

وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

دانشگاه بین‌المللی امام خمینی



IMAM KHOMEINI
INTERNATIONAL UNIVERSITY

دانشکده علوم اجتماعی

گروه روان شناسی

بررسی تأثیر روان درمانی بین فردی گروهی کوتاه مدت بر کاهش علائم افسردگی و بهزیستی روانی در زندانیان زن

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد رشته‌ی روان شناسی

گرایش عمومی

فاطمه احمدی سبزواری

استاد راهنما:

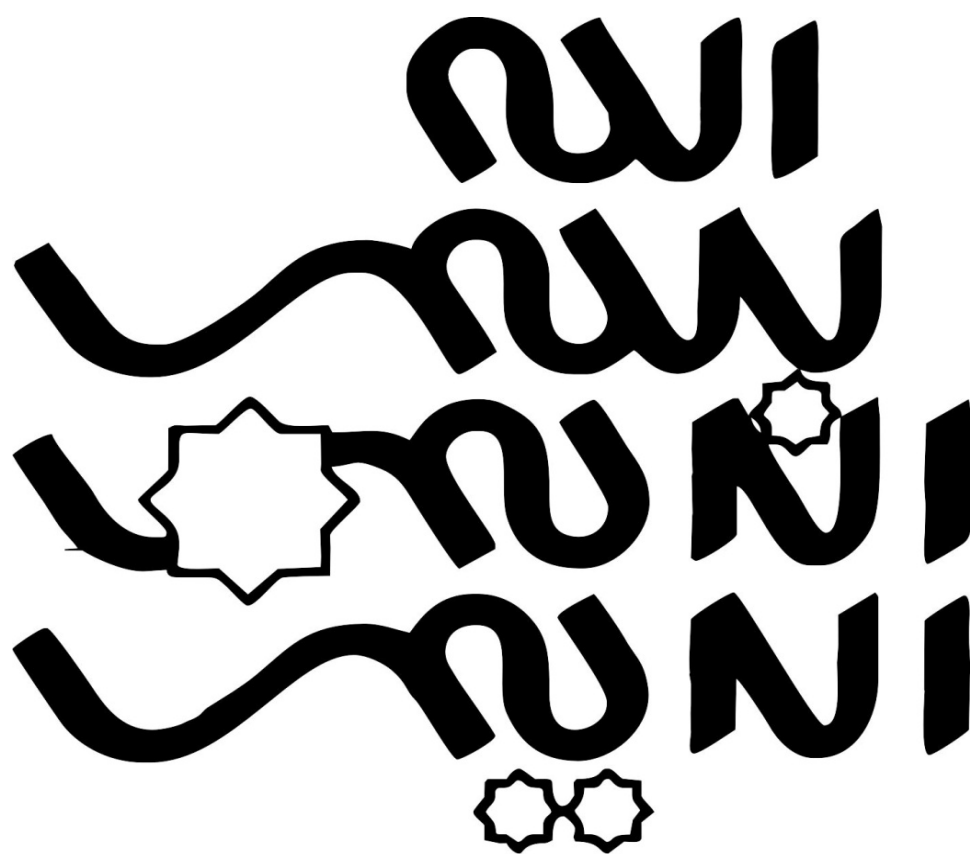
دکتر محمدرضا جلالی

استاد مشاور:

دکتر علیرضا کاکاوند

دی / ۱۳۹۲

וזה
שנה
ומנה
ומנה

The text is arranged in four horizontal rows. The first row contains the word 'וזה' (Uzeh). The second row contains 'שנה' (Shana), preceded by a long, wavy line. The third row contains 'ומנה' (Uvmanah), with a large, hollow, eight-pointed star on the left and a smaller one on the right. The fourth row contains 'ומנה' (Uvmanah), preceded by a long, wavy line. Below the fourth row, there are two small, hollow, eight-pointed stars side-by-side.

تقدیم به پدر و مادرم

من لم يشكر المخلوق لم يشكر الخالق

با حمد و سپاس خداوند مهربان و دورود بیکران بر پیامبران و اولیای الهی.

از باب اخلاص و قدرشناسی بر خود لازم می دانم از زحمات تمام کسانی که به نوعی در انجام این پژوهش مرا یاری کردند تشکر نمایم.

به این وسیله از زحمات استاد راهنمای محترم خود جناب آقای دکتر محمدرضا جلالی و استاد مشاور این پایان نامه جناب آقای دکتر علیرضا کاکاوند، که با راهنمایی ها و حمایت های خود مرا در نگارش و به انجام رساندن این پایان نامه یاری رساندند، کمال قدردانی و امتنان را دارم.

از جناب آقای دکتر علی محمد موسوی و دکتر مرتضی خضری نیز که در جلسه دفاع پایان نامه این جانب زحمت مطالعه ، ارزیابی و داوری را تقبل نمودند تشکر نموده و سپاس گذارشان خواهم بود.

همچنین از همراهی و لطف مسئولین و کارمندان شورای تحقیقات اداره کل زندان های شهرستان خرم آباد که با مساعدت خود مرا یاری نمودند، سپاس گذاری می نمایم.

چکیده

این پژوهش به منظور اثر بخشی روان درمانی بین فردی گروهی کوتاه مدت (IPT) بر کاهش علائم افسردگی زندانیان زن و بهزیستی روانی انجام پذیرفته است. روش پژوهش نیمه آزمایشی و با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بوده است. جامعه آماری این پژوهش شامل ۵۳ نفر از زندانیان زن ساکن در زندان مرکزی شهر خرم آباد بوده است، از بین این ۵۳ نفر تعداد ۱۶ نفر که نمره افسردگی بالایی داشتند به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (۸ نفر) و کنترل (۸ نفر) جایگزین شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش عبارت است از: پرسش نامه افسردگی بک-II، پرسش نامه بهزیستی روانی ۵۴ ماده‌ای ریف و بسته آموزشی IPT است. گروه آزمایش در مدت ۸ جلسه، هفته ای یک جلسه، فنون IPT را آموزش دیدند و گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. در پایان دوباره آزمون ها برای همه افراد نمونه (۱۶ نفر) اجرا گردید. پس از گردآوری پرسش نامه ها، داده های به دست آمده با استفاده از روش های آماری تحلیل کواریانس و به وسیله نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته ها نشان دادند که روان درمانی بین فردی گروهی می تواند در سطح معنی داری ($p < 0/000$)، $0/05$ در کاهش افسردگی زنان زندانی مؤثر باشد. همچنین، در سطح معنی داری ($p < 0/02$)، $0/05$ ، باعث بهبود بهزیستی روانی در زندانیان زن گردید.

واژگان کلیدی: افسردگی، بهزیستی روانی، روان درمانی بین فردی، زندانیان زن

فهرست

۱	فصل اول: کلیات پژوهش
۱-۱-۱-۱	مقدمه
۱-۲-۱	شرح و بیان مسأله
۱-۳-۱	اهمیت و ضرورت پژوهش
۱-۴-۱	هدف های پژوهش
۱-۴-۱-۱	هدف های اصلی
۱-۴-۲-۱	هدف های فرعی
۱-۵-۱	فرضیه ها و سؤال های پژوهش
۱-۵-۱-۱	فرضیه های اصلی
۱-۶-۱	تعریف های نظری
۱-۶-۱-۱	افسردگی
۱-۶-۲-۱	بهبودی روانی
۱-۶-۲-۱	روان درمانی بین فردی
۱-۷-۱	تعریف های عملیاتی
۱-۷-۱-۱	افسردگی
۱-۷-۲-۱	بهبودی روانی
۱-۷-۳-۱	روان درمانی بین فردی
۱۱	فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه ی پژوهشی
۱۲	مقدمه

۱۲	۱-۲- افسردگی.....
۱۴	۱-۱-۲- تعریف افسردگی.....
۱۵	۱-۲- ۲- ویژگی های بالینی عمده افسردگی.....
۱۶	۱-۲- ۳- طبقه بندی افسردگی بر اساس DSM – IV-TR.....
۱۸	۱-۲- ۴- علائم افسردگی.....
۲۰	۱-۲- ۵- شیوع افسردگی.....
۲۱	۱-۲- ۶- افسردگی و جنسیت.....
۲۲	۱-۲- ۷- شرایط ((همایندهای افسردگی)).....
۲۳	۱-۲- ۸- افسردگی و ارتکاب جرم.....
۲۴	۱-۲- ۹- سبب شناسی افسردگی.....
۲۴	۱-۲- ۱۰- نظریه های زیست شناختی افسردگی.....
۲۵	۱-۲- ۱۱- دیدگاه روان پویایی و افسردگی.....
۲۷	۱-۲- ۱۲- نظریه رفتاری و افسردگی.....
۲۹	۱-۲- ۱۳- نظریه شناختی درباره افسردگی.....
۳۱	۱-۲- ۱۴- دیدگاه اگزستانسیالیستی درباره ی افسردگی.....
۳۲	۱-۲- ۱۵- نظریه های فرهنگی - اجتماعی درباره ی افسردگی.....
۳۳	۲-۲- بهزیستی روان شناختی.....
۳۳	۲-۲- ۱- مقدمه.....
۳۵	۲-۲- ۲- موضع گیری های نظری در خصوص بهزیستی.....

فهرست

۳۷	۳-۲-۲ بهزیستی لذت گرا.....
۳۷	۴-۲-۲ بهزیستی فضیلت گرا: مفهوم توان بالقوه فردی.....
۳۹	۵-۲-۲ نظریه ریف و همکاران در خصوص بهزیستی.....
۴۳	۶-۲-۲ شخصیت ، تفاوت های فردی و بهزیستی.....
۴۵	۷-۲-۲ رابطه بین سلامت جسمانی و بهزیستی.....
۴۶	۸-۲-۲ ارتباط بین بهزیستی ذهنی و بهزیستی روان شناختی.....
۴۷	۹-۲-۲ رویکردهای افزایش بهزیستی روان شناختی.....
۴۸	۱۰-۲-۲ مفهوم بهزیستی در الگوی سلامت.....
۴۹	۱۱-۲-۲ سیر تحول درمان بهزیستی روانی.....
۵۲	۳-۲ بزه کاری زنان.....
۵۲	۱-۳-۲ مقدمه.....
۵۳	۲-۳-۲ علت بزه کاری در زنان.....
۵۴	۳-۳-۲ پیامدهای زندان بر زنان.....
۵۵	۴-۲ روان درمانی.....
۵۵	۱-۴-۲ مقدمه.....
۵۶	۲-۴-۲ گروه درمانی.....
۵۸	۳-۴-۲ روان درمانی بین فردی.....
۶۰	۴-۴-۲ اهداف روان درمانی بین فردی گروهی در زندان.....
۶۱	۵-۴-۲ فرایند روان درمانی بینفردی.....

فهرست

۶۵	۶-۴-۲ تکنیک های روان درمانی بین فردی
۶۷	۵-۲- پیشینه پژوهشی
۶۷	۱-۵-۲ پژوهش های خارجی
۷۱	۲-۵-۲ پژوهش های داخلی
۷۴	۶-۲- نتیجه گیری
۷۶	فصل سوم: روش پژوهش
۷۷	۱-۳- طرح تحقیق
۷۷	۲-۳- جامعه آماری
۷۸	۳-۳- روش نمونه گیری
۷۸	۱-۳-۳ ملاک های ورود
۷۹	۲-۳-۳ ملاک های خروج
۷۹	۴-۳- ابزار پژوهش
۷۹	۱-۴-۳ آزمون افسردگی بک -II
۸۰	۲-۴-۳ آزمون بهزیستی روانی ریف
۸۰	۲-۴-۳ ابزار درمانی جلسه های روان درمانی بین فردی
۸۵	۵-۳- فرایند و روش اجرای تحقیق
۸۵	۶-۳- روش های آماری تحلیل داده ها
۸۶	فصل چهارم : نتایج تحقیق
۸۷	۱-۴- مقدمه

فهرست

۸۷	۲-۴- یافته های اصلی پژوهش.....
۸۷	۲-۴-۱- توصیف داده ها.....
۹۱	۳-۴- پیش فرض تساوی واریانس ها.....
۹۲	۴-۴- فرضیه های اصلی.....
۹۲	۴-۴-۱- فرضیه اصلی اوّل.....
۹۲	۴-۴-۲- فرضیه اصلی دوّم.....
۹۳	۵-۴- یافته های فرعی.....
۹۶	۶-۴- یافته های کیفی.....
۹۷	فصل پنجم : نتیجه گیری
۹۸	۵-۱- مقدمه.....
۹۹	۵-۲- جمع بندی و تبیین.....
۱۰۴	۵-۳- محدودیت های پژوهش.....
۱۰۴	۵-۴- پیشنهاد های پژوهش.....
۱۰۱	پیوست.....
۱۱۳	منابع.....

فهرست جداول

- جدول ۲- ۱ ملاک های افسردگی بر اساس DSM-IV ۱۸
- جدول ۳- ۱ طرح کلی پژوهش تجربی ۷۷
- جدول ۳- ۲ شرح جلسات روان درمانی بین فردی ۸۱
- جدول ۴- ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمره های افسردگی دو گروه آزمایش و کنترل ۸۸
- جدول ۴- ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمون بهزیستی روان شناختی دو گروه آزمایش و کنترل ۸۹
- جدول ۴- ۳ میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه های بهزیستی روان شناختی در گروه های کنترل و آزمایش ۹۰
- جدول ۴- ۴ نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس های گروه های جامعه ۹۲
- جدول ۴- ۵: تحلیل کوواریانس تأثیر روان درمانی بین فردی بر افسردگی و بهزیستی روانی دو گروه کنترل و آزمایش ۹۳
- جدول ۴- ۶ نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس گروه ها ۹۴
- جدول ۴- ۷ نتایج آزمون کوواریانس چند متغیره تفاوت دو گروه کنترل و آزمایش در مؤلفه های بهزیستی روان شناختی ۹۴
- جدول ۴- ۸ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره روی میانگین تفاوت نمره های پیش آزمون و پس آزمون خرده مقیاس های بهزیستی روان شناختی در گروه آزمایش و کنترل ۹۵

فهرست نمودار و اشکال

شکل ۲-۱۱ الگوی ریف در خصوص سازه بهزیستی روانشناختی..... ۴۱

شکل ۴-۱ میانگین و انحراف استاندارد نمره های آزمون بهزیستی روانشناختی در گروه های آزمایش و کنترل ۸۶

شکل ۴-۲ مقایسه میانگین نمرات مؤلفه های بهزیستی روانشناختی دو گروه کنترل و آزمایش درپس آزمون.. ۹۱



فصل اول: کلیات پژوهش

۱-۱- مقدمه

در میان افرادی که به خاطر مشکلات روان شناختی به کلینیک ها مراجعه می کنند، افراد افسرده بیش از دیگران هستند این در حالی است که برخی تحقیقات نشان می دهند که ۶ تا ۱۹ درصد از کسانی نیز که برای حل مشکلات شان در پی کمک نیستند افراد افسرده هستند (ساراسون و ساراسون^۱، ۱۳۷۷).

تقریباً هر کسی افسرده^۲ می شود. اکثر ما در دوره هایی از زندگی احساس غمگینی، خستگی و بی علاقه گی حتی در فعالیّت های لذّت بخش می کنیم. افسردگی در برخورد با بسیاری از فشارهای روانی زندگی پاسخی بهنجار محسوب می شود. وضعیّت هایی که بیشتر اوقات موجب افسردگی می شوند عبارتند از: شکست در کار یا تحصیل، از دست دادن شخصی که دوست داریم یا پی بردن به این که بیماری یا پیری توانایی های ما را تحلیل می برد. افسردگی وقتی نابهنجار تلقی می شود که واقعه افسرده ساز برای فرد خارج از اندازه باشد و از حدّی که برای اکثر مردم قابل برگشت و بهبودپذیر است برای وی فراتر رفته باشد (اتکینسون^۳ و همکاران، ۱۳۸۰).

شاید بتوان گفت بزرگ ترین مشکل انسان ها، به ویژه در عصر کنونی، اضطراب و افسردگی و به عبارت عام تر، عدم وجود آرامش روانی و اطمینان قلبی است (آذربایجانی، ۱۳۸۵). به همین دلیل است که عصر کنونی را عصر افسردگی نامیده اند.

امروزه روان شناسی مثبت نگر^۴ که طرفداران زیادی را در بین پژوهشگران به خود اختصاص داده است به جای تمرکز صرف بر جنبه های آسیب شناختی، بر مسایلی چون امید^۵، عقل^۶، خلاقیت^۷، تفکر^۸ در مورد آینده^۹،

^۱- Sarason & Sarason

^۲- depression

^۳- Atkinson

^۴- Positive psychology

^۵- hope

^۶- wisdom

^۷- creativity

^۸- Future mindedness

^۹- courage

جسارت^۱، معنویت، مسؤولیت و ثبات قدم تأکید می‌کند. به این ترتیب دیگر سلامتی به معنای عدم وجود بیماری تلقی نمی‌شود، بلکه پویایی، بالندگی و دارا بودن معنا و هدف در زندگی از ملاک‌های مهم سلامت روان به شمار می‌رود (سلیگمن و سیکزنت میهالی^۲، ۲۰۰۰). براین اساس در تعریف روان‌درمانی نیز تغییراتی ایجاد شده است. روان درمانی تنها به معنای حذف نشانه‌های اختلال نیست بلکه اعتقاد بر این است که روان درمانی باید علاوه بر حذف نشانه‌های اختلال، مراجع را به سطح کارکردی فراتر از کارکرد طبیعی رهنمون گردد (وست^۳، ۱۳۸۳، نلسون^۴، جونز^۵، ۲۰۰۳).

آموزش‌های روان‌شناختی شامل آموزش مهارت‌های زندگی و آموزش ابراز وجود^۶ و همچنین درمان‌های روان‌شناختی مانند رفتار درمانی و انواع فنون روان‌درمان و توان‌بخشی از جمله مداخله‌های روان‌شناختی تلقی می‌شوند، که این گونه مداخله‌های روان‌شناختی شامل هرگونه اقداماتی می‌شود که روان‌شناسان و مشاوران به منظور پیش‌گیری، درمان و کاهش مشکلات روان‌شناختی افراد به کار می‌برند. هدف نهایی این مداخله‌ها کمک به افراد برای درک بهتر خود و جهان پیرامون، افزایش قابلیت و توانمندی، سازگاری و در نهایت ارتقای سلامت روانی است (آقایوسفی، ۱۳۸۷).

۱-۲- شرح و بیان مسأله

افسردگی واژه‌ای شناخته شده و مسأله‌ای چالش برانگیز در عرصه‌ی بهداشت روانی است. شیوع افسردگی به گونه‌ای است که آن را به عنوان رایج‌ترین اختلال و سرماخوردگی بیماری‌های روانی مطرح کرده‌اند (روزنهان^۷ و سلیگمن، ۱۳۸۶). افسردگی از جمله مشکلاتی است که درصد قابل توجهی از جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

^۱-perseverance

^۲- Seligman & Csikzentmihalyi

^۳- west

^۴- Nelson

^۵- Jons

^۶- assertiveness

^۷- Rozenhan

دهد و طبق آمار سازمان جهانی بهداشت^۱ یکی از منابع عمده معلولیت‌ها است (وایزمن^۲ و همکاران، ۲۰۰۰). پیش بینی می‌شود که شیوع این اختلال تا سال ۲۰۲۰، به رتبه دوم جهانی برای هر سن و در هر دو جنس، تبدیل شود در حالی که از این تعداد، کمتر از ۲۵ درصد به درمان‌های مؤثر دسترسی خواهند داشت (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۸). افسردگی در بین همه‌ی بیماری‌های جسمی و روانی در بین زنان ۴۵-۱۵ سال شایع‌ترین بیماری شناخته شده است (سین ها^۳، ۲۰۰۲).

امروزه درمان‌های متعددی برای افسردگی وجود دارد اما تعداد کمی از آنها توانسته‌اند در آزمایش‌های بالینی اثر بخشی خود را به اثبات برسانند (وایزمن و همکاران، ۲۰۰۰). از جمله این درمان‌ها، رفتار درمانی^۴، روان‌درمانی بین فردی (ITP)^۵، و شناخت درمانی، هر چند هر سه این درمان‌ها دارای اثربخشی هستند، اما در میان آنها از نظر میزان اثر بخشی و با صرفه بودن، تفاوت‌هایی وجود دارد (دابسون^۶ و همکاران، ۱۹۹۶). پژوهش‌ها نشان داده اند که روان‌درمانی بین فردی و درمان فعال ساز رفتارنسبت^۷ به شناخت درمانی، در درمان افسردگی مؤثرتر هستند.

روان‌درمانی بین فردی در قالب درمانی با زمان محدود برای افسردگی به کار گرفته می‌شود. این رویکرد با تمرکز روان کاوی روی تجارب گذشته و درون روانی بیماران در تضاد قرار دارد. در این شیوه تلاش می‌شود با تمرکز بر مشکلات بین فردی فعلی و ایجاد تغییر در بافت بین فردی درمان جویان، علائم افسردگی آنها را کاهش دهند. هدف روان‌درمانی بین فردی کمک به بیمار است تا بتواند وضعیت فعلی زندگی خود را تغییر دهد نه این که صرفاً خود را بشناسد و بپذیرد. بیماران در روان‌درمانی بین فردی می‌آموزند: ۱- تا رابطه بین شروع و نوسان‌های علائم افسردگی را با آنچه در زندگی آنها رخ می‌دهد و مشکلات بین فردی فعلی خود را بشناسند و ۲- راه‌هایی را برای مقابله با مشکلات بین فردی بیابند و به این وسیله با علائم افسردگی مقابله کنند. روان‌درمانی بین فردی درمانی روان‌شناختی است که در ابتدا به طور اختصاصی بر حسب نیازهای بیماران افسرده طرح شد. این

^۱- World Health Organization(WHO)

^۲- Weissman

^۳- Sinha

^۴- Behavior therapy

^۵- inter personal psychotherapy

^۶- Dobson, K.S

^۷- behavioral activation

نوع درمان برای اختلال های دیگری نیز تنظیم شده است. روان درمانی، درمانی متمرکز و کوتاه مدت است که بر ارتباط بین خلق و روابط بین فردی فعلی بیمار تأکید می کند و البته نقش عوامل ژنتیکی، زیست-شیمیایی، رشدی و شخصیتی را در سبب شناسی و آسیب پذیری افراد نسبت به افسردگی به رسمیت می شناسد (کلرمن و همکاران، ۱۹۹۹). روان درمانی بین فردی می تواند به صورت گروهی نیز اجرا شود که داده ها نیز بر اثر بخشی این درمان در اختلال افسردگی اساسی دلالت دارند (بولتون^۱ و همکاران، ۲۰۰۳).

از آنجا که زنان عضو اصلی خانواده هستند و نیمی از پیکر اجتماع را تشکیل داده و به عنوان هسته اصلی، نقش اساسی در سلامت اعضای خانواده دارند، سلامت جامعه به شدت تحت تأثیر سلامت و شادابی مادران است (به نقل از آزاده و همکاران، ۱۳۹۰). شناخت همه جانبه وضعیت زنان در هدفمند کردن و همراهی آنها در ساخت بهتر جامعه ی انسانی مفید است. جوامع انسانی برای اداره ی بهتر خود با وضع قوانین و هنجارها درصدد نظاممند نمودن وسایل در جهت نیل به اهداف خود بوده اند. در راستای رسیدن به این اهداف پویای جامعه، برخی اعضای این ساختار با رد وسایل یا اهداف مورد نظر اجتماع خود در حکم بزه کار عمل می نمایند. در این دسته ی بزه کاران هر چند در حجم کمتر، زنان زندانی و بزه کار وجود دارند (اسداللهی، ۱۳۸۴).

توجه به آمارهای موجود نشان می دهند که شیوع جرم در بسیاری از کشورها در حال افزایش است و همگام با آن پدیده ی زنان زندانی رو به توسعه گذاشته است. متأسفانه کشور ما نیز از این رویداد بی نصیب نمانده و سالانه هزاران زن به علل مختلف وارد زندان های کشور می شوند. از آنجا که مطالعات انجام شده نشان داده است که زنان زندانی در مقایسه با مردان زندانی با فراوانی بیش تر اختلال های شخصیت و بیماری های روانی روبرو بوده و رنج می برند (ایبس و همکاران، ۱۹۷۱؛ به نقل از اولاد عبدالهادی و همکاران، ۱۳۸۳). با توجه به آنچه تا کنون آمده این تحقیق در پی مسائل زیر است؟

^۱ - Bolton

با عنایت به شیوع افسردگی در بین زندانیان زن، و این که روان درمانی بین فردی در جهت تغییر نگرش افراد نسبت به شرایط و روابط اجتماعی فعلی بیمار برای رفع افسردگی انجام می گیرد، آیا روان درمانی بین فردی گروهی کوتاه مدت می تواند در کاهش علائم افسردگی و افزایش بهزیستی روانی زندانیان مؤثر واقع شود؟

۱-۳- اهمیت و ضرورت پژوهش

شیوع اختلال افسردگی در بین زندانیان، سه تا چهار برابر جامعه عادی است و در ایران، شیوع این اختلال در جامعه عادی ۲۵ تا ۳۵ درصد و در زندان های کشور بین ۵۲ تا ۸۵ درصد است (اسماعیلی، ۱۳۸۷). بررسی ها نیز نشان داده اند اضطراب و افسردگی شایع ترین اختلال های روانی بین زندانیان کشور هستند (افشار، ۱۳۸۵). اهمیت توجه به درمان، از آنجا مطرح می شود که طبق آمار تعداد زندانیان و مجرمان در سال های اخیر افزایش یافته و جذب مجدد آنها در جامعه با مشکلاتی روبه رو است، این در حالی است که بیشتر این زندانیان، قبل از زندانی شدن، دچار مشکلات روانی و اعتیاد بوده و در زندان یا به درستی درمان نشده یا اصلاً مورد درمان قرار نگرفته اند و زندانی شدن آنها را بدتر کرده است (محمدی، ۱۳۸۶، به نقل از آقاییوسفی و همکاران، ۱۳۹۰).

اهمیت دیگر بررسی مسأله افسردگی در زندان آن است که زندانیان به دلیل زندانی بودن تشکیل گروهی را داده و بالتبع آن دارای هویت واحدی می گردند؛ و در نتیجه به نوعی وحدت یکپارچه می رسند که تمامی اعضای گروه در آن مشابه هستند. به عبارت دیگر زندانیان به عنوان یک گروه می توانند احساس ها و تجربه های مشترک داشته باشند و هویت گروه را شبیه به هویت فرد بازسازی کنند. شادی یا افسردگی افراد گروه می تواند تمامی گروه را مبتلا کند و این افسردگی گروهی می تواند ماورای افسردگی چند فرد در یک اجتماع باشد (شهید زاده، ۱۳۷۵). با توجه به این که افسردگی در زندان ها به شدت رو به افزایش نهاده است. روان درمانی در پی راهکار مناسبی است که به وسیله آن تلاش می شود تا توانمندی زندانیان برای تطبیق و سازگاری اجتماعی پس از آزادی افزایش یابد.

۴-۱- هدف های پژوهش

هدف کلی این پژوهش بررسی اثر بخشی روان درمانی بین فردی در میزان کاهش علائم افسردگی و بهبود بهزیستی روانی زندانیان زن است.

۴-۱-۱- هدف های اصلی

اهداف اصلی این پژوهش عبارتند از:

۱- تعیین میزان اثربخشی روان درمانی بین فردی گروهی در کاهش اختلالات افسردگی در زندانیان زن است.

۲- تعیین میزان اثربخشی روان درمانی بین فردی در بهبود بهزیستی روان شناختی زندانیان زن است.

۴-۱-۲- هدف های فرعی

۱- تعیین میزان اثربخشی روان درمانی بین فردی گروهی در کاهش اختلال های افسردگی در زندانیان زن در مرحله پس آزمون.

۲- تعیین میزان اثربخشی روان درمانی بین فردی در بهبود بهزیستی روان شناختی زندانیان زن در مرحله پس آزمون.

۵-۱- فرضیه ها و سؤال های پژوهش

۱-۵-۱- فرضیه های اصلی

۱- روان درمانی بین فردی گروهی کوتاه مدت در میزان کاهش علائم افسردگی زندانیان زن مؤثر است.

۲- روان درمانی بین فردی گروهی کوتاه مدت در افزایش بهزیستی روانی زندانیان زن مؤثر است.

۱-۶-۱- تعریف های نظری

۱-۶-۱-۱- افسردگی

افسردگی یکی از اختلال های عاطفی^۱ است که با نشانه هایی چون خلق^۲ افسرده (غمگینی) فقدان علاقه یا لذت، کاهش یا افزایش قابل ملاحظه وزن، بی خوابی یا پر خوابی همه روزه، خستگی، احساس بی ارزشی و احساس گناه، کاهش توانایی تفکر و تمرکز و افکار خودکشی مشخص گردیده است (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

۱-۶-۱-۲- بهزیستی روانی

بهزیستی روان شناختی به معنای قابلیت یافتن تمام استعداد های فرد است. و دارای این مؤلفه ها است :

1- affective

2- mood

3- American Psychiatric Association