

بررسی ارتباط سلامت معنوی با اعتقادات مذهبی در مراجعان مراکز

ترک اعتیاد شهرستان بم در سال ۱۳۹۲

معصومه فولادوندی^۱

بتول تیرگری^۲

لیلا ملکیان^۳

غلامرضا فولادوندی^۴

منصوره عزیززاده فروزی^۵

چکیده

اعتیاد به عنوان یکی از چالش‌های مهم اجتماعی، بهداشتی و سیاسی در جهان است. متخصصین بر این باوراند که معنویت و مذهب در درمان اعتیاد نقش بسزایی دارد. این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی همبستگی است که در آن حجم نمونه ۲۸۷ نفر با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. در این مطالعه از پرسشنامه‌های سلامت معنوی و اعتقادات مذهبی جهت گردآوری اطلاعات استفاده شد. اطلاعات با استفاده از شاخص‌های مرکزی پراکندگی و آزمون‌های کولموگرو اسمیرنوف^۱، کروسکال والیس^۲ و ضریب همبستگی اسپیرمن^۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد که نمره کل

۱. مربی پرستاری عضو هیأت علمی، دانشگاه علوم پزشکی بم، کرمان، ایران.

۲. دکترای پرستاری عضو هیأت علمی، مرکز تحقیقات علوم اعصاب و انسیتو نروفارماکولوژی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

۳. کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بم، کرمان، ایران.

۴. کارشناس ارشد مدیریت تولید و عملیات، گروه مدیریت صنعتی، دانشکده مدیریت، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۵. مربی پرستاری عضو هیأت علمی، مرکز تحقیقات علوم اعصاب و انسیتو نروفارماکولوژی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران. (نویسنده مسؤول)
Email: m_azizzadeh@kmu.ac.ir

سلامت معنوی $61/56 \pm 11/95$ ، نمره کل اعمال مذهبی $4/55 \pm 1/79$ و نمره دینداری مذهبی $10/42 \pm 3/08$ بود. ارتباط معنی‌دار مثبتی بین نمره کلی سلامت معنوی با هر دو بعد اعتقادات مذهبی مشاهده شد ($p=0/001$). سلامت معنوی و عملکرد مذهبی و دینداری مذهبی می‌تواند نقش حمایتی از فرد در مقابل گرایش به مصرف مواد داشته باشد.

واژگان کلیدی

سلامت معنوی، عملکرد مذهبی، دینداری مذهبی، اعتیاد، اعتقادات مذهبی

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر امروزه یکی از معضلات اساسی زندگی بشری به شمار می‌رود. نزدیک به یک قرن است که جامعه بشری در سطحی گسترده مصمم به چاره‌اندیشی اساسی در مورد این معضل شده است. (رحمدل، ۱۳۸۲ ش.) سوء مصرف مواد مخدر و اعتیاد در حال حاضر به عنوان یکی از چالش‌های مهم اجتماعی، بهداشتی و سیاسی در سراسر جهان مطرح است. (سیام، ۱۳۸۵ ش.) هرگونه وابستگی شدید روانی یا فیزیولوژیک موجود زنده نسبت به دارو سوء مصرف مواد نامیده می‌شود. اعتیاد با پیدایش سندرم پرهیز یا محرومیت مشخص می‌شود که هنگام قطع دارو ظاهر می‌شود. (حیدریان، ۱۳۷۷ ش.) گزارش دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل در سال ۲۰۱۱ گزارش کرده است که جهان شاهد افزایش مصرف‌کنندگان، حداقل یکبار مواد مخدر می‌باشد. همین گزارش وابستگان قطعی مواد مخدر (مشتقات تریاک) را نزدیک به ۱۶ میلیون نفر در جهان اعلام کرده است. (دفتر سازمان ملل متحد در مبارزه با مواد مخدر و جرم، ۲۰۱۱ م.) نظریه‌های مطرح‌شده در خصوص علت‌شناسی اعتیاد از تنوع و گستردگی قابل توجهی برخوردار است، بعضی از نظریه‌ها بر عوامل ارثی و زیستی تأکید دارند، در حالی که برخی دیگر به ابعاد جامعه‌شناسی و روان‌شناختی مصرف مواد اهمیت می‌دهند. (دفتر سازمان ملل متحد در مبارزه با مواد مخدر و جرم، ۲۰۰۵ م.) طبق گزارش سازمان ملل در عصر حاضر به ندرت می‌توان کشوری را پیدا کرد که با مشکل سوء مصرف مواد درگیر نباشد. (نورانی‌پور، ۱۳۸۳ ش.) ارتباط سوء مصرف مواد همراه با سایر رفتارهای ناسالم می‌باشد و مشکلاتی چون اختلالات روانی، فرار از منزل، پرخاشگری و خشونت در رفتارهای اجتماعی، افت تحصیلی، بی‌علاقه‌شدن به تحصیل، اقدام به خودکشی و فحشا، گویای اهمیت مسأله است. (بصیری‌مقدم و همکاران، ۱۳۸۶ ش.)

افراد زیادی از جمله متخصصین در حوزه درمان اعتیاد بر این باور که معنویت و رفتارهای معنوی نقش بسزایی در اعتیاد دارد. (شجاعیان و همکاران، ۱۳۸۰ ش؛ عصارودی، ۱۳۹۰ ش). بیان می‌کند که سلامت معنوی یکی از ابعاد چهارگانه سلامت در انسان است که در کنار ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی قرار گرفته و باعث ارتقای سلامت عمومی و افزایش توان سازگاری و عملکرد روانی انسان می‌شود. (عصارودی و همکاران، ۱۳۹۰ ش). از این رو موجودی زیستی، روانی توان انسان را اجتماعی و معنوی تعریف کرد. (سهرابی، ۱۳۸۶ ش).

هاوکس، هل^۴ و همکارانش (۱۹۹۵ م). بیان می‌کنند که سلامت معنوی دارای دوبعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی است. (هاوکس و همکاران، ۱۹۹۵ م). از یکسو، سلامت مذهبی به عنوان ارتباط با خدا و با یک بعد متعالی توصیف می‌شود و از سوی دیگر، سلامت وجودی به عنوان احساس داشتن هدف و رضایت از زندگی، بدون هیچ‌گونه ارتباط خاص با یک قدرت بالاتر اطلاق می‌شود. (آنتراینر^۵، ۲۰۱۰ م). بالبونی در این زمینه بیان می‌کند: «گاهی افراد، معنویت و مذهب را با عنوان سلامت معنوی و اعمال مذهبی تعبیر می‌کنند.» (بالبونی^۶ و همکاران، ۲۰۰۷ م). معنویت و مذهب با هم پوشانی دارند و هر دو چارچوب‌هایی را ارائه می‌دهند که از طریق آن‌ها، انسان می‌تواند معنی، هدف و ارزش‌های متعالی زندگی خود را درک کند. (ری پن تروپ^۷ و همکاران، ۲۰۰۶ م). از میان سایر موجودات، انسان موجودی است که می‌تواند بین سبک‌های مختلف زندگی از جمله سبک مادی و سبک معنوی یکی را به اختیار انتخاب نماید. بر همین اساس انسان باید قواعد بازی در هر دو سبک زندگی را بداند و به تغذیه هر دوبعد وجودی خویش بپردازد. این دوبعد از وجود انسان برای وی همانند دو بال پرنده هستند که بدون هریک از آن‌ها امکان پرواز و عروج به مقام شایسته خویش را نخواهد داشت. انسان در بدو

آفرینش و با پانهادن بر این کره خاکی دریافته است که همزمان با پرداختن به بعد جسمی، باید معنویت خویش را نیز سروسامان دهد، لذا چه از کانال ادیان آسمانی و یا از غیر این کانال، نیم نگاهی به معنویت داشته است.

در سال‌های اخیر تحقیقات در گستره وسیعی متوجه این موضوع گردیده که مذهب و معنویت چگونه بر جنبه‌های مختلف سلامت جسمی و روانی مؤثرند. (جدیدی و همکاران، ۱۳۹۰ ش.) استوکی^۸ (۲۰۰۱ م.) معتقد است که مذهب و معنویت به عنوان منابع مهمی جهت سازگاری با وقایع تنش‌زای زندگی در نظر گرفته می‌شود. (استوکی، ۲۰۰۱ م.) سیگل^۹ و همکاران (۱۹۹۷ م.) با توجه به نقش مذهب و تأثیر آن بر تمام ابعاد زندگی انسان، در تحقیقات خود مذهب را به عنوان نقش تعیین‌کننده‌ای در بازداري افراد به سمت مصرف مواد مخدر می‌دانند (سیگل و همکاران، ۱۹۹۷ م.) و همچنین ویلز^{۱۰} و همکارانش (۲۰۰۳ م.) نشان دادند که داشتن نگرش‌ها و باورهای مذهبی و اعمال معنوی سبب کاهش و پیشگیری از رفتارهای پرخطری چون سیگار کشیدن، مصرف الکل و مواد همراه است. علاوه بر این مطالعات نشان داده‌اند که دینداری و معنویت تأثیر فشارهای زندگی بر گرایش به مصرف مواد را مهار می‌کند. (ویلز و همکاران، ۲۰۰۳ م.) با توجه به مطالب ذکر شده، رشد روزافزون مواد، کنترل و تدوین برنامه‌های پیشگیری و رویکردهای جدید درمانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و از آنجایی که مطالعات مرتبط با این موضوع که در دهه‌های اخیر مطرح بوده کم است، این مطالعه را با هدف تعیین ارتباط سلامت معنوی و اعتقادات مذهبی در مراجعه‌کنندگان به مراکز ترک اعتیاد بـم طراحی کرده تا بتوان از نتایج آن در برنامه‌ریزی‌های مؤثر استفاده کرد.

روش

این مطالعه توصیفی همبستگی است که با هدف بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و اعتقادات مذهبی در مراجعه‌کنندگان مراکز ترک اعتیاد شهرستان بم انجام گردید. کل افراد معتاد مراجعه‌کننده به پنج مرکز ترک اعتیاد بم ۲۵۰۰ نفر و تعداد مراجعه‌کنندگان به هر مرکز ۵۰۰ نفر گزارش شد. حجم نمونه این پژوهش بر اساس فرمول حجم نمونه کوکران محاسبه گردیده است و بر اساس این فرمول حجم نمونه به دست‌آمده مساوی با ۲۸۷ مراجعه‌کننده به مراکز اعتیاد شهرستان بم بوده است.

N: حجم جامعه

q=1-p: نسبت عدم وقوع متغیر مورد نظر

P: نسبت وقوع متغیر مورد نظر

d: (خطا)، مقدار خطایی که در اندازه‌گیری متغیر مورد نظر قابل تحمل است.

$$n = \frac{NZ^2Pq}{Nd^2 + Z^2pq}$$

نمونه‌گیری این پژوهش به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای از بین افراد معتاد مراجعه‌کننده به پنج مراکز ترک اعتیاد بم بود که از هر مرکز ۵۷ نفر انتخاب شد. قبل از جمع‌آوری اطلاعات در مورد اهداف پژوهش برای هریک از نمونه‌ها توضیح داده می‌شد و از آنان دعوت می‌شد تا در صورت تمایل در مطالعه شرکت نمایند. جمع‌آوری اطلاعات با همکاری مسئولین مراکز در زمان مناسبی صورت می‌گرفت. پرسشنامه مورد استفاده در این مطالعه شامل ۳ بخش: ۱- اطلاعات دموگرافیک؛ ۲- اعتقاد مذهبی و ۳- سلامت معنوی بود. پرسشنامه اعتقادات مذهبی^{۱۱} شامل ۵ سؤال در سه بعد، فعالیت‌های مذهبی سازمانی، فعالیت مذهبی غیر سازمانی و دینداری مذهبی بود. (ری پن تروپ و همکاران، ۲۰۰۶ م؛ کیم^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۴ م).

ضریب روایی این پرسشنامه در مطالعه ستورچ و همکاران ۰/۹۱ برآورد شد (استروک، روبرتی^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۴ م.) و پایایی آن توسط پلانت و همکاران با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بین (۰/۷۸-۰/۹۱) اعلام شد. علاوه بر این اعتبار همگرایی آن (۰/۷۱-۰/۸۶) گزارش شده است. (پلانت و والایز^{۱۴} و همکاران، ۲۰۰۲ م.) در مطالعه بالجانی^{۱۵} و همکاران (۲۰۱۱ م.) روایی پرسشنامه تأیید و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفا کرونباخ ۰/۹۳ گزارش شده است. (بالجانی و همکاران، ۱۳۹۰ ش.)

پرسشنامه سلامت معنوی (پولوتزین و الیسون^{۱۶}) شامل ۲۰ سؤال که ۱۰ سؤال سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال خصوص سلامت وجودی را مورد ارزیابی قرار می‌داد. دامنه نمره سلامت مذهبی و وجودی، هر کدام به تفکیک ۶۰-۱۰ می‌باشد. برای زیرگروه‌های سلامت مذهبی و وجودی، سطح‌بندی وجود ندارد و قضاوت بر اساس نمره به دست‌آمده صورت می‌گیرد. بدین‌صورت که هرچه نمره به دست‌آمده بالاتر باشد، نشانه سلامت مذهبی و وجودی بالاتر است و نمره کل سلامت معنوی، از جمع این دو زیرگروه برآورد می‌شود. حداقل نمره این ابزار ۲۰ و حداکثر ۱۲۰ است. در مطالعه رضایی و همکاران، روایی پرسشنامه سلامت معنوی از طریق اعتبار محتوا مشخص و ضریب پایایی آلفا کرونباخ^{۱۷} ۰/۸۲ تعیین گردید. (رضایی و همکاران، ۱۳۸۷ ش.)

لازم به ذکر است که پایایی هر دو پرسشنامه سلامت معنوی و اعتقاد مذهبی توسط پژوهشگران این مطالعه به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۹۱ گزارش شد. روایی محتوای هر دو پرسشنامه که توسط ۱۰ تن از اساتید صاحب‌نظر در دانشگاه علوم پزشکی کرمان مورد تأیید قرار گرفت، ۰/۹۵ گزارش شد.

داده‌های حاصل از این مطالعه با استفاده نرم‌افزار SPSS 20 و شاخص‌های مرکزی و پراکندگی آزمون‌های کروسکال والیس و ضریب همبستگی اسپیرمن و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که ۷۴/۶ درصد از شرکت‌کنندگان متأهل بودند و میانگین سنی آن‌ها $33/60 \pm 3/23$ برآورد گردید. اکثریت شرکت‌کنندگان را مردان (۷۸/۷ درصد) تشکیل دادند از نظر سطح تحصیلات (۴۰/۱ درصد) دارای مدرک سیکل بودند، از نظر شغل (۴۴/۶ درصد) بیکار بودند.

نتایج مربوط به وضعیت اعتیاد شرکت‌کنندگان نشان داد که ۴۹/۵ درصد شرکت‌کنندگان کمتر از ۵ سال از مواد مخدر استفاده کرده بودند. ۴۷/۷ درصد نمونه‌ها ماده مخدر مصرفی خود را تریاک اعلام کردند و ۷۸/۷ درصد شرکت‌کنندگان طریقه مصرف موادکشیدن عنوان کردند. از نظر مصرف سیگار و قلیان ۵۹/۹ درصد بیماران سیگاری و ۵۱/۲ درصد قلیانی بودند. در مجموع اعتیاد در ۷۱/۱ درصد خانواده‌ها وجود داشت (جدول ۱).

نتایج تجزیه و تحلیل ابعاد اعتقاد مذهبی نشان داد که نمره کلی اعمال مذهبی ۱۷۲/۸ و نمره کلی دینداری مذهبی ۱۶۲/۷ بود. میانگین و انحراف معیار اعمال مذهبی $4/55 \pm 1/79$ و دینداری مذهبی $10/42 \pm 3/08$ بود. با توجه به نتایج آزمون کولموگرو اسمیرنو نمرات اعتقادات مذهبی از توزیع نرمال برخوردار نیستند. بنابراین از آزمون‌های نان پارامتریک برای بررسی ارتباط بین ابعاد اعتقاد مذهبی و متغیرهای دموگرافیک استفاده شد. نتایج آزمون من ویتنی^{۱۸} نشان داد که نمره عملکرد مذهبی و همچنین نمره دینداری مذهبی در افراد غیر

سیگاری نسبت به افراد سیگاری بیشتر بود ($p < 0/05$)، همچنین اختلاف رتبه معنی داری بین سابقه خانوادگی مصرف مواد مخدر با نمره عملکرد مذهبی و نمره دینداری مذهبی وجود داشت ($p < 0/01$)، بدین منظور که عملکرد مذهبی و دینداری مذهبی در افرادی که سابقه خانوادگی مصرف مواد نداشتند، بیشتر بود. بین شغل با نمره دینداری مذهبی ($p < 0/01$) اختلاف معنی دار مثبتی مشاهده شد، به طوری که نمره عملکرد مذهبی در افراد با تحصیلات دیپلم و نمره دینداری مذهبی در افراد کارمند نسبت به دیگر افراد بیشتر بود. همچنین لازم به ذکر است که میانگین رتبه نمره دینداری مذهبی در رنج سنی ۴۰ سال به بالا بیشتر از سایر گروه‌های سنی افراد شرکت کننده بود ($p < 0/01$) (جدول ۲).

نتایج همچنین نشان داد که میانگین و انحراف معیار نمره سلامت معنوی $61/56 \pm 11/95$ بود و ۹۲٪ شرکت کنندگان دارای سلامت معنوی در حد متوسط بودند.

نتایج آزمون کروسکال والیس نشان داد که میانگین نمره سلامت معنوی در رده سنی ۲۰-۳۰ سال بیشتر از سایر رده‌های سنی بود ($p < 0/01$)، همچنین سلامت معنوی افرادی که مصرف موادشان به صورت تزریقی بود در مقایسه با سایرین بیشتر است ($p < 0/01$). نتایج آزمون من ویتنی یو نشان داد افرادی که سابقه خانوادگی مصرف مواد را ندارند از سلامت معنوی بالاتری برخوردار هستند ($p < 0/001$) (جدول ۳).

نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن نشان داد که ارتباط معنی دار مثبتی بین نمره کلی سلامت معنوی با هر دو بعد اعتقادات مذهبی (بعد عملکرد مذهبی ($p < 0/001$ ، $r = 0/307$) و با بعد دینداری مذهبی ($p < 0/001$ ، $r = 0/489$) وجود دارد (جدول ۴).

بحث

اعتیاد یک بیماری جسمی - روحی و روانی است که به علت ماهیت پیشرونده‌ای که دارد در همه ابعاد سلامت فرد، خانواده و جامعه را به خطر می‌اندازد. این مسأله یک مشکل عمده فردی و اجتماعی است که علاوه بر عوارض جسمی و روانی آن برای افراد معتاد، سلامت جامعه را نیز از نظر اجتماعی و اقتصادی، سیاسی و فرهنگی مورد تهدید و آسیب قرار می‌دهد. (لی موآل^{۱۹}، ۲۰۰۷ م؛ دین‌محمدی و همکاران، ۱۳۸۷ ش.)

نتایج این مطالعه نشان داد که نمره سلامت معنوی مراجعه‌کنندگان مراکز ترک اعتیاد شهرستان بم در حد متوسط می‌باشد، که با مطالعات طبیبی و همکاران، (۱۳۹۲ ش.) اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۱ ش.) و خداینده و همکاران (۱۳۸۷ ش.) هم‌خوانی دارد. (طبیبی و همکاران، ۱۳۹۲ ش؛ اسماعیلی و همکاران، ۱۳۹۲ ش؛ خداینده و همکاران، ۱۳۸۷ ش.)

فلاین می‌نویسد: معنویت منبع حمایتی قوی جهت رهایی از اعتیاد است. (فلاین^{۲۰} و همکاران، ۲۰۰۳ م.) در این خصوص می‌توان بیان کرد که انسان دارای ابعاد مختلف وجودی است که همه آن‌ها باید در سلامت کامل قرار داشته باشند و طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی سلامت به معنای رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است و افراد معتاد به دلیل وابستگی به مواد ابعاد جسمی، روحی، اجتماعی و بالطبع سلامت معنوی آنان نیز مختل می‌شود. از آنجایی که بیماران در این مطالعه در حال ترک بودند، انتظار می‌رفت که از سلامت معنوی در حد متوسط برخوردار باشند و شاید برخوردای سلامتی در حد متوسط آن‌ها را به مرکز ترک اعتیاد برای رهایی از این بلای خانمان‌سوز نموده تا خود و خانواده خود را از این درد و رنج برهانند. البته انجام مطالعات بیشتر بر روی این افراد در

مورد وضعیت سلامت در ابعاد مختلف را الزامی به نظر می‌رسد، زیرا عدم سلامت در یکی از ابعاد سلامت می‌تواند سایر ابعاد را نیز تحت تأثیر قرار دهد. (فلاین و همکاران، ۲۰۰۳ م.)

نتایج همچنین نشان داد که اعتقادات مذهبی واحدهای مورد پژوهش نیز در حد متوسط بود که با نتایج مطالعات طبیبی و همکاران، (۱۳۹۲ م.) اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۱ ش.) و خدابنده و همکاران (۱۳۸۷ ش.) همخوانی داشت. احتمالاً مذهب و اعتقادات مذهبی یکی از مؤلفه‌های تحریک‌کننده افراد تحت مطالعه برای ترک اعتیاد بود است. شیخ‌الاسلامی (۱۳۹۲ ش.) در این خصوص می‌نویسد توجه به نقش باورهای مذهبی و احاطه آن بر شئون زندگی انسان مهم است و مذهب در بازداری فرد از گرایش به مواد مخدر نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. وی همچنین معتقد است که توجه به باورهای مذهبی یک رویکرد جدید نیست، بلکه امری است که سالیان دراز توجه دانشمندان مختلف را چه در جهت تجزیه و تحلیل دلایل روی‌آوری به مذهب و چه در جهت و نحوه تأثیر آن بر رفتار به خود جلب کرده است. (شیخ‌الاسلامی و همکاران، ۱۳۹۱ ش.)

جامعه ایرانی جامعه‌ای مذهبی است و از دوران کودکی آموزه‌های دینی در خانواده و مدارس مد نظر قرار دارد. بنابراین افراد در هر شرایطی که قرار داشته باشند اعتقادات مذهبی‌شان مختل نمی‌گردد. اعتیاد دردی است که نیاز و وابستگی فرد را به یک ماده افزایش می‌دهد و قدرت درک و فهم انسان را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد و ممکن است تضعیف‌کننده این اعتقادات مذهبی باشد، ولی نمی‌تواند آن را از بطن انسان مذهبی خارج سازد. از طرفی مداخلات انجام‌شده در دوره ترک نیز می‌تواند توان و انگیزه افراد را برای ترک افزایش دهد، به طوری که دباغی در این خصوص می‌نویسد: «مداخله‌های معنوی و مذهبی دو عامل مهم در

کاهش وسوسه و رفتارهای پرخطر و افزایش امید و خوشبختی هستند.» (دباغی، ۱۳۸۸ ش).

نتایج این مطالعه به ارتباط منفی بین گرایش افراد به مصرف مواد مخدر و عملکرد مذهبی و دینداری مذهبی آن‌ها اشاره دارد. به طوری که هرچه عملکرد مذهبی و دینداری مذهبی افراد ضعیف‌تر باشد، گرایش به مصرف مواد بیشتر است که با نتایج مطالعات میلر^{۲۱} و همکاران، (۲۰۰۰ م.) کلین^{۲۲} و همکاران، (۲۰۰۶ م.) میلر^{۲۳} و همکاران (۲۰۰۸ م.) و نونماکر و همکاران (۲۰۰۳ م.) هم‌خوانی دارد. (میلر و همکاران، ۲۰۰۰ م؛ کلین و همکاران، ۲۰۰۶ م؛ میلر و همکاران، ۲۰۰۸ م؛ نونماکر^{۲۴} و همکاران، ۲۰۰۳ م.) چندین مطالعه دیگر نیز بیان کرده‌اند که سطوح بالای باورهای مذهبی با مصرف الکل، مواد مخدر و استعمال دخانیات رابطه منفی دارد. (استوارت^{۲۵}، ۲۰۰۱ م؛ بیرز^{۲۶}، ۲۰۰۴ م؛ کوک^{۲۷}، ۲۰۰۴ م؛ راو و همکاران^{۲۸}، ۲۰۰۶ م؛ زرگر و همکاران، ۱۳۸۷ ش.) تروینو^{۲۹} (۲۰۰۷ م.) در مورد دینداری می‌نویسد: «نگرش دینی نقش اساس در جلوگیری از سوء مصرف مواد دارد.» (تروینو، ۲۰۰۷ م.) در واقع دین برنامه جامع برای برای تمام زندگی انسان‌هاست و بدین‌گونه در تأمین سلامت روان انسان‌ها و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی نقش مؤثری دارد. (شمس اسفندیاری و همکاران، ۱۳۸۸ ش.) شمس اسفندیاری (۱۳۸۸ ش.) در خصوص نقش مذهب در پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی می‌نویسد، مذهب در پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی نقش مهمی را ایفا می‌کند. به گونه‌ای است که بسیاری از نظریه‌پردازان بزرگ جهان نظیر فروید، یونگ، ویلیام جیمز مذهب را به عنوان یک عامل مستحکم در مقابل آسیب‌های اجتماعی تلقی نموده‌اند. (شمس اسفندیاری و همکاران، ۱۳۸۸ ش.) تروینو (۲۰۰۷ م.) در این مورد می‌نویسد: «حضور در مکان و مراسم مذهبی نقش مهمی در پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر دارد.» (تروینو، ۲۰۰۷ م.) کترس^{۳۰} (۲۰۰۰ م.) در گزارش مطالعه خود می‌نویسد: «داشتن نگرش

مذهبی سبب کاهش استفاده از مواد مخدر می‌شود. همچنین داشتن نگرش و باورهای مذهبی با کاهش استرس روانشناختی و رفتارهای پرخطر چون سیگار کشیدن و مصرف الکل همراه است.» (کترس، ۲۰۰۰ م.)

یکی از نتایج دیگر این پژوهش وجود رابطه مثبت معنی‌دار بین سلامت معنوی با عملکرد مذهبی می‌باشد. سیدفاطمی و همکاران، (۱۳۸۵ ش.) پاکیزه، (۱۳۸۷ ش.) مک فارلند^{۳۱} و همکاران (۲۰۰۹ م.) و فرینگ^{۳۲} و همکاران (۱۹۹۷ م.) در مطالعات خود نتایج مشابه با این پژوهش را کسب کردند. (سیدفاطمی و همکاران، ۱۳۸۵ ش.) پاکیزه، ۱۳۸۷ ش.; مک فارلند و همکاران، ۲۰۰۹ م.; فرینگ و همکاران، ۱۹۹۷ م.) علاوه بر این یافته‌های این مطالعه همانند نتایج پژوهش گالبر^{۳۳} (۲۰۰۴ م.) به رابطه مثبت معنی‌دار بین سلامت معنوی با دینداری مذهبی اشاره دارد. (گالبر، ۲۰۰۴ م.) نتایج مطالعات طبیبی و همکاران، (۱۳۹۲ ش.) عسگری و همکاران (۱۳۸۹ ش.) و مورگان^{۳۴} و همکاران (۲۰۰۶ م.) با نتیجه مطالعه حاضر نیز مشابه هستند و بیان می‌کنند که بین سلامت معنوی و اعتقادات مذهبی رابطه معنی‌داری وجود دارد و در ادامه گزارش پژوهش خود می‌نویسد: «افزایش اعتقادات مذهبی با افزایش سلامت معنوی و در نهایت بهبود کیفیت زندگی همراه است.» (عسگری و همکاران، ۱۳۸۹ ش.; طبیبی و همکاران، ۱۳۹۲ ش.; مورگان و همکاران، ۲۰۰۶ ش.)

در توضیح این مطلب می‌توان گفت که معنویت و مذهب به زندگی افراد معنا می‌بخشد و منجر به هدف‌دار شدن و معنا‌دار شدن زندگی می‌شود. (تسی^{۳۵} و همکاران، ۲۰۰۵ م.) و همچنین اعتقادات دینی و مذهبی به انسان آرامش می‌بخشد، امنیت فرد را تضمین می‌کند، خلأهای اخلاقی، عاطفی و معنوی را در فرد و جامعه استحکام داده و پایگاه محکمی برای انسان در برابر مشکلات و محرومیت‌های زندگی ایجاد می‌کند. (اسدی نوقابی و همکاران، ۱۳۸۴ ش.) بنابراین دو مفهوم سلامت معنوی و اعتقادات مذهبی با هم، هم‌پوشانی دارند. به این ترتیب که هر دو

چارچوب‌هایی را ارائه می‌دهند که از طریق آن‌ها، انسان می‌تواند معنی، هدف و ارزش‌های متعالی زندگی خود را درک کند. (ری پن تروپ و همکاران، ۲۰۰۶ م.) پس آدمی با ایمان، توکل و باور مثبت به شناخت بیشتر از خود رسیده و قادر به هماهنگی بین ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی خود می‌شود و در نهایت به معنا و هدف در زندگی نائل می‌شود.

نتایج مربوط به ارتباط بین اعتقادات مذهبی و ویژگی‌های فردی نشان‌دهنده وجود رابطه معنی‌داری بین شغل و دینداری مذهبی که یکی از ابعاد اعتقادات مذهبی است، بود. به طوری که در افراد بیکار، دینداری مذهبی کمتر از افراد کارمند بود. احتمالاً افراد بیکار به علت نداشتن درآمد، بیشتر به فکر پیدا کردن شغل و کسب درآمد می‌باشند و اعتیاد به مواد مخدر باعث عدم تمرکز بر دینداری مذهبی آن‌ها می‌گردد.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین اعتیاد بستگان درجه اول به مواد مخدر و عملکرد مذهبی و دینداری مذهبی، رابطه معنی‌دار منفی وجود دارد. به طوری که افرادی که بستگان درجه اول آنان معتاد بودند، عملکرد مذهبی و دینداری مذهبی کم‌تری نسبت به سایر افراد داشتند که این یافته با نتایج مطالعه ساداتی، (۱۳۸۰ ش.) بوتوین^{۳۶} (۲۰۰۲ م.) و وایسمن^{۳۷} و همکاران (۲۰۰۶ م.) هم‌خوانی دارد. (ساداتی، ۱۳۸۰ ش.; بوتوین، ۲۰۰۲ م.; وایسمن و همکاران، ۲۰۰۶ م.) بدیهی است که افرادی که در خانواده‌های معتاد زندگی می‌کنند، بیشتر وقت و فکر خود را صرف تهیه مواد و فراهم آوردن شرایطی برای مصرف مواد می‌کنند. بنابراین به سایر امور از جمله امور مذهبی کم‌تر می‌رسند.

از جمله محدودیت این پژوهش، شمار کم آزمودنی‌ها بود که پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آینده با گستره و تنوع جمعیتی بیشتر انجام شوند.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این پژوهش، ارتباط معنی‌دار مثبتی بین سلامت معنوی و عملکرد مذهبی و دینداری مذهبی در مراجعه‌کنندگان مراکز ترک اعتیاد وجود دارد. تلفیق مداخله‌های معنوی و مذهبی با درمان‌های روانشناختی می‌تواند در پیشگیری و بهبود بیماری‌های روانی و جسمانی مؤثر باشد. (دباغی، ۱۳۸۸ م.) پس شایسته است در درمان اعتیاد با توجه به ارتباط مستقیم اعتقادات و فرهنگ بیمار با عوامل اجتماعی و روانی از منابع معنوی و اعتقادی کمال استفاده را کرد. از این رو پیشنهاد می‌گردد که در این راستا، دوره‌های آموزشی که تعمق‌دهنده الگوهای فکری و رفتاری معطوف به معنویت، با تأکید بر معنا و هدف در زندگی و الگوهای مذهبی با تأکید بر اعمال مذهبی جهت بهبود سلامت روان مصرف‌کنندگان مواد مخدر، برگزار شود.

جدول ۱: ویژگی‌های دموگرافیک مراجعه‌کنندگان به مراکز ترک اعتیاد شهرستان بيم

در سال ۱۳۹۲

متغیرها	طبقه‌بندی	تعداد	درصد
سن	۲۰ <	۳۶	۱۲/۵
	۲۰-۳۰	۸۱	۲۸/۲
	۳۰-۴۰	۱۳۱	۴۵/۶
	۴۰ >	۳۹	۱۳/۶
جنس	زن	۶۱	۲۱/۳
	مرد	۲۲۶	۷۸/۷
میزان تحصیلات	بیسواد	۲۲	۷/۷
	ابتدایی	۸۴	۲۹/۳
	سیکل	۱۱۵	۴۰/۱
	دیپلم	۵۲	۱۸/۱
	بالتر از دیپلم	۱۴	۴/۹
وضعیت تأهل	مجرد	۷۳	۲۵/۴
	متأهل	۲۱۴	۷۴/۶
وضعیت اشتغال	کارگر	۱۰۲	۳۵/۵
	بیکار	۱۲۸	۴۴/۶
	کارمند	۱۷	۵/۹
	آزاد	۴۰	۱۳/۹
طریقه مصرف	کشیدن	۲۲۶	۷۸/۷
	خوردن	۴۸	۱۶/۷
	تزریق	۱۳	۴/۵
نوع ماده مصرفی	تریاک	۱۳۷	۴۷/۷
	شیره	۶۴	۲۲/۳
	هروئین	۸۲	۲۸/۶

الکل	۴	۱/۴	
مدت مصرف (سال)	کمتر از ۵ ۵-۱۰ ۱۰ >	۱۴۲ ۱۱۹ ۲۶	۴۹/۵ ۴۱/۵ ۹/۱
مصرف سیگار	بله نه	۱۶۹ ۱۱۸	۵۸/۹ ۴۱/۱
مصرف قلیان	بله نه	۱۴۷ ۱۴۰	۵۱/۲ ۴۸/۸
اعتیاد خانواده	بله نه	۲۰۴ ۸۳	۷۱/۱ ۲۸/۹
وابستگی خانوادگی فرد معتاد	درجه ۱ درجه ۲	۱۹۶ ۹۱	۶۸/۳ ۳۱/۷

جدول ۲: ارتباط بین سلامت معنوی و اعتقادات مذهبی با ویژگی‌های دموگرافیک

مراجعة‌کنندگان به مراکز ترک اعتیاد شهرستان بم در سال ۱۳۹۲

عملکرد مذهبی		متغیرها
P-value	U	
$0.05 < p$	-۰/۲۳۰	تأهل
$0.05 < p$	۰/۶۲۰	جنس
$p < 0.05$	-۲/۳۳	مصرف سیگار
$0.05 < p$	-۰/۵۲۹	مصرف قلیان
$p < 0.01$	-۴/۰۷	وابستگی خانوادگی
$p < 0.01$	-۳/۱۳	سابقه خانوادگی

دینداری مذهبی		متغیرها
P-value	U	
$0.05 < p$	-۰/۱۹۲	تأهل
$0.05 < p$	-۰/۲۵۱	جنس
$p < 0.05$	-۲/۱۷	مصرف سیگار
$0.05 < p$	-۰/۱۹۲	مصرف قلیان
$p < 0.01$	-۲/۶۳	وابستگی خانوادگی
$p < 0.01$	-۲/۷۵	سابقه خانوادگی

سلامت معنوی		متغیرها
P-value	U	
$0.05 < p$	-۱/۶۲۲	تأهل
$0.05 < p$	-۰/۵۲۹	جنس
$0.05 < p$	-۱/۷۲۷	مصرف سیگار
$p < 0.01$	-۲/۷۳۹	مصرف قلیان
$p < 0.05$	-۲/۴۴۲	وابستگی خانوادگی
$p < 0.001$	-۳/۳۱۸	سابقه خانوادگی

جدول ۳: ارتباط بین سلامت معنوی و اعتقادات مذهبی با ویژگی‌های دموگرافیک

مراجعه‌کنندگان به مراکز ترک اعتیاد شهرستان بم در سال ۱۳۹۲

عملکرد مذهبی		متغیرها
P-value	H	
$p < 0.05$	۳/۹۳۴	رده سنی
$p < 0.001$	۲۷/۲۱۲	میزان تحصیلات
$p < 0.05$	۱۰/۱۷۱	شغل
$p < 0.05$	۵/۵۷۴	طریقه مصرف
$p < 0.05$	۰/۱۴۳	نوع ماده مصرفی
$p < 0.05$	۶/۶۸۶	مدت مصرف

دینداری مذهبی		متغیرها
P-value	H	
$p < 0.05$	۱۱/۱۵۹	رده سنی
$p < 0.05$	۸/۰۱۶	میزان تحصیلات
$p < 0.001$	۲۶/۴۶۵	شغل
$p < 0.05$	۴/۷۸۹	طریقه مصرف
$p < 0.05$	۴/۴۹۳	نوع ماده مصرفی
$p < 0.05$	۲/۳۳۱	مدت مصرف

سلامت معنوی		متغیرها
P-value	H	
$p < 0.01$	۱۳/۸۶	رده سنی
$p < 0.05$	۱/۶۱۲	میزان تحصیلات
$p < 0.05$	۴/۲۳۳	شغل
$p < 0.001$	۱۳/۳۱۱	طریقه مصرف
$p < 0.01$	۱۵/۴۶	نوع ماده مصرفی
$p < 0.05$	۲/۲۹۹	مدت مصرف

جدول ۴: ارتباط سلامت معنوی با اعتقادات مذهبی

متغیرها	عملکرد مذهبی	دینداری مذهبی
سلامت معنوی	$R = ۰/۳۰۷$ $p < ۰/۰۰۱$	$R = ۰/۴۸۹$ $P < ۰/۰۰۱$

پی‌نوشت‌ها

1. Kolmogorov-Smirnov test
2. Kruskal-Wallis one-way analysis of variance
3. Spearman rank correlation
4. Hawks, Hull, Thalman, Richins
5. Unterrainer
6. Balboni, Vanderwerker, Block, Paulk, Lathan, Peteet, Prigerson
7. Rippentrop, Altmaier, Burns
8. Stuckey
9. Siegle
10. Wills, Yaeger, Sandy
11. DUREL
12. Kim, Seidlitz, Ro, Evinger, Duberstein
13. Storch, Roberti, Roberti, Heidgerken, Storch, Lewin, Killiany, Baumeister, Bravata, Geffken
14. Plante, Vallaey, Sherman, Wallston
15. Baljany
16. Palutzian & Ellison Questionnaire
17. Cronbach's alpha
18. Mann-Whitney test
19. Le-Moal, Kooh
20. Flynn, Joe, Broome, Simpson, Brown
21. Miller, Davies, Greenwald
22. Klein, Elifson, Sterk
23. Miller, Forcehimes, O'Leary, LaNoue
24. Nonnemaker, McNeely, Blum
25. Stewart
26. Beyers
27. Cook
28. Rew and Wong
29. Trevino
30. Chatters
31. McFarland
32. Fehring, Miller, Shaw

33. Gabler
34. Morgan, Gaston, Mock
35. Tse, Liloyd, Petchkovsky, Manaia
36. Botvin
37. Weissman, Wickramaratne, Nomura, Warner, Pilowsky, Verdeli

فهرست منابع

منابع فارسی:

- اسدی نوقایی، ا.ع. امیدی، ش. حاجی آقاجانی، س. (۱۳۸۴ ش.). *روانپرستاری بهداشت روان ۱*. چاپ اول، انتشارات کامران.
- اسماعیلی، ای. غیاثی، م. (۱۳۹۱ ش.). تأثیر متادون در کیفیت زندگی زندانیان تهران. *مجله مدیریت نظامی*. دوره هفتم، صص ۷۶-۸۶.
- بالجانی، ا. خشابی، ج. امانپور، ا. عظیمی، ن. (۱۳۹۰ ش.). بررسی ارتباط بین سلامت معنوی، مذهب و امید در بیماران مبتلا به سرطان. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران*. دوره هفدهم، شماره دوم، صص ۲۷-۳۷.
- بصری مقدم، م. قهرمانی، م. چمن‌زاری، چ. بدیعی، ل. (۱۳۸۶ ش.). شیوع مصرف مواد در دانش‌آموزان در تهران. *مجله روانپزشکی در روانشناسی بالینی*. جلد چهارم، دوره سیزدهم، صص ۴۲-۳۵.
- پاکیزه، ع. (۱۳۸۷ ش.). *بررسی مقایسه‌ای سلامت روانی دانشجویان و تأثیر فعال‌سازی مفهوم معنویت بر آن*. مجموعه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. صص ۹-۷۶.
- جدیدی، آ. فراهانی‌نیا، م. جان‌محمدی، س. حقانی، ح. (۱۳۹۰ ش.). رابطه بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی سالمندان آسایشگاه کهریزک. *مرکز تحقیقات پرستاری مجله دانشگاه پزشکی تهران*. جلد بیست و چهارم، دوره هفتم، صص ۴۸-۵۶.
- حیدریان، ز. (۱۳۷۶ ش.). بخش‌های آگاه از ویژگی‌های روانی و اجتماعی پاتولوژیک دندان زنان معتاد. پایان‌نامه دانشگاه علوم پزشکی تهران.

خدابنده، س. لری پور، ص. حسین رضایی، ح. (۱۳۸۶ ش.). مقایسه خواص مذهبی و خانواده‌ای در حال ترک مواد مخدر در مرکز بازپروری مهیار کنترل. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*. جلد هفتم، دوره سوم، صص ۸-۱۹۱.

دباغی، پ. (۱۳۸۸ ش.). نقش معنویت و دین بر سلامت. *مجله متفکین نیروهای جمهوری اسلامی ایران*. جلد چهارم، دوره اول، صص ۴-۱.

دین محمدی، م. وامینی، ک. (۱۳۸۶ ش.). *عوامل اجتماعی و فاکتورهای محیطی مؤثر بر این روند اعتیاد به مواد مخدر/افیونی. چشم‌انداز، قبول درمان*.

رحمدل، م. (۱۳۸۲ ش.). اعتیاد و سوء مصرف مواد در ایران و یا ایجاد جرم انبوه. *مجله رفاه اجتماعی*. جلد سوم، دوره نهم، صص ۴۲-۲۰۳.

رضایی، م. سیدفاطمی، ن. حسینی، ف. (۱۳۸۷ ش.). سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی. *فصلنامه حیات*. مجله پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، جلد چهاردهم، شماره سوم و چهارم، صص ۹-۳۳.

زرگر، ی. جاجاریان، ب. و همکاران. (۱۳۸۷ ش.). *رابطه بین خواص احساسات شخصیت، بیان خود آماده‌سازی مواد مخدر روانی برای تولید در ایران*.

ساداتی، ن. (۱۳۸۰ ش.). *بررسی عوامل اصلی تمایل به سوء استفاده مواد مخدر در رفاه اجتماعی اهواز*. کنگره علمی اعتیاد، چالش‌ها و درمان، دانشگاه علوم پزشکی اهواز. ص ۱۳.

سهرابی، ف. (۱۳۸۶ ش.). *بنیادهای اساسی هوش معنوی. مجله بهداشت روان*. جلد اول، دوره اول، صص ۳-۳۰.

سیام، س. (۱۳۸۵ ش.). شیوع استفاده از مواد مخدر اعتیادآور در میان دانشجویان دانشگاه تهران. *مجله التیام‌دهنده شرق*. صص ۸۵-۲۷۹.

سیدفاطمی، ن. رضایی، م. حسینی، ف. (۱۳۸۵ ش.). تأثیر نماز در سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان. *مجله نظارت*. جلد پنجم، دوره چهارم، صص ۳۰۴-۲۹۵.

- شجاعیان، ر. زمانی منفرد، آ. (۱۳۸۰ ش.). ارتباط نماز با سلامت روانی و عملکرد حرفه در پرسنل فنی صنایع اسلحه‌سازی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی*. جلد دوم، دوره هشتم، ص ۳۱۹.
- شمس اسفندآباد، ه. نادری، ن. (۱۳۸۸ ش.). مقایسه کیفیت زندگی و نگرش مذهبی در افراد معتادان و غیر معتاد کرمان. *مجله مطالعات روانشناختی*. جلد پنجم، دوره اول، صص ۵۱-۱۳۹.
- شیخ‌الاسلامی، ف. ستوده ناورودی، آ. (۱۳۹۱ ش.). *بررسی اعتقادات مذهبی، سلامت روان، عزت نفس و خشم در افراد عادی و وابسته به مواد*. همایش ملی روانشناسی و خانواده، سنندج، دانشگاه کردستان.
- طیعی، س. نصیری‌پور، ا. رئیسی، پ. قیاسی، م. (۱۳۹۲ ش.). نقش متادون در سلامت معنوی معتادان مواد مخدر. *مجله پزشکی*. جلد سی و هفتم، دوره دوم، صص ۹۸-۱۰۱.
- عسکری، پ. روشنی، ک. و همکاران. (۱۳۸۹ ش.). رابطه باورهای مذهبی و خوش‌بینی از با سلامت معنوی دانشگاه آزاد اهواز. *یافته‌های جدید در روانشناسی*. صص ۳۹-۲۷.
- عصارودی، آ. گل‌افشانی، آ. (۱۳۹۰ ش.). معنویت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان. *مجله دانشگاه خراسان شمالی*. جلد سوم، دوره چهارم، صص ۷۹-۸۸.
- نورانی‌پور، ر. (۱۳۸۳ ش.). علل مشاوره اعتیاد به مواد مخدر تغییردهنده خلق و خوی و رفتار و روش کارآمد. *مجله تحقیقات اعتیاد - تحقیقات سوء مصرف مواد*. صص ۷-۵۵.

منابع انگلیسی:

- Balboni, TA. Vanderwerker, LC. Block, SD. Paulk, ME. Lathan, CS. Peteet JR. Prigerson, HG. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol*. 25 (5): 555-60.
- Beyers, J. (2004). A cross – national comparison of risk and protective factors for adolescent substance use: the united states and Astralia. *J Adolesc Health*. 35: 3-16.
- Botvin, G. (2002). Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual level etiologic factor. *Addictive Behavior*. 25 (6): 887-97.

- Chatters, L. (2000). Religion and health: Public health research and practice. *Annu Rev Public Health*. 21: 335-67.
- Chawla, S. Korenblik, A. Kunnen, S. (2005). *United Nations Office on Drug and Crime*. United Nations Publications.
- Cook, C. (2004). Addiction and spirituality. *Addiction*. 99: 539-51.
- Fehring, RJ. Miller, JF. Shaw, C. (1997). Spiritual well-being ,religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. *Milwaukee*. 663-71.
- Flynn, P. Joe, W. Broome, KM. Simpson, DD. Brown, BS. (2003). Recovery from opioid addiction in DATOS. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 25: 177-86.
- Gabler, WM. (2004). *The Relationship of Prayer and Internal Religiosity to Mental and Spiritual Well-being*. Master thesis, University of Wisconsin-Stout. 78-102.
- Hawks, S. Hull, L. Thalman, L. Richins, M. (1995). Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion. *J Health Promot*. 9 (5): 371-8.
- Kim, Y. Seidlitz, L. Ro, Y. Evinger, S. Duberstein, R. (2004). Spirituality and affect: a function of changes in religious affiliation. *Personality and Individual Differences*. 37 (4): 861-70.
- Klein, H. Elifson, W. Sterk, E. (2006). The relationship between religiosity And drug use among at risk women. *Journal of Religion and Health*. 45 (1): 40-56.
- Le-Moal, M. Kooh, G. (2007). Drug addiciton: pathways to the disese and pathophysiological perspective. *Eur Neuropsychopharmacol*. 17 (6-7): 377-93.
- McFarland, MJ. (2009). *Religion and Mental Health Among Older Adults: Do the Effects of Religious Involvement Vary by Gender?*. Department of Sociology. 112.

- Miller, L. Davies, M. Greenwald, S. (2000). Relationship between family religiosity and substance use and abuse among adolescents in the national co morbidity survey. *Journal of the American academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 39: 1190-7.
- Miller, R. Forcehimes, A. O'Leary, M. LaNoue, D. (2008). Spiritual direction in addiction treatment: Two clinical trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 35 (4): 434-42.
- Morgan, P. Gaston, J. Mock, V. (2006). *Spiritual well-being ,religious coping, and the quality of life of African American breast cancer treatment: a pilot study*. Fayetteville: Department of Nursing.
- Nonnemaker, J. McNeely, C. Blum, R. (2003). Public and private domains of religiosity and adolescent health risk behavior: Evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Social Science and Medicine*. 57: 2049-54.
- Plante, T. Vallaey, C. Sherman, A. Wallston, K. (2002). The development of a brief version of the Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire. *Pastoral Psychol*. (50): 359-68.
- Rew, L. Wong, Y. (2006). A systematic review of associations among religiosity / spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. *J Adolesc Health*. 36: 433-42.
- Rippentrop, A. Altmaier, E. Burns, C. (2006). The relationship of religiosity and spirituality to quality of life among cancer patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 13 (1): 31-7.
- Santiago, LA. Altamirano, PD. Torreblanco, MM. Ruiz, SC. (2011). *United Nations Office against Drugs and Crime*. United Nations Publications.
- Siegle, LS. (1997). *Juvenile delinquency: theory, practice and law*. 6th ed. Paol Alto: West Publishing Company. 117-8.
- Stewart, C. (2001). The influence of spirituality on substance use of college students. *J Drug Educ*. 31 (4): 343-51.

- Storch, EA. Roberti, J. Heidgerken, AD. Storch, JB. Lewin, AB. Killiany, EM. Baumeister, AL. Bravata, EA. Geffken, GR. (2004). The Duke Religion Index: A Psychometric Investigation. *Pastoral Psychol.* 53: 175-82.
- Stuckey, J. (2001). Blessed assurance: The role of religion and spirituality in Alzheimer's disease caregiving and other significant life events. *J Aging Stud.* 15 (1): 69-84.
- Trevino, K. (2007). Religious coping and physiological, psychological, social, and spiritual outcomes in patients with HIV/AIDS: Crosssectional and longitudinal findings. *AIDS and Behavior.* 379-89.
- Tse, S. Liody, C. Petchkovsky, L. Manaia, W. (2005). Exaploration of Australian & NewZeland indigenous people's spirituality and mental health. *Australian Occupational Therapy Journal.* 52 (3): 181-7.
- United Nations Office against Drugs and Crime. (2011).
- Unterrainer, H. (2010). Dimensions of religious/spiritual well-being and their relation to personality and psychological well-being. *J Personality and Individual Differences.* 49 (3): 192-7.
- Weissman, M. Wickramaratne, P. Nomura, Y. Warner, V. Pilowsky, D. Verdeli, H. (2006). Offspring of depressed parents: 20 years later. *Am J Psychiatry.* 163 (6): 951-3.
- Wills, T. Yaeger, A. Sandy, J. (2003). Buffering effect of religiosity for adolescent substance use. *Psychology of Addictive Behaviors.* 17 (1): 24-31.

یادداشت شناسه مؤلفان

معصومه فولادوندی: مربی پرستاری عضو هیأت علمی، دانشگاه علوم پزشکی بم، کرمان، ایران.

بتول تیرگری: دکترای پرستاری عضو هیأت علمی، مرکز تحقیقات علوم اعصاب و انسیتو نروفارماکولوژی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

لیلا ملکیان: کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بم، کرمان، ایران.

غلامرضا فولادوندی: کارشناس ارشد مدیریت تولید و عملیات، گروه مدیریت صنعتی، دانشکده مدیریت، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

منصوره عزیززاده فروزی: مربی پرستاری عضو هیأت علمی، مرکز تحقیقات علوم اعصاب و انسیتو نروفارماکولوژی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران. (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیک: m_azizzadeh@kmu.ac.ir

**The relationship between religious beliefs whit spiritual
well-being in addict people referring to Bam
addiction treatment centers in 2013**

Masoumeh.Fuladvandi

Batool.Tirgari

Leila.Malekian

Gholam Reza.Fuladvandi

Mansoureh.Aziz Zadeh Foroozi

Abstract

Introduction: Addiction is one of the most important challenges of social, political, and health in the world. Experts believe that spirituality and religion have a significant role in the treatment of addiction.

Method: This research is a descriptive correlation study, the sample of this study, based on a formula sample size $n=287$ Cochran. That was selected by cluster sampling. In this study of religious beliefs and spiritual health questionnaire for the collection of information was used. Data analyzed by using the Simonov kolmogrov, Kruskal-Wallis, Spearman.

Results: The findings of this study showed that total score was spiritual health $61/56 (\pm 11/95)$ Religious practices total score $4.55 (\pm 1.79)$ And Score of religiosity and religious $10.42 (\pm 3.08)$. A positive significant relationship was seen between total score of spiritual health With Both dimension religious beliefs ($p=0.000$).

Conclusion: Based on the findings of this research, Spiritual health and religious beliefs can be Supportive role in front of the substance tends to be, and Can be effective Prevention and improvement of physical and mental diseases. Educational courses must be provided with an emphasis on religious patterns And Religious practices to improve mental health patients.

Keywords

Spiritual Health, Religious Functions, Devotional Religiosity, Addiction, Religious Beliefs