



اثربخشی روان‌درمانی چندوجهی بر روی آشفتگی روانی و میزان تاب‌آوری زنان معتاد

سپه‌پایان: استادیار، گروه معارف اسلامی، واحد کازرون، دانشگاه آزاد اسلامی، کازرون، ایران، (* نویسنده مسئول) sohilapayan@gmail.com

چکیده

کلیدواژه‌ها

درمان معنوی-مذهبی،
آشفتگی روانی،
تاب‌آوری،
زنان معتاد

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۱۴

تاریخ چاپ: ۱۴۰۲/۰۵/۲۷

زمینه و هدف: اعتیاد به مواد مخدر مسمومیت حاد یا مزمنی است که برای حال شخص و اجتماع مضر بوده و زاینده مصرف داروی طبیعی و مصنوعی است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی معنوی - مذهبی چندوجهی بر روی آشفتگی روانی و میزان تاب‌آوری زنان معتاد تحت درمان شهر شیراز انجام شد.

روش کار: طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان معتاد تحت درمان شهر شیراز در سال ۱۳۹۸ بودند. نمونه مورد مطالعه شامل ۲۹ نفر از زنان بودند که به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند و اعضای گروه آزمایش تحت روان‌درمانی معنوی-مذهبی چندوجهی قرار گرفتند. از مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) و مقیاس تاب‌آوری (CD-RISC) برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس چندمتغیری و نرم‌افزار SPSS-22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل در آشفتگی روانی ($F=12/50$ و $p<0/05$) و تاب‌آوری از زندگی ($F=4/61$ و $p<0/05$) تفاوت معناداری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این پژوهش، روان‌درمانی معنوی-مذهبی چندوجهی می‌تواند به‌عنوان یک روش مؤثر در بهبود آشفتگی روانی و تاب‌آوری زنان معتاد تحت درمان عمل کند.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Payan S. The Effectiveness of Multimodal Psychotherapy on Mental Distress and Resilience of Addicted Women. Razi J Med Sci. 2023;30(5): 360-368.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با [CC BY-NC-SA 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/) صورت گرفته است.



The Effectiveness of Multimodal Psychotherapy on Mental Distress and Resilience of Addicted Women

Soheila Payan: Assistant Professor, General Department, Kazerun Branch, Islamic Azad University, Kazerun, Iran. (* Corresponding author) sohilapayan@gmail.com

Abstract

Background & Aims: Addiction and substance abuse are among the most serious and disordered human problems in recent years and, unfortunately, also one of the most complex human phenomena that, as a maladaptive pattern of substance use, causes numerous occupational, social, and legal problems. According to the definition given by the Committee of Experts on the Diagnosis of Addictive Substances, drug addiction is an acute or chronic intoxication that is harmful to the individual and society and is the result of the use of natural and synthetic drugs, the characteristics of which are: 1. The existence of an urgent need to continue using the drug and also to obtain it by any means possible 2. The existence of a strong desire to increase the amount of the drug and 3. Psychological or physical dependence on the effects of addictive drugs; in such a way that when the drug does not reach the addicted person, psychological and physical effects appear in him, which indicates an acceleration in drug use. Addiction, as a bad and destructive harm, has very terrible consequences that affect not only the addicted person, but also all those who are in some way dependent on or closely related to the addicted person. In the meantime, unfortunately, it must be said that addiction in women, which is increasing at a very bad rate, can have more harmful and destructive effects on the body and pillars of the family. Resilience is defined as a shield against threatening situations and also as successful adaptation to challenging and problematic life circumstances. One way to increase resilience, which increases the quality and satisfaction of life, is to pay attention to spirituality. The more a person pays attention to spiritual issues, especially religious issues, the more calm and trust they will have and the better point of support they will have in facing critical and unpredictable situations. Accordingly, the children of these families will also have these characteristics, and this characteristic itself will increase resilience. The present study aimed to investigate the effectiveness of multifaceted spiritual-religious psychotherapy on the psychological distress and resilience of addicted women undergoing treatment in Shiraz.

Methods: The research design was semi-experimental and pre-test-post-test with a control group. The statistical population of the study included all addicted women undergoing treatment in Shiraz in 2019. The study sample consisted of 29 women who were selected through convenience sampling and randomly assigned to two experimental and control groups, and the experimental group members underwent multimodal spiritual-religious psychotherapy. The Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS) and the Resilience Scale (CD-RISC) were used to collect data. This questionnaire was designed by Lubiand and Lubiand (1995) to measure the severity of psychological problems. This questionnaire has three subscales with 21 questions that are rated on a 4-point Likert scale (0 to 3). 7 questions in this questionnaire are related to stress, 7 questions are related to anxiety, and the other 7 questions are for measuring depression. In Iran, the reliability coefficient of this tool using Cronbach's alpha method in a sample of the general population (1070 people) was 0.77 for depression, 0.79 for anxiety, and 0.78 for stress, and the criterion validity of the depression subscale with the Beck Depression Inventory was 0.70, with the Zhang Anxiety Test was 0.67, and the stress subscale and perceived stress test were 0.49 (Sahibi, Asghari, and Salari, 2005). In the present study, the alpha coefficient of the entire questionnaire was 0.89. The Connor and Davidson Resilience Scale questionnaire (2003) consists of 25 questions and is designed to assess individuals' resilience. The scoring of this questionnaire on a Likert scale is between 0 (never) and 5 (always), and higher scores measure high resilience. In the study by Besharat

Keywords

Spiritual-Religious Therapy, Psychological Distress, Resilience, Addicted Women

Received: 03/04/2023

Published: 18/08/2023

et al. (2007), the validity and reliability of this questionnaire were confirmed. In the study of Haq Ranjbar et al. (2011), the reliability of this questionnaire was reported as 0.84 using Cronbach's alpha coefficient test. In the present study, the Cronbach's alpha coefficient of this questionnaire was 0.82. Multivariate covariance test was used to analyze the data. The data were analyzed through multivariate covariance analysis and SPSS-22 software.

Results: The results showed that there was a significant difference between the experimental and control groups in psychological distress ($F=12.50, p<0.05$) and resilience to life ($F=4.61, p<0.05$). The assumption of equality of variances follows the examination of the equality of variances of the groups, which was examined using Amon Lone. The assumption of homogeneity of variances is met when the value of the obtained significance level is also greater than 0.05 ($P<0.05$). As can be seen, the value of the F statistic for the psychological distress and resilience variables is not significant at any stage ($P<0.05$), and therefore the equality of variances is also confirmed. Table 4 shows the results of multivariate tests for the significance test of the group membership effect, which, considering their significance level which is less than 0.05 ($p < 0.05$), shows that there is a significant difference in at least one of the dependent variables between the experimental and control groups.

Conclusion: According to the findings of this study, multimodal spiritual-religious psychotherapy can act as an effective method in improving the mental distress and resilience of addicted women undergoing treatment. In general, the results of this study showed that interventions and subsequent spiritual and religious beliefs and practices can reduce mental distress and strengthen the resilience of addicted women undergoing treatment by expanding their vision and providing essential and required life skills. This result indicates the high potential of spiritual-religious interventions in reducing mental disorders and increasing human capacity and abilities. It is hoped that this research can pave the way for helping women addicts undergoing treatment so that they can be returned to their families in a healthier and more efficient way.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Payan S. The Effectiveness of Multimodal Psychotherapy on Mental Distress and Resilience of Addicted Women. Razi J Med Sci. 2023;30(5): 360-368.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

مقدمه

اعتیاد و سوء مصرف مواد از جدی‌ترین و نابسامان‌ترین معضلات انسان در سال‌های اخیر و متأسفانه نیز یکی از پیچیده‌ترین پدیده‌های انسانی است که به‌عنوان الگوی غیرانطباقی مصرف مواد باعث بروز مشکلات بی‌شمار شغلی، اجتماعی و قانونی می‌شود (۱). بر اساس تعریفی که کمیته متخصصان تشخیص مواد اعتیادآور بیان کرده، اعتیاد به مواد مخدر مسمومیت حاد یا مزمنی است که برای حال شخص و اجتماع مضر بوده و زاییده مصرف داروی طبیعی و مصنوعی است که مشخصات و ویژگی‌های آن عبارت‌اند از: ۱. وجود نیاز مبرم به ادامه مصرف دارو و نیز به دست آوردن آن به هر طریق ممکن ۲. وجود علاقه شدید به ازدیاد میزان دارو و نیز ۳. وابستگی روانی یا جسمانی به آثار داروهای اعتیادآور (۲)؛ به این شکل که وقتی دارو به شخص دارای اعتیاد نرسد آثار روانی و جسمانی در وی ظاهر شود که نشان از تسریع در مصرف مواد است (۳). اعتیاد به‌عنوان یک آسیب بد و مخرب عواقب بسیار وحشتناکی دارد که نه تنها دامن‌گیر شخص معتاد می‌شود، بلکه همچنین تمامی افرادی که به شکلی با فرد معتاد وابستگی و یا ارتباط نزدیکی دارند را نیز در بر می‌گیرد. در این میان، متأسفانه باید گفت که اعتیاد در زنان که با شیبه‌های بسیار بد روبرو افزایش است می‌تواند اثرات زیان‌بارتری و مخربی بر پیکره و ستون‌های خانواده وارد کند (۴). تاب‌آوری به‌عنوان یک سپر در برابر موقعیت‌های تهدیدکننده تلقش شده و نیز به‌عنوان سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط چالش‌انگیز و مشکل‌زای زندگی تعریف می‌شود (۵). یکی از راه‌های افزایش تاب‌آوری که به‌موجب آن کیفیت و رضایت از زندگی را افزایش می‌دهد توجه به معنویت است یک شخص هر چه بیشتر به مسائل معنوی به‌ویژه موضوعات دینی اهتمام ورزد از آرامش و توکل بیشتر برخوردار و در رویارویی و مواجهه با موقعیت‌های بحرانی و پیش‌بینی‌ناپذیر از نقطه اتکا بهتری بهره‌مند خواهد بود بر این اساس فرزندان این دسته از خانواده‌ها نیز دارای این ویژگی‌ها خواهند بود و این خصیصه خود باعث افزایش تاب‌آوری خواهد بود (۶). با توجه به مطلب عنوان‌شده روان‌درمانی معنوی مذهبی متغیر بسیار مهم در حوزه روان‌درمانی است که به نظر می‌رسد بر روی آشفتگی روانی و میزان تاب‌آوری

زنان معتاد تحت درمان تأثیرگذار باشد؛ از این رو پژوهش حاضر در پی پاسخ به این مسئله بود که آیا روان‌درمانی معنوی مذهبی می‌تواند بر میزان تاب‌آوری و آشفتگی روانی زنان معتاد تحت درمان شهر شیراز تأثیرگذار باشد؟

روش کار

در پژوهش حاضر طرح تحقیق نیمه‌آزمایشی، نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان معتاد تحت درمان شهر شیراز در سال ۱۳۹۸ بودند. از میان جامعه آماری پژوهش، بر اساس ملاک‌های ورود و به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ زن انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی، ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند؛ اما به علت ریزش یکی از اعضای گروه آزمایش تحلیل بر روی ۲۹ نفر (۱۴ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر کنترل) انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات به شرح زیر بود:

پرسش‌نامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS21): این پرسش‌نامه توسط لوبیانده و لوبیانده (۱۹۹۵) طراحی شده که شدت مشکلات روان‌شناختی را مورداندازه‌گیری قرار می‌دهد. این پرسش‌نامه با ۲۱ سؤال سه خرده‌مقیاس دارد که با طیف لیکرتی ۴ درجه‌ای (۰ تا ۳) درجه‌بندی می‌شود. ۷ سؤال این پرسش‌نامه مربوط به استرس، ۷ سؤال آن مربوط به اضطراب و ۷ سؤال دیگر آن برای اندازه‌گیری افسردگی است. در ایران ضریب پایایی این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ در یک نمونه از جمعیت عمومی (۱۰۷۰ نفر) برای افسردگی ۰/۷۷، اضطراب ۰/۷۹ و استرس ۰/۷۸ و روایی ملاکی زیر مقیاس افسردگی با پرسشنامه افسردگی بک ۰/۷۰ و با آزمون اضطراب زانگ ۰/۶۷ و زیر مقیاس استرس و آزمون استرس ادراک‌شده ۰/۴۹ برآورده شده است (صاحبی، اصغری و سالاری، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر، میزان ضریب آلفای کل پرسش‌نامه ۰/۸۹ به دست آمد.

مقیاس تاب‌آوری (CD-RISC): پرسش‌نامه مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) شامل ۲۵ سؤال بوده و باهدف بررسی تاب‌آوری افراد طراحی شده است. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه در مقیاس لیکرت بین

یافته‌ها

بر اساس مشاهده جدول ۱، میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون آشفته‌گی روانی به ترتیب برابر با $۴۳/۸۵ \pm ۵/۲۱$ و $۳۷/۴۲ \pm ۵/۸۹$ و در تاب‌آوری به ترتیب برابر با $۶۹/۴۲ \pm ۸/۲۷$ و $۷۴/۹ \pm ۲۱/۲۷$ بود.

برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که بر اساس جدول ۲، توزیع نمرات زمانی نرمال است که مقدار سطح معناداری بزرگ‌تر از $۰/۰۵$ باشد ($P > ۰/۰۵$) و از آنجایی که مقادیر آزمون برای آشفته‌گی روانی و تاب‌آوری در تمامی مراحل گروه

صفر (هرگز) و ۵ (همیشه) قرار دارد و نمرات بالاتر، تاب‌آوری بالا را اندازه‌گیری می‌کند. در پژوهش بشارت و همکاران (۱۳۸۶) روایی و پایایی این پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفته است. در پژوهش حق رنجبر و همکاران (۱۳۹۰) نیز پایایی این پرسشنامه با استفاده از آزمون ضریب آلفای کرونباخ $۰/۸۴$ برای این پرسشنامه گزارش شده است. در پژوهش حاضر میزان ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه $۰/۸۲$ به دست آمد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون کوواریانس چندمتغیری استفاده گردید.

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیر	مرحله	گروه					
		آزمایش			کنترل		
		میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	پیش‌آزمون	۱۴/۶۴	۳/۱۵	۱۰	۲۰	۱۶/۴۶	۳/۰۶
	پس‌آزمون	۱۲/۲۸	۳/۳۳	۷	۱۷	۱۵/۸۰	۲/۶۲
اضطراب	پیش‌آزمون	۱۴/۱۴	۳/۵۹	۹	۲۱	۱۵/۱۳	۳/۰۲
	پس‌آزمون	۱۲/۲۱	۳/۵۱	۷	۱۷	۱۴/۶۰	۳/۲۰
استرس	پیش‌آزمون	۱۵/۰۷	۳/۶۸	۸	۲۱	۱۵/۸۶	۳/۳۳
	پس‌آزمون	۱۲/۹۲	۳/۵۴	۷	۱۸	۱۵/۴۰	۲/۸۲
آشفته‌گی روانی	پیش‌آزمون	۴۳/۸۵	۵/۲۱	۳۶	۵۲	۴۷/۴۶	۴/۷۰
	پس‌آزمون	۳۷/۴۲	۵/۸۹	۲۴	۴۶	۴۵/۸۰	۴/۸۱
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۶۹/۴۲	۸/۲۷	۵۸	۸۱	۶۴/۴۰	۸/۵۷
	پس‌آزمون	۷۴/۲۱	۹/۲۷	۵۹	۸۹	۶۶/۱۳	۹/۶۲

جدول ۲- نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	مرحله	آزمون کولموگروف-اسمیرنوف
			آماره
آشفته‌گی روانی	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۰/۹۵۴
		پس‌آزمون	۰/۹۵۸
	گروه کنترل	پیش‌آزمون	۰/۸۹۴
		پس‌آزمون	۰/۹۵۶
تاب‌آوری	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۰/۸۹۷
		پس‌آزمون	۰/۹۵۵
	گروه کنترل	پیش‌آزمون	۰/۹۳۴
		پس‌آزمون	۰/۸۹۸

مشاهده می‌شود، مقدار آماره F برای متغیرهای آشفتگی روانی و تاب‌آوری در هیچ مرحله‌ای معنادار نیست ($P > 0/05$)، و بنابراین برابری واریانس‌ها نیز تأیید می‌شود.

با توجه به تأیید شدن پیش‌فرض‌های انجام کوواریانس چندمتغیری، نتایج آن در زیر آمده است. جدول شماره ۴ نشان‌دهنده نتایج آزمون‌های چندمتغیری برای آزمون

آزمایش و کنترل معنادار نیست ($P > 0/05$) از این رو توزیع نمرات در تمامی متغیرها نرمال است.

پیش‌فرض برابری واریانس‌ها، به دنبال بررسی مساوی بودن واریانس‌های گروه‌هاست که به منظور بررسی آن از آزمون لون استفاده شد. پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها زمانی برقرار است که مقدار سطح معناداری به دست آمده نیز بزرگ‌تر از $0/05$ باشد ($P > 0/05$). همان‌طور که

جدول ۳- نتایج آزمون لون در مورد همگنی واریانس‌ها

متغیر	مرحله	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
آشفتگی روانی	پیش‌آزمون	0/013	1	27	0/912
	پس‌آزمون	0/112	1	27	0/741
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	0/007	1	27	0/932
	پس‌آزمون	0/097	1	27	0/758

جدول ۴- نتایج آزمون‌های چندمتغیری جهت بررسی معنی‌داری اثر عضویت گروهی

اثر	آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
پیش‌آزمون آشفتگی روانی	اثر پیلایی	0/456	10/07	2	24	0/001
	لامبدای ویلکز	0/544	10/07	2	24	0/001
	اثر هتلینگ	0/839	10/07	2	24	0/001
	بزرگ‌ترین ریشه روی	0/839	10/07	2	24	0/001
پیش‌آزمون تاب‌آوری	اثر پیلایی	0/914	128/18	2	24	0/001
	لامبدای ویلکز	0/086	128/18	2	24	0/001
	اثر هتلینگ	10/68	128/18	2	24	0/001
	بزرگ‌ترین ریشه روی	10/68	128/18	2	24	0/001
گروه	اثر پیلایی	0/379	7/32	2	24	0/003
	لامبدای ویلکز	0/621	7/32	2	24	0/003
	اثر هتلینگ	0/611	7/32	2	24	0/003
	بزرگ‌ترین ریشه روی	0/611	7/32	2	24	0/003

جدول ۵- تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت بررسی اثر درمان معنوی-مذهبی

منبع	متغیر	مجدورات	df	مجدورات	F	معناداری	مجدورات
عرض از مبدأ	آشفتگی روانی	4/18	1	4/18	0/248	0/623	0/010
	تاب‌آوری	0/030	1	0/030	0/004	0/952	0/001
پیش‌آزمون آشفتگی روانی	آشفتگی روانی	353/14	1	353/14	20/189	0/001	0/455
	تاب‌آوری	1/06	1	1/06	0/127	0/725	0/005
پیش‌آزمون تاب‌آوری	آشفتگی روانی	4/22	1	4/22	0/250	0/622	0/010
	تاب‌آوری	2179/71	1	2179/71	259/10	0/001	0/912
اثر گروه (درمان)	آشفتگی روانی	211/34	1	211/34	12/50	0/002	0/333
	تاب‌آوری	38/80	1	38/80	4/61	0/042	0/156
خطا	آشفتگی روانی	422/50	25	16/90			
	تاب‌آوری	210/31	25	8/41			
مجموع	آشفتگی روانی	51583	29				

گزینش مسیر درست و هدفمند زندگی می‌شود (۹). اعمال معنوی و مذهبی سبب افزایش آزادسازی برخی واسطه‌های شیمیایی عصبی در مغز نظیر گابا، ملاتونین و سروتونین شده که باعث عملکرد بهتر ذهن و روان می‌شود (۱۰). در واقع می‌توان گفت که ارتباط قوی و چرخشی بین اعمال معنوی و مذهبی با آرامش و عملکرد ذهن و روان وجود دارد. رفتارهای مذهبی و معنوی مانند دعا، نیایش و عبادت اثرات آسیب‌زای استرس را از طریق ایجاد شبکه‌های حمایتی و ارتقای رفتارهای سلامت تعدیل می‌کنند (۴). همچنین معنویت و باورهای مذهبی مقابله با مشکلات و استرس را از طریق درک موقتی بودن ناراحتی‌های روان‌شناختی یا رنج‌های زندگی تسهیل می‌کنند و یک احساس کنترل بر موقعیت را برای افراد فراهم می‌سازد. همه سنت‌های معنوی مذاهب مختلف، با احکام و دستورات بازدارنده و تجویزی خود، پیروان خود را در ایجاد یک سبک زندگی سالم و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت تشویق می‌کنند (۱۱). چنین حالت‌هایی آرامش روان را از آن‌ها گرفته بود. شرکت در این دوره به آنان کمک کرد تا ابتدا از طریق برخی اعمال تا حدی ثبات هیجانی پیدا کنند و آنگاه ارزش‌های زندگی خود را مشخص کنند. مشخص شدن ارزش‌ها و اهداف زندگی موجب ثبات شناختی و هیجانی در آنان شد. در واقع مداخلات معنوی-مذهبی به خاطر ترسیم آینده‌ای روشن، مدد جستن از نیروی الهی، ارائه مثبت‌نگری و خوش‌بینی و همچنین اتخاذ و تعهد در انتخاب مسیر درست زندگی و همچنین اسیر و گرفتار اتفاقات زندگی نشدن باعث شد تا آنان بتوانند تا حدی از آشفتگی روانی دوری کنند (۱۲). همچنین مداخلات معنوی-مذهبی باعث شد تا آنان در رنج کشیدن و مشکلاتی که با آن دست به یقه بودند معنا پیدا کنند و درک کنند که این رنج کشیدن نه تنها نمی‌تواند آنان را از پا دریاورد بلکه می‌تواند موجب تقویت آنان و همچنین رشد و فعالیت در آنان شود. چنین حالت‌هایی به‌مراتب باعث کاهش آشفتگی روانی در آنان شد (۱۳). همسو با این پژوهش، آلوز (Alves) و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند که معنویت می‌تواند موجب افزایش آرامش و ثبات روانی و همچنین بهبود

معناداری اثر عضویت گروهی است که با توجه به سطح معناداری آن‌ها که کمتر از ۰/۰۵ است ($p < 0.05$) نشان می‌دهد، حداقل در یکی از متغیرهای وابسته بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. بررسی دقیق‌تر این تفاوت در زیر نشان داده شده است.

جدول شماره ۵ تفاوت گروه آزمایش و کنترل را در متغیرهای آشفتگی روانی و تاب‌آوری با کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها نشان می‌دهد. بر اساس نتایج به‌دست آمده، که سطح معناداری مقادیر F آشفتگی روانی (۱۲/۵۰) و تاب‌آوری (۴/۶۴) کمتر از ۰/۰۵ است ($p < 0.05$) که نشان می‌دهد بین گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون‌های آشفتگی روانی و تاب‌آوری تفاوت معناداری وجود دارد، از این‌رو هر دو فرضیه پژوهش تأیید می‌شود. نمودار هر فرضیه در جدول ۵ ارائه شده است.

بحث

در پژوهش حاضر از طرح نیمه‌آزمایشی در جهت بررسی اثر درمان و مداخلات معنوی-مذهبی بر روی آشفتگی‌های روانی و نیز تاب‌آوری زنان معتاد تحت درمان انجام شد. در بررسی نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و مداخلات معنوی-مذهبی توانسته است باعث کاهش آشفتگی‌های روانی زنان معتاد تحت درمان شود. نتیجه این پژوهش همسو با بسیاری از پژوهش‌های انجام شده است. نتایج به دست آمده با نتایج پژوهش‌های ناریوس (Nurius) و همکاران (۲۰۲۰) (۷) و لین (Lin) و همکاران (۲۰۲۲) (۸) همسو می‌باشد. همان‌طور که از نتایج مشخص است، مداخلات معنوی و مذهبی می‌تواند در حوزه سلامت روان مؤثر عمل کند. احساس ایجادشده از نگرش و رفتارهای معنوی - مذهبی از طریق نوروپپتیدهای مترشح‌ه بر کل فیزیولوژی بدن تأثیر گذاشته و موجب تقویت اندام‌های بدن و سیستم ایمنی و نیز بهبود فعالیت و سلامت ذهن می‌شود. اعمال مذهبی و رشد آگاهی معنوی با فعال کردن لب فرونتال به‌خصوص کورتکس پره فرونتال و همراهی عملکرد شناختی، باعث تعالی و

باعث تقویت تاب‌آوری زنان معنادار در حال درمان شود. این نتیجه بیانگر توانمندی بالای مداخلات معنوی-مذهبی در کاهش نابسامانی‌های ذهنی و نیز افزایش ظرفیت و توانایی‌های انسان است. امید است که این پژوهش بتواند راهگشایی در جهت کمک به زنان معنادار تحت درمان باشد تا بتوان آنان را سالم‌تر و کارآمدتر به دامان خانواده برگرداند.

References

- Harris JI, Erbes CR, Engdahl BE, Thuras P, Murray-Swank N, Grace D, Ogden H, Olson RH, Winkowski AM, Bacon R, Malec C, Campion K, Le T. The effectiveness of a trauma focused spiritually integrated intervention for veterans exposed to trauma. *J Clin Psychol.* 2011;67(4):425-38.
- Florian V, Mikulincer M, Taubman O. Does hardiness contribute to mental health during a stressful real-life situation? The roles of appraisal and coping. *J Pers Soc Psychol.* 1995;68(4):687-95.
- Kiziela A, Viliūnienė R, Friberg O, Navickas A. Distress and resilience associated with workload of medical students. *J Ment Health.* 2019;28(3):319-323.
- Anderson K, Priebe S. Concepts of Resilience in Adolescent Mental Health Research. *J Adolesc Health.* 2021;69(5):689-695.
- Pinto CM, Radon K, Van Dijk F. Violence at Work and Mental Distress among Firefighters in Guatemala. *Ann Glob Health.* 2018;84(3):532-537.
- Leng M, Wei L, Shi X, Cao G, Wei Y, Xu H, et al. Mental distress and influencing factors in nurses caring for patients with COVID-19. *Nurs Crit Care.* 2021;26(2):94-101.
- Nurius PS, Sefidgar YS, Kuehn KS, Jung J, Zhang H, Figueira O, et al. Distress among undergraduates: Marginality, stressors and resilience resources. *J Am Coll Health.* 2020;71(5):1445-1453.
- Lin T, Yi Z, Zhang S, Veldhuis CB. Predictors of Psychological Distress and Resilience in the Post-COVID-19 Era. *Int J Behav Med.* 2022;29(4):506-516.
- Delgado C, Roche M, Fethney J, Foster K. Mental health nurses' psychological well-being, mental distress, and workplace resilience: A cross-sectional survey. *Int J Ment Health Nurs.* 2021;30(5):1234-1247.
- McAndrews MP, Green R, Ruttan L, Li A, Abbey S, Stewart D. Psychological distress, resilience and mental health resources in a Canadian hospital during COVID-19: Thoughts in preparing for the next wave. *Gen Hosp Psychiatry.* 2021;69:124-125.
- Bao H. Relationship among Family Support,

فرد در مقابل حوادث آسیب‌زای زندگی باشد. آنان نشان دادند که این‌گونه مداخلات می‌تواند با افزایش ظرفیت‌های روانی و حتی جسمانی افراد باعث کاهش مصرف مواد در آنان شود (۱۴).

نتایج حاصل از بررسی این پژوهش نیز نشان داد که مداخلات معنوی و مذهبی می‌توانند موجب افزایش تاب‌آوری در زنان دارای اعتیاد شود. آموزش این باور که خداوند در هر لحظه ما را مشاهده می‌کند و از ما غافل نمی‌شود باعث شد تا نمونه‌ها با یاری جستن از خداوند و توکل به او بتوانند نیروی مضاعفی در جهت مبارزه‌جویی با چالش‌های زندگی کسب کنند و احساس کنند که می‌توانند کنترل بیشتری روی زندگی داشته باشند (۱۵). به عبارتی، مداخلات معنوی و مذهبی باعث می‌شود که فرد احساس کند که تنها و بی‌کس نیست و در هر لحظه خدا را دارد که او را حمایت کند. زنان یاد گرفتند که توسل جستن از خداوند و ائمه، نگاه مثبت به زندگی داشتن، برقراری ارتباط مثبت با دیگران و نیز افزایش اعتماد به نفس می‌توانند با سختی‌های زندگی مقابله کنند و بتوانند زندگی نو و جدید و نیز پر از ارزشی را برای خود رقم بزنند.

پیشنهادات

با عنایت به نتایج حاصل‌شده از پژوهش، پیشنهاد می‌گردد تا مراکز ترک اعتیاد، دوره‌هایی در زمینه آموزش مداخلات معنوی-مذهبی برگزار کنند. با توجه به بافت پذیرای کشور، و نیز با توجه به گسترش مشکلات روانی و اعتیاد، ضروری است دوره‌های آموزش مهارت‌های معنوی و مذهبی در مدارس و دانشگاه‌ها تدریس شود. همچنین در سطح کلان به روان‌شناسان و پزشکان مشغول در حوزه اعتیاد پیشنهاد می‌شود با تهیه و تنظیم کتابچه و بروشورهایی، آموزش‌هایی در زمینه مهارت‌های معنوی-مذهبی ارائه دهند.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی، نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که مداخلات و به دنبال آن باورها و اعمال معنوی و مذهبی، می‌توانند با گسترش دید و نیز ارائه مهارت‌های ضروری و موردنیاز زندگی باعث کاهش آشفتگی‌های روانی و نیز

Mental Resilience and Diabetic Distress in Patients with Type 2 Diabetic Mellitus during COVID-19. Iran J Public Health. 2021;50(8):1648-1657.

12. Rosendahl J, Jaenichen D, Schmid S, Färber F, Strauß B. Psychische Belastung und Resilienz im Rahmen schwerer körperlicher Erkrankungen: eine Analyse dyadischer Zusammenhänge [Mental Distress and Resilience in Severe Somatic Diseases: An Analysis of Dyadic Relations]. Psychother Psychosom Med Psychol. 2021;71(1):18-26. German.

13. van Nieuwenhuizen A, Hudson K, Chen X, Hwong AR. The Effects of Climate Change on Child and Adolescent Mental Health: Clinical Considerations. Curr Psychiatry Rep. 2021;23(12):88.

14. Alves AC, Cecatti JG, Souza RT. Resilience and Stress during Pregnancy: A Comprehensive Multidimensional Approach in Maternal and Perinatal Health. ScientificWorldJournal. 2021;2021:9512854.

15. Riehm KE, Brenneke SG, Adams LB, Gilan D, Lieb K, Kunzler AM, et al. Association between psychological resilience and changes in mental distress during the COVID-19 pandemic. J Affect Disord. 2021;282:381-385.