

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

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.

زهرا شمس

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.

دکتر حمیرا سلیمان نژاد (نویسنده مسئول)

استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.

دکتر وحید احمدی

استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.

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.

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 مبتنی 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 الیسون (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 $P < 0.01$ وجود داشت. علاوه بر این یافته‌ها نشان داد که بین پس‌آزمون سلامت معنوی در دو گروه آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P > 0.05$). 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.

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 اوزیک^۱، 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 رشد یافته شود، البته این امر منوط به این است که رابطه زوجها و در کل کانون خانواده، سالم، گرم و بدون تنش باشد (لاپگارد^۲ 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^۳ به عنوان شاخص‌ترین آشنفتگی زناشویی و نشانگر آن است که رضایت زناشویی به آسانی قابل دستیابی نیست (فرای^۴ و همکاران، ۲۰۲۰).

یکی از مهمترین عواملی که به نظر می‌رسد بر زندگی زناشویی مؤثر است، سلامت معنوی^۵ 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^۶، ۲۰۲۴). این بعد از سلامتی دارای دو بعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی است. سلامت مذهبی منعکس‌کننده ارتباط با خدا یا قدرتی بی‌نیابت 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^۷، 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 گسترده 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^۸ 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^۹، 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^{۱۰}، ۲۰۲۲). ژانگ^{۱۱} و همکاران (۲۰۱۸) ادعان 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 اخیراً 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 & Özabaci

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

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 وطن خواه (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 معنی دار 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 ارزش ها و معنویت شخصی تمرکز دارد و موجب بهبود معنای زندگی و رفتارهای سلامتی در افراد می شود. سانتیاگو و گال^۱ (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 می شود، می تواند 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 درمان هایی که در این پژوهش مورد مطالعه قرار گرفت، روش سهم گذارانه به شیوه گروهی است. نظریه سهم گذاری به عنوان یک نظریه مبتنی بر دین است که پویایی های فرهنگی را نیز مورد لحاظ قرار می دهد. عقاید مذهبی تأثیر زیادی در استحکام و پایداری خانواده دارد. مذهب و تعهد، نه تنها در استحکام بلکه در رضایت، شادکامی و معنا و دیگر شاخص های کیفیت زندگی نقش بسزایی دارد (چن^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). به نوعی می توان گفت، تجربه یک زندگی هدفمند، یکی از کارکردهای دین است و دین وسیله ای برای ایجاد این هدفمندی است (ساوت^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). دین شاخصی است که فارغ از بحث ازدواج و زندگی اجتماعی، سبب آرامش افراد و نجات از سرگیجه گرفتن آزادی بی حد و حصر می شود. آنچه اکنون در شیوه ها و هنجارها و ارزش های غربی دیده می شود، فردگرایی، انسان محوری، اصالت سود، مادی گرایی و اصالت لذت است. این موارد مصادیق گرایش زوجین به سهم گیری و سهم خواهی است که مغایر با هستی شناسی اسلامی است. هستی شناسی اسلامی، ماهیتی متفاوت و منحصر به فرد دارد. این هستی شناسی از آموزه های قرآنی گرفته شده و از سوی خالق هستی، برای تمامی انسان ها مطرح شده و می تواند انسان را به کمال دنیوی و اخروی هدایت کند (اسمعیلی، ۱۳۹۳). بنابراین روش سهم گذاری به شیوه گروهی الگوی بومی و مبتنی بر فرهنگ اسلامی بوده و بر این عقیده است که می تواند در کیفیت زندگی زناشویی مؤثر باشد (اسمعیلی و همکاران، ۱۳۹۹). پژوهش های محدودی به بررسی رویکرد سهم گذاری پرداختند. اسمعیلی و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهشی به این نتایج دست یافتند که الگوی سهم گذاری به دست آمده شامل عوامل زمینه ساز و راهبردها و پدیده محوری در تحقق سبک سهم گذاری است. پدیده محوری در تحقق سبک سهم گذاری متعادل از مولفه های نگرشی، عملکردی و ارتباطی تشکیل شده است. ایجاد آگاهی و ادراک هستی محور حول محورهای نقش مخلوقیت، آفرینندگی احسن و وسعت بخشی هدفمند عامل زمینه ساز سبک سهم گذاری متعادل بوده و تمرکز درمانگر بر نقش مراجع در هستی، ارزیابی هستی گرایانه و آماده سازی او برای رویارویی با آینده راهبردهای تحقق سبک سهم گذاری متعادل را تشکیل می دهند.

حال با توجه به نقش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روش سهم گذارانه به شیوه گروهی در سلامت معنوی زنان متقاضی طلاق و از طرفی عدم مقایسه دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روش سهم گذارانه 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 می تواند کارآیی بهتری را از خود نشان دهد. بر این اساس، هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روش سهم گذارانه به شیوه گروهی بر سلامت معنوی زنان متقاضی طلاق شهر تهران بود.

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون 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 $\alpha=0/05$ ، توان آزمون

1. Santiago & Gall
2. Chen
3. South

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 ملاحظات 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 SPSSv22 استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه سلامت معنوی (SHQ^۱): این پرسشنامه در سال ۱۹۸۲ توسط پولوتزین و الیسون^۲ 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 نمره 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^۳ (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 یکدیگر 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. ارزش‌ها، ۳. تکلیف
چهارم	شفاف‌سازی ارزش‌ها و اهداف	۱. شفاف‌سازی ارزش‌ها، ۲. بررسی موانع، ۳. تعیین اهداف و معرفی عمل متعهدانه و تمرین ذهن آگاهی «اسکن بدن»، ۴. تکمیل فرم مسیرهای ارزشمند
پنجم	گسستگی	۱. مرور تکالیف، ۲. گسستگی از تهدیدهای زبان، ۳. ذهن آگاهی، ۴. تکلیف
ششم	عمل متعهدانه	۱. مرور درمان، ۲. عمل متعهدانه، ۳. ذهن آگاهی و تمرین خود مشاهده‌گری، ۴. تکالیف
هفتم	رضایت	۱. رنج اولیه و ثانویه، ۲. تعهد و موانع شکل‌گیری رضایت، ۳. ذهن آگاهی در پیاده‌روی، ۴. تکالیف

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

مشاور گروهی با رویکرد سهم گذاری: این مداخله توسط اسمعیلی در سال ۱۳۹۳ به منظور ارائه الگوی خانواده درمانی سهم گذاری تهیه و تدوین شد. این رویکرد در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای هفته ای ۲ بار اجرا شد. خلاصه جلسات مداخله سهم گذاری در ادامه ارائه شده است.

جدول ۲: خلاصه جلسات مشاوره گروهی با رویکرد سهم گذاری

جلسه	توضیحات
اول جلسه	در این جلسه پیش آزمون اجرا و خوش آمدگویی و آشنایی اولیه با اعضای گروه. تلاش برای شکل گیری ارتباط حسنه، انتظاراتی که اعضا از جلسات دارند و تعیین اهداف گروه توسط مشاور و توافق درباره آن ها، گفتگو در مورد اهمیت رعایت اصل رازداری و به طور اختصار آشنایی با مفاهیم کلی رویکرد سهم گذاری.
دوم جلسه	ضمن بررسی تکلیف جلسه قبل، بازخورد اعضا، شرح و توضیح هستی شناسی اسلامی و رویکرد سهم گذاری، ارزیابی زمینه های هستی شناسانه اعضا، گفتگو در مورد مبانی چگونه بودنمان و چگونگی بهتر زیستن و توسعه پیدا کردن، سهم خواه بودن یا سهم گذار بودن؟
سوم جلسه	مباحثه در مورد تکلیف جلسه قبل و بررسی بازخورد اعضای جلسه. تبیین مفهوم سهم گیری و سهم گذاری در قالب مثال های مختلف از زندگی واقعی. سهم گذار و سهم خواه بودن چیست؟ فنون و روش های به کار رفته: مشارکت اعضا جهت ادراک بهتر مفاهیم مطرح شده، شناسایی و استفاده از نمونه های واقعی در زندگی.
چهارم جلسه	بررسی تکلیف جلسه قبل (بررسی نقش هایی که بر عهده داریم، چگونگی مطلوب بودن در هر یک از آن نقش ها، بهترین شکل ما در هر یک از این نقش ها چگونه است، گفتگو در مورد نقش خودمان در تغییر خودمان) و نسبت به آن ها. فنون و روش های به کار رفته: پرسش و پاسخ و گوش دادن فعال و مثال هایی در ارتباط با سهم گذاری من و تأثیر آن بر بودنم.
پنجم جلسه	گفتگوی مشاوره ای در مورد مسئولیت انسان نسبت به خویش و ارزش قائل شدن برای رشد شخصی و توسعه وجودی خود. تبیین کنش گری با جهت گیری سهم گذارانه به جای انفعال یا کنش گری سهم خواهانه. فنون و روش های به کار رفته: گفتگو و پرسش و پاسخ متقابل و بیان تجربیات زیسته اعضا.
ششم جلسه	ضمن بازخورد و تشریح جلسه قبل. تشریح انعطاف هستی شناسانه (گفتگو در مورد عدم امکان کنترل دیگران و تغییر ایشان، پذیرش دیگران و وسعت بخشی به خودمان در ارتباط با ایشان). فنون و روش های به کار رفته: گوش دادن فعال و مثال هایی در ارتباط با سهم گذاری من و تأثیر آن بر کنترل و پذیرش دیگران.
هفتم جلسه	مرور تکالیف جلسه پیشین. تمرکز بر تحلیل تجربه های زیسته اعضا و کشف نوع عاملیت اعضا، رفع ابهامات ذهنی اعضا درباره تحقق عملی عاملیت سهم گذار. فنون و روش های به کار رفته: استفاده از تمثیل ها و مشارکت اعضا. کشف عواملی که موجب کنش گری سهم گذارانه می شود.
هشتم جلسه	مرور مطالب جلسه قبل و افزایش آگاهی هستی محور از طریق تصویرسازی ذهنی. فنون و روش های به کار 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.
نهم جلسه	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 سهم گذار بودن. فنون و روش های به کار رفته: استفاده از فن پرسش و پاسخ و گوش دادن فعال و گفتگوی اعضا پیرامون چگونگی رشدیافتگی فردی. تکلیف: شناسایی روش های وسعت بخشی به خود.
دهم جلسه	بازخورد اعضای گروه و مروری بر جلسات گروه. بیان تجارب شخصی اعضا درباره فرایند مشاوره گروهی مبتنی بر الگوی سهم گذاری و تأثیر آن در نوع بودن اعضا. در نهایت اجرای پس آزمون. فنون و روش های به کار رفته: استفاده از فن پرسش و پاسخ و گوش دادن فعال و گفتگوی اعضا و روشن سازی مفاهیم الگو.

یافته‌ها

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 دارای 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 $\pm$ میانگین)	پس‌آزمون (انحراف معیار $\pm$ میانگین)
سلامت مذهبی	درمان پذیرش و تعهد	۳۵/۷۳ $\pm$ ۲/۸۶	۳۸/۸۷ $\pm$ ۴/۷۵
	رویکرد سهم‌گذارانه	۳۵/۰۷ $\pm$ ۲/۳۷	۳۸/۱۳ $\pm$ ۳/۳۸
	کنترل	۳۵/۸۷ $\pm$ ۲/۸۷	۳۵/۴۷ $\pm$ ۲/۹۲
سلامت وجودی	درمان پذیرش و تعهد	۳۸/۶۰ $\pm$ ۳/۵۲	۴۴/۵۳ $\pm$ ۴/۲۹
	رویکرد سهم‌گذارانه	۳۸/۹۳ $\pm$ ۳/۷۷	۴۲/۸۰ $\pm$ ۵/۴۳
	کنترل	۳۸/۸۷ $\pm$ ۴/۳۲	۳۸/۶۰ $\pm$ ۳/۵۰
سلامت معنوی کل	درمان پذیرش و تعهد	۷۴/۳۳ $\pm$ ۴/۳۴	۸۳/۴۰ $\pm$ ۸/۶۱
	رویکرد سهم‌گذارانه	۷۴/۰۰ $\pm$ ۵/۲۹	۸۰/۹۳ $\pm$ ۶/۷۷
	کنترل	۷۴/۷۳ $\pm$ ۳/۷۹	۷۴/۰۷ $\pm$ 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 ($P > 0/05$). 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 ($P < 0/05$). برای بررسی برابری ماتریس واریانس - کوواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد که نتایج نشان داد این مفروضه برقرار نیست ($P = 0/019$, $F = 2/536$, $M = 16/346$ باکس). علاوه بر آن مفروضه واریانس‌های خطا با استفاده از آزمون لون برای سلامت مذهبی ($p = 0/025$ و $F_{(42, 7)} = 4/032$) و وجودی ($p = 0/046$ و $F_{(42, 7)} = 3/315$) 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 هتئینگ	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

نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری حاکی از آن است که بین سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رویکرد سهم گذارانه و گروه کنترل در مؤلفه‌های سلامت معنوی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=3/868$, $P=0/006$, $\eta^2=0/324$). به‌منظور مشخص شدن این تفاوت نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری در ادامه ارائه شده است.

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

منابع	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	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 مشاهده شده است ($P<0/05$). 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	تفاوت میانگین‌ها	تفاوت میانگین‌ها
سلامت مذهبی	۳/۴۷۱	۰/۰۲۷	۰/۹۸۵
سلامت وجودی	۵/۹۲۱	۰/۰۰۱	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 ($P<0/05$). همچنین در هر دو مؤلفه بین دو گروه رویکرد سهم گذارانه و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P<0/05$). این در حالی بود که در هیچ‌کدام از مؤلفه‌های سلامت معنوی بین دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد سهم گذارانه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($P>0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روش سهم گذارانه 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 موجب هیجان است و از دیگر سو، به دلیل ایجاد نظام معنایی، تنظیم‌کننده 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

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 به مثابه 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^۱، 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 ساختار است 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 سهم‌گذار، آفرینش احسن، پیوستگی و وسعت هستی، هدفمندی آفرینش و زوجیت. براساس این رویکرد انسان سالم و غیرسالم بر پیوستاری از تالّه 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 بپردازد 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

زندگی را غنا ببخشد و معنادار کند. این درمان با ایجاد پذیرش و تجربه تمامی لحظات زندگی و ارائه بینش مستقیمی که درباره 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 آن 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 رویکرد 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 نمونه‌گیری 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 هر کدام 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 ارتقا 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.

منابع

- اسمعیلی، م (۱۳۹۳). ارائه الگوی خانواده‌درمانی سهم‌گذاری در حل تعارضات خانواده. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۵(۲۰)، ۲۷-۵۷.
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)، ۷-۳۲.
<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 هیجان‌مدار و درمان تلفیقی بر بهزیستی معنوی خانواده‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهرستان ساری: مطالعه آزمایشی. پژوهش در دین و سلامت، ۶(۱)، ۸۷-۹۹.
<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.00000000000024264](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000024264)
- 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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02350)