

Original article

Evaluation of the Relationship between Spiritual Health and Mental Health in Patients Undergoing Methadone Maintenance Treatment

Seyed Abolhassan Naghibi^{1*}
Sorour Ashari²
Fereshteh Rostami³
Seyed Hamzeh Hosseini⁴

- 1- Assistant Professor, Department of Public Health, Health Sciences Research Center, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
- 2- BSc Student of Public Health, Students Research Committee, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
- 3- MSc of Epidemiology, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
- 4- Professor of Psychiatry, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical, Sari, Iran

*Corresponding author: Seyed Abolhassan Naghibi, Assistant Professor, Department of Public Health, Health Sciences Research Center, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

Email: Anaghibi1345@yahoo.com

Received: 24 July 2015

Accepted: 1 December 2015

ABSTRACT

Introduction and purpose: Religiosity and spirituality diminish daily stress and tendency towards substance use. Today, more people are becoming inclined towards the opinion that spirituality could effectively treat the symptoms of neuroses and mental disorders. This study aimed to determine the relationship between spiritual health and mental health in patients undergoing methadone maintenance treatment (MMT) in private and government sectors in Sari, Iran.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 123 men and women undergoing MMT. Data were collected using spiritual and mental health questionnaires. Data analysis was performed in SPSS 18 using two sample t-test and Spearman's correlation-coefficient.

Results: In this study, mean scores of spiritual health and mental health were 43.29 and 41.26, respectively. Our findings were indicative of a significant correlation between spiritual health and mental health in patients undergoing MMT. The most significant correlation was observed between spiritual health and social function, while the least significant correlation was observed between spiritual health and physical problems. Moreover, no significant relationship was found between marital status, number of children, and gender with spiritual health.

Conclusion: According to the results of this study, spiritual health could positively affect mental health. Therefore, spirituality could promote the mental health of patients with addiction, improve mental disorders, and diminish the tendency towards substance abuse.

Keywords: Addiction, Mental health, Methadone, Spiritual health

► **Citation:** Naghibi SA, Ashari S, Rostami F, Hosseini SH. Evaluation of the Relationship between Spiritual Health and Mental Health in Patients Undergoing Methadone Maintenance Treatment. *Journal of Health Research in Community*. Autumn 2015;1(3): 61-69.

مقاله پژوهشی

بررسی رابطه سلامت معنوی با سلامت روان در بیماران تحت درمان نگهدارنده متادون (MMT)

چکیده

سید ابوالحسن نقیبی^{۱*}سرور اشعری^۲فرشته رستمی^۲سید حمزه حسینی^۴

۱. استادیار، گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. دانشجوی کارشناسی بهداشت عمومی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۴. استاد گروه اعصاب و روان، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

* نویسنده مسئول: سید ابوالحسن نقیبی، استادیار، گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

Email: Anaghbi1345@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۴/۵/۲

تاریخ پذیرش: ۹۴/۹/۱۰

مقدمه و هدف: دینداری و معنویت از تأثیر فشارهای زندگی بر گرایش به مصرف مواد می‌کاهد. هم‌روزه به شمار افرادی که باور دارند معنویت راه درمان روان رنجوری‌ها و درماندگی‌های روحی آنها می‌باشد، افزوده می‌شود. این مطالعه با هدف تعیین رابطه سلامت معنوی با سلامت روان در بیماران تحت درمان نگهدارنده متادون (MMT) وابسته به مراکز خصوصی و دولتی شهر ساری انجام گرفت.

روش کار: این مطالعه مقطعی و از نوع همبستگی است. جامعه‌ی پژوهش ۱۲۳ نفر زن و مرد مراجعه‌کننده به مراکز خصوصی و دولتی ترک اعتیاد به‌وسیله درمان نگهدارنده با متادون می‌باشد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه سلامت معنوی، سلامت عمومی (GHQ) جمع‌آوری گردید و با روش‌های آماری، آزمون تی دو نمونه‌ای و همبستگی اسپیرمن در نرم‌افزار SPSS 18 مورد تحلیل و بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره سلامت معنوی ۴۳/۲۹ و میانگین نمره سلامت روان ۴۱/۲۶ بود. براساس نتایج مطالعه، بین سلامت معنوی با سلامت روان همبستگی معناداری وجود داشت. بیشترین همبستگی سلامت معنوی با بعد کارکرد اجتماعی و کمترین همبستگی آن با مشکلات جسمی بود. بین ویژگی وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، جنس با سلامت معنوی ارتباط معناداری مشاهده نگردید.

نتیجه‌گیری: با توجه به نقش مثبت و معنادار سلامت معنوی در سلامت روان، تقویت بعد معنوی می‌تواند سبب ارتقاء سلامت روان، کاهش اختلالات روانی، کاهش تمایل به مصرف مواد و استمرار دوره درمان اعتیاد شود.

کلمات کلیدی: اعتیاد، سلامت روان، سلامت معنوی، متادون

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

مقدمه

روانی آن برای افراد معتاد، سلامت جامعه را نیز از نظر اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی مورد تهدید و آسیب قرار می‌دهد [۳]. طبق گزارش سالانه سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۲، حدود ۲۱۰ تا ۳۰۰ میلیون معتاد به انواع مواد افیونی در دنیا وجود دارند. در این گزارش شیوع اعتیاد در ایران ۲/۸ درصد، قزاقستان ۲/۳ درصد و

اعتیاد یک بیماری جسمی، روحی و روانی است که به‌دلیل ماهیت پیشرونده آن، همه ابعاد زندگی، سلامتی فرد، خانواده و جامعه را به خطر می‌اندازد [۱،۲]. در واقع این مسئله یک مشکل بزرگ فردی و اجتماعی است که علاوه بر عوارض جسمی و

معنویت وجودی است که در آن تجربیات روانشناختی خاصی که در واقع ارتباطی با وجود مقدس یا واقعیت غایی ندارد، مدنظر می‌باشد [۱۷].

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افزون بر تفکر نظری، ایمان مذهبی و باورهای معنوی عامل نگهدارنده و یکی از مهم‌ترین مهارت‌های رویارویی در بهبود اعتیاد می‌باشند که تاکنون نادیده گرفته شده‌اند [۱۸]. طبق مطالعات صورت گرفته، داشتن نگرش‌ها و باورهای مذهبی و اعمال معنوی با کاهش استرس‌های روانشناختی و پیشگیری از رفتارهای پرخطری همچون سیگار کشیدن، مصرف الکل و مواد همراه است. همچنین دینداری و معنویت از تأثیر فشارهای زندگی بر گرایش به مصرف مواد می‌کاهد و در طول زمان نیز میزان افزایش مصرف مواد را مهار می‌کند [۱۹]. علاوه بر حوزه درمان اعتیاد، در درمان بسیاری از مشکلات روانشناختی و جسمی، همه‌روزه به شمار افرادی که باور دارند معنویت راه درمان روان‌رنجوری‌ها و درماندگی‌های روحی آنها می‌باشد، همچنین متخصصینی که برای درمان بیماری‌های روانی و بهداشت روان بر باورها و رفتارهای معنوی متمرکز می‌شوند افزوده می‌شود [۲۰]. همین امر باعث شده که سازمان بهداشت جهانی اخیراً انسان را موجودی زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی تعریف کند [۲۱]. ارتباطات زیادی بین معنویت، بهزیستی روانشناختی و سازگاری وجود دارد؛ ولی به اعتقاد کینگ راهبردهای مقابله‌ای و تکنیک‌های حل مشکل با استفاده از معنویت، در واقع کاربردهای سازگارانه هوش معنوی می‌باشند. او پیشنهاد می‌کند که این ارتباط غیرمستقیم است و هوش معنوی به‌عنوان یک میانجی در این ارتباطات نقش دارد [۲۲]. هوش معنوی شامل داشتن حس معنا و مأموریت نسبت به زندگی و ارزش‌ها، حس تقدس در زندگی، درک متعادل‌تر از ارزش مادیات و اعتقاد به بهتر شدن دنیا است. هوش معنوی، بیانگر مجموعه‌ای از توانایی‌ها و ظرفیت‌ها و منابع معنوی است که موجب افزایش انطباق‌پذیری و در نتیجه سلامت روان افراد می‌شود [۲۲، ۲۳]. با توجه به نتایج تحقیقات، هوش، مذهب و معنویت در گرایش به

روسیه ۲/۱ درصد اعلام گردید [۴، ۵]. در حال حاضر اعتیاد و سوء مصرف مواد یکی از معضلات بهداشتی در کشور ما به‌شمار می‌رود؛ به‌طوری که براساس گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر دو میلیون نفر (۲/۵ درصد جمعیت کشور) مصرف‌کننده مواد هستند [۶]. از دیدگاه روانشناختی افراد سوء مصرف‌کننده مواد شخصیت آسیب‌پذیری دارند [۷]. داده‌های همه‌گیرشناسی نشان می‌دهد تقریباً بیش از نیمی از افراد دارای اختلالات ناشی از اعتیاد، همزمان دچار اختلال روانی نیز می‌باشند. از طرفی ۱۵ تا ۴۰ درصد افراد دچار اختلال روانی، سوء مصرف مواد دارند [۸، ۹].

درمان نگهدارنده با متادون (Methadone Maintenance Treatment: MMT)، به‌طور بین‌المللی یک مداخله مؤثر، ایمن و اثربخش برای افراد وابسته به مواد مخدر شناخته شده است [۱۰، ۱۱]. این روش بیشترین و گسترده‌ترین روش به کارگرفته شده برای درمان معتادین به مواد مخدر می‌باشد که از سال ۱۹۶۴ در ایالت متحده وجود دارد [۱۲، ۱۳]. اعتقاد بر این است که در این روش متادون هم مشکلات مربوط به ترک را از بین می‌برد و هم دارای تأثیر مثبت بر جنبه‌های مختلف فردی و اجتماعی افراد می‌باشد [۱۴]. سلامت روان را حالت سازگارانه، نسبتاً خوب، احساس بهزیستی و شکوفایی و استعداد‌های شخص تعریف نموده‌اند. این اصطلاح عموماً برای کسی به کار می‌رود که در سطح بالایی از سازگاری و انطباق عاطفی عمل می‌کند و نه کسی که صرفاً بیمار نیست [۱۵]. طرفداران نقش معنویت در بهبود سلامت روان و سازگاری بین فردی، تلاش‌های متعددی را جهت برقراری ارتباط بین دو مفهوم سلامت و معنویت تحت عنوان سازه بهزیستی معنوی (Spiritual Well-being) انجام داده‌اند. الیسون بیان می‌دارد که بهزیستی معنوی شامل یک عنصر روانی-اجتماعی و یک عنصر مذهبی است [۱۶]. مروری بر متون تخصصی معنویت حاکی از آن است که اغلب این تعاریف قائل به دو بعدی بودن معنویت هستند. بعد اول، معنویت مذهبی است و در آن مفهوم فرد از وجود مقدس یا واقعیت غایی به سبک و سیاق مذهبی بیان می‌شود و بعد دوم،

روش کار

این مطالعه از نوع مقطعی و همبستگی می‌باشد. جامعه‌ی مورد نظر این پژوهش، زنان و مردان مراجعه‌کننده به مراکز خصوصی و دولتی ترک اعتیاد به‌وسیله درمان نگهدارنده با متادون می‌باشند. نمونه‌گیری با استفاده از جدول مورگان ۱۲۳ نفر تعیین شد. با توجه نمونه‌های مورد بررسی برای همکاری، گردآوری داده با استفاده از پرسشنامه صورت پذیرفت. پرسشنامه‌ها بدون نام بوده و پاسخ‌دهندگان به سه مجموعه از سؤالات پاسخ دادند. قسمت اول سؤالات مربوط به اطلاعات فردی و اجتماعی با ۱۱ سؤال شامل: سن، جنس، سواد، تأهل، شغل، نوع اعتیاد، روش مصرف، مدت استفاده از متادون، سابقه خانوادگی و قسمت دوم پرسشنامه سؤالات مربوط به سلامت معنوی با ۲۹ سؤال بود. نمره‌گذاری این پرسشنامه به روش لیکرت بوده است. برای نمره‌گذاری آزمون به هر پاسخ برای گزینه الف نمره صفر، گزینه ب نمره یک، گزینه ج نمره دو، گزینه د نمره سه منظور گردید [۲۹].

قسمت سوم پرسشنامه سؤالات مربوط به سلامت عمومی (General Health Questionnaire: GHQ) می‌باشد که فرم ۲۸ ماده‌ای است که توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ تدوین شد. این پرسشنامه از چهار زیرمقیاس شامل: علائم جسمی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی تشکیل شده است. هر کدام از مقیاس‌ها شامل ۷ سؤال می‌باشد. نمره‌گذاری آزمون به هر پاسخ، براساس روش لیکرت بوده است. برای گزینه الف نمره صفر، گزینه ب نمره یک، گزینه ج نمره دو، گزینه د نمره سه منظور گردید که از مجموع نمره‌های هر زیرمقیاس نیز نمره کلی به‌دست می‌آید. نمره‌های بین ۱۴ تا ۲۱ در هر زیرمقیاس، وخامت وضع آزمون‌دنی را نشان می‌دهد. افزایش نمره در پرسشنامه GHQ نشانگر آسیب روانی شدیدتر است [۲۷]. پایایی پرسشنامه سلامت معنوی و سلامت عمومی با انجام آزمون کرونباخ به ترتیب ۷/۵ و ۰/۸ تعیین گردید. جهت ارزیابی و تفسیر

اعتیاد نقش دارند [۲۴]. به عقیده کینگ هوش معنوی، میانجی تأثیرات معنویت و ترکیبی از معنویت و هوش است [۲۲]؛ بنابراین به‌طور منطقی هوش معنوی نیز باید در اعتیاد نقش تعیین‌کننده‌ای داشته باشد؛ چون هر دو سازه هوش و معنویت را در خود جای دارد [۲۴]. با توجه به تعاریف و کاربردهایی که برای هوش معنوی ذکر شده است، این احتمال نیز وجود دارد که هوش معنوی در سلامت روان و جسمی همه افراد تأثیر داشته باشد؛ به‌طور کلی تحقیقاتی که ارتباط بین مذهب و سلامت را در جامعه افراد عادی، بیماران جسمی، بیماران سرطانی و بیماران روانی مورد بررسی قرار دادند، به این نتیجه رسیدند که باورها و اعمال مذهبی تأثیر مثبتی در پیشگیری و بهبود بیماری‌های جسمی و روانی و کنار آمدن با بیماری‌های جسمی دارد [۲۵، ۲۶].

در مطالعه صفایی راد و همکاران بین هوش معنوی و سلامت روان همبستگی معناداری مشاهده شده است. همچنین بین بهزیستی معنوی و سلامت روان همبستگی معناداری وجود دارد ($r = -0.55$) [۱۵]. براساس نتایج مطالعه معلمی و همکاران بین نمره هوش معنوی و سلامت روان معتادان و غیرمعتادان تفاوت معناداری وجود داشت؛ به‌طوری که معتادان به مواد مخدر از هوش معنوی و سلامت روانی پایین‌تری نسبت به گروه عادی برخوردار بودند [۲۴]. در مطالعه‌ی دستجردی و همکاران درمان معتادان به روش نگهدارنده با متادون نقش کاملاً واضحی بر کاهش بروز رفتارهای پرخطر دارد [۲۷]. در مطالعه‌ی طیبی و همکاران مشاهده شد که مصرف متادون در بیماران معتاد موجب ارتقای سلامت معنوی آنان می‌گردد [۲۸]. مطالعات زیادی در مورد رابطه سلامت معنوی و سلامت روان در افراد سالم و معتاد و دانشجویان انجام شده است؛ ولی در مورد افراد تحت درمان با متادون انجام نشده است. از این رو پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه میان سلامت معنوی با سلامت روان در بیماران تحت درمان نگهدارنده متادون (MMT) وابسته به مراکز خصوصی و دولتی شهر ساری انجام شد.

سلامت معنوی و نمره شدت اعتیاد با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن، تفاوت معناداری دیده نشد. متغیر سن نیز جز در افسردگی و شدت اعتیاد، تأثیر معناداری نداشت؛ به طوری که با افزایش سن،

یافته و براساس پرسش‌های تحقیق از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی شامل: مقایسه میانگین‌ها، تی دو نمونه‌ای و تحلیل واریانس در نرم‌افزار SPSS 18 استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۱: اطلاعات جمعیت‌شناختی بیماران تحت درمان نگره‌دارنده متادون مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد

متغیر	نوع	تعداد (درصد)
جنس	زن	۵ (۴/۱)
	مرد	۱۱۶ (۹۵/۹)
وضعیت تأهل	مجرد	۲۲ (۱۸/۳)
	متأهل	۹۸ (۸۱/۷)
تحصیلات	بی‌سواد	۴۰ (۳۳/۶)
	دیپلم	۶۶ (۵۵/۵)
	کاردانی	۷ (۵/۹)
	کارشناسی	۶ (۵)
وضعیت اشتغال	کارمند	۳ (۲/۵)
	کارگر	۲۲ (۱۸/۵)
	آزاد	۵۴ (۴۵/۴)
	بازنشسته	۱۱ (۹/۲)
	محصل	۲ (۱/۷)
سن شروع اعتیاد	زیر ۲۰ سال	۵۴ (۴۴/۶)
	بین ۲۰ تا ۳۰ سال	۴۸ (۳۹/۷)
	بالای ۳۰ سال	۱۹ (۱۵/۷)
مدت اعتیاد	زیر ۵ سال	۱۵ (۱۲/۴)
	۵-۱۰ سال	۳۷ (۳۰/۶)
دفعات ترک	بالای ۱۰ سال	۶۹ (۵۷)
	بدون سابقه ترک	۲۴ (۱۹/۸)
سابقه بازداشت یا زندان	با سابقه ترک	۹۷ (۸۰/۱)
	بدون سابقه	۷۱ (۵۹/۲)
سابقه قاچاق	با سابقه	۴۹ (۴۰/۷)
	بدون سابقه	۱۰۶ (۹۴/۶)
	با سابقه	۶ (۵/۴)

در این مطالعه میانگین سنی شرکت‌کنندگان 40.96 ± 12.6 سال گزارش شد. کمترین سن ۲۰ و بیشترین ۷۵ سال بود. ۸۱/۷ درصد از شرکت‌کنندگان متأهل و همچنین ۹۵/۹ درصد از شرکت‌کننده‌ها مرد و بقیه زن بودند. بیشتر افراد سن شروع اعتیاد را کمتر از ۲۰ سال اعلام کردند و بیشتر آنها شغل آزاد داشتند (جدول شماره ۱).

در این پژوهش میانگین نمره متغیر سلامت معنوی، 43.39 و میانگین نمره متغیر سلامت روان، 41.26 بود. همچنین همبستگی معناداری بین این دو متغیر دیده شد. همبستگی میان سلامت معنوی و چهار خرده‌مقیاس سلامت روان نیز معنادار بود. بیشترین همبستگی سلامت معنوی با بعد کارکرد اجتماعی (ضریب همبستگی 0.50 و $P < 0.001$) و کمترین همبستگی با مشکلات جسمی (ضریب همبستگی 0.30 و $P = 0.001$) و بیشترین همبستگی سلامت روان با بعد افسردگی (ضریب همبستگی 0.80 و $P = 0.001$) و کمترین همبستگی آن با بعد کارکرد اجتماعی (ضریب همبستگی 0.75 و $P = 0.001$) مشاهده گردید.

در این مطالعه بین نمره سلامت روان و سلامت معنوی بر حسب وضعیت تأهل اختلاف معناداری وجود نداشت و تنها از نظر نمره شدت اعتیاد تفاوت وجود داشت که از این حیث متأهلین با میانگین نمره 16.49 نسبت به مجردها با میانگین نمره 24.23 و خطای معیار $1/31$ برای مجردها و $0/6$ برای متأهلین تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.001$). در مورد جنسیت چون اکثر نمونه‌ها مرد بودند هیچ تأثیری نداشت.

برای تعیین تأثیر تعداد فرزندان در نمره سلامت روان و نمره

جدول ۲: همبستگی سلامت معنوی و سلامت روان

متغیر	سلامت معنوی	اعتیاد	سلامت روان	سن
سلامت معنوی	۱			
اعتیاد	۰/۰۵۹	۱		
سلامت روان	۰/۵۱۹*	۰/۰۸۲	۱	
سن	-۰/۰۹	-۰/۳۹۱*	-۰/۱۷۴	۱

* $P < 0.01$

نمره افسردگی کاهش می‌یابد (ضریب همبستگی ۰/۲۴۹ و $P = 0.012$).

نتایج تحقیق نشان داد، افرادی که از سلامت معنوی برخوردار هستند، مشکلات جسمی کمتری دارند (ضریب همبستگی ۰/۳ و $P = 0.001$). همچنین در رابطه با سلامت معنوی، اضطراب و بی‌خوابی، افراد با سلامت معنوی بالاتر، اضطراب و بی‌خوابی کمتری نسبت به افراد با سطح سلامت معنوی پایین‌تر دارند (ضریب همبستگی اسپیرمن ۰/۰۴ و $P < 0.001$). بعد کارکرد اجتماعی سلامت روان با میانگین نمره سلامت معنوی رابطه معناداری داشت ($P < 0.001$)؛ یعنی با افزایش نمره سلامت معنوی، سلامت کارکرد اجتماعی افزایش یافته است. خرده آزمون افسردگی نیز با ضریب همبستگی ۰/۴۷ و $P < 0.001$ معنادار می‌باشد؛ به طوری که با افزایش سلامت معنوی، شدت افسردگی نیز کاهش می‌یابد. نمره سلامت معنوی و نمره کل سلامت عمومی (GHQ Total) با ضریب همبستگی ۰/۵۲ و $P < 0.001$ معنادار است که نشان می‌دهد افرادی که نمره سلامت معنوی بیشتری دارند، میزان افسردگی پایین‌تری دارند (جدول شماره ۲).

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه رابطه سلامت معنوی با سلامت روان در بیماران تحت درمان نگهدارنده متادون مورد بررسی قرار گرفت. در مطالعه‌ی حاضر میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۴۰/۹۶ سال بود

که با مطالعه‌ی حجتی و همکاران وافتخاری و همکاران تقریباً نزدیک است [۳۰، ۳۱]. زیاد بودن پراکندگی سنی در واحدهای مورد پژوهش نشانگر این است که معتادین خودمعرف پس از سال‌ها تحمل و ناکامی و سرخوردگی از اعتیاد برای ترک مراجعه می‌کنند. برای همین میانگین سنی آنها بالا می‌باشد [۳۲]. در رابطه با جنسیت هیچ رابطه‌ای بین مردان و زنان و سلامت معنوی یافت نشد که با مطالعه‌ی حجتی و همکاران که بین بهداشت روان و جنسیت رابطه معنادار وجود داشت، تفاوت دارد [۳۰]. در این پژوهش بیشتر افراد شرکت‌کننده در مطالعه مرد (۵۹/۹ درصد) بودند، حضور کم زنان در این پژوهش خود گویای دو فرضیه است: یکی اینکه اعتیاد در زنان بسیار کمتر از مردان است و یا اینکه زنان به دلایلی کمتر به مراکز ترک اعتیاد مراجعه می‌کنند. نتایج مطالعات حجتی و همکاران نیز نشان داد، شیوع اعتیاد در میان مردان چندین برابر زنان می‌باشد [۳۰]. در مطالعه‌ی عباسی و همکاران، ۲۹/۷ درصد مراجعین را مردان تشکیل می‌دادند [۵]. همچنین نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه‌ی حیدری و همکاران هم‌راستا است [۳۳].

در این مطالعه جز در افسردگی، سن با سلامت روان ارتباط معناداری نداشت؛ به طوری که با افزایش سن نمره افسردگی کاهش می‌یابد. یافته‌های بوالهروی و همکاران نیز نشان داد که بین سن و اختلال روانی ارتباط معناداری وجود ندارد [۳۴]. درصد افراد متأهل در این پژوهش ۸۱ درصد بود که به مطالعه‌ی روحانی و همکاران [۳۵] و مطالعه‌ی دستجردی و همکاران [۲۷] نزدیک است که علت احتمالی آن می‌تواند این گونه توجیه شود که متأهلین به دلیل فشارها و حمایت خانوادگی نسبت به افراد مجرد، بیشتر به دنبال ترک اعتیاد می‌باشند. از لحاظ آماری ارتباط معناداری بین میزان تحصیلات و ابتلاء به اختلالات روانی دیده نشد که با مطالعات صورت گرفته توسط حیدری و همکاران و بوالهروی و همکاران هم‌راستا می‌باشد [۳۳، ۳۴]. در مطالعه‌ی حاضر بین شغل و سلامت روان رابطه‌ی معناداری

نتیجه می‌تواند ناشی از انتخاب گروه آسیب‌پذیرتری از معتادین (تزریقی و زندانی) باشد [۳۹]. در مطالعه‌ی معلمی و همکاران بین هوش معنوی و سلامت روان و کلیه خرده‌مقیاس‌های سلامت روان همبستگی معناداری مشاهده شد. بیشترین همبستگی منفی مربوط به افسردگی سپس مشکلات اجتماعی، مشکلات جسمانی و اضطراب بود [۲۴]. براساس یافته‌های مطالعه‌ی صفائی راد و همکاران نیز بین بهزیستی معنوی و سلامت روانی همبستگی منفی و معناداری وجود دارد و بهزیستی مذهبی می‌تواند سلامت روان را پیش‌بینی کند [۱۵]. معنویت و مذهب به‌عنوان سپری در برابر مشکلات و ناراحتی‌های افراد قرار گرفته و به‌صورت ضربه‌گیر عمل می‌کند و موجب کاهش اختلالات روانی و ارتقاء سطح سلامت روان افراد می‌شود. در مجموع با مروری بر پژوهش‌های انجام‌شده در دهه‌های اخیر می‌توان به این نکته دست یافت که معنویت در ارتقاء سلامت روان و جسمانی افراد و کاهش اختلالات ناشی از آن مؤثر بوده است [۱۵]. معنویت درجات رضایت از زندگی را بالا برده و بهزیستی کلی را بهبود می‌بخشد [۴۰]. یافته‌های پژوهش حاضر با بسیاری از پژوهش‌های انجام‌شده و مرتبط بهزیستی معنوی هماهنگ است و تأییدکننده‌ی نتایج این پژوهش‌ها می‌باشد؛ اما یافتن رابطه‌ی دقیق میان سلامت معنوی و سلامت روان همچنان نیازمند پژوهش‌های مرتبط در این حوزه می‌باشد.

قدردانی

از مساعدت معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران و کارکنان محترم مرکز ترک اعتیاد بیمارستان شهید زارع در انجام این مطالعه، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- Hojati H. Comprehensive overview of mental health. Tehran: Salemi publication; 2009. P. 547-575 (Persian).
- Le Moal M, Koob GF. Drug addiction: pathways to the disease and pathophysiological perspective. Eur

مشاهده نشد که با مطالعه حیدری و همکاران و بوالهروی و همکاران، هماهنگ است [۳۳، ۳۴]. همچنین در این پژوهش ۴۴/۶ درصد از شرکت‌کنندگان، سن شروع اعتیاد را زیر ۲۰ سالگی بیان نمودند که با مطالعه‌ی حاجتی و همکاران همخوانی دارد [۳۰]. پایین بودن سن شروع اعتیاد در این پژوهش، می‌تواند با مسئله بلوغ، بحران هویت و شرایط روحی-روانی نوجوانان و جوانان، در ارتباط باشد [۳۶]. در این مطالعه بیشترین ماده مصرفی تریاک بود که در مطالعه‌ی حاجتی و همکاران نیز، بیشترین ماده مصرفی تریاک ذکر شد [۳۰]. همچنین در مطالعه‌ی عباسی و همکاران، ۶۶/۷ درصد افراد، تریاک مصرف می‌کردند [۵]. در این مطالعه ۶۲/۲ درصد افراد هیچ‌گونه سابقه اعتیاد در خانواده نداشتند که می‌تواند بیانگر این مسئله باشد که افرادی که در خانواده خود فرد معتادی دارند، به‌دلیل آگاهی کامل از عواقب اعتیاد کمتر به مواد گرایش پیدا می‌کنند. خسروی کبیر و همکاران در مطالعه‌ی خود، به این نتیجه دست یافتند که سلامت روان معتادان کمتر از افراد عادی است [۲۹]. همچنین طبق نتایج مطالعه‌ی حاجتی و همکاران افراد وابسته به مواد، از بهداشت روان و کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار بودند [۳۰]. در مطالعه‌ی شیوع اختلال روانی در جمعیت معتادین ۹۰ درصد برآورد شد. هندریکس در مطالعه‌ی خود به این نتیجه رسید که ۸۰ درصد از نمونه‌ها حداقل دارای یک اختلال روانپزشکی به جز سوء مصرف مواد بودند [۳۷]. در نتایج مطالعه‌ی راس، حداقل ۷۸ درصد از افراد در طول عمر خود یک اختلال روانپزشکی به جز سوء مصرف مواد داشتند و ۶۵ درصد افراد در هنگام مطالعه واجد اختلال روانپزشکی بودند [۳۸]. نتایج مطالعه‌ی قریشی و همکاران نشان داد که درصد بالایی از معتادان تزریقی زندانی از بیماری روانی رنج می‌برند و بیش از نیمی از آنان اختلال شخصیت ضد اجتماعی دارند که این

- Neuropsychopharmacology 2007; 17(6-7):377-393.
3. Din Mohammadi MR, Amini K, Yazdankhah MR. Social and environmental factors affecting this trend Aafyuni perspective B drug addicts to accept treatment and follow-up Introduction Welfare Organization of Zanjan. *J Zanjan Univ Med Sci* 2008; 15(59):85-94 (Persian).
 4. Askari S, Amini F, Nadri G, Ruzbhani R. Contact addiction risk factors for cardiovascular disease. *J Birjand Univ Med Sci* 2009; 15(1):40-45 (Persian).
 5. Abbasi S, Tazyky S, Moradi A. Template based on drug abuse demographic factors Drmtadyn reader Gorgan. *J Golestan Univ Med Sci* 2005; 8(1):22-27 (Persian).
 6. Farhodian A, Sadrasadat S, Mohammadi F, Manokyan A, Jafari F, Sadeghi M, et al. Evaluated knowledge and attitudes of a group of Armenians in Tehran and drug addiction. *J Member Cognitive* 2009; 10(2):9-20 (Persian).
 7. Boyd M. *Psychiatric nursing contemporary practice*. 3th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. P. 529.
 8. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Edlund MJ, Frank RG, Leaf PJ. The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implication for prevention and service utilization. *Am J Orthopsychiatry* 1996; 66(1):17-31.
 9. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1999; 264(19):2511-2518.
 10. Erdelyan M, Young C. *Methadone maintenance treatment: a community planning guide*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health; 2011.
 11. World Health Organization. United nations Nations office on drugs and crime, joint united nation programme on HIV/AIDS. Available at: URL: <http://www.unodc.org/docs/treatmen>; 2004.
 12. Dole VP, Nyswander ME, Kreek MJ. Narcotic blockade. *Arch Intern Med* 1966; 118(4):304-309.
 13. Ward J, Mattick RP, Hall W. *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies*. 1st ed. Amsterdam: Harwood Academic Publishers; 1998.
 14. Mostashari G. Preliminary guideline for the execution of methadone maintenance treatment, Ministry of Health & Medical Education, Office for prevention and treatment of substance abuse. Available at: URL: <http://www.sapto.hbi.ir>; 2011.
 15. Safaeirad I, Karimi L, Shomosi N, Ahmadi M. Relationship between religious orientation and mental health in students. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2010; 17(4):270-276 (Persian).
 16. Ellison CW, Jonker-Bakker I. Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Psychol Theol* 1983; 11(4):330-340.
 17. Hartz GW. *Spirituality and mental health: Clinical applications*. New York: Haworth press; 2005.
 18. Pardini DA, Plante TG, Scherman A, Stump J.E. Religious faith and spirituality in substance abuse recovery: determining the mental health benefits. *J Subst Abuse Treat* 2000; 19(4):347-354.
 19. Wills TA, Yaeger AM, Sandy JM. Buffering effect of religiosity for adolescent substance use. *Psychol Addict Behav* 2003; 17(1):24-31.
 20. Shojaeyan R, Zamanimonfared A. Relation between prayer with mental health and vocation performance in technical personnel of weaponry industries. *Iran J Psych Clin Psychol* 2001; 2(8):31-39 (Persian).
 21. Sohrabi F. Fundamental of spiritual intelligence. *J Mental Health* 2007; 1(1):30-33 (Persian).
 22. King DB. *Rethinking claims of spiritual intelligence: a definition, model, and measure*. [Master Thesis]. Ontario, Canada: Trent University; 2008. P. 223.
 23. Zohar D, Marshall IN, Marshall I. *SQ: connecting with our spiritual intelligence*. New York: Bloomsbury Publishing USA; 2000. P. 324.
 24. Moallemi S, Raghbi M, Salari DZ. Comparison of spiritual intelligence and mental health in addicts and normal individuals. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci Health Serv* 2010; 18(Suppl 3):234-242 (Persian).
 25. Kim J, Heinemann AW, Bode RK, Sliwa J, King RB. Spirituality, quality of life and functional recovery after medical rehabilitation. *Rehabil Psychol* 2000; 45(4):365-385.
 26. Rippentrop AE. A review of the role of religion and spirituality in chronic pain populations. *Rehabil Psychol* 2005; 50(3):278-284.

27. Dastjerdi G, Ebrahimi DV, Kholasezade G, Ehsani F. Effectiveness of methadone in reduction of high risk behaviors in clients of MMT center. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci Health Serv* 2010; 18(3):215-219 (Persian).
28. Tabibi SJ, Nasiripour AA, Raeissi P, Ghiasi M. The role of methadone on spiritual health of addicts. *Pejoughesh* 2013; 37(2):98-101 (Persian).
29. Parsian N. Developing and validating a questionnaire to measure spirituality: a psychometric process. *Global J Health Sci* 2009; 1(1):2-11.
30. Hojjati H, Aloustani S, Akhondzadeh G, Heidari B, Sharifnia H. Study of mental health and its relation with quality of life in addicts. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci Health Serv* 2010; 18(3):207-214 (Persian).
31. Ekhtiari H. Qualitative study of garlic in the treatment of addiction related materials afyuni seekers women in Tehran. *J Addiction* 2009; 2(6):40-47 (Persian).
32. Amani F, Sadeghiehahari S, Mohammadi S, Azami A. Pattern of changes in drug addicts referred to addiction centers. *J Ardabil Univ Med Sci* 2005; 5(3):220-224 (Persian).
33. Haydari J, Jafari H, Hosseini SH, Janati Y, Mohammadpour TR, Mahmoudi GH. Study on the psychosocial conditions of addicts in Sari township in 2004. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2006; 16(52):109-116 (Persian).
34. Bolhari J, Alvandi M, Afshar P, Bayanzadeh A, Rezaii M, Rahimi Movaghar A. Assessment of drug abuse in Iranian prisons. *United Nations Drug Control Programme (UNDCP) Iran. Drug Control Headquarters* 2002; 1(3):13-50 (Persian).
35. Roohani S, Salarieh I, Abedi S, Kheyrikhah F. Impact of methadone maintenance treatment on the quality of life of opioid dependent patients in city of Babol. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2012; 22(87):46-55 (Persian).
36. Amini K, Amini DF, Afshar Moghaddam F. Social and environmental factors related to addiction to this substance referred to in afyuni governmental centers addiction Hamedan. *J Zanzan Univ Med Sci* 2004 ; 52:41-47 (Persian).
37. Hendricks VM. Psychiatric disorders in a Dutch addict population: rates and correlates of DSM-III diagnosis. *J Consult Clin Psychol* 2003; 58(2):158-165.
38. Ross HE, Swinson R, Doumani S, Larkin EJ. Diagnosing comorbidity in substance abusers: a comparison of the test-retest reliability of two interviews. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1995; 21(2):167-185.
39. Ghoreishi FS, Ahmadvand A, Sepehrmanesh Z. Survey mental health status of IV drug abusers in Kashan prison in 2007. *Pajoohandeh J* 2010; 15(2):67-71 (Persian).
40. Akbari B, Kshavarz Safei L, Dehgan Banadaki E. The relationship between of spiritual intelligence and happiness with the life quality of addict women's who deserting in Rasht. *Int Res J Appl Basic Sci* 2013; 4(8):2272-2276 (Persian).