

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره^۱

احمد عرب‌زاده^۲، منصور سودانی^۳، مهرانگیز شعاع کاظمی^۴، مسعود شهبازی^۵

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۸/۲۰ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۲/۱۵

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر بوشهر بود. **روش:** این پژوهش روی ۳ زوج (۶ نفر) که با نمونه‌گیری داوطلبانه و هدفمند انتخاب شده بودند، در چارچوب طرح شبه آزمایشی تک‌موردی از نوع خط پایه‌ی چندگانه هم‌زمان، طی ۱۰ جلسه برای هر زوج، به همراه پیگیری سه‌ماهه انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) و مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۹) بود. داده‌ها به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا و فرمول درصد بهبودی تحلیل شدند. **یافته‌ها:** رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث افزایش تاب‌آوری زوج‌ها شده (۸۳/۱۹ درصد بهبودی) و اثر آن تا پایان دوره پیگیری سه‌ماهه حفظ شد (۷۱ درصد بهبودی). همچنین رفتاردرمانی دیالکتیکی توانست بهزیستی روان‌شناختی زوج‌ها را افزایش دهد (۴۴/۲۸ درصد بهبودی) که اثر آن تا پایان دوره پیگیری سه‌ماهه ماندگار بود (۶۹/۸۳ درصد بهبودی). شاخص تغییر پایای آنها هم حاکی از معنی‌دار بودن این تغییرات بود

۱. مقاله‌ی مستخرج از رساله دکتری.

۲. دانشجوی دکتری تخصصی مشاوره، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

s.arabzadeh54@gmail.com

sodani_m@scu.ac.ir

۳. (نویسنده مسئول)، استاد گروه مشاوره، دانشگاه شهیدچمران اهواز، اهواز، ایران.

۴. دانشیار گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران / گروه مطالعات خانواده و زنان، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران.

M.shkazemi@alzahra.ac.ir

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

masoudshahbazi66@yahoo.com

($P < 0/05$). نتیجه‌گیری: نتایج تحلیل معنی‌داری بالینی، گویای اثربخشی مداخله آموزشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی زوج‌های ناسازگار بود و متغیر یادشده می‌تواند میزان بالایی از تغییرپذیری تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی را در شرایط ناسازگاری زوج‌ها تبیین نماید.
واژه‌های کلیدی: رفتاردرمانی دیالکتیکی، تاب‌آوری، بهزیستی روان‌شناختی

مقدمه

چرا آمار طلاق در این دهه نسبت به دهه‌های قبل افزایش یافته است؟ آیا علل جدایی و سردی رابطه ناشی از شخصیت افراد، گسترش فناوری و یا ناشی از نداشتن مهارت‌های ارتباطی، نبود تاب‌آوری^۱ و کاهش بهزیستی روان‌شناختی^۲ است؟ براساس آمار رسمی سازمان ثبت احوال کشور، نرخ طلاق در دهه ۱۳۶۰ تقریباً روندی باثباتی را تجربه کرده است. اما در دهه ۱۳۷۰ و ۱۳۸۰ این روند صعودی بوده به طوری که 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. به عبارت دیگر در طول پانزده سال نرخ طلاق در کشور حدود ۲/۵ برابر شده است که حکایت از رشد نگران‌کننده طلاق در دهه‌های اخیر است (درگاهی، قاسمی و بیرانوند، ۱۳۹۷). مسائل و مشکلات خانواده‌ها و افزایش طلاق دربرگیرنده هزینه‌های سنگین و جبران‌نشده اجتماعی است و این بار مسئولیت مشاوران و روان‌شناسان و برنامه‌ریزان اجتماعی را دوچندان می‌کند؛ به همین دلیل باید با استفاده از روش‌های درمانی و مداخله‌ای روزآمد، مؤثر و متنوع هر چه سریع‌تر با این مسئله مقابله نمود تا زوج‌ها بتوانند تاب‌آورانه^۳ به زندگی خود ادامه دهند.
به نظر می‌رسد تاب‌آوری یک ساختار ساده و ظرفیت ذاتی برای سازگاری موفقیت‌آمیز با وجود شرایط دشوار باشد (کرام، نوریس، وندام و ستو،^۴ ۲۰۱۸) که مفهوم آن - ظرفیت

1. resiliency.
2. psychological wellbeing.
3. resilient.
4. Cramm, H. Norris, D., Venedam, s. Tam-Seto, L.

غلبه بر ناسازگاری - در حوزه سلامت روان^۱ و علوم اجتماعی مورد توجه واقع شده است (سیگل^۲، ۲۰۱۸). تاب‌آوری، یعنی بازگشت به تعادل و یا رسیدن به سطحی بالاتر از آن است که به سازگاری موفق در زندگی منجر می‌شود (رضازاده مقدم، خدابخشی کولایی، حمیدی پور و ثناگو، ۱۳۹۷). تاب‌آوری تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار می‌گیرد از جمله عواملی مانند سن و جنس و قومیت در میزان تاب‌آوری تأثیر دارند (حبیبی و فاطمی، ۱۳۹۴).

تاب‌آوری خانواده^۳ به انعطاف‌پذیری رابطه در خانواده یا زوج به عنوان یک واحد عملکردی اشاره دارد (سیگل، ۲۰۱۸) و به فرآیندی گفته می‌شود که خانواده‌ها برای تسهیل سازگاری و تعدیل در مواجهه با مشکلات و بحران‌ها اتخاذ می‌کنند. در شرایطی که با چالش‌هایی از جمله طلاق، بیماری شدید، مشکلات اقتصادی یا سوء مصرف مزمن مواد روبرو هستند، خانواده‌های تاب‌آور به دنبال راه‌هایی برای حمایت از اعضای خود، جهت سازگاری با رویدادهای غیرمنتظره و پیدا کردن معنی در تجربیات دشوار هستند (جنیفر^۴، ۲۰۱۸). نه تنها خانواده‌ها بلکه پژوهشگران نیز در بررسی‌های خود به دنبال پاسخی برای این سوال هستند که مردم چگونه می‌توانند سلامتی و بهزیستی روانی خود را در یک محیط چالش‌برانگیز و پویا حفظ کنند؟ فریدریکسون^۵ (۲۰۰۱) بیان می‌کند تاب‌آوری در بهبود و ارتقای رشد روان‌شناختی در موقعیت ناگوار مؤثر است (سوری، حجازی و سوری نژاد، ۱۳۹۳) و ریف و سینگر^۶ (۲۰۰۳) هم بیان می‌کنند افراد تاب‌آور قادرند سلامت روانی و فیزیکی خود را حفظ کنند.

طبق تعریف ریف (۱۹۸۹)، بهزیستی روان‌شناختی شامل احساس خوب درباره خود و زندگی خود است؛ احساسی که شامل تجربه استقلال، تسلط محیطی، رشد فردی، روابط

1. mental health.
2. Siegel, J.
3. family resiliency.
4. Jennifer, A.
5. Fredrickson, B. L.
6. Ryff, C.D. & Singer, B.

مثبت با دیگران، هدف در زندگی و پذیرش خود است (صدوقی و حسام پور، ۱۳۹۶). بهزیستی روان‌شناختی دارای سازه‌ی هیجانی تعادل بین عاطفه‌ی مثبت و منفی و سازه‌ی شناختی قضاوت درباره رضایت از زندگی است (احمدپور، برجعلی، اسکندری و فرخی، ۱۳۹۷) و یک رویکرد ذهنی مثبت است که افکار و احساسات مثبت فرد به زندگی و سالم بودن را نشان می‌دهد (سیادت، خواجه‌وند خوشلی و اکبری، ۱۳۹۸). بهزیستی روان‌شناختی شامل رضایت کلی از زندگی و دربرگیرنده یک نگرش کلی مثبت نسبت به زندگی، لذت بردن از زندگی و فاقد خلق افسرده هست (نقدی و عناصری، ۱۳۹۷). در کل، بهزیستی روانی، بزرگ‌ترین آرزو و مهم‌ترین هدف زندگی بشر بوده که بیش از هر عامل دیگری بهداشت روانی^۱ افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (صالحی و اصغری ابراهیم‌آباد، ۱۳۹۷). تحقیقات نشان داده است که عوامل متعددی بر روی بهزیستی روان‌شناختی تأثیرگذار هستند که شامل رضایت درونی، درآمد، سن، نژاد، جنس، استخدام، تحصیل، ازدواج و... است (پورکاظم محمدفریدنی و عشقی ننگورانی، ۱۳۹۷).

جهت افزایش بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری درمان‌ها و مداخلات روان‌شناختی و آموزشی گوناگونی به کار بسته شده است. از جمله درمان‌های به کار رفته، رفتاردرمانی دیالکتیکی^۲ بوده است. رفتاردرمانی دیالکتیکی نوعی درمان شناختی- رفتاری^۳ است که لینهان^۴ (۲۰۰۸) آن را معرفی کرد. درمان شناختی رفتاری تلاش می‌کند تا الگوهای فکری منفی را شناسایی کرده و آن‌ها را به سمت رفتارهای مثبت سوق دهد. این روش به مراجع مهارت‌های لازم برای مقابله با رفتارهای ناسالم و تغییر آن‌ها را می‌آموزد (لیل آبادی، مداحی، خواجه‌وند و سادات، ۱۳۹۷). رفتاردرمانی دیالکتیکی با تأسی از «اصل

1. mental health.
2. dialectical behavioral therapy (DBT).
3. cognitive behavioral therapy (CBT).
4. Linehan, M.M.

تغییر^۱ درمان شناختی-رفتاری و «اصل پذیرش^۲» فنون فلسفه شرقی ذن^۳ شکل گرفته و در تنظیم هیجان‌ها، افکار و احساسات و رفتارهای افراد نقش تعیین کننده‌ای دارد (ترخان، ۱۳۹۷). رفتاردرمانی دیالکتیکی برای بیماران مؤثر است که درد هیجانی شدیدی را تجربه می‌کنند و معمولاً به اجتناب از تجربیات دردناک روی می‌آورند (مارا^۴، ۲۰۰۵؛ ترجمه ایزدی و غیائی، ۱۳۹۵) و نخستین درمان اختصاصی (زمانی، نوحی، نیکدل تیموری و جهانگیر، ۱۳۹۵) و «معیار طلایی^۵» برای درمان اختلال شخصیت مرزی^۶ شناخته شده است (پو^۷، ۲۰۱۹).

رفتاردرمانی دیالکتیکی چهار مؤلفه مداخله‌ای را مطرح می‌کند: (۱) «هوشیاری فراگیر بنیادین^۸»: نوعی هشیاری است که از طریق معطوف کردن هدفمند توجه به زمان حال و بدون قضاوت از تجارب لحظه به لحظه، پدید می‌آید (مک کی، وود و برنتلی^۹، ۲۰۰۷؛ ترجمه حمیدپور، جمعه پور و اندوز، ۱۳۹۷)، (۲) «تحمل پریشانی^{۱۰}»: این حیطة به مواجه شدن با احساسات و موقعیت‌های سخت و دشوار می‌پردازد و بر مشکلات و نگرانی‌های فعلی افراد (در اینجا و اکنون) که منجر به رفتارها و هیجان‌ات در دسرساز می‌شود، تمرکز می‌کند، (۳) «تنظیم هیجانی^{۱۱}»: درمانگرانی که در این حوزه کار می‌کنند، به بیماران کمک می‌کنند تا هیجان‌های خود را بپذیرند و آن‌ها را به شیوه‌ای مناسب کنترل و ابراز کنند و (۴) «کارآمدی بین فردی^{۱۲}»: این حیطة مهارت‌هایی را

1. principle of change.
2. Principle of acceptance.
3. zen.
4. Marra, T.
5. gold standard.
6. borderline oersonality disorder.
7. Puo, J.S.
8. Core Mindfulness.
9. McKay, M. Wood, J. & Brantley, J.
10. Distress Tolerance.
11. Emotion Regulation.
12. Interpersonal Effectiveness.

برای گسترش و حفظ روابط پرثمر و رضایت‌بخش آموزش می‌دهد (مظفری، حسینی و طباطبایی راد، ۱۳۹۶)، لذا با استفاده از مهارت‌ها و تکنیک‌های درمان دیالکتیکی، می‌توان به خویشتن‌داری هیجانی بهتری دست پیدا کرد و هیجان‌های در دسرساز و شدید که اغلب ریشه در بنیادهای ژنتیک و تجارب ناگوار گذشته دارند را کنترل کرد (مک کی و همکاران، ۲۰۰۷؛ ترجمه حمیدپور و همکاران، ۱۳۹۷) و خوشبختی، شادی و توانایی‌های بالقوه خود را شکوفا کرد (یعقوبی، نادری پور، محقق‌ی و یارمحمدی واصل، ۱۳۹۷)، بدون این‌که در مورد خودمان و یا تجارب گذشته‌مان قضاوت یا انتقاد کنیم (مک کی و همکاران، ۲۰۰۷؛ ترجمه حمیدپور و همکاران، ۱۳۹۷). به عبارتی دیگر رفتاردرمانی دیالکتیک یک روش غیر دارویی و مجموعه‌ای از فنون است که برای ایجاد تغییرات در چگونگی تفکر و رفتار فرد، کاهش تفکرات منفی، تغییر نحوه زندگی و همچنین دستیابی به ثبات رفتاری و هیجانی، کاربرد زیادی دارد (یوسف وند، قدم پور، میردریکوند، حسینی و فرخ‌زادیان، ۱۳۹۷) که تحقق این اهداف همان رسیدن به بهزیستی روان‌شناختی است. رفتاردرمانی دیالکتیکی عناصر مشترکی با روانپوشی^۱، درمان مراجع محور^۲، گشتالت^۳، درمان مبتنی بر قصد تناقضی^۴ و درمان راهبردی دارد (تیموری، غفاریان و پزدان پناه، ۱۳۹۷).

هدف رفتاردرمانی دیالکتیکی هم مانند سایر درمان‌های دیگر تغییر رفتار است که این تغییر در ابتدا به دنبال آن است تا پذیرش که یک عنصر اساسی در تمام رویکردهای معنوی است، در مراجع ایجاد شود (سوالز^۵، ۲۰۱۸). بنابراین باید توجه داشت که در دیالکتیک پذیرش و تغییر، اصل است و عمل در چارچوب دیالکتیکی برای این

1. psychodynamic psychotherapy.
2. client centered therapy.
3. Gestalt.
4. paradoxical intention.
5. Swales, M.A.

زوج‌درمانی ضروری است (گورمن، لیبو و اسنایدر^۱، ۲۰۱۸). رفتاردرمانی دیالکتیکی از اصول مکتب چه آن^۲ یا ذن که به مرحله‌ای از هوشیاری، آگاهی و تأکید بر تفکر لحظه‌به‌لحظه دلالت دارد، در درمان استفاده می‌کند (هامفریز^۳، ۱۹۸۵؛ ترجمه شادان، ۱۳۹۵). به عقیده این مکتب، زندگی ذاتاً ارزشمند است و انسان تنها موجودی است که می‌تواند در مسیر زندگی عادی حرکت کند و به معنی واقعی زندگی و خیرنهایی دست یابد (خوشقانی و علیزمانی، ۱۳۹۲).

در زمینه به‌کارگیری رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی پژوهش‌هایی صورت گرفته است. اسکندری و قادری بگه جان (۱۳۹۶) پژوهشی را جهت اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر تاب‌آوری معلولان جسمی حرکتی انجام داد که نتایج نشان داد این درمان تأثیر معنی‌داری در افزایش تاب‌آوری دارد. همچنین ذاکری (۱۳۹۵) در پژوهشی به بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال سوء‌مصرف مواد پرداخت که نتایج نشان داد این درمان موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی در بیماران می‌شود. حمدالله و رضایی (۱۳۹۵) نیز پژوهشی جهت بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر بهزیستی روان‌شناختی و خودبازداری^۴ معتادان نگهداری شده در کمپ‌های ترک اعتیاد در سال ۱۳۸۴ انجام دادند. یافته‌ها نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک بر بهزیستی روان‌شناختی در این معتادان مؤثر است. پژوهش حاضر نیز به دنبال بررسی تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر بوشهر بود.

1. Gurman, A.S. Lebow, J.L. & Snyder, D.K.
2. chan.
3. Humphreys, C.
4. Self-Restraint.

روش

پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی^۱ با طرح تک موردی^۲ از نوع خط پایه‌ی چندگانه^۳ هم‌زمان^۴ به همراه پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش، زوج‌های ناسازگار مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر بوشهر در سال ۱۳۹۷ بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری داوطلبانه و هدفمند^۵ استفاده شد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از حداقل مدرک سوم راهنمایی، دامنه سنی بین ۱۸ تا ۴۰ سال، نداشتن ازدواج مجدد و نمره‌های یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین در متغیرهای تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی. ملاک خروج نیز عبارت بود از نداشتن مشکلات روانی جدی و مشکل‌زا. بعد از گرفتن مشخصات اولیه و توجیه آن‌ها در مورد شرکت در پژوهش و با رعایت اصول اخلاقی پژوهش و کسب رضایت زوج‌ها جهت شرکت در جلسات درمانی، برای دستیابی به نمونه‌های واجد شرایط، مصاحبه بالینی ساختاریافته^۶ (با بررسی ملاک‌های ورود و حذفی مطالعه)، صورت گرفت و مقیاس‌های تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی بر روی زوج‌های منتخب اجرا شد. زوج‌هایی «۳ زوج (۶ نفر)» که دارای ملاک‌های لازم بودند و نمره‌های هر دو زوج یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین در متغیرهای تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی بود، به عنوان نمونه، انتخاب شدند. سپس سه زوج به طور 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 به طور تصادفی از نظر ترتیب ورود یک‌به‌یک با فاصله 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**

1. quasi-experimental.
2. single-subject designs.
3. multiple baseline phases.
4. concurrent.
5. voluntary and purposeful sampling.
6. Structured Clinical Interview of DSM (SCID).

پس‌آزمون، جهت بررسی میزان ماندگاری نتایج پژوهش اقدام به آزمون‌های مجدد در سه نوبت با فاصله یک ماه به عنوان پیگیری شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارزیابی طرح از کارایی معنی‌داری بالینی^۱، شاخص تغییر پایا^۲، ترسیم دیداری^۳، بهبود تشخیصی^۴ و شاخص‌های شش‌گانه کارایی اینگرام، هیزو اسکات^۵ (۲۰۰۰؛ به نقل از ایمانی، رجبی، خجسته مهر، بیرامی و بشلیده، ۱۳۹۲) استفاده شد که عبارت‌اند از: اندازه تغییر^۶، کلیات تغییر^۷، عمومیت تغییر^۸، میزان پذیرش^۹، ایمنی^{۱۰} و ثبات^{۱۱}. به این صورت که نمرات به دست آمده در مراحل مختلف (خط پایه، در جریان درمان، انتهای درمان و پیگیری) در نمودار وارد شدند و فرازوفروود نمودار متغیر وابسته، مبنای قضاوت در مورد میزان تغییر قرار گرفتند.

ابزارهای پژوهش

مقیاس تاب‌آوری کانرو دیویدسون^{۱۲} (۲۰۰۳): این مقیاس دارای ۲۵ گویه پنج گزینه‌ای (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب و همیشه) است که محمدی، جوکار، رفیعی و جزایری (۱۳۸۴)، آن را برای استفاده در ایران انطباق داده‌اند. هر بخش، در یک مقیاس پنج نمره‌ای (۴-۰) ارزیابی می‌شود و امتیاز کل از ۰ تا ۱۰۰ است که در این مقیاس نمرات بالاتر نشان دهنده‌ی تاب‌آوری بیشتر در شخص هست (کانرو دیویدسون^{۱۳}، ۲۰۰۳). این پرسشنامه تاب‌آوری را در ۵ زمینه شامل: تصور از شایستگی

1. clinical efficacy.
2. reliable change index (RCI).
3. visual inspection.
4. diagnostic improvement.
5. Ingram, R.E., Hayes, H.C., & Scott, W.
6. magnitude of change.
7. universality of change.
8. generality of change.
9. acceptability.
10. safety.
11. stability.
12. Connor- Davidson Resilience Scale (CD-RISC).
13. Connor, K. M., & Davidson, J. R.

فردی، اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی می‌سنجد. ضریب پایایی این ابزار در مطالعه محمدی و همکاران (۱۳۸۴)، به کمک آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۹ به دست آمد و برای تعیین روایی از تحلیل عاملی استفاده شده است که یکی از شاخص‌ها و معیارها و ملاک‌های کفایت این تحلیل یکی مقدار ضریب KMO است که برای تحلیل برابر با ۰/۸۷ و دیگری کفایت مقدار آزمون کرویت بارتلت است که برابر ۵۵۵۶/۲۸ هست؛ بنابراین این آزمون از روایی سازه‌ای قابل قبول از لحاظ روان‌سنجی برخوردار است. در این پژوهش نیز ضریب پایایی به روش باز آزمایی برابر با ۰/۸۷ به دست آمد و انحراف معیار آن نیز ۱۲/۸ بود.

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف^۱ (۱۹۸۹): این پرسشنامه ۱۸ سؤال داشته و هدف آن ارزیابی و بررسی بهزیستی روان‌شناختی از ابعاد مختلف استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود هست. طیف نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت شش گزینه‌ای هست. برای به دست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد مجموع امتیازات آن بعد را با هم جمع نموده و به منظور به دست آورد امتیاز کلی پرسشنامه مجموع امتیازات تک تک سؤالات را محاسبه می‌نمائیم. نمرات بالاتر نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی بالاتر در فرد پاسخ‌دهنده هست و برعکس. در پژوهش خانجانی و رضایی (۱۳۹۳) نتایج تحلیل عاملی تأییدی تک گروهی نشان داد که در کل نمونه از برآزش خوبی برخوردار است. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در ۶ عامل پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه‌ی مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال به ترتیب برابر با ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳، ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ به دست آمد. در این پژوهش نیز ضریب پایایی به روش باز آزمایی برابر با ۰/۸۲ به دست آمد و انحراف معیار آن نیز ۹/۶ بود.

1. Ryff's Scales of Psychological Well-being.

دستور کار جلسات آموزشی بر اساس رفتاردرمانی دیالکتیکی (مک کی و همکاران، ۲۰۰۷؛ ترجمه حمیدپور و همکاران، ۱۳۹۷).

جدول ۱: رئوس مطالب مطرح شده طی جلسات درمانی رفتاردرمانی دیالکتیکی

جلسه	مهارت‌های زیر را خواهید آموخت
اول	مهارت‌های بنیادین تحمل آشفتگی: آشنایی و معارفه - تشریح اهداف و قوانین گروه از جمله رازداری، احترام و غیره - مهارت‌های زیر را خواهید آموخت: (۱) پذیرش بنیادین (۲) توجه برگردانی (۳) خودآرام بخشی و تدوین طرح آرمیدگی.
دوم	مهارت‌های پیشرفته‌ی تحمل آشفتگی: (۱) استفاده از زمان حال (۲) تصویرسازی از مکان امن (۳) آرامش وابسته به نشانه (۴) ارزش هایتان را کشف کنید (۵) تمرین عمل متعهدانه (۶) شناسایی قدرت برتر و ارتباط با آن (۷) تعیین وقت استراحت (۸) استفاده از افکار مقابله‌ای خود تشویق گرانه.
سوم	مهارت‌های بنیادین توجه آگاهی: (۱) دستیابی به تمرکز کامل بر لحظه اکنون (زمان حال) (۲) شناسایی افکار، هیجانات و احساسات بدنی و تمرکز بر روی آن‌ها (۳) تمرکز بر جریان لحظه به لحظه آگاهی (۴) مجزا کردن افکار از هیجانات و احساسات بدنی.
چهارم	مهارت‌های پیشرفته‌ی توجه آگاهی: (۱) مراقبه ذهن خردمند (۲) ثبت قضاوت‌های منفی (۳) تمرین ذهن آغازگر (۴) تمرین ناهمجوشی قضاوت (۵) تمرین جملات من همراه با ذهن آگاهی (۶) شناسایی مقاومت‌ها و موانعی که بر سر راه تمرینات توجه آگاهی وجود دارد. اجرای پرسشنامه‌ها
پنجم	مهارت‌های بنیادین نظم بخشی هیجانی: (۱) هیجان‌هایتان را بشناسید (۲) ثبت هیجان‌ها (۳) کاهش آسیب‌پذیری جسمی در برابر هیجان‌های آشفتنه ساز (غذا، پر خوری و کم خوری، سوء مصرف داروها، ورزش، خواب) (۴) برگه تمرین شناسایی رفتارهای خود آسیب‌رسان (۵) تمرین ناهمجوشی فکر و هیجان (۶) استفاده از افکار مقابله‌ی (۷) تعادل آفرینی بین افکار و احساسات (۸) ثبت فعالیت‌های لذت بخش.
ششم	مهارت‌های پیشرفته‌ی نظم بخشی هیجانی (۱): (۱) تمرین توجه آگاهانه نسبت به هیجانات بدون قضاوت (۲) رویارویی با هیجان، عمل کردن برخلاف امیال شدید هیجانی
هفتم	مهارت‌های پیشرفته‌ی نظم بخشی هیجانی (۲): (۱) حل مسئله. (۲) تعهد به اجرا. اجرای پرسشنامه
هشتم	مهارت‌های بنیادین ارتباط مؤثر: (۱) تمرین توجه آگاهانه (۲) مهارت جسارت مندی (مطرح کردن خواسته‌ها، نه گفتن بدنی و مذاکره برای حل و فصل تعارض‌ها بدون آسیب زدن به رابطه) (۳) رفتار منفعلانه در برابر رفتار پرخاشگرانه (۴) مهارت کاری کلیدی بین فردی (۵) موانع استفاده از مهارت‌های بین فردی

جلسه	مهارت‌های زیر را خواهید آموخت
نهم	مهارت‌های پیشرفته‌ی ارتباط مؤثر (۱): (۱) شناسایی آنچه می‌خواهید (۲) تعدیل شدت خواسته‌ها (۳) مطرح کردن یک درخواست ساده (۴) تهیه پیش‌نویس‌های جسارت مندی (۵) استفاده از مهارت‌های گوش کردن جسارتمندانه.
دهم	مهارت‌های پیشرفته‌ی ارتباط مؤثر (۲): (۱) نه گفتن (۲) مقابله با مقاومت و تعارض (۳) مذاکره کردن (۴) تجزیه و تحلیل تعاملات مشکل‌آفرین. اجرای پرسشنامه

یافته‌ها

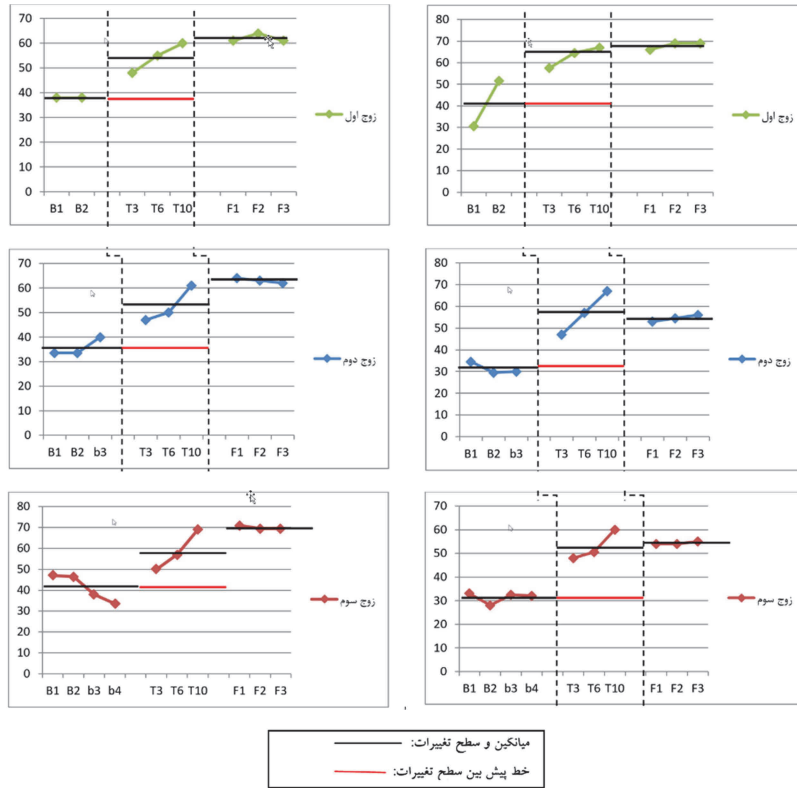
جدول ۲ نمره‌های سه زوج را در مقیاس تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی در مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) نشان می‌دهد.

جدول ۲: روند تغییر مراحل رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT)

در مقیاس تاب‌آوری و مقیاس بهزیستی روان‌شناختی

تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) بر بهزیستی روان‌شناختی			تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) بر تاب‌آوری			گروه درمانی
زوج سوم	زوج دوم	زوج اول	زوج سوم	زوج دوم	زوج اول	مراحل درمان
خط پایه						
۴۷	۳۳/۵	۳۸	۳۳	۳۴/۵	۳۰/۵	خط پایه اول
۴۶/۵	۳۳/۵	۳۸	۲۸	۲۹/۵	۵۱/۵	خط پایه دوم
۳۸	۴۰	-	۳۲/۵	۳۰	-	خط پایه سوم
۳۳/۵	-	-	۳۲	-	-	خط پایه چهارم
۴۱/۲۵	۳۵/۶۶	۳۸	۳۱/۳۷	۳۱/۳۳	۴۱	میانگین مرحله خط پایه

گروه درمانی		تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) بر تاب‌آوری			تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) بر بهزیستی روان‌شناختی	
درمان						
جلسه چهارم	۵۷/۵	۴۷	۴۸	۴۸	۴۷	۵۰
جلسه هفتم	۶۴/۵	۵۷	۵۰/۵	۵۵	۵۰	۵۷
جلسه دهم	۷۶	۶۷	۶۰	۶۰	۶۱	۶۹
میانگین مرحله درمان	۶۶	۵۷	۵۲/۸۳	۵۴/۳۳	۵۲/۶۶	۵۸/۶۶
شاخص تغییر پایا (درمان)	۳/۸۴	۳/۹۳	۳/۲۹	۲/۹۷	۳/۰۹	۳/۱۷
درصد بهبودی پس از درمان	۸۷/۳۷	۹۳/۸۱	۶۸/۴	۴۲/۹۷	۴۷/۶۷	۴۲/۲
درصد بهبودی کلی پس از درمان	۸۳/۱۹		۴۴/۲۸			
پیگیری						
پیگیری اول	۶۶	۵۳	۵۴	۶۱	۶۴	۷۱
پیگیری دوم	۶۹	۵۴/۵	۵۴	۶۴	۶۳	۶۹/۵
پیگیری سوم	۶۹	۵۶	۵۵	۶۱	۶۲	۶۹/۵
میانگین مرحله پیگیری	۶۸	۵۴/۵	۵۴/۳۳	۶۲	۶۳	۷۰
شاخص تغییر پایا (پیگیری)	۴/۱۴	۳/۵۵	۳/۵۲	۴/۳۷	۴/۹۷	۵/۲۳
درصد بهبودی پس از پیگیری	۶۵/۸۷	۷۳/۹۵	۷۳/۱۹	۶۳/۱۵	۷۶/۶۶	۶۹/۶۹
درصد بهبودی کلی پس از پیگیری	۷۱		۶۹/۸۳			



نمودار ۱: روند تغییر نمره‌های مقیاس تاب‌آوری در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT)

نمودار ۲: روند تغییر نمره‌های مقیاس بهزیستی روان‌شناختی در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT)

نمودار ۱ نشان می‌دهد میانگین و سطح تغییرات و سطح نمره‌های تاب‌آوری هر سه زوج در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه افزایش پیدا کرده است. همچنین براساس ملاک دوگانه محافظه‌کارانه (فیشر، کلی و لوماس^۱، ۲۰۰۳)، به دلیل بالا بودن همه‌ی نقطه داده‌های ترسیم در بالای خط پیش بین سطح و روند تغییرات در هر سه زوج، تغییر حاصله در این سه زوج غیر تصادفی است و نتیجه مداخله درمانی بوده و معنی‌دار

1. Fisher, W. W., Kelley, M. E., & Lomas, J. E.

است. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد مقدار شاخص تغییر پایا به دست آمده برای زوج اول، دوم و سوم در مرحله بعد از درمان به ترتیب ۳/۸۴، ۳/۹۳ و ۳/۲۹ و در مرحله پیگیری به ترتیب ۴/۱۴، ۳/۵۵ و ۳/۵۲ است که حاکی از معنی دار بودن تغییر تاب‌آوری بود ($P < 0/05$). درصد بهبودی بعد از درمان به ترتیب ۸۷/۳۷، ۹۳/۸۱ و ۶۸/۴ و پس از پیگیری به ترتیب ۶۵/۸۷، ۷۳/۹۵ و ۷۳/۱۹ بود. بنابراین براساس درصد بهبودی کلی این سه زوج در مرحله درمان (۸۳/۱۹) و پیگیری (۷۱/۰)، می‌توان گفت که میزان اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی زوج‌ها براساس طبقه بندی بلانچارد (پاپن، ۱۹۸۹؛ به نقل از حمیدپور، ۱۳۸۶) در مرحله درمان و مرحله پیگیری در طبقه درمان موفق قرار می‌گیرد و به طور کل حاکی از موفقیت رفتاردرمانی دیالکتیکی در تاب‌آوری زوج‌ها بود. همچنین نمودار ۲ نشان می‌دهد میانگین و سطح نمره‌های بهزیستی روان‌شناختی هر سه زوج در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه افزایش پیدا کرده است. نتایج جدول ۲ نیز نشان می‌دهد مقدار شاخص تغییر پایا به دست آمده برای زوج اول، دوم و سوم در مرحله بعد از درمان به ترتیب ۲/۹۷، ۳/۰۹ و ۳/۱۷ در مرحله پیگیری به ترتیب ۴/۳۷، ۴/۹۷ و ۵/۲۳ بود که حاکی از معنی دار بودن تغییر بهزیستی روان‌شناختی بود ($P < 0/05$). درصد بهبودی بعد از درمان به ترتیب ۴۲/۹۷، ۴۷/۶۷ و ۴۲/۲ و پس از پیگیری ۶۳/۱۵، ۷۶/۶۶ و ۶۹/۶۹ بود. بنابراین براساس درصد بهبودی کلی این سه زوج در مرحله درمان (۴۴/۲۸) و پیگیری (۶۹/۸۳)، می‌توان گفت که میزان اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی زوج‌ها براساس طبقه بندی بلانچارد (پاپن، ۱۹۸۹؛ به نقل از حمیدپور، ۱۳۸۶) در مرحله درمان و مرحله پیگیری در طبقه درمان موفق قرار می‌گیرد و به طور کل حاکی از موفقیت رفتاردرمانی دیالکتیکی در بهزیستی روان‌شناختی زوج‌ها نیز بود.

بحث و نتیجه‌گیری

در زیر شاخص‌های چندگانه کارایی در مورد تأثیر درمان رفتاردرمانی دیالکتیکی بحث شده‌اند:

اندازه تغییر (چقدر افزایش در آماج‌های اصلی آموزش رخ داده است؟): همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده شد، رفتاردرمانی دیالکتیکی بر میزان تاب‌آوری در زوج‌های اول تا سوم از مرحله خط پایه تا مرحله پس از درمان افزایش یافته است که این میزان تأثیر در زوج دوم ۹۳/۸۱٪ نسبت به زوج‌های اول ۸۷/۳۷٪ و سوم ۶۸/۴٪ بیشتر است. در کل، میزان تأثیر این آموزش ۸۳/۱۹٪ بوده است و این میزان اثربخشی در پایان مرحله پیگیری سه‌ماهه، ۷۱٪ بوده است. به اعتقاد بلانچارد^۱ بر طبق فرمول، ۵۰٪ کاهش در علائم به عنوان موفقیت درمانی تلقی می‌شود (پاپن^۲، ۱۹۸۹، به نقل از حمیدپور، ۱۳۸۶). تاب‌آوری خانواده به نظر جنیفر^۳ (۲۰۱۸) به فرایندی گفته می‌شود که خانواده‌ها برای تسهیل سازگاری و تعدیل در مواجهه با مشکلات و بحران‌های مهم تصویب می‌کنند و آن را به عنوان کیفیت یا مهارت توصیف می‌کنند که می‌توان از طریق تمرین و تجربه پرورش داد. پس به نظر می‌رسد تاب‌آوری امری آموختنی است، همان‌گونه که در این پژوهش مشاهده شد، با آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی به زوج‌ها، شاهد افزایش تاب‌آوری خود زوج‌ها و دوام این تغییر در پیگیری سه‌ماهه هم بودیم.

بنابراین، در جلسات آموزشی به زوج‌ها در رابطه با تاب‌آوری جهت توانایی حل مسئله، داشتن حمایت اجتماعی، خوش‌بینی، تحمل آشفتگی، هدفمند بودن و امید و در نهایت داشتن زندگی لذت‌بخش، انواع مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی که شامل هشیاری فراگیر بنیادین، تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فرد آموزش داده شد و تمرینات عملی آن را در جلسه به صورت گروهی بحث نمودند و افراد شرکت‌کننده

1. Blanchard, E. B.
2. Papen, W.A.
3. Jennifer A.

به این سمت سوق داده شدند تا به شیوه‌ای فکر، احساس و عمل کنند که باعث ارتقاء منابع لازم جهت رسیدن آن‌ها به اهدافشان در زندگی شود و زندگی تاب آورانه را از سر بگیرند و به نظر می‌رسد که تغییر مشاهده شده ناشی از آموزش و مداخلات مبتنی بر مؤلفه‌های چندگانه رفتاردرمانی دیالکتیکی باشد. یافته‌های اسکندری و قادری بگه جان (۱۳۹۶) و تیموری، غفاریان و پزدان پناه (۱۳۹۷) این نتیجه را تأیید می‌کنند.

همان‌گونه که مشاهده شد، رفتاردرمانی دیالکتیکی بر میزان بهزیستی روان‌شناختی نیز در زوج‌های اول تا سوم از مرحله خط پایه تا مرحله پس از درمان افزایش یافته است که این میزان تأثیر در زوج دوم ۴۷/۶۷٪ نسبت به زوج‌های اول ۴۲/۹۷٪ و سوم ۴۲/۲٪ بیشتر است. در کل، میزان تأثیر این آموزش ۴۴/۲۸٪ بوده است و این میزان اثربخشی در پایان مرحله پیگیری سه ماهه، ۶۹/۸۳٪ بوده است و نشان می‌دهد تغییر بیشتر شده است. به اعتقاد بلانچارد این طرح در افزایش بهزیستی روان‌شناختی در طبقه ۲۵٪ تا ۴۹٪ به عنوان افزایش اندک در نظر گرفته می‌شود اما با افزایش در مرحله پیگیری سه ماهه، کاهش علائم به نحوی مشاهده گردید تا به عنوان موفقیت در درمان، تلقی گردد.

بنابراین، در جلسات آموزشی رفتاردرمانی دیالکتیکی، راهبردهای و مهارت‌های بقا در بحران مورد اهتمام قرار گرفتند: الف: راهبردهای پرت کردن حواس^۱، ب: خود آرام‌سازی با حواس پنج‌گانه^۲، ج: مهارت‌های بهسازی لحظات^۳، د: تکنیک سود و زیان^۴، ه: پذیرش محض^۵، و: برگرداندن ذهن^۶ وی: رضایت‌مندی^۷. بنابراین در جلسات آموزشی به زوج‌ها در رابطه با بهزیستی روان‌شناختی جهت پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط زندگی هدفمند، رشد فردی، حس انجام،

1. distraction strategies.
2. self soothing.
3. improving the moment.
4. pros and cons technique.
5. redical acceptance.
6. turning the mind.
7. willingness.

خوش‌بینی ذاتی و شایستگی ادراک شده و درنهایت داشتن زندگی لذت‌بخش، انواع مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی که شامل هشیاری فراگیر بنیادین، تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فرد آموزش داده شد. تمرینات عملی را در جلسه به صورت گروهی بحث نمودند و افراد شرکت‌کننده به این سمت سوق داده شدند تا به شیوه‌ای فکر، احساس و عمل کنند که باعث ارتقاء منابع لازم جهت رسیدن آن‌ها به اهدافشان در زندگی شود و به نظرهم می‌رسد که تغییر مشاهده شده ناشی از آموزش و مداخلات مبتنی بر مؤلفه‌های چندگانه رفتاردرمانی دیالکتیکی باشد. یافته‌های ذاکری (۱۳۹۵) و حمدلله و رضایی (۱۳۹۵) این نتیجه را تأیید می‌کنند.

کلید تغییر (چند درصد از افراد تغییر کرده‌اند و چند درصد تغییر نکرده‌اند؟): نتایج پرسشنامه‌های تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی در پایان مداخله و دوره پیگیری سه ماهه، افزایش معنی‌دار تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی در همه زوج‌ها را نشان داد لذا یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که در کل زوج‌هایی که در متغیرهای مورد مطالعه پایین بودند، تغییرات مثبت می‌توان مشاهده کرد.

ثبات (دستاوردهای درمان چقدر دوام داشته‌اند؟): یکی از هدف‌های آموزش این است که معلوم نماید آیا نتایج مثبت آموزشی پس از آموزش نیز تداوم دارد یا خیر؟ محققان بر این باورند که وجود پیگیری دوماهه برای ارزیابی ماندگاری آموزش کافی است (شهبازی، رجبی، خجسته مهر و سودانی، ۱۳۹۳). نتایج دوره پیگیری سه ماهه نشان‌دهنده ثبات تغییرات ایجاد شده در زوج‌ها است. به عبارتی در این پژوهش سه زوج دستاوردهای آموزشی خودشان را در مرحله پیگیری حفظ کرده‌اند.

میزان پذیرش (افراد تا چه اندازه در فرایند آموزش مشارکت داشته و آن را به پایان رسانده‌اند؟): طبق نظر کزدین^۱ (۱۹۹۲)، ترک درمان را هم باید به عنوان یکی از متغیرهای درمان محاسبه کرد. یکی از مشکلات عمده در روش‌های آزمایشی (مطالعات تک

1. Kazdin, A.E.

آزمودنی) عدم حضور و افت آزمودنی است. با توجه به اینکه زوج‌ها این مطالعه با تشریح اهداف آموزش توسط محققان برایشان، داشتن تحصیلات کافی و داشتن انگیزه لازم برای افزایش توانمندی خود در مراحل بعدی زندگی، تا جلسات آخر در جلسات شرکت کردند، می‌توان گفت که پذیرش این نوع آموزش در زوج‌ها بالا بوده است.

اگرچه میزان پذیرش درمان در این پژوهش بالا بود تعمیم این یافته‌ها به سایر مشکلات روان‌شناختی و حتی مشکلات مشابه تنها در سایه پژوهش‌های گسترده و دقیق امکان‌پذیر خواهد بود.

ایمنی (آیا در اثر آموزش، سلامت روانی و جسمانی زوج‌ها کاهش یافته است؟): در این مطالعه برای اندازه‌گیری ایمنی و امنیت زوج‌ها ابزاری در این زمینه استفاده نشده است، اما بر اساس گزارش‌های هریک از زوج‌ها، نه تنها آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث گرفتاری و عدم امنیت روحی-روانی آن‌ها نشده است بلکه این مداخله برای آن‌ها سودمند بود.

محدودیت‌هایی را برای این پژوهش می‌توان بیان کرد: ۱- اجرای بیش از ده بار از یک مقیاس در پژوهش، ممکن است باعث بی‌میلی و عدم رغبت زوج‌ها برای تکمیل پرسشنامه‌ها شود. ۲- در این پژوهش همگی از شهر بوشهر بوده‌اند که با توجه به ویژگی‌های خاص خرده‌فرهنگ‌های ایرانی و داشتن آب‌وهوای متفاوت لازم است نتایج این تحقیق با احتیاط مورد استفاده قرار گیرند. با توجه به توصیه برخی متخصصین مثل سیدمن^۱ به نقل از شهبازی و همکاران (۱۳۹۳) پیشنهاد می‌شود این مطالعه به صورت زیر تکرار شود: الف) تکرار کامل: اجرای مجدد پژوهش توسط همان پژوهشگر، ب) تکرار حقیقی: اجرای مجدد مطالعه توسط پژوهشگران دیگر، با همین ابزار و ج) تکرار نظام‌مند: اجرای همین پژوهش در جمعیت‌های دیگر و با استفاده از ابزارهای دیگر. برخی از روان

1. Seidman, S.

شناسان مانند پروچاسکا^۱ و نورکراس^۲ (۱۹۹۹؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۸) اظهار کرده‌اند که انتظارات شرکت‌کنندگان در آموزش و نتیجه آموزش تأثیر می‌گذارد، در این پژوهش انتظارات زوج‌ها به طور عینی توسط ابزار موردنظر موردسنجش قرار نگرفت، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از مقیاس‌های مربوط به انتظارات مراجعان از آموزش یا درمان استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی روی هر زوج به طور جداگانه کار شود و نمرات به صورت مجزا تحلیل و تفاوت اثربخشی دوره، در مرد و زن بررسی شود. اگرچه روش تک‌آزمودنی یکی از بهترین طرح‌های تحقیق برای آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی است، به دلیل اجرای چندین بار ابزارهای پژوهش، پیشنهاد می‌شود از طرح‌های دیگری برای اجرای این پژوهش، در آینده استفاده شود. پیشنهاد می‌شود دوره‌های آموزش خانواده تحت عنوان «آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی» برای همه اعضای انجمن اولیا و مربیان آموزش و پرورش و سایر اولیا تشکیل شود.

سپاس‌گزاری

از تمامی آزمودنی‌ها و همکاران مراکز مشاوره‌ی شهر بوشهر در راستای انجام هرچه بهتر این پژوهش همکاری نمودند، قدردانی می‌کنیم.

منابع

احمدپور، م.، برجعلی، ا.، اسکندری، ح.، فرخی، ن.ر. (۱۳۹۷). تدوین و آزمون مدل بهزیستی روان‌شناختی افراد بر اساس مؤلفه‌های شخصیت باواسطه‌گری هویت قومی در تالش. *دوفصلنامه علمی - پژوهشی روان‌شناسی بالینی و شخصیت* (دانشور رفتار)، ۱۶ (۱)، ۱۱۸-۱۰۵.

1. Prochaska, J.O.
2. Norcross, J.C.

- اسکندری، ح.، قادری بگه جان، ک. (۱۳۹۶). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی برافزایش تاب‌آوری معلولان جسمی حرکتی. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۲ (۷)، ۹-۱.
- درگاهی، ح.، قاسمی، م.، بیرانوند، ا. (۱۳۹۷). عوامل اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر طلاق در ایران با تأکید بر ادوار تجاری، آموزش و اشتغال زنان. *فصلنامه اقتصاد و الگوسازی*، ۹ (۴)، ۹۵-۱۲۰.
- پروچاسکا، ج.، نورکراس، ج. (۱۹۹۹). *نظریه‌های روان‌درمانی*. ترجمه یحیی سیدمحمدی (۱۳۹۸). تهران: انتشارات روان / ارسباران.
- پورکاظم محمدفریدنی، ف.، عشقی‌نگورانی، ر. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برافزایش بهزیستی روان‌شناختی افراد ترا جنسی. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۷ (۱)، ۲۹-۴۱.
- ترخان، م. (۱۳۹۷). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تن‌انگاره و باورهای غیرمنطقی زنان مبتلا به سرطان پستان. *دوفصلنامه علمی مطالعات زن و خانواده*، ۶ (۱)، ۶-۲۱۶-۱۹۷.
- تیموری، س.، غفاریان، گ.، پزدان پناه، ف. (۱۳۹۷). *اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر رضایت زناشویی در تعارض زوج‌هایی*. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۸ (۲)، ۱۱۵-۱۰۱.
- حمدالله، ح.، رضایی، س. (۱۳۹۵). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر بهزیستی روان‌شناختی و خودبازداری معتادان نگهداری در مراکز کمپ‌های ترک اعتیاد. چهارمین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روان‌شناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی.
- حمیدپور، ح. (۱۳۸۶). *اهمیت روش‌شناسی در پژوهش‌های رفتاری - شناختی*. بازتاب دانش، ۳، ۴۹-۵۶.
- حبیبی، ح.، فاطمی، م. (۱۳۹۴). *بررسی رابطه جنس و نقش جنسیتی با میزان تاب‌آوری*. مطالعات روان‌شناختی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهراء، ۱۱ (۲)، ۱۱۵-۱۳۴.
- خانجانی، م.، رضایی، س. (۱۳۹۵). اثربخشی برنامه روان‌درمانی مثبت نگر برافزایش بهزیستی روان‌شناختی، عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی مادران دارای کودک با اختلال اتیسم. *فصلنامه توانمندسازی کودکان*، ۷ (۱)، ۵۲-۳۷.
- خوشقانی، ن.، علیزمانی، ا.ع. (۱۳۹۲). *زندگی به‌مثابه معنا*. الهیات تطبیقی، ۴ (۹)، ۴۰-۲۷.
- ذاکری، م. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد، نهمین کنگره بین‌المللی (اجلاس آسیایی در بسترارزش‌های فرهنگی)، تهران.
- رضازاده مقدم، س.، خدابخشی کولایی، آ.، حمیدی پور، ر.، ثناگو، ا. (۱۳۹۷). اثربخشی روان‌شناسی مثبت نگر بر امید و تاب‌آوری مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی. *مجله روان‌پرستاری*، ۶ (۹)، ۳۷-۳۱.
- زمانی، ن.، نوحی، س.، نیکدل تیموری، ن.، جهانگیر، ا.ح. (۱۳۹۵). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش افکار خودکشی در اقدام‌کنندگان به خودکشی با سابقه قبلی. *مجله پژوهش سلامت*، ۱ (۳)، ۱۶۶-۱۵۹.
- سوری، ح.، حجازی، ا.، سوری نژاد، م. (۱۳۹۳). *تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی: نقش واسطه‌ای خوش‌بینی*. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۵ (۱)، ۱۵-۵.

سیادت، س.م.، خواجه‌وند خوشلی، ا.ا.، اکبری، ح. (۱۳۹۸). اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی و نگرش معنوی در مادران دارای فرزند اوتیسم. *نش‌ریه پژوهش توان‌بخشی در پرستاری*، ۵ (۴)، ۶۴-۵۸.

شهبازی، م.م.، رجیبی، غ.ر.، خجسته مهر، ر.، سودانی، م. (۱۳۹۳). اثر بخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر تمایز یافتگی - خود در زوج‌های شهرستان مسجد سلیمان. *انجمن مشاوره، پژوهش‌های مشاور*، ۱۳ (۵۱)، ۱۳۵-۱۱۶.

صالحی، ب.، اصغری ابراهیم‌آباد، م.ج. (۱۳۹۷). نقش امنیت روانی در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور با میانجی‌گری مذهب. *فصلنامه سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، ۲ (۴)، ۱۹۵-۲۰۱.

صدوقی، م.، حسامپور، ف. (۱۳۹۶). پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان علوم پزشکی بر اساس قدردانی و معنا در زندگی. *مجله اخلاق پزشکی*، ۱۱ (۴۲)، ۷۹-۸۹.

طریقی، ا. (۱۳۹۷). بررسی تأثیر شبکه‌های اجتماعی در بروز پدیده طلاق. *دوفصلنامه مطالعات پلیس زن*، ۱۲ (۲۸)، ۱۱۲-۸۸.

لیل‌آبادی، ل.، مداحی، م.ا.، خواجه‌وند، افسانه.، سادات، س.م. (۱۳۹۷). اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر درد و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به نشانگان فیبرومیالژیا. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۷ (۸)، ۷-۱.

مارا، ت. (۲۰۰۵). *راهنمای جامع و کاربردی رفتاردرمانی دیالکتیکی فردی*. ترجمه شیرین ایزدی و مهناز غیاثی تهران: ناشر ارجمند. (۱۳۹۵).

محمدی، م.، جوکار، ب.، رفیعی، ا.ح.، جزایری، ع.ر. (۱۳۸۴). *عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد*. رساله دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.

مظفری، س.، حسینی، س.ج.، طباطبایی راد، ا.س. (۱۳۹۶). رفتاردرمانی دیالکتیکی و اختلال مصرف مواد: مروری نظری و پژوهشی. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۴ (۳۱)، ۱۳۰-۱۱۱.

مک‌کی، م.، وود، ج.، برنتلی، ج. (۲۰۰۷). *تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی*. ترجمه حسن حمیدپور، حمید جمعه‌پور و زهرا اندوز، تهران: انتشارات ارجمند. (۱۳۹۷).

نقدی، م.، عناصری، م. (۱۳۹۷). اثر بخشی امید درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. *نشریه روان‌پرستاری*، ۶ (۴)، ۵۵-۴۸.

هامفریز، ک. (۱۹۸۵). *ذن*. ترجمه منوچهر شادان (۱۳۹۵). تهران: انتشارات ققنوس.

یعقوبی، ا.، نادری‌پور، ح.، محقق، ح.، یارمحمدی واصل، م. (۱۳۹۷). مقایسه بهزیستی روان‌شناختی، نیاز به شناخت، ذهن‌آگاهی و سرمایه‌های روان‌شناختی در دانشجویان دارای پیشرفت تحصیلی پایین، متوسط و بالا. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۱۳ (۵۰)، ۲۲۵-۲۰۰.

یوسف‌وند، م.، قدم‌پور، ع.، میردریکوند، ف.، حسینی، ح.، فرخ‌زادیان، ع.ا. (۱۳۹۷). اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر نیازهای خود تعیین‌گری و معنای تحصیل دانش‌آموزان دختر مبتلا به افسردگی. *دوفصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۱۶ (۲)، ۹۸-۸۷.

- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Journal of Depression and Anxiety*, 18 (2) , 76-82.
- Cramm, H., Norris, D., Venedam, S., & Tam-Seto, L. (2018). Toward a Model of Military Family Resiliency: A Narrative Review. *Journal of Family Theory & Review*, 10 (3) , 620-640.
- Fisher, W. W., Kelley, M. E., & Lomas, J. E. (2003). Visual aids and structured criteria for improving visual inspection and interpretation of single-case designs. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36, 387-406.
- Gurman, A. S., Lebow, J. L., & Snyder, D. K. (2018). *Clinical handbook of couple therapy*: Guilford Publications.
- Jennifer A. (2018). Theiss. Family communication and resilience, *Journal of Applied Communication Research*, VOL46, NO1, pages 10-13. ISSN: 0090-9882 (Print) 1479-5752 (Online) *Journal homepage*: <http://www.tandfonline.com/loi/rjac2>.
- Kazdin, AE. (1992). *Research design in clinical psychology*. Boston: Alay and Bacon.
- Pou, J. S. (2019). *Dialectical Behavior Therapy and Mentalization Based Treatment for Borderline Personality Disorder: Similarities, Differences, and Clinical Implications*. Biola University.
- Siegel, J. (2018). A Journal of Family Social Work interview with Froma Walsh, MSW, PhD. *Journal of Family Social Work*, 21 (2) , 85-97.
- Swales, M. A. (2018). Future Directions for Dialectical Behaviour Therapy. *The Oxford Handbook of Dialectical Behaviour Therapy*.