



وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
موسسه آموزش عالی حکمت، شوی
چمدانی - نیریز

دانشگاه پیام نور شهرستان میناب

موضوع : پایان نامه

عنوان:

بررسی اثربخشی کرامت درمانی معنوی اسلامی بر روی خطر عود معتادان بهبود یافته

استاد راهنما:

استاد : علی حسن زاده مینابی

پژوهشگر : ابراهیم زائری

اردیبهشت ۱۴۰۲

تشکر و قدر دانی

نخستین سپاس من از پروردگارم است ، به هر دو معنای پروردن ، سپاس از تمام آموزگاران که از کودکی تا کنون راهنمایم بوده اند معلمانم در مدرسه استادانم در دانشگاه ، سپاس ویژه دارم از استاد راهنمایم علی حسن زاده مینابی که با راهنماییهای ارزنده خود مرا در امر به پایان رساندن این پژوهش یاری نمودند

تقدیر:

سپاس بی کران پروردگار یکتا را که هستی مان بخشید و به طریق علم و دانش رهنمونمان شد و به همنشینی رهروان علم و دانش مفتخرمان نمود و خوشه چینی از علم و معرفت را روزیمان ساخت. تقدیم به او که آموخت مرا تا بیاموزم ، استاد گرامی **علی حسن**

زاده مینابی

تقدیم به:

ساحت مقدس یوسف زهرا، آقا امام زمان حجه ابن الحسن العسکری
(عجل الله تعالی فرجه شریف)

که چشم‌ها برای زیارت صبحش بیدارند.

چکیده:

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی کرامت درمانی معنوی اسلامی بر روی خطر عود معتادان بهبود یافته انجام شد.

روش: از نظر هدف، کاربردی و از نظرنوع کمی بود و روش تحقیق در این پژوهش روش اثربخشی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مراجعه کنندگان به مرکز اقامتی ترک اعتیاد میان مدت نوید زندگی شهرستان میناب دارای مجوز رسمی از اداره کل بهزیستی استان هرمزگان به شماره پروانه ۱۴۳۲۳/۰۶/۰۳/۰۰ در سال ۱۴۰۲ می باشد. نمونه آماری این پژوهش بر اساس ملاک های ورود و خروج پژوهش، با روش نمونه گیری در دسترس هدفمند، ۳۰ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه های آزمایش و گواه جایدهی شدند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه میزان تمایل به اعتیاد فرچاد و همکاران (۱۳۸۵) استفاده شد. یافته ها: نتایج نشان داد که؛ کرامت درمانی معنوی اسلامی توانسته است تمایل محیطی، فردی و اجتماعی به اعتیاد را درمعتادان بهبودیافته کاهش دهد.

کلید واژگان: کرامت درمانی معنوی اسلامی، عود اعتیاد، معتادان بهبود یافته

عنوان.....	صفحه.....
فصل اول کلیات پژوهش	۲
۱-۱ مقدمه.....	۲
۱-۲ بیان مسأله پژوهش.....	۴
۱-۳ اهمیت و ضرورت پژوهش.....	۶
۱-۴ اهداف پژوهش.....	۸
۱-۴-۱ هدف اصلی :.....	۸
۱-۴-۲ اهداف فرعی:.....	۸
۱-۵ فرضیات پژوهش.....	۸
۱-۵-۱ فرضیه اصلی.....	۸
۱-۵-۲ فرضیه های فرعی.....	۹
۱-۶ تعاریف مفهومی و عملیاتی.....	۹
۱-۶-۱ تعاریف مفهومی.....	۹
۱-۶-۲ تعاریف عملیاتی.....	۱۰
فصل دوم ادبیات و پیشینه ی تحقیق	۱۱
۲-۱ مقدمه.....	۱۱
۲-۲-پیشینه نظری.....	۱۱
۲-۲-۱- کرامت درمانی معنوی اسلامی.....	۱۱
۲-۲-۲- عود اعتیاد.....	۲۱
۲-۳ - پیشینه های پژوهش.....	۲۵
۲-۳-۱ پیشینه های داخلی.....	۲۵
۲-۳-۲ پیشینه های خارجی.....	۲۸
فصل سوم روش تحقیق	۳۰
۳-۱ مقدمه.....	۳۰
۳-۲-روش پژوهش.....	۳۱
۳-۳- جامعه آماری.....	۳۱
۳-۴- نمونه آماری و روش نمونه گیری.....	۳۱
۳-۵- ملاک های ورود به پژوهش.....	۳۱
۳-۶- ملاک های خروج از پژوهش.....	۳۲
۳-۷- ملاحظات اخلاقی.....	۳۲
۳-۸- روش اجرا.....	۳۲
۳-۹- ابزار اندازه گیری پژوهش.....	۳۳
۳-۹-۱ پرسشنامه بازگشت به اعتیاد :.....	۳۴
۳-۱۰ روش تجزیه و تحلیل داده ها.....	۳۴

فصل چهارم یافته‌های پژوهش.....	۳۶
۴-۱ مقدمه.....	۳۶
۲-۴ داده های جمعیت شناختی.....	۳۶
۴-۲ یافته های توصیفی.....	۴۰
۳-۴ یافته های استنباطی.....	۴۰
فصل پنجم بحث و نتیجه گیری.....	۴۶
۵-۱ مقدمه.....	۴۶
۵-۲ تبیین یافته ها.....	۴۷
۵-۲-۱ فرضیه اول :	۴۷
۵-۲-۱-۱ فرضیه دوم.....	۴۸
۵-۲-۱-۱-۱ فرضیه سوم.....	۴۹
۵-۳ محدودیت‌های پژوهش.....	۵۰
۵-۴ پیشنهادات پژوهشی.....	۵۰
۵-۵ پیشنهادات کاربردی.....	۵۱
منابع و ماخذ.....	۵۲

فصل اول

کلیات پژوهش

با وجود سال‌ها پژوهش در زمینه درمان اعتیاد و با وجود تدوین، اجرا و بررسی درمان‌های مختلف دارویی و غیردارویی، متأسفانه نتایج بالینی مطلوبی در زمینه میزان اثربخشی درمان‌های مختلف فراهم نشده و نمی‌توان با اطمینان از اثربخشی یک درمان و یا برتری یک رویکرد درمانی نسبت به رویکردی دیگر اظهار نظر نمود. بررسی درمان‌های دارویی به تنهایی و بدون کاربرد مداخلات روانی اجتماعی نشانگر میزان اثربخشی پایین این درمان‌ها در مقایسه با درمان‌های روانشناختی بوده است.

اثربخشی درمان‌های روانشناختی نیز متوسط و گاهی متوسط به بالا گزارش شده است. با این حال، میزان بالای عود^۱ بیماران اعتیاد در دوره‌های زمانی مختلف پس از آغاز، حین و پس از درمان موجب گردیده محققین و درمانگران در جستجوی درمان‌هایی باشند که اولاً از اثربخشی بالایی برخوردار بوده و ثانیاً میزان عود کمتری نشان دهند. عود به معنای ناتوانی و شکست در تداوم یک تغییر رفتاری و آغاز رفتار به دنبال یک دوره ترک آن عمل می‌باشد (رجب پور و همکاران، ۱۳۹۹).

کوکینوو برای اولین بار در سال ۲۰۰۶ مدلی برای درمان‌های مبتنی بر کرامت انسانی ارائه نمود. کرامت درمانی یک پروتکل استاندارد روان درمانی است که اولین بار با هدف کاهش دیسترس‌های جسمی و روانی بیماران در مراحل انتهایی حیات انجام گرفت. به عبارتی، مراقبتی کوتاه مدت است که می‌تواند در بالین بیمار انجام شود و به بیمار و خانواده وی در تطابق هر چه بیشتر در هر مرحله از زندگی حتی مراحل انتهایی حیات کمک کند. این مدل، پیرامون یک سری سوالات باز پاسخ سیر

می‌کند که بیمار را تشویق می‌کند در مورد جنبه‌های مهم زندگی‌اش، امیدها و آرزوهایش برای افرادی که دوستشان دارد صحبت کند. کرامت درمانی روشی است که در آن درمانگر در طی یک جلسه ۳۰ تا ۶۰ دقیقه‌ای، یک سری سوالات باز از بیمار می‌پرسد و وی را تشویق به صحبت در مورد زندگی خود و وقایع مهم آن می‌کند. کرامت درمانی یک راه مؤثر برای بیماران جهت پیدا کردن معنا و هدف در هر مرحله از حیات بوده و فرصتی برای به اشتراک گذاشتن داستان زندگی و تجربیات خود با اعضای خانواده است. این مداخله می‌تواند به حفظ حس

^۱ Relapse

کرامت بیمار با پرداختن به منابع پریشانی روانی و استرس وجودی وی کمک کننده باشد. به واسطه کرامت درمانی امکان ثبت جوانب معنادار زندگی فرد و باقی گذاشتن اثری از خود برای بهره مند شدن عزیزانش در آینده فراهم می گردد (برهانی و عباسی، ۲۰۱۶؛ حسینی^۱ و همکاران، ۲۰۱۷).

با توجه به نقش تعیین کننده عود اعتیاد و اطلاع از عوامل مؤثر بر سلامت روحی و جسمی آنان در پیشرفت و عملکرد سایر افراد خانواده و جامعه، بررسی های محقق نشان می دهد که تاکنون پژوهشی که به بررسی اثربخشی کرامت درمانی معنوی اسلامی بر روی خطر عود معتادان بهبود یافته بپردازد انجام نگرفته است و به همین دلیل پژوهش حاضر سعی بر این دارد به بررسی اثربخشی کرامت درمانی معنوی اسلامی بر روی خطر عود معتادان بهبود یافته بپردازد.

۱-۲ بیان مسأله

امروزه اعتیاد به مواد مخدر به یکی از مهمترین مشکلات اجتماعی با ابعاد نگران کننده در سطح جهان تبدیل شده است (لیندسمیت^۲، ۲۰۱۷). یک امر اساسی اقتصادی و بهداشتی است در جهان که انواع مشکل فیزیکی با اعتیاد، تأثیرات روانی و اجتماعی بر هر دو فرد و جامعه اعمال می کند (بیلیکس^۳ و همکاران، ۲۰۱۵). عوارض جسمی متعدد مواد سوء استفاده شامل بیماری های عفونی مانند سندرم نقص ایمنی اکتسابی (ایدز) و هپاتیت C، کبد است؛ و بیماری های گوارشی، سرطان ها، پوکی استخوان، بیماری های ایسکمیک قلب و حتی مرگ. از طرفی افزایش استرس، اضطراب، افسردگی، روان پریشی، از دست دادن کنترل و قدرت تصمیم گیری و کاهش اثرات خودکارآمدی از جنبه های روانشناختی است (حبیبی و همکاران، ۲۰۱۶). استفاده از مواد افیونی شیوع سالانه ۰.۳٪ تا ۰.۵٪ در میان جمعیت بزرگسالان دارد (کاس و گیفیدس^۴، ۲۰۱۷). حدود ۳۰۰ میلیون مردم در سطح جهان از اعتیاد به مواد مخدر

^۱ Hosseini

^۲ Lindsmit

^۳ Bilix

^۴ Cass & gifids

رنج می برند بسیاری از کشورها از جمله ایران، واقع در منطقه EMRO، با مشکلات جدی در زمینه وابستگی به مواد افیونی مواجه هستند، به طوری که این میزان اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یک معضل روانی، زیستی و اجتماعی در دهه های اخیر به شدت افزایش یافته است. (حبیبی وهمکاران، ۲۰۱۶).

بهبود یافتگان اعتیاد گاه پس از ترک هنوز سردرگم هستند و دائماً با وسوسه استفاده مجدد از مواد مخدر رو به رو می شوند، در اکثر درمان ها فرد معتاد پس از مرحله سم زدایی در جلسات روان درمانی فردی یا گروهی قرار می گرفته است بدون توجه به اینکه تا چه اندازه آمادگی تغییر و پذیرش درمان را دارد؛ و طبیعتاً، بدون توجه به این عامل مهم احتمال موفقیت کاهش می یافته است (مجله اینترنتی مددکاری اجتماعی ایران). عوامل مختلفی می توانند بر بازگشت اعتیاد تأثیر بگذارند، از جمله وابستگی روانی به مواد مخدر، عدم حمایت اجتماعی و خانوادگی، عوامل خطر اجتماعی-اقتصادی، روانشناسی بیمارگونه مانند اختلالات شخصیتی و خلقی و... برخی از متغیرهای جمعیت شناختی (خمارنیا وهمکاران، ۲۰۱۹). بر این اساس، تعداد معتادان به مواد مخدر افزایش یافته است خطر عود یا عود پس از درمان و توانبخشی سوء مصرف مواد مخدر مواد افیونی وابستگی جسمی و روحی زیادی ایجاد می کند؛ بنابراین، درصد زیادی از عود در میان معتادان پس از درمان سم زدایی رخ می دهد میزان عود در سال اول معمولاً بین ۸۰ تا ۹۵ درصد است و گاهی حدود ۸۰ درصد از معتادان در شش ماه اول پس از ترک مجدداً مصرف می کنند (بهیپهانی وسرداری، ۱۳۹۸). فرآیندهای احساسی، خودکار یا غیر خودکار، به طوری که تئوری های ولع مصرف عموماً تأکید می کنند که هوس ها در افراد با فعال شدن احساسات و انگیزه های جستجو برای مواد مخدر بزرگترین تهدید برای یک بیمار در حال بهبودی علت اصلی عود ولع است و اگر با دقت انجام نشود. کنترل شده، برای فرد بسیار گیج کننده است و ممکن است منجر به سوء استفاده مجدد از این ماده شود ولع مصرف تحت تاثیر عوامل محرک و وضعیت پرخطر، محرک ها منجر به فکر می شود سوء مصرف مواد مخدر که به نوبه خود به ولع مصرف و در نهایت سو استفاده کردن ختم می شود (حمیدی وخیران، ۲۰۱۹). یک روش روان درمانی جدید و منحصر به فرد به نام کرامت درمانی که شامل بازنگری زندگی و گفتن خاطرات است. در واقع این روش احساس مهم بودن را در فرد القا می کند بیماران با تمرکز بر تقویت روابط انسانی و عبارات عاشقانه از این رو، می تواند ارتقای سطح امید و هدف قرار گرفتن در زندگی با روایت داستان زندگی و نقل مهمترین افکار، احساسات و امیدها حس بهتری پیدا کنند (واقی و حیدری، ۲۰۱۶). این رویکرد بر مراقبت تسکینی بر محور احترام، شفقت و مهربانی

استوار بوده است؛ و فراتر رفتن از خود بیماری و پرداختن به کلیه ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و معنوی یکی از جنبه های مهم مراقبتی محسوب می شود در این میان، کرامت درمانی یک مداخله توسعه یافته جهت رسیدگی به پریشانی روانی، جسمی، افزایش کیفیت زندگی، تقویت حس معنا، هدف، عزت و کرامت در میان کرامت درمانی یک پروتکل استاندارد روان درمانی است که اولین بار با هدف کاهش استرس های جسمی و روانی بیماران در مراحل انتهایی حیات انجام گرفت. به عبارتی، مراقبتی کوتاه مدت است که می تواند در بالین بیمار انجام شود و به بیمار و خانواده وی در تطابق هر چه بیشتر در مراحل انتهایی حیات کمک کند (مانکویان و همکاران، ۱۳۹۹). کرامت درمانی یک روان درمانی مختصر است رویکردی با هدف تقویت حس معنا و هدف، تقویت حس مداوم ارزش در چارچوبی که حمایت کننده، پرورش دهنده و قابل دسترس برای کسانی که نزدیک به مرگ هستند. این درمان به بیماران این فرصت را می دهد که در مورد مسائلی که برای آنها مهم است صحبت کنند تا لحظات را به اشتراک بگذارند که آنها احساس می کنند مهم ترین و معنی دارترین هستند، صحبت کردن با چیزهایی که دوست دارند آنها را به خاطر بسپارند (جولیا^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). براین اساس در این پژوهش سعی در آن است که مشخص کند آیا کرامت درمانی معنوی اسلامی بر میزان خطرعود در معتادان بهبود یافته موثر است؟

۳-۱ اهمیت و ضرورت پژوهش

اعتیاد یک بیماری مزمن و عود کننده است که عوامل مختلف ژنتیکی، روانی، اجتماعی و محیطی در تعامل با یکدیگر منجر به شروع و تداوم این بیماری می شوند. همانند دیگر بیماری های روانی، اعتیاد نیز از چندین عامل نشأت می گیرد که در هر فرد، ممکن است گروه خاصی از عوامل مداخله گر شرکت داشته باشند و اگر در درمان اعتیاد تنها یکی از عوامل مد نظر قرار گیرد و از سایر عوامل چشم پوشی شود، به فرض تأثیر مثبت آن عامل، عوامل دیگری توانند تأثیر عامل مورد نظر را کاهش دهند (ملازاده و عاشوری، ۱۳۸۸). پیشگیری از عود دلیلی است که اکثر مردم به دنبال درمان هستند. در زمانی که بیشتر افراد به دنبال کمک هستند، قبلاً سعی کرده اند خود به خود ترک

۱-Jolia

کنند و به دنبال راه حل بهتری هستند. پژوهش حاضر یک رویکرد عملی برای پیشگیری از عود ارائه می دهد که در درمان فردی و گروهی به خوبی کار می کند. چهار ایده اصلی در پیشگیری از عود وجود دارد. اولاً، عود یک فرآیند تدریجی با مراحل مشخص است. هدف درمان کمک به افراد در شناخت مراحل اولیه است که در آن شانس موفقیت بیشتر است دوم، بهبودی فرآیند رشد شخصی با نقاط عطف رشد است. هر مرحله از بهبودی خطرات خاص خود را برای عود دارد سوم، ابزارهای اصلی پیشگیری از عود، درمان شناختی و آرامش ذهن - بدن است که تفکر منفی را تغییر می دهد و مهارت های مقابله سالم را توسعه می دهد. چهارم، بیشتر عودها را می توان بر اساس چند قانون اساسی توضیح داد (ملمیس^۱، ۲۰۱۵). حفظ و ارتقای کرامت انسانی بیماران و فراهم سازی مرگ با عزت، جوهره مراقبت های درمانی را تشکیل می دهد. به بیانی دیگر، ژرف ترین انگیزاننده اخلاقی مراقبت؛ همانا صیانت از کرامت انسانی است (منوکیان^۲ و همکاران، ۲۰۱۴). بهره مندی از روش های نوین مراقبتی مبتنی بر کرامت، همچون کرامت درمانی می تواند احساس ارزش، بزرگی و عزت نفس را در مراحل انتهایی حیات برای معتادان فراهم کرده و آن ها را جهت گذر از این مرحله پرتلاطم یاری رساند. از این رو، شناسایی و بهره مندی از روش های مراقبتی اکرام بخش نه تنها از الزامات اخلاقی حرفه مددکاری اجتماعی، بلکه به مثابه کمال مطلوب و آرمان اخلاقی این حرفه مقدس می باشد. در این راستا، با توجه به اینکه در این مطالعه از کرامت درمانی بعنوان یکی از درمان های تازه در این گروه از افراد مطرح شده است و همچنین مواردی که در ذیل به آن اشاره شده دلیل بر اهمیت و ضرورت انجام این تحقیق بوده است:

با توجه به تأثیر مهم کرامت درمانی معنوی اسلامی بر میزان خطر عود در معتادان بهبود یافته و انجام رفتارهای ارتقا دهنده ی سلامت و کاهش انجام رفتار های پرخطر، بررسی این متغیرها به عنوان عوامل ایجاد مدیریت بحران بیماری در معتادان؛

-عدم وجود پژوهشی جامع در این حوزه؛

-ایجاد زمینه برای انجام پژوهش های بیشتر و همه جانبه در این حوزه.

^۱ Melmiss

^۲ Manookian

یافته های حاصل از این مطالعه، چشم اندازی روشن و عملی برای مشاوران و روان درمانگران فراهم خواهد کرد. به علاوه، نتایج پژوهش می تواند مبنای نظری و عملی مناسبی برای بهبود سلامت روان در مؤسسات مختلف آموزشی و درمانی و کمپ های اعتیاد مورد استفاده قرار گیرد. لذا بررسی کرامت درمانی معنوی اسلامی بر میزان خطرعود در معتادان بهبود یافته ضرورت پیدا نمود.

۴-۱-اهداف پژوهش

۱-۴-۱- هدف اصلی

بررسی اثر بخشی کرامت درمانی معنوی اسلامی بر کاهش تمایل به اعتیاد معتادان

۲-۴-۱-اهداف فرعی

بررسی اثر بخشی کرامت درمانی معنوی اسلامی بر کاهش تمایل محیطی به اعتیاد معتادان بهبود یافته

بررسی اثر بخشی کرامت درمانی معنوی اسلامی بر کاهش تمایل فردی به اعتیاد معتادان بهبود یافته

بررسی اثر بخشی کرامت درمانی معنوی اسلامی بر کاهش تمایل اجتماعی به اعتیاد معتادان بهبود یافته

۵-۱-فرضیات پژوهش

۱-۵-۱- فرضیه اصلی

کرامت درمانی معنوی اسلامی بر کاهش تمایل به اعتیاد معتادان بهبود یافته موثر است.

۲-۵-۱- فرضیات فرعی

کرامت درمانی معنوی اسلامی بر کاهش تمایل محیطی به اعتیاد معتادان بهبود یافته موثر است.

کرامت درمانی معنوی اسلامی بر کاهش تمایل فردی به اعتیاد معتادان بهبود یافته موثر است.

کرامت درمانی معنوی اسلامی بر کاهش تمایل اجتماعی به اعتیاد معتادان بهبود یافته موثر است.

۶-۱- تعاریف مفهومی و عملیاتی

۱-۶-۱- تعاریف مفهومی

اعتیاد: اعتیاد یک امر فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی است که از مصرف بیش از حد و سوء استفاده از موادی مانند الکل، تریاک، حشیش و غیره ناشی می شود و باعث وابستگی به مواد، اثرات نامطلوب فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی بر جای می گذارد (نیک منش و همکاران، ۲۰۱۷).

عود: عود به معنای ناتوانی و شکست در تداوم یک تغییر رفتاری و آغاز رفتار به دنبال یک دوره ترک آن عمل می باشد (مارلات و گوردون^۱، ۱۹۸۵ به نقل از رجب پور و همکاران، ۱۳۹۹).

معتادان بهبود یافته: کسی که مدت زمان ۳-۴ هفته یا بیشتر از زمان آخرین مصرف مواد مخدر گذشته باشد و هیچ گونه مصرفی نداشته است.

کرامت درمانی: کرامت درمانی پتانسیل زیادی برای مهم بودن دارد مداخله مراقبت تسکینی روانی اجتماعی به عنوان یک روان درمانی مختصر استفاده کردند. مداخله برای رسیدگی به کرامت برای کسانی که در پایان زندگی، برای تقویت حس هدف، معنا، کرامت و کیفیت زندگی کلی می باشد (دوس^۲ و همکاران، ۲۰۱۸).

^۱ Marlatt & Gordon

^۲ Dos

۲-۶-۱- تعاریف عملیاتی

عود اعتیاد: نمره ای که افراد مشارکت کننده در پژوهش از مقیاس میزان تمایل به اعتیاد فرچاد و همکاران

(۱۳۸۵) بدست می آورند.

کرامت درمانی: مراحل اجرایی کرامت درمانی را به صورت گروهی، در ۶ جلسه ۱۲ ساعته هفته ای یک جلسه

می باشد. که بر گرفته از طرح (آزادی، آذربایجانی، طباطبائی (۱۳۹۸)) الگوی اسلامی مداخله مبتنی بر کرامت می باشد

که با اندکی تغییرات قابل اجرا است.

فصل دوم

مبانی نظری پژوهش

۱-۲ مقدمه

این فصل از پژوهش بررسی اثربخشی کرامت درمانی معنوی اسلامی بر روی خطر عود معتادان بهبودیافته، در دو قسمت بررسی می‌شود: بخش اول: حیطة نظری مسئله مورد پژوهش، بخش دوم: بررسی پیشینه‌های عملی. در بخش نخست مطالبی در مورد کرامت درمانی معنوی اسلامی و عود اعتیاد به صورت جداگانه تعریف شده و در بخش دوم پیشینه تحقیقات عملی در داخل و خارج از کشور بررسی می‌شود.

۲-۲-۲ مبانی نظری

۱-۲-۲-۲ کرامت درمانی معنوی اسلامی

کرامت انسانی

حفظ کرامت انسانی مسئله‌ای است که در روش حکام بنی‌عباس و بنی‌امیه بسیار اندک است؛ چراکه در سیره‌ی آنها مالک برتری، اغلب نسب خانوادگی و اتصال به حکام متمولین بود. احترام و عزت نهادن به انسان‌ها امری نسبی شده بود و به کوچک‌ترین بهانه‌ای عزت و شرف و کرامت انسان‌ها لکه‌دار می‌شد. امام رضا (ع) قطع نظر از علم و اعتقاد و ثروت و مقام انسان‌ها، قائل به کرامت ذاتی برای انسان‌ها بودند. ابراهیم ابن عباس (منشی عباسیان) می‌گوید: «هرگز کسی را با سخنانش نیاززد، هرگز کلام کسی را قطع نکرد، هیچ‌گاه در برآوردن نیاز کسی به حد توانش کوتاهی ننمود، در برابر کسی که پیش او می‌نشست پایش را دراز نمی‌کرد و از روی ادب حتی تکیه هم نمی‌داد، کسی از کارکنان و خدمت‌گزارانش هرگز از او ناسزا نشنید، هرگز بوی زننده‌ای از بدن او استشمام نشد، در خندیدن، قهقهه سر نمی‌داد و سر سفره‌اش خدمتگزاران و حتی دربانان می‌نشستند و...» (نقل از نقیه و ناجی، ۱۳۹۱). شایسته‌ی توجه این‌که امام در سمت

ولیعهدی بوده است و به طور حتم برخوردهای ایشان فقط ناظر به امامت آن حضرت نیست؛ بلکه او در حکم مقام حکومتی هم هست و این گونه برخوردهای امام، کنایه‌ای به برخوردهای ناشایست حاکمان بنی‌عباس است و الگویی اخلاقی برای همه حاکمان به شمار می‌رود (نامداری و قاسمی، ۱۳۹۴).

کرم و بخشش در سیره‌ی امام رضا (ع)

از جمله خصوصیات ارزشمند ائمه معصومین (ع) به‌ویژه امام رضا (ع) کرم و بخشش و احسان آنان نسبت به مردم بوده است. امام رضا (ع) در روز عرفه در خراسان همه‌ی اموالش را احسان کرد و به اهل نیاز تقسیم فرمود. ایشان می‌فرمایند: سخاوتمند غذای مردم را می‌خورد تا غذایش را بخورند و بخیل نمی‌خورد تا نخورند؛ بنابراین مسلمانان و به‌ویژه صاحبان ثروت بایستی از یک‌سو، نسبت به رفع نیازمندی‌های دیگران و فقرزدایی کوشا باشند و از سوی دوم احسان و لطف آنان همراه با منت نباشد و از سوی سوم بخشش و انفاق به‌صورت مخفیانه و به‌صورت آبرومندانه انجام گیرد. امام رضا (ع) در این خصوص می‌فرمایند: هر که کار نیکش را نهان دارد هفتاد برابر آن کار نیک پاداش برد (نامداری و قاسمی، ۱۳۹۴).

کرامت درمانی

گاهی کرامت انسان مورد هجوم و در معرض آسیب‌های مختلفی قرار می‌گیرد و انسان را به احساس بی‌ارزشی می‌کشاند. کرامت انسان، می‌تواند در روابط بین فردی با افراد مهم، مورد هجوم قرار گیرد و افراد مهم مانند شوهر، حس ارزشمندی زن را تأیید نکنند. مدل کرامت درمانی، برنامه درمانی است که هدف آن حفظ و مراقبت از کرامت انسان می‌باشد که به‌طور عمده این هدف اصلی، برنامه پیشگیری تحول مدار بر اساس مبانی اسلامی است؛ بنابراین در این طرح پژوهشی بر حفظ کرامت تأکید شده است که خواستگاه آن در بخش عوامل خطر می‌باشد، و مباحث حول محور موضوعاتی است که نشان می‌دهد چگونه کیفیت حریم نفس یا همان عزت‌نفس مورد مخاطره قرار می‌گیرد و در نتیجه، نفس تهدید می‌شود. (آزادی، ۱۳۹۸).

به اعتقاد برخی از متفکران در سراسر خلقت، سه نوع کرامت متصور است:

- ۱ - کرامت ملکوتی که فرا طبیعی صرف و مربوط به ملائک، عرش الهی، حاملان عرش و... است. ۲ - کرامت طبیعی که مربوط به موجودات طبیعی است. از این رو خداوند، گیاهان را با وصف کرامت یاد می‌کند و می‌فرماید: «اولم یروا الی الأرض کم أنبتنا فیها من کل زوج کریم» (شعرا، ۲۶/۷). ۳ - کرامت رفیع انسانی که از تلفیق بین طبیعت و فراطبیعت حاصل آمده و از جمع سالم میان کرامت ملکوتی و کرامت طبیعی حاصل شده است. (جوادی آملی، عبدالله، ۱۳۷۲)
- بیان قرآن در زمینه کرامت انسان دو گونه است: در بخشی از آیات از کرامت و ارجمندی انسان و برتری او بر دیگر موجودات سخن به میان آمده است (اسراء/۷۰، مؤمنون/۱۴، تین/۱۴، لقمان/۲)؛ و در برخی انسان مورد نکوهش قرار گرفته و حتی دون بودن او از حیوانات مطرح شده است (نساء/۲۸؛ معراج/۱۶؛ ابراهیم/۳۴؛ احزاب/۷۲؛ اعراف/۱۷۹ و تین/۵) (صادق پور، طیبه، ۱۳۸۶)

باید دانست که انسان دارای دو نوع کرامت است که ذیلاً به شرح مختصری از آن پرداخته می‌شود:

کرامت ذاتی یا طبیعی

مقصود از کرامت ذاتی آن است که خداوند انسان را به نحوی آفریده است که در مقایسه با برخی موجودات دیگر از لحاظ ساختمان وجودی، از امکانات و مزایای بیشتری متنعم است و یا تنظیم و ساختار امکاناتش به شکل بهتر صورت پذیرفته و در هر حال از دارایی و غنای بیشتری برخوردار است.

این نوع امکانات در واقع حاکی از عنایت ویژه حق تعالی به نوع انسان است و کلیه انسان‌ها از آن متنعم‌اند؛ بنابراین هیچ‌کس نباید به خاطر برخورداری از آن بر موجودی دیگر فخر بفروشد و آن را مالک ارزشمندی و تکامل انسانی خود بداند.

چراکه این کرامت به اختیار انسان ارتباطی ندارد و نوع انسان، الجرم از این کرامت متمتع است. آیاتی مانند آیه ۴ سوره تین: «لقد خلقنا الانسان فی احسن تقویم» و آیه ۱۴ سوره مؤمنون: «ثم أنشأناه خلقاً آخر فتبارک الله احسن الخالقین» و آیه ۷۰ سوره اسراء: «لقد کرما بنی آدم و حملناهم فی البرّ و البحر» و آیات متعددی که از تسخیر جهان آفرینش و آنچه در زمین است برای انسان سخن می‌گویند، همه بر کرامت تکوینی و ذاتی نوع انسان دلالت دارند.

کرامت ذاتی خود به دو شکل ظاهری و معنوی تحقق یافته است: تکریم ظاهری مثل ایستاده، راه رفتن، خوردن و آشامیدن با دست، قدرت برنوشتن، اعتدال مزاج، تسلط بر طبیعت، تهیه اسباب معاش و امثال آن که در کلام برخی مفسران آمده است و تکریم معنوی انسان به عقل، که بسیاری از تکریم‌های ظاهری از آن نشأت می‌گیرد و انسان را بر سایر حیوانات ترجیح داده است. این نعمت که عظیم‌ترین و محبوب‌ترین نعمت خداوند است، انسان را در تشخیص حق و باطل، خیر و شر، صالح و فساد و حسن و قبح دلالت می‌کند. تکامل زندگی بشر از این نعمت نشأت می‌گیرد. هر یک از این دو تکریم شامل کلیه انسان‌ها می‌شود. نه تنها رنگ، نژاد، قبیله و... در آن تأثیری ندارد، بلکه ملاک‌های برتری حقیقی مانند ایمان، علم، جهاد و... نیز نقشی ندارد. از این رو قرآن کریم جمیع فرزندان آدم (ع) را مشمول این تکریم معرفی کرده است: و لقد کرمنا بنی آدم... پس انسان‌ها در حقیقت مشمول تکریم اجباری می‌شوند.

کرامت اکتسابی

مقصود از کرامت اکتسابی، حصول به کمالاتی است که انسان در پرتو تقوا، ایمان و عمل صالح خود به دست می‌آورد. این نوع کرامت، منبعث از تلاش انسان بوده و معیار ارزش‌های انسانی و مالک تقرب در پیشگاه خداوندی است. با این کرامت است که می‌توان واقعاً انسانی را بر انسان دیگر برتر دانست (صادق پور، ۱۳۸۶ به نقل از بهادران، ۱۳۹۶). همه انسان‌ها استعداد رسیدن به این کمال و کرامت را دارند، ولی برخی به آن دست می‌یابند و برخی فاقد آن می‌مانند. آنچه مورد توجه قرآن کریم است، تفاوت مراتب است که از تقوا نشأت می‌گیرد: ان اکرمکم عندالله اتقیکم (حجرات، ۱۳/۴۹). این نوع از کرامت با کرامت ذاتی انسان متفاوت است. نوع اخیر کرامتی بود که همگان از آن متنعم‌اند و نمی‌تواند مالک ارزش‌گذاری انسان‌ها باشد. از این رو ملاک تفاوت درجات انسان‌ها از یکدیگر و به بیان دیگر، ملاک قرب و بعد از ذات اقدس الهی که در نتیجه، تفاوت در میزان تمتع از کرامت الهی را به همراه خواهد داشت، باید به نحو کاملاً اختیاری باشد تا انسان‌ها با تکیه بر همت و مجاهدت خود آن را تحصیل نمایند. همان‌طور که قرآن کریم می‌فرماید: (إِنَّ سَعِیْکُمْ لَشَتَّى). از آنجاکه همت‌های آدمیان متفاوت است، بالتبع، کرامتی که انسان‌ها کسب می‌کنند نیز متفاوت است.

کار اصلی حقوق سازمان دادن به جامعه، یعنی مهار کردن غریزه خودپرستی و خشونت، تأمین زیست اجتماعی و هماهنگ کردن فعالیت‌های مادی و معنوی اعضای جامعه است (فلسفی، ۱۳۷۰). حقوق بین‌الملل به مثابه حقوق جامعه بین‌المللی، تمامی قواعد آن کل جامعه را در برمی‌گیرد و موضوعات متنوعی را موضوع کار خود قرار داده است. حقوق بشر اساسی‌ترین حقوقی است که هر فرد به‌طور ذاتی و فطری از آن بهره‌مند می‌شود. چنانچه جامعه جهانی در فضای صلح پایک زبان مشترک اخلاقی، گفتگو و مباحثه کنند؛ این زبان مشترک همان حقوق بشر می‌باشد. حقوق بشر مفهومی عمیق و ریشه‌دار در تفکر انسانی و دینی است. حقوق بشر حقوقی است که به انسان، به‌صرف انسان بودنش، بدون توجه به دین، فرهنگ، زبان، نژاد، ملیت، مقام، خویشاوندی، تبار و قومیت و ... تعلق می‌گیرد. ذیل همین شاخه از حقوق بین‌الملل عبارت کرامت انسانی قابلیت حمایت، تضمین به رعایت و احترام از سوی دولت‌ها و اشخاص پیدا می‌کند. درواقع کرامت فطری انسان‌ها موجب شد تا افراد اجازه یابند از کرامت، آزادی و توانایی خود برای پی‌ریزی نوآوری‌هایی در حوزه‌های متعدد جامعه بهره گیرند. درآیات قرآنی و روایات اسلامی بسیاری بر کرامت ذاتی انسان‌ها تأکید شده است و مبنای حقوق بشر در اعلامیه جهانی حقوق بشر نیز، کرامت ذاتی انسان می‌باشد؛ به عبارت دیگر از آنجاکه همه انسان‌ها مخلوق یک آفریدگار می‌باشند و خداوند به کرامت ذاتی همه انسان‌ها در کنار کرامت اکتسابی، تأکید داشته است و این کرامت اعطایی ذاتی، مختص همه افراد (نوع بشر) می‌باشد، می‌توان گفت این حقوق مشترک باید در همه زمان‌ها و مکان‌ها بدون تبعیض اعمال شود (بهادران، ۱۳۹۶).

کرامت انسانی به عنوان «ارزش برتر» برای توجیه حقوق بشر توصیف شده است. این عنصر امکان مشارکت وسیع‌تر همه ارزش‌ها و ترجیح متقاعدسازی را به جای اجبار فراهم می‌سازد (لس‌ول^۱، ۱۹۸۰). در این زمینه وفاق عام حاصل است که انسان از موهبت ارزش و کرامت ذاتی برخوردار است. این تنها مفهوم دستوری و هنجاری است که تقریباً هر حق قابل‌تصور برای انسان می‌تواند از آن کسب توجیه کند و خود می‌تواند در تفکرات مذهبی، اخلاقی، سیاسی، اجتماعی و حقوقی مقبولیت یابد. امروزه بسیاری از اسناد بین‌المللی و منطقه‌ای، کرامت ذاتی انسان را به عنوان توجیه اساسی برای حقوق بشر و آرمانی در برابر رفتار موهن و سوءاستفاده آمیز با افراد بشر مورد استناد قرار می‌دهند. از این‌رو،

^۱ Lass well

رونالد دورکین مدعی شده است که «هر کس ادعا می‌کند حقوق را جدی می‌گیرد... باید دست‌کم... اندیشه هرچند مبهم، اما قدرتمند کرامت انسانی را بپذیرد.» به باور برخی از طرفداران مکتب حقوق فطری و طبیعی، از گذشته‌های بسیار دور اندیشه تضمین به رعایت و احترام به حقوق بشر وجود داشته است. شاید بتوان گفت از هنگامی که قدرتمندان، خودسری پیشه کردند و بر ضعیفان جامعه ظلم روا داشتند، این حقوق برای مقابله با ستم و بی‌عدالتی و باهدف تأمین حداقل حقوق برای افراد جامعه شکل گرفت. از همین نقطه حقوق بنیادین انسانی (همچون حق حیات، حق کرامت، حق آموزش و پرورش، حق آزادی مسئولانه و حق برابری و...) در برابر حقوق و قوانین پدید آمد تا نظم و آرامش را برای جامعه انسانی به ارمغان آورده و حیات مطلوب انسانی را تأمین کند. اعلامیه جهانی حقوق بشر که شاید مهم‌ترین سند عمومی قرن بیستم باشد، به وسیله مجمع عمومی سازمان ملل متحد تصویب شد و از آن زمان، انبوهی از معاهدات، میثاق‌ها و سایر اسناد حقوقی در زمینه حقوق بشر، تقریباً به وسیله همه ملت‌ها، به تصویب رسیده است و احترام به حقوق بشر، به معیاری بنیادین برای سنجش مشروعیت اخلاقی جوامع مبدل شد (گیورث، ۱۳۸۲).

کرامت انسانی از دیدگاه اسلام

در منابع اسلامی، کرامت انسانی با صراحت بیشتری مورد شناسایی و تأکید قرار گرفته است. قرآن کریم با کمال صراحت می‌فرماید: «و لقد کرمنا بنی آدم و حملناهم فی البرّ و البحر و رزقناهم من الطیبات و فضلناهم علی کثیر ممن خلقنا تفضیلاً» (سوره اسراء، آیه ۷۰). مفسران مصحف شریف، از جمله علامه طباطبایی (ره) تصریح می‌کنند که: مراد از بنی آدم در این آیه جنس بشر است، صرف‌نظر از کرامات خاصه و فضائل روحی و معنوی که به بعضی اختصاص داده است. لذا این آیه مشرکین و کفار و فساق همه را شامل می‌شود. هر یک از دو کلمه تفضیل و تکریم ناظر به یک دسته از مواهب الهی است که به انسان عطا شده؛ تکریم شبه دادن عقل است که به هیچ موجودی دیگر عطا نشده است و انسان به وسیله آن خیر را از شر و نافع را از مضر تمیز می‌دهد و تفضیل انسان بر سایر موجودات به این است که آن چه را به آن‌ها داده از هریک سهم بیشتری به انسان داده است (طباطبایی، ۱۳۹۲).

بنابراین همه افراد انسانی باید این کرامت و حیثیت را برای همدیگر به‌عنوان یک حق بشناسند و خود را در برابر آن حق مکلف ببینند. انسان سرور زمین و عهده‌دار نقش اول در قرآن است و همه اشیایی که در زمین وجود دارد برای او و هرگونه تغییر و تبدیلی به دست اوست. چنین تمایزی سبب می‌شود که انسان، گرمی‌تر و عزیزتر از همه اشیاء مادی باشد. قرآن کریم ساختار وجودی او را بهترین ساختار وجودی دستگاه خلقت می‌داند و می‌فرماید: ولقد خلقنا الانسان فی أحسن تقویم (تین، ۴/۹۵)؛ و خداوند همه مواهب زمین را برای او آفریده و او را به‌عنوان نماینده و جانشین خود در زمین قرار داده است: انی جاعل فی الارض خلیفه (بقره، ۳۰/۲)؛ و از همین روی، در بین تمام آفریده‌های جهان، او را باکرامت خاص، مقامی بی‌بدیل عطا نموده و فرموده است: و لقد کرمنا بنی آدم (اسراء، ۷۰/۱۷). آدمی خلیفه خدا در زمین و عهده‌دار شکوفاسازی امانتی است که در بطن ضمیرش جای دارد. انسان دارای ظرفیت بی‌حد و استعداد بی‌نهایت و خواهان رسیدن به لایتناهی است. در متون اسلامی روح انسان به‌منزله یک شیء نفیس تلقی شده و اخلاق خوب به‌عنوان اشیاء متناسب با این شیء نفیس و اخلاق رذیله به‌عنوان اشیاء نامتناسب با این شیء نفیس که آن را از ارزش می‌اندازد، تلقی شده است. در این تعبیر، انسان دارای یک سرمایه بسیار پرارزش تلقی شده که آن همان خود اوست و به انسان می‌گویند مواظب باش که این خود (یعنی مبنای کرامت خویش را) از دست ندهی یا نیالایی، زیرا این «خود» بسی ثمین و نفیس است. امیرالمؤمنین (ع) در نامه‌ای خطاب به امام حسن (ع) می‌فرماید: نفس خویش را از هر پستی بزرگ بدار، برتر بدار آنچه از نفس خود بباری عوض ندارد. نفس خود (یعنی انسانیت خود) را نیاز که آن، یگانه‌گوهری است که آن را با هر چه معاطات یا معامله کنی غبنی فاحش است. تعبیر، تعبیر نفیس و ثمین بودن (کرامت انسان) است و اینکه این عطیه بالارزش را که مافوق هر ارزشی است نباید از کف داد که بعدازآن به سوگش نشستن را اثری نشاید. انسان در بطن ذات خود حقیقتی دارد که اصلاً حقیقت اصلی ذات، اوست، اوهمان چیزی است که قرآن از او به بیان: فَأَذا سَویته و نَفَخَ فیهِ من رَوحی (حجر، ۲۹/۱۵). تعبیر می‌کند؛ یعنی یک حقیقتی است نه از سنخ ماده و طبیعت بلکه از سنخ ملکوت و قدرت و از سنخ عالمی دیگر. به آن «خود» توجه کردن یعنی حقیقت انسانیت را درک و شهود کردن. وقتی انسان به او توجه می‌کند، آن را به‌عنوان حقیقت محض درمی‌یابد، چون جوهر او، جوهر حقیقت است و با باطل و ضد حقایق سر سازگاری ندارد؛ بنابراین، توجه به «من» به‌عنوان یک فرد که الان دارم زندگی می‌کنم در مقابل افراد دیگر، یا به قول عرفا «من» به‌عنوان یک‌تن و آن چه از شوون این تن است: خوردن و خوابیدن، شهوات جنسی و هر آنچه که مربوط به حیات دنیوی

این تن است (آری، توجه به «من» به این عنوان مذموم است و قبیح و) باید به چشم دشمن به آن نگریست. ولی آن «من» که تحت عنوان عزت نفس، قوت نفس، کرامت نفس، شرافت نفس و حریت نفس از او یادشده، دیگر من و مادر آن وجود ندارد. او همان جوهر قدسی الهی است که در هرکسی هست و لزومی ندارد که کسی آن را به کسی تعلیم دهد. پیامبر مکرم اسلام (ص) اساس رشد و اصلاح امت را بر پرورش و ایجاد کرامت و عزت نفس در آنان می دانست و همواره کرامت در نگاه، رفتار، گفتار و در برخوردهای ایشان اظهر من الشمس بود. امام هادی (ع) در این خصوص می فرماید: «هر کس نفس خویش را پست بداند، از شر وی ایمن مباش» (معادی خواه، ۱۳۸۵). هرکسی اگر به ذات خود مراجعه کند، عیاناً می بیند یک سلسله صفات با اومتناسب است و یک سلسله صفات را دون شوون خود و پستی و حقارت می داند؛ بنابراین تضاد و منافاتی میان این دو تعبیر نیست که از طرفی به مادستورمجاهده نفس و تزکیه نفس داده اند و نفس را به این شکل معرفی کرده اند که: واجل نفسک عدواً تُجاهده (وسائل الشیعه، ۱۲۳/۱۱) به نفست به چشم یک دشمن بنگر که با اومبارزه می کنی و از طرف دیگر می گویند نفست را بشناس، نفس خودت را محترم بدار، مکرم بدار، عزتش را حفظ کن، کرامتش را حفظ کن. این آن گوهر شریف انسانیت است که یک حقیقتی است و در هر کسی این بارقه الهی وجود دارد (باقری، ۱۳۸۶). حق تبارک و تعالی با عنایت و رحمت خود، به ید قدرت خود، طینت آدم اول را مخمر فرمود: (خمرت طینة ادم بیدی اربعین صباحاً)؛ بنابراین، بنی آدم در میان سایر موجودات عالم، از یک خصیصه برخوردار شده و به خاطر همان خصیصه است که از مابقی موجودات جهان امتیاز و کرامت یافته است (طباطبایی، ۱۳۹۲).

امام علی (ع) ارزش انسان را به حدی رفیع و والا معرفی می کند که حتی تمام دنیا هم نمی تواند قیمت او باشد: «آیا آزادمردی نیست که این لقمه جویده دنیا را به اهلش واگذارد؟ همانا بهایی برای جان شما جز بهشت نیست، پس خود را به کمتر از آن مفروشید» (نهج البلاغه، حکمت ۴۵۶). مضافاً اینکه آن امام همام درنامه ای به فرمانروای مصر (مالک اشتر)، ضمن ارائه راهکارهای حصول جامعه به سعادت و کرامت، به او سفارش می کند که کرامت انسان ها (چه مسلمان و چه غیرمسلمان) را به نحوی حفاظت کن که دوست داری با تو چنان برخوردشود، مهربانی با مردم را پوشش دل خویش قرارده و با همه دوست و مهربان باش. مبدا هرگز، چنان حیوان شکاری باشی که خوردن آنان راغنیمت دانی، زیرا مردم دودسته اند: دسته ای برادر دینی تو، ودسته دیگر همانند تو در آفرینش می باشند (نهج البلاغه، نامه ۵۳). شاید به

همین جهت است که در مباحث حقوقی مطروحه توسط مولا، بیش از هر چیز به حقوق شهروندی اهتمام شده است (صالحی، ۱۳۹۰).

چنانکه به وضوح، دغدغه لگدکوب شدن کرامت انسان را در گفتار و سیره آن مادون خدا و فوق بشر می‌بینیم. انسان ازدیدگاه اسلام دارای شخصیت و کرامتی است که او را در رفیع ترین منزلت در میان پدیده‌های هستی قرار داده؛ زیرا خداوند در قرآن فرموده است: «وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُمْ مِنَ الطَّيِّبَاتِ وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَى كَثِيرٍ مِمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلًا؛ ما فرزندان آدم را گرامی داشتیم و آنها را در خشکی و دریا (بر مرکبهای راهوار) حمل کردیم و از انواع روزی‌های پاکیزه به آنان عطا کردیم و آنها را بر بسیاری از موجوداتی که خلق کرده ایم، برتری بخشیدیم» (اسراء، ۷۰). در آیه دیگری فرموده است: «أَقْدَ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي أَحْسَنِ تَقْوِيمٍ؛ ما انسان را در احسن تقویم (نیکوترین صورت در مراتب وجود) بیافریدیم» (تین، ۴). در آیه دیگری برای آفرینش این گل سرسبد و دردانه عالم هستی، خداوند برخویشتن آفرین گفت: «فَتَبَارَكَ اللَّهُ أَحْسَنُ الْخَالِقِينَ؛ بزرگ و پر برکت استخدایی که بهترین آفرینندگان است» (مؤمنون، ۱۴). در آیه دیگری به این مطلب اشاره کرده که انسان این همه عظمت و شوکت را مرهون نعمت اراده و اختیاری است که هستی بخش عالم به او عطا کرده است. اگر این اختیار را به مسیر صحیحی هدایت نماید، می‌تواند به بالاترین درجات کمال انسانی برسد، در حالیکه همین اراده و اختیار، او را در معرض آسیبهای فراوانی قرار داده و می‌دهد تا جایی که انسان آفریده شده در احسن تقویم را به «ثُمَّ رَدَدْنَاهُ أَسْفَلَ سَافِلِينَ» (تین/۵) و یا به «فِي الدَّرَكِ الْأَسْفَلِ مِنَ النَّارِ» می‌کشاند (نساء، ۱۴۵).

مبنای نظری کرامت انسانی

نظریه خودمختاری امانوئل کانت

کانت فیلسوف بزرگ آلمانی در آثار خود پابندی به آزادی و حیثیت انسانی را به خوبی تبیین کرده است. وی در ارتباط با کرامت انسانی می‌گوید: مبنای اصلی این کرامت را در توانایی روحی و اخلاقی و یا به تعبیری در «خودمختاری اخلاقی و استقلال ذاتی» او باید جستجو کرد. انسانیت به ما ارزش و کرامت می‌بخشد؛ یعنی شخصیت اخلاقی است که ما را بر

جانوران تفوق می‌دهد، چراکه غرایز، جانوران را راهنمایی می‌کند ولیکن ما انسان‌ها موجوداتی آزاد «خودمختار»^۱ و «خودقانونگذار»^۲ می‌باشیم. همچنین در خصوص این مسئله در کتاب دیگر خود بنام «بنیادهای مابعدالطبیعه اخلاق» می‌گوید: نیروی فطری عقل به هر کس کرامت می‌دهد نه مقام و موقعیت اجتماعی و علاوه براین توان هر فرد برای اینکه با تفکر و اندیشیدن تصمیم بگیرد که نه‌تنها زندگی خود را شکل ببخشد بلکه با وضع قوانینی که ساختار قانونی زندگی همگان را تشکیل دهد به حفظ و ترویج احترام متقابل مردم یاری رساند (سالیوان، ۱۳۸۹: ۴۵).

به باور کانت توانایی تفکر مستقل جهت تشخیص اینکه چه چیزی به لحاظ اخلاقی صحیح و چه چیزی غلط است، به دلیل توان تعقل و استدلال آدمی در همه آحاد بشر ذاتی «است» (این عبارت با باورهای اسلامی و به‌ویژه آیاتی از سوره «الشمس» مطابقت دارد). قوانین بینادین دولت باید شمول عام داشته باشد. البته به عقیده کانت تساوی مدنی به معنای برابری از حیث ثروت و قدرت نیست،

آنچه تساوی سیاسی و مدنی بدان نیاز دارند فرصت برابر است؛ بدین معنا که هر کس برای رسیدن به هر وضع و مقامی که آرزومند است، می‌تواند در محدوده امکانات یک جامعه آزاد تلاش کند و احدی نباید به‌طور غیرقانونی مانع رسیدن دیگران به آرزوهایش شود. کانت می‌گوید: «اصل برابری خود مستلزم اصل عمومیت است. عدالت نیازمند آن‌چنان شرایط قضایی است که با حفظ و حمایت از آزادی همه، حامی آزادی یکایک افراد باشد. لذا دادرسی باید فارغ از هرگونه ملاحظات شخصی بوده و بدون تبعیض نژادی، مذهبی، جنسی، قومی و ... دایره شمولیت آن‌همه افراد باشد (سالیوان، ۱۳۸۹: ۴۶).

کرامت درمانی معنوی اسلامی

آزادی، آذربایجانی و طباطبائی (۱۳۹۸) در یک پژوهش کیفی مبتنی بر نظریه معناشناسی زبان، کرامت را در آیات قرآن و روایات مورد تحلیل قرار داده است. وی عنوان میکند، کرامت در منابع دینی ما یکی از مرکزی‌ترین مفاهیم روانشناختی می‌باشد. در لسان العرب آمده است: «الکریم: الجامع لانواع الخیر و الشرف و الفضائل» یعنی فرد کریم دارای شرف، شرافت، بزرگواری، بزرگ منشی، نیک سیرتی می‌باشد (ابن منظور، ۱۳۷۵، ج ۱۲ ص ۵۱۰).

^۱ Autonomy

^۲ Self-Legisating

از نظر دیدگاه اسلامی، انسان‌ها به‌طور فطری احساس کرامت می‌کنند، و این حس بدلیل ادراک دارایی‌هایی همچون نعمت عقل^۱، امانت الهی^۲، خودآگاهی (بدلیل داشتن نیروی عقل)، قدرت تسخیر امانات الهی، قدرت تکلم، قدرت اختیار و قدرت‌های فروان دیگری است که خداوند به نفس انسان عطا کرده است، و به‌همین دلیل وی را ذاتا گرامی داشته است^۳. اینکه می‌گویند فردی دارای کرامات است، نیز به‌همین معناست که وی یک ویژگی منحصر به فردی دارد، به‌همین معنا، در دعای ندبه نیز معصوم ع می‌فرماید: وَ كَرَّمْتَهُمْ بِوَحْيِكَ: و به وحی ات اکرامشان فرمودی، که خداوند این ویژگی را به برخی از انبیاء خود داد، و بدین معنا آنها را تکریم کرد.

جان بزرگی و غروی (۱۳۸۵) بیان می‌دارند، بر اساس تحلیل بخشی از منابع دینی می‌توان انسان را به عنوان یک سیستم چندبعدی منسجم، پیچیده^۴، متعادل^۵، بی نقص، پاک و بواسطه نسبت خاص او با خالق خود (مخلوق ویژه)^۶، دارای انگیزه اساسی زندگی (چه در بعد کمی؛ بقای کامل، و چه در بعد کیفی؛ کمال مطلق) و تعالی خواه (هدفمند، ساعی و کمال جو)^۷، حساس و پویا^۸، هدفمند^۹، فعال و توانمند^{۱۰}، برنامه‌ریزی شده و دارای برنامه‌ریزی مشخص^{۱۱}، مختار^{۱۲}، خودنظم‌جو^{۱۳} دارای ابزارهای لازم برای تحول^۱، و در عین حال آسیب‌پذیر^۲، تعریف کرد. انسان در یک مقایسه،

۱ ان فی ذلک لآیات لقوم یعقلون. (روم: ۲۴)

۲ إِنَّا عَرَضْنَا الْأَمَانَةَ عَلَى السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ وَالْجِبَالِ فَأَبَيْنَ أَنْ يَحْمِلْنَهَا وَأَشْفَقْنَ مِنْهَا وَحَمَلَهَا الْإِنْسَانُ إِنَّهُ كَانَ ظَلُومًا جَهُولًا (۷۲/احزاب)

۳ «لقد کرّمنا بنی آدم و حملناهم فی البر و البحر و رزقناهم من الطیبات و فضلناهم علی کثیر ممن خلقنا تفضیلاً» (اسری / ۷۰) ۴ مومنون / ۱۰۰

۵ ثُمَّ كَانَ عَاقِبَةُ فَخْلَقٍ فَسَوَى قیامه / ۳۸

۶ لقد کرّمنا بنی آدم و حملناهم فی البر و البحر و رزقناهم من الطیبات و فضلناهم علی کثیر ممن خلقنا تفضیلاً» اسری / ۷۰ ۷ یا أَيُّهَا الْإِنْسَانُ إِنَّكَ كَادِحٌ إِلَى رَبِّكَ كَدْحًا فَمُلَاقِيهِ انشقاق / ۶

۸ منیه المرید، ص ۱۲۶ شهید ثانی (۱۴۰۹)

۹ وَ مَا خَلَقْتُ الْجِنَّ وَالْإِنْسَ إِلَّا لِيَعْبُدُونِ ذاریات / ۵۶

۱۰ اسرا / ۷۳ وَ أَوْحَيْنَا إِلَيْهِمْ فِعْلَ الْخَيْرَاتِ

۱۱ فَأَقِمْ وَجْهَكَ لِلدِّينِ حَنِيفًا فِطْرَةَ اللَّهِ الَّتِي فَطَرَ النَّاسَ عَلَيْهَا لَا تَبْدِيلَ لِخَلْقِ اللَّهِ ذَلِكَ الدِّينُ الْقَرِيمُ وَلَكِنْ أَكْثَرُ النَّاسِ لَا يَعْلَمُونَ روم / ۳۰

۱۲ إِنَّا هَدَيْنَاهُ السَّبِيلَ إِمَّا شَاكِرًا وَإِمَّا كَفُورًا انسان / ۳

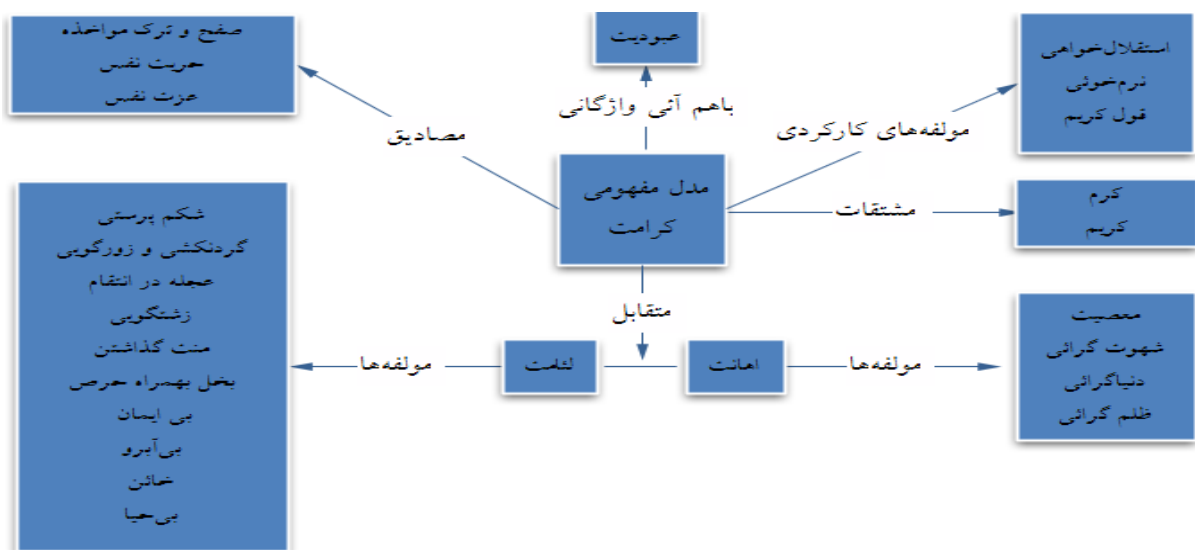
۱۳ یا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِن تَتَّقُوا اللَّهَ يَجْعَلْ لَكُمْ فُرْقَانًا وَيُكَفِّرْ عَنْكُمْ سَيِّئَاتِكُمْ وَيَغْفِرْ لَكُمْ ۗ وَاللَّهُ ذُو الْفَضْلِ الْعَظِيمِ انفال / ۲۹

احساس می‌کند دارایی‌های منحصر به فردی دارد که دیگر موجودات ندارند، و این قدرت‌ها، در صورت بالفعل شدن، می‌تواند او را به هدف خلقتش نزدیک‌تر کند. احساس انسان از این دارایی‌های منحصر به فرد، در وی احساس ارزش می‌کند^۲ که تا این سطح، وی را مورد توجه و خطاب خالق هستی قرار داده است.^۴

از نظر دین مبین اسلام، خود دارای استعدادهای فراوانی است؛ به‌طور یکه به معدن طلا و نقره تشبیه شده است،^۵ و شناخت نفس به شناخت خداوند منتهی می‌شود.^۶ معدن طلا و نقره به استعدادهای خود اشاره دارد، و از نظر قرآن و تفاسیر این کرامت ذاتی (طباطبائی، ۱۴۱۷ق.، ج ۱۳: ۱۵۶)؛ اشاره به همان استعدادهای بالقوه "خود" دارد، که این استعدادها به انواع و مخلوقات دیگر عطا نشده است. از آنجایی که این توانایی‌ها بالقوه است، نیازمند بالفعل شدن می‌باشد، به عبارتی این استعدادها، با کمک عقل بیرونی و تلاش حرفه‌ای انسان، بالفعل می‌شود. با وجود این تشابه اما همانطور که ذکر گردید، اسلام به این معادن طلا و نقره‌ی نفس اشاره می‌کند، و آنها را نام میبرد، و راه‌های شکوفا کردن آنها را نیز نشان می‌دهد، و بر اساس آیات و روایات، پس از شکوفا شدن استعدادهای مورد اشاره، انسان احساس کرامت می‌کند.

آزادی، آذربایجانی و طباطبائی (۱۳۹۸) پس از تحلیل کیفی مبتنی بر نظریه معناشناسی زبان، به یک مدل مفهومی در کرامت دست یافتند که این مدل در شکل زیر آمده است.

-
- ۱ و جعل لكم السمع والابصار و الافئده لعلكم تشكرون نحل/ ۷۸
 - ۲ یرید الله ان یخفف عنکم و خلق الانسان ضعیفا نساء/ ۲۸
 - ۳ وَ قَالَ (علیه السلام): اَلَا حُرٌّ یَدْعُ هَذِهِ اللُّمَاطَةَ لِأَهْلِهَا إِنَّهُ لَیْسَ لِأَنْفُسِكُمْ ثَمَنٌ إِلَّا الْجَنَّةُ فَلَا تَبِيعُوهَا إِلَّا بِهَا (قصار/ ۴۵۶)
 - ۴ فَتَبَارَكَ اللَّهُ أَحْسَنُ الْخَالِقِينَ
 - ۵ "الناس معادن كمعادن الذهب و الفضه" (کافی، ۸ / ۱۷۷)
 - ۶ جوامع الكلم - المجلد الاول - الصفحة ۱۹۹



همانطور که در شکل بالا مشخص است، مدل مفهومی کرامت واژه‌های متقابل به‌همراه مولفه‌های آنرا نشان می‌دهد. همچنین مصادیق، مولفه‌های کرامت، مشتقات و موارد کاربرد آن و همچنین باهم‌نشینی این واژه با عبودیت نشان داده شده است. مفاهیمی که مستقیماً با کرامت ارتباط دارند شامل عبودیت، بخشش، ترک مواخذہ، سخاوت، قول کریم، گشاده‌رویی، نرم‌خوئی، آزادی، استقلال خواهی و عزت نفس را شامل می‌شود. همانطور که در شکل (۲) مشخص است، مدل مفهومی کرامت واژه‌های متقابل به‌همراه مولفه‌های آنرا نشان می‌دهد. همچنین مصادیق، مولفه‌های کرامت، مشتقات و موارد کاربرد آن و همچنین باهم‌نشینی این واژه با عبودیت نشان داده شده است. مفاهیمی که مستقیماً با کرامت ارتباط دارند شامل عبودیت، بخشش، ترک مواخذہ، سخاوت، قول کریم، گشاده‌رویی، نرم‌خوئی، آزادی، استقلال خواهی و عزت نفس را شامل می‌شود.

کرامت در بیماران سرطانی

آزادی، آذربایجانی و طباطبائی^۱ (۲۰۲۰) در یک پژوهش دیگر، برداشت بیماران سرطانی ایرانی را در ارتباط با آسیب کرامتشان واکاوی کردند. آنها مشابه پژوهش چاچینو و همکاران (۲۰۰۲) عمل کردند. آنها قصد داشتند، مطالعه کیفی کرامت در آیات و روایات را با داده‌های این پژوهش ترکیب کنند، تا بتوانند به مدل نهائی مداخله دست یابند.

در نهایت آنها دریافتند کرامت بیماران سرطانی ایرانی در قسمتهای متعددی مورد آسیب قرار گرفته است، که خلاصه آسیب شناختی کرامت در این بیماران آن در جدول ذیل آمده است.

جدول شماره ۸-۴. طبقه بندی مقوله‌ها و زیر مقوله‌های کرامت در بیماران سرطان			
مقوله‌ها	زیر مقوله‌ها		
مسائل مرتبط با بیماری	ناراحتی جسمی		
	شکسته شدن غرور	ناراحتی جسمی از عوارض درمان	
	ترس از عود	شکایت از درد	
	ترس از بد مردن		
	بدن پنداره منفی		
مسائل مرتبط با پزشک و درمان	نوبت دهی در مطب		
	ابهامات پزشکی		
	اخلاقیات پزشکی		
	خستگی از طول درمان		
	عوارض درمان در شهر دیگر		
خدائنگاره	خدائنگاره منفی		
	خدای طردکننده		
	خدای گیرنده		
	خدای ناشنوا		
	خدای تنبیه کننده		
مسائل اجتماعی مرتبط با بیماری	کاهش مشارکتهای اجتماعی		
	برداشت دیگران		
	ترس اطلاع دیگران از بیماری		
	قضاوت دیگران		
	ترس از احساس ترحم		
مسائل مرتبط با خانواده	احساس تنفر از دیگران		
	احساس طردشدگی		
	نگرانی‌های مرتبط با خانواده	مشکلات مرتبط با نقشها و مرزها	مشکلات در ارتباط با خانواده مبداء
	ترس از محتاج شدن به دیگران	تصمیم‌گیری بجای فرزندان	نگرانی درباره والدین
	مشکلات با همسر	بیش نگرانی درباره فرزندان	حمایت خانواده مبداء
نگرانی مرتبط با شغل	سوگ عزیزان	درهم تنیدگی والد با فرزندان	
	احساس سرباربودن		
	از دست دادن روتین زندگی		
	ترس از دست دادن شغل		

آزادی و همکاران (۱۳۹۸) در نهایت به مدل مداخله نهایی دست یافتند، که این مدل در نهایت بر روی بیماران سرطانی اجرا شد و اثربخشی موثر آن بر روی کیفیت زندگی آنها در تحقیق پایان نامه دکتری و مقالات منتشر شده بسیار بالا ارزیابی شد. در جدول زیر خلاصه جلسات کرامت درمانی گروهی معنوی اسلامی را مشاهده میکنید.

خلاصه جدول ۱۱-۴. برنامه جلسات مداخله مبتنی بر مفهوم کرامت			
جلسه	هدف	خلاصه محتوی جلسه	انجام کاربرگ
اول	زمینه سازی برای درمان	ایجاد رابطه ، آشناسازی با کرامت آموزش روانی ارتباط بین بدن و روان و رابطه سرطان و کرامت، هدف گذاری، انگیزش شروع درمان، قرارداد درمانی	
دوم	فعال کردن عبودیت در بیمار	نوشتن نامه به خدا، فهرست افکار در ارتباط با خداوند، تکنیک هوشیاری نسبت به خداپنداره ، چالش افکار و خداانگاره های منفی، جایگزین کردن خداانگاره مثبت	۱: سیاهه ثبت افکار و خداانگاره منفی. ۲. خلاصه ثبت سیاهه افکار با معرفی خداانگاره جدید و مثبت
سوم	ارتباط با نعمت و صاحب نعمت	تکنیک GODFULLNES، تنظیم کاربرگ فهرست داشته ها، کشف و شناخت داشته ها	کاربرگ فهرست داشته ها
چهارم	بخشش خود و دیگران	مسئول دانستن خود، بیان احساسات خودسرزنجی، نامه به خود، بیان تجربیات منفی از دیگران، آموزش تکنیک آرامش سازی، من چی میگم، خدا چی میگه	
پنجم	اکتساب حریم خصوصی	آموزش خرده نظام همسران، والدین و فرزندان و ساختار خانواده ، کشیدن ژنوگرام خانواده، استفاده از استعاره برای مرزسازی، تغییر روابط فضایی، میدان ارتباطی	
ششم	کسب استقلال خواهی	آموزش تفاوت جرات مندی، پرخاشگری و خجالت، آموزش جرات مندی اساسی، تمرین نه گفتن بر اساس درمان شناختی رفتاری	

یکی از عواملی که سلامت روان فرد را به خطر می‌اندازد اعتیاد است. از دیدگاه روان‌پزشکی و پزشکی معتاد یک بیمار است و بیماری وی مانند اکثر بیماری‌ها نیازمند پیشگیری‌های اولیه و ثانویه است. همان‌طور که در پیشگیری اولیه فرزندان باید به آموزش مشکلات اعتیاد در بعدهای جسمانی، روانی، اجتماعی و اقتصادی پرداخت تا در سنین بالاتر گرفتار اعتیاد نشوند، در پیشگیری ثانویه انجام اقدامات لازم پیگیری - درمانی ضروری است که وقتی بیمار کاملاً بهبود یافته، با رعایت توصیه‌های پزشکی - بهداشتی از عود بیماری بازداري نموده و دیگران نیز با رعایت همین اصول مراقب سلامتی خویش باشند (شرق، شکیبی، نیساری و آلیلو، ۱۳۹۰).

سازمان بهداشت جهانی مسئله مواد مخدر، اعم از تولید، انتقال، توزیع و مصرف را در کنار سه مسئله جهانی دیگر یعنی انباشت سلاح کشتار جمعی، آلودگی محیط‌زیست، فقر و شکاف طبقاتی از جمله مسائل اساسی برمی‌شمارد که حیات بشری را در ابعاد اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی در عرصه جهانی مورد تهدید و چالش قرار می‌دهد. طبق آخرین گزارش منتشرشده از سوی دفتر مواد مخدر و جرائم سازمان آمار مصرف‌کنندگان مواد مخدر حدود ۲۵۵ میلیون نفر تخمین زده شده که در سنین ۱۵ تا ۶۴ ساله قرار دارند. همچنین بر اساس گزارش مرکز مطالعات سنجش میزان تحمل بیماری در سال ۲۰۱۵ حدود ۱۷ میلیون سال زندگی سالم از افراد مصرف‌کننده مواد مخدر به علت اختلالات جسمانی و روانی به هدر رفته است. اعتیاد به مواد یک اختلال عصبی - روان‌پزشکی است که با عادات‌های ناخوشایند و میل شدید به مصرف در بین مصرف‌کنندگان آن همراه بوده و طی سالیان طولانی با به وجود آمدن مشکلات بهداشتی برای سوءمصرف کنندگان آن باعث به وجود آمدن رنج‌ها مصیبت‌های زیادی گردیده است. بسیاری از افراد با توجه به عوارض ناخوشایند مواد اعتیادآور، خطرات ناخواسته آن و همچنین مشکلات قانونی که این مواد به‌مرور زمان برای آن‌ها به وجود می‌آورد، اصرار به مصرف این مواد دارند و با تکرار الگوی مصرف آن‌ها دچار عوارض جسمانی و روان‌شناختی می‌گردند. اختلال سوءمصرف مواد می‌تواند بسیاری از بیماران وابسته به مواد را به اختلالات روان‌شناختی از جمله استرس، اضطراب و افسردگی مبتلا گرداند. پرخاشگری عصبی، نوسانات شدید خلقی، تحریک‌پذیری بالا، رفتارهای مانیک گونه، مشکوک و مخاطره‌آمیز، رفتارهای پرخطر از جمله پرخاشگری به خود و اطرافیان، برخی از عوارض‌های روان‌شناختی اعتیاد می‌باشد

که در فردا مصرف‌کننده مواد به‌مرورزمان اتفاق می‌افتد. در این بیماری اهمیت درمان‌های روان‌شناختی و روش‌های مقابله‌ای پیشگیری از اصول اساسی به حساب می‌آید (بوسعیدی، رجایی و بیاضی، ۱۴۰۰).

۲-۱-۲- ترک اعتیاد

یکی از محدود تحقیقات در مورد عوامل اثرگذار در پیش‌بینی ترک اعتیاد توسط لیروود و وردوکس (۲۰۰۰) انجام شد که در آن متغیرهایی مثل جنس، قومیت، مدت اعتیاد، تحصیلات و موقعیت شغلی ارتباط معناداری با میزان ترک و نتیجه درمان نداشتند. در یک گروه از معتادان هروئین و مصرف‌کنندگان کوکائین، شرکت‌کنندگانی که میزان تازه‌خواهی بیشتری داشتند در مراحل اولیه درمان ماندگاری بیشتری داشتند، اما در مراحل آخر درمان ریزش بیشتری داشتند (هلموس، دونی، آرفکن، هندرسون و شاستر، ۲۰۰۱). هلموس و همکاران (۲۰۰۱) نتیجه گرفتند که میزان بالای تازه‌خواهی با نتایج کم‌تر احتمال پایین موفقیت طولانی‌مدت درمان در ارتباط است. علاوه بر ویژگی تازه‌خواهی، سایر ویژگی‌های خلقی و منشی می‌توانند در شروع، تداوم و پیامد وابستگی به مواد نقش داشته باشند. در مورد مسئله ترک اعتیاد نشان داده شده است که کمتر از ۱۰ درصد از مصرف‌کنندگان داوطلبانه برای درمان مراجعه می‌کنند و این که در هنگام درمان میزان ریزش به‌طور چشمگیری بالا است. در کنار درمان‌های سم‌زدایی مرسوم مثل متادون یا بوپرنورفین، از روش‌های دیگر مثل وضع راهبردهای پیشگیرانه و بازپرورانه استفاده می‌شود. برنامه‌های درمانی بازپرورانه و پیشگیرانه که توسط گروه‌های درمانی انجام می‌شود کاملاً بستگی به میل بیمار دارد که پیشنهادها را این گروه چند رشته‌ای را پذیرا باشد یا رد کند. این گروه شامل پزشک، روان‌پزشک، روانشناس و مددکار اجتماعی است. این گروه در شروع درمان میزان مصرف و اعتیاد بیمار را ارزیابی می‌کند؛ این مرحله با توجه به ویژگی‌های خاص هر بیمار اهمیت زیادی دارد، زیرا باعث می‌شود برنامه‌های درمان با توجه به این مرحله پایه‌گذاری شود و میزان موفقیت را بیشتر کند. بر اساس آمارهای موجود، افراد معتاد بیش از ۲ الی ۳ بار به مراکز بازپروری مراجعه می‌کنند و این حاکی از آن است که میزان عود به‌طور چشمگیری بالا است؛ بنابراین، آگاهی از خصوصیات هر فرد و شناخت عواملی که می‌تواند ترک اعتیاد را آسان کند یا در مسیر آن مانع به وجود آورد، از ضروریات هر برنامه درمانی است. (کیانی پور و پوزاد، ۱۳۹۱).

۲-۱-۲-۳- بازگشت به مصرف مواد مخدر (عود اعتیاد)

نداشتن اطلاع خانواده درباره‌ی طرز برخورد با مصرف‌کنندگان مواد؛ و ناتوانی در پذیرش و مواجهه با پیامدهای حاصل از اعتیاد مشکلات زیادی را به وجود می‌آورد. غالب خانواده‌ها نمی‌دانند با موقعیت‌های مهمی که در نتیجه مصرف مواد حاصل می‌شود، چگونه برخورد کنند و مواجهه نادرست آن‌ها، در بسیاری موارد موجب بروز مشکلات ثانویه‌ای برای ایشان و مصرف‌کننده می‌گردد. اکثر خانواده‌ها نسبت به نقش تأثیرگذاری که در تقویت و یا گسترش مزایای درمان برای مصرف‌کننده دارند؛ بی‌اطلاع هستند؛ و اکثراً شدت درگیری با اعتیاد مصرف‌کننده به حدی است که اعضای خانواده، منجر به خود فراموش‌شدگی می‌شوند. موضوع اعتیاد مصرف‌کننده، حتی ارتباط سایر اعضای خانواده با یکدیگر را نیز تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. خانواده‌ها به‌خصوص در سال‌های اولیه شروع تخریب‌های اجتماعی، خانوادگی و درگیری‌های قانونی مصرف‌کننده، کوشش زیادی برای حفظ و در امان ماندن او از نتایج عملکردش می‌کنند؛ این موضوع در کنار ننگ اعتیاد و سعی برای مخفی ساختن آن از دیگران، فشار مضاعفی بر آن‌ها تحمیل می‌کند. پیامدهای اقتصادی اعتیاد، مانند بیکاری نیز شرایط را برای اعضای خانواده مشکل‌تر می‌سازد. از این منظر خانواده‌ها گاهی تخریبی به‌مراتب سنگین‌تر از مصرف‌کننده را متحمل می‌شوند. رفتارهای پرخاشگرانه و طرد کننده اعضای خانواده، تحقیر و انزوای مصرف‌کننده را در پی دارد و شرایط خانه را برای مصرف‌کننده ناامن می‌سازد؛ در چنین فضایی چنانچه مصرف‌کننده موفق به قطع مصرف شود، با آشکار شدن مجدد تعارضات حل‌نشده خانواده، اعضا در مسیر درمان به‌صورت ناخودآگاهانه کارشکنی کرده؛ و زمینه را برای عود مجدد وی فراهم می‌آورند (پایله‌وری و جوادی، ۱۳۹۸).

اکثر مشکلات فردی افراد وابسته به مواد که در طی برخی برنامه‌های درمانی برطرف می‌شود (ازجمله نگرش ضعیف نسبت به قوانین و هنجارها، روابط خانوادگی ضعیف، میزان پرخاشگری زیاد و اعتمادبه‌نفس پایین)، احتمال پایداری درمان را زیاد و میزان عود مصرف مواد را کم می‌کند. با همه کوششی که در خصوص ترک اعتیاد صورت می‌گیرد، آمارهای عود مصرف مواد بسیار نگران‌کننده است. عود مصرف مواد عبارت از بازگشت بیمار به سطح قبل از درمان می‌باشد. در یک سال اول درمان بیش از پنجاه درصد بیماران عود مصرف مواد را تجربه می‌کنند و اگر مصرف یک‌بار مواد پس از درمان را در نظر بگیریم این میزان بیش از نود درصد است. مطالعات براون نشان می‌دهد فقط ۱۹٪

مصرف‌کنندگان مواد پس از درمان، می‌توانند قطع مصرف را برای ۶ سال ادامه دهند. (شالچی، پرنیان خوی و علیوندی وفا، ۱۳۹۷)

۲-۱-۲-۴- عوامل مؤثر در عود اعتیاد

عوامل مرتبط با عود مصرف مواد را در حالت کلی می‌توان به دودسته عوامل مرتبط با انگیزش و تحریک درونی یا عوامل درون فردی (مانند حالات خلقی یا شناختی) و عوامل میان فردی یا بیرونی (نظیر در دسترس بودن مواد، نشانه‌های مرتبط با مواد و ارتباط با دوستان مصرف‌کننده مواد) طبقه‌بندی نمود. در تحقیقات مرتبط با عود مصرف مواد، اختلالات خلقی، اضطراب و به‌طور کلی سلامت روانی بیمار قبل از شروع درمان به‌عنوان عوامل فردی اهمیت بیشتری دارند. این عوامل تحت عنوان اختلالات هم‌زمان که باعث عود نشانه‌های بیماری می‌شوند مورد توجه پژوهشگران هستند. افسردگی به‌عنوان شایع‌ترین اختلال هم‌زمان در اعتیاد مطرح است. بررسی عوامل تاریخچه‌ای مرتبط با عود مصرف مواد نشان می‌دهد چندین متغیر از قبیل، وضعیت خلقی منفی، سابقه خانواده در سوءمصرف مواد، سابقه مشکلات روان‌پزشکی فرد، سابقه مشکلات روان‌پزشکی خانواده، سابقه مشکلات شخصیتی، وضعیت روان‌شناختی و سابقه مشکلات حقوقی، در نتیجه درمان تأثیرگذار هستند (شالچی، پرنیان خوی و علیوندی وفا، ۱۳۹۷). نور محمد و همکاران (۲۰۱۷) بر اساس مطالعات خود، معاشرت با دوستان معتاد، بیکاری، فقر و برخورد نامناسب خانواده با فرد را از جمله عوامل مرتبط با بازگشت دوباره به سمت اعتیاد ذکر می‌کنند.

عوامل عود اعتیاد همان عامل‌های تأثیرگذار در اعتیاد بوده که می‌توان آن‌ها را در قالب عوامل فردی (فقر معنوی، افسردگی، بیماری، لذت‌جویی، عدم اعتماد به نفس، استقلال‌طلبی، عدم رشد شخصیت و ناامیدی، تحصیلات پایین)، عوامل خانوادگی اعتیاد یک یا چند نفر از اعضای خانواده، اختلافات خانوادگی، ضعف سرپرستی پدر و مادرها، بیکاری آن‌ها خصوصاً بی‌کاری پدر، کم‌سوادی، عوامل اجتماعی (محیط مدرسه، دوستان ناباب، تفریحات ناسالم، بیکاری، عدم مقبولیت اجتماعی، فقرهای فرهنگی، رشد جمعیت، مهاجرت‌های بی‌رویه) و عوامل جغرافیایی و اقتصادی (سکونت در

مسیرهای تردد مواد مخدر، سهولت دستیابی به مواد مخدر، فقر و بحران اقتصادی، بیکاری و فرار از مشکلات زندگی) ارائه نمود. (ناستی زایی، هزاره مقدم و ملازهی، ۱۳۸۹).

۳-۲- پیشینه‌های تجربی پژوهش

۳-۲-۱- پیشینه‌های داخلی

مانکویان و همکاران (۱۳۹۹) در تحقیقی باهدف، تعیین تأثیر کرامت درمانی بر حس کرامت بیماران مبتلابه سرطان دریافت‌کننده مراقبت تسکینی می‌باشد؛ که روش این پژوهش یک مطالعه کار آزمایی بالینی غیر تصادفی است که در آن ۵۰ نفر از بیماران مبتلابه سرطان بستری در مرکز طب تسکینی «انتخاب» که معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند، از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه کنترل (۲۵ نفر) و مداخله (۲۵ نفر) طبقه‌بندی شدند. کرامت درمانی در سه جلسه ۶۰-۳۰ دقیقه‌ای انجام شد و این نتایج حاصل شد که با توجه به تأثیر مثبت کرامت درمانی در ارتقاء احساس کرامت، این رویکرد می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای نوین در مراحل پایانی حیات بیماران مبتلابه سرطان در جهت تقویت حس معنا، هدف، عزت و کرامت آن‌ها مورد استفاده واقع گردد و یک مرگ باعزت را برای این بیماران فراهم نماید.

بهبهانی و سرداری (۱۳۹۸) پژوهشی باهدف تعیین اثربخشی روان‌درمانی مثبت نگر بر کاهش ولع مصرف و پیشگیری از عود معتادان به مواد افیونی انجام شد این پژوهش از نوع مطالعات نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران مرد معتاد به انواع مواد افیونی بستری برای ترک اعتیاد در بخش روان‌پزشکی بیمارستان شهید مدنی شهر خوی در پاییز سال ۱۳۹۷ بود. از این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به تصادف در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش‌های روان‌درمانی مثبت نگر قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد روان‌درمانی مثبت نگر منجر به تفاوت معنادار بین گروه‌ها در ولع مصرف لحظه‌ای، معتادان به مواد افیونی شده است نتایج به‌دست‌آمده به این قرار است که روان‌درمانی مثبت نگر بر کاهش ولع مصرف و پیشگیری از عود در معتادان به مواد افیونی مؤثر بوده و منجر به کاهش میانگین نمرات شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در ولع مصرف لحظه‌ای و پیشگیری از عود نسبت به گروه گواه شده است.

بیماران مبتلابه سرطان که مراحل انتهایی حیات را سپری می‌کنند در شرایطی قرار دارند که تعرض به شئیت انسانی آنان محتمل می‌باشد کاهش حس کرامت برای افراد مبتلابه سرطان با سطح بالایی از پریشانی روانی، معنوی از دست دادن تمایل جهت ادامه زندگی همراه است حفظ حس کرامت در بیماران علاج ناپذیر فراهم کردن یک مرگ باعزت یکی از اهداف مهم مراقبت تسکینی می‌باشد.

زکی نژاد و همکاران (۱۳۹۷) در تحقیقی در این راستا، کرامت درمانی به‌عنوان مداخله‌ای نوین جهت ارتقاء حس کرامت بیماران مبتلابه سرطان مطرح کردند. پژوهش مذکور باهدف تعیین تأثیر کرامت درمانی بر حس کرامت بیماران مبتلابه سرطان دریافت‌کننده مراقبت تسکینی انجام شد. و به این نتایج رسیدند که با توجه به تأثیر مثبت کرامت درمانی در ارتقاء احساس کرامت این رویکرد می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای نوین در مراحل پایانی حیات بیماران مبتلابه سرطان در جهت تقویت حس معنا، هدف، عزت کرامت آن‌ها مورد استفاده واقع گردد یک مرگ باعزت را برای این بیماران فراهم نماید.

عصمت پناه (۱۳۹۵) پژوهشی باهدف بررسی اثربخشی آموزش درمان مبتنی برافزایش تاب‌آوری بر پیشگیری از بازگشت مجدد به اعتیاد معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان بود. در این تحقیق از روش نیمه آزمایشی استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش کلیه معتادان بهبود یافته شهر اصفهان بودند که به‌صورت در دسترس تعداد ۶۰ نفر از آن‌ها انتخاب و در دو گروه آموزش‌های تاب‌آوری (۶۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) و کنترل (در انتظار درمان) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه جایگزین شدند. نتایج پژوهش نشان داد آموزش تاب‌آوری بر پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازترانی شهر اصفهان مؤثر است $P < 0.05$ در نتیجه می‌توان بیان داشت استفاده از درمان مبتنی بر تاب‌آوری رویکردی نوین و مؤثر در پیشگیری از بازگشت افراد دارای سابقه سوء مصرف مواد می‌باشد و به درمانگران حیطه اعتیاد پیشنهاد می‌شود از این درمان‌ها برای درمان و کاهش علائم سوء مصرف مواد استفاده گردد

کاظمیان (۱۳۹۳)، در پژوهشی باهدف اثربخشی روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان سلامت عمومی معتادان خوددرمانجو بود. جامعه آماری پژوهش، بیمارانی بودند که برای ترک اعتیاد به یکی از مراکز ترک اعتیاد

بیماران سرپایی وابسته به سازمان بهزیستی مشهد مراجعه کرده بودند. تعداد اعضای نمونه ۴۰ نفر هستند که به صورت نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس نمره‌های آن‌ها در پرسشنامه GHQ (نمره ۲۳ و بالاتر) انتخاب شده و سپس به صورت تصادفی ساده در دو گروه ۲۰ نفره آزمایشی و گواه جایگزین شدند. نتایج به دست آمده گویای این است که به کارگیری روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به شکل چشم‌گیری در میزان سلامت روانی معنادان در حال ترک مؤثر باشد.

۲-۳-۲- پیشنهادهاى خارجى

زر^۱ و همکاران (۲۰۱۷) تحقیقی باهدف بررسی تأثیر فعالیت ورزشی بر سلامت روان، افسردگی و امید به زندگی معنادان بهبودیافته انجام دادند که در این پژوهش ۸۶ بیمار از شهرستان جهرم که حداقل یک سال مصرف هرگونه دارو قطع شده بودند به طور داوطلبانه انتخاب به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. وبه این نتیجه رسیدند که میانگین سلامت روان گروه آزمایش به طور معنی داری کمتر از گروه کنترل بود ($p=0/008$). علاوه بر این، گروه آزمایش به طور قابل توجهی کمتر از همتایان گروه کنترل افسرده بودند ($p=0/001$). علاوه بر این، گروه آزمایش امید به زندگی بالاتری نسبت به گروه کنترل داشتند، اگرچه این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود همچنین معنادان بهبودیافته گروه آزمایش از نظر سلامت روان، افسردگی و امید به زندگی وضعیت بهتری نسبت به افراد کنترل داشتند.

اختلالات مصرف مواد (SUDs) منجر به مشکلات جدی از جمله اختلالات سلامتی و عوارض اجتماعی و شغلی می شود. پیشگیری از عود نقش مهمی در درمان افراد مبتلا دارد. سلاتی^۲ و همکاران (۲۰۱۷) در تحقیقی باهدف بررسی اثرات مدیریت استرس شناختی-رفتاری (CBSM) بر خودکارآمدی و عود به شکلی از SUD انجام شد. روش کار یک مطالعه نیمه تجربی حاضر بر روی ۴۰ نفر از افراد مورد مطالعه انجام شد. وبه این نتیجه رسیدند که آموزش CBSM به افزایش

خودکارآمدی و کاهش خطرات عود مجدد کمک می‌کند. علائم SUD با توجه به این یافته‌ها، رویکرد آموزشی اتخاذشده را می‌توان به‌عنوان روشی توصیه کرد.

حبیبی و همکاران (۲۰۱۶) پژوهشی باهدف تبیین تأثیر آموزش حل مسئله (PSE) بر میزان عود، خودکارآمدی و خود احترام در میان مصرف‌کنندگان مواد مخدر انجام دادند. روش این کار آزمایی بالینی غیر کنترل‌شده (نیمه تجربی) ۶۰ مصرف‌کننده تریاک و هروئین را که مایل به ترک و به مرکز ترک اعتیاد مهر معرفی شدند. بیماران به دو گروه تقسیم شدن ۳۰ نفر در (گروه‌های مداخله و کنترل). درحالی‌که هر دو گروه مراقبت‌های معمول کلینیک را دریافت کردند، گروه مداخله نیز در هشت مورد حضور داشتند جلسات ۴۵ دقیقه‌ای PSE خانواده محور. نتایج نشان داد که گروه‌ها از نظر میانگین نمرات عزت‌نفس و خودکارآمدی تفاوت معنی‌داری نداشتند مکمل درمان سوءمصرف مواد با درمان شناختی رفتاری، به‌ویژه PSE، می‌تواند کاهش میزان عود و افزایش خودکارآمدی و عزت‌نفس در بین بیماران باشد.

کرامت درمانی یک روان‌درمانی مختصر است که برای بیمارانی که با یک بیماری محدودکننده زندگی می‌کنند توسعه‌یافته است. جولیا و همکاران (۲۰۱۴) در تحقیقی باهدف تعیین تأثیر کرامت درمانی بر افسردگی و اضطراب در بیماران بستری با شدت بیماری و تجربه سطح بالایی از پریشانی در بخش مراقبت تسکینی انجام دادند که در این پژوهش یک کار آزمایی تصادفی سازی و کنترل‌شده غیر کور فاز دوم بر روی ۸۰ بیمار که به‌طور تصادفی انتخاب و در دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. از ۸۰ شرکت‌کننده نهایی، ۴۱ نفر به‌طور تصادفی در کنترل و ۳۹ نفر در گروه مداخله درمان کرامت قرار گرفتند. و نتایج بدست آمده بدین قرار است که کرامت درمانی تأثیر مفیدی بر علائم افسردگی و اضطراب در پایان زندگی دارد. مزیت درمانی کرامت درمانی در یک دوره ۳۰ روزه حفظ شد. با توجه به اثربخشی، آزمایش‌های آینده کرامت درمانی ممکن است در زمینه بیماری لاعلاج با سایر رویکردهای روان‌درمانی مقایسه کند.

فصل سوم

روش تحقیق

۱-۳-مقدمه

مطالب این فصل به شرح ذیل ارائه شده است: در ابتدا توضیحاتی درباره طرح کلی پژوهش ارائه شده و سپس به جامعه آماری پژوهش و نمونه‌گیری و روش نمونه‌گیری پرداخته شده است، در قسمت بعدی به ابزارهای پژوهش که شامل پرسشنامه‌ها همراه با اعتبار و روایی آن‌ها است پرداخته شده است، روش اجرای پژوهش و کلیاتی درباره مداخلات درمانی نیز آورده شده است و در پایان شیوه تحلیل داده‌ها و مسائل اخلاقی پژوهش نیز ذکر شده است.

۲-۳-روش و طرح کلی پژوهش

پژوهش حاضر در دسته‌بندی بر مبنای هدف از نوع تحقیقات کاربردی و در دسته‌بندی بر مبنای شیوه جمع‌آوری داده‌ها از نوع تحقیقات نیمه تجربی بود که در قالب طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل انجام شد. این پژوهش به بررسی اثربخشی کرامت درمانی معنوی اسلامی بر روی خطر عود معتادان بهبودیافته شهرستان میناب هرمزگان پرداخت.

با توجه به اینکه هدف این پژوهش بررسی اثربخشی کرامت درمانی معنوی اسلامی بر روی خطر عود معتادان بهبودیافته شهرستان میناب هرمزگان می‌باشد. این پژوهش از دسته تحقیقات کمی از نوع کاربردی و به روش اثربخشی به انجام رسیده است. در این پژوهش که از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی است از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد.

۳-۳-جامعه آماری

تمامی مراجعه کنندگان به مرکز اقامتی ترک اعتیاد میان مدت نوید زندگی میناب هرمزگان در سال ۱۴۰۱ که تعداد ۴۵ نفر تخمین زده شد بود.

۳-۳-۱-روش نمونه گیری

نمونه آماری در این پژوهش بر اساس ملاک های ورود و خروج پژوهش، با روش نمونه گیری در دسترس هدفمند، ۳۰ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه های آزمایش و گواه جای دهی شدند.

جزئیات نمونه گیری گروه مداخله بدین صورت بود که از بین افرادی که از طریق فراخوان با محقق تماس گرفته و داوطلب شده بودند، پس از ارزیابی تشخیصی، تعداد ۳۰ نفر که واجد شرایط ملاک های ورود به پژوهش بودند، وارد طرح تحقیق (کرامت درمانی معنوی اسلامی) شدند.

در نهایت، نتایج حاصل از داده های ۳۰ نفر (۱۵ نفر از گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

۳-۴-ملاک های ورود به تحقیق

ملاک های ورود به پژوهش عبارت بودند از:

مراجعه کنندگان به مرکز اقامتی ترک اعتیاد میان مدت نوید زندگی ساکن شهرستان میناب و توابع (هرمزگان)

۳-۵-ملاک های خروج

ملاک های خروج نیز عبارت بودند از:

- هم آیندی مرضی با سایر اختلالات روانی،

علائم سایکوتیک (توهم، هذیان)،

وجود هرگونه بیماری جسمی، مصرف داروهای روان پزشکی.

۳-۶- ملاحظات اخلاقی در پژوهش

توزیع پرسش‌نامه‌ها و انتخاب نمونه مورد تحقیق، با در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی از قبیل اخذ مجوز از مرکز مشاوره ترک اعتیاد شهرستان میناب هرمزگان تعهد به محرمانه ماندن نظرات افراد، احترام به حق انتخاب افراد مبنی بر مشارکت یا عدم مشارکت در پژوهش، عدم تعارض منافع در پژوهش‌های بالینی و با رعایت دیگر نکات مهم اخلاق پژوهش انجام شده است.

۳-۷- روش اجرای پژوهش

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه میزان تمایل به اعتیاد فرچاد و همکاران (۱۳۸۵) استفاده شد. از مراجعه‌کنندگان، مصاحبه تشخیصی به عمل آمد و نیز بر اساس مصاحبه تشخیصی واجد ملاک‌های ورود به پژوهش بودند، در پژوهش شرکت داده‌شده و در طرح کرامت درمانی معنوی اسلامی گنجانده شدند.

قبل از شروع برنامه، پرسشنامه‌ها برای هر دو گروه به‌عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. پس از برنامه آموزشی، ابزار اندازه‌گیری مجدداً برای هر دو گروه به‌عنوان پس‌آزمایش اجرا شد. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری کوواریانس مورد تحلیل قرار گرفتند.

۸-۳- ابزارها و مقیاس‌های پژوهش

روش‌های مداخله

خلاصه جدول: برنامه جلسات مداخله مبتنی بر مفهوم کرامت			
جلسه	هدف	خلاصه محتوی جلسه	انجام کاربرگ
اول	زمینه‌سازی برای درمان	ایجاد رابطه، آشناسازی با کرامت، آموزش تفکیک عناصرمن (افکار، احساس، رفتار)، هدف‌گذاری، انگیزش شروع درمان، قرارداد درمانی	
دوم	فعال کردن عبودیت در بیمار	نوشتن نامه به خدا، فهرست افکار در ارتباط با خداوند، تکنیک هوشیاری نسبت به خداپنداره، چالش افکار و خداانگاره‌های منفی، جایگزین کردن خداانگاره مثبت	۱: سیاهه ثبت افکار و خودانگاره منفی. ۲: خلاصه ثبت سیاهه افکار با معرفی خودانگاره جدید و مثبت
سوم	ارتباط با نعمت و صاحب نعمت	تکنیک GODFULLNES، تنظیم کاربرگ فهرست داشته‌ها، کشف و شناخت داشته‌ها	کاربرگ فهرست داشته‌ها
چهارم	بخشش خود و دیگران	مسئول دانستن خود، بیان احساسات خودسرزندی، نامه به خود، بیان تجربیات منفی از دیگران، آموزش تکنیک آرامش-سازی، من چی می‌گم، خدا چی می‌گه	
پنجم	اکتساب حریم خصوصی	آموزش خرده نظام همسران، والدین و فرزندان و ساختار خانواده، کشیدن ژنوگرام خانواده، استفاده از استعاره برای مرزسازی، تغییر روابط فضایی، میدان ارتباطی	
ششم	کسب استقلال خواهی	آموزش تفاوت جرات‌مندی، پرخاشگری و خجالت، آموزش جرات‌مندی اساسی، تمرین نه گفتن بر اساس درمان شناختی رفتاری	

پرسشنامه میزان تمایل به اعتیاد فرچاد و همکاران (۱۳۸۵)

این پرسشنامه دارای ۱۶ سوال است و هدف کلی آن بررسی میزان تمایل به اعتیاد از سه بعد اجتماعی، فردی و محیطی در افراد مختلف می باشد و این پرسشنامه به صورت محقق ساخته و با استفاده از برخی منابع علمی از فرچاد و همکاران (۱۳۸۵) طراحی گردیده است و طیف پاسخدهی به پرسشنامه به صورت لیکرت بوده است. روایی و پایایی در پایان نامه میرحسامی (۱۳۸۸) جهت روایی صوری پرسشنامه و صحت و سقم سئوالات، پرسشنامه در بین تعدادی از دانشجویان توزیع شد و پس از اطمینان از نتایج بدست آمده، پرسشنامه در نمونه آماری توزیع شد و همچنین پایایی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه گیری آلفای کرونباخ محاسبه شد و معمولاً دامنه ضریب اعتماد آلفای کرونباخ از صفر به معنای عدم پایداری تا مثبت یک به معنای پایایی کامل قرار می گیرد و هر چه مقدار بدست آمده به عدد مثبت یک نزدیکتر باشد قابلیت اعتماد پرسشنامه بیشتر می شود و آلفای کرونباخ برای پرسشنامه میزان گرایش به اعتیاد برابر با ۱/۷۹ می باشد.

۹-۳ روش تجزیه و تحلیل داده ها

روش آماری در این پژوهش برای داده های توصیفی شامل محاسبه کلیه ی میانگین ها، انحراف استاندارد ها و نمودار ها و جداول مربوط می باشد. به منظور پاسخگویی به فرضیه های پژوهش از روش آماری استنباطی به عنوان روش های اصلی تحلیل داده ها استفاده شد. در این قسمت از نرم افزار Spss نسخه ۲۶ برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شده است.

شاخص های آمار توصیفی عبارتند از: فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد؛ و شاخص آماری استنباطی عبارتند از: تحلیل کوواریانس استفاده شده است.

فصل چهارم

تجزیه و تحلیل داده ها

۱-۴-مقدمه

استفاده از آمار به ایجاد نظم در پدیده‌های تحت بررسی در پژوهش کمک قابل توجهی می‌نماید. در این فصل اطلاعات بدست آمده با استفاده از آمار توصیفی از روی نمونه‌ها تنظیم و سپس با استفاده از آمار استنباطی و با توجه به فرضیات پژوهش، تحلیل شده است.

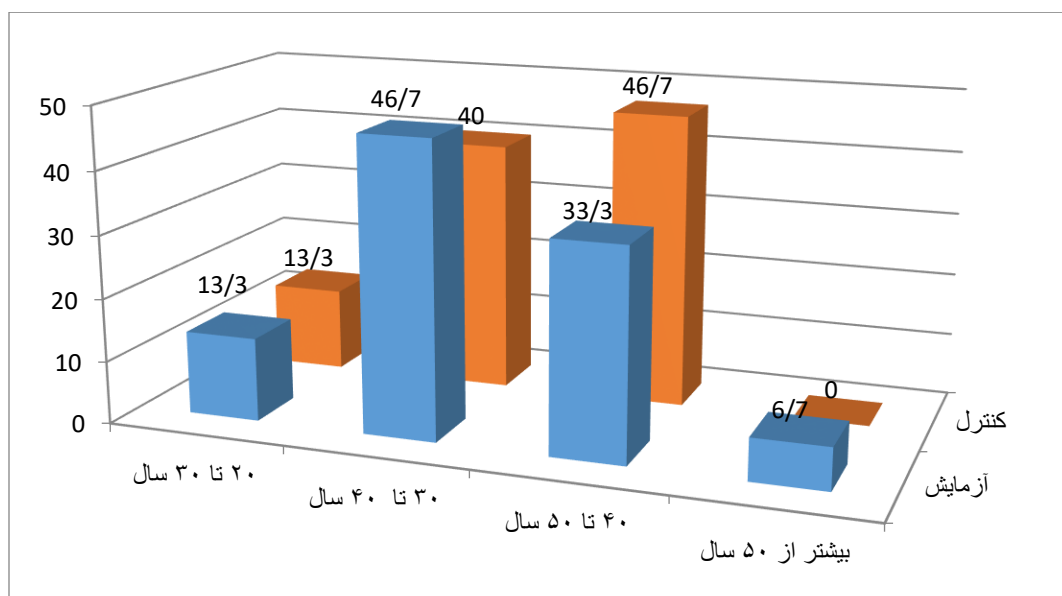
۴-۲- داده های جمعیت شناختی

در جداول (۱-۴) تا (۳-۴) داده های جمعیت شناختی تحقیق شامل سن، شغل و تحصیلات به همراه نمودارهای آماری نشان داده شده است.

جدول (۱-۴): مقایسه فراوانی و درصد فراوانی بر حسب سن

شاخص های آماری		گروه آزمایش		گروه کنترل
سن	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
۲۰ تا ۳۰ سال	۲	۱۳/۳	۲	۱۳/۳
۳۰ تا ۴۰ سال	۷	۴۶/۷	۶	۴۰
۴۰ تا ۵۰ سال	۵	۳۳/۳	۷	۴۶/۷
بیشتر از ۵۰ سال	۱	۶/۷	۰	۰
مجموع	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰

نتایج جدول (۴-۱) نشان می دهد در گروه آزمایش سن ۴۶/۷ درصد شرکت کنندگان بین ۳۰ تا ۴۰ سال و در گروه کنترل ب سن ۴۶/۷ درصد شرکت کنندگان در پژوهش بین ۴۰ تا ۵۰ سال است.

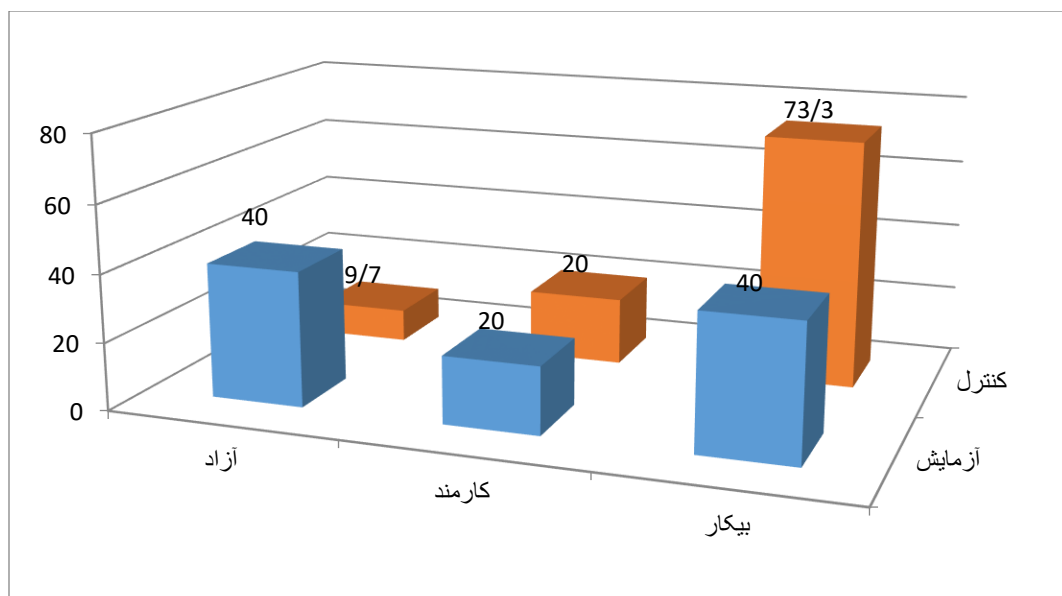


نمودار (۴-۱): مقایسه درصد فراوانی سن

جدول (۴-۲): مقایسه فراوانی و درصد فراوانی بر حسب شغل

شاخص های آماری	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
آزاد	۶	۴۰	۱	۹/۷
کارمند	۳	۲۰	۳	۲۰
بیکار	۶	۴۰	۱۱	۷۳/۳
مجموع	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰

نتایج جدول (۴-۲) نشان می دهد در گروه آزمایش ۴۰ درصد شرکت کنندگان دارای شغل آزاد و یا بیکار هستند و در گروه کنترل ۷۳/۳ درصد شرکت کنندگان بیکار هستند.

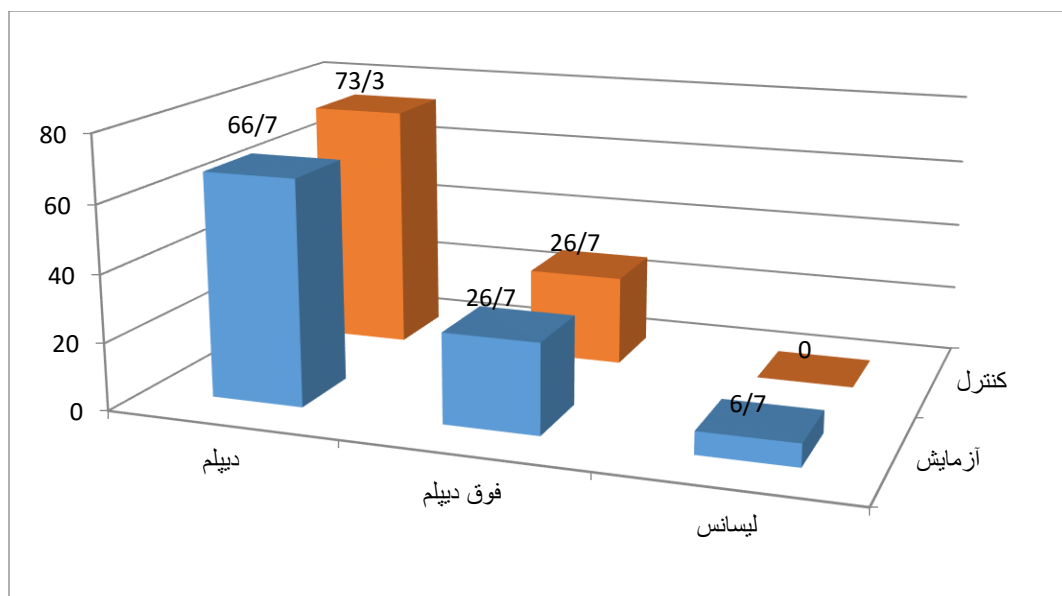


نمودار (۲-۴): مقایسه درصد فراوانی شغل

جدول (۳-۴): مقایسه فراوانی و درصد فراوانی بر حسب تحصیلات

شاخص های آماری	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
دیپلم	۱۰	۶۶/۷	۱۱	۷۳/۳
فوق دیپلم	۴	۲۶/۷	۴	۲۶/۷
لیسانس	۱	۶/۷	۰	۰
مجموع	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰

نتایج جدول (۳-۴) نشان می دهد در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب تحصیلات ۶۶/۷ و ۷۳/۳ درصد شرکت کنندگان در پژوهش دیپلم است.



نمودار (۳-۴): مقایسه درصد فراوانی تحصیلات

۳-۴- یافته های توصیفی

جدول ۴-۴: مقایسه میانگین و انحراف معیار گروه های آزمایش و کنترل در تمایل به اعتیاد و ابعاد تمایل محیطی به اعتیاد، تمایل فردی به اعتیاد در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

شاخص های آماری مقیاس ها	آزمایش		کنترل		
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
تمایل به اعتیاد (نمره کل)	پیش آزمون	۵۰	۴۹/۷۳	۶/۰۱	
	پس آزمون	۴۸/۶۶	۵۷/۸۰	۸/۳۴	
تمایل محیطی به اعتیاد	پیش آزمون	۱۳/۶۶	۱۳/۶۶	۲/۹۹	
	پس آزمون	۱۴/۶۰	۱۸/۲۶	۴/۱۸	
تمایل فردی به اعتیاد	پیش آزمون	۱۲/۴۶	۱۲/۶۶	۳/۰۳	
	پس آزمون	۱۲/۴۰	۱۵	۲/۹۰	
تمایل اجتماعی به اعتیاد	پیش آزمون	۲۳/۸۶	۲۳/۴۰	۲/۳۵	
	پس آزمون	۲۱/۶۶	۲۴/۵۳	۲/۹۷	

نتایج جدول (۴-۴) نشان می دهد میانگین نمرات تمایل به اعتیاد و ابعاد تمایل محیطی به اعتیاد، تمایل فردی به اعتیاد و تمایل اجتماعی به اعتیاد در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نسبت به گروه کنترل پایین تر بوده است.

۴-۴- یافته های استنباطی

به منظور استفاده از آزمون های پارامتریک برای بررسی تساوی واریانس نمرات تمایل به اعتیاد و ابعاد تمایل محیطی به اعتیاد، تمایل فردی به اعتیاد و تمایل اجتماعی به اعتیاد معتادان بهبود یافته از آزمون لوین استفاده شد که نتایج در جداول ۴-۵ و ۴-۶ است.

جدول ۴-۵: آزمون لوین در مورد همسانی واریانس نمرات تمایل به اعتیاد و ابعاد تمایل محیطی به اعتیاد، تمایل فردی به اعتیاد و تمایل اجتماعی به اعتیاد معتادان بهبود یافته

متغیرها	نسبت F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی داری
تمایل به اعتیاد	۳/۴۰۹	۱	۲۸	۰/۰۵۷
تمایل محیطی به اعتیاد	۲/۱۵۲	۱	۲۸	۰/۱۵۳
تمایل فردی به اعتیاد	۰/۶۴۹	۱	۲۸	۰/۴۲۷
تمایل اجتماعی به اعتیاد	۲/۸۹۱	۱	۲۸	۰/۱۰۰

نتایج جدول ۴-۵ آزمون لوین تساوی واریانس نمرات تمایل به اعتیاد و ابعاد تمایل محیطی به اعتیاد، تمایل فردی به اعتیاد و تمایل اجتماعی به اعتیاد معتادان بهبود یافته را نشان می دهد. نتایج نشان می دهد. در نمرات تمایل به اعتیاد و ابعاد تمایل محیطی به اعتیاد، تمایل فردی به اعتیاد و تمایل اجتماعی به اعتیاد معتادان بهبود یافته تساوی واریانس ها برقرار است.

جهت بررسی نرمال بودن نمرات تمایل به اعتیاد و ابعاد آن از آزمون کلوموگروف اسمیرنف استفاده شد نتایج در جدول ۴-۶ آمده است

جدول ۴-۶: آزمون کلوموگروف اسمیرنف نمرات تمایل به اعتیاد و ابعاد تمایل محیطی به اعتیاد، تمایل فردی به اعتیاد و تمایل اجتماعی به اعتیاد معتادان بهبود یافته

متغیرها	گروه	آماره	درجه آزادی	سطح معنی داری
تمایل به اعتیاد	آزمایش	۰/۱۰۶	۱۵	۰/۲۰۰
	کنترل	۰/۱۱۸	۱۵	۰/۲۰۰
تمایل محیطی به اعتیاد	آزمایش	۰/۱۶۶	۱۵	۰/۲۰۰
	کنترل	۰/۲۰۹	۱۵	۰/۰۶۴
تمایل فردی به اعتیاد	آزمایش	۰/۱۷۰	۱۵	۰/۲۰۰
	کنترل	۰/۲۱۳	۱۵	۰/۰۶۵
تمایل اجتماعی به اعتیاد	آزمایش	۰/۱۳۸	۱۵	۰/۲۰۰
	کنترل	۰/۲۰۹	۱۵	۰/۰۷۶

نتایج جدول ۴-۶ آزمون کلوموگروف اسمیرنف نمرات تمایل به اعتیاد و ابعاد تمایل محیطی به اعتیاد، تمایل فردی به اعتیاد و تمایل اجتماعی به اعتیاد معتادان بهبود یافته را نشان می دهد. نتایج حاکی از آن است که به همه نمرات تمایل به اعتیاد و ابعاد تمایل محیطی به اعتیاد، تمایل فردی به اعتیاد و تمایل اجتماعی به اعتیاد معتادان بهبود یافته نرمال هستند.

فرضیه اصلی: کرامت درمانی معنوی اسلامی بر کاهش تمایل به اعتیاد معتادان بهبود یافته موثر است.

جدول (۴-۷): تحلیل کوواریانس (چند متغیری) نمرات تمایل به اعتیاد در گروه های مورد مطالعه

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	سطح معنی داری	مقدار اتا	توان آماری
پیش آزمون	۴۵/۶۰۱	۱	۴۵/۶۰۱	۰/۹۵۳	۰/۳۳۸	۰/۰۳۴	۰/۱۵۶
گروه	۶۱۷/۲۹۴	۱	۶۱۷/۲۹۴	۱۲/۸۹۹	۰/۰۰۱	۰/۳۲۳	۰/۹۳۳
خطا	۱۲۹۲/۱۳۳	۲۷	۴۷/۸۵۷				
کل	۸۶۹۷۷	۳۰					

همان طور که نتایج جدول (۴-۷) نشان می دهد بین گروه ها در سطح $P < ۰/۰۵$ تفاوت معنی دار وجود دارد؛ و با توجه به این که میانگین نمرات تمایل به اعتیاد در گروه آزمایش از میانگین گروه کنترل در پس آزمون پایین تر است این تفاوت به نفع گروه آزمایش است؛ یعنی کرامت درمانی معنوی اسلامی توانسته است تمایل به اعتیاد در مرحله پس آزمون کاهش دهد.

جدول ۴-۸: آزمون باکس در مورد همسانی کوواریانس تمایل محیطی به اعتیاد، تمایل فردی به اعتیاد و تمایل اجتماعی به اعتیاد معتادان بهبود یافته

Box's M	نسبت F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی داری
۴/۳۲۴	۰/۶۳۶	۶	۵۶۸۰/۳۰۲	۰/۷۰۱

نتایج جدول ۴-۸ آزمون باکس تساوی کوواریانس های تمایل محیطی به اعتیاد، تمایل فردی به اعتیاد و تمایل اجتماعی به اعتیاد معتادان بهبود یافته را نشان می دهد. نتایج حاکی از آن است که برای نمرات تمایل محیطی به اعتیاد، تمایل فردی به اعتیاد و تمایل اجتماعی به اعتیاد معتادان بهبود یافته تساوی کوواریانس ها برقرار است.

جدول ۴-۹: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل برای تمایل محیطی به اعتیاد، تمایل فردی به اعتیاد و تمایل اجتماعی به اعتیاد معتادان بهبود یافته

منبع	ارزش	F	سطح معنی داری	مقدار اتا	توان آماری
گروه	۰/۳۲۶	۳/۷۱۲	۰/۰۲۶	۰/۳۲۶	۰/۷۳۲

نتایج جدول ۴-۹ نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات تمایل محیطی به اعتیاد، تمایل فردی به اعتیاد و تمایل اجتماعی به اعتیاد معتادان بهبود یافته را نشان می دهد. بر اساس داده های جدول بین دو گروه آزمایش و کنترل در تمایل محیطی به اعتیاد، تمایل فردی به اعتیاد و تمایل اجتماعی به اعتیاد معتادان بهبود یافته در سطح $p < ۰/۰۵$ تفاوت معناداری وجود دارد. مقدار اتا ۰/۳۲۶ می باشد؛ یعنی ۳۲/۶ درصد تفاوت دو گروه را نمرات تمایل محیطی به اعتیاد، تمایل فردی به اعتیاد و تمایل اجتماعی به اعتیاد معتادان بهبود یافته تبیین می کند. ضمناً توان آزمون ۰/۷۳۲ است و نشان دهنده ی کفایت حجم نمونه است.

فرضیه اول: کرامت درمانی معنوی اسلامی بر کاهش تمایل محیطی به اعتیاد معتادان بهبود یافته موثر است.

جدول (۴-۱۰): تحلیل کوواریانس (چند متغیری) نمرات تمایل محیطی به اعتیاد در گروه های مورد مطالعه

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	مجزور میانگین	F	سطح داری	معنی مقدار	توان آماري
پیش آزمون	۳۶/۳۵۵	۱	۳۶/۳۵۵	۳/۱۰۹	۰/۰۹۰	۰/۱۱۱	۰/۳۹۶
گروه	۸۲/۲۷۴	۱	۸۲/۲۷۴	۷/۰۳۷	۰/۰۱۴	۰/۲۲۰	۰/۷۲۲
خطا	۲۹۲/۳۰۵	۲۵	۱۱/۶۹۲				
کل	۸۵۹۳	۳۰					

همان طور که نتایج جدول (۴-۱۰) نشان می دهد بین گروه ها در سطح $P < ۰/۰۵$ تفاوت معنی دار وجود دارد؛ و با توجه به این که میانگین نمرات تمایل محیطی به اعتیاد در گروه آزمایش از میانگین گروه کنترل در پس آزمون پایین تر است این تفاوت به نفع گروه آزمایش است؛ یعنی کرامت درمانی معنوی اسلامی توانسته است تمایل محیطی به اعتیاد در مرحله پس آزمون کاهش دهد.

فرضیه دوم: کرامت درمانی معنوی اسلامی بر کاهش تمایل فردی به اعتیاد معتادان بهبود یافته موثر است.

جدول (۴-۱۱): تحلیل کوواریانس (چند متغیری) نمرات تمایل فردی به اعتیاد در گروه های مورد مطالعه

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	مجزور میانگین	F	سطح داری	معنی مقدار	توان آماري
پیش آزمون	۰/۱۱۸	۱	۰/۱۱۸	۰/۰۱۶	۰/۸۹۹	۰/۰۰۱	۰/۰۵۲
گروه	۴۵/۱۵۳	۱	۴۵/۱۵۳	۶/۲۱۷	۰/۰۲۰	۰/۱۹۹	۰/۶۶۹
خطا	۱۸۱/۵۶۸	۲۵	۷/۲۶۳				
کل	۵۸۹۳	۳۰					

همان طور که نتایج جدول (۴-۱۱) نشان می دهد بین گروه ها در سطح $P < ۰/۰۵$ تفاوت معنی دار وجود دارد؛ و با توجه به این که میانگین نمرات تمایل فردی به اعتیاد در گروه آزمایش از میانگین گروه کنترل در پس آزمون پایین تر است

این تفاوت به نفع گروه آزمایش است؛ یعنی کرامت درمانی معنوی اسلامی توانسته است تمایل فردی به اعتیاد معتادان بهبود یافته در مرحله پس آزمون کاهش دهد.

فرضیه سوم: کرامت درمانی معنوی اسلامی بر کاهش تمایل اجتماعی به اعتیاد معتادان بهبود یافته موثر است.

جدول (۴-۱۲): تحلیل کوواریانس (چند متغیری) نمرات تمایل اجتماعی به اعتیاد در گروه های مورد مطالعه

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	سطح معنی داری	مقدار اتا	توان آماری
پیش آزمون	۲/۱۹۹	۱	۲/۱۹۹	۰/۳۲۱	۰/۵۷۶	۰/۰۱۳	۰/۰۸۵
گروه	۵۷/۴۴۸	۱	۵۷/۴۴۸	۸/۳۸۳	۰/۰۰۸	۰/۲۵۱	۰/۷۹۵
خطا	۱۷۱/۳۲۴	۲۵	۶/۸۵۳				
کل	۱۶۲۴۵	۳۰					

همان طور که نتایج جدول (۴-۱۲) نشان می دهد بین گروه ها در سطح $P < ۰/۰۵$ تفاوت معنی دار وجود دارد؛ و با توجه به این که میانگین نمرات تمایل اجتماعی به اعتیاد در گروه آزمایش از میانگین گروه کنترل در پس آزمون بیشتر است این تفاوت به نفع گروه آزمایش است؛ یعنی کرامت درمانی معنوی اسلامی توانسته است تمایل اجتماعی به اعتیاد معتادان بهبود یافته در مرحله پس آزمون کاهش دهد.

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

۱-۵- مقدمه

در این فصل، یافته‌های حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها با توجه به یافته‌ها پژوهش‌های قبلی، مورد بررسی قرار گرفت. ابتدا خلاصه‌ای از طرح و نتایج پژوهش ارائه خواهد شد، سپس فرضیات پژوهش مورد بحث و بررسی قرار خواهند گرفت.

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی کرامت درمانی معنوی اسلامی بر روی خطر عود معتادان بهبودیافته شهرستان میناب هرمزگان بود. این پژوهش از نوع کمی بود و روش تحقیق در این پژوهش اثربخشی از نوع تحلیل کوواریانس بود. پژوهش حاضر از نوع مطالعات نیمه تجربی بود که در قالب طرح پیش-آزمون و پس-آزمون با دو گروه انجام شد. جامعه آماری مطالعه حاضر مراجعه‌کنندگان به مرکز اقامتی ترک اعتیاد میان مدت نوید زندگی میناب هرمزگان در سال ۱۴۰۲ که پس از ارزیابی تشخیصی، تعداد ۳۰ نفر که واجد شرایط ملاک‌های ورود به پژوهش بودند، وارد طرح تحقیق (کرامت درمانی معنوی اسلامی) و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جای‌دهی شدند می‌باشد. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه میزان تمایل به اعتیاد فرچاد و همکاران (۱۳۸۵) بود. تجزیه و تحلیل حاصل از این پژوهش با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶، در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی انجام شد. در بخش آمار توصیفی از مشخصه‌های آماری مانند درصد، میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی آزمون‌های تحلیل کوواریانس استفاده شد.

در این فصل به شرح و بحث در خصوص فرضیه‌های پژوهش اشاره خواهد شد. سپس محدودیت‌ها، پیشنهادها، پژوهشی و پیشنهادها کاربردی آورده خواهد شد.

۱-۲-۵- فرضیه فرعی اول: کرامت درمانی معنوی اسلامی بر کاهش تمایل محیطی به اعتیاد معتادان بهبودیافته مؤثر است.

همان‌طور که نتایج جدول (۴-۱۰) نشان داد بین گروه‌ها در سطح $P < 0.05$ تفاوت معنی‌دار وجود دارد؛ و با توجه به این که میانگین نمرات تمایل محیطی به اعتیاد در گروه آزمایش از میانگین گروه کنترل در پس‌آزمون پایین‌تر است این تفاوت به نفع گروه آزمایش است؛ یعنی کرامت درمانی معنوی اسلامی توانسته است تمایل محیطی به اعتیاد در مرحله پس‌آزمون کاهش دهد.

یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش‌های قبلی احدی و همکاران (۱۴۰۲)، رحیم نظری (۱۳۹۸) و زکی نژاد همکاران (۱۳۹۷) همسو است.

در تبیین فرضیه حاضر می‌توان گفت مشکل اصلی اعتیاد در کشور عود (بازگشتن) اعتیاد است زیرا بسیاری از افراد پس از درمان دوباره به اعتیاد بازمی‌گردند. برای کاهش تمایل محیطی به اعتیاد در معتادان بهبودیافته، محیط جدیدی لازم است که راه‌های جدید فعالیت‌های اجتماعی - فرهنگی را بر روی معتاد بگشاید و رفتارهای جامعه‌پسند او را تقویت کند؛ زیرا اکثر معتادان به خاطر عدم توجه و طرد شدن از صحنه اجتماع و ناامیدی از آینده رنج می‌برند که این مسئله، بازپذیری اجتماعی آن‌ها را دشوار می‌نماید. این مورد هم درباره جامعه مورد مطالعه و هم جوامع دیگر قابل‌تعمیم است بنابراین با توجه به این که نتایج مطالعات حاکی از آن است که با توجه به شرایط ویژه معتادان از جمله تجربه احساس پوچی، یأس و ناامیدی، اضطراب، آلام نهفته و ترس‌های وجودی؛ برقراری تعامل بیمار محور و مبتنی بر حفظ کرامت انسانی می‌تواند در ارتقاء احساس ارزش و کرامت در معتادان مؤثر باشد (غلجه و رضایی^۱، ۲۰۱۸). به عبارتی، آلام وجودی، بیش از درد و رنج جسمی برای بیماران مذکور آزاردهنده بوده و تمرکز بر ابعاد روانی، وجودی و معنوی و محیطی آن‌ها و به بیانی دیگر ضرورت بهره‌مندی از مراقبت‌های انسان‌گرایانه و همدلانه محسوس و قابل‌تأمل می‌باشد.

۲-۲-۵- فرضیه فرعی دوم: کرامت درمانی معنوی اسلامی بر کاهش تمایل فردی به اعتیاد معتادان بهبودیافته مؤثر است.

همان‌طور که نتایج جدول (۴-۱۱) نشان داد بین گروه‌ها در سطح $P < 0.05$ تفاوت معنی‌دار وجود دارد؛ و با توجه به این‌که میانگین نمرات تمایل فردی به اعتیاد در گروه آزمایش از میانگین گروه کنترل در پس‌آزمون پایین‌تر است این تفاوت به نفع گروه آزمایش است؛ یعنی کرامت درمانی معنوی اسلامی توانسته است تمایل فردی به اعتیاد معتادان بهبودیافته در مرحله پس‌آزمون کاهش دهد.

یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش‌های قبلی مانوکیان و همکاران (۱۳۹۹) رحیم نظری (۱۳۹۸) همسو است. در تبیین فرضیه حاضر می‌توان گفت انسان شایسته کرامت است و خداوند در سوره مائده نیز فرموده است: هر کس انسانی را نجات دهد، درواقع جامعه را نجات داده است. حفظ کرامت انسانی اولویت اصلی مراکز درمان اعتیاد است حفظ کرامت انسانی کسانی که به هر دلیلی دچار بلای خانمان‌سوز اعتیاد شده‌اند، یکی از راهبردهای اصولی در ستاد مبارزه با مواد مخدر است. این راهبرد علاوه بر اینکه بر اصول اعتقادی ما قرار دارد، از دیدگاه جامعه‌شناسی و روانشناسی نیز راهبردی درست در برخورد با آسیب‌های اجتماعی است. زیرا تجربه نشان داده است، از بین رفتن کرامت انسانی یکی از دلایل اولیه دچار شدن افراد به آسیب‌های اجتماعی است و تا کرامت انسانی این افراد به آن به آن‌ها بازگردانده نشود، نمی‌شود به درمان قطعی و بازگشت آن‌ها به جامعه سالم امیدوار شد. کرامت درمانی منجر به افزایش حس معنا، هدف، ارزش زندگی و کاهش احساس رنج، پوچی و بیهودگی بیماران و معتادان می‌گردد. نتایج مطالعه‌ی حاضر هم‌راستا با نتایج سایر مطالعات مشابه، تأییدکننده تأثیر مثبت این رویکرد حمایتی کرامت درمانی معنوی اسلامی بر کاهش تمایل فردی به اعتیاد در معتادان بهبودیافته می‌باشد زیرا بر تمامی ابعاد زندگی فرد خصوصاً بعد فردی ازجمله احساس کرامت، ارزشمندی و عزت‌نفس تأثیرگذار است (هومن^۱ و همکاران، ۲۰۱۴).

۳-۲-۵- فرضیه فرعی سوم: کرامت درمانی معنوی اسلامی بر کاهش تمایل اجتماعی به اعتیاد معتادان بهبودیافته مؤثر است.

همان‌طور که نتایج جدول (۴-۱۲) نشان داد بین گروه‌ها در سطح $P < 0.05$ تفاوت معنی‌دار وجود دارد؛ و با توجه به این‌که میانگین نمرات تمایل اجتماعی به اعتیاد در گروه آزمایش از میانگین گروه کنترل در پس‌آزمون بیشتر است این تفاوت به نفع گروه آزمایش است؛ یعنی کرامت درمانی معنوی اسلامی توانسته است تمایل اجتماعی به اعتیاد معتادان بهبودیافته در مرحله پس‌آزمون کاهش دهد.

یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش‌های قبلی مانوکیان و همکاران (۱۳۹۹) رحیم نظری (۱۳۹۸) همسو است.

در تبیین فرضیه حاضر می‌توان گفت زمانی که جامعه دچار هنجار گسیختگی می‌شود و افراد جامعه دچار یأس و ناامیدی می‌گردند و نسبت به ساختارهای جامعه بدگمان شده و احساس می‌کنند که جامعه امکانات و حقوق آن‌ها را برای رسیدن به اهداف موردقبول جامعه، از آن‌ها دریغ می‌کند. این امر موجب می‌شود که آن‌ها به دنبال راه‌های نامشروع و غیرقانونی باشند. افرادی که به سمت اعتیاد می‌روند، معمولاً خود را از صحنه جامعه کنار کشیده و روش انزوا را در پیش می‌گیرند.

به‌طور کلی فرد معتاد به دلیل مواجهه با نقصان‌ها و محدودیت‌های فیزیکی، فشارهای روانی، معنوی، اجتماعی و اقتصادی دوران اعتیاد و تغییر نقش‌های معمول زندگی؛ به‌عنوان فردی آسیب‌پذیر قلمداد می‌شود (مانوکیان، ۲۰۱۴) که درمان‌هایی مانند کرامت درمانی معنوی اسلامی می‌تواند با حفاظت از احساس ارزش و کرامت انسانی معتادان باعث کاهش تمایل اجتماعی به اعتیاد در معتادان بهبودیافته شود.

۳-۵- محدودیت‌های پژوهش

۱- بعضی از افراد مددجو بدلیل شغل ثابت و جایگاه اجتماعی حاضر به مصاحبه نشدند

۴-۵- پیشنهادهای کاربردی

بر اساس عوامل شناسایی‌شده، می‌توان پیشنهاد نمود که برنامه‌های مشاورهای و روانشناسی بیشتری برای افراد تحت درمان در راستای درمان مشکلات روان‌شناختی آنان فراهم گردد. آموزش مهارت‌های زندگی به افراد تحت درمان و جلسات آموزش خانواده برای پذیرش بهتر افراد پس از ترخیص و کاهش مشاجرات خانوادگی می‌تواند گام مؤثری در راستای کاهش عود مصرف مواد باشد. همچنین برخی حمایت‌های اجتماعی نظیر فراهم کردن محل سکونت برای افراد ترخیص یافته بی‌خانمان و فراهم کردن شغل برای افراد ترخیص یافته نیز می‌تواند کمک شایانی در جهت کاهش عود مصرف مواد باشد

افراد ترخیص یافته از مراکز درمانی، مشکلات گوناگونی را در حوزه‌های مختلف فردی، اجتماعی و اقتصادی و خانوادگی تجربه می‌کنند. مسائلی نظیر مشکلات روان‌شناختی و جسمانی، عدم برخورداری از باورهای کارآمد، عدم اعتماد و پذیرش اجتماعی، ضعف در تحمل و غلبه بر وسوسه، بیکاری و رفاه اجتماعی و اقتصادی پایین، خدمات درمانی اندک پس از ترخیص، نداشتن ارتباط صحیح با دوستان و گذراندن اوقات فراغت سالم، ضعف در پیروی از دستورات درمانی، عوامل مرتبط با محیط‌های کاری و درنهایت عوامل مرتبط با خانواده، به درجات مختلف باعث روی آوردن مجدد فرد به مواد می‌گردد. اغلب آنان به دلیل طرد شدن از سوی خانواده و اقوام و نداشتن محل ثابتی برای زندگی، مجبور به اقامت در مکان‌هایی موقتی نظیر پارک‌ها، محل‌های تجمع معتادان و ... می‌شوند که این امر آنان را در مقابل مصرف مجدد مواد مخدر قرار می‌دهد. برخی افراد نیز به این دلیل که در مناطقی از شهر سکونت دارند که دسترسی به مواد بسیار آسان است، به راحتی درگیر مصرف مجدد مواد می‌شوند. لذا پیشنهاد می‌شود مکان‌هایی جهت بازپروری و ایجاد روحیه نشاد در آنان مشخص گردد. ایجاد اشتغال مولد برای آنان، ساخت ورزشگاه‌ها و اماکن تفریحی سالم قطعاً می‌تواند به موضوع کمک کند که باید توسط مسئولان امر مدنظر قرار گیرد.

۵-۵- پیشنهادهای پژوهشی

باید در نظر داشت که اعتیاد یک بیماری جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است که در شکل‌گیری آن زمینه‌های پیش از اعتیاد نقش زیادی دارند اما برای مقابله با پدیده وابستگی به مواد افیونی، درمان دارویی به تنهایی کارساز نبوده، داشتن شناخت کافی از جنبه‌های مختلف این پدیده لازم است (کاظمیان، ۱۳۹۳). تاکنون شیوه‌های درمانی متعددی از درمان‌های روانکاوی، رفتاردرمانی، گروه‌درمانی، دارودرمانی و غیره بر روی بیماران مبتلا به اختلال اعتیاد صورت گرفته است، اما هر یک از این شیوه‌ها تا حدودی اثرگذار بوده و عود و بازگشت مجدد سوءمصرف مواد را به همراه داشته‌اند. به نظر می‌رسد که مشکل عمیق‌تر باشد و چیزی درجایی از روان فرد، وی را در حالت مصرف مجدد قرار می‌دهد. لذا پیشنهاد می‌گردد انواع درمان‌های غیر دارویی برای پیشگیری از بازگشت افراد رها شده از دام اعتیاد، به کارگیری شود و میان آن‌ها مقایسه علمی صورت گیرد. علاوه بر کرامت درمانی معنوی اسلامی، خانواده‌درمانی، آموزش ذهن آگاهی، مثبت اندیشی، معنویت درمانی و. باید در پژوهش‌های بیشتری مقایسه صورت گیرد.

آزادی، محمود؛ آذربایجانی، مسعود؛ طباطبائی، سید کاظم رسول زاده، (۱۳۹۸). کاربرد نظریه حوزه های معنایی در بررسی مفهوم کرامت بر پایه منابع اسلامی. مطالعات معرفتی در دانشگاه اسلامی. پاییز ۱۳۹۸، دوره ۲۳، شماره ۳ (پیاپی ۸۰)؛ از صفحه ۴۹۷ تا صفحه ۵۱۲.

آزادی، محمود؛ آذربایجانی، مسعود؛ طباطبائی، سید کاظم رسول زاده، (۱۳۹۸). طراحی الگوی اسلامی مداخله مبتنی بر کرامت و بررسی اثربخشی آن بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی. پایان نامه دکتری پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، پژوهشکده علوم رفتاری

احدی، رضا؛ محمدی، شهرام و طغرانگار، حسن. (۱۴۰۰). بررسی عوامل محیطی مؤثر بر اعتیاد به مواد مخدر صنعتی (مطالعه موردی: شهر زنجان)، مجله پژوهشهای حقوقی، دوره ۲۰، شماره ۴۵: ۱۸۱-۱۵۰.

ابن منظور (۱۹۹۳). لسان اللسان تهذیب لسان العرب. دار الکتب العلمیة، بیروت - لبنان

بهبهانی، ل؛ و سرداری، ب. (۱۳۹۸). اثربخشی رواندرمانی مثبت نگر بر کاهش ولع مصرف و پیشگیری از عود معتادان به مواد افیونی. اعتیاد پژوهی، ۱۳(۵۴)، ۹۱-۱۰۸.

بهادران، فرزانه. (۱۳۹۶). نقش، جایگاه و کارکرد کمیته امداد امام خمینی (ره) در راستای تامین و تضمین کرامت انسانی، پایان نامه کارشناسی ارشد. رشته: حقوق گرایش: عمومی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت دانشکده علوم انسانی

جانبرزگی، مسعود، غروی، سیدمحمد (۱۳۹۵). اصول رواندرمانگری و مشاوره با رویکرد اسلامی، انتشارات پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

جوادی آملی، عبدالله، (۱۳۷۲) صورت و سیرت انسان در قرآن، تهران، نشر فرهنگی رجاء ص ۱۲۳

خمرنیا محمد، پیوند مصطفی. (۱۳۹۷). علل بازگشت به اعتیاد به مواد مخدر و راهکارهای پیشنهادی در مراجعه کنندگان به مراکز ترک اعتیاد: یک مطالعه کیفی. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان ۱۳۹۷؛ ۱۷ (۶): ۵۳۸-۵۲۳

URL: <http://journal.rums.ac.ir/article-۱-۴۰۵۰-fa.html>

رجب پور، مجتبی؛ نریمانی، محمد؛ میکائیلی، نیلوفر و حاجلو، نادر. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر پیشگیری از عود اعتیاد: مرور سیستماتیک و فراتحلیل. کومش - جلد ۲۲، شماره ۲(۷۸): ۲۰۸-۲۰۳.

زینالی، ع. و وحدت، ر. و عیسوی، م. (۱۳۸۷). زمینه های مستعد کننده پیش اعتیادی معتادان بهبود یافته. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، ۱۴(۱) (پیاپی ۵۲)، ۷۱-۷۹.

سالیوان، راجز، (۱۳۸۹). اخلاق در فلسفه کانت، ترجمه: عزت الله فولادوند، تهران، انتشارات طرح نو.

- صادقپور، طیبیه، کرامت انسان در قرآن، تهران، مجله بینات، ۱۳۸۶
- صالحی، حمیدرضا (۱۳۹۰). مفهوم تقصیر و تأثیر آن در مسئولیت مدنی ناشی از فرآیند درمان، پایان نامه کارشناسی ارشد حقوق خصوصی، تهران، دانشگاه شاهد، صص ۲۱۱-۲۲۱
- صادقپور، طیبیه (۱۳۸۶). کرامت انسان در قرآن، تهران، مجله بینات، صص ۱۱-۱۳
- عصمت پناه، ام البنین و خوش اخلاق، حسن، ۱۳۹۵، بررسی اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر افزایش تاب آوری بر پیشگیری از بازگشت مجدد به اعتیاد معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان، همایش ملی پیشگیری از اعتیاد، شاهین شهر و میمه،
- طباطبایی، سید محمدحسین (۱۳۹۲). المیزان فی تفسیر القرآن، ترجمه سید محمدباقر موسوی همدانی، دوره ۲۳ جلدی، جلد ۱۳، تهران، بنیاد علمی و فکری علامه طباطبایی با همکاری مرکز نشر فرهنگی رجاء و مؤسسه انتشارات امیرکبیر، صص ۲۱۱-۲۱۳.
- طباطبائی، سیدمحمد حسین، (۱۳۷۲). المیزان فی تفسیر القرآن، چ پنجم، تهران، دارالکتب الاسلامیه
- فلسفی، هدایت الله (۱۳۷۰) روشهای شناخت حقوق بین الملل، فصلنامه تحقیقات حقوقی، شماره ۹، ص ۶۲
- فلسفی، هدایت الله، روشهای شناخت حقوق بین الملل، فصلنامه تحقیقات حقوقی، شماره ۱، ۱۳۷۰،
- فرچاد- دکتر محمدحسین- آسیب شناسی اجتماعی و جامعه شناسی انحرافات- نشر معلم- سال ۱۳۸۵.
- گیورث، آلن، (۱۳۸۲). آیا حقوق بشری وجود دارد؟، ترجمه: محمدحبیبی مجنده، مجموعه مقالات دومین همایش بین المللی حقوق بشر، قم، دانشگاه مفید، ص ۱۴۹
- مانوکیان، آرپی؛ زکی نژاد، مهسا؛ نیکبخت نصرآبادی، علیرضا؛ شمشیری، احمدرضا و حجت، سوزان. (۱۳۹۹). بررسی تاثیر کرامت درمانی بر احساس کرامت بیماران مبتلا به سرطان، نشریه پژوهش پرستاری مقاله پژوهشی، ۱۵، ۲: ۷۸-۸۳.
- ملازاده، ج. و عاشوری، ا. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری در پیشگیری از عود و بهبود سلامت روانی افراد معتاد. دانشور رفتار، ۱۶(۳۴) (ویژه مقالات روان شناسی ۱۲)، ۱-۱۲.
- معادی خواه، عبدالمجید، (بیتا)، کرامت از نگاه امام کریمان، تهران، مجله آینه پژوهش، ص ۱. ۱۳۸۵
- میرحسامی، شریف، بررسی نقش خانواده در گرایش جوانان و نوجوانان به اعتیاد، ۱۳۸۸، پایان نامه کارشناسیو دانشگاه پیام نور
- نامداری، وحیده و قاسمی، مجید. (۱۳۹۴). الگوهای تربیت اسلامی (فرهنگ رضوی)، دومین کنفرانس بین المللی روانشناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی
- نظری، عبداللطیف، (۱۳۸۴). کرامت انسانی در قرآن و روایات و دولت مهدوی، تهران، مجله گلبرگ، شماره ۶۹، ص ۱۰۲
- نقیه محمدرضا و ناجی، علیرضا. (۱۳۹۱). سیاست اخلاقی در سیره امام رضا (ع)، نشریه: اخلاق، ۲، ۶: ۶۷-۸۶.

واعظی، ک.، و فلاحی خشکناپ، م. (۱۳۹۶). مقابله معنوی معتادان بهبود یافته در برابر میل به مصرف مجدد مواد مخدر. تحقیقات کیفی در علوم سلامت، ۶(۴)، ۴۴۹-۴۶۰.

تشکر و سپاس از تمامی پرسنل موسسه اقامتی میان مدت با اختلال مصرف مواد اعتیاد آور نوید زندگی شهرستان میناب که در انجام این پژوهش همکاری نمودند

- ۱- دکتر علی حبیب زاده مدیر فنی (پزشک مرکز)
- ۲- سرکار خانم سارا رنجبر مشاور و روانشناس مرکز
- ۳- سرکار خانم مرضیه رمضانزاده مشاور و روانشناس
- ۴- مهین رادمنش کارشناس امور تربیتی و خانواده

با تشکر و سپاس از استاد علی حسن زاده مینابی

مطمئن باشید روزی دور از چشمان من و شما به فرزندانمان مواد مخدر تعارف خواهند کرد

برای آن روز چه اندیشیده ایم ؟

ابراهیم زائری دانشجوی رشته روانشناسی پیام نور شهرستان میناب

