

ارتباط باورهای مذهبی، سلامت روان، عزت نفس و خشم در افراد عادی و وابسته به مواد

پژوهشگران: فرزانه شیخ الاسلامی^۱، سید امید ستوده ناورودی^{۲*}، شینا زینعلی^۳، محمود طالبی^۴^(۱) گروه پرستاری (روان پرستاری)، مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران^(۲) کارشناس ارشد مشاوره خانواده، سازمان بهزیستی، رشت، ایران^(۳) کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه علمی کاربردی بهزیستی، رشت، ایران^(۴) کارشناس پرستاری

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۳/۹

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۱/۱/۷

چکیده

مقدمه: باورهای مذهبی در تمام جنبه های زندگی روانشناختی بشر، تأثیرات به سزایی دارد و تقویت این باورها باعث افزایش عزت نفس، سلامت روان، کاهش خشم و اعتیاد می شود.

هدف: این مطالعه با هدف تعیین رابطه باورهای مذهبی با سلامت روان، عزت نفس و خشم در افراد وابسته به مواد و عادی شهر رشت انجام شده است.

روش کار: این پژوهش یک پژوهش مقطعی، از نوع توصیفی-مقایسه ای می باشد. جامعه آماری پژوهش را ۸۰ نفر از افراد وابسته به مواد و عادی (۴۰ نفر معتاد، ۴۰ نفر غیر معتاد) شهر رشت تشکیل می دهند که با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی انتخاب (مهر تا اسفند ۱۳۸۹) و به پرسشنامه های اعتقادات مذهبی آلپورت، سلامت روان (GHQ-۱۲)، عزت نفس رزنبرگ و پرسشنامه خشم باس و پری پاسخ دادند. بعد از اجرا و جمع آوری داده ها، از روش های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (آزمون های t مستقل، رگرسیون و همبستگی پیرسون) جهت تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد.

نتایج: نتایج آزمون t مستقل جهت مقایسه مؤلفه ها بین دو گروه نشان داد که بین دو گروه از لحاظ اعتقادات مذهبی ($P < 0/0001$)، میزان سلامت روانی ($P < 0/0001$)، عزت نفس ($P < 0/0001$) و خشم ($P < 0/0001$) تفاوت معناداری وجود دارد. تحلیل داده ها با استفاده از روش آماری رگرسیون نشان داد که مؤلفه های مورد بررسی ۶۰ درصد باورهای مذهبی را در این افراد پیش بینی می کند، همچنین نتایج همبستگی پیرسون حاکی از ارتباط بین اعتقادات مذهبی و سلامت روان در افراد وابسته به مواد بود ($P < 0/01$).

نتیجه گیری: یافته های پژوهش بر اهمیت باورهای مذهبی، عزت نفس، خشم و تأثیر آن بر سلامت روانی افراد وابسته به مواد و عادی تأکید دارد و پیشنهاد می شود از طریق مهارت کنترل خشم و افزایش عزت نفس و آموزش برخی از مهارت های بین فردی و راهکارهایی که به افراد کمک می کند تا شبکه حمایت اجتماعی خود را گسترش دهند و روابط اجتماعی کارآمد و بدون مواد را برقرار سازند، می تواند نقش مهمی در کاهش گرایش به اعتیاد داشته باشد.

کلید واژه ها: مصرف کنندگان مواد مخدر/بهداشت روانی/خود پنداره/خشم/مذهب

مقدمه

است که پیامدهای جسمی و روانی اعتیاد به کاهش کیفیت و رضایت از زندگی (۴۳) و افت جدی در کنش های فردی، اجتماعی و سلامت روان در افراد مصرف کننده منجر می شود (۵). سلامت روانی یکی از مهمترین عوامل موثر در ارتقاء و تکامل انسان ها است. سلامت روان، صرفاً فقدان بیماری یا ناتوانی نیست بلکه حالتی از رفاه بوده که با توجه به آن فرد قادر است با استرس های معمول زندگی کنار آید و به عنوان بخشی از جامعه با دیگران مشارکت و همکاری نماید (۶). سوء مصرف مواد در بسیاری از اوقات سلامت روان افراد را به خطر می اندازد. بسیاری از

امروزه افزایش مصرف مواد مخدر نگرانی روز افزونی را برای تمامی جوامع بدنبال دارد. مسئله وابستگی به مواد و سوء مصرف آن به یک معضل اجتماعی-درمانی تبدیل شده است (۱). بر اساس آخرین آمار رسمی اعلام شده از سوی سازمان ملل تا سال ۲۰۰۸ میلادی، تعداد ۲۲۰ میلیون نفر معتاد در جهان وجود داشته اند. همچنین بر اساس آخرین آمار رسمی منتشر شده تا سال ۱۳۸۵ شمسی، که از سوی دولت جمهوری اسلامی ایران نیز مورد تأیید قرار گرفته است، تعداد معتادان در ایران ۳۶۷۱۰۰۰ نفر بود (۲). نتایج مطالعات متعدد مبین آن

که مصرف مواد با ویژگی‌هایی نظیر ابراز وجود پایین، اعتماد به نفس پایین، امنیت اجتماعی پایین و مرکز کنترل بیرونی رابطه دارد (۲۵). از جمله پیامدهای نامطلوب روانشناختی که توجه پژوهشگران را به خود معطوف کرده است، مسئله‌ی خشم و پرخاشگری است. متخصصین اذعان کرده‌اند که عدم توانایی فرد در بیان احساساتش با خشم ارتباط داشته و این مساله می‌تواند به عنوان یکی از محرک‌های اصلی عود اعتیاد عمل کند (۲۶). افرادی که برانگیختگی بالایی دارند، وقتی در موقعیت حل مساله قرار می‌گیرند خشم و درماندگی بیشتری احساس می‌کنند، از این رو تمایل بیشتری دارند تا از مواد برای کنار آمدن با چنین هیجان‌هایی استفاده کنند (۲۷). ساتسیوگل و اریم (Saaticioglu & Erim) بیان کردند که بین پرخاشگری و گرایش به مواد رابطه معناداری وجود دارد (۲۸). اغلب پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بین مصرف مواد، هیجان طلبی و خشم رابطه وجود دارد (۲۹ و ۳۰). با توجه به اهمیت مؤلفه سلامت روانی افراد در جامعه و نیز عوامل مؤثر در این سلامت از جمله گرایش‌های مذهبی (دینداری)، عزت نفس و پرخاشگری و نقش گسترده‌ی آن در آسیب‌های اجتماعی از جمله اعتیاد، پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط باورهای مذهبی با سلامت روان، عزت نفس، پرخاشگری و مقایسه این مؤلفه‌ها در افراد وابسته به مواد و عادی انجام شد. همچنین این پژوهش سعی دارد با پذیرفتن معضل اساسی اعتیاد در زندگی امروزه، صحت و سقم آن را مورد بررسی قرار دهد. نتیجه‌ی عملی این پژوهش می‌تواند تأثیر مذهب و معنویت و خصوصیات آن را بر سلامت روان، عزت نفس و پرخاشگری مورد شناسایی قرار دهد. همچنین افراد وابسته به مواد را یاری می‌کند که فاکتورهای مؤثر در عزت نفس و سلامت عمومی خود را بشناسند و مذهب را برای حل مشکلات و مسائل مربوط به معنای زندگی و ارزش‌ها مورد استفاده قرار دهند تا به یک زندگی موفق دست یابند.

روش کار

این پژوهش یک پژوهش مقطعی، از نوع توصیفی-مقایسه‌ای می‌باشد. نمونه آماری پژوهش متشکل از ۸۰

مطالعات نشان دادند که بین سوء مصرف مواد و بیماری‌های روانپزشکی ارتباط وجود دارد (۷). استاتهم (Statham) بیان کرد که افسردگی با اعتیاد به الکل همبستگی بالایی دارد. پراسکاووسکی (Prusakowski) و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که مادران افسرده از سطح بالاتری از اعتیاد برخوردارند (۸). اغلب پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افراد معتاد سطح بالایی از اضطراب، استرس و افسردگی و سطح پایین تری از تنظیم خلق منفی را تجربه می‌کنند (۱۳-۹). 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 روی آوردی به مذهب و چه در جهت و نحوه تأثیر آن بر رفتار به خود جلب کرده است. با توجه به نقش باورهای مذهبی و احاطه آن بر شئون زندگی انسان مذهب در بازداري فرد از گرایش به مواد مخدر نقش تعیین کننده‌ای دارد (۱۴). پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که سطوح بالای باورهای مذهبی با مصرف الکل، مواد مخدر و استعمال دخانیات رابطه منفی دارد (۱۹-۱۵). سانچز و نائو (Sanchez & Napoo) در پژوهش خود نشان دادند که مذهبی بودن می‌تواند یک عامل حفاظت کننده و حمایتی در برابر رفتارهای پرخطر از قبیل استعمال سیگار، مصرف الکل، ماری جوانا و مواد مخدر باشد (۲۰). یکی دیگر از مولفه‌هایی که می‌تواند در اعتیاد افراد نقش مؤثری داشته باشد عزت نفس است. عزت نفس حس ارزشمندی است که انسان برای خود قایل است. عزت نفس با برخی از پدیده‌های روانی از جمله راهبردهای مقابله‌ای مثبت و سازنده، انگیزش بالا و حالات عاطفی مثبت رابطه دارد (۲۱). استاکی (Ostuki) نشان داد که مصرف مواد، الکل، ماری جوانا و سیگار با عزت نفس بالا رابطه منفی وجود دارد (۲۲). کروکر (Crocker) در پژوهش خود بیان می‌دارند که معتادان دارای ویژگی‌های شخصیتی چون من ضعیف، دامنه پایین تحمل ناکامی، اضطراب و تخیل همه کار توانی هستند (۲۳). برماس در پژوهش خود عنوان کرد که افراد معتاد از عزت نفس پایینی برخوردارند و انزوا در افراد معتاد بالاست (۲۴). همچنین شکرکن و همکاران در پژوهش خود نشان دادند

عمومی هر فرد از حاصل جمع نمرات چهار خرده مقیاس به دست می‌آید کمترین نمره صفر و بیشترین نمره ۳۶ است. نمره بالا نشان دهنده سلامت روان پایین است. معتمدی و همکاران با اجرای فرم ۱۲ سوالی GHQ روی یک نمونه ۲۰۰ نفری میزان ضریب آلفای کرونباخ آن را معادل ۰/۸۷ و میزان اعتبار آن را معادل ۰/۷۷ محاسبه کرده است. در این پرسشنامه نمره بالاتر از ۲۰ به معنی وخامت وضعیت سلامت روان می باشد (۳۲). یعقوبی و همکاران در پژوهش خود پایایی و روایی پرسشنامه را تأیید نمودند (۶). بخش سوم پرسشنامه عزت نفس رزنبرگ که توسط رزنبرگ (Rosenberg) در سال ۱۹۸۹ تهیه شد. این پرسشنامه شامل ۱۰ عبارت کلی می باشد و در آن پنج جمله با لغات منفی و پنج جمله با لغات مثبت بیان شده و به هر سوال بر اساس مقیاس چهار گزینه ای کاملاً موافق (۰)، موافق، مخالف، کاملاً مخالف (۴) نمره داده می شود. نمرات این مقیاس از صفر تا سه مرتب شده و نمره ۳۰ بالاترین نمره ممکن است. نمره بالاتر از ۲۵ نشان دهنده عزت نفس بالا، ۱۵ تا ۲۵ نشان دهنده عزت نفس متوسط و کمتر از ۱۵ نشان عزت نفس پایین بود. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ محاسبه گردیده است. بشلیده و هاشمی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش کردند (۲۱). بخش چهارم پرسشنامه خشم که توسط باس و پری در سال ۱۹۹۲ تهیه شد. این پرسشنامه ۲۹ آیتم دارد و به صورت لیکرت می باشد. این پرسشنامه چهار خرده مقیاس، پرخاشگری جسمانی (۹ سؤال)، پرخاشگری کلامی (۵ سؤال)، خشم (۷ سؤال) و خصومت (۸ سؤال) را مورد سنجش قرار می‌دهد. کمترین نمره ۲۹ و بیشترین نمره ۱۴۰ است. نمره بالاتر نشان دهنده خشم بیشتر است. ناکانو با استفاده از روش تحلیل عاملی، ساختار چهار عاملی این پرسشنامه را مورد تأیید قرار داده است. با توجه به یافته های به دست آمده از پژوهش سامانی جهت بررسی پایایی و روایی این ابزار، پرسشنامه پرخاشگری باس و پری ابزاری مناسب برای پژوهشگران در زمینه بررسی رفتار پرخاشگرانه و برای متخصصان بالینی در زمینه سنجش اولیه رفتار پرخاشگرانه است (۳۳). جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش های آماری

نفر مرد (۴۰ نفر وابسته به مواد و ۴۰ نفر عادی) با دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال و در مقطع زمانی مهر تا اسفند ۱۳۸۹ می باشد. در انتخاب نمونه از جامعه مردان وابسته به مواد از روش نمونه گیری خوشه‌ای استفاده شد. به این ترتیب که ابتدا چهار مرکز خصوصی ترک اعتیاد از چهار نقطه شهر رشت انتخاب و از افرادی که در این مراکز برای تشکیل پرونده و شروع درمان مراجعه کرده بودند، ۴۰ نفر به تصادفی انتخاب شدند. در نمونه افراد عادی از میان همراهان بیماران و یا کارکنان و کارگران مراکز درمانی ترک اعتیاد استفاده شد. معیارهای ورود به مطالعه سن بالاتر از ۱۸ سال، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی بوده است. پس از کسب اجازه از مسئولین مراکز ترک اعتیاد، به تمامی واحدهای مورد پژوهش در مورد اهداف مطالعه توضیح داده شد و رضایت شفاهی آنان برای ورود به مطالعه کسب شد. ابزار پژوهش مشتمل بر ۴ پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی آلپورت، سلامت روانی (GHQ-12)، عزت نفس رزنبرگ و خشم باس و پری و مشخصه های جمعیت شناختی (سن، تاهل، تحصیلات و شغل) می باشد. بخش اول، پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی که توسط آلپورت (Allport) برای سنجش جهت‌گیری‌های درونی و بیرونی مذهب به صورت لیکرت که دامنه‌ی آن از کاملاً موافق (۰) تا کاملاً مخالف (۴) است، تهیه شده است. پایین‌ترین نمره در این آزمون ۲۰ (جهت‌گیری مذهبی بیرونی) و بیشترین نمره آن ۸۰ (جهت‌گیری درونی) است و دارای ۲۰ سوال می‌باشد که ۱۱ سوال آن جهت‌گیری درونی و ۹ سوال آن جهت‌گیری بیرونی را می‌سنجد. در سال ۱۹۶۳ فگین (Fgyn) یک سوال دیگر به آن اضافه کرد و در ایران مورد هنجاریابی قرار گرفت و جان بزرگی و مختاری ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۳ و ۰/۷۱ عنوان کردند (۳۱). بخش دوم، پرسشنامه سلامت روانی است که توسط گلدبرگ و ویلیامز (Goldberg & Williams) (۱۹۸۸) ساخته شده است. این پرسشنامه ۱۲ سوال و دارای چهار خرده مقیاس علائم روان‌تنی (۳ سوال)، اضطراب-بی‌خوابی (۳ سوال)، اختلال عملکرد اجتماعی (۳ سوال) و افسردگی شدید (۳ سوال) می‌باشد که با مقیاس لیکرت ۰ تا ۳ نمره‌گذاری شده است. نمره کلی سلامت

سلامت روان و خشم (-۰/۱۱۶)؛ اعتقادات مذهبی و خشم (۰/۰۸۴)؛ عزت نفس و خشم (۰/۰۹۱) رابطه معناداری مشاهده نشد.

جدول شماره (۲): آزمون همبستگی پیرسون بین متغیرهای سلامت

روان، اعتقادات مذهبی، عزت نفس و خشم

خشم	عزت نفس	اعتقادات مذهبی	سلامت روان	
			۱	سلامت روان
		۱	**۰/۳۶۸	اعتقادات مذهبی
	۱	-۰/۰۹۳	-۰/۱۳۹	عزت نفس
۱	۰/۰۹۱	۰/۰۸۴	-۰/۱۱۶	خشم

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط بین باورهای مذهبی با سلامت روان، عزت نفس و خشم در افراد وابسته به مواد و عادی شهر رشت انجام شد. نتایج حاضر نشان داد که بین مولفه‌های مورد بررسی در دو گروه وابسته به مواد و عادی هم‌سو با نتایج مطالعات پیشین تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۸،۹،۱۲،۱۳،۱۶،۱۹،۲۰،۳۴،۳۵). نتایج یافته‌های قبلی حاکی از وجود تفاوت بین اعتقادات مذهبی، میزان عزت نفس و خشم در افراد وابسته به مواد و عادی است. در واقع نداشتن اعتقادات مذهبی، عزت نفس پایین و نیز پرخاشگری بالا از جمله مواردی می‌تواند باشد که فرد را مستعد مصرف مواد می‌کند و تمامی این عوامل بعلاوه مصرف مواد، سلامت جسمی و روانی فرد را به خطر خواهد انداخت. همچنین مشخص شد که افراد معتاد در مقایسه با افراد عادی از عزت‌نفس پایین‌تری برخوردارند (۳۶). همچنین عزت نفس پایین یکی از عوامل گرایش به اعتیاد و عود آن می‌باشد. دان (Dunn) در پژوهش خود بیان کرد در اعتیاد به الکل نیز یک پویایی بنیادین از خشم سرکوب شده و درماندگی وجود دارد (۳۷). معتادان از شیوه زندگی مخاطره‌آمیز و درگیر شونده بیشتری برخوردارند و تکانشگری در افراد معتاد بالاست و ناتوانی در کنترل خشم و به سرعت غضبناک شدن بارزترین الگوی عاطفی در افراد معتاد است (۲۶). پژوهشگران بیان کردند که سطوح بالای باورهای مذهبی و انجام فعالیت‌های مذهبی با مصرف الکل، مواد مخدر و استعمال دخانیات رابطه منفی دارد. چتیرز

تی مستقل، همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام استفاده شد و کلیه عملیات آماری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-17 انجام شد.

نتایج

بر اساس نتایج بدست آمده ۲۲/۲ درصد این افراد دارای مدرک بالای دیپلم، ۵۸ درصد دارای دیپلم، ۱۹/۸ درصد دارای مدرک زیر دیپلم می‌باشند. از نظر شغل ۷۵/۳ درصد افراد دارای شغل آزاد، ۹/۹ درصد کارمند و ۱۳/۶ درصد بیکار بودند. همچنین ۳۸/۳ درصد مجرد و ۶۰/۵ درصد متاهل می‌باشند و میانگین سن شرکت‌کنندگان ۳۲/۳۶±۸/۰۵ سال برآورد گردید. بر اساس جدول شماره یک با توجه به مقدار (t= ۳/۳۵۸) و سطح معناداری (P<۰/۰۰۰۱) در مولفه سلامت روان، مقدار (t=۵/۴۵۹) و سطح معناداری (P<۰/۰۰۰۱) در مولفه اعتقادات مذهبی، مقدار (t= ۴/۲۵۷) و سطح معناداری (P<۰/۰۰۰۱) در مولفه عزت نفس و مقدار (t= ۳/۳۲۵) و سطح معناداری (P<۰/۰۰۰۱) در مولفه خشم در افراد معتاد و غیر معتاد تفاوت معناداری وجود دارد.

همچنین متغیرهای پیش‌بین (سلامت روان، عزت نفس و خشم) ۶۰ درصد از واریانس باورهای مذهبی را پیش‌بینی می‌کنند (P<۰/۰۰۰۱).

جدول شماره (۱): آزمون تی مستقل در بررسی سلامت روان،

اعتقادات مذهبی، عزت نفس و خشم دو گروه

معناداری	T	میانگین ± انحراف معیار	متغیر	
۰/۰۰۰۱	۳/۳۵۸	۲۳ ± ۷/۱۰	افراد معتاد	سلامت روان
		۲۲/۰۲ ± ۹/۷۶	افراد عادی	
۰/۰۰۰۱	۵/۴۵۹	۱۹/۳۵ ± ۴/۱۳	افراد معتاد	اعتقادات مذهبی
		۲۰/۱۰ ± ۴/۱۷	افراد عادی	
۰/۰۰۰۱	۴/۲۵۷	۲۰/۷۱ ± ۶/۰۵	افراد معتاد	عزت نفس
		۲۱/۶۲ ± ۶/۷۴	افراد عادی	
۰/۰۰۰۱	۳/۳۲۵	۴۷/۳۵ ± ۹/۱۹	افراد معتاد	خشم
		۴۲/۵۳ ± ۱۹/۱۵	افراد عادی	

همان‌طور که در جدول شماره دو مشاهده می‌شود ضریب همبستگی پیرسون بدست آمده بین سلامت روان و اعتقادات مذهبی (R=۰/۳۶۸) می‌باشد که در سطح $p < ۰/۰۱$ معنادار می‌باشد. اما بین سلامت روان و عزت نفس (-۰/۱۳۹)؛ اعتقادات مذهبی و عزت نفس (-۰/۰۹۳)؛

سلامتی، کیفیت زندگی و افزایش عزت نفس منجر می‌شود (۳۵). بررسی‌ها نشان می‌دهند که نگرش‌های مذهبی با افسردگی اضطراب، پرخاشگری و خود بیمار انگاری رابطه منفی دارد (۳۱، ۳۲، ۳۹). در واقع دین برنامه جامع برای تمام زندگی انسان هاست و بدین گونه در تأمین سلامت روان انسان‌ها نقش موثری دارد. نقش مذهب در پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی به گونه‌ای است که بسیاری از نظریه پردازان بزرگ جهان نظیر فروید، یونگ، ویلیام جیمز مذهب را به عنوان یک عامل مستحکم در مقابل آسیب‌های اجتماعی تلقی نموده‌اند (۳۵). در یک نتیجه گیری کلی شاید بتوان اینگونه بیان نمود افرادی که گرایش به اعتیاد دارند در مواجهه با رویدادهای روزمره ناامیدتر می‌شوند و ضعیف تر از دیگران با تنیدگی و رویدادهای مربوط به آن کنار می‌آیند. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که عدم اعتقادات مذهبی یکی از علل گرایش به اعتیاد است که منجر به کاهش عزت نفس، سلامت روانی و افزایش پرخاشگری می‌گردد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به شرایط روحی و جسمی واحد های پژوهش اشاره نمود که با توجه به اینکه سالها تحت تأثیر عوارض ناشی از مصرف مواد قرار داشته و پیامد های آن در وضعیت اقتصادی، اجتماعی آنان مشهود می‌باشد تمرکز و دقت آنان نیز تحت اشعاع قرار داشته است. با توجه به نتایج پژوهش حاضر و مطالعات پیشین، در پایان پیشنهاد می‌شود جهت ارتقا سلامت جسمی و روانی افراد، راهکارهای مناسب در جهت پرورش اعتقادات مذهبی و بالا بردن عزت نفس و باور خود و نیز راهبردهای کنترل و مهار خشم اتخاذ گردد. همچنین مسئولین بهداشت کشور با بالا بردن سطح آگاهی جوانان و نوجوانان از علل و پیامدهای اعتیاد و با ارائه آموزش‌های لازم به منظور کسب مهارت در ارتقا سلامت روان، عزت نفس و کنترل خشم می‌توانند گام موثری در جهت پیشگیری از اعتیاد بردارند.

تشکر و قدردانی:

بدینوسیله از مسئولین محترم مراکز ترک اعتیاد و مددجویانی که در انجام این مطالعه همکاری داشته‌اند سپاسگزاری می‌نماییم.

(Chatters) در پژوهش خود بیان کرد که داشتن نگرش مذهبی سبب کاهش استفاده از مواد مخدر می‌شود، همچنین مشخص شد که داشتن نگرش‌ها و باورهای مذهبی با کاهش استرس روان‌شناختی و پیشگیری از رفتارهای پرخطری چون سیگار کشیدن، مصرف الکل و مواد مخدر همراه است (۳۸). همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افراد با اعتقادات مذهبی از سلامت روانی بیشتری برخوردارند و برای مقابله با استرس‌های روزمره و اضطراب و مشکلات زندگی به مصرف مواد متوسل نمی‌شوند و نیز افرادی که از عزت نفس پایین برخوردارند به دلیل عدم احساس توانمندی و احساس ضعف دچار آسیب‌ها و نگرانی‌های روانی خواهند شد که سلامت آن‌ها را به خطر می‌اندازد (۱۱ و ۳۹). اغلب معتادان از مشکلاتی مانند فقر، بیکاری، بیماری جسمانی و روانی و مشکلات خانوادگی و زناشویی رنج می‌برند (۴۰). همچنین مشخص شده که بیشتر سوء مصرف‌کنندگان، دچار برخی مشکلات روان‌شناختی مانند استرس، اضطراب، افسردگی اساسی، اختلال اضطراب تعمیم یافته و اختلال شخصیت ضد اجتماعی می‌باشند (۱۱). در پژوهش دیگری عنوان شد که افراد به دلایل مختلف مثل ناراحتی عصبی و روانی، درد جسمانی و مشکلات جنسی و... مواد مصرف می‌کنند (۴۰). پژوهشگران عنوان می‌کنند که نگرش دینی نقش اساسی در جلوگیری از سوء مصرف مواد دارد و نیز مشخص شده که بین نگرش‌های مذهبی و اعتیاد رابطه منفی وجود دارد (۴۱). در پژوهش دیگری مشخص شد که انجام فرایض دینی و حضور در مکان و مراسم مذهبی نقش مهمی در پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر دارد (۱۵). همچنین در این پژوهش جهت بررسی رابطه‌ی بین مؤلفه‌های مورد بررسی از همبستگی پیرسون استفاده شد و نتایج نشان داد که تنها بین اعتقادات مذهبی و سلامت روان رابطه‌ی معناداری وجود دارد و بین سایر مؤلفه‌ها ارتباط معناداری مشاهده نشد که این نتایج با تعدادی از مطالعات پیشین (۱۰، ۴۱) ناهمسو می‌باشد.

با توجه به نتایج حاضر می‌توان بیان کرد که اعتقادات مذهبی نقش تعیین کننده‌ای در معیارهای سلامت روانی افراد دارد. در واقع باورهای مذهبی به بهبود

References:

1. Xiao L, Wu Z, Luo W, Wei X. Quality of Life of Outpatients in Methadone Maintenance Treatment Clinics. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010. 53(1). pp:116-120.
2. Habibi R, Salehi Moghadam A, talaee A, Ebrahim-Zadeh S, Karimi H. The effect of family-centered approach to teaching problem-adjusted, drug-dependent patients on self-esteem. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2012. 55(1). pp:52-59. [Text in Persian].
3. Bizzarri J. Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for upload dependence, substance use misuse. *Substance Use Misuse*, 2005. 4 (2). pp:1765-1776.
4. Smith WK, Larson J M. Quality of life assessment by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2003.12. pp:141 -162.
5. Moalemi S, Raghebi M, Salari Drgy Z. Comparison of emotional intelligence and mental health in addicts and non-addicts. *Journal of Martyr Sadoughi Yazd University of Medical Sciences* . 2010. 18 (3). pp:242-235.
6. Yaghubi H., Karim M., Omid A., Barouti E., Validity and Factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in University students, *Journal of Behavioral Sciences*, Vol.6, No.2, Summer 2012, pp:153-160 [text in Persian].
7. Statham J. Measuring alcohol craving: development of the Alcohol Craving Experience questionnaire. *Abingdon*. 2011.106(7). pp:12-30.
8. Prusakowski MK, Shofer FS, Rhodes KV, Mills AM. Effect of Depression and Psychosocial Stressors on Cessation Self-Efficacy in Mothers who Smoke. *Matern Child Health J*. 2011 Jul.15(5).pp:620-6.
9. Hajjhasani M, Shafi Abadi A, Pirsaghi F, Kiyani pour O. Relationship Between Aggression, Assertiveness, Depression and Addiction Potential In Female Students of Allameh Tabataba'i university. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2012.13(3) (49) . Pp:65-74. [text in Persian].
10. Williams D. Sternthal J. Spirituality, religion and health: evidence and research directions. *Med J Aust*. 2007 May 21.186(10 Suppl). pp:S47-50.
11. Flavio F, Kulis S, Nieri T, Parsai M. god forbid !: substance use among religious and nonreligious youth. *Am J Orthopsychiatry*. 2005 Oct.75(4).pp:585-98.
12. Limbeek J, wouters L, Kaplan C, Geerlings P, Alem V. Prevalence of Psychopathologie in drug addict dutch . *J sub Abutr*. 1992.1. pp: 43-52.
13. Jazayeri A, Hajer F, Shahbaz A, Rezaei M. antisocial personality disorder and borderline associated with drug addiction in men aged 18 to 35. *Hakim Journal*. 2004. 7 (1). pp: 49-54. [Text in Persian].
14. Siegle L, Senna J. *Juvenile delinquency: Theory, practice and law*. 6th. Ed. Paol Alto: West Publishing Company.1997.
15. Rew L, Wong Y. A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. *J Adolesc Health*.2006. 38. pp:433-442.
16. Cook C. Addiction and spirituality. *Addiction*. 2004. 99. pp: 539-551.
17. Beyers J. A cross-national comparison of risk and protective factors for adolescent substance use: The United States and Australia. *J Adolesc Health*.2004. 35. pp: 3-16.
18. Stewart C. The influence of spirituality on substance use of college students. *J Drug Educ*. 2001. 31(4). Pp: 343-351.
19. zargar Y, Najjarian B, Nami A. The relationship between the properties of character emotion, self expression Psychological pertinacity, religious attitudes and marital satisfaction in employee drug preparations for a manufacturing company in Iran, *Educational Sciences and Psychology Journal of martyr Chamran University*. 2008. 15 (1) .pp: 99-12. [Text in Persian].
20. Sanchez Z . Napoo S. Religious treatment for drug addiction. *Soc Sci Med*. 2008. 67. pp: 638 -646.
21. Beshlydh K, Hashemi Sheikh Shabani S E. The relationship between the positive and negative aspects of self-esteem through mental health mediator - Gary burnout in married and single women. *Journal of Counseling and Family Therapy*. 2011.1(1). pp:82-100. [Text in Persian].
22. Ostuki T. Subst use, self- esteem, and depression among Asian- American adolescent. *J Drug Educ* 2003. 33(4). pp:369-390.
23. Crocker J. The costs of seeking self- esteem. *J SOC ISSUES*. 2002 58(3). pp: 597-615.
24. Barmas H. Comparison of self-esteem and attributeional style in adolescent addicts and non-addicts. *Journal of Psychological Studies*, University of al-Zahra.2004. page 1-6.
25. Shkrkn H, Nissi A, Sepahvand E. Comparison of sensation seeking, self-esteem and emotional climate of the family and economic situation in adolescent delinquency, normal guy. *Journal of psychological achievements*. 2009. 4. pp: 124
26. Oraki M. Relationship of anger, self-efficacy, coping skills, and a desire to use drugs in a group of drugs opiate-dependent clients. *Journal of Research on Addiction*. 2011. 5(18). pp:39-54.
27. Hajjhasani M, Shafi Abadi A, Pirsaghi F, Kiyani pour O. Relationship Between Aggression, Assertiveness, Depression and Addiction Potential In Female Students of Allameh Tabataba'i university. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2012.13(3) (49) . Pp:65-74. Text In Persian.
28. Saatcioglu O, Erim R. Aggression among Male Alcohol-Dependent Inpatients who Smoke Cigarettes. *J Psychol* 2009. 143(6). pp :615-627.
29. Yanovizky I. Sensation seeking and adolescent drug use: The mediation role of association with deviant peers and pro- drug discussions. *Health Commun*. 2005. 17(1). pp:67-89.
30. Hayatbakhsh MR, Najman JM, Bor W, O'Callaghan MJ, Williams GM. Multiple Risk Factor Model Predicting Cannabis Use and Use Disorders: A Longitudinal Study. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2009. 35(6). pp: 399- 407.
31. John Bozorgi M. Religious orientation and mental health, *Journal of Medical Sciences* . 2007. 31(4). pp:35-45.
32. Motamedi A, Egaei A, Kyamnsh, A. The relationship between religious orientation and mental health in successful aging. . *Daneshvar*.1384. 12 (10).pp :56-43.
33. Samani S. Reliability and validity of the Buss and Perry Aggression Questionnaire, *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, Vol. 13 / No. 4/ Winter 2008
34. Yanovizky I. Sensation seeking and adolescent drug use: The mediation role of association with deviant peers and pro- drug discussions. *Health Commun*. 2005.17(1). Pp:67-89.35. Shams Esfandabad H, Nejad naderi S. Comparison of quality of life and religious attitudes in addicts and non-addicts in Kerman. *Psychological Studies Journal*. 2009. 5(1). pp: 139-151.
36. Narimani M . Efficacy of cognitive behavioral therapy in addiction treatment and rehabilitation of individuals. new drug research and consulting. 2004.1(9 and 10). pp: 59-42.
37. Dunn S. Emotional intelligence & Addiction;10 Key points by Sussan Dunn, The EQ coach. *J Subst Abuse Treat*.2004. 15. pp:129-136.
38. Chatters L. Religion and health: Public health research and practice. *Annu Rev Public Health*. 2000. 21. pp: 335-367.
39. Trevino K. Religious coping and physiological, psychological, social, and spiritual outcomes in patients with HIV/AIDS: Cross-sectional and longitudinal findings. *AIDS and Behavior*.2007 (online).
40. Zeynali A, Vahdat R, Hamdnya S, background check prior to drug addicts and comparison with normal controls. *Knowledge and research in psychology*.3007. 33. Pp:149-168. [Text in Persian].
41. Maselko J, kubzansky L . Gender differences in religious practices , spiritual experiences and health : Results from the us general social survey. *Soc Sci Med*. 2006 Jun.62(11). pp:2848-60

Comparison of religious beliefs and mental health, self esteem and anger in normal and drug-dependent people

BY: Shikholeslami F¹, Sotodeh Navroudi S O², Zinali Sh³, Talebi M⁴

1. Department of Nursing (Psychiatric Nursing), Instructor, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Science, Rasht, Iran

2. Msc in Counseling Family, State Welfare Organization, Rasht, Iran

3. Msc in Psychology, State Welfare University of Applied Science and Technology, Rasht, Iran

4. BS in Nursing

Received: 2012/3/29

Accept: 2012/12/27

Abstract

Introduction: Religious beliefs have an important effect on all psychological aspects of human life; and strengthening these beliefs increases self-esteem, mental health and also decrease addiction and anger. **Objective:** This study aimed to survey the relationship between religious beliefs and mental health, self-esteem and anger in normal and drug-dependent people in Rasht.

Methods: This is a cross-sectional, descriptive-comparative study. Study population consists of 80 drug-dependent and normal people (n = 40 addicts, 40 non-addicted) in Rasht who were chosen by random sampling (October to March 2010) and responded to Allport religious beliefs, mental health (GHQ-12), the Rosenberg Self-Esteem Scale and the Buss and Perry anger questionnaire. After implementation and data collection, descriptive statistics methods (mean and standard deviation) and inferential statistics (independent t-tests, regression and correlation) were used for data analysis.

Results: The results of independent t-test parameters comparing the two groups showed a significant difference in terms of their religious beliefs ($p < 0.0001$), mental health level ($p < 0.0001$), self-esteem ($p < 0.0001$) and anger ($p < 0.0001$). Data analysis using regression showed the components surveyed predicted 60% of their religious beliefs. Also Pearson correlation findings indicated a relationship between religious beliefs and mental health in drug dependent people ($p < 0.01$).

Conclusion: This study emphasizes the importance of religious beliefs, self-esteem, anger and its effect on mental health of substance dependent and normal individuals. It is suggested that an important role in decreasing addiction can be taken through learning the normal stress and anger management skills and increasing self-esteem and also learning some of the interpersonal skills solutions which helps people expand their social support networks and social work.

Key Words: Drug Users/Mental Health/ Self Concept/ Anger/Religion

*Corresponding Author: Sotodeh navroudi, Rasht, State Welfare Organization

Email: omid.sotodeh@yahoo.com