**Journal of Spiritual Health**

**2023, Volume 2, Issue 2**
**Pages: 70-77**

10.30491/JSH.2.2.70

# The Role of Spiritual Therapy Model on Primary Maladaptive Schemas and Personality Traits of Addicted Elderly Men and Women

**Rashin Abdullahi [1], Tahereh Nouri [2*]**

[1] *Department of Psychology, Amin University of Police Sciences, Tehran, Iran*
[2] *Research Institute of Law Enforcement Sciences and Social Studies, Tehran, Iran*

## Abstract

**Background and Aim:** This research has investigated the role of the spiritual therapy model on the primary maladaptive schemas and personality traits of addicted elderly men and women.

**Methods:** The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group with a three-month follow-up phase. The statistical population of the research included all elderly married, both men and women, who are addicted to drugs (opium, heroin, glass) in Karaj city camps. Thirty people were selected as available samples and included in two groups of 15 people, experimental and control. For data collection, Yang's maladaptive schemas questionnaire, Eysenck's personality questionnaire for adults (EPQ-RE), and spiritual therapy intervention training were used in 10 sessions of 60 minutes. The control group did not receive any intervention during the research. Appropriate descriptive and inferential statistical methods such as mean and standard deviation, Kolmogorov–Smirnov, and multivariate analysis of covariance (MANCOVA) were used for data analysis.

**Results:** The findings of the research showed that the spiritual therapy model has a significant effect on the primary maladaptive schemas and personality traits of elderly addicted men and women ($P \leq 0.005$).

**Conclusion:** Spiritual therapy is a suitable solution for controlling addicted people and provides a suitable prediction of factors that increase or decrease the tendency to addiction.

**Keywords:** Spiritual Therapy, Personality, Maladaptive Schemas, Elderly, Addiction.

*Corresponding author: **Tahereh Nouri,** Email: nori.t1363@gmail.com

**Received:** 9 February 2023 **Accepted:** 6 August 2023

[ Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18 ]

[ DOI: 10.30491/JSH.2.2.70 ]

مجله سلامت معنوی
دوره ۲، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۲
صفحات: ۷۷-۷۰
10.30491/JSH.2.2.70

# نقش مدل معنویت درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ویژگی‌های شخصیتی زنان و مردان سالمند معتاد

**راشن عبداللهی[۱]، طاهره نوری[۲]***

[۱] *گروه روانشناسی، دانشگاه علوم انتظامی امین، تهران، ایران*
[۲] *پژوهشگاه علوم انتظامی و مطالعات اجتماعی، تهران، ایران*

## چکیده

**زمینه و هدف:** در این پژوهش بررسی نقش مدل معنویت درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ویژگی‌های شخصیتی زنان و مردان سالمند معتاد انجام گرفته است.

**روش‌ها:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با مرحله پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مراجعین متاهل سالمند اعم از زن و مرد و وابسته به مواد مخدر (تریاک، هرویین، شیشه) به کمپ‌های شهر کرج بود. تعداد ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل گمارده شدند. در بخش ابزار گردآوری اطلاعات از پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار یانگ و پرسشنامه شخصیتی آیزنک بزرگسالان (EPQ-RE) و آموزش مداخلات معنویت درمانی در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای استفاده شد. گروه کنترل در حین اجرای پژوهش مداخله‌ای دریافت نکرد. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی مناسب چون میانگین و انحراف معیار، کالموگروف- اسمیرونف و تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شد.

**یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد که مدل معنویت درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ویژگی‌های شخصیتی سالمندان زنان و مردان سالمند معتاد تاثیر معناداری دارد ($P\leq$۰/۰۰۵).

**نتیجه‌گیری:** معنویت درمانی راهکار مناسبی در کنترل افراد معتاد است و پیش‌بینی مناسبی از عوامل افزاینده و یا کاهنده گرایش به اعتیاد را فراهم می‌کند.

**کلیدواژه‌ها:** معنویت درمانی، شخصیت، طرحواره‌های ناسازگار، سالمندان، اعتیاد.

*نویسنده مسئول: **طاهره نوری.** پست الکترونیک: nori.t1363@gmail.com
دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱۱/۲۰ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۵/۱۵

[ Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18 ]
[ DOI: 10.30491/JSH.2.2.70 ]

## مقدمه

سالمندی، یکی از مهمترین پدیده‌های مردم شناختی قرن بیست و یکم است (۱). این پدیده باعث افزایش نیازهای اجتماعی، اقتصادی، پزشکی و بهداشتی شده است چرا که افراد سالمند در معرض خطر بسیاری از بیماری‌ها جسمی و روانی و ناتوانی‌ها قرار دارند (۲). سازمان ملل متحد از معیار۶۰ سالگی یا بالاتر برای نشان دادن افراد سالمند استفاده می‌کند. از سوی دیگر، مجموعه تغییراتی که با افزایش سن به خصوص با نزدیک شدن به دوره سالمندی به وقوع می‌پیوندند، از قبیل مرگ نزدیکان، از دست دادن قدرت، اهداف زندگی، مهارت‌های جسمانی و موقعیت اجتماعی مسائل خاص این دوره تحولی را به وجود می‌آورد که نیازمند توجه ویژه‌ای است (۳). یکی از مسایلی که سالمندان با آن روبرو هستند اعتیاد است. اعتیاد از مهمترین چالش‌های بهداشتی و روانی–اجتماعی است که گستره جهانی یافته است (۴) و از جمله مواردی است که همواره مورد توجه محققان و مسئولین و همچنین مبتلایان به سوءمصرف مواد و خانواده‌های آن‌ها است (۵). آمارها نشانگر آن است که سالمندان اغلب تریاک و شبه تریاک مصرف می‌کنند. آن‌ها معمولا از دوران جوانی اعتیاد داشته و تعداد کمی از آن‌ها در سنین سالمندی معتاد شده‌اند (۶). ویژگی‌های روانی انسان‌ها یکی از مهمترین عوامل تاثیرگذار در سوءمصرف مواد مخدر است که با پی بردن به ارتباط حالت روانی به خصوص ویژگی‌های شخصیتی انسان‌ها با سوء مصرف مواد می‌توان در پیشگیری یا کاهش این معضل خانمان‌سوز چاره‌اندیشی نمود (۷).

نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که اکثر افراد معتاد قبل از اعتیاد دارای نارسایی‌های روانی و شخصیتی بوده که بعد از اعتیاد به صورت مخرب‌تری ظاهر می‌شود که در اصل با رابطه متقابل شخصیت و اعتیاد در ارتباط است (۹). در نتیجه در بین عوامل سبب شناختی و زمینه‌ساز گرایش به مصرف مواد، متغیرهای روانشناختی و از میان آن‌ها ویژگی‌های شخصیتی از اهمیت خاصی برخوردار هستند و یافته‌های زیادی به ارتباط تفاوت‌های فردی در صفات شخصیتی و اختلالات شخصیتی با اختلالات مصرف مواد اشاره دارند (۱۰). از سویی دیگر از عوامل اثرگذار در موفقیت و شکست انسان‌ها که ریشه در دوران کودکی دارد و در جنبه‌های مختلف زندگی فرد در بزرگسالی هم نقش بازی می‌کند طرحواره‌های ناسازگار اولیه است (۱۱). طرحواره‌های ناسازگار سازه‌های روانشناختی هستند که مشتمل بر باورهای ما درباره خودمان، دنیا و افراد دیگر می‌باشد. طرحواره‌ها شامل هیجانات، احساسات بدنی، خاطرات و شناخت‌هایی می‌شوند که در کودکی شکل گرفته و در طول زندگی فرد گسترش پیدا می‌کنند که در نتیجه تعامل بین ناکامی نیازهای اساسی دوران کودکی، خلق و خوی فطری و محیط اولیه به وجود می‌آیند. طرحواره‌ها اغلب در دوران کودکی نقش و عملکردی سازگارانه دارند (۱۲). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که این طرحواره‌های ناسازگار اولیه مکانیزم‌های ناکارآمدی هستند که به صورت مستقیم یا غیرمستقیم به پریشانی روانشناختی منجر می‌شوند (۱۳). طرحواره‌ها پیش‌بینی کننده‌های قوی‌تر علائم روانی نظیر اضطراب، افسردگی، پارانوئید و سوء مصرف مواد هستند (۱۴). طرحواره‌های ناسازگار دارای مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری هستند و به عنوان زیرساخت‌های شناختی، تشکیل باورهای غیرمنطقی را به دنبال دارند؛ هنگامی که این طرحواره‌ها فعال می‌شوند سطوحی از هیجان منتشر می‌گردد که می‌تواند عامل اصلی آشفتگی‌های روانشناختی نظیر افسردگی، اضطراب، نبود توانایی شغلی، سوء مصرف مواد و تعارضات بین فردی شود (۱۵).

امروزه در کنار تغییرات سبک زندگی، گرایش به معنویت، از گرایش‌های تازه‌ایی است که در عرصه‌های فرهنگی بیشتر از سایر عرصه‌های دیگر نمود پیدا کرده است (۱۶) و تلاش‌های بسیاری صورت گرفته است تا تأثیر عوامل معنوی بر تعارضات زندگی انسان‌ها را مشخص کند. از مهمترین عواملی که می‌تواند به سوال‌های اساسی انسان درباره معنای زندگی و هدف و رویدادهای آسیب‌زا، پاسخ دهد سطح باورهای دینی و مذهبی افراد است که تحت عنوان هسته اصلی معنویت به وحدت‌یافتگی یا از هم‌گسیختگی فرد منجر شود (۱۷). Michael و همکاران (۱۸) بیان نمودند که مذهبی بودن و معنویت تأثیر زیادی بر سلامت روان و جسمانی افراد دارد. همچنین Moss (۱۹) معتقد است مذهب بخش جدایی‌ناپذیر سلامت روانی و جسمانی است. معنویت به افراد امید می‌دهد و امید بر کیفیت زندگی افراد تاثیر دارد. Green (۲۰) امید را احساس وجد و نشاط می‌داند. علاوه بر امید، بخشش هم در بهبود مشکلات روانی (۲۱،۲۲)، افزایش صمیمیت و حل مشکلات بسیار موثر است (۲۳،۲۴). در واقع، بخشش احساسات مثبت را افزایش می‌دهد و جایگزین احساسات منفی می‌کند (۲۷–۲۵). از آنجایی که اهمیت مدل معنویت درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار و ویژگی‌های شخصیتی در تمییز افراد در معرض خطر مصرف مواد کمتر مورد بررسی قرار گرفته است، بررسی این متغیر ها می‌تواند در تمییز افراد در معرض خطر نقشی مهم و موثر داشته باشد. بدین ترتیب این پژوهش با هدف حاضر بررسی نقش مدل معنویت درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار و ویژگی‌های شخصیتی در افراد معتاد سالمند انجام شد و بنابراین سوال پژوهش عبارت بود از اینکه آیا مدل معنویت درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ویژگی‌های شخصیتی در افراد معتاد تاثیر دارد؟

## روش

روش پژوهش بر مبنای هدف کاربردی و از منظر گردآوری داده‌ها جزء تحقیقات کمی و از نوع نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مراجعین متاهل سالمند اعم از زن و مرد و وابسته به مواد مخدر (تریاک، هرویین، شیشه) به کمپ‌های شهر کرج در سال ۱۴۰۱ بود. در ابتدا طی یک فراخوان برای برگزاری جلسات و به روش

[ Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18 ]

[ DOI: 10.30491/JSH.2.2.70 ]

نمونه‌گیری در دسترس حجم نمونه آماری شامل ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) در نظر گرفته شد که با توجه به نمرات دو گروه به صورت تصادفی ساده جایگزین شدند. قبل از اجرای طرح از هر دو گروه آزمون‌های طرحواره‌های ناسازگار یانگ و پرسشنامه شخصیتی آیزنک بزرگسالان به عمل آمد (پیش‌آزمون). گروه آزمایش تحت آموزش مدل معنویت درمانی طی ۱۰ جلسه (۶۰ دقیقه‌ای) قرار گرفت. در پایان برای هر دو گروه آزمون‌های طرحواره‌های ناسازگار یانگ و پرسشنامه شخصیتی آیزنک بزرگسالان اجرا شد و نتایج مورد مقایسه قرار گرفت. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل زن و مرد سالمند در محدوده سنی ۶۰ سال به بالا، داشتن اعتیاد به (تریاک، هرویین، شیشه)، تحصیلات دیپلم به بالا و نداشتن بیش از دو جلسه غیبت بود و ملاک‌های خروج نیز عبارت بود از داشتن بیماری‌های زمینه‌ای مانند: دیابت، بیماری‌های غدد درون‌ریز، اختلالات عصب شناختی، کلیوی، عدم اعتیاد و غیبت بیش از دو جلسه بود. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش رضایت شرکت کنندگان برای شرکت در برنامه آموزشی مداخله کسب و از تمام مراحل مداخله آگاه شدند. به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند. همچنین به افراد گروه کنترل اطمینان داده شد که آنان نیز پس از تکمیل و اجرای فرآیند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند کرد.

**جدول-۱.** شرح جلسات مدل معنویت درمانی بر گرفته از طرح ریچارد و برگین (۲۴)

| جلسه موضوع | موضوع | هدف و روش |
|---|---|---|
| جلسه اول | طرح اولیه مشکل اعتیاد در سالمندان | هدف: معرفی درمانگر، برقراری رابطهٔ درمانی، ایجاد شکایت همدلانه و توجهٔ به شکایت سالمندان، عقد قرارداد درمانی، صورت بندی و مفهوم سازی مشکلات سالمندان با تکیه بر الگوهای روانشناختی و معنوی.<br>روش: الحاق، ساختارسازی جلسه، دعوت سالمندان به طرح مشکلات |
| جلسه دوم | ارزیابی سالمندان | هدف: مروری کوتاه بر جلسهٔ قبل، سنجش تناسب بیمار برای طرحواره درمانی، ربط دادن مشکلات موجود به طرحواره‌های ناسازگار اولیه ایجاد امید، و گرفتن بازخورد از جلسه. |
| جلسه سه | سنجش و ارزیابی مشکلات | هدف: مروری کوتاه بر جلسهٔ قبل، بحث دربارهٔ پیش فرض‌های انسان معنوی، آشنایی سالمندان با مبانی شناختی طرحواره‌ها و ویژگی‌های شخصیت.<br>روش: مصاحبه سنجشی و ترسیم ژنوگرام |
| جلسه چهار | معرفی مبانی شناختی- هیجانی تعارض‌ها | هدف: مروری کوتاه بر جلسهٔ قبل، آموزش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، انواع و مشخصات آن‌ها، ویژگی‌های شخصیت رو ش: بیان نمونه‌هایی از تحریف‌ها و باورهای غیر منطقی شناختی |
| جلسه پنج | شناسایی کانون رفتارها طرحواره هاو ویژگی های شخصیتی، یافتن امید، بخشش | هدف: مروری کوتاه بر جلسهٔ قبل، کمک به سالمندان برای کنترل رفتار و ایجاد سازگاری و ایجاد امید در سالمندان<br>روش: مصاحبه امید محور، سنجش امید در سالمندان، کاربرد فنون راه حل محور، بیان انواع، ابعاد و اجزاء بخشش، تکالیف درون و میان جلسه، بیان کانون و عوامل راه‌انداز و شیوه‌های سالم و ناسالم خشم |
| جلسه شش | معرفی بخشودگی در روابط و امید افزایی به سالمندان | هدف: مروری کوتاه بر جلسهٔ قبل، آشنایی سالمندان با ویژگی‌های روانشناختی به عنوان عاملی التیام بخش و کشف نظر آن‌ها، تعیین اهداف درمانی معنویت درمانی.<br>روش: بیان ابعاد، انواع و اجزاء بخشش، آشناسازی سالمندان با ویژگی‌های و طرحواره‌ها و دادن تکالیف در درون جلسه و میان جلسات. |
| جلسه هفت | امیدافزایی در سالمندان و ترغیب به ارتباط با (خود، خدا و دیگران) | هدف: آماده‌سازی سالمندان برای بخشودن خود ودیگران، آشناسازی با مهارت‌های ارتباطی (خود و خدا و دیگران)<br>روش: توضیح مبانی روابط سالم با دیگران و تشریح سبک‌های ارتباطی (خود، خدا و دیگران). |
| جلسه هشت | تقویت ارتباط با خدا، همدلی، امید و ایثار و وجدان کاری | هدف: مروری کوتاه بر جلسهٔ قبل، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش، به کارگیری کارت‌های آموزشی، گرفتن بازخورد و ارائهٔ تکلیف بین موقعیت مشکل‌ساز- احساس- فکر-رفتار و رفتار جایگزین.<br>روش: فعال‌سازی رفتار سالمندان و سبک‌های حل تعارض و مراحل حل مسئله، ایجاد دید شخصی برای ایثار و بخشش، و اختیار در بخشش. |
| جلسه نهم | اشکال درست و نادرست بخشودن، اطمینان بخشی به برای رفع موانع جزئی در کار | هدف: مروری کوتاه بر جلسهٔ قبل، تشویق پیشرفت‌های جزئی مراجع در جهت افزایش انگیزه برای تغییر رفتار، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی و ایفای نقش، شناسائی موانع و غلبه بر آن‌ها، ایجاد تغییرات مهم در زندگی، گرفتن بازخورد و ارائهٔ تکلیف.<br>روش: شناسایی و رفع موانع عملی کار، ارتباط با خدا کشف آزادی و اختیار دربخشودن، شناسایی موانع حل تعارض (چرخه آگاهی) و موانع دستیابی به هدف، اراده، و راهیابی و تقویت قدرت اراده و راهیابی، ارائه تکالیف درون و بین جلسات. |
| جلسه دهم | بررسی میزان پایداری تغییرات تعارضی از طریق کاربرد معنوی درمانی مداخله امید و ایثار و بخشش | هدف: تعیین اثر مداخله‌های معنوی درمانی (امید وبخشش درمانی) و خاتمه مداخله‌ها.<br>روش: مروری بر مداخله‌ها قبلی، بررسی نقاط قوت و ضعف مداخله‌ها و میزان دستیابی به اهداف تعیین شده. |

[ Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18 ]

[ DOI: 10.30491/JSH.2.2.70 ]

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شده است:

**پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار یانگ:** این پرسشنامه دارای ۷۵ آیتم است که برای ارزیابی ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه به وسیله یانگ و بر پایه یافته‌های اسمیت و همکاران ساخته شده است. این پرسشنامه خود گزارشی است بر اساس مقیاس لیکرت و به صورت ۱ تا ۶ پاسخ داه می‌شود. این ۱۵ طرحواره در درون پنج حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، دیگر جهت-مندی، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری و محدودیت‌های مختل مطابق با حوزه‌های تحولی اولیه قرار گرفته است. در اولین پژوهش جامع در مورد ویژگی‌های روانسنجی آن، برای هر طرحواره ناسازگار اولیه ضریب آلفای از ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ به دست آمد و ضریب باز آزمایی در جمعیت غیر بالینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۳ بود (۳۵). پژوهش‌های دیگر ساختار عاملی و روایی سازه این مقیاس را تایید کردند. در ایران آلفای کرونباخ این پرسشنامه در جمعیت مونث ۰/۹۷ و در جمعیت مذکر ۰/۹۸ گزارش شده است (۳۶) در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ این پژوهش ۰/۹۳به دست آمد.

**پرسشنامه شخصیتی نئو فرم کوتاه:** این پرسشنامه دارای ۶۰ گویه است. برای هر عبارت پرسشنامه یک مقیاس درجه بندی پنج رتبه‌ای وجود دارد که دارای ارزش صفر تا ۴ است. برای برخی از جمله‌ها این نمره‌گذاری را از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم به ترتیب صفر تا چهار تعلق می‌گیرد و برای برخی دیگر برعکس. روایی پرسشنامه با استفاده از نظرات اساتید راهنما و مشاور، خوب ارزیابی و تایید شده است. همچنین پایایی آن نیز با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ محاسبه گردید. آلفای این پرسشنامه ۰/۷۸ به دست آمد که نشان دهنده پایایی قابل قبول این پرسشنامه است (۳۷). در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ این پژوهش ۰/۸۲به دست آمد.

**جلسات آموزشی مدل معنویت درمانی:** ساختار جلسات معنویت درمانی براساس طرح ریچارد و برگین (البته به خاطر ماهیت تحقیق، تغییراتی با مشورت ۱۰ نفر از متخصصان درمان‌های معنوی اعمال شد و ضریب روایی ۰/۸۵ برای بسته آموزشی به دست آمد) تدوین گردید. خلاصه جلسات آموزشی در جدول ۱ نشان داده شده است.

### تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها

بعد از تکمیل پرسش‌نامه‌ها در راستای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی مناسب چون میانگین و انحراف معیار، کالموگروف- اسمیرونف و تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شد.

### ملاحظات اخلاقی

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش رضایت شرکت-کنندگان برای شرکت در برنامه آموزشی مداخله کسب و از تمام مراحل مداخله آگاه شدند. به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهند ماند و حتی نیازی به درج نام و نام خانوادگی نیست. همچنین به افراد گروه کنترل اطمینان داده شد که آنان نیز پس از تکمیل و اجرای فرآیند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند کرد.

## نتایج

در پژوهش حاضر آزمودنی‌ها در گروه سنی ۶۵ تا ۷۰ سال (۶۷/۵ درصد)، ۷۱ تا ۷۵ سال (۲۵ درصد) و بیش از ۷۶ سال (۷/۵ درصد) بودند. ۷۷/۵ درصد از افراد مرد و ۲۲/۵ درصد زن، ۹۲ درصد متاهل و ۸ درصد مجرد (فوت همسر) بودند. بیشترین سطح تحصیلات مربوط به دیپلم (۵۰ درصد) و پس از آن به ترتیب زیر دیپلم (۲۷/۵ درصد)، کاردانی (۱۸ درصد) و کارشناسی (۴/۵ درصد) بود.

**جدول-۲.** میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل

| گروه | گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) | | گروه کنترل میانگین (انحراف معیار) | |
|---|---|---|---|---|
| متغیرها | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | پیش‌آزمون | پس‌آزمون |
| طرحواره‌های ناسازگار | ۵۱/۹۰ (۴/۹۴) | ۵۶/۰۵ (۷/۵۴) | ۵۷/۲۰ (۴/۶۶) | ۵۷/۸۰ (۵/۷۵) |
| ویژگی‌های شخصیتی | ۳۰/۴۰ (۲/۷۶) | ۳۳/۰۵ (۴/۲۴) | ۲۰/۴۲ (۳/۳۹) | ۳۰/۹۵ (۳/۹۱) |

**جدول-۳.** آزمون کالموگروف اسمیرونف (K-S) برای بررسی نرمال بودن داده‌های آزمون

| مراحل آزمون | خرده مقیاس‌ها | مقادیر آماری | گروه آزمایش | گروه کنترل |
|---|---|---|---|---|
| پیش آزمون | طرحواره‌های ناسازگار | مقدار (K-S) | ۰/۴۶ | ۰/۸۳ |
| | | معناداری sig | ۰/۹۹ | ۰/۵۴ |
| | ویژگی‌های شخصیتی | مقدار (K-S) | ۰/۵۲ | ۰/۵۷ |
| | | معناداری sig | ۰/۹۷ | ۰/۹۲ |
| پس آزمون | طرحواره‌های ناسازگار | مقدار (K-S) | ۰/۴۸ | ۰/۷۹ |
| | | معناداری sig | ۰/۹۷ | ۰/۵۵ |
| | ویژگی‌های شخصیتی | مقدار (K-S) | ۰/۴۸ | ۰/۷۶ |
| | | معناداری sig | ۰/۹۸ | ۰/۶۳ |

[ Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18 ]

[ DOI: 10.30491/JSH.2.2.70 ]

**جدول-۴.** آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌ها

| متغیرهای وابسته | F | Df1 | Df2 | *P* |
|---|---|---|---|---|
| پس‌آزمون طرحواره‌های ناسازگار | ۲/۳۹ | ۱ | ۲۸ | ۰/۱۵ |
| پس‌آزمون ویژگی‌های شخصیتی | ۲/۰۹۵ | ۱ | ۲۸ | ۰/۱۷ |

در جدول ۲ اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش شامل میانگین و انحراف معیار آورده شده است. جدول مذکور بیانگر ویژگی‌های توصیفی متغیرهای طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ویژگی‌های شخصیتی است.

جدول ۲ آماره‌های توصیفی از متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون را نشان می‌دهد که میانگین نمرات طرحواره‌های ناسازگار و ویژگی‌های شخصیتی در گروه کنترل و آزمایش تقریباً برابر بوده و در گروه آزمایش و کنترل تفاوت چندانی با یکدیگر ندارند. اما نتایج در پس‌آزمون نشان می‌دهد که میانگین نمرات هر دو متغیر در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بالاتر است.

با توجه به نتایج جدول ۳، مقادیر (K-S) و مقدار (sig) در مورد هر یک از آزمون‌ها، توزیع داده‌ها نرمال است و وجود نرمال بودن داده‌ها مورد تائید قرار می گیرد. در ادامه نیز برای بررسی شرط برابری واریانس‌ها از آزمون لِون استفاده شد (جدول ۴). با توجه به داده‌های جدول ۴، واریانس متغیرهای وابسته دو گروه با همدیگر تفاوت معناداری ندارند و شرط برابری واریانس‌ها مورد تایید است.

**جدول-۵.** شرط همسانی کوواریانس‌ها با آزمون ام باکس

| | |
|---|---|
| Box sM | ۸/۰۷۹ |
| F | ۱/۱۸ |
| Df1 | ۶ |
| Df2 | ۵۶۷/۰۲ |
| Sig | ۰/۳۲ |

با توجه به مقادیر جدول ۵، تفاوت معناداری بین کوواریانس‌های دو گروه وجود ندارد و شرط همسانی کوواریانس‌ها نیز در مورد داده‌ها وجود دارد. همچنین برای وارسی عدم وجود هم‌خطی چندگانه بین داده‌های پیش‌آزمون طرحواره‌های ناسازگار و ویژگی‌های شخصیتی گروه آزمایش و کنترل از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد (جدول ۶).

**جدول-۶.** ضریب همبستگی نمرات پیش‌آزمون گروه‌های مورد مطالعه

| متغیرها | طرحواره‌های ناسازگار | | ویژگی‌های شخصیتی | |
|---|---|---|---|---|
| | r | *P* | r | *P* |
| طرحواره‌های ناسازگار | ۱ | ۰ | -۰/۶۵ | ۰/۰۰۰۱ |
| ویژگی‌های شخصیتی | -۰/۶۵ | ۰/۰۰۰۱ | ۱ | ۰ |

**جدول-۷.** آزمون تحلیل کوواریانس نقش آموزش مدل معنویت درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار و ویژگی‌های شخصیتی معتادان سالمند

| اثر | | ارزش | F | درجه آزادی فرضیه | درجه آزادی خطا | *P* | مجذور ایتا |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| گروه | اثر پیلایی | ۰/۶۲ | ۱۳/۶۳ | ۳ | ۲۷ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۲ |
| | لامبدای ویلکز | ۰/۳۸ | ۱۳/۶۳ | ۳ | ۲۷ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۲ |
| | اثر هوتلینگ | ۱/۵۶ | ۱۳/۶۳ | ۳ | ۲۷ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۲ |
| | اثر بزرگترین ریشه روی | ۱/۵۶ | ۱۳/۶۳ | ۳ | ۲۷ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۲ |

**جدول-۸.** جدول خلاصه تحلیل کوواریانس به منظور اثرات بین گروهی

| منابع تغییر | متغیر وابسته | مجموع مجذورات | درجات آزادی | میانگین مجذورات | F | *P* | مجذور ایتا |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| اثرگروه | طرحواره‌های ناسازگار | ۱۴۰۰/۸۲ | ۱ | ۱۴۰۰/۸۴ | ۱۷/۷۲ | ۰/۰۰۵ | ۰/۲۶ |
| | ویژگی‌های شخصیتی | ۱۶۵۷/۶۲ | ۱ | ۱۶۵۷/۶۴ | ۲۴/۶۸ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۴۸ |
| خطا | طرحواره‌های ناسازگار | ۴۲۹۲/۵۲ | ۲۸ | ۱۵۳/۳۲ | | | |
| | ویژگی‌های شخصیتی | ۱۸۸۱/۰۶۶ | ۲۸ | ۶۷/۱۸۲ | | | |
| جمع | طرحواره‌های ناسازگار | ۲۸۹۳۲۲ | ۳۰ | | | | |
| | ویژگی‌های شخصیتی | ۸۱۲۶۲ | ۳۰ | | | | |
| جمع تصحیح شده | طرحواره‌های ناسازگار | ۵۶۹۳/۳۶۶ | ۲۹ | | | | |
| | ویژگی‌های شخصیتی | ۳۵۳۸/۶ | ۲۹ | | | | |

نتایج ضریب همبستگی در جدول ۶ بین متغیرهای طرحواره‌های ناسازگار و ویژگی‌های شخصیتی دو گروه در پیش‌آزمون بیانگر عدم وجود رابطه خطی بین متغیرها قبل از اجرای طرح است. با توجه به وجود پیش فرض‌های مورد نیاز برای اجرای تحلیل کوواریانس، با استفاده از این آزمون تاثیر آموزش مدل معنویت درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار و ویژگی‌های شخصیتی معتادان سالمند بررسی می‌شود.

[ Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18 ]

[ DOI: 10.30491/JSH.2.2.70 ]

با توجه به داده‌های جدول ۷، مقدار لامبدای ویلکز اثر معناداری بر متغیرهای وابسته داشته است (F = ۱۳/۶۳ و $P$ = ۰/۰۰۰۱)، بنابراین می‌توان گفت؛ آموزش مدل معنویت درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار و ویژگی‌های شخصیتی معتادان سالمند تاثیر داشته است.

برای بررسی اثر اجرای طرح بر هر یک از متغیرهای وابسته از داده‌های جدول ۸ استفاده شد. نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد آموزش مدل معنویت درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار و ویژگی‌های شخصیتی تاثیر دارد (F = ۱۷/۷۲ و $P$ = ۰/۰۰۰۱) و (F = ۲۴/۶۸ و $P$ = ۰/۰۰۰۱).

## بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش مدل معنویت درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ویژگی‌های شخصیتی زنان و مردان سالمند معتاد بود. طبق یافته‌های حاصل از این پژوهش مشخص شد که با کنترل پیش‌آزمون بین سالمندان گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ طرحواره‌های ناسازگار اولیه تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، فرضیه اول پژوهش یعنی آموزش مدل معنویت درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه سالمندان اثربخش است که با نتایج مطالعات دیگر همسو بود (۳،۵،۸،۱۰،۱۸،۲۵). در تبیین یافته اول می‌توان گفت، طبق تحقیقات Bach و همکاران (۱۱) یکی از عوامل تاثیرگذار در گرایش افراد به مواد اعتیادآور، طرحواره‌های ناساگار اولیه است که باورها و نگرش‌های افراد را شکل می‌دهند و سبب ایجاد باورهای غیرمنطقی و اتخاذ تدابیری در موقعیت‌های تنش‌زا می‌شوند. این طرحواره‌ها، افراد را به لحاظ روانشناختی نسبت به اعتیاد، سوء مصرف مواد، افسردگی و اضطراب، روابط ناکارآمد، آسیب کودکی، هراس اجتماعی و اختلالات شخصیت آسیب‌پذیر می‌سازند. همچنین در حفظ و تحریک رفتارهای اعتیادی موثر عمل می‌کنند. با آموزش مدل معنویت درمانی، سالمندان با ویژگی‌ها و طرحواره‌های ناسازگار نشات گرفته از دوران کودکی خود آشنا می‌گردند و تعاملی بین ناکامی نیازهای اساسی دوران کودکی، خلق و خوی فطری و محیط اولیه ایجاد می‌کنند. مشکلات موجود زندگی را به طرحواره‌های ناسازگار اولیه ربط می‌دهند و با ایجاد امید و با تغییر زیر ساخت‌های شناختی، باورهای منطقی آنان بیدار و تشکیل می‌گردد. سالمندان در این مدل با آموزش تقویت ارتباط با خدا، همدلی، امید و ایثار و وجدان کاری، رفتارهای سالم را از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش تمرین می‌کنند. در واقع امور معنوی برای سالمندان نوعی منبع حمایتی فراهم می‌کند که می‌تواند به آنان در مقابله با عوامل چالش‌انگیز زندگی کمک نماید. بنابراین سالمندانی که باورهای معنوی آنان تقویت می‌گردد، با تأکید به منبع حمایتی خود، در حل مشکلات زندگی، خود را تواناتر می‌پندارند، زود تسلیم نمی‌شوند و استقامت بهتری خواهند داشت. افرادی که وضعیت معنوی بهتری دارند کمتر دچار بی هدفی، کشمکش‌های درونی، پوچی، یاس، نارضایتی و نا امیدی در برابر بحران‌ها شده و محرومیت و ناملایمات را تحمل می‌نماید (۱۹). یافته دیگر پژوهش بیانگر این بود که آموزش مدل معنویت درمانی بر ویژگی شخصیتی سالمندان معتاد تاثیرگذار است که با یافته‌های پژوهش دیگر همسو بود (۹،۱۳،۱۴۱۷،۱۹،۲۲،۲۳). در تبیین این یافته می‌توان مطرح کرد که مطالعات حاکی از آن است که ویژگی‌های شخصیتی مرتبط با تکانش‌گری و خودکنترلی پایین، شیوه زندگی و روابط اجتماعی، نگرش‌ها و باورها و بهزیستی روانی، نقش اساسی در گرایش افراد به مواد ایفا می‌کنند (۲۰). آموزش معنویت، می‌تواند نقش مهمی در معرفت شناختی داشته باشد. چرا که در مدل معنویت درمانی، سالمندان نسبت به مبانی روابط سالم با دیگران و تشریح سبک‌های ارتباطی (خود، خدا و دیگران) آگاهی پیدا می‌کنند و به نوعی تغییر افکار، رفتارها و عواطف را آموزش می‌بینند. این آموزش‌ها در سالمندان نهادینه می‌گردد و به مرور با تمرین و ایفای نقش، منجر به بهبود ویژگی‌های شخصیتی سالمندان معتاد می‌شود. همچنین در این مدل سالمندان با آموزش مهارت‌های حل مسئله و راهبردهای حل تعارض آشنا می‌گردند. تحقیقات مختلفی نشان داده است (۲۶) که ارتقای مهارت‌های زندگی و مهارت حل مسئله، سبب بهبود روابط اجتماعی، افزایش تعهد نسبت به خویشتن‌داری و پرهیز و پیشگیری از مصرف مواد می‌گردد.

## نتیجه‌گیری

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر شواهدی برای اثر بخشی مدل معنویت درمانی ارائه می‌دهد، که می‌توان چنین استدلال نمود که آموزش معنویت درمانی می‌تواند به افراد سالمند معتاد کمک نماید تا رابطه جدیدی با افکار خود داشته باشند و آن‌ها را قادر می‌سازد که با شناخت طرحواره‌ها و عوامل شخصیتی، تغییراتی بر شیوه ناصحیح و ناسازگارانه تفکرات منفی ایجاد کنند. لذا پیشنهاد می‌گردد در کمپ‌ها و مراکز ترک اعتیاد از این شیوه مداخله‌ای نیز در کنار درمان‌های دیگر استفاده گردد.

**تشکر و قدردانی:** بدینوسیله محققین از شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر تشکر و قدردانی می‌نمایند.

**تضاد منافع:** نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

## منابع

1. Asadi Noghabi A, Alhani F, Peyrovi H. The concept of health in elderly people: A literature review. Iran Journal of Nursing. 2012;25(78):62-71. [In Persian]

[ Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18 ]

[ DOI: 10.30491/JSH.2.2.70 ]

2. Sheikhy L, Karami Mattin B, Chupani J, Hookari S, Fallah B. Evaluation the status of sleep quality in elderly people in Kermanshah city. The Scientific Journal of Rehabilitation Medicine. 2014;3(4):81-8. [In Persian]
3. Zolfaghari D, Mohammadkhani S, Mahdavian A, Akbari M. Transdiagnostic model of healing from marital infidelity with emphasis on the role of metacognitions, schemas, intimacy, emotional efficiency and forgiveness. Clinical Psychology and Personality. 2021;19(1):27-39. [In Persian]
4. Mosalman M, Mikaeli N, Mahdavi A. Predicting Addiction Readiness based on Health Literacy in Students. Scientific Quarterly Research on Addiction. 2021;15(59):43-64. [In Persian]
5. Razaghi I, Sobhi Garamaleki N, Raduons S, Vakili abasalilo S. The role of social support and cognitive emotion regulation in relapse prevention of individuals with drugs abuse disorders. Scientific Quarterly Research on Addiction. 2020;14(55):245-62. [In Persian]
6. Gelernter J, Kranzler HR. Genetics of drug dependence. Dialogues in Clinical Neuroscience. 2022.
7. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Transtornos do Humor. In: Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 11th ed. Porto Alegre, Brazil: Artmed Editora; 2016:347-386. [In Portuguese]
8. Pournaghash-Tehrani S, Mazloomhoseini N. Comparison of personality traits of opiate and amphetamine-dependent individuals. Medical Science. 2019;29(4):349-56. [In Persian]
9. Neacşu VC. Differences in early maladaptive schemes expression. Bulletin of the Transilvania University of Braşov, Series VII: Social Sciences and Law. 2016;9(2-Suppl):65-72.
10. Farrell J, Shaw I. Creative use of mode dialogues with the vulnerable child and dysfunctional critic modes. Creative Methods in Schema Therapy: Advances and Innovation in Clinical Practice. 2020:155-67.
11. Bach B, Lockwood G, Young JE. A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. Cognitive Behaviour Therapy. 2018;47(4):328-49.
12. Orang S, Hashemi Razini H, Abdollahi MH. Relationship between early maladaptive schemas and meaning of life and psychological well-being of the elderly. Iranian Journal of Ageing. 2017;12(3): 326-45.
13. Taylor CD, Bee P, Haddock G. Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2017;90(3):456-79.
14. Jamshidi S, Asghari Ebrahimabad MJ, Rasoulzadeh Tabatabaee K. The role of early maladaptive schemas in predicting the risk of substance abuse relapse. MEJDS. 2020;10:123. [In Persian]
15. Shakri F, Fathi A. Investigating the mediating role of primary maladaptive schemas in the relationship between attachment styles and coping styles of addicts. Addiction and Substance Abuse Research Quarterly. 2018;54(13):279-302. [In Persian]
16. Amani R. Comparison of marital conflict in the structure of power distribution in the family. Educational cultural quarterly for women and family. 2015;10(32):41-52. [In Persian]
17. Azizi S. Comparison of the effect of acceptance and commitment therapy (ACT) with cognitive-behavioral therapy (CBT) on reducing anger in depressed students, according to their level of psychological and spiritual development (single case study). PhD thesis, Tarbiat Modares University; 2017. [In Persian]
18. Michael SY, Luckhaupt SE, Mrus JM, Mueller CV, Peterman AH, Puchalski CM, et al. Religion, spirituality, and depressive symptoms in primary care house officers. Ambulatory Pediatrics. 2006; 6(2):84-90.
19. Moss H. Music therapy, spirituality and transcendence. Nordic Journal of Music Therapy. 2019;28(3):212-23.
20. Wnuk M, Marcinkowski JT. Do existential variables mediate between religious-spiritual facets of functionality and psychological wellbeing. Journal of Religion and Health. 2014;53:56-67.
21. Green NS. The anatomy of hope: How people prevail in the face of illness. The Journal of Clinical Investigation. 2004;113(11):1514.
22. KhodayariFard M, Abedini Y. Theories and principles of family therapy and its application in treating disorders of children and adolescents. Tehran: Tehran University Press; 2014.
23. Ghafoori S, Mashhadi A, Hasan Abadi H. The effectiveness of spiritual psychotherapy based on forgiveness in order to increase marital satisfaction and prevent marital conflicts of couples in the city of Mashhad. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2013;15(4):45-57.
24. Richards PS, Bergin AE. Casebook for a spiritual strategy in counseling and psychotherapy: American Psychological Association Washington, DC; 2004.
25. Darba M, Ejade S, Yoosefi N. The Relationships of Early Maladaptive Schemas to Marital Satisfaction and Quality of Life in Women with Substance-Dependent Spouses. Scientific Quarterly Research on Addiction. 2021;15(60):373-93.
26. Liu Q, Ho KY, Lam KK, Ho JM, Lam W, Ma P, et al. Effectiveness of spiritual interventions on psychological outcomes and quality of life among paediatric patients with cancer: a study protocol for a systematic review. BMJ Open. 2023;13(3): e070810.
27. Durmuş M, Ekinci M. The effect of spiritual care on anxiety and depression level in patients receiving hemodialysis treatment: A randomized controlled trial. Journal of Religion and Health. 2022;61(3): 2041-55.

[ Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18 ]

[ DOI: 10.30491/JSH.2.2.70 ]