نقش پیش‌بین جهت‌گیری معـــنوی معتادان و بار روانی خانواده‌های آن‌ها در ماندگاری درمان اعتیاد

محبوبه کشاورز [۱]، امیر قمرانی [۲]، مرضیه باقریان [۳]، امیر موسی‌رضایی [۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش پیش‌بینی‌کنندگی جهت‌گیری معنوی معتادان و بار روانی خانواده‌های آن‌ها در ماندگاری در درمان اعتیاد طراحی و اجرا شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه، پژوهشی از نوع توصیفی همبستگی بود که به شکل مقطعی اجرا شد. نمونه مورد مطالعه ۱۰۰ نفر از معتادان خود معرف مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر اصفهان در سال ۹۲-۹۱ بودند که به شیوه نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از چک لیست اطلاعات دموگرافیک، پرسش‌نامه جهت‌گیری معنوی معتادان جورج (George´s religious orientation of addict questionnaire) و پرسش‌نامه بار روانی معتادان زاریت و همکاران (Zarit Burden questionnaire) استفاده شد که توسط بیماران و مراقبان آن‌ها تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS 18 و به‌کارگیری روش‌های آمار توصیفی و تحلیلی (آزمون رگرسیون چندگانه و همبستگی پیرسون)، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر بین جهت‌گیری معنوی معتادان و بار روانی خانواده‌های آنان با ماندگاری در درمان معتادان رابطه معنی‌داری وجود داشت ($p< ۰/۰۰۱$). به این ترتیب بار روانی خانواده‌های معتادان، پیش‌بینی‌کننده منفی و معنی‌دار ماندگاری در درمان می‌باشد و قادر است ۱۰ درصد ($R^2 = ۰/۱۰$) از واریانس ماندگاری در درمان را تبیین کند. هم‌چنین یافته‌ها نشان داد جهت‌گیری معنوی معتادان، پیش‌بینی‌کننده مثبت و معنی‌دار ماندگاری در درمان بوده و قادر است ۲۰ درصد ($R^2 = ۰/۲۰$) از واریانس ماندگاری در درمان را تبیین نماید.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر جهت‌گیری معنوی معتادان و بار روانی خانواده‌های آن‌ها از جمله عوامل تأثیرگذار و پیش‌بینی‌کننده ماندگاری درمان محسوب می‌شوند، لذا پیشنهاد می‌شود در فرایند درمان معتادان و به‌خصوص به همراه خانواده درمانی، پیشینه مذهبی فرد با تأکید بر بعد معنوی به عنوان مرکز ثقل همه ابعاد انسانی مورد توجه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: جهت‌گیری معنوی، بار روانی خانواده، ماندگاری در درمان، معتادان خود معرف

ارجاع: کشاورز محبوبه، قمرانی امیر، باقریان مرضیه، موسی رضایی امیر . **نقش پیش‌بین جهت‌گیری معنوی معتادان و بار روانی خانواده‌های آن‌ها در ماندگاری درمان اعتیاد**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۳؛ ۱۲(۱): ۱۵۳-۱۴۴

دریافت مقاله:۱۳۹۱/۱۰/۲۰ پذیرش مقاله:۱۳۹۳/۰۱/۲۵

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان، شیراز، ایران

۲- استادیار ، روان‌شناسی- آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، انجمن روان‌شناسی سلامت و روان‌شناسی اجتماعی، دانشگاه پیام نور عسلویه، بوشهر، ایران

۴- کارشناس ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه سلامت بزرگسالان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: Musarezaie@nm.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.11.9]

مقدمه

در جهان امروز، مصرف موادمخدر به مثابه یکی از غم‌انگیزترین تراژدی‌ها، ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و معـنوی زندگی بسیاری از انسان‌ها را متأثر ساخته است. مصرف طولانی مدت مواد مخدر با ایجاد اعتیاد نه تنها تأثیر سوء در وضعیت اقتصادی و اجتماعی شخص مصرف‌کننده یا معتاد می‌گذارد، بلکه بر بار روانی خانواده نیز نقش مخرب و زیان‌باری دارد (۱).

سوء مصرف مواد یک معضل جهانی است که هر جامعه با توجه به ویژگی‌های خاص افراد خود، به نحوی از آن رنج می‌برد (۲). وابستگی به مواد اختلالی مزمن و بازگشت‌کننده است که هزینه‌های سنگینی را بر افراد، خانواده‌ها و جامعه تحمیل می‌کند. با وجود این، هنوز شیوه درمان قطعی برای آن یافت نشده است. حتی پس از آن که فرد وابسته، مصرف مواد مخدر را برای مدتی طولانی قطع نماید، نیز نمی‌توان امیدوار بود که مصرف مواد را از سر نگیرد و دوره درمان را کامل کند زیرا که بیماری اعتیاد ماهیتی مزمن و عود کننده دارد (۳).

از آن‌جایی که در مورد اعتیاد هم مانند سایر بیماری‌ها و معضلات به پیشگیری بیشتر توجه شده است؛ در زمینه ترک و ماندگاری بر درمان نیز تأکید فراوانی شده که متأسفانه موفقیت چندانی نیز در این زمینه به‌دست نیامده است، به گونه‌ای که عود اعتیاد در مراجعین به مراکز خود معرف ترک اعتیاد بهزیستی رقمی معادل ۸۰ درصد بوده است (۴)، که لازم است ضمن شناخت دقیق مکانیسم و ماهیت اعتیاد و شناخت علل و عوامل زمینه ساز آن ، علل عدم توفیق ماندگاری در درمان مورد بحث و پژوهش قرار گیرد. با توجه به ماهیت مزمن و عودکننده اعتیاد، با شناخت عواملی نظیر صفات شخصیتی، مهارت‌های مقابله‌ای، عوامل خطرساز درون خانوادگی و محیطی می‌توان احتمال عود را پیش‌بینی نمود و با ملاحظات صحیح و به‌موقع از بازگشت مجدد به اعتیاد پیشگیری به‌عمل آورد و ماندگاری در درمان را تداوم بخشید (۵).

ماندگاری در درمان عبارت است از عودنکردن مصرف در معتادان؛ یعنی یک فرایند مثبت و رو به بهبودی و سلامت عقل شامل عدم بازگشت مجدد به مصرف مواد یا به صورت عدم افزایش مقدار مصرف یا مصرف نکردن مواد جدید طی فرایند ترک و قطع مواد مخدر و یا انجام حرکات و رفتارهایی که نشانه‌ای از بهبودی و عدم تمایل به مصرف و هم‌چنین روی نیاوردن مجدد فرد به اعتیاد است (۵). در واقع منظور از ماندگاری در درمان، مدت زمان و دوره درمانی ترک می‌باشد که فرد معتاد باید بدون لغزش و بازگشت مجدد به سوی مواد این دوره را سپری نماید.

عوامل بی‌شماری از جمله عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی در شروع، ادامه و بازگشت پس از درمان اعتیاد مؤثر هستند. در این میان به نظر می‌رسد که نقش جهت‌گیری‌های معـنوی و معـنویات به لحاظ احاطه داشتن بر همه شئونات زندگی انسان، در بازداری فرد از گرایش به مواد مخدر نقش تعیین‌کننده‌ای داشته باشد (۶).

در این راستا پژوهش‌ها نشان داده‌اند که داشتن نگرش‌ها و باورهای مذهبی و اعمال معنوی با کاهش استرس‌های روان‌شناختی و پیشگیری از رفتارهای پرخطری هم‌چون سیگارکشیدن، مصرف الکل و مواد همراه بوده است. هم‌چنین مطالعات نشان داده‌اندکه دینداری و معنویت از تأثیر فشارهای زندگی بر گرایش به مصرف مواد می‌کاهد و در طول زمان نیز میزان افزایش مصرف مواد را مهار می‌کند (۷).

جهت‌گیری معنوی یکی از مفاهیمی است که در پرتو توجه و علاقه جهانی روان‌شناسان به حوزه دین و معنویت، مطرح شده و توسعه پیدا کرده است (۸). به اعتقاد Kulhara راهبردهای مقابله‌ای و تکنیک‌های حل مشکل با استفاده از معنویت در واقع کاربردهای سازگارانه‌ای در ترک و تداوم درمان اعتیاد می‌باشند (۹).

جهت‌گیری‌های معـنوی و اعتقادات مذهبی جایگزین مناسبی به جای روابط عاطفی است که می‌تواند شکننده و در نهایت باعث عدم ماندگاری بر درمان و گرایش مجدد به اعتیاد باشد. جهت‌گیری معـنوی و باورهای مذهبی با تجلی در کردار و سبک زندگی می‌تواند، زمینهٔ ارتقای سلامت روانی فرد و ادامه دادن دوره درمان را فراهم آورد. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که پایبندی به مذهب با سلامت بدنی و روانی ارتباط دارد (۱۲-۱۰). George و همکاران در مطالعه خود نشان داده‌اند بهره‌گیری از

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.11.9]

باورهای معنوی که هسته اصلی مذهب می‌باشد، عامل بسیار مهمی در کاهش گرایش به مصرف مواد می‌باشد (۱۳).

از دیگر عوامل مؤثر بر ماندگاری معتادان در درمان، بار روانی خانواده می‌باشد. موضوع علاقه‌مندی به بار روانی به سال ۱۹۵۰ بر می‌گردد (۱۴). خانواده‌هایی که درون آن‌ها افراد معتاد وجود دارد اعضای آن در واکنش به علایم و نشانه‌های بیماری و مراقبت پیگیر و مستمر از بیمار به منظور بازنگشتن معتاد به سمت مواد، علاوه بر گرفتار شدن در دام غم و اندوه، فقدان، داغدیدگی، خشم و عصبانیت، یأس و ناامیدی، احساس شرمساری و گناه؛ تنش‌ها و فشارهای ارتباطی زیادی را نیز تجربه و ابراز می‌کنند (۱۵).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که والدین و خانواده همواره ارتباط معنی‌داری با گرایش مجدد فرد معتاد به اعتیاد داشته‌اند (۱۶). Kothari و Nair نیز نشان داده‌اند محیط خانوادگی نابسامان از طریق ایجاد اضطراب زیاد زمینه اعتیاد را فراهم می‌سازد و موجب افزایش گرایش به سوء مصرف می‌گردد (۱۷). هم‌چنین یافته‌های مطالعه Eaton نشان داد که بار روانی تحمیلی ناشی از مراقبت یک معتاد می‌تواند در ماندگاری در درمان و از سوی دیگر سلامت جسمانی و روانی معتاد تأثیر به‌سزایی داشته باشد (۱۸).

باتوجه به مطالب فوق‌الذکر، مشخص می‌شود که بار روانی خانواده‌های معتادان و جهت‌گیری معنوی معتادان در ماندگاری در درمانشان مؤثر می‌باشد. تاکنون اکثر پژوهش‌ها در زمینه اعتیاد غالباً حول محور سبب‌شناسی اعتیاد بوده است و کمتر تحقیقی به مبحث نقش پیش‌بینی‌کنندگی جهت‌گیری معنوی و بار روانی خانواده‌های معتادان در ماندگاری در درمان پرداخته است. به این ترتیب محققین بر آن شدند تا مطالعه‌ای را با هدف تعیین نقش و قدرت پیش‌بینی‌کنندگی جهت‌گیری معنوی معتادان و بار روانی خانواده‌های آن‌ها در ماندگاری درمان معتادان خود معرف طراحی و اجرایی نمایند.

مواد و روش‌ها

نمونه مورد پژوهش در این مطالعه توصیفی- همبستگی، ۱۰۰ نفر از معتادان خود معرف مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر اصفهان در سال ۹۲-۹۱ بودند. با توجه به وجود چندین درمانگاه ترک اعتیاد در شهر اصفهان و اختلافات فرهنگی اجتماعی در مراجعین مراکز در سطح شهر، ابتدا بر اساس تقسیم‌بندی جغرافیایی (شمال،جنوب،شرق،غرب) از هر منطقه از شهر اصفهان، بر اساس جدول تعیین حجم نمونه گرجسی و مورگان دو مرکز و در مجموع هشت مرکز به صورت تصادفی انتخاب شدند. از هر مرکز ۱۳ نفر و در مجموع ۱۰۴ نفر از معتادان خود معرف مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد به‌صورت تصادفی ساده انتخاب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل وابستگی به مواد مخدر سنتی بر اساس ملاک‌های DSM.TV.TR، عدم وجود علایم سایکوز و اختلالات شدید روان‌پزشکی، عدم وجود عقب‌ماندگی ذهنی، داشتن حداقل تحصیلات دوره راهنمایی، اتمام دوره سم‌زدایی و آزمایش منفی ادرار برای مواد افیونی و رضایت شخصی شرکت در مطالعه بود. اطلاعات مورد نیاز با تأیید روان‌پزشک متخصص و از طریق پرونده بیماران به‌دست آمد.

برای جمع‌آوری اطلاعات از چک لیست اطلاعات دموگرافیک، پرسش‌نامه جهت‌گیری معنوی معتادان جورج و پرسش‌نامه بار روانی معتادان زاریت و همکاران استفاده شد که توسط بیماران و مراقبان آن‌ها تکمیل گردید.

به منظور سنجش جهت‌گیری معنوی معتادان از پرسش‌نامه باورهای مذهبی استفاده شد که توسط George تدوین شده و میزان اعتقاد و نزدیکی آزمودنی‌ها را نسبت به خدا می‌سنجد. این مقیاس مشتمل بر سه قسمت می‌باشد. قسمت اول این مقیاس دارای ۲۴ عبارت است که اعتقاد به خدا را می‌سنجد. در این قسمت از آزمودنی خواسته می‌شود که برای بیان وضعیت خود، بین پنج گزینه از «کاملا موافقم» تا «کاملا مخالفم» عبارت مورد نظر خود را انتخاب کند. قسمت دوم این مقیاس شامل ۱۵ عبارت است که قدرت ارتباط و وابستگی شخص را نسبت به خدا می‌سنجد و قسمت سوم مقیاس باورهای مذهبی جورج شامل ۱۰ سناریو می‌باشد. در این قسمت از آزمودنی خواسته می‌شود بعد از خواندن هر کدام از سناریوها، خود را در موقعیت فرضی مطرح شده در سناریو قرار دهد که به لحاظ عاطفی باید انجام اعمالی را انتخاب کند. بعد از هر سناریو، پنج نوع واکنش یا عمل

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.11.9]

ارایه شده است که از نظر اجتماعی پاسخ‌های قابل قبول می‌باشند (۱۳).

George روایی محتوایی (Content Validity) این پرسش‌نامه را قابل قبول توصیف کرده است. هم‌چنین وی برای ارزیابی روایی آزمون خود، از روایی سازه (Construct Validity) بهره برده است به‌طوری که ضریب همبستگی بین این ابزار و دیگر ابزارهای موجود در این زمینه را از جمله مقیاس آلپورت، ورنون و لیندزی محاسبه کرده که بین این مقیاس و مقیاس های نامبرده همبستگی ۰/۸۸ وجود داشت که بیانگر روایی بالای مقیاس می‌باشد (۱۳).

هم‌چنین به منظور سنجش پایایی این آزمون، Larson و همکاران به نقل از Koenig وهمکاران، پایایی آزمون را با استفاده از ضریب پایایی تصنیف با تصحیح به روش اسپیرمن – براون برای قسمت اول ۰/۹۷ برای قسمت دوم ۰/۹۱ و برای قسمت سوم۰/۹۳ گزارش کرده اند (۱۹). علاوه بر موارد ذکر شده محققین پژوهش حاضر نیز اقدام به بررسی پایایی ابزار مذکور در جمعیت معتادین نمودند. به این ترتیب پایایی پرسش‌نامه مذکور، با روش بازآزمایی بر روی ۱۵ آزمودنی به فاصله زمانی دو هفته مورد آزمون قرار گرفت که ضریب همبستگی به دست آمده از این بازآزمایی، ۰/۷۹ محاسبه شد.

برای سنجش بار روانی خانواده‌های معتادان نیز از پرسش‌نامه زاریت و همکاران استفاده شد که رایج‌ترین ابزار سنجش برای اندازه‌گیری بار روانی ادراک شده ناشی از ارایه مراقبت توسط مراقب خانوادگی است (۲۲–۲۰). این پرسش‌نامه شامل ۲۲ سؤال در مورد بار روانی و فشارهای فردی، اجتماعی، عاطفی و اقتصادی است که بر روی مراقبان بیماران اجرا می‌گردد. برای پاسخ‌گویی به هر سؤال امتیازاتی به صورت هرگز (۰)، به ندرت (۱)، بعضی اوقات (۲) ، اغلب (۳) و همیشه (۴) اختصاص داده شده است. مجموع امتیازات کسب شده توسط مراقبان، میزان فشار و بار روانی که متحمل شده‌اند را به صورت تخمینی با دامنه نمراتی بین صفر تا ۸۸ نشان می‌دهد. این پرسش‌نامه توسط نویدیان و همکاران باتوجه به شرایط فرهنگی کشورمان تنظیم و پایایی آن با استفاده از شیوه بازآزمایی ۰/۹۴ و روایی آن علاوه بر روایی محتوا، با توجه به همبستگی مثبت و بالای آن با پرسش‌نامه اضطراب هامیلتون r=+۰/۸۹ و نیز پرسش‌نامه افسردگی بک r=+۰/۶۷ تأیید شده است. ضریب پایایی نسخه اصلی به روش آزمون مجدد ۰/۷۱ و همسانی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۹۱ بود (۲۳).

به منظور جمع‌آوری اطلاعات بعد از ارایه توضیحات کافی در مورد هدف از انجام پژوهش و جلب رضایت آن‌ها، تک تک واحدهای مورد پژوهش به صورت داوطلبانه اقدام به تکمیل پرسش‌نامه‌ها نمودند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه هجدهم (Version 18, SPSS Inc., Chicago, IL) و به‌کارگیری روش‌های آمار توصیفی و تحلیلی (آزمون رگرسیون چندگانه و همبستگی پیرسون)، مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از لحاظ ترکیب جنسیتی، اکثریت شرکت‌کنندگان در پژوهش ۸۶ نفر (۸۶ درصد) مرد بودند. میانگین و انحراف معیار سنی گروه‌های مورد مطالعه (۷/۰۸) ۳۶/۸ بود. از نظر وضعیت شغلی، اکثریت نمونه‌های تحت پژوهش دارای شغل آزاد بودند. (۶۲ نفر، ۶۲ درصد). متأهلین بیشترین فراوانی افراد مورد مطالعه را تشکیل می‌دادند (۷۷ نفر، ۷۷ درصد). از نظر میزان تحصیلات، ۳۴ نفر (۳۴ درصد) دارای تحصیلات راهنمایی که بیشترین فراوانی افراد مورد مطالعه را تشکیل می‌دادند و ۳ نفر (۳ درصد) دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر بودند که کمترین فراوانی افراد مورد مطالعه را تشکیل می‌دادند. در مورد اعتیاد ماده مصرفی، ۴۲ نفر (۴۲ درصد) تریاک، ۱۱ نفر (۱۱ درصد) هروئین و ۴۷ نفر (۴۷ درصد) مواد چندگانه مصرف می‌کردند. هم‌چنین میانگین مدت زمان اعتیاد در نمونه‌های مورد پژوهش ۱۴/۳۴ (۵/۹۹) ماه بود. سن شروع اعتیاد ۱۹/۷۲ (۵/۹۵) سال بود. میانگین تعداد دفعات ترک در نمونه‌های تحت بررسی ۱۰/۱۴ (۷/۳۸) بود. از لحاظ سابقه مصرف مواد در اعضای خانواده، ۴۰ نفر (۴۰ درصد) بدون پاسخ، ۳۱ نفر (۳۱ درصد) دارای برادر، ۱۲ نفر (۱۲ درصد) دارای عمو یا دایی ، ۱۰ نفر (۱۰ درصد) دارای پدر و برادر، و ۷ نفر (۷ درصد) دارای پدر معتاد بودند.

بر اساس نتایج حاصل از آزمون همبستگی پیرسون بین جهت‌گیری معـنوی معتادان و ماندگاری در درمان رابطه مثبت و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.11.9]

معنی‌دار (r= ۰/۵۹ و p< ۰/۰۰۱) وجود دارد. هم‌چنین یافته‌های مطالعه حاضر حاکی از وجود ارتباط آماری معنی‌دار بین بار روانی خانواده‌های معتادان و ماندگاری در درمان به صورت رابطه منفی (r= −۰/۶۸ و p< ۰/۰۰۱) بود (جدول ۱). یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر پیرامون بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی جهت‌گیری معنوی معتادان در رابطه با ماندگاری در درمان بود. برای این منظور از آزمون رگرسیون چندگانه استفاده گردید. بر اساس نتایج به‌دست آمده جهت‌گیری معنوی معتادان، پیش‌بینی‌کننده مثبت و معنی‌دار ماندگاری در درمان می‌باشد و قادر است ۲۰ درصد (R^2=۰/۲۰) از واریانس ماندگاری در درمان را تبیین کند. هم‌چنین با توجه به بتای به‌دست آمده در جدول فوق (β =۰/۴۶) جهت‌گیری معنوی با ماندگاری در درمان بالاتری همراه است.

به منظور بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی بار روانی خانواده‌های معتادان در رابطه با ماندگاری در درمان، از آزمون رگرسیون چندگانه استفاده گردید. بر اساس نتایج به‌دست آمده بار روانی خانواده‌های معتادان، پیش‌بینی‌کننده منفی و معنی‌دار ماندگاری در درمان می‌باشد و قادر است ۱۰ درصد (R^2 = ۰/۱۰) از واریانس ماندگاری در درمان را تبیین کند. هم‌چنین با توجه به بتای به‌دست آمده در جدول فوق (β =−۰/۲۹) بار روانی بالای خانواده‌های معتادان با ماندگاری در درمان پایین تری همراه است (جدول ۲).

جدول ۱. ارتباط بین جهت‌گیری معنوی معتادان و بار روانی خانواده‌های معتادان با ماندگاری در درمان

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری
ماندگاری در درمان	جهت‌گیری معنوی	۰/۵۹	p< ۰/۰۰۱
ماندگاری در درمان	بار روانی خانواده‌های معتادان	−۰/۶۸	p< ۰/۰۰۱

جدول ۲. نتایج تحلیل رگرسیون جهت‌گیری معنوی معتادان و بار روانی خانواده‌های معتادان با ماندگاری در درمان

شاخص		β	P-value	R	R^2
متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین				
ماندگاری در درمان	جهت‌گیری معنوی	۰/۴۶	p< ۰/۰۰۱	۰/۴۵	۰/۲۰
ماندگاری در درمان	بار روانی خانواده‌های معتادان	−۰/۲۹۲	p< ۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۱۰

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد بین جهت‌گیری معنوی معتادان و ماندگاری در درمان رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد. به عبارتی افزایش جهت‌گیری معنوی معتادان (کمک گرفتن از یک نیروی برتر و سپردن زندگی به دست نیروی برتر) با افزایش ماندگاری در درمان همراه است. این یافته پژوهش با تحقیقات بی‌شمار خارجی و داخلی از جمله George و همکاران (۱۳)، Stewart (۲۴)، Sherman و Stump (۲۵)، سام‌آرام (۲۶) و نهروانیان (۲۷) مطابقت و هم‌خوانی دارد.

برای تبیین این یافته پژوهش می‌توان گفت نقش جهت‌گیری‌های معنوی و معنویات به لحاظ احاطه داشتن بر همه شئونات زندگی انسان، در بازداری فرد از گرایش به مواد مخدر نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. در این راستا پژوهش‌ها نشان داده‌اند که داشتن نگرش‌ها و باورهای مذهبی و اعمال معنوی با

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.11.9]

کاهش استرس‌های روان‌شناختی و پیشگیری از رفتارهای پرخطری هم‌چون سیگارکشیدن، مصرف الکل و مواد همراه بوده است. هم‌چنین نتایج مطالعات حاکی از آن است که دینداری و معنویت از تأثیر فشارهای زندگی بر گرایش به مصرف مواد می‌کاهد و در طول زمان نیز میزان افزایش مصرف مواد را مهار می‌کند (۷).

می‌توان اذعان نمود جهت‌گیری معـنوی شامل داشتن حس معنا نسبت به زندگی و ارزش‌ها، حس تقدس در زندگی، درک متعادل‌تر از ارزش مادیات و اعتقاد به بهتر شدن دنیا است. بر این اساس معتادان خودمعرفی که دارای جهت‌گیری معـنوی بالاتری هستند، در کنار دیگر معتادان با اعتراف و اقرار به اعتیاد خود، موجبات جوی همدل و صمیمی را فراهم می‌کنند و به درد و دل، تخلیه هیجانی، حمایت اجتماعی اعضا از یکدیگر، نقش‌برداری، مبادله راهبردهای عینی و دقیق، بیداری روحانی و ارتقا رابطه آگاهانه خود با نیروی برتر و خداوند می‌پردازند و به کمک این راهبردها و امید به رحمت خداوند در حل مسایل و مشکلات و سپردن نتایج رویدادهای خوب و بد زندگی به خداوند، مشکلات عمده خود از جمله روحی- روانی خود را کاهش داده و میزان سازگاری خود را بالا می‌برند که در نتیجه سبب ماندگاری بیشتر آن‌ها در درمان و ترک مواد می‌گردد.

هم‌چنین می‌توان گفت افرادی که دچار سوء مصرف مواد مخدر بوده‌اند، پس از خودمعرفی و ترک، به‌خاطر ظلمی که بر خود، خانواده و جامعه کرده‌اند، دچار عذاب وجدان، رفتار انحرافی و یا ناسازگارنه می‌شوند که این علل به نوبه خود دامنه اختلالات روانی آن‌ها را گسترش می‌دهد. این مسأله بار مشکلات روانی آن‌ها را سنگین‌تر نموده و سبب عود مصرف می‌شود، که در این موقعیت معتاد خود معرف با کمک گرفتن از خداوند و نیروی برتر خود از استرس‌ها و بار مشکلات خود می‌کاهد و دوباره به آرامش می‌رسد که این عاملی است در تداوم ماندگاری بر درمان و پاک ماندن.

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر بین بار روانی خانواده‌های معتادان و ماندگاری در درمان رابطه منفی و معنی‌دار وجود داشت. به عبارتی افزایش بار روانی خانواده‌های معتادان (فشارهای شخصی، اجتماعی، عاطفی، اقتصادی و مراقبین معتادان) با کاهش ماندگاری در درمان همراه است.

این یافته پژوهش با دیگر تحقیقات خارجی و داخلی از جمله؛ Kothari و Nair (۱۷)، Eaton (۱۸)، Brissing و Farrow (۲۸)، سراجی (۲۹)، حسینی و فلاح زاده (۳۰) و امینی (۳۱) مطابقت و هم‌خوانی دارد.

برای تبیین این یافته پژوهش می‌توان بیان نمود، از آن‌جا که محیط خانوادگی نابسامان از طریق ایجاد اضطراب زیاد مهمترین عامل پیدایش سوء مصرف مواد می‌باشد. پس از ترک اعتیاد، اگر هم‌چنان درون خانواده نابسامانی باشد موجب ایجاد آشفتگی در مسؤولیت و قواعد خانواده می‌شوند و به دلیل عدم حمایت توسط خانواده فرد ترک کرده، تحت تأثیر فشارهای درونی و بیرونی قرار می‌گیرد که تمام این عوامل سبب پیدایش اضطراب بالا و در نتیجه گرایش مجدد به سوی مصرف مواد می‌شود.

هم‌چنین افراد سوء مصرف کننده مواد از نظر فشارهای شخصی، اجتماعی، عاطفی و اقتصادی هزینه‌های گزافی را بابت تهیه، حمل و نقل و مصرف مواد مخدر بر خانواده خود وارد آورده‌اند که این مسأله بار مشکلات روانی افراد خانواده را سنگین‌تر نموده و سبب بی‌اعتمادی کامل نسبت به فرد می‌شود. بروز اختلافات زناشویی و خانوادگی، فقر، ناکارامدی اعضا خانواده و مشکلات دیگر از دیگر پیامدهای تحمیلی به خانواده می‌باشد که در زمان قطع مصرف نیز افراد خانواده به‌خاطر لطمه‌هایی که از نظر شخصی، اجتماعی، عاطفی و اقتصادی به آن‌ها وارد شده است به راحتی به فرد معتاد ترک کرده اعتماد نمی‌کنند. در صورتی‌که رفتار اعضای خانواده همراه با برخوردهای نامناسب و طرد کردن فرد باشد، فشارهای روحی روانی بر فرد چندین برابر می‌گردد که این عوامل سبب عود مصرف می‌شود (۳۰). این درحالی است که چنان‌چه محیط خانوادگی فرد ترک کرده دارای ارتباطی مناسب با فرد باشد و جوی مثبت در خانه حکم‌فرما و ارتباط عاطفی قوی باشد، توانایی حل مشکل فرد بالا می‌رود که به سلامت روانی و ماندگاری در درمان کمک می‌کند (۳۱).

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، جهت‌گیری معـنوی معتادان، پیش‌بینی‌کننده مثبت و معنی‌دار ماندگاری در درمان بوده و جهت‌گیری معـنوی بالای معتادان خودمعرف، با ماندگاری در

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.11.9]

درمان بالاتری همراه است. این یافته پژوهش با نتایج حاصل از مطالعه George و همکاران مطابقت و هم‌خوانی دارد. هم‌چنین Stewart (۲۴) و Sherman و Stump (۲۵) نیز نشان دادند جهت‌گیری معنوی بالای معتادان خودمعرف، به ماندگاری و پایداری بیشتر در درمان منجر می‌شود که مؤید یافته‌های مطالعه حاضر است. در همین راستا نهروانیان و سام‌آرام نیز به نتایج مشابهی در این زمینه دست یافتند (۲۷-۲۶) که از یافته مطالعه حاضر حمایت می‌کند.

برای تبیین این یافته پژوهش می‌توان بیان نمود که جهت‌گیری‌های معنوی و اعتقادات مذهبی جایگزین مناسبی به جای روابط عاطفی است که می‌تواند شکننده و در نهایت باعث عدم ماندگاری بر درمان و گرایش مجدد به اعتیاد باشد. جهت‌گیری معنوی و باورهای مذهبی با تجلی در کردار و سبک زندگی می‌تواند، زمینهٔ ارتقاء سلامت روانی فرد و ادامه دادن دوره درمان را فراهم آورد (۲۶). چنان‌چه دیگر یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که پایبندی به مذهب با سلامت بدنی و روانی ارتباط دارد (۱۲-۱۰).

هم‌چنین جهت‌گیری معنوی و باورهای مذهبی باعث می‌شوند تا فرد از احساس پوچی و بی‌هدف بودن زندگی رها شده و با داشتن معنی برای زندگی از گرایش مجدد به سمت مواد مخدر، آن‌جایی که به علت احساس پوچی در زندگی و به اصطلاح یأس فلسفی است، خودداری کند. اکنون می‌توان انتظار داشت که باورهای مذهبی از طریق ارایه معنی برای زندگی، خلا روحی را که می‌تواند به بازگشت و استعمال مجدد مواد مخدر منجر شود را پر کند.

بر اساس مطالعه حاضر، بار روانی خانواده‌های معتادان، پیش‌بینی‌کننده منفی و معنی‌دار ماندگاری در درمان می‌باشد، به‌طوری که بار روانی بالای خانواده‌های معتادان با ماندگاری در درمان پایین‌تری همراه است. در تأیید این یافته پژوهش، مطالعات انجام شده دیگر نیز نشان دادند بار روانی بالای خانواده‌های معتادان با میزان پایین‌تر ماندگاری در درمان همراه است که مؤید یافته مطالعه حاضر می‌باشد (۱۸-۱۷و ۲۸). هم‌چنین نتایج مطالعات صورت پذیرفته از سوی سراجی، حسینی و فلاح‌زاده و امینی نیز هم راستا با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد (۳۱-۲۹).

برای تبیین این یافته پژوهش می‌توان بیان نمود که خانواده‌هایی که درون آن‌ها افراد معتاد وجود دارد اعضای آن در واکنش به علایم و نشانه‌های بیماری و مراقبت پیگیر و مستمر از بیمار به منظور بازنگشتن معتاد به سمت مواد، علاوه بر گرفتار شدن در دام غم و اندوه، فقدان، داغدیدگی، خشم و عصبانیت، یأس و ناامیدی، احساس شرمساری و گناه؛ تنش‌ها و فشارهای ارتباطی زیادی را نیز تجربه و ابراز می‌کنند که این بار روانی تحمیلی ناشی از مراقبت یک معتاد می‌تواند در ماندگاری در درمان و از سوی دیگر سلامت جسمانی و روانی معتاد تاثیر به‌سزایی داشته باشد (۱۸). این عامل خود موجب سرخوردگی معتاد می‌شود و به مشکلات عاطفی و روانی موجود دامن می‌زند و زمینه گرایش مجدد به سوء مصرف مواد مخدر را باعث می‌شود. در واقع خانواده می‌بایست به منظور افزایش ماندگاری در درمان با شناسایی علایم و نشانه‌ها به کمک بیمار بشتابد و نباید برخوردی نامناسب و پرخاشگرانه داشته باشد و بیمار را تحقیر کند، بلکه بر عکس می‌بایست اعتماد به نفس او را تقویت و او را به درمان بازگرداند.

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر بین جهت‌گیری معنوی معتادان و بار روانی خانوده ایشان با میزان و ماندگاری در درمان رابطه و همبستگی وجود دارد. در واقع از آن‌جا که جهت‌گیری‌های معنوی و معنویات به لحاظ احاطه داشتن بر همه شئونات زندگی انسان، در بازداری فرد از گرایش به مواد مخدر نقش تعیین‌کننده‌ای دارد، پیشنهاد می‌شود در فرایند درمان معتادان، به همراه دیگر روش‌های درمانی، پیشینه مذهبی فرد با تأکید بر بعد معنوی به عنوان مرکز ثقل همه ابعاد انسانی مورد توجه قرار گیرد.

یافته‌های پژوهش حاضر در مراکز ترک اعتیاد، انجمن‌های معتادان گمنام، زندان‌ها و مراکز مشاوره خانوادگی به عنوان یکی از گام‌های اساسی در تحقق بهداشت روان، کاهش اختلالات روانی و درنتیجه عدم بازگشت مجدد افراد ترک کرده، قابل استفاده خواهد بود. با توجه به نتایج تحقیق، می‌توان به این امر پی برد که آموزش خانواده و تأکید بر محتوای مذهبی، راهی برای کاهش تعارضات بین فرد بیمار و خانواده و هم‌چنین کاهش

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.11.9]

استرس فراهم می‌کند، بنابراین به خانواده‌ها توصیه می‌شود با افزایش آگاهی، مسؤولیت و وظیفه شناسی، سبب افزایش اعتماد به نفس در افراد معتاد گردند تا در نتیجه این افراد به حل مسایل نایل آیند و کمتر دچار استرس و در نتیجه موفق به عدم بازگشت به سوی مواد پس از ترک شوند.

عدم همکاری افراد معتاد در مراکز ترک اعتیاد و عدم همکاری به موقع بعضی از مراکز ترک اعتیاد مورد مطالعه، از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بود که منجر به طولانی شدن مرحله نمونه‌گیری گردید. به منظور افزایش تعمیم‌پذیری نتایج، پیشنهاد می‌گردد در تحقیقاتی آتی از حجم نمونه بالاتر جهت افزایش ضریب تعمیم‌پذیری یافته‌ها استفاده گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از طرح تحقیقاتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان شیراز می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از تمامی مسؤولین محترم معاونت پژوهشی،کلیه پرسنل مراکز ترک اعتیاد اصفهان و شرکت‌کنندگان در پژوهش نهایت تشکر و قدردانی را ابراز دارند.

References

1. Mollazade J, Ashouri A. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy in Improve-ment of Relapse Prevention Skills and Mental Health in the Addict. Daneshvar Raftar 2009; 16 (34): 1-12 .[In Persian].
2. Kaplan H I, Sadock B J. "Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry. 9 th ed. Philadelphia: Williams & Wilkins; 2003.
3. Sadegiye Ahari S, Azami A, Barak M, Amani F, Firuz S. Reviewing the causes of recurred addiction in patients who referred to centers introduced of Tehran welfare. Ardabil Med Univ J 2004; 3 (4): 36-40 [In Persian].
4. Rahimi-Movaghar A, Sharifi V, Mohammadi MR, Farhoudian A, Sahimi Izadian E, RadGoodarzi R, et al. Researches on substance use in Iran; 3 decades evaluation Hakim Res J 2006; 8(4): 37 – 44 [In Persian]
5. Mogarab M, Rezvani MR, Mahmudirad G. Reviewing the causes of recurred addiction from the perspective of addicts who referred to the psychiatric center of Imam Reza in Birjand. Journal of Faculty of Nasibeh Nursing And Midwifery of Mazandaran University (Shakiba J) 2004; 4 (6-7):61-6. [In Persian].
6. Siegle L J , Senna J J. Juvenile delinquency:Theory, practice and law. 6th ed, Paol Alto . New York: West Publishing Company; 1997: 117-8.
7. Wills TA, Yaeger AM, Sandy JM. Buffering effect of religiosity for adolescent substance use. Psychology of Addictive Behaviors 2003;17(1): 24-31.
8. Emmons RA. The psychology of ultimate concerns: Motivation and spirituality in personality. New York: Guilford Press; 2003: 51-73.
9. Kulhara P, Chakrabarti S, Avasthi A, Sharma A, Sharma S. Psychoeducational intervention for caregivers of Indian patients with schizophrenia: a randomised-controlled trial Acta Psychiatr Scand. 2009 Jun;119(6):472-83.
10. Armistead L. The relationship between religiosity and adjustment among African-American female, urban adolescents. Journal of Adolescence 2003; 26(4): 431- 46.
11. Thoresen CE, Harris HS. Spirituality and health: What's the evidence and what's needed? Ann Behav 2002; 24(1): 3-13.
12. Kubzansky L D. Gender differences in religious practices, spiritual experiences and health: Results from the US General Social Survey. Social Science & Medicine 2006; 62: 2848-60
13. George L. K, Larson D B, Koenig H G, McCullough M E. Spirituality and health: What we know, what we need to know. Journal of Social and Clinical Psychology 2008; 19(1): 102-16.
14. Honea N J, Brintnall R A, Given B, Sherwood P, Colao D B, Somers S C, et al. Putting evidence into practice: Nursing assessment and Interventions to Reduce Family caregiver Strain and Burden. Clinical Journal Oncology Nursing 2008; 12 (9): 507-16.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.11.9]

15. Kristjanson L, Aoun S. Palliative Care for Families: Remembering the hidden patients. Canadian Journal Psychiatry 2004; 49: 359-65.
16. Raiisi F, Anisi J, Yazdi SM, Zamani M, Rashidi S. Mental health and child–rearing styles between candidate adult for addiction withdrawal in comparison with non-addict adults, Journal of Behavioral Sciences 2008;2(1): 33-41.[In Persian].
17. Kothari U, Nair S. Level of Anxiety and Effect of Family Environment on Drug Addicts Stud Home Comm Sci 2010; 4(2): 105-8. Available from: url: http://www.krepublishers.com/02-Journals/S-HCS/HCS-04-0-000-10-Web/HCS-04-2-000-2010-Abst-PDF/HCS-04-2-105-10-073-Kothari-U/HCS-04-2-105-10-073-Kothari-U-Tt.pdf.
18. Eaton M. How are the Experiences and Needs of Families of Individuals with mental Illness Reflected in Medical Education Guidelines? Academic Psychiatry 2008; 32 (2): 119-26.
19. Koenig H, Parkerson GR, Meador KG. Religion index for psychiatric research. Am J Psychiatry 1997; 154(6):885-6.
20. Zarit S H, Todd P A, Zarit J M. Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. Gerontologist 1986; 26: 260-6.
21. Smith A, Schwirian P M. The relationship between caregiver burden and TBI survivor's cognition and functional ability after discharge . Rehabil Nurs ; 1998; 23(5): 252-7.
22. Lopelowicz A, Zarit R, Smith V G, Mintz J, Liberman R P. Disease management in Latinos with schizophrenia: A Family-Assisted Skills training approach. Schizophrenia Bulletin 2003; 29 (2): 211.
23. Navidian A, Bahari F. Burden Experienced by Family Caregivers of Patients with Mental Disorders. Pakistan Journal of Psychological Research 2008; 23 (1-2): 19-28. [In Persian].
24. Stewart C, The influence of spirituality on substance use of college students, Journal of Drug Education, 2001; 31(4),343–51.
25. Sherman A, Stump J. Religious faith and spirituality in substance abuse recovery: Determining the mental health benefits. Journal of Substance Abuse Treatment 2000, 19, 347-354
26. Sam Aram E. Social damage of addiction among village youth, Rousta and Toseae J 2009; 11(3):27-50. [In Persian].
27. Nahravanian P. The Comparison of religious beliefs of Self-introduced Addicts, and other reagents, The First National Student Conference on Social Determinants of Health; Tehran, Iran; 2011. [In Persian].
28. Brissing Peter, Farrow JA. A new look at gender difference in drinking and driving in flunkies experiences and attitudes among new among new adolescent drivers [online]. Health Education & Behavior 1990; 17(2). Available From : url: http:// www.elsevier .com.
29. Seragi A, Momeni H, Salehi A. Investigation of factors on tendency to narcotic agents and to stability abandon in Narcotics Anonymous in Khomain, Arak Medical University Journal (Rahavard Danesh) 2010;13(3): 68-75. [In Persian].
30. Fallahzadeh H, Hosseini N . The Study of the Causes of Relapse in Addicts Referning to Behzisti of Yazd. Toloo e Behdasht 2006;5(1-2): 77-84. [In Persian].
31. Amini K, Amini D, Afshar Moghadam F, Azar M. A study on social and environmental factors which made addicts to relapse into drug abuse in Hamedan. Journal of Zanjan University of Medical Sciences & Health Services 2004;11(45): 41-7. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.11.9]

Examination predictors of treatment permanence of addiction of the religious orientation and burden of family as

Mahboubeh Keshavarz [1], Amir Ghamarani [2], Marzieh Bagherian [3], Amir Musarezaie [4]

Original Article

Abstract

Aim and Background: The purpose of the present study was to examination of the religious orientation and burden of family as predictors of treatment permanence of addiction.

Methods and Materials: This descriptive, analytic cross sectional study was conducted on one hundred Self-introduced Addicts who reoffered to Isfahan centers of addiction treatment during 2012-2013 were selected using simple sampling. The clinical and demographic characteristics information, George´s religious orientation of addict questionnaire and Zarit Burden questionnaire. All analyses were performed with descriptive and analytic statistical (multiples regression and Pearson coefficients correlation) methods in SPSS for Windows 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Findings: Based on study findings there was a statistically significant relationship between the religious orientation and burden of family with treatment permanence of addiction ($p<0.001$). Hence, burden of family is a negative predictor of permanence of addiction and predicts 10 percent of permanence of addiction variance. Also religious orientation is a positive predictor of permanence of addiction and predicts 20 percent of permanence of addiction variance.

Conclusions: Since religious orientation and spirituality being surrounded on all affairs of life, has an important role in inhibition of the tendency of the drug, it's suggested to focus on religious history and spiritual aspect thought medical cure process.

Keywords: Burden of Family, Religious Orientation, Self-introduced Addicts, Treatment Permanence

Citation: Keshavarz M, Ghamarani A, Bagherian M, Musarezaie A. **Examination of the religious orientation and burden of family as predictors of treatment permanence of addiction**. J Res Behave Sci 2014; 12(1): 144-153

Received: 09.01.2013 Accepted: 14.04.2014

1- MA in General Psychology, Arsanjan Azad Islamic University, Shiraz, Iran
2- Assistant Professor, Department of Psychology Children with Special Needs, Isfahan University, Isfahan, Iran
3- General Psychology Student, Health Psychology Society and Association of Social Psychology, Asalooye payame Noor University, Bushehr, Iran
4- MSc, Behavioral Sciences Research Center, Department of Adult Health Nursing, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: musarezaie@nm.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.11.9]