

## اثر بخشی آموزش معنویت با تاکید بر آموزه‌های دین مبین اسلام بر تاب آوری و سازگاری اجتماعی در افراد وابسته به مواد

محمد خالدیان<sup>۱</sup>، رویا ارجمند کرمانی<sup>۲</sup>، پروین امینی<sup>۳</sup>

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف آموزش معنویت مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر تاب آوری و سازگاری اجتماعی در افراد وابسته به مواد انجام شد. این پژوهش آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه مورد مطالعه شامل افراد وابسته به مواد مرکز ترک اعتیاد با متادون شهرستان قروه (نیکوسلامت) در سال ۱۳۹۲ بود. ابتدا تعداد ۹۰ نفر از افراد وابسته به مواد مراجعه کننده به کلینیک ترک اعتیاد بر اساس نمونه-گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. سپس تعداد ۳۰ نفر از این افراد که در مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون و مقیاس سازگاری اجتماعی پایین‌ترین نمرات را گرفتند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت آموزش ۹ جلسه دو ساعته معنویت قرار گرفتند اما گروه کنترل تحت هیچگونه آموزشی قرار نگرفت. جهت جمع آوری اطلاعات از مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون و مقیاس سازگاری اجتماعی استفاده شد. برای تحلیل آماری داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که میانگین نمرات سازگاری اجتماعی در پس‌آزمون گروه آزمایش به طور معناداری از میانگین نمرات پس‌آزمون در گروه کنترل کمتر بود و به عبارتی سازگاری افزایش یافته بود. همچنین میانگین نمرات تاب آوری در پس‌آزمون گروه آزمایش به طور معناداری از میانگین نمرات پس‌آزمون در گروه کنترل بالاتر بود. می‌توان از آموزش معنویت با تاکید بر آموزه‌های دین مبین اسلام به طور معنی داری در ارتقا میزان تاب آوری و سازگاری اجتماعی افراد وابسته به مواد استفاده کرد.

**کلیدواژه‌ها:** آموزش معنویت، تاب آوری، سازگاری اجتماعی، افراد وابسته به مواد

۱. نویسنده مسئول: مربی گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. پست الکترونیک:

Mohamad\_khaleidian22@yahoo.com

۲. مربی گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۳. کارشناس ارشد حقوق، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، کردستان، ایران

## مقدمه

اعتیاد به موادمخدر، یکی از مشکلات بهداشتی و اجتماعی قرن حاضر است. اعتیاد مهم ترین دغدغه فکری و یکی از ناگوارترین آسیب های اجتماعی به شمار می رود. اعتیاد نه تنها منجر به آسیب های شدید و عمیق جسمی و روانی در فرد مبتلا می شود، بلکه آسیب های اجتماعی متعدد نظیر طلاق، بزهکاری و بیکاری را هم در پی دارد. افراد دچار سوء مصرف مواد به طور متوسط ۱۳/۸ سال کمتر از دیگران عمر می کنند (رنجبر سودجانی، سعیدی و میرزائی، ۱۳۹۶). اعتیاد با آسیب های جدی که در سطح فردی، خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی، رفتاری، شناختی، هیجانی و زیستی به فرد وارد می آورد نیازمند توجه جدی است (احمدی، حسنی و سعیدپور، ۱۳۹۷). اعتیاد به موادمخدر به عنوان پدیده ای زیستی- اجتماعی و روانی یکی از غم انگیزترین تراژدی های انسان معاصر است که تبعات بسیار ناخوشایند اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی دارد. رابطه اعتیاد با مسائل اجتماعی دوجانبه است. از یک سو اعتیاد، جامعه را به انحطاط می کشاند و از سوی دیگر پدیده ای است که ریشه در مسائل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی دارد. اعتیاد گرایش فرد را به اصول اخلاقی، معنوی و ارزش های اجتماعی کاهش می دهد به طوری که روانشناسان، اعتیاد را به مثابه جنگ شیمیایی خانگی و جنگ بدون مرز می دانند (ارقبایی، سلیمانیان و محمدی پور، ۱۳۹۷).

به نظر می رسد که انسان ها در تمام فرهنگ ها و در زمان هایی تمایل داشته اند که حالات ذهنی خود را تغییر دهند و به این منظور از موادمخدر و روان گردان استفاده می کردند. این امر باعث شده است که اعتیاد به موادمخدر، امروزه یکی از معضلات اساسی زندگی بشری به شمار رود و افزایش مصرف آن طی قرن گذشته، نگرانی روز افزونی را برای همه جوامع در پی داشته باشد (لاندهلم<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). اعتیاد و سوء مصرف مواد یکی از بارزترین آسیب های روانی اجتماعی است که به راحتی می تواند بنیان زندگی فردی، خانوادگی و فرهنگی یک کشور را سست و پویایی های انسانی آن را به مخاطره اندازد (شریعتی، ایزدی خواه، مولوی و صالحی، ۱۳۹۲). طبق آمارهای دفتر

پیشگیری از جرم و کنترل مواد سازمان ملل (۲۰۰۵) شمار مصرف کنندگان موجود مواد در بین جمعیت ۶۴-۱۵ ساله‌ای سراسر جهان ۲۰۰ میلیون نفر برآورد شده است (به نقل از سپهری‌نسب و حسین‌ثابت، ۱۳۹۴). آمارها نشان می‌دهد که شیوع و مصرف مواد مخدر رو به افزایش و سن مصرف آن رو به کاهش است. برنامه‌های درمانی گوناگونی برای درمان اعتیاد وجود دارد. هدف اصلی اغلب برنامه‌های درمانی کاهش یا قطع مصرف مواد است (احمدی، نجفی، حسینی‌المدنی و عاشوری، ۱۳۹۱). از جمله این مداخلات می‌توان به برنامه‌های بلندمدت اقامتی، برنامه‌های کوتاه مدت بستری، برنامه‌های سرپایی بدون دارو و برنامه‌های متادون سرپایی اشاره نمود. نظریه آمادگی اعتیاد اظهار می‌دارد که برخی افراد در صورت فراهم بودن شرایط، مستعد اعتیاد هستند در حالی که سایر افراد این آمادگی را ندارند (جندریو<sup>۱</sup> و جندریو، ۱۹۷۰).

یکی از عوامل مهمی که می‌تواند در زندگی افراد نقش ایفا کند تاب‌آوری است. داشتن معنا و هدف در زندگی یکی از عوامل محافظتی شناخته شده در تاب‌آوری افراد است. تاب‌آوری عاملی است که به افراد در رویارویی و سازگاری با موقعیت‌های سخت و تنش‌زای زندگی کمک می‌کند (دهقان، پیری‌کامرانی و کرمی، ۱۳۹۴)، همچنین تاب‌آوری از مشکلات روان‌شناختی در جوانان پیشگیری می‌کند و از آن‌ها در برابر تأثیرات روان‌شناختی حوادث مشکل‌زا محافظت می‌کند (پینکارت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). تاب‌آوری به فرایندی پویا اشاره دارد که انسان‌ها در زمان مواجهه با شرایط ناگوار یا ضربه‌های روحی به صورت رفتار انطباقی مثبت از خود نشان می‌دهند. تاب‌آوری به عنوان اطمینان فرد به توانایی‌هایش برای غلبه بر تنش، داشتن توانایی‌های مقابله‌ای، حرمت خود، ثبات عاطفی و ویژگی‌های فردی که حمایت اجتماعی از طرف دیگران را افزایش می‌دهد تعریف شده است. این سازه از جمله عواملی است که از بروز مشکلات روانی در میان جوانان و نوجوانان جلوگیری می‌کند و آن‌ها را از بروز اثرات روانی رویدادهای مشکل‌زا در امان نگاه می‌دارد. تاب‌آوری به عنوان منبعی برای تسهیل غلبه بر مصائب، مشکلات، مقاومت در برابر تنش و از بین بردن اثرات روانی آن‌ها تعریف شده است. به بیان دیگر تاب‌آوری،

سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (سادات مرتضوی و یاراللهی، ۱۳۹۴). تاب‌آوری به فرایند پویای انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار اطلاق می‌شود و فراتر از جان سالم به در بردن از استرس و ناملایمات زندگی است. بنابراین تاب‌آوری توانایی انسان برای سازگاری در برابر مصیبت‌ها، ضربه‌ها، درد و رنج ناشی از گرفتاری‌ها و محرک‌های تنش‌زای با اهمیت در زندگی است. افراد با تاب‌آوری بالا در شرایط استرس‌زا و موقعیت‌های ناگوار سلامت روان‌شناختی خود را حفظ می‌کنند (بخشی‌زاده، افروز، به‌پژوه، غباری‌بناب و شکوهی‌یکتا، ۱۳۹۶). افرادی که قادر به شناسایی نظم، انسجام و هدف در زندگی خود هستند و همچنین توانایی پیگیری و دستیابی به اهداف خود را دارند، در شرایط دشوار زندگی تاب‌آوری بیشتری از خود نشان می‌دهند. انسان‌ها در طول زمان، برای نظم‌بخشیدن به حالات رفتاری و عاطفی و افزایش میزان تاب‌آوری خود در برخورد با مسائل و مشکلات، راهبردهای زیادی را مورد استفاده قرار داده‌اند و آگاهانه روش‌هایی را با هدف تنظیم وضعیت روانی و رفتاری خود به کار گرفته‌اند (بامیستر و کاتلین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴).

یکی از نشانه‌های مهم سلامت‌روان که توجه بسیاری از جامعه‌شناسان، روان‌شناسان و بخصوص مربیان را به خود جلب کرده سازگاری اجتماعی است. رشد اجتماعی مهم‌ترین جنبه رشد وجود هر شخص محسوب می‌شود و معیار اندازه‌گیری رشد اجتماعی هر فردی، سازگاری او با دیگران است. رشد اجتماعی نه تنها در سازگاری با اطرفیانی که فرد با آن‌ها در ارتباط است مؤثر است، بلکه بعدها در میزان موفقیت شغلی و تحصیلی او نیز تأثیر دارد (مظاهری، باغبان و فاتحی‌زاده، ۱۳۸۵). سازگاری فرایند پیوسته‌ای است که در آن تجارب یادگیری اجتماعی شخص، باعث ایجاد نیازهای روانی او می‌شود. سازگاری همچنین امکان کسب توانایی و مهارت‌هایی را فراهم می‌سازد که از آن طریق می‌توان به ارضای نیازها پرداخت. هرگاه تعادل جسمی و روانی فرد به گونه‌ای دچار اختلال شود که حالت ناخوشایندی به وی دست دهد برای ایجاد توازن نیازمند به کارگیری نیروهای درونی و حمایت‌های خارجی است. در این صورت، اگر در به کارگیری ساز و کارهای

جدید موفق شود و مسأله را به نفع خود حل کند فرایند سازگاری به وقوع پیوسته است. ابعاد سازگاری، شامل سازگاری جسمانی، روانی، اجتماعی و اخلاقی است که در رأس همه، سازگاری اجتماعی قرار دارد. لازمه رسیدن به سازگاری روانی، اخلاقی و جسمانی، سازگار شدن از لحاظ اجتماعی است (والی پور، ۱۳۸۰). هر انسانی می‌کوشد تا خود را با محیط فیزیکی و روانی‌اش سازگار کند، زیرا انطباق با شرایط مختلف، حاکی از سلامت روان است. البته این سازگاری به معنای هم‌رنگی و پیروی ناهشیار نیست بلکه می‌تواند دگرگونی‌هایی را نیز به همراه داشته باشد. گاهی به لحاظ بروز عوامل تنش‌زا، سازگاری انسان دچار اشکال و به بروز رفتارهای ناسازگار منجر می‌شود. بنابراین سازگاری، مجموعه کنش‌ها و رفتارهایی است که فرد در موقعیت‌ها و شرایط جدید به منظور ارائه پاسخ‌های مناسب به محرک‌های موجود از خود بروز می‌دهد. یکی از مهم‌ترین مسائل و مشکلات اجتماعی امروزه در جوامع گوناگون، نابهنجاری‌های رفتاری و روانی و روش‌های مقابله با آن‌ها است. تردیدی نیست که در مسئله بهداشت روانی، سازگاری روز به روز بیشتر اهمیت می‌یابد. در دیدگاه راجرز، شخصیت ناسازگار، همان فردی است که مورد تهدید درونی واقع شده است و برعکس افراد سازگار، شخصیت‌های هستند که در وجودشان هیچ نشانی از احساس تهدید نمی‌توان یافت (امانی، اعتمادی، فاتحی زاده و بهرامی، ۱۳۹۱).

در جامعه‌ی ایرانی و اسلامی ما بسیاری از رفتارها در زندگی فردی و اجتماعی افراد، مستقیم یا غیر مستقیم متأثر از آموزه‌ها و باورهای دینی است. در معنویت، سعی می‌شود از ظرفیت‌های وجودی، گرایش‌ها و انگیزه‌های الهی و فضیلت‌های اخلاقی در بهبود و درمان بیماری‌ها استفاده شود. آنچه در معنویت‌درمانی حائز اهمیت است جنبه‌ی معناگرایانه‌ی آن است که محتوای درمان را شکل می‌دهد و در قالب اصول و عادات هر دین و مذهبی تجلی پیدا می‌کند. این سازه‌ها و فنون درمانی در معنویت‌درمانی می‌تواند جنبه‌ی رفتاری، شناختی، فراشناختی، عاطفی و اخلاقی داشته باشد که در مفاهیم و رفتارهای دینی همچون توکل، صبر، نماز، دعا، نیایش، و مراقبه تعریف می‌شود. تمرین‌های معنوی به شکل‌های گوناگون در ادیان توحیدی، از جمله اسلام تأیید گردیده و به کار گرفته شده است. از نظر

روان‌شناسان، علت آنکه این تمرین‌ها در ادیان گوناگون به کار گرفته شده است و قرون متمادی بشر آن‌ها را به کار بسته، این است که بیانگر نیازهای عمیق انسانی است و در حل مشکلات انسان‌ها در قرون متمادی مفید واقع شده است (سرتیپ‌زاده، علی اکبری دهکردی و طبائیان، ۱۳۹۵). مطالعات معنوی در روان‌شناسی جدی و اساسی است و توجه به آن در بسیاری از کشورها در حال افزایش است. مفهوم معنا مقدمه‌ای برای گفت‌وگو درباره معنویت است. معنا با وجوه درونی انسان پیوند می‌خورد. معنویت، دربرگیرنده ادراکات حاصل از خود و ترکیبی از عوامل شخصیتی و باورهای بنیادین متنوع زندگی از جمله جنبه‌های اجتماعی، جسمانی و روان‌شناختی در ارتباط است (یانگ و ماو، ۲۰۰۷). از نظر ریچاردز و برگین<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) معنویت عبارت است از حس فرد از هویت و ارزش خود در رابطه با خداوند و جایگاه او در جهان هستی. این تعریف، پایه و مبنای رویکرد معنویت درمانی است. معنویت درمانی به افراد کمک می‌کند که به رغم بیماری، سوگ یا ناامیدی، بر از دست رفته‌ها تمرکز نکنند، بلکه در جستجوی معنا باشند. در نتیجه، زندگی از نگاه معنویت درمانی تحت هر شرایطی معنادار است (خالدیان، هدایت و جلالیان، ۱۳۹۶). همواره بین انسان و دین نسبت خاصی وجود دارد که اگر فرد مجال بروز به آن بدهد، قطعاً به نحوی مطلوب ظاهر می‌شود. اگر این امر درونی سرکوب شود، در اشکال انحرافی از قبیل خرافات ظهور خواهد کرد و در هر حال خود را به منصب بروز و ظهور می‌رساند. از آنجا که هر امر فطری و درونی برای فعلیت یافتن و به عرصه حضور آمدن، نیازمند زمینه و بستر مناسبی است، دین‌داری نیز شرایطی را می‌طلبد تا بتواند خود را نشان دهد (یاسمی نژاد، گل‌محمدیان و سعیدی پور، ۱۳۸۹). نتایج پژوهش سروریان، تقی‌زاده و سروریان (۱۳۹۶) با موضوع اثربخشی معنادرمانی با رویکردی دینی بر عزت نفس و شادکامی و تاب‌آوری نوجوانان دختر نشان داد که معنادرمانی با رویکرد دینی می‌تواند موجب افزایش عزت نفس، شادکامی و تاب‌آوری انسان شود. نتایج پژوهش عسگری (۱۳۹۵) با موضوع اثربخشی معنویت درمانی با تاکید بر آموزه‌های دین مبین اسلام بر کیفیت زندگی و سازگاری در سالمندان نشان داد که

آموزش معنویت مبتنی بر آموزه‌های اسلامی موجب افزایش کیفیت زندگی و سازگاری در گروه آزمایش شده است. نتایج پژوهش کرمی، پیری کامرانی و کریمی (۱۳۹۴) با موضوع اثربخشی آموزش معنویت‌درمانی بر سازگاری اجتماعی دانشجویان دختر نشان داد که آموزش معنویت‌درمانی در افزایش سازگاری اجتماعی دانشجویان دختر موثر بوده است. نتایج پژوهش جانی، مولایی، جنگی قوجه‌بیگللو و پوراسمعلی (۱۳۹۳) با موضوع اثربخشی شناخت‌درمانی مذهب‌محور بر اضطراب مرگ، سازگاری اجتماعی و بهزیستی ذهنی در بیماران مبتلا به سرطان نشان داد که شناخت‌درمانی مذهب‌محور باعث کاهش نمرات اضطراب مرگ و افزایش نمرات سازگاری اجتماعی و بهزیستی ذهنی در گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل می‌شود. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که معنویت‌درمانی و معنادرمانی بر افزایش سازگاری اجتماعی و کیفیت زندگی مؤثر است (دیویسون و جانگری<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). مک‌نلتی، لیونه و لیوسا<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) نشان دادند که دین‌تأثیر قابل توجهی در سازگاری دارد و از آن می‌توان در کارهای بالینی و مشاوره‌ای نیز استفاده کرد. در سطح فردی، بررسی‌های اخیر نشان داده است که نگرش معنوی و امید به آینده، به عنوان پتانسیل‌های حمایتی برای تاب‌آوری به شمار می‌آیند (حمید، بشلیده، عیدی‌بایگی و دهقانی‌زاده، ۱۳۹۱). نتایج پژوهش قدم‌پور، رحیمی‌پور و سلیمی (۱۳۹۴) با موضوع بررسی اثربخشی رویکرد گروه‌درمانی معنوی بر افزایش میزان تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر اصفهان نشان داد که معنویت‌درمانی به شیوه گروهی بر افزایش میزان تاب‌آوری دانش‌آموزان مؤثر است. نتایج پژوهش دهقان و همکاران (۱۳۹۴) با موضوع اثربخشی معنویت‌درمانی گروهی بر افزایش تاب‌آوری نشان داد که آموزش معنویت در ارتقاء تاب‌آوری مؤثر است.

احساس هدفمندی و نگرش معنوی، از جمله عوامل حمایتی در تاب‌آوری هستند (پرکینز و جونز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴). طبق نظر گراهام، فور، فلاورز و بورک<sup>۴</sup> (۲۰۰۱) کسانی که اعتقادات معنوی قوی‌تر دارند، در برابر تنش و فشار مصونیت بیشتر و سلامت بالاتری

دارند. نخستین و مهم‌ترین عامل مربوط به تأثیر ویژه معنویت درمانی، در بهبود نگرش و تفسیر فرد نسبت به زندگی است. افراد بر مبنای منابع در دسترس و از راه‌های گوناگون کنار آمدن، استرس خود را مدیریت می‌کنند (دهقان و همکاران، ۱۳۹۴). بنابراین، با توجه به اهمیت معنویت درمانی و آموزه‌های دینی با اهداف گوناگون پیشگیری و ارتقاء سطح سلامت روانی، ضرورت آموزش این آموزه‌ها به افراد و به ویژه افراد معتاد آشکار می‌شود. با توجه به آنچه ذکر شد هدف از پژوهش حاضر پاسخگویی به این سوال بود که آیا آموزش معنویت مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی افراد معتاد موثر است؟

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه مورد مطالعه شامل ۱۲۰ نفر افراد معتاد مراجعه کننده به مراکز متادون درمانی ترک اعتیاد نیکوسلامت شهرستان قروه در سال ۱۳۹۲ بود. ابتدا تعداد ۹۰ نفر از افراد معتاد مراجعه کننده به کلینیک ترک اعتیاد براساس نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. سپس تعداد ۳۰ نفر از این افراد که در پرسش‌نامه سازگاری اجتماعی بالاترین و در پرسش‌نامه تاب‌آوری پایین‌ترین نمره‌ها را گرفتند انتخاب شدند. افراد بطور تصادفی به دو گروه آزمایش و گروه کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش معنویت مبتنی بر آموزه‌های دین مبین اسلام مبتنی بر کتاب روان‌درمانی و معنویت (وست، ترجمه شهیدی و شیرافکن، ۱۳۸۷) و مداخلات معنوی ریچارد و برگین (۲۰۰۵) را دریافت کردند. گروه کنترل آموزشی را دریافت نکرد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از رضایت افراد انتخاب شده به شرکت در جلسات درمان، وابستگی به موادمخدر، داشتن پرونده در کلینیک ترک اعتیاد نیکوسلامت و حداقل حضور بیش از یک ماه در کلینیک مربوطه. ملاک‌های خروج عبارت بودند از مبتلا بودن به یک اختلال یا بیماری دیگر، تحت درمان بودن به خاطر اختلال یا بیماری و شرکت همزمان در درمان‌های دیگر و غیبت بیش از دو جلسه.



## ابزار

۱. پرسشنامه سازگاری اجتماعی: به منظور جمع‌آوری اطلاعات از مقیاس سازگاری اجتماعی ویزمن و پی-کل<sup>۱</sup> (۱۹۷۴)، استفاده شد. این مقیاس دارای ۵۴ سوال کلی است که عملکرد اجتماعی را در هفت حوزه سازگاری در فعالیت‌های اجتماعی و فوق برنامه، روابط خویشاوندی، روابط زناشویی، نقش والدینی، روابط خانوادگی و وضعیت اقتصادی مورد بررسی قرار می‌دهد. این پرسشنامه در سال ۱۳۷۸ به وسیله میرزمانی ترجمه و معرفی شده است. نمره بالا بیانگر سازگاری اجتماعی پایین آزمودنی است. بالا بودن نمره کلی حاکی از آن است که آزمودنی از سازگاری اجتماعی نامطلوبی برخوردار است. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۳ گزارش شده است (کوهسالی و همکاران، ۱۳۸۷، به نقل از ترابی، مندبی و گرمی زاده شیرازی، ۱۳۹۴). در پژوهش شمسایی، موسیوند، بیگ‌مرادی و مقیم‌بیگی (۱۳۹۵) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش شده است.

۲. مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون<sup>۲</sup>: این مقیاس شامل ۲۵ گویه ۵ گزینه‌ای (کاملاً نادرست، بندرت درست، گاهی درست، اغلب درست، همیشه درست) است. حداقل نمره برای این مقیاس صفر و حداکثر آن ۱۰۰ است. در پژوهش امینی (۱۳۹۲) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ برای این مقیاس گزارش شده است. سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برابر با ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند. هم‌چنین نتایج تحلیل عاملی، بیانگر یک عامل عمومی بود. مقدار ضریب KMO برابر با ۰/۸۹ و مقدار آزمون کرویت بارتلست برابر با ۱۸۹۳/۸۳ بود. مقدار ارزش ویژه برای این عامل عمومی برابر با ۶/۶۴ بود. این عامل ۲۶/۶ درصد از واریانس کل مقیاس را تعیین می‌کند (سامانی و همکاران، ۱۳۸۶).

خلاصه جلسات معنویت‌درمانی با تأکید بر آموزه‌های دین مبین اسلام مبتنی بر کتاب روان‌درمانی و معنویت (وست، ترجمه شهیدی و شیرافکن، ۱۳۸۷) و مداخلات معنوی ریچارد و برگین (۲۰۰۵) در جدول ۱ ارائه شده است.

**جدول ۱: خلاصه جلسات معنویت‌درمانی با تاکید بر آموزه‌های دین مبین اسلام**

محتوای جلسات	
جلسه ۱	آماده‌سازی، تعیین اهداف و قوانین گروه، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، مشاوره و بحث در مورد معنویت و اعتیاد، و اجرای پرسشنامه‌های تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی.
جلسه ۲	بیان مشکل، بحث در مورد اعتیاد و بحث در مورد اثرات اعتیاد بر ایجاد اختلالات روانی
جلسه ۳	دعای کمیل و نیایش، عبادات و مناسک مذهبی
جلسه ۴	آیات قرآنی و تفسیر، ذکر اسماء الهی، توضیحاتی درباره قضا و قدر الهی، ایمان آوردن به اینکه نیرویی برتر از ما قادر است ما را به مسیر سلامت هدایت کند
جلسه ۵	توضیح و تشریح محاسن و فواید شرکت در مراسم مذهبی، بخشایش و توبه، و عفو و کرم الهی، اعتقاد به اینکه خالق هستی بهترین یاور است (مبتنی بر مداخلات ریچارد و برگین، ۲۰۰۵)
جلسه ۶	گوش دادن به صوت قرآن کریم و روخوانی قرآن کریم توسط اعضای گروه
جلسه ۷	قصه قرآنی، توسل به انوار اهل بیت (ع)
جلسه ۸	توضیح و تشریح فواید نماز جماعت و نماز، زندگی‌نامه پیامبر اکرم (ص)
جلسه ۹	خلاصه و جمع‌بندی جلسات و اختتام، صحبت در مورد آموخته‌های خود در گروه، مرور برنامه و جمع‌بندی برنامه آموزشی معنویت‌درمانی و اجرای پرسشنامه‌های تاب‌آوری و سازگاری - اجتماعی.

**یافته‌ها**

در پژوهش حاضر ۱۴ نفر از افراد زیر دیپلم، ۱۲ نفر دیپلم، ۳ نفر فوق دیپلم و یک نفر لیسانس بودند. در رابطه با وضعیت تاهل ۲۴ نفر متاهل، ۳ نفر مجرد و ۳ نفر متارکه بودند. شاخص‌های توصیفی تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است.

**جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل**

گروه	مرحله	آزمایش		کنترل	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
تاب‌آوری	میانگین	۵۵/۶۷	۶۱/۳۳	۵۵/۹۳	۵۵/۸۵
	انحراف معیار	۳/۱۶	۳/۲۲	۲/۹۱	۲/۷۳
سازگاری -	میانگین	۱۵۶/۰۶	۱۵۰/۱۴	۱۵۳/۷۹	۱۵۳/۸۶
اجتماعی	انحراف معیار	۵/۴۷	۵/۱۱	۴/۹۷	۵/۳۰

به منظور بررسی اثربخشی آموزش معنویت با تاکید بر آموزه‌های دین مبین اسلام بر تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شده. ابتدا برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد. این آزمون برای هیچ کدام از متغیرها معنی‌دار نبود. همچنین برای بررسی فرض همگنی ماتریس کواریانس‌ها از آزمون ام باکس استفاده شد و نتایج حکایت از برقراری این پیش فرض داشت ( $F=0/49, P>0/05, M=1/6$  باکس). برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد که نتایج حکایت از نرمال بودن توزیع‌ها داشت. نتایج همگنی شیب رگرسیون نیز حکایت از برقراری این پیش فرض داشت ( $P>0/05, F=0/421$ ). با توجه به برقراری پیش فرض‌ها تحلیل کواریانس چندمتغیره انجام شد که نتایج حکایت از معناداری داشت ( $P<0/001, F=175/9, \alpha=0/66$  لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیره به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره برای بررسی الگوهای تفاوت

متغیرها	میانگین مجذورات	F	معنی داری	ضریب اتا
تاب‌آوری	۲۲۵/۲۱	۲۶۲/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۹
سازگاری اجتماعی	۲۴۷/۳۳	۸۲/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۷۶

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که در هر دو متغیر آموزش معنویت موثر بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی آموزش معنویت مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی در افراد معتاد بود. نتایج نشان داد که استفاده از آموزش معنویت مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر تاب‌آوری در افراد معتاد موثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های حمید و همکاران (۱۳۹۱)، قدم‌پور و همکاران (۱۳۹۴)، دهقان و همکاران (۱۳۹۴) و سروریان و همکاران (۱۳۹۶) همسو است. در تبیین این یافته‌ها، می‌توان گفت که نماز خواندن، دعا، ذکر و پرداختن به فعالیت‌های معنوی از راه مراکز قشری مغز و ارتباط متقابل آن‌ها با مراکز غدد تالاموس و هیپوتالاموس معنا و مفهوم عاطفی پیدا می‌کنند. از سوی دیگر، این مراکز با غده هیپوفیز در ارتباط است که این غده،

فعالیت دیگر غده‌ها را تنظیم می‌کند. همچنین نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که پرداختن به فعالیت‌های مذهبی، بر روی مکانیسم‌های دفاعی بدن مثل پادتن‌ها تأثیر مثبت دارد و مقاومت بدن را در برابر بیماری‌های مزمن جسمی و بیماری‌های روانی افزایش می‌دهد. توسل به ائمه، زیارت، دعا و نماز، ابتدا توسط مغز دریافت شده و با توجه به، نیت و قصد نیروبخشی و افزایش توانایی این اطلاعات در سیستم عصبی تجزیه و تحلیل شده که طی آن به سیستم ایمنی دستور داده می‌شود تا در مقابل استرس و فشار روانی مقاومت کند. اهمیت عامل فشارآور از طریق ارزیابی‌های شناختی، که تحت تأثیر باورها و ارزش‌های فردی مانند کنترل فردی و باورهای وجودی و معنوی قرار دارد، تعیین می‌شود (سروریان و همکاران، ۱۳۹۶). در شرایط دشوار، معنویت ممکن است تنها منبع دست یافتن به آرامش یا پذیرش موقعیت باشد. رویکرد معنویت درمانی برای رساندن فرد به آرامش روان، یک مجموعه راهکارهای ذهنی و بینشی مانند ارتقای معرفت، خداباوری، صبر، زهد، توکل، رشد تدریجی بینش الهی، دعا و نیایش، احیای فطرت الهی و تقویت اراده برای ترک گناه را ارائه می‌کند (قدم پور و همکاران، ۱۳۹۴). باورهای معنوی، فرد تاب‌آور را در برابر مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی مصونیت بخشیده و کارکرد زندگی مثبت را افزایش می‌دهد. از این دیدگاه، فرد زمانی که با نیروی بزرگتری در ارتباط است و اهداف و ارزش‌های والاتری دارد دارای عملکرد بهتری است. در این صورت، طبیعی است که هر رخدادی هر چند توان فرسا، همچون فشارهای شدید و بیماری‌های مرگ‌آور و سایر بیماری‌ها و اختلالات در این مسیر معنا یابد. هنگامی که انسان با مشکلات و دشواری‌ها مواجه می‌شود و احساس می‌کند که به تنهایی بر حل آن‌ها توانا نیست، از فرد توانمند دیگری کمک می‌گیرد. بر اساس آموزه‌های دینی، چنین انسانی برای جبران ضعف خود، در عین استفاده از عوامل طبیعی و اسباب مادی، باید به نیروی غیبی و قدرت بی‌پایان خدا تکیه کرده و از او استمداد جوید. توکل به خدا عامل تقویت‌کننده روانی و یکی از مؤثرترین مقابله‌های مذهبی است. در تحقیقات روان‌شناختی نیز توکل به خدا یکی از مقابله‌های مذهبی دانسته شده است. افرادی که به خدا توکل ندارند و خود را به نیروی بی‌پایان الهی متصل نمی‌دانند، نیروها و توانمندی‌هایشان محدود

است. بدین جهت، در مواجهه با مشکلات خود را ناتوان می‌بینند و نیرویی را در خود نمی‌بینند تا به آن اعتماد کنند، اما متوکلان امید به پشتیبانی خداوند دارند و اعتماد به نفس بالایی خواهند داشت. توکل به خدا، زمینه‌رهای از رنج و افسردگی و اضطراب را فراهم می‌سازد (باقری، میریان و باقری، ۱۳۹۲). فرض اساسی در معنویت‌درمانی این است که شخص نمی‌تواند برای همیشه از رنج در زندگی اجتناب کند؛ اما می‌تواند راه پرمعنائی برای پاسخ دادن به رنج در زندگی برگزیند. علاوه بر این، کسانی که معنا را در زندگی می‌یابند، می‌توانند توانایی‌های نهفته‌شان را شکوفا کرده و با اثربخشی بیشتری به مبارزه و تلاش در زندگی بپردازند. به‌طور کلی مقابله مذهبی، متکی بر باورها و فعالیت‌های مذهبی است و از این طریق در کنترل استرس‌های هیجانی به افراد کمک می‌کند. احساس تعلق داشتن به منجی والا، امیدواری به کمک و یاری خداوند در شرایط مشکل‌زای زندگی، برخورداری از حمایت‌های اجتماعی و معنوی همگی از جمله منابعی هستند که افراد مذهبی با برخورداری از آن‌ها می‌توانند در مواجهه با حوادث، فشار کمتری را تحمل کنند و تاب‌آوری بالاتری داشته باشند. افراد دارای جهت‌گیری مذهبی، دارای افسردگی، اضطراب، شرمندگی و احساس گناه پایین، سلامت‌روانی بالا، اتکا به خداوند و منابع معنوی هستند که باعث احساس کنترل و تسلط بیشتر بر شرایط و در نتیجه تاب‌آوری می‌شود.

از جمله نتایج دیگر این بود که استفاده از آموزش معنویت‌مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر سازگاری اجتماعی افراد معتاد مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های جانی و همکاران (۱۳۹۳)، کرمی و همکاران (۱۳۹۴)، عسگری (۱۳۹۵)، مک‌نلتی و همکاران (۲۰۰۴) و دیویسون و جانگیری (۲۰۱۳) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که نخستین و مهم‌ترین عامل، مربوط به تأثیر ویژه معنویت‌درمانی در بهبود نگرش و تفسیر فرد نسبت به زندگی است. افراد بر مبنای منابع در دسترس و از راه‌های گوناگون کنار آمدن، استرس خود را مدیریت می‌کنند. از این دیدگاه، می‌توان گفت باورها، ارزیابی‌های شناختی مهم را در فرایند مقابله تحت تأثیر قرار می‌دهند. از این رو، معنویت می‌تواند به افراد کمک کند تا وقایع منفی را به شیوه متفاوتی ارزیابی نمایند. همچنین معنویت حس

قوی تری از کنترل را ایجاد می‌نماید که از این راه، به سازگاری کمک می‌کند (بوالهیری، ۱۳۹۱). در تبیین دیگر این یافته می‌توان گفت که در معنویت درمانی به متعالی شدن افراد کمک می‌شود و این بعد متعالی آنان را به سوی خداوند رهبری می‌کند. عقاید دینی و معنوی با فراهم کردن یک نیروی یکپارچه کننده با جنبه‌های جسمانی و روانی افراد، به آن‌ها کمک می‌کند که از نظر معنوی سالم باشند و در محدوده این سلامتی احساس زنده بودن، هدفمندی و رضایت داشته باشند. راه‌های شناخت و رسیدن به خدا و تأثیر آن در زندگی و تأکید بر ارتباط نزدیکتر با خدا، باعث می‌شود که وجود خدا در زندگی افراد پررنگ‌تر احساس شود، در آن‌ها نوعی احساس امنیت به وجود آید و با تکیه بر نیروی خدا، سازگاری آن‌ها ارتقا یابد. معنویت با هدف قرار دادن باورهای فرد حس قویتری از کنترل ایجاد می‌کند و باعث رضایت از زندگی می‌شود (عسگری، ۱۳۹۵). شرکت در مراسم مذهبی و عبادی، مثل نماز باعث کاهش تنش و رهایی از پریشانی‌های عاطفی می‌شود. حالت آرامش روان، آرام‌سازی و آسودگی ناشی از مسائل مذهبی، نماز و دعا و نیایش، از این جهت است که فرد به گونه‌ای آگاهانه و خالصانه به آن‌ها عشق می‌ورزد. در احوال بزرگان دین نیز آمده است که با نماز، قرآن و سایر اعمال مذهبی به آرامش می‌رسیدند (قدم پور و همکاران، ۱۳۹۴). داشتن معنا در زندگی، امیدواری به یاری خداوند در شرایط مشکل، بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا از جمله روش‌هایی است که موجب می‌شود افراد در هنگام مواجهه با حوادث، مصائب و مشکلات آسیب کمتری دیده و سلامت روان خویش را در حد بهینه حفظ کنند. بشر می‌تواند به کمک معنویت از ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی و اجتماعی پیشگیری کند و با کمک گرفتن از دین، نماز و نیایش، به منبع لایزال و نامتناهی قدرت الهی وابسته شده و احساس امید و آرامش داشته باشد. شرکت در مراسم مذهبی، آثار روانی اجتماعی مهمی به همراه دارد که علاوه بر انجام فرایض دینی، نوعی ارتباط سالم و عاطفی بین افراد جامعه ایجاد می‌شود. همه این موارد می‌تواند منجر به سازگاری اجتماعی افراد شود. در شرایط دشوار، معنویت ممکن است تنها منبع دست یافتن به آرامش یا پذیرش موقعیت باشد. رویکرد معنویت‌درمانی برای رساندن فرد به آرامش روان، یک مجموعه راه کارهای

ذهنی و بینشی مانند ارتقای معرفت، خداباوری، صبر، زهد، توکل، رشد تدریجی بینش الهی، دعا و نیایش، احیای فطرت الهی و همچنین راهکارهای گرایش و کنشی و تقویت اراده برای ترک گناه ارائه می‌کند (قدم پور و همکاران، ۱۳۹۴) که می‌توان گفت این موارد زمینه لازم برای سازگاری اجتماعی در افراد را ایجاد می‌کنند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش عدم انجام مرحله‌ی پیگیری بود. امید است با توجه به دستاوردها و نتایج این پژوهش بتوان با آموزش معنویت درمانی با تاکید بر آموزه‌های دین مبین اسلام، تاب آوری و سازگاری اجتماعی افراد معتاد را افزایش داد تا به سوی یک زندگی سالم و رشد یافته گام بردارند. پیشنهاد می‌شود که جهت آشناسازی افراد جامعه با اعتیاد و عوارض آن کارگاه‌های آموزشی برگزار گردد و در حوزه پیشگیری و درمان هم از آموزه‌های دینی و معنوی استفاده شود.

### تشکر و قدردانی

از مسئولان کلینیک ترک اعتیاد نیکو سلامت قروه و تمام افرادی که همکاری داشته‌اند تشکر و قدردانی می‌شود.

### منابع

احمدی، فرشاد؛ حسنی، جعفر و سعیدپور، جعفر (۱۳۹۷). نقش تشخیصی انقطاع پاداش تاخیری و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد محرک، افیون و سیگاری. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۱۲(۴۵)، ۷۱-۹۰.

احمدی، محسن؛ نجفی، محمود؛ حسینی‌المدنی، سیدعلی و عاشوری، آلاله (۱۳۹۱). مقایسه سبک‌های دفاعی و ویژگی‌های شخصیتی در افراد معتاد و عادی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۶(۲۳)، ۳۹-۵۱.

ارقبایی، محمد؛ سلیمانان، علی‌اکبر و محمدی‌پور، محمد (۱۳۹۷). نقش جو عاطفی خانواده در گرایش به مصرف مواد: بررسی نقش میانجی عاطفه منفی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۱۲(۴۵)، ۷۰-۵۳.

امانی، رزیتا؛ اعتمادی، عذرا؛ فاتحی‌زاده، مریم و بهرامی، فاطمه (۱۳۹۱). رابطه میان سبک‌های دلبستگی و سازگاری اجتماعی. *مجله روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۹(۶)، ۱۵-۲۶.

- امینی، فهیمه (۱۳۹۲). رابطه بین تاب آوری و فرسودگی شغلی پرستاران. *مجله توسعه پژوهش در پرستاری و مامایی*، ۱۱(۲)، ۹۴-۱۰۲.
- باقری، حسین؛ میریان، سید احمد و باقری، مائده (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین توکل به خدا و سلامت روان بین دانشجویان دانشگاه آزاد واحد نکا. *مجله دین و سلامت*، ۱(۱)، ۴۸-۵۸.
- بخشی زاده، شهرزاد؛ غلامعلی، افروز؛ به پژوه، احمد؛ غباری بناب، باقر و شکوهی یکتا، محسن (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مهارت‌های تاب آوری مبتنی بر معنویت اسلامی بر میزان رضامندی زوجیت و مولفه‌های تاب آوری معنوی در مادران با کودکان آهسته گام. *مجله توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۷(۲۰)، ۶۰-۷۵.
- بوالهری، جعفر (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه. *مجله جامعه‌شناسی زنان*، ۳(۱)، ۸۵-۱۱۵.
- ترابی، فاطمه، مندبی، شیدا و گرمی زاده شیرازی، ندا (۱۳۹۴). مقایسه سازگاری اجتماعی پدران دارای فرزند با و بدون کم توانی ذهنی، تعلیم و تربیت استثنایی، ۱۵(۶)، ۲۹-۲۲.
- جانن، ستاره؛ مولایی، مهتری؛ جنگی قوجه بیگلو، شهلا و پوراسمعی، اصغر (۱۳۹۳). اثربخشی شناخت درمانی مذهب محور بر اضطراب مرگ، سازگاری اجتماعی و بهزیستی ذهنی در بیماران مبتلا به سرطان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۰(۵)، ۹۴-۱۰۳.
- حمید، نجمه؛ بشلیده، کیومرث؛ عیدی بایگی، مجید و دهقانی زاده، زهرا (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی روان درمانی شناختی-رفتاری مذهب محور بر افسردگی زنان مطلقه. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱(۱)، ۵۴-۶۴.
- خالدیان، محمد؛ هدایت، امجد و جلالیان، عسگر (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش معنویت با تاکید بر آموزه‌های دین اسلام بر کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۴(۱۶)، ۱۱-۲۴.
- دهقان، فاطمه؛ پیری کامرانی، مرضیه و کرمی، جهانگیر (۱۳۹۴). اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر افزایش تاب آوری. *مجله روان‌شناسی و دین*، ۸(۴)، ۸۱-۹۲.
- رنجبر سودجانی، یوسف؛ سعیدی، زهرا و میرزائی، عباس (۱۳۹۶). اثربخشی گروه درمانی با رویکرد تحلیل ارتباط متقابل بر افزایش امید در دختران نوجوان تحت درمان با متادون. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۴(۱۶)، ۱۴۴-۱۳۱.
- سادات مرتضوی، نرگس و یاراللهی، نعمت (۱۳۹۴). فراتحلیل رابطه‌ی بین تاب آوری و سلامت روان. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۷(۳)، ۱۰۸-۱۰۳.



سپهری‌نسب، زهرا و حسین‌ثابت، فریده (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مدیریت استرس بر امید و سازگاری بین فردی معتادان تحت درمان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۹(۳۵)، ۸۴-۶۹.

سرتیپ‌زاده، افسانه؛ علی اکبری‌دهکردی، مهناز و طبائیان، سیده‌راضیه (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر اضطراب مرگ سالمندان مقیم خانه‌سالمندان. *مجله روانشناسی و دین*، ۹(۴)، ۷۰-۵۷.

سامانی، سیامک؛ جوکار، بهرام و صحراگرد، نرگس (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۳(۳)، ۲۹۵-۲۹۰  
سروریان، زهرا؛ تقی‌زاده، محمداحسان و سروریان، حمیدرضا (۱۳۹۶). اثربخشی معنادرمانی با رویکردی دینی بر عزت‌نفس و شادکامی و تاب‌آوری نوجوانان دختر. *مجله روانشناسی و دین*، ۱۰(۳)، ۲۴-۵.

شریعتی، محمدابراهیم؛ ایزدی‌خواه، زهرا؛ مولوی، حسین و صالحی، مهرداد (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی گروه درمانی به شیوه شناختی رفتاری با درمان مبتنی بر بهبود کیفیت‌زندگی بر خودکارآمدی افراد معتاد. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱(۴)، ۲۸۸-۲۷۹.

شمسائی، فرشید؛ موسیوند، فاطمه؛ بیگ‌مرادی، علی و مقیم‌بیگی، عباس (۱۳۹۵). تأثیر بکارگیری مهارت حل مسئله بر سازگاری اجتماعی در زنان بعد از هیستریکتومی. *نشریه روان پرستاری*، ۴(۱)، ۶۳-۵۶.

عسگری، پرویز (۱۳۹۵). اثربخشی معنویت‌درمانی با تأکید بر آموزه‌های دین مبین اسلام بر کیفیت‌زندگی و سازگاری در سالمندان. *مجله روانشناسی پیری*، ۲(۴)، ۲۹۱-۲۸۱.  
قدم‌پور، عزت‌الله، رحیمی‌پور، طاهره و سلیمی، حسین (۱۳۹۴). اثربخشی رویکرد گروه‌درمانی معنوی بر افزایش میزان تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر اصفهان. *مجله روان‌شناسی و دین*، ۸(۴)، ۸۰-۶۱.

کریمی، جهانگیر؛ پیری‌کامرانی، مرضیه و کریمی، پروانه (۱۳۹۴). تأثیر آموزش معنویت‌درمانی بر سازگاری اجتماعی در دانشجویان. *فصلنامه اخلاق*، ۵(۱۷)، ۲۰۰-۱۸۳.  
مظاهری، اکرم؛ باغبان، ایران و فاتحی‌زاده، مریم (۱۳۸۵). تأثیر آموزش گروهی عزت‌نفس بر میزان سازگاری اجتماعی دانشجویان. *دانشور رفتار*، ۱۳(۱۶)، ۵۶-۴۹.  
والی‌پور، ایرج. (۱۳۸۰). *روانشناسی سازگاری*. تهران: انتشارات وحید.

وست، ویلیام (۱۳۸۷). *روان‌درمانی و معنویت*، ترجمه شهریار شهیدی و علی شیرافکن (۱۳۸۷). تهران: انتشارات رشد.

یاسمی‌نژاد، پریسا؛ گل محمدیان، محسن و سعیدی‌پور، بهمن (۱۳۸۹). درآمدی بر رابطه دین و معنویت با روان‌شناسی با تکیه بر دیدگاه چند تن از روان‌شناسان مطرح. *دوفصلنامه قیاسات*، ۱۵(۵۶)، ۷۹-۱۱۲.

- Baumeister, R & Kathleen, D. U. (2004). *Handbook of self-regulation research, theory and applications*, New York: The Guilford press.
- Davison, S. N & Jhangri, G. S. (2013). The Relationship between Spirituality, Psychosocial Adjustment to Illness, and Health-Related Quality of Life in Patients with Advanced Chronic Kidney Disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(2), 172-178.
- Gendreau, P & Gendreau, L. P. (1970). Addiction-pron personality: A study of Canadian heroin addicts. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 2, 18-25.
- Graham, S., Furr, S., Flowers, C & Burke, M. T. (2001). Religion and Spirituality in Coping with Stress. *Counseling and Values*, 46(1), 2-13.
- Lundholm, L. (2013). Substance use and violence: influence of alcohol, illicit drugs and anabolic androgenic steroids on violent crime and self-directed violence. Ph.D Unpublished Dissertations, Sweden: Uppsala univercitet.
- McNulty, K., Livneh, H & Lisa, M. W. (2004). Perceived Uncertainty, Spiritual Well-Being, and Psychosocial Adaptation in Individuals with Multiple Sclerosis. *Rehabilitation Psychology*, 49(2), 91-99.
- Perkins, D. F & Jones, K. R. (2004). Risk behaviors and resiliency within physically abused adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 28(5), 547-563.
- Pinquart, M. (2009). Moderating effect of dispositional resilience on association between hassles and psychological distress. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30(1), 53-60
- Richards, S. P & Bergin, A. E. (2005). *A spiritual strategy for counseling and psych, therapy*, American psychological Association, (2nded.) U.S.A.
- Yang, K. P & Mao, X.Y. (2007). A study of nurse's spiritual intelligence: A cross-sectional questionnaire survey. *Journal of nursing studies*, 144, 999-1010.