

مقایسه نوجوانان با نگرش مذهبی بالا و پایین از لحاظ سازگاری تحصیلی، عاطفی و اجتماعی و گرایش به اعتیاد

سبحان پورنیکدست^۱، محمد احسان تقی زاده^۲، مهناز علی اکبری دهکردی^۳، مهدی امیدیان^۴، فرهنگ میکائیلی حور^۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۶/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۰/۱۸

چکیده

هدف: هدف تحقیق مقایسه نوجوانان با نگرش مذهبی بالا و پایین از لحاظ گرایش به اعتیاد و سازگاری عاطفی، تحصیلی و اجتماعی بود. **روش:** برای این منظور ۳۸۰ دانش آموز متوسطه شهر کرج از ۳ منطقه آموزشی (با سطح برخورداری گوناگون) انتخاب شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه سازگاری دانش آموزان دبیرستانی، مقیاس گرایش به اعتیاد ایرانی و نگرش سنج مذهبی خدایاری بود. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد سازگاری و گرایش به اعتیاد در سطوح مختلف نگرش مذهبی متفاوت است. به طوری که افراد با نگرش مذهبی بالا در مقایسه با افراد با نگرش مذهبی پایین سازگارترند و گرایش به اعتیاد پایین تری دارند. **نتیجه گیری:** لازم است مسئولین آموزشی و تربیتی مدارس شرایط لازم را برای افزایش نگرش مذهبی در نوجوانان فراهم کنند.

کلیدواژه‌ها: نگرش مذهبی، گرایش به اعتیاد، سازگاری

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکترا روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی، پست الکترونیک: pournikdast@gmail.com
۲. استادیار روان‌شناسی دانشگاه پیام نور مرکز تهران جنوب
۳. دانشیار روان‌شناسی دانشگاه پیام نور مرکز تهران جنوب
۴. کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشگاه پیام نور
۵. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، پردیس رشت

مقدمه

دین و مذهب از عوامل تاثیرگذار بر رفتار و شناخت به شمار می‌رود که نقش مهمی در شکل دادن سبک زندگی افراد ایفا می‌کند (کوینگ^۱، ۲۰۱۲). هر دو جنبه مذهب یعنی پرداختن به فعالیت‌های مثبت مانند خوش‌بینی، همدلی و عفو و بخشش و دوری از فعالیت‌های منفی همچون دزدی، فساد و خودفروشی باعث پدید آمدن احساس ارزشمندی در پیروان ادیان می‌شود (اسچومن^۲، ۲۰۰۲). افراد معتقد به باورهای مذهبی در معرض فشار روانی کمتری قرار دارند، افسردگی، طلاق، بزه و خودکشی در این افراد پایین‌تر از نرم جامعه است، آموزه‌های مذهبی همراه با تعهدات عملی باعث کاهش فشارهای ناشی از رویدادهای ناگوار زندگی در این افراد می‌شود (بیرشک، بخشانی، بیابان زاده و اردی خانی، ۱۳۸۰). از جمله عوامل مهمی که از باورها و اعتقادات مذهبی تاثیر می‌پذیرد سازگاری است. سازگاری مفهومی روانشناختی است که برای رشد و بالندگی فردی و اجتماعی حیاتی است (مظاهری و فاتحی زاده، ۱۳۸۵). در واقع انطباق مداوم و متوالی با تغییرات مداوم زندگی و برقراری تعادل بین نیازهای شخصی و خواسته‌های محیط از نتایج سازگاری است (راجرز^۳، ۱۹۶۷؛ ترجمه میلانی، ۱۳۷۶). سازگاری در تمام مراحل زندگی و بویژه نوجوانی از اهمیت بالایی برخوردار است و سازش‌پذیری عاطفی، اجتماعی و آموزشی نوجوانان بویژه در محیط‌های آموزشی از جمله عوامل مهمی است که در افزایش عملکرد تحصیلی، یادگیری و موفقیت‌های آینده نوجوانان تاثیر بسزایی دارد (نصیحت کن، ۱۳۸۹). بطور خلاصه ساز و کار تاثیر مذهب در افزایش سازش‌یافتگی مبتنی بر عوامل متعددی است که می‌توان به برخی از آن‌ها مانند تسهیل‌های اجتماعی، معنادهی به زندگی، ارائه الگوهای دلبستگی و جدایی، تشویق و تنبیه، آیین‌های مذهبی، پرورش عقلانی، هویت بخشی و نظم اجتماعی و فردی اشاره کرد (جان بزرگی، ۱۳۷۸). از منظر دیگر و به عقیده مکینتاش روان‌بنه‌های مذهبی عامل اصلی در سازگاری بالاتر افراد مذهبی هستند (مکینتاش، سیلور، ورتمن^۴، ۱۹۹۳). پیرامون ارتباط هر یک از ملاک-

های سازگاری از جمله سلامت جسمانی، آرامش و سلامت روانشناختی، کارایی حرفه‌ای و همچنین ارتباطات مفید اجتماعی (چوهان^۱، ۱۹۹۹) و مذهب پژوهش‌هایی صورت گرفته است. به عنوان مثال کوینگ (۲۰۱۲) در پژوهشی بین فرهنگی، مذاهب گوناگون شرقی و غربی را دارای عوامل مشترک و تاثیرگذار بر سلامت روان، پیشگیرانه از افسردگی و اضطراب و در نتیجه افزایش دهنده سازگاری روانشناختی می‌داند. شرکت در مراسم و مناسک مذهبی با سلامت روان و سازگاری بالاتر مرتبط است. افراد مذهبی با مقابله مذهب مدار در برابر اضطراب و افسردگی ناشی از بیماری‌ها مقاومت بیشتری نشان می‌دهند (سوسانا، رامیز، ماسدو و سالز^۲، ۲۰۱۲) و حتی در زمان ابتلا به بیماری‌های لاعلاج امید خود را در سطح بالاتری حفظ کرده و سازگاری بیشتری از خود نشان می‌دهند (بران و اوهایون^۳، ۲۰۰۹). شلودرمن، شلودرمن، نیدهام و مالنگا^۴ (۲۰۰۱) در پژوهشی دادند که مذهب و مناسک مذهبی بهترین پیش بینی کننده سازگاری اجتماعی و افزایش دهنده کیفیت و کمیت در روابط بین فردی است.

یکی دیگر از کارکردهای دینداری توصیه به پرهیز از رفتارهای پرخطر همچون اعتیاد^۵ است. مذهب همچون سپری محافظت کننده از مهم ترین عوامل محافظ در برابر اعتیاد است (ویلز، یار و سندی^۶، ۲۰۰۳). در حقیقت اعتیاد یک بیماری جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است (گالانتر^۷، ۲۰۰۶). که در شکل گیری آن زمینه‌های پیش اعتیادی نقش دارند. به بیان دیگر برای شروع و ادامه مصرف مواد زمینه‌های رشد ناسالم و استعدادها ویژه‌ای لازم است که بنیان آن در درون نظام خانواده و سپس در اجتماع ریخته می‌شود. در زمینه وابستگی به مواد عوامل گوناگون روانشناختی، اجتماعی و زیست شناختی متعددی تعیین کننده هستند (فرانکوئیس، اورباکومبو، تیگنول^۸، ۲۰۰۰).

نوجوانی با تغییرات گسترده و سریع شناختی، عصبی، زیستی و اجتماعی (رحیم نیا و رسولیان، ۱۳۸۵) حساس ترین دوره زندگی افراد از لحاظ گرایش به مصرف مواد مخدر

1. Chauhan

3. Braun & Ohayon

5. addiction

7. Gallanter

2. Susana, Ramirez, Macedo, & Sales

4. Schludermann, Needham & Mulenga

6. Wills, Year, & Sandy

8. Franques, Auriacombe & Tignol

است (فتحی، ۱۳۸۵). عوامل اعتقادی با تاکید بر ارزشمندی و ارجمندی انسان، ایجاد احساس آرامش و احساس امنیت، توکل و همچنین هدفمند ساختن زندگی و افزایش تحمل و تاب‌آوری در برابر ناملایمات زندگی می‌تواند به عنوان عاملی پیشگیرانه از اعتیاد، بویژه در گروه سنی نوجوان مطرح باشد. پژوهش‌های متعددی به ارتباط مذهب و رفتارهای پرخطر، به ویژه اعتیاد پرداخته‌اند. در مطالعه مروری آلترمن، کاسیلو، ایوی و دونا^۱ (۲۰۱۰) عواملی همچون مذهب، معنویت و خوش‌بینی به عنوان عوامل اصلی در پیشگیری از سوء مصرف مواد معرفی شده‌اند. فلاویو، کولیس و پارسای^۲ در پژوهشی در سال ۲۰۰۵ نشان دادند که داشتن نگرش و باورهای مذهبی با کاهش استرس‌های روانشناختی، افسردگی و اضطراب و همچنین در پیشگیری از رفتارهای پرخطری همچون سیگار کشیدن، مصرف الکل و استعمال مواد مخدر موثر است. در مطالعه مریل، فلسوم و کریستوفرسون^۳ (۲۰۰۵) که با نمونه‌ای متشکل از دانشجویان ۱۷ تا ۳۵ ساله مراکز آموزش عالی در ایالات متحده انجام گرفت، بالاترین سطح مصرف توتون، ماری جوانا و دیگر مواد غیرقانونی در افرادی مشاهده گردید که ترجیحات دینی کمتری داشتند. باردت و ویکس^۴ (۲۰۱۲) نیز در پژوهشی نشان دادند که مادران مذهبی با پرهیز از مصرف توتون، الکل و مواد مخدر فرزندان سالم‌تری بدنیا می‌آورند.

سازگاری در دوران پرفراز و نشیب نوجوانی، در محیط‌های آموزشگاهی به بهبود عملکرد آموزشی کمک قابل توجهی می‌کند (رحیم نیا و رسولیان، ۱۳۸۵). مذهب نیز تاثیر مثبتی بر سازگاری دارد (کارک، کارمل، سینریش، گلدبرگر و فردلیندر^۵، ۱۹۹۶). نظر به پیشگیری از مصرف مواد مخدر در نوجوانان که متأسفانه به علت تاثیرات سریع بر خلق، توجه، تمرکز و دیگر کارکردهای شناختی خطرناک‌تر از سایر گروه‌های سنی است (سرگلزایی، ۱۳۸۰) و همچنین تاثیرات محافظتی دینداری بر پیشگیری از اعتیاد (ویلز و همکاران، ۲۰۰۳) این تحقیق با هدف مقایسه نوجوانان با سطوح متفاوت از نگرش مذهبی از لحاظ سازگاری تحصیلی، عاطفی و اجتماعی و گرایش به اعتیاد طراحی و اجرا گردید.

1. Alterman, Caciola, Ivey & Donna

3. Merrill, Folsoma & Christopherson

5. Kark, Carmel, Sinnreich, Goldberger & Friedlander

2. Flavio, Kulis & Parsai

4. Burdette & Weeks

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش مقایسه‌ای و از نوع مورد-شاهدی است. جامعه مورد مطالعه در این تحقیق شامل تمامی دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع متوسطه بود که در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ در شهر کرج مشغول به تحصیل بودند ($N=65000$). نمونه پژوهش شامل ۳۸۰ دانش‌آموز (۱۹۰ دختر و ۱۹۰ پسر) ۱۶-۱۴ ساله بودند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها و در جهت از بین بردن تفاوت‌های شدید فرهنگی و اقتصادی در نمونه، مناطق آموزشی به ۳ منطقه (برخوردار، متوسط و ضعیف) تقسیم شده و سپس از هر منطقه، ۲ مدرسه و از هر مدرسه، ۲ کلاس به صورت تصادفی ساده انتخاب گردید، سپس توضیحات کافی در مورد هدف تحقیق ارائه شد. معیارهای اخلاقی همچون محرمانه ماندن اطلاعات شخصی، شرکت داوطلبانه در تحقیق و بهره‌گیری از نتایج تحقیق رعایت گردید.

ابزار

۱- پرسشنامه نگرش سنج مذهبی: این پرسشنامه توسط خدایاری فرد (۱۳۷۸) ساخته شده و دارای ۴۰ سوال و ۶ بعد عبادت، اخلاقیات و ارزش‌ها، اثرگذاری در رفتار و زندگی، عوامل اجتماعی، جهان‌بینی و باورها، علم و دین می‌باشد. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت و به صورت ۵ گزینه‌ای در طیف کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم تنظیم و نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره ۴۰، حداکثر نمره ۲۰۰ و میانگین ۱۲۰ می‌باشد. نمرات ۱۸۸ و بالاتر حد بالای نمره را نشان می‌دهد، ۱۴۰ تا ۱۸۸ حد متوسط و ۱۴۰ به پایین حد ضعیف را نشان می‌دهد (خدایاری، ۱۳۸۷). ضریب اعتبار پرسشنامه با روش تصنیف و با استفاده از روش فرمول اسپیرمن برابر ۰/۹۳ و به روش گاتمن برابر ۰/۹۲ گزارش شده است. ضریب آلفای آن نیز ۰/۹۵ به دست آمد (خدایاری فرد، ۱۳۷۸).

۲- پرسشنامه آمادگی اعتیاد: پرسشنامه‌ای که در تحقیق حاضر به کار گرفته شده مقیاس ایرانی آمادگی به اعتیاد است که با توجه به شرایط روانی-اجتماعی جامعه ایرانی توسط زرگر (۱۳۸۵) ساخته شده است. این پرسشنامه از ۲ عامل تشکیل شده و دارای ۳۶ ماده به

اضافه ۵ ماده دروغ سنج می‌باشد. نمره‌گذاری هر سؤال بر روی یک پیوستار از صفر (کاملاً مخالفم) تا ۳ (کاملاً موافقم) می‌باشد. 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. این آزمون بر روی نمونه‌ای شامل داوطلبین ترک اعتیاد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد و کارکنان یک واحد صنعتی ($N=841$) در شهر اهواز اجرا شده و اعتبار مقیاس با روش آلفای کرونباخ $0/90$ محاسبه شد که در حد مطلوب می‌باشد (زرگر، ۱۳۸۵).

۳- پرسشنامه سازگاری دانش آموزان دبیرستانی: این پرسشنامه درصدد است که دانش آموزان دبیرستانی (گروه سنی ۱۴ تا ۱۷ سال) را مورد بررسی قرار داده و دانش آموزان با سازگاری خوب را از دانش آموزان با سازگاری ضعیف در ۳ حوزه عاطفی، اجتماعی و آموزشی جدا سازد. این پرسشنامه دارای ۶۰ سوال به صورت (بله و خیر) می‌باشد که در سال ۱۹۹۳ توسط سینها^۱ از دانشگاه شانکاروسینگ ساخته شده و در سال ۱۳۷۷ توسط کرمی ترجمه تخصصی شده است. ضریب اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش کوریچاردسون ۲۰ معادل $0/94$ ، دو نیمه کردن معادل $0/95$ و با روش باز آزمایی $0/93$ بود. همچنین آلفای کرونباخ در پژوهش اصغری مقدم (۱۳۸۷) پیرامون رابطه عزت نفس و سازگاری برای پسران $0/82$ و برای دختران $0/81$ به دست آمد.

یافته‌ها

آمار توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است. برای بررسی تفاوت نمرات دو گروه می‌بایستی از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شود. یکی از پیش شرط‌های تحلیل واریانس چندمتغیری برابری واریانس‌های خطاست. نتایج آزمون لون در جدول ۲ ارائه شده است. همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود تنها در گرایش به اعتیاد واریانس‌ها نابرابرند.

پیش شرط دیگر برابری ماتریس کواریانس هاست. نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این پیش شرط داشت ($F = 0/978, P > 0/05, M = 5/919$). با توجه به برقراری پیش شرطها، نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری حکایت از تفاوت معنادار دو گروه در ترکیب خطی متغیرها داشت ($F = 25/857, P < 0/001, M = 0/784$) = لامبدای ویلکز).

جدول ۱: آماره‌های توصیفی گروه نمونه در متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	دانش آموزان با نگرش مذهبی بالا		دانش آموزان با نگرش مذهبی پایین	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
نگرش مذهبی	۱۴۲/۱۱	۱۱/۳۱۰	۱۰۷/۹۸	۱۲/۹۳
سازگاری اجتماعی	۱۰/۳۲	۲/۴۲	۹/۱۹	۲/۹۶
سازگاری هیجانی	۸/۹۳	۲/۵۸	۸/۱۲	۲/۷۸
سازگاری تحصیلی	۹/۳۲	۲/۶۴	۸/۴۷	۲/۵۹
سازگاری کل	۲۸/۶۳	۶/۰۶	۲۶/۵	۶/۵۰
گرایش به اعتیاد	۲۶/۰۴	۹/۹۱	۳۸/۴۱	۱۳/۱۱

جدول ۲: نتایج آزمون لون در مورد بررسی برابری واریانس‌های خطا در دو گروه با نگرش مذهبی بالا و پایین

متغیرها	آماره F	درجه آزادی	معناداری
سازگاری اجتماعی	۳/۹۶۰	۳۷۸	۰/۰۵۷
سازگاری هیجانی	۰/۵۷۰	۳۷۸	۰/۴۵۱
سازگاری تحصیلی	۰/۰۰۴	۳۷۸	۰/۹۵۰
گرایش به اعتیاد	۱۲/۱۶۹	۳۷۸	۰/۰۱۱

برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت دو گروه

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری
سازگاری اجتماعی	۹۰/۶۰	۱۴/۱۴۳	۰/۰۰۱
سازگاری هیجانی	۶۹/۴۱	۱۰/۲۲۵	۰/۰۰۱
سازگاری تحصیلی	۱۰۶/۵۹	۱۵/۷۷۱	۰/۰۰۱
گرایش به اعتیاد	۹۷۰۶/۱۵	۳۹/۸۳۸	۰/۰۰۱

همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود تفاوت معناداری در تمام متغیرها و مولفه‌های مورد مطالعه مشاهده می‌شود. با توجه به آمار توصیفی می‌توان گفت در تمام مولفه‌های سازگاری گروه دارای نگرش مذهبی بالا نمرات بالاتری دریافت نموده‌اند و در گرایش به اعتیاد نمرات پایین‌تری داشته‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه سازگاری تحصیلی، عاطفی، اجتماعی و گرایش به اعتیاد در نوجوانان با نگرش مذهبی بالا و پایین بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین نوجوانان با نگرش مذهبی بالا و پایین از لحاظ سازگاری تحصیلی، عاطفی و اجتماعی تفاوت وجود دارد. به عبارتی نوجوانان دارای نگرش مذهبی بالاتر سازگاری بیشتری دارند. این نتایج با تحقیقات کوئینگ، مک کالوق، و لارسون^۱ (۲۰۰۰ و ۲۰۱۲)، بران و اوهایون (۲۰۰۹) و خداپناهی و خاکسار بلداجی (۱۳۸۴) که در آن‌ها بین دینداری و سازگاری رابطه مثبت و معنادار بدست آمده، همسو است. همچنین بین نتایج این پژوهش با نتایج کزدی، مارتوس و بالند^۲ (۲۰۱۱) که در آن بین نگرش مذهبی و سلامت روانی در نوجوانان رابطه معکوس گزارش شده است، ناهمخوانی وجود دارد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که افراد مذهبی دارای روان‌بنه‌های مذهبی هستند و این روان‌بنه‌ها می‌تواند در سازگاری افراد موثر باشد (مکینتاش و همکاران، ۱۹۹۳). همچنین این افراد در زندگی تیدگی کمتری را احساس می‌کنند و از شیوه‌های متمرکز بر مسأله استفاده می‌کنند. بنابراین، در موقعیت‌های مختلف از خود سازش بهتری نشان می‌دهند (پارک، کوهن و هرب^۳، ۱۹۹۰). سازگاری بالا، نیازمند روابط درون شخصی و هماهنگی سودمند در دنیای نامطمئن بیرونی است. نگرش و باورهای مذهبی با ایجاد قدرت تحمل و صبر در برابر ناملایمات و سختی‌ها از عوامل موثر برای ایجاد احساس اطمینان و افزایش سازگاری در زندگی است. در مجموع عواملی همچون نگرش مثبت به دنیا و ایجاد امید و انگیزه، معنا و هدف در زندگی و پذیرش راحت‌تر حوادث آسیب‌زا، احساس کنترل و پیش‌بینی از طریق اعمالی همچون

دعا کردن، استفاده از الگوهای تصمیم‌گیری مناسب به ویژه در ناملايمات زندگي، انسجام گروه‌های اجتماعی مذهبي و برخورداري از حمايت اين گروه‌ها از جمله عواملی است که سازگاری بالاتر در افراد معتقد به باورهای مذهبي را تبیین می‌کند.

در این پژوهش نوجوانان مذهبي تر، در مقابل اعتیاد، گرایش کمتری نشان دادند. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های فلاویو و همکاران (۲۰۰۵)، مريل و همکاران (۲۰۰۵)، باردت و ویکس (۲۰۱۲) و الترمین و همکاران (۲۰۱۰) همسو است. در این پژوهش‌ها نیز بین دینداری و احتمال استعمال انواع مواد مخدر رابطه معکوس بدست آمده است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که دین به عنوان یک سامانه وسیع متشکل از برنامه‌های زیادی برای هدایت بشر است و شامل عناصری از خودکنترلی نیز هست، چرا که راهنمایی‌ها و قواعد خاص اخلاقی به منظور کنترل نفس و امتناع از برخی رفتارها را در اختیار فرد قرار می‌دهد. خودکنترلی و دینداری ممکن است با یکدیگر تعامل نیز داشته باشند، چرا که اثر دینداری در پیشگیری از رفتارهای خلاف مقررات و رسوم اجتماعی ممکن است در افراد دارای سطوح مختلف خودکنترلی متفاوت باشد (راچلین، ۱۹۹۵). مذهب به عنوان یک فرایند میانجی بر ارزیابی انسان‌ها از وقایع تاثیر می‌گذارد و فرد مذهبي با کمک ایمان در برخورد با ناملايمات زندگي، وضعیت هیجانی مثبت‌تری خواهد داشت. در حقیقت دستورات و مناسک مذهبي با افزایش عزت نفس و همچنین کاهش احساس از خودبیگانگی و تنهایی، ایجاد احساس هدفمندی در زندگي، افزایش تحمل و تاب‌آوری، مقابله بر اساس توکل، توسل و تدبیر و در نهایت تأمین بهداشت روانی افراد همچون سپری در مقابل میل افراد به مصرف مواد مخدر عمل می‌کنند.

به طور خلاصه پژوهش حاضر نشان داد که نوجوانان دارای نگرش مذهبي بالاتر سازگارتر و گرایش به اعتیاد پایین‌تری دارند. سوالات زیاد پرسشنامه‌ها، استفاده از مقیاس خودگزارش دهی از محدودیت‌های این پژوهش بوده است. با توجه به حساسیت دوره نوجوانی از لحاظ آسیب‌پذیری در برابر پدیده اعتیاد و لزوم سازگاری نوجوانان برای تطبیق هر چه بهتر با شرایط محیط آموزشی و در نهایت تضمین آینده‌ای بهتر برای آنان،

پیشنهاد می‌شود مسئولین آموزشی و تربیتی مدارس با توجه به روحیه چالش طلبانه نوجوانان بتوانند با روش‌های مناسب، نگرش مذهبی اصیل و درونی را در این گروه سنی حساس تقویت کنند.

منابع

- بیرشک، بهروز؛ بخشانی، نورمحمد؛ بیابان زاده، سید اکبر؛ اردی خانی، طیبه (۱۳۸۰). بررسی نقش مذهب در تجربه و رتبه بندی استرس‌های زندگی. اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان. جان بزرگی، مسعود (۱۳۷۸). بررسی اثربخشی روان‌درمانی کوتاه مدت با و بدون جهت‌گیری مذهبی بر مهار اضطراب و تنیدگی، پایان‌نامه دکتریتف چاپ نشده، دانشگاه تربیت مدرس.
- خداپناهی، محمد کریم و خاکسار بلداجی، محمد علی (۱۳۸۴). رابطه جهت‌گیری مذهبی و سازگاری روانشناختی در دانشجویان. مجله روان‌شناسی، ۹(۳)، ۳۲۰-۳۱۰
- خدایاری فرد، محمد (۱۳۷۸). گزارش نهایی طرح پژوهشی تهیه مقیاس اندازه‌گیری اعتقادات و نگرش مذهبی دانشجویان، تهران: دانشگاه صنعتی شریف.
- دلاو، علی (۱۳۸۱). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی. تهران: انتشارات رشد.
- راجرز، کارل (۱۳۷۶). هنر انسان شدن، ترجمه مهین میلانی. تهران: نشر فاخته.
- رحیم‌نیا، محسن و رسویان، مریم (۱۳۸۵). مقایسه مکانیسم‌های سازگاری نوجوانان کانون اصلاح تربیت و نوجوانان دبیرستانی عادی. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱۲(۱)، ۵۱-۴۳
- زرگر، یدالله (۱۳۸۵). ساخت و اعتباریابی مقیاس ایرانی امیدگی اعتیاد ایرانی. دومین همایش انجمن روان‌شناسی ایران.
- سرگلزایی، محمدرضا (۱۳۸۰). ترک اعتیاد موفق. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی مشهد.
- فتحی، مهدی (۱۳۸۵). حرف‌های خودمانی با بیماران ام‌اس. تهران: نشر شهید پور.
- مظاهری، اکرم و فاتحی زاده، مریم. (۱۳۸۵). تاثیر آموزش‌های گروهی عزت‌نفس بر سازگاری اجتماعی دانشجویان. دانشور رفتار، ۱۳(۱۶)، ۸۳-۷۷
- نصیحت کن، زهرا سادات (۱۳۸۹). رابطه سازگاری تحصیلی با ویژگی‌های شخصیتی و نگرش مذهبی در دانشجویان دختر دانشگاه علامه طباطبایی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه علامه طباطبایی

Alterman, A., Caciola, J., Ivey, M., & Donna, M. (2010). Relationship of Mental Health and illness in substance abuse patients. *Journal of Personality and Individual differences*, 49(8), 880-884.

Braun, M., & Ohayon, H. (2009). Religiosity and Hope: apath for woman coping with and diagnosis of breast cancer. *Journal of psychosomatic*, 5(5), 525-533.

- Burdette, A., & Weeks, J. (2012). Maternal Religious Attendance and low birth weight. *Social science & medicine*, 74(12), 1961-1967.
- Chauhan, S.S. (1999) *Mental Hygiene: A Science of Adjustment*. Allied Publishers Ltd., New Delhi.
- Flavio, F.M., Kulis, S., & Parsai, M. (2005). God Forbid! Substance use among religious and nonreligious youth. *American Journal of orthopsychiatry*, 75(4), 585-98.
- Franques, P., Auriacombe, M., & Tignol, J. (2000). Addiction and personality. *Encephale*, 26, 68-78
- Galanter, M. (2006). Innovations: Alcohol & Drug abuse, Spirituality in alcoholics anonymous. *Psychiatric services*, 57(3), 307-309
- Kark, J.D., Carmel, S., Sinnreich, R., Goldberger, N., & Friedlander, Y. (1996). Psychology factor among members of Religious and secular kibbutzim. *Israel of Medical Science*, 32(3-4), 185-94.
- Kezdy, A., Martos, T., & Boland, V. (2011). Religious doubts and Mental Health in Adolescence and Young Adulthood, the association with religious attitudes. *Journal of Adolescence*, 34(1), 39-47.
- Koenig, H.G. (2012). Religion, Spirituality and Mental Health in the west and the Middle East. *Asian Journal of Psychiatry*, 5(2), 180-182.
- Koenig, H.G., McCulloch, M.S., & Larson, D. (2000). *Hand Book of Religion and Health*. NY: Oxford university press, 7-14.
- McIntash, D.N., Silver, R.C., & Wortman, C.B. (1993). Religious Role in Adjustment to a Negative Life Event: Coping with the loss of a child. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 65(4), 812-821.
- Merrill, R.M., Folsom, J.A., & Christopherson, S.S. (2005). The influence of family religiosity on adolescent substance use according to religious on performance. *Social Behavior and Personality*, 33(8), 821-836.
- Park, C., Cohen, L., & Herb, I. (1990). Intrinsic Religiousness and Religion coping as life stress moderator for catholic versus pretestants. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(3), 562-74
- Rachline, H. (1995). Self Control: beyond commitment. *Behavior and brain sciences*, 18, 109-159.
- Schludermann, E. H., Schludermann, S. M., Needham, D., & Mulenga, M. (2001). Fear of rejection versus religious commitment as predictors of adjustment among Reformed and Evangelical college students in Canada. *Journal of Beliefs and Values*, 22(2), 209-224
- Schumann, M. (2002). How we become moral in C.R. Snyder & Lopez (Eds) *Handbook of Positive Psychology*, Oxford University Press.
- Susana, P., Ramirez, D., Macedo, M., & Sales, G. (2012). The relationship between religious coping psychological distress and quality of life in hemodialysis patients. *Journal of Psychomatic Research*, 72(2), 129-135.
- Wills, T.A., Year, M.A., & Sandy, J. (2003). Buffering Effects of Religiosity for Adolescent Substance use. *Psychology of Addictive Behavior*, 17(1), 24-31.



پروشکاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی