

رابطه مذهب‌گرایی

و عوامل جمعیت‌شناختی با سوء مصرف مواد در دانشجویان

میر نادر میری* / هادی بهرامی احسان**

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه مذهب‌گرایی و عوامل جمعیت‌شناختی با سوء مصرف مواد انجام شده است. همه دانشجویان دختر و پسر دانشگاه تهران که در سال تحصیلی ۱۳۸۸-۱۳۸۹ مشغول به تحصیل بوده‌اند، جامعه آماری این پژوهش را تشکیل می‌دهند. گروه نمونه، شامل ۱۸۲ دانشجو بوده که با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شده‌اند. ابزار پژوهش «مقیاس مذهب‌گرایی، بسطامی و بهرامی احسان، (۱۳۸۷)» و «پرسش‌نامه رفتارهای پرخطر (نسخه ۲۰۰۷)» بوده است. ضریب پایایی مقیاس مذهب‌گرایی ۰/۹۶ و ضریب پایایی پرسش‌نامه رفتارهای پرخطر ۰/۶۷ به دست آمد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از ضرایب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام انجام شده است. نتایج نشان می‌دهد که بین دانشجویان دختر و پسر در متغیرهای مذهب‌گرایی، مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر تفاوت معنادار وجود داشته و همچنین مذهب‌گرایی با مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر همبستگی منفی دارد. نتایج رگرسیون گام به گام مشخص کرد که جنسیت، مذهب‌گرایی و تأهل حدود ۰/۱۴۴ از واریانس مصرف سیگار را تبیین می‌کنند. همچنین نتایج رگرسیون گام به گام مشخص کرد که جنسیت و مذهب‌گرایی توانسته‌اند در دو گام به ترتیب حدود ۰/۱۴۶ و ۰/۰۸۸ واریانس مصرف الکل و مواد مخدر را تبیین کنند.

واژه‌های کلیدی: مذهب‌گرایی، عوامل جمعیت‌شناختی و سوء مصرف مواد.

مقدمه

سوء مصرف مواد از قرن‌ها پیش وجود داشته است و با گسترش علم و فناوری، روز به روز بر گونه‌های مختلف مصنوعی و نیمه‌مصنوعی مواد افزوده شده و به این ترتیب، امکان دسترسی آسان‌تر به آنها نیز فراهم گردیده است. اکنون نیز تقریباً کشوری وجود ندارد که از گسترش سوء مصرف مواد در امان مانده باشد.^۱ اگرچه از دیرباز در تمام جوامع بشری سوء مصرف مواد افیونی، عاداتی غیراجتماعی و نامقبول تلقی شده است، اما با وجود این، طبقات مختلف اجتماع با این مسئله به صورت جدی درگیر هستند، به طوری که هم‌اکنون مردان و زنان زیادی، خصوصاً از سنین نوجوانی تا میان‌سالی مواد مخدر مصرف می‌کنند و به آن وابسته‌اند.^۲ این معضل یکی از آسیب‌های مهم اجتماعی است، به طوری که نه تنها سلامت فرد و جامعه را به خطر می‌اندازد، بلکه موجبات انحطاط روانی و اخلاقی افراد را نیز فراهم می‌آورد و پیامدهای مختلفی، به خصوص عوارض روانی را هم برای فرد مصرف کننده و هم برای سایرین که به نوعی با او ارتباط دارند، به همراه می‌آورد.^۳

یکی از قشرهایی که مصرف مواد در بین آنها رواج دارد، دانشجویان هستند. دانشجویان معمولاً در محدوده سنی ۱۸-۲۴ سال قرار می‌گیرند. بسیاری از آنها بلافاصله پس از پایان دوره دبیرستان، تحصیلات دانشگاهی را آغاز کرده‌اند، همچنان که بسیاری نیز برای اولین بار از خانه و والدین دور شده‌اند. این سبک زندگی سبب می‌شود که دانشجویان برحسب میزان سلامت‌شان با انواعی از تجربه‌های جدید روبه‌رو شوند و این در حالی است که از الگوی مناسبی بهره‌مند نیستند.^۴ عوامل بی‌شماری، از جمله عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی، در شروع، ادامه و بازگشت پس از درمان سوء مصرف مواد مؤثرند.^۵

بررسی‌های همه‌گیرشناسی حاکی از روند رو به افزایش مصرف سیگار، مشروبات الکلی و سایر مواد در بین دانشجویان است.^۶ بر اساس مطالعات انجام شده ۴ درصد از افراد زیر ۱۵ سال و ۲۴/۴ درصد در سنین ۱۵-۱۹ سالگی مصرف مواد را شروع نموده و در کل ۵۶/۳ درصد در سن زیر ۲۴ سالگی به مصرف مواد مخدر رو آورده‌اند.^۷ در یک بررسی ملی در سال ۱۹۹۵م در ایالات متحده در مورد دانشجویان، مشخص شده است که طی ۳۰ روز گذشته، تقریباً ۲۹ درصد دانشجویان سیگار، ۳۴/۵ درصد دوره‌های مصرف

الکل، ۲۷/۴ درصد استعمال الکل هنگام رانندگی و ۳۰/۵ درصد هنگام شنا یا قایق سواری استعمال الکل داشته‌اند.^۸ در ایران نیز شریف‌زاده (۱۳۸۶) در پژوهشی با عنوان «بررسی شیوع استعمال مواد اعتیادآور در خصوص ۴۹۱ دانشجوی پسر در مقاطع مختلف تحصیلی»، شیوع استعمال سیگار را ۳۰٪، تجربه مصرف سیگار ۴۳٪، مصرف مواد مخدر ۹/۹٪، تجربه مصرف مواد مخدر ۲۲/۷٪، شیوع الکلی بودن ۱۴/۵٪، تجربه مصرف الکل ۲۵/۴٪ و تجربه مصرف قرص اکس ۷/۵٪ را گزارش نموده است.^۹

یکی از عواملی که اثر کاهنده بر مصرف مواد دارد، دین و مذهب است. نیاز انسان به دین، قدمتی به عمر تاریخ دارد، زیرا بشر از همان آغاز زندگی خود به حامی مقتدر و تکیه‌گاه قدرتمند، احساس نیاز می‌کرده است.^{۱۰} مذهب، سیستم سازمان‌یافته‌ای از باورها، شامل، سنت، ارزش‌های اخلاقی، رسومات و مشارکت در یک جامعه دینی برای اعتقاد راسخ‌تر به خدا یا یک قدرت برتر است.^{۱۱} همچنین مذهب و مذهب‌گرایی به منزله مرجعیت بخشیدن به ساختار روابط و مناسبات انسان در تمام ابعاد آن، در پرتو رابطه انسان با خدا تعریف شده است.^{۱۲} هدف مذهب و آموزه‌های معنوی و دینی، به ویژه از نوع راستین، مثبت‌گرا، الهی، تعالی‌دادن به انسان، اصلاح رفتار او، هدایت و کامل کردن مکارم اخلاق برای انسان است.^{۱۳} شواهد پژوهشی به صورت روزافزون از این موضوع حمایت می‌کند^{۱۴} باورهای مذهبی و دینی یکی از جنبه‌های درون فردی در امر سلامت تلقی می‌شوند.^{۱۶} یافته‌های پژوهشی نیز نشان داده است که پایبندی به مذهب با سلامت جسمی و روانی رابطه دارد.^{۱۷}

همبستگی منفی و معنادار مذهب و سوء مصرف مواد در پژوهش‌های زیادی مشخص شده است. برای مثال، پژوهش‌های گارتر، لارسون و آلن^{۱۸} (۱۹۹۱م)، فلاویو، کولین، نیری و پارسایی^{۱۹} (۲۰۰۵م) نشان داده‌اند که داشتن نگرش‌ها و باورهای مذهبی با پیشگیری و کاهش مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر همراه است. ویلز، یاگر و سندی^{۲۰} (۲۰۰۳م) نیز نشان دادند که دین‌داری از تأثیر فشارهای زندگی بر گرایش به مصرف مواد می‌کاهد و در طول زمان نیز میزان افزایش مصرف مواد را مهار می‌کند.^{۲۱}

علاوه بر پژوهش‌های یاد شده، نتایج پژوهش‌های بری، مک کئون و پاندینا^{۲۲} (۱۹۸۲)، نیوکامب، مادا هیان، اسکاگر و بنتلر^{۲۳} (۱۹۸۷م)، نیوکامب، (۱۹۹۵)،^{۲۴} هاوکینز، کاتالینو و

میلر^{۲۵} (۱۹۹۲م)، کورساش^{۲۶} (۱۹۹۵م) والاس و فورمن^{۲۷} (۱۹۹۸م)، مارک استروم^{۲۸} (۱۹۹۹م)، تمپلین و مارتین^{۲۹} (۱۹۹۹م)، پارذینی، پلاتتی، شرمن و استامپ^{۳۰} (۲۰۰۰م)، چترز^{۳۱} (۲۰۰۰)، میلر و همکاران^{۳۲} (۲۰۰۰م)، جورج، لرسون، کوئنگ و مک کالوف^{۳۳} (۲۰۰۰م)، واپلر و همکاران^{۳۴} (۲۰۰۰م)، استوارت^{۳۵} (۲۰۰۱م)، براون، پارکس، زیمرن و فیلیپس^{۳۶} (۲۰۰۱م)، کاترین و ساندرز^{۳۷} (۲۰۰۲م)، هبرت^{۳۸} (۲۰۰۵م)، جانسون و همکاران^{۳۹} (۲۰۰۵م)، توماس، جانسون، شیتز و کریستلر^{۴۰} (۲۰۰۸م) و بحرینیان، قائدی، یاسمی و ثقة‌اسلام^{۴۱} (۱۳۸۳) نیز حاکی از وجود رابطه منفی معنادار مذهب‌گرایی و سوء مصرف مواد است.

رابطه متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن، تأهل و جنسیت) با سوء مصرف مواد نیز بررسی شده و نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که بین جنسیت و سوء مصرف مواد، رابطه معناداری وجود دارد، به طوری که مشخص شده است که سوء مصرف مواد مردان بیش از زنان است و با افزایش سن شدت می‌یابد،^{۴۲} اما پژوهش‌های دیگر رابطه معنادار سوء مصرف مواد و وضعیت تأهل را گزارش نکرده‌اند.^{۴۳}

دانشجویان به عنوان یکی از مهم‌ترین گروه‌های هدف آموزش رفتاری، بخش عظیمی از جامعه را تشکیل می‌دهند. در ایران نیز مانند بسیاری از کشورهای در حال توسعه هنوز مطالعه و تحقیق درباره سوء مصرف مواد و عوامل وابسته به آن در ابتدای مسیر قرار دارد و نیاز به انجام پژوهش‌های گسترده و کاربردی در این زمینه به ویژه در مورد قشرهایی که در معرض خطر بالاتری قرار دارند، ضروری به نظر می‌رسد.^{۴۴} با توجه به آسیب‌های فراوان جسمی، روانی، اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی سوء مصرف مواد و نقش مذهب به عنوان عاملی درون‌فردی و توانمند در پیشگیری و کاهش سوء مصرف مواد، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه مذهب‌گرایی و عوامل جمعیت‌شناختی با سوء مصرف مواد در دانشجویان پرداخته است. بر این اساس، فرضیه‌های پژوهش حاضر عبارت‌اند از: ۱. بین وجود دارد، ۲. بین مذهب‌گرایی با سوء مصرف مواد (سیگار، الکل و مواد مخدر) رابطه معناداری وجود دارد، ۳. هر یک از متغیرهای جمعیت‌شناختی (جنسیت، سن و تأهل) و مذهب‌گرایی به چه میزان سوء مصرف مواد را تبیین می‌کنند؟

روش‌شناسی پژوهش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر در چهارچوب یک طرح غیر آزمایشی، از نوع همبستگی انجام شده است. کلیه دانشجویان دختر و پسر دانشگاه تهران که در سال تحصیلی ۱۳۸۸-۱۳۸۹ مشغول به تحصیل بودند، جامعه آماری این پژوهش را تشکیل می‌دهند که شامل ۳۰۰۰۰ دانشجوی می‌باشند. ۱۹۰۰۰ دختر و ۱۱۰۰۰ پسر نمونه مورد پژوهش نیز دربرگیرنده ۱۸۲ دانشجو می‌باشد که با روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای از میان جامعه یاد شده انتخاب و مورد آزمون قرار گرفته‌اند. حجم نمونه در پژوهش حاضر بر اساس مطالعات کوهن (۱۹۸۶)^{۴۵} انتخاب شده است. بر اساس دیدگاه کوهن به ازای هر متغیر پیش بین دست‌کم ۱۵ نمونه انتخاب تعیین می‌شود. برای انتخاب نمونه ابتدا از بین دانشکده‌های دانشگاه تهران تعداد شش دانشکده (روانشناسی، مدیریت، فنی، علوم زمین، علوم پایه و حقوق) به طور تصادفی انتخاب شد. پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها توسط ۲۰۵ دانشجو (۱۰۰ پسر و ۱۰۵ دختر) که حاضر به همکاری بودند، اطلاعات جمع‌آوری شده مورد بررسی قرار گرفت. در مجموع، تعداد ۲۳ پرسش‌نامه به دلیل ناقص بودن یا فقدان اعتبار لازم در پاسخ‌گویی به سؤال‌ها از مطالعه کنار گذاشته شد و داده‌های ۱۸۲ پرسش‌نامه وارد مرحله تجزیه و تحلیل آماری گردید. لازم به ذکر است که پیش از تکمیل پرسش‌نامه‌های مورد نظر توسط آزمودنی‌ها، توضیحاتی در زمینه هدف پژوهش و شیوه تکمیل مقیاس‌های به کار برده شده توسط پژوهشگران، برای آزمودنی‌ها ارائه گردید. برای بررسی داده‌ها از فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، آزمون t گروه‌های مستقل، همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام استفاده شد.

ابزار سنجش

۱. مقیاس مذهب‌گرایی: این مقیاس توسط (بسطامی و بهرامی احسان، ۱۳۸۷) ساخته شده است که شامل ۱۵ سؤال ۵ گزینه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) است و از ۱-۵ نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس با ۲ سؤال از مقیاس نگرش‌سنج مذهبی خدایاری فرد (۱۳۸۴)، ۶ سؤال از ابزار تجربه معنوی غباری بناب (۱۳۸۴)، ۳ سؤال از آزمون جهت‌گیری مذهبی با تکیه بر اسلام آذربایجانی (۱۳۸۰) و ۴ سؤال از مقیاس جهت‌گیری مذهبی

بهرامی احسان (۱۳۸۰) ساخته شد. نمرات بالا نشان‌دهنده مذهب‌گرایی بیشتر، و نمرات پایین نشان‌دهنده مذهب‌گرایی کمتر است. در اجرای مقدماتی روی نمونه‌ای به حجم ۳۶۰ نفر، شامل ۱۲۰ بیمار جسمی، ۱۲۰ بیمار روانی و ۱۲۰ فرد سالم اجرا شد) اعتبار این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶ به دست آمد و روایی آن نیز مورد تأیید متخصصان بوده است.^{۴۶}

۲. پرسش‌نامه رفتارهای پرخطر (نسخه ۲۰۰۷): این پرسش‌نامه در بررسی ملی رفتارهای پرخطر دانشجویان امریکا طراحی و در پژوهش سالانه به کار می‌رود. نسخه اصلی پرسش‌نامه شامل ۹۶ سؤال است که رفتارهای پرخطر را در حوزه‌های مختلف، شامل ایمنی، خشونت، خودکشی، مصرف سیگار، مصرف الکل، مصرف انواع مواد غیرقانونی، رفتارهای پرخطر جنسی، تغذیه و فعالیت بدنی ارزیابی می‌کند. رفتارهای پرخطری که در این مطالعه بررسی شدند، عبارت‌اند از سیگار، مصرف الکل و مصرف انواع مواد غیر قانونی در طول ۱۲ ماه گذشته. مصرف سیگار: کشیدن دست‌کم یک نخ سیگار در طول ۳۰ روز گذشته یا مصرف منظم آن در دوره‌ای از طول عمر. مصرف الکل: نوشیدن دست‌کم یک بار الکل در طول ۳۰ روز گذشته. مصرف مواد مخدر: مصرف یکی از انواع مواد مخدر (حشیش، کوکائین، کراک، هروئین، مواد استنشاقی، استروئیدها، توهم‌زاها، آمفتامین‌ها و...) دست‌کم یک بار در طول زندگی. برای بررسی روایی پرسش‌نامه از شیوه روایی هم‌زمان استفاده شد. در روایی، هم‌زمان گروهی که واجد سازه مورد سنجش آزمون هستند به عنوان گروه ملاک در نظر گرفته شده و نمرات جامعه مخاطب در مقایسه با آن سنجیده می‌شود. اگر میانگین نمره‌های گروه ملاک به طور معنادار بالاتر از میانگین نمرات گروه عادی باشد، نتیجه‌گیری می‌شود که آزمون، روایی هم‌زمان دارد. به منظور تعیین پایایی، از دو روش همسانی درونی و بازآزمایی استفاده شد. با استفاده از روش همسانی درونی، ملاحظه گردید که ضریب آلفا برابر با ۰/۸۷ است که نشانه همبستگی بالا و قابل قبول مقیاس می‌باشد. همچنین در روش بازآزمایی، پرسش‌نامه تهیه شده پس از گذشت دو هفته از اجرای اول، بار دیگر روی آزمودنی‌ها به اجرا درآمد و ضریب همبستگی بین نمرات پرسش‌نامه در اجرای اول و دوم محاسبه شد. نتایج نشان داد که ضریب پایانی مقیاس با استفاده از این روش برابر با ۰/۸۶ است. به منظور تعیین نقطه برش پرسش‌نامه از منحنی

ROC استفاده شد و با تحلیل نتایج، نقطه برش ۷۴ برای پرسش‌نامه به دست آمد که قادر است افراد دارای رفتارهای پرخطر را از کسانی که رفتار پرخطر ندارند، با حساسیت ۸۵/۵ و ویژگی ۷۲/۲ متمایز سازد.^{۴۷} در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه ۰/۶۷ محاسبه گردید.

یافته‌ها

در جدول ۱ میزان فراوانی و درصد فراوانی همه اعضای گروه نمونه بر حسب سن، وضعیت تأهل، مقطع و رشته تحصیلی و میزان تحصیلات پدر و مادر آمده است.

جدول ۱. فراوانی و درصد فراوانی کل اعضای گروه نمونه بر حسب متغیرهای سن، وضعیت تأهل، مقطع، رشته تحصیلی و میزان تحصیلات پدر و مادر

| متغیرهای جمعیت‌شناختی | | فراوانی | درصد | متغیرهای جمعیت‌شناختی | | فراوانی | درصد |
|-----------------------|----------------|---------|------|-----------------------|----------|---------|------|
| سن | ۲۰ سال و کمتر | ۱۰۱ | ۵۵/۵ | رشته | فنی | ۱۸ | ۹/۹ |
| | ۲۲ سال | ۲۴ | ۱۳/۲ | | پزشکی | ۲۰ | ۱۱ |
| | ۲۳ سال | ۹ | ۴/۹ | | انسانی | ۱۲۸ | ۷۳/۱ |
| | ۲۴ سال و بیشتر | ۴۸ | ۲۶/۴ | | هنر | ۹ | ۵/۱ |
| تحصیلات پدر | بی‌سواد | ۲۶ | ۱۴/۳ | تحصیلات مادر | بی‌سواد | ۴۲ | ۲۳/۱ |
| | ابتدایی | ۴۳ | ۲۳/۶ | | ابتدایی | ۵۰ | ۲۷/۵ |
| | راهنمایی | ۲۰ | ۱۱ | | راهنمایی | ۲۵ | ۱۳/۷ |
| | دبیرستان | ۴۲ | ۲۳/۱ | | دبیرستان | ۳۷ | ۲۰/۳ |
| | دانشگاهی | ۵۱ | ۲۸ | | دانشگاهی | ۲۸ | ۱۵/۴ |
| مقطع | لیسانس | ۱۳۳ | ۷۳/۱ | وضعیت تأهل | مجرد | ۱۶۵ | ۹۰/۷ |
| | فوق‌لیسانس | ۴۶ | ۲۵/۳ | | متاهل | ۱۵ | ۸/۲ |
| | دکتری | ۳ | ۱/۶ | | معلق | ۲ | ۱/۱ |

جدول ۲- نتایج آزمون t گروه‌های مستقل برای مقایسه آزمودنی‌ها در نمره مصرف سیگار، الکل، مواد مخدر و مذهب‌گرایی

| P | T | DF | پسران | دختران | متغیرها |
|--------|-------|-----|------------------------|------------------------|----------------|
| | | | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | |
| ۰/۰۰۰۱ | -۴/۴۴ | ۱۸۰ | ۳/۵۶ (۳/۳۴) | ۱/۸۰ (۱/۸۲) | مصرف سیگار |
| ۰/۰۰۰۳ | -۳/۸۷ | ۱۸۰ | ۱/۴۲ (۲/۱۹) | ۰/۴۰ (۱/۲۶) | مصرف الکل |
| ۰/۰۰۰۲ | -۳/۳۱ | ۱۸۰ | ۱/۴۹ (۲/۵۳) | ۰/۵۰ (۱/۳۹) | مصرف مواد مخدر |
| ۰/۰۰۰۲ | ۳/۱۴ | ۱۸۰ | ۲۳/۰۳ (۱۱/۵۵) | ۳۷/۷۵ (۸/۵۴) | مذهب‌گرایی |

نتایج آزمون t گروه‌های مستقل برای مقایسه آزمودنی‌ها در نمره‌های مصرف سیگار، الکل، مواد مخدر و مذهب‌گرایی در جدول ۲ نشان داده شده است. طبق داده‌های این جدول، میانگین مصرف سیگار در دانشجویان دختر ($M = 1/80$) از میانگین مصرف سیگار در

دانشجویان پسر ($M = ۳/۵۶$) پایین‌تر است و تفاوت بین آنها از لحاظ آماری معنادار است ($p < ۰/۰۰۰۱$ و $t = -۴/۴۴$). مقایسه آزمودنی‌ها در مصرف الکل نیز نشان می‌دهد که میانگین مصرف الکل در بین دانشجویان پسر ($M = ۱/۴۲$) از میانگین مصرف الکل در بین دانشجویان دختر ($M = ۰/۴۰$) بالاتر است و تفاوت بین آنها از لحاظ آماری معنادار است ($p < ۰/۰۰۰۳$ و $t = -۳/۸۷$). همچنین میانگین مصرف مواد مخدر در بین دانشجویان پسر ($M = ۱/۴۹$) از میانگین مصرف مواد مخدر در بین دانشجویان دختر ($M = ۰/۵۰$) بالاتر است و تفاوت بین آنها از لحاظ آماری معنادار است ($p < ۰/۰۰۰۲$ و $t = -۳/۳۱$). مقایسه نمرات مذهب‌گرایی در دو گروه مشخص می‌کند که میانگین مذهب‌گرایی در دانشجویان دختر ($M = ۳۷/۷۵$) از میانگین مذهب‌گرایی در دانشجویان پسر ($M = ۳۳/۰۳$) بالاتر است و تفاوت بین آنها از لحاظ آماری معنادار است ($p < ۰/۰۰۰۲$ و $t = ۳/۱۴$).

جدول ۳. میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی مذهب‌گرایی، مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر

| ردیف | متغیرها | میانگین | انحراف استاندارد | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ |
|------|----------------|---------|------------------|----------|----------|----------|---|
| ۱ | مصرف سیگار | ۲/۶۶ | ۲/۸۱ | ۱ | | | |
| ۲ | مصرف الکل | ۰/۹۰ | ۱/۸۵ | ۰/۴۳۸** | ۱ | | |
| ۳ | مصرف مواد مخدر | ۰/۹۸ | ۳/۰۸ | ۰/۵۰۵** | ۰/۴۵۲** | ۱ | |
| ۴ | مذهب‌گرایی | ۳۵/۴۳ | ۱۰/۳۷ | -۰/۲۱۱** | -۰/۳۱۹** | -۰/۲۲۶** | ۱ |

$P < ۰/۰۱$ **, $N = ۱۸۲$

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین مذهب‌گرایی و مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر رابطه منفی معنادار وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$).

جدول ۴- خلاصه مدل رگرسیون گام به گام و تحلیل واریانس جنسیت، سن، تأهل و مذهب‌گرایی بر مصرف سیگار

| مدل | متغیر | شاخص | SS | DF | MS | F | P | R | R2 | SE |
|-----|---------------------------|-----------|--------|-----|-------|-------|--------|-------|-------|------|
| ۱ | جنسیت | رگرسیون | ۱۴۱/۲۲ | ۱ | ۱۴۱/۲ | ۱۹/۷۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۳۱۴ | ۰/۰۹۹ | ۲/۶۷ |
| | | باقیمانده | ۱۲۸۹/۴ | ۱۸۰ | ۷/۱۶ | | | | | |
| ۲ | جنسیت + مذهب‌گرایی | رگرسیون | ۱۷۴/۸ | ۲ | ۸۷/۴ | ۱۲/۴۶ | ۰/۰۰۰۳ | ۰/۳۵۰ | ۰/۱۲۲ | ۲/۶۴ |
| | | باقیمانده | ۱۲۵۵/۷ | ۱۷۹ | ۷/۰۱ | | | | | |
| ۳ | جنسیت + مذهب‌گرایی + تأهل | رگرسیون | ۲۰۵/۷ | ۳ | ۶۸/۵ | ۹/۹۶ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۳۷۹ | ۰/۱۴۴ | ۲/۶۲ |
| | | باقیمانده | ۱۲۲۴/۸ | ۱۷۸ | ۶/۸۸ | | | | | |

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بهترین متغیرهای پیش‌بینی کننده مصرف سیگار، جنسیت و مذهب‌گرایی و تأهل هستند. بر اساس این نتایج F مشاهده شده معنادار است ($P < ۰/۰۰۰۱$) و $۰/۱۴۴$ از واریانس مربوط به مصرف سیگار به وسیله جنسیت، مذهب‌گرایی و تأهل تبیین می‌شوند.

جدول ۵. خلاصه مشخصه‌های آماری رگرسیون گام به گام جنسیت، مذهب‌گرایی و تأهل بر مصرف سیگار

| متغیر | B | SE | B | T | P |
|------------|--------|-------|-------|-------|--------|
| جنسیت | ۱/۴۶ | ۰/۴۰۲ | ۰/۲۶۱ | ۳/۶۳ | ۰/۰۰۰۱ |
| مذهب‌گرایی | -۰/۰۴۸ | ۰/۰۱۹ | ۰/۱۷۸ | -۲/۴۷ | ۰/۰۰۱۴ |
| تأهل | ۱/۲۲ | ۰/۵۸۰ | ۰/۱۴۹ | -۲/۱۲ | ۰/۰۰۳۵ |

ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش‌بین در جدول ۵ نشان می‌دهند که جنسیت ($t=۰/۲۶۱$)، مذهب‌گرایی ($t=۳/۶۳$)، $\beta=۰/۱۷۸$ ، $t=-۲/۴۷$ و تأهل ($t=-۲/۱۲$ ، $\beta=۰/۱۴۹$) می‌توانند واریانس مصرف سیگار را به طور معنادار تبیین کنند.

جدول ۶- خلاصه مدل رگرسیون گام به گام و تحلیل واریانس جنسیت، سن، تأهل و مذهب‌گرایی بر مصرف الکل

| مدل | متغیر | شاخص | SS | DF | MS | F | P | R | R2 | SE |
|-----|------------|-----------|-------|-----|-------|------|--------|-------|-------|------|
| ۱ | مذهب‌گرایی | رگرسیون | ۶۳/۱۳ | ۱ | ۶۳/۱۳ | ۲۰/۴ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۳۱۹ | ۰/۱۰۲ | ۱/۷۵ |
| | باقیمانده | | ۵۵۶/۲ | ۱۸۰ | ۳/۰۹ | | | | | |
| ۲ | مذهب‌گرایی | رگرسیون | ۹۰/۵ | ۲ | ۴۵/۲۵ | ۱۵/۳ | ۰/۰۰۰۳ | ۰/۳۸۲ | ۰/۱۴۶ | ۱/۷۱ |
| | + جنسیت | باقیمانده | ۵۲۸/۹ | ۱۷۹ | ۲/۹۵ | | | | | |

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که بهترین متغیرهای پیش‌بینی کننده مصرف الکل، مذهب‌گرایی و جنسیت هستند و متغیرهای سن، تأهل از معادله رگرسیون حذف شده‌اند. بر اساس این نتایج F مشاهده شده معنادار است ($P<۰/۰۰۰۱$) و $۰/۱۴۶$ از واریانس مربوط به مصرف الکل به وسیله مذهب‌گرایی و جنسیت تبیین می‌شوند.

جدول ۷- خلاصه مشخصه‌های آماری رگرسیون گام به گام جنسیت و مذهب‌گرایی بر مصرف الکل

| متغیر | B | SE | B | T | P |
|------------|--------|-------|--------|-------|--------|
| مذهب‌گرایی | -۰/۰۴۸ | ۰/۰۱۳ | -۰/۲۷۰ | -۳/۸۰ | ۰/۰۰۰۲ |
| جنسیت | ۰/۷۹۷ | ۰/۲۶۲ | ۰/۲۱۶ | ۳/۰۴ | ۰/۰۰۰۴ |

ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش‌بین در جدول ۷ نشان می‌دهد که مذهب‌گرایی ($t=-۰/۲۷۰$)، $\beta=-۳/۸۰$ ، $t=۳/۰۴$ ، $\beta=۰/۲۱۶$ و جنسیت ($t=۳/۰۴$) می‌توانند واریانس مصرف الکل را به طور معنادار تبیین کنند.

جدول ۸- خلاصه مدل رگرسیون گام به گام و تحلیل واریانس جنسیت، سن، تأهل و مذهب‌گرایی بر مصرف مواد مخدر

| مدل | متغیر | شاخص | SS | DF | MS | F | P | R | R2 | SE |
|-----|--------------------|---------|-------|-----|-------|-------|--------|-------|-------|------|
| ۱ | جنسیت | رگرسیون | ۴۵/۰۹ | ۱ | ۴۵/۰۹ | ۱۰/۹۵ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۲۴۰ | ۰/۰۵۷ | ۲/۰۲ |
| | باقیمانده | | ۷۴۰/۹ | ۱۸۰ | ۴/۱۱ | | | | | |
| ۲ | جنسیت و مذهب‌گرایی | رگرسیون | ۶۹/۳۶ | ۲ | ۳۴/۶۸ | ۸/۶۶ | ۰/۰۰۰۲ | ۰/۲۷۹ | ۰/۰۸۸ | ۲ |
| | باقیمانده | | ۷۱۶/۶ | ۱۷۹ | ۴/۰۰۴ | | | | | |

نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد که بهترین متغیرهای پیش‌بینی کننده مصرف مواد مخدر، جنسیت و مذهب‌گرایی هستند و متغیرهای سن، تأهل از معادله رگرسیون حذف شده‌اند. بر اساس این نتایج F مشاهده شده معنادار است ($P < 0/0001$) و $0/088$ از واریانس مربوط به مصرف مواد مخدر به وسیله جنسیت و مذهب‌گرایی تبیین می‌شوند.

جدول ۹. خلاصه مشخصه‌های آماری رگرسیون گام به گام جنسیت و مذهب‌گرایی بر مصرف مواد مخدر

| متغیر | B | SE | B | T | P |
|------------|--------|-------|--------|-------|-------|
| جنسیت | ۰/۸۳۶ | ۰/۳۰۵ | ۰/۱۹۸ | ۲/۷۰ | ۰/۰۰۷ |
| مذهب‌گرایی | -۰/۰۳۶ | ۰/۰۱۵ | -۰/۱۸۰ | -۲/۴۶ | ۰/۰۱۵ |

ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش‌بین در جدول ۹ نشان می‌دهد که جنسیت ($0/198 = \beta$)، $2/70 = t$ و مذهب‌گرایی ($\beta = -0/180$ ، $t = -2/46$) می‌توانند واریانس مصرف مواد مخدر را به طور معنادار تبیین کنند.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه مذهب‌گرایی و عوامل جمعیت‌شناختی با سوء مصرف مواد انجام شد. نتایج آزمون t گروه‌های مستقل نشان داد که بین زنان و مردان در متغیرهای مذهب‌گرایی، مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر تفاوت معناداری وجود دارد؛ بدین معنا که مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر در پسران بیشتر از دختران است. این نتیجه با یافته‌های بحرینیان، قانلی، یاسمی، ثقة‌اسلام^{۴۸} (۱۳۸۳) و سراج زاده و فیضی^{۴۹} (۱۳۸۶) همخوان است. شاید عواملی مانند امکان دسترسی بیشتر پسران به مواد مخدر و شیوع بیشتر سوء مصرف مواد در بین پسران تبیین احتمالی این یافته باشد.^{۵۰}

نتایج آزمون ضریب همبستگی نشان داد که بین مذهب‌گرایی و مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر رابطه منفی معنادار وجود دارد؛ بدین معنا که مذهب‌گرایی بالا با مصرف پایین سیگار، الکل و مواد مخدر همراه است. این امر، حاکی از آن است که هر چه معیارهای اعتقادی افراد قوی‌تر باشد، احتمال گرایش آنها به سوء مصرف مواد کمتر است. این نتیجه با یافته‌های پژوهشی انجام شده در این زمینه، همسوست. در تبیین احتمالی این یافته می‌توان گفت که مذهب می‌تواند با در اختیار قرار دادن رفتار و سبک زندگی ویژه، مانند یک سپر دفاعی در برابر سوء مصرف مواد عمل کند^{۵۱} (۴۸). از این رو به نظر می‌رسد یاری گرفتن از مذهب به عنوان یک نیروی درونی،^{۵۲} عامل مهمی برای برخورد با سوء

مصرف مواد می‌باشد. همچنین مذهب می‌تواند با تحول «توان خود»^{۵۳} در پیشگیری و کاهش سوء مصرف مواد نقش مهمی را ایفا کند.

در تبیین احتمالی دیگر می‌توان گفت که لینسکی^{۵۴} مذهب را به عنوان مجموعه عقایدی درباره طبیعت نیروهایی می‌داند که سرنوشت فرد را شکل می‌دهند.^{۵۵} ماهونی و همکاران^{۵۶} مذهب را جست‌وجو برای معنا و ارزشی که مقدس شمرده می‌شود، تعریف می‌کنند. بر این اساس به دنبال چیزی می‌روند که در زندگی‌شان ارزش و معنا داشته باشد. جست‌جو یک فرایند پویایی است که شامل کشف ارزش، محافظت از آن ارزش به دست آمده، و در نهایت، تبادل ارزش در زمان مورد نیاز است. با توجه به ویژگی‌های یاد شده از مذهب، می‌توان استدلال کرد که مذهب در نهایت می‌تواند به عنوان یک عامل درونی، ارزشی را رقم بزند که افراد آن را در مقایسه با سایر ارزش‌ها، از جمله سوء مصرف مواد ترجیح دهند، از این رو، با اعتقاد راسخ‌تر به مذهب و باورهای دینی، می‌توان انتظار داشت که افراد گرایش کمتری به سوء مصرف مواد داشته باشند.

رگرسیون گام به گام در زمینه پیش‌بینی‌پذیری سوء مصرف مواد از طریق عوامل جمعیت‌شناختی و مذهب‌گرایی نشان داد که بهترین متغیرهای پیش‌بینی‌کننده مصرف سیگار، جنسیت و مذهب‌گرایی و تأهل هستند و این سه عامل ۱۴/۴ درصد واریانس مربوط به مصرف سیگار را تبیین می‌کنند. همچنین نتایج رگرسیون گام به گام نشان داد که بهترین متغیرهای پیش‌بینی‌کننده مصرف الکل و مواد مخدر، مذهب‌گرایی و جنسیت هستند و متغیرهای سن و تأهل در پیش‌بینی مصرف الکل نقشی ندارند. مذهب‌گرایی و جنسیت به ترتیب ۰/۱۴۶ درصد واریانس مربوط به مصرف الکل و ۰/۰۸۸ درصد واریانس مربوط به مصرف مواد مخدر را تبیین می‌کنند.

به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که بین پسران و دختران در مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بین مذهب‌گرایی با سوء مصرف مواد رابطهٔ منفی معناداری وجود دارد. علاوه بر این، مشخص شد که جنسیت و مذهب‌گرایی می‌توانند مصرف الکل و مواد مخدر را تبیین کنند و جنسیت، مذهب‌گرایی و تأهل نیز می‌توانند مصرف سیگار را تبیین نمایند.

این یافته، کاربردهای نظری و عملی را القا می‌نماید. در سطح نظری، یافته‌های پژوهش حاضر بر اصالت مذهب‌گرایی و نقش تعیین‌کننده، پایدار و مستمر آن در کاهش سوء مصرف مواد، دلالت دارد و همچنین بر جنسیت و تأهل به عنوان متغیرهای مؤثر در سوء مصرف مواد تأکید می‌نماید. در سطح عملی با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان با تقویت مذهب‌گرایی و باورهای دینی در دانشجویان از ابتلا یا افزایش سوء مصرف مواد جلوگیری کرد. نتایج این مطالعات حاکی از آن است که به رغم تحصیل نمونه مورد مطالعه و آشنایی آنها با مضرات و زیانهای حاصل از سوء مصرف مواد، مصرف این مواد در بین آنها شایع است و این امر در بین پسران در مقایسه با به دختران، شیوع بالاتری دارد، که توجه بیشتر مسئولان و مدیران فرهنگی و دانشجویی دانشگاه‌ها را به این موضوع می‌طلبد. پژوهش حاضر تنها به بررسی رابطه مذهب‌گرایی و عوامل جمعیت‌شناختی با سوء مصرف مواد پرداخته است. بنابر این، نتایج فقط در جهت شناسایی تأثیر این متغیرها اهمیت دارند. پژوهش حاضر، محدودیت‌هایی نیز روبه‌رو بوده است، از جمله اینکه چون گروه نمونه، دانشجویان بوده‌اند، تعمیم نتایج به تمامی اقشار باید با احتیاط صورت بگیرد و بنابراین برای موضع‌گیری قاطع‌تر در مورد رابطه مذهب‌گرایی و عوامل جمعیت‌شناختی با سوء مصرف مواد در جامعه ایرانی، انجام پژوهش‌های بیشتر در نمونه‌های متنوع‌تر ضروری به نظر می‌رسد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده، جنبه‌های گوناگون مذهب، مانند باورها، نگرش‌ها، انگیزه‌ها و جهت‌گیری درونی و بیرونی از مذهب در پیش‌بینی سوء مصرف مواد به کار گرفته شوند.

پی‌نوشت‌ها

1. J. D. Hawkins et al., "Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for prevention", *Psychological Bulletin*, v 112, p 64-105.
2. D. Sinha, "How does increase risk of drug abuse and relapse?", *Psychopharmacology*, v 158, p 343-359.
۳. سید علی سینا رحیمی، «بررسی مقایسه‌ی ای سلامت روان و تفاوت‌های جنسی دانشجویان در گرایش به رفتارهای پر خطر»، شیراز: چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان کشور، ص ۳۷-۳۵.
4. k. Redican, *A Copmparison of Health Risk Behavior Among College Students Enrolled in a required Personal Health Course Vs, Enrolled in an elective Personal Health Course*, Blacksburg, Virginia, 2004.
۵. عباس پورشهباز و دیگران، «روابط ساختاری عوامل روان‌شناختی خطرزا و حفاظت‌کننده مصرف مواد مخدر در نوجوانان»، *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، ش ۵ (۱۹)، ص ۵۴-۳۱.
6. R. Ferrence et al., *Contemporary patterns of nicotine use in Canada and the United States*. In *Roberta, R., Slade, J., Room, R. and Poe, M.(eds), Nicotine and Public Health*, American Public Health Association, Washington, DC, p 287-300; J. Botvin ., Gilbert, "Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiological factors", *Addictive Behavior*, v 25, p 887-897.
۷. حمید اله وردی پور، و همکاران، «بررسی وضعیت سوء مصرف مواد در دانش‌آموزان و تلفیق عوامل خود‌کنترلی در مدل EPPM»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات در مانی شهید صدوقی یزد*، ش ۱۳(۱)، ص ۳۱-۲۱.
۸. سید علی سینا رحیمی، بررسی مقایسه‌ی ای سلامت روان و تفاوت‌های جنسی دانشجویان در گرایش به رفتارهای پر خطر. شیراز: چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان کشور، ص ۳۷-۳۵.
۹. غلامرضا شریف زاده، بررسی شیوع استعمال مواد اعتیادآور در دانشجویان پسر دانشگاه‌های بیرجند، *زاهدان: دومین کنگره سراسری رفتارهای پرخطر*، ص ۹۴-۹۳.
10. L. M. Chatters, "Religion and health: Public health research and practice", *Annual Review of Public Health*, v 21, p 335-367.
11. F. Walsh, *Spirituality in Family Therapy*, Guilford Press, p 5-20.
۱۲. هادی بهرامی احسان و آناهیتا تاشک، «ابعاد رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت‌گیری مذهبی»، *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*، ش ۳۴، (۲)، ص ۶۳-۴۱.
۱۳. جعفر بوالهروی، معنویت و رفتارهای پرخطر، *زاهدان: دومین کنگره سراسری رفتارهای پرخطر*، ص ۲ و ۱.
14. J. Mattis, Religion in African American life. In V. C. McLoyd, N. E. Hill, & K. A. Dodge (Eds.), *African American family life: Ecological and cultural diversity*, New York: The Guilford Press, p 189-190.
15. Ibid.
16. M. Katherine & J. B. Saunders, "Religious beliefs and practice, and alcohol use in Thai men", *Alcohol And Alcoholism*, v 37 2, p 193-197.
17. K. B. Takyi, "Religion and women's health in Ghana: Insights into HIV/AIDs preventive and protective behavior", *Social Science & Medicine*, v 56, p 1221-1234.; J. Ball et al., "The relationship between religiosity and adjustment among African- American female", *urban adolescents*, BI, v 26, p 431- 446.; J. Maselko & L. D. Kubzansky, "Gender differences in religious practices, spiritual experiences and health: Results from the US General Social Survey", *Social Science & Medicine*, v 62, p 2848-2860.; J. Gartner et al., "Religious commitment and mental health: A review of the empirical literature". *Journal of Psychology and Theology*, v 19, p 6-25.
18. Larson & Alen
19. Flavio & et al
20. Wills & et al
21. F. M. Flavio et al., "God forbid!: Substance use among religious and nonreligious youth", *American Journal of Orthopsychiatry*, v 75, p 585-598.; T. A. Wills et al., "Buffering effect of religiosity for adolescent substance use". *Psychology of Addictive Behaviors*, v 17, p 24-31.

22. B. H. Bry et al., "Extent of drug use as a function of number of risk factors". *Journal of Abnormal Psychology*, v 91, p 273-279.
23. M. D. Newcomb et al., "Substance abuse and psychosocial risk factors among teenagers: Associations with sex, age, ethnicity, and type of school", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, v 13, p 413-433.
24. M. D. Newcomb, "Identifying High-Risk Youth: Prevalence and Patterns of Adolescent Drug Abuse. In: Rahdert, E; Czechowicz, D; eds. Adolescent Drug Abuse: Clinical Assessment and Therapeutic Interventions", *National Institute on Drug Abuse*, Monograph No 156.
25. J. D. Hawkins et al., "Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for prevention". *Psychological Bulletin*, v 112, p 64-105.
26. R. L. Gorsuch, "Religious aspects of substance abuse and recovery", *Journal of Social Issues*, v 51, p 65-83.
27. J. M. Wallace & T. A. Forman, "Religion's role in promoting health and reducing risk among American youth", *Health Education and Behavior*, v 25, p 721-741.
28. C. A. Markstrom, "Religious involvement and adolescent psychosocial development", *Journal of Adolescence*, v 22, p 205-221.
29. D. Templin & M. Martin, "The relationship between religious orientation Noun 1. religious orientation - an attitude toward religion or religious practices orientation an integrated set of attitudes and beliefs agnosticism - a religious orientation of doubt; a denial of ultimate knowledge of the existence of God; agnosticism, gender, and drinking patterns among catholic college students". *College Students Journal*, v 33(4), p 488-497.
30. D. Pardini et al., "Religious faith and spirituality in substance abuse recovery: Determining the mental health benefits", *Journal of Substance Abuse Treatment*, v 19, p 347-354.
31. L. M. Chatters, "Religion and health: Public health research and practice", *Annual Review of Public Health*, v 21, p 335-367.
32. L. Miller et al., "Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the National Comorbidity Survey", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v 39, p 1190-1197.
33. L. K. George et al., "Spirituality and health: What we know, what we need to know", *Journal of Social and Clinical Psychology*, v 19, p 102-116.
34. H. Wechsler et al., "Trends in college binge drinking during a period of increased prevention efforts: Findings from four Harvard School of Public Health study surveys", *Journal of American College Health*, v 50(5), p 203-217.
35. C. Stewart, "The influence of spirituality on substance use of college students", *Journal of Drug Education*, v 31(4), p 343-351.
36. T. L. Brown et al., "The role of religion in predicting adolescent alcohol use and problem drinking", *Journal of Studies on Alcohol*, v 62, p 696-705.
37. M. Katherine & J. B. Saunders, "Religious beliefs and practice, and alcohol use in Thai men". *Alcohol And Alcoholism*, v 37(2), p 193-197.
38. E. Hebert, "Relationship between spiritual meaning and purpose and drug and alcohol use among college students", *American Journal of Health Studies*, p 322-332.
39. K. Johnson et al., "The influence of spiritual beliefs and practices on the treatment preferences of African-Americans: A review of the literature", *Journal of the American Geriatrics Society*, v 53, p 711-719.
40. J. Thomas et al., "Identifying Mediators of the Relationship Between Religiousness/Spirituality and Alcohol Use", *Journal of studies on Alcohol and Drugs*, v 69(1), p 160-170.
۴۱. سید عبدالحمید بحرینیان و دیگران، «بررسی سوء مصرف مواد در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی»، *مجله طب و تزکیه*، ش ۵۳، ص ۶۶-۷۸.
۴۲. سید عبدالحمید بحرینیان و دیگران، همان؛ سیدحسین سراجزاده و ایرج فیضی، «مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی در بین دانشجویان دانشگاه های دولتی در سال تحصیلی ۸۲-۱۳۸۳»، *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، ش ۴ (۱۴)، ص ۱۶۹-۱۶۱.

۴۳. محمد رضا سرگلزایی و دیگران، «مطالعه فراوانی سوء مصرف مواد مخدر و ارتباط آن با وضعیت فردی و خانوادگی دانشجویان پزشکی مشهد»، *رفاه اجتماعی*، ش ۳، ص ۲۹۴-۲۸۳.
۴۴. شهره سیام، «بررسی شیوع سوء مصرف مواد اعتیادآور بین دانشجویان پسر دانشگاه های مختلف رشت»، *مجله طبیب شرق*، ش ۸ (۴)، ص ۲۷۹-۲۸۵.
۴۵. به نقل از فراهانی و عریضی، ۱۳۸۴.
۴۶. فاطمه بسطامی، «بررسی روایی و اعتبار مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOOL-BREF) و ارزیابی روایی افزایشی آن»، *پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی*، دانشگاه تهران.
۴۷. سید علی سینا رحیمی، «بررسی رابطه رفتار های پر خطر با ویژگی های شخصیتی و خود انسجامی»، *پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی*، دانشگاه تهران، ص ۳۷-۳۵.
۴۸. سید عبدالحمید بحرینیان و دیگران، همان.
۴۹. سید حسین سراج زاده و ایرج فیضی، «مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی در بین دانشجویان دانشگاه های دولتی در سال تحصیلی ۱۳۸۳-۸۲»، *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، ش ۴ (۱۴)، ص ۱۶۹-۱۶۱.
۵۰. سید عبدالحمید بحرینیان و دیگران، همان.
- M. D. Newcomb et al., "Substance abuse and psychosocial risk factors among teenagers: Associations with sex, age, ethnicity, and type of school", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, v 13, p 413-433.
51. H. G. Koeing, "Religion and older man in prison", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, v 10, p 219-230.
52. ego strength
53. C. A. Markstrom, "Religious involvement and adolescent psychosocial development", *Journal of Adolescence*, v 22, p 205-221 & M. D. Newcomb et al., "Substance abuse and psychosocial risk factors among teenagers: Associations with sex, age, ethnicity, and type of school", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, v 13, p 413-433
54. Lenski
55. A. Mahoney et al., "Religion and the sanctification of family relationships", *Review of Religious Research*, v 44:30, p 220-236.
56. Ibid.

منابع

- بحرینیان، سید عبدالحمید، و دیگران، «بررسی سوء مصرف مواد در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی». *مجله طب و تزکیه*، ش ۵۳، ۱۳۸۳، ص ۶۶-۷۸.
- بسطامی، فاطمه، «بررسی روایی و اعتبار مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOOL-BREF) و ارزیابی روایی افزایشی آن»، *پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه تهران*، ۱۳۸۷، ص ۱۰۲-۹۸.
- بوالهری، جعفر، «معنویت و رفتارهای پرخطر»، *زاهدان: دومین کنگره سراسری رفتاری‌های پرخطر*، ص ۱ و ۲.
- بهرامی احسان، هادی، «بررسی مقدماتی میزان اعتبار و قابلیت اعتماد مقیاس جهت‌گیری مذهبی»، *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ش ۱(۶)، ۱۳۸۰، ص ۶۷-۹۰.
- بهرامی احسان، هادی، تاشک، آنایتا، «ابعاد رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت‌گیری مذهبی»، *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*، ش ۲(۳۴)، ۱۳۸۳، ص ۶۳-۴۱.
- پورشهباز، عباس و همکاران، «روابط ساختاری عوامل روان‌شناختی خطرزا و حفاظت‌کننده مصرف مواد مخدر در نوجوانان»، *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، ش ۵(۱۹)، ۱۳۸۴، ص ۳۱-۵۴.
- رحیمی، سید علی سینا، «بررسی رابطه رفتارهای پرخطر با ویژگی‌های شخصیتی و خودانسجامی»، *پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه تهران*، ۱۳۸۸، ص ۱۲۹-۸۷.
- «بررسی مقایسه‌ای سلامت روان و تفاوت‌های جنسی دانشجویان در گرایش به رفتارهای پرخطر»، *شیراز: چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان کشور*، ۱۳۸۶، ص ۳۷-۳۵.
- سراج زاده، سید حسین، فیضی، ایرج، «مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی در بین دانشجویان دانشگاه‌های دولتی در سال تحصیلی ۸۲-۱۳۸۳»، *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، ش ۶(۲۵)، ۱۳۸۶، ص ۸۵-۱۱۰.
- سرگلزایی، محمد رضا، و دیگران، «مطالعه فراوانی سوء مصرف مواد مخدر و ارتباط آن با وضعیت فردی و خانوادگی دانشجویان پزشکی مشهد». *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ش ۳، ۹(۹)، ۱۳۸۲، ص ۲۸۳-۲۹۴.
- سیام، شهره، «بررسی شیوع سوء مصرف مواد اعتیاد آور بین دانشجویان پسر دانشگاه‌های مختلف رشت»، *مجله طب شرقی*، ش ۸(۴)، ۱۳۸۵، ص ۲۸۵-۲۷۹.
- شریف زاده، غلامرضا، «بررسی شیوع استعمال مواد اعتیادآور در دانشجویان پسر دانشگاه‌های بیرجند»، *زاهدان: دومین کنگره سراسری رفتارهای پرخطر*، ۱۳۸۶، ص ۹۴-۹۳.
- فراهانی، حجت‌الله، عریضی، حمیدرضا، روش‌های تحقیق پیشرفته در علوم انسانی، اصفهان، جهاد دانشگاهی تهران.
- اله وردی پور، حمید و همکاران، «بررسی وضعیت سوء مصرف مواد در دانش‌آموزان و تلفیق عامل خودکنترلی در مدل EPPM»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات در مانی شهید صدوقی یزد*، ش ۱۳(۱)، ۱۳۸۴، ص ۳۱-۳۱.

- approaches targeting individual-level etiological factors", *Addictive Behavior*, v 25, 2000, p 887-897.
- Boudreaux, E., et al., "The ways of Religious Coping Scale", *Reliability, Validity, and Scale development*, Assessment, v 2, 1995, p 233-244.
- Brown, T. L., et al., "The role of religion in predicting adolescent alcohol use and problem drinking". *Journal of Studies on Alcohol*, v 62, 2001, p 696 -705.
- Bry, B. H., et al., "Extent of drug use as a function of number of risk factors", *Journal of Abnormal Psychology*, v 91, 1982, p 273-279.
- Chatters, L. M., "Religion and health: Public health research and practice", *Annual Review of Public Health*, v 21, 2000, p 335-367.
- Ferrence, R., et al., "Contemporary patterns of nicotine use in Canada and the United State., In Roberta, R., Slade, J., Room, R. and Poe, M.(eds)", *Nicotine and Public Health.American Public Health Association*, Washington,DC, 2000, p 287-300
- Flavio F. M., et al., "God forbid!: Substance use among religious and nonreligious youth.", *American Journal of Orthopsychiatry*, v 75, 2005, p 585-598.
- Gartner, J., et al., "Religious commitment and mental health: A review of the empirical literature." *Journal of Psychology and Theology*, v 19, 1991, p 6-25.
- George, L. K., et al., "Spirituality and health: What we know, what we need to know", *Journal of Social and Clinical Psychology*, v 19, 2000, p 102-116.
- Gorsuch, R. L. " Religious aspects of substance abuse and recovery", *Journal of Social Issues*, v 51, 1995, p 65-83.
- Hawkins, J. D., et al., "Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for prevention", *Psychological Bulletin*, v 112, 1992, p 64-105.
- Hebert, E., "Ationship between spiritual meaning and purpose and drug and alcohol use among college students", *American Journal of Health Studies*. 2005, p 322-332.
- Johnson, K., et al., "The influence of spiritual beliefs and ractices on the treatment preferences of African-Americans: A review of the literature". *Journal of the American Geriatrics Society*, v 53, 2005, p 711-719.
- Katherine M. ; Saunders, J., B., "Religious beliefs and practice, and alcohol use in Thai men", *Alcohol And Alcoholism*, v 37(2), 2002-03, p 193-197.
- Koeing, H. G. "Religion and older man in prison", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, v 10, 1995, p 219-230.
- Maddahian, E., et al., "Risk factors for substance differences among adolescents", *Journal of Substance Abuse*, v 1, 1998, p 11-23.
- Mahoney, A., et al., "Religion and the sanctification of family relationships", *review of religious research*, v 44(3), 2003, p 236-220.
- Markstrom, C.A. "Religious involvement and adolescent psychosocial development". *Journal of Adolescence*, v 22, 1999, p 205-221.
- Maselko, J., & Kubzansky, L. D., "Gender differences in religious practices, spiritual experiences and health: Results from the US General Social Survey", *Social Science & Medicine*, v 62, 2006, p 2848-2860.
- Mattis, J. "Religion in African American life. In V. C. McLoyd et al.", *African American family life: Ecological and cultural diversity*, New York: The Guilford Press, 2005, p 189-190.
- Miller, L., et al., "Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the National Comorbidity Survey". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v 39, 2000, p 1190 -1197.
- Myers, S., "Religious Homogamy and Marital Quality: Historical and Generational Patterns",

- Journal of Marriage and Family*, v 68(2), 2006, p 304-292.
- Newcomb, M. D., et al., "Substance abuse and psychosocial risk factors among teenagers: Associations with sex, age, ethnicity, and type of school", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, v 13, 1987, p 413-433.
- Pardini, D., et al., "Religious faith and spirituality in substance abuse recovery: Determining the mental health benefits", *Journal of Substance Abuse Treatment*, v 19, 2000, p 347-354.
- Redican, k.; *A Copmparison of Health Risk Behavior Among College Students Enrolled in a Required Personal Health Course Vs. Enrolled in an elective Personal Health Course*. Blacksburg, Virginia, 2004, p 204-216.
- Sinha, D. "How does increase risk of drug abuse and relapse?", *Psychopharmacology*, v 158, 2001, p 343-359.
- Stewart, C., "The influence of spirituality on substance use of college students", *Journal of Drug Education*, v 31(4), 2001, p 343-351.
- Takyi, K. B., "Religion and women's health in Ghana: Insights into HIV/AIDs preventive and protective behavior", *Social Science & Medicine*, v 56, 2003, p 1221-1234.
- Templin, D., & Martin, M., "The relationship between religious orientation Noun 1. religious orientation - an attitude toward religion or religious practices orientation - an integrated set of attitudes and beliefs agnosticism - a religious orientation of doubt; a denial of ultimate knowledge of the existence of God; "agnosticism", gender, and drinking patterns among catholic college students". *College Students Journal*, v 33(4), 1999, p 488-497.
- Thomas J., et al., "Identifying Mediators of the Relationship Between Religiousness/Spirituality and Alcohol Use". *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, v 69(1), 2008, p 160-170.
- Wallace, J., M., Forman, T. A., "Religion's role in promoting health and reducing risk among American youth." *Health Education and Behavior*, v 25, 1998, p 721-741.
- Walsh, F., *Spirituality in Family Therapy*. Guilford Press, 2009, p 5-20.
- Wechsler, H., et al., "Trends in college binge drinking during a period of increased prevention efforts: Findings from four Harvard School of Public Health study surveys, 1993-2001", *Journal of American College Health*, v 50(5), 2002, p 203-217.
- Wills, T. A., et al., "Buffering effect of religiosity for adolescent substance use". *Psychology of Addictive Behaviors*, v 17, 2003, p 24-31.