

## رابطه جهت‌گیری مذهبی و باورهای غیرمنطقی با گرایش به سوءمصرف مواد در بین

### نوجوانان

محمد بهرامی (مربی گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران، نویسنده مسئول)

[ba\\_mohammad2003@yahoo.com](mailto:ba_mohammad2003@yahoo.com)

مریم روشن (استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران)

[lightmaryv74@yahoo.com](mailto:lightmaryv74@yahoo.com)

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی و باورهای غیرمنطقی با گرایش به سوءمصرف مواد در بین نوجوانان انجام شد. این پژوهش از نوع همبستگی است که بر روی نمونه‌ای مشتمل بر ۲۱۹ نفر از دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه دوم شهرستان شاهین دژ انجام شده است. روش نمونه‌گیری ترکیبی (خوشه‌ای تصادفی) و پرسش‌نامه‌های آمادگی اعتیاد زرگر (۱۳۸۵)، جهت‌گیری مذهبی آلپورت (۱۹۶۷) و باورهای غیرمنطقی اهواز (۱۳۸۴) بر روی نمونه انتخابی اجرا شد. نتایج نشان داد که گرایش به سوءمصرف مواد با جهت‌گیری مذهبی بیرونی و باورهای غیرمنطقی رابطه مثبت و معنادار و با جهت‌گیری مذهبی درونی رابطه منفی و معنادار دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که جهت‌گیری مذهبی بیرونی و درونی و باورهای غیرمنطقی در مجموع ۴۱ درصد از واریانس گرایش به سوءمصرف مواد را پیش‌بینی می‌کنند. می‌توان گفت که باورهای غیرمنطقی و نداشتن نگرش‌های دینی و مذهبی درونی از جمله عوامل زمینه‌ساز سوءمصرف مواد می‌باشند که باید در درمان و پیشگیری از سوءمصرف مواد مورد توجه قرار گیرند.

**کلیدواژه‌ها:** گرایش به سوءمصرف مواد، جهت‌گیری مذهبی درونی، جهت‌گیری

مذهبی بیرونی، باورهای غیرمنطقی

## ۱. مقدمه

اعتیاد نوعی بیماری جسمانی روانی و اجتماعی است که زمینه‌های پیش‌اعتیادی متعددی در شکل‌گیری آن نقش اساسی ایفا می‌کنند. می‌توان این عوامل پیش‌اعتیادی را آمادگی ابتلا به اعتیاد نام نهاد. آمادگی ابتلا به اعتیاد، باورهای فرد در مورد نتیجه و عاقبت هر کار و ارزشی که فرد برای این نتیجه قائل است، قلمداد می‌شود (گالانتر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶).

گرایش به مصرف مواد را در باورها و نگرش‌های افراد راجع به مواد و پیامدهای منفی و مثبت مصرف آن‌ها تعریف کرده‌اند. بنابراین گرایش به مصرف مواد ارتباط مستقیمی با حوزه‌های نگرشی افراد از قبیل درک آن‌ها از قانونی بودن و میزان پذیرش اجتماعی مواد، ضررهای ناشی از مصرف مواد و حالات و پیامدهای خوشایند مصرف مواد و غیره دارد (سارولا و مک کلندون<sup>۲</sup>، ۱۹۸۸). پس گرایش به مصرف مواد در افراد براساس باورها و نگرش‌های آن‌ها به مواد ارزیابی می‌شود. وابستگی به مواد یا اعتیاد به مواد مخدر در همه مشاغل، سطوح تحصیلی و طبقه اقتصادی، اجتماعی دیده می‌شود و به افراد و اقشار خاصی اختصاص ندارد. با توجه به شیوع بالای وابستگی به مواد و دشواری‌های درمان آن، تلاش برای شناسایی عوامل خطر ابتلا به این مشکل در جمعیت‌های مختلف بسیار ضروری است (اندرسون<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸، به نقل از قاضی نژاد و ساوالان پور، ۱۳۸۸).

از جمله عواملی که می‌تواند در کاهش مصرف مواد نقش مؤثری داشته باشد، داشتن اعتقادات مذهبی است و تقویت اعتقادات مذهبی در تمام مراحل زندگی یک اقدام پیشگیری‌کننده برای کاهش اختلالات روانی و مشکلات ناشی از آن مانند خودکشی، اعتیاد به مواد مخدر، افسردگی و اضطراب است (اصغری، کردمیرزا و احمدی، ۱۳۹۲). آلپورت<sup>۴</sup> در گستره شخصیت و روان‌شناسی اجتماعی بر حسب جهت‌گیری دینی افراد، آن‌ها را به دو نوع

1. Galanter
2. Sarvela & McClendon
3. Anderson
4. Allport

جهت‌گیری مذهبی درونی<sup>۱</sup> و بیرونی<sup>۲</sup> تقسیم کرده است. از نظر آلپورت، افراد دارای جهت‌گیری مذهبی بیرونی، به لحاظ نظری دارای باورهای مذهبی هستند. در دیدگاه جهت‌گیری مذهبی بیرونی، مذهب ابزار ارضای نیازهای اولیه فرد خواهد بود. از دیدگاه آلپورت، افراد دارای جهت‌گیری مذهبی درونی ضمن درون‌سازی ارزش‌های دینی، مذهب را به مثابه هدف در نظر می‌گیرند. در این جهت‌گیری، دین دارای کنش وری خودمختاری و مستقلی شده و به انگیزه برتر مبدل می‌شود (آلپورت و راس<sup>۳</sup>، ۱۹۶۷).

عوامل مختلف دیگری نیز در گسترش این آسیب اجتماعی تأثیر دارند. اما نداشتن اطلاعات صحیح و آموزش‌های اصولی و مداوم از مهم‌ترین عوامل به دام افتادن نوجوانان و جوانان است. متأسفانه اطلاعات در دسترس مردم در مورد اعتیاد و آسیب‌های ناشی از آن بسیار اندک و در بسیاری موارد اشتباه است. علاوه بر این، گاه باورها و عقاید نادرستی در مورد مواد و اعتیاد در بین مردم رواج دارد که اوضاع را بدتر و پیچیده تر می‌کند. از جمله اینکه مصرف خیلی کم مواد منجر به اعتیاد نمی‌شود، مصرف تفریحی منجر به اعتیاد نمی‌شود و هر چیزی ارزش یکبار تجربه کردن دارد. این باورهای غلط متأسفانه موجب گسترش آلودگی و اعتیاد در جامعه می‌شود (کرخی، ۱۳۹۱، به نقل از شهریاری، دستجردی، حجت‌زاده، کیخانی و رضانی، ۱۳۹۲). وجود تفکرات و باورهای غیرمنطقی نقش مهمی در سبب‌شناسی و فرآیند درمان افراد وابسته به مواد بازی می‌کنند. وجود تفکرات و باورهای غیرمنطقی باعث مقاومت درمان و بازگشت دوباره بیماری می‌شود (گاستفریند<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵). باورهای غیرمنطقی دو ویژگی دارند:

• توقعات خشک و تعصب‌آمیزی هستند که معمولاً با کلمات باید و حتماً بیان می‌شوند؛

---

1. intrinsic  
2. extrensic  
3. Ross  
4. Gastfriend

• فلسفه‌های خودآشفته‌ساز، که معمولاً حاصل این توقعات هستند و انتساب‌های نامعقول و بیش از حد تعمیم‌یافته ایجاد می‌کنند (پروچسکا، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۸).

باورها و افکار افراد است که بر رفتار وی اثر می‌گذارد. به بیان دیگر باورها و نگرش‌های شخص تعیین‌گرهای رفتار وی هستند، نه رویدادها و حوادث. باورهای منطقی بر عکس باورهای غیرمنطقی منجر به پیامدهای عاطفی و رفتار منطقی در افراد می‌شوند و به حفظ سلامت روانی وی کمک می‌کنند (گوردون، فلت، هویت و بلانکستاین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸).

نوع نگرش افراد معتاد به مواد مخدر نوعی تفکر است که ممکن است منطقی یا غیرمنطقی باشد و اغلب ماهیتی خودکار، ناهشیار و دائمی دارد و به راحتی نمی‌توان این نگرش را تغییر داد. با این حال، یکی از شیوه‌هایی که به معتاد کمک می‌کند تا به شناخت خود دست یابد، بررسی نوع نگرش و ایجاد نگرش منفی نسبت به مواد است (بیت، اوستین، فیشچوف، پالمگرن، جاکوبز<sup>۲</sup>، به نقل از دستجانی فراهانی، رحمانی و تیزدست، ۱۳۹۲). در همین راستا، توناتو<sup>۳</sup> (۲۰۰۸) پژوهشی با عنوان فراشناخت و سوءمصرف مواد انجام داد و دریافت افراد وابسته به مواد در مقایسه با افراد عادی باورهای غیرمنطقی و نگرش‌های ناکارآمدی دارند و معتقد است درمان شناختی و فراشناختی برای افراد وابسته به مواد مؤثر واقع می‌شود. با توجه به مطالب فوق، هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی و باورهای غیرمنطقی با گرایش به سوءمصرف مواد است.

## ۲. مبانی نظری تحقیق

یکی از مشکلات امروز جامعه ما، برخلاف دو یا سه دهه قبل، کاهش سن اعتیاد است که بررسی‌های آماری حاکی از ادامه این روند می‌باشد. گزارش دفتر مبارزه با مواد مخدر و

1. Gordon, Flet, Hewitt, Blankstein  
2. Beyth, Austin, Fishchhoff, Palmgren, Jacobs  
3. Tonato

جرایم سازمان یافته سازمان ملل نیز بیان می دارد که مصرف مواد مخدر در اغلب کشورها از جمله ایران از پیرگرایی چند دهه قبل به جوان گرایی در سالهای اخیر تغییر یافته است. این معضل خود پیامدهایی به دنبال داشته است که از جمله آن می توان به گسترش اعتیاد در مدارس و دانشگاهها اشاره کرد. با توجه به جمعیت جوان کشور، اعتیاد به عنوان خطرناک ترین معضل جامعه و عاملی برای تبدیل این قشر به نیروی منفی و مخرب است و این امر لزوم طرح ریزی برنامه های جامع مبارزه با مواد مخدر را مطرح می سازد (قریشی زاده و ترابی، ۱۳۸۱). از جمله متغیرهای اثر گذار بر گرایش به سوء مصرف مواد و اعتیاد در بین نوجوانان جهت گیری مذهبی و باورهای غیر منطقی است که به بررسی آنها می پردازیم:

#### ۲.۱. جهت گیری مذهبی

شواهد حاکی از آن است که افراد با جهت گیری مذهبی و معنوی بالا، تمایل کمتری به مصرف الکل و سایر مواد دارند. مطالعات در این زمینه تأیید کرده اند، افرادی که ایمان و باورهای دینی و معنوی، احساس معنا و هدف در زندگی آنها در سطح ضعیفی است، آمادگی و استعداد بیشتری برای سوء مصرف مواد دارند (میلر، ۱۹۹۸). همچنین باورهای معنوی می توانند به عنوان پادزهر<sup>۱</sup> در مقابل اختلالات سوء مصرف مواد به کار گرفته شوند. یافته های همسو در این زمینه این امر را تأیید کرده و نشان داده اند مراجعانی که باورهای معنوی و دینی قوی داشته اند، در مقایسه با مراجعان دیگر از برنامه های درمانی مرتبط با ترک مواد استقبال بیشتری کرده و در این زمینه ثبات قدم داشته اند (واترز و شافر<sup>۲</sup>)، ۲۰۰۵؛ اوانتس و واربرتون و مارگولین<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱ و جاروسویوز<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰). حتی باورهای معنوی عمیق، بر بهبودی طولانی مدت تأثیر مستقیم دارد (جاروسویوز، ۲۰۰۰). مراجعانی که طی فرآیند درمان بر روی معنویات و باورهای معنوی، تغییر نگرش به زندگی، توکل و اتکا به نیروی بالاتر،

1. antidote
2. Waters and Shafer
3. Avants, , Warburton, & Margolin
4. Jarusiewicz

توجه به ندای درونی، احساس معنا در زندگی، قدرشناسی و همکاری با دیگران کار کرده بودند، بیشتر در جست‌وجوی بهبودی و درمان بودند (آرنولد، اوانتز، مارگولین و مارکوت، ۲۰۰۲).

اصغری، کردمیرزا و احمدی (۱۳۹۲) در پژوهش خود دریافتند دانشجویان دارای نگرش مذهبی درونی گرایش کمتر به سوء مصرف مواد دارند در مقابل کسانی که گرایش مذهبی بیرونی دارند، گرایش بیشتر به سوء مصرف مواد دارند. نتایج پژوهش رجنیراس و الدر<sup>۲</sup> (۲۰۰۳) نشان داد که داشتن نگرش مذهبی جوانان را برای مصرف الکل و مواد و بزهکاری و رفتارهای پرخطر را کاهش می‌دهد و حداقل عملکرد مذهب، داشتن نقش حفاظتی مستقیم در برابر هر نوع آسیب‌پذیری است. پژوهش دیگری که توسط ادلونند<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۰) در این رابطه انجام شده است؛ حاکی از آن است که باورهای مذهبی و حضور در کلیسا احتمال آسیب‌پذیری و گرایش به سوء مصرف مواد را کاهش می‌دهد. در پژوهش دیگری خدایاری فرد، شهابی و اکبری زردخانه (۱۳۸۸) نشان دادند که بین سطح دینداری فرد و گرایش به مصرف مواد دانشجویان رابطه منفی و معناداری وجود دارد. بدین ترتیب، هر چه فرد در سطح بالاتری از دینداری قرار داشته باشد، احتمال گرایش به مصرف مواد در وی پایین‌تر است. زرگر، نجاریان و نعیمی (۱۳۸۷) در پژوهش خود دریافتند که افراد هیجان‌خواه، با ویژگی‌های سرسختی کم و نگرش‌های مذهبی پایین آمادگی بیشتری برای ابتلا به اعتیاد دارند.

نتیجه پژوهش همایونی (۲۰۱۱) نشان داد که افراد معتاد در مقایسه با افراد عادی جهت‌گیری مذهبی بیرونی دارند و جهت‌گیری درونی مذهبی می‌تواند مشکلات روانی افراد هنگام درمان اعتیاد را کاهش دهد و کارآمدی افراد برای درمان را افزایش می‌دهد. نوری پور و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهش خود به رابطه مثبت بین نگرش‌های مذهبی و سلامت روانی

1. Arnold, Avants, Margolin, & Marcotte
2. Regnerus & Elder
3. Edlund

افراد معتاد اشاره کرده‌اند. در نهایت اینکه موس، رای و وودراف<sup>۱</sup> (۲۰۱۳) با مرور بیست و نه مطالعه انجام‌شده در زمینه تأثیر معنویت و مذهب بر بهبود درمان سوءمصرف مواد را بررسی کرده و دریافته‌اند که معنویت و مذهب می‌تواند سپر حفاظتی افراد در برابر سوءمصرف مواد باشد و بین معنویت و مذهب و بهبود و ترک مصرف مواد همبستگی مثبتی وجود دارد.

## ۲.۲. باورهای غیر منطقی

باورها مجموعه یا مجموعه‌های اساسی از اندیشه‌هایی هستند پیرامون اینکه جهان از جمله جهان اجتماعی چیست؟ این باورها تقریباً بصورت حقیقتی غیر قابل تردید پذیرفته شده‌اند باور در واقع پذیرش هر پذیره خاص بصورت حقیقت است و در واقع باورها:

- آنی و گذرا نیستند و پذیرش آنها تمام وجود افراد را در بر می‌گیرد، یعنی رنگ عاطفی و هیجانی دارند.

- باورها زمینه فکری را مهیا می‌سازد تا فرد زمینه انجام عمل و یا ترک آن را مشخص کند. در واقع باورها تعیین‌کننده شیوه عمل هستند (ساروخانی، ۱۳۶۸:

۶۳).

باورها ممکن است منطقی باشند یا غیر منطقی، به طور کلی باورهای غیر منطقی دارای

خصوصیات زیر هستند:

- با واقعیات موجود هماهنگ و هم جهت نیستند.
- توسط شواهد عینی تأیید نمی‌شوند و فرد در صدد آزمایش آنها نیست.
- به شکل اطلاعات و یا به شکل تصمیم و تصمیم‌گیری نادرست است.
- با اجبار و الزام و وظیفه است، خشک و انعطاف‌ناپذیر هستند.
- در نهایت منجر به اضطراب، افسردگی و احساس گناه و غیره در فرد می‌شود.

نتایج پژوهش‌ها بیانگر آن است که باورهای غیر منطقی و نگرش‌های ناکارآمد بر گرایش نوجوانان به سوء مصرف مواد تأثیر دارد. بختیاری شوهانی و بختیاری شوهانی (۱۳۹۴) در مطالعه به بررسی رابطه عملکرد خانواده و باورهای غیر منطقی با گرایش به اعتیاد در بین دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر ایلام پرداختند. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که بین باورهای غیر منطقی و گرایش نوجوانان به اعتیاد رابطه معناداری وجود دارد و عملکرد ناسالم خانواده و افزایش باورهای غیر منطقی می‌تواند فرد را به سمت استفاده از مواد تسکین‌دهنده اعتیادآور سوق دهد.

کریمی (۱۳۹۳) تأثیر رویکرد بازسازی شناختی بر باورهای غیر منطقی و ناامیدی افراد مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد را مورد مطالعه قرار داد و دریافت که رویکرد بازسازی شناختی در کاهش باورهای غیر منطقی و ناامیدی افراد وابسته به مواد مؤثر بوده است. براساس نتایج وی مداخله بازسازی شناختی در بهبود باورها غیر منطقی و کاهش ناامیدی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد می‌تواند مؤثر واقع شود. نتایج مطالعه محمودی (۱۳۹۲) نشان داد که بین باورهای غیر منطقی با تاب‌آوری و نگرش به مواد مخدر رابطه معناداری وجود دارد. به این صورت کسانی که باورهای غیر منطقی بالاتری دارند تاب‌آوری پایین‌تر و نگرش مثبت‌تری به مصرف مواد مخدر دارند.

امین‌پور و احمدزاده (۱۳۹۰) باورهای غیر منطقی را در بین افراد معتاد و عادی مورد مقایسه قرار دادند و دریافتند نمره باورهای غیر منطقی در افراد معتاد بیشتر از افراد عادی بود و معتقدند که افراد می‌توانند از طریق دگرگون‌ساختن باورهای خود، رفتار و احساساتشان را تغییر دهند. بنابراین، باید باورهای غیر منطقی را با ملاحظات آموزشی و باورهای منطقی جایگزین کرد. نتایج مطالعه قربانی، کاظمی و قربانی (۱۳۹۰) نشان داد که بیماران مبتلا به اختلال سوء مصرف شیشه نسبت به افراد عادی باورهای غیر منطقی بیشتری داشتند. یعقوبی، محقق، امیری و اسفندیاری (۱۳۹۴) در پژوهش خود نشان دادند که بین باورهای غیر منطقی



و نگرش نسبت به مصرف مواد در بین دانش آموزان شهر کرمانشاه رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و نتیجه گرفتند که باورهای غیرمنطقی از جمله عوامل زمینه ساز اعتیاد است. از یک سو با توجه به نقش باورهای مذهبی در کاهش آسیب پذیری در برابر سوء مصرف مواد و از سوی دیگر گاه باورها و عقاید نادرستی در مورد مواد و اعتیاد در بین مردم رواج دارد که اوضاع را بدتر و پیچیده تر می کند، ضرورت دارد که با بررسی تأثیر نگرش های مذهبی و باورهای غیرمنطقی بر گرایش به اعتیاد نوجوانان و بررسی علل گرایش آنان که چهارچوب نظری تحقیق را تشکیل می دهد، ضمن شناسایی عوامل پیش بینی کننده گرایش به اعتیاد، پیشگیری ها و اقدامات لازم در این زمینه به عمل آید.

### ۳. روش شناسی

#### ۳.۱. روش تحقیق

روش تحقیق در این پژوهش همبستگی است. در این تحقیق جامعه کل دانش آموزان پسر مقطع متوسطه دوم شهرستان شاهین دژ بود که در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ در حال تحصیل بودند. برای ورود دانش آموزان به تحقیق، شرایطی نظیر مقطع متوسطه دوم و رضایت به شرکت در پژوهش در نظر گرفته شد. حجم نمونه شامل ۲۱۹ نفر بوده که از طریق روش نمونه گیری ترکیبی خوشه ای و تصادفی ساده انتخاب شدند. مراحل روش نمونه گیری خوشه ای بدین صورت بود که از مجموع ۸ دبیرستان متوسطه دوم (نظامی، فردوسی، شاهد، دکتر حسابی، معلم، کاردانش، شهدای اسلام و امام جعفر صادق) شهر و روستاهای شاهین دژ تعداد ۴ دبیرستان به صورت تصادفی (شهدای اسلام، فردوسی، شاهد و نظامی) انتخاب شدند. پس از انتخاب تصادفی این دبیرستان ها، از هر دبیرستان یک کلاس از پایه دهم، یک کلاس از پایه یازدهم و یکی از پایه دوازدهم به صورت تصادفی انتخاب و سپس در هر پایه ۲۰ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب و پرسش نامه میان آنان توزیع گردید. در نهایت از ۲۴۰ پرسش نامه توزیع شده ۲۱۹ پرسش نامه جمع آوری شد که ۹۱ درصد پرسش نامه ها را

تشکیل می‌دهد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات این پژوهش از روش همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چندمتغیری استفاده شد.

جدول ۱- مراحل نمونه‌گیری و توزیع پرسش‌نامه‌ها

مدارس (خوشه‌ها)	مرحله اول نمونه‌گیری (انتخاب مدرسه)	مرحله دوم نمونه‌گیری (انتخاب کلاس)	انتخاب تصادفی ساده (هر کلاس ۲۰ نفر)	تعداد پرسشنامه‌های جمع‌آوری شده
نظامی‌گنجوی، فردوسی، شاهد، دکتر حسایی، معلم، کار دانش، شهدای اسلام، امام جعفر صادق (ع)	شهدای اسلام (۸ کلاس)	۳ کلاس (از هر پایه ۱ کلاس)	۶۰ پرسش‌نامه توزیع شد.	۵۶
	فردوسی (۸ کلاس)	۳ کلاس (از هر پایه ۱ کلاس)	۶۰ پرسش‌نامه توزیع شد.	۵۳
	شاهد پسرانه (۱۲ کلاس)	۳ کلاس (از هر پایه ۱ کلاس)	۶۰ پرسش‌نامه توزیع شد.	۵۵
	نظامی‌گنجوی (۱۰ کلاس)	۳ کلاس (از هر پایه ۱ کلاس)	۶۰ پرسش‌نامه توزیع شد.	۵۵
				جمع: ۲۱۹

### ۳.۲. ابزار تحقیق

الف) مقیاس ایرانی آمادگی اعتیاد: این مقیاس توسط زرگر (۱۳۸۵) با توجه به شرایط روانی-اجتماعی جامعه ایرانی ساخته شده است و از دو عامل تشکیل شده و دارای ۳۶ ماده و ۵ دروغ سنج است. در عامل اول (آمادگی فعال) ماده‌ها به ترتیب مربوط به رفتارهای ضداجتماعی، میل به مصرف مواد، نگرش مثبت به مواد، افسردگی و هیجان‌خواهی است و در عامل دوم (آمادگی منفعل) ماده‌ها مربوط به عدم ابراز وجود و افسردگی است. ۲۸ ماده آن مربوط به عامل آمادگی فعال (۳، ۴، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۲، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۴، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱) و ۹ ماده آن مربوط به آمادگی منفعل (۱، ۲، ۹، ۱۳، ۱۴، ۲۰، ۲۳، ۳۲، ۳۵) می‌باشد و در ضمن ماده ۹ هم، در عامل آمادگی فعال و منفعل، مشترک است نمره‌گذاری هر سؤال بر روی یک پیوستار از صفر (کاملاً

مخالفم) تا ۳ (کاملاً موافقم) است. این پرسش نامه دارای عامل دروغ سنج است که شامل سؤالات شماره ۱۲، ۱۵، ۲۱ و ۳۳ می شود. نمره گذاری آن ها معکوس است.

برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسش نامه باید مجموع امتیازات تک تک سؤالات (به غیر از مقیسا دروغ سنج) را با هم جمع کرد. این نمره دامنه ای از ۰ تا ۱۰۸ را خواهد داشت. نمرات بالاتر به منزله آمادگی بیشتر فرد پاسخ دهنده برای اعتیاد است و بر عکس. برای محاسبه روایی این مقیاس از دو روش استفاده شده است. در روایی ملاکی، پرسش نامه آمادگی به اعتیاد دو گروه معتاد و غیرمعتاد را به خوبی از هم تشخیص داد. روایی سازه مقیاس از طریق همبسته کردن آن با مقیاس ۲۵ ماده ای فهرست علائم بالینی ۰/۴۵ محاسبه شد که در در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ معنادار بود. پایایی مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شد که در حد مطلوبی است (زرگر، ۱۳۸۵).

ب) پرسش نامه جهت گیری مذهبی آلپورت: آلپورت (۱۹۶۷) برای اندازه گیری جهت گیری مذهبی یک مقیاس ۲۰ ماده ای ساخت که ۱۱ گویه آن جهت گیری مذهبی بیرونی و ۹ گویه دیگر آن جهت گیری مذهبی درونی را می سنجد. بعد از آن روان شناسی به نام فیگن یک نسخه ۲۱ گویه ای از مقیاس بیرونی و درونی از روی مقیاس آلپورت ساخت. برای سنجش روایی این آزمون در ایران، این نسخه ترجمه شد و سپس متخصصان مختلف بازنویسی های متعدد بر روی آن انجام دادند تا متناسب با بافت فرهنگی و مذهبی ایران شود. نمره گذاری برای سؤالات این مقیاس براساس مقیاس لیکرت تنظیم شده است. در این پرسش نامه گویه های ۱ تا ۱۲ جهت گیری مذهبی بیرونی و گویه های ۱۳ تا ۲۱ جهت گیری مذهبی درونی را می سنجد. در تحقیق آلپورت همبستگی بین مقیاس های جهت گیری بیرونی با مقیاس های جهت گیری درونی ۰/۲۱- بوده است. در پژوهش اصغری، کردمیرزا و احمدی (۱۳۹۲) ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش نامه یادشده ۰/۶۲ به دست آمده است.

ج) پرسش نامه باورهای غیرمنطقی اهواز: این پرسش نامه با هدف سنجش باورهای غیرمنطقی اصلاح شده و فرم کوتاه پرسش نامه باورهای غیرمنطقی جونز ۱۰۰ ماده ای است

که پرسش‌نامه حاضر توسط عبادی و معتمدین در سال ۱۳۸۴ در شهر اهواز دوباره بررسی شد و ۶۰ ماده از ۱۰۰ سؤال آزمون حذف شد و یک ساختار ۴ عاملی به دست آمد. این پرسش‌نامه دارای ۴۰ سؤال است که آزمودنی براساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت به آن پاسخ می‌دهد که کمترین درجه نمره ۱ و بالاترین درجه برای هر سؤال نمره ۵ است. ۴ عامل این پرسش‌نامه عبارت‌اند از درماندگی در برابر تغییر (۱۵ گویه)، توقع تأیید از دیگران (۱۰ گویه)، اجتناب از مشکل (۵ گویه) و بی‌مسئولیتی هیجانی (۱۰ گویه). شیوه نمره‌گذاری آزمون ۴۰ سؤالی باورهای غیرمنطقی فرم اهواز با اختصاص نمرات (۱، ۲، ۳، ۴ و ۵) برای گزینه‌های (به شدت مخالفم تا به شدت موافقم) صورت می‌گیرد. نمره بالا نشان‌دهنده باورهای غیرمنطقی بالا و نمره پایین نشان‌دهنده باور غیرمنطقی پایین است. حداکثر نمره در این آزمون ۱۶۰ است. روایی این ۴ عامل از طریق روایی عاملی همگرا و پایایی آن‌ها با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه گردید. ضریب پایایی کل آزمون از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۹ و ضریب همگرایی آزمون باورهای غیرمنطقی و IBT برابر با ۰/۸۷ به دست آمد (معتمدین، بدری، عبادی و زمانی، ۱۳۹۱).

#### ۴. یافته‌ها

بررسی خصوصیات فردی افراد تحت مطالعه نشان داد که ۶۴ درصد دانش‌آموزان شاخه نظری و ۳۶ درصد بقیه کارودانش و فنی حرفه‌ای بودند. دانش‌آموزان در دامنه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال با میانگین ۱۶/۷۲ سال قرار داشتند. جدول ۱ شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) متغیرهای گرایش به سوء مصرف مواد، جهت‌گیری مذهبی (بیرونی و درونی) و باورهای غیرمنطقی را برای کل نمونه نشان می‌دهد.

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش برای کل نمونه

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف معیار
گرایش به سوء مصرف مواد	۴۱/۴	۱۸/۵
جهت‌گیری مذهبی بیرونی	۲۹/۳	۹/۲

ادامه جدول ۲

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف معیار
جهت گیری مذهبی درونی	۲۷/۶	۷/۰۷
باورهای غیرمنطقی	۶۵/۷	۱۰/۶

نتایج ضریب همبستگی پیرسون (جدول ۲) نشان داد که گرایش به سوء مصرف مواد با جهت گیری مذهبی بیرونی، همبستگی مثبت و معنادار، با جهت گیری مذهبی درونی همبستگی منفی و معنادار و با باورهای غیرمنطقی نیز رابطه مثبت و معناداری دارد.

جدول ۳- ضریب همبستگی گرایش به سوء مصرف مواد با جهت گیری مذهبی و باورهای غیرمنطقی

متغیر	جهت گیری مذهبی بیرونی	جهت گیری مذهبی درونی	باورهای غیرمنطقی	
			مقدار $r$	سوء مصرف مواد
گرایش به	۰/۴۴	-۰/۴۷	۰/۳۵	
سوء مصرف مواد	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	سطح معناداری

نتایج جدول تحلیل رگرسیون همزمان نشان می دهد، مجذور  $R$  برای جهت گیری مذهبی درونی ۲۲ درصد و بعد از ورود جهت گیری مذهبی بیرونی این مقدار ۳۹ درصد و همراه شدن متغیر باورهای غیرمنطقی با این دو متغیر به ۴۱ درصد افزایش پیدا کرد. به طور کلی سه متغیر جهت گیری مذهبی درونی، جهت گیری مذهبی بیرونی و باورهای غیرمنطقی قادر به پیش بینی گرایش نوجوانان به سوء مصرف مواد بوده و جمعاً ۴۱ درصد واریانس مربوط به گرایش به سوء مصرف مواد در نوجوانان شهر شاهین دژ را پیش بینی می کند.

جدول ۴- مدل رگرسیون برای پیش بینی گرایش به سوء مصرف مواد از روی متغیرهای جهت گیری مذهبی

و باورهای غیرمنطقی

متغیرها	$R$	مجذور $R$	انحراف استاندارد	ضریب بتا	مقدار آزمون (T)	سطح معناداری
جهت گیری بیرونی	۰/۴۷	۰/۲۲	۰/۱۵	-۰/۳۸	-۶/۶	۰/۰۰۰
جهت گیری درونی	۰/۶۲	۰/۳۹	۰/۱۰۶	۰/۴۰	۷/۶	۰/۰۰۰
باورهای غیرمنطقی	۰/۶۴	۰/۴۱	۰/۱۰۱	۰/۱۵	۲/۷	۰/۰۰۷

## بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی رابطه جهت گیری های مذهبی و باورهای غیرمنطقی با گرایش به سوء مصرف مواد در بین دانش آموزان شهرستان شاهین دژ انجام شد. نتیجه تحلیل همبستگی نشان داد که بین جهت گیری مذهبی بیرونی و گرایش به سوء مصرف مواد رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و بین جهت گیری مذهبی درونی و گرایش به سوء مصرف مواد در بین دانش آموزان نوجوان رابطه منفی و معناداری وجود دارد. به این معنی که نوجوانان با جهت گیری های مذهبی درونی، گرایشات کمتر و پایین تری به مصرف مواد دارند و کسانی که گرایش مذهبی بیرونی دارند، تمایلات و استعداد آنها برای مصرف مواد بیشتر است. نتیجه پژوهش حاضر در زمینه رابطه نگرش های مذهبی با گرایش به مصرف مواد با نتایج پژوهش های اصغری، کردمیرزا و احمدی (۱۳۹۲)، رجنیراس و الدر (۲۰۰۹)، ادلونند و همکاران (۲۰۱۰)، خدایاری فرد، شهابی و اکبری زردخانه (۱۳۸۸)، زرگر، نجاریان و نعامی (۱۳۸۷)، همایونی (۲۰۱۱) و موس، رای و وودراف (۲۰۱۳) همخوان است.

بر طبق نظر آلپورت افراد دارای جهت گیری مذهبی درونی ضمن درون سازی ارزش های دینی، مذهب را به مثابه هدف در نظر می گیرند. در این جهت گیری، دین دارای کنش وری خودمختاری و مستقلی شده و به انگیزه برتر مبدل می شود (آلپورت و راس، ۱۹۶۷). شواهد بر این امر تأکید دارند که افراد با جهت گیری دینی و معنوی بالا در زندگی خود احساس معنا و هدف می کنند و نگرش مثبت تری به زندگی دارند (میلر، ۱۹۹۸). همچنین براساس نظر واترز و شافر (۲۰۰۵) و جنیراس و الدر (۲۰۰۹) باورهای معنوی می توانند به عنوان پادزهر در مقابل اختلالات سوء مصرف مواد به کار گرفته شوند و داشتن نگرش های مذهبی، گرایش افراد را برای مصرف مواد و رفتارهای پرخطر کاهش می دهد و حداقل عملکرد مذهب، داشتن نقش حفاظتی مستقیم در برابر هر نوع آسیب است.

در نتیجه می توان گفت باورها و نگرش های دینی و معنوی افراد، مصونیت آنان در برابر مواد افزایش می دهد و به نظر می رسد افراد دارای اعتقادات مذهبی درونی و واقعی در مقابل

اعتیاد مصنوعیت دارند. با توجه به نتایج این پژوهش و تأثیر گرایش مذهبی بر گرایش افراد به سوء مصرف مواد پیشنهاد می شود برای ارتقای سطح اعتقادات مذهبی دانش آموزان تلاش های لازم صورت گیرد و تقویت گرایش های مذهبی و معنوی در برنامه های آموزشی و پرورشی گنجانده شود.

یکی دیگر از اهداف پژوهش حاضر شناسایی رابطه بین باورهای غیرمنطقی و میزان گرایش دانش آموزان نوجوان به سوء مصرف مواد بود. یافته ها در این رابطه نشان دادند که بین باورهای غیرمنطقی و گرایش به مصرف مواد همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. نوجوانانی که باورهای غیرمنطقی داشتند، گرایش بیشتری به مصرف مواد داشتند. بر عکس کسانی که باورهای منطقی تری داشتند، اعتیادپذیری آنها در سطح پایینی نیز قرار داشت. نتیجه پژوهش حاضر در این رابطه با نتایج پژوهش های بختیاری شوهانی و بختیاری شوهانی (۱۳۹۴)، محمودی (۱۳۹۲) و یعقوبی، محقق، امیری و اسفندیاری (۱۳۹۴) همخوان است. آنان نیز در پژوهش خود نشان دادند که باورهای غیرمنطقی، گرایش افراد برای مصرف مواد را افزایش می دهد.

به اعتقاد ایس (۱۹۹۵) مشکلات روانی، رفتاری و بسیاری از ناراحتی های مردم و زندگی عاطفی نامنظم آنها ریشه در انواع عقاید غیرمنطقی و غیرواقعی آنها در مورد خود و جهان پیرامون آنها دارد. از نظر او مشکلات روانی و رفتاری نتیجه شناخت نادرست افراد است چرا که عواطف محصول شناخت است و پیامدهای فراوانی که از تفکرات غیرمنطقی ناشی می شود، علل اساسی مهم ترین اختلال های هیجانی به شمار می روند (زارعی دوست، عاطف، بیان زاده و بیرشک، ۱۳۸۶). وجود تفکرات و باورهای غیرمنطقی نقش مهمی در سبب شناسی و فرآیند درمان افراد وابسته به مواد بازی می کنند و وجود تفکرات و باورهای غیرمنطقی باعث مقاومت درمان و بازگشت دوباره بیماری می شود (گاستفریند، ۲۰۰۵). علاوه بر این گاه باورها و عقاید نادرستی در مورد مواد و اعتیاد در بین مردم رواج دارد که اوضاع را بدتر و پیچیده تر می کند. از جمله اینکه مصرف خیلی کم مواد منجر به اعتیاد

نمی‌شود، مصرف تفریحی منجر به اعتیاد نمی‌شود و هر چیزی ارزش یکبار تجربه کردن دارد. این باورهای غلط متأسفانه موجب گسترش آلودگی و اعتیاد در جامعه می‌گردد (کرخی، ۱۳۹۱، به نقل از شهریاری، دستجردی، حجت زاده، کیخانی و رضانی، ۱۳۹۲).  
توناتو (۲۰۰۸) معتقد است که افراد وابسته به مواد در مقایسه با افراد عادی باورهای غیرمنطقی و نگرش‌های ناکارآمدی دارند و درمان‌شناختی و فراشناختی برای افراد وابسته به مواد مؤثر واقع می‌شود.

در نهایت اینکه نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نشان داد که جهت‌گیری مذهبی و باورهای غیرمنطقی توانایی پیش‌بینی ۴۱ درصد تغییرات نمرات گرایش به سوءمصرف مواد در بین دانش‌آموزان نوجوان را دارند. با توجه به این نکته می‌توان گفت که نداشتن باورها و نگرش‌های مذهبی درونی و معنوی و باورهای غیرمنطقی افراد را در برابر رفتارهای پرخطری مانند مصرف مواد آسیب‌پذیر می‌سازد و زمینه لازم برای اعتیادپذیری نوجوانان را فراهم می‌کند. با توجه به یافته‌ها پیشنهاد می‌شود برای افزایش آگاهی و تغییر نگرش دانش‌آموزان به مواد ضمن توجه خاص به اعتقادات مذهبی و باورهای معنوی و باورهای منطقی آن‌ها شده و با استفاده از راهکارها و مدل‌های مناسب راه مقابله با بی‌اعتقادی دینی، باورهای غیرمنطقی و مصرف مواد آموزش داده شود.

#### کتاب‌نامه

۱. اصغری، فرهاد؛ کردمیرزا، عزت‌الله و احمدی، لیلیا (۱۳۹۲). رابطه نگرش مذهبی، منبع کنترل و گرایش به سوءمصرف مواد در دانشجویان. فصل‌نامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد، ۲۵، ۱۱۳-۱۰۳.
۲. امین‌پور، حسن و احمدزاده، یاسین. (۱۳۹۰). بررسی و مقایسه وضعیت باورهای غیرمنطقی در افراد معتاد و عادی. فصل‌نامه اعتیاد پژوهی، ۱۷، ۱۲۰-۱۰۷.



۳. بختیاری شوهانی، محمود و بختیاری شوهانی، زینب. (۱۳۹۴). بررسی رابطه عملکرد خانواده و باورهای غیرمنطقی با گرایش به اعتیاد در بین دانش‌آموزان پسر متوسطه شهر ایلام. اولین همایش ملی اسلام و سلامت روان، ۹-۱.
۴. پروچسکا، جیمز و نورکراس، جان سی. (۱۳۸۸). نظریه‌های روان‌درمانی. ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: انتشارات رشد.
۵. خدایاری فرد، محمد؛ شهابی، روح‌الله و اکبری زردخانه، سعید. (۱۳۸۸). رابطه دینداری و خودکنترلی با گرایش به مصرف مواد در دانشجویان. مجله رفاه اجتماعی، ۳۴، ۱۱۵-۱۳۰.
۶. دستجانی فراهانی، اکرم؛ رحمانی، محمد علی و تیزدست، طاهر. (۱۳۹۲). اثربخشی گروه درمانی شناختی‌رفتاری بر باورهای غیرمنطقی و کیفیت زندگی افراد وابسته به آفتاب‌سوختگی. فصل‌نامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد، ۲۸، ۱۱۹-۱۳۰.
۷. زارعی دوست، الهام؛ عاطف وحید، محمدکاظم؛ بیان‌زاده، سید اکبر و بیرشک، بهروز. (۱۳۸۶). مقایسه منبع کنترل، شیوه‌های مقابله و باورهای غیرمنطقی در زنان روسپی و عادی شهر تهران، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۷ (۱۳)، ۲۰-۱۳.
۸. زرگر، یدالله. (۱۳۸۵). ساخت و اعتباریابی مقیاس ایرانی آمادگی به اعتیاد. دومین همایش انجمن روان‌شناسی ایران.
۹. زرگر، یدالله؛ نجاریان، بهمن و نعمی، عبدالزهرا. (۱۳۸۷). بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی (هیجان‌خواهی، ابراز وجود، سرسختی روان‌شناختی)، نگرش مذهبی و رضایت زناشویی با آمادگی اعتیاد به مواد مخدر در کارکنان یک شرکت صنعتی در اهواز، مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، ۱، ۹۹-۱۲۰.
۱۰. ساروخانی، باقر. (۱۳۶۸). دایره‌المعارف اجتماعی. تهران: نشر کیهان.
۱۱. شهریاری، شیرین؛ دستجردی، رضا؛ حجت‌زاده، نسرين، کیخانی، راضیه و رمضان‌نیا، عباسعلی. (۱۳۹۲). نقش و کارکرد خانواده در گرایش دانشجویان به اعتیاد و سوءمصرف مواد. فصل‌نامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زابل، ۴، ۶۷-۵۹.
۱۲. قاضی‌نژاد، م و سوالان‌پور، ا. (۱۳۸۸). بررسی رابطه طرد اجتماعی و آمادگی برای اعتیاد، مسائل اجتماعی ایران، ۶۳، سال ۱۳، ۱۵۹-۱۸۰.

۱۳. قربانی، مریم؛ کاظمی، حمید و قربانی، طاهره. (۱۳۹۰). مقایسه باورها غیرمنطقی بیماران مبتلا به اختلال سوءمصرف شیشه و افراد عادی، دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، ۳ (۴۵)، ۳۸-۳۱.
۱۴. قریشی زاده، محمدعلی و ترابی، کتایون. (۱۳۸۱). بررسی عوامل مؤثر در وابستگی به مواد مخدر در مراجعه کنندگان به مرکز خود معرف تبریز، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۸ (۱): ۲۱-۲۸.
۱۵. کریمی، عبدالله. (۱۳۹۳). اثربخشی رویکرد بازسازی شناختی بر باورهای غیرمنطقی و ناامیدی در افراد مبتلا به اختلا سوئ مصرف مواد. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل.
۱۶. محمودی، حسین. (۱۳۹۲). بررسی رابطه باورهای غیر منطقی با تاب آوری و نگرش به مواد مخدر در دانشجویان، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
۱۷. معتمدین، مختار؛ بدری، رحمان؛ عبادی، غلامحسین و زمانی، نیره. (۱۳۹۱). هنجاریابی آزمون باورهای غیرمنطقی اهواز (4IBT-A)، روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۸، ۷۳-۸۷.
۱۸. یعقوبی، ابوالقاسم؛ محقق، حسین؛ امیری، لادن و اسفندیاری، کیوان. (۱۳۹۴). رابطه بین نگرش به سوءمصرف مواد با باورهای غیرمنطقی و اهمال‌کاری تحصیلی. فصل‌نامه اعتیادپژوهی سوءمصرف مواد، ۹ (۳۶)، ۱۹-۹.

19. Allport, G. W., & Ross, I. M. (1967). Personal religions orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(2), 432-433.
20. Arnold, R., Avants, S. K., Margolin, A., & Marcotte, D. (2002). Patient attitudes concerning the inclusion of spirituality into addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(4), 319-326.
21. Avants, S. K., Warburton, L. A., & Margolin, A. (2001). Spiritual and religious support in recovery from addiction among HIV-positive injection drug users. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33(1), 39-45.
22. Beythe-Maroon, R., Austin, L. Fishchhoff, B., Palmgren, C., Jacobs-Quadtel, M. (1994). Percivevd consequences of risky behaviors, adults and adolescents. *Developmental Psychology*, 29(3), 549-563.
23. Edlund, M. J., Harris, K. M., Koenig, H. G., Han, X., Sullivan, G., Mattox, R., & Tang, L. (2010). Religiosity and decreased risk of substance use disorders:

- is the effect mediated by social support or mental health status? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(8), 827-836.
24. Galanter, M. (2006). Spirituality and addiction: A research and clinical perspective. *The American Journal on Addictions*, 15(4), 286-292.
  25. Gastfriend, D. R. (2005). Physician substance abuse and recovery: What does it mean for physicians—and everyone else? *JAMA – The Latest Medical Research, Reviews, and Guidelines*, 293(12), 1513-1515.
  26. Gordon L, Flet P, Hewitt K, Blankstein R. (2008). Demintion of perfectionism and irrational thinking, Journal TOC, York University.
  27. Homayouni, A. (2011). The role of personality traits and religious beliefs in tendency to addiction. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30(1), 851-855.
  28. Jarusiewicz, B. (2000). Spirituality and addiction: Relationship to recovery and relapse. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18(4), 99-109.
  29. Miller, W. R. (1998). Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. *Addiction*, 93(7), 979-990.
  30. Moss, W., Ray, E., & Woodruff, K. (2013). Relationship of spirituality or religion to recovery from substance abuse: A systematic review. *Journal of Addictions Nursing*, 24(4), 227-228.
  31. Nooripour, R., Tavalaei, S. A., Hosseinian, S., Alikhani, M., Zademohammadi, A., & Pour Ebrahim, T. (2016). Relationship between religious attitude and mental health of addicts. *Romanian Journal of Experimental Applied Psychology*, 7(1), 8-17.
  32. Regnerus, M. D., & Elder, G. H. (2003). Religion and vulnerability among low-risk adolescents. *Social Science Research*, 32(4), 633-658.
  33. Sarvela, P. D., & McClendon, E. J. (1988). Indicators of rural youth drug use. *Journal of Youth and Adolescence*, 17(4), 335-347.
  34. Tonato, T. (2008). Metacognition and substance abuse. *Addictive Behaviors*, 24(2), 164-174.
  35. Waters, P., & Shafer, K. (2005, July). *Spirituality in addiction treatment and recovery*. Paper presented at the Southern Coast ATTC Beacon, Florida.