



INTERNATIONAL ASSOCIATION
RAZI
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄTSKLINIKUM
FREIBURG

Philipps
Universität
Marburg

PSYCHOLOGISCHES INSTITUT
ERHARD-SHONLEBER
KLINIKUM
Chemnitz
Department of Psychological
Science & Psychotherapy

چهارمین کنفرانس بین‌المللی روان‌تنی

ارزیابی و مداخلات روانشناختی در اختلالات روان‌تنی
اعتیاد و اختلالات روان‌تنی

۲۶ تا ۲۸ مهر ۱۳۹۱

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

تعیین سهم مؤلفه‌های نگرش مذهبی در پذیرش اعتیاد میان دانشجویان

محراب بشیرپور^۱ - اکبر راضی^۲ - حمید مرادی^۳

چکیده:

پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط بین نگرش مذهبی و پذیرش اعتیاد در بین دانشجویان دانشگاه آزاد انجام شد. **روش:** در این پژوهش تعداد ۲۰۰ نفر از دانشجویان (۱۲۰ نفر پسر و ۸۰ نفر دختر) دانشگاه آزاد اسلامی تهران به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان پژوهش بوسیله پرسشنامه‌های دینداری مسلمانان و مقیاس پذیرش اعتیاد (AAS) مورد ارزیابی قرار گرفتند. پژوهش مورد نظر، جزء پژوهش‌های همبستگی است. برای توصیف داده‌ها از میانگین و انحراف معیار، و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از همبستگی پیرسون استفاده شد. پژوهش مورد نظر، جزء پژوهش‌های همبستگی است. برای توصیف داده‌ها از میانگین و انحراف معیار، و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از همبستگی پیرسون استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج بدست آمده نشان داد که همبستگی بین نگرش دینی و پذیرش اعتیاد به صورت منفی است. همچنین رابطه هر یک از مولفه‌های نگرش دینی با پذیرش اعتیاد مورد بررسی قرار گرفت که مولفه باورهای دینی بیشترین رابطه منفی را ($r = -0.28$) با میزان پذیرش اعتیاد داشت.

کلیدواژه‌ها: نگرش مذهبی، پذیرش اعتیاد. دانشجویان

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره مدرسه دانشگاه علامه طباطبایی mehrrabbashirpur@gmail.com

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه علامه طباطبایی Akbarrazi64@yahoo.com

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه علامه طباطبایی Hamidmoradi84@yahoo.com

Determination of share Component of religious attitudes on addiction acknowledgment among students

Abstract

Purpose: The present research was conducted to study Association between religious attitude and addiction acknowledgment. **Method:** in this research a total of 200 Student (80 girls and 120 boys) were chosen by available sampling. This sample was surveyed by religiosity questionnaire and addiction acknowledgment Scale. Present survey, the research is correlational. **Results:** the outcomes of the pearsonian correlation show that association between religious attitude and addiction potential is negative and significant. Also association of each component of religious attitudes with addiction acknowledgment is examined which component religious beliefs highest negative relationship ($r=-0/28$) the acceptance rate was addicted. **Conclusion:** religious attitudes can prediction addiction acknowledgment in students.

Key words: Addiction acknowledgment, religious attitudes, students

مقدمه

دو دهه گذشته بوسیله ی مطالعات متعددی در مورد تغییر رفتار عمدی و هدفمند علی الخصوص درباره ی رفتارهای اعتیادی مشخص شده است (گوسوپ، ۱۹۹۰). کشور ما دارای مرز مشترکی به طول ۱۹۲۵ کیلومتر با دو کشور بزرگ تولید کننده مواد مخدر یعنی افغانستان و پاکستان است. این هم مرز بودن باعث شده است که ایران نه تنها به عنوان یکی از مسیرهای اصلی عبور مواد مخدر مطرح شود بلکه خود نیز به بازاری مناسب برای مصرف مواد مخدر تولید شده در آن کشورها تبدیل شود. علاوه بر این، بی ثباتی های سیاسی سال های اخیر کشور افغانستان از یک سو و تغییرات اجتماعی وسیع در دهه های اخیر در ایران مانند جنگ تحمیلی، رشد فزاینده صنعت و فناوری، فقر و مهاجرت و بیکاری و ... منجر به بروز و گسترش مشکلات شده است که وابستگی و سوء مصرف مواد یکی از مظاهر آن است. اعتیاد و سوء مصرف مواد پدیده ای فراگیر، همگانی، جهانی و پیچیده است و این بیماری هزینه

بسیار سنگینی را بر فرد، خانواده، و دولت‌ها تحمیل می‌کند(چامبر^۱ و هارتر^۲، ۱۹۸۵). عوامل بیشماری از جمله عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی در شروع، ادامه یا بازگشت پس از درمان وابستگی به مواد مخدر موثر است(دباغی و همکاران، ۱۳۸۶). یافته‌های بالینی گویای آن هستند که در شکل‌گیری وابستگی به مواد مخدر ویژگی‌های شخصیتی، شیوه زندگی، روابط اجتماعی، نگرش، باورها، احساسات، دلبستگی‌ها، و عواطف و رفتارهایی که در رشد فرد شکل گرفته‌اند نقش اساسی ایفا می‌کنند(بشارت و همکاران، ۱۳۸۰؛ سیگل^۳ و سنا^۴، ۱۹۹۷). در این میان به نظر می‌رسد که نقش مذهب به لحاظ احاطه داشتن بر همه شئون زندگی انسان تعیین کننده باشد. از سویی دیگر یکی از جنبه‌های درون فردی در امر سلامت روانی باورهای دینی است که با تجلی در کردار و سبک زندگی می‌تواند زمینه ارتقاء سلامت روانی فرد را فراهم آورد. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که پایبندی به مذهب با سلامت جسمی و روانی ارتباط دارد(تاکی^۵، ۲۰۰۳؛ بال^۶ و همکاران، ۲۰۰۳؛ ماسلکو^۷ و کابزانسکی^۸، ۲۰۰۶). در این راستا، پژوهش‌ها(کولیس^۹، فلاویو^{۱۰}، نیری^{۱۱}، ۲۰۰۵) نشان داده‌اند که داشتن نگرش‌ها و باورهای مذهبی با کاهش استرس روانشناختی و پیشگیری از رفتارهای پرخطری چون سیگار کشیدن، مصرف الکل و مواد مخدر همراه است. پژوهش‌های دیگری نشان داده‌اند که دینداری از تأثیر فشارهای زندگی بر گرایش به مواد مخدر می‌کاهد و در طول زمان نیز میزان افزایش مصرف مواد را مهار می‌کند. شاخص‌های مذهبی (عضویت در یک فرقه مذهبی، شرکت در آیین‌های مذهبی) با مصرف داروهای اعتیادآور و الکل رابطه معکوس دارد(ویلز^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۳).

1. Chambers

2. Harter

3. Siegle

4. Senna

5. Takyi

6. Ball

7. Maselko

8. Kubzansky

9. Kulis

10. Flavio

11. Nieri

12. Wills

معنویت یکی از ابعاد مهم کیفیت زندگی است و اهمیت معنویت و رشد معنوی در زندگی انسان در چند دهه گذشته به صورت روزافزون توجه روان شناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است، تا جایی که سازمان جهانی بهداشت در تعریف ابعاد وجودی انسان به ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی اشاره می کند و بعد چهارم یعنی معنویت را در رشد و تکامل انسان مطرح می کند (وست، ترجمه ی شهیدی و شیر افکن، ۱۳۸۳). به نظر می رسد مجموعه عواملی که در زمینه ابتلاء به سوء مصرف مواد می توانند نقش داشته باشند در دو گروه عوامل درون فردی و میان فردی قابل بررسی است. باور به قدرت خداوند و نیایش او در تسکین دردها به انسان توان تحمل می دهد. در واقع ایمان و معنویت موجب خوش بینی فرد می شود و امیدواری به آینده را افزایش می دهد. خداوند در سوره ی طه آیه ۱۲۴ می فرماید: "هر کس از توجه و یاد من رو برگرداند، زندگی تنگ و پرفشاری خواهد داشت". برخورداری از یک گرایش معنوی به زندگی، از رفتارهای ناسازگار و نامطلوب شخصی و اجتماعی جلوگیری می کند. گرایش به سمت مفاهیم بنیادین دین و زندگی، به تجربه هدفمندی و احساس رضایت و یکپارچگی شخصیت می انجامد (جوادی آملی، ۱۳۸۲). باورهای دینی و رویارویی با رویدادهای تهدید کننده سلامت اجتماعی و روانی به عنوان تکیه گاهی نیرومند، مورد تأکید دست اندر کاران بوده است. بنابراین با توجه به یافته های پژوهشی مبنی بر تأثیر مذهب (ویلز و همکاران، ۲۰۰۳)، گلמן (۱۹۹۵؛ سالکوفسکی^۱ و همکاران، ۲۰۰۷) به عنوان یک توانمندی درون فردی و میان فردی برای رویارویی با شرایط اضطراب، تنیدگی و موقعیت های بحرانی، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش این سازه در ابتلاء به سوء مصرف مواد انجام شده است.

فرضیه ها

با توجه به مطالب مذکور، در پژوهش حاضر چنین فرض می شود که:

بین نگرش دینی و پذیرش اعتیاد در دانشجویان ارتباط وجود دارد.

بین خرده مقیاس باورهای دینی و پذیرش اعتیاد در دانشجویان ارتباط وجود دارد.

بین خرده مقیاس عواطف دینی و پذیرش اعتیاد در دانشجویان ارتباط وجود دارد.

¹. Saklofske

بین خرده مقیاس آثار دینی و پذیرش اعتیاد در دانشجویان ارتباط وجود دارد.

بین خرده مقیاس مناسکی و پذیرش اعتیاد در دانشجویان ارتباط وجود دارد.

روش

مطالعه حاضر از نظر هدف یک پژوهش بنیادی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها، یک پژوهش توصیفی است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان مشغول به تحصیل دانشگاه آزاد اسلامی تهران در سال تحصیلی ۸۹-۹۰ بود. نمونه پژوهش حاضر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند که شامل ۲۰۰ نفر (۱۲۰ نفر پسر و ۸۰ نفر دختر) بود که از آنها خواسته شد ابزارهای پژوهش را تکمیل کنند. جهت گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

ابزار پژوهش

مقیاس پذیرش اعتیاد (AAS): دارای ۱۳ سوال است که توسط وید^۱ و همکاران (۱۹۹۲)؛ به نقل از گراهام^۲، (۲۰۰۰) برای اندازه گیری تمایل به پذیرش مصرف الکل و داروهای مخدر ساخته شده است. کرد میرزا (۱۳۷۸)، آلفا و کرونباخ این مقیاس را برابر با ۰/۷۵ و رستمی و همکاران (۱۳۸۶) برابر با ۰/۷۳ گزارش کردند. اعتبار این ابزار نیز در فاصله زمانی ۲ هفته برای مردان و زنان به ترتیب برابر با ۰/۸۹ و ۰/۸۴ گزارش شده است (گراهام، ۲۰۰۰). ضریب همبستگی این مقیاس با مقیاس تجدید نظر شده الکلیم مک اندرو (MAC-R)، ۰/۷۶ و همسانی درونی آن با آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شده است (آفاقی، ۱۳۸۰). صادقی فیروز آباد (۱۳۸۶) ضرایب همبستگی مقیاس AAS با فهرست غربالگری غیرمستقیم سوء مصرف مواد (SASSI-3)، را در جمعیت غیر معتاد و معتاد به ترتیب ۰/۵۶، ۰/۷۰ گزارش کرده است.

پرسشنامه دین داری مسلمانان: این پرسشنامه را سراج زاده (۱۳۷۷) بر پایه الگوی گلاک و استارک (به نقل از سراج زاده، ۱۳۷۷) با اسلام به ویژه اسلام شیعی تطبیق داده است. این پرسشنامه دارای ۲۶ سوال است و ۴ بعد دینداری را می سنجد که به ترتیب عبارتند از: بعد باورهای دینی (۷ سوال)، بعد تجربی یا عواطف دینی (۶ سوال)، بعد

¹. Vide

². Graham

پیامدی یا آثار دینی (۶ سوال) و بعد مناسکی یا اعمال دینی دارای ۷ سوال. همه عبارت های پرسشنامه، پرسش های نگرشی و دارای ۵ گزینه از نوع لیکرت بوده اند: ۱) کاملاً مخالف (۲) مخالف (۳) بی‌تفاوت (۴) موافق (۵) کاملاً موافق. در بررسی روایی این پرسشنامه سراج زاده ضریب همبستگی ۰/۶۲-۰/۴۱ را گزارش نموده است. در پژوهش حاضر برای بررسی روایی این آزمون ضریب همبستگی آن با آزمون نگرش سنج مذهبی خدایاری فرد (۱۳۷۷) محاسبه شده که برای کل آزمون برابر با ۰/۴۵ و برای ابعاد آن ۰/۳۴ - ۰/۲۹ بود. سراج زاده (۱۳۷۷)، ضرایب آلفای استاندارد ۴ مقیاس مربوط به ۴ بعد دینداری را ۰/۸۷ تا ۰/۹۲ گزارش نمود. پایایی این پرسشنامه توسط شریفی و همکاران (۱۳۸۹) به روش دو نیمه کردن برای کل آزمون و ابعاد آن به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۶۰، ۰/۵۳ و ۰/۷۶ و به روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۶۲، ۰/۵۶ و ۰/۷۹ بود.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهند که هوش هیجانی با پذیرش اعتیاد ارتباط منفی و معناداری دارد. همچنین بین نگرش دینی و پذیرش اعتیاد نیز رابطه منفی معناداری وجود دارد. میانگین و انحراف معیار نمرات کلی دینداری و پذیرش اعتیاد و زیر مقیاس‌های دینداری در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار زیر مقیاس‌های دینداری و پذیرش اعتیاد

متغیر	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
پذیرش اعتیاد	۲۰۰	۴/۸۱	۲/۰۳
باورهای دینی	۲۰۰	۲۶/۱۶	۷/۷۶
عواطف دینی	۲۰۰	۱۷	۴/۵۷
آثار دینی	۲۰۰	۲۳/۱۶	۴/۱
مناسکی	۲۰۰	۱۹/۶۸	۷/۹۷
نگرش دینی (کل)	۲۰۰	۸۶	۴/۴۶

جدول ۲: ماتریس همبستگی بین متغیرهای نگرش دینی و پذیرش اعتیاد

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵
۱- پذیرش اعتیاد	-				
۲- باورهای دینی	*-۰/۲۸	-			
۳- عواطف دینی	*-۰/۱۸	۰/۴۴	-		
۴- آثار دینی	*-۰/۲۲	۰/۴۳	۰/۴۰	-	
۵- مناسکی	*-۰/۲۶	۰/۴۵	۰/۴۷	۰/۴۱	-
۶- نگرش دینی (کل)	*-۰/۲۳	۰/۷۱	۰/۸۴	۰/۶۵	۰/۶۷

* (P>0/01)

همچنان که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد بین نگرش دینی کل و پذیرش اعتیاد رابطه منفی معناداری وجود دارد. ضمناً رابطه هر یک از مولفه‌های نگرش دینی با پذیرش اعتیاد مورد بررسی قرار گرفت که مولفه باورهای دینی بیشترین رابطه منفی را (-۰/۲۸) با میزان پذیرش اعتیاد داشته و مولفه‌های مناسکی، آثاردینی، و عواطف دینی به ترتیب -۰/۲۶، -۰/۲۲، -۰/۱۸ با میزان پذیرش اعتیاد رابطه منفی داشته‌اند. همچنین در جدول شماره ۱ مشاهده می‌گردد که بین مولفه‌های نگرش دینی نیز ارتباط مستقیمی وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به یافته‌های فوق الذکر، می‌توان گفت بین نگرش دینی کل و نیز تمام مولفه‌های نگرش دینی با پذیرش اعتیاد رابطه منفی وجود دارد. براساس این یافته‌ها تمامی فرضیه‌های پژوهش تایید می‌گردد و نتیجه می‌گیریم، افرادی که نگرش دینی پایین‌تری دارند مستعد ابتلاء به اعتیاد مواد مخدر می‌باشند. به عبارت دیگر، افرادی که دارای نگرش دینی پایین‌تری هستند در خود مدیریتی و تنظیم روابط شان با دیگران و آگاهی از استعدادهای خود در زمینه‌های مختلف با مشکلاتی مواجه‌اند که این دشواری‌ها باعث می‌شوند، افراد در رویارویی با موقعیت‌های

تنش‌زای زندگی و خواسته‌های نامعقول دیگران از توانایی تحلیل موقعیت کمتری برخوردار باشند و در تصمیم‌گیری و انتخاب رفتار صحیح دچار تردید شوند. این یافته‌ها با پژوهش‌های دوران، مک چارگ و کوهن^۱، (۲۰۰۷) و گل‌من (۱۹۹۵)، و پارکر و همکاران (۲۰۰۷)، همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که برقراری ارتباط معنوی با یگانه قدرت بی‌انتهای به فرد این اطمینان را می‌بخشد که نیرویی قوی حامی و پشتیبان اوست. از این روی فرد، رویدادها و پستی و بلندی‌های زندگی را با تکیه بر ایمان و اعتقاد خود راحت‌تر طی کرده و کمتر دستخوش اضطراب و استرس شده و به تبع آن نسبت به اعتیاد آگاه‌تر بوده و با آن بهتر مقابله خواهد کرد (جوادی آملی، ۱۳۸۲).

قدرت‌فزاينده دين در تعديل بحران‌های زندگی امری است انکارناپذیر که در تحقیقات متعدد نیز به اثبات رسیده است. ایس (۱۹۹۴) و آدلر (۱۹۹۵) (به نقل از مختاری و همکاران، ۱۳۸۰) نشان داده‌اند که دین به معنای وسیع کلمه می‌تواند بحران‌های شدید و ناملايمات زندگی، حتی اعتیاد و گرایش به آن را تعديل نماید. همچنین آنها ارتباط مثبت و معناداری را بین مذهب، سلامت روان و تاب‌آوری نشان داده‌اند. از آنجایی که تاب‌آوری به عنوان ظرفیت افراد برای مقاومت در برابر سختی‌هایی همانند اعتیاد، برای برگشتن از ناملايمات و حرکت برای زندگی سالم همراه با رفاه و امیدواری به آینده تعريف شده است مذهب می‌تواند به عنوان یک متغیر میانجی در زندگی فرد نقش ایفا کرده و ضمن کاهش و تعديل اثرات مخرب عوامل استرس‌زا و فشارهای زندگی ای مانند اعتیاد، بر سلامت روان و تاب‌آوری فرد تاثیر مثبت گذاشته و باعث افزایش مقابله با اعتیاد در افراد شود.

در تبیین دیگر یافته‌ها می‌توان گفت که این افراد (افراد دارای گرایش مذهبی) رویدادها را کمتر استرس‌زا ارزیابی نموده یا پس از بروز استرس آن را به منزله فرصتی برای رشد و تقویت روحی و معنوی خود قلمداد می‌نمایند. بنابراین مذهب با افزایش توانایی افراد برای تحمل مشکلات و مصائب زندگی، ضمن بالابردن توان مقابله و رویارویی با سختی‌ها و رویدادهای استرس‌زا و تقویت سلامت روانی افراد، در درازمدت تاثیرات مثبتی بر تاب‌آوری افراد گذاشته و باعث کاهش میزان پذیرش اعتیاد آنها می‌شود.

¹. Doran, N., McChargue, D., & Cohen, L

بر اساس نظریه پارگامنت (۱۹۹۷) مذهب می تواند در مراحل ارزیابی اولیه عوامل تهدید کننده زندگی به عنوان متغیر میانجی عمل نماید و در مرحله ارزیابی نیز می تواند نقش تعیین کننده ای داشته باشد و امیدواری و معنی جویی بیشتری را در فرد ایجاد کند. رفتارها و عقاید مذهبی، تاثیر مثبت در معنادار کردن زندگی دارند. رفتارهایی از قبیل توکل به خداوند، عبادت، زیارت و... می توانند از طریق ایجاد امید و تشویق به نگرش های مثبت، موجب آرامش درونی فرد شوند. داشتن معنا و هدف در زندگی احساس تعلق داشتن به منبعی والا، امیدواری به یاری خداوند در شرایط مشکل زای زندگی، بهره مندی از حمایت های اجتماعی و معنوی و..... همگی از جمله روشهایی هستند که افراد مذهبی با دارا بودن آنها می توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی همانند اعتیاد، آسیب کمتری را متحمل شوند.

مذهب می تواند در تمامی موقعیت ها، نقش موثری در استرس زایی داشته باشد و در ارزیابی موقعیت، ارزیابی شناختی فرد، فعالیت های مقابله، منابع حمایتی و.... سبب کاهش گرفتاری روانی شود. بر این اساس مدتهاست که تصور می - شود بین مذهب و سلامت روانی، ارتباط مثبتی وجود دارد.

منابع

آفاقی، حمید (۱۳۸۰). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس تجدید نظر شده اعتیاد مک اندرو. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.

آملی، جوادی. (۱۳۸۲). دین شناسی. قم: مرکز نشر اسرا.

بشارت، محمدعلی؛ میرزمانی با فقی، سید محمود؛ پورحسین، رضا (۱۳۸۰). نقش متغیرهای خانوادگی در پدید آیی اختلال کاربرد نابه جای مواد. ۴۶-۵۲، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال هفتم، شماره

دباغی، پرویز؛ اصغر نژاد فرید، علی اصغر؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ بوالهروی، جعفر. (۱۳۸۶). اثربخشی شناخت درمانی گروهی بر پایه تفکر نظاره ای (ذهن آگاهی) و فعال سازی طرح واره های معنوی در پیشگیری از عود

مصرف مواد افیونی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال سیزدهم، شماره، ۳۶۶-۳۷۵

رستمی، رضا، نصرت آبادی، مسعود، محمدی، فاطمه (۱۳۸۶). بررسی مقدماتی دقت تشخیص مقیاس‌های APS, MAC-R, AAS. پژوهش‌های روانشناختی، ۱۱، ۱۰۷-۱۱۸.

سراج زاده، سیدحسن (۱۳۷۷). نگرش‌ها و رفتارهای دینی نوجوانان تهرانی و دلالت‌های آن برای نظریه سکولار شدن. فصلنامه اطلاع‌رسانی پژوهشی، نمایه پژوهش، شماره ۱۰ و ۱۱، ۱۰۵-۱۰۷.

شریفی، طیبه، مهرای زاده، مهناز، شکر کن، حسین. (۱۳۸۹). نگرش دینی و سلامت عمومی و شکیبایی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی اهواز. اندیشه و رفتار، سال یازدهم، شماره ۱.

صادقی، فیروزآبادی (۱۳۸۶). بررسی پایایی و روایی فهرست غربال‌گری غیرمستقیم سوء مصرف مواد، ویرایش سوم SASSI-3. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.

کردمیرزا، عزت‌اله (۱۳۷۸). هنجاریابی آزمون APS (مقیاس آمادگی اعتیاد) به منظور شناسایی افراد مستعد سوء مصرف مواد در بین دانشجویان دانشگاه‌های تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

گراهام، جان (۱۳۷۹). ارزشیابی شخصیت و آسیب‌شناسی روانی. (ترجمه‌ی حمید یعقوبی و موسی کافی) تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۰).

وست، ویلیام. (بی‌تا). روان‌درمانی و معنویت. (ترجمه شهیدی و شیرافکن، ۱۳۸۳). تهران: رشد.

Ball, J., Armistead, L., & Austin, B. J. (2003). The relationship between religiosity and adjustment among African- American female, urban adolescents. *Journal of Adolescence*, 26, 431- 446.

Chambers CD, Harter MT (1985). The epidemiology of narcotic abuse among blacks in the United States: 1935-1980. In: Winick C. The yearbook of substance abuse, Human Science press: UK

Doran, N., McChargue, D., & Cohen, L. (2007). Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking. *Addictive Behaviors*, 32, 90-98.

Goleman, D. (2003). *Destructive emotions & how we can overcome them*. The bantam publishing group.

Gossop M, Grant M (1990). Preventing and controlling drug abuse. World Health Organization: Geneva

Maselko, J., & Kubzansky, L. D. (2006). Gender differences in religious practices, spiritual experiences and health: Results from the US General Social Survey. *Social Science & Medicine*, 62, 2848- 2860.

Parker, J. D., Taylor, R. N., Easterbrook, J. M., Schell, S. L., & Wood, L. M. (2008). Problem gambling in adolescence: Relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 45, 174-180.

Saklofske, D. H., Austin, E. J., Galloway, J., & Davidson, K. (2007). Individual difference correlates of health related behaviors: Preliminary evidence for links between emotional intelligence and coping. *Personality and Individual Differences*, 42, 491-502.

Siegle, L. J., & Senna, J. J. (1997). *Juvenile delinquency: Theory, practice and law*. (6th. ed.). Paol Alto: West. Publishing Company.

Takyi, K. B. (2003). Religion and women's health in Ghana: Insights into HIV/AIDs preventive and protective behavior. *Social Science & Medicine*, 56, 1221-1234.

Wills, T. A., Yaeger, A. M., & Sandy, J. M. (2003). Buffering effect of religiosity for adolescent substance use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, 24-31.