

مقدمه

پرخاشگری در جوامع بشری در حال گسترش است و جامعه ما مستثنا از این موضوع نیست. ۴۲ درصد معاینات پزشکی قانونی مربوط به صدمات و جراحات ناشی از نزاع است و بیشترین دستگیرشدگان، مربوط به جرائم ضرب و شتم، ارباب، قتل عمد، تهدید و چاقوکشی هستند (پزشکی قانونی، ۱۳۸۸). پرخاشگری 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 تا حدی که برای بیشتر مردم یادآور محیطی استرس‌آور و وحشت‌زاست که البته چندان هم دور از واقعیت نیست (ورتلی، ۲۰۰۳، ص ۱۲۱). همچنین محیط زندان و از دست دادن آزادی سبب ضربه‌ها و آسیب‌های عمیق روان‌شناختی (ناشی از عواملی چون تجاوز جنسی و سوءاستفاده روانی واقع شدن یا دوری طولانی مدت از جامعه و خانواده)، که موجب افزایش خشونت می‌شود. نتیجه این وضعیت، چنان می‌شود که زندانیان حساسیت خود را نسبت به میزان معین و خاصی از رفتارهای پرخاشگرانه که در اطراف خود مشاهده می‌کنند از دست می‌دهند (همان).

تحقیقات اخیر تأیید کرده‌اند که الگوی مهار و کنترل پرخاشگری در زندان برای کنترل و مهار اخلاقی و بی‌نظمی، با قوانین خشک و قهری از تأثیرگذاری کمتری برخوردار است (کوهن، ۲۰۰۶، ص ۱۳۴). از این رو، رویکردهای روان‌شناختی بیشتر مورد توجه قرار گرفته است. اما در این خصوص هم مشکلاتی دیده می‌شود. از جمله اینکه درمان‌های روان‌شناختی برای همگان در دسترس نیستند. همچنین افراد کم‌درآمد توان پرداخت هزینه‌های درمان را ندارند. از سوی دیگر، 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، ۱۹۹۸، ص ۱۷).

از سوی دیگر، انجمن روان‌شناسی آمریکا در آخرین طبقه‌بندی که از اختلالات روانی دارد، توجه روان‌شناسان و روان‌پزشکان را جلب می‌کند و از آنها می‌خواهد 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 (لوین، ۲۰۱۰، ص ۱۰۸). متناسب با سبب‌شناسی مشکلات روانی، شیوه‌های گروه درمانی گوناگونی پیشنهاد می‌شود: یکی از این رویکردها، گروه درمانی یکپارچه توحیدی است. درمان یکپارچه توحیدی، که تلفیقی از آخرین یافته‌های روان‌درمانی در حوزه‌های مختلف، به ویژه درمانگری‌های انسان‌گرا و وجودی از یک‌سو، و آموزه‌های اخلاقی و عرفانی دین اسلام از سوی دیگر، می‌باشد، ابتدا تحت عنوان توحید درمانی توسط جلالی تهرانی (۱۳۸۳) به وجود آمد. این رویکرد، که از ادغام و

اثر بخشی آموزش گروهی به شیوه یکپارچه توحیدی بر سطح پرخاشگری

omidian.mehdi@yahoo.com

m_akbari@pnu.ac.ir

omidebaran42@yahoo.com

tmohtasham@gmail.com

مهدي اميديان / دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی دانشگاه سمنان

مهناز علی‌اکبر دهکردی / دانشیار روان‌شناسی دانشگاه پیام نور

سبحان پور نیک‌دست / کارشناسی ارشد روان‌شناسی پیام نور تهران

طیبه محتشمی / کارشناسی ارشد روان‌شناسی پیام نور تهران

دریافت: ۱۳۹۲/۳/۴ - پذیرش: ۱۳۹۲/۷/۹

چکیده

هدف این پژوهش، شناسایی میزان اثربخشی آموزش گروهی به شیوه یکپارچه توحیدی بر سطح پرخاشگری زندانیان مرد زندان مرکزی شهر کرد بود. این پژوهش، یک مطالعه آزمایشی با گروه کنترل است که جامعه آماری آن را کلیه زندانیان مرد زندان مرکزی شهر کرد در سال ۱۳۹۱ تشکیل می‌دادند. حجم نمونه پژوهش، ۴۰ نفر زندانی بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده چندمرحله‌ای انتخاب و به صورت تصادفی ۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه کنترل جایگزین گردیدند. از پرسش‌نامه عمومی پرخاشگری (AGQ)، به عنوان ابزار غربالگری استفاده گردید. سپس برنامه آموزش گروهی به شیوه یکپارچه توحیدی، به مدت ۱۲ جلسه یک و نیم ساعته بر روی اعضای گروه آزمایشی اجرا شد. پس از پایان مداخله درمانی پس از یک ماه از پیگیری از هر دو گروه اخذ گردید. نتایج نشان داد که بین میانگین نمره پرخاشگری دو گروه در مرحله پس از پیگیری، تفاوت معنی‌دار وجود دارد. در نتیجه، می‌توان گفت: آموزش گروهی به شیوه یکپارچه توحیدی بر کاهش پرخاشگری زندانیان مرد زندان مرکزی شهر کرد مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: پرخاشگری، درمان یکپارچه توحیدی، زندانیان مرد.

یکپارچه‌سازی نگرش اسلام نسبت به سرشت و فطرت انسان و نظریه و روش درمان انسان‌گرا به وجود آمده، برای اولین بار اسلام را به‌عنوان یک شیوه درمانی مطرح نموده است. پس از آن، توحیددرمانی با تغییرات صورت گرفته توسط شریفی‌نیا (۱۳۸۷) به‌صورت 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 از یک‌سو، و آموزه‌های دینی از سوی دیگر می‌باشد، اولاً، بر وحدت و یکپارچگی شخصیت انسان با بهره‌گیری از تمامی رویکردهای روان‌شناختی تأکید می‌گردد. ثانیاً، استفاده از عنصر توحید و ایجاد ارتباط خالصانه با خداوند را در انسجام‌بخشی به مؤلفه‌های گوناگون شخصیت و دستیابی به یکپارچگی ساختاریافته وجود انسان ضروری می‌شمارد. ثالثاً، دستیابی به نتایج درمانی عمیق‌تر، مؤثرتر و پایدارتر را در گرو ادغام یافته‌های همه مکاتب روان‌شناسی با آموزه‌های توحیدی- عرفانی ادیان الهی می‌داند. این روش درمانی، جامع و چندوجهی است که فعلاً برای بازپروری و اصلاح رفتار مجرمین زندانی شده و آماده‌سازی آنها برای بازگشت سعادت‌مندانه به جامعه تهیه و تدوین شده است (کرسینی، ۲۰۰۱، ص ۳۰۱؛ شریفی‌نیا، ۱۳۸۹؛ چوپانی، ۱۳۸۸؛ کهریزی، ۱۳۸۸، ص ۷۲). 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 یافته و پایداری بهبودی تأمین خواهد شد (شریفی‌نیا، ۱۳۸۹، ص ۹۷).

از نظر درمان یکپارچه توحیدی، عامل اساسی سلامت روانی، انسجام و توحید‌یافتگی شخصیت است. بهترین راه دستیابی به آن تمرکز و تأکید بر اهداف متعالی و ارزش‌های دینی و معنوی است (شریفی‌نیا، ۱۳۸۶). مفهوم توحید در این روش، اشاره به یک سیستم ارزشی وحدت‌بخش است که برای حرکت زندگی انسان را مشخص می‌کند و او را از چندگانگی شخصیت و گم‌گشتگی در مسیر حیات نجات می‌دهد (یوسف: ۲۹). آموزه‌های دینی نشان می‌دهند که اگر افراد پایبند دین و معنویت باشند، کمتر دچار جرم و انحراف می‌شوند. همه ادیان، به‌ویژه دین اسلام از یک‌سو، مهار نفس و رعایت عدل و انصاف و عدم تجاوز به حقوق دیگران را واجب می‌داند (مائده: ۸) و از سوی دیگر، رفتار مجرمانه را تقبیح کرده (بقره: ۲۶۸) و نماز و یاد خدا را مانع روی آوردن انسان‌ها به رفتارهای زشت و ناپسند تلقی می‌کنند (عنکبوت: ۴۵). همچنین بیشتر انحرافات اجتماعی ناشی از غرایز و تمایلات مهارنشده‌ای از جمله پرخاشگری است که ایمان به خدا نقش مؤثری در مهار آن دارد (شریفی‌نیا، ۱۳۸۶).

پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که نگرش مثبت باور به وجود خدا و انجام مناسک دینی در سلامت روانی و درمان اختلالات روانی مؤثر است (ویلیامز و استرغال، ۲۰۰۷؛ یحیا و دوتا، ۲۰۱۰؛ زنگ و همکاران، ۲۰۱۱). تروینو و همکاران (۲۰۰۷)، طی پژوهشی نشان داده‌اند که نگرش مذهبی با افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و خودبیمارانگاری رابطه منفی دارد. بنابراین، به‌طور کلی پیشینه تحقیقات مختلف حاکی از تأثیر مداخلات درمانی به شیوه یکپارچه توحیدی در کاهش فشار روانی (طیبی و قنبری‌هاشم‌آبادی، ۱۳۹۰)، افسردگی (جلالی تهرانی، ۱۹۹۶؛ کهریزی، ۱۳۸۸) کاهش مصرف مواد مخدر، رفتارهای همایند (قنبری‌هاشم‌آبادی، ۱۳۸۳) و رفتارهای مجرمانه (شریفی‌نیا، ۱۳۸۶) می‌باشد.

از آنجایی که به نظر بزرگان از جمله امام خمینی علیه السلام (۱۳۷۳)، تبدیل شدن زندان‌ها به مکانی برای تهذیب و اصلاح همواره از مهم‌ترین دغدغه‌های مسئولان بوده است و همان‌طور که پژوهش‌ها نشان می‌دهند، معمولاً افراد برای مقابله با انواع ناراحتی‌های خود مثل مقابله با بیماری، مرگ عزیزان و کاهش رفتارهای مخرب، از مذهب و دین کمک گرفته‌اند، کاهش خطرات احتمالی پرخاشگری در بین زندانیان، اجرای برنامه‌های درمانی در پرتو دین ضروری به نظر می‌رسد. از این‌رو، این پژوهش سعی دارد به این سؤال اساسی پردازد که آیا آموزش گروهی به شیوه یکپارچه توحیدی بر کاهش پرخاشگری و همچنین بر کاهش مؤلفه‌های آن (خشم، تهاجم و کینه‌توزی) در زندانیان مرد زندان مرکزی شهرکرد مؤثر است؟ آیا اثرات گروه درمانی به شیوه یکپارچه توحیدی تا زمان پیگیری پایدار است؟

روش تحقیق

این پژوهش، از نوع آزمایشی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل) و جامعه آماری این پژوهش را زندانیان مرد مستقر در زندان مرکزی شهرکرد در سال ۱۳۹۱ تشکیل داده‌اند. روش نمونه‌گیری، به‌صورت تصادفی ساده چندمرحله‌ای می‌باشد؛ 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 به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. بین زندانیان چهار اتاق (۱۲۷ نفر)، آزمون پرخاشگری (AGQ) اجرا و از بین آزمودنی‌های با نمره پرخاشگری بالاتر از نمره برش، به روش تصادفی تعداد ۴۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شده و ۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه کنترل جایگزین گردیدند. در مورد متغیرهای جمعیت‌شناختی گروه نمونه، می‌توان گفت: ۳۷/۵ درصد مجرد و ۶۲/۵ درصد متأهل، ۳۵ درصد دارای جرم خفیف و ۶۷/۵ درصد جرم شدید، ۴۰ درصد دارای سطح تحصیلی دبستان، ۳۰ درصد راهنمایی، ۲۰ درصد متوسطه و ۱۰ درصد دارای مدرک دانشگاهی بوده‌اند. میانگین سن آزمودنی‌ها ۳۲/۱۶۶ و انحراف معیار ۹/۳۳ و

بالاترین و پایین‌ترین سن در بین آزمودنی‌ها به ترتیب، ۵۱ و ۲۱ سال می‌باشد. میانگین تعداد افراد خانواده ۸/۷ و انحراف معیار ۹/۶۱ و بالاترین و پایین‌ترین ۱۲ و ۳ بوده است.

ابزار اندازه‌گیری: در این پژوهش، برای اندازه‌گیری میزان پرخاشگری شرکت‌کنندگان در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از پرسش‌نامه پرخاشگری (AGQ) استفاده شد. این آزمون، در سال ۱۳۷۹ توسط نجاریان در دانشگاه شهید چمران اهواز ساخته و اعتباریابی گردید. این پرسش‌نامه، شامل ۳۰ ماده است؛ چهارده سؤال آن «خشم» هشت سؤال «تهاجم» و هشت سؤال عامل «کینه‌توزی» را می‌سنجد. این پرسش‌نامه، براساس مقیاس لیکرت تنظیم و نمره‌گذاری شده است. سؤال ۱۸ پرسش‌نامه دارای بار منفی است و به‌صورت برعکس نمره‌گذاری می‌شود؛ هرچه نمره فرد در این آزمون بالاتر از میانگین باشد، میزان پرخاشگری او بیشتر است. پیشینه پژوهش نشان از اعتبار این پرسش‌نامه می‌دهد. به‌گونه‌ای که نجاریان و همکاران (۱۳۷۹) پایایی این آزمون را ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند و نعمتی (۱۳۸۸) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ را گزارش کرده است. همچنین روایی این پرسش‌نامه، به‌وسیله پرسش‌نامه‌های ملاک شامل پرسش‌نامه شخصیتی /یزینک و پرسش‌نامه شخصیتی چندوجهی مینوسوتا ارزیابی شده است و ضرایب همبستگی حکایت از رضایت‌بخش بودن روایی این پرسش‌نامه دارد (زاهدی‌فر و دیگران، ۱۳۷۹).

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 رفتار سازگارانه زندانیان داده نشود. پس از اجرای پیش‌آزمون و انتخاب و جایگزین کردن آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل، درمان گروهی به شیوه یکپارچه توحیدی برای گروه آزمایش در دوازده جلسه یک و نیم ساعته در یک ماه (چهار هفته) صورت گرفت. گروه کنترل به برنامه روزمره خود (کاربندی عادی) ادامه داده و هیچ‌گونه برنامه درمانی دریافت نکردند و از آنها فقط پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری به عمل آمد. در این پژوهش، از برنامه گروه درمانی یکپارچه توحیدی که فعلاً برای بازپروری و اصلاح رفتار مجرمان زندانی شده و آماده‌سازی آنها برای بازگشت سعادتمندانه به جامعه تهیه و تدوین شده است، استفاده گردید (شریفی‌نیا، ۱۳۸۹، ص ۱۰۶). این روش، تلفیقی از آخرین یافته‌های روان‌درمانی در حوزه‌های گوناگون، به‌ویژه درمان‌های انسان‌گرا از یک‌سو، آموزه‌های اخلاقی و عرفانی دین اسلام از سوی دیگر می‌باشد. اولین بار این پژوهش توسط سیدمحمدحسن جلالی تهرانی معرفی و در سال ۱۳۷۱ در شهر مشهد اجرا شد و سپس توسط محمدحسین شریفی‌نیا بازنگری و نسل نوی از این شیوه با عنوان درمان یکپارچه توحیدی در سال ۱۳۸۳ در زندان مرکزی قم آغاز و تاکنون ادامه دارد. در این روش، که به‌عنوان درمان کلیت فرد توصیف شده است، ابعاد چهارگانه زیستی - روان‌شناختی - اجتماعی

و معنوی مورد توجه قرار گرفته و هرگاه یکی از این ابعاد، دچار اختلال و نارسایی گردد، فرد دچار بیماری روانی و ناهنجاری‌های رفتاری خواهد شد (شریفی‌نیا، ۱۳۸۶).

گروه درمانی به روش یکپارچه توحیدی، شامل ۱۲ جلسه گروه درمانی دوبار در هفته جهت آموزش و افزایش شناخت زندانیان و همراه با تمرین‌های رفتاری است که عناوین جلسات آن به‌صورت زیر است:

۱. معارفه و آشنایی با مقررات گروه درمانی و هدف از تشکیل آن و تعریف پرخاشگری و رفتارهای پرخاشگرانه؛
۲. نقش خود انسان در سعادت فردی و اجتماعی و خانوادگی خود؛
۳. کرامت ذاتی انسان در دین اسلام؛
۴. تأثیر نظافت و سلامت جسمانی در افزایش سلامت روان 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 رفتار پرخاشگرانه و غیرپرخاشگرانه 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 است و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شده‌اند.

یافته‌های پژوهش

جدول ۱، میانگین و انحراف استاندارد نمرات پرخاشگری، خشم، تهاجم و کینه‌ورزی دو گروه آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات پرخاشگری و مؤلفه‌های آن در دو گروه آزمودنی‌ها در مراحل مختلف

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
پرخاشگری	آزمایش	۵۱/۴۵	۶/۵۲	۲۹/۷۰	۵/۱۵	۵/۵۲
	کنترل	۳۴/۵۵	۵/۴۳	۱۴/۱۰	۳/۲۲	۴/۱۰
خشم	آزمایش	۱۲/۲۵	۲/۹۸	۸/۵۵	۲/۴۳	۱/۵۳
	کنترل	۱۴/۷۵	۳/۲۹	۸/۸۰	۲/۸۲	۱/۹۸
تهاجم	آزمایش	۵۳/۰۰	۸/۵۵	۴۹/۷۵	۹/۸۲	۸/۰۵
	کنترل	۲۳/۵۵	۴/۵۶	۲۳/۸۵	۴/۳۸	۵/۸۳
کینه‌توزی	آزمایش	۱۳/۰۰	۳/۶۴	۱۲/۴۵	۲/۰۹	۲/۹۹
	کنترل	۱۵/۳۵	۳/۶۴	۱۳/۴۵	۳/۳۸	۲/۱۷

همان‌طور که جدول شماره ۱ نشان می‌دهد، میانگین پرخاشگری در گروه آزمایش در پیش‌آزمون ۵۱/۴۵، پس‌آزمون ۲۹/۷۰ و پیگیری ۲۵/۳۰ می‌باشد. میانگین نمرات پرخاشگری در گروه کنترل نیز در

جدول شماره ۳: نتایج آزمون تعقیبی متغیرهای پژوهش در سه مرحله آزمون گیری

متغیرها	آزمون‌ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
پرخاشگری	پیش آزمون - پس آزمون	۲۱/۰۷۵*	۱/۸۵۵	۰/۰۰۱
	پیش آزمون - پیگیری	۲۶/۱۵۰*	۱/۹۳۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون - پیگیری	۱/۹۵۰	۲/۸۶۲	۰/۵۰۴
خشم	پیش آزمون - پس آزمون	۱۰/۴۵۰*	۱/۶۷۹	۰/۰۰۱
	پیش آزمون - پیگیری	۹/۴۰۰*	۱/۶۶۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون - پیگیری	۱/۰۵۰	۰/۵۱۵	۰/۰۵۶
تهاجم	پیش آزمون - پس آزمون	۳/۷۰۰*	۰/۸۸۶	۰/۰۰۱
	پیش آزمون - پیگیری	۳/۷۰۰*	۰/۸۲۲	۰/۰۰۱
	پس آزمون - پیگیری	۱/۹۰۰*	۰/۸۲۲	۰/۰۰۷
کینه توزی	پیش آزمون - پس آزمون	۵/۹۵۰*	۱/۱۳۷	۰/۰۰۱
	پیش آزمون - پیگیری	۷/۹۰۰*	۰/۸۹۴	۰/۰۰۱
	پس آزمون - پیگیری	۱/۹۵۰*	۰/۷۵۹	۰/۰۱۹

همان‌طور که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد، مقدار سطح معنی‌داری در دو مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در کل مقیاس پرخاشگری معنی‌دار می‌باشد. این امر نشان می‌دهد که مداخله صورت‌گرفته در مرحله پیگیری نیاز به زمان بیشتری دارد. همچنین در مورد مؤلفه‌های پرخاشگری نیز مؤلفه خشم نیاز به پیگیری بیشتری دارد. اما دو مؤلفه تهاجم و کینه‌توزی در هر سه مرحله معنی‌دار است. این امر نشان می‌دهد که مداخله صورت‌گرفته در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنی‌داری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که بیان شد، این پژوهش با هدف اثربخشی آموزش گروهی به شیوه یکپارچه توحیدی بر کاهش پرخاشگری زندانیان مرد زندان مرکزی شهرکرد صورت گرفت. در ارتباط با فرضیه اصلی، مبنی بر اینکه آموزش گروهی به شیوه یکپارچه توحیدی پرخاشگری زندانیان مرد را کاهش می‌دهد. نتایج نشان داد که آموزش گروهی در سطح معنی‌داری $P < 0/05$ در کاهش نمرات پرخاشگری مؤثر بوده است، بنابراین، فرضیه اول تأیید می‌شود. به این ترتیب، روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر میان دو گروه آزمایش و کنترل از نظر نمرات در مقیاس (AGQ) پس از اجرای آموزش گروهی تفاوت معنی‌داری نشان داد. بنابراین، می‌توان گفت: متغیر آزمایشی در کاهش پرخاشگری مؤثر بوده و در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معنی‌داری نمرات زندانیان را کاهش داده است. همچنین مؤلفه‌های پرخاشگری نیز در سطح

پیش‌آزمون $0/05$ ، پس‌آزمون $49/75$ و پیگیری $47/80$ می‌باشد. به‌طور کلی، میانگین نمرات در کل مقیاس پرخاشگری در هر دو گروه کاهش داشته است که البته این کاهش نمرات در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بیشتر بوده است. همچنین در مورد مؤلفه‌های پرخاشگری، هر سه خرده‌مقیاس در گروه آزمایش، نسبت به گروه کنترل کاهش داشته است.

برای 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 ۳۴۲). 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 تأیید گردید. دوم اینکه، واریانس‌های متغیرهای وابسته در دو گروه مساوی است. این پیش‌فرض نیز با آزمون لوین تأیید گردید. سوم اینکه، فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها براساس آزمون کرویت موچلی رعایت شده است که خلاصه نتایج مربوط به آن در جدول ۲ ارائه شده است. در این جدول، مؤلفه‌های پرخاشگری نیز ارائه شده‌اند.

جدول ۲: خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مربوط به اثر روش یکپارچه توحیدی بر متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	مجموع مجنورات	df	میانگین مجنورات	F	P	اندازه اثر
پرخاشگری	۲۶۲۳/۸۵	۲	۱۳۱۱/۹۲۵	۲۶/۲۲۲	۰۰۰۰۱	۰۰۳۹۲
خشم	۶۱۲۳/۳۱۷	۲	۳۰۶/۱۵۸	۱۴/۷۴۷	۰۰۰۰۱	۰۰۴۵۳
تهاجم	۱۲۱/۱۱۷	۲	۶۰/۵۵۸	۷/۵۳۴	۰۰۰۰۱	۰۰۳۸۶
کینه‌توزی	۲۱۲/۵۵	۲	۱۰۶/۲۷۵	۹/۴۰۹	۰۰۰۰۱	۰۰۳۲۶

همان‌طور که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، مقیاس پرخاشگری و مؤلفه‌های آن از لحاظ آماری در سطح $P < 0/05$ معنی‌دار است. این به این معناست که آموزش گروهی روش یکپارچه توحیدی در کاهش نمرات پرخاشگری ($P = 0/001$ و $F = 26/222$) مؤثر بوده است. در مورد مؤلفه‌های پرخاشگری نیز همان‌گونه که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، همه مؤلفه‌ها در سطح معنی‌داری $P < 0/05$ معنادار است. به‌عبارت دیگر، آموزش گروهی روش یکپارچه توحیدی در کاهش خشم، تهاجم و کینه‌توزی در زندانیان مؤثر بوده است.

به منظور مشخص نمودن اینکه هر کدام از متغیرها در کدام مرحله آزمون با هم تفاوت معنی‌دار دارند، از آزمون‌های تعقیبی استفاده شده است که نتایج آن در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

معنی داری $P < 0/05$ معنی دار بوده است. به عبارت دیگر، آموزش گروهی روش یکپارچه توحیدی در کاهش نمرات خشم، تهاجم و کینه‌توزی مؤثر بوده است.

نتایج این پژوهش، با نتایج پژوهش‌های قبل در حوزه درمان یکپارچه توحیدی هماهنگ است (جلالی تهرانی، ۱۹۹۶؛ شرم، ۲۰۰۱؛ زولنر و همکاران، ۲۰۰۳؛ شریفی‌نیا، ۱۳۸۶؛ هادی، ۱۳۸۷؛ چوپانی، ۱۳۸۸). برای مثال، طیبی و قنبری هاشم‌آبادی (۱۳۹۰)، طی پژوهشی با هدف مقایسه اثربخشی گروه درمانی یکپارچه توحیدی با درمان شناختی رفتاری در کاهش فشار روانی همسران جانبازان اختلال استرس، پس از ضربه به این نتایج دست یافتند که گروه درمانی یکپارچه توحیدی و گروه درمانی شناختی رفتاری، اثربخشی معناداری در کاهش فشار روانی داشته‌اند. در زمینه کاربرد درمان یکپارچه توحیدی در زندان‌ها نیز باید گفت: چوپانی (۱۳۸۸) در تحقیقی درمان یکپارچه توحیدی را بر عزت نفس و نگرش‌های زناشویی زندانیان مرد استان قم اثربخش ارزیابی کرده است. همچنین هادی (۱۳۸۷)، طی مطالعه‌ای بیان کرد که درمان یکپارچه توحیدی 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 اندازه‌گیری شد. همان‌طور که نتایج نشان داد، در خرده‌مقیاس خشم نتایج درمان نه تنها باقی بود، بلکه بهبود بهتری را نیز نشان داد و این نتیجه با نتایج (فلنگن و همکاران، ۲۰۱۰؛ زیگلر و سمیت، ۲۰۰۴؛ مایان و آمبروس، ۲۰۰۴) همخوانی دارد که با مرور تحقیقاتی که اندازه‌گیری‌های پیشگیرانه داشته‌اند به این نتیجه رسیده‌اند که نتایج به‌دست‌آمده در بیشتر مطالعات، تا پایان درمان وجود داشته و حتی در دوره پیگیری بهتر شده است. اما در آزمون پرخاشگری و دو خرده‌مقیاس آن یعنی تهاجم و کینه‌توزی میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحله پیگیری نسبت به پس‌آزمون تفاوت معناداری داشته است. بنابراین، می‌توان گفت: تأثیرات آموزش گروهی تا یک ماه بعد از جلسات کاهش داشته است.

طبق نتایج اکثر تحقیقات بیان‌شده در این پژوهش، از مهم‌ترین دلایل بروز پرخاشگری، فقر مهارت‌های حل مسئله، نداشتن مهارت‌های اساسی برای کنترل رفتار پرخاشگرانه، عدم آگاهی از مهارت‌های برقراری ارتباط مطلوب و همچنین سست بودن اعتقادات دینی و مذهبی است. دلیل تأثیرگذاری درمان یکپارچه توحیدی این است که بخشی از کمبودها و نقصان مهارت‌ها را جبران می‌کند و فرد را به مهارت‌های ویژه تسلط بر هیجانات آگاه می‌کند. اساس کاهش پرخاشگری بر بازسازی شناختی استوار است. به علاوه، این برنامه بر مبنای تغییرات شناختی و ایجاد تغییر در شناخت افراد است

که پس از بازسازی شناختی زندانیان که دارای شناخت‌های منفی، بدبینی نسبت به دیگران، تفکرات غیرمنطقی و تعصبات بیجا بوده‌اند، زمینه تغییر در افکار و رفتارهای پرخاشگرانه زندانیان فراهم شده است. این نکته حائز اهمیت است که در برنامه آموزشی، کنترل پرخاشگری از طریق تغییر دادن شناخت‌های افزایش‌دهنده پرخاشگری و همچنین غنی‌سازی اعتقادات دینی مراجعان انجام گرفته است و تغییرات رفتاری به دنبال تغییرات شناختی ایجاد شده به وجود می‌آید و سبب کاهش پرخاشگری و در نتیجه بهبود سازگاری زندانیان می‌شود (نعمتی، ۱۳۸۸).

از سوی دیگر، در دیدگاه اسلامی، چون فطرت انسان مبتنی بر خوبی و نیکی است (روم: ۳۰)، اگر فرایند درمان به‌گونه‌ای تدارک دیده شود که شخص به فطرت الهی و هسته درونی وجودی‌اش نزدیک شود، بی‌شک تمایل به خوبی و رفتار مطلوب در او ایجاد می‌شود. خداوند در سوره رعد آیه ۲۸، یاد خود را مایه آرامش دل‌ها و اطاعتش را مایه دوری از هرگونه افسردگی و اضطراب می‌داند (بقره: ۲۶۲). این موضوع در درمان یکپارچه توحیدی، وقتی مراجع با مبدأ هستی ارتباط صمیمانه پیدا می‌کند، این اعتقاد و ارتباط با خدا تأثیر عمیقی بر عواطف و شناخت‌ها، رفتارها و عملکرد مراجع 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 و سیمونتون، ۲۰۰۱، ص ۲۷۳). همچنین یونگ (شریفی‌نیا، ۱۳۸۶) معتقد است، 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.

در تبیین دلایل معنی‌دار نبودن نمرات پرخاشگری و خشم زندانیان در مرحله پیگیری، نسبت به پس‌آزمون، باید از دیدگاه نوین در موج دوم شناخت درمانی مدد جست. در واقع، آنچه در جلسات درمان یکپارچه توحیدی اتفاق می‌افتد، تمرکز بیش از حد درمانگر روی استدلال‌ات ذهنی افراد است که با اصلاح و تغییر آن از غیرمنطقی به منطقی، سعی در نزدیک‌سازی تفکر فرد با واقعیت دارد. در این رویکرد درمانی، درمانگر نقش بسیار فعالی دارد و مدام با چالش‌های نظام‌دار، سعی در نشان دادن شیوه تفکر غیرمنطقی فرد به خودش و در نتیجه، اصلاح آن دارد. ولی آنچه که در برخی موارد می‌تواند مشکل‌ساز باشد، دست نخوردن جنبه‌هایی از روان انسان است که دارای خصوصیات هیجانی و عاطفی می‌باشد. از سوی دیگر، خشم به‌عنوان یک هیجان و پرخاشگری به‌عنوان یک رفتار تعریف می‌شود (روستایی و دیگران، ۱۳۹۰) و در آموزه‌های دینی ما نیز همیشه بر مهار هیجانات و غرایز تأکید شده است. این امر نشان می‌دهد که کنترل هیجانات به‌طور کلی کاری سخت و به‌کندی صورت می‌گیرد.

منابع

چوپانی صوری، مراد (۱۳۸۸)، بررسی تأثیر گروه درمانی یکپارچه توحیدی و شناختی رفتاری بر عزت نفس و نگرش‌های زناشویی زندانیان مرد استان قم، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، مشاوره خانواده، اصفهان، دانشگاه اصفهان.

دلاور، علی (۱۳۸۹)، *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*، تهران، رشد. روستایی، امین و دیگران، «مقایسه اثربخشی آموزش مدیریت خشم و دارو درمانی بر کاهش پرخاشگری زندانیان» (۱۳۹۰)، *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، ش ۶ (۲۱)، ص ۱۹-۳۱.

رافضی، زهره (۱۳۸۳)، *نقش آموزش کنترل خشم به نوجوانان دختر ۱۵ تا ۱۸ ساله در کاهش پرخاشگری*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روان‌شناسی، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

زاهدی‌فر، شهین و دیگران، «ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش پرخاشگری» (تیر ۱۳۷۹)، *علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهیدچمران اهواز*، ش ۱ و ۲، ص ۷۳-۱۰۲.

شریفی‌نیا، محمدحسین (۱۳۸۹)، *الگوهای روان‌درمانی یکپارچه: با تأکید بر درمان یکپارچه توحیدی*، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

—، «مقایسه میزان اثربخشی دو روش درمان یکپارچه توحیدی و شناخت درمانی در کاهش رفتار مجرمانه زندانیان» (۱۳۸۶)، *روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ش ۳ (۳۷)، ص ۴۱-۷۲.

طیبی، هاجر و بهرامعلی قنبری هاشم‌آبادی، «مقایسه اثربخشی گروه درمانی یکپارچه توحیدی و شناختی رفتاری در کاهش فشار روانی همسران جانبازان اختلال استرس پس از ضربه» (بهار ۱۳۹۰)، *روان‌شناسی و دین*، سال چهارم، ش ۱، ص ۲۵-۳۵.

فری، مایکل (۱۹۹۸)، *شناخت درمانی گروهی*، ترجمه علی صاحبی و همکاران، 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*، پایان‌نامه دکتری، روان‌شناسی مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، تهران، دانشگاه علامه طباطبایی.

کهریزی، احسان (۱۳۸۸)، *تأثیر گروه درمانی شناختی به روش مایکل فری در کاهش افسردگی زندانیان استان قم*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی، تهران، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

نعمتی، نعمت، «اثر بخشی آموزش مهارت‌های مدیریت خشم در کاهش پرخاشگری زندانیان مرد» (تابستان ۱۳۸۸)، *اصلاح و تربیت*، سال هشتم، ش ۸۶، ص ۴۸-۵۴.

هومن، حیدرعلی (۱۳۸۹)، *شناخت روش علمی در علوم رفتاری (پایه‌های پژوهش)*، تهران، پیک فرهنگ.

این پژوهش، با محدودیت‌هایی همراه بوده است: از جمله، به دلیل عدم دسترسی به نمونه وسیع‌تر، محدودیت‌هایی در زمینه غربالگری ایجاد کرد. احتمال وجود اختلالات همراه، از جمله اختلال افسردگی، دوقطبی یا اختلالات شخصیتی مورد کنترل قرار نگرفت. همچنین نداشتن تحصیلات آکادمیک در اعضای نمونه مورد مطالعه که می‌تواند امکان بهره‌وری کافی از درمان‌های روان‌شناختی را کاهش دهد. علاوه بر این، این مطالعه تنها روی مردان زندانی در شهرکرد صورت گرفته که تعمیم نتایج را به زندانیان زن در شهرهای دیگر را با مشکل مواجه می‌کند. بنابراین، با توجه به محدودیت‌های مطرح‌شده پیشنهاد می‌شود پژوهش دیگری با احتساب این محدودیت‌ها صورت گرفته و اثربخشی این روش در مقایسه با روش‌های متداول مورد بررسی قرار گیرد.

طبق پیشینه پژوهشی، از آنجایی که ایمان به خدا و پذیرش باورهای مذهبی نقش تعیین‌کننده‌ای در حل تعارض‌های درونی، کاهش رفتارهای نابهنجار و افزایش سلامت روانی افراد به عهده دارد، باید از آن در فرایند درمان اختلالات روانی و نابهنجاری‌های رفتاری سود جست. از این رو، پیشنهاد می‌شود مسئولان ذیربط برای کاهش مشکلات و افزایش سلامت زندانیان از رویکردهای دینی بالاصح درمان یکپارچه توحیدی بهره بگیرند.

هادی، مهدی (۱۳۸۷)، بررسی تأثیر گروه درمانی یکپارچه توحیدی و شناختی رفتاری بر مؤلفه‌های شخصیتی و بالینی در مددجویان زندانی قم، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روان‌شناسی، قم، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی ع.

- Flanagan, R., & et al, (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*, v 28(2), P. 87- 99.
- Jalali-Tehrani. S. M. M, (1996), An application of Cognitive Therapy in Iran. *Journal of Cognitive Therapy*, v 3(10), P. 219- 225.
- Kohen, daivid ,(2006), Aggression: the testosterone seretion in link, woman in prison, project, correctional association of newyourk imprisonment and families' *fact sheet*, v 44, P. 134- 7.
- Levin, J. (2010), Religion and Mental Health Theory and Research. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, v 7(2), P. 102– 115.
- Mayne, T. J., Ambrose, T.K. (2004), Research review on anger in psychotherapy. *Journal of clinical psychology*. v 55 (3), P. 353- 363.
- Skiba, R., MC. Kelvey, J. (2002), Anger management. Indian Education policy center. www.haworthpress.com/store/ArticleAbstract.
- Sherman, A. C., Simonton, S. Assessment of Religiousness and Spirituality in Health Research, In T. Planet, & A. Sherman (Eds.), Faith and health: Psychological perspective, New York: Guilford,2001.
- 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).
- Vortly, k. Anger management to offender, official publication of the family physiicians of Canada, ,2006.
- Williams, D; Sternthal, J.S. (2007). Spirituality, religion and health: evidence and research directions, *Medical Journal of Australia*, v 186 (10), P. 47- 50.
- Yehya, N.A, Dutta, M.J. (2010). Health Religion, and Meaning: A Culture-Centered Study of Druze Women. *Qual Health Res*, v 20(6), P. 845- 858.
- Zeng, Y., & et al, (2011). Association of Religious Participation with Mortality among Chinese Old Adults. *Research on Aging*, v 33 (1). P. 51- 83.
- Ziegler, D. J., & Smith, P. N. (2004), Anger and the ABC model underlying Rational-Emotive Behavior Therapy. *Psychological Reports*, v 94 (3), P. 1009- 1014.
- Zoellner, L. A & et al. (2003), “Treatment choice for PTSD”, *Behavior Research and Therapy*. v 41, P. 879– 886.