

رابطه حمایت اجتماعی و جهت‌گیری مذهبی با میزان عود در معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون

اصغر اشرفی حافظ^۱، تکتیم کاظمینی^۲، شادی شایان^۳

۱. مرکز تحقیقات پروتئومیکس، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲. دانشجوی دکترای تخصصی روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، ایران

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

■ نویسنده مسئول مکاتبات: تکتیم کاظمینی، tkazemeini@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: وابستگی به مواد مخدر یک اختلال مزمن و بازگشت‌کننده است که هزینه‌های زیادی را بر افراد، خانواده‌ها و جامعه تحمیل می‌کند. هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه حمایت اجتماعی و جهت‌گیری مذهبی با میزان عود در معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی-همبستگی از فروردین ماه تا مرداد ۱۳۹۱ بر روی ۲۰۰ بیمار تحت درمان با نگهدارنده متادون در مراکز درمان اعتیاد شهر مشهد انجام شد. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. نمونه با استفاده از پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی (پایایی ۰/۸۸ تا ۰/۹۹ و روایی مطلوب)، جهت‌گیری مذهبی آلپورت (پایایی ۰/۷۴ و روایی مطلوب) و فرم اطلاعات دموگرافیک مورد ارزیابی قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری همزمان و گام به گام تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین جهت‌گیری دینی درونی ($r = -0/52$)، حمایت خانواده ($r = -0/48$)، حمایت دوستان ($r = -0/33$) و میزان عود رابطه منفی معناداری وجود دارد ($p < 0/01$). در واقع میزان عود در افرادی که از حمایت خانوادگی بیشتری برخوردارند و همچنین جهت‌گیری دینی درونی بیشتری داشتند کمتر بود. اضافه بر این بین جهت‌گیری دینی بیرونی ($r = 0/50$) و میزان عود رابطه مثبت معناداری وجود دارد ($p < 0/01$). یافته‌ها نشان داد که تمامی این متغیرها روی هم ۶۲٪ از واریانس میزان عود را تبیین می‌کنند که از این میان سهم جهت‌گیری دینی درونی ۲۷٪، جهت‌گیری دینی بیرونی ۶٪ و حمایت خانواده ۴٪ است.

نتیجه‌گیری: افزایش حمایت خانواده و جهت‌گیری دینی درونی با کاهش میزان عود و افزایش جهت‌گیری دینی بیرونی، با افزایش میزان عود همراه است.

کلیدواژه‌ها: جهت‌گیری مذهبی، حمایت اجتماعی، درمان نگهدارنده با متادون، عود، معتاد.

مقدمه

اعتیاد یک بیماری جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است (Galanter, 2006) که به عنوان یکی از بحران‌های چهارگانه قرن

همبستگی خانواده است (Shucksmith, Sarvestani, 2003) و همکاران (۱۹۹۷) دریافتند که محیط خانوادگی بدون حمایت و با کنترل کم یا زیاد با رفتار اعتیاد رابطه دارد. Kodjo و Klein (۲۰۰۰) معتقدند که در پیشگیری از مصرف مواد مخدر والدین باید محیطی عاطفی و دوست داشتنی برای فرزندان فراهم کنند. زندگی با والدین به ویژه در سنین بلوغ و ارتباط مناسب با آنان (Nurco, et al, 1998)، جو مثبت در خانه (Nurco, et al, 1996; Nurco and Lerner, 1998) و ارتباط عاطفی قوی در محیط خانواده از عوامل مهم در پیشگیری از اعتیاد جوانان است (Robinston and Post, 1997). به علاوه هر قدر وابستگی فرد به خانواده قوی‌تر باشد، از شدت عمل خلاف او کاسته می‌شود (Meshkati and Meshkati, 2002).

از سوی دیگر، یکی از جنبه‌های درون فردی مؤثر بر سلامت روان، مذهب و باورهای دینی است که با تجلی در کردار و سبک زندگی می‌تواند زمینه ارتقای سلامت روانی فرد را فراهم کند. مطالعات نشان می‌دهند که مذهب و متغیرهای وابسته به آن نقش تعیین‌کننده‌ای در بازداری فرد از گرایش به مواد مخدر، بهبودی و ترک سوء مصرف مواد دارد (Siegle and Senna, 1997; Pardini et al., 2000). به طور کلی، بررسی‌ها نشان داده‌اند که داشتن نگرش‌ها و باورهای مذهبی با کاهش استرس‌های روان‌شناختی و پیش‌گیری از رفتارهای پرخطر چون سیگار کشیدن، مصرف الکل و مواد مخدر همراه است (Gartner, et al., 1991; Flavio, et al., 2005; Amey, Albrecht, Miller, 1996, 1998 Wallace & Forman Miller & Davies; Greenwald, Chatters, 2000).

Yaeger and Sandy (۲۰۰۳) نیز نشان داده‌اند که دین‌داری از تأثیر فشارهای زندگی بر گرایش به مصرف مواد می‌کاهد و در طول زمان نیز میزان افزایش مصرف مواد را مهار می‌کند. علاوه بر مطالعه اثرات دین‌داری بر سلامت روان، بخش دیگری از پژوهش‌ها در این حوزه، تأکید زیادی به بررسی اثرات انواع جهت‌گیری دینی بیرونی و جهت‌گیری دینی درونی بر سلامت روان داشته‌اند. این نوع جهت‌گیری از نظریه Allport برگرفته شده که نتایج حاکی از آنست که تنها جهت‌گیری دینی درونی (دین درونی شده) است که می‌تواند به بهبود سلامت روان منجر شود، در حالی که جهت‌گیری دینی بیرونی یا با سلامت روان رابطه مثبتی ندارد و یا حتی ممکن است با اختلالات روانی همبستگی مثبتی داشته باشد (Riahi, Alivardi Nia and Baniasadi, 2008). Allport معتقد است که برای داشتن سلامت روانی و رسیدن به شخصیت بالغ و سالم، یک دین‌داری

بسیست و یکم همه جوامع را درگیر کرده است (Rahimi Movaghar & Razzaghi, 2002). یکی از جنبه‌های مهم اعتیاد بازگشت به مصرف مواد مخدر پس از دوره‌ای از قطع مصرف است. مطالعات زیادی شیوع بالای عود اعتیاد را نشان می‌دهند (Schaub, 1997; Schaub, Kearney, 1997; Fridmann, 1998; Nurco, et al., 1998). Fridmann و همکارانش در سال ۱۹۹۸ می‌نویسند تنها ۲۰ تا ۵۰ درصد بیماران می‌توانند به قطع مصرف مواد پس از یک سال ادامه دهند. Kearney (۱۹۹۷) این میزان را در طول یک سال ۵۰ درصد مطرح می‌کند. Brown (۱۹۹۸) گزارش می‌دهد که تنها ۱۹ درصد مصرف‌کنندگان پس از درمان می‌توانند قطع مصرف را برای ۶ سال ادامه دهند. Nurco و همکاران (۱۹۹۸) نیز میزان عود را ۶۶ درصد در عرض شش ماه مطرح کرده‌اند.

مطالعات نشان می‌دهند که عوامل بی‌شماری از جمله عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی در شروع، ادامه و بازگشت پس از درمان این اختلال مؤثر هستند (Poorshahbaz, Shamloo, Jazayeri & Ghazi-Tabatabaei, 2005; Beck, Right, Newman & Lys, 2001) حمایت اجتماعی یکی از عوامل خانوادگی و اجتماعی است که می‌تواند افراد را در برابر مشکلات و آسیب‌های روانی-اجتماعی از جمله سوء مصرف مواد مقاوم سازد (Zafar Kargar Yazdi, Kahani, Bakhshi and Zamani Gharrenejed, 2010). Noghbi (2010) حمایت اجتماعی به احساس ذهنی تعلق داشتن، پذیرفته شدن و مورد عشق و محبت قرار گرفتن گفته می‌شود، که برای هر فرد یک رابطه امن را به وجود می‌آورد و احساس صمیمیت و نزدیکی از ویژگی‌های آن است (Amirpoor and Alavi, 2010) و از دو طریق می‌توان آن را دریافت کرد، یکی از جانب خانواده که به معنای برقراری پیوندهای عاطفی و مشورتی اعضای خانواده با یکدیگر است و دیگری از طریق دوستان که به صورت گرفتن حس پذیرش از شبکه دوستی اجتماعی جلوه‌گر می‌شود (Bakhsipoor Rodsari, Peyravi and Abedian, 2005). منابع حمایتی باعث می‌شوند که فرد فکر کند مراقبت می‌شود، دوست داشته می‌شود، ارزشمند است و به یک شبکه تعلق دارد (Sohrabi and Najafi, 2008). در صورت عدم وجود چنین حمایت‌هایی زمینه‌های لازم برای ابتلا به اختلالات روانی یا ارتکاب رفتارهای ضد اجتماعی و پرخطر مانند سوء مصرف مواد فراهم می‌شود (Kamranpoor, 2010).

از یک سو مشخصه‌های خانوادگی ناکارآمد می‌توانند شدت ابتلا به اختلال‌های مصرف مواد افیونی را در معتادان پیش‌بینی کنند (Ranjbar Noshahri Besharat and Rostami, 2008). مهم‌ترین عامل خطر ساز و حمایت‌کننده از اعتیاد کنترل و

اجتماعی و پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی Allport و فرم اطلاعات دموگرافیک بود.

مقیاس حمایت اجتماعی: برای سنجش ارضای حمایت اجتماعی از سوی خانواده و دوستان از مقیاس حمایت اجتماعی (دارای دو پرسشنامه ۲۰ سؤالی) استفاده شد. این مقیاس توسط Heller و Procidano (۱۹۸۳) ساخته شده است. گزینه‌های هر دو مقیاس خانواده و دوستان عبارت است از بله، خیر و نمی‌دانم. همه سوال‌ها، با عبارت نمی‌دانم نمره صفر می‌گیرد. در سوال‌های ۲، ۶، ۷، ۱۵، ۱۸ و ۲۰ هر پاسخ خیر یک نمره مثبت امتیاز دارد و پاسخ‌های بله امتیازی نمی‌گیرد. در بقیه سوال‌ها هر پاسخ بله یک امتیاز مثبت می‌گیرد و پاسخ خیر نمره نمی‌گیرد. این امتیازها را با هم جمع بزنید. هرچه نمره به صفر نزدیک‌تر باشد (مثلاً نمرات صفر تا ۷) نشان دهنده این است که فرد نه حمایت خوبی از دوستانش دریافت می‌کند و نه احساس می‌کند دوستانش حامی خوبی برایش هستند. نمرات ۷ تا ۱۴ نشانه یک حمایت متوسط است، یعنی فرد و دوستانش احساس می‌کنند گاهی یار و یاور هم هستند و گاهی نیستند. نمرات ۱۴ تا ۲۰، مخصوصاً اگر که به ۲۰ نزدیک باشند، نشان دهنده این است که هم حمایت خوبی از دوستانش می‌کند و هم احساس می‌کند دوستانش حامی خوبی برایش هستند. هر دو مقیاس حمایت اجتماعی با استفاده از پایایی محاسبه شده با روش ضریب آلفای ۰/۹۰ از همسانی درونی فوق العاده برخوردارند. داده‌های مربوط به پایایی مبتنی بر ۲۰ سؤال اصلی مقیاس‌ها قبل از تفکیک حمایت خانواده و حمایت دوستان است. پایایی محاسبه شده با ضریب آلفا، ۰/۹۹ نهایی برای مقیاس حمایت اجتماعی خانواده بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۹ و مقیاس حمایت اجتماعی دوستان بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۰ است. همچنین هر دو مقیاس حمایت اجتماعی خانواده و دوستان از روایی همزمان خوبی برخوردارند. نمرات مقیاس حمایت اجتماعی دوستان با مدت زمان عضویت فرد در شبکه اجتماعی و میزان متقابل بودن رابطه قابل پیش‌بینی بود. نمرات مقیاس حمایت اجتماعی خانواده با حمایت محسوس و نامحسوس اعضای خانواده قابل پیش‌بینی بود و ضرایب همبستگی بین نمرات حاصل از مقیاس‌ها، با شخصیت سنج کالیفرنیا و وابستگی بین اشخاص معنادار بود (Fathi et al, 2010).

پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی Allport: این پرسشنامه دارای ۲۰ ماده بود که ۱۱ ماده آن مربوط به جهت‌گیری مذهبی بیرونی و ۹ ماده آن مربوط به جهت‌گیری مذهبی درونی بود. در سال ۱۹۶۳ Feagin یک نسخه ۲۱ ماده‌ای ساخت که تمام گزینه‌های پرسشنامه Allport در آن انتخاب شده بودند

عمیق (درونی) لازم است (Roghanchi, 2005). در این راستا Nonnemaker, McNeely, Blum (۲۰۰۳) متمایز کردن دیانت عمومی/ بیرونی (حضور در انجمن‌های مذهبی، شرکت در امور خیریه) از دیانت خصوصی/ درونی (نماز خواندن و عبادت، میزان اهمیت فرد به مذهب) نشان دادند که این دو شکل از مذهب در برابر مصرف سیگار، الکل و ماری جوآنا حفاظت کننده هستند. بر پایه یافته‌های یاد شده دیانت خصوصی عامل نگهدارنده مطمئن‌تری حتی در برابر مصرف تفنی است، در حالی که دیانت عمومی تنها با مصرف پیوسته مواد رابطه منفی داشت. Agha Delavarpoor و همکاران (۲۰۰۸) نیز در مطالعه‌ای دریافتند که افراد پاک و بازگشتی در متغیرهای رویارویی مذهبی درونی/ شخصی و رویارویی مذهبی بیرونی/ اجتماعی تفاوت معناداری دارند و رویارویی مذهبی درونی/ شخصی مهم‌ترین عامل تمایز گروهی برای طبقه بندی مراجعان به مراکز ترک اعتیاد در دو گروه بازگشتی و بهبودیافته است؛ به بیان دیگر افرادی که رویارویی مذهبی درونی را بیشتر به کار می‌گیرند، کمتر در خطر بازگشت هستند (Soltani and Hosseinchari, 2008).

با توجه با شیوع بالای عود و بازگشت آن پس از قطع مصرف مواد در بیماری اعتیاد که آن را به اختلالی مزمن تبدیل کرده و باعث صرف هزینه‌های درمانی چشمگیری شده است و همچنین وجود پژوهش‌های اندک در این زمینه، ضرورت قابل ملاحظه‌ای جهت بررسی عوامل مرتبط با بازگشت به مصرف وجود دارد. بنابراین، هدف این پژوهش بررسی رابطه حمایت اجتماعی و جهت‌گیری مذهبی با میزان عود در این بیماران است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - همبستگی است. نمونه مورد پژوهش شامل ۲۰۰ نفر از مردان معتاد به مواد مخدر تحت درمان نگهدارنده با متادون بود که طی ماه‌های فروردین تا مرداد ۱۳۹۱ به مراکز درمان اعتیاد انگیزه، جام جم، ایران پاک، بهشت و داریوش در شهر مشهد مراجعه می‌کردند. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها، پس از کسب رضایت از شرکت کنندگان و بیان اهداف پژوهش، از اعضای نمونه خواسته شد که به دقت سؤالات مورد نظر را مطالعه نموده و مناسب‌ترین پاسخ را انتخاب نمایند و تا حد امکان هیچ سؤالی را بدون پاسخ نگذارند. هم‌چنین به آنها گفته شد که اطلاعات محرمانه باقی خواهد ماند و به صورت گروهی تحلیل خواهد شد.

ابزارهای مورد استفاده در این تحقیق، مقیاس حمایت

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود تعداد دفعات عود با حمایت خانواده، حمایت دوستان و جهت‌گیری دینی درونی همبستگی منفی معناداری داشتند ($p < 0/01$). همچنین بین تعداد دفعات عود و جهت‌گیری دینی بیرونی با جهت‌گیری دینی بیرونی همبستگی مثبت معناداری وجود داشت ($p < 0/01$). برای بررسی تأثیر هر یک از متغیرهای جهت‌گیری دینی و حمایت اجتماعی بر واریانس دفعات عود مصرف، متغیرهای حمایت خانواده، حمایت دوستان، جهت‌گیری دینی درونی و جهت‌گیری دینی بیرونی به عنوان متغیرهای پیش بین و تعداد دفعات عود به عنوان متغیر ملاک در معادله رگرسیون وارد شدند. براساس نتایج تحلیل رگرسیون همزمان، ضریب رگرسیون تمام متغیرهای پیش بین $0/61$ و معنادار است. همچنین با محاسبه ضریب تعیین (R^2) ملاحظه می‌شود که با ورود تمامی متغیرهای پیش بین (جهت‌گیری دینی و حمایت خانواده) ۳۷ درصد از تغییرات دفعات عود را می‌توان تبیین کرد.

جدول ۳- محاسبه ضرایب حاصل از تحلیل رگرسیون همزمان دفعات عود در مردان معتاد بر حسب متغیرهای وارد شده

شاخص‌های آماری					
سطح معنی‌داری α	t	Beta	خطای معیار SE	B	
0/004	-2/9	-0/25	0/02	-0/08	جهت‌گیری دینی درونی
0/001	3/38	0/26	0/02	0/08	جهت‌گیری دینی بیرونی
0/003	-3/01	-0/24	0/02	-0/08	حمایت خانواده
0/71	0/36	0/02	0/03	0/01	حمایت دوستان

در جدول ۳، ضریب رگرسیون متغیرهای پیش بین نشان می‌دهند که متغیرهای جهت‌گیری دینی درونی، جهت‌گیری دینی بیرونی و حمایت خانواده می‌توانند واریانس دفعات عود را صورت معنی‌داری پیش‌بینی کنند. ضرایب تأثیر متغیرهای جهت‌گیری دینی درونی ($B = -0/25$)، جهت‌گیری دینی بیرونی ($B = 0/26$) و حمایت خانواده ($B = -0/24$) با توجه به آماره‌های t نشان می‌دهند که جهت‌گیری دینی درونی و بیرونی و حمایت خانواده می‌توانند با اطمینان ۹۹ درصد تغییرات مربوط به دفعات عود را پیش‌بینی کنند. به عبارت دیگر افزایش جهت‌گیری دینی درونی و حمایت خانواده باعث کاهش تعداد دفعات عود می‌شود و افزایش جهت‌گیری دینی

و علاوه بر آن یک گزینه دیگر نیز به آن افزود که این گزینه همبستگی بالایی ($0/61$) با جهت‌گیری بیرونی داشت و از آن به بعد این پرسشنامه بیشتر مورد استفاده قرار گرفت (Chavoshi et al, 2008). طبق تحقیق Allport، همبستگی بین ماده‌های جهت‌گیری مذهبی درونی با ماده‌های جهت‌گیری مذهبی بیرونی ($-0/21$) بود. در تعدادی از مطالعات دیگر، از جمله مطالعاتی که توسط Feagin صورت گرفت، همبستگی جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی $-0/20$ بود. هم چنین پایایی پرسشنامه توسط Janbozorgi (۱۹۹۹) با استفاده از روش آلفای کرونباخ $0/74$ و توسط Mokhtari و همکاران (۲۰۰۱) $0/71$ گزارش شده است. فرم اطلاعات دموگرافیک: جهت سنجش میزان عود با استفاده از فرم اطلاعات دموگرافیک از خود بیماران تعداد دفعات برگشت به مصرف پرسیده شد، به علاوه با استفاده از اطلاعات پرونده آن‌ها، تعداد دفعات قطع درمان آنان مشخص شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار نمرات حمایت خانواده، حمایت دوستان، جهت‌گیری دینی، جهت‌گیری دینی بیرونی و تعداد دفعات عود در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات حمایت خانواده، حمایت دوستان، جهت‌گیری دینی درونی، جهت‌گیری دینی بیرونی و تعداد دفعات عود در مردان معتاد

متغیر	میانگین و انحراف معیار
حمایت خانواده	$12/03 \pm 3/98$
حمایت دوستان	$8/31 \pm 3/05$
جهت‌گیری دینی درونی	$21/53 \pm 4/32$
جهت‌گیری دینی بیرونی	$22/95 \pm 4/55$
تعداد دفعات عود	$1/10 \pm 1/42$

جدول ۲- نتایج همبستگی بین نمرات حمایت خانواده، حمایت دوستان، جهت‌گیری دینی درونی، جهت‌گیری دینی بیرونی و تعداد دفعات عود در مردان معتاد

	حمایت خانواده	حمایت دوستان	جهت‌گیری دینی درونی	جهت‌گیری دینی بیرونی
تعداد دفعات عود	$-0/48^*$	$-0/33^*$	$-0/52^*$	$0/50^*$

* $p < 0/01$

جدول ۴- محاسبه تحلیل رگرسیون گام به گام متغیرهای پیش

بین و رابطه آن با دفعات عود

شاخص‌های آماری			رگرسیون گام‌های
خطای معیار SE	ضریب تعیین R ²	ضریب همبستگی R	
۱/۲۱	۰/۲۷	۰/۵۲	اول جهت‌گیری دینی درونی
۱/۱۶	۰/۳۳	۰/۵۸	دوم جهت‌گیری دینی بیرونی
۱/۱۳	۰/۳۷	۰/۶۱	سوم حمایت خانواده

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی (خانواده و دوستان) و جهت‌گیری مذهبی (درونی و بیرونی) با دفعات عود در مردان معتاد مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد بود. نتایج نشان داد که بین حمایت خانواده با دفعات عود در فرایند درمان رابطه منفی معناداری وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز بیانگر این بود که حمایت خانواده پیش‌بینی کننده معنادار دفعات عود می‌باشد. در واقع با افزایش میزان

بیرونی افزایش تعداد دفعات عود را به دنبال خواهد داشت. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام تعداد دفعات عود در مردان معتاد را برحسب متغیرهای پیش بین نشان می‌دهد که با ورود متغیر جهت‌گیری دینی درونی در گام اول می‌توان ۲۷ درصد از تغییر نمرات دفعات عود را تبیین کرد. در گام دوم با ورود متغیر جهت‌گیری دینی بیرونی این میزان به ۳۳ درصد و در گام سوم با ورود متغیر حمایت خانواده به ۳۷ درصد می‌رسد. بنابراین می‌توان گفت به ترتیب متغیرهای جهت‌گیری دینی درونی، جهت‌گیری دینی بیرونی و حمایت خانواده بیشترین رابطه را با دفعات عود در مردان معتاد دارند. در واقع سهم متغیرهای جهت‌گیری دینی درونی و بیرونی و حمایت خانواده در دفعات عود به تفکیک به این صورت است: جهت‌گیری دینی درونی ۰/۲۷، جهت‌گیری دینی بیرونی ۰/۰۶ و حمایت خانواده ۰/۰۴. همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، با توجه به ضرایب حاصل ملاحظه می‌شود که مقدار t در تمام موارد معنادار است و با توجه به ضرایب همبستگی ملاحظه می‌شود که متغیر جهت‌گیری دینی درونی قوی‌ترین پیش‌بینی کننده دفعات عود می‌باشد پس از آن، متغیر جهت‌گیری دینی بیرونی و سپس حمایت خانواده به ترتیب پیش‌بینی کننده‌های خوبی برای دفعات عود هستند.

جدول ۵- محاسبه ضرایب حاصل از تحلیل رگرسیون گام به گام دفعات عود برحسب متغیرهای وارد شده

شاخص‌های آماری						
ضریب همبستگی پاره‌ای (تفکیکی)	سطح معنی‌داری α	t	Beta	خطای معیار SE	B	
	۰/۰۰	۹/۹۰		۰/۴۸	۴/۸۰	مقدار ثابت
-۰/۵۲	۰/۰۰	-۷/۷۷	-۰/۵۲	۰/۰۲	-۰/۱۷	جهت‌گیری دینی درونی
	۰/۱۶	۱/۳۹		۰/۹۸	۱/۳۷	مقدار ثابت
-۰/۳۳	۰/۰۰	-۴/۴۶	-۰/۳۴	۰/۰۲۶	-۰/۱۱	جهت‌گیری دینی درونی
۰/۲۹	۰/۰۰	۳/۹۴	۰/۳۰	۰/۰۲۴	۰/۰۹	جهت‌گیری دینی بیرونی
	۰/۰۴	۲/۰۲		۰/۹۸	۱/۹۸	مقدار ثابت
-۰/۲۲	۰/۰۰۴	-۲/۹۴	-۰/۲۴	۰/۰۲۷	-۰/۰۸	جهت‌گیری دینی درونی
۰/۲۵	۰/۰۰۱	۳/۳۷	۰/۲۶	۰/۰۲۴	۰/۰۸	جهت‌گیری دینی بیرونی
-۰/۲۴	۰/۰۰۲	-۳/۱۲	-۰/۲۳	۰/۰۲۷	-۰/۰۸	حمایت خانواده

جهت‌گیری مذهبی بیرونی با دفعات عود، با نتیجه پژوهش Nonnemaker و همکاران (۲۰۰۳) ناهمخوان است؛ آن‌ها نشان دادند که دین داری عمومی/ بیرونی (حضور در انجمن‌های مذهبی، شرکت در امور خیریه) در برابر مصرف سیگار، الکل و ماری‌جوآنا حفاظت‌کننده است و با مصرف پیوسته مواد رابطه منفی دارد. در حالی که، بر اساس نظریه Alport، یک دین داری عمیق (درونی) برای داشتن سلامت روانی و رسیدن به شخصیت بالغ و سالم لازم است. به تعبیر دیگر داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن به منبع والا، امیدواری به کمک و یاری خداوند در شرایط مشکل‌زای زندگی و در نتیجه خوش بین بودن در این شرایط و برخورداری از حمایت اجتماعی به ویژه حمایت گروه‌های مذهبی و حمایت‌های روحانی از جمله منابعی هستند که افراد دین دار با جهت‌گیری دینی درونی، با برخورداری از آن‌ها می‌توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی، آسیب روانی کمتری را متحمل شوند.

در پایان باید خاطر نشان کرد که اعتیاد یا وابستگی به مواد، امروزه به عنوان یک بیماری تلقی می‌شود که مانند هر بیماری دیگری نیاز به درمان دارد. فرد بیمار در طول مسیر درمان نیازمند یک شبکه حمایتی است تا با همراهی کردن او کمک مؤثری در راه بهبودی سریع‌تر و موفقیت بیشتر فرد باشند. به نظر می‌رسد حضور افراد خانواده از جمله همسر فرد معتاد، در طی درمان می‌تواند نقش حمایتی مؤثری برای فرد معتاد محسوب شود. از طرفی، چون اعتیاد یک پدیده روانی، زیستی و اجتماعی است، باید در ترک اعتیاد افراد تنها به سم زدایی و کناره‌گیری از مواد توجه نکرده، بلکه باید از انواع فنون روان‌درمانی از جمله خانواده‌درمانی، درمان معنوی و مذهبی نیز کمک گرفت. در واقع، می‌توان با مداخله و آموزش اعضای خانواده در جهت مدارا با بیمار، به کاهش بازگشت مجدد وی به سمت مصرف کمک کرد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش انجام تحقیق با پرسش‌نامه‌های خود گزارشی است که در این نوع تحقیق همیشه این امکان وجود دارد که آزمودنی‌ها پاسخ‌های غیرواقعی یا تحریف شده بدهند. در نظر نگرفتن متغیرهای واسطه‌ای در تحلیل‌ها نیز محدودیت دیگر این تحقیق می‌باشد. در واقع علاوه بر حمایت اجتماعی و نوع جهت‌گیری مذهبی متغیرهای روانی-اجتماعی از جمله سلامت روان و طبقه اجتماعی فرد می‌تواند در عود مصرف تأثیرگذار باشند. لذا پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده به این موارد توجه شود.

حمایت خانواده، دفعات برگشت به مصرف در فرآیند درمان کاهش می‌یابد. این یافته با پژوهش‌های Nurco و Lerner (۱۹۹۶)، Nurco و همکاران (۱۹۹۸) و Robinston و Post (۱۹۹۷) همسو است؛ آن‌ها نشان داده‌اند که جو مثبت در خانه و ارتباط عاطفی قوی در محیط خانوادگی از عوامل مهم در پیشگیری از اعتیاد جوانان است. همچنین در پژوهش ساعی، ۲۴ درصد جوانان معتاد عدم توجه والدین و عکس‌العمل‌های نادرست اعضای خانواده را در بازگشت مجدد خویش به اعتیاد مؤثر دانسته‌اند. Amini و همکاران (۲۰۰۳) نیز در پژوهش خود دریافتند که عامل خانوادگی مرتبط با عود برای افراد مجرد، برخورد نامناسب خانواده و برای افراد متأهل برخورد بد همسر و فرزندان است.

در این پژوهش بین حمایت دوستان و دفعات عود رابطه معناداری وجود داشت، اما نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که حمایت دوستان نمی‌تواند دفعات عود را به طور معناداری پیش‌بینی کند. این یافته با تحقیقات قبلی که نشان داده‌اند که بین طرد شدن از سوی همسالان و مشکلات رفتاری همبستگی مستقیمی وجود دارد، هماهنگ است (Bakhsipoor Rodsari, et al., 2005). اما با پژوهش Weinstein (۱۹۹۳) که در بررسی خود بر روی ۳۳۸ دانشجوی در ایالات متحده نشان داد که دوستان و همسالان مهم‌ترین تأثیر را در مصرف مواد دارند، ناهمسو می‌باشد.

بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی با دفعات عود نیز نشان داد که بین جهت‌گیری مذهبی درونی با دفعات عود رابطه منفی معنادار و بین جهت‌گیری دینی بیرونی با دفعات عود رابطه مثبت معنادار وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که جهت‌گیری دینی درونی و بیرونی پیش‌بینی‌کننده معنی‌دار دفعات عود هستند. در واقع با افزایش جهت‌گیری دینی درونی، دفعات عود کاهش می‌یابد و با افزایش جهت‌گیری دینی بیرونی، دفعات عود افزایش می‌یابد. که این یافته در مورد جهت‌گیری دینی درونی با یافته‌های Nonnemaker و همکاران (۲۰۰۳) و Agha Delavarpoor و همکاران (۲۰۰۸) همسو است. Nonnemaker و همکاران (۲۰۰۳) دریافتند که دین داری خصوصی/ درونی در مقایسه با دین داری عمومی/ اجتماعی، عامل نگهدارنده مطمئن‌تری در برابر مصرف سیگار، الکل و ماری‌جوآنا- حتی در برابر مصرف تفریحی - است. Agha delavarpoor و همکاران (۲۰۰۸) نیز دریافتند افرادی که رویارویی مذهبی درونی را بیشتر به کار می‌گیرند، کمتر در خطر بازگشت به مصرف قرار می‌گیرند. نتیجه پژوهش حاضر در مورد رابطه منفی

نتیجه‌گیری

را در معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون به طور معناداری پیش‌بینی کنند.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر مشخص شد که حمایت خانواده، حمایت دوستان و جهت‌گیری مذهبی درونی با میزان عود در معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون رابطه منفی معنادار دارد. جهت‌گیری مذهبی بیرونی نیز با میزان عود رابطه مثبت معنادار دارد. نتایج نشان داد که حمایت خانواده، جهت‌گیری مذهبی درونی و جهت‌گیری مذهبی بیرونی می‌توانند میزان عود

تشکر و قدردانی

از پزشکان و روان‌شناسان کلینیک‌های ترک اعتیاد انگیزه، جام جم، ایران پاک، بهشت و داریوش شهر مشهد که در انجام این پژوهش همکاری داشتند قدردانی و تشکر می‌شود.

REFERENCES

- Agha Delavarpoor M, Soltani M, Hosseinchari M (2008) [Prediction of Recovery or Relapse from Substance Abuse, Based on the Emotional Intelligence and Religious Coping]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 14 (3) 307-315. (Persian)
- Amev CH, Albrecht SL, Miller MK (1996). Racial differences in adolescent drug use: The impact of religion. *Subst Use Misuse*. 31 (10).1311-1332.
- Amini K, Amini D, Afshar-Moqadam F, Azar M (2003) [Examining social and environmental factors related to relapse of addicts to misuse of opium in clients to public center of addiction rehabilitation in Hamedan city]. *Zanjan University of Medical Sciences*. 45 (10). 41-47. (Persian)
- Amirpoor L, Alavi Kh (2010) [The relationship of Perceived social support with level of anxiety in university students]. *The fifth seminar of college student's mental health*. Tehran, Iran. (Persian)
- Bakhshipoor Rodsari A, Peyravi H, Abedian A (2005) [Examining the relationship of life satisfaction and social support with mental health in university students]. *journal fundamental mental health Mashhad University of Medical sciences*. 7 (27, 28) 145-152. (Persian)
- Beck AT, Right FD, Newman K, Lys BS (2001). *Cognitive therapy of substance abuse*. Translated by Godarzi MA. Shiraz, Iran. Rahgoshha publicaton.
- Besharat MA, Ranjbar Noshahri F, Rostami R (2008) [Comparing family's function of patients with substance abuse disorder and family of normal individuals]. *Psychology Educational of Science*. 38 (3) 137-156. (Persian)
- Brown BS (1998). Drug use-chronic and relapsing or a treatable condition?. *Subst Use Misuse*. 33 (12). 2515-20.
- Chatters LM (2000). Religion and health: Public health research and practice. *Annual Review of Public Health*; 21: 335-367.
- Chavoshi A, Talebian D, Tarkhorani H, et al (2008) [The relationship between prayers and religious orientation with mental health]. *The Journal of Applied Behavioral Science*. 2 (2) 156-149. (Persian)
- Dbbaghi P, Asgharnejad Farid AA, Atefvahid MK, Bolhari J (2007) [Effectiveness of mindfulness based-cognitive group therapy and activating spiritual schemas in preventing of relapsing use of opium]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 4 (4). 366-375. (Persian)
- Fathi Z, Khodabakhshi-Kolaei A, Jahantigh S, Ahmadi F (2010). The relationship between social support of family and friends on level of college students' depression. *The fifth seminar of college student's mental health*. Tehran, Iran. (Persian)
- Flavio FM, Kulis S, Nieri T, Parsai M (.2005). Godforbid! Substance use among religious and nonreligious youth. *American Journal of Orthopsychiatry*; 75 (4).585-598.
- Fridmann P (1998). Managment of adults recovering from alcohol or other drug problems relapse prevention

- in primary care. *Journal of The American Medical Association*. 279 (15). 1227-310.
- Galanter M (2006). Innovations: Alcohol & drug abuse, spirituality in alcoholics anonymous. *Psychiatric Services*. 57 (3) .307-309.
- Gartner J, Larson DB, Allen GD (1991). Religious commitment and mental health: A review of the empirical literature. *Journal of Psychology and Theology*. 19 (1). 6-25.
- Janbozorgi M (1999) [The Effects of Short-term Psychotherapy (Self-Control Skills) with and without Islamic Religious Orientation on Anxiety and Stress]. *Journal of Health Psychology*. 2 (8) 343-368. (Persian)
- Kamranpoor F (2010). Level of social support, type of coping strategies and suicide in college students. The fifth seminar of college student's mental health. Tehran, Iran. (Persian)
- Kearney HM (1997). Drug treatment for women traditional models and new directions *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 26 (4). 456-68.
- Kodjo CM, Klein JD (2000). Prevention and Risk of Adolescent Substance Abuse. The Role of Adolescents, Families, and Communities. *Pediatric Clinics of North America*. 49 (2) 257-68.
- Meshkati MR, Meshkati Z (2002) [The Impact of Internal and External Family Factors Upon Juvenile Delinquency]. *Journal of Iranian Society*. 4 (3). 3-25. (Persian)
- 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 & Adolescent Psychiatry*. 39 (9). 1190 -1197.
- Mokhtari A, Allahyari A, Rassolzadeh Tabatabaie K (2001). [The Relationship between Religious Orientation and Stress]. *Journal of Psychology*. 5 (17) 56-67. (Persian)
- Nonnemaker JM, McNeely CA, Blum RW (2003). Public and private domains of religiosity and adolescent health risk behaviors: Evidence from the national longitudinal study of adolescent health. *Journal of Social Science & Medicine*. 57 (11). 2049-2054.
- Nurco DN, Kinlock TW, O'Grady KE, Hanlon TE (1998). Differential Contributions of Family and Peer Factors to the Etiology of Narcotic Addiction. *Drug Alcohol Depend*. 51 (3). 229-237.
- Nurco DN, Lerner M (1996). Vulnerability to Narcotic Addiction: Family Structure and Functioning. *Journal of Drug*. 26 (4). 1007-1025.
- Pardini D, Plante T, Sherman A, Stump J (. 2000). Religious faith and spirituality in substance abuse recovery: Determining the mental health benefits. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 19 (4). 347-354.
- Poorshahbaz A, Shamloo S, Jazayeri AR, Ghazi-Tabatabaei M (2005) [Structural relations of psychological risk and protective factors of drug abuse in adolescents]. *Journal of Sociology and Social Welfare*. 5 (19) 31-54. (Persian)
- Rahimi Movaghar A, Mohammad K, Razzaghi EM (2002). [Trend of drug abuse situation: a three-decade survey]. *Hakim Journal Research*. 5 (3) 171-181. (Persian)
- Riahi MS, Alivardi Nia A, Bani Asadi MR (2008). [The Impact of Religiosity and Religious Orientation on the Mental Health of the Students of University of Mazandaran]. *Journal of social science*. 5 (2) 51-90. (Persian)
- Robinston B, Post P (1997). Risk of Addiction to Work and Family Functioning. *Psychological Reports*. 81 (1) 91-95.
- Roghanchi M (2005). [The relationship of religious orientation with mental health of college students of Razi University]. [Dissertation]. Tehran, University of Social Welfare and Rehabilitation. (Persian)
- Sarvestani SR (2003). [Examining risky factors in pollution of Iranian adolescents and youngsters to substance abuse]. *Journal of Social Sciences*. 11 (4). 110-118. (Persian)
- Schaub B, Schaub R (1997). *Healing Addiction* (Nurse as Healer). New York: Delmar publishers.
- Shucksmith J, Glendinning A, Hendry L (1997). Adolescent Drinking Behavior and the Role of Family life: A Scottish Perspective. *Journal of Adolescent Health*. 20 (1) 85-101.
- Siegle, LJ, Senna JJ (, 1997). *Juvenile delinquency: Theory, practice and law*. Paol Alto: West. Publishing Company.

- Sohrabi F, Najafi M (2008). Examining level of possessing of social support and mental health of college students. The 4th seminar of university student's mental health. Shiraz, Iran. (Persian)
- Wallace JM, Forman TA (1998). Religion's role in promoting health and reducing risk among American youth. *Journal of Health Educational Behavior*. 25 (6). 721-741.
- Weinstein ND (1993). Testing for competing theories of health protective behavior. *Journal of Health Psychology*. 12 (4). 324-333.
- Wills TA, Yaeger AM, Sandy JM (2003). Buffering effect of religiosity for adolescent substance use. *Journal of the Psychology of Addictive Behaviors*. 17 (1). 24-31.
- Zafar Kargar Yazdi M, Kahani Sh, Bakhshi Sh, Zamani Gharrenejed Noghabi S. (2010) [Comparing coping strategies with stress, mental health, social support, probability of suicide and substance abuse in native and innative college students]. The fifth seminar of college student's mental health. Tehran, Iran. (Persian)

The Relationship of Social Support and Religious Orientation with Relapse Rates in Opioid Dependent Patients under Methadone Maintenance Therapy

Ashrafi Hafez A¹, Kazemeini T², Shayan, Sh³

1. Proteomics Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. PhD Candidate in Psychology, Faculty of educational science and psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

3. MA in clinical psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran

■ Corresponding author: Kazemeini; tkazemeini@gmail.com

Abstract

Background and Aim: Dependency to opium is a chronic and relapsing disorder that imposes great costs on individuals, families and society. The aim of this study is examining the relation between social support and religious orientation with relapse rates in opioid dependent patients under methadone maintenance therapy.

Materials and Method: A descriptive –correlational design was used. The sample of the study consisted of a convenience sample of 200 male patients, were referred to substance treatment clinics of Mashhad since March 2012 to August 2012 and were treated by methadon. Sample was evaluated with Social Support Scale, Allport’s Religious Orientation questionnaire and demographic information form. Data were analyzed with Pearson correlation coefficient, enter and stepwise multiple regression.

Results: The results of this study revealed internal religious orientation ($r=-0.52$), family support ($r=-0.48$), and friends’ support ($r=-0.33$) were all in significant negative correlation with relapse rates ($p< 0.01$). It means that by increasing family support and internal religious orientation, the relapse rates were decreased. Also there was a significant positive correlation between external religious orientation and relapse rates ($r=0.50, p<0.01$). Findings of linear regression and hierarchical regression analysis showed that all of these variables are predicting in total 0.62 of relapse rates variance, from which the contribution of internal religious orientation, external religious orientation, and family support respectively was 0.27, 0.06 and 0.04.

Conclusion: results showed increasing of internal religious orientation and family support is associated with decreasing in relapse rates, and increasing of external religious orientation is associated with increasing in relapse rates.

Keywords: methadone maintenance therapy, opioid dependent patients, relapse rates, religious orientation, social support.