مجله علمی پژوهش در علوم انسانی و مطالعات اجتماعی (سال چهارم)
شماره ۱۲ / تابستان ۱۳۹۷ / ص ۹- ۱

مقایسه نگرش و جهت گیری مذهبی معتادان به مواد مخدر با افراد عادی

زهرا علی بخشی[۱]، فاطمه بربصره[۲]
[۱] **مربی ، دانشگاه پیام نور 19395-3697 تهران ، تهران ، ایران**
[۲] **مربی ، دانشگاه پیام نور 19395-3697 تهران ، تهران ، ایران**

نام نویسنده مسئول:
زهرا علی بخشی

چکیده
اعتیاد یکی از مشکلات جدی جوامع امروزی بوده و دارای ابعاد مختلفی است که از جمله این ابعاد می توان به بعد مذهبی و معنوی آن اشاره نمود. با توجه به اهمیت این موضوع و تعداد پایین پژوهش های انجام شده در این حوزه به خصوص در داخل کشور، مقاله حاضر به بررسی نگرش ها و نیز جهت گیری مذهبی در بین معتادان و مقایسه آنها با افراد عادی پرداخته است.

در این پژوهش ابعاد اعتقادی، تجربه ای، پیامدی و مناسکی نگرش های مذهبی و نیز جهت گیری درونی و بیرونی ۱۰۰ نفر از معتادین در حال ترک در کمپ های شهرستان ملارد مورد بررسی قرار گرفت و با نگرش ها و جهت گیری مذهبی ۱۰۰ نفر افراد عادی در همان جامعه مورد مقایسه قرار گرفت.

جمع آوری اطلاعات توسط مصاحبه و پرسشنامه سنجش نگرش های مذهبی(اسلام شیعی) و مقیاس جهت گیری مذهبی آلپورت انجام شد. داده ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک راهه تحلیل شد. نتایج نشان داد که در بعد مناسکی، دو گروه تفاوت معنی داری با یکدیگر دارند($p<0/01$). به عبارتی افراد عادی نسبت به گروه دیگر در بعد انجام اعمال دینی میانگین بالاتری را بدست آوردند. این در حالی است که در سایر مولفه های نگرش های مذهبی از جمله بعد اعتقادی، بعد تجربه ای و بعد پیامدی تفاوت معنی داری بین دوگروه مشاهده نشد. همچنین در متغیر جهت گیری مذهبی(درونی و بیرونی) نیز تفاوت معنی داری بین دوگروه مشاهده نشد.

واژگان کلیدی: اعتیاد، نگرش های مذهبی، جهت گیری مذهبی

مقدمه

اعتیاد از سال ها پیش معضل مهم جامعه ایران بوده است. ارتباط اعتیاد با انواع آسیب ها و مسائل اجتماعی باعث شده این پدیده از حد یک مساله اجتماعی عادی فراتر رفته و به یک بحران اجتماعی تبدیل شود(حاجلی و زکریایی، ۱۳۸۷).

وابستگی به مواد یک اختلال مزمن و بازگشت کننده است که هزینه های سنگینی را بر افراد، خانواده ها و جامعه تحمیل می کند. 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 نمی توان امیدوار بود که مصرف مواد را از سرنگیرد.

عوامل بی شماری در شروع، ادامه و عود مجدد مصرف مواد(چه مخدر و چه محرک) موثرند به طوری که امروزه در سبب شناسی سومصرف مواد، رویکردهای چندعاملی و علی- تعاملی به جای رویکردهای سنتی تک عاملی مورد توجه قرار گرفته اند، که برای تبیین کامل تر به بررسی عوامل یا هم بسته های سومصرف مواد می پردازند. پیامد این بررسی ها، شناسایی مجموعه ای از عوامل خطرو محافظت کننده است، که به ترتیب احتمال مصرف مواد را افزایش و کاهش می دهند(پاندینا، ۱۹۹۸؛توربین و همکاران،۲۰۰۶). نشانه های افسردگی، فقر اقتصادی، عزت نفس پایین، نبود حمایت اجتماعی (توکر و همکاران،۲۰۰۵)، در دسترس بودن مواد مخدر، کشمکش و ناسازگاری میان پدر و مادر و مصرف مواد به وسیله آنان (بیرز، تومبرو، کاتالانو، آرتور و هاوکینز،۲۰۰۴) از عوامل خطر مرتبط با مصرف مواد در نوجوانان گزارش شده است.

در مورد عوامل محافظت کننده، مذهبی بودن و داشتن هویت مذهبی، مشارکت در فعالیت های مدرسه و فعالیت های ورزشی (پیکو و فیتزپاتریک،۲۰۰۴)، برخورداری از سلامت روان، داشتن ارتباط خوب با پدر و مادر، نگرش منفی نسبت به سو مصرف مواد مخدر(کنیازف،۲۰۰۴)،حمایت اجتماعی بالا و برخورداری از شیوه های رویارویی مناسب(توکر و همکاران،۲۰۰۵)گزارش شده است.

با توجه به این که بهره گیری از باورهای معنوی که هسته اصلی مذهب می باشد، عامل بسیار مهمی در کاهش گرایش به مصرف مواد می باشد(لارسون، کوپینگ و مک کالوف؛ ۲۰۰۰) و نیز با عنایت به این واقعیت که در ایران تعداد قابل ملاحظه ای مصرف کننده مواد مخدر وجود دارد، اتخاذ روش های کارآمدتر برای تعدیل و مهار اعتیاد می تواند کیفیت مدیریت بر این آسیب اجتماعی را ارتقاء بخشد و بر بهبود سرنوشت افراد زیادی تاثیر بگذارد. علیرغم دانش قابل ملاحظه ای که در چند سال گذشته اخیر در زمینه اعتیاد در ایران تولید شده اما این پژوهش ها کمتر به بررسی نگرش های مذهبی و جهت گیری آن در معتادان پرداخته اند. نویسندگان این مقاله به سهم خود کو شیده اند مشخص سازند که آیا می توان گفت بین معتادان و افراد عادی از نظر نگرش مذهبی و جهت گیری آن تفاوت معنی داری وجود دارد؟

مبانی نظری و مفهومی

دست کم ۳۵۰۰سال است که تریاک مصرف می شود(سادوک و سادوک،۲۰۰۰).وابستگی به تریاک یا نشانگان محرومیت آن نخستین بار در سال ۱۷۰۰ میلادی شناخته شد. سابقه مصرف آن در کشور ما دست کم به ۴۰۰سال می رسد(تقوی،۱۳۶۳).خوردن تریاک در ایران از دوره صفویه و کشیدن تریاک از زمان قاجاریه معمول گردیده است. مصرف هروئین نیز از زمان پهلوی آغاز شده است. وابستگی به تریاک در اواسط سده ۱۹میلادی شیوع بیشتری داشته، اما تا اواخر همان سده به عنوان یک مشکل عمده پزشکی مطرح نبوده است(سادوک و سادوک،۲۰۰۰). در آستانه قرن بیست و یکم، جوامع بشری هنوز با مشکل بزرگ اجتماعی و روانی سوء مصرف مواد درگیر هستند و علیرغم کوشش های زیاد و هزینه های بسیار سنگین برای مبارزه با آن هنوز راه حل مناسب و قابل قبول برای چیره شدن به این مشکل بزرگ جهانی به دست نیامده است (مهریار، جزایری،۱۳۷۷).

آمار مواد مخدر کشف شده در سالهای اخیر نشان دهنده روند رو به رشد آن است (احسان منش و کریمی کیسمی،۱۳۷۸). طبق گزارش های سازمان ملل طی سالهای ۱۹۹۸ و۱۹۹۹ میلادی، بیشترین میزان جهانی کشفیات مواد مخدر در ایران صورت گرفته است. اما مشکل اعتیاد در این کشور همچنان ادامه دارد. از سوی دیگر میزان مرگ و میر در میان معتادان به مواد اوپیوئیدی ۲۰برابر بیشتر از افراد عادی است. مرگ و میر معمولا به علت مسمومیت، عفونت، ایدز، خودکشی و دیگرکشی رخ می دهد(تئودور، اشترن،۲۰۰۰). از آنجا که در گذشته در کشور ما کوشش در راستای کاهش عرضه مواد افیونی بوده و کمتر به کاهش تقاضا توجه شده است، امروزه مبارزه فرهنگی با مسئله اعتیاد و پایین آوردن سطح تقاضا در اولویت قرار گرفته است (مهریار و جزایری،۱۳۷۷؛ احسان منش و کریمی کیسمی،۱۳۷۸؛ اورنگ،۱۳۷۸). در همین راستا دسته ای از محققان به بررسی نقش مذهب در بروز، پیشگیری، بهبودی و خلاصی از رفتارهای پرخطر متمرکز شده اند.

همان طور که می دانیم بشر در طول تاریخ هیچ گاه فارغ از دغدغه های دینی و پرسش نبوده است. در قدیمی ترین آثار به جامانده از دوره های باستان، عنصر پرستش و نمادهای وابسته به آن یافت می شود. بررسی سیر تمدن انسانی نیز نشان می دهد که با پیشرفت دانایی بشر، نیاز به معنویت و توجه به دنیای فرامادی نیز بیشتر شده است. از روزهای آغازین علم روان شناسی، ویلیام جیمز، در نوشته های خود،

به ارتباط خویشتن انسانی با عالم ماورا اشاره نموده است. با مطالعه جوامع انسانی و تاریخ تمدن ها، همواره بارگه هایی از باورهای دینی مواجه می شویم (خدایاری فرد، شکوهی یکتا و غباری بناب،۱۳۷۹). با این حال مذهب از جمله واژه هایی است که توافق و دستیابی به تعریف واحدی از آن، بسیار دشوار است. برای توصیف جوهره مذهب در ادیان مختلف، مفاهیم متفاوتی از قبیل وجود متعالی، غیرمادی، نامتناهی، متناهی، خدای واحد، خدایان،ایمان، کفر و الحاد وجود دارد که اغلب رسیدن به تعریف واحدی از آن را در نگاه اول ناممکن می سازد. به مفاهیم فوق باید رفتارها، مناسک و باورهای ویژه هر آیینی را نیز افزود.

ییینگر (۱۹۶۷) پس از توضیح مشکلات رسیدن به تعریف تخصصی از مذهب نتیجه گیری می کند که هر تعریفی از مذهب فقط گوینده آن را راضی می نماید (به نقل از اسپیلکا، هود، هانسبرگر، و گورسوچ،۲۰۰۳). هالاهمی و آرگیل وجه مشترک تمام تعریف های مذهب و حتی ادیان مختلف را اعتقاد و باور به وجودی متعالی می دانند که الزامات خاصی رادر رفتارها و تجربیات فرد به همراه دارد. با وجود پیچیدگی و عدم توافق در تعریف، مذهب پدیده ای جهانی و گسترده بوده که باورها، رفتارها و تجربیات، جنبه های مختلف این موضوع پیچیده را بیان می کنند (اسپیلکا و همکاران،۲۰۰۳).

با توجه به رویکرد تجربی در زمینه مذهب، آنچه که حائز اهمیت و راه گشای پژوهش ها شده است، تعریف عملیاتی مذهب و یا دینداری است. آلپورت (۱۹۶۶) در پژوهش های خود از دو جهت گیری مذهبی درونی و بیرونی سخن به میان آورده است. افرادی که دارای جهت گیری درونی به مذهب هستند، تعهد بالایی نسبت به باورهای مذهبی خود داشته، به گونه ای که مذهب تمامی جنبه های زندگی آنها را تحت تاثیر قرار می دهد. از طرف دیگر، افراد با جهت گیری بیرونی، از مذهب به عنوان وسیله ای برای شرکت در اجتماع و فعالیت های آن و قدرتمند ساختن جایگاه خود در گروه استفاده می کنند (گنیا و شاو،۱۹۹۱) و یا مذهب را به عنوان نوعی حامی و تسکین دهنده می دانند که در عین حال برای آنها موقعیت اجتماعی خاصی را نیز به همراه دارد (آلپورت و راس، ۱۹۶۷).

آثار و پیامدهای گرایش های مذهبی، پایبندی به اعمال مذهبی و نظایر آن از سوی پژوهش گران، به ویژه در حوزه سلامت روان، احساس بهکامی و پیشگیری از گرایش به ناسازگاری های روانی، مورد توجه قرار گرفته است. به طور مثال، آشکار شده که عقاید مذهبی در افرادی که اقدام به خودکشی کرده اند ضعیف تر است (شاکر، پرویزی فرد، صادقی و مرادی، ۱۳۸۹). عقاید مذهبی قوی تر، باعث ایجاد اثرات روانی مثبتی می شود که در ارتقای بهداشت روانی و پایداری عاطفی افراد موثر است (رجایی، بیاضی و حبیبی پور، ۱۳۸۹ ؛ کوییینگ، ۱۹۹۴) و با کاهش اضطراب توام است (گنجی و حسینی،۱۳۸۹).

همچنین فلاویو، کولیس، نیری و پارسایی (۲۰۰۵) نشان داده اند که داشتن نگرش ها و باورهای مذهبی با کاهش استرس های روان شناختی پیش گیری از رفتارهای پرخطر چون سیگار کشیدن، مصرف الکل و مواد مخدر همراه است. یافته های ویلز، یایگر و سندی (۲۰۰۳) نیز حاکی از آن است که دینداری، از تاثیر فشارهای زندگی بر گرایش اولیه به مصرف مواد می کاهد و در طول زمان نیز میزان افزایش مصرف مواد را مهار می کند. در پژوهش های مشابهی، نشان داده شده است که شاخص های مذهبی (به عنوان مثال عضویت در یک فرقه مذهبی، حضور در هیات های مذهبی و عبادت انفرادی) با مصرف داروهای غیر مجاز و میگساری رابطه معکوس دارد (میلر، دیویس و گرین والد، ۲۰۰۰). یافته های پژوهشی تاثیرات بازدارنده مذهب بر سو مصرف مواد را آشکار ساخته اند (براون، پارکس، زیمرمن و فیلیپس، ۲۰۰۱؛ میلر و همکاران، ۲۰۰۰؛ والاس و فورمن، ۱۹۹۸)، به نحوی که از میان انگیزه های متفاوت برای خودداری از نوشیدن الکل، بازدارنده های مذهبی به عنوان عوامل کلیدی شناسایی شده اند. نونماکر، مک نیلی و بلام (۲۰۰۳) با متمایز کردن دیانت عمومی (حضور در انجمن های مذهبی، شرکت در امور خیریه مذهبی) از دیانت خصوصی (نماز خواندن و عبادت، میزان اهمیت فرد به مذهب)، نشان دادند که این دو شکل از مذهب در مقابل مصرف سیگار،الکل و ماری جوانا حفاظت کننده هستند. طبق یافته ها مذکور دیانت خصوصی عامل نگهدارنده مطمئن تری –حتی در مقابل مصرف تفننی-است، در حالی که دیانت عمومی فقط با مصرف مداوم مواد رابطه منفی داشت.

پژوهش های معدودی (پاردینی، پلانت، شرمن و استامپ، ۲۰۰۰)، نیز نقش مذهب را به عنوان عاملی با اهمیت در بهبودی و ترک سو مصرف مواد، مورد تایید قرار داده اند. به طور کلی، تحقیقات پیشین بر این موضوع اتفاق نظر دارند که داشتن اعتقادات مذهبی قوی با سطوح پایین مصرف مواد، یا برگشت مجدد به مصرف آن همراه است (دلاورپور، سلطانی، و حسین چاری، ۱۳۸۷؛ آمی، آلبرشت و میلر، ۱۹۹۶؛ والاس و فورمن، ۱۹۹۸؛ میلر و همکاران، ۲۰۰۰؛ چترز،۲۰۰۰). یافته های پژوهشی نشان داده است که پایبندی به مذهب با سلامت روانی (و حتی جسمانی) در ارتباط است (بال، آرمیستد و آوستین، ۲۰۰۳؛ تاکی، ۲۰۰۳؛ و ماسلکو و کوبزانسکی، ۲۰۰۶). باورها و اعمال مذهبی بر رضایت از زندگی، بهکامی روان شناختی و سبک زندگی نیز، اثر مثبت دارد (الیسون، ۱۹۹۱؛ دوسی، ۲۰۰۰). پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش نگرش های مذهبی و جهت گیری مذهبی در اعتیاد و مقایسه افراد معتاد با افراد عادی بر این اساس انجام شده است.

روش تحقیق

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مردان معتاد در حال ترک حاضر در کمپ های شهرستان ملارد می باشد که طبق آمار ارایه شده توسط بهزیستی این شهرستان در سه ماهه نخست سال ۱۳۹۴ تعداد این افراد ۲۰۰۰ نفر می باشد. تعداد ۱۰۰ نفر از این افراد به شیوه نمونه گیری خوشه ای انتخاب شدند که میانگین سنی این گروه ۳۲/۵۳ و انحراف معیار ۸/۷۸ بود. همچنین ۱۰۰ نفر افراد عادی از نظر سنی و سایر ویژگی ها با گروه معتادان همتا شدند. میانگین سنی این گروه ۳۲/۴۱ و انحراف معیار ۶/۹۰ بود.

ابزار سنجش

پرسشنامه سنجش نگرش های مذهبی: پرسشنامه سنجش نگرش های مذهبی مسلمانان توسط سراج زاده (۱۳۷۷؛ به نقل از شریفی،۱۳۸۱) و بر اساس مدل گلاک و ستارک (۱۹۶۵؛ به نقل از همان منبع) با اسلام بویژه اسلام شیعی تطبیق داده و متناسب شده است. این پرسشنامه شامل ۲۶ عبارت است که ۴ بعد (زیر مقیاس) دینداری را می سنجد:

۱.بعد اعتقادی: عبارت است از باورهایی که انتظار می رود پیروان آن دین به آن ها اعتقاد داشته باشند (مانند: در روز قیامت به اعمال و رفتار ما دقیقا رسیدگی می شود.)

۲.بعد تجربه ای یا عواطف دینی: که ناظر بر عواطف، تصورات و احساسات مربوط به داشتن رابطه با جوهری روحانی همچون خداست(مانند: گاهی احساس می کنم که به خدا نزدیک شده ام.)

۳.بعد پیامدی: یا آثار دینی که ناظر به تاثیر باورها، اعمال، تجارب و دانش دینی بر زندگی روزمره پیروان آن دین است(مانند: با پدیده بدحجابی باید با قاطعیت مبارزه کرد.)

۴.بعد مناسکی: یا اعمال دینی که شامل اعمال دینی مشخصی همچون عبادت و نماز، شرکت در آیین های دینی خاص،روزه گرفتن و...است که انتظار می رود پیروان هر دین آن ها را به جا آورند (مانند: آیا نماز می خوانید؟ یا هرچند وقت یک بار برای ادای نماز جماعت به مسجد می روید؟). کلیه عبارات پرسشنامه در طول یک طیف پنج درجه ای لیکرت از کاملا مخالف تا کاملا موافق ارزش گذاری شده اند.

روایی بیرونی این پرسشنامه از طریق ضریب همبستگی پیرسون ۰/۶۱ گزارش شد. در پژوهش شریفی(۱۳۸۱) پایایی کل از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۸ برآورد شد.

مقیاس جهت گیری مذهبی آلپورت: براساس نظریه آلپورت مذهب درونی، مذهبی فراگیر و دارای اصول سازمان یافته و درونی شده است. درحالی که مذهب بیرونی امری است خارجی و ابزاری که برای ارضای نیازهای فردی از قبیل مقام و امنیت مورد استفاده قرار می گیرد. منظور آلپورت از جهت گیری مذهبی درونی عبارت است از یک تعهد انگیزشی فراگیر که غایت و هدف است نه وسیله ای برای دستیابی به اهداف فردی(جان بزرگی،۱۳۸۷).

آلپورت و راس در سال ۱۹۵۰این مقیاس را برای سنجش جهت گیری های درونی و بیرونی مذهب تهیه کردند. در مطالعات اولیه ای که بر این مبنا صورت گرفت، مشاهده شد که همبستگی جهت گیری بیرونی با درونی ۰/۲۱-است(آلپورت و راس،۱۹۶۷).

این آزمون دارای ۲۱جمله می باشد و پاسخ دهی به آن توسط سیستم لیکرتی (از کاملا مخالف تا کاملا موافق) می باشد. این آزمون در سال ۱۳۷۸ترجمه و هنجاریابی شده است. همسانی درونی آن توسط جان بزرگی و با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۷۱و پایایی بازآزمایی آن ۰/۷۴می باشد(مختاری و همکاران،۱۳۷۹).

یافته های تحقیق

یافته های توصیفی پژوهش حاضر نشان داد که از مجموع ۲۰۰ نفر نمونه تحقیق(۱۰۰ نفر معتاد و ۱۰۰ نفر سالم)، حداقل و حداکثر سن گروه نمونه به ترتیب افراد معتاد(۱۷ و ۶۱ سال) و سالم(۲۱ و ۵۸ سال) می باشد، میانگین سنی گروه نمونه افراد معتاد و سالم به تریتب ۳۲/۵۳ و ۳۲/۴۱ سال می باشد. ۵۳ نفر(۵۳ درصد) از معتادان در نمونه تحقیق مجرد و ۴۷ نفر(۴۷ درصد) از آنها متاهل بودند. همچنین ۲۹ نفر(۲۹ درصد) از افراد سالم را مجردها و ۷۱ نفر(۷۱ درصد) را افراد متاهل تشکیل داده اند. معتادان بیکار شامل ۱۱ نفر(۱۱ درصد) و شاغلین معتاد ۸۹ نفر(۸۹ درصد)، بیکاران سالم ۹ نفر(۹ درصد) و شاغلین سالم ۹۱ نفر(۹۱ درصد) بود. در گروه معتادان تحقیق حاضر ۱۸ نفر(۱۸ درصد) دارای مدرک تحصیلی ابتدایی، ۳۰ نفر(۳۰ درصد) سیکل، ۳۹ نفر(۳۹ درصد) دیپلم، ۱۳ نفر(۱۳ درصد) دارای مدرک کارشناسی و در گروه افراد سالم ۵ نفر(۵ درصد) ابتدایی، ۲۵ نفر سیکل، ۲۴ درصد دیپلم و ۴۶ نفر دارای مدرک کارشناسی بودند.

جدول۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای تحقیق در معتادان و افراد سالم

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
جهت گیری مذهبی بیرونی	معتاد	۱۰۰	۳۶/۹۱	۷/۶۷
	سالم	۱۰۰	۳۵/۴۳	۷/۸۵
جهت گیری مذهبی درونی	معتاد	۱۰۰	۳۳/۱۳	۸/۴۹
	سالم	۱۰۰	۳۳/۶۲	۵/۲۹
نگرش اعتقادی	معتاد	۱۰۰	۲۳/۶۳	۴/۲۳
	سالم	۱۰۰	۲۳/۸۸	۴/۰۷
نگرش تجربه ای(عواطف دینی)	معتاد	۱۰۰	۲۰/۳۳	۳/۲۴
	سالم	۱۰۰	۲۰/۰۶	۳/۹۳
نگرش پیامدی	معتاد	۱۰۰	۱۲/۲۹	۶/۳۸
	سالم	۱۰۰	۱۳	۴/۹۵
نگرش مناسکی	معتاد	۱۰۰	۱۱/۶۳	۷/۲۳
	سالم	۱۰۰	۱۳/۷۶	۵/۴۰
جهت گیری بیرونی	معتاد	۱۰۰	۳۶/۹۱	۷/۶۷
	سالم	۱۰۰	۳۵/۴۳	۷/۸۵
جهت گیری درونی	معتاد	۱۰۰	۳۳/۱۳	۸/۴۹
	سالم	۱۰۰	۳۳/۶۲	۵/۲۹

همانگونه که در جدول ۱ نشان داده شده است، در گروه معتادان میانگین جهت گیری مذهبی بیرونی، درونی، نگرش اعتقادی، تجربه ای(عواطف دینی)، پیامدی، مناسکی، به ترتیب ۲۳/۳۳،۶۳/۳۶،۱۳/۹۱، ۲۰/۳۳، ۱۲/۲۹، ۱۱/۶۳ و انحراف معیار آن به ترتیب ۷/۶۷، ۸/۴۹، ۴/۲۳، ۳/۲۴، ۶/۳۸، ۷/۲۳ می باشد. همچنین در گروه افراد سالم میانگین متغیرهای تحقیق به ترتیب ۳۵/۴۳، ۳۳/۶۲، ۲۳/۸۸، ۲۰/۰۶، ۱۳، ۱۳/۷۶ و انحراف معیار آن معادل ۷/۸۵، ۵/۲۹، ۴/۰۷، ۳/۹۳، ۴/۹۵، ۵/۴۰ می باشد.

جدول ۲: تحلیل واریانس یک راهه(Anova)روی میانگین مولفه های جهت گیری مذهبی بیرونی، درونی، نگرش اعتقادی، تجربه ای(عواطف دینی)، پیامدی، مناسکی

متغیر وابسته		SS	Df	Ms	F	P
جهتگیری بیرونی	بین گروهی	۱۰۹/۵۲۰	۱	۱۰۹/۵۲۰	۱/۸۱۸	۰/۹۱۷
	درون گروهی	۱۱۹۳۰/۷۰۰	۱۹۸	۶۰/۲۵۶		
جهتگیری درونی	بین گروهی	۱۲/۰۰۵	۱	۱۲/۰۰۵	۰/۲۴۰	۰/۵۶۲
	درون گروهی	۹۹۱۴/۸۷۰	۱۹۸	۵۰/۰۷۵		
نگرش اعتقادی	بین گروهی	۳/۱۲۵	۱	۳/۱۲۵	۰/۱۸۱	۰/۱۶۷
	درون گروهی	۳۴۲۱/۸۷۰	۱۹۸	۱۷/۲۸۲		
نگرش تجربه ای	بین گروهی	۳/۶۴۵	۱	۳/۶۴۵	۰/۲۸۰	۰/۷۵۹
	درون گروهی	۲۵۷۷/۷۵۰	۱۹۸	۱۳/۰۱۹		
نگرش پیامدی	بین گروهی	۲۵/۲۰۵	۱	۲۵/۲۰۵	۰/۷۷۲	۰/۱۳۸
	درون گروهی	۶۴۶۸/۵۹۰	۱۹۸	۳۲/۶۷۰		
نگرش مناسکی	بین گروهی	۲۲۶/۸۴۶	۱	۲۲۶/۸۴۵	۵/	۰/۹۰۱
	درون گروهی	۸۰۷۱/۵۵۰	۱۹۸	۴۰/۷۶۵		

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود، نتایج تحلیل واریانس یک راهه(Anova) نشان می دهد که تنها در مولفه نگرش مناسکی(F = ۵/۵۶۵) در بین افراد معتاد و سالم تفاوت معناداری دارد(P<۰/۰۱۹. در سایر مولفه ها شامل جهت گیری درونی و بیرونی، نگرش اعتقادی، تجربه ای و پیامدی تفاوت معناداری مشاهده نشد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام این پژوهش مقایسه نگرش های مذهبی و جهت گیری مذهبی افراد معتاد با افراد عادی بود. به منظور بررسی فرضیه برای پاسخ گویی به این سوال که "آیا نگرش های مذهبی و نیز جهت گیری مذهبی معتادان متفاوت از افراد عادی می باشد؟" از روش آماری تحلیل واریانس یک راهه استفاده شد. نتایج به دست آمده نشان داد که در متغیر نگرش های مذهبی بین معتادان و غیرمعتادان تنها از نظر بعد مناسکی تفاوت معنی داری وجود دارد. بدین معنا که افراد عادی نسبت به معتادان در انجام اعمال دینی مانند نماز و عبادت، روزه گرفتن، شرکت در آیین ها و مراسم دینی و ... میانگین بالاتری را به دست آوردند. اما این تفاوت در ابعاد دیگر مشاهده نشد. همچنین از نظر جهت گیری مذهبی نیز تفاوت معنی داری بین دوگروه مشاهده نشد.

در تبیین یافته های این پژوهش می توان گفت که این موضوع که افراد عادی در انجام اعمال و مناسک دینی میانگین بالاتری را به دست آوردند با یافته های پژوهشی براون، پارکس، زیمرمن و فیلیپس(۲۰۰۱) مبنی بر تاثیرات باز دارنده مذهب بر سومصرف مواد همسو می باشد. همچنین با یافته های میلر، دیویس، و گرین والد(۲۰۰۰) مبنی بر رابطه معکوس شاخص های مذهبی مانند عضویت در یک فرقه مذهبی، حضور در هیات های مذهبی و عبادت انفرادی با مصرف داروهای غیرمجاز و میگساری همخوان می باشد. همان طور که قبلا عنوان شد ویلز، یایگر و سندی (۲۰۰۳) نیز در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که دینداری، از تاثیر فشارهای زندگی بر گرایش اولیه به مصرف مواد می کاهد. بر این اساس می توان گفت اعتقادات و باورهای راسخ دینی و مذهبی فرد را درمقابل مصرف مواد محافظت می کند.

در تبیین سایر یافته های پژوهش حاضر می توان گفت از آنجا که کلیه افراد معتاد شرکت کننده در این پژوهش از افراد حاضر در کمپ های ترک اعتیاد بوده اند و در واقع جزء کسانی بوده اند که اقدام عملی به ترک مواد نموده اند، شاید بتوان گفت این افراد در مقایسه با سایر معتادانی که در آن زمان هیچ اقدامی برای ترک نکرده بودند و به اصطلاح مصرف کننده بودند از اعتقادات مذهبی بالاتری برخوردار می باشند و نمرات نگرش های مذهبی و جهت گیری مذهبی آنها به میانگین نمرات افراد عادی نزدیک می باشد. این عامل با نتایج حاصل از پژوهش پاردینی، پلانت، شرمن و استامپ(۲۰۰۰) مبنی بر نقش مذهب به عنوان عاملی پراهمیت در بهبودی و ترک سوء مصرف مواد مطابقت دارد. در توضیح این امر می توان گفت برای دستیابی فرد به باورهای عمیق مذهبی وی ابتدا در مورد اصول دین به دانش اندوزی، شناخت و تفکر می پردازد و با افزایش دانش، شناخت حاصل شده در سطوح عمیق تری از شخصیت وی رسوخ می نماید و به باورهای مذهبی تبدیل می شود(بشارت، ۱۳۸۶). بر این اساس، باورهای مذهبی می تواند قابلیت فرد را برای تحمل شرایط دشوار افزایش دهد و زمینه ای ایجاد کند که فرد بتواند به ترمیم خود در حوادث ناگوار بپردازد. به عبارت دیگر اعتقادات مذهبی افراد معتاد یکی از عوامل مهم در گرایش آنها به ترک مواد می باشد.

یافته های حاصل از این پژوهش دارای کاربرد قابل توجهی می باشد. با توجه به آمار بالای اعتیاد در ایران به خصوص در میان قشر جوان و علیرغم نقش اساسی دین و مذهب در بسیاری از برنامه ریزی های خرد و کلان کشور، خلأ مهمی در حیطه آموزه های دین در رابطه با موضوع اعتیاد و حذر کردن از مصرف مواد به چشم می خورد. در بیان یکی از علل این امر، شاید بتوان گفت از آنجا که استعمال تریاک و اعتیاد به آن در مکه مکرمه و مدینه منوره در عصر بعثت پیامبر اسلام گزارش نشده است، به همین دلیل حکم صریحی در این باره در قرآن وجود ندارد و این موضوع باعث شده تا مسأله مواد مخدر(و محرک) از این باب کمتر مورد بررسی قرار گیرد. اما ناگفته نماند که راویان در این زمینه روایت مشهوری از ام سلمه زوجه رسول خدا نقل نموده اند بر این مبنا که: «حرامٌ علی امتی کل مفتر و مخدر» به این معنی که:« بر امت من سستی آورها و مخدرها حرام است». همچنین در آثار و کتب علمای اسلامی، بزرگان دین و بسیاری از مراجع تقلید حرام بودن مصرف تمام مسکرات را که به حکم عقل مواد مخدر از جمله آنها است، تحریم کرده اند(باصری، ۱۳۸۴). لذا به نظر می رسد توجه به منابع اسلامی غنی در این موضوع و مطابقت آنها با نتایج پژوهش های جدید و بکارگیری عملی این نتایج، می تواند تاثیرات مهمی در حیطه های مختلف به ویژه در حوزه تعلیم و تربیت ایفا نماید و مسوولان این امر را در جهت افزایش دانش در حوزه اعتیاد و ژرفابخشی و درونی سازی باورها و ارزشهای مذهبی بعنوان عاملی پیشگیری کننده در این زمینه یاری نماید.

منابع:

احسان منش، مجتبی؛ کریمی کیسمی، عیسی(۱۳۷۸). نگاهی به تاریخچه و برخی از پژوهش های انجام گرفته در زمینه اعتیاد در ایران. فصلنامه اندیشه و رفتار. سال پنجم، شماره ۳،۷۸-۶۲.

اورنگ، جمیله(۱۳۷۸). علل و عوامل زمینه های گرایش به اعتیاد و مواد مخدر. ژرفای تربیت، شماره۴، ۳۴-۲۷.

باصری، علی اکبر(۱۳۸۴). پیشگیری از مصرف مواد مخدر. تهران: نشر وفاق، چاپ اول.

بشارت، محمد علی(۱۳۸۶). تاب آوری، آسیب پذیری و سلامت روانی. مجله علوم شناختی،۶،۳۸۳-۳۷۳.

تقوی، ابراهیم(۱۳۶۳). خیال دیو، کنکاش بیولوژیک از چگونگی تاثیر مواد مخدر بر سلسله اعصاب و سیستم های دیگر. تهران: انتشارات واحد فوق برنامه بخش فرهنگی. دفتر مرکزی جهاد دانشگاهی، (صص۳۵-۱).

جان بزرگی، مسعود. بررسی اثربخشی روان درمانگری با و بدون جهت گیری مذهبی اسلامی بر اضطراب و تنیدگی. مجله روانشناسی، ۱۳۷۷.؛ سال دوم، شماره۸

حاجلی، علی و زکریایی، محمدعلی(۱۳۸۷) مطالعات مواد مخدر و اعتیاد در نظام آموزش و پرورش ایران، مجله آموزش عالی ایران، سال اول، شماره ۳، صص ۱۳۴- ۱۱۳.

خدایاری فرد، م.، شکوهی یکتا، م. و غباری بناب، ب. (۱۳۷۹). آماده سازی مقیاس نگرش مذهبی دانشجویان. مجله روان شناسی، ۴، ۲۸۵-۲۶۸.

دلاورپور، م.، سلطانی، م. و حسین چاری، م. (۱۳۸۷). پیش بینی بهبودی یا بازگشت به سو مصرف مواد مخدر بر پایه هوش هیجانی و رویارویی مذهبی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، ۱۴، ۳۱۵-۳۰۷.

رجایی، ع.ر.، بیاضی، م. ح. و حبیبی پور، ح. (۱۳۸۹). باورهای مذهبی اساسی، بحران هویت و سلامت عمومی جوانان. روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)، ۶، ۹۷-۱۰۷.

شاکر، ج.، پرویزی فرد، ع. ا.، صادقی، خ. و مرادی، ر.(۱۳۸۹). ویژگی های شخصیتی، استرس، شیوه های مقابله و نگرش های مذهبی در افراد اقدام کننده به خودکشی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران،۱۲،۲۵۰-۲۴۴.

شریفی، طیبه (۱۳۸۱). بررسی رابطه نگرش دینی با سلامت عمومی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و شکیبایی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، رساله کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.

گنجی، ط. و حسینی، الف. ف. (۱۳۸۹). باورهای مذهبی دانشجویان پرستاری کارشناسی و ارتباط آن با میزان اضطراب آنان. نشریه پرستاری ایران، ۲۳، ۵۱-۴۴.

مختاری. عباس، اللهیاری، عباسعلی و رسول زاده طباطبایی، سید کاظم، رابطه جهت گیری مذهبی با میزان تنیدگی. مجله روانشناسی. ۱۳۸۰؛ سال پنجم: شماره۱۷

مهریار، امیرهوشنگ؛ جزایری، مجتبی (۱۳۷۷). اعتیاد، پیشگیری و درمان. تهران: نشر روان پویا، (صص۲۵-۲).

منابع انگلیسی

Alport, G. W. (1966). Religious context of predjudice. Journal for Scientific Study of Religion, 5, 447-547.

Alport, G. W., & Ross, M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. Journal of Personality and Social Psychology, 5, 432-443.

Amey, C. H.,Albrecht, S. L.,& Miller, M. K.(1996). Racial differences in adolescent drug use: The impact of religion. **Substance Use and Misuse**, 31,1311-1332.

Ball, J., Armistead, L., & Austin, B. J.(2003). The relationship between religionsity and adjustment among African-American female, urban adolescents. **Journal of Adolescence**, 26,431-446.

Beyers, J.M., Toumbourou, J.W., Catalano, R. F., Arthur, M. W., & Hawkins, J.D.(2004). A cross-national comparsion of risk and protective factors for adolescents substance use : The United States and Australia. **Journal of Adolescent Health**, 35(1),3-16.

Brown, T. L., Parks, G. S., Zimmerman, R. S., & Phillips. C. M. (2001). The role of religion in predicting adolescent alcohol use and problem drinking . **Journal of Studies on Alcohol**,62,696-705.

Chatters, L. M. (2000). Religion and health research and practice. **Annual Review of Public Health,** 21, 335-367.

Determining the mental health benefits. **Journal of Substance Abuse Treatment**, 19,347-354.

Dossey, L. (2000). Prayer and medical science. **Archives of Internal Medicine**, 160,135-138.

Ellison, C. G.(1991). Religious involvement and subjective well-being. **Journal of Health and Social Behavior**,32,80-99.

Flavio F. M., Kulis, S., Nieri, T., & Parsai, M.(2005). God forbid!: Substance use among religious and nonreligious youth. **American Journal of Orthopsychiatry**,75,585-598.

Genia, V., & Shaw, D. G. (1991). Religion, intrinsic-extinsic orientation, and depression. Review of Religious Research, 32, 274-283.

George, L. K., Larson, D. B., Koenig, H. G., McCullough, M. E. (2000). Spirituality and health: What we know, what we need to know. **Journal of Social and Clinical psychology**,19, 102-116.

Knyazev, G. G.(2004). Behavioral activations as predictor of substance use: Mediating and moderating role of attitudes and social relationships. **Drug and Alcohol Dependence**, 75(3),309-321.

Koeing, H. G. (1994). The relationship between jude Christian religion and mental health among middle aged and older Adults. Advances: The Journal of Mind-Body Health,9,33-39.

Maselko, J., & Kubzansky, L. D. (2006). Gender differences in religious practices, spiritual experiences and health: Results from the US General Social Survey. **Social Science & Medicine**, 62, 2848-2860.

Miller, L., Davies, M., & Greenwald, S. (2000). Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the National Comorbidity Survey. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**,39,1190-1197.

Nonnemaker, J. M., McNeely, C. A., & Blum, R. W.(2003). Public and private domains of religiosity and adolescent health risk behaviors: Evidence from the national longitudinal study of adolescent health. **Social Science & Medicine**, 57, 2049-2054.

Pandina, R.(1998). **Risk and protective factor models in adolescent drug use: Putting them to work for prevention.** Paper presented in National Conference on Drug Abuse Prevention Research: Presentations, NIH Pub. No.98-4293,17-26.

Pardini, D., Plante, T., Sherman, A., & Stump, J.(2000). Religious faith and spirituality in substance abuse recovery:

Piko, B. F., & Fitzpatrick, K. M.(2004). Substance use, religiosity and other protective factors among Hungarian adolescents. **Addictive Behaviors**, 29,1095-1107.

Sadock, B. J., Sadock, V. I. (2000). **Comprehensive textbook of Psychiatry**, (7thed). New York, Lippincott Williams & Wilkins (P.P.1038-1062).

Spilka, B., Hood, J. R. W., Hunsberger, B., & Gorsuch, R. (2003). The psychology of Religion. New York: The Guildford press.

Takyi, k. B. (2003). Religion and woman's health in Ghana: Insights into HIV/AIDs preventive and protective behavior. **Social Science & Medicine**, 56,1221-1234.

Theodore, A., & Stern, J. B.(2000). **Psychiatry, update and board preparation**, New York: Mc Graw Hill, (P.P.89-96).

Tucker, J. S., D'Amico, E. J., Wenzel, S. L., Golinelli, D., Elliott, M. N., & Williamson, S. (2005). A prospective study of risk and protective factors for substance use among improverished woman living in temporary shelter setting in Los Angeles Country. **Drug and Alcohol Dependence**, 81(4),558-569.

Turbin, M. S., Jessor, R., Costa, F. M., Dong, Q., Zhang, H., & Wang, C. (2006). Protective and risk factors in health-enhancing behavior among adolescents in China and the United States: Does social context matter? **Health Psychology,** 25(4), 445-454.

Wallace, J. M., & Forman, T.A. (1998). Religion 's role in promoting health and reducing risk among American youth. **Health Education and Behavior**,25,721-741.

Wills, T. A., Yaeger, A. M., & Sandy, J. M.(2003). Buffering effect of religiosity for adolescent substance use. **Psychology of Addictive Behaviors**,17, 24-31.