

پیشگیری از سوءمصرف مواد: نقش بهزیستی معنوی

منصوره شیخی^۱

چکیده

سوءمصرف مواد را می‌توان پدیده‌ای زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی در نظر گرفت. متأسفانه جوانان عصر حاضر ممکن است برای فرار از مشکلات فردی و اجتماعی به مصرف مواد روی آورند. سوءمصرف مواد از جمله مشکلات اجتماعی و سلامت عمومی است که بار قابل توجهی را به جامعه تحمیل می‌کند. وابستگی به مواد مخدر به بیکاری، جرم، مشکلات خانوادگی و انتقال بیماری منجر می‌شود. وابستگی به مواد اختلالی چند عاملی با سیری مزمن و عود کننده و قابل پیشگیری و درمان است. شناسایی عوامل مرتبط با سوءمصرف مواد امری ضروری و مهم است و به امر پیشگیری کمک می‌کند. بهزیستی به عنوان مفهومی چند بعدی، شامل ابعاد متعددی از جمله بعد معنوی است و با سوءمصرف مواد رابطه دارد. هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش بهزیستی معنوی در پیشگیری از سوءمصرف مواد بود. پژوهش حاضر از نوع مروری بود و به بررسی بهزیستی معنوی و ارتباط آن با سوءمصرف مواد پرداخته است. بهزیستی معنوی ترکیبی از عوامل مذهبی، اجتماعی و روانی است. بهزیستی معنوی باعث سازگاری شخص با وقایع فشارزای زندگی مانند بیماری‌های مزمن می‌شود و یکی از عوامل اصلی ارتقاء کیفیت زندگی به شمار می‌آید. مروری بر مبانی نظری و پژوهشی نشان می‌دهد که بین بهزیستی معنوی با گرایش به سوءمصرف مواد رابطه منفی وجود دارد. همچنین، بهزیستی معنوی از طریق تاثیر مستقیم و غیرمستقیم بر ابعاد روان‌شناختی فرد نقش مهمی در پیشگیری از سوءمصرف مواد دارد. بر این اساس می‌توان گفت برنامه‌ریزی جهت ارتقاء بهزیستی معنوی در نوجوانان و جوانان منجر به ارتقاء کیفیت زندگی و سلامت روان می‌شود و از این طریق از گرایش به سوءمصرف مواد جلوگیری می‌شود. در مجموع می‌توان گفت که عوامل معنوی در پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد نقش بسیار مهمی را ایفا می‌کند و به عنوان یک عامل محافظت کننده به شمار می‌آید.

کلیدواژه‌ها: بهزیستی معنوی، سوءمصرف مواد، پیشگیری.

مقدمه

آسیب‌های اجتماعی در هر جامعه‌ای تهدیدکننده نظام اجتماعی تلقی می‌شود. بنیان هر جامعه به هم‌نوایی اعضایش با ارزش‌ها و هنجارهای آن متکی است. اگر اعضای جامعه از هنجارهای اجتماعی تخطی نمایند، جامعه نمی‌تواند به آسانی کارکردهای خود را انجام دهد، بنابراین دچار بی‌سازمانی و بی‌نظمی می‌شود. یکی از عواملی که به عنوان تخطی از هنجار محسوب می‌شود، مسأله سوء مصرف مواد است. در نگاه اول ممکن است به اعتیاد به عنوان یک مسأله فردی و شخصی نگریسته شود ولی باید اذعان داشت که اعتیاد یک مسأله اجتماعی است که در عین حال از عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی یک جامعه متأثر می‌شود و خود به وجودآورنده مسائل و کج‌روی‌های دیگر است (کوهی و قلی‌زاده، ۱۳۹۶). اعتیاد بحرانی است که امروزه یا به خاطر گسترش روزافزون آن یا به خاطر ناامیدی از مبارزه درست و موثر با آن تبدیل به یک معضل بزرگ شده است و همچون حیوانی درنده، هر روز بسیاری از هم‌نوعان ما را به کام خود می‌برد. اعتیاد در فرد معتاد بیش از آن که باعث رنج‌های جسمانی شود، موجب از بین رفتن امید و عزت نفس می‌شود و فرد را از رشد و پویایی که هر انسان نیازمند آن است، بی‌بهره می‌کند. اعتیاد از یک طرف هزینه‌های زیادی را به خانواده‌ها تحمیل می‌کند و از طرف دیگر به خاطر کاهش فعالیت اقتصادی فرد معتاد و همین‌طور نیاز شدید و روزافزون او به تهیه مواد، باعث سوق داده شدن فرد به سمت اعمال مجرمانه می‌شود (زمانی، ۱۳۹۴).

رفتار سوء مصرف مواد حاصل برآیند پیچیده‌ای از عوامل اجتماعی، فرهنگی، زیستی، روانی و معنوی است. در این زمینه افراد زیادی از جمله متخصصین در حوزه درمان اعتیاد بر این باورند که معنویت و رفتارهای معنوی نقش به‌سزایی در پیشگیری از اعتیاد دارند. بهزیستی معنوی یکی از ابعاد چهارگانه سلامت در انسان است که در کنار ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی قرار گرفته است و باعث ارتقای بهزیستی عمومی و افزایش توان‌سازگاری و عملکرد روانی انسان می‌شود (بامداد، فلاحتی خشک‌ناب، فالوندی و فدایی اردکانی، ۱۳۹۲؛ فولادوندی، تیرگری، ملکیان، فولادوندی و عزیززاده فروزی، ۱۳۹۳).

بهزیستی معنوی، ارتباط با دیگران، زندگی هدفمند، معنادار، اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی است (هاوکز، گودی و گاست، ۲۰۰۳). بهزیستی معنوی دارای دو بعد مذهبی و وجودی است، همانطور که الیسون (۱۹۸۳) بیان کرده است، عنصر مذهبی بهزیستی معنوی نشانه ارتباط با یک قدرت برتر یعنی خدا است و ما را به رسیدن به خدا هدایت می‌کند. عنصر وجودی بهزیستی معنوی نیز نشانه احساس فرد در مورد این است که کیست، چه کاری و چرا انجام می‌دهد و به کجا تعلق دارد. این بعد ما را به فراتر از خود و به سوی دیگران و محیط سوق می‌دهد (به نقل از غیائی و صفایی، ۱۳۹۱). انسان‌های بسیاری به علت فشارهای روانی-خانوادگی و تلخی‌های زندگی به اعتیاد روی می‌آورند. تلاش برای شناخت و مداوای معتاد، کاری انسانی است چرا که معتاد بیمار است نه مجرم. بنابراین شناخت علل و زمینه‌های ایجاد کننده اعتیاد و عوامل مرتبط با اعتیاد ضروری است (کوهی و قلی زاده، ۱۳۹۶). آن‌چه در تعیین عوامل حمایت کننده و خطر در رابطه با سوء مصرف مواد مخدر بیش از هر چیز اهمیت دارد، جنبه کاربردی آن‌ها برای به کارگیری در برنامه‌های پیشگیری است. همان‌طور که همواره گفته شده، پیشگیری از ابتلا به مراتب کم‌هزینه‌تر از درمان است، از این رو بررسی عوامل مرتبط با اعتیاد اهمیت ویژه‌ای دارد (اسماعیلی نسب، اندامی خشک، آزر می و ثمررخ، ۱۳۹۳). با توجه به اینکه بهزیستی معنوی در پیشگیری از آسیب‌ها و ارتقاء سلامت، نقش کلیدی دارد در این مقاله مروری به بررسی نقش بهزیستی معنوی در پیشگیری از اعتیاد پرداخته شده است.

مفهوم بهزیستی معنوی

مفهوم سلامت معنوی نخستین بار در سال ۱۹۷۱ توسط موبرگ تحت عنوان بهزیستی معنوی مطرح گردید. در سال ۱۹۷۹ سازمان جهانی بهداشت بحثی را عنوان کرد که آیا جنبه‌های معنوی را باید در تعریف سلامت وارد نمود؟ چند سال بعد افزودن سلامت معنوی به ابعاد جسمی، روانی و عوامل اجتماعی سلامت پیشنهاد شد. در سال‌های آخر قرن بیستم، دولت‌های کشورهای اروپایی در "معاهده کپنهاک در توسعه اجتماعی"

متعهد شدند که به نیازهای معنوی جامعه‌های خود در سطح فردی، خانوادگی و جامعه توجه کنند و سیاست‌های خود را با دید سیاسی، اقتصادی، اخلاقی و معنوی برای توسعه اجتماعی متمرکز نمایند. پرداختن به مفاهیم سلامت معنوی به عنوان بعد چهارم سلامت بسیار دشوار است. برای سلامت معنوی تعریف واحدی وجود ندارد و عملاً دشوار بوده است که مولفه‌ها و شاخص‌های آن مشخص، تبیین، تعریف و اندازه‌گیری شود. بدون شک معنی کامل سلامت معنوی منحصر به اثر دعاها و حالات معنوی در بهبودی بیماری‌ها و جانشین شدن آن برای درمان‌های رایج طبی و یا طب مکمل نیست. می‌توان باور داشت که بعد معنوی روی آگاهی، باورها، نگرش‌ها، ارزش‌ها و رفتارها تأثیر عمیق دارد و روی بیوشیمی و فیزیولوژی بدن تأثیر می‌گذارد. این تأثیر روی فکر و بدن به نام سلامت معنوی نامیده می‌شود. به نظر می‌رسد که چالش اصلی در ارائه کردن تعریف جامع از «سلامت معنوی» پرداختن به مفهوم معنویت باشد؛ چون مراد از تعریف کردن «سلامت» ارائه یک تعریف تحلیلی از آن نیست، بلکه سلامتی با شاخص‌هایی توصیف می‌شود. اما در مورد «معنویت» بحث بدین گونه سامان نمی‌یابد؛ بلکه تعریف کردن «معنویت» به نوعی مستلزم ارائه یک تعریف تحلیلی و فلسفی از آن است که بتواند به پرسش‌های مختلفی در این حوزه پاسخ دهد و ارتباط معنویت را با مفاهیمی مثل دین، اخلاق و ارزش روشن کند. همچنین رابطه آن را با عالم «طبیعت» یعنی آن‌چه که در دایره محسوسات انسان است، را تبیین نماید (عزیزی و همکاران، ۱۳۹۳).

واژه spirituality در زبان انگلیسی که عموماً به معنویت ترجمه شده از کلمه لاتین spiritus به معنای نفس مشتق شده که آن نیز از spirare که به معنای دمیدن یا نفس کشیدن است مشتق شده است. در ترجمه‌های لاتین عهد جدید spiritualis یا شخص معنوی به کسی گفته می‌شود که زندگی او را روح القدس نظم بخشیده یا تحت تاثیر قرار داده است. واژه spiritualitus یا معنویت، حداقل از اوایل قرن پنجم به کار رفته و مدت طولانی همین معنای ناشی از کتاب مقدس را حفظ نموده است. از آغاز قرن نوزدهم این واژه آرام آرام معنای ضمنی با کارکرد واقعی روانی به خود گرفت که در مقابل جسمانیت

یا مادیت قرار داشت. تقریباً از نیمه دوم قرن نوزدهم در اروپا و در غرب بحثی تحت عنوان معنویت مطرح و گفته شد که همه نظام‌های اجتماعی با این که به ادیان و مذاهب مختلفی تعلق خاطر دارند اما در چیزی تحت عنوان معنویت مشترک هستند. گرایش به معنویت را از لحاظ تاریخی می‌توان به مسیحیانی نسبت داد که میان مکاتب گوناگون معنویت تفاوت قائل شدند. در واقع برخی از نویسندگان غربی به اشتباه به این باورند که واژه معنویت صرفاً در دهه‌های اخیر به کار رفته است، اما این واژه پیش از این در زمینه‌های مقایسه اجتماعی در قرن نوزدهم به کار رفته است. آن چه اهمیت دارد این است که مفهوم و ارکان بهزیستی معنوی بر مبنای جهان‌بینی اسلامی با مفهوم آن بر اساس نگرش غیر دینی متفاوت است. بر اساس دیدگاه غیردینی، بهزیستی معنوی احساسات ملموس چون امید، آرامش و نشاط بوده که بر فعالیت‌هایی چون هنر، ورزش و تکنیک‌های تمدد اعصاب تمرکز می‌یابد. در این نگاه بهزیستی معنوی تنها ابزاری برای معالجه و درمان بیماری است، در حالی که از دیدگاه دینی بدون توجه به هدف نهایی خلقت نمی‌توان از امور فوق تفسیر منطقی ارائه داد. به عبارت دیگر بر اساس تعالیم دین اسلام، گرایش به معنویت ریشه در فطرت خداگرای انسان دارد که از بدو خلقت انسان با تعالیم آسمانی ادیان شکوفا شده و با انحراف از مسیر دین حق در قالب گرایش‌های معنوی و عرفانی گوناگون ظهور یافته است. بدون این ارتباط مناسب بین انسان و خدا، زندگی انسان به طور بالفعل معنادار نمی‌شود. بنابراین معنویت در اندیشه قرآنی، جست‌وجوی چنین معنایی در زندگی از طریق ایمان و عمل صالح و نفی بندگی شیطان است. با این وجود بحث‌های موجود در زمینه معنویت منجر به این شده است که معنویت امری ذهنی و مبهم شود؛ در یک انتهای طیف به معنویت مترادف با مذهب نگریسته شده در حالی که در انتهای دیگر طیف برای تمام افراد فاقد ایمان و مذهب به کار می‌رود (حاجی اسماعیلی و همکاران، ۱۳۹۳).

بهزیستی معنوی در تعریفی به عنوان کیفیت ذاتی و اصلی انسانی که در برگیرنده باور به چیزی بزرگ‌تر از خود بوده و ایمان به این که به طور قطع زندگی را تایید و تصدیق می‌کند، مطرح شده است. در تعریفی دیگر، چهار بعد پذیرش زندگی در ارتباط با خدا،

خود، جامعه و محیط که کامل بودن فرد را تضمین کرده و نسبت به آن احساس رضایت می‌کند، به عنوان تعریف بهزیستی معنوی ارائه شده است. در تعریفی جامع و قابل قبول، بهزیستی معنوی را این گونه تعریف می‌کنند: بهزیستی معنوی وضعیتی است دارای مراتب گوناگون که در آن با ظرفیت‌ها و قابلیت‌های فرد، بینش‌ها، گرایش‌ها و توانایی‌های لازم برای تعالی روح که همان تقرب به خدای متعال است فراهم می‌باشد، به گونه‌ای که همه امکانات درونی به طور هماهنگ و متعال در جهت هدف کلی مزبور به کار گرفته می‌شوند و رفتارهای اختیاری درونی و بیرونی متناسب با آن‌ها نسبت به خدا، فرد، جامعه و طبیعت ظهور می‌یابند. از این رو می‌توان در یک تحلیل، شناخت معنوی، عواطف معنوی، کنش معنوی و ثمرات معنوی را به عنوان چهار مولفه اصلی تشکیل دهنده بهزیستی معنوی دانست که شاخص‌های کلی پذیرش معنوی، احساسات مثبت، اخلاق، حس حمایت و ارتباط متقابل با قدرت لایزال خداوندی را در بر می‌گیرند (مصباح، ۱۳۹۲).

تعاریف ارائه شده برای سلامت معنوی مبتنی بر هستی‌شناسی، انسان‌شناسی، معرفت‌شناسی و باورهای اعتقادی او به ذات لایزال الهی، روح و وحی است. محققینی که نخواستند به خالق انسان و امور غیرحسی و معرفت‌شناختی توجه نمایند، تعریف عامی از سلامت معنوی نموده‌اند که در بسیاری از مقالات و کتب خارجی آورده شده و توسط برخی از صاحبان ادیان نیز به کرات به عنوان منبع ارجاع داده شده است. این تعریف بدین شرح است: سلامت معنوی عبارت است از حالت اطمینان، امنیت، آرامش و سکون قلبی و روحی که از اعتقاد و اعتماد به منبع و قدرتی برتر و متفاوت از عوامل مادی و پیرامونی ناشی می‌شود و باعث افزایش امید، رضایتمندی و نشاط درونی می‌شود و در نهایت به سلامت و تعالی همه جانبه انسان و انسانیت کمک می‌کند. با توجه به مبانی اعتقادی اسلامی چنین تعریفی کامل نیست. لذا نمی‌تواند به طور مطلق، به مثابه شاخص‌های اصلی سلامت معنوی در نظر گرفته شود. سلامت معنوی، خودآگاهی، کسب تقوای الهی، پالایش روح از هر بدی و پلیدی، احساس خضوع به ربوبیت الهی، توکل، توسل، تسلیم و شکر در برابر او و درک معنا، احساس آرامش و امید و هدفمندی

زندگی در راستای تقرب به خدا در ساحت بینش و اندیشه، ساحت احساس و عواطف و ساحت رفتار با تکیه به قدرت خداوند و استفاده از نیروی خدادادی خویش، صبر و شکیبایی است. سلامت معنوی همه تلاش‌های پویا و فراگیر معنوی مبتنی بر جامعه در راستای توسعه سلامت محور، دستیابی به بالاترین سطح عملکرد و کیفیت ابعاد زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی سلامت و پاسخ‌گویی به نیازهای روحی و معنوی است. تعریفی بسیط‌تر و کامل‌تر نیز ارائه شده که در برگزیده مبانی سلامت معنوی از دیدگاه اسلام است. این تعریف به شرح زیر است: سلامت معنوی وضعیتی هدفمند و معنادار از حیات انسانی است که حاصل ایمان، اعتقاد و ارتباط فرد با قدرت و کمال لایتناهی الهی و زندگی ابدی پس از مرگ است. سلامت معنوی منجر به ایجاد نشاط، امید، رضایت‌مندی، اطمینان قلبی، آرامش و داشتن قلب سلیم در فرد و رستگاری در دنیا و آخرت می‌شود. سلامت معنوی همچنین منجر به ارتباط پویای مبتنی بر مکارم اخلاق، عشق و محبت با خود، دیگران و جهان پیرامون می‌شود (عزیزی و همکاران، ۱۳۹۳).

ابعاد بهزیستی معنوی

مروری بر تعاریف معنویت حاکی از آن است که اغلب این تعاریف قائل به دو بعدی بودن معنویت هستند که عبارتند از:

- بهزیستی مذهبی: این بعد به عنوان ارتباط با خدا و با یک بعد متعالی توصیف می‌شود.
- بهزیستی وجودی: این بعد به عنوان احساس داشتن هدف و رضایت از زندگی، بدون هیچ ارتباط خاصی با یک قدرت بالاتر توصیف می‌شود.

بالبونی در این زمینه عنوان می‌کند که گاهی افراد معنویت و مذهب را با عنوان بهزیستی معنوی و اعمال مذهبی تعبیر می‌کنند. معنویت و مذهب با هم همپوشانی دارند و هر دو چارچوب‌هایی را ارائه می‌دهند که از طریق آن‌ها انسان می‌تواند هدف و ارزش‌های متعالی زندگی خود را درک کند. از میان سایر موجودات، انسان موجودی است که می‌تواند بین سبک‌های مختلف زندگی از جمله سبک مادی و سبک معنوی، یکی را

اختیار نماید. بر همین اساس انسان باید قواعد بازی در هر دو سبک زندگی را بداند و به تغذیه هر دو بعد وجودی خویش پردازد. این دو بعد از وجود انسان برای وی همانند دو بال پرنده هستند که بدون هر یک از آن‌ها امکان پرواز و عروج به مقام شایسته خویش را نخواهد داشت. انسان در بدو آفرینش و پانهادن بر این کره خاکی دریافته است که همزمان با پرداختن به بعد جسمی، باید معنویت خویش را نیز سر و سامان دهد، لذا چه از کانال ادیان آسمانی و یا از غیر این کانال، نیم‌نگاهی به معنویت داشته است (فولادوندی و همکاران، ۱۳۹۳). وودز (۱۹۹۳) چهار بعد اساسی مشترک در همه انواع معنویت را بدین شرح پیشنهاد می‌کند: احساس اطمینان از معنادار بودن زندگی، متصل بودن متقابل، تعالی زندگی و باور به قداست زندگی (به نقل از عباسی، عزیزی، شمس گوشکی، ناصری راد و اکبری لاکه، ۱۳۹۱). طبق نظر مویرگ و بروسک، بهزیستی معنوی سازه‌ای چند بعدی است و یک بعد عمودی و یک بعد افقی را شامل می‌شود. بعد عمودی آن به ارتباط با خدا و بعد افقی آن به احساس هدفمندی و رضامندی در زندگی بدون در نظر گرفتن مذهب خاص اشاره دارد (به نقل از عباسی و همکاران، ۱۳۹۱). به زعم راس (۲۰۰۶) چهار بعد مطرح شده در تعریف بهزیستی معنوی عبارتند از: پذیرش زندگی در ارتباط با خدا، خود، جامعه و محیط که کامل بودن فرد را تضمین کرده و از آن تقدیر می‌کند (به نقل از عباسی و همکاران، ۱۳۹۱). در مدل بهزیستی معنوی فیشر نیز ابعاد بهزیستی معنوی به صورت ابعاد فردی، اجتماعی، محیطی و متعالی مطرح شده است. در این مدل ویژگی‌های سلامت معنوی شامل اعتقاد به نیروی مافوق، نیاز به ارتباط با دیگران، هماهنگی درونی، حفظ تمامیت وجودی خود و سیستم‌های حمایتی قوی، مراقبت از طبیعت و حس ارتباط با جهان پیرامون است (عباسی و همکاران، ۱۳۹۱). دهشیری، نجفی، سهرابی و ترقی جاه (۱۳۹۲) در پژوهشی ابعاد بهزیستی معنوی را شامل ارتباط با خدا، ارتباط با خود، ارتباط با طبیعت و ارتباط با دیگران به دست آورده‌اند.

رابطه بهزیستی معنوی و پیشگیری از گرایش به سوء مصرف مواد

معنویت سیستم سازمان یافته‌ای از باورها شامل ارزش‌های اخلاقی، رسومات، مشارکت در

جامعه دینی برای اعتقاد راسخ تر به خدا یا یک قدرت برتر است. معنویت هسته مرکزی ابعاد وجودی در انسان بوده و ایجاد و پیشرفت احساس معنویت ممکن است یکی از راه‌های مناسب سازگاری با بیماری باشد. بهزیستی معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان است که ارتباط هماهنگ و یکپارچه‌ای را بین نیروهای داخلی فراهم کرده و با ویژگی‌هایی نظیر ثبات در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود. سلامت معنوی انسجام و درستی فرد را تامین و از کج‌روی آن جلوگیری می‌کند (حسین دخت، فتحی آشتیانی و نقی زاده، ۱۳۹۲؛ حاجی اسماعیلی و همکاران، ۱۳۹۳). معنویت می‌تواند فرد را در راستای هماهنگی با پدیده‌های اطرافش و دستیابی به یکپارچگی درونی و بیرونی یاری کند. معنویت در معناهایی که افراد به تجربه‌های خود می‌دهند و در روش آن‌ها برای فهم مسائل و موضوعات اثر می‌گذارد و منجر به پدید آمدن آگاهی و هدف و معنا در زندگی می‌شود، به همین دلیل افراد با سطوح معنویت بالا می‌توانند وقایع زندگی و نیز افکار و رفتارهای خود را تغییر دهند و بارویدادهای ناخوشایند مقابله کنند؛ چرا که این افراد با دیدگاهی متفاوت به شرایط می‌نگرند و مشکلات را حل‌نشدنی در نظر نمی‌گیرند و کمتر احتمال دارد که در برابر مشکلات تسلیم شده و به سمت مصرف مواد روی بیاورند (کلاهی حامد، احمدی و شالچی، ۱۳۹۷). بهزیستی معنوی مولفه‌ای است که با بقا و حیات افراد سروکار دارد، بنابراین برخورداری از سطوح بالای این مولفه می‌تواند باورهای افراد را در مورد زندگی، دردها، اضطراب‌ها و استرس‌هایی که تجربه می‌کنند، تحت تاثیر قرار دهد.

یکی از مسائل عمده‌ای که افراد مبتلا به سوء مصرف مواد به طور جدی با آن دست به گریبان هستند، اضطراب‌ها و استرس‌هایی است که تجربه می‌کنند و برخی به دلیل برطرف کردن همین احساسات است که مواد مصرف می‌کنند (غیاثی و صفایی، ۱۳۹۱). معنویت به زندگی افراد معنا می‌بخشد و منجر به هدف‌دار شدن و معنادار شدن زندگی می‌شود. این اعتقادات به انسان آرامش می‌بخشد، امنیت فرد را تضمین می‌کند، خلاءهای اخلاقی، عاطفی و معنوی را در فرد و جامعه استحکام داده و پایگاه محکمی برای انسان در برابر

مشکلات و محرومیت‌های زندگی ایجاد می‌کند. معنویت در زندگی افراد چارچوب‌هایی را ارائه می‌دهد که از طریق آن‌ها افراد می‌توانند معنی، هدف و ارزش‌های متعالی زندگی خود را درک کنند. بنابراین نوع بشر با ایمان، توکل و باور مثبت به شناخت بیشتر از خود رسیده و قادر به هماهنگی بین ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی خود می‌شود و در نهایت به معنا و هدف در زندگی نائل می‌شود (گل پرور و عابدینی، ۲۰۱۴؛ فولادوندی و همکاران، ۱۳۹۳). برخی از نظریه پردازان ادعا می‌کنند که اعتیاد یک بیماری معنوی است و بر یافتن هدف و معنی در زندگی شخص تاثیر می‌گذارد. به عنوان مثال ویکتور فرانکل علت اعتیاد را خلاء یا پوچی در شخص می‌داند. این خلاء وجودی اغلب به شکل ملالت و بی‌حوصلگی پیوسته خودنمایی می‌کند و عواقب آن را می‌توان در بزهکاری یا اعتیاد به مواد مخدر مشاهده کرد. ارتقا معنویت و مذهب در معتادان با کم شدن مصرف مواد و کم شدن عواطف منفی همراه است (به نقل از بیگی، محمدی‌فر، عیسی‌مراد و نجفی، ۱۳۹۲).

معنویت از اثرات مختلف استرس و فشار روانی از طریق تاثیر بر چهار حوزه شناخت، هیجان، رفتار و تعالی محافظت می‌کند. در حوزه شناختی، باورهای مذهبی موجب افزایش اعتماد به نفس شده و منجر به شکل‌گیری دیدگاهی سازنده در ارتباط با جهان اطراف و خود می‌شود. باور به معنویت موجب معنا دادن به زندگی و احساس امید و خوش‌بینی می‌شود. در حوزه عاطفی، معنویت موجب ارضای نیازهای عاطفی و در نتیجه با تاثیر مداخله‌ای باورها موجب کاهش عواطف منفی مثل افسردگی، ناامیدی، اضطراب و احساس پوچی می‌شود. در حوزه رفتاری نیز با شکل دادن به بسیاری از رفتارها، اثرات آسیب‌زای استرس را کاهش داده و منجر به شکل‌گیری سبک زندگی سالم مبتنی بر رفتارهای درست و منطقی می‌شود. در حوزه تعالی نیز معنویت منجر به شکل‌گیری باورهای متعالی و درک رنج‌ها و مشکلات روان‌شناختی شده و موجب بهبود وضع زندگی و سلامت می‌شود. اغلب معنویت به عنوان یک منبع قدرت و محافظت از خود و یک منبع نوع دوستی و محافظت از دیگران در نظر گرفته می‌شود. علت اصلی تاثیر معنویت در کاهش رفتارهای مضر سلامتی را می‌توان به سبک زندگی سالم‌تر، اجتناب از بسیاری از

رفتارهای مضر مانند مصرف مواد مخدر نسبت داد. باور به حرام بودن آسیب به خود و در نتیجه رفتارهای موزی با باورهای مذهبی نقش موثری در کاهش گرایش به مواد مخدر ایفا می‌کند. همچنین رفتارهای معنوی از طریق ایجاد آرامش ذهن، کاهش استرس و فشار روانی و ایجاد رابطه معنوی با خداوند و نیز افزایش حمایت اجتماعی باعث بهبود سیستم ایمنی بدن، افزایش توانمندی روان‌شناختی و مهارت‌های مقابله در افراد می‌شود و از این طریق افراد می‌توانند با میل و گرایش به سمت مصرف مواد مقابله کنند (سالیم و علیخان، ۲۰۱۵؛ کیم و سیدلیتز، ۲۰۰۲؛ صادقی، ۱۳۹۳).

دین از طریق برقراری یک نظم، تدارک فرصت‌هایی برای به دست آوردن شایستگی‌های یاد گرفته شده و تهیه قوانین اجتماعی، سوء مصرف مواد و بهبودی از آن را تحت تاثیر قرار می‌دهد. زیربنای بهزیستی معنوی دینداری است و دینداری یک عامل حمایت کننده از فرد در مقابل رفتارهای پرخطر از قبیل استعمال سیگار، مصرف الکل و سایر مواد مخدر است. مذهب می‌تواند مصرف مواد و بهبودی از آن را از طریق برقراری یک نظم اخلاقی تحت تاثیر قرار دهد؛ به این صورت که با ایجاد قوانین و قواعد درونی و بیرونی برای فرد هنجارهایی را مشخص می‌کند و فرد را به داشتن نگرش‌ها و باورهایی سوق می‌دهد که سبب ایجاد مصونیت در برابر مصرف مواد می‌شود. مذهب به تسهیل تجربه معنوی کمک می‌کند. تجربه معنوی می‌تواند تعهدات اخلاقی را تحکیم بخشد که این موضوع به نوبه خود مانع از مصرف مواد مخدر می‌شود. همچنین مذهب می‌تواند سیستم معنایی شامل هدف دار بودن زندگی و احساس خود ارزشمندی را شکل دهد. این سیستم معنایی می‌تواند مانع از خطرپذیری و رفتار هیجان خواهی شود که این نیز می‌تواند منجر به احتمال کاهش مصرف مواد شود. بنابراین می‌توان این گونه نتیجه گرفت که چنان چه فرد دارای بهزیستی معنوی بالاتری باشد، به تبع آن معنایی که به خود و جهان اطرافش می‌دهد با احساس ارزشمندی و هدفمندی همراه است، از این رو احتمال کمتری وجود دارد که به اقداماتی نظیر مصرف مواد دست بزند، زیرا به احساس ارزشمند بودن

وی آسیب می‌زند یا مانع رسیدن وی به اهدافش می‌شود، از سوی دیگر باورهای شناختی افراد متدین نظیر اعتقاد به این که خداوند در سختی‌ها به انسان کمک می‌کند و یا این که خدا او را مسئول رفتار خویش قرار داده بر واکنش فرد در مقابله با فشار روانی تاثیر می‌گذارد (ندیمی، ۱۳۹۴؛ امیرافضلی و شیرازی، ۱۳۹۵).

معنویت یک سیستم باور ذهنی است که خود شامل خود آگاهی است و اشاره به ابعاد تعالی دارد و این ارتباط با ماورا منبع کنترل درونی را در افراد تقویت می‌کند و باعث برخورد موثر با مسائل می‌شود (امجد و بخاری، ۲۰۱۴). افراد مذهبی از منبع کنترل درونی برخوردار هستند و به همین سبب از مهارت‌های مقابله‌ای سازگارانه تری برخوردارند که می‌توانند از آن‌ها در برخورد با اجتماع و مسائل و مشکلات بهره ببرند. بنابراین، این افراد به احتمال کمتری تحت تاثیر فشارهای بیرونی قرار گرفته و به سمت مواد روی می‌آورند (محمدی و مهرابی زاده هنرمند، ۱۳۸۵).

بر اساس دیدگاه رشد اجتماعی، پیوند، تعهد و دلبستگی به نهادهای اجتماعی از قبیل خانواده، مدرسه و مذهب باعث ایجاد باورهای سالم و معیارهای روشن در فرد می‌شود که این باورها، رفتارهای سالم را به دنبال دارند. لذا عقاید و نگرش‌هایی که مذهب نسبت به مصرف مواد در فرد ایجاد می‌کند باعث مصونیت او می‌شود. علاوه بر این می‌توان گفت که اعمال مذهبی و معنویت به شکل‌های مختلف مانند درونی سازی هنجارهای معنوی و مذهبی، الگو قرار دادن چهره‌های معنوی و مذهبی بر روی الگوگیری اجتماعی افراد تاثیر دارد و می‌تواند باعث کاهش مصرف مواد شود (چاولا، نیگ بورز و لویز، ۲۰۰۷). بر اساس دیدگاه تعلق اجتماعی، علت اصلی سوء مصرف مواد، وابستگی عاطفی به همسالان و دوستانی است که مواد مصرف می‌کنند، این احساس تعلق نیز ناشی از پیوندهای ضعیف افراد با نهادهایی مانند خانواده است. بر اساس این نظریه در اکثر افراد رفتارهای انحرافی و گرایش به آن وجود دارد ولی این گرایش به وسیله پیوندهای افراد به خانواده و مذهب و معنویت کنترل می‌شود. کسانی که پیوندهای معنوی و مذهبی در آن‌ها ضعیف است، برای

پیروی از اصول اخلاقی درست احساس فشار نمی کنند و به همین دلیل ممکن است به سمت مصرف مواد کشیده شوند (یاوری، نوری قاسم آبادی و حسن آبادی، ۱۳۹۴). رفتارهای معنوی با ارضای نیازهای ذاتی افراد به وابستگی و ارتباط و افزایش دریافت حمایت اجتماعی، عواطف منفی را کاهش می دهد و احساس امنیت را برای افراد فراهم می کند. معنویت و باورهای مذهبی، مقابله با مشکلات را از طریق درک موقتی بودن ناراحتی های روان شناختی یا رنج های زندگی تسهیل می کنند و احساس کنترل بر موقعیت را برای افراد فراهم می سازد و از این طریق می تواند مانع از گرایش به سوء مصرف مواد شود (هولدر، کولمان و والاس^۱، ۲۰۱۰؛ واعظی و فلاحی خشکناز، ۱۳۹۶؛ ندیمی، ۱۳۹۴).

یکی از مفاهیم مرتبط با بهزیستی معنوی و معنویت، هوش معنوی است. افراد با هوش معنوی پایین به احتمال بیشتری دچار سوء مصرف می شوند. پژوهش ها نشان داده اند که نوجوانانی که دیندار نیستند و نمرات پایینی در اندازه گیری میزان فعالیت دینی به دست می آورند در مقایسه با نوجوانان دارای سطح بالاتر فعالیت دینی، مصرف و سوء مصرف مواد بیشتری را دارند. با پرورش هوش معنوی افراد می توان از مبتلا شدن آنها به این معضل جلوگیری کرد. معنویت در بازداری فرد از گرایش به مواد مخدر نقش تعیین کننده ای دارد. داشتن نگرش ها و باورهای مذهبی و اعمال معنوی، با کاهش استرس های روان شناختی و پیشگیری از رفتارهای پرخطری همچون سیگار کشیدن، مصرف الکل و سایر مواد مخدر همراه است. همچنین دینداری و معنویت از تأثیر فشارهای زندگی برگرایش به مصرف مواد می کاهد و در طول زمان نیز این توانمندی را در افراد ایجاد می کند که راحت تر بتوانند میزان افزایش مصرف مواد را در خودشان کاهش دهند و سریع تر فرآیند ترک را شروع کنند. هوش معنوی به ما اجازه می دهد تا آنجایی که ممکن است موقعیت را تغییر دهیم و در واقع به ما اجازه می دهد که موقعیت را اداره کنیم. یکی از مولفه های هوش معنوی دیدگاه وابسته به آرای جمع بودن است.

از این رو هنگامی که شخص از جانب همسالان برای مصرف مواد تحت فشار قرار می‌گیرد مدیریت موقعیت و وابسته به نظر جمع نبودن به میزان زیادی از تسلیم شدن شخص در مقابل فشار جمع جلوگیری می‌کند. رشد هوش معنوی اجازه می‌دهد که یک بینش جدید درباره خود و بالابردن اعتماد به نفس به دست بیاوریم. هوش معنوی کمک می‌کند که خود باثباتی داشته باشیم و نگرانی‌ها و اضطراب‌ها را بتوانیم کاهش دهیم. سازه معنویت و مذهبی بودن در هوش معنوی نقش عمده‌ای در گرایش و رهایی فرد از دام اعتیاد دارد. چرا که مذهب می‌تواند مصرف مواد و بهبودی از آن را از طریق برقراری یک نظم اخلاقی تحت تأثیر قرار دهد. مذهب راهنمایی‌ها یا قواعد خاص اخلاقی را به منظور کنترل خویشتن و عفت (مانند امتناع از مصرف مواد) در اختیار فرد قرار می‌دهد. علاوه بر این، مذهب به تسهیل تجربه معنوی نیز کمک می‌کند. تجربه معنوی می‌تواند تعهدات اخلاقی را تحکیم بخشد که این نیز به نوبه خود مانع از مصرف مواد می‌شود (ندی، ۱۳۹۴). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که چنانچه فرد دارای سطح هوش معنوی بالایی باشد به تبع آن معنایی که به خود و جهان اطرافش می‌دهد توأم با احساس ارزشمندی و هدفمندی است. بنابراین، احتمال کمتری وجود دارد که به اقداماتی نظیر مصرف مواد دست بزنند که به احساس ارزشمند بودنش آسیب رساند یا آنکه مانع از رسیدن به اهدافش شود (جوکار، ۱۳۹۵). نگرش معنوی باعث می‌شود که افراد به ساختن معنی پردازند و نسبت به آینده امیدوار باشند.

مروری بر پیشینه پژوهش

در زمینه ارتباط بهزیستی معنوی با سوء مصرف مواد مطالعات گوناگونی انجام شده است. زرگر، نجاریان و نعیمی (۱۳۸۷) در پژوهشی به بررسی ویژگی‌های شخصیتی، نگرش مذهبی و رضایت زناشویی با آمادگی به اعتیاد پرداختند و به این نتیجه رسیدند که افراد با سطوح مذهبی پایین، آمادگی به اعتیاد بالاتری داشتند. نعمت‌اللهی، گلزاری و شمس (۱۳۸۸) در پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش مقابله مثبت بر کاهش اعتیادپذیری دانشجویان پرداختند و به این نتیجه رسیدند که آموزش مقابله مثبت بر مبنای سه مولفه

روابط اجتماعی، هدف‌گذاری و معنویت در کاهش آمادگی اعتیاد در دانشجویان موثر است. حسینی‌المدنی، احدی، کریمی، بهرامی و معاضدیان (۱۳۹۱) در پژوهشی به مقایسه تاب‌آوری، سبک‌های هویتی، معنویت و حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد معتاد، غیرمعتاد و بهبودیافته پرداختند. به همین منظور ۹۰ نفر را در قالب سه گروه مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که افراد غیرمعتاد و افراد بهبودیافته به طور معناداری در معنویت دارای نمرات بالاتری نسبت به افراد معتاد بودند. اصغری، کردمیرزا و احمدی (۱۳۹۲) در پژوهشی به بررسی رابطه نگرش مذهبی، منبع کنترل و گرایش به سوء مصرف مواد در دانشجویان پرداختند. به همین منظور ۳۴۰ نفر از دانشجویان دانشگاه گیلان را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که بین نگرش مذهبی و سوء مصرف مواد رابطه وجود دارد. طیبی، نصیری پور، رئیسی و قیاسی (۱۳۹۲) در پژوهشی به بررسی نقش مصرف متادون بر سلامت معنوی معتادان پرداختند. به همین منظور ۲۵۰ نفر از معتادینی که متادون مصرف می‌کردند را با ۲۵۰ نفر از معتادینی که برای درمان و مصرف متادون اقدام نکرده بودند، مورد مقایسه قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که افرادی که در فاز درمان و مصرف متادون بودند از سلامت معنوی بیشتری برخوردار بودند. شیخ‌الاسلامی، ستوده ناوردی، زینعلی و طالبی (۱۳۹۲) در پژوهشی به بررسی باورهای مذهبی، سلامت روان، عزت نفس و خشم در افراد عادی و وابسته به مواد مخدر پرداختند و به این نتیجه رسیدند که بین دو گروه از نظر باورهای مذهبی تفاوت وجود دارد و باورهای مذهبی می‌توانند نقش مهمی را در کاهش گرایش به اعتیاد داشته باشند. مکارم و زنجانی (۱۳۹۲) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که دینداری فرد با میزان مصرف مواد رابطه منفی معنادار دارد. کریم‌نژاد، مکتبی، وطن‌خواه، فیروزی و رحیمی (۱۳۹۳) در پژوهشی به مقایسه ویژگی شخصیتی توافق‌پذیری و سلامت معنوی معتادان مقیم در مراکز اجتماع درمان مدار و معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون اهواز پرداختند. به همین منظور ۱۰۰ نفر را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که معتادین مقیم در مراکز اجتماع درمان مدار از سلامت معنوی بیشتری نسبت به گروه تحت درمان نگهدارنده با متادون برخوردار

بودند و این عامل انگیزه ترک را برای آنان هموارتر می کرد. فولادوندی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی به بررسی رابطه سلامت معنوی و اعتقادات مذهبی در مراجعه کنندگان به مراکز ترک اعتیاد شهر بم پرداختند. به همین منظور ۲۸۷ نفر را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که سلامت معنوی با عملکرد مذهبی رابطه دارد و این دو عامل می توانند نقش حمایت کننده در مقابل گرایش به مصرف مواد داشته باشند. صادقی (۱۳۹۳) در پژوهشی به بررسی رابطه بهزیستی معنوی و احساس تنهایی با گرایش به اعتیاد در دانش آموزان پرداخت. به همین منظور ۲۵۰ دانش آموز دختر و پسر را در شهر شیراز مورد بررسی قرار داد و به این نتیجه رسید که بین بهزیستی معنوی و ابعاد آن با گرایش به اعتیاد رابطه منفی و معناداری وجود دارد. حسن، شیخان، محمودزاده و نیکرو (۱۳۹۳) در پژوهشی به بررسی نقش بهزیستی معنوی و راهبردهای مقابله‌ای در رفتارهای پرخطر نوجوانان پرداختند. به همین منظور ۲۷۸ نفر از دانش آموزان دختر و پسر مقطع متوسطه شهر کرج را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که بهزیستی معنوی با رفتارهای پرخطر همبستگی منفی معنادار دارد. پورنیکدست، تقی زاده، علی اکبری دهکردی، امیدیان و میکائیلی حور (۱۳۹۳) در پژوهشی به مقایسه نوجوانان با نگرش مذهبی بالا و پایین از لحاظ سازگاری تحصیلی، عاطفی، اجتماعی و گرایش به اعتیاد پرداختند و به این نتیجه رسیدند که افراد با نگرش مذهبی بالا سازگارترند و گرایش به اعتیاد پایین تری دارند. نقیبی، اشعری، رستمی و حسینی (۱۳۹۴) در پژوهشی به بررسی رابطه سلامت معنوی با سلامت روان در بیماران تحت درمان نگهدارنده متادون پرداختند. به همین منظور ۱۲۳ نفر از معتادین مراجعه کننده به مراکز خصوصی و دولتی ترک اعتیاد شهر ساری را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که سلامت معنوی با سلامت روان رابطه دارد و تقویت بعد معنوی در افراد می تواند سبب کاهش تمایل به مصرف مواد و استمرار دوره درمان اعتیاد شود. ندیمی (۱۳۹۴) در پژوهشی مروری به بررسی نقش مذهب و نهادهای مذهبی در پیشگیری از سوء مصرف مواد پرداخت و به این نتیجه رسید که مذهب و نهادهای مذهبی می توانند مصرف مواد و بهبودی از آن را از طریق برقراری یک نظم

اخلاقی تحت تاثیر قرار دهند. یاوری و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی به بررسی نقش فعالیت مذهبی، الگوگیری اجتماعی، بهزیستی معنوی و نگرش به مواد بر مصرف مواد در دانشجویان پرداختند. به همین منظور ۵۰۴ دانشجو را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که فعالیت‌های مذهبی و بهزیستی معنوی بر مصرف مواد اثرگذار هستند. امیر افضلی و شیرازی (۱۳۹۵) در پژوهشی به بررسی نقش سلامت معنوی، خودکارآمدی و استعداد اعتیاد برای پیش‌بینی افراد معتاد و غیرمعتاد پرداختند. به همین منظور ۱۳۶ فرد معتاد و ۱۴۷ فرد غیرمعتاد را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که سلامت معنوی می‌تواند اعتیاد را پیش‌بینی کند. جلیلیان کاسب، حجت‌خواه و رشیدی (۱۳۹۵) در پژوهشی به بررسی نقش میانجی‌گری سرسختی روان‌شناختی در رابطه بین جهت‌گیری مذهبی، خودکارآمدی و خودپنداره با گرایش به اعتیاد پرداختند. به همین منظور ۳۵۸ نفر از دانشجویان پسر دانشگاه رازی را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که جهت‌گیری مذهبی درونی از طریق سرسختی روان‌شناختی با گرایش به اعتیاد رابطه منفی معنادار دارند. قبادزاده، مسعودی، محمدخانی و حسینی (۱۳۹۶) در پژوهشی مروری به بررسی عوامل رفتاری، هیجانی و اجتماعی مرتبط با اعتیاد پرداختند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که عواملی مانند معنویت، حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی نقش عمده در گرایش، شروع و ادامه مصرف مواد ایفا می‌کنند. کوهی و قلی‌زاده (۱۳۹۶) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که میزان دینداری و سرمایه اجتماعی بر تمایل دانشجویان به مصرف مواد مخدر تاثیر منفی دارد. عبادی، بیگدلی و کیان‌ارثی (۱۳۹۷) در پژوهشی به بررسی رابطه استرس ادراک شده و شدت وابستگی به مواد و نقش واسطه‌ای معنویت، حس انسجام و راهبردهای مقابله‌ای پرداختند. به همین منظور ۲۰۰ نفر از مردان مصرف‌کننده مواد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهرستان مینودشت را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که معنویت واسطه ارتباط استرس و شدت وابستگی است و به عنوان یک عامل حفاظت‌کننده از رفتارهای سوء مصرف مواد می‌باشد. پتیت^۱ (۱۹۹۳) در

پژوهشی به بررسی نقش معنویت در درمان اعتیاد پرداخت و به این نتیجه رسید که بالا بودن سطح معنویت در افراد از جمله عواملی است که در بهبودی از سوء مصرف مواد موثر است. پاردینی، پلنت، شرمن و استامپ^۱ (۲۰۰۰) در پژوهشی به بررسی ایمان مذهبی و معنویت در بهبود سوء مصرف مواد پرداختند. به همین منظور ۲۳۶ نفر را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که ایمان مذهبی و معنویت نقش مهمی در بهبودی از اعتیاد دارد و افراد بهبود یافته از سطوح ایمان مذهبی و معنویت بالاتری برخوردار بودند. بروکز و ماتیوس^۲ (۲۰۰۰) در پژوهشی به بررسی رابطه سلامت معنوی در مشاوران سوء مصرف مواد و اثر آن بر سلامت معنوی بیماران مراجعه کننده برای ترک مواد پرداختند و به این نتیجه رسیدند که در پس آزمون با افزایش سطح معنویت مشاوران، سطح معنویت در بیماران آن‌ها نیز افزایش پیدا کرده است و مسیر بهبودی آن‌ها تسهیل شده است. ویلز، یاگر و سندی^۳ (۲۰۰۳) در پژوهشی به بررسی اثر معنویت و مذهب بر سوء مصرف نوجوانان پرداختند. به همین منظور ۱۱۸۲ نوجوان را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که داشتن نگرش مذهبی و اعمال معنوی منجر به پیشگیری از رفتارهای پرخطری مانند سوء مصرف مواد می‌شوند. وایت و لادت^۴ (۲۰۰۶) در پژوهشی مروری به بررسی معنویت و نقش آن در اعتیاد و بهبودی از آن پرداختند و به این نتیجه رسیدند که معنویت عاملی مهم در حفاظت از گرایش به اعتیاد و نیز بهبودی از این بیماری است. آروالو و پرادو^۵ (۲۰۰۸) در پژوهشی به بررسی رابطه معنویت، حس پیوستگی و پاسخ‌های مقابله‌ای در زنان مراجعه کننده برای درمان اعتیاد مواد و الکل پرداختند و به این نتیجه رسیدند که ارتقاء سطح معنویت و پیوستگی افراد می‌تواند در درمان اعتیاد آنان موثر باشد. میلر، فورسهمیز، اولیاری و لانویی^۶ (۲۰۰۸) در دو کارآزمایی بالینی معنویت را در درمان اعتیاد مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که معنویت عامل مهمی در بهبودی از اعتیاد

1. Pardini, Plante, Sherman & Stump
 2. Brooks & Matthews
 3. Wills, Yaeger & Sandy

4. White & Laudet
 5. Arevalo & Prado
 6. Miller, Forcehimes, O'Leary & LaNoue

است. کانر، آنجلین، آنون و لانگشور^۱ (۲۰۰۹) در پژوهشی به بررسی اثر مذهبی و معنویت بر درمان سوء مصرف مواد پرداختند و به این نتیجه رسیدند که افرادی که از سطوح مذهب و معنویت بالاتری برخوردار بودند، در طول درمان کمتر به سمت مصرف مجدد مواد گرایش داشتند. هینز^۲ و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی متمرکز بر گروه، معنویت و درمان سوء مصرف مواد را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که اعتقادات افراد در مورد معنویت در بهبودی آن‌ها از سوء مصرف مواد نقش دارد. آلن و لو^۳ (۲۰۱۰) در پژوهشی مروری به بررسی مذهب، معنویت و سوء مصرف مواد پرداختند و به این نتیجه رسیدند که بین مذهب و معنویت با سوء مصرف مواد رابطه وجود دارد. ویندسور و شورکی^۴ (۲۰۱۰) در پژوهشی به بررسی تغییرات معنوی در درمان سوء مصرف مواد پرداختند. به همین منظور ۲۵۳ فرد معتاد را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که معنویت در درمان سوء مصرف مواد موثر است. گومز، دی اندراده، ایزبیک، موری پرا آلمیدا و اولیویرا^۵ (۲۰۱۳) در پژوهشی به بررسی دین به عنوان یک عامل محافظت کننده در برابر مصرف مواد در میان دانشجویان پرداختند و به این نتیجه رسیدند که مذهب عامل محافظت کننده قوی در برابر مصرف مواد مخدر است. آما تو و اسزیدلوسکی^۶ (۲۰۱۵) در پژوهشی مروری به بررسی نقش معنویت در اعتیاد و سلامت روان پرداختند و به این نتیجه رسیدند که معنویت عنصری اساسی در بهبودی از اعتیاد است. هورتون، لونا و مالوی^۷ (۲۰۱۶) در پژوهشی به بررسی ارتباط بین سبک‌های دلبستگی، معنویت و اختلال شخصیت در میان افراد مراجعه کننده برای درمان سوء مصرف مواد پرداختند و به این نتیجه رسیدند که سطوح بالای معنویت عامل حمایتی در درمان سوء مصرف مواد است. لونا، هورتون، شرمین و مالوی^۸ (۲۰۱۷) در پژوهشی به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس بهزیستی معنوی در افراد با سوء مصرف مواد و ارتباط آن با سوء مصرف مواد پرداختند و دریافتند

1. Conner, Anglin, Annon & Longshore
2. Heinz
3. Allen & Lo
4. Windsor & Shorkey

5. Gomes, De Andrade, Izbecki, Moreira Almeida & Oliveira
6. Amato & Szydłowski
7. Horton, Luna & Malloy
8. Luna, Horton, Sherman & Malloy Malloy

که ابزار مورد استفاده آن‌ها از روایی و پایایی خوبی برخوردار است و بهزیستی معنوی با سوء مصرف مواد ارتباط دارد و یک عامل حمایتی مهم در درمان سوء مصرف مواد است. نورمحمدی، نیک فرجام، دریز و پروین (۲۰۱۷) در پژوهشی به بررسی بهزیستی معنوی و عوامل مرتبط با عود مصرف مواد افیونی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که افراد دارای سابقه عود نمرات بهزیستی معنوی پایین تری داشتند. نورالهدی، نجوا هانیم، خیری، نورواتی و آنیزا^۱ (۲۰۱۷) در پژوهشی به بررسی تاثیر معنویت در عود مجدد در بیماران تحت درمان سوء مصرف پرداختند و به این نتیجه رسیدند که نقص در سطح معنویت این افراد با عود مجدد در آن‌ها رابطه دارد. آی و لی^۲ (۲۰۱۸) در پژوهشی به بررسی سوء استفاده شدن در دوران کودکی، اعمال مذهبی و اختلالات مصرف مواد پرداختند و دریافتند که اعمال مذهبی می تواند یک عامل حمایتی در برابر مصرف مواد باشد. واعظی و فلاحی خشک‌ناب (۱۳۹۶) راهبردهای مقابله معنوی در برابر میل مجدد به مصرف مواد مخدر را به شرح جدول زیر ارائه کرده‌اند.

جدول ۱: راهبردهای مقابله معنوی در برابر میل مجدد به مصرف مواد مخدر

طبقات اصلی	طبقات اولیه	درون مایه
باورهای معنوی	استمداد از خدا	
	مشمول لطف خدا بودن	
	احساس شرم از خدا	
	ایمان به خدا	
	ارتباط با خدا	
	عضویت در انجمن معتادان گمنام	
	بهره بردن از تجربه افراد بهبود یافته	
	خانواده حمایت گر	
	ایجاد شبکه اجتماعی سالم	
منابع حمایت محور	جستجوی منابع اطلاعات	مقابله معنویت محور
	واقع گرایی	
	تقویت عزت نفس	

جدول ۱: راهبردهای مقابله معنوی در برابر میل مجدد به مصرف مواد مخدر

درون مایه	طبقات اصلی	طبقات اولیه
	تحولات معنوی	هدفمندی
		خدمت گذاری
		پرداختن به فعالیت‌های سالم
		خودکنترلی و خویشنداری
		خویشتن باوری
		رسیدن به خودآگاهی

بحث و نتیجه گیری

امروزه اعتیاد روز به روز در حال گسترش است. اهمیت برخورد علمی و اصولی با اعتیاد زمانی مشخص می‌شود که بدانیم بر اساس گزارش‌ها، اعتیاد به موادمخدر یکی از چهار بحران جهانی است که در کنار سه بحران دیگر یعنی محیط زیست، فقر و تهدیدات اتمی قرار دارد. همچنین افزایش سرسام آور مصرف موادمخدر در جهان و قاچاق روز افزون این مواد، گستره و تنوع موادمخدر سنتی و صنعتی آن را به تجارتی پرسود تبدیل کرده است (محمدی جلالی فراهانی، کرمی، رسولی، رسولی و فضلی، ۱۳۹۳). جوامع بشری همواره با مشکلات و آسیب‌های بسیاری مواجه بوده‌اند. با توجه به این که آسیب‌های اجتماعی بخش قابل توجهی از امور و سرمایه‌ها را به خود اختصاص داده‌اند و از آن جهت که توجه به آسیب‌ها منجر به پیشگیری و همچنین درمان آسیب‌ها می‌شود، این امر همواره مورد توجه انسان‌ها در دوره‌های مختلف واقع شده است (صادقی، ۱۳۹۳). اعتیاد ابتلای اسارت آمیز فرد به ماده یا داروی مخدر است، به گونه‌ای که فرد را از نظر جسمی و روانی به خود وابسته می‌کند و به علت ماهیت پیشرونده‌ای که دارد در همه ابعاد، سلامت فرد، خانواده و جامعه را به خطر می‌اندازد. این موضوع یک مشکل عمده فردی و اجتماعی است که علاوه بر عوارض جسمی و روانی آن برای افراد معتاد، سلامت جامعه را نیز از نظر اجتماعی و اقتصادی، سیاسی و فرهنگی مورد تهدید و آسیب قرار می‌دهد (اصغری و همکاران، ۱۳۹۲؛ فولادوندی و همکاران، ۱۳۹۳). سوء مصرف مواد اختلال پیچیده‌ای در خود فرد است. الگوهای رفتاری و فکری خود تهدید کننده و خودمخرب، آشفتگی در

سبک زندگی و عملکرد فردی را آشکار می‌سازند، با وجودی که اثرات ژنتیکی، فیزیولوژیکی و شیمیایی مواد شناخته شده است، اما خود فرد باید مسئولیت اولیه اختلال و بهبودیش را بپذیرد. بنابراین اعتیاد یک علامت است و نه جوهر و اصل اختلال، مشکل خود فرد است نه مواد (کریم نژاد و همکاران، ۱۳۹۳). به طور قطع مواد مخدر افراد را از نظر ابعاد فیزیکی، روانی، هیجانی و معنوی تحت تاثیر قرار می‌دهد و حمایت‌های معنوی می‌تواند زمینه ساز بهبودی و بهزیستی کلی دراز مدت را فراهم نماید (بیگی و همکاران، ۱۳۹۲).

به طور کلی و با توجه به مطالبی که در این مقاله عنوان شده است، می‌توان گفت که سوء مصرف مواد عاملی است که می‌تواند به طور همزمان سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی افراد را به خطر اندازد. بنابراین به منظور برخورد اصولی و صحیح با پدیده سوء مصرف مواد نیاز است همه این ابعاد و به ویژه بعد معنوی مورد توجه قرار گیرد، چون در زمینه معنویت این احتمال می‌تواند وجود داشته باشد که با ارتقا سطوح معنویت و بهزیستی معنوی، بتوان گامی موثر در امر پیشگیری و درمان این بیماری برداشت. این طور به نظر می‌رسد که باورهای معنوی و ایمان مذهبی عامل نگهدارنده از سوء مصرف مواد و از جمله مهم ترین مهارت‌ها برای رویارویی با پدیده سوء مصرف مواد هستند.

عوامل محافظت کننده از جمله بهزیستی معنوی از بروز اعتیاد در افراد جلوگیری می‌کند. اگر عوامل خطر را در جامعه کم و عوامل محافظت کننده افزایش داده شود می‌توان از بروز آسیب‌های اجتماعی از جمله اعتیاد تا حد قابل ملاحظه‌ای جلوگیری کرد. تحقیقات نشان می‌دهد که عقاید مذهبی و معنویت یکی از اصلی ترین عوامل محافظت کننده در برابر آسیب‌هایی چون اعتیاد محسوب می‌شوند. عقاید و باورهای مذهبی و معنوی به عنوان عوامل حمایتی هستند که به واسطه افزایش امید، قدرت و معنی بخشی به زندگی، فشار روانی زندگی را کم می‌کنند و کیفیت زندگی را به ویژه در افراد معتاد بهبود می‌بخشند و حتی مانع گرایش افراد به اعتیاد می‌شوند. مذهب و نهادهای مذهبی

می‌توانند مصرف مواد و بهبودی از آن را از طریق برقراری یک نظم اخلاقی تحت تأثیر قرار دهند. تجربه معنوی می‌تواند تعهدات اخلاقی را تحکیم بخشد و این نیز به نوبه خود مانع از مصرف الکل و دیگر مواد مخدر می‌شود. متخصصان ترک اعتیاد می‌توانند در کنار روش‌های معمول ترک، به تقویت باورهای مذهبی و ایجاد نظام معناداری به زندگی در مراجعان خود، به کاهش وابستگی به مواد در آن‌ها کمک کنند.

در ترکیب نتایج پژوهش‌های انجام شده می‌توان گفت که بهزیستی معنوی هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم در پیشگیری از سوء مصرف مواد نقش دارد. بدین صورت که معنویت از اثرات مختلف استرس و فشار روانی از طریق تأثیر بر شناخت، هیجان و رفتار همچون ضربه‌گیر عمل می‌کند. بهزیستی معنوی باعث شکل‌گیری جهان بینی سازنده در ارتباط با خود، دیگران و طبیعت می‌شود. همچنین بهزیستی معنوی موجب معنا دادن به زندگی و احساس امید و خوش‌بینی می‌شود. معنویت موجب ارضای نیازهای عاطفی و سبک زندگی سالم مبتنی بر رفتارهای مراقبتی می‌شود.

بهزیستی معنوی به صورت غیرمستقیم نیز منجر به جلوگیری از روی آوری به سوء مصرف مواد می‌شود. بدین صورت که بهزیستی معنوی منجر به افزایش پیامدهای مثبت و کاهش پیامدهای منفی می‌شود. بر اساس پژوهش‌ها بهزیستی معنوی با امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی، رضایت از زندگی، عزت نفس، تاب‌آوری، حمایت اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت دارد و این متغیرها نیز با گرایش به اعتیاد رابطه منفی دارند. بنابراین می‌توان گفت که بهزیستی معنوی منجر به پیامدهای مثبت نظیر افزایش حمایت اجتماعی در زمان مواجهه با استرس می‌شود و از این طریق از برخورد هیجان‌مدار با وقایع استرس‌زا جلوگیری می‌کند و فرد را از گرایش به مصرف مواد باز می‌دارد. معنویت از طریق تأثیر بر ابعاد سلامت و افکار فرد بر رضامندی زندگی تأثیر می‌گذارد. محور اصلی معنویت احساس هدفمند بودن و معنادار بودن زندگی است. فعال شدن مفاهیم معناداری و هدفمندی در زندگی می‌تواند پیامدهای معنادار و هدفمندی را که همان بهبود

سلامت روانی و بهزیستی است را به دنبال داشته باشد و از این طریق مانع از گرایش به مصرف مواد مخدر شود. معنویت با افزایش خود آگاهی، ایجاد ارتباط و پیوند با اطرافیان و دریافت حمایت اجتماعی از سوی دیگران، افزایش حس اطمینان، معنی و هدف در زندگی و مقابله و سازگاری مؤثر با مشکلات روانی و جسمانی در کنار دیگر مؤلفه‌های مرتبط با سلامت روانی، موجب بهبود و ارتقاء سلامت روانی و جسمانی افراد می‌شود و سطح سازگاری افراد با رویدادهای زندگی را افزایش می‌دهد و این موارد نقش مهمی در پیشگیری از اعتیاد دارند. در واقع معنویت باعث می‌شود که فرد دارای هویت یکپارچه، رضایت، شادی، عشق، احترام، نگرش‌های مثبت، آرامش درونی و هدف و جهت در زندگی باشد. بهزیستی معنوی همچنین با کاهش خلق منفی همچون افسردگی و اضطراب مانع از گرایش فرد به مصرف مواد می‌شود. وجود خلق منفی از جمله افسردگی و اضطراب می‌تواند منجر به گرایش به اعتیاد شود. لذا بهزیستی معنوی می‌تواند احساس پوچی و در نتیجه خلق منفی را کاهش دهد و از این طریق مانع از گرایش فرد به مصرف مواد شود. با توجه به اینکه مقابله معنوی می‌تواند هم منجر به پیشگیری از اعتیاد شود و هم مانع از مصرف دوباره مواد مخدر شود، بهتر است متخصصان و مددکاران اجتماعی به رشد معنویت به عنوان یک عامل ضربه گیر در برابر مصرف مواد و میل به مصرف مجدد توجه بیشتری داشته باشد. همچنین مسئولین نیز برای تقویت مقابله معنوی در نوجوانان و جوانان برنامه ریزی نمایند و از مقابله معنوی برای پیشگیری از اعتیاد و مصرف مجدد با استفاده از تقویت برنامه‌های حمایتی و خودمراقبتی بهره ببرند.

منابع

- اسماعیلی نسب، مریم؛ اندامی خشک، علیرضا؛ آزرمی، هاله و ثمرخی، امیر (۱۳۹۳). نقش پیش بینی کنندگی دشواری در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در اعتیاد پذیری دانشجویان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۸(۲۹)، ۶۳-۴۹.
- اصغری، فرهاد؛ کردمیرزا، عزت اله و احمدی، لیلیا (۱۳۹۲). رابطه نگرش مذهبی، منبع کنترل و گرایش به سوء مصرف مواد در دانشجویان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۷(۲۵)، ۱۱۲-۱۰۳.

امیرافضلی، زهرا و شیرازی، محمود (۱۳۹۵). نقش سلامت معنوی، خودکارآمدی و استعداد اعتیاد

برای پیش‌بینی افراد معتاد و غیر معتاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۰(۳۹)، ۷۹-۹۳.

بامداد، مریم؛ فلاحی خشک‌ناب، مسعود؛ دالوندی، اصغر و فدایی اردکانی، محمدرضا (۱۳۹۲). تاثیر

مراقبت معنوی بر سلامت معنوی وابستگه به آمفتامین. *روان پرستاری*، ۱(۳)، ۱۸-۱۰.

بیگی، علی؛ محمدی‌فر، محمدعلی؛ عیسی مراد، ابوالقاسم و نجفی، محمود (۱۳۹۲). نقش معنویت

در پیش‌بینی سبک‌های مقابله با استرس. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۴(۱۴)، ۱۲۷-

۱۱۳.

پورنیکدست، سبحان؛ تقی‌زاده، محمد احسان؛ علی اکبری دهکردی، مهناز؛ امیدیان، مهدی و

میکائیلی حور، فرهنگ (۱۳۹۳). مقایسه نوجوانان با نگرش مذهبی بالا و پایین از لحاظ

سازگاری تحصیلی، عاطفی، اجتماعی و گرایش به اعتیاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۸(۲۳)، ۸۵-

۷۵.

جلیلیان کاسب، فاطمه؛ حجت‌خواه، محسن و رشیدی، علیرضا (۱۳۹۵). بررسی نقش میانجی‌گری

سرسختی روان‌شناختی در رابطه بین جهت‌گیری مذهبی، خودکارآمدی و خودپنداره با

گرایش به اعتیاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۰(۴۰)، ۱۶۰-۱۴۶.

حاجی اسماعیلی، محمدرضا؛ عباسی، محمود؛ جنیدی جعفری، نعمت‌اله؛ عبدالجباری، مرتضی؛

فانی، محمد؛ مصری، مهدی؛ باقرنژاد، فرزانه؛ شاه‌حسینی، علی اکبر و واحدیان عظیمی، امیر

(۱۳۹۳). تبیین مفهوم سلامت معنوی: یک مطالعه هیبرید. *فصلنامه تاریخ پزشکی*، ۶(۲۱)، ۴۹-

۱۵.

حسن، جعفر؛ شیخان، ریحانه؛ محمودزاده، اکرم و نیکرو، معصومه (۱۳۹۳). نقش بهزیستی معنوی

و راهبردهای مقابله‌ای در رفتارهای پرخطر نوجوانان. *اندیشه و رفتار*، ۹(۳۳)، ۲۶-۱۷.

حسین دخت، آرزو؛ فتحی آشتیانی، علی و تقی‌زاده، محمد احسان (۱۳۹۲). رابطه هوش معنوی و

بهزیستی معنوی با کیفیت زندگی و رضایت‌ناشویی. *روان‌شناسی و دین*، ۶(۲)، ۷۴-۵۷.

حسینی‌المدنی، علی؛ احدی، حسن؛ کریمی، یوسف؛ بهرامی، هادی و معاضدیان، آمنه (۱۳۹۱).

مقایسه تاب‌آوری، سبک‌های هویتی، معنویت و حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد معتاد،

غیر معتاد و بهبودیافته. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۶(۲۱)، ۶۳-۴۷.

دهشیری، غلامرضا؛ نجفی، محمود؛ سهرابی، فرامرز و ترقی‌جاه، معصومه (۱۳۹۲). ساخت و

اعتباریابی پرسشنامه بهزیستی معنوی در میان دانشجویان. *مطالعات روانشناختی*، ۹(۴)، ۹۸-۷۳

زرگر، یداله؛ نجاریان، بهمن و نعیمی، عبدالزهرا (۱۳۸۷). بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی (هیجان خواهی، ابراز وجود، سرسختی روان شناختی) نگرش مذهبی و رضایت زناشویی با آمادگی اعتیاد به مواد مخدر در کارکنان یک شرکت صنعتی در اهواز. *مجله علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه شهید چمران*، ۳(۱)، ۱۲۰-۹۹.

زمانی، سجاد (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین کمرویی و گرایش به اعتیاد در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه پیام نور مهران در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۳. *فصلنامه دانش انتظامی ایلام*، ۴(۱۶)، ۱۱۳-۹۵.

شیخ الاسلامی، فرزانه؛ ستوده ناورودی، امید؛ زینعلی، شینا و طالبی، محمود (۱۳۹۲). ارتباط باورهای مذهبی، سلامت روان، عزت نفس و خشم در افراد عادی و وابسته به مواد. *پرستاری و مامایی جامع نگر*، ۲۳(۷۰)، ۴۵-۵۱.

صادقی، مجید (۱۳۹۳). پیش‌بینی گرایش به اعتیاد بر اساس بهزیستی معنوی و احساس تنهایی در دانش‌آموزان دبیرستانی. *نشریه سلامت و تندرستی در مدارس (سما)*، ۱، ۲۹-۲۳.

طییبی، جمال‌الدین؛ نصیری پور، امیر اشکان؛ رئیسی، پوران و قیاسی، محمد (۱۳۹۲). بررسی نقش مصرف متادون بر سلامت معنوی معتادان. *پژوهش در پزشکی*، ۳۷(۲)، ۹۸-۱۰۱.

عبادی، الهه؛ بیگدلی، ایمان اله و کیان ارثی، فرحناز (۱۳۹۷). رابطه استرس ادراک شده و شدت وابستگی به مواد: نقش واسطه‌ای معنویت، حس انسجام و راهبردهای مقابله‌ای. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۵)، ۱۵۰-۱۳۲.

عباسی، محمود؛ عزیزی، فریدون؛ شمس گوشکی، احسان؛ ناصری راد، محسن و اکبری لاکه، مریم (۱۳۹۱). تعریف مفهومی و عملیاتی سازی سلامت معنوی: یک مطالعه روش شناختی. *فصلنامه اخلاق پزشکی*، ۶(۲۰)، ۴۴-۱۱.

عزیزی، فریدون و گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی (۱۳۹۳). *سلامت معنوی؛ چپستی، چرایی و چگونگی*. تهران: انتشارات حقوقی.

غیاثی، مهناز و صفایی، صدیقه (۱۳۹۱). *رابطه بهزیستی معنوی و باورهای درد در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد*. چهارمین کنگره بین‌المللی روان‌تنی.

فولادوندی، معصومه؛ تیرگری، بتول؛ ملکیان، لیلیا؛ فولادوندی، غلامرضا و عزیز زاده فروزی، منصوره (۱۳۹۳). بررسی ارتباط سلامت معنوی با اعتقادات مذهبی در مراجعان مراکز ترک

اعتیاد شهرستان بم در سال ۱۳۹۲. *فصلنامه فقه پزشکی*، ۶(۲۱-۲۰)، ۱۹۹-۱۷۱.

- قبادزاده، سیمین؛ مسعودی، مرضیه؛ محمدخانی، شهرام و حسنی، جعفر (۱۳۹۶). بررسی عوامل رفتاری، هیجانی و اجتماعی مرتبط با اعتیاد. *فصلنامه سلامت اجتماعی*، ۴(۱۳)، ۴۴-۱۳.
- کریم نژاد، فرزاد؛ مکتبی، غلامحسین؛ وطن خواه، محمد؛ فیروزی، علی اصغر و رحیمی، هانی (۱۳۹۳). مقایسه ویژگی شخصیتی توافق پذیری (سازگاری) و سلامت معنوی معتادان مقیم در مراکز اجتماع درمان مدار و معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون اهواز. *مجله پزشکی هرمزگان*، ۱۸(۱)، ۸۳-۷۵.
- کلاهی حامد، صبا؛ احمدی، عزت اله و شالچی، بهزاد (۱۳۹۷). تبیین گرایش به مصرف مواد مخدر بر اساس هوش معنوی و خردمندی. *فصلنامه علمی-پژوهشی افق دانش*، ۲۴(۲)، ۱۴۷-۱۵۲.
- کوهی، کمال و قلی زاده، صغری (۱۳۹۶). مدل سازی علل تمایل دانشجویان به مصرف مواد مخدر با کاربرد نرم افزار لیزرل. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۲)، ۵۱-۳۲.
- محمدی جلالی فراهانی، مجتبی؛ کرمی، حمیدرضا؛ رسولی، ندا؛ رسولی، مجید و فضلای، مهدی (۱۳۹۳). بررسی عوامل موثر در گرایش دانش آموزان دوره متوسطه به سوء مصرف مواد مخدر و راه های پیشگیری از آن. *فصلنامه مطالعات مبارزه با مواد مخدر*، ۶(۲۰، ۲۱)، ۷۸-۶۳.
- محمدی، داوود و مهرابی زاده هنرمند، مهناز (۱۳۸۵). ارتباط نگرش مذهبی با مکان کنترل و نقش جنسیت. *پژوهش های روان شناختی*، ۹(۴-۳)، ۶۴-۴۷.
- مصباح، مجتبی (۱۳۹۲). *سلامت معنوی از دیدگاه اسلام (مفاهیم، شاخص ها، مبانی)*. تهران: انتشارات حقوقی
- مکارم، سپیده و زنجانی، زهرا (۱۳۹۲). رابطه دینداری، خانواده و اعتقاد به پیامدهای مصرف مواد با میزان مصرف مواد مخدر. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۷(۲۸)، ۸۸-۷۵.
- ندیمی، محسن (۱۳۹۴). نقش مذهب و نهادهای مذهبی در پیشگیری از سوء مصرف مواد. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۲(۶)، ۹۰-۶۳.
- نعمت اللهی، فاطمه؛ گلزاری، محمود و شمس، جمال (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش مقابله مثبت بر کاهش اعتیادپذیری دانشجویان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۳(۱۲)، ۶۷-۵۳.
- نقیبی، ابوالحسن؛ اشعری، سرور؛ رستمی، فرشته و حسینی، حمزه (۱۳۹۴). بررسی رابطه سلامت معنوی با سلامت روان در بیماران تحت درمان نگهدارنده متادون (MMT). *مجله تحقیقات سلامت در جامعه*، ۱(۱)، ۶۹-۶۱.

واعظی، کبری و فلاحی خشک‌ناب، مسعود (۱۳۹۶). مقابله معنوی معتادان بهبودیافته در برابر میل به مصرف مجدد مواد مخدر. *مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، ۶(۴)، ۴۶۰-۴۴۹.

یاوری، سمیرا؛ نوری قاسم آبادی، ربابه و حسن آبادی، حمیدرضا (۱۳۹۴). مدل‌یابی ساختاری مصرف مواد در دانشجویان: نقش فعالیت مذهبی، الگوگیری اجتماعی، بهزیستی معنوی و نگرش به مواد. *پژوهش در سلامت روان شناختی*، ۹(۲)، ۱۲-۱.

- Ai, A. L., & Lee, J. (2018). Childhood Abuse, Religious Involvement, and Lifetime Substance Use Disorders among Latinas Nationwide. *Substance use & misuse*, 53(13), 2099-2111
- Allen, T. M & Lo, C. C. (2010). Religiosity, spirituality, and substance abuse. *Journal of Drug Issues*, 40(2), 433-459.
- Amato, P. P & Szydlowski, S.
- Amjad, F & Bokhary, I. Z. (2014). The impact of spiritual well being and coping strategies on patients with generalized anxiety disorder. *Journal of Muslim mental health*, 8(1), 21-38.
- Are'valo, S & Prado, G. (2008). Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Evaluation and Program Planning*, 13(4), 113-123.
- Brooks, C. W & Matthews, C. O. (2000). The Relationship among Substance Abuse Counselors' Spiritual Well-Being, Values, and Self-Actualizing Characteristics and the Impact on Clients' Spiritual Well-Being. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 21(1), 23-33.
- Chawla, N., Neighbors, C & Lewis, M. A. (2007). Attitudes and perceived importance of drinking as mediators of the relationship between importance of religion and alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68, 410 – 418.
- Conner, B. T., Anglin, M. D., Annon, J & Longshore, D. (2009). Effect of religiosity and spirituality on drug treatment outcomes. *The journal of behavioral health services & research*, 36(2), 189-198.
- Golparvar, M & Abedini, H. (2014). The relationship between spirituality and meaning at work and the job happiness and psychological well being: a spiritual affective approach to the psychological well being. *International journal of management and sustainability*, 3(3), 160-175.
- Gomes, F. C., Andrade, A. G. D., Izbicki, R., Moreira-Almeida, A & Oliveira, L. G. D. (2013). Religion as a protective factor against drug use among Brazilian university students: a national survey. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(1), 29-37.
- Hawks, S. R., Goudy, M. B & Gast, J. A (2003). Emotional eating and spiritual well-being: a possible connection. *American journal of health education*, 34(1), 30-33.

- Heinz, A. J., Disney, E. R., Epstein, D. H., Glezen, L. A., Clark, P. I & Preston, K. L. (2010). A focus-group study on spirituality and substance-user treatment. *Substance use & misuse*, 45(1-2), 134-153.
- Holder, M. D., Coleman, B & Wallace, J. M (2010). Spirituality, religiousness and happiness in children aged 8-12 years. *Journal of happiness study*, 11(2), 131-150.
- Horton, G., Luna, N & Malloy, T. (2016). Exploring Relationships between Adult Attachment, Spirituality and Personality Disorder Traits among Individuals in In-patient Treatment for Substance Use Disorders. *International Journal of Social Work*, 3(1), 16- 41.
- Kim, Y & Seidlitz, L (2002). Spirituality moderates the effect stress on emotional and physical adjustment. *Personality and individual differences*, 32(8), 1377-1390.
- Luna, N., Horton, E. G., Sherman, D & Malloy, T. (2017). Exploring the Psychometric Properties of the Spiritual Well-Being Scale among Individuals with Substance Use Disorders. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 15(4), 826-841.
- Miller, W. R., Forcehimes, A., O'Leary, M. J & LaNoue, M. D. (2008). Spiritual direction in addiction treatment: Two clinical trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35(4), 434-442.
- Noormohammadi, M. R., Nikfarjam, M., Deris, F & Parvin, N. (2017). Spiritual well-being and associated factors with relapse in opioid addicts. *Journal of clinical and diagnostic research: Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(3), VC07–VC10.
- Nurulhuda, M. M., Najwa Haneem, M., Khairi, C. M., Norwati, D & Aniza, A. A. (2017). Spiritual Influence towards Relapse in Opioid Addicts in Therapy. *International Medical Journal Malaysia*, 16(1), 71-74.
- Pardini, D. A., Plante, T. G., Sherman, A & Stump, J. E. (2000). Religious faith and spirituality in substance abuse recovery: Determining the mental health benefits. *Journal of substance abuse treatment*, 19(4), 347-354.
- Peteet, J. R. (1993). A closer look at the role of a spiritual approach in addictions treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10(3), 263-267.
- Saleem, R & Alikhan, S. (2015). Impact of spirituality on well-being old age people. *International Journal of Indian psychology*, 2(3), 172-181.
- White, W & Laudet, A. (2006). Spirituality, science and addiction counseling. *Counselor Magazine*, 7(1), 56-59.
- Wills, T., Yaeger, A & Sandy, J (2003). Buffering effect of religiosity for adolescent substance use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(1), 24-31.

Windsor, L. C & Shorkey, C. (2010). Spiritual change in drug treatment: utility of the Christian inventory of spirituality. *Substance abuse*, 31(3), 136-145.

