

اثربخشی روان‌درمانی معنوی - مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر کیفیت زندگی، تاب‌آوری و چارچوب (ذهنیت) زنان دارای همسر معتاد

The effectiveness of Islamic teaching based religious-spiritual psychotherapy on quality of life, resiliency, and mindset of women with addicted spouse

فریبا اسماعیلی / کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه محقق اردبیلی

Fariba Esmaeili (Masters in Family Counseling, University of Mohaghegh Ardabili)

عبدالله جمالی* / دانشجوی دکتری تخصصی مشاوره، دانشگاه فردوسی مشهد

Abdollah Jamali (PhD student in Counseling, Ferdowsi University of Mashhad)

سیدمهدی آقا سیدکریمی / کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه تهران

Seyyed Mahdi Agha Seyyed karimi (Masters in Family Counseling, University of Tehran)

عاطفه علی‌مرادی / کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد، واحد اراک

Aatefe Alimoradi (Masters in General Psychology, Islamic Azad University, Arak Branch)

Abstract

This study aimed to determine the effectiveness of Islamic teaching based religious-spiritual psychotherapy on quality of life, resiliency, and mindset of women with addicted spouse. The method was quasi-experimental with pretest-posttest and control group. Research population was all

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی روان‌درمانی معنوی - مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر کیفیت زندگی، تاب‌آوری و چارچوب (ذهنیت) زنان دارای همسر معتاد است. روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری را تمامی همسران معتادان مراجعه‌کننده به مراکز

تاریخ دریافت مقاله: ۱۷ / ۰۶ / ۱۳۹۵، تاریخ پذیرش مقاله: ۰۸ / ۱۰ / ۱۳۹۵.

spouses of addicted referred therapy and rehabilitation centers of Tabriz in the summer 2016. Of the three centers working under Behzisti's supervision, 24 women who volunteered to participate were selected through convenience sampling and assigned to experimental and control groups (12 individuals per group). The study instruments were: Connor and Davidson Resilience Scale (2003), the World Health Organization Quality Scale (1998) and Batista questionnaire (LRI). The experimental group received 11 sessions (two sessions of 75 minutes). The data were analyzed by covariance analysis, using the SPSS software version 20. Findings of covariance analysis showed that there were significant differences between the two groups in resiliency ($P < 0.05$), quality of life, and mindset ($P < 0.05$). Based on these results, it can be concluded that because of Islamic teaching based religious-spiritual psychotherapy on quality of life, resiliency, and mindset of women with addicted spouse, we suggest using this method as a therapeutic approach to addiction treatment centers.

Key words: religious-spiritual psychotherapy, resiliency, quality of life, wives with addicted spouse.

درمان و بازتوانی ترک اعتیاد شهر تبریز در تابستان ۱۳۹۵ تشکیل می‌دادند. از سه مرکز ترک اعتیاد زیر نظر بهزیستی، ۲۴ نفر از همسران معتادین که تمایل به همکاری داشتند، به صورت در دسترس انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) جایگزین شدند. ابزار پژوهش عبارت بود از: پرسش‌نامه کیفیت سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸)، شادکامی آکسفورد (۲۰۰۱) و نگرش به زندگی باتیستا و آلموند (۱۹۷۳). برای گروه آزمایش (۱۱ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای) روان‌درمانی معنوی - مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام اجرا شد. داده‌ها از طریق آزمون تحلیل کوواریانس و با کمک SPSS ۲۰ تجزیه و تحلیل شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد بین میانگین‌های دو گروه در متغیر کیفیت زندگی در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/05$). همچنین، نتایج نشان می‌دهد بین میانگین‌های دو گروه در متغیر چارچوب در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/05$). نتایج حاکی از آن است که در متغیر کیفیت زندگی نیز در پس‌آزمون بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/05$). با توجه به نتایج حاصل می‌توان گفت از آنجا که روان‌درمانی معنوی - مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر کیفیت زندگی، تاب‌آوری و چارچوب زنان دارای همسر معتاد تأثیر دارد، پیشنهاد می‌شود از آن به عنوان رویکرد درمانی در مراکز مشاوره استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: روان‌درمانی معنوی - مذهبی، کیفیت زندگی، چارچوب، تاب‌آوری، زنان دارای همسر معتاد.

مقدمه

اعتیاد^۱ یکی از عواملی است که بنیاد خانواده را در هم می‌شکند و موجبات اختلافات خانوادگی را فراهم می‌کند. آسیب‌زایی این وضعیت زمانی بیشتر می‌شود که همسران افراد معتاد از وضعیت آنها آگاهی می‌یابند. در چنین وضعیتی، همسران افراد معتاد، امید به زندگی خود را از دست می‌دهند، سلامت روانی آنها دست‌خوش اغتشاشات می‌شود، مناسبات اجتماعی آنها مختل می‌شود و غم، اندوه، احساس تنهایی، شرم و فقدان امنیت روانی بر زندگی آنها استیلا می‌یابد (هالفورد،^۲ ۲۰۰۱، به نقل از: ترخان، ۱۳۹۰). هیچ همسری مسئول بیماری اعتیاد شوهر خود نیست، اما می‌تواند با رفتارهای بجا و درست خود مشوقی برای بهبود وضع و حال همسرش باشد. آموزش‌های مناسب به همسران معتادان می‌تواند سبب شود آنها هنگام روبه‌رو شدن با مشکلات زندگی تصمیمات مناسبی اتخاذ کنند (ابوالقاسمی و همکاران، ۱۳۹۴). مطابق پژوهش افارل (۱۹۹۵) همسر مردان معتاد، در خصوص خود، وضعیت زندگی و آینده خانواده خود در رنج و عذاب هستند. اضطراب آنها برآیندی از اشتغال ذهنی آنها در باب بی‌فرجامی و ازهم‌پاشیدگی زندگی است. آنها به دلیل فشار کارهای منزل، مشکلات اقتصادی ناشی از بیکاری همسر معتاد، یکنواختی زندگی و نداشتن رابطه صمیمانه با همسر، مضطرب و افسرده هستند (سلیمی بجستانی و همکاران، ۱۳۹۳).

اعتیاد به دلیل ماهیت پیچیده خود نه فقط در کلیه ابعاد زندگی سلامتی افراد را به خطر می‌اندازد، بلکه آثار سوء آن به‌وضوح بر سلامت روانی، جسمانی، اجتماعی، هیجانی، معنوی و شناختی و به‌طور کلی کیفیت زندگی دیگر افراد خانواده خصوصاً همسران آنها نیز گسترده می‌شود (جوژف و لیندلی،^۳ ۲۰۰۶). کیفیت زندگی مفهوم وسیعی دارد که تمامی جنبه‌های زندگی فعلی فرد را در بر می‌گیرد (تورانسن،^۴ ۱۹۸۷، به نقل از: مرادی، ۱۳۹۴). کیفیت زندگی شامل

1. addiction

2. Halford, W. K.

3. Joseph, S.; Lindly, A. P.

4. Torrance, E. P.

سلامت جسمانی افراد، وضعیت روان‌شناختی، روابط اجتماعی، باورهای معنوی و شخصی است و بر اساس تجارب ذهنی افراد ارزیابی می‌شود (رابینسون،^۱ ۲۰۰۸). به عبارت دیگر، کیفیت زندگی ابعاد متفاوت سلامت و آسایش جسمی، روانی و اجتماعی زندگی افراد را در بر دارد و متأثر از تجربه شخص و درک او از زندگی است که با گذشت زمان تغییر می‌کند. هر یک از این ابعاد دارای دو جنبه ذهنی و عینی قابل اندازه‌گیری است، اما انتظارات و دریافت ذهنی فرد است که بیانگر کیفیت زندگی واقعی تجربه‌شده او است (واحدی، ۱۳۹۱). مجموعه‌ای از عواطف و احساسات ویرانگر وجود دارند که سلامت روانی، رفتاری و کیفیت زندگی اعضای خانواده را به دلیل زندگی کردن در کنار فرد معتاد به خطر می‌اندازند. این‌گونه احساسات و رفتارها عبارت‌اند از: اضطراب و تشویش، احساس گناه، خشم، انکار و شرمندگی. اولین و مهم‌ترین ضربه اعتیاد بر رابطه عاطفی او و همسرش است و طبعاً به دنبال آن دیگر مشکلات جسمی، رفتاری، ذهنی و شغلی نیز این تأثیر ناخوشایند را بر همسران آنها خواهد گذشت (فرگوسن،^۲ ۲۰۰۹).

در این میان، یکی از عواملی که سبب سازگاری هرچه بیشتر انسان با نیازها و تهدیدهای زندگی می‌شود، تاب‌آوری است. تاب‌آوری از جمله متغیرهای مد نظر روان‌شناسان مثبت‌نگر است که به عنوان فرآیندی پویا، سازگاری مثبت و فراگیر قابل توجه در وضعیت‌های طاقت‌فرسا تعریف می‌شود. تاب‌آوری عبارت است از توانایی پایداری و مقاومت در برابر دشواری‌های درهم‌شکننده زندگی. تاب‌آوری شامل فرآیندهای پویایی است که انطباق مثبت با رویدادهای مهم و منفی را به وجود می‌آورد (نیل‌فروشان و عابدی، ۱۳۹۳).

گارمزی^۳ (۱۹۹۱) هم تاب‌آوری را توانایی سازگاری موفقیت‌آمیز با وضعیت تهدیدکننده می‌داند. فرد تاب‌آور به طور عادی قادر به تفکر خلاقانه و منعطف درباره حل مسائل است؛ یعنی هر وقت که نیاز داشته باشد، از افراد دیگر کمک می‌خواهد و در حل مشکلات مربوط

1. Robinson, P. F.

2. Ferguson, P. L.

3. Gramezy, N.

به خود و دیگران کاردانی نشان می‌دهد. افراد تاب‌آور درجه‌هایی از سلامتی و استقلال را نشان می‌دهند؛ آنها قادرند با اتکای به خود فکر کنند و آن را عملی سازند. وقتی از محیط‌شان انتقاد دارند، قادرند نظرشان را به دیگران انتقال دهند. آنها احساسات خوبی در خصوص اطرافیان دارند و توانایی هایشان را برای تغییر دادن محیط‌شان باور دارند (بک‌گارد و دیانا،^۱ ۲۰۰۶). پژوهشی که شاین و سیم‌کیم^۲ (۲۰۰۴، به نقل از: حق‌رنجبر و همکاران، ۱۳۹۰) بر روی تاب‌آوری و کیفیت زندگی انجام داده‌اند، نشان می‌دهد افزایش تاب‌آوری می‌تواند موجب بهبودبخشیدن به کیفیت زندگی شود.

یکی از معیارهای سلامت روان افراد، درجه بالای افکار، ذهنیت و نگرش مثبت آنها به زندگی است. از طرف دیگر، افکاری مثل افکار منفی درباره زندگی و نگرش منفی به زندگی از عوامل مختل‌کننده سلامت روان است. آنچه تفسیر هستی و تلقی جهان و انسان را برای فهم و شناخت رنج و گرفتاری‌ها و مصائب و سختی‌ها و تحمل و حتی شکیبایی در برابر مشکلات فراهم می‌کند و بالاتر از آن تضادهای واقعی را شیرین و پرجاذبه می‌گرداند، مربوط به نوع جهان‌بینی‌ها، بینش‌ها، اندیشه‌ها و عقایدی است که انسان درباره جهان و خویشتن پیدا می‌کند. زیرا اگر در جهان‌بینی خویش بتواند تفسیر عقلانی، معقول و در عین حال معنوی از هستی داشته باشد و هدف‌های روشن و راه‌های شفاف در رسیدن به آن هدف‌ها و نشاط و اجتهاد مقدس در رسیدن به آن هدف‌های متعالی را پیگیر باشد، هرگز جهان برای او تلخ نخواهد بود و رنج‌ها و گرفتاری‌های مسیر برایش تحمل‌ناپذیر و طاقت‌فرسا جلوه نخواهد کرد. بلکه باید و نبایدهای تشریحی و امور تکلیفی برای او لذت‌بخش است (رودگر، ۱۳۸۹).

گیبسون معتقد است نگرش به زندگی، مفهومی درونی است که باعث توان سازش با عوامل استرس‌زا می‌شود. همچنین، نگرش به زندگی با بعد معنوی کیفیت زندگی ارتباط نزدیکی دارد. بنابراین، نگرش بهتر به زندگی باعث تقویت ابعاد روانی و معنوی فرد و کیفیت زندگی بهتر فرد می‌شود.

1. Bogar, C. B.; Diana, H.

2. Shine, R.; SimKeem, M.

در سال‌های اخیر برای افزایش توان مقابله‌ای و ارتقای سلامت روان، معنویت^۱ به عنوان مؤلفه‌ای مهم وارد ادبیات نظری و پژوهشی شده است (شیماکو،^۲ ۲۰۱۳). اهمیت معنویت و رشد معنوی انسان در چند دهه گذشته به صورتی روزافزون توجه روان‌شناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است (اسپیلکا^۳ و همکاران، ۲۰۱۰؛ حبیب‌وند، ۱۳۸۷). مطالعات معنوی در روان‌شناسی ورثینگتون،^۴ ۲۰۰۹؛ کردی^۵ و همکاران، ۲۰۱۰؛ همکاران، ۲۰۰۳؛ آتن و اسشنگ،^۶ ۲۰۰۷؛ آتن و همکاران،^۷ ۲۰۰۰، به نقل از: ریچاردز و همکاران،^۸ ۲۰۰۷). معنویت جنبه‌ای از آدمی است که بیانگر ارتباط و یکپارچگی او با عالم هستی است. این ارتباط و یکپارچگی به انسان امید و معنا می‌دهد و وی را از محدوده زمان، مکان و علایق مادی فراتر می‌برد (بواله‌ری و همکاران، ۱۳۹۱). بحران معنویت، بیماری بزرگ و کشنده انسان عصر مدرنیسم است. معنویت، نوعی راهبرد مقابله‌ای است که به هنگام بروز هر گونه شکست و نامالایمت، فرد می‌تواند با کمک آن تعادل خویش را حفظ کند (پوند،^۹ ۲۰۱۳).

در همین زمینه کاراسو^{۱۰} (۱۹۹۹) نظریه معنویت‌درمانی را مطرح کرده و معتقد است روان‌درمانی معنوی بر پایه شش اصل متعالی استوار است. سه اصل سرزندگی روان که عبارت‌اند از عشق به دیگران، عشق به کار و عشق به تعلقات؛ و سه اصل معنویت که شامل اعتقاد به معنویت، اعتقاد به یگانگی و وحدانیت و اعتقاد به دگرگونی است. این نوع درمان با

-
1. spirituality
 2. Shimako, J.
 3. Spilka, B.; Hood, R. W.; Hunsberger, B.; Gorsuch, R.
 4. Aten, J. D.; Schenck, J. E.
 5. Aten, D. J.; Worthington, E. L.
 6. Kézdy, A.
 7. Pachalsky, P. S.
 8. Richards, P. S.; Hardman, P. K.; Berrett, M.
 9. Pond, M. F.
 10. Karasu, B.

استفاده از اصول خاص و با کاربرد شیوه‌های معنوی - مذهبی به بیماران کمک می‌کند تا به ادراکی فرامادی از خود، دنیا، حوادث و پدیده‌ها دست یابند و از طریق پیوند با این دنیای فرامادی، سلامت و رشد به دست آورند (ریچاردز و برگین،^۱ ۲۰۰۲).

روان‌درمانی معنوی، درمانگران را تشویق می‌کند که در درمان، مسائل مهم معنوی درمان‌جویان را در زمان مناسب خطاب قرار دهند و با استفاده از قدرت بالقوه ایمان و معنویت درمان‌جویان، در درمان و بهبودی از زبان و مداخله‌ها بهره ببرند. این مسئله بیانگر احترام و ارزش قائل شدن درمانگر برای مسائل معنوی درمان‌جو است. در درمان معنویت‌گرا، درمانگر، درمان‌جو را به کاوش در موضوع‌ها و مسائل معنوی دعوت می‌کند که با بهبود و بازیابی سلامتی او مرتبط هستند. تأکید درمانگر بر مسائل معنوی به صورتی بی‌طرفانه و به دور از داوری است، هرچند با حساسیت تمام، مسائل معنوی را دنبال می‌کند (ریچاردز و همکاران، ۲۰۰۷: ۶۸). برای آنکه درمانگر بتواند در روند درمان بر سلامت جسمی و روانی تأثیر مثبت و قاطعی داشته باشد باید مراجع را به مسائل معنوی راهنمایی و متوجه کند (جعفری و همکاران، ۲۰۱۳). طبق گفته هدلی^۲ (۲۰۰۳) استفاده از درمان معنوی در دهه‌های اخیر در دنیا رایج و مؤثر واقع شده، و اخیراً مقالات و کتب بسیاری درباره کارآمدی ادغام معنویت با درمان پزشکی و مشاوره و روان‌درمانی نگاشته شده است (کونینگ،^۳ ۲۰۱۱؛ بونلی^۴ و همکاران، ۲۰۱۲).

نقش سلامت معنوی در حل معضلات اجتماعی و فردی بسیار چشمگیر است. در حقیقت، افرادی که پای‌بند به مذهب یا اعتقاداتی هستند که هر گونه اعمال منافی عفت و خلاف را نهی می‌کند، کمتر به اعمال ناروا و معضل‌های اجتماعی همچون اعتیاد، شراب، قمار و دزدی روی می‌آورند.

در این زمینه مکتب اسلام سرشار از مفاهیم معنوی و اخلاقی است که به‌کارگیری این

1. Richards, S.; Bergin, A. E.

2. Hedley, G.

3. Koenig, H. G.

14. Bonelli, R.; Dew, R. E.; Koenig, H. G.; Rosmarin, D. H.; Vasegh, S.

مفاهیم، علاوه بر بهبود وضعیت بیماران مصرف‌کننده مواد، می‌تواند در کاهش گرایش افراد به مصرف مواد افیونی مؤثر باشد (محمدی و دادخواه، ۱۳۸۰). روان‌درمانی معنوی - مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام نوعی درمان است که با استفاده از قدرت بالقوه ایمان به خدا و معنویت درمان‌جویان، و استناد به آیات قرآن و روایات در درمان و بهبودی مراجعان، مداخله‌هایی مبتنی بر آموزه‌های دینی - اسلامی به کار می‌گیرد. ایمان به خدا به انسان مؤمن نیرویی می‌بخشد که در تحمل سختی‌های طاقت‌فرسای زندگی به کمک او می‌آید. این نیرو می‌تواند نگرانی و اضطراب را برطرف کند و انسان را در فشارهای مختلف روحی - روانی یاری دهد. از دیدگاه اسلام، راه درمان اساسی اختلالات روانی، از جمله اضطراب و نگرانی، یاد خدا است. آیات قرآن کریم نیز بر این نکته صحنه می‌گذارد. مثلاً در آیه ۲۸ سوره رعد آمده است: ﴿يُرِيدُ الْمَرِيضُونَ الْمَوْتَ وَاللَّامِيَاتُ الْمَوْتِ وَالْمَسْكِينُ وَالْمَسْكِينُ﴾؛ «آنها به خدا ایمان آورده و دل‌هایشان به یاد خدا آرام می‌گیرد، آگاه باشید که تنها یاد خدا آرامش‌بخش دل‌ها است» (سلیمانی و همکاران، ۱۳۹۴).

به نظر علمای اسلام، بنا بر آموزه‌های دینی، کسانی که متدین‌ترند با سختی‌ها بهتر مقابله می‌کنند. بر اساس آیه ۴ سوره فتح، خداوند می‌فرماید: ﴿وَلَا يَجْعَلْ لَكُمْ دِينًا وَاللَّهُ يَخْتَارُ﴾؛ «هم او است که آرامشی در دل‌های مؤمنان جای داد تا ایمانی بر ایمانشان بیفزاید». موسوی خمینی هم معنویت را مجموعه صفات و اعمالی می‌داند که شور و جاذبه قوی و شدید و در عین حال، منطقی و صحیح را در انسان به وجود می‌آورد تا او را در سیر به سوی خدای یگانه و محبوب عالم به طور اعجاب‌آوری پیش ببرد (موسوی خمینی، ۱۳۷۳). به باور طباطبایی، انسان در صورت پذیرش توحید و عمل به قوانین دین، ظرفیت روانی‌اش گسترده‌تر می‌شود و در غیر این صورت احساس ناخوشایند و زندگی تیره و تاری خواهد داشت. دینداری و اعتقاد به خداوند متعال با ایجاد عوامل کنترل رفتار در انسان و آن هم از درون، منجر به اصلاح فرد و جامعه و بهزیستی در اجتماع می‌شود (طباطبایی، ۱۳۸۲). دانشمندان علم تجربی نیز پس از نظریه‌پردازی‌ها و آزمون‌های بسیار به این نظریه دست یافته‌اند که علائق مذهبی و باورهای دینی در کاهش یا حتی رفع بیماری‌های مختلف روحی و جسمی نقش بسزایی دارد. آنان

معتقدند ایمان به خدا یا هر قدرت معنوی دیگر به انسان مؤمن نیرویی می‌بخشد که در تحمل سختی‌های طاقت‌فرسای زندگی به کمک او می‌آید. بررسی وضعیت روانی افراد باایمان و نمازخوان نیز حاکی از سلامت روانی و احساس شادکامی است. امروزه بسیاری از روان‌شناسان و روان‌پزشکان دریافته‌اند که دعا، نماز و داشتن ایمان محکم می‌تواند، نگرانی، تشویش، یأس و ترس را که موجب بسیاری از بیماری‌ها است برطرف کند (ابراهیمی قوام، ۱۳۷۴).

از جمله پژوهش‌های انجام‌شده درباره تأثیر معنویت بر سلامت روان عبارت است از: کریچنر و پاتینو^۱ (۲۰۱۰) و بوالهروی و همکاران (۱۳۹۱) نشان دادند کسانی که اعتقادات مذهبی قوی‌تری دارند، در برابر تنش و فشارهای زندگی مصونیت بیشتر و سلامت روان بهتر خواهند داشت. تقی‌زاده و میرعلایی (۱۳۹۲)، قدم‌پور و همکاران (۱۳۹۴)، سرتیپ‌زاده و همکاران (۱۳۹۴)، و دهقان و همکاران (۱۳۹۴) نشان دادند رویکرد گروه‌درمانی معنوی بر افزایش میزان تاب‌آوری دانش‌آموزان مؤثر بوده است. زره‌پوش و همکاران (۱۳۹۲) نشان دادند معنویت‌درمانی بر کیفیت زندگی و امید در زندگی زنان متأهل مؤثر است. زانگ و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی در دانشجویان چینی نشان دادند ارزش‌های معنوی با کیفیت زندگی ارتباط دارد. سلیمانی و همکاران (۱۳۹۴) نشان دادند اثربخشی هوش معنوی بر کیفیت زندگی و شادکامی دانشجویان مؤثر است. بابایی و همکاران (۱۳۹۴)، کلهرنیا گلکار و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهش خود نشان دادند معنویت‌درمانی بر کیفیت زندگی زنان مؤثر است. مامردیو و ساکنز^۲ (۲۰۰۶) در پژوهش خود رویکردهای معنوی و وجودی را در بهبود روابط، درک بهتر از خویشتن و نگرش آنها راجع به کیفیت زندگی بر روی زوجین دچار سوگ بررسی و تأثیر معنادار آن را گزارش کردند.

با توجه به آنچه بیان شد و نظر به اهمیت بررسی درمان‌هایی با محوریت مذهب و تعالیم

1. Kirchner, T.; Patino, C.

2. Mumurdere, M.; Saks, K.

اسلامی و نیز توجه به آثار سوء روان‌شناختی معطوف به زنانی که در کانون خانواده با اعتیاد همسر مواجه‌اند، پژوهش حاضر در پی یافتن پاسخی است برای این مسئله که: آیا روان‌درمانی معنوی - مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر کیفیت زندگی، تاب‌آوری و چارچوب (ذهنیت) زنان دارای همسر معتاد اثرگذار است یا خیر؟

روش پژوهش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش عبارت بود از تمامی زنان دارای همسر معتاد که همسرشان به یکی از مراکز ترک اعتیاد شهر تبریز در تابستان ۱۳۹۵ مراجعه کرده است. از سه مرکز ترک اعتیاد زیر نظر بهزیستی، ۲۴ نفر از همسران معتادان که تمایل به همکاری داشتند، به صورت در دسترس انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) جایگزین شدند. شرایط ورود به نمونه چنین بود: تمایل به شرکت در پژوهش، سطح تحصیلات حداقل سیکل (برای درک بهتر آموزش و تکمیل پرسش‌نامه‌ها)، شرکت مرتب در جلسات و نداشتن غیبت بیش از دو جلسه. داده‌های جمع‌آوری شده نهایتاً به کمک آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی تحلیل کوواریانس و به کمک نرم‌افزار SPSS-20 تجزیه و تحلیل شد.

ابزار گردآوری داده‌ها

فرم کوتاه پرسش‌نامه کیفیت زندگی^۱: این پرسش‌نامه را گروه کیفیت سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸) طراحی کرده و دارای ۲۶ پرسش است و چهار حیطه سلامت روانی، سلامت جسمانی، سلامت محیط و روابط اجتماعی را با ۲۴ پرسش می‌سنجد. پرسش‌های اول و دوم این پرسش‌نامه در هیچ حیطه‌ای نمی‌گنجد و پرسش اول کیفیت زندگی را به طور کلی می‌سنجد و پرسش دوم وضعیت سلامت را به طور کلی. ۲۴ پرسش بعدی کیفیت زندگی در چهار حیطه ذکر شده فوق را ارزیابی می‌کند. نجات و همکاران (۱۳۸۵) پایایی این آزمون را با شاخص همبستگی درون‌خوشه‌ای برای حیطه سلامت جسمانی ۰/۷۷، برای سلامت روانی ۰/۷۷، برای حیطه روابط اجتماعی

۰/۷۵ و برای سلامت محیط ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند. همچنین، همگنی درونی زیرمقیاس‌های چهارگانه بالا به روش آلفای کرونباخ برای گروه بهنجار ۰/۷۳ و در بیماران برابر با ۰/۷۷ بوده است. در این پژوهش از نمره کلی استفاده شده است.

پرسش‌نامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون^۱ (CD-RIS): این مقیاس را کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) طراحی کردند که توانایی سازگاری با تنش و آسیب را اندازه می‌گیرد و دارای ۲۵ گویه است. نتایج تحلیل عاملی نشان می‌دهد این مقیاس چندبعدی است و دارای ۵ مؤلفه «شایستگی / استحکام شخصی»، «اعتماد به‌خود / تحمل عواطف منفی»، «پذیرش مثبت تغییرات / روابط ایمن»، «کنترل و معنویت» است که بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (صفر: کاملاً نادرست و چهار: کاملاً درست) نمره‌گذاری شده است. حداقل نمره تاب‌آوری صفر و حداکثر نمره ۱۰۰ است. چون پایایی و روایی زیرمقیاس‌ها هنوز به‌طور قطع تأیید نشده است، در حال حاضر فقط نمره کلی تاب‌آوری برای اهداف پژوهشی، معتبر محسوب می‌شود (کونور و دیویدسون، ۲۰۰۳). برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره‌گرفته شد و ضریب پایایی آن ۰/۸۹ به دست آمد. سامانی و همکاران نیز در پژوهشی بر روی ۵۷۷ دانش‌آموز دبیرستانی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، همسانی درونی ۰/۹۳ برای این مقیاس گزارش دادند و با روش تحلیل عاملی مؤلفه‌های اصلی، وجود یک عامل را در این مقیاس تأیید کردند (سامانی و همکاران، ۱۳۸۶).

مقیاس نگرش به زندگی باتیستا: در این پژوهش از مقیاس شاخص ارزشمندی (نگرش به زندگی) باتیستا و آلموند^۲ (۱۹۷۳) استفاده شد که دباتس^۳ (۱۹۹۸) در آن تجدیدنظر کرده است. این مقیاس شامل ۲۸ گویه و دو خرده‌مقیاس چارچوب است: ۱. سنجش میزان اعتقاد فرد به داشتن دیدگاه یا مفهوم در زندگی و انتخاب اهداف، مقاصد یا نظرگاه‌هایی برای زندگی بر

1. Conner-Davidson Resilience Scale

2. Battista, J.; Almond, R.

3. Debats, D. L.

اساس این دیدگاه؛ ۲. تکمیل: سنجش میزانی که شخص خود را کمال یافته یا در حال تحقق بخشیدن به چارچوب یا آرمان‌های زندگی‌اش می‌بیند. هر یک از زیرمقیاس‌ها شامل ۱۴ عبارت است که از این تعداد، هفت عبارت منفی و هفت عبارت به صورت مثبت بیان شده است. مجموع نمرات عبارت مثبت هر دو زیرمقیاس، نمره کل نگرش به زندگی را به دست می‌دهد. دامنه تغییرات در این آزمون بین ۱۴ و ۴۲ متغیر است. باتیستا و آلموند، پایایی مقیاس‌های این آزمون در مدت پنج هفته را برای شاخص $0/80$ ، زیرمقیاس چارچوب $0/73$ و برای زیرمقیاس تکمیل $0/79$ به دست آوردند. دباتس و همکاران^۱ (۱۹۹۲) با به‌کارگرفتن سه نمونه متفاوت، مقادیر بالایی از ثبات درونی را در هر نمونه با آلفایی در دامنه 75% تا 84% برای زیرمقیاس چارچوب اثبات کردند. شاخص ارزشمندی زندگی را اولین بار در ایران، نصیری و جوکار ترجمه کردند و پایایی سنجی و اعتباریابی شد. برای به‌دست‌آوردن پایایی این مقیاس محققان ضریب آلفای کرونباخ را محاسبه کردند که ضریب آلفا 85% نشان‌دهنده پایایی مطلوب این پرسش‌نامه است (شاکرنیا، ۱۳۸۹).

روش اجرا

برای این پژوهش از بین مراکز درمان و ترک اعتیاد شهر تبریز، سه مرکز ترک اعتیاد زیر نظر بهزیستی (امید، نور و خانه سبز)، به صورت در دسترس انتخاب شد. از بین همسران معتاد این مراکز ۲۴ نفر که تمایل به همکاری داشتند انتخاب شدند و در دو گروه ۱۲ نفره جای گرفتند. گروه آزمایش (۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) تحت مداخله روان‌درمانی معنوی - مذهبی ریچاردز و برگین (۲۰۰۵)، ولی با رویکرد آموزه‌های اسلام (لطفی کاشانی و همکاران، ۱۳۹۱) قرار گرفتند (مطابق جدول ۱). اما گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. برای گروه‌ها دو بار آزمون کیفیت زندگی، تاب‌آوری و نگرش به زندگی اجرا شد، یک بار قبل از مداخله و بار دوم بعد از اتمام مداخله.

جدول ۱: شرح جلسات معنویت‌درمانی

1. Debats, D. L.; Drost, J.; Hansen, P.

مدت زمان	هدف، فرآیند، تمرین	جلسه
۷۵ دقیقه	آشنایی اعضا با یکدیگر؛ اطلاع از دلایل تشکیل گروه و آشنایی با قوانین گروه؛ جلب اعتماد و همکاری هر یک از آنها به درمان و فراهم کردن زمینه؛ اجرای پیش‌آزمون	جلسه اول
۷۵ دقیقه	آگاهی از معنای ضمنی و شخصی معنویت و تعریف آن از نظر هر یک از اعضا؛ بررسی وجود اعتقاد به نیروی برتر و مقدس در اعضا (اعتقاد به خدا)	جلسه دوم
۷۵ دقیقه	آشنایی با مفهوم کیفیت زندگی پله سوم: پذیرش الوهیت الهی، بیان آثار و پیامدهای داشتن گرایش ایمانی در زندگی	جلسه سوم
۷۵ دقیقه	آشنایی با مفهوم خودشناسی، شناخت ماهیت خود، توانمندی‌ها و محدودیت پذیرش ضعف‌های خویش و پذیرش مسئولیت الهی خود	جلسه چهارم
۷۵ دقیقه	آشنایی با مفهوم تاب‌آوری و نقش آن در زندگی؛ بیان نقش توکل و اعتماد به خداوند در برابر سختی‌ها و مشکلات زندگی؛ بیان احادیث و روایات مبتنی بر نقش اعتماد به خداوند در آرامش روان؛ بیان مصداق‌هایی از نقش توکل به خداوند در کارهای روزمره و بررسی آثار آن با استناد به آیات قرآنی	جلسه پنجم
۷۵ دقیقه	تبیین تعریف مفهومی و تحلیلی ذکر؛ بیان نقش ذکر و عبادت در آرامش روان؛ بحث درباره مثبت‌نگری و خوش‌بینی در زندگی برای تغییر نگرش افراد، زدودن افکار منفی و جایگزینی افکار مثبت با استناد به آیه‌های قرآن کریم و احادیث	جلسه ششم
۷۵ دقیقه	نقش رضا به قضا و قدر الهی در زندگی؛ بحث درباره منافات‌نداشتن رضا بدعا و تلاش و کوشش؛ آموزش راه دست‌یابی به مقام رضا با توجه به آیات قرآن و احادیث	جلسه هفتم
۷۵ دقیقه	آزادسازی احساسات و عواطف و بیان احساسات و هیجانات ناشی از اعمال معنوی مشترک مانند دعا، بخشایش، تأمل، صبر و ... از طریق یادداشت‌برداری و تأکید بر احساس اعضا در مقابل هر یک از این عملکردها	جلسه هشتم
۷۵ دقیقه	شکر و توجه به تغییرات مثبت ناشی از معنویت و اعتقاد به خدا و معنادهی به تجربیات سخت؛ برشمردن نعمت‌های موجود در زندگی فرد؛ کمک به پیدا کردن معنا در آنچه ناخوشایند درک می‌کنند و شکرگزاری به درگاه خدا	جلسه نهم
۷۵ دقیقه	توانمند و مقتدر شدن برای حل مشکلات خود و دیگران، و تعمیم به سایر امور زندگی با توکل به خدا و تأمل و به‌کارگیری آیات قرآن و احادیث	جلسه دهم
۷۵ دقیقه	مرور و جمع‌بندی؛ اجرای پس‌آزمون از گروه آزمایش و گروه کنترل	جلسه یازدهم

یافته‌ها

نتایج آمارهای توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل به تفکیک مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۱ آمده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر کیفیت زندگی، تاب‌آوری و ذهنیت زنان دارای همسر معتاد

متغیر	آزمایش		کنترل	
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون
	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار
کیفیت زندگی	۶۳/۱۱	۹/۷۳	۷۹/۴۰	۱۴/۵۲
تاب‌آوری	۴۵/۱۶	۸/۲۰	۵۳/۲۵	۵/۹۰
چارچوب (ذهنیت)	۱۷/۱۰	۴/۹۳	۲۴/۴۱	۲/۲۲

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی زنان دارای همسر معتاد گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب ۶۳/۱۱ و ۹/۷۳ است که با افزایش در پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۷۹/۴۰ و ۱۴/۵۲ است. میانگین و انحراف معیار تاب‌آوری زنان دارای همسر معتاد گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب ۴۵/۱۶ و ۸/۲۰ است که با افزایش در پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۵۳/۲۵ و ۵/۹۰ است. همچنین، میانگین و انحراف معیار ذهنیت (چارچوب) زنان دارای همسر معتاد گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب ۱۷/۱۰ و ۴/۹۳ است که با افزایش در پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۲۴/۴۱ و ۲/۲۲ است.

برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف^۱ استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده، درباره متغیرهای تحقیق در هر دو

1. Kolmogorov-Smirnov test

نوبت آزمون برقرار است ($p > 0/05$). همچنین، برای رعایت پیش فرض‌های آزمون کوواریانس از آزمون لون^۱ استفاده شد. با توجه به میزان F مشاهده شده، کیفیت زندگی، تاب‌آوری و ذهنیت در سطح $0/05$ معنادار نبوده ($p > 0/05$)، بنابراین واریانس نمرات کیفیت زندگی، تاب‌آوری و ذهنیت در بین اعضای شرکت‌کننده (گروه آزمایش و گروه کنترل) متفاوت نیست و واریانس‌ها با هم برابرند.

با توجه به نتایج جدول ۲، از آنجا که مفروضه همگنی واریانس‌های خطا برقرار بودند، از تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه نمرات کیفیت زندگی، تاب‌آوری و ذهنیت در پس‌آزمون استفاده شد.

جدول ۳: تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه میانگین کیفیت زندگی، تاب‌آوری و ذهنیت زنان دارای همسر معتاد در پس‌آزمون

اندازه اثر	Sig	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرضیه	F	مقادیر	آزمون‌ها
۰/۷۵	۰/۰۰۱	۲۱	۴	۱۵/۲۲	۰/۷۵	اثر پیلائی
۰/۷۵	۰/۰۰۱	۲۱	۴	۱۵/۲۲	۰/۲۶	لامبدای ویلکز
۰/۷۵	۰/۰۰۱	۲۱	۴	۱۵/۲۲	۲/۹۰	اثر هتلینگ
۰/۷۵	۰/۰۰۱	۲۱	۴	۱۵/۲۲	۲/۹۰	بزرگ‌ترین ریشه‌روی

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نتیجه تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیری حاکی از آن است که هر چهار آماره یعنی اثر پیلائی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه‌روی ($F = 15/22, P < 0/05$)، معنادارند. بدین ترتیب مشخص می‌شود که ترکیب خطی متغیرهای وابسته پس از تعدیل تفاوت‌های اولیه، از متغیرهای مستقل تأثیر پذیرفته‌اند. به عبارت دیگر، نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد روش مداخله بر ترکیب خطی

1. Leven

متغیرهای وابسته مؤثر بوده است و تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد. بنابراین، با استفاده از تجزیه و تحلیل کوواریانس تک‌متغیری، فرضیه‌های پژوهش را بررسی می‌کنیم تا معلوم شود تفاوت مشاهده‌شده در ترکیب خطی، مربوط به کجا است.

جدول ۴: تجزیه و تحلیل کوواریانس برای مقایسه میانگین نمره‌های تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان دارای همسر معتاد در پس‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	اندازه اثر
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۱۳۳۷/۳۷	۱	۱۳۳۷/۳۷	۳۱/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۶۱
	گروه	۹۸۴/۰۱	۱	۹۸۴/۰۱	۲۱/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۳
	کل	۱۶۸۱/۰۰	۳۰				
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۱۱۱۸/۸۵	۱	۱۱۱۸/۸۵	۵۶/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۷۱
	گروه	۵۷۳/۱۴۳	۱	۵۷۳/۱۴۳	۲۹/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۵۵
	کل	۷۲۵۴/۰۰	۳۰				
چارچوب	پیش‌آزمون	۱۷۳/۰۳	۱	۱۷۳/۰۳	۱۴/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۳۸
	گروه	۴۷۴/۰۴	۱	۴۷۴/۰۴	۳۹/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۶۱
	کل	۱۳۲۳۴/۰۰	۳۰				

با توجه به نتایج جدول ۴، پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون، تفاوت کیفیت زندگی بین گروه آزمایش و کنترل در سطح آلفای ۰/۰۰۱ معنادار است ($F=۲۱/۲۷$, $P<۰/۰۱$)، بنابراین، فرضیه پژوهش مبنی بر اثر بخشی روان‌درمانی وجودی بر کیفیت زندگی زنان دارای همسر معتاد و تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ میزان کیفیت زندگی در پس‌آزمون تأیید می‌شود. نتایج جدول نشان می‌دهد پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون، تفاوت تاب‌آوری بین گروه آزمایش و کنترل در سطح آلفای ۰/۰۰۱ معنادار است ($F=۲۹/۰۳$, $P<۰/۰۱$)، بنابراین، فرضیه پژوهش مبنی بر اثر بخشی روان‌درمانی وجودی بر تاب‌آوری زنان دارای

همسر معتاد و تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ میزان تاب‌آوری در پس‌آزمون تأیید می‌شود. همچنین، پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون، تفاوت ذهنیت (چارچوب) بین گروه آزمایش و کنترل در سطح آلفای ۰/۰۰۱ معنادار است ($F=۳۶/۶۹$, $P<۰/۰۱$)، بنابراین، فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی روان‌درمانی وجودی بر ذهنیت زنان دارای همسر معتاد و تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ میزان ذهنیت در پس‌آزمون تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

فشار روانی، بخشی از زندگی انسان است. گاه ممکن است این فشارها نیروی فراوانی بر تدابیر ما وارد کند و اعمال سازمان‌یافته ما را مختل سازد. انسان‌ها در طول زمان، برای نظم‌بخشیدن به حالات رفتاری و عاطفی خود در مواجهه با مسائل و مشکلات، راهبردهای مختلفی به کار برده‌اند و آگاهانه روش‌هایی را با هدف تنظیم وضعیت روانی و رفتاری خود به کار گرفته‌اند (بامیستر و کاتلین، ۲۰۰۴). درمان معنوی - مذهبی، به عنوان یکی از راهبردهای اساسی و یکی از روش‌های درمانی مؤثر، موجب می‌شود بشر از طریق آن بتواند از ابتلا به بیماری‌های جسمانی، روانی، عاطفی، اجتماعی و ... پیش‌گیری کند و با بهره‌گیری از دین، نماز و نیایش به منبع لایزال و نامتناهی قدرت الهی وابسته شود، و احساس امید و آرامش داشته باشد. اکنون بسیاری از درمانگران، باورها و رفتارهای معنوی را به عنوان منابع قدرتمند تغییر، در روان‌درمانی‌های فردی، گروهی یا خانواده در نظر می‌گیرند (غفوری و همکاران، ۱۳۹۲). هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی روان‌درمانی معنوی - مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر کیفیت زندگی، تاب‌آوری و چارچوب (ذهنیت) زنان دارای همسر معتاد بود.

نتایج پژوهش نشان داد بین میانگین‌های دو گروه در متغیر کیفیت زندگی در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد که این یافته با یافته‌های پژوهش زره‌پوش و همکاران (۱۳۹۲)، زانگ و همکاران^۲ (۲۰۱۴)، سلیمانی و همکاران (۱۳۹۴)، بابایی و همکاران (۱۳۹۴)، کلهرنیا

1. Baumeister, R.; Kathleen, D. U.

2. Zhang, K. C.; Hui, C. H.; Lam, J.; Ying Lau, E. Y.; Cheung, S.; Ying Mok, D. S.

گلکار و همکاران (۱۳۹۳)، غفرانی و همکاران (۱۳۹۰)، کینک و زین^۱ (۲۰۰۹) همسو است. اسمیت (۲۰۰۵) در مطالعه خود مقابله با استرس و فشارهای زندگی را از مهم‌ترین مهارت‌هایی می‌داند که در نتیجه معنویت ایجاد می‌شود. به اعتقاد وی، افراد معنوی از ایمان و اعتقاد مذهبی برای حل مسائل و فشارهایشان استفاده می‌کنند. به طور کلی به نظر می‌رسد ارزش‌های معنوی می‌تواند به شکلی متعالی به کار گرفته شود و موجب ارتقای کارکرد روزانه و سلامت جسمی و روانی فرد گردد. می‌توان گفت معنویت در تقابل با استرس‌های زندگی عمل می‌کند و از این طریق موجب افزایش سلامتی و کیفیت زندگی می‌شود (امرام،^۲ ۲۰۰۹). یکی دیگر از علل اینکه معنویت موجب افزایش کیفیت زندگی می‌شود این است که معنویت انتظار بهتر شدن زندگی را در افراد به وجود می‌آورد و آنان را به تلاش برای به وجود آوردن این تغییرات برمی‌انگیزد و موجب افزایش کیفیت زندگی در آنان می‌شود (بالبونی^۳ و همکاران، ۲۰۰۷). بنابراین، معنویت‌درمانی می‌تواند نوعی راهکار مقابله‌ای در برابر مشکلات زنان دارای همسر معتاد باشد و با افزایش سلامت روانی آنان، کیفیت زندگی‌شان را افزایش دهد.

نتایج پژوهش حاکی از آن است که بین میانگین‌های دو گروه در متغیر تاب‌آوری در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد که این یافته با یافته‌های پژوهش کریچنر و پاتینو (۲۰۱۰)، بواله‌ری و همکاران (۱۳۹۱)، تقی‌زاده و میرعلایی (۱۳۹۲)، قدم‌پور و همکاران (۱۳۹۴)، سرتیپ‌زاده و همکاران (۱۳۹۴)، دهقان (۱۳۹۴) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت وقتی فرد با نیروی بزرگ‌تری در ارتباط است و اهداف و ارزش‌های والاتری دارد عملکرد بهتری خواهد داشت. در این صورت، طبیعی است که هر رخدادی هرچند توان‌فرسا، همچون فشارهای شدید و سختی‌ها و مشکلات و ... در این مسیر معنا یابد. در وضعیت‌های دشوار، چه‌بسا معنویت تنها منبع دست‌یافتن به آرامش یا پذیرش موقعیت باشد. رویکرد معنوی - مذهبی، برای رساندن فرد به آرامش روان، مجموعه راهکارهایی ذهنی و بینشی مانند

1. Ke-Ping, Yang; Xin Juan Wu

2. Amram, J. Y.

3. Balboni, T. A.; Vanderwerker, L. C.; Block, S. D.; et al.

ارتقای معرفت، خداباوری، صبر، زهد، توکل، رشد تدریجی، بینش الهی، دعا و نیایش، احیای فطرت الهی و همچنین راهکارهای گرایشی و کنشی، مانند کاهش تعلقات دنیوی، آموزه‌های رفتار بهنجار، توبه، کاهش میزان پیشمانی از گذشته، تقویت اراده برای ترک گناه و ... عرضه می‌کند. در این زمینه، استفاده از روش‌های خاصی از قبیل: تأثیر ذهن‌آگاهی و تن‌آرامی، تأثیر استعاره، تأثیر ارتباط با خدا، دعا، نیایش، بخشایش، توکل به خدا و واگذاری مشکلات به او، به عنوان قدرت برتر و ... در گروه درمانی معنوی - مذهبی می‌تواند در این زمینه کمک‌کننده بوده و موجبات افزایش تاب‌آوری زنان را فراهم کرده باشد.

نتایج پژوهش نیز نشان می‌دهد بین میانگین‌های دو گروه در متغیر چارچوب (ذهنیت) در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. این یافته به صورت غیرمستقیم با یافته‌های پژوهش مامردیو و ساکز (۲۰۰۶)، که بر اساس آن رویکردهای معنویت در بهبود روابط، درک بهتر از خویشتن و نگرش از کیفیت زندگی بر روی زوجین مؤثر است، و همچنین غیرمستقیم با یافته‌های زره‌پوش و همکاران (۱۳۹۲)، زانگ و همکاران (۲۰۱۴)، بابایی و همکاران (۱۳۹۴)، کلهرنیا گلکار و همکاران (۱۳۹۳) همسو است. نخستین و مهم‌ترین عامل مربوط به تأثیر ویژه روان‌درمانی معنوی - مذهبی در بهبود نگرش فرد به زندگی و تفسیر وی از آن است. اهمیت عامل فشارآور از طریق ارزیابی‌های شناختی تعیین می‌شود، که تحت تأثیر باورها و ارزش‌های فردی، مانند کنترل فردی و باورهای وجودی و معنوی قرار دارد. افراد بر مبنای منابع در دسترس و از راه‌های گوناگون کنارآمدن، استرس خود را مدیریت می‌کنند.

از این دیدگاه می‌توان گفت باورها، ارزیابی‌های شناختی مهم را در فرآیند مقابله تحت تأثیر قرار می‌دهند. از این رو، معنویت می‌تواند به افراد کمک کند وقایع منفی را به شیوه متفاوتی ارزیابی کنند. همچنین، معنویت حس قوی‌تری از کنترل را ایجاد می‌کند که از این راه، به سازگاری روانی کمک می‌کند (مارتون و همکاران، ۲۰۰۲؛ بوالهیری و همکاران، ۱۳۹۱). زوهر و مارشال (۲۰۰۰) معتقدند معنویت با دادن بینش عمیق به فرد، وی را در برابر رویدادها، حوادث زندگی، سختی‌ها و مشکلات آن بیمه می‌کند. در واقع، فرد را قادر می‌سازد با صبر و تفکر با

استرس‌های زندگی روبه‌رو شود، با آنها مقابله کند و راه‌حل‌های منطقی برایشان بیابد. به عبارت دیگر، معنویت زیربنای باورهای فرد است و باعث اثرگذاری بر عملکرد وی می‌شود. روان‌درمانی معنوی - مذهبی باعث می‌شود زنان با نرمی و عطوفت بیشتری به مشکلات نگاه کند، تلاش بیشتری برای راه‌حل داشته باشند، سختی‌های زندگی را بهتر تحمل کنند و جنب و جوش و اثربخشی بیشتری به زندگی خود تزریق کنند.

در نهایت، با توجه به نتایج به‌دست‌آمده می‌توان گفت معنویت عبارت است از: حس فرد از هویت و ارزش خود در رابطه با خداوند و جایگاه او در جهان هستی. این تعریف پایه و مبنای کار روان‌درمانی معنوی - مذهبی است. مردم ایران تحت تأثیر موقعیت فرهنگی و مذهبی‌شان برای سازگاری با وضعیت بحرانی، بیشتر به مذهب روی می‌آورند. پژوهشگران معتقدند معنویت با اعمال و عقاید پذیرفته‌شده هر فرهنگ بیان می‌شود و شکل می‌گیرد (فلاحی خشک‌ناب و مظاهری، ۱۳۸۷). این امر در جامعه ما، که مذهب و معنویت جایگاهی ویژه دارد، خود را بیشتر نشان می‌دهد. حال با توجه به اینکه بافت و فرهنگ در انتخاب عوامل حمایت‌کننده افراد آن جامعه نقش بسزایی دارد (سی‌چی‌تی،^۵ ۲۰۰۰) و اینکه بیشتر پژوهش‌های انجام‌گرفته در این زمینه در بافتی متفاوت از بافت مذهبی کشور ما صورت گرفته، پیشنهاد می‌شود در زمینه بررسی تأثیر باورهای معنوی بر توانایی فرد برای سازگاری با مشکلات و افزایش تاب‌آوری و کیفیت زندگی پژوهش‌های بیشتری در سراسر کشور انجام شود.

در بیان محدودیت این پژوهش می‌توان گفت گرفتن رضایت آگاهانه از زنان دارای همسر معتاد برای شرکت در جلسات با مشکل مواجه بود که این باعث محدود شدن اعضای گروه آزمایش شده بود. محدود بودن دامنه پژوهش به زنان دارای همسر معتاد و خودگزارشی بودن پرسش‌نامه‌ها از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود مشاوران و روان‌درمانگران به نقش درمانی باورهای معنوی در سلامت روان افراد توجه بیشتری داشته باشند و موقعیتی را فراهم آورند تا توانایی استنتاج هدف و معنا از تمامی تجارب خود در آنان پرورش یابد و در راستای برنامه‌های پژوهشی تأثیر آموزش روان‌درمانی معنوی - مذهبی را بر سایر متغیرها بسنجند و در مراکز درمانی و مشاوره مد نظر قرار دهند. همچنین، پیشنهاد

می‌شود این روش درمانی در مراکز درمانی و ترک اعتیاد، مراکز مشاوره و مراکز آموزشی برای کمک به خانواده‌های معتادان و دیگر اقشار جامعه استفاده شود.

منابع

- قرآن کریم (۱۳۸۹). ترجمه: محمد مهدی الهی قمشه‌ای، مشهد: مرکز بین‌المللی چاپ و نشر قرآن کریم.
- ابراهیمی قوام، صغری (۱۳۷۴). «روان‌شناسی و تحول مذهبی در انسان»، در: مجله تربیت، ش ۱۰۵، ص ۳۴-۳۹.
- ابوالقاسمی، عباس؛ آریاپوران، سعید؛ طاهری فرد، مینا (۱۳۹۴). «نقش تعالی معنوی در پیش‌بینی خلق و رضایت از زندگی دانشجویان»، در: فرهنگ در دانشگاه اسلامی، ش ۴ (۵)، ص ۵۱۵-۵۳۶.
- بابایی، زهرا؛ لطیفی، زهرا؛ اسماعیلی، مریم (۱۳۹۴). «اثربخشی معنویت‌درمانی بر کیفیت زندگی و سلامت روان زنان مبتلا به دیابت»، در: روان‌شناسی و دین، ش ۸ (۲)، ص ۳۸-۴۹.
- بوالهروی، جعفر؛ نظیری، قاسم؛ زمانیان، سکینه (۱۳۹۱). «اثربخشی رویکرد گروه‌درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه»، در: جامعه‌شناسی زنان، ش ۳ (۱)، ص ۸۵-۱۱۵.
- ترخان، مرتضی (۱۳۹۰). «اثربخشی درمان بین‌فردی گروهی کوتاه‌مدت بر بهزیستی روانی و کیفیت زندگی همسران افراد معتاد»، در: فصل‌نامه روان‌شناسی تربیتی دانشگاه آزاد تنکابن، ش ۲ (۱)، ص ۲۲-۳۶.
- تقی‌زاده، محمداحسان؛ میرعلایی، مرضیه سادات (۱۳۹۲). «اثربخشی معنویت‌درمانی گروهی بر تاب‌آوری زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس شهر اصفهان»، در: روان‌شناسی سلامت، ش ۷ (۲)، ص ۸۲-۱۰۲.
- حبیب‌وند، علی‌مراد (۱۳۸۷). «رابطه جهت‌گیری مذهبی با اختلالات روانی و پیشرفت تحصیلی»، در: روان‌شناسی و دین، ش ۳، ص ۷۹-۱۰۷.
- حق رنجبر، فرخ؛ کاکاوند، علی‌رضا؛ برجعلی، احمد؛ برماس، حامد (۱۳۹۰). «تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران دارای فرزندان کم‌توان ذهنی»، در: سلامت و روان‌شناسی، ش ۱ (۱)، ص ۱۷۷-۱۸۱.

- دهقان، فاطمه؛ پیری کامرانی، مرضیه؛ کرمی، جهانگیر (۱۳۹۴). «اثربخشی معنویت‌درمانی گروهی بر افزایش تاب‌آوری»، در: روان‌شناسی دین، ش ۴ (۸)، ص ۸۱-۹۲.
- رودگر، محمدجواد (۱۳۸۹). «نقش دین در رنج‌زدایی و کاهش آلام بشری، با رویکردی به آرای استاد شهید مطهری»، در: قیاسات، دوره ۱۵، ش ۵۶، ص ۱۱۳-۱۴۰.
- زره‌پوش، اصغر؛ زارعی، مجید؛ کجباف، محمدباقر (۱۳۹۲). «اثربخشی معنویت‌درمانی بر کیفیت زندگی و امید در زندگی زنان متأهل شهر اصفهان»، در: فصل‌نامه علمی-ترویجی اخلاق، ش ۳ (۱۱)، ص ۱۵۷-۱۷۶.
- سامانی، سیامک؛ جوکار، بهرام؛ صحراگرد، نرگس (۱۳۸۶). «تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایت‌مندی از زندگی»، در: مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، ش ۳ (۱۳)، ص ۲۹۰-۲۹۵.
- سرتیپ‌زاده، افسانه؛ علی‌اکبری، مهناز؛ طبانیان، سیده‌راضیه (۱۳۹۴). «اثربخشی معنویت‌درمانی بر تاب‌آوری سالمندان»، در: مجله تحقیقات علوم رفتاری، ش ۱ (۱۴)، ص ۵۶-۶۳.
- سلیمانی، اسماعیل؛ نجفی، محمود؛ بشرپور، سجاد؛ شیخ‌الاسلامی، علی (۱۳۹۴). «اثربخشی هوش معنوی بر کیفیت زندگی و شادکامی دانشجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (عج)»، در: فرهنگ در دانشگاه اسلامی، ش ۴ (۵)، ص ۵۳۷-۵۴۶.
- سلیمی بجستانی، حسین؛ فرکوروند، پرستو؛ یونسی، جلیل (۱۳۹۳). «اثربخشی آموزش خوددلگرم‌سازی بر سلامت روان زنان دارای همسر معتاد»، در: فصل‌نامه اعتیادپژوهی، ش ۹ (۳۴)، ص ۶۸-۷۸.
- شاکرنیا، ایرج (۱۳۸۹). «رابطه سرمایه اجتماعی و معناداری زندگی با سلامت روان در زنان قربانی همسرآزاری»، در: فصل‌نامه زن و بهداشت، ش ۲، ص ۴۷-۶۶.
- طباطبایی، سید محمدحسین (۱۳۸۲). تفسیر المیزان، ترجمه: سیدمحمدباقر موسوی همدانی، قم: دفتر انتشارات اسلامی، ج ۳.
- غفرانی، فاطمه؛ عبدخدایی، محمدسعید؛ بلقان‌آبادی، مصطفی (۱۳۹۰). «بررسی نقش هوش معنوی در کیفیت زندگی دانشجویان»، عرضه‌شده در: اولین همایش ملی بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان، ۱۳ و ۱۴ اردیبهشت.
- غفوری، سمانه؛ مشهدی، علی؛ حسن‌آبادی، حسین (۱۳۹۲). «اثربخشی روان‌درمانی معنوی

- مبتنی بر بخشودگی در افزایش رضایتمندی زناشویی و کاهش تعارضات زوجین مشهد»، در: اصول بهداشت روان، س ۱۵، ش ۱، ص ۴۵-۵۷.
- فلاحی خشک‌ناب، مسعود؛ مظاهری، منیر (۱۳۸۷). معنویت، مراقبت معنوی و معنویت‌درمانی، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- قدم‌پور، عزت‌الله؛ رحیمی‌پور، طاهره؛ سلیمی، حسین (۱۳۹۴). «بررسی اثربخشی رویکرد گروه‌درمانی معنوی بر افزایش میزان تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر اصفهان»، در: روان‌شناسی دین، ش ۳۷ (۴)، ص ۶۱-۸۰.
- کلهرنیا گلکار، مریم؛ بنی‌جمالی، شکوه‌السادات؛ بهرامی، هادی؛ حاتمی، حمیدرضا؛ احدی، حسن (۱۳۹۳). «تأثیر معنویت‌درمانی بر فشار خون، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون بالا»، در: ماه‌نامه علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ش ۱۸ (۸)، ص ۴۶۲-۴۷۰.
- لطفی کاشانی، فرح؛ وزیری، شهرام؛ قیصر، شروین؛ موسوی، سید مهدی؛ هاشمیه، مژگان (۱۳۹۱). «اثربخشی مداخله معنوی بر ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان»، در: فقه پزشکی، دوره ۱۱، ش ۱۲، ص ۱۲۵-۱۴۹.
- محمدی، محمدعلی؛ دادخواه، بهروز (۱۳۸۰). «نقش مذهب در پیش‌گیری از اعتیاد»، در: فصل‌نامه اصول بهداشت روانی، ش ۳ (۹-۱۰)، ص ۲۷-۳۴.
- مرادی، احمد (۱۳۹۴). «مقایسه خصوصیات جمعیت‌شناختی، ویژگی‌های شخصیتی، کیفیت زندگی در زوج‌های عادی و زوج‌های در آستانه طلاق»، در: پژوهش‌های مشاوره، دوره دوازدهم، ش ۴۵، ص ۱۶۵-۱۹۰.
- موسوی خمینی، سید روح‌الله (۱۳۷۳). چهل حدیث، قم: مؤسسه تنظیم و نشر آثار امام خمینی.
- نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی نایینی، کوروش؛ محمد، کاظم؛ مجدزاده، سیدرضا (۱۳۸۵). «استانداردسازی پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی»، در: مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره چهارم، ش ۴، ص ۱-۱۲.
- نیل‌فروشان، پرینسا؛ عابدی، محمدرضا (۱۳۹۳). آسیب‌شناسی خانواده: طبقه‌بندی و سنجش، اصفهان: نشر دانشگاه اصفهان.

واحدی، پریسا (۱۳۹۱). رابطه رضایت‌مندی از زندگی و کیفیت زندگی زنان با میزان شادکامی اعضای خانواده در شهرستان جویبار، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، استاد راهنما: بهمن اکبری گوابری، رشت: دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد رشت، واحد علوم تحقیقات.

Amram, J. Y. (2009). *The Contribution of Emotional and Spiritual Intelligences to Effective Business Leadership*, PhD Thesis in Psychology, Palo Alto: Faculty of Psychology, Institute of Transpersonal Psychology.

Aten, D. J.; Worthington, E. L. (2009). "Next Steps for Clinicians in Religious and Spiritual Therapy: An Endpiece", in: *Journal of Clinical Psychology*: 65 (2): 224-229.

Aten, J. D.; Schenck, J. E. (2007). "Reflections on Religion and Health Research: An Interview with Dr. Harold G. Koenig", in: *Journal of Religion and Health*, 46: 183-190.

Balboni, T. A.; Vanderwerker, L. C.; Block, S. D.; et al (2007). "Religiousness and Spiritual Support among Advanced Cancer Patients and Associations with End-of-life Treatment Preferences and Quality of Life", in: *Journal of Clinical Oncology*, 25: 555-560.

Baumeister, R.; Kathleen, D. U. (2004). *Handbook of Self-regulation Research, Theory and Applications*, New York: The Guilford Press.

Bogar, C. B.; Diana, H. (2006). "Resiliency Determinants and Resiliency Processes among Female Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse", in: *Journal of Counseling and Development*, 84 (3): 318-327.

Bonelli, R.; Dew, R. E.; Koenig, H. G.; Rosmarin, D. H.; Vasegh, S. (2012). "Religious and Spiritual Factors in Depression: Review and Integration of the Research", in: *Depression Research and Treatment*, Article ID: 962860, available at: <https://www.hindawi.com/journals/drt/2012/962860/>,

- accessed January 26, 2017.
- Cicchetti, D. (2000). "The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work", in: *Child Development*, 71 (3): 543-562.
- Ferguson, P. L. (2009). *Lowself-esteem of the Spouse as an Impact of Addiction in the Family*, Habard House Publishing.
- Gramezy, N. (1991). "Resilience and Vunerability to Adverse Development Outcomes Associate with Poverty", in: *American Behavioral Scientist*, 34 (4): 416-30.
- Hedley, G.; Peach. (2003). "Religion, Spirituality and Health: How Should Australia's Medical Professionals Response?", in: *The Medical Journal of Australia*, 178: 86-88.
- Jafari, N.; Farajzadegan, Z.; Zamani, A.; Bahrami, F.; Emami, H.; Loghmani, A. (2013). "Spiritual Therapy to Improve the Spiritual Well-being of Iranian Women with Breast Cancer: a Randomized Controlled Trial", in: *Journal of Evidence- Based Complementary and Alternative Medicin*, pp. 353-262., doi: 10.1155/2013/353262.
- Joseph, S.; Lindly, A. P. (2006). *Positive Therapy*, USA: Ruthedye Press.
- Ke-Ping, Yang; Xin Juan Wu (2009) "Spiritual Intelligence of Nurses in Two Chinese Social Systems: A Cross Sectional Comparison Study", in: *Journal of Nursing Research*, 17 (3): 189-198.
- Kézdy, A.; Martos, T.; Boland, V.; Horváth, K. (2010). "Religious Doubts and Mental Health in Adolescence and Young Adulthood: The Association with Religious Attitudes", in: *Journal of Adolescence*, 11: 1-9.
- Kirchner, T.; Patino, C. (2010). "Stress and Depression in Latin American Immigrants: the Mediating Role of Religiosity", in: *Journal of the Association of European Psychiatrists*, 25 (8): 479-84.

- Koenig, H. G. (2011). "Definitions," in: *Spirituality and Health Research: Methods, Measurement, Statistics, and Resources*, USA: Templeton Foundation Press, Philadelphia, pp. 193-206.
- Marton, M. G.; & et. al (2002). "Spirituality and Psychological Adaptation among Woman with HIV/AIDS: Implications for Counseling", in: *Journal of Counseling Psychology*, 49 (2): 139-147.
- Mumurdere, M.; Saks, K. (2006). "The Impact of Negative Affectivity on Quality of Life and Relationship Fulfillment in Estonia", in: *Journal of Research in Personality*, 39 (3): 336-353.
- Pond, M. F. (2013). Investigating Climbing as a Spiritual Experience, Msc Thesis in Recreation and Sport Sciences, Ohio: Faculty of the Patton College of Education, Ohio University.
- Richards, P. S.; Hardman, R. K.; Berrett, M. (2007). *Spiritual Approaches in the Treatment of Women with Eating Disorders*, Washington: American Psychological Association.
- Richards, S. P.; Bergin, A. E. (2005). *A Spiritual Strategy for Counseling and Psychotherapy*, 2nd ed., USA: American Psychological Association.
- Richards, S.; Bergin, A. E. (2002). *A Spiritual Strategy for Counseling and Psychotherapy*, Washington DC: American Psychological Association.
- Robinson, P. F. (2008). "Measurement of Life", In: *Journal of Association Nursing In AIDS Care*, 15 (3): 14-19.
- Shimako, J. (2013). *Handbook of Multicultural Mental Health*, 1st ed., San Diego: Academic Press.
- Spilka, B.; Hood, R. W.; Hunsberger, B.; Gorsuch, R. (2003). *The Psychology of Religion*, 3rd Ed., New York: Guilford.
- Smith, T. L.; Becker, S.; Gershwin, M.; Pada, L.; Grudzinski, A. H.; Nurmi,

- E. A. (2005). "Efficacy of Frequent Mantram Repetition on Stress, Quality of Life, and Spiritual Well-Being in Veterans A Pilot Study", in: *Journal of Holistic Nursing*, 23 (4): 395-414.
- Zhang, K. C.; Hui, C. H.; Lam, J.; Ying Lau, E. Y.; Cheung, S.; Ying Mok, D. S. (2014). "Personal Spiritual Values and Quality of Life: Evidence from Chinese College Students", in: *Journal of Religion and Health*, 53 (4): 986-1002.
- Zohar, D.; Marshal, I. (2000). *SQ: Spiritual Intelligence (The Ultimate Intelligence)*, 2st ed., New York: Bloomsbury.