

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

لالة سمييعي^۱، حبيب شجاع نهند^۲، محمد رضا حسين پور^۳، صديقه سمييعي^۴، رضا سمييعي^۵

چکیده

پيش زمينه و هدف: اختلال سوءصرف مواد می‌تواند بسياري از بيماران وابسته به مواد را به اختلالات روان‌شناختي از جمله اضطراب و افسردگي مبتلا گرداشد و باعث کاهش بهزیستی روان‌شناختي گردد. پژوهش حاضر باهدف اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختي و خود شفقت ورزی افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده صورت پذيرفت. **مواد و روش کار:** طرح پژوهش حاضر نيمه آزمایشي با پيش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه كنترل بود. جامعه آماري شامل كليه مراجعه‌کنندگان به مراکز درمان اعتياد شهر تبريز در سال ۱۴۰۲ بود. از ميان جامعه آماري تعداد ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گيري هدفمند با در نظر داشتن ملاك‌های ورود و خروج انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایيش و كنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جايگرين شدند. گروه آزمایيش تحت ۱۲ جلسه ۹۰ دقيقه معنویت درمانی گروهی بهقرار گرفت. ابزار جمع‌آوري داده‌ها عبارت بود از پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختي ريف (۱۹۸۹) و شفقت خود ريس و همكاران (۲۰۱۱). داده‌ها از طريق آزمون تحليل كوواريانس تک متغيري و چند متغيري تحليل شدند. **يافته‌ها:** نتائج نشان داد که معنویت درمانی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختي و خود شفقت ورزی افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده اثربخش است ($P < 0.05$). **بحث و نتيجه‌گيري:** بنابراین در حيظه سلامت مربوط به افراد وابسته به مواد می‌توان مداخلات مبتني بر معنویت را به منظور ارتقای سلامت روان اين افراد مورداستفاده قرارداد، چراکه معنویت درمانی در اين افراد می‌تواند برازيش بهزیستی روان‌شناختي و خود شفقت ورزی مؤثر باشد.

كليد واژه‌ها: معنویت درمانی، بهزیستی روان‌شناختي، خود شفقت ورزی

^۱كارشناس ارشد روان‌شناختي باليني، اداره آموزش و پرورش استان لرستان

^۲كارشناس ارشد روان‌شناختي باليني، مرکز مشاوره دانشجویي دانشگاه علوم پزشکي تبريز

^۳دانشجوی دکتراي روان‌شناختي، واحد تربت جام ، دانشگاه آزاد اسلامي، تربت جام ، ايران. (نويسنده مسئول) psych.researcher89@gmail.com

^۴كارشناس ارشد رياضي، اداره آموزش و پرورش استان لرستان

^۵كارشناس 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 لعل مصرف آن مشخص می‌گردد (دالی و مارلات^۶، ۲۰۰۵). اعتیاد وضعیتی است که درنتیجه مصرف پیاپی یک ماده‌ی طبیعی یا مصنوعی شکل می‌گیرد، به‌طوری که شخص از نظر جسمانی و روانی به آن ماده وابسته می‌گردد (ایشجان، باس، اوزجان و ازدواجی^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 خاطرزشان کرد که در طی ۲۴ سال گذشته میزان مصرف مواد 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 سوءصرف 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 بالهای ترین 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 بعد خانوار آنان، حدود ۱۵ میلیون نفر از جمعیت کشور به صورت روزمره دغدغه و نگرانی در عرصه مواد مخدر دارند (خبرگزاری ایمنا، ۱۴۰۱).

اختلال سوءصرف مواد می‌تواند بسیاری از بیماران وابسته به مواد را به اختلالات روان‌شناختی از جمله اضطراب و افسردگی مبتلا گرداند (لی، استور، لالونگ و مارتینز، ۲۰۱۲). همچنین پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که ابتلاء به اضطراب و افسردگی باعث کاهش بهزیستی روان‌شناختی می‌گردد (آرنال-رمون، مورنو-روزت و رامیرز^۹، 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 تعیین گری، 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 پیچیده اطراف است (ریف و سینگر^{۱۰}، 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. به‌طورکلی 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؛ ازین‌رو بهزیستی مفهومی کلی است که شامل تجربه هیجان‌های خوشایند، سطوح پایین خلق منفی و رضایت بالا از زندگی است (ریف و سینگر، ۲۰۰۸).

⁶ . Dally& Marlatt

7 . İŞCAN, Bas, Özcan & Özdogancı

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 روان شناختی دارد، خود شفقت ورزی است. نف^{۱۲} (۲۰۱۱) شفقت به خود را به عنوان سازه‌ای 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 به عنوان یک موضع مثبت نسبت به خود، زمانی که همه‌چیز بد پیش می‌رود، تعریف کرد. شفقت به خود به عنوان 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 استاندارها، به انتقاد سخت گیرانه 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 (رنجر و نوری، ۱۳۹۵)؛ همچنین شفقت با خود به صورت معناداری با داشتن شفقت نسبت به دیگران نیز همراه است (نف و پومیر، ۱۴۰۱۳).

درواقع فردی که به درستی به خود شفقت بورزد از سلامتی و بهزیستی روان بیشتری 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 به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجان در نظر گرفته شود، که در آن از تجربه هیجان‌های آزاردهنده و نامطلوب جلوگیری نمی‌شود، بلکه تلاش می‌شود احساسات به صورت مهربانه مورد پذیرش واقع شود. بنابراین عواطف منفی به عواطف مثبت تغییر می‌کنند و فرد راههای جدیدی برای مقابله پیدا می‌کند (نف، ۱۴۰۰۸).

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 محدوده زمان و مکان و علائق مادی فراتر می‌برد وحدت در هستی به وسیله افراد معنوی مشاهده می‌شود (بوش، جامسون، بارا، فلیپس، لچنر و استنلی، ۱۴۰۱۲). 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 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، گارتner و هوک، ۱۴۰۱۰).

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 بفرؤی و پاکسرشت، ۱۳۹۹۳). درمان‌های معنوی (معنویت درمانی)، به معنای کمک به فرد است که خویشتن واقعی را بیابد و از هجران و حدادی از خویشتن واقعی به وصال و اتصال بر سد. هدف عمومی مداخلات معنوی تسهیل و رشد سبک‌های مقابله‌ای و بهزیستی معنوی بیماران است (لوپز و لیبومیرسکی، ۱۴۰۰۸).

معنویت دانش‌پایه‌ای است که فرآیند سازگاری با محیط را افزایش می‌دهد و دست‌کم پنج کار آبی 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 بالحساس مذهبی و معنوی، به یکپارچگی منابع معنوی در حل مشکلات زندگی و انجام اعمال پرهیزکارانه مثل گذشت، فداکاری و مانند آن‌ها. پژوهش شگران متوجه شده‌اند که معنویت مرکب است از جنبه‌های باورها و جهت‌گیری‌ها به سمت مقد ساتی که تأثیرهای متفاوتی بر اخلاق و رفتار و شخصیت افراد دارد (پرستون و ریتر، ۱۴۰۱۳).

¹² . Neff

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

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

¹⁵ . Lopez& Lyubomirsky

¹⁶ . Preston& Ritter

یانگ و Mao¹⁷ 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 Mao، ۲۰۰۷).

در همین راستا در پژوهشی که تو سط برزگر بفروی و پاک سر شت (۱۳۹۳) به منظور بررسی اثربخشی آموزش معنویت درمانی از دیدگاه اسلام بر بهزیستی روان‌شناختی دانش آموزان دختر صورت پذیرفت، نتایج نشان داد که آموزش معنویت درمانی در افزایش بهزیستی روان‌شناختی دانش آموزان تأثیر معناداری دارد. عزیز محمدی و مجتبائی (۱۳۹۷) طی پژوهشی اقدام به بررسی اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر بهزیستی روا نشناختی 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 شادیم (۱۳۹۹) که باهدف بررسی اثربخشی آموزش خود مراقبتی معنوی بر خود شفقت ورزی پرستاران صورت پذیرفت، نشان داد که میزان خود شفقت ورزی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، بهطور معناداری افزایش یافته است. نتایج پژوهشی سعلبی فرد، تاجری و رفیعی پور (۱۳۹۹) که باهدف بررسی تأثیر معنویت درمانی بر شفقت به خود در زنان مبتلا به سلطان صورت پذیرفت، نشان داد که معنویت درمانی رو شی مؤثر در بهبود شفقت به خود در بیماران سلطانی 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 سؤمصرف کنندگان مواد تحت درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست قرار دارند؛ پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی و خود شفقت ورزی 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 مذکور، داشتن توانایی خواندن و نوشت، 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 مطرح شده توسط ریچاردز و برگین (۲۰۰۷) شامل ۸ مؤلفه روانی-معنوی شامل: توکل و توسل 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.

¹⁷. Yang & Mao

ابزار

پرسشنامه شفقت خود: این پرسشنامه توسط ریس و همکاران (۲۰۱۱) ساخته شد. این ابزار دارای ۱۲ گویه است که با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای 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 $\alpha = 0.97$ دارد و پایایی باز آزمایی $\alpha = 0.92$ گزارش شده است (ریس و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین ایمنی و همکاران (۱۳۹۷) پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ $\alpha = 0.76$ گزارش کردند.

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی: در سال ۱۹۸۹ توسط کارول ریف در دانشگاه ویسکانسین ساخته شده است. این آزمون ۸۴ سؤال و ۶ عامل را در بر می‌گیرد. 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 نوشتمن 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 درباره 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 ابزار و سنجش رابطه آن با سنجه‌هایی که صفات شخصیتی را می‌سنجیدند، و در ضمن شاخص بهزیستی روان‌شناختی نیز به شمار می‌رفتند از سنجه‌هایی مانند: مقیاس تعادل عاطفی براد بورن، رضایت نیوگارتون، 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 ($\alpha = 0.93$)، ارتباط با دیگران ($\alpha = 0.86$)، تسلط بر محیط ($\alpha = 0.90$)، هدفمندی در زندگی ($\alpha = 0.87$) و رشد شخصی ($\alpha = 0.91$) 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 $\alpha = 0.82$ و خرده مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب $\alpha = 0.71$ ، $\alpha = 0.77$ ، $\alpha = 0.77$ ، $\alpha = 0.78$ به دست آمد که از نظر آماری معنی‌دار بود.

خلاصه جلسات درمانی طبق ترتیب ارائه شده در جدول زیر بود:

جلسه‌های درمان	جلسه اول	جلسه دوم	جلسه سوم
محتوای جلسات	آشنایی اعضا با یکدیگر و گفتگو در مورد مفهوم معنویت و دین و تأثیر آن در زندگی	خودآگاهی و ارتباط با خود (شناسایی و درک احساسات و درک و کنترل آن‌ها با 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)	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 رهنماههای معنوی)
محتوای جلسات	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)	خودآگاهی و ارتباط با خود (شناسایی و درک احساسات و درک و کنترل آن‌ها با 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)	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 رهنماههای معنوی)

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 چهارم
نوع دوستی (انجام کاری معنوی به صورت گروهی باهدف تجربه‌ی عملی معنویت و افزایش عزت‌نفس، حس مفید و خوب بودن در مراجعین)	جلسه پنجم
ارتباط با مقد سات (ایجاد ارتباطی لذت‌بخش با مقد سات در راستای کاهش احساس بیگانگی، تنها‌یابی، اضطراب و استرس)	جلسه ششم
کاهش احساسات منفی (رنجش و عدم بخشش و احساس گناه و بخشش خود تنش‌زای 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 هفتم
بخشش (کاهش احساسات منفی تنش‌زا از طریق افزایش احساسات مثبت حاصله از بخشش و مصالحه)	جلسه هشتم
مرگ و ترس از مرگ و رنج (کاهش اضطراب و ترس از مرگ و بهتیع آن کاهش اضطراب فرد. یافتن معنا در زندگی)	جلسه نهم
ایمان و توکل به خدا (رسیدن به تطبیق‌پذیری بیشتر از طریق ایمان به خدا و توکل به او و کاهش احساس اضطراب و استرس)	جلسه دهم
حل مسئله معنوی و مذهبی (شناسایی مشکلات و بررسی سبک‌های حل مسئله) قدردانی و شکرگزاری (ایجاد توانایی ابزار احساسات مثبت)	جلسه یازدهم جلسه دوازدهم

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 نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ انجام شد.

یافته‌ها

بر اساس اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به گروه آزمایش و کنترل که در هر یک ۱۵ شرکت‌کننده 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 روان‌شناختی و خود شفقت ورزی در جدول ۱ ارائه شده است. مقایسه میانگین‌های درج شده در جدول ۱ نشان‌دهنده آن است که میانگین نمرات گروه‌های مداخله در مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی و خود شفقت ورزی نسبت به پیش‌آزمون قابل ملاحظه نیست. بهمنظور مقایسه تفاوت گروه‌ها در خرده مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی، 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 شبیه رگرسیون بررسی شد. برای داده‌های حاصل از تمام متغیرها، نتایج آزمون شاپیرو ویک حاکی از نرمال بودن داده‌ها (P<0.05) و نتایج آزمون باکس بیانگر برقراری همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس (Box=1/۵۴, P>0.05) بود. همچنین تعامل غیر معنی‌دار بین متغیر همپراش (پیش‌آزمون) و گروه گویای برقراری فرض همگنی شبیه 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
کنترل	آزمایش

نام	نام	نام	نام	نام
استقلال	پیش آزمون	میانگین	انحراف معیار	معیار
تسلط بر	پس آزمون	میانگین	انحراف معیار	معیار
محیط	پس آزمون	میانگین	انحراف معیار	معیار
ارتبط	پیش آزمون	میانگین	انحراف معیار	معیار
ثبت با دیگران	پس آزمون	میانگین	انحراف معیار	معیار
هدف ندی	پیش آزمون	میانگین	انحراف معیار	معیار
در زندگی	پس آزمون	میانگین	انحراف معیار	معیار
رشد	پیش آزمون	میانگین	انحراف معیار	معیار
شخصی	پس آزمون	میانگین	انحراف معیار	معیار
پذیرش خود	پیش آزمون	میانگین	انحراف معیار	معیار
بهزیستی	پیش آزمون	میانگین	انحراف معیار	معیار
روان شناختی	پس آزمون	میانگین	انحراف معیار	معیار
کل	پیش آزمون	میانگین	انحراف معیار	معیار
خود شفقت	پیش آزمون	میانگین	انحراف معیار	معیار
ورزی	پس آزمون	میانگین	انحراف معیار	معیار

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

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

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

۱/۲۶	۲۲	۲۷/۸۱	سلط 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 ورزی و نمره کل بهزیستی روان شناختی از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. پیش از انجام این تحلیل، مفروضهای نرمال بودن داده‌ها و همگنی واریانس به ترتیب با استفاده از آزمون کالموگروف-اس-میرنف و آزمون لوین بررسی شد. نتایج آزمون کالموگروف-اس-میرنف حاکی از نرمال بودن داده‌ها ($p < 0.05$) بود. نتایج آزمون لوین نیز حاکی از همگنی واریانس نمرات خود شفقت ورزی 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 ورزی ($F = 46/40$, $p = 0.001$) و نمره کل بهزیستی روان شناختی ($F = 62/73$, $p = 0.001$) معنادار است. به طوری که بعد از معنویت درمانی گروه، نمره خود شفقت ورزی 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 ورزی و نمره کل بهزیستی روان شناختی

متغیر	منبع	مجموع	متغیر	منبع	مجموع	متغیر	منبع
خود	پیش‌آزمون	۰/۷۱	شفقت ورزی	گروه	۱۳۱/۲۳	بهزیستی	پیش‌آزمون
۰/۰۰	۰/۶۲	۰/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۴۶/۴۰	۰/۹۴	۰/۰۰۱
۰/۶۳	۰/۰۰۱	۱۳۱/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۴۶/۴۰	۰/۰۱	۰/۰۰۱
		۷۶/۳۵			۷۶/۳۵		
		۷۶/۳۵			۷۶/۳۵		
۰/۰۰	۰/۹۴	۰/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۰۱
۰/۸۲	۰/۰۰۱	۴۶۴۴/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۶۲/۷۳	۰/۰۱	۰/۰۰۱
		۱۸۱/۰۳			۱۸۱/۰۳		
		۱۸۱/۰۳			۱۸۱/۰۳		

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های بدست‌آمده از پژوهش حاکی از تأثیر معنویت درمانی گروهی بر افزایش بهزیستی روان شناختی بود. این نتیجه با نتایج پیشین در این زمینه نظری پژوهش‌های بزرگ بفروی 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 خلاهای 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 تأمین کننده اصلی و عمده ارزشی 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 (بولهری، نظری 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 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 خلاً 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 باخداند 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 (روسمازین، آلپر و پارگامنت، ۲۰۱۶). آموزش معنویت، یکی از راههای اساسی و مهمی است که بشر می‌تواند به کمک آن از ابتلاء 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 یافته پژوهش‌های پیشین در این زمینه نظری خود شفقت ورزی تأثیر معنی‌داری دارد. یافته فوق با نتایج بهدست‌آمده از پژوهش‌های پیشین در این زمینه نظری پژوهش‌های عبدالله زاده و شادیں (۱۳۹۹)، سعلبی فرد، تاجری ورفیعی 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 (آمواه^{۱۸}، ۲۰۱۵) و درنتیجه باعث کنترل افکار و هیجانات منفی می‌شود و باعث می‌شود که افراد، رفتار مهربانه‌ای 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 به صورت موجودی مهربان و پذیرا سبب می‌شود افراد بالارزش 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 مهربانه‌تر 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 ازین‌رو 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 نوع دوستی پیروزی کنند که این می‌تواند موجب توانمندی و افزایش قدرت فردی آن‌ها در پذیرش مشکلات خود، خودگویی های مثبت، کنترل افکار منفی و نامیدکننده، کنترل هیجانات منفی و همچنین آگاهی از قدرت و کرامت انسانی خود شود و درنهایت تسهیل کننده 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 به عنوان ملجم امن و پناهگاهی امن و پرداختن به امور معنوی همچون توکل و نوع دوستی و کمک به دیگران به تمام مسائل زندگی خود اعم از درد، شادی، فقدان، ناکامی و شکست و نارسایی‌ها معنا بخشنند (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 شرکت کننده در چارچوب معنویت

¹⁸ . Amoah

¹⁹ . Baker& McNulty

²⁰ . Andrews, Tierney& Seers

درمانی با استفاده از روش‌هایی همچون توکل و راز و نیاز باقدرت برتر توانستند بر حس استیصال و درمانگی خود غلب 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 نگهدارنده مؤثر است. از همین رو، پیشنهاد می‌شود متخصصان حوزه سلامت در کنار درمان‌های طبی و روان‌شناختی رایج برای سؤم‌صرف 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 مبتلا به سرطان. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد. ۳۲۶۸-۳۲۵۳.

ایمنی، فاطمه. صادقی، مسعود. رضایی سیمین، غلام. (۱۳۹۷). بررسی تأثیر معنویت درمانی گروهی بر خود دل‌سوزی و کنترل قند خون در زنان مبتلا به دیابت نوع دو. مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه. ۱۰(۰۲). ۶۴-۵۵.

برزگر بفرویی، کاظم. پاک‌سرشت، فاطمه. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش معنویت درمانی از دیدگاه اسلام بر بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد تحصیلی دانش آموزان 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 مبتلا به سرطان سینه. جامعه شناسی 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.

تقی‌زاده، محمداحسان. میرعلائی، مرضیه‌الاسادات. (۱۳۹۲). مطالعه اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر تاب‌آوری زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس شهر اصفهان. روان‌شناسی سلامت. ۲(۲). ۱۵-۱.

جو شن لو، محسن. نصرت‌آبادی، مسعود. رستمی، رضا. (۱۳۸۵). بررسی ساختار عاملی مقیاس بهزیستی جامع. روان‌شناسی تحولی. ۳(۹). ۳۵-۵۱.

حسین پور، محمدرضا. قربانی مقدم، پریسا. علیزاده، 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.

سعیی فرد، صدیقه. تاجری، بیوک. رفیعی پور، امین. (۱۳۹۹). تأثیر معنویت درمانی بر رشد پس از سانجه، شفقت به خود و امید در زنان مبتلا به سرطان پستان. مدیریت ارتقای سلامت. ۶(۶). ۴۸-۳۸.

سودانی، منصور. مهدی زاده، علی. رجبی، غلام‌رضا. خجسته مهر، رضا. (۱۳۹۵). اثربخشی آموز گروهی مفاهیم نظریه انتخاب بر کیفیت زندگی معتادان. فصلنامه اعتماد 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 اعتماد پژوهی. ۱۴(۵۷). ۱۳۱-۱۵۰.

عبدالله زاده، حسن. شادیان، 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.

محمد پور، سمانه. جو شن لو، محسن. (۱۳۹۴). رابطه اختلال اضطراب منتشر و اختلال شخصیت و سوا سی- جبری با بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان در سال ۱۳۹۳: نقش میانجی عشق پرشور و سوسایی. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. ۱۴. ۳۵۳-۳۶۶.

- مؤمنی، خدامراد. حسینی، حسین. اکبری، مصطفی. کرمی، سمیرا. (۱۳۹۴). نقش ویژگی‌های شخصیتی و تابآوری در پیش‌بینی 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 عزت نفس و تابآوری در افراد معتاد. تحقیقات علوم رفتاری. ۱۱(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, Golaghiae F, Aghabarary M, Dinmohammadi M, Kohestani 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., & Özdoğancı, 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 Samiei^۱, Habib Shojaa Nahand^۲, Mohammadreza Hosseinpour^۳, Sedigeh Samiei^۴, Reza Samiei^۵

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

^۱M.A in clinical psychology, Department of Education of Lorestan province

^۲M.A Clinical Psychology. Student Counseling Center of Tabriz University of Medical Sciences

^۳PhD student in psychology. Torbat e Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat e Jam, Iran.
(Corresponding Author)

^۴M.A Mathematics. Department of Education of Lorestan Province

^۵M.A in family counseling, Education Department of Lorestan province