

اثربخشی مداخلات شناختی- رفتاری بر سلامت روان‌شناختی زندانیان Cognitive-behavioral interventions effectiveness on prisoners' psychological health

تاریخ پذیرش: ۸۷/۹/۲۴

تاریخ دریافت: ۸۷/۲/۲۲

Khodayari M. F. PhD[✉], Abedini Y. PhD,
Akbari S. Z. MSc, Ghobari B. B. PhD,
Sohrabi F. PhD, Younesi S. J. PhD

محمد خدایاری فرد[✉]، یاسمین عابدینی^۱،
سعید اکبری زردخانه^۲، باقر غباری بناب^۳،
فرامرز سهرابی^۴، سید جلال یونسی^۴

Abstract

Introduction: The purpose of current study is to determine the effectiveness of individual and group cognitive-behavioral techniques in decreasing psychological symptoms in Prisoners.

Method: A total of 48 prisoners selected randomly and were allocated into three groups with equal size. 16 participants receiving individual cognitive-behavioral psychotherapy along with teaching cognitive-behavioral techniques and other 16 participants receiving only individual cognitive-behavioral psychotherapy. The last 16 participants were waited (Control group). Using GHQ and SCL-90 tests, as well as a diagnostic interview conducted by a psychiatrist based on DSM-IV-TR criteria before and after interventions, participants' psychological status were measured. Data collated was analyzed using multiple analysis of variance procedure.

Results: After applying cognitive-behavioral interventions, scores of prisoners in both experimental groups in indexes of GHQ and SCL-90 decreased ($p < 0.001$).

Conclusion: Although both individual and combined therapy approaches were effective, the latter had more impact in diminishing psychological symptoms of prisoners. Follow up studies after 8.5 months indicated the maintenance of treatment effect with no recidivism of the treatment groups.

Keywords: Cognitive-Behavioral Interventions, Individual Therapy, Group Training, Male Prisoners, Psychological Health

چکیده

مقدمه: هدف این مطالعه مقایسه میزان اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری فردی و گروهی در کاهش نشانگان روان‌شناختی زندانیان است.

روش: تعداد ۴۸ نفر زندانی مرد به‌طور تصادفی نظام‌دار از بین زندانیان مرد انتخاب و سپس به‌طور تصادفی در سه گروه با حجم مساوی قرار گرفتند. ۱۶ نفر از این افراد، در جلسات روان‌درمانگری "شناختی- رفتاری" فردی و گروهی (درمان هم‌زمان) و ۱۶ نفر فقط در جلسات روان‌درمانگری "شناختی- رفتاری" فردی (درمان فردی) شرکت داده شدند. ۱۶ نفر دیگر نیز در فهرست انتظار قرار گرفتند (گروه کنترل). جهت بررسی وضعیت روان‌شناختی آزمودنی‌ها قبل و بعد از اعمال مداخله از GHQ و SCL-90-R و مصاحبه تشخیصی توسط روان‌پزشک براساس ملاک‌های DSM-IV-TR استفاده شد. داده‌ها نیز با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: بعد از مداخله، زندانیان هر دو گروه "درمان هم‌زمان" و "درمان فردی"، نسبت به زندانیان گروه کنترل، در شاخص‌های آزمون‌های GHQ و SCL-90-R کاهش نشان دادند ($p < 0.001$).

نتیجه‌گیری: اگرچه هر دو رویکرد "درمان هم‌زمان" و "درمان فردی" بر کاهش نشانگان روان‌شناختی زندانیان مرد تاثیر دارد، اما میزان اثربخشی درمان هم‌زمان بیش‌تر از درمان فردی است. نتایج پیگیری ۸/۵ ماه پس از خاتمه درمان حاکی از پایداری اثر مداخلات صورت‌گرفته روی زندانیان هر دو گروه بوده به‌طوری‌که طی این مدت هیچ‌یک از آنها به خاطر انجام مجدد جرم به زندان بازنگشتند.

کلیدواژه‌ها: تکنیک‌های شناختی- رفتاری، درمان فردی، درمان هم‌زمان، زندانیان مرد، سلامت روان‌شناختی

✉ **Corresponding Author:** Psychology Faculty, Tehran University, Tehran, Iran
Email: khodayar@ut.ac.ir

✉ دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۱ دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۲ دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
۳ دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۴ دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

مقدمه

انسان امروزی در جامعه‌ای زندگی می‌کند که خطرات زیادی، آرامش و امنیت وی را تهدید می‌کنند. جرم، تخلف و جنایت از جمله این خطرات هستند و هر روزه اخبار و گزارش‌های آشفته‌کننده‌ای در مورد جرایم مختلف که منجر به مرگ، نقص عضو و سایر آسیب‌های جسمانی افراد جامعه می‌شود به گوش می‌رسند. علل ارتکاب به جرم بسیار متفاوت است. اندروز و بوتنا، بیکاری، پایین بودن سطح تحصیلات، مشکلات و مسایل خانوادگی و زناشویی، شبکه اجتماعی جرم‌آفرین، مصرف مواد و الکل، کارکردهای اجتماعی ضعیف، نگرش‌های ضداجتماعی، عوامل شخصی و هیجانی و اختلالات شخصیتی و روانی را از جمله علل و عوامل ارتکاب جرم می‌دانند [۱].

اختلالات روانی یکی از مشکلات بزرگ دنیای امروز است. به طوری که گزارش‌ها حاکی از آن است که یک چهارم از افراد جامعه آمریکا، برخی از انواع مشکلات روانی را در طول زندگی خود تجربه می‌کنند [۲]. در اغلب موارد وجود اختلال‌های روانی در فرد، نه تنها از میزان سازگاری فردی و اجتماعی وی می‌کاهد، بلکه امنیت و بهداشت روانی خانواده و سایر گروه‌های اجتماعی را نیز دچار مشکل می‌کند. در برخی موارد نیز، نوع و شدت مشکل به حدی می‌رسد که موجبات آزار و تهدید حقوق اعضای دیگر اجتماع را فراهم می‌آورد و نتیجه آن، درگیری فرد بیمار با قانون و مراجع کیفی را موجب می‌شود. به عبارت دیگر، فرد بیمار به سبب داشتن اختلال روانی و پیامد آن یعنی ارتکاب جرم، تحت پیگرد قانونی قرار می‌گیرد. یافته‌های تحقیقات مختلف نشان می‌دهند که بین ۱۰ تا ۱۵٪ زندانیان، مبتلا به اختلالات روانی هستند [۳] و میزان شیوع اختلالات روانی در نمونه‌های متشکل از افراد مجرم و زندانی بسیار بالاتر از افراد دیگر جامعه است [۴، ۵، ۶].

بوردکین، در پژوهش ملی خود در مورد رعایت حقوق بشر در افراد استرالیایی مبتلا به بیماری‌های روانی گزارش می‌کند که بین ۳۰ تا ۵۰٪ از نوجوانان حاضر در کانون‌های اصلاح و تربیت، مبتلا به یکی از مشکلات سلامت روانی هستند. همچنین یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلالات روانی در بین این نوجوانان ۷ برابر بیشتر از سایر نوجوانان است [۷].

گروهی از متخصصان سلامت روانی در آمریکا نیز با مطالعه ۵۴۱ نوجوان ۱۳ تا ۱۸ ساله مجرم دریافتند که میزان مشکلات درونی‌سازی (از جمله افسردگی، وسواس، شکایات جسمانی و اسکیزوئید) و مشکلات بیرونی‌سازی (از جمله بیش‌فعالی، پرخاشگری و بزه‌کاری) در این نوجوانان دو برابر سایر نوجوانان است. از طرفی مشاهده شده است که مددجویان مبتلا به مشکلات سلامت روانی نه تنها در زندان بیشتر مرتکب خلاف می‌شوند و در نتیجه به طول دوره محکومیت آنان افزوده می‌شود، بلکه احتمال بیشتری دارد که قربانی خشونت، سوءاستفاده و آزار و اذیت سایر

مددجویان شوند [۸]. مک‌شان مشاهده کرد که مددجویان مبتلا به مشکلات و بیماری‌های روانی، ۵ برابر سایر مددجویان به کارکنان زندان و مددجویان دیگر حمله‌ور می‌شوند. این آمار و ارقام نشان می‌دهد که مراکز بازداشتگاهی و زندان‌ها نیازمند فراهم کردن شرایطی هستند که زندانیان بتوانند تحت آن مورد درمان‌های فردی یا گروهی قرار گیرند [۹].

از طرفی تاریخچه زندان و مقابله با جرایم نیز نشان داده است که روش‌های متکی بر تنبیه و مجازات نه تنها نمی‌توانند از بروز و ارتکاب مجدد جرم جلوگیری کنند، بلکه در مواردی نیز بر شدت و تعداد این موارد می‌افزایند. از این‌رو، امروزه اعتقاد بر این است که استفاده از روش‌های بازپروری و تاکید بر توان‌بخشی روانی مددجویان، به خصوص در آن دسته از مددجویانی که دچار نواقص شناختی و اختلالات روانی هستند، بسیار مفید و موثر است [۱۰].

تاول، تاثیر برنامه‌های مداخله‌ای متکی بر مجازات و برنامه‌های مداخله‌ای متکی بر تقویت رفتارهای مثبت را در یک اردوگاه از مددجویان مورد مقایسه قرار داد و دریافت که هرچه تاکید بر مجازات در مددجویان بیشتر شود، میزان ارتکاب جرم و محکومیت مجدد نیز افزایش می‌یابد. بر این اساس طی چند دهه گذشته تاکید مسئولان و دست‌اندرکاران جامعه و زندان بر جایگزینی فعالیت‌های توان‌بخشی و بازپروری به جای تنبیه و مجازات در زندان‌ها است [۱۱].

از جمله فعالیت‌های توان‌بخشی که به طور گسترده‌ای در زندان‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرند، کارآموزی‌های شغلی و حرفه‌ای، برنامه‌های آموزشی و تربیتی، طرح‌های کارآفرینی و مشاوره و روان‌درمانگری فردی و گروهی هستند. نتایج تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که برنامه‌های روان‌درمانگری فردی و گروهی نقش زیادی در بهبود وضعیت روان‌شناختی و کاهش میزان ارتکاب جرم مجدد مددجویان دارند [۱۲، ۱۳].

در پژوهشی دیگر، ایرلند کارآیی برنامه مداخله‌ای کوتاه مدت کنترل خشم را در زندانیان نوجوان مورد ارزیابی قرار داد. بدین منظور، ۸۷ زندانی نوجوان به صورت تصادفی انتخاب شدند و ۵۰ نفر از آنان در گروه آزمایشی و ۳۷ نفر دیگر در گروه کنترل قرار گرفتند. کلیه زندانی‌ها قبل و بعد از مداخله، سیاهه خودگزارشی کنترل خشم را تکمیل کردند. نتایج نشان داد که مددجویان گروه آزمایشی که آموزش مهارت‌های کنترل خشم را دریافت کرده بودند، وضعیت روان‌شناختی مطلوب‌تری از مددجویان گروه کنترل داشتند و قادر به کنترل خشم خود بودند [۱۴].

فردنشیپ و همکاران، کارآیی برنامه‌های شناختی- رفتاری را در کاهش نشانگان روان‌شناختی و میزان ارتکاب جرم مجدد در دو گروه از مددجویان مردی که دارای محکومیت ۲ ساله یا بیشتر بودند مقایسه کردند. گروه اول یا گروه آزمایشی متشکل از ۶۶۷ زندانی و گروه دوم یا گروه کنترل متشکل از ۸۰۱ نفر از مددجویانی بودند که از نظر چند متغیر مرتبط با هدف تحقیق با گروه اول هم‌تاسازی شده

روان شناختی مددجویان مرد زندانی در رجایی شهر کرج و مقایسه میزان اثربخشی این مداخله هم‌زمان (فردی و گروهی) با میزان اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری فردی در این مددجویان است.

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی تجربی است. آزمودنی‌های این پژوهش را ۴۸ نفر از مددجویان مرد زندانی رجایی شهر کرج تشکیل دادند که در هنگام شروع پژوهش، حداقل شش ماه از محکومیت آن‌ها باقی و میزان تحصیلات آنها در سطح سیکل یا بالاتر بود. علت لحاظ کردن معیار حداقل شش ماه حبس و تحصیلات در سطح سیکل یا بالاتر به ترتیب در اختیار بودن زمان لازم برای انجام مداخله روان‌درمانگری و دارا بودن قابلیت درک و فهم سؤالات و محتوای برنامه‌های مورد استفاده در پژوهش بوده است. این آزمودنی‌ها با روش تصادفی نظام‌دار از بین کلیه مددجویان مرد زندانی رجایی شهر کرج که واجد معیارهای فوق بودند انتخاب شده و سپس به صورت تصادفی در سه گروه ۱۶ نفری تقسیم شدند. گروه اول در ۱۶ جلسه هفتگی دو ساعته آموزش مهارت‌های زندگی که به صورت گروهی برگزار می‌شد، شرکت کردند و به‌طور هم‌زمان در ۸ جلسه فردی یک ساعته روان‌درمانگری فردی که به صورت دو هفته یک‌بار تشکیل می‌گردید، شرکت جستند. گروه دوم فقط در جلسات روان‌درمانگری فردی یک ساعته که هر دو هفته یک‌بار تشکیل می‌شد و مبتنی بر فنون شناختی- رفتاری بود، شرکت نمودند. گروه سوم یا گروه کنترل نیز مددجویانی بودند که در فهرست انتظار برای دریافت مشاوره‌های فردی قرار گرفتند. لازم به ذکر است که ۳ نفر از آزمودنی‌های درمان هم‌زمان (آموزش گروهی به همراه درمان فردی) به دلیل منتقل شدن به زندانی دیگر، از گروه نمونه حذف شدند. در نتیجه، تعداد آزمودنی‌های گروه ترکیبی به ۱۳ نفر رسید. ابزارهای مورد استفاده جهت سنجش وضعیت روان‌شناختی مددجویان شامل پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی محقق ساخته، پرسش‌نامه سلامت روان عمومی (GHQ) و آزمون فهرست نشانه‌های بیماری (SCL-90-R) بود. این روش‌ها روی کلیه آزمودنی‌ها دوبار اجرا شد؛ برای آزمودنی‌های گروه مداخله گروهی- فردی و فردی یک بار قبل از اعمال مداخله و یک بار بلافاصله بعد از اعمال مداخله و برای آزمودنی‌های گروه کنترل نیز به موازات دو گروه دیگر این آزمون اجرا گردید.

پرسش‌نامه سلامت روان عمومی، پرسش‌نامه خودگزارش‌دهی است که در موقعیت‌های بالینی با هدف تشخیص افرادی که دارای اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد [۲۰]. در پژوهش حاضر، از فرم ۲۸ سؤالی این پرسش‌نامه استفاده شد. این پرسش‌نامه دارای چهار خرده‌مقیاس شامل علائم جسمانی،

بودند. مددجویان گروه آزمایشی در جلسات روان‌درمانگری گروهی مبتنی بر فنون شناختی- رفتاری شرکت کردند. نتایج نشان داد که گروه آزمایشی و گروه کنترل هنگام کنترل سایر متغیرها از نظر وضعیت روان‌شناختی و از نظر میزان محکومیت مجدد تفاوت معنی‌داری دارند [۱۲].

اُوارت و همکاران نیز کارایی مداخله گروهی ساختاریافته مبتنی بر فنون شناختی- رفتاری را در کاهش نشانگان اختلال تنیدگی پس‌ضربه‌ای (PTSD) در مددجویان مرد نوجوان و جوان ۱۵ تا ۲۵ ساله مورد ارزیابی قرار دادند. این مددجویان در ۱۰ گروه ۱۲ نفری قرار گرفتند. آنها قبل و بعد از مداخله سیاهه واکنش به اختلال تنیدگی پس‌ضربه‌ای را به همراه اندازه‌هایی در مورد اضطراب، خشم و افسردگی تکمیل کردند. در مددجویان تمام گروه‌ها بعد از مداخله، کاهش معنی‌داری در نشانگان PTSD و سایر اختلالات گزارش شد [۱۵]. پروپورنیو و رابینسون، در مروری بر پیشینه تحقیقاتی دریافته‌اند که برنامه‌های استدلال و توان‌بخشی، موثرترین برنامه‌های درمانی شناختی- رفتاری برای مددجویان است. این برنامه درمانی منجر به اصلاح نقایص شناختی مددجویان می‌شود و هدف آن، آموزش کنترل خود و تفکر قبل از عمل، مهارت‌های حل مسایل بین‌فردی، دیدگاه‌گیری اجتماعی مهارت‌های استدلال نقادانه و درک ارزش‌های حاکم بر رفتار است [۱۶].

پژوهش راس و همکاران [۱۷] نشان داد که مجرمان بهره‌گیرنده از برنامه‌های استدلال و توان‌بخشی، در مقایسه با مجرمان استفاده‌کننده از برنامه‌های مهارت زندگی، ۱۱٪ و در مقایسه با گروه کنترل ۳۰٪ کمتر بازگشت به زندان دارند. مطالعه دیگری که بر نمونه‌ای ۴۰۰۰ نفری از مجرمان توسط رابینسون [۱۸] انجام گرفت، نشان داد که گروه کنترل در حدود ۱۰٪ بیشتر از گروه مجرمان شرکت‌کننده در برنامه استدلال و توان‌بخشی محکومیت دوباره داشته و به زندان برمی‌گردند. پژوهش فلاشاو و همکاران از جمله پژوهش‌هایی است که اثربخشی برنامه‌های آموزشی گروهی مهارت‌های شناختی- رفتاری را به مددجویان در کاهش محکومیت مجدد در زندان‌های انگلستان مورد بررسی قرار داده است. محققان بدین منظور میزان محکومیت مجدد را طی دو سال پس از آزادی در مددجویان مردی که در سال‌های ۱۹۹۶ تا ۱۹۹۸ در برنامه‌های آموزش مهارت‌های شناختی شرکت کرده بودند و گروهی هم‌تا از مددجویان مردی که در این برنامه‌ها شرکت نکرده بودند، مقایسه کردند. یافته‌ها نشان داد که اگر چه میزان محکومیت مجدد گروهی از مددجویانی که در برنامه‌های آموزش مهارت‌های شناختی شرکت کرده بودند کمتر از گروه دیگر بود، اما این تفاوت معنی‌دار نبود [۱۹].

با توجه به آنچه ذکر شد، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی میزان اثربخشی مداخله روان‌درمانگری شناختی- رفتاری فردی و آموزش‌های شناختی- رفتاری گروهی- فردی در کاهش نشانگان

محکومیت، میزان محکومیت فعلی، تعداد محکومیت‌ها، نوع محکومیت و سابقه مصرف مواد مخدر مددجویان بود. مداخله شناختی- رفتاری فردی طی ۸ جلسه روان‌درمانگری فردی یک‌ساعته که به صورت دو هفته یک‌بار تشکیل می‌شد، انجام گرفت. در این مداخله از فنون بازسازی شناختی، آموزش مهارت‌های حل مساله، تنش‌زدایی، تحلیل رفتار و مثبت‌نگری استفاده شد. مداخله شناختی- رفتاری گروهی نیز طی ۱۶ جلسه دوساعته آموزش گروهی که به صورت هفتگی تشکیل می‌شد، صورت پذیرفت. در این جلسات، مددجویان عوامل موثر بر زندگی سالم، عزت نفس و احترام به خود، مهارت تحلیل رفتار، آموزش حل مسائل بین‌فردی، مهارت‌های مقابله با استرس، مهارت‌های مقابله‌ای بین‌فردی و اجتماعی مطلوب، مهارت جرات‌ورزی، مثبت‌نگری و کشف نقاط قوت خود و دیگران، مهارت‌های برقراری ارتباط و ایمن‌سازی خود در مقابل استرس را توسط روان‌شناس آموزش دیدند [۲۶].

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از پرسش‌نامه جمعیت شناختی نشان داد که سن متوسط گروه نمونه ۴۷/۰۴ سال با انحراف معیار ۱۰/۸۷ و سن اولین محکومیت آنان ۲۵/۲۸ سال با انحراف معیار ۹/۰۶ بود. میانگین مدت محکومیت فعلی ۸/۰۶ سال با انحراف معیار ۴/۶۶ و تعداد محکومیت‌های قبلی ۱/۸۷ با انحراف معیار ۲/۶۱ نیز نشان می‌دهد که این افراد دارای جرایم نسبتاً سنگین و تعداد محکومیت‌های زیاد بودند. همچنین ۸۲٪ از افراد گروه نمونه دیپلم و زیردیپلم، ۶۲/۵٪ مجرد و جداشده، ۸۹/۶٪ متولد شهر، ۶۶/۷٪ دارای کار آزاد در دوران قبل از محکومیت، ۴۷/۸٪ فاقد سابقه مصرف مواد بوده و بیشتر آن‌ها مرتکب سرقت (۲۹/۲٪) و قتل (۲۰/۰۸٪) شده بودند. در ابتدا و قبل از انجام هر مقایسه جهت مشخص نمودن این که در مرحله پیش‌آزمون و قبل از مداخله، آیا تفاوتی بین گروه‌های درمان هم‌زمان، فردی و گروه کنترل وجود داشته یا نه، این سه گروه براساس شاخص کلی پرسش‌نامه سلامت عمومی و فهرست نشانگان مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج در جدول ۱ ارائه شده است. جدول ۱ نشان می‌دهد که این سه گروه هم از نظر شاخص کلی پرسش‌نامه سلامت روان عمومی و هم شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری با هم ندارند و می‌توان در مرحله پیش‌آزمون، آنها را از این حیث یکسان در نظر گرفت.

همان‌گونه که پیش‌تر گفته شد، هدف از انجام این پژوهش بررسی مقایسه‌ای میزان اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری هم‌زمان (گروهی- فردی) و مداخله شناختی- رفتاری فردی با گروه کنترل در مددجویان مرد بوده است. بدین منظور ابتدا نمرات تفاوت مربوط به پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسش‌نامه سلامت روان عمومی و

اضطراب، ناکارآمدی اجتماعی و افسردگی است. تقوی [۲۱] پایایی پرسش‌نامه سلامت روان عمومی را با سه روش بازآزمایی، دونیمه کردن و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داد که به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ حاصل گردید. برای مطالعه روایی آن نیز از سه روش روایی هم‌زمان، همبستگی خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه با نمره کل و تحلیل عوامل استفاده کرد. روایی هم‌زمان پرسش‌نامه سلامت روان عمومی از طریق اجرای هم‌زمان با پرسش‌نامه بیمارستان میدلسکس (MHQ) انجام گردید که ضریب همبستگی ۰/۵۵ حاصل آن بود. ضرایب همبستگی بین خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه با نمره کل در حد رضایت‌بخش و بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ متغیر بود. نتیجه تحلیل عوامل نیز وجود چهار خرده‌مقیاس را در این پرسش‌نامه نشان داد و این چهار خرده‌مقیاس در مجموع بیش از ۵۰٪ واریانس کل پرسش‌نامه را تبیین نموده‌اند [۲۱]. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ محاسبه شده برای زیرمقیاس‌های جسمانی سازی، اضطراب، ناکارآمدی اجتماعی، افسردگی و شاخص کلی مقیاس به ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۸۹، ۰/۷۵، ۰/۹۱ و ۰/۸۹ بود. ضریب پایایی به روش دونیمه کردن نیز برای زیرمقیاس‌ها و کل پرسش‌نامه سلامت روان عمومی بین ۰/۷۴ و ۰/۹۵ به‌دست آمد.

آزمون فهرست نشانگان بیماری، آزمونی برای تشخیص، تمیز و غربال‌گری است که هم برای بیماران روانی و هم برای افراد معتاد به الکل و مواد مخدر کاربرد دارد [۲۲]. این آزمون شامل ۹۰ سؤال است. آزمون دارای ۹ بعد است که ابعاد مختلف روان‌شناختی فرد از جمله شکایات جسمانی، وسواس بی‌اختیاری، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌گسستگی را اندازه‌گیری می‌کند.

میرزایی [۲۲]، پایایی آزمون فهرست نشانگان بیماری را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۰ و ضریب روایی هم‌زمان آن را با آزمون MMPI برابر با ۰/۵۱ گزارش نمود. هومن [۲۳]، ضریب همسانی درونی زیرمقیاس این ابزار را در سطح قابل قبول و بین ۰/۶۹ تا ۰/۸۸ و مقدار این ضریب را برای کل مجموعه برابر با ۰/۷۹ گزارش کرد. این یافته‌ها حاکی از روایی و پایایی این آزمون است. روایی فهرست نشانگان بیماری نیز توسط تجاریان و داوودی [۲۴] نشان داده شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون برابر با ۰/۹۷ و برای خرده‌آزمون‌های آن دامنه‌ای از ۰/۷۴ (برای روان‌گسستگی) تا ۰/۸۷ (برای اضطراب) داشت. ضریب همبستگی بین دونیمه آزمون نیز برابر با ۰/۸۹ بوده است.

مصاحبه بالینی توسط روان‌پزشک و براساس پرسش‌نامه ساختاریافته DSM-IV-TR [۲۵] تنظیم و جهت تشخیص اختلالات روانی مددجویان انجام گردید. پرسش‌نامه محقق‌ساخته نیز حاوی سؤالاتی در مورد سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، محل سکونت، محل امرار معاش قبل از زندان، سن اولین

نمره‌گذاری این آزمون به طریقی بوده است که نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده وضعیت سلامتی بهتر و نمرات بالاتر نشان‌دهنده وضعیت سلامتی بدتر در آزمودنی‌ها است) و پس از آن گروه کنترل بالاترین میانگین نمره تفاوت را داشت (۰/۴۰-).

جدول ۳ خلاصه یافته‌های آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری مربوط به اثر بین آزمودنی‌های خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه سلامت عمومی در بین گروه‌های هم‌زمان، فردی و کنترل (N=۴۸)

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معنی‌داری
علایم جسمانی	۸۹۵/۵۸	۲	۱۸/۱۵	۰/۰۰۱
اضطراب	۹۸۶/۹۷	۲	۱۱/۳۴	۰/۰۰۱
ناکارآمدی اجتماعی	۷۴۴/۱۷۵	۲	۱۹/۳۴	۰/۰۰۱
افسردگی	۹۸۷/۴۵	۲	۸/۳۷	۰/۰۰۱
شاخص کلی	۳۳۲/۸۹	۲	۱۶/۰۹	۰/۰۰۱

در شاخص اضطراب نیز بالاترین میانگین نمره تفاوت مربوط به گروه درمان هم‌زمان بود (۱۱/۷۵-) و پس از آن به ترتیب گروه کنترل (۱/۹۵-) و گروه درمان فردی (۰/۶۳-) بالاترین میانگین نمرات تفاوت را داشتند. در شاخص ناکارآمدی اجتماعی نیز ابتدا گروه درمان هم‌زمان با میانگین نمرات تفاوتی برابر با ۴/۸۳- قرار داشت و پس از آن به ترتیب گروه کنترل با میانگین نمره تفاوتی برابر با ۴/۸۰- و گروه درمان فردی با میانگین نمره تفاوتی برابر با ۰/۹۴- قرار داشت. در شاخص افسردگی نیز گروه درمان هم‌زمان بالاترین میانگین نمره تفاوت را دارا بود (۱/۹۲-) و پس از آن گروه کنترل با میانگین نمره تفاوتی برابر با (۱/۳۵-) و گروه درمان فردی با میانگین نمره تفاوتی برابر با ۰/۳۸- قرار داشت. جهت مشخص نمودن این که آیا الگوی تغییرات میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های سه‌گانه متفاوت است یا نه، آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری صورت گرفت که نتایج نشان‌دهنده معنی‌دار بودن آزمون ویلکز (p=۰/۰۰۱ و W=۰/۰۸) بود. به عبارت دیگر، نیمرخ تغییرات میانگین زیرمقیاس‌های پرسش‌نامه سلامت روان عمومی در میان این سه گروه، تفاوت معنی‌داری داشت.

اطلاعات جدول ۳ نشان می‌دهد که آزمون F مربوط به اختلاف میانگین نمرات تفاوت در گروه‌های درمان هم‌زمان، فردی و کنترل در میانگین تغییرات زیرمقیاس‌های علایم جسمانی، اضطراب، ناکارآمدی اجتماعی، افسردگی و شاخص کلی پرسش‌نامه سلامت روان عمومی معنی‌دار است (p<۰/۰۱). در مرحله بعد، به منظور مشخص کردن تفاوت بین گروه‌های سه‌گانه از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. یافته‌های این آزمون نشان داد که تغییرات میانگین گروه درمان هم‌زمان، در تمام خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه

فهرست نشانگان بیماری محاسبه شد و سپس معناداری این نمرات تفاوت با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) در بین سه گروه درمان هم‌زمان، فردی و گروه کنترل مورد آزمون قرار گرفت. نمرات تفاوت مربوط به زیرمقیاس‌های مختلف پرسش‌نامه سلامت روان عمومی در جدول ۲ آرایه شده است.

جدول ۱ خلاصه یافته‌های توصیفی و نتایج آزمون تحلیل واریانس بین شاخص‌های کلی پرسش‌نامه سلامت عمومی و فهرست نشانگان گروه‌های درمانی هم‌زمان، فردی و گروه کنترل

شاخص کلی	گروه	میانگین	SD	منبع تغییر آزادی	درجه نسبت F	سطح معنی‌داری
سلامت عمومی	هم‌زمان	۱۴/۷۷	۴/۰۴	بین گروهی	۲	۰/۱۲
	فردی	۱۲/۱۰	۴/۰۴	درون گروهی	۳۳	۱/۶۶
	کنترل	۱۵/۳۱	۴/۶۱			
فهرست نشانگان بیماری	هم‌زمان	۱/۵۹	۰/۶۲	بین گروهی	۲	۰/۵۱
	فردی	۱/۸۲	۰/۶۷	درون گروهی	۳۳	۰/۶۹
	کنترل	۱/۸۸	۰/۶۶			

جدول ۲ خلاصه یافته‌های توصیفی تغییرات میانگین خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه سلامت عمومی در گروه‌های درمانی هم‌زمان، فردی و گروه کنترل (N=۴۸)

خرده‌مقیاس	گروه‌ها	میانگین تغییرات	انحراف استاندارد
علایم جسمانی	هم‌زمان	-۹/۸۳	۷/۱۸
	فردی	۰/۶۹	۳/۶۵
	کنترل	-۰/۴۰	۴/۲۵
اضطراب	هم‌زمان	-۱۱/۷۵	۹/۷۰
	فردی	-۰/۶۳	۵/۲۹
	کنترل	-۱/۹۵	۵/۱۵
ناکارآمدی اجتماعی	هم‌زمان	-۴/۸۳	۴/۱۵
	فردی	-۰/۹۴	۲/۷۹
	کنترل	-۴/۸۰	۵/۴۳
افسردگی	هم‌زمان	-۱۰/۹۲	۹/۳۶
	فردی	۰/۳۸	۶/۶۵
	کنترل	-۱/۳۵	۷/۳۵
شاخص کلی	هم‌زمان	-۱۹/۶۵	۱۹/۵۷
	فردی	-۰/۳۴	۳/۵۵
	کنترل	-۰/۵۱	۳/۵۴

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در شاخص علایم جسمانی، گروه درمان هم‌زمان بالاترین میانگین نمره تفاوت (تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون) را دارا بود (۹/۸۳-) که علامت منفی مربوط به شیوه نمره‌گذاری این آزمون است

جدول ۲) و این اختلاف تغییرات در تمام این خرده‌مقیاس‌ها معنی‌دار است. درحالی‌که درمان فردی فقط در دو خرده‌مقیاس ناکارآمدی اجتماعی و افسردگی تفاوت معنی‌دار در تغییرات میانگین نشان می‌دهد.

جدول ۴) خلاصه یافته‌های توصیفی تغییرات میانگین خرده‌مقیاس‌های آزمون فهرست نشانگان بیماری در گروه‌های درمانی هم‌زمان، فردی با گروه کنترل (N=۴۸)

خرده‌مقیاس	گروه‌ها	میانگین تغییرات	انحراف استاندارد
شکایات جسمانی	هم‌زمان	-۰/۸۹	۰/۸۳
	فردی	-۰/۱۵	۰/۸۹
	کنترل	۰/۶۶	۰/۹۱
وسواس	هم‌زمان	-۰/۴۳	۰/۵۶
	فردی	-۰/۱۲	۰/۸۲
	کنترل	۰/۶۱	۰/۸۶
حساسیت در روابط بین فردی	هم‌زمان	-۰/۷۳	۰/۷۳
	فردی	-۰/۰۶	۰/۸۵
	کنترل	۰/۴۸	۰/۷۷
افسردگی	هم‌زمان	-۰/۷۶	۰/۶۳
	فردی	-۰/۷۲	۰/۹۶
	کنترل	۰/۶۱	۰/۹۲
اضطراب	هم‌زمان	-۰/۹۶	۱/۲۰
	فردی	-۰/۰۳	۰/۹۲
	کنترل	۰/۷۱	۰/۸۹
پرخاشگری	هم‌زمان	-۰/۶۴	۰/۸۱
	فردی	-۰/۲۱	۱/۰۴
	کنترل	۰/۴۰	۰/۸۳
ترس مرضی	هم‌زمان	-۰/۲۹	۰/۶۲
	فردی	-۰/۱۱	۰/۶۴
	کنترل	۰/۴۷	۰/۶۵
افکار پارانوئیدی	هم‌زمان	-۰/۴۳	۰/۷۰
	فردی	۰/۰۱	۰/۶۸
	کنترل	۰/۵۸	۰/۷۶
روان‌گسستگی	هم‌زمان	-۰/۵۵	۰/۷۳
	فردی	-۰/۰۷	۰/۶۹
	کنترل	۰/۷۰	۰/۸۳

مقایسه گروه درمان هم‌زمان و گروه درمان فردی نیز نشان می‌دهد که فقط در میزان تغییرات میانگین این دو گروه در خرده‌مقیاس ناکارآمدی تفاوت معنی‌دار وجود ندارد و در تمام این خرده‌مقیاس‌ها میزان تغییرات میانگین گروه درمان هم‌زمان بیشتر از گروه فردی بوده است. بنابراین می‌توان گفت که گروه درمانی هم‌زمان و درمان فردی توانسته‌اند مددجویان گروه نمونه را از نظر سلامت عمومی ارتقا بخشند، ولی ذکر این نکته نیز لازم است که میزان اثربخشی گروه درمانی هم‌زمان در مقایسه با درمان فردی بیشتر بوده است.

جدول ۵) خلاصه یافته‌های آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری مربوط به اثرهای بین آزمودنی‌های خرده‌مقیاس‌های فهرست نشانگان بیماری در بین گروه‌های درمانی هم‌زمان، فردی و کنترل (N=۴۸)

منبع تغییر	مجموع تغییرات	درجات آزادی	نسبت F	معنی‌دار
شکایات جسمانی	۱۷/۸۹	۲	۱۱/۳۲	۰/۰۰۱
وسواس	۸/۹۸	۲	۷/۲۵	۰/۰۰۱
حساسیت در روابط بین فردی	۱۰/۴۰	۲	۸/۲۷	۰/۰۰۱
افسردگی	۱۳/۸۰	۲	۹	۰/۰۰۱
اضطراب	۱۹/۹۹	۲	۱۰/۴۱	۰/۰۰۱
پرخاشگری	۸/۰۹	۲	۴/۱۷	۰/۰۰۱
ترس مرضی	۵/۱۰	۲	۶/۲۲	۰/۰۰۱
افکار پارانوئیدی	۷/۶۶	۲	۷/۳۸	۰/۰۰۱
روان‌گسستگی	۱۲/۱۴	۲	۱۰/۵۲	۰/۰۰۱

نتایج مربوط به مقایسه سه گروه درمان هم‌زمان، فردی و کنترل بر اساس زیرمقیاس‌های فهرست نشانگان بیماری در جدول ۴ آورده شده است. جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون مددجویان گروه درمان هم‌زمان در کلیه خرده‌مقیاس‌های فهرست نشانگان بیماری بالاتر از میانگین تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون زندانیان گروه درمان فردی و گروه کنترل است. همچنین مشاهده می‌شود که میانگین تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون زندانیان گروه درمان فردی در کلیه شاخص‌های این فهرست (به غیر از شاخص افکار پارانوئیدی) بالاتر از میانگین تفاوت این نمرات در زندانیان گروه کنترل است. بایستی توجه داشت که نمره‌گذاری آزمون فهرست نشانگان بیماری به گونه‌ای است که نمره کمتر، نشان‌دهنده نشانگان کمتر بیماری و نمره بالاتر، نشان‌دهنده نشانگان بیشتر بیماری است. لذا میانگین‌های نمرات تفاوت منفی در جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین نمرات آزمودنی‌ها در پس‌آزمون کمتر از پیش‌آزمون بوده و بالعکس، مقادیر مثبت میانگین‌های نمرات تفاوت نشان می‌دهند که میانگین نمرات آزمودنی‌ها در پس‌آزمون بالاتر از پیش‌آزمون بوده است. در این مرحله نیز نتایج آزمون‌های چندمتغیری تحلیل واریانس، نشان‌دهنده معنی‌دار بودن آزمون ویلکز ($p < ۰/۰۱$) و $W = ۰/۵۰$ بود. به عبارت دیگر، نیمرخ تغییرات میانگین در خرده‌مقیاس‌ها متفاوت است. لذا به‌منظور مشخص نمودن این که تفاوت‌ها در کدام زیرمقیاس هستند، ادامه تحلیل و بررسی اثرها، بین آزمودنی‌های خرده‌مقیاس‌ها صورت گرفت که نتایج نشان داد تفاوت سه گروه درمان هم‌زمان، فردی و کنترل در شاخص‌های نه‌گانه فهرست نشانگان بیماری در سطح $p < ۰/۰۱$ معنی‌دار است.

سال محکومیت مورد بررسی قرار دادند. آنها دریافتند زندانیان گروه آزمایشی که در جلسات گروه درمانی شناختی- رفتاری شرکت کرده بودند، نسبت به زندانیان گروه کنترل که هیچگونه مداخله‌ای را دریافت نکرده بودند، بعد از مداخله وضعیت روان شناختی بهتر و میزان محکومیت مجدد کمتری داشتند [۱۲].

ایرلند نیز طی طرحی آزمایشی کارآیی برنامه مداخله‌ای کنترل خشم را در وضعیت روان شناختی زندانیان پسر نوجوان مورد بررسی قرار داد و دریافت که زندانیان نوجوان گروه آزمایشی بعد از آموزش مهارت‌های شناختی- رفتاری برای کنترل خشم، وضعیت روان شناختی بهتری نسبت به زندانیان گروه کنترل داشتند [۱۴]. نتایج پژوهش اُارت و همکاران نیز نشان دادند که مداخله ساختاریافته گروهی شناختی- رفتاری نقش موثری در بهبود وضعیت روان شناختی زندانیان مرد دارد [۱۵]. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که شیوه درمان هم‌زمان کارآیی و تاثیر بیشتری نسبت به شیوه درمان فردی دارد. یکی از دلایل احتمالی تاثیر بیشتر درمان هم‌زمان در کاهش نشانگان روان شناختی زندانیان مرد این است که محیط زندان، محیطی است که بیش از هر محیط دیگری نیاز به داشتن مهارت‌های برقراری ارتباط، حل مسایل بین فردی و مهارت‌های مقابله‌ای بین فردی از جمله مهارت‌های جرات‌ورزی دارد و کلیه این مهارت‌ها طی جلسات آموزش گروهی به زندانیان گروه درمان هم‌زمان آموزش داده شده است؛ لذا احتمالاً زندانیان این گروه هم از طریق تاثیر پویایی‌های گروهی و هم از طریق به‌کارگیری این فنون در محیط زندان قادر به حل بهتر مشکلات بین فردی خود شده‌اند و در نتیجه کمتر دچار مشکلات روان شناختی چه از نوع درونی‌سازی (نظیر افسردگی، اضطراب، وسواس و غیره) چه از نوع بیرونی‌سازی (نظیر خشم، پرخاشگری و غیره) شده‌اند.

عدم بازگشت به زندان هیچ یک از افراد گروه‌های درمانی هم‌زمان و فردی نیز نشان از کارآیی و اثربخشی این نوع مداخله‌ها دارد. بدین معنی که این مداخله‌ها توانسته‌اند با تاثیر در این افراد، احتمال بروز مشکلات قضایی و اجتماعی آنها را کاهش داده و عدم درگیری این افراد را با سازمان‌های انتظامی و قضایی موجب شوند.

این یافته‌ها همسو با یافته‌های فایانو و همکاران [۲۷]، پروپورینو و رایبسون [۲۸]، رایبسون [۱۸] و رایبسون و پروپورینو [۲۹] است که نشان دادند مداخله‌های شناختی- رفتاری استدلال و توانبخشی، از بازگشت مجدد افراد مجرم به زندان جلوگیری به عمل می‌آورند.

نتیجه‌گیری

این پژوهش تلویحات نظری و کاربردهای عملی چندی را به دنبال دارد. از تلویحات نظری آن می‌توان به تاثیر ایجاد بینش و تغییر نگرش و تسهیل مهارت‌سازش یافته در افراد اشاره نمود که احتمال رفتارهای ناسازگارانه را پایین می‌آورد. این امر در نظریه‌های مختلف روان شناختی و روان درمانگری مورد تاکید قرار گرفته است. به‌علاوه

جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت سه گروه درمان هم‌زمان، درمان فردی و گروه کنترل در شاخص‌های نه‌گانه فهرست نشانگان بیماری در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. در ادامه به‌منظور مشخص نمودن این که چه گروه‌هایی در هر یک از خرده‌مقیاس‌ها دارای تفاوت معنی‌دار هستند نیز آزمون تعقیبی بونفرونی (آزمون مقایسه‌های چندگانه) استفاده شد که نتایج آن نشان داد که در تمام خرده‌مقیاس‌های فهرست نشانگان بیماری گروه درمان هم‌زمان نسبت به گروه کنترل تغییرات میانگین بیشتری را شاهد بوده است (ر.ک. جدول ۴).

مقایسه درمان فردی با گروه کنترل نیز نشان از تغییرات بیشتر این گروه در برخی خرده‌مقیاس‌ها (شکایات جسمانی، وسواس، ترس مرضی و روان‌گسستگی) نسبت به گروه کنترل دارد. بررسی تفاوت‌های گروه درمان هم‌زمان با گروه درمان فردی نیز نشانگر این موضوع است که این دو درمان، به‌جز در دو خرده‌مقیاس، اثربخشی تقریباً همسان داشته‌اند و از این نظر با هم تفاوت معنی‌داری ندارند. بنابر یافته‌های حاصل می‌توان ذکر کرد که بر اساس فهرست نشانگان بیماری، هر دو شیوه درمانی (هم‌زمان و فردی) اثربخشی لازم را داشته و نشانگان بیماری مددجویان بهره‌گیرنده از این نوع درمان‌ها را کاهش داده‌اند. البته این نکته نیز بایستی ذکر شود که در برخی زیرمقیاس‌ها، اثربخشی درمان هم‌زمان بیشتر از درمان فردی است. در مجموع، یافته‌های حاصل از پرسش‌نامه سلامت عمومی و فهرست نشانگان بیماری نشان‌دهنده اثربخشی درمان‌های شناختی- رفتاری چه به صورت هم‌زمان و چه به صورت فردی در بهبود سلامت روان عمومی و کاهش نشانگان روان شناختی زندانیان مرد است. با این حال نتایج نشان داد که درمان‌های هم‌زمان اثربخشی بیشتری نسبت به درمان فردی دارند. البته لازم به ذکر است انجام پیگیری مددجویان آزادشده از گروه‌های درمان هم‌زمان و فردی و گروه کنترل از کلیه زندان‌های کشور نشان داد که پس از گذشت حدود ۸/۵ ماه از آزادی، از اعضای گروه‌های درمانی هم‌زمان و فردی بازگشتی به زندان رخ نداده است؛ و این درحالی است که در حدود ۱۵ درصد افراد گروه کنترل در این مدت بازگشت داشته‌اند [۲۴].

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که اگرچه هر دو شیوه درمان هم‌زمان و درمان فردی، درمان موثری برای کاهش نشانگان روان شناختی زندانیان مرد هستند، اما میزان اثربخشی شیوه درمان هم‌زمان بیشتر از درمان فردی است. این نتایج با نتایج پژوهش‌های صورت گرفته توسط فرندشیپ و همکاران [۱۲] ایرلند [۱۴] اُارت و همکاران [۱۵] هم‌سویی دارد. فرندشیپ و همکاران نیز طی طرحی آزمایشی، میزان اثربخشی برنامه‌های شناختی- رفتاری را در کاهش نشانگان روان شناختی و میزان ارتکاب جرم مجدد زندانیان مرد با ۲

10- Crighton D, Towel G. Psychology in probation. UK: The British Psychological Society and Blackwell Publishing Ltd; 2005.

11- Towel G. Psychology in prisons. UK: The British Psychological Society and Blackwell Publishing Ltd; 2003.

12- Friendship C, Blud L, Erikson M, Thorton D. Cognitive-behavioral treatment for imprisoned offenders: An evaluation of HM prisons service's cognitive skills programs. *Leg Criminol Psychol.* 2003;8:103-17.

13- McGuire J. An introduction to theory and research: Cognitive-behavioral approaches. HM Inspectorate of Probation Report. London: Home Office; 2000.

14- Ireland JL. Anger management therapy with young male offenders. *Aggres Beh.* 2004;30(2):174-85.

15- Ovaert LB, Cashel ML, Sewell KW. Structured group therapy for posttraumatic stress disorders in concreted male juveniles. *Am J Orthopsychiat.* 2003;73(3):151-62.

16- Porporino FJ, Robinson D. Programming in cognitive skills. In: Hollin CR, editor. *Handbook of offender assessment and treatment.* Chichester: Wiley; 2001. p. 179-93.

17- Ross RR, Fabiano EA, Ewles CD. Reasoning and rehabilitation. *Int J Offend Therapy Comparat Criminol.* 1988;32:29-36.

18- Robinson D. 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; 1995.

19- Flashaw L, Bates A, Pate A, Pate V, Corbet C, Friendship C. Assessing reconviction, reoffending and recidivism in a sample of UK sexual offenders. *Legal Criminol Psychol.* 2004;8:207-15.

۲۰- دادستان پریخ. روان‌شناسی جنایی. تهران: انتشارات سمت؛ ۱۳۸۲.

۲۱- تقوی سیدمحمدرضا. بررسی روایی و پایایی پرسش‌نامه سلامت عمومی.

مجله روان‌شناسی. ۱۳۸۰؛۱۸(۲۰):۹۴-۳۸۱.

۲۲- میرزایی رقیه. ارزیابی روایی و پایایی آزمون SCL-90-R در ایران [پایان- نامه کارشناسی‌ارشد منتشر نشده]. دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه تهران؛ ۱۳۵۹.

۲۳- هومن عباس. استانداردسازی پرسش‌نامه عمومی بر روی دانشجویان دوره‌های کارشناسی دانشگاه تربیت معلم [طرح پژوهشی]. مؤسسه تحقیقات تربیتی؛ ۱۳۷۶.

۲۴- تجاریان بهمن، داودی ایران. ساخت و اعتباریابی SCL-۲۵ (فرم کوتاه‌شده SCL-90-R). مجله روان‌شناسی. ۱۳۸۰؛۱۸(۱۸):۴۹-۱۳۶.

25- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC: APA; 2000.

۲۶- خدایاری فرد محمد، سهرابی فرامرز، شکوهی یکتا محسن، غباری‌ناب باقر، به‌پژوه احمد، فقیهی علی‌نقی و همکاران. روان‌درمانگری و توان‌بخشی زندانیان و بررسی اثربخشی آن در زندان رجایی‌شهر. تهران: سازمان زندان‌های استان تهران؛ ۱۳۸۶.

27- Fabiano E, Robinson D, Porporino F. A preliminary assessment of the cognitive skills training program: A component of living skills programming. Program description, research findings and implementation strategy. Ottawa, Canada: Correctional Service Canada; 1990.

28- Porporino FJ, Robinson D. An evaluation of the reasoning and rehabilitation program with Canadian federal offenders. In: Ross RR, Ross RD, editors. *Thinking straight: The reasoning and rehabilitation programs for delinquency prevention and offender rehabilitation.* Ottawa, Canada: AIR; 1995. p. 155-91.

29- Robinson D, Proporino F. Programming in cognitive skills: The reasoning and rehabilitation program. In: Hollin CR, editor. *The essential handbook of offender assessment and treatment.* Chichester, UK: Wiley; 2004.

این نتایج ضرورت راه‌اندازی کلینیک‌های روان‌درمانگری و ارایه خدمات روان‌شناختی فردی و علی‌الخصوص خدمات روان‌شناختی گروهی توسط روان‌شناسان زندان به زندانیان را به متخصصان و علاقه‌مندان به این حوزه و دست‌اندرکاران جامعه گوشزد می‌نماید.

به دلیل اینکه در پژوهش حاضر مجموع زمان‌های اختصاص داده‌شده به درمان در دو گروه درمان هم‌زمان و درمان فردی، تفاوت نسبتاً زیادی از هم داشت، که می‌تواند مقایسه نتایج حاصل از این دو نوع درمان را تا حدودی دچار مشکل نماید، لذا توصیه می‌گردد در مطالعات بعدی که برای مقایسه این دو نوع مداخله طراحی می‌گردد زمان اختصاص‌یافته برای این دو نوع درمان تا حدودی یکسان در نظر گرفته شوند. از جمله محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر، انتخاب آزمودنی‌ها با توجه به دو ملاک میزان تحصیلات و مدت محکومیت و حبس بوده است؛ لذا نتایج پژوهش حاضر قابلیت تعمیم به زندانیان دارای تحصیلات پایین‌تر از راهنمایی یا بی‌سواد را ندارد. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های بعدی ضمن انتخاب گروه نمونه از بین کلیه زندانیان بدون توجه به سطح تحصیلات و میزان محکومیت آنان، کارآیی رویکردهای مختلف درمانی در کاهش میزان ارتکاب مجدد به جرم نیز مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی: در پایان لازم است از سایر همکاران طرح آقایان دکتر ایرج اسماعیلی، دکتر علی اصغر احمدی، دکتر محمدعلی بشارت، دکتر احمد به‌پژوه، دکتر محسن شکوهی یکتا، دکتر علی فقیهی و دکتر مرتضی متولی خامنه به خاطر زحمات بی‌دریغ‌شان تشکر و قدردانی شود.

منابع

- 1- Andrews DA, Bonta JL. The psychology of criminal conduct. Cincinnati, Ohio: Anderson; 1994.
- 2- Department of Health. Major mental health publicity chomping to reduce discrimination. London: Department of Health; 2001.
- 3- Lamb HR, Weinberger LE. Persons with severe mental illness in jails and prisons: A review. *Psychiat Services.* 1998;49:438-92.
- 4- Chiles JA, Miller ML, Cox GB. Depression in adolescent delinquent population. *Arch General Psychiat.* 1980;37:1179-84.
- 5- Richards I. Psychaitric disorders among adolescents in custody. *Austral N Zealand J Psychiat.* 1998;30:788-93.
- 6- Bickel R, Campbell A. Mental health of adolescents in custody: The use of the adolescent psychopathology scale in a tasmanian context. *Austral N Zealand J Psychiat.* 2002;36:603-9.
- 7- Burdekin B. Report of the national inquiry into human rights of people with mental illness. Canberra: Australia Government Printing Service; 1993.
- 8- O'conner FW, Lovell D, Brown L. Implementing residential treatment for prison inmates with mental illness. *Arch Psychiat Nurs.* 2002;XVI(5):232-8.
- 9- McShane MD. The bus stop revisited: Discipline and psychiatric patients in prison. *J Psychiat Law.* 1989;17:413-33.