

Effectiveness of Islamic Lifestyle Training on Marital Burn-Out, Toleration and Spiritual Health of Women with Addicted Spouses

ARTICLE INFO

Article Type

Analytical Review

Aurhors

Reza Ebrahimian Ghajari,¹

Maryam Tooheh,²

Maryam Behbahani,³

Samira Vakili⁴

Hadi Hashemi Razini^{5*}

How to cite this article

Hadi Hashemi Razini,
Effectiveness of Islamic
Lifestyle Training on Marital
Burn-Out, Toleration and
Spiritual Health of Women with
Addicted Spouses, Journal of The
Ministry of Health and Medical
Education, 2019:3 (3): 28-36

ABSTRACT

Addiction has devastating effects on the family of addicts, especially their spouses. This study was conducted to investigate the effectiveness of Islamic lifestyle training on marital burnout, toleration and spiritual health of women with addicted spouses. The research method was semi-experimental, pre-test post-test with the control group, and the statistical population included all women with addicted spouses in Tehran in 2019. Due to the quasi-experimental nature of the project, a sample of 30 individuals was selected from among the statistical population according to the inclusion criteria and the sample members were placed in two experimental and control groups as simple random substitutions. Then, the Participants in the experimental group participated in eight ninety-minute sessions on Islamic lifestyle training, while the control group members received no treatment. The data collection tool was a questionnaire and MANCOVA was used to analyze the data. In the findings section, the results of MANCOVA showed that Islamic lifestyle training had significant impact on marital burnout ($F=16.331$, $P=0.011$) toleration ($F=12.724$, $P=0.041$) and spiritual health ($F=11.850$, $P=0.021$). Based on the findings of the study, it can be concluded that treatment based on acceptance and commitment improves marital burnout, toleration and spiritual health in women with addicted spouses and represents new horizons in clinical interventions that can be considered an effective interventional method. Therefore, this educational intervention seems to be useful for women with addicted husbands.

Keywords: Islamic Lifestyle Training , Acceptance and Commitment-Based Therapy, Pain Intensity, Catastrophic Thinking about Pain, Psychological Distress.

¹ Master of Science in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Amol Branch, Amol, Iran.

² Master of Science in Family Counseling, Islamic Azad University, West Tehran Branch, Tehran, Iran.

³ Master of Science in Family Counseling, Islamic Azad University, North Tehran Branch, Tehran, Iran.

⁴ Assistant Professor of Exceptional Child Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran.

⁵ Assistant Professor of General Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

* Correspondence:

Address: Kharazmi University, Tehran, Iran

Phone:

hadihashemi@khu.ac.ir

Article History

Received: 2019/09/24

Accepted: 2020/03/25

ePublished: 2020/04/16

اثربخشی آموزش سبک زندگی اسلامی بر فرسودگی زناشویی، تاب‌آوری و سلامت معنوی زنان دارای همسر معتاد

رضا ابراهیمیان قاجاری

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد آمل، آمل، ایران.

مریم توپه

کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران غرب، تهران، ایران.

مریم بهبهانی

کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال، تهران، ایران.

سمیرا وکیلی

استادیار گروه روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران.

هادی هاشمی رزینی*

استادیار گروه روان‌شناسی عمومی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

چکیده

اعتیاد آثار مخربی بر خانواده افراد معتاد، به ویژه همسران آن‌ها دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش سبک زندگی اسلامی بر فرسودگی زناشویی، تاب‌آوری و سلامت معنوی زنان دارای همسر معتاد انجام شده است. روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بوده و جامعه آماری نیز در برگرفته تمامی زنان دارای همسر معتاد شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بوده است. با توجه به شبهه‌آزمایشی بودن طرح، نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر با توجه به معیارهای شمول از بین افراد جامعه آماری به صورت در دسترس انتخاب شدند و اعضای نمونه به صورت جایگزینی تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. سپس شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در هشت جلسه نود دقیقه‌ای آموزش سبک زندگی اسلامی شرکت کردند؛ در حالیکه اعضای گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه بوده و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شده است. در بخش یافته‌ها، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که آموزش سبک زندگی اسلامی بر فرسودگی زناشویی ($P=0.011$; $F=16.331$)، تاب‌آوری ($P=0.041$; $F=12.724$) و سلامت معنوی ($P=0.021$; $F=11.850$) تأثیر معناداری دارد. بر اساس یافته‌های مطالعه، می‌توان به این نتیجه رسید که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سبب بهبود فرسودگی زناشویی، تاب‌آوری و سلامت معنوی در زنان دارای همسر معتاد می‌شود و نمایانگر افق‌های تازه در مداخلات بالینی است که می‌توان از آن به عنوان یک روش مداخله‌ای مؤثر سود جست. بنابراین، به نظر می‌رسد این مداخله آموزشی برای زنان دارای همسر معتاد نیز کاربردی است.

واژگان کلیدی: سبک زندگی اسلامی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شدت درد، فاجعه‌انگاری درد، پریشانی روان‌شناختی.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۷/۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۲/۳

* نویسنده مسؤول: hadihashemi@khu.ac.ir

مقدمه

مصرف مواد نه تنها بر سلامت و رفتار افراد اثرات زیان‌باری دارد، بلکه با هزینه‌های بالای اجتماعی همراه است و به انسجام و توسعه اجتماعی آسیب وارد می‌کند^(۱). از جمله هزینه‌های اجتماعی مصرف مواد می‌توان به بیماری‌های ناشی از مصرف مواد و تحمیل

هزینه‌های گزاف به سیستم مراقبت بهداشتی، افزایش جرم و جنایت و هزینه‌های مربوط به سیستم قضایی اشاره کرد^(۲). این اختلال نه تنها زندگی فرد را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد، بلکه مشکلات و ناراحتی‌های زیادی را برای خانواده و جامعه ایجاد کرده و بار زیادی را بر آن‌ها تحمیل می‌کند. خانواده معتادین مشکلات روانی- اجتماعی مانند افسردگی، اضطراب، انزوای اجتماعی و مشکلات رفتاری را تجربه می‌کنند^(۳).

با اعتیاد مرد خانواده، نقش حمایتی او در خانواده کاهش می‌یابد و حمایت‌های اجتماعی کمتری در خانواده با کاهش سلامت روانی و بروز اختلالات روانی همراه است. در چنین شرایطی، زن در نقش همسر، در امن‌ترین نهاد اجتماعی یعنی خانواده، با آسیب‌های جدی مواجه می‌شود و در شرایطی که محیط خانه محل امنیت، آرامش و آسایش است، در هراس و ناامنی به سر می‌برد^(۴). اعتیاد همسر ممکن است به دوری از همسر و عدم تعلق عاطفی، درگیری و نزاع بین زن و شوهر و فرسودگی زناشویی ختم شود. معتادان و همسران آنها معمولاً تبادل عاطفی بسیار کمی دارند. این وضعیت فرسودگی زناشویی را تشدید می‌کند^(۵). به دنبال افزایش فرسودگی زناشویی، مشکلات به سایر بخش‌های زندگی از جمله ترتیب فرزند و روابط با سایر افراد جامعه تعمیم می‌یابد. از این‌رو، بهبود روابط زناشویی از طریق تقویت برخی از مهارت‌ها و ویژگی‌های روان‌شناختی ضرورت دارد.

یکی از این مهارت‌ها، تاب‌آوری روان‌شناختی است. تاب‌آوری تنها پایداری در برابر مشکلات یا شرایط تهدید کننده و حالت انفعالی در مواجهه با شرایط خطرناک نیست، بلکه شرکت فعال و سازنده فرد در محیط پیرامونی است. بنابراین، تاب‌آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی - روانی در شرایط خطرناک است^(۶). بنابر نظر باندورا^(۷)، افراد تاب‌آور از طریق فرایندهای چهارگانه شناختی، عاطفی، انگیزشی و انتخابی، رفتار می‌کنند. بدین ترتیب، افراد تاب‌آور در مواجهه با شرایط زندگی، پویا و انعطاف‌پذیر هستند^(۸). از سویی دیگر، برخورداری از جنبه‌های مختلف سلامتی از جمله سلامت معنوی می‌تواند موجب بهبود رویارویی افراد با مشکلات روزمره زندگی باشد. سلامت معنوی یکی از مفاهیم اساسی پیرامون چگونگی رویارویی با مشکلات و تنش‌ها محسوب می‌گردد که به عنوان یکی از ابعاد سلامت، سبب یکپارچگی سایر ابعاد آن می‌شود و خود در برگرفته دو بعد وجودی و مذهبی است. سلامت مذهبی به رضایت ناشی از ارتباط با یک قدرت برتر و سلامت وجودی به تلاش برای درک معنا و هدف در زندگی اطلاق می‌شود^(۹). وقتی سلامت معنوی ضعیف باشد، فرد ممکن است دچار اختلالات روحی مثل احساس تنهایی، اضطراب و از دست دادن معنا در زندگی شود. افرادی که سلامت معنوی آنها تقویت می‌شود، به طور مؤثری می‌توانند با مشکلات خود سازگار شوند. بنابراین حمایت ناشی از منابع معنوی یا مذهبی و داشتن ارتباط با قدرتی بالاتر سودمند بوده است و می‌تواند برای بهبود کیفیت زندگی، کاهش و کنترل اختلالات سلامت روان و حمایت بین فردی سودمند باشد^(۱۰).

با توجه به مشکلاتی که فرسودگی زناشویی برای زنان دارای همسر معتاد ایجاد می‌کند و نقش محافظت‌کننده‌ای که تاب‌آوری و سلامت معنوی در این زمینه دارند، استفاده از رویکردهای آموزشی مؤثر در این زمینه بسیار سودمند خواهد بود. یکی از آموزش‌های کاربردی و اثربخش، آموزش سبک زندگی اسلامی است. بدون سبک زندگی سالم آمادگی برای یک زندگی با کیفیت

در این پژوهش، فرسودگی زناشویی، تاب‌آوری و سلامت معنوی به عنوان متغیر وابسته و آموزش سبک زندگی اسلامی به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شد. متغیر وابسته قبل (پیش‌آزمون) و بعد (پس‌آزمون) از ارائه متغیر مستقل اندازه‌گیری شد. تکمیل پرسش‌نامه‌ها توسط زنان دارای همسر معنادار و در همان روز شروع و یا اتمام جلسات مداخله‌ای انجام می‌شد. برای سنجش متغیرهای وابسته از پرسش‌نامه‌ای به شرح زیر استفاده شد:

مقیاس فرسودگی زناشویی پاینز^(۱۹۹۶): برای سنجش فرسودگی زناشویی زنان دارای همسر معنادار از مقیاس دلدزدگی زناشویی استفاده شد. این مقیاس یک ابزار خودسنجی است که برای اندازه‌گیری درجه فرسودگی زناشویی در بین زوجین طراحی گردیده است. مقیاس شامل ۲۱ آیتم مشتمل بر سه جزء فرسودگی جسمی، فرسودگی عاطفی و فرسودگی روانی است. این موارد، روی یک مقیاس لیکرت ۷ گزینه‌ای پاسخ داده می‌شود. سطح یک، معرف عدم تجارب آیتم مورد نظر (هرگز) و سطح ۷ معرف تجربه زیاد عبارت مورد نظر (همیشه) است. تکمیل کردن این مقیاس ۱۵ تا ۲۰ دقیق طول می‌کشد. روایی مقیاس به وسیله همبستگی‌های منفی با ویژگی‌های ارتباطی مثبت به تأیید رسیده است؛ مانند، نظر مثبت در مورد ارتباط، کیفیت مکالمه، احساس امنیت، خودشکوفایی، احساس هدفمندی، کنش و جاذبه عاطفی نسبت به همسر و کیفیت رابطه جنسی آن‌ها. ارزیابی ضریب پایایی نشان داد که این مقیاس دارای یک همسانی درونی بین متغیرها در دامنه بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۰ است و همچنین از روایی خوبی برخوردار است. در ایران نیز ضریب پایایی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش شده است (۱۸).

پرسش‌نامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون^(۲۰۰۳): برای سنجش تاب‌آوری افراد مورد بررسی در این پژوهش از پرسش‌نامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون استفاده شد^(۱۹). پرسش‌نامه مذکور مشتمل بر ۲۵ سؤال است. طیف نمره‌گذاری این پرسش‌نامه بر حسب لیکرت ۵ درجه‌ای بین صفر (کاملاً نادرست) و ۴ (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در خارج از کشور در شش گروه جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روان‌پزشکی، بیماران با مشکل اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام شده است. کانر و دیویدسون روایی مقیاس به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا و پایایی به روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ در گروه‌های مختلف (عادی و در مخاطره) احراز شده است (۱۹). تهیه‌کنندگان مقیاس تاب‌آوری معتقدند که این پرسش‌نامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیر تاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیر بالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. در ایران، سامانی، جوکار و صحراگرد در بین دانشجویان همسانی درونی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد (۲۰).

پرسش‌نامه سلامت معنوی پالوتیان و الیسون^(۱۹۸۲): برای ارزیابی ابعاد عمودی و افقی سلامت معنوی از پرسش‌نامه سلامت

مطلوب کاهش می‌یابد^(۱۰). در همین راستا، هر مکتب و مذهبی، سبک زندگی خاصی برای بشریت ارائه می‌دهد و مدعی است، جامعه مطلوب و زندگی سالم، در نتیجه‌ی پیروی از روش زندگی است که آنان ارائه می‌دهند. یکی از ابزارهای سازنده سبک زندگی انسان اسلام است. بین انسان و پروردگار، عهد و پیمانی است که پاس‌داشت آن، درهای معنوی را می‌گشاید و آدمی را به سبک زندگی نوین و اسلامی رهنمون می‌سازد تا او را به سعادت در زندگی دنیوی و اخروی برساند^(۱۱). در مداخلات سبک زندگی، توجه به ابعاد معنوی نیز مهم است که متأسفانه اغلب از آن غفلت می‌شود. بعد مهم معنویت، به خصوص در جوامعی چون ایران که مذهب و در نتیجه معنویت در آن‌ها نقشی پر رنگ دارد، اهمیت ویژه می‌یابد^(۱۲). واکاوی ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد سبک زندگی اسلامی بر سازگاری و رضایت زناشویی^(۱۳)، تاب‌آوری روان‌شناختی^(۱۴) و سلامت معنوی^(۱۵، ۱۶) می‌شود. با توجه به اهمیت روابط زناشویی، تاب‌آوری روان‌شناختی و سلامت معنوی در زنان دارای همسر معنادار و از سویی دیگر، نقش اثرگذار آموزش سبک زندگی بر این سازه‌ها، پژوهش حاضر درصدد است اثربخشی آموزش سبک زندگی اسلامی بر فرسودگی زناشویی، تاب‌آوری و سلامت معنوی زنان دارای همسر معنادار را مورد بررسی قرار دهد.

روش پژوهش

این مطالعه با روش نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون با گروه گواه اجرا شد. جامعه آماری این مطالعه شامل تمامی زنان دارای همسر معنادار شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بودند که همسر آن‌ها در یکی از مراکز ترک اعتیاد تحت درمان نگهدارنده با متادون بودند. اعضای گروه نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. بعد از بررسی پرونده‌ها توسط یکی از پژوهشگران، اعضای گروه نمونه از بین همسران افراد وابسته به مواد مخدر انتخاب شدند. به منظور دستیابی به نتایج قابل اعتماد در طرح‌های آزمایشی، در هر گروه حضور حداقل ۱۵ نفر توصیه شده است^(۱۷). در پژوهش حاضر نیز یک گروه آزمایش و یک گروه گواه در نظر گرفته شد و در هر گروه، ۱۵ زن دارای همسر معنادار حضور داشتند. گروه آزمایش در جلسات آموزش سبک زندگی اسلامی شرکت کردند؛ اما اعضای گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. لازم به یادآوری است که شرکت‌کنندگان به صورت جایگزینی تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند. به منظور تصادفی بودن اختصاص شرکت‌کنندگان به هر یک از گروه‌ها، ابتدا لیستی از همه شرکت‌کنندگان تهیه شد و به هر کدام یک کد عددی اختصاص داده شد. سپس، کدها در کیسه شانس قرار گرفت و کدهای خارج شده به نوبت در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند. معیار ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱- همسر در زمان مطالعه تحت درمان نگهدارنده با متادون باشد. ۲- شرکت‌کننده در دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال باشد. ۳- میزان تحصیلات دیپلم و بالاتر باشد. ۴- با رضایت آگاهانه در پژوهش شرکت کند. علاوه بر این، ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی، اختلال وابستگی به مواد و عدم تمایل به شرکت در پژوهش به عنوان ملاک خروج انتخاب شد. ملاک‌های خروج بر اساس گزارش خود اظهارات افراد متقاضی سنجیده شد. بعد از بررسی ملاک‌های ورود و خروج، افراد واجد شرایط در پژوهش شرکت داده شدند.

1. Pienez

2. Connor and Davidson

3. Paloutzian & Ellison

معنوی الیسون - پالوزیان استفاده گردید^(۲۱). در این پرسش‌نامه ۲۰ گزینه‌ای سلامت معنوی، ۱۰ گزینه آن سلامت مذهبی و ۱۰ گزینه دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند. گزینه‌های: ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۸ و ۲۰ مربوط به بعد وجودی و بقیه مربوط به بعد مذهبی هستند. دامنه نمره سلامت معنوی برای هر یک از زیر گروه‌های سلامت مذهبی و وجودی، به تفکیک ۶۰-۱۰ می‌باشد. هر چه نمره به دست آمده، بالاتر باشد، نشانه سلامت مذهبی و وجودی بالاتر است. نمره سلامت معنوی، جمع این دو زیر گروه است که دامنه آن ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شده است. پاسخ گزینه‌ها به صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته‌بندی می‌شود. سلامت معنوی به سه سطح پایین (۲۰-۴۰)، متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم‌بندی می‌شود. پرسش‌نامه سلامت معنوی یک پرسش‌نامه استاندارد است و در پژوهش‌های مختلف علمی مورد ارزیابی قرار گرفته است. در ایران سید فاطمی و همکاران در پژوهش خود استفاده نمودند و

ضریب همسانی درونی آن با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۲ به دست آمد که اعتماد علمی پرسش‌نامه مورد تأیید قرار گرفته است^(۲۲). به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، به اعضای گروه گواه آن‌ها اطمینان داده شد در صورت تمایل، بعد از پایان مطالعه می‌توانند در جلسات آموزش سبک زندگی اسلامی شرکت کنند. همچنین، کلیه شرکت‌کنندگان با رضایت آگاهانه در این مطالعه شرکت کردند. به کلیه شرکت‌کنندگان اعلام شد هر زمان تمایل داشتند، می‌توانند از مطالعه و برنامه آموزشی خارج شوند. علاوه بر این، تمامی پرسش‌نامه‌ها در هر دو مرحله (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) بدون درج نام و از طریق کد شناسایی و ارزیابی شدند. مداخله انجام شده در این مطالعه، آموزش سبک زندگی اسلامی بود. آموزش سبک زندگی طی ۴ هفته و هر هفته ۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای توسط یکی از پژوهشگران برای شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش به صورت گروهی اجرا شد.

جدول ۱: جلسات آموزش سبک زندگی اسلامی

جلسه	محتوا
اول	آشنایی و معارفه اعضا با یکدیگر، بیان اهداف جلسات و مقدماتی از سبک زندگی اسلامی، روابط زناشویی سالم از دیدگاه اسلام، بیان آموزه‌های دینی پیرامون تعامل زوجین، اجرای پیش‌آزمون.
دوم	مرور جلسه گذشته؛ تبیین حقوق زن و مرد و وظایف هر یک از همسران در زندگی زناشویی از دیدگاه اسلام، آموزش مهارت گفتگو، روش‌های حل تعارض، کنترل خشم و ارتباط از دیدگاه اسلامی در زندگی زناشویی.
سوم	مرور جلسه گذشته؛ آشنایی با راهبردهای سبک زندگی اسلامی؛ بررسی انتظارات در مورد زندگی زناشویی؛ برنامه مراقبت معنوی؛ تکلیف منزل؛ خلاصه‌سازی؛ باز خورد.
چهارم	مرور جلسه گذشته؛ تنظیم دستور جلسه بررسی تکالیف و ارائه بازخورد و تقویت؛ برنامه مراقبت معنوی؛ آموزش سبک زندگی سالم اسلامی؛ آموزش پایش خود؛ تکلیف منزل؛ خلاصه‌سازی؛ بازخورد.
پنجم	مرور جلسه گذشته؛ تنظیم دستور جلسه بررسی تکالیف و ارائه بازخورد و تقویت؛ برنامه مراقبت معنوی؛ آموزش هدف‌گذاری؛ شروع برنامه تغییر عادت؛ توضیح تاب‌آوری؛ افزایش انگیزه برای تاب‌آوری؛ تکلیف منزل؛ خلاصه‌سازی؛ بازخورد.
ششم	مرور جلسه گذشته؛ تنظیم دستور جلسه بررسی تکالیف و ارائه بازخورد و تقویت؛ برنامه مراقبت معنوی؛ بررسی میزان پیش‌روی به سمت اهداف؛ بازخورد، تقویت و تشویق؛ آموزش تاب‌آوری؛ آموزش سرمشق‌گیری؛ آموزش استفاده از مشوق‌ها؛ آموزش ترک عادات ناسالم (آگاهی از عادت، نقض عادت)؛ تکلیف منزل؛ خلاصه‌سازی؛ بازخورد.
هفتم	مرور جلسه گذشته؛ تنظیم دستور جلسه بررسی تکالیف و ارائه بازخورد و تقویت؛ برنامه مراقبت معنوی؛ بررسی میزان پیش‌روی به سمت اهداف؛ بازخورد، تقویت و تشویق؛ تقویت تاب‌آوری؛ آموزش ترک عادات ناسالم آموزش افکار خودآیند منفی؛ آموزش خطاهای شناختی؛ آموزش باورهای بنیادین و آموزش ایجاد عادات خوب؛ تکلیف منزل؛ خلاصه‌سازی؛ بازخورد.
هشتم	مرور جلسه گذشته؛ تنظیم دستور جلسه بررسی تکالیف و ارائه بازخورد و تقویت؛ برنامه مراقبت معنوی؛ بررسی میزان پیش‌روی به سمت اهداف؛ بازخورد، تقویت و تشویق؛ خلاصه کل جلسات؛ تکلیف منزل؛ بازخورد؛ اختتامیه و اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش $39/4 \pm 13/12$ و میانگین و انحراف معیار سن گروه گواه $41/02 \pm 5/39$ محاسبه شده است. به منظور سنجش هم‌تا بودن دو گروه از نظر میانگین سنی از آزمون t استودنت استفاده شد. نتایج نشان داد بین دو گروه تفاوت معناداری از نظر میانگین سن وجود ندارد ($P=0/625$)؛ $t_{28}=0/494$. اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در روش آمار توصیفی، اطلاعات جمعیت-شناختی شرکت‌کنندگان و همچنین، اطلاعات توصیفی متغیرها گزارش شد. در آمار استنباطی نیز، با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره، فرضیه‌های پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. لازم به ذکر است داده‌های به دست آمده با استفاده از برنامه نرم‌افزاری SPSS v.16 تحلیل شدند.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
فرسودگی زناشویی	آزمایش	۷۰/۹۳	۹/۷۵	۶۰/۹۳	۷/۹۲
	گواه	۶۹/۶۰	۱۲/۳۵	۶۹/۰۷	۱۱/۹۴

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
فرسودگی جسمی	آزمایش	۱۶/۸۰	۳/۰۲	۱۶/۴۷	۳/۳۳
	گواه	۱۷/۰۱	۳/۸۹	۱۷/۱۱	۳/۲۲
فرسودگی عاطفی	آزمایش	۲۶/۲۰	۴/۱۲	۲۱/۶۰	۳/۶۴
	گواه	۲۵/۰۱	۵/۴۹	۲۴/۹۳	۵/۴۷
فرسودگی روانی	آزمایش	۲۷/۹۳	۴/۷۲	۲۲/۸۷	۴/۰۱
	گواه	۲۷/۶۰	۴/۹۹	۲۷/۱۳	۴/۶۱
تاب‌آوری	آزمایش	۶۱/۵۳	۳/۶۰	۶۷/۸۰	۳/۰۳
	گواه	۶۲/۷۳	۳/۴۷	۶۴/۸۰	۳/۰۱
احساس توانایی فردی	آزمایش	۱۱/۱۳	۰/۸۳۴	۱۱/۴۷	۰/۹۱۶
	گواه	۱۱/۰۷	۱/۱۰۰	۱۱/۱۳	۰/۹۱۵
مقاومت در برابر تأثیرات منفی	آزمایش	۱۳/۲۷	۲/۱۲۰	۱۴/۸۷	۱/۰۶۰
	گواه	۱۴/۲۷	۱/۱۶۳	۱۴/۲۰	۰/۸۶۲
پذیرش مثبت تغییر	آزمایش	۵/۳۳	۱/۱۷	۷/۰۷	۱/۴۳
	گواه	۵/۰۷	۰/۹۶	۶/۸۰	۰/۷۷
اعتماد به غرایز فردی	آزمایش	۵/۸۷	۱/۲۴	۵/۹۳	۱/۰۳
	گواه	۵/۶۰	۱/۰۳	۵/۶۷	۱/۳۹
احساس حمایت اجتماعی	آزمایش	۱۲/۵۳	۱/۲۴	۱۴/۱۳	۱/۳۰
	گواه	۱۳/۱۳	۱/۵۰	۱۳/۳۳	۱/۵۰
ایمان و روی آورد عمل‌گرایانه	آزمایش	۱۳/۴۰	۱/۳۵	۱۴/۳۳	۱/۶۳
	گواه	۱۳/۶۰	۱/۴۵	۱۳/۶۷	۱/۳۹
سلامت معنوی	آزمایش	۲۱/۱۳	۳/۵۲	۲۱/۵۳	۳/۲۰
	گواه	۱۹/۲۷	۲/۶۸	۱۸/۹۳	۲/۴۰
سلامت مذهبی	آزمایش	۱۱/۹۳	۲/۶۸	۱۲/۱۳	۲/۵۸
	گواه	۱۰/۷۳	۱/۶۶	۱۰/۶۰	۱/۵۴
سلامت وجودی	آزمایش	۹/۲۰	۱/۶۵	۹/۴۰	۱/۴۵
	گواه	۸/۵۳	۳/۱۳	۸/۳۳	۲/۷۶

بنابراین، با رعایت پیش‌فرض‌های آزمون پارامتری، استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس بلامانع است.

جهت تعیین اثربخشی آموزش سبک زندگی اسلامی بر فرسودگی زناشویی، تاب‌آوری و سلامت معنوی زنان دارای همسر معتاد، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم پیش‌فرض‌هایی است که قبل از تحلیل استنباطی مورد بررسی قرار گرفتند. به این منظور، یافته‌های آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان می‌دهد که داده‌های هر دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای فرسودگی زناشویی، تاب‌آوری و سلامت معنوی در مراحل پیش و پس‌آزمون با منحنی نرمال تفاوت معناداری ندارد و توزیع داده‌ها نرمال است ($P > 0.05$). همچنین، آزمون لوین^۱ جهت بررسی مفروضه برابری واریانس‌های خطا نشان داد مفروضه برابری واریانس‌های خطا برای متغیرهای پژوهش برقرار است ($P > 0.05$). نتایج آزمون M باکس نیز نشان می‌دهد ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در تمام سطوح متغیر مستقل (گروه‌ها) همگن یا برابر است ($P = 0.488$; $F = 6.165$; $M = 6.165$; $P = 0.488$). افزون بر این، تعامل بین متغیر همپراش و مستقل در دو گروه آزمایش و گواه معنادار نبود ($P > 0.05$) که نشان می‌دهد پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون نیز برقرار است.

1. Levene's Test

فصل‌نامه علمی- پژوهشی سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت

جدول ۳: بررسی اثربخشی آموزش سبک زندگی اسلامی بر فرسودگی زناشویی

متغیر	منبع	df	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
تفکر جسمی	همپراش	۱	۱۷۵/۷۱۲	۱۹۶/۵۰۲	۰/۰۰۰	-
	گروه	۱	۰/۸۳۵	۰/۹۳۴	۰/۳۴۳	
	خطا	۳۵	۰/۸۹۴			
فرسودگی عاطفی	همپراش	۱	۲۰۹/۶۴۱	۲۰/۸۲۲	۰/۰۰۰	۰/۳۲۳
	گروه	۱	۱۲۰/۰۳۴	۱۱/۹۲۲	۰/۰۰۲**	
	خطا	۳۵	۱۱/۰۶۸			
فرسودگی روانی	همپراش	۱	۱۰۰/۷۹۴	۸/۸۵۱	۰/۰۰۶	۰/۳۳۲
	گروه	۱	۱۴۱/۲۰۰	۱۲/۳۹۹	۰/۰۰۲**	
	خطا	۳۵	۱۱/۳۸۸			
فرسودگی زناشویی	همپراش	۱	۱۸۵۳/۲۰۸	۴۸/۸۳۳	۰/۰۰۰	۰/۳۷۷
	گروه	۱	۶۱۹/۷۷۶	۱۶/۳۳۱	۰/۰۰۰**	
	خطا	۳۵	۳۷/۹۵۰			

آموزش سبک زندگی اسلامی بر فرسودگی زناشویی زنان دارای همسر معتاد تأثیر دارد. همچنین، میزان اندازه اثر (مجزور اتا) بیانگر آن است که حدود ۳۸ درصد تغییرات نمرات گروه‌ها در متغیر فرسودگی (تفاوت گروه‌ها در پس‌آزمون) ناشی از اجرای متغیر مستقل (آموزش سبک زندگی اسلامی) است.

برای بررسی اثربخشی آموزش سبک زندگی اسلامی بر فرسودگی زناشویی زنان دارای همسر معتاد، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. با توجه به نتایج مندرج در جدول ۳، مقدار F تأثیر متغیر مستقل (آموزش سبک زندگی اسلامی) بر متغیرهای فرسودگی عاطفی، فرسودگی روانی و نمره کلی فرسودگی زناشویی معنادار شده است ($P < ۰/۰۱$). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت

جدول ۴: بررسی اثربخشی آموزش سبک زندگی اسلامی بر تاب‌آوری

متغیر	منبع	df	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
احساس توانایی فردی	همپراش	۱	۱/۹۷۳	۳/۱۵۰	۰/۰۹۰	-
	گروه	۱	۰/۰۴۲	۰/۰۶۸	۰/۷۹۷	
	خطا	۲۲	۰/۶۲۶			
مقاومت در برابر تأثیرات منفی	همپراش	۱	۰/۰۳۴	۰/۰۷۴	۰/۷۸۸	۰/۳۸۸
	گروه	۱	۶/۳۷۸	۱۳/۹۳۶	۰/۰۰۱**	
	خطا	۲۲	۰/۴۵۸			
پذیرش مثبت تغییر	همپراش	۱	۳/۱۳۳	۲/۷۳۷	۰/۱۱۲	-
	گروه	۱	۰/۰۴۴	۰/۰۳۸	۰/۸۴۷	
	خطا	۲۲	۱/۱۴۵			
اعتماد به غرایز فردی	همپراش	۱	۴/۱۶۴	۳/۰۷۶	۰/۰۹۳	-
	گروه	۱	۰/۰۱۵	۰/۰۱۱	۰/۹۱۸	
	خطا	۲۲	۱/۳۵۴			
احساس حمایت اجتماعی	همپراش	۱	۱۳/۱۲۲	۱۴/۲۴۸	۰/۰۰۱	۰/۳۹۱
	گروه	۱	۱۳/۰۲۴	۱۴/۱۴۱	۰/۰۰۱**	
	خطا	۲۲	۰/۹۲۱			
ایمان و روی آورد عمل‌گرایانه	همپراش	۱	۲۰/۱۰۳	۶۷/۸۷۰	۰/۰۰۰	۰/۴۸۵
	گروه	۱	۶/۱۳۷	۲۰/۷۱۹	۰/۰۰۰**	
	خطا	۲۲	۰/۲۹۶			
تاب‌آوری	همپراش	۱	۷۱/۱۶۳	۱۰/۶۵۰	۰/۰۰۳	۰/۳۲۹
	گروه	۱	۸۵/۰۲۱	۱۲/۷۲۴	۰/۰۰۱**	
	خطا	۲۲	۶/۶۸۲			

$P < ۰/۰۵^*$ $P < ۰/۰۱^{**}$

پیلای نشان داد تفاوت بین دو گروه از نظر تاب‌آوری روان‌شناختی معنادار است ($F=۷/۳۹۴$, $P=۰/۰۰۱$). این یافته نشان می‌دهد بین دو گروه از نظر تاب‌آوری روان‌شناختی تفاوت

به منظور بررسی اثربخشی آموزش سبک زندگی اسلامی بر تاب‌آوری روان‌شناختی زنان دارای همسر معتاد، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج آزمون معناداری اثر

معناداری وجود دارد. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود مقدار F تأثیر متغیر مستقل (آموزش سبک زندگی اسلامی) بر مؤلفه‌های مقاومت در برابر تأثیرات منفی، احساس حمایت اجتماعی و ایمان و روی آورد عمل‌گرایانه معنادار شده است ($P < 0.01$)؛ زیرا سطح معناداری از سطح آلفای تعیین شده کوچک‌تر است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت واقعیت درمانی بر

بهبود مؤلفه‌های تاب‌آوری در نظامیان تأثیر دارد. همچنین، میزان اندازه اثر (مجذور اتا) بیانگر آن است که تغییرات نمرات گروه‌ها در ابعاد مقاومت در برابر تأثیرات منفی، احساس حمایت اجتماعی و ایمان و روی آورد عمل‌گرایانه و نمره کلی تاب‌آوری به ترتیب به اندازه ۰/۳۸۸، ۰/۳۹۱، ۰/۴۸۵ و ۰/۳۲۹ درصد ناشی از اجرای متغیر مستقل (آموزش سبک زندگی اسلامی) بوده است.

جدول ۵: بررسی اثربخشی آموزش سبک زندگی اسلامی بر سلامت معنوی

متغیر	منبع	df	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
سلامت مذهبی	همپراش	۱	۱۱۸/۱۰۷	۴۹۷/۶۹۳	۰/۰۰۰	۰/۱۹۰
	گروه	۱	۱/۴۴۷	۶/۰۹۷	۰/۰۳۰*	
	خطا	۲۶	۰/۲۳۷	-	-	
سلامت وجودی	همپراش	۱	۱۲۴/۴۵۴	۳۶۱/۰۸۵	۰/۰۰۰	۰/۱۵۷
	گروه	۱	۱/۶۸۸	۴/۸۴۱	۰/۰۳۷*	
	خطا	۲۶	۰/۲۴۵	-	-	
سلامت معنوی	همپراش	۱	۲۱۰/۰۵۸	۳۸۸/۲۴۴	۰/۰۰۸	۰/۳۰۵
	گروه	۱	۶/۴۱۱	۱۱/۸۵۰	۰/۴۹۰	
	خطا	۲۶	۰/۵۴۱	-	-	

$P < 0.05$ * $P < 0.01$ **

برای بررسی اثربخشی آموزش سبک زندگی اسلامی بر سلامت معنوی زنان دارای همسر معنادار، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج آزمون معناداری اثر پیلایی نشان داد تفاوت بین دو گروه از نظر سلامت معنوی معنادار است ($P = 0.011$, $F = 5.482$). همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، مقدار F تأثیر متغیر مستقل (آموزش سبک زندگی اسلامی) بر ابعاد سلامت مذهبی و سلامت وجودی و نمره کلی سلامت معنوی معنادار شده است ($P < 0.01$). همچنین، میزان اندازه اثر (مجذور اتا) بیانگر آن است که تغییرات نمرات گروه‌ها در ابعاد سلامت مذهبی و سلامت وجودی و نمره کلی سلامت معنوی به ترتیب به اندازه ۰/۱۹۰، ۰/۱۵۷ و ۰/۳۰۵ درصد ناشی از اجرای متغیر مستقل (آموزش سبک زندگی اسلامی) بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش سبک زندگی اسلامی بر فرسودگی زناشویی، تاب‌آوری و سلامت معنوی زنان دارای همسر معنادار انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد آموزش سبک زندگی اسلامی بر فرسودگی زناشویی زنان دارای همسر معنادار تأثیر دارد و باعث کاهش فرسودگی زناشویی می‌شود. این یافته با نتایج مطالعه هاشمی^(۱۳) همسو است که در مطالعه‌ای با زوجین نشان داد آموزش مؤلفه‌های سبک زندگی اسلامی بر سازگاری و رضایت زناشویی زوجین تأثیر دارد. علاوه بر این، یافته‌های مطالعه برجعلی و همکاران^(۲۳) و پورمیدانی و همکاران^(۲۴) با نتایج مطالعه حاضر همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان گفت ایمان داشتن به خدا موجب بی‌انسان‌گویی و ناآرامی در فرد شده و همین امر موجب ضعف و منشأ اختلاف‌های بسیاری در زندگی خانوادگی می‌شود. مذهب راهنمایی‌هایی کلی در اختیار بشر قرار می‌دهد که اگر انسان‌ها بدان عمل کنند، به استحکام پیوند زناشویی می‌انجامد. اینکه افراد به ازدواج به منزله مسئولیتی برای تمام عمر، مهرورزی به یکدیگر و فراهم آوردن اسباب آرامش یکدیگر نگاه کنند و وفاداری و تعهد به همسر را چگونه بر مبنای مذهب تفسیر نمایند،

تأثیرپذیری روابط زناشویی از مذهب را نشان می‌دهد^(۲۵). این چنین به نظر می‌رسد که تعالی معنوی موجب افزایش مشارکت کلامی، افزایش میزان شادکامی، عواطف مثبت مانند خوش خلقی، مهربانی و آرامش، کاهش چشم‌گیر پرخاشگری کلامی و تعارض‌ها و اختلافات زناشویی شده و در نهایت سبب فزونی رضایتمندی زناشویی می‌گردد. همچنین، تعالی معنوی منجر به افزایش کیفیت زندگی می‌گردد^(۲۶). با کاربرست سبک زندگی اسلامی و ایجاد مهارت‌های یاد شده در زندگی، زنان دارای همسر معنادار بهتر می‌توانند فرسودگی زناشویی مقابله کنند و کیفیت رابطه زناشویی را افزایش می‌دهند.

علاوه بر این، نتایج مطالعه حاضر نشان داد آموزش سبک زندگی اسلامی باعث بهبود تاب‌آوری روان‌شناختی در زنان دارای همسر معنادار می‌شود. این یافته با نتیجه مطالعات حسین‌زاده و همکاران^(۱۴)، حسن و حسن^(۲۷)، لسی و موگناینی^(۲۸) و چئونگ و کام^(۲۹) همسو و همخوان است. در تبیین این یافته باید اظهار داشت داشتن ایمان، تحمل افراد را در برابر سختی‌ها افزایش داده، آنها را برای غلبه بر چالش‌ها و تغییرات زندگی یاری می‌دهد. همچنین ارتباطات فرامعنوی (یعنی به قدرت بزرگی ایمان داشتن)، به عنوان عامل حمایتی فردی در جهت ایجاد و تسهیل تاب‌آوری یاد شده است. همین‌طور معنویت، عامل کلیدی برای پرورش تاب‌آوری دانسته شده است^(۳۰). داشتن هدف و معنا در زندگی، احساس تعلق داشتن به معنای والا، امیدواری به یاری خداوند در موقعیت‌های مشکل‌زای زندگی و بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی، همگی از جمله روش‌هایی هستند که افراد مذهبی با دارا بودن آنها می‌توانند در رویارویی با حوادث تنش‌زای زندگی آسیب کمتری را متحمل شوند^(۳۱). زنان دارای همسر معنادار نیز به دلیل مشکلات همسر معنادار، مسئولیت‌های زیادی را به عهده دارند و تقویت

1. Lassi and Mugnaini

2. Cheung and Kam

2. Zohrabian A, Philipson TJ. External costs of risky health behaviors associated with leading actual causes of death in the US: a review of the evidence and implications for future research. *International journal of environmental research and public health*. 2010;7(6):2460-72.
3. M Solis J, M Shadur J, R Burns A, M Hussong A. Understanding the diverse needs of children whose parents abuse substances. *Current drug abuse reviews*. 2012;5(2):135-47.
4. Chambers C, Chiu S, Scott AN, Tolomiczenko G, Redelmeier DA, Levinson W, et al. Factors associated with poor mental health status among homeless women with and without dependent children. *Community mental health journal*. 2014;50(5):553-9.
5. Nikbakht Nasrabadi A, Pashaei sabet F, Bastami A. Life experiences of addicted wife: A qualitative study. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2016;11(1):62-75.
6. Poole JC, Dobson KS, Pusch D. Anxiety among adults with a history of childhood adversity: Psychological resilience moderates the indirect effect of emotion dysregulation. *Journal of affective disorders*. 2017;217:144-52.
7. Stratta P, Capanna C, Dell'Osso L, Carmassi C, Patriarca S, Di Emidio G, et al. Resilience and coping in trauma spectrum symptoms prediction: A structural equation modeling approach. *Personality and Individual Differences*. 2015;77:55-61.
8. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. A survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2010;12(3):29-33.
9. Seyed-Fatemi N, Rezaei M, Givari A, Hosseini F. Prayer and spiritual well-being in cancer patients. *Payesh*. 2006;5(4): 295-303.
10. Ripoll RM. Lifestyle medicine: the importance of considering all the causes of disease. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental (English Edition)*. 2012;5(1):48-52.
11. Salmabadi M, Farahbakhsh K, Zolfaghari S, Sadeghi M. Evaluation of the Relationship between Islamic Lifestyle and Students' Mental Health at Birjand University. *Religion and Health*. 2015;3(1):1-10.

باورهای معنوی با استفاده از سبک زندگی اسلامی می‌تواند موجب تقویت تاب‌آوری و مقابله مؤثر با مشکلات زندگی روزمره شود. همچنین، نتایج مطالعه حاضر مؤید آن بود سبک زندگی اسلامی می‌تواند موجب افزایش سلامت معنوی شود. در همین زمینه، یافته‌های مطالعه رنج‌دوست و همکاران^(۱۵) و مومیوند و همکاران^(۱۶) با نتایج پژوهش حاضر همسو و همخوان است. عقاید و فعالیت‌های مذهبی و معنوی به عنوان فاکتورهای حمایتی از طریق امید، قدرت و معنی‌بخشی به زندگی، استرس زندگی را کم می‌کند و سلامت روانی و کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت فطرت خداجوی انسان، زمینه و بافت مذهبی و فرهنگی و قومی در کشور ما، وجود ریشه‌های عمیق معنویت و باورهای مذهبی از جمله منابع حمایتی به شمار می‌آیند که تأمین‌کننده سلامت روانی و حفظ آرامش فردی است و توانایی افراد را برای مقابله با شرایط سخت زندگی افزایش می‌دهد. از سویی می‌توان دریافت که دین‌داری و شیوه زندگی بر اساس اصول دینی، پایه‌ای اساسی برای مقاومت در برابر مشکلات و ناملایمات زندگی بشر است^(۱۷). افراد مذهبی به یک مبدأ متعالی اعتقاد دارند. چنین فردی با اتکا به قدرت الهی و اعتماد به خدای حاضر و قادر، احتمال وقوع رخداد‌های خوشایند را برای خود بیشتر می‌داند و رخداد‌های ناخوشایند را با توکل به نیروی ایمان خود به راحتی پشت سر می‌گذارد که این امر باعث می‌شود از سلامت معنوی بیشتری برخوردار باشد^(۱۸). یافته‌های این پژوهش دارای تلویحات نظری و کاربردی است. به لحاظ نظری، با توجه به فقدان مبانی نظری محکم، این پژوهش ضمن هموار کردن مسیر مطالعه درباره تأثیر سبک زندگی اسلامی بر فرسودگی زناشویی، تاب‌آوری روان‌شناختی و سلامت معنوی، ضرورت کنکاش‌های بیشتر به منظور رسیدن به نتایج قابل تعمیم‌تر را در سایر گروه‌های جمعیتی برجسته می‌سازد. تلویحات کاربردی این پژوهش، یادآور این نکته است که حفظ سلامت روانی خانواده معنادین نیازمند توجه به نقش برخی از سازه‌ها از جمله سبک زندگی اسلامی است و در نتیجه ارائه برنامه‌های آموزشی در این زمینه در مراکز درمانی اعتیاد می‌تواند سودمند باشد. با توجه به نتایج به دست آمده ضروری است که با توسعه آموزش‌های لازم به منظور افزایش و تحقق سبک زندگی اسلامی در بین زنان دارای همسر معتاد، زمینه سلامت و بهداشت روانی آن‌ها و در نتیجه، توسعه و بهبود نظام خانواده بیش از پیش فراهم آید. بر این اساس، نهادها و سازمان‌های مرتبط و مسئول، باید برنامه‌ریزی‌های لازم را برای خانواده معنادین در زمینه مورد نظر انجام دهند. با توجه به نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌شود با آموزش سبک زندگی اسلامی و گسترش استفاده از آن در بخش‌های مختلف زندگی و همچنین، درونی کردن اعتقادهای مذهبی، جهت داشتن زندگی بهتر و رضایت بخش‌تر اقدام شود. پایین بودن حجم نمونه و همچنین، عدم انتخاب تصادفی نمونه‌های از محدودیت‌های پژوهش حاضر بوده است. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی فرزندان خانواده‌های دارای سرپرست معتاد نیز در این مطالعه شرکت کنند.

References

1. Ouzir M, Errami M. Etiological theories of addiction: A comprehensive update on neurobiological, genetic and behavioural vulnerability. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. 2016;148:59-68.

23. Borjali a, Sohrabi F, Skndari H, Moatamedy A, Fallah A. An Investigation into the Relationship between Islamic Lifestyle and Marital Satisfaction with the Mediation of Optimism. *Studies in Islam and Psychology*. 2018;12(22):43-62.
24. Pourmeidani S, Noori A, Shafiti S. Relationship Between Life Style and Marital Satisfaction. *Journal of Family Research* 2014;10(3):331-44.
25. Mahoney A. Religion and conflict in marital and parent-child relationships. *Journal of social issues*. 2005;61(4):689-706.
26. Lanfredi M, Candini V, Buizza C, Ferrari C, Boero ME, Giobbio GM, et al. The effect of service satisfaction and spiritual well-being on the quality of life of patients with schizophrenia. *Psychiatry research*. 2014;216(2):185-91.
27. Hasan N. *Resilience in Seeking Refuge: Religious Coping Strategies in Muslim Refugees from Syria* 2017.
28. Lassi S, Mugnaini D. Role of religion and spirituality on mental health and resilience: There is enough evidence. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*. 2015;17(3):661-3.
29. Cheung C-k, Kam PK. Resiliency in older Hong Kong Chinese: Using the grounded theory approach to reveal social and spiritual conditions. *Journal of Aging Studies*. 2012;26(3):355-67.
30. hoseini ghomi t, salimi bajestani h. Effectiveness of Resilience Training on Stress of Mothers Whose Children, Suffer from Cancer in Imam Khomeini Hospital of Tehran T. Hosseini Ghomi*/ H. Salimi Bajestani**1. *Quarterly Journal Of Health Psychology*. 2013;1(4):97-109.
31. Yang K-P, Mao X-Y. A study of nurses' spiritual intelligence: A cross-sectional questionnaire survey. *International journal of nursing studies*. 2007;44(6):999-1010.
32. Maleki Z, Ashkan S, Ashoori J, Yosefi N. Relationship between Personality Traits, Religiosity and Happiness with General Health among Nursing Students. *Iran Journal of Nursing*. 2014;26(86):90-100.
12. Besharat ma, Hosseini a, Bahrami Ehsan h, Jahed ha, Nikpajouh a. Islamic Lifestyle Intervention Model and Cardiovascular Health. *Scientific Journal Management System*. 2016;5(17):467-92.
13. Hashemi S. Effectiveness of Training of Components of Islamic Life Style on Couples' Adaptability and Marital Satisfaction. *Islamic Life Style*. 2018;2(1):57-64.
14. Hosseinzadeh A, Seddighi-Arfaei F, Yazdkhasti A, Noormohamadi-Najafabadi M. The Relationship between Islamic Life Style and Mental Health and Resiliency of Kashan University Students. *Psychology and Religion*. 2016;9(5):85-106.
15. Ranjdoust S. Correlation of Islamic Lifestyle with Spiritual and Social Health. *Islamic Life Style*. 2018;2(4):187-94.
16. Momivand R, Ghorbani M, Mesri M, Dehghani M, Ansarian A, Rahmati -Najarkolaei F. The Religious Lessons Learned Based on the Islamic Lifestyle on Promoting Spiritual Health Indicators in Soldiers at the Military Basis in Tehran, Iran. *Journal of Military Medicine*. 2018;20(3):265-73.
17. Kumar R. Research methodology: A step-by-step guide for beginners: *Sage Publications Limited*; 2019.
18. kazemianmoghadam k, mehrabi zadeh honarmand m, kiamanesh a. The casual relationship of differentiation, meaningful life, and forgiveness with marital disaffection by mediating role of marital conflict and marital satisfaction. *Scientific Journal Management System*. 2018;9(31):131-46.
19. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003;18(2):76-82.
20. Samani S, Jekar B, Sahragard N. Effects of Resilience on Mental Health and Life Satisfaction. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2007;13(3):290-5.
21. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. 1982:224-37.
22. Seyed-Fatemi N, Rezaei M, Givari A, Hosseini F. *Prayer and spiritual well-being in cancer patients*. 2006.