

بررسی مقابله‌های دینی در افراد معتاد و غیر معتاد

هاجر پهلوانی* و بهروز دولتشاهی**

پژوهش حاضر یک مطالعه پس‌رویدادی است که به منظور بررسی میزان به کارگیری مقابله‌های دینی افراد معتاد در مقایسه با افراد غیر معتاد انجام گرفته است. آزمودنی‌های پژوهش به تعداد ۶۵ نفر (۳۴ فرد معتاد و ۳۱ فرد غیر معتاد) از مراجعان به مراکز خود معرف شهر زاهدان و همراهان این مراجعان انتخاب و از نظر متغیرهای سن، جنسیت و شغل هم‌تاسازی شدند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه مقابله دینی گردآوری شد و با استفاده از آزمون آماری t و ضریب هم‌بستگی پیرسون تجزیه و تحلیل گردید. نتایج نشان داد که افراد معتاد در مقایسه با افراد غیر معتاد در مواجهه با استرس به طور معناداری کمتر از روش‌های مقابله دینی استفاده می‌کنند. بین سن افراد و به کارگیری مقابله دینی رابطه معناداری مشاهده نشد. به علاوه، بین افراد با تحصیلات پایین‌تر و بالاتر از دیپلم در میزان به کارگیری مقابله دینی تفاوت معناداری مشاهده نشد. این نتیجه در درون هر گروه به طور مجزا نیز تأیید شد.

* کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، استیتو روان‌پزشکی تهران.

** دکتری روان‌شناسی بالینی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی.

مقدمه

امروزه گسترش روزافزون سوء مصرف مواد مخدر در کشور ما به عنوان یک معضل اجتماعی در ابعاد جسمی و روانی قلمداد می‌شود. به طوری که اعتیاد و عوارض ناشی از آن در زمره مهم‌ترین معضلات جامعه بشری به شمار می‌آید که در علت‌شناسی آن، علل متفاوتی مطرح شده است، از جمله این عوامل روان‌شناختی می‌توان به کارگیری روش‌های مقابله ناکارآمد اشاره کرد (سرگلزایی، ۱۳۸۰).

مقابله عبارت است از تلاش برای رویارویی با موقعیت‌ها، مشکلات و کنترل شرایطی که بالقوه فشارزا ارزیابی می‌شوند. شیوه‌های مقابله، توانایی‌های شناختی و رفتاری هستند که به دست افرادی که با استرس سر و کار دارند، به کار گرفته می‌شود (آلدوین (Aldwin) و کوین (Coyne)، ۱۹۸۹، به نقل از هینز (Hynes) و همکاران، ۱۹۹۲). در همین راستا، مقابله دینی به عنوان روشی که از منابع دینی مانند دعا و نیایش، توکل و توسل به خداوند و... برای مقابله استفاده می‌کند، تعریف شده است (کارور (Carver) و همکاران، ۱۹۸۹).

نقش دین در مداوا و کاهش رنج‌های انسانی از سالیان پیش شناخته شده است (ساچمن و ماتیوز ۱۹۸۸، به نقل از رابرت ۱۹۹۲). امروزه محققان روان‌شناسی و علوم رفتاری متفق القولند که بین دین‌دار بودن و سلامت جسمانی و روان‌شناختی هم‌بستگی مثبت و معناداری وجود دارد و در این راستا، حمایت‌های تجربی فراوانی هم فراهم کرده‌اند (رابرت، ۱۹۹۲؛ تیکس (Tix) و همکاران، ۱۹۹۸؛ بیکل (Bikel) و همکاران، ۱۹۹۸).

دین و مذهب از ارکان اصلی فرهنگ هر ملتی است و ارزش‌ها و معتقدات دینی در شکل دادن به سبک زندگی افراد نقش مهمی را ایفا می‌کند و روش زندگی یکی از شاخص‌های مهم سلامت افراد جامعه، از جمله سلامت روان است (داویدیان، ۱۳۷۶).

برخی متفکران معتقدند که دین منبعی حمایتی برای افراد است تا در مواجهه با مشکلات کمتر آسیب ببینند، چرا که افراد متدین روش‌های مقابله‌ای متفاوتی دارند که در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی می‌توانند کمک‌کننده باشند، داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن و برخورداری از منابع حمایتی فراوان، امیدوار بودن و اتکا به کمک و یاری خداوند در شرایط فشارزای زندگی، حمایت و کمک از روحانی و کشیش، همگی از جمله منابعی هستند که افراد متدین با برخورداری از آنها می‌توانند در رویارویی با مشکلات زندگی آسیب کمتری را تجربه کنند، به علاوه، دین می‌تواند بر فعالیت‌های مقابله‌ای افراد از طریق تجهیز ساختن آنها به

گنجینه‌ای از شیوه‌های مقابله‌ای تأثیر بگذارد. افراد متدین می‌توانند از ابعاد مختلف روانی، شناختی، بین فردی و اجتماعی اعتقادات دینی‌شان به منظور سازگاری بهتر با موقعیت‌های فشارزا کمک بگیرند و از آن‌جا که مقابله‌دینی بر باورها و فعالیت‌های دینی متکی است، از این طریق به افراد در کنترل استرس‌های هیجانی و ناراحتی فیزیکی کمک می‌کند (رابرت (Robert)، ۱۹۹۲).

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 کمک‌کننده هستند (کارور و همکاران، ۱۹۹۵، به نقل از: پهلوانی ۱۳۷۵).

داشتن معنا و هدف در زندگی، انجام اعمال دینی و رعایت دستورات الهی و غیره همگی در تجهیز مناسب فرد برای رویارویی با استرس، منابع و لوازم اساسی هستند (اردوباری، ۱۳۶۶؛ اصفهانی، ۱۳۷۴). یافته‌های اخیر نشان داده‌اند که مقابله‌های دینی به عنوان منبع حمایت عاطفی و هم‌چنین وسیله‌ای برای تفسیر مثبت حوادث زندگی، می‌توانند به کارگیری مقابله‌های بعدی را تسهیل کنند، از این رو، به کارگیری آنها می‌تواند برای بیشتر افراد سودمند باشد (کارور و همکاران، ۱۹۸۹).

مطالعات علت‌شناسی در خصوص سوء مصرف و وابستگی به مواد به رابطه بین استرس، مقابله و اعتیاد تأکید داشته و مصرف مواد را در شرایط استرس آور به عنوان یک سبک مقابله‌ای ناکارآمد تلقی کرده که می‌تواند به عنوان سیکل معیوب عمل کرده و ادامه مصرف را باعث شود (جوانبخت، ۱۳۷۸؛ کوئینگ (Koenig) و همکاران، ۱۹۹۲؛ نیل من (Nealman) و پرساد (Persaud)، ۱۹۹۵). پژوهش‌ها نیز بیان‌گر آنند که معتادین در مقایسه با افراد بهنجار بیشتر از روش‌های مقابله ناکارآمد و متمرکز بر هیجان و کمتر از روش‌های مقابله متمرکز بر مسئله در رویارویی با استرس استفاده می‌کنند (پهلوانی و همکاران، ۱۳۷۸؛ جوانبخت، ۱۳۷۸). هم‌چنین فقدان اعتقادات دینی به عنوان یک عامل پیش‌بینی‌کننده قوی در مصرف مواد مخدر مطرح شده است (گورساج و همکاران، ۱۹۸۱ به نقل از کوئینگ، ۱۹۹۲).

گارتنر (۱۹۹۶) طی مرور یازده پژوهش در این خصوص اظهار داشت که داشتن اعتقادات دینی با کاهش استفاده از مواد مخدر مرتبط است (به نقل از: بیکل و همکاران، ۱۹۹۸).

لارچ و هاگس (Larch & Hughes، ۱۹۸۵) طی پژوهشی که بر روی ۱۴۰۰۰ نفر انجام دادند دریافتند که هر اندازه اعتقادات دینی فرد قوی‌تر باشد، میزان سوء مصرف مواد کاهش می‌یابد. کوئینگ و همکاران (۱۹۹۲) طی پژوهشی دریافتند هر اندازه فرد خودش را کمتر متدین

گزارش کرده و کمتر از راهکارهای دینی در زندگی استفاده کند، احتمال سوء مصرف مواد و داروهای محرک در او بیشتر است.

نکته مهم تر این که دین دار بودن (به ویژه دین درونی) نه تنها در گرایش و مصرف مواد نقش پیش گیری کننده دارد، بلکه در ترک مصرف مواد نیز عامل مؤثری است. ویلسون (۱۹۶۸) طی بررسی های خود به این نتیجه رسید که وقتی فرد مصرف مواد را کنار می گذارد که یک تغییر مثبت در او نسبت به دین ایجاد شده باشد. حتی برخی پژوهش گران بر این باورند که اثرات مفید گروه الکلی های بی نام در کمک به ترک الکل به ابعاد دینی و معنوی برنامه های دوازده گانه ترک مربوط است (به نقل از: کوئینگ و همکاران، ۱۹۹۲).

با توجه به پژوهش های پیشین در تأیید نقش باورها و اعمال دینی در پیش گیری و درمان اعتیاد و تأکید فزاینده روان شناسان بر نقش شیوه های مقابله در سبب شناسی سوء مصرف مواد، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میزان به کارگیری مقابله های دینی در اعتیاد اجرا شد. در این مطالعه سعی شده است تا میزان به کارگیری مقابله های دینی در افراد معتاد با غیر معتاد صورت گیرد و نقش تحصیلات و سن در به کارگیری راهبردهای مقابله دینی مطالعه شود.

روش پژوهش

مطالعه حاضر نوعی مطالعه پس رویدادی است که با هدف مقایسه میزان به کارگیری مقابله های دینی افراد معتاد و غیر معتاد اجرا شد. بدین منظور، دو گروه معتاد (۳۴ نفر) و غیر معتاد (۳۱ نفر) انتخاب شدند. گروه معتادان از بین مراجعان به مراکز خود معرف ترک اعتیاد شهر زاهدان انتخاب شدند و آزمودنی های گروه آزمایشی نیز از بین همراهان غیر معتاد افرادی که برای ترک اعتیاد مراجعه می کردند، انتخاب شده و با توجه به متغیرهای سن، جنسیت و شغل همتاسازی شدند. گفتنی است اجرای پژوهش بر روی ۹۰ نفر انجام شد، ولی در تحلیل نهایی برخی پاسخ نامه ها به دلیل نقص در تکمیل اطلاعات، حذف شدند و در نهایت، فقط نتایج ۶۵ آزمودنی تحلیل شد.

جمع آوری اطلاعات با «پرسش نامه مقابله دینی» به شکل انفرادی صورت گرفت. پرسش نامه مقابله دینی شامل ۳۴ عبارت است که بر اساس مقیاس چهار گزینه ای لیکرت نمره گذاری می شود. حداکثر نمره فرد در این آزمون ۱۰۲ است که هر چه فرد در این آزمون نمره بالاتری کسب کند، دلالت بر استفاده بیشتر از مقابله دینی دارد. این پرسش نامه را در سال ۱۳۷۵، پهلوانی، دولتشاهی و

واعظی تهیه و در پژوهشی مجزا اعتباریابی کرده اند. اعتبار این آزمون با استفاده از روش بازآزمون ۸۲٪ بود. نتایج با استفاده از آزمون آماری t و ضریب هم بستگی پیرسون تجزیه و تحلیل گردید.

نتایج و بحث در نتایج

هم چنان که گفته شد، در این پژوهش دو گروه معنادار و غیر معنادار که جمعاً ۶۵ نفر بودند، شرکت داشتند. ویژگی های جمعیت شناسی افراد دو گروه در متغیرهای تحصیلات، شغل و دین در جدول شماره ۱-۱ ارائه شده است.

جدول شماره ۱-۱: ویژگی های دموگرافیک دو گروه در متغیرهای تحصیلات، شغل و دین

مذهب	شغل	تحصیلات	گروه	
			معتاد	غیر معنادار
تشیع	کارگر کارمند آزاد کشاورز سایر	بی سواد ابتدایی سیکل دیپلم بالاتر از دیپلم	۱۲٪	۹٪
سنن			۲۲٪	۲۸٪
			۲۹٪	۱۱/۵٪
			۲۰٪	۲۷/۵٪
			۹٪	۳۱٪
			۱۵٪	۲۰٪
			۸۵٪	۴۰٪
			۱۰٪	۲۴٪
			۹۰٪	۳٪
			۱۳٪	۳۰٪
			۱۳٪	۵٪

تعداد زن ها در هر گروه معنادار و غیر معنادار ۸ نفر بود. به علاوه، آزمون t بین دو گروه از لحاظ سن تفاوت معناداری را نشان نداد، یعنی دو گروه از لحاظ سن با یک دیگر تفاوت معناداری نداشتند (جدول ۱-۲)

جدول ۱-۲: میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون t در گروه از لحاظ سن

P	آزمون t	انحراف معیار	میانگین	سن گروه	
				معتاد	غیر معنادار
		۹ / ۳	۳۲ / ۵۵		
۰ / ۰۵	۱ / ۱				
N.S		۱۰	۳۵ / ۸		

Not significant

$$/ 05 t(65) = 1 / 68$$

برای آزمون فرضیه اول پژوهشی مبنی بر این که افراد غیر معتاد نسبت به افراد معتاد بیشتر از مقابله‌های دینی استفاده می‌کنند، میانگین نمره آزمودنی‌های دو گروه در پرسش‌نامه مقابله دینی با هم مقایسه شد که نتایج در جدول ۱-۳ ارائه شده است.

جدول ۱-۳: میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون t دو گروه در مقابله دینی

مقابله دینی / گروه	میانگین	انحراف معیار	آزمون t	سطح معنی داری
معتاد	۷۰ / ۸۱	۱۰ / ۰۲	۳ / ۷	۰ / ۰۰۰
غیر معتاد	۸۷	۸ / ۸		

*Significant

$$/ ۰۵ t (۶۵) = ۱ / ۶۸$$

هم‌چنان که در جدول ۱-۳ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون t تفاوت معناداری را بین افراد معتاد و غیر معتاد در به کارگیری مقابله‌های دینی نشان داد، یعنی افراد معتاد نسبت به افراد غیر معتاد به طور معناداری کمتر از شیوه‌های مقابله دینی در رویارویی با استرس‌ها استفاده می‌کنند. این یافته به طور غیر مستقیم تأییدکننده اثرات پیش‌گیری‌کننده اعمال باورهای دینی در خصوص مصرف مواد مخدر است و با یافته‌های گارتنر (۱۹۹۶)؛ لارچ و هاگس (۱۹۸۵)؛ کوئینگ و همکاران (۱۹۹۲) هماهنگ است. به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که انجام اعمال دینی یا داشتن باورهای دینی در برخورد با استرس‌های زندگی باعث تخفیف اثرات استرس شده و فرد را از مصرف مواد یا پناه بردن به الگوهای رفتاری نامناسب باز می‌دارد. به عبارت دیگر، این تفاوت می‌تواند به ماهیت دین‌دار بودن افراد مرتبط باشد، به طوری که داشتن باورهای دینی (که با روش‌های مقابله دینی هم‌بستگی بالایی دارد) و جایز ندانستن مصرف مواد مخدر باعث جلوگیری و بازداری فرد از مصرف این مواد می‌شود.

از طرف دیگر، برخی محققان گزارش کرده‌اند که با افزایش سن احتمالاً میزان اعتقادات دینی افراد بیشتر شده و لذا میزان به کارگیری مقابله‌های دینی نیز بیشتر می‌شود. نتایج مطالعه ما در این رابطه هم‌بستگی معناداری را بین متغیر سن و مقابله دینی نشان نداد ($r=۰.۷$). یکی از

دلایل عدم ارتباط بین سن و به کارگیری مقابله دینی در مطالعه حاضر دامنه نسبتاً محدود سنی (۲۱-۵۵) اکثر آزمودنی‌های مطالعه است. به طوری که میانگین سن آنها حدود ۳۵ سال بود و این احتمال وجود دارد که با گسترش دامنه سنی افراد مورد بررسی، نتیجه تغییر کند.

گزارش‌های دیگر در ادبیات تحقیق بیان گر این است که میزان به کارگیری مقابله‌های دینی در افراد با سطوح تحصیلی مختلف متفاوت است (پهلوانی و همکاران، ۱۳۷۵؛ کراوس، ۱۹۹۸) در این راستا نیز پژوهش گران فرضیه‌ای طرح و چندین مقایسه آماری انجام دادند. ابتدا کل آزمودنی‌های مطالعه (معتاد و غیر معتاد) بر حسب تحصیلات به دو گروه کلی زیر دیپلم و بالاتر از دیپلم تقسیم شدند. سپس نمرات مقابله دینی آنها مقایسه شد، همان‌طور که در جدول ۱-۴ مشاهده می‌شود، نتایج تفاوت معناداری را بین دو گروه نشان نداد و

جدول ۱-۴: میانگین، انحراف معیار و مقدار t نمره مقابله دینی کل افراد معتاد بر حسب تحصیلات

متغیر گروه	میانگین	انحراف معیار	آزمون t	P
معتاد	۷۴ / ۴	۱۴	٪۶۹	۰ / ۰۵
غیر معتاد	۷۸ / ۷	۲۴ / ۲۵		N.S

$$/۰۵ t(۶۵) = ۱ / ۶۷$$

علی‌رغم این که افراد با تحصیلات زیر دیپلم نسبت به افراد تحصیلات بالاتر به کارگیری مقابله‌های دینی بیشتری را گزارش کردند، اما تفاوت بین دو گروه تحصیلی از لحاظ میزان استفاده از مقابله‌های دینی معنادار نیست. این یافته با نتایج برخی مطالعات گزارش شده هماهنگ نیست. یکی از علل این ناهماهنگی می‌تواند به نوع آزمودنی‌های شرکت‌کننده در مطالعه مربوط باشد، چرا که آزمودنی‌های مطالعه کراوس (۱۹۹۸) را صرفاً افراد سال‌مند تشکیل می‌دادند و در مطالعه پهلوانی و همکاران (۱۳۷۵) نیز نمونه پژوهش شامل دانشجویان گروه پزشکی بود.

مقایسه نمرات مقابله دینی در دو سطح تحصیلی ذکر شده در هر گروه (معتاد و غیر معتاد) به

طور جداگانه نیز انجام شد که باز هم تفاوت معناداری بین دو گروه تحصیلی از لحاظ میزان به کارگیری مقابله دینی مشاهده نشد (جدول ۱-۵)

جدول ۱-۵: میانگین، انحراف معیار و مقدار t نمره مقابله دینی افراد معنادار بر حسب تحصیلات

متغیر / گروه	میانگین	انحراف معیار	آزمون t	P
معتاد	۶۵ / ۵	۱۰ / ۱	۹٪	۰ / ۰۵ N.S
غیر معنادار	۷۲ / ۸۵	۲۸ / ۳		

$$/۰۵t(۶۵) = ۱/۶۷$$

در گروه افراد غیر معنادار مقدار t محاسبه شده ۱/۳۶ به دست آمد که باز هم تفاوت معنادار نبود. به طور کلی می توان نتیجه گرفت که گرچه در هر سه مقایسه افراد با تحصیلات زیردیپلم نسبت به افراد با تحصیلات بالای دیپلم اندکی بیشتر از مقابله های دینی استفاده می کردند، این تفاوت از لحاظ آماری معنادار نبود.

در پایان ذکر این نکته لازم است که مطالعه حاضر نیز مثل هر پژوهش دیگر محدودیت های خاص خود را دارد. حجم نسبتاً کم و انتخاب غیر تصادفی نمونه های پژوهش و عدم کنترل برخی از متغیرهای مداخله گر (دین درونی- بیرونی و وضعیت اقتصادی- اجتماعی) از جمله محدودیت های پژوهش حاضر هستند، لذا باید در تفسیر و تعمیم نتایج بسیار محتاط بود. نتایج حاضر را می توان با در نظر گرفتن محدودیت ها به عنوان سندی علمی برای ارائه آموزش های الهی و معنوی و مداخلات درمانی با محتوای روحانی و مشاوره دینی برای افراد تحت استرس تلقی کرد و از یافته حاضر به منظور آموزش افراد در مواجهه با استرس های زندگی کمک گرفت.

کتاب نامه:

- صفهانی، محمد مهدی (۱۳۷۴)، «بهره‌گیری از برخی رهنمودهای الهی در پیش‌گیری و رویارویی با پیامدهای استرس»، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۴.
- اردوباری، احمد (۱۳۶۶)، راز طول عمر، جلد اول، انتشارات هدی.
- پهلوانی، هاجر؛ ملکوتی، کاظم و براهنی، محمد تقی (۱۳۷۵). بررسی میزان استرس، شیوه‌های مقابله و وضعیت سلامت روانی افراد ناباور، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- پهلوانی، هاجر؛ کیانپور، محسن و عیدوزهی، محمد (۱۳۷۸). «مقایسه شیوه‌های مقابله‌ای در افراد معتاد با غیر معتاد»، ارائه شده در اولین کنگره سراسری راهکارهای بهداشتی مبارزه با اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان.
- پهلوانی، هاجر؛ دولتشاهی، بروز و واعظی، سید احمد (۱۳۷۵)، «بررسی رابطه بین به کارگیری مقابله‌های دینی و سلامت روانی»، اولین همایش نقش دین در بهداشت روان، سال ۱۳۷۶.
- جوانبخت، مریم (۱۳۷۸)، «مقایسه شیوه‌های مقابله‌ای و نگرش‌های ناسالم در معتادان مواد مخدر با گروه شاهد غیر معتاد»، اولین کنگره سراسری راهکارهای بهداشتی مبارزه با اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان.
- داویدیان، هاراطون (۱۳۷۶)، «بهداشت روان از دیدگاه ادیان توحیدی»، اولین همایش نقش دین در بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، آذرماه ۱۳۷۶.
- سرگلزایی، محمدرضا (۱۳۸۰)، ترک اعتیاد موفق، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی مشهد.
- Bickal, C and etal (1998), "Perceived Stress-religious coping styles and depressed effect", *Journal of psychology and chyistianity*, 17(1), pp-42.
- Carver, C. S; Schier, M. F. and weintran, J. K (1989), "Assessing coping strategies: A heoretically based approach", *Journal of personality and social psychology*, vol.56, No.2, p.267-283.
- Hynes, G., J. Callan, v.g.; Terry, D. J. and Gallois, C. (1992), "The psychological well-being of infertile woman after a failed IVF attempt: The effect of coping", *Journal of Medical psychology*, vol.65, p.269-278.
- Koenig, H. G. (1992), Religion and prevention of illness in Later Life In K. I. Pargament K. I. Maton & Hess, R. E. (eds). *Religion and prevention in mental health*, Research Division, and Action Aaworth Press Inc.
- Larch, B. & Hughes, H (1985), "Religion and youth substance Use", *Journal of religious and Health*, 24 (3), p.197-206.
- Nealman, J. & Persaud, R. (1995), "Why do psychiatrists neglect religion", *British Journal of Medical psychology*, 63, p.169-78.
- Roberts, K. A. (1992), *A Sociological overview: mental health implications of religio-cultural megu-trends in the united state*. In Pargament, K. T. Maton, I and Hess, R. E. (Editors), *Religion and Prevention in Mental Health*, Haworth press Inc.
- Tix, A. P., Frazier, P. A. (1998), "The use of religious coping during stressful Life svents", *Journal consulting and clinical Psychology*, 66 (2), p.417-422.