

Structural Modeling of Substance Use in University Students: Religious Involvement, Social Modeling, Spiritual Well-being and Attitude towards Substance

مدل یابی ساختاری مصرف مواد در دانشجویان: نقش فعالیت مذهبی، الگوگیری اجتماعی، بهزیستی معنوی و نگرش به مواد

Samira Yavari, Robabe Nouri Ghasemabadi
Hamidreza Hasanabadi

سمیرا یآوری^۱، ربابه نوری قاسم آبادی^۲

حمیدرضا حسن آبادی^۳

پذیرش نهایی: ۹۴/۹/۱۰

پذیرش اولیه: ۹۴/۴/۴

تاریخ دریافت: ۹۳/۲/۹

Abstract

Substance use is one of the important health problems in the world. The present study aimed to test the structural relations of religious involvement, negative beliefs about substance, spiritual well-being and smoking in a sample of university students. Five hundred and four male and female students of Kharazmi University, Faculty of Agriculture of Tehran University and Islamic Azad University of Karaj Branch were selected by cluster sampling, and completed the religious involvement questionnaire, spiritual well-being questionnaire, social modeling questionnaire, negative beliefs inventory and smoking subscale of high risk behavior questionnaire. Results showed that effects of religious involvement on smoking was mediated by negative beliefs about substance use, social modeling and spiritual well-being. Findings suggested plausible mechanisms by which religiousness could impact smoking. Therefore, highlighting these variables could be useful and effective in prevention of smoking which is a gateway for substance abuse.

Keywords: Religious Involvement, Beliefs about substance, Social Modeling, Spiritual Well-being.

چکیده

مصرف مواد از مهمترین مشکلات حوزه سلامت در جهان است. هدف پژوهش حاضر ارزیابی روابط ساختاری بین فعالیت مذهبی، نگرش به مواد، الگوگیری اجتماعی، بهزیستی معنوی و مصرف سیگار و قلیان در دانشجویان بود. تعداد ۵۰۴ دانشجوی دختر و پسر از دانشگاه خوارزمی، پردیس کشاورزی دانشگاه تهران و دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند و به پرسشنامه بهزیستی معنوی، مقیاس فعالیت مذهبی، پرسشنامه الگوگیری اجتماعی، پرسشنامه عقاید منفی درباره مواد و بخش دانیات پرسشنامه رفتارهای پرخطر پاسخ دادند. نتایج نشان داد که اثر فعالیت مذهبی بر مصرف سیگار و قلیان از طریق عقاید منفی درباره مواد، الگوگیری اجتماعی و بهزیستی معنوی میانجی‌گری می‌شود. نتایج از وجود مکانیسم‌هایی خبر می‌دهد که از طریق آن مذهب بر مصرف دانیات تاثیر می‌گذارد. لذا، توجه به این عوامل در برنامه‌های پیشگیرانه برای مصرف مواد به ویژه دانیات شامل سیگار و قلیان به عنوان دروازه ورود به مصرف الکل و مواد دیگر می‌تواند مفید باشد.

کلیدواژه‌ها: فعالیت مذهبی، نگرش به مواد، الگوگیری اجتماعی، بهزیستی معنوی

۱. (نویسنده مسئول) دانش آموخته‌ی روان‌شناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. asmiray76@yahoo.co

۲. دانشیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۳. استادیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.



مقدمه

است (کونل، بوت، وارنر، ۲۰۰۹). این عوامل بیشتر از نوع عوامل روان‌شناختی، خانوادگی و اجتماعی هستند و در این میان نقش مذهب/معنویت به لحاظ تاثیرگذاری بر همه‌ی ابعاد زندگی انسان، از جهت فردی و اجتماعی به نظر تعیین کننده است.

معنویت و مذهب سازه‌های پیچیده و چند بعدی هستند که به طور کلی به هم مرتبطند. با این حال معنویت به ابعاد ذهنی، تجربی و شخصی تعالی اشاره دارد، در حالیکه مذهب به ابعاد عینی و اجتماعی آن تاکید می‌کند و یک قالب فرهنگی ارائه می‌دهد که به وضع قانون کمک می‌کند و با فراهم کردن مدل‌های تبیینی و روشنگرانه که به لحاظ فرهنگی مورد قبول است، به تجارب معنوی ساخت می‌دهد. معنویت را می‌توان جستجوی امری مقدس تعریف کرد و مذهب به عنوان بافت اجتماعی این جستجو است (پارگامنت، ۲۰۰۷). مذهب و معنویت می‌تواند به عنوان سازه‌ای گسترده و وسیع یا شامل زیر حوزه‌های خاص و متنوعی بازنمایی شود (جانسون، شیتز، کریستلر، ۲۰۰۸).

مذهب و معنویت را می‌توان در دو زیر حوزه‌ی فعالیت مذهبی و تقلای مذهبی در نظر گرفت (جانسون و همکاران، ۲۰۰۸). فعالیت مذهبی دینداری کلی را می‌سنجد و به مقیاس‌هایی چون دینداری درونی، تجارب معنوی، مقابله‌ی مذهبی مثبت، حمایت مذهبی مثبت، پیر وی از یک کیش و مذهب سازمان یافته و عبادت شخصی، مذهب یا معنویت ذهنی و تجارب مفید شخصی اشاره دارد (درروپ، جانسون، بیندل، ۲۰۱۱). تقلای مذهبی نیز تاثیرات ناسازگار جسمی و عاطفی است که در اثر احساس تنبیه شدن توسط خدا، حس خشم و نارضایتی خدا و احساس طرد شدن از سمت خدا به وجود می‌آید (پارگامنت و همکاران، ۲۰۰۵). در دهه گذشته توجه به نقش مذهب در سلامت روان رشد کرده و مطالعات نظری و تجربی متعددی به تبیین اثر مستقیم و غیر مستقیم و مثبت یا منفی مذهب بر سلامت روان پرداخته‌اند (دزوتر، سوئس، هوتزبوت، ۲۰۰۶؛ جیمز، ولز، ۲۰۰۳).

نتایج مطالعات ارتباط مثبت بین پیروی از یک مذهب رسمی و سلامت روانی را در جوانان نشان می‌دهند؛ جوانان مذهبی سازگاری‌های اجتماعی و

شیوع طول عمر مصرف و سوء مصرف مواد در جوانان، ۴۹ درصد در سنین ۱۹-۲۰ سالگی و ۷۲ درصد در سن ۲۷ سالگی گزارش شده است (جانسون، اومالی، بچمن، ۲۰۰۹)؛ مرکز خدمات سوء مصرف مواد و سلامت روان، ۲۰۰۹). مصرف مواد در دانشجویان با مشکلات تحصیلی، خانوادگی، مشکلات سلوک و مشکلات رفتار جنسی رابطه دارد. مطالعات پیشین نشان داده است که مرگ و میر مرتبط با مسمومیت با مواد از ۵۹ درصد در سال ۱۹۹۹ به ۷۶ درصد در سال ۲۰۰۵ افزایش یافته است (فینگرهود و آندرسون، ۲۰۰۸).

دوران جوانی (۱۸-۲۶ سالگی) دوره‌ی رشدی مهم و اوج شیوع مصرف مواد و مشکلات همراه با آن است. در پایان این دوره بسیاری از جوانان شروع به انجام تکالیف و مسئولیت‌های دوره بزرگسالی می‌کنند. گذار موفق به نقش‌های دوره بزرگسالی وابسته به پشت سر گذاشتن دوره جوانی با حداقل مصرف مواد و رفتارهای ضداجتماعی و بزهکارانه است (استون، بکر، هوبر، کاتالانو، ۲۰۱۲).

بسیاری از صاحب‌نظران مصرف سیگار را مقدمه‌ای برای روی آوردن به مصرف سایر مواد می‌دانند و از آن به عنوان دروازه مصرف مواد یاد می‌کنند (اسکیمید، ۲۰۰۱). مصرف توتون، به شکل سیگار بالاترین نرخ مرگ و میر را نسبت به سایر داروها و الکل دارد (سازمان سلامت و خدمات مردمی آمریکا، ۲۰۱۰) و یکی از گسترده‌ترین مواد مصرفی در بین نوجوانان است (جانسون و همکاران، ۲۰۱۱) در بین افراد بزرگسالی که هر روز سیگار می‌کشند ۸۲ درصد، اولین تجربه سیگار را قبل از ۱۸ سالگی و در جوانی 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 می‌دهند (سازمان سلامت و خدمات مردمی آمریکا، ۲۰۱۰).

با توجه به اهمیت دوره جوانی باید راهکار مناسبی جهت مصون سازی جوانان پیدا کرد و آن پیش‌گیری از مصرف مواد است. علم پیش‌گیری مبتنی بر کاهش عوامل خطر ساز و افزایش عوامل محافظت‌کننده در فرد و محیط در طول دوره رشد



تاثیر خود را بر مصرف مواد می‌گذارد، تعیین کنند (جانسون، شیت، کریستلر، ۲۰۰۸؛ میلر، ۱۹۹۸؛ به نقل از درروپ، جانسون، بیندی، ۲۰۱۱). از متغیرهایی که اثر مذهب را بر مصرف سیگار و قلیان میانجی‌گری می‌کنند می‌توان به الگوگیری اجتماعی و نگرش‌های فرد درباره مصرف مواد اشاره کرد. در این راستا پژوهش‌ها نشان داده‌اند داشتن نگرش‌ها و باورهای مذهبی با کاهش استرس‌های روان‌شناختی و پیش‌گیری از رفتارهای پرخطر مانند سیگار کشیدن، مصرف الکل و مواد مخدر رابطه دارند. ویلز، یاگر و سندی (۲۰۰۳) نشان دادند که دینداری، از تاثیر فشارهای زندگی بر گرایش به مصرف مواد می‌کاهد و در طول زمان نیز گرایش به افزایش مصرف مواد را مهار می‌کند.

نظریه‌های شناختی-عاطفی و نظریه‌های یادگیری اجتماعی معتقدند نگرش‌های فرد درباره‌ی مواد، قوی‌ترین پیش‌بینی کننده سوء مصرف مواد است (پتراتیس و همکاران، ۱۹۹۵). نظریه‌های رفتار مستدل (آجزن و فیش بین، ۱۹۸۰) و رفتار طرح ریزی شده (آجزن، ۲۰۰۱) رفتار را تابع نیت شخص و متاثر از نگرش‌های شخصی و هنجارهای اجتماعی می‌دانند. باگوزی و بامگارتنر (۱۹۸۹) در بررسی نگرش‌های افراد نسبت به سیگار کشیدن دریافتند افراد سیگاری نسبت به تاثیرات زیانبار مصرف سیگار نگرش‌های مثبت را حفظ می‌کنند. چن (۱۹۸۸) دریافت نگرش‌های مثبت نسبت به سیگار کشیدن در بین نوجوانان تعیین‌کننده اصلی در میل به مصرف مواد است. دیویس، بک بیر، کوک و دیچ کسترا (۱۹۹۵) در پژوهشی گزارش کردند نگرش‌های مثبت به سیگار کشیدن به صورت معنی‌داری پیش‌بینی رفتار سیگار کشیدن را بهتر می‌کند. از طرف دیگر مطالعات نشان می‌دهند داشتن نگرش منفی نسبت به مصرف مواد، رفتار مصرف مواد را کاهش می‌دهد (دروروپ و همکاران، ۲۰۱۱).

نگرش منفی نسبت به مصرف مواد از منابع مختلفی به وجود می‌آید. یکی از این منابع، دیدگاهی است که مذهب نسبت به مصرف مواد به فرد می‌دهد. مذهب از طریق برقراری یک نظم اخلاقی درونی می‌تواند با تدوین قوانین، مصرف مواد و رهایی از آن را تحت تاثیر قرار دهد (اسمیت،

روانی مثبت بیشتری دارند (گود، ویلوفبای، ۲۰۰۶). مذهب و معنویت برای جوانان به عنوان یک عامل حفاظت‌کننده در برابر عوامل تهدیدکننده سلامت روان است (کوتون، زبراسکی، روزنتال، تسوات، دروتار، ۲۰۰۶). مذهب با رفتارهای پرخطری چون مصرف سنگین الکل و مواد دیگر، فعالیت جنسی پیش‌رس و تخلف در میان جوانان رابطه منفی دارد (باری، نلسون، ۲۰۰۵؛ سینها، کنان، گلس، ۲۰۰۷) نتایج مشابهی را پیکو و فیتز پاتریک (۲۰۰۴) بین مذهب و مصرف مواد یافتند.

مطالعات موجود ارتباط مثبت معنویت با پرهیز از مصرف مواد را نیز نشان داده‌اند (برون، اگرادی، فارل، فچنر، نورکو ۲۰۰۱). اگرچه مکانیسم آن هنوز مشخص نشده است؛ ولی نتایج مطالعات با نمونه‌های مختلف بیان می‌کنند که معنویت می‌تواند به عنوان منبع حمایتی با فراهم کردن قدرت درونی و کمک به فرد برای یافتن معنا در وضعیت‌های استرس‌آمیز زندگی استفاده شود. (گال، ۲۰۰۶). اعتقاد قوی مذهبی و معنوی با پاسخ‌های مقابله‌ای سازگارانه، مقاومت بالا در مقابل استرس، داشتن جهتی درست در زندگی، دریافت حمایت اجتماعی زیاد و سطوح پایین اضطراب رابطه دارد (الیسون، ۱۹۹۱؛ گالانت، ۱۹۹۷؛ پارذینی، پلنت، ۲۰۰۰).

در پژوهش‌های بسیاری ارتباط بین مذهب و معنویت با مصرف مواد بررسی شده است و این عوامل به عنوان عوامل محافظت‌کننده در برابر اعتیاد شناسایی شده‌اند (فاگین، ۲۰۰۸). پژوهش‌ها از افزایش علاقه به معنویت در اعتیاد پژوهی خبر می‌دهند. در پژوهش مروری بر روی ۲۶۵ مقاله و کتاب منتشر شده در زمینه اعتیاد نشان داده است ۸۵ درصد از تحقیقات مربوط به سوء مصرف مواد و مذهب معنویت می‌باشند (کوک، ۲۰۰۴). بوث و مارتین (۱۹۹۸) در یک پژوهش مروری دریافتند مذهب (ترجیحات مذهبی و اعمال مذهبی) ارتباط معکوس با سوء مصرف مواد در نوجوانان و دانشجویان دارد. سطوح بالای فعالیت مذهبی مثل حضور در کلیسا پیش‌بینی‌کننده زندگی عاری از مصرف مواد در فاصله زمانی یک تا پانزده سال بود؛ با این حال مطالعات کمی تلاش کرده‌اند مکانیسم‌هایی را که از طریق آن مذهب یا معنویت



می‌خرند و مصرف می‌کنند، مهارت لازم برای به دست آوردن و مصرف حشیش را به فرد می‌دهد و به عکس مشاهده دوستی که در برابر فشار و تعارف همسالان برای مصرف حشیش مقاومت می‌کند، مهارت‌های امتناع و خودکارآمدی را تقویت می‌کند، زیرا توانسته است مهارت‌های ضروری برای پرهیز از مصرف ماده را بیاموزد. عواملی نظیر پیوند با مدرسه، پیوند با خانواده و بی‌نظمی اجتماعی مهم‌ترین و قوی‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر است که به طور مستقیم و غیر مستقیم بر رفتار مصرف مواد تاثیر می‌گذارد (محمدخانی، ۱۳۸۶). همانند نظریه‌های شناختی-عاطفی، نظریه‌های یادگیری اجتماعی نیز معتقدند نگرش‌های فرد درباره مواد، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده سوء مصرف مواد است (پتراتیس، فلائی، میلر، ۱۹۹۵). بر اساس دیدگاه یادگیری اجتماعی افرادی که تصور می‌کنند فواید مصرف مواد بیشتر از پیامدهای منفی آن است، در معرض مصرف مواد قرار دارند.

یکی دیگر از متغیرهای میانجی در این رابطه بهزیستی معنوی است. پژوهش‌ها حاکی از آن است که معنویت ارتباط مثبتی با سلامت جسمی و روانی دارد (هارتز، ۲۰۰۵). طرفداران نقش معنویت در بهبود سلامت روانی و سازگاری بین فردی تلاش‌های متعددی را برای برقراری ارتباط بین دو مفهوم سلامتی و معنویت، تحت عنوان سازه بهزیستی معنوی، انجام داده‌اند. بهزیستی معنوی عبارت است از اظهار وجود، انعکاس احساسات، رفتارها و شناخت‌های مثبت مربوط به خود، دیگران، طبیعت و وجود برتر که برای فرد احساس هویت، تمامیت، رضایت، لذت، قناعت، زیبایی، عشق، احترام، نگرش مثبت، آرامش و هماهنگی درونی، هدف و جهت‌مندی در زندگی فراهم می‌کند (گومز، فیشر، ۲۰۰۳).

تحقیقات متعددی از این فرضیه حمایت می‌کند که بهزیستی معنوی می‌تواند کارکرد روانی و سازگاری را تقویت کند. همبستگی‌های معناداری بین نمرات مقیاس بهزیستی معنوی و متغیرهایی از قبیل افسردگی، عزت نفس و جهت‌گیری مذهبی درونی (گنیا، ۲۰۰۱)، بهزیستی هیجانی و رضایت از

مطالعات نشان داده‌اند ارتباط بین معنویت یا مذهب و مصرف مواد می‌تواند توسط نگرش و عقاید افراد درباره مصرف مواد میانجی‌گری شود (بچمن و همکاران، ۲۰۰۲؛ چاولا و همکاران، ۲۰۰۷). مذهب و معنویت عقاید منفی درباره مصرف الکل را پیش‌بینی می‌کند، دین‌داری با ایجاد نگرش منفی نسبت به مصرف مواد در فرد به عنوان عامل حفاظت‌کننده عمل می‌کند (جانسون و همکاران، ۲۰۰۸). عقایدی چون "مذهب من مصرف مواد را تایید نمی‌کند"، "مصرف سیگار با ارزش‌ها و عقاید من در تضاد است" همبستگی منفی با مصرف مواد و الکل دارد (جانسون و همکاران، ۲۰۰۸).

دو نظریه شناخته شده در زمینه تاثیر همسالان، نظریه وابستگی افتراقی (سودرلند و کرسی، ۱۹۷۸) و نظریه یادگیری اجتماعی (بندورا، ۱۹۸۶) است. نظریه یادگیری افتراقی رویکردی تعاملی است با تاکید بر این فرایند که افراد چگونه یاد می‌گیرند که به صورت انحرافی رفتار کنند. این نظریه فرض می‌کند نوجوانان هنجارها، نگرش‌ها، تکنیک‌ها، توجیهات 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 تاکید 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.

براساس نظریه یادگیری افتراقی (سودرلند و کرسی، ۱۹۷۸) مواجهه و ارتباط با دوستان والدینی که مصرف‌کننده مواد هستند، دو باور ویژه را در فرد شکل می‌دهد که به سوء مصرف مواد می‌انجامد: اول آنکه، مشاهده الگوهایی که ماده مخدر مصرف می‌کنند، به شکل مستقیم سبب شکل‌گیری انتظار پیامد در فرد می‌شود که به معنی باور آنها در مورد آثار فوری اجتماعی، شخصی و فیزیولوژیک مواد است. دوم آن که این دیدگاه با افزودن مفهوم خودکارآمدی، فراتر از نظریه یادگیری اجتماعی می‌رود. بندورا معتقد است که الگوهای نقش می‌توانند خودکارآمدی مصرف و امتناع را به وجود آورند. برای مثال مشاهده همسالانی که حشیش



ابزار

پرسش‌نامه رفتارهای پرخطر: برای سنجش میزان مصرف سیگار و قلیان از مقیاس سنجش رفتارهای پرخطر^۱ استفاده شد که از پرسشنامه رفتارهای پرخطر مرکز کنترل بیماری‌های آمریکا^۲ اقتباس شده است. این ابزار شامل ۷۲ عبارت است که به صورت بلی/خیر نمره‌گذاری می‌شود (بخشانی، لشکری‌پور و بخشانی ۱۳۸۶). نمرات بالا در این پرسشنامه به معنای مصرف بیشتر یا تمایل بیشتر برای مصرف است. در ایران بخشانی و همکاران (۱۳۸۶) اعتبار آن را با روش بازآزمایی و محاسبه ضریب کاپا برای تمامی سوالات ۸۵ درصد گزارش کرده‌اند. در این پژوهش از سوالات مربوط به بخش استعمال دخانیات استفاده شد. ضریب آلفای این سوالات در پژوهش حاضر ۰/۸۸ به دست آمد.

مقیاس الگوگیری اجتماعی: برای سنجش تاثیرات اجتماعی از مقیاس الگوگیری اجتماعی رید^۳ و همکاران (۲۰۰۳) استفاده شد. این پرسشنامه 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 قالبی که فرد درباره مصرف هم‌جنسان و همسالان خود دارد، می‌سنجد. این پرسشنامه شامل ۹ عبارت است که به صورت لیکرت چهار گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالا به معنای الگوگیری بیشتر از دوستان و اطرافیان است. آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۸۷ به دست آمده است (رید و همکاران، ۲۰۰۳). اعتبار این پرسشنامه در همین پژوهش به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و با اجرا روی ۶۰ شرکت‌کننده دختر و پسر به شیوه آزمون-بازآزمون به فاصله زمانی ده روز ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسش‌نامه بهزیستی معنوی: پرسشنامه بهزیستی معنوی توسط پالوتزین^۴ و الیسون^۵ در سال ۱۹۸۲ ساخته شد و شامل ۲۰ سوال و دو خرده مقیاس است. سوالات با شماره‌های فرد مربوط به خرده

زندگی (کیم، هینمن، بود، اسلیوا، کینگ، ۲۰۰۰)، بی‌ثباتی هیجانی و آشفتگی خلق (لیچ، لارک، ۲۰۰۴) گزارش شده است. ضعف عقاید دینی در سنین ۱۸-۲۰ سالگی با مصرف توتون و الکلیسم سنگین رابطه دارد (جکسون، شر، اسکولنبرگ، ۲۰۰۵) در مطالعه دیگری بر روی ۱۹،۹۵۲ نوجوان، اسکولنبرگ، مرلین، جانسون، اومالی، بچمن، لتز (۲۰۰۵) دریافتند معنویت جوانان مانع از رفتن آنها به سوی مصرف ماری جوانا خواهد شد.

با وجود این یافته‌ها و روابط دو و چند متغیری، تاکنون مطالعه‌ای به بررسی یکپارچه و همزمان روابط بین این متغیرها به صورت یک مدل برای سوء مصرف مواد به ویژه مصرف سیگار و قلیان نپرداخته است؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر ارائه یک مدل ساختاری است که بتواند روابط بین مصرف مواد شامل سیگار و قلیان و فعالیت مذهبی و میانجی‌های ارتباط بین این دو متغیر شامل نگرش به مواد، الگوگیری اجتماعی و بهزیستی معنوی را پیش‌بینی کند.

روش

شرکت‌کنندگان: جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه‌های خوارزمی کرج، آزاد کرج و پردیس کشاورزی در نیم سال اول تحصیلی ۹۱-۹۲ بودند. 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. در مرحله اول از میان خوشه دانشکده‌های کرج و خوارزمی چهار دانشکده به صورت تصادفی انتخاب شد، در مرحله دوم از هر دانشکده دو تا چهار گروه آموزشی به صورت تصادفی انتخاب شد و در آخرین مرحله از هر گروه آموزشی دو تا چهار کلاس مقطع کارشناسی به غیر از ورودی‌های سال ۹۱ به صورت تصادفی انتخاب شدند که در کل ۵۲۰ شرکت‌کننده پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند، ۱۶ نفر به گونه ناقص پاسخ دادند در نتیجه از نمونه پژوهش کنار گذاشته شدند و حجم نمونه به ۵۰۴ نفر رسید. دامنه سنی شرکت‌کنندگان بین ۱۹ الی ۲۵ سال بود.

1. Youngs Risk Behaviors Scale (YRBS)

2. Control Disease Center (CDC)

3. Reed

4. Palotzin

5. Elison



۰/۸۱ به دست آمد.

پرسش‌نامه سنجش فعالیت مذهبی: برای سنجش میزان فعالیت مذهبی از سوالات ۹ مقیاس استفاده شد: دین‌داری درونی (گورساچ، مک پرسون، ۱۹۸۲)، تجارب معنوی روزانه مختصر (آندروود و ترسی، ۲۰۰۲)، مقابله مذهبی مثبت پارگامنت، ۱۹۹۹)، حمایت مذهبی مثبت (کروس، ۱۹۹۹)، دین‌داری سازمانی (ایدلر، ۱۹۹۹)، فراوانی ادای نماز و عبادت شخصی (لوین، ۱۹۹۹)، مذهب/معنویت ذهنی (فتزر، ۱۹۹۹) و تجارب مفید شخصی عینی (گورساچ و مک پرسون، ۱۹۸۹). از ۲۹ سوال برای سنجش فعالیت مذهبی استفاده شد. نحوه‌ی پاسخ‌دهی به صورت لیکرت چهار گزینه‌ای از اصلاً تا هرگز است. نمره بالا در این پرسشنامه نشان‌دهنده فعالیت مذهبی زیاد است. آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰/۸۷ به دست آمد (دروپ^۶ 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 بازآزمون به فاصله زمانی ده روز برای مقیاس کلی ۰/۸۳ به دست آمد.

یافته‌ها

در جدول ۱ اطلاعات جمعیت شناختی ارائه شده است.

در مرحله اول تحلیل مفروضه‌های معادلات ساختاری بررسی شد. اولین مفروضه به مقیاس اندازه‌گیری متغیرها مربوط است. اینکه متغیرها چگونه و با چه مقیاسی اندازه‌گیری شوند، نوع تحلیل آماری را تحت تاثیر قرار می‌دهند، متغیرهایی که دارای کمتر از ۱۵ مقدار مجزا باشند در لیزرل به عنوان متغیر رتبه‌ای تعریف می‌شوند، این مفروضه با توجه به متغیرهای پژوهش و استفاده از نرم افزار لیزرل برقرار بود. دومین مفروضه پراکندگی مناسب و نرمال بودن توزیع متغیرها بود. با توجه به حجم نمونه بالا و مقادیر شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد در جدول ۲، پراکندگی داده‌ها مناسب است. همچنین مقادیر

مقیاس بهزیستی مذهبی و تجربه فرد از رابطه رضایت بخش با خدا رami سنجد و سوالات با شماره‌های زوج مربوط به خرده مقیاس بهزیستی وجودی است که احساس هدفمندی و رضایت از زندگی را می‌سنجد. مقیاس پاسخ‌گویی به سوالات لیکرت شش درجه‌ای از "کاملاً موافقم" تا "کاملاً مخالفم" است. شیوه نمره گذاری در برخی سوالات معکوس است. نمره بالا نشان‌دهنده 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 ۰/۹۱، ۰/۹۱، ۰/۹۳ گزارش کردند. در مطالعات متعددی ثابت شده است که این مقیاس ثبات درونی و روایی سازه خوبی دارد (هامرمیستر^۱ فلینت^۲، آلیلی^۳، ریدنور^۴ و پیترسون^۵، ۲۰۰۵). اعتبار این پرسشنامه در پژوهش دهشیری، سهرابی، جعفری و نجفی (۱۳۸۷) روی دانشجویان دختر و پسر از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و خرده مقیاس بهزیستی مذهبی و وجودی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۷ و با روش بازآزمایی به ترتیب 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.

مقیاس عقاید منفی درباره مصرف: این مقیاس شامل چهار سوال است که عقاید منفی و نگرش‌های مذهبی منفی که افراد نسبت به مصرف مواد دارند و مصرف مواد را مغایر با ارزش‌ها و مذهب خود بدانند می‌سنجد (جانسون و همکاران، ۲۰۰۸). نحوه پاسخ‌دهی لیکرت ۴ گزینه‌ای است (اصلاً مهم نیست تا بیش از حد مهم است). نمرات بالا نشان‌دهنده 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 آزمون - بازآزمون به فاصله زمانی ده روز

1. Hammermister

2. Flint

3. Alayli

4. Ridnor

5. Peterson

6. Drourop



جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی

متغیرها	تعداد	درصد
جنسیت	زن	۲۵۵
	مرد	۲۴۹
	کل	۵۰۴
دانشگاه	خوارزمی	۲۶۶
	آزاد اسلامی کرج	۱۶۲
	پردیس کشاورزی کرج	۷۶
رشته تحصیلی	فنی و مهندسی	۱۸۴
	کشاورزی	۷۶
	علوم پایه	۹۳
	علوم انسانی	۱۳۴
	داده‌های گمشده	۱۷
	خوابگاهی	۲۲۶
نوع اسکان	غیر خوابگاهی	۲۷۸
		۵۵/۲

جدول ۲. همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱ الگوگیری اجتماعی						
۲ عقاید منفی درباره مصرف	۰/۵۳**					
۳ فعالیت مذهبی	۰/۴۴**	۰/۶۶**				
۴ بهزیستی معنوی	۰/۰۶	۰/۰۰	۰/۰۰			
۵ مصرف سیگار	۰/۵۲**	۰/۴۵**	۰/۳۸**	۰/۰۴		
۶ مصرف قلیان	۰/۶۶**	۰/۵۷**	۰/۳۱**	۰/۰۹	۰/۵۷**	

**p < ۰/۰۱ , *p < ۰/۰۵

با توجه به نتایج به دست آمده از جدول ۳ و ۴ اولین بخش الگو از سمت متغیرهای جریان‌گیرنده (درون‌زا) شامل مصرف سیگار و قلیان است که نشان می‌دهد این دو متغیر وابسته اصلی پژوهش تحت تاثیر مستقیم و غیر مستقیم سایر متغیرها هستند. مصرف سیگار اولین متغیر درون‌زای اصلی است که به طور مستقیم توسط الگوگیری اجتماعی، نگرش منفی و بهزیستی معنوی پیش‌بینی می‌شود و ضرایب اثر این مسیرها به ترتیب ۰/۴۳، ۰/۳۶- و ۰/۱۳- است. مصرف سیگار به طور غیر مستقیم از سه مسیر توسط فعالیت مذهبی پیش‌بینی می‌شود، اثر غیر مستقیم فعالیت مذهبی بر مصرف سیگار ۰/۵۳- است. مسیر اول به صورت منفی و معنادار با میانجی‌گری عقاید منفی است. مسیر دوم با میانجی‌گری الگوگیری اجتماعی است و در مسیر سوم بهزیستی معنوی به صورت منفی و معنادار رابطه بین فعالیت مذهبی و مصرف سیگار را میانجی‌گری می‌کند.

چولگی و کشیدگی نشانگر نرمال بودن توزیع داده‌ها بود. پیش فرض سوم مربوط به داده‌های از دست رفته در پژوهش است که به دلیل تعداد کم داده‌های از دست رفته، با جایگزین کردن میانگین به جای داده‌های از دست رفته این مفروضه نیز برقرار شد. در نهایت پیش فرض چهارم خطی بودن رابطه بین متغیرهاست که این مفروضه نیز برقرار است.

جدول ۲ همبستگی دو به دو متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. دامنه‌ی همبستگی‌های معنادار برای الگوگیری اجتماعی ۰/۴۴ تا ۰/۶۶ است، کمترین همبستگی معنادار مربوط به بهزیستی معنوی است و بیشترین همبستگی به مصرف قلیان مربوط است.

روابط مفروض در الگو نشان می‌دهد که عقاید منفی درباره مواد، الگوگیری اجتماعی و بهزیستی معنوی بین مصرف سیگار و قلیان و فعالیت مذهبی میانجی‌گری می‌کنند.



جدول ۳. اثرات مستقیم متغیرهای پژوهش بر یکدیگر (ضرایب بتا و گاما)

از	به	میزان اثر	t
فعالیت مذهبی	عقاید منفی	۰/۸۵	۱۶/۶۵
فعالیت مذهبی	الگوگیری اجتماعی	-۰/۶۶	-۹/۱۷
فعالیت مذهبی	بهبودی معنوی	۰/۷۲	۹/۸۷
الگوگیری اجتماعی	مصرف قلیان	۰/۲۰	۲/۱۸
الگوگیری اجتماعی	مصرف سیگار	۰/۴۳	۲/۱۰
نگرش منفی	مصرف قلیان	-۰/۴۵	-۱۲/۶۳
نگرش منفی	مصرف سیگار	-۰/۳۶	-۱۱/۲۶
بهبودی معنوی	مصرف قلیان	-۰/۱۹	-۱۰/۲۸
بهبودی معنوی	مصرف سیگار	-۰/۱۳	-۹/۳۵

جدول ۴. اثرات غیرمستقیم متغیرهای پژوهش

از	به	میزان اثر	t
فعالیت مذهبی	مصرف سیگار	-۰/۵۸	-۱۸/۲۵
فعالیت مذهبی	مصرف قلیان	-۰/۷۵	-۱۳/۱۷

جدول ۵. شاخص‌های برازش مدل

IFI	RFI	NFI	CFI	GFI	SRMR	RMSEA	χ^2/df
۱	۰/۹۵	۰/۹۶	۱	۰/۹۳	۰/۰۵	۰/۰۶	۳/۳۸

به گواهی شاخص‌های برازش نشان می‌دهند. این شاخص‌ها و مقادیر مربوطه در جدول ۱ ارائه شده است.

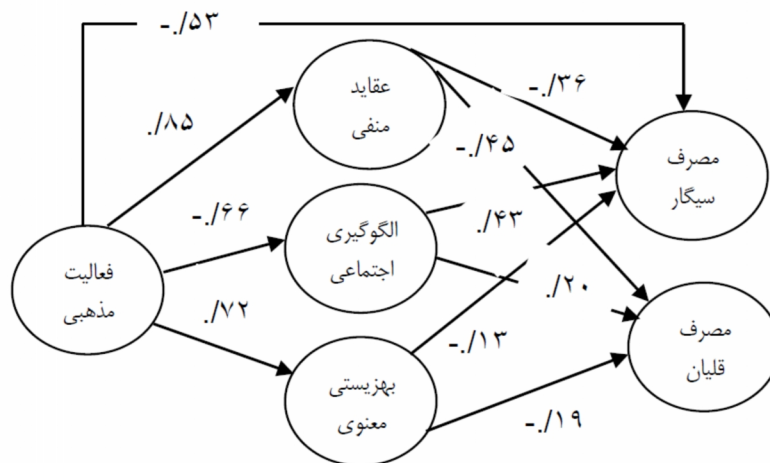
نتایج نشان می‌دهد GFI به دست آمده در این پژوهش معادل ۰/۹۳ است، از آنجا که مقادیر برابر یا بزرگتر از ۰/۹ برای این شاخص قابل قبول است، بنابراین طبق این شاخص می‌توان نتیجه گرفت که مدل دارای برازش مطلوبی است. مقدار شاخص NFI در این مدل ۰/۹۶ است، از آنجا که مقدار این شاخص بین ۰/۹ تا ۰/۹۵ قابل قبول بوده و مقادیر بالاتر از ۰/۹۵ عالی است، لذا مقدار این شاخص نشان‌دهنده برازش خوب مدل با داده‌هاست. مقدار شاخص CFI نیز ۱ شد که مقدار مناسب و قابل قبولی است. از آنجایی که جذر برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA) به دست آمده (۰/۰۶) از مقدار ملاک ۰/۱ کم‌تر است، نشان می‌دهد این مدل از برازش خوبی برخوردار است. شاخص χ^2/df که برای برازش الگوها به آن توجه می‌شود و مقدار مطلوب آن بین ۲ و ۵ است برای الگوی حاضر ۳/۳۸ است. در کل با توجه به شاخص‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت مدل آزمون شده از برازش متوسط به بالا برخوردار است. نتایج حاصل از مجذور

دومین متغیر درون‌زای اصلی مصرف قلیان است. این متغیر به طور مستقیم توسط الگوگیری اجتماعی، نگرش منفی و بهبودی معنوی پیش‌بینی می‌شود. مصرف قلیان از سه مسیر غیر مستقیم توسط فعالیت مذهبی پیش‌بینی می‌شود. اثر غیر مستقیم فعالیت مذهبی بر مصرف قلیان -۰/۵۸ است. مسیر اول به صورت منفی و معنادار با میانجی‌گری عقاید منفی است. مسیر دوم با میانجی‌گری الگوگیری اجتماعی است. در مسیر آخر رابطه بین فعالیت مذهبی و مصرف قلیان را بهبودی معنوی به صورت منفی میانجی‌گری می‌کند.

متغیرهای میانجی شامل عقاید منفی درباره مواد، الگوگیری اجتماعی و بهبودی معنوی است. هر سه متغیر به طور مستقیم توسط فعالیت مذهبی پیش‌بینی می‌شود و ضرایب مسیر آن‌ها به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۶۶- و ۰/۷۲ است؛ بنابراین با توجه به روابط یاد شده، مصرف سیگار و قلیان توسط فعالیت مذهبی با میانجی‌گری عقاید منفی درباره مصرف، الگوگیری اجتماعی و بهبودی معنوی پیش‌بینی می‌شود.

شاخص‌های برازش مدل

نتایج حاصل از آزمون الگو، قابل قبول بودن آن را



شکل ۱. مدل ساختاری برآزش یافته مصرف مواد در دانشجویان

رویدادها را آسان می‌کند (کوتون، لارکین، هویس، کرامر و روزنتال، 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 می‌شود که این باورها رفتارهای سالم را به دنبال دارد (هاوکینز و ویس، ۱۹۸۵). لذا عقاید و نگرش‌هایی 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.

همچنین نتایج نشان داد فعالیت مذهبی از طریق الگوگیری اجتماعی مصرف مواد را پیش‌بینی می‌کند. این یافته با پژوهش چاولا و همکاران (۲۰۰۷) و کوچران و همکاران (۱۹۹۲) همسو است. اعتقاد و اعمال مذهبی به شکل‌های مختلف مانند درونی سازی هنجارهای مذهبی، الگو قراردادن چهره‌های مذهبی و پیروی از الگوهای سالم زندگی روی الگو گیری اجتماعی تاثیر می‌گذارد و از این طریق موجب کاهش گرایش به مصرف مواد می‌شود (چاولا و همکاران، ۲۰۰۷). به نظر می‌رسد فرد از هنجارهای سیستم مذهبی الگو می‌گیرد و به سمت دوستانی که به فعالیت‌های مذهبی می‌روند کشیده می‌شود؛ لذا کمتر احتمال دارد که دوستان و همسالان مصرف کننده مواد داشته باشند که بخواهند پیشنهاد مصرف سیگار و قلیان بدهند و فرد را درگیر مصرف کنند. دسروسیرز و میلر (۲۰۰۷) در پژوهشی دریافتند کسانی که از اعتقادات مذهبی

همبستگی چندگانه برای متغیرهای درون‌زا به شرح زیر است: مصرف سیگار ۰/۷۸، مصرف قلیان ۰/۸۰، عقاید منفی درباره مصرف ۰/۷۲، الگوگیری اجتماعی ۰/۴۳، بهزیستی معنوی ۰/۵۱. طبق تحلیل‌های انجام شده در مدل کلی، تغییراتی در روابط ایجاد شد و مدل زیر به عنوان مدل کاربردی در جمعیت دانشجویان ارائه گردید.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد فعالیت مذهبی از سه طریق پرورش نگرش‌های منفی نسبت به مواد، الگوگیری اجتماعی و تقویت بهزیستی معنوی روی کاهش گرایش به مصرف سیگار و قلیان در دانشجویان اثرگذار است. این نتایج همسو با یافته‌های جانسون و همکاران (۲۰۰۸) و دروروپ و همکاران (۲۰۱۱) بود. نتایج نشان داد ارتباط بین فعالیت مذهبی و مصرف سیگار و قلیان با بهزیستی معنوی و نگرش‌ها و عقاید منفی درباره مواد که مذهب و مصونیت در فرد ایجاد می‌کند میانجی‌گری می‌شود. این نتایج با یافته‌های بچمن و همکاران (۲۰۰۳)، چاولا و همکاران (۲۰۰۷) و جانسون و همکاران (۲۰۰۸) همسو است. مذهب با ایجاد قوانین و قواعد درونی و بیرونی برای فرد هنجارهایی را مشخص می‌کند و فرد را به داشتن باورها و نگرش‌هایی سوق می‌دهد که سبب ایجاد مصونیت در برابر مصرف مواد می‌شود. تاثیراتی که باورهای معنوی و دینی فرد بر چگونگی تعبیر و تفسیر وی از رویدادها می‌گذارد فرایند سازگاری و پذیرش



مذهبی جامعه ایران و وجود برخی قوانین، احتمالاً پاسخ به سوالات پرسشنامه تقلائی مذهبی دارای محدودیت بود، بهتر است پژوهشگران از روش‌های غیر پرسشنامه‌ای خود گزارش دهی هم برای ارزیابی فعالیت مذهبی افراد استفاده کنند.

منابع

- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding the attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice- Hall Inc.
- Amy, A. I., & Park, C. (2006). Psychosocial mediation of religious copying styles, *Journal of copying and religion*, 10, 553-577.
- Bagozzi, R. P., & Baumgartner, J. (1989). An Investigation role of Intentions as Mediators of the Attitude Behavior relationship. *Journal of Economic Psychology*, 10, 35- 63.
- Bakhshani N., Lashkaripur K., Bakhshani S. (2007). Incidence of behaviors of intentional and unintentional hurt in student of Sistan o Baluchestan. *Journal of east medicine*, 9 (3). 199-208. [Persian]
- Bandura A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: a Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice- Hall Inc.
- Barry, M. C., & Nelson, L. J. (2005). The role of religion in the transition to adulthood for young emerging adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 245-255.
- 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 Health and Social Behavior*, 32(1), 80-99.
- Brown, B. S., O'Grady, K. E., Farrell, E. V., Fechner, I. S., & Nurco, D. N. (2001). Factors associated with frequency of 12-step attendance by drug abuse clients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 147- 160.
- 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.
- Coward, D. D., & Reed, P. G. (1996). Self-Transcendence: a resource for healing at the end of life. *Issues in Mental Health Nursing*, 17(3), 275-288.

قوی‌تری برخوردارند نسبت به مقابله با فشارزاهای روانی، تحصیلی و فردی از نیروی بیشتری برخوردارند، لذا کمتر برای اجتناب از این گونه استرس‌ها به سمت دوستان یا گروه‌هایی کشیده می‌شوند که احتمال مصرف مواد را در آن‌ها بالا می‌برند. از آن‌جا که مقابله‌های مذهبی مثبت منبع حمایت عاطفی و اجتماعی هستند، افرادی که از این مقابله‌ها در زندگی روزانه خود استفاده می‌کنند افسردگی و اضطراب کمتری دارند (امی، پارک، ۲۰۰۶)، لذا کمتر به شبکه دوستان و هم‌سالان برای حل مشکلات یا اجتناب از آن‌ها و رسیدن به آرامش موقتی نیاز پیدا می‌کنند و در نتیجه کمتر درگیر درخواست‌ها و تعارفات دوستان برای مصرف سیگار یا مواد دیگر می‌شوند.

این یافته‌ها براساس نظریه‌ی تعلق اجتماعی (پترتیس و همکاران، ۱۹۹۵) نیز قابل تبیین است. این نظریه بیان می‌کند تعلق عاطفی به همسالانی که مواد مصرف می‌کنند علت اصلی سوء مصرف مواد است و معتقد است علل این تعلق، پیوند و تهدد ضعیف فرد به اجتماع، نهادها و افرادی است که دوری از رفتارهای انحرافی را تشویق می‌کنند. براساس نظریه‌ی تعلق اجتماعی (پترتیس و همکاران، ۱۹۹۵) رفتارهای انحرافی در اکثر مردم وجود دارد؛ ولی پیوندهای قوی فرد با اجتماع، خانواده و مذهب آن را کنترل می‌کند. افرادی که تعلق آن‌ها به قواعد و رسوم اجتماعی و از جمله نهادهای مذهبی ضعیف است، فشار زیادی برای پیروی از معیارهای مرسوم رفتاری احساس نمی‌کنند.

با توجه به این‌که مدل پیشنهادی پژوهش روی جمعیت دانشجوی و با نمونه محدود انجام شد محدودیت اصلی این پژوهش این است که تعمیم این مدل به سایر جمعیت‌ها باید با احتیاط صورت گیرد. تحقیقات بیشتر باید روی جمعیت نوجوان، بزرگسال و با تعداد نمونه بیشتر انجام شود. در این پژوهش مصرف سایر مواد و الکل بررسی نشد، لذا این یافته‌ها را به سایر مواد و الکل نمی‌توان تعمیم داد. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده نقش مذهب و معنویت در پیش‌بینی گرایش به سایر مواد و الکل نیز بررسی شود. در نهایت با توجه به جو



- adult alcohol and tobacco use. *Journal of Abnormal Psychology*, 11(4), 612-626.
- James, A., & Wells, A. (2003). Religion and mental health: towards a cognitive-behavioral framework. *British Journal of Health Psychology*, 8, 359-376.
- 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.
- Kim, J., Heinemann, A. W., Bode, R. K., Sliwa, J. & King, R. B. (2000). Spirituality, quality of life, and functional recovery after medical rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, 45(4), 365-85.
- Klaassen, D. W., & McDonald, M. J. (2002). Quest and identity development: Re-examining pathways for existential search. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 12, 189-200.
- Leach, M., & Lark, R. (2004). Does spirituality add to personality in the study of trait forgiveness? *Personality Individual Differences*, 37(1), 147-156.
- 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 Institute of Health.
- Moghadasin, M., Falsafinejad, M. R. (2008). Structural equation modeling in assessing reliability and validity of adult ADHD diagnostic questionnaire. *Journal of educational assessment*, 3, 10, 21-29. [Persian]
- Mohammadkhani, Sh. (2007). Structural model of alcohol, tobacco and other drugs use among at risk adolescents: direct and indirect impact of social and personal factors. *Journal of research in psychological health*, 1 (2), 5-16. [Persian]
- 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.
- Pardini, D. A., Plante, T. G. (2000). Religious faith and spirituality in substance abuse recovery: Determining the mental health benefits. *International Journal for the Psychology of Religion*, 13, 120-132.
- Pargament, K. I. (2007). *Spiritually-Integrated Psychotherapy: Understanding and Addressing the Sacred*. New York: The Guilford Press.
- Pargament, K. I., Murray-Swank, N. A., Magyar, G. M., & Ano, G. G. (2005). Spiritual Struggle: A Phenomenon of Interest to Psychology and Religion. In Miller, W. R., Delaney, H. D. (Eds.), *Judeo-Christian perspectives on psychology: Human nature, Dehshiri, GH., Sohrabi, F., Jaafari, E., Najafi, M. (2008). Study of psychometric pattern of spiritual well-being inventory in college student. Journal of psychological research of Azzahra university*, 4 (3). 129-144. [Persian]
- Desrosiers, A., & Miller., (2007). Relational spirituality and depression in adolescent girl. *Journal of Clinical psychology*, 63(10), 1021-1037.
- Devis, H., Backbier, E., Kok, G. L., & Dijkstra, M. (1995). The impact of Social Influences in the Context of Attitude, Self-Efficacy, Intention, and Previous Behavior as Predictors of Smoking Onset. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 237-257.
- Dezutter, J., Soenens, B., & Hutsebaut, D. (2006). Religiosity and mental health: a further exploration of the relative importance of religious behaviors vs. religious attitudes. *Personality and Individual Differences*, 40, 807-818.
- 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.
- Ellison, C. G. (1991). Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(4), 347-354
- 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.
- Galanter, M. (1997). Spiritual recovery movements and contemporary medical care. *Psychiatry*, 60(3), 211-223.
- Gall, T. L. (2006). Spirituality and coping with life stress among adult survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 30, 829-844.
- Genia V. (2001). Evaluation of spiritual well-being scale in sample of college student. *International Journal of psychological religion*, 11(1), 25-30.
- Gomez, R., & Fisher, J. W. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 35, 1975-1991.
- Good, M., & Willoughby, T. (2006). The role of spirituality versus religiosity in adolescent psychosocial adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 41-55.
- 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.
- Hartz G. W. (2005). *Spirituality and Mental Health: Clinical Applications*. New York: Haworth press.
- Hawkins, J. D., & Weis, J. G. (1985). Social Development Model: an Integrated Approach to Delinquency Prevention. *Journal of Primary Prevention*, 6, 73-97.
- Jackson, K. M., Sher, K. J. & Schulenberg, J. E. (2005). Conjoint developmental trajectories of young



motivation, and change. (pp. 245-268). Washington: American Psychological Association.

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.

Petraitis, J., Flay, B. R., & Miller, T. Q. (1995). Reviewing Theories of Adolescent Substance abuse: Organizing Pieces of the Puzzle. *Psychological Bulletin*, 117, 67-86.

Piko, B., & Fitzpatrick, K. M. (2004). Substance use, religiosity, and other protective factors among Hungarian adolescents. *Addictive Behaviors*, 29, 1095 -1107.

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. *JAMA*, 9,284(6),699-705.

Sarmad Z., Bazarghan A., Hejazi E. (2006). Research methods in behavioral science. Tehran: Aagah. [Persian]

Schmid, H. (2001). Predictors of cigarette smoking by young adults and readiness to change. *Substance Use Misuse*, 36, (11), 1519-42.

Schulenberg, J. E., Merline, A. C., Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., & Laetz, V. B. (2005). Trajectories of marijuana use during the transition on to adulthood: The big picture based on national panel data. *Journal of Drug Issues*, 35, 255 – 280.

Sinha, J. W., Cnaan, R. A., & Gelles, R. J. (2007). Adolescent risk behaviors and religion: findings from a national study. *Journal of Adolescence*, 30, 231-249.

Smith, J., McSherry, W. (2004). Spirituality and child development: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 45, 307-315.

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.

U S. Department of Health and Human Services. (2010). Healthy people 2010: what are healthy people? Retrieved from <http://www.healthypeople.gov/about/whatis.htm>.

White, H. R., Fleming, C. B., Kim, M. J., Catalano, R. F., & McMorris, B. J. (2008). Identifying two potential mechanisms for changes in alcohol use among college attending and non-college-attending emerging adults. *Developmental Psychology*, 44, 1625 –1639.