رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره۱۲، شماره پیاپی ۱۰۵، اسفند ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(12), 2025

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روش سهم‌گذارانه به شیوه گروهی بر سلامت معنوی زنان متقاضی طلاق شهر تهران

Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and the Contribution-Based Approach in Group Format on the Spiritual Health of Women Seeking Divorce in Tehran

زهرا شمس
دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشکدهٔ علوم انسانی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.
دکتر حمیرا سلیمان نژاد (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روانشناسی، دانشکدهٔ علوم انسانی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.
دکتر وحید احمدی
استادیار، گروه روانشناسی، دانشکدهٔ علوم انسانی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.

Zahra Shams
PhD Student, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran.
Dr. Homaira Soleimannejad*
Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran.
soleimannejadh@yahoo.com
Dr. Vahid Ahmadi
Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran.

چکیده
هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روش سهم‌گذارانه به شیوه گروهی بر سلامت معنوی زنان متقاضی طلاق شهر تهران بود. طرح پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان متقاضی طلاق شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود که تعداد ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش درمان میتنی بر پذیرش و تعهد و روش سهم‌گذارانه به شیوه گروهی و یک گروه گواه گمارده شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه سلامت معنوی (SHQ) پولوتزین و السیون (۱۹۸۲) استفاده شد. پروتکل‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای هر هفته ۱ جلسه) و روش سهم‌گذارانه به شیوه گروهی (۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای ۲ جلسه) برای گروه‌های آزمایش اجرا شد. سپس داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیری تحلیل شد. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد با کنترل پیش‌آزمون بین پس‌آزمون سلامت معنوی در سه گروه تفاوت معنی‌داری در سطح P<۰/۰۱ وجود داشت. علاوه بر این یافته‌ها نشان داد که بین پس‌آزمون سلامت معنوی در دو گروه آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (P>۰/۰۵). براساس نتایج حاصل از این پژوهش می‌توان گفت هر دو مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روش سهم‌گذاری به شیوه گروهی در سلامت معنوی زنان متقاضی طلاق مؤثر هستند.

واژه‌های کلیدی: *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، روش سهم‌گذاری به شیوه گروهی، سلامت معنوی، زنان متقاضی طلاق.*

Abstract
The purpose of this study was to compare the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and the Contribution-Based Approach in a group format on the spiritual health of women seeking divorce in Tehran. The research design was a quasi-experimental pre-test–post-test design with a control group. The statistical population consisted of all women seeking divorce in Tehran in 2022, from which 45 participants were selected using available sampling and randomly assigned to two experimental groups (ACT and the Contribution-Based Approach in group format) and one control group. The Spiritual Health Questionnaire (SHQ) by Polotzin and Ellison (1982) was used for data collection. The ACT protocol (8 sessions of 45 minutes each, once a week) and the Contribution-Based Approach in group format (10 sessions of 90 minutes each, twice a week) were implemented for the experimental groups. The data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA). The results of the analysis showed that after controlling for pre-test scores, there was a significant difference between the post-test spiritual health scores of the three groups ($p < 0.01$). Furthermore, the findings indicated that there was no significant difference in post-test spiritual health between the two experimental groups ($p > 0.05$). Based on the results of this study, it can be concluded that both interventions, ACT and the Contribution-Based Approach in group format, are effective in improving the spiritual health of women seeking divorce.

Keywords: *Acceptance and Commitment Therapy, Contribution-Based Approach in Group Format, Spiritual Health, Women Seeking Divorce.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت :** بهمن ۱۴۰۳ | **پذیرش:** اسفند ۱۴۰۳ | **ویرایش نهایی:** اسفند ۱۴۰۳

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

مقدمه

یکی از بناهای پر اهمیت اجتماع و ازدواج، تشکیل خانواده است. در این واحد اجتماعی سنگ‌بنای تعلیم و تربیت نهاده می‌شود و انسان در عرصه ازدواج به آرامش و تکامل می‌رسد. نظام خانواده نهادی اساسی و محوری در جوامع است و به عنوان هسته اولیه برای سایر نهادهای اجتماعی به شمار می‌رود (کروک و اوزبک[1]، ۲۰۲۳). نظام خانواده کوچکترین واحد اجتماعی است که اساس و زیر ساخت واحدهای بزرگ اجتماعی بشری به شمار می‌رود و محل ارضاء نیازهای مختلف جسمانی، عقلانی و عاطفی است. در واقع ازدواج و تشکیل خانواده افزون بر تامین و ارضاء نیازهای عاطفی، روانی، جنسی می‌تواند کانون پرورش نسل‌های سالم و رشدیافته شود، البته این امر منوط به این است که رابطه زوج‌ها و در کل کانون خانواده، سالم، گرم و بدون تنش باشد (لاپگارد[2] و همکاران، ۲۰۱۸). امروزه در مقایسه با گذشته مشکلات خانواده‌ها رشد چشمگیری داشته است که افزایش تعداد زوج‌های مشکل‌دار، به هم خوردن تعادل خانواده‌ها، مختل شدن روابط زوجین و نیز سیر صعودی آمار طلاق شاهد این ادعا می‌باشد (راسخ‌جهرمی و همکاران، ۱۴۰۰). آمار طلاق[3] به عنوان شاخص‌ترین آشفتگی زناشویی و نشانگر آن است که رضایت زناشویی به آسانی قابل دستیابی نیست (فرای[4] و همکاران، ۲۰۲۰).

یکی از مهمترین عواملی که به نظر می‌رسد بر زندگی زناشویی مؤثر است، سلامت معنوی[5] است و اصطلاحی است که سازمان بهداشت جهانی آن را در کنار سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی به عنوان رکن چهارم سلامت مطرح کرده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰). سلامت معنوی عبارت است از برخورداری از حس پذیرش، احساسات مثبت، اخلاق و حس ارتباط متقابل مثبت با قدرت حاکم و برتر قدسی، دیگران و خود که طی فرایند پویا و هماهنگ شناختی، عاطفی، کنشی و پیامدی شخص حاصل می‌شود. شاخص‌های سلامت معنوی مجموعه‌ای از رفتارها یا احساسات روانشناختی است، جنبه بیرونی و درونی دارد و مربوط به همه ابعاد زندگی انسان است (کوپر و وولفر[6]، ۲۰۲۴). این بعد از سلامتی دارای دو بعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی است. سلامت مذهبی منعکس‌کننده ارتباط با خدا یا قدرتی بی‌نهایت است و سلامت وجودی مطرح‌کننده ارتباط فرد با خود، دیگران و محیط است که می‌توان آن را توانایی یکپارچه کردن ابعاد مختلف وجود و داشتن انتخاب‌های متفاوت دانست (ویتنی[7]، ۲۰۲۱). به عقیده پژوهشگران اختلال در سلامت معنوی، پیامدهایی مانند احساس تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنی در زندگی را به دنبال دارد. بدون سلامت معنوی بقیه ابعاد سلامت (جسمی، روانی و اجتماعی) نمی‌توانند به بالاترین حد خود برسند (کوپر و وولفر، ۲۰۲۴).

از سویی شواهد پژوهشی نتایج متفاوتی در خصوص اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد سهم‌گذارانه به شیوه گروهی بر سلامت معنوی را نشان داده‌اند که مقایسه این دو رویکرد در قالب یک پژوهش مغفول مانده است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مطالعات گسترد و متعدد بر روی متغیرهای مختلف انجام شده و به نوعی یک درمان مورد پذیرش بسیاری از متخصصان است، اما از آنجایی که در این مطالعه سلامت معنوی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد و رویکرد سهم‌گذارانه نیز یک مداخله مبتنی بر آموزه‌های دینی و معنوی است این رویکرد در کنار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفته است تا تفاوت این دو رویکرد را در متغیر سلامت معنوی بررسی نماید. درمان پذیرش و تعهد[8] یک شکل از درمان موج سوم است که از گسترش درمان شناختی- رفتاری شکل گرفته است و هدف آن شناسایی و کم کردن خطای شناختی، کنترل مشکل و تحلیل منطقی مشکلات است (هیز و هافمن[9]، ۲۰۱۷). به عبارتی در درمان پذیرش و تعهد، هدف کمک به مراجع برای رسیدن به یک زندگی غنی، ارزشمند و رضایت‌بخش است که از طریق انعطاف‌پذیری روانشناختی ایجاد می‌شود (دینگ و ژنگ[10]، ۲۰۲۲). ژانگ[11] و همکاران (۲۰۱۸) اذعان می‌دارند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کنترل محتوای تفکرات و عواطف تأکید دارد و بر آن است تا افراد آگاهی بیشتری نسبت به تصمیمات خود داشته و بر آن متعهد باشند. اثرات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تا حدی و نیز گاهی به طور کامل به وسیله تغییرات در فرایندهای روانی واسطه حاصل می‌شود و اخیرا فراتحلیل مولفه‌های این نوع درمان، اثربخشی متوسط تا خیلی زیاد آن را در مشکلات خانواده تایید کرده است (دینگ و ژنگ، ۲۰۲۲). مطالعاتی

1. Körük & Özabacı
2. Lappegård
3. Divorce
4. Frye
5. Spiritual health
6. Cooper & Wolfer
7. Whitney
8. acceptance and commitment therapy
9. Hayes & Hofmann
10. Ding & Zheng
11. Zhang et al

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

چند به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و سلامت معنوی پرداختند. عقیلی و ابراهیمی (۱۴۰۲) در پژوهشی به این نتایج دست یافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت معنوی، احساس انسجام و شفقت به خود اثربخش است. اقوامی و وطن‌خواه (۱۳۹۹) در پژوهشی نشان دادند که در مرحله پس آزمون بین آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش با سلامت معنوی بیماران افسرده دو قطبی گروه آزمایش با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود داشت. نعمتی و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهش خود به این نتایج دست یافتند که سه روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر هیجان و تلفیق این دو روش درمانی موجب افزایش معنی‌دار بهزیستی معنوی همسران متقاضی طلاق در مقایسه با گروه گواه شد، اما تفاوت معناداری بین سه روش درمان مشاهده نشد. ژانگ و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهش خود با عنوان درمان پذیرش و تعهد برای تغییر برای رفتار سلامت، نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر زندگی مبتنی بر ارزش‌ها و معنویت شخصی تمرکز دارد و موجب بهبود معنای زندگی و رفتارهای سلامتی در افراد می‌شود. سانتیاگو و گال[1] (۲۰۱۶) در پژوهشی به این نتایج دست یافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد زمینه مشترکی با حوزه معنویت دارد که به عنوان یک درمان معنوی یکپارچه در نظر گرفته می‌شود، می‌تواند به مراجع کمک کند تا به منابع معنوی دسترسی پیدا کند و معنای زندگی را ایجاد کند و همچنین به حل یا تغییر مبارزات معنوی کمک کند.

یکی دیگر از درمان‌هایی که در این پژوهش مورد مطالعه قرار گرفت، روش سهم‌گذارانه به شیوه گروهی است. نظریه سهم‌گذاری به عنوان یک نظریه مبتنی بر دین است که پویایی‌های فرهنگی را نیز مورد لحاظ قرار می‌دهد. عقاید مذهبی تأثیر زیادی در استحکام و پایداری خانواده دارد. مذهب و تعهد، نه‌تنها در استحکام بلکه در رضایت، شادکامی و معنا و دیگر شاخص‌های کیفیت زندگی نقش بسزایی دارد (چن[2] و همکاران، ۲۰۲۱). به‌نوعی می‌توان گفت، تجربه یک زندگی هدفمند، یکی از کارکردهای دین است و دین وسیله‌ای برای ایجاد این هدفمندی است (ساوت[3] و همکاران، ۲۰۲۱). دین شاخصی است که فارغ از بحث ازدواج و زندگی اجتماعی، سبب آرامش افراد و نجات از سرگیجه گرفتن آزادی بی‌حد وحصر می‌شود. آنچه اکنون در شیوه‌ها و هنجارها و ارزش‌های غربی دیده می‌شود، فردگرایی، انسان‌محوری، اصالت سود، مادی‌گرایی و اصالت لذت است. این موارد مصادیق گرایش زوجین به سهم‌گیری و سهم‌خواهی است که مغایر با هستی‌شناسی اسلامی است. هستی‌شناسی اسلامی، ماهیتی متفاوت و منحصربه‌فرد دارد. این هستی‌شناسی از آموزه‌های قرآنی گرفته‌شده و از سوی خالق هستی، برای تمامی انسان‌ها مطرح‌شده و می‌تواند انسان را به کمال دنیوی و اخروی هدایت کند (اسمعیلی، ۱۳۹۳). بنابراین روش سهم‌گذاری به شیوه گروهی الگوی بومی و مبتنی بر فرهنگ اسلامی بوده و بر این عقیده است که می‌تواند در کیفیت زندگی زناشویی مؤثر باشد (اسمعیلی و همکاران، ۱۳۹۹). پژوهش‌های محدودی به بررسی رویکرد سهم‌گذاری پرداختند. اسمعیلی و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهشی به این نتایج دست یافتند که الگوی سهم‌گذاری به دست آمده شامل عوامل زمینه ساز و راهبردها و پدیده محوری در تحقق سبک سهم‌گذاری است. پدیده محوری در تحقق سبک سهم‌گذاری متعادل از مولفه‌های نگرشی، عملکردی و ارتباطی تشکیل شده است. ایجاد آگاهی و ادراک هستی محور حول محورهای نقش مخلوقیت، آفرینندگی احسن و وسعت بخشی هدفمند عامل زمینه‌ساز سبک سهم‌گذاری متعادل بوده و تمرکز درمانگر بر نقش مراجع در هستی، ارزیابی هستی‌گرایانه و آماده سازی او برای رویارویی با آینده راهبردهای تحقق سبک سهم‌گذاری متعادل را تشکیل می‌دهند.

حال با توجه به نقش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روش سهم‌گذارانه به شیوه گروهی در سلامت معنوی زنان متقاضی طلاق و از طرفی عدم مقایسه دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روش سهم‌گذارانه به شیوه گروهی در حوزه سلامت معنوی زنان متقاضی طلاق، پژوهش حاضر صورت پذیرفت. چنانکه نتایج پژوهش حاضر مشخص خواهد کرد که جهت ارتقای سلامت معنوی زنان متقاضی طلاق، کدامیک از این دو درمان می‌تواند کارآیی بهتری را از خود نشان دهد. بر این اساس، هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روش سهم‌گذارانه به شیوه گروهی بر سلامت معنوی زنان متقاضی طلاق شهر تهران بود.

روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان متقاضی طلاق در سال ۱۴۰۱ تشکیل داد. با توجه به فرمول حجم نمونه (انحراف معیار ۱۵، خطای میانگین ۱۱، خطای نوع اول α=۰/۰۵، توان آزمون

1. Santiago & Gall
2. Chen
3. South

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

۰/۸۰) برای هر گروه آزمایش و کنترل ۱۵ نفر (برای هر روش درمانی به صورت مجزا) تعیین شد. بدین منظور ۴۵ فرد به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در یکی از سه گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. روش نمونه‌گیری به این صورت بود که از بین کلیه زوج‌ها، افرادی که ملاک‌های ورود (دارا بودن رضایت آگاهانه از مشارکت در پژوهش، قرار داشتن در دامنه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال، داشتن مشکلات زناشویی براساس خودگزارشی افراد و ارجاع از طرف مراکز قضایی به عنوان متقاضی طلاق) و ملاک‌های خروج (غیبت بیش از ۲ جلسه متوالی یا ۳ جلسه متناوب، عدم انجام تکالیف محوله، وجود حوادث غیرمترقبه در زندگی افراد و شرکت همزمان در جلسات مشاوره و روان‌درمانی دیگر) از پژوهش را داشتند. قابل ذکر است که گروه‌ها از لحاظ سن و تحصیلات همتاسازی شدند. در این پژوهش از پرسشنامه و پروتکل به شرح زیر استفاده شد. محرمانه بودن اطلاعات کسب‌شده، جلب رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان پژوهش، عدم انتشار اطلاعات شرکت‌کنندگان به دیگران و ایجاد یک جو اطمینان‌بخش از جمله ملاحظاتی بود که پژوهشگر مد نظر قرار داد. همچنین این پژوهش مورد تأیید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه الزهرا با کد IR.ALZAHRA.REC.1401.038 قرار گرفت. در نهایت برای توصیف اطلاعات پژوهش از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) و آمار استنباطی شامل تحلیل کواریانس چندمتغیری با کمک نرم‌افزار $SPSS_{V22}$ استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه سلامت معنوی (SHQ[1]): این پرسشنامه در سال ۱۹۸۲ توسط پولوتزین و الیسون[2] ساخته شد. حاوی ۲۰ سؤال است که ۱۰ سؤال اول سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال آخر بعد سلامت وجودی را می‌سنجد. نمره‌گذاری سؤالات بر اساس مقیاس شش درجه‌ای لیکرت از «کاملاً مخالفم=۱» تا «کاملاً موافقم=۶» انجام می‌شود. در سؤالات ۳، ۴، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۲۰، ۱۹ کاملاً مخالفم نمره ۱ و سؤالات ۱۸، ۱۶، ۱۳، ۱۲، ۹، ۶، ۵، ۲، ۱ کاملاً مخالفم نمره‌ی ۶ گرفته است. در پایان سلامت معنوی افراد به سه دسته‌ی پایین (۴۰-۲۰)، متوسط (۹۹-۴۱) و بالا (۱۲۰-۱۰۰) تقسیم‌بندی می‌شود. پولوتزین و الیسون (۱۹۸۲) روایی محتوایی پرسشنامه را ۰/۷۲ و میزان پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش کردند. این ابزار در ایران در پژوهش‌های متعددی مورد استفاده قرار گرفت. شیوندی و حسنوند (۱۳۹۹) در پژوهش خود روایی این پرسشنامه را با اجرای همزمان آن با پرسشنامه اضطراب ۰/۳۳- گزارش کردند و میزان پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آوردند. میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ بدست آمد.

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد زیر با اقتباس از ولز و سورل[3] (۲۰۰۷؛ ترجمه مسگریان، ۱۳۹۱) بوده که در قالب ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای هر هفته ۱ جلسه در طی یکماه به شرکت‌کنندگان عرضه شد. محتوای جلسات به شرح زیر خواهد بود.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	هدف	شرح
اول	مقدمه و دستور جلسه درمان	۱. فراهم کردن فرصتی برای مراجعان تا با یکدگیر و اهداف درمان آشنا شوند، ۲. برقراری رابطه درمانی و ارزیابی شدت مشکلات و تمرین مبتنی بر آگاهی، با عنوان «تمرین تمرکز»
دوم	تغییر رفتار و ذهن آگاهی	۱. ایجاد درماندگی خلاق نسبت به راه‌حل‌های گذشته از طریق استعاره و پرسش از مراجعان، ۲. تمرین ذهن آگاهی
سوم	ارزش‌ها	۱. پذیرش، ۲. ارزش ها، ۳. تکلیف
چهارم	شفاف‌سازی ارزش ها و اهداف	۱. شفاف‌سازی ارزش‌ها، ۲. بررسی موانع، ۳. تعیین اهداف و معرفی عمل متعهدانه و تمرین ذهن‌آگاهی «اسکن بدن»، ۴. تکمیل فرم مسیرهای ارزشمند
پنجم	گسستگی	۱. مرور تکالیف، ۲. گسستگی از تهدیدهای زبان، ۳. ذهن‌آگاهی، ۴. تکلیف
ششم	عمل متعهدانه	۱. مرور درمان، ۲. عمل متعهدانه، ۳. ذهن‌آگاهی و تمرین خود مشاهده‌گری، ۴. تکالیف
هفتم	رضایت	۱. رنج اولیه و ثانویه، ۲. تعهد و موانع شکل‌گیری رضایت، ۳. ذهن‌آگاهی در پیاده‌روی، ۴. تکالیف

1. Spiritual Health Questionnaire
2. Paloutzian & Ellison
3. Vowles & Sworel

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

هشتم	ختم جلسات و نتیجه‌گیری	۱. شفاف‌سازی ارزش‌ها، ۲. عود و پیشامدها، آمادگی نه پیشگیری، ۳. خداحافظی، ۴. تکلیف مادام العمر.

مشاور گروهی با رویکرد سهم‌گذاری: این مداخله توسط اسمعیلی در سال ۱۳۹۳ به منظور ارائه الگوی خانواده‌درمانی سهم‌گذاری تهیه و تدوین شد. این رویکرد در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای ۲ بار اجرا شد. خلاصه جلسات مداخله سهم‌گذاری در ادامه ارائه شده است.

جدول ۲: خلاصه جلسات مشاوره گروهی با رویکرد سهم‌گذارانه

جلسه	توضیحات
جلسه اول	در این جلسه پیش‌آزمون اجرا و خوش‌آمدگویی و آشنایی اولیه با اعضای گروه. تلاش برای شکل‌گیری ارتباط حسنه، انتظاراتی که اعضاء از جلسات دارند و تعیین اهداف گروه توسط مشاور و توافق درباره آن‌ها، گفتگو در مورد اهمیت رعایت اصل رازداری و به طور اختصار آشنایی با مفاهیم کلی رویکرد سهم‌گذاری.
جلسه دوم	ضمن بررسی تکلیف جلسه قبل، بازخورد اعضاء، شرح و توضیح هستی‌شناسی اسلامی و رویکرد سهم‌گذاری، ارزیابی زمینه‌های هستی‌شناسانه اعضاء، گفتگو در مورد مبانی چگونه بودنمان و چگونگی بهتر زیستن و توسعه پیدا کردن، سهم‌خواه بودن یا سهم‌گذار بودن؟
جلسه سوم	مباحثه در مورد تکلیف جلسه قبل و بررسی بازخورد اعضای جلسه. تبیین مفهوم سهم‌گیری و سهم‌گذاری در قالب مثال‌های مختلف از زندگی واقعی. سهم‌گذار و سهم‌خواه بودن چیست؟ فنون و روش‌های به‌کار رفته: مشارکت اعضا جهت ادراک بهتر مفاهیم مطرح‌شده، شناسایی و استفاده از نمونه‌های واقعی در زندگی.
جلسه چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل (بررسی نقش‌هایی که بر عهده داریم، چگونگی مطلوب بودن در هر یک از آن نقش‌ها، بهترین شکل ما در هر یک از این نقش‌ها چگونه است، گفتگو در مورد نقش خودمان در تغییر خودمان) و نسبت به آن‌ها. فنون و روش‌های به‌کار رفته: پرسش و پاسخ و گوش دادن فعال و مثال‌هایی در ارتباط با سهم‌گذاری من و تأثیر آن بر بودنم.
جلسه پنجم	گفتگوی مشاوره‌ای در مورد مسئولیت انسان نسبت به خویشتن و ارزش قائل شدن برای رشد شخصی و توسعه وجودی خود. تبیین کنش‌گری با جهت‌گیری سهم‌گذارانه به جای انفعال یا کنش‌گری سهم‌خواهانه. فنون و روش‌های به‌کار رفته: گفت‌وگو و پرسش و پاسخ متقابل و بیان تجربیات زیسته اعضا.
جلسه ششم	ضمن بازخورد و تشریح جلسه قبل. تشریح انعطاف هستی‌شناسانه (گفت‌وگو در مورد عدم امکان کنترل دیگران و تغییر ایشان، پذیرش دیگران و وسعت‌بخشی به خودمان در ارتباط با ایشان). فنون و روش‌های به‌کار رفته: گوش دادن فعال و مثال‌هایی در ارتباط با سهم‌گذاری من و تأثیر آن بر کنترل و پذیرش دیگران.
جلسه هفتم	مرور تکالیف جلسه پیشین. تمرکز بر تحلیل تجربه‌های زیسته اعضا و کشف نوع عاملیت اعضا. رفع ابهامات ذهنی اعضا درباره تحقق عملی عاملیت سهم‌گذار. فنون و روش‌های به‌کار رفته: استفاده از تمثیل‌ها و مشارکت اعضا. کشف عواملی که موجب کنش‌گری سهم‌گذارانه می‌شود.
جلسه هشتم	مرور مطالب جلسه قبل و افزایش آگاهی هستی‌محور از طریق تصویرسازی ذهنی. فنون و روش‌های به‌کار رفته: تمرین عملی افزایش آگاهی اعضا به نعماتشان، برقراری ارتباط معنایی با هستی و تبادل با هستی. ÷تفکر و کشف ارتباط معنایی با جهان هستی.
جلسه نهم	بازخورد اعضا از جلسه پیشین، تشریح آگاهی از توسعه وجود و هستی انسان فراتر از خود، خانواده و منافع ملی خود. تبیین رشدیافتگی فردی حاصل از سهم‌گذار بودن. فنون و روش‌های به‌کار رفته: استفاده از فن پرسش و پاسخ و گوش دادن فعال و گفت‌وگوی اعضا پیرامون چگونگی رشدیافتگی فردی. تکلیف: شناسایی روش‌های وسعت‌بخشی به خود.
جلسه دهم	بازخورد اعضای گروه و مروری بر جلسات گروه. بیان تجارب شخصی اعضا درباره فرایند مشاوره گروهی مبتنی بر الگوی سهم‌گذاری و تأثیر آن در نوع بودن اعضا. در نهایت اجرای پس‌آزمون. فنون و روش‌های به‌کار رفته: استفاده از فن پرسش و پاسخ و گوش دادن فعال و گفتگوی اعضا و روشن‌سازی مفاهیم الگو.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

یافته ها

در این پژوهش ۴۵ نفر در دامنه سنی ۲۵ تا ۵۰ سال شرکت داشته‌اند. مدت زمان ازدواج اعضای نمونه از ۱ سال تا ۳۵ سال بود. میزان درآمد ۳۹ نفر (۸۶/۷٪) متوسط و ۶ نفر (۱۳/۳٪) خوب گزارش شد. تعداد ۶ نفر (۱۳/۳٪) دارای شغل دولتی، ۸ نفر (۱۷/۸٪) شغل آزاد و ۳۱ نفر (۶۸/۹٪) شغل خانه‌داری داشتند. بیشترین افراد داری مدرک لیسانس (۲۰ نفر) و کمترین افراد دارای مدرک سیکل (۲ نفر) بودند. در ادامه یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه می‌شود. برای توصیف داده‌ها از میانگین به‌عنوان شاخص گرایش مرکزی و انحراف معیار به‌عنوان شاخص پراکندگی استفاده شد.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون (انحراف معیار± میانگین)	پس‌آزمون (انحراف معیار± میانگین)
سلامت مذهبی	درمان پذیرش و تعهد	۳۵/۷۳±۲/۸۶	۳۸/۸۷±۴/۷۵
	رویکرد سهم‌گذارانه	۳۵/۰۷±۲/۳۷	۳۸/۱۳±۳/۳۸
	کنترل	۳۵/۸۷±۲/۸۷	۳۵/۴۷±۲/۹۲
سلامت وجودی	درمان پذیرش و تعهد	۳۸/۶۰±۳/۵۲	۴۴/۵۳±۴/۲۹
	رویکرد سهم‌گذارانه	۳۸/۹۳±۳/۷۷	۴۲/۸۰±۵/۴۳
	کنترل	۳۸/۸۷±۴/۳۲	۳۸/۶۰±۳/۵۰
سلامت معنوی کل	درمان پذیرش و تعهد	۷۴/۳۳±۴/۳۴	۸۳/۴۰±۸/۶۱
	رویکرد سهم‌گذارانه	۷۴/۰۰±۵/۲۹	۸۰/۹۳±۶/۷۷
	کنترل	۷۴/۷۳±۳/۷۹	۷۴/۰۷±۵/۷۷

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده است. بر اساس این شاخص‌ها می‌توان گفت که در سلامت معنوی و هر دو مؤلفه آن گروه‌های آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون افزایش یافت. افزون بر آن در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. لذا قبل از انجام تحلیل، مفروضات آزمون مورد بررسی قرار گرفت. مفروضه نرمال بودن با آزمون کولموگروف – اسمیرنوف بررسی و نتایج نشان داد این مفروضه برقرار است ($P>۰/۰۵$). مفروضه ارتباط خطی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون سلامت معنوی مبنی بر موازی بودن خطوط رگرسیون صادق نبود و شیب‌ها موازی نبوده و همدیگر را قطع کردند. مفروضه همگنی شیب رگرسیون برقرار بود ($P<۰/۰۵$). برای بررسی برابری ماتریس واریانس ـ کوواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد که نتایج نشان داد این مفروضه برقرار نیست ($P=۰/۰۱۹$، $F=۲/۵۳۶$، $M=۱۶/۳۴۶$ باکس). علاوه بر آن مفروضه واریانس‌های خطا با استفاده از آزمون لون برای سلامت مذهبی ($p=۰/۰۲۵$ و $F_{(۲ ,۴۲)}=۴/۰۳۲$) و وجودی ($p=۰/۰۴۶$ و $F_{(۲ ,۴۲)}=۳/۳۱۵$) برقرار نبود. لذا بجای اثر لاندای ویلکز باید اثر پیلایی گزارش خواهد شد. بنابراین نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری در ادامه ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای متغیر سلامت معنوی

اثرات	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	معنی‌داری	اندازه اثر	توان آزمون
اثر پیلایی	۰/۳۲۴	۳/۸۶۸	۴	۸۰	۰/۰۰۶	۰/۱۶۲	۰/۸۸۱
اثر لاندای ویلکز	۰/۶۷۷	۴/۱۹۷	۴	۷۸	۰/۰۰۴	۰/۱۷۷	۰/۹۰۸
اثر هتلینگ	۰/۴۷۵	۴/۵۱۳	۴	۷۶	۰/۰۰۳	۰/۱۹۲	۰/۹۲۸
اثر بزرگترین ریشه روی	۰/۴۷۱	۹/۴۲۴	۲	۴۰	۰/۰۰۱	۰/۳۲۰	۰/۹۷۰

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری حاکی از آن است که بین سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رویکرد سهم‌گذارانه و گروه کنترل در مؤلفه‌های سلامت معنوی تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P=۰/۰۰۶، F=۳/۸۶۸، ۰/۳۲۴= اثر پیلایی). به‌منظور مشخص شدن این تفاوت نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در ادامه ارائه‌شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون کوواریانس تک‌متغیری برای مقایسه گروهی مؤلفه‌های سلامت معنوی

منابع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	مجذور اتا	توان آزمون
پیش‌آزمون	سلامت مذهبی	۰/۸۵۰	۱	۰/۸۵۰	۰/۰۷۱	۰/۷۹۲	۰/۰۰۲	۰/۰۵۸
	سلامت وجودی	۵۸/۲۳۶	۱	۵۸/۲۳۶	۳/۳۹۵	۰/۰۷۳	۰/۰۷۸	۰/۴۳۶
گروه	سلامت مذهبی	۱۰۹/۷۲۳	۲	۵۴/۸۶۲	۴/۵۷۳	۰/۰۱۶	۰/۱۸۶	۰/۷۴۴
	سلامت وجودی	۲۸۹/۷۱۴	۲	۱۴۴/۸۵۷	۸/۴۴۴	۰/۰۰۱	۰/۲۹۷	۰/۹۵۳
خطا	سلامت مذهبی	۴۷۹/۸۶۶	۴۰	۱۱/۹۹۷	---	---	---	---
	سلامت وجودی	۶۸۶/۲۳۰	۴۰	۱۷/۱۵۶	---	---	---	---

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود در هر دو مؤلفه سلامت معنوی بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری مشاهده‌شده است (P<۰/۰۵). به منظور مشخص شدن محل این تفاوت، مقایسه‌های زوجی با استفاده از آزمون بونفرونی انجام گرفت که نتایج آن در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۶: مقایسه‌های زوجی برای مؤلفه‌های سلامت معنوی بر اساس آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر	گروه پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل		گروه سهم‌گذاری با گروه کنترل		گروه پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه سهم‌گذاری	
	تفاوت میانگین‌ها	معناداری	تفاوت میانگین‌ها	معناداری	تفاوت میانگین‌ها	معناداری
سلامت مذهبی	۳/۴۷۱	۰/۰۲۷	۳/۱۵۱	۰/۰۴۳	۰/۳۱۹	۰/۹۸۵
سلامت وجودی	۵/۹۲۱	۰/۰۰۱	۴/۶۳۴	۰/۰۱۲	۱/۲۸۷	۰/۹۶۳

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، بین گروه درمان پذیرش و تعهد با گروه کنترل در هر دو مؤلفه سلامت مذهبی و وجودی تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۵). همچنین در هر دو مؤلفه بین دو گروه رویکرد سهم‌گذارانه و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۵). این در حالی بود که در هیچکدام از مؤلفه‌های سلامت معنوی بین دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد سهم‌گذارانه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (P>۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روش سهم‌گذارانه به شیوه گروهی بر سلامت معنوی زنان متقاضی طلاق شهر تهران بود. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش سلامت معنوی در زنان متقاضی طلاق شد. یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های ژانگ و همکاران (۲۰۱۸)، سانتیاگو و گال (۲۰۱۶)، عقیلی و ابراهیمی (۱۴۰۲)، اقوامی و وطن‌خواه (۱۳۹۹) و نعمتی و همکاران (۱۳۹۹) همسو است. همسو با نتایج این مطالعه ژانگ و همکاران (۲۰۱۸) نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر زندگی مبتنی بر ارزش‌ها و معنویت شخصی تمرکز دارد و موجب بهبود معنای زندگی و رفتارهای سلامتی در افراد می‌شود. از آنجایی که معنویت شامل مؤلفه‌های معناداشتن در زندگی، پیوند با دیگران، آرامش درونی و تعالی است نقش معنویت در نظام هیجان‌های اخلاقی نقشی دوگانه است. از یک سو موجد هیجان است و از دیگر سو، به دلیل ایجاد نظام معنایی، تنظیم کنندهٔ هیجان است. یافته‌ها را می‌توان چنین تبیین کرد که معنویت نقش مهمی در رضایت زناشویی و شادکامی و کارکرد بهینه زناشویی دارد. در واقع معنویت دانش پایه‌ای است که فرایند سازگاری با محیط را افزایش می‌دهد و دست کم ۵ کارایی دارد که می‌تواند به رفتارهای سازگارانه

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

با محیط بیانجامد: ظرفیت متعالی کردن کارها به معنی توجه به یکپارچگی جهان آفرینش، تجربه سطح بالایی از خودآگاهی، بررسی و پالایش تجربه‌های روزانه در ارتباط شخص با احساس مذهبی و معنوی، بکارگیری منابع معنوی در حل مشکلات زندگی و انجام اعمال پرهیزکارانه مثل گذشت، فداکاری و مانند اینها (اقوامی و وطن‌خواه، ۱۳۹۹). نخستین و مهمترین عامل مربوط به تأثیر ویژه معنویت در بهبود نگرش و تفسیر فرد نسبت به زندگی است. اهمیت عامل فشارآور از طریق ارزیابی‌های شناختی که تحت تأثیر باورها و ارزش‌های فردی مانند کنترل فردی و باورهای وجودی و معنوی قرار دارد، تعیین می‌شود (سانتیاگو و گال، ۲۰۱۶). از سویی باید عنوان کرد که معنویت به‌مثابه آگاهی از هستی یا نیرویی فراتر از جنبه‌های مادی زندگی است و احساس عمیقی از وحدت یا پیوند با کائنات را به وجود می‌آورد. اگرچه برخی معتقدند که مذهب به تشویق و مناسک روزمره مثل نماز و روزه تمایل دارد، اما معنویت سطوح جدید معنی ورای تمام عملکردها را جستجو می‌کند. مذاهب غالباً جنبه‌های دیگری از معنویت را نیز مدنظر قرار می‌دهد و این مناسک و اعمال مذهبی درواقع راه‌های دست یافتن به سطوح عالی معنویت تلقی می‌شوند و نه هدف اصلی مذهب (اگان و تیمینز[1]، ۲۰۱۹). در واقع سازه و مفهوم اساسی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آن است که رنج‌ها و تأملات روان‌شناختی با اجتناب از تجارب، شناخت‌های در هم تنیده شده، شکست در برآورده کردن نیازهای رفتاری و تطبیق نیافتن با ارزش‌های اساسی ایجاد می‌گردد. بنابراین، هدف اصلی در این رویکرد آن است که فرد با کنترل مؤثر دردها، رنج‌ها و تنش‌هایی که زندگی لاجرم برای او ایجاد کرده است و موجب طلاق یا از هم‌پاشیدگی خانواده می‌شود، زندگی پربار و معناداری برای خود ایجاد نماید (ژانگ و همکاران، ۲۰۱۸).

از سویی نتایج نشان داد رویکرد سهم‌گذاری به شیوه گروهی باعث افزایش سلامت معنوی زنان متقاضی طلاق شد. این یافته با نتایج مطالعات (اسمعیلی و همکاران، ۱۳۹۹ و اسمعیلی، ۱۳۹۳) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که رویکرد مشاوره‌ای سهم‌گذاری برخاسته از هستی‌شناسی اسلامی و دارای ساختاراست و روابط بین فردی و آموزش گفت و گوی مؤثر را به عنوان یکی از ارکان مهم می‌پذیرد. الگوی سهم‌گذاری با ۵ مبنا طرح گردیده است که عبارتند از: مخلوقیت سهم گذار، آفرینش احسن، پیوستگی و وسعت هستی، هدفمندی آفرینش و زوجیت. براساس این رویکرد انسان سالم و غیرسالم بر پیوستاری از تأله قرار خواهد داشت زیرا انسان سالم کسی است که اول، دارای شناخت صحیح از خود، جهان و خالق خود و هدف آفرینش است. دوم، دارای عواطف و هیجان مناسب با اهداف آفرینش است و سوم، دارای عمل مناسب با شناخت و عواطف خدا محور است. مشخصه شناخت صحیح در قرآن کریم شناخت پیوستار مبدأ تا معاد است. آن‌ها که شناخت صحیحی از اصل و فرع دارند در تبعیت از حق، انعطاف در مقابل آن، به اشتراک گذاشتن و به نوعی سهم‌گذاری وجودی پیشی‌گیرنده‌اند، به عبارتی با شناخت صحیح، انسان‌ها می‌توانند ضمن پیروی از حق، انعطاف داشته و هر کس برای رشد خود به ادای سهم خود در برابر دیگری بپردازد (اسمعیلی و همکاران، ۱۳۹۹). لذا بر اساس این توضیحات می‌توان گفت رویکرد سهم‌گذاری برگرفته از متون دینی و معنوی بوده که به نوعی ریشه مشترک با سلامت معنوی دارد و از این رو بر اساس همین زمینه مشترک و اینکه این رویکرد با معنویت و مسائل معنوی فرد سروکار دارد، می‌توان گفت انجام این مداخله بر روی زنان متقاضی طلاق می‌تواند سلامت معنوی آن‌ها را ارتقا دهد.

از سویی یافته‌ها نشان داد بین دو رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و سهم‌گذاری به شیوه گروهی در سلامت معنوی تفاوت معناداری وجود ندارد. پژوهشی که دقیقاً به بررسی این یافته بچردازد یافت نشد اما می‌توان گفت این یافته نزدیک با پژوهش‌های ژانگ و همکاران (۲۰۱۸)، سانتیاگو و گال (۲۰۱۶)، عقیلی و ابراهیمی (۱۴۰۲)، اقوامی و وطن‌خواه (۱۳۹۹)، اسمعیلی و همکاران (۱۳۹۹)، نعمتی و همکاران (۱۳۹۹)، اسمعیلی (۱۳۹۳) بود. در توجیه این امر می‌توان گفت درمانگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کاهش علائم نیست، بلکه درمانگر تلاش می‌کند تا مراجع از علائم رها شود. بر اساس رویکرد پذیرش و تعهد به محض آنکه تجارب خصوصی (افکار، تصورات، احساسات، خاطرات و طغیان‌های درونی) برچسب علائم و نشانه‌ها می‌خورد، بی‌درنگ نزاع و کشمکش با آن‌ها شروع می‌شود، زیرا علائم موضوعی آسیب‌زا و مرضی معنی می‌شود (آنچه ما تلاش می‌کنیم از آن خلاص شویم). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ارتباط بین افکار و احساسات مشکل‌زا را تغییر می‌دهد تا افراد آنان را به عنوان علائم مرضی درک نکنند و حتی یاد بگیرند که آن‌ها را بی‌ضرر (حتی اگر ناراحت کننده و ناخوشایند باشد) درک کنند (عقیلی و ابراهیمی، ۱۴۰۲). بنابراین بر اساس این یافته می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مراجع کمک می‌کند تا در زمان حال زندگی کند، افکارش را جدی نگیرد، ارزش‌هایش را بشناسد و سعی کند از طریق اعمال درست به آن‌ها برسد، به جای استدلال مشاهده کند، تعهد داشته باشد، سعی کند احساس و فکر مربوط به مشکل را ببیند، فقط تماشا کند و در نهایت بپذیرد. درمان پذیرش و تعهد روشی برای ارتباط بهتر با زندگی است که می‌تواند دردهای جسمانی را تسکین دهد و

1. Egan & Timmins

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

زندگی را غنا ببخشد و معنادار کند. این درمان با ایجاد پذیرش و تجربهٔ تمامی لحظات زندگی و ارائهٔ بینش مستقیمی که دربارهٔ نقش ذهن در ایجاد اضطراب‌های مبهم انجام می‌دهد موجب افزایش معناداری در زندگی می‌شود. از طرفی اسمعیلی (۱۳۹۳) در الگوی مشاوره‌ای سهم‌گذاری خود که مبتنی بر هستی‌شناسی توحیدی قرار دارد، بیان کرد مبتنی بر سبک سهم‌گذاری متعادل می‌توان به اهداف مشاوره‌ای ایجاد تغییرات پایدار در مراجعان دست یافت که یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد مؤلفه‌های عملکردی، نگرشی و ارتباطی مشاور در ارتباط با مراجع تسهیل‌گر ایجاد آگاهی و تغییر در ادراک هستی‌محورانه مراجع شده و زمینه شکل‌گیری سلامت معنوی را در متقاضیان طلاق به وجود آورد. در تبیین سبک سهم‌گذاری مؤثر مشاوران و مراجعان بیان می‌کند که در دیدگاه اسلامی، مسیر صحیح یک مسیر است و مسیرهای غلط بی‌شمار؛ پس در واقع یک سبک سهم‌گذاری صحیح وجود دارد که در آن سهم‌گذاری متعادل یا پایدار است. ولی بی‌شمار سبک‌های سهم‌گذاری نا صحیح وجود دارد که به نوعی بدسهم‌گذاری می‌توان آن را نامید. سهم‌گذاری درمانگر در دو سر طیف افراط و تفریط، به گونه‌ای که در آن تعادل حفظ نشده و به نوعی میل سهم‌خواهانه در سبک ارتباطی مشاور ممزوج شده باشد، باعث می‌شود مراجعان مختلف با محتوای مسائل گوناگون به هدف نهایی مشاوره با این رویکرد که ایجاد تغییرات پایدار در نگاه، بازبینی در باورهای هستی‌شناسانه و جهانبینی‌شان نسبت به زندگی است، نرسیده و بازگشت در درمان اتفاق بیفتد. بنابراین اگر هدف این است که سهم‌گذاری در اتاق مشاوره توسط سهم‌گذار درمانگر متجلی شده و این ظرفیت در مراجع رشد کند و بر پایداری تغییرات اثر بگذارد، سبک سهم‌گذاری صحیح خودش را نشان می‌دهد. در این میان ظرفیت وجودی مراجع، آمادگی‌های روانی و ویژگی‌های شخصیتی و تجربه‌های قبلی متفاوت او عاملی است که زمینه‌ساز می‌شود سهم‌گذار درمانگر با طرح‌های درمانی متفاوت وارد مسیر درمان شده و در ارتباط بین آن‌ها محتوای درمان شکل بگیرد. بنابراین در تبیین این یافته می‌توان گفت هر دو رویکرد با استفاده از مفاهیم بنیادی خود توانستند بر سلامت معنوی زنان متقاضی طلاق مؤثر باشند و از این رو بین این دو رویکرد تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

به صورت کلی می‌توان گفت نتایج این پژوهش حاکی از اثربخشی هر دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و سهم‌گذاری به شیوه گروهی بر سلامت معنوی زنان متقاضی طلاق بود. این آموزش‌ها هر کدام توانستند به تنهایی باعث ارتقای سلامت معنوی شوند. بنابراین هر کدام از این آموزش‌ها در مقایسه با گروه گواه تفاوت معنی‌داری را نشان داد، این در حالی بود که در مقایسه این دو روش با یکدیگر، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

این مطالعه محدودیت‌هایی داشته است. یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر آن است که یافته‌های بدست آمده از طریق پرسشنامه و به صورت خودگزارش‌دهی توسط شخص بدست آمده و مشخص نیست تا چه اندازه با رفتارهای واقعی در زندگی روزمره مرتبط است. محدودیت مهم این پژوهش مربوط به روش نمونه‌گیری بود. در این مطالعه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شده است که می‌تواند نتایج پژوهش و قدرت تعمیم‌دهی را کاهش دهد. تک جنسیتی بودن این پژوهش محدودیت دیگر این مطالعه است، به این معنی که این مطالعه فقط بر روی زنان متقاضی طلاق اجرا شد و نظر مردان در ان لحاظ نشد. نداشتن دوره پیگیری از محدودیت‌های دیگر این مطالعه بود. بر اساس این محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود که بر روی سایر افراد در سایر شهرها و مراکز که قابلیت اجرا دارد، اجرا شود و با نتایج این تحقیق مقایسه گردد. پیشنهاد می‌شود جهت کسب نتایج دقیق‌تر ارتباط این متغیرها با بهره‌گیری از سایر روش‌ها (همبستگی، رگرسیون، مدلیابی معادلات ساختاری و ...) نیز اجرا شوند. به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که در آینده مطالعاتی را طرح‌ریزی کنند که تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکر سهم‌گذاری به شیوه گروهی و سلامت معنوی در کنار متغیرهای مختلف دیگر مورد بررسی قرار گیرد تا از این طریق دانش منسجمی در خصوص متغیرهای ذکر شده و روابط این سازه‌ها با سایر سازه‌ها که قابلیت بیشتری در برنامه‌ریزی‌های مربوطه دارد، حاصل شود. پیشنهاد می‌گردد در تحقیقات آتی از روش نمون‌گیری مطمئن‌تری استفاده شود تا با احتمال بیشتری قابل تعمیم باشد. پیشنهاد می‌گردد در تحقیقات آتی از روش‌های مطمئن‌تری مانند مصاحبه که سوگیری کمتری نسبت به روش خودگزارش‌دهی دارند، استفاده شود. پیشنهاد می‌شود این پژوهش با دوره پیگیری متعدد برگزار شود تا ماندگاری اثر هرکدام از روش‌های فوق مشخص گردد. پیشنهاد می‌شود این مطالعه بر روی مردان متقاضی طلاق نیز اجرا شود و با نتایج این مطالعه مقایسه شود. با توجه به برجسته بودن نقش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد سهم‌گذاری به روش گروهی در سلامت معنوی پیشنهاد می‌شود، برنامه‌هایی از قبیل سخنرانی، برگزاری کارگاه و جلسات آموزش ویژه این رویکردها می‌تواند اثرگذار باشد. با ایجاد استراتژی پویا، با استفاده از نتایج این پژوهش در جهت ارتقـا سلامت و بهداشت روانی زنان، برنامه‌های مدون برای پیشگیری از طلاق توصیه می‌گردد. در نهایت پژوهشگران از کلیه زنان شرکت‌کننده در پژوهش تقدیر و تشکر می‌کنند.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

منابع

اسمعیلی، م (۱۳۹۳). ارائه الگوی خانواده‌درمانی سهم‌گذاری در حل تعارضات خانواده. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۵(۲۰)، ۵۷-۲۷. https://qccpc.atu.ac.ir/article_1945.html

اسمعیلی، م؛ دهدست، ک؛ قبادی، ش و عسگری، م (۱۳۹۹). مطالعه کیفی الگوی سهم‌گذاری در مشاوره با رویکرد اسلامی و نقش آن در پایداری تغییرات نوع اول، دوم و سوم مراجعان. *مجله مسائل کاربردی تعلیم و تربیت اسلامی*، ۵(۴)، ۳۲-۷. https://qaiie.ir/article-1-691-fa.html

اقوامی، ز و وطن‌خواه، ح (۱۳۹۹). *اثربخشی آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سلامت معنوی بیماران افسرده دو قطبی شهر تهران*. نخستین کنفرانس ملی علوم شناخت و تعلیم و تربیت. https://civilica.com/doc/1142879/

راسخ جهرمی، ا؛ کلانی، ن؛ مقرب، ف و حیدری، ر (۱۴۰۰). بررسی رضایت زناشویی و عوامل مرتبط با آن در زنان مراجعه‌کننده به کلینیک زنان شهرستان جهرم در سال ۱۳۹۹. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۱۵(۸)، ۵۴۹-۵۴۰. http://journal.muq.ac.ir/article-1-3211-fa.html

شیوندی، ک؛ حسنوند، ف (۱۳۹۹). تدوین مدل پیامدهای روان‌شناختی اضطراب ناشی از اپیدمی کرونا ویروس و بررسی نقش میانجی‌گری سلامت معنوی. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۱(۴۲)، ۱-۳۶. https://doi.org/10.22054/qccpc.2020.50918.2346

عقیلی، م و ابراهیمی، م (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت معنوی، احساس انسجام و شفقت به خود زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *پژوهش‌های کاربردی در علوم رفتاری*، ۵۸(۱۵)، ۳۲-۱۸. https://sanad.iau.ir/fa/Article/1129965?FullText=FullText

نعمتی، م؛ دوکانه‌ای فرد، ف و بهبودی، م (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی سه روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان هیجان مدار و درمان تلفیقی بر بهزیستی معنوی خانواده های مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهرستان ساری: مطالعه آزمایشی. *پژوهش در دین و سلامت*، ۶(۱)، ۹۹-۸۷. https://www.sid.ir/paper/369789/fa

ولز، ک و سورل، ج (۲۰۰۷) *زندگی با درمان مزمن (رویکرد مبتنی بر پذیرش)*. ترجمه مسگریان، ف (۱۳۹۱)، تهران: انتشارات ارجمند. https://3030book.ir/product/

Chen, J., You, H., Liu, Y., Kong, Q., Lei, A., & Guo, X. (2021). Association between spiritual well-being, quality of life, anxiety and depression in patients with gynaecological cancer in China. *Medicine*, *100*(1), e24264. 10.1097/MD.0000000000024264

Cooper, Z. W., & Wolfer, T. A. (2024). Conceptualizing the Biopsychosocial-Spiritual Health Influences of Adverse Childhood Experiences and the Application of Primary Care Behavioral Health for Their Treatment. *Journal of religion and health*, *63*(1), 619-639. https://link.springer.com/article/10.1007/s10943-023-01928-y

Ding, D., & Zheng, M. (2022). Associations between six core processes of psychological flexibility and functioning for chronic pain patients: a three-level meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, *13*, 893150. 10.3389/fpsyt.2022.893150

Egan, R., & Timmins, F. (2019). Spirituality as a Public Health Issue: The potential role of spirituality in promoting health. *Spirituality in healthcare: Perspectives for innovative practice*, 55-66. 10.1007/978-3-030-04420-6_4

Frye, N., Ganong, L., Jensen, T., & Coleman, M. (2020). A dyadic analysis of emotion regulation as a moderator of associations between marital conflict and marital satisfaction among first-married and remarried couples. *Journal of Family Issues*, *41*(12), 2328-2355. https://doi.org/10.1177/0192513X20935504

Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World psychiatry*, *16*(3), 245-246. https://doi.org/10.1002/wps.20442

Körük, S., & Özabacı, N. (2023). How do early maladaptive schemas and family functions predict dyadic marital adjustment? A test on Turkish married individuals. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *49*(7), 772-782. DOI: 10.1080/0092623X.2023.2195857

Lappegård, T., Klüsener, S., & Vignoli, D. (2018). Why are marriage and family formation increasingly disconnected across Europe? A multilevel perspective on existing theories. *Population, Space and Place*, *24*(2), e2088. https://doi.org/10.1002/psp.2088

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.scirp.org/reference/ReferencesPapers?ReferenceID=1300047

Santiago, P. N., & Gall, T. L. (2016). Acceptance and commitment therapy as a spiritually integrated psychotherapy. *Counseling and Values*, *61*(2), 239-254. https://doi.org/10.1002/cvj.12040

South, S. C., Mann, F. D., & Krueger, R. F. (2021). Marital satisfaction as a moderator of molecular genetic influences on mental health. *Clinical Psychological Science*, *9*(4), 719-731. https://doi.org/10.1177/2167702620985152

Whitney, D. S. (2021). *Ten questions to diagnose your spiritual health*. NavPress. https://www.amazon.com/Questions-Diagnose-Your-Spiritual-Health/dp/1641583304

World Health Organization. (2020). *Laboratory testing for 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in suspected human cases: Interim guidance, 17 January 2020*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/10665-331501

Zhang, C. Q., Leeming, E., Smith, P., Chung, P. K., Hagger, M. S., & Hayes, S. C. (2018). Acceptance and commitment therapy for health behavior change: a contextually-driven approach. *Frontiers in psychology*, *8*, 2350. 10.3389/fpsyg.2017.02350

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]