

## اثربخشی روان‌درمانی معنوی مذهبی بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی سربازان معتاد به مواد مخدر

پریناز بنی‌سی<sup>۱\*</sup>، مهرداد هوازاده<sup>۲</sup>، وحید بنی‌سی<sup>۳</sup>

### چکیده

**هدف:** هدف از این پژوهش، بررسی اثربخشی روان‌درمانی معنوی مذهبی بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی سربازان معتاد به مواد مخدر است. **روش:** پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و به لحاظ ماهیت نیمه تجربی بود. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه سربازان معتاد به مواد مخدر ساکن در شهر اصفهان بود. تعداد نمونه انتخابی در این پژوهش ۴۰ نفر بود که در هر گروه آزمایش و گواه ۲۰ نفر شرکت داشتند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردید. داده‌های تحقیق با استفاده از پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی (SF36)، پرسشنامه‌ی افسردگی بک و پرسشنامه‌ی اضطراب بک گردآوری شد. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که راهبردهای معنوی و مذهبی در افزایش کیفیت زندگی تاثیر بسزایی دارد که در پی آن سلامت روان و عملکرد تکالیف روزانه افزایش می‌یابد. **نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش نشان داد که روان‌درمانی معنوی مذهبی بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی سربازان معتاد به مواد مخدر تاثیر معناداری داشته است.

**واژه‌های کلیدی:** روان‌درمانی معنوی مذهبی، افسردگی، اضطراب، کیفیت زندگی

### مقدمه

مطالعه‌های معنوی در روانشناسی، در سطح کلیه کشورها، موضوعی بسیار مهم و اساسی است و توجه به آن در کشورهای بسیاری روبه افزایش است. امروزه بسیاری از پزشکان، بعد معنویت و ایمان را منبعی مهم در سلامت جسمی و بهبود افراد می‌شناسند. اغلب آنها ضروری میدانند که در حین درمان، باورهای معنوی بیماران را مورد توجه قرار دهند (ریچارد و همکاران، ۲۰۰۷). رویکردهای معنویت‌درمانی، درمانگران را تشویق می‌کند که در مدت درمان به باورهای مهم معنوی درمانجویان در زمان‌های مناسب اشاره کنند و بر آنها تاکید نمایند و برای استفاده از قدرت بالقوه‌ی ایمان و معنویت درمانجویان در درمان و بهبودی، از زبان و مداخله‌هایی استفاده کنند که بیانگر احترام و ارزش قائل شدن درمانگر نسبت به

۱. استادیار گروه روانشناسی و مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب، تهران، ایران.

Email: parinazbanisi2017@gmail.com

۲. دانش‌آموخته کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر، اصفهان، ایران.

۳. دانش‌آموخته دکتری تخصصی مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

باورهای معنوی درمانجو باشد (ریچاردز و همکاران، ۲۰۰۵). طی دهه‌ی اخیر، علاقه‌ی خاصی به روانشناسی معنوی و مذهبی به وجود آمده است اما اغلب زمینه‌هایی که علاقمندان را به خود جلب کرده است در حوزه خاصی مانند تحول ایمان مذهبی و یا جنبه‌های روانشناختی اجتماعی-مذهبی بوده است (کوئینگ و همکاران، ۲۰۰۴). مولفه‌های مذهب و معنویت، از مهمترین عوامل فرهنگی هستند که به تجربه‌ها، رفتار و ارزش‌های انسان‌ها، معنا و ساختار منسجم می‌بخشند (آبراهمه، ۲۰۱۰). طی دهه‌ی اخیر، علاقه‌ی خاصی به روانشناسی مذهبی (Spiritual) به وجود آمده است اما اغلب زمینه‌هایی که علاقمندان را به خود جلب کرده در حوزه‌ی خاصی مانند تحول ایمان مذهبی و یا جنبه‌های روانشناختی اجتماعی-مذهبی بوده است (کوئینگ و همکاران، ۲۰۰۴). تا کنون مطالعات مختلفی در زمینه‌ی اثربخشی درمان با محوریت مذهب، بر اختلالات روانی از جمله افسردگی و استرس صورت گرفته است. از جمله‌ی این پژوهش‌ها پژوهش «بوله‌ری و همکاران» بوده است که نشان داده‌اند گروه درمانی معنوی، بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و فشار روانی، در زنان تاثیر دارد (بوله‌ری و همکاران، ۲۰۱۲). حمید، احمدیان و اکبر شایه (۱۳۹۱)، درمانگری مذهب محور را در ارتقای سطح امیدواری و کیفیت زندگی زنان، موثر گزارش کرده‌اند (حمید و همکاران، ۲۰۱۱). مطالعه‌ی فراتحلیل آنو و واسکنسلز (۲۰۰۵) نشان داد که مداخلات مذهبی با تجربه‌ی آشفتگی و تعارض کمتر و نیز افسردگی و اضطراب پایین‌تر، ارتباط دارد. افسردگی به تنهایی، یکی از مشکلات شایع در بین افراد است. آمار شیوع افسردگی در بین مردان ۱۰-۱۵ درصد و در بین زنان ۲۵-۱۵ درصد است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷). همچنین باید اشاره کرد که نقش سلامت معنوی در حل معضلات اجتماعی و فردی به نحوی چشمگیر، قابل ملاحظه است. در حقیقت، افرادی که پایبند به مذهب و یا اعتقاداتی هستند که هرگونه اعمال منافی عفت و خلاف را نهی می‌کند، کمتر به اعمال ناروا و معضلات اجتماعی چون اعتیاد، شراب، قمار و دزدی، روی می‌آورند (محمدی و دادخواه، ۲۰۰۱). سو مصرف مواد مخدر، یکی از معضلات جهانی است که هر جامعه با توجه به ویژگی‌های خاص افراد خود، به نحوی از آن رنج می‌برد. عوارض بسیار جدی اعتیاد بر سلامت فرد زندگی خانوادگی، اقتصادی، امنیت و رشد فرهنگی جامعه، بسیار تاثیرگذار است (عاشوری و همکاران، ۲۰۰۸). اعتیاد، یکی از مشکلات اساسی جوامع است؛ به گونه‌ای که زندگی میلیون‌ها انسان را ویران می‌کند و سرمایه‌ی کلان ملی، صرف هزینه مبارزه و صدمات ناشی از آن می‌شود (میرزایی و همکاران، ۲۰۱۰). وابستگی به مواد مخدر، از مشکلات عمده در سطح بین الملل و کشورهای دنیا و به خصوص کشور ایران است؛ زیرا از یک سو سلامت جامعه را تهدید می‌کند و از سوی دیگر با بسیاری از جرایم و فعالیت‌ها و نیز، مانند بیماری‌هایی چون ایدز و غیره، در ارتباط است (کرمی، ۲۰۱۰). بنابر آمار رسمی، حدود ۲۰۰ هزار نفر معتاد دائمی و ۸۰۰ هزار نفر معتاد تفریحی در ایران وجود دارد (شارگ، ۲۰۱۱). از سوی دیگر، مساله‌ی ترک مواد مخدر، از جمله مسایلی است که همواره مورد توجه مسئولین و نیز خود مبتلایان به سومصرف مواد و همچنین خانواده‌های آنها بوده است. ترک جسمانی مواد مخدر، چندان مشکل نیست؛ لذا مشکل اصلی، بازگشت و شروع دوباره‌ی آن است که عاداتی ناپسند است (ریماز و همکاران، ۲۰۱۳). در حال حاضر در ایران، آمار

دقیقی از این که چند درصد معالجه شوندگان، مجدداً به مواد مخدر روی می‌آورند، مشخص نیست؛ اما آمار افزایش مبتلایان به مصرف مواد مخدر در کشور، میتواند بیانگر این مطلب باشد که در کشور روش‌های درمانی انجام شده تا کنون، موفقیت آمیز و یا جامع نبوده است (کریم یار و همکاران، ۲۰۱۵؛ قربان حسینی، ۱۹۸۹). در مطالعه‌ی ناستیازی و همکاران (۲۰۱۰)، که بصورت کمی و بر روی علل عود اعتیاد، در معتادین مراکز ترک اعتیاد زاهدان انجام شد، دلایلی همچون محیط زندگی آلوده دوستان معتاد، ناکارآمدی جلسات روان‌درمانی و عوامل تداعی کننده عود فردی، شناسایی شدند. در اغلب کشورها، در برابر سو مصرف مواد و پیامدهای مخرب آن، از انواع راهبردهای مقابله‌ای، قانونی، درمانی و تربیتی-آموزشی، استفاده می‌شود. در راهبردهای درمانی و آموزشی-تربیتی، علاوه بر درمان با تمرکز بر اصول روانی و رفتاری رشد شخصی، تلاش می‌شود تا فرد مبتلا را در فرآیند بازتوانی یاری نموده و با مهار تجارب ناخوشایند دوره‌ی درمان، کیفیت زندگی او را بهبود بخشند؛ چرا که هدف از این نوع درمان‌ها، علاوه بر قطع و وابستگی، بازگشت سلامت به زندگی معتاد بوده و از طریق ارتقای کیفیت زندگی آنها، بدنبال رشد توانایی آنها جهت پیشگیری از عود مجدد سو مصرف مواد می‌باشد. کیفیت زندگی بعنوان یکی از شاخصه‌های سلامت، مفهوم پویایی از ادراک افراد درباره‌ی وضعیت نسبی سلامت و سایر جنبه‌های غیر طبی زندگی است و ارزیابی وضعیت جسمی، روانی، روابط اجتماعی، میزان استقلال و دغدغه‌های روحی خود را تعیین می‌نماید (آلدر و همکاران، ۱۳۸۷). در این زمینه مکتب اسلام سرشار از مفاهیم معنوی و اخلاقی است که بکارگیری این مفاهیم علاوه بر بهبود وضعیت بیماران مصرف‌کننده‌ی مواد می‌تواند در کاهش گرایش افراد به مواد افیونی موثر باشد (حسینی و همکاران، ۲۰۱۵). باتوجه به آنچه بیان شد و نظر به اهمیت بررسی درمان‌هایی با محوریت مذهب و تعالیم اسلامی و نیز با توجه به آثار مخرب اعتیاد در خانه و محل خدمت سربازان، پژوهش حاضر در پی یافتن پاسخی است برای این مساله که آیا روان‌درمانی معنوی-مذهبی، می‌تواند بر کاهش اضطراب افسردگی و در افزایش کیفیت زندگی سربازان معتاد به مواد مخدر موثر باشد یا خیر؟

### روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی با گروه دریافت‌کننده‌ی مداخله‌ی مبتنی بر روان‌درمانی معنوی-مذهبی (آزمایش) و گروه بدون درمان (کنترل) است. در این پژوهش از طرح شبه آزمایش پیش‌آزمون-پس‌آزمون، با گمارش تصادفی استفاده شده است. ابتدا از داشتن اعتیاد تمامی افراد حاضر به مشارکت در این پژوهش، حداقل به مدت ۵ سال اطمینان حاصل گردید. سپس بر اساس معیارهای ورود به مطالعه و خروج از آن، ۴۰ فرد مبتلا بصورت تصادفی انتخاب شدند و در گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر)، قرار گرفتند. پس از تعیین گروه‌های مداخله و کنترل و کسب رضایت آنان، اطلاعاتی در مورد نوع درمان، نحوه‌ی حضور افراد در جلسه، تعداد و زمان جلسات داده شده و همچنین رازداری که اصل اساسی درمان محسوب می‌شود، به افراد داده شد. سپس هر دو گروه آزمایش و کنترل به تکمیل مقیاس‌های اضطراب،

افسردگی و کیفیت زندگی پرداختند. سپس روان درمانی معنوی-مذهبی برای گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. پس از اتمام جلسات نیز گروه‌های آزمایش و کنترل، فرم‌های مربوط را تکمیل کردند. خلاصه‌ی این جلسات به شرح زیر است:

### جدول ۲: شرح جلسات پژوهش

جلسه اول: آشنایی اعضا با یکدیگر و گفتگو درباره‌ی مفهوم معنویت و دین و تاثیر آن در زندگی فرد(ایجاد همدلی و حس مشترک درباره‌ی مشکل اعضا و ایجاد یک رابطه‌ی درمانی و بیان تفاوت بین کلمه‌ی دین یا مذهب با معنویت)
جلسه دوم: خودآگاهی و ارتباط با خود (شناسایی و درک احساسات و کنترل آنها با استفاده از فنون خیال پردازی هدایت شده و آگاهی از احساسات دیگران و شناسایی نیازها و پیدا کردن مسیر دستیابی به آنها)
جلسه سوم: گوش دادن به ندای درونی(کشف دوباره‌ی معنا و ارزش‌های معنوی از راه گوش دادن به ندای درون و بررسی اعتماد یا بی اعتمادی به آن و همچنین شناخت احساسات و شهود و رهنمودهای معنوی)
جلسه چهارم: دقت بر کلمه‌ی خدا و ارتباط با او و یا هر قدرت برتری که در مانجو به آن ایمان دارد و نیایش و گفتگو با خدا
جلسه پنجم: نوع دوستی (انجام کاری معنوی بصورت گروهی باهدف تجربه‌ی عملی معنویت و افزایش عزت نفس و حس مفید بودن در افراد)
جلسه ششم: ارتباط با مقدسات (ایجاد ارتباطی لذت بخش با مقدسات در راستای کاهش احساس بیگانگی و تنهایی و استرس و اضطراب)
جلسه هفتم: رنجش و احساس گناه و نبخشیدن خود (کاهش احساسات منفی تنش زای حاصل از نبخشیدن از طریق کاهش نبخشیدن و کمک به مراجع برای درک مفهوم و مزایای بخشش و کاهش احساس گناه ناشی از نبخشیدن خود و دیگران)
جلسه هشتم: بخشش (کاهش احساسات منفی تنش زا از طریق افزایش احساسات مثبت حاصل از بخشش و مصالحه)
جلسه نهم: ایمان و توکل به خدا (رسیدن به تطبیق پذیری بیشتر از طریق ایمان به خدا و توکل به او و کاهش اضطراب و استرس)
جلسه دهم: حل مساله‌ی معنوی و مذهبی(شناسایی مشکلات و بررسی سبک‌های حل مساله) و در پایان قدردانی و شکرگزاری(ایجاد توانایی ابراز احساسات مثبت)

ابزار گردآوری اطلاعات در پژوهش شامل موارد ذیل است:

**الف) پرسشنامه‌ی ویژگی‌های جمعیت شناختی:** پرسشنامه‌ی اطلاعات جمعیت شناختی شامل سن، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، سابقه‌ی بیماری عصبی و روانی، میزان سابقه‌ی استفاده از الکل و مواد مخدر، مدت زمان ابتلا و اقدامات قبلی انجام شده در راستای حذف مواد.

**ب) پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی (Sf36):** این پرسشنامه ۳۶ سوال دارد که ۸ مفهوم سلامتی را بررسی می‌کند. این مفاهیم عبارتند از: ۱) محدودیت در فعالیت جسمی ناشی از مشکلات جسمانی، ۲) محدودیت در فعالیت اجتماعی ناشی از مسایل و مشکلات عاطفی و جسمانی، ۳) محدودیت در فعالیت‌های شغلی ناشی از مسایل و مشکلات جسمانی، ۴) درد بدن، ۵) سلامت روانی عمومی (فشار روحی و روانی خوب بودن)، ۶) محدودیت در فعالیت‌های شغلی ناشی از مسایل و مشکلات عاطفی، ۷) نیروی حیات یا سرزندگی (انرژی-خستگی)، ۸) برداشت از سلامت عمومی. برای نمره‌گذاری سوال‌های Sf36 از نمره‌های ۰ تا ۱۰۰ استفاده شده است. این نمره‌گذاری بر اساس معیار سنجش Sf36 فراهم آمده است. برازیر و همکاران (۱۹۹۳)، در بریتانیا این پرسشنامه را به منظور سنجش پایایی آن بررسی کردند. نتایج بررسی آنان نشان داد که پایایی Sf36 براساس آزمون کرونباخ ۸۵ درصد است. در پژوهش منتظری این پرسشنامه از روایی و پایایی مناسبی برخوردار بوده است (منتظری و همکاران، ۲۰۰۵).

**ج) پرسشنامه‌ی اضطراب بک<sup>۲</sup>:** این پرسشنامه برای نجهش میزان اضطراب طراحی شده و شامل ۲۱ عبارت است که بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود و نمره‌ی کل در دامنه‌ای از ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرد. هر عبارت بازتاب یکی از علائم اضطراب است که معمولاً افرادی که از نظر بالینی مضطرب هستند یا کسانی که در وضعیت اضطراب انگیز قرار می‌گیرند آنها را تجربه می‌کنند. نتایج پژوهش کویانی و موسوی نشان داده که آزمون اضطراب بک دارای روایی ( $r=0/72$  و  $P<0/001$ )، پایایی ( $r=0/72$  و  $P<0/001$ ) و ثبات درونی (آلفا = ۰/۹۲) مناسبی است (جولین، ۲۰۱۱).

**د) پرسشنامه‌ی افسردگی بک<sup>۳</sup>:** این آزمون در مجموع ۲۱ ماده‌ی مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود و هنگام اجرا از آزمودنی خواسته می‌شود شدت این نشانه‌ها را بر اساس یک مقیاس ۴ درجه‌ای درجه‌بندی کند. دامنه‌ی نمرات بین حداقل ۰ تا ۶۳ قرار دارد اما فقط در سطوح بسیار شدید افسردگی نمره‌های ۴۰ تا ۵۰ به دست می‌آید. به‌طور معمول، نمره‌ی افراد افسرده از نظر بالینی و افراد ناسازگار غیر بیمار در دامنه‌ی بین ۱۲ تا ۴۰ قرار می‌گیرد (جولین، ۲۰۱۱). دابسون و محمدخانی ضریب اعتبار پرسشنامه‌ی افسردگی بک را برای هر ۲۱ بخش معادل ۰/۹۱۳ به دست آورده‌اند (گومز اولیویرا و همکاران، ۲۰۱۲). بطور کلی، ضرایب همسانی درونی هریک از بخش‌ها و دیگر مشخصه‌های آماری

<sup>1</sup> Short-Form health survey questionnaire (SF-36)

<sup>2</sup> Beck Anxiety Inventory (BAI)

<sup>3</sup> Beck Depression Inventory (BDI)

پرسشنامه و نیز ضریب آلفای کرونباخ نشان داد که مقیاس افسردگی بک در جمعیت ایرانی از اعتبار مناسبی برخوردار است و می‌توان به نمرات آن برای تحلیل‌های آماری و روانسنجی اعتماد کرد (پرلجویک و همکاران، ۲۰۱۲).

#### یافته‌ها:

در این پژوهش، تاثیر روان درمانی معنوی - مذهبی بر افزایش کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی سربازان معنادار به مواد مخدر بررسی و فرضیه‌ها مطابق با موضوع تحقیق طراحی شده است که برای سنجش آنها از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده شده است.

جدول ۳. اطلاعات حاصل از متغیرهای جمعیت شناختی

گروه	وضعیت تحصیلات (دیپلم و زیر دیپلم)	میانگین سنی
روان درمانی معنوی - مذهبی	۰/۷۶	۱۹
کنترل	۸۵	۲۰
X <sup>2</sup>	%/۷۸	%/۷۳
مقدار احتمال	%/۹۲	%/۸۶

همان گونه که نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد، دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای جمعیت شناختی طبقه‌ی سنی و وضعیت تحصیلات تقریباً همگن هستند. نتایج حاصل از اطلاعات توصیفی نشان می‌دهد تفاوت دو گروه در هیچیک از متغیرهای جمعیت شناختی معنادار نیست ( $P > 0/05$ ).

جدول ۴. نتایج شاخصهای مرکزی به همراه تحلیل کوواریانس یکراهه در زیرمقیاسهای گروه های گواه و آزمایش

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار احتمال	اندازه‌ی اثر
مؤلفه‌های فیزیکی	آزمایش:					۰/۲۵
	۱.پیش	۲۰	۳۰/۵۰	۴۳/۹	۰/۰۰۶	
	آزمون	۲۰	۹۲/۵۶	۶۲/۸		
	۲.پس			۶۸/۹		
	آزمون	۲۰	۶۷/۵۴	۹۱/۸		
	کنترل:	۲۰	۷۴/۵۵			
	۱.پیش					
	آزمون					
۲.پس						
آزمون						
مؤلفه‌های روانی	آزمایش:					۰/۸۱
	۱.پیش	۲۰	۴۵/۵۵	۶۲/۸	۰/۰۰۱	
	آزمون	۲۰	۲۰/۶۵	۱۳/۸		
	۲.پس					
	آزمون	۲۰	۳۳/۵۴	۳۴/۹		
	کنترل:	۲۰	۴۲/۵۵	۲۸/۹		
	۱.پیش					
	آزمون					
۲.پس						
آزمون						
کیفیت زندگی	آزمایش:					۰/۸۰
	۱.پیش	۲۰	۳۵/۵۴	۲۵/۹	۰/۰۰۱	
آزمون	۲۰	۰۵/۶۱	۰۷/۸			

		۱۲/۸	۵۰/۵۴	۲۰	۲. پس آزمون	
		۹۹/۷	۳۴/۵۵	۲۰	کنترل: ۱. پیش آزمون	
					۲. پس آزمون	

همانطور که جدول شماره ۴ نشان می‌دهد، نمره‌های کل پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی در گروه آزمایش از پیش آزمون به پس آزمون افزایش چشمگیری داشته است؛ در حالیکه این نمرات در گروه کنترل از پیش آزمون به پس آزمون، تغییر محسوسی نداشته است. بر اساس داده‌های جدول شماره ۲، سطح معناداری متغیرها در مقایسه با مقدار احتمال ۰/۰۲۵ بدست آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵ بر دو مولفه‌ی کیفیت زندگی)، کوچکتر است. به عبارت دیگر این نتایج نشان می‌دهد که روان درمانی معنوی-مذهبی به افزایش معنادار زندگی کلی سربازان دچار سو مصرف منجر شده است. میزان تاثیر گروه آزمایش (معنادار بودن عملی) بر متغیرهای مولفه‌های فیزیکی و روانی به ترتیب ۰/۲۵ و ۰/۸۱ بوده است؛ یعنی برای مثال ۸۱ درصد کل واریانس یا تفاوت‌های فردی در مولفه‌های روانی کیفیت زندگی سربازان معتاد به مواد مخدر در گروه آزمایش، مربوط به اثر مداخله بوده است. به علاوه توان بالای آزمون آماری در پژوهش حاضر بیانگر این است که با احتمال بالایی فرض صفر به درستی رد شده است.

#### جدول ۵. نتایج شاخصهای مرکزی به همراه تحلیل کوواریانس یکراهه در زیرمقیاسهای گروه های گواه و آزمایش

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار احتمال	اندازه‌ی اثر
اضطراب	آزمایش:					۰/۵۴
	۱. پیش آزمون	۲۰	۲۶/۳۰	۱۱/۴	۰/۰۰۱	
	۲. پس آزمون	۲۰	۲۰/۶۰	۴۹/۳		
	کنترل:					
۱. پیش آزمون	۲۰	۲۵/۲۷	۹۶/۳			
	۲. پس آزمون	۲۰	۲۴/۹۳	۳۳/۴		



افسردگی	آزمایش:				
	۱.پیش آزمون	۲۰	۳۱/۴۰	۴۲/۴	۰/۶۰
	۲.پس آزمون	۲۰	۲۴/۳۰	۷۱/۲	۰/۰۰۳
	کنترل:				
	۱.پیش آزمون	۲۰	۳۰/۸۴	۰۸/۴	
	۲.پس آزمون	۲۰	۳۰/۱۲	۵۳/۴	

همانطور که نتایج جدول شماری ۵ نشان می‌دهد، متغیر گروه مداخله تاثیر معناداری در متمایز کردن گروه‌های کنترل و آزمایش در نمره‌های کل پرسشنامه‌ی افسردگی بک ی کنترل نمره‌های پیش آزمون داشته است. به عبارت دیگر، نتایج گویای اینست که مداخله‌ی روان درمانی معنوی-مذهبی به کاهش معنادار علائم افسردگی و اضطراب سربازان معتاد به مواد مخدر شده است. علاوه بر این، نتایج نشان می‌دهد که آموزش راهبردهای معنوی و مذهبی به اندازه‌ای معادل ۰/۶۰ (اندازه‌ی اثر بین صفر تا یک قرار دارد و هرچه به یک نزدیک‌تر، باشد بهتر است)، اثر چشمگیری بر بهبود علائم افسردگی سالمندان دارد. این معنادار بودن عملی برای متغیر اضطراب، ۰/۵۴ است. در واقع ۰/۶۰ تغییرات در متغیر افسردگی و ۰/۵۴ در نمرات اضطراب، مربوط به مداخله‌ی معنوی- مذهبی بوده است. در نهایت، نتایج جدول شماره‌ی ۵، در زمینه‌ی توان آماری (توانایی آزمون در رد نکردن فرض یک صحیح) تحلیل نیز نشان می‌دهد که با توجه به تعداد نمونه، این توان در حد مطلوبی قرار دارد (توان آزمون بین صفر تا یک قرار دارد و هرچه به یک نزدیک‌تر باشد بهتر است).

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه از اثربخشی روان درمانی معنوی مذهبی بر کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی سربازان معتاد به مواد مخدر حکایت می‌کند. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که راهبردهای معنوی و مذهبی در افزایش کیفیت زندگی تاثیر بسزایی دارد که در پی آن سلامت روان و عملکرد تکالیف روزانه افزایش می‌یابد. سربازانی که امیدوارترند، به دیگران همانند منابع حمایتی و پایگاه‌هایی که می‌توانند با آنها همراه شوند، می‌نگرند. بطور کلی، معنویت موجب می‌شود بزرگسالان در رویارویی با چالش‌های زندگی سازگارتر شوند (گونکالوز و همکاران، ۲۰۱۵). افرادی که دارای وضعیت معنوی بهتری هستند، کمتر دچار کشمکش درونی، بی‌هدفی، پوچی، یاس، نارضایتی و ناامیدی در برابر بحران‌ها می‌شوند و محرومیت‌ها و ناملایمات را تحمل می‌کنند (رزمارین و همکاران، ۲۰۱۵). بطور کلی، باورها و اعمال مذهبی تاثیر مثبتی بر پیشگیری و بهبود بیماری‌های جسمی و روانی و افزایش کیفیت زندگی دارند. ازسوی دیگر داشتن باورهای معنوی سلامت جسمی و روانی را پیش بینی می‌کند (اگلی و همکاران، ۲۰۱۵). افرادی که از ساز و کارهای معنوی استفاده می‌کنند، دستگاه‌های ایمنی آنان بهتر کار می‌کند و با راهبردهای کنار آمدن موثرتر مانند ارزیابی مجدد و مساله‌گشایی، با فشارهای روانی بیشتر کنار می‌آیند و در نهایت از کیفیت زندگی بیشتری در زندگی برخوردارند (روح و همکاران، ۲۰۱۵). بطور کلی نتایج این پژوهش، از ارتباط بین معنویت، رضایت از زندگی و شادکامی حکایت می‌کند. این پژوهش نشان می‌دهد که مذهب و معنویت روش درمان موثری برای افزایش رضایت از زندگی و شادکامی است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت روان درمانی معنوی-مذهبی، توانایی بهره‌برداری از سرمایه‌ها و منابع معنوی در جهت حل مشکلات و بهتر زندگی کردن است. از این رو، انتظار می‌رود روان درمانی معنوی-مذهبی کیفیت زندگی را ارتقا ببخشد (دی جاگر میزنبروک، ۲۰۱۲). همچنین بهبود کیفیت زندگی به بهبود تسلط بر محیط، هدف و جهت‌گیری در زندگی، پذیرش خود، رشد و بالندگی فردی، ارتباط مثبت با دیگران و استقلال، منجر می‌شود (میلر و همکاران، ۲۰۱۲). در نتیجه این امر به افزایش قدرت تعالی یعنی عبور از ظواهر مادی و فیزیکی منجر می‌شود (دین و همکاران، ۲۰۱۲) که به فرد توان می‌دهد تا معانی عمیق جهان خلقت و خود را درک کند و خلا معنایی را پوشش دهد (لی و همکاران، ۲۰۱۲). با تکیه بر نتایج این پژوهش چنین بنظر می‌رسد که مذهب، در رویارویی با مشکلات زندگی و برای داشتن زندگی بهتر، ضروری به‌نظر می‌رسد. تکیه بر ایمان و معنویت، عامل موثری در مقابله با افسردگی و اضطراب است. این پژوهش نشان داد سربازان معتادی که تحت تاثیر معنویت قرار گرفتند، با تقویت و فعال‌سازی خرد و باورهای معنوی، سبک زندگی‌شان رنگ و بوی معنوی و مذهبی می‌گیرد و این خود می‌تواند عاملی قوی در پیشگیری و کاهش اضطراب و افسردگی در سربازان معتاد به مواد مخدر باشد.

## منابع

Abraheme A. “ Comparison of the Affectiveness of integrated Psychotherapy Psychology of religious gray with cognitive Behavioral and drug People with depressed Khvii”. Phd thesis, Department of Psychology, Faculty of letters, Department of educational Science, Psychology, University of Isfahan, Iran; 2010.(Text in Persian).

Agli O, Bailly N, Ferrand C. Spirituality and religion in older adults with dementia: a systematic review. *International Psychogeriatrics*. 2015 May;27(5):715-25.

Ano G.G, Vasconcelles E. B. Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of clinical psychology*; 2005. 61(4) . 461-80.

Ashouri A, Mollazadeh J, Mohammadi N. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on the Improvement of Coping Skills and Relapse Prevention in Addicted Individuals. *IJPCP2008*; 14 (3): 281-8. [Farsi]

Bolhari J, Nazari GH, Zamanian S. Effectiveness of spiritual group therapy in reducing depression, anxiety, and stress of women with breast cancer. *Journal of the women and sociology*. 2012;1(9):85-115. (Text in Persian)

Brazier J, Jones N, Kind P. Testing the validity of the Euroqol and comparing it with the SF-36 health survey questionnaire. *Quality of Life Research*. 1993 Jun 1;2(3):169-80.

de Jager Meezenbroek E, Garssen B, van den Berg M, Van Dierendonck D, Visser A, Schaufeli WB. Measuring spirituality as a universal human experience: A review of spirituality questionnaires. *Journal of religion and health*. 2012 Jun 1;51(2):336-54.

Dein S, Cook CC, Koenig H. Religion, spirituality, and mental health: current controversies and future directions. *The Journal of nervous and mental disease*. 2012 Oct 1;200(10):852-5.

Ghorban Hosseini AA. *New Research in Addiction and Addictive substances*. Tehran: Sepehr; 1989: 308-11. [Farsi]

Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Neto FL, Andrade LH, Wang YP. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2012 Dec 1;34(4):389-94.

Gonçalves JP, Lucchetti G, Menezes PR, Vallada H. Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychological medicine*. 2015 Oct;45(14):2937-49.

Hamid N, Ahmadian A, Akbari Shaye Y. Effectiveness of cognitive behavior therapy based on religious believes on hope and quality of life in the patients suffering breast cancer. *Journal of hormozgan university of medical sciences*;2011. 16(3): 213-21. (Text in Persian)

Hosseini M, Abedsaeedi Zh, Ghasemi S. Maternal experience in addict women: a metasyntesis. *J Qual Res Health Sci* 2015; 4(2): 147-55. [Farsi]

Julian LJ. Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis care & research*. 2011 Nov 1;63(S11).

Kaplan H , Saddok BJ. Kaplan psychiatric. Tehran: hayan. 2007. P:32. (Text in Persian)

karami G. Addiction Relapse in Iranian Veterans: Determination of Etiologies and Solutions. *Iran J War Public Health*. 2010; 2 (4) :40-4.[Farsi]

Karimyar Jahromi M, Eftekharzadeh MH, Hamidipour Z. Assessment meter of various effective factors associated with substance abuse relapse in addict's perspective. *J Res Behave Sci* 2015; 13(1):124-33. [Farsi]

Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. Handbook of religion and health. 1nd ed. Oxford: Oxford University Press, USA; 2004.

Lee KH, Besthorn FH, Bolin BL, Jun JS. Stress, spiritual, and support coping, and psychological well-being among older adults in assisted living. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*. 2012 Oct 1;31(4):328-47.

Miller L, Wickramaratne P, Gameraoff MJ, Sage M, Tenke CE, Weissman MM. Religiosity and major depression in adults at high risk: a ten-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*. 2012 Jan;169(1):89-94.

Mirzaei T, Ravary A, Hanifi N, Miri S, Oskouie F, Mirzaei Khalil Abadi S. Addicts' Perspectives about Factors Associated with Substance Abuse Relapse. *IJN* 2010; 23 (67) :49-58. [Farsi]

Mohamadi M, Dadkhah B. The role of religion in the prevention of addiction. *Journal of fundamentals of mental health*.2001;3(9-10).27-34. (Text in Persian)

Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of life research*. 2005; 14(3): 875-82.(Full Text in Persian)

Nastizayi N, Hezareh Moghadam M, Mollazehi A. The study of factors for recurred addiction from the view of self-introduced addicts to the addiction abandonment centers of zahedan. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2010; 8 (3). [Farsi]

Preljevic VT, Østhus TB, Sandvik L, Opjordsmoen S, Nordhus IH, Os I, Dammen T. Screening for anxiety and depression in dialysis patients: comparison of the Hospital Anxiety and Depression Scale and the Beck Depression Inventory. *Journal of psychosomatic research*. 2012 Aug 31;73(2):139-44.

Richards P-S, Hardman R-K, Berrett M. "Spiritual Approaches in the Treatment of Women with Eating Disorders. Wshington: American psychological Association. 2007.

Richards S.P, Bergin A. E. A Spiritual Strategy for Counseling and Psychotherapy. U.S.A: American Psychological Association. 2005.

Rimaz S, Dastoorpour M, Merghati khoii E, Mohseni S. Demographic variables associated with relapse in women and men referred to the selected addiction treatment centers in Tehran, 2009: A case- control study. *RJMS* 2013; 20 (107) :63-72.

Roh HW, Hong CH, Lee Y, Oh BH, Lee KS, Chang KJ, Kang DR, Kim J, Lee S, Back JH, Chung YK. Participation in physical, social, and religious activity and risk of depression in the elderly: a community-based three-year longitudinal study in Korea. *PloS one*. 2015 Jul 14;10(7).

Rosmarin DH, Forester BP, Shassian DM, Webb CA, Björgvinsson T. Interest in spiritually integrated psychotherapy among acute psychiatric patients. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2015 Dec;83(6):11-49.

Sharg A, Shakibi A, Neisari R, Aliloo L. Survey of factors related to the relapse of addiction from viewof addict patients attending to drug abuse treatment clinics in west azerbaijan. *J Urmia Univ Med Sci*2011; 22 (2) :129-36. [Farsi]