

بررسی اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه یکپارچه توحیدی بر سازگاری زندانیان مرد

مهدی امیدیان*
احمد طاهری فرد**

چکیده

هدف پژوهش، پاسخگویی به این سؤال بود که آیا مشاوره گروهی به شیوه یکپارچه توحیدی، بر سازگاری زندانیان مرد مؤثر است؟ روش پژوهش، آزمایشی با گروه کنترل در بین زندانیان مرد در زندان مرکزی شهرکرد در سال ۱۳۹۱ بود؛ ۴۰ نفر با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده چندمرحله‌ای انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند. از پرسشنامه سازگاری بل به عنوان ابزار غربالگری استفاده گردید. سپس برنامه مشاوره گروهی به شیوه یکپارچه توحیدی به مدت ۱۲ جلسه یک‌و نیم ساعته بر روی اعضای گروه آزمایشی اجرا شد. پس از پایان مداخله درمانی، پس‌آزمون و بعد از یک ماه آزمون پیگیری از هر دو گروه اخذ گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل اندازه‌های مکرر استفاده شد و نتایج نشان داد که بین میانگین نمره سازگاری دو گروه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/002$)؛ در نتیجه می‌توان گفت که مشاوره گروهی به شیوه یکپارچه توحیدی بر سازگاری زندانیان مرد مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: سازگاری، درمان یکپارچه توحیدی، زندانیان مرد، روان‌شناسی اسلامی، علم دینی، روان‌درمانگری، مشاوره گروهی

مقدمه

سازگاری، انطباق متوالی با تغییرات و ایجاد ارتباط بین فرد و محیط است؛ به نحوی که حداکثر رفاه خویشتن را همراه با رفاه اجتماعی ضمن رعایت حقوق دیگران امکان‌پذیر سازد. بدین ترتیب، سازگاری به معنای هم‌رنگ شدن با جماعت نیست بلکه سازگاری به معنای شناخت این حقیقت است که هر فرد باید هدف‌های خود را با توجه به چارچوب اجتماعی و فرهنگی دنبال نماید (راجرز، ۱۹۹۵). وجود رفتارهای ناسازگارانه زندانیان، به عنوان یک مشکل عمومی و رایج در زندان‌ها مطرح شده و باعث این دیدگاه نادرست شده است که ناسازگاری پدیده‌ای طبیعی و عادی در زندان است (شمس، ۱۳۸۷)؛ با این حال، این موضوع مهم‌ترین دغدغه کارکنان زندان‌هاست که به دنبال راه‌های کنترل و کنار آمدن با این پدیده هستند.

سازگاری در زندان‌ها به دلیل ویژگی‌های خاص زندان حائز اهمیت است؛ به طوری که این ویژگی‌ها آن را از سایر محیط‌های اجتماعی و اصلاحی متمایز می‌کند. نام زندان تداعی‌کننده وضعیت دشوار و سختی است، به حدی که برای بیشتر مردم یادآور محیطی استرس‌آور و وحشت‌زاست که البته چندان هم دور از واقعیت نیست (اسلام، ویک و رولینس، ۲۰۰۷)؛ در واقع، محیط زندان نه تنها برای زندانیان بلکه برای پرسنل زندان نیز سخت و استرس‌زاست. زندان‌ها محیط‌هایی غیرعادی و غیرطبیعی هستند که با ویژگی‌هایی چون فضای فیزیکی محدود با دیوارهای بلند، با تاریخچه‌ای طولانی و خاص برای تنبیه خشونت‌گران و خاطیان قانون که آنان برخلاف میل و اراده‌شان در این مکان نگهداری می‌شوند (همل و تامسون، ۲۰۰۸)؛ همچنین، محیط زندان و از دست دادن آزادی سبب ضربه‌ها و آسیب‌های عمیق روان‌شناختی است که باعث کاهش سازگاری می‌شود و نتیجه این وضعیت چنان می‌شود که زندانیان و کارمندان، حساسیت خود را نسبت به میزان معین و خاصی از رفتارهای ناسازگارانه که در اطراف خود مشاهده می‌کنند، از دست می‌دهند (اسلام، ویک و رولینس، ۲۰۰۷).

تحقیقات بسیاری تأیید کرده‌اند که الگوی مهار و کنترل ناسازگاری در زندان برای کنترل و مهار اخلال و بی‌نظمی، با قوانین خشک و قهری از تأثیرگذاری کمتری

1. Islam, Vik, & Rawlins

2. Homel & Thomson

برخوردار است (کوهن^۱، ۲۰۰۶)؛ از این رو، رویکردهای روان‌شناختی بیشتر مورد توجه قرار گرفته است، اما در این باره مشکلاتی هم دیده می‌شود؛ از جمله اینکه درمان‌های روان‌شناختی برای همگان در دسترس نیستند و افراد کم‌درآمد توان پرداخت هزینه‌های درمان را ندارند و نیز تعداد افراد آموزش‌دیده متخصص در مقایسه با تعداد افرادی که به درمان نیاز دارند، بسیار کم است. یک راهبرد اصلی برای رفع این مشکل ارائه درمان در گروه است که امروزه در مؤثر بودن آن تردیدی وجود ندارد (فری^۲، ۱۳۸۲، ص ۱۷). از سوی دیگر، انجمن روان‌شناسی آمریکا (۲۰۰۶)؛ به نقل از لوین، (۲۰۱۰) در آخرین طبقه‌بندی که از اختلالات روانی دارد؛ از روان‌شناسان و روان‌پزشکان می‌خواهد که در بررسی اختلالات روانی، به عامل مذهب توجه بالینی ویژه‌ای داشته باشند؛ چراکه بعد معنوی در کنار دیگر ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی قابل اهمیت است و همچنین، متناسب با سبب‌شناسی مشکلات روانی، شیوه‌های گروه‌درمانی گوناگونی پیشنهاد می‌شود؛ یکی از این رویکردها، گروه‌درمانی یکپارچه توحیدی است. درمان یکپارچه توحیدی^۳ که تلفیقی از آخرین یافته‌های روان‌درمانی در حوزه‌های مختلف؛ به‌ویژه، از یک‌سو درمان‌گری‌های انسان‌گرا و وجودی و از سوی دیگر، آموزه‌های اخلاقی و عرفانی دین اسلام است، ابتدا با عنوان توحیددرمانی^۴ توسط جلالی تهرانی (۱۳۸۳) به وجود آمد. این رویکرد که از ادغام و یکپارچه‌سازی نگرش اسلام نسبت به سرشت و فطرت انسان و نظریه و روش درمان انسان‌گرا به‌وجود آمده، برای اولین بار اسلام را به عنوان یک شیوه درمانی مطرح نموده است؛ پس از آن، توحیددرمانی با تغییراتی که توسط شریفی‌نیا (۱۳۸۷) صورت گرفت، به صورت درمانی یکپارچه و التقاطی و با عنوان درمان یکپارچه توحیدی مطرح شد. در این درمان که تلفیقی از آخرین یافته‌های روان‌درمانی در حوزه‌های مختلف روان‌شناسی و آموزه‌های دینی است؛ اولاً، بر وحدت و یکپارچگی شخصیت انسان با بهره‌گیری از تمامی رویکردهای روان‌شناختی تأکید می‌کند؛ ثانیاً، استفاده از عنصر توحید و ایجاد ارتباط خالصانه با خداوند را در انسجام‌بخشی به مؤلفه‌های گوناگون شخصیت و دستیابی به یکپارچگی

1. Kohen

2. Free, M.L.

3. Monotheistic Integrated Therapy

4. integration Therapy

ساختاریافته وجود انسان ضروری می‌شمارد و ثالثاً، دستیابی به نتایج درمانی عمیق‌تر، مؤثرتر و پایدارتر را در گرو ادغام یافته‌های همه مکاتب روان‌شناسی با آموزه‌های توحیدی- عرفانی ادیان الهی می‌داند (چوپانی، ۱۳۸۸). این روش، درمانی جامع و چندوجهی است که فعلاً برای بازپروری و اصلاح رفتار مجرمان زندانی شده و آماده‌سازی آنها برای بازگشت سعادت‌مندانه به جامعه تهیه و تدوین شده است (شریفی‌نیا، ۱۳۸۹). پیش‌فرض بنیادین روش مذکور این است که ضمن کاربرد فنون مختلف درمان روان‌شناختی؛ از قبیل پذیرش مثبت غیرمشروط، همدلی، شکل‌دهی رفتار، اصلاح باورهای معیوب و ناکارآمد، تخلیه هیجانی و آموزشی مهارت‌های حل مسئله، ابراز وجود، خودآرام‌سازی، مهار خویشتن، مراجع را با مبدأ هستی پیوند زده و روح وی را از طریق برقراری ارتباط صمیمانه با خدا اشباع می‌کند؛ در این صورت، اثربخشی درمان افزایش می‌یابد و پایداری بهبودی تأمین خواهد شد (شریفی‌نیا، ۱۳۸۹، ص ۹۷).

پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که نگرش مثبت باور به وجود خدا و انجام مناسک دینی در سلامت روانی و درمان اختلالات روانی مؤثر است (ویلیامز و استرن‌هال، ۲۰۰۷؛ یحیا و دوتا، ۲۰۱۰؛ زنگ و همکاران، ۲۰۱۱). تروینو و همکاران (۲۰۰۷) طی پژوهشی نشان دادند که نگرش مذهبی با افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، سازگاری و خودبیمارانگاری رابطه منفی دارد. تحقیقات مختلف دیگری نیز حاکی از تأثیر مداخلات درمانی به شیوه یکپارچه توحیدی در کاهش فشار روانی (طیبی و قنبری‌هاشم آبادی، ۱۳۹۰)، افسردگی (جلالی‌تهرانی، ۱۹۹۶)، کاهش مصرف مواد مخدر و رفتارهای همایند (قنبری‌هاشم آبادی، ۱۳۸۳؛ شریفی‌نیا، ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷) و رفتارهای مجرمانه (شریفی‌نیا، ۱۳۸۶) است.

از آنجا که به نظر بزرگان؛ از جمله امام خمینی (۱۳۷۳)، تبدیل شدن زندان‌ها به مکانی برای تهذیب و اصلاح همواره از مهم‌ترین دغدغه‌های مسئولین بوده است و همان‌طور که پژوهش‌ها نشان می‌دهند، معمولاً افراد برای مقابله با انواع ناراحتی‌های خود؛ مانند مقابله با بیماری، مرگ عزیزان و کاهش رفتارهای مخرب از مذهب و دین کمک گرفته‌اند؛ از این رو، کاهش خطرات احتمالی کاهش سازگاری در بین زندانیان، اجرای برنامه‌های درمانی در پرتو دین ضروری به نظر می‌رسد و بر این اساس، پژوهش

حاضر سعی دارد به این سؤال‌های اساسی بپردازد که:

- آیا مشاوره گروهی به شیوه یکپارچه توحیدی بر سازگاری زندانیان مرد مؤثر است؟

- آیا آثار مشاوره گروهی به شیوه یکپارچه توحیدی تا زمان پیگیری پایدار است؟

روش تحقیق

از آنجا که طرح آزمایشی مبتنی بر سه اصل کلی تکرار آزمایش، تصادفی ساختن و کنترل موضعی (محلی) است و دقت یک آزمایش مستلزم تعادل بین این سه اصل است؛ بر همین اساس، در این پژوهش از روش تحقیق تجربی و از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل استفاده شده است.

جدول ۱: طرح تحقیق آزمایشی

گروه‌ها	انتخاب تصادفی	پیش‌آزمون	متغیر مستقل	پس‌آزمون
آزمایش	R	T1	X	T2
کنترل	R	T1	-	T2

ملاحظه می‌شود که یکی از گروه‌ها در این طرح آزمایشی است که اثر متغیر X؛ یعنی کاربندی آزمایشی (مشاوره گروهی به شیوه یکپارچه توحیدی) را تجربه می‌کند و گروه دیگر، کنترل است که تحت کاربندی عادی قرار دارد. این طرح یکی از قوی‌ترین مدل‌های منطقی برای استنباط روابط علی است و اکثر عامل‌های مزاحم روایی درونی به جز تلفات تجربی (افت آزمودنی‌ها) و اثر واکنشی و حساسیت آزمودنی‌ها نسبت به پیش‌آزمون را کنترل می‌کند، اما از نظر روایی بیرونی به علت عدم تعمیم‌پذیری نتایج به جامعه پیش‌آزمون نشده ضعیف است (هومن، ۱۳۸۹).

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش را زندانیان مرد مستقر در زندان مرکزی شهرکرد در سال ۱۳۹۱ تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده چندمرحله‌ای بود؛ به این طریق که از بین بندهای چهارگانه زندان مرکزی شهرکرد یک بند انتخاب و سپس

از بین ده اتاق موجود در این بند، چهار اتاق به صورت تصادفی انتخاب شدند. بین زندانیان چهار اتاق (۱۲۷ نفر)، آزمون سازگاری اجرا شد و از بین آزمودنی‌ها (با نمره سازگاری پایین‌تر از نمره برش) به روش تصادفی تعداد چهل نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند و بیست نفر در گروه آزمایش و بیست نفر در گروه کنترل جایگزین گردیدند.

جدول ۲: متغیرهای جمعیت‌شناختی گروه نمونه

میزان تحصیلات				نوع جرم		وضعیت تاهل	
دانشگاهی	دبیرستان	راهنمایی	ابتدایی	شدید	خفیف	متاهل	مجرد
۱۰	۲۰	۳۰	۴۰	۶۵	۳۵	۶۲/۵	۳۷/۵
تعداد افراد خانواده				سن			
پایین‌ترین	بالا‌ترین	انحراف معیار	میانگین	پایین‌ترین	بالا‌ترین	انحراف معیار	میانگین
۳	۱۲	۹/۶۱	۸/۷	۲۱	۵۱	۹/۳۳	۳۲/۱۶

ابزار اندازه‌گیری: در این پژوهش برای اندازه‌گیری میزان سازگاری شرکت‌کنندگان در پیش و پس‌آزمون از پرسشنامه‌ای که در سال ۱۹۶۱م. توسط بل^۱ تدوین گردید، استفاده شده است. بل در زمینه سازگاری تلاش‌های گسترده‌ای انجام داده و از جمله افراد سرشناسی است که در این رابطه کارهای تحقیقاتی بسیاری را به انجام رسانیده است. این پرسشنامه در سال ۱۳۷۵ توسط مهدیان در ایران هنجاریابی و ضریب آلفای آن ۰/۷۶ و ضریب پایایی بازآزمایی این پرسشنامه ۰/۸۲ به‌دست آمده است (شیرازی، ۱۳۸۳) و در تحقیق دیگری که در سال ۱۳۸۸ توسط فتحی آشتیانی انجام گرفت، ضریب آلفا ۰/۷۹ گزارش شده و ضریب پایایی بازآزمایی این پرسشنامه (۵ هفته) ۰/۸۲ به دست آمده است.

شیوه اجرا: برای کنترل متغیرهای مزاحم (عوامل مشتبه‌کننده روایی درونی) با هماهنگی مسئولان زندان قرار شد که هدف مداخله بر آنها پوشیده باشد و هیچ‌گونه آموزشی برای افزایش سازگاری زندانیان داده نشود. پس از اجرای پیش‌آزمون و انتخاب و جایگزین کردن آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل، مشاوره گروهی به شیوه یکپارچه‌توحیدی که چندین سال است برای افزایش سطح سلامت روان زندانیان در زندان‌های کشور اجرا می‌شود، برای گروه آزمایش در دوازده جلسه (یک‌وونیم

1. Bell

ساعته) در یک ماه (چهار هفته) صورت گرفت و گروه کنترل به برنامه روزمره خود (کاربندی عادی) ادامه داد و هیچگونه برنامه درمانی دریافت نکرد و از آنها فقط پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری به عمل آمد.

از نظر درمان یکپارچه توحیدی عامل اساسی سلامت روانی، انسجام و توحید یافتگی شخصیت است و بهترین راه دستیابی به آن، تمرکز و تأکید بر اهداف متعالی و ارزش‌های دینی و معنوی است (شریفی‌نیا، ۱۳۸۷). مفهوم توحید در این روش اشاره به یک سیستم ارزشی وحدت‌بخش است که جهت حرکت زندگی انسان را مشخص می‌کند و او را از چندگانگی شخصیت و گم‌گشتگی در مسیر حیات نجات می‌دهد؛ همچنین، بیشتر انحرافات اجتماعی ناشی از غرایز و تمایلات مهارنشده‌ای مانند ناسازگاری است که ایمان به خدا نقش مؤثری در مهار آن دارد (شریفی‌نیا، ۱۳۸۶).

مهم‌ترین هدف روش درمان یکپارچه توحیدی بهبودی کامل و بدون بازگشت اختلالات روانی و ناهنجاری‌های رفتاری است. بهبودی کامل، ابعاد و سطوح مختلفی دارد که از آنها با عنوان سطوح تغییر یاد می‌شود. این سطوح در الگوی درمان یکپارچه توحیدی عبارت است از:

۱. حذف یا کاهش نشانه‌ها و علائم مشهود اختلال رفتاری؛
 ۲. اصلاح باورها، شناخت‌ها و نگرش‌های معیوب و آسیب‌زا؛
 ۳. برطرف کردن مشکلات بین‌فردی و اصلاح روابط خانوادگی و اجتماعی؛
 ۴. افزایش خودانگیزگی و سرزندگی و جایگزین‌سازی منابع حمایت درونی به‌جای وابستگی به حمایت‌های بیرونی؛
 ۵. حل تعارض‌های درون‌فردی، افزایش سازگاری اجتماعی و تحقق انسجام و یکپارچگی درونی؛
 ۶. افزایش خودمهارگری از راه ایجاد عادت‌های انطباقی و سازش‌یافته و افزایش خودپذیری و اعتماد به نفس؛
 ۷. شناخت توانمندی‌ها و استعدادها و حرکت به سوی خودشکوفایی؛
 ۸. هدفمندسازی حیات و معنا بخشی به زندگی با تقویت ارزش‌های معنوی و تعمیق دلبستگی‌های دینی و باورهای مذهبی؛
 ۹. پرورش فضایل اخلاقی و رفتارهای آرمانی، گسترش سعه وجودی و تلاش برای نزدیک شدن به خداوند متعال.
- بر پایه این الگوی درمانی، عمدتاً تلاش‌های اولیه برای کاهش فشار نشانه‌ها و

موقعیت‌های مشکل‌ساز است؛ زیرا بیشتر مراجعانی که برای درمان مراجعه می‌کنند، به دنبال رهایی از شرایط و نشانه‌های استرس‌زا هستند. همانطور که درمان ادامه می‌یابد، بهبودی نیز عمیق‌تر می‌شود و به همین دلیل، درمانگر می‌تواند مراجعانی را که در درمان شرکت می‌کنند، در ابعاد رفتاری، شناختی، عاطفی، خانوادگی، اجتماعی و معنوی بررسی عمیق‌تری نماید و تغییرات پایدارتری در آنها به وجود آورد. دستیابی به اهداف درمانی یادشده، نیازمند وقوع تحولات گسترده در ابعاد گوناگون زندگی مراجع است. ایجاد خودآگاهی و بینش، بازسازی سبک زندگی، کمک به مراجع برای بازیابی تجربه‌های اولیه و حل تعارض‌های سرکوب شده و کسب ایمان معنوی، بخشی از این تحولاتند. به چالش طلبیدن مفروضات و اهداف بنیادی مراجع، ایجاد نشاط، امید و دلگرمی در وی، تغییر انگیزه‌های معیوب و کمک به او برای افزایش توان خودمهارگری و تسلط بر خویشتن، ایجاد حس مسئولیت‌پذیری، بالا رفتن عزت نفس و اعتماد به استعدادها، توانایی‌ها و امکانات و تشویق وی برای استفاده بهینه از آنها، بخش دیگری از تحولات بهبودی‌بخش هستند که در این رویکرد مورد توجه‌اند. در این روش، ضمن پذیرش تأثیر و دخالت متغیرهای زیستی و بیولوژیک در پیدایی بسیاری از رفتارها و تلاش برای تنظیم و تعادل این متغیرها، از راه‌های مناسب، فراهم آوردن جوی امن و آرام که باعث می‌شود مراجع خودکاو کند و موانع رشدش را تشخیص دهد و بتواند جنبه‌هایی از وجود خود را که قبلاً نادیده می‌انگاشته یا تحریف می‌کرده است، درک کند و آنها را بپذیرد، بسیار ضروری و مهم است (شریفی‌نیا، ۱۳۸۸).

عناوین جلسات به صورت زیر است:

۱. معارفه و آشنایی با مقررات مشاوره گروهی و هدف از تشکیل آن و تعریف

عزت نفس؛

۲. نقش خود انسان در سعادت فردی، اجتماعی و خانوادگی خویش؛

۳. کرامت ذاتی انسان در دین اسلام؛

۴. تأثیر نظافت و سلامت جسمانی در افزایش عزت نفس از دیدگاه اسلام؛

۵. شناسایی علل گرایش اعضا به جرم؛

۶. ارائه راهکارهای متعدد برای نجات از جرم؛

۷. توبه یا بازگشت به خدا؛

۸. مثبت‌نگری در اسلام؛
۹. تفاوت بین خودپسندی و عزت نفس بالا از دیدگاه روان‌شناسی و اسلام؛
۱۰. احساس انسان تابعی از افکار اوست؛
۱۱. عود طبیعی است؛
۱۲. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: در این پژوهش، از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل اندازه‌های مکرر) استفاده شده و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شده است.

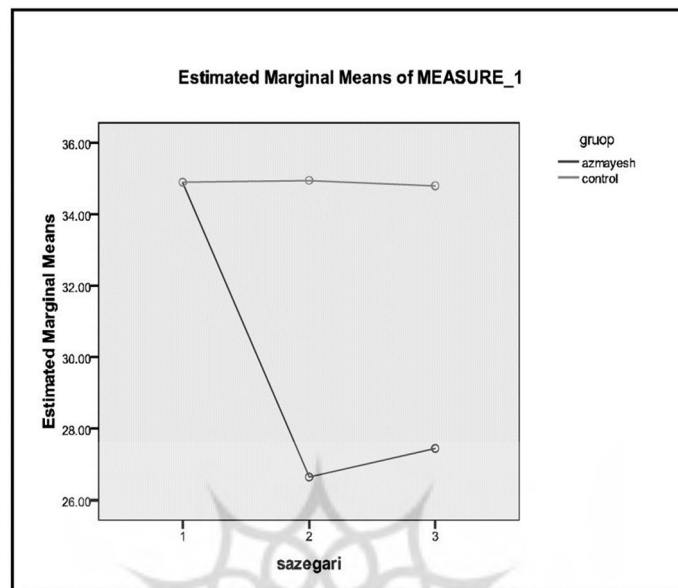
یافته‌های تحقیق

جدول شماره ۳، میانگین و انحراف استاندارد نمرات سازگاری دو گروه آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد نمرات سازگاری دو گروه آزمودنی‌ها در مراحل مختلف آزمایش

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۳۴/۹۰	۶/۴۱	۲۶/۶۵	۵/۳۳	۲۷/۴۵	۴/۲۹
کنترل	۳۴/۸۵	۵/۶۳	۳۴/۹۵	۴/۹۱	۳۴/۸۰	۵/۱۹

همانطور که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات سازگاری دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون (۳۴/۹۰ در مقابل ۳۴/۸۵)، پس‌آزمون (۲۶/۶۵ در مقابل ۳۴/۹۵) و پیگیری (۲۷/۴۵ در مقابل ۳۴/۸۰) می‌باشد. با مراجعه به میانگین‌ها مشخص می‌شود که در گروه آزمایش میانگین سازگاری پس از آموزش کاهش یافته است (در پرسشنامه بل نمره پایین‌تر نشان از افزایش سازگاری می‌باشد) ولی در گروه کنترل، تفاوت قابل توجه نیست؛ به عبارت دیگر، آموزش تأثیر مثبتی بر افزایش سازگاری داشته است. نمودار شماره ۱ میزان تغییرات در گروه آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد.



نمودار ۱: میانگین نمرات سازگاری آزمودنی‌ها آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری

به منظور بررسی این امر که این تفاوت ناشی از خطا یا واقعی است، از تحلیل اندازه‌های مکرر استفاده گردید. علت انتخاب این روش این است که آزمودنی‌ها سه بار مورد سنجش قرار گرفته‌اند و زمانی که آزمودنی‌ها بیش از دو یا سه بار یا حتی بیشتر مورد اندازه‌گیری قرار می‌گیرند، از روش آماری اندازه‌گیری مکرر استفاده می‌شود (دلاور، ۱۳۸۹، ص ۳۸۴). در استفاده از این روش آماری سه پیش‌فرض رعایت گردید؛ اول اینکه، کوواریانس یا روابط بین سه متغیر وابسته در دو گروه برابر است که این پیش‌فرض با استفاده از آزمون باکس^۱ تأیید گردید؛ دوم اینکه، واریانس‌های متغیرهای وابسته در دو گروه مساوی است. این پیش‌فرض نیز با آزمون لوین^۲ تأیید گردید و سوم اینکه، فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها براساس آزمون کرویت موچلی^۳ رعایت شده است.

1. Boxes test
2. Leavens test
3. Mauchlys test of Sphericity

جدول ۴: نتایج تحلیل اندازه‌های مکرر نمرات آزمودنی‌ها برای متغیر پژوهشی

منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	نمره F	سطح معناداری
بین گروهی					
گروه	۸۱۶/۴۰۸	۱	۸۱۶/۴۰۸	۶۱/۷۵۱	۰/۰۰۲
خطا	۲۷۲۷/۵۱۷	۳۸	۷۱/۷۷		
درون گروهی					
ناسازگاری	۴۱۵/۵۵۰	۲	۲۰۷/۷۷۵	۳۰/۳۸۳	۰/۰۰۰۱
ناسازگاری * گروه	۴۱۲/۷۱۷	۲	۳۵۸	۳۰/۱۷۶	۰/۰۰۰۱
خطا	۵۱۹/۷۳۳	۷۶	۶/۸۳۹		

نتایج جدول شماره ۴، نشان می‌دهد که تفاوت بین میانگین سازگاری دو گروه کنترل و آزمایش معنادار است ($P < ۰/۰۰۲$ و $F = ۶۱/۷۵۱$)؛ همچنین، نتایج نشان داد که بین نمرات سازگاری در سه مرحله سنجش تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۰۱$) و $F = ۳۰/۳۸۳$). از آنجا که تعامل بین متغیرها معنادار است، می‌توان گفت که تنها در یک گروه بین میانگین نمرات سه مرحله سنجش تفاوت معنادار وجود دارد ($P < ۰/۰۰۰۱$) و $F = ۳۰/۱۷۶$). با مراجعه به میانگین‌ها مشخص می‌شود که در گروه آزمایش بین میانگین پیش‌آزمون (۳۴/۹۰)، پس‌آزمون (۲۶/۶۵) و پیگیری (۲۷/۴۵) سازگاری تفاوت معنادار وجود دارد ولی در گروه کنترل تفاوت معنادار نیست؛ به عبارت دیگر، مشاوره گروهی به شیوه یکپارچه توحیدی تأثیر معناداری بر سازگاری زندانیان مرد داشته است. به منظور مشخص نمودن اینکه هر کدام از متغیرها در کدام مرحله آزمون با هم تفاوت معنادار دارند، از آزمون‌های تعقیبی استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۵ آمده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی متغیر پژوهش در سه مرحله آزمون‌گیری

گروه	مرحله آزمون	آزمون‌ها	اختلاف میانگین‌ها	انحراف استاندارد	سطح معناداری	۹۵٪ سطح اطمینان	
						پایین‌ترین سطح	بالا‌ترین سطح
آزمایش	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۸/۲۵۰*	۱/۰۱۸	۰/۰۰۰	۶/۱۱۹	۱۰/۳۸۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۷/۴۵۰*	۱/۰۱۸	۰/۰۰۰	۵/۱۱۰	۹/۷۹۰
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۸۰۰	/۹۵۰	۰/۴۱۰	-۲/۷۸۹	/۹۴۰
کنترل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۰/۱۵۰	/۴۷۳	۰/۹۱۷	-۱/۰۴۰	/۹۴۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۰۰	/۶۴۸	/۸۷۹	-۱/۲۵۷	۱/۴۵۷
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۵۰	/۵۱۹	/۷۷۶	-/۹۳۷	۱/۲۳۷

مقایسه زوجی میانگین‌ها در جدول ۵ نشان می‌دهد که در گروه آزمایش بین میانگین‌ها، پیش‌آزمون از یک طرف و پس‌آزمون و پیگیری از طرف دیگر تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۰۱$) ولی بین پس‌آزمون و پیگیری این تفاوت معنادار نیست ($P = ۰/۴۱۰$). در گروه کنترل نیز تفاوت معناداری بین نمرات سه مرحله آزمایش دیده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که بیان شد، این پژوهش با هدف اندازه‌گیری اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه یکپارچه‌توحیدی بر سازگاری زندانیان مرد صورت گرفت. در ارتباط با فرضیه اصلی مبنی بر اینکه مشاوره گروهی به شیوه یکپارچه‌توحیدی بر سازگاری زندانیان مرد مؤثر است؛ نتایج نشان داد که مشاوره گروهی در سطح معناداری ($P < ۰/۰۵$) در بهبود نمرات سازگاری مؤثر بوده است؛ بنابراین فرضیه اول تأیید می‌شود. به این ترتیب که روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر میان دو گروه آزمایش و کنترل از نظر نمرات در مقیاس سازگاری بل پس از اجرای آموزش گروهی تفاوت معناداری نشان داد؛ بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که متغیر آزمایشی بر سازگاری مؤثر بوده و در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری نمرات زندانیان را بهبود بخشیده است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های قبل در حوزه درمان یکپارچه‌توحیدی هماهنگ است (جلالی تهرانی، ۱۹۹۶؛ شرمین، ۲۰۰۱؛ زولنر، ۲۰۰۳؛ قنبری‌هاشم آبادی، ۱۳۸۳؛ شریفی‌نیا، ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷؛ هادی، ۱۳۸۷؛ چوپانی، ۱۳۸۸ و طیبی و قنبری‌هاشم آبادی، ۱۳۹۰).

به عنوان مثال، طیبی و قنبری‌هاشم آبادی (۱۳۹۰) طی پژوهشی با هدف مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی یکپارچه‌توحیدی با درمان شناختی رفتاری در کاهش فشار روانی همسران جانبازان اختلال استرس پس از ضربه به این نتایج دست یافتند که گروه‌درمانی یکپارچه‌توحیدی و گروه‌درمانی شناختی رفتاری، اثربخشی معناداری در کاهش فشار روانی داشته‌اند. در زمینه کاربرد درمان یکپارچه‌توحیدی در زندان‌ها نیز باید گفت که چوپانی (۱۳۸۸) در تحقیقی درمان یکپارچه‌توحیدی را بر عزت نفس و نگرش‌های زناشویی زندانیان مرد استان قم اثربخش ارزیابی کرده است؛ همچنین، هادی (۱۳۸۷) طی مطالعه‌ای بیان کرد که درمان یکپارچه‌توحیدی مؤثرترین روش در درمان بیماری‌های شخصیتی و بالینی زندانیان است. شریفی‌نیا (۱۳۸۶) نیز با هدف کاهش رفتارهای مجرمانه زندانیان از این روش درمانی استفاده کرد و به این نتیجه دست یافت

که درمان یکپارچه توحیدی در کاهش رفتار مجرمانه مؤثر است. همچنین، پایایی نتایج درمان تا فاصله یک ماه از خاتمه جلسات اندازه گیری شد و یافته ها نشان داد که نه تنها نتایج درمان باقی بود بلکه بهبود بهتری را نشان داده است و این نتیجه با نتایج فلنگن، الن، و هنری^۱ (۲۰۱۰)، زیگلر و سمیت^۲ (۲۰۰۴) و ماین و آمبروس^۳ (۲۰۰۲) نیز همخوانی دارد که با مرور تحقیقاتی که اندازه گیری های پیشگیرانه داشته اند، به این نتیجه رسیده اند که نتایج به دست آمده در بیشتر مطالعات تا پایان درمان وجود داشته و حتی در دوره پیگیری بهتر شده است و بنابراین، می توان گفت که تأثیرات مشاوره گروهی تا یک ماه بعد از جلسات کاهش داشته است.

طبق نتایج اکثر تحقیقات ذکر شده در این پژوهش، از مهم ترین دلایل بروز رفتارهای نابهنجار، فقر مهارت های حل مسئله، نداشتن مهارت های اساسی برای کنترل این رفتارها، عدم آگاهی از مهارت های برقراری ارتباط مطلوب و نیز سست بودن اعتقادات دینی و مذهبی است. دلیل تأثیرگذاری درمان یکپارچه توحیدی این است که بخشی از کمبودها و نقصان مهارت ها را جبران می کند و فرد را به مهارت های ویژه تسلط بر هیجانات آگاه می کند. اساس کاهش رفتار نابهنجار و در نتیجه افزایش سازگاری بر بازسازی شناختی استوار است و به علاوه، این برنامه بر مبنای تغییرات شناختی و ایجاد تغییر در شناخت افرادی است که پس از بازسازی شناختی زندانیان که دارای شناخت های منفی، بدبینی نسبت به دیگران، تفکرات غیرمنطقی و تعصبات بی جا بوده اند، زمینه تغییر در افکار و رفتارهای نابهنجار زندانیان را فراهم کرده است. این نکته حائز اهمیت است که در برنامه مشاوره ای، افزایش سازگاری از طریق تغییر شناخت های معیوب و همچنین غنی سازی اعتقادات دینی مراجعان انجام گرفته است و تغییرات رفتاری به دنبال تغییرات شناختی ایجاد شده، به وجود می آید و سبب افزایش سازگاری زندانیان شده است (نعمتی، ۱۳۸۸). از یک سو، در دیدگاه اسلامی چون فطرت انسان مبتنی بر خوبی و نیکی است^۴، اگر فرایند درمان به گونه ای تدارک دیده

1. Flanagan, Allen, & Henry

2. Ziegler & Smith

3. Mayne & Ambrose

۴. فَأَقِمْ وَجْهَكَ لِلدِّينِ حَنِيفًا فِطْرَةَ اللَّهِ الَّتِي فَطَرَ النَّاسَ عَلَيْهَا لَا تَبْدِيلَ لِخَلْقِ اللَّهِ ذَلِكَ الدِّينُ الْقَيِّمُ وَلَكِنَّ أَكْثَرَ النَّاسِ لَا يَعْلَمُونَ (روم، ۳۰)؛ الَّذِينَ آمَنُوا وَ تَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ (رعد، ۲۸).

شود که شخص به فطرت الهی و هسته درونی وجودی‌اش نزدیک شود، بی‌شک تمایل به خوبی و رفتار مطلوب در او ایجاد می‌شود و از سوی دیگر، خداوند یاد خود را مایه آرامش دل‌ها^۱ و اطاعتش را مایه دوری از هر گونه افسردگی و اضطراب می‌داند^۲ که در درمان یکپارچه‌توحیدی وقتی مراجع با مبدأ هستی ارتباط صمیمانه پیدا می‌کند، این اعتقاد و ارتباط با خدا تأثیر عمیقی بر عواطف و شناخت‌ها، رفتار و عملکرد آنان می‌گذارد؛ به‌طور کلی، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که باورها و ارزش‌های دینی وقتی درونی شوند و فرد آنها را به‌طور واقعی و اصیل بپذیرد، این ارزش‌های دینی بیش از سایر روش‌ها توانایی ایجاد وحدت‌بخشی شخصیت و رفع انحرافات را به همراه دارد (شرمن، ۲۰۰۱)؛ همچنین، یونگ (۱۹۶۹)؛ به نقل از شریفی‌نیا و همکاران، ۱۳۸۶) معتقد است که درمان از طریق باور و اعتقاد به خدا موجب کاهش پریشانی‌های عاطفی و ناامنی‌های روانی انسان‌ها و ایجاد مهار درونی برای اجتناب از رفتارهای نابهنجار می‌شود.

طبق پیشینه پژوهشی از آنجایی که ایمان به خدا و پذیرش باورهای مذهبی نقش تعیین‌کننده‌ای را در حل تعارض‌های درونی، کاهش رفتارهای نابهنجار و افزایش سلامت روانی افراد دارد، باید از آن در فرایند درمان اختلالات روانی و نابهنجاری‌های رفتاری سود جست؛ از این رو، پیشنهاد می‌شود که مسئولین مربوطه برای کاهش مشکلات و افزایش سلامت زندانیان از رویکردهای دینی؛ به‌ویژه درمان یکپارچه‌توحیدی بهره‌گیرند.

این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود؛ از جمله به دلیل عدم دسترسی به نمونه وسیع‌تر، محدودیت‌هایی در زمینه غربالگری ایجاد شد. احتمال وجود اختلالات همراه؛ از جمله اختلال افسردگی، دوقطبی یا اختلالات شخصیتی مورد کنترل قرار نگرفت و همچنین، نداشتن تحصیلات دانشگاهی در اعضای نمونه مورد مطالعه، می‌تواند امکان بهره‌وری کافی از درمان‌های روان‌شناختی را کاهش دهد. در ضمن، این مطالعه تنها

۱. الَّذِينَ يُنْفِقُونَ أَمْوَالَهُمْ فِي سَبِيلِ اللَّهِ ثُمَّ لَا يُتَّبِعُونَ مَا أَنْفَقُوا مَنَّا وَلَا أَدَىٰ لَهُمْ أَجْرُهُمْ عِنْدَ رَبِّهِمْ وَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ (بقره، ۲۶۲).

روی مردان زندانی در شهرکرد صورت گرفت که تعمیم نتایج را به زندانیان زن و شهرهای دیگر با مشکل مواجه می‌کند. بنابراین، با توجه به محدودیت‌هایی که مطرح شد، پیشنهاد می‌شود که پژوهش دیگری با احتساب این محدودیت‌ها صورت گرفته و اثربخشی این روش در مقایسه با روش‌های متداول مورد بررسی قرار گیرد.



منابع

- چوپانی صوری، مراد (۱۳۸۸)، *بررسی تأثیر گروه‌درمانی یکپارچه توحیدی و شناختی رفتاری بر عزت نفس و نگرش‌های زناشویی زندانیان مرد استان قم*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه اصفهان.
- دلاور، علی (۱۳۸۹)، *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*، تهران: انتشارات رشد.
- طیپی، هاجر؛ قنبری هاشم‌آبادی، بهرام‌علی (۱۳۹۰). «مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی یکپارچه توحیدی و شناختی رفتاری در کاهش فشار روانی همسران جانبازان اختلال استرس پس از ضربه»، *فصلنامه روان‌شناسی و دین*، س ۴، ش ۱، ص ۲۳-۳۵.
- شریفی‌نیا، محمدحسین (۱۳۸۹)، *الگوهای روان‌درمانی یکپارچه: با تأکید بر درمان یکپارچه توحیدی*، قم: انتشارات پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- شریفی‌نیا، محمدحسین (۱۳۸۸). «درمان یکپارچه توحیدی، رویکردی دینی در درمان اختلالات روانی»، *دوفصلنامه مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، س ۳، ش ۴، ص ۸۲-۶۵.
- شمس، علی (۱۳۸۷)، «اخلال در نظم»، *ماهنامه اصلاح و تربیت*، س ۷، ش ۸۰، ص ۴.
- شریفی‌نیا، محمدحسین (۱۳۸۶)، «مقایسه میزان اثربخشی دو روش درمان یکپارچه توحیدی و شناخت‌درمانی در کاهش رفتار مجرمانه زندانیان»، *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ش ۳، ص ۴۱-۷۲.
- شیرازی، مرضیه (۱۳۸۳). *بررسی مقایسه‌ای سازگاری اجتماعی جانبازان بالای ۲۵ درصد شاغل و غیرشاغل در شهرستان تیران*، پایان‌نامه کارشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد.
- فری، مایکل (۱۹۹۸)، *شناخت‌درمانی گروهی*، ترجمه علی صاحبی و همکاران (۱۳۸۲)، مشهد: جهاد دانشگاهی.
- قنبری هاشم‌آبادی، بهرام‌علی (۱۳۸۳)، *اثربخشی رویکرد یکپارچه‌گرایی روان‌درمانی گروهی در درمان وابستگی به مواد مخدر و افزایش سلامت روان در معتادان زندانی*

- مرد، پایان نامه دکتری روان شناسی مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- نعمتی، نعمت (۱۳۸۸)، «اثربخشی آموزش مهارت های مدیریت خشم در کاهش پرخاشگری زندانیان مرد»، *ماهنامه اصلاح و تربیت*، س. ۸، ش ۸۶.
- هومن، حیدرعلی (۱۳۸۹)، *شناخت روش علمی در علوم رفتاری (پایه های پژوهش)*، تهران: انتشارات پیک فرهنگ.
- هادی، مهدی (۱۳۸۷)، *بررسی تأثیر گروه درمانی یکپارچه توحیدی و شناختی رفتاری بر مؤلفه های شخصیتی و بالینی در مددجویان زندانی قم*، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره).

- Flanagan, R., Allen, K, & Henry, D. J, (2010), The impact of anger management treatment and rational emotive behavior therapy in a public school setting on social skills, anger management, and depression. *Journal of Rational – Emotive and Cognitive – Behavior Therapy*. Vol. 28 (2). PP: 87-99.
- Homel, r & thamson, c. (2008), *Causes and prevention of violence in prisons*, Griffith University.
- Islam-Zwart, K. A., Vik, P. W., & Rawlins, K. S. (2007), Short-term psychological adjustment of female prison inmates on a minimum security unit. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Womens Health Issues*, 17(4), 237-243. doi: 10.1016/j.whi.2007.02.007
- Jalali-Tehrani, S. M. M. (1996), An application of Cognitive Therapy in Iran. *Journal of Cognitive Therapy*, 3(10), PP: 219-225.
- Kohen, daivid, (2006), *Aggression: the testosterone seretion in link, woman in prison, project, correctional association of newyork imprisonment and families' fact sheet*. 44b4-137.
- Levin, J. (2010), Religion and Mental Health Theory and Research. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, Vol.7 (2). PP: 102–115.

- Mayne, T. J., Ambrose, T.K. (2002), Research review on anger in psychotherapy. *Journal of clinical psychology*. Vol. 55(3), pp: 353-363.
- Rogers, C. R. (1995). *A way of being. (reprint ed.)*. Mariner Books.
- Sherman, A. C., Simonton, S. (2001), Assessment of Religiousness and Spirituality in Health Research, In T. Planet, & A. Sherman (Eds.), Faith and health: Psychological perspective, New York: Guilford.
- Trevino, KM & etal, (2007), *Religious coping and physiological, psychological, social, and spiritual outcomes in patients with HIV/AIDS: Cross-sectional and longitudinal findings, AIDS and Behavior* (online).
- Williams, D; Sternthal, J.S. (2007), Spirituality, religion and health: evidence and research directions, *Medical Journal of Australia*, Vol. 186 (10) pp: 47-50.
- Yehya, N.A, Dutta, M.J.(2010), Health Religion, and Meaning: A Culture-Centered Study of Druze Women. *Qual Health Res*, Vol 20(6) PP:845-858.
- Zeng, Y., Danan, G.u., George, L.K. (2011), Association of Religious Participation with Mortality among Chinese Old Adults. *Research on Aging*, Vol. 33 (1). pp: 51-83.
- Ziegler, D. J., & Smith, P. N. (2004), Anger and the ABC model underlying Rational-Emotive Behavior Therapy. *Psychological Reports*, 94(3 I), pp: 1009-1014.
- Zoellner, L. A. et al. (2003), "Treatment choice for PTSD", *Behavior Research and Therapy*, v 41, 2003, pp: 879-886.