

اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر خویشتن داری و آسیب های اجتماعی دانش آموزان دختر مناطق کمتر برخوردار میبد

سوفیا خانقاهی^۱، فائزه دهقانی فیروزآبادی^۲، مهلا بهجتی اردکانی^۳، منصوره پورجانب الهی فیروزآبادی^۴*

۱) استادیار، گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران

۲) کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه پیام نور، مرکز تفت، تفت، ایران

۳) کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه پیام نور، مرکز تهران جنوب، تهران، ایران

۴) دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران

*نویسنده مسئول: iranba.98@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله ۱۴۰۲/۰۳/۰۷

تاریخ دریافت مقاله ۱۴۰۱/۰۶/۱۱

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر خویشتن داری و آسیب های اجتماعی دانش آموزان دختر مناطق کمتر برخوردار میبد بود. پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان دختر مناطق کمتر برخوردار میبد در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ و با تعداد ۳۷۰ نفر بود. با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری (آزمایش و کنترل) جایدهی شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه های خویشتن داری (علی اکبری دهکردی و همکاران، ۱۳۹۴) و آسیب های اجتماعی (آقایی و تیمور تاش، ۱۳۸۹) بود. درمان یکپارچه توحیدی در ۱۲ جلسه ۱ ساعته و هر هفته دو جلسه به اعضای گروه آزمایش ارائه شد اما گروه کنترل هیچگونه مداخله ای را در طول مدت آزمایش دریافت ننمود. داده ها با استفاده از روش تحلیل کواریانس چند متغیری و با بهره گیری از بسته نرم افزاری spss26 و در سطح معنی داری ۰/۰۵ تحلیل شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان یکپارچه توحیدی بر خویشتن داری و آسیب های اجتماعی دانش آموزان موثر بوده است ($P < 0/001$). این نتایج کارآمدی درمان یکپارچه توحیدی را در کاهش آسیب های اجتماعی و عوامل مرتبط با آن را نشان می دهد و با توجه به همسویی آن با فرهنگ ایرانی- اسلامی می تواند در مراکز آموزشی و درمانی استفاده شود.

کلید واژگان: درمان یکپارچه توحیدی، خویشتن داری، آسیب های اجتماعی، دانش آموزان دختر، مناطق کمتر برخوردار.

مقدمه

اندیشمندان اجتماعی را به خود مشغول ساخته است (شیم^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). بر این اساس، روند تحولات اجتماعی، قدرت سازگاری و انطباق افراد و گروه های اجتماعی را کاهش داده است و در این میان برخی اقشار و گروه های اجتماعی در معرض آسیب پذیری بیشتری نسبت به سایرین قرار دارند

اگرچه آسیب های اجتماعی^۱ در همه دوران زندگی وجود دارد اما تغییرات بدنی و روانی زیاد دوره نوجوانی، نوجوانان را به میزان بیشتری در معرض آسیب های اجتماعی قرار می دهد (نجفی، بیگدلی، دهسیری و رحیمیان بوگر، ۱۳۹۲). آسیب های اجتماعی ناشی از تحولات سریع جوامع انسانی از موضوعات مهمی است که همواره ذهن روانشناسان، جامعه شناسان و

2. Scheim

1. Social harms

خویشتن‌داری بیانگر توانایی در تعدیل و مهار تکانش‌ها است که نقش مهمی در عدم انجام رفتارهای مخرب دارد (جین و کانگ^۴، ۲۰۲۲)، خویشتن‌داری همچنین به توانایی فرد برای انتخاب رفتارهای خود بر اساس نتایج و بدون توجه به لذت‌های آنی تعریف می‌شود (ژانگ و دمانت^۵، ۲۰۲۱). زمانی که افراد نتوانند در مقابل وسوسه‌های ناشی از آسیب‌های اجتماعی خویشتن‌داری لازم را داشته باشند، مقاومت کمتری در انجام این رفتارهای ناکارآمد خواهند داشت (موسوی و همکاران، ۱۳۹۶). بنابراین خویشتن‌داری می‌تواند به عنوان یک بازدارنده در مقابل رفتارها و افکار مخرب عمل نموده و آن را بازدارد. نوجوانانی که خویشتن‌داری بالایی دارند، زمانی که در مقابل وسوسه‌های مختلف قرار گیرند می‌توانند با پیامد اندیشی در انجام آن رفتار مقاومت کرده و از خود، خویشتن‌داری نشان دهند (چویی و کرویس^۶، ۲۰۲۱). در نقطه مقابل نوجوانانی که در خویشتن‌داری ضعیف هستند، در به تاخیر انداختن لذت‌های آنی خود را ناتوان دیده و در معرض آسیب‌های اجتماعی بیشتری خواهند بود (کیم^۷ و همکاران، ۲۰۱۸). نتایج مطالعات مختلف نیز نشان می‌دهد که خویشتن‌داری یکی از مولفه‌هایی است که با بسیاری از آسیب‌های اجتماعی از جمله اعتیاد (کیم و همکاران، ۲۰۱۸؛ زندی پیام، داودی و مهرابی زاده هنرمند، ۱۳۹۵؛ بشیریان، حیدرنیا، اله وردی پور و حاجی زاده، ۱۳۹۱)؛ خودکشی (مونتز و توماس^۸، ۲۰۱۶)؛ بزهکاری (ملدرا^۹ و همکاران، ۲۰۱۶) و خودزنی (چانی^{۱۰}، ۲۰۱۱) رابطه دارد.

پیامدهای مخرب آسیب‌های اجتماعی در نوجوانان در معرض خطر، لزوم استفاده از یک مداخله مناسب را نشان می‌دهد. درمان یکپارچه توحیدی یکی از مداخله‌های موثری است که با توجه به همسو بودن با ابعاد فرهنگی

(یوسیف تافیک، جانف بولمن و تاورنینی^۱، ۲۰۱۱). آسیب‌های اجتماعی به هر نوع از عمل فردی و یا جمعی گفته می‌شود که در چارچوب اصول اخلاقی و قواعد جمعی رسمی و غیر رسمی جامعه قرار نمی‌گیرد و در نتیجه قانونی و یا قبح اخلاقی روبرو می‌شود و به همین دلیل نیز مرتکبین سعی در پنهان نمودن آن داشته، چراکه با برخورد قانون و یا طرد از اجتماع مواجه خواهند شد (افخمی عقدا و همکاران، ۱۳۹۵). این آسیب‌ها در حوزه رفتارهای ضداجتماعی چون سرقت، پرخاشگری، مواد مخدر، مسائل جنسی و همچنین خودکشی و فرار از خانه، آسیب‌های زیادی را برای نوجوانان، خانواده‌ها و جامعه در پی داشته است (شیم و همکاران، ۲۰۲۰).

اگرچه نرخ شیوع آسیب‌های اجتماعی در دانش‌آموزان پسر به مراتب بیشتر از دختران است، اما روند تغییر جامعه در سال‌های اخیر و بخصوص گرایش بیشتر نوجوانان دختر به فضای مجازی در طول مدت کلاس‌های مجازی که به دلیل محدودیت‌های کووید-۱۹ ایجاد شد، دانش‌آموزان دختر را نیز مستعد گرایش به آسیب‌های اجتماعی کرده است. از سوی دیگر در مناطق کمتر برخوردار با توجه به بافت منطقه زندگی، این حساسیت می‌تواند بیشتر باشد. آنچه در خصوص آسیب‌های اجتماعی دارای اهمیت زیادی است، پیشگیری و درمان آن است. در واقع با شناسایی عوامل و علل مرتبط با آسیب‌های اجتماعی می‌توان در بروز این آسیب‌ها و درمان نوجوانانی که دچار آسیب‌های اجتماعی شده‌اند، اقدامات موثری را انجام داد.

اگرچه علل مختلفی چون عملکرد خانواده (کیالها، ۱۴۰۱)، سلامت معنوی (اکبری، احمدی، جاویدپور و تقوی، ۱۴۰۰). دشواری تنظیم هیجان (اورین^۲ و همکاران، ۲۰۱۸)، برای گرایش به آسیب‌های اجتماعی عنوان می‌شود اما عدم خویشتن‌داری^۳ یکی از مولفه‌های بازدارنده در خصوص آسیب‌های اجتماعی است.

4. Jin & Kang
5. Zhang & Demant
6. Choi & Kruiis
7. Kim
8. Montes & Tomás
9. Meldrum
10. Chaney

1. Usoof-Thowfeek, Janoff-Bulman & Tavernini
2. Evren
3. Self-restraint

تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ و با تعداد ۳۷۰ نفر بود. با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، ۳۰ نفر بر اساس معیارهای ورود به عنوان نمونه انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند. معیارهای ورود به این پژوهش نیز شامل زندگی در مناطق کمتر برخوردار می‌شد، داشتن سابقه گرایش به آسیب‌های اجتماعی در ۶ ماه منتهی به پژوهش، داشتن آمادگی جسمی، روانی و شناختی لازم برای شرکت در جلسات، عدم شرکت در پژوهش همزمان، داشتن تمایل برای شرکت در جلسات و معیارهای خروج نیز عدم پایبندی به قوانین گروه، غیبت بیش از یک جلسه، ابتلا به بیماری جسمی و یا روانی (با تشخیص پزشک و یا روانپزشک) بود. همچنین به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی به افراد این اطمینان داده شده که اطلاعات آن‌ها محفوظ خواهد بود و محتوای جلسات برای آن‌ها بار مالی و قانونی به همراه نداشته و با موازین دینی و اخلاقی نیز مغایرت نداشته باشد.

ابزار پژوهش عبارت است از:

نگرش به آسیب‌های اجتماعی^۱: برای سنجش نگرش به آسیب‌های اجتماعی از پرسشنامه‌ای که توسط آقای و تیمور تاش (۱۳۸۹)، طراحی شده، استفاده گردید. این پرسشنامه دارای ۴۲ سوال است که در طیف لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۵) طراحی شده است. دامنه نمرات بین ۴۲ تا ۲۱۰ است و نمره بالاتر به معنای آسیب‌های اجتماعی بیشتر در فرد است. روایی صوری این پرسشنامه توسط خبرگان دانشگاه تهران تأیید شده است، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه نیز توسط آقای و تیمور تاش (۱۳۸۹)، ۰/۸۵ گزارش شده است. در پژوهش باقری کراچی و مهربانی (۱۳۹۶)، نیز، برای تعیین روایی این ابزار، از روش اعتبار صوری و برای محاسبه پایایی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده گردید و ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۰ بدست آمد. در پژوهش حاضر نیز پایایی

جامعه ایران می‌تواند کارآمدی موثری داشته باشد. در این روش بر ترکیب آموزه‌های الهی و معنوی به ویژه مولفه‌های اساسی توحیدی و ارتباط صمیمانه با خداوند و یافته‌های روانشناسی تأکید شده است (جایروند، ۱۳۹۶). بر اساس مبانی درمان یکپارچه توحیدی ترکیب عناصر توحیدی و روانشناسی بیش از هر چیز توانایی ایجاد انسجام و یکپارچه سازی شخصیت را دارد چرا که همه ابعاد انسانی را در نظر می‌گیرد (شریفی، ۱۳۸۶). از این رو درمان یکپارچه توحیدی روش درمان جامع چند وجهی است که برای درمان بسیاری از اختلالات از جمله اختلالات خلقی، اضطرابی، شخصیت و همچنین اصلاح رفتار و کاهش وابستگی به مواد مخدر، مورد استفاده قرار گرفته است (کریمی ثانی و احیایی، ۱۳۹۱؛ جایروند، ۱۳۹۶). اگرچه بررسی پیشینه پژوهش حاکی از کارآمدی درمان یکپارچه توحیدی در بهبود پریشانی روانی (صفدری، نادری و مرادی منش، ۱۴۰۱)، آشفتگی (طالبی، نادری، بختیارپور و صفرزاده، ۱۴۰۰)، صبر (بیاتی اشکفتکی، امیرفخرایی و شریفی‌نیا، ۱۳۹۹)، مشکلات هیجانی (غفاری حومدین و دهقان، ۱۳۹۹)، پرخاشگری (نوری، نجات، نامنی و فریبرز، ۱۳۹۸)، فشارهای روانی (طیبی، ۱۳۹۰)، مؤلفه‌های شخصیت و بالینی (هادی و جان‌بزرگی، ۱۳۸۸)، رفتارهای مجرمانه (شریفی، ۱۳۸۶)، موثر بوده است، اما به نظر می‌رسد این روش درمانی، یکی از روش‌هایی است که علی‌رغم داشتن نتایج مثبت، کمتر مورد توجه محققان قرار گرفته است. از این رو پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر خویشتن‌داری و آسیب‌های اجتماعی دانش‌آموزان دختر مناطق کمتر برخوردار می‌باید انجام شد.

روش پژوهش

این مطالعه به لحاظ هدف کاربردی و از نوع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر مناطق کمتر برخوردار می‌باید در سال

^۱. attitude towards social harms questionnaire

پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بدست آمد.

خویشتن‌داری^۱: برای سنجش خویشتن‌داری از پرسشنامه هوش اخلاقی علی اکبری دهکردی، گلبایگانی و محتشمی (۱۳۹۴) استفاده شد. این مقیاس توسط علی اکبری دهکردی و همکاران (۱۳۹۳) برای کودکان ایرانی و بر اساس نظریه بوربا^۲ (۲۰۰۱) طراحی گردید. فرم تجدید نظر شده این مقیاس دارای ۵۵ سوال و ۷ مؤلفه (همدلی، وجدان، خویشتن‌داری، احترام، مهربانی، بردباری و انصاف) را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای به صورت خیلی زیاد=۵، "زیاد=۴"، "متوسط=۳"، "کم=۲" و "خیلی کم=۱" انجام می‌شود. در پژوهش علی اکبری دهکردی، علیپور و درنجفی شیرازی (۱۳۹۳)، روایی محتوای آن توسط جمعی از اساتید متخصص برآورد گردیده است و میزان پایایی آن با استفاده از روش بازآزمایی با ۰/۹۵ اطمینان محاسبه گردید. پایایی خرده مقیاس‌های پرسشنامه نیز در زیرمقیاس‌های همدلی (۰/۹۳)، وجدان (۰/۹۲)، خویشتن‌داری (۰/۹۳)، احترام (۰/۹۲)، مهربانی (۰/۹۲)، بردباری (۰/۹۲)، عدالت (۰/۹۲)، گزارش شد که مطلوب است. در پژوهش جلائی، چراغ ملایی و خدابخش پیرکلانی (۱۳۹۸)، نیز آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های همدلی (۰/۹۳)، وجدان (۰/۸۷)، خویشتن‌داری (۰/۸۶)، احترام (۰/۹۲)، مهربانی (۰/۹۲)، بردباری (۰/۸۴)، عدالت (۰/۸۸)، گزارش شد. در پژوهش حاضر نیز پایایی بعد خویشتن‌داری با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بدست آمد.

خلاصه جلسات درمان یکپارچه توحیدی طبق پروتکل شریفی‌نیا (۱۳۸۷) که روایی محتوایی آن توسط ۱۱ متخصص ۰/۸۳ گزارش و مورد تأیید قرار گرفته است، در جدول ۱ ارائه شده است.

^۱ .Tangy

^۲ . Borba's theory

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان یکپارچه توحیدی

جلسه	هدف جلسه	محتوای آموزشی
اول		ایجاد رابطه درمانی، بررسی اهداف آموزشی و قوانین گروه، تکمیل پیش‌آزمون
دوم و سوم	افزایش آگاهی و خودشناسی	توضیح در خصوص محتوای جلسات، ایجاد بینش و افزایش آگاهی‌های شرکت‌کنندگان از طریق بازخورد و آموزش، بحث راجع به خودشناسی، اهداف، آینده، خودآزمایی، اصلاح باورهای ناکارآمد از طریق به چالش کشیدن افکار، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
چهارم	پالایش روانی	بررسی تکلیف جلسه قبل، تخلیه هیجانی و شیوه‌های خود بیانگری، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
پنجم	خویش‌داری	بررسی تکلیف جلسه قبل، تعریف خویش‌داری، پیامدهای عدم خویش‌داری، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
ششم	بازشناسی محیط	بررسی تکلیف جلسه قبل، پردازش اطلاعات با تاکید بر محیط، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
هفتم	خودآزاد سازی	بررسی تکلیف جلسه قبل، تمرکز بر آزادی درونی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
هشتم	آزادسازی اجتماعی	بررسی تکلیف جلسه قبل، تمرکز بر رهایی از فشارهای اجتماعی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
نهم	کنترل محرک‌ها	مدیریت محرک‌های درونی و بیرونی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
دهم	تثبیت رفتار	تثبیت رفتارهای جایگزین و تبدیل آنها به عادت‌های رفتاری جدید، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
یازدهم	تقویت معنویت	بررسی روایت‌های مذهبی و موعظه‌های دینی، ذکر الهی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
دوازدهم	یاری‌سازی	آموزش برقراری رابطه یاری‌ساز با دیگران، مرور مطالب، دریافت بازخورد، تکمیل پس‌آزمون.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن افراد شرکت‌کننده در گروه آزمایش به ترتیب ۱۵/۳۹ و ۱/۴۹، و در افراد شرکت‌کننده در گروه کنترل به ترتیب ۱۵/۶۱ و ۱/۷۱ بود. از مجموع ۱۵ آزمودنی گروه آزمایش، تحصیلات پدر ۷ نفر راهنمایی، ۷ نفر دبیرستان و ۱ نفر نیز لیسانس بود و در گروه کنترل، تحصیلات پدر ۹ نفر راهنمایی و ۴ نفر دبیرستان و ۲ نفر نیز لیسانس و بالاتر بود. همچنین در گروه آزمایش، تحصیلات مادر ۶ نفر راهنمایی، ۶ نفر دبیرستان و ۳ نفر نیز لیسانس و بالاتر و در گروه کنترل، نیز تحصیلات مادر ۷ نفر راهنمایی و ۵ نفر دبیرستان و ۳ نفر نیز لیسانس و بالاتر بود. برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

ابتدا پس از طرح مسأله در کارگروه تخصصی که به منظور کاهش آسیب‌های اجتماعی دانش‌آموزان نوجوان برگزار شده بود، مسأله انجام پژوهش بررسی شد. در گام بعدی با کمک دست‌اندرکاران حوزه آسیب‌های اجتماعی دانش‌آموزان موارد در معرض آسیب‌شناسایی و پس از دعوت از خانواده‌های آن‌ها در یک جلسه عمومی، از افراد متقاضی ثبت نام به عمل آمد که در این جلسه ۷۷ نفر شرکت کردند. در ادامه از بین افراد دارای معیارهای ورود ۳۰ نفر انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند. افراد گروه آزمایش در ۱۲ جلسه ۱ ساعته در یکی از مدارس شهر میبد تحت آموزش‌های مربوط به درمان یکپارچه توحیدی قرار گرفتند.

در پایان جلسات داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری و بهره‌گیری از بسته آماری spss26 و در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تحلیل شد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای پژوهش در مراحل پژوهش به تفکیک گروه

مرحله	متغیر	آزمایش		کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	خویش‌داری	۱۹/۹۳	۲/۷۱	۲۱/۱۳	۲/۲۳
پس‌آزمون		۲۳/۰۶	۲/۶۸	۲۱/۶۰	۲/۸۴

۱۰/۴۵	۱۲۷/۴۶	۱۳/۲۴	۱۳۶/۲۷	پیش‌آزمون	نگرش به آسیب‌های اجتماعی
۱۱/۰۱	۱۲۶/۰۶	۱۴/۸۲	۱۱۸/۴۰	پس‌آزمون	

پیش‌فرض‌های نرمال بودن نمرات (آزمون شاپیرو ویلک)، همگنی ماتریس کوواریانس‌ها (آزمون ام، باکس)، همگنی شیب‌های رگرسیون و همگنی واریانس‌ها (آزمون لوین) است که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۲ به میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای پژوهش در مراحل پژوهش به تفکیک گروه اختصاص داده شده است. به منظور تحلیل داده‌های از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. لازمه انجام این آزمون رعایت

جدول ۳. پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس

آزمون باکس		همگنی شیب رگرسیون		آزمون لوین		آزمون شاپیرو ویلک		گروه	متغیر	
F	M باکس	F	سطح معناداری	F	سطح معناداری	سطح معناداری	آماره			
۰/۴۵۸	۰/۷۹۹	۶/۴۶۹	۰/۳۰۷	۰/۱۴۷	۰/۱۷۲	۱/۷۲۹	۰/۲۳۹	۰/۹۴۹	آزمایش	خویشتن‌داری
			۰/۷۹۴	۰/۰۳۸	۰/۳۳۹	۰/۲۵۸	۰/۳۴۶	۰/۹۵۷	کنترل	
							۰/۲۲۱	۰/۹۳۸	آزمایش	نگرش به آسیب‌های اجتماعی
							۰/۳۷۱	۰/۹۶۱	کنترل	

دو گروه غیرمعنی‌دار است ($P > 0/05$). لذا پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس بدرستی رعایت شده است. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری در جدول ۴ ارائه شده است.

بر اساس یافته‌های ارائه شده در جدول ۳ تمامی مقادیر آزمون شاپیرو ویلک، لوین و همگنی شیب‌های رگرسیون برای متغیرهای خویشتن‌داری و نگرش به آسیب‌های اجتماعی در هر

جدول ۴. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر روی میانگین پس‌آزمون متغیرهای پژوهش با کنترل پیش‌آزمون

شاخص	مقدار	نسبت F	درجه آزادی فرضیه‌ها	درجه آزادی خطا	سطح p	اندازه اثر	توان آزمون
اثر پیلای ^۱	۰/۶۰	۱۸/۸۹	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱/۰۰
لامبدای ویلکز ^۲	۰/۳۹	۱۸/۸۹	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱/۰۰
اثر هتلینگ ^۳	۱/۵۱	۱۸/۸۹	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱/۰۰
بزرگترین ریشه روی ^۴	۱/۵۱	۱۸/۸۹	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱/۰۰

1. Pillai & Trace
 2. Wilks Lambda
 3. Hotelling's Trace
 4. Roys Largest Root

بین دو گروه اختلاف معنی داری وجود دارد. ضریب اندازه اثر نشان می دهد که ۶۲ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله آزمایشی است. به منظور بررسی فرضیه های فرعی پژوهش از تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ذکر شده است.

بر اساس یافته های ارائه شده در جدول ۴، پس از کنترل پیش آزمون بین گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/001$) و می توان گفت دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (خویشن داری و نگرش به آسیب های اجتماعی) در پس آزمون

جدول ۵. نتایج تحلیل آنکوا با کنترل پیش آزمون

متغیر	منبع تغییر	SS	df	MS	F	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
خویشن داری	گروه	۴۴/۴۹	۱	۴۴/۴۹	۱۹/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۰/۹۸
	خطا	۶۰/۷۴	۲۶	۲/۳۳				
نگرش به آسیب های اجتماعی	گروه	۱۵۸۲/۳۶	۱	۱۵۸۲/۳۶	۲۶/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۰/۹۹
	خطا	۱۵۶۲/۰۱	۲۶	۶۰/۰۷				

داشتن یک هدف روشن و معنایی ژرف می تواند انگیزه لازم را برای انتخاب رفتارهای کارآمد فراهم نماید. از این رو در جلسات آموزشی بر افزایش آگاهی و خودشناسی تاکید شد. یادگیرندگان از طریق بحث گروهی و دریافت بازخورد به خودشناسی و شناسایی نقاط ضعف و قوت خود پرداختند، اهداف خود را بازنگری و در جهت یک زندگی معنوی اصلاح کردند. تمرینات این بخش باعث شد اعضای گروه نگاه واقع بینانه تری نسبت به زندگی داشته و در انتخاب رفتارهای کارآمد دقت بیشتری داشته باشند. همچنین داشتن ارزش هایی متعالی نیز می تواند رفتارهای افراد هدفمندتر کند. آموزش احیای ارزش های یادگیرندگان سبب شد تا آنها بتوانند لذت های دائم را به لذت های آنی ترجیح دهند. آموزش یکپارچگی شخصیت نیز از عواملی بود که در افزایش خویشن داری نقش موثری داشت. یکپارچگی شخصیت باعث شد تا یادگیرندگان بتوانند در مقابل وسوسه ها کنترل بیشتری روی خود داشته باشند. چراکه افکار و رفتارهای متضاد با عدم یکپارچگی شخصیت شناخته می شود. در واقع یکپارچگی شخصیت مقابل وسوسه ها مقاومت بیشتری ایجاد می کند. عدم خویشن داری همچنین می تواند به دلیل روابط اجتماعی ناکارآمد باشد. محیط و روابط اجتماعی نامناسب می تواند زمینه را برای گرایش به وسوسه های ناشی از لذت های آنی را افزایش دهد. از این رو اعضای گروه آموختند تا روابط خود را بر اساس معیارها و ارزش های دینی و معنوی

بر اساس یافته های ارائه شده در جدول ۵، پس از کنترل پیش آزمون بین گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/001$) و درمان یکپارچه توحیدی بر خویشن داری و نگرش به آسیب های اجتماعی موثر بوده است. ضریب اندازه اثر نشان می دهد که ۴۲ درصد تفاوت دو گروه در متغیر خویشن داری و ۵۰ درصد متغیر نگرش به آسیب های اجتماعی ناشی از تاثیر درمان یکپارچه توحیدی بوده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر خویشن داری و آسیب های اجتماعی دانش آموزان دختر مناطق کمتر برخوردار میبد انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان یکپارچه توحیدی بر خویشن داری دانش آموزان دختر مناطق کمتر برخوردار میبد موثر بوده و میانگین نمرات در مرحله پس آزمون به طور معنی داری کاهش یافته است ($p < 0/001$). نتایج این بخش با نتایج مطالعه نوری، نجات، نامنی و فریریزی (۱۳۹۸)، شریفی (۱۳۸۶) و هادی و جان بزرگی (۱۳۸۸)، همسو است. در تبیین نتیجه این بخش می توان گفت لازمه خویشن داری به تعویق انداختن لذت های آنی به منظور کسب لذت هایی در آینده است. بنابراین در قدم اول

در نتیجه درمان یکپارچه توحیدی به بهبود آسیب‌های اجتماعی منجر شد.

به طور کلی نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر خویش‌داری و آسیب‌های اجتماعی دانش‌آموزان دختر مناطق کمتر برخوردار میبد داشت. این پژوهش نیز همچون سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی بود که از جمله آن می‌توان استفاده از پرسشنامه به عنوان تنها ابزار جمع‌آوری داده‌ها و نبود مرحله پیگیری اشاره نمود. براساس یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود، با توجه به نزدیک بودن این روش درمانی با فرهنگ ایرانی-اسلامی و همچنین غنی بودن آن به دلیل تمرکز بر ابعاد مختلف زندگی، این روش آموزشی درمانی در مدارس، مراکز مشاوره و آموزش و پرورش بیشتر مورد استفاده قرار گیرد. به منظور رفع محدودیت‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود از سایر ابزارهای ارزیابی چون مصاحبه نیز استفاده شود همچنین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی به منظور بررسی ثبات نتایج، دوره‌های پیگیری نیز انجام شود.

منابع

- افخمی عقدا، محمد، نعیم یاوری، مجید، ملک ثابت، حمزه، مهرپرور، هوشنگ، فلاحتی، مریم و لائح، مهدیه. (۱۳۹۵). بررسی رابطه آسیب‌های اجتماعی با کیفیت زندگی در شهر یزد. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۴ (۳)، ۲۴۱-۲۵۰.
- آقایی، علی اکبر و تیمورتاش، حسن. (۱۳۸۹). بررسی رابطه و فرآیند آسیب اجتماعی و امنیت اجتماعی. *دانشنامه*، ۳ (۴)، ۳-۲۲.
- اکبری، تقی، احمدی، شیرین، جاویدپور، مرتضی و تقوی، حسین. (۱۴۰۰). نقش واسطه‌ای سلامت معنوی در ارتباط بین هوش هیجانی و اعتیاد به تلفن همراه. *پژوهش در دین و سلامت*، ۸ (۱)، ۸-۲۱.
- بشیریان، سعید، حیدرنیا، علیرضا، وردی پور، حمید اله و حاجی زاده، ابراهیم. (۱۳۹۱). بررسی رابطه خودمهارگری با تمایل

از سرگیرند. روابطی که بتواند از یکسو نیازهای آنان را ارضا کرده و از سوی دیگر مانع از انتخاب رفتارهایی با پیامدهای منفی شود. در درمان یکپارچه توحیدی با تکیه بر مضامین معنوی و مذهبی به افراد کمک شد تا با حل تعارضات سرکوب شده و کسب آگاهی عقلانی روابط اجتماعی خود را بهبود دهند. عواملی که در نهایت خویش‌داری را در آن‌ها بهبود بخشید.

در بخش دیگری از پژوهش نشان داد که درمان یکپارچه توحیدی بر آسیب‌های اجتماعی دانش‌آموزان دختر مناطق کمتر برخوردار میبد موثر بوده و میانگین نمرات در مرحله پس‌آزمون به طور معنی‌داری کاهش یافته است ($P < 0/001$). نتایج این بخش با نتایج مطالعه طالبی، نادری، بختیارپور و صفرزاده (۱۴۰۰) و بیاتی اشکفتکی، امیرفخرایی و شریفی‌نیا (۱۳۹۹)، شریفی (۱۳۸۶) و هادی و جان بزرگی (۱۳۸۸)، همسوست. در تبیین نتیجه این بخش می‌توان گفت بخش مهمی از علل آسیب‌های اجتماعی ریشه در مشکلات فردی و شخصیتی دارد. افرادی به آسیب‌های اجتماعی گرایش پیدا می‌کنند که یا معنای عمیقی در زندگی نداشته و یا در مهارت‌های فردی و اجتماعی توانایی لازم را نداشته باشند. در این حالت ممکن است به صورت خواسته یا ناخواسته به سمت آسیب‌های اجتماعی گرایش پیدا کنند. بنابراین تقویت معنا از یکسو و معنویت از سوی دیگر، آموزش مهارت‌های زندگی و بهبود مشکلات شخصیتی می‌تواند در کاهش آسیب‌های اجتماعی موثر باشد. در جلسات آموزشی نخست به اعضای گروه مهارت‌های افزایش آگاهی، خودشناسی و خودآگاهی به عنوان عوامل زیربنایی زندگی سازگاران آموزش داده شد. در این بخش با بهره‌گیری از مضامین اسلامی و احادیث و روایات اعضای گروه با نقاط قوت و ضعف خود آگاه شدند و توانستند پس از شناسایی پیامدهای گرایش به رفتارهای ضداجتماعی، اهداف دقیقی را برای خود تعیین نمایند. در گام بعدی نیز تقویت معنویت توانست معنای عمیقی در زندگی افراد ایجاد نماید. اعضای گروه با دوستی با خداوند و انبیا و اولیای الهی معنای عمیق‌تری را در زندگی خود ایجاد کرده و رفتارهای خود را بر اساس آن تنظیم کردند. در این حالت معیار انتخاب رفتار، خشنودی و رضایت خداوند بود.

- غفاری حومدین، فاطمه و دهقان، ماریه. (۱۳۹۹). امکان‌سنجی اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر تنظیم هیجان و سرزندگی مادران کودکان ناتوان ذهنی. *مطالعات اسلامی زنان و خانواده*، ۷(۱۳)، ۹۹-۱۲۲.

کراچی، امین، باقری و امیرحسین، مهربانی. (۱۳۹۶). مقایسه نگرش به آسیب اجتماعی در دانش آموزان بر حسب زمینه‌های خانوادگی. *انتظام اجتماعی*، ۹(۴)، ۷۱-۹۶.

کریمی ثانی، پرویز و احیایی، کبری. (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد گروه درمانی یکپارچه توحیدی بر تغییر پاسخ‌های مقابله‌ای دانشجویان دختر مضطرب دانشگاه آزاد اسلامی واحد شبستر. *زن و مطالعات خانواده*، ۱۵(۴)، ۱۶۷-۱۸۱.

کریمی ثانی، پرویز و احیایی، کبری. (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد گروه درمانی یکپارچه توحیدی بر تغییر پاسخ‌های مقابله‌ای دانشجویان دختر مضطرب دانشگاه آزاد اسلامی واحد شبستر. *زن و مطالعات خانواده*، ۱۵(۴)، ۱۶۷-۱۸۲.

کیالها، شقایق. (۱۴۰۱). اعتیاد در نوجوانان: مروری بر نقش عملکرد خانواده. *ایده‌های نوین روانشناسی*، ۱۲(۱۶)، ۱-۲۲.

موسوی مقدم، سید رحمت الله، نوری، طیبه، خدادادی، طاهره، احمدی، اسد و غیائی، غلامرضا. (۱۳۹۶). رابطه اعتیاد به اینترنت و خودمهارگری با سلامت روان در دانشجویان دانشگاه علمی-کاربردی شهرستان ایلام. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۱۵(۱)، ۸-۱.

نجفی، محمود، بیگدلی، ایمان ا...، دهشیری، غلامرضا و رحیمیان بوگر، اسحق. (۱۳۹۲). پیش بینی آسیب های اجتماعی بر اساس مهارت‌های زندگی در دانش آموزان. *روانشناسی مدرسه و آموزشگاه*، ۲(۳)، ۱۴۴-۱۶۳.

نوری، جعفر، نجات، حمید، نامنی، ابراهیم و فریبرز، الهام. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی و درمان روابط موضوعی بر خود متمایزسازی و خشونت زوجین. *زن و فرهنگ*، ۱۱(۳۹)، ۳۱-۴۷.

هادی، مهدی و جان‌بزرگی، مسعود. (۱۳۸۸). اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر مؤلفه های شخصیت و بالینی. *روان شناسی و دین*، ۲(۲)، ۷۱-۱۰۴.

نوجوانان به مصرف مواد مخدر. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی همدان*، ۲۰(۱)، ۴۵-۵۵.

بیاتی اشکفتکی، منیره، امیرفخرایی، آریتا و شریفی‌نیا، محمدحسین. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر مؤلفه‌های اضطراب وجودی، صبر و امید در زنان افسرده. *مطالعات اسلام و روانشناسی*، ۱۴(۲۷)، ۹۵-۱۱۵.

جایروند، حمداله. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک و روان‌درمانی یکپارچه توحیدی بر کاهش افکار خودکشی و تغییر شناختی هیجان در افراد اقدام کننده به خودکشی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۵(۵)، ۹۱-۹۹.

جلائی، مانده، چراغ ملایی، لیلی و خدابخش پیرکلانی، روشنگر. (۱۳۹۸). تاثیر بازی مبتنی بر هوش اخلاقی بر وجدان، خویشتنداری و مسئولیت‌پذیری اجتماعی کودکان با استعداد دبستانی. *روان شناسی تربیتی*، ۱۵(۵۴)، ۵۹-۸۹.

زندپی، آرش، داودی، ایران و مهربانی‌زاده، مهناز. (۱۳۹۵). رابطه اجتناب تجربه‌ای، جو عاطفی خانواده و خودمهارگری با اعتیاد به بازی‌های آنلاین در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز. *آموزش و سلامت جامعه*، ۳(۱)، ۲۸-۳۵.

صفدری، حلیمه، نادری، فرح و مرادی‌منش، فردین. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و یکپارچه توحیدی بر اضطراب، رضایت جنسی و افسردگی در زنان نابارور (مورد مطالعه: شهر مشهد). *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۲۵(۲)، ۱۲-۳۹.

طالبی، مهناز، نادری، فرح، بختیار پور، سعید و صفرزاده، سحر. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر تحمل آشفتگی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی با نقش تعدیل کننده باورهای مذهبی. *سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، ۵(۲)، ۱۰۱-۱۰۷.

طیبی، هاجر و قنبری هاشم آبادی، بهرامعلی. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی گروه درمانی یکپارچه توحیدی و شناختی رفتاری در کاهش فشار روانی همسران جانبازان اختلال استرس پس از ضربه. *روانشناسی و دین*، ۱۳(۳)، ۲۳-۳۵.

gender-specific analysis. *Drug and Alcohol Review*, 40(7), 1369

- Chaney, S. (2011). Self-control, Selfishness and Mutilation: How “Medical” is Self-Injury Anyway? *Medical History*, 55(3), 375–382.
- Choi, J., & Kruis, N. E. (2021). Low self-control, substance-using peers and intimate partners, pro-drug use definitions, and inhalant use among convicted offenders in South Korea. *Journal of Drug Issues*, 51(1), 128-142.
- Evren, B., Evren, C., Dalbudak, E., Topcu, M., & Kutlu, N. (2018). Relationship of Internet addiction severity with probable ADHD and difficulties in emotion regulation among young adults. *Psychiatry Research*, 11(2), 179–185.
- Jin, L., & Kang, M. (2022). Addiction, present-bias, and self-restraint. *Southern Economic Journal*, 12(7), 139-147.
- Kim, H.-J., Min, J.-Y., Min, K.-B., Lee, T.-J., & Yoo, S. (2018). Relationship among family environment, self-control, friendship quality, and adolescents’ smartphone addiction in South Korea: Findings from nationwide data. *plos one*, 13(2), 33-55.
- McKay M, Wood JC, Brantley J. (2007). The dialectical behavior therapy skills workbook. *Oakland: New Harbinger*, 2(3), 141-159.
- Meldrum, R. C., Young, J. T. N., Burt, C. H., & Piquero, A. R. (2013). Maternal versus adolescent reports of self-control: Implications for testing the general theory of crime. *Journal of Criminal Justice*, 41(1), 24–32.
- Montes-Hidalgo, J., & Tomás-Sábado, J. (2016). Autoestima, resiliencia, locus de control y riesgo suicida en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*, 26(3), 188–193.
- Scheim, A. I., Maghsoudi, N., Marshall, Z., Churchill, S., Ziegler, C., & Werb, D. (2020). Impact evaluations of drug decriminalisation and legal regulation on drug use, health and social harms: a systematic review. *BMJ open*, 10(9), e035148.
- Silvers, J. A. (2022). Adolescence as a pivotal period for emotion regulation development. *Current opinion in psychology*, 44, 258-263.
- Usoof-Thowfeek, R., Janoff-Bulman, R., & Tavernini, J. (2011). Moral judgments and the role of social harm: Differences in automatic versus controlled processing. *Journal of Experimental Social Psychology*, 47(1), 1–6.
- Zhang, S. Y., & Demant, J. (2021). Effects of self-control, drug-use peers and family attachment on drug use among Chinese users: A

Quarterly Journal of Educational Psychology Skills
Islamic Azad University Tonekabon Branch
Vol. 13, No. 4, winter 2023, No 52



Journal of Educational
Psychology

The effectiveness Monotheistic Integrated Therapy Approach on Self-restraint and Social harms of female students from Less Developed Regions of Meybod

Sophia Khaneghahi¹, Faezeh Dehghani Firouzabadi², Mahla Behjati Ardakani³, Mansooreh Poorjanebolahi Firouzabadi^{4*}

- 1) Assistant Prof, Department of Psychology, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran
- 2) M.A on Educational Psychology, Payam Noor University, Taft center, Taft, Iran
- 3) M.A on Clinical Psychology, Payam Noor University, South Tehran center, Tehran, Iran
- 4) PhD student, Department of psychology, Islamic Azad University, Zahedan Branch, Zahedan, Iran

Abstract

The aim of the present study was to investigate the effectiveness of monotheistic integrated therapy on self-control and social harms of female students in less privileged areas. The research was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population included all female students from less privileged areas in the academic year 2021-22 with a number of 370 people. Using available sampling method, 30 people were selected as samples and randomly placed in two groups of 15 people (experimental and control). Research tools included self-control questionnaires (Ali Akbari Dehkordi et al., 2014) and social harms (Aghaei and Teimurtash, 2016). Monotheistic integrated therapy was offered to the members of the experimental group in 12 1-hour sessions and two sessions per week, but the control group did not receive any intervention during the experiment. The data were analyzed using the multivariate covariance analysis method and using the spss26 software package at a significance level of 0.05. The results of the research showed that monotheistic treatment was effective on students' self-control and social harms ($P < 0.001$). These results show the effectiveness of monotheistic integrated therapy in reducing social harms and factors related to it, and due to its alignment with Iranian-Islamic culture, it can be used in educational and therapeutic centers.

Key words: monotheistic integrated therapy, self-control, social harms, female students, less privileged areas
