

## مقایسه اثربخشی درمان اعتیاد دوازده‌قدم و درمان چندبعدی معنوی بر سلامت روانی و پای‌بندی مذهبی در افراد وابسته به مواد

قباد حق‌محمدی شراهی<sup>۱\*</sup>، مسعود جان‌بزرگی<sup>۲</sup>

### چکیده

سوء‌مصرف مواد و اعتیاد از مهم‌ترین مسائلی است که عوارض آن تهدیدی جدی برای جامعه محسوب می‌شود و درمان آن بدون توجه به عوامل مرتبط، زمینه‌ساز و تشدیدکننده آن امکان‌پذیر نیست. هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی برنامه درمان اعتیاد دوازده‌قدم و درمان چندبعدی معنوی بر سلامت روانی و پای‌بندی مذهبی در افراد وابسته به مواد بود. روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون بوده است و از جامعه آماری افراد وابسته به مواد زندان فشافویه تهران در سال ۱۳۹۷، تعداد ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره درمان اعتیاد دوازده‌قدم و درمان چندبعدی معنوی جایگزین شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های سلامت عمومی و پای‌بندی مذهبی استفاده شد و داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره و آزمون تی همبسته تحلیل شد. نتایج نشان داد که بین اثربخشی دو برنامه درمان چندبعدی معنوی و درمان دوازده‌قدم بر مؤلفه‌های سلامت روانی تفاوت معناداری وجود ندارد، اما بین دو درمان بر مؤلفه‌های پای‌بندی مذهبی تفاوت معناداری وجود دارد و با توجه به میانگین، درمان چندبعدی معنوی نسبت به درمان دوازده‌قدم تأثیر بیشتری بر افزایش پای‌بندی و کاهش دوسوگرایی و ناپای‌بندی مذهبی دارد. براساس یافته‌ها می‌توان گفت هر دو درمان را می‌توان برای کاهش مشکلات سلامت روانی افراد وابسته به مواد استفاده کرد، اما درمان چندبعدی معنوی اثربخشی بیشتری بر پای‌بندی مذهبی افراد وابسته به مواد دارد.

**کلیدواژه‌ها:** سلامت روانی، پای‌بندی مذهبی، درمان دوازده‌قدم، درمان چندبعدی معنوی، وابسته به مواد.

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران (Ghobad.haghmohamadi@gmail.com) (نویسنده مسئول).

۲. استاد گروه روانشناسی پژوهشکده حوزه و دانشگاه، قم، ایران.

## Comparison of the effectiveness of 12-step addiction treatment and Spiritually Multidimensional Psychotherapy on mental health and religious adherence in Substance Dependents

Ghobad Haghmohamadi Sharahi<sup>1\*</sup>  
Masoud Janbozorgi<sup>2</sup>

### Abstract

Substance abuse and addiction is one of the most important issues whose side effects are considered a serious threat to society and its treatment is not possible without considering the relevant, antecedent and precipitating factors. The aim of this study was to compare the effectiveness of a 12-step addiction treatment program and Spiritually Multidimensional Psychotherapy on mental health and religious adherence in substance dependents. The research method is quasi-experimental with pre-test-post-test design and from the statistical population of substance dependents in Fashafouyeh Penitentiary in Tehran in 2018, 30 people were selected using available sampling method and randomly divided into two groups of 15 addicts. General health questionnaire and religious adherence scale were used to collect data and the data were analyzed by multivariate analysis of covariance and paired t-test. The results showed that there was no significant difference between the effectiveness of two programs of Spiritually Multidimensional Psychotherapy and twelve-step treatment on the components of mental health ( $p < 0.01$ ), but there was a significant difference between the two treatments on the components of religious adherence. Considering the average, Spiritually Multidimensional Psychotherapy has a greater effect on increasing adherence and reducing ambivalence and religious instability than twelve-step therapy ( $p < 0.01$ ). Based on the findings, it can be said that both therapies can be used to reduce the mental health problems of substance dependents, but Spiritually Multidimensional Psychotherapy is more effective on the religious adherence in substance dependents.

**Keywords:** Mental health, religious adherence, Spiritually Multidimensional Psychotherapy, substance dependent, twelve-step treatment.

- 
1. Masters in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities. Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran (Ghobad.haghmohamadi@gmail.com).
  2. Professor of Psychology, Research Institute of Hawzah and University, Qom. Iran.

## مقدمه

اختلال سوء مصرف مواد و اعتیاد<sup>۱</sup> یکی از بحران‌های چهارگانه قرن بیست و یکم و از معضلات بهداشتی، روانی و اجتماعی است که تمام جوامع مختلف را درگیر کرده است (بوتوین<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۱). سازمان بهداشت جهانی<sup>۳</sup> (۲۰۱۴) وابستگی به مواد را ناشی از مصرف طولانی مدت یک ماده یا ترکیبی از مواد می‌داند که به تحمل یا سندروم محرومیت هنگام قطع مصرف منجر می‌شود و طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (۲۰۱۳) اعتیاد به الگوی ناسازگارانه مصرف مواد گفته می‌شود که با مجموعه‌ای از نشانه‌های رفتاری، فیزیولوژیکی و شناختی در طول یک دوره ۱۲ ماهه آشکار می‌شود و مشکلاتی چون تغییر در نحوه تفکر، احساس و رفتار را به دنبال دارد و به شکست فرد در انجام تعهداتش در شغل، مدرسه و خانه منجر می‌شود (انجمن روان پزشکی آمریکا<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳). سوء مصرف مواد و اعتیاد، امروزه به یکی از دغدغه‌های بزرگ جوامع بشری تبدیل شده است. این پدیده آثار مخرب جسمانی، روانی، خانوادگی، شغلی، مالی، اخلاقی<sup>۵</sup>، پیامدهای نامطلوب اجتماعی و همچنین، از بین رفتن سرمایه‌های انسانی را به دنبال دارد (کامکار و همکاران، ۱۳۹۹). براساس آخرین گزارش جهانی مواد مخدر، حدود ۱۹۰ هزار مرگ و میر، مربوط به مواد در سال ۲۰۱۵ رخ داده است (گزارش جهانی مواد مخدر<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸). بررسی‌های اخیر حاکی از آن است که اعتیاد در ایران مسئله‌ای جدی و روبه‌رشد است، به گونه‌ای که به ۳ نفر از هر ۱۰۰۰ نفر می‌رسد (مؤذن و همکاران، ۲۰۱۵).

تحقیقات مختلف روند افزایشی هم‌ابتلائی سوء مصرف مواد و اختلال‌های روانی و کاهش سلامت روانی<sup>۷</sup> در مصرف‌کنندگان را گزارش کرده و نشان داده‌اند که مصرف‌کنندگان مواد مخدر به لحاظ بهزیستی و سلامت روانی در وضعیت مطلوبی قرار ندارند (کلی و دالی<sup>۷</sup>، ۲۰۱۳؛ هیکی<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۱). سازمان بهداشت جهانی سلامت روانی را به منزله حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً فقدان بیماری تعریف می‌کند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۸). همچنین، منظور از سلامت روانی نبود

1. substance abuse disorder & addiction
2. Botvin
3. World Health Organization
4. American Psychiatric Association
5. World Drug Report
6. mental health
7. Kelly & Daley
8. Hickie

علائم روانی همچون اضطراب<sup>۱</sup> و افسردگی<sup>۲</sup>، نشانه‌های جسمانی شکل<sup>۳</sup> و اختلال در کارکرد اجتماعی<sup>۴</sup> است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). در همین راستا، هندریکز<sup>۵</sup> (۲۰۰۳) در مطالعه خود بر روی معنادان به این نتیجه دست یافت که ۸۰ درصد از نمونه‌ها دارای اختلال روان‌پزشکی بودند که بیشترین شیوع به ترتیب اختلال شخصیت ضداجتماعی، اختلال افسردگی و اختلالات مربوط به اضطراب بود. هم‌بودی مشکلات مربوط به سلامت روانی و سوءمصرف مواد می‌تواند تأثیر عمیقی بر فرایند پیشگیری و درمان داشته باشد (برادی و سینها<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷) و برای مقابله با پدیده اعتیاد، درمان دارویی به تنهایی کارساز نبوده و داشتن شناخت کافی از جنبه‌های مختلف این پدیده و یافتن درمان‌های نوین و اثربخش لازم است.

از طرفی مدت‌هاست که تصور می‌شود بین معنویت و دین با سلامت روانی ارتباط مثبتی وجود دارد و روان‌شناسان برجسته‌ای همانند جیمز و همکاران بر نقش اعتقادات و معنویت اشاره کرده و اهمیت آن‌ها را برای بهداشت روانی تأیید کرده‌اند (سالسمن<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۵؛ کوئینگ<sup>۸</sup>، ۲۰۰۷؛ غباری‌بناب، ۱۳۷۴). دین واجد مؤلفه‌های مهمی برای سازش‌یافتگی انسان است. کسانی که ارزش‌های دینی را بر دیگر ارزش‌ها ترجیح می‌دهند دارای سازش‌یافتگی بیشتر و سلامت روان بیشتری هستند (رسول‌زاده طباطبایی و عبدی، ۱۳۸۹). در این راستا، نتایج یک فراتحلیل در سال ۲۰۰۶ نیز نشان داد که درگیری مذهبی (باورها و فعالیت دینی) تأثیر مثبتی بر سلامت روانی دارد و ارتباط منفی معناداری بین دین و معنویت با افسردگی، اضطراب، سوءمصرف الکل و وابستگی دارویی وجود دارد (موریرا - آلمیدا<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). از سوی دیگر، ارتباط بین معنویت و دین (باورهای دینی و اعمال دینی) با احتمال اختلالات سوءمصرف مواد در مطالعات مختلف نشان داده شده است (ویتنر<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۲؛ ساسمن<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). دین‌داری و معنویت از تأثیر فشارهای زندگی بر گرایش به مصرف مواد می‌کاهد و در طول زمان نیز میزان

1. anxiety
2. depression
3. somatic symptom
4. social dysfunction
5. Hendricks
6. Brady & Sinha
7. Salsman
8. Koenig
9. Moreira-Almeida
10. Winter, Karvonen, Rose
11. Sussman

افزایش مصرف مواد را مهار می کند (گریم و گریم<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹؛ موسکاتی و مزوک<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴؛ ویلز<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۳).

طی دو دهه اخیر، محققان در حوزه اعتیاد علاقه مندی روزافزونی به معنویت و مظاهر آن نشان داده اند و معتقدند که مؤلفه های معنویت، از مهم ترین عامل های فرهنگی هستند که به تجربه ها، رفتار و ارزش های انسان معنا و ساختار منسجم می بخشند (چارزینسکا<sup>۴</sup>، ۲۰۲۱؛ استروب<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۳؛ میلر<sup>۶</sup>، ۲۰۱۳). متخصصان درمان وابستگی به مواد بر این باورند که درمان اعتیاد یک درمان چندبعدی است و صرف توجه به درمان دارویی و عدم توجه به دیگر ابعاد، ممکن است بهبودی کامل (روانی، اجتماعی) را فراهم نکند (شفیعی و همکاران، ۲۰۱۹؛ می-لی<sup>۷</sup>، ۲۰۱۲). رویکردهای معنویت محور، درمان گران را تشویق می کنند که در مدت درمان به باورهای مهم معنوی درمان جویان در زمان مناسب اشاره کنند و از مداخله هایی استفاده کنند که بیانگر احترام و ارزش قائل شدن درمان گر نسبت به باورهای معنوی درمان جو باشد (برگین و ریچاردز<sup>۸</sup>، ۲۰۰۵). با در نظر گرفتن اعتیاد به منزله یک بیماری جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی می توان انتظار داشت که حمایت های معنوی بتوانند زمینه ساز بهبودی و بهزیستی کلی درازمدت را برای این افراد فراهم کنند (بیگی و همکاران، ۱۳۹۲).

در این میان سازمان های خودیاری مانند انجمن معتادان گمنام<sup>۹</sup> (NA)، به اعتیاد هم به منزله بیماری معنوی و هم بیماری فیزیکی نگاه می کنند که با خودمحوری، نداشتن فهمی از نیازهای معنوی و نداشتن معنی در زندگی آشکار می شود (ساسمن، ۲۰۱۰؛ انجمن جهانی معتادان گمنام، ۱۳۹۳). در این انجمن از برنامه های معنوی دوازده قدمی تبعیت می شود. در برنامه های دوازده قدم<sup>۱۰</sup> سعی می شود تا مداخله معنوی و یا تکیه بر یک نیروی برتر را برای پرهیز از مواد و بازگردانی شخص به هشیاری و احیای معنویت تضعیف شده افراد فراهم کنند، بدین ترتیب، افراد می توانند با پای بندی به اصول دوازده قدم، معنویت

1. Grim
2. Moscati & Mezuk
3. Wills
4. Charzyńska
5. Strobbe
6. Miller
7. Mee-Lee
8. Bergin, & Richards
9. narcotics anonymous
10. Twelve step program

تضعیف‌شده خود را تقویت کرده و با سپردن امور و مشکلات به یک نیروی برتر، اهداف زندگی خود را یافته و به هستی وجودی خود معنی دهند (کلی و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰؛ بیگی و همکاران، ۱۳۹۲). اصول دوازده‌گانه شامل اعتقاد و تسلیم خود به یک نیروی برتر، جست‌وجوی پیشرفت در ارتباط هشیار با نیروی برتر، از طریق دعا، مراقبه و استفاده از بیداری معنوی شخص برای انتقال پیام بهبودی به معتادانی که هنوز از اعتیاد رنج می‌برند، است (گالانتر<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۰؛ دونوان و همکاران، ۲۰۱۳). بنابراین، جلسه‌های دوازده‌گانه بر تغییرات اساسی در خودپنداره، نگرش‌ها، روابط بین‌فردی و چشم‌انداز معنوی و همچنین، قطع دائمی مواد متمرکز می‌شود (هامفریز<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). مطالعات مختلف اثربخشی برنامه ۱۲ قدمی را بر کاهش مصرف مواد نشان داده‌اند (کلی و همکاران، ۲۰۲۰؛ گالانتر و همکاران، ۲۰۱۳؛ ساسمن، ۲۰۱۰؛ چن<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶؛ شیرازی تهرانی و مظاهری، ۱۳۹۷). برای مثال، چن (۲۰۰۶) نیز در پژوهش خویش که بر روی افراد شرکت‌کننده در جلسه‌های معتادان گمنام به همراه برنامه دوازده‌گانه انجام شد، نشان داد که در این افراد شوق زندگی بیشتر شده، عواطف منفی (مانند نگرانی، افسردگی و خصومت) کاهش یافته است و در نتیجه، سلامت روانی بیشتری را نشان دادند. کلی و همکاران (۲۰۲۰) نیز در فراتحلیل خود نشان داد که شرکت مستمر در برنامه‌های دوازده‌گانه با بهبود کیفیت زندگی و سلامت روانی و اجتماعی همراه است و این رویکرد اثربخشی بیشتری نسبت به درمان‌های شناختی رفتاری دارد.

روان‌درمان‌گری چندبعدی معنوی یکی دیگر از رویکردهای درمانی با تمرکز بر معنویت است که در سال‌های اخیر براساس منابع دینی تدوین شده است. این درمان انسان را دارای دو بُعد مادی و معنوی با چهار حوزه ادراکی به نام‌های مبدأ، خود، هستی و معاد می‌انگارد. محور این چهار حوزه خداپنداشت است. خداپنداشت ادراک مفهوم خداوند است، منطبق با آنچه خود در کتاب‌های آسمانی بیان می‌کند و در برابر خداپنداره مطرح می‌شود که به توصیف خداوند براساس تصاویر ذهنی فرد اشاره دارد که بیشتر وابسته به چهره‌های والدینی است (جان‌بزرگی، ۱۳۹۵، ۱۳۹۸). با فعال‌سازی درست حوزه مبدأ ادراک‌شده، آدمی با معنویت درگیر می‌شود و آگاهی و ادراک از صفات خالقیت و

1. Kelly
2. Galanter
3. Humphreys
4. Chen

ربوبیت در آن‌ها شکل می‌گیرد و انسان مأموریتی برای خلقت خود احساس می‌کند و این موضوع سبب وحدت‌یابی اعمال و رفتار می‌شود. با فعال‌سازی حوزه‌ی غایت (معاد) سازوکار هدفمندی رفتارها نیز فعال و یا به عبارتی رفتارهای فرد هدفمند می‌شود. در حوزه‌ی هستی ادراک شده سازوکار ارزشمندی و معنادهی به اعمال تحریک می‌شود و انسان خود را بسیار ارزشمند و برتر نسبت به سایر موجودات می‌یابد و سرانجام، در حوزه‌ی خود ادراک شده سازوکار فراروی بُعد معنوی فعال می‌شود، به عبارت دیگر، انسان در راستای اهداف متعالی می‌تواند از خودمحوری عبور و از مادیت، منیت و موقعیت فراروی کند. این نظریه‌ی درمان‌گری مبتنی بر مبانی و آموزه‌های دینی (اسلامی) است و مؤلفه‌های فرهنگی نیز متناسب با جامعه‌ی ایرانی در آن گنجانده شده است (جان‌بزرگی، ۱۳۹۴). به ابژه‌های اولیه و کیفیت رابطه‌ی انسان با آن‌ها در بیشتر نظریه‌های روان‌شناسی توجه شده است. از دیدگاه این الگو نیز خداوند به منزله‌ی موضوع اصلی عشق انسان مطرح است و بازگشت به او نیز مهم‌ترین هدف انسان در نظر گرفته می‌شود. در این نظریه درمان‌گر با فعال‌سازی عقلانیت و اصلاح سبک دل‌بستگی و تغییر موضوع آن به خداوند اولاً، سبب یکپارچگی ابعادی مراجع می‌شود و ثانیاً، سبب خودفراروی یا خروج از منیت و خودمحوری (که سبب بسیاری از احساسات ناخوشایند و رفتارهای نابهنجار است) می‌شود و این موضوعات زمینه‌ی تسریع بهبود مشکلات روان‌شناختی و کاهش برگشت بیماری‌ها در مراجعان را فراهم می‌آورد (روحانی و همکاران، ۱۳۹۷).

در همین راستا، برخی مطالعات نشان داده‌اند که روان‌درمانی‌های معنویت‌محور می‌توانند سبب کاهش مشکلات روانی و افزایش سلامت روانی شوند (محمدی و همکاران، ۱۳۹۰) و در پیشگیری از سوء‌مصرف مواد مؤثر باشند (گومز<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین، مطالعات نشان داده‌اند که روان‌درمان‌گری چندبعدی معنوی از طریق تنظیم و تعدیل عمل یا کنش‌وری ارادی انسان و فعال‌سازی عمل معنوی می‌تواند بر مهار نشانگان افسردگی و کاهش مشکلات روان‌شناختی و سطح اضطراب مراجعان مؤثر باشد (روحانی و همکاران، ۱۳۹۷؛ جان‌بزرگی، ۱۳۹۵). همچنین، نتایج مطالعه‌ی محمدی و همکاران (۱۳۹۰) حاکی از آن است که روش درمان معنوی گروهی، سبب کاهش مشکلات روانی نظیر افسردگی و اضطراب شده و کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد و روند منفی شدن تست مورفین را در مبتلایان به اختلال وابستگی به مواد اپیوئیدی تسریع می‌کند.

همچنین، نتایج مطالعه جزایری و همکاران (۱۳۹۸) حاکی از آن است که بین دین‌داری درونی و بیرونی در افراد با و بدون رفتارهای پرخطر تفاوت معناداری وجود دارد و این عامل می‌تواند در گرایش به رفتارهای پرخطر نقش داشته باشد.

باتوجه به اهمیت مسئله اعتیاد و وابستگی افراد به مواد و اینکه این پدیده تهدیدی جدی برای سلامت جامعه بوده است و نقش عمده‌ای را در جرم و فساد بر عهده دارد و مستقیم و غیرمستقیم هزینه‌های زیادی را به جامعه تحمیل می‌کند (هیکی و همکاران، ۲۰۰۱) و باتوجه به افزایش روزافزون آمار شیوع اعتیاد به مواد مخدر در جامعه، مطالعه اثربخشی درمان‌های مختلف در این حوزه ضروری به نظر می‌رسد. همچنین، یافتن درمان‌های مؤثر برای ارتقای سلامت روانی و پای‌بندی مذهبی افراد وابسته به مواد، یکی دیگر از اهداف پژوهش حاضر است. هرچند در ارتباط با اثربخشی درمان معنوی در اعتیاد مطالعاتی انجام شده است (محمدی و همکاران، ۱۳۹۰)، اما در ارتباط با اثربخشی رویکرد درمان چندبعدی معنوی تاکنون مطالعه‌ای انجام نشده است و از این رو، مدنظر است با اجرای این روش‌های درمانی (درمان چندبعدی معنوی و برنامه دوازده‌قدم)، به این مسئله پی برده شود که کدام درمان شیوه مؤثرتری در ارتقای سلامت روانی و پای‌بندی مذهبی است. بنابراین، پرسش اول پژوهش این است که آیا درمان چندبعدی معنوی و برنامه دوازده‌قدم بر سلامت روانی و پای‌بندی مذهبی اثربخش هستند؟ و پرسش دوم این است که آیا بین اثربخشی برنامه دوازده‌قدم و درمان چندبعدی معنوی بر سلامت روانی و پای‌بندی مذهبی در مردان دارای سوء‌مصرف مواد تفاوت وجود دارد؟

## روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون دو گروهی است. جامعه آماری این پژوهش، شامل همه مردان وابسته به مواد در حال بهبود بودند که در ندامتگاه سلامت زندان فشافویه در سال ۱۳۹۷ بودند. از بین جامعه زندانیان ۳۰ نفر از افراد که دارای ملاک‌های ورود و خروج بودند از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی درمان دوازده‌قدم (۱۵ نفر) و درمان چندبعدی معنوی (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل گرایش و اعتقاد به دین مبین اسلام، دریافت متادون با دوز ثابت، داشتن سن بین ۲۰ تا ۴۵ سال، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمی، نداشتن اختلالات شدید روان‌پزشکی براساس پرونده بیمار، داشتن

حداقل ۲ سال سابقه اعتیاد، عدم دریافت درمان‌های موازی روان‌شناختی، نداشتن سابقه خودکشی بود. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل تغییر دوز متادون و مصرف داروهای دیگر مثل داروهای ضدافسردگی حین اجرای مداخلات درمانی، دریافت هم‌زمان درمان‌های روان‌شناختی و غیبت بیش از دو جلسه بود. آزمودنی‌ها پس از تکمیل رضایت‌نامه کتبی، قبل و بعد از مداخله به وسیله پرسش‌نامه‌های سلامت روانی و پای‌بندی مذهبی ارزیابی و مقایسه شدند.

### ابزار

برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش از ابزارهایی که آورده می‌شود استفاده شد:

۱. پرسش‌نامه سلامت عمومی<sup>۱</sup>: فرم ۲۸ سؤالی پرسش‌نامه سلامت عمومی از سوی گلدبرگ و هیلر<sup>۲</sup> در سال ۱۹۷۹ تدوین و پرسش‌های آن از طریق اجرای روش تحلیل عاملی بر روی فرم بلند (۶۰ سؤالی) استخراج شده است (گلدبرگ، ۱۹۸۸). پرسش‌های این پرسش‌نامه به وضعیت روانی فرد در یک ماهه اخیر می‌پردازد. این پرسش‌نامه از چهار مقیاس ۷ سؤالی تشکیل شده است، به طوری که پرسش‌های ۱-۶ و ۱۹ مربوط به زیرمقیاس علائم جسمانی، پرسش‌های ۷-۱۳ مربوط به زیرمقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب، پرسش‌های ۲۰-۲۴، ۲۷ و ۲۸ مربوط به زیرمقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی و پرسش‌های ۱۴-۱۸، ۲۵ و ۲۶ مربوط به زیرمقیاس علائم افسردگی است. پرسش‌نامه به شیوه لیکرت چهاردرجه‌ای (۰، ۱، ۲ و ۳) نمره‌گذاری می‌شود و کل نمره یک فرد از صفر تا ۸۴ متغیر است که نمره کم‌تر بیانگر بهداشت روانی بهتر و بالاتر و بالعکس است. مطالعات روان‌سنجی نسخه‌های مختلف پرسش‌نامه سلامت عمومی نشان می‌دهد که نسخه ۲۸ سؤالی نسبت به سایر نسخه‌ها دارای بیشترین میزان اعتبار، حساسیت و ویژگی است (ویلیامز<sup>۳</sup> و گلدبرگ، ۱۹۸۷). گلدبرگ و ویلیامز (۱۹۸۸) اعتبار متوسط ۰/۸۳ و پایایی متوسط ۰/۸۷ را برای پرسش‌نامه گزارش کرده‌اند. نقطه برش کلی ۲۳ و برای هر یک از مقیاس‌ها ۶ در نظر گرفته شده است. تقوی (۱۳۸۰) اعتبار پرسش‌نامه را به سه روش بازآزمایی، دونیمه کردن و آلفای کرونباخ بررسی کرد که به ترتیب، اعداد ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ حاصل شد. روایی هم‌زمان از طریق اجرای هم‌زمان پرسش‌نامه میدلسکس<sup>۴</sup> انجام

1. General Health Questionnaire - 28 (GHQ-28)
2. Goldberg & Hiller
3. Williams
4. Middlesex Hospital Questionnaire (M.H.Q)

شد که ضریب هم‌بستگی ۰/۵۵ به‌دست آمد. نتیجه تحلیل عوامل نیز وجود چهار خرده‌مقیاس را در پرسش‌نامه نشان داد و در مجموع بیش از ۵۰ درصد واریانس کل را تبیین کردند.

۲. مقیاس پای‌بندی مذهبی جان‌بزرگی: این آزمون براساس قرآن کریم و نهج‌البلاغه ساخته شده است و رفتارهای مذهبی را در موقعیت‌های بالینی و پژوهشی می‌سنجد و متغیرهای مذهبی را در مداخله‌هایی که به‌نوعی از روش‌های مذهبی استفاده می‌کنند، کنترل می‌کند. این آزمون از یک پرسش‌نامه ۶۰ سؤالی تهیه شده است که سه عامل «پای‌بندی مذهبی، دوسوگرایی و ناپای‌بندی مذهبی» را سنجش می‌کند. در عامل پای‌بندی مذهبی (۲۲ گویه) فرد بی‌تردید، رفتار خود را براساس معیارهای مذهبی تنظیم می‌کند و می‌کوشد که همه رفتارهایش را براساس مذهب طراحی کند. در عامل ناپای‌بندی مذهبی (۲۱ گویه)، فرد هیچ‌گونه تعهدی به تنظیم رفتارها براساس اصول یا دستورالعمل‌های مذهبی ندارد. در عامل دوسوگرایی مذهبی (۲۱ گویه)، فرد همواره نگران و در حالت تردید مذهبی به‌سر می‌برد. بین کردار و گفتارش ناهماهنگی وجود دارد. در برابر سختی‌ها کم‌تحمل است. احساس خوبی به خود و ارتباط خود با خدا ندارد. از اعمال مذهبی خود ناراضی است و تنها هنگام سختی‌ها به خدا پناه می‌برد. پاسخ‌ها به شکل لیکرتی است که ضمن ارائه نمره هر عامل، نمره کلی پای‌بندی نیز قابل محاسبه است که با معکوس کردن پرسش‌های مربوط به عامل اول و دوم به‌دست می‌آید. نمره‌های همه گویه‌ها مستقیم بوده است و فقط گویه ۳۵ معکوس نمره‌گذاری می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ کل آزمون برابر ۰/۸۱ و ضریب هم‌سانی درونی عامل پای‌بندی درونی ۰/۸۷، ضریب هم‌سانی درونی عامل دوسوگرایی ۰/۶۸ و ضریب هم‌سانی درونی عامل ناپای‌بندی مذهبی ۰/۷۲، گزارش شده که همگی نشان‌دهنده اعتبار بالای این پرسش‌نامه است. همچنین، برای محاسبه روایی ملاک نیز صورت اولیه این آزمون قبل از تحلیل عاملی با آزمون جهت‌گیری مذهبی آلپورت محاسبه شده که ضریب هم‌بستگی نمره‌های دو آزمون در سطح ۰/۰۱ معنادار گزارش شده است (جان‌بزرگی، ۱۳۸۸). در مطالعه باختری و جبرئیل‌زاده (۱۳۹۷) نیز ضرایب آلفای کرونباخ برای کل آزمون برابر با ۰/۸۰ و برای زیرمقیاس‌های پای‌بندی درونی، دوسوگرایی و ناپای‌بندی مذهبی به‌ترتیب، ۰/۷۹، ۰/۸۲ و ۰/۷۴ گزارش شده است.

### برنامه درمان چندبعدی معنوی

این برنامه آموزشی در قالب یک گروه ۱۵ نفره در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت دو روز

در هفته برگزار شد. جلسه اول و دوم به حوزه ادراکی خود اختصاص داشت که شامل افزایش امید به درمان از راه نرمال‌سازی و همچنین، تسویه چهارراه ذهن و بدن (این تکنیک اشاره به اصلاح کلی الگوهای درست خواب، ورزش، روابط زناشویی و تغذیه دارد)، بنا بر نظریه روان‌درمان‌گری چندبعدی معنوی (جان‌بزرگی، ۱۳۹۸)، اصلاح سبک زندگی در حوزه‌های چهارگانه بالا اثر مثبت در بهبود کارکردهای ذهنی دارد. برای مثال، فردی که به صورت پیوسته ریتم خوابش تغییر می‌کند و شب‌ها بیدار و روزها می‌خوابد، بیشتر در معرض ابتلا به مشکلات روان‌شناختی است و فعال‌سازی حوزه‌های ادراکی چهارگانه یا تکنیک‌هایی مانند فن جزیره (در این تکنیک با تصویرسازی مخاطب در جزیره‌ای خالی از سکنه، به صورتی که ناگهان در آن حیوط کرده است و هیچ اطلاع قبلی از هویت خویش ندارد، شرایطی مانند ورود انسان به دنیای خاکی را برای وی به تصویر می‌کشد و این موضوع به صورت خودبه‌خودی افکار و احساساتی مانند «من کیستم؟ چه کسی من را به این مکان آورده؟ به کجا خواهم رفت؟ و غیره را در مراجع ایجاد می‌کند و این فعال شدن حوزه‌های ادراکی چهارگانه مبدأ، غایت، هستی و خود که مراجع متوجه آن‌ها خواهد شد) بود. جلسه سوم و چهارم ورود به حوزه ادراکی مبدأ در دستور کار قرار گرفت و بر شکل‌گیری فکر یقینی از وجود خداوند و اینکه انسان تصادفی خلق نشده است، تمرکز یافت. جلسه پنجم و ششم بر مفهوم الله نورالسموات و الارض و نیز درک مفهوم خالقیت و ربوبیت گذشت. جلسه هفتم و هشتم بر مفهوم ولایت و سوق مراجعان به پذیرش و رضامندی نسبت به دستورالعمل‌های سبک زندگی معنوی و نیز برگشت دوباره به حوزه ادراکی خود با محوریت مفهوم عبد و اینکه انسان جلوه ظهور خداوند است و ماهیتی مستقل ندارد، گذشت و نیز اینکه مجموعه صفات مثبت و منفی که انسان از خویشتن ادراک می‌کند، معمولاً برگرفته از بازخوردها و نوع توجه دیگران به وی بوده و این موضوع با حقیقت درونی هم‌خوانی ندارد، مباحثه شد. جلسه نهم و دهم، ورود به حوزه ادراکی هست با محوریت هشیاری نسبت به تصور از دنیا و مراقبت از چهارسوی معنوی و رخداد احساساتی مانند ارزشمندی و معنادگی دوباره به موضوعات و نجات عملی و اصلاح برخی خطاهای شایع شناختی در رابطه با دنیا و دیگران، آشنایی با تکنیک خداگویی - خودگویی و اجرای آن گذشت. جلسه یازدهم و دوازدهم نیز با تمرکز بر حوزه ادراکی معاد با محوریت هیجان ملاقات با معبود، نام‌نگاری با خدا،

تصویرپردازی زندگی اصیل، مفهوم‌پردازی دوباره زندگی و پیشگیری از برگشت و عود انجام پذیرفت.

### برنامه دوزاده‌قدم

دوزاده‌قدم معتادان گمنام شامل مواردی است که آورده می‌شود (انجمن جهانی معتادان گمنام، ۱۳۹۳):

ما اقرار کردیم که در مقابل اعتیادمان عاجز بودیم و زندگی مان آشفته شده بود. ما به این باور رسیدیم که نیروی برتر از خودمان می‌تواند سلامت عقل را به ما بازگرداند، ما تصمیم گرفته‌ایم اراده و زندگی خود را به خداوند، بدان‌گونه که او را درک می‌کردیم بسپاریم، ما یک ترازنامه اخلاقی، بی‌باکانه و جست‌وجوگرانه از خود تهیه کردیم. ما چگونگی جزئیات خطاهای خود را به خداوند، به خودمان و به یک انسان دیگر اقرار کردیم، ما کاملاً آمده شده‌ایم که خداوند تمام این نواقص شخصیتی ما را برطرف کند، ما با فروتنی از او خواستیم که کمبودهای اخلاقی ما را برطرف کند، ما فهرستی از تمام کسانی که آزار داده‌ایم تهیه کردیم و خواستار جبران خسارت از تمام آن‌ها شدیم، ما به‌طور مستقیم در هر جا که امکان داشت از این افراد جبران خسارت کردیم مگر در مواردی که اجرای این امر زیان به آن‌ها یا به دیگران وارد کرد، ما به تهیه ترازنامه شخصی خود ادامه دادیم و هرگاه در اشتباه بودیم بدان سریعاً اقرار کردیم، ما از راه دعا و تفکر جویای بهتر کردن رابطه آگاهانه خود با خداوند، بدان‌گونه که آن را درک می‌کردیم شدیم و دعا کردیم برای آگاهی از اراده او و قدرتی که آن را به انجام برسانیم و با یک بیداری روحانی که در نتیجه این قدم‌ها پیدا کردیم، سعی کردیم این پیام را به معتادین برسانیم و این اصول را در تمامی امور خود به اجرا درآوریم.

به‌منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) و آزمون تی هم‌بسته استفاده شد.

### یافته‌ها

در جدول شماره ۱، یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱ یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

گروه	متغیر	مؤلفه	میانگین (انحراف معیار)		بالاترین نمره	کم‌ترین نمره
			پیش‌آزمون	پس‌آزمون		
درمان چندبعدی معنوی	سلامت روانی	علائم جسمانی	۹/۳۳ (۳/۰۸)	۱۴/۹۳ (۴/۱۶)	۲۳	۱۱
		اضطراب	۹/۰۶ (۴/۲۸)	۱۳/۵۳ (۳/۹۷)	۲۳	۱۰
		اختلال عملکرد اجتماعی	۱۰/۰۶ (۳/۷۶)	۱۶/۷۳ (۳/۶۳)	۲۴	۱۰
		افسردگی	۹ (۲/۲۹)	۱۴/۱۳ (۳/۱۳)	۲۳	۱۰
پای‌بندی مذهبی	پای‌بندی مذهبی	پای‌بندی	۸۱/۱۳ (۵/۳۵)	۶۷/۶۶ (۶/۶۴)	۸۰	۵۶
		دوسوگرایی	۴۷/۲۰ (۱۰/۸۱)	۵۷/۴۰ (۱۰/۴۷)	۷۸	۴۶
		ناپای‌بندی	۳۸/۱۳ (۸/۱۰)	۴۶/۰۶ (۶/۹۸)	۶۱	۳۶
درمان دوازده‌قدم روانی	سلامت روانی	علائم جسمانی	۱۰/۴۶ (۴/۴۷)	۱۴/۱۳ (۵/۸۴)	۲۳	۷
		اضطراب	۱۰/۹۳ (۴/۰۶)	۱۳/۶۰ (۵/۰۶)	۲۴	۵
		اختلال عملکرد اجتماعی	۱۰/۶۶ (۲/۸۹)	۱۵ (۲/۹۲)	۱۹	۱۰
		افسردگی	۹/۶۰ (۴/۴۶)	۱۴/۷۳ (۱/۴۳)	۱۷	۱۲
پای‌بندی مذهبی	پای‌بندی مذهبی	پای‌بندی	۷۰/۵۳ (۱۲/۳۸)	۶۹/۳۳ (۹/۱۷)	۸۲	۵۷
		دوسوگرایی	۵۹/۱۳ (۱۳/۷۳)	۵۹/۸۰ (۱۰/۷۴)	۸۳	۴۷
		ناپای‌بندی	۴۴/۴۰ (۶/۳۷)	۴۶/۹۳ (۸/۱۴)	۶۳	۳۳

بر اساس اطلاعات جدول شماره ۱، میانگین نمرات مؤلفه‌های سلامت روانی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در هر دو گروه روان‌درمانی چندبعدی معنوی و درمان دوازده‌قدم کاهش نشان می‌دهد. همچنین، در متغیر پای‌بندی مذهبی، در درمان چندبعدی معنوی تغییرات میانگین بیشتر از درمان دوازده‌قدم است. برای بررسی تأثیر درمان چندبعدی معنوی بر متغیرهای وابسته پژوهش سلامت روانی و پای‌بندی مذهبی از آزمون تی هم‌بسته استفاده شد که نتایج در جدول شماره ۲ آمده است.

جدول ۲ نتایج آزمون تی هم‌بسته برای تأثیر روان‌درمانی چندبعدی معنوی بر سلامت روانی و پای‌بندی مذهبی

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد میانگین	df	T	P
سلامت علائم جسمانی	۵/۶۰	۳/۷۳	۰/۹۶	۱۴	۵/۸۰	۰/۰۰۱
روانی اضطراب	۴/۴۶	۵/۷۹	۱/۴۹	۱۴	۲/۹۸	۰/۰۱
اختلال عملکرد اجتماعی	۶/۶۶	۵/۹۷	۱/۵۴	۱۴	۴/۳۲	۰/۰۰۱
افسردگی	۵/۱۳	۴/۳۷	۱/۱۲	۱۴	۴/۵۴	۰/۰۰۱
پای‌بندی پای‌بندی	-۱۳/۴۶	۹/۰۲	۲/۳۲	۱۴	-۵/۷۸	۰/۰۰۱
مذهبی دوسوگرایی	۱۰/۲۰	۴/۵۹	۳/۷۶	۱۴	۲/۷۰	۰/۰۱
ناپای‌بندی	۷/۹۳	۱/۵۴	۲/۹۸	۱۴	۲/۶۶	۰/۰۱

بر اساس اطلاعات جدول شماره ۲، درمان چندبعدی معنوی بر کاهش مشکلات روانی شامل مؤلفه‌های علائم جسمانی، اضطراب، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی تأثیر گذار بوده است و در متغیر پای‌بندی مذهبی بر اساس میانگین سبب افزایش پای‌بندی و کاهش مؤلفه‌های دوسوگرایی و ناپای‌بندی شده است ( $P < ۰/۰۱$ ).

برای بررسی تأثیر درمان دوازده‌قدم بر متغیرهای وابسته پژوهش سلامت روانی و پای‌بندی مذهبی از آزمون تی هم‌بسته استفاده شد که نتایج در جدول شماره ۳ آمده است.

جدول ۳ نتایج آزمون تی هم‌بسته برای تأثیر درمان دوازده قدم بر سلامت روانی و پای‌بندی مذهبی

P	T	df	خطای		میانگین	متغیر
			انحراف استاندارد	میانگین		
۰/۰۶	۲/۰۴	۱۴	۱/۸۳	۱/۰۸	۳/۶۶	سلامت علائم جسمانی
۰/۱۵	۱/۵۰	۱۴	۱/۷۶	۲/۸۵	۶/۶۶	روانی اضطراب
۰/۰۰۱	۵/۰۷	۱۴	۰/۸۵	۳/۳۰	۴/۳۳	اختلال عملکرد اجتماعی
۰/۰۰۱	۴/۵۹	۱۴	۱/۱۱	۴/۳۲	۵/۱۳	افسردگی
۰/۷۷	-۰/۲۹	۱۴	۰/۱۴	۱/۰۳	-۱/۲۰	پای‌بندی پای‌بندی
۰/۸۸	۰/۱۵	۱۴	۰/۴۰	۱/۰۵	۰/۶۶	مذهبی دوسوگرایی
۰/۴۴	۰/۷۹	۱۴	۰/۲۰	۱/۴۲	۲/۵۳	ناپای‌بندی

براساس اطلاعات جدول شماره ۳، درمان دوازده قدم بر کاهش مؤلفه‌های اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی تأثیر گذار بوده است ( $P < ۰/۰۱$ )، اما بر مؤلفه‌های علائم جسمانی، اضطراب و مؤلفه‌های پای‌بندی مذهبی تأثیر گذار نبوده است ( $P > ۰/۰۱$ ).

برای مقایسه تأثیر دو درمان بر سلامت روان و پای‌بندی مذهبی از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده شد. نتایج آزمون ام‌باکس برای بررسی ماتریس‌های واریانس نشان‌دهنده برقراری این مفروضه است ( $\text{Box's } M = ۱۵/۷۳$ )، نتایج آزمون لوین برای بررسی همسانی واریانس‌ها در گروه‌های آزمایش برای بُعد علائم جسمانی ( $F = ۱/۸۰$ ،  $P = ۰/۱۹$ )، بُعد اضطراب ( $F = ۰/۵۵$ ،  $P = ۰/۴۶$ )، بُعد اختلال عملکرد اجتماعی ( $F = ۵/۹۲$ ،  $P = ۰/۲۲$ ) و بُعد افسردگی ( $F = ۰/۰۶$ ،  $P = ۰/۸۰$ ) حاکی از همسانی واریانس در گروه هست. همچنین، برای نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کلموگروف - اسمیرونوف استفاده شد که نتایج این آزمون هم نشان‌دهنده عدم معناداری و برقراری این مفروضه برای ابعاد سلامت روانی بود. پس از تأیید مفروضه‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) برای مقایسه گروه‌ها استفاده شد که نتایج در جدول شماره ۴ و ۵ آمده است.

در جدول شماره ۴ نتایج آزمون چندمتغیری برای بررسی تفاوت دو گروه ارائه شده است.

جدول ۴ نتایج آزمون چندمتغیری برای سلامت روانی و پای‌بندی مذهبی

منبع تغییر	ارزش	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	F	P
اثر پیلایی	۰/۵۱	۳	۲۳	۷/۹۹	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۴۹	۳	۲۳	۷/۹۹	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۱/۰۴	۳	۲۳	۷/۹۹	۰/۰۰۱
ریشه‌روی	۱/۰۴	۳	۲۳	۷/۹۹	۰/۰۰۱

بر اساس داده‌های جدول شماره ۴، نتایج هر چهار آزمون نشان داد که بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، نتایج حاکی از آن است که گروه‌های آزمایش حداقل در یکی از متغیرهای سلامت روانی و پای‌بندی مذهبی تفاوت معناداری دارند ( $P < 0/01$ ). بنابراین، برای بررسی تفاوت از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری با کنترل اثر پیش‌آزمون استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای مقایسه تأثیر دو درمان بر سلامت روانی و پای‌بندی مذهبی

متغیر	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	P	اندازه اثر آماری	توان
سلامت علائم جسمانی	۸/۲۹	۱	۸/۲۹	۰/۵۱	۰/۴۷	۰/۰۲	۰/۱۰
روانی اضطراب	۱۳/۳۱	۱	۱۳/۳۱	۰/۷۱	۰/۴۰	۰/۰۲	۰/۱۲
اختلال عملکرد اجتماعی	۴/۲۹	۱	۴/۲۹	۰/۳۶	۰/۵۵	۰/۰۱	۰/۰۸
افسردگی	۰/۱۷	۱	۰/۱۷	۰/۰۱	۰/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۰۵
پای‌بندی پای‌بندی	۹۱۸/۱۷	۱	۹۱۸/۱۷	۱۰/۵۶	۰/۰۰۳	۰/۲۹	۰/۸۷
مذهبی دوسوگرایی	۱۱۵۶/۹۵	۱	۱۱۵۶/۹۵	۷/۵۲	۰/۰۱	۰/۲۳	۰/۷۵
ناپای‌بندی	۳۵۱/۳۵	۱	۳۵۱/۳۵	۷/۰۷	۰/۰۱	۰/۲۲	۰/۷۲

نتایج جدول شماره ۵ نشان داد که بین اثربخشی دو برنامه درمانی چندبعدی معنوی و درمان دوازده‌قدم بر مؤلفه‌های سلامت روانی تفاوت معناداری وجود ندارد ( $p > 0/01$ )، اما بین دو درمان بر مؤلفه‌های پای‌بندی مذهبی تفاوت معناداری وجود دارد و با توجه به میانگین، درمان چندبعدی معنوی نسبت به درمان دوازده‌قدم تأثیر بیشتری بر افزایش پای‌بندی و کاهش دوسوگرایی و ناپای‌بندی مذهبی دارد ( $p > 0/01$ )، هر چند میزان اندازه اثر پایین بوده است.

## بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش، مقایسه اثربخشی برنامه درمان دوازده قدم و روان‌درمانی چندبعدی معنوی بر سلامت روانی و پای‌بندی مذهبی در افراد وابسته به مواد بود. یافته اول پژوهش نشان داد که بین اثربخشی دو برنامه درمان چندبعدی معنوی و درمان دوازده قدم بر مؤلفه‌های سلامت روانی تفاوت معناداری وجود ندارد. درمان چندبعدی معنوی بر کاهش مشکلات روانی شامل مؤلفه‌های علائم جسمانی، اضطراب، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی تأثیرگذار بوده است و درمان دوازده قدم نیز بر کاهش مؤلفه‌های اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی تأثیرگذار بوده است، اما بر مؤلفه‌های علائم جسمانی و اضطراب تأثیر معنادار نداشته است.

یافته اول این پژوهش با یافته‌های پژوهشی کلی و همکاران (۲۰۲۰)، گومز و همکاران (۲۰۱۳)، چن (۲۰۰۶)، شیرازی تهرانی و مظاهری (۱۳۹۷)، حاج حسینی و هاشمی (۱۳۹۴)، یعقوبی و همکاران (۱۳۹۱) و محمدی و همکاران (۱۳۹۰) هم‌خوان است. هر چند که در مورد مقایسه این دو درمان تاکنون مطالعه‌ای انجام نشده بود، اما نتایج مطالعات جداگانه یا مقایسه‌ای با درمان‌های دیگر مؤید نتایج پژوهش حاضر است. برای مثال، کلی و همکاران (۲۰۲۰) در فراتحلیل خود نشان داد که شرکت مستمر در برنامه‌های دوازده‌قدمی با بهبود کیفیت زندگی و سلامت روانی و اجتماعی همراه است و این رویکرد اثربخشی بیشتری نسبت به درمان‌های شناختی‌رفتاری دارد. شیرازی تهرانی و مظاهری (۱۳۹۷) در یک پژوهش که به بررسی اثربخشی گروه‌درمانی با روش دوازده‌قدم بر میزان پایداری در بهبود، کیفیت زندگی و اضطراب بیماران مبتلا به اختلال مصرف‌هروئین می‌پرداختند، نشان دادند که گروه‌درمانی با روش دوازده‌قدم می‌تواند به منزله یک رویکرد مؤثر به کار گرفته شود. نتایج مطالعه یعقوبی و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد که بین دو شیوه روان‌درمانی معنوی - مذهبی و درمان شناختی - رفتاری در کاهش میزان اضطراب آشکار تفاوت معنی‌داری وجود نداشت و هر دو شیوه درمانی به‌طور معناداری در کاهش میزان اضطراب آشکار مؤثر بود. لذا تأکید بر آموزه‌های اسلامی در قالب روان‌درمانی معنوی - مذهبی نیز همانند روش‌های شناختی - رفتاری می‌تواند در کاهش اضطراب به منزله یکی از ابعاد سلامت روان مفید واقع شود.

در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که فرایند درمان در برنامه‌های دوازده‌قدمی در سه حوزه برنامه‌های خودیاری، حمایت اجتماعی و تقویت معنویت صورت می‌پذیرد.

این جلسه‌ها بر پایه مشارکت اجتماعی و همیاری گروهی صورت می‌گیرد و به رشد شخصی، مسئولیت‌پذیری و استقلال فردی می‌انجامد (کلی و همکاران، ۲۰۲۰). در تبیین تأثیر درمان دوازده‌قدم بر کاهش مؤلفه‌های اختلال عملکرد اجتماعی، می‌توان بیان داشت که این درمان با حمایت اجتماعی گسترده و فراهم آوردن روابط بین فردی مطلوب، اعضا را به تبادل تجارب مشترک با یکدیگر دعوت و الگوهای مشابهی را در اختیار آن‌ها قرار می‌دهد و افراد تحت این درمان می‌توانند راه‌های مقابله‌ای جدیدی را برای مقابله با مشکلات خود بیابند و در مقایسه خود با الگوهای مشابه امید بیشتری به درمان قطعی داشته باشند (موس و موس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). لذا روابط بین فردی در درمان دوازده‌قدم، علاوه بر فراهم ساختن حمایت اجتماعی و الگوسازی در یافتن راهبردهای مقابله‌ای، فرایند اطلاعاتی را ممکن می‌سازد و به واسطه آن، افراد از راهبردهای مطلوب و موفق افراد دیگر در دوره درمان آگاه می‌شوند. در این راستا، تحقیقات نشان داده‌اند که فرایند توقف و سوء مصرف مواد و پایان دادن به روابط با هم‌سالان معتاد به شدت استرس آور بوده و نیازمند منابع و روابط حمایتی جدید است (راپیر<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). لذا افراد با شرکت در جلسه‌های دوازده‌قدم دارای حمایت هم‌تایان خود می‌شوند و حمایت اجتماعی ادراک شده، افزایش روابط میان فردی، همدلی و ارائه الگوها و راهکارهای عملی می‌تواند نقش به‌سزایی در افزایش حس ارزشمندی، افزایش اعتماد به نفس، افزایش امیدواری، افزایش حس کنترل موقعیت و در نهایت، افزایش عملکرد اجتماعی افراد داشته باشد. در تبیین تأثیر درمان دوازده‌قدم بر کاهش افسردگی می‌توان گفت که شرکت در حلقه‌های بحث و گفت‌وگو و طی مراحل دوازده‌گانه انجمن معتادان گمنام، با افزایش انرژی و نشاط حاصل از حمایت اجتماعی همراه بوده است، احساس بهتری از خود را سبب شده است (موس و موس، ۲۰۰۴) و به عزت نفس، خودکنترلی و به تبع آن کاهش مشکلات تنهایی و افسردگی منجر می‌شود.

در تبیین اثربخشی درمان چندبعدی معنوی بر سلامت روانی افراد وابسته به مواد می‌توان چنین گفت که وجود باور یقینی از «خدا» بدون پنداره و توصیفات آلوده به تصاویر والدینی، مادی‌نگرانه و محدود می‌تواند زمینه استحکام نظام روان‌شناختی و اعتقادی فرد را فراهم کند (جان‌بزرگی، ۱۳۹۸). در نگاهی دیگر آنگاه که حوزه‌های

1. Moos & Moos  
2. Rapiere

چهارگانه (خود، هستی، مبدأ و غایت) ادراکی انسان با محوریت عقل فطری فعال می‌شود و در آن سو، از تحریف‌ها و تصورات اشتباه که معمولاً نتیجه تجارب و الگوهای تربیتی است، تسویه و یکپارچه می‌شود و به سمت واقعیت خویش سوق داده می‌شوند، سطح پاسخ‌دهی انسان اعم از رفتارها، هیجانات، احساسات، تصورات، شناخت‌ها، روابط بین فردی و سبک زندگی به سمت تعادل و یکپارچگی سوق داده می‌شود. این امر، یعنی تصورات واقعی در حوزه‌های ادراکی چهارگانه از راه بهبود هیجانات ناخوشایند و به دنبال آن اصلاح روابط فرد وابسته به مواد با خود، دیگران، هستی و خدا به کاهش آسیب‌شناختی روانی و بهبود عملکرد فرد به صورت ابعادی و درنهایت، به افزایش سلامت روانی منجر می‌شود (روحانی و همکاران، ۱۳۹۷). هرچه حوزه‌های ادراکی آلودگی بیشتری به تصورات غیرواقعی داشته باشد، ارتباط فرد با حوزه‌های چهارگانه غیرواقعی تر و بیمارگون تر می‌شود و آن به معنای ایجاد و تشدید نشانه‌گان اختلالات روان‌شناختی است (جان‌بزرگی، ۱۳۹۸). در تبیین تأثیر درمان چندبعدی معنوی بر علائم جسمانی می‌توان گفت خواندن نماز، دعا، ذکر و پرداختن به فعالیت‌های معنوی از راه مراکز قشری مغز و ارتباط متقابل آن‌ها با مراکز غدد تالاموس و هیپوتالاموس مفهوم و رنگ عاطفی پیدا می‌کنند و از سوی دیگر این مراکز با غده هیپوفیز در ارتباط هستند که این غده فعالیت دیگر غده‌ها را تنظیم می‌کند (غلامی و بشلیده، ۱۳۹۰). همچنین، توسل به ائمه، زیارت، دعا و نماز ابتدا از سوی مغز دریافت و با توجه به نیت و قصد نیروبخشی و افزایش توانایی، این اطلاعات در سیستم عصبی تجزیه و تحلیل که به سیستم ایمنی دستور داده می‌شود در مقابل استرس و بیماری مقاومت کند. مکانیسم تأثیر این درمان بر کاهش اضطراب این است که ابعاد مختلف دین با توجه به مؤلفه‌های شناختی، رفتاری، عاطفی و هستی‌گرایانه خود می‌تواند نقش عمده‌ای در ثبات خلق و بهزیستی هیجانی افراد ایفا کند و مهارت‌های ایمانی مانند نیایش، ذکر و مشارکت در فعالیت‌های لذت‌بخش معنوی سبب تغییرات خلقی و رفتاری مطلوب می‌شود (یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۱). در تبیین تأثیر درمان چندبعدی معنوی بر اختلال عملکرد اجتماعی می‌توان بیان داشت که درمان چندبعدی معنوی احساس تسلط و توانمندی را در افراد ایجاد می‌کند که در افزایش اثربخشی درمان مؤثر است. عواملی همچون فقدان مهارت‌های اجتماعی و انطباقی و استفاده از سبک‌های ناکارآمد برای مقابله با تنیدگی‌های ناشی از استرس‌ورهای زندگی از جمله این ویژگی‌های آسیب‌زا است. لذا، درمان چندبعدی معنوی با گسترش هیجان‌های مثبت افراد خزانه فکر -

عمل را گسترش می‌دهد و سبب ایجاد تعدادی منابع شخصی می‌شود که یکی از این منابع، منابع اجتماعی (نظیر دوستی، مهارت‌های اجتماعی و موارد حمایتی) است (ایرانی و صابر، ۱۳۹۹) که در نتیجه آن افراد تحت این درمان، می‌توانند با دستیابی به این منابع بر اختلال عملکرد اجتماعی خود غلبه کنند. در تبیین تأثیر این درمان بر کاهش افسردگی می‌توان گفت که مذهب از عناصر حیاتی رشد و تعالی است و در رویارویی با مشکلات زندگی ضروری به نظر می‌رسد. تکیه بر ایمان و معنویت عامل مؤثری در مقابله با افسردگی است، لذا افرادی که خودمراقبتی معنوی دریافت می‌کنند، علاوه بر اینکه سلامت روانی آن‌ها بهبود می‌یابد، با مشکلات نیز سریع‌تر سازگار می‌شوند، منابع روانی و عاطفی همچون امیدواری، معنا و هدف، توانمندی، پذیرش، تحمل رنج و سازگاری با استرس در آن‌ها افزایش و در نتیجه، احساس تنهایی و افسردگی کم‌تری می‌کنند. بنابراین، معنویت سبب قدرشناسی و امیدواری در زندگی افراد می‌شود و قدرتی به آن‌ها می‌دهد که در زمان وقوع رویدادهای ناگوار، امیدوار و صبور باشند و احساس هدفمندی کنند. به همین منظور، معنویت می‌تواند سبب ارتقای بهداشت روانی، آسایش و کیفیت زندگی شود (قائم‌پناه و همکاران، ۱۴۰۰).

بر اساس نظریه درمان‌گری چندبعدی معنوی ابتلا یا بی‌ابتلایی انسان به اختلالات روان‌شناختی به فعال/نافعال بودن عقل فطری و اختلال و نبود انسجام ادراکی در حوزه‌های چهارگانه مربوط است. درمان‌گر با فعال‌سازی عقلانیت و اصلاح سبک‌دل‌بستگی و تغییر موضوع آن به خداوند اولاً، سبب یکپارچگی ابعادی مراجع می‌شود و ثانیاً، سبب خودفراروی یا خروج از منیت و خودمحوری می‌شود و این موضوعات زمینه تسریع بهبود مشکلات روان‌شناختی و کاهش برگشت بیماری‌ها در مراجعان را فراهم می‌آورد (روحانی و همکاران، ۱۳۹۷).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که بین اثربخشی دو برنامه درمانی بر مؤلفه‌های پای‌بندی مذهبی تفاوت معناداری وجود دارد و درمان چندبعدی معنوی نسبت به درمان دوازده‌قدم تأثیر بیشتری بر افزایش پای‌بندی و کاهش دوسوگرایی و ناپای‌بندی مذهبی دارد. تاکنون مطالعه‌ای مشابه با موضوع این پژوهش یافت نشد. مطالعات مشابه حاکی از تأثیرگذاری درمان چندبعدی معنوی بر پای‌بندی مذهبی است (ویلارد و نوزنزیان<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷؛ جان‌بزرگی، ۱۳۹۹؛ همان، ۱۳۹۴).

در تبیین این یافته می توان گفت که در متون روان‌شناسی مذهبی نکته‌های روشنی درباره اینکه برخی تمرین‌های مذهبی می‌توانند اثر درمانی داشته باشند وجود دارد. از این میان، می‌توان به تجارب مذهبی، تأویل‌ها، عبادات و مناسب مذهبی اشاره کرد. چنانچه ریچاردز و برگین (۱۹۹۷، به نقل از جان‌بزرگی، ۱۳۹۸) دعا، عبادات و مناسک مذهبی، خدمت به دیگران، بخشایش و غیره را به منزله مداخله‌های مهم مذهبی مطرح می‌کنند. توجه به بُعد معنوی انسان و اصیل دانستن آن برای شناخت انسان دیدگاهی است که درمان چندبعدهی معنوی براساس آن شکل گرفته است. دیدن عقل به منزله هسته اصلی روان انسان و گسترش حوزه ادراکی انسان از خود و هستی به مبدأ و معاد هستی با نگاهی توحیدی محوری‌ترین اصل درمان چندبعدهی معنوی است و همین اصل آن را از معنویت‌های سکولار و همچنین، از روان‌شناسی مادی‌نگر و پوزیتیویستی مجزا می‌کند (همان، ۱۳۹۹). از ویژگی‌های منحصربه‌فرد درمان چندبعدهی معنوی این است که درمان‌گر براساس سطح تحول روانی معنوی فرد مداخلات خود را آغاز می‌کند. توجه به سطح تحول روانی معنوی سبب می‌شود که درمان‌گری به تحلیل موانعی که انسان را از حالت تعادل خارج کرده است پردازد و این موضوع وی را به سطحی از تعادل برای درمان آماده می‌کند. این موضوع سبب شده است که درمان چندبعدهی معنوی دارای دو سطح تحلیلی و غیرمستقیم و سطح درمان مستقیم و کوتاه مدت یا میان مدت شود. در این درمان، اعتقاد بر این است که تعادل‌جویی برای انسان سالم کافی نیست، بلکه باید سطح تعالی‌جویی او را نیز فعال کرد. در تمام طول درمان دو وجه تعادل‌جویی و تعالی‌جویی مدنظر قرار می‌گیرد (همان، ۱۳۹۸). تبیین دیگر این است که درمان چندبعدهی معنوی در چارچوب اصل عقلانیت و خودنظم‌جویی تعالی‌جویانه زمینه درمان و تعالی‌خواهی مراجع را فراهم می‌کند و تمام اصول نظری و عملی این نظریه درمان‌گری مبتنی بر مبانی و آموزه‌های دینی (اسلامی) است و مؤلفه‌های فرهنگی نیز متناسب با جامعه ایرانی در آن گنجانده شده است (همان، ۱۳۹۴). در واقع، دین یک نظام اعتقادی است که پیروان خود را با هم پیوند می‌دهد و بین آن‌ها هم‌بستگی نزدیکی پدید می‌آورد (ویلارد و نوزنزیان، ۲۰۱۷). دین نظام اعتقادی سازمان‌یافته‌ای است که با مجموعه‌ای از آیین‌ها و اعمال تعیین‌کننده، شیوه پاسخ‌دهی افراد به تجارب زندگی را مشخص می‌کند و مذهب یکی از مهم‌ترین عواملی است که به تجارب، رفتارها و ارزش‌های انسان معنا و ساختار می‌دهد (سان<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۸).

مذهب زیرشاخه دین و به این معناست که در میان پیروان یک دین به دلیل اندیشه‌های خاص یا برداشت و تفسیر خاص گروهی خود را از دیگران جدا می‌کنند. بنابراین، پای‌بندی مذهبی ناظر به پذیرش شناختی، هیجانی و رفتاری انسان نسبت به مذهب است (هراتیان و همکاران، ۱۳۹۴). لذا، افرادی که پای‌بندی بیشتری به مذهب دارند، بیشتر به معیارهای مذهبی نزدیک‌تر هستند (جان‌بزرگی، ۱۳۸۸). در این پژوهش منظور از پای‌بندی مذهبی سنجش رفتارهایی بود که فرد مسلمان به‌طور روزانه در زندگی عملی با آن‌ها سروکار دارد (همان، ۱۳۸۸) و روان‌درمانگری چندبعدی معنوی از طریق تنظیم و تعدیل عمل یا کنش‌وری ارادی انسان و عوامل مربوط به آن و فعال‌سازی عمل معنوی (به‌ویژه بازخورد توحیدی و عقل‌خداسو) می‌تواند افراد را بیشتر از روش‌های دیگر به سمت پای‌بندی مذهبی سوق دهد، زیرا براساس آموزه‌های دینی، یکی از مهم‌ترین مسائلی که زمینه رضایت و آرامش را فراهم می‌سازد پای‌بندی افراد به دستورات مذهبی است. بنابراین، قابل انتظار است که درمان چندبعدی معنوی نسبت به درمان‌های دوازده‌قدم تأثیر بیشتری بر رفتار و موضع‌گیری‌های مذهبی انسان داشته باشد و با شکل‌گیری یک نظام فکری و شخصیتی منسجم که در روابط اجتماعی بر پایه قاطعیت و اقتدار مبتنی است سبب افزایش پای‌بندی مذهبی در افراد شود.

### پیشنهادها

از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، نداشتن گروه کنترل و عدم پیگیری و محدود بودن جامعه آماری به معتادان مرد زندان فشافویه بود. با توجه به اثربخشی درمان دوازده‌قدم و درمان چندبعدی معنوی بر سلامت روانی افراد وابسته به مواد، پیشنهاد می‌شود از این مداخلات در درمان یا بهبود شرایط این افراد استفاده شود. همچنین، با توجه به اینکه مداخله چندبعدی معنوی گستره وسیعی را شامل می‌شود و بر پای‌بندی مذهبی نیز مؤثر بوده است. لذا، پیشنهاد می‌شود این روش درمانی به‌منزله یک درمان بومی که با فرهنگ ایرانی - اسلامی سازگاری بیشتری دارد در قالب کارگاه‌های آموزشی و درمانی برای زندانیان اجرا شود و اثربخشی آن در ارتباط با سایر عوامل خطرزا و محافظت‌کننده نیز بررسی شود.

### منابع

انجمن جهانی معتادان گمنام (۱۳۹۳). راهنمای کارکرد قدم معتادان گمنام. ترجمه دفتر خدمات جهانی

- معتادان گمنام ایرانی. تهران: کیمیا اثر.
- باختری، ه. و جبرئیل زاده، ر. (۱۳۹۷). پای بندی مذهبی، امیدواری و شادکامی: نقش جنسیت و تأهل در دین داری اسلامی. *مطالعات اسلامی در حوزه سلامت*، ۲ (۱)، ۶۳-۸۶.
- برقی ایرانی، ز. و دهقان صابر، ل. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و معنویت درمانی بر باورهای غیرمنطقی و اضطراب زنان سالمند. *روان شناسی پیری*، ۶ (۴)، ۳۳۹-۳۲۱.
- بیگی، ع.، محمدی فر، م.، عیسی مراد، ا.، و نجفی، م. (۱۳۹۲). نقش معنویت در پیش بینی سبک های مقابله با استرس. *فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۴ (۱۴)، ۱۱۳-۱۲۷.
- جان بزرگی، م. (۱۳۹۸). *درمان چندبعدی معنوی: یک رویکرد خداسو برای مشاوره و روان درمان گری (فنون و برنامه ها)*. قم: انتشارات پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- جان بزرگی، م. (۱۳۹۹). درمان چندبعدی معنوی: امکان تبیین پدیده های روانی (سلامتی و اختلال) با سازه های معنوی شخصیت بر اساس منابع دینی. *روان شناسی بالینی و شخصیت*، ۲ (۱۴)، ۱۷۳-۱۸۹.
- جان بزرگی، م. (۱۳۸۸). ساخت و اعتباریابی آزمون پای بندی مذهبی بر اساس گزاره های قرآن و نهج البلاغه. *مطالعات اسلام و روان شناسی*، ۳ (۵)، ۷۹-۱۰۵.
- جان بزرگی، م. (۱۳۹۴). اصول روان درمانگری چندبعدی معنوی. *روان شناسی اسلامی*، ۱ (۱)، ۴۵-۹.
- جان بزرگی، م. (۱۳۹۵). روان درمان گری چندبعدی معنوی: فعال سازی عمل معنوی و اثربخشی آن بر مشکلات روان شناختی مراجعان مضطرب. *روان شناسی اسلامی*، ۲ (۳)، ۸-۳۹.
- جزایری، س. س.، اصغر نژاد فرید، ع. ا.، و خاقانی، م. (۱۳۹۸). مقایسه عوامل شخصیتی و دین داری درونی و بیرونی در نوجوانان با و بدون رفتارهای پرخطر. *روان شناسی فرهنگی*، ۳ (۲)، ۵۴-۷۱.
- حاج حسینی، م.، و هاشمی، ر. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی درمان دارویی متادون و انجمن معتادان گمنام بر اختلالات روان شناختی (اضطراب، افسردگی و استرس) و کیفیت زندگی. *اعتیاد پژوهی*، ۹ (۳۵)، ۱۱۹-۱۳۶.
- رسول زاده طباطبایی، س.، و عبدی، ن. (۱۳۸۹). بررسی رابطه میان عوامل شخصیتی و میزان انضباط اجتماعی با توجه به پای بندی مذهبی. *مطالعات امنیت اجتماعی*، ۱ (۲۳)، ۱۶۵-۱۸۹.
- روحانی، م.، جان بزرگی، م.، احدی، ح.، و بلیاد، م. (۱۳۹۷). اثربخشی الگوی کوتاه مدت درمان گری چندبعدی معنوی (SMP) بر مهار نشانگان افسردگی. *مطالعات اسلام و روان شناسی*، ۱۲ (۲۲)، ۱۳۳-۱۵۲.
- شیرازی تهرانی، ع.، و مظاهری، ف. (۱۳۹۷). اثربخشی گروه درمانی با ۱۲ قدم (ان ای) بر میزان پایداری در بهبودی، کیفیت زندگی و اضطراب بیماران مبتلا به اختلال مصرف هروئین. *مفتمین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روان شناسی، آسیب های اجتماعی و فرهنگی ایران*. تهران.
- غباری بناب، ب. (۱۳۷۴). باورهای مذهبی و اثرات آنها در بهداشت روان. *اندیشه و رفتار*، ۱ (۴)، ۱۱-۳۲.
- غلامی، ع.، و بشلیده، ک. (۱۳۹۰). اثربخشی معنویت درمانی بر سلامت روانی زنان مطلقه. *مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۱ (۳)، ۳۴۸-۳۳۱.
- قائم پناه، ز.، شمسایی، م.، و براتیان، ر. (۱۴۰۰). مفاهیم مشترک در مهارت های معنوی: مطالعه مروری. *روان شناسی فرهنگی*، انتشار آنلاین از ۲۹ اردیبهشت.
- کامکار، ش.، فرخی، ن.، سلیمی بجزستانی، ح.، و مردانی راد، م. (۱۳۹۹). تدوین و آزمون مدل علی گرایش

- به اعتیاد دانشجویان بر اساس متغیرهای تحمل‌پریشانی و تمایز یافتگی با میانجیگری ناگویی هیجانی. *اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۱۴ (۵۵)، ۴۶-۲۹.
- محمدی، م. ر.، اکبری، ع. ا.، حاتمی، ن.، مکری، آ.، کویانی، ح.، سلمانیان، م.، و صحت، م. (۱۳۹۰). بررسی اثر روان‌درمانی معنوی در مبتلایان به اختلال وابستگی به مواد اپیوئیدی. *پژوهش حکیم*، ۱۴ (۳)، ۱۴۴-۱۵۰.
- هراتیان، ع.، جان‌بزرگی، م.، و آگاه‌هریس، م. (۱۳۹۴). نقش روان‌بنه‌های ناسازگار اولیه و دین‌داری، در پیش‌بینی تعارض زناشویی زنان متأهل. *پژوهش‌نامه اسلامی زنان و خانواده*، ۳ (۱)، ۶۲-۴۵.
- یعقوبی، ح.، سهرابی، ف.، و محمدزاده، ع. (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و روان‌درمانی معنوی - مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر کاهش اضطراب آشکار دانشجویان. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰ (۲)، ۱۰۷-۹۹.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bergin, A. E., & Richards, P. S. (2005). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. American Psychological Assoc.
- Botvin, G. J., Griffin, K. W., & Williams, M. (2001). Drug abuse prevention among minority adolescents: Posttest and one-year follow-up of a school-based preventive intervention. *Prevention Science*, 2(1), 1-13.
- Brady, K. T., & Sinha, R. (2007). Co-occurring mental and substance use disorders: the neurobiological effects of chronic stress. *Focus*, 5(2), 229-239.
- Charzyńska, E. (2021). The Effect of Baseline Patterns of Spiritual Coping, Forgiveness, and Gratitude on the Completion of an Alcohol Addiction Treatment Program. *Journal of Religion and Health*, 1-22.
- Chen, G. (2006). Social support, spiritual program, and addiction recovery. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50(3), 306-323.
- Donovan, D. M., Ingalsbe, M. H., Benbow, J., & Daley, D. C. (2013). 12-step interventions and mutual support programs for substance use disorders: An overview. *Social work in public health*, 28(3-4), 313-332.
- Galanter, M., Dermatis, H., Post, S., & Sampson, C. (2013). Spirituality-based recovery from drug addiction in the twelve-step fellowship of narcotics anonymous. *Journal of Addiction Medicine*, 7(3), 189-195.
- Galanter, M., White, W. L., Ziegler, P. P., & Hunter, B. (2020). An empirical study on the construct of "God" in the Twelve Step process. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 46(6), 731-738.
- Goldberg, D. P. (1988). User's guide to the General Health Questionnaire. *Windsor*.
- Gomes F.C.; de Andrade A.G.; Izbicki R.; Moreira Almeida A.; Oliveira L.G. (2013). Religion as a protective factor against drug use among Brazilian university students: a national survey. *Revista brasileira de psiquiatria*, 35(1), 29-37.
- Grim, B. J., & Grim, M. E. (2019). Belief, behavior, and belonging: How faith is indispensable in preventing and recovering from substance abuse. *Journal of religion and health*, 58(5), 1713-1750.

- Hendriks, V. M. (1990). Psychiatric disorders in a Dutch addict population: Rates and correlates of DSM-III diagnosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(2), 158-165.
- Hickie, I. B., Koschera, A., Davenport, T. A., Naismith, S. L., & Scott, E. M. (2001). Comorbidity of common mental disorders and alcohol or other substance misuse in Australian general practice. *Medical Journal of Australia*, 175, S31-S36.
- Humphreys, K., Barreto, N. B., Alessi, S. M., Carroll, K. M., Crits-Christoph, P., Donovan, D. M., ... & Wagner, T. H. (2020). Impact of 12 step mutual help groups on drug use disorder patients across six clinical trials. *Drug and Alcohol Dependence*, 215, 108213.
- Kelly, J. F., Humphreys, K., & Ferri, M. (2020). Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane database of systematic reviews*, 3, 1465-1858.
- Kelly, T. M., & Daley, D. C. (2013). Integrated treatment of substance uses and psychiatric disorders. *Social work in public health*, 28(3-4), 388-406.
- Koenig, H. G. (2007). Religion and remission of depression in medical inpatients with heart failure/pulmonary disease. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(5), 389-395.
- Mee-Lee. (2012). Addiction: It Isn't All a Brain Disease Getting Back to Biopsychosocial. In *TAAP Conference* - San Antonio, Texas.
- Miller, W. R. (2013). Addiction and spirituality. *Substance Use & Misuse*, 48, 1258-1269.
- Moazen, B., Shokoohi, M., Noori, A., Rahimzadeh, S., Saeedi Moghaddam, S., Rezaei, F., ... & Naderimaghani, S. (2015). Burden of drug and alcohol use disorders in Iran: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Archives of Iranian medicine*, 18(8), 480-485.
- Moos, R. H., & Moos, B. S. (2004). The interplay between help-seeking and alcohol-related outcomes: divergent processes for professional treatment and self-help groups. *Drug and Alcohol Dependence*, 75(2), 155-164.
- Moreira-Almeida, A., Lotufo Neto, F., & Koenig, H. G. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 28(3), 242-250.
- Moscato, A., & Mezuk, B. (2014). Losing faith and finding religion: Religiosity over the life course and substance use and abuse. *Drug and alcohol dependence*, 136, 127-134.
- Rapier, R., McKernan, S., & Stauffer, C. S. (2019). An inverse relationship between perceived social support and substance use frequency in socially stigmatized populations. *Addictive behaviors reports*, 10, 100188.
- Salsman, J. M., Pustejovsky, J. E., Jim, H. S., Munoz, A. R., Merluzzi, T. V., George, L., ... & Fitchett, G. (2015). A meta-analytic approach to examining the correlation between religion/spirituality and mental health in cancer. *Cancer*, 121(21), 3769-3778.
- Shafiee, S. A., Razaghi, E., & Vedadhir, A. A. (2019). Multi-level approach to theories of addiction: a critical review. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 13(2), (In Press).
- Strobbe, S., Cranford, J. A., Wojnar, M., & Brower, K. J. (2013). Spiritual awakening predicts improved drinking outcomes in a Polish treatment sample. *Journal of addictions nursing*, 24(4), 209.
- Sun, L., Deng, Y., & Qi, W. (2018). Two impact pathways from religious belief to public

- disaster response: findings from a literature review. *International journal of disaster risk reduction*, 27, 588-595.
- Sussman, S. (2010). A review of Alcoholics Anonymous/Narcotics Anonymous programs for teens. *Evaluation & the health professions*, 33(1), 26-55.
- Sussman, S., Skara, S., Rodriguez, Y., & Pokhrel, P. (2006). Non drug use-and drug use-specific spirituality as one-year predictors of drug use among high-risk youth. *Substance Use & Misuse*, 41(13), 1801-1816.
- Willard, A. K., & Norenzayan, A. (2017). "Spiritual but not religious": Cognition, schizotypy, and conversion in alternative beliefs. *Cognition*, 165, 137-146.
- Williams, P., Goldberg, D. P., & Mari, J. (1987). The validity of the GHQ-28. *Social Psychiatry*, 21, 15-18.
- Wills, T. A., Yaeger, A. M., & Sandy, J. M. (2003). Buffering effect of religiosity for adolescent substance use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(1), 24.
- Winter, T., Karvonen, S., & Rose, R. J. (2002). Does religiousness explain regional differences in alcohol use in Finland? *Alcohol and Alcoholism*, 37(4), 330-339.
- World Drug Report. (2018). United nation office on drugs and crime (UNODC). <http://www.unodc.org/unodc/en/about-unodc/annualreport.html> .
- World Health Organization (2008). Policies and practices for mental health in Europe, meeting the challenges. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2014). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy.