

Impact of Spiritual Care on Spiritual Health of hospitalized Amphetamin Dependents

Bamdad¹ M (MSc.) – Fallahi khoshknab² M (Ph.D) – Dalvandi³ A (Ph.D) – Khodayi Ardakani⁴ MR (MD)

Abstract

Introduction: Impaired spiritual health in substance abusers and important role of spirituality and spiritual care in substance abuse treatment led to more focus on spiritual interventions in substance abuse treatment. Due to high rate of industrial drug abuse, this research aimed to determine the impact of spiritual care on spiritual health of Amphetamin dependents.

Methods: In a triangulated experimental study, all officially diagnosed and hospitalized amphetamin dependents of a special service center in Iran were participated. 81 persons sample by using a randomized permuted block method was divided into two case and control group.(41 case and 40 control group). Data gathered by using pre and post test information,applying demographic checklist and jarel spiritual well-being questionnaire by each person before and after spiritual care intervention. To analyze data dependent t-test, colmogroph-smirnoph test and pierson correlation test were applied.

Results: Comparison the pre and post test data of spiritual health in tow case and contol groups showed significant diffrences in case group and spiritual health in case group promoted after spiritual care, however there was no significant diffrence in control group before and after spiritual care intervention.

Conclusion: spiritual care intervention leads to spiritual health promotion in hospitalized amphetamin dependents. Assessment of demographic variables showed that gender effects spiritual health and women reported higher response to spiritual care than men.

Key words: Spiritual care, Spiritual health, Amphetamin dependents.

Received: 24 August 2013

Accepted: 6 December 2013

1- MSc, Student in Psychiatric Nursing, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

2-Associate Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. (**Corresponding author**)

e-mail: msflir@yahoo.com

3- Assistant Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

4- Associate Professor, Department of Psychiatric, University of Social Welfare and Rehabilitation, Sciences Tehran, Iran.

تأثیر مراقبت معنوی بر سلامت معنوی وابستگان به آمفتامین

مریم بامداد^۱، مسعود فلاحی خشکناز^۲، اصغر دالوندی^۳، محمدرضا خدایی اردکانی^۴

چکیده

مقدمه: سلامت معنوی یکی از مؤلفه های مهم سلامت بوده و در سوء مصرف کنندگان مواد مختل است، توجه به سلامت معنوی به عنوان سازه اصلی در درمان سوء مصرف مواد منجر گردیده تا به خدمات معنویت محور در این حیطه توجه بیشتری شود. با توجه به مصرف فزاینده موادی مانند آمفتامین، این تحقیق با هدف بررسی تأثیر مراقبت معنوی بر سلامت معنوی وابستگان به آمفتامین انجام گردید.

روش: این مطالعه از نوع نیمه تجربی است که ۸۱ نفر وابسته به آمفتامین بستری به طور تصادفی در دو گروه مداخله (۴۱ نفر) و شاهد (۴۰ نفر) قرار گرفتند. برای گروه مداخله بسته خدمتی مراقبت معنوی طراحی و طی بستری مددجو در بخش (۴۰ روز) روزانه اجرا گردید. گروه شاهد بدون مداخله خاصی در بخش بستری بودند. ابزار اصلی گردآوری اطلاعات پرسش نامه های اطلاعات دموگرافیک و سنجش سلامت معنوی جارل بود. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آمار کای اسکور و تی مستقل و برای بررسی روابط بین متغیرها از آزمون تی مستقل و تی زوجی استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که میانگین نمره سلامت معنوی در گروه مداخله از ۷۷/۲۱ قبل مداخله به ۷۱/۱۵ بعد از مداخله کاهش یافت و نتایج اختلاف معناداری را در گروه مداخله نشان داد. ($p < 0/004$) بدین معنا که با اجرای مراقبت معنوی، سلامت معنوی ارتقا می یابد. این در حالی است که در گروه شاهد قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری مشاهده نشد. ($p > 0/402$)

نتیجه گیری: مراقبت معنوی بر سلامت معنوی مبتلایان به وابستگان آمفتامین مؤثر است و پیشنهاد می شود در برنامه های مراقبتی سوء مصرف مواد جهت ارتقا سلامت معنوی گنجانده شود.

کلید واژه ها: سلامت معنوی، مراقبت معنوی، وابستگان به آمفتامین

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۹/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۶/۲

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت روان پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۲- دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران، (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: msflir@yahoo.com

۳- استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

مقدمه

سوء مصرف مواد یکی از پر مخاطره ترین و بزرگترین معضلاتی است که تمامی کشورهای جهان به نوعی با آن درگیر هستند. (۱) در حال حاضر الگوی مصرف مواد در سراسر دنیا در حال تغییر است، بدین معنی که مصرف مواد سنتی مانند تریاک با مصرف مواد صنعتی جدید از جمله آمفتامین جایگزین شده است. به طوری که محرک های نوع آمفتامین با میزان مصرف حدود ۳۸ میلیون نفر در جهان بعد از حشیش در مقام دوم دنیا قرار دارند. (۲) در ایران نیز شمار مصرف کنندگان مواد صنعتی به ویژه آمفتامین و بالاخص در سنین جوانی چشمگیر و رو به فزونی اعلام شده است. (۳) با توجه با این که این رفتار سوء مصرف حاصل برآیند پیچیده ای از عوامل اجتماعی، فرهنگی، زیستی، معنوی و روانی است و منجر به بروز الگوهای رفتار خود مخربی می شود که هزینه های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی فراوانی را بر فرد، خانواده و جامعه تحمیل می کند، لذا شناسایی عوامل مؤثر بر این پدیده و شناخت این اختلال و فرآیندهای مرتبط با پیشگیری و درمان آن از اهمیت برخوردار است. (۴)

در مقوله سوء مصرف مواد که در تحقیق حاضر به دلیل افزایش شیوع، وابستگی به آمفتامین مورد نظر بوده است، هم چون سایر مطالعات مرتبط، انسان موجودی زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی در نظر گرفته می شود که هر یک از این ابعاد می تواند سلامت کلی وی را تحت تأثیر قرار دهد. (۵) نظر به این که بعد معنوی در مرکز این ابعاد قرار دارد، توجه به بعد معنوی می تواند تأثیر به سزایی در کسب سلامت عمومی داشته باشد، به طوری که معنویت یکی از جوانب انسان در مراقبت کل نگر در نظر گرفته می شود که در سلامتی و رفاه نقش مهمی ایفا می کند. (۶) با وجود تأکید مطالعات مختلف بر چند عاملی بودن سوء مصرف مواد، نکته قابل تأمل در کلیه مطالعات انجام شده، اهمیت و تأثیر معنویت و سلامت معنوی بر الگوی مصرف مواد است، به طوری که بسیاری کارشناسان در این زمینه، معنویت و مراقبت معنوی را هسته اصلی پیشگیری و درمان اعتیاد در نظر می گیرند. (۷) در مطالعه مروری انجام شده توسط داگلاس لانگ و همکاران (۲۰۰۸)، با این عنوان که آیا مذهب و معنویت در تحقیقات مرتبط با درمان سوء مصرف مواد مفید هستند؟ ذکر شده است که در اغلب مطالعات مرتبط با سلامتی، مذهب و معنویت باعث به دست آمدن نتایج بهتر شده که سوء مصرف آمفتامین نیز از جمله این موارد بوده است. (۸) هم چنین پیشنهاد کرده که مطالعات بیشتری باید در مورد نحوه و چگونگی تأثیر معنویت در ابعاد مختلف مرتبط با بهبودی از سوء مصرف مواد انجام شود. مرجع تشخیص های پرستاری در سال

۲۰۰۸، دو تشخیص دیسترس معنوی و خطر ابتلا به دیسترس معنوی را مطرح کرده (۹) و مبتلایان به سوء مصرف مواد که سوء مصرف کنندگان آمفتامین نیز در این دسته اند را در زمره گروه های اصلی در معرض خطر تجربه یا ابتلا به دیسترس معنوی و افت سلامت معنوی که به معنی توانایی دریافتن معنا و هدف در زندگی در خلال ارتباط با خود، دیگران، طبیعت و قدرتی برتر از خود است، ذکر نموده است. (۱۰،۹) با توجه به کمبود وجود مدل اجرایی جهت مراقبت های معنوی، در متون مختلف پرستاری بر طراحی مداخلات معنویت محور جهت ارتقا سلامت معنوی در این افراد تأکید گردیده است. (۱۱) به طور کلی مراقبت معنوی در پرستاری جنبه ای منحصر به فرد از مراقبت است که قابل جایگزینی با مراقبت مذهبی یا مراقبت روانی و اجتماعی نیست و به سؤالات بنیادین انسان نظیر معنای زندگی، درد، رنج و مرگ پاسخ می دهد. (۱۲) مداخلاتی چون گوش دادن فعال، القای امید، تسهیل نیایش، خواندن کتب مقدس و... همگی در مداخلات پرستاری جهت تسهیل رشد معنوی و در نهایت ارتقا سلامت معنوی در نظر گرفته شده اند (۱۳) و با توجه به مختل بودن سلامت معنوی در مبتلایان به سوء مصرف مواد، در خلال مراقبت معنوی به آنان کمک می شود تا بر اساس نیازهای مددجو، سلامت معنوی ارتقا یابد. (۱۴) مطالعات زیادی ارتباط میان معنویت و مراقبت بهداشتی و پیامدهای بالینی را نشان داده اند (۱۵) و ذکر کرده اند عدم توجه به نیازهای معنوی بیمار در بیشتر مراکز خدمات بهداشتی منجر به پیامدهای ضعیف درمان می گردد (۱۶) و مددجویان نیازمند دوره مراقبت طولانی و درمان در سیر بهبودی و توانبخشی نیازهای معنوی ویژه ای در ارتباط با فرآیند بیماری خود دارند. (۱۷ و ۱۸) جدیدی و همکاران در مطالعه خود سلامت معنوی را مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان گزارش کرده اند (۱۹) غلامی و همکاران در مطالعه خود معنویت درمانی را بر سلامت روان زنان مطلقه مؤثر گزارش کرده اند. (۲۰) مطالعات فالاحی خشکناز و همکاران فعالیت های معنوی از جمله شعر درمانی و سفرهای زیارتی را مؤثر بر وضعیت روانی بیماران اسکیزوفرنیک گزارش نموده اند. (۲۱) مطالعه فرجی و همکاران نشان داد که شعر درمانی گروهی به عنوان یک فعالیت معنوی بر افسردگی سالمندان تأثیر دارد. (۲۲) هم چنین قلعه قاسمی و همکاران در تحقیق خود مراقبت معنوی را بر اضطراب بیماران اسکیمیک قلبی بستری مؤثر گزارش کرده اند. (۲۳) گالاتر و همکاران (۲۰۰۷) با هدف بررسی معنویت و ارتباط آن با درمان اعتیاد ۴۲۱ نفر را در سه گروه و شرایط مختلف ۱. بیمارستان روان پزشکی (۱۰۱ نفر)، ۲. خانه های سلامت (۲۱۰ نفر)، و ۳.

عدم وجود تشخیص دیگر روان پزشکی، عدم شرکت در گروه هایی مانند معتادان بی نام یا گروه های مشابه قبل از بستری، علاقه و تمایل مددجو برای شرکت در مطالعه و پر کردن فرم رضایت آگاهانه توسط مددجو و قییم قانونی وی بوده است. معیارهای خروج نیز شامل ترخیص زودتر از موعد اتمام مطالعه، بروز اختلال در واقعیت سنجی یا هر نوع اختلال مؤثر بر بینش و قضاوت مددجو، عدم تمایل مددجو برای ادامه شرکت در مطالعه و محرز شدن تشخیص روان پزشکی دیگر همراه با سوء مصرف آمفتامین بوده است. تعداد نمونه ها پس از حائز شرایط شدن معیارهای ورود، شامل ۸۴ نفر شد و به عبارت دیگر کلیه واجدین شرایط، نمونه های پژوهش شده و برای تقسیم بندی نمونه ها به دو گروه مداخله و شاهد، از روش بلوک های تبدیل شده تصادفی استفاده گردید که نمونه ها در ۱۴ بلوک ۶ تایی جای گرفتند و به شیوه تخصیص تصادفی با قرعه کشی به دو گروه ۴۲ نفره مداخله و شاهد تقسیم شدند، که از این بین یک نفر در گروه مداخله به دلیل تشخیص اسکیزوفرنی هم زمان و دو نفر از گروه شاهد به دلیل ترخیص زودتر از موعد از مطالعه خارج شدند که در نهایت ۴۱ نفر در گروه مداخله و ۴۰ نفر در گروه شاهد مورد بررسی قرار گرفتند.

ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش شامل دو پرسش نامه بوده است. یکی پرسش نامه اطلاعات جمعیت شناختی (دموگرافیک) که در برگرفته اطلاعات جمعیت شناختی مددجویان از جمله سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و سنوات مصرف مواد بوده و ابزار دیگر شامل پرسش نامه سنجش سلامت معنوی جارل بوده که این پرسش نامه شامل ۲۱ گویه به شکل لیکرت بوده و ۶ گزینه از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم را در بر می گیرد. از ۲۱ گویه ذکر شده در این پرسش نامه، ۱۰ گویه در رابطه با خود (۲۰، ۱۸، ۱۵، ۱۳، ۱۱، ۱۰، ۷) و ۱۱ گویه در رابطه با دیگران (۱۷، ۱۶، ۱۴، ۹، ۲۱، ۳) است. امتیازات این پرسش نامه در یک طیف نشانگر سلامت معنوی تا دیسترس معنوی، بین اعداد ۲۶ تا ۱۲۶ قرار دارد که امتیازات کمتر نشانگر سلامت معنوی بالاتر و امتیازات بیشتر نشانگر سلامت معنوی کمتر است. پرسش نامه سنجش سلامت معنوی جارل دارای روایی و پایایی در خارج از کشور بوده که روایی ابزار با امتیازات همبستگی به دست آمده از مقیاس سلامت معنوی پالوتزیان و الیسون برآورد شده و همبستگی ۰،۸۲ ($P=0.000$) بین دو ابزار گزارش شده است. (۲۷) در مطالعات بلاند (۲۰۰۴)، فولی و همکاران (۱۹۹۸)، جس و رید (۲۰۰۴) و کریسی و همکاران (۲۰۰۴) آلفای کرونباخ بین ۰،۷۹ تا ۰،۸۹۵ برای این ابزار گزارش گردیده است. (۲۸) با توجه به انگلیسی بودن پرسش

مراکز درمان با متادون (۱۱۰ نفر) مورد بررسی قرار دادند و نتایج با افراد غیر مبتلا مقایسه شده و نتیجه گیری کردند که اگرچه نحوه درمان و محیط درمانی بر پیامدهای درمان اعتیاد مؤثر است، اما برای بسیاری از بیماران جهت گیری معنوی جنبه بسیار مهم و اثر گذار بر درمان تلقی می شود. (۲۴) هم چنین با توجه به افزایش مصرف مواد محرک، حدود یک سوم از بیماران در بخش های روانی به دنبال عوارض سوء مصرف ناشی از این مواد به ویژه آمفتامین بستری می شوند (۱۶) که خود نیازمند انجام تحقیقات جهت دستیابی به الگوی اجرای مراقبت معنوی در این بیماران می باشد. در مطالعه انجام شده توسط آدریان هینز و همکاران (۲۰۰۷)، با هدف دستیابی به رابطه مبتنی بر شواهد بین تجارب معنوی/مذهبی با پیامدهای درمانی افراد وابسته به هرویین و کوکائین، در مجموع ۱۶۹ مددجو (۱۲۷ مرد و ۴۲ زن) را مورد مطالعه قرار دادند و یافته ها گزارش کرده اند که فعالیت ها و تجارب معنوی/مذهبی نقش مهمی در درمان و بهبودی از سوء مصرف مواد دارند و همین طور ذکر کرده اند که ویژگی های جمعیت شناختی باید در طراحی مداخلات معنوی در نظر گرفته شوند. (۲۵) هم چنین در مطالعه انجام شده توسط برادلی.تی.کانر 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 گرفتند و یافته ها گزارش کرده اند همبستگی معناداری بین گروه معنویت و پیامدهای درمانی وجود دارد. (۲۶) با عنایت به این که سلامت معنوی با مراقبت معنوی بهبود و ارتقا می یابد، این پژوهش با هدف بررسی مراقبت معنوی بر سلامت معنوی مبتلایان به وابستگی آمفتامین اجرا گردید.

روش مطالعه

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است، که جامعه آن شامل ۱۶۰ مددجوی بستری در بخش های حاد مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی تهران سال ۱۳۹۱ به تعداد ۱۲۰ نفر مرد و ۴۰ نفر زن بوده است. در این پژوهش کلیه کسانی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، یعنی ۸۴ نفر مورد بررسی قرار گرفتند.

معیارهای ورود به پژوهش شامل: تشخیص ابتلا به وابستگی به آمفتامین توسط روان پزشک که نیاز به بستری در مرکز روان پزشکی داشته اند، گذشتن حداقل ۱۰ روز از زمان بستری مددجو در بخش و کنترل علائم سایکوتیک، عدم وجود اختلال در قضاوت مددجو تحت تأثیر اختلال در واقعیت سنجی، محدوده سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، دارا بودن سواد خواندن و نوشتن،

یافته ها

یافته های این تحقیق، در دو بخش همسان بودن گروه های مداخله و شاهد و یافته های اصلی با محوریت فرضیه پژوهش، به شرح زیر می باشد.

۱. در ارتباط با همسان بودن گروه مداخله و شاهد از نظر اطلاعات جمعیت شناختی و ویژگی های فردی مبتلایان به وابستگی آفتامین با استفاده از آزمون کای دو، تی و مقدار معناداری مربوطه نتایج زیر حاصل شد.

مشخصات جمعیت شناختی نمونه های تحقیق و همسانی متغیرهای زمینه ای مورد بررسی قرار گرفت و نشان داده شد که در گروه مداخله ۳۲ نفر (۷۸٪) آزمودنی ها مرد و ۹ نفر (۲۲٪) آزمودنی ها زن بودند. همچنین در گروه شاهد، ۲۹ نفر (۷۲/۵٪) آزمودنی ها مرد و ۱۱ نفر (۲۷/۵٪) آزمودنی ها زن بودند، که نشانگر همسانی مناسب از نظر جنسیت می باشد. ($p > 0/4$). همسان بودن سنی دو گروه مداخله و شاهد نشان می دهد که اختلاف معناداری بین میانگین سنی این دو گروه وجود ندارد و دو گروه از نظر سن نیز همسان می باشد ($p > 0/26$). ارزیابی همسانی تأهل در دو گروه مداخله و شاهد نشان داد که بیشتری مقدار در گروه مداخله مربوط به مجردها (۶۱٪) و کمترین مقدار مربوط به طلاق گرفته ها (۱۲/۲٪) بوده و در گروه شاهد نیز بیشترین مقدار مربوط به مجردها (۶۵٪) و کمترین مقدار (۱۵٪) مربوط به طلاق گرفته ها بوده که با استفاده از آزمون کای اسکوتر نشان داده شد که اختلاف آماری معناداری بین دو گروه وجود ندارد و دو گروه از نظر وضعیت تأهل نیز همسان می باشند. ($p = 0/67$). هم چنین بررسی همسانی میزان تحصیلات در دو گروه مداخله و شاهد نشان داد که بیشترین میزان در دو گروه اختصاص به سطح تحصیلات سیکل به ترتیب (۳۹٪ و ۵۰٪) و کمترین میزان در دو گروه مداخله و شاهد مربوط به تحصیلات دانشگاهی به ترتیب (۱۲/۲٪ و ۵٪) بوده که با استفاده از آزمون کای اسکوتر اختلاف معناداری بین میزان تحصیلات دو گروه مشاهده نشد ($p > 0/4$) و دو گروه از این نظر نیز با یکدیگر همسان هستند. در رابطه با سنوات مصرف مواد با توجه به میزان تی به دست آمده (۴۷/۰) و سطح معنی داری ($p = 0/36$) بین میانگین سنوات مصرف مواد در دو گروه مداخله و شاهد اختلاف معنی داری وجود ندارد و دو گروه از نظر سنوات مصرف مواد همسان هستند. (جدول شماره ۲)

۲. در یافته های اصلی مرتبط با اهداف پژوهش، مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت معنوی به دست آمده از پرسش نامه سلامت معنوی جارل، در دو گروه مداخله و شاهد

نامه، روایی و پایایی ابزار توسط محقق سنجیده شد و میانگین CVR محاسبه شده به میزان ۱۷، شاخص روایی محتوی به میزان ۰/۸ محاسبه شده که نشانگر روایی محتوی مناسب ابزار می باشد. هم چنین نقطه برش ایده آل برای این پرسش نامه نمره ۷۶، با ویژگی ۰/۸۴ و حساسیت ۹۰٪ محاسبه گردید. جهت تعیین پایایی نیز از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که میزان آلفای کرونباخ ۰/۷ محاسبه شد که نشانگر پایایی مناسب ابزار است.

پس از تعیین گروه مداخله، بسته خدمتی مراقبت معنوی مشتمل بر گوش دادن فعال و القای امید در طول مدت بستری مددجو در بخش (۴۰ روز) روزانه برای گروه مداخله اجرا گردید. (جدول شماره ۱)

با فرا رسیدن زمان ترخیص مددجو، مداخله نیز پایان می یافت و پرسش نامه سلامت معنوی جارل به منظور پس آزمون در دو گروه مداخله و شاهد تکمیل می شد. داده های جمع آوری شده در دو بخش توصیفی و تحلیلی قرار گرفته و برای استخراج اطلاعات از نرم افزار SPSS v.16 استفاده شد. یافته های تحلیلی شامل مقایسه میانگین سلامت معنوی قبل و بعد از انجام مداخله با استفاده از آزمون کای دو و تی مستقل، هم چنین مقایسه میانگین سلامت معنوی دو گروه مداخله و شاهد در قبل و بار دیگر در بعد، با استفاده از آزمون تی زوجی مورد ارزیابی قرار گرفته و در هر یک از آزمون های فوق، سطح معناداری آزمون ($p < 0/05$) در نظر گرفته شد. به منظور آزمودن فرضیه پژوهش، از طرح پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد. نرمال بودن داده ها به کمک آزمون کولموگروف-اسمیرنوف سنجیده شد. ملاحظات اخلاقی صورت گرفته در این پژوهش شامل اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه و مسؤولین بیمارستان روان پزشکی رازی، توضیحات کامل درباره اهداف و روش کار برای شرکت کنندگان و قیم قانونی آن ها و کسب رضایت کتبی آگاهانه از آنان در ابتدای فرآیند و این که از لحاظ اثر جانبی هیچ عارضه ای برای شرکت کنندگان نداشت، حق خروج از مطالعه به شرکت کنندگان و مسؤولین آن ها داده شد که در هر زمان مایل باشند حق خروج از تحقیق را دارند و به واحدهای مورد پژوهش و بیمارستان اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات آنان محفوظ خواهد ماند و نام آن ها ذکر نخواهد شد و در صورت تمایل نتایج پژوهش در اختیار آنان قرار خواهد گرفت. همچنین مجوز از کمیته منطقه ای اخلاق دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی به شماره ۹۱/۸۰۱/۲/۸۱۱۸ و به تاریخ ۱۳۹۱/۶/۲۴ کسب نموده و در سامانه ثبت کارآزمایی بالینی ایران IRCT به شماره ۲۰۱۳۰۶۰۳۱۳۵۷۱N1 ثبت گردیده است.

معنوی در گروه مداخله بعد از مداخله بیشتر بود. در گروه مداخله مراقبت معنوی توانسته است به میزان ۷/۹ درصد، سلامت معنوی مبتلایان به وابستگی به آمفتامین را بهبود بخشد که با توجه مقدار t محاسبه شده ۱۱/۱۹ و سطح معنی داری ($P=0/0001$) این تغییر معنی دار است، در مورد گروه شاهد، تغییر معنی داری مشاهده نشد (میزان کاهش ۰/۳۲٪، مقدار t بدست آمده ۰/۷۸ و سطح معنی داری $P=0/44$) بر این اساس می توان چنین نتیجه گرفت که مراقبت معنوی باعث افزایش سلامت معنوی مبتلایان به وابستگی به آمفتامین شده است. (جدول شماره ۳)

قبل و بعد از مداخله مراقبت معنوی با استفاده از آزمون های تی مستقل و تی زوجی این نتایج را داشت: با انجام تی مستقل، میانگین نمره سلامت معنوی قبل از مداخله در گروه مداخله با میانگین ۷۷/۲۷ و در گروه شاهد ۷۶/۱۵ بود که از نظر آماری اختلاف معناداری بین دو گروه وجود نداشت ($P>0/4$). میانگین نمره سلامت معنوی در بعد از مداخله در گروه مداخله ۷۱/۱۵ و در گروه شاهد ۷۵/۹ بود که از نظر آماری اختلاف معناداری بین دو گروه وجود داشت ($P<0/04$)، بنابراین بعد از مداخله میزان سلامت معنوی مبتلایان به سوء مصرف آمفتامین در دو گروه مداخله و شاهد اختلاف معنی داری پیدا کرد و با توجه به نمره پایین تر در گروه مداخله، سلامت

جدول شماره ۱: بسته خدمتی مراقبت معنوی

| بسته خدمتی مراقبت معنوی | |
|-------------------------|--|
| مداخله گوش دادن فعال | آشنایی کامل با مددجو و برقراری ارتباط درمانی، گوش سپردن روزانه به صحبت ها و نگرانی های مددجو به مدت ۳۰ دقیقه |
| مداخله القای امید | ۱ - تأمین فضایی به عنوان نمازخانه و اتاق عبادت در بخش ۲ - در دسترس بودن کتب قرآنی و ادعیه در طول ۲۴ ساعت در بخش ۳ - بر پا کردن و امکان شرکت مددجویان در مراسم معنوی و مذهبی در بیمارستان، دوبار در هفته ۴ - یادداشت کردن وقایع خوشایند زندگی توسط مددجو به طور روزانه جهت افزایش امیدواری ۵ - تشویق خانواده به ملاقات و عبادت مددجو حداقل هفته ای ۱ بار ۶ - فراهم آوردن امکان پاسخگویی به سوالات معنوی و مذهبی مددجو توسط روحانی مرکز |

جدول شماره ۲: اطلاعات توصیفی مربوط به همسان بودن مشخصات دو گروه

| متغیر | گروه مداخله | گروه شاهد | درجه آزادی Df | نتایج آزمون | | |
|-----------------------------|-------------|------------|------------------|--------------|----------|-----------------|
| | | | | میزان کای دو | میزان تی | مقدار معنی داری |
| میانگین سن (سال) | ۳۰/۱۵ | ۳۱/۴۸ | ۷۹ | | | ۰/۲۶۶ |
| وضعیت تأهل تعداد/درصد | مجرد | ۲۵ (۶۱٪) | ۲ | ۰/۸۳ | | ۰/۶۷ |
| | متاهل | ۱۱ (۲۶/۸٪) | | | | |
| | مطلقه | ۵ (۱۲/۲٪) | | | | |
| میزان تحصیلات تعداد/درصد | ابتدایی | ۱۰ (۲۴/۴٪) | ۳ | ۰/۵۷ | | ۰/۴۸ |
| | سیکل | ۱۶ (۳۹٪) | | | | |
| | دیپلم | ۱۰ (۲۴/۴٪) | | | | |
| | دانشگاهی | ۲ (۵٪) | | | | |
| میانگین مدت مصرف (سال) | ۴/۹۳ | ۴/۷ | ۷۹ | | | ۰/۳۶ |
| جنس تعداد/درصد | مرد | ۳۲ (۷۸٪) | ۱ | ۱/۶۵ | | ۰/۴ |
| | زن | ۹ (۲۲٪) | | | | |

جدول شماره ۳: تأثیر مراقبت معنوی بر سلامت معنوی مبتلایان به وابستگی به آمفتامین

| گروه | مداخله (۴۱ نفر) | | شاهد (۴۰ نفر) | | درجه آزادی | مقدار معنی داری |
|-----------------|-----------------|--------------|---------------|--------------|------------|-----------------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | | |
| قبل از مداخله | ۷۷/۲۷ | ۱۵/۹ | ۷۶/۱۵ | ۱۷/۳ | ۴۰ | ۰/۴۰۲ |
| بعد از مداخله | ۷۱/۱۵ | ۱۷/۰۴ | ۷۵/۹ | ۱۷/۴ | ۴۰ | ۰/۰۰۴ |
| مقدار تی | ۱۱/۹ | | ۰/۷۸ | | | |
| مقدار معنی داری | ۰/۰۰۰۱ | | ۰/۴۴ | | | |

در این پژوهش، مراقبت معنوی بر سلامت معنوی مبتلایان به وابستگی به آمفتامین مرکز روان پزشکی رازی تهران مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس نتایج مطالعه، تفاوت بین میانگین

بحث

تغییرات آزمون سلامت معنوی در پیش آزمون و پس آزمون گروه مداخله با میانگین تغییرات پیش آزمون و پس آزمون گروه شاهد از نظر آماری معنادار نشان داده شده است. به عبارت دیگر، در بعد از مداخله در گروه مداخله با میانگین سلامت معنوی ۷۱/۱۵ و در گروه شاهد این میزان ۷۵/۹ بوده، که از نظر آماری اختلاف معنی داری در دو گروه وجود دارد. ($P < 0.05$) از آنجا که گروه مداخله و شاهد در ویژگی های جمعیت شناختی همسان بوده اند با توجه به این که مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون سلامت معنوی دو گروه مداخله و شاهد تفاوتی در مرحله پیش از مداخله مراقبت معنوی نشان نداده اند، می توان نتیجه گرفت که تفاوت معنی دار ایجاد شده در میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون دو گروه صرفاً به دلیل مداخله مراقبت معنوی است، به عبارت دیگر مراقبت معنوی بر ارتقا سلامت معنوی مبتلایان وابسته به آمفتامین بستری در مرکز روانپزشکی رازی تهران مؤثر بوده است.

یافته های این پژوهش با یافته های سایر پژوهش هایی که اثر مثبت مراقبت ها و فعالیت های معنوی را بر در مان سوء مصرف مواد مثبت گزارش کرده اند همخوانی دارد. (۳۳و۵۸) اگرچه تا به حال پژوهشی که به طور مستقیم مبتلایان به سوء مصرف آمفتامین و تأثیر مراقبت های معنوی را بر آن ها بسنجد یافت نشد، اما سایر مطالعات انجام شده در حیطه سوء مصرف مواد و تأثیر فعالیت های معنوی بر بهبودی مبتلایان از جمله مصرف کنندگان کوکابین و کراک که آن ها هم مانند آمفتامین جزء مواد محرک دسته بندی می شود و تأثیر مثبت این فعالیت ها بر روند سلامت مبتلایان، (۲۵) با یافته های پژوهش حاضر مبنی بر تأثیر مراقبت معنوی بر سلامت معنوی مبتلایان به سوء مصرف آمفتامین همخوانی دارد. این که مراقبت معنوی و مداخلات معنویت محور از چه طریق و چگونه بر پدیده سوء مصرف مواد تأثیر می گذارد، از جوانب مختلف قابل بحث است. به طور کلی مراقبت معنوی جنبه ای خاص از مراقبت است که با هیچ یک از جنبه های مراقبتی درمانی قابل مقایسه نیست. (۶) عمده ترین تأثیر به واسطه این نوع از مراقبت اثر آن بر بعد مرکزی وجود انسان که همان بعد معنوی است بوده که بر دیگر جوانب سلامتی اثر به سزایی دارد. (۷) با عنایت به مطالعات انجام شده در پدیده سوء مصرف مواد، معنویت و مداخلات معنویت محور سازه اصلی در بهبود از پدیده سوء مصرف و هم چنین پیشگیری و جلوگیری از عود مجدد در نظر گرفته شده است و با توجه به تجربه خالص معنوی در مبتلایان به سوء مصرف مواد به ویژه مصرف کنندگان مواد محرک از جمله آمفتامین، (۴) می توان مراقبت معنوی را به واسطه کمک در به دست آوردن یکپارچگی و تمامیت فردی از طریق بهبود ارتباط

با خود، محیط و طبیعت و قدرتی برتر از خود، عنصری کلیدی در نظر گرفت (۱۱) و همان طور که یافته های پژوهش حاضر تأیید کرده است مراقبت معنوی می تواند بر ارتقای سلامت معنوی این افراد مؤثر باشد. در مطالعات انجام شده توسط برادلی، تی.کانر و همکاران (۲۰۰۹) و ادريان هینز و همکاران (۲۰۰۸)، تأثیر مذهب و معنویت را بر نتایج درمانی مثبت گزارش کرده و ارتقای معنویت با پیامدهای مثبت درمانی در سوء مصرف این مواد و بهبود بعد معنوی مددجویان همراه بوده است. هم چنین بررسی تجارب معنوی/مذهبی و ارتباط آن با پیامدهای درمانی در وابستگی به هرویین و کوکابین پرداخته و گزارش کرده اند که فعالیت های مذهبی و معنوی بر روند بهبودی تأثیر مثبت گذاشته است و هم چنین افرادی که در فعالیت های مذهبی و معنوی درگیر بوده اند در بعد معنوی از سلامت بیشتری برخوردار بوده اند. (۲۴و۲۵) یافته های مطالعه ساندراروولا (۲۰۰۸) در رابطه با سنجش معنویت و پاسخ های سازگاران در زنان تحت درمان جهت سوء مصرف مواد و الکل نشان داد که با افزایش معنویت و بهبود بعد معنوی و پاسخ های سازگاران، پیشرفت در بهبودی از سوء مصرف مواد نیز دیده می شود، (۲۹) که می توان چنین استنباط کرد معنویت و فعالیت های معنوی بر بهبودی و سیر سلامت تأثیر مثبت دارد و در نتیجه بر سلامت معنوی که یکی از ابعاد سلامتی است نیز تأثیر گذار است. نکته قابل توجه در این تحقیقات معنویت محور این است که به دلیل گسترده بودن مفهوم معنویت و تعاریف متعدد این پدیده و هم چنین ارتباط تنگاتنگ آن با مذهب افراد و متفاوت بودن مذهب در نقاط مختلف جهان (۱۲)، هر مطالعه تعریف خاصی از مداخلات معنوی مذهبی و چگونگی تأمین مراقبت معنوی ارائه می کند و به دلیل توجه فزاینده به مفهوم معنویت در حیطه سوء مصرف مواد در سال های اخیر و کمبود تحقیقات انجام شده در این زمینه، مداخله معنویت محور یا الگوی مراقبتی معنوی استاندارد در این حیطه وجود ندارد و پژوهش های مختلف هر یک با توجه به بافت فرهنگی و مذهبی خود مداخلات معنوی را طراحی و اجرا کرده اند. از این رو مقایسه مستقیم مطالعه با مطالعه دیگر از حیث تشابه مداخله معنوی امکان پذیر نیست و طبق پیشنهاد مطالعه چای و همکاران (۲۰۰۶) که ذکر می کند در خصوص ارائه مراقبت های معنویت محور در حیطه سلامتی هنوز اجماع کلی وجود ندارد و باید مطالعات متعددی در زمینه های مختلف طراحی و اجرا شود تا به مدل های اجرایی مناسب در هر حیطه رسید، (۳۰) این پژوهش نیز با طراحی بسته خدمتی مراقبت معنوی مشتمل بر گوش دادن فعال و القای امید (جدول شماره ۱) که از مداخلات مراقبت معنوی در حیطه پرستاری است، اثربخشی آن

و مداخله مراقبت معنوی مشتمل بر گوش دادن فعال و القای امید در این افراد منجر به ارتقای سلامت معنوی گردیده است. لذا می توان چنین استنباط کرد که گنجاندن مداخلات مراقبت معنوی در برنامه مراقبتی وابستگان به آمفتامین منجر به ارتقای سطح سلامت معنوی در این افراد می شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت روان پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی بوده بدین وسیله مراتب سپاس خود را از کلیه اساتید، کارشناسان و کمیته اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مسئولین و کارکنان مرکز روان پزشکی رازی تهران و کلیه مددجویان و خانواده آن ها که با صبر و متانت خود راهگشای مطالعات بودند، اعلام نموده و صمیمانه تشکر و قدردانی می نماید.

را بر سلامت معنوی مبتلایان به سوء مصرف مواد سنجید که این مداخله بر ارتقای سلامت معنوی مبتلایان به سوء مصرف آمفتامین مؤثر بود.

در این پژوهش محقق با محدودیت هایی از قبیل مدت زمان کوتاه بستری (متوسط ۴۰ روز) مواجه بوده که باعث می شود نتوان سلامت معنوی مددجو را در بلند مدت سنجید، هم چنین در این پژوهش مراقبت معنوی بر سلامت معنوی مبتلایان به سوء مصرف آمفتامین مؤثر بوده و سایر مواد مورد سنجش قرار نگرفته اند. لذا پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی سلامت معنوی در پیگیری های بلند مدت و در خارج از مرکز بستری و به صورت سرپایی و همین طور در سایر مواد مخدر و محرک مورد سوء مصرف نیز سنجیده شود.

نتیجه گیری نهایی

بر اساس یافته های این پژوهش، مراقبت معنوی بر سلامت معنوی مبتلایان به وابستگی به آمفتامین بستری مؤثر بوده است

منابع

- 1- Khankeh HR, FallahikhoshknabM, Nourozi K, Nursing and Addiction. First edition. University of social welfare and rehabilitation sciences publication, Tehran. 2007.p:30-64
- 2- Media Center, Alcohol, Factsheet[online]2011[cited 2013 Apr 15]; Available from: URL:http://www.who.int/media center/factsheet/fs_349/en/
- 3- Aghabakhshi H, Sedighi B, Eskandari M. A survey on the effective factors of the youths' tendency towards industrial drug abuse. Journal of Social Research 2007;2(4):71-87
- 4- Mack AH, Harrington AL, Frances R, Clinical manual of alcoholism and addiction. NY: American Psychiatric Publishing Inc;2010
- 5- Hammond A. Substance misuse and serious mental illness: spiritual care. NurseStand. 2005; 24-30;18(2): 33-8
- 6- Wright SG. Reflections on pirituality and health. 1st ed. London: Whurr publishers;2005.
- 7-Bahari F. Addiction, Consultatnt and Treatment(Manual for change in addiction behaviour),1sted, Danjeh publication, Tehran.2009.p:12-28
- 8- Longshore D, Anglin MD, Conner BT. Are religiosity and spirituality useful constructs in drug treatment research?. J behav health serv res 2009 Apr; 36(2):177-88
- 9- Ralph S, Taylor CM. Nursing diagnosis reference Manual.7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008
- 10- Mauk KL, Schmidt NK. Spiritual care in nursing practice.1st ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004
- 11- Fallahikhoshknab M, Mazaheri M. Spirituality, Spiritual care and Spiritual Therapy. 1sted, University of Social Welfare and Rehabilitation Scineces. Tehran.2008. p:69-91
- 12- Carpentino L J. Nursing diagnosis application to clinical practice. Philadelphia: J.B. Lippincott company;1995
- 13-GalanterM, Kleber HD. Psychotherapy for the treatment of substance abuse. 2nd ed. NY: American psychiatric publishing Inc;2011
- 14- Brown AE and et al. Association of spirituality and sobriety during a behavioral spirituality intervention for twelve step(TS) recovery. Am J drug alch abus 2007; 33(3): 611-17.

- 15- Neff JA, MacMaster SA. Applying behavior change models to understand spiritual mechanisms underlying change in substance abuse treatment. *Am J drug Alcohol Abuse* 2005; 31(4):669-84
- 16- Miller WR, Bogenschutz MP. Spirituality and addiction. *South Med J* 2007;100(4):433-36
- 17- O'Reilly ML. Spirituality and mental health clients. *Journal of psychosocial nursing and mental health services* 2004; 42(7):44-53
- 18- Kaye J, Raghavan SK. Spirituality in disability and illness. *Journal oh religioun and health* 2002; 441(3):231-42
- 19- Jadidi A, Farahaninia M, Janmohammadi S. Evaluation of Relationship between Spiritual health and Quality of Life in residents of a Geriatric Center in Iran. *Journal of Iranian Nursing(Tehran University Nursing Care Research Center)* 2011;1(78):48-56
- 20- Gholami A, Bashildeh K, Effectiveness of Spiritual Therapy on women's Mental health. *Journal of Family Consultation and Psychotherapy* 2013;1(3):331-348
- 21- Fallahikhoshknab M, Ghazanfari N. Effectiveness of Spiritual-Vocational therapy on self care of Schizophrenics. *Journal of Nursing Research* 2007;2(4,5):25-30
- 22- Faraji J, Fallahikhoshknab M, Khankeh HR. Effectiveness of Poetry therapy on Depression in Eldery residents of a nursing home in Arak-Iran. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing* 2013;1(1):55-62
- 23- Momenighaleghasemi T et al. Effectiveness of Spiritual care on Anxiety of hospitalized patients with ischemic heart disease: a clinical trial. *Behavioral Science in Mental health* 2011; 10(6):554-564
- 24- Galanter M, Dermatis H, Bunt G, Williams C, Trijillio M, Steinke P. Assessment of spirituality and its relevance to addiction treatment. *Elsevier Inc. J.jsat.*2006 jun;33(2007): 257-64
- 25- Heinz A, Epstein DH, Preston KL. Spiritual/Religious experiences and in tratment outcome in an innercity program for heroin and cocaine dependence. *Journal of psychoactive drugs* 2007 Mar;39(1): 41-49
- 26- Conner BT. Effect of religiosity & spirituality on drug treatment outcomes. *J behave health serv res* 2009 Apr;36(2): 189-98
- 27- Lewis LA, Hankin S, Reynolds D, Ogdegbe G. African-american spirituality: a process of honoring god, others, and self. *Journal of holistic nursing.*2007;25(1):16-23
- 28- Galek K, Flannelly KJ, Vane A, Galek RM. Assessing a patient's spiritual needs: a comprehensive instrument. *Hol Nurs Pract* 2006;19: 62-69
- 29- Arevalo S, Prado G, Amaro H. Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Elsevire Inc. J eavl prog plan* 2007 May;31(2008):113-23
- 30- Chi L, Emben J, VanHofwegan L et al. An integrated review of the concept of ;26(4):405-28 spirituality in the health services. *West Nurs Res.*200