

## مقایسه اثربخشی شفقت درمانی و واقعیت درمانی بر امید به زندگی مردان زندانی

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۲/۲۰ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۳/۲۸

### خلاصه

**مقدمه:** کمبود امید به زندگی زندانیان یکی از مسائل روانی در این افراد است و مرور پژوهش‌ها نشان از شکاف پژوهشی در زمینه درمان‌های موثر بر آن دارد. از این رو این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی شفقت درمانی و واقعیت درمانی بر امید به زندگی مردان زندانی انجام شد.

**روش کار:** این پژوهش با استفاده از روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. از جامعه آماری مددجویان مرد زندان شهرستان الیگودرز، تعداد ۴۵ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با روش تصادفی در سه گروه جایگزین شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه امید به زندگی - میلر و پاورز (۱۹۸۸) بود. برای تحلیل داده‌های پژوهش از کواریانس و آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد.

**نتایج:** یافته‌های پژوهش نشان داد که هر دو روش شفقت درمانی و واقعیت درمانی بر افزایش امید به زندگی مردان زندانی تاثیر معنی‌دار داشت ( $p \leq 0/001$ )؛ آزمون بن فرونی نشان از این داشت که روش شفقت‌درمانی موثرتر از روش واقعیت‌درمانی بود ( $p \leq 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** با وجود موثر بودن هر دو روش واقعیت‌درمانی و شفقت‌درمانی بر افزایش امید به زندگی مردان زندانی، استفاده از روش شفقت‌درمانی به دلیل اثربخشی بیشتر پیشنهاد می‌شود.

**کلمات کلیدی:** شفقت‌درمانی، واقعیت‌درمانی، امید به زندگی، مردان زندانی

احمدعلی تاج‌دین<sup>۱</sup>

سید علی آل یاسین<sup>۲\*</sup>

حسن حیدری<sup>۳</sup>

حسین داودی<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup>دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران

<sup>۲</sup>استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی، آشتیان، ایران

<sup>۳</sup>دانشیار، گروه مشاوره و روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران

<sup>۴</sup>استادیار، گروه مشاوره و روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران

Email: Aleyasin-psychology@yahoo.com

## مقدمه

زندگی در زندان به دلیل ویژگی‌های خاص، آن را از سایر محیط‌های اجتماعی و اصلاحی متمایز می‌سازد. نام زندان تداعی کننده وضعیت دشوار و سختی است که یادآور محیطی استرس آور و وحشت‌زا است (۱). زندگی در این محیط غیرعادی و غیرطبیعی با ویژگی‌های فیزیکی محدود با دیوارهای بلند، نگهداری برخلاف میل و اراده همراه با از دست دادن آزادی، دوری طولانی مدت از جامعه و خانواده سبب ضربه‌ها و آسیب‌های عمیق روان‌شناختی می‌شود که همگی با از سلامت روانی همراه و نمایان می‌شود (۲).

زندانیان به دلیل شرایط خاص زندان، فشارهای ناشی از آن و به یدک کشیدن برجسب مجرمی، حتی پس از آزادی از زندان، از مشکلات روانی مانند استرس، پرخاشگری، هیجانات منفی، اختلال در کارکرد اجتماعی و تغییر سبک زندگی رنج می‌برند. بسیاری از صاحب‌نظران برآن‌اند که محکومین وارد شده به زندان از همان آغاز ورود با مشکلات ناشی از افسردگی، اضطراب و پرخاشگری دست‌وپنجه نرم می‌کنند. به همین دلیل برخی زندان را مکانی برای آموزش نابهنجاری اجتماعی و مکانی برای آموزش شیوه‌های جدید قانون‌گریزی به زندانیان دیگر معرفی کرده‌اند (۳). این امر باعث ایجاد تحقیقاتی مبنی بر اثرات گسترده زندان بر زندانی شده است. به عنوان مثال، تحقیقات نشان می‌دهد که زندان بر کارکرد خانواده شامل روابط صمیمانه، رفتار فرد زندانی، جدایی و از هم‌پاشیدگی زندگی زندانیان نقش دارد (۴ و ۵).

بر مبنای گزارشاتی که در دو دهه‌ی اخیر انتشار یافته است افراد زندانی به‌طور قابل توجهی میزان بالاتری از اختلال‌های روانی را در مقایسه با جمعیت عادی در سطح جامعه تجربه می‌نمایند؛ زیرا زندانی بودن می‌تواند اثرات روانی مهمی بر روی آنان داشته باشد (۶). در زمینه مشکلات خلقی و اضطرابی (۷)، افکار خودکشی (۸)، اختلال‌های شخصیتی (۹) و اختلال استرس پس از سانحه (۱۰) مطالعات متعددی در بین افراد زندانی انجام شده است اما در زمینه امیدواری در این افراد مطالعات چندانی انجام

نشده است. این در حالی است که تصور برخورداری از سلامت روانی بدون امیدواری به زندگی ممکن نخواهد بود (۱۱). می‌توان گفت از مباحثی که ممکن است در دوران اسارت و زندان برای زندانی پیش آید احساس ناامیدواری و از دست دادن امید به زندگی است. فقدان استقلال، خودمختاری و عدم احساس آزادی، به ناامیدی و درماندگی فرد منجر می‌شود. زمانی که فرد زندانی کنترل خود را بر اتفاقات پیرامون خود از دست می‌دهد، احساس بی‌یاوری و کاهش اعتمادبه‌نفس می‌کند. بدین ترتیب، انگیزه زندگی کردن را از دست داده و دچار اختلالات شناختی، افسردگی و ناامیدی می‌شود. محیط زندان نیز ممکن است بر بروز چنین اختلالاتی تأثیرگذار باشد (۴). به عنوان مثال، نتایج مطالعاتی که در این زمینه در زندان مرکزی خرم‌آباد انجام شد نشان داد که ۶۴/۹۲ درصد از زندانیان ناامید و ۳۵/۸ درصد آن‌ها نسبت به آینده امیدوار بودند (۱۲). همچنین، نتایج نشان داد بین تغییر نگرش زندانیان، تعامل زندانیان با یکدیگر، نوع جرم ارتکابی زندانیان، تعهد به امور جاری زندگی و خانواده با امید به بازگشت به جامعه رابطه معناداری وجود دارد (۱۳).

تحقیقات بسیاری تأیید کرده‌اند که الگوی مهار و کنترل ناسازگاری در زندان برای کنترل و مهار اخلال و بی‌نظمی، با قوانین خشک و قهری از تأثیرگذاری کمتری برخوردار است (۱۴)؛ از این رو، یافتن درمان‌های مؤثر و راهبردهای پیشگیری از گسترش مشکلات زندانیان، یکی از خطوط عمده پژوهشی در این حیطه است. یکی از درمان‌هایی که از گسترش درمان شناختی-رفتاری شکل گرفته، درمان مبتنی بر شفقت است. این درمان با هدف کاهش درد، رنج، نگرانی و اضطراب ایجاد شده است (۱۵). در این روش درمانی افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند و بر چهار حوزه‌ی تجارب پیشین و تاریخچه‌ای، ترس‌های اساسی، راهکارهای احساس امنیت، پیامدها و نتایج پیش بینی نشده و غیرعمدی متمرکز است (۱۶). بنابراین، می‌توانند در گام اول، تجربه‌ی خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته

ادعان به مطالب بالا سؤال پژوهش حاضر این است که آیا بین اثربخشی شفقت درمانی با واقعیت درمانی بر امید به زندگی مردان زندانی تفاوت وجود دارد؟

### روش کار

روش این پژوهش از نوع نیمه تجربی آزمایشی و کاربردی بود که با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه انجام شد؛ جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مددجویان مرد زندان شهر الیگودرز در سال ۹۹-۱۳۹۸ بود که براساس آمار داده شده به وسیله مسئولین زندان این جامعه ۲۰۹ نفر گزارش شد. لازم به ذکر است که این جامعه ثابت نمی ماند اما در زمان اجرای تحقیق این تعداد در بند زندان مردان حضور داشتند (N=209). از روش نمونه گیری هدفمند برای انتخاب افراد نمونه استفاده شد. فرایند نمونه گیری به این صورت بود که ابتدا به وسیله روانشناس بالینی حاضر در مرکز مشاوره زندان با مددجویان مرد مصاحبه بالینی ساختاریافته انجام شد و سپس، مددجویان مردی را که نمره برش لازم را در ابزار خود گزارشی استفاده شده (نمره پایین در پرسشنامه امید به زندگی یعنی نمره ۴۰) در تحقیق کسب می کردند، به عنوان نمونه انتخاب می شدند. بنابراین، در این تحقیق حجم نمونه با توجه به توان آماری، سطح آلفای ۰/۰۵ و اندازه اثر ۰/۸ و نیز، با توجه به اینکه تعداد اعضای گروه در گروه درمانی استاندارد و با رویکردهای درمانی مختلف ۱۲ الی ۱۵ نفر ذکر شده است (۲۳)، تعداد استاندارد برای هر گروه مداخله انتخاب شد؛ به این صورت که ۴۵ نفر انتخاب و به شکل تصادفی در سه گروه (گروه آزمایش ۱=شفقت درمانی، ۱۵ نفر؛ گروه آزمایش ۲=واقعیت درمانی، ۱۵ نفر و گروه گواه، ۱۵ نفر) گمارش شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از تمایل و رضایت آزمودنی (مددجویان) جهت مشارکت در پژوهش، کسب نمره برش در پرسشنامه خود گزارشی مورد استفاده در پژوهش، سواد خواندن و نوشتن و تکمیل کامل پرسشنامه ها، دامنه سنی ۲۰ الی ۴۵ سال و طی مدت زمان مشخصی در زندان (حداقل ۶ ماه الی ۴ سال)؛ ملاک خروج از پژوهش نیز عبارت بود از عدم رضایت و تمایل به

باشند، که از این نظر این درمان می تواند بر سایر درمان‌های روان‌شناختی برتری داشته باشد (۱۷).

در تمرینات خودشفقتی بر تن آرامی، ذهن آرامی، شفقت به خود و ذهن آگاهی تأکید می‌شود. در واقع، در این شیوه درمانی به جای تمرکز بر تغییر "خودآرزیابی" افراد، رابطه‌ی افراد با "خودآرزیابی" آن‌ها تغییر می‌یابد (۱۸). در همین زمینه، تحقیقات نشان داده‌اند که افراد با شفقت به خود در مقایسه با افراد فاقد شفقت به خود، از سلامت روانی بهتری برخوردارند، نمرات پایین‌تری در افسردگی و اضطراب دارند و به زندگی امیدوارتر هستند (۱۹).

از دیگر سو، نگاهی به روش‌های درمانی نشان می‌دهد رویکردی که برای طیف گسترده‌ای از موضوع‌ها، افراد و اختلال‌ها قابل استفاده است، واقعیت درمانی می‌باشد (۲۰). این روش درمانی امروزه مرکز توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است. واقعیت درمانی مجموعه‌ای از روش‌ها، تکنیک‌ها و ابزارهایی است که در جهت کمک به افراد برای حرکت از انتخاب‌های مخرب به انتخاب‌های سازنده، از رفتارهای ناکارآمد به رفتارهای کارآمد و مهم‌تر از همه از سبک زندگی ناخشنود به سبک زندگی خشنود است (۲۱).

واقعیت درمانی این امکان را فراهم می‌سازد که فرد خواسته‌ها، نیازها و رفتارهایش را مورد ارزیابی قرار دهد و در جهت رضای آن‌ها برنامه‌ریزی کند. برخلاف اهداف روان‌درمانی‌های بنیادی که به‌طور کلی دستیابی به بینش، درک ارتباطات و رسیدن به سطح بالاتری از خودآگاهی است، هدف ابتدایی واقعیت درمانی تغییر رفتاری است که پیامد ارضای یک نیاز بزرگ‌تر محسوب می‌شود. افراد به این دلیل وارد دوره‌های روان‌درمانی می‌شوند چون احساس می‌کنند در زندگی آن‌ها اشتباهی رخ داده است (۲۲). براین اساس، می‌بایست در زندان درمان‌هایی برای کاهش مشکلات روانی زندانیان و کسب مهارت‌های روان‌شناختی لازم برای بعد از ترک زندان اتخاذ شود، که بیشتر مبتنی بر بازآفرینی شخصیت تازه برای زندانیان باشد. به نظر می‌رسد شفقت درمانی و واقعیت درمانی بتوانند راه‌گشای درمانگران زندان‌ها و دست‌یابی به این هدف باشند. با

درماندگی است. نمره گذاری آن به صورت لیکرت ۵ درجه ای (گزینه کاملاً موافق= نمره ۵، گزینه موافقم= نمره ۴، گزینه نظری ندارم= نمره ۳، گزینه مخالفم= نمره ۲ و گزینه کاملاً مخالف= نمره ۱) انجام می شود. هرچه نمره اکتسابی فرد بالا باشد، بیانگر میزان امید به زندگی بالاتر در فرد می باشد. سازندگان مقیاس اعتبار آن را ۰/۶۱ و پایایی آن را با دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف به ترتیب برابر با ۰/۹۰ و ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. در پژوهش ابوالقاسمی، ساعدی و موری نجف‌آبادی (۲۴) برای تعیین پایایی مقیاس از دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف استفاده شده است که به ترتیب برابر با ۰/۹۰ و ۰/۸۹ بوده است. همچنین، برای تعیین روایی این مقیاس از نمره پرسش ملاک استفاده شده است که نمره کل مقیاس با نمره پرسش ملاک همبسته شده است و رابطه بین این دو، مثبت و معنادار بوده است. پورعبدل، عباسی، پیرانی و عباسی (۲۵) نیز در پژوهشی پایایی این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۱ گزارش کرده است.

شرکت در اجرای پژوهش (خود مددجو یا مسئولین زندان)، غیبت بیش از ۲ جلسه از حضور در جلسات آموزشی-درمانی، ارتکاب جرایم سازمان یافته از قبیل قتل یا تجاوز به عنف و دریافت حکم اعدام و دریافت درمان روانشناختی (به فاصله زمان ۸ ماه اخیر) دارویی به دلیل هر یک از اختلالات روانپزشکی محور I و II و یا مشکلات طبی مزمن. با توجه به اینکه در این پژوهش از طرح‌های گروهی پیش‌آزمون و پس-آزمون استفاده شد و در این طرح‌ها تأثیر متغیر (مستقل) بر متغیر دیگر (وابسته) سنجیده شد، آنچه که اهمیت دارد، کنترل متغیرهای همگام است، روش آماری در این پژوهش تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی بود که با نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۵ انجام شد.

### ابزار پژوهش

**پرسشنامه امید به زندگی میلر و پاورز:** این پرسشنامه خود گزارشی در سال ۱۹۸۸ توسط میلر و پاورز تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۴۸ جنبه از حالت‌های امیدواری و

### جدول ۱. خلاصه جلسات شفقت درمانی (۱۶)

ردیف	خلاصه جلسات
جلسه اول	اجرای پیش‌آزمون-آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه جلسه اول درمانی، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و تمایز شفقت با تأسف برای خود.
جلسه دوم	توضیح و تشریح شفقت "اینکه شفقت چیست و چگونه می‌توان از طریق آن بر مشکلات فائق آمد". آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین جلسه دوم واریسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت.
جلسه سوم	آشنایی با خصوصیات افراد شفقت ورز، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه. آموزش افزایش گرمی و انرژی، ذهن آگاهی، پذیرش، خرد و قدرت، گرمی و عدم قضاوت.
جلسه چهارم	ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان «شفقت ورز» یا «غیرشفقت ورز» با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی جلسه چهارم و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن شفقت ورز»، ارزش شفقت، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران.
جلسه پنجم	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در جلسه پنجم زندگی روزمره و برای والدین، دوستان و آشنایان.
جلسه ششم	آموزش مهارت‌های شفقت به شرکت‌کنندگان در حوزه‌های توجه شفقت ورز، استدلال شفقت ورز، رفتار شفقت ورز، تصویرپردازی شفقت ورز، احساس شفقت ورز و ادراک شفقت ورز، ایفای نقش فرد در سه بعد وجودی خود انتقادگر، خود انتقاد شونده و خود شفقت ورز با استفاده از تکنیک‌های صندلی خالی گشتالت، پیدا کردن لحن و تن صدای خود انتقادگر و خود شفقت‌گر درونی هنگام گفتگوی درونی و مشابهت آن با الگوی گفتگوی آدم‌های مهم زندگی مانند پدر و مادر.
جلسه هفتم	پر کردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت ورز و رفتار شفقت ورز. پیدا کردن رنگ، مکان و موسیقی شفقت‌گر که اجزای

تصورپردازی های شفقت ورز می توانند باشند، کار بر روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه. آموزش تکنیک های تصورپردازی ذهنی شفقت ورز، تنفس تسکین بخش ریتمیک، ذهن آگاهی و نوشتن نامه شفقت ورز.	جلسه هشتم
جمع بندی و نتیجه گیری و پاسخ گویی به سئوالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای جلسه هشتم پس آزمون.	

## جدول ۲. خلاصه جلسات واقعیت درمانی (۲۶)

ردیف	خلاصه جلسات
جلسه اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، برقرار رابطه عاطفی میان اعضا و درمانگر، بحث در مورد اهداف و قوانین گروه، آشنایی اولیه با نظریه واقعیت درمانی گلاسر.
جلسه دوم	ابراز خوشحالی توسط درمانگر به هدف برقراری ارتباط، آموزش مفاهیم واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه گلاسر، معرفی چرایی و چگونگی صدور رفتار از سوی ما توضیح تفاوت و شباهت های بین انسان ها و ارائه نیازهای اساسی انسان مطابق نظر گلاسر (اهداف و طرح های زندگی همراه با بحث گروهی).
جلسه سوم	معرفی رفتار کلی و آشناسازی افراد گروه با ۴ مؤلفه رفتار کلی (فکر، عمل، احساس و فیزیولوژی) و جهت آشنایی زندانیان با چهار عمل مثال ماشین رفتار و چگونگی جایگاه چهار رفتار کلی در این ماشین رفتار برای آن ها توضیح داده شد و همچنین، از روش ایفای نقش برای تفهیم مسائل استفاده گردید (آینده نگری و تلاش برای اهداف شغلی، تحصیلی، ازدواج و ...).
جلسه چهارم	آشنایی، معرفی و توضیح تعارض های چهارگانه (بین چهار رفتار کلی به وجود می آید) و رفتارهای اجباری که با مثال های مختلفی مانند مشکلاتی که از زندگی بدون هدف، ناسازگاری و عدم کنترل هیجانات به وجود می آید زده خواهد شد (تنظیم هیجانات و بهبود و ارتقاء هیجانات).
جلسه پنجم	معرفی رفتارهای تخریب گر و سازنده در روابط و آموزش زندگی کردن در زمان حال و اینکه چگونه می توان دنیایی کیفی خود را تاب گیری مجدد کرد (جهت گیری دوباره به آینده در زمینه شغلی، تحصیلی و ازدواج در دوره بعد از آزادی از زندان).
جلسه ششم	شناخت نیازهای اساسی انسان از دیدگاه واقعیت درمانی و فهرست بندی نیازهای اساسی، با تلاش اعضا و کمک درمانگر، بررسی اهمیت برآوردن این نیازها (نقش نیازها در ناگویی هیجانی).
جلسه هفتم	بررسی تکالیف جلسه گذشته. توضیح در مورد اینکه برای رسیدن به هدف باید برنامه داشت. مشخص کردن برنامه رسیدن به راه حل های اعضا. معرفی ویژگی های برنامه. طرح و برنامه ریزی باید SMART باشد [معین (Specifities)، قابل اندازه گیری (Measurable)، قابل دستیابی (Attainable)، واقع گرایانه (Realistic) و زمان مشخص (Time-framed)].
جلسه هشتم	ضمن ارائه توضیحاتی درمورد رابطه ثمربخش و ارتباط آن با مفهوم بهزیستی به بیان خلاصه ای از تمام جلسات و آموزش در مورد برقراری ارتباط میان بهزیستی (هیجانی، روانی و اجتماعی) و مفاهیم موجود در نظریه انتخاب با همراهی ایده های اعضای شرکت کنندگان در جلسات در ضمن ارائه طرح هایی برای نگهداری اهداف جلسات مداخله و در پایان به دست آوردن بازخورد از شرکت کنندگان پیرامون طرح مداخله پرداخته شد.

## نتایج

در این پژوهش ۴۵ نفر مرد زندانی در سه گروه پژوهشی حضور داشتند که میانگین سنی گروه شفقت درمانی ۳۹/۰۰ (با انحراف معیار ۴/۲۸)، واقعیت درمانی ۳۹/۶۸ (با انحراف معیار ۴/۷۳) و گروه گواه ۳۸/۹۴ (با انحراف معیار ۳/۶۲) بود. آزمون کای دو، نشان داد که سه گروه آزمودنی ها از نظر متغیر سن (به سال) همگن، بودند و اختلاف معناداری نداشتند.

## جدول ۳. میانگین و انحراف معیار امید به زندگی آزمودنی ها به تفکیک گروه و مراحل سنجش

گروه	تعداد	پیش آزمون	پس آزمون
		انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین

شفقت درمانی	۱۵	۶۷/۶۵ ± ۴/۲۷	۷۲/۹۰ ± ۵/۰۹
واقعیت درمانی	۱۵	۶۹/۳۲ ± ۵/۱۴	۷۵/۴۰ ± ۵/۶۲
گواه	۱۵	۶۸/۴۱ ± ۴/۳۶	۶۶/۷۴ ± ۴/۲۲

در جدول شماره ۳ اطلاعات مربوط به متغیر امید به زندگی در مددجویان مرد ارائه شده است. همان طور که در جدول شماره ۴-۴ مشاهده می شود میانگین (± انحراف معیار) نمره متغیر امید به زندگی در افراد دریافت کننده شفقت درمانی از ۶۷/۶۵ (±) ۴/۲۷ در مرحله پیش آزمون به ۷۲/۹۰ (±) ۵/۰۹ در مرحله پس آزمون افزایش داشته است. میانگین (± انحراف معیار) نمره امید

به زندگی در افراد دریافت کننده واقعیت درمانی از ۶۹/۳۲ (±) ۵/۱۴ در مرحله پیش آزمون به ۷۵/۴۰ (±) ۵/۶۲ در مرحله پس آزمون افزایش داشته است؛ اما میانگین نمره این متغیر در افراد گروه گواه از مرحله پیش آزمون به مرحله پس آزمون تغییر محسوسی نداشته است (به ترتیب ۶۸/۴۱ در برابر ۶۶/۷۴).

#### جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره مربوط به نمره امید به زندگی در گروه‌های آزمایش و گواه در مرحله پس آزمون

مرحله	گروه‌ها	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	ضریب تأثیر (مجذور اتا)	توان آماری
پس آزمون	پیش آزمون	۱	۲۱۶/۱۹	۸/۱۲	۰/۰۲۱	۰/۴۱۷	۰/۸۸۹
	عضویت گروهی خطا	۳ ۴۲	۱۰۵۳/۱۱ ۱۹/۱۴	۲۳/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۶۶۶	۱/۰۰۰

همان طور که در جدول ۴ نشان داده شده است، پس از حذف تأثیر پیش آزمون بر متغیر وابسته (امید به زندگی) و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می شود که بین میانگین‌های تعدیل شده نمره امید به زندگی در مددجویان مرد بر حسب عضویت گروهی (گروه‌های آزمایش شفقت درمانی و واقعیت

درمانی و گواه) در مرحله پس آزمون ( $F=23/62$ ) تفاوت معنادار وجود دارد ( $P<0/0001$ ). بنابراین شفقت درمانی و واقعیت درمانی بر افزایش نمرات امید به زندگی در آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش در مرحله پس آزمون تأثیر داشته است.

#### جدول ۵. آزمون بونفرونی برای مقایسه میانگین سه گروه در امید به زندگی

گروه مداخله	شفقت درمانی		واقعیت درمانی		گروه گواه	
	تفاوت میانگین	P-Value	تفاوت میانگین	P-Value	تفاوت میانگین	P-Value
شفقت درمانی	-	-	۱/۱۳۶	۰/۰۰۳	۳/۰۹۴	۰/۰۰۱
واقعیت درمانی	-۱/۱۳۶	۰/۰۰۳	-	-	۱/۹۵۸	۰/۰۰۱
گروه گواه	-۳/۰۹۴	۰/۰۰۱	-۱/۹۵۸	۰/۰۰۱	-	-

در راستای تفاوت بین گروه‌ها و مقایسه زوجی میانگین‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. براساس نتایج جدول ۵،

روان درمانی به شیوه شفقت درمانی نسبت به واقعیت درمانی بر امید به زندگی مؤثرتر بوده است.

## بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی شفقت‌درمانی و واقعیت‌درمانی بر امید به زندگی مردان زندانی انجام شد. نتایج پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس نشان داد که در مرحله پس‌آزمون بین میانگین نمره گروه‌های آزمایش (شفقت‌درمانی و واقعیت‌درمانی) با گروه گواه در میانگین نمره امیدواری به زندگی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین، نتایج نشان داد که بین اثربخشی شفقت‌درمانی با واقعیت‌درمانی بر افزایش امید به زندگی تفاوت معناداری وجود دارد؛ به این صورت که شفقت‌درمانی بر افزایش امید به زندگی اثربخشی بیشتری در مقایسه با واقعیت‌درمانی دارد.

این یافته از پژوهش با نتایج مطالعات پیشین مانند نتایج مطالعه هانگ و همکاران (۲۷)، برات و همکاران (۲۸)، گاس و آلان (۲۹)، کاظم آبادی فراهانی و کرمی (۳۰)، سیدجعفری و همکاران (۳۱) همسو بود.

در تبیین این یافته مبنی بر اثربخشی واقعیت‌درمانی بر امید به زندگی می‌توان عنوان داشت که در طی جلسات با شرکت‌کنندگان سعی بر آن شد تا بر پرورش حس مسئولیت برای ارضای نیازهای بنیادین خود، رهایی از کنترل بیرونی و آشنایی با دنیای کیفی خود با استفاده از فن سؤال کردن برای اکتشافی عمل کردن تأکید شود و این مسئولیت‌پذیری و رسیدن به کنترل درونی به جای کنترل بیرونی و آشنا شدن با دنیای کیفی از طریق خودافشایی و در نتیجه شناخت هر چه بیشتر خود باعث افزایش امیدواری به زندگی در ابعاد گوناگون می‌گردد.

در واقع افزایش مشاهده شده در متغیر امیدواری در زندگی می‌تواند مربوط به انتظارات متفاوت و غیرواقع‌بینانه‌ای باشد که مردان زندانی درباره نحوه ارضای نیازهای اساسی و شدت این نیازها داشته‌اند. لذا با توجه به این مسأله اگر به افراد در مورد نیازهای اساسی آن‌ها آموزش داده شود، این آگاهی از نیازها و تلاش برای تأمین نیازهای خود می‌تواند بر رضایت آن‌ها از زندگی و امیدواری به زندگی اثر شگرفی بگذارد بنابراین به دنبال این آموزش می‌توان انتظار داشت که میزان امید به زندگی افراد بهبود یابد. از دیگر سو، در نتیجه، آموزش اصول نظریه

انتخاب، آگاهی دادن به افراد در مورد شدت نیازهای آن‌ها و ایجاد حس مسئولیت‌پذیری در افراد برای ارضای صحیح و مدیریت شده نیازهای خود می‌تواند نقش مهمی در ایجاد بهبود امیدواری به زندگی داشته باشد.

در طی جلسات گروهی سعی بر آن شد تا با استفاده از آموزش اصول اساسی واقعیت‌درمانی این امر تحقق یابد و با ایجاد حس مثبت در بین افراد از طریق روش‌های خودیاری (شیوه‌های تمرکز بر امور مثبت و مثبت‌اندیشی) باعث کاهش اضطراب و مدیریت عواطف و هیجانات منفی باشیم. پس به‌طور کلی می‌توان بر آورد نمود که با کاهش کنترل بیرونی، استفاده کمتر از عادات‌های مخرب خصلت کنترل بیرونی، توجه هر چه بیشتر نسبت به کنترل رفتار خود، استفاده از عادات‌های مهرورزی، افزایش آگاهی در مورد شدت نیازهای اساسی و ایجاد و پرورش حس مسئولیت در افراد برای ارضای نیازهای خود می‌تواند نقش مهمی در کنترل عواطف منفی و افزایش امیدواری به زندگی داشته باشد.

همچنین، در تبیین اثربخشی شفقت‌درمانی بر امید به زندگی و تأثیر بیشتر این روش در مقایسه با واقعیت‌درمانی می‌توان چنین گفت که وقتی افراد حس مهربانی را در خود درونی می‌کنند، برای تمامی رفتارهای مقابل و متقابلی که نسبت به آن وجود دارد رویکرد محبت‌آمیز و مهربانانه خواهند داشت. درمان متمرکز بر شفقت همانند یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل می‌کند و هیجانات و نگرش‌های منفی از جمله انتقام گرفتن را از فرد دور می‌سازد؛ در این رویکرد هیجانات منفی کاهش پیدا می‌کنند و هیجانات مثبت جایگزین خواهند شد. بنابراین، براساس این خودتنظیمی هیجانی، پذیرش خود و گذشت فرد افزایش پیدا می‌کند.

تبیین دیگر این یافته براساس نقش درمان متمرکز بر شفقت در افزایش جرأت‌مندی و بازطراحی معیارهای فردی توجیه‌پذیر است. به کمک درمان متمرکز بر شفقت فرد نسبت به گذشته جرأت‌مندتر شده و می‌تواند چرخه معیوب انتقاد نسبت به خویش و همچنین، ترسیم انتظارات سطح بالا از خود را مورد سؤال قرار دهد و با نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود،

اشتباه می‌شوند، احساسات منفی کمتری را تجربه می‌کنند (مؤلفه اشتراکات انسانی). از آنجا که بخش عمده‌ای از هیجانات منفی که افراد تجربه می‌کنند ناشی از نشخوارهای فکری است که به دنبال تجارب منفی در ذهن آن‌ها ایجاد می‌شود.

روش نمونه‌گیری غیرتصادفی یکی از محدودیت‌های اصلی پژوهش بوده که تعمیم یافته‌های پژوهش را محدود می‌نماید؛ این پژوهش محدود به مردان زندانی بود که همین امر موجب محدودیت در تعمیم نتایج می‌شود و از آنجا که ابزارهای پژوهش از نوع خودگزارشی بود لذا این تحقیق می‌تواند محدودیت مربوط به پرسشنامه داشته باشد. بهتر بود از روش‌های مصاحبه و مشاهده نیز در گردآوری داده‌ها استفاده می‌گردید. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به منظور تعمیم‌دهی بهتر نتایج از روش نمونه‌گیری تصادفی و به منظور تعمیم یافته‌های پژوهشی از مصاحبه و مشاهده نیز در کنار پرسشنامه استفاده شود؛ همچنین به منظور سنجش پایداری نتایج از آزمون پیگیری نیز استفاده شود. در نهایت پیشنهاد می‌شود مسئولان زندان و دست‌اندرکاران اصلاح و بازپروری افراد زندانی یک برنامه جامع تحت پوشش قرار دادن اکثریت افراد زندانی توسط برنامه‌های مبتنی بر اصول واقعیت‌درمانی و اصول شفقت‌ورزی به خود در نظر بگیرند.

معیارهای واقعی و توقعات قابل دستیابی را بازطراحی کند که مستلزم سختی و آزار نباشد. بنابراین، افزایش گذشت دور از انتظار نیست. صرف‌نظر از این تبیین‌ها، دیدگاه گیلبرت (۳۲) مبنی بر اینکه درمان متمرکز بر شفقت از طریق افزایش آگاهی درونی، پذیرش بی‌قید و شرط، همدلی و توجه مستمر بر احساسات درونی، به کاهش مشکلات روان‌شناختی مراجعان می‌انجامد، به عنوان تبیین کلی مدنظر قرار می‌گیرد.

در این بین درمانگر افراد را تشویق می‌کند تا افکار و هیجانات مربوط به یک فکر، احساس، رابطه و رفتار را به صورت کامل تجربه کنند بدون آن که آن‌ها را سرکوب کنند و در مورد آن قضاوت ارزشی کنند و هیجانات ثانویه مثل شرم، گناه، بی‌اعتمادی، سرزنش و تحقیر را بعد از تجربه این رفتار، فکر و احساس تجربه نمایند. افزون بر آن، یافته‌های این پژوهش تا حدی همخوان با مطالعاتی است که نشان می‌دهند وجود نگرش مشفقانه در افراد به آن‌ها کمک می‌کند میان خود و دیگران پیوند احساس کنند و به واسطه این احساس بر ترس از طرد و عدم سازگاری با شرایط موجود غلبه نمایند (نف و دام، ۲۰۱۵). بنابراین، افرادی که شفقت به خود بالاتری دارند در تجربه وقایع ناخوشایند مثل درگیر شدن با زندان با در نظر گرفتن اینکه انسان ممکن است خطا کنند و همه انسان‌ها مرتکب اشتباه و تصمیم

## Reference

1. Yi Y, Turney K, Wildeman C. Mental health among jail and prison inmates. *American journal of men's health*. 2017;11(4):900-9.
2. Lennox C, Kirkpatrick T, Taylor RS, Todd R, Greenwood C, Haddad M, Stevenson C, Stewart A, Shenton D, Carroll L, Brand SL. Pilot randomized controlled trial of the ENGAGER collaborative care intervention for prisoners with common mental health problems, near to and after release. *Pilot and feasibility studies*. 2018;4(1):15.
3. Ahmadi H, Ghenvati L. The Impact of Imprisoning the Drug Addition Crime Convict on the Condition of their Wive's Mental Health. *Journal of Applied Sociology*. 2011; 21 (1): 143-158.
4. Massoglia M, Pridemore WA. Incarceration and health. *Annual Review of Sociology*. 2015 Aug 14; 41:291-310.
5. Turney K, Wildeman C, Schnittker J. As fathers and felons: Explaining the effects of current and recent incarceration on major depression. *Journal of Health and Social Behavior*. 2012 Dec;53(4):465-81.
6. Tyler N, Miles HL, Karadag B, Rogers G. An updated picture of the mental health needs of male and female prisoners in the UK: prevalence, comorbidity, and gender differences. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2019;54(9):1143-52.
7. Alemayehu F, Ambaw F, Gutema H. Depression and associated factors among prisoners in Bahir Dar Prison, Ethiopia. *BMC psychiatry*. 2019;19(1):88.
8. Favril L, Vander Laenen F, Audenaert K. Psychiatrische morbiditeit bij gedetineerden in Vlaanderen. *Panopticon*. 2017;38(4):231-45.
9. McMurran M, Delight S. Processes of change in an offender personality disorder pathway prison progression unit. *Criminal Behaviour and Mental Health*. 2017;27(3):254-64.



10. Krammer S, Maercker A, Grosse MH, Gamma A, Liebreuz M. ICD-11 posttraumatic stress disorder (PTSD) in male prisoners. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*. 2019; 87(2):112-20.
11. Hulbert-Williams NJ, Storey L. Psychological flexibility correlates with patient-reported outcomes independent of clinical or sociodemographic characteristics. *Supportive Care in Cancer*. 2016;24(6):2513-21.
12. Safa M, Monazzami R. Investigating Hope for the Future in Khorramabad Central Prison. *Journal Found*. 4 (4): 53-56.
13. Smedema SM, Chan JY, Phillips BN. Core self-evaluations and Snyder's hope theory in persons with spinal cord injuries. *Rehabilitation psychology*. 2014;59(4):399.
14. Cohen LP. A Law's Fallout: Women in Prison Fight for Custody. *WALL ST. J*. 2006; 27:1.
15. Ros-Morente A, Mora CA, Nadal CT, Belled AB, Berenguer NJ. An examination of the relationship between emotional intelligence, positive affect and character strengths and virtues. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*. 2018;34(1):63-7.
16. Gilbert P. *Compassionate treatment*. Translated by Ali Faizi. 2019; Tehran: Ibn Sina Publishing
17. Akbari M, Habibi M, Ghotor Z, Azimi F. The effectiveness of compassion therapy on intolerance to uncertainty and anxiety in female students with generalized anxiety disorder. *Scientific Journal of Women and Culture*. 2019; 11 (40): 66-53.
18. Ghanavati S, Bahrami F, Goudarzi K, Rouzbahani M. Effectiveness of compassion-based therapy on rumination and concern of women with breast cancer. *Health Psychology Quarterly*. 2018; 7 (3): 168-152
19. Hoffmann SG, Grossman P, Hinton DE. Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological intervention. *Clinical Psychology Review*. 2011; 13:1126-32.
20. Mason CP. Using reality therapy trained group counselors in comprehensive school counseling programs to decrease the academic achievement gap. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy*. 2016;35(2):14.
21. Soleymani Z, Ghaffari M, Baezzat F. The effectiveness of group reality therapy on the academic vitality of students with special learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*. 2018; 7 (4): 86-67
22. Sohrabi Z, Mikaeili N, Atadokht A, Narimani M. Comparing the effectiveness of reality therapy with emotional social therapy on couples' coping strategies. *Family Research Quarterly*. 2019; 15 (59): 374-361.
23. Trull TJ. i Prinstein, MJ. *Clinical psychology*. Belmont: Wadsworth, Cengage Learning, 2013.
24. Abolghasemi Sh, Saedi S, Mouri NajafAbadi N. Evaluation of the effectiveness of guided and meaningful visualization on the rate of depression, anxiety and hope of women with cancer in Ahwaz Healing Hospital. *Scientific Journal of Women and Culture*. 2011; 2 (5): 31-47.
25. PourAbdol S, Abbasi M, Pirani Z, Abbasi M, The relationship between life expectancy and psychological well-being with quality of life in the elderly. *Aging Psychology*, 2016; 1 (1): 57-65.
26. Glaser W, Glaser, C. *Unsuccessful marriage (solving the marriage riddle with the theory of choice)*. Translated by Ali Sahebi. 2019; Tehran: Sayeh Sokhan Publishing.
27. Huang MY, Scharf S, Chan PY. Effects of immersive virtual reality therapy on intravenous patient-controlled sedation during orthopaedic surgery under regional anesthesia: A randomized controlled trial. *PloS one*. 2020;15(2):e0229320.
28. Bratt AS, Svensson I, Rusner M. Finding confidence and inner trust as a parent: experiences of group-based compassion-focused therapy for the parents of adolescents with mental health problems. *International journal of qualitative studies on health and well-being*. 2019 Jan 1;14(1):1684166.
29. Goss K, Allan S. The development and application of compassion- focused therapy for eating disorders (CFT- E). *British Journal of Clinical Psychology*. 2014;53(1):62-77.
30. KazemAbadi Z, Karami A. The effect of group therapy based on choice theory on emotion control and life expectancy of patients with MS in Tehran province. *Knowledge and research in applied psychology*. 20 (4): 45-33
31. SeyyedJafari J, Jeddi M, Mousavi R, Hoseini E, ShakibMehr M. Investigating the effectiveness of compassion-focused therapy on life expectancy in the elderly. *Journal of Aging Psychology*. 5 (2): 168-153.
32. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*. 2014;53(1):6-41.

*Original Article***Comparison of the effectiveness of compassion and reality therapy on the life expectancy of imprisoned men**

Received: 09/05/2020 - Accepted: 17/06/2020

Ahmad Ali Tajdin<sup>1</sup>  
 Seyyed Ali Ale Yasin<sup>2\*</sup>  
 Hasan Heydari<sup>3</sup>  
 Hosein Davoodi<sup>4</sup>

<sup>1</sup> PhD student in general psychology,  
 Department of Psychology, Faculty of  
 Humanities, Khomein Branch, Islamic  
 Azad University, Khomein, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of  
 Clinical Psychology, Faculty of  
 Humanities, Ashtian Branch, Islamic  
 Azad University, Ashtian, Iran

<sup>3</sup> Associate Professor, Department of  
 Counseling and Psychology, Faculty of  
 Humanities, Khomein Branch, Islamic  
 Azad University, Khomein, Iran

<sup>4</sup> Assistant Professor, Department of  
 Counseling and Psychology, Faculty of  
 Humanities, Khomein Branch, Islamic  
 Azad University, Khomein, Iran

Email: Aleyasin-psychology@yahoo.com

**Abstract**

**Introduction:** Lack of life expectancy of prisoners is one of the psychological problems in these people and the review of research shows a research gap in the field of effective treatments. Therefore, this study was conducted to compare the effectiveness of compassion therapy and reality therapy on the life expectancy of male prisoners.

**Methods:** This study was performed using a semi-experimental method with pre-test-post-test design with a control group. From the statistical population of male clients in Aligudarz prison, 45 people were selected using targeted sampling method and randomly divided into three groups. The research tool was the Life Hope Questionnaire - Miller and Powerz (1988). Bavarian covariance and follow-up test were used to analyze the research data.

**Results:** The research findings showed that both compassionate therapy and reality therapy had a significant effect on increasing the life expectancy of male prisoners ( $p \leq 0 / 001$ ); Ben Freuni's test showed that compassionate method Therapy was more effective than reality therapy ( $p \leq 0 / 001$ ).

**Conclusion:** Despite the fact that both reality therapy and compassion therapy are effective in increasing the life expectancy of imprisoned men, the use of compassionate therapy is recommended due to its greater effectiveness.

**Keywords:** compassion therapy, reality therapy, life expectancy, imprisoned men