

بررسی نقش ارزشهای دینی خانواده در پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر جوانان

فاطمه صادقی^۱

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران- شمال

نویسنده مسئول:

فاطمه صادقی

چکیده:

هدف: هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش ارزشهای دینی خانواده در پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر می باشد. **روش:** مطالعه حاضر از نوع پیمایشی بود، جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی جوانان و نوجوانان شهر تهران می باشند. بر اساس فرمول کوکران برای تعیین حجم نمونه، جامعه بالای ۵۰۰۰ نفر باشد تعداد آزمودنیها ۳۰۰ نفر انتخاب گردیدند. بنابراین پژوهشگران این تعداد افراد را به روش نمونه گیری در دسترس از جامعه مورد نظر انتخاب نمودند. سپس برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه دیدنداری گلاک و استارک و مقیاس آمادگی به اعتیاد اهواز استفاده گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده های پژوهش از نرم افزار spss نسخه ۲۰ و از روش های آمار توصیفی میانگین، انحراف معیار و استنباطی جهت بررسی فرضیه های پژوهش از روش های آماری همبستگی و رگرسیون تک متغیره و چند متغیره استفاده گردید. **یافته ها:** یافته ها نشان داد که بین آمادگی برای اعتیاد و ابعاد عاطفی و رفتارهای مرتبط با دینداری جوانان رابطه معناداری وجود دارد، یعنی اینکه این عوامل نقش موثری در پیشگیری از گرایش به مواد مخدر دارند. **نتیجه:** براساس نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر و با توجه به تحقیقات پژوهشگران، گرایش به مواد مخدر تلاش فرد برای پرکردن خلا معنوی ناشی از زندگی در جوامع سکولار در نظر گرفته می شود و بر این باور هستند که ارائه روش های درمانی مبتنی بر ارتباط با خدا و تقویت ایمان به پزشکان در درمان اعتیاد کمک موثری خواهد کرد.

واژه های کلیدی:

ارزشهای دینی، جوانان، گرایش به مواد مخدر

مقدمه:

گرایش و اعتیاد به مواد مخدر از موضوعات مهم در حوزه آسیب های اجتماعی است. در دهه های اخیر گرایش جوانان به مواد مخدر موجب نگرانی خانواده ها و برنامه ریزان را فراهم نموده است چرا که باعث از دست رفتن بسیاری از منابع و نیروی انسانی می شود و ضربه جبران ناپذیری بر اجتماع وارد می آورد. از منظر آسیب شناسی مواد مخدر یک تهدید استراتژیک و چند چهره است که با مقتضیات زمان یکی از چهره های آن برجسته تر از سایر چهره ها می شود. این تهدید نه تنها امنیت فردی بلکه امنیت هستی شناختی یا وجودی یک جامعه را مورد تهدید قرار می دهد (خادمیان، ۸۷). از طرف دیگر این موضوع در ایران حادثه است، زیرا درصد جمعیت جوان در ایران بسیار بالا است. در این بین یکی از عواملی که در پیشگیری از مصرف مواد موثر می باشد، نقش مذهب می باشد، نقش مذهب در پیشگیری از اعتیاد به گونه ای است که بسیاری از نظریه پردازان بزرگ جهان مثل یونگ، ویلیام جیمز و... مذهب را به عنوان عاملی مستحکم در مقابل آسیب های اجتماعی از جمله اعتیاد تلقی نموده اند. مهمترین نقش مذهب، پیشگیری اولیه از اعتیاد است به این معنا که هر چه فرد از لحاظ اعتقادی در سطح مطلوب تری قرار گیرد، کمتر به دام اعتیاد گرفتار می شود زیرا بسیاری از دستورات دینی در کنترل اعتیاد مؤثر است. از آنجایی که جوانان به عنوان فرزندان خانواده عموماً از تربیت مذهبی والدینشان تأثیر می پذیرند، می توان به مسأله ارتباط میان میزان دینداری خانواده و ارزشهای دینی آنان و گرایش فرزندان به مصرف مواد مخدر اشاره کرد. که در این زمینه تحقیقات محدود و اندکی صورت پذیرفته است، لذا نیازمند این است که تحقیقات بیشتری در این زمینه صورت بپذیرد.

بیان مسئله:

اهمیت تربیت دینی در جهان کنونی، رفتار انسانی در قالب فن آوری رفتار و مهندسی ژنتیک شکل می گیرد، زندگی اخلاقی بشر در اثر تزلزل نظام های ارزشی و انحلال مبانی مقدسات مورد تهدید قرار گرفته، پایدارترین عقاید دینی از وی گرفته شده، اندیشه های مکانیکی و عاریتی جایگزین آن گردیده و انسان با بحران های گوناگون درونی و بیرونی مواجه شده که مهم تر از همه بحران معرفت دینی است. تنها راه فرار از این بحران ها روی آوردن عمیق و عاشقانه به اسلام و قرآن است (قناعتیان، ۸۷) تربیت فرزند باید قبل از ولادت او شروع شود ولی به خاطر اینکه والدین در دوران کودکی به صورت مستقیم با کودک در ارتباط هست بنابراین تربیت در دوران کودکی از اهمیت ویژه ای برخوردار است. زیرا در این سنین حس تقلید و نیز حس پذیرش آموزه های دینی در سطح بالایی از توانمندی ها قرار دارد و کودک به خوبی آن چه را که به او آموخته می شود فرا می گیرد. گاهی تصور می شود که بچه توان فهم مطلب دینی را ندارد در حالی که این تصویری اشتباه است چرا که مبانی مذهبی از امور فطری انسانی است و بنا به نظر روانشناسان عواطف عالی بر مبنای امیال غریزی بنیاد گردیده است. و فطریات و غرایز چیز هایی هستند که با خود آدمی تولد می شوند و با آدمی رشد می یابند و به هر حال این ها مسائلی پیش آموخته هستند و محتاج به تفصیل می باشند نه تعلیم. بنابراین کودک این معانی را به راحتی می فهمد و برایش قابل درک است اگرچه نمی تواند به زبان بیان کند و به پرسش ها جواب دهد. ثانیاً از آنجا که عواطفش سالم و لطیف تر است بهتر از افراد بالغ این معانی را دریافت می کند و از آنجا که قبول قلبی در او از بزرگترها بیشتر است عمیق تر مطالب دینی را به جان می سپارد. امام علی (ع) به امام حسن (ع) می فرماید: قلب کودک نورس همانند زمین کاشته نشده آماده پذیرش هر بذری است که در آن پاشیده می شود. از این رو در تربیت تو شتاب کردم پیش از آنکه دل تو سخت شود و اندیشه ات به چیز دیگری مشغول گردد تا به استقلال کارهایی بشتابی که صاحبان تجربه زحمت آزمودن آن را کشیده اند و تو را از تلاش و یافتن بی نیاز ساخته اند. (آقابخشی، ۷۹). تحقیقات روان شناسان که از نهادی بودن میل به دین و مبانی دینی حکایت می نمایند بر این ادعا هستند که باید از اوایل کودکی کار پرورش دینی کودک را آغاز کرد و نهادهای سالم نهادی او را قبل از رکود و انحراف باید پروراند و عقلهای نهفته یا نهفته های عقل او را به کار کشید و محبت های باطنی او را به وسیله محبت های ظاهری تقویت نمود. دکتر صدیق اعلم در این باره می گوید: بر اولیای طفل و مدرسه است که حس مذهبی را که ذاتاً در کودک وجود دارد تربیت کنند و به مجرای صحیح بیندازند در غیر این صورت حس مذهبی به فساد خواهد گرایید (برفی، ۸۴).

ایکانو، مالونو و مگ گیو (۲۰۰۸) الگویی از پیشرفت و توسعه اعتیاد به مواد مخدر را ارائه کرده اند. آنها بسیار روی اعتیاد در دوره جوانی تاکید کرده اند. آنها روی پتانسیل ژنتیکی، ناتوانی در بروز احساسات در دوره پیش از نوجوانی که ناشی از اختلالات مخرب دوره ی کودکی است توجه کرده اند. که این پتانسیل در اوایل نوجوانی به شکل مشکلات رفتاری (مثل مصرف مواد، مشکلات آموزشی و بی بند باربهای جنسی) بروز میکند. که ناشی از قرار گرفتن در معرض بعضی از فاکتورهای خطر محیطی، (مثل روابط والد- فرزند، اثر همسالان، حوادث آسیب رسان و پر استرس زندگی) است. پس یک آسیب روانی بیرونی- مثل اختلال شخصیت ضد اجتماعی، نیکوتین، الککل یا وابستگی به مواد- ممکن است در اواخر جوانی یا اوایل بزرگسالی ظاهر شود. (مک کوی، ۲۰۰۵)

ما میتوانیم زندگی نامه بسیاری از افراد را بازگو کنیم؛ درباره پدری سؤاستفاده گر و مستبد که پسری ضد اجتماعی بارآورد و سر انجام پسرش معتاد شد. فرزندی که بیش از اندازه محدود هستند و در نتیجه از اجتماع میترسند و از تنهایی خود فقط با نوشیدن الکل رهایی مییابند. نمونه های بسیاری که نشان میدهد گرایش به اعتیاد ترکیبی از عوامل مختلفی مثل اختلال های خلقی، ناراحتیهای روانی ناشی از ناتوانیهای جسمی و خود درمانیهای برای رهایی از رنجهای زندگی است. (هیراد فر، ۱۳۸۹).

ضعف روشهای تحقیقی قبلی باعث ناکافی بودن توجه به توالی رشدی اختلالاتی دوران کودکی که خطر مصرف مواد در آینده را پیش بینی میکند، شده است. برای مثال در گذشته ارتباط و همبودی اختلال بیش فعالی و شروع زود رس اختلال مصرف مواد ثابت شده بود. (کومر و کوهن، ۲۰۱۰) با این وجود باید به توالی رشدی اختلالاتی دیگر در دوران کودکی مانند اضطراب، افسردگی، اختلال سلوک، منفیگرایی و تاثیر آن بر شروع اختلالاتی مصرف مواد، توجه ویژه ای گردد.

باتوجه به اهمیت موضوع و ذکر مطالب، در پژوهش حاضر به بررسی ارزشهای دینی خانواده و نقش آن در پیشگیری از گرایش به مواد مخدر می پردازیم.

اهداف تحقیق :

هدف کلی:

تعیین رابطه بین دینداری جوانان و گرایش به اعتیاد در آنان

اهداف اختصاصی:

بررسی رابطه دینداری و ارزشهای دینی جوانان با گرایش به اعتیاد

فرضیه اصلی:

بین ابعاد دینداری و ارزشهای دینی جوانان و میزان گرایش به اعتیاد رابطه وجود دارد.

ابزار سنجش:

پرسشنامه دینداری گلاک و استارک: این پرسشنامه توسط گلاک و استارک برای سنجیدن نگرشها و باورهای دینی و دینداری ساخته شده است. برای استاندارد کردن در کشورهای مختلف اروپا، آمریکا، آفریقا و آسیا و بر روی پیروان ادیان مسیحیت، یهودیت و اسلام اجرا گردیده و با دین اسلام هم انطباق یافته است. پرسشنامه حاضر یک سنجۀ پنج بعدی است که شامل ابعاد پنج گانه ای اعتقادی، عاطفی، پیامدی، مناسکی و فکری به سنجش دینداری می پردازد. پرسشنامه مورد استفاده ۴ بُعد از ابعاد فوق را بکار برده است و بُعد فکری دین به دلیل وسعت تبلیغات در ایران حذف شده است. پرسشنامه حاضر دارای ۲۶ گویه می باشد که در چهار بُعد اعتقادی (با ۷ گویه)، عاطفی (با ۶ گویه)، پیامدی (با ۶ گویه) و مناسکی (با ۷ گویه) جهت سنجش میزان دینداری به کار می رود. مقیاس اندازه گیری مورد استفاده در این سنجش، لیکرت می باشد که هر گویه پنج درجه ارزشی «کاملاً موافق، موافق، بینابین، مخالف و کاملاً مخالف» را در بر می گیرد و ارزش های هر گویه بین ۴- متغیر می باشد. حاصل جمع عددی ارزش هر یک از گویه ها در کل نمره آزمودنی را نشان می دهد که بین ۱۰۴- نوسان دارد. در آخرین اجرای این آزمون بر روی دانشجویان آلفای کلی پرسشنامه ۰/۸۳ بوده است. این آزمون هم چنین به دلیل استاندارد بودن دارای پایایی بالایی است. مقدار آلفا برای متغیرهای بُعد اعتقادی ۰/۸۱، بعد عاطفی ۰/۷۵، بُعد پیامدی ۰/۷۲ و بعد مناسکی ۰/۸۳ می باشد (۲۴). در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ برای بعد اعتقادی ۰/۸، بعد عاطفی ۰/۷۷، بعد پیامدی ۰/۵۲، بعد مناسکی ۰/۸۲ و برای کل آزمون ۰/۸۴ بدست آمد (آهنکوب نژاد، ۱۳۸۸).

مقیاس آمادگی به اعتیاد اهواز (زرگر و همکاران، ۱۳۸۷): مقیاس آمادگی به اعتیاد توسط وید و بوچر (۱۹۹۲) ساخته شد و تلاش هایی در جهت تعیین روایی آن در کشور ایران صورت گرفته است. این پرسشنامه، مقیاس ایرانی آمادگی به اعتیاد است که با توجه به شرایط روانی - اجتماعی جامعه ایرانی توسط زرگر (۱۳۸۵)، ساخته شد (به نقل از زرگر، نجاریان و نعمی، ۱۳۸۷). این پرسشنامه از دو عامل تشکیل شده و دارای ۳۶ ماده به اضافه ۵ ماده دروغ سنج می باشد. نمره گذاری هر سوال بر روی یک پیوستار از صفر (کاملاً مخالفم) تا ۳ (کاملاً موافقم) می باشد. البته این شیوه نمره گذاری در سوالات شماره ۶، ۱۲، ۱۵، ۲۱ معکوس خواهد شد.

این پرسشنامه دارای عامل دروغ سنج می باشد که شامل سوالات شماره ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۱ و ۳۳ می شود. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه باید مجموع امتیازات تک تک سوالات (به غیر از مقیاس دروغ سنج) را با هم جمع نمود. این نمره دامنه ای از ۰ تا ۱۰۸ را خواهد داشت. نمرات بالاتر به منطقه آمادگی بیشتر فرد پاسخ دهنده برای اعتیاد می باشند و برعکس.

پرسشنامه مذکور ترکیبی از دو عامل آمادگی فعال و آمادگی منفعل می باشد. آمادگی فعال مربوط به رفتارهای ضداجتماعی، میل به مصرف مواد، نگرش مثبت به مواد، افسردگی و هیجان خواهی می باشد و در عامل دوم (آمادگی منفعل) بیشترین ماده ها مربوط به عدم ابراز وجود و افسردگی می باشد.

روایی و پایایی

در پژوهش زرگر و همکاران (۱۳۸۷) جهت محاسبه روایی این مقیاس از دو روش استفاده شد. در روایی ملاکی، پرسشنامه آمادگی به اعتیاد دو گروه معتاد و غیر معتاد را به خوبی از یکدیگر تمییز داده است. روایی سازه مقیاس از طریق همبسته کردن آن با مقیاس ۲۵ ماده ای فهرست بالینی علائم بالینی ۰/۴۵ محاسبه شده است که معنی دار می باشد. اعتبار مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شد که در حد مطلوب می باشد (زرگر و همکاران، ۱۳۸۷).

طرح پژوهش:

پژوهش حاضر با توجه به ماهیت متغیرهای مورد بررسی، یک مطالعه پیمایشی می باشد.

ملاحظات اخلاقی:

در این پژوهش ملاک های اخلاقی سازمان نظام روانشناسی و مشاوره ایران، (به نقل از حسینیان، ۱۳۸۵) رعایت می گردد. که شامل:

اصل رازداری در پژوهش ۲- در اولویت قرار دادن سلامت روانشناختی شرکت کنندگان و اینکه اگر افراد تمایل به شرکت در فرآیند پاسخگویی به پرسشنامه را نداشتند به خواست آنها احترام گذاشته شود.

جامعه آماری:

جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی نوجوانان و جوانان شهر تهران می باشند.

نمونه و روش نمونه گیری:

بر اساس فرمول کوکران برای تعیین حجم نمونه، جامعه بالای ۵۰۰۰۰ نفر باشد تعداد آزمودنیها ۳۰۰ نفر انتخاب می گردند. بنابراین در پژوهش حاضر این تعداد افراد را به روش نمونه گیری طبقه ای تصادفی از جامعه مورد نظر انتخاب خواهد گردید، در این شیوهی نمونه گیری، نمونه ای گرفته شده نسبت به حجم جامعه ی مورد بررسی، تعدیل می گردد. در این پژوهش وضعیت اقتصادی - اجتماعی آزمودنیها نیز مورد نظر خواهد بود. برای تعیین حجم نمونه لازم جهت پژوهش از فرمول تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده خواهد شد. سطح اطمینان را نیز ۰.۹۵ برآورد می نماییم.

فرآیند پژوهش:

محقق جهت جمع آوری داده ها، پرسشنامه های دینداری گلاک و استارک و آمادگی برای اعتیاد اهواز را بین جوانان دختر و پسر تقسیم می نماید، ذکر این نکته لازم است که محقق شخصا پرسشنامه ها را توزیع خواهد نمود، در ادامه باید اشاره نمود که محقق از شرکت کنندگان درخواست خواهد کرد که به دقت به تمامی سوالات پاسخ بدهند و هیچ گزینه ای را بدون پاسخ نگذارند، همچنین محقق به افراد شرکت کننده اطمینان خواهد داد که اطلاعات آنها به صورت محرمانه در اختیار محقق قرار خواهد گرفت و نتایج آن جهت کار پژوهشی مورد استفاده خواهد گرفت.

ابزار جمع آوری اطلاعات:

مقیاس دینداری:

تعریف مفهومی:

دینداری همراه است با مجموعه ای از نگرش ها، اعتقادات و محوری ترین اعتقادات در این زمینه اعتقاد به وجود خداوند، نقش خداوند در هستی و وحدانیت خداوند است (سبحانی و همکاران، ۱۳۸۷).

تعریف عملیاتی:

پرسشنامه دینداری گلاک و استارک: این پرسشنامه توسط گلاک و استارک برای سنجیدن نگرش ها و باورهای دینی و دینداری ساخته شده است. برای استاندارد کردن در کشورهای مختلف اروپا، آمریکا، آفریقا و آسیا و بر روی پیروان ادیان مسیحیت، یهودیت و اسلام اجرا گردیده و با دین اسلام هم انطباق یافته است. پرسشنامه حاضر یک سنجه پنج بعدی است که شامل ابعاد پنج گانه اعتقادی، عاطفی، پیامدی، مناسکی و فکری به سنجش دینداری می پردازد. پرسشنامه مورد استفاده ۴ بُعد از ابعاد فوق را بکار برده است و بُعد فکری دین به دلیل وسعت تبلیغات در ایران حذف شده است. پرسشنامه حاضر دارای ۲۶ گویه می باشد که در چهار بُعد اعتقادی (با ۷ گویه)، عاطفی (با ۶ گویه)، پیامدی (با ۶ گویه) و مناسکی (با ۷ گویه) جهت سنجش میزان دینداری به کار می رود. مقیاس اندازه گیری مورد استفاده در این سنجش، لیکرت می باشد که هر گویه پنج درجه ارزشی «کاملاً موافق، موافق، بینابین، مخالف و کاملاً مخالف» را در بر می گیرد و ارزش های هر گویه بین ۴-۰ متغیر می باشد. حاصل جمع عددی ارزش هر یک از گویه ها در کل نمره آزمودنی را نشان می دهد که بین ۰-۱۰۴ نوسان دارد. در آخرین اجرای این آزمون بر روی دانشجویان آلفای کلی پرسشنامه ۰/۸۳ بوده است. این آزمون هم چنین به دلیل استاندارد بودن دارای پایایی بالایی است. مقدار آلفا برای متغیرهای بُعد اعتقادی ۰/۸۱، بُعد عاطفی ۰/۷۵، بُعد پیامدی ۰/۷۲ و بُعد مناسکی ۰/۸۳ می باشد (۲۴). در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ برای بُعد اعتقادی ۰/۸، بُعد عاطفی ۰/۷۷، بُعد پیامدی ۰/۵۲، بُعد مناسکی ۰/۸۲ و برای کل آزمون ۰/۸۴ بدست آمد.

مقیاس آمادگی به اعتیاد:

تعریف مفهومی:

اعتیاد: عبارت است از یک حالت روانی و گاهی جسمانی ناشی از تاثیر دارو بر روی یک موجود زنده که به اجبار به بروز رفتار و عکس العمل های خاصی در فرد می انجامد و همیشه با یک کشش افراط آمیز همراه است (علوی و همکاران، ۲۰۱۲)

تعریف عملیاتی:

مقیاس آمادگی به اعتیاد اهواز (زرگر و همکاران، ۱۳۸۷): مقیاس آمادگی به اعتیاد توسط وید و بوچر (۱۹۹۲) ساخته شد و تلاش هایی در جهت تعیین روایی آن در کشور ایران صورت گرفته است. این پرسشنامه، مقیاس ایرانی آمادگی به اعتیاد است که با توجه به شرایط روانی - اجتماعی جامعه ایرانی توسط زرگر (۱۳۸۵)، ساخته شد (به نقل از زرگر، نجاریان و نعامی، ۱۳۸۷). این پرسشنامه از دو عامل تشکیل شده و دارای ۳۶ ماده به اضافه ۵ ماده دروغ سنج می باشد. نمره گذاری هر سوال بر روی یک پیوستار از صفر (کاملاً مخالفم) تا ۳ (کاملاً موافقم) می باشد. البته این شیوه نمره گذاری در سوالات شماره ۶، ۱۲، ۱۵، ۲۱ معکوس خواهد شد.

این پرسشنامه دارای عامل دروغ سنج می باشد که شامل سوالات شماره ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۱ و ۳۳ می شود. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه باید مجموع امتیازات تک تک سوالات (به غیر از مقیاس دروغ سنج) را با هم جمع نمود. این نمره دامنه ای از ۰ تا ۱۰۸ را خواهد داشت. نمرات بالاتر به منطقه آمادگی بیشتر فرد پاسخ دهنده برای اعتیاد می باشند و برعکس.

پرسشنامه مذکور ترکیبی از دو عامل آمادگی فعال و آمادگی منفعل می باشد. آمادگی فعال مربوط به رفتارهای ضداجتماعی، میل به مصرف مواد، نگرش مثبت به مواد، افسردگی و هیجان خواهی می باشد و در عامل دوم (آمادگی منفعل) بیشترین ماده ها مربوط به عدم ابراز وجود و افسردگی می باشد.

روایی و پایایی

در پژوهش زرگر و همکاران (۱۳۸۷) جهت محاسبه روایی این مقیاس از دو روش استفاده شد. در روایی ملاکی، پرسشنامه آمادگی به اعتیاد دو گروه معتاد و غیر معتاد را به خوبی از یکدیگر تمییز داده است. روایی سازه مقیاس از طریق همبسته کردن آن با مقیاس ۲۵ ماده ای فهرست بالینی علائم بالینی ۰/۴۵ محاسبه شده است که معنی دار می باشد. اعتبار مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شد که در حد مطلوب می باشد (زرگر و همکاران، ۱۳۸۷).

روش تجزیه و تحلیل داده ها:

داده های پژوهش با استفاده از بسته نرم افزاری SPSS ۲۰ و با روش های آماری مناسب از دو شیوه آمار توصیفی و استنباطی تحلیل خواهد شد. در تحلیل توصیفی با استفاده از مشخصه های آماری نظیر فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار به تجزیه و تحلیل داده ها پرداخته خواهد شد. و در قسمت آمار استنباطی برای بررسی فرضیه های پژوهش از روش های آماری همبستگی و رگرسیون تک متغیره و چند متغیره استفاده خواهد شد.

آمارهای توصیفی

در این بخش اطلاعات جمعیت‌شناختی نمونه مورد بررسی و یافته‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه ارائه شده است.

جدول توزیع گروه نمونه بر اساس جنسیت

گروه	فراوانی	درصد
مرد	۱۵۵	۴۸/۷
زن	۱۶۱	۵۰/۶
پاسخ نداده	۲	۰/۷
جمع	۳۱۸	۱۰۰

بر اساس اطلاعات جدول ۴۸/۷ درصد از افراد گروه نمونه را مردان و ۵۰/۶ درصد را زنان تشکیل می‌دهند.

جدول توزیع گروه نمونه بر اساس وضعیت تاهل

گروه	فراوانی	درصد
مجرد	۲۵۳	۷۹/۶
متاهل	۶۳	۱۹/۸
پاسخ نداده	۲	۰/۷
جمع	۳۱۸	۱۰۰

بر اساس اطلاعات جدول حدود ۸۰ درصد از افراد گروه نمونه را افراد مجرد و حدود ۲۰ درصد را متاهلین تشکیل می‌دهند.

جدول توزیع گروه نمونه بر اساس مدرک تحصیلی

مدرک	فراوانی	درصد
دیپلم	۱۳۷	۴۳/۱
فوق دیپلم	۴۹	۱۵/۴
لیسانس	۱۱۳	۳۵/۵
فوق لیسانس و بالاتر	۱۶	۵
پاسخ نداده	۳	۱
جمع	۳۱۸	۱۰۰

جدول مربوط به مشخصات توصیفی تحصیلات افراد شرکت کننده در پژوهش می باشد. چنانچه مشاهده می شود بر اساس اطلاعات جدول بالاترین فراوانی فراوانی مربوط به مدرک تحصیلی دیپلم است و پایین ترین فراوانی هم مربوط به مدرک تحصیلی فوق لیسانس و بالاتر. دارندگان مدرک تحصیلی لیسانس در رتبه دوم قرار دارند.

جدول توزیع گروه نمونه بر اساس طبقه سنی

طبقه سنی	فراوانی	درصد
۲۰-۱۵	۱۲۴	۳۹
۳۰-۲۱	۱۸۰	۵۶/۶
۴۰-۳۱	۱۰	۳
۵۰-۴۱	۲	۰/۷
پاسخ نداده	۲	۰/۷
جمع	۳۱۸	۱۰۰

جدول مربوط به مشخصات توصیفی شرکت کننده گان می باشد. همانطور که مشاهده می شود بر اساس اطلاعات جدول ۴-۴، بیشترین فراوانی مربوط به طبقه سنی ۲۱-۳۰ سال و کمترین فراوانی مربوط به طبقه سنی ۵۰-۴۱ سال است. طبقات سنی ۲۰-۱۵ سال و ۴۰-۳۱ سال به ترتیب در رتبه های دوم و سوم قرار گرفته اند.

جدول اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
آمادگی برای اعتیاد	۳	۱۱۱	۴۳/۱۶	۲۱/۵۳
بعد اعتقادی دینداری	۴	۶۴	۲۱/۲۷	۴/۹۴
بعد عاطفی دینداری	۰	۱۰۴	۱۹/۹۵	۷/۸۵
بعد پیامدی دینداری	۲	۲۴	۱۴/۸۹	۴/۰۸
بعد مناسکی دینداری	۰	۶۸	۲۰/۲۵	۷/۱۲
نمره کل دینداری	۲۹	۲۱۴	۴۳/۱۶	۱۷/۹۷

جدول ۵ که آخرین و مهمترین جدول قسمت توصیفی است، مربوط به نمرات بعد اعتقادی دینداری که میانگین آن ۲۱/۲۷، بعد عاطفی دینداری با میانگین ۱۹/۹۵، بعد پیامدی دینداری با میانگین ۱۴/۸۹، بعد مناسکی دینداری با میانگین ۲۰/۲۵ و نمره کل دینداری با میانگین ۴۳/۱۶، می باشد که در جدول مشاهده می گردد.

آمارهای استنباطی

جهت بررسی فرضیه ها و سوال های پژوهش، از شاخص های آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه گام به گام استفاده شد که نتایج به دست آمده در جداول زیر ارایه خواهد شد.

جدول ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
۱- بعد اعتقادی	۱				
۲- بعد عاطفی	۰/۷۲**	۱			
۳- بعد پیامدی	۰/۲۸**	۰/۲۳**	۱		
۴- بعد مناسکی	۰/۴۸**	۰/۳۶**	۰/۲۴**	۱	
۵- نمره کل دینداری	۰/۸۴**	۰/۸۳**	۰/۵۰**	۰/۷۴**	۱
۶- آمادگی برای اعتیاد	-۰/۲۷**	-۰/۲۸**	-۰/۱۹**	-۰/۵۲**	-۰/۴۵**

** معنی دار در سطح ۰/۰۱

یافته‌های پژوهشی در این بخش حاکی از این است که:

- ۱- بین نمرات آمادگی برای اعتیاد با بعد اعتقادی دینداری همبستگی منفی معنادار وجود دارد.
- ۲- بین نمرات آمادگی برای اعتیاد با بعد عاطفی دینداری همبستگی مثبت معنادار وجود دارد.
- ۳- بین نمرات آمادگی برای اعتیاد با بعد مناسکی دینداری همبستگی مثبت معنادار وجود دارد.
- ۴- بین نمرات آمادگی برای اعتیاد با بعد پیامدی دینداری همبستگی معنادار وجود دارد.
- ۵- بین نمرات آمادگی برای اعتیاد با نمره کل دینداری همبستگی معنادار وجود دارد.
- ۶- همبستگی درونی مولفه‌های دینداری مثبت و معنادار است که این موضوع نشانی از روایی سازه این ابزار است.

تعیین سهم مولفه‌های دینداری در پیش‌بینی آمادگی برای اعتیاد

برای بررسی این موضوع از تحلیل رگرسیون چندمتغیری گام به گام استفاده گردید که نتایج آن در جداول زیر ارائه شده است.

پیش از ارائه نتایج رگرسیون، قابل ذکر است که مفروضه استقلال خطاها به وسیله آزمون دوربین واتسون مورد بررسی قرار گرفت که میزان آن ۱/۵۵ به دست آمد. با توجه به اینکه قرار داشتن میزان این آزمون در دامنه ۰ تا ۴ رضایت بخش است، می‌توان گفت که این مفروضه در پژوهش حاضر برقرار است. برای بررسی مفروضه هم‌خطی چندگانه از دو شاخص Tolerance و VIF استفاده گردید، میزان Tolerance عددی است بین ۰ و ۱ و ایده‌آل آن است که این عدد به ۱ نزدیک‌تر باشد، با توجه به ارقام ستون مربوطه در جدول ۹-۴، مشخص است که میزان این شاخص در دامنه مطلوب قرار دارد. از طرف دیگر شاخص VIF نباید بالاتر از ۱۰ باشد و اعداد ستون مربوطه در جدول حاکی از این است که هیچ‌کدام از اعداد بالاتر از ۱۰ نیست. بنابراین مفروضه عدم وجود هم‌خطی نیز برقرار است.

جدول خلاصه مدل برای پیش‌بینی آمادگی برای اعتیاد توسط مولفه‌های دینداری

گام	پیش‌بین	R	R ²	R ² تعدیل شده	خطای استاندارد برآورد	شاخص دوربین واتسون
۱	بعد مناسکی	۰/۵۱۷	۰/۲۶۷	۰/۲۶۵	۱۸/۴۶	
۲	بعد مناسکی بعد عاطفی	۰/۵۲۶	۰/۲۷۷	۰/۲۷۲	۱۸/۳۷	۱/۵۵

جدول تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی آمادگی برای اعتیاد توسط مولفه‌های دینداری

گام	منابع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری
	رگرسیون	۳۹۲۶۴/۶۶	۱	۳۹۲۶۴/۶۶		
۱	باقی‌مانده	۱۰۷۷۴۱/۱	۳۱۶	۳۴۰/۹۵	۱۱۵/۱۶	۰/۰۰۱
	کل	۱۴۷۰۰۵/۷	۳۱۷	-		
	رگرسیون	۴۰۷۰۹/۹۶	۲	۲۰۳۵۴/۹۸		
۲	باقی‌مانده	۱۰۶۲۹۵/۸	۳۱۵	۳۳۷/۴۵	۶۰/۳۲	۰/۰۰۱
	کل	۱۴۷۰۰۵/۷	۳۱۷	-		

جدول ضرایب رگرسیون

برای پیش‌بینی آمادگی برای اعتیاد توسط مولفه‌های دینداری

گام	پیش‌بین	B	Beta	t	معنی‌داری	Tolerance	VIF
۱	بعد مناسکی	-۱/۵۶	-۰/۵۲	-۱۰/۷۳	۰/۰۰۱	۱	۱
۲	بعد مناسکی	-۱/۴۵	-۰/۴۸	-۹/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱/۱۵
	بعد عاطفی	-۰/۲۹	-۰/۱۱	-۲/۰۷	۰/۰۳۹	۰/۸۷	۱/۱۵

ضریب رگرسیون استاندارد نشده: B ضریب رگرسیون استاندارد شده: Beta

نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره با استفاده از روش گام به گام نشان داد که از بین متغیرهای پیش‌بین، به ترتیب، دو متغیر بعد مناسکی و بعد عاطفی وارد معادله رگرسیون شدند. بعد مناسکی به تنهایی ۲۶/۷ درصد از واریانس آمادگی برای اعتیاد را تبیین می‌کند، و این نشان از این دارد که بین نمرات آمادگی برای اعتیاد با بعد مناسکی دینداری همبستگی معنادار وجود دارد همچنین نشان داده شد که بین نمرات آمادگی برای اعتیاد با بعد عاطفی دینداری همبستگی معنادار وجود دارد. در پایان این مطلب باید اشاره نمود که بین نمرات آمادگی برای اعتیاد با نمره کل دینداری همبستگی معنادار وجود دارد. همبستگی درونی مولفه‌های دینداری مثبت و معنادار است که این موضوع نشانی از روایی سازه این ابزار است.

آزمون آماری F برای معنی‌داری ضریب همبستگی برابر با ۱۱۵/۱۶ است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. یعنی اینکه این آزمون آمادگی لازم را پیش‌بینی سطح همبستگی بین آمادگی برای اعتیاد و دینداری را دارد. بعد مناسکی و بعد عاطفی با هم ۲۷/۷ درصد از واریانس آمادگی برای اعتیاد را پیش‌بینی می‌کنند، و این نشان از معنادار بودن آزمون آماری است. همچنین آزمون آماری F برای

معنی‌داری ضریب همبستگی برابر با $60/32$ است که در سطح $0/001$ معنی‌دار است. با کسر سهم بعد مناسکی، بعد عاطفی ۱ درصد از واریانس آمادگی برای اعتیاد را پیش‌بینی می‌کند. جدول نشان می‌دهد که سهم هر دو متغیر در پیش‌بینی متغیر ملاک معنادار است.

بحث و نتیجه گیری:

هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش ارزشهای دینی خانواده در پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر می باشد. پژوهش حاضر با توجه به ماهیت متغیرهای مورد مطالعه از نوع پیمایشی بود،

بحث و تفسیر اطلاعات جمعیت شناختی:

در تحلیل توصیفی داده های تحقیق در بررسی جنسیت نمونه آماری، ۴۸/۷ درصد از افراد گروه نمونه را مردان و ۵۰/۶ درصد را زنان تشکیل می دهند. همچنین در تحقیق حاضر حدود ۸۰ درصد از افراد گروه نمونه را افراد مجرد و حدود ۲۰ درصد را متاهلین تشکیل می دهند. بالاترین فراوانی فراوانی مربوط به مدرک تحصیلی دیپلم با ۴۳/۱ است و پایین ترین فراوانی هم مربوط به مدرک تحصیلی فوق لیسانس و بالاتر با ۵ درصد می باشد. دارندگان مدرک تحصیلی لیسانس در رتبه دوم قرار دارند. بیشترین فراوانی مربوط به طبقه سنی ۳۰-۳۱ سال و طبقات سنی ۱۵-۲۰ سال و ۳۱-۳۵ سال به ترتیب در رتبه های دوم و سوم قرار گرفته اند.

بررسی اطلاعات استنباطی:

فرضیه اصلی پژوهش:

*بین ابعاد دینداری جوانان و میزان گرایش به اعتیاد در آنان رابطه وجود دارد.

جهت بررسی فرضیه پژوهش، از شاخص های آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه گام به گام استفاده شد.

براساس نتایج بدست آمده، ابعاد عاطفی و رفتارهای مرتبط با دینداری (بعد مناسکی) جوانان، نقش موثری در پیشگیری از گرایش به مواد مخدر دارند. که نتایج به دست آمده با تحقیقات پورمودت و عارفی (۱۳۹۲)، صادقی (۱۳۸۶) و دی روس و همکاران (۲۰۰۱) همسو می باشد.

همچنین نتایج حاکی از این است که بین نمرات آمادگی برای اعتیاد با بعد اعتقادی دینداری همبستگی معنادار وجود دارد و نشان از این دارد که اعتقادات دینی و مذهبی سهم اساسی در پیشگیری از اعتیاد دارد. تحقیق های زیادی درباره نقش بازدارندگی مذهب درباره اعتیاد حاکی از آن است که در مقیاس گروهی، داشتن اتکای مذهبی می تواند با کاهش مصرف مواد مخدر ارتباط داشته باشد. به طوری که افرادی که اصول مذهبی را پذیرفته اند و نسبت به آن احساس پیوستگی می کنند، نسبت به افرادی که به این اصول بی توجه هستند کمتر مواد مصرف می کنند. این امر صرف نظر از اینکه فرد به چه مذهبی گرایش دارد رخ می دهد (ویلز و همکاران، ۲۰۰۳).

از آنجایی که برخی از عوامل به عنوان عوامل محافظ و برخی دیگر به عنوان عوامل خطرآفرین ابتلا به مواد را تحت تاثیر قرار می دهند. یکی از عوامل محافظ فرد، دینداری است که در برخی از مطالعات از آن به عنوان سپری در مقابل وابستگی به مواد یاد شده است (اسمیت، ۲۰۰۱؛ میلر، دیویس و گرین والد، ۲۰۰۰). دین از طریق برقراری یک نظام اخلاقی، تدارک فرصت هایی برای به دست آوردن شایستگی های یاد گرفته شده و تهیه قوانین اجتماعی، سوء مصرف مواد و بهبود از آن را تحت تاثیر قرار می دهد (کارلسون و همکاران، ۲۰۰۰؛ گاردنر، ۲۰۰۱).

همچنین تبیین گردید که به هر میزان که فرد به باور قلبی نسبت به اعتقادات خویش دست یافته باشد همان میزان اعتیاد به مواد مخدر کاهش پیدا می کند. در همین راستا یافته ها نشان می دهد که باورهای دینی نه تنها بیماریهای روحی و روانی را شفا می بخشد؛ بلکه در تسکین دردهای جسمی هم، مفید و موثر است (راچلین، ۱۹۹۵). اعتقادات دینی عامل مهمی در کاهش فشارهای روانی و افسردگی در میان افراد جامعه است و افراد متدین کمتر از سایرین به بزه کاری، خودکشی، طلاق، اعتیاد، مصرف الکل و انواع مختلف تجاوز و تعدی به حقوق دیگران روی می آورند (مریل و همکاران، ۲۰۰۵؛ کلین و همکاران، ۲۰۰۶).

در واقع می توان گفت فردی که به طور منظم اعمال مذهبی را به جا می آورد، احتمال کمتری دارد که مواد مخدر مصرف کند تا فردی که تمایل به اجرای این اعمال ندارد (براون و همکاران، ۲۰۰۱). یکی از شیوه هایی که مذهب به وسیله آن مصرف مواد را کاهش می دهد، پرورش جنبه های بهداشت روانی است. مذهب به زندگی فرد جهت می دهد و از او به هنگام فشارهای روانی روزمره حمایت می کند. بنابراین تأمین بهداشت روانی می تواند فرد را از مصرف تفریحی و در نتیجه اعتیاد به مواد مخدر باز دارد و از طرف دیگر باعث کاهش مشکلاتی مثل افسردگی، احساس از خود بیگانگی، تنهایی و عزت نفس پایین می شود، بنابراین فرد مستعد مصرف مواد می شود (میلر و همکاران، ۲۰۰۰).

و همچنین تبیین گردید که بعد مناسکی یا رفتاری مانند امکانات و ابزارهای دینی و فرهنگی سهم بسزایی در کاهش اعتیاد به مواد مخدر دارد. باید اشاره نمود که دین آن است که می تواند از طریق مهارت ها و دانش هایی که فرد در طی زندگی خود کسب می کند، از مصرف مواد پیشگیری کند (دسموند و همکاران، ۲۰۱۳). دین می تواند یک نظام معنایی شامل هدف دار بودن زندگی، احساس خودارزشمندی مثبت، و خود را شایسته احترام دانستن بنا کند. این نظام معنایی می تواند مانع از خطر پذیری و رفتار هیجان طلبانه و نهایتاً منجر به احتمال کاهش مصرف مواد توسط فرد شود (گیلوم، ۲۰۰۵).

با توجه به مواردی که گفته شد مذهب می تواند به مثابه عاملی کلیدی در جهت کاهش مصرف مواد در جامعه تلقی شود و با توجه به نقش محافظ دینداری در مقابل گرایش به مصرف مواد به والدین و مراکز آموزشی پیشنهاد می شود که با روشهای مورد قبول نوجوانان و جوانان به تقویت باورهای دینی در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد پرداخته شود، تا احتمال گرایش آن ها به مصرف مواد کمتر شود. همچنین متخصصین ترک اعتیاد می توانند در کنار روش های معمول ترک، به تقویت باور های مذهبی و ایجاد یک سیستم معنی دهی به زندگی در مراجعان خود، به کاهش وابستگی به مواد در آنها کمک کنند

باید اشاره نمود که مولفه های درونی دینداری مانند اعتقادات و مسائل عاطفی و رفتاری دینداری با یکدیگر رابطه مثبت داشتند که این موضوع نشان از روایی سازه این ابزار است.

مک کوی (۲۰۰۵) گرایش به مواد مخدر را تلاش فرد برای پرکردن خلا معنوی ناشی از زندگی در جوامع سکولار می داند و بر این باور است که ارائه روش های درمانی مبتنی بر ارتباط با خدا و تقویت ایمان به پزشکان در درمان اعتیاد کمک موثری خواهد کرد. اعتیاد به مواد مخدر و الکل از جمله معضلات کنونی جوامع بشری است که عوامل روانشناختی مهمی چون اضطراب (وو، گودوین، فولر، لیو، کومر، کوهن و هوون، ۲۰۱۰)، استرس (سینها، ۲۰۰۱؛ و لوگرب و زورلا و کوب، ۲۰۱۲) نقش بسزایی در ابتلا به آن داشته و افراد را به مشکلاتی مانند ناتوانی از انجام وظایف خانوادگی، شغلی و غیره مبتلا می نماید (کرینگ، دیویسون، نیل و جانسون، ۱۳۸۷) و حتی باعث افزایش رفتارهای پرخطرانه در مصرف کننده می گردد (لوگرب، زوربلا و کوب، ۲۰۱۲) که ممکن است پرخطرگری معطوف به خود مصرف کننده باشد. خدابنده، نورباتلا، کاهانی و باقری (۱۳۹۱) بیان می دارند که یکی از عوامل موثر در خودکشی اعتیاد می باشد. همانطور که بیان شد دین در درمان و کاهش بیماری های روانی و جسمانی نقش مهمی را ایفا می نماید (رابرت، ۱۹۹۱). علاوه بر این دین یک عامل اعتقادی موثر در درمان و پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر است (هینز، دیسنی، ایپسن، کلارک و پرستون، ۲۰۱۰). داگاس (۲۰۰۶) بیان می دارد که بین مذهبی بودن و اعتیاد به الکل و ماری جوانا ارتباط وجود دارد. مطالعات نشان می دهد که خدا، دین و معنویت از عوامل کلیدی در پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد مخدر است (کالیفانو، ۲۰۰۱) زیرا مذهب نقش بسیار قوی در خودکنترلی دارد و می تواند بر سلامت فرد و رفتار اجتماعی مناسب اثرگذار باشد (مک کالو، ۲۰۰۹). سایر مطالعات نیز نشان می دهد که نیازهای معنوی با سلامت جسمانی ارتباط متقابل داشته و روند بهبود بیماران را تسریع می نماید (مولر، ویپواک و رومنز، ۲۰۰۱). نتایج تحقیقات نشان می دهد که افرادی که نسبت به درمان اقدام نموده اند در دوران نقاهت اعتقادات مذهبی قوی تری نسبت به قبل دارند و باحمایت اجتماعی و ارتقا سطح ایمان و مذهب سطح استرس و اضطراب آنها پایین می آید (پاردینی، ۲۰۰۰). بنابراین روش های درمانی مبتنی بر باورهای مذهبی و دینی روشی موثر در درمان اعتیاد است همانطور که تقویت باورهای دینی جوانان و نوجوانان نیز می تواند عامل مهمی در پیشگیری از بزهکاری، پرخطرگری و اعتیاد به مواد مخدر باشد. همچنین یافته های پورمودت و عارفی (۱۳۹۲) نشان داد باورهای مذهبی در معتادان و

غیرمعتادان متفاوت است و افرادی که مبتلا به سو مصرف مواد مخدر و معتاد به الکل هستند نسبت به افراد سالم باورهای مذهبی ضعیف تری دارند و معتادانی که اعتیاد را ترک نموده و درمان را ادامه داده اند نسبت به معتادان و کسانی که در درمان های قبلی شکست خورده اند باورهای مذهبی قوی تری نشان دادند. علاوه بر این افرادی که تاکنون از مواد مخدر استفاده ننموده اند باورهای مذهبی قوی تری نسبت به دو گروه یاد شده دارند در این راستا داگلاس (۲۰۰۶) بیان می دارد که بین مذهبی بودن و اعتیاد به الکل و مواد مخدر ارتباط وجود دارد. خوش طینت (۱۳۹۱) نیز به این نتیجه رسید که التزام عملی به اعتقادات اسلامی گرایش به مصرف مواد مخدر را به طور معنی داری کاهش می دهد. (کالیفانو) (۲۰۰۱) نشان داد که یکی از عوامل کلیدی موثر در پیشگیری و درمان سو مصرف مواد مخدر خدا، دین و معنویت است. پاردینی (۲۰۰۰) نشان داد افرادی که نسبت به درمان اقدان نموده اند در دوران نقاهت اعتقادات مذهبی قوی تری نسبت به قبل دارند. یافته های این پژوهش با پژوهش های هینز و همکاران (۲۰۱۰) و ویندسور و شورکی (۲۰۱۰) همسو می باشد. کورشر (۲۰۱۲) به این نتیجه رسید که افراد مذهبی کمتر رفتارهای پرخطرانه از خود نشان می دهند. درویک، اوکندو، ایلز، بارک و مان (۲۰۰۴) نیز بیان می دارند که مذهب در کاهش رفتارهای پرخطرانه و خودکشی موثر است. داگلاس وودی (۲۰۰۹) به این نتیجه رسید که یکی از متغیرهای پیش بینی کننده پرخشگری، و رفتار کینه توزانه و تلافی جویانه باورهای مذهبی می باشد. لاند و همکاران (۲۰۰۱)، به نقل از علوی، ثابت قدم نورایی و حسینی، (۱۳۸۷) در پژوهشی با عنوان بررسی تاثیر اعمال مذهبی بر انواع پرخشگری به این نتیجه رسیدند که شرکت در مراسم مذهبی به طور قابل توجهی انواع رفتارهای پرخشگرانه را در مردان و زنان کاهش می دهد.

نتیجه گیری:

از ابتدای آفرینش انسان، دین نقش بسزایی در حل معضلات فردی و اجتماعی داشته است. از سالهای پایانی قرن نوزده تا کنون دین جایگاهی ویژه در تحقیقات علوم اجتماعی و روانشناختی به دست آورده است. به خصوص دانشمندانی چون جیمز (۱۳۶۷) فروم (۱۳۶۸) و یونگ (۱۳۵۴) اهمیت باورها و رفتارهای دینی را در زندگی بشر یاد آور شده اند. یونگ شکوهی را که دین به بشریت می دهد ارج می نهد. به اعتقاد جیمز انسان در پرتو دین به آرامش باطنی می رسد. ویکتور فرانکل بیان می دارد که اگر ندعب سرکوب شود انسان به پوچی، احساس افسردگی و سایر اختلالات روانی دچار می شود (به نقل از الیاس زاده، ۱۳۷۴). مذهب نه تنها باعث می شود که انسان بهتر بتواند با نگرانی های زندگی کنار آید، بلکه می تواند در ایجاد احساس امید، آرامش، خودشکوفایی، احساس راحتی، مهارت‌کنانه، نزدیکی به خدا و حل مشکل موثر باشد (پارگامنت، ۱۹۹۰). به اعتقاد فرانکل (۱۳۸۵) فقدان معنویت در زندگی یک خلا وجودی ایجاد می کند که باعث به وجود آمدن روان رنجورانه گسترده ای می شود که عبارتند از: افسردگی، اعتیاد و ازدواج. خداوند در قرآن نیز می فرماید: الذین آمنوا و لم یلبسوا ایمانهم بظلم اولئک لهم الامن و هم مهتدون (انعام/۸۲) در این آیه امنیت، آرامش، بهداشت روانی و هدایت را از آثار ایمان بر می شمارد، آری هنگامی که ترس شدید بر جان انسان پنجه می افکند و خود را تنها احساس می کند، تنها عاملی که می تواند با این احساس مقابله کند، ایمان به خدا است (پورمودت، بحرانی، صلاح و کوهگرد، ۱۳۹۱). به نظر می رسد تعلقات دینی و مذهبی، انسان را به سوی نظام ارزشی یکپارچه و منسجم سوق می دهد و با ایجاد قدرتی معنوی تحمل سختی ها را آسان نموده و حمایت اجتماعی و روحانی را نصیب افراد می سازد (غریبی و قلی زاده، ۱۳۸۵). کسانی که باورهای مذهبی قوی تری دارند کمتر به اختلالاتی نظیر افسردگی، استرس و اضطراب مبتلا می گردند (پورمودت، بحرانی، صلاح و کوهگرد، ۱۳۹۱). و کمتر رفتارهای پرخطرانه از خود نشان می دهند (کورش، ۲۰۱۲)، علوی، ثابت قدم، امانت، نورایی و حسینی (۱۳۸۷)، به این نتیجه رسیدند که افراد مسجیدی کمتر از غیرمسجیدی ها دست به رفتارهای پرخطرانه می زنند. به هر حال کسانی که از دین و مذهب جدا می شوند دچار یک خلا روحی و عاطفی می گردند که برای پرنمودن این خلا راههای گوناگونی را تجربه می نمایند.

به این ترتیب باید اشاره نمود که والدین باید درباره عوامل مرتبط با اعتیاد مانند، مواد اعتیاد آور (علل و عوامل موثر در مصرف مواد، خطرات، عوارض و علائم آن) اطلاعات کافی داشته باشند و همچنین مهارت های تربیتی خود را افزایش دهند. باید الگوی مناسبی برای فرزندان خود باشند و هرگز بر خلاف گفته خود عمل نکنند. همچنین والدین فضایی را ایجاد کنند که فرزندان در آن احساس آرامش کنند.

پیشنهادهات:

با توجه به نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر پیشنهاد می گردد:

پیشنهادهات کاربردی:

- بر اساس نتایج پژوهش حاضر، والدین و مربیان می توانند فعالیت ها و رفتارهای دینی و مذهبی خود را به گونه ای هماهنگ کنند که جوانان، متوجه شوند و الگوی ذهنی آنان را در انجام این امور شکل دهند. چشمان ظریف و تیزبین جوانان و نوجوانان مانند دوربین حساس از تمامی صحنه های زندگی خانواده به خصوص رفتار والدین فیلم برداری می کند از والدین درس خوش بینی، امیدواری، اعتماد و محبت می آموزد. بنابراین اگر والدین به دستورات دینی اهمیت بدهند و اهل عبادت باشند بدون شک بر ابعاد روحی و دینی آنها تأثیر می گذارند
- براساس نتایج پژوهش حاضر، با توجه به نقش ابعاد عاطفی جوانان در پیشگیری از اعتیاد، رابطه صمیمی جوانان و نوجوانان با والدین و محبوبیت والدین نزد آنها می تواند تأثیر بسیاری بر چگونگی ارتباط افراد با خدا، پذیرش تربیت دینی و میزان مذهبی بودن آنان داشته باشد

- براساس نتایج پژوهش حاضر، و با توجه به اهمیت بعد رفتاری جوانان و نوجوانان در پیشگیری از اعتیاد، والدین چه خود استعمال دخانیات داشته باشند چه نداشته باشند، اگر درباره مباحث مربوط به دخانیات وارد بحث با فرزندان خود شوند (بحثی که حالت احترام آمیز و زیربنایی داشته باشد) می تواند یکی از راهکارهای مداخله ای با ارزش برای جلوگیری از مصرف دخانیات در نوجوانان و جوانان باشد.
- نخستین گام جهت تعمیق ارزشهای دینی و بیشتر شدن بصیرت جوانان خودسازی می باشد، براساس نتایج پژوهش جوانان باید به ابعاد درونی و عاطفی خود توجه ویژه ای داشته باشند و مسئولین مرتبط با امور جوانان باید فضای مناسبی را برای جوانان با همراهی مناسب فراهم آورند تا در کنار شناخت استعدادها و ظرفیت ها، باورهای دینی نیز رشد یابند.
- براساس نتایج پژوهش، با توجه به اینکه ابعاد عاطفی و رفتارهای مرتبط با دینداری جوانان با پیشگیری از اعتیاد رابطه معناداری دارد، والدین سعی کنند راهنمایی های خود را از طریق مربیان و دبیران شان به آنها منتقل کنند، زیرا جوانان باورها و ارزشهای خود را دارند، طبیعتاً اگر والدین بهترین نصایح را هم بگویند ممکن است آنها را نپذیرند، زیرا با توجه به شرایط امروز و فناوری های نوین که جوانان تاثیر زیادی از آنها می پذیرند، نصایح والدین از زبان مربیان و دبیران تاثیر بیشتری بر آنها می گذارد زیرا باین موضوعات ارتباط بیشتری دارند.
- بر اساس نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر، و نقش ابعاد عاطفی در پیشگیری از اعتیاد جوانان، با تقویت اعتماد به نفس، تصمیم گیری و از بین بردن افسردگی و کم رویی فرزندان، آنها را در برابر شرایط آسیب زا مقاوم سازند، همچنین راه مقاومت و پایداری در برابر فشار همسالان را در خصوص مصرف مواد مخدر به فرزندان بیاموزند تا از نه گفتن به آنها نهراسند.
- براساس نتایج پژوهش، محیط هایی که جوانان مستقیماً با آنان در ارتباطند نقش موثری برای تقویت باورهای دینی دارند، از جمله این محیط ها دانشگاه می باشد، نهادهای فرهنگی دانشگاه با برگزاری کلاسهای معرفت افزایی و نشست های تخصصی دینی می توانند به این موضوع کمک شایان ذکری نمایند.

پیشنهادهای پژوهشی:

- در پژوهش حاضر، فقط به موضوع نقش ارزشهای دینی پرداخته شد، با توجه نتایج پژوهش و نقش ابعاد عاطفی جوانان در تقویت باورهای دینی پیشنهاد می گردد به بررسی تعدادی از متغیرها و مولفه هایی که وضعیت روانشناختی افراد را مورد بررسی قرار می دادند، مانند خودکارآمدی و تاب اوری پرداخته شود، و نقش آنان نیز در پیشگیری از گرایش به اعتیاد مورد بررسی قرار گیرد.
- با توجه به اینکه پژوهش حاضر بر روی جوانان صورت پذیرفت پیشنهاد می گردد تا یک پژوهش بر روی افراد میانسال و نوجوانان صورت بپذیرد و موضوع ارزشها و باورهای دینی در آن گروه ها نیز مورد بررسی قرار گیرد. و همچنین یک مقایسه بین جوانان، نوجوانان و میانسالان نیز صورت بپذیرد.
- باتوجه به نتایج پژوهش، پیشنهاد می گردد نقش مولفه ها و متغیرهای روانشناختی موثر در تقویت ارزشهای دینی را باتوجه به نقش های جنسیتی مرد و زن مورد بررسی قرار گیرد.

محدودیت های پژوهش:

- ۱- احساس ترس برخی از تکمیل کنندگان پرسشنامه در بین نمونه آماری از بیان مشکلات رفتاری در تکمیل پرسشنامه ها که باعث گردید، تعداد زیادی از پرسشنامه ها مجدداً تکمیل گردد.
- ۲- عدم توانایی پژوهشگر در کنترل متغیرهای تاثیر گذار بر سلامت جسمانی و روانی نمونه آماری مانند اختلافات خانوادگی، مشکلات مالی و ...

دستیابی به یک راهکار مشخص و منسجم جهت کاهش آسیب های اجتماعی مستلزم بررسی و موشکافی تمامی عوامل موثر می باشد. و معضل و مشکل اعتیاد نیز از این موضوع مستثنی نمی باشد. بدیهی است که هر پروژه تحقیقاتی به خاطر محدودیت زمانی و مشکلات

محیطی از جمله عدم دسترسی دقیق به نمونه و سایر مشکلات نمی تواند به طور دقیق بررسی شود. در حیطه پروژه حاضر، تحقیقات تکمیلی و با در نظر گرفتن شرایط لازم دیگر، جهت موثر تر شدن آن لازم و ضروری می باشد.

منابع:

- ۱- آقابخشی، حبیب. (۱۳۷۹). اعتیاد و آسیب شناسی خانواده. تهران: انتشارات دانش آفرین
- ۲- احمدی خراسانی، نوشین. (۱۳۷۷). جلد دوم (مجموعه مقالات)، مقاله زن و مواد مخدر در ایران. جلد چهارم. تهران: چاپ غزال،
- ۳- برفی، محمد. (۱۳۸۴). از میکده تا ماتمکده اعتیاد. تهران: انتشارات محراب فکر، چاپ چهارم.
- ۴- دانش، تاج زمان. (۱۳۷۹). معتاد کیست، مواد مخدر چیست. تهران: انتشارات کیان، چاپ اول ۱۳۸۱.
- ۵- روزنامه همشهری. (۱۳۸۱). حاشیه زندگی، ازدواج و طلاق، بخش جهان زندگی، تاریخ ۱۲
- ۶- ستوده، هدایت. (۱۳۸۵). آسیب های اجتماعی. تهران: انتشارات آوای نور، چاپ هفدهم.
- ۷- شاکرمی، عبدالحسین. (۱۳۸۶). درمان اعتیاد به مواد مخدر طبیعی و صنعتی. تهران: انتشارات ژیان، چاپ اول.
- ۸- صدیق سروسستانی، رحمت الله. (۱۳۸۳). آسیب شناسی اجتماعی و جامعه انحرافات اجتماعی. تهران: انتشارات آن، چاپ اول.
- ۹- غنجی، علی. (۱۳۸۶). کلیات مواد مخدر. تهران: انتشارات معاونت آموزشی ناجا، چاپ اول.
- ۱۰- فرجاد، محمد حسین. (۱۳۷۵). آسیب شناسی اجتماعی و جامعه شناسی انحرافات. تهران: چاپ کامران، چاپ هفتم.
- ۱۱- قاسمی روشن، ابراهیم. (۱۳۸۲). از اعتیاد زنان تا نابسامانی خانواده. فصلنامه کتاب زنان، شماره ۲۲
- ۱۲- کاکویی، عیسی. (۱۳۸۵). گامی در شناخت مواد مخدر و روانگردان. تهران: انتشارات دانشگاه علوم انتظامی، چاپ اول.
- کتاب سال ستاد مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۸۷). تهران: نشر دبیر خانه ستاد مبارزه با مواد مخدر
- ۱۳- گیدنز، آنتونی. (۱۳۷۴). جامعه شناسی. ترجمه منوچهر صبوری. تهران: نشر نی، چاپ دوم.
- ۱۴- مساواتی آذر، مجید. (۱۳۸۳). آسیب شناسی اجتماعی ایران. تبریز: انتشارات نوبل، چاپ دوم.
- ۱۵- ممتاز، فریده. (۱۳۸۱). انحرافات اجتماعی نظریه ها و دیدگاهها. تهران: نشر شرکت سهامی انتشار، چاپ اول.
- ۱۶- میرعلی، هادی. (۱۳۸۴). علل و عوامل گرایش به اعتیاد در نوجوانان و جوانان. تهران: انتشارات امید مهر، چاپ اول.
- ۱۷- میری آشتیانی، الهام. (۱۳۸۵). جامعه شناسی اعتیاد. تهران: نشر دید آور، چاپ اول
- ۱۸- مولوی، پرویز و رسول زاده، بهزاد. (۱۳۸۳). بررسی عوامل موثر در گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر، فصلنامه اصول بهداشت روانی، ۶ (۲۱ و ۲۲)، ۴۹-۵۵.
- ۱۹- الیاده، م. (۱۳۷۵)، فرهنگ و دین هیات مترجمان، ترجمه زیر نظر بهاء الدین خرمشاهی تهران: انتشارات طرح نو.
- ۲۰- پورمودت، خ. بحرانی، م. صلاح، و. کوهگرد، ا. (۱۳۹۱). رابطه بین نگرش مذهبی با استرس، افسردگی و اضطراب در دانش آموزان دبیرستانی شهر کازرون. "همایش ملی چالش های آموزش در عصر حاضر.
- ۲۱- جیمز، م. (۱۳۶۷). دین و روان. ترجمه قائنی، مهدی انتشارات شرکت سهامی، چاو دوم.

- ۲۲- خدابنده، ف. نوربالا، ا. کاهانی، ص و باقری، ع. (۱۳۹۱). بررسی عوامل مرتبط با اقدام به خودکشی در افراد میانسال و سالمند فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، دوره ۱، شماره ۱، ص ۹۲-۸۱.
- ۲۳- خدایاری فرد، م. (۱۳۸۵). آماده سازی مقیاس دین داری و ارزیابی سطوح دین داری اقشار مختلف جامعه ایران. "طرح پژوهشی. موسسه روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
- ۲۴- خوش طینت، و. (۱۳۹۱). تأثیر التزام عملی به اعتقادات اسلامی از طریق سبک زندگی سالم بر گرایش دانشجویان به مصرف مواد مخدر. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، دوره ۱، شماره ۲، ص ۴۶-۵۹.
- ۲۵- زاهدی فر، ش. نجاریان، شکرکن، ح. (۱۳۷۹). "ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش پرخاشگری". فصلنامه علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز. دوره سوم، سال هفتم، شماره ۱ و ۲.
- ۲۶- علوی، س. ثابت قدم، م. امانت، س. نورایی، ز. حسینی، ا. (۱۳۸۷). "نقش مذهب در کاهش پرخاشگری". نشریه: روان شناسی و علوم تربیتی روانشناسی و دین. شماره ۴. (۱۲) ص ۱۱۷-۱۲۸.
- ۲۷- غریبی، ح. قلی زاده، ز. (۱۳۸۵). «بررسی ارتباط بین گرایش دینی و سلامت عمومی دانشجویان». ماهنامه معرفت ۱۰۳ ویژه نامه جامعه شناسی. سال پانزدهم، شماره چهارم. ص ۸۸-۹۶.
- ۲۸- فروم، ا. (۱۳۶۸). «روانکاوی و دین» ترجمه آرسن، نظریات، تهران، انتشارات پویش.
- ۲۹- فرانکل و. (۱۳۸۸). «خدا در ناخودآگاه». ترجمه ابراهیم یزدی، تهران خدما فرهنگ رسا، چاپ دوم.
- ۳۰- قران کریم. سوره انعام / آیه ۸۲.
- ۳۱- کرینگ، دیویسون، نیل و جانسون (۱۳۸۸). «آسیب شناسی روانی» (ترجمه حمید شمسی پور) انتشارات ارجمند. تهران.
- ۳۲- یونگ، ک. (۱۳۵۴). «روانشناسی و دین». ترجمه روحانی، فواد، تهران. انتشارات کتابهای جیبی.
- ۳۳- پورمودت، خاتون، عارفی، ضرغام. بررسی مقایسه ای دینداری و رابطه آن با پرخاشگری در معتادین به مواد مخدر، معتادین در حال ترک و افراد غیر معتاد. فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت، سال دوم، شماره ۱، ۱۳۹۲.
- ۳۴- خادمیان، طلیعه؛ قناعتیان، زهرا. بررسی عوامل اجتماعی موثر بر اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر مراکز بازپروری و کاهش آسیب زنان شهر تهران، پژوهش نامه علوم اجتماعی، سال دوم، شماره چهارم، زمستان ۱۳۸۷.

35-Arevalo, Sandra and Guillermo prado, hortensid amaro(2008).spiritually, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. **evaluation and program planning**, p.113-123.

36-Califano. (2001). "So Help Me God: Substance Abuse, Religion and Spirituality... The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University". New York.

37-Croucher.S.M, Holody. K, Anarbaeva. S, Braziunaite. R, Garcia-Michael. V, Yoon. K, Oommen. D & Spencer.A (2012). "Religion and the relationship between verbal aggressiveness and argumentativeness". Atlantic Journal of Communication, 20, 116-129.

- 38-Davis, Tania, ph.d, Kelly m. carpenter (2002). women in addictions treatment: comparing va and community samples. **Journal of substance abuse treatment**, p 41-48.
- 39-Dervic, K. Oquendo, M. Ellis, M. Burke, A. Mann, J (2004). " Religious Affiliation and Suicide Attempt". *Psychiatry*. 161:2303-2308. Am J
- 40-Douglas. C (2006). " A Sociological Analysis of Alcohol and Marijuana Use and Abuse among Young People in Grenada". Drug Demand Reduction Project. Funded by: European Union & Government of Grenada....
- 41-Espada. J. p, Sussman.s, Huedo Medina. T. b & Alfonso. J. p. (2011). "Relation between substance use and depression among spanish adolescents". *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11, 79-90
- 42-Grange, gilles and christophe vayssiere, anne borgne (2005). description of tobacco addiction in pregnant women. **European journal of obstetrics gynecology**. p 146- 151.
- experience of methamphetamine 43-Haight, wendy and Janet d. carter-black, Kathryn sheridan, mothers addiction: A case – based analysis of rural, Midwestern women, journal children and youth services review, p.71-77.
- 44-Heinz, A.J, Disney, E. R., Epstein. D H., Glezen. L. A., Clark, .P. I., and Preston. K. L. (2010). "A focus-group study on spirituality and substance-abuse treatment". *Subst Use Misuse*, 45, (1-2), 134-153.
- 45-Howitt, C., & Cramer, D. (2000). *An introduction of statistic in Psychology*, second Edition, Edinburgh; Person Education Limited.
- 46-Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., & Schulenburg, J. E. (2006). *Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975-2005. Volume I: Secondary school students* (NIH Publication No. 06-5883). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse, 684.
- 47-Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. 2nd Ed, New York, Guilford Press.
- Loehlin, J. C. (2004). *Latent variable models: An introduction to factor, path, and structural analysis*, (4th. Ed.), Mahwah, NJ: Erlbaum.
- 48-Loehlin, J. C. (2004). *Latent Variable Models: An Introduction to Factor, Path and Structural Equation Analysis*. Lawrence Erlbaum Assoc Inc.
- 49-Logrip. L. m, Zorrilla.E.P, Koob. F.G. (2012). "Stress modulation of drug self-administration: Implications for addiction comorbidity with post-traumatic stress disorder." *Neuropharmacology*, 62, 552- 564.
- 50-MacCallam, R.C, Austin, J.T. (2000). *Applications of structural equation modeling in psychological research*, *Annual Review of Psychology*, 51, 201-226.
- 51-Maithya W, R. (2009). *Drug Abuse in Secondary Schools in Kenya: Developing a Program for Prevention and Intervention*, Ph.D unpublished dissertation, University of South Africa.
- 52-McCoy.L.K , Hermos J.A, Bokhourm .B. G & Frayne S. M.(2005). " Conceptual Bases of Christian, Faith-Based Substance Abuse Rehabilitation Programs". *Substance Abuse*, 25, 1-11.
- 53-McCullough. M. E and Willoughby. B. L. (2009). "Religion, Self-Regulation, and Self-Control: Associations, Explanations, and Implications". *Psychological Bulletin*, 135, 69-93.
- 54-McKinley, A. Douglas Woody, W. Bell, P. (2001). " Vengeance: Effects of gender, age, and religious background". *Aggressive Behavior*, 27, 343-350.
- 55-Miller, T. R., Lesting. D.C. & Smith, G. S. (2001). *Injury risk among medically identified alcohol and drug abuser, Alcoholism: clinical and Experimental Research*, 25(1), 54-59.

- 56-Mueller. P. S, Plevak. D. J & Rummans. T. A. (2001). "Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice". Mayo Clinic Proceedings, 76, 1225-1235.
- 57-Pardini. D. A, Plante. T. G, Sherman. A, Stump. J .E. (2000). Religious faith and spirituality in substance abuse recovery. Journal of Substance Abuse Treatment, 19, 347-354.
- 58-Pargament, K. (1990)."God help me: Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events". American Journal of Community Psychology, 18, 793-824.
- 59-Peter, N. & Alicia, D. (2010). 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, 9(1), 33-48.
- 60-Roberts, K.A. (1991). "A sociological overview: mental health implications of religio-cultural megatrends in the untied state". Prevention in Human Services, 9, 113-135.
- 61-Sinha. R. (2001). "How does stress increase risk of drug abuse and relapse?" Psychopharmacology, 158, 343°359.
- 62-Windsor. L C and Shorkey. C. (2010). "Spirituoal change in drug treatment: utility of the christian inventory of spirituality". Substance Abuse, 31, 136-145.
- 63-World Drug Report. (2012). United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC).
- 64-Wu. P, Goodwin. R. D, Fuller. C, Liu. X, Comer. J .S, Cohen. P, and Hoven. C. W. (2010). "The relationship between anxiety disorders and Substance use among adolescents in the community. pecificity and gender differences". Youth Adolesc, 39, 177°188.