

August-September 2020, Volume 9, Issue 4

The Effectiveness of "Acceptance and Commitment Therapy" (ACT) on Resilience and Cognitive Flexibility in Prisoners

Shahrokh Valizadeh¹, *Behnam Makvandi², Saeed Bakhtiarpour³, Fariba Hafezi⁴

1-Ph. D Student in Psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

(Corresponding Author)

Email: makvandi_B@yahoo.com

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Received: 20 May 2020

Accepted: 22 June 2020

Abstract

Introduction: Improving the psychological health of prisoners is one of the programs of the prisons organization, which prevents the recurrence of crime and social security. The aim of this study was to determine the effectiveness of "Acceptance and Commitment Therapy" (ACT) on resilience and cognitive flexibility in prisoners.

Methods: The method of the present study was quasi-experimental and its design was pre-experimental-post-experimental-follow-up with control group. The statistical population of the present study was all prisoners of non-financial crimes in Ahvaz Central Prison in 2019. The research sample selected 30 people using the convenience sampling method from among the eligible applicants to participate in the "Acceptance and Commitment Treatment" and randomly (as a lottery) to two groups of intervention and control (15) people were assigned to each group. The research instruments were "Cognitive Flexibility Scale" and "Connor and Davidson Resilience Scale". Qualitative content validity and internal consistency was performed by Cronbach's alpha coefficient. After receiving the pre-test, the intervention was performed in the eight, 90-minute sessions for the intervention group, but the control group received their usual interventions. Data analysis was performed with SPSS.21.

Results: The trend of changes in the intervention group compared to the control group in the measurement stages in the variables of resilience ($P=0.001$, $F=33.475$) and cognitive flexibility ($P=0.001$, $F=18.656$) Significantly different ($P < 0.05$) and about 54% and 40%, respectively, of the differences in observation in the variables of resilience and cognitive flexibility due to group membership (intervention). To compare these changes over time, Benfron's subtest was used. Changes between pre-test with post-test, pre-test with follow-up, and post-test with follow-up are only meaningful in the intervention group ($P < 0.05$).

Conclusions: "Acceptance and Commitment Treatment" increased the resilience and cognitive flexibility. Therefore, it is recommended that this method be used to increase cognitive resilience and flexibility in prisons.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Resilience, Prisoners.

اثربخشی «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» بر تاب آوری و انعطاف پذیری شناختی در زندانیان

شاهرخ ولی زاده^۱، *بهنام مکوندی^۲، سعید بختیار پور^۳، فریبا حافظی^۴

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران (نویسنده مسئول)

ایمیل: makvandi_B@yahoo.com

۳- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۴- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۴/۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۲/۳۱

چکیده

مقدمه: ارتقاء سلامت روانشناختی زندانیان یکی از برنامه های سازمان زندان ها می باشد که این برنامه ها سبب پیشگیری از تکرار جرم و امنیت اجتماعی می شود. مطالعه حاضر با هدف اثربخشی "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" بر تاب آوری و انعطاف پذیری شناختی در نمونه ای از زندانیان انجام شد.

روش کار: روش پژوهش حاضر نیمه تجربی و طرح آن از نوع پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری مورد مطالعه پژوهش حاضر کلیه زندانیان جرائم غیر مالی در زندان مرکزی شهر اهواز در سال ۱۳۹۸ بودند. نمونه پژوهش ۳۰ تن با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند از بین متقاضیان واجد شرایط برای شرکت در "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" انتخاب و به صورت تصادفی ساده (به صورت قرعه کشی) به دو گروه مداخله و کنترل (در هر گروه ۱۵ تن) اختصاص یافتند. ابزارهای پژوهش "مقیاس انعطاف پذیری شناختی" (Cognitive Flexibility Scale) و "مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون" (Connor and Davidson Resilience Scale) بود. روایی محتوا به روش کیفی و همسانی درونی به روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ انجام شد. پس از دریافت پیش آزمون، مداخله در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای برای گروه مداخله اجرا شد و در گروه کنترل مداخلات معمول خود را دریافت کردند. تحلیل داده ها با نرم افزار تحلیل آماری اس پی اس اس نسخه ۲۱ انجام شد.

یافته ها: روند تغییرات در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل در مراحل سنجش در متغیرهای تاب آوری ($P=0/001$)، $F=33/475$) و انعطاف پذیری شناختی ($F=18/656, P=0/001$) به طور معنا دار متفاوت بوده است ($P<0/05$) و به ترتیب حدود ۵۴٪ و ۴۰٪ درصد از تفاوت های مشاهده در متغیرهای تاب آوری و انعطاف پذیری شناختی ناشی از عضویت گروهی (مداخله) می باشد. جهت مقایسه این تغییرات در روند زمان از آزمون تبعی بن فرونی استفاده شد. تغییرات بین پیش-آزمون با پس آزمون، پیش آزمون با پیگیری و پس آزمون با پیگیری فقط در گروه مداخله معنا دار است ($P<0/05$).

نتیجه گیری: "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" تاب آوری و انعطاف پذیری شناختی زندانیان را افزایش می دهد. بنابراین، پیشنهاد می شود از این روش به منظور افزایش تاب آوری و انعطاف پذیری شناختی در زندان ها استفاده شود.

کلیدواژه ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تاب آوری، زندانیان.

مقدمه

شده در زندان های ایران گویای این است که مشکلات روانشناختی در زندانیان از شیوع بالایی برخوردار است. تقریباً ۹۶ درصد از زندانیان حداقل از یک اختلال روانشناختی رنج می برند (۳). بیشتر مداخلات برای زندانیان، در درجه اول بر پیشگیری و اصلاح رفتارهای بزهکارانه متمرکز شده اند تا خطر تکرار جرم را کاهش دهند (۴). مطالعات کمی وجود دارد که با استفاده از مداخلات روانشناختی، ارتقاء سلامت

میزان بالای مشکلات سلامت روان در زندان ها به یک مشکل جهانی تبدیل شده است (۱). مشخص شده است که زندانی شدن و جدا شدن افراد از خانواده و دنیای بیرونی، بر بهزیستی روانشناختی آن ها تأثیر منفی می گذارد (۲). در دهه های اخیر، نتایج حاصل از پژوهش های انجام

زمانی می تواند به آرامش و شادکامی برسد که ارتباط خود را با تجارب تغییر دهد. در واقع تجارب قابل تغییر و حذف نیستند و انسان باید با افزایش تاب آوری و قدرت تمایل به جای کنترل گری و اجتناب با حقایق زندگی مواجه شود و آن ها را به عنوان عوامل مزاحم تغییر نکند (۱۳).

تاب آوری به عنوان اطمینان فرد به توانایی هایش برای غلبه بر تنش یا توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی روانی، در شرایط ناگوار تعریف شده است. با توجه به مطالعات صورت گرفته تاب آوری یکی از مفاهیم و سازه های بهنجار مورد توجه و مطالعه روان شناسی مثبت گراست و به فرایند پویای انطباق مثبت با تجربه های تلخ و ناگوار اطلاق می شود و فراتر از جان سالم به در بردن از تنش و ناملایمات زندگی است. همچنین پژوهش های اخیر دلالت بر این دارند که تاب آوری در مقابل تأثیرات منفی موقعیت های زندگی از افراد محافظت می کند (۱۴). در این زمینه مطالعات پیشین گویای این است که "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" با افزایش تاب آوری در مراقبین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی (۱۴)، زنان شاغل در بیمارستان (۱۵)، افراد مبتلا به ام اس (۱۶) و در زنان زندانی مبتلا به سوء مصرف مواد (۱۷) موثر بوده است. لذا "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" از ظرفیت مناسبی برای افزایش انعطاف پذیری شناختی افراد در برخورد با مسائل مختلف برخوردار است.

"درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" نگاه افراد را نسبت به مسائل و سبک ارتباط با آن ها را تغییر می دهد و فرد صرفاً از جنبه تغییر و کنترل به موقعیت و شرایط نگاه نمی کند. انعطاف پذیری شناختی دلالت بر این دارد که افراد تا چه اندازه می توانند در ذهن خود به گزینه های مختلف نگاه کنند و این در واقع مهم ترین پیامدی است که "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" برای افراد ترسیم می کند (۱۲). انعطاف پذیری شناختی به توانایی تغییر توجه بین مجموعه کارها، ویژگی های یک محرک، پاسخ ها و چشم اندازهای مختلف اشاره دارد (۱۸). همچنین در تعریف دیگری، انعطاف پذیری شناختی به توانایی فرد برای تغییر مکان بین جهت های مختلف ذهنی، وظایف یا راهبردها اشاره دارد (۱۹) و این در واقع همان هدفی است که در "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" دنبال می شود. در این زمینه نتایج مطالعات پیشین نشان داده شده است که "درمان مبتنی

روانشناختی زندانیان را مورد هدف قرار دهد (۵). مطالعات اخیر نشان داده است که زندانیان می توانند از برخی از مداخلات روانشناختی مانند رفتار درمانی شناختی (۷۶) و موسیقی درمانی (۸،۹) بهره مند شوند. در مطالعه ای Chen و همکاران (۸) نشان دادند که موسیقی درمانی گروهی نقش موثری در بهبود اضطراب، افسردگی و عزت نفس زندانیان دارد. با این حال، دسترسی محدود به موسیقی در محیط های زندان سودمندی این مداخله را محدود می کند. اما از طرف دیگر مداخلات رفتاری همچون "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" (Acceptance and Commitment Therapy)، روش درمانی بالقوه و مفیدی می باشد که استفاده از آن در محیط زندان بسیار آسان تر است.

در طی ۲۵ سال گذشته، روش هایی در زمینه ذهن آگاهی و پذیرش به رفتار درمانی شناختی اضافه شده است (۱۰). یکی از این مداخلات جدید، "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" است که با درک اساسی از درد، اندوه، سوگ، ناامیدی، بیماری، ترس و اضطراب آغاز می شود که از ویژگی های اجتناب ناپذیر زندگی انسان است.

هدف "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد"، از بین بردن یا سرکوب تجربیات طبیعی انسانی نیست. در عوض، این درمان، مواجهه با این تجربیات دردناک را تشویق می کند، که فرد از مسیرهای ارزشی خود غافل نشود و به مسیر خود ادامه دهد (۱۱). افزایش مشارکت در فعالیت های معنی دار زندگی، حتی در هنگام تجربه افکار و احساسات منفی یا سایر مشکلات، در درمان پذیرش و تعهد، با پرورش انعطاف پذیری روانشناختی انجام می شود. این درمان اعتقاد بر این دارد که اجتناب تجربی یا عدم تمایل به تماس با رویدادهای ناراحت کننده (۱۲)، در طولانی مدت با پریشانی روانشناختی و اختلال در عملکرد همراه است. اما در مقابل تماس مستقیم با تجربیات و مشاهده بدون قضاوت آن ها، پریشانی روانشناختی را کاهش می دهد. به عبارت دیگر، تمایل به تجربه یا "پذیرش آن ها" تنها پادزهر برای مقابله و تجربه رویدادها و تجارب دردناک است (۱۱).

یکی از پیامدهای احتمالی "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" افزایش تاب آوری در افراد است، این روش درمانی معتقد است که زندگی همیشه مطابق با انتظار انسان نیست و انسان برای دریافت رفاه و آسایش خلق نشده است، بلکه همیشه در مسیر زندگی با تجارب مختلفی مواجه می شود و

شاهرخ ولی زاده و همکاران

انصراف یا عدم توانایی شرکت کامل در همه جلسات بود. جهت انتخاب نمونه از روش نمونه گیری هدفمند استفاده شد، بدین ترتیب برای شروع مطالعه ابتدا، مجوزهای لازم برای انجام پژوهش از سازمان زندان ها و اقدامات تأمینی و تربیتی استان خوزستان دریافت شد. سپس از لیست کلیه زندانیان جرائم غیر مالی که در سال ۱۳۹۸ در زندان مرکزی شهر اهواز در دوران حبس تعزیری بودند و ملاک های ورود به پژوهش را دارا بودند، جهت شرکت در دوره "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" دعوت به عمل آمد. ۴۰ تن برای شرکت در این مداخله داوطلب شدند، سپس دو گروه ۲۰ تن به روش تصادفی ساده از فهرست اسامی به صورت قرعه کشی انتخاب و در گروه مداخله و گروه کنترل قرار گرفتند. تا پایان مطالعه ۵ تن از افراد گروه مداخله ریزش داشتند و تعداد شرکت-کنندگان به ۱۵ تن کاهش یافت. برای دستیابی به یک برآورد دقیق تر و دستیابی به همگونی واریانس ها، ۵ تن از افراد گروه کنترل نیز به روش تصادفی ساده حذف شدند.

جمع آوری داده ها با پرسشنامه های زیر انجام شد. جهت جمع آوری اطلاعات جمعیت شناختی (سن، تاهل، اشتغال، سابقه کیفری، علت زندانی شدن و تحصیلات) از یک فرم استفاده شد.

"مقیاس تاب آوری کانر - دیویدسون" (Connor and Davidson Resilience Scale) در سال ۲۰۰۳ توسط Connor & Davidson تدوین شده است و برای افراد بالای ۱۵ سال قابل اجرا است. این مقیاس ۲۵ عبارت دارد که در طیف لیکرت پنج عامل، کاملاً نادرست (صفر) و همیشه درست (چهار) نمره گذاری می شود. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در این مقیاس به ترتیب صفر و ۱۰۰ می باشد و نمره بالا نشان دهنده تاب آوری بالای فرد است. طراحان این مقیاس گزارش کردند که این مقیاس از روایی محتوایی خوبی برخوردار است و ضریب شاخص روایی محتوایی آن ۸۶ درصد می باشد (۲۴). Yu و همکاران در مطالعه ای در ۲۹۱۴ تن از جوانان کشور چین روایی همگرایی این مقیاس را با "مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده" (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) (۲۴) و پایایی آن با همسانی درونی آن به روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ $\alpha = 0.89$ گزارش شد (۲۵).

بر پذیرش و تعهد" باعث افزایش انعطاف پذیری شناختی سالمندان (۲۰)، شاغلین سازمان بهزیستی (۲۱) و دانشجویان علوم پزشکی (۲۲) می شود. بر این اساس می توان نتیجه گرفت که "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" می تواند یک مداخله مناسب برای زندانیان باشد و اجرای آن باعث ارتقاء سلامت روانشناختی در آن ها می شود. همانگونه که ذکر شد، میزان مشکلات روانشناختی در زندانیان بالا می باشد و ارتقاء سلامت روانشناختی آن ها یکی از برنامه های پیش بینی شده در سازمان زندان ها و اقدامات تأمینی و تربیتی است اما مداخلات روانشناختی و برنامه های اصلاحی و درمانی بر اساس دیدگاه های روانشناختی کمتر مورد توجه سازمان زندان ها می باشد و به همین دلیل مطالعات خیلی محدودی در این زمینه انجام شده است. لذا مطالعه حاضر با هدف اثربخشی "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" بر تاب آوری و انعطاف پذیری شناختی در نمونه ای از زندانیان انجام شد.

روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه تجربی و طرح آن از نوع پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری مورد مطالعه پژوهش حاضر کلیه زندانیان جرائم غیر مالی (شامل: سرقت، ورود به عنف، ضرب و جرح و درگیری و شرارت) در زندان مرکزی شهر اهواز در سال ۱۳۹۸ بودند؛ جامعه آماری در شروع پژوهش ۵۰۰ تن گزارش شد. تعداد نمونه با استفاده از نرم افزار GPower ۳,۱ محاسبه شد. با استناد به مطالعه قبلی (۲۳) با وجود یک اندازه اثر بزرگ ($f^2 = 0.4$)، حداقل تعداد نمونه لازم برای دستیابی به توان ۰/۴، تعداد نمونه را ۱۲ تن برآورد شد. اما جهت پیشگیری از ریزش احتمالی از کل افراد واجد شرایط برای هر یک از گروه های مداخله و کنترل ۲۰ تن در نظر گرفته شد. ملاک های ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، حداقل حضور سه ماه در زندان، نداشتن اختلالات حاد روانشناختی-شخصیتی و عدم مصرف متادون (بر اساس اطلاعات درج شده در پرونده شخصیت)؛ همچنین از ملاک های خروج: عفو و یا آزادی مشروط در طول دوران مداخله، ایجاد اختلال در نظم جلسات بود. بعلاوه، مصرف هرگونه داروی روانپزشکی در طول مداخله، شرکت همزمان در برنامه های مداخله ای دیگر در زندان و

نمونه بالینی به طور معناداری کمتر از نمونه غیربالینی است که نشان دهنده روایی تمیز این آزمون می باشد، همچنین پایایی به روش بازآزمایی با فاصله یک ماه در ۴۷ تن از نمونه بالینی ۰/۷۰ و در ۵۳ نمونه غیربالینی ۰/۷۲ گزارش شد (۲۹).

شماره و همکاران در سال ۲۰۱۴ این ابزار را به زبان فارسی ترجمه و در دانشجویان دانشگاه شیراز اجرا کردند. نتایج تحلیل عاملی در ۲۷۷ دانشجوی دانشگاه شیراز تایید هر سه عامل را تایید کرد و در مجموع ۰/۶۵ از واریانس را تبیین کردند. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ در ۲۷۷ دانشجوی دانشگاه شیراز و پایایی بازآزمایی با فاصله ۲۰ روز در ۳۵ نفر از دانشجویان دانشگاه شیراز ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۷۱ بود (۳۰). سلطانی و همکاران در ایران در ۲۹۱ نفر از دانشجویان دانشگاه شیراز روایی این ابزار را به روش تحلیل عاملی اکتشافی در سه عامل تایید کردند، همپنی ضریب آلفای کرونباخ در ۲۷۷ دانشجویان ۰/۷۱ و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ α گزارش شد (۲۳).

در مطالعه حاضر روایی محتوا به روش کیفی مورد تایید نظر ۳ نفر از متخصصان روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی اهواز و همسانی درونی به روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ با شرکت ۳۰ تن از شرکت کنندگان پژوهش حاضر $\alpha = 0/79$ محاسبه شد.

در شروع مطالعه همه افراد "مقیاس تاب آوری کانر-دیویدسون" و "سیاهه انعطاف پذیری شناختی" را به عنوان پیش آزمون تکمیل کردند، سپس افراد گروه مداخله به شیوه گروهی توسط یک روانشناس بالینی با مدرک مربی گری "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" به مدت هشت هفته (۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای) در مرکز درمانی زندان مرکزی شهر اهواز تحت مداخله "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" قرار گرفتند این درمان توسط Hayes و همکاران (۱۱) طراحی شده است و در ایران در قالب یک کتاب تالیفی با عنوان "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" توسط ایزدی و عابدی (۳۱) نگارش شده است. همچنین مرادزاده و پیرخانی (۲۱) در پژوهش خود برای بررسی روایی محتوایی این درمان از نظر متخصصان روانشناسی استفاده کردند.

به طور مختصر در این هشت جلسه بر این محتوا تمرکز شد:

جلسه اول: آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه

در ایران ویژگی های روانسنجی این مقیاس در مطالعه سعادت و همکاران (۲۶) اندازه گیری شده است. روایی محتوایی ۸۵ درصد و میزان همسانی درونی آن به روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در ۲۸۵ تن از دانشجویان ۰/۸۹ و ثبات با بازآزمایی به فاصله دو هفته آن ۰/۷۳ محاسبه شده است (۲۶). روایی و پایایی این مقیاس توسط آهنگرزاده رضایی و رسولی، در سال ۱۳۹۴ بر روی ۲۳۳ تن از نوجوانان شهرهای تهران، ارومیه و اصفهان بررسی شد. شاخص روایی محتوایی ۹۸ درصد و همچنین روایی این مقیاس به روش تحلیل عاملی مورد تایید قرار گرفت و در مجموع ۵ عامل شناسایی شد، همچنین همسانی درونی آن به روش آلفای کرونباخ $\alpha = 0/82$ گزارش شد. (۲۷).

در مطالعه حاضر روایی محتوا به روش کیفی مورد تایید نظر ۳ نفر از متخصصان روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی اهواز و همسانی درونی به روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ با شرکت ۳۰ تن از شرکت کنندگان پژوهش حاضر $\alpha = 0/78$ محاسبه شد.

"سیاهه انعطاف پذیری شناختی" (Cognitive Flexibility Inventory) در سال ۲۰۱۰ توسط Dennis & Vander Wal با ۲۰ عبارت بر اساس طیف لیکرت ۷ عامل از کاملاً مخالفم ۱، مخالفم ۲، کمی مخالفم ۳، نظری ندارم ۴، کمی موافقم ۵، موافقم ۶ و کاملاً موافقم ۷ طراحی شده است. دامنه نمرات در این سیاهه بین ۲۰ تا ۱۴۰ می باشد، نمرات بالا نشان دهنده انعطاف پذیری شناختی بالا است. این سیاهه دارای سه مولفه ادراک گزینه های مختلف (عبارت های: ۳، ۵، ۶، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰)، ادراک کنترل پذیری (عبارت های: ۱، ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۱۵، ۱۷) و ادراک توجیه رفتار (عبارت های ۸، ۱۰) است. روایی همزمان این ابزار در ۵۳۰ دانشجوی آمریکایی با استفاده از "سیاهه افسردگی بک" (Beck Depression Inventory) (۴۹/۰-) و "مقیاس انعطاف پذیری شناختی" (Cognitive Flexibility Scale) (۷۵/۰) بود. همچنین همسانی درونی این سیاهه به روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در ۵۳۰ دانشجوی آمریکایی، ۰/۹۰ محاسبه شده است (۲۸). Johnco و همکاران (۲۹) در مطالعه ای بر روی ۴۷ سالمند مبتلا به اختلال اضطراب-افسردگی و یک نمونه غیر بالینی از ۵۳ سالمند مسن جامعه در کشور آمریکا به این نتیجه رسیدند که میزان انعطاف پذیری شناختی در

شاهرخ ولی زاده و همکاران

کاربرگ استفاده شد و شرکت کنندگان ارزش های خود را در ۸ زمینه نوشتند.

جلسه هفتم: خود به عنوان زمینه (استعاره صفحه شطرنج)، استعاره صفحه شطرنج، یک مداخله اصلی در "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" و راه دیگری برای ارتباط دادن مراجع به تمایز بین محتوا و خود مشاهده ای است، مجدداً ارزش ها صحبت شد.

جلسه هشتم: در این جلسه، تکالیف و ارزش ها با استعاره ها دوباره بررسی شدند، مرور جلسات قبل، ارزیابی تعهد به عمل، در این جلسه از افراد پرسیده شد که چقدر نسبت به حرکت به سوی اعمال طراحی شده متعهد هستید (۱۲). پس اجرای مداخله، مجدد در هر دو گروه "مقیاس تاب آوری کانر-دیویدسون" و "سیاهه انعطاف پذیری شناختی" به عنوان پس آزمون اجرا شد و پس از سه ماه از اتمام مداخله مجدداً از هر دو گروه "مقیاس تاب آوری کانر-دیویدسون" و "سیاهه انعطاف پذیری شناختی" پیگیری دریافت شد. برای گروه کنترل نیز جلسه های "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" برگزار شد. برای آن ها امتیازاتی همچون مرخصی، افزایش ملاقات و تماس تلفنی با خانواده در نظر گرفته شد (همه این امتیازات در فرم رضایت آگاهانه قید شد و در پایان مطالعه به آن ها داده شد).

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان اخذ و برای اجرا و انتشار نتایج پژوهش با تاکید بر اصل محرمانگی توضیحات کاملی ارائه شد. همچنین این پژوهش در کمیته ملی اخلاق، شعبه دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز ثبت شده است. پس از جمع آوری داده ها که سه ماه به طول انجامید، به منظور آزمون فرضیه های پژوهش، از روش تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد. تحلیل های این پژوهش در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۱ انجام شد. شایان ذکر است که سطح معناداری $P < 0.05$ در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این پژوهش میانگین سنی گروه مداخله ۴۵/۲۷ (±۱۳/۱۲)، گروه کنترل ۴۶/۲۳ (±۱۳/۶۹) بود و نتایج آزمون t مستقل نشان داد که بین این دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشت ($P = 0.1864$). در ادامه دیگر یافته های جمعیت شناختی در (جدول ۱) ارائه شده است.

درمانی، بحث در مورد رازداری، صحبت در مورد اهداف، منطق درمان و شروع درمان با درماندگی خلاق بود. در این جلسه از افراد خواسته شد که در یک کاربرگ در ستون اول هیجان و فکر خود را بنویسند، در ستون دوم میزان کنترل پذیری و در ستون سوم نیز به روش هایی که برای کنترل کردن استفاده می کنند، بنویسند.

جلسه دوم: سنجش عملکرد ادامه درماندگی خلاق، از افراد خواسته شد تا ببینند که شیوه های کنترلی چقدر به آن ها کمک کرده است. هدف در این دو جلسه شکستن برنامه کنترل افراد بود. از افراد خواسته شد که در این جلسه میزان موفقیت خود را در کنترل کردن افکار و هیجان هایی که در جلسه اول در کاربرگ شرح داده بودند را مورد قضاوت قرار دهند؛ افراد از تجارب کنترل گری خود در جلسه صحبت کردند.

جلسه سوم: سنجش عملکرد، معرفی کنترل به عنوان یک مساله توضیح داده شد که افکار و احساسات مشکل نیستند، مشکل، کنترل کردن است یعنی وقتی می خواهید آن را کنترل کنید مشکل می شود. در این جلسه برای تفهیم بیشتر موضوع کنترل گری از استعاره های معروف عاشق شدن و صندلی کنترل اضطراب استفاده شد.

جلسه چهارم: مرور واکنش به جلسه قبل، در مورد شیوه های کنترلی صحبت شد و این که همه افکار مهم هستند، اما مهم تر از آن رابطه ما با افکار است. در این جلسه برای تفهیم این موضوع از استعاره لیمو ترش و فیل استفاده شد.

جلسه پنجم: مرور جلسه قبل، ایجاد گسلس شناختی، تمرینات گسلس به افراد کمک می کند تا با افکار به شیوه های متفاوتی تعامل داشته باشند. در این جلسه از تن آرامی و استعاره رژه سربازان استفاده شد.

جلسه ششم: بررسی واکنش به جلسه قبلی خود به عنوان زمینه (صحبت از من و من مشاهده گر)، خود به عنوان زمینه یعنی این که با یک فکر به عنوان یک فکر برخورد کنیم، با یک احساس به عنوان یک احساس برخورد کنیم، بررسی ارزش ها در این قسمت از درمان، به افراد کمک شد تا ارزش هایشان را بسنجند، تکمیل پرسشنامه سنجش ارزش ها این کار را انجام می دهد. در این جلسه جهت تفهیم خود به عنوان زمینه از استعاره تغییر آب و هوا استفاده شد. همچنین جهت شناخت ارزش ها از یک

جدول ۱: مقایسه اطلاعات جمعیت شناختی در گروه مداخله و کنترل

متغیر	مداخله (۱۵)	گروه کنترل (۱۵)	P
وضعیت تاهل			
مجرد	۶	۶	***.۰/۹۰۲
متاهل	۷	۸	
مطلقه	۲	۱	
وضعیت اشتغال			
آزاد	۷	۷	***.۰/۹۹۵
کارمند	۴	۵	
بیکار	۴	۳	
وضعیت سابقه کیفری			
بله	۸	۷	**.۰/۷۱۵
خیر	۷	۸	
وضعیت تحصیلات			
زیر دیپلم	۶	۷	***.۰/۲۷۱
دیپلم	۶	۶	
کارشناسی	۳	۲	

آزمونهای آماری: **آزمون خیدو و ***آزمون دقیق فیشر

ماتریس های کوواریانس نشان داد که متغیرهای تاب آوری (Box's $M=10/901, P=0/142$) و انعطاف پذیری شناختی (Box's $M=14/055, P=0/054$) در شرکت کنندگان معنادار نیست، بر این اساس این پیش فرض برقرار می باشد ($P>0/05$). نتایج آزمون لون نشان داد که همگونی واریانس ها در متغیرهای تاب آوری و انعطاف پذیری شناختی برقرار می باشد ($P<0/05$). نتایج آزمون کرویت ماچلی نشان داد که مقدار P آزمون در متغیرهای تاب آوری ($W=0/968$) ماچلی، $=0/869$ تخمین خی دو، $=2$ درجه آزادی، ($P=0/648$) و انعطاف پذیری شناختی ($W=0/983$) ماچلی، $=0/474$ تخمین خی دو، $=2$ درجه آزادی، ($P=0/789$) معنادار نمی باشد ($P>0/05$).

نتایج (جدول ۱) گویای این است که گروه های مداخله و کنترل در متغیرهای جمعیت شناختی تفاوتی با یکدیگر ندارند؛ بر این اساس این مطالعات نقش مخدوش کننده ای در اثر متغیر مستقل بر وابسته ندارند. جهت بررسی معناداری تغییرات نمرات در متغیرهای پژوهش از آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد. نتایج در ادامه گزارش شده است. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی پیش فرض طبیعی بودن توزیع داده ها نشان داد که مقدار آماره آزمون شاپیرو-ویلک در گروه ها در متغیرها معنادار نیست. به عبارت دیگر، داده ها دارای توزیع نرمال است ($P>0/05$). نتایج آزمون باکس جهت بررسی پیش فرض همسانی

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر در متغیرهای تاب آوری و انعطاف پذیری شناختی در مراحل سنجش

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر
تاب آوری	زمان	۱۷۸۷/۲۲۲	۲	۸۹۳/۶۱۱	۶۲/۵۴۶	<0/001	0/۶۹۱
	زمان*گروه	۱۰۹۹/۳۵۶	۲	۵۴۹/۶۷۸	۳۸/۴۷۳	<0/001	0/۵۷۹
	خطا	۸۰۰/۰۸۹	۵۶	۱۴/۲۸۷			
انعطاف پذیری شناختی	بین گروهی	۲۲۴۰/۰۱۱	۱	۲۲۴۰/۰۱۱	۳۳/۴۷۵	<0/001	0/۵۴۵
	زمان	۲۲۳۳/۴۰۰	۲	۱۱۱۶/۷۰۰	۱۱/۶۳۷	<0/001	0/۲۹۴
	زمان*گروه	۵۷۶۹/۳۵۶	۲	۲۸۸۴/۶۷۸	۳۰/۰۶۰	<0/001	0/۵۱۸
	خطا	۵۳۷۳/۹۱۱	۵۶	۹۵/۹۶۳			
	بینگروهی	۶۲۸۳/۳۷۸	۱	۶۲۸۳/۳۷۸	۱۸/۶۵۶	<0/001	0/۴۰۰

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر در (جدول ۲) ارائه شده است. نتایج نشان داد که بین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیرهای تاب آوری

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر در (جدول ۲) ارائه شده است. نتایج نشان داد که بین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیرهای تاب آوری

شاهرخ ولی زاده و همکاران

اثرات بین گروهی مشخص شد که روند تغییرات در هر یک از گروه های پژوهش به چه شکل بوده است. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر در قسمت تغییرات بین گروهی در (جدول ۲) ارائه شده است. نتایج حاکی از آن است که تفاوت معناداری بین دو گروه در متغیرهای تاب آوری ($F=33/475, P=0/001$) و انعطاف پذیری شناختی ($F=18/656, P=0/001$) وجود دارد ($P<0/05$). همانطور که مشاهده می شود به ترتیب حدود ۵۴٪ و ۴۰٪ درصد از تفاوت های مشاهده در در متغیرهای تاب آوری و انعطاف پذیری شناختی ناشی از عضویت گروهی (مداخله) می باشد.

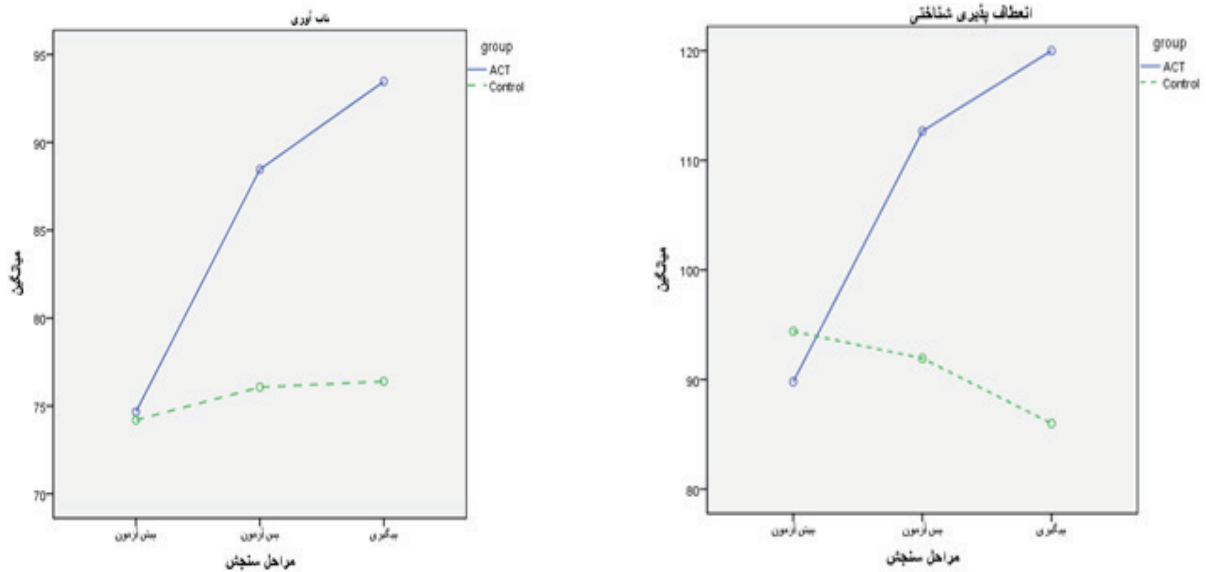
از مرحله پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری (اثر متقابل زمان و گروه) در گروه ها متفاوت بوده است. اندازه اثر مداخله در متغیرهای تاب آوری و (انعطاف پذیری شناختی) در طول زمان ۶۹٪ (۲۹٪) و در اثر متقابل زمان و گروه ۵۷٪ (۵۱٪) محاسبه شد. معناداری اثر متقابل زمان و گروه نشان می دهد، تغییرات متغیرها در دو گروه مداخله و کنترل روند متفاوتی را دنبال می کنند. به عبارتی، یافته های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری در میانگین متغیرهای مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیرها طی مراحل ارزیابی در دو گروه مورد مطالعه یکسان نبوده است. در ادامه با بررسی

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات تاب آوری و انعطاف پذیری شناختی در گروه های مداخله و کنترل طی مراحل سنجش و مقایسه آن ها

متغیر	گروه ها	مراحل آزمون			آزمون تبعی بونفرونی		
		پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون تا پیش آزمون	پیش آزمون تا پیگیری	پس آزمون تا پیگیری
		میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	$P=0/001$	$P<0/05$	$P<0/05$
تاب آوری	مداخله	۷۴/۶۷ \pm ۵/۵۷	۸۸/۴۷ \pm ۶/۴۲	۹۳/۴۷ \pm ۴/۷۴	$P=0/001$	$P<0/05$	$P=0/002$ ۵/۰۰۰
	کنترل	۶۳/۹۸ \pm ۴/۲۶	۷۶/۰۷ \pm ۵/۲۰	۷۶/۴۰ \pm ۶/۱۲	$P=0/001$	$P<0/05$	$P=0/001$ ۰/۳۳۳
	مقایسه دو گروه	$P=0/799$	$P=0/001$	$P=0/001$	-	-	-
انعطاف پذیری شناختی	مداخله	۸۹/۸۰ \pm ۹/۶۹	۱۱۲/۶۷ \pm ۱۰/۴۹	۱۲۰/۰۰ \pm ۱۰/۳۱	$P=0/001$	$P<0/05$	$P=0/026$ ۹۷/۳۳۳
	کنترل	۹۴/۴۰ \pm ۹/۱۴	۹۱/۹۳ \pm ۱۱/۹۵	۸۶/۰۰ \pm ۹/۵۸	$P=0/001$	$P<0/05$	$P=0/001$ ۵/۹۹۳
	مقایسه دو گروه	$P=0/451$	$P=0/001$	$P=0/001$	-	-	-

شد، نتایج نشان داد که بین گروه ها در مرحله پیش آزمون در متغیرهای تاب آوری ($P=0/799$) و انعطاف پذیری شناختی ($P=0/451$) تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>0/05$)، اما در مرحله پس آزمون و پیگیری بین دو گروه در متغیرهای تاب آوری و انعطاف پذیری شناختی تفاوت معناداری وجود دارد ($P<0/05$).

جهت مقایسه تغییرات گروهها در مراحل مختلف آزمون از آزمون تبعی بن فرونسی استفاده شده است، نتایج آن در (جدول ۳) ارائه شده است. نتایج (جدول ۳) حکایت از این دارد که میانگین بین پیش آزمون با پس آزمون، پیش آزمون با پیگیری و پس آزمون با پیگیری فقط در گروه مداخله معنادار است ($P<0/05$). همچنین جهت مقایسه هر یک مراحل سنجش در دو گروه از آزمون t مستقل استفاده



شکل ۱: روند تغییرات متغیرهای تاب آوری و انعطاف پذیری شناختی در گروه های مداخله و کنترل در مراحل سنجش

Lee و همکاران در یک فراتحلیل نشان دادند که "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" از اندازه اثر خوبی برای گروه های پرخطر همچون زندانیان و افراد مبتلا به سوء مصرف مواد برخوردار است (۳۳).

در تبیین اثربخشی "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" بر تاب آوری، می توان گفت با توجه به اینکه "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" در طول مداخله از مهارت های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف پذیری روانشناختی استفاده می کند، زمینه برای تقویت توانایی افراد برای مواجهه با تجاربشان در زمان حال را فراهم می سازد که افراد به شیوه ای عمل کنند که منطبق با ارزش هایشان باشد. همچنین ارتباط با تجارب زمان حال به افراد کمک می کند که تغییرات و تجربیات را همانگونه که در لحظه حال در جریان هستند تجربه کنند، نه آنگونه که ذهن پیش از تجربه واقعی مفهوم سازی کرده است. در نتیجه این سبک ارتباطی با مشکلات افراد مستعد پذیرش شرایط دشوار و تجارب دردناک می کند و به آن ها کمک می کند که پاسخ های سازگارانانه توأم با تاب آوری به تجارب و رویدادها بدهند (۳۴). با توجه به اینکه زندانیان عمدتاً درگیر مشکلات روانشناختی هستند کمتر از مهارت های مقابله ای سازگارانانه برخوردار هستند این درمان به آن ها کمک می کند که پذیرش شرایط سخت را به عنوان یک روش مقابله ای موثر در شرایطی که تغییر میسر نیست در گزینه های ذهنی خود قرار دهند که به نوبه خود نقش موثری بر افزایش تاب آوری آن ها دارد.

در ادامه روند تغییرات، نمرات تاب آوری و انعطاف پذیری شناختی افراد در سه مرحله سنجش در (شکل ۱) ارائه شده است. بررسی بصری (شکل ۱) نشان می دهد که هر دو گروه در مرحله پیش آزمون تقریباً نزدیک به یکدیگر بودند، اما در در مرحله پس آزمون و پیگیری، میانگین گروه مداخله افزایش داشته است. در مقابل پس آزمون و پیگیری گروه کنترل، نسبت به پیش آزمون کاهش داشته است و یا ثابت مانده است و تغییرات چشم گیری مشاهده نمی شود. طبق (شکل ۱) می توان نتیجه گرفت که مداخله در طول زمان بر متغیرهای تاب آوری و انعطاف پذیری شناختی اثر افزایشی داشته است.

بحث

مطالعه حاضر با هدف اثربخشی "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" بر تاب آوری و انعطاف پذیری شناختی در نمونه ای از زندانیان شهر اهواز انجام شد. نتایج نشان داد که "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" یک مداخله کارآمد بر افزایش تاب آوری زندانیان است، در این زمینه نتیجه مطالعه حاضر با مطالعات مقبل اصفهانی و حقایق (۱۴)، زرین فر و همکاران (۱۵)، فراهانی و حیدری (۱۶) و Lanza و همکاران (۱۷) همسو است. در مطالعاتی مشابه González-Menéndez و همکاران نشان دادند که "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" اثرات طولانی مدتی بر بهبود زندانیان مبتلا به سوء مصرف مواد دارد و به ارتقاء کیفیت زندگی آن ها کمک کرده است (۳۲). همچنین در مطالعه دیگری

شاهرخ ولی زاده و همکاران

دهند و یا از آن‌ها اجتناب کنند، با آن‌ها رو به رو می‌شوند. این امر باعث می‌شود که تاثیر این افکار و احساسات بر عملکرد رفتاری آن‌ها کاهش یابد (۳۷). بر این اساس می‌توان اینگونه استنباط کرد که انجام رفتارهای مجرمانه به نوعی ناشی از افزایش اجتناب تجربی و سطح پایین پذیرش است، بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" با داشتن این ظرفیت‌ها باعث افزایش تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی در زندانیان شده و می‌تواند پیامدهایی در جهت اصلاح و کاهش تکرار جرم در آن‌ها داشته باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد"، باعث افزایش تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری شناختی زندانیان شده است. بر این اساس پیشنهاد می‌شود سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی از این مداخله روانشناختی برای ارتقاء سلامت روانشناختی زندانیان استفاده کنند. هرگونه تماس و آشنایی قبلی اعضای گروه کنترل با گروه مداخله در خارج از جلسات درمانی ممکن است نتایج درمانی این پژوهش را تحت تاثیر قرار داده باشد، که از محدودیت‌های این مطالعه می‌باشد. علاوه بر این، شیوه نمونه‌گیری در دسترس و اجرای آن تنها برای یک گروه از افراد (مردان) از محدودیت‌های دیگر این پژوهش است. لذا در تعمیم نتایج باید احتیاط لازم در نظر گرفته شود.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی رشته روانشناسی آقای شاهرخ ولی زاده به راهنمایی آقای دکتر بهنام مکنونی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز می‌باشد. عنوان رساله با شناسه IR.IAU.AHVAVZ.REC.1398.013 در کمیته ملی اخلاق، شعبه دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز ثبت شده است. این پژوهش با همکاری مرکز آموزش و پژوهش زندان‌ها در استان خوزستان و زندان مرکزی شهر اهواز انجام شد، لذا از مسئولین محترم سازمان زندان‌های استان خوزستان و شرکت کنندگان در این پژوهش، تقدیر و تشکر می‌شود.

نتیجه دیگر این مطالعه نشان داد که "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی زندانیان اثر دارد. در این زمینه نتیجه مطالعه حاضر همسو با مطالعات کبیری نسب و عبدالله زاده (۲۰)، مرادزاده و پیرخائف (۲۱) و فصیحی و همکاران (۲۲) است. در واقع نتایج حاضر و مطالعات پیشین در یک راستا می‌باشد، همچنین در بررسی پیشینه مطالعه‌ای یافت نشد که نتایجی مغایر با مطالعه حاضر باشد. مبنای اصلی "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" این است که بخش بزرگی از مشکلات روانشناختی ناشی از اجتناب تجربی است. یعنی گرایش شخص به اینکه از تجارب ناخواسته مثل افکار، امیال هیجان‌های خود دوری کند و سعی کند آن‌ها را کنترل کند، در نتیجه در این درمان اجتناب تجربی مورد هدف درمانگر قرار می‌گیرد تا میزان انعطاف‌پذیری روانشناختی فرد افزایش یابد (۳۵). بررسی مطالعات پیشین گویای این است که گرایش به رفتارهای خرابکارانه، بزهکاری و سوء مصرف الکل و مواد که در زندانیان شایع می‌باشد، ناشی از به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی است؛ برای این منظور که فرد توانایی مواجهه با رویدادها و تجارب را در خود نمی‌بیند (۱۷).

در تبیین نقش "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی می‌توان گفت که این درمان به واسطه کاهش اجتناب تجربی از طریق فرایند پذیرش و گسلش شناختی به افراد کمک می‌کند که به طور تجربی با همه تجارب و رویدادها رو به رو شوند. همچنین پرورش خودآگاهی از طریق خنثی کردن درگیری مفرط با شناخت‌های معیوب همچون کنترل‌گری افراطی و تصریح ارزش‌های شخصی، در افزایش انعطاف‌پذیری شناختی افراد موثر است (۱۱). هدف "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" افزایش تفکر واقع‌نگر، مؤثر و منطقی یا تشویق احساسات نیست بلکه یکی دیگر از اهداف این درمان بر کاهش اجتناب از این تجربیات روانشناختی و افزایش آگاهی از آن‌ها به خصوص تمرکز بر لحظه حال و پیش گرفتن روشی غیر ارزیابانه است، که به انعطاف‌پذیری شناختی و تاب‌آوری افراد کمک می‌کند (۳۶).

در مجموع در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت در سطوح بالای پذیرش افراد نسبت به احساسات و هیجان‌های خود، خودآگاهی دارند و بدون آنکه تلاشی برای مهار آن‌ها انجام

Reference

1. Chen XJ, Hannibal N, Gold C. Randomized trial of group music therapy with Chinese prisoners: impact on anxiety, depression, and self-esteem. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 2016; 60 (9): 1064-1081. <https://doi.org/10.1177/0306624X15572795> PMID:25733743
2. Picken J. The coping strategies, adjustment and well-being of male inmates in the prison environment. *Internet Journal of Criminology*. 2012; 29: 1-22.
3. Azizi SY, Taati G M, Moradi R. [The prevalence of mental disorders among male prisoners referred to the Clinic of Central Prison of Hamedan, Iran]. *Military Caring Sciences Journal*. 2018; 4 (4): 272-280. <https://doi.org/10.29252/mcs.4.4.272>
4. Lipsey MW, Cullen FT. The effectiveness of correctional rehabilitation: A review of systematic reviews. *Annual Review of Law and Social Science*. 2007; 3 (1): 297-320. <https://doi.org/10.1146/annurev.lawsocsci.3.081806.112833>
5. Leigh-Hunt N, Perry A. A systematic review of interventions for anxiety, depression, and PTSD in adult offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 2015; 59 (7): 701-25. <https://doi.org/10.1177/0306624X13519241> PMID:24441030
6. Chen C, Li C, Wang H, Ou JJ, Zhou JS, Wang XP. Cognitive behavioral therapy to reduce overt aggression behavior in Chinese young male violent offenders. *Aggressive Behavior*. 2014; 40 (4): 329-336. <https://doi.org/10.1002/ab.21521> PMID:24375428
7. Khodayarifard M, Shokoohi-Yekta M, Hamot GE. Effects of individual and group cognitive-behavioral therapy for male prisoners in Iran. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 2010; 54(5): 743-55. <https://doi.org/10.1177/0306624X09344840> PMID:19721059
8. Chen XJ, Hannibal N, Gold C. Randomized trial of group music therapy with Chinese prisoners: impact on anxiety, depression, and self-esteem. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 2016; 60 (9): 1064-1081. <https://doi.org/10.1177/0306624X15572795> PMID:25733743
9. Gold C, Assmus J, Hjørnevik K, Qvale LG, Brown FK, Hansen AL, Waage L, Stige B. Music therapy for prisoners: Pilot randomized controlled trial and implications for evaluating psychosocial interventions. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 2014; 58 (12): 1520-1539. <https://doi.org/10.1177/0306624X13498693> PMID:23985355
10. Hayes SC, Follette VM, Linehan M, editors. *Mindfulness and acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition*. Guilford Press; 2004.
11. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change*. Guilford Press; 2011.
12. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and Commitment Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association; 2009.
13. Moran DJ. ACT for leadership: Using acceptance and commitment training to develop crisis-resilient change managers. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 2011; 7 (1): 66-75. <https://doi.org/10.1037/h0100928>
14. Moghbel Esfahani S, Haghayegh S A. [The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Resilience, meaning in life, and family function in family caregivers of patients with Schizophrenia]. *Horizon Med Sci*. 2019; 25 (4): 298-311.
15. Zarinfar E, Balooti A, Mirzavandi J. [Effect of training based on Acceptance and Commitment on Flexibility, perceived stress and resilience of female Employees of Hospital]. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*. 2019; 5(4): 26-33.
16. Farahani M, Heydari H. [The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Resiliency of MS patients]. *Frooyesh*. 2018; 7 (6): 149-162.
17. Lanza PV, Menéndez AG. Acceptance and Commitment Therapy for drug abuse in incarcerated women. *Psicothema*. 2013; 25(3): 307-312.
18. Perone S, Almy B, Zelazo PD. Toward an understanding of the neural basis of executive function development. in *The Neurobiology of Brain and Behavioral Development 2018* (pp. 291-314). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-804036-2.00011-X>
19. Diamond A. Executive functions. *Annual Review of Psychology*. 2013; 64:68- 135. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>

- PMid:23020641 PMCID:PMC4084861
20. Kabirinasab Y, Abdollahzadeh H. [Effects of training mindfulness-based acceptance and commitment on cognitive flexibility and resilience of the elderly in Behshahr City]. *Advances in Cognitive Science*. 2017 ;19 (4): 7-20.
 21. Moradzadeh F, Pirkhaef A. [Effect of Acceptance and Commitment Training on Cognitive Flexibility and Self-compassion among Employees of the Welfare Office of Varamin City]. *Journal of Health Promotion Management*. 2018; 7 (3): 46-52.
 22. Fasihi R, Asadi J, Hassanzadeh R, Derakhshanpour F. [Acceptance and Commitment Therapy on cognitive flexibility on Gorgan University of Medical Sciences Students]. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2019; 45(9): 45-49.
 23. Soltani E, Shareh H, Bahrainian SA, Farmani A. [The mediating role of cognitive flexibility in correlation of coping styles and resilience with depression]. *Pajoohande*. 2013; 18 (2): 88-96.
 24. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003; 18 (2): 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113> PMid:12964174
 25. Yu XN, Lau JT, Mak WW, Zhang J, Lui WW. Factor structure and psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale among Chinese adolescents. *Comprehensive psychiatry*. 2011; 52 (2): 218-24. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.05.010> PMid:21295229
 26. Saadat S, Etemadi O, Nilforooshan P. [The relationship between resilience and attachment styles with academic]. *Research in Medical Education*. 2015; 7 (4): 46-55. <https://doi.org/10.18869/acadpub.rme.7.4.46>
 27. Ahangarzadeh Rezaei S, Rasouli M. [Psychometric properties of the Persian Version of "Connor-Davidson Resilience Scale" in adolescent with cancer]. *J Urmia Nurs Midwife Fac*. 2015; 13 (9): 739-47.
 28. Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy and Research*. 2010; 34 (3): 241-53. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9276-4>
 29. Johnco C, Wuthrich VM, Rapee RM. Reliability and validity of two self-report measures of cognitive flexibility. *Psychological Assessment*. 2014; 26 (4): 1381-1387. <https://doi.org/10.1037/a0038009> PMid:25265414
 30. Shareh H, Farmani A, Soltani E. Investigating the reliability and validity of the Cognitive Flexibility Inventory (CFI-I) among Iranian University Students. *Practice in Clinical Psychology*. 2014; 2 (1) :43-50. <https://doi.org/10.5430/ijelt.v1n2p53>
 31. Izadi R, Abedi M. [Treatment Based on Admission and Commitment]. Tehran Jangal Publication; 2015.
 32. González-Menéndez A, Fernández P, Rodríguez F, Villagrà P. Long-term outcomes of acceptance and commitment therapy in drug-dependent female inmates: a randomized controlled trial. *Int J Clin Health Psychol*. 2014; 14 (1): 18-27. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(14\)70033-X](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(14)70033-X)
 33. Lee EB, An W, Levin ME, Twohig MP. An initial met analysis of acceptance and commitment therapy for treating substance use disorders. *Drug Alcohol Depend*. 2015; 15 (1): 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.004> PMid:26298552
 34. Twohig MP, Ong CW, Krafft J, Barney JL, Levin ME. Starting off on the right foot in acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy*. 2019; 56 (1): 16. <https://doi.org/10.1037/pst0000209> PMid:30816758
 35. Vowles KE, Wetherell JL, Sorrell JT. Targeting acceptance, mindfulness, and values-based action in chronic pain: findings of two preliminary trials of an outpatient group-based intervention. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2009; 16 (1): 49-58. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.08.001>
 36. Afshari A. [Comparison of the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy and Mind-Fullness Therapy on Women's Resilience in repeated Abortions]. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2018; 6(4): 10-17.
 37. Rahmanian M, Nejatali R, Oraki M. [The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in cognitive emotion regulation and concerns of body image in females with Bulimia Nervosa]. *Journal of Health Promotion Management*. 2018; 7 (4) :33-40