



MEJ

مجله اخلاق پزشکی

دوره دوازدهم، شماره چهل و سوم، ۱۳۹۷

Journal Homepage: <http://journals.sbmu.ac.ir/me>



مقاله پژوهشی

اثر معنویت درمانی بر رضایت زناشویی افراد در حال ترک مواد مخدر

حمید ملایی^{*۱}، فریبرز درتاج^۲

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده تحصیلات تکمیلی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زرد، کرمان، ایران. (نویسنده مسؤول)
۲. استاد، گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: هدف از انجام این پژوهش بررسی اثر معنویت درمانی بر رضایت زناشویی افراد در حال ترک مواد مخدر بود.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش از نوع نیمه تجربی بود. جهت دستیابی به این هدف، از میان افراد در حال ترک ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) که دارای کم‌ترین نمره در پرسشنامه رضایت زناشویی بودند، به صورت هدفمند انتخاب شدند. آزمون رضایت زناشویی به عنوان پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد استفاده قرار گرفت، سپس ۱۰ جلسه آموزشی برای گروه آزمایش در خصوص معنویت درمانی هر هفته ۲ جلسه ۸۰ دقیقه‌ای برگزار شد. پس از اتمام آخرین جلسه از هر دو گروه خواسته شد که مجدداً به پرسشنامه‌ها پاسخ بگویند. در آخر داده‌های به دست آمده با استفاده از تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که معنویت درمانی بر رضایت زناشویی افراد در حال ترک مواد مخدر اثر دارد، اما اندازه اثر این روش در بهبود رضایت زناشویی، کم است.

ملاحظات اخلاقی: پس از توضیح اهداف مطالعه، رضایت آگاهانه جهت شرکت در تحقیق از نمونه‌ها اخذ گردید. پرسشنامه‌ها بی‌نام بوده و به شرکت‌کنندگان اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه مانده و نتایج به صورت گروهی منتشر خواهد شد.

نتیجه‌گیری: این نتایج نشان دادند که جلسات معنویت درمانی در افزایش رضایت زناشویی تأثیر دارد.

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۳/۲۱

تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۰/۱۵

تاریخ انتشار: ۹۷/۱۲/۲۶

واژگان کلیدی:

معنویت درمانی

رضایت زناشویی

ترک مواد مخدر

* نویسنده مسؤول: حمید ملایی زردی

آدرس پستی: ایران، کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زرد، دانشکده تحصیلات تکمیلی، گروه روانشناسی.

تلفن: +98 913 199 3927

نمابر:

E-mail: hamid.molayi@gmail.com

۱. مقدمه

خانواده از ابتدای تاریخ تاکنون در بین تمامی جوامع بشری و در مقایسه با کلیه نهادها، سازمان‌ها و مؤسسات اجتماعی از نقش و اهمیت خاص و بسزایی برخوردار بوده است. خانواده پایه اساسی و بنیادین برای کلیه تحولات فرهنگی و اجتماعی و توسعه انسانی به حساب می‌آید. اسلام نیز بیشترین عنایت را به تکریم و تعالی خانواده دارد و آن را کانون تربیت، مهد مودت و رحمت می‌شمارد و تأمین نیازهای اساسی انسان از رهگذر ازدواج دائم و تشکیل خانواده را قابل تحقق می‌داند. به طور کلی، دو نماد مذهب و خانواده ارزش‌های مشابهی را مورد تأکید قرار می‌دهند و پژوهشگران رابطه نزدیک بین آن دو را پیش‌بینی می‌کنند. این جهت‌گیری منجر به دیدگاهی شده که مذهب را عامل تقویت و استحکام روابط زناشویی معرفی می‌کند (۱).

یکی از عواملی که می‌تواند روابط زناشویی را استحکام بخشد، رضایت از زندگی زناشویی است. تعاریف بسیاری از رضایت زناشویی ارائه شده است، اما یوگمن (۱۹۸۶ م.) تعریف نسبتاً روان‌تری ارائه کرده است. وی اشاره می‌کند که رضایت زناشویی از احساس رضایت هر یک از زوجین از هماهنگی و تطبیق با همسر خود در زمینه چگونگی سازمان‌دهی زندگی مشترک که شامل هماهنگی در نحوه گذراندن اوقات فراغت، تقسیم کارهای منزل، تعامل و ارتباط با یکدیگر، روابط جنسی و ابراز عاطفه و محبت به یکدیگر است، حاصل می‌گردد (۲). هیتون و پرات (۱۹۹۰ م.) معتقدند جهت‌گیری‌های مذهبی مشترک موجب شکل‌دادن شبکه‌های اجتماعی از جمله دوستان، بستگان و روحانیون مذهبی نیز می‌گردد که به نوبه خود مدت زمان سپری شده زوجین با یکدیگر را افزایش داده و حمایت‌هایی برای آن‌ها فراهم می‌سازد که همین موارد افزایش رضایت زناشویی را به همراه دارد (۲). زوج‌هایی که در رابطه‌شان مشکل دارند، با خطر اضطراب، افسردگی، اقدام به خودکشی، سوء مصرف مواد و مسائل حاد و مزمن پزشکی از قبیل اختلالات ایمنی شناختی و فشار خون بالا مواجه‌اند و در

معرض رفتارهایی خطرآفرین برای سلامتی و پیامدهای آن‌ها مانند بیماری‌های مقاربتی و تصادفات قرار دارند (۳). تحقیقات نشان می‌دهند که افراد معتاد بیش از افراد غیر معتاد به خانواده‌های از هم پاشیده و بی‌ثبات تعلق دارند. رابطه بین سوء مصرف مواد و مشکلات خانوادگی دوسویه است، یعنی هم وجود معتاد در خانواده بروز تعارض و اختلاف را منجر می‌شود و هم بروز مشکلات و اختلافات زناشویی در گرایش به سوء مصرف مواد اثرگذار است. تعارض‌های زناشویی و عدم رضایت زوجین تأثیر عمیق منفی بر روابط آن‌ها و پیرو آن بر روابط خانوادگی می‌گذارد. آن‌ها ممکن است روابطشان آن قدر سرد شود که ماه‌ها با همدیگر حرف نزنند، روابط جنسی نداشته باشند، تک‌نفره غذا بخورند، حضور همدیگر را در یک مکان تحمل نکنند و در آخر ممکن است کارشان به درخواست طلاق بکشد. طلاق مسائل شخصی، اجتماعی و اقتصادی فراوانی را پیش می‌آورد. افرادی که زندگی مشترکشان متلاشی می‌شود، نسبت به مردم عادی آمادگی بیشتری دارند که از نظر جسمی، روانی، خواب و تغذیه اختلال پیدا کنند یا به سوء مصرف الکل و مواد روی آورند (۴). اعتیاد و وابستگی خود یکی از معضلات و نگرانی‌های عمده جهان امروز است. از آنجا که اعتیاد اثرات بازدارنده بر رشد و شکوفایی جامعه دارد، تهدیدی جدی و نگران‌کننده است. آثار و عواقب سوء مصرف مواد در سطوح فردی و اجتماعی قابل تأمل است. کاهش انگیزه‌ها، اختلالات تفکر و شناخت، اختلالات خلقی و بالارفتن احتمال آسیب‌های بدنی و حتی مرگ نمونه‌هایی از آثار فردی مصرف مواد و در سطح اجتماعی نیز بزه‌کاری، مشکلات خانوادگی، آشفستگی در روابط بین فردی از جمله پیامدهای آن می‌باشند. اعتیاد به مواد مخدر نقش عمده‌ای در ابتلا به بسیاری از بیماری‌های نظیر ایدز و اختلالات عروق و کرونری قلب دارد (۵). شواهد قابل ملاحظه‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد مشارکت دینی باعث کاهش مسائلی مانند بی‌بند و باری جنسی، اعمال انحرافی و بزه‌کارانه، حاملگی در سنین پایین، تجاوز به عنف، طلاق، نارضایتی از ازدواج، خودکشی و

اعتیاد به مواد مخدر و الکل می‌شود و از سویی عزت نفس، انسجام خانوادگی و سلامت عمومی را نیز افزایش می‌دهد (۶). در خصوص نقش و اثر دین‌داری و معنویت در پیشگیری و مقابله با آسیب‌های اخلاقی و اجتماعی تاکنون تحقیقات فراوانی صورت گرفته است و همچنان زمینه کار و مطالعه در یافتن و توسعه برنامه‌های آموزشی و درمانی، بر پایه باورهای دینی و جهت کاهش مشکلات و معضلات فردی خانوادگی و اجتماعی وجود دارد. برخی از مطالعات نشان داده‌اند که سایر ابعاد زندگی انسان (اعم از زیستی، روانشناختی و اجتماعی) بدون توجه به معنویت و سلامت معنوی نمی‌توانند عملکرد قابل قبولی داشته باشند (۷). اهمیت معنویت و سلامت معنوی در زندگی امروزه تا حدی است که پیشنهاد شده است سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی در تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت شود (۸). این اهمیت تا آنجایی گسترش یافته است که معنویت را، حتی در مقابله و کنترل بیماری‌هایی نظیر دیابت هم مؤثر یافته‌اند (۹)، اگرچه بین مذهب و یا دین با معنویت تفاوت فراوانی قائل شده‌اند و معنویت را نمی‌توان منعکس‌کننده تعالیم مذهبی دانست، اما معنویت را به عنوان بخشی مهم از بسیاری از مذاهب می‌شناسند (۱۰). برای پیروان برخی مذاهب مانند مسیحیان و مسلمانان و همچنین سایر ادیان، معنویت به طور مستقیم با مذهب مرتبط است (۱۱). مطالعات تجربی پیوندهای معنی‌داری بین دین و معنویت شناسایی کرده‌اند (۱۲)، لذا معنویت را بدون دین و بدون رابطه با نیروی فراتر از خود نمی‌توان متصور شد که این اتصال و تعامل را در بسیاری از نظریات و متون می‌توان یافت و می‌توان گفت مباحثی که در رابطه با مذهب بیان می‌شوند، به نوعی با مباحث مربوط به معنویت هم‌راستا هستند، هرچند سوت و همکاران ابراز می‌دارند که پایبند نبودن به مذهب، معنویت را نفی نمی‌کند، چون همه انسان‌ها اعم از مذهبی و غیر مذهبی دارای بعد معنوی هستند. از آنجا که معنویت جزء ذاتی انسان است، حتی افراد غیر مذهبی نیز از نیازهای معنوی در ارتباط با جستجو برای معنا و هدف‌داری

زندگی برخوردارند، لذا معنویت مفهومی بسیار گسترده‌تر از مذهب را در برمی‌گیرد (۱۳).

زنگویی، اسدی یوسفی و مشرفیان (۱۳۹۱ ش.) در تحقیقی با عنوان رابطه هوش معنوی و عمل به باورهای دینی با گرایش به اعتیاد در دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه شهرستان لردگان به این نتیجه رسیدند که هوش معنوی و عمل به باورهای دینی پیش‌بینی‌کننده‌های معناداری برای گرایش به اعتیاد می‌باشند (۱۴). در پژوهش آریا و جلائی (۱۳۹۴ ش.) نیز بین هوش معنوی گروه معتاد با گروه غیر معتاد تفاوت گزارش شده است (۱۵).

منظور از معنویت درمانی، درمان آلام و رنج‌های درونی و بیرونی انسان از طریق متعالی و ماورای طبیعی است. بسیار گفته می‌شود که مشاوره و روان‌درمانی با معنویت ارتباط ندارد، زیرا در تصویری که بسیاری از درمانگران سعی دارند از روان‌درمانی به جهان ارائه دهند، معنویت جایگاهی ندارد. در اکثر برنامه‌های آموزشی مشاوره و روان‌درمانی، هیچ اشاره‌ای به مسائل مربوط به معنویت، به عنوان بخشی از زندگی انسان و عاملی مهم در سلامت روان افراد دیده نمی‌شود، با آنکه مدارک پژوهشی بسیار مبنی بر اثربخشی عنصر مذهب و تجربیات معنوی در درمان وجود دارد و نیز بسیاری از درمانگران کارآموز برای گذراندن واحدهای درسی در زمینه معنویت و کاربرد آن در درمان مشتاق هستند. با وجودی که هم درمانگران و هم درمان‌پذیران، مانند سایر افراد، معنویاتی را تجربه می‌کنند، لیکن اکثر درمان‌پذیران معمولاً چیزی در مورد این موضوعات یا درمانگران مطرح نمی‌کنند و به نظر می‌رسد درمانگران نیز توجهی به مسائل معنوی آن‌ها مبذول نمی‌دارند، در حالی که فرایند درمان در مواقعی می‌تواند جلوه‌هایی از معنویت را نمایان سازد (۱۶).

با توجه به نقش معنویت و احاطه آن بر همه شؤون زندگی انسان، معنویت در بازداری فرد از گرایش به مصرف مواد مخدر نقش تعیین‌کننده‌ای دارد (۱۷). این اثرات می‌تواند به سایر شؤون زندگی این افراد هم تسری یابد. به عنوان مثال،

شرکت در تحقیق از نمونه‌ها اخذ گردید. پرسشنامه‌ها بی‌نام بوده و به شرکت‌کنندگان اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه مانده و نتایج به صورت گروهی منتشر خواهد شد.

۳. مواد و روش‌ها

جامعه آماری این پژوهش کلیه مردان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهرستان زرنده در پاییز و زمستان ۱۳۹۶ بوده است. روش پژوهش به صورت نیمه‌تجربی بود و نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد. به این صورت که با دریافت لیست مراکز ترک اعتیاد زرنده از دانشگاه علوم پزشکی، ۳ مرکز (از ۸ مرکز فعال) و از هر مرکز ۵۰ نفر (در مجموع ۱۵۰ نفر از ۳ مرکز) به صورت تصادفی انتخاب شدند. جهت ورود به مطالعه، ملاک‌هایی به این شرح در نظر گرفته شد: دارابودن سابقه مصرف مواد مخدر، اقدام جهت ترک و شروع به درمان، کسب نمرات پایین در پرسشنامه رضایت زناشویی، تأهل، داشتن حداقل ۲۰ و حداکثر ۴۰ سال، فاقد بیماری روانی که منجر به مصرف دارو شده باشد. از افراد دارای پرونده که با ملاک‌های ورودی مورد نظر همخوانی داشتند، دعوت به عمل آمد و از میان این افراد ۳۰ نفر که دارای کم‌ترین نمره در پرسشنامه رضایت زناشویی بودند، انتخاب شدند. سایر اطلاعات مورد نیاز، همچون مشخصات دموگرافیک، مدت مصرف، مدت زمان سپری‌شده از شروع به ترک و... هم از آن‌ها کسب شد. سپس آزمودنی‌ها به صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند و ۱۰ جلسه آموزشی در خصوص معنویت درمانی به صورت هفته‌ای ۲ جلسه ۸۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش برگزار شد. پس از اتمام آخرین جلسه از هر دو گروه خواسته شد که مجدداً به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. پس از تقسیم افراد به گروه‌های آزمایش و کنترل، جهت جلوگیری از تماس گروه‌های مذکور، تمامی مراحل آموزش و اخذ پس‌آزمون برای هر گروه در محلی جداگانه برگزار شد. در انتها به دلیل عدم همکاری برخی از آزمودنی‌ها، حجم نمونه در هر

خالدیان و محمدی‌فر (۱۳۹۴ ش.) در تحقیقی نشان دادند که درمان گروهی شناختی - رفتاری و معنا درمانی بر کاهش افسردگی و امید به زندگی در افراد معتاد به مواد مخدر تأثیر داشته است و نسبت به یکدیگر اثر آن‌ها تفاوت معنی‌داری نداشته است (۱۸). مطالعات دیگر هم نشان داده‌اند که معنا درمانی باعث افزایش معنادار کیفیت زندگی و رضایت زناشویی زنان و کاهش اضطراب فراگیر آن‌ها می‌شود (۱۹). در مجموع اکثر پژوهش‌های انجام‌شده بر اثربخشی روش‌های آموزشی و درمانی مبتنی بر معنویت، بر افزایش رضایت زناشویی تأکید کرده‌اند (۲۰-۲۳). ظاهری و همکاران (۲۰۱۶ م.) هم با بررسی عوامل مؤثر در رضایت زناشویی از منظر زنان و مردان ایرانی به این نتیجه رسیدند که عوامل معنوی و مذهبی، در رضایت زناشویی در اکثر مطالعات تأثیر مثبت داشته است (۲۴). چان و همکاران (۲۰۱۲ م.) نیز در یک مداخله روانشناختی با رویکرد معنویت درمانی بر روی زنان تحت لقاح مصنوعی نشان دادند که این مداخله باعث بالارفتن رضایت زناشویی این زنان می‌شود (۲۵).

با توجه به آنچه که بیان شد و یافته‌های موجود مبنی بر نقش پیشگیرانه و مداخله‌ای اعتقادات و باورهای معنوی در زمینه آسیب‌ها و نابهنجاری‌ها، در این پژوهش بر آن شدیم تا با استفاده از آموزش‌های مداخله‌ای مبتنی بر رویکرد معنویت بر روی گروهی از جامعه کار کنیم که به شدت شرایط روانی و شخصی، اوضاع خانوادگی و ارتباطی آن‌ها و پیامدهای اجتماعی و چندجانبه این افراد اهمیت فراوانی دارد، یعنی معتادان که متأسفانه تعداد زیادی از آن‌ها پس از دریافت درمان‌های فیزیکی و دارویی، مجدداً به سمت مصرف کشیده می‌شوند، لذا هدف از انجام این پژوهش بررسی اثر معنویت درمانی بر رضایت زناشویی افراد در حال ترک مواد مخدر بود.

۲. ملاحظات اخلاقی

این پژوهش محصول پایان‌نامه دکتری دانشگاه آزاد اسلامی زرنده است. پس از توضیح اهداف مطالعه، رضایت آگاهانه جهت

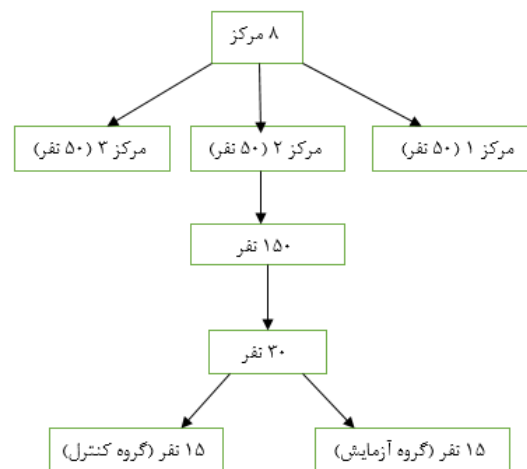
مخالف) که در سؤالات ۱، ۲، ۳، ۵، ۷، ۹، ۱۰، ۱۷، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۳، ۳۴، ۳۶ و ۴۷ از ۵ (کاملاً موافق) تا ۱ (کاملاً مخالف) امتیاز داده می‌شود. سایر سؤالات به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. به عبارت دیگر در این سؤالات به عبارت کاملاً موافقم نمره ۱ و به عبارت کاملاً مخالفم نمره ۵ تعلق می‌گیرد.

اولسون و همکاران ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه را ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند (۲۷). همچنین در گزارش آن‌ها برای خرده‌مقیاس‌های تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، مسائل شخصیتی، ارتباط، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، رابطه جنسی، فرزندان و فرزندپروری، خانواده و دوستان، نقش‌های مساوات‌طلبی به ترتیب از این قرار است: ۰/۹۰، ۰/۸۱، ۰/۷۳، ۰/۶۸، ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۷۶، ۰/۴۸، ۰/۷۷، ۰/۷۲ و ۰/۷۱. ضریب آلفای خرده‌مقیاس‌های انریچ در چندین تحقیق متفاوت از ۰/۶۸ (برای نقش‌های مساوات‌طلبی) تا ۰/۸۶ (برای رضایت زناشویی) با میانگین ۰/۷۹ بوده است. اعتبار باز آزمایشی پرسشنامه در فاصله ۴ هفته بین ۰/۷۷ (برای فعالیت‌های اوقات فراغت) تا ۰/۹۲ (برای روابط جنسی و تحریف آرمانی) با میانگین ۰/۸۶ بوده است. در کشور ما اولین بار سلیمانیان (۱۳۷۳ ش.) این پرسشنامه را ترجمه و همبستگی درونی آزمون را برای فرم بلند ۰/۹۳ و برای فرم کوتاه ۰/۹۵ محاسبه و گزارش کرده است (۲۸).

۳-۲. خلاصه جلسات

در تدوین محتوای جلسات از بسته‌های آموزشی استفاده شده در پژوهش‌های صفاران و همکاران (۲۹)، غلامی (۳۰)، کیانی و همکاران (۳۱)، لطفی (۳۲) استفاده شده است که متناسب با هدف مورد نظر در این تحقیق بخش‌های مختلفی از هر یک گرفته شده و با سازمان‌دهی جدید ارائه شده است. بسته آموزشی به کاررفته در این پژوهش، توسط ۵ نفر از اساتید حوزه و دانشگاه بررسی شد و روایی آن مورد تأیید قرار گرفت. وجه مشترک روش‌های درمانی مبتنی بر معنویت، پرداختن به وجوه ماورایی و اعتقادی است. آنچه اساس تلفیق روش‌های

گروه به ۱۲ نفر رسید. با توجه به ملاک‌های ورود به مطالعه که نمونه انتخاب شده را تا حدی همگن می‌سازد و با توجه به این که در صورت همگن بودن جامعه می‌توان حجم نمونه را کوچک‌تر انتخاب کرد، پژوهش با همین تعداد آزمودنی، قابل انجام بود. در پایان به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها جهت بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر افزایش رضایت زناشویی از روش تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد.



نمودار ۱: مراحل نمونه‌گیری

۳-۱. ابزار

۳-۱-۱. پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ: در این پژوهش برای سنجش رضایت زناشویی نمونه مور مطالعه از فرم کوتاه ۴۷ سؤالی پرسشنامه استاندارد انریچ استفاده شده است. این پرسشنامه توسط اولسون، فورنیر و درانکمن در سال ۱۹۸۹ طراحی شده و نسخه اصلی آن ۱۱۵ سؤال دارد (۲۶). این پرسشنامه شامل ۱۲ زیرمقیاس است که عبارت‌اند از: تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، مسائل شخصیتی، ارتباط، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، رابطه جنسی، فرزندان و فرزندپروری، خانواده و دوستان، نقش‌های مساوات‌طلبی و جهت‌گیری عقیدتی. نمره‌گذاری این ابزار به صورت پنج گزینه‌ای (طیف لیکرت) در نظر گرفته شده است (کاملاً موافق، موافق، نه موافق و نه مخالف، مخالف، کاملاً

۳-۲-۳. جلسه سوم: بحث در خصوص صفات خداوندی، بخشندگی و رحمانیت خدا: اعتراف به اشتباهات و پذیرش ضعف‌های خود بیان اثر جبران، دعا، صبر و بازایی اعتماد به خود و پی‌بردن به ارزش‌های درونی خود.

۳-۲-۴. جلسه چهارم: مراقبه، تمرکز و آرام‌بخشی عضلانی: توضیح تجربیات افراد از مراقبه و تمرکز بر موضوع خاص، نقش مراقبه از احساسات و آرامش و همچنین تمرین آرام‌بخش عضلانی و تمرکز بر افکار، ارائه تکلیف برای بخشودگی دیگران و فکرکردن در خصوص جبران گذشته.

۳-۲-۵. جلسه پنجم: توکل و پاک‌سازی ذهنی: تفویض امور به خداوند و تقویت اراده فردی برای رشد معنوی و پاک شدن از ویژگی‌های منفی فکری و رفتاری و تلاش برای جایگزینی ویژگی‌های مثبت به جای ویژگی‌های منفی. بحث توکل، خودباوری و اتصال میان توجه به خود و توجه به خدا در دست‌یافتن به یک ارتباط نیروبخش.

۳-۲-۶. جلسه ششم: تواضع و خودکنترلی و شیوه‌های مقابله‌ای: تواضع و گذشت را مورد بحث و تبادل نظر قرار می‌دهیم، در مقابل عظمت الهی و قدرت او چگونه بایستی تواضع داشت؟ راه‌های کنترل خشم با تغییر باورها و تمرین ذهنی، کسب لذت از آرام و صبوربودن و در مقابل فشارها و استرس‌ها ضمن حفظ خونسردی از روش‌های عاقلانه و مسأله مدار استفاده کرد. تمرین برای جلسه بعد تقویت توان کنترل خود و به کارگیری شیوه‌های جدید و مناسب برخورد با اطرافیان.

۳-۲-۷. جلسه هفتم: گسترش تجربیات معنوی، هدف گذاری مناسب در برنامه‌ها: ارتباط دائمی با خداوند در قالب همه برنامه‌ها روزمره زندگی، انسان معنوی با صفات خود زندگی می‌کند نه با اموال و دارایی‌هایش، رسیدن به توان بذل و بخشش و دستگیری از دیگران و تمرین این توانمندی در فاصله بین جلسات.

قبلی بوده است، مشترکات آن‌ها به ویژه محتوای اعتقادی و مذهبی جلسات درمانی بوه است. نقش مذهب در حد مورد سؤال قراردادادن وضعیت اعتقادی و پایبندی به مناسک مذهبی و جهت‌دهی غیر مستقیم برای پذیرش نیاز به تغییر و قراردادادن فرصتی مناسب جهت پرداختن به آیین مذهبی در جلسات مورد توجه قرار می‌گرفت، البته در تمام مراحل برای افراد این امکان فراهم بوده است که در صورتی که تمایل به ابراز عقیده و نظر در جمع نداشتند، پس از اتمام کلاس گروهی به صورت انفرادی فرصت گفتگو و پرسش و پاسخ داشته باشند. این جلسات توسط نویسنده اول پژوهش حاضر که قبلاً دوره‌های معنویت درمانی را گذرانده و به انجام آن تسلط کافی داشت، انجام شد. محققین این پژوهش با توجه به دارابودن گواهی شرکت در دوره‌های آموزشی شیوه‌های درمانی با تأکید بر نقش معنویت و ارزش‌های اخلاقی، به ارائه این پروتکل پرداختند که از نظر اساتید و صاحب‌نظران حوزوی هم مورد تأیید قرار گرفت. دوره‌های مذکور توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد زرنند و فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران برگزار شده و تمامی گواهی‌نامه‌ها با تأیید نظام روانشناسی و مشاوره صادر شده است.

۳-۲-۱. جلسه اول: ایجاد امید و رابطه همدلانه و بررسی باورها و نگرش‌های اعضا، نسبت به جهان و خدا: از افراد خواسته می‌شود تا بر روی برگه‌های بیوگرافی معنوی خود را بنگارند، سپس از آن‌ها خواسته می‌شود توضیح خود را از باورهای معنوی‌شان به اشتراک بگذارند.

۳-۲-۲. جلسه دوم: طرح سؤال معنویت چیست؟ آیا به نیروی مقدس معتقدند؟ در مقابل این نیرو چه کاری دوست دارید انجام دهید؟ چه کاری انجام می‌دهید؟ اعمالی که انجام می‌دهید چه احساسی در شما ایجاد می‌کند؟ کدام رفتار در شما احساس خوب ایجاد می‌کند؟ در مقابل مشکلات چه کاری از دستتان برمی‌آید؟ از دست چه کسانی دیگری کاری برمی‌آید؟ ارائه توضیحات در خصوص نقش خود افراد و خداوند در سرنوشت، آینده و تغییر.

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک آزمودنی‌های پژوهش به تفکیک

گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه	شاخص	میانگین	انحراف معیار
آزمایش N=۱۲	سن	۲۶/۹۲	۴/۴۸۱
	مدت مصرف مواد (ماه)	۴۹/۵۰	۲۵/۹۱۱
	مدت مصرف متادون (ماه)	۶/۵۰	۲/۶۴۶
کنترل N=۱۲	سن	۲۶/۶۷	۳/۹۶۲
	مدت مصرف مواد (ماه)	۵۳/۸۳	۳۳/۳۸۴
	مدت مصرف متادون (ماه)	۵/۶۷	۲/۱۸۸

جدول ۲ آماره‌های توصیفی نمرات رضایت زناشویی در پیش
آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل را
نشان می‌دهد.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی نمرات رضایت زناشویی در پیش

آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه	آزمون	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	پیش‌آزمون	۱۴۲/۵۸	۱۱/۰۰۰
	پس‌آزمون	۱۵۹/۱۷	۲۰/۸۵۸
کنترل	پیش‌آزمون	۱۴۵/۰۰	۱۴/۷۲۷
	پس‌آزمون	۱۴۶/۸۳	۱۷/۵۸۰

جهت اطمینان از عدم تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در
نمرات رضایت زناشویی و مشخصات دموگرافیک (سن، مدت
مصرف مواد و مدت مصرف متادون)، از آزمون U مان‌ویتنی
استفاده شد.

۳-۲-۸. جلسه هشتم: فضاسازی ذهنی و محیطی برای

رشد معنوی: الگوگیری از رفتارهای معنوی همه‌جانبه بهبود
ارتباطات فردی به ویژه با اعضای خانواده در قالب نگاه متفاوت
اعتقادی و احساسی، پیوستگی با برنامه‌ها و مناسک دینی و
دل‌سپردگی به این پیوند درونی و عمیق معنوی و بیان
احساس مثبت و تجربیات تازه ناشی از عملکردهای معنوی.

۳-۲-۹. جلسه نهم: مقاوم‌سازی فکری و ایستادگی در

مقابل برگشت‌پذیری: مرور ارزش‌ها و نگرش‌های قبلی و
مقایسه آن‌ها با دیدگاه‌های فعلی به صورت تبادل نظر اعضا
بیان نتایج و پیامدهای متفاوت این دو دیدگاه و طرز فکرها
برجسته‌کردن نقش خودمدیریتی در سرنوشت، خانواده و
زندگی بیان موانع و علل برگشت‌پذیری احتمالی باورها و
عادات قبلی و چگونگی راه‌های مقابله با آن‌ها.

۳-۲-۱۰. جلسه دهم: خودباوری و حفظ ارزش‌های به

دست‌آمده به صورت مداوم: کوشا بودن و جدیت در ارزش
سازی آنچه که در طول جلسات کمک‌کننده بوده است.
خودشناسی، خودکنترلی، خود ارتقای، تقویت و پیوند میان
خود و نیروی لایزال الهی، به کارگیری تشویق‌ها و تأییدات
درونی و برخورداری از تفریحات و لذت‌های منطبق با باورها و
اعتقادات، رشد اخلاقیات به طور مستمر و ارزیابی مداوم
ارتباط با خود، دیگران و با خدا و حفظ روحیه معنوی برای
تمام عمر.

۴. یافته‌ها

جدول ۱ مشخصات دموگرافیک آزمودنی‌های پژوهش را به
تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. تمامی
آزمودنی‌ها از بین مردان انتخاب شدند.

جدول ۳: نتایج آزمون U مان‌ویتنی جهت بررسی تفاوت

آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در نمرات پیش‌آزمون رضایت زناشویی و مشخصات دموگرافیک

شاخص	U	Z	معنی‌داری
پیش‌آزمون رضایت زناشویی	۵۹/۰۰	-۰/۷۲۳	۰/۴۷۰
سن	۷۰/۰۰	-۰/۱۱۶	۰/۹۰۸
مدت مصرف مواد	۶۸/۰۰	-۰/۲۳۲	۰/۷۲۶
مدت مصرف متادون	۵۹/۰۰	-۰/۷۵۸	۰/۴۴۸

۵. بحث

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که معنویت درمانی بر رضایت زناشویی افراد در حال ترک مواد مخدر اثر دارد. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های پیشین هماهنگ است (۲۱-۱۹، ۲۳-۳۳). تأثیر معنویت بر رضایت زناشویی می‌تواند به این دلیل باشد که معنویت از طریق تقویت توانمندی‌هایی چون نیایش، یاری‌رساندن به دیگران، قناعت‌داری، صبر در مسائل و مشکلات، طلب بخشش از خداوند و دیگران، پذیرش انتقادات و نظرات دیگران که همگی مستلزم برقراری ارتباط با کیفیت بهتر با خود و دیگران و خداوند است، باعث می‌شود فرد در ارزیابی ذهنی خود، خوشتن را توانمند و دارای قابلیت‌های جدید و غنی‌تر احساس نماید و همچنین همیشه خداوند را ناظر بر اعمال و رفتار خود بداند و سعی کند که از مسیر درست حق و عدالت تعدی نکند و در نتیجه رابطه مؤثرتری با خود و با همسر خود داشته باشد و در نهایت توانایی درک و پذیرش افکار، احساسات و عواطف یکدیگر در زندگی زناشویی با احساس رضایتمندی بیشتری همراه شود (۳۴). همچنین می‌توان گفت که هماهنگی ارزش‌ها با سطح رضایت زناشویی زوجین ارتباطی مثبت دارد. در پژوهش حاضر، سعی بر این بود که مشارکت‌کنندگان از طریق درگیر شدن با مفاهیمی از جمله توکل، آرامش معنوی ذهن و... به امنیت روانی بیشتری دست یابند که این امنیت روانی، خود باعث بالاتر رفتن رضایت زناشویی افراد می‌شود.

جدول ۳ نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و کنترل، در نمرات پیش‌آزمون رضایت زناشویی و مشخصات دموگرافیک آزمودنی‌ها تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0.05$)، لذا با اطمینان از عدم تفاوت دو گروه در قبل از مداخله، تحلیل آماری نمرات پس‌آزمون انجام شد.

جهت بررسی تأثیر معنویت درمانی بر رضایت زناشویی افراد در حال ترک مواد مخدر و همچنین حذف اثر پیش‌آزمون، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. با توجه به نتایج جدول ۴ مشاهده شد که سطح معنی‌داری به دست‌آمده برای متغیر همپراش (پیش‌آزمون) معنادار است که نشان‌دهنده انتخاب صحیح متغیر همپراش است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس جهت بررسی تأثیر معنویت

درمانی بر رضایت زناشویی افراد در حال ترک مواد مخدر

منبع واریانس	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی‌داری (مجزور اتا)	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۳۰۴۶/۱۰۱	۱	۳۰۴۶/۱۰۱	۱۲/۴۴۷	۰/۰۰۲	۰/۳۷۲
گروه	۱۲۵۳/۳۵۵	۱	۱۲۵۳/۳۵۵	۵/۱۲۱	۰/۰۳۴	۰/۱۹۶
خطا	۵۱۳۹/۲۳۲	۲۱	۲۴۴/۷۲۵	-	-	-
کل	۵۷۰۹۱۴/۰۰۰	۲۴	-	-	-	-

همچنین با توجه به سطح معنی‌داری متغیر مستقل (گروه) نتیجه می‌شود که پس از خارج کردن تأثیر پیش‌آزمون، اختلاف معناداری بین میانگین نمرات دو گروه در پس‌آزمون میزان رضایت زناشویی وجود دارد ($P = 0.034$). به عبارت دیگر،

دوره معنویت درمانی افزایش یابد، احتمالاً با اثربخشی بیشتری همراه است. با این حال، با توجه به شرایط خاص گروه مورد مطالعه که مدت‌ها پس از مصرف مواد مخدر، آموزش با آن‌ها سخت و دشوار است و علاوه بر تغییر در فکر و اعتقاد آن‌ها بایستی هم زمان آسیب‌های جسمانی ناشی از مصرف مواد هم ترمیم شود، می‌توان همین مقدار اثر را مورد توجه و اهمیت قرار دهیم.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، جامعه آماری آن بود که تنها معتادان مرد شهرستان زرنده را دربر می‌گرفت. پیشنهاد می‌شود جهت افزایش گستره تعمیم‌پذیری یافته‌ها، مشابه این پژوهش در نمونه‌های گسترده‌تر، شامل هر دو جنس و در شهرهای دیگر نیز تکرار گردد. همچنین در تعمیم داده‌ها باید به این نکته توجه شود که استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی یکی از محدودیت‌های تمام تحقیقاتی است که صرفاً از این طریق اقدام به جمع‌آوری اطلاعات و داده‌ها می‌کنند، زیرا ممکن است برخی از پاسخگویان به اندازه کافی دقت و حتی صداقت در پاسخگویی نداشته باشند. از طرفی به دلیل محدودیت حجم نمونه استناد به نتایج باید با احتیاط صورت گیرد، اگرچه نمونه انتخاب‌شده تا حدودی همگن بود، اما در تدابیر درمانی و مشاوره‌ای لازم است تا تفاوت‌های فردی و شرایط زندگی افراد مد نظر قرار گیرد.

در نهایت پیشنهاد می‌شود با توجه به بروز آسیب‌های شناختی - عاطفی در معتادین به مواد مخدر، در پژوهش‌های آتی، روش‌های معنویت درمانی با آموزش‌های شناختی - عاطفی ترکیب شود و اثربخشی آن بررسی گردد.

۶. نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که معنویت و آموزش آن بر رضایت زناشویی اثر مثبت دارد. این رضایت به نوبه خود باعث تحکیم روابط خانوادگی شود و می‌تواند از بروز آسیب‌های اجتماعی، خصوصاً گرایش به مصرف مواد مخدر، جلوگیری

اما نکته قابل تأمل، اندازه اثر روش معنویت درمانی در بهبود رضایت زناشویی افراد در حال ترک مواد مخدر در پژوهش حاضر است. در اکثر مطالعات مشابه، اندازه اثر محاسبه نشده است، اما در پژوهش غفوری و همکاران (۱۳۹۲ ش.) اندازه اثر روان‌درمانی معنوی مبتنی بر بخشودگی در افزایش رضایت‌مندی زناشویی در حد زیاد (۰/۹۲) گزارش شده است (۲۱)، اگرچه اثربخشی روش‌های مختلف معنویت درمانی می‌تواند متفاوت باشد، اما مهم‌ترین مسأله، جامعه آماری پژوهش حاضر است. در این پژوهش، آزمودنی‌ها از بین افراد معتاد در حال ترک انتخاب شدند. دور از ذهن نیست اگر بگوییم اثرات مواد مخدر باعث کندتر شدن اثربخشی آموزش و درمان بر روی رضایت زناشویی شده است، چراکه دیدگاهی وجود دارد مبنی بر این که تجربه‌های مذهبی و معنوی تجربه شناختی عاطفی هستند که قسمت‌هایی از مغز مثل «قشر جلوی پیشانی»، «قطعه گیجگاهی پایینی»، «قطعه آهیانه بالایی» و «دستگاه کناری» را درگیر می‌کنند. از طرفی، تحقیقات متعددی نشان داده‌اند مصرف انواع مواد روانگردان می‌تواند اثرات زیان‌باری روی عملکرد شناختی و مناطق مختلف مغز افراد داشته باشد (۳۵-۳۶). در میان افراد مبتلا به اختلالات وابستگی به مواد، کاهش جسم خاکستری و سفید مغز و تغییرات در زیرساخت‌های جسم سفید مشاهده می‌شود (۳۷). همچنین محققان دریافته‌اند که مصرف زیاد مواد اعتیادآور می‌تواند اختلالات گسترده‌ای در سیستم شناختی، یادگیری، حافظه، پردازش اطلاعات، کارکردهای اجرایی، حل مسأله و توانایی‌های کلامی و فضایی - دیداری ایجاد کند (۳۸-۳۹)، لذا می‌توان اندازه اثر کوچک به دست آمده در پژوهش حاضر را حاصل تحلیل عملکرد شناختی - عاطفی مغز افراد معتاد دانست. دلیل دیگری که می‌توان به آن اشاره کرد، آسیب‌های شدید ارتباطی و عاطفی بین زوجین معتاد به مواد مخدر است که می‌تواند اثر هر گونه مداخله روانشناختی را کاهش دهد، لذا همراه ساختن معنویت درمانی با مداخلات شناختی - عاطفی می‌تواند اثربخش‌تر باشد. همچنین اگر طول

کند. همچنین با توجه به این نکته که رضایت زناشویی به نوعی در آرامش و سلامت روحی - روانی افراد نقش دارد، آموزش معنویت می‌تواند بستر مناسبی جهت کمک به ترک مواد مخدر فراهم سازد.

بنابراین از آنجا که یکی از نگرانی‌های جدی در کشور ما اعتیاد به مواد مخدر و ارائه راه کارهای مناسب جهت درمان معتادین می‌باشد، شایسته است که مراکز ترک اعتیاد و متولیان امر به مسأله معنویت و آموزش آن توجه ویژه‌ای داشته باشند.

۷. تقدیر و تشکر

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه دکتری با حمایت دانشگاه آزاد اسلامی زرنند می‌باشد. پژوهشگران از آقایان دکتر جمهری و دکتر نعمت‌اله‌زاده ماهانی بابت زحمات، حمایت‌ها و راهنمایی‌های ارزشمندشان و همچنین از مسؤولین مراکز ترک اعتیاد جناب آقایان دکتر شهرام سیف‌الدینی، دکتر افشین سیف‌الدینی و دکتر احمد مهدی‌زاده جهت همکاری در اجرای طرح و پرسنل خدوم و مسؤولیت‌پذیر این مراکز قدردانی می‌نمایند.

۸. سهم نویسندگان

کلیه نویسندگان در طراحی مطالعه، تحلیل و تفسیر داده‌ها، نوشتن مقاله و اصلاحات آن با یکدیگر همکاری نموده و در تمامی جنبه‌های این پژوهش از لحاظ دقت علمی و اخلاقی پاسخگو می‌باشند.

۹. تضاد منافع

تعارض منافع وجود ندارد.

References

1. Call VR, Heaton TB. Religious influence on marital stability. *J Sci Stud Relig* 1997; 36(3): 382-392.
2. Barati Z. Effectiveness of awareness of the relationship between the characteristics of the main family and their current family on increasing their marital satisfaction [master Thesis]. Tehran: Allameh Tabatabai University; 2006. [Persian]
3. Javan R, Nikbakht D, Ghanbari AMS. The status of religion in promoting the mental health of the Iranian family. Tehran: The First International Congress of Comprehensive Psychology; 2014. [Persian]
4. Car A. Family therapy: concepts, process and practice. New York: John Wiley; 2006.
5. Salajeghe N. Relationship between Family functions and Social Support with Attitude to Drugs in young Addicted at the Addiction Treatment Clinics of Kerman City [master Thesis]. Kerman: Shahid Bahonar University; 2015. [Persian]
6. Balali A. The Relationship of Religion and Family in the West. *JWSS* 2005; 27(19): 257-275. [Persian]
7. Hajiesmaeili M, Abbasi M, Safaiepour L, Fani M, Abdoljabari A, Hosseini SM, et al. Spiritual Health Concept in Iranian Society: Evolutionary Concept Analysis and Narrative Review. *Med Ethics J* 2016; 10(35): 77-115. [Persian]
8. Abaasi M, Shemshi goshki A, Abolghasemi M. Introduction to spiritual health. Tehran: Legal; 2014. [Persian]
9. Cattich JK-MC. Spirituality and relationship: a holistic analysis of how couples cope with diabetes. *J Marital Fam Ther* 2009; 35(1): 111-124.
10. Rahmati S. The Relationship between Psychological Capital and Spirituality with Internet Addiction among Students at Jondishapour University of Medical Sciences. *Med Ethics J* 2017; 10(38): 7-17.
11. Rassool G. The crescent and Islam: healing, nursing and the spiritual dimension. Some considerations towards an understanding of the Islamic perspectives on caring. *J Adv Nurs* 2000; 32(6): 1476-1484.
12. Hill PC, Pargament KI. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research. *Am Psychol* 2003; 58(1): 64-74.
13. Pesut B, Fowler M, Taylor E, Reimer-Kirkham S, Sawatzky R. Conceptualising spirituality and religion for healthcare. *J Clin Nurs* 2008; 17(21): 2803-2810.
14. Moshrefiyandoost M. The Relationship between Spiritual Intelligence and Practicing Religious Beliefs with Drug Orientation in Male High School Students of Lordegan city [master Thesis]. Birjand: Birjand University; 2012. [Persian]
15. Jalali M. Comparison of spiritual intelligence and quality of life in addicted and non addicted people [master Thesis]. Shahrood: Islamic Azad University of Shahrood 2016. [Persian]
16. Askari F, Mirgol A, Mirshekar H. Explaining and Analyzing the Educational Philosophy of Islam. Torbat-e Jaam: International Congress on Religious Culture and Thought; 2014. [Persian]
17. Siegle L, Senna JJ. Juvenile delinquency: theory, practice and law. 6th ed. Paol Alto: West Publishing Company; 1997.
18. Khaledian M, Mohammadifar MA. On the Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Therapy and Logotherapy in Reducing Depression and Increasing Life Expectancy in Drug Addicts. *Research on Addiction* 2016; 9(36): 63-80.
19. Casu G, Ulivi G, Zaia V, Fernandes Martins MDC, Parente Barbosa C, Gremigni P. Spirituality, infertility-related stress, and quality of life in Brazilian infertile couples: Analysis using the actor-partner interdependence mediation model. *Res Nurs Health* 2018; 41(2): 156-165.
20. Amirarjmandi SHK, Niknam M. Effect of Spiritual Group Training on Decreasing Depression and Increasing Marital Satisfaction among Married Women in Tehran, Region 5. *Educational Psychology* 2015; 11(35): 137-158. [Persian]
21. Ghafuori S, Mashhadi A, HassanAbadi H. The effectiveness of spiritual psychotherapy based on forgiveness in order to increase marital satisfaction and prevent marital conflicts of couples in the city of Mashhad. *J Fund Ment Health* 2013; 15(57): 45-57. [Persian]
22. Parker JA, Mandleco B, Olsen Roper S, Freeborn D, Dyches TT. Religiosity, spirituality, and marital relationships of parents raising a typically developing child or a child with a disability. *J Fam Nurs* 2011; 17(1): 82-104.
23. Zarei E, Ahmadi Sarkhooni T. Relationships between spiritual quotient and marital satisfaction level of men, women and couples referred to consultancy centers of bandar abbas. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2013; 7(1): 45-51.

24. Zaheri F, Dolatian M, Shariati M, Simbar M, Ebadi A, Azghadi SB. Effective Factors in Marital Satisfaction in Perspective of Iranian Women and Men: A systematic review. *Electron Physician* 2016; 8(12): 3369-3377.
25. Chan CH, Chan CL, Ng EH, Ho PC, Chan TH, Lee GL, et al. Incorporating spirituality in psychosocial group intervention for women undergoing in vitro fertilization: a prospective randomized controlled study. *Psychol Psychother* 2012; 85(4): 356-373.
26. Sanaei B. Triangle and pathology triangles in the family. Tehran: Proceedings of the National Consultative Conference; 1999. [Persian]
27. Sanaei B. Marriage: motivations, abyss and its health. *Educational Research* 1996; 3(4): 19-43. [Persian]
28. Soleimanian A. Investigatin the effect of irrational thoughts on marital satisfaction [master Thesis]. Tehran: Tarbiat Moalem University; 1994. [Persian]
29. Safarian MR, HajiArbabi F, Ashoori J. The Effectiveness of Spirituality Therapy in Increasing Marital Satisfaction and Reducing Generalized Anxiety Disorder in Women. *Woman and Family Studies* 2015; 7(27): 95-113. [Persian]
30. Gholami A, Beshalide K. The Effectiveness of Spirituality Therapy on Mental Health of Women Required. *Family Counseling & Psychotherapy* 2011; 1(3): 334-348. [Persian]
31. Kiani J, jahanpour F, Abbasi F, Darvishi S, Gholizadeh B. The effectiveness of spiritual therapy in mental health of cancer patients. *Nursing Journal of the Vulnerable* 2015; 2(5): 40-51. [Persian]
32. Lotfi Kashani F, Mofid B, SarafranzMehr S. Effectiveness of Spirituality Therapy in Decreasing Anxiety, Depression and Distress of Women Suffering from Breast Cancer. *Thought & Behavior in Clinical Psychology* 2013; 2(27): 27-42.
33. Chidozie M. An Examination of Spirituality as a Possible Predictor of Couples Marital Satisfaction [Master Thesis]. Texas: Texas A & M University; 2011.
34. Ramaekers J, Kauert G, Theunissen E, Toennes S, Moeller M. Neurocognitive performance during acute THC intoxication in heavy and occasional cannabis users. *J Psychopharmacol* 2009; 23(3): 266-277.
35. Heishman S, Kleykamp B, Singleton E. Meta-analysis of the acute effects of nicotine and smoking on human performance. *Psychopharmacology (Berl)* 2010; 210(4): 453-469.
36. Al-Zahrani M, Elsayed Y. The impacts of substance abuse and dependence on neuropsychological functions in a sample of patients from Saudi Arabia. *Behav Brain Funct* 2009; 5(48): 1-11.
37. Gonzalez R. Acute and non-acute effects of cannabis on brain functioning and neuropsychological performance. *Neuropsychol Rev* 2007; 17(3): 347-361.
38. Gruber S, Silveri M, Yurgelun-Todd D. Neuropsychological consequences of opiate use. *Neuropsychol Rev* 2007; 17(3): 299-315.

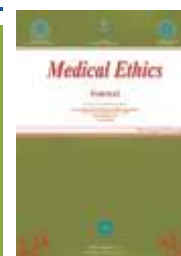


MEJ

Medical Ethics Journal

2018; 12(43): e15

Journal Homepage: <http://journals.sbmu.ac.ir/en-me>



ORIGINAL RESEARCH

Effect of Spiritual Therapy on Marital Satisfaction among Addicts in Treatment Period

Hamid Molayi^{1*} , Faribourz Dortaj² 

1. PhD Candidate in Psychology, School of Complementary Educations, Islamic Azad University, Zaranj Branch, Kerman, Iran. (Corresponding Author)

2. Professor, Department of Educational Psychology, Allameh Tabatabaie University, Tehran, Iran.

ARTICLE INFORMATION

Article history:

Received: 11 June 2018

Accepted: 05 January 2019

Published online: 17 March 2019

Keywords:

Spiritual Therapy

Marital Satisfaction

Addicts in Treatment Period

* Corresponding Author: Hamid Molayi

Address: School of Complementary Educations, Islamic Azad University, Zaranj Branch, Kerman, Iran.

Postal Box: 36

Tel: (+98) 913 199 3927

Email: hamid.molayi@gmail.com

ABSTRACT

Background and Aim: The purpose of this study is to investigate the effect of spiritual therapy on marital satisfaction among addicts in treatment period.

Materials and Methods: The research design is semi experimental. In order to achieve this goal, among addicts in treatment period, 30 people (15 people in the experimental group and 15 in the control group) who had the lowest score in the marital satisfaction questionnaire were selected by purposive sampling. Marital satisfaction test was used as pre-test and post-test. Then, 10 sessions for the experimental group on spiritual healing were held each week for 2 sessions of 80 minutes. After the last session, both groups were asked to answer the questionnaires again. Finally, the obtained data were analyzed using covariance analysis.

Findings: The results showed that spiritual therapy affects the marital satisfaction among addicts in treatment period, but the effect of this method on marital satisfaction is small.

Ethical Considerations: After explaining the goals of the study, informed consent was obtained. The questionnaires were anonymous and convinced participants that their information would remain confidential and results would be published totally.

Conclusion: These results showed that spiritual therapy sessions have an effect on increasing marital satisfaction.

© Copyright (2018) Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Cite this article as:

Molayi H, Dortaj F. Effect of Spiritual Therapy on Marital Satisfaction among Addicts in Treatment Period. *Med Ethics J*. 2018; 12(43): e15.