

## مدل ساختاری مصرف مواد در دانشجویان: نقش معنویت، الگوگیری اجتماعی و نگرش به مواد

سمیرا یآوری<sup>۱</sup>، ربابه نوری<sup>۲</sup>، حمیدرضا حسن آبادی<sup>۳</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۵/۱۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۲/۲۷

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر ارزیابی روابط ساختاری بین فعالیت مذهبی، تقلای مذهبی، نگرش به مواد، الگوگیری اجتماعی، بهزیستی معنوی و مصرف سیگار و قلیان در دانشجویان بود. **روش:** به این منظور ۵۰۴ دانشجوی دختر و پسر از دانشگاه‌های خوارزمی، پردیس کشاورزی و آزاد کرج به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند و پرسشنامه‌های بهزیستی معنوی، فعالیت مذهبی، تقلای مذهبی، الگوگیری اجتماعی، عقاید منفی درباره مواد و بخش دخانیات پرسشنامه رفتارهای پرخطر را پاسخ دادند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که اثر فعالیت مذهبی بر مصرف سیگار و قلیان با عقاید منفی درباره مواد، الگوگیری اجتماعی، بهزیستی معنوی و انگیزه‌های مصرف میانجی‌گری می‌شود. همچنین اثر تقلای مذهبی بر مصرف سیگار و قلیان با بهزیستی معنوی میانجی‌گری می‌شود. **نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد مذهب از طریق برقراری نظم اخلاقی، قواعد درونی و بیرونی و روش‌های مقابله‌ای سالم مانع پیوستن فرد به گروه‌های ناسالم دوستان و همسالان می‌شود لذا کمتر به سمت مصرف قلیان و سیگار کشیده می‌شود. بنابراین توجه به این عوامل در برنامه‌های پیشگیرانه برای مصرف مواد به‌ویژه سیگار و قلیان به عنوان دروازه ورود به مصرف مواد دیگر می‌تواند مفید باشد.

**کلیدواژه‌ها:** مصرف مواد، معنویت، الگوگیری اجتماعی، نگرش به مواد، دانشجویان

۱. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران، پست الکترونیک: samiray76@yahoo.com

۲. استادیار گروه روانشناسی، دکتری دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۳. استادیار گروه روانشناسی تربیتی، دکتری دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

## مقدمه

شیوع طول عمر مصرف و سوء مصرف مواد در جوانان، ۴۹ درصد در سنین ۲۰-۱۹ سالگی و ۷۲ درصد در سن ۲۷ سالگی گزارش شده است (جانسون، اومالی، بچمن، اسکولنبرگ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹؛ مرکز مطالعات کاربردی سامسا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). در میان جوانان، مصرف مواد مرتبط با مرگ و آسیب، و در میان دانشجویان مرتبط با مشکلات تحصیلی، درگیری و زد و خورد و مشکلات رفتاری جنسی است. دوران جوانی نه تنها دوره تحولی مهم و اوج شیوع مصرف مواد و مشکلات همراه با آن است، همچنین مرحله ورود به بزرگسالی نیز است (آرنت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). در پایان این دوره بسیاری از جوانان شروع به انجام تکالیف و مسئولیت‌های دوره بزرگسالی می‌کنند. گذار موفق به نقش‌های دوره بزرگسالی وابسته به عدم مصرف مواد و فقدان رفتارهای ضداجتماعی و بزهکارانه است (استون، بکر، هوبر، کاتالانو<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲).

با توجه به اهمیت سوء مصرف مواد، باید دروازه ورود<sup>۵</sup> به آن را بیشتر مد نظر داشت. بسیاری از صاحب‌نظران مصرف سیگار را مقدمه‌ای برای روی آوردن به مصرف سایر مواد دانسته‌اند و از آن به عنوان دروازه مصرف مواد یاد می‌کنند (اسکیمید<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱). مصرف توتون، عمدتاً به شکل سیگار بالاترین نرخ مرگ و میر را نسبت به سایر داروها و الکل دارد (سازمان سلامت و خدمات مردمی آمریکا<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰) و یکی از گسترده‌ترین مواد مصرفی در بین نوجوانان است (جانسون و همکاران<sup>۸</sup>). انتظار می‌رود استعمال دخانیات و از آن جمله سیگار عامل اصلی مرگ و میر در سال ۲۰۳۰ میلادی باشد (مکلینبورگ<sup>۹</sup>، ۱۹۹۲). در بین افراد بزرگسالی که هر روز سیگار می‌کشند ۸۲ درصد، اولین تجربه سیگار را قبل از ۱۸ سالگی داشته‌اند. به طور تقریبی نصف جوانانی که در حال حاضر سیگار می‌کشند این عمل را تا زمانی که از بیماری‌های ناشی از مصرف سیگار بمیرند، ادامه خواهند داد (سازمان سلامت و خدمات مردمی آمریکا). مطالعه مصرف

1. Johnston, O'Malley, Bachman & Schulenberg
2. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)
3. Arnet
4. Ston, Becker, Houber & Catalano
5. Gate way
6. Schmid
7. U.S.Department of Health and Human Services
8. Mecklenburg

سیگار در بین دانشجویان اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا رفتار سیگار کشیدن در دانشجویان شاخص مفیدی از مصرف سیگار توسط جوانان است. از سوی دیگر الگو بودن دانشجویان نسبت به جوانان نقش مهمی در افزایش یا کاهش شیوع مصرف سیگار در سطح جامعه دارد (ریگوتی، لی، و کسلر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). در بررسی دو دهه تحقیقات شیوع شناسی مصرف مواد در بین دانشجویان دانشگاه‌های ایران، سیگار و قلیان اولین رتبه را در بین مواد مصرفی داشته‌اند (صرامی، قربانی، تقوی، ۱۳۹۲). بنابراین، با توجه به اهمیت دوره جوانی باید راهکار مناسبی جهت مصون سازی جوانان پیدا کرد و آن پیشگیری از مصرف مواد است. پیشگیری بر پایه کاهش عوامل خطر ساز و افزایش عوامل محافظت-کننده در فرد و محیط در طول دوره تحولی است (اوکونل، بوت، و وارنر<sup>۲</sup>). این عوامل، روان‌شناختی، خانوادگی و اجتماعی هستند و در این میان نقش مذهب/معنویت به لحاظ احاطه داشتن بر شئون زندگی انسان، از جهت فردی و اجتماعی به نظر تعیین کننده است. معنویت و مذهب سازه‌های پیچیده، چندبعدی و به هم مرتبط هستند. با این حال معنویت به ابعاد ذهنی، تجربی و شخصی تعالی اشاره دارد، در حالی که مذهب به ابعاد عینی و اجتماعی آن تاکید می‌کند و یک قالب فرهنگی ارائه می‌دهد که به وضع قانون کمک می‌کند. همچنین با فراهم کردن مدل‌های تبیینی و روشنگرانه که به لحاظ فرهنگی مورد قبول است، به تجارب معنوی ساخت می‌دهد (کلز، والاج<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). معنویت را می‌توان جستجوی امری مقدس تعریف کرد و مذهب به عنوان بافت اجتماعی این جستجو است (پارگامنت<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). مذهب/معنویت می‌تواند به عنوان سازه‌ای گسترده و وسیع با حوزه‌های خاص و متنوعی بازنمایی شود (جانسون، شیتز، کریستلر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸). مذهب/معنویت را می‌توان در دو زیر مجموعه فعالیت مذهبی<sup>۶</sup> و تقلای مذهبی<sup>۷</sup> در نظر گرفت (جانسون و همکاران، ۲۰۰۸). فعالیت مذهبی دین‌داری کلی را می‌سنجد (درروپ<sup>۸</sup>، جانسون، بیندل<sup>۹</sup>، ۲۰۱۱). تقلای مذهبی نیز تاثیرات ناسازگار جسمی و عاطفی است که در اثر احساس تنبیه

1. Rigotti, Lee & Wechsler  
3. Cholz & Valach  
5. Johnson, Sheets & Kristeller  
7. religious struggle  
9. Bindle

2. Connell, Boat & Warner  
4. Pargament  
6. religious involvement  
8. Drerup

شدن توسط خدا، حس خشم و نارضایتی خدا و احساس طردشدن از سمت خدا به وجود می‌آید (پارگامنت و همکاران، ۲۰۰۵). واژه دیگری که در ارتباط با معنویت و سلامت روان مطرح است بهزیستی معنوی است که از میانجی‌های مذهب/معنویت و مصرف مواد نیز هست (دروروپ و همکاران، ۲۰۱۱). بهزیستی معنوی حس هماهنگی و انسجام نسبت به خود، دیگران، جهان و قدرت برتر ادراک شده است (آکلی<sup>۱</sup> و لادویگ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲؛ به نقل از توفتاگن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). جانسون و همکاران (۲۰۰۸) دریافتند فعالیت مذهبی سطوح بالای بهزیستی معنوی را پیش‌بینی می‌کند، در حالی که تقلای مذهبی سطوح پایین بهزیستی معنوی را پیش‌بینی می‌کند. پژوهش‌های بسیاری به بررسی ارتباط بین مفهوم گسترده مذهب و معنویت با اعتیاد به مصرف مواد پرداخته‌اند، و مذهب/معنویت را به عنوان یک عامل محافظت‌کننده در برابر اعتیاد می‌دانند (فاگین<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸). در پژوهش مروری ۲۶۵ مقاله و کتاب منتشر شده در زمینه معنویت و اعتیاد، ۸۵ درصد از تحقیقات مربوط به اعتیاد به سوء مصرف مواد و مذهب/معنویت بود (کوک<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴). بوث و مارتین<sup>۶</sup> (۱۹۹۸) در یک پژوهش مروری دریافتند که مذهب (به عنوان مثال ترجیحات مذهبی و اعمال مذهبی) ارتباط معکوس با سوء مصرف مواد در نوجوانان و دانشجویان دارد. سطوح بالای فعالیت مذهبی مثل حضور در کلیسا پیش‌بین زندگی عاری از مصرف مواد در فاصله زمانی یک تا پانزده سال آینده بود. در ایران نیز پژوهش‌های متعددی به بررسی این موضوع پرداخته‌اند. نتایج پژوهش حجاریان و قنبری (۱۳۹۲) نشان داد که بین گرایش به مسائل دینی و مذهبی و میزان مصرف مواد مخدر ارتباط منفی معنادار و بین تعامل با افراد معتاد و گرایش به مصرف مواد ارتباط مثبت معنادار وجود دارد. همچنین پژوهش مکارم و زنجانی (۱۳۹۲) نشان داد که داشتن اعتقادات و باورهای مذهبی و نیز اعتقاد به پیامدهای مصرف مواد نقش موثری در کاهش میزان مصرف مواد دارد. در پژوهش اصغری، کرد میرزا و احمدی (۱۳۹۲) نیز نتایج نشان داد که جهت‌گیری مذهبی نقش مهمی در گرایش به سوء مصرف مواد در بین دانشجویان دارد. با این حال مطالعات

1 . Ackley  
4. Faigin

2. Ladwig  
5 . Cook

3 . Tofthagen  
6 . Booth & Martin

نسبتاً کمی تلاش کرده‌اند مکانیزم‌هایی را که از طریق آن مذهب/معنویت تاثیر خود را بر مصرف مواد می‌گذارد، تعیین کنند (جانسون و همکاران، ۲۰۰۸؛ به نقل از دروپ و همکاران، ۲۰۱۱). مطالعات نشان داده‌اند که ارتباط بین معنویت/مذهب و مصرف مواد می‌تواند توسط نگرش و عقاید افراد درباره مصرف مواد میانجی‌گری شود (چاولا، نیبرز، لویز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). جانسون و همکاران (۲۰۰۸) دریافتند که مذهب/معنویت عقاید منفی درباره مصرف الکل را پیش‌بینی می‌کند، یعنی نگرش منفی افراد درباره مصرف الکل شامل عقایدی مانند "مصرف الکل گناه است"، "مصرف الکل مغایر با عقاید و ارزش‌های شخصی من است"، رابطه منفی با مصرف آن دارد. از جمله متغیرهای میانجی دیگر، الگوگیری اجتماعی است. پیوستگی مذهبی به شکل‌های مختلف از طریق الگوگیری اجتماعی بر مصرف مواد تاثیر می‌گذارد که شامل هنجارهای مشاهده شده، مواجهه با الگوهای مصرف کننده مواد و پیشنهاداتی برای مصرف است (چاولا و همکاران، ۲۰۰۷). زیر بنای نظری مدل ارائه شده در پژوهش حاضر نظریه‌های یادگیری اجتماعی و نظریه‌های شناختی است. دو نظریه شناخته شده در زمینه تاثیر همسالان، تئوری وابستگی افتراقی (سودرلند و کرسی<sup>۲</sup>) و نظریه یادگیری اجتماعی (بندورا<sup>۳</sup>) است. نظریه یادگیری افتراقی رویکردی تعاملی است با تأکید بر این فرایند که افراد چگونه یاد می‌گیرند که به صورت انحرافی رفتار کنند. این نظریه فرض می‌کند که نوجوانان، هنجارها، نگرش‌ها، تکنیک‌ها، توجیحات عقلی (دلیل تراشی) و انگیزه‌ها را برای بزهکاری از طریق تعامل با دوستان صمیمی یاد می‌گیرند. نظریه یادگیری اجتماعی بر مکانیزم اجتماعی در فرایند یادگیری رفتار انحرافی تأکید می‌کند و فرض می‌کند که نوجوانان رفتار ناسازگارانه را از طریق مشاهده، الگوگیری یا تقلید از رفتار اطرافیان نزدیک و پیامد تقویت اجتماعی آن رفتار یاد می‌گیرند. این نظریه‌ها مکانیزم اولیه انتقال رفتار انحرافی را در بین شبکه دوستان همسالان و خانواده بیان می‌کنند. در پژوهش نجف‌لوی و نوایی‌نژاد (۱۳۹۳) نیمرخ جو خانواده در مولفه‌های انسجام، تعارض، جهت‌یابی مذهبی، کنترل، جهت‌یابی پیشرفت، جهت‌یابی منطقی-فرهنگی و سازمان در افراد عادی و وابسته به مواد تفاوت معنادار

داشت. این نتایج حاکی از تاثیر خانواده و اطرافیان نزدیک در یادگیری رفتار انحرافی است. نظریه‌های شناختی نیز بر نقش باورها و عقاید فرد در مورد عوارض مصرف مواد به عنوان عاملی برای شروع مصرف مواد تأکید می‌کنند. این نظریه‌ها اصلی‌ترین عامل مرتبط با مصرف را انتظارات و نگرش‌های فرد درباره مواد می‌دانند و معتقدند که سایر عوامل از قبیل ویژگی‌های شخصیتی و ارتباط با دیگران از طریق شناخت‌ها و ارزیابی‌های فرد درباره مواد، تأثیر خود را اعمال می‌کند. بک<sup>۱</sup> معتقد است که باورهای خاصی تحت شرایط خاص، در سوء مصرف کنندگان فعال می‌شود که احتمال سوء مصرف مواد را افزایش می‌دهد. این باورها کاملاً فردی و غیر متعارف است که عبارتند از باورهای پیش-بینی کننده (انتظاراتی خاص از مواد، مانند اگر مواد مصرف کنم پر قدرت می‌شوم)، باورهای تسکین جویی (ویژگی آرام بخشی مواد، مانند اگر مواد مصرف نکنم میل به مصرف کماکان ادامه می‌یابد)، باورهای تسهیل کننده و آسان گیری (مصرف مواد علی رغم نتایج غیر قابل قبول، قابل پذیرش است، مانند این حق من است که مصرف کنم چون شب و روز زحمت می‌کشم پس به عواقبش می‌ارزد). باور مرتبط با مواد به دنبال شرایط درونی و بیرونی فعال می‌شود. این باور سبب افکار خودکار و نهایتاً نیاز و اشتیاق به مصرف مواد می‌گردد (بک، رایت، نیومن، لایز<sup>۲</sup>، ۱۹۹۳).

با وجود اینکه پژوهش‌های متعددی رابطه جداگانه این متغیرها را با یکدیگر مورد مطالعه قرار داده‌اند، اما تمامی متغیرهای ذکر شده در یک مدل مورد بررسی قرار نگرفته‌اند. بنابراین، هدف پژوهش حاضر ارائه یک مدل ساختاری است که بتواند روابط بین مصرف مواد (سیگار و قلیان) و فعالیت مذهبی و تقلای مذهبی و میانجی‌های ارتباط بین این دو متغیر شامل نگرش به مواد، الگوگیری اجتماعی و بهزیستی معنوی را نشان دهد.

1. Beck

2. Wright, Newman &amp; Liese

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه‌های خوارزمی کرج، آزاد کرج و پردیس کشاورزی در نیم سال اول تحصیلی ۹۲-۹۱ بود. نمونه متشکل از ۵۰۴ دانشجو شامل ۲۵۵ دختر و ۲۴۹ پسر مقطع کارشناسی در رشته‌های مختلف فنی و مهندسی، کشاورزی، علوم انسانی و علوم پایه بود. از آنجایی که امکان تهیه لیست از اعضای جامعه امکان‌پذیر نبود از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شد. به این صورت که در مرحله اول از هر دانشگاه به صورت تصادفی چهار دانشکده و در مرحله دوم از هر دانشکده دو الی چهار گروه آموزشی و در آخرین مرحله از هر گروه آموزشی دو الی چهار کلاس مقطع کارشناسی به‌غیر از ورودی‌های سال ۹۱ انتخاب شدند که در کل ۵۲۰ آزمودنی پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند، ۱۶ آزمودنی به گونه ناقص پاسخ دادند در نتیجه از نمونه پژوهش کنار گذاشته شدند و حجم نمونه به ۵۰۴ نفر رسید. دامنه سنی آزمودنی‌ها بین ۱۹ الی ۲۵ سال بود.

۱۵۱

151

## ابزار

۱- پرسش‌نامه رفتارهای پرخطر: برای سنجش میزان مصرف سیگار و قلیان از مقیاس سنجش رفتارهای پرخطر استفاده شد که با اقتباس از پرسشنامه رفتارهای پرخطر مرکز کنترل بیماری‌های آمریکا تنظیم شده است. مبنای نظری که برنر، کان و مک‌مانوس<sup>۲</sup> (۲۰۰۲) درباره این پرسشنامه بدان اشاره می‌کنند، مجموعه رفتارهای مغایر با سلامت جسمانی است که خطر بیماری و مشکلات اجتماعی را افزایش داده و به میزان زیادی مرگ و میر در نوجوانان و بزرگسالان را سبب می‌شود. بر این اساس این پرسشنامه ارزیابی رفتارهای پرخطر را در حیطه‌های رانندگی، خشونت، استعمال دخانیات، مصرف مشروبات الکلی، مواد مخدر و داروهای روان‌گردان، تغذیه و تحرک جسمانی و دوستان ناباب به صورت فراوانی، شدت و تمایل به مصرف در دوره‌های ماهانه، سالانه و طول عمر در

1. Youngs Risk Behaviors Scale (YRBS)  
3. Brener, Kaan & Mcmanus

2. Control Disease Center (CDC)

قالب ۷۲ گویه بررسی می کند (بخشانی، لشکری پور و بخشانی، ۱۳۸۶). در این پژوهش بخش استعمال دخانیات مورد استفاده قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ برای این بخش به دست آمد. بخش استعمال دخانیات شامل ۸ گویه است که شیوه پاسخ دهی ۴ گویه به صورت طیف لیکرت هرگز تا بیش از ۴۰ بار با نمره گذاری ۰ تا ۶ می باشد. ۲ گویه به صورت هرگز تا ۱۷ سالگی یا بالاتر با نمره گذاری ۰ تا ۸ و ۲ گویه به صورت هرگز تا خیلی زیاد با نمره گذاری ۰ تا ۶ است. نمرات بالا در این پرسشنامه به معنای مصرف بیشتر یا تمایل بیشتر برای مصرف است. برنر و همکاران (۲۰۰۲) اعتبار این پرسشنامه را با روش باز آزمایی به فاصله دو هفته و با محاسبه ضریب کاپا برای همه گویه ها بین ۰/۲۳ تا ۰/۹۰ به دست آوردند. در ایران هم بخشانی و همکاران (۱۳۸۶) اعتبار آن را با روش باز آزمایی و محاسبه ضریب کاپا برای تمامی گویه ها ۰/۸۵ به دست آوردند.

۲-مقیاس الگوگیری اجتماعی: برای سنجش تاثیرات اجتماعی از مقیاس الگوگیری اجتماعی (رید، وود، کاهلر، مادوک، پالفای<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳) استفاده شد. طبق مبنای نظری این پرسشنامه افراد از دوستان، خانواده و اطرافیان خود در زمینه های مختلف از جمله مصرف دخانیات سرمشق می گیرند. بر این اساس این پرسشنامه به ارزیابی وضعیت مصرف دخانیات توسط دوستان، خانواده و اطرافیان، نظر دوستان درباره مصرف سیگار و قلیان، میزان تحت فشار بودن فرد برای مصرف توسط دوستان و افکار غالبی که فرد درباره مصرف هم جنس و همسال خود دارد، می پردازد. این پرسشنامه شامل ۹ گویه به صورت لیکرت چهار گزینه ای خیلی مخالف تا خیلی موافق، اصلا تا زیاد، هرگز تا یک بار در هفته یا بیشتر و هرگز تا بیش از پنج بار در هفته است. نمرات بالا به معنای الگوگیری بیشتر از دوستان و اطرافیان است. آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۸۷ گزارش شده است. ضریب روایی تشخیصی، ۰/۷۲ برای این مقیاس گزارش شده است. همچنین روایی همزمان این آزمون با مقیاس هنجارپذیری اجتماعی، پیوند با خانواده و دسترسی پذیری ادراک شده به ترتیب ۰/۶۲، ۰/۴۹ و ۰/۴۵ بود و با مقیاس های خود کنترلی و جراتمندی به ترتیب ۰/۵۲- و ۰/۶۵- بود (رید و همکاران، ۲۰۰۳). اعتبار این پرسشنامه در همین



پژوهش به شیوه آلفای کرونباخ  $0/82$  و با اجرا روی  $60$  آزمودنی دختر و پسر به شیوه بازآزمایی به فاصله زمانی ده روز  $0/79$  به دست آمد.

۳- پرسش نامه بهزیستی معنوی: این پرسش نامه توسط پالوتزین<sup>۱</sup> و الیسون<sup>۲</sup> در سال ۱۹۸۲ ساخته شد و شامل ۲۰ گویه و دو خرده مقیاس است. سوالات فرد آزمون مربوط به خرده مقیاس بهزیستی مذهبی بوده و میزان تجربه فرد از رابطه رضایت بخش خود با خدا را مورد سنجش قرار می دهد. سوالات زوج مربوط به خرده مقیاس بهزیستی وجودی است که احساس هدفمندی و رضایت از زندگی را می سنجد. مقیاس پاسخ گویی به سوالات لیکرت شش درجه ای از "کاملاً موافقم" تا "کاملاً مخالفم" است. شیوه نمره گذاری در برخی سوالات برعکس است. نمره بالا نشان دهنده بهزیستی معنوی بالا است. پالوتزین و الیسون (۱۹۸۲) در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ بهزیستی مذهبی و وجودی و کل مقیاس را به ترتیب برابر با  $0/91$ ،  $0/91$ ،  $0/93$  گزارش کردند. این مقیاس برای مقاصد پژوهشی در جامعه های مختلفی نظیر دانشجویان، پرستاران، افراد عادی، بیماران روانی و بیماران جسمانی به کار برده شده است. در مطالعات متعددی ثابت شده که این مقیاس ثبات درونی و روایی سازه خوبی داشته است (هامر میستر، فلینت، آلالی، ریدنور و پیترسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). همچنین نتایج تحلیل عاملی تاییدی نشان داد که مدل دو عاملی بهزیستی مذهبی و وجودی در میان دانشجویان برآزش خوبی دارد که این نشان از روایی سازه این مقیاس است. در پژوهش دهشیری، سهرابی، جعفری و نجفی (۱۳۸۷) همبستگی مثبت و معناداری بین نمره های مقیاس بهزیستی معنوی و نمره های شادکامی و دینداری و همبستگی منفی و معنادار نمره های آن با نمره های اختلال روانی بود که این یافته ها نشانه روایی همگرا و واگرایی مقیاس بهزیستی معنوی در جامعه دانشجویان است. نتایج آزمون کروییت بارتلت نیز بیان کننده همبستگی معنادار کافی بین سوالات بود. همچنین اعتبار این پرسش نامه روی دانشجویان دختر و پسر از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و خرده مقیاس بهزیستی مذهبی و وجودی به ترتیب  $0/9$ ،  $0/82$ ،  $0/87$  و با روش بازآزمایی به

ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۸، ۰/۸۱ گزارش شده است. در این پژوهش آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰/۹۲ و خرده مقیاس مذهبی و وجودی به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۸ به دست آمد.

۴-مقیاس عقاید منفی درباره مصرف: این مقیاس توسط جانسون، کارلیسر<sup>۱</sup>، شیتز، کریستلر (۲۰۰۸) شامل عقاید منفی و نگرش‌های مذهبی منفی است که افراد نسبت به مصرف مواد دارند. عقایدی که سبب می‌شود فرد مصرف مواد را مغایر با ارزش‌ها و مذهب خود بداند و هنگام مصرف آن‌ها احساس گناه کند. این مقیاس چهار گویه دارد که شامل گویه‌هایی مانند "وقتی سیگار و قلیان مصرف می‌کنم احساس گناه می‌کنم"، "مصرف مواد با ارزش‌ها و عقاید شخصی من مغایر است"، "مذهب من مصرف سیگار و قلیان را تایید نمی‌کند" می‌باشد. نحوه پاسخ‌دهی لیکرت ۴ گزینه‌ای است (اصلا مهم نیست تا بیش از حد مهم است). نمرات بالا نشان دهنده داشتن عقاید مذهبی منفی و مخالف مصرف مواد است. آلفای کرونباخ برای این مقیاس در این پژوهش ۰/۸۹ به دست آمد. همچنین اعتبار این پرسشنامه در این پژوهش با اجرا روی ۶۰ آزمودنی به روش بازآزمایی به فاصله زمانی ده روز ۰/۸۱ به دست آمد.

۱۵۴

154

۵-پرسش‌نامه سنجش فعالیت مذهبی: در این پژوهش مذهب/معنویت شامل دو بعد فعالیت مذهبی و تقلای مذهبی بود. فعالیت مذهبی دین‌داری کلی را می‌سنجد. و ترکیبی از ۹ مقیاس است: دین‌داری درونی، تجارب معنوی روزانه مختصر، مقابله مذهبی مثبت پارگامنت، حمایت مذهبی مثبت، دین‌داری سازمانی، فراوانی ادای نماز و عبادت شخصی، مذهب/معنویت ذهنی و تجارب مفید شخصی عینی. در این پژوهش ترکیبی از این مقیاس‌ها شامل ۲۹ گویه برای سنجش فعالیت مذهبی استفاده شد (جانسون و همکاران، ۲۰۰۸). نحوه پاسخ‌دهی گویه‌های ۱ و ۲ به صورت لیکرت چهار گزینه‌ای اصلا، کم، متوسط و زیاد با نمره‌گذاری ۰ تا ۳، گویه‌های ۳ تا ۱۴ به صورت کاملا مخالفم، مخالفم، موافقم و کاملا موافقم با نمره‌گذاری ۰ تا ۳ و گویه‌های ۱۵ تا ۲۹ به صورت هرگز، گاهی اوقات، اغلب و هر روز با نمره‌گذاری ۰ تا ۳ است. نمره بالا در این پرسشنامه نشان دهنده فعالیت مذهبی زیاد است. آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰/۸۷

به دست آمد (دروپ<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). در این پژوهش اعتبار این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آمد. همچنین با اجرا روی ۶۰ آزمودنی به روش بازآزمایی به فاصله زمانی ده روز برای مقیاس کلی ۰/۸۳ به دست آمد.

۵- مقیاس تقلای مذهبی: فرم کوتاه مقیاس مقابله مذهبی<sup>۲</sup> (پارگامنت و همکاران، ۱۹۹۸) ابزاری ۱۴ آیتمی است که روش‌های مقابله مذهبی را ارزیابی می‌کند و به شکل لیکرت چهار گزینه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۴ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس فرم کوتاهی از مقیاس مقابله مذهبی پارگامنت و همکاران (۱۹۹۸) است. این مقیاس شامل ۲۱ زیر مقیاس و هر زیر مقیاس شامل ۵ گویه است که در کل ۱۰۵ گویه می‌شود و برای اهداف پژوهشی مناسب نیست لذا فرم کوتاه آن ساخته شده که دارای دو عامل می‌باشد. مقابله مذهبی مثبت با ۷ گویه، شامل سوالات ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴ و مقابله مذهبی منفی با ۷ گویه، شامل سوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶ و ۷ است (یو، ۲۰۱۰). مقابله مذهبی منفی در واقع تقلا و کشمکشی است که فرد به هنگام مواجهه با مشکلات و سختی‌های زندگی درباره عقاید و باورهای مذهبی خود دارد؛ شک کردن به قدرت خدا، رها کردن خداوند، عصبانی شدن از دست خدا، شک کردن به وجود خدا، پس دادن تقاص گناهان و تنبیه شدن توسط خدا. نمرات بالا در این مقیاس نشان دهنده تقلای مذهبی زیاد در فرد است. در این پژوهش از مقیاس مقابله مذهبی منفی برای اندازه‌گیری تقلای مذهبی استفاده شد. این مقیاس از ثبات درونی و روایی سازه بالایی برخوردار است. آلفای کرونباخ برای مقیاس مقابله مذهبی منفی در دامنه ۰/۶۹ تا ۰/۸۱ گزارش شده است (پارگامنت و همکاران، ۲۰۰۰). در این پژوهش آلفای کرونباخ برای مقیاس مقابله مذهبی منفی ۰/۷۰ به دست آمد. همچنین اعتبار این پرسشنامه به روش بازآزمایی با اجرا روی ۶۰ آزمودنی دختر و پسر به فاصله زمانی ده روز ۰/۷۶ به دست آمد.

## روش اجرا

پس از نمونه گیری و انتخاب تصادفی دانشکده‌ها، گروه‌های آموزشی و کلاس‌های درسی، با استاد مربوط به آن کلاس هماهنگی صورت گرفت که ابتدای کلاس به مدت ۲۰ الی ۲۵ دقیقه اجازه دهد تا دانشجویان پرسش‌نامه‌ها را در فضای آرام کلاس و با تمرکز تکمیل کنند. در ابتدا توضیحی کوتاه درباره موضوع پرسش‌نامه‌ها و نحوه پاسخ‌دهی ارائه شد، به این صورت که پرسشنامه بدون نام است و فقط جنبه پژوهشی دارد و درباره موضوعات مختلفی است که باید به صورت انفرادی و با دقت، صحت و کامل پاسخ داده شود. همچنین گفته شد که اگر سوال یا ابهامی در خصوص گویه‌ها داشتند سوال کنند. تمامی پرسش‌نامه‌ها در همه دانشگاه‌ها با همکاری اساتید به منظور بالا بودن دقت و تمرکز آزمودنی‌ها، در ساعات قبل از ظهر و در ابتدای کلاس تکمیل شد. در همه کلاس‌ها به طور متوسط ۲۰ الی ۳۰ نفر برای پاسخ‌گویی به صورت تصادفی انتخاب شدند. به طور کلی اجرای پرسش‌نامه‌ها به مدت شش هفته به طول انجامید.

## یافته‌ها

از ۵۰۴ نفر گروه نمونه تعداد ۲۵۵ نفر (۴۹/۴٪) زن و ۲۴۹ نفر (۵۰/۶٪) مرد بودند. اطلاعات جمعیت شناختی گروه نمونه در جدول زیر ارائه شده است. تعداد ۲۶۶ نفر (۵۲/۸٪) از دانشگاه خوارزمی، ۱۶۲ نفر (۳۲/۱٪) دانشگاه آزاد کرج، ۷۶ نفر (۱۵/۱٪) از پردیس کشاورزی کرج، انتخاب شدند. تعداد ۱۸۴ نفر (۳۶/۵٪) در رشته‌های فنی مهندسی، ۷۶ نفر (۱۵/۱٪) در رشته‌های کشاورزی، ۹۳ نفر (۱۸/۵٪) در علوم پایه، و ۱۳۴ نفر (۲۶/۶٪) در رشته‌های علوم انسانی مشغول تحصیل بودند. تعداد ۱۷ نفر (۳/۴٪) نیز رشته تحصیلی خود را مشخص نکرده بودند. در نهایت این که تعداد ۲۲۶ نفر (۴۴/۸٪) خوابگاهی و تعداد ۲۷۸ نفر (۵۵/۲٪) غیرخوابگاهی بودند. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۲ ارائه شده است.

هدف اصلی این پژوهش دستیابی به فهم روشنی از چگونگی تاثیر فعالیت مذهبی و تقلای مذهبی بر مصرف سیگار و قلیان از طریق الگوگیری اجتماعی، عقاید منفی درباره مصرف و بهزیستی معنوی است. آزمون الگویی که به این منظور طراحی شده است نشان خواهد داد که آیا اصلی‌ترین فرضیه این پژوهش از طریق برازش الگو با داده‌های به دست آمده از جامعه مورد مطالعه تائید خواهد شد؟

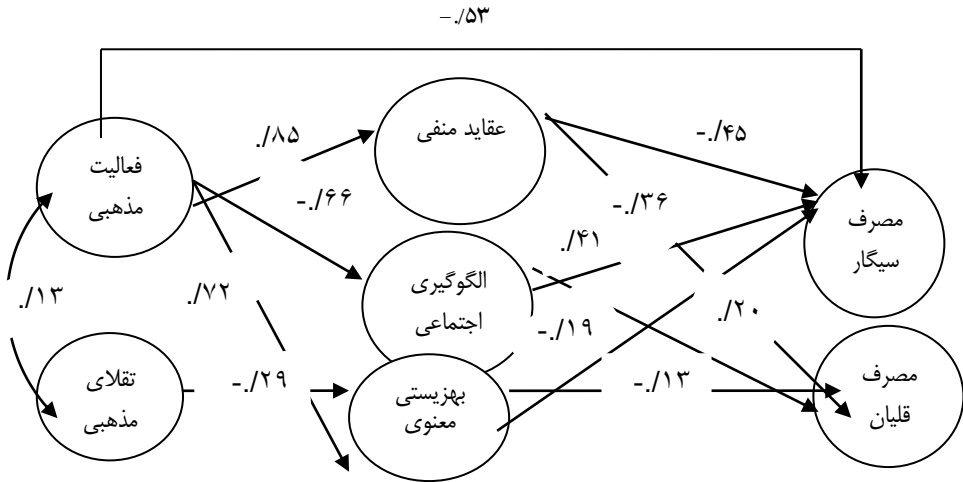
جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در گروه نمونه

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر
الگوگیری اجتماعی	۱۸/۱۵	۵/۷۹	۹	۳۳
عقاید منفی درباره سیگار و قلیان	۹/۹۲	۴/۰۵	۴	۱۶
تقلای مذهبی	۱۱/۳۷	۳/۲۷	۷	۲۵
فعالیت مذهبی	۷۸/۲۹	۱۶/۷۰	۲۹	۱۱۴
مصرف سیگار در یک ماه گذشته	۱/۵۴	۱/۴۰	۱	۶
میزان تمایل به مصرف سیگار	۴/۸۳	۱/۶۶	۱	۶
مصرف قلیان در دوازده ماه گذشته	۲/۱۲	۱/۷۲	۱	۶
مصرف قلیان در یک ماه گذشته	۱/۵۹	۱/۲۵	۱	۶
میزان تمایل به مصرف قلیان	۴/۲۸	۱/۸۴	۱	۶
نمره کل بهزیستی معنوی	۶۵/۷۸	۹/۰۳	۲۰	۱۲۰
بهزیستی وجودی	۳۳/۹۴	۵/۱۵	۱۰	۶۰
بهزیستی مذهبی	۳۱/۸۸	۵/۰۵	۱۰	۶۰

جدول ۲: ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه در گروه نمونه

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱. الگوگیری اجتماعی	۱						
۲. عقاید منفی درباره مصرف	۰/۵۳**	۱					
۳. تقلای مذهبی	۰/۰۲	۰/۰۲	۱				
۴. فعالیت مذهبی	۰/۴۴**	۰/۶۶**	۰/۰۸-	۱			
۵. بهزیستی معنوی	۰/۰۶	۰/۰۰۲	۰/۰۱*	۰/۰۰۲	۱		
۶. مصرف سیگار	۰/۵۲**	۰/۴۵**	۰/۰۵-	۰/۳۸**	۰/۰۴	۱	
۷. مصرف قلیان	۰/۶۶**	۰/۵۷**	۰/۳۸**	۰/۳۱**	۰/۰۹	۰/۵۷**	۱

\*P &lt; ۰/۰۵, \*\*P &lt; ۰/۰۱



نمودار ۱: مدل ساختاری پیشنهادی مصرف مواد در دانشجویان

نتایج حاصل از آزمون الگو، قابل قبول بودن آن را به گواهی شاخص‌های برازش نشان می‌دهند. این شاخص‌ها و مقادیر مربوطه در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: شاخص‌های برازش مدل

$\chi^2$	$df$	$\chi^2/df$	Df	GFI	CFI	RMSEA	RFI	NFI	IFI	SRMR
۲۵۵۲/۳۵	۳/۳۸	۷۵۵	۰/۹۳	۱	۰/۰۶	۰/۹۵	۰/۹۶	۱	۰/۰۵	

نتایج به دست آمده نشان می‌دهد GFI به دست آمده در این پژوهش معادل ۰/۹۳ می‌باشد، از آنجا که مقادیر برابر یا بزرگتر از ۰/۹ برای این شاخص قابل قبول است، بنابراین طبق این شاخص می‌توان نتیجه گرفت که مدل دارای برازش مطلوبی می‌باشد. مقدار شاخص NFI در این مدل ۰/۹۶ است، از آنجا که مقدار این شاخص بین ۰/۹ تا ۰/۹۵ قابل قبول بوده و مقادیر بالاتر از ۰/۹۵ عالی است، لذا مقدار این شاخص نشان دهنده برازش خوب داده‌ها با مدل است. مقدار شاخص CFI برای داده‌های مدل ۱ است و به طور قراردادی مقرر است که شاخص CFI باید بیش از ۰/۹ باشد. چون مقدار به دست آمده بیشتر از ۰/۹ می‌باشد می‌تواند نشان دهنده برازش بالای مدل باشد. از آنجایی که جذر برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA) به دست آمده (۰/۰۶) از مقدار ملاک ۰/۱

کم تر است، نشان می دهد این مدل از برازش خوبی برخوردار است. شاخص  $dfx/2$  که برای برازش الگوها به آن توجه می شود و مقدار مطلوب آن بین ۲ و ۵ است برای الگوی حاضر ۳/۳۸ است. در کل با توجه به شاخص های فوق می توان نتیجه گرفت مدل آزمون شده از برازش متوسط به بالا برخوردار است. نتایج حاصل از مجذور همبستگی چندگانه برای متغیرهای درونزا به شرح زیر است: مصرف سیگار ۰/۷۸، مصرف قلیان ۰/۸۰، انگیزه های افزایشی ۰/۶۳، انگیزه های اجتماعی ۰/۹۷، انگیزه های مقابله ای ۰/۸۴، عقاید منفی درباره مصرف ۰/۷۲، الگوگیری اجتماعی ۰/۴۳، بهزیستی معنوی ۰/۵۱.

### بحث و نتیجه گیری

بر اساس یافته های به دست آمده در این پژوهش، اثر فعالیت مذهبی بر مصرف سیگار و قلیان، با الگوگیری اجتماعی، بهزیستی معنوی و عقاید منفی درباره مواد میانجی گری شد و اثر تقلای مذهبی بر مصرف سیگار و قلیان با بهزیستی معنوی میانجی گری شد. این نتایج همسو با یافته های جانسون و همکاران (۲۰۰۸) و دروپ و همکاران (۲۰۱۱) بود. همچنین نتایج نشان داد که ارتباط بین فعالیت مذهبی و مصرف سیگار و قلیان با نگرش ها و عقاید منفی درباره مواد میانجی گری می شود. این نتایج با یافته های چاولا و همکاران (۲۰۰۷) و جانسون و همکاران (۲۰۰۸) همسو است. در تبیین این روابط به نظر می رسد که مذهب با ایجاد قوانین و قواعد درونی و بیرونی برای فرد هنجارهایی را مشخص می کند و فرد را به داشتن باورها و نگرش هایی سوق می دهد که سبب ایجاد مصونیت در برابر مصرف مواد می شود. تاثیراتی که باورهای معنوی و دینی فرد بر چگونگی تعبیر و تفسیر وی از رویدادها می گذارد فرایند سازگاری و پذیرش رویدادها را آسان می کند (کوتون، لارکین، هوپس، کرامر و روزنتال<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). بر طبق دیدگاه رشد اجتماعی پیوند و تعهد و دلبستگی به نهادهای اجتماعی از جمله خانه و مدرسه و مذهب باعث ایجاد باورهای سالم و معیارهای روشن در فرد می شود که این باورها رفتارهای سالم را به دنبال دارد (هاو کینز و ویس، ۱۹۸۵). لذا عقاید و نگرش هایی که مذهب نسبت به مصرف سیگار و قلیان در

فرد ایجاد می‌کند و حس تعهد و ارزش‌گذاری که فرد نسبت به این باورها دارد باعث ایجاد مصونیت در برابر مصرف سیگار و قلیان می‌شود.

در بخش دیگری از مدل، نتایج نشان داد که تقلای مذهبی بر مصرف سیگار و قلیان تاثیر می‌گذارد که میانجی این رابطه بهزیستی معنوی بود. این یافته با پژوهش جانسون و همکاران (۲۰۰۸) همسو است. در تبیین این نتایج فاگین معتقد است افرادی که احساس می‌کنند از سرویس‌های مذهبی جدا هستند، حمایت معنوی کمی از افراد نزدیک در زندگی دریافت می‌کنند. فردی که تعارض‌ها، سوالات و تنش‌هایی در رابطه با خدا دارد؛ مانند خشم گرفتن نسبت به خدا، تقلای مذهبی می‌تواند تاثیرات نافذی بر فرد و سلامت جسمانی و بهزیستی معنوی او داشته باشد. خشم نسبت به خداوند به دلیل داشتن حس رهاشدگی از طرف خدا با سلامت روان پایین‌تر و راهکارهای مقابله‌ای ضعیف‌تر همراه است و ممکن است اثر مثبت و سازنده معنویت را در زندگی تبدیل به اثر منفی و مخرب کند و سیستم روانی فرد را نیازمند راهبردهای مقابله‌ای جایگزین کند. این راهبردها می‌تواند مصرف سیگار و قلیان باشد و به عنوان راه حلی آسان و در دسترس برای رهایی از درد و رنج روانی استفاده شود. از طرف دیگر بهزیستی معنوی کارکرد روانی و سازگاری را تقویت می‌کند و با افزایش خودآگاهی، ایجاد ارتباط و پیوند با اطرافیان و دریافت حمایت اجتماعی از سوی دیگران، افزایش حس اطمینان، معنی و هدف در زندگی و مقابله و سازگاری موثر با مشکلات، فرد را بی‌نیاز از مصرف مواد با انگیزه مقابله با مشکلات می‌کند. افرادی که با سوالات و شک‌های مذهبی درون فردی، میان فردی یا الهی در کشمکش هستند، ممکن است احساس کمبود در هدف، معنا یا سازماندهی زندگی داشته باشند و در نتیجه نمی‌توانند معنای زندگی خود را رشد دهند و پاسخ این سوالات را بیابند. آن‌ها ممکن است احساس خلاء معنوی کنند و در جستجوی شکل جدیدی از معنا، از جمله تخریب عادت‌ها برای پر کردن این خلاء باشند. در راستای این روش، گورساچ و بوتلر<sup>۱</sup> (۱۹۷۶) مطرح می‌کنند که برخی افراد از مواد به عنوان راهی برای فرار از درد و رنج روانی استفاده می‌کنند. برعکس، افرادی که قالب مذهبی قوی و با



ثباتی دارند، ممکن است یک منبع فناپذیر معنادهی در هسته زندگی خود داشته باشند. برای چنین افرادی، یک قدرت یا تقدس بالا تبدیل به نیرویی سازمان یافته می شود که فرد را به جهات سودمندی در زندگی هدایت می کند و یک زندگی عاری از رفتار پرخطر از جمله مصرف سیگار و قلیان برای فرد به ارمغان می آورد.

به طور کلی نتایج پژوهش حاکی از آن است که فعالیت مذهبی و تقلای مذهبی مصرف سیگار و قلیان را از طریق متغیرهای میانجی الگوگیری اجتماعی، عقاید منفی درباره مصرف و بهزیستی معنوی پیش بینی می کنند. الگوگیری اجتماعی به طور مستقیم نیز با مصرف سیگار و قلیان رابطه دارد. مذهب با ایجاد قواعد و قوانین درونی و بیرونی، نگرش های فرد را تحت تاثیر قرار می دهد، اعتقادات مذهبی برای مقابله با فشارزاهای روانی، تحصیلی و فردی نیروی بیشتری به فرد می دهد، لذا کمتر برای اجتناب از این گونه استرس ها به سمت دوستان یا گروه هایی کشیده می شوند که احتمال مصرف مواد در آنها زیاد است. از طرف دیگر مقابله های مذهبی مثبت منبع حمایت عاطفی و اجتماعی هستند. لذا افرادی که از این مقابله ها در زندگی روزانه خود استفاده می کنند افسردگی و اضطراب کمتری دارند، به دنبال آرامش کوتاه مدت نیستند و نیازی به پذیرش دوستان مصرف کننده مواد احساس نمی کنند و در نتیجه کمتر به سمت مصرف سیگار و قلیان کشیده می شوند.

با توجه به این که مدل پیشنهادی پژوهش روی جمعیت دانشجوی و با نمونه محدود انجام گرفت محدودیت اصلی این پژوهش این است که تعمیم این مدل به سایر جمعیت ها باید با احتیاط صورت گیرد چرا که نیازمند تحقیقات بیشتر روی جمعیت نوجوان، بزرگسال و با تعداد نمونه بیشتر است. این پژوهش مصرف سایر مواد و الکل را بررسی نکرد، لذا تعمیم آن به سایر مواد و الکل به تحقیقات گسترده تر و همکاری مسئولین نیاز دارد. با توجه به این که نمونه پژوهش حاضر دانشجویان بودند، لذا مشخص نبود که آیا مصرف کننده الکل یا مواد دیگر هستند یا سوء مصرف مواد و یا وابستگی به مواد دارند. بنابراین، پیشنهاد می شود تحقیقات بیشتر با کنترل این عوامل صورت گیرد. در نهایت با توجه به جو مذهبی جامعه ایران و وجود برخی قوانین، احتمالاً پاسخ به سوالات پرسشنامه تقلای

مذهبی دارای محدودیت بود، به این دلیل که موضوع تقلای مذهبی و مفاهیمی چون تردید نسبت به قدرت خدا، تفکر درباره عدم وجود خداوند و شک کردن به عشق خداوند نسبت به بندگانش از جمله موضوعات تابویی و نکوهش شده در جامعه ایران است، لذا پاسخ دادن به سوالاتی در این زمینه ممکن است با سوگیری همراه بوده و صادقانه نباشد.

### منابع

- اصغری، فرهاد؛ کردمیرزا، عزت‌اله و احمدی، لیلیا (۱۳۹۲). رابطه نگرش مذهب، منبع کنترل و گرایش به سوء مصرف مواد در دانشجویان. *اعتیادپژوهی*، ۲۵ (۷)، ۱۱۲-۱۰۳.
- بخشانی، نورمحمد؛ لشکری‌پور، کبری و بخشانی، سعید (۱۳۸۶). شیوع رفتارهای مرتبط با آسیب‌های عمدی و غیر عمدی در دانش آموزان دبیرستانی سیستان و بلوچستان، طیب شرق، ۹ (۳)، ۲۰۸-۱۹۹.
- حجاریان، احمد؛ قنبری و یوسف (۱۳۹۲). شناسایی و تحلیل مولفه‌های اجتماعی موثر در گرایش جوانان روستایی به اعتیاد در مناطق روستایی شهرستان اصفهان، *اعتیادپژوهی*، ۲۷ (۷)، ۶۷-۷۸.
- دهشیری، غلامرضا؛ سهرابی، فرامرزی؛ جعفری، عیسی و نجفی، محمود. (۱۳۸۷). بررسی خصوصیات روانسنجی مقیاس بهزیستی معنوی در میان دانشجویان. *مطالعات روانشناختی دانشگاه الزهراء*، ۴ (۳)، ۱۴۴-۱۲۹.
- صرامی، حمید؛ قربانی، مجید و تقوی، منصور. (۱۳۹۲). بررسی دو دهه تحقیقات شیوع شناسی مصرف مواد در بین دانشجویان دانشگاه‌های ایران. *اعتیادپژوهی*، ۲۷ (۷)، ۳۶-۹.
- مکارم، سپیده و زنجانی، زهرا (۱۳۹۲). رابطه دینداری فرد، خانواده و اعتقاد به پیامدهای مصرف مواد با میزان مصرف مواد مخدر. *اعتیادپژوهی*، ۲۸ (۷)، ۸۸-۷۵.
- نجف‌لوی، فاطمه؛ نوایی‌نژاد، شکوه. (۱۳۹۳). مقایسه نیمیخ جو خانواده افراد وابسته به مواد و عادی به منظور ارابه مداخلات مبتنی بر خانواده. *اعتیادپژوهی*، ۳۰ (۸)، ۹۵-۸۱.
- Arnett, J. J. (2005). The developmental context of substance use in emerging adulthood. *Journal of Drug Issues*, 35, 235—253.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: a Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice- Hall Inc.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: Guilford Press.
- Booth, J., & Martin, J. E. (1998). *Spiritual and religious factors in substance use, dependence, and recovery*. In Koenig, H. G (Ed.), *Handbook of religion and mental health* (pp. 175- 200). San Diego, CA: Academic Press.
- Brener, N. D., Kann L., & McManus, T. (2002). Reliability of the Youth Risk Behavior Survey. *Journal of Healthand Social Behavior*, 32(1), 80-99.

- Chawla, N., Neighbors, C., & Lewis, M. A. (2007). Attitudes and perceived importance of drinking as mediators of the relationship between importance of religion and alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68, 410 – 418.
- Cook, C. C. (2004). Addiction and spirituality. *Addiction*, 99, 539-551.
- Cotton, S., Larkin, E., Hoopes, A., Cromer, B. A., & Rosenthal, S. L. (2005). The impact of adolescent spirituality on depressive symptoms and health risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 36, 7-14.
- Drerup, L., Johnson, J., & Bindel, S. (2011). Mediators of the relationship between religiousness/spirituality and alcohol problems in an adult community sample. *Addictive behavior*, 36, 1317- 1320.
- Faigin C. F. (2008). *Filling The Spiritual Void Spiritual Struggles as a Risk Factor for Addiction*. Unpublished master's thesis. College of Bowling Green State University.
- Gorsuch, R. L., & butler, M. c. (1967). Initial drug abuse: A rview of predisposing socialpsychological factors. *psychological Bulletin*, 3, 120-137
- Hammermeister, J. (2005). Gender differences in spiritual well-being: are females more spiritually well than males? *American journal of health studies*, 20, (2), 80-84.
- Hammermeister, J., Flint, M., El- Alayli, A., Ridnour, H., & Peterson, M. (2005). Gender differences in spiritual well being: Are females more spiritually well than males? *American Journal of Health Studies*. 20(2): 80- 84
- Johnson, T. J., Carlisle, R., Sheets, V. L., & Kristeller, J. (2008). Prospective examination of the relationship between religious struggle and alcohol problems in a college sample. *Psychology of Religion*, 63, 117- 127.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., & Schulenberg, J. E. (2011). Monitoring the Future national results on adolescent drug use: Overview of key findings. *National Institute on Drug Abuse*. 22, 514-529.
- Mecklenburg, R. E. (1992). *Tobacco effects in the mouth: a national cancer institute and national institute of dental research guide for health professionals*. US Dept. of Health and Human Services, Public Health Service: National Instituteof Health.
- O'Connell, M. E., Boat, T., & Warner, K. E. (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. Washington, DC: National Academies Press.
- Pargament, K. I. (2007). *Spiritually-Integrated Psychotherapy: Understanding and Addressing the Sacred*. New York: The Guilford Press.
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressor. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, 710-724.
- Read, J. P., Wood, M. D., Kahler, C. W., Maddock, J. E., & Palfai, T. P. (2003). Examining the role of drinking motives in college student alcohol use and problems. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, 13– 23.
- Rigotti, N. A., Lee, J. E., Wechsler, H. (2000). US college students' use of tobacco products: results of a national survey. *Journal of the American Medical Association*. 284, 699–705
- Schmid, H. (2001). Predictors of cigarette smoking by young adults and readiness to change. *Substance Use Misuse*, 36, (11), 1519-42.

- Stone A. L., Becker L. G., Huber A. L., Catalano R. F. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive Behavior*, 37, 747-775.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2009). *Overview of findings from the 2004 National Survey on Drug Use and Health*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Sutherland, E.H., and Cressey, D. R. (1978). *Criminology*. 10 ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Co
- Toftagen, C. (2006). *The relationship between anxiety and spirituality in persons undergoing chemotherapy for cancer*. Master of Science. Unpublished Dissertation. College of Nursing University of South Florida.
- U. S. Department Health and Human Services. (2007). *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*. 2nd ed. U.S. Dept. of Health and Human Services.
- Yeo, J. Ch. (2010). *The Psychometric Study of the Attachment to GOD Inventory and the Brief Religious Coping Scale in a Taiwanese Christian Sample*. Doctor of Philosophy. Unpublished Dissertation. Liberty University.