

Role of Religious Orientation and Self-Control in Prediction of Drug Addiction Potential

Mohammadkhani Sh¹, Yeganeh T*¹, Karimpour K²

1. Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.

2. Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Alzahra University, Tehran, Iran.

* *Corresponding author.* Tel: +989112423892 E-mail: taiebeh_yeganeh@yahoo.com

Received: Jul 21, 2015 Accepted: Nov 15, 2015

ABSTRACT

Background & objectives: Self-control supposed to be one of the basic and fundamental characters of personality that plays important role in overcoming unhealthy desires or impulses and as well doing sociable and normal behaviors. Prior studies have shown the role of religion as preventive and protective for drug addiction in the adolescences. This research aimed to study the role of religious orientation and self-control in prediction of drug addiction potential.

Methods: One hundred and ten female students of Kharazmi University in Iran living in dormitory were selected using convenience sampling method during the first semester (fall semester) in 2014. Research tools included Alport Religious Orientation, short form of Tanjeni self-control and Weed & Butcher drug addiction potential scale. Data were analyzed by Pearson Correlation Coefficient and Multiple Regression Analysis (stepwise).

Results: Result of data analysis showed there was a meaningful relation between intrinsic religious orientation, self-control and risk of drug addiction. Based on multiple regression analysis (stepwise), intrinsic religious orientation and self-control can predict the changes in drug addiction potential up to 19%.

Conclusion: Because of the special and important role of religious beliefs in daily life of people, they play an important role in confronting with deviant behaviors. Moreover, risky and deviant behaviors such as addictions can be prevented through reinforcing self-control skills.

Keywords: Religious, Self-Control, Drug Addiction, Religious Orientation.

نقش جهت‌گیری‌های مذهبی و خودمهارگری در پیش‌بینی آمادگی اعتیاد به مواد مخدر

شهرام محمدخانی^۱، طیبه یگانه^{۱*}، کبری کریم‌پور^۲

۱. گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۲. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۱۲۴۳۸۹۲ ایمیل: taiebeh_yeganeh@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: خودمهارگری به عنوان یکی از سازه‌های بسیار مهم شخصیت انسان، نقش حائز اهمیتی در غلبه بر تمایلات و تکانه‌های ناسالم و همچنین انجام رفتارهای اجتماعی و سازگارانه دارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مذهب در مقابل گرایش نوجوانان به مصرف مواد مخدر به عنوان یک سپر محافظتی عمل می‌کند. انتظار می‌رود یکی از فرآیندهای زیربنایی که مذهب از طریق آن نقش بازدارندگی خود را در برابر اعتیاد به مواد مخدر ایفا نماید، ظرفیت خودمهارگری است. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش جهت‌گیری‌های مذهبی و خودمهارگری در پیش‌بینی آمادگی اعتیاد به مواد مخدر انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه همبستگی است و جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانشجویان دختر دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه خوارزمی بود که در نیمسال اول سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ ساکن خوابگاه بودند. از این جامعه نمونه‌ای با حجم ۱۱۰ نفر به شیوه در دسترس انتخاب شد. از مقیاس‌های جهت‌گیری مذهبی آلپورت، فرم کوتاه خودمهارگری تانجی و پرسشنامه آمادگی اعتیاد وید و بوچر به عنوان ابزار پژوهش استفاده شد. تحلیل داده‌ها با آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون و استفاده از SPSS-21 انجام شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین جهت‌گیری مذهبی درونسو با آمادگی به اعتیاد ($r = -0/30, p = 0/001$) و خودمهارگری با آمادگی به اعتیاد ($r = -0/40, p = 0/000$) رابطه معنادار آماری وجود داشت. بر اساس تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام، در مجموع دو متغیر جهت‌گیری مذهبی درونسو و خودمهارگری می‌توانند ۱۹ درصد از تغییرات متغیر ملاک را پیش‌بینی نمایند.

نتیجه‌گیری: جهت‌گیری‌های مذهبی به واسطه تأثیرات مهمی که در زندگی افراد دارد یک روش مقابله‌ای موثر در برابر رفتارهای انحرافی بوده و از طرفی با تقویت روحیه خودمهارگری می‌توان از بروز خطرپذیری و رفتارهای انحرافی نظیر آمادگی ابتلا به اعتیاد را در افراد پیشگیری نمود.

واژه‌های کلیدی: دینداری، خودمهارگری، اعتیاد به مواد مخدر

دریافت: ۹۴/۴/۳۰ پذیرش: ۹۴/۸/۲۴

مقدمه

با افزایش سوءمصرف مواد در جهان، کشورها هزینه قابل‌توجهی را در نتیجه خسارت ناشی از آن مانند اثرات مخرب بر سلامت و افزایش جرم و جنایت و مرگ‌ومیر در جامعه متقبل می‌شوند (۲۰۱). بنابراین با در نظر گرفتن اعتیاد به عنوان یک بیماری جسمی،

روانی، اجتماعی و معنوی (۳) در زمینه وابستگی به مواد مخدر عوامل گوناگونی درگیر هستند (۶-۴). به نظر می‌رسد که برخی از عوامل به عنوان عوامل حمایت‌کننده و برخی دیگر به عنوان عوامل خطرآفرین، ابتلا به مواد مخدر را تحت تأثیر قرار می‌دهند. یکی از عوامل حمایت‌کننده فرد مذهب

است که در برخی از مطالعات از آن به عنوان سپری در مقابل وابستگی به مواد یاد شده است (۷). در واقع انتظار می‌رود دین به عنوان یکی از منابع اصلی ارزش‌ها و اخلاقیات افراد جامعه، از طریق برقراری اموری مانند نظم اخلاقی، تدارک فرصت‌هایی برای به دست آوردن شایستگی‌های یاد گرفته شده و تهیه قوانین اجتماعی، سوء مصرف مواد و بهبودی از آن را تحت تأثیر قرار دهد (۸). با در نظرگیری مذهب به عنوان یک عامل حفاظتی یا بهبودبخش، انتظار می‌رود سطوح بالای مذهبی بودن از افراد در مقابل تأثیرات منفی تجربیات یا ویژگی‌هایی که آن‌ها را در معرض خطر رفتارهای سازش‌نا یافته یا مشکلات روان‌شناختی قرار می‌دهد، حفاظت کند. در واقع مذهب می‌تواند مکانیسم مقابله‌ای اضافی یا مؤثرتری را برای حل مشکلات شناختی، هیجانی و عوامل تنیدگی‌زای بین‌فردی فراهم کند (۹)، اما اکثر شواهد پژوهشی در این میان صرفاً به اندازه‌گیری مذهب و دینداری به صورت کلی پرداخته‌اند؛ در حالی که با توجه به بعد انگیزشی دینداری و مذهب، توجه به انواع جهت‌گیری‌های مذهبی در جهت دستیابی به امور مادی مانند مقام و موقعیت اجتماعی (مذهب برون‌سو) و مذهب به عنوان یک امر متعالی (مذهب درون‌سو) ضروری بنظر می‌رسد. چرا که کماکان مشخص نگردیده است که آیا مذهب با بعد برون‌سو هم می‌تواند به عنوان یک مکانیسم محافظتی در گرایش به اعتیاد به مواد مخدر نقش ایفا کند یا این نقش محافظتی منحصر به بعد درون‌سوی مذهب است؟ در هر صورت بسیاری از پژوهش‌ها در این راستا به نقش حمایت‌گر مذهب (بدون توجه به بعد انگیزشی مذهب) در مقابل مصرف بیش از حد مواد که به دنبال رویدادهای منفی زندگی اتفاق می‌افتد، اشاره نموده‌اند. مانند پژوهش استولتزفوس^۱ و همکاران که نشان داد مقابله مذهبی مثبت با کاهش مصرف الکل در میان دانشجویان مرتبط بود. این

محققان گرچه نشان دادند راهبردهای مقابله‌ای مذهبی مثبت رابطه میان انواع بخصوصی از استرس‌های مربوط به مشکلات روزانه (مانند بیگانگی تحصیلی و مشکلات عاطفی) و مصرف الکل در میان زنان را تعدیل می‌کند (۱۰)، اما در خصوص اینکه آیا راهبردهای مقابله‌ای مذهبی این نقش را به تنهایی و یا توسط سازه‌های دیگر انجام می‌دهند، هیچ گزارشی ارائه نمودند؛ امری که در پژوهش حاضر سعی شده مورد توجه قرار گیرد. موسکاتی^۲ و همکاران در مطالعه‌ای در خصوص دین و سوء مصرف الکل به این نتیجه دست یافتند که دینداری به طور معکوسی با استفاده و سوء استفاده از مواد مخدر قانونی و غیرقانونی مرتبط است (۱۱). میلر و همکاران دریافتند سطوح پایین مذهبی بودن با شروع مصرف و سوء مصرف مواد در نوجوانان مرتبط بود (۱۲). نتایج مطالعه آروالو^۳ و همکاران بر زنان مبتلا به سوء مصرف مواد نشان داد که بین افزایش معنویت، با میزان کارآمدی درمان‌های سوء مصرف مواد رابطه مستقیم وجود داشت (۱۳). در مطالعه یانگ^۴ و همکاران از اعتقادات مذهبی به عنوان عامل حمایت‌گر در ترک سیگار یاد شده است (۱۴). زرگر و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان بررسی رابطه ویژگی‌های شخصی، نگرش مذهبی و رضایت زناشویی با آمادگی اعتیاد به مواد مخدر نشان دادند که رابطه منفی بین نگرش مذهبی و آمادگی به اعتیاد وجود داشت (۱۵). نتایج مطالعه بیرامی و همکاران نیز نشان داد که میزان جهت‌گیری مذهبی در گروه معتاد در مقایسه با گروه بهنجار در حد پایین است (۱۶). ویلز^۵ و همکاران در مطالعه‌ای که بر روی نوجوانان ۱۲ تا ۱۶ ساله انجام دادند به این نتیجه رسیدند که بین میزان دینداری و استفاده از الکل و ماری‌جوانا و نیز استعمال سیگار همبستگی

² Moscatti

³ Arevalo

⁴ Yong

⁵ Wills

¹ Stoltzfus

منفی وجود داشت و هر چه فرد در سطح بالاتری از دینداری قرار داشته باشد، مواد مذکور را به میزان کمتری مورد استفاده قرار می‌دهد. آن‌ها از رابطه «حوادث مهم زندگی × دینداری» به عنوان یک سپر در مقابل مصرف مواد یاد نمودند (۱۷).

به نظر می‌رسد یکی از فرآیندهای زیربنایی که مذهب از طریق آن نقش بازدارندگی خود را ایفا می‌کند، ظرفیت خودمهارگری است. چنان‌که برخی از پژوهش‌ها به تعیین سهم این رابطه در تبیین روابط دینداری با نتایج مهم زندگی پرداخته‌اند. همچنین در برخی از مطالعات به وجود سطوح بالاتری از مذهب در افراد دارای خودمهارگری بالا اشاره شده است (۱۸). جی‌یر^۱ و همکاران معتقدند که سازمان‌های مذهبی به عنوان یک منبع بیرونی می‌توانند برای فعالیت‌های خودمهارگری شخصی افراد بسیار مفید باشند؛ به عبارت دیگر مذهب ممکن است خودمهارگری را با تشویق به استفاده مکرر آن در زندگی روزانه تقویت کند. در تئوری یادگیری اجتماعی، خودمهارگری به عنوان یک مفهوم قابل یادگیری و آموزش معرفی شده است. در تئوری عمومی جرم، طرح خودمهارگری به عنوان سازه مرکزی، بیانگر نقش مهم آن از یک سو در رفتارهای انحرافی و از سوی دیگر در به تأخیر انداختن رضامندی است (۱۹). خودمهارگری می‌تواند از طریق رفتارهای بازدارنده که شامل جهت‌دهی تلاش‌ها به سمت خود و سوسه (اجتناب از سوسه یا بازداری از پاسخ)، و همچنین از طریق رفتارهای آغازکننده که شامل جهت‌دهی تلاش‌ها به سمت اهدافی که سوسه آن را تهدید می‌کند (فعال‌سازی اهداف)، نقش خود را ایفا نماید (۲۰). در این راستا نتایج تحقیقات متناقضی به چشم می‌خورد. دسته‌ای از این تحقیقات بیانگر وجود همبستگی منفی بین میزان خودمهارگری با مصرف مشروبات الکلی، وقوع جرم

^۱ Geyer

و بزهکاری هستند (۲۱). در این راستا محمدخانی و همکاران در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که مهارت‌های خودمهارگری و احساس کنترل درونی به طور مستقیم بر رفتار مصرف مواد در نوجوانان مؤثر است (۲۲). مطالعات سواد^۲ و جکسون^۳، خودمهارگری کم را به عنوان یک عامل محوری برای سوءمصرف مواد مخدر میان جوانان معرفی کرده‌اند (۲۳، ۲۴). همچنین خودمهارگری بالا در میان نوجوانان به عنوان یک عامل پیشگیری‌کننده بسیار قوی برای مصرف مشروبات الکلی، استعمال سیگار و سوءمصرف مواد مخدر معرفی شده است. در فراتحلیل باگ و رابرتز آشکار شد افراد وظیفه‌شناس (خودمهارگری از ویژگی‌های وظیفه‌شناسی است) سطوح بالاتری از فعالیت بدنی، مصرف کمتر مواد و الکل، عادات خوراکی سالم‌تر و رانندگی ایمن‌تر را در مقایسه با افراد کمتر وظیفه‌شناس دارند (۲۵). در نقطه مقابل این تحقیقات، پژوهش‌هایی مانند ولک^۴ هیچ شواهدی مبنی بر تعامل میان مذهبی‌بودن و خودمهارگری نیافتند. این پژوهشگران به این نتیجه دست یافتند که هر دو عامل مذهبی‌بودن و خودمهارگری، از نظر آماری رابطه منفی مستقل و معناداری با بسیاری از انواع سوءرفتارهای برنامه‌ریزی شده دارند؛ اما به نظر می‌رسد تعامل میان خودمهارگری و مذهبی بودن در پیش‌بینی انحرافات محدود است (۲۶). ویلز^۵ و همکاران هیچ شواهدی مبنی بر اثر میانجی خودمهارگری بر رابطه میان دینداری و مصرف مواد نیافتند (۷). دسموند^۶ و همکاران دریافتند که مذهبی‌بودن نوجوانان اثر مثبت معناداری بر خودمهارگری دارد و هر دو منجر به کاهش مصرف ماری‌جوآنا و الکل می‌شوند و خودمهارگری (به

^۲ Sawadi

^۳ Jackson

^۴ Welch

^۵ Wills

^۶ Desmond

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه همبستگی و طرح پژوهش نیز از نوع طرح‌های پیش‌بین در مطالعات همبستگی بود. در این پژوهش متغیر پیش‌بین جهت‌گیری‌های مذهبی و خودمهارگری و متغیر ملاک اعتیادپذیری بود. از بین تمامی دانش‌جویان دختر دانشکده روانشناسی دانشگاه خوارزمی که در نیمسال اول تحصیلی سال ۹۴-۱۳۹۳ ساکن خوابگاه کرج بودند (۱۵۴ نفر)، با استفاده از جدول کرجسی و مورگان تعداد ۱۱۰ نفر به عنوان نمونه مورد پژوهش بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ضمن ارائه توضیحات لازم به شرکت‌کنندگان در خصوص پژوهش و ارائه اطمینان در خصوص محرمانه‌ماندن اطلاعات دریافت شده، فرم رضایت آگاهانه در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. روش تکمیل پرسشنامه‌ها برای تمامی افراد نمونه یکسان بود. پس از کسب رضایت فرد و ارائه توضیح در مورد چگونگی پرکردن پرسشنامه، پرسشنامه‌ها در اختیار افراد قرار گرفت و برای تکمیل آن محدودیت زمانی اعمال نشد. با توجه به طولانی بودن پرسشنامه‌ها جهت حذف اثر ترتیب، پرسشنامه در چند بخش تهیه شد.

در این پژوهش جهت سنجش جهت‌گیری‌های مذهبی افراد از مقیاس جهت‌گیری مذهبی آلپورت (۱۹۵۰) استفاده شد (۲۸). آلپورت و راس^۱ این مقیاس را با داشتن ۲۱ گویه برای سنجش جهت‌گیری‌های درون‌سو و برون‌سووی مذهب تهیه کردند. در این مقیاس، گزینه‌های عبارات ۱ تا ۱۲ جهت‌گیری مذهبی برون‌سو و عبارات ۱۳ تا ۲۱ جهت‌گیری مذهبی درون‌سو را می‌سنجند. سوالات آزمون دارای چهار گزینه الف- کاملاً مخالفم؛ ب- تقریباً مخالفم؛ ج- تقریباً موافقم؛ د- کاملاً موافقم می‌باشد. بر همین اساس این پرسشنامه بر اساس یک

همراه داشتن همسالان بزهکار) تنها بخشی از تأثیرات مذهب بر روی این اشکال بزهکاری را میانجی‌گری می‌کند. مذهبی بودن والدین تأثیری منفی بر میزان خودمهارگری فرزندان‌شان داشت. همچنین خودمهارگری تا حدودی اثر مذهبی بودن نوجوانان بر مصرف ماری‌جوآنا و الکل را میانجی‌گری می‌کرد، اما مذهبی بودن اثر خودمهارگری بر بزهکاری را تحت تأثیر قرار نمی‌داد و یا میانجی‌گری نمی‌کرد. اگرچه هر دو تأثیر مستقیم معناداری بر مصرف الکل و ماری‌جوآنا داشتند، اما به نظر نمی‌رسد که تأثیر یکی، اثرات متغیر دیگر را میانجی‌گری کند. هیچ تعامل معناداری میان مذهبی بودن نوجوانان و خودمهارگری آن‌ها یافت نشد (۲۷). بنابراین با مرور اجمالی بر پژوهش‌های انجام‌شده در یک جمع‌بندی کلی، با توجه به اینکه تاکنون شمار زیادی از پژوهش‌ها صرفاً به بررسی مذهب در قالب یک سازه کلی و بدون در نظرگیری ابعاد انگیزشی آن (جهت‌گیری مذهبی برون‌سو- مذهب متعالی و جهت‌گیری مذهبی برون‌سو- مذهب در خدمت دستیابی به مقام و موقعیت اجتماعی) پرداخته‌اند؛ پژوهش حاضر درصدد برآمد با توجه به تفکیک هر یک از ابعاد به بررسی نقش محافظتی مذهب بپردازد تا بتوان به این سوال اساسی پاسخ داد که آیا هر دو بعد مذهب از نقش حفاظتی برخوردار است یا خیر؟ اگر خیر، کدام یک از این دو بعد نقش حمایتی اساسی بر عهده دارد؟ همچنین در اکثر پژوهش‌هایی که در این خصوص تاکنون صورت گرفته صرفاً به نقش حمایتی مذهب به صورت کلی اشاره شده است؛ بدون بررسی سازه‌های میانی که نقش واسطه‌ای را ایفا می‌کنند. بنابراین این پژوهش درصدد بود با توجه به مبانی نظری، به بررسی یکی از متغیرهای واسطه‌ای (خودمهارگری) بپردازد. از این‌رو پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش جهت‌گیری‌های مذهبی و خودمهارگری در تبیین آمادگی اعتیاد به مواد مخدر انجام شد.

¹ Allport & Ross

مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه نقطه برش ندارد و هر چه شرکت‌کنندگان در مقیاس‌های مورد بررسی نمرات بیشتری بدست آورند، بیشتر دارای آن صفت می‌باشند. آزمون محدودیت زمانی ندارد و به صورت گروهی اجرا می‌شود؛ همچنین این پرسشنامه محدودیت سنی ندارد و از گروه سنی ۱۶ سال به بالا قابلیت اجرا دارد. بر اساس نظریه آلپورت، مذهب درون‌سو، مذهبی فراگیر و دارای اصول سازمان‌یافته و درونی شده است و عبارت از یک تعهد انگیزشی فراگیر است که غایت، هدف است نه وسیله‌ای برای دستیابی به هدف‌های فردی. در حالی که مذهب برون‌سو امری است خارجی و ابزاری که با کارکرد ارضای نیازهای فردی مانند مقام و امنیت شناخته شده است. بر اساس مطالعات اولیه توسط آلپورت و راس، همبستگی جهت‌گیری برون‌سو با درون‌سو ۰/۲۱ است. در ایران همسانی درونی این آزمون توسط جان بزرگی ۰/۷۱ و پایایی بازآزمایی آن ۰/۷۴ گزارش شده است (۲۹). در پژوهش حاضر جهت بررسی پایایی این مقیاس میزان آلفای کرونباخ برای جهت‌گیری درون‌سو برابر با ۰/۹۱ و جهت‌گیری برون‌سو برابر با ۰/۷۰ محاسبه گردید.

فرم کوتاه مقیاس خودمهارگری تانجی^۱ و همکاران با داشتن ۱۳ گویه و ارائه یک نمره کلی به منظور سنجش گرایش به خودمهارگری ساخته شده است. این آزمون یک ابزار خود گزارشی است و آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (هرگز=۱ تا بسیار زیاد =۵) مشخص سازد هر یک از عبارات تا چه حد نشان‌دهنده ویژگی‌های وی است. طیف نمرات این آزمون بین ۱۳ تا ۶۵ قرار دارد. نمرات بالاتر حاکی از خودمهارگری بیشتر است. لازم به ذکر است که برخی عبارات فرم کوتاه (۲،۳،۴،۵،۷،۹،۱۰،۱۲،۱۳) مقیاس خودمهارگری به صورت معکوس نمره‌گذاری

می‌شود. تانجی و همکاران این فرم کوتاه را دارای روایی و پایایی مطلوب معرفی نمودند (۳۰). در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۳ محاسبه گردید.

پرسشنامه آمادگی اعتیاد توسط وید و بوچر^۲ (۱۹۹۲) ساخته شده است. این پرسشنامه در ایران توسط زرگر هنجاریابی گردیده است. این پرسشنامه شامل ۴۱ گویه (که پنج گویه از آن دروغ‌سنج است)، با نمره‌گذاری از ۰ (کاملاً مخالفم) تا ۳ (کاملاً موافقم) است. البته این شیوه نمره‌گذاری در سوالات شماره ۶، ۱۲، ۱۵، ۲۱ معکوس خواهد شد. این پرسشنامه دارای عامل دروغ‌سنج می‌باشد که شامل سوالات شماره ۶، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۱ و ۳۳ می‌شود. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه باید مجموع امتیازات تک تک سوالات (به غیر از مقیاس دروغ‌سنج) را با هم جمع نمود. این نمره دامنه‌ای از ۰ تا ۱۰۸ را خواهد داشت. نمرات بالاتر بیانگر آمادگی بیشتر فرد پاسخ‌دهنده برای اعتیاد است و برعکس. زرگر و همکاران نشان دادند که این پرسشنامه دو گروه معتاد و غیرمعتاد را به خوبی از هم تمیز می‌دهد. همچنین به عنوان روایی همگرا، رابطه نمرات این آزمون را با نمرات مقیاس ۲۵ ماده‌ای فهرست علائم بالینی ۰/۴۵ گزارش نمودند. اعتبار این مقیاس نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۰ گزارش شده است (۷). در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ محاسبه گردید. داده‌های بدست آمده با استفاده از SPSS-21 و آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون تجزیه و تحلیل شد و $p < 0/05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر میانگین سنی و انحراف استاندارد نمونه مورد پژوهش به ترتیب برابر با $23/66 \pm 3/83$

^۱ Tangney

^۲ Weed & Butcher

محاسبه گردید. از مجموع ۱۱۰ دانشجو تعداد ۶۰ نفر (۵۴/۵٪) در مقطع کارشناسی، ۴۴ نفر (۴۰٪) در مقطع ارشد، تعداد دانشجویان مقطع دکتری برابر با ۵ نفر (۴/۵٪) و در نهایت مقطع تحصیلی ۱ نفر هم مشخص نشده بود. شاخص‌های توصیفی میانگین و

انحراف استاندارد متغیرهای مورد پژوهش در جدول ۱ گزارش شده است. میانگین و انحراف معیار جهت-گیری مذهبی درون سو و برون سو به ترتیب برابر با $28/30 \pm 9/61$ و $23/51 \pm 5/68$ و در خودمهارگری برابر با $51/05 \pm 14/18$ محاسبه شد.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش

جهت‌گیری مذهبی درون سو		جهت‌گیری مذهبی برون سو		خودمهارگری		اعتیادپذیری	
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
۲۸/۳۰	۹/۶۱	۲۳/۵۱	۵/۶۸	۴۰/۷۶	۸/۲۴	۵۱/۰۵	۱۴/۱۸

جهت بررسی فرضیه اصلی پژوهش حاضر مبنی بر وجود رابطه بین جهت‌گیری‌های مذهبی و خودمهارگری با آمادگی به اعتیاد از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ گزارش گردید.

جدول ۲. ماتریس همبستگی جهت‌گیری‌های مذهبی و خودمهارگری با آمادگی به اعتیاد

متغیرها	شاخص	اعتیادپذیری
جهت‌گیری مذهبی درون سو	r	-۰/۳۰
	p	*۰/۰۰۱
جهت‌گیری مذهبی برون سو	r	۰/۰۳۴
	p	۰/۷۲۲
خودمهارگری	r	-۰/۴۰
	p	*۰/۰۰۰

* $p < 0/05$ یا * p معنی دار کمتر از ۰/۰۵

با توجه به جدول ۲ بین جهت‌گیری مذهبی درون سو با اعتیاد به مواد مخدر ($r = -0/30, p = 0/001$) و خودمهارگری با آمادگی به اعتیاد به مواد مخدر ($r = -0/40, p = 0/000$) رابطه معناداری وجود داشت. بین جهت‌گیری مذهبی برون سو با آمادگی به اعتیاد رابطه معناداری مشاهده نشد. با توجه به معنادار شدن رابطه بین متغیرهای پیش‌بین (جهت-گیری مذهبی درون سو و خودمهارگری) و متغیر ملاک (آمادگی اعتیاد) برای تعیین سهم هر یک از متغیرهای پیش‌بین در پیش‌بینی متغیر ملاک، از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام‌به‌گام استفاده شد که در جداول ۳ و ۴ نتایج این تحلیل نشان داده شد.

جدول ۳. ضریب همبستگی چندگانه بین جهت‌گیری مذهبی درون سو و خودمهارگری با آمادگی به اعتیاد

گام‌ها	R	R ²	ضریب تبیین	F	Df ₁	Df ₂	سطح معناداری
خودمهارگری	۰/۴۰۷	۰/۱۶۶	۰/۱۵۸	۲۱/۴۶	۱	۱۰۸	۰/۰۰۰
خودمهارگری، جهت‌گیری مذهبی درون سو	۰/۴۵۸	۰/۲۱۰	۰/۱۹۵	۱۴/۲۱	۲	۱۰۷	۰/۰۰۰

* $p < 0/05$ یا * p معنی دار کمتر از ۰/۰۵

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود، بین جهت‌گیری مذهبی درون سو و خودمهارگری با آمادگی اعتیاد به شیوه گام‌به‌گام رابطه معنادار وجود داشت ($p < 0/01$). با توجه به ضریب تبیین، در گام

دوم، متغیر جهت‌گیری مذهبی درون سو و خودمهارگری می‌تواند ۱۹ درصد تغییرات متغیر ملاک را پیش‌بینی کند.

جدول ۴. ضرایب رگرسیون گام‌به‌گام پیش‌بینی آمادگی اعتیاد بر اساس جهت‌گیری مذهبی درون‌سو و خودمهارگری

متغیر وابسته	متغیر مستقل	ضرایب استاندارد		t	سطح معناداری
		B	خطای استاندارد		
آمادگی اعتیاد	(مقدار ثابت)	۷۹/۶۱۸	۶/۲۸۹	۱۲/۶۶۰	۰/۰۰۰
	خودمهارگری	-۰/۷۰۱	۰/۱۵۱	-۴/۶۳۳	۰/۰۰۰
	(مقدار ثابت)	۸۴/۷۴۶	۶/۴۹۷	۱۳/۰۴۴	۰/۰۰۰
	خودمهارگری	-۱/۳۳۳	۰/۱۵۳	-۳/۹۴۴	۰/۰۰۰
	جهت‌گیری درون‌سو	-۰/۴۹۴	۰/۱۳۱	-۲/۴۴۴	۰/۰۱۶

* $p < ۰/۰۵$ یا * p معنی‌دار کمتر از ۰/۰۵

با توجه به نتایج جدول فوق، بهترین پیش‌بینی‌کننده آمادگی اعتیاد، خودمهارگری و جهت‌گیری مذهبی درون‌سو است. بر اساس ضریب بتا به ازای یک واحد افزایش در خودمهارگری، میزان آمادگی اعتیاد ۰/۳۵۱- واحد و به ازای یک واحد افزایش در جهت‌گیری مذهبی درون‌سو، میزان آمادگی اعتیاد ۰/۲۱۷- واحد کاهش می‌یافت. به این ترتیب معادله رگرسیونی متغیرهای فوق به منظور پیش‌بینی میزان آمادگی اعتیاد به مواد مخدر به شرح زیر است:

(جهت‌گیری درون‌سو) ۰/۴۹۴- (خودمهارگری) ۱/۳۳۳- (مقدار ثابت) ۸۴/۷۴۶ = آمادگی اعتیاد به مواد مخدر

بحث

نتایج تحلیل داده‌های این پژوهش نشان داد که بین جهت‌گیری مذهبی درون‌سو و خودمهارگری با آمادگی اعتیاد به مواد مخدر رابطه معناداری از لحاظ آماری وجود داشت. به این معنی که با افزایش میزان جهت‌گیری مذهبی درون‌سو و خودمهارگری، کاهش معناداری در آمادگی اعتیاد به مواد مخدر مشاهده می‌شود. این نتیجه از پژوهش حاضر همسو با نتایج پژوهش‌های استولتزفوس و همکاران؛ میلر و همکاران؛ آروالو و همکاران؛ یانگ و همکاران؛ زرگر و همکاران؛ بیرامی و همکاران؛ و ویلز و همکاران از نقش مذهب به عنوان یک عامل حفاظت‌کننده در برابر اعتیاد به مواد مخدر حمایت می‌کند (۱۰، ۱۷-).

۱۲). همچنین از دیگر نتایج پژوهش حاضر می‌توان به عدم وجود رابطه معنادار بین جهت‌گیری مذهبی درون‌سو با خودمهارگری و آمادگی اعتیاد به مواد مخدر اشاره نمود که با توجه با یافت نشدن پژوهشی در این راستا، شواهد پژوهشی در این رابطه قابل ارائه نمی‌باشد.

در راستای تبیین نتایج حاضر می‌توان اشاره نمود در گذار از دوره نوجوانی به دوره بزرگسالی - «بزرگسالی در حال ظهور»- فرد آگاهی بیشتری از هویت خود و ظرفیت بیشتری برای پیچیدگی شناختی کسب می‌کند (۳۶-۳۱) که این خود آگاهی می‌تواند بار مسئولیتی را به فرد تحمیل کند؛ به‌خصوص زمانی که افراد انتظارات زیادی از خود داشته باشند و یا هنگامی که احساس کنند این انتظارات ممکن است فراتر از سطح توانایی‌های آنها باشد؛ در چنین شرایطی که فرد در جستجوی مامنی برای رهایی از بار مسئولیت‌هایی که همراه با وظایف نقش جدید و احتمال شکست می‌باشد، ممکن است به مصرف مواد پناه ببرد. در حالی که مصرف الکل و یا مواد مخدر، فشار روانی برای رسیدن به موفقیت و ناامیدی حاصل از شکست را به طور موقت تسکین می‌دهد، اعتقادات مذهبی می‌توانند تأثیر رویدادهای منفی زندگی بر شخص را از طریق مکانیسم‌های مقابله‌ای تعدیل کنند (۳۷). دین یک «سیستم جهت‌گیری» به فرد عرضه می‌کند که روش‌هایی که افراد از آن‌ها برای یافتن معنا در زمان استرس استفاده می‌کنند، شکل داده و هدایت

می‌کند (۳۸). راهبرهای مقابله‌ای مذهبی مثبت از جمله آموزش مذهبی، مقابله مذهبی مشارکتی، جستجوی حمایت معنوی، ارتباط معنوی، پالایش مذهبی، بازنگری خیرخواهانه مذهبی علاوه بر کمک به افراد در یافتن معنا در شرایط استرس‌زا، منجر به کسب تسلط و کنترل، رسیدن به آرامش، بهره‌مند شدن از صمیمیت با دیگران، دستیابی به تقرب به خدا، و یا دستیابی به تحولات عمیق در زندگی نیز می‌شود (۳۹). بنابراین دین می‌تواند به واسطه ارائه یک روش جایگزین به منظور مدیریت استرس و رنج، استفاده از مواد مخدر را کاهش دهد (۴۰). شاید یکی از دلایل رابطه منفی میان مذهبی بودن به معنای یک امر متعالی (و نه مذهب در خدمت دستیابی به موقعیت اجتماعی) و مصرف مواد، بهبود روابط اجتماعی به واسطه ترغیب و تاکید مذهب بر ارزش‌هایی نظیر ایجاد همبستگی بین افراد جامعه، وحدت و انسجام، تعاون و همکاری و تعالی بخشیدن به روابط انسان‌ها باشد که به نوبه خود نیاز به استفاده از الکل برای انطباق و یا مقابله را کاهش می‌دهد. همچنین حضور مذهب در زندگی فرد می‌تواند انواع تأثیرات اجتماعی، از جمله هنجارهای دریافتی، مواجهه با الگو و پیشنهاد مصرف مواد را کاهش دهد (۴۱). همچنین نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های محمدخانی و همکاران (۲۲)، سوادی و جکسون (۲۴، ۲۳) و باگ و همکاران (۲۴) مبنی بر نقش حفاظت‌کننده خودمهارگری در برابر گرایش به اعتیاد همسو می‌باشد. در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان اظهار نمود که یکی از مهمترین کنش‌های شناختی دین، تقویت خودمهارگری افراد می‌باشد (۴۲). مکانیزم‌های متعددی برای مذهب ذکر شده که با تحت تأثیر قرار دادن حوزه شناختی فرد، باعث خودمهارگری او می‌شود؛ ابتدا می‌توان انتظار داشت با اجتماعی شدن افراد مذهبی، هنجارهای مذهبی شده درونی شده و انتخاب‌های فرد در سبک زندگی و رفتار شخصی را تعیین می-

کند. دوم این که مذهب شرایطی را فراهم می‌سازد که اعضای منحرف با شرمندگی مواجه گردیده و حرمت اجتماعی خود را از دست دهند. سوم این که مذهب معمولاً به عنوان یک «چارچوب مرجع» برای پیروان خود عمل می‌کند (۴۳). در جهت ارائه تبیینی دیگر می‌توان بیان نمود که مذهب به واسطه تأثیرگذاری بر اهداف شخص (انتخاب هدف، تقدیس هدف)، ارتقاء خود نظارتی (تعامل با افراد در یک جامعه مذهبی که در آنجا رفتار بر مبنای اصول و مبانی مذهبی و در نظر گرفتن هنجارهای قدرتمندی ارزیابی می‌شود (۴۴)، اعمال مذهبی فعال‌کننده خود نظارتی)، و تقویت خودنظم‌بخشی (مشارکت در یک جامعه مذهبی و انجام اعمال مذهبی نظیر نماز و روزه) می‌تواند شناخت‌ها و رفتارهای اخلاقی را تحت تأثیر قرار داده و از این طریق بر وضعیت سلامت، بهزیستی و رفتارهای اجتماعی تأثیر گذارد (۴۵). بنابراین در مجموع می‌توان گفت دین به واسطه کارکردهای مهمی که در زندگی افراد دارد، مانند ارائه یک روش مقابله‌ای موثر به منظور مدیریت استرس و تقویت خودمهارگری، تأثیر بر اهداف و انتخاب‌های رفتاری و دیگر فضائل و نقاط قوت که به طور عمده از طریق درونی‌سازی و عمل به آموزه‌های دینی محقق می‌شود، می‌تواند به عنوان یک نیروی بالقوه سازنده در مسیر تحول جوانان در نظر گرفته شود.

نتیجه‌گیری

در مجموع این پژوهش بر اهمیت مذهب ناب (نه مذهب در خدمت کسب موقعیت و مقام (جهت‌گیری مذهبی برون‌سو)) با تقویت خودمهارگری در پیشگیری از اعتیاد تأکید می‌کند. رواج روزافزون استفاده از مواد مخدر در میان دانشجویان نشان می‌دهد که نیاز به اجرای سیاست‌هایی با هدف پیشگیری از اعتیاد وجود دارد و به‌منظور درک بهتر عوامل خطر و محافظت‌کننده

موجود در ارتباط با سوء مصرف مواد، نیاز به پژوهش‌های بیشتر و آگاهی از چنین الگوها و سازوکارهایی ضرورت دارد تا در برنامه‌های پیشگیرانه و مداخله‌ای گنجانیده شوند. تلاش برای شناسایی جنبه‌هایی از معنویت که ممکن است در برابر مصرف مواد نقش محافظت‌کننده بیشتری داشته باشند، و همچنین شناسایی فرآیندهای متعددی که از طریق آن‌ها، مذهبی بودن می‌تواند عملکرد فرد را تحت تاثیر قرار دهد، مسیر مهمی برای مطالعات آینده خواهد بود. با در نظر گرفتن این نکته که مذهب با تقویت و رشد خودمهارگری به عنوان یک عامل محافظت‌کننده نقش مهمی در کمک به پیشگیری از اعتیاد داراست (۴۹-۴۶)، توجه به برنامه‌های پیشگیرانه و مداخله‌کننده زود هنگام می‌تواند در کاهش بروز این آسیب در جامعه‌ای که اسلامی است حائز اهمیت باشد. تاثیر آموزه‌های مذهبی در تحکیم و تقویت بنیان‌های خانواده و توجه ویژه به نقش والدین در تربیت اخلاقی و معنوی می‌تواند در پیشگیری از رفتارهای پرخطر و ناسالم

فرزندان نقش داشته باشد (۵۰). همچنین در خانواده‌ای که التزام عملی به اعتقادات و عبادات وجود دارد، والدین از طریق فراهم کردن الگویی عینی برای فرزندان‌شان، می‌توانند نقش زیادی در گرایش فرزندان‌شان به عبادت و معنویت ناب و بر حذر داشتن آن‌ها از انحرافات داشته باشند (۵۱). علاوه بر این جوامع مذهبی می‌توانند به طور مستقیم از طریق فراهم کردن فرصت‌هایی برای رفتارهای سازنده نظیر خدمات داوطلبانه و اعمال انسان دوستانه، راهنمایی و مشاوره دادن، فعالیت‌های اجتماعی مثبت، و سایر خدمات معنوی منجر به استفاده بهینه از زمان در راستای کمال و سعادت فردی و اجتماعی و ممانعت از اشتغال به رفتارهای انحرافی شوند (۵۲،۵۳).

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری سرکار خانم طیبه بیرانوند در جمع‌آوری داده‌ها و همچنین تمامی افراد مشارکت‌کننده در این پژوهش تشکر می‌گردد.

References

1. Peter N, Alicia D. Extent and influence of recreational drug use on men and women aged 15 years and older in South Africa. *African Journal of Drug & Alcohol Studies* 2010;9(1):33-48.
2. Maithya W R. Drug Abuse in Secondary Schools in Kenya: Developing a Program for Prevention and Intervention, Ph.D dissertation in psychology, University of South Africa 2009.
3. Galanter M. Innovations: Alcohol & drug abuse, spirituality in alcoholics anonymous: A valuable adjunct to Psychiatric Services. *Psychiatric Services* 2006;57:307-309.
4. Magid V, Colder CR, Stroud LR, Nichter M, Nichter M. Negative affect, stress and smoking in college students: Unique associations independent of alcohol and Marijuana use. *Addictive Behaviors* 2009;34(11):973-975.
5. Le Bon, O, Basiaux P, Streel E, Tecco J, Hansenne M, Ansseau M, et al. Personality profile and drug of choice: A multivariate analysis using Cloninger's TCI on heroin addicts, alcoholics, and a random population group. *Drug and Alcohol Dependence* 2004; 73: 175-182.
6. Weinberg NZ. Risk factors for adolescent substance abuse. *Journal of Learning Disabilities* 2001;34(4):343-351.
7. Wills TA, Gibbons F X, Gerrard M, Murry V M., Brody G H. Family communication and religiosity related to substance use and sexual behavior in early adolescence: a test for pathways through self-control and prototype perceptions. *Psychology of Addictive Behaviors* 2003;17(4):312-23.
8. Smith C. Theorizing religious effects among American adolescents. *Journal for the scientific study of religion* 2003;42(1):17-30.
9. Smith C, Faris R, Denton ML, Regnerus M. Mapping American adolescent subjective religiosity and attitudes of alienation toward religion: A research report. *Sociology of Religion* 2003;64(1):111-133.

10. Stoltzfus KM, Farkas KJ. Alcohol use, daily hassles and religious coping among students at a religiously affiliated college. *Substance use & misuse* 2012;47(10):1134-1142.
11. Moscati A, Mezuk B. Losing faith and finding religion: religiosity over the life course and substance use and abuse. *Drug and alcohol dependence* 2014;136:127-134.
12. Miller L, Davies M, Greenwald S. Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the National Comorbidity Survey. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2000; 39(9):1190-1197.
13. Arevalo S, Prado G, Amaro, H. Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Evaluation and Program Planning* 2008; 31(1):113-123.
14. Yong H, Hamann, S, Borland RFong G, Awang Romar, M, et al. Adult smokers' perception of the role of religion and religious leadership on smoking and association with quitting: A comparison between Thai Buddhists and Malaysian Muslims. *Social Science & Medicine* 2009; 69:1025-1031.
15. Zargar Y, Najjarian B, Noami A. Investigating the association between personality traits (sensation-seeking, assertiveness and psychological hardness), religious beliefs & marital satisfaction and opioid addiction potential. *Journal of Education and Psychology* 2008; 15(1):99-120. [Persian]
16. Bayrami M, Nabyzadeh-Chyaneh GH, Anamoq B. The relationship between identity styles by religious orientation and personality traits. *International Journal of Psychology and Behavioral Research* 2014;1(1):341-344.
17. Wills TA, Year AM, Sandy JM. Buffering effects of religiosity for adolescent substance use. *Psychology of Addictive Behaviors* 2003; 17(1):24-31.
18. Hossien- Khanzadeh AA, Yeganeh T, Mojallal M. The relationship of the religious orientation and attitudes with self-control among students. *Procidia-Social and Behavioral Sciences* 2013;84:759-762.
19. Geyer A, Baumeister, RF. Religion, mortality, and self-concept *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*, New York: Guilford Press 2005.
20. De Ridder DT, de Boer B J, Lugtig P, Bakker A, van Hooft EA. Not doing bad things is not equivalent to doing the right thing: Distinguishing between inhibitory and initiatory self-control. *Personality and Individual Differences* 2011; 50(7):1006-1011.
21. Baumeister RF, Vohs KD. *Character strengths and virtues: A handbook and classification* Washington, DC/New York: American Psychological Association / Oxford Press 2004.
22. Mohammad-Khani SH, Jazayeri A, Mohammad-Khani P, Rafiee H, Qazy-Tabatabaee M. Direct and indirect effect of attitudes toward drug use, focus on the control and strengths of individual and social consumption. *Journal of Contemporary Psychology of Community Psychology* 2008;2(1): 10-3 [Persian].
23. Sawadi, H. Individual risk factors for adolescence substance use. *Drug and Alcohol Dependence* 1999;55:20-22.
24. Jackson KM, Sher KJ, Wood PK. Prospective analysis of comorbidity: Tobacco and alcohol use disorder. *Journal of Abnormal Psychology* 2000; 109(4): 676-694.
25. Bogg T, Roberts BW. Conscientiousness and health related behaviors: A meta-analysis of the leading behavioral contributors to morality. *Psychological Bulletin* 2004;130(6):887-919.
26. Welch M R, Tittle C R, Grasmick H G. Christian religiosity, self-control and social conformity. *Social Forces* 2006;84(3):1605-1623.
27. Desmond SA, Ulmer J T, Bader C D. Religion, prosocial learning, self-control, and delinquency. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2008;27:678-685.
28. Allport Gw. *The individual and his religion: A psychological interpretation*. New York; Macmillan 1950.
29. Janbozorgi M. Effectiveness of psychological therapy with and without the Islamic religious orientation on anxious and stress in students. *Journal of Psychology* 1999;2(8):368-43. [Persian]
30. Tangney J P, Baumeister RF, Boone AL. High self-control predicts Good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality* 2004;72(2):272-324.
31. Morjaria-Keval A, Keval, H. Reconstructing Sikh spirituality in recovery from Alcohol Addiction. *Religions* 2015;6(1):122-138.

32. Büssing A, Pilchowska I, Baumann K, Surzykiewicz J. Aspects of spirituality in German and Polish Adolescents and young adults-Factorial structure of the ASP Questionnaire. *Religions* 2014;5(1):109-125.
33. Johnson TJ. Addiction and the search for the sacred: Religion, spirituality, and the origins and treatment of substance use disorders. *APA Handbook of Psychology, Religion and Spirituality*. Washington, DC, American Psychological Association ,Oxford Press: 2013:297-317
34. Johnson TJ, Kristeller JL. *Comprehensive Addictive Behaviors and Disorders*; first ed, Oxford, UK: Elsevier pub.2013.
35. Kurtz E, White WL. Recovery Spirituality. *Religions* 2015;6(1):58-81.
36. Asghari F, Kordmirza E, Ahmadi L. Relation between religious attitude, locus of control and trends in drug abuse in students. *Journal of research on addiction* 2013;7(25):103-12. [Persian]
37. Chamrathirong A, Miller BA, Byrnes HF, Rhucharoenpornpanich O, Cupp PK, Rosati MJ et al. Spirituality within the family and the prevention of health risk behavior among adolescents in Bangkok, Thailand. *Social Science & Medicine* 2010;71(10):1855-1863.
38. Huñler OS, Gencoz TI. The effect of religiousness on marital satisfaction: testing the mediator role of marital problem solving between religiousness and marital satisfaction. *Contemporary Family Therapy* 2005;27(1):123-136.
39. Regnerus MD. Religion and positive adolescent outcomes: A review of research and theory. *Review of Religious Research* 2003;44(4):394-413.
40. Yonker JE, Schnabelrauch CA, DeHaan LG. The relationship between spirituality and religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: A meta-analytic review. *Journal of adolescence* 2012;35(2):299-314.
41. Levin JS. *Religion in Aging and Health: The Original Foundations and Methodological Frontiers*. ASAGE pub. Inc 1996.
42. Johnson TJ, Sheet VL, Kristeller JL. Identifying mediators of the relationship between religiousness/spirituality and alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 2008;69(1):160–170.
43. Mohammadi M, shaghghi F, Zare H. The impact of life skills training on knowledge toward drugs-abuse and self-esteem of students. *Peyk-e-Noor* 2010;8(1):66-83.[Persian]
44. Öner-Özkan B. Future time orientation and religion. *Social Behavior and Personality: an international journal* 2007;35(1):51-62.
45. Arnett J. Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American psychologist* 2000;55(5):469-480.
46. Lambert N M, Fincham F D., Marks L D, Stillman T F. Invocations and intoxication: does prayer decrease alcohol consumption? *Psychology of addictive behaviors* 2010;24(2):209-19.
47. Pargament K. *The Psychology of Religion and Coping*. New York: Guilford Press. 1997.
48. Pargament KI, Ano GG, Wachholtz AB. The religious dimension of coping. *Handbook of the psychology of religion and spirituality* .New York: The Guilford press, 2005.
49. Gorsuch R L. Religious aspects of substance abuse and recovery. *Journal of Social Issues* 1995;51(2):65-83.
50. Gottfredson MR, Hirschi G. *A general theory of crime*. Stanford University Press (1990).
51. McCullough ME, Willoughby BL. Religion, self-regulation and self-control: Associations, explanations, and implications. *Psychological bulletin* 2009;135(1):69-93.
52. Bartkowski JP, Xu X, Levin ML. Religion and child development: Evidence from the early childhood longitudinal study. *Social Science Research* 2008;37(1):18-36.
53. Chawla N, Neighbors C, Lewis M A, Lee C M, Larimer ME. Attitudes and perceived approval of drinking as mediators of the relationship between the importance of religion and alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 2007;68(3):410-418.