

اعتقادات دینی به‌عنوان مجموعه‌ای از باورها، باورها و نیایدها و نیز ارزش‌های تعمیم‌یافته، از مؤثرترین تکیه‌گاه‌های روانی به‌شمار می‌رود که قادر است معنای زندگی را در لحظه‌های عمر فراهم سازد و در شرایطی خاص نیز با فراهم‌سازی تکیه‌گاه‌های تبیینی، فرد را از تعلیق و بی‌معنایی و گرایش به رفتارهای ناسازگانه نجات دهد.

این پژوهش با هدف تعیین نقش جهت‌گیری و روش‌های مقابله مذهبی بر اعتیادپذیری دانشجویان دانشگاه تبریز انجام گرفت. از این دانشجویان ۳۸۳ نفر از طریق نمونه‌گیری تصادفی نسبتی از دانشکده‌های برق، شیمی و علوم انسانی - اجتماعی انتخاب شدند. به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی مالت‌بای، پرسشنامه مقابله مذهبی پارگامنت و همکاران و پرسشنامه اعتیادپذیری استفاده شد. برای تحلیل آماری داده‌ها از تحلیل مسیر بهره گرفته شد. نتایج پژوهش نشان داد اثر مستقیم روش مقابله‌ای مذهبی مثبت، جهت‌گیری مذهبی درونی، جهت‌گیری مذهبی بیرونی شخصی و روش مقابله مذهبی منفی بر اعتیادپذیری دانشجویان معنی‌دار است. همچنین یافته‌ها بیانگر آن است که ۳۳ درصد از اعتیادپذیری دانشجویان از طریق جهت‌گیری مذهبی درونی، جهت‌گیری بیرونی شخصی و اجتماعی، مقابله مذهبی مثبت و منفی به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم تبیین می‌شود.

■ واژگان کلیدی:

باورهای دینی، مقابله مذهبی، اعتیاد به مواد مخدر، جهت‌گیری مذهبی، دانشجویان

تأثیر جهت‌گیری‌های مذهبی و روش‌های مقابله مذهبی بر اعتیادپذیری دانشجویان دانشگاه تبریز

رحیم بدری گرگری

دانشیار دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه تبریز
badri_rahim@yahoo.com

مقدمه

امروزه یکی از مشکلات مربوط به سلامت، سوء مصرف و وابستگی به مواد است. وابستگی به مواد یک بیماری جسمی - روحی و روانی به‌شمار می‌آید که به‌دلیل ماهیت پیش‌رونده‌اش در همه ابعاد زندگی سلامتی فرد، خانواده و جامعه را به خطر می‌اندازد. در واقع این مسئله یک مشکل بزرگ فردی و اجتماعی است که علاوه بر عوارض جسمی و روانی آن برای افراد معتاد، سلامت جامعه را نیز از نظر اجتماعی و اقتصادی، سیاسی و فرهنگی مورد تهدید و آسیب قرار می‌دهد. (دین‌محمدی و دیگران، ۱۳۸۶)

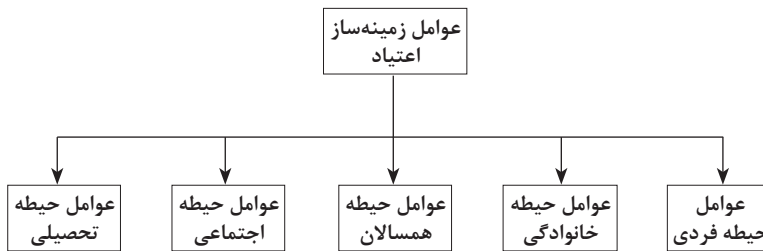
امروزه شیوع رفتارهای پرخطر مانند سوء مصرف مواد به‌خصوص در بین جوانان و نوجوانان به یکی از مهم‌ترین و گسترده‌ترین نگرانی‌های جوامع بشری تبدیل شده و علی‌رغم فعالیت‌های سه دهه گذشته با رشد تصاعدی رفتارهای پرخطر مواجه بوده‌ایم. (نوری و قادری، ۱۳۸۸) گزارش سالانه سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۵ نشان می‌دهد که در دنیا حدود ۲۰۰ میلیون معتاد به انواع افیونی وجود دارد و متأسفانه همین گزارش ذکر می‌نماید که بالاترین شیوع اعتیاد با ۲/۸ درصد در ایران است و قزاقستان با ۲/۳ درصد و روسیه با ۲/۱ درصد در رتبه‌های بعدی جای دارند. (عباسی و دیگران، ۱۳۸۵) در حال حاضر اعتیاد و سوء مصرف مواد یکی از معضلات بهداشتی در کشور ما به‌شمار می‌رود. به‌طوری که بر اساس گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر ۲ میلیون نفر (۲/۵ درصد جمعیت کشور) مصرف‌کننده مواد هستند. (فرهادیان و دیگران، ۲۰۰۹)

بررسی‌ها و آمارهای موجود در زمینه سوء مصرف مواد در میان جمعیت جوان دانشگاهی بیانگر شیوع این اختلال در میان آنها است. بر طبق گزارش سالانه زمینه‌یابی دانشجویان آمریکایی تحت عنوان نگاهی به آینده چاپ شد، مصرف مواد غیرقانونی در میان دانشجویان در دهه ۹۰ مدام رو به افزایش بوده است و اکثر دانشجویان، مصرف مواد مخدر را خطر جدی تلقی نمی‌کنند. گزارش‌های غیررسمی و شواهد بالینی در دانشگاه‌های ایران نیز درجاتی از این مشکل را در میان دانشجویان نشان می‌دهد. در برخی از پژوهش‌ها درصد شیوع آنها ۱۱ درصد در میان دانشجویان است. (دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، ۱۳۸۵) نتایج پژوهش دهکردیان و گلزاری (۱۳۸۹) نیز نشان داد در بین دانشجویان دانشگاه‌های دولتی تهران در گروه علوم انسانی ۱۳/۵ درصد، در گروه فنی و مهندسی ۹/۲، در گروه علوم پزشکی ۱۰/۴ درصد و در گروه هنر ۱۱/۲ درصد آمادگی سوء مصرف مواد را دارند.

چهارچوب نظری

در شکل‌گیری اعتیاد زمینه‌های رشدی ناسالم و استعداد و آمادگی برای اعتیاد نقش اساسی ایفا می‌کنند. نظریه استعداد^۱ اعتیاد بیان می‌کند برخی افراد مستعد اعتیاد هستند و اگر در معرض آن قرار بگیرند، مبتلا می‌شوند. (پیران، ۱۳۷۶) حوادث اولیه زندگی لایه‌های زیست‌شناختی را تغییر می‌دهد و موجب شکل‌گیری آمادگی متفاوتی در نوجوانان و بزرگسالان می‌گردد. شرایط و موقعیت‌های مختلف ممکن است موجب آمادگی و آسیب‌پذیری افراد به رفتار اعتیاد شود. این آمادگی‌ها شامل مسائل روان‌شناختی یا فشارهای روانی مداوم در زندگی شخص است. (همایونی، ۲۰۱۱ به نقل از محمدخانی، ۱۳۹۱) برنستاین و زیگ^۲ (۱۹۹۹) با مرور ادبیات پژوهش در زمینه عوامل زمینه‌ساز برای اعتیاد یک مدل پنج مؤلفه‌ای دسته‌بندی نموده‌اند که در شکل ۱ به آنها اشاره شده است.

۱۵۵



شکل ۱: مدل چندعاملی زمینه‌ساز اعتیاد (برنستاین و زیگ، ۱۹۹۹)

الف: عوامل زمینه‌ساز درون فردی: در سطح فردی صفات شخصیت، ویژگی‌های روانی و آمادگی‌های زیستی که فراتر از کنترل فرد هستند ممکن است میل به مصرف مواد را برانگیزاند و آنها را در برابر آثار فیزیولوژیک مواد مستعد سازد. مطابق نظریه رفتار مشکل‌ساز (جسر، ۱۹۹۱ به نقل از کاجو و کلاین^۳، ۲۰۰۲) ویژگی‌های شخصیتی و روانی فرد به سه مقوله دور، واسط و نزدیک تقسیم می‌شوند. دورترین ویژگی‌های روانی شامل احساس طردشدگی و بیگانگی اجتماعی، عزت نفس پایین و منبع کنترل بیرونی است. عوامل واسط به جهت‌گیری اهداف، انتظارات و ارزش‌های شخصی افراد مربوط می‌شوند و بالاخره نزدیک‌ترین علل درون فردی نگرش نوجوانان نسبت به رفتارهای انحرافی است.

1. Addict Prone Theory
 2. Bronstein & Zweig
 3. Kodjo & Klein

ب: عوامل زمینه‌ساز مربوط به همسالان: نظریه‌های یادگیری اجتماعی - شناختی در مورد گرایش به مصرف مواد معتقدند که نوجوانان باورهای خود را در مورد سوء مصرف مواد از الگوهای نقش، خصوصاً دوستان نزدیک و والدین مصرف‌کننده مواد کسب می‌کنند. این نظریه معتقد است که ارتباط با دوستان و همسالان موجب شکل‌گیری دو باور ویژه در فرد می‌شود. اول آنکه مشاهده الگوهایی که ماده مصرف می‌کنند مستقیماً سبب شکل‌گیری انتظار پیامد در نوجوانان می‌شود که به معنی باور آنها در مورد آثار فوری اجتماعی، شخصی و فیزیولوژیک مصرف مواد است و دیگر اینکه مشاهده و ارتباط با همسالان موجب شکل‌گیری باور خودکارآمدی برای تهیه مواد در آنها می‌شود. (باندورا^۱، ۱۹۸۶)

ج: عوامل آمادگی‌ساز خانوادگی: خانواده یک نظام طبیعی و اجتماعی است که افراد خواسته یا ناخواسته به آن وابسته‌اند و اولین کانونی است که فرد در آن احساس امنیت می‌کند و مورد پذیرش و حمایت قرار می‌گیرد. مطمئناً ساخت و فضای خانواده، نقش مهمی در عملکرد و رفتار افراد ایفا می‌کند. والدین از آن جهت حائز اهمیت‌اند که خانواده اولین منبع اجتماعی شدن محسوب می‌شود و همچنین عقاید والدین می‌تواند تمایل یا عدم‌تمایل به مصرف مواد را تقویت کرده و یا تضعیف کنند. هاوکینز^۲ و همکاران (۲۰۰۲) معتقد بودند والدین از این‌رو مهم‌اند که عقایدشان، هنجارهای اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. متغیرهای متعدد خانوادگی همچون تعارض و ناهمخوانی بین والدین، فقدان نظارت والدین، غیبت و حضور کم‌رنگ پدر در خانواده، رابطه مستبدانه والدین با فرزندان با تمایل به رفتارهای مخاطره‌آمیز مرتبط است.

د: عوامل آمادگی‌ساز مربوط به تحصیل: مدل بوم‌شناسی اجتماعی (کمپر و ترنر^۳، ۱۹۹۱) معتقد است اگر افراد محیط تحصیل خود را پرفشار و نامساعد درک کند، تمایل به مصرف مواد افزایش می‌یابد. ویژگی ممتاز این دیدگاه این است که نقش محیط تحصیل و ادراک فرد از توانایی‌های تحصیلی خود را برجسته می‌کند.

و: عوامل حیطة اجتماعی: نظریه کنترل اجتماعی (هیرشی^۴، ۲۰۰۲) فرض می‌کند که دلبستگی، پیوند و تعهد ضعیف فرد به اجتماع، نهادهای اجتماعی زمینه‌ساز گرایش به مصرف مواد می‌تواند باشد. نوجوانانی که پیوند و تعلق آنها به قواعد و رسوم اجتماعی

1. Bandura
2. Hawkins
3. Kumpfer & Turner
4. Hirschi

ضعیف است، فشار زیادی برای پیروی از معیارهای مرسوم رفتاری احساس نمی‌کنند و لذا هیچ‌گاه ارزش‌ها و معیارهای رفتاری مورد قبول جامعه را درونی نمی‌کنند. محققان در کنار عوامل زمینه‌ساز گرایش به مصرف مواد، به برخی عوامل حفاظت‌کننده در برابر مواد نیز اشاره نموده‌اند. از جمله این عوامل اعتقادات دینی است. اعتقادات دینی به‌عنوان مجموعه‌ای از باورها، بایدها و نبایدها و نیز ارزش‌های اختصاصی و تعمیم‌یافته، از مؤثرترین تکیه‌گاه‌های روانی به‌شمار می‌رود که قادر است معنای زندگی را در لحظه‌های عمر فراهم سازد و در شرایطی خاص نیز با فراهم‌سازی تکیه‌گاه‌های تبیینی، فرد را از تعلیق و بی‌معنایی نجات دهد. (بهرامی احسان، ۱۳۷۸)

رابطه مذهب و رفتارهای سلامت از جهات مختلف مهم به‌نظر می‌رسد. زیرا افرادی که در فعالیت‌های مذهبی شرکت می‌کنند و یا باورهای مذهبی دارند بیشتر هستند. مطالعات پیمایشی نشان می‌دهد که ۵۹٪ از افراد، مذهب را در زندگی خود مهم تلقی می‌کنند و ۴۷٪ در مراسم مذهبی شرکت می‌کنند. (پژوهش بارنا^۱، ۲۰۰۵) مطالعه پیمایشی که توسط مؤسسه گالوپ بر روی ۵۰ هزار نفر از مردم ۶۰ کشور جهان انجام شده است، نشان داد که ۸۷٪ از افراد جامعه به مذهب باور دارند. در آمریکای شمالی ۶۲٪ به وجود خدا معتقد بوده و ۸۳٪ نیز بر این باورند که خداوند به کارهای خوب آنها پاداش می‌دهد. (هنینینگارد^۲ و دیگران، ۲۰۰۸)

آلپورت^۳ (۱۹۶۸) مذهب را به‌عنوان فلسفه وحدت‌بخش زندگی توصیف می‌کند و آن را یکی از عوامل بالقوه مهم برای سلامت روان دانسته است. او معتقد بود نظام ارزشی مذهبی، بهترین زمینه را برای یک شخصیت سالم آماده می‌کند. اما به این نکته نیز توجه دارد که این‌طور نیست که تمامی افرادی که ادعای مذهبی بودن دارند، دارای شخصیت سالم‌اند. در فراتحلیلی که در زمینه مطالعات مذهبی و سلامت انجام شده است، نشان داده شد که در ۴۷٪ مطالعات رابطه‌ای مثبت بین مذهب و سلامت وجود دارد، ۲۳٪ رابطه‌ای منفی و در ۳۰٪ آنها رابطه معنی‌داری دیده نشد. (پاین^۴ و دیگران، ۱۹۹۱) برگین^۵ (۱۹۸۳) معتقد بود دلیل ناهمخوانی یافته‌های پژوهشی در زمینه سلامت و مذهب، عدم تفکیک دو گروه افراد مذهبی درونی و بیرونی از یکدیگر می‌باشد. مطالعات دقیق‌تر در زمینه تأثیر مذهب بر سلامت

1. Barna Research
2. Henningsgaard & Arnau
3. Allport
4. Payne
5. Bergin

و اینکه چرا برخی مطالعات بیانگر تأثیر منفی مذهب بر سلامت روانی یا جسمانی است، پژوهشگران را بر آن داشت تا تأثیر انواع جهت‌گیری‌های مذهبی را مورد مطالعه قرار دهند. آلپورت دو صورت جهت‌گیری مذهبی درونی^۱ و جهت‌گیری مذهبی بیرونی^۲ را تشخیص می‌دهد. جهت‌گیری مذهبی درونی، مذهبی فراگیر، دارای اصولی سازمان‌یافته و درونی شده است که خود‌غایت و هدف است نه وسیله‌ای برای رسیدن به هدف. شخصی که جهت‌گیری مذهبی درونی دارد با مذهبش زندگی می‌کند و مذهبش با شخصیتش یکی می‌شود. در مقابل شخصی که جهت‌گیری مذهبی بیرونی دارد، مذهب با شخصیت و زندگی‌اش تلفیق نشده است، برای او مذهب وسیله‌ای است که برای ارضای نیازهای فردی از قبیل مقام و امنیت مورد استفاده قرار می‌گیرد. (کالدستاد^۳، ۱۹۹۶) در مطالعات اخیر جهت‌گیری مذهبی بیرونی نیز به دو صورت بیرونی شخصی^۴ و بیرونی اجتماعی^۵ طبقه‌بندی شده است. (مالت بای^۶، ۱۹۹۹) در جهت‌گیری مذهبی شخصی از مذهب جهت ایجاد آرامش روانی در مقابل نگرانی‌ها و اضطراب‌های خود بهره می‌گیرد و در واقع مذهب به‌عنوان وسیله‌ای جهت حمایت روانی فرد محسوب می‌شود. در مقابل جهت‌گیری بیرونی اجتماعی ابزاری برای کسب حمایت اجتماعی و برقراری ارتباط بین فردی و تعلق به گروه‌های اجتماعی می‌باشد. در حال حاضر تلاش‌های علمی وجود دارد که تأثیر بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی را از طریق مقابله مذهبی^۷ مفهوم‌سازی نماید. پارگامنت و همکاران^۸ (به‌نقل از مالت بای و دی، ۲۰۰۳) بیان کرد که رابطه میان مذهب و سلامت روانی از طریق مقابله مذهبی بهتر می‌تواند روشن شود. وی مدل نظری را بیان نموده که مقابله را گسترش داده و معتقد است که باورهای مذهبی فرایند مقابله‌ای را به صورت‌های مختلفی وارد می‌کنند و موجب ارزیابی حوادث و رخدادها و رفتارهای مقابله‌ای و پیامدهای خاص می‌شوند. پارگامنت معتقد بود مذهب فرایند ارزیابی استرس را تعدیل می‌کند. به‌عبارت دیگر افرادی که تعهد مذهبی درونی‌تری دارند بر اثر نوع ارزیابی خود از استرس‌ها کمتر دچار حالت پریشانی یا آشفتگی روانی شوند. شواهد مختلفی وجود دارد که نشان می‌دهد

1. Intrinsic Orientation
2. Extrinsic Orientation
3. Kaldestad
4. Extrinsic-Personal Orientation
5. Extrinsic-Social Orientation
6. Maltby
7. Religious Coping
8. Pargament

مقابله‌های مذهبی بیشتر از جهت‌گیری دینی، سلامت روانی را تبیین می‌کنند و همچنین روش‌های مقابله مذهبی واسطه و میانجی جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی می‌شوند. (پارگامنت، ۱۹۹۷) این مدل، دو نوع مقابله مذهبی (مثبت و منفی) را ارائه می‌نماید. مقابله مذهبی مثبت شامل قوی نمودن ارتباط خود با خدا، جستجوی عشق و محبت خدا و طلب بخشش از خداوند و مقابله مذهبی منفی شامل احساس تنبیه شدن از طرف خداوند زیر سؤال بردن محبت و قدرت خداوند می‌باشد. پارگامنت و همکاران (۱۹۹۸) نشان دادند که مقابله مذهبی مثبت با آسفتگی روان‌شناختی کمتر و مقابله مذهبی منفی با سطوح بالاتر افسردگی و علائم روانی دیگر همراه است.

پیشینه داخلی

رحیمی (۱۳۸۸) نشان داد بین اعتقادات مذهبی و گرایش به خودکشی و تمایل به مصرف مواد رابطه معنی‌دار معکوس وجود دارد. داشتن نگرش‌ها و باورهای مذهبی و اعمال معنوی با کاهش استرس‌های روان‌شناختی و پیشگیری از رفتارهای پرخطری همچون سیگار کشیدن، مصرف الکل و مواد مخدر همراه است.

نتایج خوش‌طینت (۱۳۹۱) بیانگر آن است بین التزام عملی به اعتقادات اسلامی و گرایش دانشجویان نسبت به مصرف مواد مخدر رابطه منفی مستقیم و معنی‌دار وجود دارد. نتایج دیگر این پژوهش نشان داد بین سبک زندگی سالم و گرایش دانشجویان نسبت به مصرف مواد مخدر رابطه منفی معنی‌دار وجود دارد. در یک مطالعه دیگر اصغری و همکاران (۱۳۹۳) در دانشجویان دانشگاه نشان دادند نگرش مذهبی درونی با منبع کنترل درونی بیشتر و گرایش کمتر به مصرف مواد و نگرش مذهبی بیرونی با منبع کنترل بیرونی و گرایش بیشتر به مصرف مواد همراه است.

نتایج پژوهش نعمت‌الهی و همکاران (۱۳۸۸) با عنوان تأثیر آموزش مقابله مثبت در کاهش اعتیادپذیری دانشجویان بیانگر آن است که آموزش مقابله مثبت موجب کاهش آمادگی اعتیاد شده است.

محمدی و همکاران (۱۳۹۰) نیز در مطالعه خود با عنوان اثر روان‌درمانی معنوی در مبتلایان به اختلال وابستگی به مواد اپیوئیدی نشان دادند روش روان‌درمانی گروهی موجب کاهش مشکلات روانی نظیر افسردگی و اضطراب شده و کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد و روند منفی‌شدن تست مورفین را تسریع می‌کند.

رحمتی (۱۳۸۳) آموزش مهارت‌های مقابله‌ای به‌شیوه بحث گروهی را به‌مدت هشت جلسه بر نگرش دانش‌آموزان استان کرمان نسبت به مصرف مواد مورد پژوهش قرار داد. برنامه آموزشی او با الهام از برنامه آموزش مهارت‌های زندگی و با تأکید بر جنبه‌های کاربردی این مهارت‌ها در مقابله با سوء مصرف مواد مخدر تدوین شد. تغییر نگرش دانش‌آموزان در هر سه جنبه شناختی، عاطفی و رفتاری نسبت به مصرف مواد معنادار بود. نتایج پژوهش مکارم و زنجانی (۱۳۹۲) با عنوان رابطه دینداری فرد، خانواده و اعتقاد به پیامدهای مصرف مواد با میزان مصرف مواد مخدر نشانگر آن است که بین دینداری فرد و میزان مصرف مواد رابطه منفی وجود دارد، اما بین میزان دینداری خانواده و مصرف مواد رابطه‌ای مشاهده نشد.

۱۶۰

پیشینه خارجی

ننمیگر^۱ و همکاران (۲۰۰۳) نشان دادند باور مذهبی عمومی و خصوصی هر دو، حالت حمایت‌کننده در مقابل مصرف سیگار، الکل و ماری‌جوانا در نوجوانان دارد. آنها گزارش نمودند باور مذهبی خصوصی اثر حمایت‌کنندگی بیشتری در مقابل سوء مصرف مواد دارد. یافته‌های پژوهش چونگ و یونگ^۲ (۲۰۱۱) بیانگر آن است که برخلاف دینداری درونی، دینداری بیرونی (شخصی و اجتماعی) ارتباط کمتری با رفتارهای مخرب خود مانند مصرف الکل و مواد مخدر دارد.

نتایج پژوهش میلر و همکاران (به‌نقل از رحیمی، ۱۳۸۸) نیز روشن نمود مذهب، در مقابل مسائلی مانند رفتارهای جنایی و بالقوه خطرناک به سلامت افراد کمک می‌کند. بر اساس نتایج این پژوهش جوانانی که نمرات پایین‌تری در اندازه‌گیری فعالیت مذهبی به‌دست می‌آورند در مقایسه با گروهی که مذهبی‌ترند سوء مصرف بیشتری دارند. نتایج پژوهش ویلز^۳ و همکاران (۲۰۰۳) نیز حاکی از آن است که افزایش حضور در کلیسا منجر به کاهش مصرف الکل و کوکائین در افراد می‌شود.

مطالعه دسموند^۴ و همکاران (۲۰۱۳) مؤید آن است که گرایش‌های مذهبی موجب افزایش خودکنترلی افراد شده و به‌نوبه خود موجب کاهش مصرف الکل می‌شود. گیلوم^۵

1. Nonnemaker
2. Cheung & Yeung
3. Wills
4. Desmond
5. Gillum

(۲۰۰۵) نیز نشان داد افرادی که بیشتر در فعالیت‌های مذهبی شرکت می‌کنند در مقایسه با افراد دیگر تمایل کمتری به مصرف سیگار دارند.

پژوهش آروالو و پرادو^۱ (۲۰۰۸) رابطه معنویت، حس پیوستگی و پاسخ‌های مقابله‌ای را در زنانی که برای اعتیاد مواد و الکل، درمان می‌شوند، مورد بررسی قرار داد. نتایج پژوهش نشان داد درمان سوء مصرف مواد که معنویت، حس پیوستگی و پاسخ‌های مقابله‌ای را افزایش دهد، می‌تواند در درمان سوء مصرف مواد زنان برای مدیریت استرس مؤثر باشد. در خصوص تأثیر مذهب بر سلامت و کاهش اعتیاد‌پذیری، نتایج پژوهشی کافی منتشر شده است، اما در تبیین ساختارهای روان‌شناختی مذهب و نیز چگونگی اثرگذاری آن بر اعتیاد‌پذیری، پژوهش کمتری در سطح دنیا و کشورمان منتشر شده است. ضروری است این بخش از روان‌شناسی مذهب بیش از گذشته مورد توجه محققین قرار گیرد.

با عنایت به نتایج پژوهش‌های قبلی مبنی بر نقش جهت‌گیری درونی مذهبی بر سلامت (پارک و دیگران به نقل از بیانی و دیگران، ۱۳۸۶؛ جان‌بزرگی، ۱۳۸۶؛ خدایپناهی و خاکساربلداجی، ۱۳۸۴) و تأثیر جهت‌گیری مذهبی بر حمایت در مقابل اعتیاد (نانمیکر و دیگران، ۲۰۰۳؛ گیلوم، ۲۰۰۵؛ آروالو و پرادو، ۲۰۰۸ و دسموند و دیگران، ۲۰۱۳) و نیز بر اساس مدل پارگامنت (۱۹۹۷) مبنی بر نقش واسطه‌ای مقابله مذهبی بر رابطه مذهب درونی و سلامت روانی، پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر جهت‌گیری مذهبی و روش‌های مقابله مذهبی بر اعتیاد‌پذیری دانشجویان و نیز تعیین اثر غیرمستقیم جهت‌گیری مذهبی از طریق مقابله مذهبی بر اعتیاد‌پذیری انجام گرفت. بنابراین فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر می‌باشند:

۱. جهت‌گیری مذهبی درونی بر اعتیاد‌پذیری دانشجویان تأثیر منفی دارد.
۲. جهت‌گیری مذهبی بیرونی شخصی بر اعتیاد‌پذیری دانشجویان تأثیر مثبت دارد.
۳. جهت‌گیری مذهبی بیرونی اجتماعی بر اعتیاد‌پذیری دانشجویان تأثیر منفی دارد.
۴. روش مقابله مذهبی مثبت بر اعتیاد‌پذیری دانشجویان تأثیر منفی دارد.
۵. روش مقابله مذهبی منفی بر اعتیاد‌پذیری دانشجویان تأثیر مثبت دارد.
۶. جهت‌گیری مذهبی درونی بر روش مقابله‌ای مثبت تأثیر مثبت دارد.
۷. جهت‌گیری مذهبی بیرونی شخصی بر روش مقابله مذهبی منفی تأثیر مثبت دارد.
۸. جهت‌گیری مذهبی بیرونی اجتماعی بر روش مقابله‌ای مثبت تأثیر مثبت دارد.

1. Are'valo & Prado

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه مورد مطالعه در این پژوهش دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۱۳۹۲-۱۳۹۱ بود. بر اساس آمار مدیریت خدمات آموزشی دانشگاه تعداد این دانشجویان شامل ۱۱۲۰۰ نفر بود. ۵۴ درصد از آنها دانشجویان دختر و حدود ۴۶ درصد آنها پسر بودند. برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای نسبتی استفاده شد. برای این منظور از بین ۱۲ دانشکده دانشگاه تبریز در سه گروه علوم پایه، فنی - مهندسی و علوم انسانی سه دانشکده برق، شیمی و علوم انسانی - اجتماعی به‌طور تصادفی انتخاب شد؛ و از بین رشته‌های مختلف هر دانشکده سه رشته و از هر رشته دو کلاس (۶ کلاس از هر دانشکده) انتخاب و در مرحله بعدی از بین دانشجویان کلاس‌های دانشکده‌ها به نسبت جنسیت جامعه آماری انتخاب صورت گرفت. در مجموع بر اساس جدول مورگان و کریجسی (کیامنش، ۱۳۷۴) ۳۸۴ نفر به‌عنوان نمونه نهایی برگزیده شد. نسبت دانشجویان هر دانشکده بر اساس نسبت دانشجویان هر دانشکده نسبت به دانشجویان دانشگاه بود.

۱۶۲

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده خواهد شد:

پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی^۱. برای ارزیابی جهت‌گیری مذهبی از پرسشنامه مالت بای (۱۹۹۹) استفاده شد. این پرسشنامه سه نوع جهت‌گیری مذهبی درونی، بیرونی شخصی و بیرونی اجتماعی را اندازه‌گیری می‌کند. در این ابزار برای ارزیابی جهت‌گیری درونی (۸ گویه)، جهت‌گیری بیرونی شخصی (۴ گویه) و جهت‌گیری بیرونی اجتماعی (۳ گویه) وجود دارد. بدری‌گرگری و همکاران (۱۳۹۱) روایی سازه این ابزار را محاسبه نمودند. نتایج پژوهش آنها نشان داد مقدار شاخص‌های TLI و CFI برابر با ۰/۹۲ بوده که نشان‌دهنده برازندگی کامل مدل است؛ و پایایی آن با آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۳ به‌دست آمد.

پرسشنامه مقابله مذهبی^۲. این پرسشنامه از ۱۴ گویه تشکیل شده است که دو بعد مقابله

1. The 'Age-Universal' I-E Scale
2. The Brief RCOPE

مذهبی مثبت (۷ گویه) و مقابله مذهبی منفی (۷ گویه) را اندازه‌گیری می‌کند. (پارگامنت و دیگران، ۱۹۹۸) گویه‌های مربوط به مقابله مثبت جملاتی مانند اینکه «به دنبال ارتباط قوی با خدا هستم (گویه ۱)» و «از مذهب برای کاهش نگرانی‌های خود استفاده می‌کنم (گویه ۷)» و گویه‌های مربوط به مقابله مذهبی منفی جملاتی مانند «خداوند مرا به حال خود رها کرده است (گویه ۸)» و «قدرت خدا را زیر سؤال می‌برم (گویه ۱۴)» را شامل می‌شود. پایایی این ابزار در دانشجویان دانشگاه تبریز ۰/۸۳ به دست آمده است. (بدری‌گرگری و ضرابی‌یام، ۱۳۸۹)

پرسشنامه اعتیاد‌پذیری: برای گردآوری اطلاعات در زمینه اعتیاد‌پذیری دانشجویان از فرم ۶۰ سؤالی پرسشنامه هنجار شده تشخیص افراد در معرض اعتیاد (دهکردیان، ۱۳۸۰) استفاده شد. این آزمون با توجه به مبانی نظری موجود در این زمینه و پژوهش‌های انجام شده در زمینه ریسک فاکتورها و علل اعتیاد ساخته شده و با جمع‌آوری نکات مشترک نظریه‌های متعدد در زمینه علل گرایش افراد به مواد اعتیادآور و تبدیل آنها به عامل تهیه شده است. دهکردیان (۱۳۸۰) پایایی آزمون را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش نمود. در این پژوهش پایایی آزمون با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد.

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار دانشجویان را در متغیرهای پژوهش مشخص می‌کند. یافته‌ها نشانگر آن است که در بین انواع جهت‌گیری‌های مذهبی دانشجویان، جهت‌گیری بیرونی شخصی با میانگین ۱۵/۱۴ بالاتر از سایر جهت‌گیری‌ها است. همچنین در روش‌های مقابله‌ای مذهبی نیز، روش مقابله‌ای مذهبی مثبت با ۲۱/۰۳ بیشتر از روش مقابله‌ای مذهبی منفی است. یافته‌های دیگر پژوهش نشان می‌دهد اعتیاد‌پذیری دانشجویان پسر با میانگین ۴۵/۵۲ از اعتیاد‌پذیری دانشجویان دختران با میانگین ۲۸/۲۱ بالاتر است. این جدول نشان می‌دهد دانشجویان پسر در جهت‌گیری دینی درونی، بیرونی شخصی و مقابله مذهبی منفی دارای میانگین بالاتری نسبت به دختران هستند. از طرف دیگر دانشجویان دختر در جهت‌گیری بیرونی اجتماعی و مقابله مذهبی مثبت دارای میانگین بالاتری نسبت به دانشجویان پسر می‌باشند.

جدول ۱: آمار توصیفی آزمودنی‌ها در متغیرهای پژوهش

(M) SD	(M) SD		متغیر
	کلی	پسر	
۱۰/۰۳ (۳/۵۲)	۱۰/۴۰ (۳/۷۰)	۹/۷۰ (۳/۳۰)	جهت‌گیری دینی درونی
۱۵/۱۴ (۵/۳۵)	۱۷/۶۲ (۵/۱۷)	۱۲/۹۲ (۴/۵۰)	جهت‌گیری بیرونی شخصی
۹/۷۶ (۳/۱۸)	۹/۲۹ (۳/۲۹)	۱۰/۱۷ (۳/۰۴)	جهت‌گیری بیرونی اجتماعی
۲۱/۰۳ (۴/۳۲)	۱۹/۰۴ (۴/۲۳)	۲۲/۸۱ (۳/۶۱)	مقابله مذهبی مثبت
۷/۶۱ (۲/۴۶)	۸/۱۱ (۲/۴۳)	۷/۱۸ (۲/۴۳)	مقابله مذهبی منفی
۳۶/۳۱ (۱۸/۳۹)	۴۵/۵۲ (۱۷/۷۴)	۲۸/۲۱ (۱۴/۸۵)	اعتیادپذیری

۱۶۴

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دانشجویان را بر اساس دانشکده‌های آنها نشان می‌دهد. یافته‌ها نشانگر آن است که دانشجویان دانشکده‌های برق در جهت‌گیری درونی با میانگین ۱۰/۴۷ و جهت‌گیری بیرونی شخصی با میانگین ۱۶/۱۶ بالاتر از دانشجویان سایر دانشکده‌ها هستند. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد در جهت‌گیری بیرونی اجتماعی نیز دانشجویان دانشکده شیمی با میانگین ۱۰/۳۹ بالاتر از دانشجویان دانشکده‌های دیگر هستند. در متغیر مقابله مذهبی مثبت نیز دانشجویان دانشکده شیمی با میانگین ۲۱/۸۳ و در روش‌های مقابله‌ای مذهبی منفی دانشجویان علوم انسانی و اجتماعی با میانگین ۷/۸۳ بیشتر از دانشجویان سایر دانشکده‌ها قرار دارند؛ و بالاخره در اعتیادپذیری نیز دانشجویان دانشکده برق با میانگین ۳۷/۹۳ بالاتر از دانشجویان دانشکده‌های دیگر می‌باشند.

جدول ۲: آمار توصیفی متغیرهای پژوهش در دانشجویان بر حسب دانشکده‌های تحصیلی

(M) SD			متغیر
دانشکده برق	شیمی	علوم انسانی - اجتماعی	
۱۰/۴۷ (۳/۲۶)	۹/۹۸ (۳/۱۷)	۹/۹۲ (۳/۶۶)	جهت‌گیری دینی درونی
۱۶/۱۶ (۴/۹۳)	۱۳/۷۶ (۴/۷۶)	۱۵/۱۵ (۵/۵۶)	جهت‌گیری بیرونی شخصی
۱۰/۳۵ (۳/۱۴)	۱۰/۳۹ (۲/۹۱)	۹/۴۶ (۳/۲۲)	جهت‌گیری بیرونی اجتماعی
۲۱/۰۳ (۴/۳۲)	۲۱/۸۳ (۳/۴۷)	۲۰/۹۸ (۴/۵۲)	مقابله مذهبی مثبت
۷/۴۱ (۲/۳۵)	۷/۳۲ (۲/۶۳)	۷/۷۳ (۲/۴۶)	مقابله مذهبی منفی
۳۷/۹۳ (۱۵/۴۸)	۳۴/۲۸ (۱۵/۶۳)	۳۶/۳۳ (۱۹/۷۰)	اعتیادپذیری

تحلیل مسیر

بررسی برازش مدل با بهره‌گیری از مشخصه‌های برازش انجام گرفته است. به‌طور کلی در این تحقیق از میان مشخصه‌های برازش متنوعی که وجود دارد، از شاخص مجذور کای (χ^2)، شاخص برازندگی مقایسه‌ای^۱، شاخص تاکر لوئیس^۲ و شاخص‌های برازش پیش‌بین و مجذور میانگین مربعات خطای تقریب^۳ استفاده شد. همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد شاخص مجذور کای (χ^2) در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار نیست. ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA=۰/۲) به‌دست آمد. این شاخص برای مدل‌های خوب کمتر از ۰/۰۵ و معمولاً در مدل‌های ضعیف اندازه آن بزرگ‌تر از ۰/۱۰ است. (هومن، ۱۳۸۰) شاخص برازندگی تطبیقی (CFI=۰/۸)، شاخص تاکر لوئیس (TLI=۰/۸) نیز محاسبه شد. این شاخص‌ها برای مدل‌های خوب بین ۰/۹۰ الی ۰/۹۵ تفسیر می‌شود. با توجه به شاخص‌های مذکور مدل با داده‌ها برازش مناسبی دارد.

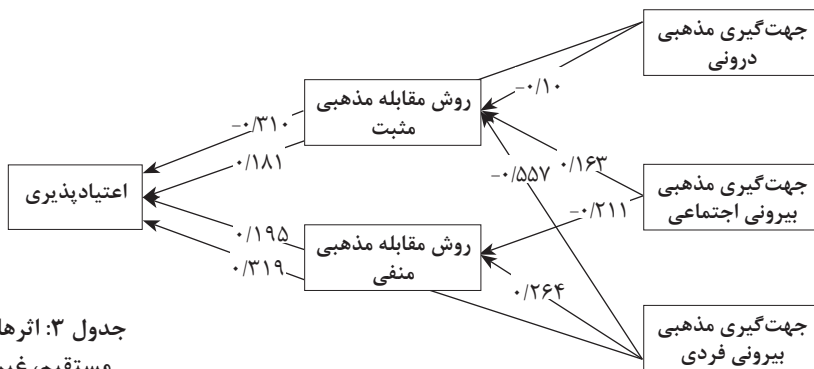
جدول ۳: شاخص‌های آماری برازندگی انطباق

RMSEA	AIC	TLI	CFI	P	Df	χ^2
۰/۰۲	۹۵/۷۸	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۶۳۰	۳	۱/۷۳

جدول ۳ و شکل ۱ ضرایب مسیر برای روابط پیشنهادشده میان متغیرهای مدل را نشان می‌دهد. با توجه به مسیرهای پیش‌بینی شده، فرضیه‌های تحقیق به‌طور کلی مورد تأیید قرار گرفته است. اعتیادپذیری دانشجویان به‌وسیله روش مقابله مذهبی مثبت ($\beta = -۰/۳۱$)، جهت‌گیری مذهبی درونی ($\beta = -۰/۱۰$)، جهت‌گیری مذهبی بیرونی شخصی ($\beta = ۰/۱۹۵$) و روش مقابله مذهبی منفی ($\beta = ۰/۳۱۹$) پیش‌بینی شد. همچنین نتایج جدول ۳ و شکل ۲ نشان می‌دهد مسیر غیرمستقیم جهت‌گیری مذهبی درونی از طریق مسیر روش مقابله مذهبی مثبت ($\beta = ۰/۰۵$)، جهت‌گیری مذهبی بیرونی شخصی از طریق مقابله مذهبی منفی و مثبت ($\beta = ۰/۲۵$) و جهت‌گیری مذهبی بیرونی اجتماعی از طریق روش مقابله مذهبی مثبت و منفی ($\beta = -۰/۱۱۸$) بر اعتیادپذیری دانشجویان معنی‌دار است. بالاخره یافته‌ها بیانگر آن است که ۳۳ درصد از اعتیادپذیری دانشجویان از طریق جهت‌گیری مذهبی درونی، بیرونی شخصی و اجتماعی، مقابله مذهبی مثبت و منفی به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم تبیین می‌شود.

1. CFI: Comparative Fit Index
 2. TLI: Tucker-Lewis Index
 3. RMSEA: Root-mean-square Error of Approximation

همچنین ضرایب مسیر نشان می‌دهد که مقابله مذهبی مثبت به‌طور مستقیم از طریق جهت‌گیری مذهبی درونی ($\beta=0/18$)، جهت‌گیری بیرونی شخصی ($\beta=-0/557$)، جهت‌گیری بیرونی اجتماعی ($\beta=0/163$) پیش‌بینی می‌شود؛ و از طرف دیگر مقابله مذهبی منفی نیز از طریق جهت‌گیری مذهبی بیرونی شخصی ($\beta=0/31$) و جهت‌گیری بیرونی اجتماعی ($\beta=-0/211$) پیش‌بینی می‌شود. در مجموع می‌توان گفت ۴۳٪ مقابله مذهبی مثبت و ۱۰٪ مقابله مذهبی منفی از طریق این متغیرها تبیین می‌شود.



جدول ۳: اثرهای مستقیم، غیر

شکل ۲: مسیر متغیرهای انواع جهت‌گیری مذهبی و مقابله مذهبی به اعتیادپذیری دانشجویان دانشگاه تبریز

مستقیم، کل و واریانس تبیین شده از متغیرهای پژوهش

ضریب تبیین	اثر کل	اثر غیرمستقیم	اثر مستقیم	مسیرها	
۰/۳۳۶	-۰/۳۱۰	-	-۰/۳۱۰	مقابله مذهبی مثبت	به اعتیادپذیری
	۰/۳۱۹	-	۰/۳۱۹	مقابله مذهبی منفی	
	۰/۴۶۲	۰/۲۵۷	۰/۱۹۵	جهت‌گیری مذهبی بیرونی شخصی	
	-۰/۱۵	-۰/۰۵۶	-۰/۱۰	جهت‌گیری مذهبی درونی	
	-۰/۱۱۸	-۰/۱۱۸	-	جهت‌گیری مذهبی بیرونی اجتماعی	
۰/۴۳۸	-۰/۱۸۱	-	-۰/۱۸۱	جهت‌گیری مذهبی درونی	به مقابله مذهبی مثبت
	-۰/۵۵۷	-	-۰/۵۵۷	جهت‌گیری مذهبی بیرونی شخصی	
	۰/۱۶۳	-	۰/۱۶۳	جهت‌گیری مذهبی بیرونی اجتماعی	
۰/۱۰۲	۰/۲۶۴	-	۰/۲۶۴	جهت‌گیری مذهبی بیرونی شخصی	به مقابله مذهبی منفی
	-۰/۲۱۱	-	-۰/۲۱۱	جهت‌گیری مذهبی بیرونی اجتماعی	

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین تأثیر انواع جهت‌گیری مذهبی و روش‌های مقابله مذهبی بر اعتیادپذیری دانشجویان انجام شد، یافته‌های پژوهش نشان داد روش مقابله مذهبی مثبت، جهت‌گیری مذهبی درونی اثر منفی و جهت‌گیری مذهبی بیرونی شخصی و روش مقابله مذهبی منفی اثر مثبت بر اعتیادپذیری دانشجویان دارد. این یافته به این معنا است که دانشجویانی که درصدد قوی نمودن ارتباط خود با خدا، جستجوی عشق و محبت خدا و طلب بخشش از خداوند هستند و همچنین دانشجویانی که دارای اصولی سازمان‌یافته و درونی‌شده از دین بوده‌اند و دین برای آنها غایت و هدف بوده نه وسیله‌ای برای رسیدن به هدف، چنین دانشجویانی آمادگی و تمایل روانی کمتری به مصرف مواد مخدر دارند؛ و از طرف دیگر، دانشجویانی که از مذهب جهت ایجاد آرامش روانی در مقابل نگرانی‌ها و اضطراب‌های خود بهره می‌گیرند و در واقع مذهب به‌عنوان وسیله‌ای جهت حمایت روانی آنها محسوب می‌شود و همچنین دانشجویانی که در هنگام مواجهه با استرس‌ها و فشارهای روانی احساس تنبیه‌شدن از طرف خداوند داشته و تلاش می‌کنند وضعیت استرس‌زای خود را از طریق زیر سؤال بردن محبت و قدرت خداوند توجیه کنند، چنین دانشجویانی به‌لحاظ روانی استعداد بیشتری برای مصرف مواد مخدر دارند.

برخی نتایج تحقیقات (نانمیکر و دیگران، ۲۰۰۳؛ ویلز و دیگران، ۲۰۰۳؛ چونک و یونگ، ۲۰۱۱؛ آروالو و پرادو، ۲۰۰۸؛ دسموند و دیگران، ۲۰۱۳؛ خوش‌طینت، ۱۳۹۱؛ رحیمی، ۱۳۸۸؛ اصغری و دیگران، ۱۳۹۳؛ نعمت‌اللهی و دیگران، ۱۳۸۸؛ محمدی و دیگران، ۱۳۹۰ و مکارم و زنجانی، ۱۳۹۲) در تأیید یافته‌های پژوهش حاضر است.

نانمیکر و همکاران (۲۰۰۳) نیز تأیید نمودند که باور مذهبی عمومی و خصوصی هر دو، حالت حمایت‌کننده در مقابل مصرف سیگار، الکل و ماری‌جوانا در نوجوانان دارد. اما باور مذهبی خصوصی اثر حمایت‌کنندگی بیشتری در مقابل سوء مصرف مواد دارد. نتایج پژوهش رحیمی (۱۳۸۸) نیز بیانگر آن است که بین اعتقادات مذهبی و گرایش به خودکشی و تمایل به مصرف مواد رابطه معنی‌دار معکوس وجود دارد. همچنین مطالعه ویلز و همکاران (۲۰۰۳) نشان داد باورهای مذهبی از تأثیر فشارهای زندگی بر گرایش به مصرف مواد می‌کاهد و در طول زمان نیز میزان افزایش مصرف مواد را مهار می‌کند. در تبیین نتایج پژوهش حاضر بر اساس نظریه مبادله‌ای استرس لازاروس (۱۹۹۳) می‌توان گفت دانشجویانی که دارای جهت‌گیری مذهبی درونی و روش‌های مقابله‌ای

مثبت بودند، هنگام مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زای تحصیلی و زندگی در ارزیابی نخستین یا اولیه خود رویدادهای فشارزا را نوعی چالش تلقی نموده و همچنین آنها در ارزیابی ثانویه خود نیز از خداوند و حمایت عاطفی او بهره برده و لذا کمتر دچار استرس شده و در نتیجه گرایش به مصرف مواد جهت کاهش استرس ندارند. به عبارت دیگر دانشجویانی که دارای جهت‌گیری مذهبی درونی و مقابله مثبت مذهبی هستند حوادث منفی زندگی دوران دانشجویی را دارای درجه تهدیدکنندگی کمتری ارزیابی نموده و به توانایی مقابله خود با حوادث خوش‌بینانه نگاه می‌کنند. به علاوه می‌توان گفت دانشجویانی که گرایش‌های درونی مذهبی دارند، حوادث منفی را به گونه‌ای تفسیر می‌کنند که موجب استفاده از راهبردهای مقابله سازگارانه می‌شود. اما دانشجویانی که دارای جهت‌گیری مذهبی بیرونی شخصی و روش‌های مقابله مذهبی منفی بودند در ابتدا موقعیت‌های فشارزا را حالت تهدید یا حالت محرومیت و فقدان تلقی نموده و در مرحله دوم نیز احساس می‌کنند از طرف خداوند تنبیه شده و همچنین خدا آنها را فراموش نموده است و از هیچ منبع حمایتی معنوی برخوردار نیست، لذا در موقعیت‌های فشارزا گرایش بیشتری به مصرف مواد دارند.

مکینتاش^۱ و همکاران (۱۹۹۳) معتقدند افراد مذهبی دارای روان‌بنه‌های مذهبی می‌باشند که می‌تواند آنها را در پردازش شناختی کمک کند. بر مبنای این نظریه می‌توان گفت که روان‌بنه‌های مذهبی می‌تواند بر رفتارهای مرتبط با سلامت جسمانی و روانی و معنوی اثرگذار باشد. این روان‌بنه‌ها می‌تواند بر شیوه‌های رویارویی با رویدادها و موقعیت‌ها اثر داشته باشد و نحوه مقابله آنها با رویدادهای فشارزا را تحت تأثیر قرار دهد.

در نهایت نیز می‌توان گفت این یافته‌ها با آموزه‌های دینی نیز همسو است. به این معنا که افراد دارای جهت‌گیری مذهبی درونی و مقابله مذهبی مثبت موقعیت‌های فشارزای زندگی را برنامه و تدبیری الهی که گریزی از آن نیست تلقی نموده و معتقدند که خدا خیراندیش آنها بوده و به آنها آسیبی نمی‌رساند (سوره یونس، آیه ۱۰)، همچنین مطمئن‌اند کسانی که شکیبایی داشته و تقوی پیشه کنند، خداوند پاداشی عظیم به آنها اعطا می‌نماید (سوره هود، آیه ۱۱ و سوره آل عمران، آیه ۱۲۵) و اعتقاد راسخ دارند که با هر سختی، آسانی است (سوره انشراح، آیه ۵)

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر آن است که جهت‌گیری مذهبی درونی

1. Macintosh

از طریق مسیر روش مقابله مذهبی مثبت، جهت‌گیری مذهبی بیرونی شخصی از طریق مقابله مذهبی منفی و مثبت و جهت‌گیری مذهبی بیرونی اجتماعی از طریق روش مقابله‌ای مذهبی مثبت و منفی تأثیر غیرمستقیم بر اعتیادپذیری دانشجویان تأثیر دارد. به عبارت دیگر این یافته‌ها بیانگر آن است که جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی دانشجویان از طریق تأثیر بر انتخاب نوع روش‌های مقابله‌ای مذهبی دانشجویان بر گرایش به اعتیاد اثرگذار است. به این معنی که دانشجویانی که دارای جهت‌گیری درونی مذهبی هستند، با استفاده از مقابله مذهبی مثبت یعنی از طریق قوی نمودن ارتباط خود با خدا، جستجوی عشق و محبت خدا و طلب بخشش از خداوند فشارهای روانی خود را کاهش داده و تمایلی به اعتیاد ندارند. اما دانشجویانی که از مذهب جهت ایجاد آرامش روانی در مقابل نگرانی‌ها و اضطراب‌های خود بهره می‌گیرند، چنین دانشجویانی با استفاده از روش مقابله مذهبی منفی یعنی از طریق روش هیجان محور احساس تنبیه‌شدن از طرف خداوند و زیرسؤال بردن محبت و قدرت خداوند، تمایل بیشتری به مصرف مواد دارند. از طرف دیگر دانشجویانی که از مذهب جهت کسب تأیید اجتماعی بهره می‌گیرند و فعالیت‌های مذهبی آنها ابزاری برای جلب دوستی و پذیرش اجتماعی است چنین دانشجویانی نیز از طریق بهره‌گیری از روش‌های مقابله‌ای مذهبی تمایل کمتری به مصرف مواد دارند.

نتایج برخی تحقیقات (پارگامنت، ۱۹۹۷؛ پارگامنت و دیگران، ۱۹۹۸؛ پارگامنت و دیگران، ۲۰۰۴؛ آنو و واسکونسلز، ۲۰۰۵؛ بورگ و دیگران، ۲۰۱۱ و هبرت^۱ و دیگران، ۲۰۰۹) در تأیید پژوهش حاضر است. پارگامنت (۱۹۹۷) معتقد بودند که مقابله مذهبی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی و جسمانی را میانجی می‌کند. وی نشان داد که روش‌های مقابله مذهبی بعد از کنترل اثر جهت‌گیری مذهبی پیش‌بینی‌کننده سلامت جسمانی و روانی است. درحالی که شاخص گرایش مذهبی کلی بعد از کنترل اثر روش مقابله مذهبی رابطه معنی‌داری با سلامت جسمانی و روانی ندارد. پارگامنت و همکاران (۲۰۰۴) نیز نشان دادند که روش مقابله‌ای مذهبی مثبت پیش‌بینی‌کننده تغییرات سلامت جسمانی و روانی است؛ و روش مقابله مذهبی منفی نیز پیش‌بینی‌کننده کاهش سلامت جسمانی و روانی است. در یک مطالعه دیگر پارگامنت و همکاران (۱۹۹۸) به این نتیجه رسیدند که راهبردهای مقابله مذهبی مثبت مانند ارزیابی مجدد خیرخواهانه، جستجوی ارتباط مذهبی و جستجوی حمایت معنوی از دیگران پاسخ‌های مقابله مؤثری

1. Hebert

هستند که فرد را در مقابل استرس‌ها حمایت می‌کند اما راهبردهای مذهبی منفی مانند ارزیابی مجدد تنبیه شدن از طرف خداوند، آشکار کردن ناخشنودی و ناراضی‌مندی مذهبی و شک و تردید در قدرت خداوند و ارزیابی شیطانی موجب شدت یافتن استرس‌ها می‌شود. در تبیین نتایج این بخش بر اساس دیدگاه پارگامنت (به نقل از مالت بای و دی، ۲۰۰۳) می‌توان بیان نمود که باورهای مذهبی فرایند مقابله‌ای را به صورت‌های مختلفی وارد عمل می‌کنند و موجب ارزیابی حوادث و رخدادها و رفتارهای مقابله‌ای و پیامدهای خاص می‌شوند. به این معنا که افراد با جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی اجتماعی با استفاده از نوعی روش مقابله‌ای مثبت مانند ارزیابی مجدد خیرخواهانه، جستجوی ارتباط مذهبی و جستجوی حمایت معنوی از دیگران کمتر دچار حالت پریشانی یا آشفتگی روانی می‌شوند لذا تمایل کمتری به مصرف مواد پیدا می‌کنند. اما در مقابل افراد دارای جهت‌گیری مذهبی شخصی با بهره‌گیری از روش مقابله‌ای مذهبی منفی یعنی ارزیابی مجدد تنبیه شدن از طرف خداوند، بروز ناخشنودی و ناراضی‌مندی مذهبی و شک و تردید در قدرت خداوند و ارزیابی شیطانی، فشار روانی بالاتری را تجربه می‌کنند و لذا تمایل بیشتری به کاهش استرس از طریق گرایش به مواد پیدا می‌کنند.

بالاخره یافته‌های این پژوهش نشان داد جهت‌گیری مذهبی درونی و جهت‌گیری بیرونی اجتماعی اثر مستقیم و جهت‌گیری بیرونی شخصی اثر معکوس بر روش مقابله مذهبی مثبت دارد. از طرف دیگر جهت‌گیری مذهبی بیرونی شخصی اثر مستقیم و جهت‌گیری بیرونی اجتماعی اثر معکوس بر روش مقابله‌ای منفی دارد. این یافته‌ها به این معنا است که دانشجویانی که به صورت درونی به دین متعهد بوده و باورهای دینی در تمام رفتارهای آنها مشهود بوده و همچنین دانشجویانی که از طریق فعالیت‌های مذهبی درصد رابطه با همسالان و دوستان خود می‌نمایند و به دنبال ایجاد شبکه‌ای از روابط اجتماعی از طریق فعالیت‌های مذهبی هستند، این دانشجویان از روش‌های مثبت مذهبی مانند حمایت، دلسوزی و امید بهره می‌گیرند و از روش‌های مرتبط با هیجان‌های منفی مانند احساس گناه یا ترس از عذاب الهی را استفاده نمی‌کنند.

این بخش از یافته‌های پژوهش همسو با یافته‌های پژوهشی اصغری و همکاران، ۱۳۹۲؛ نانمیکر، ۲۰۰۳؛ مالت بای و دی، ۲۰۰۳؛ استارک و فینک^۱، ۲۰۰۰ و ناوارا و جیمز، ۲۰۰۵ می‌باشد.

1. Stark & Finke

در واقع می‌توان گفت افرادی که دارای جهت‌گیری مذهبی درونی هستند، راهکارهای گسترده‌ای مانند امیدوار ساختن خود، ارائه دلیل برای عوامل تنش‌زای غیرمنتظره و ناخواسته و یا قرار دادن زندگی خود در چارچوبی بزرگ‌تر را برای مقابله با تنش‌های روانی و مشکلات زندگی دارند. (صالحی، ۱۳۸۸) ایمونز^۱ (۱۹۹۸) خاطرنشان می‌سازد که افزایش تعهد دینی، همچنین به فرد کمک می‌کند تا بر اساس روایتی از زندگی که معطوف به ارتباط با هدفی بزرگ‌تر و متعالی است، هویتی جدید برای خود کسب کند. این نوع جهت‌گیری به دانشجویان کمک می‌نماید تا از انواع روش‌های مقابله مثبت دینی مانند جلب حمایت اجتماعی از جانب اعضای مکان‌های مذهبی و استفاده از باورهای دینی برای کمک به فرایند بخشش و جلوگیری از هیجان‌های منفی بهره بگیرند.

از دیدگاه شناختی اجتماعی نیز می‌توان گفت نوع جهت‌گیری مذهبی افراد موجب می‌شود که دنیای غیرقابل پیش‌بینی زندگی، به جهانی دارای نظم و قابلیت کنترل مبدل شود و چنین باور مذهبی درونی موجب می‌شود که فرد امید خود را حفظ کند و هیجان‌ات خود را بتواند تنظیم کند. (پارگامنت و برانت، ۱۹۹۸)

اطلاعات فراهم‌شده از طریق این پژوهش علی‌رغم محدودیت‌های روش شناختی آن مانند محدود بودن به دانشجویان دانشگاه تبریز و نوع پژوهش پیمایشی آن، برای کارشناسان حوزه سلامت و پیشگیری که با دانشجویان در ارتباط‌اند، می‌تواند مفید باشد. با توجه به نقش جهت‌گیری مذهبی درونی و باور مقابله‌ای مثبت در کاهش گرایش دانشجویان نسبت به مصرف مواد مخدر به مسئولان دستگاه‌های مرتبط همچون صدا و سیما، آموزش و پرورش و نهادهای دینی توصیه می‌شود در فراهم ساختن شرایط رشد باورهای مذهبی بهتر تلاش نمایند. از طرف دیگر با توجه به نقش غیرمستقیم جهت‌گیری مذهبی بیرونی اجتماعی بر کاهش گرایش دانشجویان به مصرف مواد مخدر می‌توان به مؤسسات آموزش عالی و نهادهای مربوط به جوانان توصیه نمود از نهادهای مذهبی به‌عنوان یک شبکه اجتماعی جهت پیشگیری از اعتیاد و مصونیت‌آموزی جوانان استفاده نمایند. از طریق این شبکه‌های مردم‌نهاد و غیردولتی مذهبی پرنفوذ و تاریخی می‌توان آموزه‌های دینی کاربردی و مؤثر بر سلامت روان را گسترش داد.

1. Emmons

منابع

۱. اصغری، فرهاد؛ عزت‌الله کردمیرزا و لیلا احمدی. (۱۳۹۲). رابطه نگرش مذهبی، منبع کنترل و گرایش به سوء مصرف مواد دانشجویان. فصلنامه اعتیادپژوهی سوء مصرف مواد. ۷. ۲۲.
۲. بدری‌گرگری، رحیم و محمدتقی ضرابی‌یام. (۱۳۸۹). رابطه جهت‌گیری دینی و روش‌های مقابله مذهبی با سلامت ذهنی دانشجویان. مجموعه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان.
۳. بدری‌گرگری، رحیم و ابوالفضل فرید. (۱۳۹۱). رابطه بین جهت‌گیری مذهبی درونی و رفتارهای سلامت جسمی، روانی و معنوی و نقش واسطه‌ای ارزشیابی چالش‌برانگیز بودن. راهبرد فرهنگ. شماره ۲۰.
۴. بهرامی‌احسان، هادی. (۱۳۷۸). بررسی مؤلفه‌های بنیادین سازش‌یافتگی در آزادگان ایرانی. رساله دکتری دانشکده علوم انسانی دانشگاه تربیت مدرس.
۵. بیانی، علی‌اصغر؛ حسینه گودرزی و محمد عاشور. (۱۳۸۷). بررسی رابطه‌ی جهت‌گیری مذهبی با اضطراب و افسردگی در دانشجویان. مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی. شماره ۳.
۶. جان‌بزرگی، مسعود. (۱۳۸۶). جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان. پژوهش در پزشکی. دوره ۳۱.
۷. پیران، پرویز. (۱۳۷۶). اپیدمیولوژی اعتیاد. پیام پیشگیری. ۲ (۱۵).
۸. خداپناهی، محمدکریم و محمدعلی خاکساربلداجی. (۱۳۸۴). رابطه جهت‌گیری مذهبی و سازگاری روان‌شناختی در دانشجویان. مجله روان‌شناسی. شماره ۳.
۹. خوش‌طینت، ولی. (۱۳۹۱). تأثیر التزام عملی به اعتقادات اسلامی از طریق سبک زندگی سالم بر گرایش دانشجویان به مصرف مواد مخدر. روان‌شناسی سلامت. شماره ۱.
۱۰. دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم، تحقیقات و فناوری. (۱۳۸۵). مصرف مواد در دانشگاه‌ها؛ وضعیت موجود، علل، عوامل و اقدام. نقل از سایت وزارت علوم تحقیقات و فناوری.
۱۱. دهکردیان، پریسا. (۱۳۸۰). ساخت و هنجاریابی آزمون تشخیص افراد در معرض اعتیاد در بین دانشجویان دانشگاه‌های دولتی تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.
۱۲. دهکردیان، پریسا و محمود گلزاری. (۱۳۸۹). میزان اعتیادپذیری دانشجویان و شناسایی افراد مستعد سوء مصرف مواد. مجموعه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان.
۱۳. دین‌محمدی؛ محمدرضا؛ کورش‌امینی و محمدرضا یزدان‌خواه‌فرد. (۱۳۸۶). بررسی عوامل محیطی و اجتماعی مؤثر بر گرایش مجدد به مصرف مواد افیونی از دیدگاه معتادان خودم‌معرف مرکز پذیرش، درمان و پیگیری سازمان بهزیستی زنجان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان. شماره ۵۹.
۱۴. رحمتی، عباس. (۱۳۸۳). تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای به شیوه بحث گروهی بر نگرش دانش‌آموزان استان کرمان نسبت به سوء مصرف مواد. رساله دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
۱۵. رحیمی، چنگیز. (۱۳۸۸). اعتقادات مذهبی، سلامت روان و رفتارهای پرخطر در دانشجویان.

مجموعه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. وزارت علوم و تحقیقات و فناوری.

۱۶. صالحی، مبین. (۱۳۸۸). بهزیستی از دیدگاه دین و روان‌شناسی. روان‌شناسی و دین. شماره ۲.

۱۷. عباسی، عبدالله؛ صادق‌علی تازیکی و عبدالوهاب مرادی. (۱۳۸۵). الگوی سوء مصرف مواد مخدر بر اساس عوامل جمعیت‌شناختی در معتادان خودمعرف شهرستان گرگان. مجله دانشگاه علوم پزشکی گلستان. دوره هشتم. شماره ۱.

۱۸. کیامنش، علیرضا. (۱۳۷۴). ارزیابی آموزشی. تهران: انتشارات پیام‌نور.

۱۹. محمدخانی، شهرام. (۱۳۹۱). پیشگیری اولیه از اعتیاد با تمرکز بر مدرسه. تهران: ستاد مبارزه با مواد مخدر.

۲۰. محمدی، محمدرضا؛ علی‌اصغر اکبری؛ ندا حاتمی؛ آذرخش مگری؛ حسین کاویانی؛ مریم سلیمانیا و مجتبی محمدی. (۱۳۹۰). بررسی اثر روان درمانی معنوی در مبتلایان به اختلال وابستگی به مواد اپیوئیدی. مجله پژوهشی حکیم. دوره چهاردهم. شماره سوم.

۲۱. مکارم، سبیده و زهرا زنجانی. (۱۳۹۲). رابطه دینداری فرد، خانواده و اعتقاد به پیامدهای مصرف مواد با میزان مصرف مواد مخدر. فصلنامه اعتیادپژوهی سوء مصرف مواد. سال هفتم. شماره ۲۸.

۲۲. نعمت‌اللهی، فاطمه؛ محمود گلزاری و جمال شمس. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش مقابله مثبت بر کاهش اعتیادپذیری دانشجویان. فصلنامه اعتیادپژوهی سوء مصرف مواد. سال سوم. شماره دوازدهم.

۲۳. نوری، ربابه و بیان قادری. (۱۳۸۰). رفتارهای پرخطر در دانشجویان. مجموعه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. وزارت علوم و تحقیقات و فناوری.

۲۴. هومن، حیدرعلی. (۱۳۸۰). تحلیل داده‌های چند متغیری در پژوهش رفتاری. تهران: پیک فرهنگ.

25. Allport, G. (1968). *The Person in Psychology*. Boston, Beacon Press.

26. Ano, G. G. & E. B. Vasconcelles. (2005). Religious Coping and Psychological Adjustment to Stress: A Meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*. 61. 461-480.

27. Are'valo, S. & G. Prado. (2008). Spirituality, Sense of Coherence, and Coping Responses in Women Receiving Treatment for Alcohol and Drug Addiction. *Evaluation and Program Planning*. 13 (4). 113-123.

28. Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice.

29. Barna Research. (2005). Retrieved From <http://www.barna.org/> on February 3. 2007.

30. Bergin, A. E. (1983). Religiosity and Mental Health: A Critical Reevaluation and Meta-analysis. *Journal of Professional Psychology: Research and Practice*. 14. PP 170-84.

31. Bronstein, P. J. & J. M. Zweig. (1999). *Understanding Substance Abuse Prevention: Toward the 21st Century. A Primer on Effective Programs*. Center for Substance Abuse Prevention.

32. Burg, S.; R. A. Mayers. & L. J. Miller. (2011). Spirituality, Religion and Healthy Development in Adolescents. In B. B. B. Editors-in-Chief & J. P. Mitchell (Eds.), *Encyclopedia of Adolescence* (pp 353-359). San Diego: Academic Press.

33. Cheung, C. K. & J. W. K. Yeung. (2011). Meta-analysis of Relationships Between Religiosity and Constructive and Destructive Behaviors Among Adolescents. *Children and Youth Services Review*. 33 (2). 376-385.
34. Desmond, S. A.; J. T. Ulmer. & C. D. Bader. (2013). Religion, Self Control, and Substance Use. *Deviant Behavior*. 34 (5). 384 - 406.
35. Emmons, R. A. (1999). *The Psychology of Ultimate Concerns, Motivation and Spirituality in Personality*. New York: Guilford. 1999.
36. Farhodian, A.; S. Sadrasadat.; F. Mohammadi.; A. Manokyan.; F. Jafari.; M. Sadeghi. & et al. (2009). Evaluated Knowledge and Attitudes of a Group of Armenians in Tehran and Drug Addiction. *Journal Membership Cognitive*. 10. 9-20.
37. Gillum, R. F. (2005). Frequency of Attendance at Religious Services and Cigarette Smoking in American Women and Men: The Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Preventive Medicine*. 41. PP 607-613.
38. Hawkins, J. D.; R. F. Catalano. & M. Arthur. (2002). Promoting Science-based Prevention in Communities. *Addictive Behaviors*. 90. 26-1.
39. Hebert, R.; B. Zdaniuk.; R. Schulz. & M. Scheier. (2009). Positive and Negative Religious Coping and Well-Being in Women with Breast Cancer. *Journal of Palliative Medicine*. 12. 537-545.
40. Henningsgaard, J.; M. Arnau. & C. Randolph. (2008). Relationships Between Religiosity, Spirituality, and Personality: A Multivariate Analysis. *Personality and Individual Differences*. 45. PP 703-708.
41. Hirschi, T. (2002). *Causes of Delinquency*. New Brunswick, N. J. Transaction Publishers.
42. Kodjo, M. C. & D. J. Klein. (2002). Prevention and Risk of Adolescent Substance Abuse: the Role of Adolescents, Families, and Communities. *Pediatric Clinics of North America*. 49. 331-337.
43. Kaldestad, E. (1996). The Empirical Relationship of the Religious Orientation to Personality. *Scandinavian Journal of Psychology*. 37. 2. 205-220.
44. Kumpfer, K. L. & C.W. Turner. (1991). The Social Ecology Model of Adolescent Substance Abuse: Implications for Prevention. *International Journal of the Addictions*. 25. 463-435.
45. Lazarus, R. S. (1993). Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. *Psychosomatic Medicine*. 55. 234-247.
46. Macintosh, D. N.; R. C. Sillver. & C. B. Wortman. (1993). Religious Role in Adjustment to a Negative Life Event: Coping with the Lost of a Child. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 30. 322-328.
47. Maltby, J. (1999). The Internal Structure of a Derived, Revised, and Amended Measure of the Religious Orientation Scale the 'Age-Universal' I-E Scale-12. *Social Behavior and Personality*. 27. 407-412.
48. Maltby, J. & L. Day. (2003). Religious Orientation, Religious Coping and Appraisals of Stress: Assessing Primary Appraisal Factors in the Relationship between Religiosity and Psychological Well-Being. *Personality and Individual Difference*. 34. 1209-1224.
49. Navara, G. S. & S. James. (2005). Acculturative Stress of Missionaries: Does Religious Orientation Affect Religious Coping and Adjustment?. *International Journal of Intercultural Relations*. 29. 39-58.
50. Nonnemaker, J. M.; C. A. McNeely. & R. W. Blum. (2003). Public and Private Domains of Religiosity and Adolescent Health Risk Behaviors: Evidence From the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Social Science & Medicine*. 57. 2049-2054.
51. Pargament, K. I. (1997). *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research and Practice*. London: Guildhall Press.

52. Pargament, K. I. & C. R. Brant. (1998). Religion and Coping. In: H. G. Koenig (Ed.), *Handbook of Religion and Mental Health* (pp. 111–128). San Diego: Academic Press.
53. Pargament, K. I.; B. W. Smith.; H. G. Koenig. & L. M. Perez. (1998). Patterns of Positive and Negative Religious Coping With Major Life Stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 37. 710-724.
54. Pargament, K; H. G. Koenig; N. Tarakeshwar. & J. Hahn. (2004). Religious Coping Methods as Predictors of Psychological, Physical and Spiritual Outcomes Among Medically Ill Elderly Patients: A Two-Year Longitudinal Study. *Journal of Health Psychology*. 19. 713–730.
55. Payne, I. R.; A. E. Bergin; K. A. Bielmea. & P. H. Jenkins. (1991). Review of Religion and Mental Health: Prevention and the Enhancement of Psychosocial Functioning. *Prevention in Human Service*. 9. 11-40.
56. Stark, R. & R. Finke. (2000). *Acts of Faith: Explaining the Human Side of Religion*. University of California Press. Berkeley: CA.
57. Wills, T. A.; A. M. Yeager. & J. M. Sandy. (2003). Buffering Effect of Religiosity for Adolescent Substance Use. *Journal of the Society of Psychologists in Addictive*. 17. 24–31.

Archive of SID