

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، استرس و اضطراب معنادران ترک کرده زندان مرکزی تبریز

حجت محمودی^۱، صابر قادری^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۶/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۶/۲۰

چکیده

هدف: امروزه حجم عظیمی از هزینه‌های سازمان زندان‌ها، شامل جرایم مرتبط با اعتیاد یا بازپروری آن‌ها می‌شود، با این حال بازگشت مجدد به اعتیاد تمامی این هزینه‌ها را تبدیل به سراب می‌کند. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر کاهش علائم افسردگی، استرس و اضطراب معنادران ترک کرده بند پاک زندان مرکزی تبریز بود. **روش:** بدین منظور، تعداد ۵۰ نفر مددجو به روش نمونه‌گیری در دسترس، از بین جامعه آماری ۱۸۹ نفری زندانیان ترک کرده‌ی مرد زندان مرکزی تبریز انتخاب و به تصادف به دو گروه تقسیم شدند. پرسش‌نامه‌های اضطراب، افسردگی و استرس، قبل و بعد از مداخله‌ی درمانی به روش درمان گروهی پذیرش و تعهد، در هر دو گروه اجرا شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد، درمان گروهی پذیرش و تعهد بر کاهش میزان استرس و اضطراب مددجویان موثر بوده، ولی بر میزان افسردگی آن‌ها تاثیری نداشت؛ **نتیجه‌گیری:** در کنار درمان گروهی پذیرش و تعهد، بهتر است از سایر درمان‌های مکمل نیز استفاده شود و همچنین محققان باید آثار بلندمدت این درمان را نیز مورد توجه قرار دهند.

کلیدواژه‌ها: اعتیاد، درمان گروهی پذیرش و تعهد، افسردگی، استرس و اضطراب

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، کارشناس مشاوره و روان‌درمانی زندان تبریز، تبریز، ایران، پست

الکترونیک: Hojjat.Mahmoudi1@gmail.com

۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

مقدمه

جرم‌های مرتبط با مواد مخدر چه به صورت مستقیم یا غیر مستقیم یکی از عوامل اصلی افزایش میزان زندانیان و هزینه‌های متعاقب با آن می‌باشد، به طوری که حدود ۶۰ درصد زندانیان را معتادان و عوامل ناشی از اعتیاد تشکیل می‌دهد (توکل‌زاده، مشکی و مقیمیان، ۱۳۹۱). امروزه، رویکرد سازمان زندان‌ها، رویکرد درمان محور می‌باشد (رجایی و بیاضی، ۱۳۸۵). برای نمونه، زندانیان تحت درمان با متادون، به بند متادون درمانی و حتی زندانیان ترک کرده به بند پاک منتقل می‌شوند. بند پاک زندان را گروهی از معتادان ترک کرده تشکیل می‌دهند که برای شروع زندگی دوباره دور هم جمع شده‌اند. با این حال، برخی متغیرهای روانی، همچون افسردگی^۱، استرس^۲ و اضطراب^۳ همواره در کمین معتادان ترک کرده می‌باشد (بانا، بک، دو و سی^۴، ۲۰۱۰)؛ خصوصاً در محیط زندان این وضعیت چندین برابر می‌شود. افرادی که دچار وابستگی و سوء مصرف مواد می‌شوند، به طور همزمان به اختلالات دیگری نیز گرفتار می‌شوند. به طوری که، وابستگی همزمان به چند ماده، افسردگی و اختلال شخصیت^۵، از جمله اختلالات توأم با اعتیاد محسوب می‌شوند (سوندسن^۶ و همکاران، ۲۰۱۰). اضطراب و افسردگی در تمامی مراحل زندگی معتاد، اعم از وقتی که مقادیر بیشتر از معمول را مصرف نموده یا به علت ترک مصرف دچار علائم شده، مشهود می‌باشد (لای، کلیری، سیسارتان، و هانت^۷، ۲۰۱۵). وقوع افسردگی به دنبال ترک مصرف مواد از بارزترین علائم وابستگی بوده، لذا از میان اختلالات روان‌پزشکی همراه با اعتیاد، افسردگی از اهمیت خاصی برخوردار است؛ زیرا کاهش انرژی و ناامیدی ناشی از افسردگی، می‌تواند انگیزه معتادان را برای ترک مصرف مواد و درمان کم‌رنگ نماید. همچنین ممکن است موجب بروز رفتارهای پرخطری چون، خودکشی یا خودزنی شود (اورتیز-گومز، لویز-کانول، و آرانکووسکی-ساندول^۸، ۲۰۱۴؛ رید، نوگنت، و کوپر^۹، ۲۰۱۵).

1. Depression

2. Stress

3. Anxiety

4. Banna, Back, Do, & See

5. personality disorder

6. Swendsen

7. Lai, Cleary, Sitharthan, & Hunt

8. Ortíz-Gómez, López-Canul, & Arankowsky-Sandoval

9. Reed, Nugent, & Cooper

استرس نیز از دیگر علائم بالینی افراد معتاد است (سینها^۱، ۲۰۰۱). اگر استرس زیاد باشد، باعث احساس خشم، ترس و ناکامی می شود و سلامت جسمی و روانی فرد را به خطر می اندازد (گیگا^۲، ۲۰۰۱). مدل های مختلفی سعی در تبیین پدیده های اضطراب، استرس و افسردگی داشته اند و موضع گیری های نظری مختلفی درباره ی آن ارائه شده است. از جمله تبیین های مبتنی بر عوامل فرهنگی- اجتماعی، تبیین های روان پویایی، دیدگاه رفتارشناسی طبیعی^۳ و تبیین های زیستی- رفتاری، موضع گیری های انسانی نگر و هستی نگر و در نهایت مدل های رفتاری و شناختی اضطراب، استرس و افسردگی می باشند (دادستان، ۱۳۸۰). رفتار گرایان عقیده دارند که افراد مبتلا به هراس، اضطراب و استرس، نخست از راه شرطی شدن، ترس را می آموزند و سپس طیف این گونه ترس ها تعمیم یافته و به صورت اضطراب گسترش می یابد (دادستان، ۱۳۸۰). افسردگی را نیز می توان بر مبنای این نظریه تبیین کرد. افسردگی می تواند ناشی از اثر شرطی شدن و یا همایندی رویدادهای ناراحت کننده حادث شود، یا از طریق مشاهده ی رفتارهای افسرده ی دیگران ممکن است یاد گرفته شود (بک^۴، ۱۹۹۷). به اعتقاد شناخت درمان گرها، به جای حوادث بیرونی، افکار مسبب نگرانی هستند (تیسدل^۵، ۲۰۰۰)؛ تیسدل و همکاران (۲۰۰۰)، بیان می دارند، نشخوار فکری حوادث ناراحت کننده یا تعبیرهای نادرست و به اصطلاح باورهای غلط در مورد زندگی منجر به ایجاد حالات افسردگی می شود.

مطالعات علت شناسی در خصوص سوء مصرف و وابستگی به مواد، بر رابطه ی بین استرس، مقابله و اعتیاد تاکید داشته و مصرف مواد را در شرایط استرس آور به عنوان سبک مقابله ای ناکارآمد تلقی کرده که می تواند به عنوان چرخه ی معیوب عمل کرده و ادامه مصرف را در معتادان پاک باعث شود (طوفانی و جوانبخت، ۱۳۸۰). از سویی در محیط زندان، مشاهده ی وضعیت سایر معتادان، نشخوار فکری بیش از حد به دلیل زندانی بودن فرد و فرصت تعمیم افکار در محیط محبوس زندان، استرس و افسردگی معتادان پاک را دو چندان می کند (در که و همکاران، ۱۳۹۳). بنابراین، استرس و افسردگی عامل خطر

شناخته شده در اعتیاد و آسیب پذیری به عود اعتیاد پس از ترک آن محسوب می شوند (سینها^۱، ۲۰۰۸). در این زمینه، گزارشات نشان داده اند ۸۰ درصد معتادان از اضطراب، استرس و افسردگی بالا برخوردارند (بوکستن^۲، ۲۰۰۲).

روش های درمانی متعددی برای درمان اعتیاد مورد آزمایش قرار گرفته است. درمان اعتیاد از دو راه دارویی و غیر دارویی امکان پذیر است (لازاراتو، دیکوس، آناگنوستوپولوس، و ساداتوس^۳، ۲۰۰۷)، اگر چه این درمان ها و خصوصا درمان شناختی- رفتاری برای ترک و رفع علائم پس از ترک مواد، حمایت تجربی بسیار بالایی به دست آورده اند (انجمن روان شناسی آمریکا، ۲۰۰۰)، ولی بررسی های دقیق تر نشان می دهد این درمان ها زمانی بیشترین تاثیر را بر روی معتادان دارند که با حمایت های اجتماعی و خانوادگی و حتی تغییر سبک زندگی فرد همراه باشد (والدورن، سلسینک، برودی، تورنر و پاترسون^۴، ۲۰۰۱؛ مک هاگ، هرون و او تو^۵، ۲۰۱۰)، در حالی که شرایط حمایت اجتماعی و خانوادگی و حتی تغییر سبک زندگی برای فرد زندانی مقدور نمی باشد. در این زمینه برخی تحقیقات ضعف درمان های شناختی- رفتاری را بر کاهش علائم روان شناختی معتادان در زندان تایید کرده اند (هین برگ و باکر^۶، ۲۰۰۲؛ پادوک، هانتز، و لنینگر^۷، ۲۰۱۴). بر این اساس، می بایست در زندان درمان هایی برای درمان اعتیاد و کاهش علائم ترک آن اتخاذ شود، که بیشتر مبتنی بر اصل پذیرش محدودیت ها برای زندانیان معتاد باشد. به نظر می رسد، درمان گروهی پذیرش و تعهد که به عنوان نسل سوم درمان شناخته می شوند، بتواند راه گشای درمانگران زندان ها باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۸ در ابتدا از فلسفه ی زمینه محوری عملکردی نشات گرفت و در چارچوب نظریه رابطه های ذهنی قرار دارد. این درمان شامل شش فرایند، پذیرش، گسلش خود به عنوان زمینه، ارتباط

1. Sinha
2. Bukstein
3. Lazaratou, Dikeos,
Anagnostopoulos, & Sodatou
4. Waldron, Slesnick, Brody, Truner
& Paterson

5. Mc-Hugh, Hearon & Otto
6. Heinberg & Becker
7. Paddock, Hunter, & Leininger
8. Acceptance and Commitment
therapy

با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه، می‌باشد (هایز، لوما، باند، ماسودا، و لیلیس^۱، ۲۰۰۶). در این درمان ابتدا سعی می‌شود مراجع پذیرش روانی^۲ در مورد تجارب ذهنی‌اش داشته باشد، سپس، بر آگاهی روانی فرد از لحظه‌ی اکنون و حال افزوده می‌شود (اینکه تو زندانی هستی با تمام محدودیت‌ها)؛ بعد، به مراجع آموخته می‌شود که خود را از این تجارب رها سازد، و در مرحله بعد، از تمرکز مفرط فرد بر خود تجسمی‌اش^۳ کاسته می‌شود. در مرحله‌ی بعد، ارزش‌های افراد برایشان روشن‌سازی می‌شود، و در نهایت ایجاد انگیزه در جهت عمل متعهدانه^۴ در قبال ارزش‌های مشخص شده برای فرد اعمال می‌شود (رجبی و یزدخواستی، ۱۳۹۳).

تحقیقات نشان می‌دهند اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس تجارب بالینی مرتبط با اختلالات خلقی و اضطرابی رضایت‌بخش گزارش شده است (اسمان، ویلسون، استراسلی، و مک نیل^۵، ۲۰۰۶). همچنین برخی تحقیقات دیگر نیز اثربخشی این روش درمانی را بر روی کاهش دردهای جسمانی نشان داده‌اند. از آنجایی که ترک اعتیاد به مواد نیز دارای علائم درد جسمانی می‌باشد (استوتز و همکاران^۶، ۲۰۱۲)، این تحقیقات می‌تواند قابل ملاحظه باشند. برای نمونه، قرایی اردکانی، آزاد فلاح و تولایی (۱۳۹۱)، اثربخشی آن را بر روی کاهش شدت درد زنان مبتلا به اختلال سر درد مزمن نشان داده‌اند. مک کارکن و واول^۷ (۲۰۱۴) نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دردهای مزمن موثر است. رجبی و یزدخواستی (۱۳۹۳)، نیز گزارش کردند که درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام اس موثر است. ایزدی، عسگری، نشاط دوست، و عابدی (۱۳۹۳) نشان دادند که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان علائم وسواس و اختلالات خلقی و اضطرابی موثر است. همچنین، امین‌پور و قربانی (۱۳۹۴)، نیز تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر کاهش استرس بیماران مبتلا به اختلال گوارش نشان دادند. کلدوی، برجعی، فلسفی نژاد، و سهرابی (۱۳۹۰) نشان دادند

1. Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis
2. psychological acceptance
3. cognitive diffusion
4. committed action

5. Ossman, Wilson, Storaasli, & McNeill
6. Stotts
7. McCracken, & Vowles

که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی در پیشگیری از بازگشت به اعتیاد و انگیزش موثر است. آلفونسو، کاراکوئل، دلگاردو-پاستور، و وردژو-گارسیا^۱ (۲۰۱۱) نشان دادند که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ولع مصرف مواد و کاهش استرس و اضطراب موثر است. کیانی، قاسمی، و پورعباس (۱۳۹۱)، نیز اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش را بر تنظیم شناختی مصرف کنندگان شیشه و کاهش میزان استرس و اضطراب معتادان نشان داده‌اند. در زمینه‌ی تحقیقات خارجی نیز، دی گورت، مورنس، و دوم^۲ (۲۰۱۴) در فرا تحلیل نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ترک مواد و کاهش علائم روان‌شناختی آن موثر می‌باشد، با این حال، مطالعات این تحقیق گسترده، بیشتر شامل سیگاری‌ها و الکلی‌ها بود. گونزلز منندز و فرناندز، رودریگوز و ویلاگرا^۳ (۲۰۱۴)، در تحقیق دیگری اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر روی کاهش عوارض ترک مواد در زنان بازداشتگاه‌ها مورد تایید قرار دادند. در زمینه‌ی تحقیقات داخلی هم هنوز به طور روشن به بررسی تاثیر این درمان بر روی علائم روان‌شناختی ترک مواد پرداخته نشده است. از سویی در حالت کلی، تحقیق بر روی تاثیر درمان‌های مبتنی بر خودآگاهی بر روی زندانیان دارای ابهامات بسیاری بوده و هنوز نیازمند تحقیقات گسترده‌ای می‌باشد (زورهودل^۴، ۲۰۰۵). در این راستا، تحقیق حاضر در نظر دارد، به این سوال پاسخ دهد که درمان گروهی پذیرش و تعهد تا چه حد بر کاهش علائم افسردگی، استرس و اضطراب معتادان بند پاک زندان مرکزی تبریز موثر می‌باشد؟

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری عبارت بود از: مردانی که حداقل بیش از ۳ ماه از ترک مواد آن‌ها گذشته بود و در بند پاک زندان مرکزی تبریز در سال ۱۳۹۵ ساکن بودند. تعداد آن‌ها ۱۸۹ نفر بود. به روش

1. Alfonso, Caracuel, Delgado-Pastor, & Verdejo-Garcia
2. De Groot, Morrens, & Dom

3. González-Menéndez, Fernández, Rodríguez, & Villagrà
4. Zurhold

نمونه گیری در دسترس تعداد ۵۰ نفر برای انجام پژوهش انتخاب شدند و به طور تصادفی ۲۵ نفر در گروه آزمایشی و ۲۵ نفر در گروه گنجانده شدند. سپس به ترتیب مراحل جلسات درمان شروع شد. درمانگران از روان شناسان معرب زندان بودند که البته زندانیان متخصص تدریس ان.ای هم به عنوان دستیار پژوهشگر همکاری مستمری داشتند.

ابزار

مقیاس اضطراب، افسردگی و استرس^۱: مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (لاویبوند و لاویبوند^۲، ۱۹۹۵) مجموعه ای از سه مقیاس خود گزارش دهی برای ارزیابی حالات عاطفه منفی است. کاربرد این مقیاس اندازه گیری شدت نشانه های اصلی افسردگی، اضطراب و استرس می باشد. برای تکمیل پرسش نامه فرد باید وضعیت یک نشانه را در طول هفته گذشته مشخص کند. آنتونی، بیلینگ، انس، و سوینسون^۳ (۱۹۹۸) این مقیاس را تحلیل عاملی نمودند که نتایج پژوهش مجدداً حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی بود. نتایج نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار می گیرد. ارزش ویژه عوامل تنیدگی، افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب برابر ۰/۰۷، ۲/۸۹، و ۱/۲۳ و ضریب آلفا برای این عوامل به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۵، ۰/۹۲ بود. روایی و اعتبار این مقیاس در ایران توسط سامانی و جوکار (۱۳۸۶) مورد بررسی قرار گرفت که اعتبار بازمایابی را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ را به ترتیب برابر ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش نمودند. هر سوال از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می کند) نمره گذاری می شود. برای تعیین اعتبار ابزار در تحقیق حاضر از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که به ترتیب برای افسردگی، اضطراب و استرس مقادیر ۰/۷۹، ۰/۸۰ و ۰/۷۳ به دست آمد.

1. Depression Anxiety Stress Scale (DASS)

2. Lovibond, & Lovibond

3 Antony, Bieling, Enns, & Swinson

روند اجرا

بعد از کسب مجوز از مراجع مرتبط سازمان، روان‌شناسان محقق در بند پاک حضور یافته و با هماهنگی اندرزگاه بند، سخنرانی کوتاهی را در مورد هدف پژوهش ارائه نمودند. سپس، از بین مددجویانی که حداقل سه ماه از دوره‌ی آخرین مصرف‌شان می‌گذشت و نیز حداقل حدود ۱ سال در زندان بودند و از سویی حداقل ۶ ماه از اتمام حبس آن‌ها باقی مانده بود، به عنوان نمونه تحقیق در نظر گرفته شدند. بر اساس این معیارها تعداد ۵۴ مددجو جهت شرکت در تحقیق انتخاب شدند که به علت مشمولیت عفو و حکم رای باز، تعداد ۴ نفر از آن‌ها در میانه‌ی آزمایش، آزاد شدند و تنها تعداد ۵۰ نفر باقی ماند. بعد از تشریح هدف تحقیق، پیش‌آزمون اجرا شد. سپس افراد به گروه‌ها تخصیص داده شدند و مداخلات مربوط به پذیرش و تعهد درمانی در ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای ۲ جلسه به صورت گروهی به شرح ذیل انجام شد.

جلسه اول: شامل آشنایی گروه با همدیگر و با تیم درمان بود، همچنین، افراد با علائم پس از ترک مواد آشنا شدند، مراحل درمان و جلسات تشریح شد، هر یک از اعضا در مورد سیر علائم ترک از اولین روز ترک تاکنون مواردی را یادداشت کردند. جلسه دوم: شامل بررسی دنیای درون و بیرون در درمان مبتنی بر پذیرش بود، در این مرحله تمایل و علاقه به ترک برنامه‌های ناکارآمد گذشته ارائه شد. جلسه سوم: ارزش‌های افراد شناسایی شدند، و اهداف به روشنی بیان شد. مثلاً: به صورت تمرینی اعضای چشمان خود را بسته و تصور کردند که از زندان آزاد شده و به سوی خانواده‌ی خود بازگشته‌اند، این صحنه که فرزندشان چگونه بابا را توصیف خواهند کرد و اینکه خودشان چگونه خود جدیدشان را ابراز خواهند کرد، مجسم شد. بعد موارد مهمی که در حین تمرین بیان می‌شد، توسط هر فرد نوشته شد. جلسه چهارم: ارزش‌های افراد به صورت گروهی بررسی شدند. جلسه پنجم: تمریناتی برای گسلش انجام شد. جلسه ششم: آمیختگی به خود مفهوم‌سازی شد و چگونگی گسلش از آن آموزش داده شد. جلسه هفتم: تمریناتی برای تقویت ذهن آگاهی صورت گرفت. مثلاً: زندانیان به همان ترتیب که نشسته بودند باید دقیقاً تمام صداهای اطراف را می‌شنیدند، یا در همان حال، تشخیص می‌دادند که کدام یک از سطح بدنشان با

کجا دارای ارتباط لامسه‌ای است. جلسه هشتم: داستان زندگی متعهدانه هر فرد یک به یک بررسی شد (هایز، استروشال، ویلسون^۱، ۲۰۱۲)، در نهایت، یک روز بعد از اتمام جلسات از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد.

یافته‌ها

در میان گروه نمونه تعداد ۱۷ نفر (۳۴٪) به جرم سرقت، ۷ نفر (۱۴٪) ضرب و جرح، ۱۰ نفر (۲۰٪) کلاهبرداری، ۱۱ نفر (۲۲٪) مواد مخدر، و ۵ نفر (۱۰٪) سایر زندانی بودند. تعداد ۲۰ نفر (۴۰٪) در بازه‌ی سنی ۲۳-۳۰ سال، ۱۷ نفر (۳۴٪) ۳۱-۳۵ سال، ۱۳ نفر (۲۶٪) ۳۵ سال به بالا بودند. تعداد ۱۲ نفر (۲۴٪) مجرد، ۲۳ نفر (۴۶٪) متاهل، و ۱۵ نفر (۳۰٪) متارکه کرده بودند. تعداد ۲۳ نفر (۴۶٪) به هروئین، ۱۵ نفر (۳۰٪) محرک‌زاه، و ۱۲ نفر (۲۴٪) تریاک معتاد بودند.

برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در پس‌آزمون از آزمون کولموگروف-اسمیرنف تک نمونه‌ای استفاده شد. نتایج نشان داد متغیر افسردگی در گروه آزمایش ($z=0/86, P>0/05$)، در گروه گواه ($z=0/11, P>0/05$) دارای توزیع نرمال است. متغیر اضطراب در گروه آزمایش ($z=0/82, P>0/05$)، در گروه گواه ($z=0/15, P>0/05$) دارای توزیع نرمال است. متغیر استرس در گروه آزمایش ($z=0/14, P>0/05$)، در گروه گواه ($z=0/84, P>0/05$) دارای توزیع نرمال است. نتایج آزمون شیب رگرسیون جهت بررسی همگنی شیب رگرسیون متغیر همپراش و وابسته در گروه‌ها حکایت از برقراری پیش‌فرض داشت ($F=1/03, P>0/05$). همچنین نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری برابری ماتریس کواریانس‌ها داشت ($M=8/71, F=1/35, P>0/05$). همچنین نتایج آزمون بارتلت نشان داد بین متغیرهای وابسته رابطه خطی معناداری وجود دارد ($0/001 < P=43/53$ مجذور خی). نهایتاً اینکه نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌های خطا در جدول ۱ ارائه شده است. با مقادیر (مجدور خی بارتلت = $43/53$ ؛ $P < 0/001$) در

نهایت جهت بررسی همگنی واریانس‌های متغیرهای وابسته در گروه‌ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۱: نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌های خطا در پس‌آزمون متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	آماره F	درجه آزادی	معناداری
افسردگی	۳/۱۴	۴۸	۰/۰۸
استرس	۰/۱۳	۴۸	۰/۷۱
اضطراب	۰/۰۶	۴۸	۰/۸۱

همانگونه که مشاهده می‌شود برابری واریانس‌های خطا نیز در تمام متغیرها برقرار است ($P > 0/05$).

با توجه به برقراری پیش‌فرض‌ها تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج حکایت از تفاوت معنادار دو گروه در ترکیب خطی متغیرها داشت ($F=9/70$, $P < 0/001$, $\eta^2=0/60$, لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک‌متغیری به شرح جدول ۲ استفاده شد.

جدول ۲: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در متغیرها

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذورات
افسردگی	۰/۲۵	۰/۷۹	۰/۳۸	-
استرس	۵/۳۷	۱۸/۸۸	۰/۰۰۰۵	۰/۳۰
اضطراب	۲/۲۹	۱۲/۷۲	۰/۰۰۰۵	۰/۲۲

همانگونه که مشاهده می‌شود تنها در افسردگی تفاوت معنادار وجود ندارد ($P > 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان استرس، اضطراب و افسردگی معنادان ترک کرده‌ی بند پاک زندان مرکزی تبریز بود. نتایج نشان داد گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش میزان استرس و اضطراب معنادان موثر بوده ولی بر میزان افسردگی آن‌ها تاثیر معناداری نداشت. کاهش میزان استرس و اضطراب معنادان با نتایج تحقیقات کیانی و همکاران، ۱۳۹۱؛ هایس و همکاران، ۲۰۰۴؛ دی گورت و همکاران، ۲۰۱۴؛ گونزلز منندز و همکاران، ۲۰۱۴ همسو می‌باشد.

همچنین این یافته با قسمتی از نتایج سایر تحقیقات قرایی اردکانی و همکاران، ۱۳۹۱؛ رجبی و یزدخواستی، ۱۳۹۳؛ ایزدی و همکاران، ۱۳۹۳؛ امین پور و قربانی، ۱۳۹۴؛ مک کارکن و واول، ۲۰۱۴ که به بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی افسردگی، اضطراب و استرس افراد دارای بیماری‌های خاص پرداخته‌اند، همسو و با قسمت دیگر این تحقیقات همسو نمی‌باشد. در واقع تحقیقات اخیر همچون، مطالعه رجبی و یزدخواستی (۱۳۹۳)، نشان دادند که درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام اس موثر است، در حالی که یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی معتادان ترک کرده تاثیر معناداری ندارد.

تاثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی کاهش ولع مصرف مواد و به تبع آن کاهش استرس و اضطراب با نتایج تحقیقات کلدوی و همکاران ۱۳۹۰؛ آلفونسو، و همکاران، ۲۰۱۱؛ گونزلز منندز و همکاران، ۲۰۱۴ همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان بازگشت مجدد آگاهی را از عناصر اساسی کاهش استرس تلقی کرد. به بیان دیگر، فرد زندانی با گسست کامل از موقعیت زندان، خود را در گذشته تصور می‌کند، سپس با خودآگاهی مجدد، متوجه وضعیت خویش و خطاهایی که قبلا مرتکب شده می‌شود. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مفهوم گسلش شناختی میزان تاثیری می‌باشد که یک فکر روی رفتار دارد، رفتار وابسته به موقعیتی که فرد در آن قرار دارد و رفتار وابسته به فکر در پیوستاری از گسلش تا واقعیت قرار دارد. لذا زمانی که فرد با افکارش در هم می‌آمیزد نمی‌تواند قضاوت ذهنی خودش از واقعیت را از خود واقعیت تمیز دهد (هایز و همکاران، ۲۰۱۲). در مرحله گسلش میزان استرس و اضطراب فرد معتاد زندانی افزایش می‌یابد، ولی در مرحله پذیرش و خودآگاهی میزان استرس و اضطراب به حداقل ممکن کاهش پیدا می‌کند. چرا که، در این درمان‌ها با آموزش ذهن آگاهی و عمل در زمان حال^۱، تاثیر حساسیت‌های فیزیولوژیکی و هیجانی ناشی از مصرف مواد روی رفتار آشکار، به واسطه‌ی رابطه‌ی فرد با این تجربیات تعدیل می‌شود. در این درمان به مصرف کنندگان آموزش داده می‌شود که بتوانند تجربیات خود را بپذیرند و به میزانی که آن‌ها بتوانند این

تجربیات را بپذیرند تحمل کنند. به همان میزان می‌توانند مستقل از این تجربیات عمل کنند (کیانی و همکاران، ۱۳۹۱). با توجه به اینکه رهایی فیزیکی از مواد عملاً در محیط زندان و در بند پاک وجود دارد، رهایی شناختی زمانی می‌تواند موثر واقع شود که همراه با پذیرش عمیق باشد، و از آنجایی که پذیرش برای زندانیان در غالب روش‌های درمانی، مکانیزی می‌باشد که می‌تواند توانایی سازگاری فرد با محیط زندان را افزایش و به تبع آن میزان استرس و اضطراب فرد را کاهش دهد (زور هولد، ۲۰۰۵). از این رو، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از چندین بعد می‌تواند بر کاهش استرس و اضطراب زندانیان موثر باشد. به بیان دیگر، فرد زندانی احساس می‌کند، چاره‌ای جز اتخاذ رویکرد پذیرش و تعهد بدان ندارد، لذا اتخاذ این رویکرد، به مرور جزء بدنه‌ی شخصیت فرد می‌شود. در این رابطه همچنین کیانی و همکاران (۱۳۹۱)، بیان می‌دارند که، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر اساس میزان پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری و خودداری از اجتناب تجربی به مرور می‌تواند بر تغییر رفتار فرد موثر باشد.

تحقیق حاضر نشان داد که، فرایند پذیرش، افزایش آگاهی و حضور در لحظه باعث کاهش افسردگی فرد زندانی نمی‌شود. این یافته که در نوع خود جالب و قابل توجه می‌باشد، با نتایج تحقیقات خالدیان، کمرزین و جلالیان، ۱۳۹۳؛ لطفی کاشانی، مجتبابی، و علی مهدی، ۱۳۹۳؛ رجیبی و یزدخواستی، ۱۳۹۳؛ پادوک و همکاران، ۲۰۱۴؛ دی گورت و همکاران، ۲۰۱۴؛ گونزلز منندز و همکاران، ۲۰۱۴ همسو نمی‌باشد. برای نمونه؛ در این زمینه، خالدیان و همکاران (۱۳۹۳) و لطفی کاشانی و همکاران (۱۳۹۳)، در مطالعه‌ی خود با عنوان، اثر بخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی در افراد معتاد، به این نتیجه رسیدند که درمان گروهی شناختی-رفتاری در کاهش افسردگی افراد معتاد موثر است. در تبیین این یافته می‌توان به جامعه‌ی آماری مطالعه‌ی حاضر اشاره کرد، مطالعه‌ی حاضر در محیط زندان انجام گرفت در حالی که غالب مطالعات گذشته در این زمینه مربوط به کلینیک‌های ترک اعتیاد می‌باشد، شرایط محیط زندان به گونه‌ای است که فرد معتاد به دلیل دوری از خانواده، دوری از جامعه و به دلیل دارا نبودن حمایت‌های اجتماعی در حالت انزوا به سر می‌برد و صرفاً به دلیل زندانی بودن دارای افسردگی

می باشد، از سوی دیگر، بایستی در نظر گرفت که داشتن عاطفه منفی و خلق افسرده به مانند یک عامل برانگیزاننده قوی درونی می تواند زمینه وسوسه یا مصرف مواد را فراهم آورد. ضمن اینکه اغلب بیماران از این حالت شکایت کرده و ابراز می کنند در جهت مبارزه یا رفع حالت کسل کننده و ناامیدانه پس از ترک، به مصرف مواد اقدام کرده اند. در کنار افسردگی ناشی از مصرف مواد، با اختلال افسردگی پس از ترک مواد نیز روبرو هستیم (سادوک و سادوک، ۲۰۰۸). به بیان دیگر معتادان بعد از ترک مواد مجدد علائم افسردگی ناشی از ترک را باز می یابند. این یافته، نتایج تحقیقات گذشته را به چالش می کشد، به این صورت که ممکن است کاهش افسردگی در مطالعات گذشته یک کاهش گذرا و شادی موقتی از موفقیت در ترک مواد باشد. در حالی که اگر مطالعات گذشته با روش های پی گیری مجدد میزان افسردگی افراد را بررسی کنند، به احتمال زیاد افراد علائم افسردگی را نشان خواهند داد. در این راستا هین برگ و باکر^۱، (۲۰۰۲)، بیان می دارند که ترک مواد با کاهش میزان افسردگی در فرد مصرف کننده همراه است. با این وجود، این کاهش لزوماً پایدار نمی باشد. به بیان دیگر، می توان گفت در حین درمان فرد به خود آگاهی دست می یابد و این خود آگاهی موجب تفکر فرد به گذشته ی تبهکار خود شده و بر ظلمی که بر خود و خانواده روا داشته آگاه می شود این آگاهی با نتایجی از جمله احساس افسردگی و پشیمانی و احساس گناه همراه است (کیانی و همکاران، ۱۳۹۱).

در نهایت، نظر به نتایج پژوهش حاضر، به روان شناسان زندان ها پیشنهاد می شود، در کنار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از روش های ترکیبی چون درمان یکپارچه توحیدی و رویکرد شناختی-رفتاری نیز جهت اخذ نتیجه بهتر و بهبود افسردگی بعد از درمان مبتنی بر پذیرش استفاده کنند. همچنین روان شناسان و درمانگران، می بایست در بررسی فرایند تاثیر پذیری درمان بر روی معتادان، به بررسی های مختلف و در زمان های مختلف بپردازند. چرا که نتایج نشان داد برخی فرایندهای روان شناختی در طول درمان ثبات ندارند و در طول زمان می توانند کاهش یا افزایش یابند. اختصاص این درمان به زندانیان مرد و شهر تبریز می تواند تعمیم این یافته ها را به زنان و سایر جوامع محدود سازد. از سوی دیگر

1. Sadock, & Sadock

2. Heinberg, & Becker

کمبود امکانات آموزشی و عدم کنترل کامل بر متغیرهای مزاحم در زندان از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود.

منابع

- امین پور، رخساره و قربانی، مریم (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای مقابله با استرس در بیماران زن مبتلا به کولیت اولسراتیو. *فصلنامه گوارش*، ۲۰(۹۰)، ۴۲-۳۴.
- ایزدی، راضیه؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ عسگری، کریم و عابدی، محمد رضا (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواس- اجبار. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۳۵، ۳۳-۱۹.
- توکلی زاده، جهانشیر؛ مشکئی، مهدی؛ و مقیمان، مریم (۱۳۹۱). بررسی شیوع مصرف سیگار و ارتباط آن با عزت نفس در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی گناباد. *مجله‌ی تخصصی پژوهش و سلامت*، ۲(۱)، ۱۲۳-۱۰۰.
- خالدیان، محمد؛ کمزترین، حمید؛ و جلالیان، عسگر (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی در افراد معتاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهشی*، ۸(۲۹)، ۸۸-۷۷.
- دادستان، پربخ (۱۳۸۰). *روان‌شناسی مرضی تحولی: از کودکی تا بزرگسالی* (جلد اول). تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت).
- درکه، محسن؛ یآوری، عبدالرضا؛ پور نظری، یوسف؛ شکری، صادق (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر کاهش افسردگی معتادان زندانی در حال ترک. *فصلنامه علمی تخصصی دانش انتظامی کرمانشاه*، ۵(۱۸)، ۷۰-۶۳.
- رجایی، علیرضا؛ و بیاضی، محمد حسین (۱۳۸۵). تاثیر یک برنامه‌ی پیشگیری از اعتیاد بر عزت نفس، نگرش، گرایش و آگاهی نوجوانان در سوء مصرف مواد. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی*، ۱(۳۰)، ۸۶-۷۱.
- رجبی، ساجده؛ و یزد خواستی، فریبا (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام اس، *روان‌شناسی بالینی*، ۶(۲۱)، ۳۸-۲۹.
- سامانی سیامک؛ و جوکار، بهرام (۱۳۸۶). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی اضطراب و فشار روانی. *مجله اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، ۳(۱)، ۲۸-۱۹.
- طوفانی، حمید؛ و جوانبخت، محمد (۱۳۸۰). مقایسه استراتژی‌های سازگاری و نگرش‌های غیر عادی در معتادان کنترل نشده. *مجله‌ی روان‌شناسی و روان‌پزشکی*، ۷(۲۶)، ۶۳-۵۵.
- قرایی اردکانی، شایسته؛ آزاد فلاح، پرویز؛ و تولایی، سید عباس (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد درمانی در کاهش شدت تجربه درد در زنان مبتلا به اختلال سر درد مزمن. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۴(۲)، ۵۰-۳۹.
- کلدوی، علی؛ برجعلی، احمد؛ فلسفی‌نژاد، محمد رضا؛ و سهرابی، فرامرز (۱۳۹۰). اثربخشی مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی در پیشگیری از بازگشت و انگیزش در افراد وابسته به مواد افیونی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۳(۴)، ۷۹-۶۹.
- کیانی، احمدرضا؛ قاسمی، نظام‌الدین؛ و پورعباس، علی (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان مصرف کنندگان شیشه. *فصلنامه اعتیاد پژوهشی*، ۶(۲۴)، ۳۵-۲۷.

لطفی کاشانی، فرح؛ مجتبابی، مینا؛ و علی مهدی، منصور (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری، متادون درمانی و روش ترکیبی بر بهبود افسردگی معنادان تحت درمان. *فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۴(۵۴)، ۲۶-۱۸.

- Alfonso, J. P., Caracuel, A., Delgado-Pastor, L. C., & Verdejo-García, A. (2011). Combined goal management training and mindfulness meditation improve executive functions and decision-making performance in abstinent poly substanceabusers. *Drug and alcohol dependence*, 117(1), 78-81.
- Antony, M. W., Bieling, P. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item version of the depression anxiety stress scale in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 2, 176-181.
- Banna, K. M., Back, S. E., Do, P., & See, R. E. (2010). Yohimbine stress potentates conditioned cue-induced reinstatement of heroin-seeking in rats. *Behavioral Brain Research*, 208(1), 144-148, DOI: 10.1016/j.bbr.2009.11.030.
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: automatic and strategic processes. *Behavior Research and therapy*, 35, 49-58.
- Breslau, N., Kilbey, M., & Andreski, P. (1991). Nicotine dependence, major depression and anxiety in young adults. *Archives of general psychiatry*, 13(7), 1070-1074.
- Bukstein, O. G. (2002). Descriptive behavior disorders and substance use disorders in adolescence. *Journal Psychology Drug*, 18(6), 296-302.
- Cohen, E., & Henken, I. (1993). Prevalence of substance abuse by seriously mentally ill patients in a partial hospital program. *Hospital and Community psychiatry*, 19(3), 715-716.
- De Groot, F., Morrens, M., & Dom, G. (2014). Acceptance and commitment therapy (ACT) and addiction: a literature review. *Tijdschr Voor Psychiatrie*, 56(9), 577-585.
- Dewit, D. J., MacDonald, K., & Offord, D. R. (1999). Childhood stress and symptoms of drug dependence in adolescence and early adulthood: social phobia as a mediator. *American Journal Orthopsychiatry*, 69, 61-72.
- Giga, S. I. (2001). *The implied employment relationship: investigating the effect of psychological contract violation on employee wellbeing*. Unpublished doctoral dissertation, university of Manchester, Institute of Science and Technology, Manchester, United Kingdom.
- González-Menéndez, A., Fernández, P., Rodríguez, F., & Villagrà, P. (2014). Long-term outcomes of Acceptance and Commitment Therapy in drug-dependent female inmates: A randomized controlled trial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(1), 11-27.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. (2012). *Acceptance and commitment therapy: second addition. The process and practice of Mindful change*. The Guilford press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Bissetti, R., Piaseki, M., Batten, S., Byrd, M., & Gregg, J. (2004). A Preliminary Trial of Twelve-Step Facilitation and Acceptance and Commitment Therapy with Poly substance-Abusing Methadone-Maintained Opiate Addicts. *Behavior Therapy*, 35, 667-688.
- Heinberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. New York. Guilford press.
- Lai, H. M. X., Cleary, M., Sitharthan, T., & Hunt, G. E. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol dependence*, 154, 1-13.
- Lazaratou, H., Dikeos, D. G., Anagnostopoulos, F. A., & Sodatou, C. R. (2007). Depression and self-esteem in adolescence: A study of senior high school students in Greece. *European Psychiatry*, 22(11), 235-240.

- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the depression anxiety Stress scales*. Sydney: Psychology Foundation. New York, Guilford press.
- McCracken, L. M., & Vowles, K. E. (2014). Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness for Chronic Pain. *American Psychological Association*, 69(2), 178-187.
- Mc-Hug, H. R. K., Hearon, B. A., & Otto, M. W. (2010). Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. *The Psychiatric Clinics of North American*, 33(3), 511-525, DOI: 10.1016/j.psc.2010.04.012.
- Ortiz-Gómez, L. D., López-Canul, B., & Arankowsky-Sandoval, G. (2014). Factors associated with depression and suicide attempts in patients undergoing rehabilitation for substance abuse. *Journal of affective disorders*, 169, 10-14.
- Ossman, W. A., Wilson, K. G., Storaasli, R. D., & McNeill, J. W., A. (2006). Preliminary investigation of the use of acceptance and commitment therapy in group treatment for social phobia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 6, 397-416.
- Paddock, S. M., Hunter, S. B., & Leininger, T. J. (2014). Does group cognitive-behavioral therapy module type moderate depression symptom changes in substance abuse treatment clients? *Journal of substance abuse treatment*, 47(1), 78-85.
- Reed, K. P., Nugent, W., & Cooper, R. L. (2015). Testing a path model of relationships between gender, age, and bullying victimization and violent behavior, substance abuse, depression, suicidal ideation, and suicide attempts in adolescents. *Children and youth services review*, 55, 128-137.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2000). *Kaplan & Sadock's comprehensive text book of psychiatry (seventh Edition)*. USA. Philadelphia, Lippicott Williams & Wilkins.
- Sinha, R. (2001). How does stress increase risk of drug abuse and relapse? *Psychopharmacology*, 158(4), 343-359.
- Sinha, R. (2008). Chronic Stress, Drug Use, and Vulnerability to Addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1141, 105-130, DOI: 10.1196/annals.1441.030.
- Stotts, A. L., Green, C., Masuda, A., Grabowski, J., Wilson, K. Northrup, T. F. ... & Schmitz, J. M. (2012). A stage I pilot study of acceptance and commitment therapy for methadone detoxification. *Drug and Alcohol Dependence*, 125, 215-222.
- Swendsen, J., Conway, K. P., Degenhardt, L., Glantz, M., Jin, R., Merikangas, K. R. ... & Kessler, R. C. (2010). Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction*, 105(6), 1117-1128.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(4), 615-623.
- Waldron, H. B., Slesnick, N., Brody, J. L., Truner, C.W., & Paterson, T. R. (2001). Treatment Outcomes for Adolescent Substance Abuse at 4-7 Month Assessment. *Journal Consulting and Clinical Psychological*, 69, 802-813.
- Zurhold, H. (2005). Responses of European prison systems to problematic drug users. *International Journal of Prisoner Health*, 1, 127-141.