

رفتارهای پرخطر و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه‌های
تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
Risk and Protective Behaviors and Related Factors
among Students of Ministry of Science

Saeed Akbari Zardkhaneh

Hamid Yaghubi

Azra Shalbf

Yaghub Abdollahpour

Valiollah Ramazani

Ruhollah Haddadi

سعید اکبری زردخانه *

حمید یعقوبی **

عذرا شالیباف ***

یعقوب عبدالله پور ****

ولی‌الله رضانی ****

روح‌الله حدادی *****

چکیده

Abstract

This research aimed to study risk behaviors and related factors in Ministry of Science, Research and Technology (MSRT) students. The Population of Study were all of MSRT students, except Payam Noor University and Elmi Karbordi University. Due to the nature of research (census), Statistical population and sample has been equally considered. A 92 item questionnaire used as data gathering instrument. The questionnaire measures different dimensions, such as demographic information, risk factors, protective factors, coping styles, suicide related factors, substance abuse and attitude to counseling. Data analysis was done by descriptive methods. Results showed Boys compared with girls are more at risk for substance abuse; Dormitory students compared with non-dormitory students are more at risk for substance abuse; religion and social support have negative correlation with substance abuse; emotional and avoidance coping styles, have positive correlation with substance abuse; Girls compared with boys are more at risk for suicide; Dormitory students compared with non-dormitory students are more at risk for suicide; religion and social support have negative correlation with suicide; emotional and avoidance coping styles, have positive correlation with suicide and problem based coping style has negative correlation with suicide.

Keywords: mental health, risk factor, protective factor, student

پژوهش حاضر به منظور بررسی رفتارهای پرخطر و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه‌های تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فناوری صورت پذیرفت. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه دانشجویان جدیدالورود دانشگاه‌های تابعه وزارت علوم، تحقیقات و فناوری به استثنای دانشگاه پیام نور و جامع علمی - کاربردی است. در پژوهش حاضر با توجه به ماهیت پژوهش، نمونه‌گیری به شکل سرشماری بوده و نمونه برابر جامعه تلقی می‌گردد. ابزار این پژوهش پرسشنامه‌ای 92 ماده‌ای بود که ابعاد مختلفی از قبیل اطلاعات جمعیت‌شناختی، عوامل خطر و محافظت‌کننده، سبک‌های مقابله‌ای، عوامل مرتبط با خودکشی و سوء مصرف مواد و نگرش نسبت به مشاوره را شامل می‌شود. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های توصیفی انجام گرفت. نتایج نشان داد پسران در مقایسه با دختران بیشتر در معرض خطر سوء مصرف مواد قرار دارند؛ دانشجویان خوابگاهی در مقایسه با دانشجویان غیر خوابگاهی در معرض خطر بیشتری برای سوء مصرف مواد هستند؛ بهره‌گیری از اعتقادات مذهبی و حمایت اجتماعی با در معرض خطر سوء مصرف مواد بودن رابطه معکوس دارند؛ در معرض خطر مواد بودن با شیوه‌های مقابله با استرس هیجان مدار و اجتنابی رابطه مستقیم معنادار نشان می‌دهد؛ دختران در مقایسه با پسران در معرض میزان بیشتری از خطر خودکشی قرار دارند؛ دانشجویان خوابگاهی در مقایسه با دانشجویان غیرخوابگاهی در معرض خطر خودکشی بیشتری هستند؛ بهره‌گیری از اعتقادات مذهبی و حمایت اجتماعی با میزان خطر خودکشی رابطه معکوس دارند؛ میزان خطر خودکشی با شیوه مسئله مدار مقابله با استرس رابطه معکوس معنادار و با شیوه‌های هیجان مدار و اجتنابی رابطه مستقیم معنادار دارد.

واژه‌های کلیدی: سلامت روان، عوامل خطر، عوامل محافظت‌کننده، دانشجو

email: Akbari76ir@yahoo.com

* عضو هیات علمی دانشگاه شهید بهشتی

** استادیار دانشگاه شاهد

*** دکتری برنامه ریزی آموزش از دور، دانشجوی دکتری مدیریت آموزشی

دانشگاه شهید بهشتی

**** کارشناس ارشد روانشناسی آموزش و پرورش کودکان، دانشگاه تهران

***** دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد

***** کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران

Received: 9 Feb 2013

Accepted: 7 Jan 2015

پذیرش: 93/10/17

دریافت: 91/11/21

مقدمه

نوجوانی و جوانی از دوره‌های حساس زندگی هستند. الگوهای رفتاری مهمی که می‌توانند سراسر زندگی فرد را تحت تأثیر بگذارند، در این دوران شکل می‌گیرند. تحولات فیزیولوژیکی و روانشناختی عمده‌ای که نوجوانان با آنها مواجه می‌شوند، از یک سو آنان را تحت استرس شدیدی قرار داده، و از سوی دیگر به چالش با محیط زندگی به ویژه والدین و سایر اعضای خانواده و حتی جامعه وا می‌دارد. این عوامل در بسیاری از موارد ممکن است نوجوانان را به سمت رفتارهایی بکشاند که پیامدهای جسمی و روانشناختی ناگواری در پی داشته باشد. از رفتارهای پرخطر عمده‌ای که امروزه در میان نوجوانان و جوانان مشاهده می‌شود، می‌توان به سوء مصرف مواد و اقدام به خودکشی اشاره نمود.

امروزه موضوع سوء مصرف مواد و اعتیاد از نگرانی‌های جدی جوامع مختلف، به ویژه کشورهای در حال توسعه که در آنها اقدامات چندانی در این خصوص صورت نگرفته است، می‌باشد (کاربخش و صالحیان زندی، 2007) چرا که مسئله سوء مصرف مواد ارتباط تنگاتنگی با سلامت روان افراد دارد و احساس نشاط، کارآمدی، خلاقیت، فناوری، تولید، و خودکفایی در گرو سلامت جسمانی و روانی نیروهای انسانی جوامع است. تمامی صاحب‌نظران و متخصصان اعتیاد در این نکته اتفاق نظر دارند که سوء مصرف مواد را نمی‌توان تنها یک مشکل فردی، جسمانی یا اجتماعی صرف دانست بلکه اعتیاد و سوء مصرف مواد را باید یکی از مهمترین مشکلات زیستی - روانی - اجتماعی¹ دانست که می‌تواند به راحتی بنیان زندگی فردی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی جامعه را سست نموده، و در معرض فروپاشی قرار دهد (ساندرز، 2007؛ موسسه ملی اعتیاد، 2007؛ چویی و ریان، 2007).

علی‌رغم این که انتظار می‌رود تحصیلات دانشگاهی به دلیل افزایش سطح آگاهی، توان فکری و موقعیت اجتماعی از عوامل پیشگیری کننده در برابر آسیب‌هایی از قبیل سوء مصرف مواد عمل کند ولی متأسفانه آمارها از گسترش روز افزون مصرف و سوء مصرف مواد در بین جوانان دانشجو حکایت می‌کنند به عنوان مثال راپ و لیزا (2004) گزارش کردند که 61 درصد از دانش‌آموزان سیگار، 80 درصد الکل و 54 درصد داروهای غیر قانونی مصرف می‌کنند و این ارقام در میان دانشجویان بیشتر نیز می‌شود. جانستون، اومالی و باچمن (1998) در بررسی شیوع مصرف مواد در دانشجویان آمریکایی دریافتند که 82/4 و 43/6 درصد دانشجویان به ترتیب الکل و سیگار مصرف می‌کنند. برومن (2005) نشان داد که 29 درصد از دانشجویان مصرف مواد مخدر را تجربه کرده‌اند. در ایران نیز به طور متوسط روزانه 12 تا 15 نفر به علت تزریق مواد مخدر یا ناخالصی موجود در مواد می‌میرند. وجود 140 هزار نفر تزریقی در

¹. biopsychosocial

رفتارهای پرخطر و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه‌های ...

سطح کشور که 65 درصد آنان به ایدز مبتلا هستند یکی از شاخص‌های منفی است (رحمتی، طارمیان و سهرابی، 1385).

از دیگر موارد مهم در رفتارهای پرخطر دوره نوجوانی خودکشی است. رفتار خودکشی یک مشکل جدی سلامت عمومی است. به تعبیر دیگر میزان خودکشی و اقدام به خودکشی یکی از مهم‌ترین شاخص‌های بهداشت روانی افراد یک جامعه محسوب می‌شود (کانر و همکاران، 2001). خودکشی به عنوان یکی از علل ده گانه مرگ و میر در سنین مختلف شناخته شده است. در سراسر جهان هر ساله هزاران انسان از طریق اقدام به خودکشی به زندگی خود پایان می‌دهند. بدون تردید در آمارهای رسمی ارائه شده بخشی از اقدام‌های خودکشی (موفق و ناموفق) گزارش نمی‌شود، و از این رو تعیین دقیق میزان شیوع مشکل خواهد بود. طی گزارش زرانی و وقار (1383) موارد خودکشی دانشجویان طی سال‌های 1377 تا 1379 در مجموع 143 نفر گزارش شده است، یعنی به طور متوسط می‌توان برای هر کدام از سال‌های 1377 تا 1379، 48 مورد در نظر گرفت. طی سال‌های 1380 تا 1383 به ترتیب در سال 1380، 38 مورد (13 درصد)، سال 1381، 33 مورد (11/3 درصد)، سال 1382، 43 مورد (14/7 درصد)، سال 1383، 31 مورد (10/6 درصد) گزارش شده است.

بر اساس یافته‌های پژوهش سهرابی، ترقی‌جاه و نجفی (1386) که در بین دانشجویان دانشگاه‌های دولتی صورت گرفت، 8/3 درصد از پاسخ‌دهندگان فکر قبلی صدمه‌زدن به خود را تأیید کرده‌اند که این امر در دانشجویان پسر (9/9 درصد) بیشتر از دختر (7/3 درصد) است. 4/7 درصد از پاسخ‌دهندگان اقدام آگاهانه جهت آسیب به خود داشته‌اند. نتایج مطالعه دفتر مرکزی مشاوره دانشجویی وزارت علوم در سال تحصیلی 86 - 1385 حاکی از این است که 13/5 درصد از دانشجویان از مشکلات روانی مختلف رنج می‌برند؛ 9/9 درصد از پسران دانشجو و 7/3 درصد از دختران دانشجو افکار مربوط به خودکشی را گزارش کرده‌اند و 4/7 درصد از دانشجویان اقدام آگاهانه در جهت آسیب به خود داشته‌اند. همچنین نتایج مطالعات این دفتر در سال تحصیلی 84 - 1383 نشان داد که 6/2 درصد از دانشجویان از قرص‌های آرام‌بخش استفاده می‌کنند. بر این اساس، دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم، تحقیقات و فناوری با همکاری مراکز مشاوره دانشگاه‌های تابعه وزارت علوم با هدف تدوین برنامه‌های بهبود سلامت روان دانشجویان، چند سالی است که اقدام به غربال دانشجویان ورودی جدید دانشگاه‌ها می‌نماید. این اقدام در راستای شناسایی دانشجویان در معرض خطر و دارای مشکلات مختلف جسمانی و روانی و اقدامات پیشگیرانه از رفتارهای خود آسیب‌رسان بسیار ارزشمند خواهد بود. پژوهش حاضر گامی در جهت اهداف بلندمدت دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم، تحقیقات و فناوری است. در این پژوهش به بررسی دو مورد از رفتارهای پرخطر اساسی دانشجویان یعنی سوء مصرف مواد و خودکشی و عوامل جمعیت‌شناختی و اجتماعی مرتبط با آنها پرداخته شده است.

یکی از متغیرهای دخیل در رفتارهای پرخطر جنسیت است. مردان نسبت به زنان بیشتر مواد روان - گردان مصرف می‌کنند. سوء مصرف مواد در مردان 4 تا 8 برابر زنان تخمین زده شده است (ملچپور،

چستانگ و گلدبرگ، 2007). در پژوهشی که توسط کاربخش و زندی (2007) انجام شد. 534 آزمودنی بررسی شدند که 91/2 درصد آنها مرد بودند. نسبت مردان به طور چشم‌گیری بیشتر از زنان بوده است که این نسبت 14 به 1 بود. از دیگر عوامل گرایش به مصرف مواد آشنایی جوانان با مهارت‌های زندگی و ناآشنایی با شیوه‌های شاد زیستن و جامعه پذیر بودن است. جوان، زمانی که اجتماعی و معاشرتی تربیت نشده باشد، آسیب پذیر است. بوتوین و گریفین (2004) از مهارت‌های تصمیم‌گیری، مقابله با اضطراب، مهارت‌های ارتباطی و جرات‌آموزی یاد می‌کنند.

از نظر شدلر و بلاک (1990) بعید نیست که نوجوانان و جوانان از مواد مخدر به منزله راهی برای مقابله با مشکلات، احساسات منفی و موقعیت‌های فشارزا استفاده نمایند. پاسکار، هاور و می‌والد (1992) در مطالعه‌ای که بر روی نوجوانانی که اقدام به خودکشی کرده بودند، انجام دادند به این نتیجه رسیدند که آن‌ها در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا² بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار³ استفاده می‌کنند تا راهبردهای مساله‌مدار⁴. ویلسون و همکاران (1995) نیز در مطالعه‌ای مشابه به این نتیجه رسیدند که نوجوانانی که اقدام به خودکشی کرده بودند، تمایل کمتری به استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار دارند. کید و کارول (2007) با مطالعه بر روی کودکان خیابانی به این نتیجه رسیدند که استفاده از راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی، واپس‌رونده و مصرف الکل از عوامل موثر در اقدام به خودکشی در این افراد می‌باشد.

از دیگر عوامل مرتبط با رفتارهای پرخطر می‌توان به نقش حمایت اجتماعی اشاره نمود. سارافینو (2002) اعتقاد دارد که حمایت اجتماعی از جانب دوستان، خانواده و سایر افراد منجر به کاهش فشار روانی در افراد می‌شود و در سلامت روانی آنها تأثیرگذار است. حمایت اجتماعی برای جوانان به عنوان سپری در مقابل استرس عمل می‌کند. کاسلوو و همکاران (2002) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی یک عامل محافظت‌کننده از فرد در مقابل اقدام به خودکشی است. در مطالعه دیگری که چنگ و چان (2004) بر روی نوجوانان هنگ‌کنگ انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که در محیط اجتماعی، حوادث استرس‌زا می‌تواند گرایش به خودکشی را افزایش دهد، در مقابل حمایت دوستان و خانواده می‌تواند آن را کاهش دهد. وینگت و همکاران (2005) در مطالعه خود یک رابطه معکوس بین نمرات حمایت اجتماعی ادراک شده و گرایش به خودکشی مشاهده کردند. پژوهش حاضر نیز در راستای اهداف تدوین برنامه مداخله‌ای و ارتقائی دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم، تحقیقات و فناوری درصدد

2. stressful situation
3. emotion-focused
4. problem-focused

رفتارهای پرخطر و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه‌های ...

بررسی رابطه بین متغیرهای جمعیت‌شناختی و اجتماعی مرتبط با سوء مصرف مواد و خودکشی در بین دانشجویان است.

روش

جامعه، حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل دانشجویان جدیدالورود کلیه دانشگاه‌های تابعه وزارت علوم، تحقیقات و استثنای دانشگاه پیام نور و جامع علمی - کاربردی است. در پژوهش حاضر با توجه به ماهیت پژوهش، نمونه‌گیری به شکل سرشماری بوده و نمونه برابر جامعه تلقی می‌گردد. به عبارت دیگر، کلیه اعضای جامعه در پژوهش شرکت کرده‌اند و نمونه‌گیری به معنای انتخاب تعدادی از افراد به عنوان گروه نمونه صورت نگرفته است. تعداد دانشجویانی که در پژوهش حاضر پرسشنامه را تکمیل نموده‌اند 61211 نفر بودند. برخی از پرسشنامه‌ها مخدوش بوده و بر اساس بررسی‌های بعمل آمده در دفتر مرکزی مشاوره تعداد 208 (0/3 درصد) از آنها حذف گردید؛ لذا کل پرسشنامه‌های معتبر پژوهش حاضر 61003 پرسشنامه بوده است.

ابزار

ابزار این پژوهش پرسشنامه‌ای 92 ماده‌ای است که برای نخستین بار توسط پورشیری و همکاران (1384) و با استفاده از پرسشنامه‌های سلامت عمومی⁵ (گلدبرگ، 1970؛ منتظری، 2003)، پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای⁶ (اندلر و پارکر، 1990)، پرسشنامه حمایت اجتماعی⁷ (زیمت و همکاران، 1988)، بررسی پیمایشی مواد و الکل آمریکا⁸ موسسه علوم رفتاری راکی‌مانتین⁹ (اوئینگ، بیوایس و ادواردز، 1984)، پرسشنامه غربالگری جوانان در معرض خطر¹⁰ (موسسه پژوهشی منتز، 2004)، غربالگری جوانان و برنامه فرصت‌های درمانی¹¹ (مرکز پژوهش سلامت رفتاری شمال غرب، 2005)، و پرسشنامه زمینه‌یابی برنامه پیشگیری¹² (اداره خدمات سلامت روان و سوء مصرف مواد، 2005) طراحی شده، و ابعاد مختلفی از قبیل اطلاعات جمعیت‌شناختی، عوامل خطر و محافظت‌کننده، سبک‌های مقابله‌ای، عوامل مرتبط با

⁵. General Health Questionnaire (GHQ)

⁶. coping stress questionnaire

⁷. social support

⁸. American Drug and Alcohol Survey (ADAS)

⁹. Rocky Mountain Behavioral Science Institute (RMBSI)

¹⁰. Youth at Risk Screening Questionnaire (YRSQ)

¹¹. Youth Screening and Treatment Opportunities Program (Y- STOP)

¹². Prevention Planning Survey (PPS)

خودکشی و سوء مصرف مواد و نگرش نسبت به مشاوره را شامل می‌گردد. این پرسشنامه دارای خرده-مقیاس و بخش‌های 1 - مقدمه و دستورالعمل پرسشنامه، 2 - مشخصات عمومی پاسخ دهنده (19 سوال)، 3 - علاقه‌مندی به رشته پذیرفته شده (سؤال 1)، 4 - حمایت اجتماعی (4 سوال)، 5 - نگرش نسبت به مشاوره (6 سؤال)، 7 - شیوه‌های مقابله با فشار روانی (14 سوال)، 8 - سنجش اعتبار پاسخ‌ها (4 سوال)، 9 - بررسی احتمال خودکشی (23 سوال)، 10 - بررسی احتمال سوء مصرف مواد (18 سوال)، 11 - پرسشنامه سلامت عمومی (28 سوال). در پژوهش حاضر از بخش‌های مشخصات عمومی پاسخ‌دهنده، حمایت اجتماعی، بررسی احتمال خودکشی، بررسی احتمال سوء مصرف مواد و پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شد.

در پرسشنامه پژوهش حاضر، مقیاس حمایت اجتماعی، برای حفظ اختصار، از 4 سؤال تشکیل شده است که از سؤالات پرسشنامه حمایت اجتماعی (زیمت و همکاران، 1988) استخراج شد. هر کدام از این سؤالات دارای 2 گزینه بلی و خیر می باشد. برای بدست آوردن نمره کلی مقیاس حمایت اجتماعی، ابتدا این سؤالات تحلیل عاملی شدند و مشخص گردید که یک عامل را تشکیل می‌دهند. لذا جمع پذیری آنها مشخص شد، و بر این اساس بعد از در نظر گرفتن کد 1 برای گزینه بلی و کد صفر برای گزینه خیر، با توجه به نزدیک بودن وزن و اهمیت نظری این سؤالات، بدون در نظر گرفتن وزنی برای هر سؤال، از طریق جمع‌بستن این کدها، نمره کلی مقیاس حمایت اجتماعی بدست آمد. بدین ترتیب مقیاسی حاصل شد که حداقل نمره هر فرد در آن صفر و حداکثر نمره 4 است. با توجه به نوع استفاده از این مقیاس، نیازی به داشتن نقطه برش وجود نداشت. در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ این مقیاس برابر 0/78 بدست آمد.

سؤالاتی مرتبط با عوامل خطر خودکشی برای اولین بار توسط گروه تخصصی دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم، تحقیقات و فناوری تهیه شدند. هر سؤال گویای یک عامل خطر خودکشی است که شواهد پژوهشی گسترده‌ای را دارا است، لذا روایی این مقیاس بر اساس روایی سازه و تایید صاحب‌نظران محرز گردید. به دلیل آن که وزن این عوامل خطر در احتمال اقدام به خودکشی افراد یکسان نمی‌باشد. بر این اساس، لازم بود به هر کدام از این عوامل خطر، وزنی اختصاص داده، آن‌ها را با همدیگر جمع نموده و نمره کلی شاخص به دست آید. به همین منظور ضرورت داشت سؤال یا سؤالاتی به عنوان سؤال اصلی و محوری انتخاب شوند. در میان سؤالاتی موجود، سؤال مربوط به خودآسیبی و اقدام قبلی به خودآسیبی، با توجه به مواردی از قبیل بارعاملی بالا، سؤالات مناسبی تشخیص داده شدند. اگرچه فکر خودآسیبی دقیقاً مساوی فکر خودکشی و اقدام به خودآسیبی دقیقاً معادل اقدام به خودکشی نیست؛ با این

رفتارهای پرخطر و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه‌های ...

وجود چنانچه این سؤال‌ها به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته و کسربرتی¹³ سایر عوامل خطر خودکشی بر اساس این سؤال‌ها بدست آید، با رعایت احتیاط‌های لازم می‌توان به شاخص‌های احتمال فکر خودکشی و احتمال اقدام به خودکشی دست یافت. اگرچه در این پژوهش، هر دو شاخص احتمال فکر خودکشی و احتمال اقدام به خودکشی مدنظر بوده و محاسبه شده‌اند، با این وجود با توجه به اهمیت خاص و بالینی فکر خودآسیبی، شاخص بدست آمده از طریق سؤال فکر خودکشی به عنوان شاخص اصلی احتمال خودکشی در نظر گرفته شده است.

روند محاسبه شاخص احتمال فکر خودکشی به این صورت است که به تعداد سؤال‌های این مقیاس، رگرسیون‌هایی انجام گرفت که در هر کدام از آنها سوال فکر خودکشی به عنوان متغیر ملاک و سؤال‌های دیگر به عنوان متغیر پیش بین در نظر گرفته شده بودند. با این تفاوت که در خصوص سؤال‌های دو گزینه‌ای رگرسیون انجام گرفته، رگرسیون لجستیک دوطبقه‌ای¹⁴ و در خصوص سؤال‌های چند گزینه‌ای، رگرسیون چندطبقه‌ای¹⁵ انجام گرفت. بعد از انجام رگرسیون‌های مربوط، مقدار کسربرتی بدست آمده به عنوان وزن مورد نظر آن سؤال منظور می‌شد. منظور از کسر برتری این است که در مورد سؤال‌های دوگزینه‌ای، پاسخ بلی در مقابل پاسخ خیر در همان سؤال، و در مورد سؤال‌های چندگزینه‌ای، در نظر گرفتن گزینه مورد نظر نسبت به مطلوب‌ترین گزینه موجود، احتمال تبدیل گزینه خیر به گزینه بلی را در سؤال فکر خودکشی تا چه حد افزایش می‌دهد. به عبارت ساده‌تر، سؤال یا گزینه‌های سؤال‌های مورد نظر چقدر احتمال فکر خودآسیبی (خودکشی) را افزایش می‌دهد. بدین ترتیب شاخص احتمال فکر خودکشی از مجموع سؤالات مرتبط با مقیاس خودکشی، با اعمال ضرایب حاصل از کسر برتری‌های ذکر شده که وزن هر سؤال یا گزینه را تشکیل می‌دهند، به دست آمد. مقدار آلفای کرونباخ این خرده‌مقیاس هم 0/59 بدست آمد.

سؤال‌های مرتبط با عوامل خطر سوءمصرف مواد نیز هر سؤال گویای یک عامل خطر است که شواهد پژوهشی گسترده‌ای دارد. لذا روایی این مقیاس نیز بر اساس روایی سازه مشخص شده، و به تایید صاحب‌نظران امر رسید. هر سؤال به یک عامل خطر سوءمصرف مواد اشاره دارد و هر قدر فردی تعداد بیشتری از این عوامل خطر را دارا باشد، به احتمال بیشتری در معرض خطر خواهد بود، با این وجود وزن این عوامل خطر در احتمال اقدام به سوء مصرف مواد یک فرد یکسان نیستند. بر این اساس، لازم بود برای هر کدام از این عوامل خطر، وزنی اختصاص داده و سپس آنها را با همدیگر جمع نموده و نمره کلی شاخص به دست آید. به همین منظور، ضرورت داشت سؤال یا سؤال‌هایی به عنوان سؤال اصلی و

¹³. odd ratio

¹⁴. binary logistic

¹⁵. multinomial logistic

محوری انتخاب شوند. طی تحلیل عوامل به دو مجموعه سؤال برخورد شد که می‌توانستند ملاک‌های خوبی برای تهیه شاخص مرتبط با سوءمصرف مواد باشند. یکی از این مجموعه سؤال‌ها که مهم‌تر تشخیص داده شد، عبارت بود از سؤال‌های "آیا سیگار می‌کشید؟"، "آیا قلیان می‌کشید؟"، و "آیا دوست صمیمی دارید که سیگار می‌کشد؟". این مجموعه سؤال‌ها، اگرچه به خودی خود به سوءمصرف مواد اشاره ندارند و بیشتر مصرف سیگار و قلیان را نشان می‌دهند، با این وجود با در نظر گرفتن این امر که این سه سؤال به عنوان عوامل خطر مهم برای سوءمصرف مواد می‌باشند، می‌توان مجموع آن‌ها را به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته و با انجام رگرسیون و بدست آوردن کسری‌تری سایر سؤال‌های این مقیاس، وزنی را برای هر کدام از این متغیرها در نظر گرفته و با جمع بستن سؤال‌ها بر اساس وزن‌هایی که بدست آمد، شاخصی را تحت عنوان احتمال سوءمصرف مواد به دست آورد.

روند محاسبه شاخص احتمال سوء مصرف مواد به این صورت بود که ابتدا سه سؤال ذکر شده با همدیگر جمع شده و متغیر حاصله به صورت دو ارزشی در آمد. افرادی که پاسخ‌شان در هر سه سؤال خیر بود در با کد صفر و افرادی در گزینه‌ای با کد 1 قرار گرفتند. سپس برای سؤال‌های دو گزینه‌ای این مقیاس با استفاده از رگرسیون لجستیک دوتائی و سؤال‌های چندگزینه‌ای با استفاده از رگرسیون لجستیک چندتائی مقدار کسر برتری محاسبه گردید. همانطور که قبلاً توضیح داده شده است، این کسری‌تری‌ها نشان می‌دهد که هر کدام از سؤال‌ها یا گزینه‌های سؤال‌ها، چند برابر احتمال تبدیل گزینه عدم مصرف را به گزینه مصرف افزایش می‌دهد. آلفای کرونباخ این خرده‌مقیاس هم 0/45 بدست آمد.

ابزار سنجش سلامت روان در این پژوهش، پرسشنامه سلامت عمومی است. متن اصلی این پرسشنامه، در سال 1972 توسط گلدبرگ برای غربالگری اختلالات روانشناختی غیرسایکوتیک در مراکز درمانی و سایر جوامع طراحی شده است. بنا بر اظهار گلدبرگ (1972)، پرسشنامه سلامت عمومی درصدد یافتن ناراحتی‌های جدی نظیر اسکیزوفرنی یا افسردگی سایکوتیک نیست، گرچه شواهد زیادی درباره این مقیاس وجود دارد که حاکی از یافتن چنین مواردی است. در پژوهش حاضر از فرم 28 سوالی این پرسشنامه استفاده شد. این پرسشنامه داری چهار خرده‌مقیاس شامل علائم جسمانی، اضطراب، ناکارآمدی اجتماعی و افسردگی است. تقوی (1380) اعتبار¹⁶ پرسشنامه سلامت عمومی را از سه روش بازآزمایی، دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داد که به ترتیب ضرایب پایایی 0/93، 0/90 و 0/90 حاصل گردید. روایی¹⁷ سازه و همزمان این ابزار نیز در حد مطلوب گزارش شده است (تقوی، 1380؛ هومن، 1376). در پژوهش حاضر ضرایب همسانی درونی محاسبه شده برای زیرمقیاس-

¹⁶ . reliability

¹⁷ . validity

رفتارهای پرخطر و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه‌های ...

های علائم جسمانی، اضطراب، ناکارآمدی اجتماعی و افسردگی به ترتیب 0/81، 0/78، 0/71 و 0/84 و برای کل مقیاس 0/91 بوده است.

فرآیند اجرای پژوهش

پس از تهیه مقدمات لازم پژوهش حاضر در دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، جهت ایجاد هماهنگی‌های لازم برای اجرای همسان پرسشنامه در دانشگاه‌ها و موسسات کل کشور، و آشنایی بیشتر راسای مراکز مشاوره دانشگاه‌ها و آزمون‌گران با اهداف پژوهش و راه‌های تحقق آنها، هماهنگی‌های لازم به عمل آمد. بر اساس هماهنگی به عمل آمده، در نظر گرفته شد از اواسط آبان‌ماه سال 1389 تا اواسط دی ماه همان سال مرحله جمع‌آوری داده‌های پژوهش حاضر به اجرا درآید. در مدت زمان جمع‌آوری داده‌ها، به منظور ایجاد همسانی در شیوه ورود داده‌ها در نرم‌افزار SPSS، فایل مربوط به ورود داده‌ها بصورت کامل (کد گذاری شده و با تعریف متغیرهای تحقیق) تنظیم و برای دانشگاه‌ها و موسسات تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فناوری ارسال شد. تکمیل پرسشنامه توسط دانشجویان جدیدالورود صورت گرفت. لازم به ذکر است ورود داده‌های هر یک از دانشگاه‌ها در دفتر مشاوره همان دانشگاه انجام گرفت. فایل‌های تکمیل شده داده‌ها، پس از دریافت توسط دفتر مرکزی مشاوره و ادغام و تبدیل به فایل داده‌های کلی نهایی، جهت انجام تجزیه و تحلیل آماری در اختیار متخصص سنجش و اندازه‌گیری قرار گرفت.

نتایج

بررسی اطلاعات جمعیت شناختی گروه نمونه نشان داد که میانگین سنی گروه نمونه 20/44 با انحراف استاندارد 3/42 است. البته قابل ذکر است که میانه و نما آن به ترتیب 19 و 18 است. 2707 نفر نیز به این سؤال پاسخ نداده است. در ضمن 86/9 و 11/1 درصد از گروه نمونه به ترتیب در دوره‌های روزانه و شبانه مشغول به تحصیل بودند و 2 درصد آنها نیز به این سؤال پاسخ نداده‌اند. اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به جنسیت و وضعیت تاهل، گروه آزمایشی پذیرفته‌شده، نوع سهمیه پذیرش و محل اقامت در زمان تحصیل در جدول 1 ارائه شده است.

جدول 1 نشان می‌دهد که 42/1 و 57/6 درصد از دانشجویان را به ترتیب دانشجویان مذکر و مونث تشکیل داده‌اند. در ضمن 0/3 درصد از دانشجویان نیز این سؤال را بدون پاسخ گذاشته‌اند. 92/7 درصد از دانشجویان مجرد و 6 درصد از ایشان متأهل هستند. در ضمن 1/3 درصد از دانشجویان نیز به این سؤال پاسخ نداده‌اند. سهمیه پذیرش در دانشگاه، 76/5 درصد مناطق، 4/7 درصد شاهد و 2 درصد ایثارگران و 10 درصد هم سهمیه‌های دیگر بوده است. همچنین 6/9 درصد پذیرفته‌شدگان نیز به این سؤال پاسخ نداده‌اند. همچنین دانشجویان از نظر گروه آزمایشی پذیرفته شده در دانشگاه‌ها به ترتیب

41/2 درصد علوم ریاضی و فنی، 19/7 درصد علوم تجربی، 19/2 درصد علوم انسانی، 2/6 درصد زبان‌های خارجی و 0/3 درصد هنر بوده‌اند و 17/4 درصد آنها نیز این سؤال را بدون پاسخ گذاشته‌اند. همچنین جدول 1 نشان می‌دهد که 36/2 درصد از دانشجویان در دوران تحصیل در کنار خانواده، 59/2 درصد در خوابگاه، 2/8 درصد در خانه شخصی با دوستان و 0/9 درصد در خانه دانشجویی به تنهایی خواهند بود. 0/9 درصد نیز به این سؤال پاسخ نداده‌اند.

جدول 1. توزیع فراوانی دانشجویان گروه نمونه به تفکیک جنسیت، وضعیت تاهل، گروه آزمایشی پذیرفته‌شده، نوع سهمیه پذیرش و محل اقامت در زمان تحصیل

متغیر	طبقات	فراوانی (درصد)	متغیر	طبقات	فراوانی (درصد)
جنسیت	مذکر	(42/1) 25772	گروه آزمایشی پذیرفته شده	علوم ریاضی و فنی	(41/2) 25236
	مؤنث	(57/6) 32230		علوم تجربی	(19/7) 11870
	بدون پاسخ	(0/3) 208		علوم انسانی	(19/2) 11733
وضعیت تاهل	مجرد	(92/7) 56731	محل سکونت در زمان تحصیل	زبانهای خارجی	(2/6) 1570
	متاهل	(6) 3678		هنر	(0/3) 163
	بی‌پاسخ	(1/3) 802		بدون پاسخ	(17/4) 10639
نوع سهمیه پذیرش	مناطق	(76/5) 46844	محل سکونت در زمان تحصیل	با خانواده	(36/2) 22152
	شاهد	(4/7) 2872		در خوابگاه	(59/2) 36250
	ایثارگران	(2) 1200		در خانه شخصی با دوستان	(2/8) 1731
	سایر	(10) 6096		در خانه دانشجویی به تنهایی	(0/9) 539
	بدون پاسخ	(6/9) 4199	بدون پاسخ	(0/9) 539	

نتایج ارائه شده در جدول 2 نشان می‌دهد میانگین نمره سلامت روان دانشجویان دختر بیشتر از دانشجویان پسر است. از آنجاکه نمره بالا در پرسشنامه سلامت عمومی نشانگر مشکلات سلامت روان است؛ می‌توان گفت که وضعیت سلامت روان در مقایسه با گروه پسران در وضعیت نامطلوب‌تری قرار دارد. در ضمن دانشجویانی که به صورت تنها و در خانه‌های اجاره‌ای به سر می‌برند، در مقایسه با دیگر دانشجویان از مشکلات روانی بیشتری در رنج هستند. پس از این گروه دانشجویان خوابگاهی قرار دارند. دانشجویانی که در دوران تحصیل با خانواده‌های خود به سر می‌برند، به لحاظ سلامت روان در مطلوب‌ترین وضعیت به سر می‌برند.

بخش مربوط به حمایت اجتماعی جدول 2 نشان می‌دهد گروه دختران و پسران در میزان برخورداری از حمایت اجتماعی تا حدودی از هم تفاوت دارند. این تفاوت نیز به گونه‌ای است که دختران (3/57) در مقایسه با پسران (3/29) از میزان بیشتری حمایت اجتماعی برخوردارند. همچنین دانشجویانی که در زمان تحصیل با خانواده زندگی می‌کنند، در مقایسه با دانشجویان خوابگاهی و اجاره‌نشین از میزان

رفتارهای پرخطر و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه‌های ...

بالا تری از حمایت اجتماعی برخوردار هستند. جدول 2 نشان می‌دهد میانگین میزان در معرض خطر بودن دانشجویان برای سوء مصرف مواد که حداقل آن 16 و حداکثر آن 138 است، 24/41 با انحراف استاندارد 4/38 است.

جدول 2. خلاصه یافته‌های توصیفی متغیرهای سلامت روان، حمایت اجتماعی، میزان آسیب پذیری در برابر سوء مصرف مواد و خودکشی، بهره‌گیری از اعتقادات مذهبی و شیوه‌های مقابله با استرس دانشجویان گروه نمونه

متغیر	طبقه	میانگین	انحراف استاندارد	متغیر	طبقه	میانگین	انحراف استاندارد
بهره‌گیری از اعتقادات دینی	پسر	14/80	9/63	مقابله با استرس مسئله‌مدار	پسر	25/44	5/03
	دختر	16/11	10/30		دختر	23/63	3/64
	با خانواده	14/92	9/52		با خانواده	24/21	4/18
	خوابگاه	15/95	10/34		خوابگاه	24/47	4/48
	اجارهای یا دوستان	15/54	9/85		اجارهای یا دوستان	25/28	4/58
	اجارهای به تنهایی	16/02	10/61		اجارهای به تنهایی	25/89	4/83
	کل	15/57	10/05		کل	24/41	4/38
	پسر	3/29	1/18		پسر	6/88	3/35
	دختر	3/57	0/95		دختر	6/77	3/22
	با خانواده	3/62	0/82		با خانواده	6/65	3/17
خوابگاه	3/35	1/13	خوابگاه	6/91	3/33		
اجارهای یا دوستان	3/36	1/4	اجارهای یا دوستان	7/13	3/39		
اجارهای به تنهایی	3/35	1/4	اجارهای به تنهایی	7/10	3/40		
کل	3/45	1/06	کل	6/82	3/82		
مقابله با استرس مسئله‌مدار	پسر	25/44	5/03	مقابله با استرس اجتماعی	پسر	6/88	3/35
	دختر	23/63	3/64		دختر	6/77	3/22
	با خانواده	24/21	4/18		با خانواده	6/65	3/17
	خوابگاه	24/47	4/48		خوابگاه	6/91	3/33
	اجارهای یا دوستان	25/28	4/58		اجارهای یا دوستان	7/13	3/39
	اجارهای به تنهایی	25/89	4/83		اجارهای به تنهایی	7/10	3/40
	کل	24/41	4/38		کل	6/82	3/82
	پسر	6/88	3/35		پسر	6/88	3/35
	دختر	6/77	3/22		دختر	6/77	3/22
	با خانواده	6/65	3/17		با خانواده	6/65	3/17
خوابگاه	6/91	3/33	خوابگاه	6/91	3/33		
اجارهای یا دوستان	7/13	3/39	اجارهای یا دوستان	7/13	3/39		
اجارهای به تنهایی	7/10	3/40	اجارهای به تنهایی	7/10	3/40		
کل	6/82	3/82	کل	6/82	3/82		

بخش مربوط به در معرض خطر مواد بودن جدول 2 نشان می‌دهد پسران در مقایسه با دختران در معرض میزان بیشتری از خطر سوء مصرف مواد قرار دارند، و دانشجویانی که در زمان تحصیل در خانه-های اجاره‌ای به‌سر می‌برند، در مقایسه با دانشجویان دیگر در معرض خطر سوء مصرف مواد بیشتری هستند. همچنین بخش مربوط به میزان خطر خودکشی، دختران و پسران از نظر میزان در معرض خطر خودکشی بودن چندان تفاوتی ندارند و دانشجویانی که در خانه‌های اجاره‌ای زندگی می‌کنند، در مقایسه با سایر دانشجویان در معرض خطر خودکشی بیشتری قرار دارند.

در بخش مربوط به بهره‌گیری از اعتقادات مذهبی جدول 2 می‌توان مشاهده کرد 3/6 میانگین گروه پسران و 3/91 میانگین گروه دختران در مورد بهره‌گیری از اعتقادات مذهبی است. به عبارت دیگر، دانشجویان دختر در این خصوص در سطح بالاتری از پسران قرار دارند. همچنین دانشجویانی که در خوابگاه‌ها و با خانواده زندگی می‌کنند در مقایسه با دانشجویانی که در خانه‌های اجاره‌ای به سر می‌برند، در وضعیت مناسب‌تری به لحاظ بهره‌گیری از اعتقادات مذهبی قرار دارند.

بخش مربوط به شیوه‌های مقابله با استرس جدول 2 نشان می‌دهد، میانگین زیرمقیاس‌های شیوه-های مقابله با استرس در دو گروه مذکر و مونث تفاوت‌هایی به چشم می‌خورد. از بین این خرده‌مقیاس‌ها شیوه مقابله اجتنابی دارای بیشترین تفاوت است. این تفاوت به گونه‌ای است که میانگین گروه مذکر نسبت به گروه مونث بالاتر است. میانگین کلیه زیرمقیاس‌های شیوه‌های مقابله با استرس در گروه‌های دانشجویان خوابگاهی و غیرخوابگاهی تفاوت‌هایی به چشم می‌خورد. این تفاوت به گونه‌ای است که گروه دانشجویان خوابگاهی دارای کمترین میانگین در شیوه مقابله مسئله مدار و بالاترین میانگین در شیوه هیجان مدار است. این در حالی است که دانشجویانی که با خانواده زندگی می‌کنند، دارای پائین‌ترین میانگین در شیوه اجتنابی هستند و دانشجویانی که در زمان تحصیل در خانه اجاره‌ای با دوستان به‌سر می‌برند، دارای بالاترین میانگین در شیوه اجتنابی هستند. در ادامه بررسی رابطه میزان بهره‌گیری از اعتقادات مذهبی دانشجویان با سطح سلامت روان، حمایت اجتماعی، شیوه‌های مقابله با استرس، در معرض خطر خودکشی و سوء مصرف مواد بودن انجام گرفت که نتایج آن در جدول 3 ارائه شده است.

جدول 3. ماتریس ضرایب همبستگی میزان بهره‌گیری از اعتقادات مذهبی دانشجویان با سلامت روان، حمایت اجتماعی و شیوه‌های مقابله با استرس

متغیر	سلامت روانی	خطر خودکشی	خطر سوء مصرف مواد	شیوه‌های مقابله با استرس		
				مسئله مدار	هیجان مدار	اجتنابی
بهره‌گیری از اعتقادات مذهبی	-0/10*	-0/18*	-0/27*	0/11**	-0/04**	-0/05**

** p < 0/01

رفتارهای پرخطر و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه‌های ...

جدول 3 نشان می‌دهد که بهره‌گیری از اعتقادات مذهبی با دارا بودن مشکلات سلامت روان، خطر خودکشی، خطر سومصرف مواد و همچنین با شیوه مقابله با استرس هیجان‌مدار و اجتنابی رابطه معکوس، ولی با شیوه مقابله با استرس مبتنی بر حل مسئله و مسئله‌مداری رابطه مستقیم دارد. بررسی رابطه بین میزان سلامت روان دانشجویان با برخورداری از حمایت اجتماعی و شیوه‌های مقابله با استرس نشان داد مشکلات سلامت روان با حمایت اجتماعی و شیوه‌های مقابله با استرس مسئله‌مدار و اجتنابی رابطه معکوس، و با شیوه مقابله با استرس هیجان‌مدار رابطه مستقیم نشان داد. از آنجا که نمره بالا در پرسشنامه سلامت روان، نشانگر مشکلات سلامتی است (جدول 4)؛ لذا می‌توان بیان نمود که با افزایش میزان حمایت اجتماعی و شیوه‌های مقابله با استرس مسئله‌مدار و اجتنابی، سلامت روان ارتقا می‌یابد.

جدول 4. ماتریس ضرایب همبستگی سلامت روان با حمایت اجتماعی و شیوه‌های مقابله با استرس

متغیر	حمایت اجتماعی	شیوه‌های مقابله با استرس		
		مسئله‌مدار	هیجان‌مدار	اجتنابی
سلامت روان	0/33*	-0/20*	0/26**	0/05**

** p < 0/01

بررسی رابطه در معرض خطر خودکشی بودن دانشجویان با سلامت روان، برخورداری از حمایت اجتماعی و شیوه‌های مقابله با استرس نیز نشان داد خطر خودکشی با میزان مشکلات روان و شیوه‌های مقابله با استرس هیجان‌مدار و اجتنابی رابطه مستقیم و معنادار و با شیوه مسئله‌مدار و حمایت اجتماعی رابطه معکوس و معنادار نشان داده است (جدول 5). این رابطه بدین معنا است که با افزایش نمره خودکشی در افراد میزان مشکلات سلامت روان، استفاده از شیوه‌های مقابله با استرس هیجان‌مدار و اجتنابی در آنها افزایش می‌یابد. این در حالی است که میزان حمایت اجتماعی در این افراد کاهش می‌یابد.

جدول 5. ماتریس ضرایب همبستگی در معرض خطر سوء مصرف مواد بودن،

حمایت اجتماعی و سلامت روان

متغیر	سلامت روان	حمایت اجتماعی	شیوه‌های مقابله با استرس		
			مسئله‌مدار	هیجان‌مدار	اجتنابی
خطر خودکشی	0/64**	-0/31**	0/21**	0/29**	0/10**

** p < 0/01

جدول 6 نشان می‌دهد که بین میزان در معرض خطر سوء مصرف مواد بودن دانشجویان با مشکلات سلامت روان، و شیوه‌های مقابله با استرس هیجان‌مدار و اجتنابی رابطه مستقیم با شیوه مسئله‌مدار و

حمایت اجتماعی رابطه معکوس و معنادار نشان داده است (جدول 6). این یافته نیز به این معنا است که با افراد نمره در معرض خطر مواد بودن دانشجویان، نمره حمایت اجتماعی و شیوه مقابله با استرس مسئله‌مدار در آنها کاهش یافته است و نمره مربوط به مشکلات سلامت روان و شیوه‌های مقابله با استرس هیجان‌مدار و اجتنابی در آنها افزایش می‌یابد.

جدول 6. ماتریس ضرایب همبستگی در معرض خطر سوء مصرف مواد بودن و بهره‌گیری از اعتقادات مذهبی، حمایت اجتماعی و سلامت روان

متغیر	شیوه‌های مقابله با استرس			سلامت روانی	حمایت اجتماعی
	اجتنابی	هیجان‌مدار	مسئله‌مدار		
در معرض خطر مواد بودن	0/07**	0/14**	-0/14**	0/32**	-0/25**

** p < 0/01

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان داد دانشجویانی که در زمان تحصیل در کنار خانواده به سر می‌برند، در مقایسه با گروه‌های دیگر از میزان بالاتری از حمایت اجتماعی برخوردار هستند. به عبارت دیگر، این افراد با زندگی در کنار خانواده و کمک گرفتن از اعضای خانواده به شیوه آسان‌تری با مشکلات موجود کنار آمده و از تبعات آنها در امان می‌مانند. این یافته با یافته‌های بونگجا (2005)؛ دیلی و لاندروز (2005)؛ استروبی و همکاران (2005)؛ چنگ و چان (2004)؛ بخشی‌پور رودسری و همکاران (1384)؛ چین‌آوه و همکاران (1383)؛ پور شریفی و همکاران (1384)؛ سهرابی و همکاران (1387) و یعقوبی و همکاران (1387) همسو است. حمایت اجتماعی برای جوانان به عنوان سپری در مقابل استرس عمل می‌کند (ویلز و کلیری، 1996). این حمایت می‌تواند به طور ویژه برای جوانانی که استرس را در زندگی تجربه می‌کنند، مهم باشد. کاسلو و همکاران (2002) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی یک عامل محافظت‌کننده از فرد در مقابل اقدام به خودکشی و بسیاری دیگر از مشکلات روانی - اجتماعی است. چنگ و چان (2004) نیز نشان دادند در محیط اجتماعی، حوادث استرس‌زا می‌تواند گرایش به خودکشی را افزایش دهد و در مقابل حمایت دوستان و خانواده می‌تواند آن را کاهش دهد.

یافته‌های پژوهش حاضر با اغلب یافته‌های پیشین مبنی بر رابطه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و شیوه‌های مقابله با استرس همسو است (پور شریفی و همکاران، 1384؛ سهرابی و همکاران، 1387؛ یعقوبی و همکاران، 1387). مطالعات متعدد نشان می‌دهند مهارت‌های انفعالی یا اجتنابی در برخورد با استرس می‌تواند منجر به مشکلات سلامت روان افراد موثر شود (هولاهان و موس، 1987؛ کامیاس و همکاران، 1988؛ کائو و همکاران، 2003؛ ژائو، 2006؛ کو و همکاران، 2008؛ لی و جی، 2008).

رفتارهای پرخطر و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه‌های ...

پژوهشگران پس از تجزیه و تحلیل رابطه بین پاسخ‌های مقابله‌ای و هیجان‌های ایجاد شده در افراد به این نتیجه رسیدند که حل مسأله با برنامه‌ریزی، مفیدترین و مؤثرترین پاسخ مقابله‌ای است، زیرا با بیشترین هیجان‌ات مثبت همراه است. موس و بیلینگز (1982) نشان دادند که بکارگیری شیوه‌هایی مانند جستجوی اطلاعات و مقابله مسأله مدارانه با شاخص‌های سازگاری رابطه مستقیم دارد. افرادی که بیشتر از راهبردهای شناختی فعال و کمتر از مقابله اجتنابی استفاده می‌کنند، پیامدهای سازگاری بهتری را نشان می‌دهند. بر عکس مقابله هیجانی و اجتنابی به سازگاری نه چندان رضایت بخش با رویدادهای تنش زا منجر می‌شود و افرادی که از این راهبردها استفاده می‌کنند، معمولاً "مضطرب و افسرده هستند. پترسون (1989) نیز معتقد است که یک عیب عمده اجتناب به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای آن است که فرد را از استفاده مفید از پس‌خوراند شخصی محروم می‌سازد. از این نظر، اجتناب شکلی از انکار است که مانع از استفاده از پس‌خوراند افراد دیگر در جهت رشد شخص می‌شود (کلینکه، ترجمه محمدخانی، 1380). کولنس و همکاران (1990) دریافتند که دانشجویان دارای افسردگی خفیف، بیشتر از راهبردهای اجتنابی استفاده کرده و بیشتر از دانشجویان غیرافسرده، استرس را تجربه می‌کنند. با این توصیف، گروه دانشجویان مونث، دانشجویان پذیرفته‌شده در گروه آزمایشی علوم تجربی و انسانی و دانشجویان ساکن در مکان‌های اجاره‌ای که از شیوه‌های هیجان‌مدار و اجتنابی در مقایسه با سایر گروه‌ها استفاده می‌نمایند؛ برای رویارویی مناسب‌تر با استرس‌ها و حفظ سلامت روانشناختی نیازمند دریافت خدمات آموزشی روانشناختی هستند.

یافته‌های مربوط به در معرض خطر سوء مصرف مواد بودن با یافته‌های راپ و لیزا (2004)، کردمیرزا و همکاران (1382)، پورشریفی و همکاران (1384)، طارمیان و سهرابی (1385)، سهرابی و همکاران (1387)، و یعقوبی و همکاران (1388) همسوئی دارد. اسماعیلی و همکاران (1379) گزارش کردند که 10 درصد از زندانیان مرتبط با مواد را تحصیل‌کردگان دانشگاهی تشکیل می‌دهند. طبق گزارش ستاد مبارزه مخدر (1386) بالاترین میزان سوء مصرف در دامنه سنی 27-21 سال مشاهده می‌شود. گزارش رسمی وزارت بهداشت (1381) نیز حاکی از این است که وابستگی به مواد در میان متولدین دهه 1350 حدود بیست برابر متولدین دهه 30 است. پژوهش کاربرخش و زندگی (2007) نیز نشان داد که بیشترین فراوانی مصرف و مسمومیت با مواد مخدر در دامنه سنی 29-20 سال قرار دارد. آمارهای بدست آمده از بررسی‌هایی که در پانزده دانشگاه علوم پزشکی کشور در مورد شیوع سوء مصرف مواد انجام شد، مبین آن است که سابقه‌ی مصرف سیگار 17/3 تا 31/5 درصد، و مصرف فعلی آن 14/2 تا 20 درصد بوده است (زرانی، 1385). بررسی کرد میرزا و همکاران (1382) بر روی دانشجویان رشته‌های پزشکی، فنی و مهندسی، هنر و علوم انسانی در سطح دانشگاه‌های تهران نشان می‌دهد که 16/3 درصد

دانشجویان رشته‌های هنر، 8/85 درصد دانشجویان رشته‌های علوم انسانی، 6 درصد دانشجویان فنی و مهندسی و 5 درصد دانشجویان رشته پزشکی به سوء مصرف مواد اذعان کرده‌اند.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد دختران و پسران دانشجویان از نظر میزان در معرض خطر خودکشی بودن چندان تفاوتی ندارند. این یافته‌ها با نتایج مطالعه سهرابی، ترقی‌جاه و نجفی (1386) همخوان نیست. دانشجویان گروه‌های علوم انسانی و زبان‌های خارجی از میانگین میزان خطر خودکشی بیشتری برخوردار هستند. رشته‌های ریاضی و هنر کمتر است که این یافته‌ها نیز با یافته مطالعه سهرابی، ترقی‌جاه و نجفی (1386) همخوان نیست. اما با یافته‌های مطالعه زرانی و همکاران (1383) همخوان است. دانشجویانی که در خانه‌های اجاره‌ای به سر می‌برند، در مقایسه با دیگر دانشجویان علی‌الخصوص دانشجویانی که با خانواده زندگی می‌کنند، در معرض خطر بیشتری هستند. این یافته‌ها با یافته‌های محسنی (1366)، (گرمخانی، 1378)، زرانی و همکاران (1383)، پورشریفی و همکاران (1384)، و سهرابی و همکاران (1387) و یعقوبی و همکاران (1388) همسوئی دارد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد بهره‌گیری از اعتقادات مذهبی با دارا بودن مشکلات سلامت روان، حمایت اجتماعی، خطر خودکشی، خطر سومصرف مواد و همچنین با شیوه مقابله با استرس هیجان‌مدار و اجتنابی رابطه معکوس، ولی با شیوه مقابله با استرس مبتنی بر حل مسئله و مسئله‌مداری رابطه مستقیم دارد. مطالعات متعددی در مورد تاثیر دین بر بهداشت روانی و جسمانی صورت گرفته است و در بخش وسیعی، نتایج حاکی از سودمندی تاثیر مذهب بر بهداشت روانی بوده است (لویس و چاترز، 1998، گارتر و همکاران، 1990). یافته‌های پژوهش در مورد وجود رابطه سلامت روان با بهره‌گیری از اعتقادات مذهبی همسو با مطالعات متعددی (به عنوان مثال کوئینگ، جورج و تیتوس، 2004؛ ریپنتروپ و همکاران، 2005؛ بیرمن، 2008؛ گلزاری، 1378؛ اسلامی، پورشریفی و همکاران، 1384؛ سهرابی و همکاران، 1387 و یعقوبی و همکاران، 1388) است. همچنین نتایج پژوهش حاکی است بهره‌گیری از اعتقادات مذهبی می‌تواند به عنوان یکی از عوامل محافظت‌کننده در مقابل خطر گرایش به سوء مصرف مواد به شمار بیاید. معنادهی و تفسیر مذهبی از وقایع ناخوشایند در موقعیت‌های استرس‌زا و بحرانی زندگی، از عوامل مؤثر در کاهش اضطراب است که در آن به روش‌های مقابله مذهبی تعبیر می‌شود. برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهد وقایع خاص زندگی و شرایط تنبیدی‌زای مزمن به احتمال زیاد پاسخ‌های مقابله‌ای مذهبی را بر می‌انگیزند (جنکینز و پارگمنت، 1988؛ پارگمنت و هان، 1986).

یافته‌های پژوهش نشان داد مشکلات سلامت روان با حمایت اجتماعی و شیوه‌های مقابله با استرس مسئله‌مدار و اجتنابی رابطه معکوس و با شیوه مقابله با استرس هیجان‌مدار رابطه مستقیم دارد. از آنجائی که نمره بالا در پرسشنامه سلامت روان، نشانگر مشکلات سلامتی است؛ لذا می‌توان بیان نمود که با افزایش میزان حمایت اجتماعی و شیوه‌های مقابله با استرس مسئله‌مدار و اجتنابی، سلامت روان

رفتارهای پرخطر و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه‌های ...

ارتقا می‌یابد. این یافته‌ها همسو با مطالعات سارافینو (2002)، لو (1997)، دیلی و لاندروز (2005)، استروبی و همکاران (2005)، ویلز و کلیری (1996)، پورشرفی و همکاران (1383)، میرسمعی (1385)، نوری‌مقدم و روشن (1385) و سهرابی و همکاران (1386) و یعقوبی و همکاران (1387) است. دیلی و لاندروز (2005) نشان دادند حمایت اجتماعی یک متغیر پیش‌بینی کننده سلامت روانی است. استروبی و همکاران (2005) نیز گزارش کرده‌اند هرچه دریافت شخص از میزان حمایتی که از سوی دیگران دریافت می‌کند، بالاتر باشد به همان نسبت سلامت روان بالاتری دارد.

خطر خودکشی با میزان مشکلات روانی و شیوه‌های مقابله با استرس رابطه مستقیم و معنادار و با حمایت اجتماعی رابطه معکوس و معنادار نشان داده است. این یافته بدین معنا است که افزایش میزان سلامت روان و بهره‌گیری از شیوه‌های مقابله با استرس و برخورداری بیشتر از حمایت اجتماعی با کاهش میزان خطر خودکشی در ارتباط است. این یافته با مطالعات لوینسون (1994)، پیفر و همکاران (1993)، یانگ و کلام (1994)، پورشرفی و همکاران (1384)، سهرابی و همکاران (1387) و یعقوبی و همکاران (1387) همسو است. فقدان حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل خطر برای خودکشی مطرح است (کینگ و همکاران، 1990، لوینسون، 1994، پیفر و همکاران، 1993، یانگ و کلام، 1994). برعکس، حمایت اجتماعی کافی به عنوان یک عامل بازدارنده در برابر اقدام به خودکشی عمل می‌کند. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش حاضر که نشان داد بهره‌گیری از حمایت اجتماعی با میزان خطر خودکشی رابطه معکوس دارند؛ همسو است.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد در معرض خطر سوء مصرف مواد بودن با میزان مشکلات سلامت روان و شیوه‌های مقابله با استرس هیجان‌مدار و اجتنابی رابطه مستقیم و معنادار دارد؛ ولی با میزان حمایت اجتماعی و شیوه مقابله با استرس مسئله‌مدار رابطه معکوس و معنادار دارد. در حوزه رابطه عوامل روانشناختی با خطر سوء مصرف مواد شواهد تجربی حاکی از ارتباط معنادار بین جنبه‌های روان-شناختی با سوء مصرف مواد است. فورمن و لینی (1991) معتقدند نوجوانانی که مواد مصرف می‌کنند، در مقایسه با آنهایی که مواد مصرف نمی‌کنند، از اعتماد به نفس کمتری برخوردارند. همچنین سوء مصرف مواد با حالت‌هایی چون تکانشگری، خلق افسرده، توانایی ضعیف در ابراز وجود، اضطراب زیاد و نیاز شدید به تایید اجتماعی، در ارتباط است (پتریاتیس و همکاران، 1995). یافته‌های پژوهش حاضر با بسیاری از مطالعات موجود در زمینه رابطه سلامت روان و خطر سوء مصرف ناهمسو است. در تبیین این امر می‌توان به تعدد متغیرهای موجود در این رابطه اشاره نمود که توانسته‌اند منجر به عدم معناداری این رابطه شوند. از طرف دیگر یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد حمایت اجتماعی با در معرض خطر سوء مصرف مواد بودن رابطه معکوس دارد. مطالعات نشان داده است که یکی از عوامل مرتبط با اعتیاد کیفیت شبکه اجتماعی فرد است (کوپلو و همکاران، 2006). اعتیاد احتمال خشونت در خانواده را بالا می‌برد

(کریستوفرسن و سوئیل، 2003)، به تخریب روابط شغلی و تحصیلی می‌انجامد و باعث می‌شود که فرد از شبکه روابطی سالم دور شده و به شبکه‌هایی روی بیاورد که همگونی بیشتری با وضعیت فعلی او دارند. همین امر بر احتمال تداوم و تشدید اختلال می‌افزاید. از سوی دیگر، وجود افراد سالم در شبکه اجتماعی فرد و حمایت آنها از وی در برابر استرس‌های محیطی، هم با کاهش احتمال ابتلا و هم با افزایش احتمال درمان موفق پس از ابتلا، رابطه دارد (پولین و نیکولسون، 2005). براساس موارد ذکر شده می‌توان پیشنهادات زیر را برای دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم، تحقیقات و فناوری ارائه نمود:

1. ضمن پیشنهاد تداوم انجام چنین پژوهش‌هایی برای ورودی‌های سال‌های بعد، پیشنهاد می‌شود زمینه انجام پژوهش‌های طولی فراهم گردد تا امکان مقایسه وضعیت دانشجویان در سال‌های مختلف تحصیلی و نیز در زمان فراغت از تحصیل با وضعیت زمان ورود به دانشگاه فراهم گردد. می‌توان براساس داده‌های موجود و یافته‌های پژوهش‌های مشابه، به نیمرخ‌های فردی، دانشگاهی، رشته‌ای دست یافت که در این صورت می‌توان داده‌های بعدی در خصوص دانشجویان را با این نیمرخ‌ها مقایسه نمود. افزون بر آن چنین یافته‌هایی به مسئولان و سیاستگذاران بهداشت روانی دانشجویان کشوری و دانشگاهی کمک خواهد کرد تا ضمن شناسایی عوامل دانشگاهی موثر بر سلامت دانشجویان، اقدام به مداخله‌های موثر نمایند.

2. در شرایط کاملاً ایده‌آل حتی اگر دانشجو در طول دوران تحصیل تحت هیچ استرس درون و برون دانشگاهی قرار نگیرد، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درصد قابل توجهی از دانشجویان به دلیل مواردی از قبیل نقیصه‌های مهارتی از سلامت روان پایین برخوردار بوده و یا در معرض خطر خودکشی و سوء مصرف مواد می‌باشند، بر این اساس شدیداً توصیه می‌شود که آموزش مهارت‌های زندگی به عنوان مجموعه آموزشی که شواهد گسترده‌ای اثربخشی آن را تایید نموده‌اند در دانشگاهها به خصوص در قالب درسی اختیاری به دانشجویان تعلیم داده شود.

3. پیشنهاد می‌شود یک ابزار ملی برای سنجش سلامت روانی دانشجویان با مختصات فرهنگی و بومی جامعه دانشگاهی ایران بیش از پیش ضروری می‌نماید. در آن صورت نیمرخ‌های روانشناختی فردی، رشته‌ای، دانشکده‌ای و دانشگاهی و کشوری انجام داد. پیشنهاد می‌شود قبل از اجرای پرسشنامه‌ها با دانشجویان به صورت فردی مصاحبه به عمل آید تا اطلاعات لازم را جهت تکمیل صحیح پرسشنامه کسب کرده و سپس اقدام به پاسخگویی به سؤالات در فرصت کافی نمایند.

4. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی به بررسی مقایسه‌ای وضعیت سلامت روان دانشجویان، در مقاطع زمانی مختلف مثلاً در بدو ورود، سال اول تحصیل و در سال‌های بعد پرداخته شود تا امکان مداخله‌ها و برنامه‌ریزی موثر برای دانشجویان فراهم آید. علاوه بر آن با تهیه یک نیمرخ

رفتارهای پرخطر و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه‌های ...

روانشناختی فردی و پیگیری وضعیت روانشناختی فرد در طول دوران تحصیلی می‌توان روند رسیدگی به مسائل و مشکلات دانشجویان را سریع‌تر پیگیری کرد.

5. متأسفانه بیشتر مطالعات بر جنبه‌های ناسازگار و ناپه‌نجان رفتار و عواملی که بهداشت روان در دانشجویان را مختل می‌سازد تأکید کرده و انجام شده است. این مطلب بیانگر این حقیقت است که ما از شادی‌ها و رضایت‌مندی از زندگی غافل شده‌ایم. در مقایسه با درد و رنج، زمینه‌های مربوط به شادی‌ها برای دانشمندان علوم اجتماعی روشن نیست. چنانچه بین سال‌های 1967 تا 1994 در چکیده روان‌شناختی 46380 مقاله در مورد افسردگی، 36851 مقاله در مورد اضطراب و 5099 مقاله در مورد خشم آورده شده است. فقط 2389 مقاله در مورد لذت بردن از زندگی کار شده و 2340 مقاله در مورد رضایت‌مندی از زندگی و 405 مقاله در مورد شادی آورده شده است. لذا توصیه می‌شود در پژوهش‌های بعدی شیوه‌های لذت بردن از زندگی روزمره، علی‌رغم مشکلاتی که وجود دارد، کار شود.

6. برای کسب اطلاعات دقیق در مورد وضعیت سلامت روانی دانشجویان، به غیر از خود دانشجویان که در طرح‌های مختلف از نظرات و پاسخ‌هایشان در مقیاس‌های مربوطه استفاده شده است، منابع مهمتری نیز می‌توانند اطلاعات دقیقی را در اختیار گذارند که یکی از این منابع مراکز مشاوره دانشگاهی هستند؛ که مستقیماً با دانشجویان در ارتباطند. لذا پیشنهاد می‌شود تا در مطالعات بعدی به نظرات و پاسخ‌های مشاوران دانشگاه در این مورد بیشتر توجه شود.

7. در پژوهش حاضر یافته‌هایی بدست آمده که می‌توان از آنها در طرح‌هایی با عنوان پیشگیری اولیه و ثانویه استفاده نمود. بدین ترتیب که بر اساس یافته‌های همین پژوهش میزان سلامت روان در میان دانشجویانی که در کنار خانواده خود زندگی می‌کنند، بیشتر از دانشجویانی است که در خوابگاه یا منزل شخصی زندگی می‌کنند. به نظر می‌رسد یکی از دلایل اصلی آن عدم آشنایی با شرایط محیطی استانی است که در آن مشغول به تحصیل هستند و حتی گاهی تضاد و عدم انطباق ارزش‌ها و باورهای دانشجویان با شرایط استانی است. لذا نتیجه‌ای که از این موضوع می‌توان گرفت آنکه اگر بتوان شرایطی را فراهم نمود تا دانشجویان در استان‌های محل زندگی خود مانده و ادامه تحصیل دهند، در سطح فردی می‌تواند منجر به افزایش سطح سلامت روان در آنها و در سطح اجتماعی باعث پیشرفت استان مربوطه در عرصه‌های مختلف شوند.

منابع

- پاتو، مژگان (1387). بررسی رابطه بین عمل به باورهای دینی و بهزیستی ذهنی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه. مجموعه مقالات چهارمین سمینار بهداشت روانی دانشجویان. ص 581.
- ثمری، علی‌اکبر؛ لعلی‌فاز، احمد؛ علی‌عسگری، عباس (1385). بررسی منابع حمایتی و شیوه‌های مقابله با عوامل استرس‌زا در دانشجویان. فصلنامه اصول بهداشت روانی. سال هشتم، شماره 31 و 32.

- حکمت پور، اکبر (1380). بررسی رابطه میان فشار روانی و شیوه‌های مقابله با آن در دانشجویان شهرستانی و تهرانی دانشگاه‌های دولتی تهران در سال تحصیلی 80-1379. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت معلم تهران.
- رحمتی، عباس؛ طارمیان، فرهاد؛ سهرابی، فرامرز (1385). شیوع شناسی مصرف مواد و عوامل خطر و محافظت کننده در دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان. تهران: دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.
- زرانی، فریبا؛ وقار، معصومه (1383). بررسی همه‌گیرشناسی خودکشی دانشجویان. مجموعه مقالات دومین سمینار سراسری بهداشت روان دانشجویان.
- سهرابی، فرامرز؛ ترقی‌جاه، صدیقه؛ نجفی، محمود (1386). گزارش نهایی بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال 86-1385 دانشگاه‌های تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
- کلینکه، کریس. ال (1380). مهارت‌های زندگی. ترجمه: شهرام محمدخانی. تهران: اسپند هنر

- Behavioral Health Research Center of the Southwest (2005). Youth Screening and Treatment Opportunities Program. <http://www.allaboutcounseling.com/local/listings/behavioral-health-research-center-of-the-southwest/>.
- Bongjae, L. (2005). Alcohol-induced stress and social support as influence of the adult substance abusers health and well-being. university of Pittsburgh degree of doctor
- Botvin, G. J., Griffin, K. W. (2004). Life skills Training Empirical finding and future Directions. *The Journal of Primary Prevention*, Vol. 25, No 2.
- Broman C. L. (2005). Stress, race and substance use in college. *College Student Journal*, 39, 340-352.
- Cheng, S., & Chan, A. C.M. (2004). The multidimensional scale of perceived social support: dimensionality and age and gender differences in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 37, 1359-1369.
- Choi, S., & Ryan., J. (2007). Co- occurring problems for substance abusing mothers in child welfare: Matching services to improve family reunification. *Children and Youth Services Review*, 29, 1393-1410
- Conner, K. R., Duberstein, P. R., Conwell, Y., Seidlitz, L., & Caine, E.D. (2001). Psychological vulnerability to completed suicide: A review of empirical studies. *Suicide and life-Threatening Behavior*, 31(4), 353-385.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). "Multidimensional Assessment of Coping: A Critical Evaluation." *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844-854
- Goldberg, D. P., & Blackwell, B. (1970). Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. *Br Med J*. 1:439-443
- Johnston, L. D., O'Malley, D. M., & Bachman, J. G. (1998). National survey of results on drug use from the Monitoring the future study, 1975- 1994. Rockville, MD: V. S. Department of Health & Human Services.
- Karbakhsh, M., & Salehian Zandi, N. (2007). Acute opiate overdose in Tehran: The forgotten role of opium. *Addictive Behaviors*, 32, 1835-1842.

رفتارهای پرخطر و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه‌های ...

- Kaslow, J. N., Okun, A., Young, sh, & Wychoffs. (2002). Risk and protective factors for suicidal Behavior in Abused African American women, *Journal of Counsutling and ClinicalPpsychology*, Vol, 70, No, 2. 311-39.
- Kidd, S. A. & Carroll, M. R. (2007). Coping and suicidality among homeless youth. *Journal of Adolescence*, 30, 283-296.
- Melchior, M. M., Chastang, J., Goldberg, P. (2007). High prevalence rates of tobacco, alcohol and drug use in adolescents and Young adults in France: results from the GAZEL Youth study. *Addictive Behavior* ,33, 122-133.
- Mentor Research Institute (2004). Youth at Risk Screening Questionnaire. <http://www.oregoncounseling.org/Test/YouthAtRiskScreen.htm>
- Montazeri A., Harirchi A.M., Shariati M., Garmaroudi G., Ebadi M., Fateh A. (2003). The 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12: translation and validation study of the Iranian version. *Health and Quality of Life Outcomes*. 1: 66.
- National Institute of Drug Abuse(NIDA). (2007). Science-based prevention programs and principles. WWW.DRUGABUSE.GOV
- Oetting, E. R., Beauvais, F., & Edwards, R. (1984). *The American Drug and Alcohol Survey*. Rocky Mountain Behavioral Science Institute, Inc.
- Rupp, P. and Lisa, L. (2004). *Handbook of preventing interventions for Adolescents*. New York: John Wiley.
- Sanders, E. (2007). Understanding addiction and its hidden casts. www.Execucareare.com
- Sarafino, E. P. (2002). *Health psychology Biopsychosocial Interactions*. John Wiley & Sons Inc.
- Shedler, J., & Block, J, (1990). Adolescent drag use and psychological health. *American psychologist*, 45, 612-630
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2005) *Prevention Planning System*. <http://www.channing-bete.com/company-information/company-news/press-releases/samhsa-ctc.html>
- Vaillanta, G., Templeton, J., Ardelt, M., & Meyer, S. E. (2008). The natural history of male mental health: Health and religious involvement. *Social Science & Medicine*, 66, 221–231
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G. & Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.