح سلامت آنان که طبق آمارها، هر ساله بر تعداد آنان افزوده می‌شود، می‌تواند در این زمینه یاری‌رسان باشد. از آنجا که افراد ساکن در مراکز شبه‌خانواده نیازمند مداخلات مکرر روان‌شناختی و درمانی به منظور بررسی مشکلات رفتاری و روانی در زمینه بهداشت روانی و اجتماعی هستند (Dunkel et al., 2026)، لزوم توجه به افزایش میزان سلامت روان این افراد ضروری است و تا

کنون پژوهش‌های داخلی و خارجی محدودی مبتنی بر موضوع پژوهش انجام شده‌اند. به همین دلیل، این پژوهش با این هدف انجام شده است که آیا بین اثربخشی بهزیستی‌درمانی و درمان پذیرش و تعهد وجودنگر بر خودپنداره نوجوانان مقیم مراکز شبه‌خانواده بهزیستی تفاوت معنادار وجود دارد.

روش پژوهش

جامعه و نمونه آماری

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی بود و در قالب طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه‌ماهه اجرا شد. جامعه آماری پژوهش کلیه نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ سال بی‌سرپرست و بدسرپرست مقیم مراکز شبه‌خانواده تحت نظارت سازمان بهزیستی استان اصفهان در سال ۱۴۰۲ بودند. نمونه مدنظر در قالب گروه‌های آزمایش و کنترل با روش تصادفی، از میان ۱۶ مرکز شبه‌خانواده ویژه نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ سال تحت نظارت اداره کل بهزیستی استان اصفهان انتخاب شد؛ به این صورت که با روش تصادفی، سه شهرستان و دو مرکز به عنوان گروه‌های آزمایش و نیز یک مرکز به عنوان گروه کنترل مشخص شدند. ملاک ورود آزمودنی‌ها به پژوهش شامل موارد زیر بود: نوجوانان دختر ۱۲ تا ۱۸ سال بی‌سرپرست و بدسرپرست که دست‌کم شش ماه مقیم مراکز شبه‌خانواده تحت نظارت سازمان بهزیستی بوده‌اند و در زمان انجام پژوهش هیچ گونه مداخله درمانی به صورت هم‌زمان دریافت نمی‌کردند و سلامت روانی داشتند. همچنین، ملاک خروج آزمودنی‌ها اعلام انصراف آنها بر اساس تمایل شخصی از ادامه پژوهش و نیز استفاده آنها از مداخله درمانی هم‌زمان بود. جنسیت شرکت‌کنندگان در هر سه گروه دختر بود و همچنین، میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه بهزیستی‌درمانی ۱۵/۲۷، گروه پذیرش و تعهد وجودنگر ۱۴/۶۰ و در گروه کنترل ۱۵/۳۳ بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه خودپنداره: در این پژوهش، به منظور جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه خودپنداره بک (Beck et al., 1990) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه استفاده شد. این آزمون یک ابزار خودگزارشی است و شامل ۲۵ عبارت است که پاسخ فرد در آن، بر اساس ارزیابی خود در مقایسه با افرادی دیگر داده می‌شود که فرد آنها را می‌شناسد. این پرسشنامه دارای پنج مؤلفه است: ۱) توانایی ذهنی شامل پرسش‌های ۲، ۵، ۹، ۱۶، ۲۲؛ ۲) توانایی شغلی شامل پرسش‌های ۸، ۱۳، ۲۰، ۲۴؛ ۳) جذابیت جسمانی شامل پرسش‌های ۱، ۶، ۱۰، ۱۲، ۱۷، ۴؛ ۴) مهارت‌های اجتماعی شامل پرسش‌های ۷، ۱۴، ۲۱، ۲۳، ۲۵ و ۵) مسائل اخلاقی شامل پرسش‌های ۳، ۱۱، ۱۵، ۱۸، ۱۹ است. نمره‌گذاری بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ تا ۵ است و بالاترین امتیاز این ابزار ۱۲۵ و پایین‌ترین امتیاز آن ۲۵ است. امتیاز بالاتر نشان‌دهنده خودپنداره بیشتر است. بک و همکاران (Beck et al., 1990) ضریب آلفای کرونباخ ابزار را ۰/۸۲، ضریب اعتبار بازآزمایی با فاصله زمانی یک هفته را ۰/۸۸ و با فاصله زمانی سه ماه را ۰/۶۵ گزارش کردند. همچنین، نبوی (۱۳۷۳) این مقیاس را در ایران

روایی‌یابی کرد. وی برای روایی ملاکی این مقیاس توانست تفاوتی معنادار بین افراد عادی و افسرده به دست آورد. **جلیلیان کاسب و همکاران (۱۳۹۵)** نیز ضریب آلفای کرونباخ این ابزار را ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ برای خودپنداره ۰/۹۲۹، توانایی ذهنی ۰/۸۱۰، توانایی شغلی ۰/۶۹۸، جذابیت جسمانی ۰/۷۷۵، مهارت‌های اجتماعی ۰/۶۳۷ و مسائل اخلاقی ۰/۷۳۴ به دست آمد.

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

پس از انتخاب شرکت‌کننده‌ها، گروه‌های آزمایش ۱۵ نفره که بهزیستی‌درمانی و درمان پذیرش و تعهد وجودنگر بر روی آنها اجرا شد، با گروه کنترل ۱۵ نفره مقایسه و بررسی شدند که هیچ یک از درمان‌ها بر روی آنها انجام نشد. همچنین، روش بهزیستی‌درمانی بر اساس پروتکل درمانی فاوا (Fava, 2016)، طی هشت جلسه و درمان پذیرش و تعهد وجودنگر بر اساس پروتکل درمانی محمدی و همکاران (۱۴۰۱)، طی ده جلسه ارائه شد. داده‌های جمع‌آوری‌شده از این مطالعه در دو سطح توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شدند. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش به صورت اختیاری بود و به آزمودنی‌ها تعهد داده شد که اطلاعات و پاسخ‌های آنها کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و نیز توضیح داده شد که استفاده از اطلاعات به دست آمده صرفاً در راستای اهداف پژوهش است و اعضای پژوهش امکان خروج از مطالعه را در هر مرحله‌ای از پژوهش داشتند و پس از پایان مطالعه نیز، گروه کنترل در صورت تمایل، امکان استفاده از درمان‌ها را داشتند. همچنین، تأییدیه اخلاقی این مطالعه از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) با شناسه اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1403.072 اخذ شد. خلاصه محتوای جلسات دو درمان در **جدول‌های (۱) و (۲)** ارائه شده است.

جدول ۱: پروتکل بهزیستی‌درمانی فاوا (Fava, 2016)

Table 1: Fava Well-Being Therapy (Fava, 2016)

ردیف	محتوای جلسه
جلسه اول	آشنایی اعضا با یکدیگر، شرح قوانین گروه، دریافت اطلاعات مربوط به احساسات و پریشانی فعلی و قبلی و همچنین سابقه درمانی بیمار، ارائه اطلاعات درباره ساختار و محتوای بهزیستی‌درمانی، بنانهادن پایه‌های اتحاد درمانی، معرفی مفهوم خوددرمانی، ارائه اولین تکالیف (روزنگار بهزیستی).
جلسه دوم	بررسی هفته گذشته، مرور روزنگار بهزیستی و مشکلات مرتبط با تکمیل آن، معرفی مفهوم تجربه‌های بهینه، معرفی نظارت بر افکار و رفتارهایی که محل بهزیستی هستند، ارائه تکالیف برای جلسه آینده (روزنگار بهزیستی).
جلسه سوم	بررسی هفته گذشته، مرور روزنگار بهزیستی و مشکلات مربوط به تکمیل آن، شروع به درک اینکه کدام افکار یا رفتارها به مختل شدن نابهنگام بهزیستی منجر می‌شوند، معرفی ستون ناظر به جدول روزنگار بهزیستی، ادامه کار با تکالیف خانگی (روزنگار بهزیستی، ترغیب و برنامه‌ریزی فعالیت‌ها).
جلسه چهارم	بررسی فاصله بین جلسات، مرور روزنگار بهزیستی و مشکلات مربوط به تکمیل آن، شروع کار بازسازی شناختی افکار یا رفتارهایی که به مختل شدن نابهنگام بهزیستی منجر شده‌اند، از جمله نوشتن در ستون ناظر، معرفی یک یا دو بُعد روان‌شناختی بهزیستی.
جلسه پنجم	بررسی فاصله بین جلسات، مرور روزنگار بهزیستی و مشکلات مربوط به تکمیل آن، ادامه بازسازی شناختی افکار یا رفتارهایی که به مختل شدن نابهنگام بهزیستی منجر شده‌اند، معرفی سایر ابعاد روان‌شناختی بهزیستی و بحث درباره چگونگی تعدیل این ابعاد، ادامه کار با تکالیف خانگی (روزنگار بهزیستی، ترغیب و برنامه‌ریزی فعالیت‌ها، تکالیف درجه‌بندی‌شده).
جلسه ششم	بررسی وضعیت کلی بیمار، مرور روزنگار بهزیستی، مرور بازسازی شناختی و مقابله با افکارخودآیند در زندگی واقعی، معرفی یا بحث بیشتر درباره ابعاد ناکارآمد بهزیستی روان‌شناختی، ادامه کار با تکالیف خانگی (روزنگار بهزیستی، ترغیب و برنامه‌ریزی فعالیت‌ها، تکالیف درجه‌بندی‌شده).
جلسه هفتم	بررسی وضعیت کلی بیمار و احساسش نسبت به پایان درمان، مرور روزنگار بهزیستی، مرور بازسازی شناختی و مقابله با افکار خودآیند در زندگی واقعی، تقویت راهبردها برای بهبود بهزیستی روان‌شناختی، ادامه کار با تکالیف خانگی (روزنگار بهزیستی، مواجهه، برنامه‌ریزی فعالیت‌ها)، تقویت تمایل مراجع به تداوم کار (خوددرمانی) بعد از اتمام درمان.
جلسه هشتم	بررسی احساس بیمار نسبت به پایان درمان، مرور روزنگار بهزیستی، توجه به بهبودهایی که در حوزه‌های مختلف بهزیستی و در میزان پریشانی رخ داده است، گفت‌وگو درباره مشکلاتی که خوددرمانی با WBT را مختل می‌کنند، تأکید بر اهمیت ادامه به درمان بعد از پایان جلسات (خوددرمانی)، تأکید بر در دسترس بودن جلسات «تقویتی» در آینده، تعیین زمان پیگیری، قراردادن تجربه بهزیستی‌درمانی در تاریخچه درمان بیمار، اشاره به چشم‌انداز بالقوه سایر درمان‌ها.

جدول ۲: پروتکل درمان پذیرش و تعهد وجودنگر محمدی و همکاران (۱۴۰۱)

Table 2: The Existentialism Acceptance and Commitment Therapy Protocol by Mohammadi et al (2022)

ردیف	محتوای جلسه
جلسه اول	آشنایی شرکت‌کنندگان با یکدیگر و با درمانگر، آشنایی با ساختار مداخله، مشخص کردن نقش‌ها و مسئولیت‌های شرکت‌کنندگان و سپس آشنایی با مفهوم پوچی و بی‌معنایی و اهمیت جست‌وجو و یافتن معنا در زندگی با هدف آگاهی از اهمیت معنا و احساس پوچی در افسردگی، انجام شد. تمرین بررسی ارزش‌ها و باورهای خود به‌عنوان تکلیف ارائه شد.
جلسه دوم	شناسایی ارزش‌ها با مورد سؤال قرار دادن آنها و سپس استفاده از کارت ارزش‌ها و آشنایی با پاسخ‌های نصیحت‌گر و لزوم شناسایی پاسخ‌های مشاهده‌گر برای شناسایی ارزش‌های واقعی با هدف درک اهمیت و شناسایی آنها در حوزه‌های مختلف آموزش داده شد. تمرین شفاف‌سازی ارزش‌ها به عنوان تکلیف ارائه شد.
جلسه سوم	گفت‌وگو درباره معناجویی، آشنایی با مفاهیم آزادی، انتخاب و مسئولیت و کار بر روی انتخاب و مسئولیت با هدف زیستن بر اساس ارزش‌ها و شناسایی موارد انکار مسئولیت‌پذیری انجام شد. تمرین بررسی مسئولیت‌پذیری در گروه به عنوان تکلیف ارائه شد.
جلسه چهارم	آموزش مسئولیت‌پذیری و توان پاسخ‌گویی در مقابل مسئولیت به منظور مقابله با افسردگی، سپس شناسایی هدف‌ها و گام‌های الزام برای تحقق اهداف با هدف برداشتن گام‌های عملی و پذیرفتن مسئولیت کامل آن عمل انجام شد. تمرین شناسایی موانع روان‌شناختی پیش رو در هنگام اقدام عملی به عنوان تکلیف ارائه شد.
جلسه پنجم	درباره موانع رسیدن به اهداف از جمله نبودن در زمان حال، آمیختگی با افکار و اضطراب‌های وجودی از جمله اضطراب مرگ و تنهایی بحث شد. سپس، گفت‌وگو درباره درک هیجانات و کشف حکمت احساسات با هدف بودن در زمان حال آموزش داده شد. برای کمک به نوجوانان برای توسعه مهارت‌های مشاهده‌گر و ذهن‌آگاهی، تمرین AND (آگاهی، نام‌گذاری و توصیف) به عنوان تکلیف ارائه شد.
جلسه ششم	ادامه آموزش ذهن‌آگاهی و اهمیت بودن در زمان حال و سپس معرفی خود مفهومی‌شده، خود به عنوان آگاهی و خود به عنوان زمینه و اهمیت شناسایی خود مشاهده‌گر با هدف بودن در زمان حال و آگاهی از سه حس خود آموزش داده شد. تمرین برچسب‌زدن به افکار به عنوان تکلیف ارائه شد.
جلسه هفتم	آشنایی با مفهوم ذهن و آمیختگی و توضیح درباره گسلش از افکار انجام شد و همچنین، ماهیت شرطی فکر و هذیان کنترل با هدف جداسدن از افکار و گیرنفتادن در آنها و رسیدن به انعطاف‌پذیری روانی بیشتر آموزش داده شد. سپس، تمرین دلیل‌آوری برای بررسی چگونگی تأثیر آن بر خلق، اعتمادبه‌نفس و ... به عنوان تکلیف ارائه شد.
جلسه هشتم	ادامه آموزش گسلش از افکار و هیجانات و سپس آموزش رویارویی با اضطراب مرگ و اهمیت مواجهه با آن به عنوان یکی از نگرانی‌های وجودی انسان با هدف تسهیل پذیرش و مواجهه با اضطراب مرگ به عنوان پتانسیلی بالقوه برای رشد انجام شد. در آخر، با بیان اینکه با یادآوری مرگ به سمت مرتبه قدردانی از موهبت‌های بی‌شمار زندگی گام برمی‌داریم، تمرین شمردن نعمت‌های خود به شرکت‌کنندگان ارائه شد.
جلسه نهم	مفهوم پذیرش و اهمیت پذیرش هیجانات به جای سرکوب آنها در مسیر زندگی معنادار توضیح داده شد و جایگزینی پذیرش به جای کنترل و جنگ با احساسات با هدف گیرنفتادن در اجتناب تجربه‌ای و رهایی از کنترل افسردگی آموزش داده شد.
جلسه دهم	آشنایی و کاوش در انزوا و تنهایی، تشریح مفهوم تنهایی از دیدگاه وجودی، اهمیت پذیرش تنهایی به عنوان نگرانی انکارناپذیر وجودی انسان و سپس مواجهه با تنهایی از طریق مراقبه و گفت‌وگو درباره اهمیت ارتباط با دیگران با هدف پذیرش تنهایی و در نتیجه، توانایی برقراری روابط با دیگران در سطحی عمیق‌تر و صمیمی‌تر انجام شد.

یافته‌ها

در **جدول ۳**، میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری خودپنداره و مؤلفه‌های آن در سه گروه بهزیستی‌درمانی، درمان پذیرش و تعهد وجودنگر و کنترل ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، نمرات پس‌آزمون و پیگیری خودپنداره و مؤلفه‌های آن در نوجوانان مقیم مراکز شبه‌خانواده در پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است. به منظور بررسی معناداری این تفاوت و با توجه به اینکه سه بار هر آزمودنی در معرض این آزمون قرار گرفته است و به منظور کنترل اثر عامل زمان و گروه، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری استفاده شد. به منظور بررسی نرمال‌بودن داده‌ها، از آزمون شاپیرو ویلکز استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد داده‌ها نرمال هستند.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار خودپنداره و مؤلفه‌های آن به تفکیک گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

Table 3: Mean and Standard Deviation of Self-Concept and its Components by Group in the Pre-test, Post-test, and Follow-up Stages

متغیر	گروه	بهزیستی‌درمانی		درمان پذیرش و تعهد وجودنگر		کنترل	
		میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف
خودپنداره	پیش‌آزمون	۴۷/۲۶	۱۶/۶۰	۴۸/۸۰	۱۴/۶۷	۵۱/۹۳	۱۳/۷۲
	پس‌آزمون	۶۹/۴۰	۱۴/۰۶	۸۳/۸۶	۷/۸۶	۴۸/۹۳	۱۰/۷۴
	پیگیری	۵۸/۱۳	۷/۷۶	۶۷/۴۰	۵/۹۳	۴۶/۴۰	۷/۱۰
توانایی ذهنی	پیش‌آزمون	۹/۳۳	۳/۶۹	۸/۸۶	۳/۴۶	۱۰/۶۶	۳/۴۳
	پس‌آزمون	۱۴/۶۶	۴/۱۱	۱۶/۲۶	۳/۴۹	۹/۵۳	۲/۵۸
	پیگیری	۱۱/۲۶	۲/۱۵	۱۳/۹۳	۳/۹۳	۹/۷۳	۱/۸۳
توانایی شغلی	پیش‌آزمون	۷/۰۰	۲/۳۲	۸/۹۳	۳/۲۶	۸/۴۰	۲/۸۴
	پس‌آزمون	۱۱/۴۰	۲/۹۹	۱۱/۴۶	۲/۷۴	۷/۴۶	۲/۷۲
	پیگیری	۱۰/۰	۲/۵۳	۱۱/۲۶	۲/۰۱	۶/۶۰	۱/۸۰
جذابیت جسمانی	پیش‌آزمون	۹/۳۳	۳/۶۷	۹/۷۳	۲/۷۱	۱۰/۰	۲/۶۷
	پس‌آزمون	۱۳/۴۰	۳/۰۶	۱۷/۶۶	۳/۱۹	۹/۸۶	۲/۵۳
	پیگیری	۱۰/۸۶	۲/۴۱	۱۳/۸۰	۲/۷۸	۹/۲۰	۲/۰۰
مهارت‌های اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۱/۱۳	۴/۹۸	۱۱/۰۶	۴/۱۳	۱۲/۲۰	۳/۸۵
	پس‌آزمون	۱۶/۰۰	۳/۵۰	۲۰/۴۶	۲/۵۳	۱۱/۱۳	۲/۷۸
	پیگیری	۱۳/۸۰	۲/۶۵	۱۴/۵۳	۲/۶۱	۱۱/۰۰	۲/۵۹
مسائل اخلاقی	پیش‌آزمون	۱۰/۴۶	۳/۸۳	۱۰/۲۰	۳/۳۴	۱۰/۶۶	۳/۷۹
	پس‌آزمون	۱۳/۹۳	۳/۹۵	۱۸/۰۰	۲/۳۹	۱۰/۹۳	۳/۰۵
	پیگیری	۱۲/۲۰	۲/۴۵	۱۳/۸۶	۴/۶۱	۹/۸۶	۱/۷۶

نتایج آزمون باکس مربوط به شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس برای خودپنداره ($\text{Box's } M=21/609$ ، $p=0/081$ و $F=1/612$)، توانایی ذهنی ($\text{Box's } M=9/179$ ، $p=0/231$ و $F=1/351$)، توانایی شغلی ($\text{Box's } M=17/476$ ، $p=0/208$ و $F=1/304$)، جذابیت جسمانی ($\text{Box's } M=17/314$ ، $p=0/215$ و $F=1/292$)، مهارت‌های اجتماعی ($\text{Box's } M=12/026$ ، $p=0/549$ و $F=0/897$) و مسائل اخلاقی ($\text{Box's } M=8/171$ ، $p=0/243$ و $F=1/342$)، به دست آمد که بیانگر تأیید پیش‌فرض برابری کوواریانس‌ها در همه متغیرهاست؛ در نتیجه، پیش‌فرض همگن بودن ماتریس‌های واریانس-کوواریانس تأیید شده است. همچنین، نتایج آزمون لوین برای خودپنداره در پس‌آزمون ($F=7/64$ و $p=0/443$) و در پیگیری ($F=0/518$ و $p=0/600$)، توانایی ذهنی در پس‌آزمون ($F=1/115$ و $p=0/337$) و در پیگیری ($F=0/921$) و توانایی شغلی در پس‌آزمون ($F=0/108$ و $p=0/898$) و در پیگیری ($F=0/597$ و $p=0/555$)، جذابیت جسمانی در پس‌آزمون ($F=0/20$ و $p=0/980$) و در پیگیری ($F=0/521$ و $p=0/598$)، مهارت‌های اجتماعی در پس‌آزمون ($F=0/876$ و $p=0/424$) و در پیگیری ($F=0/240$ و $p=0/788$) و مسائل اخلاقی در پس‌آزمون ($F=1/422$ و $p=0/253$) و در پیگیری ($F=0/587$ و $p=0/560$) به دست آمد که نشان می‌دهد پیش‌فرض لوین مبنی بر برابری واریانس‌ها در گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در جامعه تأیید شده است. همچنین، نتایج آزمون ماچلی نشان داد کوواریانس متغیر وابسته توانایی ذهنی، توانایی شغلی، جذابیت جسمانی، مهارت‌های اجتماعی و مسائل اخلاقی در سه بار اندازه‌گیری با هم تفاوت معنادار ندارد ($p>0/05$) که نشان می‌دهد واریانس متغیر وابسته در سه بار اندازه‌گیری تفاوت معنادار ندارد ($p>0/05$) و پیش‌فرض برابری واریانس‌ها رعایت شده است؛ اما کوواریانس متغیر وابسته خودپنداره در سه بار اندازه‌گیری با هم تفاوت معنادار دارد ($p<0/05$) که نشان می‌دهد واریانس خودپنداره در سه بار اندازه‌گیری تفاوت معنادار دارد ($p<0/05$) و پیش‌فرض برابری واریانس‌ها رعایت نشده است؛ اما به خاطر اینکه حجم گروه‌ها مساوی است، رعایت این پیش‌فرض ضرورت چندانی ندارد؛ ضمن اینکه از آنجا که فرض کرویت در آزمون ماچلی تأیید نشد، آماره گرینهاوس-گیسر^۱ ملاک بررسی یافته‌های مربوط به آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری برای این متغیر قرار گرفته است.

باتوجه به مندرجات **جدول ۴**، در متغیر خودپنداره و همه مؤلفه‌های آن شامل توانایی ذهنی، توانایی شغلی، جذابیت جسمانی، مهارت‌های اجتماعی و مسائل اخلاقی، اثر اصلی عامل زمان از لحاظ آماری معنادار است ($p<0/001$). همچنین، در متغیر خودپنداره و همه مؤلفه‌های آن، اثر تعاملی عامل زمان و عضویت گروهی (شرایط پژوهشی) معنادار به دست آمده است ($p<0/001$)؛ یعنی گروه‌های مداخله بهزیستی‌درمانی و درمان پذیرش و تعهد وجودنگر نسبت به گروه کنترل، از نظر خودپنداره ($\eta^2=0/477$ ، $p=0/001$ و $F=19/167$)، توانایی ذهنی ($\eta^2=0/292$ ، $p=0/001$ و $F=8/656$)، توانایی شغلی ($\eta^2=0/240$ ، $p=0/001$ و $F=6/645$)، جذابیت جسمانی ($\eta^2=0/348$ ، $p=0/001$ و $F=11/206$)، مهارت‌های اجتماعی ($\eta^2=0/375$ ، $p=0/001$ و $F=12/578$) و مسائل اخلاقی ($\eta^2=0/268$ ، $p=0/001$ و $F=7/681$) از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری، تفاوتی معنادار را نشان می‌دهند. توان آماری برای متغیر خودپنداره و مؤلفه‌های آن ۱ یا نزدیک به ۱ است که نشان‌دهنده حجم نمونه مناسب برای یک چنین نتیجه‌گیری است. به ترتیب، بیشترین میزان تغییر بر اساس مجذور اتا مربوط به خودپنداره ($0/477$)، جذابیت جسمانی ($0/348$)، مهارت‌های اجتماعی ($0/375$)، توانایی ذهنی ($0/292$)، مسائل اخلاقی

¹ Greenhouse-Geisser

(۰/۲۶۸) و توانایی شغلی (۰/۲۴۰) است که نشان می‌دهد به ترتیب ۴۷/۷، ۳۴/۸، ۳۷/۵، ۲۹/۲، ۲۶/۸ و ۲۴ درصد از واریانس‌های خودپنداره، جذابیت جسمانی، مهارت‌های اجتماعی، توانایی ذهنی، مسائل اخلاقی و توانایی شغلی آزمودنی‌ها مربوط به مداخله‌های بهزیستی‌درمانی و درمان تعهد و پذیرش وجودنگر بوده است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت مداخلات بهزیستی‌درمانی و درمان پذیرش و تعهد وجودنگر موجب افزایش معنادار خودپنداره و تمامی مؤلفه‌های آن شامل توانایی ذهنی، توانایی شغلی، جذابیت جسمانی، مهارت‌های اجتماعی و مسائل اخلاقی در نوجوانان مقیم مراکز شبه‌خانواده شده‌اند.

جدول ۴: آزمون تحلیل تأثیرات درون‌گروهی برای متغیر خودپنداره و مؤلفه‌های آن

Table 4: Intragroup Effects Analysis Test for Self Concept Variable and its Components

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معناداری	توان آزمون	ضریب اتا
خودپنداره	زمان	۷۳۷۷/۵۲۶	۱/۶۲۳	۴۵۴۵/۶۷۴	۴۹/۰۹۰	۰/۰۰۱	۰/۵۳۹	۱/۰۰۰
	زمان*گروه	۵۷۶۱/۰۹۶	۳/۲۴۶	۱۷۷۴/۸۵۴	۱۹/۱۶۷	۰/۰۰۱	۰/۴۷۷	۱/۰۰۰
	خطا	۶۳۱۲/۰۴۴	۶۸/۱۶۵	۹۲/۵۹۹	-	-	-	-
توانایی ذهنی	زمان	۳۳۶/۶۳۷	۲	۱۶۸/۳۱۹	۱۸/۰۷۴	۰/۰۰۱	۰/۳۰۱	۱/۰۰۰
	زمان*گروه	۳۲۲/۴۳۰	۴	۸۰/۶۰۷	۸/۶۵۶	۰/۰۰۱	۰/۲۹۲	۰/۹۹۹
	خطا	۷۸۲/۲۶۷	۸۴	۹/۳۱۳	-	-	-	-
توانایی شغلی	زمان	۹۰/۹۴۸	۲	۴۵/۴۷۴	۸/۳۶۶	۰/۰۰۱	۰/۱۶۶	۰/۹۵۸
	زمان*گروه	۱۴۴/۴۷۴	۴	۳۶/۱۱۹	۶/۶۴۵	۰/۰۰۱	۰/۲۴۰	۰/۹۹۰
	خطا	۴۵۶/۵۷۸	۸۴	۵/۴۳۵	-	-	-	-
جذابیت جسمانی	زمان	۳۵۶/۳۲۶	۲	۱۷۸/۱۶۳	۳۲/۲۲۰	۰/۰۰۱	۰/۴۳۴	۱/۰۰۰
	زمان*گروه	۲۴۷/۸۵۲	۴	۶۱/۹۶۳	۱۱/۲۰۶	۰/۰۰۱	۰/۳۴۸	۱/۰۰۰
	خطا	۴۶۴/۴۸۹	۸۴	۵/۵۳۰	-	-	-	-
مهارت‌های اجتماعی	زمان	۴۴/۸۵۹	۲	۲۲/۴۳۰	۲۶/۳۸۰	۰/۰۰۱	۰/۳۸۶	۱/۰۰۰
	زمان*گروه	۴۲۴/۲۰۷	۴	۱۰۶/۰۵۲	۱۲/۵۷۸	۰/۰۰۱	۰/۳۷۵	۱/۰۰۰
	خطا	۷۰۸/۲۶۷	۸۴	۸/۴۳۲	-	-	-	-
مسائل اخلاقی	زمان	۳۳۷/۰۸۱	۲	۱۶۸/۵۴۱	۲۳/۶۳۱	۰/۰۰۱	۰/۳۶۰	۱/۰۰۰
	زمان*گروه	۲۱۹/۱۴۱	۴	۵۴/۷۸۵	۷/۶۸۱	۰/۰۰۱	۰/۲۶۸	۰/۹۹۶
	خطا	۵۹۹/۱۱۱	۸۴	۷/۱۳۲	-	-	-	-

بر اساس نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در **جدول ۵**، میانگین نمرات خودپنداره و تمامی مؤلفه‌های آن بین مراحل پیش‌آزمون- پس‌آزمون تفاوتی معنادار نشان داد ($p < ۰/۰۰۱$). حد بالا و پایین نمرات پس‌آزمون در تمام متغیرها به طرزی معنادار بالاتر از پیش‌آزمون بود که بیانگر اثربخشی اولیه مداخلات است. در مرحله پیگیری نیز تفاوتی معنادار بین پیش‌آزمون و پیگیری مشاهده شد ($p < ۰/۰۵$) که نشان می‌دهد تأثیرات درمانی تا زمان پیگیری حفظ شده است.

اگرچه در برخی از مؤلفه‌ها مانند توانایی شغلی و مسائل اخلاقی اندکی کاهش در مرحله پیگیری نسبت به پس‌آزمون دیده شد، میانگین نمرات همچنان بالاتر از پیش‌آزمون باقی ماند. این نتایج حاکی از پایداری نسبی اثر مداخلات در ارتقای خودپنداره و مؤلفه‌های مرتبط با آن است.

جدول ۵: آزمون تعقیبی بونفرونی خودپنداره و مؤلفه‌های آن در سه مرحله اندازه‌گیری

Table 5: Bonferroni Post-hoc Test of of Self-Concept and its Components in Three Measurement Stages

متغیر وابسته	مرحله	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری	حد پایین	حد بالا
خودپنداره	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۱۸/۰۶۷	۱/۷۸۸	۰/۰۰۱	-۲۲/۵۲۶	-۱۳/۶۰۸
	پیش‌آزمون-پیگیری	-۲/۹۷۸	۲/۱۹۱	۰/۰۰۲	-۱۳/۴۴۱	-۲/۵۱۵
	پس‌آزمون-پیگیری	۱۰/۰۸۹	۱/۴۲۲	۰/۰۰۱	۶/۵۴۳	۱۳/۶۳۵
توانایی ذهنی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۳/۸۶۷	۰/۶۱۳	۰/۰۰۱	-۵/۳۹۶	-۲/۳۳۸
	پیش‌آزمون-پیگیری	-۲/۰۲۲	۰/۶۸۴	۰/۰۱۵	-۳/۷۲۸	-۰/۳۱۶
	پس‌آزمون-پیگیری	۱/۸۴۴	۰/۶۳۱	۰/۰۱۷	۰/۲۷۲	۳/۴۱۷
توانایی شغلی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۲/۰۰۰	۰/۴۷۸	۰/۰۰۱	-۳/۱۹۳	-۰/۸۰۷
	پیش‌آزمون-پیگیری	-۱/۱۷۸	۰/۴۸۷	۰/۰۶۰	-۲/۳۹۱	۰/۰۳۶
	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۸۲۲	۰/۵۰۹	۰/۳۴۱	-۰/۴۴۷	۲/۰۹۲
جذابیت جسمانی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۳/۹۵۶	۰/۴۳۵	۰/۰۰۱	-۵/۰۴۰	-۲/۸۷۱
	پیش‌آزمون-پیگیری	-۱/۶۰۰	۰/۵۴۹	۰/۰۱۷	-۲/۹۶۸	-۰/۲۳۲
	پس‌آزمون-پیگیری	-۲/۳۵۶	۰/۴۹۷	۰/۰۰۱	۱/۱۱۶	۳/۵۹۵
مهارت‌های اجتماعی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۴/۴۰۰	۰/۶۴۹	۰/۰۰۱	-۶/۰۱۹	-۲/۷۸۱
	پیش‌آزمون-پیگیری	-۱/۶۴۴	۰/۶۵۰	۰/۰۴۶	-۳/۲۶۶	-۰/۰۲۳
	پس‌آزمون-پیگیری	۲/۷۵۶	۰/۵۲۹	۰/۰۰۱	۱/۴۳۶	۴/۰۷۵
مسائل اخلاقی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۳/۸۴۴	۰/۵۰۱	۰/۰۰۱	-۵/۰۹۵	-۲/۵۹۴
	پیش‌آزمون-پیگیری	-۱/۵۳۳	۰/۶۲۸	۰/۰۵۷	-۳/۰۹۹	۰/۰۳۲
	پس‌آزمون-پیگیری	۲/۳۱۱	۰/۵۵۳	۰/۰۰۱	۰/۹۳۳	۳/۶۹۰

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه‌های دویه‌دو بین گروه‌ها در جدول ۶ نشان داد بین گروه‌های درمانی و گروه کنترل در متغیر خودپنداره کلی و هم مؤلفه‌های آن تفاوتی معنادار وجود دارد ($p < ۰/۰۵$). همچنین، میانگین نمرات گروه پذیرش و تعهد وجودنگر در خودپنداره کلی، جذابیت جسمانی، توانایی شغلی و مسائل اخلاقی به طرز معنادار بالاتر از گروه بهزیستی درمانی و کنترل بود ($p < ۰/۰۰۱$). فقط در مؤلفه‌های توانایی ذهنی و مهارت‌های اجتماعی تفاوت بین دو گروه درمانی معنادار نبود و هر دو روش اثربخشی مشابهی نشان دادند. این نتایج بیانگر آن است که هر دو مداخله در افزایش خودپنداره و ابعاد آن نسبت به گروه کنترل مؤثر بوده‌اند، اما درمان پذیرش و تعهد وجودنگر در مقایسه با

بهزیستی درمانی، تأثیری قوی‌تر و گسترده‌تر بر بهبود ابعاد مختلف خودپنداره نوجوانان مقیم مراکز شبه‌خانواده داشته است. جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه دویه‌های پژوهش خودپنداره و مؤلفه‌های آن

Table 6: Results of Bonferroni Post- hoc Test for Two-to-Two Comparison of Self Concept and its Components Research Groups

متغیر	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری	حد پایین	حد بالا
خودپنداره	بهزیستی درمانی	پذیرش و تعهد وجودنگر	-۸/۴۲۲	۳/۳۳۲	۰/۰۴۶	-۱۶/۷۳	-۰/۱۱۲۶
	بهزیستی درمانی	گروه کنترل	۹/۱۷۷	۳/۳۳۲	۰/۰۲۶	۰/۸۶۸۲	۱۷/۴۸۷
	پذیرش و تعهد وجودنگر	گروه کنترل	۱۷/۶۰۰	۳/۳۳	۰/۰۰۱	۹/۲۹	۲۵/۹۰۹
توانایی ذهنی	بهزیستی درمانی	پذیرش و تعهد وجودنگر	-۱/۲۶۶	۰/۷۷۸	۰/۳۳۴	-۳/۲۰۸	۰/۶۷۵
	بهزیستی درمانی	گروه کنترل	۱/۷۷۸	۰/۷۷۸	۰/۰۴۳	۰/۸۴۶	۱۶/۱۲۸
	پذیرش و تعهد وجودنگر	گروه کنترل	۳/۰۴۴	۰/۷۷۸	۰/۰۰۱	۱/۱۰۲	۴/۹۸
توانایی شغلی	بهزیستی درمانی	پذیرش و تعهد وجودنگر	-۱/۰۸۹	۰/۶۵۸	۰/۳۱۷	-۲/۲۷۳۱	۰/۵۵۳
	بهزیستی درمانی	گروه کنترل	۱/۹۷۸	۰/۶۵۸	۰/۰۱۳	۰/۳۳۶	۳/۶۱۶
	پذیرش و تعهد وجودنگر	گروه کنترل	۳/۰۶۷	۰/۶۵۸	۰/۰۰۱	۱/۴۲۵	۴/۷۰۸
جذابیت جسمانی	بهزیستی درمانی	پذیرش و تعهد وجودنگر	-۲/۵۳۳۳	۰/۷۵۵۲۱	۰/۰۰۵	-۴/۴۱۶	-۰/۶۵۰۱
	بهزیستی درمانی	گروه کنترل	۱/۵۱۱۱	۰/۷۵۵۲	۰/۰۴۶	۰/۳۷۲۱	۳/۳۹۴
	پذیرش و تعهد وجودنگر	گروه کنترل	۴/۰۴۴	۰/۷۵۵	۰/۰۰۱	۲/۱۶۱	۵/۹۲۷
مهارت‌های اجتماعی	بهزیستی درمانی	پذیرش و تعهد وجودنگر	-۱/۷۱۱	۰/۸۸۶	۰/۱۸۱	-۳/۹۲۱	۰/۴۹۹
	بهزیستی درمانی	گروه کنترل	۲/۲۰	۰/۸۸۶	۰/۰۴۹	۰/۰۱۰۳	۴/۴۱۰
	پذیرش و تعهد وجودنگر	گروه کنترل	۳/۹۱۱	۰/۸۸۶	۰/۰۰۱	۱/۷۰۰	۶/۱۲۱
مسائل اخلاقی	بهزیستی درمانی	پذیرش و تعهد وجودنگر	-۱/۸۲۲	۰/۹۳۲	۰/۱۷۱	-۴/۱۴۵	۰/۵۰۱
	بهزیستی درمانی	گروه کنترل	۳/۷۱۱	۰/۹۳۲	۰/۰۲۰	۰/۶۱۲	۴/۰۳۴
	پذیرش و تعهد وجودنگر	گروه کنترل	۳/۵۳۳	۰/۹۳۲	۰/۰۰۱	۱/۲۱۰	۵/۸۵۶

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی «بهزیستی درمانی» و «درمان پذیرش و تعهد وجودنگر» بر خودپنداره نوجوانان مراکز شبه‌خانواده بود. یافته‌ها حاکی از آن بود که روش‌های درمانی بهزیستی درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وجودنگر به طور کلی بر خودپنداره نوجوانان مقیم مراکز شبه‌خانواده مؤثر بوده‌اند. همچنین، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد درمان پذیرش و تعهد وجودنگر بر خودپنداره کلی، جذابیت جسمانی، توانایی شغلی و مسائل اخلاقی تأثیر بیشتری نسبت به بهزیستی درمانی داشته است و فقط در مؤلفه‌های توانایی ذهنی و مهارت‌های اجتماعی تفاوت بین دو گروه درمانی پذیرش و تعهد وجودنگر و بهزیستی درمانی معنادار نبود و هر دو روش اثربخشی مشابهی نشان دادند.

یافته‌ها با پژوهش‌های فاوا (Fava, 2016)، فاوا و گودی (Fava & Guidi, 2021) و یالوم (Yalom, 2001) هم‌سو است که نشان می‌دهد بهزیستی درمانی و درمان پذیرش و تعهد وجودنگر می‌توانند از طریق تقویت ادراکات مثبت، پذیرش

هیجانان و افزایش انعطاف‌پذیری روانی، خودپنداره را ارتقا دهند. یافته‌های باکادروا و رافیلدر نیز تأکید می‌کند خودپنداره تحت تأثیر تعاملات اجتماعی، تجربه‌های اولیه و بازخورد دیگران شکل می‌گیرد (Bakadorova & Raufelder, 2017). با این حال، محدودیت اثرگذاری بر مؤلفه‌های مهارت‌های اجتماعی و توانایی شغلی با برخی از پژوهش‌ها مانند لیوی و همکاران که بر اهمیت تجربیات عملی و اجتماعی برای تکامل کامل خودپنداره تأکید دارند (Levey et al., 2019)، ناهم‌سو است.

نتایج پژوهش نشان می‌دهد روش بهزیستی‌درمانی، با تمرکز بر بالفعل‌شدن توان بالقوه فرد و فرایند ادراک خود، توانسته است خودپنداره نوجوانان را بهبود بخشد (ظریف گلباریزی و همکاران، ۱۳۹۱). در واقع، بهزیستی‌درمانی، از طریق افزایش هیجان‌ها و ویژگی‌های مثبت، شادکامی و ویژگی‌های اخلاقی، به کاهش آسیب‌های روانی کمک می‌کند. از آنجا که خودپنداره در نوجوانان به ویژه در شرایط بی‌سرپرستی یا بدسرپرستی نیازمند ترمیم آسیب‌های روانی و بازسازی هویت است، درمان‌های بلندمدت و هدفمند همچون بهزیستی‌درمانی ممکن است اثرگذار باشند (Fava & Guidi, 2021).

در بهزیستی‌درمانی، جلسات اولیه بر ایجاد اتحاد درمانی، آشنایی با مفاهیم بهزیستی و ثبت روزنگار تمرکز داشت (Fava, 2016). این فرایند به نوجوانان کمک کرد تا تجربه‌های بهینه زندگی خود را شناسایی کنند و افکار و رفتارهایی را زیر نظر بگیرند که بهزیستی آنان را مختل می‌کنند. جلسات بعد نیز بر بازسازی شناختی افکار مخمل و تمرین ابعاد مختلف روان‌شناختی بهزیستی تمرکز داشت و موجب تقویت انسجام میان ادراکات فرد، ارزش‌ها، احساسات خودآگاه و ناخودآگاه شد. این روند توضیح می‌دهد چرا مؤلفه‌های اخلاقی، توانایی ذهنی و جذابیت جسمانی نوجوانان تحت تأثیر بهزیستی‌درمانی بهبود یافته‌اند (Motevalli et al. 2020). با این حال، اثرگذاری بهزیستی‌درمانی بر مهارت‌های اجتماعی و توانایی شغلی محدود بود. این محدودیت ناشی از فقدان تجربیات حمایتی اولیه و تعاملات اجتماعی کافی در نوجوانان است، زیرا پایه‌های شکل‌گیری اعتمادبه‌نفس، مهارت‌های اجتماعی و تجربه موفقیت شغلی در محیط‌های واقعی از طریق تعاملات اولیه با مراقبین و والدین فراهم می‌شود (صدقی و همکاران، ۱۴۰۱). بنابراین، بهزیستی‌درمانی به‌تنهایی ممکن است برای پرورش تمام ابعاد خودپنداره کافی نباشد و نیازمند مداخلات تکمیلی با محوریت تعامل اجتماعی و مهارت‌آموزی باشد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وجودنگر، با آموزش پذیرش روانی و ذهنی افکار و احساسات منفی و تمرکز بر خود مشاهده‌گر و ارزش‌های فردی، به نوجوانان کمک می‌کند تا خودپنداره کلی خود را تقویت کنند (Yalom, 2001). این روش، ضمن توجه به تجربیات اضطرابی و چالش‌های زندگی به عنوان بخش طبیعی وجود بشر (Prochaska & Norcross, 2001)، توانسته است در نوجوانان مقیم مراکز شبه‌خانواده توانایی‌های ذهنی و تشخیص مسائل اخلاقی را بهبود بخشد، اما تأثیر کمتری بر مهارت‌های اجتماعی، توانایی‌های شغلی و جنبه‌های فیزیکی خودپنداره داشته است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وجودنگر بر پذیرش هیجانان و افکار منفی، تقویت خود مشاهده‌گر و معنابخشی به زندگی تمرکز دارد. جلسات این درمان شامل شناسایی ارزش‌ها، تمرین‌های ذهن‌آگاهی، مواجهه با اضطراب مرگ و پذیرش تنهایی بود و نوجوانان را تشویق می‌کرد تا مسئولیت انتخاب‌های خود را بپذیرند (محمدی و همکاران، ۱۴۰۱). این فرایند به تقویت توانایی‌های ذهنی و تشخیص مسائل اخلاقی و درک عمیق‌تر نوجوانان از خود و ارزش‌های شخصی کمک کرد.

خودپنداره از طریق تجربیات فردی و تفسیر دیگران شکل می‌گیرد و تمرین‌های درمان پذیرش و تعهد وجودنگر می‌توانند این فرایند را از طریق تقویت آگاهی و پذیرش درونی تسهیل کنند (Bakadorova & Raufelder, 2017). با این حال، درمان پذیرش و تعهد وجودنگر نیز در بهبود مهارت‌های اجتماعی، توانایی‌های شغلی و جنبه‌های جسمانی خودپنداره محدودیت داشت که مشابه محدودیت بهزیستی‌درمانی، تأکید می‌کند نوجوانان محروم از مراقبت‌های اولیه و تجربه‌های اجتماعی کافی برای توسعه کامل خودپنداره نیازمند مداخلات طولانی‌مدت و ترکیبی هستند (Levey et al., 2019). بنابراین، ترکیب این دو روش درمانی می‌تواند مزایای هر دو رویکرد را فراهم آورد؛ بهزیستی‌درمانی موجب تقویت ادراکات مثبت و روان‌شناختی، جذابیت جسمانی و ارزش‌های اخلاقی می‌شود، در حالی که درمان پذیرش و تعهد وجودنگر توانایی ذهنی، انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش هیجانات و معنابخشی به زندگی را ارتقا می‌دهد. علاوه بر این، توجه به محیط‌های حمایتی، تعاملات گروهی و فعالیت‌های عملی می‌تواند محدودیت‌های موجود در مهارت‌های اجتماعی و توانایی‌های شغلی را جبران کند. از این رو، یافته‌های پژوهش حاضر تأکید می‌کند برنامه‌های درمانی جامع برای نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست باید شامل ترکیبی از تمرین‌های شناختی، روان‌شناختی، ذهن‌آگاهی و فعالیت‌های اجتماعی عملی باشند تا خودپنداره به شکل کامل و همه‌جانبه توسعه یابد.

این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود. نخست، محدودیت تعداد نمونه ناشی از سخت‌گیری‌های سازمان بهزیستی برای ورود افراد به مراکز شبه‌خانواده و حفظ روال عادی زندگی نوجوانان بود؛ بنابراین، تعمیم نتایج به جمعیت وسیع‌تر نیازمند احتیاط است. دوم، جامعه آماری پژوهش محدود به نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ سال بی‌سرپرست و بدسرپرست مقیم مراکز شبه‌خانواده بود؛ از این رو، تعمیم یافته‌ها به سایر گروه‌های سنی یا افراد فرزندخوانده باید با ملاحظه انجام شود. با توجه به نتایج مطالعه و تأثیر مثبت درمان‌ها بر خودپنداره، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، مداخلات ترکیبی بهزیستی‌درمانی و درمان پذیرش و تعهد وجودنگر برای تقویت همه‌جانبه مؤلفه‌های خودپنداره شامل توانایی ذهنی، مهارت‌های اجتماعی، جذابیت جسمانی، توانایی شغلی و گرایش‌های اخلاقی بررسی شوند و مدت‌زمان درمان طولانی‌تر و تعداد جلسات بیشتر باشد تا اثرات پایدارتر بر خودپنداره شکل گیرد و پیگیری‌های طولانی‌مدت برای ارزیابی ماندگاری اثرات درمان انجام شود. در طراحی برنامه‌های آینده نیز تمرکز ویژه بر مؤلفه‌های مهارت‌های اجتماعی و توانایی‌های شغلی نوجوانان برای جبران محدودیت‌های مشاهده‌شده ضروری است. از سوی دیگر، به صورت کاربردی توصیه می‌شود برنامه‌های آموزشی و روان‌درمانی در مراکز شبه‌خانواده با تمرکز بر بهبود خودپنداره نوجوانان، شامل تمرین‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش هیجانات، بازسازی شناختی و فعالیت‌های گروهی عملی برگزار شود، آموزش و پشتیبانی تخصصی به مراقبان شامل نحوه شکل‌دهی خودپنداره، ایجاد اعتماد و امنیت و تقویت مهارت‌های ارتباطی مؤثر با نوجوانان داده شود، برنامه‌های پیگیری و مشاوره روان‌شناختی مداوم برای تثبیت تغییرات مثبت خودپنداره طراحی شوند و راهنمای عملی برای مراکز شبه‌خانواده در زمینه بهبود محیط حمایتی، ارتقای تعاملات مثبت و فراهم کردن فرصت‌های واقعی برای تجربه موفقیت و اعتمادبه‌نفس نوجوانان تدوین شود.

جلیلیان کاسب، ف.، حجت خواه، م.، و رشیدی، ع. (۱۳۹۵). بررسی نقش میانجی‌گری سرسختی روان‌شناختی در رابطه بین جهت‌گیری مذهبی، خودکارآمدی و خودپنداره با گرایش به اعتیاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۱۰(۴)،

۱۶۹-۱۶۶. <http://etiadjpajohi.ir/article-1-1112-fa.html>

رضایی، ا.، ملک پور، م.، و عریضی، ح. (۱۳۸۸). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر میزان استرس و شیوه‌های مقابله با استرس نوجوانان مراکز شبه‌خانواده. *دوماهنامه علمی-پژوهشی دانشگاه شاهد*، ۱۶، ۲۱-۲۸.

<https://www.magiran.com/paper/788772>

صدقی، پ.، شمالی اسکویی، آ.، و مجتبابی، م. (۱۴۰۱). پیش‌بینی خودپنداره دختران نوجوانان بر اساس الگوهای ارتباط والد-فرزند و خودشناسی انسجامی والدین آنها. *نشریه مدیریت ارتقای سلامت*، ۱۱(۵)، ۵۵-۶۵.

<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.22034/JHPM.11.5.51>

صنعت نگار، س.، حسن‌آبادی، ح.، و اصغری نکاح، م. (۱۳۹۱). اثربخشی قصه‌درمانی گروهی بر کاهش ناامیدی و تنهایی کودکان دختر مراکز شبه‌خانواده. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۶(۴)، ۷-۲۳.

<https://sid.ir/paper/151751/en>

ظریف گلباریزی، ه.، آقامحمدیان شهرباف، ح.، موسوی فر، ن.، و معینی زاده، م. (۱۳۹۱). اثربخشی درمانی بهزیستی بر استرس و بهزیستی روان‌شناختی زنان بارور. *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*، ۱۵(۲)، ۴۹-۵۶.

https://ijogi.mums.ac.ir/article_5744_en.html

عرشی، م.، صیاد، م.، و فرمانی، ع. (۱۳۹۳). بررسی مقایسه‌ای هوش هیجانی بین دختران نوجوان در خانواده و در مراکز شبه‌خانواده شهر تهران. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۳(۳)، ۳۹-۴۷.

<http://socialworkmag.ir/article-1-41-fa.html>

قیاسی پیرزمان، م.، عزیزی، م.، و دمهری، ف. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر اضطراب و احساس تنهایی کودکان بی‌سرپرست و بد سرپرست. *مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، ۶(۹)، ۶۷-۷۷.

<http://ijndibs.com/article-1-568-fa.html>

محمدی، ز.، آتش‌پور، ح.، و گل‌پرور، م. (۱۴۰۱). مقایسه تأثیر درمان گروهی پذیرش و تعهد وجودنگر و درمان شفقت‌محور بر سرمایه عاطفی دختران نوجوان افسرده. *نشریه روان پرستاری*، ۱۰(۳)، ۶۷-۷۷.

<https://sid.ir/paper/1126044/fa>

محمدی، م.، عدلیان راسی، ح.، و مولا، ع. (۱۴۰۱). بهزیستی روانی-اجتماعی کودکان در مراکز نگهداری. *مجله تحقیقات مددکاری اجتماعی*، ۹(۳۳)، ۲۰۱-۲۳۸.

<https://doi.org/10.22054/rjsw.2022.69144.609>

نبوی، ج. (۱۳۷۳). *شناسایی و مقایسه ابعاد خودپنداره در بیماران سرپایی افسرده و مضطرب در تهران* [پایان‌نامه منتشر نشده کارشناسی ارشد]. دانشگاه تربیت معلم.

References

- Arshi, M., Sayad, M., & Farmani, O. (2014). A comparative study of emotional intelligence among adolescent girls in the family and in the foster care institution in Tehran. *Quarterly Journal of Social Work*, 3(3), 39-47. <http://socialworkmag.ir/article-1-41-fa.html> [In Persian]
- Bakadorova, O., & Raufelder, D. (2017). The interplay of students' school engagement, school self-concept and motivational relations during adolescence. *Frontiers in Psychology*, 8, 2171. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02171>
- Beck, A. T., Steer, R. A., Epstein, N., & Brown, G. (1990). Beck self-concept test. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(2), 191. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.2.2.191>
- Blakeslee, J. E., Kothari, B. H., & Miller, R. A. (2023). Intervention development to improve foster youth mental health by targeting coping self-efficacy and help-seeking. *Child Youth Serv Rev*, 144, 106753. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106753>
- Branje, S., de Moor, E. L., Spitzer, J. & Becht, A. I. (2021). Dynamics of identity development in adolescence: A decade in review. *Journal of Research on Adolescence*, 31(4), 908-927. <https://doi.org/10.1111/jora.12678>
- Burkitt, W. T. (2024). Perfectionism and self-esteem: The mediating role of basic psychological needs. *Psychological Reports*. <https://doi.org/10.1177/00332941241303402>
- Carvalho, J. M. S., Bártolo, A., & Araújo, A. M. (2025). Context quality and social-emotional competencies for children and youth in residential care – A scoping review. *Children and Youth Services Review*, 177, 108480. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2025.108480>
- Dunkel, S., Rueth, J.-E., Wiemann, A.-K., Werner, A., Konrad, K., & Lohaus, R. (2026). The role of contextual factors for psychosocial adjustment and well-being of adolescents in out-of-home care in Germany. *Journal of Child and Family Studies*, 35, 1038–1052. <https://doi.org/10.1007/s10826-026-03275-4>
- Fatahi, M., Vaisi, A., & Moradi, O. (2025). Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and mindfulness-based cognitive therapy on the components of family resilience. *International Journal of Body, Mind and Culture*, 12, 227–234. <https://doi.org/10.61838/ijbmc.v12i3.907>
- Fava, G. A. (2016). Well-being Therapy: Current Indications and Emerging Perspectives. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(3), 136-145. <https://doi.org/10.1159/000444114>
- Fava, G. A., & Guidi, J. (2021). The pursuit of euthymia and well-being: A psychotherapeutic framework. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 90(4), 199–207. <https://doi.org/10.1159/000511484>
- Frankl, V. E. (2014). *Man's search for meaning* (Reissue ed.). Beacon Press.
- Ghiassi Pirzaman, M., Azizi, M., & Demehri, F. (2022). The Effectiveness of Attachment-Based Therapy on Anxiety and Loneliness in Orphaned and Poorly Headed Children. *Journal of New Advances in Behavioral Sciences*, 6(9), 67-77. <http://ijndibs.com/article-1-568-fa.html> [In Persian]

- Harris, R. (2019). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy* (2nd ed.). New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180–198. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>
- JalileanKaseb, F., Rashidi, A., & HojatKhah, M. (2017). The role of religious orientation, self-concept and self-efficacy in predicting tendency to addiction with mediation by psychological hardiness in male students. *Etiadpajohi*, 10(4), 145-160. <http://etiadpajohi.ir/article-1-1112-fa.html> [In Persian]
- Kaplan, H. I., & Sadock, V. A. (2015). *Kaplan & Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry* (5th ed., pp. 505-523). United States.
- Levey, A., Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2019). The role of self-concept clarity in adaptive functioning and resilience. *Personality and Individual Differences*, 139, 200–208. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.11.007>
- Maneiro, L., Llerena, N., & López-Romero, L. (2023). Adverse childhood experiences and residential care environment: The mediating role of trauma-related symptoms and psychological maladjustment in adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 146, 106528. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106528>
- Mohammadi, M., Adlian-Rasi, H. & Mola, A. (2022). Psychosocial well-being of children in care centers. *Journal of Social Work Research*, 9(33), 1-39. <https://doi.org/10.22054/rjsw.2022.69144.609> [In Persian]
- Mohammadi, Z., Atashpour, S. H., & Golparvar, M. (2022). A comparison of the effect of existentialism acceptance and commitment group therapy and compassion-focused therapy on affective capital of depressed adolescent girls. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 10(3), 65-77. <https://sid.ir/paper/1126044/en> [In Persian]
- Motevalli, S., Sahandri, M., Hamzah, G., & Garmjani, M. (2020). A new cognitive restructuring and critical thinking intervention on test anxiety. *International Research Journal of Education and Sciences*, 4(1). <https://B2n.ir/br5579>
- Nabavi, J. (1994). *Identifying and comparing the dimensions of self-concept in depressed and distressed outpatients in Tehran* [Unpublished MA thesis]. Tarbiat Moalem University. [In Persian]
- Nissling, L., Weineland, S., Vernmark, K., Radvogin, E., Engström, A.-K., Schmidt, S., ..., & Hursti, T. (2023). Effectiveness of and processes related to internet-delivered acceptance and commitment therapy for adolescents with anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 26(2), 681. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2023.681>
- Olstad, K., Sørensen, T., Lien, L., & Danbolt, L. J. (2024). Meaning in life in adolescents with developmental trauma: A qualitative study. *Journal of Health Psychology*, 46(1). <https://doi.org/10.1177/00846724221150027>
- Pfeifer, J.-H., & Berkman, E.-T. (2018). The development of self and identity in adolescence: Neural evidence and implications for a value-based choice perspective on motivated behavior. *Child Dev Perspect*, 12(3), 158-164. <https://doi.org/10.1111/cdep.12279>

- Pol, S. M., de Jong, A., Trompetter, H., Bohlmeijer, E. T., & Chakhssi, F. (2024). Effectiveness of compassion-focused therapy for self-criticism in patients with personality disorders: A multiple baseline case series study. *Personality and Mental Health*, 18(1), 69–79. <https://doi.org/10.1002/pmh.1597>
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2001). Stages of change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 443–448. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.443>
- Rezaei, A., Malekpour, M., & Arezi, H. (2009). Studying the effect of life skills training on the level of stress and coping methods of adolescents in quasi-family centers. *Shahed University Scientific-Research Bimonthly*, 16, 21–28. <https://www.magiran.com/paper/788772> [In Persian]
- Rossi, A., Guidi, J., & Fava, G. A. (2024). Promoting psychological well-being in adolescents: The efficacy of well-being therapy in a school-based setting. *Journal of Affective Disorders*, 347, 182–190. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.12.045>
- Ruini, C., & Fava, G. A. (2012). Role of well-being therapy in achieving a balanced and individualized path to optimal functioning. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(4), 291–304. <https://doi.org/10.1002/cpp.1796>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Sanatnegar, S., Hassanabadi, H., & Asgharinekah, M. (2013). The effectiveness of group story therapy on reducing hopelessness and loneliness of female children in family-like community centers. *Journal of Applied Psychology*, 6(4), 7–23. <https://sid.ir/paper/151751/en> [In Persian]
- Schepp, S., Fegert, J. M., Rassenhofer, M., Regner, S., Witt, A., & Pfeiffer, E. (2024). Framework and effects of the life story work-based group intervention ANKOMMEN for adolescents in residential care in Germany. *Children and Youth Services Review*, 163, Article 107692. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2024.107692>
- Sedghi, P., Shomali Oskuei, A., & Mojtabae, M. (2022). Predicting adolescent girls' self-concept based on parent-child communication pattern and their parents' integrative self-knowledge. *Journal of Health Promotion Management*, 11(5), 51–65. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.22034/JHPM.11.5.51> [In Persian]
- Sharp, W., Schulenberg, S., Wilson, K., & Murrell, A. (2004). Logotherapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT): An initial comparison of values-centered approaches. *International Forum for Logotherapy*, 98–105. <https://B2n.ir/hm8316>
- Shavelson, R. J., & Bolus, R. (1982). Self-concept: The interplay of theory and methods. *Journal of Educational Psychology*, 74(1), 3–17. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.74.1.3>
- Shek, D. T. L., Tang, Y.-T., & Li, X. (2025). Family functioning and meaning in life among Chinese pre-adolescents and adolescents: A 4-wave longitudinal study. *Child Indicators Research*, 18, 1363–1392. <https://doi.org/10.1007/s12187-025-10238-6>

- Shin, W.-G., Jyung, M., Choi, J.-A., Choi, I., & Sul, S. (2024). Striatum-hippocampal functional connectivity contributes to real-life positive anticipatory experiences and subjective well-being. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 19(1), nsae096. <https://doi.org/10.1093/scan/nsae096>
- Steinberg, L. (2024). The adolescent brain and social media: New challenges for development. *Journal of Adolescent Health*, 74(2), 210-218. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.09.012>
- Surzykiewicz, J., Skalski-Bednars, S., Rutkowski, S., Sołbut, A., & Konaszewski, K. (2022). Resilience and regulation of emotions in adolescents: Serial mediation analysis through self-esteem and the perceived social support. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 8007. <https://doi.org/10.3390/ijerph19138007>
- Trubey, R., Evans, R., McDonald, S., Noyes, J., Robling, M., Willis, S., & Melendez-Torres, G. J. (2024). Effectiveness of mental health and wellbeing interventions for children and young people in foster, kinship, and residential care: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(4), 2829–2844. <https://doi.org/10.1177/15248380241227987>
- Wang, Y., Zhang, X., & Li, H. (2023). Adolescents' self-concept and mental health in residential care: The mediating role of perceived social support. *Children and Youth Services Review*, 148, Article 106920. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.106920>
- Xu, Y. Y., Wu, T., Yu, Y. J., & Li, M. (2019). A randomized controlled trial of well-being therapy to promote adaptation and alleviate emotional distress among medical freshmen. *BMC Medical Education*, 19(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1616-9>
- Yalom, I. D. (2001). *Existential psychotherapy* (Rev. ed.). Basic Books.
- Youvan, D. (2024). *Existential crises in modern adolescence: The impact of global suffering and the search for meaning*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.27612.19846>
- ZarifGolbar, H., AghaMohamadian, H., MousaviFar, N., & MoiniZadeh, M. (2012). The effectiveness of well-being therapy on stress and psychological well-being in infertile women. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 15(2), 49-56. https://ijogi.mums.ac.ir/article_5744_en.html [In Persian]

