



ORIGINAL ARTICLE

Received:2023/09/04

Accepted:2023/11/10

Compilation of an Integrated Therapy Model Based on Compassion-Focused Therapy, Integrated Islamic Therapy and Therapy Based on Acceptance and Commitment and Its Effectiveness on Life Satisfaction of Depressed Married Women in Yazd City

Amid Tashakori(Ph.D.s)¹, Najmeh Sederpooshan(Ph.D.)²

1.PhD student in Counseling, department of counseling, yazd branch, Islamic Azad University, Yazd , Iran

2.Corresponding author:Assistant Professor, faculty member,islamic Azad University, Khomeini Shahr Branch, Khomeini Shahr, Isfahan, Iran Email: sedrpoushan@iaukshs.ac.ir Tel: 09133554792

Abstract

Introduction: As a large part of society who experience different restrictions according to different cultural, historical and social situations, women face difficult emotional conditions during marriage. This research is conducted with the aim of developing a combination treatment model based on compassion-focused therapy, integrated Islamic therapy, and therapy based on acceptance and commitment and its effectiveness on life satisfaction of depressed married women in Yazd city in 1400.

Methods: The research method was a combination of an exploratory design with a compilation and classification approach. The first stage was done qualitatively and based on a descriptive phenomenological strategy. In the qualitative part of the research, a combination treatment protocol based on the approach of combining psychotherapies by Stricker (2006) was compiled and validated. In the quantitative (second) part, based on convenience sampling, 30 depressed married women were selected, and then, through a quasi-experimental method with a pre-test and post-test regarding the two test groups and proof, the effectiveness of the developed protocol on their life satisfaction was assessed. The statistical population of the research included all the women who referred to counseling centers in Yazd city, for whom the diagnosis of depression (Beck Depression Scale) was given. In order to measure people's life satisfaction, Diener's life satisfaction scale was used. In order to analyze the quantitative data of the research, the analysis of covariance method was used.

Results: After extracting 11 main categories, a unified treatment protocol was formulated according to the findings. For validation, ratio coefficients and content validity index were used. The coefficients in all items were higher than 0/79 for CVI index and higher than 0./56 for CVR index.

Conclusion: The results of the analysis of the findings showed that integrated psychotherapy based on self-discipline approach, integrated Islamic treatment approach, and treatment approach based on acceptance and commitment increase life satisfaction of depressed married women in Yazd city.

Keywords: Depression, Integrated Psychotherapy, Life Satisfaction

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.



This Paper Should be Cited as:

Author: Amid Tashakori, Najmeh Sederpooshan. Compilation of an Integrated Therapy Model Based on Compassion-Focused Therapy, Integrated Islamic Therapy and Therapy Based onTolooebehdasht Journal. 2023;22(5)121-140.[Persian]



طلوع بهداشت

تدوین مدل درمانی تلفیقی مبتنی بر درمان متمرکز بر شفقت، درمان یکپارچه اسلامی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اثربخشی آن بر رضایت از زندگی زنان متأهل افسرده شهر یزد

نویسندگان: عمید تشکری^۱، نجمه سدرپوشان^۲

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر، خمینی شهر، اصفهان، ایران

تلفن تماس: ۰۹۱۳۳۵۵۴۷۹۲ Email: sedrpoushan@iaukshs.ac.ir

چکیده

مقدمه: زنان به عنوان قسمت بزرگی از جامعه که بنا به وضعیت‌های گوناگون فرهنگی، تاریخی و اجتماعی محدودیت‌های متفاوتی را تجربه می‌کنند در زمان ازدواج نیز برخی از آن‌ها با شرایط سخت عاطفی روبرو می‌شوند. این پژوهش با هدف تدوین مدل درمانی تلفیقی مبتنی بر درمان متمرکز بر شفقت، درمان یکپارچه اسلامی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اثربخشی بر رضایت از زندگی زنان متأهل افسرده شهر یزد در سال ۱۴۰۰ انجام شد.

روش بررسی: روش پژوهش، ترکیبی از نوع طرح اکتشافی با رویکرد تدوین و طبقه‌بندی بود. مرحله اول بصورت کیفی و براساس راهبرد پدیدار شناسی توصیفی انجام شد. در قسمت کیفی پژوهش پروتکل درمان تلفیقی که مبتنی بر رویکرد تلفیق روان‌درمانی‌های استریکر (۲۰۰۶) بود تدوین و اعتباریابی شد. در قسمت کمی (دوم) بر اساس نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر از زنان متأهل افسرده انتخاب شد و سپس از طریق روش شبه‌آزمایشی دارای پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از دو گروه آزمایش و گواه اثربخشی پروتکل تدوین شده بر رضایت از زندگی آن‌ها بررسی شد. جامعه‌آماري پژوهش کلیه‌ی زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر یزد بودند که برای آن‌ها تشخیص افسردگی (مقیاس افسردگی بک) داده شده بود. به‌منظور سنجش رضایت از زندگی افراد از مقیاس رضایت از زندگی داینر استفاده شد. به منظور تحلیل داده‌های کمی پژوهش از روش تحلیل کوواریانس استفاده شده است.

یافته‌ها: پس از استخراج ۱۱ مقوله اصلی پروتکل درمان تلفیقی متناسب با یافته‌ها تدوین شد. برای اعتبارسنجی آن از دو ضریب نسبت و شاخص روایی محتوایی استفاده شد. ضرایب در همه آیت‌ها برای شاخص CVI بالاتر از ۰/۷۹ و برای شاخص CVR بالاتر از ۰/۵۶ بود.

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از تحلیل یافته‌ها نشان داد که روان‌درمانی تلفیقی مبتنی بر رویکرد شفقت به خود، رویکرد درمان یکپارچه اسلامی و رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت از زندگی زنان متأهل افسرده شهر یزد تاثیر دارد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، روان‌درمانی تلفیقی، رضایت از زندگی

دو ماهنامه علمی پژوهشی
دانشکده بهداشت یزد
سال بیست و دوم
شماره پنجم
آذر و دی
شماره مسلسل: ۱۰۱

تاریخ وصول: ۱۴۰۲/۰۶/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۱۹



مقدمه

عواملی همچون بیولوژی، مشکلات باروری، ژنتیک، تغییرات هورمونی، روابط بین فردی، مشکلات زناشویی، خشونت خانگی و تعارضات رابطه زناشویی در کنار مشکلات مالی از دلایل اصلی ابتلای زنان متأهل به افسردگی می‌باشد (۶، ۷).

از این رو بررسی روش‌هایی که بتوان با توجه به بافت فرهنگی و اجتماعی جوامع به بهبود وضعیت زنان افسرده کمک کرد حیاتی است. پژوهش‌ها نشان‌دهنده‌ی میزان تحمل هیجان‌های منفی بیشتر در زنان در مقایسه با مردان در مواجهه با مسائل و مشکلات است. همچنین سطح آشفتگی روانشناختی، اضطراب و افسردگی در زنان دو برابر مردان است. پژوهشگران همچنین اشاره کرده‌اند زنانی که مطلقه‌اند افزایش پریشانی، افسردگی، تنهایی، خشم، پشیمانی و درماندگی را تجربه کرده‌اند. تحقیقات اخیر نشان داده است که کمبود قدرت اجتماعی زنان و تفاوت‌های جنسی در پاسخ‌های بیولوژیکی به استرس دهنده‌ها می‌تواند در افسردگی پیش‌رونده‌ی زنان بیش از مردها نقش داشته باشد (۸).

مرور مطالعات، کتب و نشریات علمی اثر بخشی رویکردهای تک مکتبی را بررسی و در بعضی موارد آنها را اثر بخش دانسته است. در این میان می‌توان به پژوهش امیر ارجمندی، هاشمیان و نیکنام (۹)، در زمینه اثر بخشی آموزش معنویت در کاهش افسردگی و افزایش رضایت از زندگی زنان متأهل، پژوهش شیرالی‌نیا و همکاران (۱۰)، در خصوص اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افسردگی و اضطراب زنان مطلقه و تحقیق عزیزی و قاسمی (۱۱)، در ارتباط با اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان مطلقه اشاره کرد. پژوهش‌های فوق حاکی از آن است که درمان‌های تک

بررسی وضعیت روان‌شناختی زنان متأهل یکی از چالش‌های اساسی در جوامع در حال توسعه است. از آنجا که تغییر وضعیت فرهنگی و شاخص‌های رفتار اجتماعی باعث می‌شود نحوه مواجهه جمعیت‌های مختلف با تغییرات فرهنگی و اجتماعی نیز تغییر کند، بررسی وضعیت روان‌شناختی گروه‌های مختلف اجتماعی یکی از وظایف اصلی پژوهشگران در حوزه‌های مختلف است. از مهمترین سازه‌های موثر در ارزیابی وضعیت توسعه روانشناختی جوامع بررسی میزان رضایت از زندگی افراد و گروه‌های مختلف در آن جامعه است و زنان متأهل در هر جامعه‌ای از آنجا که با تربیت نسل‌های بعدی در ارتباط هستند و همچنین یکی از گروه‌های حساس و آسیب‌پذیر جوامع محسوب می‌شوند در صدر اهمیت بررسی قرار دارند و باید پیش از دیگر گروه‌ها به وضعیت روانشناختی آنان توجه کرد (۱).

افسردگی اختلالی خلقی است که با احساس غم و اندوه، فقدان انرژی، بی‌علاقگی، تحریک‌پذیری و مسائل مرتبط با اشتها شامل کم‌اشتهایی یا پراشتهایی همراه است. در مقیاس جهانی بیش از ۳۲۰ میلیون نفر در جهان مبتلا به افسردگی بوده و در میان آن‌ها شیوع افسردگی در زنان بیش از مردان است که این مقدار به ترتیب برابر با ۵/۱ و ۳/۶ می‌باشد (۲). پژوهش‌های دیگری در سال‌های اخیر نیز نشان می‌دهد که نرخ افسردگی در زنان بالاتر از مردان است (۳). در ایران پژوهش‌هایی برای مقایسه افسردگی در میان زنان متأهل و غیر متأهل انجام شده که بر اساس آن‌ها مشخص شد که افسردگی در میان زنان متأهل شیوع بیشتری دارد (۴، ۵). از میان دلایل شیوع بیشتر افسردگی در زنان متأهل با توجه به مرور پژوهش‌های انجام شده مشخص شد که



نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از آنجا که مجرب به انعطاف پذیری روانشناختی و تعهد فرد به انجام اعمالی می‌شود که زندگی را برای وی کامل، غنی و معنادار می‌سازد می‌توان از آن به‌عنوان روش مداخله‌ای موثر برای ایجاد و افزایش امیدواری و شادکامی در افراد استفاده کرد. درمان متمرکز بر شفقت در سال‌های گذشته بواسطه نزدیکی‌های فرهنگی مورد توجه اغلب پژوهشگران حوزه‌ی خانواده بوده است. نف(neef)(۱۴).

شفقت خود را بدین‌گونه تعریف کرده است که از سه بخش تشکیل شده است: مهربانی نسبت به خویشان در برابر خود قضاوتی، اشتراک انسانی در برابر انزوا، و ذهن‌آگاهی در برابر بیش برآورد تجربه ادراکی، ایجاد درکی بدون قضاوت از موقعیت برای خویشان توسط افراد در گرو این است که آن‌ها در برخورد با مسائل و موقعیت‌های تنش‌زا با توجه به اصول مطرح شده با آن موقعیت روبرو شوند. بدون نشخوار ذهنی در مورد درد یا مشکل و پررنگ کردن آن در لحظه.

در الگوی درمان شفقت مبتنی بر آموزه‌های مذهبی با ادغام دو روش درمانی و درون‌مایه‌ای دینی - الهی، ارزش‌هایی در فرد احیا می‌گردد که توان یکپارچه‌سازی و توحید بخشیدن به کل شخصیت فرد را داشته باشد. مفهوم توحید در این روش اشاره به یک سیستم ارزشی وحدت بخش است که جهت حرکت زندگی انسان را مشخص می‌کند و او را از چندگانگی شخصیت و گم‌گشتگی در مسیر حیات نجات می‌دهد. هدف این نوع درمان علاوه بر حذف یا کاهش نشانه‌های اختلال رفتاری، تقویت مقام و موقعیت عقل، حیات نو بخشیدن به عشق، ابعاد جذب‌ه نسبت به سرچشمه وحدت و دست یافتن به توحید است.

قطبی بر سلامت روان، رضایت از زندگی و کاهش مشکلات روحی و روانی مانند اضطراب و افسردگی اثر داشته است. اما بررسی پژوهش‌های اجرا شده نشان می‌دهد که تلفیق روان‌درمانی‌ها و استفاده از ظرفیت‌های فرهنگی و تاریخی جوامع در تطبیق مفاهیم علمی با وضعیت اجتماعی گروه‌های مورد مطالعه میزان اثربخشی روان‌درمانی‌ها را افزایش داده و کارایی بیشتری برای روان‌درمانی ایجاد می‌کنند(۱).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مدل درمانی است که با تکیه بر رابطه میان زبان و شناخت تلاش دارد تا بر بهبود مسائل و مشکلات روانشناختی افراد تاثیر بگذارد. تحقیقات موید اثربخشی این رویکرد در درمان اختلالات به‌گونه‌ای که مقبولیت درمان را نیز به همراه دارد، بوده است(۹). این درمان برای افراد مجالی فراهم می‌کند تا بدون داشتن الزام به درمان اضطراب و هیجانات ناخوشایند آن‌ها را تجربه کرده و در عین تجربه آن‌ها ساختارهای شناختی غنی را برای رفتار خود فراهم کنند(۹). اورسیل و باتن(۱۲) توضیح می‌دهند که ترس و اجتناب در این درمان کاهش یافته و به میانجی راهکارهایی که هدف آنها کاهش آمیختگی، تماس با خود به عنوان زمینه، تعیین جهت مندی ارزش‌های زندگی و ساختن الگوهای برای انجام متعهدانه رفتار است، بهبودی حاصل می‌شود.

بر اساس گزارشات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌گونه‌ای فعالانه ترس از مواجهه با فعالیت‌های دشوار و تغییر در سبک زندگی را کاهش می‌دهد که این موضوع منجر به بهبود وضعیت روانشناختی فرد می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان افسردگی و افزایش شادکامی گروه‌های مختلف مورد مطالعه قرار گرفته است پژوهش مرمرچی نیا و ذوقی پایدار (۱۳)



جامعه مورد بررسی در پژوهش حاضر کلیه زنان متأهل افسرده مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر یزد در سال ۱۴۰۰ می باشد که از میان آنها تعداد ۳۰ نفر با روش نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه بخش کمی (دوم) پژوهش انتخاب شد. به منظور اجرای پژوهش از میان زنان افسرده مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر یزد (۲ مرکز) تعداد ۳۰ نفر از آنها به عنوان نمونه انتخاب شده و در دو گروه آزمایش ۱۵ نفر و کنترل ۱۵ نفر به صورت تصادفی جایگذاری شدند. برای احتیاط و جبران افت نمونه ها در هر گروه تعداد زیادتری نمونه انتخاب گردید.

گروه آزمایش طی یک دوره هشت هفته ای تحت آموزش متغیر مستقل قرار گرفتند و گروه کنترل، هیچ گونه درمانی را دریافت نکردند. با توجه به این که مداخلات در مرکز مشاوره انجام شد و گروه آزمایش ۱۵ نفر در نظر گرفته شده بود میزان ریزش ۳ نفر بود که از فرآیند پژوهش بیرون گذاشته شدند.

داده های حاصل از ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. داده های بدست آمده با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس تحلیل شدند شرایط ورود به پژوهش شامل تاهل، تشخیص بالینی افسردگی توسط روان شناسان مراکز مراجعه شده، پر کردن فرم رضایت برای ورود به پژوهش و سابقه حداقل ۲ سال زندگی مشترک بود. ملاک های خروج افراد نیز شامل عدم همکاری در حین پژوهش و انجام ندادن دستورالعمل ها، دریافت درمان همزمان با اجرای پژوهش و سابقه اختلالات بالینی جز افسردگی بود که توسط فرم خود گزارشی سنجیده شد.

قسمت کیفی (اول) پژوهش نیز با جمع آوری داده های کیفی شروع شده و بعد از ساخت پروتکل درمان تلفیقی با جمع آوری

از میان برداشتن موانع این جاذبه و برانگیختن آگاهی و تعهد و التزام به رفتارهای فضیلت آمیز، اجزای اصلی طرح درمان هستند (۱۵).

به منظور ایجاد راهکارهای مناسب برای درمان افسردگی و افزایش رضایت از زندگی پروتکل ها و اساسنامه های متعددی در رابطه با روش های مختلف درمانی ارائه شده است. ولی امروزه متخصصان و مشاوران بیشتر تمایل به استفاده از رویکردهای تلفیقی و التقاطی دارند و معتقدند یک رویکرد محض به دلیل آنکه به طور همه جانبه و عمیق، مشکلات افراد جامعه را نمی شکافد از کارایی لازم برخوردار نیست. رویکردهای با یک زمینه نظری خاص شامل شفقت درمانی، درمان یکپارچه اسلامی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هر کدام سهم جدا گانه ای در درمان و مداوای بیماران روانی و اختلالات روحی و روانی مانند افسردگی دارند ولی تلفیق و ترکیب، آراستن و جور کردن و پیوند دادن نظریات و مکاتب مختلف روان درمانی و مشاوره با یکدیگر می تواند سهم به سزایی در درمان مشکلات روحی و روانی و افزایش رضایت از زندگی داشته باشد.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نظر هدف، بنیادی با دلالت های کاربردی است. رویکرد پژوهش ترکیبی است. پژوهش ترکیبی یک رویکرد غنی ترکیب داده های کیفی و کمی است. استفاده از این رویکرد به درک بهتری از مسائل منجر می گردد، نقاط ضعف روش پژوهش کمی و کیفی را می پوشاند و در مقایسه با روش های کیفی یا کمی، شواهد جامع تری برای بررسی یک مسأله پژوهشی فراهم می کند (۱۶).



متعدد خرده مقیاس رضایت از زندگی که در فرم اصلی با ۱۰ گویه سنجش می‌شد به ۵ گویه کاهش یافت و به‌عنوان یک مقیاس مجزا مورد استفاده قرار گرفت.

اعتبار و روایی مقیاس رضایت از زندگی توسط داینر و همکاران (۱۷). مورد بررسی قرار گرفت که ضریب همبستگی بازآزمایی نمره‌ها پس از دو ماه اجرا ۰/۸۲ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بود. داینر و همکاران روایی (به شیوه مطلوبی، همگرا و افتراقی) و پایایی (آلفای کرونباخ ۰/۸۹) مطلوبی برای مقیاس گزارش کرده‌اند. این مقیاس دارای طیف لیکرت ۷ نمره‌ای بوده که از کاملاً موافقم (نمره ۱) تا کاملاً مخالفم (نمره ۷) می‌باشد. مقیاس فوق توسط خیر و سامانی (۱۸) برای استفاده در ایران مورد بررسی قرار گرفته و ضریب آلفای ۰/۸۰ برای آن گزارش شده است.

برای بررسی کمی شاخص‌های روایی محتوا و روایی صوری به منظور تعیین نسبت روایی محتوایی پروتکل از روش لاوشه جهت تبدیل قضاوت کیفی متخصصان به کمیت استفاده شد. بدین منظور از متخصصان مربوطه درخواست شد تا مراحل و محتوای پروتکل طراحی شده را با توجه به مقیاسی سه درجه‌ای درجه بندی کنند و ضرورت وجود هر گویه را در مجموع گویه‌ها براساس سه گزینه‌ی ضروری است، مفید است ولی ضروری نیست و ضرورتی ندارد بررسی و تعیین کنند. همچنین به منظور بررسی شاخص روایی محتوا سه معیار سادگی، ارتباط داشتن و وضوح به صورت مجزا در یک طیف لیکرتی سه قسمتی برای هر یک از گویه‌ها توسط خبرگان بررسی شد. برای محاسبه نسبت روایی محتوایی پروتکل از فرمول ۱ استفاده شد. در این روش بر اساس جدول لاوشه با توجه به تعداد افراد گروه

داده‌های کمی مبتنی بر رویکرد تحلیلی-مقایسه‌ای با تمرکز بر اثربخشی درمان ارائه شده ادامه پیدا کرده و در نهایت به تفسیر نتایج کمی ختم شده است.

پس از این مراحل بسته‌ی آموزشی-درمانی در اختیار متخصصان و مشاوران و روانشناسان بالینی فعال در هر یک از این سه حوزه قرار گرفت تا با استفاده از ادراک عمیق‌تر به بررسی شاخص‌های روایی و پایایی پروتکل پرداخته شود. محتوای هر یک از جلسات آموزشی-درمانی نیز بر پایه‌ی روش‌شناسی پژوهش بر اساس کدهای استخراج شده از پژوهش تهیه و تدوین شد. این تلفیق بر پایه‌ی روشی تلفیق روان‌درمانی‌ها که در سه حوزه‌ی اساسی انجام می‌شود صورت گرفته است. روش تحلیل اطلاعات کیفی مبتنی به روش تحلیل محتوای مفاهیم و رویکردهای درمانی به صورت کدگذاری باز و محوری بوده است. مقوله‌های استخراج شده از دل متون و مطالب و اسناد علمی از طریق فن پانل افراد متخصص ارزیابی و ضریب نسبی روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) محاسبه گردید.

اعتبار سنجی پروتکل آموزشی درمانی مشتمل بر کل صاحب‌نظران و متخصصان حوزه‌های روان‌شناسی و مشاوره شاغل در مراکز علمی، پژوهشی و آموزشی بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۱۲ متخصص (۸ نفر در حوزه مشاوره و ۴ نفر در حوزه روان‌شناسی) به عنوان نمونه و اعضای پنل اعتباربخشی انتخاب شدند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها در بخش کیفی شامل؛ متون علمی و پژوهش‌های اجرا شده بود و در بخش کمی پژوهش نیز از مقیاس رضایت از زندگی داینر و همکاران (۱۷) استفاده شد. این مقیاس در ابتدا مشتمل بر ۴۸ ماده بود که پس از بررسی‌های



مطالعه ۶۰ درصد دارای مدرک کارشناسی، و ۴۰ درصد دیپلم داشتند و از نظر اشتغال افراد نمونه نیز ۳۵ درصد شاغل و ۶۵ درصد از آن‌ها خانه دار بودند. همچنین شاخص جمعیت شناختی بعدی تعداد فرزندان بود که از مجموع ۳۰ نفر افراد نمونه (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) تعداد ۱۲ نفر ۱ فرزند داشتند، تعداد ۱۱ نفر بدون فرزند و ۷ نفر نیز دارای ۲ فرزند بودند. در قسمت کیفی پژوهش پس از تجزیه و تحلیل - های انجام شده تعداد ۱۱ مقوله اصلی با توجه به مراحل کدگذاری کشف شد. (جدول ۱)

در پژوهش حاضر پروتکل درمانی تلفیقی بر اساس یافته‌های بخش کیفی و مضامین استخراج شده‌ی حاصل از کدگذاری داده‌ها، نظریات معتبر و پژوهش‌های پیشین و همچنین با بهره‌گرفتن از نظر متخصصان روان‌شناسی و مشاوره منطبق بر هدف کلی پژوهش محتوای جلسات در ۱۰ گام و ۲۰ جلسه (یک جلسه آشنایی و ارزیابی، ۱۹ جلسه مداخله) تدوین شد. همچنین پروتکل تلفیقی درمانی نسخه‌ی کوتاه شده و فشرده‌ای نیز دارد که در صورت لزوم به‌علت کمبود زمان یا پایین بودن تعداد جلسات می‌توان از آن استفاده کرد. مدت زمان جلسات گروهی به مدت ۴۵ دقیقه و هر هفته ۲ جلسه در مرکز مشاوره و روانشناسی مورد نظر توسط مجری پژوهش و یک نفر دستیار اجرا شد. پروتکل درمان تلفیقی تدوین شده هم به صورت فردی و هم به صورت گروهی قابل اجرا بوده که در پژوهش حاضر نحوه اجرا بصورت گروهی بود. شرح خلاصه جلسات پروتکل درمان تلفیقی تدوین شده مبتنی بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شفقت خود و درمان شفقت خود مبتنی بر آموزه‌های توحیدی به صورت جدول زیر است. (جدول ۲)

پنل حداقل مقدار قابل قبول برای تایید اعتبار محتوایی اجزا بسته ۰/۵۶ است که اعداد بالای آن روایی لازم را کسب خواهند کرد.

فرمول ۱

$$CVR = \frac{n_{e-N/2}}{N/2}$$

n/e : تعداد متخصصانی که گزینه ضروری را انتخاب کرده‌اند.

N : تعداد کل داوران

به‌منظور محاسبه شاخص روایی محتوایی پروتکل درمانی از

فرمول ۲ استفاده شد.

فرمول ۲

$$CVI = \frac{\text{تعداد های گزینه 2 و 3}}{\text{تعداد خبرگان}}$$

$$CVI = x/(n) \geq 0.79$$

X : تعداد متخصصانی که محتوا را ضروری تشخیص دادند یا به

آن نمره ۲ یا ۳ دادند. n : تعداد کل داوران

نمره CVI بالاتر از ۰/۷۹، گویه مناسب تشخیص داده می‌شود و قابل قبول است. نمره CVI بین ۰/۷۹ تا ۰/۷۰ سوال برانگیز بوده و به اصلاح و بازنگری نیاز دارد. نمره CVI کمتر از ۰/۷۰ غیرقابل قبول بوده و باید حذف شود. بر اساس منابع موجود و نظرات و پیشنهادها چنانچه نمره CVI مناسب تشخیص داده شود اعتبار محتوایی بسته آموزشی فراهم شده و مورد تایید قرار خواهد گرفت. در پژوهش حاضر برای تک تک محتوای جلسات، شاخص روایی محتوایی CVI محاسبه شد.

یافته‌ها

افراد مورد مطالعه در بخش کمی پژوهش از ۲ گروه سنی کمتر از ۳۰ سال و بین ۳۰ تا ۴۵ سال انتخاب شدند. از میان افراد مورد



اطلاعات مندرج در جدول فوق نشان دهنده‌ی توصیف و تحلیل درمان تلفیقی در سطح تکنیکی و ساختار درمان راهنمایی دقیق مفاهیم موجود در هر سه درمان مورد استفاده در پژوهش است. این قدم ابتدایی پژوهشگر را در ساخت و ارائه‌ی پروتکل می‌کند. به این ترتیب در قدم بعدی به ارائه‌ی خلاصه‌ای از پروتکل درمان تلفیقی پرداخته می‌شود.

جدول ۱: خلاصه کدگذاری‌های باز، محوری و انتخابی

کد گذاری باز	کد گذاری محوری	کد گذاری انتخابی
اهمیت قرارداد درمانی	سطح بندی تلفیقی درمان	توجه به ارزش‌ها در درمان
آشنایی با مفاهیم		
ایجاد تمایز مفهومی میان هر مفهوم با ادراک عامیانه از آن		
مرز بندی نشخوار فکری و ذهن آگاهی		
نپذیرفتن شکست		
ارزیابی موقعیت		
تمرین هدف گذاری		
فلسفه زندگی و مرگ	توجه آگاهانه به نقش ارزش‌ها	
ایجاد برانگیختگی برای تغییر		
سطح بندی نیازهای اساسی		
ارزیابی نگرش‌ها		
تمرکز بر تکالیف		
خداشناسی و انسان شناسی	توجه به جهان هستی	عمل مثبت در جهان و برای خود
معاد باوری		
مفهوم رنج	رابطه عمل و احساس	
تعامل بین مغز قدیم و جدید		
سیستم متمرکز بر پیوستگی		
سیستم متمرکز بر منابع/انگیزشی		
سیستم متمرکز بر خطر	ادراک وضعیت و مرز بندی درست هیجانی	تنظیم هیجانی - شناختی در جهت ادراک آگاهانه وضعیت
محافظت و امنیت جویی		
هیجانان دلبستگی		
تمرین تنفس	توجه به بدن و رابطه ذهن و بدن	
حفظ حالت شفقت		
ارزیابی از احساسات		
فیزیولوژی		
شکل گیری خود	نقش زبان در ادراک خویشتن	زبان و تاثیر ارتباط کلامی با خود و دیگران در روابط
تمایز خود - زمینه		
فرآیندهای کلامی		
تفاوت عزت نفس و ارتباط آن با شفقت خانواده	رابطه محیط - شخص و مفاهیم روانشناختی	
روابط صمیمی		
فرزند پروری		



		دوستان
		تحصیلات
		تفریح
		معنویت
		سلامتی
تعیین چهارچوب عمل دینی - اجتماعی - فرهنگی در جهت بهبودی وضعیت خود	هجرت درونی از خود به خویشی دیگر	گسلش از محتوای خود
		تقویت خود
	نشخوار ذهنی و بی عملی دینی	رفتارهای بالینی نوع اول و دوم
		ذهن خودانتقادگر
توجه به تکنیک‌های شفاف ساز در جهت ارزشها که در درمان تلفیقی موجب بهبود محیط درمان و مشاوره می شود	محیط درمان و ساختار آن	شکل دهی به درمان
		دیدگاه گیری
	انسان آزاد یا انسان اسیر؟	آزادی در انتخاب ارزشها
		درماندگی خلاق و بی تقصیری
		معنویت
		پرورش خلاقیت در برخورد با مسائل
دخیل کردن ارزشهای مراجع در درمان و ساختار اسلامی ارتباط با مراجع و تکنیک های مورد استفاده	نقش ارزشهای شخصی در باور به توحید	توحید محوری
		درماندگی خلاق
		پیگیری ارزشها
		گسلش متمرکز بر شفقت
	ساختار درمان، تکنیک محوری	مداخلات کارکردی
		تمرینات اساسی در منزل
مرور ذهنی و تقویت تصویر سازی در جهت تقویت ارتباط اجتماعی و خانوادگی	ارزیابی موقعیت و تمرین توجه به آن در جهت خدامحوری	توجه به بدن
		شکر گذاری
		اسلامی شدن زندگی
		تصویر سازی
	ذهنی سازی احساسات	تصویر سازی مکان امن
		همدردی
		همدلی
		حساسیت ادراکی
	ارتباط و اجزای آن	عدم قضاوت
		صله رحم
	توجه به گذشته	مشکلات و نشانه های موجود
		بسترهای مشکلات
		تاریخچه زندگی
بررسی عوامل شکست در روابط و آگاهی از رفتار در روابط	ارزش، اجتناب، مداخله شناختی	هم جوشی شناختی
		عدم وضوح ارزشها
		اجتناب تجربه ای
	رفتار و زنجیره ای آگاهی از آن	خود آگاهی ضعیف
		التزام
		تقویت



تنبيه

درک خداپرستی

تقویت ارتباط معنوی

تمرین آگاهی معنوی

انسان تراز

مسولیت پذیری

الگو گیری از بزرگان دین و مرور زندگی آنان

تقدیر و تدبیر در زندگی

رضوانیت و رضایت و دعا و مراقبه

اسلامی کردن رفتار

توجه آگاهانه به مسولیت و روابط

الگو گیری و مسولیت پذیری

پذیرش وضعیت و تلاش در تغییر مطلوب

آن

جدول ۲: خلاصه‌ی پروتکل درمانی جلسات روان‌درمانی تلفیقی بر اساس کدگذاری‌های مرحله قبلی

جلسات	مباحث آموزشی - درمانی (شرح مختصر)	اهداف آموزشی - درمانی (فعالیت‌ها و تکالیف)
گام اول	آشنایی درمانگر و دستیار اجرایی با اعضای گروه، بیان هدف، قوانین و انتظارات و ارائه‌ی طرح کلی از مداخله، قرار داد درمانی و اجرای پیش‌آزمون برای هر دو گروه به منظور ارزیابی نهایی پروتکل تدوین شده، تبیین مفاهیم پایه (استعارات درمان توحیدی و متمرکز بر شفقت بر اساس مواجهه و ایجاد درماندگی خلاق)	آشنایی و ارتباط اعضا، شناخت قواعد گروه، آشنایی با روش طراحی شده و اصول پایه آن
گام دوم	مرور جلسه قبلی و بررسی تکالیف، آموزش تعامل فکر و عمل، ارائه‌ی منطق خداشناسی و عبودیت در جهت کنترل افکار، ایجاد مقدمات شفقت به خود از طریق وحدت بخشی به رویکرد-های توحیدی و شفقت به خود، شفاف‌سازی ارزش‌های اعضا از دو جهت دینی و غیردینی	آموزش تن‌آرامی، و استدلال‌های شفقت‌آمیز از طریق ارائه‌ی حدیث و مبنای توحیدی شفقت به خود. شناخت عناصر جسمانی هیجان‌ها و مرور روش‌های ناکارآمد گذشته.
گام سوم	مرور جلسه قبلی و بررسی تکالیف، ادراک این مفهوم که «کنترل یک مشکل است» شفاف‌سازی دوجبهی ارزش‌ها، تاکید بر آگاهی و شناسایی ارزش‌های شخصی، ایجاد ذهنیت نوع دوستانه و شفقت ورزانه به خود و ارزش‌ها تغییر آن‌ها	تمرین‌های مربوط به شفاف‌سازی ارزش‌ها از دو وجه عقلانی - هیجانی و اسلامی، تمرین شناسایی و آگاهی از ذهنیت نوع دوستانه نسبت به خود و دیگری از طریق بحث گروهی پیرامون ارزش‌های مذهبی، تمرین استدلال شفقت ورز با محتوای مذهبی، خاطرات روزانه‌ی تمایل
گام چهارم	مرور جلسه قبلی و بررسی تکالیف، بحث گروهی پیرامون معنای زندگی و تفسیر هیجان‌های جسمی با معرفی مفهوم گسلش، بررسی دیدگاه افراد گروه نسبت هدف‌گذاری‌های زندگی، ارائه‌ی مقدمات پیرامون معنای رنج و پذیرش آن، ارائه‌ی تکالیف عملی به منظور تجربه هیجان‌ها و معنابخشی به آنها از طریق کارکردهای مذهب	ارائه‌ی استعاره‌های مرتبط با گسلش و تمرین ذهن شما دوست شما نیست، تمرین کلامی بررسی حدیث‌های مرتبط با گذر زمان و رهایی از گذشته در سیره ائمه، تمرین جستجوی حدیث برای تجارب روزمره‌ی گسلش، آشنایی با مسأله‌ی تعهد به زمان حال، تمرین عمل متعهدانه
گام پنجم	مرور جلسه قبلی و بررسی تکالیف، بررسی وضعیت تمایز خود - زمینه، ارزش‌گذاری در روابط اجتماعی و خانوادگی، تبیین انگیزه‌ی اعضا در جهت ترمیم روابط و هدفمندی در ارتباط، اسناد-های بیرونی و بررسی آن‌ها، بررسی اسنادهای بیرونی و درونی مخرب و غیر مشفقانه، آشنایی با صله رحم و شفقت به خود بر اساس آن	تمرین تنظیم هیجان در زمان حال، ارائه‌ی مفاهیم مرتبط با زنجیره‌سازی رفتاری برای کاربرد صله رحم، تمرین مقایسه‌ی اسنادهای مشفقانه و غیرمشفقانه در سطح پیامدهای رفتاری و عاطفی
گام ششم	مرور جلسه قبلی و بررسی تکالیف، ارزیابی نظرات درباره‌ی پیامدهای صله رحم، تبیین داستان زندگی و تعیین وضعیت کنونی اعضا درباره حس خود، مفهوم پردازای احساسات پاک و ناپاک	بررسی احساسات پاک و ناپاک، تمرین پذیرندگی نسبت به دیگری از طریق مفهوم صله رحم و شفقت ورزی به خود
گام هفتم	مرور جلسه قبلی و بررسی تکالیف، معرفی انواع خود، خود مفهوم سازی شده و شفقت ورز، خود مشاهده گر و نظارت سختگیرانه و غیرمشفقانه (تغییرات مفهومی در سطح تلفیق نظری درمان‌ها)	تمرین تعیین وضعیت خود در هنگام بروز علائم هیجانی، تمرین نظارت مثبت از طریق عمل متعهدانه
گام هشتم	مرور جلسه قبلی و بررسی تکالیف، تعریف خویشتن‌پذیری مذهبی، مفهوم زندگی توحیدی و وحدت بخشی به خود از طریق عمل توحید مدار	تعریف سبک زندگی توحیدی و ارتباط آن با نظارت مشفقانه، ارزش-گذاری معنوی و اثرات آن در انسجام بخشی به حس خود
گام نهم	مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف، چالش تعریف رفتار و فکر توحیدی، تاثیر تفسیر معنوی هیجان‌ها و اتفاقات در بالا رفتن تحمل‌پذیری	توانمند سازی اعضا در جهت کنترل هیجان‌ها منفی و تفسیرهای مثبت از احساسات روزمره، تمرین عبودیت و بندگی، تمرین رفتار توحیدی با خویشتن
گام دهم	مرور جلسه قبل و بررسی تکالیف، تاثیر سبک زندگی توحیدی در سلامت روان، جمع بندی و گرفتن بازخورد از اعضا	توانمند سازی اعضا در جهت آشنایی بیشتر با تاثیر عبودیت و زندگی توحیدی و تاثیر آن بر زندگی روزمره، افزایش نقش عبادت، تعلق خاطر مذهبی و همچنین شکرگزاری بر وضعیت هیجان‌ها منفی



جدول ۵ نشان می‌دهد که فرضیه‌ی صفر مربوط به برابری واریانس‌های خطای نمره‌های رضایت از زندگی در مرحله پس‌آزمون رد نشده، زیرا نسبت F مشاهده شده در سطح معناداری $p > 0/05$ معنادار نشده است. بنابراین فرض همسانی واریانس‌های این نمره‌ها برقرار بوده و استفاده از مدل تحلیل کوواریانس در این تحلیل بلامانع است.

همانگونه که در جدول بالا دیده می‌شود، تفاوت بین میانگین نمرات رضایت از زندگی در مرحله پس‌آزمون بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل، معنی‌دار است. بدین معنی که درمان تلفیقی بر افزایش رضایت از زندگی (F= ۳/۸۴۸, SIG= ۰/۰۰۱) موثر است. همچنین نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره، اندازه اثر را ۱۲۵/۰ درصد نشان می‌دهد. بنابراین می‌توان گفت که ۱۲ درصد واریانس متغیر وابسته به وسیله متغیر مستقل تبیین می‌شود. که نشان‌دهنده اثربخشی رویکرد درمان تلفیقی بر رضایت از زندگی زنان متأهل افسرده شهر یزد می‌باشد.

در بخش کمی این پژوهش با استفاده از فرمول محاسبه CVR نسبت روایی محتوایی لاوشه برای تک تک محتوای جلسات بررسی شد. مقادیر CVR بر اساس جدول لاوشه مورد پذیرش قرار گرفت و محتوای کلیه جلسات نمره لازم را کسب کردند که اطلاعات مرتبط با آن در جدول شماره (۳) ارائه شده است. همچنین برای محتوای جلسات شاخص روایی CVI بررسی شد و در همه آیت‌های بررسی شده نمره بالاتر از ۰/۷۹ کسب شد. از آنجا که بر اساس پیشنهادات و نظرات نمره CVI مناسب بود در انتها همه گویه‌ها مورد تایید قرار گرفت (جدول ۳).

یافته‌های مندرج در جدول ۳ نشان دهنده‌دهنده‌ی آن است که از دید اعضای پانل اعتباربخشی پروتکل تدوین شده از روایی صورتی و محتوایی مناسب برخوردار بوده و روایی مطلوبی برای کاربردهای درمانی و پژوهشی دارد. در ادامه‌ی پژوهش با توجه به هدف تحقیق اثربخشی پروتکل تدوین شده نیز بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت از زندگی زنان متأهل افسرده بررسی شد که نتایج آن در جدول ۴ و ۵ ارائه شده است.

جدول ۳: امتیاز شاخص روایی محتوایی (CVI) و نسبت روایی محتوایی (CVR)

گام	جلسات	نمره CVI		نمره CVR	
		مرتبط بودن	واضح بودن	ساده بودن	ضروری بودن
	محتوا	تعداد تایید	تعداد تایید	تعداد تایید	تعداد تایید
۱	۱. ضرورت آشنایی با مفاهیم پایه (شفقت، توحیدمحوری)	۱۲	۱۲	۰/۹۹	۰/۹۹
	۲. ایجاد درماندگی خلاق	۱۲	۱۲	۰/۹۹	۱۲
۲	۱. آشنایی با مفاهیم اکت	۱۲	۱۰	۰/۸۳	۱۱
	۲. شفاف‌سازی ارزش‌ها و تعامل فکر - عمل	۱۲	۱۲	۰/۹۹	۱۱
۳	۱. ضرورت آشنایی با مساله کنترل	۱۲	۱۱	۰/۹۹	۱۲
	۲. پرورش ذهنیت مشفقانه و شناسایی ارزش‌ها	۱۲	۱۱	۰/۹۹	۱۲



۰/۹۹	۱۲	۰/۹۲	۱۱	۰/۹۹	۱۲	۰/۹۹	۱۲	۱. ضرورت فهم مفهوم گسلش و اهمیت معنای زندگی	۴
								۲. نگاه توحیدی به رنج و هدف زندگی	
۰/۹۲	۱۱	۰/۸۳	۱۰	۰/۹۲	۱۱	۰/۹۲	۱۱	۱. اهمیت ایجاد تمایز خود - زمینه	۵
								۲. بررسی اسنادهای درونی و بیرونی مخرب و غیر مشفقانه	
۰/۹۹	۱۲	۰/۹۹	۱۲	۰/۹۲	۱۱	۰/۹۹	۱۲	۱. ضرورت آشنایی با صله رحم و سبک زندگی توحیدی	۶
								۲. شناسایی حس خود و احساسات پاک/ناپاک	
۰/۹۹	۱۲	۰/۸۳	۱۰	۰/۹۹	۱۲	۰/۹۹	۱۲	۱. ضرورت آشنایی با انواع خود	۷
								۲. مفهوم پردازی تلفیقی درباره خود مشاهده گر و مفهوم پردازی شده	
۰/۸۳	۱۰	۰/۸۳	۱۰	۰/۹۹	۱۲	۰/۹۲	۱۱	۱. ضرورت خویشتن پذیری	۸
								۲. مفهوم زندگی توحیدی و رفتار و فکر توحید مدار	
۰/۹۲	۱۱	۰/۹۹	۱۲	۰/۹۲	۱۱	۰/۹۹	۱۲	۱. وحدت بخشی به خود	۹
								۲. ایجاد تفسیر معنوی هیجانانگیز و عمل توحید مدار	
۰/۹۹	۱۲	۰/۹۲	۱۱	۰/۹۹	۱۲	۰/۹۹	۱۲	۱. اهمیت تعریف سبک زندگی توحیدی	۱۰
								۲. مفهوم پردازی و توانمندسازی در جهت تاثیر زندگی توحیدی بر سلامت روان	

جدول ۴: نتایج آزمون‌های لون برای بررسی برابری واریانس‌های خطای نمره‌های آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون

متغیر	نسبت f	Df 1	Df2	Sig
رضایت از زندگی	۲/۳۸۵	۱	۲۸	۰/۱۳۴

جدول ۵: تحلیل کوواریانس تک متغیره جهت بررسی رضایت از زندگی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر
پیش آزمون	۲۷/۸۳۳	۱	۲۷/۸۳۳	۱/۹۰۷	۰/۰۰۳	۰/۰۶۶
گروه	۵۶/۱۸۱	۱	۵۶/۱۸۱	۳/۸۴۸	۰/۰۰۱	۰/۱۲۵
خطا	۳۹۴/۱۶۷	۲۷	۱۴/۵۹۹			
کل	۱۴۸۶۱/۰۰۰	۳۰				



بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تدوین مدل تلفیقی روان‌درمانی بر اساس رویکردهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شفقت خود و درمان یکپارچه اسلامی و تعیین اثربخشی درمان تلفیقی و پروتکل محقق ساخته آن بر رضایت از زندگی زنان متاهل افسرده شهر یزد انجام شد. براساس نتایج بخش کیفی پژوهش پروتکل روان‌درمانی تلفیقی که شامل ۱۰ گام و ۲۰ جلسه بود تدوین شد. در راستای پاسخ به فرضیه‌های مطرح شده، مبانی نظری و پیشینه پژوهشی مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد که تلفیق روان‌درمانی‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، شفقت درمانی و درمان یکپارچه اسلامی امکان پذیر بوده و می‌توان آنها را در سه سطح (نظری، تکنیکی و ساختار درمان) تلفیق کرد.

در قسمت کیفی پژوهش پس از بررسی مبانی نظری و متون موجود در زمینه‌ی هر یک از سه روان‌درمانی فوق پس از کدگذاری داده‌های بدست آمده در سه مرحله‌ی کدگذاری باز، محوری و انتخابی مقوله‌های اصلی که تلفیق می‌توانست مبتنی بر آنها اتفاق بیافتد استخراج شد. سپس برای تدوین پروتکل درمان تلفیقی با استفاده از مدل تلفیق روان‌درمانی‌ها (۱۶) در سه سطح این تلفیق ایجاد شد. بدین منظور ابتدا مبانی نظری رویکردهای مطرح شده و سپس در سطح تکنیک و ساختار تلفیق روان‌درمانی‌ها به اجرا درآمد.

در بررسی پژوهش‌های انجام شده کمتر به مسأله‌ی بومی‌سازی پروتکل‌های درمانی و تطبیق آن‌ها با بافت فرهنگی و تاریخی توجه شده است. به نظر می‌رسد نتایج پژوهش حاضر در قسمت تلفیق روان‌درمانی‌ها با پژوهش ابرقویی و خواجه (۱۸) همسو

باشد. در ادامه به منظور بررسی اثربخشی پروتکل درمان تلفیقی مبتنی بر رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، شفقت خود و درمان یکپارچه اسلامی بر کیفیت زندگی زنان متاهل افسرده شهر یزد با مراجعه به مراکز خدمات روان‌شناختی شهر یزد (۲ مرکز) تعداد ۳۰ نفر از زنان متاهل مراجعه کننده به آن‌ها که براساس تشخیص روان‌شناسان بالینی و همچنین اجرای تست افسردگی بک تشخیص افسردگی دریافت کردند به عنوان نمونه انتخاب شد.

نتایج بدست آمده نشان داد که پروتکل درمان تلفیقی اثر معناداری بر کاهش افسردگی و بهبود کیفیت زندگی زنان متاهل افسرده دارد. مرور مطالعات انجام شده در این حوزه نشان داد که نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های کاستیلو، مندز، کلارا کلمنته و دیگران (۱۹)، دیدریخ، گرنه، هافمن، هیلر و برکینگ (۲۰)، قشلاقی، علیوندی، اسماعیل پور و آزموده (۲۱) همسو می‌باشد. در سال‌های اخیر یکی از رویکردهایی که توجه ویژه‌ای به آن در امر روان‌درمانی شده است رویکردهای مذهبی و عرفانی است (۲۲).

یکی از این روش‌های کل‌نگر و تلفیقی، روش درمان یکپارچه توحیدی است. این روش که تلفیقی از آخرین یافته‌های روان‌درمانی در حوزه‌های مختلف، به ویژه فنون انسان‌نگر و وجودی از یک سو و آموزه‌های توحیدی و عرفانی از سوی دیگر می‌باشد با عنوان روش توحید درمانی در سال ۱۳۸۰ توسط جلالی تهرانی (۲۳) معرفی گردید. این روش با تأکید بر ارتقای رشد و تحول انسانی، به فرد امکان می‌دهد تا با جستجوی معنای متعالی برای زندگی و تلاش برای درک خویشتن خویش به توسعه روشی برای زندگی خود پردازد که منجر به دستیابی مراحل بالاتر رشد و کمال گردد.



در الگوی درمان یکپارچه توحیدی با ادغام چندین روش درمانی و درون مایه ای دینی- الهی، ارزش‌هایی در فرد احیا می‌گردد که توان یکپارچه سازی و توحید بخشیدن به کل شخصیت فرد را داشته باشد. مفهوم توحید در این روش اشاره به یک سیستم ارزشی وحدت بخش است که جهت حرکت زندگی انسان را مشخص می‌کند و او را از چندگانگی شخصیت و گم‌گشتگی در مسیر حیات نجات می‌دهد.

هدف این نوع درمان علاوه بر حذف یا کاهش نشانه‌های اختلال رفتاری، تقویت مقام و موقعیت عقل، حیات نو بخشیدن به عشق، ابعاد جذبه نسبت به سرچشمه وحدت و دست یافتن به توحید است. از میان برداشتن موانع این جذبه و برانگیختن آگاهی و تعهد و التزام به رفتارهای فضیلت آمیز، اجزای اصلی طرح درمان هستند (۲۳). مطالعات در این زمینه نیز نشان می‌دهد که نگرش مثبت باور به وجود خدا و انجام مناسک دینی در سلامت روانی و درمان اختلالات روانی مؤثر است (۲۴).

نتایج این پژوهش با توجه و تاکید بر این آموزه‌ها در ساختاری تلفیقی با درمان‌های دیگر مشخص کرد که اثربخشی درمان‌های مبتنی بر الگوهای مذهبی زمانی بیشتر می‌شود که با رویکردهای درمانی دیگری تلفیق شوند. در این زمینه پژوهش‌های دسمیت، دی‌زوتر، ون‌دنهوک و دیلن (۲۵)، آگاروال، رایت، مورگان، پاتون و ریولی (۲۶) که به بررسی اثربخشی ترکیب مولفه‌های مذهبی با درمان‌های روان‌شناختی بر افسردگی گروه‌های مختلف پرداخته‌اند نشان می‌دهد که برای اثربخشی بیشتر الگوهای درمانی مبتنی بر مذهب لازم است که این الگوها با روش‌های درمانی مرسوم در روان‌شناسی تلفیق شده و با وضعیت فرهنگی و تاریخی افراد مورد مطالعه منطبق شود (۲۷).

یکی دیگر از رویکردهایی که در این پژوهش مورد بررسی و تلفیق با عناصر رویکرد یکپارچه اسلامی قرار گرفته است رویکرد شفقت خود می‌باشد. شفقت شامل باز بودن و حرکت به سمت فهم درد و رنج دیگران، به‌طوریکه یکی از مقاصد آن کاهش درد و رنج آن‌ها است. شفقت همچنین شامل ارائه صبر، مهربانی و فهم غیر قضاوتی به دیگران و تشخیص اینکه همه انسان‌ها ناکامل هستند و جایز الخطا هستند، است. به طور مشابه خود شفقتی، شامل باز بودن و حرکت به سمت فهم درد و رنج خود، تجربه احساس مراقبت و محبت نسبت به خود، فهم و نگرش غیر قضاوتی نسبت به ناکارآمدی‌ها و شکست‌های خود و تشخیص اینکه تجربه شخصی بخشی از تجربه انسانی مشترک است می‌باشد (۲۸). درحالی‌که بسیاری از نظریه‌های روان‌شناسی فرض می‌کنند که افراد در وهله اول علاقه‌مند به خویشتن هستند و بیشتر نگران خویش هستند تا دیگران، تجربیات متداول پیشنهاد می‌کند که افراد در اغلب موارد نسبت به خویشتن سختگیرتر و نامهربان‌تر هستند. درحالی‌که سخت‌گیری نسبت به خود، گاهی از ترس از خودپرستی، خودمحوری یا تن‌آسایی ریشه می‌گیرد (۲۹).

پژوهش‌های زیادی برای بررسی تاثیر درمان شفقت خود بر کاهش افسردگی زنان در گروه‌های مختلف انجام شده است (۲۸). نتایج این پژوهش نشان داد که تلفیق رویکرد شفقت خود با آموزه‌های درمان یکپارچه اسلامی اثربخشی مطلوبی بر کاهش افسردگی زنان متاهل دارد. رویکردهای مذهبی عموماً با تکیه بر آموزه‌های ارتباطی تلاش دارند تا روابط افراد با یکدیگر را غنا بخشیده و از طریق همدلی و همراهی به افزایش کیفیت زندگی و بهبود وضعیت روان‌شناختی افراد بپردازند. در رویکرد



شفقت خود نیز عناصر مرکزی که مورد توجه قرار گرفته مهربانی با خویشتن و دیگران است که یکی از اصلی‌ترین آموزه‌های مذهبی است (۳۰).

این پژوهش در قسمت اول برای تلفیق آموزه‌های مذهبی و عناصر رویکرد شفقت خود با استفاده از سطح تلفیق تکنیکی به تدوین تمرین‌ها و تعریف استعاره‌هایی پرداخت که محتوایی دینی و مذهبی داشتند اما در ساختاری که رویکرد شفقت خود ارائه می‌کند اجرا شدند. اندرسون و ویکراماراتنه (۲۷). در پژوهشی که با عنوان افسردگی و مذهب در میان‌سالی انجام دادند به بررسی این موضوع پرداختند که رویکردهای روان‌درمانی مرسوم در رابطه با افسردگی اگر با عناصر مذهبی تلفیق شوند می‌تواند اثربخشی بیشتری در کاهش نشانه‌های افسردگی داشته باشند. با توجه به این که خودشفقتی مستلزم درگیری فرد با فعالیت‌های فراشناختی است که اجازه به رسمیت شناخته شدن تجارب خود و دیگران را می‌دهد. استفاده از عناصر مذهبی در پژوهش حاضر منجر به تسریع این روند و تمایل بیشتر افراد برای شکستن چرخه‌های درخود فرو رفتن شد که نتیجه‌ی آن افسردگی و کاهش کیفیت زندگی زنان متاهل بود.

روش دیگری که در این پژوهش در ترکیب با عناصر مذهبی قرار گرفته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. این درمان به قرار دادن تجربیات شخصی در چشم‌انداز بزرگ‌تر تمایل دارد، به طوری که میزان درد و رنج فرد با وضوح و شفافیت بیشتری دیده شود (۳۲). هسته اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پذیرش هیجانی و دوری از اجتناب تجربه‌ای است (۳۲). در پژوهش حاضر در جلسات درمان تلفیقی، کوشش بر آن بود که منطق و سیر درمان در چارچوب فرمول بندی پذیرش تجربه‌ای

برای مراجعان توضیح داده شود. این توضیح باعث شد مراجعان نقش پذیرش تجربه‌ای را بشناسند و بیشتر با درمانگر در این راستا همکاری کنند. که این مولفه از منطق درمان تلفیقی که بر اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود با مولفه‌های مهربانی با خود و پذیرش لحظه‌ی حال و همچنین سپردن زندگی به خدا وارزش‌گذاری‌های معنوی در درمان یکپارچه‌ی اسلامی در تعامل گسترده بوده و در پروتکل درمانی این مولفه تحت عنوان پذیرش بررسی شده است و برای آن تکنیک‌های تلفیقی ساخته شده است. در چنین زمینه‌ای (زمینه‌ی پژوهش حاضر که به صورت تلفیقی است) پذیرش تجارب درونی دردناک افزایش می‌یابد. به این ترتیب برای رسیدن به یک ادراک دقیق به‌منظور ایضاح مفهومی مداخله‌ی ارائه شده در پژوهش حاضر می‌توان اشاره کرد که مفاهیم بدست آمده در اجرای پروتکل درمانی می‌تواند ما را به ساخت مداخلات اثربخش بومی و هماهنگ با فرهنگ ایرانی - اسلامی نزدیک‌تر کند.

در رابطه با اثربخشی رویکرد درمان تلفیقی نیز نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی روان‌درمانی تلفیقی بر افزایش رضایت از زندگی زنان متاهل افسرده شهر یزد با یافته‌های پژوهش‌هایی که کارایی رویکردهای تلفیقی را بر افزایش رضایت از زندگی در زنان، یا در زوجین بررسی کرده‌اند همخوانی دارد (۱۳، ۳۳، ۳۲). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که با اجرای پروتکل درمان تلفیقی پذیرش تجارب درونی دردناک افزایش می‌یابد که این امر به کاهش آمیختگی شناختی منجر می‌شود. در تبیین این یافته و برای ارتباط با رضایت از زندگی در این مرحله بر اساس رویکرد تلفیقی پذیرش تجربیات قبلی به عنوان راه‌های رفته شده در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد با رسیدن



به ناامیدی خلاق مراجعین را با استفاده از مسائل مطرح شده در درمان یکپارچه‌ی اسلامی یعنی توبه و دوری از احساس گناه برآن داشتیم تا هر چه بهتر به فرآیند درمان تاکید داشته و الزام خود به تغییر را پذیرا باشند. همین طور، راهبردهای پذیرش روانشناختی و گسستگی شناختی باعث می‌شود فرد افکار خود را نه به صورت واقعیت محض بلکه به شکل رخدادهای ذهنی ببیند که این امر به کاهش آمیختگی شناختی می‌انجامد و می‌تواند کیفیت زندگی فردی یا زوجی را افزایش دهد (۳۳).

در حمایت از این پژوهش کاشدان و همکاران (۳۴). پژوهشی انجام دادند و نتیجه گرفتند که پذیرش تجارب درونی دردناک، انجام فعالیت‌های ارزشمند و انعطاف‌پذیری روانشناختی از ضروریات سلامت روانشناختی می‌باشند که به بهبود کیفیت زندگی فردی و زناشویی منجر می‌شود. اجتناب تجربه‌ای نشان دهنده‌ی افکار و رفتار انعطاف‌ناپذیر است و به عدم میل به استفاده از اطلاعات مهمی می‌شود که توسط تجارب هیجانی فراهم می‌شود. وقتی فرد زمان و تلاش زیادی را صرف اجتناب از تجارب درونی دردناک و هیجانات منفی مرتبط با این افکار می‌کند، تماس وی با تجارب حال حاضر کاهش یافته و باعث می‌شود فرد نتواند در راستای اهداف ارزشمند خویش حرکت کند (۳۴)، برای افزایش رضایت از زندگی که به شدت تحت تاثیر کیفیت زندگی قرار دارد.

یکی از راه‌های اساسی در درمان تلفیقی پرداختن به مساله‌ی اجتناب بود. با توضیح مساله‌ی اجتناب و ارائه‌ی تکنیک‌هایی در جهت پذیرش و مدیریت اتفاقات زندگی مراجعین توانستند کارایی خود در زندگی و در نتیجه رضایت بیشتر از زندگی را برای خود رقم بزنند. در چنین شرایطی، حیطه‌های زندگی فرد با

نگرانی‌ها و حالات هیجانی که از سوی وی بصورت منبع درد و رنج دیده می‌شود، محدود شده و به افزایش کیفیت زندگی فرد منجر می‌شود (۳۳). به این ترتیب فرضیه کمی پژوهش نیز که مبتنی بر اثر بخشی درمان تلفیقی بر افزایش رضایت از زندگی زنان افسرده شهر یزد می‌باشد مورد تایید قرار گرفته و مشخص شد که پروتکل تدوین شده اثربخشی مطلوبی بر کاهش افسردگی و بهبود کیفیت زندگی زنان افسرده متاهل شهر یزد دارد.

پژوهش حاضر با توجه به این که بر روی زنان متاهل افسرده شهر یزد اجرا شده لذا به لحاظ تعمیم‌پذیری یافته‌ها در سطح بالایی قرار ندارد، همچنین فضای اجرای درمان مورد نظر در پژوهش حاضر مرکز مشاوره بوده و محدودیت زمانی برای اجرای هر جلسه از درمان گروهی و همچنین اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌تواند از طریق اثرگذاری بر پاسخدهی اعضای گروه بر نتایج پژوهش اثرگذار باشد پیشنهاد می‌شود که درمان ارائه شده در پژوهش حاضر با نمونه‌های مختلف شامل؛ زنان بزه‌کار، سطوح مختلف تحصیلی، زنان با بیماری‌های خاص و مردان مورد بررسی قرار گیرد. همچنین توصیه می‌شود پژوهشگران با توجه به بومی‌سازی دستورالعمل تدوین شده در این تحقیق، پژوهش‌هایی را برای غنا بخشیدن و تایید یافته‌های پژوهش فوق در جمعیت‌های فرهنگی دیگر اجرا کرده و به مقایسه این دستورالعمل با دیگر مدل‌های درمانی بپردازند.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش ملاحظات اخلاقی شامل: رعایت اصل رازداری، تعهد به اجرای کامل پروتکل، پیگیری درخواست‌های شرکت کنندگان پس از اجرای پژوهش با توجه به اصول اخلاق در



برعهده داشتند. نویسندگان پژوهش نسخه نهایی را مطالعه کرده و مسولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته اند.

حمایت مالی

پژوهش حاضر هیچ گونه حمایت مالی از هیچ ارگان یا سازمانی نداشته است.

تضاد منافع

پژوهش حاضر با هیچ گروهی تضاد منافع ندارد.

تقدیر و تشکر

از شرکت کنندگان محترم و همه کسانی که در اجرای پژوهش به ما یاری رساندند نهایت تشکر و قدردانی را داریم

پژوهش مورد تایید دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد رعایت شده است.

سهم نویسندگان

عمید تشکری مجری پژوهش و مشاور و درمانگر که به جمع-آوری داده‌ها و اجرای پژوهش پرداخته است. نجمه سدرپوشان، استاد راهنمای طرح پژوهشی حاضر که در قالب رساله‌ی دکتری آقای عمید تشکری اجرا شده می‌باشد که زحمت نظارت بر اجرای پژوهش را برعهده داشتند. دستیار اجرای پروتکل درمانی نیز آقای رضا اظهر کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی که زحمت هماهنگی‌های اجرایی طرح را برای شرکت کنندگان

References

- 1-Osman DM, Ahmed GK, Farghal MM & et al. Prevalence and predictors of depressive symptoms among married Egyptian women: a multicenter primary healthcare study. BMC Psychiatry. 2022;22(1):602. Published 2022 Sep 10. doi:10.1186/s12888-022-04239-w
- 2-Kaggwa MM, Namatanzi B, Kule M & et al. Depression in Ugandan Rural Women Involved in a Money Saving Group: The Role of Spouse's Unemployment, Extramarital Relationship, and Substance Use. Int J Womens Health. 2021;13:869-878. Published 2021 Sep 22. doi:10.2147/IJWH.S323636
- 3-Kaggwa MM, Najjuka SM, Bongomin F& et al. Prevalence of depression in Uganda: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2022;17(10):e0276552. Published 2022 Oct 20. doi:10.1371/journal.pone.0276552
- 4-Husain W, Sajad R. Depression, anxiety and stress among married and unmarried police officers. Pakistan Journal of Clinical Psychology, 2012; 13, 1,3-14.
- 5-Shah I, Sultan R. A Gender Based Comparison of Depression Between Married and Unmarried Young Adults. International Research Journal of Arts & Humanities; 2018 40, 1-15.
- 6-Hao CW, Lai WS, Ho CT& et al. Antidepressant-like effect of lemon essential oil is through a modulation in the levels of norepinephrine, dopamine, and serotonin in mice: Use of the tail



- suspension test. *Journal of Functional Foods*. 2013 Jan;5(1):370-379. doi: 10.1016/j.jff.2012.11.008
- 7-Islam A, Efat A, Yousuf B & et al. Depression in married women: Investigating the role of job status, marital satisfaction and psychological well-being. 2016 *J. Biol. Sci.* 25(2),113-121
- 8-Ebrahimzadeh Ardakani M, and Dastjardi A, and Sahrai F& et al. Prevalence of depression in women suffering from hair loss referred to a dermatology clinic in Yazd city: a cross-sectional study. *Skin and Beauty*;2017, 7(1), 17-23.[persian]
- 9-Shakrenjad S, Mozen N, Hamidi M& et al. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological distress, marital satisfaction and quality of life in women with multiple sclerosis. *Health and care magazine*; 2016 19 (1): 7-17
- 10-Shiralynia K, Chaldavi R, Aman E. The effectiveness of compassion-focused therapy on depression and anxiety in divorced women. 2017, *Clinical Psychology*.
- 11-Azizi A, Ghasemi S. Comparing the effectiveness of three solution-oriented approaches, cognitive-behavioral and acceptance and commitment-based therapy on depression and quality of life of divorced women. *Culture of Counseling and Psychotherapy*, 2016; 8(29): 207-236. doi: 10.22054/qccpc.2017.18777.1443
- 12-Orsillo SM, Batten SV. Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behavior modification*. 2005;29(1):95-129.
- 13-Marmarchinia M, ZoghiPaydar, MR.The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the hope and happiness of adolescent girls under welfare. *Applied Psychology Quarterly*. 2016,3, (11), 157-174
- 14-Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*. 2003;2(2):85-10
- 15-Schwarze MJ. Assessing the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Individual Sessions in Reducing Self-Reported Stress and Increasing Self-Reported Mindfulness Levels of a Nursing Student.unpublished Doctoral dissertation. 2011; North Carolina State University.
- 16-Striker g. Integration of psychotherapies, routlege publication; 2006.
- 17-Diener E. Subjective well-being. *psychology Bulletin*. 1985; 95, 542-575.



18-Khajeh Z, Azizi AM. The effectiveness of compassion training with an integrated monotheistic treatment approach on reducing depression of housewives. *Research Journal of Islamic Psychology*, 2017; 4(9): 55-66.

19-Mariana MM, Paula C, Maria IC & et al. Cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for insomnia: Exploring the potential benefit of psychological flexibility and self-compassion combined with behavioral strategies, *New Ideas in Psychology*, Volume 69. 2023, 101013 ISSN 0732

20-Alice D, Michaela G, Stefan G & et al. Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder, *Behaviour Research and Therapy*, Volume 58. 2014, Pages 43-51, ISSN 0005-7967

21-Qashlaghi S, Alivandi W, Marzieh E & et al. Comparison of the effectiveness of communicative, spiritual, Islamic religious and integrated behavioral therapy group on the positive emotions of women with marital heartbreak. *Cultural and educational quarterly for women and family*, 2019; 15(51): 7-27.

22-Pramesona BA, Taneepanichskul S. The effect of religious intervention on depressive symptoms and quality of life among Indonesian elderly in nursing homes: A quasi-experimental study. *Clin Interv Aging*. 2018;13:473-483. Published 2018 Mar 23.

23-Jalali Tehrani M. Human evolution, comparing an Islamic theory with a theory in humanistic psychology. *Methodology of human sciences*. 2002; 2(9): 3-5.

24-World Health Organization (WHO) Mental health and older adults. WHO; 2016. [Accessed June 22, 2016]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/fact-sheets/fs381/en/#>. [Google Scholar]

25-Desmet L, Dezutter J, Vandenhoeck A & et al. Religious Coping Styles and Depressive Symptoms in Geriatric Patients: Understanding the Relationship through Experiences of Integrity and Despair. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Mar 23;19(7):3835.

26-Aggarwal S, Wright J, Morgan A & et al. Religiosity and spirituality in the prevention and management of depression and anxiety in young people: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2023 Oct 10;23(1):729

27-Anderson MR, Wickramaratne P, Svob C & et al. Religiosity and Depression at Midlife: A Prospective Study. *Religions (Basel)*. 2021 Jan;12(1):28.



- 28-Neff KD. Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*. 1985,2, 85–102.
- 29-Cruz M, Schulz R, Pincus HA, Bensas S, Reynolds CF. The association of public and private religious involvement with severity of depression and hopelessness in older adults treated for major depression. *The American journal of geriatric psychiatry*. 2009,17(6), 503-507.
- 30-Dillon M, Wink P. *In the course of a lifetime: Tracing religious belief, practice, and change*. 2007, University of California Press.
- 31-Schwarze MJ. *Assessing the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Individual Sessions in Reducing Self-Reported Stress and Increasing Self-Reported Mindfulness Levels of a Nursing Student*, unpublished Doctoral dissertation, North Carolina State University. 2011;21:78-114
- 32-Ismailifar N, Shafiabadi A, Ahghar Q. Contribution of self-efficacy in predicting happiness. *Journal of Thought and Behavior*. 2019; 5, p. 19.
- 33-Visi S, Hamid N, Basak Nejad S. The effectiveness of Islamic multifaceted approach therapy on spiritual health and life satisfaction of female students of Shahid Chamran University, *Psychological Achievements*. 2013;21(2), 125-144
- 34-Kashdan TB, Morina N, Priebe S. Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: Experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. *Journal of Anxiety Disorders*. 2009; 23(2), 185-196.