

## بررسی اثربخشی روان‌درمانگری شناختی - رفتاری، گروهی، و فردی زندانیان در زندان رجایی‌شهر\*

### Effectiveness of individual and group cognitive-behavioral therapy of inmates' in Rajaei-Shahr Prison

Mohammad Khodayarifard, Ph.D.

Saeid Akbari Zardkhaneh, M.A.

Gholamali Afrooz, Ph.D.

Faramarz Sohrabi, Ph.D.

Seyed Jalal Younesi, Ph.D.

Bagher Ghojari Bonab, Ph.D.

Mohsen Shokohi Yekta, Ph.D.

Alinaghi Faghihi, Ph.D.

Ahmad Behpajoo, Ph.D.

Yasamin Abedini, Ph.D.

Reza Rostami, M.D.

Eiraj Esmaeili, Ph.D.

Mortaza Motavali Khameneh, Ph.D.

Ali Asghar Ahmadi, Ph.D.

دکتر محمد خدایاری فرد\*\*

سعید اکبری زردخانه\*\*\*

دکتر غلامعلی افروز\*\*

دکتر فرامرز سهرابی\*\*\*\*

دکتر سید جلال یونسی\*\*\*\*

دکتر باقر غباری بناب\*\*

دکتر محسن شکوهی یکتا\*\*

دکتر علی نقی فقیهی\*\*\*\*\*

دکتر احمد به‌پژوه\*\*

دکتر یاسمین عابدینی\*\*\*\*\*

دکتر رضا رستمی\*\*

دکتر ایرج اسماعیلی\*\*\*\*\*

دکتر مرتضی مثولی خامنه\*\*\*\*\*

دکتر علی اصغر احمدی\*\*

#### Abstract

The purpose of the current study was to determine the effectiveness of individual and group-individual cognitive-behavioral interventions in decreasing psychological symptoms and enhancing psychological status of inmates at Rajaei Shahr Prison. To do this, a total of 180 male prisoners were selected randomly through systematic sampling method and they were allocated into three groups (concurrent group, individual group, and control group) with equal size Using GHQ and SCL-90-R tests as well as a diagnostic interview conducted by a psychiatrist. Participants' psychological status was also measured. Multiple analysis of variance indicated that effectiveness of concurrent and individual therapies were much more than control group was. Follow up studies after 12 months showed the maintenance of treatment effect with no recitivism in individual and concurrent groups, while it was observed approximately 15 percent recitivism in the control group. Replacing adaptive cognitive and behavioural patterns, provided a participant with a vast and suitable behavioural repertoire to face situations, and to act based on planning and foreseeing. Thus, by applying psychological interventions, particularly in group one, inmates's psychological problems can be reduced, and recitivism can be avoided.

**Keywords:** cognitive-behavioral intervention, individual therapy, group therapy, prisoner- psychological status

#### چکیده

هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی درمان‌های شناختی - رفتاری فردی و گروهی در کاهش نشانه‌های روان‌شناختی زندانیان رجایی شهر و ارتقاء سطح وضعیت روان‌شناختی آنان بود. بدین منظور ۱۸۰ نفر از زندانیان مرد زندان رجایی شهر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی نظامدار انتخاب و در سه گروه تصادفی (گروه درمان ترکیبی، گروه درمان فردی و گروه کنترل) با حجم مساوی (۶۰ نفر) قرار گرفتند. با بهره‌گیری از آزمون‌های GHQ-28 و SCL-90-R و مصاحبه تشخیصی توسط روان‌پزشک، وضعیت روان‌شناختی شرکت‌کنندگان اندازه‌گیری شد. تحلیل واریانس چندمتغیری انجام یافته روی داده‌ها نشان داد اثربخشی درمان ترکیبی و فردی بیشتر از گروه کنترل است. پیگیری این گروه از افراد پس از آزادی حدود دوازده ماه، هیچ‌گونه بازگشتی را در گروه‌های درمانی ترکیبی و فردی نشان نداد؛ درحالی‌که در گروه کنترل حدود ۱۵ درصد بازگشت مشاهده شد. این مداخله‌ها با جایگزین کردن الگوهای سازگاری رفتاری و شناختی در فرد، به وی امکان می‌دهد که از خزانه رفتاری گسترده‌تر و مناسب‌تر در مواجهه با موقعیت برخوردار باشد و در واکنش به مسائل با برنامه‌ریزی و آینده‌نگری عمل کند. بنابراین، با استفاده از مداخلات روان‌شناختی به ویژه مداخلات گروهی می‌توان از مشکلات روان‌شناختی زندانیان کاسته و از بازگشت مجدد آنها به زندان جلوگیری کرد.

**واژه‌های کلیدی:** مداخله شناختی - رفتاری، درمان فردی، درمان گروهی، زندانی، وضعیت روان‌شناختی

این پژوهش بخشی از پژوهشی است تحت عنوان "روان‌درمانگری و توان‌بخشی زندانیان و اثربخشی آن در زندان رجایی شهر" که با پشتیبانی مالی شورای برنامه ریزی و مدیریت بهداشت روان و اصلاح رفتار زندانیان و اداره کل سازمان زندان‌های استان تهران انجام شده است.

\*\* عضو هیأت علمی دانشگاه تهران؛ \*\*\* دانشجوی دکتری سنجش و اندازه‌گیری دانشگاه علامه طباطبائی؛ \*\*\*\* عضو هیأت علمی دانشگاه علامه طباطبائی؛ \*\*\*\*\* عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی؛ \*\*\*\*\* عضو هیأت علمی دانشگاه قم؛ \*\*\*\*\* عضو هیأت علمی دانشگاه اصفهان؛ \*\*\*\*\* مرکز پژوهش سازمان زندان‌های استان تهران

از آنجا که مطالعات فرا تحلیلی (آندروز، زینگلر، هوگ، بوتانا، گندرو، کالون<sup>۱۳</sup>، ایزو<sup>۱۴</sup> و راس، ۱۹۹۰؛ لیپسی<sup>۱۵</sup>، ۱۹۹۵؛ لوزل<sup>۱۶</sup>، ۱۹۹۵) نشان داده‌اند بهترین شیوه برای مداخله با افراد زندانی شیوه‌های شناختی - رفتاری است. به همین دلیل، در سال‌های اخیر توسعهٔ سریعی در برنامه‌های مداخله شناختی - رفتاری در زندان‌ها و سیستم قضایی به وجود آمده است. این چنین برنامه‌های مانند مهارت‌های تفکر بهبود یافته<sup>۱۷</sup>، توان بخشی و مهارت استدلال<sup>۱۸</sup>، برنامه درمانی متخلفان جنسی<sup>۱۹</sup>، کنترل خشم و یادگیری مدیریت بر آن<sup>۲۰</sup> و تغییر شناختی خود<sup>۲۱</sup> (ویلیموت<sup>۲۲</sup>، ۲۰۰۳) را شامل می‌شود که در مطالعات تأثیرات معنادار بر کاهش تخلف بین زندانیانی که این دوره‌ها را به‌طور کامل به اتمام رسانیده‌اند، نشان داده است. در کشوری مثل انگلستان، آنچنان اعتقادی بر این شیوه‌ها وجود دارد که سالانه در حدود ۱۰ میلیون پوند صرف ارائهٔ خدمات روان‌شناختی در زندان‌ها می‌شود (تاول<sup>۲۳</sup>، ۲۰۰۳).

یکی از این برنامه‌ها، برنامهٔ توان‌بخشی و مهارت استدلال است که از آن با نام R&R یا مهارت‌های شناختی<sup>۲۴</sup> یاد می‌شود. این برنامه از اواسط دههٔ ۱۹۸۰، به شکلی گسترده در سراسر کانادا و ایالات متحده، انگلستان، اسکاتلند، اسپانیا، آلمان، استرالیا و نیوزلند به اجرا درآمد (هولین<sup>۲۵</sup>، ۲۰۰۴). اهداف اصلی برنامهٔ مهارت استدلال و توان‌بخشی که در ۳۶ جلسهٔ ۲ ساعته ارائه می‌شود؛ پایه‌ریزی و ایجاد مهارت‌های فکری یا شناختی به شیوه‌ای تصاعدی (افزایشی) است (رابینسون و پورپورینو<sup>۲۶</sup>، ۲۰۰۴).

پژوهش راس و همکاران (۱۹۸۸) نشان داد که تنها ۱۸/۱٪ از مجرمان تحت R&R در مقایسه با ۴۷/۵ درصد از گروه دوم و ۶۹/۵ درصد از گروه کنترل دوباره دست به جنایت زدند. به علاوه

امروزه در بسیاری از جوامع اعتقاد بر این است که در هر جامعه - به جای تکیه صرف به تنبیه و مجازات - نیازمند به مکان‌هایی است که بتوان برای مدتی، افراد ناسازگار و مجرم را جدا از جامعه نگه داشت؛ و تمهیداتی اندیشید که آنان اصلاح شده و به جامعه بازگردند. از این رو امروزه هدف زندانبانی، اجرای شیوه‌های صحیح اصلاح و تربیت به قصد کاهش ارتکاب مجدد جرم<sup>۱</sup> زندانیان شده است (ماتیوس و فرانسیس<sup>۲</sup>؛ ۱۹۹۸/۱۳۸۳).

داده‌های تجربی بسیاری نشان دهنده فراوانی بالای اختلال‌های روانی در بین افراد مجرم است. لذا توجه به این امر در مرکز توجه سیستم‌های قضایی و تأدیبی بسیاری از کشورها واقع شده است (برای مثال آندرسن، ساس‌تافت، لیل‌بیک، گابریل‌سن و کرامپ<sup>۳</sup>، ۱۹۹۶؛ بیرمنگهام، ماسون و گرابین<sup>۴</sup>، ۱۹۹۶؛ بروک، تی‌لور، گان و میدن<sup>۵</sup>، ۱۹۹۶؛ تاپلین، آبرام و مک‌کلند<sup>۶</sup>، ۱۹۹۶). علاوه بر این، وجود برخی از نارسایی‌های شناختی، رفتاری و اخلاقی نیز در افراد مجرم مورد تأیید قرار گرفته است. از مهم‌ترین این نقص‌ها می‌توان به ناتوانی در خودکنترلی، اتخاذ دیدگاه اجتماعی<sup>۷</sup>، حل مشکلات بین‌شخصی، تفکر انتقادی<sup>۸</sup>، استدلال اخلاقی، شناخت اجتماعی، همدلی<sup>۹</sup>، حل مسائل اجتماعی، ادراک اجتماعی و سبک شناختی معیوب (راس و فابیانو<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۲: نقل از توماس و جکسون<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۳) و تصمیم‌گیری منطقی (کورنیش و کلارک<sup>۱۲</sup>، ۱۹۸۶) اشاره کرد. این نقص‌ها باعث کمبود مهارت‌های اجتماعی مناسب می‌شوند و موجبات ارتکاب جرم را فراهم آورند. براساس شواهد ارائه شده می‌توان با لحاظ کردن برخی احتیاط‌ها به وجود رابطهٔ ارتکاب جرم و اختلال‌های روانی و نواقص شناختی، رفتاری و اخلاقی صحنه گذاشت و پذیرفت که این افراد نیازمند خدمات روان‌شناختی هستند؛ حتی اگر این نارسایی‌ها به‌طور غیرمستقیم وابسته به شرایط اقتصادی - اجتماعی نامناسب باشند.

13. Anderws, D. A., Zinger, I., Hoge, R. D., Bonta, J.,

Gendreau, P., & Cullen, F. T.

14. Izzo, R. L.

15. Lipsey, M. W.

16. Losel, F.

17. Enhanced Thinking Skills (ETS)

18. Reasoning and Rehabilitation (R&R)

19. sex-offender treatment program

20. controlling anger and learning to manage it

21. cognitive self-change program

22. Willmot, P.

23. Towel, G.

24. cognitive skills

25. Hollin, C. R.

26. Robinson, D. & Proporino, F.

1. recidivism

2. Mathews, R., & Francis, P.

3. Andersen, H., Sestoft, D., Lillebeak, T., Gabrielsem, G., & Kramp, P.

4. Birmingham, L., Mason, D., & Grubin, D.

5. Brook, D., Taylor, C., Gunn, J., & Maden, A.

6. Teplin, L., Abram, K., & McClelland, G.

7. social perspective-taking

8. critical thinking

9. empathy

10. Ross, R. R., Fabiano, E. A.

11. Thomas, M., Jackson, S.

12. Cornish, K. B., & Clarke, R. V.

هیچیک از مجرمان R&R در مقایسه با ۱۱ درصد گروه‌های مهارت‌های زندگی و ۳۰ درصد گروه‌های کنترل دوباره به زندان نیفتادند. همچنین در یک مطالعه پیگیری فابیانو، رابینسون و پورپورینو (۱۹۹۰) کاهش ۳۶/۴ درصدی در اقدام مجدد به جرم را نشان داد.

بزرگ‌ترین تلاش برای اندازه‌گیری تأثیر برنامه R&R بر نمونه‌ای ۴۰۰۰ نفری از مجرمان مبتنی بود که بین سال‌های ۱۹۸۹ تا ۱۹۹۴ اجرا شد (رابینسون، ۱۹۹۵). در این مطالعه اثربخشی برنامه استدلال و مهارت نشان داده شد. رینور و وانستون<sup>۱</sup> (۱۹۹۶) نیز در پژوهشی با مجرمان بزرگسالی که برنامه R&R را دریافت کرده بودند، ارائه کردند. این مجرمان در مقایسه با گروه دیگری که دوره آموزشی دیگری را تجربه کرده بودند، بعد از ۱۲ ماه پیگیری، مقادیر کمتری از بازگشت نشان دادند.

برای استفاده از R&R جهت درمان مجرمان با اختلال‌های روانی نیز، تمایلاتی وجود داشته است. در آلمان و ایالت نیویورک آمریکا، این برنامه در مورد چنین افرادی انجام شده است. بیشتر بیماران معتقد بودند که این برنامه لذت‌بخش و فهمیدن آن آسان است و آنها برنامه را به بیماران دیگر نیز توصیه می‌کردند. تأثیر چنین برنامه‌ای با متخلفان نیاز به تحقیقات تجربی بیشتری دارد (رابینسون و پورپورینو، ۲۰۰۴). در این راستا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانگری شناختی - رفتاری گروهی و فردی زندانیان بر کاهش اختلال‌های روانی انجام پذیرفت.

## روش

**جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش:** طرح پژوهش حاضر از نوع طرح‌های آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. آزمودنی‌های این پژوهش را ۱۸۰ نفر از مددجویان مرد زندان رجایی شهر کرج تشکیل دادند که در هنگام شروع پژوهش، حداقل شش ماه از محکومیت آنها باقی بوده و میزان تحصیلات آنها در سطح سیکل یا بالاتر باشند. این آزمودنی‌ها با روش تصادفی نظامدار از بین کلیه مددجویان مرد (۲۸۱۱ نفر) که واجد معیارهای فوق بودند؛ انتخاب شده و سپس به صورت تصادفی به سه گروه ۶۰ نفری تقسیم شدند. گروه اول در ۱۶ جلسه هفتگی دو ساعته درمانی که به صورت گروهی (در گروه‌های ۱۵ نفری) برگزار می‌شد، شرکت کردند؛ و به‌طور

همزمان در ۸ جلسه فردی یک ساعته روان‌درمانگری فردی که به صورت دو هفته یک بار تشکیل می‌گردید؛ شرکت جستند (گروه ترکیبی). گروه دوم فقط در جلسات روان‌درمانگری فردی یک ساعته که هر هفته یک بار تشکیل می‌شده و مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری بود؛ شرکت کردند (گروه فردی). گروه سوم نیز مددجویانی بودند که در فهرست انتظار برای دریافت مشاوره‌های فردی قرار گرفتند (گروه کنترل). لازم به توضیح است که در مرحله پایان مداخله‌ها، از ۶۰ نفر هر یک از گروه‌های ترکیبی، فردی به ترتیب ۴۶ و ۴۸، حداقل ۷۵ درصد جلسات مداخله را تجربه نمودند و از گروه کنترل نیز ۴۰ نفر در مرحله پس‌آزمون شرکت جستند.

در مرحله پیش‌آزمون، پس از انتخاب گروه نمونه و توضیح در مورد مطالعه و تبیین اهداف و شیوه مداخله توسط اعضای گروه پژوهش، از مددجویان خواسته شد به پرسشنامه جمعیت شناختی، پرسشنامه سلامت روان عمومی و فهرست نشانگان بیماری پاسخ دهند. در مرحله بعد انجام مداخله‌ها شروع شد. بسته آموزشی مداخله شناختی - رفتاری گروهی به کار رفته، در برگزیده بخش‌های ایجاد رابطه، بررسی عوامل مؤثر بر زندگی سالم، مهارت تحلیل رفتار، آموزش حل مسئله، مهارت مقابله با استرس، مهارت‌های مقابله‌ای بین‌شخصی و مهارت‌های اجتماعی مطلوب، کنترل خشم و غیره است. این بسته‌های آموزشی در قالب ۱۶ جلسه طراحی شده‌اند که در مجموع در ۱۶ جلسه دو ساعته و هفته‌ای یک جلسه ارائه شد. لازم به ذکر است که درمان‌های فردی نیز براساس رویکرد شناختی - رفتاری ارائه می‌شد (خدایاری‌فرد و همکاران، ۱۳۸۶). درمان‌های ترکیبی توسط چهار درمانگر دارای مدرک دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی و هیأت علمی دانشگاه صورت گرفت. درمان‌های فردی نیز توسط ۶ درمانگر (۴ درمانگر دارای مدرک دکتری تخصصی و دو درمانگر دارای مدرک کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی) ارائه شد؛ گروه کنترل نیز در این فاصله در لیست انتظار باقی ماند. پس از اتمام مداخله، هر یک از مددجویان دوباره به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند.

## ابزار سنجش

**پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ):**<sup>۲</sup> پرسشنامه خود گزارش‌دهی است که در موقعیت‌های بالینی با هدف تشخیص افرادی که دارای یک اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار

2. General Health Questionnaire (GHQ)

1. Raynor, P., & Vanstone, M.

## یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد میانگین سنی مددجویان گروه نمونه، ۴۸/۲۳ و سن اولین محکومیت ۲۲/۱۲ (اوایل جوانی) و مدت محکومیت فعلی آنها ۱۱/۲۱ سال بود؛ که بیانگر محکومیت‌های سنگین است. متوسط تعداد محکومیت‌ها ۱/۶۴ بود که نشان‌دهنده تکرار زیاد جرم در این افراد است. در ضمن این یافته‌ها نشان داد که بیش از نیمی از مددجویان گروه نمونه، تحصیلات کمتر از دیپلم دارند (۵۱ درصد)، تقریباً دوسوم از آنها مجرد (۶۴ درصد)، بیشتر آنها متولد روستا (۷۹ درصد)، شیوه امرارمعاش بیشتر آنها قبل از محکومیت، کار آزاد (۵۹/۰۶ درصد) و کار خلاف (۱۷/۱۶ درصد) بوده است. بیشتر این افراد به جرم سرقت (۳۶/۵۷ درصد) در زندان به سر می‌برند. به‌طور تقریبی نیمی از آنها سابقه مصرف مواد (۴۹/۲۵ درصد) داشته و یک سوم (۳۸/۰۶ درصد) آنها قبل از محکومیت دچار مشکلات روانی بوده‌اند. درحالی‌که فقط در حدود یک دهم (۱۰/۴۵ درصد) ایشان از خدمات روان‌شناختی و روان‌پزشکی استفاده کرده بودند.

قبل از اقدام به بررسی تفاوت‌های ایجاد شده در گروه‌های مختلف (مرحله پس‌آزمون)، لازم بود مشخص شود که آیا پس از حذف افراد ریزش یافته، بین گروه‌های ترکیبی، فردی و کنترل در مرحله پیش‌آزمون تفاوت وجود داشته است یا نه؟

مقایسه این سه گروه براساس شاخص‌های کلی پرسشنامه سلامت عمومی ( $P > 0/05$  و  $F = 2/46$ ) و فهرست نشانگان ۹۰ ( $P > 0/05$  و  $F = 1/09$ ) نشان داد که بین گروه‌های سه‌گانه درمان ترکیبی، فردی و کنترل از نظر شاخص‌های مذکور در مرحله پیش‌آزمون تفاوتی وجود ندارد.

در ادامه برای پی بردن به اینکه آیا تفاوتی بین نیمرخ‌های تغییرات میانگین زیرمقیاس این سه شرایط درمانی وجود دارد یا نه، مقایسه این سه گروه با آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری صورت گرفت که نتایج آن در جدول ۱ آمده است. قبل از انجام تحلیل واریانس چند متغیری بررسی دو پیش‌فرض اساسی این تحلیل یعنی آزمون M باکس<sup>۶</sup> برای بررسی عدم تفاوت ماتریس‌های کوواریانس و آزمون لون<sup>۷</sup> جهت بررسی فرض برای واریانس خطای نمره‌های وابسته انجام گردید و برقراری آنها محرز شد. لذا استفاده از مدل تحلیل واریانس چندمتغیری این داده‌ها بلامانع به نظر رسید.

می‌گیرد (گلدبرگ، ۱۹۷۲ به نقل از تقوی، ۱۳۸۰). در پژوهش حاضر از فرم ۲۸ سؤالی این پرسشنامه استفاده شده است. این پرسشنامه داری چهار زیرمقیاس شامل علائم جسمانی، اضطراب، نارساکنشی اجتماعی و افسردگی است. تقوی (۱۳۸۰) پایایی<sup>۱</sup> پرسشنامه سلامت عمومی را از سه روش بازآزمایی، دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داد که به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ حاصل گردید. روایی<sup>۲</sup> سازه و همزمان این ابزار نیز در حد مطلوب گزارش شده است (تقوی، ۱۳۸۰؛ هومن، ۱۳۷۶).

**فهرست نشانگان ۹۰ (SCL-90):** آزمونی برای تشخیص، تمیز و غربال‌گری است که هم برای بیماران روانی و هم برای افراد معتاد به الکل و مواد مخدر به کار برده می‌شود (میرزایی، ۱۳۵۹). این آزمون شامل ۹۰ ماده و دارای ۹ بعد است که ابعاد مختلف روان‌شناختی فرد از جمله شکایات جسمانی، وسواس فکری - عملی، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و پسیکوز را اندازه‌گیری می‌کند.

میرزایی (۱۳۵۹) پایایی فهرست نشانگان ۹۰ را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۰ گزارش و ضریب روایی همزمان آن را با مقیاس چند وجهی مینه‌سوتا<sup>۴</sup> (MMPI) برابر با ۰/۵۱ گزارش کرده است. روایی سازه و همزمان این ابزار در پژوهش هومن (۱۳۷۶) و نجاریان و داودی (۱۳۸۰) مطلوب بوده است.

**مصاحبه بالینی:** توسط روان‌پزشک براساس پرسشنامه ساختاریافته DSM-IV-TR<sup>۵</sup>، جهت تشخیص اختلال‌های روانی مددجویان و افزایش دقت تشخیص‌های حاصل از آزمون‌ها انجام شد. میزان توافق بین نتایج آزمون‌ها و مصاحبه بالینی روان‌پزشکی در تشخیص اختلال‌ها حدود ۰/۸۴ بود.

**پرسشنامه محقق ساخته:** حاوی سوالاتی در مورد سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، محل سکونت، محل امرار معاش قبل از زندان، سن اولین محکومیت، میزان محکومیت فعلی، تعداد محکومیت‌ها، نوع محکومیت، سابقه مصرف مواد مخدر مددجویان بوده است.

1. reliability
2. validity
3. Symptom Checklist- 90
4. Minnesota Multi-Phasic Inventory
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revised

6. M Box Test of Equality of Covariance Matrices

7. Leven's Test of Equality of Error Variance

جدول ۱- خلاصه یافته‌های آزمون اثر بین آزمودنی در میزان تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت عمومی (درجه آزادی = ۲)

متغیر	نوع سوم مجموع مجدورات	میانگین مجدورات	نسبت F	سطح معناداری	ضریب اتا
علائم جسمانی	۶۰۸/۴۲	۳۰۰/۷۱	۱۵/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۲۲
اضطراب	۵۵۳/۲۵	۲۷۶/۶۲	۱۲/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۲۰
نارساکنشی اجتماعی	۱۲۹/۸۷	۶۴/۹۳	۳/۴۸	۰/۰۳	۰/۰۷
افسردگی	۱۷۴/۰۴	۴۵۳/۰۲	۹/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۱۳
شاخص کلی	۴۴۷/۹۹	۲۲۳/۹۹	۱۴/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۲۰

یافته‌های تحلیل نشان داد که مددجویان قرار گرفته در سه شرایط درمانی از نظر نیمرخ تغییرات زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی از هم متفاوت‌اند ( $P < 0/001$  و  $F = 5/52$  و  $F = 0/68$  = لاندای ویلکز). ادامه تحلیل نشان داد علاوه بر اینکه نیمرخ

تغییرات زیرمقیاس‌ها در بین این تغییرات متفاوت است، بلکه تغییرات تمام زیرمقیاس‌ها نیز مبین وجود تفاوت در مددجویان این سه شرایط درمانی متفاوت است.

جدول ۲- خلاصه یافته‌های آزمون بن فرنی مقایسه گروه‌های شرایط سه‌گانه مداخله براساس تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی

زیرمقیاس	مداخله	میانگین پیش‌آزمون	میانگین پس‌آزمون	اختلاف میانگین	انحراف معیار	ترکیبی	فردی	کنترل
علائم جسمانی	ترکیبی	۱۹/۰۴	۱۴/۲۳	-۴/۸۱	۴/۳۴	-	-	-
	فردی	۱۶/۲۷	۱۶/۱۳	-۰/۱۳	۴/۴۲	*	-	-
	کنترل	۱۸/۰۳	۱۷/۶۳	-۰/۴۰	۴/۶۵	*	-	-
اضطراب	ترکیبی	۲۱/۰۸	۱۵/۱۵	-۵/۹۲	۴/۱۰	-	-	-
	فردی	۱۸/۵۸	۱۶/۲۰	-۲/۳۷	۵/۱۴	*	-	-
	کنترل	۱۹/۴۰	۱۸/۳۱	-۱/۰۹	۴/۹۸	*	-	-
نارساکنشی اجتماعی	ترکیبی	۱۱/۷۷	۸/۶۰	-۳/۵۷	۳/۵۸	-	-	-
	فردی	۱۱/۸۷	۸/۹۰	-۲/۹۷	۵/۴۱	-	-	-
	کنترل	۱۱/۷۷	۱۰/۶۶	-۱/۱۱	۴/۵۲	*	-	-
افسردگی	ترکیبی	۱۷/۷۴	۱۱/۷۲	-۶/۰۲	۵/۷۳	-	-	-
	فردی	۱۴/۳۳	۱۴/۲۷	-۰/۰۷	۷/۵۸	*	-	-
	کنترل	۱۷/۷۷	۱۶/۹۴	-۰/۸۳	۷/۹۷	*	-	-
شاخص کلی	ترکیبی	۱۷/۴۱	۱۲/۴۲	-۴/۹۸	۳/۳۰	-	-	-
	فردی	۱۵/۳۱	۱۳/۸۸	-۱/۴۳	۴/۴۱	*	-	-
	کنترل	۱۶/۶۹	۱۵/۸۹	-۰/۸۰	۴/۴۵	*	*	-

انجام آزمون تعقیبی بن فرنی<sup>۱</sup> مقایسه مددجویان این سه شرایط مداخله‌ای بر پایه سلامت عمومی نشان داد که میانگین تغییرات

زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی این پرسشنامه برای مددجویان قرار گرفته در شرایط درمان ترکیبی بیشتر از شرایط فردی و کنترل است؛ این یافته بدین معناست که در گروه نمونه، مداخله‌های ترکیبی توانسته‌است میانگین زیرمقیاس را کاهش داده و به کاهش نشانگان بیماری این مددجویان منجر شوند. مقایسه تغییرات میانگین‌ها بین دو شرایط مداخله فردی و گروه کنترل نیز نشان می‌دهد که مددجویان قرار گرفته در شرایط فردی،

فقط در تغییرات شاخص کلی، با گروه کنترل تفاوت نشان می‌دهد (جدول ۲). همانند تحلیل پیشین، قبل از مقایسه این سه گروه براساس فهرست نشانگان ۹۰ با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری، آزمون M باکس و لون برای بررسی پیش‌فرض‌های لازم بر روی این داده‌ها نیز صورت گرفت و برقراری آنها محرز شد. لذا آزمون تحلیل چند متغیری انجام یافت.

یافته‌های تحلیل نشان داد که نیمرخ تغییرات میانگین این شرایط مداخله‌ای با هم تفاوت معناداری دارد ( $P < 0/001$  و  $F = 5/65$  و  $F = 0/47$  = لاندای ویلکز). البته ادامه تحلیل نشان داد که

۱. Bonffereni

این شرایط مداخله‌ای در تمام زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی تفاوت معناداری با هم دارند (جدول ۳).

جدول ۳- خلاصه یافته‌های اثر بین آزمودنی‌ها در میزان تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان ۹۰ (درجه آزادی=۲)

متغیر	نوع سوم درجات مجذورات	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	ضریب تا
علائم جسمانی	۶۰/۸۷	۳۰/۴۴	۲۹/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۳۱
وسواس بی‌اختیاری	۱۹/۲۸	۹/۶۴	۱۱/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۱۶
روابط بین فردی	۲۶/۸۰	۱۳/۴۰	۱۷/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۲۱
افسردگی	۵۵/۴۰	۲۷/۷۰	۲۵/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۲۸
اضطراب	۴۴/۱۸	۲۲/۰۹	۲۲	۰/۰۰۱	۰/۲۵
خصوصیت	۴۲/۵۰	۲۱/۲۴	۱۸/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۲۲
ترس مرضی	۲۴/۲۵	۱۲/۱۲	۱۷/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۲۱
پارانویا	۳۰/۶۷	۱۵/۳۴	۱۳/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۱۷
روان‌پریشی	۳۱/۸۵	۱۵/۹۳	۲۳/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۲۶
شاخص کلی	۳۳/۳۷	۱۶/۶۸	۳۵/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۳۵

جدول ۴- خلاصه یافته‌های آزمون بن‌فرنی مقایسه گروه‌های شرایط سه‌گانه مداخله بر اساس تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان ۹۰

متغیر	مداخله	میانگین پیش‌آزمون	میانگین پس‌آزمون	اختلاف میانگین	مداخله	ترکیبی	فردی	کنترل
علائم جسمانی	ترکیبی	۲/۳۳	۱/۱۹	-۱/۱۵	۱/۰۵	-	-	-
	فردی	۲/۰۲	۱/۵۹	-۰/۴۴	۱/۱۱	*	-	-
	کنترل	۱/۷۶	۱/۷۷	۰/۳۱	۱/۰۷	*	*	-
وسواس بی‌اختیاری	ترکیبی	۲/۳۲	۱/۴۵	-۰/۸۷	۰/۷۹	-	-	-
	فردی	۲/۰۵	۱/۷۳	-۰/۳۲	۱/۰۵	*	-	-
	کنترل	۱/۸۵	۱/۷۸	-۰/۰۶	۱	*	-	-
روابط بین فردی	ترکیبی	۲/۰۷	۱/۱۴	-۰/۹۲	۰/۸۷	-	-	-
	فردی	۱/۷۷	۱/۵۵	-۰/۲۲	۰/۹۸	*	-	-
	کنترل	۱/۵۶	۱/۵۲	-۰/۰۲	۰/۸۸	*	-	-
افسردگی	ترکیبی	۲/۴۰	۱/۳۳	-۱/۰۷	۱/۱۱	-	-	-
	فردی	۲/۰۹	۱/۵۱	-۰/۵۸	۱/۱۴	*	-	-
	کنترل	۱/۹۵	۱/۷۹	۰/۳۹	۱/۰۷	*	*	-
اضطراب	ترکیبی	۲/۱۵	۱/۰۶	-۱/۰۹	۱/۰۴	-	-	-
	فردی	۱/۸۷	۱/۳۹	-۰/۴۸	۱/۱۳	*	-	-
	کنترل	۱/۵۸	۱/۴۳	۰/۲۳	۱/۱۶	*	*	-
خصوصیت	ترکیبی	۱/۹۵	۰/۹۰	-۱/۰۵	۰/۸۷	-	-	-
	فردی	۱/۶۴	۱/۱۳	-۰/۵۱	۰/۸۷	*	-	-
	کنترل	۱/۴۸	۱/۲۸	۰/۲۹	۱/۱۴	*	*	-
ترس مرضی	ترکیبی	۱/۳۰	۰/۵۱	-۰/۷۹	۰/۹۲	-	-	-
	فردی	۱/۱۴	۰/۸۶	-۰/۲۷	۱	*	-	-
	کنترل	۰/۸۰	۰/۸۴	۰/۱۸	۰/۸۶	*	-	-
پارانویا	ترکیبی	۱/۸۰	۱/۴۳	-۰/۳۷	۰/۹۳	-	-	-
	فردی	۱/۹۷	۱/۷۷	-۰/۲۰	۰/۷۲	-	-	-
	کنترل	۱/۵۶	۲/۱۰	۰/۷۵	۱/۴۵	*	*	-
روان‌پریشی	ترکیبی	۱/۶۸	۰/۸۷	-۰/۸۲	۰/۷۷	-	-	-
	فردی	۱/۴۴	۱/۱۶	-۰/۲۸	۰/۷۲	*	-	-
	کنترل	۱/۳۴	۱/۳۰	۰/۱۷	۱/۰۳	*	-	-
شاخص کلی	ترکیبی	۲	۱/۱۱	-۰/۸۹	۰/۷۷	-	-	-
	فردی	۱/۷۵	۱/۴۱	-۰/۳۱	۰/۷۳	*	-	-
	کنترل	۱/۶۱	۱/۶۶	۰/۲۵	۰/۶۹	*	*	-

برای پی بردن به اینکه تفاوت در زیرمقیاس‌ها بین کدام شرایط مداخله‌ای است، آزمون تعقیبی بن‌فرنی (جدول ۴) براساس نمره زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی صورت گرفت که نشان داد مداخله‌های ترکیبی اثربخشی لازم را بر گروه مددجویان داشته و توانسته در کلیه زیرمقیاس‌ها و در مقایسه با گروه کنترل نتایج و تفاوت معناداری را ایجاد کند. دقت در میانگین تغییرات این شرایط مداخله‌ای نشان می‌دهد که این تغییرات برای شرایط ترکیبی در جهت کاهش نشانگان بیماری مددجویان و کاهش مشکلات سلامت مددجویان بوده است. در ضمن، جدول ۴ نشان می‌دهد که شرایط مداخله ترکیبی و فردی فقط در زیرمقیاس پارانوئیا تفاوت‌های معناداری را نشان نداده‌اند، ولی بقیه زیرمقیاس‌های میانگین تغییرات ایجاد شده در شرایط درمان ترکیبی تفاوت معناداری با گروه درمان فردی دارد و این تفاوت طوری است که تغییرات ایجادشده در شرایط درمان ترکیبی بیشتر است.

!!!

جدول ۵- یافته‌های حاصل از گروه‌های درمانی ترکیبی و فردی و گروه کنترل براساس نسبت بازگشت به زندان

گروه	نسبت برگشتی به آزادی	میانگین زمان آزادی (به ماه)
درمان ترکیبی	۰	۱۲/۳
درمان فردی	۰	۱۱/۸
کنترل	۰/۱۵	۱۲/۱

## بحث

مطالعه حاضر نشان داد که مداخله شناختی - رفتاری ترکیبی، مؤلفه‌های وضعیت سلامت عمومی و فهرست نشانگان ۹۰ مددجویان را بهبود بخشید. یعنی این مداخله توانست موجب کاهش تمام میانگین زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی و فهرست نشانگان ۹۰ در این مددجویان شود. مقایسه اثربخشی مداخله شناختی - رفتاری ترکیبی و فردی، با گروه کنترل نشان داد که مداخله ترکیبی در تمامی زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی، در مقایسه با گروه کنترل اثربخشی لازم را داشته است. مقایسه اثربخشی سه گروه براساس یافته‌های حاصل از فهرست نشانگان ۹۰ نیز نشان داد که درمان ترکیبی در این ابزار نیز اثربخشی لازم را در تمام زیرمقیاس‌ها (در مقایسه با گروه کنترل) نشان داده و توانست نشانگان بیماری مددجویان را به‌طور معناداری کاهش دهد.

مقایسه گروه درمان فردی با گروه کنترل نیز نشان می‌دهد که این شرایط درمانی توانسته در زیرمقیاس علائم جسمانی، افسردگی، اضطراب، خصومت، پارانوئیا و شاخص کلی فهرست نشانگان ۹۰ تفاوت معناداری ایجاد کند، ولی در زیرمقیاس‌های دیگر تفاوت معنادار در میزان اثربخشی نشان نمی‌دهد.

از آنجا که بسیاری از مطالعات صورت گرفته در زندان با هدف کاهش ارتکاب جرم مجدد صورت می‌گیرد؛ لذا این امر نیز در این مطالعه مورد توجه قرار گرفت. از این‌رو برای بررسی این موضوع، وضعیت نسبت بازگشت مجدد به زندان بررسی شد (جدول ۵).

جدول ۵ نشان می‌دهد میانگین مدت زمان آزادی افراد آزاد شده از گروه‌های درمان ترکیبی، فردی و گروه کنترل به ترتیب ۱۲/۳، ۱۱/۸ و ۱۲/۳ ماه است؛ که در این مدت بازگشتی از گروه‌های درمان فردی و ترکیبی به هیچ یک از زندان‌های کشور مشاهده نشده است. این در حالی است که در حدود ۱۵ درصد از افراد آزاد شده از گروه کنترل بازگشت مجدد به زندان نشان داده‌اند.

مقایسه اثربخشی مداخله در گروه درمان فردی و کنترل نیز نشان داد که این دو در تغییرات ایجاد شده در مؤلفه‌های سلامت روان (به جز شاخص کلی) تفاوتی نشان ندادند. ولی این دو گروه، در زیرمقیاس‌های علائم جسمانی، افسردگی، اضطراب، خصومت، پارانوئیا و شاخص کلی فهرست نشانگان ۹۰ تفاوت نشان دادند.

مقایسه دو شیوه درمانی ترکیبی و فردی نیز براساس فهرست نشانگان ۹۰، نشان داد که میزان اثربخشی این دو درمان در تمام زیرمقیاس‌های فهرست نشانگان ۹۰، به جز زیرمقیاس پارانوئیا متفاوت است. بدین معنا که درمان ترکیبی در مقایسه با درمان فردی تقریباً در کلیه زیرمقیاس‌ها اثربخشی بیشتری داشته است. این یافته، با نتایج تحقیقات فابیانو، رابینسون و پورپورینو (۱۹۹۰)، تاول (۲۰۰۳)، مورفی و بوئر<sup>۱</sup> (۱۹۹۶)، فرندشیب، بلاد،

1. Murphy, R., & Bauer. R.

اریکسون و ترتون<sup>۱</sup> (۲۰۰۳)، اوایرت، کشل و سوون<sup>۲</sup> (۲۰۰۳)، ایرلند<sup>۳</sup> (۲۰۰۴) و ویلیامز<sup>۴</sup> (۲۰۰۵) مطابقت دارد.

یافته‌های رایبسنسون (۱۹۹۵) نشان داد که افرادی که در برنامه R&R شرکت کرده بودند، پس از آزادی از مهارت‌های شناختی و وضعیت بهتر روان‌شناختی برخوردار بوده و نسبت به گروه کنترل حدود ۱۰ درصد کمتر بازگشت به زندان داشته‌اند. فرندشیب و همکاران (۲۰۰۳) نیز دریافته‌اند که بعد از مداخله، زندانیانی که در جلسات گروه درمانی شناختی - رفتاری شرکت کرده‌اند (نسبت به زندانیان گروه کنترل)، وضعیت روان‌شناختی مطلوب‌تری داشته و محکومیت مجدد آنان نیز کمتر بوده است.

ایرلند (۲۰۰۴) دریافت که افرادی که در مداخله گروهی کنترل خشم شرکت داشتند، پس از انجام مداخله، علاوه بر اینکه کنترل بیشتری نسبت به خشم خود داشته‌اند، از وضعیت کلی روان‌شناختی بهتری نیز برخوردار بوده‌اند. نتایج پژوهش اوایرت و همکاران (۲۰۰۳) نیز نشان داد که مداخله شناختی - رفتاری گروهی، نقش مؤثری در بهبود وضعیت زندانیان دارد.

ویلیامز (۲۰۰۵) معتقد است که فقدان مهارت‌های شناختی و نقص در حوزه‌های کنترل خود، تفکر منتقدانه و حل مشکلات بین شخصی، عامل اصلی ارتکاب به جرم در زندانیان است. بنابراین، می‌توان از راه آموزش مهارت‌های زندگی به صورت گروهی یا فردی به زندانیان، این مشکلات را برطرف ساخت و احتمال ارتکاب مجدد جرم را در آنها کاهش داد.

چند پژوهش نیز در جهت ناهمسو با یافته‌های پژوهش حاضر وجود دارد که از جمله می‌توان به پژوهش فالشا، بیتس، پیت، کوربت و فرندشیب<sup>۵</sup> (۲۰۰۴) و پولن<sup>۶</sup> (۱۹۹۶) اشاره کرد. فالشا و همکاران (۲۰۰۴) طی پژوهشی، اثربخشی برنامه‌های آموزش گروهی مهارت‌های شناختی - رفتاری را به زندانیان، در کاهش محکومیت مجدد در زندان‌های انگلیس بررسی کردند. یافته‌های آنان نشان داد که اگرچه میزان محکومیت مجدد گروهی از زندانیانی که در برنامه‌های آموزش مهارت‌های شناختی شرکت کرده بودند، کمتر از گروه کنترل است، اما این تفاوت معنادار نیست. پولن (۱۹۹۶) نیز در مطالعه‌ای که برای ارزیابی اثربخشی R&R انجام شد، نشان داد که این نوع مداخله

تفاوت‌های معناداری در مهارت‌های شناختی و وضعیت روان‌شناختی گروه نوجوانان مورد بررسی ایجاد نکرد. نویسنده خاطر نشان کرد که علت احتمالی این عدم اثربخشی، نبود توانایی کافی و لازم در ارائه کنندگان برنامه بوده است.

درمان‌های شناختی - رفتاری با جایگزین کردن الگوهای سازگاری رفتاری و شناختی در فرد، به وی امکان می‌دهد که از خزانه رفتاری گسترده‌تر و مناسب‌تری در مواجهه با موقعیت افراد دیگر برخوردار باشد و در واکنش به مسائل با برنامه‌ریزی و آینده‌نگری عمل کند. تعمیم این ویژگی بر اثر تمرین در موقعیت‌های متعدد، امکان کاهش تنش در زندگی و رفتارهای تکانشی فراهم می‌شود. پیامد این فرایند نیز انتخاب و تصمیم‌گیری مناسب است که در نهایت عدم درگیری با مراجع قانونی را موجب می‌شود.

شاید آنچه در میان این یافته‌ها از همه مهم‌تر است، دستیابی به این نکته بوده که مداخله شناختی - رفتاری ترکیبی در بسیاری از موارد، اثربخشی‌های متفاوتی را در مقایسه با گروه مداخله فردی و کنترل نشان دادند. از دلایل احتمالی این مسئله می‌توان به دریافت هر دو نوع درمان توسط مددجویان گروه درمان ترکیبی، اشاره کرد. این گروه از افراد با حضور در جلسات گروه درمانی و با بهره‌گیری از مشارکت دیگران و پویایی‌های گروهی، مشکلات خود را مورد کندوکاو و دقت نظر قرار می‌دهند. همراه با این امکان، استفاده از درمان فردی نیز برای این گروه فراهم بوده است. این امکان نیز، فرصتی برای این افراد مهیا می‌کرد که برخی مشکلات و موضوعاتی را که امکان طرح و خواستن راه‌حل برای آن، در گروه ممکن نبوده، طی جلسات فردی مطرح کنند و از راهکارهای ممکن بهره‌مند شوند.

آنچه ارزش‌گذاری پژوهش حاضر را نشان می‌دهد، کاهش ارتکاب مجدد جرم و بازگشت به زندان مددجویان است. مطالعه پیگیری نشان داد که پس از گذشت حدود ۱۲ ماه از آزادی مددجویان بهره‌گیرنده از مداخله‌های ترکیبی و فردی، هیچ‌یک از آنها به مراکز تأدیبی در زندان‌های کشور بازنگشته‌اند این در حالی است که از اعضای گروه کنترل، در این مدت حدود ۱۵ درصد افراد بازگشت داشته‌اند. این یافته همسو با مطالعات راس و همکاران (۱۹۹۸)، پورپورینو و رایبسنسون (۱۹۹۵)، رایبسنسون (۱۹۹۵) است. این مطالعات همگی نشان از اثربخشی مداخلات شناختی - رفتاری بر کاهش ارتکاب مجدد جرم دارد.

عدم بازگشت به زندان هیچ‌یک از افراد گروه‌های درمانی ترکیبی و فردی نیز، نشان از کارایی و اثربخشی این نوع

1. Friendship, C., Blud, L., Erikson, M., & Thorton, D.
2. Ovaert, L. B., Cashel, M. L., & Sewell, K. W.
3. Ireland, J. L.
4. Williams, A.
5. Flashaw, L., Bates, A., Pate, A., Pate, V., Corbet, C., & Friendship, C.
6. Pullen, S.



و رفتاری با یکدیگر مقایسه شوند.

## مراجع

- تقوی، سید محمدرضا (۱۳۸۰). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی، *مجله روان‌شناسی*، ۲۰، ۳۹۴-۳۸۱.
- خدایاری فرد، محمد؛ سهرابی، فرامرز؛ شکوهی یکتا، محسن؛ غباری بناب، باقر؛ به‌پژوه، احمد؛ فقیهی، علی‌نقی؛ اکبری زردخانه، سعید و عابدینی، یاسمین (۱۳۸۶). *روان‌درمانگری و توان‌بخشی زندانیان و بررسی اثربخشی آن در زندان رجائی‌شهر*. سازمان زندان‌های استان تهران، تهران.
- ماتیوس، راجر و فرانسیس، پیتر (۱۹۹۸). *به سوی سال ۲۰۰۰*. در راجر ماتیوس و پیتر فرانسیس. *زندان‌ها در هزاره سوم*، ترجمه لیلا اکبری (۱۳۸۳). تهران: راه تربیت.
- میرزائی، رقیه (۱۳۵۹). *ارزیابی پایایی و روایی آزمون SCL-90-R در ایران*. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه تهران.
- نجاریان، بهمن و داودی، ایران (۱۳۸۰). ساخت و اعتباریابی SCL-25 (فرم کوتاه شده SCL-90-R). *مجله روانشناسی*، سال پنجم، شماره ۱۸، ۱۴۹-۱۳۶.
- هومن، عباس (۱۳۷۶). *استانداردسازی پرسشنامه عمومی بر روی دانشجویان دوره‌های کارشناسی دانشگاه تربیت معلم*. مؤسسه تحقیقات تربیتی، دانشگاه تربیت معلم.
- Andersen, H., Sestoft, D., Lillebeak, T., Gabrielsem, G., & Kramp, P. (1996). Prevalence of ICD – 10 psychiatric morbidity in random sample of prisoners on remand. *International Journal of Law and Psychiatry*, 19, 61-74.
- Anderws. D. A., Zinger, I., Hoge, R. D., Bonta. J., Gendreau, P., & Cullen, F. T. (1990). Does correctional treatment work? a clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28, 369-404.
- Birmingham, L., Mason, D., & Grubin, D. (1996). Prevalence of mental disorders in remand prisoners: consecutive case study. *British Medical Journal*, 313, 1521-1524.
- Brook, D., Taylor, C., Gunn, J., & Maden, A. (1996). Point prevalence of mental disorder in unconvicted male prisoners in England and wales. *British Medical Journal*, 313, 1524-1527.
- Cornish, K. B., & Clarke, R.V. (1986). *The reasoning criminal: rational choice perspective*

مداخله‌ها دارد؛ یعنی این مداخله‌ها توانسته‌اند با تأثیر در این افراد، احتمال بروز مشکلات قضایی و اجتماعی آنها را کاهش دهند و موجب عدم درگیری این افراد با سازمان‌های انتظامی و قضایی شوند. این یافته‌ها همسو با یافته‌های فابیانو، رابینسون و پورپورینو (۱۹۹۰)، پورپورینو و رابینسون (۱۹۹۵) و رابینسون و پورپورینو (۲۰۰۴) است، که نشان دادند مداخله‌های شناختی - رفتاری مهارت استدلال و توان‌بخشی از بازگشت مجدد افراد مجرم به زندان، جلوگیری می‌کند.

نتایج پژوهش نشان داد، مداخله‌های روان‌شناختی و به‌ویژه مداخله‌های ترکیبی می‌توانند اختلال‌های روانی و مشکلات بهداشت روانی زندانیان را کاهش دهند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که برای بهبود وضعیت سلامت روان زندانیان، در همه زندان‌های کشور، مکان‌هایی برای مشاوره و روان‌درمانی در نظر گرفته شود و به افرادی که نیازمند این نوع مساعدت‌ها هستند، خدمات‌رسانی صورت بگیرد.

از یافته‌های مردم‌شناختی برمی‌آید که افراد زندانی در زندان رجایی شهر اغلب دارای جرم‌های سنگین و چندین باره‌اند. پس این احتمال وجود دارد که این مداخله‌های تدوین شده و به‌کار رفته در این پژوهش، برای زندانیان دارای جرم‌های سبک، بدون تکرار یا کم‌تکرار از پاسخدهی بهتری برخوردار باشد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود این مداخله‌ها در زندان‌های دیگر نیز با مددجویان دارای جرم‌های سبک‌تر اجرا شود.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، انتخاب آزمودنی‌ها، با توجه به دو ملاک میزان تحصیلات و مدت محکومیت و حبس بوده است، بنابراین، نتایج پژوهش حاضر قابلیت تعمیم به زندانیان دارای تحصیلات کمتر از راهنمایی یا بی‌سواد را ندارد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی ضمن انتخاب گروه نمونه از بین تمام زندانیان (بدون توجه به سطح تحصیلات و میزان محکومیت آنان)، کارایی رویکردهای مختلف درمانی در کاهش ارتکاب مجدد به جرم نیز بررسی شود.

به این دلیل که در پژوهش حاضر مجموع زمان‌های اختصاص داده شده به درمان (در دو گروه درمان ترکیبی و درمان فردی) از هم تفاوت داشت، می‌تواند مقایسه نتایج حاصل از این دو نوع درمان را تا حدودی دچار مشکل کند. پس توصیه می‌شود در پژوهش‌های بعدی که برای مقایسه این دو نوع مداخله طراحی می‌شود، زمان اختصاص‌یافته برای این دو نوع درمان تا حدودی یکسان در نظر گرفته شود. همچنین بهتر است رویکردهای مختلف درمانی از جمله شناختی - رفتاری، معنوی و روان‌پویشی

- on crime. New York: Spring-Verlag.
- Fabiano, E., Robinson, D., & Porporino, F. (1990). *A preliminary assessment of the cognitive skills training programme: a component of living skills programming. programme description, research findings and implementation strategy*. Ottawa, Canada: Correctional Service Canada.
- Flashaw, L., Bates, A., Pate, A., Pate, V., Corbet, C., & Friendship, C. (2004). Assessing reconviction, reoffending and recidivism in a sample of UK sexual offenders. *Legal and Criminological Psychology*, 8, 207-215.
- Friendship, C., Blud, L., Erikson, M., & Thorton, D. (2003). Cognitive-behavioral treatment for imprisoned offenders: an evaluation of HM prisons service's cognitive skills programmes. *Legal and Criminological Psychology*, 8, 103-117.
- Hollin, C. R. (2004). To treat or not treat? an historical perspective. In C. R. Hollin (Ed.). *The essential handbook of offender assessment and treatment* (pp. 1-16). Chichester, UK: Wiley.
- Ireland, J. L. (2004). Anger management therapy with young male offenders. *Aggressive Behavior*, 30, 174-185.
- Izzo, R. L., & Ross, R. R. (1990). Meta-analysis of rehabilitation programmes for juvenile delinquents: a brief report. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 134-142.
- Lipsey, M. W. (1995). What do we learn from 400 research studies on the effectiveness of treatment with juvenile delinquents? In J. McGuire (Ed.). *What works: reducing reoffending- Guidelines from research and practice* (pp. 63-78). Chichester, UK: Wiley.
- Losel, F. (1995). Increasing consensus in the evaluation of offender rehabilitation? Lessons from recent research syntheses. *Psychology, Crime, & Law*, 2, 19-39.
- Murphy, R., & Bauer, R. (1996). *Evaluating the effectiveness of a cognitive skills training programme for juvenile delinquents*. (Unpublished Manuscript) Georgia: Valdosta State University.
- Ovaert, L. B., Cashel, M. L., & Sewell, K. W. (2003). Structured group therapy for posttraumatic stress disorders in incarcerated male juveniles. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 151-162.
- Pullen, S. (1996). *Evaluation of the reasoning and rehabilitation cognitive skills development programme as implemented in juvenile ISP in Colorado*. Unpublished Report. Denver, CO: Colorado Division of Criminal Justice.
- Raynor, P., & Vanstone, M. (1996). Reasoning and rehabilitation in Britain: *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 40, 272-284.
- Robinson, D., & Porporino, F. (2004). Programming in cognitive skills: the reasoning and rehabilitation programme. In C. R. Hollin (Ed.). *The essential handbook of offender Assessment and Treatment* (pp. 63-78). Chichester, UK: Wiley.
- Robinson, D. (1995). *The impact of cognitive skills training on post-release recidivism among Canadian federal offenders* (Report No. R. 41). Ottawa, Canada: Correctional Service of Canada, Correctional Research and Development.
- Ross, R. R., Fabiano, E. A., & Ewles, C. D. (1988). Reasoning and rehabilitation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 32, 29-36.
- Teplin, L., Abram, K., & McClelland, G. (1996). Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women: pretrial jail detainees. *Archives of General Psychiatry*, 53, 505-512.
- Thomas, M., Jackson, S. (2003). Cognitive-Skills group work. In C. Towel (Ed.). *Psychology in prisons* (pp. 83-92). British psychological society. Blackwell publishing.
- Towel, G. (2003). *Psychology in Prisons*. UK: The British psychological society and Blackwell publishing ltd.
- Williams, A. (2005). Group work-based interventions. In D. Creighton & G. Towel (Eds.). *Psychology in Probation services* (pp. 82-90). England: Blackwell publishing.
- Willmot, P. (2003). Applying the research on reducing recidivism to prison regimes. In G. Towel (Ed.). *Psychology in prison* (pp. 35-51). British psychological society. Blackwell publishing.