

بررسی تطبیقی - تلفیقی نقش جهت‌گیری‌های دینی و معنوی در ترک پایدار مواد مخدر در منطقه کاشان

محسن نیازی^۱، سید سعید حسینی‌زاده آرانی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۷/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۱/۱۰

چکیده

هدف: پایداری در درمان به معنی دوره‌های طولانی‌مدت و بدون لغزش در مصرف مواد مخدر می‌باشد و میزان مقاومت و پایداری فرد را در برابر مصائب و مشکلات ناشی از رفع وابستگی به مواد نشان می‌دهد. هدف از این پژوهش بررسی تطبیقی نقش جهت‌گیری‌های دینی و معنوی در ترک پایدار مواد مخدر در منطقه کاشان می‌باشد. **روش:** این پژوهش یک مطالعه تطبیقی- تلفیقی و به لحاظ هدف، کاربردی است. جامعه آماری در بخش کیفی شامل سه گروه متخصصین درمانی و پژوهشگران اعتیاد، افراد موفق به ترک اعتیاد و خانواده‌های این افراد بوده و در بخش کمی شامل بهبودیافتگان و بیماران اعتیاد در سال ۱۳۹۷ در شهر کاشان می‌باشد. با استفاده از روش‌های نمونه‌گیری هدفمند و طبقه‌ای تصادفی، ۳۱ نفر در بخش کیفی و ۳۴۳ نفر در بخش کمی به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. مصاحبه نیمه‌متمرکز و ترکیبی از پرسش‌نامه‌های استاندارد پارگامنت، آلپورت و مقیاس‌های محقق ساخته استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای اس پی اس اس، لیزرل و MAXQDA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج در حوزه ترک پایدار نشان داد جهت‌گیری‌های دینی و معنوی بیماران در سه حوزه، فرایند درمان پایای اعتیاد را متأثر می‌سازند. حوزه کارکردهای دینی/درمانی (تحرك و انگیزه بخشی درمانی، نیل به آرامش روان، نفی خودمحوری، ادراک جریان یابی معنوی زندگی، تغییر منبع تأیید ارزشی، خودکنترلی درمانی)، حوزه الزامات دینی/درمانی (تحدید مشارکت مناسکی جمعی، پرهیز از مناسک گرایبی دینی) و ابزار پاک (گروه‌درمانی دینی). در بعد تحلیلی، مدل‌سازی معادلات ساختاری نشان داد تأثیر جهت‌گیری دینی و معنوی بر ترک پایدار مواد مخدر مستقیم و نسبتاً قوی است. شاخص‌های برازش مدل نشان داد داده‌های جمع‌آوری شده به خوبی مدل مفهومی را مورد حمایت قرار می‌دهند. **نتیجه‌گیری:** جهت‌گیری‌های دینی و مذهبی قوی با ارتقاء سلامت معنوی فرد به کاهش مشکلات روحی و روانی و مقابله مفیدتر کمک کرده و سبب می‌شوند که فرد توان بالاتری برای باقی ماندن در فرایند ترک اعتیاد داشته باشد و از تزلزل و لغزش به سمت اعتیاد جلوگیری به عمل می‌آورد.

کلیدواژه‌ها: ترک پایدار، جهت‌گیری دینی/معنوی، کارکردهای دینی-درمانی، الزامات دینی/درمانی

۱. استاد گروه علوم اجتماعی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.

۲. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری مسائل اجتماعی ایران، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران، پست الکترونیکی: hoseynizadeh69@ut.ac.ir

مقدمه

هر جامعه‌ای بنا به ساختار خاص خود، دارای مشکلاتی است که لازمه حل یا کاهش آثار این مسائل، به دست آوردن شناختی عمیق، دقیق و علمی است. برخی از این مشکلات، جنبه فراگیرتر و بعد آسیب‌زننده تری برای جوامع داشته و از این حیث نزد صاحب‌نظران به مثابه «مسئله اجتماعی»^۱ شناخته می‌شود. اصطلاح مسئله اجتماعی برای وضعیت‌ها، فرایندها، تنظیمات اجتماعی و نگرش‌هایی به کار برده می‌شود که غالباً نامطلوب، منفی و تهدیدکننده منافع شخصی یا ارزش‌هایی مانند انسجام اجتماعی، حفظ نظم و قانون، معیارهای اخلاقی، ثبات نهادهای اجتماعی، رفاه اقتصادی یا آزادی‌های فردی در نظر گرفته می‌شود (معدفر و ستار، ۱۳۸۸). این وضعیت نه تنها با ارزش‌های شمار زیادی از شهروندان یک اجتماع، مغایرت و تضاد دارد، بلکه اعتقاد بر آن است که باید برای تغییر آن اقدام صورت گیرد (رابینگتن و واینبرگ، ۱۳۹۰). شناسایی یک پدیده یا موضوع به مثابه مسئله اجتماعی، مستلزم آن است که این پدیده در قالب یک نظام اجتماعی و سیاسی، دارای واقعیتی عینی بوده، شیوع و گسترده‌گی داشته و پیامدها و عوارضی بر آن مترتب باشد که اعتیاد واجد تمامی این خصائل است (نقدی، رضایی و زندی، ۱۳۹۴). نتایج پیمایش ملی ارزش‌ها و نگرش‌ها در ایران نشان داده که اعتیاد پس از بیکاری و گرانی، یکی از مهم‌ترین مسائل اجتماعی از جانب ایرانیان شمرده شده، پدیده‌ای است که همراه با آن توانایی جامعه در سازمان‌یابی و حفظ نظم موجود از بین می‌رود، عملکرد بهنجار حیات اجتماعی مختل شده و باعث دگرگونی‌های ساختاری در نظام اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی یک اجتماع می‌شود (ناصری، محمدی و دوله، ۱۳۹۲).

بر اساس آخرین آمارهای ارائه شده از سوی سازمان مبارزه با مواد مخدر (۱۳۹۶)، در حدود دو میلیون و هشتصد هزار نفر از شهروندان ایرانی به اعتیاد آلوده شده‌اند و با وجود اقدامات گسترده‌ای که در خصوص جلوگیری و کاهش مصرف و تنزل قاچاق مواد صورت گرفته، همچنان نرخ اعتیاد به مواد و عود مجدد پس از ترک، فزاینده می‌باشد. عود اعتیاد تأثیرات زیادی بر فرد و جامعه دارد. فردی که پس از ترک دوباره به سوی مواد

باز می‌گردد، احساس گناه، ناامیدی، خجالت و عصبانیت گریبانگیر او می‌شود. عود مکرر از فعالیت‌های روزمره فرد جلوگیری کرده، اعتماد به نفس، مسئولیت‌پذیری و کارآمدی فرد را کاهش داده و به تبع آن تأثیرات زیادی بر خانواده می‌گذارد؛ مشکلات خانوادگی از سر گرفته می‌شود، بی‌اعتمادی اعضای خانواده به فرد معتاد تقویت شده و ترک بعدی و پذیرش آن را مشکل‌تر می‌سازد. حرمت‌های خانوادگی از بین رفته و بنیان خانوادگی سست و متزلزل می‌شود (گلستانی، ۱۳۸۷). تلاش‌ها برای درمان این گروه از شهروندان همواره در جریان بوده و سعی شده تا بیماران اعتیاد به نوعی «ترک پایدار» نائل شوند. ترک پایدار اعتیاد، فرایندی مثبت بوده که شامل عدم بازگشت مجدد به مصرف مواد در چند حالت می‌باشد: عدم افزایش مقدار مصرف مواد مخدر نسبت به قبل، مصرف نکردن مواد جدید طی فرایند ترک و قطع مواد مخدر، انجام حرکات و رفتارهایی که نشانه‌ای از بهبودی و عدم تمایل به مصرف و همچنین روی‌نیاب کردن مجدد فرد به اعتیاد است (مقرب، رضوانی و محمودی‌راد، ۱۳۸۳). پایداری در درمان اشاره به دوره‌های طولانی مدت و بدون لغزش در مصرف مواد مخدر دارد (کشاورز و همکاران، ۱۳۹۳) و میزان مقاومت و پایداری فرد را در برابر مصائب و مشکلات ناشی از رفع وابستگی به مواد نشان می‌دهد.

یکی از مهم‌ترین مقوله‌هایی که نگرش به مصرف مواد مخدر را منفی کرده، تمایل به ترک را گسترش بخشیده و نقش مؤثر و نافذی در ترک پایدار اعتیاد دارد؛ جهت‌گیری‌های دینی و معنوی بیماران است. پژوهش‌ها حاکی از این هستند که داشتن نگرش‌ها و باورهای مذهبی و اعمال معنوی با کاهش استرس‌های روان‌شناختی و پیشگیری از رفتارهای پرخطری همچون سیگار کشیدن، مصرف الکل و مواد مخدر همراه بوده است. نتایج مطالعه یوسفی‌افراشته و همکاران (۱۳۹۴) حاکی از این است که ارتباط با معنویت در کنار تغییر فضای دوستی، حمایت و پذیرش خانواده، آشنایی با تجربه‌های موفق ترک و شرکت در جمع و محیط‌های پذیرنده نقش مؤثری در پایداری ترک اعتیاد دارد. نقیعی، اشعری، رستمی و حسینی (۱۳۹۴) طی پژوهشی نشان دادند که تقویت ابعاد معنوی زندگی سبب ارتقاء سلامت روان، کاهش اختلالات روانی، کاهش تمایل به مصرف مواد و استمرار دوره درمان اعتیاد می‌شود. ارزیابی‌های پژوهشی محمدخانی، یگانه

و کریم پور (۱۳۹۴) حاکی از این است که جهت‌گیری‌های مذهبی به واسطه تأثیرات مهمی که در زندگی افراد دارند، یک روش مقابله‌ای مؤثر در برابر رفتارهای انحرافی بوده و با تقویت روحیه مهارگری می‌توان از بروز خطرپذیری و رفتارهای انحرافی نظیر اعتیاد پیشگیری کند. ندیمی (۱۳۹۴) طی پژوهشی نشان داد این نهاد اجتماعی می‌تواند مصرف مواد و بهبودی از آن را از طریق برقراری یک نظم اخلاقی تحت تأثیر قرار داده و با ارائه راهنمایی‌ها و قواعد خاص اخلاقی به منظور کنترل خویشتن (نظیر امتناع از مصرف)، تعهدات اخلاقی آنان را تحکیم بخشیده و مانع از مصرف شود. صادقیان و صادقیان (۱۳۹۵) با بررسی تأثیر اعتقادات دینی و تربیت اسلامی در پیشگیری و درمان اعتیاد جوانان بدین نتیجه رسیدند که اعتقادات و باورهای دینی و مذهبی، پایگاه و تکیه‌گاه محکم افراد جامعه در مواجهه و مقابله با مشکلات، مصائب و محرومیت‌های زندگی بوده و می‌تواند پشتوانه‌ای عظیم و همه‌جانبه برای مقابله با انواع رفتارهای پرخطر نظیر اعتیاد باشد.

به اعتقاد کولهارا^۱ و همکاران (۲۰۰۹) راهبردهای مقابله‌ای و تکنیک‌های حل مشکل با استفاده از معنویت، کاربردهای سازگارانه‌ای در ترک و تداوم درمان اعتیاد دارد. یانگ^۲ و همکاران (۲۰۰۹) با مطالعه زنان مبتلا به سوءمصرف مواد مخدر نشان دادند یکی از عوامل فزاینده کارآمدی درمان اعتیاد، ارتقاء معنویت بیماران بوده و تضعیف ابعاد روحانی و معنوی انسان نقش مؤثری در شروع مصرف مواد مخدر دارد. یانکر، اشنابلراچ و دی‌هان^۳ (۲۰۱۲) اذعان داشته‌اند که مذهب به واسطه مدیریت استرس و رنج‌های زندگی از طریق برخی روش‌های جایگزین، میزان مصرف مواد را کاهش می‌دهد. مطالعات موسکاتی و مزوک^۴ (۲۰۱۴) حاکی از ارتباط معکوس میان مصرف مواد مخدر و دین‌داری بود. در مجموع، ارزیابی پژوهش‌های موجود در این حوزه نشان می‌دهد که عمده مطالعات موجود گرایشی نظری و آماری دارند؛ در نیمی از این پژوهش‌ها ارتباط میان دین و جهت‌گیری‌های دینی با اعتیاد صرفاً به صورت نظری و از سوی دیگر به شکل آماری و در قالب مطالعات کمی مورد سنجش واقع شده‌اند. همچنین در عمده این

1. Kulhara
2. Yong

3. Yonker, Schnabelrauch, & DeHaan
4. Moscati, & Mezuk

مطالعات متغیرهای «گرایش به اعتیاد» و «پیشگیری از اعتیاد» ملاک ارتباط با دین‌داری و جهت‌گیری‌های دینی قرار گرفته و بدین صورت مبحث درمان پایدار مورد غفلت واقع شده است. لذا با توجه به اهمیت و تأثیر نافذ جهت‌گیری‌های دینی و معنوی، این پژوهش در راستای بررسی تطبیقی- تلفیقی نقش جهت‌گیری‌های دینی و معنوی در ترک پایدار مواد مخدر در منطقه کاشان هدف‌گذاری شده است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش یک مطالعه تطبیقی- تطبیقی و به لحاظ هدف، کاربردی است. جامعه آماری در بخش کیفی شامل سه گروه متخصصین درمانی و پژوهشگران اعتیاد، افراد موفق به ترک اعتیاد و خانواده‌های این افراد بوده و در بخش کمی شامل بهبودیافتگان و بیماران اعتیاد در سال ۱۳۹۷ در شهر کاشان می‌باشند که با استفاده از روش‌های نمونه‌گیری هدفمند و طبقه‌ای تصادفی، ۳۱ نفر در بخش کیفی و ۳۴۳ نفر در بخش کمی به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. به تناسب موضوع، دسترسی و میزان پاسخ‌گویی جامعه آماری و با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، ۱۰ نفر از متخصصین و خبرگان امر درمان و پژوهش اعم از جامعه‌شناسان، روان‌شناسان، روان‌پزشکان، پزشکان و مشاورین ترک اعتیاد، ۱۴ نفر از افراد موفق به ترک که میزان پاک‌ی بین ۸ تا ۱۵۶ ماه داشته و ۷ نفر از اعضای خانواده این دسته از افراد شامل والدین، برادران و همسران آنها به‌عنوان نمونه در بخش کیفی و ۳۴۳ نفر از بهبودیافتگان و بیماران اعتیاد در بخش کمی به صورت طبقه‌ای تصادفی انتخاب شدند.

روند اجرا

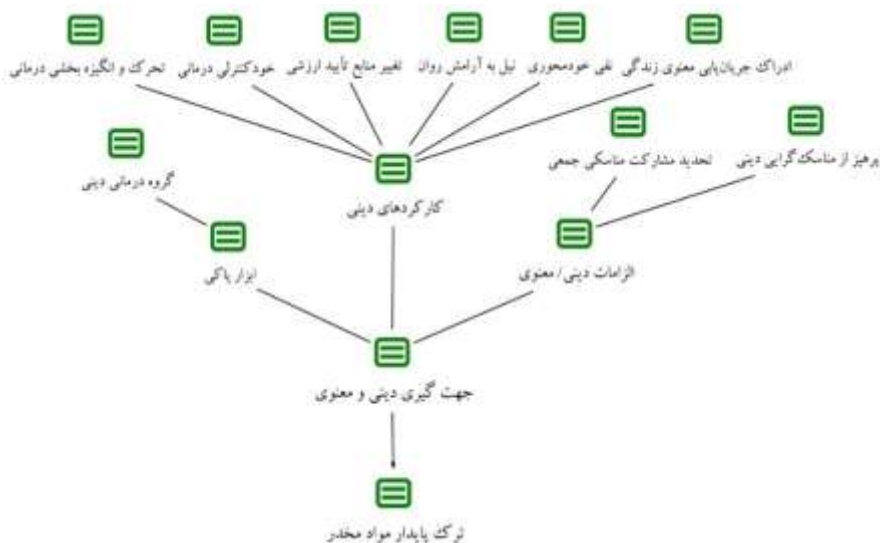
در این پژوهش داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه‌متمرکز گردآوری شده است. سؤالات مورد استفاده در این پژوهش در چند محور اصلی مطرح شده‌اند؛ «اعتقادات دینی و جهت‌گیری‌های معنوی بیماران چه نقشی در فرایند درمان آنان ایفا کرده است؟ کارکردهای دین و اعتقادات دینی برای بیماران در بدو فرایند ترک اعتیاد چیست؟ سازوکارهای دینی از چه مسیری فرایند ترک اعتیاد را همراهی کرده است؟ مشارکت

دینی بیماران در جریان ترک اعتیاد واجد چه ابعادی بوده است؟^۱. پیکربندی این سؤالات در جریان مصاحبه‌ها و به فراخور گروه‌های هدف مورد بررسی تغییر یافته است. هر مصاحبه در حدود ۳۵ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامیده و پس از ضبط مکالمه، متن آن با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA مورد ارزیابی قرار گرفته و برای تحلیل داده‌ها از انواع کدگذاری باز، محوری و گزینشی که روش رایج در نظریه زمینه‌ای می‌باشند، بهره گرفته شد. در کدگذاری اولیه ۳۷ کد باز از تحلیل مصاحبه‌ها استخراج شد. سپس بر اساس محتوا در قالب مقولات عمده دسته‌بندی شده و در نهایت با ترکیب کدها، مقولات محوری استخراج و با پالایش نظری آن‌ها، حول یک هسته مرکزی که همان ترک پایدار مواد مخدر است، جای گرفتند. در راستای افزایش اعتبار کدها و مقولات شکل گرفته، از سه عنصر اعتبارپذیری، انتقال‌پذیری و تأییدپذیری گوبا و لینکلن استفاده شد. در بعد کمی، به منظور آزمون مدل استخراجی در بخش کیفی از روش پیمایشی با ابزار پرسش‌نامه بهره گرفته شد. ابزار به کار گرفته شده برای سنجش جهت‌گیری دینی و معنوی، ترکیبی از مقیاس جهت‌گیری معنوی آلپورت و مقابله مذهبی پارگامنت^۱ بوده و به منظور سنجش ترک پایدار مواد مخدر از مقیاس سه گویه‌ای محقق ساخته با محتوای ترک اعتیاد، مدت زمان پاک‌ی و پایداری/ ناپایداری در درمان اعتیاد استفاده شد. در عین حال، پیرامون برخی ابعاد جهت‌گیری دینی و معنوی، از گویه‌های محقق ساخته بهره گرفته شده است. برای تعیین اعتبار و روایی از روایی صوری (قضاوت بر مبنای نظر داوران) و روش آلفای کرونباخ استفاده شد. همسانی درونی مقیاس جهت‌گیری درونی آلپورت در پژوهش‌های شفیع و همکاران (۱۳۹۱) به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ و اعتبار بازآزمایی آن توسط جان بزرگی ۰/۷۴ گزارش شده است. اعتبار این مقیاس نیز در پژوهش از طریق محاسبه ضریب هماهنگی درونی به ترتیبی ۰/۸۲ و ۰/۷۹ برآورد شده است. اعتبار و روایی این آزمون در مطالعات خارجی که تعداد آن‌ها به بیش از ۱۴۰ مورد می‌رسد (تریمبل، ۱۹۹۷)، در حد بالا و قابل قبول گزارش شده است (پرتو، ۱۳۹۴). روایی همزمان مقیاس مقابله مذهبی پارگامنت در پژوهش‌های مختلف مورد ارزیابی قرار گرفته که همبستگی بین

نمرات حاصل از کاربرد هم‌زمان دو مقیاس به میزان ۰/۶ بوده و برای ارزیابی اعتبار آزمون، ضریب آلفای کرونباخ مورد استفاده واقع شده که در خرده‌مقیاس مقابله مذهبی مثبت، ۰/۸۶ و در مقابله مذهبی منفی ۰/۶۵ بوده و با نتایج حاصل از پژوهش پارگامنت (۲۰۰۴) همخوانی داشته است (شهسواری و احمدی، ۱۳۹۵). در این پژوهش برای ارزیابی اعتبار هر دو مقیاس جهت‌گیری معنوی و مقیاس ترک پایدار مواد مخدر از اعتبار‌صوری و توافق‌داوران در مورد گویه‌ها بهره‌برده شده و آلفای کرونباخ محاسبه شده برای هر سه مقیاس جهت‌گیری دینی و معنوی آلپورت و پارگامنت و مقیاس ترک پایدار مواد مخدر، بالاتر از حد مطلوب ۰/۷ گزارش شده است. همچنین برای تحلیل اطلاعات، نرم‌افزار اسپاس و نرم‌افزار مدل‌سازی معادلات ساختاری لیزرل به کار گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج کیفی پژوهش در حوزه ترک پایدار و ماندگاری درمانی حاکی از این مسئله است که جهت‌گیری‌های دینی و معنوی بیماران در ابعاد اعتقادی و مناسکی در سه حوزه فرایند درمان پایای اعتبار را متأثر می‌سازند: حوزه نخست، حوزه کارکردهای دینی می‌باشد، بدین معنی که پایبندی به اصول و معارف دینی و توسل به دین چه کارکردی می‌تواند در مسیر درمان اعتیاد بر جای بگذارد. حوزه دوم، الزامات دینی/درمانی بوده که اشاره به برخی محدودیت‌های دینی در حوزه درمان اعتیاد داشته و حوزه سوم ابزارپاکی می‌باشد که حکایت از مسیرهایی دارد که از طریق آن‌ها ایمان و اعتقادات مذهبی بیماران در جهت بهبود روحیه درمانی و تقویت اعتماد به نفس و توانمندسازی روحی-روانی آنان، تقویت می‌شود.



نمودار ۱: کارکردها، الزامات و ابزار مؤثر بر ترک پایدار اعتیاد در حوزه جهت‌گیری‌های دینی و معنوی

یکی از منابعی که بیماران اعتیاد با اتکاء به آن سعی در کنار گذاشتن مواد مخدر می‌کنند، نیروهای دینی، و حیانی و معنوی می‌باشند. درست در لحظاتی که بیماران اعتیاد از همه چیز و همه کس بریده و در اصطلاح به عجز و ناتوانی ناشی از مصرف می‌رسند، زمانی که هیچ راهی به سوی آینده ملاحظه نکرده، همه پل‌های پشت سر خویش را خراب کرده و هیچ ناجی انسانی برای خویش متصور نیستند، به نیروهای دینی و معنوی توسل جست، نیروهای برتری که در وجود معبود خویش جست‌وجو کرده، بدان اعتقاد مستحکم و نیرومندی داشته و از آن به نیروی برتر یاد می‌کنند. اعتقاد و تعامل با این نیروی غیبی، نه تنها آرامش درونی آن‌ها را تأمین می‌کند بلکه راه جبران گذشته و بازگشت به زندگی را برای آن‌ها باز می‌گذارد. بدین لحاظ، نخستین نقش کارکردی نیروهای دینی و حیانی، تحریک بخشی به بیماران برای شروع فرایند ترک است، چرا که از نظر آن‌ها قوی‌ترین نیرویی که فراتر از نیروی مواد می‌تواند زمینه‌رهایی از مصرف را فراهم کند، قدرت نیروی برتر است. «خیلی از شروع ترک‌های این دسته از افراد در جلسات مذهبی صورت گرفته و مثلاً فرد به نیروی برتر از خود، مثلاً به ائمه قول داده که دیگه ترک کنه، یا در خیلی از مناسبت‌های دینی مصرف نمی‌کنند، یک جور احترام می‌گذارند» (بلندی،

کارشناس شبکه بهداشت)، «وقتی انسان عاجز می شود چکار می کند؟ زانو می زند و گریه می کند و از خدا کمک می خواهد. من هم زانو زدم، گریه کردم. ما معتقدیم فقط زور خداوند از مواد مخدر بیشتر است» (طاهر، ۱۲۰ ماه پاکي)، «درکل بحث ترک و کل امورات زندگی آگه خدا وجود نداشته باشه، انسان می لنگه. باید فرد از خدا کمک بگیره. من بعد از ۲۰ سال مصرف واقعاً بریده بودم، می گفتم دیگه من تا آخر عمر مصرف خواهم کرد. یه چشمه هایی از قدرت خدا رو دیدم، دنبالش رو گرفتم دیدم ما خوابیم و خاموش، خدا بیداره، دست آدم رو می گیرد، بیش از فرد عادی به ما کمک میکنه» (عباس، ۸ ماه پاکي)، «وقتی امید به خدا باشه، دلگرمی ایجاد میشه، پدرم میگه خدا یا شکر که تونستم امروز هم پاک شدم، سر سفره بر همه ما دعا میخونه» (فرزند فرد ترک اعتیاد کرده، ۳۶ ماه پاکي).

از میان آشکارترین خلأهایی که در بین بیماران در حال ترک مشاهده می شود، خلاء معنوی نقش مهمی دارد. به عبارتی، فرد برای این که بتواند در فرایند درمان ماندگاری از خود نشان دهد نیاز به چیزی دارد که بتواند حس تنهایی وی را برطرف سازد. نیاز به این دارد که خودمحوری خویش را با تمسک به یک نیروی دینی فراتر از خود درمان کند. عدم شکل گیری این رابطه میان وی و یک نیروی معنوی برتر که قدرت ارائه یک الگوی زندگی مطلوب را برای هدایت فرایند زیست آنها دارد، آنان را به سمت خودمحوری سوق داده است. در وهله نخست باید این خودمحوری که در تمامی نقاط زندگی آنان مشاهده می شود، درمان گردد. باید یاد بگیرند که «خودم خودمها» آنها را به سوی اعتیاد کشانده و تلاش های شان برای رهایی از اعتیاد به جایی نرسیده است. باید یاد بگیرند که برای رهایی از اعتیاد نیازمند تمسک به یک نیروی برتر از خویش برای رهایی از خودمحوری ها هستند. با این وجود، در نخستین ماه های ترک اعتیاد، این افراد اعتقاد زیادی به خدا به عنوان قدرت معنوی و برتر خویش نداشته و خدا را یکی از علل اصلی اعتیاد خویش می دانند. درکی از ارتباط با نیروی برتر ندارند و معتقدند که «اگر خدا نمی خواست ما معتاد نمی شدیم». به همین دلیل نیروی برتر خود را در وهله نخست در بین امور عینی جست و جو می کنند و این نیروی برتر در ماه های نخست ترک اعتیاد، مشاور و

راهنمای آن‌ها می‌باشد که آن‌ها را در مسیر ترک یاری می‌رسانند. «بیماران افرادی هستند که در واقع فقط ظاهر زندگی را می‌بینند، پس پرده نمی‌دانند چه اتفاقاتی دارد می‌افتد. اون خلأ معنوی و دور شدن و نداشتن رابطه آگاهانه با نیروی برتر هست که همان خدا می‌باشد. خیلی مهم است که بپذیریم بزرگترین خلأ آن‌ها، معنوی است. اون رابطه‌ای که نتوانسته‌اند با نیروی برتر برقرار کنند، باعث شده است این‌ها تبدیل به موجودات خودمحور بشوند: خودم می‌تونم، خودم بلدم، خودم خواستم، خودم میخام. این‌ها به مرور زمان یاد می‌گیرند که ما نمی‌توانیم، نمی‌دانیم، بلد نیستیم. وقتی این را یاد بگیرید، دنبال یک نیروی برتر می‌گردند که این نیرو در سه ماه تا ۶ ماه اول، مشاور و دوست وی می‌شود» (ملنی نژاد، مشاور درمانی). «خیلی از مصرف‌کنندگان مواد صنعتی به پوچی می‌رسند، احساس می‌کنند خدا دوستشان ندارد، اعمال دینی را به جانمی‌آورند. اگر این افراد یک دلخوشی داشته باشند این‌ها که اگر همه آن‌ها را طرد کنند لااقل اون بالای هوای ما رو داشته باشه، دیگه به سوی مواد نمی‌روند» (کدخدایی، کارشناس مرکز بهداشت).

ترک اعتیاد نیازمند آرامش روانی و درونی می‌باشد، آرامشی که می‌توان بخشی از آن را با اعتقاد قلبی به یک نیروی برتر به دست آورد. هنگامی که فرد بیمار خود را به این نیروی روحانی متصل کند و آن نیرو را حامی و پشتیبان اصلی خویش تصور کند، سعی خواهد کرد که وضعیت زندگی خویش را متناسب با آن نیرو تنظیم کرده و در مواجهه با هر مشکلی، به آن نیرو تمسک جوید. این مسئله منجر به توسعه نوعی آرامش روحی و روانی در بیمار می‌شود. «وقتی که توکل و اطمینان به خدا ایجاد میشه، قوت قلب و آرامشی برای فرد فراهم میشه که احساس می‌کند خدا به او داده است و این‌ها که یک کار مثبتی دارد انجام می‌دهد و پیش خدا عزیزتر است. این‌ها در ترک مؤثر است» (بلندی، کارشناس شبکه بهداشت)، «آدمی که دیندار است و اعتقاد و باور قلبی دارد، بهتر از سایرین درمان میشه. چراکه اعتقاد و باور به خدا، دین و هر چیز دیگه یا نیروی برتر، فرد را به لحاظ روحی و روانی آماده میکنه، دل و ذهنش رو آروم میکنه، فک میکنه یکی هست که دستش رو میگیره و ول نمیکنه» (جمالی، پزشک درمانگر).

توسلات دینی و اعتقادات مذهبی در عین این که منبع آرامش و قوت قلبی برای فرد بیمار می‌باشند، می‌توانند بر نگرش‌ها و ارزش‌هایی که فرد بدان‌ها اعتقاد دارد تأثیر گذاشته و آن را تغییر دهند. در بسیاری از موارد مشاهده می‌شود که بیماران اعتیاد به دنبال به اثبات رسانیدن خویش به دیگران بوده و سعی کرده تا با نشان دادن ارزش خویش به دیگران، تأیید ضمنی آن‌ها را به دست آورده و این مسئله به نوبه خود، مصرف را رقم می‌زند. در صورتی که فرد اعتقادات دینی محکمی داشته باشد و در زندگی خود ارزش‌های دینی را سرلوحه زندگی خویش قرار دهد، می‌تواند با تکیه بر این ارزش‌ها، منبع تأیید خویش را از دوستان مصرف‌کننده به نیروی برتر تغییر دهد. منبعی که دیگر برای اثبات خود به آن مجبور به مصرف مواد مخدر نیست. همچنین تغییر منبع ارزشی به منابع دینی فرد را از آسیب رساندن جسمانی و روانی عمده‌ی نیز بر حذر می‌دارد؛ چیزی که در مصرف مواد عیناً قابل مشاهده است. به‌عنوان مثال، در دین اسلام و بنابر اصول و رئوس ارزش‌های دینی حاکم بر آن، فرد به‌هیچ‌عنوان مجاز به آسیب رساندن به جسم و روان خویش و سایرین نیست. لذا با تمسک به ارزش‌های معنوی زمینه تغییر نظام ارزش‌دهی به فرد را فراهم ساخته و فرد به دنبال منبع خارجی برای تأیید خویش نمی‌گردد: «پرداختن به امور دینی ارزش‌های معتاد را متأثر می‌سازد، دیگر لازم نمی‌داند برای این که خود را فرد باارزشی بداند به دنبال تأیید فردی دیگری در پارک برود، در واقع تأیید خداوند را برای خود باارزش‌تر می‌داند، لذا با تأیید این‌ها نیازی به تأیید افراد دیگر که می‌خواهند او را به سمت اعتیاد ببرند، نمی‌بیند» (منایی، روان‌پزشک).

جهت‌گیری‌های دینی و معنوی زمینه خودکنترلی را فراهم می‌سازند، چراکه فرد همواره قدرت ناظر یک نیروی برتر را بر سر خود احساس کرده (هر لحظه خود را در محضر نیروی برتر تصور می‌کند) و هر گامی که برمی‌دارد آن را بر اساس موازین اخلاقی ارزیابی می‌کند. این اعتقادات در دوران مصرف آثار خود را نشان داده و فرد برای تهیه مواد مصرفی خویش، از یک سری خطوط قرمز دینی پا فرامی‌گذارد: «ضمن این که در قالب‌های مذهبی، فرد بر خوردش با اعتیاد را اخلاقی و مذهبی می‌بیند، فرد خود پلیس خود می‌شود» (منایی، روان‌پزشک)، «کسی که خدا را باور داشته باشد و اعتقاداتی داشته باشد،

احساس کند که فردی هست که نظارت بر اعمالش دارد می‌تواند با توکل به او به هدفش برسد، قطعاً این فرد موفق‌تر خواهد بود» (کدخدایی، روان‌شناس بالینی)، «اما الآن در دوران پاکی وقتی نگاه می‌کنم می‌بینم خدا در همه‌ی لحظه‌های زندگی من در درد و بیماری و غم و شادیم هست. در گرفتاری‌های من خدا هست. شاید راه من این بوده که پام به سنگ بخورد؛ دو دقیقه دیرتر به سر خیابون برسم تا اون ماشین پرسرعتی که آگه من سر موقع می‌رسیدم بهم میزد، بگذره. گاهی وقتی نگاه می‌کنم گرفتاری‌هایی که در زندگی من رخ میداد، خدا یا پس گردنی‌ام می‌زند یا تلنگر بهم میزنه یا می‌خواهد شیوه زندگی‌ام تغییر کنه. شاید اون تند رفته من باعث شود دوباره به مصرف کشیده بشم. در این مواقع خدا به دست‌انداز جلوم میندازه تا هشیار بشم، تا به بیماریم دوباره رجوع نکنم. خدا در زندگی من حضور زیادی دارد، وقتی نیستش احساس درماندگی، احساس خودمختاری کاذب دارم، احساس می‌کنم می‌خوام به چیزی رو ثابت کنم اما وسیله‌اش رو ندارم. هزار بار مصرف من سر بی‌ایمانی و بی‌خدایی‌ام هست» (وحید، ۳۶ ماه پاکی).

بسیاری از احوالات و مسائل انسانی در جریان زندگی روزانه به طرق گوناگون رفع و رجوع شده و یا مسکوت می‌ماند. ادراک این مسائل نزد بیماران اعتیاد و تفسیر مثبت از آن‌ها نه تنها فرد را به لحاظ روانی مهیای فرایند ترک می‌نماید، بلکه ماندگاری وی را در این تضمین می‌نماید. به عبارتی دیگر، توسلات دینی به نیروهای حیانی برای بیماران در حال ترک آثار و پیامدهای مثبتی در پی داشته و زمینه رونق گرفتن زندگی و ماندگاری درمان جسمی و روانی آن‌ها را فراهم می‌کند: «می‌گفتم خدایا میشه من فلان سفارش رو بگیریم، چوب آزاد بشه من سفارش رو بگیرم، من این فکر رو که کردم رفتن کارگاه دیدم زنگ زد سفارش چند برابری بهم داد. دوباره چوب فروشه زنگ زد بهم با پول قبلی چوب برام فرستاد. در این موارد عینی خدا رو خیلی لمس می‌کردم» (سید مسعود، ۱۰ ماه پاکی)، «آگه اعتقادی داشته باشی بهش، همه چیز رو مثل من برات درست می‌کنه. اصلاً فکرشو نمی‌کردم که همه چیز اکی بشه، انگار معجزه بود» (وحید، ۱۰ ماه پاکی).

الزامات دینی/درمانی: ۱- تحدید مشارکت مناسکی جمعی: اگرچه انجام این مناسک در راستای نیل به ترک اعتیاد مؤثر بوده و فرد با انجام این مناسک، رشته‌های ارتباطی

خویش را با نیروی برتر حفظ می کند و از این طریق مقاومت و تحمل بیشتری می تواند در برابر وسوسه های مصرف از خویش نشان دهد؛ اما شرکت در انواع مراسم دینی و مذهبی از جانب بسیاری از متخصصین حوزه درمان به ویژه در نخستین ماه ها و سال های پس از ترک اعتیاد نهی شده است. دلیل این مسئله این است که از یک سو فرد برای مشارکت بهتر در این مراسم و نیل به یک حال برتر و عزاداری یا شادی مطلوب تر سعی می کند خود را نشسته کرده تا بدان حالت روحانی نزدیک تر شود. از سوی دیگر شب نشینی های پس و پیش از مراسم خود زمینه را برای مصرف فراهم می سازد. این بیماران در یک سری از ماه ها نظیر محرم و رمضان از شرکت در مراسم مذهبی لاقلاً در سال های نخستین ترک اعتیاد نهی می گردند: «در بحث درمان، یک سری ماه های سال، آفت درمان اعتیاد هستند. به عنوان مثال در ماه محرم یا ماه رمضان، خیلی از بیماران ریزش داشته یا لغزش پیدا می کردند، چراکه در ماه محرم، شب نشینی های بعد از هیئت ها یا خود مراسم های سینه زنی، حاشیه های کنار مراسمات مذهبی، آفت درمان اعتیاد هستند. مثلاً در کاشان می بینیم بیمار ما چندین ماه است که پاک است اما در ماه محرم شب نشینی های بعد از هیئت یا سینه زنی ها و یا بساط هایی که برای برخی جور می کردند، منجر به لغزش می شد یا در ماه رمضان، شب های احیا و شب نشینی ها باعث لغزش افراد می شد. برخی از سرنشنگی امام حسین را صدا می زدند. این ها حاشیه های درمان اعتیادند» (جمالی، پزشک درمانگر).

۲- پرهیز از مناسک گرای دینی: این دسته از بیماران اغلب از ضعف جسمی و روانی و وسوسه پذیری بالایی برخوردار بوده و قادر به تحمل فشارهای جسمی ناشی از گرسنگی حاصل از روزه و فشار روانی ناشی از اجرای دقیق مناسک دینی روزانه نظیر نماز خواندن نیستند و امکان بازگشت آنان به اعتیاد در حد زیادی می باشد. لذا مشاورین و متخصصین حوزه درمان اعتیاد اغلب توصیه می کنند که در اجرای این مناسک دینی ضعف جسمی و روانی بیماران در نظر گرفته شود و در حد امکان از مناسک گرای دینی در این برهه های زمانی پرهیز گردد: «گرسنگی برای آدم های بیمار باعث عصبانیت و استرس می شود، به خاطر همین به ما گفتند تا دو سه سال روزه نگیریم. الآن روزه نمی گیریم.» (علی، ۱۸ ماه پاک).

ابزار پاکي: ۱- گروه درمانی دینی: بیماران اعتیاد در نخستین روزها و ماه‌های قدم گذاشتن در فرایند ترک اعتیاد، ادراک و آگاهی مناسب و بجایی از امور دینی و معنوی نداشته و هرگونه مشاوره دینی و معنوی از هر مرجعی را بر نمی‌تابند. به همین دلیل، یکی از سازوکارهای بسیار مؤثر در تفهیم مسائل معنوی و ارتقاء اعتقادات دینی نزد آنها، مشارکت در جلسات گروه‌درمانی است. جلسات گروهی و مشاوره‌های دریافتی در این گروه‌ها، در کنار مزایای محسوسی که برای بیمار اعتیاد به ارمغان می‌آورد، به تقویت ابعاد دینی و معنوی و در نتیجه روحیه بخششی روانی برای ادامه روند درمان می‌انجامد. از آنجایی که مشاوره‌ها و آگاهی‌های دینی و معنوی دریافتی در این جلسات درمانی تحت هدایت مشاوران و به زبان بیماران و همدردان آنها ارائه می‌شود، لذا مقبولیت و اعتبار بیشتری نزد آنها یافته و مؤثرتر واقع می‌شوند: «در گروه، ما بعد روحانی خود را تقویت می‌کردیم، نقص‌های خود را شناسایی می‌کردیم» (علی، ۱۸ ماه پاکي)، «در جلسات ان‌ای فقط اسم خدا مطرح می‌شود، از همون اول از دعای آرامشی که می‌خونی، از مشارکت‌ها و از قدم‌هایی که کار می‌کنند، بند بندش اسم خدا، روحانیت و معنویت مطرح است. این مسئله برای خود من هم مطرح و اعتقاد صد درصد دارم به این که پاکي الان من خواست خداوند بوده و مدیون خداوند هستم» (رضا، ۴۸ ماه پاکي). «در گروه‌درمانی‌ها، در خیلی از گام‌ها مسئله دین و خدا را وارد می‌کنند یعنی نشان می‌دهند خود فرد به تنهایی نمی‌تواند، بلکه خدا کمک می‌کند» (بلندی، کارشناس شبکه بهداشت).

به منظور آزمون مدل و ارزیابی شاخص‌های استخراج شده از نرم افزار لیزرل بهره گرفته شد. مدل با ضرایب استاندارد شده در مدل (۱) و در حالت ضرایب معناداری در مدل (۲) گزارش شده است؛ متغیرهای ورودی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: متغیرهای ورود یافته در مدل

متغیر	نماد اختصاری	متغیرهای مشاهده شده
جهت گیری دینی و معنوی ^۱	RSO	الزامات دینی / معنوی ^۲ کارکردهای دینی ^۳ ابزار پاکی ^۴
ترک پایدار مواد مخدر ^۵	NDSL	NDSL2 و NDSL1



Chi-Square=13.55, df=8, P-value=0.00000, RMSEA=0.076

نمودار ۱: مدل تأثیر جهت گیری دینی و معنوی بر ترک پایدار مواد مخدر (در حالت استاندارد)

۸۱

81



Chi-Square=13.55, df=8, P-value=0.00000, RMSEA=0.076

نمودار ۲: مدل تأثیر جهت گیری دینی و معنوی بر ترک پایدار مواد مخدر (در حالت معناداری)

1. Religious and Spiritual Orientation (RSO)
2. Religious or Spiritual Requirements (RSR)

3. Religious Functions (RF)
4. Clean Tool (CT)
5. Drug Sustained Abandonment (DSA)

نتایج مدل معادلات ساختاری تأثیر جهت‌گیری دینی و معنوی بر ترک پایدار مواد مخدر در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج اجرای مدل معادلات ساختاری تأثیر جهت‌گیری دینی و معنوی بر ترک پایدار مواد مخدر

مخدر		متغیرهای نهفته مستقل (یامتغیرهای ζ)	متغیر نهفته وابسته (یامتغیر η)	ضرایب استاندارد	معناداری
		جهت‌گیری دینی و معنوی	ترک پایدار مواد مخدر	۰/۵۷	۴/۴۵

با توجه به اینکه ضریب معناداری ($t = ۴/۴۵$) مدل فوق در بازه $(۱/۹۶ - ۱/۹۶)$ قرار نگرفته، لذا می‌توان گفت جهت‌گیری دینی و معنوی بر ترک پایدار مواد مخدر تأثیر معناداری دارد و با توجه به میزان تأثیر ($\beta = ۰/۵۷$) می‌توان گفت تأثیر جهت‌گیری دینی و معنوی بر ترک پایدار مواد مخدر مستقیم و نسبتاً قوی است. به عبارت دیگر با افزایش جهت‌گیری دینی و معنوی، با فرض ثابت بودن سایر متغیرها، میزان ترک پایدار مواد مخدر آن‌ها بیشتر می‌شود.

جدول ۳: شاخص‌های برازش مدل معادلات ساختاری

معیارهای برازش مدل	نام اختصاری	مقدار	حد مطلوب	تفسیر
نسبت کای دو به درجه آزادی	χ^2/df	۱/۶۹۳	< ۳	مطلوب
شاخص نیکویی برازش	GFI	۰/۹۶	$> ۰/۹۰$	مطلوب
شاخص نیکویی برازش تعدیل شده	AGFI	۰/۹۳	$> ۰/۹۰$	مطلوب
شاخص برازش هنجار شده	NFI	۰/۹۴	$> ۰/۹۰$	مطلوب
شاخص برازش تطبیقی	CFI	۰/۹۲	$> ۰/۹۰$	مطلوب
ریشه میانگین مربعات خطای برآورد	RMSEA	۰/۰۷۶	$< ۰/۰۸$	مطلوب

همانگونه که مشاهده می‌شود با توجه به شاخص‌های برازش، داده‌های جمع‌آوری شده به خوبی مدل مفهومی را مورد حمایت قرار می‌دهند و به بیانی دیگر می‌توان گفت مدل تحقیق از برازش مناسبی برخوردار می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که جهت‌گیری‌های دینی و معنوی کارکردهای متعددی در جهت ترک پایدار مواد مخدر به همراه دارد. معنویت، با افزایش توانایی درونی به اشخاص

کمک می‌کند تا در استرس‌های شدید بتوانند جایگاه خود را در زندگی پیدا کنند و آنان را به نوعی آرامش روان که پیش‌نیاز حرکت در مسیر ترک اعتیاد است، مجهز می‌کند. حمایت اجتماعی برخواسته از دین، تأثیر کاملاً منفی بر تنش‌های روانی و کارکردهای مثبت برای سیستم ایمنی انسان داشته و درگیری بیشتر فرد در یک بافت دینی حمایت‌گر و یاری‌رسان، توسعه این حس حمایتگری دینی و اتکاء فرد به عالی‌ترین منبع روابط حمایتی یعنی خداوند، باور به دوست داشته شدن از سوی وی و دریافت حمایت معنوی از این طریق به افزایش عزت‌نفس و ارتقاء سلامت وی منجر شده و درمان اعتیاد را نزد آن‌ها با سرعت و سهولت بیشتری همراه می‌سازد، چراکه نیروی پشتیبان و یاری‌رسان فرد در فرایند طاقت‌فرسای ترک اعتیاد، نیروی روحانی بسیاری نیرومندی است که قابلیت‌ها و پتانسیل فرد را برای رهایی از بند وابستگی به معضلاتی نظیر اعتیاد چندین برابر می‌سازد. معنویت موجب افزایش توان سازگاری و مقاومت در برابر مشکلات، ایجاد زندگی هدفمند و دریافت حمایت اجتماعی بیشتر در بین افراد در حال بهبودی می‌شود (ونگ و یاو^۱، ۲۰۱۰). بر این اساس، منجر به تحرک و انگیزه‌بخشی درمانی به بیماران اعتیاد می‌شود. همچنین ادراک جریان‌یابی معنوی زندگی و حضور مداوم نیروی دینی در زندگی بیماران و خودکنترلی که این ادراک برای آن‌ها به همراه دارد، عامل بازدارنده نیرومندی در نفی عود اعتیاد می‌باشد. همچنین، توسعه اعتقادات و ایمان معنوی بیماران در فرایند ترک اعتیاد، با نفی خودمحوری شکل گرفته در دوره مصرف مواد مخدر نه تنها گرایش آن‌ها را به نیروی‌های برتر از خویش (دینی) افزایش می‌دهد، بلکه به تغییر منبع تأیید ارزشی آن‌ها نیز انجامیده و بیمار بار دیگر به دنبال تأیید خویشتن از طریق مصرف مواد نبوده و از طریق مانع از آسیب‌های جسمانی و روانی عمده‌ی آتی نظیر مصرف مجدد مواد می‌شود. این کارکردهای دینی/درمانی در مطالعاتی نظیر یوسفی افراشته و همکاران (۱۳۹۴)، نقیبی و همکاران (۱۳۹۴)، محمدخانی و همکاران (۱۳۹۴)، صادقیان و صادقیان (۱۳۹۵)، کولهارا و همکاران (۲۰۰۹)، یانکر و همکاران (۲۰۱۲)، موسکاتی و مزوک (۲۰۱۴) نیز بعضاً مورد اشاره قرار گرفته است.

از سوی دیگر، یافته‌های جدید این پژوهش بیانگر این مطلب هستند که بیماران اعتیاد در مسیر ترک پایدار، نیازمند رعایت برخی الزامات و اصول دینی/ درمانی بوده که عمدتاً مرتبط با بعد مناسکی دینی هستند. به عبارتی دیگر، مشارکت در برخی مراسم‌ها و مناسک‌های دینی جمعی و شب‌نشینی‌ها و توانمندی‌هایی که فرد بیمار در اندیشه خویش برای برگزاری بهتر این مراسم‌ها لازم می‌داند، نه تنها فرد را از مسیر پایداری دور ساخته، بلکه زمینه‌ساز مصرف مواد مخدر نیز می‌شود. لذا مشارکت محدود در این مراسم از نیازمندی‌های ترک اعتیاد می‌باشد. از سویی دیگر، جسم نحیف و روح ظریف و حساس این بیماران در ماه‌های ابتدایی ترک اعتیاد، توانای رعایت موازین شرعی نظیر روزه‌داری و اعمالی نظیر نماز چندوقته نیست و وسواس وی در انجام این اعمال، منجر به آشفتگی و ذهنی و روانی و درنهایت مصرف می‌شود. بر این اساس، اگرچه اعتقادات دینی قوی و جهت‌گیری‌های معنوی و به‌طور کلی سلامت معنوی فرد لازمه شروع درمان و انگیزه‌بخش این فرایند می‌باشد، اما در بعد عملی و مناسکی برابر با توصیه و تجویزهای مشاوران درمانی و درمان‌گران و نیز گفته‌های بیماران مورد بررسی، برخی محدودیت‌های درمانی قابل تحمل می‌باشد. درنهایت این که یکی از ابزارهای ترک پایدار مواد مخدر، گروه‌درمانی مبتنی بر اصول دینی است. روش‌های مبتنی بر درمان گروهی، با بازبینی رفتار فرد در گذشته و ترمیم آن و نیز ارزش‌گذاری فرد به‌عنوان عضوی از جامعه و نیز بالا بردن اعتقادات و پایبندی وی به هنجارها و اصول اخلاقی، دینی و مذهبی، نوعی آگاهی همه‌جانبه نسبت به معضل اعتیاد و نیز ابعاد دینی و معنوی لازمه ترک اعتیاد ایجاد کرده و با کاهش تنش‌های درونی فرد، بستر بازگشت به جامعه و پیوند با سایرین را فراهم سازد. آموزش اصول دینی و معنوی و تمسک به نیروهای روحانی که لازمه پایداری درمان هستند، در این گروه‌ها با سهولت و مقبولیت بیشتری صورت می‌گیرد؛ چرا که این آموزش‌ها به زبان خود بیماران و از سوی افرادی بدان‌ها ارائه می‌شود که هم درد و هم تجربه آن‌ها بوده و مسیر پیش روی آن‌ها را طی کرده‌اند. در بعد کمی، ارزیابی تجربی مدل استخراجی با به کارگیری نرم افزار تحلیل معادلات ساختاری نشان داد جهت‌گیری دینی و معنوی بر ترک پایدار مواد مخدر تأثیر معناداری داشته و با توجه به ضریب تأثیر

استاندارد این متغیر که برابر با ۰/۵۷ می‌باشد، می‌توان گفت جهت‌گیری دینی و معنوی بر ترک پایدار مواد مخدر تأثیری مستقیم و نسبتاً قوی دارد. به عبارت دیگر با افزایش جهت‌گیری دینی و معنوی، با فرض ثابت بودن سایر متغیرها، میزان ترک پایدار مواد مخدر بیشتر می‌شود. شاخص‌های برازش این مدل نشان دادند داده‌های جمع‌آوری شده به خوبی مدل مفهومی را مورد حمایت قرار می‌دهند و مدل تحقیق از برازش مناسبی برخوردار است.

به‌طور کلی، جهت‌گیری دینی و مذهبی قوی که اغلب دربرگیرنده حس معنا نسبت به زندگی و ارزش‌ها، حس تقدس در زندگی، درک متعادل‌تر از ارزش مادیات، اعتقاد به بهتر شدن دنیا، امید به رحمت خداوند در حل مسائل و مشکلات و سپردن نتایج رویدادهای خوب و بد زندگی به خداوند می‌باشد، با ارتقاء سلامت معنوی فرد به کاهش مشکلات روحی و روانی و مقابله مفیدتر کمک کرده و سبب می‌شود که فرد توان بالاتری برای باقی ماندن در فرایند ترک اعتیاد داشته و از تزلزل و لغزش به سمت اعتیاد جلوگیری به عمل می‌آورد. سلامت معنوی افراد یک جامعه، لازمه پویایی، بالندگی و اعتلای آن جامعه و درمان پایدار و مطلوب با بسیاری از معضلات نظیر اعتیاد است. بدین لحاظ، پیشنهادهای ذیل در راستای نتایج این پژوهش ارائه می‌شود؛

۱. نهادینه‌سازی مبحث «روان‌درمانی دینی» و ترمیم روحی بیماران ترک اعتیاد با تأکید بر اشاعه ارزش‌های پاکی و تندرستی جسم و روان انسان در منابع دینی و آموزه‌های ادیان الهی.

۲. تهیه و تدوین برنامه‌های تعاملی و کلیپ‌های رسانه‌ای پیرامون نقش دین و اعتقادات معنوی در تغییر الگوهای رفتاری نامطلوب (نظیر اعتیاد) با محوریت گروه‌های محبوب و شخصیت‌های تأثیرگذار دینی در جریان‌سازی‌های درمانی.

۳. ارتقاء آگاهی شهروندان به‌ویژه خانواده‌های درگیر در اعتیاد پیرامون الزامات دینی ترک اعتیاد نظیر پرهیز از مناسک گرایي و تحدید مشارکت مناسکی در اوان ترک اعتیاد و نیز گسترش مشارکت دادن بیماران در جلسات گروه‌درمانی‌های مبتنی بر دین نظیر جلسات گروه‌های گمنام.

منابع

- پرتو، مسلم (۱۳۹۴). نقش جهت‌گیری مذهبی و وضعیت اقتصادی- اجتماعی در تحول قضاوت اخلاقی نوجوانان دانش‌آموز. *فصلنامه مسائل کاربردی تعلیم و تربیت اسلامی*، ۱(۱)، ۱۱-۳۸.
- راینگتن، ارل؛ و واینبرگ، مارین. رویکردهای نظری هفت‌گانه در بررسی مسائل اجتماعی، ترجمه رحمت‌الله صدیق سروسستانی (۱۳۹۰)، تهران: دانشگاه تهران.
- شاهسواری، زهرا؛ و احمدی، رضا (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین مقابله مذهبی و خوشبختی معنوی با سلامت روان زنان. *پژوهشنامه اسلامی زنان و خانواده*، ۴(۷)، ۷۲-۵۵.
- صادقیان، هاجر؛ و صادقیان، فاطمه (۱۳۹۵). *بررسی تأثیرات اعتقادات دینی و تربیت اسلامی بر پیشگیری از اعتیاد جوانان*. پنجمین همایش ملی روانشناسی، مشاوره و مددکاری اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، اصفهان.
- کشاورز، محبوبه؛ قمرانی، امیر؛ باقریان، مرضیه؛ و رضایی، امیرموسی (۱۳۹۳). نقش پیش‌بین جهت‌گیری معنوی معتادان و بار روانی خانواده‌های آن‌ها در ماندگاری درمان اعتیاد، *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۲(۱)، ۱۴۴-۱۵۳.
- گلستانی، فاطمه (۱۳۸۷). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر مراحل تغییر در پیشگیری از عود در معتادان به مواد مخدر مرد شهر کرمان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۸(۲)، ۸۳-۱۰۴.
- محمدخانی، شهرام؛ یگانه، طیبه؛ و کریم‌پور، کبری (۱۳۹۴). نقش جهت‌گیری‌های مذهبی و خودمهارگری در پیش‌بینی آمادگی اعتیاد به مواد مخدر. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۷(۳)، ۲۴۸-۲۵۹.
- معیدفر، سعید؛ و ستار، پروین (۱۳۸۸). فراتحلیل مطالعات انجام‌شده در حوزه مسائل اجتماعی ایران. *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۳۶، ۱۵۰-۱۳۵.
- مقرب، مرضیه؛ رضوانی، محمدرضا؛ و محمودی‌راد، غلامحسین (۱۳۸۳). عوامل مؤثر بر عود اعتیاد از دیدگاه معتادین مراجعه‌کننده برای ترک به مراکز روانپزشکی امام رضا (ع) بیرجند. *نشریه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه مازندران*، ۴(۶-۷)، ۶۶-۶۱.
- ناصری پلنگرد، سهیلا؛ محمدی، فریبا؛ و دوله، معصومه (۱۳۹۲). عوامل مؤثر بر اعتیاد زنان. *فصلنامه زن و فرهنگ*، ۴(۱۶)، ۸۳-۹۴.
- ندیمی، محسن (۱۳۹۴). نقش مذهب و نهادهای مذهبی در پیشگیری از سوء مصرف مواد. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۲(۶)، ۹۰-۶۳.

نقدی، اسدالله؛ رضایی دره ده، مریم؛ و زندی، فاطمه (۱۳۹۴). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر ترک اعتیاد موفق در گروه (مطالعه موردی: مردان عضو NA در شهر نورآباد). فصلنامه توسعه اجتماعی (توسعه انسانی سابق)، ۹(۳)، ۲۸-۷.

نقیبی، سید ابوالحسن؛ اشعری، سرور؛ رستمی، فرشته؛ و حسینی، سید حمزه (۱۳۹۴). بررسی رابطه سلامت معنوی با سلامت روان در بیماران تحت درمان نگهدارنده متادون (MMT). مجله تحقیقات سلامت در جامعه، ۱(۳)، ۶۹-۶۱.

یوسفی افراشته، مجید؛ امیری، محسن؛ مروتی، ذکراه؛ بابامیری، محمد؛ و چراغی، اباذر (۱۳۹۴). عوامل حمایت کننده پایداری ترک مصرف مواد مخدر: یک مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت، ۴(۳)، ۲۸۹-۲۸۰.

Kulhara, P., Chakrabarti, S., Avasthi, A., Sharma, A., Sharma, S. (2009). Psycho educational intervention for caregivers of Indian patients with schizophrenia: A randomized-controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(6), 472-483. DOI:10.1111/j.1600-0447.2008.01304.x.

Moscatti, A., Mezuk, B. (2014). Losing faith and finding religion: Religiosity over the life course and substance use and abuse. *Drug and alcohol dependence*, 136, 127-134.

Wills, T. A., Yaeger, A. M., Sandy, J. M. (2003). Buffering effect of religiosity for adolescent substance use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(1), 24-31.

Wong, K. F., Yau, S. Y. (2010). Nurses' experiences in spirituality and spiritual care in Hong Kong. *Applied Nursing Research: ANR*, 23(4), 242-244. DOI:10.1016/j.apnr.2008.10.002.

Yong, H., Hamann, S., Borland, R., Fong, G., Omar, M. (2009) Adult smokers' perception of the role of religion and religious leadership on smoking and association with quitting: A comparison between Thai Buddhists and Malaysian Muslims. *Social Science & Medicine*, 69, 1025-1031.

Yonker, J. E., Schnabelrauch, C. A., DeHaan, L. G. (2012). The relationship between spirituality and religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: A meta-analytic review. *Journal of adolescence*, 35(2), 299-314.