

Efficacy of Addiction Cognitive-Spiritual Group Therapy on Craving, Emotional Regulation and Mental Health of Patients under Methadone Maintenance Treatment

ARTICLE INFO

Article Type

Research Article

Authors

Mahdi Ahmadifarazi¹,
Mostafa Khanzadeh²,
Seyed Abdolali Moosavizadeh³,
Seyed Ruhollah Moosavizadeh⁴,
Somayeh Aghamohamadi^{5*}

How to cite this article

Mahdi Ahmadifarazi, Mostafa Khanzadeh, Seyed Abdolali Moosavizadeh, Seyed Ruhollah Moosavizadeh, Somayeh Aghamohamadi . Efficacy of Addiction Cognitive-Spiritual Group Therapy on Craving, Emotional Regulation and Mental Health of Patients under Methadone Maintenance Treatment n. *Islamic Life Style*. 2022; 6(2):26-32

1. Assistant Professor, Ashrafi Isfahani Non-Profit University, Isfahan, Iran.
2. Assistant Professor, Faiz al-Islam Non-Profit Institute, Khomeini Shahr, Isfahan, Iran.
3. PhD, Shahed University of Tehran, Tehran, Iran.
4. Assistant Professor, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
5. Assistant Professor, Faiz al-Islam Non-Profit Institute, Khomeini Shahr, Isfahan, Iran (Corresponding Author)

* Correspondence:

Address:

Phone:

Email:

somayeh.ghamohamadi@yahoo.com

Article History

Received: 2020/01/22

Accepted: 2021/05/01

ABSTRACT

Purpose: Cognitive-spiritual group therapy of addiction is a 12-session treatment which has recently been developed based on spiritual care and Iranian – Islamic culture. The aim of this study was to investigate the efficacy of cognitive-spiritual group therapy of addiction considering the effects of spiritual care on craving, emotional regulation and mental health of patients under methadone maintenance treatment.

Materials and Methods: 24 individuals under methadone maintenance treatment in Khomeynishahr addiction clinics were selected by purposive sampling method. These 24 individuals were divided into two matched groups and group intervention was provided for one group (experiment) and the other one was considered as control group. Prior to the intervention, general health questionnaire (GHQ-12), emotional regulation subscale of Schuute Emotional Intelligence Scale and visual analogue scale for craving were administrated as pre-test to both control and test groups. After the intervention, the same questionnaires were also used as post-test for both groups.

Findings: Results of analysis of covariance (ANCOVA) showed that cognitive-spiritual group therapy of addiction based on spiritual care improved the mental health and emotional regulation of experimental group and reduced their cravings compared to the control group.

Conclusion: The aspects of the mentioned therapy and its components such as focus on responsibility and changing the lifestyle spiritually, safe and enduring relationship with God, trust, praying, thanksgiving, accepting and forgiving one's self, patience, spiritual problem solving skill, finding one's own identity in the world and building effective relationships with others improve mental health and emotional regulation and thus reduce craving.

Keywords: Cognitive-Spiritual Group Therapy of Addiction, Spiritual Care, Craving, Emotional Regulation, Mental Health, Substance Abuse

اثر بخشی گروه درمانی شناختی-معنوی با رویکرد مراقبت معنوی بر میزان وسوسه، تنظیم هیجان و سلامت روان بیماران تحت درمان نگهدارنده‌ی متادون

مهدی احمدی فراز^۱

استادیار، دانشگاه غیرانتفاعی اشرافی اصفهانی، اصفهان، ایران.

مصطفی خانزاده^۲

استادیار، موسسه غیرانتفاعی فیض الاسلام، خمینی شهر، اصفهان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۱/۰۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۱۱

*نویسنده مسئول somayeh.aghhamohamadi@yahoo.com

مقدمه

از زمانی که سازمان بهداشت جهانی^۱، بعد معنوی^۲ را به ابعاد سه-گانه‌ی جسمی، روانی و اجتماعی سلامت اضافه کرد، پژوهش‌های متمرکز بر مطالعه‌ی معنویت در زندگی افراد رو به افزایش نهاد. ابتدا مطالعه‌ی بعد معنوی در مراحل انتهایی زندگی بشر به خصوص در بیماری‌های غیرقابل درمان بررسی شد و پژوهش‌های متعددی در این رابطه انجام شد؛ اما پس از آن، مطالعه‌ی بعد معنوی سلامت در بهبود جسمی و روانی بیماری‌های قابل درمان مانند انواع اضطراب-ها، افسردگی و اعتیاد نیز رواج یافت. اعتیاد یا سوء مصرف مواد، پدیده‌ای است که تمامی ابعاد چهارگانه‌ی جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در بعد جسمانی، تغییراتی در دستگاه اعصاب مرکزی رخ می‌دهد. در بعد روانی، عزت نفس، نحوه‌ی تفکر، حافظه و تمرکز فرد تحت تأثیر قرار می‌گیرد. در بعد اجتماعی تعاملات اجتماعی فرد با اعضای خانواده، همکاران و غریبه‌ها تغییر می‌کند و در بعد معنوی، گرایش فرد نسبت به خدا، مذهب، مناسک مذهبی و نقطه‌ی اتصال به معنای هستی تحت تأثیر اعتیاد قرار می‌گیرد(۱). اگر کلمه‌ی معنویت را به شیوه‌ی منابع علمی هفتاد سال پیش، مترادف با مناسک مذهبی صرف در نظر بگیریم، هیچ ارتباط معناداری بین اعتیاد و معنویت وجود ندارد، اما زمانی که معنویت به صورت ابعاد چندگانه‌ی ارتباط با خدا، دیگران و هستی تعریف می‌شود، رابطه‌ی معناداری با اعتیاد دارد. در واقع با تعریف مذکور از معنویت، اعتیاد یک اختلال معنوی نیز هست (۲).

تاکنون، درمان‌های مختلفی برای اعتیاد طراحی و اجرا شده است، به عنوان مثال در دارودرمانی، تمرکز اصلی بر فرایندهای جسمانی و روانی اعتیاد است. همچنین، مداخلات روان شناختی مانند مداخله‌ی شناختی-رفتاری و مداخله‌ی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود وضعیت روان شناختی و اجتماعی فرد متمرکزند. بنابراین، خلأ توجه بر بعد معنوی سلامت در بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد به خوبی احساس می‌شود؛ مخصوصاً زمانی که درمان‌های مذکور با شکست مواجه می‌شوند، استفاده از آخرین بعد سلامت، یعنی معنویت، روزنه‌ی امیدی برای بهبود فرد بیمار است. ولی خلأ توجه بر بعد معنوی سلامت در بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد به خوبی احساس می‌شود؛ مخصوصاً زمانی که درمان‌های معمول با شکست

سید عبدالعلی موسوی زاده^۳

دکتری تخصصی، دانشگاه شاهد تهران، تهران، ایران.

سید روح الله موسوی زاده^۴

استادیار، علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

سمیه آقامحمدی^۵*

استادیار، موسسه غیرانتفاعی فیض الاسلام، خمینی شهر، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

چکیده

هدف: گروه درمانی شناختی-معنوی اعتیاد یک درمان ۱۲ جلسه‌ای مبتنی بر مراقبت معنوی و مبتنی بر فرهنگ ایرانی-اسلامی است که اخیراً توسعه یافته است. هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثر بخشی گروه درمانی شناختی-معنوی اعتیاد با رویکرد مراقبت معنوی بر میزان وسوسه، تنظیم هیجان و سلامت روان بیماران تحت درمان نگهدارنده‌ی متادون بود.

مواد و روش‌ها: ۲۴ فرد تحت درمان نگهدارنده‌ی متادون در مراکز ترک اعتیاد شهر خمینی شهر با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند به عنوان نمونه‌ی پژوهش انتخاب شدند. این نفر به دو گروه همتا تقسیم شدند و مداخله‌ی گروهی به صورت تصادفی بر روی یک گروه (آزمایش) اجرا شد و گروه دیگر به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد. قبل از اجرای مداخله، پرسشنامه‌ی سلامت عمومی، زیرمقیاس تنظیم هیجانی مقیاس هوش هیجانی شات و مقیاس آنالوگ دیداری برای وسوسه بر روی دو گروه آزمایش و کنترل به عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. همچنین پس از انجام مداخله، همین پرسشنامه‌ها به عنوان پس‌آزمون در دو گروه اجرا شد.

یافته‌ها: یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس (ANCOVA) نشان داد که گروه درمانی شناختی-معنوی اعتیاد با رویکرد مراقبت معنوی به صورت معناداری موجب افزایش سلامت روان، بهبود تنظیم هیجانی و کاهش وسوسه در بیماران گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است.

نتیجه گیری: به طور کلی ویژگی‌های درمان مذکور و مؤلفه‌های آن، از جمله تمرکز بر مسئولیت پذیری و تغییر سبک زندگی به سبکی معنوی، ارتباط ایمن و مستمر با خدا، توکل، دعا، شکرگزاری،

² - Spiritual

¹ - World Health Organization (WHO)

مدیریت و کنترل هیجان‌ها و وسوسه خود باشند و از این طریق سلامت روان آنها افزایش یابد. بنابراین، هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-معنوی با رویکرد مراقبت معنوی بر تنظیم هیجان، میزان وسوسه و سلامت روان بیماران دارای سابقه سوء مصرف مواد و تحت درمان نگهدارنده متادون بود.

مواد و روش‌ها

الف. جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری:

برای انجام پژوهش حاضر، از بین بیماران تحت درمان نگهدارنده متادون در مراکز ترک اعتیاد شهر خمینی‌شهر ۲۴ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. این ۲۴ نفر به دو گروه همتا شده تقسیم شدند و مداخله به‌طور تصادفی بر روی یکی از گروه‌ها، به‌عنوان گروه آزمایش، انجام و بر روی گروه دیگر، به‌عنوان گروه کنترل، انجام نشد. پس از اجرای پرسشنامه‌های پژوهش بر روی نمونه به‌عنوان پیش‌آزمون، مداخلات پژوهش اجرا شد. در مرحله دوم، و درست بعد از اجرای کل مداخلات، دوباره پرسشنامه‌های پژوهش بر روی افراد نمونه اجرا شد و نمرات پس‌آزمون متغیرها استخراج شد.

ب. ابزار:

۱- پرسشنامه‌ی سلامت عمومی: پرسشنامه‌ی سلامت عمومی برای ارزیابی اختلالات خفیف روانی توسط گلدبرگ^۱ ساخته شد (۵). فرم اصلی پرسشنامه ۶۰ سؤال دارد که برای سهولت اجرا فرم‌های ۳۰ و ۱۲ سؤالی نیز ساخته شد (۶). ضریب آلفای کرونباخ فرم ۱۲ سؤالی به زبان اصلی ۰/۸۱ گزارش شده است (۷). فرم فارسی پرسشنامه ۱۲ سؤالی سلامت عمومی در ایران توسط عبادی و همکاران بر روی ۷۴۸ جوان ایرانی هنجاریابی شده و نتایج نشان داد که پرسشنامه‌ی مذکور با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ در نمونه‌ی ایرانی دارای روایی و پایایی مطلوب برای سنجش سلامت عمومی است (۸).

۲- مقیاس هوش هیجانی شات: این مقیاس توسط شات و همکاران در سال ۱۹۹۸ تدوین شده است و با استفاده از ۳۳ جمله توصیفی سه مولفه تنظیم هیجان، ارزیابی و بیان هیجان، و بهره‌برداری از هیجان را مورد سنجش قرار می‌دهد (۹). نتایج حاصل از بررسی مشخصات روانسنجی این مقیاس در مطالعه سیاروچی نشان می‌دهد که پایایی کل این مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و برای زیرمقیاسها در دامنه ۰/۵۵ تا ۰/۶۶ قرار دارد (۱۰). همچنین، خسروجاوید اعتبار و روایی سازه این مقیاس را در یک نمونه ایرانی مطلوب گزارش کرده است (۱۱).

۳- مقیاس آنالوگ دیداری (VAS)^۲ برای وسوسه: این مقیاس یک درجه‌بندی دیداری از صفر تا ده است که شدت وسوسه‌ی بیماران را هم در یک ماه اخیر و هم در یک هفته‌ی اخیر اندازه‌گیری می‌کند. مجموع شدت وسوسه بیماران در یک ماه و یک هفته اخیر، نمرات وسوسه بیماران را تشکیل می‌دهد.

مواجه می‌شوند، استفاده از آخرین بعد سلامت، یعنی معنویت، روزنه‌ی امید برای بهبود فرد بیمار است (۴).

مداخله‌ی گروهی شناختی-معنوی با رویکرد مراقبت معنوی، توسط کارگروهی از متخصصان طب اعتیاد، روانشناسی اعتیاد، الهیات و معارف اسلامی تدوین شده است (۳). جلسات گروه‌درمانی مذکور در چهار محور تغییر ارتباط با خدا، ارتباط با خود، ارتباط با دیگران و ارتباط با جهان هستی در قالب دوازده جلسه ارائه می‌شود. مراقبت معنوی به‌صورت معنایابی و معنابخشی به ارتباطات چهارگانه‌ی انسان با خدا، خود، دیگران و خلقت تعریف می‌شود. این معنایابی با هدف رسیدن به نظام باور و عمل انجام می‌شود. این باور و اعمال مرتبط با آن زندگی را ارزشمند و مرگ را معنادار می‌کند (۴).

افراد دارای سوء مصرف مواد در چهار زمینه‌ی ذکر شده با مشکلاتی مواجه می‌شوند. در زمینه‌ی ارتباط با خدا، فرد دارای احساس گناه و شک به عدالت الهی در مورد بیماری که به آن مبتلا شده است، ناامیدی از دعا و توکل به خدا می‌شود. در زمینه‌ی ارتباط با خود، فرد دچار عزت نفس پایین، کاهش سخت‌جانی روانی، ترس از نابود شدن و ناخودآگاهی می‌شود. روابط بین فردی افراد دارای بیماری نیز در زمینه‌ی خانوادگی، شغلی و ارتباط با کل افراد جامعه دچار مشکلاتی خواهد شد. همچنین فرد بیمار در رابطه با خلقت، فلسفه-ی زیستن، هویت هستی‌شناسی و نقش جبر در ایجاد بیماری دچار شبهاتی می‌گردد (۱).

در پژوهش حاضر، جلسات گروه‌درمانی شناختی-معنوی مبتنی بر رویکرد مراقبت بر حل چهار گروه مشکل مطرح شده در بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد اهتمام دارد. در جلسات اولیه پس از معرفی سبک زندگی معنوی، اولین اصل مراقبت یعنی ارتباط با خداوند آموزش داده می‌شود. در جهت رسیدن به این هدف، بر صفات مهربانی و لطف خداوند تأکید می‌شود و از این طریق شاخص احساس گناه و ناامیدی از دعا و توکل ترمیم می‌گردد. پس از ترمیم ارتباط با خدا، ارتباط فرد با خود از طریق خودآگاهی، پذیرش و کنترل خود آموزش داده می‌شود و با ایجاد خودپنداره‌ی مثبت و افزایش عزت نفس، ارزشمندی بیماران به آنها بازگردانده می‌شود. جلسات بعدی در جهت آموزش ارتباطات مؤثر اجتماعی مبنی بر کنترل انتظارات غیرمنطقی، همدلی و بخشش است. با افزایش بعد همدلی، تعاملات مؤثر اجتماعی به افراد آموزش داده می‌شود و افراد را برای آغاز یک سبک زندگی اجتماعی مؤثر آماده می‌سازد. طی جلسات آخر تمرکز درمانگران بر افزایش ارتباط فرد با جهان هستی و درک هویت هستی‌شناسی (درک هویت و نقش خود در جهان هستی) تمرکز می‌کنند. در پایان جلسات نهایی فرد باید قادر به برقراری ارتباط مؤثر روانی با کائنات و درک تجلی خداوند در طبیعت باشد.

از آنجایی که مهم‌ترین مشکل افراد دارای سابقه‌ی سوء مصرف مواد، بدتنظیمی هیجان‌ها، مشکل در مدیریت و کنترل وسوسه و افت کلی سلامت روان است، انتظار می‌رود در پایان جلسات بیماران تحت درمان نگهدارنده متادون با ترمیم بعد معنوی سلامت، قادر به

² - visual analogue scale (VAS)

¹ - Goldberg

ج. بسته درمانی

گروه درمانی شناختی-معنوی اعتیاد یک مداخله ۱۲ جلسه‌ای گروهی است که از ساختار مداخلات گروهی شناختی تبعیت می‌کند (۳). محتوای جلسات نیز بر اساس مداخلات مراقبت معنوی شامل معنایابی و معنابخشی به ارتباطات چهارگانه‌ی انسان با خدا، خود، دیگران و خلقت صورتبندی شده‌اند.

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات میزان وسوسه، تنظیم هیجان و سلامت روان را به تفکیک مراحل و گروه‌ها نشان می‌دهد.

کووریته (کنترل) و متغیر گروه (شامل دو گروه آزمایش و کنترل) به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شد. جدول ۴ اثرات بین آزمودنی را در این تحلیل نشان می‌دهد.

همانطور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، اثر بین آزمودنی برای گروه در متغیر وابسته پس‌آزمون سلامت روان معنادار است؛ این نتایج بدین معناست که گروه درمانی شناختی-معنوی، با کنترل نمرات پیش‌آزمون منجر به افزایش معنادار نمرات سلامت روان بیماران دارای سوء مصرف مواد تحت درمان متادون در مرحله پس-آزمون نسبت به گروه کنترل شده است.

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از بررسی فرضیه‌ی اول پژوهش نشان می‌دهد که گروه-درمانی شناختی-معنوی اعتیاد به طور معناداری تنظیم هیجانی گروه آزمایش را نسبت به گروه کنترل بهبود بخشیده است. مصرف مواد منجر به آسیب‌های نوروسایکولوژی از جمله آسیب به عملکردهای هیجانی و شناختی می‌شود (۱۲). تنظیم هیجانی فرایندی است که از طریق آن افراد هیجانات خود را برای رسیدن به پیامدهای مطلوب تعدیل می‌کنند (۱۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مهارت‌های ضعیف تنظیم هیجانی پیش‌بینی کننده‌ی قطعی برای مصرف مواد مخدر و الکلی است (۱۳، ۱۴). مهمترین نقص تنظیم هیجانی در افراد معتاد، تکانشگری در برابر وسوسه‌های مصرف است (۱۵). از طرف دیگر، یکی از اهداف اصلی معنویت درمانی، کنترل تکانه‌ها و صبر در مقابل آنهاست. در بسته‌ی آموزشی مذکور، تمرکز اصلی بر آموزش توکل و صبر واقعی است. در این بخش به بیماران آموزش داده می‌شود که در برابر وجود تکانه‌های گرایش به مصرف، صبر جمیل پیشه کنند و از دعا استفاده نمایند. همچنین در جلسات ارتباط با خود، خودآگاهی معنوی و هیجانی و مسئولیت‌پذیری در برابر هیجانات ناپایدار آموزش داده می‌شود. مهمترین شاخص جدا شدن از هیجانات ناپایدار و آسیب‌زننده، خودکنترلی معنوی است که در زمینه‌ی ارتباط با خود آموزش داده می‌شود. در بخش مهارت حل مسئله‌ی معنوی و آموزش جرأت‌مندی بیماران یاد می‌گیرند که هیجانات و تکانه‌های خود را کنترل کنند؛ بنابراین، شاخص تنظیم هیجانی در آنها بهبود یافته است.

نتایج حاصل از بررسی فرضیه‌ی دوم پژوهش نشان می‌دهد که معنویت درمانی به طور معناداری میزان وسوسه‌ی گروه آزمایش را نسبت به گروه کنترل کاهش داده است. طبق دهمین طبقه‌بندی بین المللی بیماری‌ها^۱، وسوسه اولین ملاک تشخیصی برای وابستگی به مواد است و بنابراین، بزرگ‌ترین تهدید فرد سوء مصرف کننده‌ی در حال درمان و علت اصلی عود است (۱۶). وسوسه با ایجاد سوگیری در پردازش اطلاعات و توجه، منجر به برقراری ارتباط با نشانه‌های مرتبط با مصرف مواد شده و منجر به کاهش توجه به محرک‌های محیطی و کشش به سمت مواد می‌شود. وسوسه از طریق دو عامل برانگیزاننده‌ها و موقعیت‌های پرخطر، منجر به شروع دوباره‌ی مصرف می‌شوند. برانگیزاننده‌ها محرک‌هایی هستند که منجر به ایجاد فکر مصرف می‌شوند و در پی آن مصرف اتفاق می‌افتد و

فرضیه اول: گروه درمانی شناختی-معنوی اعتیاد منجر به افزایش نمرات تنظیم هیجان بیماران دارای سوء مصرف مواد تحت درمان متادون می‌شود: برای بررسی این فرضیه از تحلیل کوواریانس استفاده شد. در این تحلیل نمرات پس‌آزمون تنظیم هیجان بیماران به عنوان متغیر وابسته، نمرات پیش‌آزمون تنظیم هیجان آنها به عنوان متغیر کووریته و متغیر گروه (شامل دو گروه آزمایش و کنترل) به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شد. جدول ۲ اثرات بین آزمودنی را در این تحلیل نشان می‌دهد.

همانطور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، اثر بین آزمودنی برای گروه در متغیر وابسته پس‌آزمون تنظیم هیجان معنادار است؛ این نتایج بدین معناست که گروه درمانی شناختی-معنوی، با کنترل نمرات پیش‌آزمون منجر به افزایش معنادار نمرات تنظیم هیجان بیماران دارای سوء مصرف مواد تحت درمان متادون در مرحله پس-آزمون نسبت به گروه کنترل شده است.

فرضیه دوم: گروه درمانی شناختی-معنوی اعتیاد منجر به کاهش میزان وسوسه بیماران دارای سوء مصرف مواد تحت درمان متادون می‌شود: برای بررسی این فرضیه از تحلیل کوواریانس استفاده شد. در این تحلیل نمرات پس‌آزمون میزان وسوسه بیماران به عنوان متغیر وابسته، نمرات پیش‌آزمون میزان وسوسه آنها به عنوان متغیر کووریته و متغیر گروه (شامل دو گروه آزمایش و کنترل) به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شد. جدول ۳ اثرات بین آزمودنی را در این تحلیل نشان می‌دهد.

همانطور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، اثر بین آزمودنی برای گروه در متغیر وابسته پس‌آزمون میزان وسوسه معنادار است؛ این نتایج بدین معناست که گروه درمانی شناختی-معنوی، با کنترل نمرات پیش‌آزمون منجر به کاهش معنادار نمرات میزان وسوسه بیماران دارای سوء مصرف مواد تحت درمان متادون در مرحله پس-آزمون نسبت به گروه کنترل شده است.

فرضیه سوم: گروه درمانی شناختی-معنوی اعتیاد منجر به افزایش سلامت روان بیماران دارای سوء مصرف مواد تحت درمان متادون می‌شود: برای بررسی این فرضیه از تحلیل کوواریانس استفاده شد. در این تحلیل نمرات پس‌آزمون سلامت روان بیماران به عنوان متغیر وابسته، نمرات پیش‌آزمون سلامت روان آنها به عنوان متغیر

¹ - International Classified Diseases

روان گروه آزمایش را نسبت به گروه کنترل افزایش داده است. در پژوهش‌های متعددی که در سال‌های اخیر انجام شده، مشخص شده که سوء مصرف کنندگان مواد در وضعیت نامطلوبی از سلامت روان به سر می‌برند (۱۸). منظور از سلامت روان، کارکرد بهینه‌ی فرد در فعالیت‌های روزمره، روابط میان‌فردی، توانایی سازگاری با تغییرات درونی و بیرونی و مقابله‌ی مؤثر با مشکلات زندگی است (۱۹). گروه‌درمانی شناختی-معنوی در ابتدا با هدف تغییر سبک زندگی و ارتقاء کیفیت زندگی و افزایش سلامت عمومی بیماران صعب‌العلاج و بیماران قابل درمان تدوین شده است (۴). با بررسی ویژگی‌های چهار سرفصل ارتباط با خدا، خود، دیگران و جهان هستی در این بسته‌ی درمانی، می‌توان دریافت که در بخش ارتباط با خدا، توکل و دعا، در بخش ارتباط با خود، خودآگاهی، افزایش عزت نفس، خودارزشمندی، سبک زندگی معنوی و مسئولیت‌پذیری، در بخش ارتباط با دیگران، ارتباطات مؤثر اجتماعی مبنی بر درک و بخشش دیگران، با خانواده، دوستان، همکاران و غریبه‌ها و در بخش ارتباط با جهان هستی، پذیرش خود به عنوان عضو مؤثر جهان موجب بهبود خلق، کاهش اضطراب، کنترل استرس و احساس شادمانی خواهد شد که تمامی این مؤلفه‌ها منجر به افزایش سلامت روان بیماران دارای سوء مصرف مواد می‌شود. به‌طور کلی نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که ویژگی‌های گروه‌درمانی شناختی-معنوی اعتیاد مبتنی بر مراقبت معنوی و مؤلفه‌های آن، می‌تواند به بهبود وضعیت مبتلایان به اختلال سوء مصرف مواد کمک کند.

موقعیت‌های پرخطر، شرایطی هستند که عادت مصرف را راه‌اندازی می‌کنند (۱۷). یکی از اصول اساسی گروه‌درمانی شناختی-معنوی مبتنی بر مراقبت معنوی، تغییر سوگیری توجه افراد از محرک‌های مرتبط با بیماری به سمت محرک‌های مرتبط با ارتباطات چهارگانه با خدا، خود، دیگران و جهان هستی است. در قسمت ارتباط با خدا، بر صبر در مصائب و توکل به خالق هستی و قدرت مطلق تکیه می‌شود. تمرکز بر دعا به عنوان کمک خواستن از منبع اصلی قدرت این امکان را به بیمار می‌دهد که در مواقع بروز مشکلات ناامید نشود و به‌عنوان یک شیوه‌ی مقابله‌ای مسئله را با توسل به خداوند حل کند (۴). در بخش ارتباط با خود به بیماران آموزش داده می‌شود که میزان خودآگاهی خود را افزایش دهند و بتوانند تفاوت بین افکار ناکارآمد و سوسه‌انگیز را با افکار کارآمد مرتبط با عزت نفس و ارزشمندی خود شناسایی کنند. زمانی که این خودآگاهی در افراد ایجاد شود، با وجود حضور برانگیزاننده‌ها و موقعیت‌های پرخطر، توان مراقبت از خود را پیدا کرده و می‌تواند از بروز سوسه‌های جلوگیری کند. در بخش ارتباط با جهان هستی نیز به افراد آموزش داده می‌شود که نقش مؤثر خود در کائنات را شناسایی کرده و نوعی جهان‌بینی سطح بالاتری پیدا کنند. این جهان-بینی جدید، خود عامل کنترل سوسه در مصرف می‌شود، زیرا فرد احساس‌رهایی بیشتری نسبت به برانگیزاننده‌ها و موقعیت‌های پرخطر می‌کند. نتایج حاصل از بررسی فرضیه‌ی سوم پژوهش نشان می‌دهد که گروه‌درمانی شناختی-معنوی اعتیاد به‌طور معناداری میزان سلامت

جدول ۱. یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای وابسته به تفکیک مراحل و گروه‌ها

متغیرهای وابسته	شاخصهای توصیفی	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
میزان سوسه	میانگین	۴/۷۰	۲/۷۰	۵/۷۲	۵/۹۰
	انحراف معیار	۳/۸۶	۲/۰۱	۴/۲۲	۵/۰۴
تنظیم هیجان	میانگین	۳۶/۱۰	۳۹/۲۰	۳۶/۰۹	۳۴/۹۱
	انحراف معیار	۶/۸۲	۴/۴۱	۳/۶۱	۴/۷۷
سلامت روان	میانگین	۹/۴۰	۵/۴۰	۹/۹۰	۱۰/۷۲
	انحراف معیار	۶/۸۳	۴/۰۰	۶/۶۷	۷/۷۹

جدول ۲. آزمون‌های اثرات بین‌آزمودنی در تحلیل کوواریانس برای بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی-معنوی بر تنظیم هیجان

منبع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معناداری
ثابت	۶۴/۷۷۳	۱	۶۴/۷۷۳	۳/۵۶۰	۰/۰۷۵
کوواریت (پیش‌آزمون تنظیم هیجان)	۲۲۲/۳۴۰	۱	۲۲۲/۳۴۰	۱۲/۲۲۱	۰/۰۰۳
گروه	۶۷/۶۲۹	۱	۶۷/۶۲۹	۳/۷۱۷	۰/۰۳۵
خطا	۳۲۷/۴۶۹	۱۸	۱۸/۱۹۳		

جدول ۳. آزمون‌های اثرات بین‌آزمودنی در تحلیل کوواریانس برای بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی-معنوی بر میزان وسوسه

منبع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معناداری
ثابت	۷/۹۵۱	۱	۷/۹۵۱	۰/۸۵۱	۰/۳۶۹
کووریته (پیش‌آزمون وسوسه)	۱۲۲/۸۰۰	۱	۱۲۲/۸۰۰	۱۳/۱۴۱	۰/۰۰۲
گروه	۳۳/۸۶۱	۱	۳۳/۸۶۱	۳/۶۲۳	۰/۰۳۷
خطا	۱۶۸/۲۰۹	۱۸	۹/۳۴۵		

جدول ۴. آزمون‌های اثرات بین‌آزمودنی در تحلیل کوواریانس برای بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی-معنوی بر سلامت روان

منبع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معناداری
ثابت	۸۹/۱۲۰	۱	۸۹/۱۲۰	۲/۶۴۰	۰/۱۲۲
کووریته (پیش‌آزمون سلامت روان)	۱۷۴/۹۹۰	۱	۱۷۴/۹۹۰	۵/۱۸۴	۰/۰۳۵
گروه	۱۳۵/۹۴۱	۱	۱۳۵/۹۴۱	۴/۰۲۷	۰/۰۳۰
خطا	۶۰۷/۵۹۲	۱۸	۳۳/۷۵۵		

References

1. Wilt JA, Cooper EB, Grubbs JB, Exline JJ, Pargament KI. Associations of perceived addiction to internet pornography with religious/spiritual and psychological functioning. *Sex Addict Compulsivity* 2016; 23(2-3): 78-260.
2. Dodes L. Spirituality and Addiction, Is addiction a problem of the spirit?. 2015. Available from: <https://www.psychologytoday.com/blog/the-heart-addiction/201503/spirituality-and-addiction>.
3. Moosavyzadeh A, Moosavyzadeh R, Khanzadeh M, Ahmadyfaraz M. Introduction cognitive spiritual group therapy package of substance about on the basic of Islamic Iranian culture. *Annul international addiction science congress*. Razi convention center, Tehran, Iran. 2016.
4. Ahmadyfaraz M, Shaarbafchi M, Moosavyzadeh SR, Reisee N, Ghaderi S. Introduction to spiritual care basics, the principles and practices of care. Isfahan: Isfahan Medical University; 2016. [In Persian]
5. Goldberg DP. The detection of psyshiatric illness by questionnaire. London: Oxford university press; 1972. P. 21.
6. Goldberg D, Williams P. A user's guide to the GHQ . Windsor: NFER-Nelson; 1988.
7. Politi P, Piccinelli M, Wilkinson G. Reliability, validity and factor structure of the 12-item General Health Questionnaire among young males in Italy. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90(6): 432-7.
8. Ebadi M, Harirchi AM, Shariaty M, Garmarody G, Fateh A, Montazeri A. Translating, reliability and validity of the 12 items of General Health Questionnaire. *Payesh J* 1381; 1(3): 39-46. [In Persian]
9. Schutte NS, Malouff JM, Hall LE, Haggerty DJ, Cooper JT, Golden CJ, et al. Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Pers Individ Dif* 1998; 25(2): 167-77.
10. Ciarrochi JV, Chan AY, Caputi P. A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Pers Individ Dif* 2000; 28(3): 539-61.
11. Khosrojauid M. Investigating the validity and validity of Schutte Emotional Intelligence Questionnaire [Master's Thesis]. Tehran, Iran: Tarbiat Modares University; 1381. [In Persian]
12. Verdejo A, Toribio I, Orozco C, Puente KL, Pérez-García M. Neuropsychological functioning in methadone maintenance

- patients versus abstinent heroin abusers. *Drug Alcohol Depend* 2005; 78)3(: 283-8.
13. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2010; 30)2(: 217-37.
14. Schreiber LR, Grant JE, Odlaug BL. Emotion regulation and impulsivity in young adults. *J Psychiatr Res* 2012; 46)5(: 651-8.
15. Madanifard M, Namaei MM, Jafarnia V. Comparison of cognitive emotional regulation and problem-solving strategies in substance abusers and normal subjects. *Shenakht J Psychol Psychiatry* 2016; 3)3(:69-80. [In Persian]
16. Poorafkari NA. Translating of Kaplan & sadock's synopsis of psychiatry. Tehran: Shahrab Press; 1393. [In Persian]
17. Tajri B, Ahadi H, Jomehri F. Evaluating effectiveness of cognitive-behavioral Therapy on Abstinence, Craving, Relapse & Attitude in Methamphetamine Abuse. *Clin Psychol Stud* 2012; 2)7(: 1-29. [In Persian]
18. Kiani A, Ghasemi N, Pourabbas A. The comparison of the efficacy of group psychotherapy based on acceptance and commitment therapy, and mindfulness on craving and cognitive emotion regulation in methamphetamine addicts. *J Res Addict* 2014; 6)24(: 27-36. [In Persian]
19. Goldman HH, Grob GN. Defining 'mental illness' in mental health policy. *Health Aff* 2006; 25)3(: 737-49.