

پژوهش‌های راهبردی امنیت و نظم اجتماعی
سال ششم، شماره پیاپی ۱۸، شماره سوم، پاییز ۱۳۹۶
تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۷/۲۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۲/۳۱
صص ۱۷-۳۰

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان بزهکار زندانی در شهر اصفهان

وحیده مفید، کارشناس ارشد مشاور خانواده، دانشگاه اصفهان، ایران*

مریم فاتحی‌زاده، دانشیار، گروه مشاوره دانشگاه اصفهان، ایران

فاطمه درستی، کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، ایران

چکیده

پژوهش حاضر برای بررسی تأثیرات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان بزهکار زندانی در شهر اصفهان انجام شده و روش آن نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل بوده است. همچنین، جامعه آماری شامل ۱۰۰ زن بزهکار زندانی بوده است که از این میان ۳۰ زن به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار داده شده‌اند. فرضیه مد نظر ما این بوده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان بزهکار زندانی مؤثر است. متغیرهای وابسته نیز افسردگی و کیفیت زندگی بوده است که به ترتیب با پرسش‌نامه افسردگی بک (۲۰۰۰) و پرسش‌نامه خلاصه شده کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۳۷۹) ارزیابی شده‌اند. متغیر مستقل درمان هم مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده که در ۱۵ جلسه بر روی گروه آزمایش اعمال شده است. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و روش آماری کوواریانس تحلیل شده‌اند. نتایج نشان می‌دهد این درمان بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان بزهکار زندانی تأثیر دارد ($P < 0/05$) و اثربخشی این شیوه بر بهبود افسردگی و کیفیت زندگی زنان بزهکار زندانی مشخص شده است. بنابراین، از این روش برای کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی زنان بزهکار زندانی استفاده می‌شود.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افسردگی، کیفیت زندگی، زنان بزهکار.

مقدمه و بیان مسئله

جرم و بزهکاری یکی از معضلات اجتماعی جوامع است که به دلیل بعضی مسائل و مشکلات اجتماعی مانند فقر، بیکاری، بحران‌های اقتصادی و اجتماعی، تغییر قوانین و الگوهای اجتماعی، تضعیف اعتقادات مذهبی و درکل به هم خوردن تعادل نظم اجتماعی پدید می‌آید. گناه، عملی است که برخلاف مقررات، قوانین و معیارهای ارزشی و فرهنگی جامعه باشد؛ به طوری که اقدام به آن، در هر جامعه بزهکاری یا جرم تلقی می‌شود و افراد مرتکب آن، مجرم یا بزهکار نامیده می‌شوند.

بزهکاری منحصر به مردان نیست و زنان هم از مشکلات اجتماعی در امان نیستند و زندگی آنها هم با بحران و نابسامانی روبه‌رو می‌شود و گاهی مرتکب جرم می‌شوند. ممکن است تعداد زنان مجرم کمتر از مردان باشد؛ اما تأثیر اجتماعی و فرهنگی بزهکاری زنان بسیار بیشتر از مردان است. بزهکاری زنان به دلیل نقش تربیتی و پایه و ستون خانواده بودن، آثار منفی بسیار زیادی در خانواده دارد؛ به طوری که زمانی که مادر به هر دلیلی مانند فوت، طلاق، بزهکاری و... در خانه حضور نداشته باشد، تربیت فرزندان دشوار می‌شود. همچنین، بسیاری از مادران به دلیل افتادن در چنگال بزهکاری از نوع اعتیاد، روسپیگری و... آینده فرزندان خود را نیز تباہ می‌کنند و براساس نتایج پژوهش‌های علمی یکی از دلایل مهم بزهکاری نوجوانان و جوانان، بستر نامناسب خانوادگی برای تربیت آنهاست.

بزهکاری یکی از مسائل مهم و شایان توجه جوامع بشری است که ریشه در عوامل مختلف محیطی، فرهنگی و شخصیتی دارد. این پدیده در دهه‌های اخیر به دلایل گوناگون و با مشکلات متنوع تری آشکار شده و ضربات جبران‌ناپذیری را به اشخاص و جوامع تحمیل کرده است. همچنین، این مسئله در بین زنان جوامع نیز به دلیل وجود برخی عوامل آسیب‌زا به شکل روزافزونی شیوع یافته است. درواقع، بزهکاری زنان، این قشر عظیم جامعه، به طوری ویژه فکر

پژوهشگران و صاحب‌نظران را به خود جلب کرده است؛ زیرا آنها به دلیل داشتن موقعیت‌های حیاتی در ساختار خانواده و جامعه، بر رفتارهای بهنجار و نابهنجار زندگی آینده‌سازان جهان، تأثیر می‌گذارند (صفرزاده، ۱۳۹۰: ۸۱).

در کار نگهداری از زندانیان، کاهش دادن میزان ارتکاب جرم به هدف تبدیل شده است. یکی از معضلات همیشگی زندانیان این است که پس از آزادی از زندان، به علت ارتکاب مجدد رفتارهای بزهکارانه به زندان باز می‌گردند. این امر به دو دلیل است: ناتوانی فرد در سازگاری و کنار آمدن با جامعه، به دلیل اختلال‌های شخصیتی زیربنایی و نداشتن مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی و دیگری یادگیری جرم در زندان؛ یعنی آموختن تجربه‌هایی در درون زندان از سایر زندانیان که اثر بسیار زیادی بر ارتکاب مجدد آن دارد (منجه، ۱۹۹۴، به نقل از کیامینی و همکاران، ۱۳۹۱: ۵۳). زندانیان زن نیز از این قاعده مستثنی نیستند. آنان بعد از آزادی از زندان باید موقعیت‌های اضطراب برانگیز زیادی از این قبیل را تحمل کنند: فقر، برچسب خوردن، سوءاستفاده‌های جسمی و جنسی، مشکلات خانوادگی، مشکلات روانی و... (Veysey, 1998: 53). این جمعیت مستعد مبتلا شدن به افسردگی، کاهش سلامت روانی و پیامدهای منفی ناشی از آن (شامل خطر خودکشی) کاهش میزان ترک مواد مخدر و نیز خطر تکرار جرائم بعد از آزادی هستند (Feron, Pestiaux & Lorant, 2008: 22).

شیوع اختلالات روانی بین زندانیان، سه تا چهار برابر جامعه عادی است و در ایران، شیوع این اختلالات در جامعه عادی ۳۰-۲۵ درصد و در زندان‌های کشور بین ۸۵/۵-۵۲ درصد است (اسماعیلی، ۱۳۸۶، به نقل از کهریزی و همکاران، ۱۳۹۰: ۲۲). مطابق نتایج بررسی‌ها اضطراب و افسردگی از شایع‌ترین اختلالات روانی بین زندانیان کشور است (افشار، ۱۳۸۵). یافته‌های دو تن از محققان نشان می‌دهد تقریباً یک هفتم زندانیان، به روان‌پریشی یا افسردگی اساسی مبتلا هستند (فاضل و دانش، ۱۳۸۱). توجه به درمان این اختلالات، به این

¹ Monajah

روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (Hiz, 2004؛ عابدی و ایزدی، ۱۳۹۱: ۲۵).

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، فرض بر این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجان‌ها یا افکار درونی خود را آزردهنده می‌دانند و پیوسته برای تغییر این تجارب یا رهایی از آنها تلاش می‌کنند. این تلاش‌ها برای کنترل هیجان‌ها بی‌تأثیر است و به‌طور متناقضی احساسات، هیجان‌ها و افکاری را تشدید می‌کند که فرد در ابتدا سعی دارد از آنها اجتناب کند (Hiz, 2004؛ عابدی و ایزدی، ۱۳۹۱: ۲۵). بنابراین، این شیوه اجتناب را مشکل اصلی بیماران می‌داند که به ناتوانی و کاهش رضایت از زندگی منجر می‌شود. طبق این نظریه، اجتناب زمانی اتفاق می‌افتد که افکار و هیجان‌ها منفی اثری مفرط و نامناسب بر رفتار می‌گذارند. به‌این ترتیب، روش اصلی درمان ACT این است که بیمار را با موقعیت‌های بیشتر اجتناب‌شده مواجه کند (انوری و همکاران، ۱۳۹۳: ۲).

بسیاری از زنانی که در زندان هستند مشکلات فکری و روانی دارند و بیشتر تخلف‌های آنها به‌جای ارتکاب جرم حقوقی جنبه سرپیچی از سلامت اجتماعی دارد؛ اما متأسفانه نیازهای مرتبط با سلامت روانی زنان جزء اقلیت، معمولاً نادیده گرفته می‌شود (مظاهری؛ خلیقی؛ رقیبی و سرابندی، ۱۳۹۰: ۵۲). زندانی‌بودن مشکلاتی در سلامت روانی افراد به وجود می‌آورد و کیفیت زندگی آنها را کاهش می‌دهد؛ براین اساس، در صورتی که کاری برای مقابله با آن صورت نگیرد، این مسئله به وخامت سلامت روانی زندانیان منجر می‌شود و احتمال بروز حوادثی مانند خشونت، زورگویی، ظهور رفتارهای آسیب‌زا، اقدام به خودکشی و خودزنی را افزایش می‌دهد. این موضوع به زیان سلامت زندانیان و کارکنان زندان است و امنیت و نظم را هم از بین می‌برد (میرزایی و همکاران، ۱۳۹۲: ۵۶). متخصصان به سلامت روانی زندانیان و ارائه خدمات مطلوب به آنها بسیار توجه کرده‌اند؛ اما باوجود تحقیقات فراوان انجام‌شده، تاکنون درباره اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و افسردگی زنان بزهکار، پژوهش

دلیل اهمیت دارد که طبق آمار، تعداد زندانیان و مجرمان در سال‌های اخیر افزایش یافته است و جوامع برای جذب مجدد آنها مشکلات زیادی دارند؛ درحالی‌که بیشتر آنان قبل از زندانی شدن هم مشکلات روانی و همچنین، اعتیاد داشته‌اند و در دوران زندانی بودنشان به‌درستی درمان نشده یا اصلاً درمان نشده‌اند و زندانی شدن، وضع آنها را بدتر کرده است.

امروزه، کیفیت زندگی یکی از مهم‌ترین مسائل در امر مراقبت از سلامتی افراد و یکی از بزرگ‌ترین اهداف بهداشتی برای افزایش سلامت است. همچنین، در سال‌های اخیر، این مسئله از مهم‌ترین عوامل مؤثر در زندگی افراد شناخته شده است (زحمتکشان و همکاران، ۱۳۹۰: ۵۴). توجه کردن به کیفیت زندگی بسیار مهم است و این موضوع ابعاد متعددی مانند جنبه‌های فیزیولوژیک، عملکرد و وجود فرد را در بر می‌گیرد که برای ارزیابی صحیح آن، باید به این ابعاد نیز توجه کرد. کیفیت زندگی ارتباط تنگاتنگی با وضعیت جسمی، روانی، اعتقادات شخصی، میزان خوداتکایی، ارتباطات اجتماعی و محیط زیست دارد (زحمتکشان و همکاران، ۱۳۹۰: ۵۴) و مفهومی چندوجهی، نسبی و متأثر از زمان و مکان و ارزش‌های فردی و اجتماعی است که ابعاد عینی و بیرونی و همچنین، ابعاد ذهنی و درونی دارد (رضوانی و همکاران، ۱۳۸۸: ۸۸). محققان معتقدند بررسی کیفیت زندگی و تلاش برای ارتقاء آن، در امر سلامت زندگی فردی و اجتماعی افراد بسیار تأثیرگذار است (مکوندی و زمانی، ۱۳۸۹: ۱۹۲).

یکی از جدیدترین درمان‌های روان‌شناختی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ (ACT) است. این شیوه بخشی از یک مکتب روان‌شناسی بالینی و متعهد به ارائه روش‌های درمانی علمی است. همچنین، این مدل روان‌درمانی جدید، بخشی از موضوعی محسوب می‌شود که امروز موج سوم درمان‌شناختی - رفتاری نامیده می‌شود (Hiz, 2004؛ عابدی و ایزدی، ۱۳۹۱: ۲۵). در این درمان، به جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود ارتباط

¹ Acceptance & Commitment Therapy (ACT)

است. براساس پژوهش پاکدامن و شخمگر (۱۳۹۱) گروه‌درمانی شناختی - رفتاری بر افسردگی زنان زندانی مؤثر است. همچنین، نتایج پژوهش کهریزی و همکاران (۱۳۹۰) نشان می‌دهد گروه‌درمانی به روش مایکل فری در امرکاهش افسردگی زندانیان تأثیر دارد.

صبور و کاکابرایی (۱۳۹۴) اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را بر افسردگی، استرس و شاخص‌های درد در زنان مبتلا به درد مزمن بررسی کرده‌اند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد درمان پذیرش و تعهد، تفاوت معناداری در هر سه مؤلفه ذکرشده ایجاد کرده است.

در تحقیقی دیگر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی بر اضطراب و افسردگی بررسی شده است (هربت^۱ و فورمن^۲ در سال ۲۰۱۱، ترجمه عابدی و ایزدی، ۱۳۹۱). در این پژوهش، درمان نمونه نامتجانس از بیماران اضطرابی و افسرده در کلینیک‌های مربوط به بیماران سرپایی اجرا شده است. حدود ۸۰ درصد از افراد نمونه را زنان تشکیل داده‌اند و متوسط سن نمونه ۲۷ سال بوده است. همچنین، به‌طور متوسط ۱۵ جلسه درمانی اجرا شده است. در این مطالعه، شرکت‌کنندگان در میزان افسردگی، اضطراب، مشکلات عملکردی، کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و به‌طورکلی عملکرد بالینی پیشرفت‌های بزرگ و یکسانی داشته‌اند. در پژوهش دیگری دو نوع درمان گروهی شناخت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مقایسه شده‌اند (Zettle & Raines, 1989، به نقل از سبحی و همکاران، ۱۳۹۳) و در این مطالعه ۳۱ زن افسرده شرکت داشته‌اند که به‌صورت تصادفی در دو گروه مداخله قرار گرفته‌اند. برای هر گروه ۱۲ جلسه درمانی انجام شده است و هر دو گروه، در مرحله پس‌آزمون کاهش چشمگیری را در نشانه‌های افسردگی نشان داده‌اند.

باتوجه‌به پژوهش‌های انجام‌شده، آموزش روانی زندانیان برای بهبود کیفیت زندگی، افسردگی و نیز جلوگیری از برگشت مجدد آنها بسیار اهمیت دارد؛ زیرا طبق نتایج این

مستقلی انجام نشده است. باتوجه‌به این مطالب، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی این شیوه درمان انجام شده است.

پیشینه پژوهش

رادی، وزیری و لطفی (۱۳۹۳) اثربخشی آموزش طرح امید را در میزان بهزیستی فاعلی مددجویان زندانی بررسی کرده‌اند. تحلیل کوواریانس اطلاعات نشان می‌دهد آموزش این طرح، در افزایش سازه‌های بهزیستی فاعلی نظیر رضایت از زندگی و شادی فاعلی مددجویان مؤثر است. میرزایی، رئیسی و کاظمی (۱۳۹۲) تأثیر مهارت‌های حل مسئله و مدیریت خشم را بر کاهش افسردگی زندانیان مرد سنجیده‌اند. مطابق نتایج این مطالعه، در مرحله پیش‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل از نظر افسردگی تفاوت معناداری نداشتند؛ درحالی‌که این دو گروه از لحاظ میانگین نمره افسردگی در پس‌آزمون و آزمون پیگیری تفاوت معناداری داشتند. یکی از پژوهشگران (دهقانی، ۱۳۹۲، به نقل از سبحی و همکاران، ۱۳۹۳) برای بررسی میزان تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربه‌ای، اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان، تحقیقی بر روی ۱۶ نفر انجام داده است. یافته‌های پژوهش او نشان می‌دهد این درمان به کاهش اجتناب تجربه‌ای، نشانه‌های اضطراب و نشانه‌های افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان منجر می‌شود. کیامینی و همکاران (۱۳۹۱) میزان تأثیر درمان شناختی - رفتاری را بر نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی و رفتارهای پرخطر ۲۰۰ نفر از زندانیان زندان مرکزی قزوین (بدون اختلال‌های شدید روان‌پزشکی و اختلال سوءمصرف و وابستگی به مواد) سنجیده‌اند. طبق یافته‌های آنان، دو گروه مداخله و شاهد، در تمامی ابعاد آسیب‌شناسی روانی از نظر آماری تفاوت معناداری دارند و در بعد افسردگی این تفاوت به میزان ۰/۰۲ است. از لحاظ متغیر رفتار پرخطر، بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشده و به‌طورکلی اجرای روان‌درمانی میزان سلامت عمومی زندانیان را افزایش داده

¹ Herbert

² Forman

یکی از محققان در رابطه با کیفیت زندگی دو موضوع را بیان کرده است: ذهنی بودن و چندبعدی بودن کیفیت زندگی (سلا، ۱۹۹۵، به نقل از حبیب‌اللهی، ۱۳۹۰: ۱۶). در این مفهوم، ذهنی بودن کیفیت زندگی به درک و رضایت فرد از میزان عملکرد خود مربوط می‌شود که شامل فعالیت‌های روزمره (مانند پوشیدن لباس) و مهارت‌های زندگی مستقل (مثلاً خرید کردن) است و چندبعدی بودن کیفیت زندگی نیز به سلامت جسمی، عملکردی، عاطفی و اجتماعی فرد اشاره دارد (حبیب‌اللهی، ۱۳۹۰: ۱۶).

افسردگی حالتی از خلق است که با کاهش حرمت خود، احساس بی‌کفایتی، بی‌لیاقتی و برداشت نامطلوب از خویشتن همراه است (فتحی‌آشتیانی، ۱۳۸۹: ۳۲۳). این مسئله یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است که محدود به زمان، مکان و شخص خاصی نیست و همه اقشار جامعه را از فقیر، غنی، بی‌سواد، باسواد و... در بر می‌گیرد و در هر فرهنگ و کشوری وجود دارد (میرزایی و همکاران، ۱۳۹۲: ۵۶).

افسردگی واژه‌ای شناخته‌شده و مسئله‌ای چالش‌برانگیز در عرصه بهداشت روانی است. شیوع افسردگی به گونه‌ای است که آن را به صورت رایج‌ترین اختلال و سرماخوردگی بیماری‌های روانی مطرح کرده‌اند (Williams, 1996 و روزنهان و سلیگمن، ۱۹۹۵). از نظر تشخیصی این موضوع، یکی از شایع‌ترین تشخیص‌ها در اختلالات روانی است که تعداد زیادی از افراد را با سوابق مختلف شامل می‌شود (Sharp & Lipsky, 2002 and Lambert, 2006: 21). پیش‌بینی می‌شود شیوع اختلال افسردگی تا سال 2020 برای هر سن و در هر دو جنس، رتبه دوم جهانی را به دست آورد؛ در حالی که از این تعداد، کمتر از ۲۵ درصد افراد به درمان‌های مؤثر دسترسی خواهند داشت (World Health Organization, 2007: 21).

علائم کلیدی این اختلال خلق افسرده و بی‌علاقه و لذت است. بیمار ممکن است بگوید که احساس غم، یأس، پوچی و بی‌ارزشی می‌کند. بیشتر اوقات خلق افسرده برای بیمار کیفیت خاصی دارد که با غمگینی معمولی متفاوت است و

تحقیقات، این آموزش‌ها مؤثر بوده است. همچنین، با وجود پژوهش‌های موجود، با توجه به نظرهای جدید و کاربردی‌تر ارائه شده در این زمینه، همچنان ضرورت ادامه‌دادن، تکمیل و بهبود این پژوهش‌ها احساس می‌شود؛ به این ترتیب، پژوهش حاضر سعی دارد به این نیاز پاسخ دهد.

چارچوب نظری پژوهش

از مفهوم کیفیت زندگی تعاریف مختلفی ارائه شده است. سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را درک افراد از موقعیت خود در زندگی، با توجه به سیستم فرهنگی و ارزشی، اهداف، استانداردها و علایق تعریف می‌کند. این تعریف شامل شش بعد سلامت جسمی، روانی، استقلال، روابط اجتماعی، وضعیت محیطی و علایق مذهبی است (Kepng & Hapend, 2003 به نقل از حبیب‌اللهی، ۱۳۹۰: ۱۵). محققان بر این باورند که مفهوم کیفیت زندگی تعریف مشترکی ندارد؛ زیرا این موضوع ماهیتی چندبعدی دارد و جنبه‌های متعدد زندگی یک فرد را در بر می‌گیرد. گذشته از آن، هر فردی منحصر به فرد است و درباره کیفیت زندگی خوب یا بد دیدگاه خاصی دارد (Rigsik & Mihalek, 2001 به نقل از حبیب‌اللهی، ۱۳۹۰: ۱۵).

کیفیت زندگی شاخصی از توانایی سازگاری مناسب با تمام مخاطراتی است که فرد و جهان اطراف او با آنها مواجه می‌شوند. این مسئله برای حفظ اعتماد به نفس و حس سالم بودن و نیز تجربه یک زندگی دلپذیر اهمیت دارد. گاهی کیفیت زندگی به صورت فاصله‌ای بین انتظارات فرد و امور انجام شده تعریف می‌شود و هر قدر این شکاف کمتر باشد، کیفیت زندگی بهتر است. تعریف دقیق کیفیت زندگی مشکل است؛ ولی مفهوم آن برای بیشتر افراد یک معنی ذاتی دارد. این موضوع، مفهوم عمده‌ای است که به رضایت از زندگی منجر می‌شود و شامل سلامتی خوب، مسکن مناسب، اشتغال، امنیت شخصی و خانوادگی، آموزش و اوقات فراغت است (جلالوند، ۱۳۸۰: ۲۰).

منظور از کل رویداد «عمل پیش‌رونده در زمینه^۳» است (هیز؛ لوما^۴؛ بوند^۵؛ ماسودا^۶ و لیلیس^۷، ۲۰۰۶، به نقل از عابدی و ایزدی، ۱۳۹۱: ۲۵). به اعتقاد هیز و همکاران (۱۹۹۹) عمل روان‌شناختی با مراجعه به اعمال بخش‌های مختلف از ارگانیزم مثل مغز، غدد و... توضیح داده می‌شود. زمینه‌گرایی مخالف هر نوع کاهش‌گرایی است؛ چه این کاهش در سطوح تحلیل (مثلاً کاهش‌گرایی زیستی) و چه در حوزه‌های روان‌شناختی (مثل تعریف فیزیکی از رفتار) باشد (هیز و استرومال، ۲۰۱۰، به نقل از عابدی و ایزدی، ۱۳۹۱: ۲۵).

در زمینه‌گرایی عملکردی عمل در زمینه به اجزاء آن خرد نمی‌شود. واحد تحلیل در زمینه‌گرایی عملکردی کل متعامل است؛ یعنی هرگز بدون در نظر گرفتن زمینه انجام عمل، به آن مانند رویدادی روان‌شناختی توجه نمی‌شود. در واقع، محیط و آنچه در آن رخ می‌دهد، مجزا از هم نیستند؛ بلکه تعاملی بین آنها وجود دارد که در آن هر عضو، کیفیت اعضاء دیگر را تعریف می‌کند (هیز، ۲۰۰۴، به نقل از عابدی و ایزدی، ۱۳۹۱: ۲۶).

زمینه‌گرایی عملکردی رویدادهای روان‌شناختی را به صورت ارتباطی بین ارگانیزم‌های کلی و زمینه‌ای می‌بیند که این رویدادها هم به شکل تاریخی (سوابق یادگیری قبلی) و هم موقعیتی (پیشایندها و پیامدهای فعلی و قوانین کلامی) تعریف می‌شوند (هیز، ۱۹۹۳، به نقل از عابدی و ایزدی، ۱۳۹۱: ۲۶). روش ACT نیز - به تبعیت از زمینه‌گرایی - به‌طور خاصی به نقش زمینه حساس است. اساساً ACT درمانی زمینه‌گراست که به جای تغییر شکل یا محتوای رفتار بالینی می‌کوشد زمینه اجتماعی - کلامی آن را تغییر دهد (هیز و همکاران، ۱۹۹۹، به نقل از عابدی و ایزدی، ۱۳۹۱: ۲۶).

مراجعات معتقدند عوامل اشتباه و نادرستی مثل افکار، احساسات و خاطرات وجود دارند که باید اصلاح یا حذف شوند. در رویکردهایی مثل درمان‌های شناختی - رفتاری این

بعضی از بیماران آن را درد روحی توان‌فرسایی توصیف می‌کنند. بیماران افسرده گاهی از ناتوانی برای گریه کردن شکایت می‌کنند و این علامت با بهبود بیماری از بین می‌رود. تقریباً دو سوم بیماران افسرده به خودکشی فکر می‌کنند و ۱۰ تا ۱۵ درصد آنها به زندگی خود خاتمه می‌دهند؛ باوجود این، به نظر می‌رسد گاهی بیماران افسرده ناآگاه از این مسئله، شکایتی از اختلال خلق خود نمی‌کنند، هرچند از خانواده و دوستان خود کناره می‌گیرند و از فعالیت‌های مطلوب گذشته دست بر می‌دارند. تقریباً همه بیماران افسرده (۹۷ درصد) از کاهش انرژی شکایت می‌کنند و این امر به بروز اشکال در تکمیل تکالیف، اختلال در کار تحصیلی و حرفه‌ای و کاهش انگیزه برای انجام طرح‌های تازه منجر می‌شود. همچنین، تقریباً ۸۰ درصد از بیماران از اختلال خواب، به‌خصوص زود بیدار شدن از خواب (یعنی بی‌خوابی آخر شب) و بیداری‌های مکرر شبانه رنج می‌برند و در ضمن این بیداری درباره مسائل خود درگیری ذهنی پیدا می‌کنند. بسیاری از بیماران نیز به بی‌اشتهایی و کاهش وزن دچار می‌شوند؛ باین‌حال، بعضی از آنها افزایش اشتها، افزایش وزن و پرخوابی دارند (کاپلان و سادوک^۱، ۱۳۸۲: ۸۷).

امروزه یکی از شیوه‌هایی که برای درمان این اختلال پیشنهاد می‌شود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. این درمان و تحقیق‌های مربوط به آن، به فلسفه‌ای وابسته هستند که زمینه‌گرایی عملکردی^۲ نامیده می‌شود (هیز و همکاران، ۱۹۹۹ ترجمه عابدی و ایزدی، ۱۳۹۱: ۲۵). مطابق دیدگاه حاکم بین متخصصان و درمانگران، توجه به مباحث فلسفی و نظری لازم نیست و این کار تلف کردن وقت است؛ بنابراین، برای درمانگر ACT رسیدن به درکی کلی از فرضیات فلسفی و نظری که تکنیک‌های ACT از آنها برآمده‌اند، بسیار اهمیت دارد و بر آن تأکید شده است (همان). درحقیقت، ACT به همان اندازه که بر ایجاد تکنیک تأکید دارد، به کار فلسفی و نظری نیز وابسته است. در تمام اشکال زمینه‌گرایی کل رویداد اهمیت دارد و

³ Ongoing in context

⁴ Luoma

⁵ Bond

⁶ Masuda

⁷ Lillis

¹ Kaplan and sadock's

² Functional conceptualism

گسلش شناختی^۸ برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۹ استفاده می‌کند (هربرت و فورمان^{۱۰}، ۲۰۱۱). به نقل از عابدی و ایزدی، ۱۳۹۱: ۳۸). در این درمان، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به معنای افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه خود در زمان حال و براساس انتخاب امور ممکن است؛ به طوری که به کمک این کار، به شیوه ای عمل کنند که منطبق با ارزش‌های انتخاب شده آنها باشد (هیز و همکاران، ۲۰۱۰، به نقل از عابدی و ایزدی، ۱۳۹۱: ۳۸).

به عبارت دیگر، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی توانایی افراد برای ارتباط کامل با زمان حال و به صورت یک انسان هشیار و آگاه و نیز توانایی تغییر یا تداوم رفتار برای اهداف ارزشمند فرد است (آرچ^{۱۱} و کراسک^{۱۲}، ۲۰۰۸، به نقل از عابدی و ایزدی، ۱۳۹۱: ۳۸). این انعطاف‌پذیری در روش ACT از طریق شش فرآیند اصلی و زیربنایی ایجاد می‌شود: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه^{۱۳}، ارتباط با زمان حال^{۱۴}، ارزش‌ها^{۱۵} و عمل متعهد^{۱۶} و هر یک از این فرآیندها بر عمل زبانی ما تأثیرگذارند (هیز و همکاران، ۲۰۱۰، به نقل از عابدی و ایزدی، ۱۳۹۱: ۳۹).

گسلش برای جلوگیری از درآمیختگی شناختی، یعنی یکسان دانستن فرد و افکارش است. گسلش شناختی به معنای پذیرش جدایی افکار از ما و پذیرش آنها به صورت وقایع خصوصی موقت است. پذیرش به معنای ایجاد فضایی برای احساس‌ها، حواس، امیال و دیگر تجربه‌های خصوصی ناخوشایند، بدون تلاش برای تغییر آنها، فرار از آنها یا توجه مجدد به آنهاست. ارتباط با زمان حال، یعنی آوردن کامل آگاهی به تجربه حاضر و اکنون با گشودگی، علاقه، پذیرش، تمرکز روی آن و درگیری کامل با آنچه در حال انجام است. خود به عنوان زمینه، عبارت است از آگاهی مداوم از خودی

عوامل نشانه و علامت‌هایی هستند که ناکارآمد، ناسازگارانه، غیرمنطقی و منفی‌اند و باید با تکنیک‌های مختلف اصلاح، جابه‌جا یا حذف شوند. در ACT هدف تغییر عوامل اشتباه نیست؛ بلکه هدف تغییر رابطه مراجع با افکار و احساساتش است؛ به طوری که دیگر آنها را نشانه نبیند. تا زمانی که بر فکر یا احساسی به شکل نشانه برچسب بزنیم، این کار به طور ضمنی یعنی آن فکر یا احساس بد، نادرست، منفی و آسیب‌زاست و برای سالم بودن باید از شر آن خلاص شد. این مسئله به درگیری ما با این افکار و احساسات می‌انجامد و این درگیری معمولاً نتیجه خوبی ندارد. هدف نهایی تغییر دادن شکل قدیمی این افکار و احساسات رنج‌آور است؛ به طوری که نشانه‌های آسیب‌زای نابهنجار و مانع زندگی معنادار و غنی به شکلی جدیدتر، یعنی تجارب انسانی طبیعی تبدیل شوند که این تجارب، شامل بخش‌هایی از زندگی غنی و معنادار هستند (هیز و استروسال، ۲۰۱۰، به نقل از عابدی و ایزدی، ۱۳۹۱: ۲۷).

در حقیقت، ACT کمتر بر کاهش نشانه و بیشتر بر افزایش کیفیت زندگی متمرکز است (هیز؛ لوین؛ پلامب^۱؛ بولانگر^۲ و پیستورلو^۳، ۲۰۱۱، به نقل از عابدی و ایزدی، ۱۳۹۱: ۲۸) و در نهایت، بیشتر مراجعان می‌خواهند کیفیت زندگی را افزایش دهند؛ ولی تصورشان این است که ابتدا باید محتوای فکر خود را تغییر دهند. روش ACT برخلاف بیشتر درمان‌ها به دنبال تغییر محتوای فکر نیست. برای مثال، درمان شناختی - رفتاری اختلالات اضطرابی قصد دارد به مراجعان کمک کند تا پریشانی خود را با تغییر پاسخ‌های شناختی و رفتاری به اضطراب، کاهش دهند (بارلو^۴، ۲۰۰۲، به نقل از عابدی و ایزدی، ۱۳۹۱: ۳۷) اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمانی رفتاری است که از مهارت‌های ذهن‌آگاهی^۵، پذیرش^۶ و

⁸ Cognitive defusion

⁹ Psychological flexibility

¹⁰ Herbert & Furman

¹¹ Arch

¹² Craske

¹³ Self as a context

¹⁴ Contact with present moment

¹⁵ Values

¹⁶ Committed action

¹ Levin

² Plumb

³ Boulanger

⁴ Pistorello

⁵ Barlow

⁶ Mindfulness

⁷ Acceptance

مستقل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و متغیر وابسته، افسردگی و کیفیت زندگی زنان بزهکار بوده است. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-۱۹ تحلیل شده‌اند و برای آزمون فرضیه‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی تحلیل کواریانس استفاده شده است.

جامعه آماری تمام ۱۰۰ نفر زن بزهکار زندانی در بند سوم زندان نسوان شهر اصفهان بوده است که در رده سنی ۵۰-۲۰ سال قرار دارند. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شده است؛ به طوری که ۳۰ نفر از میان زنان زندانی واجد ملاک‌های ورود به پژوهش (تمایل به شرکت در پژوهش، رده سنی بین ۴۰-۲۰ سال، فرزنددار و با مشکل هم‌زمان) انتخاب و به صورت تصادفی در یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل گذاشته شدند (۱۵ نفر در هر گروه). گفتنی است که ملاک خروج غیبت بیش از ۲ جلسه و تکمیل نکردن پرسش‌نامه در نظر گرفته شده است و سپس اعضای گروه آزمایش، در جلسات مداخله‌ای شرکت کرده‌اند.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه خلاصه‌شده کیفیت زندگی: پرسش‌نامه کیفیت زندگی ۲۶ ماده و ۴ بعد سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیط فیزیولوژیک دارد که به صورت مقیاس جامع از آن استفاده می‌شود و در مجموع، شامل کیفیت زندگی کلی و میزان سلامت عمومی است (پرسش‌نامه خلاصه‌شده کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، ۱۳۷۹، به نقل از سبوحی و همکاران، ۱۳۹۳: ۹۴).

ابعاد این پرسش‌نامه به این صورت است:

- ۱- بعد بهداشت و سلامت جسمانی که نمره آن حاصل جمع سئوالات ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸ است؛
- ۲- بعد روان‌شناختی که نمره آن حاصل جمع سئوالات ۶، ۷، ۱۱، ۱۹ و ۲۶ است؛

که تغییر نمی‌کند و همیشه حاضر و در مقابل صدمه مقاوم است. از این دیدگاه تجربه فکرها، احساس‌ها، خاطره‌ها، میل‌ها، حس‌ها، تصویرها، نقش‌ها یا حتی بدن فیزیکی موضوعی متفاوت از خود فرد است؛ زیرا این پدیده‌ها متغیر هستند و خود فرد پیوسته ثابت است. ارزش‌ها و عمل متعهدانه یعنی فرد مهم‌ترین و عمیق‌ترین امور مطلوب خود را تشخیص دهد و بر مبنای آنها هدف‌های خود را تنظیم و برای رسیدن به آنها متعهدانه و مؤثر عمل کند (هیز، ۲۰۰۴، به نقل از عابدی و ایزدی، ۱۳۹۱: ۳۹).

چهار فرایند نخست، یعنی پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه و ارتباط با زمان حال، فرآیندهای پذیرش و ذهن‌آگاهی ACT را تشکیل می‌دهند و چهار فرایند آخر، یعنی خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد نیز فرایندهای تغییر و تعهد ACT هستند (هیز، پانکی^۱ و گرگ^۲، ۲۰۰۲، به نقل از عابدی و ایزدی، ۱۳۹۱: ۳۹).

باتوجه به فراوانی افسردگی و کاهش خلق در زندانیان و اثر آن بر کیفیت زندگی آنها این پژوهش بر آن است که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر افسردگی و کیفیت زندگی زندانیان زن بررسی کند و فرضیه‌های مدنظر عبارت‌اند از: ۱- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی زنان بزهکار زندانی مؤثر است و ۲- این درمان بر کیفیت زندگی این زنان مؤثر است.

روش پژوهش

روش پژوهش نیمه‌تجربی با یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل و طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون است. اعضای گروه آزمایش و گروه کنترل در جلسه اول پیش‌آزمون را تکمیل کرده‌اند و سپس اعضای گروه آزمایش در پانزده جلسه مداخله‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کردند؛ اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله دارویی دریافت نکرد. در پایان نیز هر دو گروه به پس‌آزمون پاسخ داده‌اند. همچنین، متغیر

¹ Pankey

² Gregg

پرسش‌نامه افسردگی بک در سه گروه نشانه‌های عاطفی، نشانه‌های شناختی و نشانه‌های جسمانی طبقه‌بندی می‌شوند.

مطالعات روان‌سنجی انجام شده بر روی ویرایش دوم این پرسش‌نامه، نشان‌دهنده اعتبار و روایی مطلوب آن است و به‌طورکلی این پرسش‌نامه جانشین مناسبی برای ویرایش نخست آن محسوب می‌شود. بعضی از محققان در پژوهش خود ثبات درونی این ابزار را $0/92-0/73$ با میانگین $0/86$ و ضریب آلفا را برای گروه بیمار $0/86$ و برای گروه غیربیمار $0/81$ گزارش کرده‌اند. همچنین، برخی محققان برای بیماران سرپایی ضریب آلفا را $0/92$ و برای دانشجویان $0/93$ و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را نیز $0/93$ به دست آورده‌اند (دابسون و محمدخانی، 1386 ، به نقل از فتحی آشتیانی، 1389 : 325). گذشته از آن، مطابق نتایج تحقیقی که برای بررسی اعتبار و روایی $BDI-II$ بر روی جمعیت ایرانی و بر روی 125 دانشجوی دانشگاه تهران و دانشگاه علامه طباطبایی انجام شده، آلفای کرونباخ $0/78$ و اعتبار بازآزمایی به فاصله دو هفته $0/73$ است (غزایی، 1382). نمره افسردگی فرد با جمع کردن نمرات گزینه‌های انتخاب شده او به دست می‌آید و نمرات $13-0$ افسردگی جزئی، نمرات $19-14$ افسردگی خفیف، نمرات $28-20$ افسردگی متوسط و نمرات $63-29$ افسردگی شدید را نشان می‌دهند.

نتایج

فرضیه نخست: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی زنان بزهکار زندانی مؤثر است.
در جدول (۱) میانگین و انحراف‌معیار افسردگی در گروه‌های پژوهش ارائه شده است.

۳- بعد روابط اجتماعی که نمره آن حاصل جمع سوالات ۲۰، ۲۱ و ۲۲ است و

۴- بعد محیط و وضعیت زندگی که نمره آن حاصل جمع سوالات ۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴ و ۲۵ است.

همچنین، سوالات ۱ و ۲ برای سنجش کلی کیفیت زندگی طراحی شده و این مقیاس در ایران استاندارد شده است. ضریب آلفای کرونباخ در حیطه سلامت جسمانی $0/77$ ، در حیطه سلامت روانی $0/77$ ، در حیطه روابط اجتماعی $0/75$ ، در حیطه سلامت محیط و وضعیت زندگی $0/84$ و در مقیاس کل $0/73$ به دست آمده است. در پژوهشی دیگر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل نمونه $0/90$ به دست آمده است (رجبی و همکاران، 1390). برای نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به گزینه اصلاً نمره یک و به گزینه خیلی زیاد، نمره پنج تعلق می‌گیرد. سوالات ۳، ۴ و ۲۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و حداقل نمره این پرسش‌نامه ۲۶ و حداکثر نمره آن ۱۳۰ است.

پرسش‌نامه افسردگی بک (2000): ویرایش دوم پرسش‌نامه افسردگی بک ($BDI-II$) شکل بازنگری شده این پرسش‌نامه برای سنجش شدت افسردگی است (بک، براون و استیر، 2000 ، به نقل از فتحی آشتیانی، 1389 : 325). فرم تجدیدنظر شده پرسش‌نامه افسردگی بک در مقایسه با فرم نخست، بیشتر با $DSM-IV$ همخوان است. گذشته از آن، ویرایش دوم این پرسش‌نامه، تمامی عناصر افسردگی را براساس نظریه شناختی افسردگی نیز پوشش می‌دهد.

این پرسش‌نامه همانند ویرایش نخست از ۲۱ ماده تشکیل شده است که آزمودنی برای هر ماده، یکی از چهار گزینه نشان‌دهنده شدت علامت افسردگی خود را بر می‌گزیند. هر ماده پرسش‌نامه، نمره‌ای بین ۳-۰ می‌گیرد؛ بنابراین، نمره کل آن، دامنه‌ای از ۳۶-۰ دارد. ۲۱ ماده

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار افسردگی در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیر	مرحله	گروه کنترل		گروه آزمایش	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	پیش‌آزمون	۳۵/۳۳	۱۲/۸۵	۳۴/۳۳	۱۹/۴۸
	پس‌آزمون	۳۱/۵۸	۹/۹۴	۱۹/۱۷	۱۳/۹۵

پس از اجرای پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل، با اجرای آزمون t مستقل تفاوت دو گروه از نظر افسردگی بررسی شده است. نتایج نشان می‌دهد بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر متغیر افسردگی ($t=0/148$, $p=0/883$) تفاوت معناداری وجود ندارد. پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل کواریانس، فرض نرمال بودن و برابری واریانس‌های دو گروه است و به ترتیب آزمون کلموگروف - اسمیرنوف و آزمون

لوین، برای بررسی این دو پیش‌فرض استفاده شده‌اند. طبق نتایج براساس آزمون کلموگروف - اسمیرنوف اطلاعات در متغیر افسردگی ($z=0/76$, $p=0/611$) نرمال هستند و مطابق آزمون لوین، در هر دو گروه واریانس‌ها برای متغیر افسردگی ($F=1/808$, $p=0/192$) با یکدیگر برابرند. نتایج تحلیل کواریانس بر روی افسردگی در جدول (۲) ارائه شده است.

جدول ۲- نتایج تحلیل کواریانس افسردگی در پس‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آزمون F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
افسردگی	اثر پیش‌آزمون	۴۳/۳۹۸	۱	۴۳/۳۹۸	۰/۲۸۶	۰/۵۹۸	۰/۰۱۳	۰/۰۸
	گروه	۹۳۶/۸۳	۱	۹۳۶/۸۳	۶/۱۸	۰/۰۲۱*	۰/۲۲۷	۰/۶۶

* معناداری در سطح ۰/۰۵

طبق اطلاعات جدول، در زمینه متغیر افسردگی بین دو گروه مدنظر در مرحله پس‌آزمون پس از تعدیل اثر پیش‌آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد و همچنین، در مرحله پس‌آزمون میانگین این متغیر در گروه آزمایش به صورت معناداری کمتر است.

فرضیه دوم: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان بزهکار زندانی مؤثر است. در جدول (۳) میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی در گروه‌های پژوهش ارائه شده است.

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیر	مرحله	گروه کنترل		گروه آزمایش	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۷۱/۸۳	۱۶/۳۸	۸۲/۷۵	۱۳/۴۱
	پس‌آزمون	۶۸/۳۳	۱۵/۳۵	۸۴/۴۲	۱۲/۱۵

پس از اجرای مرحله پیش‌آزمون، با اجرای آزمون t مستقل تفاوت دو گروه از نظر کیفیت زندگی بررسی شده

است. نتایج نشان می‌دهد بین این دو گروه، از نظر متغیر کیفیت زندگی ($t=-1/79$, $p=0/088$) تفاوت معناداری وجود

اسمیرنوف در متغیر کیفیت زندگی ($p=0/945$, $\alpha=0/526$) نرمال هستند و براساس آزمون لوین، در دو گروه واریانس‌ها درزمینه متغیر کیفیت زندگی ($F=1/014$, $p=0/325$) برابرند. نتایج تحلیل کواریانس بر روی کیفیت زندگی در این جدول ارائه شده است.

ندارد. فرض نرمال بودن و برابری واریانس‌های دو گروه از پیش فرض‌های استفاده از تحلیل کواریانس است؛ براین اساس، به ترتیب آزمون کلموگروف - اسمیرنوف و آزمون لوین، برای بررسی این دو پیش فرض استفاده شده‌اند. مطابق نتایج، داده‌ها براساس آزمون کلموگروف -

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس کیفیت زندگی در پس آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آزمون F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
کیفیت زندگی	اثر پیش آزمون	۳۰/۸۲۷	۱	۳۰/۸۲۷	۰/۱۵۵	۰/۶۹۸	۰/۰۰۷	۰/۰۶۶
	گروه	۱۲۱۳/۹۳	۱	۱۲۱۳/۹۳	۶/۰۹۲	۰/۰۲۲*	۰/۲۲۵	۰/۶۵۳

* معناداری در سطح ۰/۰۵

تأیید می‌کند (هربت و فورمن، ۲۰۱۱ ترجمه ایزدی و عابدی) و (زتل و رابنز، ۱۹۸۹، ترجمه عابدی و ایزدی).

برای تبیین این نتیجه باید گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در اصل یک رفتار درمانی و موضوع آن عملی است که در گام نخست ارزش محور باشد. روش ACT به مراجع کمک می‌کند تمام افکار و احساس‌های آزارنده و منفی (که در اثر بیماری افسردگی به وجود می‌آید) را ناشی از ذهن غیرواقعی بداند و آنها را بپذیرد و تلاشی برای تغییر و کنترلشان انجام ندهد. درعین حال، این موضوع مراجع را یاری می‌کند تا امور واقعاً مهم را برای خود بشناسد و سپس از این ارزش‌ها برای هدایت تغییرات رفتاری در زندگی استفاده کند. ویژگی دوم موضوع رفتار درمانی این است که عمل ذهن آگاهانه باشد؛ یعنی با هشیاری و حضور کامل انجام شود.

مراجعان معمولاً معتقدند امور اشتباه و نادرستی مثل افکار، احساسات و خاطرات وجود دارند که باید اصلاح یا حذف شوند. در رویکردهایی مثل درمان شناختی - رفتاری اینها نشانه‌ها و علامت‌هایی هستند که ناکارآمد، ناسازگارانه، غیرمنطقی و منفی‌اند و باید با تکنیک‌های مختلف اصلاح، جابه‌جا یا حذف شوند؛ اما در روش ACT هدف نه تغییر اینها

براساس اطلاعات جدول، از نظر متغیر کیفیت زندگی ($p<0/05$, $F=6/092$) بین دو گروه در مرحله پس آزمون، پس از تعدیل اثر پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد و در مرحله پس آزمون، در متغیر کیفیت زندگی میانگین گروه آزمایش به صورت معناداری بیشتر از گروه کنترل است.

بحث و نتیجه

مطابق نتیجه تحلیل کواریانس (جدول ۲) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افسردگی زنان بزهکار را کاهش داده است و مقایسه دو گروه کنترل و آزمایش، تفاوت معناداری را بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد؛ بنابراین، فرضیه نخست مدنظر ما تأیید می‌شود. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش صبور و کاکابرابی (۱۳۹۴) هربت و فورمن (2011) و زتل و رابنز (1989) هم‌خوان است.

در پژوهش صبور و کاکابرابی (۱۳۹۴) تأثیر این درمان بر افسردگی، استرس و شاخص‌های درد در زنان مبتلا به درد مزمن بررسی شده است که نتایج آن، نتایج پژوهش حاضر را تأیید می‌کند. همچنین، نتایج دو تحقیق نیز نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر کاهش اضطراب و افسردگی تأثیر دارد که این موضوع هم نتایج این مقاله را

متمركز کند. هدف پذیرش آن است که فرد تمام تجارب درونی ارائه‌شونده یعنی افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدنی را بدون نیاز به دفاع در برابر آنها بپذیرد. روش ACT از طریق مداخلات مربوط به گسلش شناختی به دنبال آن است که به مراجعان کمک کند تا به‌طور انعطاف‌ناپذیر تسلیم افکار و قوانین ذهنی خود نباشند و به‌جای آن، شیوه‌هایی برای تعامل مؤثرتر با دنیای مستقیماً تجربه‌شونده بیابند. این شیوه، نوع دیگری از خود را به نام خود به عنوان زمینه (یا حس متعالی از خود) معرفی می‌کند. منظور از این اصطلاح، معنا و حسی از خود به‌صورت زمینه‌ای است که در آن رویدادهای درونی مثل افکار، احساسات، خاطرات و حس‌های بدنی رخ می‌دهند. روش ACT مشاهده و توصیف را بدون قضاوت تجارب در زمان حال تشویق می‌کند و این تجربه‌ها به مراجعان کمک می‌کنند تغییرات دنیا را به‌طور واقعی تجربه کنند، نه آن‌گونه که ذهن آنها را می‌سازد.

برای هر فرد ارزش‌ها حوزه‌هایی مهم از زندگی هستند و به‌منظور آشکارسازی آنها برای مراجعان، تمرینات خاصی به کار برده می‌شوند. مراجع ارزش‌ها، اهداف و رفتارهای خاص مربوط به آنها را تعریف می‌کند و موانع احتمالی ایجادشونده در راه رسیدن به آن اهداف و حرکت نیز شناسایی می‌شوند. این موانع، معمولاً روان‌شناختی هستند و این امور برای غلبه بر آنها به مراجع کمک می‌کنند: پذیرش، گسلش و ارتباط با زمان حال. همچنین، این موانع مراجع را تشویق می‌کنند تا به تغییرات رفتارشان متعهد باشند. در روش ACT تعهدات تعریف‌کردن اهداف در حوزه‌های خاصی است که برای فرد ارزشمند هستند. همچنین، این تعهدات شامل عمل‌کردن طبق این اهداف باوجود شناسایی و پذیرش موانع روان‌شناختی است.

بنابراین، ACT شیوه‌ها را متعادل می‌کند و در حوزه‌های تغییرکننده (مثل رفتار آشکار) بر تغییرات و در حوزه‌های ثابت، بر پذیرش و ذهن‌آگاهی متمركز است. درنهایت، نتیجه

بلکه تغییر رابطه مراجع با افکار و احساساتش، آن هم به گونه‌ای است که فرد دیگر آنها را نشانه نبیند.

تکنیک‌های گسلش برای کاهش آمیختگی مراجع با خود مفهوم‌سازی شده استفاده می‌شود. از نظر افراد، افکار و احساسات منفی تهدیدی برای معنای هویت خود هستند؛ به‌طوری‌که فرد افسرده این فکر را تجربه می‌کند که «انسان بی‌ارزشی هستم». این فرد با محتوای این فکر عجین می‌شود و این فکر در معنا و برداشت او از خود تأثیرگذار است. درواقع، احساس بی‌ارزش بودن گونه‌ای فکر است؛ ولی فرد با معنای لفظی آن آمیخته می‌شود.

معمولاً یکی از مشکلات افراد افسرده، چسبیدن به گذشته و اتفاقات مربوط به آن است. زندگی در زمان حال، به مراجع کمک می‌کند خود را از چسبیدن به گذشته مفهوم‌سازی شده نجات دهد و حال را دریابد. از دیگر مشکلات این افراد، چسبیدن به خود و افکار و احساسات موجود در آن است. روش ACT از طریق فرآیندهای پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه و زندگی در زمان حال، به افراد آموزش می‌دهد که محتویات ذهن خود را بپذیرند و برای تغییر آنها حرکت نکنند؛ بلکه حرکت آنها به طرف ارزش‌ها و اهداف مهم زندگی خود باشد.

نتیجه تحلیل کوواریانس (جدول ۴) نشان می‌دهد تفاوت معناداری بین میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل وجود دارد؛ یعنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در افزایش کیفیت زندگی زنان بزهکار تأثیرگذار است و در نتیجه، فرضیه دوم مدنظر ما تأیید می‌شود.

در تبیین این نتیجه باید گفت این روش، کمتر بر کاهش نشانه و بیشتر بر افزایش کیفیت زندگی متمركز است و سرانجام، بیشتر مراجعان می‌خواهند کیفیت زندگی خود را افزایش دهند؛ ولی تصورشان این است که برای این کار، ابتدا باید محتوای فکر خود را تغییر دهند. درحقیقت، در روش ACT مداخلات مبتنی بر پذیرش می‌خواهند مراجع افکار خود را به‌جای تغییر و کاهش نشانه بر ایجاد زندگی ارزشمند

کیفیت زندگی و سازگاری در دانشجویان نابینا و کم‌بینای استان اصفهان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه اصفهان.

رادی، ح.؛ وزیری، ش. و لطفی، ف. (۱۳۹۳). «اثربخشی آموزش طرح امید در میزان بهزیستی فاعلی زندانیان»، *روان‌شناختی دین*، د ۷، پیاپی ۲۵، ش ۱، ص ۸۰-۷۱.

رضوانی، م. ر.؛ ملکان، ع. ا.؛ منصوریان، ح. و ستاری، م. ج. (۱۳۸۸). «توسعه و سنجش شاخص‌های کیفیت زندگی شهری»، *مطالعات و پژوهش‌های شهری و منطقه‌ای*، س ۱، ش ۲، ص ۸۷-۱۱۰.

روزنهان، د. ل. و سلیگمن، م. ا. پ. (۱۹۹۵). *روان‌شناسی مرضی*. ترجمه: یحیی سیدمحمدی، تهران: ارسباران.

زحمتکشان، ن.؛ باقرزاده، ر.؛ اکابریان، ش.؛ یزدان‌خواه، م.؛ میرزایی، ک.؛ یزدان‌پناه، س.؛ خرم‌رودی، ر.؛ غریبی، ط.؛ کمالی‌دشت، ف. و جمند، ط. (۱۳۹۰). «بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر بوشهر»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا*، س ۲، ش ۱، ص ۵۸-۵۳.

سبوحی، ر.؛ فاتحی‌زاده، م.؛ احمدی، ا. و اعتمادی، ع. (۱۳۹۳). *بررسی تأثیر مشاوره بر مبنای رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود اسنادهای ارتباطی و کیفیت زندگی زنان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.

صبور، س. و کاکابرایی، ک. (۱۳۹۴). «اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی، استرس و شاخص‌های درد در زنان مبتلا به درد مزمن»، *مجله پژوهش توان‌بخشی در پرستاری*، د ۲، ش ۴، ص ۹-۱.

تمام مداخلات روش ACT (پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، زندگی در زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه) افزایش کیفیت زندگی است.

پیشنهادها

براساس نتایج حاصل شده، این موارد پیشنهاد می‌شوند:

- ۱- بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی در افراد زندانی مقایسه‌ای انجام شود،
- ۲- اثربخشی این درمان بین دو گروه از زندانیان با ضریب هوشی (IQ) متفاوت، مقایسه شود و
- ۳- باتوجه به نتایج پژوهش حاضر، در زندان‌ها از این مدل آموزشی استفاده شود.

منابع

انوری، م.؛ ابراهیمی، ا.؛ نشاط‌دوست، ح.؛ افشار، ح. و عابدی، ا. (۱۳۹۳). «اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر پذیرش درد، اضطراب مرتبط با درد و شدت درد بیماران مرد مبتلا به درد مزمن»، *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، س ۳۹، ش ۲۹۵، ص ۱۰-۱.

پاکدامن، م. و شخمگر، ز. (۱۳۹۱). «تأثیر گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر افسردگی زنان زندانی شهرستان قاین»، *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان (طبیعت شرق)*، د ۱۴، ش ۱، ص ۹۳-۹۰.

جلالوند، ف. (۱۳۸۰). *بررسی تأثیر خودمراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران با ضربان ساز دائم*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

حبیب‌الهی، س. (۱۳۹۰). *بررسی اثربخشی آموزش تکنیک‌های شادی‌فوردایس بر افزایش شادی و*

میرزایی، ر.؛ رئیس، ز. و کاظمی، ح. (۱۳۹۲). «اثربخشی آموزش مهارت‌های حل مسأله و مدیریت خشم بر کاهش افسردگی در زندانیان»، علوم پزشکی ص ۶۳-۵۵.

Feron, JM. Tan, L. Pestiaux, D. Lorant, V. (2008) "High and Variable Study to Understand Help- Seeking Behavior". *Int J Prison Hesth Sep*; 4(3): 146-55.

Lambert, K.G. (2006) "Rising Rates of Depression in Today's Society: Consideration of The Roles of Effort Based Rewards and Enhanced Resilience in Day- To- Day Functioning". *Neuroscience & Biobehavioral*, 30(4): 497-510.

Sharp, L.K. & Lipsky, M.S. (2002) "Screening for Depression Across The Lifespan: A Review of Measures for Use in Primary Care Settings". *American Family Physician*, 66(6):1001-8.

Veysey, B.M. (1998) Specific needs of women diagnosed with mental illnesses in U.S. jails. In: Balanch AK & Levin BL, editors. *Women's mental health services: A public health perspective*. 2nd ed. Los Angles: Thausand Oaks, CA7 Sage: 368-89.

Williams, J.M.G. (1996) *The specificity of autobiographical memory in depression. In remembering our past: studies in autobiographical memory*. Cambridge: Cambridge University Press.

World Health Organization. (2007) *What is depression?* Available at: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/index.htm.

World Health Organisation. (2000) *Life Skills Training Program*. Translated by Qasim Abadlight. F. And Mohammad Khani, C. Department of Cultural Affairsand preventingthe State Welfare Organization. 38-11.

صفرزاده، س. (۱۳۹۰). «زن بزهکار و عوامل شخصیتی و فرهنگی مرتبط با آن»، *مجله زن و فرهنگ*، د ۱، ش ۱، ص ۹۵-۸۱.

عابدی، م. و ایزدی، ر. (۱۳۹۱). *درمان مبتنی بر پندیرش و تعهد*، تهران: جنگل و کاوشیار.

فتحی‌آشپانی، ع. (۱۳۸۹). *آزمون‌های روان‌شناختی*. تهران: بعثت.

کاپلان، ه. و سادوک، ب. (۱۳۸۲). *خلاصه روان‌پزشکی*، ترجمه: نصرت‌الله پورافکاری، تهران: شهرآب.

کهریزی، ا.؛ آقاییوسفی، ع. ر. و میرهاشمی، م. (۱۳۹۰). «تأثیر گروه‌درمانی شناختی به روش مایکل فری در کاهش افسردگی زندانیان»، *مجله اندیشه و رفتار*، د ۶، ش ۲۲، ص ۳۰-۲۱.

کیامینی، م.؛ نیکبخت، م.؛ امیرآبادی، ب. و نیک‌یار، غ.

(۱۳۹۱). «تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر میزان

نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی و رفتارهای پرخطر زندانیان»، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، د ۱۸، ش ۷۳(۲)، ص ۵۸-۵۳.

مظاهری، م.؛ خلیقی، ن.؛ رقیبی، م. و سرابندی، ح. (۱۳۹۰).

«شیوع اختلالات شخصیت در میان زندانیان زن زندان زاهدان»، *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان (طیب شرق)*، س ۱۳، ش ۳، ص ۵۵-۵۲.

مکوندی، س. و زمانی، م. (۱۳۸۹). «بررسی کیفیت زندگی و

ابعاد مختلف آن در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز در سال ۱۳۸۹»، *فصلنامه علمی پژوهشی جنتاشاپیر*، د ۲، ش ۴، ص ۲۰۰-۱۹۱.