رویش روان شناسی، سال۱۵، شماره ۳، شماره پیاپی ۱۲۰، خرداد ۱۴۰۵
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),15(3), 2026

کاربرد ذهن آگاهی، پذیرش و آگاهی از طرح‌واره‌ها: درمان پذیرش و تعهد برای سلامت معنوی و تاب‌آوری روان‌شناختی زنان باتجربه ازدواج اجباری

Using Mindfulness, Acceptance and Schema Awareness: Acceptance and Commitment Therapy for Spiritual Health and Psychological Resilience of Women with Forced Marriage Experience

دکتر ایمان مصباح
دکتری مشاوره، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
دکتر اسماعیل صدری دمیرچی (نویسنده مسئول)
استاد، گروه مشاوره، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
دکتر علی شیخ الاسلامی
استاد، گروه مشاوره، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
دکتر علی رضایی شریف
استاد، گروه مشاوره، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

Dr. Iman Mesbah
PhD in Counseling, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
Dr. Esmaeil Sadri Damirchi *
Professor, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran. e.sadri@uma.ac.ir
Dr. Ali Sheikholslamy
Professor, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
Dr. Ali Rezaei Sharif
Professor, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

چکیده
پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر کاربرد ذهن آگاهی، پذیرش و آگاهی از طرح‌واره‌ها (درمان پذیرش و تعهد) بر بهبود سلامت معنوی و تاب‌آوری روان‌شناختی زنان باتجربه ازدواج اجباری انجام شد. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری شامل زنان باتجربه ازدواج اجباری یا ناخواسته شهر اهواز در سال ۱۴۰۳ بود. از جامعه فوق تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند (هر گروه ۱۵ نفر). ابزار پژوهش شامل مقیاس سلامت معنوی پالوتزین و الیسون (SWBS، ۱۹۸۲) و مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC، ۲۰۰۳) بود. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر صورت گرفت. یافته‌های پژوهش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نشان داد بین دو گروه آزمایش و کنترل ازنظر سلامت معنوی و تاب‌آوری روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). از یافته‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت که کاربرد ذهن آگاهی، پذیرش و آگاهی از طرح‌واره‌ها سلامت معنوی و تاب‌آوری روان‌شناختی زنان باتجربه ازدواج اجباری را بهبود می بخشد.

واژه‌های کلیدی: *درمان پذیرش و تعهد، سلامت معنوی، تاب‌آوری، ذهن آگاهی، طرح‌واره، ازدواج اجباری.*

Abstract
The present study aimed to determine the effectiveness of group training based on mindfulness, acceptance, and awareness of schemas (acceptance and commitment therapy) on improving the spiritual health and psychological resilience of women who had experienced forced marriage. The present study was a quasi-experimental design with experimental and control groups and a 3-month follow-up period. The statistical population included women who had experienced forced or unwanted marriage in Ahvaz in 1403. From the above population, 30 people were selected through purposive sampling and randomly assigned to two experimental and control groups (15 people in each group). The research instruments included the Palotzin and Ellison Spiritual Health Scale (1982, SWBS) and the Connor and Davidson Resilience Scale (2003, CD-RISC). Data analysis was conducted using repeated measures analysis of variance. The research findings in the post-test and follow-up stage showed a significant difference between the two experimental and control groups regarding spiritual health and psychological resilience (P<0.001). From the above findings, it can be concluded that using mindfulness, acceptance, and schema awareness improves the spiritual health and psychological resilience of women who have experienced forced marriage.

Keywords: *Acceptance and Commitment Therapy, Spiritual Health, Resilience, Mindfulness, Schema, Forced Marriage.*

نوع مقاله: کاربردی **دریافت: اردیبهشت ۱۴۰۴** **پذیرش: اردیبهشت ۱۴۰۴** **ویرایش نهایی: خرداد ۱۴۰۵**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.3.21]

مقدمه

ازدواج یکی از اساسی‌ترین روابط اجتماعی و زیربنای انتقال هنجارهای فرهنگی و دارایی‌های خانواده است (سیلیرز[1] و همکاران، ۲۰۲۵). ازآنجایی‌که پیوند ازدواج رابطه‌ای حقوقی بین دو نفر و بر اساس عشق، صمیمیت، تعهد و هدف مشترک بنا می‌گردد (ناسوشن[2] و همکاران، ۲۰۲۵؛ صادقیان و همکاران، ۲۰۲۵) و آزادی در انتخاب همسر نقشی اساسی در پیدایش آرامش روحی و روانی و استحکام آن دارد، چنانچه در این امر مقدس، اجبار یا تحمیلی صورت پذیرد، پیامد آن؛ به‌احتمال‌زیاد تشکیل یک خانواده ناکارآمد و تجربه یک ازدواج آسیب‌زا خواهد بود (لی[3] و همکاران، ۲۰۲۵). از علل ازدواج‌های آسیب‌زا، می‌توان به تجربه ازدواج‌های ناخواسته[4] اشاره کرد. ازدواج ناخواسته یا اجباری[5] موقعیتی است که یکی یا هر دو نفر درگیر در این فرایند، به ازدواج رضایت نمی‌دهند و درواقع؛ زن و مرد مجبورِ به این کار، زیر نقاب ازدواج قرار می‌گیرند (فورد[6] و همکاران، ۲۰۲۵؛ مصباح و همکاران، ۲۰۲۵).

پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد مشکلات این نوع ازدواج‌ها غالباً بسیار گسترده است و اثرات مادم العمری بر سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی افراد دارد و منجر به پیامدهایی چون کاهش کیفیت زندگی زناشویی می‌شود (اموبواله[7]، ۲۰۲۵؛ باروا[8] و همکاران، ۲۰۲۵). ازآنجایی‌که کیفیت زندگی زناشویی با سلامت معنوی ارتباط معناداری دارد (تانگ[9] و همکاران، ۲۰۲۴) و از سویی، یکی از مهم‌ترین مسائلی که زمینه آرامش در زندگی زوجین و بهبود کیفیت زندگی زناشویی را فراهم می‌آورد، سلامت معنوی است (افزود و همکاران، ۲۰۲۴). می‌توان چنین برداشت کرد که پایین بودن کیفیت و سازگاری زناشویی در زنان آسیب‌دیده از ازدواج خصوصاً ازدواج‌هایی که با زمینه ناخواستگی صورت می‌پذیرد تا حدودی با آسیب‌های ایجادشده در بحث مربوط به‌سلامت معنوی و ابعاد معنویت در آن‌ها مرتبط است (بدیر آکپینارلی و اریوجل[10]، ۲۰۲۴). معنویت به‌عنوان بخشی از قدرت و فضایل شخصیت و از شاخص‌های اجتماعی ـ روان‌شناختی مؤثر بر سلامت رفتاری افراد می‌باشد (حیدری و همکاران، ۲۰۲۴) و سلامت معنوی جدیدترین بعد سلامت است که در کنار ابعاد دیگر سلامتی هم چون سلامت جسمی، روانی و اجتماعی به تجربه مثبت از زندگی اشاره دارد (سورزیکیویچ[11] و همکاران، ۲۰۲۵). سلامت معنوی، تجربه معنوی انسان در دو چشم‌انداز مختلف است: ۱) چشم‌انداز بهزیستی و سلامت دینی که بر چگونگی ادراک شخص از سلامت در زندگی معنوی او متمرکز است هنگامی‌که باقدرتی بالاتر ارتباط دارد. ۲) چشم‌انداز بهزیستی و سلامت وجودی که بر نگرانی‌های اجتماعی و روانی شخص متمرکز می‌باشد (سولیز[12] و همکاران، ۲۰۲۴).

ازدواج از نوع اجباری یا ناخواسته یک معضل جدی است که تأثیرات منفی زیادی بر زندگی افراد دارد و دراین‌بین تاب‌آوری روانی به‌عنوان یک عامل محافظتی، از طریق اعمال مداخلات روان‌شناختی می‌تواند به افراد کمک کند تا با این تأثیرات مقابله کند (سجاد و تاکور[13]، ۲۰۲۵). تاب‌آوری روان‌شناختی به توانایی فرد در پذیرش افکار و احساسات منفی و ادامه حرکت به سمت اهداف خود اشاره دارد (کوروک[14] و همکاران، ۲۰۲۳). نتایج مطالعات مختلف نشان داده است که ویژگی‌های تاب‌آوری فردی نقش مهمی در کاهش استرس‌های زندگی و افزایش هیجانات مثبت دارد و زنانی که در زندگی زناشویی با مشکل روبه‌رو می‌شوند از تاب‌آوری به‌عنوان یک ضربه‌گیر قوی در برابر عواملی که مسبب به وجود آمدن بسیاری از مشکلات روان‌شناختی آن‌ها است بهره می‌گیرند (ولی زاده و همکاران، ۱۴۰۲).

در زمینه ازدواج‌های ناخواسته تحقیقات گسترده‌ای از منظر حقوقی و قانونی و همین‌طور در راستای شناسایی علل، آسیب‌ها و پیامدهای آن انجام‌شده است (نامپوکا[15] و همکاران، ۲۰۲۴). علیرغم اهمیت این موضوع، شکاف پژوهشی قابل‌توجهی درزمینه مداخلات درمانی مؤثر بر بهبود مشکلات این گروه آسیب‌پذیر وجود دارد. پرداختن به این شکاف تحقیقاتی بسیار مهم است زیرا زنان به‌عنوان یکی از پایه‌های اصلی خانواده نقش مهمی در کارکرد مناسب آن دارند (نوابی نژاد، ۲۰۲۲). به همین دلیل نیاز به درمانی که در راستای

1. Cilliers
2. Nasution
3. Li
4. unwanted marriage
5. forced marriage
6. Ford
7. Omobowale
8. Baruwa
9. Tang
10. Bedir Akpınarlı & Eryücel
11. Surzykiewicz
12. Sollis
13. Sajjad & Thakurhcn
14. Körük
15. Nhampoca

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-09-16]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.3.21]

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کمک‌کننده باشد بهتر می‌تواند آن‌ها را در این شرایط سخت یاری برساند. امروزه یکی از مداخلات درمانی همسو با این اهداف که برای استفاده در کار بالینی و غیر بالینی کاربرد فراوانی دارد، درمان پذیرش و تعهد است (سیندهو[1]، ۲۰۲۲). این درمان با ادغام مداخلات پذیرش و ذهن آگاهی در راهبردهای تعهد و تغییر، به درمان‌جویان برای دستیابی به زندگی پرنشاط، هدفمند و بامعنا کمک می‌کند (ویلیامز و ساموئل[2]، ۲۰۲۴). درمان پذیرش و تعهد برای اولین بار با یک الگوی طرح‌واره درمانی ترکیب‌شده است که همین امر نشان می‌دهد می‌توان از تلفیق طرح‌واره‌ها با فرایندهای پذیرش و ذهن آگاهی در جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی بهره گرفت. آنچه مهم است این است که در این رویکرد تلفیقی، از هیچ‌یک از تکنیک‌های طرح‌واره‌های درمانی استفاده نمی‌شود و از طرح‌واره‌ها تنها برای شناسایی رنج اولیه مراجعان بهره گرفته می‌شود. این رویکرد درمانی به دنبال تغییر طرح‌واره‌های مراجعان و باورهای هسته‌ای نیست، بلکه هدف، کمک به پذیرش رنج اولیه‌ی همبسته با طرح‌واره‌های مراجعان و افزایش انعطاف‌پذیری رفتاری به‌منظور بهبود مشکلات زندگی است (مک کی[3] و همکاران، ۲۰۱۲).

مطالعات نشان داده است که درمان پذیرش و تعهد با تأکید بر مؤلفه‌های پذیرش و آگاهی از حمایت تجربی قابل‌توجهی برای اثربخشی در اختلالات عاطفی و مشکلات رفتاری و روانی گوناگون برخوردار است (ران[4] و همکاران، ۲۰۲۳) پژوهش‌های زیادی اثربخشی این درمان را به‌طور خاص در افزایش تاب‌آوری روانی زنان باتجربه آسیب‌ها و مشکلات روان‌شناختی نشان داده‌اند (سونگ[5] و همکاران، ۲۰۲۴؛ کسیکسو[6] و همکاران، ۲۰۲۴؛ حکمتی و همکاران، ۲۰۲۴). کاربرد ذهن آگاهی و پذیرش در رویکرد پذیرش و تعهد در بهبود تاب‌آوری زنان قربانی خشونت شریک صمیمی (نیک پرور و همکاران، ۲۰۲۳) و در بهزیستی روان‌شناختی و سرزندگی ذهنی (رزم‌خواه و همکاران، ۲۰۲۴؛ محمدزاده و همکاران، ۲۰۲۴) اثربخشی خود را نشان داده است. نتایج مطالعه عقیلی و ملک (۱۴۰۰) نشان داد که گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و همین‌طور ذهن آگاهی برافزایش سلامت معنوی در بیماران تأثیرگذار است. مطالعات عمویی و همکاران (۲۰۲۴)، اوکتی و همکاران (۲۰۲۳) و باقری شیخانگفشه و همکاران (۲۰۲۴) اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را بر بهبود سلامت معنوی در زنان نشان داده‌اند. مصباح و همکاران (۱۴۰۴) به‌طور خاص اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر کاربرد ذهن آگاهی، پذیرش و آگاهی از طرح‌واره‌ها را بر بهبود مشکلات روان‌شناختی در زنان باتجربه ازدواج ناخواسته مورد تأیید قرار داده‌اند.

مرور ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که اگرچه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در بهبود مشکلات روان‌شناختی در جوامع مختلف مورد تأیید قرارگرفته است، اما تاکنون پژوهشی به بررسی تلفیق مؤلفه‌های اصلی این رویکرد (ذهن آگاهی و پذیرش) و آگاهی از طرح‌واره‌ها در زمینه مشکلات زنان باتجربه ازدواج اجباری نپرداخته است. این گروه از زنان معمولاً با کاهش تاب‌آوری روانی، اختلال در سلامت معنوی و ضعف در روابط بین‌فردی مواجه‌اند؛ عواملی که زمینه‌ساز آسیب‌های روان‌شناختی عمیق‌تری می‌شوند. ازآنجاکه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نقش مهمی در تداوم مشکلات هیجانی و بین‌فردی دارند، به‌کارگیری رویکردی تلفیقی که هم‌زمان به پذیرش هیجان‌ها، گسلش از افکار ناکارآمد و شناسایی الگوهای شناختی ناسازگار بپردازد، می‌تواند گامی مؤثر در کاهش این آسیب‌ها باشد. درنتیجه، پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، پذیرش و آگاهی از طرح‌واره‌ها بر تاب‌آوری روان‌شناختی و سلامت معنوی زنان باتجربه ازدواج اجباری انجام شد.

روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری ۳ ماهه مرحله بود. جامعه آماری شامل زنان دارای تجربه ازدواج اجباری در شهر اهواز (سال ۱۴۰۳) بود. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند انجام شد و پس از اجرای پرسشنامه‌های تاب‌آوری و بهزیستی معنوی بر ۶۳ نفر، ۳۰ نفر با نمرات پایین‌تر از آستانه مشخص (تاب‌آوری نمره کمتر از ۴۰ و سلامت معنوی نمره کمتر از ۶۰) انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. شرکت‌کنندگان سابقه مراجعه به مراکز مشاوره داشتند. معیارهای ورود شامل رضایت آگاهانه، نداشتن اختلال روانی بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته، عدم دریافت

1. Sindhu
2. Williams & Samuel
3. McKay
4. Ruan
5. Song
6. Ksiksou

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-09-16]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.3.21]

درمان روان‌درمانی یا دارودرمانی در شش ماه گذشته و نداشتن سابقه اعتیاد، خودکشی یا تمایل به جدایی بود. همچنین شرکت‌کنندگان برای ورود به پژوهش می‌بایست نمره کمتر از ۴۰ در پرسشنامه تاب‌آوری و نمره کمتر از ۶۰ در پرسشنامه بهزیستی معنوی کسب کرده باشند. معیارهای خروج شامل عدم حضور مؤثر در جلسات مداخله (غیبت در بیش از دو جلسه یا انصراف از ادامه همکاری)، بروز علائم روانی حاد که نیاز به مداخلات تخصصی فوری دارد، شروع درمان دارویی یا روان‌درمانی هم‌زمان با مداخله پژوهش، تجربه بحران شخصی شدید در طول دوره پژوهش (نظیر فوت بستگان درجه‌یک یا تغییر ناگهانی شرایط زندگی)، و عدم احراز حداقل نمره‌های موردنظر در ابزارهای پیش‌آزمون بود. برای اجرای پژوهش، پس از دریافت کد اخلاق (IR.UMA.REC.1402.092) از کمیته اخلاق دانشگاه محقق اردبیلی، با معرفی‌نامه رسمی به مراکز مشاوره و بهزیستی اهواز مراجعه شد. پس از شناسایی و مصاحبه با زنان دارای سابقه ازدواج اجباری، پرسشنامه‌های پژوهش بر روی ۶۳ نفر اجرا شد. سپس ۳۰ نفر با نمرات پایین در این مقیاس‌ها انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. پیش از آغاز مطالعه، هدف پژوهش، مراحل اجرا، نحوه جمع‌آوری داده‌ها و حقوق شرکت‌کنندگان به‌صورت شفاف برای داوطلبان توضیح داده شد. سپس رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از تمامی افراد واجد شرایط دریافت گردید. مشارکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه بود و شرکت‌کنندگان در هر مرحله از مطالعه، حق انصراف بدون هیچ‌گونه پیامد منفی را داشتند. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی و پاسخ‌های آنان به‌صورت محرمانه نگهداری شده و صرفاً برای اهداف پژوهشی مورداستفاده قرار خواهد گرفت.. مداخله شامل ۱۰ جلسه گروه‌درمانی (دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هفته) برای گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. پس‌آزمون یک هفته و پیگیری سه ماه پس از پایان جلسات انجام گرفت. در طول جلسات، ۴ نفر از پژوهش (به دلایل شخصی) خارج شدند و تحلیل نهایی با ۲۶ نفر انجام شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل گردید.

ابزار سنجش

مقیاس سلامت معنوی[1] (SWBS): این مقیاس توسط پالوتزین و الیسون[2] (۱۹۸۲) ساخته شد و شامل ۲۰ گویه و دو خرده مقیاس بهزیستی مذهبی و وجودی است. بهزیستی مذهبی ناشی از ارتباط با یک قدرت متعالی و بهزیستی وجودی که عنصری روانی ـ اجتماعی است بیانگر احساس فرد، از اینکه چه کسی است؟ چه‌کاری و چرا انجام می‌دهد و به کجا تعلق دارد؟ گویه‌های فرد مقیاس، مربوط به خرده مقیاس بهزیستی مذهبی بوده و میزان تجربه فرد از رابطه رضایت‌بخش باخدا را موردسنجش قرار می‌دهد و گویه‌های زوج، مربوط به خرده مقیاس بهزیستی وجودی است که احساس هدفمندی و رضایت از زندگی را می‌سنجد. مقیاس پاسخگویی از نوع لیکرت ۶ درجه‌ای است که از طیف کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم را در بردارد. در مورد گویه‌های مثبت گزینه کاملاً موافقم نمره ۶ و به ترتیب گزینه کاملاً مخالفم نمره ۱ می‌گیرد. نمره‌گذاری گویه‌های منفی (۱- ۲-۵-۶-۹-۱۲-۱۳-۱۶-۱۸) برعکس است. پالوتزین و الیسون (۱۹۸۲) ضرایب آلفای کرونباخ بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و کل مقیاس را به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش کردند. روایی این مقیاس در مطالعات مختلف توسط تحلیل عاملی، دو عامل مرتبط با ابعاد دینی و وجودی را مورد تأیید قرارداد (بوفورد و پالوتزیان[3]، ۲۰۲۳). پایایی سلامت معنوی در پژوهش ایرانی از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۲ (همتی و همکاران، ۱۴۰۰) و همبستگی این مقیاس با پرسشنامه شادکامی و عمل به باورهای دینی با ضریب ۰/۶۳ و ۰/۵۱ معنی‌دار به دست آمد که نشان‌دهنده روایی همگرایی مطلوب آن بود (دهشیری و همکاران، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

مقیاس تاب‌آوری[4] (CD-RISC): این مقیاس توسط کانر و دیویدسون[5] (۲۰۰۳) تدوین‌شده است. مقیاس تاب‌آوری ۲۵ گویه دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس دارای ۵ عاملِ تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی است. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. برخی پژوهش‌ها نیز ضریب آلفای کرونباخ را بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند که نشان‌دهنده پایایی درونی بالای این مقیاس است (پتویتاساری و ووناللداری[6]، ۲۰۲۴). نتایج پژوهش تارینو_کانسجیرو[7]

1. Spiritual Well-being Scale
2. Paloutzian & Ellison
3. Bufford& P aloutzian
4. Resilience Scale
5. Connor- Davidson
6. Perwitasari & Wulandari
7. Tarriño-Concejero

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-09-16]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.3.21]

و همکاران (۲۰۲۴) برای بررسی روایی سازه نشان داد شاخص‌های برازش مطلوب برای تحلیل عاملی تأییدی به دست آمد و دامنه بارهای عاملی آن بین ۰/۴۲ تا ۰/۷۷ بود. در ایران شریفی‌نیا و همکاران (۲۰۲۳) پایایی و روایی همگرا برای این مقیاس را مورد تأیید قراردادند. در این مطالعه، آلفای کرونباخ برای عامل‌های ۱ تا ۵ به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۷۶ و ۰/۷۶ و ۰/۶۸ به دست آمد و ضریب همبستگی بین این مقیاس و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس[1] (افسردگی ۰/۴۵-، اضطراب ۰/۳۳- و استرس ۰/۳۴-) برای بررسی روایی همگرا مطلوب و معنادار گزارش شد (P<۰/۰۰۱). در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

برنامه درمان گروهی: این شیوه‌نامه درمانی نوشته ساوودرا[2] (۲۰۰۸) است و در این مطالعه برای ده جلسه نوددقیقه‌ای (دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هفته) تدوین‌شد. اهداف و محتوای جلسات درمان گروهی به‌صورت خلاصه در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. پروتکل درمانی مبتنی بر کاربرد، ذهن آگاهی، پذیرش و آگاهی از طرح‌واره‌ها

جلسه	خلاصه جلسات آموزشی
اول	آشنایی با منطق کار؛ بحث درباره‌ی طرح‌واره‌ها و رفتارهای مقابله‌ای، آموزش تمرینات ذهن آگاهی مانند تمرکز روی حواس بدن.
دوم	شناسایی راه‌اندازهای طرح‌واره‌ها، افکار و احساسات مرتبط با طرح‌واره‌ها و رفتارهای مقابله‌ای، تسلط بر ذهن آگاهی
سوم	شناسایی پیامدهای رفتارهای مقابله‌ای، گفت‌وگو درباره ناامیدی سازنده، توقف تلاش برای کنترل، انجام حضور ذهن و ذهن آگاهی.
چهارم	شناسایی ارزش‌ها و موانع مبتنی بر آن‌ها، درک ارزش‌ها و اهداف ارزشمند، کاربرگ اهداف ارزشمند و ارزیابی موانع.
پنجم	مطلب روانی-آموزشی درباره گسلش، آموزش فنون خاص گسلش، به‌کارگیری فنون گسلش، تمرین حضور ذهن و فنون گسلش.
ششم	تمرکز روی آموزش توصیف به‌جای قضاوت، یادگیری چگونگی توصیف کردن، تمرین خود به‌عنوان بافت.
هفتم	بحث درباره‌ی خشم و پیامدهای آن به‌عنوان رایج‌ترین رفتار مقابله‌ای، درک غیرقابل‌اجتناب بودن رنج، کاربرگ رفتارهای مقابله‌ای.
هشتم	آموزش رها کردن راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجان، بحث درباره ارتباطات مؤثر، انجام تمرین گسلش و پاسخ‌های جایگزین.
نهم	آموزش آگاهی از رنج همبسته، واکنش به رویدادهای برانگیزاننده طرح‌واره، تمرین تصویرسازی ذهنی.
دهم	بحث درباره راهبردهای بهبود عمل، ارزیابی پس از درمان، تعهد بر انجام هدف، انجام پس‌آزمون و پیگیری.

یافته ها

میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان، سن ازدواج و مدت‌زمان ازدواج آن‌ها در گروه آزمایش به ترتیب ۲/۴۲±۲۵/۸۳، ۳/۸۷±۱۹/۰۸ و ۴/۶۱±۶/۷۵ و گروه کنترل ۵/۶۵±۲۶/۱۴، ۳/۱۷±۱۹/۴۳ و ۴/۳۵±۷/۷۱، بود. ازنظر تعداد فرزند؛ در گروه آزمایش ۵ نفر (۴۱/۷ درصد) بدون فرزند، ۴ نفر (۳۳/۳ درصد) دارای یک فرزند و ۳ نفر (۲۵ درصد) دارای ۲ فرزند و یا بیشتر بودند. در گروه کنترل نیز ۷ نفر (۵۰ درصد) بدون فرزند، ۵ نفر (۳۵/۷ درصد) دارای یک فرزند و ۲ نفر (۱۴/۳ درصد) دارای ۲ فرزند یا بیشتر بودند. در ادامه و در جدول ۱، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل ارائه‌شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرها در گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله		میانگین	انحراف معیار
سلامت معنوی	پیش‌آزمون	آزمایش	۴۷/۲۵	۴/۱۵
		کنترل	۴۵/۵۷	۵/۲۲
	پس‌آزمون	آزمایش	۷۵/۵۸	۵/۹۰
		کنترل	۴۴/۷۸	۳/۲۱
	پیگیری	آزمایش	۷۵/۰۰	۵/۰۶
		کنترل	۴۴/۷۱	۴/۸۷
تاب‌آوری روان‌شناختی	پیش‌آزمون	آزمایش	-۴۳/۰۰	۲/۵۴
		کنترل	۲/۰۷	۲/۲۷
	پس‌آزمون	آزمایش	-۴۰/۸۳	۲/۵۹

1. DASS-21
2. Saavedra

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-09-16]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.3.21]

پیگیری	کنترل	۲/۰۷	۲/۳۹
	آزمایش	۲/۱۶	۱/۵۴
	کنترل	۰/۰۰۱	۱/۴۳

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین گروه آزمایش در متغیر سلامت معنوی از مرحله پیش‌آزمون تا پس‌آزمون افزایش قابل‌توجهی داشته و در مرحله پیگیری تقریباً ثابت مانده است. میانگین گروه آزمایش در متغیر تاب‌آوری از مرحله پیش‌آزمون تا پس‌آزمون افزایش داشته است. درحالی‌که میانگین گروه کنترل در هر دو متغیر سلامت معنوی و تاب‌آوری در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تقریباً ثابت باقی‌مانده است. در ادامه، به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، برای بررسی نرمال بودن داده‌ها، آزمون شاپیرو- ویلک نشان داد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای موردبررسی نرمال است (P>۰/۰۵). همچنین جهت اطلاع از یکسانی واریانس‌های مراحل سه‌گانه‌ی اندازه‌گیری انجام‌شده در متغیرهای موردبررسی، از آزمون کرویت استفاده شد که نتایج این آزمون نشان داد که آزمون کرویت موخلی در مورد متغیر سلامت معنوی معنادار نیست (P>۰/۰۵) که نشان‌دهنده آن است که واریانس‌های اندازه‌گیری‌های این متغیر در مراحل سه‌گانه‌ی ارزیابی یکسان است لذا، جهت بررسی آزمون اثر درون‌گروهی، نتایج آزمون مفروضه کرویت[1] گزارش‌شده است. نتایج آزمون کرویت موخلی برای متغیر تاب‌آوری معنادار است (P<۰/۰۵) که نشان‌دهنده آن است که واریانس اندازه‌گیری‌های آن‌ها در مراحل سه‌گانه‌ی ارزیابی یکسان نیست لذا، جهت بررسی آزمون اثر درون‌گروهی، به‌جای آزمون مفروضه کرویت بارتلت، آزمون جایگزین گرینهاوس گیسر گزارش می‌شود. همچنین نتایج حاصل از آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس متغیرهای سلامت معنوی و تاب‌آوری روان‌شناختی معنادار نبود (P>۰/۰۵) که نشان‌دهنده برقراری مفروضه همگنی واریانس‌ها است. در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای سلامت معنوی و تاب‌آوری روان‌شناختی در زنان نشان داده‌شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرها	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذور اتا	توان
سلامت معنوی	گروه‌ها	۸۴۸۴/۱۲	۱	۸۴۸۴/۱۲	۲۲۹/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۹۰	۱/۰۰
	خطا	۸۸۶/۸۶	۱	۳۶/۹۵				
	مراحل	۳۱۹۳/۱۳	۲	۱۵۹۶/۵۶	۹۳/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۱/۰۰
	گروه*مراحل	۳۵۸۹/۴۹	۲	۱۷۹۴/۷۴	۱۱۲/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱/۰۰
	خطا	۷۶۶/۹۴	۴۸	۱۵/۹۷				
تاب‌آوری روان‌شناختی	گروه‌ها	۱۶۹۰۱/۲۴	۱	۱۶۹۰۱/۲۴	۵۰۱/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۴	۱/۰۰
	خطا	۸۰۹/۶۳	۲۴	۳۳/۷۳				
	مراحل	۶۸۵۴/۲۴	۱/۵۵	۴۳۹۷/۶۳	۱۱۳/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱/۰۰
	گروه*مراحل	۸۳۵۰/۳۴	۱/۵۵	۵۳۵۷/۵۱	۱۳۸/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۸۵	۱/۰۰
	خطا	۱۴۵۱/۷۳	۳۷/۴۰	۳۸/۸۰				

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، برحسب نمرات حاصل از درمان گروهی بر بهبود سلامت معنوی و تاب‌آوری، اثر عامل زمان معنادار است؛ یعنی میانگین‌های برآورده شده نمرات سلامت معنوی (P=۰/۰۰۱، F=۹۳/۹۲، η^2=۰/۸۰) و تاب‌آوری (P=۰/۰۰۱، F=۱۱۳/۳۱، η^2=۰/۸۲) از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری را نشان می‌دهد. اثر اصلی عضویت گروهی بر بهبود سلامت معنوی (P=۰/۰۰۱، F=۲۲۹/۵۹، η^2=۰/۹۰) و تاب‌آوری (P=۰/۰۰۱، F=۰/۵۰۱، η^2=۰/۹۴) در مقابل عدم ارائه مداخله معنادار به دست آمد. تعامل عامل زمان و عضویت گروهی ازنظر آماری معنادار است؛ یعنی روند تغییرات نمرات سلامت معنوی و تاب‌آوری از پیش‌آزمون به پس‌آزمون در بین گروه‌ها تفاوت معناداری داشته است. بین گروه آزمایش و کنترل تغییر معناداری در میانگین سلامت معنوی (P=۰/۰۰۱، F=۱۱۲/۳۲، η^2=۰/۸۲) و تاب‌آوری (P=۰/۰۰۱، F=۱۳۸/۰۴، η^2=۰/۸۵) شرکت‌کنندگان از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری به وجود آمده است. توان آماری ۱/۰۰ نشان دهند حجم نمونه مناسب برای چنین نتیجه‌گیری است. در جدول ۴

1. Mauchlys test of Sphericity

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-09-16]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.3.21]

نتایج مقایسه‌ی زوجی سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل جهت اطلاع از محل و میزان دقیق تفاوت گزارش‌شده است.

جدول ۴. نتایج مقایسه‌ی زوجی سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مقایسه نمرات	گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
سلامت معنوی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	آزمایش	-۲۸/۳۳	۱/۴۱	۰/۰۰۱
		کنترل	۰/۷۸	۱/۳۱	۰/۵۵
	پیش‌آزمون- پیگیری	آزمایش	-۲۷/۷۵	۱/۷۸	۰/۰۰۱
		کنترل	۰/۸۵	۱/۶۴	۰/۶۰
	پس‌آزمون- پیگیری	آزمایش	۰/۵۸	۱/۶۷	۰/۷۳
		کنترل	۰/۰۷	۱/۵۵	۰/۹۶
تاب‌آوری روان‌شناختی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	آزمایش	-۴۳/۰۰	۲/۵۴	۰/۰۰۱
		کنترل	۲/۰۷	۲/۲۷	۰/۳۷
	پیش‌آزمون- پیگیری	آزمایش	-۴۰/۸۳	۲/۵۹	۰/۰۰۱
		کنترل	۲/۰۷	۲/۳۹	۰/۳۹
	پس‌آزمون- پیگیری	آزمایش	۲/۱۶	۱/۵۴	۰/۱۷
		کنترل	۰/۰۰۱	۱/۴۳	۱/۰۰

با توجه به جدول ۴، در هر دو متغیر سلامت معنوی و تاب‌آوری، تفاوت میانگین گروه آزمایش در مقایسه‌ی پیش‌آزمون با پس‌آزمون (به ترتیب ۲۸/۳۳- و ۴۳/۰۰-) معنادار (P=۰/۰۰۱) است. منفی بودن این مقادیر نشانگر آن است که از مرحله‌ی پیش‌آزمون تا پس‌آزمون میانگین سلامت معنوی و تاب‌آوری در گروه آزمایش افزایش معناداری داشته است. در مقایسه‌ی پیش‌آزمون با مرحله‌ی پیگیری، تفاوت میانگین گروه آزمایش برای سلامت معنوی و تاب‌آوری روان‌شناختی به ترتیب ۲۷/۷۵- و ۴۰/۸۳- که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود. منفی بودن این مقادیر، نشان‌دهنده‌ی افزایش میانگین از مرحله پیش‌آزمون تا پیگیری است که اثربخش بودن مشاوره گروهی بعد از گذشت زمان را نشان می‌دهد. مقایسه پس‌آزمون با پیگیری در گروه آزمایش برای سلامت معنوی و تاب‌آوری روان‌شناختی (به ترتیب ۰/۵۸ و ۲/۱۶) معنادار نبود (P>۰/۰۵) که نشان می‌دهد نشان می‌دهد علی‌رغم تداوم اثر مداخله، اندکی کاهش در میزان اثربخشی طی سه ماه مشاهده‌شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر کاربرد ذهن آگاهی، پذیرش و آگاهی از طرحواره‌ها (درمان پذیرش و تعهد) بر بهبود سلامت معنوی و تاب‌آوری روان‌شناختی زنان باتجربه ازدواج اجباری یا ناخواسته بود. نتایج کلی پژوهش نشان داد که مداخله گروهی بر بهبود سلامت معنوی و افزایش تاب‌آوری روان‌شناختی زنان مؤثر بوده است. یافته‌ی کلی پژوهش حاضر با نتایج پژوهش مصباح و همکاران (۱۴۰۴) مبنی بر تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر کاربرد ذهن آگاهی، پذیرش و آگاهی از طرحواره بر بهبود مشکلات روان‌شناختی زنان با تجربه ازدواج اجباری همسو است.

یکی از یافته‌های این پژوهش نشان داد که استفاده از آموزش گروهی مبتنی بر کاربرد ذهن‌آگاهی، پذیرش و آگاهی از طرحواره‌ها به‌طور قابل‌توجهی سلامت معنوی زنان دارای تجربه ازدواج اجباری را بهبود می‌بخشد. این یافته با نتایج پژوهش‌های عقیلی و ملک (۱۴۰۰)، عمویی و همکاران (۲۰۲۴)، اوکتی و همکاران (۲۰۲۳) و باقری شیخانگفشه و همکاران (۲۰۲۴) همسو بود. در راستای تبیین یافته فوق می‌توان چنین استنباط کرد که تأثیر سلامت معنوی بر زندگی فردی بدین شکل است که شخص با گرایش به اعتقادات مذهبی و انجام فرایض دینی به یک نوع خودکنترلی دست پیدا می‌کند که مانع اثربخشی وضعیت بیرونی بر او می‌شود، درنتیجه کمتر تحت تأثیر موقعیت نامناسب و آسیب‌زا قرار می‌گیرد و از این طریق می‌تواند سلامت روان خود را حفظ نماید (مایلر[1]، ۲۰۱۳). باورها و نگرش‌های معنوی را می‌توان با تمرین‌های مختلف ازجمله توجه

1. Myler

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-09-16]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.3.21]

و عمل به رفتارهای اخلاقی افزایش داد. توجه به رفتار و ارزش‌های اخلاقی با ذهنی آرام در پرتو نگرش معنوی، باعث التیام و بهبود تنش ناشی از رویدادهای آسیب‌زا می‌شود (علی مددی و همکاران، ۱۴۰۱). در همین راستا در مطالعه حاضر، مداخله گروهی با توجه و به‌کارگیری پذیرش و آگاهی، باعث افزایش نگرش پیروزمندانه نسبت به آسیب‌ها و پیامدهای ناگوار زندگی می‌شود، توانایی برقراری ارتباط مؤثر و ارزشمند اجتماعی و اخلاقی را بهبود می‌بخشد، شناخت و عمل افراد را در برابر رویدادهای آسیب‌زا بهبود می‌بخشد و ترس و اجتناب مقابله‌ای را کاهش و امیدواری فرد برای غلبه بر رویدادهای تنش‌زا را افزایش می‌دهد؛ بنابراین کاربرد پذیرش و آگاهی در کنار آگاهی از طرحواره‌های آسیب‌زا و شناخت تأثیر آن بر مشکلات موجود، به زنان باتجربه ازدواج اجباری کمک کرد تا از طریق آگاهی و پذیرش رفتارها و تعهد به انجام رفتارهای صحیح که غالباً همان رفتارهای اخلاقی یا ارزش‌های خود فرد هستند و همین‌طور افزایش احساس ارزشمندی اخلاقی و ارتقای امیدواری در جهت بهبود سلامت معنوی خود حرکت کنند (هیز[1] و همکاران، ۲۰۱۱؛ باگرکا[2] و همکاران، ۲۰۲۳).

یکی دیگر از یافته‌های این پژوهش نشان داد که استفاده از آموزش گروهی مبتنی بر کاربرد ذهن‌آگاهی، پذیرش و آگاهی از طرحواره‌ها به‌طور قابل‌توجهی تاب‌آوری روان‌شناختی زنان دارای تجربه ازدواج اجباری را بهبود می‌بخشد. یافته حاضر با نتایج حاصل از پژوهش‌های سونگ و همکاران (۲۰۲۴)، کسیکسو و همکاران (۲۰۲۴)، حکمتی و همکاران (۲۰۲۴)، نیک پرور و همکاران (۲۰۲۳)، رزم‌خواه و همکاران (۲۰۲۴) و محمدزاده و همکاران (۲۰۲۴) همسو بود. برای تبیین نتایج فوق می‌توان چنین اظهار نمود، ازآنجایی‌که تاب‌آوری روان‌شناختی، سازگاری منفعلانه در برابر عوامل استرس‌زا، چالش‌های تهدیدآمیز و حوادث آسیب‌زا زندگی نیست، بلکه افراد تاب آور از بهترین مهارت‌ها و منابعِ در دسترس خود برای مشارکت فعال در محیط استفاده می‌کنند (ولی زاده و همکاران، ۱۴۰۲). به نظر می‌رسد، افزایش تاب‌آوری در بهبود و سازگاری موفقیت‌آمیز افراد با مشکلات فردی و بین فردی مؤثر می‌باشد؛ بنابراین، با توجه به رابطه‌ای که بین تاب‌آوری و مشکلات بین فردی وجود دارد؛ با استفاده از شیوه‌نامه درمان حاضر که بر مشکلات بین فردی ناشی از طرحواره‌های فرد تأکید دارد قابلیت درمان پیدا می‌کند. درمان مبتنی بر کاربرد آگاهی، پذیرش و آگاهی از طرحواره‌ها با توجه به این‌که در طول مداخله از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند و نتیجه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی چیزی نیست جز افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط باتجربه‌شان در زمان حال و آنچه در آن لحظه برای آن‌ها امکان‌پذیر است. این تجربه به مراجعان کمک می‌کند، تغییرات را آن‌گونه که هست تجربه کنند، نه آن‌گونه که ذهن می‌سازد. درواقع از طریق این مداخله، توانایی زنان باتجربه ازدواج اجباری در پاسخ‌های سازگارانه و تاب آور به رویدادهای زندگی در حضور افکار و احساسات تهدیدکننده که منجر به انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و عدم تاب‌آوری آن‌ها در برخورد با مشکلات زندگی می‌باشد، افزایش می‌یابد (مصباح و همکاران، ۱۳۹۷؛ مک کی و همکاران، ۲۰۱۲).

یافته‌های مطالعه حاضر در مرحله پیگیری و پس از ۳ ماه از آخرین جلسه مداخله نشان داد که تأثیر مداخله گروهی بر بهبود سلامت معنوی و افزایش تاب‌آوری روان‌شناختی زنان باتجربه ازدواج ناخواسته در طی زمان پایدار بوده است. درنهایت می‌توان نتیجه گرفت که درمان پذیرش و تعهد با استفاده از دو تکنیک و مؤلفه مهم خود یعنی ذهن آگاهی و پذیرش و همچنین با تلفیق آگاهی از طرحواره‌های ناسازگار اولیه و پذیرش رنج همبسته با آن‌ها می‌تواند در راستای بهبود وضعیت روانی و معنوی زنان آسیب‌دیده از ازدواج ناخواسته مؤثر واقع شود.

این مطالعه دارای چند محدودیت قابل‌تأمل بود. استفاده از طراحی مقطعی و تمرکز بر یک منطقه جغرافیایی خاص، تعمیم‌پذیری نتایج را کاهش داده و تفسیر روابط علی را محدود می‌سازد. همچنین، نمونه‌گیری هدفمند باوجود کارآمدی در انتخاب مشارکت‌کنندگان مرتبط، ممکن است قابلیت انتقال‌پذیری یافته‌ها را کاهش دهد. وابستگی کامل به ابزارهای خودگزارشی نیز می‌تواند اعتبار برخی از داده‌ها را تحت تأثیر قرار دهد، به‌ویژه در سنجش ابعاد پیچیده‌ای مانند تاب‌آوری روان‌شناختی و سلامت معنوی. نبود شاخص‌های فیزیولوژیک یا عینی از دیگر نقاط ضعف پژوهش بود که ممکن است ارزیابی دقیق پیامدهای درمان، به‌ویژه در سطح بدنی، را با چالش مواجه کند. در مطالعات آتی پیشنهاد می‌شود از طراحی‌های طولی، ترکیب روش‌های کمی و کیفی، و سنجه‌های زیستی یا عصب‌روان‌شناختی استفاده شود. همچنین، بررسی متغیرهای میانجی همچون وضعیت اقتصادی- اجتماعی، نگرش‌های دینی، و ساختار قدرت درون‌خانواده می‌تواند در شفاف‌سازی سازوکارهای اثرگذار مفید واقع شود. یافته‌های این مطالعه بر لزوم تدوین مداخلات درمانی سازگار با بافت فرهنگی و نوع آسیب روانی زنان در جوامع آسیب‌پذیر تأکید دارد.

منابع

دهشیری، غ. ر.، سهرابی، ف.، جعفری، ع.، و نجفی، م. (۱۳۸۷). بررسی خصوصیات روانسنجی مقیاس بهزیستی معنوی در میان دانشجویان. *مطالعات روان‌شناختی*، ۴(۳)، ۱۴۴-۱۲۹. https://doi.org/10.22051/psy.2008.1637

1. Hayes
2. Bagereka

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-09-16]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.3.21]

عقیلی، س. م.، و مالک، ف. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت معنوی و فشار خون بیماران همودیالیزی شهر گرگان. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۸(۵)*، ۹۴-۸۱. https://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1230-fa.html

علی مددی، س.، نجفی، م.، محمدی، م. ر.، رحیمیان بوگر، ا.، و سلمانیان، م. (۱۴۰۱). مقایسه تأثیر روان‌درمانی معنوی و درمان شناختی رفتاری بر علائم وسواس و سلامت معنوی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۷(۶۵)، ۲۱۳-۲۰۴. https://doi.org/10.22034/jmpr.2022.13462

مصباح، ا.، حجت خواه، س. م.، و گل محمدیان، م. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی. *روانشناسی افراد استثنایی*، ۸(۲۹)، ۱۰۹-۸۵. https://doi.org/10.22054/jpe.2018.24311.1613

مصباح، ا.، صدری دمیرچی، ا.، شیخ الاسلامی، ع.، و رضائی شریف، ع. (۱۴۰۴). واکاوی آسیب‌های روان‌شناختی- عاطفی ازدواج ناموفق در زنان و تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود آنان: کاربرد ذهن آگاهی، پذیرش و آگاهی از طرح‌واره‌ها. *مطالعات روان‌شناختی، ۱(۲۱)*. https://doi.org/10.22051/psy.2024.47909.2999

ولی زاده، ح.، احمدی، و.، و میرشکار، س. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تاب آوری، ناگویی هیجانی و احساس تنهایی زنان سرپرست خانواده. *فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی*، ۱۸(۶۹)، ۲۶۵-۲۵۷. https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.27173852.1402.18.69.24.7

همتی، ز.، احمدی، و.، و مامی، س. (۱۴۰۰). مقایسه تأثیر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدیریت استرس و درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر امید و سلامت معنوی در زوجین مراجعه کننده به بهزیستی شهر ایلام که متقاضی طلاق هستند. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۴(۵)*، ۴۰۰۷-۴۰۲۰. https://doi.org/10.22038/mjms.2021.20209

Afzood, A., Bakhshipour, A., & Sadeghi, M. (2024). Predicting the Quality of Marital Life: The Role of Mindfulness and Spiritual Experiences. *Health, Spirituality and Medical Ethics*, *11*(2), 63–72. https://doi.org/10.32598/hsmej.11.2.506.1

Amooei, M., Ghamari, M., & Zare Bahramabadi, M. (2024). A comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and schema-based therapy on spiritual health and conflict resolution styles of working women. *Iranian Journal of Educational Research, 18(1)*, 120-132. https://doi.org/10.22034/3.1.59

Bufford, R. K., & Paloutzian, R. F. (2023). Spiritual Well-Being Scale (SWBS): Measuring spiritual well-being in international contexts. In *International Handbook of Behavioral Health Assessment* (pp. 1-31). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n3e08

Bagheri Sheikhangafsheh, F., Farrokhi, F., & Azizi, R. (2024). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological distress, alexithymia, and spiritual health in cardiovascular patients. *Journal of Health Research in the Caspian, 9(1)*, 14–21. http://dx.doi.org/10.32598/CJHR.9.2.362.2

Bagereka, P., Ameli, R., Sinaii, N., Vocci, M. C., & Berger, A. (2023). Psychosocial-spiritual well-being is related to resilience and mindfulness in patients with severe and/or life-limiting medical illness. *BMC Palliative Care*, *22*(1). https://doi.org/10.1186/s12904-023-01258-6

Baruwa, O. J., Toska, E., Banougnin, B. H., Yates, R., Sherr, L., Cluver, L., & Maughan-Brown, B. (2025). Mental distress among adolescent girls and young women in Southern Africa: a multi-country analysis of child marriage and intimate partner violence. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 1–19. https://doi.org/10.1080/17450128.2025.2489968

Bedir Akpınarlı, B., & Eryücel, S. (2024). Marital Adjustment, Spiritual Well-Being, and Locus of Control in Married Couples. *Religions*, *15*(11), 1376. https://doi.org/10.3390/rel15111376

Cilliers, J., Green, E., McCants, A. E., & Rijpma, A. (2025). Wealth and marriage at the Cape: consanguineous unions as a strategy. *The History of the Family*, 1–27. https://doi.org/10.1080/1081602x.2025.2478381

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, *18(2)*, 76-82. https://doi.org/10.1002/da.10113

Ford, J. V., Shah, A., Reiss, F., & Hirsch, J. S. (2025). Missing pieces: A critical review of research on forced marriage and a call for family scientists to study forced marriage. *Journal of Family Theory & Review*. https://doi.org/10.1111/jftr.12605

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). The Guilford Press. https://psycnet.apa.org/record/2012-00755-000

Heidari, A., Falahati, M., Coetzer-Liversage, A., Biabani, A., & Karimy, M. (2024). Prediction of accident-proneness among a sample of Iranian workers: usefulness of an adjusted version of the Health Belief Model with spiritual health. *BMC psychology*, *12*(1), 1-9 http://dx.doi.org/10.1186/s40359-024-01956-7

Hekmati, I., Ābdollahpour Ranjbar, H., Mohammadpour Sadigh, L., & Eskin, M. (2024). Employing Acceptance and Commitment Therapy as Individual Therapy for Couple Problems: A Case Study for Women with Marital Strife. *International Journal of Systemic Therapy*, *36*(1), 64–89. https://doi.org/10.1080/2692398x.2024.2400378

Ksiksou, J., Maskour, L., & Alaoui, S. (2024). Effect of acceptance and commitment therapy on depression, anxiety, stress, and psychological flexibility in women with breast cancer. *Kontakt, 26(2)*, 104–111. https://doi.org/10.32725/kont.2024.023

Körük, S., Aykaç, B., & Vapurlu, S. (2023). The Mediating Role of Psychological Flexibility in the Relationship between Job Satisfaction–Job-related Emotional Exhaustion and Dyadic Marital Adjustment. *Marriage & Family Review, 59(7)*, 480–499. https://doi.org/10.1080/01494929.2023.2234352

Li, L., Huang, X., Zheng, Q., Xiao, J., Shan, X., Chen, H., & Duan, X. (2025). Similar trajectories of psychological states predict marital satisfaction. *Imaging Neuroscience*. https://doi.org/10.1162/imag_a_00466

Mesbah, I., Damirchi, E. S., Sheikholslamy, A., & Sharif, A. R. (2025). Investigating psychological and interpersonal problems in traumatic marriages among women: A phenomenological analysis of unwanted marriages. *European Journal of Trauma & Dissociation*, *9*(2), 100526. https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2025.100526

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.3.21]

Navabinejad, S. (2022). Editor-in-chief's note: Women in the family and society. *Applied Family Therapy Journal*, *3*(5), 1–2. https://doi.org/10.61838/kman.aftj.3.5.1

McKay, M., Lev, A., & Skeen, M. (2012). *Acceptance and commitment therapy for interpersonal problems: Using mindfulness, acceptance, and schema awareness to change interpersonal behaviors*. New Harbinger Publications.

Myler, C. J. (2013). *Increasing psychological flexibility regarding interpersonal conflict between religious beliefs and attitudes towards sexual minorities: An Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention*. Utah State University. https://digitalcommons.usu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2743&context=etd

Mohammadzadeh, M., Mami, S., Ahmadi, V., & Rashidian, T. (2024). Comparison of the effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) and acceptance and commitment therapy (ACT) on psychological well-being and death anxiety in pregnant women. *Psychology of Woman Journal, 5(2)*, 66-75. https://doi.org/10.61838/kman.pwj.5.2.10

Nhampoca, J. M., & Maritz, J. E. (2024). Early marriage, education and mental health: experiences of adolescent girls in Mozambique. *Frontiers in Global Women's Health*, *5*, 1278934. https://doi.org/10.3389/fgwh.2024.1278934

Nikparvar, F., Sasanian, F., Spencer, C., & Stith, S. (2023). Effectiveness of Compassion-Based Acceptance Therapy and Schema Therapy on Intimate Partner Violence Victims' Psychological Health. *Journal of Interpersonal Violence*, *38*(17-18): 9845-9868. https://doi.org/10.1177/08862605231169736

Nasution, S. H., Adly, M. A., & Firmansyah, H. (2025). Dalil Hukum Perjanjian Perkawinan. *Jurnal Kajian dan Penelitian Umum*, *3(1)*, 69-77. https://doi.org/10.47861/jkpu-nalanda.v3i1.1502

Omobowale, O. (2025). Drama on the dial: addressing the mental health consequences of child marriage in Ibadan, Nigeria, through radio programming. Vulnerable Children and Youth Studies, 1–12. https://doi.org/10.1080/17450128.2025.2484021

Okty, G. N., Shahabizadeh, F., & Bahrinyan, S. A. (2023). The effectiveness of acceptance and commitment therapy with and without mindful self-compassion training on spiritual responses of women with COVID-19 anxiety and insecure attachment. *Applied Family Therapy Journal, 4(3)*, 45–58. https://doi.org/10.61838/kman.aftj.4.5.26

Perwitasari, P., & Risky Puji Wulandari. (2024). Validity and Reliability of Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) 10 Items On Pregnant Women. *INTERNATIONAL JOURNAL OF MIDWIFERY RESEARCH*, *4*(1). https://doi.org/10.47710/ijmr.v4i1.68

Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, *1(1)*: 224-37. https://www.researchgate.net/publication/232527349_The_Spiritual_Well-Being_Scale

Razmkhah, N., Tabatabaei, S. S. J., Nasri, M., & Shahabizadeh, F. (2024). Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on Alexithymia, Psychological Capital, and Subjective Vitality in Mothers with COVID-19 and Autistic Children. *Health Nexus*, *2(1)*: 141-152. https://orcid.org/0000-0001-5309-9516

Rajaeimanesh, M., Nezamdoost, M., Basiti, S., Shaneii, A., Alikhani, Z. (2023). The effectiveness of therapy based on acceptance and commitment on the cognitive regulation of emotion, fear of intimacy and depression of women affected by betrayal. *Journal of Research in Psychological Health*, *17*(1): 91-106. http://rph.khu.ac.ir/article-1-4420-fa.htm

Ruan, J., Cheng, H., Wu, L., Mak, Y. W., Zhang, X., Liang, J., Ma, H., Li, S., & Yeung, W. F. (2023). Perceptions and experiences of acceptance and commitment therapy among people with mental disorders: A qualitative systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *30*, 80–96. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.09.003

Surzykiewicz, J., Skalski-Bednarz, S. B., Niesiobędzka, M., & Konaszewski, K. (2025). Adaptation and psychometric properties of the Polish version of the Spiritual Well-Being Scale (SWBS) by Paloutzian and Ellison. *Journal of Beliefs & Values*, 1–15. https://doi.org/10.1080/13617672.2025.2476874

Sollis, K., Biddle, N., Maulana, H., Yap, M., & Campbell, P. (2024). Measuring Wellbeing Across Culture and Context – are we Getting it Right? Evaluating the Variation in Wellbeing Conceptualisations Throughout the World. *Social Indicators Research*, *174*(1), 123–155. https://doi.org/10.1007/s11205-024-03382-z

Sadeghian, E., Ghasemi, S. A., & Maddineshat, M. (2025). Exploring marriage beliefs from the perspectives of married students. *Frontiers in Psychology*, *16*, 1481905. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1481905

Song, W., Shari, N. I., Song, J., Zhang, R., Mansor, N. S., Leong Bin Abdullah, M. F. I., & Zhang, Z. (2024). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on disease acceptance for breast cancer patients: Study protocol of a randomized controlled trial. PLOS ONE, 19(11), e0312669. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0312669

Sajjad, A., & Thakur, S. (2025). The Role of Resilience in Predicting Marital Adjustment and Psychological Well-Being among Married People. *Social Science Review Archives*, *3*(1), 214–223. https://doi.org/10.70670/sra.v3i1.300

Sharif Nia, H., She, L., Froelicher, E. S., Marôco, J., Moshtagh, M., & Hejazi, S. (2023). Psychometric evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale among Iranian population. *BMC Psychiatry*, *23*(1). https://doi.org/10.1186/s12888-023-04580-8

Sindhu, B. S. (2022). Mindfulness-Based Acceptance and Commitment Therapy: A Practitioners View. In *Handbook of Research on Clinical Applications of Meditation and Mindfulness-Based Interventions in Mental Health* (pp. 68-88). IGI Global. https://doi.org/10.4018/978-1-7998-8682-2.ch005

Saavedra, K. (2008). *Toward a new acceptance and commitment therapy (ACT) treatment of problematic anger for low income minorities in substance abuse recovery: A randomize controlled experiment. PsyD dissertation, Wright Institute, Berkeley, CA.*

Tarriño-Concejero, L., Cerejo, D., Guerra-Martín, M. D., & Praena-Fernández, J. M. (2024). Validity and Reliability of the Portuguese Version of the Connor–Davidson Resilience Scale of 10 Elements for Young University Students. *Healthcare, 12(3)*, 400. https://doi.org/10.3390/healthcare12030400

Tang, L., Yang, Y., An, Z., Huang, Y., & Tang, P. (2024). The Relationship between Marital Satisfaction and Spiritual Well-Being of Chinese Older Adults: The Mediating Effect of Psychological Security and Aging Expectations. *Behavioral Sciences*, *14*(10), 949. https://doi.org/10.3390/bs14100949

Williams, M. O., & Samuel, V. M. (2024). Acceptance and commitment therapy as an approach for working with climate distress. *The Cognitive Behaviour Therapist*, *17*. https://doi.org/10.1017/s1754470x23000247

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.3.21]