

بررسی فلسفه تحریم جرایم بانظر به مساله ارزشمندی زنان زندانی

اعظم آبدار^۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۶/۲۷

تاریخ داوری: ۱۴۰۳/۷/۱۴

چکیده

سلامت معنوی در کاهش جرایم تاثیر بسزایی دارد. پرواضح است هر عملی که در دین اسلام حرام اعلام شده است و حکم فقهی بر تحریم آن ایراد گردیده، بدلیل زیانهای وارده به فرد مجرم بوده است؛ چه بسا دامنه این زیانها به جامعه کشانده شود. آنچه در این میان از ارزش والایی برخوردار است توجه به کرامت وجودی یا همان خود ارزشمندی است. نظر به این مهم و واکاوی فلسفه احکام فقهی در حوزه جرایم، این پژوهش در نظر دارد ضمن بررسی گروهی از زنان زندانی در بند اعتیاد، به مساله خودارزشمندی ایشان پرداخته و فلسفه تحریم این جرم و ارتباط آن با سلامت معنوی و وجودی ایشان مورد مذاقه قرارگیرد. روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. به این منظور ۳۰ نفر از زنان زندانی، به صورت نمونه گیری دردسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. شرکت کنندگان قبل و بعد از مداخله به ابزار پژوهش که شامل پرسشنامه امید به زندگی اشنایدر (۲۰۰۰) و پرسشنامه سلامت معنوی الیسون و پولوتزین (۱۹۸۳) پاسخ دادند. مشارکت کننده های گروه آزمایش، به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت دوره درمانی آموزش خودارزشمندی قرار گرفتند، اما گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد. داده ها در دو سطح توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره) تحلیل شد. نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره نشان داد آموزش خودارزشمندی، با افزایش امید به زندگی و سلامت معنوی در زنان زندانی گردیده است ($p < 0/05$). در پایان بدین مطلب پرداخته خواهد شد که فلسفه تحریم این جرم در حقیقت رسیدن به نوعی خودارزشمندی است که سلامت مذهبی و ومعنوی افراد را بدنبال خواهد داشت.

واژگان کلیدی: احکام فقهی، تحریم، خود ارزشمندی، سلامت وجودی، سلامت معنوی، زنان زندانی



۱. استاد دانشگاه، دکترای علوم و قرآن و حدیث، اصفهان، ایران،

مقدمه

زنان، حدود نیمی از جامعه انسانی را تشکیل داده و گروهی آسیب پذیر و حساس هستند، به طوریکه در دهه های گذشته شواهدی از افزایش مشارکت زنان در رفتارهای انحرافی به دست آمده است و پژوهشگران رشد فزاینده جرم زنان را به افزایش آزادی ها، تضعیف کنترل های اجتماعی و مشارکت فزاینده آن ها در بازار کار مربوط دانسته اند (فرهمنند، جوادیان و جلیلی پیرانی، ۱۴۰۰).

در سپتامبر ۲۰۱۵، موسسه تحقیقات سیاست جنایی، گزارش داد که بیش از ۷۰۰۰۰ زن در سراسر جهان در زندان به سر می برند و شایان ذکر است که نسبت جمعیت زندانیان زن در حال افزایش می باشد که در بین سال های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۵، ۳۸/۶۲ درصد افزایش یافته است (سازمان جهانی زندانیان، ۲۰۱۸).

همچنین جمعیت زنان زندانی بطور نامناسبی با تروماها، کمبودهای روحی و روانی و توان اندکی در مقابله با سختی ها مواجهند (بری توایت، ۲۰۰۵) علاوه بر این میزان خودکشی در زندانیان، شش برابر جمعیت عمومی گزارش شده است (نرس و همکاران، ۲۰۰۳) و برخی مطالعات انجام شده در زندانها نشان می دهد ۸۷/۵ درصد از زندانیان مشکوک به نوعی اختلال روانی هستند و در مطالعاتی که در زنان زندانی صورت گرفته، اختلالات شخصیتی ضد اجتماعی، نمایشی و مرزی را گزارش نموده اند (یانگ، وانگ، شاو، لویی و ژنگ، ۲۰۲۲).

بر اساس گزارش مرکز بین المللی مطالعات زنان، ایران در میان صد و نود و هفت کشور جهان از لحاظ فراوانی زنان زندانی، رتبه هشتاد و یک را دارا می باشد (فرهمنند و همکاران، ۱۴۰۰).

گزارشاتی که در دو دهه اخیر انتشار یافته، نشان می دهد افراد زندانی بطور تاسف باری میزان بیشتری از مشکلات سلامت روان را در مقایسه با جمعیت عادی تجربه می نمایند زیرا زندانی بودن اثرات روانی مهمی بر آنان دارد و زندانیان به طور نامتناسبی از طیف وسیعی از مشکلات بهداشت روانی و نرخ بالاتر اختلالات روان پریشی نسبت به جمعیت غیر زندانی رنج



می‌برند (براتولوموس و استرلان، ۲۰۲۱).

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت زنان شامل حالتی از رفاه روانی، جسمی، اجتماعی و معنوی همه نوزادان دختر، دختران و زنان در همه‌ی سنین و از هر طبقه‌ی اجتماعی - اقتصادی، بدون توجه به نژاد یا قومیت و در تمام مناطق جغرافیایی است و همانگونه که از تعریف مشخص است یکی از ابعاد سلامت زنان، بُعد معنوی آن است (جردن، ص ۲۰۱۶). معنویت پدیده‌ای بشری - جهانی است که تمامیت افراد و ارتباطشان با قدرتی برتر را مشخص می‌کند و عاملی است که تعیین کننده‌ی معنا و هدف در زندگی افراد است (کاوندیش، ۲۰۱۳).

سلامت معنوی دارای دو بُعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی است. سلامت وجودی بیان کننده‌ی ارتباط درونی ما و همچنین ارتباط ما با دیگران و محیط است که می‌توان آن را توانایی یکپارچه کردن ابعاد مختلف وجود انسان دانست و سلامت وجودی بر نگرانی‌های اجتماعی و روانی و چگونگی ارتباط فرد با جامعه، محیط و خود متمرکز است و درباره‌ی اینکه چگونه افراد با جامعه، محیط و خود سازگار می‌شوند بحث میکند و سلامت مذهبی منعکس کننده‌ی ارتباط با خدا یا قدرتی بی‌نهایت است (اوسارودی، ۲۰۱۳). پرواضح است کسانیکه به جرایم روی می‌آورند از این سلامت بی‌بهره‌اند و اینجاست که فلسفه تحریم جرایم مبرهن می‌گردد. فقدان سلامت معنوی و مذهبی در فرد سبب می‌شود به خود، جامعه و یا هر دو آسیبهای جبران ناپذیری وارد کند. وجود احکام فقهی به هر نحوی که با صلاحدید فقیه صورت پذیرد، خود می‌تواند در کاهش این جرایم تاثیر گزار باشد. در این راستا ارتقای سطح آگاهی افراد از اثرات مترتب بر انجام جرایم از یک سو و لزوم آموزش خود ارزشمندی از سوی دیگر سبب کاهش جرم و جنایت و نیز بالا رفتن امید به زندگی خواهد شد.

متغیر دیگری که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفت امید به زندگی بود که فروم معتقد است، امید آمادگی برای لحظات واقع نشده است. به بیانی دیگر، امید نسبت به چیزی که

وجود ندارد و یا نمیتواند وجود داشته باشد، هرگز پدید نمی آید. افراد امیدوار افرادی قوی تر بوده و برای کمک رسانی آماده اند و تمام علائم حیات را نشان می دهند، حیاتی که مملو از تولد و وقوع است (فرحی و خلعتبری، ۲۰۱۹). امید تجربه انسانی پیچیده است که باعث رهایی از رنج و معنادار شدن لحظات باقیمانده زندگی افراد می شود. با توجه به این امر که یکی از ویژگی های آدمی این است که با اتکا به امید و آینده زندگی می کند؛ لذا فردی که به آینده امید ندارد، محکوم به فناست. با از بین رفتن امید، اتکا درونی فرد از دست رفته و تجربه ی سقوط و پوسیدگی روحی و جمعی بسیار محتمل است (بروک، شاول و واورا، ۲۰۱۹)، همچنین، امید رفتار شناختی آگاهانه ای است که به فرد انرژی داده؛ و منجر به عمل برای دستیابی به هدف، تبدیل بحران ها به فرصت و سبب تحریک سیستم انگیزشی فرد می شود. اشنايدر بنيانگذار نظريه اميد و درمان مبتني بر آن، اميد را بعنوان سازه ای شامل دو مفهوم اینگونه تعريف می کند: توانایی طراحی گذرگاه هایی به سوی اهداف مطلوب به رغم موانع موجود و کارگزار یا عامل انگیزش لازم برای استفاده از این گذرگاه ها. در اصل، امید به جمع این دو مولفه اطلاق می شود و براساس این نوع مفهوم سازی، امید با هدف های ارزشی تقویت شده و با داشتن موانع چالش انگیز (ولی نه بر طرف نشدنی)، احتمال دستیابی به آن هدفها را نزدیک می سازد و به زبان دیگر، زمانیکه رسیدن به اهداف حتمی است، دیگر امید معنایی نخواهد داشت (سولبرگ و همکاران، ۲۰۲۰). از این رو یکی از اصلی ترین عوامل در مرتکبین جرایم، عدم امید به زندگی و یا داشتن امیدهای واهی است و این نیز در فلسفه تحریم جرایم خود را نشان میدهد. طبق گفته روانشناسان انسان با امید زنده است ولی امیدی که با هدفهای ارزشی گره خورده باشد، کسی که تن به اعتیاد میدهد با امید واهی رسیدن به خوشی هر چند ناپایدار تن به آن داده است، از این رو زمانیکه این کار حرام اعلام میشود و بر آن مجازاتهایی از قبیل شلاق زدن، جریمه نقدی و در مواردی حتی اعدام را در بردارد، با این احکام خداوند در حقیقت انسانها را بدین مطلب سوق می دهد که امید واهی داشتن نه تنها به زندگی خوب داشتن منتهی نمی شود بلکه کرامت شما را نیز پایمال خواهد کرد و با این کار شما به مرگ روحی نزدیک می شوید. فردی که در مجازات فقهی متهم به اعدام می شود این فرد محکوم به فناست چون اقدام به کاری کرده که هیچ سودی

نداشته و مرگ برایش بهتر است آنچنانچه در قرآن آمده است: "قل هل ننبئکم بالآخرین اعمالا الذین ضل سعیهم فی الحیوه الدنیا و هم یحسبون انهم یحسنون صنعا" (۱۰۳/۱۸)، مفهوم آیه برپوچ بودن کارهای واهی باوجود صرف وقت زیاد می باشد. لذا مساله تحریم جرایم و احکام فقهی با سلامت معنوی و امید به زندگی در افراد رابطه مستقیم دارد. در حقیقت می توان گفت احکام فقهی برای به نمایش گذاشتن فقدان سلامت مذهبی و معنوی در افراد مجرم می باشد تا هم درس عبرتی باشد برای دیگران و هم با وجود این احکام از اشاعه این جرایم در جامعه جلوگیری شود چرا که این جرایم عدم سلامت مذهبی و معنوی افراد را بدنبال دارد. از طرفی با معطوف ساختن افراد به بحث خود ارزشمندی می توان از ارتکاب این جرایم به طرز چشمگیری جلوگیری کرد. از این رو در این پژوهش به آموزش خود ارزشمندی در میان گروهی از زنان زندانی پرداخته می شود.

آموزش خود ارزشمندی در زنان زندانی

انواع مختلف درمان برای زنان زندانی وجود دارد که درمان های مورد نظر در پژوهش فوق آموزش خودارزشمندی می باشد که براین اصل استوار است که درد بخش اجتناب ناپذیر نوع بشر است، همان طور که هیجان های همراه با آن نیز این چنین هستند. در حالی که نمی توان از درد یا هیجان های دشوار اجتناب کرد، خبر خوب این است که می توان به شیوه ای که تجارب هیجانی را درک کرد و به آن پاسخ داد، رنج خود را کاهش داده و در عین حال کیفیت زندگی را افزایش داد. به عبارتی دیگر، در حالی که نمی توان از هیجان های دردناک فرار کرد، اما می توان انتخاب کرد چگونه به آن ها پاسخ داده شود و این تمام آن چیزی است که خودارزشمندی نامیده می شود (محمد خانی، اکبری و خالقی، ۱۳۹۷) و افرادی که عزت نفس پایینی دارند احساس بی ارزشی می کنند و این امر را به جریانه های زندگی اش تعمیم می دهد؛ حتی در عملکرد ساده نیز تردید نشان می دهند اگر این فرایند غیر قابل کنترل شود، عزت نفس رفته رفته از بین رفته و شخص بیشتر و بیشتر از اشیاء، جدامی شود، بنابراین یکی از ملاک های شخص سالم، داشتن عزت نفس و احترام به خود است عزت نفس سالم پایه و اساس فرصت های مناسب

وبه موقع زندگی است که موجب آرامش وصفای روح شده و شادمانی‌های زندگی را برای انسان فراهم می‌کند و یادگیری مهارت‌های جدید بر عزت نفس تاثیر دارد و آموزش مهارت خودارزشمندی باعث بالارفتن عزت نفس و امید به زندگی می‌شود (کامپن و همکاران، ۲۰۲۳).

از سویی اهمیت امید به زندگی و معنویت و رشد معنوی در انسان، در چند دهه‌ی گذشته توجه روانشناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است و ماهیت پویا و پیچیده‌ی جوامع نوین از یک سو و پیشرفت علم روانشناسی از سوی دیگر موجب شده است که نیازهای معنوی بشر در برابر خواسته‌ها و نیازهای مادی او قد علم کند و اهمیت بیشتری بیابد و سازمان جهانی بهداشت به ایجاد سیاست‌های مرتبط با جنس در زندانها که منطبق بر شواهد باشد و جنبه‌های اصلی سلامت زنان را نیز در نظر داشته باشد، توصیه کرده است، با این حال، بیشتر داده‌های جمع‌آوری شده درباره‌ی سلامت زندانیان، به مردان زندانی محدود شده است؛ و یافته‌های مربوط به زندانیان مرد، لزوماً به زندانیان زن تعمیم دانی نیست (کاوندیش، ۲۰۱۳). در ایران نیز وضعیت به همین گونه است و با اینکه تعداد زنان زندانی همچنان رو به افزایش است، اما بررسی‌های کمی درباره‌ی سلامت آنان صورت گرفته است و اگرچه تحقیقاتی درباره‌ی اختلالات روانشناختی زنان زندانی در ایران انجام شده، تاکنون وضعیت معنوی و امید به زندگی این قشر از جامعه، که یکی از عامل‌های تأثیرگذار بر سلامت روانی و جسمی و اجتماعی آنان محسوب می‌شود؛ و ارتباط آن با نوع جرم، بررسی نشده است، همچنین تجارب ذهنی زنان زندانی به طور معمول منفی‌تر و شدیدتر از دیگران است و شدت این تجارب احتمالاً می‌تواند کیفیت تنظیم هیجانات، تحمل پریشانی را در فرد تعیین کند. در مجموع با توجه به آنچه گفته شد و از آنجا که مشکلات روانشناختی در زنان زندانی شیوع زیادی داشته و کمتر از راهکارهای درمانی روانشناختی برای برطرف کردن علایم آنان استفاده گردیده است، لذا با توجه به محدود بودن پژوهش‌ها در این زمینه، این مطالعه با هدف بررسی تاثیر آموزش خودارزشمندی بر سلامت معنوی و امید به زندگی زنان زندانی با جرم اعتیاد پرداخته شده و به فلسفه حرمت مواد مخدر و تحریم شرعی آن و ارتباط مستقیم آن با مساله خودارزشمندی و سلامت معنوی و مذهبی اشاره می‌کند.



بررسی حرمت اعتیاد بر سلامت معنوی

بطور کلی می‌توان گفت هرآنچه در دین مقدس اسلام حرام اعلام شده است قطعاً بدیل مضراتی بوده که آن عمل حرام بدنبال داشته است؛ یکی از این حرام‌ها، اعتیاد و لوازم آن می‌باشد. امروزه درصد بالایی از مسلمانها مواد مخدر را مباح یا مکروه می‌پندارند از این رو در استعمال آن تسامح می‌ورزند. در حالیکه اگر اعتقاد به حرمت همچون اعتقاد به سایر مسکرات در بین مسلمانها رواج می‌یافت مواد مخدر به سادگی نمی‌توانست در جوامع اسلامی فراگیر شود اکثر علما و صاحب نظران اسلامی هم از آن با عنوان یک پدیده زشت اجتماعی و دارای اثر زیانبار یاد کرده‌اند و مباحث مبنایی دال بر حرمت شرعی آن کمتر مورد توجه قرار گرفته است بر همین اساس در بند ۵ قطعنامه اولین سمینار بررسی مسائل اعتیاد (۲۵-۲۷ اردیبهشت) بر شناساندن حرمت شرعی مواد اعتیاد آور تأکید شده است. با نظر به ابعاد سلامت معنوی که در بالا عنوان گردید یکی از ابعاد آن سلامت وجودی انسان است، زمانی که حکم بر حرمت این امر داده می‌شود در واقع با تحریم این امر به نحوی در صدد از بین بردن نگرانی‌های اجتماعی و روانی برای فرد مجرم می‌باشد و در حقیقت تحریم این امر زمینه‌ای برای عدم از دست دادن سلامت وجودی فرد است چرا که با انجام این جرم نه تنها فرد مجرم دایماً در نگرانی و اضطراب در تعاملات و ارتباطات اجتماعی خود با دیگران می‌باشد بلکه زمینه انجام گناهان دیگر را نیز برای وی فراهم می‌کند و چنین فردی به راحتی به رذایل اخلاقی چون دروغ و... نیز تن می‌دهد و بدین صورت سلامت مذهبی چنین فردی نیز بمانند سلامت وجودی وی به خطر می‌افتد. تحقیقات نشان می‌دهد بالابردن سطح آگاهی در هر مقطعی برای انسان سودمند است. از این رو در این پژوهش سعی بر آن شده خودارزشمندی در میان گروهی از زنان آموزش داده شود. امید است ارائه نتایج حاصله بتواند نقطه روشنی در احیاء سلامت وجودی و مذهبی این طیف باشد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر، در دسته پژوهش‌های آزمایشی قرار می‌گیرد و طرح پژوهش آن از نوع



پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. متغیرهای مستقل فقط در گروه آزمایش اعمال شد و تأثیر آن‌ها بر نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش نسبت به گروه گواه مورد مقایسه قرار گرفت.

جدول (۱) شمای کلی طرح پژوهش

گروه‌ها	گمارش تصادفی	پیش‌آزمون	متغیر مستقل	پس‌آزمون	پیگیری یک ماهه
آموزش خود ارزشمندی	RE1	T1	X1	T2	T3
گروه کنترل	RC	T1	-	T2	T3

در جدول شماره ۱، درمان مورد نظر (آموزش خود ارزشمندی) بر روی گروه آزمایش اجرا گردید و گروه کنترل در طی دوره پژوهش درمانی دریافت نکردند).

جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه زنان زندانی شهر اصفهان است که در حداقل یک سال از محکومیت و سابقه زندان آن‌ها می‌گذرد. در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری تصادفی هدفمند استفاده خواهد شد. بدین صورت که با روش نمونه‌گیری تصادفی هدفمند، از بین زنان زندانی شهر اصفهان جهت شرکت در پژوهش دعوت شد.

۱. شرط سنی زنان بین ۲۰ تا ۵۷ سال است.

۲. حداقل یک سال از سابقه زندان آنان گذشته باشد.

۳. سطح سواد آن‌ها حداقل ۶ کلاس باشد.

۴. انگیزه و رغبت برای شرکت در پژوهش.

ملاک‌های خروج:

۱. ابتلا به بیماریهای جسمی که در کنش‌های حرکتی و کلامی برای زنان زندانی محدودیت

بوجود بیاورد.

۲. ابتلا به اختلال روانی حاد

۳. عدم تمایل به شرکت در پژوهش

بنابراین با توجه به هدف و روش تحقیق و تعداد جامعه آماری، تعداد کفایت حجم نمونه (قاسمی، ۱۳۹۰)، ۲۰۰ نفر انتخاب شدند، سپس از بین آنان ۳۰ نفر به طور تصادفی در یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آموزش خود ارزشمندی به مدت ۸ جلسه تحت درمان قرار گرفتند. ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفته که هیچ درمانی بر روی آن‌ها صورت نگرفت و در لیست انتظار قرار گرفتند.

روش اجرا

جدول ۲: محتوای جلسات خود ارزشمندی

جلسات	محتوای جلسه
جلسه اول	جلسه توضیحی، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی گروه، تعداد و مدت زمان جلسات، بیان انتظارات از جلسات، اقدام برای شناخت یکدیگر، بررسی مشکلات اعضا و اجرای پیش آزمون
جلسه دوم	بررسی افکار و احساسات مثبت و منفی اعضای گروه، آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی متمرکز بر شفقت، آموزش همدلی، توضیح و تشریح سازه شفقت
جلسه سوم	تفکر در باره خود ارزشمندی، پرورش احساس مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خود تخریبگرانه و شرم، تعیین تکلیف جهت شناسایی اقدامات و رفتارهایی که در زمینه شفقت به دیگران در طول هفته انجام داده‌اند
جلسه چهارم	مرور تکالیف خانگی، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد دارای شفقت و یا غیر شفقت با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه (همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران) و آموزش بخشایش



جلسه پنجم	مرور تکالیف خانگی، افزایش گرمی و انرژی، تمرین های پرورش ذهن شفقتانه (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوانزا و آموزش بردباری)، پذیرش مسائل (پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش های مختلف) و عدم قضاوت
جلسه ششم	تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقتانه، آموزش سبک ها و روش های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش ها در زندگی روزمره و برای همسر، فرزندان، والدین، دوستان، معلمان و آشنایان
جلسه هفتم	نامه نگاری شفقت ورز، تمرین خشم و شفقت، تمرین ترس از شفقت، روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت های واقعی متمرکز بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت
جلسه هشتم	مرور و تمرین مهارت های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی ها تا بتوانند به روش های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند، جمع بندی و انجام پس آزمون

ابزار پژوهش شامل

۱- پرسشنامه سلامت معنوی الیسون و پولوتزین^۱ ۱۹۸۳ یک ابزار خود سنجی است که دارای ۲۰ گویه است که ۱۰ گویه زوج، سلامت وجودی و ۱۰ گویه فرد، سلامت مذهبی را می سنجد. بعد سلامت مذهبی شامل چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنوی خود، هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند و بعد سلامت وجودی در مورد اینکه چگونه افراد با خود، جامعه یا محیط سازگار می شوند، است. نمره سلامت معنوی حاصل مجموع نمرات دو زیرگروه سلامت مذهبی و سلامت وجودی است. دامنه سؤالات به صورت ۶ گزینه ای در مقیاس لیکرت از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته بندی می شود. (کاملاً مخالفم=۱، مخالفم=۲، نسبتاً مخالفم=۳، نسبتاً موافقم=۴، موافقم=۵، کاملاً موافقم=۶) در عباراتی که فعل مثبت داشتند

1 . Ellison and Pulotzin Spiritual Health Questionnaire



پاسخ کاملاً مخالفم، نمره یک و کاملاً موافقم، نمره شش و بالعکس در سؤالاتی که فعل منفی داشتند پاسخ کاملاً مخالفم نمره شش و کاملاً موافقم، نمره یک را به خود اختصاص می‌دهد. دامنه نمره سلامت مذهبی وجودی هرکدام به تفکیک ۶۰-۱۰ است. برای زیرگروه‌های سلامت مذهبی وجودی سطح بندی وجود نداشته و قضاوت براساس نمره به دست آمده صورت می‌گیرد. هرچه نمره حاصل بالاتر باشد، سلامت مذهبی وجودی نیز بالاتر است. نمره سلامت معنوی جمع این دو زیرگروه است که دامنه آن بین ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شده است. سلامت معنوی به ۳ سطح، پایین بین ۴۰-۲۰، متوسط بین ۹۹-۴۱ و بالا بین ۱۲۰-۱۰۰ تقسیم بندی می‌شود. در پایان عبارات: ۱، ۲، ۵، ۶، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۶، ۱۸، به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. این پرسشنامه در مطالعات گوناگونی در داخل و خارج کشور مورد استفاده قرار گرفته و پایایی و روایی آن مورد تأیید شده است. به عنوان مثال الیسون و پولوتزین آن را معتبر دانسته و ضریب آلفای کرونباخ سلامت مذهبی وجودی و کل مقیاس را به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند (عصارودی و همکاران، ۱۳۹۰). در مطالعه اله بخشیان و همکاران (۱۳۸۹)؛ عصارودی و همکاران، (۱۳۹۱) روایی پرسشنامه پس از ترجمه به فارسی از طریق روایی محتوی مورد تأیید قرار گرفته؛ همچنین پایایی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ در مطالعه دهشیری و همکاران (۱۳۸۷) برای خرده مقیاس سلامت مذهبی و سلامت وجودی و برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۷ و ۰/۹۰ و با روش باز آزمایی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۱ و ۰/۸۵ تعیین شد. همچنین جعفری و همکاران (۱۳۹۱) ضرایب آلفای کرونباخ سلامت مذهبی وجودی و کل مقیاس را به ترتیب برابر با ۰/۸۴، ۰/۸۹ و ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه‌ی سلامت معنوی ۰/۷۸ به دست آمد.

۲- پرسشنامه امید به زندگی: جهت اندازه گیری سطح امید از پرسش نامه امید شنایدر استفاده شد. این مقیاس، ابزاری ۱۲ سؤالی است که شنایدر و همکاران تدوین کرده‌اند و شامل دو خرده مقیاس گذرگاه و انگیزش است و برای پاسخ دادن به هر پرسش، پیوستاری از کاملاً غلط تا کاملاً درست در نظر گرفته شده است. شنایدر و پترسون روایی محتوای این مقیاس را نیز تأیید کرده‌اند (شنایدر، ۲۰۰۰). اعتبار این مقیاس، در نسخه ایرانی با روش همسانی درونی بررسی شد و آلفای

کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد (بیجاری، ۲۰۱۰). در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ برای این پرسش نامه به دست آمد.

ملاحظات اخلاقی

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در روند اجرای پژوهش، کلیه زنان زندانی با رضایت و رغبت شرکت کردند. در همه مراحل اولویت با درمان بیماران بود تا اجرای پژوهش. علاوه بر این، به مشارکت کننده ها اطمینان داده شد که نتایج پرسشنامه ها به صورت فردی تفسیر نگردد و در صورت تمایل نتایج به اطلاع مشارکت کننده ها برسد، همچنین در تمامی مراحل پژوهش به دلیل عدم رضایت زنان زندانی، عکس برداری و فیلم برداری صورت نپذیرفت. ضمناً تمامی جزوات و سی دی های آموزشی و ابزارهای لازم به صورت رایگان در اختیار آن ها قرار گرفت.

روش ها آماری و تجزیه و تحلیل داده ها

تجزیه تحلیل اطلاعات به وسیله ی بسته آماری علوم اجتماعی نسخه ۲۲، در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل شد. در سطح توصیفی میانگین و انحراف معیار، در سطح استنباطی از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده گردید و سطح اطمینان برای آزمون فرضیه ۰/۹۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سن افراد نمونه در گروه آزمایش ۳۴/۶۴ و انحراف استاندارد آن ۱/۲۸ سال بود. میانگین سن افراد نمونه در گروه کنترل ۳۶/۴ و انحراف استاندارد آن ۱/۲۶ سال به دست آمد. به طور کلی ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) از شرکت کنندگان ترک تحصیل کرده بودند (۶ نفر در گروه آزمایش و ۱ نفر در گروه کنترل). همچنین وضعیت تحصیل شرکت کنندگان در هر دو گروه به این صورت بود که ۳ نفر تحصیلات ابتدایی (۲۰ درصد)، ۵ نفر سیکل (۲۳/۳ درصد)، ۲ نفر راهنمایی (۱۳/۳ درصد)، ۷ نفر دبیرستان (۳۶/۳۳ درصد) و ۶ نفر نیز وضعیت تحصیلی خود را

بیان نکردند (۴۰ درصد). یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها و مراحل پژوهش در جدول ۳، ارائه شده است.

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک

دو گروه و دو مرحله پژوهش

کنترل		آزمایش		متغیر گروه‌ها	
پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون		
۲۷/۴	۲۶/۹۳	۳۴/۰۷	۲۷/۸۷	میانگین	امید به زندگی
۳/۸۲	۴/۰۱	۳/۵۴	۳/۷۷	انحراف معیار	
۷۷/۴۷	۷۵/۸	۸۳/۲	۷۲/۶	میانگین	سلامت معنوی
۹/۲۱	۸/۴۳	۷/۱۹	۷/۴۱	انحراف معیار	

همان گونه که در جدول ۳، مشاهده می‌شود، براساس یافته‌های توصیفی میانگین نمرات امید به زندگی، در گروه آزمایش نسبت به کنترل افزایش بیشتری در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون نشان داده است. همچنین میانگین نمرات سلامت معنوی، در گروه آزمایش نسبت به کنترل افزایش بیشتری در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون نشان داده است. نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره برای مقایسه دو گروه در نمرات سلامت معنوی و امید به زندگی در جدول ۴، ارائه شده است.



جدول ۳- نتایج تحلیل تک متغیری تأثیر متغیری تأثیر آموزش خودارزشمندی بر سلامت معنوی

وامید به زندگی زنان زندانی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	حجم اثر	توان آماری
امید به زندگی							
پیش از مون	۱۴۷/۳۹	۱	۱۴۷/۳۹	۱۹/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۴۱۳	۰/۹۸۶
گروه	۷۰/۳۹	۱	۷۰/۳۹	۸/۵۲	۰/۰۰۷	۰/۲۴	۰/۹۰۳
خطا	۲۲۳/۱۴	۲۷	۸/۲۶				
جمع	۱۹۰۶۶	۳۰					
سلامت معنوی							
پیش از مون	۸۵۹/۸۳	۱	۸۵۹/۸۳	۱۴/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۳۵۴	۰/۹۵۹
گروه	۳۸۳/۱۲۴	۱	۳۸۳/۱۲۴	۶/۴۴	۰/۰۱۷	۰/۱۹۳	۰/۸۸
خطا	۱۶۱۵/۳۰۲	۲۷	۵۹/۴۵۶				
جمع	۲۰۲۱۸۴	۳۰					

براساس نتایج به دست آمده در جدول ۳، تفاوت میانگین نمرات امید به زندگی و نمرات سلامت معنوی در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس از مون معنی دار است ($p < 0.05$).. به عبارت دیگر می توان گفت آموزش خودارزشمندی بر سلامت معنوی و امید به زندگی زنان زندانی تأثیر معنی داری داشته است.

بحث و نتیجه گیری

در پژوهش حاضر نشان داده شد که هر آنچه در حرمت جرایم در شرع بیان گردیده شده رابطه مستقیمی با مساله خودارزشمندی که حاصل سلامت وجودی و سلامت مذهبی است، وجود دارد. براساس بررسی های بعمل آمده مبرهن گردید علت انجام جرایم در بسیاری از



موارد عدم اعتماد به نفس و دلبستن به امیدهای واهی که سلامت مذهبی فرد را به مخاطره می‌اندازد از این رو در این راستا دین مقدس الذا ارتقای سطح آگاهی و آموزش افراد در مساله خودارزشمندی انسان را به سلامت معنوی و وجودی خود نزدیک می‌سازد و از آنجا که آموزش و آگاهی در هر مقطعی به رشد و پرورش انسانیت انسان کمک می‌کند در این پژوهش به بررسی تاثیر آموزش خودارزشمندی بر سلامت معنوی و امید به زندگی زنان زندانی پرداخته شد و بدست آمد که این آموزش تأثیر معنی داری داشته است. میزان تأثیر این درمان در مرحله پس آزمون بر افزایش بر سلامت معنوی و امید به زندگی زنان زندانی حاصل شده است. نتایج به دست آمده با پژوهش انجام شده توسط وزیری و همکاران (۲۰۱۴)، نوعی و همکاران (۱۳۹۸)، زعیم پریسا (۱۳۹۹) همسو می‌باشد.

در تبیین یافته‌های به دست آمده میتوان چنین اذعان داشت که آموزش خودارزشمندی افراد را در درمان به شفقت و مهربانی نسبت به خود و دیگران تشویق می‌کند و کمک می‌کند تا از نظر روانی و عاطفی بهبود یابند. و این همان چیزی است که در فلسفه تحریم جرایم بدان اشاره شد. خودارزشمندی، هم نسبت به خود و هم نسبت به دیگران، پاسخی عاطفی است که به اعتقاد بسیاری از افراد جنبه اساسی سلامتی است و توسعه آن اغلب ممکن است منجر به بهبود سلامت روحی و روانی شود (جنسن، ۲۰۱۹). خودارزشمندی به نظریه و فرآیند استفاده از یک مدل در رواندرمانی و مشاوره اشاره دارد. روش اصلی آن شامل فعالیت‌هایی می‌شود که ویژگی‌ها و مهارت‌های مشفقانه‌ای که منجر به تنظیم هیجانی می‌شوند را گسترش می‌دهد و به استراتژی‌هایی گفته می‌شود که معمولاً به افراد کمک می‌کند تا خود ارزشمندی را تجربه کنند و جنبه‌های مختلف آن را در خود و دیگران را پرورش دهند (نف، ۲۰۲۲). آموزش خودارزشمندی با هدف ایجاد انگیزه مشفقانه، همدردی، حساسیت و تحمل پریشانی طراحی شده است و در این مسیر از آموزش‌های خاص و تمرینات هدایت شده استفاده می‌کند و به افراد کمک می‌کند تا نگرش‌های غیر سرزنشگر و غیر قضاوت‌گر را پرورش دهند.

همچنین نتایج نشان داد آموزش خودارزشمندی بر سلامت معنوی زنان زندانی تأثیر معنی داری داشته است. نتایج به دست آمده، با پژوهش کربلایی هرفته و همکاران (۱۴۰۰)، صادقی و همکاران (۱۳۹۸)، گیلبرت (۲۰۱۴)، همسو می‌باشد.

در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان اذعان کرد که سلامت معنوی عاملی برای نشان دادن کیفیت زندگی یا بهزیستی معنوی کلی فرد است. در بیان قرآن کریم سلامت معنوی به معنای سلامت روح (قلب) برخوردار از "قلب سلیم" است. علامه طباطبایی در جلد نهم المیزان می‌فرماید: در حقیقت قلب همان جان آدمی است که با قوا و عواطف باطنیه ای که مجهز است به کارهای حیاتی خود می‌پردازد. انسان خدای تعالی را با قلب خود که وسیله ادراک و سبب اصلی علم و معرفت او است، می‌شناسد. آیت الله دستغیب نیز در رابطه با تعریف روح در کتاب قلب سلیم خود می‌فرماید: "روح لطیفه ربانیه و جوهر روحانیه، شناسا، دانا، توانا، مدرک محیط اطراف و محل عواطف و احساساتی چون غم و شادی، ترس و اضطراب، آرامش و امنیت و... مورد تکلیف الهی است که ثواب و عقاب برای اوست. علاوه بر شناخت و آگاهی یافتن از عالم نا سوت طبیعت می‌تواند با سایر عوالم (ملکوت و جبروت و لاهوت) مرتب شود و به انسان قدرت تفکر و شناخت (تعقل) عطا کند (اسدزندی و همکاران، ۱۴۰۰). و از آنجا که انجام جرایمی همچون اعتیاد انسان را از حقیقت روحانی خویش دور می‌سازد لذا به حق است تا هر آنچه با سلامت معنوی و روحانی انسان در تضاد است تحریم شود.

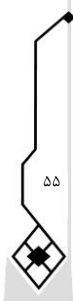
سلامت معنوی بر بهزیستی فرد و ارتباط او با خدا تاکید دارد و خود موجب توجه روانشناسان به این بعد سلامت بود. این در حالی است که توجه به تمام ابعاد وجودی انسان از همان ابتدای خلقت مورد تاکید تمام تعالیم دینی و الهی بوده است. برای قضاوت صحیح از سلامت معنوی باید مفهوم معنویت را تبیین کرد. با توجه به دیدگاه‌های مختلف باید معنویت را از نگاه عمومی و متمایل به الثیسم و از نگاه مکاتب الهی بررسی کرد. معنویت از نگاه عمومی به شکل هدفمندی در زندگی، تجربه تعالی، نمود اجتماعی و پابندی به بایدهای تعریف شده اخلاقی معنا می‌شود. در حالی که معنویت از دیدگاه مطالب الهی به شکل خداشناسی و خدامحوری، شناخت هدف خلقت و زندگی، تلاش در جهت تکامل معنوی و خودسازی و توکل معنا می‌شود (نودوشان و همکاران^۱، ۲۰۲۰).



فهرست منابع

۱. قرآن کریم
۲. ره پرداز فاطمه، شیرازی محمود. (۲۰۱۶). نقش باور به دنیای عادلانه در پیش بینی رضایت از زندگی دانشجویان دختر دانشگاه سیستان و بلوچستان. مجله مطالعات روانشناسی تربیتی، ۱۳(۲۴)، ۳۹-۵۲.
۳. زارع، قربانی. (۲۰۲۱). بررسی تاثیر ادراک خطر، خودکارآمدی و حل مسئله اجتماعی بر رفتارهای یاری رسان با توجه به نقش میانجی گرهوش اجتماعی. پژوهش های روانشناسی اجتماعی، ۱۱(۴۳)، ۱۹-۳۴.
۴. صلیبی ژاسنت. (۱۴۰۱). بررسی رابطه ویژگی های شخصیت و هوش هیجانی با گرایش به جرم در زنان زندانی ۱۸ تا ۴۰ ساله شهر تهران. پژوهش نامه زنان، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی. ۱۳(۱)، ۱۱۱-۱۳۷.
۵. گل پرور م، (۱۳۸۶). ساختار عاملی پرسشنامه باورهای دنیای عادلانه رابین و پیلاو، شواهدی از تمایز باورهای دنیای عادلانه و ناعادلانه در ایران. مجله علوم روانشناختی.
۶. فرهنگد، سیدرضا جوادیان، جلیلی پیرانی. (۲۰۲۲). نقش ازخودبیگانگی، تبعیض جنسیتی و داغ انگ در طرد زنان زندانی از تعاملات بین فردی. فصلنامه علمی پژوهشی مددکاری اجتماعی، ۱۰(۴)، ۵۷-۶۶.
۷. کاشانکی حامد، قربانی، حاتمی. (۲۰۱۸). اثربخشی القا رفتار جامعه پسند بر سلامت روانی و جسمانی: نقش شفقت خود و بهوشیاری. شناخت اجتماعی، ۶(۲)، ۳۹-۵۲.
۸. میرهاشمی م، مالک زارعی، حیدرعلی، نظری علوم. (۲۰۱۸). پیش بینی تفکر جنایی بر اساس متغیرهای شخصی و کیفری در مجرمان. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، ۱۸(۴)، ۱۱۵-۱۲۵.
۹. نیازمند حسن، برزگر بقولی، سهرابی شگفتی نادره. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرمایه روانشناختی و تفکر جنایی زندانیان شهر بوشهر. نشریه علمی رویش روان شناسی، ۱۰(۱۲)، ۲۳۹-۲۵۰.

10. Ben-Ami Bartal, I., Decety, J., & Mason, P. (2011). Empathy and prosocial behavior in rats. *Science (New York, N.Y.)*, 334(6061): 1427–1430.
11. Bar-On, R. (1997). BarOn emotional quotient inventory. Toronto: MultiHealth Systems.
- Lerner, M. J. (1980). *The Belief in a just world: A fundamental delusion*. New York: Plenum Press
12. Campos, C., Pasion, R., Azeredo, A., Ramião, E., Mazer, P., Macedo, I., & Barbosa, F. (2022). Refining the link between psychopathy, antisocial behavior, and empathy: A meta-analytical approach across different conceptual frameworks. *Clinical Psychology Review*, 94, 102145.
13. Chen, W., Xie, E., Tian, X., Zhang, G., 2020. Psychometric properties of the Chinese version of
14. the resilience scale (RS-14): preliminary results. *PLoS One* 15 (10), e0241606.
15. Deng, X., Chen, S., Li, X., Tan, C., Li, W., Zhong, C., ... & Ye, M. (2022). Gender differences in empathy, emotional intelligence and problem-solving ability among nursing students: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 105649.
16. Davis, M. H. & Franzoi, S. L. (1991). Stability and change in adolescent self-consciousness and empathy. *Journal of Research in personality*, 25, 70–87.
17. Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1, 113–126
18. Davis, M. H; Conklin, L; Smith, S. & Luce, C. (1996). Effect of perspective taking the cognitive representation of person: a merging of self and other. *Journal of personality and Social Psychology*, Vol. 70. No. 4, 713–726.
- Davis, M. H; Luce, C & Kraus, J. S. (1994). The heritability of characteristics associated with dispositional empathy. *Journal*



of Personality, 62:3. 369–391.

19. Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction* (2006) 101 (2):181–91. 10.1111/j.1360-0443.2006.01316.x

20. Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction* (2006) 101 (2):181–91. 10.1111/j.1360-0443.2006.01316.x

21. Garofalo, C., Velotti, P., Callea, A., Popolo, R., Salvatore, G., Cavallo, F., & Dimaggio, G. (2018). Emotion dysregulation, impulsivity and personality disorder traits: A community sample study. *Psychiatry Research*, 266, 186–192.

22. Huang Y, Wang Y, Wang H, Liu Z, Yu X, Yan J, et al. Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study. *Lancet Psychiatry* (2019) 6(3):211–24. 10.1016/S2215-0366(18)30511-X.

23. Kong, Y., Cui, L., Yang, Y., & Cao, M. (2021). A three-level meta-analysis of belief in a just world and antisociality: Differences between sample types and scales. *Personality and Individual Differences*, 182, 111065.

24. Knight, K., Garner, B. R., Simpson, D. D., Morey, J. T., & Flynn, P. M. (2006). An assessment for criminal thinking. *Crime and Delinquency*, 52(1), 159–177.

25. Lidén, M. (2020). Emotions and Cognition in International Criminal Justice: An Exploration from Cognitive Biases to Emotional Intelligence. *Forensic Science International: Mind and Law*, 1, 100037.

26. Lane, A., Meyer, B., Devonport, T., Davies, K., Thelwell, Richard, Gill, G., Diehl, C., Wilson, M. and Weston, Neil (2009) Validity of the Emotional Intelligence Scale for use in sport. *Journal of Sports Science and Medicine*, 8 (2).pp. 289–295.

27. Mansori, B. (2001). Reliability and Validitation of Sibriashring Emotional Intelligence Questionnaire. M.S Dissertation of Tehran University.

28. Moore, K. E., Gobin, R. L., McCauley, H. L., Kao, C. W., Anthony, S. M., Kubiak, S., ... & Johnson, J. E. (2018). The relation of borderline personality disorder to aggression, victimization, and institutional misconduct among prisoners. *Comprehensive psychiatry*, 84, 15–21.
29. Moreira, P. A., Lopes, J. C., Inman, R. A., & Cunha, O. (2022). The personality of male prisoners: Moving towards an integrated temperament –and –character –based theory of criminal and antisocial behavior. *Journal of Criminal Justice*, 79, 101897.
30. World Prison Brief (2018). [cited 2018 Oct 21, 2018]. Available from: <http://www.prisonstudies.org/>.
31. Rubin, Z., & Peplau, L. A. (1973). Belief in a just world and reactions to another's lot: A study of participants in the national draft lottery. *Journal of Social Issues*, 29 (4), 73–93.
32. Rubin, Z., & Peplau, L. A. (1975). Who believes in a just world? *Journal of Social Issues*, 31 (3), 65–89.
33. Robitaille, M. P., Checknita, D., Vitaro, F., Tremblay, R. E., Paris, J., & Hodgins, S. (2017). A prospective, longitudinal
34. Jordan BK, Schlenger WE, Fairbank JA, Caddell JM. Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women: II. Convicted felons entering prison. *Archives of General Psychiatry*. 2016;53(6): 16–29.
35. Cavendish R, Konecny L, Mitzeliotis C, Russo D, Luise BK, Medelíndt J, et al. Spiritual care activities of nurses using nursing interventions classification (NIC) labels. *International Journal of Nursing Knowledge*. 2013;14(4):113–24
36. Osarrodi A, Golafshani A, Akaberi S. The Relationship between Spiritual Well-Being and Quality Of Life in Nurses. 2012. (Full Text in Persian,