

---

## بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی و نگرش مذهبی در افراد معتاد / غیر معتاد شهر کرمان

---

دکتر حسن شمس‌اشندآباد\*

استادیار گروه روانشناسی دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)

سمیرا آزادنادی

مدرس گروه روانشناسی دانشگاه شهید باهنر کرمان

### چکیده

این پژوهش برای بررسی کیفیت زندگی و نگرش مذهبی افراد معتاد و غیر معتاد شهر کرمان انجام شد. نمونه این پژوهش را ۲۰۰ نفر از دو گروه مردان معتاد و غیر معتاد (هر گروه شامل ۱۰۰ نفر) تشکیل دادند. کیفیت زندگی و نگرش مذهبی این افراد، با استفاده از دو پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-۳۶) و نگرش سنج مذهبی، ارزیابی شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین دو گروه از لحاظ نگرش مذهبی تفاوت معناداری وجود داشت. افراد معتاد در مقایسه با افراد غیر معتاد نگرش مذهبی پایین‌تری داشتند. بین دو گروه در کیفیت زندگی و خرد مقیاس‌های آن‌ها تفاوت معنی‌داری وجود داشت. افراد معتاد در مقایسه با افراد غیر معتاد کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند. بین نگرش مذهبی و کیفیت زندگی در هر دو گروه مردان معتاد و مردان غیر معتاد همبستگی مثبت معنی‌داری وجود داشت.

### کلید واژه‌ها:

نگرش مذهبی، کیفیت زندگی، اعتیاد

## مقدمه

دین برای آدمی موهبتی الهی است که او را به یک فلسفه حیات مسلح می‌کند. دین نیازها و خواسته‌های بنیادین روانی، به ویژه نیاز به عشق و جاودانگی، را تحقق می‌بخشد. باورهای دینی همواره در طی تاریخ حیات بشر با او همراه بوده‌اند و در هیچ دوره و زمانی بشر بدون اعتقادات دینی نبوده است. به عقیده فرانکل بنیانگذار مکتب "معنی درمانی" در واقع یک احساس مذهبی عمیق ریشه دار در اعماق ضمیر ناهشیار همه انسان‌ها وجود دارد (شریفی و همکاران، ۱۳۸۵).

با وجود این که برای عده بی‌شماری تأثیر مثبت مذهب بر سلامت جسم و روان امری مسلم به شمار می‌آید، درباره تأثیر اعتقادات مذهبی بر بهداشت روانی دیدگاه‌های ضد و نقیضی وجود دارد (مالتابی و دی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). مثلاً بر خلاف ارزیابی منفی فروید<sup>۲</sup> و الیس<sup>۳</sup> از نقش و تأثیر مذهب بر سلامت روان، افرادی چون جیمز<sup>۴</sup>، یونگ<sup>۵</sup>، آلپورت<sup>۶</sup>، مازلو<sup>۷</sup>، آدلر<sup>۸</sup> و فرام<sup>۹</sup> با نگرشی مثبت از پیامدهای جهت‌گیری مذهبی بر بهداشت روانی سخن گفته‌اند (معتمدی و همکاران، ۱۳۸۴). بر خلاف الیس، که بر این باور است که دین داری با تفکر غیر عقلانی و اختلالات عاطفی همراه است (الیس، ۱۹۸۰)، بسیاری از پژوهشگران (کویینگ<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۱؛ تورسن و هریس<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۲) نشان داده‌اند که عقاید و باورهای مذهبی بر سلامت جسمی و روانی افراد تأثیر مثبت دارند.

پژوهشها نشان می‌دهند که بین مذهب و معنابخشی زندگی، علائم سلامت جسمی و روانی و بین انجام دادن مناسک دینی و مرگ و میر رابطه محکمی وجود دارد. به این صورت

- 
1. Maltby & Day
  2. Freud
  3. Ellis
  4. James
  5. Young
  6. Allport
  7. Maslow
  8. Adler
  9. Fromm
  10. Koeing
  11. Thoresen & Harris

که مذهبی بودن و انجام اعمال مرتبط با آن خطرهای مرتبط با مرگ و میر را کم می‌کند. انجام دادن مناسک دینی و پیوند اجتماعی مستحکم برخاسته از مذهبی بودن در تأثیر مثبت مذهب بر سلامتی نقشی مثبت دارد (ویلیامز و استرن هال<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷؛ جمالی، ۱۳۷۹). برای مثال می‌توان از تأثیر مثبت مذهب و انجام دادن اعمال مذهبی بر بیماریهای قلبی، فشار خون و دمانس، مانند افراد مبتلا به آلزایمر نام برد (اسنیدر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). پژوهش تیونه-بویله<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۶) نشان می‌دهد که باورهای مذهبی در مقابله با بیماری سرطان نتایج مثبتی به همراه دارد. آدینگتن هال<sup>۴</sup> (۲۰۰۴) و کالمن<sup>۵</sup> (۲۰۰۴) در پژوهش‌های خود نشان دادند که باورهای مذهبی و داشتن فعالیت های مذهبی با افزایش قدرت مقابله با بیماری، به ویژه بیماری‌های مزمن، رابطه مثبت دارد. از سویی دیگر تروینو<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۰۷) بیان داشتند که باورهای مذهبی به بهبود سلامت، کیفیت زندگی و افزایش عزت نفس منجر می‌شود. بررسی های مختلف نشان می‌دهد که نگرش مذهبی با افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و خودبیمارانگاری رابطه منفی دارند (شریفی و همکاران، ۱۳۸۵؛ بهرامی مشعوف، ۱۳۷۳؛ اسمیت<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۳؛ فه‌رینگ<sup>۸</sup> و همکاران، ۱۹۹۷؛ تروینو و همکاران، ۲۰۰۷؛ هومر<sup>۹</sup> و همکاران، ۱۹۹۹). همچنین درمان های مبتنی بر باورهای اعتقادی و مذهبی نسبت به درمانهای سنتی در کاهش علائم افسردگی بیماران و کاهش خطر عود بیماری در آنها موفق تر هستند (دی سوزا و جرج<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۶). درمان های روانشناختی مبتنی بر اسلام نیز نشانه بهبود سریعتر اضطراب و افسردگی در میان مسلمانان است (توانسند<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۲).

یافته های بالینی نشان می‌دهند که در شکل‌گیری وابستگی به مواد مخدر عوامل مختلفی

- 
1. Williams & Sternthal
  2. Snyder
  3. Thune-Boyle
  4. Addington-Hall
  5. Coleman
  6. Trevino
  7. Smith
  8. Fehring
  9. Hummer
  10. D'Souza & George
  11. Townsend

دخالت دارند، از جمله ویژگی‌های شخصیتی، شیوه زندگی، روابط اجتماعی، نگرش، باورها، احساسات، دلبستگی‌ها، عواطف و رفتارهایی که در طی رشد فرد شکل گرفته‌اند. با توجه به نقش مذهب و احاطه آن بر همه شئون زندگی انسان مذهب در بازداری فرد از گرایش به مواد مخدر نقش تعیین‌کننده‌ای دارد (سیگل و سنا<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷). پژوهشها نشان می‌دهند که مذهب و متغیرهای وابسته به آن به کاهش رفتارهای خودکشی (موریا-آلمدیا<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۶) و اعتیاد به مواد مخدر منجر می‌شود (پاردینی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۰). سطوح بالای باورهای مذهبی و انجام فعالیت‌های مذهبی با مصرف الکل، مصرف مواد مخدر و استعمال دخانیات رابطه‌ای منفی دارند (رو و ونگ<sup>۴</sup>؛ ۲۰۰۶؛ بایرز<sup>۵</sup> و همکاران و ۲۰۰۴؛ استوارت<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱). برای مثال، نتایج پژوهش کوک<sup>۷</sup> (۲۰۰۴) نشان می‌دهد که عقاید مذهبی و معنوی در افراد معتاد کمتر است. ریچارد<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۰۰) در پژوهش خود در افراد معتاد دریافتند افراد مصرف‌کننده مواد در زمانی که به باورهای مذهبی خود توجه می‌کنند، کیفیت زندگی بهتری دارند و افزایش شرکت در مراسم مذهبی و گروه‌های خودیاری هر کدام به طور مستقل به کاهش مصرف مواد در افراد معتاد منجر می‌شوند.

کیفیت زندگی طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی عبارت است از "ادراک افراد از وضعیت زندگی در عرصه فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند با اهداف، انتظارات، معیارها و امور مهم مرتبط است" (دوایهی و سینگ<sup>۹</sup>، ۲۰۰۱). کیفیت زندگی دو بعد عملکرد روانی و جسمی را شامل می‌شود که هر دو بعد به علت پیامدهای منفی روانی (مانند افسردگی، اضطراب و فروپاشی روابط خانوادگی) و جسمی (مانند درد بدنی و ضعف جسمی) اعتیاد، با مصرف مواد مرتبط هستند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که پیامدهای جسمی و روانی اعتیاد به کاهش کیفیت زندگی و رضایت از زندگی در افراد مصرف‌کننده مواد منجر

- 
1. Siegle & Senna
  2. Moreira-Almeida
  3. Pardini
  4. Rew & Wong
  5. Beyers
  6. Stewart
  7. Cook
  8. Richard
  9. Douaihy & Singh

می‌شود (بیزاری<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۵، وارورک و گال<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱، اسمیت و لارسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). جستارهای گسترده انجام شده پیرامون موضوع مورد پژوهش حاکی از آن است که مطالعات بسیار اندکی در این رابطه در کشور انجام شده است. با توجه به اهمیت مطالعه پیرامون نقش نگرش‌های مذهبی بر کیفیت زندگی افراد، به ویژه در افراد معتاد، هدف از پژوهش حاضر بررسی کیفیت زندگی و نگرش مذهبی در میان افراد معتاد و مقایسه آن با کیفیت زندگی و نگرش مذهبی افراد غیر معتاد است.

### فرضیه های پژوهش:

۱. میزان کیفیت زندگی در میان افراد معتاد و افراد غیر معتاد متفاوت است.
۲. میزان نگرش مذهبی در میان افراد معتاد و افراد غیر معتاد متفاوت است.
۳. بین نگرش مذهبی و کیفیت زندگی (در افراد معتاد و افراد غیر معتاد) رابطه وجود دارد.

### روش پژوهش

این پژوهش به صورت توصیفی-تحلیلی در نمونه‌هایی از دو گروه مردان معتاد و مردان غیر معتاد انجام شد. دلیل انتخاب مردان به عنوان آزمودنی درصد بالای آنها در میان معتادان است.

### نمونه آماری و روش نمونه گیری:

نمونه آماری پژوهش متشکل از ۲۰۰ نفر مرد (۱۰۰ نفر مرد معتاد و ۱۰۰ نفر مرد غیر معتاد) با دامنه سنی ۲۰-۴۰ سال بود. در انتخاب نمونه از جامعه مردان معتاد از روش نمونه گیری چند مرحله‌ای استفاده شد. به این ترتیب که دو مرکز از چهار مرکز دولتی ترک اعتیاد شهر کرمان به تصادف انتخاب شدند و از میان افرادی که به این دو مرکز جهت دریافت خدمات درمانی مراجعه می‌کردند و پزشک مرکز اعتیاد آنها را تأیید می‌کرد، ۱۰۰ نفر به

---

1. Bizzarri  
2. Vaarwerk & Gaal  
3. Smith & Larson

تصادف انتخاب شدند.

در انتخاب گروه افراد غیر معتاد نیز از روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای استفاده شد. به دین صورت که از بین سازمانهای دولتی شهر کرمان دو سازمان به تصادف انتخاب شدند و از میان کارکنان مرد این دو سازمان ۱۰۰ نفر به تصادف انتخاب شدند. به منظور افزایش اعتبار نتایج، ویژگی‌هایی چون سن و سطح تحصیلات هر دو گروه کنترل شد.

### ابزار پژوهش

**نگرش سنج مذهبی:** این پرسشنامه را خدایاری فرد در سال ۱۳۷۸ در دانشگاه تهران ساخته است. و ۴۰ سؤال را شامل است که بر اساس لیکرت پنج سطحی از کاملاً موافق تا کاملاً ناموفق نمره گذاری شده است. به این ترتیب نمره نگرش مذهبی از ۴۰ تا ۲۰۰ محاسبه می‌شود. افرادی که در این آزمون نمره ۴۰-۸۴ و ۱۶۶ به بالا کسب می‌کنند به ترتیب نگرش دینی پایین و بالا دارند. محتوی پرسشنامه مسائل اخلاقی، ارزشها، اثر مذهب در زندگی و رفتار انسان و مباحث اجتماعی، جهان بینی و علم و دین را اندازه‌گیری می‌کند. پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش باز آزمون ۰/۸۳ به دست آمده است که نشان دهنده اعتبار بالای آزمون است (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۷۹).

**پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-۳۶)** پرسشنامه برای ادراک افراد از سلامتی خود ابزاری مناسب است. این پرسشنامه ۳۶ سؤال را شامل است، که هشت خرده مقیاس مرتبط با سلامت را می‌سنجد: عملکرد جسمانی، نقش جسمانی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، نقش هیجانی، سلامت عمومی، سرزندگی و سلامت روان. به طور کلی این پرسشنامه دو رویکرد جسمانی و رویکرد روانی را می‌سنجد. پژوهش‌ها درباره کیفیت زندگی نشان می‌دهد که این پرسشنامه روایی و اعتبار بالایی دارد (مک هورنی و وار<sup>۱</sup>، ۱۹۹۳؛ گارات<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷). روایی و اعتبار پرسشنامه را (SF-۳۶) برای اولین بار در ایران منتظری<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۵) در ۴۱۶۳ نفر در رده سنی ۱۵ سال به بالا ارزیابی کردند، که بیشتر آنها متأهل بودند. ضریب پایایی در هشت

- 
1. Mac Horney & Ware
  2. Garratt
  3. Montazeri

بعد از ۰/۷۷ تا ۰/۹۵ به غیر از بعد سرزندگی ۰/۶۵ بود. در مجموع یافته‌ها نشان داد که نسخه ایرانی این پرسشنامه، با روایی و اعتبار بالا برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی در بین جمعیت عمومی، ابزاری مناسب است.

### یافته های پژوهش:

نمره‌های به دست آمده از اجرای پرسشنامه ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS از نظر آماری تجزیه و تحلیل شد.

به منظور بررسی نگرش دینی در دو گروه افراد معتاد و غیر معتاد از آزمون معنی داری t برای گروه های مستقل استفاده شد. نتایج در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: نتایج آزمون t برای بررسی نگرش دینی در دو گروه افراد معتاد و غیر معتاد

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	t	سطح معنی داری
نگرش دینی	معتاد	۱۰۰	۱۴۰/۳۰	۳۱/۴۵	۵/۷۹	۰/۰۰۱
	غیر معتاد	۱۰۰	۱۶۰/۲۹	۱۴/۱۳		

چنانکه جدول ۱ نشان می‌دهد، بین دو گروه از لحاظ نگرش دینی تفاوت معنی داری وجود دارد. به این معنی که افراد معتاد در مقایسه با افراد غیر معتاد نگرش مذهبی پایین تری دارند.

به منظور بررسی اثر متغیر مستقل گروه بر متغیرهای وابسته کیفیت زندگی (خرده مقیاس‌ها) از روش تحلیل واریانس چند متغیری MANOVA استفاده شد. ابتدا آزمون‌های معناداری MANOVA (پیلای - بارتلت، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ - لالی و بزرگترین ریشه روی) برای بررسی اثر متغیر مستقل گروه بر متغیرهای وابسته کیفیت زندگی انجام شد. نتایج آزمون‌های معناداری در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون‌های معناداری MANOVA برای اثر اصلی متغیر گروه بر کیفیت زندگی.

متغیر	آزمون	ارزش	F	سطح معناداری
گروه	پیلای-بارتلت	۰/۴۴۸	۱۳/۸۵۷	۰/۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۵۵۲	۱۳/۸۵۷	۰/۰۱
	هتلینگ-لالی	۰/۸۱۱	۱۳/۸۵۷	۰/۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۰/۸۱۱	۱۳/۸۵۷	۰/۰۱

چنانکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، آزمون‌های معناداری MANOVA در رابطه با متغیر گروه در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار هستند. با توجه به معنادار بودن اثر متغیر گروه بر کیفیت زندگی ( $F=13/857, P<0/01$ ) لامبدای ویلکز) پاسخ سؤال پژوهش مبنی بر وجود تفاوت بین کیفیت زندگی دو گروه افراد معتاد و غیر معتاد، مثبت است و نتیجه‌گیری می‌شود که بین کیفیت زندگی این دو گروه تفاوت معنی دار وجود دارد. نتایج تحلیل واریانس برای هر یک از خرده مقیاس های کیفیت زندگی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس برای هر یک از خرده مقیاس های کیفیت زندگی.

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
عملکرد فیزیکی	۸۷۳۸/۴۲۰	۱	۸۷۳۸/۴۲۰	۲۶/۷۴۸	۰/۰۱
نقش فیزیکی	۶۰۹۰۰/۵۰	۱	۶۰۹۰۰/۵۰	۹۳/۰۱۰	۰/۰۱
درد بدنی	۲۷۴۴/۲۴۵	۱	۲۷۴۴/۲۴۵	۴۷/۱۳۷	۰/۰۱
سلامت عمومی	۲۲۳۲۳/۸۴۵	۱	۲۲۳۲۳/۸۴۵	۵۱/۱۸۵	۰/۰۱
سرزندگی	۲۲۶۲۰/۶۴۵	۱	۲۲۶۲۰/۶۴۵	۴۴/۸۲۷	۰/۰۱
عملکرد اجتماعی	۳۲۹۷۳/۱۲۰	۱	۳۲۹۷۳/۱۲۰	۷۵/۷۴۲	۰/۰۱
نقش هیجانی	۳۰۹۷۵/۶۰۵	۱	۳۰۹۷۵/۶۰۵	۱۷/۲۵۳	۰/۰۱
سلامت روانی	۲۷۳۳۱/۲۲۰	۱	۲۷۳۳۱/۲۲۰	۳۹/۲۲۵	۰/۰۱

چنانکه جدول ۳ نشان می‌دهد بین دو گروه در تمامی خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی



(عملکرد جسمی ( $F=26/74, p=0/01$ )، نقش جسمی ( $F=93/01, p=0/01$ )، درد بدنی ( $F=47/39, p=0/01$ )، سلامت عمومی ( $F=51/18, p=0/01$ )، عملکرد اجتماعی ( $p=0/01$ )، سرزندگی ( $F=44/72, p=0/01$ )، نقش هیجانی ( $F=17/25, p=0/01$ )، سلامت روان جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، سرزندگی، نقش هیجانی، سلامت روان افراد معنادار در مقایسه با گروه افراد غیر معنادار پایین تر است. به منظور بررسی کیفیت زندگی در دو گروه معنادار و غیر معنادار از آزمون معنی داری  $t$  برای گروه های مستقل استفاده شد. نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون  $t$  برای بررسی کیفیت زندگی در دو گروه معنادار و غیر معنادار

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	$t$	سطح معنی داری
کیفیت زندگی	معنادار	۱۰۰	۴۶	۱۷/۷۴	۹/۷۸	۰/۰۱
	غیر معنادار	۱۰۰	۷۰	۱۶/۴۲		

چنانکه جدول ۴ نشان می دهد، بین دو گروه از لحاظ کیفیت زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد. به این معنی که افراد معنادار در مقایسه با افراد غیر معنادار کیفیت زندگی پایین تری دارند. به منظور بررسی رابطه نگرش مذهبی و کیفیت زندگی افراد معنادار و غیر معنادار از همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج در جدول ۵ و ۶ ارائه شده است.

جدول ۵: رابطه نگرش مذهبی و کیفیت زندگی در افراد معنادار

شاخص / متغیر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
نگرش مذهبی	۱۰۰	۱۴۰/۳۰	۳۱/۴۵	۰/۲۷۸	۰/۰۱
	۱۰۰	۴۶/۳۹	۱۷/۷۴		

نتایج جدول ۵ نشان می دهد بین نگرش مذهبی و کیفیت زندگی در افراد معنادار ( $p=0/01, r=0/278$ ) همبستگی مثبت وجود دارد.

جدول ۶: رابطه نگرش مذهبی و کیفیت زندگی در افراد غیر معتاد

شاخص / متغیر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
نگرش مذهبی	۱۰۰	۱۶۰/۲۹	۱۴/۱۳	۰/۳۶۳	۰/۰۱
کیفیت زندگی	۱۰۰	۷۰/۰۶	۱۶/۴۲		

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد بین نگرش مذهبی و کیفیت زندگی در افراد غیر معتاد همبستگی مثبت وجود دارد. این بدین معنی است که در هر دو گروه هرچه نگرش مذهبی فرد بالاتر باشد کیفیت زندگی فرد نیز بالاتر است.

### بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر نگرش مذهبی و کیفیت زندگی میان افراد معتاد و افراد غیر معتاد بررسی شد. نتایج پژوهش نشان داد که میزان نگرش دینی در میان افراد معتاد نسبت به افراد غیر معتاد پایین‌تر بود. یافته‌های پژوهش با نتایج سایر پژوهش‌ها (رو و ونگ ۲۰۰۶؛ بایرز و همکاران، ۲۰۰۴؛ استوارت، ۲۰۰۱؛ ریچارد و همکاران، ۲۰۰۰؛ کوک، ۲۰۰۴) همخوانی دارد. این نتایج، همسو با نتایجی به دست آورده نف و مک مستر<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) و لاودت<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۶) نشان داده‌اند، که باورهای دینی و مذهبی می‌تواند به عنوان سدی در مقابل کشیده شدن افراد به سمت اعتیاد عمل کنند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که کیفیت زندگی در افراد معتاد در مقایسه با افراد غیر معتاد پایین‌تر بود و این نتایج با نتایج دیگر پژوهش‌ها (اسمیت و لارسون، ۲۰۰۳؛ وارورک و گال، ۲۰۰۱) همخوانی دارد. مصرف مواد پیامد جسمی، روانی و اجتماعی ناگواری را به دنبال دارد که این پیامدها برای مثال عبارت هستند از: ضعف عضلانی، درد بدنی، نداشتن ارتباط مناسب اجتماعی، پرخاشگری، افسردگی، اضطراب، سطح نامناسب کیفیت زندگی و رضایت از زندگی. اعتیاد با ایجاد تغییر در رفتار، عزت نفس، تغذیه، کار و روابط اجتماعی به طور کلی

1. Neff & Mac Master

2. Laudet

زندگی طبیعی فرد را تغییر می‌دهد و این تغییرات به کاهش کیفیت زندگی منجر می‌شود. افراد معتاد در رابطه با دیگران برای کنترل محیط فاقد ابتکار هستند. انرژی جسمانی، احساس امیدواری به زندگی و رضایت از زندگی در آنها کاهش می‌یابد (هامپتون<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین نگرش مذهبی و کیفیت زندگی در هر دو گروه معتاد و غیر معتاد رابطه مثبتی وجود داشت. بدین معنی که هرچه نگرش مذهبی بالاتر باشد فرد کیفیت زندگی بهتری دارد. این نتایج با نتایج دیگر پژوهش‌ها (تروینو و همکاران، ۲۰۰۷؛ برادی و همکاران، ۱۹۹۹؛ ریچارد و همکاران، ۲۰۰۰) همخوانی دارد.

نتایج این پژوهش، که با نتایج بسیاری از پژوهش‌های دیگر همخوان است و به پاره‌ای از آنها در این پژوهش اشاره شد، عقاید و فعالیت‌های مذهبی و معنوی را به عنوان فاکتورهای حمایتی یا حائلی نشان می‌دهد که از طریق دادن امید، قدرت، و معنی بخشی به زندگی، استرس زندگی را کم می‌کند و کیفیت زندگی را به ویژه در افراد معتاد بهبود می‌بخشد.

در حقیقت تقویت احساس با معنی بودن و آرامش درونی، به ویژه در افراد معتاد، می‌تواند اهمیت ویژه‌ای داشته باشد، زیرا آنها با چالش‌های شخصی بسیاری مانند ارزیابی مفهوم و معنای زندگی خود و کوشش برای حفظ وقار و عزت نفس خود در مقابل کاهش توانایی جسمانی که با آن مواجه هستند، و نیز نگرش منفی که نزدیکان و دیگر افراد جامعه نسبت به آنها مواجه هستند.

با توجه به وجود رابطه مثبت بین نگرش مذهبی و کیفیت زندگی، تقویت نگرش مذهبی در معتادان، ترغیب و توجیه آنها به انجام دادن اعمال مرتبط به آن می‌تواند کیفیت زندگی در آنها را افزایش دهد. تقویت باورهای مذهبی در افراد معتاد موجب می‌شود که آنها مشکل خود را در متن گسترده‌تری قرار دهند و موقعیت‌های موجود را بیشتر پذیرا باشند. نهادینه شدن باورهای مذهبی و نه تنها انجام دادن اعمال مرتبط با آن به صورت صوری می‌تواند به این افراد در افزایش خود باوری، عزت نفس و وقار بسیار کمک کند. بنابراین، آموزش‌های مذهبی توسط دست اندرکاران و مسئولان فرهنگی، آموزشی، درمانی و والدین به منظور پیشگیری و درمان اعتیاد و تضمین سلامت جامعه توصیه می‌شود.

## منابع

- بهرامی مشعوف، عباس، (۱۳۷۳). بررسی رابطه بین میزان عبادت و سلامت روان در دانشجویان پسر مرکز تربیت معلم همدان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم تهران.
- بهرامی احسان، هادی و آناهیتا تاشک، (۱۳۸۳). ابعاد رابطه میان جهت گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت گیری مذهبی، مجله روانشناسی و علوم تربیتی، ۳۴، ۲: ۴۱-۶۳.
- جمالی، فریبا، (۱۳۷۹). بررسی رابطه بین نگرش های مذهبی، احساس معنابخش بودن زندگی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه های تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا.
- خدایاری فرد، محمد؛ غباری بناب، باقر و شکوهی یکتا، محسن، (۱۳۷۹). آماده سازی مقیاس نگرش مذهبی دانشجویان، مجله روانشناسی، ۳، ۴۹-۶۶.
- شریفی، طیبه، مهربانی زاده هنرمند، مهناز و شکرکن، ح، (۱۳۸۵). رابطه نگرش دینی با افسردگی، اضطراب و پرخاشگری در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، مجله پژوهش های تربیتی و روانشناختی دانشگاه اصفهان، ۲۱، ۲: ۱-۴۴.
- معمدی، عبدالله و همکاران، (۱۳۸۴). بررسی رابطه بین گرایش های مذهبی و سالمندی موفق، دو ماهنامه دانشور رفتار، ۱۰، ۱۲: ۴۳-۵۶.
- Addington-Hall, J, (2004). Spiritual needs in health care, *British Medical Journal*, 329,123-124.
- Bizzarri J & etal, (2005). Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence, *Substance Use Misuse*, 4 (2),1765-76.
- Brady, M & etal, (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology, *Psycho-Oncology*, 8,417-428.
- Beyers, J.M & etal, (2004). A cross-national comparison of risk and protective factors for adolescent substance use: The United States and Australia, *Journal of Adolescent Health*, 35, 3-16.
- Coleman, C, (2004). The contribution of religious and existential well-being to depression among African- American heterosexuals with HIV infection, *Mental Health Nursing*, 25,103-10.
- Cook, C,(2004). Addiction and spirituality, *Addiction*, 99,539-551.

- Douaihy, A & Singh, N, (2001). Factors affecting quality of life in patient with HIV infection, *AIDS Reader*, 11 (9), 622-90.
- D'Souza, R & George, K, (2006). Spirituality, religion and psychiatry: its application to clinical practice, *Austral as Psychiatry*, 14, 408-412.
- Ellis, A, (1980). Psychotherapy and atheistic values: A response to A. E. Bergin's psychotherapy and religious values, *J Consult Clin Psychol*, 48(1), 635-639.
- Fehring, R. J Miller, J.F & Shaw, C, (1997). Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer & etal, *oncology Nursing Forum*, 24,663-671.
- Garratt, A. M & etal, (1997). SF36 health survey questionnaire: an outcome measuring suitable for routine use within the NHS, *British Medical Journal*, 4(1),25 -35.
- Hampton, N. Z & et al, (1999). Quality of life of people with HIV substance abuse disorders in Thailand: An exploratory study statistical data included, *Journal of Rehabilitation*, 65, 42-49.
- Hummer, R.A & etal, (1999). Religious involvement and US adult mortality, *Demography*, 36, 273-285.
- Koeing, GH, McCullough, EM & Larson, BD, (2001). *Hand book of religion and health*, 1st ed. USA: Oxford University, 1118-20.
- Laudet, A. B, Morgen, K & White, L. W, (2006). The role of social supports, spirituality, religiousness, life meaning and affiliation with 12-step fellowships in quality of Life satisfaction among individuals in recovery from alcohol and drug problems, *Alcoholism treatment quarterly*, 24(1-2), 33-73.
- Mac Horney, C. A, Ware, J. E. (Jr) & Raczek, A. E, (1993). The MOS 36-Item short form health survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs, *Medical Care*, 31 (3), 247-263.
- Maltby, J & Day, L, (2000). Depressive symptoms and religious orientation: Examining the relationship between religiosity and depression within the context of other correlates of depression, *Pers Indiv Differ*, 28(2), 383-93.
- Montazeri, A & etal, (2005). The short form of health survey (SF36): Translation and validation study of Iranian version, *Quality of Life Research*, 14,875-882.
- Moreira-Almeida, A, Neto, FL & Koenig, HG, (2006). Religiousness and mental health: a review, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 242-250.
- Neff, J. A & Mac Master, S. A, (2005). Applying behavior change models to understand spiritual mechanisms underlying change in substance abuse treatment, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 5(3), 33-54.
- Pardini, D& etal, (2000). Religious faith and spirituality in substance abuse recovery: Determining the mental health benefits, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 347-354.

- Rew, L & Wong, Y.J, (2006). A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors, *Journal of Adolescent Health*, 38, 433-442.
- Richard, J. A, Bell, C. D & Carlson, W. J, (2000). Individual religiosity, moral Community, and drug user treatment, *Journal for the Scientific Study of Religion*, 39(2), 240-246.
- Siegle, L. J & Senna, J. J, (1997). *Juvenile delinquency: Theory, practice and law*, (6th. ed.), Paol Alto: West.Publishing Company.
- Smith, W. K & Larson, J. M, (2003). Quality of life assessment by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 12,141-162.
- Smith, T.B, McCullough, M.E & Poll, J, (2003). Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events, *Psychological Bulletin*, 129, 614-636.
- Snyder, L, (2003). Satisfactions and challenges in spiritual faith and practice for persons with dementia, *Dementia*, 2(3), 299-313.
- Stewart, C, (2001). The influence of spirituality on substance use of college students, *Journal of Drug Education*, 31(4),343-51.
- Thoresen, CE & Harris, HS, (2002). Spirituality and health: What's the evidence and what's needed?, *Ann Behav*, 24(1), 3-13.
- Thune-Boyle, I. C & etal, (2006). Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature, *Social Science & Medicine*, 63, 151-164.
- Townsend, M & etal, (2002). Systematic review of clinical trials examining the effects of religion on health, *Southern Medical Journal*, 95, 1429-1434
- Trevino, KM & etal, (2007). Religious coping and physiological, psychological, social, and spiritual outcomes in patients with HIV/AIDS: Cross-sectional and longitudinal findings, *AIDS and Behavior* (online).
- Vaarwerk, M & Gaal, E. A, (2001). Psychological distress and quality of life in drug-using and non drug-using HIV-infected women, *European Journal of Public Health*, 11, 109-115.
- Williams,D. R & Sternthal, J. S, (2007). Spirituality, religion and health: evidence and research directions, *Medical Journal of Australia*, 186 (10), 47-50.