

The effectiveness of an integrated approach to Therapy based on Acceptance and Commitment (ACT) and Dialectical Behavior Therapy (DBT) on resilience and psychological well-being of couples referring to counseling centers

Ahmad Arabzadeh

PhD Student, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

Mansour Sodani*

Visiting Profesor, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran / Department of Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

Masoud Shahbazi

Assistant Professor, Department of Counseling, Masjed Soleiman Branch, Islamic Azad University, Masjed Soleiman, Iran

Abstract: Low levels of resilience and psychological well-being are destructive factors in married life and have detrimental effects on the physical and emotional health of couples. The aim of this study was to determine the effectiveness of the combined approach of acceptance and commitment therapy (ACT) and dialectical behavior therapy (DBT) on resilience and psychological well-being of maladapted couples. For this purpose, among the couples who referred to the counseling centers of Bushehr in 1398, 3 incompatible couples (6 people - 3 women and 3 men -) were selected. In this study, a single-subject design of multiple simultaneous baseline was used. Therapeutic protocol Integrated approach based on acceptance, commitment and dialectical behavior therapy was performed in two to four baseline stages, ten intervention sessions and three follow-up stages. Subjects were assessed using the Connor & Davidson Resilience Scale (CD-RISC) and Reef Psychological Well-Being (RSPWB) at baseline, treatment, and follow-up stages. The results showed that the rate of improvement in the resilience variable in the post-treatment and follow-up stages was 65.26 and 68.79% and the rate of improvement in the post-treatment stage was variable Psychological well-being was 56% and 85.76%, respectively. Based on this approach, this approach has affected the goal of treatment. Therefore, it is concluded that to increase resilience and psychological well-being of maladapted couples, the integrated approach of treatment based on acceptance, commitment and dialectical behavior therapy can be used in therapeutic sessions and counseling.

Keywords: Integrative approach based on acceptance and commitment and dialectical behavior therapy, resilience, psychological well-being

sodani_m@scu.ac.ir

* نویسنده مسوول: اهواز، دانشگاه شهید چمران، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی . پست الکترونیکی:

اثربخشی رویکرد تلفیقی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره

احمد عرب زاده

دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

منصور سودانی

استاد مدعو، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران / گروه مشاوره، دانشگاه شهید

چمران اهواز، اهواز، ایران

مسعود شهبازی

استادیار، گروه مشاوره، واحد مسجد سلیمان، دانشگاه آزاد اسلامی، مسجد سلیمان، ایران

چکیده: میزان پایین تاب‌آوری و بهزیستی روانی از عوامل مخرب زندگی زناشویی است و آثار زیانباری بر سلامت فیزیکی و هیجانی زوجها دارد. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رویکرد تلفیقی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی زوج‌های ناسازگار بود. بدین منظور از بین زوج‌هایی که سال ۱۳۹۸ به مراکز مشاوره شهر بوشهر مراجعه کرده بودند، ۳ زوج (۶ نفر - ۳ زن و ۳ مرد) ناسازگار انتخاب شدند. در این پژوهش، از طرح تک آزمودنی از نوع خط پایه چندگانه هم‌زمان استفاده شد. پروتکل درمانی رویکرد تلفیقی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی در دو تا چهار مرحله خط پایه، ده جلسه مداخله و سه مرحله پیگیری اجرا شد و زوجها با استفاده از مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC) و بهزیستی روان‌شناختی ریف (RSPWB) در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج نشان داد میزان بهبودی در متغیر تاب‌آوری در مرحله پس از درمان و پیگیری، ۶۵/۲۶ و ۶۸/۷۹ درصد و میزان بهبودی در مرحله پس از درمان در متغیر بهزیستی روان‌شناختی ۵۶ و ۸۵/۷۶ درصد بود. بر این اساس این رویکرد بر هدف درمان تأثیر داشته است؛ بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که برای افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی زوج‌های ناسازگار می‌توان از رویکرد تلفیقی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی در جلسات درمانی و مشاوره‌ای استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی: رویکرد تلفیقی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی، تاب‌آوری، بهزیستی روان‌شناختی

مقدمه

بی‌گمان، طلاق^۱ - انحلال و قطع رابطه‌ی زناشویی^۲ - یکی از رویدادهای ناخوشایند زندگی زناشویی است (خجسته‌مهر، بهمنی، سودانی و عباسپور، ۱۳۹۹) که فروپاشی فردی، خانوادگی و اجتماعی را در پی دارد (شاهمرادی، صادقی، گودرزی و روزبهنی، ۱۳۹۸). به عبارتی طلاق یک زخم اجتماعی و یک شوک عاطفی در دوره بزرگسالی محسوب می‌شود (صمدی کاشان، جعفری، محمود پور و قاسم‌زاده، ۱۳۹۷) و این درخواست هنگامی صادر می‌شود که هرگونه امید و تلاش برای دستیابی به کانون گرم و زندگی مشترک بی‌پاسخ می‌ماند. افزایش نرخ این معضل اجتماعی به‌عنوان یکی از پیچیده‌ترین پدیده‌ی اجتماعی عصر کنونی، این روزها بحث رسانه‌های همگانی و موضوع بسیاری از همایش‌ها و سمینارها در سراسر کشور قرار گرفته است (رضایی، فلاح و وزیری، ۱۳۹۷). آمار و ارقام نشان می‌دهد که ایران چهارمین کشور پر طلاق دنیاست (واعظی، ۱۳۹۷) و بر اساس آمار رسمی سازمان ثبت‌احوال کشور، نرخ طلاق در دهه‌ی ۱۳۶۰ تقریباً روندی باثباتی را تجربه کرده است، اما در دهه‌ی ۱۳۷۰ و ۱۳۸۰ این روند صعودی بوده، به‌طوری‌که نرخ طلاق در کشور از ۰/۹۲ مورد به ازای هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۸۰ به بیش از ۲/۲۶ مورد در سال ۱۳۹۵ رسیده است، در نتیجه در طول پانزده سال نرخ طلاق در کشور حدود ۲/۵ برابر شده است که حکایت از رشد نگران‌کننده‌ی آن در دهه‌های اخیر است (درگاهی، قاسمی و بیرانوند، ۱۳۹۷). ناموران گرمی، مرادی، فرزاد و زهراکار (۱۳۹۶) هم در پژوهش خود به این مهم پرداخته‌اند که میزان طلاق در زوج‌های ایرانی روزبه‌روز در حال افزایش است و این مسئله نشان‌دهنده سازگاری پایین برخی از زوجها در روابط با هم بوده و پرداختن به موضوع سازگاری زناشویی به‌عنوان یکی از عوامل دخیل در تداوم ازدواج یا طلاق ضروری به نظر می‌رسد؛ لذا بوشهر هم از این قاعده مستثنی نبوده است و پرداختن به این مسئله ضرورت دارد.

با توجه به آن چه در بالا بیان گردید، یکی از عواملی که در تداوم ازدواج نقش مهمی دارد، سازگاری زناشویی است، چراکه وجود ناسازگاری زناشویی موجب کاهش میزان سلامت

جسمانی و بهداشت روانی همسران، کم شدن میزان رضایت از زندگی و اشکال در روابط اجتماعی و گرایش به انحرافات اجتماعی و افول ارزش‌های فرهنگی در بین زن و شوهر می‌شود. توجه پژوهشگران به ناسازگاری و مشکلات زناشویی در زندگی افراد به‌صورت یکی از اجزای اصلی خدمات سلامت به شمار می‌رود و از آنجایی که خانواده اساس و شالوده زندگی فردی و اجتماعی است و هسته اصلی خانواده زن و شوهر هستند، هرگونه تلاش برای حفظ روابط از آسیب‌های احتمالی لازم و ارزشمند است (مجرد، قمری کیوی و کیانی، ۱۳۹۸) آن هم بدان دلیل که مسائل و مشکلات خانواده‌ها و افزایش چشم‌گیر فروپاشی و انحلال رابطه‌ی زناشویی دربرگیرنده‌ی هزینه‌های سنگین و جبران‌نشده اجتماعی است؛ لذا روان‌شناسان، مشاوران و برنامه‌ریزان اجتماعی می‌بایست با احساس مسئولیت و با استفاده از روش‌های درمانی و مداخله‌ای روزآمد، مؤثر و متنوع هر چه سریع‌تر با این مسئله مقابله نموده تا زوجها بتوانند تاب‌آروانه^۳ به زندگی خود ادامه دهند.

خانواده در طی دوران خود با کمی و کاستی‌ها و فراز و فرودهایی مواجه می‌شود که می‌تواند آرامش و سلامت خانواده را به مخاطره اندازد. یکی از این کاستی‌ها، عدم وجود تاب‌آوری است (سیگل، ۲۰۱۸) که سازه‌ای مطرح در روان‌شناسی مثبت‌نگر^۴ با شعار توجه به استعدادها، توانمندی‌های انسان در سال‌های اخیر است که مورد استقبال پژوهشگران حوزه‌های مختلف قرار گرفته است (امامی و فتاحی، ۱۳۹۸). به نظر می‌رسد تاب‌آوری یک ساختار ساده و ظرفیت ذاتی برای سازگاری موفقیت‌آمیز با وجود شرایط دشوار باشد (کرام، نوریس، وندام و ستو، ۲۰۱۸). تاب‌آوری قابلیت فرد در برقراری تعادل زیستی روانی- معنوی^۵ در برابر شرایط مخاطره‌آمیز است (امامی و فتاحی، ۱۳۹۸) و توانایی عبور از دشواری‌ها و غلبه بر شرایط زندگی اطلاق می‌گردد (کاوایانی، بختیار پور، حیدرئی، عسکری و افتخار سعادی، ۱۳۹۹). به دیگر سخن، وجود نشانه‌های پیشرفت و سازگاری، به‌رغم شرایط نامطلوب اقتصادی-اجتماعی، ملاک‌هایی برای انتساب فرد تاب‌آور است (نقش، رضانی خمسی، افضل‌ی و افکاری شهرستانی، ۱۳۹۸).

4. positive psychology
5. spiritual -bio-psychological balance

1. divorce
2. dissolution of the marital relationship
3. resiliency

است که شامل استقلال^۶، بالندگی شخصی^۷، پذیرش خود^۸، زندگی هدفمند^۹، دانش و مهارت^{۱۰} و نگرش‌های مثبت^{۱۱} می‌باشد (ارشدی و کاظمی شاهندشتی، ۱۳۹۷) و به ما اجازه می‌دهد تا ظرفیت‌های درونی خود را رشد داده و خود شکوفایی^{۱۲} خود را تکمیل کنیم (نصیری تاکامی، نجفی، طالع پسند و مکوندحسینی، ۱۳۹۸).

رویکردهای درمانی جدید در حوزه‌ی حل مشکلات زوج‌ها، زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۱۳} (ACT) را توصیه می‌کنند. موج سوم رفتاردرمانی^{۱۴} در اوایل دهه‌ی ۱۹۹۰ با رشد درمان‌هایی شروع شد که از اصول ذهن آگاهی^{۱۵} استفاده کردند و روی آگاهی نسبت به لحظه حال^{۱۶} و پذیرش آن تأکید می‌کنند (سعادت‌مند، بساک نژاد و امان الهی، ۱۳۹۶). در این نوع رفتاردرمانی نه تنها از راهبردهای رفتاری و شناختی استفاده می‌شود، بلکه از بیماران خواسته می‌شود که درد و رنج را به‌عنوان بخش غیرقابل اجتناب زندگی بپذیرند و بدانند تغییر بدون پذیرش امکان‌پذیر نیست. بهره‌گیری از ذهن آگاهی و کمک به بیماران برای یافتن ارزش‌های نوین و اهداف جدید، راه را برای تغییر سازنده هموار می‌کند (مظفری، حسینی و طباطبایی راد، ۱۳۹۶). به عبارتی این موج تأکید عمده‌ای بر آموزش و به کار بست مهارت‌های توجه آگاهی دارند؛ و مراجعان یاد می‌گیرند تا مبارزه با تجربیات درونی خود را متوقف کنند، آغوش خود را برایشان بگشایند و بی‌زحمت به آن‌ها اجازه دهند تا بیایند و بروند. وقت، نیرو و پولی که قبلاً برای کنترل کیفیت حال خود خرج می‌کردند، حال صرف این می‌شود که اقدامی مؤثر در جهت ارزش‌های زندگی خود انجام دهد تا ساعت‌های زندگی‌شان جان یابد و لحظه‌هایش گرانبار شود (حسینی، پویان، ولی زاده و مرادی، ۱۳۹۷).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) نوعی از درمان شناختی-رفتاری^{۱۷} (CBT) است که به پرورش فرآیندهای ذهن آگاه و ارزشمند می‌پردازد (محمدی، بقولی، مهریار و

تاب‌آوری خانواده به نظر تیس (۲۰۱۸) به فرایندی گفته می‌شود که خانواده‌ها برای تسهیل سازگاری و تعدیل در مواجهه با مشکلات و بحران‌های مهم تصویب می‌کنند. پوراحمد، فرهودی و معمار زاده (۱۳۹۹) نیز آن را کیفیت زندگی مردم، جوامع، آژانس‌ها و زیرساخت‌هایی می‌دانند که موجب کاهش آسیب‌پذیری می‌شود. درواقع تاب‌آوری فرآیندی است که خانواده‌ها برای تسهیل سازگاری و تعدیل در مواجهه با مشکلات و بحران‌ها اتخاذ می‌کنند (جنیفر، ۲۰۱۸) که به‌واسطه طی این فرایند، هر عضو، پیامدهای مثبت هیجانی و شناختی را تجربه می‌کند و عزت‌نفس^۱ و کارکرد اجتماعی و مقاومت در برابر پیامدهای منفی رویدادهای ناگوار زندگی را بازیابد (حسین زاده نمین، پیمانی، رنجبری پور و ابوالمعالی الحسینی، ۱۳۹۸) و رفاه و بهزیستی‌اش را توسعه می‌دهد.

یکی دیگر از متغیرهایی که می‌تواند با تاب‌آوری، آرامش و سلامت خانواده مرتبط دانست، بهزیستی روان‌شناختی^۲ خانواده و درگیری با چالش‌های وجودی زندگی است. بهزیستی روان‌شناختی را می‌توان واکنش‌های عاطفی و شناختی به توانمندی‌های شخصی و پیشرفت بسنده، ادراک ویژگی‌ها، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان و پیوند با جمع تعریف کرد (تویاری، بختیار پور، پاشا و برنا، ۱۳۹۸) که کنش روان‌شناختی^۳، رضایت از زندگی^۴ و توانایی ایجاد و حفظ روابط سودمند متقابل را در برمی‌گیرد (فرهادی، امیری و حسینی، ۱۳۹۸). به عبارتی بهزیستی روان‌شناختی به گذران زندگی به شیوه‌های سرشار از شادی و عمیقاً خشنودکننده اطلاق می‌شود (ارشدی و کاظمی شاهندشتی، ۱۳۹۷) و همچنین یک رویکرد ذهنی مثبت است که افکار و احساسات مثبت فرد به زندگی و سالم بودن را نشان می‌دهد (عرب زاده، سودانی، شعاع کاظمی و شهبازی، ۱۳۹۹).

ریف^۵ (۱۹۸۹) بهزیستی را بر مبنای زندگی آرمانی و به معنای شکوفاسازی توانمندی‌های انسان مفهوم‌سازی کرده

10. skill
11. positive attitudes
12. self-actualization
13. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
14. behavior therapy
15. mindfulness
16. the present moment
17. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

1. self steem
2. psychological well-being
3. emotional reactions
4. life satisfaction
5. Ryff, C. D.
6. independence
7. personal maturity
8. self acceptance
9. objective life

تنظیمی‌های هیجانی^۷ و تکانش‌گری^۸ معرفی شد. در این روش بر مهارت‌آموزی^۹، پذیرش^{۱۰} و اعتباربخشی^{۱۱} هیجان‌تأکید شده است (یاس فرد، عباس پور آذر و حسینی‌المدنی، ۱۳۹۸). رفتاردرمانی دیالکتیکی مداخله‌ی رفتاری بلندمدتی است که مبتنی بر اصل تغییر^{۱۲} است و بر ساختار^{۱۳} تأکید دارد (تیموری و همکاران، ۱۳۹۷).

لینهان به این عقیده اشاره دارد که لازم نیست جهان و حقیقت جهان را به دو بخش کاملاً سیاه‌وسفید و دوتکه‌کنند؛ بلکه می‌تواند سنتزی از اهداف و موضوعات متضاد برسد؛ یعنی به‌جای همسر کاملاً بد، یا کاملاً خوب، می‌تواند انسان با مجموعه‌ای از ویژگی‌های مثبت و منفی در نظر گرفته شود (صیادی، ۱۳۹۸).

در بخش مهارت‌آموزی، مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT)، مراجعین مهارت‌های کاربردی در زمینه ذهن آگاهی، کارآمدی بین فردی^{۱۴}، تنظیم هیجان^{۱۵} و تحمل پریشانی^{۱۶} را در جلسات هفتگی که شامل دو درمانگر و شش تا ده مراجع می‌باشد، می‌آموزند (قلی پور بازکیاگوراب، گلشنی، کشاورزی اسدی، امامی پور و سپاه منصور، ۱۳۹۸).

DBT بسیاری از عناصر CBT بخصوص مهارت‌آموزی و تحلیل زنجیره‌ای رفتار، شرح کامل و تفصیلی عاطفه، شناخت، رفتار و میل‌هایی که منجر به رفتار مطلوب می‌شود را با پذیرش و توجه آگاهی ترکیب می‌کند که توجه آگاهی باعث می‌شود فرد به‌درستی بین حس‌های جسمانی و هیجانی خود تمایز قائل شود و درون‌نگری^{۱۷} خود را بالا ببرد (پور محمد، ۱۳۹۷).

در پژوهشی که توسط حسینی و همکاران (۱۳۹۷) در این حوزه تحت عنوان مدل‌سازی دینامیکی اثربخشی این دو رویکرد موج سوم و داروهای ضدافسردگی بر اختلالات افسردگی انجام شد، نتایج این مدل‌سازی نشان داد که ترکیب دو مداخله پذیرش و تعهد همراه با رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان دارویی، نتایج بهتری در درمان افسردگی و پیشگیری

سامانی، ۱۳۹۸) و درمانی مبتنی بر چارچوب ارتباطی است و ریشه در بافتار‌گرایی کارکردی^۱ دارد و بر نحوه‌ی تأثیر زبان بر شناخت، هیجان و رفتار متمرکز شده است (رافضی و کشایی، ۱۳۹۹) و هدف اصلی آن، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است؛ یعنی به بیمار کمک شود تا خود را از چرخه‌ی اجتناب و آمیختگی شناختی خارج کند (برقی، روشن و بهرامی، ۱۳۹۹) و به‌جای اجتناب از تجربیات درونی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نسبت به این تجربیات، افزایش یابد (محمدی و همکاران، ۱۳۹۸). به عبارتی فرد با کنترل مؤثر دردها، رنج‌ها و تنش‌هایی که زندگی لاجرم برای او ایجاد کرده است، زندگی پربار و معناداری برای خود ایجاد کند (نعمتی، دوکانه ای فرد و بهبودی، ۱۳۹۹).

درمان پذیرش و تعهد رویکردی فرآیندمدار است که به‌جای تغییر شناخت‌ها، سعی می‌شود با پذیرش آنچه خارج از کنترل اوست و تعهد به آن عملی که باعث بهبودی و غنی‌تر شدن زندگی‌اش می‌شود، ارتباط روان‌شناختی با افکار و احساساتش افزایش یابد. این رویکرد درمانی، مستقیماً بر کاهش نشانگان عمل نمی‌کند. در مقابل، سودمندی و کارکرد تجارب روان‌شناختی نظیر افکار، احساسات و خاطرات را هدف قرار می‌دهد. درواقع به فرد کمک می‌کند آنچه را که واقعاً برایش مهم است، بشناسد و سپس از او می‌خواهد از این ارزش‌ها برای هدایت تغییرات رفتاری در زندگی استفاده کند (حمیدی، شاهمرادی، جواهری محمدی و رهبان فرد، ۱۳۹۹).

در حال حاضر دیدگاه نظری و مداخلاتی درمانی دیگری تحت عنوان رفتاردرمانی دیالکتیکی^۲ (DBT) به دنبال تبیین و حل تعارض‌های زناشویی^۳ و بهبود رابطه‌ی عاطفی^۴ زوج‌ها است (تیموری، غفاریان و یزدان پناه، ۱۳۹۷). □

رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT)، روش درمانی است که توسط لینهان^۵ در اوایل دهه‌ی ۹۰ میلادی برای درمان بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت مرزی^۶ و دیگر بیماران مبتلا به بد

10. acceptance
11. accreditation
12. the principle of change
13. structure
14. interpersona effectiveness
15. emotion regulation
16. distress tolerance
17. introspection

1. functional textualism
2. Dialectical Behavior Therapy(DBT)
3. marital conflict
4. emotional relationship
5. Linehan, M. M.
6. borderline personality disorder
7. emotional malfunctions
8. impulsivity
9. skill traning

به آنچه که در کنترل فرد است (هوشیار و افشاری نیا، ۱۳۹۹) ضرورت دارد. این دو رویکرد با هم همپوشانی دارند و در آن‌ها بر ذهن آگاهی تأکید می‌شود و به علت تأثیر بر آمیگدال^۴، قشر پره فرونتال^۵ و فرونتولیمبیک^۶ باعث تعدیل بهینه در سیستم تنظیم هیجان می‌شوند (رضایی، رسولی آزاد، مهرزاد، فرهاد و آزاد میوه، ۱۳۹۷) و می‌توانند به یک مدل زوج‌درمانی جامع‌تر، تلفیق شوند و به‌عنوان تکنیک‌های خواهر-برادر در نظر گرفته می‌شوند. هر دو به‌عنوان بخشی از موج سوم درمان شناختی-رفتاری شناخته شده‌اند که بر مسائلی مانند ذهن، هیجانات، پذیرش، روابط، ارزش‌ها، اهداف تأکید دارند. رفتاردرمانی دیالکتیکی بر نقش تنظیم هیجان و به دست آوردن مهارت‌ها و تکنیک‌ها برای تشویق کنترل شناختی بر الگوهای ناسازگار تأکید می‌کند (ایری و همکاران، ۱۳۹۷) بدین طریق که این درمان علائم آسیب‌شناسانه را به شکل حل مسئله سازگارانه مورد ملاحظه قرار می‌دهد و تکنیک‌هایی را برای حل مشکلات زندگی مراجعان به روش سازگار یافته تر استفاده می‌کند (تیموری و همکاران، ۱۳۹۷) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در گام اول در تلاش است تا افکار و هیجانات را بپذیرد و در اینجا و اکنون زندگی کند و از انعطاف‌پذیری بیشتری برخوردار شود (ایری و همکاران، ۱۳۹۷). با توجه به مطالب فوق، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی رویکرد تلفیقی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر بوشهر انجام شد؛ بنابراین پژوهش حاضر به دنبال دستیابی به پاسخ این سؤال است که آیا رویکرد تلفیقی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی زوج‌ها مؤثر است؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح تک آزمودنی از نوع خط پایه چندگانه هم‌زمان به همراه پیگیری سه ماه و جامعه پژوهش حاضر، کلیه زوج‌های ناسازگار

از عود دارد. در پژوهشی مشابه در رابطه با اثربخشی رویکردهای موج سوم که توسط امیریان، مامی و احمدی (۱۳۹۶) انجام شد، نتایج حاکی از تأثیر درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکال در بازداری رفتاری و فعال‌سازی رفتاری مردان سوء‌مصرف مواد بود و این درمان برای بازداری رفتاری و فعال‌سازی رفتاری مردان سوء‌مصرف مواد توصیه شد.

به‌طورکلی در سال‌های اخیر مطالعات زیادی در زمینه اثربخشی رویکرد درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT) و رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) بر تنظیم هیجان و کاهش نشخوار فکری (نوش کیا، رسولی و زارع بهرام‌آبادی، ۱۳۹۹)، بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری مادران (محمدی نژاد و نیک نژادی، ۱۳۹۹)، حل مشکل تعاملات زوجین (حسنی، غفاری، ابوالقاسمی و تکلوی، ۱۳۹۸)، اضطراب سلامت و سازگاری روانی زنان (ایری، مکوندی، بختیار پور و حافظی، ۱۳۹۷) و تکانش‌گری افراد معتاد (امیریان، مامی، احمدی و محمد زاده، ۱۳۹۶) انجام شده است.

درمانگران با موضوعات گوناگونی در درمان‌های خانوادگی مواجه هستند و درمان‌های تک‌بعدی^۱ به‌تنهایی نتوانسته‌اند روابط خانوادگی^۲ را با همه پیچیدگی‌های آن در نظر بگیرند. اخیراً تلاش‌هایی برای تلفیق مؤلفه‌های خاص از رویکردهای مختلف در یک مدل منسجم و یکپارچه انجام شده است (شاهمرادی و همکاران، ۱۳۹۸). در خصوص اثربخشی هر دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و رفتاردرمانی دیالکتیکی نیز به‌صورت جداگانه در درمان و کاهش علائم طیف وسیعی از مشکلات موردبررسی قرار گرفته است (ایری و همکاران، ۱۳۹۷) و اما مطالعه پیشینه درمان‌های فوق در داخل کشور، پژوهشی در خصوص تلفیق اثربخشی (ACT) و (DBT) خاصه بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی را نشان نمی‌دهد؛ لذا در این میان یکپارچه کردن^۳ و تلفیق رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) که به‌ویژه برای افرادی که رفتار خود آسیب‌رسان دارند و عدم بهبودی هیجان‌های منفی در آن‌ها به چشم می‌خورد (بگیان کوله مرزی، کرمی، مؤمنی و الهی، ۱۳۹۸) با مدل درمانی پذیرش و تعهد (ACT) برای پذیرش آنچه که در خارج کنترل شخص بوده و تعهد نسبت

4. amygdala
5. prefrontal
6. fronto- limbic

1. single-dimensional treatments
2. family relationships
3. integrating

روان‌شناختی (RSPWB)^۳ بر روی زوج‌های منتخب اجرا شد و در نهایت زوج‌هایی نمونه که دارای ملاک‌های لازم بودند و نمره‌های دو زوج یک انحراف استاندارد پایین‌تر از میانگین در متغیرهای تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی بود، به‌عنوان نمونه، انتخاب شدند. سپس سه زوج به‌طور هم‌زمان به مرحله خط پایه وارد شدند (به مدت دو هفته). برای کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله‌گر احتمالی بر اساس اصول طرح‌های خط پایه چندگانه زوج‌ها به‌طور تصادفی از نظر ترتیب ورود یک‌به‌یک بافاصله یک جلسه (یک هفته) وارد طرح درمان شدند و ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان قرار گرفتند و در جلسه‌های ۴، ۷، ۱۰ ابزارهای پژوهش، مقیاس تاب‌آوری و مقیاس بهزیستی روان‌شناختی اجرا شد و پس از یک ماه از اجرای پس‌آزمون، جهت بررسی میزان ماندگاری نتایج پژوهش اقدام به آزمون‌های مجدد در سه نوبت بافاصله یک ماه به‌عنوان پیگیری شد. میانگین و انحراف استاندارد سن زوج‌های شرکت‌کننده ۳۱/۴۴ و ۳/۷۱ است. همچنین میانگین و انحراف استاندارد طول مدت ازدواج شرکت‌کنندگان ۱۰/۰۱ و میزان تحصیلات شرکت‌کنندگان نیز از سوم راهنمایی تا کارشناسی ارشد متغیر بود.

مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر بوشهر در سال ۱۳۹۸ به تعداد ۱۰۳ نفر بودند که از این تعداد ۳ زوج (۶ نفر-۳ زن و ۳ مرد-) با استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه و هدفمند^۱ انتخاب شدند و به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن تمایل به شرکت در پژوهش، داشتن حداقل مدرک سوم راهنمایی، دامنه سنی بین ۱۸ تا ۴۰ سال، نداشتن ازدواج مجدد، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی بر اساس گزارش شخصی، نداشتن مشکلات روانی جدی و مشکل‌زا، عدم استفاده از روش‌های درمانی دیگر به‌طور هم‌زمان و نمره‌های یک انحراف استاندارد پایین‌تر از میانگین در متغیرهای تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی و ملاک خروج از مطالعه نیز شامل غیبت دو جلسه یا بیشتر از این، انصراف از ادامه همکاری و تکمیل پرسشنامه به‌صورت ناقص و پیدا کردن مشکلات روانی جدی و مشکل‌زا بود. پس از توجیه شرکت‌کنندگان در مورد اهمیت این پژوهش و با رعایت اصول اخلاقی و کسب رضایت آگاهانه زوج‌ها جهت شرکت در جلسات درمانی، برای دستیابی به نمونه‌های دارای شرایط، مصاحبه بالینی ساختاریافته صورت گرفت و مقیاس‌های تاب‌آوری (CD-RISC)^۲ و بهزیستی

3. Ryff Psychological Well-Being Scale (RSPWB)

1. voluntary and targeted sampling
2. Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)

جدول ۱

خلاصه‌ی جلسات درمانی منطبق با رویکرد تلفیقی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT)

جلسه	عنوان جلسه	اهداف و محتوای جلسه
جلسه اول	آشنایی و بیان اهداف و تأکید بر اینجا و اکنون و مواجهه با درد و پریشانی	آشنایی اعضا با مدرس و یکدیگر؛ برقراری رابطه حسنه و ایجاد جو همراه با اعتماد و امنیت، مشخص شدن اهمیت موضوع برای اعضا، هدف برگزاری جلسات و آشنایی با مقررات گروه؛ عقد قرارداد و ایجاد تعهد همکاری و شرکت منظم در جلسات و در ادامه تشریح چگونگی تماس با لحظه‌لحظه‌های زندگی و تشریح درد و پریشانی روان‌شناختی و توضیح چگونگی مواجهه شدن با آن؛
جلسه دوم	تصریح ارزش‌ها	تشریح ارزش‌ها با استعاره‌های گوناگون، تشریح ناهم‌آمیزی شناختی و عینیت بخشیدن به محتوای روان‌شناختی.
جلسه سوم	خود به‌عنوان زمینه	بررسی خودانگاره‌ها؛ بررسی خود در حال رشد (پویایی رشد) و تشریح و توضیح بافتار انگاشتن خویش
جلسه چهارم	پذیرش فعال	تشریح و معرفی تمایل به‌عنوان بدیلی برای کنترل و ارتقای پذیرش فعال و تیشه به ریشه دلیل یابی زدن
جلسه پنجم	عمل متعهدانه	تشریح و توضیح تعهد / پایبندی همسو با ارزش‌ها؛ خلق الگوهای بزرگ‌تر عمل متعهدانه با تمرین مشاهده‌گر.
جلسه ششم	مهارت‌های بنیادین و پیشرفته تحمل آشفتگی	تصویرسازی از مکان امن، شناسایی قدرت برتر و ارتباط با آن؛ استفاده از افکار مقابله‌ای خود تشویق‌گرانه.
جلسه هفتم	مهارت‌های بنیادین و پیشرفته توجه آگاهی	شناسایی افکار، هیجانات و احساسات بدنی و تمرکز بر روی آن‌ها؛ مراقبه ذهن خردمند؛ شناسایی مقاومت‌ها و موانعی که بر سر راه تمرینات توجه آگاهی وجود دارد.
جلسه هشتم	مهارت‌های بنیادین و پیشرفته نظم‌بخشی هیجانی	کاهش آسیب‌پذیری جسمی در برابر هیجان‌های آشفته ساز (غذا، پرخوری و کم‌خوری، سوء‌مصرف داروها، ورزش، خواب)، رویارویی با هیجان، عمل کردن برخلاف امیال شدید هیجانی.
جلسه نهم	مهارت‌های بنیادین ارتباط مؤثر	تشریح مهارت جسارت مندی؛ رفتار منفعلانه در برابر رفتار پرخاشگرانه و مهارت کاری کلیدی بین فردی
جلسه دهم	مهارت‌های پیشرفته‌ی ارتباط مؤثر	تعدیل شدت خواسته‌ها؛ استفاده از مهارت‌های گوش کردن جسارتمندانه؛ مذاکره کردن و تجزیه‌وتحلیل تعاملات مشکل‌آفرین.

ابزار سنجش

مقیاس تاب‌آوری (CD-RISC).

مقیاس تاب‌آوری (CD-RISC) مقیاس تاب‌آوری توسط کانر و دیویدسون^۱ (۲۰۰۳) تهیه و تنظیم شده و تاب‌آوری را در پنج زمینه‌ی تصور از شایستگی فردی^۲، اعتماد به‌غرایز فردی^۳، تحمل عاطفه‌ی منفی^۴، پذیرش مثبت تغییر^۵ و روابط ایمن^۶، کنترل^۷ و تأثیرات معنوی^۸ می‌سنجد و دارای ۲۵ گویه در مقیاس لیکرت بین (صفر= هرگز تا ۴= همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه، جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روان‌پزشکی،

بیمارانی با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران مبتلابه استرس پس از سانحه انجام شده است. تهیه‌کنندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به‌خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از افراد غیر تاب‌آور در گروه بالینی و غیر بالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهش و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. طیف نمرات آزمون بین ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد و نمرات بالاتر بیانگر تاب‌آوری بیشتر آزمودنی است (عبدی، بنی جمالی، احدی و کوشکی، ۱۳۹۸). محمدی، جوکار، رفیعی و جزایری (۱۳۸۴) این مقیاس را برای استفاده

5. positive acceptance of change
6. secure relationships
7. control
8. spiritual effects

1. Connor, K. M., & Davidson, J. R.
2. individual competence
3. trust in individual instincts
4. negative emotion

ضریب آلفای کرونباخ کل سؤالات ۰/۸۶ به دست آمده است. در این پژوهش حاضر ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۲ به دست آمد.

یافته‌ها

جدول ۲ اطلاعات مربوط به روند تغییر مراحل رویکرد تلفیقی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) در مقیاس تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی را برای زوج‌های ناسازگار نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، مقدار شاخص تغییر پایا (برای زوج اول، دوم و سوم) در مرحله‌ی بعد از درمان و پیگیری حاکی از معنی‌دار بودن تغییر در دو متغیر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی بود ($p < ۰/۰۵$) و درصد بهبودی کلی نیز بعد از درمان و پیگیری در متغیرهای تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی افزایش یافته است که می‌توان گفت که میزان اثربخشی رویکرد تلفیقی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) زوج‌ها بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد^۵ (۱۹۸۸؛ به نقل از عباسپور، ۱۳۹۳) (۵۰ درصد کاهش علائم آسیب‌زا به‌عنوان موفقیت در درمان، ۲۵ درصد تا ۴۹ درصد بهبودی اندک و زیر ۲۵ درصد شکست در درمان تلقی می‌شود) در مرحله‌ی درمان و مرحله‌ی پیگیری در طبقه‌ی درمان موفقیت‌آمیز قرار می‌گیرند که این تغییرات از نظر بالینی معنی‌دار است و به‌طور کل حاکی از موفقیت رویکرد تلفیقی ذکرشده در متغیرهای تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی زوج‌های ناسازگار بود.

در ایران انطباق داده‌اند. ضریب پایایی^۱ این ابزار در مطالعه محمدی و همکاران (۱۳۸۴)، به روش آلفای کرونباخ^۲ برابر با ۰/۸۹ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ به دست آمد. پژوهش محمدی و همکاران نیز نشان داد این مقیاس از روایی عاملی^۳ قابل قبولی برخوردار است.

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی (RSPWB). مقیاس

بهزیستی روان‌شناختی توسط ریف و کیز^۴ برای سنجش بهزیستی روان‌شناختی ساخته شده است. نسخه اصلی این مقیاس دارای ۸۴ سؤال و فرم کوتاه ۱۸ سؤالی طراحی شده است. در این پژوهش از فرم ۱۸ سؤالی استفاده شده است (حسنوندی، قاضی و قدم پور، ۱۳۹۶) که مشتمل بر ۶ عامل استقلال (سؤالات ۹، ۱۲ و ۱۸)، تسلط بر محیط (سؤالات ۱، ۴ و ۶)، رشد شخصی (۷، ۱۵ و ۱۷)، ارتباط مثبت با دیگران (سؤالات ۳، ۱۱، ۱۳)، هدفمندی در زندگی (سؤالات ۵، ۱۴ و ۱۶) و پذیرش خود (سؤالات ۲، ۸ و ۱۰) می‌باشد. نمره‌گذاری سؤال‌های ۳، ۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷ با روش معکوس و بقیه با روش مستقیم انجام می‌شود (معتمدی، برجعلی و صادقپور، ۱۳۹۷). پاسخ‌ها بر اساس یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (۱=کاملاً مخالف تا ۶=کاملاً موافق) نمره‌گذاری شده است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. همبستگی فرم کوتاه با فرم اصلی از ۰/۷ تا ۰/۸۹ متغیر است (حسنوندی و همکاران، ۱۳۹۶). در پژوهش تویاری و همکاران (۱۳۹۸) برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه،

4. Keyes, C. L.
5 - Blanchard, E. B.

1. reliability
2. Cronbach's alpha method
3. factor validity

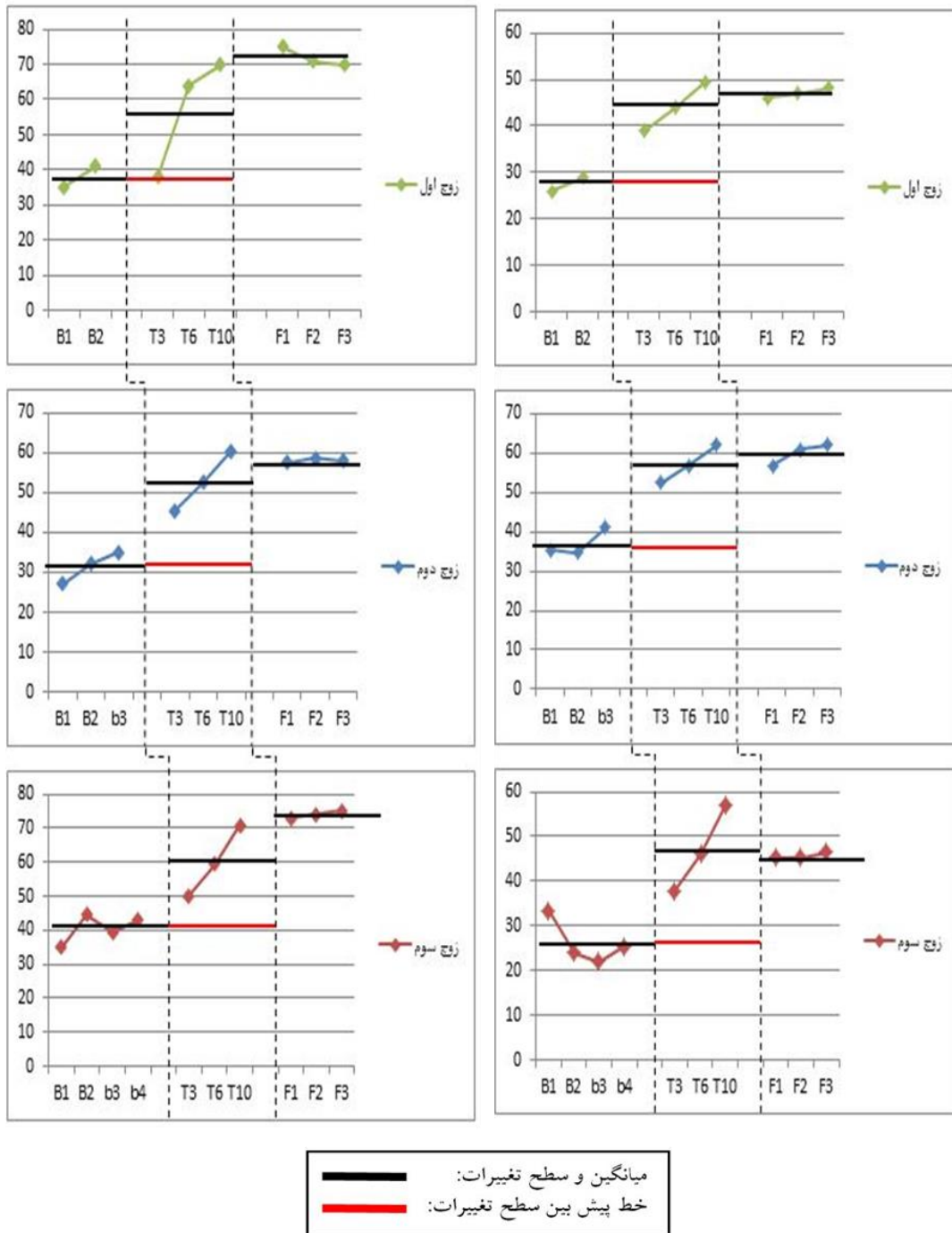
جدول ۲

روند تغییر مراحل رویکرد تلفیقی درمان مبتنی بر پذیرش (ACT) و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) در مقیاس تاب‌آوری و مقیاس بهزیستی روان‌شناختی

تأثیر تلفیق دو رویکرد		تأثیر تلفیق دو رویکرد بر تاب‌آوری				گروه‌درمانی		
بر بهزیستی روان‌شناختی		زوج سوم	زوج دوم	زوج اول	زوج سوم	زوج دوم	زوج اول	مراحل درمان
		خط پایه						
		۳۵	۲۷	۳۵	۳۳/۵	۳۵/۵	۲۶	خط پایه اول
		۴۴/۵	۳۲	۴۱	۲۴	۳۴/۵	۲۹	خط پایه دوم
		۳۹/۵	۳۵	-	۲۲	۴۱	-	خط پایه سوم
		۴۳	-	-	۲۵/۵	-	-	خط پایه چهارم
		۴۰/۵	۳۱/۳۳	۳۸	۲۶/۲۵	۳۷	۲۷/۵	میانگین مرحله خط پایه
		درمان						
		۵۰	۴۵/۵	۳۸	۳۸	۵۲/۵	۳۹	جلسه چهارم
		۵۹/۵	۵۲/۵	۶۴	۴۶	۵۷	۴۴	جلسه هفتم
		۷۱	۶۰/۵	۷۰	۵۷	۶۲	۴۹/۵	جلسه دهم
		۶۰/۱۶	۵۲/۸۳	۵۷/۳۳	۴۷	۵۷/۱۶	۴۴/۱۶	میانگین مرحله درمان
		۳/۵۸	۳/۹۱	۳/۵۲	۳/۱۸	۳/۰۹	۵/۳۳	شاخص تغییر پایا (درمان)
		۴۸/۵۴	۶۸/۶۲	۵۰/۸۶	۷۹/۰۴	۵۴/۴۸	۶۲/۲۷	درصد بهبودی پس از درمان
		۵۶		۶۵/۲۶				درصد بهبودی کلی پس از درمان
		پیگیری						
		۷۳	۵۷/۵	۷۵	۴۵	۵۷	۴۶	پیگیری اول
		۷۴	۵۸/۵	۷۱	۴۵	۶۱	۴۷	پیگیری دوم
		۷۵	۵۸	۷۰	۴۶/۵	۶۲	۴۸	پیگیری سوم
		۷۴	۵۸	۷۲	۴۵/۵	۶۰	۴۷	میانگین مرحله پیگیری
		۶/۱	۴/۸۵	۶/۱۹	۲/۹۵	۳/۵۲	۲/۹۹	شاخص تغییر پایا (پیگیری)
		۸۲/۷۱	۸۵/۱۲	۸۹/۴۷	۷۳/۳۳	۶۲/۱۶	۷۰/۹	درصد بهبودی پس از پیگیری
		۸۵/۷۶		۶۸/۷۹				درصد بهبودی کلی پس از پیگیری

دوگانه‌ی محافظه‌کارانه (فیشر، کلی و لوماس، ۲۰۰۳). به دلیل بالا بودن همه‌ی نقطه داده‌های ترسیم در بالای خط پیش‌بین سطح و روند تغییرات در زوجها، تغییر حاصله در زوجها غیر تصادفی است و نتیجه مداخله‌ی درمانی بوده و معنی‌دار است. به‌طورکلی شاخص تغییر پایا، درصد بهبودی و نمودار گرافیکی نشان می‌دهد که زوجها تغییرات معناداری در افزایش تاب‌آوری را نشان داده‌اند و می‌توان نتیجه گرفت که تغییرات از نظر بالینی معنی‌دار است.

نمودار ۲ و اطلاعات مربوط به روند تغییر نمره‌های مقیاس تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی و تحلیل دیداری داده‌های به‌دست‌آمده از تأثیر رویکرد تلفیقی درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی در افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی در زوجها ناسازگار را نشان می‌دهد. این نمودار نشان می‌دهد میانگین تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی زوجها در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه افزایش پیدا کرده است و بر اساس ملاک



نمودار ۲. روند تغییر نمره‌های مقیاس بهزیستی روان شناختی در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری رویکرد تلفیقی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT)

نمودار ۱. روند تغییر نمره‌های مقیاس تاب آوری در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری رویکرد تلفیقی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT)

بحث

هیجانی- کنترل و ابراز مناسب هیجانات- و کارآمدی بین فردی تمرکز می‌کند تا آن‌ها را برای گسترش و حفظ روابط پرثمر و رضایت‌بخش زوج‌ها آموزش دهد (عرب زاده و همکاران، ۱۳۹۹).

در تبیین چرایی اثربخشی رویکرد تلفیقی مذکور بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی زوج‌ها می‌توان گفت که درمانگر از طریق رویکرد تلفیقی با آموزش مواجهه با درد و رنج و پریشانی و پشیمانی و کنترل و مدیریت هیجانات و تحمل عاطفی منفی، جهت داشتن زندگی لذت‌بخش و معنی‌دار با تأثیرات معنوی و همچنین با استفاده از فن‌هایی نظیر گسلس و پذیرش ارزش‌ها و تصریح آن‌ها و انجام عمل متعهدانه، هشیاری فراگیر بنیادین، تنظیم هیجانی، کنترل تکانه و کارآمدی بین فردی به زوج‌ها زمینه را برای افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی آنان فراهم می‌کند؛ به عبارتی کمک می‌کند زوج‌ها با کاهش آشفتگی هیجانی از طریق رویارویی با هیجان اولیه در یک فضای غیر قضاوت‌گرایانه، کمتر احساس رنج کنند و بتوانند شرایط اضطراب‌انگیز و ناسازگار را تاب بیاورند و به بهبود و توسعه چشم‌گیر رفاه و بهزیستی مبادرت ورزند و به این سمت سوق داده شوند تا به شیوه‌ای فکر، احساس و عمل کنند که باعث ارتقاء منابع لازم جهت رسیدن آن‌ها به اهدافشان در زندگی شود و با وسعت بخشیدن به زمینه‌های شناختی‌شان بتوانند منابع پایداری را برای خودشان بسازند و در نتیجه این فضای ذهنی توسعه‌یافته، باعث گردد تا در درازمدت و به‌طور غیرمستقیم، سازگاری آن‌ها در زندگی‌شان شود.

پژوهش حاضر اولین مطالعه‌ای بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را با رفتاردرمانی دیالکتیکی تلفیق می‌کرد؛ بنابراین محدودیت‌هایی هم داشت. شرکت‌کنندگان در این پژوهش همگی از شهر بوشهر بوده‌اند که با توجه به ویژگی‌های خاص خرده‌فرهنگ‌های ایرانی لازم است در تعمیم نتایج به دیگر جوامع جانب احتیاط رعایت گردد و از طرفی به دلیل مشکلات ناشی از محدودیت زمانی و امکانات، آموزش و مداخلات درمانی توسط پژوهشگر صورت گرفت و بهتر بود توسط درمانگر دیگر که از اهداف پژوهش اطلاعی نداشت، اجرا شود. به دلیل نوع مطالعه و چگونگی اخذ داده‌ها و اطلاعات و

هدف پژوهش حاضر بررسی تعیین اثربخشی رویکرد تلفیقی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره بود. همان‌گونه که نشان داده شد، آموزش رویکرد تلفیقی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی موجب افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی زوج‌ها در پایان مداخله و دوره پیگیری سه‌ماهه شده است و با توجه به تفاوت در مرحله‌ی خط پایه نسبت به مرحله‌ی پیگیری، رویکرد درمانی در مرحله پیگیری دارای ماندگاری اثر است. بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد (۱۹۸۸)؛ به نقل از عباسپور، (۱۳۹۳) ۵۰ درصد کاهش در علائم آسیب، به‌عنوان موفقیت درمانی تلقی می‌شود؛ لذا این طرح در افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی و کاهش علائم آسیب‌زای آن، در طبقه درمان موفق، پس از درمان و در مرحله پیگیری سه‌ماهه، قرار می‌گیرد. نتایج این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های مصباح، حجت‌خواه و گل محمدیان (۱۳۹۷) و کاویانی و همکاران (۱۳۹۹)، عرب زاده و همکاران (۱۳۹۹) و لیل آبادی، مداحی، خواجه‌وند و سادات (۱۳۹۷) همخوان است.

رویکرد تلفیقی گفته‌شده روی ۶ مؤلفه‌های مداخله‌ای درمان پذیرش و تعهد یعنی گسلس شناختی^۱- یک‌قدم در ذهنمان عقب بایستیم و به افکارمان نگاه کنیم، پذیرش- در آغوش گرفتن و پذیرا بودن همه تجارب انسانی-، تماس با لحظه‌ی حال^۲- زندگی چیزی بیشتر از گذراندن حال نمی‌باشد، خود به‌عنوان زمینه^۳-شخص خود را معادل تمام تجاربی که در لحظه دارد، می‌داند، ارزش‌ها^۴- فرد تمایل دارد چه اوضاع و احوالی را همواره در زندگی‌اش تجربه کند- و عمل متعهدانه^۵- اقدام متعهدانه اقدامی است که به‌جای آنکه بدون تفکر و ناگهانی باشد، با آگاهی، عمدی، با انگیزه، هدایت‌شده است (دوستی، قدرتی و ابراهیمی، ۱۳۹۷) و ۴ مؤلفه مداخله‌ای رفتاردرمانی دیالکتیکی یعنی هوشیاری فراگیر بنیادین- معطوف کردن هدفمند توجه به زمان حال و بدون قضاوت از تجارب لحظه‌به‌لحظه، تحمل پریشانی- مواجه‌شدن با احساسات و موقعیت‌های سخت و دشوار، تنظیم

4. values

5. committed action

1. cognitive defusion

2. contact with the present moment

3. self-as-context

مطلوب به زندگی زوجها بود، تلفیق یا استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی در برنامه‌های سایر زوجها و خانواده‌های درگیر با تعارضات که با مسائل کیفیت زندگی دست‌وپنجه نرم کرده، توصیه می‌شود تا تأثیر آن بر ثبات و خشنودی زندگی زناشویی موردبررسی قرار گیرد. درمانگران حوزه خانواده، نقش تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی را در جهت پیشگیری از عمیق شدن ناسازگاری زوجها، مورد تأکید قرار دهند و از طریق برنامه‌ریزی دقیق و مداخله کارآمد و متناسب، به بهبود مهارت‌های زناشویی و حل ناسازگاری زوجها اقدام کنند. درمجموع این مطالعه نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی در بهبود علائم و افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی تأثیر می‌گذارد؛ ولی جهت تعیین این‌که یافته چقدر قوی بوده است، تحقیقات بیشتری لازم است صورت پذیرد.

روش‌شناسی طرح مورداستفاده (تک آزمودنی) پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی با استفاده از طرح‌های آزمایشی حقیقی، ازجمله طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و تعداد شرکت‌کنندگان، به ارزیابی دقیق‌تر روایی و مقایسه اثربخشی این رویکرد در درمان و بهبود سایر مشکلات روان‌شناختی زوجها (تعارض، خیانت و رضایت زناشویی و...) در میان گروه‌های سنی، جنسیتی، تحصیلی و فرهنگی گوناگون مبادرت شود. یکی دیگر از محدودیت‌ها، اجرای مکرر ابزار پژوهش بود که می‌تواند احتمال خطای یادگیری را افزایش دهد. انجام مطالعه در گروه‌های درمانی با نمونه‌گیری و گمارش تصادفی به‌منظور اطمینان بیشتر به یافته‌های درمانی نیز پیشنهاد می‌شود. همچنین اجرای پژوهش روی نمونه بزرگ‌تری از زوجها ناسازگار توصیه می‌گردد؛ زیرا حجم نمونه حاضر برای پاسخگویی به برخی سؤالات کافی نیست. از آنجاکه نتایج این پژوهش در حیطه‌ی کیفیت‌بخشی

منابع

- ارشدی، ن.، و کاظمی‌شاهندشتی، ص. (۱۳۹۷). رابطه علی غنی‌سازی کار- خانواده با بهزیستی روان‌شناختی: نقش واسطه‌ای تعادل کار- زندگی. فصلنامه‌ی علمی-پژوهشی روان‌شناسی خانواده، ۲، ۶۵-۷۶.
- امامی، ع.، و فتاحی، ز. (۱۳۹۸). تأثیر آموزش مثبت‌نگری با تأکید بر آیات قرآن، بر تاب‌آوری و عزت‌نفس دانش‌آموزان پسران دوره متوسطه شهرستان ایذه. فصلنامه‌ی علمی-پژوهشی روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۳۷، ۱۳۹-۱۵۸.
- امیریان، ک.، مامی، ش.، احمدی، و.، و محمدزاده، ج. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش تکانش‌گری افراد معتاد. فصلنامه علمی-پژوهشی پرستار و پزشک در رزم، ۱۷، ۳۶-۴۵.
- امیریان، ک.، مامی، ش.، و احمدی، وحید. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکال در افزایش بازداری رفتاری و کاهش فعال‌سازی رفتاری مردان سوءمصرف‌کننده مواد. مجله سلامت جامعه، ۳، ۴۰۳، ۸۶-۹۵.
- ایری، ح.، مکوندی ب.، بختیار پور، س.، و حافظی، ف. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر اضطراب سلامت، سازگاری روانی اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان زنان مطلقه. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱، ۷۹-۸۸.
- برقعی، ش.، روشن، ر.، و بهرامی، ه. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت درمانی به شیوه گروهی بر بهبود شدت علائم و باورهای وسواسی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی. فصلنامه‌ی علمی-پژوهشی مطالعات ناتوانی، ۶، ۱-۱۰.
- بگیان کوله مرزی، م.، کرمی، ج.، مومنی، خ.، و الهی، ع. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی رفتاری و یکپارچه‌سازی رفتاردرمانی، درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز بر کاهش درد ذهنی و دشواری‌های تنظیم هیجانی افراد اقدام‌کننده به خودکشی. فصلنامه‌ی علمی-پژوهشی مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۳۴، ۳۵-۶۳.
- پور محمد، پ. (۱۳۹۷). مروری بر زمینه‌های نظری و رویکردهای درمانی اصلی اختلال پراشتهایی روانی، چرا

