

نقش بازدارنده باورهای مذهبی و پیوند با خانواده در گرایش به مصرف سیگار، مواد مخدر و مشروبات الکلی*

The inhibitor role of religious beliefs and family belonging in tendency towards smoking, addictive substance and alcohol consumption

Saeideh Bazzazian,

Yadollah Rajaei &

Leila Afsari

Islamic Azad University, Abhar Branch

سعیده بزازیان**،

یدالله رجائی و

لیلا افسری

دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ابهر

چکیده: گرایش به مواد مخدر یکی از معضلات جامعه امروزی به خصوص در نسل جوان است. عوامل خطر ساز و بازدارنده فردی، خانوادگی و اجتماعی در گرایش به مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی موثرند. هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش بازدارنده باورهای مذهبی و پیوند با خانواده در گرایش دانشجویان به مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی بود. در راستای این هدف کلی، نمونه ای متشکل از ۶۰۰ نفر (۱۶۸ دختر، ۲۸۷ پسر) از دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی- واحد ابهر با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. از آزمودنی‌ها خواسته شد پرسشنامه وضعیت مصرف مواد و مشروبات الکلی (SCSQ)، زیرمقیاس پیوند با خانواده پرسشنامه عوامل خطر ساز و محافظت کننده مصرف مواد (RPFI) و پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی (RBS) را تکمیل کنند. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد باورهای مذهبی و پیوند با خانواده با گرایش به مصرف سیگار، مواد مخدر و مشروبات الکلی رابطه منفی دارند. باورهای مذهبی و پیوند با خانواده می‌توانند مصرف سیگار، گرایش به مواد مخدر و گرایش به مشروبات الکلی را تبیین کنند. با توجه به اهمیت نقش باورهای مذهبی و پیوند با خانواده در گرایش دانشجویان به مواد مخدر و مشروبات الکلی، نتایج پژوهش حاضر می‌تواند در زمینه برنامه‌زیری و اتخاذ سیاست‌های مقتضی جهت اریه برنامه‌های آموزشی به خانواده‌ها و جوانان مفید باشد.

واژه‌های کلیدی: باور مذهبی، پیوند با خانواده، مواد مخدر، مشروبات الکلی

Abstract: Tendency to addictive substance is one of the challenges of the current community, in particular among young generation. Personal, family and social risk and inhibitor factors are effective in tendency towards addictive substance and alcohol. The aim of this study was to investigate the inhibitor role of religious beliefs and family belonging in tendency towards smoking, drugs and alcohol. According to this general aim, 600 students were selected from Islamic Azad University, Abhar branch using cluster sampling. It was requested from the participants to complete Substance Usage State Questionnaire (UCSQ), family belonging subscale of Risk and Protective Factors Inventory (RPFI), and Religious Beliefs Scale (RBS). Results revealed that there were negative correlation between family belonging, religious beliefs and tendency to drugs and alcohol. Religious beliefs and family belonging could explain tendency to smoking, drugs, and alcohol. Due to the importance of the role of religious beliefs and family belonging in tendency to drugs and alcohol, results of this study could be beneficial in planning and implementing appropriate policies towards providing training programs for families and young adults.

Keywords: religious beliefs, family belonging, drugs, alcohol

* این پژوهش با اعتبار معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر انجام شده است.

** نشانی پستی نویسنده: ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر، دانشکده علوم انسانی، گروه روانشناسی. پست الکترونیکی: sbazzazian@gmail.com

Received: 25 May 2014 Accepted: 11 Aug 2014

دریافت: ۱۳۹۳/۰۵/۲۰ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۳/۰۴

مقدمه

گرایش به مواد مخدر و مشروبات الکلی به عنوان یک معضل اجتماعی به طور مستقیم با سایر مسایل و پدیده های اجتماعی ارتباط دارد. اعتیاد ضمن اثرگذاری بر زندگی فردی و اجتماعی، گروه‌ها، خانواده‌ها و ایجاد آسیب‌های اجتماعی، از آنها نیز تاثیر پذیرفته و دور باطلی را در جامعه ایجاد می‌کند. افزایش آسیب‌ها و مفسدات اجتماعی خود زمینه مساعدتری را برای گرایش به این نوع انحرافات فراهم می‌کند و تاثیر عمیقی بر گسترش آنها دارد. با این توصیف، گرایش به مواد مخدر و مشروبات الکلی خود محصول شرایط فردی، اجتماعی و فرهنگی است و از سوی دیگر عاملی برای شکل‌گیری آسیب‌های اجتماعی دیگر است (بهرامی احسان، ۱۳۸۵).

نگرانی در مورد مصرف الکل در نوجوانان در بسیاری از کشورها افزایش یافته است (گنجی، ۱۳۹۲). دوره نوجوانی و جوانی از دوره‌های مهم و پرخطر در گرایش به مواد مخدر و مشروبات الکلی محسوب می‌شود. مصرف زود هنگام مواد، یک عامل خطرناک برای مصرف مواد در سال‌های بعدی و بروز سایر رفتارهای ضد اجتماعی به شمار می‌رود (پرتو، ۱۳۸۹). جوانان به دلیل ویژگی‌های این دوره، گرایش به خطرجویی^۱ و رفتارهای مخاطره‌آمیز دارند که به شکل مصرف انواع مواد و داروهای غیرقانونی و رفتارهای جنسی ناسالم تظاهر می‌یابد. در انگلستان ۹۲٪ مردان و ۸۶٪ زنان و در امریکا ۶۵٪ مردم الکل مصرف می‌کنند. همچنین ۲۱٪ افراد در امریکا در حال حاضر سیگاری هستند. تخمین زده می‌شود حداقل ۲/۵ درصد جمعیت جهان حداقل سالی یکبار حشیش مصرف کرده‌اند. نظر سنجی‌های جدید نشان می‌دهد بخش قابل توجهی از جمعیت بزرگسال اروپا (۱۸ تا ۶۴ سال) حداقل یکبار از حشیش استفاده کرده‌اند (انجمن روانپزشکی امریکا، ۲۰۱۳).

بون‌میلر و همکاران (۲۰۱۲) در بررسی میزان شیوع مصرف حشیش نشان دادند که شیوع میزان مصرف حشیش در طی ۷ سال ۵۰ درصد افزایش یافته است. در ایران به دلیل محدودیت‌های قانونی و شرعی و بازاری‌ها و رفتارهای مخفیانه نوجوانان، اطلاعات دقیق و جامعی در زمینه میزان مصرف مواد

مخدر وجود ندارد. در پژوهشی شیوع کلی مصرف سیگار در دانشجویان ۸/۹٪ (۱۸٪ مردان و ۱/۴٪ زنان) گزارش شده است. همچنین بین وضعیت مصرف سیگار با جنس و مصرف الکل رابطه معنادار گزارش شده است (شمسی‌پور، کرانی‌بهدار، محمدپور اصل و منصور، ۱۳۹۱).

یکی از مدل‌هایی که طی سال‌های اخیر در تبیین و پیشگیری از سوء مصرف مواد مورد توجه بسیاری بوده است، مدل عوامل خطرناک و محافظت‌کننده است. این مدل نظری بیان می‌کند که بر اساس انواع متنوعی از عوامل خطرناک و بازدارنده می‌توان رفتار مصرف مواد را در نوجوانان و جوانان پیش‌بینی کرد (پرتو، ۱۳۸۹). در چارچوب این مدل، در پژوهش حاضر به نقش پیوند با خانواده و جهت‌گیری مذهبی به عنوان عوامل بازدارنده در گرایش به مصرف مواد و مشروبات الکلی پرداخته شده است.

پیوند با خانواده^۲ یکی از عواملی است که می‌تواند رفتارهای ضد اجتماعی و مخاطره‌آمیز را در جوانان تحت تاثیر قرار دهد. هریس و همکاران (۲۰۰۲) عملکرد خانواده را (که پیوند با خانواده نیز یکی از ویژگی‌های آن است)، روابط والدین و فرزندان، آزادی در مقابل کنترل و گرمی در مقابل سردی تعریف کرده‌اند. الگوی زیستی- روانی- اجتماعی^۳ مصرف مواد نقش خانواده را به عنوان نهادی که هم در شکل‌گیری، تداوم و عود اعتیاد موثر است و هم خود متحمل پیامدهای منفی آن می‌شود، در نظر می‌گیرد. تاکید بر نقش عوامل خانوادگی در بروز، حفظ و درمان اعتیاد از دهه ۱۹۸۰ فزونی یافته است. تاکید محققین بر تعامل فرد معتاد و خانواده بوده و در یک نگرش سیستمی به مشکل، آن را به کل خانواده تعمیم داده‌اند (پلاتر و کلی، ۲۰۱۲). بر این اساس، در همین تعامل است که بهبودی فرد معتاد نیز به واکنش‌ها، درگیری‌های خواسته یا ناخواسته، روابط خانوادگی و میزان تحمل اعضای خانواده بستگی خواهد داشت (آتش‌پور و آقایی، ۱۳۸۵).

تحقیقات مختلف رابطه عملکرد خانواده و نگرش نسبت به مواد مخدر را تایید می‌کنند (مرمزی، ۱۳۸۹). روابط ضعیف با والدین می‌تواند رفتارهای جنسی مخاطره‌آمیز و رفتارهای ضد

2. family belonging
3. bio-psycho-social

1. adventurism

فرد و گرایش به مصرف مواد بوده است. محققین معتقدند دینداری می‌تواند از گرایش فرد به مصرف مواد پیشگیری نماید. میلر و همکاران (۲۰۰۰) نیز به این نتیجه رسیده‌اند که نوجوانانی که دیندار نیستند و نمرات پایینی در فعالیت دینی به دست می‌آورند، در مقایسه با نوجوانان دارای سطح بالاتر فعالیت دینی، مصرف و سوء مصرف مواد بیشتری دارند. هاردن (۲۰۱۰) نیز معتقد است که فعالیت نوجوانان و جوانان در سازمان‌ها و موسسات مذهبی، آغاز مصرف مشروبات الکلی را در آنها به تأخیر می‌اندازد. نتایج پژوهش وی نشان داد که فعالیت‌های مذکور در افراد مذهبی متأثر از محیط فرهنگی و خانوادگی است.

با توجه به شرایط فرهنگی- اجتماعی کشور ایران، باورهای مذهبی و پیوند با خانواده از اهمیت خاصی برخوردار هستند و این امر ضرورت توجه به نقش این عوامل فردی و خانوادگی را در گرایش به مصرف مواد مخدر و مشروبات بر جسته می‌سازد. افزون بر آن دستیابی به اطلاعات دقیق در حوزه مصرف مواد می‌تواند زمینه‌ساز برنامه‌های پیشگیرانه مبتنی بر پژوهش باشد. در این راستا، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش باورهای مذهبی و پیوند با خانواده در گرایش دانشجویان به مصرف سیگار، مواد مخدر و مشروبات الکلی، فرضیه‌های زیر را مورد آزمون قرار داد: (۱) بین باورهای مذهبی و گرایش دانشجویان به مصرف سیگار، مشروبات الکلی و مواد مخدر رابطه منفی وجود دارد؛ (۲) بین پیوند با خانواده و گرایش دانشجویان به مصرف سیگار، مشروبات الکلی و مواد مخدر رابطه وجود دارد؛ و (۳) باورهای مذهبی و پیوند با خانواده، گرایش دانشجویان به مصرف سیگار، مشروبات الکلی و مواد مخدر را پیش بینی می‌کنند.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه پژوهش شامل کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر در سال ۱۳۹۰-۱۳۸۹ بوده است. تعداد کل دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه ۵۲۴۱

اجتماعی را پیش‌بینی کنند (رامرکا، بل، پاول، دیکسون، مفیت و همکاران، ۲۰۰۷؛ لیتز و هوج، ۲۰۱۲). یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که خانواده اولیه به صورت مستقیم و غیرمستقیم نقش بسیار مهمی در گرایش کودکان و نوجوانان به مصرف مواد مخدر ایفا می‌کند. اطلاعات حاصل از مصاحبه‌های بالینی نشان می‌دهد که روابط سطحی، و سردی در خانواده اولیه این معنادان وجود داشته و این موضوع احتمال گرایش آنها به مواد مخدر را افزایش داده است. همچنین شیوه نادرست سرپرستی والدین در گرایش آنها به سوء مصرف مواد نقش بسزایی داشته است (یحیی‌زاده، ۱۳۸۸). هیومل و همکاران (۲۰۱۳) نیز به نقش کیفیت ضعیف روابط با والدین به عنوان یک عامل پرخطر تأکید دارند.

در سال‌های اخیر باورهای مذهبی^۱ در فرایند مقابله^۲، محوریت و اهمیت بسیاری یافته است. به همین دلیل انتظار می‌رود در فرهنگ‌هایی که مذهب به عنوان یک شیوه زندگی تفسیر می‌شود، باورهای مذهبی در تمامی ابعاد زندگی از جمله گرایش به رفتارهای ضد اجتماعی نفوذ کرده باشد. به اعتقاد برخی پژوهشگران، مذهب با تأثیر بر سبک زندگی و چگونگی حل تعارض‌های ارزشی به دو سوال اساسی انسان درباره هدف زندگی و معنای فعالیت‌ها و استعدادها پاسخ می‌دهد و بدین ترتیب به وحدت یافتگی سازمان روانشناختی و معنوی و خودنظم‌دهی انسان کمک می‌کند (جان بزرگی، ۱۳۸۶؛ به نقل از دلجو، ۱۳۹۱). پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که معنویت بنیاد و پایه نهادهای مذهبی است و اصولاً معنویت حس پیوسته فرد در ارتباط با خود، جهان، دیگران و ماورا است. معنویت و باورهای مذهبی تنها به رفتارهای مذهبی در اماکن مذهبی محدود نمی‌شود، مقولاتی مانند ارزش‌های مورد باور افراد، فلسفه زندگی و بسیاری از باورهای دیگر که تعالی انسان را به دنبال می‌آورد بخشی از این مبحث هستند (تسی، ۲۰۰۳).

پژوهش‌های گوناگون از باورهای مذهبی به عنوان سپری در مقابل وابستگی به مواد یاد می‌کنند. نتایج تحقیق خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۹) حاکی از رابطه منفی بین سطح دینداری

1. religious believes
2. coping

شامل ۲۱ عبارت است که در طیف لیکرت از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافق نمره گذاری می‌شود. پایایی^۴ پرسشنامه توسط بزرگی (۱۳۷۸) در نمونه‌ای ۲۳۵ نفری از دانشجویان دانشگاه تهران ۰/۷۴ به دست آمد. در پژوهش مختاری (۱۳۷۹) همسانی درونی^۵ پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۷۱ و پایایی بازآزمایی^۶ آن ۰/۷۴ گزارش شده است.

پرسشنامه عوامل خطر ساز و محافظت کننده مصرف

مواد (RPMI). پرسشنامه عوامل خطر ساز و محافظت کننده مصرف مواد^۷ دارای ۱۱۰ عبارت است که به منظور شناخت احساسات و نگرش‌ها و رفتارهای جوانان طراحی شده است (محمدخانی، ۱۳۸۴). پرسشنامه دارای ۱۰ زیرمقیاس است که با توجه به اهداف پژوهش حاضر از زیرمقیاس پیوند با خانواده آن که دارای ۶ سوال است، استفاده شد. این زیر مقیاس، دلبستگی و تعلق عاطفی فرد را نسبت به خانواده ارزیابی می‌کند و در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم) نمره گذاری می‌شود. حداقل نمره آزمودنی ۶ و حداکثر نمره ۳۰ است. پایایی آن بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمده است. پایایی کل پرسشنامه نیز ۰/۹۰ گزارش شده است (محمدخانی، جزایری، محمدخانی، رفیعی و قاضی طباطبایی، ۱۳۸۶).

یافته‌ها

برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از آزمون t مستقل، آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون استفاده شده است. در این راستا، جهت بررسی فرضیه اول و دوم مبنی بر رابطه بین پیوند با خانواده و باورهای مذهبی با گرایش به مواد مخدر و مشروبات الکلی از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. قبل از انجام آزمون همبستگی جهت بررسی تفاوت دوجنس در متغیرهای پیش‌بین از آزمون t مستقل استفاده شد. نتایج آزمون t در جدول ۱ ارائه شده است. براساس جدول ۱ بین دو جنس از نظر میزان باورهای مذهبی و پیوند با خانواده تفاوت معنادار

نفر بودند که از این تعداد ۱۹۰۷ نفر در رشته‌های علوم انسانی، ۲۵۷ نفر در رشته‌های کشاورزی، و ۳۰۷۷ نفر در رشته‌های فنی- مهندسی مشغول به تحصیل بوده‌اند. از بین دانشجویان ۶۰۰ نفر (با احتساب ۱۰۰ نفر برای افت آزمودنی‌ها) به صورت تصادفی خوشه‌ای (با در نظر گرفتن نسبت دانشجویان دانشکده‌های مختلف در جامعه) انتخاب شدند. در بررسی نهایی به دلیل عدم پاسخ‌دهی کامل به پرسشنامه‌ها، تعداد ۱۴۵ پرسشنامه حذف شده و در نهایت اطلاعات ۴۵۵ نفر (۱۶۸ دختر و ۲۸۷ پسر) مورد تحلیل قرار گرفت. قبل از تکمیل پرسشنامه‌ها، هدف پژوهش برای افراد توضیح داده شد و پس از ایجاد اطمینان در مورد محرمانه بودن اطلاعات و تحلیل داده‌ها به صورت گروهی، پرسشنامه‌ها در اختیار آنها قرار گرفت. میانگین سنی دانشجویان پسر ۲۲/۳۹ سال با انحراف استاندارد ۳/۲۲ و میانگین سنی دانشجویان دختر ۲۲/۳۷ سال با انحراف استاندارد ۳/۳۶ بود.

ابزار سنجش

پرسشنامه وضعیت مصرف مواد و مشروبات الکلی

(SCSQ). پرسشنامه وضعیت مصرف مواد و مشروبات الکلی^۱ دارای ۱۰ سوال چهار گزینه‌ای است که گرایش به مصرف سیگار، مواد مخدر و الکل را مورد بررسی قرار می‌دهد (پرتو، ۱۳۸۹). برای نمونه، از آزمودنی پرسیده می‌شود که «آیا تاکنون سیگار کشیده‌اید؟». این پرسشنامه نگرش نسبت به سیگار، مواد مخدر و مشروبات الکلی را در یک مقیاس ۴ درجه‌ای از خیلی کم (۱) تا زیاد (۴) می‌سنجد. در پژوهش حاضر همسانی درونی این ابزار به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمد.

پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی (RBS).

جهت‌گیری مذهبی^۲ شامل بعد جهت‌گیری درونی برگرفته از پرسشنامه جهت‌گیری مذهبی آلپورت و راس^۳ (۱۹۵۰؛ به نقل از مختاری، ۱۳۷۹) است. آلپورت و راس این مقیاس را برای سنجش جهت‌گیری‌های درونی و بیرونی مذهبی تهیه کردند. این آزمون در سال ۱۳۷۸ ترجمه و هنجاریابی شده است و

4. reliability
5. internal consistency
6. test-retest reliability
7. Risk and Protective Factors Inventory (RPMI)

1. Substance Convention State Questionnaire (SCSQ)
2. Religious Believes Scale (RBS)
3. Allport, G. W., & Ross, J. M.

وجود ندارد. بنابراین به دلیل عدم تفاوت معنادار دو جنس در آزمودنی‌ها انجام داد. متغیرهای پیش‌بین، می‌توان آزمون همبستگی را برای کل

جدول ۱

نتایج آزمون t جهت مقایسه دو جنس در باورهای مذهبی و پیوند با خانواده

متغیر	گروه	M	SD	تفاوت میانگین‌ها	T	df	P
باورهای مذهبی	پسر	۲۳/۹۳۹۵	۳/۶۱۱۴	-۰/۲۵۴۴	-۰/۷۴۵	۴۶۸	۰/۳۲۲
	دختر	۲۴/۱۹۴۰	۳/۵۰۰۱				
پیوند با خانواده	پسر	۴۳/۶۴۰۱	۷/۷۱۲۴	-۲/۷۲۵۰	-۳/۸۸۱	۴۶۸	۰/۰۵۳
	دختر	۴۶/۳۶۵۱	۶/۶۵۳۵				

جدول ۲ نتایج آزمون همبستگی بین باورهای مذهبی، پیوند با خانواده و گرایش به مصرف سیگار، مشروبات الکلی و مواد مخدر را نشان می‌دهد. براساس جدول ۲، بین باورهای مذهبی و پیوند با خانواده با گرایش به مصرف سیگار، مشروبات الکلی و مواد مخدر رابطه منفی معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر هر چه باورهای مذهبی و پیوند با خانواده در دانشجویان بالاتر است میزان گرایش آنها به مصرف سیگار، مشروبات الکلی و مواد مخدر کمتر است.

جدول ۲

نتایج آزمون همبستگی بین باورهای مذهبی، پیوند با خانواده و گرایش به مصرف سیگار، مشروبات الکلی و مواد مخدر

شاخص‌ها	۱	۲	۳	۴	۵	M	SD
۱ باورهای مذهبی	۱					۲۴/۰۳۳	۳/۵۶۹
۲ پیوند با خانواده	۰/۳۱**	۱				۲۷/۱۰۴	۶/۸۴۸
۳ سیگار	-۰/۲۶**	-۰/۳۱**	۱			۱/۲۴۴	۱/۷۹۹
۴ مشروبات الکلی	-۰/۳۱**	-۰/۳۰**	-۰/۵۷**	۱		۱/۲۷۴	۱/۹۱۱
۵ مواد مخدر	-۰/۲۱**	-۰/۲۷**	-۰/۳۷**	-۰/۳۵**	۱	۰/۲۱۳	۰/۸۶۵

** $p < ۰/۰۰۱$

برای آزمون فرضیه سوم، پیوند با خانواده و باورهای مذهبی به عنوان متغیرهای پیش‌بین و گرایش به مصرف سیگار، مشروبات الکلی و مواد مخدر به ترتیب در معادلات جداگانه‌ای به عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شدند. خلاصه مدل‌های رگرسیون گام به گام در جدول ۳ ارائه شده است. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام، در گام اول نشان داد که پیوند با خانواده ۹٪ واریانس گرایش به مصرف سیگار را تبیین می‌کند. در گام دوم باورهای مذهبی وارد معادله رگرسیون شد و باعث تغییر R^2 به ۱۳٪ شد. در مورد گرایش به مصرف مشروبات الکلی، در گام اول متغیر باورهای مذهبی وارد معادله رگرسیون شد و قادر به تبیین ۹٪ واریانس گرایش به مصرف

مشروبات الکلی بود. در گام دوم ورود باورهای مذهبی به معادله رگرسیون، R^2 را حدود ۳/۵٪ افزایش داد. در زمینه گرایش به مصرف مواد مخدر، پیوند با خانواده در گام اول ۷٪ واریانس را تبیین کرد و در گام دوم باورهای مذهبی R^2 را حدود ۱/۵٪ افزایش داد. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود مقدار β در تمام معادلات در گام دوم کاهش یافته است. این امر به این معناست که با ورود متغیر جدید، رابطه بین متغیر مرتبه قبل و متغیر ملاک تحت تاثیر قرار گرفته است. به طور کلی می‌توان نتیجه‌گیری کرد متغیرهای پیوند با خانواده و باورهای مذهبی در سطح معناداری توان تبیین واریانس گرایش به مصرف سیگار، مشروبات الکلی و مواد مخدر را دارند.

جدول 3

خلاصه مدل‌های رگرسیون گام به گام پیوند با خانواده و باورهای مذهبی بر گرایش به مصرف سیگار، مشروبات الکلی و مواد مخدر

متغیر	R	R ²	B	خطای استاندارد	β	t	p	
گرایش به مصرف سیگار	گام اول پیوند با خانواده	۰/۳۱	۰/۰۹	-۰/۰۷۶	۰/۰۱۱	-۰/۳۱۵	-۷/۱۷۰	۰/۰۰۰
گام دوم باورهای مذهبی	۰/۳۶	۰/۱۳	-۰/۰۸۹	۰/۰۲۳	-۰/۱۷۶	-۳/۸۶۰	۰/۰۰۰	
گرایش به مصرف مشروبات الکلی	گام اول باورهای مذهبی	۰/۳۱۴	۰/۰۹۸	-۰/۱۶۸	۰/۰۲۴	-۰/۳۱۴	-۷/۱۴۸	۰/۰۰۰
گام دوم پیوند با خانواده	۰/۳۷۷	۰/۱۴۲	-۰/۰۵۷	۰/۰۱۲	-۰/۲۲۱	-۴/۸۹۳	۰/۰۰۰	
گرایش به مصرف مواد مخدر	گام اول پیوند با خانواده	۰/۲۶۸	۰/۰۷۲	-۰/۰۳۱	۰/۰۰۵	-۰/۲۶۸	-۶/۰۱۹	۰/۰۰۰
گام دوم باورهای مذهبی	۰/۲۹۸	۰/۰۸۹	-۰/۰۳۳	۰/۰۱۱	-۰/۱۳۷	-۲/۹۵۴	۰/۰۰۳	

بحث

مذهبی) رابطه عکس با مشکلات مصرف الکل حتی در افراد معتاد به الکل دارد.

تسی (۲۰۰۳) معنویت را حسی والا می‌داند که شور و شوق گرایش و کنش انسان برای عدالت‌خواهی و انصاف را افزایش می‌دهد و هم‌نوایی و پیوستگی با خود و جهان آفرینش پدید می‌آورد. برخی از روان‌شناسان مانند وست (۱۳۸۷/۱۹۹۹) معنویت را تلاش همواره بشر برای پاسخ دادن به چراهای زندگی تعریف کرده‌اند. دین به عنوان یک ساختار گسترده که متشکل از برنامه‌های زیادی برای هدایت بشر است، شامل عناصری از خودکنترلی^۱ است، چرا که راهنمایی‌ها و قواعد خاص اخلاقی به منظور کنترل خود و امتناع از برخی رفتارها را در اختیار فرد قرار می‌دهد (اسمیت^۲، ۲۰۰۳؛ به نقل از خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۹).

مذهب می‌تواند در فرایند اکتساب^۳ و درونی‌سازی^۴، به ساختارهای شخصیتی سالمتر و مطلوبتر منجر شود. در این زمینه چارچوب‌های مذهبی، الگویی را ارائه می‌دهند که منجر به شکل‌گیری ویژگی‌های تعدیل یافته‌تر شخصیتی می‌شود و یا آموزه‌های دینی امکان شکل‌گیری الگوی شخصیتی تکامل یافته‌تر را فراهم می‌کند (بهرامی احسان، تمنایی و بهرامی احسان، ۱۳۸۴). بر این اساس بسیاری از برنامه‌های درمان سوء مصرف مواد، شرکت‌کننده‌ها را به فعالیت‌های مذهبی تشویق می‌کنند. در بین افراد معتاد آنهایی که در فعالیت‌های مذهبی

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد بین باورهای مذهبی و پیوند با خانواده با گرایش به مصرف سیگار، مواد مخدر و مشروبات الکلی رابطه منفی معنادار وجود دارد و باورهای مذهبی و پیوند با خانواده توان تبیین واریانس گرایش به موارد مذکور را دارند. این یافته در مورد باورهای مذهبی با یافته‌های پژوهش پتری و همکاران (۲۰۰۸)، خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۹)، شایگان و جبلی (۱۳۸۹)، گاندور و همکاران (۲۰۰۹)، و مارسیگلیا و همکاران (۲۰۰۵)؛ و در مورد پیوند با خانواده با نتایج پژوهش‌های امینیان و میرزایی (۱۳۸۹)، باقیانی مقدم و فاضل پور (۱۳۸۷)، چای و همکاران (۲۰۰۹)، روایی و همکاران (۱۳۸۹)، لارکین و همکاران (۲۰۱۱)، مکاردل و همکاران (۲۰۰۲)، و هاگرتی و همکاران (۲۰۰۸) همسو است.

پژوهش‌های متعددی به نقش بازدارنده اعتقادات و باورهای مذهبی در گرایش به بزهکاری (شایگان و جبلی، ۱۳۸۹) و مصرف الکل (هولت، میلر، نایمی و سو، ۲۰۰۶) تاکید دارند. نتایج تحقیق مارسیگلیا و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد مذهب در طول زندگی از مصرف سیگار، الکل، و ماری جوانا پیشگیری می‌کند. با کنترل اثر مذهب، تمایل به مصرف سیگار و مواد افزایش یافت. بررسی اثرات تعاملی نشان می‌دهد اثر محافظت کننده مذهب در برخی مذاهب بیشتر است. گاندور و همکاران (۲۰۰۹) در بررسی مصرف الکل و نقش مذهب در اختلال مصرف الکل در مسیحی‌ها و مسلمانان نشان دادند که تعلق دانشجویان به گروه‌های مذهبی از احتمال مصرف الکل جلوگیری می‌کند. دینداری (مانند اعتقاد به خدا و انجام اعمال

1. self-control
2. Schmitt, M. M.
3. acquiring
4. introspecting

نطنزی، ۱۳۹۰) اثرات وابستگی به پدر و مادر، مدرسه و همسالان را بر اعمال بزهکارانه تحلیل کرده است و معتقد است که صرف نظر از نژاد یا طبقه اجتماعی، پسرانی که وابستگی نزدیک‌تری به پدر و مادر خود دارند در مقایسه با افرادی که وابستگی کمتری دارند با احتمال پایین‌تری مرتکب اعمال بزهکارانه می‌شوند.

اساس نظریه تعامل خانواده^۳، ارتباط و پیوند قوی عاطفی میان والدین و کودک است. بر اساس این نظریه، والدینی که ارزش‌های مشخصی ندارند و کمتر ابراز محبت و مهربانی می‌کنند یا مادرانی که آرامش روانی ندارند و کنترل کمی بر کودکانشان دارند فرزندان پرورش می‌دهند که در دوره نوجوانی در معرض مشکلات متعددی قرار می‌گیرند. از جمله این مشکلات می‌توان به ارتباط با همسالان مصرف‌کننده مواد و در نهایت مصرف مواد اشاره کرد (بهرامی احسان، ۱۳۸۵).

مکاردل و همکاران (۲۰۰۲) در بررسی ساختار و عملکرد خانواده در رابطه با مصرف مواد توسط نوجوانان و تفاوت تاثیر این عوامل بر اساس جنس دریافتند زندگی با هر دو والدین با کاهش میزان مصرف مواد رابطه دارد. کیفیت ارتباط با مادر و وابستگی به مادر، عامل بازدارنده مصرف مواد بوده و این تاثیر در پسرها برجسته‌تر از دخترها است. علت این امر به تمایل زیاد پسرها برای خطر کردن یا نادیده گرفتن و زیر پا گذاشتن قوانین نسبت داده شده است که حضور ناظر، یعنی مادر این تمایل را کنترل می‌کند. محققین به نقش خانواده به خصوص مادر در نظم‌بخشی به رفتار وابسته به مواد افراد جوانان تاکید دارند.

همچنین نتایج تحقیق شایگان و جلی (۱۳۸۹) نیز گویای آن است که عواملی چون تجربیات تلخ دوران کودکی، طلاق والدین، زندگی بدون یکی از والدین یا بدون هر دو آنان، کتک خوردن در کودکی و بی‌توجهی والدین، رابطه قوی با بزهکاری در زنان دارد. در بررسی اثربخشی پروژه تمرکز بر خانواده‌ها (که یک برنامه مداخله‌ای پیشگیرانه برای کاهش اختلال مصرف مواد توسط فرزندان والدین تحت درمان نگهدارنده با متادون است) بر روی ۱۳۰ خانواده تحت درمان این نتیجه به دست

شرکت می‌کنند، تبعیت از درمان بیشتری دارند. بنابراین تشویق به شرکت در فعالیت‌های مذهبی در طول درمان نتایج درمان را بهبود می‌بخشد (پتری و همکاران، ۲۰۰۸).

دین می‌تواند مصرف مواد و بهبود از آن را از طریق برقراری یک نظم اخلاقی تحت تاثیر قرار دهد. دین راهنمایی‌ها یا قواعد خاص اخلاقی به منظور کنترل خویشتن و عفت از قبیل امتناع از مصرف الکل در اختیار فرد قرار می‌دهد. علاوه بر این دین به تسهیل تجربه معنوی کمک می‌کند و تجربه معنوی نیز می‌تواند تعهدات اخلاقی را تحکیم بخشد و از این راه مانع انحرافات اجتماعی گردد.

سازوکار دیگر تاثیر دین آن است که می‌تواند از طریق مهارت‌ها و دانش‌هایی که فرد در طی زندگی خود کسب می‌کند، از مصرف مواد پیشگیری کند. دین می‌تواند یک نظام معنایی شامل هدف‌دار بودن زندگی، احساس خودارزشمندی مثبت، و خود را شایسته احترام دانستن بنا کند. این نظام معنایی می‌تواند مانع از خطرپذیری و رفتار هیجان‌طلبانه و نهایتاً منجر به کاهش احتمال مصرف مواد توسط فرد شود (اسمیت، ۲۰۰۳؛ به نقل از خدایاری‌فرد و همکاران، ۱۳۸۹). بنابراین به نظر می‌رسد افراد دارای باورهای مذهبی، مذهب را در مرکز هویت خویش و عامل اصلی انگیزش در زندگی خود می‌دانند. همچنین مذهب با افزایش خودکنترلی در فرد، به وی جرات نه گفتن به دوستان مصرف‌کننده را می‌دهد، بنابراین نقش بازدارنده را در رفتارهای پرخطر ایفا می‌کند. مذهب می‌تواند با ایجاد حس خود ارزشمندی و احترام مانع از انجام رفتارهای پرخطر شود.

در زمینه نقش پیوند با خانواده، عده ای از روان‌شناسان مانند اریک فروم^۱ (۱۹۶۵؛ به نقل از گنجی، ۱۳۸۴) به فضای ارتباط کودک با والدین و ویژگی‌های کیفی آن اهمیت خاصی قایل هستند. فروم معتقد است که میزان یا کمیت وجودی مادر یا پدر با کودک مطرح نیست بلکه آنچه بیشتر در رشد روانی کودک اهمیت دارد کیفیت رابطه بین مادر و پدر و فرزند است. پس فضای روانی که والدین برای کودک ایجاد می‌کنند اهمیت زیادی دارد. هیرشی^۲ (۱۹۶۹)، به نقل از جهانگیری و غلامزاده

1. Erich Fromm
2. Hirschi, T.

3. family interaction theory

گروه‌های همسالان مصرف کننده مواد می‌شوند. همچنین پیوند عاطفی با والدین می‌تواند باعث ایجاد خودپنداره مثبت و خودباوری در فرد شود و از طریق افزایش مهارت‌های اجتماعی و خودکنترلی به عنوان یک عامل بازدارنده عمل کند.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر انجام شده است، لذا تعمیم نتایج به دانشجویان سایر دانشگاه‌ها باید با احتیاط انجام گیرد. با توجه به این که پرسشنامه‌ها به صورت خود گزارش‌دهی تکمیل شده‌اند و نظر به اهمیت و حساسیت موضوع، علی‌رغم اینکه پرسشنامه‌های این پژوهش فاقد اطلاعات جمعیت شناختی بودند، این احتمال وجود دارد که افراد نظرات واقعی خود را به طور دقیق ابراز نکرده باشند. با توجه به این که پژوهش حاضر مقطعی است بنابراین به دلیل عدم کنترل متغیرهای اثرگذار دیگر، استنتاج روابط علی باید با احتیاط صورت گیرد. انجام پژوهش‌های مشابه در نمونه‌هایی متشکل از دانشجویان سایر مراکز آموزش عالی می‌تواند موبد نتایج این پژوهش باشد. پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی جامع در مورد مصرف مواد مخدر و عوارض آن برای گروه‌های سنی و قشرهای مختلف تدوین شود و برنامه تغییر و اصلاح نگرش به شیوه عملی در برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد تنظیم شود. با توجه به نقش محافظ باورهای مذهبی و پیوند با خانواده در گرایش به مصرف مواد، به والدین و مراکز آموزشی پیشنهاد می‌شود جهت کاهش گرایش به مصرف مواد و مشروبات الکلی، به تقویت باورهای دینی در جوانان با روش‌های مورد قبول نوجوانان و جوانان اقدام کنند، و نیز آموزش شیوه‌های فرزندپروری در برنامه‌های پیشگیرانه لحاظ شود.

به کژرفتاری جنسی و اعتیاد به مواد مخدر. *خانواده پژوهی*،

۲۳، ۳۳۴-۳۱۳.

آتش‌پور، ح.، و آقایی، ا. (۱۳۸۵). تاثیر خانواده‌درمانی معتادین بر روند تعارض‌های خانواده‌های دارای عضو معتاد. *مجموعه مقالات دومین کنگره آسیب شناسی خانواده در ایران*، ۲۵-

۱۹.

آمد که کمک به والدین تحت درمان در کاهش مصرف مواد و آموزش مهارت‌های والدینی، تاثیر طولانی‌مدت بر گرایش به مصرف مواد و کاهش مصرف مواد در فرزندان آنها دارند. این امر در مورد فرزندان پسر موثرتر است (هاگرتی و همکاران، ۲۰۰۸). محیط خانوادگی سرد و فضای ارتباطی ضعیف در کودکی، بر نحوه پاسخ افراد در ارتباطات بین فردی تاثیر دارد و این امر در مردان بیشتر دیده می‌شود. به طوری که این افراد ارتباط کلامی منفی‌تر و رفتار کلامی مثبت کمتر، خشم بیشتر و پاسخ‌های غیر کلامی منفی‌تر و شاخص‌های فیزیولوژیک بیشتری دارند (لارکین و همکاران، ۲۰۱۱). بنابراین نوجوان و جوان از یک سو به دلیل فضای روانی سرد حاکم بر خانواده، برای جلب حمایت و محبت گرایش به همسالان پیدا کرده و از سوی دیگر به دلیل تجهیز نشدن به سبک‌های ارتباطی مثبت در کودکی، توانایی مقابله موثر در مقابل پیشنهادهای دوستان را کسب نکرده و آسیب‌پذیرتر هستند. از این رو، در چنین خانواده‌هایی، فشار ناشی از ارتباط با همسالان به ویژه همسالان سوء مصرف‌کننده مواد، بیش از عوامل دیگر در گرایش جوانان به سمت مصرف مواد نقش دارد (استرنبرگ و مناهام، ۲۰۰۷؛ به نقل از جلالی، ۱۳۹۰). پژوهشگران ترکیبی از ویژگی‌های خاص دوره نوجوانی و جوانی و کیفیت ارتباط با والدین را با مصرف مواد مرتبط می‌دانند (هیومل و همکاران، ۲۰۱۳). خانواده از طریق کاهش خطر و تشویق و ترویج حمایت و مقاومت نقش کلیدی در پیشگیری و مداخله در سوء مصرف مواد ایفا می‌کند (ولمن، تمپلتون و کولپو، ۲۰۰۹). به نظر می‌رسد نوجوانانی که پیوند و تعلق آنها به خانواده ضعیف است فشار چندانی را برای تبعیت از معیارهای مرسوم رفتاری احساس نکرده و برای ارضای نیاز به تعلق، به آسانی جذب

منابع

امینیان، ا.، و سیدمیرزایی، م. (۱۳۸۹). بررسی جامعه‌شناختی فاکتورهای زمینه ساز خانواده و مدرسه در گرایش دختران

- باقیانی مقدم، م. ح.، فاضل پور، ش. (۱۳۸۷). مقایسه دیدگاه معتادین و غیرمعتادین در مورد علل گرایش به اعتیاد. فصلنامه پژوهشی دانشکده بهداشت یزد، ۷، ۴۹-۴۰. بهرامی احسان، ه. (۱۳۸۵). اعتیاد و فرایند پیشگیری. تهران: سمت.
- بهرامی احسان، ه.، تمنایی فر، ش.، و بهرامی احسان، ز. (۱۳۸۴). رابطه ابعاد جهت گیری مذهبی، سلامت روانشناختی و اختلال های روانشناختی. فصلنامه روانشناسان ایرانی، ۲، ۴۲-۳۵.
- پرتو، م. (۱۳۸۹). بهشیاری، تاب آوری و وضعیت مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر: سنجش مدل تبیینی نقش متغیرهای واسطه ای و مکانیسم های تأثیرگذاری. رساله دکتری، دانشگاه تهران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. جلالی، د. (۱۳۹۰). اثربخشی پیشگیری سرویس پیام کوتاه بر نگرش و خودکارآمدی دانش آموزان نسبت به گرایش به مصرف مواد مخدر. فصلنامه فن آوری اطلاعات و ارتباطات در علوم تربیتی، ۱، ۹۳-۱۱۱.
- جهانگیری، پ.، و غلامزاده نطنزی، ا. ح. (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین کنترل اجتماعی و گرایش به سوء مصرف مواد مخدر در جوانان. فصلنامه مطالعات امنیت اجتماعی، ۲۶، ۱۵۵-۱۳۰.
- خدایاری فرد، م.، شهبایی، ر.، و اکبری زردخانه، س. (۱۳۸۹). دینداری، خودکنترلی و گرایش به مصرف مواد در دانشجویان. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، ۳۴، ۱۱۵-۱۳۰.
- دلجو، ز. (۱۳۹۱). رابطه سطح تحول روانی- معنوی و احساس تنهایی با اضطراب وجودی در دانشجویان. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ابهر.
- روایی، ا.، نیازخانی، م.، و کلاکی، ح. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر عوامل اقتصادی بر گرایش به ناهنجاری اجتماعی و راهکارهای انتظامی- اجتماعی پیشگیری از آن (مطالعه موردی روسپیگری خیابانی). فصلنامه علمی- پژوهشی انتظام/اجتماع، ۲، ۱۵۷-۱۲۵.
- شایگان، ف.، و جبلی، م. (۱۳۸۹). بررسی عوامل فردی موثر بر گرایش بزهکاری زنان. پلیس زن، ۴، ۱۰۰-۶۵.
- شمسی پور، م.، کرانی بهادر، ر.، محمدپور اصل، ا.، و منصور، آ. (۱۳۹۱). وضعیت مصرف سیگار و عوامل موثر بر گرایش به ترک در دانشجویان خوابگاه های دانشگاه علوم پزشکی تبریز. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، ۶، ۸۲-۷۵.
- گنجی، ح. (۱۳۸۴). روانشناسی رشد. تهران: انتشارات رشد.
- گنجی، م. (۱۳۹۲). آسیب شناسی روانی بر اساس DSM-5. جلد دوم. تهران: انتشارات ارسباران.
- محمدخانی، ش. (۱۳۸۴). ساخت و استانداردسازی پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده مصرف مواد به منظور شناسایی دانش آموزان در معرض خطر سوء مصرف مواد. دفتر مقابله با جرم و مواد مخدر سازمان ملل متحد در ایران.
- محمدخانی، ش.، جزایری، ع.، محمدخانی، پ.، رفیعی، ح.، و قاضی طباطبایی، م. (۱۳۸۶). بررسی اثر مستقیم بازخورد نسبت به مصرف مواد، کانون کنترل و توانمندی های فردی و اجتماعی بر مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر. دوفصلنامه روانشناسی معاصر، ۲، ۱۲-۳.
- مختاری، ع. (۱۳۷۹). بررسی جهت گیری مذهبی و مولفه های خودپنداشت با میزان تنیدگی در دانشجویان دانشگاه تهران و دانشگاه تربیت مدرس. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی، دانشگاه تربیت مدرس.
- مرمزی، م. (۱۳۸۹). رابطه عملکرد خانواده و اعتیاد پدر بر نگرش به سوء مصرف مواد مخدر در دانش آموزان سال سوم متوسطه و پیش دانشگاهی شهرستان سوسنگرد. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- وست، و. (۱۹۹۹). روان درمانی و معنویت. ترجمه شهریار شهیدی و سلطان علی شیرافکن، ۱۳۸۷. تهران: انتشارات رشد.
- یحیی زاده، ح. (۱۳۸۸). تأثیر عوامل خانوادگی بر گرایش افراد به سوء مصرف مواد مخدر. فصلنامه پژوهش اجتماعی، ۲، ۱۳۳-۱۲۳.

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Bonn-Miller, M. O., Harris, A. H. S., & Trafton, J. A. (2012). Prevalence of cannabis use disorder diagnoses among veterans in 2002, 2008, and 2009. *Psychological Services, 9*, 404-416.
- Chi, F. W., Kaskutas, L. A., Sterling, S., Campbell, C. I., & Weisner, C. (2009). Twelve-Step affiliation and 3-year substance use outcomes among adolescents: Social support and religious service attendance as potential mediators. *Addiction, 104*, 927-939.
- Ghandour, L. A., Karam, E. G., & Maalouf, W. E. (2009). Lifetime alcohol use, abuse and dependence among university students in Lebanon: Exploring the role of religiosity in different religious faiths. *Addiction, 104*, 940-948.
- Haggerty, K. P., Skinner, M., Fleming, C. B., Gainey, R. R., & Catalano, R. F. (2008). Long-term effects of the Focus on Families project on substance use disorders among children of parents in methadone treatment. *Addiction, 103*, 2008-2016.
- Harden, K. P. (2010). Does religious involvement protect against early drinking? A behavior genetic approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*, 763-771.
- Harris, K. M., Duncan, G., & Boisjoly, J. (2002). Evaluating the role of noting to lose attitude on risky behavior in adolescence. *Social Forces, 8*, 1005-1039.
- Holt, J. B., Miller, J. W., Naimi, T. S. & Sui, D. Z. (2006). Religious affiliation and alcohol consumption in the United States. *Geographical Review, 96*, 523-542.
- Hummel, A., Shelton, K. H., Heron, J., Moore, L., & van den Bree, M. B. M. (2013). A systematic review of the relationships between family functioning, pubertal timing and adolescent substance use. *Addiction, 108*, 487-496.
- Lietz, C. A., & Hodge, D. R. (2012). Incorporating spirituality into substance abuse counseling: Examining the perspectives of service recipients and providers. *Journal of Social Service Research, 39*, 498-510.
- Larkin, K. T., Frazer, N. L., & Wheat, A. L. (2011). Responses to interpersonal conflict among young adults: Influence of family of origin. *Personal Relationships, 18*, 657-667.
- Marsiglia, F. F., Kulis, S., Nieri, T., & Parsai, M. (2005). God Forbid! Substance Use Among Religious and Nonreligious Youth. *American Journal of Orthopsychiatry, 75*, 585-598.
- McArdle, P., Wiegersma, A., Gilvarry, E., Kolte, B., McCarthy, S., Fitzgerald, M., et al. (2002). European adolescent substance use: The roles of family structure, function and gender. *Addiction, 97*, 329-336.
- Miller, L., Davies, M., & Greenwald, N. W. (2000). Relationship between family religiosity and substance use and abuse among adolescents in the national co morbidity survey. *Journal of the American academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 1190-1197.
- Petry, N. M., Lewis, M. W., & Østvik-White, E. M. (2008). Participation in religious activities during contingency management interventions is associated with substance use treatment outcomes. *The American Journal on Addictions, 17*, 408-413.
- Platter, A. J., & Kelley, M. L. (2012). Effectiveness of an educational and support program for family members of a substance abuser abstract. *The American Journal of Family Therapy, 40*, 208-231.
- Ramarakha, S., Bell, M. L., Paul, C., Dickson, N., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2007). Childhood behavior problems linked to sexual risk taking in young adulthood: A birth cohort study. *Journal of American Academy Child Psychiatry, 46*, 1272-1279.
- Tacey, D. J. (2003). *The Spirituality revolution. The emergence of contemporary spirituality*. Sydney, Australia: Harper Collins publishers.
- Velleman, R. D. B., Templeton, L. J., & Copello, A. G. (2009). The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: A comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug and Alcohol Review, 24*, 93-109.