

تأثیر معنویت درمانی بر کاهش گرایش به مصرف مواد مخدر The Effect of Spirituality Therapy on the Attitude to Drug Abuse

Hamid Molayi Zarandi (Corresponding author)

Ph.D. Student of General Psychology, Faculty of Higher Education, Department of Psychology, Zarand Branch, Islamic Azad University, Zarand, Iran
Email: hamid.molayi@gmail.com

Fariborz Dortaj

Ph.D. in Psychology, Department of Psychology, AllamehTabatabaie University, Tehran, Iran

حمید ملایی زرنندی (نویسنده مسئول)

دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشکده تحصیلات تکمیلی، گروه روانشناسی، واحد زرنند، دانشگاه آزاد اسلامی، زرنند، ایران

hamid.molayi@gmail.com

فریبرز ذرتاج

دکترای روان شناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

چکیده

Abstract

Aim: The aim of this study was to investigate the effect of spirituality therapy on reducing drug abuse tendency. **Methods:** The research design was semi-experimental. Among the patients withdrawing drugs who obtained the highest score in the test of attitude to drug abuse, 30 subjects were selected using cluster sampling and assigned to experiment and control groups (n=15). The test of attitude to drug abuse by Golparvar was used as pre-test. 10 sessions of Spirituality Therapy were held for 80 minutes twice per week for the experimental group; afterwards each group was asked to respond to the questionnaire again. Finally, the obtained data were analyzed using covariance analysis and Pearson correlation coefficient. **Results:** The results showed that spirituality therapy did not have any effect on reducing drug abuse tendency. There was also a significant relationship between the tendency to drug abuse and the duration of drug consumption. **Conclusions:** Using spiritual therapy along with cognitive-emotional interventions can increase its effectiveness. Besides, if the length of spiritual therapy increases, the therapy is likely to be more effective. However, in addition to the change in the mindset and beliefs of addicts, the physical damage caused by drug abuse should also be treated at the same time.

هدف: هدف از انجام این پژوهش بررسی تأثیر معنویت درمانی بر کاهش تمایل به مصرف مواد مخدر بود. **روش:** طرح پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی 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 بیشترین نمره در پرسشنامه گرایش به مصرف مواد گلپروور بودند، به صورت خوشه ای انتخاب شدند. آزمون گرایش به مصرف مواد گلپروور به عنوان پیش‌آزمون مورد استفاده قرار گرفت. پس از ۱۰ جلسه آموزشی برای گروه آزمایش در خصوص معنویت درمانی هر هفته ۲ جلسه ۸۰ دقیقه ای، از هر دو گروه خواسته شد که مجدداً به پرسشنامه ها پاسخ گویند. در آخر داده های بدست آمده با استفاده از تحلیل کوواریانس و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که معنویت درمانی بر کاهش تمایل به مصرف مواد مخدر اثر ندارد. همچنین بین تمایل به مصرف مواد با مدت زمان مصرف مواد رابطه معنی داری مشاهده شد. **نتیجه‌گیری:** همراه ساختن معنویت درمانی با مداخلات شناختی-عاطفی میتواند اثربخش تر باشد. همچنین اگر طول دوره معنویت درمانی افزایش یابد، احتمالاً با اثربخشی بیشتری همراه است و علاوه بر تغییر در فکر و اعتقاد معتادین بایستی هم زمان آسیبهای جسمانی ناشی از مصرف مواد هم ترمیم شود.

Keywords: spirituality therapy, attitude to drug abuse, drug abuse

کلمات کلیدی: معنویت درمانی، گرایش به مصرف، مواد مخدر

مقدمه

اعتیاد و وابستگی به مواد یکی از معضلات و نگرانی‌های عمده جهان امروز است. از آنجا که اعتیاد اثرات بازدارنده بر رشد و شکوفایی جامعه دارد، تهدیدی جدی و نگران کننده است. وابستگی و سوء مصرف به عنوان اختلالات مزمن و عود کننده با تأثیرات و پیامدهای زیستی، فرهنگی، روانی، اجتماعی، رفتاری و معنوی در نظر گرفته می‌شود (حاج علیزاده، ۱۳۸۷). آثار و عواقب سوء مصرف مواد در سطوح فردی و اجتماعی قابل تأمل است. کاهش انگیزه‌ها، اختلالات تفکر و شناخت، اختلالات خلقی و بالا رفتن احتمال آسیب‌های بدنی و حتی مرگ نمونه‌هایی از آثار فردی مصرف مواد و در سطح اجتماعی نیز بزهکاری - مشکلات خانوادگی، آشفتگی 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 (سلاجقه، ۱۳۹۴). شواهد قابل ملاحظه‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد مشارکت‌های دینی و معنوی 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 (باللی، ۱۳۸۴). دانشمندان علوم تجربی معتقدند که تمایلات معنوی و مذهبی در کاهش یا حتی رفع بیماری‌های مختلف روحی و جسمی نقش بسزایی دارند. منظور از معنویت درمانی، درمان آلام و رنج‌های درونی و بیرونی انسان از طریق متعالی و ماوراءطبیعی است. بسیار گفته می‌شود که مشاوره و روان درمانی با معنویت ارتباط ندارد؛ زیرا در تصویری که بسیاری از درمانگران سعی دارند از روان درمانی به جهان ارائه دهند، معنویت جایگاهی ندارد. در اکثر برنامه‌های آموزشی مشاوره و روان درمانی، هیچ اشاره‌ای به مسائل مربوط به معنویت، به عنوان بخشی از زندگی انسان و عاملی مهم در سلامت روان افراد دیده نمی‌شود، با آن که 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 زمینه‌ی معنویت و کاربرد آن در درمان مشتاق هستند. با وجودی که هم درمانگران و هم درمان پذیران، مانند سایر افراد، معنویاتی را تجربه می‌کنند، لیکن اکثر درمان پذیران 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 (عسکری، میرگل و میرشکار ۱۳۹۳). در این نوع درمان می‌توان از طبیعت، مدیتیشن، موسیقی و دیگر شیوه‌های غیرسستی درمانی هم استفاده کرد، از هر کدام که در تلاش برای اتصال جسم و ذهن با روح و یا به دنبال کشف عمیق‌ترین بخشی از خود باشند.

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، برپایه باورهای دینی و جهت کاهش مشکلات و معضلات فردی خانوادگی و اجتماعی وجود دارد. 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 (رحمتی، ۱۳۹۵). برای پیروان برخی مذاهب مانند مسیحیان و مسلمانان و همچنین سایر ادیان، معنویت بطور مستقیم با مذهب مرتبط است (راسول^۱، ۲۰۰۰). مطالعات تجربی پیوندهای معنی‌داری بین دین و معنویت شناسایی کرده‌اند (هیل^۲ و پارگامنت^۳، ۲۰۰۳). 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. هر چند پسوت^۴ و همکاران ابراز می‌دارد 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 (پسوت، فولر^۵، تیلور^۶، ریمر-کیرخام^۷ و ساواتزکی^۸، ۲۰۰۸). با توجه به نقش معنویت و احاطه آن بر همه شئون زندگی انسان، معنویت در بازداری فرد از گرایش به مصرف مواد مخدر نقش تعیین‌کننده‌ای دارد (سیگل^۹ و سنا^{۱۰}، ۱۹۹۷). مشرفیان دوست (۱۳۹۶) در تحقیقی با عنوان رابطه هوش معنوی و عمل به باورهای دینی با گرایش به اعتیاد به این نتیجه رسید که هوش معنوی و عمل به باورهای دینی پیش‌بینی‌کننده‌های معناداری برای گرایش به اعتیاد می‌باشند. تحقیقات جلائی (۱۳۹۴) و همچنین سالاری درگی، رقیبی و معلمی (۱۳۸۹) نیز بین هوش معنوی گروه معتاد با گروه غیر معتاد تفاوت معناداری را گزارش کرده‌اند. مطالعه انجام شده توسط کانر^{۱۱} و همکاران (۲۰۰۹)، با هدف دستیابی به مدلی جامع برای نشان دادن نقش مذهب و معنویت در درمان اعتیاد، مددجویان مبتلا به سوء مصرف مواد را در طول ۱۲ ماه در دو گروه مذهب و معنویت مورد مطالعه قرار دادند و مشاهده کردند که همبستگی معناداری بین گروه معنویت و پیامدهای درمانی وجود دارد. گالانتر^{۱۲} و همکاران (۲۰۰۷) با هدف بررسی معنویت و ارتباط آن با درمان اعتیاد، معتادان را در سه گروه و شرایط مختلف بیمارستان روان پزشکی، خانه‌های سلامت، و مراکز درمان با متادون مورد بررسی قرار دادند و نتایج به دست آمده را با افراد غیر مبتلا مقایسه و نتیجه‌گیری کردند که اگرچه نحوه درمان و محیط درمانی بر پیامدهای درمان اعتیاد مؤثر است، اما برای بسیاری از

^۱. Rassool

^۲. Hill.

^۳. Pargament.

^۴. Pesut.

^۵. Fowler

^۶. Taylor

^۷. Reimer-Kirkham

^۸. Sawatzky

^۹. Siegle.

^{۱۰}. Senna

^{۱۱}. Conner

^{۱۲}. Galanter

بیماران جهت‌گیری معنوی جنبه بسیار مهم و اثرگذار بر درمان تلقی می‌شود. هاینز^۱ و همکاران (۲۰۰۷) پژوهشی با هدف بررسی رابطه تجارب معنوی/مذهبی با پیامدهای درمانی افراد وابسته به هرویین و کوکائین، انجام دادند. یافته‌ها نشان دادند که فعالیت‌ها و تجارب معنوی/مذهبی نقش مهمی در درمان و بهبودی از سوء مصرف مواد دارند و همین‌طور ذکر کرده‌اند که ویژگی‌های جمعیت شناختی باید در طراحی مداخلات معنوی در نظر گرفته شوند. در مطالعه دیگری، کانرز و همکاران دریافتند که نمرات بالاتر در مقیاس‌های مختلف معنویت، میزان بالاتری از پرهیز در شش ماهه پیگیری پس از ترک را پیش بینی می‌کند (زموره^۲ و کاسکوتاس^۳، ۲۰۰۴).

این اثرات می‌تواند به سایر شئون زندگی این افراد هم تسری یابد. به عنوان مثال، خالدیان، محمدی‌فر (۱۳۹۴) در تحقیقی نشان دادند که درمان گروهی شناختی-رفتاری و معنادرمانی بر کاهش افسردگی و امید به زندگی در افراد معتاد به مواد مخدر تأثیر دارند و نسبت به یکدیگر اثر آنها تفاوت معنی‌داری نداشته است. پارذینی و همکاران هم در مطالعه‌ای بر روی معتادان در حال بهبود دریافتند که سطوح بالاتر ایمان مذهبی و معنویت پیش‌بینی‌کننده‌های جهت-گیری زندگی خوشبینانه‌تر، حمایت اجتماعی ادراک شده بیشتر، انعطاف‌پذیری بالاتر نسبت به استرس و کاهش سطح اضطراب هستند (واترز^۴، ۲۰۰۵).

با توجه به آنچه بیان شد و یافته‌های موجود مبنی بر نقش پیشگیرانه و مداخله‌ای اعتقادات و باورهای دینی در زمینه آسیب‌ها و نابهنجاری‌ها، در این پژوهش بر آن شده‌ایم تا با استفاده از یک سری آموزش‌های مداخله‌ای مبتنی بر رویکرد معنویت بر روی گروهی از جامعه کارکنیم که به شدت شرایط روانی و شخصی آنها، اوضاع خانوادگی و ارتباطی و پیامدهای اجتماعی و چندجانبه آنها مورد اهمیت و ضرورت است، یعنی معتادان که متأسفانه تعداد زیادی از آنها پس از دریافت درمان‌های فیزیکی و دارویی مجدد به سمت مصرف کشیده می‌شوند.

روش

روش این پژوهش به صورت نیمه تجربی بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه مردان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهرستان زرنند در پائیز و زمستان ۱۳۹۶ بوده است. نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای انجام شد. به این صورت که با دریافت لیست مراکز ترک اعتیاد زرنند از دانشگاه علوم پزشکی، از ۸ مرکز فعال در سطح شهر از هر یک از مناطق شمال، جنوب و مرکز شهر یک مرکز به صورت تصادفی انتخاب و از هر مرکز ۳۰ نفر (در مجموع ۹۰ نفر از ۳ مرکز) برای پاسخ‌گویی به پرسشنامه گرایش به مواد مخدر انتخاب شدند. از هر مرکز ۱۰ نفر که بیشترین نمره را در گرایش به مواد مخدر کسب کرده بودند، به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) و سایر اطلاعات مورد نیاز همچون مشخصات دموگرافیک، مدت مصرف، مدت زمان سپری شده از زمان ترک و ... هم از آنها کسب شد. سپس ۱۰ جلسه آموزشی در خصوص معنویت درمانی به صورت هفته‌ای ۲

1. Heinz

2. Zemore.

3. Kaskutas

4. Waters

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. 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 گروه به ۱۲ نفر رسید. در پایان به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها جهت بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر گرایش به مصرف مواد از روش تحلیل کوواریانس (ANCOVA) و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

ابزار

پرسشنامه گرایش به مصرف مواد گلپرور

این پرسشنامه از ۵۴ سوال تشکیل شده که دارای ۳۰ سوال مثبت و ۲۴ سوال منفی می‌باشد. تحلیل نمرات آزمون نیز به این صورت است که کسب نمره از ۱ تا ۱۸ به منزله گرایش شدید به مصرف مواد، کسب نمره ۱۹ تا ۳۶ گرایش متوسط به مصرف مواد و کسب نمره ۳۷ تا ۵۴ نیز به منزله گرایش خفیف به مصرف مواد می‌باشد. پایایی این ابزار توسط گلپرور به میزان (آلفا=۰/۸۹) گزارش شده است (شیخ الاسلام زاده و کاکویی، ۱۳۹۰). جهت تعیین روایی این ابزار در پژوهش قدرتی تربیتی، پاشیب، حسن زاده، علیزاده و حشمتی (۱۳۹۳) از روش اعتبار محتوا استفاده شد، بدین صورت که پرسشنامه در اختیار ده نفر از متخصصین مربوطه قرار گرفت و با توجه به نظرات این افراد پرسش نامه نهایی اصلاح گردید.

خلاصه جلسات

در تدوین محتوای جلسات از بسته‌های آموزشی استفاده شده در پژوهش‌های آقای صفاران و همکاران (۱۳۹۴)، غلامی (۱۳۹۰)، کیانی و همکاران (۱۳۹۴)، لطفی (۱۳۹۲) 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 کار رفته 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 قبلی بوده است مشترکات آن‌ها به ویژه محتوای اعتقادی و مذهبی جلسات درمانی بوه است. نقش مذهب در حد مورد سوال قرار دادن وضعیت اعتقادی و پایبندی به مناسک مذهبی و جهت‌دهی غیرمستقیم برای پذیرش نیاز به تغییر و قرار دادن 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 بصورت 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 دارا بودن گواهی شرکت در دوره‌های آموزشی شیوه‌های درمانی با تأکید بر نقش معنویت و ارزش‌های اخلاقی، به ارایه این پروتکل پرداختند که از نظر اساتید و صاحب نظران 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 تائید نظام روانشناسی و مشاوره صادر شده است.

جدول ۱- خلاصه محتوای جلسات معنویت درمانی

جلسه	عنوان	محتوا
اول	ایجاد امید و رابطه همدلانه و بررسی باورها و نگرش‌های اعضا نسبت به جهان و خدا	از افراد خواسته می‌شود تا بر روی برگه‌هایی بیوگرافی معنوی خود را بنگارند و سپس از آنها خواسته می‌شود توضیح خود را از باورهای معنوی‌شان به اشتراک بگذارند.
دوم	طرح سؤال معنویت چیست؟	آیا به نیروی مقدس معتقدید؟ 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 دستانتان برمی‌آید؟ از دست چه کسان دیگری کاری بر می‌آید؟ ارائه توضیحات در خصوص نقش خود افراد و خداوند در سرنوشت، آینده و تغییر.
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 پی بردن به ارزش‌های درونی خود.
چهارم	مراقبه، تمرکز و آرام بخشی عضلانی	توضیح تجربیات افراد از مراقبه و تمرکز بر موضوع خاص، نقش مراقبه در احساسات و آرامش. تمرین آرام بخشی عضلانی و تمرکز بر افکار، ارائه تکلیف برای بخشودگی دیگران و فکر کردن در خصوص جبران گذشته.
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 دست یافتن به یک ارتباط نیروبخش.
ششم	تواضع و خودکنترلی و شیوه‌های مقابله‌ای	بحث و بادل نظر درباره تواضع و گذشت. 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 صبور بودن. در مقابل فشارها و استرس‌ها ضمن حفظ خونسردی از روش‌های عاقلانه و مسئله مدار استفاده کرد. تمرین برای جلسه بعد: تقویت توان کنترل خود و بکارگیری شیوه‌های جدید و مناسب برخورد با اطرافیان.
هفتم	گسترش تجربیات معنوی، هدف‌گذاری مناسب در برنامه‌ها	ارتباط دائمی با خداوند در قالب همه برنامه‌های روزمره زندگی. انسان معنوی با صفات خود زندگی می‌کند نه با اموال و دارایی‌اش، رسیدن به توان بدل و بخشش و دستگیری از دیگران و تمرین این توانمندی در فاصله بین جلسات.
هشتم	فضاسازی ذهنی و محیطی برای رشد معنوی	الگوگیری از رفتارهای معنوی همه جانبه، بهبود ارتباطات فردی و 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.
نهم	مقاوم سازی 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. برجسته کردن نقش خودمدیریتی در سرنوشت، خانواده و زندگی. بیان موانع و علل برگشت‌پذیری احتمالی باورها و عادات قبلی و چگونگی راه‌های مقابله با آنها.
دهم	خودباوری و حفظ ارزش‌های بدست آمده بصورت مداوم	کوشا بودن و جدیت در ارزش‌سازی آنچه که در طول جلسات کمک‌کننده بوده است. خودشناسی، خودکنترلی، خود ارتقایی، تقویت و پیوند میان خود و نیروی لایزال الهی. بکارگیری تشویق‌ها و تأییدات درونی و برخورداری از تقریحات و لذت‌های منطبق با باورها و اعتقادات، رشد اخلاقیات به طور مستمر و ارزیابی مداوم ارتباط با خود، دیگران و خدا و حفظ روحیه معنوی برای تمام عمر.

یافته‌ها

جدول ۲ مشخصات دموگرافیک آزمودنی‌های پژوهش را به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. تمامی آزمودنی‌ها از بین مردان انتخاب شدند.

جدول ۲- مشخصات دموگرافیک آزمودنی‌های پژوهش به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل

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

جدول ۳ آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و مشخصات دموگرافیک آزمودنی‌ها را به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد.

جدول ۳- آماره های توصیفی متغیرهای پژوهش و مشخصات دموگرافیک آزمودنی ها به تفکیک گروههای آزمایش و کنترل

شاخص	گروه	آزمون	میانگین	انحراف معیار
گرایش به مصرف مواد	آزمایش	پیش آزمون	۱۵/۸۳	۴/۹۳۳
	کنترل	پس آزمون	۱۴/۵۸	۳/۸۹۵
مدت مصرف مواد (ماه)	آزمایش	پیش آزمون	۱۶/۰۸	۶/۶۱۲
	کنترل	پس آزمون	۱۵/۳۳	۶/۸۰۰
مدت اقدام به ترک (ماه)	آزمایش	پیش آزمون	۴۹/۵۰	۲۵/۹۱۱
	کنترل	پس آزمون	۵۳/۸۳	۳۳/۳۸
سن (سال)	آزمایش	پیش آزمون	۶/۵۰	۲/۶۴۶
	کنترل	پس آزمون	۵/۶۷	۲/۱۸۸
سن (سال)	آزمایش	پیش آزمون	۲۶/۹۲	۴/۴۸۱
	کنترل	پس آزمون	۲۶/۶۷	۳/۹۶۲

جهت بررسی پیش فرضهای استفاده از تحلیل کوواریانس ابتدا نرمال بودن توزیع نمرات تحقیق توسط آزمون کولموگروف-اسمیرنوف انجام شد. سطوح معنی داری به دست آمده نشان داد که توزیع نمرات تمامی متغیرها در هر دو گروه، نرمال یا نزدیک به نرمال است و شرط اول انجام تحلیل کوواریانس برقرار است ($P > 0/05$). همچنین انجام آزمون لوین هم نشان داد که شرط همگنی واریانس برای تمامی متغیرها در هر دو گروه، برقرار است ($P > 0/05$). لذا هر دو شرط انجام تحلیل کوواریانس در پژوهش حاضر برقرار بود.

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 تی مستقل استفاده شد.

جدول ۴- نتایج آزمون تی مستقل جهت بررسی تفاوت آزمودنیهای گروههای آزمایش و کنترل در نمرات پیش آزمون رضایت زناشویی و مشخصات دموگرافیک

شاخص	t	درجه آزادی	معنی داری
سن	۰/۱۴۵	۲۲	۰/۸۸۶
مدت مصرف مواد	۰/۳۵۵	۲۲	۰/۷۲۶
مدت مصرف متادون	۰/۸۴۱	۲۲	۰/۴۱۰

جدول ۴ نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و کنترل، در نمرات پیش آزمون 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 پس آزمون انجام شد.

جهت بررسی تأثیر معنویت درمانی بر تمایل به مصرف مواد افراد در حال ترک مواد مخدر و همچنین حذف اثر پیش آزمون، از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

جدول ۵- نتایج تحلیل کوواریانس جهت بررسی تأثیر معنویت درمانی بر تمایل به مصرف مواد افراد در حال ترک مواد مخدر

منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری
پیش آزمون	۵۷۸/۰۸۵	۱	۵۷۸/۰۸۵	۱۲۴/۵۱۳	۰/۰۰
گروه	۱/۶۸۷	۱	۱/۶۸۷	۰/۳۶۳	۰/۵۵۳
خطا	۹۷/۴۹۸	۲۱	۴/۶۴۳	-	-
کل	۶۰۴۹/۰۰۰	۲۴	-	-	-

با توجه به نتایج جدول ۵ مشاهده می‌شود که سطح معنی داری به دست آمده برای متغیر همپراش (پیش آزمون) معنادار است، که نشان دهنده انتخاب صحیح متغیر همپراش می‌باشد.

اما با توجه به اینکه سطح معنی داری متغیر مستقل (گروه) بیشتر از ۰/۰۵ است نتیجه می‌شود که پس از خارج کردن تأثیر پیش آزمون، اختلاف معناداری بین میانگین نمرات دو گروه در پس آزمون میزان تمایل به مصرف مواد وجود ندارد. لذا معنویت درمانی بر تمایل به مصرف مواد افراد در حال ترک مواد مخدر اثر ندارد.

جهت بررسی رابطه بین مدت زمان مصرف مواد مخدر و تمایل به مصرف مواد، با استفاده از همبستگی پیرسون، رابطه بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون تمایل به مصرف مواد با مدت زمان مصرف مواد بررسی شد.

جدول ۶- رابطه بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون تمایل به مصرف مواد با مدت زمان مصرف مواد

شاخص	ضریب همبستگی (r)	ضریب تبیین (R ²)	معنی داری
پیش آزمون	۰/۵۸۱	۰/۳۳۷	۰/۰۰۳
پس آزمون	۰/۵۸۶	۰/۳۴۳	۰/۰۰۳

با توجه به نتایج جدول ۶ مشاهده می‌شود که سطح معنی داری رابطه تمایل به مصرف مواد و مدت زمان مصرف مواد، برای نمرات پیش آزمون و پس آزمون کمتر از ۰/۰۵ است. لذا بین تمایل به مصرف مواد با مدت زمان مصرف مواد رابطه وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که معنویت درمانی بر تمایل به مصرف مواد افراد در حال ترک مواد مخدر اثر ندارد. به نظر می‌رسد که افراد معتاد تحت درمان همچنان در مواجهه با رویدادهای زندگی ناامید می‌شوند و برای حل مشکلاتشان تلاش نمی‌کنند. این افراد برای گریز از مشکلات و حوادث زندگی بیشتر به راهکارهایی مانند مصرف مواد روی می‌آورند که از طریق آن به آرامش برسند و دوباره عود اتفاق می‌افتد. مصرف دوباره مواد باعث می‌شود تا فرد برای مقابله با مشکلات به دنبال حل مسئله و مواجهه مستقیم با محرک‌های فشارزا نباشند. این یافته با نتایج پژوهش‌های محمد نژاد و همکاران (۱۳۹۵)، حسینی و رحیمیان بوگر (۱۳۹۵)، حارث^۱ (۲۰۱۷)، ثقه الاسلام^۲ و همکاران (۲۰۱۵)، ابرین^۳ و همکاران (۲۰۱۳)، توماس^۴ و فریمن (۲۰۱۱)، کاپ^۵ و همکاران (۲۰۱۰)، کانر و همکاران (۲۰۰۹)، مارگولین^۶ و همکاران (۲۰۰۷)، گالاتر و همکاران (۲۰۰۷)، جس^۷ و رید^۸ (۲۰۰۴)، مریل^۹، سالازا^{۱۰} و گاردنر^{۱۱} (۲۰۰۱)، آدرمن^{۱۲} (۲۰۰۰) و ماتیوس^{۱۳}، لارسون^{۱۴} و باری^۱ (۱۹۹۴) که در پژوهش‌هایشان به این نتیجه رسیدند که

1. Haris

2. Seghatoleslam

3. O'brien

4. Thomas

5. Cupp

6. Margolin

7. Jesse.

8. reed

9. Merill

10. Salazar

11. Gardner

12. Udermann

13. Matthews

14. Larson

فعالیت ها و تجارب معنوی/مذهبی نقش مهمی در درمان و بهبودی از سوء مصرف مواد و پرهیز از رفتارهای پرخطر دارند همچونانی ندارد. یافته اخیر پژوهش حاضر تنها با پژوهش استالهافر^۲ و همکاران (۲۰۱۱) که یافته هایشان حاکی از این بود که هیچ ارتباط معناداری بین باورهای مذهبی-معنوی و رفتار پرخطر وجود ندارد، همراستا است. همچنین در سایر پژوهش ها مانند پژوهش های افشار، محمدی، جعفری و صدیقی ارفعی، (۱۳۹۴) و مشرفیان دوست (۱۳۹۶) رابطه هوش معنوی با گرایش به اعتیاد مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج این پژوهش ها نیز حاکی از آن است که بین ابعاد هوش معنوی یعنی ارتباط با سرچشمه هستی و درک آن و زندگی معنوی با میزان گرایش به اعتیاد رابطه معناداری وجود دارد.

به نظر می آید آزمودنی های پژوهش حاضر به علت پشیمانی از مصرف مواد و همچنین عزم ترک مواد، در پاسخ دادن به پرسشنامه ی گرایش به مصرف مواد به جای "آنچه که هستند" به "آنچه که باید باشند" یا "آنچه که می خواهند باشند" پرداختند. همچنین به علت حجم نمونه محدود در شهرستان محل اجرای پژوهش، امکان کنترل مدت زمان مصرف مواد در آزمودنی ها و انتخاب نمونه یکدست با مدت زمان مصرف مواد یکسان، فراهم نبود. باتوجه به این که در فرضیه دیگر پژوهش نشان داده شده است که مدت زمان مصرف مواد با تمایل به مصرف رابطه ی معنادار دارد، لذا می توان گمان برد که با کنترل متغیر مدت مصرف مواد می توان به نتایج دقیق تری دست یافت.

از طرفی 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 معنویت شده است. چرا که دیدگاهی وجود دارد مبنی بر اینکه تجربه های 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 می کنند. از طرفی، تحقیقات متعددی نشان داده اند که مصرف انواع مواد روان گردان می تواند اثرات زیانباری روی عملکرد شناختی و مناطق مختلف مغز افراد داشته باشد هایشمن^۳ و کلیکمپ^۴ (۲۰۱۰) و راماکرز^۵، کائورت^۶، تئونیسن^۷ و تونس^۸ (۲۰۰۹) در میان افراد مبتلا به اختلالات وابستگی به مواد، کاهش جسم خاکستری و سفید مغز و تغییرات در زیرساختارهای جسم سفید مشاهده می شود. الزهرانی^۹ (۲۰۰۹) همچنین محققان دریافته اند که مصرف زیاد مواد اعتیادآور می تواند اختلالات گسترده ای در سیستم شناختی، یادگیری، حافظه، پردازش اطلاعات، کارکردهای اجرائی، حل مسئله و توانایی های کلامی و فضایی-دیداری ایجاد کند گونزالس^{۱۰} (۲۰۰۷) و گروبر^۱ و سیلوری^۲ (۲۰۰۷). لذا می توان نتیجه به دست آمده در پژوهش حاضر را حاصل تحلیل

¹. Bary

². Stulhofer

³. Heishman

⁴. Kleykamp.

⁵. Ramaekers.

⁶. Kauert

⁷. Theunissen

⁸. Toennes

⁹. Al-Zahrani

¹⁰. Gonzalez

تحلیل عملکرد شناختی-عاطفی مغز افراد معتاد دانست. لذا همراه ساختن معنویت درمانی با مداخلات شناختی-عاطفی می‌تواند اثربخش‌تر باشد. همچنین اگر طول 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، علاوه بر تغییر در فکر و اعتقاد آنها بایستی هم زمان آسیب‌های جسمانی ناشی از مصرف مواد هم ترمیم شود.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، جامعه آماری آن بود که تنها معتادان مرد شهرستان زرنند 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.

سیاسگزاری

نویسندگان مقاله مراتب سپاس و قدرانی خود را از جناب آقایان دکتر مهدی‌زاده، دکتر افشین سیف‌الدینی و دکتر شهرام سیف‌الدینی مسئولین مراکز ترک اعتیاد و پرسنل آنها به جهت همکاری بی‌دریغ و صمیمانه شان اعلام می‌دارند. همچنین از مراجعه کنندگان به این مراکز که پاسخ‌گویی پرسشنامه‌ها بودند، به ویژه مشارکت کنندگان در جلسات آموزشی نیز قدرشناسی و سپاسگزاری بعمل می‌آوریم.

منابع

- افشار، سارا، صدیقی ارفعی، فریبرز، جعفری، اصغر، محمدی، حسین (۱۳۹۴). رابطه‌ی ابعاد هوش معنوی و گرایش به اعتیاد و مقایسه‌ی آن بین دانشجویان دختر و پسر. مجله پژوهش در دین و سلامت. ۱(۲).
- بلالی، اسماعیل (۱۳۸۴). رابطه مذهب و خانواده در غرب، مطالعات راهبردی زنان، ۲۷.
- جلانی، مژگان (۱۳۹۴). مقایسه کیفیت زندگی و هوش معنوی افراد معتاد و غیرمعتاد شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود.
- حاج‌علیزاده، کبری (۱۳۸۷)، مقایسه نگرش‌های ناکارآمد در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و افراد عادی و پیامدهای روان‌شناختی آن، تهران، انتشارات مولفین.
- حسینی، امیر، رحیمیان بوگر، اسحق (۱۳۹۵)، نقش معنویت در مقابله با اعتیاد نوجوانان، سومین کنفرانس ملی روانشناسی و علوم تربیتی.
- خالدیان، محمد؛ محمدی فر، محمدعلی (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی دو درمان گروهی شناختی-رفتاری و معنا درمانی بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در افراد معتاد به مواد مخدر. فصلنامه علمی و پژوهشی اعتیادپژوهی. ۹(۳۶). ۸۰-۶۳.

1. Gruber

2. Silveri

- رحمتی، صمد (۱۳۹۵) ارتباط سرمایه روانشناختی و معنویت با اعتیاد به اینترنت در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اخلاق پزشکی، ۱۰ (۳۸)، ۷-۱۷.
- سلجقه، نسیم (۱۳۹۴)، رابطه کارکردهای خانواده و حمایت اجتماعی با نگرش نسبت به مواد مخدر در جوانان وابسته به مواد مخدر در کلینیک های ترک اعتیاد شهر کرمان (ارشد)
- شیخ الاسلام زاده، سلما؛ کاکوئی، مرضیه (۱۳۹۰) رابطه بین ابعاد هویت و سبک دل بستگی با گرایش به سوء مصرف مواد مخدر، روانشناسی تربیتی، ۳ (۳)، ۳۹-۵۳.
- سفاریان، محمدرضا. حاجی اربابی، فاطمه. عاشوری، جمال. (۱۳۹۴)، اثربخشی معنویت درمانی در افزایش رضایت زناشویی و کاهش اختلال اضطراب فراگیر زنان، فصلنامه زن و مطالعات خانواده، سال هفتم، شماره بیست و هفتم، بهار، صفحه ۹۵-۱۱۳.
- عسکری، فرشته؛ میرگل، احمد؛ میرشکار، حبیب الله (۱۳۹۳). بررسی و تبیین نقش باورهای دینی و معنویت در روان درمانی با تکیه بر دیدگاه اسلامی. دومین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی.
- غلامی، علی. بشلیده، کیومرث. (۱۳۹۰)، اثربخشی معنویت درمانی بر سلامت روان زنان مطلقه، فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده سال اول، شماره ۳، صفحه ۳۴۸-۳۳۱.
- قدرتی تربتی، عباس؛ پاشیب، ملیحه؛ حسن زاده، مجید؛ عزیززاده، هادی؛ حشمتی، هاشم (۱۳۹۳) تاثیر آموزش مدد جویان در جلسات انجمن معتادان گمنام بر گرایش به مصرف مواد مخدر، مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه (طنین سلامت)، ۲ (۴)، ۱۷-۲۲.
- کیانی، جمیله. جهان پور، فائزه. عباسی، فرهاد. درویشی، شهرزاد. قلی زاده، بهزاد. (۱۳۹۴)، بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر سلامت روان بیماران سرطانی مراجعه کننده به مرکز سرطان شهر بوشهر، فصلنامه پرستاری، گروه آسیب پذیر، سال دوم، شماره ۵، صفحه ۵۱-۴۰.
- لطفی کاشانی، فرح. مفید، بهرام. سرافزار مهر، سعیده. (۱۳۹۲)، اثربخشی معنویت درمانی بر کاهش اضطراب، افسردگی و پریشانی زنان مبتلا به سرطان پستان، مجله اندیشه و رفتار، دوره هفتم، شماره ۲۷، بهار ۱۳۹۲.
- محمدنژاد، امید، نیازمند، حسن، صداقت، امین (۱۳۹۵) اثربخشی خدمات روان درمانگری دینی بر افزایش سلامت روان بیماران مصرف کننده مواد مخدر مراکز درمان و کاهش آسیب اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی شهر بوشهر، پرستاری گروه های آسیب پذیر، ۳ (۷)، ۳۵-۲۴.
- مشرقیان دوست، مهدی (۱۳۹۶) رابطه هوش معنوی و عمل به باورهای دینی با گرایش به اعتیاد در دانش آموزان پسر مقطع متوسطه شهرستان لردگان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه بیرجند.
- معلمی، صدیقه؛ ربیعی، مهوش؛ سالاری درگی، زهره (۱۳۸۹). مقایسه هوش معنوی و سلامت روان در افراد معتاد و غیر معتاد. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد.
- Al-Zahrani M, Y. E (2009). The impacts of substance abuse and dependence on neuropsychological functions in a sample of patients from Saudi Arabia. . Behav Brain Funct.5:48.
- Conner B (2009). Effect of religiosity & spirituality on drug treatment outcomes. J behave health serv res. 36(2):98-189.
- Cupp PK, Chamrathirong A, Miller BA, Byrnes HF, Rhucharenpornpanich O, MJ R, et al (2010). Spirituality within the family and the prevention of health risk behavior among adolescents in Bangkok, Thailand. . Social Science & Medicine. 71(10):1855-63.
- Galanter M, Dermatis H, Bunt G, Williams C, Trijillio M, P. S (2007). Assessment of spirituality and its relevance to addiction treatment. Elsevier Inc. Jjsat.33:64-257.
- Galanter M., Dermatis H., Bunt G., Williams C., Trijillio M., Steinke P (2007). Assessment of spirituality and its relevance to addiction treatment. Elsevier Inc. Jjsat. 33:64-257.
- Gonzalez. R (2007). Acute and non-acute effects of cannabis on brain functioning and neuropsychological performance. Neuropsychol Rev. 17(3):61-347.

- Gruber SA, Silveri MM, DA. Y-T (2007). Neuropsychological consequences of opiate use. *Neuropsychol Rev.* 17(3):299-315.
- Haris R (2017). The influence of the Islamic psycho-spiritual therapy on muslim adolescent drug addicts. Thesis for degree of PhD International Islamic University Malaysia.
- Heinz A, Epstein DH, KL. P. (2007). Spiritual/Religious experiences and in treatment outcome in an innerscity program for heroin and cocaine dependence. *Journal of psychoactive drugs.* 39(1):41-9.
- Heishman SJ, Kleykamp BA, EG. S (2010). Meta-analysis of the acute effects of zicotine and smoking on human performance. . *Psychopharmacology (Berl).*210(4):69-453.
- Hill PC, Pargament KI (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research. *The American psychologist.* 58(1):64-74.
- Jesse DE, Reed PG (2004). Effects of Spirituality and Psychosocial Well-Being on Health Risk Behaviors in Appalachian Pregnant Women. *Journal of Obstetric. Gynecologic & Neonatal Nursing.* 33(6):739-47.
- Margolin A, Schuman-Olivier Z, Beitel M, Arnold RM, Fulwiler CE, Avants SK (2007). A preliminary study of spiritual self-schema (3-S+) therapy for reducing impulsivity in HIV-positive drug users. *J Clin Psychol.* ,63:779-999.
- Matthews DA, Larson DB, CP. B (1994). The faith factor: an annotated bibliography of clinical research on spiritual subjects. National Institute for Health Care Research. Rockville, MD: John Templeton Foundation;1.
- Merill RM, Salazar RD, Gardner NW (2001). Relationship between family religiosity and drug use behavior among youth. *Social behavior and personality.*29:347-57.
- O'brien L-A, Denny S, Clark T, Fleming T, Teevale T, Robinson E (2013). The impact of religion and spirituality on the risk behaviours of young people in Aotearoa, New Zealand [online]. . *Youth Studies Australia [online],* 3(4):25-37.
- Pesut B, Fowler M, Taylor E, Reimer-Kirkham S, Sawatzky R (2008). Conceptualising spirituality and religion for healthcare. *J Clin Nurs.* 17(21):2803-10.
- Ramaekers JG, Kauert G, Theunissen EL, Toennes SW, MR. M (2009). Neurocognitive performance during acute THC intoxication in heavy and occasional cannabis users. *J Psychopharmacol.* 23(3):266-77.
- Rassool G (2000). The crescent and Islam: healing, nursing and the spiritual dimension. Some considerations towards an understanding of the Islamic perspectives on caring. *J Adv Nurs.* 32(6):1476-84.
- Seghatoleslam T, Sabil H, Hatim A, Rashid R, Rdakan A, Esmaeili Motlaq F (2015). Achieving a Spiritual Therapy Standard for Drug Dependency in Malaysia, from an Islamic Perspective: Brief Review Article. . *Iranian Journal of Public Health.* 44(1):22-7.
- Siegle LJ, Senna JJ (1997). *Juvenile delinquency: theory, practice and law.* . Paol Alto: West Publishing Company.
- Stulhofer A, Soh D, Jelaska N, Baćak V, Landripet J (2011). Religiosity and sexual risk behavior among Croatian college students, 1998-2008. . *Sex Res Jul.* 48(4):360-71.
- Thomas T, Freeman A (2011). Project genesis: Self-reported religiosity and spirituality and sexual risk-taking in young African-American women attending a historically African-American college. *Journal of National Black Nurses' Association: JNBNA.* 22:27-35.
- Udermann BE (2000). The Effect of Spirituality on Health and Healing: A Critical Review for Athletic Trainers. *Journal of Athletic Training.* 35(2):194-7.
- Waters P (2005). Spirituality in Addiction Treatment and Recovery. Part I and II. <http://www.limitlessyogapotentials.com/pdf/articles/BeaconSpiritualitypart2.pdf> Access on 20.04.10
- Zemore SE, & Kaskutas, L.A (2004). Helping, spirituality, and AA in recovery. *Journal of Studies on Alcohol.* 65:383-91.