



اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی و خود شفقت ورزی افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده

لاله سمیعی^۱، حبیب شجاع نهند^۲، محمدرضا حسین پور^۳، صدیقه سمیعی^۴، رضا سمیعی^۵

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: اختلال سوء‌مصرف مواد می‌تواند بسیاری از بیماران وابسته به مواد را به اختلالات روان‌شناختی از جمله اضطراب و افسردگی مبتلا گرداند و باعث کاهش بهزیستی روان‌شناختی گردد. پژوهش حاضر باهدف اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی و خود شفقت ورزی افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده صورت پذیرفت. **مواد و روش کار:** طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه مراجعه‌کنندگان به مراکز درمان اعتیاد شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ بود. از میان جامعه آماری تعداد ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند با در نظر داشتن ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش تحت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه معنویت درمانی گروهی به‌قرار گرفت. ابزار جمع‌آوری داده‌ها عبارت بود از پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۹) و شفقت خود ریس و همکاران (۲۰۱۱). داده‌ها از طریق آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری و چند متغیری تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که معنویت درمانی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی و خود شفقت ورزی افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده اثربخش است ($p < 0/50$). **بحث و نتیجه‌گیری:** بنابراین در حیطه سلامت مربوط به افراد وابسته به مواد می‌توان مداخلات مبتنی بر معنویت را به‌منظور ارتقای سلامت روان این افراد مورد استفاده قرارداد، چراکه معنویت درمانی در این افراد می‌تواند برافزایش بهزیستی روان‌شناختی و خود شفقت ورزی مؤثر باشد.

کلید واژه‌ها: معنویت درمانی، بهزیستی روان‌شناختی، خود شفقت ورزی

^۱ کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، اداره آموزش و پرورش استان لرستان
^۲ کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
^۳ دانشجوی دکتری روان‌شناسی، واحد تربیت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران. (نویسنده مسئول)
 psych.researcher89@gmail.com
^۴ کارشناس ارشد ریاضی، اداره آموزش و پرورش استان لرستان
^۵ کارشناس ارشد مشاوره خانواده، اداره آموزش و پرورش استان لرستان

مقدمه

امروزه اعتیاد به عنوان یک بیماری مزمن عودکننده شناخته می‌شود که سبب ایجاد مشکلات جدی در افراد می‌شود و زندگی جسمانی، اجتماعی و روانی آن‌ها را مختل می‌نماید. اعتیاد با رفتارهایی مانند استفاده مدام از داروها علی‌رغم وجود نتایج منفی آن، مصرف غیرقابل کنترل مواد، استفاده اجباری و ولع مصرف آن مشخص می‌گردد (دالی و مارلات، ۲۰۰۵). اعتیاد وضعیتی است که در نتیجه‌ی مصرف پیاپی یک ماده‌ی طبیعی یا مصنوعی شکل می‌گیرد، به طوری که شخص از نظر جسمانی و روانی به آن ماده وابسته می‌گردد (ایشجان، باس، اوزجان و ازدوانجی^۷، ۲۰۲۰). بر اساس گزارش دفتر مبارزه با مواد مخدر و جرم سازمان ملل^۸ (UNODC) بیش از ۳۶ میلیون نفر از اختلالات مصرف مواد مخدر رنج می‌برند. این گزارش همچنین خاطرنشان کرد که در طی ۲۴ سال گذشته میزان مصرف مواد مخدر مختلف از جمله حشیش تا چهار برابر افزایش یافته است (دفتر مبارزه با مواد مخدر و جرم سازمان ملل، ۲۰۲۱). ایران نیز به خاطر موقعیت جغرافیایی و به دلیل همسایگی با کشورهایی که از مراکز مهم تولید مواد مخدر هستند، علاوه بر اینکه به عنوان یکی از مسیرهای ترانزیت مواد مخدر به شمار می‌رود، با توجه به میانگین آمارهای جهانی، جزو کشورهایی محسوب می‌شود که نیازمند همت و تلاش بالا برای کنترل این معضل اجتماعی است (سودانی، مهدی زاده، رجبی و خجسته مهر، ۱۳۹۵). شیوع بالای سوءمصرف مواد مخدر در کشور با آماری بیش از ۵/۴ درصد در جمعیت فعال، نشانگر اهمیت توجه به این معضل اجتماعی است و از طرفی وابستگی به مواد مخدر به عنوان یک بیماری قابل درمان، یکی از بااهمیت‌ترین اولویت‌های پژوهشی محسوب می‌شود (صادقی، سودانی و غلامزاده جفره، ۱۳۹۹). بر اساس گزارش مدیرکل دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر و به نقل از ستاد ملی مبارزه با مواد مخدر چهار میلیون و ۴۰۰ هزار نفر مصرف‌کننده مستمر و غیرمستمر در کشور وجود دارد که با بُعد خانوار آنان، حدود ۱۵ میلیون نفر از جمعیت کشور به صورت روزمره دغدغه و نگرانی در عرصه مواد مخدر دارند (خبرگزاری ایمن، ۱۴۰۱).

اختلال سوءمصرف مواد می‌تواند بسیاری از بیماران وابسته به مواد را به اختلالات روان‌شناختی از جمله اضطراب و افسردگی مبتلا گرداند (لی، استور، لالونگ و مارتینز^۹، ۲۰۱۲). همچنین پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که ابتلاء به اضطراب و افسردگی باعث کاهش بهزیستی روان‌شناختی می‌گردد (آرنال-رمون، مورنو-روزت و رامیرز^{۱۰}، ۲۰۱۵). بهزیستی روان‌شناختی، تلاش در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی فرد است و یک مفهوم چند مؤلفه‌ای و دربرگیرنده پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی است (مؤمنی، حسینی، اکبری و کرمی، ۱۳۹۲). خودمختاری به معنای احساس خود تعیین‌گری، استقلال و ارزیابی خود با معیارهای شخصی است و رشد فردی به معنای داشتن احساس رشد مداوم و ظرفیت آن و احساس کارآمدی و دانایی روزافزون است. زندگی هدفمند به معنای داشتن هدف و جهت‌گیری در زندگی و دنبال کردن آن‌ها است (محمد پور و جوشن لو، ۱۳۹۴). تسلط بر محیط نیز به معنای احساس شایستگی و توانایی در مدیریت محیط پیچیده‌ی اطراف است (ریف و سینگر^{۱۱}، ۲۰۰۸). روابط مثبت با دیگران به معنای داشتن روابط گرم، رضایت‌بخش و توأم با اطمینان و همدلی است، پذیرش خود به معنای داشتن نگرش مثبت به خود و پذیرفتن جوانب متفاوت خود است (جوشن لو، نصرت‌آبادی و رستمی، ۱۳۸۵). بهزیستی به معنای تلاش جهت ارتقا است که در تحقق استعدادها و توانایی‌های فرد است. به طور کلی بهزیستی روان‌شناختی را می‌توان به عنوان ارزیابی‌های شناختی و مؤثر زندگی تعریف کرد. این ارزیابی علاوه بر قضاوت‌های شناختی، شامل واکنش‌های هیجانی به وقایع و رضایت از زندگی نیز می‌شود؛ از این رو بهزیستی مفهومی کلی است که شامل تجربه هیجان‌های خوشایند، سطوح پایین خلق منفی و رضایت بالا از زندگی است (ریف و سینگر، ۲۰۰۸).

6 . Dallay& Marlatt

7 . İŞCAN, Bas, Özcan& Özdoğanlı

8 . United Nations Office on Drugs and Crime

9 . Lee, Storr, Ialongo& Martins

10 . Arnal-Remón, Moreno-Rosset, Ramírez

11 . Ryff& Singer

یکی از متغیرهایی که ارتباط نزدیکی با بهزیستی روان‌شناختی دارد، خود شفقت ورزی است. نف^{۱۲}(۲۰۱۱) شفقت به خود را به‌عنوان سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل ذهن آگاهی، مهربانی با خود و حس اشتراک با انسانیت تعریف کرده است. ترکیب این سه مؤلفه مرتبط، مشخص فردی است که به خود شفقت می‌ورزد. خود شفقت ورزی را می‌توان به‌عنوان یک موضع مثبت نسبت به خود، زمانی که همه‌چیز بد پیش می‌رود، تعریف کرد. شفقت به خود به‌عنوان یک صفت و یک عامل محافظ مؤثر برای پرورش انعطاف‌پذیری عاطفی محسوب می‌شود (حسین پور، قربانی مقدم و علیزاده، ۱۴۰۰).

داشتن شفقت با خود نیازمند این است که فرد به خاطر شکست‌ها یا نرسیدن به استانداردها، به انتقاد سخت‌گیرانه از خود نپردازد؛ در حقیقت یکی از ویژگی‌هایی که با پرورش شفقت با خود در افراد ایجاد می‌شود خردمندی است که این ویژگی به افراد اجازه می‌دهد بی‌فایده بودن خود انتقادی را درک کنند و مهربان بودن بیشتر با خود را انتخاب نمایند (رنجبر و نوری، ۱۳۹۵)؛ همچنین شفقت با خود به‌صورت معناداری با داشتن شفقت نسبت به دیگران نیز همراه است (نف و پومیر، ۲۰۱۳).

درواقع فردی که به‌درستی به خود شفقت بورزد از سلامتی و بهزیستی روان‌بیشتری برخوردار است. این امر به این معنا است، که فرد با ملایمت خود را برای تغییرات زندگی ترغیب نموده و الگوهای رفتارهای مضر و نامطلوب خود را اصلاح می‌کند. بنابراین شفقت خود می‌تواند، از راه‌های مختلف به‌عنوان یک راهبرد تنظیم هیجان در نظر گرفته شود، که در آن از تجربه هیجان‌های آزاردهنده و نامطلوب جلوگیری نمی‌شود، بلکه تلاش می‌شود احساسات به‌صورت مهربانانه مورد پذیرش واقع شود. بنابراین عواطف منفی به عواطف مثبت تغییر می‌کنند و فرد راه‌های جدیدی برای مقابله پیدا می‌کند (نف، ۲۰۰۸).

اخیراً بهره‌وری از مشاوره با رویکرد معنویت در تغییر نگرش فرد برای رفع اختلالات روانی نتیجه مثبتی نشان داده است. معنویت بعدی از انسان است که ارتباط و یکپارچگی او را با عالم هستی نشان می‌دهد. ارتباط و یکپارچگی به انسان امید و معنا می‌دهد و او را از محدوده‌ی زمان و مکان و علایق مادی فراتر می‌برد وحدت در هستی به‌وسیله افراد معنوی مشاهده می‌شود (بوش، جامسون، باررا، فلیپس، لچنر و استنلی^{۱۳}، ۲۰۱۲). رویکرد معنویت درمانی درمانگران را تشویق می‌کند که در درمان مسائل مهم معنوی درمان‌جویان را در زمان مناسب مورد خطاب قرار دهند و در راستای استفاده از قدرت بالقوه‌ی ایمان و معنویت درمان‌جویان در درمان‌جویان در درمان‌های بهبودی، از زبان و مداخله‌هایی استفاده کنند که بیانگر احترام و ارزش قائل شدن درمانگر نسبت به مسائل معنوی درمان‌جو باشد (هوک، وورتینگتون، دیویس، جنینگس، گارتنر و هوک^{۱۴}، ۲۰۱۰).

معنویت درمانی، به معنای در نظر گرفتن باورهای معنوی بیمار مبتلا در فرایند درمانگری است؛ یعنی باورهایی که با به وجود آوردن تجربیات خاص، موجب تعالی و اخلاق مسئولانه در افراد می‌شود (برزگر بفرولی و پاک‌سرشت، ۱۳۹۳). درمان‌های معنوی (معنویت درمانی)، به معنای کمک به فرد است که خویش‌شن واقعی را بیابد و از هجران و جدایی از خویش‌شن واقعی به وصال و اتصال برسد. هدف عمومی مداخلات معنوی تسهیل و رشد سبک‌های مقابله‌ای و بهزیستی معنوی بیماران است (لوپز و لیوبومیرسکی^{۱۵}، ۲۰۰۸).

معنویت دانش پایه‌ای است که فرآیند سازگاری با محیط را افزایش می‌دهد و دست‌کم پنج کار آیی دارد که می‌تواند به رفتارهای سازگارانه با محیط بیانجامد؛ ظرفیت متعالی کردن کارها، به معنای توجه به یکپارچگی جهان آفرینش، تجربه سطح بالایی از خودآگاهی، بررسی و پالایش تجربه‌های روزانه در ارتباط شخص با احساس مذهبی و معنوی، به یکپارچگی منابع معنوی در حل مشکلات زندگی و انجام اعمال پرهیزکارانه مثل گذشت، فداکاری و مانند آن‌ها. پژوهشگران متوجه شده‌اند که معنویت مرکب است از جنبه‌های باورها و جهت‌گیری‌ها به سمت مقدساتی که تأثیرهای متفاوتی بر اخلاق و رفتار و شخصیت افراد دارد (پرستون و ریتز^{۱۶}، ۲۰۱۳).

12 . Neff

13 . Bush, Jameson, Barrera, Phillips, Lachner, Stanley

14 . Hook, Worthington, Davis, Jennings, Gartner & Hook

15 . Lopez & Lyubomirsky

16 . Preston & Ritter

یانگ و ماو^{۱۷} معتقدند داشتن هدف و معنا در زندگی، احساس تعلق داشتن به معنای والا، امیدواری به یاری خداوند در موقعیت‌های مشکل‌زای زندگی و بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی، همگی از جمله روش‌هایی است که افراد معنوی با دارا بودن آن‌ها، می‌توانند در رویارویی با حوادث تنش‌زای زندگی آسیب کمتری متحمل شوند (یانگ و ماو، ۲۰۰۷).

در همین راستا در پژوهشی که توسط برزگر بفرویی و پاک سرشت (۱۳۹۳) به‌منظور بررسی اثربخشی آموزش معنویت درمانی از دیدگاه اسلام بر بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان دختر صورت پذیرفت، نتایج نشان داد که آموزش معنویت درمانی در افزایش بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان تأثیر معناداری دارد. عزیز محمدی و مجتبائی (۱۳۹۷) طی پژوهشی اقدام به بررسی اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان دختر نمودند. نتایج نشان داد تفاوت معناداری بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش و کنترل در بهزیستی روان‌شناختی وجود دارد. اسدی، فرهادی و گل پرور (۱۴۰۰) اقدام به پژوهشی با عنوان اثربخشی بسته آموزشی مبتنی بر امید به شیوه شناختی معنوی بر بهزیستی روان‌شناختی نمودند. نتایج نشان داد که بسته آموزشی مبتنی بر امید به شیوه شناختی معنوی بر بهزیستی روان‌شناختی تأثیر معنادار دارد. نتایج پژوهش عبدالله زاده و شادین (۱۳۹۹) که باهدف بررسی اثربخشی آموزش خود مراقبتی معنوی بر خود شفقت‌ورزی پرستاران صورت پذیرفت، نشان داد که میزان خود شفقت‌ورزی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، به‌طور معناداری افزایش یافته است. نتایج پژوهشی سعیدی فرد، تاجری و رفیعی پور (۱۳۹۹) که باهدف بررسی تأثیر معنویت درمانی بر شفقت به خود در زنان مبتلا به سرطان صورت پذیرفته بود، نشان داد که معنویت درمانی روشی مؤثر در بهبود شفقت به خود در بیماران سرطانی است. نعمتی سوگلی تپه (۱۳۹۷) اقدام به پژوهشی با عنوان تأثیر معنویت درمانی با تأکید بر آموزه‌های دین مبین اسلام بر عزت‌نفس و تاب‌آوری در افراد معتاد پرداخت. یافته‌های پژوهش نشان داد که معنویت درمانی با تأکید بر آموزه‌های دین مبین اسلام، در ارتقای عزت‌نفس و تاب‌آوری افراد معتاد مؤثر است.

با عنایت به اینکه در جامعه ایرانی و اسلامی ما بسیاری از رفتارها در زندگی فردی و اجتماعی افراد، مستقیماً یا غیر مستقیماً متأثر از آموزه‌ها و باورهای دینی می‌باشد و اغلب با آن نیز ارزیابی می‌شود و با توجه به اینکه تعداد بسیار زیادی از سؤمصرف‌کنندگان مواد تحت درمان نگهدارنده با داروهای آگونیسست قرار دارند؛ پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی و خود شفقت‌ورزی افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده صورت پذیرفت.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه مراجعه‌کنندگان به مراکز درمان اعتیاد شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ بود. از میان جامعه آماری تعداد ۳۰ نفر صورت نمونه‌گیری هدفمند با در نظر داشتن ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، عدم داشتن اختلال یا بیماری خاص، قرار گرفتن تحت درمان نگهدارنده حداقل به مدت یک سال، جنسیت مذکر، داشتن توانایی خواندن و نوشتن، عدم مصرف هم‌زمان مواد مخدر با داروهای نگهدارنده بود و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: غیبت بیش از دو جلسه، انصراف از همکاری و تشخیص بیماری روان‌شناختی خاص در فرد بود. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و رعایت حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد.

در این مطالعه از پروتکل معنویت درمانی گروهی مطرح‌شده توسط ریچاردز و برگین (۲۰۰۷) شامل ۸ مؤلفه روانی-معنوی شامل: توکل و توکل به خدا، نیایش و دعا، شکر، صبر و تحمل، بخشش و نادیده گرفتن خشم، ارتباط با خدا و گفتگوی درونی با خدا، خودآگاهی و گوش دادن به ندای درونی، خواندن متون مقدس و استفاده از کتاب‌های معنوی و مذهبی استفاده شد.

ابزار

پرسشنامه شفقت خود: این پرسشنامه توسط ریس و همکاران (۲۰۱۱) ساخته شد. این ابزار دارای ۱۲ گویه است که با استفاده از مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (۱=تقریباً هرگز تا ۵=تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. نمره ابزار با مجموع نمره گویه‌ها به دست می‌آید، لذا دامنه نمرات بین ۱۲ تا ۶۰ و نمره بالاتر نشان‌دهنده شفقت خود بیشتر است. روایی سازه ابزار تأیید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش شد بررسی پژوهش‌های انجام‌شده نشان می‌دهد که فرم کوتاه بافرم بلند همبستگی بالایی (۱=۰/۹۷) دارد و پایایی باز آزمایی ۰/۹۲ گزارش شده است (ریس و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین ایمنی و همکاران (۱۳۹۷) پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ گزارش کردند.

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی: در سال ۱۹۸۹ توسط کارول ریف در دانشگاه ویسکانسین ساخته شده است. این آزمون ۸۴ سول و ۶ عامل را در برمی‌گیرد. که این ۶ عامل شامل: مؤلفه‌های خودمختاری، هدفمندی در زندگی، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، پذیرش خود، می‌باشد. فرآیند ساخت مقیاس با نوشتن تعریف برای ۶ عامل آغاز شد. در فرم ۸۴ سؤالی هر عامل از ۱۴ سؤال تشکیل می‌شود. از آزمودنی خواسته می‌شود، سؤالات را خوانده و قضاوت در باره خودش را بر روی یکی از گزینه‌های «کاملاً مخالف، تا حدودی مخالف، خیلی کم مخالف، خیلی کم موافق، تا حدودی موافق، کاملاً موافق» مشخص سازد. هر سؤال به صورت ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶ نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. (بیانی، گودرزی و کوچکی، ۱۳۸۷).

ریف برای بررسی روایی ابزار و سنجش رابطه آن با سنججهایی که صفات شخصیتی را می‌سنجیدند، و در ضمن شاخص بهزیستی روان‌شناختی نیز به شمار می‌رفتند از سنججهایی مانند: مقیاس تعادل عاطفی براد بورن، رضایت نیوگارتن، حرمت خود روزنبرگ، منبع کنترل لونسون، و افسردگی زونگ، استفاده کرد. نتایج همبستگی آزمون ریف با هریک از مقیاس‌های فوق قابل قبول بود. بنابراین ابزار فوق روا محسوب می‌شود. ریف در پژوهشی برای پایایی این ابزار از آلفای کرونباخ بهره گرفت. آلفای به‌دست‌آمده برای پذیرش خود (۰/۹۳)، ارتباط با دیگران (۰/۹۱)، خودمختاری (۰/۸۶)، تسلط بر محیط (۰/۹۰)، هدفمندی در زندگی (۰/۹۰) و رشد شخصی (۰/۸۷) گزارش شده است که بر این اساس برای اهداف پژوهشی و بالینی وسیله مناسبی به شمار می‌رود. بیانی و همکاران (۱۳۸۷) به‌منظور هنجاریابی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی در ایران آن را بر روی نمونه‌ای از ۱۴۵ دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر اجرا کردند. ضریب پایایی روش باز آزمایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف ۰/۸۲ و خرده مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۰، ۰/۷۷، و ۰/۷۸ به دست آمد که از نظر آماری معنی‌دار بود.

خلاصه جلسات درمانی طبق ترتیب ارائه‌شده در جدول زیر بود:

جلسه‌های درمان	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی اعضا با یکدیگر و گفتگو در مورد مفهوم معنویت و دین و تأثیر آن در زندگی فرد (ایجاد همدلی و حس مشترک در مورد مشکل بین اعضای گروه و ایجاد یک رابطه درمانی و درک تفاوت بین کلمه دین (و یا مذهب) و معنویت و همچنین تفاوت دین (و یا مذهب) و معنویت سالم از ناسالم و بیمار گون)
جلسه دوم	خودآگاهی و ارتباط با خود (شناسایی و درک احساسات و درک و کنترل آن‌ها با استفاده از تکنیک‌های خیال‌پردازی هدایت شده، آگاهی از احساسات دیگران، شناسایی نیازها و پیدا کردن مسیر دستیابی به آن‌ها)
جلسه سوم	گوش دادن به ندای درونی (کشف دوباره معنا و ارزش‌های معنوی از راه گوش دادن به ندای درون و بررسی اعتماد یا عدم اعتماد به آن و همچنین شناخت احساسات و شهود و رهنمودهای معنوی)

جلسه چهارم	کلمه خدا و ارتباط با خدا و یا هر قدرت برتری که درمان جو به آن ایمان دارد و نیایش و گفتگو با خدا
جلسه پنجم	نوع دوستی (انجام کاری معنوی به صورت گروهی باهدف تجربه‌ی عملی معنویت و افزایش عزت نفس، حس مفید و خوب بودن در مراجعین).
جلسه ششم	ارتباط با مقدسات (ایجاد ارتباطی لذت بخش با مقدسات در راستای کاهش احساس بیگانگی، تنهایی، اضطراب و استرس)
جلسه هفتم	کاهش احساسات منفی (رنجش و عدم بخشش و احساس گناه و بخشش خود تنش زای حاصله از عدم بخشش، از طریق کاهش عدم بخشش و کمک به مراجع برای درک مفهوم و مزایای بخشش و کاهش احساس گناه ناشی از نبخشیدن خود و دیگران)
جلسه هشتم	بخشش (کاهش احساسات منفی تنش زا از طریق افزایش احساسات مثبت حاصله از بخشش و مصالحه)
جلسه نهم	مرگ و ترس از مرگ و رنج (کاهش اضطراب و ترس از مرگ و به تبع آن کاهش اضطراب فرد. یافتن معنا در زندگی)
جلسه دهم	ایمان و توکل به خدا (رسیدن به تطبیق پذیری بیشتر از طریق ایمان به خدا و توکل به او و کاهش احساس اضطراب و استرس)
جلسه یازدهم	حل مسئله معنوی و مذهبی (شناسایی مشکلات و بررسی سبک‌های حل مسئله)
جلسه دوازدهم	قدردانی و شکرگزاری (ایجاد توانایی ابراز احساسات مثبت)

تحلیل داده‌های پژوهش با روش آماری آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر متغیرهای وابسته پژوهش با حذف اثر نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر تصادفی کمکی یا همپراش با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ انجام شد.

یافته‌ها

بر اساس اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به گروه آزمایش و کنترل که در هر یک ۱۵ شرکت کننده حضور داشتند؛ میانگین سنی آزمودنی‌های گروه آزمایش ۳۸/۱۲ سال و گروه کنترل ۳۶/۹۴ بود. آماره‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌های دو گروه در متغیرهای بهزیستی روان شناختی و خود شفقت ورزی در جدول ۱ ارائه شده است. مقایسه میانگین‌های درج شده در جدول ۱ نشان دهنده آن است که میانگین نمرات گروه‌های مداخله در مؤلفه‌های بهزیستی روان شناختی و خود شفقت ورزی نسبت به پیش‌آزمون قابل ملاحظه نیست. به منظور مقایسه تفاوت گروه‌ها در خرده مقیاس‌های بهزیستی روان شناختی، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. قبل از استفاده از این آزمون پارامتریک، مفروضه‌های آن یعنی نرمال بودن داده‌ها، همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس و همگنی شیب رگرسیون بررسی شد. برای داده‌های حاصل از تمام متغیرها، نتایج آزمون شاپیرو ویلک حاکی از نرمال بودن داده‌ها ($P > 0.05$) و نتایج آزمون باکس بیانگر برقراری همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس ($Box = 1/54, P > 0.05$) بود. همچنین تعامل غیر معنی دار بین متغیر همپراش (پیش‌آزمون) و گروه گویای برقراری فرض همگنی شیب رگرسیون بود و مانعی برای انجام تحلیل‌های کوواریانس چند متغیری وجود نداشت. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد بین دو گروه از جهت ترکیب خطی متغیرهای وابسته ایجاد شده تفاوت معناداری وجود دارد ($F = 78/21, P < 0.001$).

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	موقعیت	آزمایش	کنترل
-------	--------	--------	-------

میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	معیار
۷/۶۰	۱/۰۶	۸/۱۳	۰/۹۱	استقلال
۱۱/۷۳	۲/۴۳	۷/۹۳	۱/۰۹	پیش‌آزمون
۶/۶۰	۰/۸۲	۷/۸۶	۱/۳۵	پس‌آزمون
۱۱/۵۳	۱/۵۱	۷/۸۰	۱/۰۲	تسلط بر محیط
۷/۹۳	۱/۰۹	۷/۴۰	۱/۱۲	پس‌آزمون
۱۲/۵۴	۲/۹۲	۸/۰۶	۱/۳۱	پیش‌آزمون
۷/۶۶	۱/۰۴	۸/۰۶	۱/۲۷	پس‌آزمون
۱۲/۱۳	۱/۲۴	۷/۳۳	۰/۶۱	پیش‌آزمون
۸/۶۰	۰/۹۱	۷/۷۳	۱/۶۲	پس‌آزمون
۱۲/۲۲	۱/۷۸	۷/۳۴	۱/۰۴	پیش‌آزمون
۷/۶۰	۰/۸۲	۸/۰۰	۱/۵۱	پس‌آزمون
۱۱/۴۶	۱/۴۱	۸/۳۱	۰/۶۳	پیش‌آزمون
۴۶/۰۴	۸/۸۶	۴۷/۲۱	۱۳/۵۱	پس‌آزمون
۷۱/۶۱	۱۲/۴۳	۴۵/۳۷	۱۰/۶۹	پس‌آزمون
۲۶/۴۹	۴/۸۱	۲۷/۶۶	۴/۷۲	پس‌آزمون
۳۷/۵۳	۶/۴۷	۳۰/۸۰	۴/۸۵	پس‌آزمون

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها بر روی نمره پس‌آزمون، اثر گروهی در مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در پس‌آزمون معنی‌دار شده است. به عبارت دیگر، در نمرات مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی پس‌آزمون‌ها، بین میانگین‌های گروه‌های آزمایشی و کنترل، تفاوت معنی‌دار وجود دارد. طبق نتایج جدول داده‌های خام (جدول ۱) می‌توان متوجه شد که مداخله آزمایشی موجب افزایش مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در گروه آزمایش‌شده است ($p < 0.05$).

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت نمرات دو گروه در مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی

م.ذبح	متغیر وابسته	م.جمع	df	م.بیانگین	F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	استقلال	۱۰۲/۷۲	۱	۱۰۲/۷۲	۵۶/۸۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲
	تسلط بر محیط	۱۰۴/۵۷	۱	۱۰۴/۵۷	۸۲/۷۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹
	ارتباط مثبت با دیگران	۸۶/۰۷	۱	۸۶/۰۷	۴۴/۷۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷
	هدمندی در زندگی	۱۱۹/۶۹	۱	۱۱۹/۶۹	۱۶۵/۴۶	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸
	رشد شخصی	۱۲۰/۷۰	۱	۱۲۰/۷۰	۴۹/۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹
	پذیرش خود	۸۲/۳۴	۱	۸۲/۳۴	۳۱/۸۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹
خطا	استقلال	۳۹/۷۲	۲۲	۱/۸۰			

۱/۲۶	۲۲	۲۷/۸۱	تسلط بر محیط
۱/۹۲	۲۲	۴۲/۳۶	ارتباط مثبت با دیگران
۰/۷۲	۲۲	۱۵/۹۱	هدفمندی در زندگی
۲/۴۴	۲۲	۵۳/۷۱	رشد شخصی
۲/۵۸	۲۲	۵۶/۹۰	پذیرش خود

به منظور مقایسه دو گروه در نمره خود شفقت ورزشی و نمره کل بهزیستی روان شناختی از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. پیش از انجام این تحلیل، مفروضه‌های نرمال بودن داده‌ها و همگنی واریانس به ترتیب با استفاده از آزمون کالموگروف-اسمیرنف و آزمون لوین بررسی شد. نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنف حاکی از نرمال بودن داده‌ها ($p > 0.05$) بود. نتایج آزمون لوین نیز حاکی از همگنی واریانس نمرات خود شفقت ورزشی و بهزیستی روان شناختی بود ($p > 0.05$). بنابراین آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری انجام شد که نتایج آن در جدول ۳ نشان‌دهنده این است که با کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمره پس‌آزمون خود شفقت ورزشی ($F_{(1/27)} = 46/40$, $p = 0/001$) و نمره کل بهزیستی روان شناختی ($F_{(1/27)} = 62/73$, $p = 0/001$) معنادار است. به طوری که بعد از معنویت درمانی گروه، نمره خود شفقت ورزشی و نمره کل بهزیستی روان شناختی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش معنادار داشته است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت نمرات بین دو گروه خود شفقت ورزشی و نمره کل بهزیستی روان شناختی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
خود شفقت ورزشی	پیش‌آزمون	۰/۷۱	۱	۰/۷۱	۰/۲۵	۰/۶۲	۰/۰۰
	گروه	۱۳۱/۲۳	۱	۱۳۱/۲۳	۴۶/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۶۳
	خطا	۷۶/۳۵	۲۷	۷۶/۳۵			
بهزیستی روان شناختی	پیش‌آزمون	۰/۰۹	۱	۰/۰۹	۰/۰۱	۰/۹۴	۰/۰۰
	گروه	۴۶۴۴/۶۲	۱	۴۶۴۴/۶۲	۶۲/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۸۲
	خطا	۱۸۱/۰۳	۲۷	۱۸۱/۰۳			

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های به دست آمده از پژوهش حاکی از تأثیر معنویت درمانی گروهی بر افزایش بهزیستی روان شناختی بود. این نتیجه با نتایج پیشین در این زمینه نظیر پژوهش‌های برزگر بفرویی و پاک‌سرشت (۱۳۹۳)، عزیز محمدی و مجتبائی (۱۳۹۷) و اسدی، فرهادی و گل پرور (۱۴۰۰) همسو می‌باشد. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان اظهار داشت که معنویت درمانی می‌تواند خلأهای روحی انسان را پر کند و باعث افزایش بهزیستی روان شناختی و تلاش فردی در حیطه شناختی و رفتاری شود. معنویت درمانی به منزله یک کارگزار مهم یا گذرگاه حائز اهمیت در دانشجویان عمل می‌کند. به نظر می‌رسد انسجام معنویت در زندگی، می‌تواند از دو جهت بر بهزیستی و اقدام برای رشد شخصی دارای تأثیر باشد: از یک سو، دستیابی به منابع معنویت، خود به طور مستقیم می‌تواند تأمین‌کننده اصلی و عمده‌ی انرژی معطوف به هدف عمل کند و از سوی دیگر، به نحوی غیرمستقیم می‌تواند از طریق تأثیر مثبت بر شیوه‌ی تفسیر رویدادها، فرد را به برخی از نیرومندی‌های روانی مانند شادکامی و خوش‌بینی، مجهز کند که در تأمین انگیزه برای دستیابی به اهداف، مؤثر است (بواله‌ری، نظیری و زمانیان، ۱۳۹۱). از طرف دیگر معنویت می‌تواند اهداف جدیدی مانند ایمان به غیب، عفت و پاک‌دامنی، رستگاری و فوز

عظیم، عشق و محبت به خدا، تفکر و هشیاری، توبه، صبر، دعا و نیایش و عفو و بخشش و امیدواری را برای دستیابی به این اهداف در اختیار فرد قرار دهد. همچنین معنویت باهدف قراردادن باورهای فرد ارزیابی شناختی مهمی را در فرایند مقابله، تحت تأثیر قرار می‌دهد و به فرد کمک می‌کند تا وقایع منفی را به شیوه‌ی متفاوتی ارزیابی نموده و حس قوی‌تری از کنترل ایجاد نماید (تقی زاده، و میر علائی، ۱۳۹۲). در همین راستا می‌توان گفت که مداخلات مبتنی بر معنویت درواقع توانایی بهره‌برداری از سرمایه‌ها و منابع معنوی آنان در جهت حل مشکلات جسمی و روحی و بهتر زندگی کردن را فعال‌تر ساخته و از این طریق تسلط بر محیط، هدف و جهت‌گیری در زندگی، پذیرش خود و پر کردن خلأ معنایی امکان‌پذیر می‌شود. معنا و هدف در زندگی به سازگاری روانی در مراحل حاد و عواقب ناشی از شرایط چالش‌برانگیز کمک می‌کند (کلی و همکاران، ۲۰۲۰). در این روش درمانی، اعتقاد بر این است که اگر آموزه‌های الهی و معنوی به‌ویژه مؤلفه اساسی توحید و ارتباط عمیق و صمیمانه باخداوند متعال با یافته‌های روان‌درمانی ادغام گردد کارآمدی و پایداری درمان به صورت چشم‌گیری افزایش می‌یابد، زیرا عنصر توحید بیش از هر عامل دیگری توان انسجام‌بخشی و یکپارچه‌سازی شخصیت را به دنبال دارد (روسمارین، آلپر و پارگامنت، ۲۰۱۶). آموزش معنویت، یکی از راه‌های اساسی و مهمی است که بشر می‌تواند به کمک آن از ابتلا به بیماری‌های جسمی، روانی و اجتماعی پیشگیری نماید و با استعانت گرفتن از دین، نماز، نیایش، به منبع لایزال و نامتناهی قدرت الهی وابسته شود و احساس امید و آرامش کند. شرکت در مراسم مذهبی، آثار روانی-اجتماعی اجتماعی مهمی را به همراه دارد که علاوه بر انجام فرایض دینی، نوعی ارتباط سالم و عاطفی بین افراد جامعه ایجاد می‌گردد (نعمتی سوگلی تپه، ۱۳۹۷). همچنین دیگر یافته‌های پژوهشی نشان داد که معنویت درمانی گروهی برافزایش خود شفقت ورزی تأثیر معنی‌داری دارد. یافته فوق با نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش‌های پیشین در این زمینه نظیر پژوهش‌های عبدالله زاده و شادین (۱۳۹۹)، سعلبی فرد، تاجری و رفیعی پور (۱۳۹۹) و نعمتی سوگلی تپه (۱۳۹۷) همسو می‌باشد. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان اظهار داشت که آموزش معنویت با تغییر نگرش و باورهای افراد به آن‌ها کمک می‌کند که وقایع منفی را به شکل متفاوتی ارزیابی کنند (آموه^{۱۸}، ۲۰۱۵) و در نتیجه باعث کنترل افکار و هیجانات منفی می‌شود و باعث می‌شود که افراد، رفتار مهربانانه‌ای با خود داشته باشند. مفهوم بخشش خود و دیگران که در جلسات معنویت درمانی در مورد آن بحث و گفتگو می‌شود، فرد را به سمت مهربانی و شفقت با خود سوق می‌دهد (بیکر و مک نالی^{۱۹}، ۲۰۱۱). ارتباط مثبت باخدا و درک او به‌صورت موجودی مهربان و پذیرا سبب می‌شود افراد با ارزش دادن به خود با ضعف‌ها و کمبودهای خود با ملایمت رفتار کنند، افرادی که خدا را مهربان می‌دانند، می‌توانند این مهربانی و شفقت را نسبت به خود گسترش دهند و با خود به‌طور مهربانانه‌تر رفتار کنند (اندرو، تیرنی و سیرس^{۲۰}، ۲۰۲۰). بدین ترتیب در بافت معنوی، فردی که به باورهای معنی و دینی سطح بالادست پیدا می‌کند، نسبت به خود نیز مهربان‌تر و بخشنده‌تر است و از این‌رو در هنگام بروز گناه یا شکست بیشتر از خود شفقت ورزی استفاده می‌کند (اسکندری و همکاران، ۲۰۱۹). شرکت افراد وابسته به مواد در جلسات معنویت درمانی زمینه‌ای را فراهم کرد تا آن‌ها با افرادی که دارای مشکلاتی مشابه با خودشان بودند ارتباط برقرار کنند و در کنار یکدیگر به تمرین روش‌های معنوی محور مانند ذکر، توکل، شکرگزاری و نوع‌دوستی بپردازند که این می‌تواند موجب توانمندی و افزایش قدرت فردی آن‌ها در پذیرش مشکلات خود، خودگویی‌های مثبت، کنترل افکار منفی و ناامیدکننده، کنترل هیجانات منفی و همچنین آگاهی از قدرت و کرامت انسانی خود شود و در نهایت تسهیل‌کننده تقویت حس امید و رشد در آن‌ها باشد. این افراد با شرکت در جلسات معنویت درمانی که بر وجود قدرتی برتر که همه امور از جمله مرگ و زندگی به اراده اوست، تأکید می‌شود، توانستند با اتکاء به قدرت برتر به‌عنوان ملجأ و پناهگاهی امن و پرداختن به امور معنوی همچون توکل و نوع‌دوستی و کمک به دیگران به تمام مسائل زندگی خود اعم از درد، شادی، فقدان، ناکامی و شکست و نارسایی‌ها معنا بخشند (سعلبی فرد و همکاران، ۱۳۹۹) و در سایه این معنایابی است که شفقت به خود و امید به زندگی نیز برای آن‌ها حاصل شد. همچنین افراد شرکت‌کننده در چارچوب معنویت

18 . Amoah

19 . Baker& McNulty

20 . Andrews, Tierney& Seers

درمانی با استفاده از روش‌هایی همچون توکل و راز و نیاز با قدرت برتر توانستند بر حس استیصال و درماندگی خود غلبه کرده و در خود حس قدرت و توان کنترل امور و شرایط را ایجاد کنند (بواله‌ری و همکاران، ۱۳۹۱). بر اساس نتایج این مطالعه، معنویت درمانی در بهبود بهزیستی روان‌شناختی و خود شفقت ورزی افراد وابسته به مواد تحت نگاه‌دارنده مؤثر است. از همین رو، پیشنهاد می‌شود متخصصان حوزه سلامت در کنار درمان‌های طبی و روان‌شناختی رایج برای سوءمصرف مواد، از مداخله روان‌شناختی معنویت درمانی نیز برای دستیابی به پاسخ درمانی قوی‌تر و ماندگارتر و ارتقای سلامت روان افراد استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

با تشکر از کلیه عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند.

منابع

- اسدی، پروانه. فرهادی، هادی. گل پرور، محسن. (۱۴۰۰). اثربخشی بسته آموزشی مبتنی بر امید به شیوه شناختی معنوی بر بهزیستی روان‌شناختی و نشخوار فکری والدین دارای فرزند مبتلابه سرطان. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد. ۶۴(۳). ۳۲۶۸-۳۲۵۳.
- ایمنی، فاطمه. صادقی، مسعود. رضایی سیمین، غلام. (۱۳۹۷). بررسی تأثیر معنویت درمانی گروهی بر خوددلسوزی و کنترل قند خون در زنان مبتلابه دیابت نوع دو. مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه. ۱۶(۱۰۲). ۶۴-۵۵.
- برزگر بفرویی، کاظم. پاک‌سرشت، فاطمه. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش معنویت درمانی از دیدگاه اسلام بر بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان دختر. مجله اخلاق. ۱۶(۳۸). ۱۲۳-۱۴۷.
- بواله‌ری، جعفر. نظیری، قاسم. زمانیان، سکینه. (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلابه سرطان سینه. جامعه‌شناسی زنان. ۳(۱). ۸۵-۱۱۵.
- بیانی، علی اصغر. گودرزی، حسنیه. محمد کوچکی، عاشور. (۱۳۸۶). رابطه ابعاد بهزیستی روان‌شناختی و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر. مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی. ۱۰(۳۶). ۱۵۳-۱۶۴.
- تقی زاده، محمداحسان. میرعلائی، مرزیه‌الاسادات. (۱۳۹۲). مطالعه اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر تاب‌آوری زنان مبتلابه مالتیپل اسکلروزیس شهر اصفهان. روان‌شناسی سلامت. ۲(۲). ۱۵-۱.
- جوشن‌لو، محسن. نصرت‌آبادی، مسعود. رستمی، رضا. (۱۳۸۵). بررسی ساختار عاملی مقیاس بهزیستی جامع. روان‌شناسی تحولی. ۳(۹). ۳۵-۵۱.
- حسین‌پور، محمدرضا. قربانی‌مقدم، پریسا. عزیززاده، اصغر. (۱۴۰۰). پیش‌بینی اختلال اضطراب اجتماعی اندام بر مبنای خود شفقت ورزی و عزت‌نفس در زنان ورزشکار. نشریه توسعه پرستاری در سلامت. ۱۲(۲). ۳۷-۴۷.
- سعلی‌فرد، صدیقه. تاجری، بیوک. رفیعی‌پور، امین. (۱۳۹۹). تأثیر معنویت درمانی بر رشد پس از سانحه، شفقت به خود و امید در زنان مبتلابه سرطان پستان. مدیریت ارتقای سلامت. ۹(۶). ۴۸-۳۸.
- سودانی، منصور. مهدی‌زاده، علی. رجبی، غلامرضا. خجسته‌مهر، رضا. (۱۳۹۵). اثربخشی آموز گروهی مفاهیم نظریه انتخاب بر کیفیت زندگی معنادان. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۱۰(۳۹). ۱۶۳-۱۷۷.
- صادقی، رضا. سودانی، منصور. غلام‌زاده جفره، مریم. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش متمرکز بر شفقت خود بر کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد. فصلنامه اعتیاد پژوهی. ۱۴(۵۷). ۱۳۱-۱۵۰.
- عبدالله‌زاده، حسن. شادین، نسیم. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش خود مراقبتی معنوی بر خود شفقت ورزی و شجاعت اخلاقی پرستاران. مجله تحقیقات علوم رفتاری. ۱۸(۳). ۴۰۲-۳۹۳.
- عزیز محمدی، زهرا. مجتبائی، مینا. (۱۳۹۷). اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی و اقدام برای رشد شخصی دانشجویان دختر. روان‌شناسی بالینی و شخصیت. ۱۶(۱). ۱۵۱-۱۵۸.
- محمدپور، سمانه. جوشن‌لو، محسن. (۱۳۹۴). رابطه اختلال اضطراب منتشر و اختلال شخصیت و سواسی-جبری با بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان در سال ۱۳۹۳: نقش میانجی عشق پرشور و سواسی. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. ۱۴. ۳۵۳-۳۶۶.

- مؤمنی، خدامراد. حسینی، حسین. اکبری، مصطفی. کرمی، سمیرا. (۱۳۹۴). نقش ویژگی‌های شخصیتی و تاب‌آوری در پیش بینی بهزیستی روان‌شناختی پرستاران. علوم رفتاری. ۷(۴): ۳۰۷-۳۱۴.
- نعمتی سوگلی تپه، فاطمه. (۱۳۹۷). تأثیر معنویت درمانی با تأکید بر آموزه‌های دین مبین اسلام بر عزت‌نفس و تاب‌آوری در افراد معتاد. تحقیقات علوم رفتاری. ۱(۵۱): ۶۲-۶۹.
- نوری، حمیدرضا. رنجبر کهن، زهره. (۱۳۹۶). مبانی نظری و اصول درمان شفقت محور. تهران: نهر.
- Amoah VA. (2015). The Effect of Spiritual Care Education on Hospice Nurses' Competence in the Assessment and Implementation of Spiritual Care with their Patients: A Quasi-experimental Study. Master of Science in nursing thesis. Cedarville University.
- Andrews H, Tierney S, Seers K. (2020). Needing permission: The experience of self-care and selfcompassion in nursing: A constructivist grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*; 101:103436.
- Arnal-Remón B, Moreno-Rosset C, Ramírez-Uclés I, Antequera-Jurado, R. (2015). Assessing depression, anxiety and couple psychological well-being in pregnancy: a preliminary study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*; 33(2): 128-39.
- Baker LR, McNulty JK. (2011). Self-compassion and relationship maintenance: The moderating roles of conscientiousness and gender. *Journal of Personality and Social Psychology*; 100(5): 853- 873.
- Bush, A. L., Jameson, J. P., Barrera, T., Phillips, L. L., Lachner, N., Stanley, M. A. (2012). An evaluation of the brief multidimensional measure of religiousness/spirituality in older patients with prior depression or anxiety. *Mental Health, Religion & Culture*, 15(2), pp. 191-203.
- Dallay, D. C., & Marlatt, G. A. (2005). Relapse prevention. In j. H. lowinson, p. Ruiz, R. B. Millman & j. G. langrod (Eds.), Substance abuse: A comprehensive text book (pp. 772-785). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Eskandari N, Golaghaie F, Aghabarary M, Dinmohammadi M, Koohestani H, Didehdar M, Dehghankar L, Abbasi M. (2019). Explaining the relationship between moral intelligence and professional self-concept with the competency of nursing students in providing spiritual care to promote nursing education. *Journal of Education and Health Promotion*; 8(1):1-15.
- Hook, J.N., Worthington, E. L., Davis, D. E., Jennings, D.J., Gartner, A.L., & Hook, J.P. (2010). Religious spiritual therapies and empirically supported. *Journal of Clinical Psychology*, 66(1), pp. 46-72.
- Imna. (2021). There are 4 million and 400 thousand addicts in the country. Available: <https://yun.ir/1yjla>
- İŞCAN, G., Bas, F. Y., Özcan, Y., & Özdoğanlı, C. (2020). RELATIONSHIP BETWEEN “NOMOPHOBIA” AND MATERIAL ADDICTION “CIGARETTE” AND FACTORS AFFECTING THEM. *International Journal of Clinical Practice*. <https://doi.org/10.22541/au.160199717.75646956/v1>.
- Kelly, E.P., Paredes, A.Z., Tsilimigras, D.I., Hyer. J.M., Pawlik, T.M. (2020). The role of religion and spirituality in cancer care: An umbrella review of the literature. *Surgical Oncology*, In Press, Corrected Proof.
- Lee GP, Storr CL, Ialongo NS, Martins, SS. (2012). Association between adverse life events and addictive behaviors among male and female adolescents. *American Journal on Addictions*; 21(6): 516-23.
- Lopez SJ, Lyubomirsky F. (2008). Positive psychology: exploring the best in people: Praeger Westpoint^ eNY NY.
- Neff KD. (2008). Self -compasiion and other- focused responding. Paper presented at the 8th annual convention of the society for personality and social psychology. Albuquerque NM, February.

- Neff KD. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and personality psychology compass*.1;5(1):1-2.
- Neff, K. D., & Pommier, E. (2013). The relationship between selfcompassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity*, 12(2), 160–176.
- Preston JL, Ritter RS.(2013). Different effects of religion and God on prosociality with the ingroup and outgroup. *Personality and Social Psychology Bulletin*;39(11):1471-83.
- Raes F, Pommier E, Neff KD, Van Gucht D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the SelfCompassion Scale. *Clin Psychol Psychother.*;18(3):250-5.
- Richards PS, Hardman RK, Berrett ME. (2007). *Spiritual approaches in the treatment of women with eating disorders*. Washington: American Psychological Association.
- Rosmarin DH, Alper DA, Pargament KI. (2016). Religion, Spirituality, and Mental Health. Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology. *Encyclopedia of Mental Health (Second Edition)*. 23-27.
- Ryff CD, Singer BH. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of happiness studies*. Jan 1;9(1):13-39.
- UNODC *World Drug Report 2021 [EN/AR] - World*. (2021, June 24). ReliefWeb. <https://reliefweb.int/report/world/unodc-world-drug-report-2021-enar>
- Yang K-P, Mao X-Y.(2007). A study of nurses' spiritual intelligence: A cross-sectional questionnaire survey. *International journal of nursing studie*;44(6):999-1010.

Effectiveness of Group Spirituality Therapy on Psychological Well-Being and Self-Compassion of Substance Dependent People Undergoing Maintenance Treatment

Laleh Samiei¹, Habib Shojaa Nahand², Mohammadreza Hosseinpour³, Sedigeh Samiei⁴,
Reza Samiei⁵

Abstract

Background & Aims: substance abuse disorder can make many substances dependent patients suffer from psychological disorders, including anxiety and depression, and causes a decrease in psychological well-being. The present study was conducted with the aim of the effectiveness of group spirituality therapy on the psychological well-being and self-compassion of substance-dependent people undergoing maintenance treatment. **Materials**

& Methods: The current research design was semi-experimental with pre-test-post-test and control group. The statistical population included all those who referred to addiction treatment centers in Tabriz city in 1402. From among the statistical population, 30 people were selected by purposeful sampling considering the entry and exit criteria and randomly replaced in two experimental and control groups (15 people in each group). The experimental group underwent 12 sessions of 90 minutes group spiritual therapy. The data collection tool was Riff's psychological well-being questionnaire (1989) and Rees et al.'s self-compassion (2011). Data were analyzed through univariate and multivariate analysis of covariance. **Results:** The results showed that group spirituality therapy is effective on the psychological well-being and self-compassion of substance dependent people undergoing maintenance treatment ($p < 0.50$). **Conclusion:** Therefore, in the field of health related to substance dependent people, interventions based on spirituality can be used to improve the mental health of these people, because spiritual therapy can be effective in increasing psychological well-being and self-compassion in these people.

Keywords: Spiritual Therapy, Psychological Well-Being, Self-Compassion

²¹M.A in clinical psychology, Department of Education of Lorestan province

²² M.A Clinical Psychology. Student Counseling Center of Tabriz University of Medical Sciences

²³PhD student in psychology. Torbat e Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat e Jam, Iran. (Corresponding Author)

²⁴M.A Mathematics. Department of Education of Lorestan Province

²⁵M.A in family counseling, Education Department of Lorestan province