مقاله پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

دوره هفتم، شماره سوم، پاییز ۱۳۸۷، ۱۹۸-۱۹۱

مقایسه خصوصیات مذهبی و خانوادگی معتادان درحال ترک در مرکزبازپروری مهیار اصفهان با گروه شاهد

صدیقه خدابنده[۱]، مرضیه لری‌پور[۲]، حکیمه حسین رضایی[۳]

دریافت مقاله: ۸۶/۳/۲۳ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۸۶/۷/۸ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۸۷/۷/۱۷ پذیرش مقاله: ۸۷/۸/۱۵

چکیده

زمینه و هدف: مصرف مواد مخدر از خطرناک‌ترین پدیده‌های جوامع انسانی در عصر حاضر به شمار می‌رود. از آن جا که خصوصیات مذهبی و خانوادگی افراد در پیشگیری از انحرافات اجتماعی مؤثر می‌باشند، این مطالعه برای تعیین نقش ویژگی‌های فوق در اعتیاد به مواد مخدر و مقایسه آن‌ها در معتادان با گروه غیر معتاد انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی، دو گروه شامل ۱۰۰ نفر معتاد بستری در مرکز بازپروری مهیار اصفهان و ۳۰۰ نفر غیرمعتاد مراجعه کننده به مراکز آزمایشگاهی جهت آزمایشات قبل از ازدواج، از نظر خصوصیات مذهبی و خانوادگی مورد مقایسه قرار گرفته‌اند. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته که در سه بخش شامل خصوصیات فردی، مذهبی و خانوادگی تنظیم شده بود، صورت گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط آزمون‌های آماری t- test و مجذور کای انجام شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان دهنده تفاوت معنی‌دار آماری بین عملکرد مذهبی معتادان با گروه شاهد بود به طوری که افراد معتاد عملکرد مذهبی ضعیف‌تری نسبت به گروه شاهد داشتند (p< ۰/۰۰۱). تفاوت معنی‌داری از نظر ویژگی‌های خانوادگی نیز در دو گروه وجود داشت به طوری که ۶۰٪ معتادان و ۷۵٪ گروه شاهد متعلق به خانواده‌های هسته‌ای بودند (p=۰/۰۱۶)، در بین معتادان ۶۲/۳٪ از خانواده‌های منسجم و ۶۴٪ مادران آن‌ها بی‌سواد بودند و یا فقط سواد خواندن ونوشتن داشتند که این مقادیر در گروه غیر معتاد به ترتیب ۷۵/۲٪ و ۴۸٪بود (p=۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش بیان‌گر آن است که انجام فرایض مذهبی و حضور در مراسم و مکان‌های دینی و نیز برخورداری از خانواده‌ای مطلوب، می‌توانند نقش مهمی در پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر داشته باشند.

واژه‌های کلیدی: معتادان، سوءمصرف مواد، خصوصیات مذهبی و خانوادگی

۱- (نویسنده مسئول) مربی و عضو هیأت علمی، گروه آموزشی پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

تلفن: ۰۳۴۲-۴۲۳۳۰۹۹، فاکس: ۰۳۴۲-۴۲۲۵۴۰۰، پست الکترونیکی: s_khodabandeh @ kmu.ac.ir

۲- مربی و عضو هیأت علمی، گروه آموزشی مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

۳- مربی و عضو هیأت علمی، گروه آموزشی پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

مقدمه

مصرف مواد مخدر از خطرناکترین پدیده‌های جوامع انسانی در عصر نوین به شمار می‌رود. امروزه وسعت اعتیاد در جهان چنان گسترش یافته که به شکل یک بیماری مزمن و اجتماعی درآمده و باعث به خطر افتادن امنیت اجتماعی شده است. این معضل بیشتر از آن جهت اهمیت می‌یابد که یکی از حادترین مشکلات نسل جوان است و به دنبال آن منجر به زوال شخصیت و نیروی جسمانی افراد گردیده و به خروج جوانان از صحنه‌های فعال زندگی منجر شده و زمینه را برای فرصت طلبان و غارتگران فراهم می‌کند [۱]. اعتیاد به مواد مخدر آسیب‌های فراوان جسمی، روانی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی به دنبال دارد [۲]. اعتیاد به سرعت در جهان و نیز در کشور ما رو به گسترش است. تعداد معتادان کشور بین ۸۰۰/۰۰۰ تا ۲/۵۰۰/۰۰۰ نفر برآورد شده است که این دامنه گسترده برآورد، خود حاکی از ناآگاهی از مقدار واقعی مشکل است [۳].

در علت‌شناسی اعتیاد، علل متعددی مطرح شده‌اند که یکی از آن‌ها بکارگیری روش‌های مقابله نا کارآمد می‌باشد [۴]. برای مقابله کارآمد با رویدادها و بحران‌ها، برخورداری از سلامت روان عامل مهمی بوده و تأمین سلامت روان نیز در گرو عوامل مختلفی است که از جمله آن‌ها می‌توان به مذهب و دین اشاره کرد. امروزه محققان روان‌شناسی و علوم رفتاری بر این عقیده‌اند که بین دین‌دار بودن و سلامت جسمانی و روان‌شناختی همبستگی مثبت و معنی‌دار وجود دارد [۵]. دین به عنوان یک شیوه و سبک زندگی منبع حمایتی مناسبی برای افراد فراهم کرده و آن‌ها را به انواع مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد مجهز می‌سازد که در برخورد با استرس‌های زندگی کمک کننده هستند [۶].

در سال‌های اخیر روانشناسان برای ارتقاء سلامت روان و درمان بیماری‌های روانی، به دین توجه ویژه‌ای نموده‌اند. William James فیلسوف و روانشناس آمریکایی می‌گوید: «همان طور که امواج خروشان و غلتان اقیانوس نمی‌توانند آرامش ژرفای آن را برهم زده و امنیت آن را پریشان کنند، دگرگونی‌های سطحی و موقتی زندگی نیز آرامش درونی انسانی را که عمیقاً به خداوند ایمان دارد بر هم نمی‌زنند». Benjamin rush یکی از بنیان‌گزاران روان‌پزشکی آمریکا می‌گوید: «مذهب همان قدر برای پرورش و سلامت روح و روان آدمی اهمیت دارد که هوا برای تنفس».

آیات متعددی از قرآن به پرورش صحیح انسان و حفظ بهداشت روان اشاره دارند. تأثیر ارزش‌ها و عقاید مذهبی در سلامت روانی افراد در پژوهش‌های گوناگون مورد بررسی قرار گرفته است [۷]. مطالعه کاظمی و همکاران در سال ۱۳۸۳ نشان‌دهنده تأثیر روزه ماه رمضان بر کاهش افسردگی در بین دانشجویان بود [۸]. Morcira و همکاران نشان دادند افرادی که به طور مکرر دعا می‌کنند کمتر به افسردگی و اضطراب مبتلا می‌شوند [۹]. عمرانی نسب و روشن‌نژاد ارتباط معنی‌داری بین متغیرهای اعتقادات دینی و سلامت روان دانشجویان مشاهده کردند [۱۰]. از این رو انسان دیندار که از سلامت روانی بالاتری برخوردار است برای مقابله با استرس، اضطراب و مشکلات به اعتیاد متوسل نمی‌شود. در این زمینه پژوهش Gaitner و همکاران نشان داد که داشتن اعتقادات مذهبی سبب کاهش استفاده از مواد مخدر می‌گردد [۱۱].

علاوه بر تأثیر دین بر سلامت روان، در اسلام هر چیزی که برای آدمی مضر باشد نیز حرام شمرده شده که مصداق آیه «لا تلقو بایدیکم الی التهکه: خودتان را به دست خود به هلاکت نیندازید» (سوره بقره آیه ۱۹۵) می‌باشد که نقش پایبندی به امور مذهبی در پیشگیری از اعتیاد را به گونه‌ای دیگر روشن می‌سازد [۱۲].

از دیگر عوامل مؤثر بر سلامت روانی افراد که آن‌ها را در مقابله کارآمد با بحران‌های زندگی یاری می‌دهد وضعیت خانواده و فضای حاکم بر آن می‌باشد. مطالعه‌ای در کالیفرنیا نشان داد که والدین ۹۰٪ نوجوانان معتاد از هم جدا شده‌اند [۱۳]. تحقیق دیگری در آمریکا بر روی معتادان به مواد مخدر حاکی از این بود که در بین خانواده‌های آن‌ها به دلیل عدم پیوند عاطفی با فرزندان و بی‌توجهی به مسائل مذهبی احساس عدم امنیت وجود داشته است [۱۴]. دین برنامه‌ای جامع برای تمام زندگی است و از خانه و خانواده نیز غافل

نبوده است و بدین گونه در تأمین سلامت روان انسان‌ها نیز نقش دارد.

حضرت علی(ع) یکی ازویژگی‌های همسر خوب را اخلاق نرم و ملایم و همکاری با همسر دانسته و نیز فرموده‌اند:«باخانواده‌ات به گرمی و خوبی رفتار کن زیرا آنان مانند پر وبال تو برای پروازهستند» [۱۵]. امام موسی کاظم می‌فرمایند: «رفتارهای خوب والدین موجب حفظ و نگهداری رفتارهای کودک می‌شود» که به الگوبرداری کودکان از والدین اشاره دارد [۱۶].

یافته‌های سعادتی نیز نشان داد که۸۶٪ معتادان به موادمخدردارای پدرمعتاد بوده‌اند[۱۷]. همان‌گونه که حضرت علی (ع) می‌فرمایند:«انما قلب الحدث کالارض الخالیه ما القی فیهامن شیئ قبلته :دل جوان مانند زمین خالی می‌ماند که هر چه در آن بکارند می‌پذیرد و رشد می‌کند.»

علاوه بر این در تعالیم دینی بر انتخاب دوست و همنشین مناسب ، استفاده صحیح از اوقات فراغت، علم آموزی، پیروی نکردن از هوای نفس تأکید شده است که این‌ها از مواردی هستند که انسان را از روی آوردن به اعتیاد باز می‌دارند [۱۹-۱۸]. با توجه به موارد فوق، در این مطالعه بر آن شدیم تا خصوصیات مذهبی و خانوادگی معتادانی راکه درمرکز بازپروری مهیار اصفهان در حال ترک هستند با گروه شاهد مقایسه نماییم.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت مقطعی بر روی گروهی از معتادان در حال ترک در مرکز باز پروری مهیار اصفهان انجام شد. این مرکز در حاشیه روستای مهیار اصفهان قرار داشته و در سال ۱۳۶۸ تأسیس و سالیانه ۵۰۰ تا ۶۰۰ نفر در این مرکز نگهداری و ترک داده می‌شوند. این مرکز زیر نظر سازمان بهزیستی و تحت نظارت سازمان امور زندان‌ها و اقدامات ایمنی و تربیتی کشور می‌باشد. بر اساس معیارهای ورود به پژوهش شامل :۱- گذشت حداقل یک ماه از بستری شدن درمرکز۲- گذشت حداکثر ۵ سال اززمان شروع اعتیاد ۳- سن ۴۵-۱۸ سال (به دلیل این که در مرکز باز پروری فقط این گروه سنی بستری می‌شدند)۴- دین اسلام، ۱۰۰ نفر معتاد به مواد مخدر دراین گروه جای گرفتند. گروه شاهد بر اساس مطالعات انجام شده درباره علل مختلف اعتیاد و با استفاده از نرم‌افزار EPI6 ۳۰۰ نفر درنظر گرفته شد که از طریق نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای (از ۴ منطقه مختلف شهر) ازآزمایشگاه‌های واقع در خیابان آتشگاه، زینبیه، بزرگمهر و قائمیه از هر منطقه ۷۵ نفر انتخاب شدند. گرچه انتخاب افراد گروه شاهد از جمعیت شهر می‌توانست نمونه مناسب‌تری برای مقایسه باشد اما با توجه به پنهان کاری مشکل اعتیاد از سوی معتادان براساس گفته‌های فرد نمی‌توان عدم اعتیاد وی را ثابت نمود، بنابراین در این مطالعه برای مقایسه، از مراجعه کنندگان جهت آزمایشات قبل از ازدواج، بر اساس جواب منفی آزمایشگاه استفاده شد تا از غیر معتاد بودن این گروه اطمینان بیشتری حاصل گردد.

ابزارگردآوری داده‌ها پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته‌ای بود که در سه بخش ویژگی‌های فردی (سن، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و ...)، عملکرد مذهبی در زمان قبل ازاعتیاد (انجام فرایض دینی مانند نماز و روزه، شرکت درمراسم مذهبی ماه‌های محرم و رمضان و حضور در اماکن متبرکه مانند زیارتگاه‌ها و ...) و ویژگی‌های خانوادگی قبل از اعتیاد (نوع، موقعیت خانواده و میزان تحصیلات والدین) تنظیم گردیده بود. روایی پرسش‌نامه از طریق روایی محتوا وکسب نظرات اساتید صاحب نظر تأمین و جهت پایایی آن از آزمون مجدد استفاده شد. ضریب توافق کاپا (Kapa)بین پاسخ‌ها به سؤالات دردونوبت آزمون که بر روی ده نفر معتاد صورت گرفت، حداقل۰/۹۵و حداکثر ۱ بوده است . اطلاعات پرسش نامه بوسیله مصاحبه با گروه‌های مورد و شاهد جمع‌آوری شدند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (شاخص‌های مرکزی و پراکندگی) و استنباطی (آزمون مجذور کای) استفاده شد و نرم‌افزار مورد استفاده در این پژوهش EPI6 بود.

نتایج

نتایج نشان داد دو گروه مورد مقایسه از نظر میانگین سنی مشابه بوده واختلاف معنی‌دار آماری بین دو گروه وجود نداشت. بیشترین گروه سنی (گروه مورد ۳۲ درصد و گروه شاهد ۲۶/۶٪) مربوط به سنین ۳۰- ۲۶ سال بود (جدول ۱).

جدول ۱- مقایسه توزیع فراوانی مطلق و نسبی افراد معتاد و گروه شاهد از نظر گروه سنی و سطح تحصیلات

گروه‌ها توزیع فراوانی متغیر		معتادین تعداد (درصد)	شاهد تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)	نتیجه آزمون
گروه سنی	۲۰-۱۸	(۹)۹	(۹/۳) ۲۸	(۹/۲)۳۷	X^2=۲/۵۳ p=۰/۷۷ df= ۵
	۲۵-۲۱	(۲۰) ۲۰	(۲۱/۶) ۶۵	(۲۱/۲) ۸۵	
	۳۰-۲۶	(۳۲) ۳۲	(۲۶/۶) ۸۰	(۲۸) ۱۱۲	
	۳۵-۳۱	(۲۰) ۲۰	(۱۷) ۵۱	(۱۷/۷) ۷۱	
	۴۰-۳۶	(۱۵) ۱۵	(۲۰/۳) ۶۱	(۱۹) ۷۶	
	۴۵-۴۱	(۴) ۴	(۵) ۱۵	(۴/۷) ۱۹	
	جمع	(۱۰۰) ۱۰۰	(۱۰۰) ۳۰۰	(۱۰۰) ۴۰۰	
تحصیلات	بی سواد	(۱۳) ۱۳	(۵/۶) ۱۷	(۷/۵) ۳۰	X^2=۲/۵۳ p=۰/۰۰۱ df=۵
	خواندن و نوشتن	(۱۰) ۱۰	(۶/۳) ۱۹	(۷/۲) ۲۹	
	ابتدایی	(۲۵) ۲۵	(۱۰/۳) ۳۱	(۱۴) ۵۶	
	راهنمایی	(۲۴) ۲۴	(۲۷/۶) ۸۳	(۲۶/۷) ۱۰۷	
	دیپلم	(۲۲) ۲۲	(۳۱/۶) ۹۵	(۲۹/۲) ۱۱۷	
	تحصیلات عالی	(۶) ۶	(۱۸/۳) ۵۵	(۱۵/۲) ۶۱	
	جمع	(۱۰۰) ۱۰۰	(۱۰۰) ۳۰۰	(۱۰۰) ۴۰۰	

میزان تحصیلات معتادان به طور معنی‌داری کمتر از گروه شاهد بود (p=۰/۰۰۱) به طوری که ۶ نفر از معتادان (۶٪) و ۵۵ نفراز گروه شاهد (۱۸/۳٪) تحصیلات عالی داشتند (جدول ۱)، سابقه مردود شدن یا ترک تحصیل در گروه معتادان ۸۰ نفر (۸۰٪) و در گروه شاهد ۲۰۴ نفر (۶۸٪) و دارای اختلاف معنی‌دار آماری بود (p=۰/۰۰۱).

انجام فریضه نماز را ۱۶٪ گروه معتاد و ۱۶۷ نفر (۵۵/۷٪) گروه شاهد به صورت همیشگی گزارش کردند، ۴۸ نفر (۴۸٪) معتادان و ۴۴ نفر (۱۴/۷٪) افراد گروه شاهد اصلا نماز نمی‌خواندند، آزمون آماری این تفاوت را معنی‌دار نشان داد (p=۰/۰۰۱) (جدول ۲). از نظر شرکت در مراسم ماه‌های محرم و رمضان، در هر دو مورد بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود داشت (p=۰/۰۰۱)، به طوری که ۵۲ نفر (۵۲٪) معتادان در مراسم مربوط به هیچکدام از ماه‌های مذکور اصلاً شرکت نمی‌کردند، اما در گروه مقابل ۵۳ نفر (۱۷/۷٪) در مراسم ماه محرم و ۶۱ نفر (۲۰/۳٪) درمراسم ماه رمضان اصلاً شرکت نمی‌کردند (جدول ۲). هم‌چنین در رابطه با زیارت اماکن متبرکه در بین دو گروه اختلاف معنی‌داری وجود داشت (p=۰/۰۰۱)، ۲۵ نفر (۲۵/۲٪) گروه معتاد و ۲۲۶ نفر (۷۵/۳٪) گروه شاهد به اماکن متبرکه جهت زیارت می‌رفتند .

از نظر نوع خانواده، ۶۰ نفر (۶۰٪) افراد گروه معتاد و ۲۲۵ نفر (۷۵٪) از گروه شاهد متعلق به خانواده‌های هسته‌ای بود ند. تفاوت نوع خانواده در دو گروه از نظر آماری معنی‌دار بود (p=۰/۰۱۶). ازنظر موقعیت خانواده نیز بین دوگروه تفاوت معنی‌دار آماری وجود داشت (p=۰/۰۰۱) به طوری که ۶۲ نفر (۶۲٪) گروه معتادان و ۲۲۵ نفر (۷۵/۲٪) گروه شاهد متعلق به خانواده‌های منسجم بودند.

در معتادان ۶۷ نفر (۴۸٪) و در گروه شاهد ۲۶۸ نفر (۸۹/۳٪) پدرها بی‌سواد بودند و یا فقط سواد خواندن و نوشتن داشتند، تفاوت بین تحصیلات پدرها در دوگروه معنی‌دار بود (p=۰/۰۰۲). از نظر تحصیلات مادران، در گروه معتادان ۶۴ نفر (۶۴٪) و در گروه شاهد ۱۴۴ نفر (۴۸٪) بی‌سواد یافقط سواد خواندن و نوشتن داشتند، که این تفاوت نیز از نظر آماری معنی‌دار بود (p=۰/۰۰۱).

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی افراد معتاد و گروه شاهد بر اساس خواندن نماز و شرکت در مراسم ماه‌های محرم و رمضان

گروه توزیع فراوانی متغیر		معتادان تعداد (درصد)	شاهد تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)	نتیجه آزمون
خواندن نماز	همیشه	۱۶ (۱۶)	۱۶۷ (۵۵)	۱۸۳ (۴۵)	p=۰/۰۰۱ X^2=۶۲/۹۸۹ df =۲
	گاهی	۳۶ (۳۶)	۸۹ (۲۹/۶)	۱۲۵ (۳۱/۲)	
	اصلاً	۴۸ (۴۸)	۴۴ (۱۴)	۹۲ (۲۳)	
	جمع	۱۰۰ (۱۰۰)	۳۰۰ (۱۰۰)	۴۰۰ (۱۰۰)	
شرکت در مراسم ماه محرم	همیشه	۳۴ (۳۴)	۱۵۸ (۵۲)	۱۹۲ (۴۸)	p=۰/۰۰۱ X^2=۴۶-۲۷۳ df =۲
	گاهی	۱۴ (۱۴)	۸۹ (۲۹/۶)	۱۰۳ (۲۵/۷)	
	اصلاً	۵۲ (۵۲)	۵۳ (۱۷/۷)	۱۰۵ (۲۶/۲)	
	جمع	۱۰۰ (۱۰۰)	۳۰۰ (۱۰۰)	۴۰۰ (۱۰۰)	
شرکت‌درمراسم ماه‌رمضان	همیشه	۳۶ (۳۶)	۸۲ (۲۷/۳)	۱۱۸ (۲۹/۵)	p=۰/۰۰۱ X^2= ۵۷/۴۱ df =۲
	گاهی	۱۲ (۱۲)	۱۵۷ (۵۲/۳)	۱۶۹ (۴۲/۲)	
	اصلاً	۵۲ (۵۲)	۶۱ (۲۰/۳)	۱۱۳ (۲۸/۲)	

جمع	۱۰۰ (۱۰۰)	۳۰۰ (۱۰۰)	۴۰۰ (۱۰۰)

بحث

نتایج مطالعه نشان داد که معتادان به مواد مخدر در زمان قبل از اعتیاد به انجام فرائض نماز و روزه، شرکت در مراسم مذهبی و حضور در اماکن مربوطه پای‌بندی کمتری نسبت به گروه شاهد داشته‌اند. شواهدقابل ملاحظه‌ای وجود دارند که نشان می‌دهند مذهب و باورهای مذهبی از جمله عوامل فرهنگی هستند که باید در ارتقای سلامت، درمان و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی از جمله اعتیاد مورد توجه بیشتری قرار گیرند [۲۰].

یافته‌های مطالعه Zohoori در سال ۱۳۸۰ بر روی دانشجویان دانشگاه باهنر کرمان نیزنشان داد که اکثر معتادان دارای احساسات وعقاید مذهبی سستی بوده‌اند و در مورد انجام فرایض دینی خود را مقید احساس نمی‌کردند [۲۱].

Gaitner و همکاران در مطالعه‌ای مشابه نتیجه‌گیری می‌کند که داشتن اعتقادات مذهبی سبب کاهش استفاده از مواد مخدر می‌گردد [۱۱].

Pullen و همکاران نیز گزارش نمودند که در میان افرادی که ازوابستگی مذهبی بالایی برخوردار هستند سوء مصرف الکل و دارو در مقایسه باگروه غیرمذهبی کمتر است [۲۲].

Robinson و همکاران در بررسی تأثیر تغییر در باورهای مذهبی بر روی اعتیاد به الکل دریافتند که اعتقادات معنوی با قطع مصرف الکل همبستگی مثبتی داشته است [۲۳].

نتایج تحقیق Shafiq و همکاران نشان دادکه پایبندی به اصول اخلاقی و اعتقادات مذهبی در بین دانشجویان از عوامل مهم بازدارنده مصرف مواد مخدر است [۲۴].

تأثیر عقاید وباورهای مذهبی بر کاهش رفتارهای پرخطر و مصرف سیگار و الکل در مطالعه Scott و همکاران نیز تأیید شده است [۲۵].

نقش مذهب در پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی به گونه‌ای است که بسیاری از نظریه‌پردازان بزرگ جهان مانند فروید، یونگ، ویلیام جیمز و ... مذهب را به عنوان یک عامل مستحکم در مقابل آسیب‌های اجتماعی تلقی نموده‌اند، به طوری که از نظر فروید "مذهب نیروی عظیمی است که قوی‌ترین احساسات بشر را درکنترل دارد" [۲۶].

در رابطه با عوامل خانوادگی یافته‌های مطالعه نشان داد که مادران افراد معتاد سطح سواد پایین‌تری نسبت به مادران افراد گروه شاهد داشته‌اند در حالی که درگروه شاهد پدران دارای سطح سواد پایین‌تری بودندکه می‌تواند بیانگر نقش اساسی‌تر مادر و سطح سواد و آگاهی وی در تربیت فرزندان نسبت به پدر باشد. خانواده منسجم در ۶۲/۳٪ معتادان و خانواده هسته‌ای در ۶۰٪ آن‌ها مشاهده شددر حالی که در گروه شاهد ۷۵/۲ ٪ دارای خانواده منسجم و ۷۵٪ متعلق به خانواده‌های هسته‌ای بودند. خانواده هسته‌ای که مستقل نیز نامیده می‌شود اززن وشوهر و فرزندان تشکیل شده که باهم در یک جا زندگی می‌کنند و دیگر وابستگان مانند پدر بزرگ، مادر بزرگ و ... با آن‌ها نیستند، شاید گستره کمتراین نوع خانواده‌ها موجب نظارت بیشتر والدین بر فرزندان و نیز داشتن وقت بیشتر برای آن‌ها باشد که خود می‌تواند در پیشگیری از انحرافات اجتماعی مانند اعتیاد مؤثر باشد [۲۰]. متعلق بودن بیشتر افراد گروه شاهد به خانواده منسجم می‌تواند از انسجام و پیوستگی بیشتر این خانواده‌ها که از تعاملات و ارتباطات مطلوب‌تر و صحیح‌تر برخاسته است، باشد.

در مصاحبه‌ای که سعیدآوری با ۲۱۰۵ معتاد انجام داد به این نتیجه رسید که ۷/۳٪ معتادان، اختلاف خانوادگی و ۲۴/۸٪ بی‌ثباتی و احساس ناامنی در خانواده و۳۰/۲٪ عدم پایبندی خانواده به ارزش‌های معنوی و اخلاقی و بی‌توجهی به نیازهای عاطفی فرزندان را علت اعتیاد بیان نموده‌اند [۲۷]. نتایج پژوهش حاضر مشابه با نتایج تحقیقی است که توسط جوکار درباره تأثیر خشونت خانوادگی و اهمیت نقش مذهب در پیشگیری از مصرف مواد مخدر انجام شده است [۲۸]. Sher در طی بررسی خود به این نتیجه دست یافت که حمایت قوی خانواده و جامعه، باورهای مذهبی و فرهنگی از عواملی هستند که موجب کاهش استرس و کاهش استفاده از مواد مخدر در افراد می‌گردند [۲۹].

نتیجه‌گیری

برخورداری از عقاید و باورهای مذهبی، انجام فرایض دینی، حضور در اماکن زیارتی و شرکت درمراسم مذهبی در کنار روابط خانوادگی مستحکم می‌توانند در پیشگیری از اعتیاد سهم به سزایی داشته باشند ولی از آن جا که عوامل متعددی در ایجاد پدیده اعتیاد نقش دارند، پیشنهاد می‌گردد در مطالعات وسیع‌تر نقش عوامل مذهبی و خانوادگی در کنار سایر عوامل همانند عوامل اقتصادی، اجتماعی و تفاوت‌های جنسیتی و غیره مورد بررسی قرار گیرد.

References

[1] Rahimi Moghar A, Kazemi M, Razaghi omran M. The 30 years trend drugs abuse in Iran. *Hakim*. 2002; 5: 171-81. [Farsi]

[2] Rahimi Moghar A, Yasamin M, Shahmohammadi D, Taghavi M, Yazdi B, Zojaji A. The report of survey epidemiology drugs abuse in Islamic republic of Iran, the assistance of ministry of health and medical education of Iran. Tehran, 2002. [Farsi]

[3] Shojaei H, Sobhani AR. the international program narcotics campaign (UNDCP) the risk factors on drug abuse, Health, prevention And treatment. Tehran. *Poorsina Publication* 2000; P: 2. [Farsi]

[4] Sargolzaie MR. Successfull quit addiction. Publication of Mashhad Univ Med Sci, 2001; P: 85. [Farsi]

[5] Bickal C. Perceived stress-religious coping styles and depressed effect. *J Psychol Christionity*, 1998; 17(1): 42.

[6] Pahlevani H, Dolatshahi B, Vaezi A, Survey of relation between use of religious confronting and health. The first congress role of religion in mental health. 1987. [Farsi]

[7] The articles about the first international congress about the role of religion on mental health. Assistance pertaining to reraserch of Iran university medical science. *Qom Maarf Nashr Publisher*. 2002; pp: 37-8. [Farsi]

[8] Kazemi M, Karimi S, Ansari A, Negahban T, VaziriNejad R. The effect of fast on mental health and depression among students in Azad university in Sirjan 2003. *J Rafsanjan Univ Med Sci*. 2005; 2(5): 117-22. [Farsi]

[9] Morcira –Almicida A, Neto EL, Koemg HG. Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006; 28(3): 242-50.

[10] Omrannasab M, Roshannejad M. The survey of the relation between religiousness and mental health on the student in Iran University of Medical Sciences. The Congress of addiction, challenges and treatment. 1998; Tehran. 2000. [Farsi]

[11] Gaitner J, larson D, Allen G. Religious commitment and mental health. *J Psychol*, 1991; 19(6): 26-30.

[12] Tabarsi A. Makaremol Akhlagh Tabarsi. [Arabic]. Translated to farsi by Mirbagheri E. Tehran. Publication of Farahani. 1976; 115. [Farsi]

[13] Weissman MS, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilwsky D, Verdeli H. Offspring of depressed parents: 20 years later. *Am J Psychiatry*, 2006; 163(6): 951-3.

[14] Botvin GT. Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual – level etiologic factor, *Addictive Behavior*, 2002; 25(6): 887-97.

[15] Razi, Coleini, Osoole Kafei. [Arabic], Translated to farsi by Mostafavi SJ. Shiraz, publication of Elmiye Eslamiye 2000. Volume 1: 63. [Farsi]

[16] Shobealherani H, tohafologhool an Alersool [Arabic]. Translated to farsi by janat A, Ataei M, Tehran, Publication of Elmiye Islami. 1975; p: 163. [Farsi]

[17] Saadati N. The survey of the main factors on inclination towards drugs abuse in Ahvaz social welfare. The congress of addiction, cgallenges and treatment, the years 2000-2001, *Ahvaz University of Medical Sciences*, 2001; P: 13. [Farsi]

[18] Esmaeilzadeh M. The main effective factors on the inclination of teenagers towards drugs abuse in Iran. congress of the social and cultural factors on the inclination of teenagers towards drugs abuse. 2001; p: 78. [Farsi]

[19] Feyzoleslam AN. Translation and explanation of Nahjolbalaghe. 10th ed. Publications of Feyzoleslam. 2000; p:

343 [Farsi]

[20] Stanhope M, Lancaster J. Cmmunity public health nursing. 5th ed, Mosby Philadelphia. 2000; p: 473.

[21] Zohoori A. The effective factors on use of cigarette and drug abuse in students in Bahonar and Kerman university of medical science 2000. *J Principles Mental Health*. 2000; 11-5. [Farsi]

[22] Pullen I. modrcin T, West WR, Spiritual high on spirits: is Religiosity Related adolescent alcohol and drug Abuse. *Journal Psychiatry Mental Health Nursing*, 1996; (1): 3-8.

[23] Robinson EA. Cranford JA. Webb JR. B rower KJ. Six-month changes in spirituality, religiousness،and heavy drinking in a treatment-seeking sample. *J Stud Alcohol Drugs*, 2007; 68(2): 282-90.

[24] Shafiq M, Shah Z, Salahuddin FF, Sheikh KH, Siddiqi MT, Saleem A, et al. Perceptions of Pakistani medical students about drugs and alcohol: questionnaire –based survey. *Subst abuse Treat Prev Policy*, 2006; 25(1): 31-5.

[25] Scott LD, Munson MR, McMillen JC, Ollic MT. Religious involvement and its association to risk behaviors among older youth in foster care. *Am J community psychol*. 2006; 38(3-4): 223-36.

[26] Valeriet D, Laurine A. A cognitive model of religious influence on health. *J Soc Issues*, 1995; 51(2): 49-62.

[27] Saeidavari S. The main reasons and inclination to drugs abuse. the congress of social and cultural factors On the inclination of teenagers towards drug abuse. 2001. [Farsi]

[28] Joukar M. the investigation of familial violent in addicted fathers and non addicted in Azna city. The thesis of master of science. The literature university. *Isfahan Univ Med Sci*, 2001; p: 55. [Farsi]

[29] Sher L. Risk and Protective factors for suicide inpatients with alcoholism. *Sci World J*, 2006; (31)6: 1405-115.

The Comparison Religious and Familial Characteristics between Abuser Drug Quiting Addiction in Mahyar Rehabilitation Center of Isfahan and Control Group

S. Khodabandeh[1], M. Loripoor[2], S. Hossinrezaei[1]

Received: 13/06/07 **Sent for Revision: 30/09/07** **Received Revised Manuscript: 07/12/08** **Accepted: 05/11/08**

Background and Objectives: The drug abusing is one of the most dangerous phenomena among society. since religious and familial characteristics are so effective on preventing from social deviations ,we studied these characteristics among the drug abuser and non drug abuser to determine the role of religious and familial characteristics on drug abusing.

Materials and Methods: In this corss-sectional study, drug abuser group was of 100 people in mahyar rehabilitation center. Non drug abuse group contained 300 people, that selected among people have referred to the laboratories for

1- Academic Member, Dept. of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery University of Medical Sciences, Kerman, Iran

(Corresponding Author) Tel:(0342) 4233099, Fax: (0342) 4225400, Email: s_khodabandeh @ kmu. ac. ir

2- Academic Member, Dept. of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

testing of addiction before marriage. The two groups were compared based on religious and family characteristics. A questionnaire was concluded 3 parts of individual , religious and familial characteristics, the data were gathered by interview and analyzed using T test and X^2.

Results: The findings of this study showed that there were a significant difference between the religious belief in Two groups (p<0/001). The religious practice in drug abuser group was lower than control group and also significant difference in families type. 60% drug abusers and 75% control group families were belong to nuclear (p=0/016) and about parents educations, 64% drug abusesr and 48% control group mother's were illiterate or they can only write and read, the data also showed that 62/3% drug abuser group and 75/2% control group families were fluency (p=0/001).

conclusion : This study showed that religious beliefs and presence in holy places and enjoyment of the families with desirable relations are portion of the most preventing factors from addiction.

Key words: Addict, Drug abuse, Religious and Familial Characteristics

Funding: This research was funded by Isfahan University of Medical Sciences.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The ethics committee of Isfahan University of Medical Sciences approved the study.

I- Academic Member, Dept. of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, University of Medical Sciences, Kerman, Iran