



اثربخشی آموزش مراقبت معنوی بر کنترل تکانه در مردان وابسته به مواد تحت درمان با نگهدارنده متادون

هما ایمانی مقدم^۱، محمد شمسیان^{۲*}

- ۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران
 ۲- دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، واحد بین المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران

چکیده

مراقبت معنوی، تجربه درونی احساسات و آگاهی معنوی است که یک قسمت حقیقی از زندگی معنوی و مذهبی هر کسی در بین افراد مختلف است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مراقبت معنوی بر کنترل تکانه در مردان وابسته به مواد تحت درمان با نگهدارنده متادون در شهر یزد انجام گرفت. جامعه آماری کلیه مردان معتاد تحت درمان با نگهدارنده متادون در کلینیک های ترک اعتیاد شهر یزد در سال ۱۴۰۰ بود که از میان آن ها ۳۰ مرد معتاد به روش نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند و به صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. در این پژوهش از روش نیمه آزمایشی با استفاده از طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه آزمایش و گواه استفاده شده است. متغیر مستقل آموزش مراقبت معنوی بود که در هشت جلسه تنظیم و به گروه آزمایش آموزش داده شد و به گروه کنترل هیچ آموزشی داده نشد. از هر دو گروه پیش آزمون و پس آزمون گرفته شد. متغیر وابسته کنترل تکانه مردان معتاد بود که کنترل تکانه با استفاده از پرسشنامه تکانشوری بارات (۱۹۶۵) ارزیابی شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS ارزیابی شدند. نتایج به دست آمده حاکی از آن است که مراقبت معنوی، کنترل تکانه افراد وابسته به مواد تحت درمان متادون را بهبود بخشیده است.

واژگان کلیدی: مراقبت معنوی، کنترل تکانه، مردان وابسته به مواد، نگهدارنده متادون



مقدمه

مصرف مواد مخدر یکی از مهم‌ترین معضلات عرصه پزشکی و روان‌پزشکی می‌باشد که گستره‌ی جهانی یافته است: مصیبتی که میلیون‌ها زندگی را ویران و سرمایه‌های کلان را صرف مبارزه با آن و جبران صدمات ناشی از آن می‌نماید و متأسفانه قربانیان مصرف مواد مخدر نیز رو به افزایش بوده و همه مرزهای فرهنگی، خانوادگی و اجتماعی را درنوردیده و سلامتی بشر را مورد تهدید قرار می‌دهد. عوارض بسیار جدی اعتیاد بر سلامت فرد، زندگی خانوادگی، اقتصاد، امنیت و رشد فرهنگی جامعه بسیار گسترده و عمیق است. از سوی دیگر یکی از جنبه‌های مهم اعتیاد که در طی تلاش‌های بازدارنده آن مشخص شد بازگشت به مصرف مواد پس از دوره‌ای از قطع مصرف بود. اکثریت معتادان در سال شروع درمان دچار عود اعتیاد شده و سه ماه اول درمان مستعدترین دوره عود می‌باشد. میزان نسبتاً بالای عود که اغلب پس از درمان رخ می‌دهد باعث نگرانی زیادی می‌شود و زمان پس از اتمام درمان به‌عنوان یک دوره بحرانی توصیف می‌شود. در بسیاری از سال‌ها دیده‌شده است که خدمات مراقبت بعد از درمان به حفظ دستاوردهای طول درمان کمک می‌کند و خطر عود پس از ترک محل درمان را کاهش می‌دهد (گاسپ^۱ و همکاران، ۲۰۰۸). بررسیها در زمینه سوء مصرف مواد نشان می‌دهند که میزان عود، رابطه مستقیمی با میزان و شدت تکانشگری دارد و افرادی با نمرات بالا در مقیاس تکانشگری فرجام مناسبی در ترک از مواد ندارند (مولروهمکاران، ۲۰۰۱).

یکی از خدمات بعد از درمان، آموزش مراقبت معنوی^۲ است. تاریخچه معنویت درمانی در اعتیاد به انجمن الکلی‌های گمنام یا AA^۳ برمی‌گردد که این سازمان توسط دو الکلی سابق تأسیس شد که مسیحی بودند. در برنامه‌های ۱۲ مرحله‌ای این گروه، معنویت عاملی برای بهبود اعتیاد بر اساس تغییر سبک زندگی تلقی می‌شود (مورگان^۴، ۱۹۹۹). نقش معنویت در بهبود بیماران الکلی منجر به انجام تحقیقات نظام‌مند بیشتری در این رابطه شد و این تحقیقات تا سال‌های ۲۰۰۰ ادامه یافت. از جمله گالانتر^۵ (۲۰۰۷) طرح بهبودی از سوء مصرف مواد را مطرح نمود که منطبق با فلسفه اعضای الکلی‌های گمنام بود. تحقیق دیگری نشان داد که تمرین مراقبت معنوی باعث کاهش و سوسه نوشیدن الکلی می‌شود (تونینگان^۶ و همکاران ۲۰۱۳).

1. Gossop

2. Spirituality care

3. Alcoholics Anonymous

4. Morgan

5. Galanter

6. Tonigan



در این تحقیق، اثربخشی آموزش مراقبت معنوی بر کنترل تکانه در افراد وابسته به مواد تحت درمان با نگهدارنده متادون با استفاده از پروتکل معنویت مورد بررسی قرار می‌دهد.

تکانه: عبارت است از: «تمایل به انجام عملی به منظور کاهش تنش و استرس افزایش‌یابنده‌ای که در نتیجه اوج‌گیری و سوسه‌های غریزی ایجاد می‌شود». به عبارتی ساده‌تر، زمانی که یک فرد و سوسه انجام عملی را دارد تا به این طریق اضطراب، تنش و استرس خود را کاهش دهد، در اصل یک تکانه را تجربه کرده است. بیشتر افراد کنترل کافی روی تکانه‌های خود دارند؛ ولی بیماران مبتلا به اختلالات کنترل تکانه قدرت مقاومت در برابر و سوسه‌هایی که برای خود یا دیگری زیان‌بار است را ندارند (کاپلان و سادوک^۷، ترجمه رضایی، ۱۳۷۹).

مراقبت معنوی: تجربه درونی احساسات و آگاهی معنوی است که یک قسمت حقیقی از زندگی معنوی و مذهبی هر کسی در بین افراد مختلف است. تجارب این جهانی تعالی یا احساس الهی معنویت می‌توانند نقش برجسته‌ای در سلامت و پایداری روان‌شناختی داشته باشند.

فرضیه پژوهش

آموزش مراقبت معنوی بر کنترل تکانه در افراد وابسته به مواد تحت درمان با نگهدارنده متادون تاثیر دارد.

روش تحقیق

در این پژوهش از روش شبه آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه استفاده شده است؛ و جزء پژوهش‌های کاربردی می‌باشد. در این طرح، آزمودنی‌ها به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند. قبل از اجرای متغیر مستقل (آموزش مراقبت معنوی) آزمودنی‌های انتخاب شده در هر دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. سپس آزمودنی‌ها با پرسشنامه تکانشوری باران مورد ارزیابی قرار گرفتند و بعد از ۸ جلسه آموزش مراقبت معنوی پس‌آزمون از هر دو گروه گرفته شد. گروه کنترل هیچ آموزشی داده نشد و پس از ۸ هفته پس‌آزمون گرفته شد.

جامعه آماری: جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مردان معتاد تحت درمان با نگهدارنده متادون در کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر یزد در سال ۱۴۰۰ بود.

نمونه‌گیری و روش نمونه‌گیری: ابتدا با توجه به تعداد کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر یزد، یک کلینیک ترک اعتیاد به صورت در دسترس انتخاب شد. سپس از کلینیک منتخب ۳۰ مرد به روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب

7. Kaplan, Sadock.



شد. سپس به صورت گمارش تصادفی تعداد ۱۵ نفر از مردان معتاد در گروه آزمایش و ۱۵ نفر دیگر در گروه کنترل تقسیم شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات

۱. پرسشنامه تکانشوری بارات

این پرسشنامه توسط بارات (۱۹۶۵) ساخته شده است که برای سنجش بی‌برنامگی، تکانشوری شناختی و تکانشوری حرکتی بکار می‌رود.
روش نمره گذاری:

جدول شماره ۱ روش نمره گذاری

هرگز	بندرت	گهگاه	اغلب	همیشه
۱	۲	۳	۴	۵

نمره‌های سؤال‌های شماره ۱، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۰، ۲۹ و ۳۰ را معکوس کنید.

جدول شماره ۲ روش نمره گذاری - معکوس

هرگز	بندرت	گهگاه	اغلب	همیشه
۵	۴	۳	۲	۱

تفسیر:

حد پایین نمره	حد متوسط نمرات	حد بالای نمرات
۳۰	۹۰	۱۵۰

امتیازات خود را از ۳۰ عبارت فوق با یکدیگر جمع نمایید. حداقل امتیاز ممکن ۳۰ و حداکثر ۱۵۰ خواهد بود.

نمره بین ۳۰ تا ۶۰: میزان تکانشی بودن فرد، کم است.

نمره بین ۶۰ تا ۹۰: میزان تکانشی بودن فرد، متوسط است.

نمره بالاتر از ۹۰: میزان تکانشی بودن فرد، زیاد است.

پایایی این پرسشنامه توسط نریمانی، ۱۳۹۱ با آزمون آلفای کرونباخ به دست آمده است بدین صورت نشان داده شده است:

نام متغیر	میزان آلفای کرونباخ
تکانشوری	۰/۸۰



روش تجزیه و تحلیل اطلاعات: به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار SPSS و شاخص های آماری توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، درصد و نمودار و برای آمار استنباطی از روش آماری تحلیل کوواریانس و تحلیل رگرسیون و آزمون T و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است.

شیوه مداخله (جلسات آموزش)

جلسه اول: آشنایی با مهم ترین اصطلاحات کاربردی دوره

- آشنایی با اعضای شرکت کننده در گروه
- معرفی دوره ی آموزشی-مشاوره ای به صورت کلی
- تنظیم قرارداد مشاوره ای با اعضای حاضر در جلسه و توافق بر سر اهداف و وظایف
- معرفی ساختار کلی آموزش مراقبت معنوی
- آشنایی با فرآیند بازگشت به اعتیاد (لغزش)
- جمع بندی مباحث مطرح شده در جلسه و تعیین کردن تکلیف برای جلسه ی آینده

خلاصه ای از روش کار:

در این جلسه در مورد ساختار کلی مراقبت معنوی آموزش های دقیقی داده می شود و به بیماران کمک می شود با فرآیند بازگشت به اعتیاد (لغزش) آشنا شوند. علاوه بر این مقرر شد آن ها بخش اول جزوه را مطالعه نموده و تمرین های مربوطه را نیز برای جلسه بعد انجام دهند.

جلسه دوم: ارتباط با خود درونی

- ارائه ی خلاصه ای از جلسه قبل و بررسی تکلیف جلسه ی قبل
- آموزش ارتباط با خود درونی و شناخت خویشتن
- کمک به مراجع در شناسایی علائم هشداردهنده فرآیند بازگشت به اعتیاد
- جمع بندی مباحث مطرح شده در جلسه و تعیین کردن تکلیف برای جلسه ی آینده

خلاصه ای از روش کار:

در این جلسه در مورد چگونگی شناسایی علائم هشداردهنده فرآیند بازگشت به مواد صحبت می شود. نحوه ارتباط با خود درونی آموزش داده می شود. علاوه بر این مقرر شد آن ها بخش دوم جزوه را مطالعه نموده و تمرین های مربوطه را نیز برای جلسه بعد انجام دهند.

جلسه سوم: تکنیک های مراقبه و آرمیدگی

- ارائه ی خلاصه ای از جلسه قبل و بررسی تکلیف جلسه ی قبل
- شناسایی شرایط و موقعیت های استرس زا مستعد کننده عود مصرف
- ترغیب بیماران برای تهیه لیست موقعیت های استرس زا



- آموزش تکنیک‌های مراقبه و آرمیدگی
- آشنایی با رابطه بین مراقبه و کاهش استرس
- جمع‌بندی مباحث مطرح‌شده در جلسه و تعیین کردن تکلیف برای جلسه‌ی آینده

خلاصه‌ای از روش کار:

در جریان جلسه سوم درمانگر کمک می‌کند که با تکنیک‌های مراقبه و آرمیدگی آشنا شود و توضیح این مسئله که علائم پس از ترک با استرس شدید می‌شوند و مراقبه عمیق یکی از روش‌های آرامش ذهن و کاهش تولید هورمون استرس‌زاست. از آن‌ها می‌خواهد که شرایط استرس‌زا مستعد کننده عود مصرف را شناسایی نماید و فهرستی از آن‌ها تهیه کنند. علاوه بر این مقرر شد آن‌ها بخش سوم جزوه را مطالعه نموده و تمرین‌های مربوطه را نیز برای جلسه بعد انجام دهند.

جلسه چهارم: ارتباط آگاهانه با خداوند

- ارائه‌ی خلاصه‌ای از جلسه قبل و بررسی تکلیف جلسه‌ی قبل
- ارتباط آگاهانه با خداوند برای رسیدن به رشد معنوی
- آشنایی با رابطه ایمان به قدرت برتر و نگرش مثبت و امید به آینده
- جمع‌بندی مباحث مطرح‌شده در جلسه و تعیین کردن تکلیف برای جلسه‌ی آینده

خلاصه‌ای از روش کار:

در این جلسه سوم درمانگر در مورد ارتباط آگاهانه با خداوند و تقویت نگرش مثبت و امید به آینده راهکارهایی را آموزش می‌دهد. علاوه بر این مقرر شد آن‌ها بخش چهارم جزوه را مطالعه نموده و تمرین‌های مربوطه را نیز برای جلسه بعد انجام دهند.

جلسه پنجم: ارزیابی گذشته

- ارائه‌ی خلاصه‌ای از جلسه قبل و بررسی تکلیف جلسه‌ی قبل
- ترغیب سازی مراجع به ارزیابی گذشته
- شناساندن رابطه اصلاح گذشته و بهبودی
- جمع‌بندی مباحث مطرح‌شده در جلسه و تعیین کردن تکلیف برای جلسه‌ی آینده

خلاصه‌ای از روش کار:

در جلسه پنجم، از مراجع خواسته می‌شود که به ارزیابی گذشته خود پردازد و در صدد جبران اشتباهات خود با شد و روابط گذشته خود را بهبود بخشد. علاوه بر این مقرر شد آن‌ها بخش پنجم جزوه را مطالعه نموده و تمرین‌های مربوطه را نیز برای جلسه بعد انجام دهند.



جلسه ششم: بخشایشگری

- ارائه‌ی خلاصه‌ای از جلسه قبل و بررسی تکلیف جلسه‌ی قبل
- نشان دادن رابطه بخشیدن خود و دیگران با بهبود روان‌شناختی
- نشان دادن کنترل خشم و سایر احساسات و کنترل تکانه
- جمع‌بندی مباحث مطرح شده در جلسه و تعیین کردن تکلیف برای جلسه‌ی آینده

خلاصه‌ای از روش کار:

در این جلسه در مانگر با توضیح اینکه بخشایشگری یکی از عناصر کلیدی مراقبت معنوی است، تاثیر آن را در کنترل خشم و سایر احساسات و کنترل تکانه مهم می‌داند. علاوه بر این مقرر شد آن‌ها بخش ششم جزوه را مطالعه نموده و تمرین‌های مربوطه را نیز برای جلسه بعد انجام دهند.

جلسه هفتم: ترازنامه‌ی اخلاقی

- ارائه‌ی خلاصه‌ای از جلسه قبل و بررسی تکلیف جلسه‌ی قبل
- ترغیب مراجعین به صحبت در مورد ارزش‌ها و ضعف‌های اخلاقی خودشان
- نشان دادن تاثیر پابندی به اصول اخلاقی برای پیشگیری از لغزش
- جمع‌بندی مباحث مطرح شده در جلسه و تعیین کردن تکلیف برای جلسه‌ی آینده

خلاصه‌ای از روش کار:

در این جلسه از مراجع خواسته می‌شود در مورد ارزش‌ها و ضعف‌های اخلاقی خود صحبت کنند، ضمن اینکه در مورد تعهد به عمل و معیارهای اخلاقی به‌عنوان راهی برای پیشگیری از عود مصرف تأکید می‌شود. علاوه بر این مقرر شد آن‌ها بخش هفتم جزوه را مطالعه نموده و تمرین‌های مربوطه را نیز برای جلسه بعد انجام دهند.

جلسه هشتم: پرداختن به فعالیت‌های خیریه

- ارائه‌ی خلاصه‌ای از جلسه قبل و بررسی تکلیف جلسه‌ی قبل
- ترغیب مراجعین به بیان فعالیت‌های خیریه از دید خودشان
- شناساندن رابطه بیداری معنوی و فعالیت‌های خیریه و پاکی ماندگار
- جمع‌بندی مباحث مطرح شده در جلسه

خلاصه‌ای از روش کار:

در جلسه هشتم از مراجع خواسته می‌شود تا فعالیت خیریه را از دیدگاه خودش تعریف کند و درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا رابطه بین بیداری معنوی و فعالیت‌های خیریه و پاکی ماندگار را دریابد.



یافته ها یافته های توصیفی

جدول شماره ۳ اطلاعات آماری پیش آزمون تکانشگری در گروه کنترل

واریانس	انحراف معیار	میانگین	ماکزیمم	مینیمم	دامنه	تعداد	
۱۲۷.۹۵۲	۱۱.۳۱۱۶۰	۸۵.۴۴۴۴	۱۰۰	۶۵	۳۵	۱۵	نمره پیش آزمون تکانشگری - گروه کنترل

در جدول شماره ۳ اطلاعات آماری شامل تعداد، دامنه تغییرات، مینیمم، ماکزیمم، میانگین، انحراف معیار و واریانس نمره پس آزمون کنترل تکانه افراد وابسته به مواد تحت درمان با نگهدارنده متادون در گروه کنترل ارائه شده است. به طوری که میانگین نمره حاصل شده برابر با ۸۴/۲ می باشد.

جدول شماره ۴ اطلاعات آماری پس آزمون تکانشگری در گروه کنترل

واریانس	انحراف معیار	میانگین	ماکزیمم	مینیمم	دامنه	تعداد	
۱۴۵.۱۷۱	۱۲.۰۴۸۷۱	۸۴.۲	۹۹	۶۱	۳۸	۱۵	نمره پس آزمون تکانشگری - گروه کنترل

در جدول شماره ۴ اطلاعات آماری شامل تعداد، دامنه تغییرات، مینیمم، ماکزیمم، میانگین، انحراف معیار و واریانس نمره پیش آزمون کنترل تکانه افراد وابسته به مواد تحت درمان با نگهدارنده متادون در گروه آزمایش ارائه شده است. به طوری که میانگین نمره حاصل شده برابر با ۹۱/۶۷ می باشد.

جدول شماره ۵ اطلاعات آماری نمره پیش آزمون تکانشگری در گروه آزمایش

واریانس	انحراف معیار	میانگین	ماکزیمم	مینیمم	دامنه	تعداد	
۷۴.۹۵۲	۸.۶۵۷۵۰	۹۱.۶۶۶۷	۱۰۲	۷۶	۲۶	۱۵	نمره پیش آزمون تکانشگری - گروه آزمایش



در جدول شماره ۵ اطلاعات آماری شامل تعداد، دامنه تغییرات، مینیمم، ماکزیمم، میانگین، انحراف معیار و واریانس نمره پس آزمون کنترل تکانه افراد وابسته به مواد تحت درمان با نگهدارنده متادون در گروه آزمایش ارائه شده است. به طوری که میانگین نمره حاصل شده برابر با ۷۲/۶ می باشد.

جدول شماره ۶ اطلاعات آماری نمره پس آزمون تکانشگری - گروه آزمایش

واریانس	انحراف معیار	میانگین	ماکزیمم	مینیمم	دامنه	تعداد	واریانس
۸۶.۴	۹.۲۹۵۱۶	۷۲.۶	۹۰	۵۸	۳۲	۱۵	نمره پس آزمون تکانشگری - گروه آزمایش

جدول شماره ۶ اطلاعات آماری شامل تعداد، میانگین و انحراف معیار نمره پیش و پس آزمون کنترل تکانه افراد وابسته به مواد تحت درمان متادون در دو گروه کنترل و آزمایش ارائه کرده است. به طوری که میانگین نمره پیش و پس آزمون کنترل تکانه افراد وابسته به مواد تحت درمان با نگهدارنده متادون گروه کنترل به ترتیب برابر با ۸۵/۳۳ و ۸۴/۲۰ و میانگین نمره پیش و پس آزمون کنترل تکانه افراد وابسته به مواد تحت درمان با نگهدارنده متادون گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۹۱/۶۷ و ۷۲/۶۰ می باشد.

جدول شماره ۷ اطلاعات آماری میانگین نمره پیش و پس آزمون تکانشگری

		نمره پیش آزمون کنترل تکانه			نمره پس آزمون کنترل تکانه		
		تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار
کنترل	کنترل	۱۵	۸۵.۳۳	۱۱.۳۱	۱۵	۸۴.۲۰	۱۲.۰۵
	آزمایش	۱۵	۹۱.۶۷	۸.۶۶	۱۵	۷۲.۶۰	۹.۳۰

در نمودار شماره ۷ میانگین نمرات پیش آزمون کنترل تکانه افراد وابسته به مواد تحت درمان با نگهدارنده متادون در دو گروه کنترل و آزمایش با یکدیگر مقایسه گردیده است.

یافته های استنباطی

فرضیه پژوهش: آموزش مراقبت معنوی بر کنترل تکانه در افراد وابسته به مواد تحت درمان با نگهدارنده متادون تاثیر دارد.



جدول شماره ۸ خلاصه تحلیل کواریانس آموزش مراقبت معنوی بر کنترل تکانه

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری
پیش آزمون	۲.۳۳۷.۸۰۷	۱	۲.۳۳۷.۸۰۷	۶۹.۸۰۹	.۰۰۰
گروه	۲.۰۴۰.۴۰۹	۱	۲.۰۴۰.۴۰۹	۶۰.۹۲۸	.۰۰۰
خطا	۹۰۴.۱۹۳	۲۷	۳۳.۴۸۹	-	-

با توجه به جدول شماره ۸ و آزمون کواریانس انجام گرفته از آنجایی که مقدار سطح معنی داری آزمون حاصل شده برای حالت (گروه) کوچک تر از ۰/۰۵ می باشد آزمون معنی دار بوده و در نتیجه فرض صفر (بی تاثیر بودن آموزش مراقبت معنوی بر کنترل تکانه در افراد وابسته به مواد تحت درمان با نگهدارنده متادون) رد و فرض یک (مؤثر بودن آموزش مراقبت معنوی بر کنترل تکانه در افراد وابسته به مواد تحت درمان با نگهدارنده متادون) پذیرفته می گردد.

جدول شماره ۹ نمره پس آزمون تکانشگری

گروه	میانگین	خطای استاندارد	سطح اطمینان ۹۵٪	
			محدوده پایین تر	محدوده بالاتر
کنترل	۸۷.۰۷۳	۱.۵۳۳	۸۳.۹۲۷	۹۰.۲۱۹
آزمایش	۶۹.۷۲۷	۱.۵۳۳	۶۶.۵۸۱	۷۲.۸۷۳

در جدول شماره ۹ میانگین نمرات پس آزمون کنترل تکانه در افراد وابسته به مواد تحت درمان با نگهدارنده متادون دو گروه با حذف اثر نمرات پیش آزمون کنترل تکانه در افراد وابسته به مواد تحت درمان با نگهدارنده متادون برای دو گروه ارائه شده است. به طوری که میانگین نمرات کنترل تکانه در افراد وابسته به مواد تحت درمان با نگهدارنده متادون گروه آزمایش کمتر از گروه کنترل می باشد.

بحث و نتیجه گیری

فرضیه پژوهش: آموزش مراقبت معنوی بر کنترل تکانه در افراد وابسته به مواد تحت درمان با نگهدارنده متادون تاثیر دارد.



معنویت به عنوان «تلاش شخصی برای فهم و درک مسائل زندگی و نیز معنا و هدف زندگی» مطرح شده است (موریس^۸، ۲۰۰۶). معنویت باعث افزایش خودکنترلی، اعتماد به نفس و اطمینان می شود (کرلین^۹، ۲۰۰۷). اهمیت معنویت و رشد معنوی در انسان، در چند دهه گذشته به صورتی روزافزون توجه روانشناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است. پیشرفت علم روانشناسی از یک سو و ماهیت پویا و پیچیده جوامع نوین از سوی دیگر، باعث شده است که نیازهای معنوی بشر در برابر خواسته‌ها و نیازهای مادی قد علم کنند و اهمیت بیشتری بیابند. چنین به نظر می رسد که مردم جهان، امروزه بیش از پیش به معنویت و مسائل معنوی گرایش دارند و روان شناسان و روان پرستان نیز به طور روزافزون درمی یابند که استفاده از روش سنتی و ساده برای درمان اختلالات روانی کافی نیست. از سوی دیگر سازمان جهانی بهداشت در تعریف ابعاد وجودی انسان، به ابعاد جسمانی و روانی اجتماعی و معنوی اشاره می کند و بعد چهارم، یعنی بعد معنوی را نیز در رشد و تکامل انسان مطرح می سازد و شایسته است در درمان نیز از برخورد یک بعدی پرهیز شود و با توجه به اینکه عوامل اجتماعی و روانی ارتباط مستقیم با اعتقادات و فرهنگ فرد بیمار دارد، برای بهبودی اختلال و بیماری از این منابع و از این اعتقادات کمال استفاده به عمل آید. طرح مراقبت معنوی با در نظر گرفتن اصول درمانی مؤثر انجمن ملی مواد مخدر (NIDA) جنبه‌هایی از معنویت را که تا حدودی برگرفته از ۱۲ قدم است را برای درمان به کار می برد تا به فرد کمک کند شیوه زندگی و افکار و رفتارش را باز سازی کند و بتواند استرس‌ها و تنش‌های خود را کنترل کند و کیفیت زندگی‌اش بالا رود و از عود مصرف جلوگیری کند.

همچنین تحقیقات داخلی و خارجی انجام گرفته در زمینه معنویت درمانی، حاکی از آن هستند که اثربخشی این روش درمانی در گسترده‌ی وسیعی از حوزه‌های مختلف، مانند افزایش خودکارآمدی (فرهاد اصغری و همکاران، ۱۳۹۳) سلامت روان (پاردینی و همکاران، ۲۰۰۰) کاهش افسردگی (بهرامی و همکاران، ۱۳۸۵)، (دیاز و همکاران، ۲۰۱۴)، اضطراب (دبنام و همکاران، ۲۰۱۶) مؤثر می باشد.

فر ضیه این پژوهش تاثیر آموزش مراقبت معنوی بر کنترل تکانه در افراد وابسته به مواد تحت درمان با نگهدارنده متادون بوده است که نتایج این تحقیق حاکی از آن بود که معنویت باعث کاهش تکانشگری می گردد که این نتیجه با مارگولین و همکاران (۲۰۰۷) که رابطه معنویت درمانی و کاهش تکانشگری را مورد بررسی قرار دادند، همسو می باشد.

⁸. Moreira

⁹. Curlin



منابع

- منابع انتهای مقاله:

۱. احسان منش، مجتبی؛ کریمی کیسمی، عیسی؛ (۱۳۷۸) نگاهی به تاریخچه و برخی از پژوهشهای انجام گرفته در زمینه اعتیاد در ایران، مجله: روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران « زمستان - شماره ۱۹ علمی-پژوهشی (۱۷ صفحه - از ۶۲ تا ۷۸)
۲. احمدی احمد، (۱۳۸۵). روانشناسی اعتیاد، قم، پژوهشکده حوزه و دانشگاه، ص ۴۰۶
۳. انصاری، سمیرا (۱۳۹۳) تربیخی مراقبت معنوی بر پرخاشگری و سلامت معنوی مردان وابسته به آفتامین، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه فردوسی مشهد
۴. باوی ساسان، (۱۳۸۸). اعتیاد: انواع مواد، سبب شناسی، پیشگیری، درمان. اهواز: نشر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
۵. بهرامی دشتکی هاجر، علی زاده حمید، غباری بناب باقر، کریمی ابوالفضل (۱۳۸۵)، «تربیح شی آموزش معنویت به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی در دانشجویان، پژوهش های مشاوره (تازه ها و پژوهش های مشاوره)، دوره ۵، شماره ۱۹، از صفحه ۴۹ تا صفحه ۷۲.
۶. سادوک ویرجینیا و کاپالان هارولد (۲۰۰۳) خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری-روانپزشکی بالینی، ترجمه: فرزین رضایی، (۱۳۸۷) جلد اول، انتشارات ارجمند، تهران
۷. حسینی المدنی سید علی، احدی حسن، کریمی یوسف، بهرامی هادی، معاضدیان آمنه (۱۳۹۰) تاب آوری، سبک های هویتی، معنویت و حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد معتاد، غیرمعتاد و بهبود یافته، اعتیاد پژوهی: بهار ۱۳۹۱، دوره ۶، شماره ۲۱، از صفحه ۴۷ تا صفحه ۶۴.
۸. حاجی لو، محمدرضا (۱۳۸۸) تاریخچه و علل گرایش به مواد مخدر، تهران: نگاه.
۹. رسولی بهزاد، (۱۳۸۵) بررسی عوامل مؤثر در گرایش نوجوانان به مصرف مواد مخدر. مجله علمی اصول بهداشت روانی، ۴۹-۵۵.
۱۰. دلاور علی، (۱۳۸۴) مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی، ویرایش دوم، تهران: انتشارات رشد.
۱۱. روحانی صمد، سالاریه ایرج، عابدی صالح، خیرخواه فروزان، (۱۳۹۲). بررسی تاثیر درمان نگهدارنده متادون بر کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد مخدر، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره ۵۵، ۲۲-۴۷.
۱۲. زارع ناصر و زارع زاده مرتضی، (۱۳۹۴)، بررسی نقش معنویت در سلامت روان، اولین همایش ملی مطالعات و تحقیقات نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی ایران، قم، مرکز مطالعات و تحقیقات اسلامی سروش حکمت مرتضوی



۱۳. شعبانی امامعلی، مرادی گیگلو رقیه (۱۳۹۴) اعتیاد و مصرف مواد مخدر در قرون میانه تاریخ ایران تحقیقات تاریخ اجتماعی، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی سال پنجم، شماره دوم، ۱۰۳-۱۲۴
۱۴. شیخ الاسلام ربابه، (۱۳۸۶) تعاریف اعتیاد، سایت ستاد مبارزه با مواد مخدر.
۱۵. علیوردی نیا اکبر (۱۳۸۸) اثربخشی برنامه های معتادان گمنام در نگرش معتادان به مواد مخدر، مجله مطالعات اجتماعی ایران: پاییز ۱۳۸۸، دوره ۳، شماره ۳؛
۱۶. فولادوند معصومه، تیرگری بتول، مالکیان لیلا، فولادوند غلام رضا، عزیززاده فروزی منصوره (۱۳۹۳) بررسی ارتباط سلامت معنوی با اعتقادات مذهبی در مراجعان مراکز ترک اعتیاد شهرستان بم، مجله علمی پژوهشی فقه پزشکی دوره ۶، شماره ۲۱-۲۰
۱۷. فیروزآبادی عباس، قنبری ها شم آبادی بهرامعلی، طباطبایی سید محمود (۱۳۸۸) اثربخشی تکنیکهای هو شیاری فراگیران فصالی و توجه برگردانی در میزان و سوء مصرف مواد و احتمال لغزش در بیماران مرد وابسته به مواد مخدر، مجله اصول بهداشت روانی سال ۱۱، صفحه ۲۹۲-۳۰۱
۱۸. گرو سکی ترنس و میلر مرلن (۱۹۵۲)، پاکسی ماندگار، طرح پید شگیری از بازگشت به اعتیاد (لغزش)، ترجمه زهرا صفری (۱۳۸۸)
۱۹. میرزایی طیبه، راوری علی، حنیفی نسرین، میری سکینه، اسکوئی سیده فاطمه، میرزایی خلیل آبادی صدیقه (۱۳۹۲) عوامل مرتبط با عود اعتیاد از دیدگاه مبتلایان به سوء مصرف مواد مخدر مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد شهر رفسنجان، نشریه پرستاری ایران، جلد ۲۳، شماره ۶۷
۲۰. وست ویلیام، (۱۹۵۰) روان در مانی و معنویت، مترجمان دکتر شهریار شهیدی، سلطانعلی شیرافکن (۱۳۹۳)، تهران: انتشارات رشد

21. Achterberg, J. (1994). *The foundations and future of transpersonal psychology*. revision, 16(3), 98.
22. Adeqbola M. . (2011) *Spirituality, Self-Efficacy, and Quality of Life among Adults with Sickle Cell Disease*. South online JNurs Res; 11(1): 5.
23. Assagioli, R. (1986). *self-realisation and psychological disturbance*. revision.; 21-31
24. Bandura, A. (1997). *Self Efficacy. The Exercise of Control*. New York: W H. Freeman & Co. Student Success, 333, 48461.
25. Bechara, A. (2005). *Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs. A neurocognitive perspective*. Nature Neuroscience, 8, 1458-1463.
26. Cook Benjamin Lê, Ph.D., M.P.H. and Alegría Margarita, Ph.D., (2015) *Racial-Ethnic Disparities in Substance Abuse Treatment: The Role of Criminal History and Socioeconomic Status*. Chapter Addiction. pp 35-59
27. Bennett Foddy, (2010) *Addiction and its Sciences*. Philosophy, Addiction: 25-31, doi:10.1111/j.1360-443.2010.03158.x
28. Berridge, V., & Mold, A. (Eds.). (2016). *Concepts of addictive substances and behaviours across time and place*. Oxford University Press.
29. Bliss Donna Leigh (2007). *Empirical research on spirituality and alcoholism: A review of the literature*. Journal of Social Work Practice in the Addictions, 7(4), 5-25.



30. Bliss, D. L. (2015). *Spirituality-Enhanced Addiction Treatment Protocol: Conceptual and Operational Development*, *Alcoholism Treatment Quarterly*. 33:4, 385-394.
31. Boucouvalas, M. (1980). *Transpersonal psychology: A working outline of the field*. *Journal of Transpersonal Psychology*, 12(1), 37-46.
32. Bynum, E. B. (1992). *A brief overview of transpersonal psychology*. *Humanistic psychologist*, 20(2-3), 301-306.
33. Canda, E. R., & Furman, L. D. (1999). *Spiritual diversity in social work practice: The heart of helping*. New York, NY: Free Press.
34. Christina M. Puchalski, (2001). *The role of spirituality in health care*. *National Institutes of Health* ; 14(4): 352-357
35. Cloninger, C. R., Svrakic, D., & Przybeck, T. (1993). *A psychobiological model of temperament and character*. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.
36. Coffey, S. F., Gudleski, G. D., Saladin, M. E., & Brady, K. T. (2003). *Impulsivity and rapid discounting of delayed hypothetical rewards in cocaine-dependent individuals*. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 11, 18-25.
37. Curlin, F. A., Lawrence, R. E., Chin, M. H., & Lantos, J. D. (2007). *Religion, conscience, and controversial clinical practices*. *New England Journal of Medicine*, 356(6), 593-600.
38. Debnam, K., Milam, A. J., Furr-Holden, C. D., & Bradshaw, C. (2016). *The Role of Stress and Spirituality in Adolescent Substance Use*. *Substance Use and Misuse*, 51(6), 733-741
39. Dein S, Cook CC, Koenig H. (2012) . *Religion, spirituality, and mental health: current controversies and future directions*. *J Nerv Ment, Dis.*;200(10):852-855.
40. Derezotes, D. S. (2006). *Spiritually oriented social work practice*. Boston, MA: Pearson.
41. Dermatis H1, Galanter M2.(2016)*The Role of Twelve-Step-Related Spirituality in Addiction Recovery J Relig Health*. Apr;55(2):510-21. doi: 10.1007/s10943-015-0019-4.
42. Diaz Naelys, E., Horton Gail & Malloy Tammy (2014), *Attachment Style, Spirituality, and Depressive Sympto Among Individuals in Substance Abuse Treatment*. *Journal of Social Service Research*, 40:3, 313-324.
43. Evenden, J. A. (1999). *Varieties of impulsivity. Psychopharmacology*. 146, 348-361.
44. Farrow, J. (1984) *spirituality & self-awareness, the friends quarterly*. July:312-23
45. Fatseas, M., Serre, F., Alexandre, J. M., Debrabant, R., Auriacombe, M., & Swendsen, J. (2015). *Craving and substance use among patients with alcohol, tobacco, cannabis or heroin addiction: a comparison of substance-and person-specific cues*. *Addiction*, 110(6), 1035-1042.
46. Fontana, D. (1998). *Modern science and the transpersonal vision*. *Transpersonal Psychology Review*, 2(2), 5-9.
47. Frances Carolyn, (2008): *The role of spirituality in addiction*. PC 6900
48. Galanter Marc. (2007). *Spirituality and recovery in 12 step programs: An empirical model*. *Journal of Substance Abuse Treatment* :33, 265-272
49. Gelder M, Gath D, Mayou R, Cowen P. (2006) . *Oxford textbook of psychiatry*. Oxford university pressing New York.
50. Gossop, M., Stewart, D. and Marsden, J. (2008). *Attendance at Narcotics Anonymous and Alcoholics Anonymous meetings, frequency of attendance and substance use outcomes after residential treatment for drug dependence: a 5-year follow-up study*. *Addiction*, 103: 119-125.
51. Guest, H. (1980). *Transpersonal definitions*. *Association for Transpersonal Psychology Newsletter*, p.4
52. Harve, R., Jason Leonard A. & Ferrari Joseph R. (2008): *The role of spirituality in addiction* . PC 6900
53. Harvey, R., Jason, L. A., & Ferrari, J. R. (2016). *Substance abuse relapse in Oxford House recovery homes: A survival analysis evaluation*. *Journal Substance abuse*, 37(2), 281-285.



54. Heatherton, T. F., & Wagner, D. D. (2011). *Cognitive neuroscience of self-regulation failure*. Trends in Cognitive Science, 15, 132–139.
55. Hubbard, R.L., Marsden, M.E. and Rachal, J.V. (1989). *Drug Abuse Treatment A National Study of Effectiveness*. Chapel Hill NC: University of North Carolina Press.
56. Hunt, W., Barnett, L. and Branch, L.G. (1971). *Relapse rates in addiction programs*. Journal of Clinical Psychology 27:455-456,
57. Kevin J. Drab (2014): *application of spirituality in therapy*. Addictions Counseling Science Drexel University, PA (215)762-6922
58. Kong Grace, Smith Anne E., Mahon Thomas J., Cavallo Dana A., Ty S. Schepis Rani A. Desai, MPH, d Marc N. Potenza, and Suchitra Krishnan-Sarin, Vaughan, F. (1979). *Transpersonal psychotherapy: Context, content and process*. Journal of Transpersonal Psychology, 11(2), 101–110.
59. Kong Grace, Smith Anne E., Mahon Thomas J., Cavallo Dana A., Ty S. Schepis Rani A. Desai., Potenza Marc N., and Suchitra Krishnan-Sarin (2014). *Pubertal Status, Sensation-Seeking, Impulsivity, and Substance Use in High-School-Aged Boys and Girls* *J Addict Med.*; 7(2): 116–121.
60. Koob George F. and Volkow Nora D., “*Neurocircuitry of Addiction,*” *Neuropsychopharmacology* 35 (2010): 217–138.
61. Temme Leslie J., LCSW & Kopak Albert M. (2015). *Maximizing recovery through the promotion of mindfulness and spirituality*. Journal of religion & spirituality in social work.: social thought , vol. 35, NOS. 1–2, 41–56
62. Mac Qiu, Joe (1928) *Spirituality Therapy, teacher of Twelve Step*
63. Margolin, Arthur. Zev Schuman-Olivier, Beitel Mark, Arnold Ruth M., Fulwiler Carl E., Avants S. Kelly. (2007). *A preliminary study of spiritual self-schema (3-S+) therapy for reducing impulsivity in HIV-positive drug users*. Journal of Clinical Psychology, Pages 979–999.
64. Marlatt, G.A., and George, W.H. (1984). *Relapse prevention: Introduction and review of model*. British Journal of Addiction 79:261-273
65. Martin, P. R.; Weinberg, B. A; & Bealer, B. K. (2007). *Healing addiction: An integrated pharmacopsychosocial approach to treatment*. United States of America. John Wiley & Sons. P3.
66. Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). *Psychiatric aspects impulsivity*. American Journal of Psychiatry, 11, 1783-1793
67. Moreira-Almeida A, Neto FL, Koenig HG. (2006) *Religiousness and mental health*. a review. Rev Bras Psiquiatr; 28:242-50
68. Morgan, O. J. (1999). *Addiction and spirituality in context: A multidisciplinary approach* (pp. 3–30). St. Louis, MO: Chalice Press
69. *National Institutes of Health*. (2001); 14(4): 352–357.
70. Nele Gielen^{1,2}, Anja Krumeich³, Mignon Tekelenburg⁴, Chantal Nederkoorn², and Remco C. Havermans (2016) : *How patients perceive the relationship between trauma, substance abuse, craving, and relapse: A qualitative study*. Journal of Substance Use, Page 466-470
71. Pardini Dustin A., Plante Thomas G., Sherman Allen, Stump Jamie E., (2000) . *Religious faith and spirituality in substance abuse recovery determining the mental health benefits*. Journal of Substance Abuse Treatment, 19 347±354
72. Petry, N. M. (2001). *Substance abuse, pathological gambling, and impulsiveness*. Drug and alcohol dependence, 63(1), 29-38.
73. ROBERTS, T. B. (1986). "Transpersonal": *A commentary on its meanings and uses*. DeKalb, IL: Northern Illinois University, Department of Educational Psychology, Counseling, and Special Education.
74. Ryan, Stacy R., Friedman, Carly K., Liang, Yuanyuan, Lake, Sarah L., Mathias, Charles W., Charles, Nora E., Acheson, Ashley, Dougherty, Donald M. (2016). *Family Functioning as a*



- Mediator of Relations Between Family History of Substance Use Disorder and Impulsivity Addictive Disorders & Their Treatment: Volume 15 - Issue 1 - p 17–24*
75. ShelbyCandice L.(2016): *AddictionA Philosophical Perspective*. University of Colorado Denver, USA
 76. Shin, S. H., Hong, H. G., & Jeon, S. M. (2012). *Personality and alcohol use: the role of impulsivity*. *Addictive Behaviors*, 37(1), 102-107.
 77. Stevens L, Verdejo-García A, Goudriaan AE, Roeyers H, Dom G, Vanderplasschen W.(2014) *Impulsivity as a vulnerability factor for poor addiction treatment outcomes: a review of neurocognitive findings among individuals with substance use disorders*. *J Subst Abuse Treat*. Page :58-72.
 78. Tonigan, J. S., Rynes, K. N., and McCrady, B. S. (2013). *Spirituality as a change mechanism in 12-step programs: A replication, extension, and refinement*. *Substance Use & Misuse*, 48, 1161–1173.
 79. Vaughan, F. (1979). *Transpersonal psychotherapy: Context, content and process*. *Journal of Transpersonal Psychology*, 11(2), 101–110
 80. Vo, H. T., Robbins, E., Westwood, M., Lezama, D., & Fishman, M. (2016). *Relapse prevention medications in community treatment for young adults with opioid addiction*. *Substance Abuse*, 37(3), 392-397.
 81. Voon, V., Irvine, M. A., Derbyshire, K., Worbe, Y., Lange, I., Abbott, S., ... & Wood, J. (2014). *Measuring “waiting” impulsivity in substance addictions and binge eating disorder in a novel analogue of rodent serial reaction time task*. *Biological psychiatry*, 75(2), 148-155.
 82. Walton, M. A., Castro, F. G., & Barrington, E. H. (1994). *The role of attributions in abstinence, lapse, and relapse following substance abuse treatment*. *Addictive Behaviors*, 19(3), 319-331.
 83. Weber Samuel R (2014).*The role of religion and spirituality in mental health*.
 84. Werner, G. (2015). *Transformation and Recovery: Spiritual Implications of the Alcoholics Anonymous Twelve-Step Program*. Chicago
 85. west,Robert (2005): *Theory of Addiction*.Blackwell Publishing Ltd, 9600 Garsington Road, Oxford OX4 2DQ, UK.
 86. West,William (1950) *psychology and spirituality:crossing the line between therapy and religion*.
 87. White, W. L., & Ali, S. (2010). *Lapse and Relapse: Is it time for new language?* *Alcoholism*, 11(8,490,000), 19-690.
 88. Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). *The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity*. *Personality and Individual Differences*, 30, 669-689.
 89. Miller William R., Forcehimes Alyssa, O’Leary Mary J., LaNoue Marnie D., (2008) *Spiritual direction in addiction treatment: Two clinical trials*. *Journal of Substance Abuse Treatment* .35 434–442
 90. *World Health Organization*. (1993). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research.
 91. *World Health Organization*. (1993). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research.