

فصلنامه جامعه‌شناسی سبک زندگی، سال دوم، شماره هشتم، زمستان ۹۵، صفحات ۱-۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۴/۲۰ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۵/۱۱/۱۸

مقایسه سبک زندگی سلامت محور جوانان معتاد و غیرمعتاد زندان

مرکزی کرج

سیدمحمد حسینی^۱
پریا صدیقی^۲
بهارک حامدی^۳
زهره قبادی مهر^۴

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی سبک زندگی سلامت محور جوانان معتاد و غیرمعتاد زندان مرکزی کرج انجام گرفت. روش پژوهش از نظر اجرا پیمایشی، از نظر هدف کاربردی و از نظر دوره زمانی مقطعی است که با استفاده از پرسشنامه سبک زندگی سلامت محور لعلی و همکاران (۱۳۹۱) اطلاعات از دو گروه جوانان معتاد زندانی و جوانان غیرمعتاد زندانی به نمونه‌ای متشکل از ۱۵۰ نفر: ۷۵ نفر معتاد زندانی و ۷۵ نفر غیرمعتاد زندانی گردآوری شدند. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری t دو گروه مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و در بخش توصیفی نیز میانگین و انحراف استاندارد متغیر سبک زندگی سلامت محور و مؤلفه‌های آن به تفکیک مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که بین سبک زندگی سلامت محور و مؤلفه‌های آن در جوانان معتاد زندانی و جوانان غیرمعتاد زندانی تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P \leq 0.05$) و با توجه یافته‌ها می‌توان به این نتیجه رسید که گروه معتادان زندانی نسبت به گروه غیرمعتادان زندانی نمره کمتری در متغیر سبک زندگی سلامت محور دریافت کردند. از نتایج این پژوهش می‌توان برای آموزش سبک زندگی سالم و دور از رفتارهای پرخطر در بین جوانان بهره جست.

کلیدواژگان: اعتیاد، سبک زندگی سلامت محور، زندان، جوانان.

- ۱ - کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی دانشگاه علامه طباطبایی (نویسنده مسئول) hosseini.counseling@gmail.com
- ۲ - کارشناس ارشد مشاوره دانشگاه علامه طباطبایی paria.seddighi@yahoo.com
- ۳ - دکتری روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران bhamedi2018@gmail.com
- ۴ - کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامشهر z.ghobadimehr@gmail.com

مقدمه

سال‌ها است که موضوع مواد مخدر یکی از مهم‌ترین مسائل اجتماعی در همه کشورها محسوب می‌شود. اعتیاد^۱ که برآمده از مصرف مواد مخدر و در واقع حالتی مزمن در اثر تکرار این مواد است، دارای این مشخصات می‌باشد ۱. در اثر مصرف مکرر مواد، عادات روحی ایجاد می‌شود و این عادات فرد را به علت نیاز و تمایل روانی به سوی مصرف مواد مخدر ترغیب می‌کند ۲. مقدار مواد مصرفی مرتباً رو به افزایش می‌رود ۳. در اثر قطع دارو، نشانگان محرومیت در شخص از قبیل: پرخاشگری^۲، تنش^۳ و اضطراب^۴ ایجاد می‌شود ۴. اعتیاد به مواد مخدر برای افراد یا جامعه حالت زیان‌آوری پیدا می‌کند (کلارک^۵ و همکاران، ۲۰۱۳). متأسفانه افزایش قابل ملاحظه‌ای در مصرف مواد مخدر، الکل و سیگار مخصوصاً در جوانان وجود دارد (شیانگوا، جوشی و لال^۶؛ ۲۰۰۷) بنابراین، اعتیاد به عنوان یک معضل اجتماعی در جامعه به‌ویژه در میان جوانان شایع شده و می‌تواند مضرات مختلف اجتماعی و بهداشتی چون نابودی دارایی شخصی، افزایش خشونت، ایدز، بزهکاری، بیکاری، اختلالات روانی و خودکشی^۷ را در پی داشته باشد (رید، آمارو، ماتسوموتو و

۱ Addiction

۲ Aggression

۳ Tension

۴ Anxiety

۵ Clarke

۶ Shyangwa, Joshi, & Lal

۷ Suicide

کایسن^۱، ۲۰۰۹).

مصرف مواد در کشور ما سابقه چند هزارساله دارد. از اولین احکام مربوط به ممنوعیت مصرف تریاک در ایران حدود ۴۰۰ سال می‌گذرد، بنابراین می‌توان درک کرد که عوارض ناشی از مصرف مواد، ده‌ها سال پیش تاکنون، توجه روانشناسان و جامعه‌شناسان را به خود جلب کرده است. در طول قرن اخیر با ورود هروئین^۲ وضعیت مصرف مواد در ایران پیچیده‌تر شده است، طوری که در حال حاضر کشور ما دارای بالاترین میزان مصرف مواد افیونی در جهان می‌باشد (جهانگیری، ۱۳۹۱)؛ در این میان زندان‌ها^۳ هم از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند که با ایجاد شرایط استرس‌آور، این محیط را بیشتر مستعد مصرف مواد مخدر می‌کنند. بعلاوه، شواهد بسیاری که از مطالعات انجام‌شده به‌دست آمده است، نشان می‌دهد بیشتر افرادی که مواد مخدر مصرف می‌کنند، جرائم دیگری هم دارند؛ این بررسی‌ها نشان می‌دهد که مواد مخدر تقریباً در تمام زندان‌های دنیا مصرف می‌شود، به طوری که دولت‌ها را به چالش و مبارزه با این پدیده خطرناک فراخوانده است (کسل و برنشتاین^۴، ۲۰۱۳).

اعتیاد به مواد مخدر علل گوناگونی دارد که مهم‌ترین آن‌ها را می‌توان در سه طبقه: اجتماعی، روانی و فردی قرار داد (بهرامی‌احسان، ۱۳۹۰). هریک از این عوامل به نوع خود در گرایش فرد به مصرف مواد مخدر نقش اساسی دارد. این عوامل

^۱ Reed, Amaro, Matsumoto, & Kaysen

^۲ Acetomorphine

^۳ Prisons

^۴ Cassel & Bernstein

در قالب نوعی سبک زندگی می‌توانند تأثیر خود را در رابطه با رفتارهای پرخطر بیشتر نشان دهند. با توجه به مطالب بیان‌شده، اگر به مباحث اخیر پیرامون مصرف مواد اعتیادآور توجه کنیم و نیز حساسیت‌های به‌وجود آمده در افکار عمومی نسبت به پدیده مصرف مواد مخدر در میان جوانانمان در مدارس و دانشگاه‌ها را در نظر بگیریم، همگی به نظر حاکی از آن است که نوعی گرایش پنهان به مواد مخدر در قالب سبک زندگی در حال ایجاد است. اگرچه آمارهای رسمی حکایت از آن دارد که بسیاری از اخبار منتشرشده در خصوص اعتیاد جوانان غیرواقعی و غلوآمیز است، ولی مهم‌تر از آمارها و با در نظر داشتن آن آمارهای حداقلی، خطر به وجود آمدن نوعی سبک زندگی که در آن مصرف مواد مخدر دارای جایگاه ویژه‌ای باشد بسیار جدی است آلفرد آدلر^۱ (۱۹۲۷) یکی از کسانی بود که سبک زندگی را مطرح کرد و این مفهوم را بعدها پیروان او گسترش دادند. او شناخت فرد را مستلزم شناخت سازمان ادراکی و شناخت سبک زندگی می‌دانست و معتقد بود سبک زندگی به ایمان و اعتقاداتی اطلاق می‌شود که فرد را در روزهای اولیه زندگی خود کسب می‌کند و یک الگوی ادراکی^۲ جهت‌دار است؛ آدلر معتقد است افرادی که سبک زندگی سالم و مفید دارند، عالی‌ترین شکل انسانیت را در فرایند تکامل نشان می‌دهند و احتمالاً به دنیای آینده رونق می‌بخشند.

ازجمله مؤلفه‌های مهم در سبک زندگی؛ سلامت محیطی، سلامت اجتماعی و سلامت معنوی است که به‌طورجدی می‌تواند گرایش به مصرف مواد مخدر را

^۱ Adler

^۲ Perceptual pattern

پیش‌بینی کند؛ در واقع تأثیر محیط زندگی یا عوامل محیطی مانند، گروه همسالان یا روابط بین فردی نامناسب انسان را به گوشه‌گیری واداشته و در این صورت مصرف مواد مخدر به‌منظور راهی برای تسکین دردها و آمال دور از انتظار نیست (فاجیانو و همکاران، ۲۰۱۰)؛ همچنین نبود معنا و هدفی برای زندگی انسان را از ارزش‌های درونی تهی کرده به‌خلاف و بحران‌های وجود و امی دارد در مقابل معنویت می‌تواند یکی از مؤثرترین روش‌سازش در مواجهه با شرایط سخت زندگی باشد (پارگامنت، ۲۰۱۱). بررسی نشان می‌دهد کسانی که معنویت را مهم می‌شمارند و برای خود هدف و معنایی در زندگی ترسیم کرده‌اند کم‌تر به سمت رفتارهای پرخطر رفته و از مصرف مواد مخدر اجتناب می‌کنند (موریس، جانسون، لوزیر و همکاران، ۲۰۱۳).

همان‌طور که ذکر شد، موضوع اعتیاد تا آنجا در حال پیشروی است که در حال تبدیل‌شدن به یک نوع سبک زندگی است. تحقیقات انجام‌شده نیز مؤید این ادعا هستند؛ در تحقیقاتی (ماناگی و همکاران، ۲۰۰۹) و خالسا، خالسا و خالسا^۵ (۲۰۰۹) انجام دادند، نتایج حاکی از خطر احتمالی تبدیل‌شدن اعتیاد به‌نوعی سبک زندگی به‌خصوص در بین جوانان بود. محمدی (۱۳۸۳) نیز در پژوهشی، یک از شایع‌ترین عوامل خطر در سبک زندگی بیماران قلبی - عروقی را مصرف سیگار، داشتن سابقه خانوادگی اعتیاد و استرس عنوان کرد و نتیجه گرفت که سبک زندگی ۹۵ درصد این

^۱ Faggiano

^۲ Pargament

^۳ Morris, Johnson, Losier & et.al

^۴ Manghi & et.al

^۵ Khalsa, Khalsa, Khalsa & khalsa

بیماران خطرآفرین است؛ لذا کاربرد آموزشی سبک زندگی سالم، بر تغییر سبک زندگی این افراد تأثیر می‌گذارد. در همین راستا گروه بهداشت جهانی (۲۰۰۴) طبق بیانیه‌ای اعتیاد را خطری برای سبک زندگی تلقی کرده است. ماناگی^۱ و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهشی با عنوان مصرف قات، اعتیاد یا سبک زندگی؟ به این نتیجه رسیدند که این ماده مخدر به‌طور شدید در بین جوانان آفریقایی و کشورهای خاورمیانه مصرف می‌شود. آن‌ها بر این باور بودند که مصرف مواد مخدر در بین این جوانان در حال تبدیل شدن به یک نوع سبک زندگی است. اورنیش و همکاران^۳ (۱۹۹۰) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که تغییرات جامع در سبک زندگی می‌تواند مصرف مواد را به حداقل برساند. خالسا^۴ و همکاران (۲۰۰۸) در تحقیقی که در هند انجام دادند، نشان دادند که سبک زندگی توأم با ورزش و تندرستی، مخصوصاً حرکات یوگا تأثیر درمانی مثبتی بر سوءاستفاده از مصرف مواد داشته و می‌تواند آن را کاهش دهد. والاک و باخمان^۵ (۱۹۹۱) بر این باورند که مؤلفه‌های سبک زندگی از جمله: رفتارها و ارزش‌های تربیتی، باورهای دینی و گذر زمان به‌طور نیرومندی با مصرف مواد در ارتباط می‌باشند. صالح آبادی و سلیمی امان آباد (۱۳۹۱) در پژوهشی که در شهر شیروان انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که نوع سبک زندگی بر گرایش به مصرف مواد مخدر صنعتی تأثیر دارد؛ همچنین آنان به این نتیجه رسیدند که عوامل محیطی و اجتماعی مخرب در سبک زندگی می‌تواند گرایش به

^۱ Manghi

^۲ Khat

^۳ Ornish and et.al

^۴ Khalsa

^۵ Wallace Jr & Bachman

مصرف مواد را تشدید کند. بهرامی و زواری آذر (۱۳۹۲) به این نتیجه رسیدند که بین ابعاد سبک زندگی سلامت جسمانی و سلامت محیطی با نگرش به مصرف مواد رابطه منفی و معنادار برقرار بوده است و این متغیرها در کنار مؤلفه اجتناب از داروها و مواد مخدر توانسته‌اند نگرش به مصرف مواد را پیش‌بینی کنند. خدابخش کولایی و دمیرچی (۱۳۹۵) نشان دادند که سبک زندگی سلامت محور به‌عنوان عامل اساسی در اعتیاد زنان مؤثر است و مؤلفه‌های آن میتوان مصرف مواد را در زنان پیش‌بینی کنند.

بنابراین، با توجه به بررسی‌های انجام‌شده در زمینه سبک زندگی و اعتیاد، چه بسا بتوان گفت که پدیده اعتیاد به‌طور جدی متأثر از شیوه و سبک زندگی است که فرد برای خود برمی‌گزیند و این پدیده به‌عنوان یکی از اساسی‌ترین موضوعات و نگرانی‌ها هم برای فرد و هم برای جامعه است. متقابلاً سبک زندگی ناسالم می‌تواند تبعات خطرناکی از جمله گرایش به مصرف مواد مخدر را در پی داشته باشد (روزنبرگ و همکاران؛ ۱۹۹۸). همانطور که پیشتر بیان شد، یکی از مکان‌هایی که به‌فور در آن مواد مخدر مصرف می‌شود، زندان‌ها هستند و این مکان‌ها در تثبیت وضعیت معتادان و ادامه این روند نقش بسزایی دارند، چراکه تحقیقات نیز نشان دادند که در تمام زندان‌های دنیا مواد مخدر مصرف می‌شود (کسل و برنشتین؛ ۲۰۰۱)؛ بنابراین شناسایی محیط زندان و تأثیر آن بر به‌عنوان عامل تأثیرگذار بر زندانیان مسئله مهمی است که باید بیشتر به آن پرداخته شود. از طرفی با توجه به شرایط ویژه زندانیان و آگاهی از سبک زندگی آنان برای تعدیل نقشه راه انسان در آینده، به‌نظر می‌رسد چنین پژوهش‌هایی بتواند افق دید جدیدی را برای روانشناسان و مشاوران این حوزه

۱ Rosenberg & et al.

۲ Cassel & Bernstein

ترسیم کند؛ بنابراین، پژوهش حاضر در نظر دارد که به بررسی سبک زندگی جوانان معتاد و غیرمعتاد زندان مرکزی کرج بپردازد و در پی این سؤال مهم هست که آیا بین سبک زندگی افراد معتاد و غیرمعتاد تفاوتی وجود دارد؟

فرضیه‌های پژوهش

بین سبک زندگی سلامت محور جوانان معتاد و غیرمعتاد زندان مرکزی کرج تفاوت معناداری وجود دارد.

بین مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت محور جوانان معتاد و غیرمعتاد زندان مرکزی کرج تفاوت معناداری وجود دارد.

روش پژوهش: روش پژوهش از نظر اجرا پیمایشی، از نظر هدف کاربردی و از نظر دوره زمانی مقطعی است. در این پژوهش از آنجا که با دو جمعیت آماری مواجه هستیم، بنابراین با دو حجم نمونه نیز مواجه خواهیم بود روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر به دلیل دشواری در ورود به زندان‌ها و شرایط خاص آنها به صورت نمونه‌گیری در دسترس انجام گرفت و با توجه به هماهنگی‌های بعمل آمده با سازمان زندان‌های استان البرز، به دلیل در دسترس بودن گروه نمونه (معتادین و جرایم غیراعتیاد) زندان مرکزی کرج جهت نمونه‌گیری انتخاب شد. با توجه به آزمون‌های آماری تعداد زندانیان ۱۵۰ نفر و در هر گروه ۷۵ نفر شد و به دلیل ماهیت مقایسه‌ای بودن پژوهش حاضر، جهت مهیا نمودن شرایط مقایسه بهتر و عملی‌تر، اقدام به همگن سازی دو نمونه شد. بعد از اخذ مجوزهای لازم برای ورود به زندان، جلسات توجیهی و آشنایی با شیوه پاسخ به سوالات پرسشنامه برای زندانیان برگزار شد. سپس پرسشنامه‌ها بین آنها توزیع و بعد از پرکردن و جمع‌آوری جهت تجزیه و تحلیل به نرم‌افزار Spss وارد

و با آزمون آماری T دو گروه مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه‌ی سبک زندگی (LSQ):

این پرسشنامه را لعلی، عابدی و کجباف (۱۳۹۱) با اجرا بر روی ۳۰۰ آزمودنی ساختند. پرسشنامه LSQ متشکل از ۱۰ زیر مقیاس است که شامل: سلامت محیطی، پیشگیری از حوادث، اجتناب از داروهای اعتیادآور و مواد مخدر، سلامت اجتماعی، سلامت معنوی، سلامت روان‌شناختی، پیشگیری از بیماری‌ها، کنترل وزن و تغذیه و ورزش و تندرستی می‌باشد. نمره بالا در هر کدام از این مؤلفه‌ها نشان‌دهنده سبک زندگی مناسب است. برای تعیین روایی این آزمون از سه روش محاسبه روایی محتوایی، تحلیل عوامل و روایی همگرا (همبستگی با آزمون بهزیستی روان‌شناختی) استفاده شد. همچنین برای تعیین پایایی آزمون موردنظر از ۲ روش آلفای کرنباخ و باز آزمایی مورد استفاده قرار گرفت. این مقیاس دارای ۷۰ سؤال و طیف لیکرت است که به صورت همیشه (۳)، معمولاً (۲)، گاهی اوقات (۱) و هرگز (۰) نمره‌گذاری می‌شود. ضریب آلفای کرنباخ برای هر یک از مؤلفه‌ها به این شرح است: سلامت محیطی (۰/۷۶)، پیشگیری از حوادث (۰/۸۵)، اجتناب از داروهای اعتیاد آور و مواد مخدر (۰/۷۹)، سلامت اجتماعی (۰/۸۲)، سلامت معنوی (۰/۸۴)، سلامت روان‌شناختی (۰/۸۸)، پیشگیری از بیماری‌ها (۰/۸۷)، کنترل وزن و تغذیه، (۰/۸۵) ورزش و تندرستی (۰/۸۷) و سلامت جسمانی (۰/۸۹). به‌طور کل ضریب آلفای کرنباخ برای

† Life Style Questionnaire (LSQ)

این پرسشنامه ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ گزارش شده و ضرایب پایایی به روش باز آزمایی در دامنه‌ای از ۰/۸۴ تا ۰/۹۴ است. مقدار آلفای پژوهش حاضر نیز ۰/۸۷ محاسبه شد.

تجزیه و تحلیل یافته‌ها

با استفاده از آماره‌های توصیفی (مانند میانگین، انحراف استاندارد، بیشترین و کمترین مقدار و آلفای کرنباخ) به نمایش داده‌ها پرداخته شد. در قسمت استنباطی نیز به بررسی فرضیه‌های پژوهش و آزمون آن‌ها با استفاده از آزمون آماری t دو گروه مستقل پرداخته شده است.

جدول ۱: فراوانی و درصد شاخص‌های جمعیت شناختی گروه نمونه

درصد	فراوانی	شاخص جمعیت شناختی	
۲۲/۶	۳۴	سال ۱۸-۲۳	گروه سنی
۴۷/۳	۷۱	سال ۲۴-۲۹	
۰/۲۰	۳۰	سال ۳۰-۳۴	
۱۱/۳	۱۷	سال ۳۵-۴۰	
۰/۶۴	۹۶	مجرد	وضعیت تاهل
۰/۳۶	۵۴	متاهل	
۰/۱۸	۲۷	ضعیف	
۰/۷۲	۱۰۸	متوسط	وضعیت اقتصادی
۰/۱۰	۱۴	خوب	
۰/۶۴	۹۶	بیکار	وضعیت اشتغال

۰/۳۶	۵۴	شاغل
۱۰۰/۰		کل

همانطور که در جدول (۱) مشاهده می‌شود، تعداد گروه نمونه به‌طور کل ۱۵۰ نفر می‌باشند که از این تعداد ۷۵ نفر را گروه معتادان زندانی ۷۵ نفر دیگر را غیرمعتادان زندانی تشکیل می‌دهند. ۳۴ درصد اعضای نمونه در دامنه سنی ۲۳-۱۸ سال، ۷۱ درصد در دامنه سنی ۲۹-۲۴، ۳۰ درصد در دامنه سنی ۳۴-۳۰ سال، و ۱۷ درصد در دامنه سنی ۴۰-۳۵ سال قرار دارند. همانطور که مشخص است بیشترین گروه سنی را ۲۴-۲۹ سال تشکیل می‌دهند. ۰/۶۴ از افراد مجرد و ۰/۳۶ درصد متأهل بودند؛ همچنین ۱۸ درصد در وضعیت اقتصادی ضعیف، ۷۲ درصد متوسط و ۱۰ درصد در وضعیت اقتصادی خوب بودند. ۶۴ درصد نیز بیکار و ۳۶ درصد شاغل بودند.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیر سبک زندگی سلامت محور و مؤلفه‌های آن به تفکیک جنس و گروه‌ها

متغیر	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	بیشینه	کمینه
سبک زندگی سلامت محور به‌طور کل	معتاد زندانی	۷۵	۱۵۷/۲۰	۲۶/۸۵	۲۲۴	۸۳
	غیر معتاد زندانی	۷۵	۱۷۱/۷۶	۳۱/۳۷	۲۸۹	۱۲۰
۱- ورزش	معتاد زندانی	۷۵	۱۶/۳۶	۴/۱۲	۲۶	۷
	غیر معتاد زندانی	۷۵	۱۷/۳۸	۴/۱۶	۲۷	۸
۲- سلامت جسمانی	معتاد زندانی	۷۵	۱۶/۵۴	۳/۸۳	۲۶	۹
	غیر معتاد زندانی	۷۵	۱۷/۲۱	۳/۹۵	۳۷	۱۰
۳- کنترل وزن و تغذیه	معتاد زندانی	۷۵	۱۵/۱۶	۴/۱۳	۲۳	۹
	غیر معتاد زندانی	۷۵	۱۶/۱۲	۳/۹۰	۳۶	۱۰
۴- پیشگیری از بیماری‌ها	معتاد زندانی	۷۵	۱۷	۴/۵۲	۲۶	۸

۱۲	۶۳	۶/۴۰	۱۹/۲۴	۷۵	غیر معنادار زندانی	
۷	۲۵	۳/۴۱	۱۵/۸۱	۷۵	معنادار زندانی	۵- سلامت روان‌شناختی
۱۰	۲۸	۳/۹۵	۱۷/۲۱	۷۵	غیر معنادار زندانی	
۷	۲۵	۲/۹۵	۱۴/۶۲	۷۵	معنادار زندانی	۶- سلامت معنوی
۱۰	۲۳	۳/۵۱	۱۶/۰۴	۷۵	غیر معنادار زندانی	
۲۲	۸	۳/۰۹	۱۴/۳۷	۷۵	معنادار زندانی	۷- اجتناب از داروهای اعتیاد- آور و مواد مخدر
۱۰	۲۳	۲/۸۵	۱۶/۰۱	۷۵	غیر معنادار زندانی	
۸	۲۸	۴/۱۲	۱۶/۶۱	۷۵	معنادار زندانی	۸- پیشگیری از حوادث
۹	۲۸	۴/۲۱	۱۷/۷۲	۷۵	غیر معنادار زندانی	
۷	۲۱	۲/۷۷	۱۴/۴۸	۷۵	معنادار زندانی	۹- سلامت محیطی
۸	۶۱	۶/۱۳	۱۶/۰۲	۷۵	غیر معنادار زندانی	
۹	۲۶	۳/۸۳	۱۶/۵۴	۷۵	معنادار زندانی	۱۰- سلامت اجتماعی
۱۰	۳۷	۴/۱۵	۱۷/۲۱	۷۵	غیر معنادار زندانی	

در جدول ۲ آماره‌های توصیفی مؤلفه سبک زندگی سلامت محور و مؤلفه‌های آن به تفکیک گروه‌ها نشان داده شده است. طبق داده‌های این جدول تفاوت قابل ملاحظه‌ای در میانگین گروه‌ها قابل مشاهده است. به طور کل گروه معتادان زندانی پایین‌ترین نمره (۱۵۷/۲۰) و گروه غیرمعتادان زندانی بالاترین نمره را (۱۷۱/۷۶) بدست آوردند. لذا با توجه به این یافته‌ها گروه معتادان زندانی نسبت به غیرمعتادان از سبک زندگی دور از سلامت برخوردار بودند و زندانیانی که مصرف مواد نداشتند نمره بالاتری در سبک زندگی توأم با سلامت و دور از اعتیاد داشتند.

تحلیل آماری فرضیات تحقیق:

در بکارگیری روش آماری، ابتدا با استفاده از آزمون‌هایی آماری چون شاپیرو-

ویلیک و آزمون لون نرمال بودن داده‌ها مورد آزمون قرار گرفت تا نوع آزمون آماری (پارامتری - غیر پارامتری) مورد استفاده مشخص می‌گردد.

جدول ۴: آزمون شاپیرو- ویلیک برای متغیر سبک زندگی سلامت محور

شاخص آماری	آماره	P	سطح معنی داری دو دامنه
سبک زندگی سلامت محور به طور کل	۱/۵۱	۰/۰۹	
سلامت جسمانی	۱/۰۹	۰/۱۰	
کنترل وزن و تغذیه	۰/۹۸	۰/۰۷	
پیشگیری از بیماری‌ها	۱/۰۷	۰/۰۹	
سلامت روان‌شناختی	۱/۰۸	۰/۰۶	
- سلامت معنوی	۰/۹۸	۰/۰۶	۰/۰۵
- اجتناب از داروهای اعتیاد آور و مواد مخدر	۰/۹۹	۰/۰۵	
- پیشگیری از حوادث	۱/۲۲	۰/۰۶	
- سلامت محیطی	۱/۲۹	۰/۲۳	
سلامت محیطی	۱/۳۳	۰/۲۵	
سلامت اجتماعی	۱/۴۵	۰/۲۷	

با توجه به نتایج جدول فوق و سطوح معناداری به دست آمده برای سبک زندگی سلامت محور و مؤلفه‌های آن که بزرگ‌تر از ۰/۰۵ هست، داده‌های این متغیر نرمال و برای آزمون آن می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد.

جدول ۵: نتایج آزمون لوین برای همگنی واریانس‌های متغیر سبک زندگی سلامت محور و مؤلفه‌های آن

شاخص آماری	Df1	Df2	F	Sig	سطح معنی داری دو دامنه
سبک زندگی سلامت محور به طور کل	۲	۱۹۷	۳/۵۰	۰/۰۵	
سلامت جسمانی	۲	۱۹۷	۰/۹۴	۰/۳۹	۰/۰۵
کنترل وزن و تغذیه	۲	۱۹۷	۱/۸۷	۰/۱۵	

۴ Levene

۰/۰۵	۳/۲۰	۱۹۷	۲	پیشگیری از بیماری‌ها
۰/۷۳	۰/۳۰	۱۹۷	۲	سلامت روان‌شناختی
۰/۰۷	۲/۷۰	۱۹۷	۲	- سلامت معنوی
۰/۰۸	۲/۶۰	۱۹۷	۲	- اجتناب از داروهای اعتیادآور و موادمخدر
۰/۸۴	۰/۱۷	۱۹۷	۲	- پیشگیری از حوادث
۰/۳۳	۱/۱۱	۱۹۷	۲	- سلامت محیطی
۰/۴۵	۰/۷۹	۱۹۷	۲	سلامت اجتماعی

طبق جدول فوق با توجه به اینکه معنی‌داری‌های به‌دست آمده بالاتر از سطح معنی‌داری ۰/۰۵ است واریانس‌ها همگن می‌باشند.

فرضیه اول: بین سبک زندگی سلامت محور جوانان معتاد و غیرمعتاد زندان مرکزی کرج تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۶: آزمون T دو گروه مستقل برای تفاوت بین دو گروه زندانیان معتاد و غیرمعتاد در

سبک زندگی سلامت محور

متغیر	F	Sig	T	Df	Sig(P≤0.05)	اختلاف میانگین‌ها
سبک زندگی	۰/۳۰	۰/۵۸	-۳/۰۵	۱۴۸	۰/۰۰۳	-۱۴/۵۶

باتوجه به سطح معنی‌داری داده شده در جدول فوق در قسمت آزمون لون که برابر با ۰/۵۸ است با اطمینان ۹۵ درصد فرض برابری واریانس‌ها پذیرفته می‌شود و با توجه به سطح معنی‌داری بدست آمده (۰/۰۰۳) کمتر از ۰/۰۵ است، این نتیجه به دست می‌آید که تفاوت بین میانگین‌ها معنی‌دار است ($P \leq 0.05$) و بنابراین فرض صفر که نشان از عدم تفاوت بین میانگین‌ها داشت رد می‌شود؛ همچنین توجه به آماره‌های توصیفی که گروه غیرمعتادان زندانی نمره بیشتری در متغیر سبک زندگی سلامت محور بدست آوردند (۱۷۱/۷۶) می‌توان گفت این گروه دارای سبک زندگی بوده‌اند که بر سلامت بیشتر تأکید داشته‌اند.

فرضیه دوم: بین مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت محور جوانان معتاد و غیرمعتاد زندان مرکزی کرج تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۷: آزمون T دو گروه مستقل برای تفاوت بین دو گروه زندانیان معتاد و غیرمعتاد در مؤلفه‌های سبک زندگی سلامت محور

متغیر	F	Sig	T	Df	Sig(P≤0.05)	اختلاف میانگین‌ها
ورزش	۰/۱۱۹	۰/۷۳	-۱/۷۱	۱۴۸	۰/۰۸	-۱/۱۶
سلامت جسمانی	۴/۷۰	۰/۰۵	-۲/۴۰	۱۴۸	۰/۰۱	-۲/۴۲
کنترل وزن و تغذیه	۳/۴۴	۰/۰۶	-۱/۷۲	۱۴۸	۰/۰۸	-۰/۹۶
پیشگیری از بیماری‌ها	۰/۰۲۸	۰/۸۶	-۲/۴۷	۱۴۸	۰/۰۱	-۲/۲۴
سلامت روان‌شناختی	۳/۷۸	۰/۰۵	-۲/۲۳	۱۴۸	۰/۰۲	-۱/۴۰
سلامت معنوی	۴/۳۷	۰/۰۳	-۲/۶۶	۱۴۸	۰/۰۰۹	-۱/۴۱
اجتناب از داروهای اعتیاد آور و مواد مخدر	۰/۲۵	۰/۶۱	-۳/۳۷	۱۴۸	۰/۰۰۱	-۱/۶۴
پیشگیری از حوادث	۰/۰۵	۰/۹۹	-۱/۶۲	۱۴۸	۰/۱۰	-۱/۱۰
سلامت محیطی	۲/۳۰	۰/۱۳	-۱/۹۸	۱۴۸	۰/۰۴	-۱/۵۴
سلامت اجتماعی	۰/۰۰۹	۰/۹۲	-۱/۰۲	۱۴۸	۰/۳۰	-۰/۶۶

همانطور که یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد بین چند مؤلفه سبک زندگی سلامت محور شامل: سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، پیشگیری از بیماری‌ها، سلامت معنوی، اجتناب از داروها و مواد مخدر و سلامت محیطی در دو گروه معتادان و غیرمعتادان زندانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0.05$) و با توجه با یافته‌های توصیفی گروه غیرمعتاد زندانی نمره بیشتری در این مؤلفه‌ها کسب کردند؛ لذا این گروه در سبک زندگی سلامت محور به‌طور کل نمره بالاتری به‌دست آوردند که نشان از عدم وجود مصرف مواد و رفتارهای پرخطر در بین آنان دارد. بین دیگر

مؤلفه‌ها مانند: ورزش، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از حوادث و سلامت اجتماعی تفاوت معنی داری مشاهده نشد ($P \geq 0.05$).

نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی سبک زندگی سلامت محور جوانان معتاد و غیرمعتاد زندان مرکزی کرج بوده است؛ یافته‌های توصیفی و استنباطی نشان داد که گروه معتادان نسبت به گروه غیرمعتادان نمره کمتری در متغیر سبک زندگی سلامت محور کسب کردند. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین در این زمینه و نزدیک به آن همسو می‌باشد. از جمله: از جمله هاوکینز و ویس (۱۹۸۵) نشان دادند که سبک زندگی که افراد عادی و معتاد برای خود انتخاب کرده‌اند، متفاوت است. ارونیش و همکاران (۱۹۹۰) که نشان دادند که تغییرات جامع در سبک زندگی می‌تواند مصرف مواد را به حداقل برساند، خلصا و همکاران (۲۰۰۸) نشان دادند بین سبک زندگی افرادی که مواد مخدر مصرف می‌کنند و افرادی که این مواد را مصرف نمی‌کنند تفاوت معنی‌داری وجود دارد. والاک و باخمان (۱۹۹۱) نیز به این نتیجه دست یافتند که مؤلفه‌های سبک زندگی از جمله: رفتارها و ارزش‌های تربیتی، باورهای دینی و گذر زمان به‌طور نیرومندی با مصرف مواد در ارتباط می‌باشند. محمدی (۱۳۸۳) نیز به تفاوت سبک زندگی بیماران قلبی- عروقی را و افراد سالم اشاره کردند و نتیجه گرفتند که کم‌تحركی، فشارخون بالا، چاقی، سیگار، داشتن سابقه خانوادگی بیماری اعتیاد از عوامل این نوع بیماری است که مبین تفاوت بین این دو نوع سبک زندگی است. نتایج تحقیقات صالح آبادی و سلیمی امان آباد (۱۳۹۱)، بهرامی و زواری آذر (۱۳۹۲) و دابخش کولایی و دمیرچی (۱۳۹۵) نیز در این راستا است

همان‌طور که گزارش شد افراد معتاد، شاخص‌ها و علائم سبک زندگی ناسالم را با چند مورد نشان دادند و از جمله این شاخص‌ها می‌توان به عدم سلامت معنوی اشاره کرد که افراد این گروه در گفته‌هایشان گزارش دادند؛ عدم سلامت معنوی و نبود معنویت می‌تواند انسان را به گوشه‌گیری وادارد که در این صورت گوشه‌گیران با واکنش وارونه می‌توانند دست به رفتارهای پرخطر بزنند (هاوکینز و ویس، ۱۹۸۵). امروزه اکثر برنامه‌های درمانی بر نقش معنویت در درمان معتادان تأکید دارند (بوک، توماس، دمپسی و همکاران؛ ۲۰۰۹) و بر این عقیده‌اند که تجربه معنویت می‌تواند افق دید تازه‌ای به انسان بخشد و او را از گرفتار شدن در دام اعتیاد و مصرف مواد مخدر نجات دهد. گروه دیگر، یعنی جوانان غیرمعتاد زندانی نیز مؤلفه معنویت را با تفاوت‌هایی نسبت به گروه معتادان نشان دادند؛ تفاوت بارز در بین این دو گروه این بود که گروه غیرمعتادان زندانی به مواد مخدر وابسته نبودند. زندگی بدون معنویت و عدم وجود منبعی محکم و قابل اطمینان موجب ترس و نگرانی انسان شده و آرامش را از او سلب می‌کند؛ در این صورت وجود رفتارهای غیرمتعارف و ضرر رسان به حال جامعه دور از ذهن نیست. پارگامنت (۲۰۱۱) بر این نظر است که معنویت می‌تواند به‌عنوان راه‌حلی اساسی برای مشکلات در نظر گرفته شود. ریچاردز، هاردمن و برت^۲ (۲۰۰۷) در پژوهشی نشان دادند کسانی که باورهای مذهبی دارند، کم‌تر دچار بیماری‌های روانی شده و از سلامت روانی و جسمی بهتری برخوردارند.

عدم سلامت روان‌شناختی مؤلفه‌ای دیگری است که بین دو گروه متفاوت بود و به

^۱ Book. Thomas & Dempsey

^۲ Richards, Hardman & Berrett

تعبیر آدلر و همکاران (۱۹۵۸) یکی از عوامل اصلی در سبک زندگی به شمار می‌رود و سازگاری فرد با اعمال و واکنش‌ها در زندگی را در پی دارد. پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه نیز (روبرتز و همکاران؛ ۲۰۰۷؛ رایت و فیتس پاتریک؛ ۲۰۰۴؛ جکسون و شر؛ ۲۰۰۳؛ شوال و جیانکولا؛ ۲۰۰۳؛ اپستین، گریفین، بوتوین و ویلیامز؛ ۲۰۰۰ و ویلز و استول میلر؛ ۲۰۰۲)، به این موضوع اشاره دارند که عدم سازگاری روان‌شناختی گرایش به مصرف مواد را در پی دارد و نیز افراد معتاد و غیر معتاد در این موضوع با یکدیگر متفاوت هستند. مبانی زیستی و ژنتیکی که با سلامت روان‌شناختی در ارتباط است، آمادگی برای وقوع جرم را مهیا می‌کنند (آیزنک؛ ۲۰۱۳) در مقابل دیدگاه محیطی است که با نادیده نگاشتن نقش وراثت، جرم را معلوم عوامل اجتماعی، مناسبات معیوب در جامعه انسانی می‌داند (ورتلی و مازرولی؛ ۲۰۱۳). اما نه محیط و نه وراثت به تنهایی عامل ارتکاب جرم نیستند. مطالعات اخیر نشان داده‌اند که عوامل روان‌شناختی سهم بیشتری در ارتکاب جرم دارند (هالین؛ ۲۰۱۳). از آنجا که مجرمان و زندانیان بخشی از افراد جامعه را تشکیل می‌دهند و بازخورد افراد جامعه نسبت به آن‌ها حاکی از بدبینی، نفرت و ترس است، شناخت ساختارهای معیوب

۱ Roberts

۲ Wright & Fitzpatrick

۳ Jackson & Sher

۴ Shoal & Giancola

۵ Epstein, Botvin, Diaz, Williams, & Griffin

۶ Wills & Stoolmiller

۷ Eysenck

۸ Wortley & Mazerolle

۹ Hollin

روان‌شناختی می‌تواند در پذیرش و بازپروری آن‌ها حائز اهمیت باشد. نتایج تحقیقات صورت گرفته در این زمینه نیز نشان می‌دهند، زندانیانی که جرم‌های دیگری غیر از اعتیاد، مانند بزهکاری، سرقت، و.. دارند از مشکلات روان‌شناختی زیادی رنج می‌برند (هادی نژادی، ۱۳۸۵).

عدم سلامت اجتماعی و عدم اجتناب از داروهای اعتیادآور و مواد مخدر نیز مؤلفه‌های دیگری بودند که تأثیر بسیار بالایی در گرایش به مواد مخدر دارند (علی و همکاران، ۱۳۹۱؛ جسور، ۲۰۰۶؛ آگروال و همکاران، ۲۰۰۷). در تبیینی می‌توان گفت، سلامت بنیادی است که تمام کوشش‌های انسان در بستر آن شکل می‌گیرد و در صورت وجود سلامت در سطحی پذیرفتنی، افراد جامعه قادر خواهند بود از دیگر منابع حیات بهره‌گیرند (سارمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴). امروزه سلامت اجتماعی در کنار سلامت جسمی، روانی و معنوی نقش و اهمیت گسترده‌ای یافته است؛ به گونه‌ای که دیگر، سلامتی فقط عاری بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست، بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی از اجتماع به‌عنوان معیارهای ارزیابی سلامت اجتماعی به‌شمار می‌روند (سام آرام، ۱۳۸۸)؛ بنابراین بی-توجهی به سلامت اجتماعی موجب افزایش آسیب‌پذیری افراد در ابعاد روانی، خودکشی، گرایش به مصرف مواد مخدر، فرار از خانه، بزهکاری و دیگر مشکلات مهم خواهد شد (فتحی، عجم‌نژاد، و خاک‌رنگین، ۱۳۸۸).

گروه معتادان زندانی در عدم سلامت محیطی نمره‌ی کمتری کسب کردند. از این تفاوت می‌توان به نقش بسیار مهم محیط و سلامت محیطی در اعتیاد به مواد مخدر پی برد. برای مثال یکی از عوامل محیطی در گرایش افراد به مواد مخدر نقش دوستان و

همسالان است که تأثیر بسیار مهمی در این زمینه دارد؛ در این راستا سیمون-مورتون و فارهات (۲۰۰۱) به این نتیجه رسیدند که دوستان نزدیک و همسالان در اعتیاد به مواد مخدر نقش بسیار مهمی دارند. پژوهش‌های کوران (۱۹۹۷) و بیگلان و همکاران (۱۹۹۵) نیز در این راستا است.

در مؤلفه سلامت اجتماعی گروه غیرمعتادان زندانی نمره بیشتری نسبت به افراد معتاد زندانی کسب کردند. عدم وجود روابط بین فردی، عدم تعلق عاطفی و عدم علاقه اجتماعی منجر به انزوا و احساس‌های حقارت می‌شود. طبق نظر آدلر (۱۹۷۰) علاقه اجتماعی در جو خانوادگی سالم پرورش و رشد میابد که می‌تواند نشانه‌ای برای سلامت روان باشد. زندانیان غیر معتاد که به دلیل ارتکاب جرم‌های مختلف در زندان هستند، با توجه به احساس‌های کهنتری و حقارت، دست به جبران افراطی زده و نوعی رفتارهای پرخاشگرانه و ضداجتماعی از خود بروز می‌دهند. افراد معتاد نیز که در گوشه‌گیری و حقارت به سر می‌برند، شاید مصرف مواد را راهی برای تسکین آلام خود بدانند. مطالعات نیز نشان می‌دهد بین سلامت اجتماعی و توانایی حل مسائل اجتماعی در بین زندانیان معتاد و غیرمعتاد تفاوت بارزی وجود دارد (نظری بولانی، ۱۳۹۱).

جوانان معتاد زندانی و غیرمعتاد زندانی به‌جز در شاخص اجتناب از داروهای اعتیادآور و مواد مخدر، شاخص‌های مشابهی را با اندکی تفاوت در درجه برخورداری از این شاخص‌ها نشان دادند. به‌رحال از آنجا که اعتیاد نیز در بعضی از حوزه‌ها و نگرش‌ها به‌عنوان جرم تلقی می‌شود، وجود شاخص‌های مشابه با دیگر زندانیان دور از تصور نیست، هرچند که تفاوت‌هایی در جهان‌بینی و نظام اعتقادی که سبک زندگی

آن‌ها را تشکیل می‌دهد تا حدی متفاوت است که در فوق با آن پرداخته شد. در پژوهش نیز که رحمانی (۱۳۹۰) در میان زندانیان شهر سنندج انجام داد و به سبک زندگی آنان پرداخت، تفاوتی در سبک زندگی زندانیان این شهرستان یافت نشد.

با توجه به اینکه یکی از نتایج این پژوهش، تفاوت در سبک زندگی جوانان معتاد زندانی و جوانان غیرمعتاد زندانی بود؛ لذا مسئولین باید برنامه‌ای برای آموزش سبک زندگی سالم و دور از رفتارهای پرخطر به منظور ممانعت از گرایش به این گونه رفتارها تدارک بینند؛ همچنین با توجه به موضوع مهم و بنیادی سبک زندگی، انتظار می‌رود خانواده‌ها در انتخاب سبک و روش زندگی خود دقت لازم را داشته باشند تا از وجود رفتارهای پرخطر و اعتیاد آمیز که معلول سبک زندگی ناسالم است، جلوگیری به عمل آید.

منابع

- بهرامی احسان، هادی (۱۳۹۰)، *اعتیاد و فرایند پیشگیری*، تهران: انتشارات سمت.
- بهرامی، معصومه (۱۳۹۲)، بررسی رابطه سبک زندگی با نگرش به مواد مخدر در دانش‌آموزان، *کنگره سراسری روان‌شناسی کودک و نوجوان*: دوره ۱.
- جهانگیری، بیژن (۱۳۹۱)، *راهنمای شناخت و درمان اعتیاد در ایران*، تهران: انتشارات ارجمند، چاپ سوم.
- خدابخش کولایی، آناهیتا و دمیرچی، فاطمه (۱۳۹۵)، بررسی مقایسه‌ای سبک زندگی ارتقاء دهنده‌ی سلامت در دو گروه از زنان معتاد تن‌فروش و زنان معتاد غیر تن‌فروش (مطالعه‌ی مورد شاهدی شهر تهران)، *فصلنامه پرستاری گروه‌های آسیب‌پذیر*: سال سوم، شماره ۷، صفحه ۷۱-۵۹.
- رحمانی، صاحبه (۱۳۹۰)، *بررسی سبک زندگی و قضاوت اخلاقی زندانیان شهر سنندج*، دانشگاه کردستان، سنندج، پایان‌نامه کارشناسی ارشد.
- سام آرام، علی (۱۳۸۸)، بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی، *فصلنامه پژوهشی انتظام اجتماعی*، (۱)۱.
- صالح آبادی، ابراهیم و سلمی امان آباد، محسن (۱۳۹۱)، بررسی رابطه سبک زندگی جوانان و گرایش به مصرف مواد مخدر صنعتی در شهر شیروان، *مجله جامعه‌شناسی جوانان*: دوره ۳، شماره ۶.
- فتحی، منصور؛ عجم‌نژاد، رضا و خاک‌رنگین، مریم (۱۳۸۸)، عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی، *فصلنامه علمی- پژوهشی رفاه اجتماعی*، (۱۲)۴۷.
- لعلی، محسن؛ عابدی، احمد و کجیاف، محمدباقر (۱۳۹۱)، ساخت و اعتباریابی پرسشنامه سبک زندگی (LSQ)، *پژوهش‌های روانشناختی*، (۱)۱۵.
- محمدی، عیسی (۱۳۸۳)، بررسی سبک زندگی بیماران قلبی و عروقی در چابهار و اراده برنامه آموزشی، *نشریه دانشور*، (۶۱)۱۳، ۴۹-۵۶.

- نظری بولانی، گوهر (۱۳۹۱)، بررسی مقایسه‌ای توانایی حل مسایل اجتماعی و مؤلفه‌های آن در زندانیان معتاد و غیرمعتاد، *فصلنامه پژوهش‌های روانشناختی*، ۷(۲۶).
- هادی نژادی، حسن (۱۳۸۵)، تحول یافتگی من و اختلالهای شخصیت: مقایسه دو گروه زندانی و غیرزندانی، *پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی*.
- Adler, A. (1927), Individual psychology. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 22(2), 116.
- Adler, A. (1970), *Superiority and social interest: A collection of later writings*: Northwestern University Press.
- Adler, A., Ansbacher, R. R., & Ansbacher, H. L. (1958), *The Individual Psychology of Alfred Adler, a Systematic Presentation in Selections from His Writings. Edited... by Heinz L. Ansbacher, ... and Rowena R. Ansbacher*: G. Allen and Unwin.
- Agrawal, A., Lynskey, M. T., Bucholz, K. K., Madden, P. A. F., & Heath, A. C. (2007), Correlates of cannabis initiation in a longitudinal sample of young women: The importance of peer influences. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory* 45(1), 31-44.
- Book, S. W., Thomas, S. E., Dempsey, J. P., Randall, P. K., & Randall, C. L. (2009), Social anxiety impacts willingness to participate in addiction treatment. *Addictive behaviors*, 34(5), 474-476.
- Cassel, E., & Bernstein, D. A. (2013), *Criminal behavior*: Psychology Press.
- Clarke, D. E., Narrow, W. E., Regier, D. A., Kuramoto, S. J., Kupfer, D. J., Kuhl, E. A., et al. (2013), DSM-5 Field Trials in the United States and Canada, part I: study design, sampling strategy, implementation, and analytic approaches. *American Journal of Psychiatry*, 170(1), 43-58.
- Epstein, J. A., Botvin, G. J., Diaz, T., Williams, C., & Griffin, K. (2000), Aggression, victimization and problem behavior among

- inner-city minority adolescents. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 9(3), 51-66.
- Eysenck, H. J. (2013), *Personality structure and measurement (psychology revivals)*: Routledge.
 - Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G., Bohrn, K., Cuomo, L., Gregori, D., et al. (2010), The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Drug & Alcohol Dependence*, 108(1), 56-64.
 - Hawkins, J. D., & Weis, J. G. (1985), The social development model: An integrated approach to delinquency prevention. *The Journal of Primary Prevention*, 6(2), 73-97.
 - Hollin, C. R. (2013), *Psychology and crime: An introduction to criminological psychology*: Routledge.
 - Jackson, K. M., & Sher, K. J. (2003), Alcohol use disorders and psychological distress: a prospective state-trait analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(4), 599.
 - Jessor, R. (2006), Problem behavior theory, psychosocial development, and adolescent problem drinking. *British Journal of Addiction*, 82(4), 331-342.
 - Khalsa, S. B. S., Khalsa, G. S., Khalsa, H. K., & Khalsa, M. K. (2008), Evaluation of a residential Kundalini yoga lifestyle pilot program for addiction in India. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 7(1), 67-79.
 - Manghi, R. A., Broers, B., Khan, R., Benguettat, D., Khazaal, Y., & Zullino, D. F. (2009), Khat use: lifestyle or addiction? *Journal of Psychoactive Drugs*, 41(1), 1-10.
 - Morris, D. N., Johnson, A., Losier, A., Pierce, M., & Sridhar, V. (2013), Spirituality and substance abuse recovery. *Occupational Therapy in Mental Health*, 29(1), 78-84.

- Ornish, D., Brown, S. E., Billings, J., Scherwitz, L., Armstrong, W., Ports, T., et al. (1990), Can lifestyle changes reverse coronary heart disease?: The Lifestyle Heart Trial. *The Lancet*, 336(8708), 129-133.
- Pargament, K. I. (2011), *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*: Guilford Press.
- Reed, E., Amaro, H., Matsumoto, A., & Kaysen, D. (2009), The relation between interpersonal violence and substance use among a sample of university students: Examination of the role of victim and perpetrator substance use. *Addictive behaviors*, 34(3), 316-318.
- Richards, P. S., Hardman, R. K., & Berrett, M. E. (2007), *Spiritual approaches in the treatment of women with eating disorders*: American Psychological Association.
- Roberts, R. E., Roberts, C. R., & Xing, Y. (2007), Comorbidity of substance use disorders and other psychiatric disorders among adolescents. *Evidence from an epidemiologic survey, Drug and Alcohol Dependence*, 88,1, S4-S13.
- Roberts, R. E., Roberts, C. R., & Xing, Y. (2007), Comorbidity of substance use disorders and other psychiatric disorders among adolescents: Evidence from an epidemiologic survey. *Drug & Alcohol Dependence*, 88, S4-S13.
- Rosenberg, S. D., Drake, R. E., Wolford, G. L., Mueser, K. T., Oxman, T. E., Vidaver, R. M., et al. (1998), Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument (DALI): A substance use disorder screen for people with severe mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 155(2), 232-238.
- Shoal, G. D., & Giancola, P. R. (2003), Negative affectivity and drug use in adolescent boys: Moderating and mediating mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(1), 221.

- Shyangwa, P. M., Joshi, D., & Lal, R. (2008), Alcohols and other substance use/abuse among junior doctors and medical students in a teaching institute.
- Simons-Morton, B. G., & Farhat, T. (2010), Recent findings on peer group influences on adolescent smoking. *The journal of primary prevention*, 31(4), 191-208.
- Wallace Jr, J. M., & Bachman, J. G. (1991), Explaining racial/ethnic differences in adolescent drug use: the impact of background and lifestyle. *Soc. Probs.*, 38, 333.
- WHO. (2004), Promoting Mental Health: A Report of the World Health Organization. *Department of Mental Health, University of Melbourn.*
- Wills, T. A., & Stoolmiller, M. (2002), The role of self-control in early escalation of substance use: a time-varying analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(4), 986.
- Wright, D. R., & Fitzpatrick, K. M. (2004), Psychosocial correlates of substance use behaviors among African American youth. *Adolescence*, 39(156), 653-667.