

## پیش بینی مصرف مواد در نوجوانان بر اساس شاخص‌های خطر ساز و محافظت کننده پیشگیری فردی، خانوادگی، همسالان و محل سکونت

تاریخ دریافت: ۹۰/۱/۳۰

تاریخ پذیرش: ۹۰/۱۰/۱۲

مجتبی حبیبی\*، محمدعلی بشارت\*\*، هادی بهرامی احسان\*\*\*، رضا رستمی\*\*\*\*، لورا فرر- ردر\*\*\*\*\*

### چکیده

**مقدمه:** این پژوهش به منظور بررسی پیش بینی پذیری مصرف مواد توسط نوجوانان بر اساس عوامل خطر ساز و محافظت کننده فردی، خانوادگی، مدرسه‌ای، دوستان و محله زندگی اجرا شده است.

**روش:** گروه نمونه ۶۹۸ دانش آموز دوره‌ی متوسطه ۱۹-۱۴ سال (۳۶۶ پسر و ۳۳۲ دختر) بودند که به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. داده‌های پژوهش با استفاده از مقیاس پیشگیری از مصرف مواد نوجوانان اندازه‌گیری و به وسیله آماره‌های رگرسیون لجستیک دو ارزشی و تحلیل واریانس تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش حاکی از آن بود که عوامل فردی شامل کنترل تکانه، برون‌ریزی خشم، هوش هیجانی درون فردی و بین فردی پیش بینی کننده معنی‌داری از مصرف مواد در دانش آموزان بودند و اما وضعیت تحصیلی و نگرش مذهبی دانش آموزان اثر پیش بینی کنندگی معنی‌داری نداشت. میزان خطرپذیری مصرف مواد در بین دانش آموزان مصرف کننده سیگار بالاتر بود. از میان عوامل خانوادگی، دلبستگی ایمن به پدر و مادر، اثر پیش بینی کنندگی معنی‌داری داشت و میزان خطرپذیری مصرف مواد در بین دانش آموزانی که اعضاء درجه یک خانواده مصرف کننده مواد بودند، بالاتر بود. از میان عوامل مربوط به مدرسه و دوستان، وضعیت تحصیلی دوستان، نگرش دوستان به مواد، نگرش به مدرسه اثر پیش بینی معنی‌داری در مصرف مواد توسط دانش آموزان داشت و میزان خطرپذیری مصرف مواد در بین دانش آموزانی که دوستان آنها مصرف کننده سیگار و مواد بودند، بالاتر بود. با توجه به عامل محله سکونت نتایج نشان داد که میزان خطرپذیری مصرف مواد در بین دانش آموزانی که شاهد مصرف مواد در محله سکونت خود بودند، بالاتر بود و تفاوت معنی‌داری بین دختران و پسران از نظر شاخص کلی عوامل خطر ساز و محافظت کننده پیشگیری از مصرف مواد وجود داشت.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که مصرف مواد توسط نوجوانان یک پدیده چند علیتی است و برای هر گونه مداخله پیشگیری در این خصوص توجه به عوامل فردی، خانوادگی، مدرسه، دوستان و محیط زندگی بایستی توأمان باشد. با توجه به بالاتر بودن میزان عوامل خطر ساز مصرف مواد در پسران در مقایسه با دختران، توجه خاصی باید به تفاوت‌های جنسیتی در مداخلات پیشگیری اعمال گردد.

**واژه‌های کلیدی:** مصرف مواد، مقیاس پیشگیری، شاخص‌های خطر ساز و محافظت کننده، نوجوانان

mo\_habibi@sbu.ac.ir

\* نویسنده مسئول: استادیار، گروه خانواده درمانی پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

besharat2000@gmail.com

\*\* استاد، گروه روان‌شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران

hbahrami@yahoo.com

\*\*\* دانشیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران

rrostami@ut.ac.ir

\*\*\*\* استادیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران

laura.ferrer-wreder@psychology.su.se

\*\*\*\*\* دانشیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه استکهلم، استکهلم، سوئد

## مقدمه

نوجوانی سنی حساس در ایجاد و گسترش رفتارهای مقابله و پاسخ به نیازهای محیطی است. این دوره به واسطه تغییرات سریع فیزیکی، روان‌شناختی، اجتماعی، فرهنگی و شناختی با انبوهی از مشکلات مغایر سلامت همراه است. بسیاری از عوامل تهدید کننده سلامت و رفتارهای پرخطر توسط نوجوانان در همین سن به صورت پیش‌رونده‌ای شروع می‌شوند [۱، ۲]. رفتار پرخطر و پیامدهای منفی آن بر سلامت نوجوانان می‌تواند تهدید جدی بر سلامت در طول زندگی فرد ایجاد کند. مصرف الکل، سیگار و مواد یکی از پیامدهای اعتیاد آور و خطرناک است که با بسیاری از رفتاری‌ها و تحولات دوره نوجوانی در ارتباط است و خطر جدی برای زندگی فردی و رشد جامعه محسوب می‌شود [۳]. نتایج مطالعات حاکی از آن است که مصرف مواد نه تنها پیامدهای منفی متعددی دارد، بلکه تحت تأثیر عوامل مختلفی چون گروه‌های اجتماعی، خانواده، دوستان، محیط مدرسه، محله سکونت و ویژگی‌های فردی شکل می‌گیرد [۴]. پدیده زیستی- روانی- اجتماعی مصرف و سوء مصرف مواد در نوجوانان یکی از بحرانی‌ترین مسائل پیش روی جوامع امروزی است [۵] و مصرف مواد، الکل و تنباکو در نوجوانان مقطع ۱۱ الی ۱۸ سال، به خصوص در دوره‌ی دبیرستان، هنوز مسأله اساسی بسیاری از کشورها محسوب می‌شود [۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱]. در واقع انتقال از دوره‌ی ابتدایی به دوره‌های بالاتر تحصیلی یک برهه زمانی آسیب‌پذیر برای شروع مصرف مواد است [۱۲]. بر اساس مطالعات اخیر، ۳۱ درصد از دانش آموزان پایه هشتم به مصرف الکل و ۱۹/۶ درصد سابقه مصرف مواد داشتند [۶]. پاروت<sup>۱</sup> [۱۳] با مرور مطالعات انجام شده در استرالیا، آلمان و دیگر کشورهای اروپایی به این نتیجه رسید که مصرف اکستازی در نوجوانان از ۱ تا ۱۳ درصد رواج دارد. در کشور ما نیز، گرچه آمار رسمی و جامعی در زمینه مصرف این مواد وجود ندارد، شواهد و مشاهدات بالینی در مراکز مشاوره و کلینیک‌های درمان و بازپروری اعتیاد نشان می‌دهد که مصرف و سوء مصرف مواد در نوجوانان از شیوع نسبتاً بالایی برخوردار است. در پژوهش جزایری و دهقانی [۱۴] ۴ درصد دانش آموزان مقطع راهنمایی در معرض خطر

مصرف مواد، ۵۲ درصد به گرایش مصرف مواد و ۳ درصد آنها در گذشته مواد مصرف کرده بودند. در پژوهشی که ضیاءالدینی، زارع‌زاده و حشمتی [۱۵] انجام دادند ۲۶/۵ درصد پسران و ۱۱/۵ درصد دختران سابقه حداقل ۱ بار مصرف مواد داشتند. در سال‌های اخیر، یکی از مهمترین دستاوردها در حوزه نظریه پردازی و سیاست گذاری برنامه‌های پیشگیری در زمینه سوء مصرف مواد، تأکید بر عوامل خطرناک و محافظت کننده به منزله یک چهارچوب توصیفی و پیش بین است [۱۶]. پژوهش‌ها عوامل مختلفی را به عنوان عوامل خطر و محافظت کننده در برابر سوء مصرف مواد مشخص نموده‌اند. مطالعات مختلف عملکرد ضعیف خانوادگی<sup>۲</sup>، سوء مصرف مواد در خانواده، نظارت والدینی ناکارآمد<sup>۳</sup>، وجود تضاد و نقص در انسجام خانوادگی، فرزند پروری ناکارآمد، کمبود دلبستگی به والدین، حمایت کم خانوادگی [۱۷، ۱۸]؛ در دسترس بودن مواد، تعارض بین والدین، مصرف مواد توسط والدین [۱۹]؛ محیط اجتماعی- فرهنگی [۲۰]؛ گروه دوستان [۱۵، ۲۱، ۲۲]؛ [۲۳]؛ متغیرهای مربوط به عوامل آسیب‌زای فردی یعنی هیجان طلبی، سرکشی، طغیان، خشونت، پرخاشگری، تحمل انحراف و پیشرفت تحصیلی پایین [۲۱، ۲۴، ۲۵]؛ [۲۶] جزء عوامل خطرناک معرفی شده است. در فهرستی که موسسه ملی اعتیاد [۲۷] منتشر کرده است هشت عامل به عنوان منابع خطرناک مصرف مواد در دانش آموزان مطرح شده‌اند که عبارتند از ۱- محیط خانوادگی آشفته و خصوصاً خانه‌ای که در آن والدین مصرف کننده هستند یا به بیماری روانی مبتلا می‌باشند؛ ۲- فرزند پروری ناکارآمد خصوصاً در کودکانی که خلق و خوی منفی دارند و یا مبتلا به اختلالات سلوکی هستند؛ ۳- فقدان دلبستگی متقابل در پرورش فرزند؛ ۴- احساس خجالت نامناسب و رفتارهای پرخاشگرانه در کلاس درس؛ ۵- ناکامی و شکست تحصیلی؛ ۶- مهارت‌های اجتماعی و سازگاران ضعیف؛ ۷- برقراری رابطه با همسالان منحرف یا همسالانی که به رفتارهای انحرافی گرایش دارند؛ ۸- شکل‌گیری این برداشت که مصرف مواد در محیط مدرسه، بین همسالان و در محیط اجتماعی قابل قبول است. در زمینه عوامل

2- poor family functioning

3- parental poor monitoring

1- Parrott

محافظت کننده در گرایش به مصرف مواد در دانش آموزان می‌توان به مذهبی بودن، داشتن هویت مذهبی، مشارکت در فعالیت‌های مدرسه، مشارکت در فعالیت‌های ورزشی [۲۸]؛ برخورداری از سلامت روان، داشتن ارتباط خوب با والدین، نگرش منفی نسبت به سوء مصرف مواد مخدر [۲۹]؛ حمایت اجتماعی بالا، شیوه‌های مقابله‌ای مطلوب [۳۰] اشاره کرده است. در بسته‌های آموزشی، در کنار ارائه طرح‌های مداخله‌ای، تأکید بسیاری بر هماهنگی متغیرهای موجود در این بسته‌ها با موقعیت فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی کشورهای استفاده کننده شده، برای بالا بردن میزان اثربخشی و کارآمدی آنها، کاربرد پژوهش‌های بومی برای اصلاح و تغییر این بسته‌های وارداتی، پیشنهاد شده است؛ بنابراین لازم است برای به دست آمدن الگوهای بومی و هماهنگی بسته‌های آموزشی طراحی شده در فرهنگ‌های دیگر با فرهنگ ایران، متغیرهای پیشایند مبتنی بر سبب شناسی روانی، اجتماعی و خانوادگی اعتیاد و عوامل خطر و محافظت کننده شناسایی شده، در تدوین الگو به کار رود. با این روش برنامه‌های پیشگیری در سطوح عمومی، انتخابی و شاخص می‌تواند اثربخشی و کارآمدی لازم را در حوزه پیشگیری داشته باشد و همچنان سرآمدی پیشگیری بر درمان حفظ شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که حتی اگر کودک در طول زندگی خود با تعداد قابل توجهی از عوامل خطر روبرو شود لزوماً دچار مصرف مواد مخدر و مشکلات همراه آن نخواهد شد. کودکان زیادی هستند که هر چند در خانواده‌ها و محیط‌های پرخطر رشد می‌کنند ولی با این حال عاری از مشکل هستند. بر اساس نتایج تحقیقات، دلیل این امر وجود عوامل حفاظت کننده‌ای است که احتمال بروز مصرف مواد مخدر را کاهش می‌دهد [۳۱]. عوامل خطر ساز و محافظت کننده در تأثیرگذاری به صورت افزایشی عمل می‌کنند. بنابراین، هر چه تعداد عوامل خطر ساز بیشتر باشد، حساسیت و مستعد بودن نیز بیشتر می‌شود و برعکس، تجمع عوامل محافظت کننده کاهش خطر را در بر دارد [۳۱]. به عبارتی، می‌توان گفت که بررسی عوامل خطر ساز و محافظت کننده در افراد و گروه‌های مختلف به صورت منفک و مستقل از هم نمی‌تواند گویای واقعیت چند عاملی در پیشگیری و درمان اعتیاد باشد و برای طراحی برنامه‌ریزی‌های پیشگیری

اثربخش بایستی مطالعات غربالگری و تشخیصی در سطح بررسی‌های چند عاملی و بومی انجام پذیرد. بنابراین، در پژوهش حاضر به منظور بررسی میزان پیش بینی پذیری مصرف یا عدم مصرف مواد در دانش آموزان با استفاده از متغیرهای وضعیت تحصیلی دانش آموز در سال گذشته، نگرش به مدرسه، وضعیت تحصیلی دوستان، مذهب، نگرش دوستان به مواد مخدر، کنترل تکانه، برون ریزی خشم، دلبستگی ایمن به پدر، دلبستگی ایمن به مادر، هوش هیجانی بین فردی، هوش هیجانی درون فردی و با توجه به نبود مقیاس جامع ایرانی یا هنجاریابی شده خارجی در زبان فارسی در خصوص عوامل خطر ساز و محافظت کننده پیشگیری از مصرف مواد در دانش آموزان، برای اولین بار با استفاده از یک مقیاس ایرانی [۲۳]، تمایز شاخص‌های خطر ساز و محافظت کننده پیشگیری مصرف مواد در دو گروه از دانش آموزان دارای سابقه مصرف و غیر مصرف کننده و تفاوت این دو گروه از نظر برخی عوامل پیشایند و تسهیل کننده مصرف بررسی شده است.

#### روش

**طرح پژوهش:** پژوهش حاضر از نوع علی - مقایسه‌ای بود. **آزمودنیها:** جامعه مورد مطالعه شامل کلیه دانش آموزان ۱۴ الی ۱۹ سال دوره‌ی متوسطه دختر و پسر مناطق ۲۲ گانه شهر تهران بودند که از بین مناطق شمالی، جنوبی، شرقی و غربی و مرکز انتخاب شدند. نمونه مورد مطالعه ۶۹۸ دانش آموز دبیرستانی (۳۶۶ پسر و ۳۳۲ دختر) در سه مقطع پایه اول، دوم و سوم به ترتیب ۲۵۷، ۲۱۷ و ۲۲۴ نفر با میانگین سنی ۱۶/۳۰ (حداقل ۱۴ سال و حداکثر ۱۹ سال) بودند. برای برآورد دقیق تعداد دانش آموزان گروه نمونه بر حسب جنسیت، پایه تحصیلی، رشته تحصیلی و مناطق ۲۲ گانه شهرداری، روش نمونه‌گیری طبقه‌ای (نسبتی) به کار رفت. بدین منظور آمار دقیق دانش آموزان دبیرستانی سازمان آموزش و پرورش شهر تهران بر حسب جنسیت، مناطق تحصیلی، رشته تحصیلی و پایه تحصیلی از شورای تحقیقات سازمان به دست آمد.

#### ابزار:

۱- مقیاس پیشگیری از مصرف مواد در دانش آموزان: مقیاس پیشگیری توسط خوشابی و مرادی [۲۳] به منظور شناسایی عوامل محافظت کننده و خطر ساز مصرف مواد در

۷- پرسشنامه هوش هیجانی<sup>۱۳</sup>: که دارای پنج خرده مقیاس هوش هیجانی درون فردی<sup>۱۴</sup>، هوش هیجانی میان فردی<sup>۱۵</sup>، هوش هیجانی سازگاری<sup>۱۶</sup>، هوش هیجانی مقابله با فشار<sup>۱۷</sup> و هوش هیجانی خلق کلی<sup>۱۸</sup> است.

در ساخت مقیاس پیشگیری از مصرف مواد مؤلفین ابتدا سؤالاتی که دارای قدرت تشخیص برای تفکیک دانش آموزان دارای سابقه مصرف بودند را از بقیه سؤالات جدا کردند و در مرحله بعد به روش تحلیل عوامل یازده مؤلفه استخراج گردید که شامل وضعیت تحصیلی دانش آموز در سال گذشته، نگرش به مدرسه، وضعیت تحصیلی دوستان، نگرش به مذهب، نگرش دوستان به مواد مخدر، کنترل تکانه، برون ریزی خشم، دلبستگی ایمن به پدر، دلبستگی ایمن به مادر، هوش هیجانی بین فردی، هوش هیجانی درون فردی بود. نمرات پایین در نمره کل و خرده مقیاس‌ها نشانگر بالا بودن میزان شاخص محافظت کننده و پایین بودن نمرات حاکی از شاخص عوامل خطر ساز است. در مطالعه خوشابی و مرادی [۲۳] با استفاده از روش سطح زیر منحنی ROC، نقطه برش مقیاس پیشگیری برای تفکیک بین دانش آموزان مصرف کننده و غیر مصرف کننده در بهترین حالت نمره ۱۵۹ با مقدار حساسیت برابر ۶۲/۱ و ویژگی ۸۷/۱ بود. اعتبار به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۶۳ الی ۰/۸۴ به دست آمد به استثناء مؤلفه خشم که اعتبار آن ۰/۵۷ بود.

**روند اجرای پژوهش:** برای اجرای پرسشنامه‌ها نیز روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای به کار رفت. پس از دریافت مجوز کتبی از سازمان آموزش و پرورش شهر تهران و هر منطقه، توضیحات لازم برای مسئولان مدرسه و دانش آموزان ارائه شد. به دانش آموزان اطمینان داده شد که تمام داده‌ها بدون ثبت مشخصات فردی گردآوری خواهد شد و هر کس بخواهد، می‌تواند در پژوهش شرکت نکند. هنگام تکمیل کردن پرسشنامه‌ها، در مورد شیوه پاسخگویی توضیح لازم داده شد، آزمودنیها ۴۵ دقیقه برای تکمیل کردن پرسشنامه‌ها وقت داشتند و در صورت داشتن

دانش آموزان دوره‌ی متوسطه طراحی شده است. مبنای طراحی این مقیاس استفاده از سؤال‌های پرسشنامه مواد و مشروبات الکلی، پرسشنامه برنامه‌ریزی برای پیشگیری، پرسشنامه پاسخ‌های مقابله‌ای بلینگز-موس<sup>۱</sup>، پرسشنامه دلبستگی کولینز-رید<sup>۲</sup>، پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت و پرسشنامه هوش هیجانی بارون<sup>۳</sup> بود. که توصیف مختصر این ابزارها در ذیل می‌آید:

۲- زمینه یابی دارو و الکل آمریکا<sup>۴</sup>: یک پرسشنامه مداد-کاغذی است درباره تجربه نوجوانان درباره انواع مواد، مانند سیگار، خشیش، مشروبات الکلی و ... است.

۳- زمینه یابی برنامه‌ریزی برای پیشگیری<sup>۵</sup>: داده‌های جامعی درباره عوامل خطر و محافظت کننده مصرف مواد مربوط به محیط اجتماعی فرد، مانند گروه همسالان، جو عاطفی خانواده و محیط مدرسه به دست می‌دهد.

۴- پرسشنامه پاسخ‌های مقابله‌ای<sup>۶</sup>: برای اندازه‌گیری بحران‌های شخصی، تجربه‌های فشارزا و شیوه رویارویی با آنها تنظیم شده است. پاسخ‌های مقابله‌ای با در نظر گرفتن روایی صوری<sup>۷</sup> در دو بخش هیجان مدار<sup>۸</sup> و مسأله مدار<sup>۹</sup> تنظیم شده‌اند.

۵- پرسشنامه تجدید نظر شده دلبستگی<sup>۱۰</sup>: یک ابزار خودسنجی از مهارت‌های شکل دهی به دلبستگی به پدر، مادر و دوستان<sup>۱۱</sup> است که از ۱۸ گویه تشکیل شده، روی یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای پاسخ داده می‌شود.

۶- نسخه آموزشگاهی پرسشنامه عزت نفس<sup>۱۲</sup>: که بر پایه بررسی گسترده مبانی و الزام‌های عزت نفس تنظیم شده است، احساس‌ها، باورها و واکنش‌های فرد را توصیف می‌کند. گویه‌های این پرسشنامه به صورتی تدوین شده است که برای کودکان ۱۰ سال و بالاتر قابل فهم باشد.

- 1- Billings and Moos
- 2- Collins and Read
- 3- Bar-On
- 4- American Drug and Alcohol Survey
- 5- Prevention Planning Survey
- 6- coping response
- 7- facial validity
- 8- emotional based
- 9- problem based
- 10- Revised Attachment Inventory
- 11- attachment to mother, father, best friend
- 12- Copper-Smith self-esteem inventory-school form

- 13- emotional intelligent Inventory
- 14- intra-personal
- 15- inter-personal
- 16- adaptation
- 17- stress coping
- 18- total temperament

سؤال یا ابهام می‌توانستند با بلند کردن دست، بدون ایجاد مزاحمت برای دیگران، سؤال خود را از پرسش‌گر بپرسند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از رگرسیون لجستیک و تحلیل واریانس استفاده شد.

#### یافته‌ها

در پژوهش حاضر به واسطه تحلیل رگرسیون لجستیک احتمال عضویت دانش آموزان در گروه مصرف کننده مواد و

غیر مصرف کننده بر اساس عوامل خطر ساز و محافظت کننده پیشگیری از مصرف مواد در دانش آموزان تعیین شد و برای تحلیل داده‌ها بعد از حذف داده‌های گم شده از روش پیشرو گام به گام (شرطی) استفاده گردید. برای مقایسه دو گروه در میزان شاخص پیشگیری از مصرف مواد بر اساس متغیرهای خطر ساز فردی، خانوادگی و اجتماعی از تحلیل واریانس استفاده شد.

جدول (۱) مقادیر مشاهده شده و پیش بینی شده دانش آموزان مصرف کننده و غیر مصرف کننده

درصد صحیح	مقادیر پیش بینی شده بر اساس مدل		مصرف/ عدم مصرف	تقسیم بندی
	مصرف کننده (۱)	غیر مصرف کننده (۰)		
۱۰۰/۰	۵۷۸	۰	غیر مصرف کننده (۰)	تقسیم بندی با احتمال ثابت اولیه
۰	۱۲۰	۰	مصرف کننده (۱)	بر اساس مقادیر مشاهده شده
۸۲/۸	-	-	-	-
۹۷/۹	۱۲	۵۶۶	غیر مصرف کننده (۰)	تقسیم بندی در گام ۹
۷۵/۸	۹۱	۲۹	مصرف کننده (۱)	بر اساس مقادیر مشاهده شده
۹۴/۱	-	-	-	-

در جدول ۱ طبقه‌بندی هر یک از افراد گروه نمونه در متغیر ملاک مصرف مواد بر اساس اثر پیش بینی کنندگی متغیرهای پیش بین عوامل خطر ساز و محافظت کننده پیشگیری از مصرف مواد در دانش آموزان ارائه شده است. در روش گام به گام میزان پیش بینی کلی مدل از عضویت گروهی ۸۲/۸ درصد بود که بعد از ۹ گام به ۹۴/۱ درصد افزایش یافت. مجذور همبستگی ( Nagelkerke R )

(Square) متغیرهای پیش بین با متغیر ملاک حاکی از آن بود که در اولین مدل این مقدار ۰/۴۰ بود که در مدل نهایی به مقدار ۰/۷۲ افزایش یافته است. جدول ۲ ضرایب رگرسیون (B) آمارهای والد، سطح معناداری، نسبت شانس [Exp(B)] و فواصل اطمینان (CI) ۹۵٪ نسبت‌های شانس (OR) مربوط به هر متغیر پیش بین را نشان می‌دهد.

جدول (۲) ضرایب رگرسیونی اثر پیش بینی کنندگی هر یک از متغیرهای پیش بین در گام آخر

متغیرها	B	خطای استاندارد	آماره والد	df	p.v.	EXP(B)	%C.I.for EXP(B)
مقدار ثابت	۲۵/۵۷	۲/۶۵	۹۲/۹۲	۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	-
نگرش به مدرسه	-۰/۱۹	۰/۰۵	۱۵/۲۰	۱	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۰/۹۱-۰/۷۵
نگرش دوستان به مواد	-۰/۳۷	۰/۰۸	۲۲/۱۴	۱	۰/۰۰۱	۰/۷۰	۰/۸۱-۰/۶۰
وضعیت تحصیلی دوستان	-۰/۵۰	۰/۱۶	۹/۱۱	۱	۰/۰۰۳	۰/۶۱	۰/۸۴-۰/۴۴
کنترل تکانه	-۰/۲۷	۰/۰۷	۱۳/۳۴	۱	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۰/۸۸-۰/۶۶
برون‌ریزی خشم	-۰/۱۶	۰/۰۶	۶/۳۷	۱	۰/۰۰۷	۰/۸۵	۰/۹۷-۰/۷۵
دلبستگی به پدر	-۰/۱۴	۰/۰۳	۲۳/۳۱	۱	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۰/۹۲-۰/۸۲
دلبستگی به مادر	-۰/۲۰	۰/۰۳	۴۴/۳۵	۱	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۰/۸۷-۰/۷۸
هوش هیجانی بین فردی	-۰/۱۱	۰/۰۴	۷/۵۹	۱	۰/۰۰۶	۰/۸۹	۰/۹۷-۰/۸۳
هوش هیجانی درون فردی	-۰/۲۰	۰/۰۵	۱۶/۳۶	۱	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۰/۹۰-۰/۷۴

نتایج نشان داد که دل‌بستگی ایمن به مادر با بیشترین مقدار همبستگی تفکیکی با مصرف مواد در دانش آموزان اولین متغیر پیش بین است و برون ریزی خشم با کمترین مقدار همبستگی تفکیکی آخرین متغیری بود که در مرحله نهم وارد معادله شد. در اولین مدل میزان  $2\log \text{likelihood}$  برابر  $451/17$  و در مدل نهم برابر  $242/95$  به دست آمد که مقادیر تغییر در این شاخص حاکی از تغییرات معنی‌دار در اولین مدل تا مدل نهم و افزایش برآزش مدل با داده‌ها است. بررسی ضرایب رگرسیونی حاکی از آن است که اثر پیش بینی‌کنندگی متغیرهای وضعیت تحصیلی و مذهب در پیشگیری از مصرف مواد در دانش آموزان اثر معنی‌داری

نداشته است. آزمون والد نشان می‌دهد که متغیرهای پیش بین نگرش به مدرسه، نگرش دوستان به مواد، وضعیت تحصیلی دوستان، کنترل تکانه، برون ریزی خشم، دل‌بستگی به پدر و مادر و هوش هیجانی درون فردی و بین فردی به لحاظ آماری جزء عوامل خطرزای معنادار مصرف مواد در دانش آموزان هستند ( $P < 0/01$ ). با توجه به منفی بودن علامت ضرایب رگرسیونی جدول ۲ می‌توان گفت که با کاهش نمره خرده مقیاس‌های پیشگیری و افزایش میزان عوامل محافظت‌کننده احتمال عدم مصرف مواد بیشتر می‌شود و با افزایش آن میزان عوامل خطرناک‌تر بیشتر شده و در نتیجه احتمال مصرف بیشتر می‌گردد.

جدول ۳) تحلیل واریانس نمره کل پیشگیری بر اساس جنسیت و عوامل خطرناک در مصرف مواد در دانش آموزان

متغیرها	مغوله‌ها	میانگین	انحراف معیار	F	df	معناداری
جنسیت	دختر	۱۸۶/۶۲	۱۵/۱۲	۷/۹۲	۱-۶۹۲	۰/۰۰۵
	پسر	۱۵۸/۱۵	۲۱/۴۶	-	-	-
مصرف سیگار و مواد توسط دوستان	خیر	۱۸۶/۹۷	۱۴/۴۱	۳۱/۵۸	۱-۶۹۲	۰/۰۰۱
	بله	۱۵۶/۵۰	۲۰/۷۹	-	-	-
مصرف مواد توسط اعضاء خانواده	خیر	۱۸۰/۸۵	۱۵/۲۶	۴۶/۳۹	۱-۶۹۲	۰/۰۰۱
	بله	۱۳۷/۶۶	۱۶/۳۸	-	-	-
مصرف سیگار توسط خود	خیر	۱۸۳/۶۴	۱۵/۲۰	۳۰۸/۲۴	۱-۶۹۲	۰/۰۰۱
	بله	۱۵۴/۶۹	۲۲/۷۶	-	-	-
مشاهده مصرف مواد در محله زندگی	خیر	۱۸۲/۹۲	۱۶/۲۶	۶/۵۳	۱-۶۹۲	۰/۰۱۱
	بله	۱۵۵/۰۴	۲۲/۷۲	-	-	-

#### بحث

موسسه ملی سوء مصرف مواد آمریکا برای طراحی و ارائه برنامه‌های پیشگیری چند اصل را در نظر گرفته است که مهمترین آنها عبارتند از بومی سازی برنامه‌ها، شناسایی عوامل خطرناک-محافظت‌کننده، بررسی روابط یک سویه و چند سویه بین آنها [۳۲]، بررسی اثرات این عوامل بر اساس سن، جنس، قومیت، فرهنگ، محیط اجتماعی و اقتصادی [۱۶، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷] هستند. بنابراین، با توجه به اصل چندگانگی عوامل خطرناک-محافظت‌کننده مصرف مواد و بررسی تمایز بین عوامل پیشایند و همایند در دو گروه دانش آموزان مصرف‌کننده و غیر مصرف‌کننده پژوهش حاضر به بررسی این عوامل در پیشگیری از مصرف مواد پرداخته است. در پژوهش حاضر این عوامل در

نتایج تحلیل واریانس ارائه شده در جدول ۳ نشان داد که بین نمره کل مقیاس عوامل خطرناک و محافظت‌کننده پیشگیری از مصرف مواد دانش آموزان بر اساس عوامل پیشایند خطرناک مصرف مواد تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به طوری که پسر بودن ( $F(1,692)=7/92, P<0/01$ )، مصرف سیگار و مواد توسط دوستان ( $F(1,692)=31/58, P<0/001$ )، مصرف مواد توسط اعضاء خانواده ( $F(1,692)=46/39, P<0/001$ )، مصرف سیگار توسط خود ( $F(1,692)=308/24, P<0/001$ ) و مشاهده مصرف مواد در محله محل سکونت ( $F(1,692)=6/53, P<0/05$ ) با میزان بالایی از شاخص عوامل خطرناک مصرف مواد و نمرات بالا در مقیاس پیشگیری همراه بود.

سه سطح فردی، خانوادگی و اجتماعی (مدرسه، دوستان و شرایط محله سکونت) بررسی شده است. نتایج این پژوهش همسو با دیگر مطالعات [۳۸، ۳۹] نشان داد که عوامل فردی کنترل تکانه و برون ریزی خشم اثر پیش بینی کنندگی معنی داری در تفکیک دو گروه دانش آموزان مصرف کننده و غیر مصرف کننده مواد دارند. نتایج پژوهش حاضر بر خلاف پژوهش‌های قبلی [۲۱، ۲۶، ۲۸، ۴۰، ۴۱] اثر معنی داری برای نگرش مذهبی دانش آموزان در پیشگیری از مصرف مواد به دست نیاورد. در پژوهش حاضر دانش آموزان مصرف کننده سیگار میزان بالایی از شاخص‌های خطر ابتلاء به مصرف مواد را نشان دادند. از طرفی دیگر، پسران در مقایسه با دختران در معرض عوامل خطرزای ابتلاء به مصرف مواد بیشتری قرار داشتند. بخش عمده‌ای از تحقیقات قبلی مربوط به هیجانات و عواطف فردی در زمینه مصرف مواد نوجوانان روی عوامل پیش بینی کننده افسردگی، مشکلات عاطفی، اضطراب و خشم متمرکز شده است [۴۲، ۴۳]. این نتایج بیشتر تأیید کننده فرضیه خود درمانی<sup>۱</sup> در خصوص پیشایندهای مصرف الکل و مواد توسط نوجوانان به عنوان وسیله‌ای برای مقابله، تسکین، تنظیم و کاهش فشار و اثرات عواطف منفی در نوجوانان است [۴۴]. علاوه بر مکانیسم خود درمانی، نظریه خود تحقیری کاپلان<sup>۲</sup> [۴۵] نیز مکانیسم عمل عواطف منفی و هیجانات روی مصرف مواد در نوجوانان را توجیه کرده است. بر اساس این نظریه، نوجوانان دارای تجربه عواطف منفی نسبت به خود، ممکن است با گرایش به گروه همسالان نامتعارف سعی کنند تا احساس پذیرش اجتماعی و احساس خود ارزشمندی لازم را کسب کنند. اغلب، در این بافت از همسالان، امکان مواجهه با دوستان و افراد مصرف کننده مواد، خود مشوق، الگو و تقویت کننده درگیر شدن نوجوان با رفتار مصرف مواد و الکل است [۴۶، ۴۷]. در این پژوهش مشخص گردید که دانش آموزان مصرف کننده مواد از هوش هیجانی درون فردی و بین فردی پایین‌تری نسبت به دانش آموزان غیر مصرف کننده مواد برخوردارند. پژوهش‌ها حاکی از آن است که نوجوانان مصرف کننده مواد در مواجهه با رویدادهای تنیدگی‌زا به

دلیل نابدباری، به جای رویکرد شناختی مؤثر از راهبردهای هیجانی ناکارآمد استفاده می‌کنند و از هیجان خواهی بالایی برخوردارند. آنها با تفکرات غیر منطقی خود، شرایط نامساعد را تغییر ناپذیر تصور کرده و به همین دلیل در برابر ناکامی‌ها و سختی‌ها خیلی زود تحمل خود را از دست می‌دهند. همچنین احساس مسئولیت، احتیاط و ملاحظه کاری در آنها کمتر دیده می‌شود، بیشتر رفتارهای و تکانشی از خود بروز می‌دهند. این نوجوانان افرادی حساس، زودرنج، تلقین پذیر، دارای اراده ضعیف و فاقد انضباط اجتماعی بوده و اغلب برای امور غیر درسی ارزش بیشتری قائلند [۳۵]. نتایج پژوهش همسو با مطالعات قبلی [۴۸، ۴۹] نشان داد که دلبستگی ایمن به پدر- مادر نقش معنی داری در تفکیک دانش آموزان مصرف کننده و غیر مصرف کننده دارد. در توجیه اثر عوامل خانوادگی بر مصرف مواد توسط نوجوانان می‌توان گفت که در نظریه کنترل هیرشچی<sup>۳</sup> [۵۰] رفتار انحرافی به دلیل فشار نیروهای بیرونی برای عمل در جهت رفتار انحرافی نیست، بلکه ناشی از ضعف و نقص در منابع و کنترل‌های درونی روی رفتار است. تأکید نظریه کنترل روی تغییرات و تفاوت در پیوند عاطفی و دلبستگی خانواده و مدرسه به عنوان ساختارهای اولیه و متولیان رفتار عرفی در جامعه است. مشکل بر سر این مسأله نیست که عامل خطر ساز در تحریک افراد انجام رفتار انحرافی چیست، بلکه مسأله آن است که منابع درونی کنترل رفتار تا چه حد توان مقابله با محرک‌های بیرونی را دارد [۵۱]. بنابراین، حامیان این نظریه فرض بر آن دارند که تأثیر والدین روی رفتار انحرافی صرف نظر از ارتباط فرزند با گروه‌های همسالان، بسیار نیرومند و به شکل مستقیم است [۵۲]. در تبیین رابطه پیوند عاطفی والد- فرزند می‌توان گفت که دلبستگی ایمن زمانی شکل می‌گیرد که کودک انگاره دلبستگی خود را پاسخگو، پذیرا و در دسترس بباید. وقتی کودک انگاره دلبستگی خود را پاسخگو، مسئولیت پذیر و در دسترس نداند، سبک دلبستگی ناایمن پدید می‌آید. راهبردهای کودکان دارای سبک دلبستگی ناایمن برای غلبه بر عواطف منفی، در طیفی از کوشش‌ها برای بیشینه یا کمینه کردن نیازهای دلبستگی قرار می‌گیرد. هر دوی این راهبردها ممکن است

1- self-medication hypothesis

2- Kaplan's self-derogation theory

3- Hirschi

کودکان را در معرض خطر بیشتر آسیب پذیری قرار دهد. آوریل<sup>۱</sup> [۵۳] در یک بررسی برای تعیین و طبقه‌بندی عوامل ایجاد کننده عود مکرر در معتادان به این نتیجه رسید که تجربه و رویارویی با عواطف و رویدادهای منفی مهمترین نقش را در عود مکرر بازی می‌کنند. به نظر می‌رسد که افراد نایمن برای فرو نشانی عواطف منفی و رویدادهای آسیب‌زایی که تجربه می‌کنند احتمالاً بیش از افراد ایمن از سوء مصرف مواد به عنوان یک مکانیسم خوددرمانی استفاده می‌کنند. مشابه نتایج تحقیقات قبل [۵۴، ۵۵] از نظر مصرف مواد توسط اعضاء درجه خانواده بین دانش آموزان مصرف کننده و غیر مصرف کننده مواد تفاوت معنی‌داری وجود دارد و زندگی با والدین مصرف کننده مواد و سیگار، احتمال مصرف در این فرزندان آنها را بالا می‌برد. بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی می‌توان گفت که نوجوانان از طریق فرایندهای مشاهده و مدل سازی، راهبردهای مقابله با استرس را از مراقبین خود یاد می‌گیرند [۵۶]. مطالعات حاکی از آن است که نوجوانان مصرف کننده مواد دارای نقص در مهارت‌های مقابله هستند [۵۷]. از نظر الگوی یادگیری اجتماعی چند مرحله‌ای، کودکان و نوجوانانی که مهارت‌های مقابله‌ای محدودی دارند در مواجهه با استرس، همانند والدین خود [۵۸] از راهبردهای اجتناب، بی‌توجهی و بی‌خیالی مثل مصرف الکل و مواد استفاده می‌کنند. بر اساس این الگو، این نوجوانان دارای نقصان در مهارت‌های اجتماعی (ناتوانی برای حل تعارضات، دشواری در جذب حمایت اجتماعی) در مواجهه با مسائل دچار مشکل خواهند بود و به احتمال زیاد از الکل و مواد به عنوان راهبرد مواجهه استفاده خواهند کرد [۵۸]. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که نوع نگرش و پیوند با مدرسه، وضعیت تحصیلی دوستان، نگرش دوستان به مواد اثر معنی‌داری در تفکیک دو گروه کننده و غیر مصرف کننده مواد داشت، اما وضعیت تحصیلی خود فرد در طول ۱۲ ماه گذشته اثر معنی‌داری نداشت. از طرفی، دانش آموزانی که دوستان آنها سابقه مصرف مواد و سیگار داشت میزان بالایی از شاخص خطر پذیری پیشگیری از مصرف مواد را نشان دادند. نتایج این مطالعه همسو با سایر پژوهش‌ها [۵۹، ۶۰] نشان داد که نگرش منفی به مدرسه و

تعهد پایین نسبت به آن از عوامل مؤثر در گرایش به رفتار مصرف مواد در نوجوانان است. از طرفی، میزان معاشرت با دوستان و افراد مصرف کننده مواد از عوامل خطر ساز در افزایش میزان گرایش به مصرف مواد است [۶۰، ۶۱]. در تحقیق انستیتو ملی سوء مصرف مواد [۲۷] مشخص گردید که شکست تحصیلی یا فرار از مدرسه با بروز مصرف مواد ارتباط دارد. مشکلات تحصیلی و فشار مدرسه بر این نوجوانان سبب می‌گردد که آنها با محیط مدرسه احساس بیگانگی کنند و در جستجوی مفری برای رهایی از این احساس بیگانگی گردند که یکی از آنها می‌تواند داشتن همسالان مشابه باشد. در توجیه مکانیسم اثر منفی گروه همسالان و مدرسه در مصرف مواد در نوجوانان می‌توان گفت که در طول ۵۰ سال گذشته چندین نظریه (مثل، خرده فرهنگ گروه افراد متخلف<sup>۲</sup>) در توجیه چگونگی تعامل فرد با گروه دوستان و الگو برداری از رفتار انحرافی‌ها آنها ارائه شده است [۶۳، ۶۴، ۶۵، ۶۶]. معروف‌ترین آنها نظریه تداوی افتراقی ساترلند<sup>۳</sup> و همکاران [۶۶] است که تأکید آن بر نقش گروه دوستان در فراهم کردن نگرش و اعتقاد مثبت و پذیرا نسبت به رفتار انحرافی، ایجاد توانمندی و مهارت در خصوص عملکرد رفتاری نابهنجار است. سایر نظریه‌ها، مفروضه‌های مشابهی در این خصوص دارند و بر نقش گروه همسالان در شکل‌گیری تعهد به انجام الگوهای رفتاری و سبک زندگی مخالف عرف جامعه دارند [۶۴]. از طرفی، پرون، سالیوان، پرات و مارگارین<sup>۴</sup> [۶۴] گروه‌های منحرف همسالان را به عنوان یک خرده فرهنگ قلمداد می‌کند که در مقابل انجام رفتارهای نامتعارف، حمایت اجتماعی لازم را از گروه دوستان دریافت می‌کند. مطالعات نشان داده‌اند که نوجوانان درگیر ارتباط با همسالان مصرف کننده مواد به احتمال بیشتری درگیر رفتار مصرف مواد خواهند شد [۶۷]. در خصوص تأثیر دوستان صمیمی در گرایش به مصرف مواد در نوجوانان می‌توان به اهمیت پذیرش و حمایت اجتماعی دریافت شده از آنها، توصیه‌ها، مشاوره‌ها، مهارت‌ها و راهبردهای حل مسأله و مواجهه با مشکلات دریافت شده از گروه دوستان در موقعیت‌های خطرزا، در قالب آموزه‌های غیر رسمی

2- delinquent subculture and gangs

3- Sutherland

4- Perrone, Sullivan, Pratt, Margaryan

1- Averill



حاصل از شبکه اجتماعی بین گروه همسالان اشاره کرد [۶۸]. ریگیو و زیمرمن<sup>۱</sup> [۶۹] در توجیه مکانیسم اثر خطرزایی همسالان و دوستان در مصرف مواد در نوجوانان نشان داد که روابط دوستی دارای کیفیت منفی مثل تضاد، درگیری و کنترل، می‌تواند عامل استرس‌زا باشد و عواطف منفی درون فردی را تشدید نماید. همین مسأله احتمال گرایش به مصرف در افراد مستعد به لحاظ داشتن عوامل خطرزای فردی - درونی را به عنوانی وسیله‌ای برای مقابله و کاهش فشار ناشی از این رابطه منفی را بالا می‌برد. در چنین شرایطی، داشتن دوستان مصرف کننده امکان دسترسی به مواد و نگرش به مصرف در نوجوانان دارای انگیزه قبلی برای مصرف را به عنوان مکانیسم مقابله با ناکامی‌ها و ناملایمات زیاد می‌کند. در مجموع، با یک نگاه همه بینی و یکپارچه گرایی می‌توان گفت که تعامل عوامل فردی و نوع کیفیت رابطه تجربه شده با دوستان خطرناک می‌تواند در قالب عامل خطر قلمداد شود. نتایج پژوهش نشان داد که نوجوانان شاهد مصرف مواد در محل سکونت و همسایگان خود، میزان بالایی از شاخص خطرپذیری پیشگیری از مصرف مواد را نشان دادند. در توجیه مکانیسم اثر محیط زندگی بر افزایش خطر ارتکاب رفتار پرخطر می‌توان گفت که مدل بوم شناسی اجتماعی<sup>۲</sup> [۷۰] و نظریه رفتار مشکل [۷۱] هر دو بر این نظر هستند که چندین بعد، شامل عوامل فردی و بافت شناختی بر میزان خطرپذیری رفتارهای مشکل آفرین (مثل شروع مصرف مواد) در نوجوانان مؤثر هستند. بر اساس این دو نظریه، عوامل نامتعارف محل زندگی باعث افزایش خطر شروع مصرف و سایر عوامل اجتماعی (مثل فرزند پروری کارآمد و نظارت والدینی) به عنوان عوامل مقاومت باعث کاهش میزان خطر می‌شوند. مطالعات قبلی نشان می‌دهد که کودکان محله‌های پرخطر دارای شاخصه‌های فقر، بیکاری، جرم و مصرف مواد بوده و برون داده‌های درمانی و مداخله ضعیف‌تری در مقایسه با کودکان محیط‌های سالم نشان می‌دهند [۷۲، ۷۳]. یک توجیه برای مکانیسم عمل در این شرایط آن است که آشفته‌گی اجتماعی در محیط‌های پرخطر، مواجهه افراد با همسالان منحرف [۷۴]، وجود

فعالیت‌ها و اعمال نامتعارف اجتماعی [۷۵]، مشاهده الگوهای رفتاری نامتعارف مثل مصرف مواد [۷۳] و دسترسی محدود و ناکافی به منابع مثبت اجتماعی (مثل حمایت اجتماعی و شبکه اجتماعی) و فرصت‌های محدود مشارکت در فعالیت و یادگیری اجتماعی جمع‌گرای سازنده و پویا [۷۶] می‌گردد. مهمترین عامل در شروع مصرف مواد و تشدید آن در نوجوانان از نظر الگوی یادگیری اجتماعی چند مرحله‌ای، گروه همسالان مشوق و درگیر مصرف مواد است [۵۸]. نوجوانانی که احتمال بالایی در پیوند دوستی با گروه همسالان منحرف دارند، آنهایی هستند که در مهارت‌های اجتماعی نقص دارند (مثل، بی‌مبالاتی و بی‌نواکسی در گفتار و رفتار، عدم همکاری و مشارکت گروهی و عدم همنوایی و همدردی با دیگران) و توسط دیگر کودکان و نوجوانان مورد پذیرش اجتماعی قرار نمی‌گیرند. مطالعات حاکی از آن است که یکی از قوی‌ترین عوامل پیش بین در شروع مصرف مواد در نوجوانان پیوند دوستی با همسالان مصرف کننده مواد است و نقش بافت اجتماعی و محله سکونت در دسترسی به این نوع پیوندهای دوستی و دسترسی به مواد خیلی مهم است [۷۷]. در کنار نقطه قوت پژوهش حاضر در بررسی عوامل فردی، خانوادگی، مدرسه، دوستان و محیط محل زندگی محدودیت‌های آن باید مد نظر باشد. اول، ماهیت مقطعی بودن این پژوهش و تکیه بر خود گزارشی مصرف مواد توسط نوجوانان به صورت مستقیم و لزوم توجه به روش‌های مطالعه طولی این عوامل و استفاده از روش‌های مصاحبه با نوجوان، استفاده از فرم‌های والدین و همسالان برای شناسایی عوامل خطرناک و محافظت کننده ابتلاء به مصرف مواد. دوم، مدرسه محور بودن چنین مطالعاتی که عامل اصلی کنار گذاشتن نوجوانان ترک تحصیل کرده، اخراج شده، نوجوانان کار، خیابانی، زندانی و ... می‌گردد و میزان تعمیم پذیری نتایج را به جامعه عمومی نوجوانان کاهش می‌دهد. در واقع ممکن است این قشر از نوجوانان مکانیسم‌های متفاوتی از درگیر شدن در رفتار مصرف مواد را تجربه کنند که خارج از بحث چنین نمونه‌گیری است و نیازمند اجرا و تدوین مطالعات خاص خود است. سوم، جامع نبودن ابزار اندازه‌گیری و نیاز مبرم به طراحی ابزار بومی برای سنجش کامل عوامل خطرناک - محافظت کننده در تمام

1- Riggio &amp; Zimmerman

2- social ecology model

parent families in Switzerland. *Swiss J psycho*. 2004; 63(2): 85-92.

9- Hammond SK. Global patterns of nicotine and tobacco consumption. *Nicot Psychopha*. 2009; 3-28.

10- Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE. Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975-2005. Vol 2: College students and young adults ages 19. 2006; 40.

11- Mason WA, Kosterman R, Haggerty KP, Hawkins JD, Redmond C, Spoth RL, et al. Gender moderation and social developmental mediation of the effect of a family-focused substance use preventive intervention on young adult alcohol abuse. *Addict behav*. 2009; 34(6-7): 599-605.

12- Horton EG. Racial differences in the effects of age of onset on alcohol consumption and development of alcohol-related problems among males from mid-adolescence to young adulthood. *J ethni subst abu*. 2007; 6(1): 1-13.

13- Parrott AC. Human psychopharmacology of Ecstasy (MDMA): a review of 15 years of empirical research. *Hum Psychopha: Clin Exper*. 2001; 16(8): 557-577.

14- Jazayeri A, Dehghani M. Relationship between attachment styles, addiction and psychological profile of addicts in comparison with non-addicts. *Add res*. 2004; 6(2), 55-66. [Persian].

15- Ziadini H, Zare-zadeh A, Heshmati F. The prevalence rate of substance abuse and addiction and some relevant factors among junior and senior high school students in Kerman City (2000-2001). *J Kerman Med Uni*. 2006; 13(2): 84-94. [Persian].

16- Hawkins JD, Catalano RF, Arthur MW. Promoting science-based prevention in communities. *Addic behav*. 2002; 27(6): 951-976.

17- Svensson R. Risk factors for different dimensions of adolescent drug use. *J Ch Adolesc Subst Abu*. 2000; 9(3): 67-90.

18- Bahr SJ, Hoffmann JP, Yang X. Parental and peer influences on the risk of adolescent drug use. *J Prim Preve*. 2005; 26(6): 529-551.

19- Beyers JM, Toumbourou JW, Catalano RF, Arthur MW, Hawkins JD. A cross-national comparison of risk and protective factors for adolescent substance use: the United States and Australia. *J Adolesc Heal*. 2004; 35(1): 3-16.

20- Goldstein SE, Davis-Kean PE, Eccles JS. Parents, peers, and problem behavior: a longitudinal investigation of the impact of relationship perceptions and characteristics on the development of adolescent problem behavior. *Develop Psycho*. 2005; 41(2): 401.

21- Tareman F. Factors predictive of psychological/social drug use in adolescents based on the theory group of friends [Dissertation]. Tehran, Iran: University of Welfare and Rehabilitation Sciences; 2004. p. 86-95. [Persian].

سطوح آن برای سنین نوجوانی شامل سنین ۱۱-۱۹ سالدر این زمینه احساس می‌شود. چهارم، در نظر گرفتن ابتلای توأمان و خالص مشکلات رفتاری درونی سازی شده با سوء مصرف مواد در بخش عوامل خطرزای فردی [۷۸] و بررسی اثرات تعدیل کننده و واسطه‌ای عوامل خطر در سطوح مختلف و بررسی اثرات تراکمی آنها به واسطه بررسی اثرات تعاملی دو یا چند جانبه. با وجود محدودیت‌های بالا، بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان گفت که برنامه‌های پیشگیری بایستی در بالا بردن آگاهی والدین در خصوص اهمیت پیوند والد- کودک و بهینه سازی این ارتباط، کاهش مشکلات رفتاری کودکان همچون رفتارهای تکانشی و خشونت آمیز، افزایش توانمندی نوجوانان در بازداری‌های کلامی- عملی در موقع مواجهه با موقعیت خطرزا، افزایش نگرش منفی والدین نسبت به همه انواع مواد و ارائه بازخورد به نوجوانان، آگاهی دادن به فرزندان در انتخاب دوستان و نوع ارتباط با آنها و نظارت بر این دوستی‌ها عمل نمایند.

#### منابع

- 1- Armstrong TD, Costello EJ. Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *J Couns Clin Psycho*. 2002; 70(6): 1224.
- 2- Crosby RA, Santelli JS, DiClemente RJ. Adolescents at risk: A generation in jeopardy. *Adolesc Heal*. 2009; 3-6.
- 3- Challier B, Chau N, Prédine R, Choquet M, Legras B. Associations of family environment and individual factors with tobacco, alcohol and illicit drug use in adolescents. *Eur J Epid*. 2000; 16(1): 33-42.
- 4- Boys A, Farrell M, Taylor C, Marsden J, Goodman R, Brugha T, et al. Psychiatric morbidity and substance use in young people aged 13-15 years: results from the Child and Adolescent Survey of Mental Health. *The Bri J Psychi*. 2003; 182(6):509-517.
- 5- Greydanus DE, Patel DR. Substance abuse in adolescents: a complex conundrum for the clinician. *Ped Clin N A*. 2003; 50(5): 1179.
- 6- Johnston LD. Monitoring the future: National results on adolescent drug use: Overview of key findings: DIANE Publishing; 2010.
- 7- Barrett AE, Turner RJ. Family structure and substance use problems in adolescence and early adulthood: examining explanations for the relationship. *Addict*. 2006; 101(1): 109-120.
- 8- Kuntsche EN, Silbereisen RK. Parental closeness and adolescent substance use in single and two-

- 36- Dishion TJ, McCord J, Poulin F. When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *A psycho*. 1999; 54(9): 755.
- 37- Gerstein DR, Green LW. Preventing drug abuse: What do we know?: National Academ Press; 1993.
- 38- Miller L, Davies M, Greenwald S. Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the National Comorbidity Survey. *J A Acad Chi Adoles Psychi*. 2000; 39(9): 1190-1197.
- 39- Botvin GJ. Preventing drug abuse in schools: Social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors. *Addic behav*. 2000; 25(6): 887-897.
- 40- Galanter M, Dermatis H, Bunt G, Williams C, Trujillo M, Steinke P. Assessment of spirituality and its relevance to addiction treatment. *J subst ab treat*. 2007; 33(3): 257-264.
- 41- Bahr SJ, Hoffmann JP. Religiosity ,peers, and adolescent drug use. *J Dr Iss*. 2008; 38(3): 28.
- 42- Hussong AM, Chassin L. The stress-negative affect model of adolescent alcohol use: Disaggregating negative affect. *J stud alco*. 1994; 55: 707-718.
- 43- Lynne SD, Graber JA, Nichols TR, Brooks-Gunn J, Botvin GJ. Links between pubertal timing, peer influences, and externalizing behaviors among urban students followed through middle school. *J Adolesc Heal*. 2007; 40(2): 181-187.
- 44- Greeley J, Oei T. Alcohol and tension reduction. *Psycholo theo drin alco*. 1999; 2: 14-53.
- 45- Kaplan HB. Deviant behavior in defense of self: Academic Press New York; 1980.
- 46- Chassin L, Curran PJ, Hussong AM, Colder CR. The relation of parent alcoholism to adolescent substance use: A longitudinal follow-up study. *J abno psycho*. 1996; 105(1): 70.
- 47- Swaim RC, Oetting ER, Edwards RW, Beauvais F. Links from emotional distress to adolescent drug use: A path model. *J Couns Clin Psycho*. 1989; 57(2): 227.
- 48- De La Rosa M, Dillon F, Ganapati E, Rojas P, Pinto E, Prado G. Mother-daughter attachment and drug abuse among Latinas in the United States. *J Dr Iss*. 2010; 40: 379-404.
- 49- Madianos MG, Gefou Madianou D, Richardson C, Stefanis CN. Factors affecting illicit and licit drug use among adolescents and young adults in Greece. *A Psychi Scan*. 1995; 91(4): 258-264.
- 50- Hirschi T. Causes of delinquency: Transaction Pub; 2002.
- 51- Wilson JQ. The moral sense: The Free Press NY; 1997.
- 52- AGETON SS. Explaining Delinquency and Drug Use. *B J Addic*. 1986; 81: 433-437.
- 53- Averill PM. Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. *Addic Disor Treat*. 2008; 7(1): 49.
- 22- Ghoreishizadeh S, Torabi K. Factors in drug dependence in the visitors' center represent Tabriz. *Ira J Psychi Cli Psycho*. 2002; 8(29): 21-28. [Persian].
- 23- Khoshabi K. development of addiction prevention model for high school students based on risk and prevention factors [Unpublished research report]. Drug control center, university of rehabilitation and social welfare; 2007. [Persian].
- 24- Dawes MA, Antelman SM, Vanyukov MM, Giancola P, Tarter RE, Susman EJ, et al. Developmental sources of variation in liability to adolescent substance use disorders. *Dru Alcoh Depen*. 2000; 61(1): 3-14.
- 25- Kliever W, Murrelle L. Risk and protective factors for adolescent substance use: findings from a study in selected Central American countries. *J Adoles Hea*. 2007; 40(5):448-455.
- 26- Nokani M. Risk and protective factors in drug abuse[thesis]. Tehran, Iran: Medical University of Tehran; 2002. p. 120-145. [Persian].
- 27- Robertson EB, David SL, Rao SA. Preventing drug use among children and adolescents: A research-based guide for parents, educators, and community leaders: Diane Publishing; 2003.
- 28- Piko BF, Fitzpatrick KM. Substance use, religiosity, and other protective factors among Hungarian adolescents. *Addic behav*. 2004; 29(6): 1095-1107.
- 29- Knyazev GG. Behavioural activation as predictor of substance use: mediating and moderating role of attitudes and social relationships. *Dr Alco Depen*. 2004; 75(3): 309-302.
- 30- Tucker JS, Ellickson PL, Orlando M, Klein DJ. Predictors of attempted quitting and cessation among young adult smokers. *Preve medic*. 2005; 41(2): 554-561.
- 31- Pandina, RJ. Risk and protective model in adolescent drug use: Putting them to work for prevention. Retrieve from <http://165.112.61/metsum/coda/risk/html>, 2001.
- 32- Wills TA, McNamara G, Vaccaro D, Hirkay AE. Escalated substance use: A longitudinal grouping analysis from early to middle adolescence. *J Abnor psycho*. 1996; 105(2): 166-180.
- 33- Beauvais F, Jumper-Thurman P, Helm H, Plested B, Burnside M. Surveillance of drug use among American Indian adolescents: Patterns over 25 years. *J Adolesc Heal*. 2004; 34(6): 493-500.
- 34- Kulis S, Napoli M, Marsiglia FF. Ethnic pride, biculturalism, and drug use norms of urban American Indian adolescents. *Soc Wor Res*. 2001; 26(2): 101-112.
- 35- Nation M, Heflinger CA. Risk factors for serious alcohol and drug use: the role of psychosocial variables in predicting the frequency of substance use among adolescents. *A J dr alco abu*. 2006; 32(3): 415-433.

- for prevention. *Subst Us Misu*. 1990; 25(S4): 435-463.
- 71- Jessor R. Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Develop Rev*. 1992; 12(4): 374-390.
- 72- Catalano RF, Berglund ML, Ryan JAM, Lonczak HS, Hawkins JD. Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs. *Preven Treat*. 2002; 5(1): 98-124.
- 73- Burlew AK, Johnson CS, Flowers AM, Peteet BJ, Griffith-Henry KD, Buchanan ND. Neighborhood risk, parental supervision and the onset of substance use among African American adolescents. *J Chil Fam Stud*. 2009; 18(6): 680-689.
- 74- Bowman MA, Prelew HM, Weaver SR. Parenting behaviors, association with deviant peers, and delinquency in African American adolescents: A mediated-moderation model. *J youth adolesc*. 2007; 36(4): 517-527.
- 75- LaVeist TA, Wallace Jr JM. Health risk and inequitable distribution of liquor stores in African American neighborhood. *Soc Sci Med*. 2000; 51(4): 613-617.
- 76- Gorman-Smith D, Tolan PH, B. Henry DB. A developmental-ecological model of the relation of family functioning to patterns of delinquency. *J QuantitCrim*. 2000; 16(2): 169-198.
- 77- Clark DB, Cornelius J. Childhood psychopathology and adolescent cigarette smoking: A prospective survival analysis in children at high risk for substance use disorders. *Addict behav*. 2004; 29(4): 837-841.
- 78- Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archiv Gen Psychi*. 2007; 64(5): 566-576.
- 54- Brook JS, Whiteman M, Gordon AS. Stages of drug abuse in adolescence: Personality, peer, and family correlates. *Develop Psycho*. 1983; 19(2): 269.
- 55- Ohannessian CMC, Hesselbrock VM. Do personality characteristics and risk taking mediate the relationship between paternal substance dependence and adolescent substance use? *Addic Behav*. 2007; 32(9): 1852-1862.
- 56- Abrams DB, Niaura RS. Social learning theory. *Psychological theories of drinking and alcoholism*. 1987: 1.
- 57- Wills TA, Filer M. Stress-coping model of adolescent substance use: New York: Plenum; 1996.
- 58- Simons RL, Conger RD, Whitbeck LB. A multistage social learning model of the influences of family and peers upon adolescent substance abuse. *J Drug Iss*. 1988; 18(3): 293-315.
- 59- Currie C. Health and health behaviour among young people: Health Promotion and Investment for Health; Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe; 2000.
- 60- Sale E, Sambrano S, Springer JF, Turner CW. Risk, protection, and substance use in adolescents: a multi-site model. *J Dr Edu*. 2003; 33(1): 91-105.
- 61- Mayberry ML, Espelage DL, Koenig B. Multilevel modeling of direct effects and interactions of peers, parents, school, and community influences on adolescent substance use. *J Youth adolesc*. 2009; 38(8): 1038-1049.
- 62- Agnew R. A revised strain theory of delinquency. *Soc forc*. 1985; 64(1): 151-167.
- 63- Agnew R. Stability and change in crime over the life course: A strain theory explanation. *Develop theor Crim delin*. 1997; 7: 101-132.
- 64- Perrone D, Sullivan CJ, Pratt TC, Margaryan S. Parental efficacy, self-control, and delinquency: A test of a general theory of crime on a nationally representative sample of youth. *International J OffenTher Compar Crim*. 2004; 48(3): 298.
- 65- Clinard MB, Meier RF. *Sociology of deviant behavior*: Wadsworth Pub Co; 2010.
- 66- Sutherland EH, Cressey DR, Luckenbill DF. *Principles of criminology*: Altamira Pr; 1992.
- 67- Urberg KA, Luo Q, Pilgrim C, Degirmencioglu SM. A two-stage model of peer influence in adolescent substance use: Individual and relationship-specific differences in susceptibility to influence. *Addict behav*. 2003; 28(7): 1243-1256.
- 68- Schulenberg J, Maggs J. *Health risks and developmental transitions during adolescence*: Cambridge Univ Pr; 1999.
- 69- Riggio RE, Zimmerman J. Social skills and interpersonal relationships: Influences on social support and support seeking. *Adv person relat*. 1991; 2: 133-155.
- 70- Kumpfer KL, Turner CW. The social ecology model of adolescent substance abuse: Implications