

**Effect of Functional Analytic
Psychotherapy (FAP) on Quality of
Life and self-esteem of Prostitutes:
single-subject design**

Parvin Mirenayat. M.A.

psychology, Islamic Azad University of Isfahan
(Khorasgan), Isfahan, Iran

Mohammadreza Abedi, Ph.D

Academic member, university of Isfahan, Isfahan, Iran

Razieh Izadi, Ph.D

Academic member, Safahan Institute of Higher Education,
Isfahan, Iran

Abstract

The aim of this research was to study the effect of functional analytic psychotherapy (FAP) on quality of life and self-esteem of prostitutes. Single-subject (A-B design) method was employed to collect the data from 3 baseline and 16 intervention sessions for 45 minutes twice a week. Two follow-up sessions were conducted 15 days and one month after the intervention. The statistical populations of this study included all prostitute women in Isfahan city in 2015- 16 that two women were selected by purposeful sampling including a married and a divorced one. Quality of life sf-36 questionnaire (Ware & Sherbourne, 1992) and Coopersmith self-esteem inventory (Coopersmith, 1967) were used to collect data. The findings of this study were analysed based on visual analysis and descriptive statistic indicators. Considering mean, median, trend and PND, the results demonstrated that the intervention was effective on increase of quality of life in both participants and increase of self-esteem in the second participant. Considering low quality of life and self-esteem among female prostitutes using Functional Analytic Psychotherapy to increase their quality of life and self-esteem is recommended.

Keywords: functional analytic psychotherapy, quality of life, self-esteem, prostitute, single-subject design

**تأثیر روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل عملکرد بر کیفیت
زندگی و عزت‌نفس زنان روسپی:
پژوهش مورد منفرد**

پروین میرعنایت

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی
واحد خوراسگان

محمدرضا عابدی*

استاد مشاوره دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

راضیه ایزدی

عضو هیئت‌علمی، غیرانتفاعی صفهان، اصفهان، ایران.

چکیده

هدف از انجام این پژوهش تعیین تأثیر روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل عملکرد (FAP) بر کیفیت زندگی و عزت‌نفس زنان روسپی بود. در این مطالعه از روش پژوهشی مورد منفرد A-B استفاده شد. پس از سه جلسه خط پایه، مداخله آغاز و ۱۶ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل عملکرد دو بار در هفته برای شرکت‌کنندگان اجرا شد. دو هفته پس از مداخله، آزمودنی‌ها در دو جلسه به فاصله ۱۵ روز تحت آزمون پیگیری قرار گرفتند. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان روسپی شهر اصفهان در سال ۹۵-۱۳۹۴ تشکیل می‌دهند که از میان آنها دو نفر شامل یک زن ۲۷ ساله مطلقه و یک زن ۲۷ ساله متأهل به‌عنوان نمونه با روش هدفمند انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه کیفیت زندگی SF-۳۶ (ویر و شریون، ۱۹۹۲) و پرسشنامه عزت‌نفس کوپر اسمیت (کوپر اسمیت، ۱۹۶۷) استفاده شد. یافته‌های این پژوهش بر اساس تحلیل دیداری و شاخص‌های آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و نتایج بر اساس بررسی میانه، میانگین، روند و PND نشان داد که مداخله مورد نظر بر افزایش کیفیت زندگی هر دو آزمودنی و افزایش عزت‌نفس آزمودنی دوم مؤثر بوده است. با توجه به پایین بودن کیفیت زندگی و عزت‌نفس زنان روسپی می‌توان از روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل عملکرد به‌منظور افزایش کیفیت زندگی و عزت‌نفس این افراد بهره گرفت.

واژه‌های کلیدی: روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل عملکرد، کیفیت زندگی، عزت‌نفس، زنان روسپی، پژوهش مورد منفرد

مقدمه

از عوامل درونی و بیرونی است به فرد احساس استقلال و اعتماد می‌دهد و پایین بودن آن عملکرد فرد در جنبه‌های مختلف را دچار اختلال می‌نماید؛ بنابراین عزت‌نفس نیز از مسائلی است که تلاش در جهت بهبود آن می‌تواند اثرات مثبت جامعه‌شناختی و روان‌شناختی را در پی داشته باشد. عزت‌نفس درجه تصویب، تأیید، پذیرش و ارزشمندی است که شخص نسبت به خود احساس می‌کند. این احساس ممکن است در مقایسه با دیگران و یا مستقل از آنان باشد (بیابانگرد ۱۳۹۰). کوپر اسمیت می‌گوید: "عزت‌نفس نشان‌دهنده باور فرد به میزان توانایی، اهمیت، موفقیت و ارزش خود است. به‌طور خلاصه عزت‌نفس قضاوتی شخصی درباره ارزش است که در نگرش‌های فرد نسبت به خود منعکس می‌شود." (کوپر اسمیت^۱، ۱۹۶۷، صص ۴-۵). اسکوفیلد و آیدمن^۲ (۲۰۰۴) بیان می‌کنند عزت‌نفس، نوعی نگرش و طرز تلقی از خود است و از دو منبع سرچشمه می‌گیرد؛ یکی تجربه کردن شایستگی و دیگری تجربه پذیرفته شدن توسط دیگران.

با توجه به اهمیت کیفیت زندگی و عزت‌نفس و همچنین پایین بودن این دو متغیر در زنان روسپی طبق نتایج پژوهش‌ها که چند مورد از آنها در ادامه آمده است و اهمیت پدیده روسپیگری^۳ از منظر جامعه‌شناسی و روانشناسی که در ایران به دلیل محدودیت‌های موجود کمتر با دید تخصصی و آسیب‌شناسانه مورد بررسی قرار گرفته است به نظر می‌رسد پرداختن به این مسئله می‌تواند کمک مؤثری به کاهش آسیب‌های این افراد در جهت بهبود وضعیت اجتماعی نماید. در رابطه با پایین بودن متغیرهای مورد پژوهش در زنان روسپی، رید^۴ (۲۰۱۱) در پژوهشی تحت عنوان بهبود کیفیت زندگی زنان روسپی خیابانی نشان داد که عواملی از قبیل قرار داشتن در معرض رفتارهای خشونت‌آمیز، ابتلا به ویروس نقص ایمنی انسانی^۵، آیدز و اعتیاد موجب وضعیت نامطلوب سلامتی در این افراد شده و تأثیر منفی بر کیفیت زندگی آنها دارد. نتایج پژوهش شوکلا و مهرتورا^۶ (۲۰۱۴) تحت عنوان کیفیت زندگی زنان روسپی نشان داد که این

کیفیت زندگی^۱ از جمله مسائل مهمی است که با پیشرفت جوامع روزبه‌روز بیشتر مورد توجه قرار می‌گیرد. این مفهوم در سال‌های اخیر به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم در توسعه جوامع در آمده و به‌عنوان موضوعی بین‌رشته‌ای از دیدگاه پزشکی، روان‌شناسی، جغرافیای انسانی، مطالعات توسعه، اقتصاد و جامعه‌شناسی مورد بررسی قرار گرفته است. این تعدد حوزه‌ها باعث شده که تعاریف متعددی برای آن ارائه شود اما به‌طور کلی پژوهشگران بر سه اصل در ارتباط باکیفیت زندگی اتفاق نظر دارند:

۱. کیفیت زندگی یک ارزشیابی ذهنی است و به قضاوت افراد راجع به کیفیت زندگی بستگی دارد.
۲. کیفیت زندگی ماهیتی پویا است به این معنی که فرآیندی وابسته به زمان بوده و تغییرات درونی و بیرونی در آن دخالت دارد.
۳. کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی است که باید از زوایا و ابعاد مختلف سنجیده شود (کیرت^۲، ۱۹۹۸).

می‌توان گفت که کیفیت زندگی به شکل آشکار یا پنهان در نقطه مقابل کمیت قرار می‌گیرد و منظور از آن سال‌های عمر است که ممکن است عالی، رضایت‌آمیز و لذت‌بخش باشد. یک زندگی دارای کیفیت، معمولاً با خشنودی، رضایت، شادی، خرسندی و توانایی فائق آمدن بر مشکلات همراه است، در واقع کیفیت زندگی مؤلفه‌ای است که به وسیله خود فرد ارزیابی و توصیف می‌شود (فریش^۳، ۲۰۰۶). به‌طور کلی کیفیت زندگی توصیفی از وضعیت بهزیستی جسمانی، احساسی و اجتماعی فرد و توانایی در انجام امور روزمره زندگی خود است (دونالد^۴، ۲۰۰۹).

مسئله دیگری که این پژوهش به آن پرداخته عزت‌نفس^۵ است که سال‌ها مورد توجه محافل علمی بوده و می‌تواند نقشی تعیین‌کننده در ارتقاء فرد و جامعه داشته باشد. عزت‌نفس که دارای ارتباطی مثبت و مستقیم با کیفیت زندگی است به معنی ارزشیابی است که فرد درباره خود دارد. این نیاز طبیعی که در همه انسان‌ها وجود داشته و متأثر

1. quality of life
3. Frisch
5. self-esteem
7. Schofield & Aidman
9. Reid
11. Shukla & Mehrotra

2. Kibert
4. Donald
6. Coopersmith
8. prostitution
10. Human Immunodeficiency Virus (HIV)

مورد استفاده قرار گرفته معمولاً درمان شامل ۲۰-۱۶ جلسه است. این درمان کارایی بالایی در حوزه مشکلات میان فردی و اختلالات شخصیت دارد که به دلیل شیوع بالای اختلالات شخصیت گروه B در زنان روسپی که با مشکلات عدیده در ارتباطات میان فردی همراه است می‌تواند در کاهش مشکلات این افراد مؤثر باشد. انصاری، غرایبی و کازرونی (۱۳۹۰) در پژوهشی تحت عنوان اختلال‌های شخصیتی و شیوه‌های رویارویی در زنان روسپی نشان دادند که ۹۰ درصد آزمودنی‌ها اختلال شخصیت داشتند.

کالاقان، سامرس و ویدمن^۱ (۲۰۱۲) پژوهشی با عنوان درمان الگوهای رفتاری اختلال شخصیت خودشیفته و هیستریونیک با استفاده از روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل عملکرد انجام دادند که نتایج، تغییر معناداری در این رفتارها از لحاظ آماری و کیفی نشان داد. پانکی^۲ (۲۰۱۲) روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل عملکرد برای اختلالات شخصیت گروه B را مورد بررسی قرارداد و نشان داد این درمان با ایجاد رابطه درمانی قوی به فرد آموزش می‌دهد که روابط حمایتگر را افزایش داده و در نتیجه کاهش پریشانی ذهنی و سایر مسائل مرتبط با رفتار سالم را تجربه نماید.

با توجه به مطالب فوق این پژوهش با هدف پاسخگویی به این پرسش‌ها طراحی شد:

۱. آیا روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل عملکرد بر کیفیت زندگی زنان روسپی مؤثر است؟
۲. آیا روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل عملکرد بر عزت‌نفس زنان روسپی مؤثر است؟

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه

جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان روسپی شهر اصفهان در سال ۹۵-۱۳۹۴ تشکیل می‌دهند که از میان آنها دو نفر به‌عنوان نمونه با روش هدفمند^۳ انتخاب شدند. انتخاب چنین نمونه‌هایی بر اساس فرمول‌های نمونه‌گیری نیست. قصد پژوهشگر در چنین نمونه‌گیری‌هایی انتخاب کسانی است که با اهداف پژوهش همخوانی داشته باشند. ملاک‌های

زنان دارای کیفیت زندگی پایینی هستند. نتایج پژوهش وونگ، هولروید، گری و لینگ^۴ (۲۰۰۶) برای بررسی کیفیت زندگی زنان روسپی نشان داد که بهزیستی جسمی و روانی زنان روسپی در مقایسه با زنان عادی به‌طور معناداری پایین‌تر است. همچنین این افراد احساس فریب خوردن و ناامیدی دارند که بر سلامت، عزت‌نفس و اعتمادبه‌نفس آنها تأثیر نامطلوبی داشته و آسیب‌پذیری این افراد را در پی دارد. نصیر^۵ و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی با هدف تعیین تفاوت عزت‌نفس و تحریف شناختی در زنان روسپی مسلمان و غیرمسلمان مالزی و تعیین رابطه این دو متغیر به این نتیجه رسیدند که عزت‌نفس زنان روسپی غیرمسلمان نسبت به مسلمان بالاتر است درحالی‌که زنان روسپی مسلمان تحریف شناختی بیشتری دارند.

روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل عملکرد^۳ که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفته است از درمان‌های فرامردن است که توسط کوهلنبرگ و سای^۴ در سال ۱۹۸۷ معرفی شد. مبنای نظری این درمان، مانند روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)^۵ زمینه‌گرایی فلسفی و مبنای روان‌شناختی آن تقویت مطرح شده در نظریه اسکینر است. درمان شامل سه مرحله ابتدایی، میانی و پایانی است که هر مرحله بر مسائل متفاوتی متمرکز بوده و رفتارهای بالینی مهم (CRB)^۶ مختلفی را فراخوانی نموده و فرم‌ها و پرسشنامه‌های خاص خود را دارد. در جلسات ابتدایی، هدف درمانگر این است که علاوه بر سنجش و مفهوم‌سازی نقش خود را به‌عنوان تقویت‌کننده مثبت تثبیت نموده و رابطه‌ای قوی و فضایی مبتنی بر اعتماد و امید ایجاد نماید. در پایان این مرحله مفهوم‌سازی انجام می‌شود. در مرحله میانی که قلب درمان است باید رابطه درمانی به‌خوبی شکل گرفته باشد. مرحله پایانی مانند مرحله ابتدایی CRBهای خاص خود را دارد. این مرحله بخصوص در مواردی که رابطه درمانی قوی شکل گرفته باشد هم برای مراجع و هم برای درمانگر مشکل است. دوره درمان بر اساس شدت مشکلات مراجع و شرایط درمانگر می‌تواند کوتاه‌مدت یا بلندمدت باشد (سای، کانتر، لاندس، نیورینگ و کوهلنبرگ^۷، ۲۰۰۹). در فرم کوتاه‌مدت که در این پژوهش

1. Wong, Holroyd, Gray & Ling

3. Functional Analytic Psychotherapy

5. Acceptance & Commitment Therapy

7. Tsai, Kanter, Landes, Newring & Kohlenberg

9. Pankey

2. Nasir

4. Kohlenberg & Tsai

6. Clinically Relevant Behavior

8. Callaghan, Summers & Weidman

10. purposeful sampling

این طرح دارای سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری بود که در مرحله خط پایه رفتار مورد بررسی که به آن رفتار آماج^۳ گفته می‌شود مدتی تحت شرایط طبیعی مورد مشاهده قرار گرفت. به این صورت که پیش از آغاز مداخله هر دو شرکت‌کننده به مدت سه جلسه پی‌درپی فقط پرسشنامه کیفیت زندگی SF-۳۶ و پرسشنامه عزت‌نفس کوپر اسمیت را تکمیل نموده و هیچ مداخله‌ای در این سه جلسه صورت نگرفت. پس از سه جلسه خط پایه، مرحله آزمایشی اجرا شد که طی آن تأثیر متغیر مستقل بر رفتار آماج مورد توجه بوده و شامل ۱۶ جلسه انفرادی روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل عملکرد به مدت ۴۵ دقیقه و دو بار در هفته بود. در مرحله پیگیری، مشاهده مجدد رفتار تغییر یافته بر اثر عمل آزمایشی در شرایط طبیعی صورت می‌گیرد، به این منظور پس از پایان جلسات، دو جلسه پیگیری به فاصله ۱۵ روز و یک ماه از آخرین جلسه درمان اجرا شد.

پس از طی مراحل فوق، نتایج هر سه مرحله به صورت نمودار رسم شده و تجزیه و تحلیل نهایی نتایج انجام گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری^۴ نمودارها و شاخص روند^۵، ثبات^۶، درصد داده‌های غیر همپوش (PND)^۷ و درصد داده‌های همپوش (POD)^۸ استفاده شده است. بدین منظور پس از رسم نمودار برای هر آزمودنی، در مرحله اول با استفاده از میانه داده‌های موقعیت خط پایه و مداخله، خط میانه داده‌ها موازی با محور افقی کشیده شد و محفظه ثبات^۹ روی خط میانه ترسیم شد (شکل ۲). پس از آن برای بررسی روند داده‌ها، از روش دونیم کردن^{۱۰} استفاده شد، یعنی داده‌های هر موقعیت دونیم شد و هر نیمه هم خود به دونیم تقسیم شد. سپس خطی که نقاط میانی هر دونیمه را به هم وصل کند، کشیده شد و محفظه ثبات بر روی این خط ترسیم شد (شکل ۲). پس از رسم خط میانه، خط روند و محفظه ثبات، شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانه و میانگین و شاخص‌های مربوط به تحلیل درون موقعیتی^{۱۱} و بین موقعیتی^{۱۲} مانند تغییر سطح، روند و PND محاسبه شد.

ورود به مطالعه عبارت بودند از روسپی بودن، عدم استفاده از هر نوع مداخله روان‌شناختی / مشاوره‌ای دیگر، عدم دریافت داروهای روان‌پزشکی، عدم ابتلا به سوء‌مصرف مواد، دارا بودن مدرک تحصیلی راهنمایی و بالاتر و قرار داشتن در محدوده سنی ۲۰-۴۰ سال. به منظور رعایت اخلاق پژوهش، پس از انتخاب آزمودنی‌ها و ارائه اطلاعات درباره هدف پژوهش و بیان اصل رازداری در مورد اطلاعاتی که در اختیار پژوهشگر می‌گذارند، به آنها حق انتخاب شرکت یا رد شرکت در پژوهش داده شد.

در این پژوهش از طرح تجربی مورد منفرد (تک آزمودنی)^۱ A-B استفاده شده است. علت انتخاب این روش پژوهش تعداد کم افراد موردنظر برای شرکت در پژوهش و خاص بودن آزمودنی‌ها بود. در مقابل، پژوهش‌های موردی در یک موقعیت میدانی اجرا شده و به شدت بر داده‌های کیفی تکیه دارد. برخی پژوهشگران، آزمایش مورد منفرد را به عنوان یک نسخه کم‌اهمیت‌تر و ساده‌تر از یکی از طرح‌های گروهی تلقی می‌کنند ولی این نگرش صحیح نیست. پژوهشگرانی که در زمینه طرح‌های منفرد کار می‌کنند به اندازه پژوهشگرانی که آزمایش‌های گروهی انجام می‌دهند به مسائل پایایی درونی و بیرونی توجه دارند (گال، بورگ و گال^۲، ترجمه نصر و همکاران، ۱۳۹۰).

در این طرح‌ها فقط یک آزمودنی واحد در یک زمان مورد مطالعه قرار می‌گیرد و تغییرات حاصل از اجرای مداخله، در ارتباط با همان فرد ارزیابی می‌شود یعنی در اجرای این طرح‌ها آزمودنی هم نقش آزمایشی و هم نقش گواه را بازی می‌کند.

به طور کلی هدف این طرح‌ها تعیین تأثیر یک روش معین بر آزمودنی‌ها به شکل انفرادی و یافتن رابطه علت و معلولی بین متغیرهای مستقل و وابسته است. وقتی ارائه یا حذف متغیر مستقل موجب کاهش یا افزایش متغیر وابسته می‌شود وجود رابطه علت و معلولی بین متغیر مستقل و وابسته اثبات می‌گردد.

1. single subject

3. target behavior

5. trending

7. Percentage of Non-overlapping Data

9. stability envelope

11. within condition analysis

2. Gall, Borg & Gall

4. visual analysis

6. stability

8. Percentage of Overlapping Data

10. split-middle

12. between condition analysis

ابزار سنجش

پرسشنامه کیفیت زندگی SF-۳۶: فرم ۳۶ عبارتی پرسشنامه توسط ویر و شربون^۱ در سال ۱۹۹۲ در کشور آمریکا طراحی شد و پایایی و روایی آن در گروه‌های مختلف آزمودنی‌ها مورد بررسی قرار گرفته است. مفاهیمی که توسط این پرسشنامه سنجیده می‌شود، اختصاص به سن، گروه یا بیماری خاصی ندارند. هدف از طرح این پرسشنامه، ارزیابی حالت سلامت از نظر وضعیت جسمانی^۲ و روانی^۳ است که به وسیله ترکیب نمرات حیطه‌های هشتگانه تشکیل‌دهنده سلامت که عبارت‌اند از عملکرد جسمی، اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی، اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی به دست می‌آید. نمرات هر زیر مقیاس بین ۰ تا ۱۰۰ است.

پایایی و روایی این پرسشنامه در سال ۱۹۸۸ توسط ویر و همکارانش مورد تأیید قرار گرفته است. پایایی و روایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی نیز مورد تأیید قرار گرفته است. منتظری، گشتاسبی و وحدانی نیا (۱۳۸۴) این پرسشنامه را مورد ارزیابی قرار دادند. ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس‌های ۸ گانه بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ گزارش شده است. نتایج نشان داد که گونه فارسی این ابزار استاندارد، به‌منظور اندازه‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی از پایایی و روایی لازم برخوردار است. یک نمونه از سؤالات این پرسشنامه عبارت است از: «میزان سلامتی خود را در حال حاضر با مقایسه با سال قبل چگونه ارزیابی می‌کنید؟»

پرسشنامه عزت‌نفس کوپر اسمیت (SEI):^۴ پرسشنامه عزت‌نفس کوپر اسمیت که یکی از معروف‌ترین و پر استفاده‌ترین ابزارهای سنجش عزت‌نفس است در سال ۱۹۶۷ توسط کوپر اسمیت ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۵۸ ماده به صورت بلی و خیر است. ۸ ماده از این پرسشنامه دروغ‌گویی را می‌سنجند و ۵۰ ماده باقی‌مانده به سنجش چهار زیر مقیاس این پرسشنامه اختصاص دارد که عبارت‌اند از عزت‌نفس کلی، عزت‌نفس خانوادگی، عزت‌نفس تحصیلی

و عزت‌نفس اجتماعی. نمره‌گذاری به صورت ۰ و ۱ است و هر چه فرد در این پرسشنامه نمره بالاتری بگیرد عزت‌نفس بیشتری دارد.

بررسی‌ها در ایران و خارج از ایران بیانگر آن است که این آزمون از پایایی و روایی قابل قبولی برخوردار است. ادموندسون، گروت، هاسکل، ماتیوس و وایت^۵ (۲۰۰۶) نیز ضریب همسانی درونی ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ را برای این آزمون گزارش کرده‌اند. ضریب همسانی درونی محاسبه شده در این پژوهش ۰/۸ بوده است. پور شافعی (۱۳۷۰) با روش دونیمه کردن ضریب ۰/۸۷ را گزارش کرده است. در بررسی روایی آزمون کوپر اسمیت ثابت، سلطانی، محمدی و جمشیدی فر (۱۳۷۵) و نایبی فرد (۱۳۸۲) روایی همگرایی مثبت بین آزمون کوپر اسمیت و آزمون عزت‌نفس آیسنک^۶ به دست آوردند. یک نمونه از گویه‌های این پرسشنامه عبارت است از: «چیزهای زیادی در من وجود دارد که اگر می‌توانستم آنها را تغییر می‌دادم».

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

فرایند انجام پژوهش به این صورت بود که در ابتدا ابزارهای مربوطه مشخص گردید و مورد ارزیابی مجدد قرار گرفت. در ادامه با هماهنگی معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان دو نفر از زنان روسپی مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره زنان آسیب‌پذیر انتخاب شدند. در مرحله اول طی سه جلسه خط پایه آزمودنی‌ها پرسشنامه کیفیت زندگی و عزت‌نفس را تکمیل نمودند. سپس ۱۶ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل عملکرد و پس از آن دو جلسه پیگیری به فاصله ۱۵ روز و یک ماه پس از آخرین جلسه مداخله اجرا شد. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری^۷ نمودارها، شاخص روند^۸، ثبات^۹، درصد داده‌های همپوش^{۱۰} و درصد داده‌های غیر همپوش^{۱۱} استفاده شد. ابتدا داده‌ها به صورت نمودار رسم شده (برای هر شرکت‌کننده داده‌های مربوط به سه موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری به ترتیب روی دو نمودار رسم گردید)، سپس محفظه ثبات^{۱۲}

1. Ware & Sherbourne

3. psychological

5. Edmondson, Grote, Haskell, Matthews & White

7. visual analysis

9. stability

11. percentage of non-overlapping data

2. somatic

4. Coopersmith Self-Esteem Inventory

6. Eysenck

8. trending

10. percentage of overlapping data

12. stability envelope

یافته‌ها

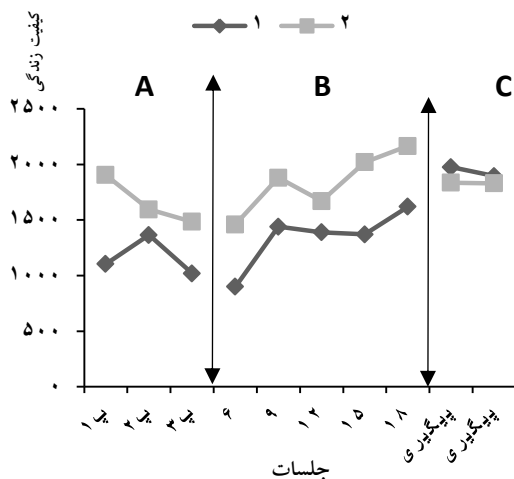
برای بررسی این سؤال که آیا روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل عملکرد بر کیفیت زندگی مؤثر بوده است نمرات خام اندازه‌گیری‌های مکرر متغیر کیفیت زندگی طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری در ادامه ارائه شده است:

و روند برای نمودار داده‌های هر دو شرکت‌کننده در موقعیت خط پایه و مداخله رسم شده و بعد با استفاده از شاخص روند و ثبات، میزان ثبات و جهت روند داده‌ها مشخص شد و در نهایت با استفاده از روش تحلیل درون موقعیتی^۱ و بین موقعیتی^۲ به تحلیل تأثیر متغیر مستقل بر وابسته پرداخته شد.

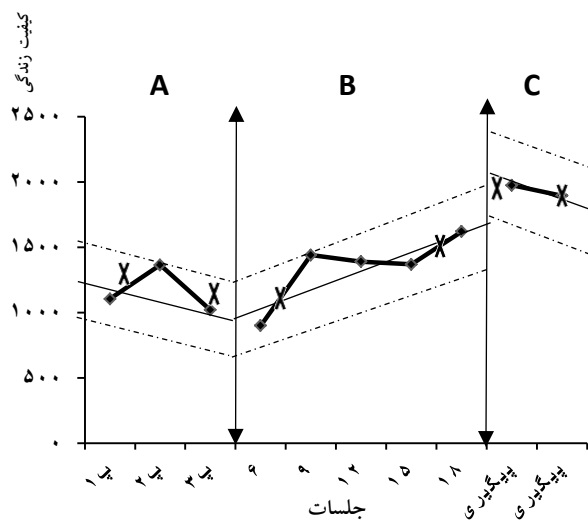
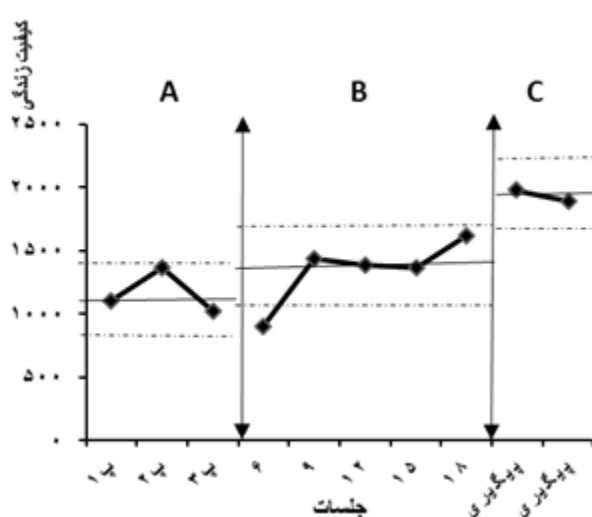
جدول ۱. نمرات پرسشنامه کیفیت زندگی در موقعیت خط پایه، مداخله و شکل (۱) تأثیر روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل عملکرد بر

کیفیت زندگی

پیگیری برای دو آزمودنی دو آزمودنی



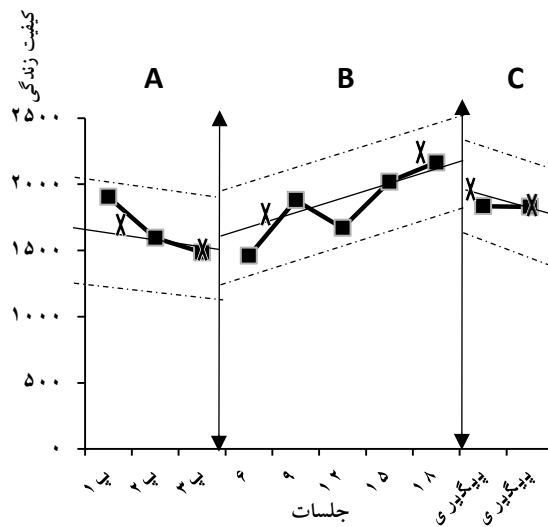
جلسات	اول	دوم
خط پایه	۱۱۰۵	۱۹۰۵
خط پایه	۱۳۶۵	۱۵۹۵
خط پایه	۱۰۲۰	۱۴۸۵
اول	۹۰۰	۱۴۶۰
دوم	۱۴۴۰	۱۸۸۰
سوم	۱۳۹۰	۱۶۷۰
چهارم	۱۳۷۰	۲۰۲۰
پنجم	۱۶۲۰	۲۱۶۵
پیگیری	۱۹۷۵	۱۸۳۵
پیگیری	۱۸۹۵	۱۸۳۰



شکل ۲. خط میانه، خط روند و محفظه ثبات برای کیفیت زندگی آزمودنی یک

جدول ۲. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای متغیر کیفیت زندگی آزمودنی یک

بین موقعیت‌ها		درون موقعیتی	
B	A	B	A
۱-مقایسه موقعیت	۱-توالی موقعیت‌ها		
۲-تغییرات روند	۲-طول موقعیت‌ها	۵	۳
۱-۲-تغییر جهت	۳-سطح		
۲-۲-اثر وابسته به هدف	۳-۱-میان	۱۳۹۰	۱۱۰۵
۳-۲-تغییر ثبات	۳-۲-میانگین	۱۳۴۴	۱۱۶۳/۳۳
۳-تغییر در سطح	۳-۳-دامنه تغییرات	۹۰۰-۱۶۲۰	۱۰۲۰-۱۳۶۵
۱-۳-تغییر نسبی	۴-۳-دامنه تغییرات	ثبات	ثبات
	محفظه ثبات		
	۲۵درصد از میان هر موقعیت		
	۴-تغییر سطح		
	۲-۳-تغییر مطلق		
	۳-۳-تغییر میان	-۱۱۷۰	-۱۱۹۲/۵
		۱۴۹۵	۱۲۳۵
	۴-۳-تغییر میانگین	۱۶۲۰-۹۰۰	۱۱۰۵-۱۰۲۰
	۴-همپوشی داده‌ها		
	۱-۴-PND	صعودی	نزولی
	۲-۴-POD	ثبات	ثبات
		خیر	خیر
			۳-۵-مسیرهای چندگانه



شکل ۳. خط میانه، خط روند و محفظه ثبات برای کیفیت زندگی آزمودنی دوم

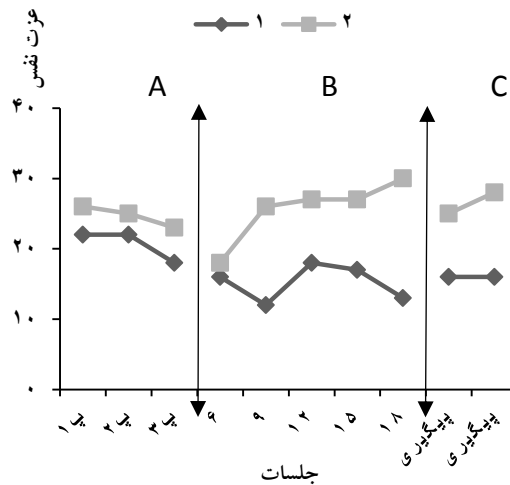
جدول ۳. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای متغیر کیفیت زندگی آزمودنی دو

بین موقعیت‌ها		درون موقعیتی	
B	۱- مقایسه موقعیت	B	A
A	۲- تغییرات روند	۵	۳
صعودی	۱-۲- تغییر جهت		۳- سطح
نزولی			
مثبت	۲-۲- اثر وابسته به هدف	۱۸۸۰	۱۵۹۵
باثبات	۳-۲- تغییر ثبات	۱۸۳۹	۱۶۶۱/۶۶
باثبات			
	۳-۳- تغییر در سطح	۱۴۶۰- ۲۱۶۵	۱۴۸۵- ۱۹۰۵
۱۶۷۰	۱-۳- تغییر نسبی	باثبات	باثبات
۱۵۴۰			۳-۳- دامنه تغییرات
			۴-۳- دامنه تغییرات محفظه ثبات
			۲۵ درصد از میانه هر موقعیت
۱۴۶۰	۲-۳- تغییر مطلق		۴- تغییر سطح
۱۴۸۵			
۱۸۸۰	۳-۳- تغییر میانه	۲۰۹۲/۵- ۱۶۷۰	۱۷۵۰- ۱۵۴۰
۱۵۹۵			۱-۴- تغییر نسبی
۱۸۳۹	۴-۳- تغییر میانگین	۲۱۶۵- ۱۴۶۰	۱۹۰۵- ۱۴۸۵
۱۶۶۱/۶۶			۲-۴- تغییر مطلق
	۴- همپوشی داده‌ها		۵- روند
۴۰ درصد	PND-۱-۴	صعودی	۱-۵- جهت
۴۰ درصد	POD-۲-۴	باثبات	۲-۵- ثبات
		خیر	۳-۵- مسیرهای چندگانه

نتایج جداول ۲ و ۳ برای آزمودنی‌ها نشان می‌دهد که روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل عملکرد بر کیفیت زندگی هر دو آزمودنی مؤثر بوده است. برای بررسی این سؤال که آیا روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل عملکرد بر عزت‌نفس مؤثر بوده است نمرات خام اندازه‌گیری‌های مکرر متغیر کیفیت زندگی طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری در جدول ۱ و یافته‌ها در شکل ۴ آمده است:

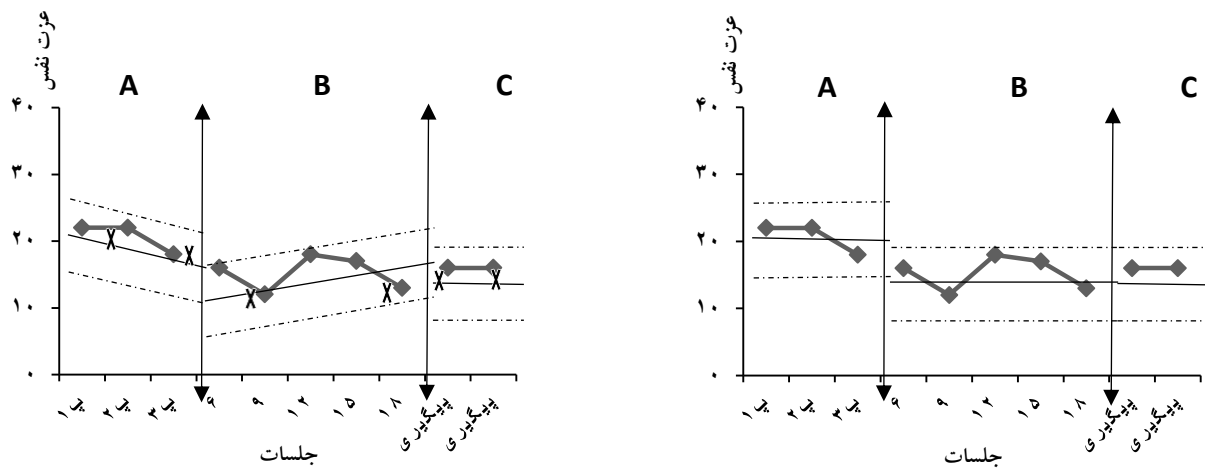
جدول ۴. نمرات عزت‌نفس در موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری برای دو آزمودنی

جلسات	اول	دوم
خط پایه	۲۲	۲۶
خط پایه	۲۲	۲۵
خط پایه	۱۸	۲۳
اول	۱۶	۱۸
دوم	۱۲	۲۶
سوم	۱۸	۲۷
چهارم	۱۷	۲۷
پنجم	۱۳	۳۰
پیگیری	۱۶	۲۵
پیگیری	۱۶	۲۸



شکل ۴. تأثیر روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل عملکرد بر عزت‌نفس

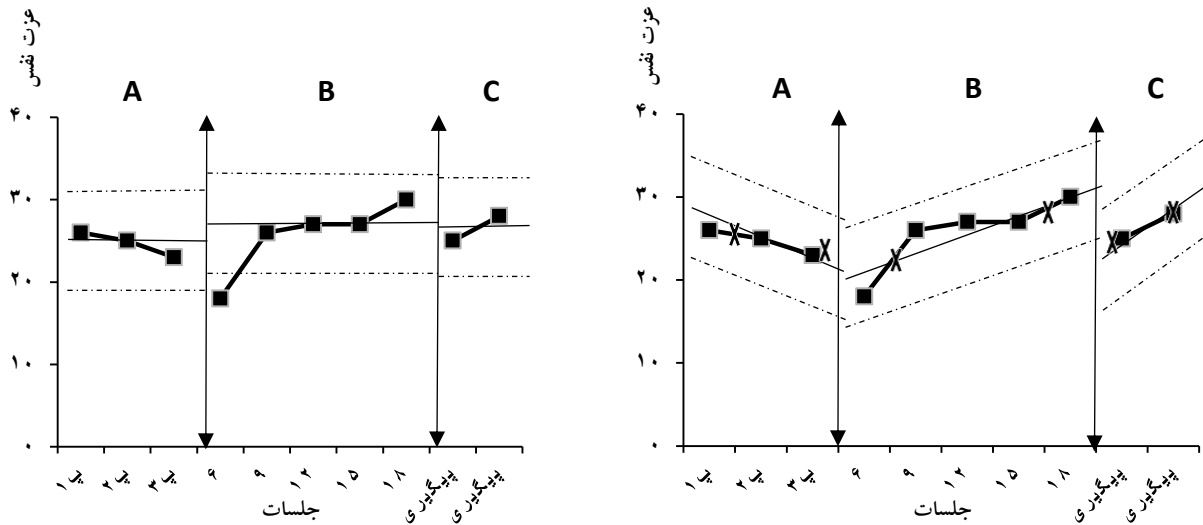
بر اساس تحلیل دیداری نمودار داده‌های آزمودنی‌ها در متغیر عزت‌نفس، خط میانه، خط روند و محفظه ثبات به دست می‌آید که در شکل زیر نشان داده شده است:



شکل ۵. خط میانه، خط روند و محفظه ثبات برای عزت‌نفس آزمودنی یک

جدول ۵. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای متغیر عزت‌نفس آزمودنی یک

بین موقعیت‌ها		درون موقعیتی	
B	۱-مقایسه موقعیت	B	A
A			
	۲-تغییرات روند	۵	۳
نزولی	۲-۱-تغییر جهت		
نزولی			
منفی	۲-۲-اثر وابسته به هدف	۱۶	۲۲
بائثبات	۲-۳-تغییر ثبات	۱۵/۲	۲۰/۶۶
بائثبات			
	۳-تغییر در سطح	۱۲- ۱۸	۱۸- ۲۲
۱۴	۳-۱-تغییر نسبی	بائثبات	بائثبات
۲۰			
۱۶	۳-۲-تغییر مطلق		
۱۸			
۱۶	۳-۳-تغییر میانه	۱۵- ۱۴	۲۲- ۲۰
۲۲			
۱۵/۲	۳-۴-تغییر میانگین	۱۶- ۱۳	۲۲- ۱۸
۲۰/۶۶			
	۴-همپوشی داده‌ها		
۰	PND-۱-۴	نزولی	نزولی
۲۰درصد	POD-۲-۴	بائثبات	بائثبات
		خیر	خیر
			۳-۵-مسیرهای چندگانه



شکل ۶. خط میانه، خط روند و محفظه ثبات برای عزت نفس آزمودنی دو

جدول ۶. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی برای متغیر عزت نفس آزمودنی دو

بین موقعیت‌ها		درون موقعیتی	
B	۱-مقایسه موقعیت	B	A
A			
	۲-تغییرات روند	۵	۳
صعودی	۱-۲-تغییر جهت		
نزولی			
مثبت	۲-۲-اثر وابسته به هدف	۲۷	۲۵
باثبات	۲-۳-تغییر ثبات	۲۵/۶	۲۴/۶۶
باثبات			
	۳-تغییر در سطح	۱۸- ۳۰	۲۳- ۲۶
۲۲	۱-۳-تغییر نسبی	باثبات	باثبات
۲۴			
۱۸	۲-۳-تغییر مطلق		
۲۳			
۲۷	۳-۳-تغییر میانه	۲۸/۵- ۲۲	۲۵/۵- ۲۴
۲۵			
۲۵/۶	۴-۳-تغییر میانگین	۳۰- ۱۸	۲۶- ۲۳
۲۴/۶۶			
	۴-همپوشی داده‌ها		
۶۰درصد	PND-۱-۴	صعودی	نزولی
۲۰درصد	POD-۲-۴	باثبات	باثبات
		خیر	خیر
			۳-۵-مسیرهای چندگانه

امر حاکی از افزایش کیفیت زندگی است. همچنین شاخص درصد داده‌های غیر همپوش نشان داد که مداخله با ۴۰ درصد اطمینان در افزایش کیفیت زندگی مراجع دوم مؤثر بوده است. تحلیل دیداری مرحله پیگیری نیز نشان داد که با شروع مرحله پیگیری تغییری باثبات در سطح و روند نمرات اتفاق افتاده است. میانه نمرات کیفیت زندگی در مرحله پیگیری نیز حاکی از کاهش نمرات کیفیت زندگی در مرحله پیگیری نسبت به درمان است. شاخص داده‌های غیر همپوش بین نقاط مداخله و پیگیری نیز حاکی از کاهش تأثیر درمان بوده که این امر را می‌توان احتمالاً ناشی از تعداد کم جلسات درمان در مرحله پیگیری دانست.

به‌طورکلی نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل عملکرد باعث افزایش کیفیت زندگی زنان روسپی می‌شود. به دلیل اینکه زنان روسپی به شدت با مشکل در روابط میان فردی روبرو هستند روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل عملکرد می‌تواند از طریق تغییر رفتار بین فردی و افزایش تعاملات مثبت این افراد به بهبود کیفیت زندگی آنها کمک مؤثری نماید. رابطه مراجع با درمانگر موجب توسعه مهارت‌های میان فردی مراجع و به‌کارگیری آنها در جلسه درمانی و سپس تعمیم آنها به زندگی روزمره می‌شود.

از طرفی درمانگر با تجزیه و تحلیل ارتباطات کلامی و غیرکلامی مراجع در جلسه می‌تواند رفتارهای مشکل‌ساز مراجع در جلسه درمانی (CRB1) را شناسایی نماید و از طرف دیگر سنجش کارکردی ویژه نیز به شناسایی CRBها در پنج طبقه ابراز نیاز، روابط دوجانبه، تعارض، افشاگری و احساس نزدیکی در روابط و تجربه و ابراز هیجان کمک می‌نماید. سپس بهبودهایی که در جلسه رخ می‌دهد (CRB2) در طی درمان فراخوانی و تقویت شده و جایگزین CRB1ها می‌شوند. با تعمیم این رفتارها به زندگی روزمره اطرافیان نیز متوجه این تغییرات شده و تقویت آنها می‌تواند باعث تشویق مراجع به ادامه رفتار شود. در واقع وقتی فرد کارکرد رفتار خود را شناخته و از تأثیر رفتار خود بر دیگران آگاهی یابد رفتارهای مؤثرتری نشان می‌دهد.

درمانگر باید این نکته را مدنظر داشته باشد که مشکلات فرد که در جلسه مشاهده می‌شود در متغیرهای پیشینه‌ای و روش‌های مقابله‌ای ناکارآمد فرد ریشه دارند. در همین راستا

نتایج جداول ۵ و ۶ نشان می‌دهد که روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل عملکرد بر عزت‌نفس آزمودنی دوم مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش تعیین تأثیر روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل عملکرد بر کیفیت زندگی و عزت‌نفس زنان روسپی بود. در ارتباط با فرضیه پژوهش بررسی داده‌های متغیر کیفیت زندگی نشان داد که آزمودنی اول طی سه نقطه خط پایه، روند نزولی باثبات در نمرات کیفیت زندگی داشته و با شروع درمان تغییری تدریجی در سطح روند (طبق شاخص تغییر سطح و تغییر روند) نمرات ایجاد شده است که این امر حاکی از تأثیر روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل عملکرد بر افزایش کیفیت زندگی است. همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شده است میانه نمرات کیفیت زندگی مراجع اول از ۱۱۰۵ در خط پایه به ۱۳۹۰ در مداخله رسیده است که این امر حاکی از افزایش کیفیت زندگی است. همچنین شاخص درصد داده‌های غیر همپوش نشان داد که مداخله با ۸۰ درصد اطمینان مؤثر بوده است. تحلیل دیداری مرحله پیگیری نیز نشان داد که با شروع مرحله پیگیری تغییری باثبات در سطح و روند نمرات اتفاق افتاده است.

همچنین میانه نمرات در مرحله پیگیری حاکی از افزایش نمرات کیفیت زندگی مراجع اول در مرحله پیگیری نسبت به درمان است. شاخص داده‌های همپوش نیز بیانگر این است که همپوشی بین نقاط مداخله و پیگیری ۰ درصد است بنابراین درمان با ۱۰۰ درصد اطمینان بر کیفیت زندگی آزمودنی اول مؤثر بوده و تأثیر درمان همچنان ماندگار بود. روند نزولی نمرات در موقعیت پیگیری را هم می‌توان ناشی از تعداد کم جلسات درمان در مرحله پیگیری دانست.

آزمودنی دوم نیز طی سه نقطه خط پایه، روندی نزولی و باثبات در نمرات کیفیت زندگی نشان داد که با شروع درمان تغییری تدریجی در سطح روند (طبق شاخص تغییر سطح و تغییر روند) در نمرات ایجاد شد که حاکی از تأثیر روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل عملکرد بر افزایش کیفیت زندگی آزمودنی دوم است. همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است میانه نمرات کیفیت زندگی مراجع دوم از ۱۵۹۵ در خط پایه به ۱۸۸۰ در مداخله رسیده است که این

عزت‌نفس است. همان‌طور که در جدول ۶ نشان داده شده است میانه عزت‌نفس از ۲۵ در خط پایه به ۲۷ در مداخله رسیده است که این امر حاکی از افزایش عزت‌نفس است. همچنین شاخص درصد داده‌های غیر همپوش نشان می‌دهد که مداخله با ۶۰ درصد اطمینان مؤثر بوده است. تحلیل دیداری مرحله پیگیری نیز نشان داد که با شروع مرحله پیگیری تغییری باثبات در سطح و روند نمرات افتاده است. میانه نمرات عزت‌نفس در مرحله پیگیری حاکی از کاهش جزئی نمرات عزت‌نفس در مرحله پیگیری نسبت به درمان است. شاخص داده‌های غیر همپوش بین نقاط مداخله و پیگیری ($PND=0$) نیز حاکی از کاهش تأثیر درمان بوده که این امر را می‌توان احتمالاً ناشی از تعداد کم جلسات درمان در مرحله پیگیری دانست.

به‌طور کلی نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل عملکرد باعث افزایش عزت‌نفس آزمودنی دوم شده است. زنان روسپی دارای عزت‌نفس پایینی هستند در حالی که یکی از مهم‌ترین فاکتورهای مؤثر در روابط بین فردی عزت‌نفس است. افراد دارای عزت‌نفس پائین اغلب به دلیل احساس بی‌ارزشی نمی‌توانند روابط موفقی داشته باشند زیرا قادر نیستند احساس دوست داشتن «خود» و مقبولیت از طرف دیگری را در درون خود ایجاد کنند. طبق سنجش کارکردی ویژه هر دو آزمودنی از نظر ابراز نیاز، روابط دوجانبه، تعارض، افشاگری و احساس نزدیکی در روابط و تجربه و ابراز هیجان با مشکل مواجه بودند. در تبیین نتایج به دست آمده مبنی بر عدم تأثیر درمان بر عزت‌نفس آزمودنی یک می‌توان گفت از آنجایی که عزت‌نفس این افراد طی سال‌های متمادی دچار آسیب جدی شده است برای کارایی درمان در افزایش عزت‌نفس زنان روسپی به تعداد جلسات بیشتری نیاز است.

همان‌طور که اشاره شد معمولاً افراد دارای رفتارهای انحرافی از لحاظ سبک دلبستگی دوسوگرا هستند و حس عمیقی از بی‌ارزش بودن، خود افشاگری نامناسب و ابراز نامناسب هیجان‌ها و وابستگی به دیگران در آنها مشاهده می‌شود. علاوه بر این، شیوه مقابله زنان روسپی با استرس هیجان محور است؛ بنابراین، در تبیین نتایج مبنی بر تأثیر درمان بر عزت‌نفس آزمودنی دو می‌توان این‌گونه استدلال نمود که روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل عملکرد با ایجاد رابطه

می‌توان به وجود سبک دلبستگی دوسوگرا و روش‌های مقابله‌ای هیجان مدار در زنان روسپی اشاره نمود که موجب بروز مشکلاتی در روابط بین فردی می‌شود. بنا بر نظر بالبی تجارب اولیه کسب شده توسط کودک، الگوی ارتباطات اجتماعی آینده فرد نیز است. افراد با سبک دلبستگی ناایمن در ارتباطات خود از شیوه‌های کارآمد و مؤثر ارتباطی استفاده نکرده و توانایی مدیریت ارتباط عاطفی و هیجانی خود و حل مسائل زندگی را ندارند. معمولاً افراد دارای رفتارهای انحرافی از لحاظ سبک دلبستگی دوسوگرا هستند و حس عمیق بی‌ارزش بودن، خود افشاگری نامناسب، ابراز نامناسب هیجان‌ها و وابستگی به دیگران در افراد دوسوگرا گزارش شده است. درحالی‌که افرادی که با سرعت و دقت هیجان‌ناشان را ارزیابی، بیان و کنترل می‌کنند، بهتر می‌توانند به محیط اطراف خود پاسخ دهند.

در مورد متغیر عزت‌نفس طبق شکل ۵ آزمودنی اول طی سه نقطه خط پایه، روندی نزولی در نمرات عزت‌نفس نشان می‌دهد که با شروع درمان تغییری تدریجی و ضعیف در سطح روند (طبق شاخص تغییر سطح و تغییر روند) در نمرات ایجاد شده است که این حاکی از تأثیر روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل عملکرد بر عزت‌نفس است. همان‌طور که در جدول ۵ نشان داده شده است میانه نمرات از ۲۲ در خط پایه به ۱۶ در مداخله رسیده است که این امر حاکی از کاهش عزت‌نفس است. همچنین شاخص درصد داده‌های غیر همپوش نشان می‌دهد که مداخله بر عزت‌نفس آزمودنی یک مؤثر نبوده است. تحلیل دیداری مرحله پیگیری نیز نشان داد که با شروع مرحله پیگیری تغییری باثبات در روند نمرات اتفاق افتاده است. میانه نمرات عزت‌نفس در مرحله پیگیری حاکی از عدم افزایش میانه نمرات عزت‌نفس در مرحله پیگیری نسبت به درمان است. شاخص داده‌های همپوش بیانگر این است که همپوشی بین نقاط مداخله و پیگیری ۱۰۰ درصد بوده بنابراین درمان بر عزت‌نفس آزمودنی یک مؤثر نبوده است.

در مورد عزت‌نفس آزمودنی دوم طی سه نقطه خط پایه، روندی نزولی در نمرات عزت‌نفس نشان داد که با شروع درمان تغییری تدریجی در سطح روند (طبق شاخص تغییر سطح و تغییر روند) در نمرات ایجاد شده است که این حاکی از تأثیر روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل عملکرد بر افزایش

گال، م.، بورگ، و؛ و گال، ج. (۱۳۹۰). روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان‌شناسی. ترجمه احمدرضا نصر و همکاران. جلد دوم. تهران: دانشگاه شهید بهشتی.

منتظری، ع.، گشتاسبی، آ؛ و وحدانی نیا، م. (۱۳۸۴). ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی ابزار استاندارد SF-36 پایش، ۵ (۱): ۴۹-۵۶.

نیایی فرد، آ. (۱۳۸۲). هنجاریابی پرسشنامه عزت‌نفس کوپر اسمیت و بررسی برازش آن با مدل راش. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.

یزدانی دهنوی، یحیی. (۱۳۸۵). تأثیر آموزش راهبردهای معنوی-مذهبی بر میزان عزت‌نفس و معناجویی دانش‌آموزان پایه اول دبیرستان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان.

Callaghan, G. M., Summers, C. J., & Weidman, M. (2003). The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behaviors: A single-subject demonstration of clinical improvement using Functional Analytic Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33: 321- 339.

Coopersmith, S. (1967). The antecedents of self-esteem. San Francisco: Freeman.

Donald, A. (2009). What is quality of life?. *Hayward Medical Communications, a division of Hayward Group*, 1-8.

Edmondson, J., Grote, L., Haskell, L., Matthews, A., & White, M. (n.d.). (2006). Adolescent self-esteem: Is there a correlation with maternal self-esteem? *Citations*, 3: 1-8.

Frisch, M. B. (2006). Quality of life therapy: applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy. Hoboken: Wiley.

Gabe, J. Bury, M., & Elston, M. A. (2004). Key Concepts in medical sociology, United Kingdom: Sage.

Kibert G. M. (1998). Quality of life as an outcome in EORI. Clinical trials. *European journal of cancer*, 4: 31-34.

Nasir, R., Zamani, Z. A., Ismail, R., Yusooff, F., Khairuddin, R., & Zawawi, Z. M. (2010). Self-esteem and cognitive distortion among women involved in prostitution in Malaysia. *Elsevier*, 5: 1939-1944.

Pankey, J. (2012). Functional Analytic Psychotherapy (FAP) for cluster B personality disorders: Creating meaning, mattering, and skills. *International Journal Behavioral Consultation and Therapy*; 7(2&3): 117-125.

Reid, L.A. (2011). Improving the quality of life for street level sex workers: A case study of their experiences with stigma in the downtown eastside. Master project. *Art University of Toronto*.

Shukla, A., & Mehrotra, D. (2014). Quality of life among female sex workers. *Indian Journal of Health and Well-being*, 10(5): 1222-1224.

درمانی قوی بین مراجع و درمانگر در آزمودنی احساس دل بستگی ایجاد می نماید که می تواند تأثیر مثبتی بر عزت‌نفس وی داشته و با ایجاد بهبود در زمینه روابط دوجانبه، تعارض، افشاگری و احساس نزدیکی در روابط و تجربه و ابزار هیجان به افزایش عزت‌نفس فرد کمک نماید.

در نهایت از جمله محدودیت‌های این پژوهش این است که به دلیل انجام این پژوهش بر روی زنان روسپی شهر اصفهان با شرایط فرهنگی خاص، همچنین وجود بازه سنی محدود و محدود بودن تعداد آزمودنی‌ها نمی توان نتایج را به سایر زنان روسپی تعمیم داد.

به طور کلی، می توان چنین نتیجه گرفت که با توجه به تأثیر مثبت روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل عملکرد بر کیفیت زندگی و عزت‌نفس زنان روسپی استفاده از این درمان در کلینیک‌ها و مراکز مشاوره زنان آسیب پذیر می تواند تا حد زیادی موجب افزایش کیفیت زندگی و عزت‌نفس این افراد شود.

سپاسگزاری

از شرکت کنندگان این پژوهش همچنین از معاونت بهداشتی علوم پزشکی اصفهان که در به انجام رساندن این پژوهش با ما همکاری کردند نهایت تشکر و قدردانی را داریم.

منابع

انصاری، س.، غزایی، ب؛ و افسر کازرونی، پ. (۱۳۹۰). اختلال‌های شخصیتی و شیوه‌های رویارویی در زنان روسپی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۷ (۱): ۷۵-۷۱.

بیابانگرد، آ. (۱۳۹۰). روش‌های افزایش عزت‌نفس در کودکان و نوجوانان. تهران: انتشارات انجمن اولیاء و مربیان.

پورشفاعی، ه. (۱۳۷۰). بررسی رابطه عزت‌نفس با پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان سال سوم دوره متوسطه شهرستان قائن. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت معلم.

ثابت، م.، سلطانی نژاد، ن.، محمدی، ع؛ و جمشیدی فر، ز. (۱۳۹۰). مقایسه اختلالات شخصیتی زنان روسپی و عادی.

دومین همایش نقش دانش و دانشگاهیان در پیشگیری از وقوع جرم و آسیب‌های اجتماعی.

- Tsai, M., Kanter, J.W., Landes, S. J., Newring, R.W., & Kohlenberg, R.J. (2009). A Guide to Functional Analytic Psychotherapy: awareness, courage, love and behaviorism. Springer, 145-164.
- Wong, W.C., Holroyd, E.A., Gray, A., & Ling, D.C. (2006). Female street sex workers in Hong Kong: moving beyond sexual health. *Journal of Women's Health*, 15(4) 9-390.