



سال چهارم • بهار و تابستان ۹۷ • شماره ۸
Biannual Journal of Islamic Psychology
Vol. 4, No. 8, Spring & Summer 2018

اثربخشی روان‌درمانگری یکپارچه توحیدی بر عزت‌نفس و تاب‌آوری همسران زندانیان

ماریه دهقان*

مریم سعیدی نیا**

چکیده

زندانیان، تأثیر منفی بسیاری در خانواده زندانیان می‌گذارد و همسران زندانیان عزت‌نفس و تاب‌آوری پایینی دارند. یکی از درمان‌های چندوجهی که ابعاد مختلف درمان را در نظر می‌گیرد درمان یکپارچه توحیدی است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر عزت‌نفس و تاب‌آوری همسران زندانیان است. جامعه آماری پژوهش، کلیه همسران زندانیان مراجعه‌کننده به انجمن حمایت زندانیان در سال ۹۶ - ۱۳۹۷ شهرستان میبد است. نمونه شامل ۵ نفر از این همسران است که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و با تکمیل پرسشنامه‌های عزت‌نفس روزنبرگ، تاب‌آوری کانر و دیویدسون انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری تحلیل نگاره‌ای و با نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که پس از درمان، عزت‌نفس و تاب‌آوری هر پنج آزمودنی نسبت به قبل از درمان بهبود داشته است. اثربخشی درمان در عزت‌نفس، تاب‌آوری و ابعاد تاب‌آوری هر ۵ آزمودنی معنادار بود.

کلیدواژه‌ها: درمان یکپارچه توحیدی، عزت‌نفس، تاب‌آوری، خانواده فرد زندانی

* استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی یزد

** دانش‌آموخته کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی یزد | maryamsaecdnia@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۳/۱۳، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۱/۳۱

مقدمه

حراست از خانواده امری لازم و مقدس و تلاش در جهت تقویت و تحکیم پیوندهای خانوادگی ستودنی است و آموزه‌های دینی که «مرد تلاش‌گر برای خانواده را، مجاهد در راه خدا»^۱ (کلینی، ۱۴۰۷، ج ۵، ص ۸۸) و «خوب شوهرداری را، جهاد زن»^۲ (کلینی، ۱۴۰۷، ج ۵، ص ۹) دانسته‌اند، دشواری و ارزشمندی کار زوج‌ها را در همسرداری، به‌خوبی ترسیم کرده‌اند.

از سویی، زندانی شدن سرپرستان خانوار، همسران آنان را بیش از پیش تحت تأثیر قرار می‌دهد. انتقال مسئولیت سرپرستی خانواده در غیاب شوهر، یافتن راه‌های جایگزین برای تأمین مالی خانواده، نظارت بر فرزندان، پیگیری جلب رضایت شاکه و یا تأمین هزینه‌های مربوط به زندان، از جمله مشکلات و مسئولیت‌هایی است که همسران زندانیان با آن مواجه‌اند. حضور نداشتن یکی از والدین، تربیت و نقش‌آموزی صحیح را به خطر انداخته و کودکان را منزوی می‌کند و این انزوای اجتماعی در مدرسه و در میان گروه همسالان تبعاتی همچون افت تحصیلی، ترک تحصیل، اخراج از مدرسه، دعوا و خرابکاری در مدرسه، اختلافات بی‌مورد با همکلاسی‌ها و دوستان را در پی دارد و به‌طورکلی تمامی روابط اجتماعی و انسانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (شاهدی‌فر، شریفیان‌ثانی، فروزان و بیگلریان، ۱۳۸۹).

همچنین سبک زندگی و عملکرد مادران و کودکانی که در خانواده زندانیان زندگی می‌کنند، نسبت به خانواده‌های عادی متفاوت است و خانواده‌های زندانیان فشارهای خاص و متعددی را تحمل می‌کنند و از جنبه‌های مختلف دچار مشکل می‌شوند. خانواده افراد زندانی ممکن است دچار اثرات منفی در عزت نفس و تاب‌آوری شوند. برای نمونه محمدی (۱۳۸۶)؛ به نقل از محمدی و قرمزی، ۱۳۹۵) گزارش کرده است که ۵۵ درصد از خانواده‌های زندانیان درآمد ندارند، ۳۸ درصد همیشه به فکر همسر زندانی خویش‌اند و ۲۴ درصد نیز در مجالس خانوادگی احساس غریبگی دارند. این‌گونه شاخص‌ها نشان از عزت نفس پایین در خانواده و بخصوص همسر افراد زندانی دارد.

۱. الْكَاذُ عَلَى عِيَالِهِ كَالْمُجَاهِدِ فِي سَبِيلِ اللَّهِ

۲. جِهَادُ الْمَرْأَةِ حُسْنُ التَّبَعْلِ

مطابق نظر تعدادی از محققان، وضعیت بهداشت روانی همسران زندانیان با شاخص‌های درونی نظیر سلامت روانی^۱ و بیرونی نظیر سازگاری و ارتباطات اجتماعی در تعامل با خویشاوندان، فرزندان، همسایگان و گروه‌های دیگر اجتماعی و همچنین فعالیت‌ها و مسئولیت‌های اجتماعی خاصی که در دوران زندانی بودن همسرانشان دارند تعیین می‌شود (تانر^۲، ۱۹۹۶). یکی از این شاخص‌ها که می‌تواند از زندانی بودن همسر تأثیر بپذیرد، عزت‌نفس خانواده فرد زندانی و به ویژه همسر فرد زندانی است. در تعریف دقیق عزت‌نفس می‌توان گفت که عزت‌نفس، هیجانی مرتبط با ارزش شخصی است که از مجموعه افکار، احساسات و تجارب فرد در طول زندگی ناشی می‌شود. روزنبرگ می‌نویسد عزت‌نفس کلی فرد عبارت است از ارزشیابی کلی شخص از ارزشمندی‌اش در آنچه انجام می‌دهد (روزنبرگ^۳، ۱۹۸۹ و ۱۹۹۵).

یکی دیگر از متغیرهایی که می‌تواند در خانواده زندانیان تأثیر به‌سزایی داشته باشد تاب‌آوری^۴ است. تاب‌آوری به زبان ساده، تطابق موفقیت‌آمیز علی‌رغم وجود تهدید و شرایط ناگوار محیطی است که فرد در آن زندگی می‌کند. در واقع، تاب‌آوری سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (حسین‌چاری و محمدی، ۱۳۹۰). تاب‌آوری صرفاً مقاومت منفعل در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست، بلکه فرد تاب‌آور مشارکت‌کننده فعال و سازنده محیط پیرامونی خود است. تاب‌آوری قابلیت فرد در برقراری تعادل زیستی - روانی - روحی در مقابل شرایط مخاطره‌آمیز تعریف می‌شود (کانر^۵ و دیویدسون^۶، ۲۰۰۳)؛ نوعی ترمیم خود که با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی همراه است (گارمزی^۷، ۱۹۹۱؛ گارمزی و ماستن^۸، ۱۹۹۴؛ لوتار^۹، سیچتی^{۱۰} و بکر^{۱۱}، ۲۰۰۰). تاب‌آوری را نمی‌توان معادل بهبودی^{۱۲} دانست چرا که در بهبودی، فرد پیامدهای منفی و مشکلات هیجانی - عاطفی را تجربه می‌کند (بونانو^{۱۳}، ۲۰۰۴).

کوپر^{۱۴}، لوید^{۱۵} و وال^{۱۶} (۲۰۰۷) تأثیر زندانی شدن را در دو سطح کوتاه‌مدت و بلندمدت بررسی

- | | |
|-------------------|----------------------|
| 1. mental health | 2. Tuner, J. H |
| 3. Rosenberg, M | 4. resilience |
| 5. Connor, M. K | 6. Davidson, J. R. T |
| 7. Garnezy, N | 8. Masten, A. S |
| 9. Luthar, S. S | 10. Cicchetti, D |
| 11. Becker, B | 12. recovery |
| 13. Bonanno, G. A | 14. Cooper, M |
| 15. Lloyds, L | 16. Wall, S |

کرده‌اند. آن‌ها بر این باورند که اعضای خانواده‌های زندانیان به علت زندانی بودن سرپرست خانواده در معرض آسیب‌های آشکار و پنهان بسیار (تنگناهای معیشتی، گرایش به رفتار بزهکارانه در میان فرزندان و ضعف در کنترل فرزندان)، پیامدهای کوتاه‌مدت (احساس خجالت، برجسب اجتماعی، انزوای اجتماعی، از دست دادن حمایت‌های مالی، تضعیف تعلق خاطر به والدین، تغییر در ترکیب خانواده، کاهش عملکرد تحصیلی، افزایش بزهکاری و افزایش خطر سوءاستفاده از کودکان) و پیامدهای بلندمدت (تضعیف اقتدار خانواده، نگرش منفی به پلیس، ضوابط و نظام قضایی، افزایش وابستگی کودک، توقف رشد، ناتوانی در سازگاری با آسیب‌ها یا موقعیت‌های استرس‌زا در آینده و پیروی از الگوهای رفتاری بزهکارانه)، قرار می‌گیرند.

با توجه به نکات پیشین، عزت‌نفس و تاب‌آوری خانواده‌های افراد زندانی می‌تواند تحت تأثیر زندانی شدن فرد قرار گیرد. از این‌رو جستجو برای یافتن راه‌حلی یا درمانی به منظور کاستن از اثرات نامطلوب زندانی شدن فرد بر خانواده‌اش، می‌تواند به نتایج مفیدی منجر شود. شریفی (۱۳۸۶)، چوپانی (۱۳۸۸) و هادی و جان بزرگی (۱۳۸۸) روش درمان یکپارچه توحیدی را برای تقویت یا حذف برخی از مؤلفه‌های شخصیتی افراد به کار گرفته‌اند. این روش که تلفیقی از آخرین یافته‌های روان‌درمانی در حوزه‌های مختلف، به‌ویژه، فنون انسانی‌نگر و شناختی از یک‌سو و آموزه‌های توحیدی و عرفانی اسلام از سوی دیگر است، با الهام از تکنیک توحیددرمانی تدوین شده است. 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. در روش درمان یکپارچه توحیدی سعی می‌شود با ادغام چندین روش درمانی و درون‌مایه‌ای دینی - الهی، ارزش‌هایی در فرد احیا شود که توان یکپارچه‌سازی و انسجام بخشیدن به کل شخصیت او را داشته باشد (کورسینی^۱، ۲۰۰۱).

توحید خود به تنهایی می‌تواند اثرات روان‌شناختی بی‌نظیری در جان انسان داشته باشد^۲ (اسراء، ۸۲). در نگاه فرد مسلمان، خداوند سبحان، قدرت مطلق و صاحب همه ملک و ملکوت است و تمام نظام هستی، سربازان اویند؛ هیچ قدرتی، جز قدرت او نیست؛ هیچ کس، نمی‌تواند بدون اذن الهی، نفع و ضرری برساند و همه هستی، فرمان‌بردار اویند و صاحب و مؤثر در هستی، فقط

۱. وَنُنزِلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ وَلَا يَزِيدُ الظَّالِمِينَ إِلَّا خَسَارًا

خداست^۱ (حشر، ۲۳؛ فتح، ۷؛ اسراء، ۴۴). پس تنها اوست که قدرت و مالکیت دارد و به هر کس که بخواهد، می‌بخشد و از هر کس که بخواهد، می‌ستاند^۲ (آل عمران، ۲۶). پس انسان با یاد این همه عظمت، قدرت و رحمت بیکران، بخشندگی بی‌انتها، غفران، آمرزندگی و پوشاندن عیب‌ها و خطاها، توبه‌پذیری و فرصت‌سازی، پاک‌کنندگی و تبدیل سیئات به حسنات، امیددهی و جبران‌سازی، آرام می‌گیرد و امید را از دست نمی‌دهد؛ توان دوباره می‌یابد و که با دقت در این آیات شریف همان مفهوم تاب‌آوری به ذهن متبادر خواهد شد.

مرور پیشینه تحقیق درباره درمان یکپارچه توحیدی، نشانگر این نکته است که هرچند در زمینه اثربخشی درمان‌های یکپارچه و چندبعدی تحقیقات زیادی انجام شده، اما چون درمان یکپارچه توحیدی روشی نوپا محسوب می‌شود، هنوز تحقیقات زیادی درباره آن منتشر نشده است. درباره تحقیقات مرتبط با موضوع این پژوهش، شریفی‌نیا (۱۳۸۶)، اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی را در کاهش رفتارهای مجرمانه زندانیان بررسی کرد. هادی و جان بزرگی (۱۳۸۸) اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر مؤلفه‌های شخصیت و بالینی زندانیان را بررسی کرده و نشان دادند که این روش اثربخشی معنی‌داری داشته است. چوپانی (۱۳۸۸) نیز تأثیر گروه‌درمانی یکپارچه توحیدی و شناختی - رفتاری را در عزت‌نفس و نگرش‌های زناشویی زندانیان مرد زندان مرکزی قم اثبات کرده است.

از آنجاکه در تعدادی از پژوهش‌ها، اثربخشی روش درمان یکپارچه توحیدی بر عزت‌نفس بررسی شده است (برای نمونه چوپانی، ۱۳۸۸)، می‌توان انتظار داشت که این روش برای تأثیر در عزت‌نفس و تاب‌آوری و افزایش این دو متغیر نیز مؤثر باشد. از آنجاکه خانواده افراد زندانی و بخصوص همسران این افراد در معرض آسیب‌های جدی روانی نظیر عزت‌نفس و تاب‌آوری پایین‌اند، انتظار می‌رود که این روش بتواند تأثیر مطلوبی در پارامترهای عزت‌نفس و تاب‌آوری در این دسته از افراد داشته باشد.

یافته‌های احمدی و نیک‌پور قنواتی (۱۳۸۸) بیانگر آن است زنانی که همسرانشان مجازات زندان

۱. هُوَ اللَّهُ الَّذِي لَا إِلَهَ إِلَّا هُوَ الْمَلِكُ، وَلِلَّهِ جُنُودُ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ وَكَانَ اللَّهُ عَزِيزًا حَكِيمًا؛ تُسَبِّحُ لَهُ السَّمَاوَاتُ السَّبْعُ وَالْأَرْضُ وَمَنْ فِيهِنَّ وَإِنْ مِنْ شَيْءٍ إِلَّا يُسَبِّحُ بِحَمْدِهِ وَلَكِنْ لَا تَفْقَهُونَ تَسْبِيحَهُمْ إِنَّهُ كَانَ حَلِيمًا غَفُورًا
 ۲. قُلِ اللَّهُمَّ مَالِكُ الْمَلِكِ تُؤْتِي الْمُلْكَ مَنْ تَشَاءُ وَتَنْزِعُ الْمُلْكَ مِمَّنْ تَشَاءُ وَتُعْزِّزُ مَنْ تَشَاءُ وَتُذِلُّ مَنْ تَشَاءُ بِيَدِكَ الْخَيْرُ إِنَّكَ عَلَىٰ كُلِّ شَيْءٍ قَدِيرٌ

را تحمل می‌کنند ابعاد مختلف بهداشت روان آن‌ها در زمان مجازات حبس، کاهش یافته است. می‌توان گفت با زندانی شدن یکی از اعضای خانواده (عموماً سرپرست خانواده)، خانواده وی دچار تنش‌هایی می‌شوند که رهایی از آن‌ها به‌سادگی ممکن نبوده و می‌تواند تأثیرات نامطلوبی در کل خانواده داشته باشد.

با توجه به اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی، هدف اصلی این پژوهش تعیین اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر عزت‌نفس و تاب‌آوری خانواده‌های زندانیان شهرستان میبد است. این تحقیق قصد دارد به این سؤال که «آیا درمان یکپارچه توحیدی بر عزت‌نفس و تاب‌آوری همسران زندانیان شهرستان میبد تأثیر دارد؟» و نیز دو سؤال فرعی: آیا درمان یکپارچه‌نگر توحیدی بر عزت‌نفس همسران زندانیان شهرستان میبد تأثیر دارد؟ آیا درمان یکپارچه‌نگر توحیدی بر ابعاد تاب‌آوری همسران زندانیان شهرستان میبد تأثیر دارد؟ پاسخ دهد

روش پژوهش

تحقیق موجود، به روش پژوهش نیمه‌تجربی بوده و اثر برنامه مداخله‌ای بر هر یک از آزمودنی‌ها یا گروه واحد بررسی شد. در این نوع مطالعه، پس از اجرای متوالی متغیر درمان برای هر آزمودنی، چنانچه در تعداد خاصی از آزمودنی‌ها تغییرات موردنظر مشاهده شد، می‌توان نسبت به اثربخشی درمان اطمینان حاصل کرد (بارلو^۱ و هرسن^۲، ۱۹۸۴).

جامعه آماری این پژوهش کلیه همسران زندانیان مراجعه‌کننده به انجمن حمایت زندانیان شهرستان میبد در سال ۱۳۹۷ با تعداد ۱۲ نفر بود که با اعمال ملاک‌های ورود به پژوهش، تنها ۵ نفر از نمونه‌ها در دسترس بودند؛ بنابراین به‌منظور انجام مشاوره در گروه، تعداد ۵ نفر از همسران زندانیان شهرستان میبد به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل همسر (مرد) زندانی، سن زن زیر ۵۰ سال، نداشتن اختلال شخصیت و سایکوز، نبود مشکلات مغز و اعصاب (مانند صرع، ضربه منجر به عوارض شناختی به سر و ...) و نیز اعلام رضایت برای شرکت در پژوهش بود. به‌منظور پرسش‌نامه‌ها، داشتن سطح سواد حداقل سیکل نیز به ملاک‌های ورود به پژوهش افزوده شد. همچنین با اجرای دو پرسشنامه عزت‌نفس روزنبرگ و تاب‌آوری کانر و دیویدسون، افرادی با نمرات عزت‌نفس و

1. Barlow, D. H. Q

2. Hersen, M

تاب‌آوری پایین انتخاب شدند.

ملاک‌های خروج از پژوهش شامل داشتن بیماری‌های شدید جسمی مانند معلولیت، تیروئید، سرطان و مانند آن، دریافت درمان‌های دارویی یا روان‌درمانی به‌صورت هم‌زمان و عدم اختلال سوء‌مصرف مواد بود. ملاک‌های خروج از پژوهش بر این اساس انتخاب شده‌اند که عوامل جانبی می‌توانند در تاب‌آوری و عزت‌نفس آزمودنی‌ها تأثیر داشته باشند.

ابزار گردآوری اطلاعات در این تحقیق عبارت‌اند از: مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ و پرسشنامه

تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RIS)

مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ: مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ (۱۹۶۵)، ابزاری ساده، کوتاه و دارای قابلیت اعتماد (همسانی درونی و بازآزمایی) و اعتبار (همگرا و واگرا) مناسب است و پرکاربردترین ابزار برای اندازه‌گیری عزت‌نفس کلی به‌شمار می‌رود (پالمن^۱ و آلیک^۲، ۲۰۰۰). گرینبرگر^۳، چن^۴، دیمتریوا^۵ و فاروگیا^۶ (۲۰۰۳) در پژوهشی روی ۱۹۷ دانشجوی استونیایی همسانی درونی این مقیاس را ۰/۸۴ و ضرایب قابلیت اعتماد بازآزمایی مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ را روی ۷۸ دانشجوی

(با فاصله زمانی ۲ هفته) ۰/۸۴، روی ۸۲ دانشجوی (با فاصله زمانی ۵ ماه) ۰/۶۷ و روی ۸۱ دانشجوی (با فاصله زمانی ۱ سال) ۰/۶۲ گزارش کردند که همه ضرایب بازآزمایی معنادار بود. پالمن و آلیک (۲۰۰۰) ضریب همسانی درونی مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ روی ۷۴۱ دانشجوی دانشگاه کالیفرنیا ۰/۸۸، برای مقیاس اصلی ۰/۹۱ و برای ویرایش تجدیدنظر شده با کلمات منفی و مثبت ۰/۹۱ به دست آورد. راستیکاس^۷، هابلی^۸ و زامبو^۹ (۲۰۰۴) ضرایب آلفای کرونباخ را برای دانشجویان آمریکایی ۰/۸۷، کانادایی ۰/۸۶ و نیوزلندی ۰/۸۳ محاسبه کردند. در پژوهش رجبی و بهلول (۱۳۸۶) ضرایب همسانی درونی ماده‌ها در کل نمونه دانشجویی ۰/۸۴، در دانشجویان پسر ۰/۸۷ و در دانشجویان دختر ۰/۸۰ به دست آمد. ضرایب همبستگی بین هر یک از ماده‌های مقیاس با نمره کل ماده‌ها از ۰/۵۶ تا ۰/۷۲ متغیر و همگی در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنادار بود. تحلیل عاملی با استفاده از عامل یابی محور اصلی (چرخش پروماکس) در مقیاس فوق دو عامل (صلاحیت و

1. Pullmann, H
3. Greenberger, E
5. Dmitrieva, J
7. Rusticus, S. H
9. Zumbo, B. D

2. Allik, J
4. Chen, C
6. Farruggia, S. P
8. Hubley, A. M

شایستگی شخصی و رضامندی از خود) که $۵۳/۸۳\%$ واریانس مقیاس را تبیین کرد، به دست داد. بعلاوه، آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) نشان داد که بین دانشجویان دختر و پسر، در کل مقیاس عزت‌نفس و در عامل‌های استخراج‌شده دوگانه، تفاوت دیده نمی‌شود.

پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون: پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RIS)، در سال ۲۰۰۳ با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱ - ۱۹۷۹ در حوزه تاب‌آوری تهیه شد. این آزمون دارای ۵ عامل: تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی است. گرین^۱، هیوارد^۲، ویلیامز^۳، دنیس^۴ و برایان^۵ (۲۰۱۴) در سال ۲۰۰۱ پایایی و روایی پرسشنامه را روی ۱۹۸۱ نفر از افراد نظامی در ایالات متحده بررسی کردند. پایایی آزمون، از طریق آلفای کرونباخ برابر با $۰/۹۱$ به دست آمد. در بررسی تحلیل دو عاملی نیز آزمون خی دو برای ۷۶ نمونه برابر با $۸۱/۷۸۹$ ، $P < ۰/۰۰۱$ ، $RFI = ۰/۹۵$ به دست آمد که حاکی از همبستگی بالا با عامل‌های مرتبط آن‌ها است. در ایران نیز کیهانی، تقوایی، رجبی و امیرپور (۱۳۹۳) پایایی و روایی این پرسشنامه را بررسی کردند. آن‌ها پایایی پرسشنامه را از طریق روش‌های آلفای کرونباخ و دونیمه‌سازی اسپیرمن - براون محاسبه کردند. به این ترتیب که پایایی برای آلفای کرونباخ برابر با $۰/۶۶۹$ و برای روش دونیمه‌سازی برابر با $۰/۶۶۵$ به دست آمد. این نتایج حاکی از پایایی قابل قبول مقیاس تاب‌آوری است. همچنین در پژوهشی که سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶) در میان دانشجویان انجام دادند، پایایی آن را $۰/۹۳$ گزارش کردند و روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) در گروه‌های مختلف عادی و درخطر، احراز شد. در این زمینه، آن‌ها مقدار ضریب KMO را برای تحلیل عاملی برابر با $۰/۸۹$ و مقدار آزمون کرویت بارتلت را برابر با $۸۳/۱۸۹۳$ محاسبه کردند. مقدار ارزش ویژه برای عامل عمومی نیز برابر با $۶/۶۴$ محاسبه شد.

اجرای پژوهش: گروه نمونه به شیوه در دسترس انتخاب شدند و از آزمودنی‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های عزت‌نفس روزنبرگ و تاب‌آوری کانر - دیویدسون پیش‌آزمون به عمل آمد. بر اساس نمره هر آزمودنی، نمره کل افراد و مشاوره با اساتید دانشگاهی، روش درمان یکپارچه توحیدی متناسب با آزمودنی‌ها طراحی شد و طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر جلسه با فاصله یک هفته)

1. Green, K. T

2. Hayward, L. C

3. Williams, A. M

4. Dennis, P. A

5. Bryan, B. C

مداخله صورت گرفت. در انتهای هر دو جلسه، از آزمودنی‌ها خواسته شد تا به سؤالات پرسشنامه‌ها مجدداً پاسخ دهند. درمان یکپارچه توحیدی (شریفی‌نیا، ۱۳۸۶) برای ۸ جلسه تدوین شده و طی این جلسات سعی شده است افراد با خود و توانایی‌هایی که خداوند متعال در وجود هر فرد به ودیعت نهاده است، آشنایی جامعی داشته باشند. از آن جا که آشنایی آزمودنی‌ها با خداوند اندک بود و شیوه دعا و درخواست و انتظار اجابت به نحوی بود که نیاز به آموزش در این زمینه‌ها بیشتر احساس می‌شد، بنابراین، نکاتی نیز در این زمینه در شرح جلسات گنجانده شد. برای افراد تکالیفی تعیین شد و از آنان درخواست شد درباره تکلیف خود پس از پایان جلسات فکر کرده و نتایج را بدون بحث با دیگران به مربی ارائه کنند. شرح جلسات در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: روند درمان یکپارچه توحیدی

جلسات	محتوای روان‌درمانی یکپارچه‌نگر توحیدی
پیش برنامه	پیش‌آزمون عزت‌نفس و تاب‌آوری
جلسه اول	موضوع بحث: افزایش آگاهی محورهای بحث: ایجاد رابطه حسنه، بیان قواعد جلسات درمانی، تعریف درمان یکپارچه‌نگر توحیدی و اهمیت آن به ابعاد چهارگانه و سؤال از مراجع: هدف شما از شرکت در این جلسات چیست و سه مورد از انتظارات خود را بیان کنید، بررسی ابعاد چهارگانه شخص و ارائه راهکارهایی در این زمینه، تعریف عزت‌نفس و تاب‌آوری و اهمیت و فواید آن‌ها در زندگی، ارائه تکلیف در منزل
جلسه دوم	موضوع بحث: پالایش روانی محورهای بحث: تخلیه هیجانی (صندلی خالی)، مواجهه با خشم (بخشش درمانی)، تن‌آرامی (تنفس شکمی)، بیان احساس‌های خوب و بد درباره خداوند (رنجش‌ها)، ارائه تکلیف در منزل
جلسه سوم	موضوع بحث: خودشناسی محورهای بحث: بررسی تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد، تعریف خودشناسی و اهمیت آن، مواجهه با خود واقعی و پذیرش آن، تصمیم به گذشت کردن (بخشش درمانی)، ذهن آگاهی (تمرین کشمش)، دعا کردن، ارائه تکلیف در منزل
جلسه چهارم	موضوع بحث: بازشناسی محیط محورهای بحث: بررسی تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد، تشخیص و علت‌یابی احساسات و افکار ناکارآمد درباره نداشتن عزت‌نفس و تاب‌آوری پایین، آموزش مهارت جسارت‌ورزی (ویژگی‌های افراد جسور، راهکارهایی برای ابراز جرت مندی)، یادگیری اصول صحیح جلب نمودن بخشش دیگران و کشف معنا در طلب و پذیرفتن بخشش، وظایف و مسئولیت‌های فرد در زندگی (وظایف فرد در مقابل خود، خانواده، جامعه و خدا)، آموزش حل مسئله و تصمیم‌گیری (بیان روش‌های مختلف حل مسئله و مراحل تصمیم‌گیری)، ذکر گفتن، تن‌آرامی، ارائه تکلیف در منزل



جلسات	محتوای روان‌درمانی یکپارچه‌نگر توحیدی
جلسه پنجم	موضوع بحث: خودآزادسازی و آزادسازی اجتماعی محورهای بحث: بررسی تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد، مداخله در محیط و کنترل محرک‌ها، آموزش قاطعیت و ابراز وجود، ذهن آگاهی (مراقبه راه رفتن)، خودسپاری به خداوند، ارائه تکلیف در منزل
جلسه ششم	موضوع بحث: تثبیت رفتار محورهای بحث: مرور جلسه قبل و ارائه بازخورد، شرکت در جلسات معنوی و گروه‌های خودیاری، اهمیت روابط میان فردی در تاب‌آوری و عزت‌نفس، خودسپاری به خداوند (باور داشتن به توانایی خداوند)، تنظیم جدول برنامه‌ریزی روزانه (طبق چهار بعد جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی)، مراقبه و نیایش، ارائه تکلیف در منزل
جلسه هفتم	موضوع بحث: تقویت معنویت محورهای بحث: بررسی تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد، تأثیر ذکر در آرامش و تحمل سختی‌ها، شرکت در جلسات دینی و مذهبی، فنون تقویت رابطه با خداوند (خواندن نماز، حضور در مساجد)، اهمیت داشتن دوستان مذهبی در افزایش تاب‌آوری، تکنیک تنفس عمیق (آرام‌سازی پیش‌رونده)، تکلیف در منزل
جلسه هشتم	موضوع بحث: یاری‌رسانی محورهای بحث: بررسی تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد، شرکت در گروه‌های خودیار (کمک به دیگران و مراقبت از خود)، اهمیت و فواید رابطه یاورانه با دیگران برای شخص (افزایش تاب‌آوری و عزت‌نفس) و چگونگی برقراری این رابطه، تن آرامی

در این پژوهش، در تجزیه و تحلیل داده‌ها، ابتدا خلاصه‌ای از ویژگی‌های کلی آزمودنی‌ها با ترسیم جدول توزیع فراوانی نمرات سلامت روان برای گروه‌های آزمایش و گواه، ارائه شد و سپس شاخص‌های توصیفی هر گروه شامل شاخص‌های گرایش مرکزی (میانگین، میانه، نما) و شاخص‌های پراکندگی (کمترین نمره، بیشترین نمره، واریانس و انحراف استاندارد) ارائه شد. از آزمون کالموگروف - اسمیرنوف، جهت بررسی نرمال بودن داده‌های پژوهش و از پیش‌فرض‌های خطی بودن رابطه بین متغیرها (فرضیه اصلی)، هم‌خطی چندگانه، همگنی واریانس‌ها و همگنی رگرسیون (فرضیه فرعی)، جهت استفاده از آزمون تحلیل نگره‌ای برای بررسی معنی‌دار بودن فرضیه‌های تحقیق، استفاده شد.

یافته‌ها

با توجه به جدول ۲، از مجموع ۵ نفر آزمودنی شرکت‌کننده در پژوهش، میزان تحصیلات یک نفر (۲۰ درصد) دبستان، دو نفر (۴۰ درصد) راهنمایی و سیکل و همچنین دو نفر (۴۰ درصد)

دبیرستان و دیپلم بودند.

جدول ۲: توزیع فراوانی پاسخگویان با توجه به تحصیلات

تحصیلات	فراوانی	درصد
دبستان	۱	۲۰
راهنمایی و سیکل	۲	۴۰
دبیرستان و دیپلم	۲	۴۰
جمع	۵	۱۰۰

با توجه به جدول ۳، از مجموع ۵ نفر آزمودنی شرکت کننده در پژوهش، یک نفر (۲۰ درصد) بدون فرزند، یک نفر (۲۰ درصد) دارای یک فرزند، دو نفر (۲۰ درصد) دارای دو فرزند و همچنین ۲ نفر (۴۰ درصد) دارای دو فرزند بوده اند.

جدول ۳: توزیع فراوانی پاسخگویان با توجه به تعداد فرزندان

تحصیلات	فراوانی	درصد
بدون فرزند	۱	۲۰
یک فرزند	۱	۲۰
دو فرزند	۱	۲۰
چهار فرزند	۲	۴۰
جمع	۵	۱۰۰

با توجه به جدول ۴، میانگین و انحراف معیار سنی شرکت کنندگان در پژوهش به ترتیب ۳۲/۲۰ و ۷/۷۲ است.

جدول ۴: توزیع فراوانی سنی پاسخگویان

شاخص	فراوانی	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار
سن	۵	۲۹	۴۹	۳۲/۲۰	۷/۷۲

با توجه به اینکه در تحلیل نگاره‌ای، نمره‌های مربوط به پرسشنامه‌هایی که به صورت پیوسته در خط پایه، جلسات درمان و همچنین جلسه پیگیری اجرا شده، همراه با هم در نموداری خطی نمایش داده می‌شوند و نمرات پرسشنامه‌هایی که فقط یک بار قبل از درمان، پس از درمان و پیگیری اجرا شده، در نموداری ستونی ترسیم می‌شوند.

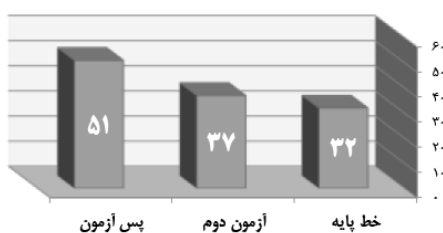
به منظور تعیین درصد بهبودی، از فرمول؛ (نمره پس‌آزمون - نمره خط پایه) / (نمره خط پایه - نمره بهبودی)، استفاده شد. در واقع به منظور محاسبه نمره بهبودی، ابتدا نمره پس‌آزمون از نمره خط پایه تفریق شده و سپس نتیجه به دست آمده، بر نمره خط پایه تقسیم می‌شود. اگر حاصل در ۱۰۰ ضرب شود، درصد بهبودی به دست خواهد آمد. نتایج در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: مشخصات آزمودنی‌ها

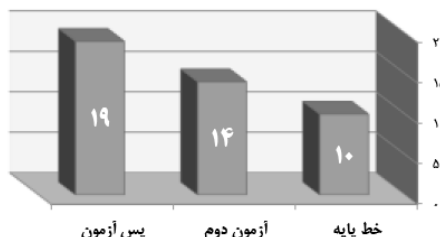
نمره خط پایه	نمره پس‌آزمون	آزمودنی اول			آزمودنی دوم			آزمودنی سوم			آزمودنی چهارم			آزمودنی پنجم		
		نمره خط پایه	نمره پس‌آزمون	درصد بهبودی	نمره خط پایه	نمره پس‌آزمون	درصد بهبودی	نمره خط پایه	نمره پس‌آزمون	درصد بهبودی	نمره خط پایه	نمره پس‌آزمون	درصد بهبودی	نمره خط پایه	نمره پس‌آزمون	درصد بهبودی
۱۰	۱۹	۹۰	۱۲	۱۹	۱۲	۵۸	۵	۱۸	۲۶۰	۱۵	۱۹	۲۶	۶	۱۹	۲۱۰	
۳۲	۵۱	۶۳	۳۵	۵۳	۵۱	۲۹	۵۸	۱۰۰	۳۳	۵۸	۳۳	۷۵	۴۰	۵۸	۲۵	
۴	۱۴	۲۵۰	۷	۱۶	۱۲۸	۵	۲۳	۳۶۰	۸	۱۷	۱۱۲	۹	۱۷	۸۸		
۱۵	۱۸	۲۰	۱۳	۱۵	۱۵	۱۴	۱۳	-۷	۱۱	۱۷	۵۴	۲۰	۱۷	-۳۰		
۴	۵	۲۵	۷	۱۰	۴۲	۲	۴۲	۱۱	۸	۱۳	۶۲	۵	۱۳	۶۰		
۴	۸	۱۰۰	۴	۷	۷۵	۱	۷۵	۷	۳	۷	۱۳۳	۱	۷	۷۰۰		
۵	۶	۲۰	۴	۵	۲۰	۷	۲۰	۴	۲	۴	۲۰۰	۵	۴	-۲۰		

آزمودنی اول

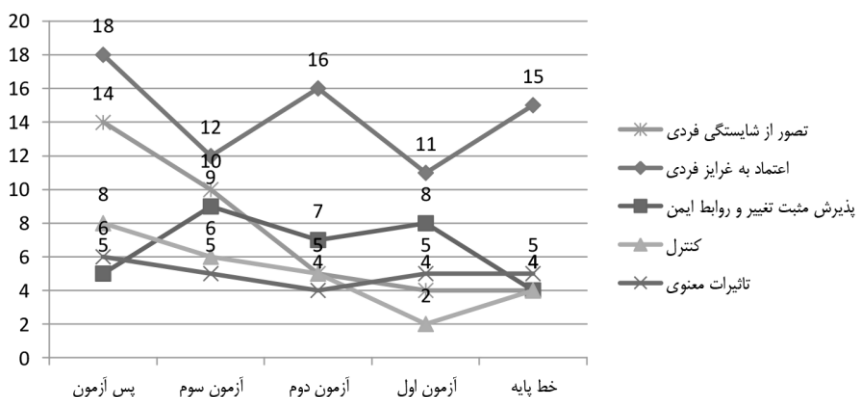
بر اساس نمودار ۱، نمرات آزمودنی اول در متغیر عزت‌نفس از نمره ۱۰ در خط پایه، به ۱۴ در آزمون شماره دوم و سپس به ۱۹ در پس‌آزمون افزایش یافته است. همچنین بر اساس نمودار ۲، نمرات آزمودنی اول در متغیر تاب‌آوری از نمره ۳۲ در خط پایه به ۳۷ در آزمون شماره دوم و سپس به ۵۱ در پس‌آزمون افزایش یافته است.



نمودار ۲: توزیع فراوانی آزمودنی اول
با توجه مراحل درمان در متغیر تاب‌آوری



نمودار ۱: توزیع فراوانی پاسخگویان
با توجه مراحل درمان در متغیر عزت‌نفس

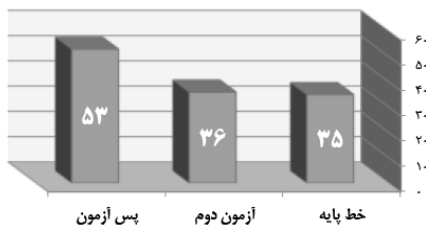


نمودار ۳: نمرات آزمودنی اول در مراحل خط پایه، آزمون اول، آزمون دوم، آزمون سوم و پس آزمون

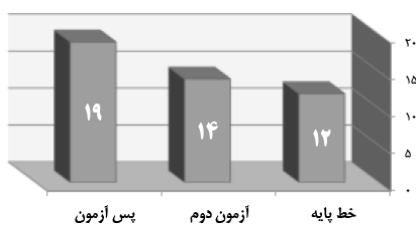
بر اساس نمودار ۳، شیب کلی نمرات ابعاد متغیر تاب‌آوری، در تمامی موارد صعودی است و در مرحله پس آزمون نسبت به خط پایه، نمرات افزایش پیدا کرده است. در خصوص بعد پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن اگرچه در پس آزمون (نسبت به سومین آزمون) نمرات آزمودنی اول افت پیدا کرده است ولی نمرات پس آزمون نسبت به خط پایه رشد داشته است.

آزمودنی دوم

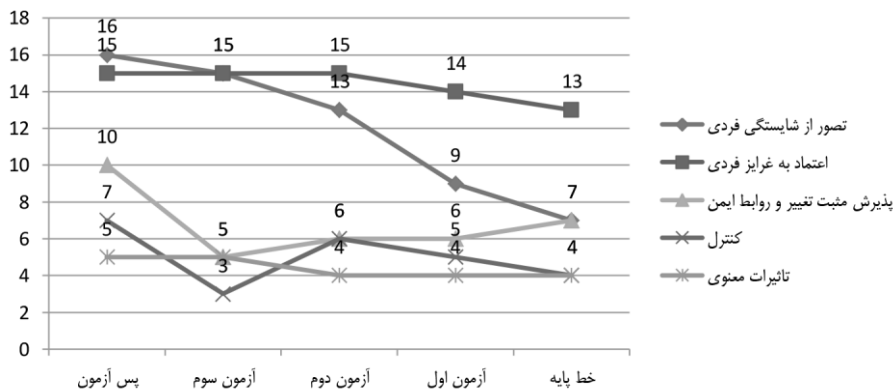
بر اساس نمودار ۴، نمرات آزمودنی دوم در متغیر عزت‌نفس از نمره ۱۲ در خط پایه، به ۱۴ در آزمون شماره دوم و سپس به ۱۹ در پس آزمون افزایش یافته است. همچنین بر اساس نمودار ۵، نمرات آزمودنی دوم در متغیر تاب‌آوری از نمره ۳۵ در خط پایه به ۳۶ در آزمون شماره دوم و سپس به ۵۳ در پس آزمون افزایش یافته است.



نمودار ۵: توزیع فراوانی آزمودنی دوم با توجه مراحل درمان در متغیر تاب‌آوری



نمودار ۴: توزیع فراوانی آزمودنی دوم با توجه مراحل درمان در متغیر عزت‌نفس

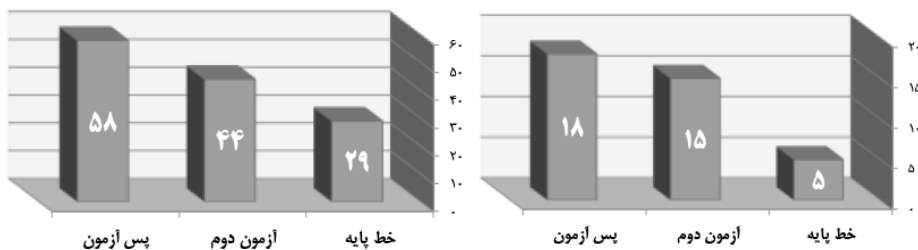


نمودار ۶: نمرات آزمودنی دوم در مراحل خط پایه، آزمون اول، آزمون دوم، آزمون سوم و پس آزمون

بر اساس نمودار ۶، شیب کلی نمرات ابعاد متغیر تاب‌آوری، در تمامی موارد صعودی است و در مرحله پس‌آزمون نسبت به خط پایه، نمرات افزایش پیدا کرده است. در خصوص بعد پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن اگرچه در ابتدا نمرات آزمودنی دوم افت پیدا کرده است ولی نمرات پس‌آزمون نسبت به خط پایه رشد داشته است.

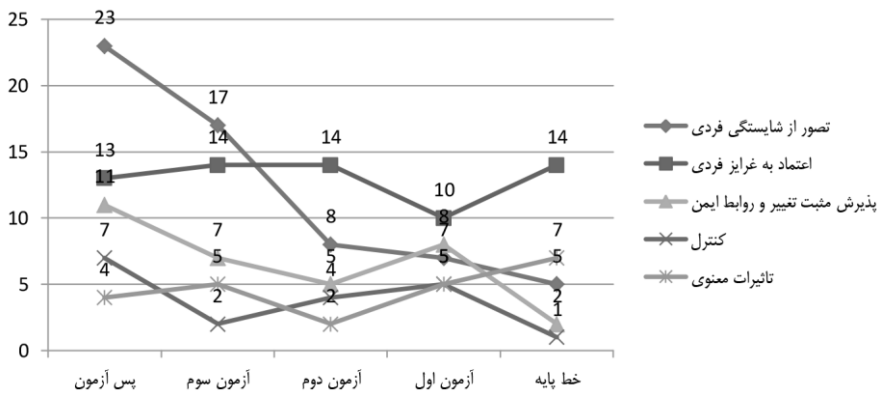
آزمودنی سوم

بر اساس نمودار ۷، نمرات آزمودنی سوم در متغیر عزت‌نفس از نمره ۵ در خط پایه، به ۱۵ در آزمون شماره دوم و سپس به ۱۸ در پس‌آزمون افزایش یافته است. بر اساس نمودار ۸، نمرات آزمودنی سوم در متغیر تاب‌آوری از نمره ۲۹ در خط پایه به ۴۴ در آزمون شماره دوم و سپس به ۵۸ در پس‌آزمون افزایش یافته است.



نمودار ۸: توزیع فراوانی آزمودنی سوم با توجه مراحل درمان در متغیر تاب‌آوری

نمودار ۷: توزیع فراوانی آزمودنی سوم با توجه مراحل درمان در متغیر عزت‌نفس



نمودار ۹: نمرات آزمودنی سوم در مراحل خط پایه، آزمون اول، آزمون دوم، آزمون سوم و پس آزمون

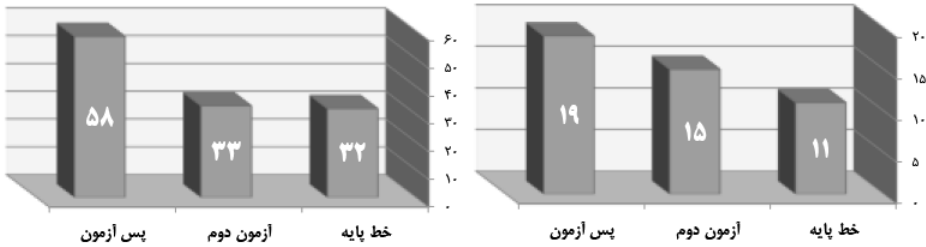
بر اساس نمودار ۹، شیب کلی نمرات ابعاد متغیر تاب‌آوری در ابعاد مختلف متفاوت بوده است. در خصوص بعد تصور از شایستگی فردی نمره خط پایه برابر ۵ بوده است که در کلیه مراحل آزمون روند افزایشی داشته و در مرحله پس آزمون به ۲۳ رسیده است. در خصوص بعد اعتماد به غرایز فردی، شیب کلی کاهشی بوده است. در مرحله خط پایه، نمره آزمودنی ۱۴ بوده که در آزمون اول به ۱۰ کاهش یافته است. در مرحله آزمون دوم مجدداً به ۱۴ افزایش داشته و این افزایش در سومین آزمون نیز ثابت مانده است ولی در مرحله پس آزمون نمره آزمودنی مجدداً به ۱۱ رسیده و کاهش یافته است. در خصوص بعد پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن نمره آزمودنی از ۲ در خط پایه به ۱۱ در پس آزمون افزایش داشته و روند افزایشی داشته است. در بعد کنترل نیز نمره آزمودنی در مرحله خط پایه برابر ۱ بوده که در اولین آزمون به ۵ افزایش یافته، در مرحله آزمون دوم به ۴ کاهش یافته و مجدداً در سومین آزمون به ۵ افزایش یافته است. همچنین نمره آزمودنی در مرحله پس آزمون به ۷ افزایش یافته است. لذا به‌طور کلی نمرات روند افزایشی داشته است. در خصوص بعد تأثیرات معنوی شیب نمرات به‌صورت منفی بوده و نمرات این بعد کاهش یافته است.

آزمودنی چهارم

بر اساس نمودار ۱۰، نمرات آزمودنی چهارم در متغیر عزت‌نفس از نمره ۱۱ در خط پایه به ۱۵ در آزمون شماره دوم و سپس به ۱۹ در پس آزمون افزایش یافته است. بر اساس نمودار ۱۱، نمرات

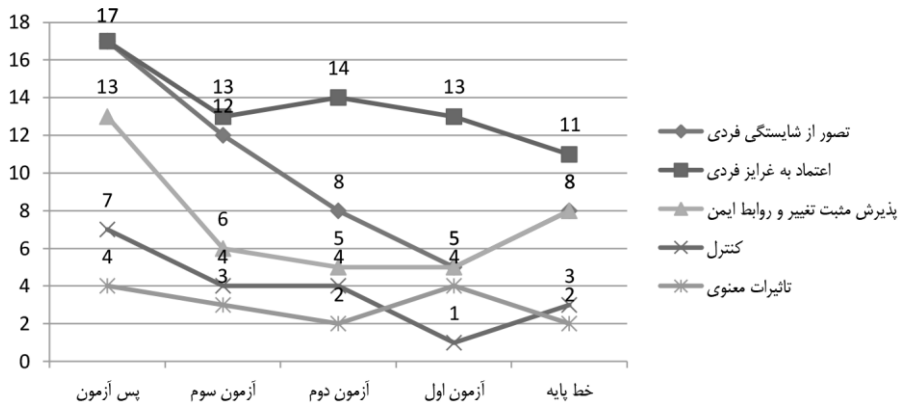


آزمودنی چهارم در متغیر تاب‌آوری از نمره ۳۲ در خط پایه به ۳۳ در آزمون شماره دوم و سپس به ۵۸ در پس‌آزمون افزایش یافته است.



نمودار ۱۱: توزیع فراوانی آزمودنی چهارم با توجه مراحل درمان در متغیر تاب‌آوری

نمودار ۱۰: توزیع فراوانی آزمودنی چهارم با توجه مراحل درمان در متغیر عزت‌نفس



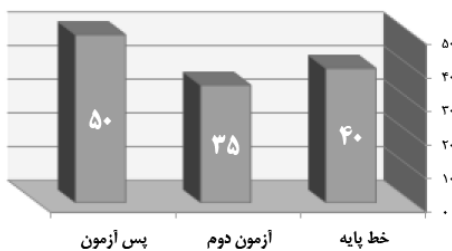
نمودار ۱۲: نمرات آزمودنی چهارم در مراحل خط پایه، آزمون اول، آزمون دوم، آزمون سوم، و پس‌آزمون

بر اساس نمودار ۱۲، به‌طورکلی شیب کلی نمرات ابعاد متغیر تاب‌آوری در ابعاد مختلف دارای رشد مثبت بوده است. در خصوص بعد تصور از شایستگی فردی نمره آزمودنی در خط پایه برابر ۸ بوده است که در آزمون اول به ۵ کاهش یافته ولی در مراحل بعد روند افزایشی داشته تا اینکه در مرحله پس‌آزمون به ۱۷ رسیده است. در خصوص بعد پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن نیز نمره خط پایه برابر ۸ بوده که در آزمون ۱ به کاهش یافته، در آزمون ۲ بدون تغییر مانده و در نهایت در مراحل بعد روند افزایشی داشته به‌طوری‌که در مرحله پس‌آزمون به ۱۳ افزایش یافته است.

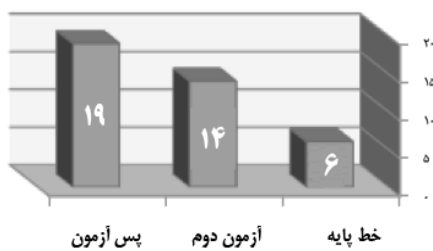
خصوص بعد کنترل نمره آزمودنی چهارم در خط پایه ۳ بوده که در آزمون اول به ۱ کاهش یافته ولی در مراحل بعدی روند افزایش را طی کرده تا در مرحله پس آزمون به ۴ رسیده است. همچنین در خصوص بعد تأثیرات معنوی نمره آزمودنی در آزمون دوم مجدداً به نمره خط پایه یعنی ۲، کاهش یافته ولی در نهایت با طی کردن روند افزایش به عدد ۴ در پس آزمون رسیده است.

آزمودنی پنجم

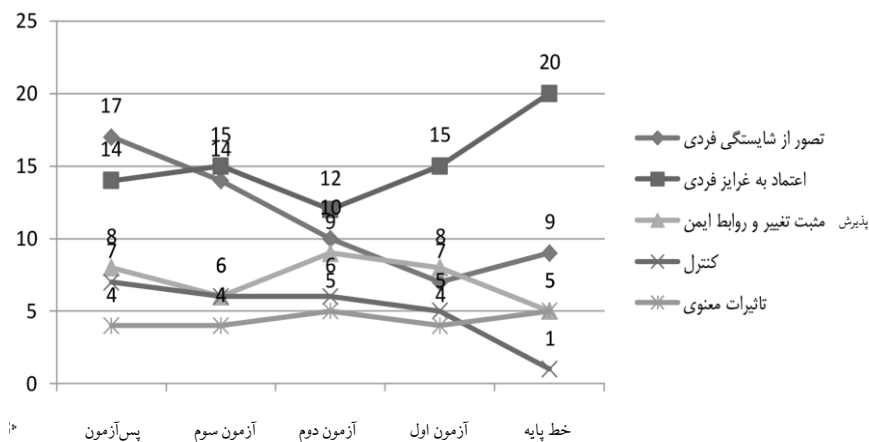
بر اساس نمودار ۱۳، نمرات آزمودنی پنجم در متغیر عزت نفس از نمره ۶ در خط پایه به ۱۴ در آزمون شماره دوم و سپس به ۱۹ در پس آزمون افزایش یافته است. بر اساس نمودار ۱۴، نمرات آزمودنی پنجم در متغیر تاب آوری از نمره ۴۰ در خط پایه به ۳۵ در آزمون شماره دوم و سپس به ۵۰ در پس آزمون افزایش یافته است.



نمودار ۱۴: توزیع فراوانی آزمودنی پنجم با توجه مراحل درمان در متغیر تاب آوری



نمودار ۱۳: توزیع فراوانی آزمودنی پنجم با توجه مراحل درمان در متغیر عزت نفس



نمودار ۱۵: نمرات آزمودنی پنجم در مراحل خط پایه، آزمون اول، آزمون دوم، آزمون سوم و پس آزمون

بر اساس نمودار ۱۵، شیب نمرات ابعاد متغیر تاب‌آوری در ابعاد مختلف متفاوت بوده است. در خصوص بعد تصور از شایستگی فردی نمره آزمودنی در خط پایه برابر ۹ بوده است که در آزمون اول به ۷ کاهش یافته ولی در مراحل بعد روند افزایشی داشته تا اینکه در مرحله پس‌آزمون به ۱۷ رسیده است. در خصوص بعد اعتماد به‌غرایز فردی نمره آزمودنی روند کاهشی داشته و از نمره ۲۰ در خط پایه به ۱۴ در پس‌آزمون کاهش یافته است. درباره بعد پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن نیز نمره خط پایه برابر ۵ بوده که پس از افزایش، در آزمون سوم به ۶ کاهش یافته و در نهایت در مرحله پس‌آزمون به ۸ افزایش یافته است. در خصوص بعد کنترل نمره آزمودنی پنجم در خط پایه ۱ بوده که در مرحله پس‌آزمون به ۷ رسیده است. همچنین در خصوص بعد تأثیرات معنوی نمره آزمودنی در خط پایه ۵ بوده که در آزمون دوم به ۴، کاهش یافته، در مرحله آزمون دوم مجدداً به ۵ افزایش یافته ولی در نهایت با طی کردن روند کاهش به عدد ۴ در آزمون سوم و پس‌آزمون رسیده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر عزت‌نفس و تاب‌آوری خانواده‌های زندانیان شهرستان میبد انجام شد. سوال اصلی تحقیق این بود که «آیا درمان یکپارچه‌نگر توحیدی بر عزت‌نفس و تاب‌آوری همسران زندانیان شهرستان میبد مؤثر است؟» با توجه به نتایج به‌دست‌آمده در بخش پیشین درمی‌یابیم رشد قابل توجهی در نمره‌های عزت‌نفس و تاب‌آوری نسبت به خط پایه وجود دارد. در نتیجه پاسخ به سوال یادشده، مثبت است و می‌توان گفت درمان یکپارچه‌نگر توحیدی بر عزت‌نفس و تاب‌آوری همسران زندانیان شهرستان میبد مؤثر بوده است. تبیین این مورد با پاسخ دیگر سوالات قابل توجه است.

سوال فرعی اول: آیا درمان یکپارچه‌نگر توحیدی بر عزت‌نفس همسران زندانیان شهرستان میبد مؤثر است؟

نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل داده‌های پژوهش نشان داد درمان یکپارچه‌نگر توحیدی بر عزت‌نفس همسران زندانیان شهرستان میبد مؤثر بوده است. نتیجه به‌دست‌آمده با نتایج به‌دست‌آمده از سایر پژوهش‌ها از جمله پژوهش چوپانی (۱۳۸۸) مبنی بر تأثیر گروه‌درمانی یکپارچه توحیدی در عزت‌نفس و نگرش‌های زناشویی زندانیان مرد، پژوهش هادی و جان بزرگی (۱۳۸۸) مبنی بر تأثیر درمان یکپارچه توحیدی در مؤلفه‌های شخصیت و بالینی، پژوهش صادقیان، فلاح، زارعی و زارع

(۱۳۹۴) مبنی بر اثربخشی آموزش راهبردهای شناختی بر عزت نفس دانشجویان دختر کمال‌گرا و پژوهش رسولی علی‌آبادی و کلانتری (۱۳۹۴) مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عزت نفس زنان، همخوانی دارد.

در تبیین نتیجه به‌دست‌آمده می‌توان گفت همسران زندانیان با توجه به نبود سرپرست، مشکلات اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی متعدد، در ابعاد مختلف روان‌شناختی دچار آسیب شده و عزت نفس آن‌ها نیز کاهش می‌یابد. لذا درمان انتخاب‌شده برای بهبود عزت باید از جامعیتی برخوردار باشد تا بتواند تأثیرگذاری لازم را داشته باشد. درمان یکپارچه توحیدی به دلیل جامعیت خود نسبت به سایر درمان‌ها هم‌زمان بر ابعاد شناختی، عاطفی، اجتماعی و رفتاری متمرکز است؛ بنابراین برخلاف سایر روش‌های درمانی که عمدتاً بر یکی از ابعاد متمرکزند، می‌تواند نقش موثرتری را ایفا کند. از سوی دیگر یکی از تفاوت‌های این روش در مقایسه با سایر روش‌ها، در نظر گرفتن بعد معنوی درمان است که با فرهنگ مردم ایران و به‌خصوص شهر میبد که بافت مذهبی‌تری دارد، بیشتر سازگار است.

عزت نفس می‌تواند تحت تأثیر عوامل شناختی، رفتار، عاطفی و اجتماعی و همچنین معنوی قرار گیرد. درمان یکپارچه توحیدی هم‌زمان در تمامی این ابعاد، تغییر ایجاد کرده و سازگاری بالاتری نیز با فرهنگ بومی دارد. شریفی‌نیا (۱۳۸۶) معتقد است در درمان یکپارچه توحیدی تلاش می‌شود تا با ادغام فنون مختلف روان‌درمانی در آموزه‌های دینی اسلام، ارزش‌های فرد احیا شده و در نهایت به ایجاد شخصیتی یکپارچه منجر شود؛ بنابراین اعضای گروه در ابتدا با به‌کارگیری تکنیک‌های این روش توانستند ارزش‌های دینی و مذهبی خود را مجدداً احیا کرده و شخصیت خود را یکپارچه کنند و این تغییر توانست در بهبود عزت نفس آن‌ها مؤثر باشد.

طبق آموزه‌های قرآنی، تمسک به ذکر و دعا یکی از راه‌های نجات از اندوه، برشمرده شده است. خداوند متعال در سوره انبیاء، آیه ۸۸ می‌فرماید: «پس [دعای] یونس را برآورده کردیم و او را از اندوه رهانیدیم، و مؤمنان را [نیز] چنین نجات می‌دهیم»^۱. در جلسات چهارم و هفتم بر ذکر خدا، تأکید بسیاری شده و به شرکت‌کنندگان در زمینه اذکار و ادعیه، نکاتی آموزش داده شده است که می‌توانند در زمان‌های بروز غم و افسردگی از آن‌ها استفاده کنند.

۱. فَاسْتَجَبْنَا لَهُ وَنَجَّيْنَاهُ مِنَ الْعَقَبِ وَكَذَلِكَ نُنْجِي الْمُؤْمِنِينَ

یکی دیگر از مواردی که در خصوص همسران زندانیان حائز اهمیت زیادی است، از دست دادن روابط اجتماعی است، روابط اجتماعی مؤثر به‌عنوان عاملی بسیار مهم در بهبود بسیاری از مؤلفه‌های روان‌شناختی از جمله عزت‌نفس در نظر گرفته می‌شود. در گروه‌درمانی مبتنی بر درمان یکپارچه توحیدی بر مقوله ارتباطات نیز تأکید زیادی شد. اعضای گروه آموختند تا روابط اجتماعی خود را بر اساس معیارها و ارزش‌های دینی خود از سر گیرند. درمان یکپارچه توحیدی با تکیه بر مضامین مذهبی به فرد کمک می‌شود تا با حل تعارضات سرکوب‌شده و کسب آگاهی عقلانی روابط اجتماعی خود را بهبود دهند. بهبود روابط اجتماعی نیز توانست بر عزت‌نفس آن‌ها تأثیر مثبت داشته باشد.

یکی دیگر از مواردی که می‌تواند بر عزت‌نفس مؤثر باشد، مقایسه اجتماعی است. زنان دارای همسر زندانی با توجه به شرایط متفاوتی که نسبت با سایر مردم دارند، با مقایسه زندگی و همچنین شرایط خود با دیگران، خود را نسبت به سایرین پایین‌تر می‌دانند. داشتن منبع معنوی بزرگی چون خداوند در این شرایط می‌تواند با ایجاد امید در زندگی و همچنین تکیه بر فعالیت‌هایی چون دعا، عبادت و ... موجب ایجاد شرایطی شود تا فرد بجای مقایسه خود با دیگران در جهت رضایت خداوند گام بردارد و از سوی دیگر با انجام برنامه‌های معنوی و بهبود سلامت روان، عزت‌نفس وی نیز بهبود یابد.

سوال فرعی دوم: آیا درمان یکپارچه‌نگر توحیدی بر تاب‌آوری همسران زندانیان شهرستان میبد مؤثر است؟

نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل داده‌های پژوهش نشان داد درمان یکپارچه‌نگر توحیدی بر تاب‌آوری همسران زندانیان شهرستان میبد مؤثر بوده است و پاسخ به این سوال نیز مثبت است. نتیجه به‌دست‌آمده با نتایج به‌دست‌آمده از سایر پژوهش‌ها از جمله پژوهش کریمی‌افشار، شعبان‌بان، سعیدتالشی و توکل‌ی (۱۳۹۷) که در پژوهش خود نشان دادند مداخله تنظیم هیجان بر تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر است؛ پژوهش رضایی، جلیلی‌نیکو، نجاتی‌نژاد، قاسمی‌جوبنه و نوریان (۱۳۹۴) مبنی بر اثربخشی روان‌درمانی وجودی بر افزایش تاب‌آوری زنان نابارور؛ پژوهش شاملی و حسنی (۱۳۹۶) مبنی بر اثربخشی واقعیت‌درمانی بر تاب‌آوری مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان و پژوهش چرمچی، عسگری، حافظی، مکوندی و بختیارپور (۱۳۹۵) که نشان دادند درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر میزان تاب‌آوری روانی زنان یائسه مؤثر است، همخوانی دارد.

در تبیین نتیجه به دست آمده می توان گفت زنان دارای همسر زندانی با توجه به شرایط خاص زندگی پیوسته با استرس مواجه اند. آن ها با توجه به شرایط نامناسب زندگی در مقابل استرس های ناشی از زندانی بودن همسر، متزلزل بوده و در برابر این معضلات ذهنی و عاطفی، تاب آوری کمتری دارند.

خداوند متعال در آیه ۶۲ از سوره نمل می فرماید: «کیست که هرگاه در مانده ای او را بخواند، اجابت کند و بدی و ناخوشی را برطرف کند»^۱. بر اساس همین آیه که در جلسات مطرح شد، بسیاری از همسران افراد زندانی با اطمینان بیشتری کارهای روزمره خود را دنبال کرده و امید بیشتری به آینده داشته اند و این نکته در میان صحبت های ایشان مشهود بود.

همچنین تاب آوری در کوتاه مدت و طولانی مدت تحت تأثیر استرس قرار می گیرد؛ بنابراین استرس می تواند به واسطه مکانیزم های نورونی پیرامونی و مرکزی سطوح برانگیختگی و تحریک را برای پاسخ های سازگار تنظیم کند. استرس با فعال کردن هورمون های برانگیختگی؛ الف) منجر به تسهیل و تضعیف کارکردهای شناختی و هیجانی شده و ب) می تواند رفتارها و هیجاناتی را در پی داشته باشد که این عوامل هم موجب افزایش استرس شده و هم تاب آوری را تضعیف می کند (نصیر، ۱۳۹۰). درمان یکپارچه توحیدی با خودآگاه کردن ناخودآگاه، بازسازی اساسی شخصیت، کمک به مراجع برای بازیابی تجارب اولیه، حل تعارض های سرکوب شده و کسب آگاهی عقلانی، از یکسو باعث تغییر باورهای فرد در زندگی، افزایش امید به زندگی و بهبود روابط اجتماعی شده و از سوی دیگر با ایجاد معنایی عمیق در زندگی فرد، تاب آوری وی را بهبود می بخشد.

بر اساس یافته های پژوهش پیشنهاد می شود کارشناسان سلامت روان، روان در مانگران و سایر متخصصان حوزه سلامت به استفاده از درمان یکپارچه نگر توحیدی، توجه بیشتری داشته و از درمان یکپارچه نگر توحیدی برای زندانیان نیز بهره گیرند. همچنین بر اهمیت و ضرورت توجه به مشکلات روان شناختی همسران زندانیان بیشتر تأکید شود.

فهرست منابع

قرآن کریم.

احمدی، حبیب؛ نیک پور قنوتی، لیلیا (۱۳۸۸)، تأثیر زندانی شدن محکومین به جرائم مواد مخدر بر وضعیت

۱. اَمَّنْ يُجِيبُ الْمُضْطَّرَّ إِذَا دَعَاهُ وَكَشِفَ السُّوءَ وَيَجْعَلُ لَكُمْ خُلَفَاءَ الْأَرْضِ مَعَ اللَّهِ قَلِيلًا مَا تَذَكَّرُونَ

بهداشت روان زنان آن‌ها؛ جامعه‌شناسی کاربردی، ۲۱ (۱): ۱۴۳ - ۱۵۸.

بشارت، محمدعلی؛ زرپور، صدیقه؛ بهرامی‌احسان، هادی؛ رستمی، رضا؛ میردامادی، محمدجواد (۱۳۸۹)، مقایسه ویژگی‌های شخصیتی افراد مبتلابه نشانگان روده تحریک‌پذیر و افراد غیر مبتلا، مجله روان‌شناسی بالینی، ۹: ۱۶ - ۲.

چرمچی، نسترن؛ عسگری، پرویز؛ حافظی، فریبا؛ مکنونی، بهنام؛ بختیارپور، سعید (۱۳۹۵)، اثر درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر میزان اضطراب و تاب‌آوری روانی زنان یائسه، فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت، ۵ (۵): ۱۵ - ۲۲.

چوپانی، مراد، (۱۳۸۸)، بررسی تأثیر گروه‌درمانی یکپارچه توحیدی و شناختی - رفتاری بر عزت‌نفس و نگرش‌های زناشویی زندانیان مرد زندان مرکزی قم، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه اصفهان. حسین چاری، مسعود؛ محمدی، مژگان (۱۳۹۰)، پیش‌بینی تاب‌آوری روان‌شناختی بر اساس اعتقادات مذهبی در دانشجویان شهری و روستایی؛ روانشناسی معاصر، ۶ (۲)، ص. ۴۵ - ۵۶.

رجبی، غلامرضا؛ بهلول، نسرین (۱۳۸۶)، سنجش پایایی و روایی مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ در دانشجویان سال اول دانشگاه شهید چمران؛ نشریه پژوهش‌های تربیتی و روان‌شناختی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان، ۳ (۲)، ۳۳ - ۴۸.

رسولی‌علی‌آبادی، بهاره؛ کلاتری، مهرداد (۱۳۹۷)، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، عزت‌نفس و نگرانی تصویر بدنی، بعد از اولین زایمان زنان شهرستان کاشان، مجله مراقبت پرستاری و مامایی این‌سینا، ۲۶ (۲): ۱۰۳ - ۱۱۲.

رضایی، زینب؛ جلیلی‌نیکو، سعید؛ نجاتی‌نژاد، نرگس؛ قاسمی‌جوبنه، رضا؛ نوریان، خیرالله (۱۳۹۴) اثربخشی روان‌درمانی وجودی بر افزایش تاب‌آوری زنان نابارور، ارمغان دانش، ۲۰ (۵): ۴۵۳ - ۴۵۹.

سامانی، سیامک؛ جوکار، بهرام و صحراگرد، نرگس (۱۳۸۶)، تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی، فصلنامه روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، سال ۱۳ (۳)، ۲۹۰ - ۲۹۵. شاملی، رامونا و حسنی، فریبا (۱۳۹۶)، اثربخشی واقعیت‌درمانی بر تاب‌آوری مادران دارای فرزند مبتلابه سرطان، اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۱۱ (۴۳): ۷۷ - ۸۷.

شاهدی‌فر، نسرین؛ شریفیان‌ثانی، مریم؛ فروزان، آمنه‌ستاره؛ بیگلریان، علی (۱۳۸۹)، مواجهه با خشونت جسمی والدین با یکدیگر و ارتباط آن با عزت‌نفس، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، ۹: ۲۷۷ - ۲۹۴.

شریفی‌نیا، محمدحسین؛ افروز، غلامعلی؛ رسول‌زاده طباطبایی، سیدکاظم (۱۳۸۶)، مقایسه اثربخشی دوروش درمان یکپارچه توحیدی و شناخت درمانی در کاهش رفتار مجرمانه زندانیان، روانشناسی و علوم تربیتی، ۳۷ (۳): ۴۱ - ۷۲.

صادقیان، آزاده؛ فلاح، محمدحسین؛ زارعی، حسن؛ زارع، محمدرضا (۱۳۹۴) اثربخشی آموزش راهبردهای شناختی بر عزت‌نفس و رضایت از زندگی در دانشجویان دختر کمال‌گرا، *طلوع بهداشت*. ۱۴ (۲): ۵۷-۶۸.

کریمی افشار، عشرت؛ شعبانیان، گلناز؛ سعیدتالشی، لیلا؛ توکلی، وحید (۱۳۹۷)، اثربخشی مداخله تنظیم هیجان بر تاب‌آوری و اضطراب مرگ زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۷(۲۵)، ۹۵-۱۰۵.

کلینی، محمد بن یعقوب (۱۴۰۷)، الکافی؛ مصحح علی اکبر غفاری، تهران: دارالکتب الاسلامیه.

کیهانی، مهناز؛ تقوایی، داود؛ رجبی، ابوالفضل؛ امیرپور، برزو (۱۳۹۳)، همسانی درونی و تحلیل عاملی تأییدی مقیاس تاب‌آوری کانر - دیویدسون در دانشجویان دختر پرستاری؛ *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، دی ۱۳۹۳، ۱۴ (۱۰)، ص ۸۵۷-۸۶۵.

محمدی، اصغر (۱۳۸۶)، پیامدهای حبس بر خانواده زندانیان متاهل در زندان اصفهان، *طرح پژوهشی*، دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان.

محمدی، اصغر؛ قرمزی، طیبه (۱۳۹۵)، تاثیر شهادت پدر بر فرزندان (جوانان) شاهد در شهرستان های دهقان و شهرضا؛ *فصلنامه مطالعات جامعه شناختی جوانان*، ۷(۲۲): ۱۱۹-۱۳۴.

نصیر، مرضیه (۱۳۹۰)، رابطه‌ی راهبردهای مقابله با استرس و تاب‌آوری با خوش‌بینی در دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهرستان دزفول، *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، ۵ (۱۶): ۵۷-۷۰.

هادی، مهدی؛ جان بزرگی، مسعود (۱۳۸۸)، اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر مؤلفه‌های شخصیت و بالینی؛ *روان‌شناسی و دین*، سال دوم، شماره دوم، تابستان ۱۳۸۸، ص ۷۱-۱۰۴.

Barlow, D. H. Q., Hersen, M. (1984). *Single case experimental designs*. Boston: Allyn and Bacon.

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-28.

Connor, M. K, & Davidson, J. R. T. (2003). Development to a new resilience scale: The connor-davidson resilience scale (CD-RISK). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.

Cooper, M., Lloyd, L. & Wall, S. (2007). Social deprivation and educational underachievement: Lessons from London, *Journal of Education and Training*, 45(2), 79-88.

Corsini, R.J., (2001), *Handbook of innovative therapy second edition*.

Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34, 416-430.

Garnezy, N., & Masten, A. S. (1994). Chronic adversities. In M. Rutter, L. Herzov, & E.



- Taylor (Eds.), *Child and adolescent psychiatry* (pp. 191-208). Oxford: Blackwell Scientific.
- Green K.T., Hayward L.C., Williams A.M., Dennis P.A., Bryan B.C., Taber K.H., Davidson, J. R. T., Beckham, J. C. & Calhoun, P. S. (2014). Examining the Factor Structure of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in a Post 9/11 U.S Military Veteran Sample, *Assessment*. 2014 Aug, 21(4): 443–451.
- Greenberger, E., Chen, C., Dmitrieva, J., & Farruggia, S. P. (2003). Itemwording and dimensionality of the Rosenberg Self-Esteem Scale: Do they matter? *Personality and Individual Differences*, 35, (6), 1241 - 1254.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Pullmann, H., & Allik, J. (2000). The Rosenberg SelfEsteem Scale: Its dimensionality, stability and personality correlates in Estonian. *Personality and Individual Differences*, 28, 701715.
- Rosenberg, M, Carmi S., and Carrie S. (1989). Self-Esteem and Adolescent Problems: Modeling Reciprocal Effects, *American Sociological Review*, 54:1004-18.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self image*. Princeton, N. J: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1995). Global Self-Esteem and Specific Self-Esteem, *American Sociological Review*, 60:141-56.
- Rusticus, S. H., Hubley, A. M., & Zumbo, B. D. (2004). CrossNational Comparability of the Rosenberg SelfEsteem Scale. Poster presented at the 112 th convention of the American Psychological Association, Honolulu, Hawaii.
- Tuner, J. H. (1996) *Creating a sociological theory*, (Translated by Lahsaei Zadeh A.), Shiraz: Navid Pub.