

## تأثیر آموزش مهارت‌های معنوی بر افکار اضطرابی دختران نوجوان تحت درمان با متادون

یوسف رنجبرسودجانی<sup>۱</sup>، کبیر شریفی<sup>۲</sup>، ام‌النبی خزائی<sup>۳</sup>

### چکیده

همبودی سوء مصرف مواد و اختلالات اضطرابی، در مطالعات مختلف به اثبات رسیده و تلویحات بالینی زیادی را به همراه داشته است. هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های معنوی بر افکار اضطرابی دختران نوجوان تحت درمان با متادون بود. طرح پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. بدین منظور ۳۰ نفر به صورت هدف‌مند انتخاب و سپس در دو گروه ۱۵ نفری کنترل و آزمایش بصورت تصادفی جایگزین شدند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه، دو بار در هر هفته به مدت دو ساعت آموزش مهارت‌های معنوی را به شیوه گروهی دریافت کردند. ابزار به کار رفته در این پژوهش، مقیاس افکار اضطرابی بود که به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آزمون تحلیل کوواریانس یک‌متغیره تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد که پس از آموزش مهارت‌های معنوی، میزان نمره افکار اضطرابی بیماران گروه آزمایش کاهش یافت و از نظر آماری معنی‌دار بود. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود که این نوع آموزش در کنار درمان‌های دارویی برای کاهش افکار اضطرابی و افزایش سلامت روانی نوجوانان تحت درمان با متادون در نظر گرفته شود.

**کلید واژه‌ها:** آموزش مهارت‌های معنوی، اضطراب، اعتیاد، درمان با متادون

۱. نویسنده مسئول: عضو باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان دانشگاه آزاد واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران، پست

الکترونیک: yusef137205@gmail.com

۲. مربی، گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران.

۳. کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

## مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر، یکی از مشکلات بهداشتی و اجتماعی قرن حاضر است که مهم‌ترین دغدغه فکری و یکی از ناگوارترین آسیب‌های اجتماعی به شمار می‌رود. اعتیاد نه تنها منجر به آسیب‌های شدید و عمیق جسمی و روانی در فرد مبتلا می‌گردد، بلکه باعث آسیب‌های اجتماعی متعدد نظیر طلاق، بزهکاری و بیکاری هم می‌شود. مطالعات زیادی نشان داده است که اغلب بیماران دچار سوء مصرف مواد بطور همزمان به بیماری‌های جسمی متعددی مبتلا هستند. هم‌چنین، این افراد با احتمال مرگ و میر بیشتری مواجه هستند، به نحوی که افراد دچار سوء مصرف مواد به طور متوسط ۱۳/۸ سال کمتر از دیگران عمر می‌کنند (نیک فرجام، ممتازی، جعفری و خسروی، ۱۳۹۱). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۱</sup>، اعتیاد را به‌عنوان الگوی ناسازگار از مصرف یک ماده شرح می‌دهد که از لحاظ بالینی منجر به اختلالات یا افسردگی قابل ملاحظه‌ای می‌شود. این بیماری با مصرف یک ماده شروع شده و با گذشت زمان و به علت وابستگی بدن به آن ادامه می‌یابد. به گونه‌ای که فرد مصرف‌کننده تحمل مصرف نکردن آن را ندارد و در هر زمانی و برای آن که بتواند شرایط عادی و روزانه خود را داشته باشد به ناچار مجبور است که از آن استفاده کند و با گذشت زمان، رفتار جستجوگرانه مواد حالتی اجباری پیدا کرده و به علت تأثیرات سمی طولانی مواد بر عملکرد مغز، دامنه وسیعی از بدکارکردی‌های رفتاری، روان‌شناختی، اجتماعی و فیزیولوژیکی را ایجاد می‌کند که مانع از انجام رفتار و عملکرد طبیعی در خانواده، محیط کار و در سطح وسیع‌تر در جامعه می‌شود (سادوک و سادوک<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶).

وابستگی و اعتیاد به سوء مصرف مواد مخدر بصورت قابل توجهی در جهان رو به گسترش است. براساس پژوهشی که در سال ۱۳۸۹ در میان زنان معتاد شهر تهران انجام شده است، علل شروع به مصرف مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند. در این مطالعه، انگیزه حدود نیمی از این زنان (۴۷/۸ درصد) «لاغری» عنوان شده است. «افزایش تمرکز»، «کنجکاو»<sup>۳</sup>، «افزایش

قدرت جنسی» از دیگر دلایل پر بسامد این مطالعه بوده است. «افزایش حافظه و سایر قوای ذهنی»، «کارایی بیشتر»، «افزایش انرژی»، «شب بیداری» در مرتبه‌های بعدی قرار گرفته‌اند و در نهایت «ترک سایر مواد مخدر»، «افسردگی»، «شادابی پوست»، «اضطراب» از دیگر دلایل آغاز مصرف ذکر شده‌اند (نوری و همکاران، ۱۳۸۹). گروه همسالان ممکن است رفتار دختران و زنان را بیش از رفتار پسران و مردان تحت تأثیر قرار دهد. از نقطه نظر نابسامانی‌های روانی، رابطه بین اختلال استرس پس از سانحه و اعتیاد ممکن است در بین زنان و دختران قوی‌تر از این رابطه در بین پسران و مردان باشد (استراسنر و براون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). میزان مصرف مواد مخدر در بین نوجوانان دختر و پسر بطور بسیار نگران‌کننده‌ای نزدیک به یکسان شدن است. بر اساس برخی پژوهش‌ها ورود دختران جوان نسبت به پسران جوان در اعتیاد هروئین، پیشی گرفته است (کوهن<sup>۲</sup>، ۱۳۸۱). اگر چه استفاده زنان از مواد مخدر و الکل در حال افزایش است، اختلاف‌های جنسیتی عمده‌ای هنوز در این زمینه وجود دارد. در مقایسه با مردان احتمال کمتری وجود دارد که زنان از مواد مخدر استفاده کنند. به مجردی که زنان سوء مصرف مواد را آغاز می‌کنند، نسبت به مردان سریع‌تر گرایش به اعتیاد را نشان می‌دهند و نیز زودتر از آنان پیامدهای منفی (از نقطه نظر پزشکی) را تجربه می‌کنند. هم‌چنین، عواملی که خطر اعتیاد را برای زنان به دنبال دارد با عوامل خطر در مردان متفاوت است و در مقایسه با مردان، موانع درمان در زنان ممکن است اختلالات روانی را به همراه داشته باشد (چیرینو<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۳۸۲). افراد معتاد نسبت به افراد عادی، هیجان‌های منفی، بی‌حوصلگی، خستگی، تنهایی، شرم، اضطراب، نگرانی، جر و بحث، فشار روانی، فشار شدید مشکلات خانوادگی و عزت‌نفس پایین بیشتری را گزارش می‌کنند. مشکلات مربوط به اضطراب، شایع‌ترین شکل مشکلات روان‌شناختی در افراد وابسته به مواد مخدر هستند (دزد<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۹). افکار اضطرابی<sup>۵</sup>، توسط ولز و دیویس<sup>۶</sup> (۱۹۹۴) در سه مقیاس اضطراب اجتماعی<sup>۷</sup>، اضطراب جسمانی<sup>۸</sup> و اضطراب نگرانی<sup>۹</sup> (فرانگرانی) مطرح شده است. اضطراب

1. Straussner & Brown  
2. Cohen  
3. Chirino  
4. Dads  
5. anxious thoughts

6. Wells & Davies  
7. social anxiety  
8. physical anxiety  
9. concern anxiety

اجتماعی نوعی اضطراب است که با ترس و اضطراب شدید در موقعیت‌های اجتماعی شناخته می‌شود و حداقل بخشی از فعالیت‌های روزمره شخص را مختل می‌کند (پائولو آنجلیوس، کریپپا و رجینا لوریرو<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). اضطراب جسمانی اشاره به افرادی دارد که درباره مشکل بدنی‌شان ناراحت هستند و زندگی و روابطشان مختل می‌شوند. نقایصی که این افراد درباره‌اش نگران هستند، عمدتاً خیالی است یا نگرانی فرد بسیار افراطی است (هازلت-استونس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). به نگرانی که با افزایش افکار مزاحم همراه است و موجب بسط و گسترش افکار مزاحم می‌شود، فرانگرانی می‌گویند (دوستی، ۱۳۹۴). اختلال‌های اضطرابی جزء اختلال‌های درون نمود هستند. اختلال‌های درون نمود، الگوهای رفتاری سازش یافته‌ای هستند که بیش از آن که اطرافیان را آزار دهد، موجب رنجش خود فرد می‌شوند و هسته اصلی آن‌ها اختلال‌های خلقی یا هیجانی است (دادستان، طهرانی‌زاده، رسول‌زاده طباطبایی، آزاد فلاح و فتحی آشتیانی، ۱۳۸۹). اضطراب زیاد باعث درماندگی، اختلال در امور مدرسه، شغل و روابط با دوستان و خانواده می‌شود (کندال و هتک<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). مطالعات انجام شده در مورد شیوع‌شناسی این اختلال نشان داده است که در حدود ۸ تا ۱۲ درصد کودکان و ۵ تا ۱۰ درصد نوجوانان با یکی از معیارهای تشخیصی اختلال اضطرابی، در حدی که روند زندگی عادی و عملکرد روزانه‌ی آن‌ها را مختل نماید، مواجه هستند (موسوی، محمودی‌قرایی و اکبری‌زردخانه، ۱۳۸۷). این در حالی است که دخترها بیشتر از پسرها به اختلال اضطرابی دچار می‌شوند (کنولی و برنستین<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). متخصصان روان‌شناسی برای کاهش اختلال‌های روانی از جمله، اضطراب و افسردگی از روش‌های مختلفی بهره گرفته‌اند که از آن جمله می‌توان از روش‌های دارو درمانی، روان تحلیل‌گری، شناخت درمانی و رفتار درمانی را نام برد (غباری‌بناب، متولی‌پور و حبیبی، ۱۳۸۸). یکی از موضوعاتی که امروزه مورد توجه قرار گرفته است، معنویت و معنادرمانی است. به نظر می‌رسد زمان آن رسیده است که راه‌کارهای معنوی، با نظریه و روش‌های علمی روان درمانی ترکیب شود (ریچاردز، هاردمن و بارت<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷). مطالعات معنوی در روان‌شناسی

1. Paulo Angélico, Crippa & Regina Loureiro  
2. Hazlett-Stevens

3. Kendall & hedtke  
4. Connolly & Bernstein  
5. Richards & Hardman&Berrett

در سطح جهان موضوعی جدی و اساسی است و توجه به آن در بسیاری از کشورها در حال افزایش است (غباری‌بناب و همکاران، ۱۳۸۸). استفاده از معنویت می‌تواند در ارتقای حمایت‌های اجتماعی، سازگاری و تطابق در امور مربوط به سلامت مؤثر باشد (روهیم و گرین‌برگ، ۲۰۱۳). مذهب و معنویت، مجموعه‌ای را ارائه می‌دهد که از راه آن‌ها، انسان می‌تواند معنا و مفهوم زندگی خود را درک کند. به همین دلیل است که معنویت پیش‌بینی‌کننده قوی برای امید و سلامت‌روان است (دیویس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵). پژوهشگران نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های معنوی، مثل ترغیب به دعا و ذکر به عنوان یک نوع از مراقبه، به بهبود بیشتر و سریع‌تر بیماران کمک می‌کند (ابوالقاسمی و سعیدی، ۱۳۹۱). معنویت از راهبردهای سازگاری در گروه سنی نوجوانان نیز به شمار رود (رسولی، یغمایی، علوی‌مجد و الذکریان، ۲۰۰۹). معنویت برای زندگی انسان‌ها به خصوص در سنین نوجوانی دارای اهمیت بسیاری است زیرا آن‌ها به دنبال هدف، معنا و هویت در زندگی خود هستند و در دورانی هستند که قدرت تصمیم‌گیری، خودآگاهی و سازگاری اجتماعی - اخلاقی برای آن‌ها بسیار اهمیت دارد. این مسائل باعث می‌شود که آموزش مهارت‌های معنوی در دانش‌آموزان نوجوان از اهمیت بسزایی برخوردار باشد. با آموزش این مهارت‌ها دانش‌آموزان می‌توانند معنای زندگی خود را دریابند و از رفتارهای عقلانی و منطقی در زندگی خود پیروی کنند (پارگامنت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). پژوهشگران در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که معنویت تأثیر عظیمی در سلامت‌روانی افراد دارد (جنگ و جانسون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴؛ دولتیل و فارل<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴؛ هیلز، پایس، کمرون و شوت<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵). در پژوهشی هورانی<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۱۲) به بررسی نقش معنویت در افسردگی، اختلال پس از سانحه و خودکشی پرداختند. نتایج نشان داد که معنویت بالا اثر محافظت‌کننده در برابر نشانه‌های افسردگی دارد. معنویت پیش‌بینی‌کننده افسردگی و اختلال پس از سانحه بود. این نتایج نشان داد که رابطه پیچیده‌ای بین معنویت و سلامت‌روان وجود دارد. کوئینگ<sup>۸</sup> (به نقل از سالسمن، جان، ترامانا، برچتینگ و کارلسون<sup>۹</sup>،

1. Revheim & Greenberg  
2. Davis  
3. Pargament  
4. Jang & Johnson  
5. Doolittle & farrell

6. Hills, Paice, Cameron & Shot  
7. Hourani  
8. Koenig  
9. Salsman, John, Tramana,  
Brechtig, & Carlson

۲۰۰۵) به روابط منفی بین معنویت / مذهب و اضطراب دست یافت. ویلکینس<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) در مطالعه‌ای ارتباط معنی‌داری بین حمایت معنوی و افسردگی و اضطراب مشاهده کرد. نتایج مطالعه برومندزاده و کریمی‌ثانی (۱۳۹۴) نشان داد که آموزش مهارت‌های معنوی بر کاهش اضطراب و افزایش سلامت عمومی دانش‌آموزان مؤثر است. یافته‌های فیروزی، امینی، اصغری و مقیمی دهکردی (۱۳۹۲) نیز نشان داد که پایبندی به اصول مذهبی می‌تواند از عوامل مثبت تأثیرگذار بر جنبه‌های مختلف روانی و جسمانی دانش‌آموزان باشد. یعقوبی، سهرابی و محمدزاده (۱۳۹۱) طی پژوهش خود یافتند که تأکید بر آموزه‌های اسلامی در قالب روان‌درمانی معنوی- مذهبی نیز همانند روش‌های شناختی رفتاری می‌تواند در کاهش اضطراب مفید واقع گردد. میرزا محمدی، فرمی‌فراهانی و اسفندیاری (۱۳۹۰) در پژوهش کیفی خود به این نتیجه رسیدند که دین نقش مثبتی بر سلامت روان دارد. علی‌بخشی، ممقانیه و علی‌پور (۱۳۹۰) در پژوهش خود به بررسی رابطه توکل به خدا (به عنوان یک مهارت معنوی) و سلامت روان پرداختند. نتایج نشان داد که توکل به خدا می‌تواند به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای، نقش مؤثری در افزایش سلامت روان داشته باشد. با توجه به آنچه گفته شد، آموزش معنویت و مهارت‌های معنوی از اهمیت بسزایی برخوردار است. مهارت‌های مهم معنوی عبارتند از: بخشایش‌گری، به جا آوردن مؤثر نماز و دعا، خودآگاهی، ارتباط معنوی، توکل، صبر، تقوایشگی، پالایش دل، تواضع و فروتنی، صلح رحم، کنترل حسد، مشاهده تجلی باری تعالی در طبیعت و ذکر (بوالهروی و همکاران، ۱۳۹۲). بر اساس آنچه بیان شد و با توجه به اهمیت به‌کارگیری مداخلات درمانی در کنار دارو درمانی به عنوان یک روش مکمل در درمان افکار اضطرابی به عنوان یکی از عوامل گرایش به مصرف مواد مخدر (نوری و همکاران، ۱۳۸۹) پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های معنوی بر کاهش افکار اضطرابی دختران نوجوان تحت درمان با متادون انجام شد.

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش نیمه آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. در این پژوهش، متغیر وابسته (افکار اضطرابی)، قبل و بعد از اجرای متغیر مستقل (آموزش مهارت‌های معنوی)، اندازه‌گیری شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دختران نوجوان شهرکرد در سال ۱۳۹۵ بودند که برای درمان به یکی از مراکز ترک اعتیاد زنان، در شهر شهرکرد مراجعه نموده بودند. به منظور انجام نمونه‌گیری، ابتدا لیستی از مراکز ترک اعتیاد زنان با همکاری اداره کل بهزیستی استان چهارمحال و بختیاری تهیه و از طریق قرعه‌کشی، یکی از مراکز انتخاب و ۸۰ نفر از آزمودنی‌ها به صورت هدف‌مند، به پرسشنامه افکار اضطرابی پاسخ دادند. سپس ۳۰ نفر از دختران نوجوان که بالاترین نمرات را داشتند، انتخاب و بصورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل گمارده شدند.

ملاک‌های ورود به گروه نمونه عبارت بود از: ۱- معتادین مصرف‌کننده مواد مخدر که بر اساس معیارهای چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی دچار اعتیاد بودند. تشخیص این اختلال و سایر اختلال‌های همراه توسط یک پزشک یا روان‌شناس بر اساس ملاک‌های چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجام می‌شد؛ ۲- نداشتن بیماری‌های روان‌پزشکی خاص از قبیل انواع روان‌پریشی‌ها یا اختلال‌های سلوک؛ ۳- انتخاب بیمارانی که ۳۰ تا ۶۰ روز از دوره درمانی آن‌ها می‌گذشت؛ ۴- مصرف روزانه متادون؛ ۵- داشتن سن بین ۱۲ تا ۱۹ سال. ملاک‌های خروج عبارت بودند: ۱- ابتلا به اختلال روان‌پریشی جدی؛ ۲- ضد اجتماعی بودن؛ ۳- ناکامی در سم‌زدایی.

## ابزار

پرسشنامه افکار اضطرابی: این پرسشنامه توسط ولز در سال ۱۹۹۴ معرفی شده است و شامل ۲۲ گویه است و هدف آن سنجش افکار اضطرابی است. مؤلفه‌های این پرسشنامه عبارتند از: اضطراب اجتماعی، اضطراب سلامتی و فرانگرانی (ولز، ۱۹۹۴). ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۹۱ گزارش شده است (فتی، موتابی، مولودی و ضیایی، ۱۳۸۹). این

پرسشنامه را ۲۰ نفر از روان‌شناسان بالینی و روان‌پزشکان مورد بررسی قرار داده و روایی محتوایی آن را تأیید نمودند. پایایی آن با اجرا بر روی ۶۰ دانش آموز به روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که میزان آن برای اضطراب اجتماعی ۰/۶۷، اضطراب جسمانی ۰/۶۷ و اضطراب فرآنگرانی ۰/۶۸، گزارش شده است (بهرامی و رضوان، ۱۳۸۶).

## روند اجرا

روش اجرا به این صورت بود که پس از اخذ مجوز لازم و انتخاب آزمودنی‌ها، پیش‌آزمون افکار اضطرابی (ولز، ۱۹۹۴) بر روی آن‌ها اجرا و بصورت تصادفی در دو گروه کنترل (۱۵ نفر) و آزمایش (۱۵ نفر) جای گرفتند. به کلیه آزمودنی‌ها اطمینان خاطر در مورد رعایت ملاحظات اخلاقی و محرمانه بودن اطلاعات داده شد و گروه آزمایش، طی ۱۰ جلسه، ۲ جلسه در هفته به مدت ۲ ساعت آموزش مهارت‌های معنوی به شیوه گروهی را دریافت کردند. به منظور اینکه این افراد تا جلسه آموزشی بعدی، درگیری خود را با موضوع جلسه حفظ کنند، در پایان هر جلسه نیز تکالیفی به آن‌ها داده می‌شد و در جلسه بعدی، تکلیف داده شده در جلسه قبل مورد بررسی قرار می‌گرفت.

پس از اجرای جلسات آموزشی، پس از آزمون از هر دو گروه آزمایش و کنترل به عمل آمد. قابل ذکر است که بسته آموزشی با بررسی پژوهش‌های مختلف نظیر بوالهروی و همکاران (۱۳۹۲) و غباری بناب و همکاران (۱۳۸۸) تدوین شده است و در پژوهش برومندزاده و کریمی‌ثانی (۱۳۹۴) نیز مورد استفاده قرار گرفته است. در جدول ۱ ساختار جلسات آموزش مهارت‌های معنوی ارائه شده است



**جدول ۱: ساختار جلسات آموزش مهارت‌های معنوی (مطابق با تحقیق برومندزاده و کریمی ثانی، ۱۳۹۴)**

تعداد جلسات	محتوای جلسه
اول	معارفه- معرفی برنامه آموزشی- اهداف و انتظارات
دوم	تعریف معنویت- تعریف مفاهیم و ویژگی‌های انسان معنوی- بحث درباره دین ° رابطه معنویت، خود آگاهی و سلامت- اهمیت معنویت در خود آگاهی- نیاز به معنویت و کارکرد آن در زندگی
سوم	استفاده از تمثیل و روایت و اینکه فرد خود را جای قهرمان داستان تصور کند و بگوید در چنین شرایطی چه احساسی دارد- راه‌های حل مسئله را یادداشت کند- بحث درباره راه حل‌های آنها
چهارم	مهارت بخشایش‌گری: تعریف- مراحل عفو، بحث درباره مفاهیم متعدد از بخشش و گذشت، مرحله تصمیم‌گیری برای بخشیدن مرحله اقدام به بخشیدن، نتیجه بخشیدن و بحث درباره مراحل قبل از بخشش و خود بخششی
پنجم	تعریف ذکر- مراقبه و ذکر- انواع ذکر- روش ذکر گفتن- مکان و زمان ذکر- مراتب ذکر- شرایط ذکر- آثار ذکر- موانع ذکر
ششم	صله رحم- آثار- آثار قطع و عوامل صله رحم- مصادیق و شیوه‌ها- مرز صله رحم- الویت‌بندی در صله رحم- موارد آن- آثار دنیوی
هفتم	صدقه و کمک مالی- ارزش صدقه- زمان صدقه- آداب صدقه- آثار صدقه
هشتم	توکل و صبر- بررسی آثار آن- ارکان آن- زمینه و شرایط آن- فواید آن- نتایج آن از منظر قرآن- آثار رفتاری آن
نهم	نماز و دعا- فلسفه و آثار آن (دنیوی- معنوی)- اهمیت آن- آثار تربیتی ° آثار آن بر روح و روان انسان- فواید طبی و درمانی
دهم	جمع‌بندی جلسات

## یافته‌ها

آماره‌های توصیفی افکار اضطرابی به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی افکار اضطرابی به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد
افکار اضطرابی	آزمایش	پیش آزمون	۴۲/۲۶	۸/۷۷
		پس آزمون	۳۶/۰۴	۹/۹۶
	کنترل	پیش آزمون	۴۱/۹۳	۱۰/۵۵
		پس آزمون	۴۲/۰۶	۱۰/۸۵

باتوجه به نتایج جدول ۲ میانگین نمرات افکار اضطرابی در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون در مقایسه با پیش آزمون کاهش پیدا کرده است.

برای بررسی اثربخشی مداخله می‌بایستی از تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده شود. ابتدا مفروضه‌های تحلیل کواریانس می‌بایستی بررسی شود. برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد. نتایج نشان داد که در متغیر افکار اضطرابی ( $F=1/47, P > 0/05$ ) شرط همگنی واریانس‌ها برقرار است. مفروضه دیگر همگنی شیب رگرسیون است. نتایج آزمون فرض همگنی شیب رگرسیون نشان داد که این فرض نیز برقرار است ( $F=10/92, P > 0/05$ ). نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری به منظور بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های معنوی بر افکار اضطرابی دختران نوجوان تحت درمان با متادون در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری نمرات افکار اضطرابی

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
پیش آزمون	۲۸۹۵/۱۴۷	۲۸۹۵/۱۴۷	۵۴۵/۱۶۷	۰/۰۰۰۵	۰/۶۲
گروه	۲۷۱/۳۵۷	۲۷۱/۳۵۷	۵۱/۰۹۷	۰/۰۰۰۵	۰/۱۵

با توجه به نتایج جدول ۳، می‌توان گفت آموزش مهارت‌های معنوی بر افکار اضطرابی دختران نوجوان تحت درمان با متادون تأثیر معناداری دارد.

## بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های معنوی بر افکار اضطرابی دختران نوجوان تحت درمان با متادون بود. یافته‌ها نشان داد که پس از آموزش مهارت‌های معنوی، میزان افکار اضطرابی گروه آزمایش کاهش یافت. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های کوئینگ (به نقل از سالمن و همکاران، ۲۰۰۵)، ویلکینس (۲۰۰۴)، کوئینگ (۲۰۰۵)، یعقوبی و همکاران (۱۳۹۱)، حسین ثابت (۱۳۸۷) و نیکبخت نصرآبادی، تقوی لاریجانی و محمودی (۱۳۸۳) همسو است. در تبیین اثربخشی آموزش مهارت‌های معنوی بر افکار اضطرابی می‌توان چنین گفت که بسیاری از مداخله‌ها و مهارت‌های معنوی مانند ذکر گفتن، روشی برای آرامش و تغییر حالات روانی هستند و می‌توان آن‌ها را از جمله راه‌های خودنظم‌جویانه برای مقابله با استرس و اضطراب شناخت که بر فرآیندهای روان‌شناختی و جسمانی تأثیر گذار هستند و فرد را از افکار آشفته باز می‌دارند و موجب آرمیدگی می‌گردند (ابوالقاسمی و سعیدی، ۱۳۹۱). نوجوانی دوره‌ای است که در آن فرد ممکن است به افسردگی و اضطراب مبتلا شود. به نظر می‌رسد افراد دارای جهت‌گیری معنوی میزان اضطراب کمتری دارند (حسینی، حبیبان، کراس و آیشاه، ۲۰۱۰). اخیراً نیز برخی از مطالعات تأثیر مداخلات معنوی را در درمان اضطراب نشان داده‌اند (لوچتی، لوچتی، باسی، ورا و پرز، ۲۰۱۲). معنویت و مذهب بر سلامت جسمانی و روانی تأثیر گذار است. معنویت با سلامت روان بالاتر، بستری شدن کمتر و راهبردهای مقابله‌ای بهتر همراه است. فعالیت‌ها و مهارت‌های معنوی با عملکرد ایمنی بهتر، میزان کمتر مرگ ناشی از سرطان، بیماری قلبی کمتر، فشارخون و کلسترول پایین‌تر و رفتارهای سالم بیشتری همراه است (لوچتی و همکاران، ۲۰۱۲). نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که خواندن نماز، دعا، ذکر و پرداختن به فعالیت‌های معنوی از راه مراکز قشری مغز و ارتباط متقابل آن‌ها با مراکز غدد تالاموس و هیپوتالاموس مفهوم و رنگ عاطفی پیدا می‌کند. از سوی دیگر این مراکز با غده هیپوفیز در ارتباط هستند که این غده فعالیت دیگر غده‌ها را تنظیم می‌کند. پرداختن به

فعالیت‌های معنوی و مذهبی بر روی مکانیزم دفاعی بدن مثل پادتن‌ها اثر مثبت گذاشته، مقاومت بدن را در برابر بیماری‌های مزمن جسمی مثل سرطان و مزمن روانی مثل اسکیزوفرنی افزایش می‌دهد. توسل به ائمه، زیارات، دعا و نماز ابتدا توسط مغز دریافت و با توجه به نیت و قصد نیروبخشی و افزایش توانایی، این اطلاعات در سیستم عصبی تجزیه و تحلیل شده و به سیستم ایمنی دستور داده می‌شود در مقابل فشار روانی و بیماری مقاومت کند (غلامی و بشلیده، ۱۳۹۰). بین معنویت و سلامت رابطه وجود دارد و به نظر می‌رسد که عقاید، تعهدات و اعمال معنوی با نتایج مثبتی مانند بهزیستی، سلامت جسمانی و روانی، عملکرد مثبت بین فردی و بهبود کیفیت زندگی همراه است (حسینی و همکاران، ۲۰۱۰). پژوهش المر، مک دونالد و فریدمن<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) نشان داد که معنویت نقش مهمی در کاهش نرخ بیماری و طولانی کردن زندگی دارد (به نقل از حسینی و همکاران، ۲۰۱۰). با توجه به میزان بالای همبودی سوء مصرف مواد و اختلالات خلقی و اضطرابی و تلویحات بالینی این نوع همبودی مرضی، از جمله پیش آگهی ضعیف نتایج درمانی و عود بالا (داگر و گرین<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵) پیشنهاد می‌شود که این نوع آموزش در کنار درمان‌های دارویی برای کاهش افکار اضطرابی نوجوانان به کار گرفته شود.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش منحصر بودن نمونه پژوهش به دختران نوجوان شهر کرد است که از قدرت تعمیم‌پذیری نتایج آن بر سایر گروه‌ها و نقاط دیگر کشور می‌کاهد. هم‌چنین عدم پیگیری از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود. انتظار می‌رود در پژوهش‌های آتی با در نظر گرفتن این موارد بر غنای اطلاعات به دست آمده افزوده شود. پیشنهاد می‌گردد که تحقیق حاضر در سایر گروه‌های تحت درمان و در دیگر نقاط کشور در هر دو جنس اجرا شود تا بتوان نتایج را مورد مقایسه قرار داد. توصیه می‌گردد که با توجه به نقش آموزش مهارت‌های معنوی در بالا رفتن سطح سلامت عمومی و کاهش اضطراب، از این نوع آموزش‌ها به صورت عملی در مراکز مشاوره مدارس استفاده شود. همچنین در مراکز آموزشی، کارگاه‌های آموزشی و دوره‌های آموزش مهارت‌های معنوی برگزار شود.

## منابع

- ابوالقاسمی، شهنام و سعیدی، مژده (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش راهبردهای مقابله با استرس و مانترای اسلامی بر میزان اضطراب امتحان دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه شهر تنکابن. *فصلنامه روان‌شناسی دین، ۵ (۲)*، ۵۵-۶۶.
- برومندزاده، نیلوفر و کریمی‌ثانی، پرویز (۱۳۹۴). تعیین اثربخش آموزش مهارت‌های معنوی بر سلامت عمومی و اضطراب دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر تبریز. *فصلنامه آموزش و ارزشیابی، ۱۸ (۳۱)*، ۹-۲۳.
- بهرامی، فاطمه و رضوان، شیوا (۱۳۸۶). رابطه افکار اضطرابی با باورهای فراشناختی در دانش‌آموزان دبیرستانی مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۳ (۳)*، ۲۴۹-۲۵۵.
- بوالهروی، جعفر؛ غباری‌بناب، باقر؛ قهاری، شهربانو؛ میرزایی، مصلح؛ راقیان، رؤیا؛ دوست‌علی‌وند، هدی و زارعی دوست، الهام (۱۳۹۲). *مهارت‌های معنوی، کتاب ویژه مریان*. چاپ اول، تهران: دانشگاه تهران.
- چیرینو، استفان؛ برینی، روبرتو؛ کامیازو، جیانی و مازا، روبرتو (۱۳۸۲). *اعتیاد به مواد مخدر در آینه روابط خانوادگی*. ترجمه سعید پیرمردی، تهران: نشر همام.
- حسین‌ثابت، فریده (۱۳۸۷). اثربخش آموزش صبر بر اضطراب، افسردگی و شادکامی. *دوفصلنامه مطالعات اسلام و روان‌شناسی، ۱ (۲)*، ۷۹-۹۲.
- دادستان، پریخ؛ طهرانی‌زاده، مریم؛ رسول‌زاده طباطبایی، کریم؛ آزاد فلاح، پرویز، و فتحی‌آشتیانی، علی (۱۳۸۹). اثربخشی برنامه درمانگری کندال بر سبک‌های مقابله‌ای کودکان ایرانی مبتلا به اختلال‌های درون‌سازی شده. *فصلنامه علمی - پژوهشی پژوهش سلامت روان‌شناختی، ۳ (۳)*، ۵۹-۶۸.
- دوستی، پیمان (۱۳۹۴). *تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افکار اضطرابی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان*. اولین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی و علوم تربیتی، شیراز، موسسه عالی علوم و فناوری حکیم عرفی شیراز.
- علی‌بخشی، سیده زهرا؛ ممقانیه، مریم و علی‌پور، احمد (۱۳۹۰). بررسی رابطه توکل به خدا و سلامت‌روان در دانشجویان دانشگاه پیام‌نور. *مطالعات معرفتی در دانشگاه اسلامی، ۱۵ (۱)*، ۶۵-۴۷.

غباری‌بناب، باقر؛ متولی‌پور، عباس و حبیبی‌عسگرآباد، مجتبی (۱۳۸۸). رابطه اضطراب و افسردگی با میزان معنویت در دانشجویان دانشگاه تهران. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۳ (۲)، ۱۲۳-۱۱۰.

غلامی، علی و بشلیده، کیومرث (۱۳۹۰). اثربخشی معنویت درمانی بر سلامت‌روان زنان مطلقه. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱ (۳)، ۳۴۸-۳۳۱.

فتی، لادن؛ موتابی، فرشته؛ مولودی، رضا و ضیایی، کاوه (۱۳۸۹). کفایت روان‌سنجی نسخه فارسی «پرسشنامه کنترل فکر» و «پرسشنامه افکار اضطرابی» در دانشجویان ایرانی. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۱ (۱)، ۸۱-۱۰۳.

فیروزی، ابوذر؛ امینی، معصومه؛ اصغری، زهرا و مقیمی‌دهکردی، بیژن (۱۳۹۲). بررسی ارتباط باورهای مذهبی و سلامت روان دانش‌آموزان متوسطه شهر درگز در سال تحصیلی ۸۹-۹۰. *مجله بهداشت و توسعه*، ۲ (۲)، ۱۴۸-۱۳۸.

کوهن، مونیکا (۱۳۸۱). مشاوره با زنان معتاد. ترجمه فریده همتی، تهران: نشر برگ زیتون. موسوی، فریبا؛ محمودی قرایی، جواد؛ و اکبری زردخانه، سید سعید (۱۳۸۷). ابزارهای ارزیابی و تشخیص اختلالات اضطرابی در کودکان و نوجوانان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران*، ۶ (۲)، ۱۵۴-۱۴۷.

میرزاحمدی، محمدحسن؛ فرمینی‌فراهانی، محسن و اسفندیاری، سهیلا (۱۳۹۰). بررسی نقش آموزش‌های دینی در سلامت فردی و اجتماعی. *مطالعات معرفتی در دانشگاه اسلامی*، ۱۵ (۲)، ۴۵-۲۰.

نوری، رؤیا؛ رفیعی، حسن؛ نارنجی‌ها، هومان؛ باغستانی، احمدرضا؛ کیومرثی، علیرضا؛ قرقلو، بابک؛ دیلمی‌زاده، عباس؛ اکبریان، مهدی و قادری، صلاح‌الدین (۱۳۸۹). بررسی روند مصرف مواد محرک در شهر تهران؛ واحد پژوهش جمعیت تولد دوباره. مؤسسه مطالعات رفتاری و اجتماعی دفتر مبارزه با جرم و مواد مخدر سازمان ملل در تهران.

نیک‌فرجام، علی؛ ممتازی، سعید؛ جعفری، سارا و خسروی، ناصر (۱۳۹۱). *علم‌اعتیاد: مواد، مغز و رفتار*. تهران: نشر سپید برگ.

نیکبخت‌نصرآبادی، علیرضا؛ تقوی‌لاریجانی، ترانه و محمودی، محمود (۱۳۸۳). بررسی مقایسه‌ای تأثیر دو روش آرام‌سازی بنسون و تکرار آذکار مستحبی بر وضعیت اضطراب بیماران قبل از اعمال جراحی شکم. *فصلنامه حیات*، ۱۰ (۴)، ۳۷-۲۹.

یعقوبی، حسن؛ سهرابی، فرامرز و محمدزاده، علی (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و روان‌درمانی معنوی- مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر کاهش اضطراب آشکار دانشجویان. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰(۲)، ۹۹-۱۰۷

- Straussner, S. L. A., & S. Brown, S (Eds.). (2002). *the handbook of addiction treatment for women: Theory and practice*, San Francisco: Jossey-Bass.
- Connolly S. D., and Bernstein, G. A. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of American academy of child and adolescent psychiatry*, 46(2), 267-283.
- Dads, M. R., Holland, D. E., laurens, K. R., Mullins, K. R., mullins, M., and barrett, P. M. (1999). Early intervention and prevention of anxiety disorders in children: results at 2-Year follow-up. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(1), 145-50
- Dagher, R.K., & Green, K. M. (2015). Does depression and substance abuse comorbidity affect socioeconomic status? Evidence from a prospective study of urban African Americans. *Psychiatry Research*, 225(1-2), 115-121
- Davis, B. (2005). Mediators of the relationships between hope and wellbeing in older adults. *Clinical nursing research*, 14(3), 253-272.
- Doolittle, B. R. & Farrell, M. (2004). The Association between Spirituality and Depression in an Urban Clinic. *Journal of clinical psychology*, 6(3), 114-118.
- Hazlett-Stevens, H. (2010). *Psychological Approaches to Generalized Anxiety Disorder: A Clinician's guide to Assessment and Treatment*. New York: Springer.
- Hills, J., Paice, J. A., Cameron, J. R., & Shot, S. (2005). Spirituality and distress in palliative care consultation. *Journal of Palliative medicine*, 8(4), 782-788.
- Hoseseini, M, Habiban, E., Krauss, S. E. & Aishah, S., (2010). A Review Study on Spiritual Intelligence, Adolescence and Spiritual Intelligence, Factors that May Contribute to Individual Differences in Spiritual Intelligence, and the Related Theories. *International Journal of Psychological Studies*, 2(2), 179-188.
- Hourani, L. L., Williams, J., Forman-Hoffman, V., Lane, M. E., Weimer, B., & Bray. R. M. (2012). *Depression Research and Treatment*. 2012, Article ID 425463, doi:10.1155/2012/425463
- Jang, S. J. & Johnson, B. R. (2004). Explaining religious effect on distress among African Americans. *Journal for the scientific study of the religious*, 43(2), 237-260.

- Kendall, P. C., & Hedtke, K. A. (2006a). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: therapist manual* (3rd Ed.). Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Koenig, H. G. (2005). *Faith and Mental Health: Religious Resources for Healing*, Templeton Press, Conshohocken, Pa, USA
- Lucchetti, G., Lucchetti, A. L. G., Bassi, R. M., Vera, A. V. D., & Peres, M. F. P. (2012). *Integrating Spirituality into Primary Care*. InTech.
- Pargament, K.I. (2007). *Spirituality integrated psychotherapy: understanding and addressing the sacred*. New York: Guilford Press.
- Paulo Angélico, A. Crippa, J. Regina Loureiro, S. (2013). Social Anxiety Disorder and Social Skills: A Critical Review of the Literature. *International journal of behavioral consultation and therapy*, 7(4), 16-23.
- Rasuli, M., Yaghmaei, F., AlaviMajd, H., & Alzakerian, S. M. (2009). Development and psychometrics of institutionalized adolescents spiritual coping scale. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 15(1), 25-32
- Revheim, N & Greenberg, W. M. (2013). Spirituality matters: creating a time and place for hope psychiatric rehabilitation. *Journal of spirituality*, 30(4), 307-310.
- Richards, P. S., Hardman, R. K. & Berrett, M. (2007). *Spiritual Approaches in the Treatment of women with Eating Disorders*. Washington: American Psychological Association.
- Sadock B.J.; & Sadock, V.A. (2016). *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (10th ed., Vol. 1). Philadelphia: Lippincott/Williams & Wilkins.
- Salsman, John. M., Tramana, L., Brechting, E. H. & Carlson, Ch. R. (2005). The link between religion and spirituality and psychological adjustment: The mediating role of optimism and social support. *Journal of society for personality and social psychology*, 31(4), 522-535.
- Wells, A. & Davies, M.I. (1994). The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviors Research and Therapy*, 32(8), 871° 878.
- Wilkins, M. (2004). *Religion, Spirituality and psychological distress in cardiovascular disease*, unpublished thesis, Pennsylvania, PA: Drexel University.