





معاونت پژوهش و فناوری

به نام خدا

منشور اخلاقی پژوهش

بیاری از خداوند بجان و اعتماد به این که عالم محضر خداست و همواره ناظر بر اعمال انسان و به منظور پاس داشت مقام بلند دانش و پژوهش و نظر به اهمیت جایگاه دانشگاه در اعلای فرهنگ و تمدن بشری، مادران شبویان و اعضاء هیأت علمی و احدهای دانشگاه آزاد اسلامی متعهد می گردیم اصول زیر را در انجام فعالیت های پژوهشی مد نظر قرار داده و از آن تحفظ نکنیم:

- ۱- اصل حقیقت جویی: تلاش در راستای پی جویی حقیقت و وفاداری به آن و دوری از هرگونه پنهان سازی حقیقت.
- ۲- اصل رعایت حقوق: التزام به رعایت کامل حقوق پژوهشگران و پژوهیدگان (انسان، حیوان و نبات) و سایر صاحبان حق.
- ۳- اصل مالکیت مادی و معنوی: تعهد به رعایت مصالح ملی و در نظر داشتن پیشبرد و توسعه کشور در کلیه مراحل پژوهش.
- ۴- اصل منفعت ملی: تعهد به رعایت مصالح ملی و در نظر داشتن پیشبرد و توسعه کشور در کلیه مراحل پژوهش.
- ۵- اصل رعایت انصاف و امانت: تعهد به اجتناب از هرگونه جانبداری غیر علمی و حفاظت از اموال، تجهیزات و منابع در اختیار.
- ۶- اصل رازداری: تعهد به صیانت از اسرار و اطلاعات محرمانه افراد، سازمان ها و کشورهای افراد و نهاد های مرتبط با تحقیق.
- ۷- اصل احترام: تعهد به رعایت حریم ها و حرمت ها در انجام تحقیقات و رعایت جانب نقد و خودداری از هرگونه حرمت شکنی.
- ۸- اصل ترویج: تعهد به رواج دانش و اشاعه نتایج تحقیقات و انتقال آن به همکاران علمی و دانشجویان به غیر از مواردی که منع قانونی دارد.
- ۹- اصل برائت: التزام به برائت جویی از هرگونه رفتار غیر حرفه ای و اعلام موضع نسبت به کسانی که حوزه علم و پژوهش را به مثابه های غیر علمی

می آلائند.

تاریخ و امضاء

این پژوهش با حمایت مالی " دبیر خانه ستاد مبارزه با مواد مخدر استان تهران " به انجام رسیده است.



..... تاریخ:

..... شماره:

..... پیوست :

تعهدنامه اصالت رساله یا پایان نامه

اینجانب فریبا پازانی دانش‌آموخته مقطع دکتری تخصصی در رشته روانشناسی سلامت که در تاریخ ۹۵/۱۲/۲ از پایان‌نامه خود تحت عنوان مدل ساختاری روابط عوامل روانی اجتماعی در آمادگی اعتیاد نوجوانان با نقش واسطه‌ای هم وابستگی با کسب نمره ۲۰ و درجه عالی دفاع نموده‌ام، بدینوسیله متعهد می‌شوم:

۱- این پایان‌نامه/ رساله حاصل تحقیق و پژوهش انجام شده توسط اینجانب بوده و در مواردی که از دستاوردهای علمی و پژوهشی دیگران (اعم از پایان‌نامه، کتاب، مقاله و....) استفاده نموده‌ام، مطابق ضوابط و رویه موجود، نام منبع مورد استفاده و سایر مشخصات آن را در فهرست مربوطه ذکر و درج کرده‌ام.

۲- این پایان‌نامه/ رساله قبلاً برای دریافت هیچ مدرک تحصیلی (هم سطح، پایین‌تر یا بالاتر) در سایر دانشگاه‌ها و موسسات آموزش عالی ارائه نشده است.

۳- چنانچه بعد از فراغت از تحصیل قصد استفاده و هرگونه بهره‌برداری اعم از چاپ کتاب، ثبت اختراع و ... از این پایان‌نامه داشته باشم، از حوزه معاونت پژوهش و فناوری واحد مجوزهای لازم را اخذ نمایم.

۴- چنانچه در هر مقطع زمانی خلاف موارد فوق ثابت شود، عواقب ناشی از آن را می‌پذیرم و واحد دانشگاهی مجاز است با اینجانب مطابق ضوابط و مقررات رفتار نموده و در صورت ابطال مدرک تحصیلی‌ام هیچ‌گونه ادعایی نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی: فریبا پازانی

تاریخ و امضاء:



دانشگاه آزاد اسلامی

واحد کرج

رساله دکتری تخصصی (Ph.D)

رشته روانشناسی سلامت

موضوع:

مدل ساختاری روابط عوامل روانی اجتماعی در آمادگی اعتیاد نوجوانان با
نقش واسطه‌ای هم وابستگی

اساتید راهنما

دکتر احمد برجعلی

دکتر حسن احدی

استاد مشاور

دکتر آدیس کراسکیان

نگارش

فریبا پازانی

زمستان ۱۳۹۵

تقدیم به

یاد سبز مادرم،

به کسرا و پرنیان عزیزم و به نیمه بهترینم وحید به پاس مهر بیکرانیش

سپاسگزاری

از استاد بزرگوارم دکتر احمد برجعلی که آموخت مشق بودن را جایگزین الفبای زیستن کنم

سپاسگزارم

مدل ساختاری روابط عوامل روانی اجتماعی در آمادگی اعتیاد نوجوانان با نقش واسطه‌ای هم

وابستگی

فریبا پازانی^۱، احمد برجعلی^۲، حسن احدی^۳، آدیس کراسکیان موجمباری^۴

چکیده

هدف : هدف از پژوهش حاضر تبیین مدل ساختاری با توجه به نقش واسطه‌ای هم وابستگی در رابطه عوامل روانی و اجتماعی با آمادگی اعتیاد نوجوانان بود. روش : پژوهش حاضر پژوهش توصیفی از نوع مدل سازی معادلات ساختاری می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر تمام دانش آموزان دختر و پسر شاغل به تحصیل در سال ۹۴-۹۵ در منطقه ۱۶ آموزش و پرورش شهر تهران می‌بودند که در دوره دوم متوسطه مدارس دولتی تحصیل می‌کردند. گروه نمونه شامل ۴۰۰ دانش آموز که با روش نمونه گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شده بود. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه آمادگی اعتیاد، هم وابستگی استونبرینک (CODI)، سلامت اجتماعی کییز، و پرسشنامه عوامل روانی (عوامل خطر ساز و محافظت کننده مصرف مواد) بودند. داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل مدلسازی معادلات ساختاری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها : نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد شاخص‌های برازش مدل پس از اصلاح و حذف روابط غیر معنادار و ایجاد کوواریانس میان برخی زیرمقیاس‌های متغیرهای عوامل اجتماعی، هم وابستگی و آمادگی اعتیاد از وضعیت مطلوبی برخوردار است. نتیجه گیری : به نظر می‌رسد هم وابستگی به عنوان یک رفتار اکتسابی شامل غفلت از خود و کاهش هویت فردی تحت تاثیر عوامل روانشناختی و نیز عوامل اجتماعی شکل می‌گیرد و رابطه این عوامل روانی اجتماعی را با آمادگی برای مصرف مواد مخدر واسطه گری می‌کند.

کلید واژه‌ها : عوامل روانی اجتماعی ، آمادگی اعتیاد نوجوانان، هم وابستگی

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد کرج ،البرز ، ایران

^۲ دانشیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی تهران ، ایران

^۳ کرج ، ایران استاد و مدیر گروه روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی

^۴ استاد یار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی کرج،ایران

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
چکیده	ح
فصل اول: طرح پژوهش	۱
(کلیات پژوهش)	۱
مقدمه	۲
بیان مساله	۳
ضرورت و اهمیت پژوهش	۸
اهداف پژوهش	۱۰
فرضیه‌های پژوهش	۱۱
سوالات پژوهش	۱۱
متغیرهای پژوهش، تعاریف نظری و عملیاتی	۱۲
آمادگی اعتیاد	۱۲
هم وابستگی	۱۲
تعریف عملیاتی متغیرهای عوامل روانی	۱۳
تعریف عملیاتی متغیر عوامل اجتماعی	۱۵
فصل دوم: ادبیات و پیشینه تحقیق	۱۶
اعتیاد و حیطه‌های موثر در شکل گیری آن	۱۹
۱- حیطه‌ی فرد/ همسالان	۲۰
۲- حیطه‌ی اجتماعی	۲۲
۳- حیطه خانواده	۲۲
۴- حیطه مدرسه	۲۳
سبب شناسی مصرف مواد در نوجوانان	۲۳
۱- نظریه‌های شناختی	۲۳
۲- نظریه‌های یادگیری اجتماعی	۲۴
۳- نظریه‌های تعلق اجتماعی	۲۵
۴- مدل رشد اجتماعی	۲۵
۵- مدل بوم شناسی اجتماعی	۲۶
۶- نظریه تحقیر خود	۲۶
۷- نظریه رفتار مشکل ساز	۲۷

۲۷	۸- نظریه گروه همسالان
۲۷	۹- نظریه مرحله
۲۸	۱۰- مدل استرس اجتماعی
۲۹	۱۱- مدل تلفیقی مصرف مواد
۲۹	اعتیاد
۳۰	اختلالات اعتیادی: DSM-5
۳۲	عوامل روانی مصرف مواد مخدر
۳۴	بررسی موضوعی متغیرهای روانشناختی در پژوهش حاضر
۳۴	خود پنداره
۳۶	هیجان خواهی
۳۷	جرأت ورزی یا مهارت ابراز وجود
۳۸	خوش بینی
۳۹	عوامل اجتماعی مصرف مواد مخدر
۴۱	سلامت اجتماعی
۴۲	بررسی موضوعی متغیرهای اجتماعی پژوهش حاضر
۴۲	نظریه سلامت اجتماعی کیز
۴۵	متغیر واسطه‌ای پژوهش: هم وابستگی
۴۵	تعریف هم وابستگی
۴۷	شکل گیری هم وابستگی
۴۹	ویژگیهای هم وابستگی
۵۰	رابطه‌ی بین هم وابستگی و جنسیت
۵۱	انتقادات به مفهوم هم وابستگی
۵۲	مدل‌های پیشگیری از مصرف مواد در نوجوانان
۵۳	۱- رویکرد ارائه‌ی اطلاعات
۵۳	۲- رویکرد مبتنی بر کمبودهای فردی و تقویت ارزش ها
۵۳	۳- رویکرد مبتنی بر فعالیت‌های جانشین
۵۴	۴- رویکرد مبتنی بر همسالان
۵۴	۵- رویکردهای مبتنی بر نفوذ اجتماعی
۵۴	- برنامه‌های آموزش مهارت‌های زندگی
۵۴	اصول اساسی برنامه‌های پیشگیرانه مدرسه محور

۵۶	تحقیقات انجام شده در خارج از ایران
۶۳	تحقیقات انجام شده در ایران
۶۸	فصل سوم: روش پژوهش
۶۹	نوع مطالعه
۷۰	جامعه مورد بررسی
۷۰	نمونه و روش نمونه گیری
۷۱	ابزار پژوهش
۷۲	کلید آزمون APS
۷۴	پرسشنامه هم وابستگی استونبرینک (CODI)
۷۴	خرده مقیاس ها و سوالات
۷۵	پرسشنامه سلامت اجتماعی کییز
۷۶	تفسیر پرسشنامه
۷۹	مقیاس خوش بینی
۷۹	مقیاس هیجان خواهی
۸۰	«راهنمای نمره گذاری»
۸۰	مقیاس جرات مندی
۸۰	«راهنمای نمره گذاری»
۸۰	مقیاس خود پنداره
۸۱	روش جمع آوری داده ها
۸۱	روش تجزیه و تحلیل داده ها
۸۲	ملاحظات اخلاقی
۸۳	فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها
۸۴	متغیرهای جمعیت شناختی
۸۶	تحلیل توصیفی از یافته های پژوهش
۸۷	تحلیل آماری فرضیه های پژوهش
۸۹	بررسی مدل اولیه پژوهش (پاسخ به فرضیه اول)
۹۳	معادلات اندازه گیری (تحلیل عاملی تاییدی) سازه های پژوهش
۹۳	آزمون فرضیه دوم
۹۴	آزمون فرضیه سوم
۹۵	آزمون فرضیه چهارم

۹۶.....	آزمون فرضیه پنجم.....
۹۷.....	آزمون فرضیه ششم.....
۹۸.....	فرضیه هفتم.....
۹۹.....	فرضیه هشتم.....
۱۰۰.....	فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری.....
۱۰۱.....	بحث و بررسی یافته‌های پژوهش.....
۱۱۱.....	محدودیت‌های پژوهش.....
۱۱۱.....	پیشنهادهای پژوهشی.....
۱۱۲.....	پیشنهادهای کاربردی.....
۱۱۳.....	منابع و مأخذ.....
۱۲۴.....	پیوست‌ها.....

فهرست جدول‌ها

عنوان	صفحه
جدول ۴-۱. توزیع فراوانی نمونه مورد مطالعه به تفکیک جنسیت	۸۵
جدول ۴-۲. یافته‌های توصیفی خرده‌مقیاس‌های متغیرهای پژوهش	۸۶
جدول ۴-۳. آزمون کولموگروف اسمیرنوف تک نمونه‌ای	۸۸
جدول ۴-۴. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش	۸۸
جدول ۴-۵. شاخص‌های برازش تحلیل مسیر مدل اولیه	۹۰
جدول ۴-۶. شاخص‌های برازش تحلیل مسیر مدل اصلاحی	۹۰
جدول ۴-۷. ضرایب و معناداری بارهای عاملی سازه‌های پژوهش	۹۳
جدول ۴-۸. ضرایب و معناداری اثرات غیرمستقیم عوامل روانشناختی بر آمادگی اعتیاد	۹۳
جدول ۴-۹. ضرایب و معناداری اثرات غیرمستقیم عوامل اجتماعی بر آمادگی اعتیاد	۹۴
جدول ۴-۱۰. ضرایب و معناداری اثر مستقیم عوامل روانشناختی بر هم وابستگی	۹۵
جدول ۴-۱۱. ضرایب استاندارد، غیراستاندارد و آماره تی خرده‌مقیاس‌های عوامل روانشناختی	۹۵
جدول ۴-۱۲. ضرایب و معناداری اثر مستقیم عوامل اجتماعی بر هم وابستگی	۹۶
جدول ۴-۱۳. ضرایب استاندارد، غیراستاندارد و آماره تی خرده‌مقیاس‌های عوامل اجتماعی	۹۷
جدول ۴-۱۴. ضرایب و معناداری اثر مستقیم هم وابستگی بر آمادگی اعتیاد	۹۷
جدول ۴-۱۵. ضرایب استاندارد، غیراستاندارد و آماره تی خرده‌مقیاس‌های هم وابستگی	۹۸
جدول ۴-۱۶. مقایسه میانگین‌های دوگروه دختر و پسر در آمادگی به اعتیاد	۹۸
جدول ۴-۱۷. مقایسه میانگین‌های دوگروه دختر و پسر در هم وابستگی	۹۹

فهرست شکل ها

عنوان	صفحه
شکل ۴-۱ مدل اولیه در حالت ضرایب استاندارد	۸۹
شکل ۴-۲ مدل اصلاحی در حالت ضرایب استاندارد نشده	۹۱
شکل ۴-۳ مدل اصلاحی در حالت ضرایب استاندارد شده	۹۲

فهرست نمودارها

عنوان	صفحه
نمودار ۱-۴. توزیع فراوانی نمونه مورد مطالعه به تفکیک جنسیت	۸۵.....

فصل اول

طرح پژوهش

(کلیات پژوهش)

مقدمه

آسیب‌های اجتماعی امروزه یکی از دغدغه‌های مهم جوامع انسانی است. هر جامعه‌ای متناسب با شرایط خود، فرهنگ، فرایند گذار و توسعه، بالندگی و انحطاط خود با انواعی از مشکلات رو به روست که تاثیرات غیرقابل انکاری در رشد و ترقی جامعه دارند.

آسیب‌های اجتماعی پدیده‌های واقعی، متغیر، قانونمند و قابل کنترل و پیشگیری هستند. کنترل پذیری آسیب‌های اجتماعی شناخت علمی آنها را در هر جامعه برای مقابله صحیح توسط برنامه ریزی‌های کوتاه و بلند مدت، ضروری و پر اهمیت می‌سازد.

مواد مخدر و وابستگی به آن به عنوان یک آسیب فردی - اجتماعی جدی تلاش‌های بسیاری را جهت تبیین علل این پدیده برانگیخته است.

بدیهی است که آسیب‌های اجتماعی با سلامت اجتماعی¹ و روانشناختی افراد یک جامعه در ارتباط است. اگرچه این رابطه صرفاً یک رابطه‌ای خطی نیست و امروزه امکان بررسی آن توسط مدل‌های معادلات ساختاری با اثرات تعاملی وجود دارد.

سلامت اجتماعی به نوعی بهداشت روانی، فردی و اجتماعی گفته می‌شود که در صورت تحقق آن شهروندان انگیزه و روحیه‌ای شاد خواهند داشت. در واقع سلامت اجتماعی به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه یا همان جامعه پذیری اشاره دارد.

سلامت اجتماعی به معنی درک فرد از اجتماع به صورت مجموعه‌ای معنی دار، قابل فهم، دارای نیروی بالقوه برای رشد و شکوفایی همراه با این احساس که متعلق به جامعه است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم می‌داند است.

¹ Social Health

بیان مساله

مصرف سیگار، مشروبات الکلی و سایر مواد غیرقانونی توسط نوجوانان یکی از مهم ترین چالش های بهداشتی، روانی و اجتماعی است که اکثر کشورهای جهان به نوعی با آن درگیر هستند و مشکلات بسیار گسترده ای را بر جوامع تحمیل می کند (هاوکینز، کاتالانو و میلر،^۱ ۱۹۹۲).

دوره ی نوجوانی یک دوره ی تحولی مهم است که همراه با هویت یابی می باشد. قسمتی از این فرایند رشدی، هیجان خواهی^۲ است که به شکل رفتارهای جنسی ناسالم، مصرف الکل، سیگار و سایر مواد تظاهر می نماید. مصرف مواد در بین نوجوانان علل مختلفی دارد. برخی از نوجوانان مصرف الکل و مواد را نوعی طغیان و به منزله ی یک شیوه ی تسهیل پیوند اجتماعی و افزایش منزلت در میان همسالان در نظر می گیرند. در حالیکه برخی از نوجوانان برای رسیدن به لذت، رفع کسالت و ارضای حس کنجکاوی، فرار یا مقابله با مشکلات سراغ مواد می روند (نیوکامب^۳ ۱۹۹۵).

بوتوین در مطالعه خود در سال ۲۰۰۰ نشان داد که سن متوسط اولین مصرف مشروبات الکلی، سیگار و سایر مواد در بین دانش آموزان تقریباً ۱۲ سالگی است. در حالی که متوسط سن اولین مصرف حشیش حدود ۱۴ سالگی گزارش شده است.

به طور معمول اولین تجربه کشیدن سیگار بین ۱۱ تا ۱۵ سالگی رخ می دهد (ویلفورد^۴ ۱۹۹۲) و به تدریج طی دو تا سه سال به مصرف منظم منجر می شود (پرایس^۵، ۱۹۹۶).

اعتیاد به عنوان یک آسیب اجتماعی در کنار مشکلاتی چون بیکاری، فقر، طلاق و ... تحت تأثیر دلایل روانشناختی فردی که خود در بستر خانواده، ارتباط با همسالان و جامعه شکل می گیرد به دلیل تبعات فراوان آن

^۱ Hawkins , J. D. , Catalano , R .F., & Miller, J .U

^۲ Sensation seeking

^۳ Newcomb , M . D

^۴ wilford ,Y. U

^۵ pierce , J .P

در نظام سیاسی اقتصادی و فرهنگی کشور نیازمند توجه و اراده‌ای جدی برای کاهش آسیب‌های آن به ویژه در مورد جمعیت اصلی هدف، یعنی نوجوانان است.

عوامل موثر در اعتیاد همچون سرمایه روانشناختی پایین، عدم مهارت‌های ارتباطی، خود پنداره ضعیف و... در کنار عوامل زیستی، معنوی، فرهنگی و اجتماعی بیانگر پیچیدگی این آسیب اجتماعی است.

نوجوانی مرحله گذار از کودکی به بزرگسالی با ویژگی‌هایی چون تغییرات جسمی، عاطفی و شناختی سریع، فرایند هویت یابی، نفوذ همسالان و هیجان خواهی زمینه مناسبی را برای تحت تأثیر قرار گرفتن در مقابل آسیب‌های اجتماعی به ویژه اعتیاد فراهم می‌کند. هم وابستگی به عنوان یک ویژگی فردی که در بستر روابط اجتماعی فرد شکل می‌گیرد به عنوان حلقه اتصال عدم سلامت فردی و عدم سلامت اجتماعی است و زمینه ساز بسیاری از رفتارهای اعتیادی به ویژه مصرف مواد مخدر است.

محمدخانی (۱۳۸۴) با بررسی میزان شیوع مصرف الکل، سیگار و سایر مواد در دانش آموزان دوره راهنمایی و متوسطه در ۱۰ استان کشور نشان داد که در کل ۱۹ درصد از دانش آموزان حداقل یک بار از سیگار، مشروبات الکلی یا سایر مواد استفاده کرده اند. براساس یافته‌های این پژوهش ۱۴/۷ درصد دانش آموزان مصرف سیگار، ۹/۸ درصد مصرف مشروبات الکلی و ۲/۵ درصد دانش آموزان سایر مواد را گزارش نمودند.

با توجه به این واقعیت که هیچ عاملی به تنهایی شرط لازم و کافی برای مصرف مواد نیست و مصرف مواد نتیجه ترکیبی از عوامل گوناگون است برای مقابله با این پدیده لزوم در نظر گرفتن نقش عوامل تشدید کننده گرایش به مصرف مواد به طور همزمان احساس می‌شود.

تعریف سلامتی به عنوان رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی بیانگر این واقعیت است که سلامتی تنها به حالت زیستی، فردی مربوط نمی‌شود و سلامتی انسان با میزان تسلط وی به محیط نه فقط جسمانی او بلکه اجتماعی او نیز مربوط است.

یکی از تلویحات مهم این تعریف آن است که در بررسی آسیب‌ها زمینه‌های شکل‌گیری آن در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی همراه با هم باید مورد بررسی و مقابله قرار گیرد.

در آمادگی برای مصرف مواد دو حیطه‌ی روانشناختی و اجتماعی مورد توجه قرار گرفته است. در بعد روانشناختی خطر مصرف مواد و رفتارهای بزهکارانه اغلب در افرادی دیده می‌شود که دارای رفتارهایی نظیر هیجان‌خواهی، اجتناب کم از آسیب و کنترل ضعیف تکانه هستند (ماجو و کلاین^۱، ۲۰۰۲، محمدخانی، ۱۳۸۶). از دیگر عوامل گرایش به مصرف مواد عدم آشنایی نوجوانان با مهارت‌های زندگی و ناآشنایی با شیوه‌های شاد زیستن و جامعه پذیر بودن است. در این زمینه بوتوین^۲ و همکاران (۲۰۰۴) از مهارت‌های تصمیم‌گیری، مقابله با اضطراب، مهارت‌های ارتباطی و جرأت‌مندی یاد می‌کنند.

آلن^۳ (۲۰۰۱) در پژوهشی رابطه‌ی بین جهت‌گیری اجتماعی^۴ و مهارت‌های حل مسئله اجتماعی و کاهش رفتارهای مشکل‌ساز را مورد بررسی قرار دادند. یافته‌ها نشان دادند که جهت‌گیری اجتماعی مثبت نقش مهمی در میزان رفتارهای بزهکاری و درگیری در مصرف مواد ایفا می‌کند (به نقل از محمدخانی، ۱۳۸۶). در حیطه ویژگی‌های روان‌شناختی می‌توان به عواملی نظیر خود پنداره^۵ و خوش بینی^۶ اشاره کرد که در چارچوب تاب‌آوری بیانگر نوجوانانی است که علی‌رغم وجود عواملی نظیر فقر، و خانواده ناکارآمد در زندگی موفق و سالم بوده‌اند.

خود پنداره منفی یکی از عوامل موثر در مصرف مواد است که نوجوانان برای جبران احساس کمبود خود به مصرف مواد و برقراری رابطه با همسالان دارای رفتارهای ضد اجتماعی رو می‌آورند. ناامیدی و عدم خوش بینی در مورد آینده باعث می‌شود فرد امید به تغییر روند زندگی و حل مسائل خود نداشته باشد و برای فرار از ناراحتی به مصرف مواد روی آورد.

^۱ Kodio, C.M.& Klein, D . J

^۲ Botvin, G . J

^۳ Allen, I . L

^۴ Social orientation

^۵ Self concept

^۶ Optimism

در حیطه عوامل اجتماعی دورکیم^۱ معتقد است هر نوع قطع ارتباط بین فرد و جامعه به گونه‌ای که افراد در چارچوب‌های اجتماعی جذب نگردند زمینه‌ای آنومی^۲ و مساعد برای رشد انحرافات اجتماعی است.

براساس تعریف کیز^۳ (۱۹۹۸) سلامت اجتماعی به معنی گزارش شخصی فرد از کیفیت ارتباطش با دیگران است. از نظر وی سلامت اجتماعی ترکیبی از چند عامل است که در مجموع نشان می‌دهند چقدر یک شخص در زندگی اجتماعی اش مثلاً به عنوان همسایه، همکار و شهروند عملکرد خوبی دارد. او سلامت اجتماعی را شامل پنج جزء می‌داند که شامل یکپارچگی اجتماعی^۴ به معنی ارزیابی فرد از کیفیت روابط متقابلش در جامعه و گروه‌های اجتماعی است. سهم داشت اجتماعی^۵ بیانگر ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است. پذیرش اجتماعی^۶ تفسیر فرد از جامعه و ویژگی‌های دیگران است.

پیوستگی اجتماعی^۷ مربوط به افرادی است که به آینده جامعه امیدوارند و معتقدند که خود و دیگران از پتانسیل‌هایی برای رشد اجتماعی بهره مند هستند و جهان می‌تواند برای آنها و دیگران بهتر شود.

در بستری از آنومی فردی و اجتماعی نوعی از اعتیاد رابطه به نام هم وابستگی شکل می‌گیرد که در آن فرد برای خود ارزش و اهمیت چندانی قائل نیست. این افراد وارد روابطی می‌شوند که حالت یک طرفه دارد و از لحاظ احساسی مخرب بوده یا با سوء استفاده همراه است. این نوع اعتیاد در ابتدا برای توصیف رابطه‌ای که میان افراد خانواده فرد معتاد به مشروبات الکلی وجود داشت مورد استفاده قرار می‌گرفت اما می‌تواند همه کسانی که را که در خانواده‌های بدکارکرد و آنومی‌های اجتماعی زندگی می‌کنند در برگیرد.

دورکیم دو نوع آنومی را تشخیص می‌دهد: یکی در سطح فردی و دیگری در سطح اجتماعی. آنومی در سطح فردی نوعی احساس فردی از نابهنجاری که همراه با اختلالاتی در درون فرد بوده و او نوعی احساس

^۱ Durkheim, E

^۲ Anomie

^۳ Keyse, C. M

^۴ social integration

^۵ Social contribution

^۶ social acceptance

^۷ Social coherence

بی‌هنجاری، پوچی و بی‌قدرتی را تجربه می‌کند. در آنومی اجتماعی احساسات فرد با توجه به سیستم اجتماعی سنجیده می‌شود. زمانی که توازن اجتماعی وجود ندارد فرد فاقد وسیله لازم برای تنظیم رفتار خود و تطبیق آن با معیارهای اجتماعی مقرر و نیز فاقد احساس حمایت جمعی و پشتیبانی اجتماعی است. در این جا می‌توان گفت عوامل اجتماعی بر هر دو نوع نابسامانی موثرند، یعنی جامعه بیمار تولید افراد بیمار می‌کند و افزایش افراد بیمار در جامعه، خود، به بیمار شدن جامعه منتهی می‌شود (یزدان پناه، ۱۳۸۲).

فلورین و واندرمن^۱ (۲۰۰۰) معتقدند شرکت کردن در جامعه از طریق مشارکت این مفهوم را می‌رساند که افراد برای زندگی آرمان دارند و نشان دهنده سلامت افراد است. گامسون^۲ استدلال می‌کند که مشارکت در جنبش‌های اجتماعی، رشد هویت شخصی را در بر می‌گیرد و نشان دهنده فرصتی برای درک خود است. طبق نظر هوگی^۳ (۱۹۹۹) مشارکت در جامعه به جوانان فرصت بسط روابط اجتماعی با افرادی غیر از خانواده و همسالان را در موقعیت‌های مختلف اجتماعی می‌دهد و به آنها کمک می‌کند تا یک درک درست نسبت به خود و دیگران پیدا کنند و از این طریق هویت اجتماعی خود را تقویت نمایند (کیکوگنانی و دیگران^۴، ۲۰۰۷).

جامعه‌پذیری به معنای همسازی و هم‌نوایی فرد با ارزش‌ها، هنجارها و نگرش‌های گروهی اجتماعی از وظایف اصلی آموزش و پرورش در مورد دانش‌آموزان است.

بررسی عوامل اجتماعی بیانگر تاکید بر نقش آموزش و پرورش در انتقال فرهنگ، جامعه‌پذیری، کاهش خودمداری و تقویت نظم اجتماعی همراه با نوآوری و تغییر است.

سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی با مولفه‌های مهم اعتماد، انسجام و مشارکت اجتماعی یکی از مهم‌ترین شاخص‌های توسعه می‌باشد. با کاهش سلامت و سرمایه اجتماعی شاهد تبعیض، نابرابری، مهاجرت، عدم حس

¹ Florin, P., & Wandersman, W

² Gamson, J

³ Hughey, W

⁴ Cicognani, A. et al.

اعتماد عمومی، کاهش مشارکت اجتماعی، افول امور خیریه، افزایش انحرافات و اعتیاد و فروپاشی خانواده و شکاف بین نسلی خواهیم بود (اکبری، ۱۳۸۳).

عوامل روان شناختی و اجتماعی موثر در مصرف مواد و اعتیاد نوجوانان بیانگر این واقعیت است که مقابله با گسترش اعتیاد نیازمند اراده‌ی همه جانبه و ملی توسط نهادهای دولتی سرمایه گذاری اقتصادی اجتماعی و فرهنگی دولت، آموزش و پرورش، رسانه‌ها و سیستم آموزش مهارت‌های زندگی و شیوه‌های فرزند پروری خانواده‌ها و ارتقاء سیستم‌های سلامت فردی و اجتماعی جامعه است.

این پژوهش سعی در پاسخگویی به این سوال دارد که آیا هم وابستگی یک متغیر واسطه‌ای در تاثیر عوامل روانی و اجتماعی بر روی آمادگی اعتیاد در نوجوانان است و آیا مدل ساختاری مطرح شده توسط داده‌های پژوهش حمایت شده و از برازش کافی برخوردار است؟

ضرورت و اهمیت پژوهش

گسترش انواع مواد مخدر و در دسترس بودن و تغییر الگوی شیوه‌های مصرف سبب شده که عده زیادی از جوانان و نوجوانان به استعمال این مواد گرایش پیدا کرده و زمینه‌ساز بروز مشکلات فراوان برای خود، خانواده و جامعه شوند. امروزه با سیر نزولی، سن گرایش به مواد مخدر و استعمال آن به دوره نوجوانی یا به عبارت دیگر ۱۴ - ۱۳ سالگی رسیده است. این در حالی است که مشاور دبیر کل و دبیر اتاق‌های فکر ستاد مبارزه با مواد مخدر حمید صرامی اعلام کرد بر اساس تحقیقات انجام شده ۶۱ درصد از دانش آموزان کشور نسبت به اعتیاد و عوارض سوء مصرف مواد مخدر آشنایی کافی ندارند و همزمان نخستین آسیب اجتماعی در کشور اعتیاد است .

به همین منظور ستاد مبارزه با مواد مخدر با همکاری وزارت آموزش و پرورش طرح شیوع‌شناسی مصرف مواد مخدر در جمعیت دانش‌آموزی را در دستور کار قرار دارد تا آخرین تغییرات در زمینه گرایش به مصرف مواد مخدر را در میان دانش‌آموزان رصد کند.

مرحله اول این طرح در سال ۱۳۸۱ انجام شد. در آن مقطع زمانی، سوء مصرف مواد مخدر در دانش آموزان سوم راهنمایی تا چهارم دبیرستان رصد و مشخص شد که شیوع مصرف در میان این دانش آموزان نیم درصد است.

تحقیقات شیوع شناسی دوم در سال ۱۳۹۰ و در میان دانش آموزان سوم راهنمایی و چهارم دبیرستان انجام گرفت و براساس آن مشخص شد سوء مصرف مواد در دانش آموزان به یک درصد افزایش یافته است. این پژوهش همچنین نشان داد میزان مصرف مواد در گروه سنی ۱۵ تا ۱۹ سال؛ ۱۳٫۵۶ درصد، ۲۰ تا ۲۴ سال؛ ۱۶٫۸۳ درصد و ۲۵ تا ۲۹ سال، ۱۴٫۳۲ است و باقیمانده این رقم به گروه های سنی ۳۰ تا ۶۵ سال اختصاص دارد.

قائم مقام دبیرکل ستاد مبارزه با مواد مخدر در فروردین ۱۳۹۴ اعلام کرد که ۱/۱ درصد دانش آموزان شیشه مصرف می کنند و ۴ درصد نیز سابقه حداقل یک بار مصرف شیشه را داشته اند. حشیش و گل رایج ترین مواد مخدر در میان دانش آموزان به دلیل نداشتن شناخت جوانان نسبت به اعتیاد آور بودن این مواد مخدر است.

دورنمای آن چه در سایه آمارهای غیر دقیق و محافظه کارانه به نظر می رسد و چرخه ی معیوب اعتیاد با سایر آسیب های اجتماعی مثل ترک تحصیل، فقر، بیکاری، تزلزل بنیان خانواده و رفتارهای غیر سلامت منجر به بیماری هایی چون ایدز، هپاتیت و گستره ای از انواع بزه ها و اعمال مجرمانه است.

مسأله مصرف و سوء مصرف مواد در میان نوجوانان و جوانان به دلیل حساسیت این دوره از زندگی و نقش آن در زندگی آینده افراد، از اهمیت ویژه ای برخوردار است. این مسأله وقتی مهم تر می شود که شیوع مصرف مواد در میان دانش آموزان مطرح می شود.

با توجه به هزینه های بسیار بالای مبارزه با مواد مخدر، درمان و نگهداری معتادان و همچنین معایب مربوط به روش های درمان و سم زدایی، به نظر می رسد پیشگیری از سوء مصرف مواد بسیار مقرون به صرفه و کارتر باشد. از این رو یکی از زمینه های مهم پژوهش در زمینه سوء مصرف مواد، شناسایی عوامل خطر و محافظت کننده گرایش به مصرف مواد است. شناسایی عوامل و متغیرهایی که به صورت تعاملی و غیر خطی در بستر خانواده، جامعه و ویژگی های فردی آمادگی اعتیاد را افزایش می دهد به کنترل و پیشگیری از مصرف مواد به ویژه در نوجوانان کمک می کند.

^۱ Unodc (۲۰۱۳) معتقد است که شواهد قومی نشانگر آن است که ارائه خدمات پیشگیری اولیه برای کودکان و نوجوانان باعث کاهش در مصرف ماری جوانا در سن ۱۸ سالگی (۷ تا ۱۳ درصد)، و همچنین تقلیل مصرف داروهای ممنوعه و سیگار می‌شود.

این آموزش‌ها در ضمن باعث جلوگیری از رفتارهای پر خطر و نیز حمایت از سلامت روانی، مسئولیت اجتماعی و موفقیت تحصیلی می‌شود.

مداخلات با تاکید بر خانواده برای کودکان و نوجوانان آسیب پذیر و کودکان در معرض عوامل خطر متعدد بیشترین تأثیر بالقوه را در کاهش دراز مدت مصرف مواد داشته است. حمایت از رشد مهارت‌های اجتماعی در مدرسه، عملکرد تحصیلی، عزت نفس، سلامت ذهنی و مهارت تاب آوری همراه با اقدامات معلم در مدیریت کلاس از شواهد قوی برای کاهش احتمال مصرف مواد برخوردار است.

با توجه به اهمیت اثربخشی پیشگیری مدرسه محور، سیاست‌های مدارس، تغییر محیط مدارس در جهت افزایش تعهد به مدرسه، مشارکت دانش آموزان، روابط اجتماعی مثبت ضروری است. نهادهای دولتی و مردم نهاد و نیز آموزش و پرورش بودجه‌های لازم برای اجرای و برنامه‌های مبتنی بر شواهد پیشگیرانه را در اولویت قرار دهند. با رشد نوجوانان مداخلات انجام شده در محیط‌هایی غیر از خانواده و مدرسه مثل محیط کار، بخش سلامت، اماکن تفریحی و جامعه محلی اهمیت بیشتری پیدا می‌کنند.

اهداف پژوهش

هدف کلی پژوهش تبیین مدل ساختاری با توجه به نقش واسطه‌ای هم وابستگی^۲ در رابطه عوامل روانی اجتماعی^۳ با آمادگی اعتیاد نوجوانان^۴

اهداف جزئی پژوهش: شامل مشخص نمودن عوامل زیر است.

تعیین نقش عوامل روانشناختی با واسطه گری هم وابستگی در آمادگی اعتیاد نوجوانان.

^۱ United Nations Office on Drugs and Crime

^۲ Codependency

^۳ Psychosocial factor

^۴ Addiction potential of adolescents

تعیین نقش عوامل اجتماعی با واسطه گری هم وابستگی در آمادگی اعتیاد نوجوانان.

تعیین نقش عوامل روانشناختی با هم وابستگی در نوجوانان.

تعیین نقش عوامل اجتماعی با هم وابستگی در نوجوانان.

تعیین نقش هم وابستگی در ایجاد آمادگی اعتیاد در نوجوانان.

فرضیه‌های پژوهش

۱- عوامل روانشناختی با واسطه گری هم وابستگی در آمادگی اعتیاد نوجوانان رابطه دارد.

۲- عوامل اجتماعی با واسطه گری هم وابستگی با آمادگی اعتیاد در نوجوانان رابطه دارد.

۳- عوامل روانشناختی با هم وابستگی در نوجوانان رابطه دارد.

۴- عوامل اجتماعی با هم وابستگی در نوجوانان رابطه دارد.

۵- هم وابستگی با آمادگی اعتیاد در نوجوانان رابطه دارد.

۷- آمادگی به اعتیاد در پسران بیشتر از دختران است.

سوالات پژوهش

۱- آیا تبیین مدل ساختاری روابط عوامل روانی اجتماعی در آمادگی اعتیاد نوجوانان با نقش واسطه‌ای هم

وابستگی با اعتیاد نوجوانان از برازش کافی برخوردار است ؟

۲- آیا هم وابستگی در دختران بیشتر از پسران است؟

متغیرهای پژوهش، تعاریف نظری و عملیاتی

آمادگی اعتیاد

تعریف مفهومی: آمادگی اعتیاد به معنی وجود عواملی است که احتمال یا امکان سوء مصرف مواد و اعتیاد را افزایش می‌دهند. عوامل خطرساز در گرایش به اعتیاد ضامن اعتیاد در آینده نیستند، بلکه بیشتر پیش بینی کننده‌ها و شاخص‌های اعتیاد بالقوه هستند (لندری^۱، ۱۹۹۳).

تعریف عملیاتی: آمادگی اعتیاد از طریق پرسشنامه‌ای به این نام که شامل ۳ خرده مقیاس APS^۲ (آمادگی اعتیاد)، AAS^۳ (اعتراف به اعتیاد) و MAC.R^۴ (الکلیسم) که از پرسشنامه چند وجهی مینه سوتا استخراج شده اندازه گرفته می‌شود. این آزمون در ایران در سال ۱۳۷۹ توسط کرد میرزا اعتباریابی شد که آلفای به دست آمده توسط ایشان عبارتند از:

$$AAS = ۰/۷۵, APS = ۰/۲۹, MAC.R = ۰/۴۸$$

هم وابستگی

تعریف مفهومی: رابرت ساببی^۵ براساس دیدگاه سیستمی خانواده و روان شناسی خود، هم وابستگی را شامل الگوی هیجانی، روان شناختی و رفتاری مقابله‌ای می‌داند که نتیجه تماس طولانی مدت با مجموعه‌ای از قوانین و مقررات طاقت فرساست و از به کار بردن آنها ناشی می‌شود.

تعریف عملیاتی: هم وابستگی از طریق پرسشنامه هالیکوت^۶ که توسط دیر^۷ (۲۰۰۰) ساخته شده است اندازه گرفته می‌شود. این پرسشنامه شامل ۳ خرده مقیاس از خود گذشتگی، تمرکز برونی و واکنشی بودن است.

^۱ landry, G. P

^۲ Addiction Potential Scale

^۳ Addiction Acknowledgment Scale

^۴ Mac Andrew Alcoholism Scale - Revised

^۵ Subby Robert

^۶ Holyoake

^۷ Dear, G. E

پرسشنامه هم وابستگی (۲۰۰۰) با ضریب آلفای کلی ۰/۷۹ و ضرایب آلفای ۰/۴۵ برای کنترل تا ۰/۷۵ برای وابستگی بین فردی، از یک همسانی درونی نسبی بهره مند است.

متغیرهای عوامل روانی : جرات ورزی^۱ - هیجان خواهی - خوش بینی - خودپنداره

تعاریف مفهومی : جرات ورزی (ابراز وجود): لنج و جاکو بوسکی^۲ (۱۹۷۶) مهارت ابراز وجود را این گونه تعریف می کنند: ابراز وجود شامل گرفتن حق خود و ابراز افکار، احساسات و اعتقادات خویش به نحوی مناسب، مستقیم و صادقانه است به نحوی که حقوق دیگران را زیر پا نگذاریم.

هیجان خواهی: هیجان خواهی براساس توانایی برانگیخته شدن مطرح است و به عنوان جستجوی هیجانها و تجربه های متنوع، تازه، پیچیده و پرشور، میل به خطر کردن بدنی، اجتماعی، قانونی و مالی به خاطر خود این تجربه ها تعریف می شود (زاكرمن^۳ ۱۹۹۴).

خوش بینی: خوش بینی تلفیقی از گرایش و نگرش خوش بینانه در مورد خود، افراد، اشیا، رویدادها و به طور کلی جهان می باشد که براساس آن انتظار نتایج خوب و امیدوار کننده براساس توانایی های خود در افراد خوش بین بالاست و ریشه این نگرش خوش بینانه در سبک تبیین افراد نهفته است (نوری، ۱۳۸۵).

خود پنداره: خود پنداره شامل نگرشها، احساسات و دانش ما درباره توانایی، مهارت و قابلیت پذیرش اجتماعی است. خود پنداره تمام ابعاد شناختی، ادراکی و عاطفی را در بر می گیرد (حسن زاده و همکاران ۱۳۸۴).

تعریف عملیاتی متغیرهای عوامل روانی:

متغیرهای عوامل روانی به وسیله پرسشنامه ی عوامل خطر و حفاظت کننده مصرف مواد که توسط دکتر شهرام محمدخانی (۱۳۸۴) ساخته و استاندارد شده است اندازه گرفته می شود.

¹ Assertiveness

² Lang, J., & Jacobski, P

³ Zuckerman.M

متغیرهای عوامل اجتماعی: پیوستگی اجتماعی - یکپارچگی اجتماعی - پذیرش اجتماعی - شکوفایی

اجتماعی^۱ - سهم داشت اجتماعی

تعاریف مفهومی: پیوستگی اجتماعی: اعتقاد به این که اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش بینی است. افرادی که از نظر اجتماعی سلامت بالایی دارند نه تنها به جهانی که در آن زندگی می کنند بلکه به آن چه اطراف شان رخ می دهد علاقه مندند و درکی نسبت به کیفیت، سازمان دهی و اداره ی دنیای اجتماعی اطراف خود دارند (روزه، ۱۹۸۹).^۲

یکپارچگی اجتماعی : از دیدگاه کیز به معنی ارزیابی فرد از کیفیت روابط متقابل در جامعه و گروه های اجتماعی است افراد سالم احساس می کنند بخشی از جامعه هستند و وجه مشترکی با دیگران دارند. این مفهوم در مقابل انزوای اجتماعی^۳ قرار دارد.^۴

پذیرش اجتماعی: تفسیر فرد از جامعه و ویژگی های دیگران است. در واقع پذیرش اجتماعی به معنی گرایش های مثبت نسبت به افراد، تصدیق دیگران و به طور کلی پذیرفتن افراد، علی رغم برخی رفتارهای پیچیده آن هاست .

شکوفایی اجتماعی : افراد دارای این ویژگی به آینده جامعه امیدوارند و معتقدند که همه از پتانسیل هایی برای رشد اجتماعی بهره مندند و جهان می تواند برای آنها و دیگران بهتر شود. شکوفایی اجتماعی یعنی باور به این که اجتماع سرنوشت خویش را در دست دارد و به مدد توان بالقوه اش مسیر تکاملی خود را کنترل می کند (کیز، ۲۰۰۴).

سهم داشت اجتماعی بیانگر ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است. کسانی که در سطح مطلوبی از این بعد هستند اعتقاد دارند عضو مهمی از اجتماع هستند و چیزهای ارزشمندی برای ارائه به دیگران دارند (کیز، ۲۰۰۴).

¹ Social actualization

² Rose , N

³ Social isolation

تعریف عملیاتی متغیر عوامل اجتماعی:

متغیرهای عوامل اجتماعی به وسیله پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز که شامل ۲۰ سوال بوده و ۵ زیر مقیاس را مورد بررسی قرار می‌دهد اندازه گیری می‌شود.

در پژوهش باباپور و همکاران (۱۳۸۸) پایایی پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز از طریق همسانی درونی به دست آمد که آلفای به دست آمده برای کل مقیاس ۰/۷۸ و برای هر یک از خرده مقیاس‌ها به ترتیب عبارتند از : ۰/۷۱ برای یکپارچگی اجتماعی، ۰/۷۴ برای پذیرش اجتماعی، ۰/۷۴ برای مشارکت اجتماعی ، ۰/۷۰ برای شکوفایی اجتماعی و ۰/۷۷ برای همبستگی اجتماعی می‌باشد.

فصل دوم

ادبیات و پیشینه تحقیق

مصرف سیگار، مشروبات الکلی و مواد مخدر به وسیله نوجوانان یکی از مهم ترین چالش‌های بهداشتی، روانی و اجتماعی است. نوجوانی دوره‌ی رشدی مهمی همراه با شکل‌گیری هویت است. احساس روئین تنی و خطرجویی نوجوانان به شکل مصرف الکل، سیگار و مواد دیگر تظاهر می‌کند. مصرف مواد در بین نوجوانان علل و انگیزه‌های مختلفی دارد. برخی از نوجوانان مصرف مواد را به منزله‌ی یک شیوه‌ی تسهیل پیوند اجتماعی و افزایش منزلت در میان همسالان می‌دانند. برخی برای رسیدن به لذت، رفع کسالت و ارضای حس کنجکاوی، فرار و یا مقابله با مشکلات به سراغ مواد مخدر می‌روند. مصرف زود هنگام هر نوع ماده‌ای یک عامل خطر ساز برای مصرف در سال‌های بعد و سایر رفتارهای ضد اجتماعی است.

تبیین‌های روان‌شناختی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی هیچ کدام به تنهایی قادر به ریشه‌یابی ابعاد مختلف مصرف مواد نیستند.

از دیدگاه کییز^۱ سلامت اجتماعی یک فرد به این معنی است که او از نظر اجتماعی عملکرد خوبی دارد و اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و دارای نیروهای بالقوه برای رشد و شکوفایی می‌داند و احساس می‌کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم می‌داند.

جوامع بیمار که در آن‌ها کرامت انسانی پایمال می‌شود و اعتماد وجود ندارد افراد به آینده خود اطمینان ندارند و شایسته سالاری و امکان پیشرفت براساس صلاحیت‌های اجتماعی در آن وجود ندارد باعث ایجاد سطح پایداری از استرس با منشاء اجتماعی در افراد و آسیب‌هایی چون مصرف مواد مخدر به ویژه در نسل جوان می‌شوند (فری^۲، ۱۹۹۵).

نقش عوامل روانشناختی در آمادگی برای مصرف مواد همواره مورد تاکید و پژوهش بوده است. هیجان خواهی به عنوان ویژگی شخصیتی که تحت تأثیر نیاز دستگاه عصبی مرکزی شخص برای تحریک از منابع بیرونی شکل می‌گیرد تحت عنوان نیاز به تجارب و احساس‌های گوناگون پیچیده، بدیع و بی سابقه و تمایل به خطرجویی

^۱ Keyse, C. M

^۲ Douglas P. Fry

تعریف شده است. ویژگی‌های هیجان خواهی مانند برونگرایی، خود مختاری و جسارت در همپوشی با دوران نوجوانی، آمادگی برای جستجوی حادثه، ریسک و تجربیات جدید و آسیب زنده مثل مصرف مواد را افزایش می‌دهد.

ابراز وجود و جرات ورزی به عنوان یک مهارت اجتماعی مناسب که در کنار رعایت حقوق دیگران و در نظر گرفتن احساسات و آسایش آنها به خود در ابراز صادقانه نظرات بدون احساس اضطراب کمک می‌کند یک عامل بازدارنده فردی در مقابل فشار همسالان برای مصرف مواد است. خوش بینی به عنوان جزئی از سرمایه روان شناختی جنبه‌های مثبت زندگی آدمی را در بر می‌گیرد.

اگر چه خوش بینی، امید، تاب آوری و خود کارآمدی در خلاء شکل نمی‌گیرند.

آدمی در چارچوب‌های ترسیم شده فرهنگی و اجتماعی به سر می‌برد و پیوسته از منابع فرهنگی و اجتماعی جامعه بازخوردهای نگرشی، دانشی و اصلاحی دریافت می‌کند. این بازخوردها قادرند در شکل دهی اهداف، معنای زندگی، مقاومت در فشار و خود ارزیابی مثبت و منفی نقش ماندگار ایفا کنند. به همین دلیل فقدان شبکه‌های اجتماعی حمایت کننده و گسست روابط بین فردی و کاهش اعتماد بین فردی می‌تواند باعث بازداري خوش بینی و سرمایه اجتماعی فرد شود. در فضای بی‌اعتمادی اجتماعی، فرصت جرأت ورزی از فرد گرفته می‌شود و او از منابع عظیم باز خوردی محروم می‌شود.

فقدان این منابع چشم انداز روندهای آتی زندگی را برای فرد در ابهام فرو می‌برد و یأس، ناامیدی و بد بینی را در نظام ادراکی و روانشناختی فرد جایگزین می‌کند.

خود پنداره تصویری است که ما از خود داریم، ما نظریه‌هایی درباره جهان می‌سازیم که به ما کمک می‌کند با موقعیت‌هایی که رو به رو می‌شویم کنار بیاییم. خود پنداره محصول بستر اجتماعی و شناختی است. عدم شکل گیری خود پنداره خود آگاهی و خود گمگشتگی و نبود حد و مرزهای شخصی و خصوصی، اختلال در احساسات و تمرکز بر دنیای خارج و مشکلات در روابط بین فردی از ویژگی‌های هم وابستگی محسوب

می‌شود. هم وابستگی نوعی از رفتار اعتیادی است که فرد در آن روابطی را برقرار می‌کند یا به رابطه‌ای ادامه می‌دهد که حالت یک طرفه دارد و از لحاظ احساس، مخرب بوده یا با سوء استفاده همراه است. بنابراین هم وابستگی نه تنها شایع‌ترین نوع اعتیاد، بلکه مساعدترین بستر پیدایش انواع دیگر اعتیادها و وسواس‌ها، خستگی مزمن و همچنین خود گمگشتگی است (وایتفیلد^۱، ۱۹۹۱).

اعتیاد و حیطه‌های موثر در شکل‌گیری آن

طی سال‌های گذشته نظریه‌ها و دیدگاه‌های مختلفی تلاش کرده‌اند تا تبیین روشنی از علل گرایش نوجوانان به سمت رفتارهای پر خطر ارایه نمایند که از جمله آن‌ها می‌توان به نظریه یادگیری اجتماعی (بندورا، ۱۹۸۶) نظریه رفتار مشکل‌آفرین (جسر و جسر^۲، ۱۹۷۷)، نظریه خودتحقیری (کاپلان، ۱۹۸۰) نظریه ارتباط موثر (مک‌گوایر^۳، ۱۹۸۶) و نظریه‌های گروه همسالان (اوتینگ و بیو وایس^۴، ۱۹۸۷) اشاره کرد. این نظریه‌ها طیف گسترده‌ای از عوامل زمینه‌ساز از جمله عوامل ژنتیکی، روان‌شناختی، خانوادگی و اجتماعی را مورد بررسی قرار داده‌اند با این حال هیچ‌کدام از این نظریه‌ها به تنهایی قادر به تبیین ابعاد مختلف مسئله رفتارهای پرخطر نیستند و هر یک بر جنبه‌ای از پدیده مذکور تاکید کرده و عوامل دیگر را نادیده می‌گیرد (بوتوین، ۲۰۰۰). یکی از مدل‌هایی که در سال‌های اخیر در تبیین و پیشگیری از رفتارهای پرخطر بسیار سودمند بوده، مدل عوامل خطر ساز و حفاظت‌کننده است (شایر و گریفن^۵، ۲۰۰۱، هاوکینز^۶ و همکاران، ۱۹۹۲).

این مدل بیان می‌کند که براساس انواع متنوعی از عوامل خطر ساز برگرفته از مدل‌های نظری مختلف، می‌توان رفتارهای پرخطر را در نوجوانان پیش‌بینی کرد. مهم‌ترین جنبه مثبت این مدل‌ها در ارزش پیش‌بینی آن‌ها است. به این معنا که هر چه کودکان و نوجوانان در معرض عوامل خطر ساز زیادی قرار بگیرند، احتمال رفتار

¹ Whitfield, C

² Jessor, R. & Jessor, S. L

³ Mc guire, W. J

⁴ Oetting, E. R & Beauvais, F

⁵ Scheier, L. M, & Griffin, K. W

⁶ Hawkins, J. D

پرخاطر در آن‌ها افزایش پیدا می‌کند. مدل‌های مبتنی بر عوامل خطرساز و حفاظت کننده علاوه بر سازمان دادن عوامل مرتبط با شروع رفتارهای پرخاطر به مفهوم سازی سطوح بالقوه مداخله برای پیشگیری از رفتارهای پرخاطر نیز کمک می‌کند (بوتوین، ۲۰۰۱).

عوامل خطرساز احتمال مصرف مواد یا درگیری در رفتارهای خشونت آمیز را افزایش می‌دهند. برخی از عوامل خطرساز در مرحله خاص از رشد کودکان و نوجوانان در مقایسه با عوامل دیگر تأثیر قوی دارند مانند فشار گروه همسالان در دوره نوجوانی (هاوکینز و همکاران ۱۹۹۲).

عواملی که در آمادگی به اعتیاد و مصرف مواد موثرند دارای ویژگی‌های متعددی می‌باشند از جمله، این عوامل افزایشی عمل می‌کنند یعنی عوامل می‌توانند با همدیگر جمع می‌شوند و با جمع شدن آنها احتمال خطر یا مصونیت افزایش می‌یابد. مثلاً وجود افسردگی و اضطراب و دسترس پذیری به مواد در یک شخص احتمال خطر مصرف را در او افزایش می‌دهد. این عوامل از نظر کمیت و کیفیت متفاوتند و اهمیت آنها در اشخاص یا گروه‌های سنی مختلف متفاوت است. در نهایت این عوامل می‌توانند در معرض تغییر قرار گیرند (محمدخانی، ۱۳۹۰). مدل شبکه‌ای عوامل تأثیر گذار حیطه‌هایی را که بر رفتار مصرف مواد یا سایر رفتارهای مشکل ساز تأثیر می‌گذارند به خوبی آشکار می‌سازد (برنستاین و زیگ^۱، ۱۹۹۹).

با مرور در ادبیات پژوهشی عواملی که در آمادگی برای شروع مصرف مواد و اعتیاد موثرند در چند حیطه اصلی دسته بندی می‌شوند.

۱- حیطه‌ی فرد/ همسالان

احساس بیگانگی و روحیه عصیانگری: نوجوانانی که خودشان را بخشی از جامعه کلی احساس نمی‌کنند از قوانین پیروی نمی‌کنند و به تلاش برای موفقیت و مسئولیت پذیری باور ندارند یا کسانی که در مقابل جامعه عصیان می‌کنند، در معرض خطر مصرف مواد و بزه کاری و اخراج از مدرسه قرار دارند (هاوکینز و همکاران، ۱۹۹۲).

^۱ Bronstein, P.J, & Zweig, J.M

نگرش مثبت به مواد: در جریان سال‌های مدرسه ابتدایی کودکان معمولاً نگرش ضد مواد و اجتماع پسندانه دارند با این حال در دوره متوسطه نگرش آنان در جهت پذیرش بیشتر این رفتارها تغییر می‌کند و این پذیرش آنان را در معرض خطر قرار می‌دهد.

آغاز زود هنگام رفتارهای مشکل ساز: هر چه فرد در سنین پایین تر درگیر رفتارهای مشکل ساز شود احتمال بروز این رفتارها در آینده بیشتر است. پژوهش‌ها نشان داده است که نوجوانانی که قبل از ۱۵ سالگی شروع به مصرف مواد کرده اند بیشتر از کسانی که بعد از ۱۹ سالگی چنین تجربه‌ای دارند در معرض خطر سوء مصرف مواد در بزرگسالی قرار می‌گیرند (کندل^۱، ۱۹۸۲، به نقل از هاوکینز و همکاران ۱۹۹۲).

نوجوانانی که از سوی همسالان پذیرفته نمی‌شوند و ویژگی‌هایی مانند پرخاشگری، کمرویی و بازداری اجتماعی دارند آمادگی بیشتری برای مصرف مواد دارند. عوامل سرشتی، عواملی که ممکن است زیستی یا روان شناختی باشند در افرادی دیده می‌شوند که دارای رفتارهایی نظیر هیجان خواهی، اجتناب کم از آسیب و کنترل ضعیف تکانه هستند (کاجو و کلاین^۲، ۲۰۰۲، به نقل از محمد خانی ۱۳۸۶).

از دیگر عوامل موثر بر مصرف مواد، عدم آشنایی جوانان با مهارت‌های زندگی و نا آشنایی با شیوه‌های شاد زیستن و جامعه پذیر بودن است. در این زمینه بوتوین و همکاران (۲۰۰۴) از مهارت‌های تصمیم گیری مقابله با اضطراب، مهارت‌های ارتباطی و جرأت مندی یاد می‌کنند.

در حیطه‌های روان شناختی می‌توان به عواملی نظیر خود کارآمدی^۳، عزت نفس^۴ و سلامت روانی^۵ اشاره کرد. مصرف مواد توسط همسالان یکی از قوی ترین پیش بینی کننده‌های مصرف مواد در میان نوجوانان است (هاوکینز و همکاران ۱۹۹۲).

¹ Candle, B

² Kodi, M.C, & Klein, D.J

³ self- efficacy

⁴ self - esteem

⁵ mental health

۲- حیطه‌ی اجتماعی

مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که هر چه امکان دسترسی به مواد بیشتر باشد خطر مصرف مواد افزایش می‌یابد. همچنین دسترس پذیری ادراک شده^۱، نیز با افزایش خطر مصرف مرتبط است به عنوان مثال در مدارس که کودکان فقط فکر می‌کنند مواد به آسانی قابل دسترس است میزان مصرف بالاست (هاوکینز، ۱۹۹۲، برنستاین و زیگ ۱۹۹۹، محمدخانی، ۱۳۸۶).

زندگی در محله‌های پر جمعیت، فقدان نظارت بر مکانهای عمومی، مهاجرت و وضعیت نامطلوب محیط فیزیکی، پیوند اجتماعی ضعیف و بی‌نظمی اجتماعی عوامل موثری در گرایش به مصرف مواد است. کودکانی که در محیط‌های فقیر زندگی می‌کنند همراهی فقر خیلی شدید، به ویژه اگر با مشکلات رفتاری دوران کودکی همراه باشد، در دوره‌های بعدی زندگی اجتماعی خطر برای ابتلا به الکلیسم و مصرف مواد دیگر را افزایش می‌دهد (هاوکینز ۱۹۹۲).

۳- حیطه خانواده

کودکان و نوجوانانی که والدین آنها مواد مصرف می‌کنند بیشتر احتمال دارد به مصرف مواد و رفتارهای ناهنجار، گرایش پیدا نمایند. به نظر می‌رسد مجموعه‌ای از عوامل ژنتیکی، تربیتی و یادگیری در این فرایند دخالت داشته باشند. وجود شخص معتاد در خانواده از طریق تشویق و ترغیب، تسامح و بی‌توجهی به فرزندان و سهل انگاری در اعتیاد نوجوانان موثر است (گرجی و بکرانی، ۱۳۸۵).

مشکلات مربوط به مدیریت خانواده شامل مدیریت ضعیف، فقدان انتظارات روشن درباره‌ی رفتار، عدم نظارت و کنترل والدین بر رفتار کودکان و تنبیه شدید و بی‌ثبات است.

¹ perceived availability

الگوهای ارتباطی منفی شامل انتقاد، متهم کردن، فقدان تحسین و تمجید، وجود مرزهای ناهمخوان و مبهم برای رفتار و انتظارات غیر واقعی والدین از فرزندان از ویژگی‌های مشترک خانواده‌هایی است که نوجوانانشان به مصرف مواد می‌پردازند.

تعارضات و اختلافات خانوادگی، نگرش‌ها و رفتارهای والدین درباره‌ی مواد، پیوند عاطفی ضعیف و تعهد اندک به خانواده از پیش‌بینی‌کننده‌های موثر در آمادگی برای اعتیاد نوجوانان است.

۴- حیطه مدرسه

شکست تحصیلی از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های مصرف مواد در دوره‌ی نوجوانی است. عدم احساس تعهد نسبت به مدرسه، غیبت از مدرسه و اخراج از آن از عوامل زمینه‌ساز مصرف مواد است. رفتار ضد اجتماعی زودرس و پایدار در ترکیب با انزوا و کناره‌گیری، خطر مصرف مواد را افزایش می‌دهد (محمدخانی ۱۳۹۰).

سبب‌شناسی مصرف مواد در نوجوانان

۱- نظریه‌های شناختی

نظریه‌های شناختی بر نقش باورها و عقاید نوجوانان در مورد عوارض مصرف مواد، به عنوان عاملی برای شروع مصرف مواد تأکید می‌نماید. از میان نظریه‌های تابع این دیدگاه، نظریه‌ی رفتار مستدل^۱ (آجزن^۲ و فیش بین^۳، ۱۹۸۰) و نظریه‌ی رفتار طرح‌ریزی شده^۴ از سایر نظریه‌ها مطرح‌تر است. براساس نظریه‌ی رفتار مستدل شروع آزمایشی مصرف مواد به طور اختصاصی توسط تصمیم‌گیری نوجوانان برای آغاز رفتارهای مرتبط با جستجو و مصرف مواد تعیین می‌شود. این نظریه بر پایه‌ی دو فرض مهم استوار است: ۱- اکثر رفتارهای انسان،

^۱ reasoned action

^۲ Ajzen, I

^۳ Fishbein, M

^۴ planned action

تحت کنترل ارادی اوست و براساس مقاصد فرد یا از طریق کلام او قابل پیش بینی است. ۲- انسان‌ها معمولاً به شیوه‌ی معقول عمل می‌کنند و پیش از انجام عمل، اطلاعات و نتایج عمل خود را در نظر می‌گیرند.

قصد نوجوان برای مصرف مواد تحت تأثیر نگرش وی در مورد مصرف مواد است. اگر نوجوان معتقد باشد که دوستان صمیمی و اعضای خانواده او مصرف و آزمایش مواد را تایید می‌کنند و نوجوان میزان شیوع مصرف آزمایشی مواد را در بین همسالان و بزرگسالان بیش از آنچه که هست تخمین بزند تحت فشار روانی برای مصرف مواد قرار می‌گیرد.

در نظریه رفتار طرح ریزی شده رفتار تابع سه سازه است یعنی علاوه بر نگرش‌ها و هنجارها، عامل سومی تحت عنوان کنترل رفتاری ادراک شده یا به تعبیر بندورا^۱ خود کارآمدی و در دیدگاه راتر^۲ کانون کنترل نیز از اهمیت عمده‌ای برخوردار است.

براساس این دیدگاه، حتی اگر نوجوان قصد مصرف مواد را نداشته باشد، ممکن است به دلیل فقدان مهارت‌های لازم در امتناع از فشار همسالان، مواد مصرف کند.

۲- نظریه‌های یادگیری اجتماعی

نظریه‌های یادگیری اجتماعی در تبیین سوء مصرف مواد علاوه بر عوامل شناختی و عاطفی، عمدتاً بر عوامل اجتماعی و بین فردی تاکید می‌کنند. این نظریه‌ها معتقدند که نوجوانان باورهای خود در مورد رفتارهای بزهکارانه را از الگوهای نقش، به ویژه از دوستان نزدیک و والدین خود کسب می‌کنند. مشاهده‌ی الگوهایی که ماده‌ی مخدر مصرف می‌کنند مستقیماً سبب شکل گیری انتظار پیامد در نوجوانان می‌شود که به معنی باور آن‌ها در مورد آثار فوری اجتماعی، شخصی و فیزیولوژیک سوء مصرف مواد است. بندورا معتقد است که الگوهای نقش می‌توانند خود کارآمدی مصرف و امتناع را به وجود آورند. رونالد^۳ و همکاران (۱۹۷۹) نشان دادند که

^۱ Bandura , A

^۲ Rater, J

^۳ Ronald, k

نظریه یادگیری اجتماعی به شدت رفتارهایی نظیر مصرف مواد مخدر و الکل را تبیین می‌کند (محمدخانی، ۱۳۹۱).

۳- نظریه‌های تعلق اجتماعی

این نظریه معتقد است که پیوندهای قوی فرد با اجتماع، خانواده، مدرسه و مذهب رفتارهای انحرافی را کنترل می‌کند. نوجوانانی که پیوند و تعلق آن‌ها به قواعد و رسوم اجتماعی ضعیف است، فشار زیادی برای پیروی از معیارهای مرسوم رفتاری احساس نمی‌کنند.

یکی از دلایل تعهد و تعلق ضعیف فرد به جامعه در این دیدگاه فشار ناشی از تفاوت فاحش بین آرزوهای نوجوان (هدف‌های شغلی و تحصیلی او) و برداشت او از فراهم بودن شرایط لازم برای دستیابی به آن آرزوهاست. نوجوانانی که امیدها و اهداف تحصیلی و شغلی شان را به دلیل شرایط نامساعد تربیتی و شغلی ناکام می‌دانند تعهد خود را نسبت به اجتماع و ارزش‌های آن از دست می‌دهند و بیشتر به سوی همسالان منحرفی که مشوق مصرف مواد هستند روی می‌آورند.

علت دوم پیوند ضعیف نوجوانان با جامعه، بی‌نظمی اجتماعی است که بیانگر ضعف نهادهای اجتماعی در کنترل رفتار شهروندان است (پتریتیس، فلاوی و میلر^۱، ۱۹۹۵ به نقل از محمدخانی ۱۳۹۱).

اگر نوجوان در محله‌ای جرم خیز زندگی کند که مدارس آن از کیفیت لازم برخوردار نباشند و نهادهای اجتماعی نیز آمیدی در او ایجاد نکنند به ارزش‌ها و قواعد اجتماعی، بی‌توجه می‌شود و تعهدی نسبت به آنها احساس نمی‌کند. تعهد اجتماعی و دلبستگی به الگوهای اجتماعی، نتیجه‌ی جامعه‌پذیری صحیح در جامعه است.

۴- مدل رشد اجتماعی^۲

مدل رشد اجتماعی که توسط هاوکینز و ویس (۱۹۸۵) مطرح شده است رفتارهای نابهنجار از جمله مصرف مواد را براساس پیوند اجتماعی تبیین می‌کند. در این نظریه بر مهارت‌ها، فرصت‌ها و تقویت‌های نوجوان برای

^۱ Petraitis, J. Flay, B.R., & Miller, T.Q

^۲ Social development model

پیوند با والدین و مدرسه که هر دو در بازداری مصرف مواد موثرند تاکید می‌شود.

براساس دیدگاه هاوکینز و ویس نوجوان در شرایط زیر به سوی همسالان مصرف کننده‌ی مواد روی می‌آورد : شرایط و فرصت‌های کافی برای تقویت تعاملات اجتماعی در خانه و مدرسه فراهم نشده باشد مهارت‌های بین فردی و تحصیلی او برای تعاملات موفق و مطلوب در خانه و مدرسه کم باشد و در قبال تعاملات اجتماعی با والدین و معلمان تقویت مناسبی دریافت نکند.

۵- مدل بوم شناسی اجتماعی

براساس دیدگاه بوم شناسی اجتماعی (کمپر و ترنر^۱ ۱۹۹۱) مهم ترین علت سوء مصرف مواد فشار روانی، به ویژه فشار روانی مرتبط با مدرسه است. براساس این مدل اگر نوجوان در مورد مهارت‌های تحصیلی خود دچار تردید شود و مدرسه را محیطی پر فشار و نامساعد درک کند ممکن است به مصرف مواد روی آورد. نوجوانانی که تصویری منفی از مدرسه دارند ، بیشتر به همسالان منحرف و مصرف کننده مواد روی می‌آورند.

۶- نظریه تحقیر خود^۲

براساس نظریه تحقیر خود (کاپلان^۳ و همکاران، ۱۹۸۲) عزت نفس کلی فرد، عامل اصلی در سوء مصرف مواد و پیشگیری از آن محسوب می‌شود. نوجوانانی که احساس می‌کنند از سوی دیگران طرد شده اند و عملکرد اجتماعی مورد قبولی ندارند، واکنش‌هایی از خود نشان می‌دهند: اول آن که احساس می‌کنند باید به طور نمادین در برابر معیارها و ارزش‌های مرسوم طغیان کنند. دوم آن که، از الگوهای اجتماعی مرسوم دوری می‌کنند، سوم این که احساس می‌کنند می‌توانند با انجام رفتارهای نامتعارف احساس خود ارزشمندیشان را تقویت نمایند و در نهایت با همسالان منحرفی ارتباط برقرار می‌کنند که احساس ارزشمندی را در آنان تقویت

^۱ kumper , K. L&Turner, C . W

^۲ self –derogation

^۳ Kaplan, H . B

می کنند. این دیدگاه با وارد نمودن مفاهیم عزت نفس، انزوا و دوری گزینی از اجتماع و ارتباط با همسالان منحرف و با تکیه بر ویژگی های درون فردی و مفاهیمی از نظریه های تعهد و وابستگی و همچنین یادگیری اجتماعی، سوء مصرف مواد را تبیین می کند.

۷- نظریه رفتار مشکل ساز^۱

براساس این دیدگاه (جسر و همکاران، ۱۹۹۱) نوجوانانی که مستعد یک رفتار مشکل ساز مثلاً بزهکاری هستند مستعد سایر رفتارهای مشکل ساز مثلاً مصرف حشیش نیز می باشند. براساس این نظریه رفتار مصرف مواد نتیجه تعامل سه حوزه است: عوامل شخصیتی فرد، عوامل محیطی و سیستم رفتاری فرد. ترکیب این سه سیستم منجر به آسیب پذیری روان شناختی فرد برای انجام رفتار مشکل ساز می گردد.

۸- نظریه گروه همسالان^۲

این نظریه فرض می کند که تنها متغیر منفرد و برجسته در مصرف مواد در نوجوانان، تأثیر همسالانی است که نوجوانان آن ها را برای ارتباط خود انتخاب کرده است. استفاده از مواد تقریباً همیشه به طور مستقیم به ارتباط با همسالان مربوط است. فرض بنیادین این دیدگاه آن است که مصرف مواد در نوجوانی، یک فعالیت گروهی است که در بافت اجتماعی گروه دوستان صورت می گیرد.

۹- نظریه مرحله^۳

نظریه ی مرحله (لوگان^۴، ۱۹۸۴)، اظهار می نماید که درگیری نوجوانان در مصرف مواد در یک توالی مشخص و طی چند مرحله رخ می دهد که از تجربه کردن تا وابستگی گسترده است. نوجوانان قبل از آنکه به مواد مخدر

^۱ problem behavior theory

^۲ peer cluster theory

^۳ stage theory

^۴ Logan, K. T

وابسته شوند یک روند آزمایشی و تجربی مصرف مواد را طی می کنند که در طول آن، مصرف ماده هنوز بخشی از زندگی فرد نشده است که به آن مصرف آزمایشی مواد گفته می شود.

مراحل اولیه با مصرف سیگار و مشروبات الکلی شروع و با مصرف حشیش پیش می رود. استفاده از مواد افیونی، توهم زاها و سایر مواد غیر قانونی معمولاً در مراحل بعدی توالی مصرف مواد رخ می دهد. براساس این نظریه، برنامه های پیشگیری از مصرف مواد در نوجوانان، باید بر پیشگیری از مصرف مواد در مراحل اولیه یا حداقل به تأخیر انداختن شروع مصرف در میان نوجوانان متمرکز شده و در حد امکان دانش آموزان را در سنین پایین، هدف مداخله خود قرار دهد. تلاش برای به تأخیر انداختن مصرف مواد، بسیار مهم است.

کاربرد دیگر نظریه مرحله ای سوء مصرف مواد، آن است که برنامه های پیشگیرانه باید مصرف سیگار، مشروبات الکلی و حشیش را هدف خود قرار دهند زیرا اولین موادی هستند که نوجوانان امتحان می کند و با توجه به فرضیه دروازه ای^۱ مصرف مواد، مقدمه ای برای مصرف سایر مواد به ویژه مواد سنگین می باشند (کندل، ۲۰۰۲).
به نقل از محمدخانی (۱۳۹۱).

۱۰- مدل استرس اجتماعی^۲

مدل استرس اجتماعی بر نقش عوامل فردی، خانوادگی و جامعه ای بزرگ تر، بر خطر مصرف مواد تأکید می کند. عوامل زیستی- وراثتی، روان شناختی، اجتماعی، محیطی، قانونی، خانوادگی بسیاری در مصرف مواد دخالت دارند. با این حال تمامی این عوامل برای به ظهور رساندن تأثیرهای خود باید از سیستم روانی فرد عبور نمایند. تصمیم برای مصرف مواد متأثر از موقعیت های اجتماعی و روان شناختی فعلی و تاریخچه زندگی فرد است. علاوه بر این مصرف مواد پیامدهایی دارد که می تواند تقویت کننده یا بیزاری آور باشد و به دنبال آن و طی یک فرایند یادگیری، احتمال تکرار مصرف مواد افزایش یا کاهش یابد. برخی از مواد می توانند به فرایند زیست شناختی مرتبط با تحمل و وابستگی جسمی منجر شوند. پدیده ی تحمل نیز می تواند موجب کاهش برخی

^۱ gateway hypothesis

^۲ social stress model

اثرات مخرب مواد گردیده و به مصرف مقادیر بیشتر مواد منجر شود که خود می‌تواند باعث تسریع یا تشدید وابستگی جسمی گردد.

۱۱- مدل تلفیقی مصرف مواد

ژیلبرت بوتوین (۲۰۰) مجموعه‌ای از عوامل را که در آغاز مصرف مواد نقش دارند در یک مدل جامع تلفیق کرده است. براین اساس مصرف الکل، سیگار و سایر مواد، نتیجه‌ی تعامل پویای مجموعه‌ای از عوامل محیطی و فردی در نظر گرفته می‌شود که در آن همسالان، والدین و سایر عوامل اجتماعی در تعامل با آسیب پذیری‌های روان شناختی فرد به مصرف الکل، سیگار و سایر مواد منجر می‌شود. به عنوان مثال برخی افراد ممکن است تحت تأثیر تبلیغات رسانه‌ای که مصرف الکل، سیگار و سایر مواد را طبیعی جلوه می‌دهند به مصرف مواد روی آورند در حالیکه افراد دیگر تحت تأثیر اعضای خانواده یا دوستانی که مواد مصرف می‌کنند یا باورها و نگرش‌هایی دارند که مصرف مواد را تایید می‌کند شروع به مصرف مواد می‌کنند.

اعتیاد

معمولاً مصرف مواد از حالت کنجکاوی و تفریح شروع شده و با افزایش دفعات مصرف، مقدار مصرف و مصرف مواد دیگر فرد از مصرف کننده تفریحی به مصرف کننده دائمی و معتاد تغییر وضعیت می‌دهد.

اعتیاد یک بیماری مزمن و عود کننده مغزی است که مشخصه آن جستجو و مصرف اجباری مواد علیرغم آثار زیانبار آن است. اعتیاد به معنی مصرف اجباری و مستمر یک ماده است که به دو صورت ایجاد می‌شود. وابستگی روانی اشتغال ذهنی به ماده و احساس تمایل دائم برای مصرف مجدد آن است. وابستگی جسمانی به معنی وابستگی بدن و سلولهای مغز به ماده مورد نظر است. هر دو نوع وابستگی جسمانی و روانی به مصرف مواد مخدر ناشی از تحت تأثیر قرار گرفتن انتقال دهنده‌های شیمیایی موجود در ناحیه ¹VTA به عنوان ناحیه پاداش مغز است که تا هسته‌های آکامبنس کشیده شده اند و با ناحیه تگمنتال شکمی پیشانی مغز در ارتباط

¹ ventral tegmental area

هستند. تحریک این نواحی سبب احساس لذت شده و عملکرد مغز را تحت تأثیر قرار می‌دهد. افزایش ناگهانی دوپامین تحت تأثیر مواد مخدر باعث تجربه‌ی لذتی در فرد می‌شود که مشابه مشوق‌های طبیعی زندگی عادی نیست.

اختلالات اعتیادی: DSM-5

پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی سال ۲۰۱۳ (DSM-5)، اختلالات مرتبط با مواد را در ده طبقه مجزا تقسیم کرده است. الکل، کافئین، حشیش، مواد توهم‌زا، مواد استنشاقی، فن‌سیکلیدین، مواد افیونی، مواد محرک، توتون، داروهای آرام‌بخش، خواب‌آور و ضد اضطراب و مواد دیگر (نامشخص). این ده طبقه کاملاً مجزا هستند و همچنین در DSM-5 دو واژه سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد حذف شده و اختلالات مصرف مواد جایگزین آن شده است.

طبق تعریف DSM-5، ویژگی اصلی هر یک از انواع اعتیادها و اختلالات مرتبط با مصرف مواد عبارت است از مجموعه‌ای از نشانه‌های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی که نشان می‌دهند فرد، به رغم مشکلات مهمی که برایش به وجود می‌آید به مصرف ماده ادامه می‌دهد.

در مجموع، تشخیص اختلال مصرف مواد بر الگوی بیمارگون رفتارهای مرتبط با مصرف مواد استوار است. برای کمک به سازمان‌دهی، معیار ملاک‌های (الف) را می‌توان متناسب با دسته‌بندی‌های کلی کنترل معیوب، اختلال اجتماعی، مصرف مخاطره‌آمیز و ملاک‌های دارویی در نظر گرفت.

کنترل معیوب در مصرف مواد، اولین دسته‌بندی ملاک‌هاست (ملاک ۱-۴).

امکان دارد فرد ماده‌ای را با مقادیر بیشتر، طی مدت طولانی‌تر از آنچه در نظر داشته است مصرف کند (ملاک ۱). امکان دارد فرد تمایل مداومی را به کاهش دادن یا قطع مصرف به خرج داده است (ملاک ۲).

ممکن است فرد وقت زیادی را صرف به دست آوردن مواد، مصرف مواد، یا بهبود یافتن از تأثیرات آن کند (ملاک ۳). در برخی از موارد اختلالات مصرف مواد شدیدتر، تقریباً تمام فعالیت‌های روزانه فرد بر محور مواد

می‌چرخد و اشتیاق (ملاک ۴) یا میل شدید به دارو آشکار می‌شود که ممکن است در هر زمانی روی دهد، اما زمانی احتمال آن بیشتر است که فرد در محیطی باشد که قبلاً دارو را به دست می‌آورده یا مصرف می‌کرده است.

اختلال اجتماعی دومین دسته بندی ملاک‌هاست (ملاک ۵-۷). مصرف مواد عود کننده ممکن است به ناتوانی در برآورده کردن تعهدات نقش عمده در محل کار، مدرسه یا خانه منجر شود (ملاک ۵). امکان دارد فرد با وجود داشتن مشکلات اجتماعی یا میان فردی مداوم یا مکرر که در اثر تاثیرات مواد ایجاد یا تشدید می‌شوند به مصرف مواد ادامه دهد (ملاک ۶). فعالیت‌های مهم اجتماعی، شغلی، یا تفریحی ممکن است به علت مصرف مواد رها شوند یا کاهش یابند (ملاک ۷).

مصرف مخاطره آمیز مواد سومین دسته بندی ملاک‌هاست (ملاک ۸-۹). این ممکن است شکل مصرف مواد عود کننده در موقعیت‌هایی را به خود بگیرد که از لحاظ جسمانی خطرناک هستند (ملاک ۸). امکان دارد فرد با وجود آگاهی از اینکه مشکلات جسمانی و روانی مداوم و عود کننده‌ای دارد که احتمالاً ناشی از مواد هستند یا توسط مواد تشدید می‌شوند به مصرف آن ادامه دهد (ملاک ۹).

موضوع اصلی هنگام ارزیابی این ملاک وجود مشکل نیست بلکه ناتوانی فرد در پرهیز کردن از مصرف مواد با وجود مشکلی که ایجاد می‌کند است. ملاک‌های دارویی آخرین دسته بندی هستند (ملاک ۱۰ و ۱۱). تحمل (ملاک ۱۰) با نیاز به افزایش قابل ملاحظه مقدار مواد برای دستیابی به تاثیر مطلوب یا کاهش چشمگیر تاثیر هنگامی که مقدار معمول مصرف شده است مشخص می‌شود. ترک (ملاک ۱۱) نشانگانی است که زمانی روی می‌دهد که غلظت مواد در خون یا بافت در فردی که مصرف مواد زیاد یا طولانی مدت داشته است کاهش می‌یابد. فرد بعد از ایجاد نشانه‌های ترک احتمالاً برای کاهش دادن نشانه‌ها، مواد را مصرف می‌کند (احمدی، ۱۳۹۳).

عوامل روانی مصرف مواد مخدر

کارشناسان سازمان بهداشت جهانی سلامت فکر و روان را این گونه تعریف می‌کنند: «سلامت فکر عبارت است از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب».

لوینسون^۱ و همکارانش سلامتی روان را این طور تعریف کرده اند سلامتی روان عبارت است از این که فرد چه احساسی نسبت به خود، دنیای اطراف، محل زندگی و اطرافیان دارد و مخصوصاً با توجه به مسئولیتی که در مقابل دیگران دارد، چگونگی سازش وی با درآمد خود و شناخت موقعیت مکانی و زمانی خویشتن حائز اهمیت است (میلانی فر، ۱۳۸۲).

در اواخر قرن بیستم، پزشکان، روانشناسان و جامعه شناسان سودمندی مدل زیستی پزشکی را در تبیین سلامت و بیماری مورد سوال جدی قرار دادند. امروزه مدل زیستی روانی اجتماعی سلامت بر مبنای یک رویکرد سیستمی مورد توجه قرار دارد. در این نگاه یک علت واحد برای تبیین پدیده وجود ندارد و عوامل زیادی در سطوح مختلف بر هم تاثیر می‌گذارند.

جرج انگل^۲ در سال ۱۹۷۷ با انتشار مقاله‌ای به تبیین مدل زیستی - روانی - اجتماعی پرداخت. او سیستم زیستی را بر زیر بنای تشریحی، ساختاری و مولکولی بیماری و اثر آن بر کارکرد زیست شناختی بیماری تعریف کرد. سیستم روان شناختی بر تاثیر عوامل روان پویایی، انگیزش و شخصیت بر روی تجربه و واکنش به بیماری تاکید می‌کند و سیستم اجتماعی تاثیر عوامل فرهنگی محیطی و خانوادگی را بر تظاهر و تجربه بیماری بررسی می‌کند.

هیجان‌ات، رویدادهای درونی هستند که زیر مجموعه‌های روان شناختی بسیار نظیر، پاسخ‌های زیست شناختی، شناخت‌ها و آگاهی‌های هشیار را هماهنگ می‌سازند.

^۱ Levinson, H

^۲ Engel George

هوش هیجانی مولفه تازه‌ای است که خیلی از محققان به کاربرد و تأثیر آن در سلامت روان علاقه مند هستند. افرادی که از هوش هیجانی که به نظر می‌رسد از شخصیت و شاخص‌هایی مثل هوشبهر متمایز است کمتر بهره برده اند قادر به استفاده از ساز کار و کارهای منسجم و منظم در مقابل چالش‌ها نیستند. بهداشت روانی را نیز می‌توان نوعی قابلیت ارتباط هماهنگ بادیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی، حل تضادها و تمایلات شخصی به طور مناسب و منطقی دانست (گنجی، ۱۳۷۶).

ادراک، ارزیابی و بیان هیجان، یعنی توانایی تشخیص و فهم هیجانات خویشتن و سایر افراد، تنظیم و کنترل هیجان و بهره برداری از هیجان یعنی توانایی برنامه ریزی منعطف و استفاده از هیجان در مساله گشایی از عوامل موثر در ابعاد مختلف سلامت روان هستند.

بنابر تحقیقات انجمن ملی بهداشت روانی افراد دارای سلامت روان خصوصیات زیر را بروز می‌دهند.

۱- افراد از نظر روانی و ذهنی خود را آنگونه که هستند می‌پذیرند و از استعدادهای خود بهره مند می‌شوند. آنها در مورد عیوب جسمانی و ناراحتی‌های خود شکیباده و از آن ناراحت نمی‌شوند. آنها اغلب آرامند نسبت به عقاید تازه گشاده رو بوده و دارای طیب خاطر هستند شوخ طبع هستند و اعتماد به نفس دارند.

۲- افراد دارای سلامت احساس خوبی نسبت به دیگران دارند. آنها کوشش می‌کنند دیگران را دوست بدارند و به علایق آنها توجه کنند آنها با احساس یکی بودن با جامعه، نسبت به دیگران احساس مسئولیت می‌کنند.

۳- آنها قدرت رو به رو شدن با نیازمندیهای زندگی را دارند و پندارهای واقع گرایانه در مورد توانایی‌های خود دارند. از تجارب بنیادین زندگی لذت می‌برند اما هرگز خود شیفته نمی‌شوند (بنی جمال، احدی. ۱۳۸۵).

بررسی موضوعی متغیرهای روانشناختی در پژوهش حاضر

خود پنداره

در هر کودک، خود پنداره (عقاید وی در این مورد که او چگونه فردی است) و تواناییهای او در کنترل خود (میزانی که وی جهت رفتار فعالیتهای خود را تعیین می‌کند)، در ترکیب با احساسات او در مورد احترام به خود، نظام خود را تشکیل می‌دهد (هارتر^۱، ۱۹۸۳).

ویلیام جیمز^۲ در اواخر سالهای ۱۸۰۰ چنین مطرح کرد که احترام به خود را می‌توان به عنوان رابطه میان خود واقعی و خود ایده آل شخص در نظر گرفت. به میزانی که خود «واقعی» در دست یابی به معیارهای خود ایده آل شکست می‌خورد فرد احترام به خود ضعیفی را تجربه خواهد کرد. روانشناسان تحولی به بررسی نکاتی می‌پردازند که چگونگی پی بردن شخص به خود واقعی اش را توضیح می‌دهد و علت تفاوت بین خود پندار افراد را بیان می‌کنند.

گروهی از روانشناسان اجتماعی معتقدند که افراد براساس اینکه دیگران در مورد آنها چه نظری دارند یا با آنها چگونه رفتار می‌کنند در مورد خود اظهار نظر می‌کنند (مید^۳ ۱۹۰۴). این عقیده در مورد خود، خود آینه ای^۴ نامیده می‌شود و بر این مساله تاکید می‌کند که نظر ما در مورد خودمان، انعکاسی آینه وار از عقاید دیگران در مورد ما است.

کودکان به موازات بزرگ شدن، کم کم در می‌یابند که اولاً، در زمانهای مختلف می‌توانند رفتار متفاوتی داشته باشند و ثانیاً، همان خصوصیت یا رفتار می‌تواند در عین حال دارای ابعاد مثبت و منفی باشد. کودکان بزرگتر در می‌یابند که خصوصیات خلقی یا حتی بین فردی مطلق نیستند، اگر چه قبل از اینکه چنین تمایزی بتواند در سطح «خرد اخلاقی» صورت گیرد، وجود مهارتهای شناختی بسیاری ضروری است.

¹ Harter, S

² James William

³ Mead, M

⁴ looking glass self

بسیاری از افراد، دوره‌ی نوجوانی را به عنوان دوره‌ای تعیین کننده در تحول خود پنداره در نظر می‌گیرند. در خلال این دوره، اغلب افراد هویتی از خود پیدا می‌کنند که تا بزرگسالی پایدار باقی می‌ماند.

در دوران نوجوانی افراد می‌توانند به طور انتزاعی فکر کنند، امکانات فرضی را به تصور در آورند و در مورد افکار خود تعمق یا تفکر کنند یا در این باره بیندیشند که سایرین در مورد آنها چه نظری دارند.

این تواناییها امکان تحول سه جزء خود پنداره رشد یافته را فراهم می‌سازند که شامل شناسایی موارد زیر می‌شوند: الف) تداوم خود در طول زمان، ب) وحدت خود در مقابل نقش‌ها و مقتضیات محیطی مختلف ج) متقابل بودن عقاید شخص با عقاید سایرین در مورد خود (هارتر، ۱۹۸۳).

اما تواناییهای شناختی نو یافته‌ی نوجوانان کمبودهای خاص خود را نیز به همراه دارد.

نوجوانان کم سال اغلب در جریان جستجوی هویت خود، شیفته تواناییهای شناختی جدید خود می‌شوند. در نتیجه ممکن است در مورد چگونگی نظر سایرین نسبت به خود بیش از حد حساس شوند. برای مثال، اینطور فکر کنند که محور توجه دیگران هستند، در حالیکه در واقع چنین نیست.

دیوید الکايند^۱ (۱۹۷۸) چنین گرایشی را روی «صحنه بودن»^۲ در مقابل «حضور خیالی»^۳ می‌داند که اعتقاد نوجوان را به اینکه فرد منحصر بفردی است و دارای «افسانه شخصی» است به همراه دارد.

ناهماهنگی کودکان به صورت تفاوت در میزان دستیابی به تواناییهای مرتبط با هم، یا تأخیر در رشد در مقایسه با همسالان، می‌تواند منبع عمده‌ای برای مشکلات خود پنداره باشد.

^۱ Elkind David

^۲ on stage

^۳ imaginary audience

هیجان خواهی

انسان‌ها از نظر سطح پایه‌ی برانگیختگی ژنتیکی و واکنش‌پذیری نسبت به محرک‌های محیطی شدید با هم فرق دارند. منظور از سطح پایه برانگیختگی، سطح برانگیختگی بدون تحریک محیطی است و منظور از واکنش‌پذیری واکنش به تحریک بیرونی است (ریو^۱، ۲۰۰۱).

هیجان‌خواهی براساس توانایی برانگیخته شدن قرار دارد و به عنوان جستجوی هیجانها و تجربه‌های متنوع، تازه، پیچیده و پرشور، و میل به خطر کردن بدنی، اجتماعی، قانونی و مالی به خاطر خود این تجربه‌ها تعریف می‌شود (زاکرمین^۲، ۱۹۹۴).

نوجوانی به عنوان یکی از مراحل پرچالش رشد که در واقع نقش پلی بین کودکی و بزرگسالی را بازی می‌کند موضوع مهمی مثل هیجان را پررنگ تر می‌کند.

در این دوره علاوه بر رشد و تغییرات بدنی و ترشحات غدد داخلی که تا حدی موجبات تنش و هیجان را در نوجوان پدید می‌آورد، عوامل محیطی و اجتماعی، یکی از علل اصلی وجود هیجان‌ها در این دوره هستند. فرد زیاد هیجان‌خواه، تحریک بیرونی دائمی مغز را ترجیح می‌دهد، از کارهای عادی خسته می‌شود و مرتباً در جستجوی راه‌های برای افزایش انگیزش از طریق تجربه‌های هیجان‌انگیز است. فرد کم هیجان‌خواه، هجوم مداوم تحریک مغزی کمتری را ترجیح می‌دهد و کارهای عادی را نسبتاً خوب تحمل می‌کند. (ریو، ۲۰۰۹).

هیجان‌خواهی بر روی نیاز به تجارب جدید و متنوع تمرکز می‌کند از طریق رفتار سهل‌انگارانه که شامل فعالیت‌های خطرناک، شیوه غیرمنتظره زندگی، و عدم پذیرش یکنواختی می‌باشد. هیجان‌خواهی برای ربط دادن حوادث با یکدیگر ارایه می‌شود. یکی از دلایل مهم این مسئله از این حقیقت نشات می‌گیرد که این فعالیت تقویتی متقابل است به این معنا که اگر پیامد یک رفتار پرخطر باعث اثر مثبت در فرد هیجان‌خواه شود تمایل خواهد داشت که آن را تکرار کند.

¹ Reeve, B

² Zuckerman, M

افراد هیجان خواه، افرادی هستند که دارای خصوصیتی همچون برونگرایی، خود مختاری، جسارت و ناهماهنگی می‌باشند (شولتز^۱، ۱۹۹۸).

زاکرمن و همکاران وی دریافتند که هیجان خواهی در نتیجه سن تغییر می‌کند. افراد جوان تر بیشتر از افراد مسن به جستجوی حادثه، ریسک و تجربیات جدید گرایش دارند.

جرأت ورزی یا مهارت ابراز وجود

جرأت ورزی یکی از جنبه‌های ارتباط میان فردی است. در تعاریف اولیه از جرأت ورزی تقریباً تمام مهارت‌های تعاملی مطرح شده است. لازاروس^۲ (۱۹۷۱) ابراز وجود را دارای چهار مولفه می‌داند: رد تقاضاها، جلب محبت دیگران و مطرح کردن درخواستهای خود، ابراز احساسات مثبت و منفی، شروع، ادامه و خاتمه دادن گفتگوها. لنج و جاکوبوسکی (۱۹۷۶) مهارت ابراز وجود را این گونه تعریف می‌کنند: «ابراز وجود شامل گرفتن حق خود و ابراز افکار، احساسات و اعتقادات خویش به نحوی مناسب، مستقیم و صادقانه است، به نحوی که حقوق دیگران را زیر پا نگذاریم». آلبرتی و امونز^۳ (۱۹۸۲) نیز ابراز وجود را اینگونه تعریف می‌کند «رفتاری که شخص را قادر می‌سازد به نفع خویش عمل کند، بدون هر گونه اضطرابی روی پاهای خودش بایستد، احساسات واقعی خود را صادقانه ابراز کند، و بدون بی‌توجهی به حقوق دیگران حق خود را بگیرد. در هر دو تعریف بر رعایت و احترام به حقوق دیگران تاکید می‌شود و اینکه افراد باید بین گرفتن حقوق خود و پامال کردن حقوق دیگران تفاوت قابل شوند.

اشخاصی که قادر به ابراز وجود نیستند، درک دقیقی از رفتار دیگران ندارند مثلاً درخواستهای نامعقول دیگران را درخواستی معقول می‌دانند. سایرین آنها را اشخاصی سهل الوصول می‌دانند و گاهی کمک‌های آنها به سوء استفاده دیگران منجر می‌شود. ما نه تنها باید بین کمک کردن و مورد سوء استفاده قرار گرفتن تمایز قایل شویم

¹ Schultz, D . P

² Lazarus, A. A

³ Alberti, R .E & Emmons, M .L

بلکه باید برای جدا ساختن درخواستهای معقول و نامعقول دیگران درک درستی از رفتار آنها داشته باشیم (هارجی^۱ ۱۹۹۴).

عواملی همچون جنسیت، موقعیت و زمینه‌ی فرهنگی در ابراز وجود موثرند. میزان جرأت ورزی با افزایش سن بالاتر می‌رود (هارچی، ۱۹۹۴).

یکی از مشکلات عمده که تاثیر بازدارنده بر کارآمدی و پویایی نوجوانان دارد و از شکل‌گیری سالم هویت و نیز شکوفایی استعدادها و قوای فکری و عاطفی آنان جلوگیری می‌کند، مشکل برقراری ارتباط اجتماعی و نداشتن مهارت‌های لازم اجتماعی است.

آموزش رفتار مبتنی بر ابراز وجود، بر آن دلالت دارد که ما حق انجام چنین کاری را داریم. ادعای این حرف، مبین موضوع اخلاقی دیدگاه ما نسبت به آزادی و حرمتی است که برای خود و دیگران قابلیم. حق ابراز وجود، یکی از حقوق اساسی بشر است. بطور طبیعی حق با مسئولیت توأم است. ابراز وجود این فرصت را به فرد می‌دهد که با محیط اطراف و دیگران به طور متفاوت ارتباط برقرار کند (محمودی، ۱۳۹۰).

خوش بینی

خوش بینی یکی از خصوصیات مثبت انسان است که در دهه‌های اخیر، توجه ویژه‌ای را در روانشناسی و علوم اجتماعی به خود جلب کرده است. خوش بینی به جهت گزینی اشاره دارد که در آن معمولاً پیامدهای مثبت مورد انتظارند و این پیامدها به عنوان نتایج عوامل ثابت، کلی و درونی در نظر گرفته می‌شود.

پژوهشگران خوش بینی را احساس امیدواری مردم توصیف کرده اند، یعنی، افراد خوش بین انتظار دارند که به اهداف خود دست یابند (اسنایدر^۲ و همکاران، ۱۹۹۶).

^۱ Hargie, O

^۲ Snyder, C.R

خوش بینی تلفیقی از گرایش و نگرش خوش بینانه در مورد خود، افراد، اشیا، رویدادها و به طور کلی جهان می‌باشد که براساس آن انتظار نتایج خوب و امیدوار کننده، براساس توانایی‌های خود در افراد خوش بین بالاست و ریشه این نگرش خوش بینانه، در سبک تبیین افراد نهفته است (نوری، ۱۳۸۵).

ویژگی بسیاری از اشخاص موفق، خوش بینی آنهاست، نگرش ذهنی انسانهای موفق نسبت به خود و دیگران مثبت است. بدون شک یکی از جنبه‌های مهم رشد انسان، فرایند اجتماعی شدن اوست. ذاتی بودن زندگی جمعی در انسان، ضرورت تماس با دیگران را به عنوان امری گریز ناپذیر جلوه گر می‌سازد. رشد اجتماعی لازمه‌ی ارتباط سالم و منطبق با موقعیت در افراد است. کودکانی که مهارت‌های اجتماعی مختلفی را کسب کرده اند در ایجاد ارتباط با همسالان و یادگیری در محیط آموزشی موفق تر از کودکانی هستند که فاقد این مهارت می‌باشند (اشر^۱، ۱۹۸۵).

افراد خوش بین حتی اگر با مشکلات و رخداد‌های فشارزای زندگی هم مواجه شوند از آنجا که نسبت به آینده خوش بین بوده و بر این باور هستند که با تلاش خود می‌توانند مشکلات را حل کنند، از راهبردهای مثبت کنار آمدن نیز برای مواجهه با این موقعیت‌ها استفاده می‌کنند و این مساله می‌تواند به سلامتی روانی و اجتماعی منجر شود. خوش بینی می‌تواند منجر به عملکرد بهتر اجتماعی شود زیرا خوش بینی با فقدان انزوای اجتماعی و روابط دوستی با دوام و ماندگار رابطه مثبت دارد. علاوه بر این، در روابط صمیمانه میان افراد، خوش بینی می‌تواند رضایت مندی افراد از این روابط را به طور مثبت پیش بینی کند (علی بیک فتانه و همکاران ۱۳۹۱).

عوامل اجتماعی مصرف مواد مخدر

جامعه‌ی ایران تنوع قومی- فرهنگی زیادی دارد که در یک جغرافیای بسیار متنوع، گذار از شرایط سنتی به مدرن را تجربه می‌کند و با موضوع سلامت در ابعاد جسمانی- روانی و اجتماعی رو به رو است.

^۱ Asher, S.R

در جریان توسعه‌ی یک جامعه در کنار انواع سرمایه مثل سرمایه طبیعی، انسانی و مادی سرمایه‌ی اجتماعی^۱ هم به عنوان یکی از شاخص‌های توسعه مطرح می‌باشد.

سرمایه اجتماعی حاصل مجموعه تعامل‌های روزمره بین اعضای یک جامعه است که با شکل‌گیری پیوندها و شبکه‌های اجتماعی مبتنی بر اعتماد، مبادله‌ی متقابل و هنجارها حاصل می‌شود.

فوکویاما^۲ وجود شاخص‌هایی از قبیل اعتماد و پیوندهای اجتماعی را دال بر وجود سرمایه‌ی اجتماعی می‌داند و رواج شاخص‌های منفی اجتماعی از قبیل طلاق، اعتیاد، فروپاشی بنیان خانواده‌ها را نشانه‌ای از فقدان سرمایه‌ی اجتماعی می‌داند.

سرمایه اجتماعی آن دسته از ویژگی‌های زندگی اجتماعی، شبکه‌ها، هنجارها و اعتماد است که مشارکت کنندگان را قادر می‌سازد تا به شیوه‌ای موثرتر اهداف مشترک خود را تعقیب کنند (ویتتر^۳، ۲۰۰۰).

از نظر محققان در مورد کاربرد خوش بینانه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی باید محتاط بود و بین دو گونه سرمایه اجتماعی باید تمایز قایل شد. نخست سرمایه اجتماعی درون گروهی^۴ است.

این سرمایه به روابط مبتنی بر اعتماد و همکاری میان اعضای گروه اشاره دارد که سایر گروه‌ها برای اعضای آن غریبه محسوب می‌شوند. این گونه سرمایه‌ی اجتماعی می‌تواند به عنوان مانعی برای توسعه و رشد عمل کند، زیرا در خدمت منافع گروهی خاص قرار می‌گیرد و موجب ایجاد تبعیض میان اعضای جامعه می‌شود. روابط درون گروهی سرمایه اجتماعی می‌تواند به تقویت هویت‌های انحصاری کمک کند. گونه‌ی دوم «سرمایه اجتماعی بین گروهی»^۵ نام دارد. این سرمایه به اعتماد گروه‌های مختلف موجود در جامعه اشاره دارد و هر چه میزان آن بالاتر باشد امکان حصول توافق و حل اختلافات بیشتری می‌شود.

^۱ Social capital

^۲ Fukuyama, F

^۳ Winter, L

^۴ bonding social capital

^۵ bridging social capital

روابط افقی از جمله انجمن‌های داوطلبانه، خانواده، همسایگان به شکل گیری سرمایه اجتماعی بین گروهی کمک کرده و روابط عمودی از جمله سلسله مراتب کاری، روابط قبیله‌ای و باندهای خیابانی به شکل گیری سرمایه اجتماعی درون گروهی کمک می‌کند (موسوی، شیانی، ۱۳۹۴).

کارکردهای مثبت سرمایه اجتماعی می‌تواند در برگیرنده کنترل اجتماعی، حمایت خانوادگی و خویشاوندی و منافع ناشی از شبکه‌های فرا خانوادگی و کارآمدی سازمان‌های دموکراتیک باشد.

از کارکردهای منفی سرمایه اجتماعی می‌توان به طرد اجتماعی افراد بیرون از گروه، مطالبات زیاد از اعضای گروه و محدودیت آزادی فرد اشاره کرد (موسوی، شیانی، ۱۳۹۴).

سلامت اجتماعی

اهمیت و جایگاه سلامت، با توجه به افزایش هزینه‌ها، تنوع بیماری‌های جدید و ناشناخته، مشکلات زندگی شهرنشینی برای مردم دنیا و برنامه ریزان اقتصادی و اجتماعی و سیاست گذاران به خوبی نمایان است. در واقع در کنار سلامت به معنای پزشکی آن جامعه نیازمند سلامت اجتماعی به عنوان ساز و کار ارتباطی است. به عبارت دیگر، سلامت اجتماعی شامل ویژگی‌هایی هم چون مشارکت، همبستگی، خود شکوفایی و انسجام است که باعث می‌شود مردم و نظام سلامت به یکدیگر پیوند داده شوند (موسوی، شیانی، ۱۳۹۴).

در سلامت اجتماعی سه رویکرد مهم وجود دارد. رویکرد اول رویکردی است که سلامت اجتماعی را در معنا و مفهوم سلامت عمومی به کار می‌برد. این رویکرد، سلامت اجتماعی را شاخصی می‌داند که توصیف گر عمومی وضع جامعه است. در این رویکرد به شاخص‌هایی همچون بیمه‌های سلامت، میزان بودجه، شیوع خشونت و جرم، مصرف مواد مخدر، تعداد زندانی‌ها، تعداد افراد بی‌خانمان، سرانه‌های آموزشی و بهداشتی و ... توجه می‌شود (ایچبرگ^۱، ۲۰۰۵).

^۱ Ichberg,

رویکرد دوم سلامت اجتماعی ناظر به رفتارهای سلامت شهروندان است که کنشی جمعی تلقی می‌شود که بر جامعه اثرگذار است. رفتارهای سلامت شامل عادت‌های غذایی، ورزش و تحرک، مصرف سیگار، الکل و ... است (رایان^۱، ۲۰۱۰).

رویکرد سوم بیانگر کیفیاتی ذهنی و روان شناختی است که ظرفیت‌های ایجاد تعامل سالم و سازنده را برای فرد ایجاد می‌کند. در این رویکرد می‌توان به نظریه‌ی سلامت روان شناختی ریف^۲، سلامت اجتماعی کیز و نظریه‌ی سرمایه‌ی روان شناختی مثبت اشاره کرد (ریف، کیز، ۱۹۹۸).

بررسی موضوعی متغیرهای اجتماعی پژوهش حاضر

نظریه سلامت اجتماعی کیز

کیز (۲۰۰۵) سلامت را با رویکرد جامعه محورانه تعریف می‌کند. از نظر او سلامت اجتماعی در برگیرنده ارزیابی فرد از محیط و کارکرد خود او در جامعه است. سلامت اجتماعی کیز دارای ابعادی هم چون سهم داشت اجتماعی، پذیرش اجتماعی، یکپارچگی اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پیوستگی اجتماعی است. از نظر کیز گرچه این پنج مولفه بیانگر ارزیابی‌های فردی است اما با محیط اجتماعی پیوندی ناگسستنی دارد. شاخص‌های کیز را می‌توان بعد سرمایه‌ی روان شناختی سرمایه‌ی اجتماعی دانست.

در نظریه کیز فرد از نظر اجتماعی سالم زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه‌ی معنادار و قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند، احساس کند متعلق به گروه‌های اجتماعی است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم ببیند.

۱- پیوستگی اجتماعی: اعتقاد به این که اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش بینی است. افرادی که از نظر اجتماعی سالم اند نه تنها به جهانی که در آن زندگی می‌کنند بلکه به آن چه اطراف شان رخ می‌دهد علاقه مندند و احساس می‌کنند قادر به فهم وقایع اطراف شان هستند. این مفهوم در مقابل بی‌معنایی نسبت به زندگی

¹ Rayan, S

² Ryff, C.D

است و در حقیقت، درکی است که فرد نسبت به کیفیت، سازمان دهی و اداره‌ی دنیای اجتماعی اطراف خود دارد (رز، ۱۹۸۹).

۲- یکپارچگی اجتماعی : به معنی ارزیابی فرد از کیفیت روابط متقابل در جامعه و گروه‌های اجتماعی است افراد سالم احساس می‌کنند بخشی از جامعه هستند، بنابراین، یکپارچگی اجتماعی گستره‌ای است که مردم در آن احساس می‌کنند وجه مشترکی با دیگران دارند و متعلق به جامعه و گروه‌های اجتماعی اند.

این مفهوم در برابر بیگانگی و انزوای اجتماعی سیمن^۱ و آگاهی طبقاتی مارکس قرار می‌گیرد (کیز، ۱۹۹۸).

۳- پذیرش اجتماعی : تفسیر فرد از جامعه و ویژگی‌های دیگران است. افراد دارای این بعد از سلامت اجتماعی، اجتماع را به صورت مجموعه‌ای از افراد مختلف درک می‌کنند و دیگران را با همه‌ی نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی‌ای که دارند می‌پذیرند و آن‌ها را افرادی با ظرفیت، مهربان، قابل اعتماد و اطمینان می‌دانند. در واقع، پذیرش اجتماعی به معنی گرایش‌های مثبت نسبت به افراد، تصدیق دیگران و، به طور کلی، پذیرفتن افراد، علی‌رغم برخی رفتارهای پیچیده‌ی آن‌هاست. پذیرش اجتماعی مصداقی از پذیرش خود است (کیز، ۲۰۰۴).

۴- شکوفایی اجتماعی : ارزیابی پتانسیل‌ها و مسیر تکامل جامعه و باور به این است که اجتماع در حال تکاملی تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد. این افراد به آینده‌ی جامعه امیدوارند و معتقدند که همه از پتانسیل‌هایی برای رشد اجتماعی بهره‌مندند و جهان می‌تواند برای آن‌ها و دیگران بهتر شود. شکوفایی اجتماعی یعنی باور به این که اجتماع سرنوشت خویش را به دست دارد و به مدد توان بالقوه‌اش مسیر تکاملی خود را کنترل می‌کند.

۵- سهم داشت اجتماعی : بیانگر ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است. کسانی که در سطح مطلوبی از این بعد هستند، اعتقاد دارند عضو مهمی از اجتماع هستند و چیزهایی ارزشمندی برای ارائه به دیگران دارند. سهم

¹ Seeman, T.E

داشت اجتماعی نشان دهنده‌ی آن است که مردم چگونه و تا چه حد احساس می‌کنند آن چه انجام می‌دهند برای جامعه مهم و ارزشمند است و کمکی اجتماعی تلقی می‌شود (شاپیرو^۱، کییز، ۲۰۰۴).

در حقیقت، مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند و فکر می‌کند چیز ارزشمندی برای عرضه به دنیا دارد.

هر ارتباطی که فرد در زندگی خود برقرار می‌کند شامل حمایت‌هایی است که از خانواده، دوستان یا جامعه دریافت می‌کند و همه‌ی این‌ها مستقیماً سلامت او را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

سلامت اجتماعی به نوعی بهداشت روانی، فردی و اجتماعی گفته می‌شود که در صورت تحقق آن شهروندان انگیزه و روحیه‌ای شاد خواهند داشت و در نهایت، جامعه شاداب و سلامت خواهد بود. در واقع، زندگی سالم محصول تعامل اجتماعی بین انتخاب‌های فردی از یک سو و محیط اجتماعی و اقتصادی احاطه کننده‌ی افراد از سوی دیگر است (لارسون^۲، ۱۹۹۳).

از نظر لارسون سلامت اجتماعی ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده، دیگران و گروه‌های اجتماعی است و در واقع، شامل پاسخ‌های درونی فرد نسبت به محرک‌ها و احساسات، تفکرات و رفتارهایی است که نشانگر رضایت یا نارضایتی او از زندگی و محیط اجتماعی است.

حضور مردم در فرایند تصمیم‌گیری، طراحی و اجرای پروژه‌های سلامت نیازمند ارتقای سطح سرمایه‌ی اجتماعی آن‌هاست زیرا اگر مشارکت مردمی، به عنوان پایه‌ی اساسی اجرای طرح‌های سلامت، دچار اختلال شود، نظام سلامت به هیچ عنوان در پیشبرد اهداف خود موفق نخواهد شد.

در واقع در کنار سلامت به معنای پزشکی آن، جامعه نیازمند سلامت اجتماعی به عنوان ساز و کار ارتباطی است. به عبارت دیگر، سلامت اجتماعی شامل ویژگی‌هایی هم چون مشارکت، همبستگی، خود شکوفایی و انسجام است که باعث می‌شود مردم و نظام سلامت به یکدیگر پیوند بخورند (موسوی، سیانی، ۱۳۹۴).

^۱ Shapiro, A.D

^۲ Larson, J.S

متغیر واسطه‌ای پژوهش : هم وابستگی

اگرچه کمتر از ۳۰ سال است که از پیدایش این مفهوم می‌گذرد اما جنبش هم وابستگی در طول چند دهه گذشته در برخی کشورهای غربی و به تازگی در ایران هم در حال رشد و گسترش است.

پویایی شناسی اعضای خانواده و اطرافیان افراد الکلی و سایر افراد وابسته به مواد و افراد دچار اختلال باعث ظهور مفاهیم هم وابستگی و بالغ‌های رشد نیافته خانواده‌های مختل شد.

برای اهداف کاربردی در درمان و بهبودی، وضعیت بالغ‌های رشد نیافته و هم وابستگی را می‌توان موضوعی واحد دانست و هر دو را به سادگی یک وضعیت بشری نامید.

پس از آنکه جانسون^۱ (۱۹۷۳) اصطلاح هم الکلی^۲ را توصیف کرد در دهه ۱۹۸۰ با عنوان هم وابستگی شروع به گسترش و تشریح بیشتر این وضعیت کرد، اصطلاح هم الکلی در ابتدا به زندگی کردن یا بودن در کنار یک الکلی فعال یا معتاد دیگر مربوط بود. پس از آن معلوم شد که این حالت به زندگی کردن یا بودن در کنار هر کس یا کسانی که به نوعی اختلال دارند، می‌تواند مربوط باشد. این وضعیت در اصل از بزرگ شدن در یک خانواده یا جامعه مشکل دار، ناسالم یا مختل ریشه می‌گیرد.

مطالعات نشان می‌دهد هم وابستگی مسئله‌ای چند بعدی است و عوامل مختلف شخصیتی، فرهنگی، اجتماعی و محیطی در آن نقش دارند (ریوم، وارد^۳، ۲۰۰۷).

تعریف هم وابستگی

مجمع ملی هم وابستگی، هم وابستگی را رفتاری اکتسابی تعریف کرده است که بصورت وابستگی به افراد یا اشیاء خارج از خود بروز می‌کند. این وابستگی شامل غفلت از خود^۴ و کاهش هویت فردی است. خود کاذبی در فرد شکل می‌گیرد که به صورت عادات و سواسی اجباری، اعتیاد و اختلالات دیگر، که موجب بیگانگی فرد

¹ Johnson, J . L

² co- alcoholism

³ Reyome, N.D, & Ward, K.S

⁴ self-neglect

با هویتش شده و احساس شرمندگی را پرورش می‌دهد، بروز می‌کند. پس از آن محققان در بررسی‌ها سه مولفه اصلی آن را؛ انکار (اختلال فکری)، سرکوبی هیجانی (اختلال احساسی) و وسواس عملی (اختلال رفتاری) توأم با دو نشانه فرعی عزت نفس پایین و مشکلات پزشکی معرفی کردند (ویسچیدر کراس و کراس^۱ ۱۹۹۰).

در تحلیل عاملی بر روی این مولفه‌ها پنج عامل به دست آمد که عبارت بود از یک نشانه اصلی با غفلت از خود و دیگر محوری به صورت اجبار عملی برای کمک، کنترل وقایع یا افراد از طریق دستکاری یا نصیحت کردن و چهار نشانه فرعی؛ موضوعیت در خانواده اولیه به مفهوم ناخشنودی فعلی به دلیل پرورش یافتن در خانواده دشوار، وابسته به مواد شیمیایی و غرق در مشکل تا حد عدم وجود فرصت ابراز آزادانه احساسات و عواطف توسط اعضا، عزت نفس پایین به شکل افکار انتقادگرانه و نفرت از خود و احساس شرم و خود سرزنش گری، پنهان کردن خود^۲ به شکل استفاده از رفتار مثبت برای پنهان کردن و کنترل هیجانات منفی همراه با سرکوبی احساسات و مشکلات پزشکی به دلیل احساس مداوم عدم سلامت در قیاس با خانواده‌های دیگر و دوستان همراه با نگرانی و دل مشغول با مشکلات سلامت خیالی یا واقعی است (ماستروف، هوگز-همر^۳، ۱۹۹۹).

هم وابستگی یک الگوی هیجانی، روانشناختی و رفتاری مقابله‌ای است که نتیجه تماس طولانی مدت فرد با مجموعه‌ای از مقررات طاقت فرسا است و از به کار بستن آنها ناشی می‌شود. مقرراتی که از اظهار و بیان آشکار احساسات و گفتگوی مستقیم درباره مشکلات شخصی و بین شخصی جلوگیری می‌کند (سابی، ۱۹۸۷).

از طرفی هم وابستگی یک اختلال شخصیتی است که براساس موارد زیر شکل می‌گیرد: نیاز به اداره و کنترل امور به منظور مقابله با پیامدهای نامطلوب شدید، غفلت از نیازهای خود، تحریف حد و مرزهای پیرامون

¹ Wegscheider- Cruse, S & Cruse, J.R

² hiding self

³ Martsolf, D.S, & Hughes- Hummer, C

صمیمیت و جدایی، گرفتار شدن با افراد مشخصی که مبتلا به اختلال هستند و تجلی‌های دیگری از قبیل افکار، احساسات انباشته شده، افسردگی و بیماری‌های پزشکی مرتبط با استرس و فشار است (سرماک^۱ ۱۹۸۶). هم وابستگی اشتغال ذهنی با زندگی دیگران است که حاصل فشارهای روانی و منجر به رفتارهای ناسازگار می‌شود (مند نهال^۲، ۱۹۸۷).

هم وابستگی یک بیماری است که در آن فرد در زمینه‌های زیر اختلال دارد: میزان عزت نفس پایین، تعیین مرزهای عملکردی، پذیرفتن واقعیت خود و ابراز آن، برآوردن نیازها و خواسته‌های خود، تجربه کردن و ابراز واقعیت خود به صورت متعادل (بیتی^۳، ۱۹۸۹).

هم وابستگی بیماری آشفتگی هیجانی است که اغلب مخرب است و مشخصه آن، جدایی و بیگانگی شدید نسبت به احساس‌های خود آدمی است. زندگی برای دیگران و به خاطر آنان به رشد ناکافی عشق به خود منجر می‌شود، رشدی که به مشابه بنیادی حقیقی برای عشق ورزیدن به دیگران لازم است (لش^۴، ۱۹۹۰).

در این میان دیر، روبرت و لانگ^۵ (۲۰۰۵)، یازده تعریف برای هم وابستگی عنوان کردند و متوجه شدند که هسته اصلی ویژگی‌های هم وابستگی شامل تمرکز بیرونی، ایثار خود، کنترل دیگران و سرکوب احساسات می‌باشد. هم وابستگی با رفتارهای درگیر شدن برای دیگران، مراقبت بیش از حد از دیگران که به جهت مایه گذاشتن از خود برای حفظ احساس امنیت و نگه داشتن روابط می‌باشد تعریف می‌شود.

شکل گیری هم وابستگی

هم وابستگی، شایعترین نوع اعتیاد است. اعتیاد به توجه و مشغولیت به "جا یا جاهای دیگر". این که فرد اعتقاد داشته باشد که چیزی بیرون از خود می‌تواند به او خوشبختی بدهد. این "دیگری"، چه افراد باشد چه مکانها، اشیاء، رفتارها یا تجربه‌ها، فرد به این دلیل از خودش غافل می‌شود تا با تمرکزی که بر خارج از خود دارد،

¹ Cermak, T.L

² Mendenhall, W

³ Beattie, M

⁴ Lash, S

⁵ Dear, G.E . Roberts, C.M, & Lang, L

سودی ببرد. این سود و نفع بیشتر مربوط به کاهش احساس‌های درد است هر چند که هم زمان می‌تواند مربوط به افزایش موقت در احساس لذت هم باشد، اما این تغییر خلق و خو و احساس، اساساً مبتنی بر کس دیگری است نه بر خواسته‌ها و نیازهای سالم خود.

هم وابستگی از تلاش فرد برای اینکه از خود واقعی کودک درون در برابر نیروهای ظاهراً شکست ناپذیر محافظت کند، سرچشمه می‌گیرد. اما خود واقعی فرد دچار تناقص است نه تنها حساس، ظریف و آسیب پذیر است، بلکه نیرومند هم هست. در واقع خود واقعی آنقدر قوی است که اگر یک برنامه کامل بهبودی^۱ برای هم وابستگی اجرا شود، از طریق فرایند خود مسئولیت دهی و خلاقیت قدرتی شفا دهنده دارد.

تحقیقات نشان می‌دهد هم وابستگی؛ از طریق الگو و نظام خانواده آموخته می‌شود که وابستگی در رابطه بین فردی، عدم استقلال فردی و تحریف واقعیت در آن خانواده جریان دارد (ویب^۲، ۲۰۰۹).

در چنین شرایطی کودک با مشاهده رفتارهای ناکارآمد و تنش‌های بین والدین این الگو را می‌آموزد، این الگوها آغازی است برای یادگیری الگوی رفتار ناکارآمد در روابط عاطفی بزرگسالی که منعکس کننده رابطه عاطفی بین والدین بوده است (چیو، فیچام^۳، ۲۰۱۰).

از منظر دیدگاه سیستمی در خانواده، علت پیدایش هم وابستگی عدم تمایز بین احساسات و عواطف در محیط خانواده است که نتیجه آن تمرکز بیرونی، مراقبت بیش از حد از دیگران و پدید آمدن رفتارهای اجباری و وسواسی در فرد می‌باشد (پرست، بنسون، پروتسکی^۴، ۱۹۹۳، ساکرو^۵، ۲۰۰۵).

در تحقیق چانگ^۶ (۲۰۱۰)، علت پیدایش هم وابستگی ناشی از محیط خانوادگی استرس زا و ناکارآمد توصیف شد که منجر به سطوح پایینی از تمایز یافتگی و سطوح بالای از سبک‌های وابستگی برای مقابله با اضطراب ناشی از محیط خانواده می‌باشد که به نوبه خود بر روی هویت یابی و ایجاد روابط صمیمی و عاطفی تأثیر منفی

¹ recovery program

² Webb, T

³ Cai, F & Fincham, F.D

⁴ Prest, L.A, & Benson, M.J, Protinsky, H.O

⁵ Scaturo, D.J

⁶ Chang, S.H

خواهد داشت. جلوه‌های روانی مرتبط؛ عزت نفس پایین، فقدان ارتباط عاطفی و صمیمی و جلوه‌های ظاهری، اضطراب، افسردگی، اختلال در عملکرد اجتماعی و جسمی می‌باشند.

تحقیقات نشان داده است که ساختار ایجاد هم وابستگی با یک رویداد استرس‌زا در خانواده از جمله آزار و اذیت جسمی و جنسی و یا آزار عاطفی، غفلت توسط والدین و یا قرار گرفتن در معرض یک رویداد بسیار آسیب‌زا مرتبط می‌باشد (لوهاد^۱، ۱۹۹۱).

ویژگیهای هم وابستگی

هم وابستگی حداقل دارای دوازده نوع خصیصه اصلی و عمده است. ۱- آموختنی و اکتسابی است. ۲- مربوط به دوران رشد است. ۳- متمکز بر دنیای خارج از خود است. ۴- بیماری گم‌گشتگی خود است. ۵- مرزها و حریم‌های شخصی تحریف شده دارد. ۶- اختلال در احساسات است مخصوصاً به شکل احساس پوچی، کمبود اعتماد به نفس، شرم، ترس، خشم، گيجی و کرخی آشکار می‌شود.

۷- باعث ایجاد مشکلاتی در رابطه با "خود" فرد و دیگران می‌شود. ۸- هم وابستگی اولیه است. ۹- هم وابستگی مزمن است. ۱۰- پیش‌رونده است ۱۱- آزار دهنده است. ۱۲- قابل درمان است (وایتفیلد، ۱۹۹۱).

سایر ویژگی‌های فرد هم وابسته عبارت است از: ۱- سرپرستی^۲، ۲- خود کم‌بینی^۳، ۳- سرکوبی^۴، ۴- وسواس^۵، ۵- کنترل کردن دیگران، ۶- انکار، ۷- هم وابستگی، ۸- ارتباط سست^۶ ۹- حد و مرزهای متزلزل^۷، ۱۰- بی‌اعتمادی، ۱۱- خشم و ۱۲- مشکلات جنسی^۸ (بیتی، ۲۰۰۵)

¹ Loughead, T.A

² caretaking

³ Low self worth

⁴ repression

⁵ obsessive compulsive

⁶ poor communication

⁷ weak boundaries

⁸ sex problems

رابطه‌ی بین هم وابستگی و جنسیت

مدل هم وابستگی یکی از رایج ترین چارچوب‌های نظری برای خدمات خانواده‌هایی با مصرف الکل یا سایر مواد مخدر است. این مدل در اواخر ۱۹۷۰ در ایالات متحده‌ی آمریکا ظاهر شد و در طی ۱۹۸۰ محبوبیت یافت. یک ادعای پایه‌ای در ادبیات هم وابستگی این است که همه اعضا خانواده‌ای که یک عضو آن الکل یا مشکل ماده‌ی دیگری دارد علایم و نشانه‌های هم وابستگی را نشان می‌دهد. (بیتی، ۱۹۸۹، سرماک، ۱۹۸۶، وایتفیلد، ۱۹۸۹).

این ادعا بر مبنای یک داده‌ی تجربی نیست و صحت آن برای آزمودن مشکل است. علیرغم فقدان یک تعریف قابل پذیرش دیدگاه‌های متعددی روی هسته شخصیتی هم وابستگی متمرکز هستند (گوردون^۱ و باررت^۲ و ۱۹۹۳ و هندز^۳ و دیر^۴ ۱۹۹۴ و مورگان^۵ ۱۹۹۱).

یکی از موضوعات مشترک در بین تعاریف متعدد هم وابستگی تمرکز بر روی دیگران و گرایش به اولویت دادن نیازهای دیگران به نیازهای خود و درگیر شدن در رفتارهای بین فردی مثل سرپرستی و رها کردن افراد از مشکلاتی است که ناشی از بی‌مسئولیتی آنهاست.

هندز و دیر (۱۹۹۴) مطرح کردند که بسیاری از ویژگی‌هایی که مفهوم هم وابستگی را تعریف می‌کنند با انتظارات سنتی از نقش‌های مراقبتی و پرورش زنان که مستلزم فداکاری، ایثار و مصالحه است ارتباط دارد. مشاهدات مختلفی چالش جدی را بین مفهوم هم وابستگی و دیدگاه فمینیست‌ها به وجود آورد.

این افراد استدلال می‌کردند که ساختارهای اجتماعی و تحولی در حین پرورش ویژگی‌های مراقبت کنندگی و فداکاری در زنان، مردان را از چنین ویژگی‌هایی دور می‌سازند.

¹ Gordon, J.R

² Barrett, K

³ Hands, M

⁴ Dear, G

⁵ Morgan, O.J

فمینیست‌ها استدلال می‌کنند سبک‌های شناختی رفتاری که به هم وابستگی بر چسب زده می‌شوند بیشتر منطبق با کلیشه‌های جنسیتی زنانه است. آنها اعتقاد دارند که اسناد چنین رفتارهایی به عنوان عدم کفایت شخصی عمدتاً در زنان لزوم تغییرات اجتماعی را از نظر دور می‌دارد.

دو یافته‌ی کلیدی انتقادات فمینیست‌ها را حمایت می‌کند: ۱- زنان سطح بیشتری از هم وابستگی را نسبت به مردان ظاهر می‌کنند ۲- هم وابستگی با نقش‌های سنتی زنانه همبستگی بالایی دارد.

مشاهدات مختلفی چالش جدی را بین مفهوم هم وابستگی و دیدگاه فمینیست‌ها به وجود آورد. کووان^۱ و وارن^۲ (۱۹۹۴) مطالعه‌ای را درباره ارتباط هم وابستگی و نقش‌های جنسیتی منتشر کردند. آنها دریافتند شواهد کمی از بیشتر بودن نمرات هم وابستگی در زنان کالج نسبت به مردان کالج است.

نمرات زنان فقط در دو مقیاس از هشت مقیاس به طور معناداری بیشتر از مردان بود. مقیاس اول با توجه به تفاوت جنسیتی در اندازه‌ی عاطفه‌ی منفی و عزت نفس پایین بود. استدلال شد که هم وابستگی همراه با عزت نفس پایین است و با آسیب پذیری بیشتری نسبت به اختلالات هیجانی همراه است.

دومین مقیاس از تفاوت‌های جنسیتی در مورد مسئولیت پذیری نسبت به دیگران یافت شد که به طور معناداری در زنان بالاتر بود (کووان، وارن ۱۹۹۴).

دیر و روبرت (۲۰۰۲) در پژوهش خود نشان دادند تمرکز بیرونی به عنوان یک موضوع هم وابستگی با نمره‌ی بالا در جنبه‌های منفی زنانگی و نمرات پایین با جنبه‌های مثبت مردانگی در ارتباط است. نمرات زنان در مقیاس تمرکز بیرونی به عنوان یک جنبه از هم وابستگی بالاتر از نمرات مردان بوده است.

انتقادات به مفهوم هم وابستگی

رشد و گسترش این مفهوم با مخالفت‌هایی رو به رو بوده است. بسیاری از متخصصین بهداشت روان معتقدند که هم وابستگی رفتارهایی را تعریف می‌کند که با واژه وابستگی قابل بیان است. در مقابل برخی بر این باورند

¹ Cowan, G

² Warren, L. W

که واژه‌ی هم وابستگی از آغاز برای نشان دادن پدیده‌ای کاملاً خاص که متفاوت از وابستگی است شکل گرفته است (والن^۱، ۱۹۹۲).

در یکی از پژوهش‌های انجام شده از ۲۷۴ مشاور درمان وابستگی شیمیایی که در نقاط مختلف با فاصله تقریبی ۲۰۰۰ مایل از هم مشغول درمان بوده اند در مورد معنی واژه هم وابستگی سوال شد نتایج نشان داد که آنها در مورد این واژه اتفاق نظر داشته و منظور مشابهی را از به کار بردن آن در شرایط متفاوت درمانی مدنظر داشته اند. به عبارت دیگر هم وابستگی یک مفهوم معتبر تشخیصی است (هارکنز، کوتزل^۲، ۱۹۹۷). گروهی با مفهوم هم وابستگی از آن جهت مخالفند که مسئولیت اعتیاد مردان را بر دوش همسران آنها قرار داده است. آنها اعتقاد دارند ساخت اجتماعی مفهوم هم وابستگی از طریق دیدگاه سنتی نسبت به مرد و زن و وابستگی رایج آنها به نقش‌های اجتماعی شکل گرفته است.

برخی بر این باورند که خلق مفهوم هم وابستگی به ضرر زنان بوده است و در آن به جای شخص مقصر قربانی سرزنش می‌شود. به اعتقاد عده‌ای پیدایش و رشد این مفهوم ریشه در تمایلات و جو مرد سالارانه داشته و اساساً علیه زنان است. به همین دلیل برخی جایگاه مفهوم هم وابستگی را صرفاً در برنامه‌های خود یاری و درمانی دانسته و از موضع علمی آن را مردود می‌دانند (بل^۳، ۱۹۹۵).

مدل‌های پیشگیری از مصرف مواد در نوجوانان

پیامدهای فردی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی سوء مصرف و وابستگی به مواد آنچنان زیاد است که هر ساله هزینه‌های زیادی صرف پژوهش، درمان و پیشگیری می‌شود. بدیهی است که هر چه اقدامات پیشگیرانه جامع تر و بر پایه دیدگاه‌های نظری استوار باشد به همان اندازه نتایج موفقیت آمیز خواهد بود.

¹ Wallen , J

² Harkness, D., & cotrell, G

³ Bell, D

مدرسه به عنوان کانون اصلی بسیاری از برنامه‌های پیشگیرانه در نظر گرفته می‌شود چرا که مدرسه فضای مناسبی است که می‌توان در آن برنامه‌های درسی آموزشی متنوعی را به کار گرفت. می‌توان به اکثر کودکان و نوجوانان با سنین متفاوت در محیط مدرسه دسترسی پیدا کرد آموزش و مداخله کارکنان مدرسه و خصوصاً معلمان در ارزیابی برنامه‌های پیشگیری بسیاری موثر واقع می‌شود. کودکان و نوجوانان اکثر اوقات خود را در مدرسه سپری می‌کنند.

برنامه‌های پیشگیری و بررسی اثر این نوع مداخلات به ندرت خارج از محیط مدرسه صورت گرفته است (NIDA, 1985).¹

۱- رویکرد ارائه‌ی اطلاعات

این رویکرد بر مبنای الگوی شناختی مصرف و سوء مصرف مواد بنا شده است و فرض می‌شود کسانی که از مواد مخدر استفاده می‌کنند از عوارض نامطلوب آنها بی‌اطلاعند. فرض بر این است که اگر اطلاعات لازم در خصوص عوارض و مضرات مصرف مواد در اختیار نوجوانان قرار گیرد نگرش منفی نسبت به مصرف مواد پیدا کرده و تصمیم‌های منطقی و معقول برای عدم استفاده از مواد اتخاذ خواهند کرد.

۲- رویکرد مبتنی بر کمبودهای فردی و تقویت ارزش‌ها

در این دیدگاه تاکید بر این است که کاهش سطح عزت نفس، نگرش منفی به خانواده، مدرسه و جامعه باعث مصرف مواد می‌شود و در نتیجه طیف گسترده‌ای از راهبردهای آموزشی به منظور روشن سازی ارزش‌ها، تقویت عزت نفس و رشد مهارت‌های تصمیم‌گیری مطرح شد.

۳- رویکرد مبتنی بر فعالیت‌های جانشین

این رویکرد بر لزوم بهبود محیط اجتماعی جهت کاهش جذابیت مواد تاکید می‌کند. به علاوه در این برنامه‌ها فرض بر این است که مشارکت افراد و گروه‌ها در فعالیت‌های اجتماعی معطوف به ارتقای بهداشت، موجب کاهش مصرف مواد خواهد شد.

¹ National Institute on Drug Abuse

۴- رویکرد مبتنی بر همسالان

در این رویکرد بر استفاده از تعاملات میان همسالان و فرایند اجتماعی شدن، جهت ترویج رفتارهای سالم و کاهش مصرف مواد تاکید می‌شود. بنابراین از میان رده‌های سنی خاص بیشتر جوانان و نوجوانان افرادی با شرایط خاص برای مثال ورزشکاران، هنرمندان و... انتخاب می‌شوند و آموزش می‌بینند. این افراد بر روی اعضای گروه‌هایی که خود عضوی از آن هستند برنامه‌های پیشگیرانه و حمایتی به کار می‌گیرند.

۵- رویکردهای مبتنی بر نفوذ اجتماعی

مؤلفه‌های اصلی رویکرد نفوذ اجتماعی عبارتند از: (۱) شخصی سازی خطرات مرتبط با مصرف مواد، (۲) از بین بردن تصورات نادرست و باورهای هنجاری درباره مصرف مواد، (۳) آموزش، شناسایی و مقاومت در برابر فشار گروه همسالان، خانواده و رسانه‌ها، (۴) تاکید بر ارزش‌ها و نگرش‌هایی که از عدم مصرف حمایت می‌کند. (دونالدسون^۱ و همکاران، ۱۹۹۶).

- برنامه‌های آموزش مهارت‌های زندگی

برنامه‌ی آموزش مهارت‌های زندگی (LST^۲) یک مداخله‌ی پیشگیرانه‌ی چند مؤلفه‌ای مبتنی بر رویکرد توانمندسازی روانی- اجتماعی است که بر آموزش مهارت‌های مقاومت در برابر مصرف مواد، در چهارچوب مدل آموزش مهارت‌های فردی و اجتماعی عمومی تاکید می‌کند.

اصول اساسی برنامه‌های پیشگیرانه مدرسه محور

مؤسسه‌ی ملی سوء مصرف مواد (۲۰۰۳)، با بررسی مطالعات انجام شده در زمینه پیشگیری از سوء مصرف مواد در مدارس، مجموعه‌ای از اصول راهنما را به عنوان اصول اساسی مداخلات مدرسه محور شناسایی کرده است.

^۱ Donaldson, S.I

^۲ lifeskills training program

این اصول راهنما حاصل مطالعات مختلفی است که در سال‌های اخیر در زمینه سبب‌شناسی و پیشگیری از سوء مصرف مواد انجام شده است:

اصل اول- برنامه‌های پیشگیری باید به گونه‌ای طراحی شوند که «عوامل حفاظت‌کننده» را تقویت کنند و «عوامل خطرناک» را تغییر یا کاهش دهند (هاوکینز ۲۰۰۲).

اصل دوم- برنامه‌های پیشگیری باید تمام انواع مختلف مواد شامل مصرف سیگار، مشروبات الکلی، حشیش، مواد افیونی و ... را در بر بگیرد (جانستون^۱ و همکاران، ۲۰۰۲).

اصل سوم- برنامه‌های پیشگیری باید آموزش مهارت‌های مقاومت در برابر پیشنهاد مصرف مواد، تقویت باورها و تعهدات شخصی علیه مصرف مواد، افزایش کفایت اجتماعی در روابط اجتماعی، ارتباط با همسالان و توانایی جرأت‌مندی و تقویت نگرش‌های ضد مواد را در بر گیرند (بوتوین و همکاران ۱۹۹۵).

اصل چهارم- برنامه‌های پیشگیری برای نوجوانان باید علاوه بر روش‌های آموزشی، از روش‌های تعاملی نیز استفاده کنند. روش‌هایی نظیر تشکیل گروه‌های گفتگو و بحث میان همسالان (بوتوین و همکاران، ۱۹۹۵).

اصل پنجم - باید شرایطی برای تبادل نظر میان خانواده‌ها درباره مصرف مواد مخدر و مقررات و نحوه برخورد خانواده در برابر مصرف مواد توسط فرزندان، فراهم آورد و پیوند و روابط خانوادگی را تقویت کند (آشری^۲ و همکاران، ۱۹۹۸).

اصل ششم - برنامه‌های پیشگیری باید طولانی مدت باشند، و در دوره‌های مختلف تحصیلی ارائه شوند (ویستر-استوراتون^۳ و همکاران، ۲۰۰۱، شرر^۴ و همکاران، ۱۹۹۹).

اصل هفتم- برنامه‌های پیشگیری در مدارس باید همه دانش‌آموزان را در بر گیرد، ضمن آنکه باید گروه‌های خاص در معرض سوء مصرف مواد مخدر را نیز شامل شود، مثلاً کودکان دچار مشکلات رفتاری یا ناتوانی‌های

¹ Janstoon , L.D

² Ashri , L.Y

³ Webster-Stratton , C

⁴ Scherer , M

یادگیری یا کودکانی که احتمال ترک تحصیل آن‌ها وجود دارد. جمعیت هدف هر چه بیشتر در معرض خطر باشد، به برنامه‌های پیشگیری متمرکزتر و زود هنگام تر نیاز است (موسسه ملی سوء مصرف مواد، ۲۰۰۳).
اصل هشتم- برنامه‌های پیشگیری باید ویژه‌ی هر دوره سنی باشد، از نظر رشدی متناسب و از نظر فرهنگی حساس و ظریف تهیه شوند (موسسه ملی سوء مصرف مواد، ۲۰۰۳).

تحقیقات انجام شده در خارج از ایران

نوجوانی دوره اوج رفتارهای برون سازی مثل مصرف مواد مخدر و رفتارهای ضد اجتماعی است. نتایج پژوهش کانر، لویی و کینگ^۱ (۲۰۱۵) نشان داد که تحول نامتقارن مغزی در دوره‌ی نوجوانی یک سیستم کنترل تکانه‌ای نابالغ را سبب می‌شود که باعث بروز هیجان خواهی در این دوره‌ی رشدی است و همراه با تأمل کم باعث افزایش پیامدهای مثبت و منفی الکل و مصرف مواد مخدر است.

پژوهش گالبریت و کانر^۲ (۲۰۱۵) با موضوع بررسی دینداری به عنوان یک متغیر تعدیل کننده بین هیجان خواهی و مصرف مواد در تائید فرضیه اول خود نشان داد که بین میزان هیجان خواهی و مصرف ماری جوانا و نوشیدن سنگین الکل رابطه مثبت معنادار وجود دارد.

ون اک، مارکل و فلوری^۳ (۲۰۱۲) در پژوهشی نشان دادند که هیجان خواهی متغیر تعدیل کننده بین علائم ADHD و سوء مصرف مواد محرک در نوجوانی است.

در پژوهش کندسون و ترل^۴ (۲۰۱۲) نتایج نشان داد هم وابستگی در بزرگسالی با تعارض در خانواده اولیه ارتباط معنادار دارد.

تالوار^۵ و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهش خود همبستگی معنادار بین افسردگی و هم وابستگی را تائید کردند.

^۱ Conner, B. , Louie, K.A., & King, K.M

^۲ Galbraith, T & Conner, B

^۳ Van Eck , K . Morkle , R.S & Flory , K

^۴ Knudson, T.M., Terrell, H.K

^۵ Talwar , U

پژوهش مارکز، بلور، هین و دیر^۱ (۲۰۱۱) نشان داد نمرات بالاتر هم وابستگی به طور قابل توجهی با سطح بالاتری از افسردگی، اضطراب و تنش در خانواده و سطح پایین از نمرات هم وابستگی مرتبط با خودشیفتگی و عزت نفس پایین است.

یی هو و چانگ^۲ (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای با عنوان نقش خوش بینی و داشتن معنا در زندگی در ارتقا بهزیستی فرد پرسشنامه‌هایی را برای اندازه گیری شخصیت، مشکلات روانشناختی و رضایت از زندگی توسط ۱۸۰۷ نوجوان در هنگ کنگ پر کردند. نتایج پژوهش آنها نشان داد که داشتن معنا در زندگی و خوش بینی به طور معناداری با ابعاد چندگانه رضایت از زندگی و مشکلات روان شناختی در نوجوانان ارتباط دارد. در این پژوهش خوش بینی دارای نقش واسطه‌ای بین داشتن معنا در زندگی و جنبه‌های مثبت و منفی بهزیستی فرد است. نقش واسطه‌ای خوش بینی تفاوتی از نظر جنسیت نداشت.

چانگ (۲۰۱۰) هم وابستگی را در نوجوانان آمریکایی و تایوانی مقایسه کرد. پژوهش او نشان داد که متغیرهای فرهنگی مثل جهت گیری فردی - جمعی فرهنگی در هر گروه نوجوانان آمریکایی و تایوانی با هم وابستگی مرتبط بود.

چانگ (۲۰۱۰) در تحقیق خود علت پیدایش هم وابستگی را محیط خانوادگی استرس زا و ناکارآمد معرفی کرد که منجر به سطوح پایینی از تمایزیافتگی و سطوح بالایی از سبک‌های وابستگی برای مقابله با اضطراب ناشی از محیط می‌شود که بر روی هویت یابی و ایجاد روابط صمیمی و عاطفی تاثیر منفی می‌گذارد.

ریوم، وارد، ویتکینز^۳ (۲۰۱۰) در تحقیق خود نشان داد ارتباط معناداری بین هم وابستگی و تمایزیافتگی وجود دارد. نتایج همچنین نشان داد که نوجوانان در تایوان سطح بالاتری از هم وابستگی را نسبت به نوجوانان آمریکایی با کنترل تفاوت‌ها در جهت گیری فرهنگی نشان می‌دهند.

¹ Marks, A.D., Blore, L., Hine, D.W., Dear, G.B

² Yee Ho, M., & Cheung, F.M

³ Reyoma, N.D., Wardb, K.S., Witkiewitze, k

برخلاف نوجوانان آمریکایی در نوجوانان تایوانی جنسیت بطور معناداری با هم وابستگی ارتباط نداشت نتایج این مطالعه نشان دارد که مردان کالج سطح بالاتری از هم وابستگی را نسبت به زنان کالج در هر دو گروه فرهنگی داشتند که البته این تفاوت فقط در جوانان آمریکایی معنادار بود. این نتیجه برخلاف دیدگاهی است که هم وابستگی را در زنان بیشتر از مردان می‌داند. ویب (۲۰۰۹)^۱ هم وابستگی را ناشی از وابستگی در رابطه بین فردی بدون ابراز وجود، عدم استقلال فردی و تحریف واقعیت می‌داند.

پژوهش جاشوا^۲ و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که انتظار پیامد جامعه پذیری به دنبال مصرف الکل دارای همبستگی مثبت با بهبود خود پنداره است که همراه با مصرف الکل است.

وین استانلی^۳ و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهش با موضوع رابطه سرمایه اجتماعی و بهم ریختگی محله سکونت با مصرف الکل و دارو و دسترسی به درمان نشان دادند که سطح متوسط و بالای سرمایه اجتماعی با مصرف و وابستگی به الکل و مواد رابطه منفی دارد. بهم ریختگی و بی‌سازمانی محل زندگی با مصرف مواد و وابستگی به آن رابطه‌ی مثبت دارد. دوگان^۴ (۲۰۰۷) بین هم وابستگی و سلامت روان در پژوهش خود ارتباط معنادار یافت. اسپینگر و ولز^۵ (۲۰۰۶) در پژوهش خود دریافتند هم وابستگی نسبت منفی با سبک دلبستگی ایمن دارد اما نسبت مثبت با سبک دلبستگی ناایمن و اجتنابی دارد.

تحقیق دیر ، روبرت و لانگ^۶ (۲۰۰۵) نشان داد بین اختلال‌های روانشناختی ، مشکلات ارتباطی ، عزت نفس پایین و هم وابستگی رابطه معنادار وجود دارد.

استوکی^۷ (۲۰۰۳) با پژوهش روی ۴۳۰۰ نوجوان آمریکایی آسیایی نشان داد که افسردگی به طور معناداری در دانش آموزان دختر با مصرف الکل و تنباکو رابطه‌ی مثبت داشت اما چنین رابطه‌ای بین مصرف مواد و خود پنداره وجود نداشت. در پسران نه خود پنداره و نه افسردگی رابطه مثبت با استفاده از مواد مخدر نداشت.

¹ Webb, T

² Joshua , A

³ Winstanley , E.L

⁴ Duggan , A

⁵ Springer, C.A., Wells, M

⁶ Dear, G.E., Roberts, C.M., & Lange, L

⁷ Otsuki , T.A

پارکر ، فالوک و لوبلو^۱ (۲۰۰۳) در پژوهش خود دریافتند که هم وابستگی را می‌توان به عنوان یک اختلال جداگانه از آسیب‌های رفتاری تشخیص داد.

گرین فیلد، و ریم^۲ (۲۰۰۲) در پژوهشی با عنوان تاثیر افسردگی و یکپارچگی اجتماعی بر رابطه بین مصرف الکل و علت مرگ دریافتند رابطه‌ی مصرف الکل با علت مرگ در ۱۱ سال مطالعه بر روی جمعیت عمومی تاثیر کمی از یکپارچگی اجتماعی گرفته است. اما اهمیت رابطه‌ی افسردگی و تاثیر آن در نوشیدن سنگین الکل در زنان و مردان و افزایش میزان مرگ و میر نشان داده شد.

دیر^۳ (۲۰۰۲) ارتباط معناداری بین نقش جنسیتی زنانگی و ایتار خود و تمرکز بر محیط خارج یافتند.

نتایج پژوهش کالینگوود^۴ و همکاران (۲۰۰۰) نشان داد که شرکت ۳۲۹ نوجوان شرکت کننده در فعالیت‌های ورزشی باعث کاهش قابل توجه عوامل خطر از جمله خود پنداره پایین، اضطراب و افسردگی شد که رابطه‌ی معنی دار با کاهش مصرف سیگار و الکل داشت. این پژوهش ارتباط بین افزایش تناسب اندام با بهبود خود پنداره فرد و کاهش مصرف مواد را نشان داد. مارت سلف ، سدلاک و دوهنی^۵ (۲۰۰۰) در پژوهش خود با عنوان هم وابستگی و متغیرهای سلامت ، ۲۳۸ زن مراجعه کننده به کلینیک را مورد بررسی قرار دادند.

در این مطالعه بین هم وابستگی و سلامت ادراک شده و توانایی کارکردی ارتباط معنادار وجود داشت. هم وابستگی با رفتارهای پیشگیری از بیماری ارتباط معناداری نداشت. در این مطالعه سه زیر مقیاس خود ارزشی پایین، مشکلات طبی و نادیده گرفتن خود با افسردگی شرکت کنندگان رابطه‌ی مثبت داشت.

در این مطالعه بین هم وابستگی و سلامت ادراک شده و توانایی کارکردی ارتباط معنادار وجود داشت. هم وابستگی با رفتارهای پیشگیری از بیماری ارتباط معناداری نداشت. در این مطالعه سه زیر مقیاس خود ارزشی پایین، مشکلات طبی و نادیده گرفتن خود با افسردگی شرکت کنندگان رابطه‌ی مثبت داشت.

¹ Parker, F.M., Faulk, D., & Lobello, S.G

² Greenfield, T., & Rehm, J

³ Dear, G

⁴ Collingwood, T.R

⁵ Martsolf, D.S., Sedlak, C.A. & Doheny, M.O

فلور و وارنر^۱ (۲۰۰۰) نشان دادند همبستگی معناداری بین هم وابستگی و تنش‌های خانوادگی با مشکلات جسمی و روانی و نیز اعتیاد به الکل وجود دارد.

تحقیق چلن و کار^۲ (۱۹۹۹) نشان داد هم وابستگی با سطوح بالای اضطراب، افسردگی، شکایات جسمانی، عزت نفس پایین و رفتارهای جبری و سواسی رابطه معنادار دارد.

لیندی، گوردان و هم^۳ (۱۹۹۹) در پژوهشی نشان دادند همبستگی منفی بین هم وابستگی و اعتماد به نفس و رابطه مثبت بین هم وابستگی و مهرطلبی وجود دارد.

شایر، بوتوین و دیاز^۴ (۱۹۹۹) در پژوهشی با عنوان مهارت‌های اجتماعی، کفایت و امتناع موثر از مصرف مواد به عنوان پیش بینی کننده‌های مصرف الکل در نوجوانان نتیجه گرفتند که کفایت ادراک شده و مهارت‌های امتناع موثر هر دو با کاهش مصرف الکل همراه بوده است و بیان کردند که هر دو باید جزء اجزاء ضروری راهبردهای پیشگیری مدرسه محور باشد.

پژوهش انگلز، نب و دروپ^۵ (۱۹۹۹) که در مورد علت عدم ترجیح نوجوانان برای نوشیدن الکل در خانه بود و مطالعه بر روی بهزیستی روانشناختی، یکپارچگی اجتماعی و زمینه نوشیدن الکل انجام شد. این مطالعه نشان داد که مردانی که در گروه نوشندگان الکل در خانه قرار می‌گیرند یکپارچگی اجتماعی پایین دارند بیشتر احساس تنهایی می‌کنند و معمولاً روابط با ثبات کمتری دارند.

نتایج یک پژوهش در مورد هم وابستگی در زنان و مردانی که در حرفه‌های مددکاری هستند توسط مارت سلف (۱۹۹۹) نشان داد که میزان نمره کلی هم وابستگی در مددکاران نمونه‌ی مرد مورد مطالعه بیشتر از زنان مددکار بوده است. لوقاد^۶ (۱۹۹۹) در پژوهش خود ارتباط هم وابستگی را با یک رویداد استرس زا از جمله

^۱ Fuller, J. A & Warner, R.M

^۲ Cullen, J., Carr, A

^۳ Lindlry, N.R., Giordano, P.J., & Hammer, E.D

^۴ Shayer, S. Botvin, GJ & Diaz, T

^۵ Engels, R.C. Knibbe, R.A & Drop, M.J

^۶ Loughrad, T.A

آزار جسمی، جنسی و یا غفلت توسط والدین نشان داد. پژوهش ولز، گیکاف، هوگو و جونز^۱ (۱۹۹۹) نشان می‌دهد هم وابستگی بر اساس یک حس درونی از محرومیت عاطفی عدم اعتماد به نفس شکل می‌گیرد و اعتماد به نفس قویترین پیش‌بینی کننده هم وابستگی است.

کارواخال^۲ و همکاران (۱۹۹۸) سه فاکتور خوش‌بینی، شادی و عزت نفس را که به طور عمده مرتبط با بهزیستی روانی و جسمی است در یک مدل نفوذ اجتماعی برای پیش‌بینی سوء مصرف مواد مخدر مورد بررسی قرار دادند. نتایج حاصله نشان داد که خوش‌بینی، شادی و عزت نفس در اجتناب از مواد مخدر نقش تعیین کننده دارند. نگرش‌ها، هنجارهای ادراک شده و کنترل رفتاری ادراک شده نقش متغیرهای واسطه‌ای را داشته‌اند. یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌کند که تلاش برای پیشگیری از سوء مصرف مواد باید با تاکید روی فاکتورهای فردی در پیوستگی با تعیین کننده‌های فوری مصرف مواد باشد.

نتایج پژوهش، کوستر و پیتو^۳ (۱۹۹۵) در مقایسه زنان و مردان مصرف کننده نشان داد که زنان مصرف کننده مواد به طور معنی داری خود پنداره پائین، افسردگی بالا و اضطراب بالاتری از مردان مصرف کننده مواد داشتند. جنسیت، وضعیت اقتصادی و خود پنداره به میزان بالایی وابسته به هم بودند. این یافته‌ها بر نیاز به مداخله در وضعیت اقتصادی زنان معتاد و خود پنداره آنها تاکید می‌کند. در این پژوهش خوش‌بینی دارای نقش واسطه‌ای بین داشتن معنا در زندگی و جنبه‌های مثبت و منفی بهزیستی فرد است. نقش واسطه‌ای خوش‌بینی تفاوتی از نظر جنسیت نداشت.

در بررسی رابطه هم وابستگی با نادیده گرفتن خود و قدرت با سه زیر مقیاس قدرت ادراک شده، استفاده از استراتژی‌های موثر و قدرت تصمیم‌گیری که توسط کاون و کورتیس^۴ (۱۹۹۵) انجام شد این نتایج به دست

¹ Wells, M., Glickauf-Hughes, C., & Jones, R

² Carvajal, S.C

³ Coaster, D & Pinho, P

⁴ Cowan, G & Curtis, S.R

آمد: در زنان و مردان هم وابستگی با نادیده گرفتن خود و با راهبردهای غیرمستقیم رابطه‌ای مثبت و با قدرت ادراک شده رابطه منفی داشت.

ونت زل^۱ (۱۹۹۴) در پژوهش خود با عنوان رابطه‌ی پیگیری هدف اجتماعی با پذیرش اجتماعی، رفتار کلاسی و حمایت اجتماعی ادراک شده نشان داد پیگیری دانش آموزان برای اهداف اجتماعی مثل کمک به همکلاسی‌هایی با مشکلات درسی به طور مثبت با پذیرش اجتماعی مرتبط بود. اما پیگیری تکالیف آموزش و نقش کلاسی فرد با پذیرش اجتماعی ارتباط منفی و با پذیرش معلم ارتباط مثبت داشت.

پژوهش لاگمن و ویلنو^۲ (۱۹۹۴) نشان داد که نوجوانانی که پذیرش اجتماعی پایینی دارند و میزان پرخاشگری بالایی دارند به طور مثبتی همبستگی با مصرف ماری جوانا، داروها، الکل و فعالیت‌های بزهکارانه دارند. پژوهش فیشر، کرافورد^۳ (۱۹۹۲) با موضوع رابطه‌ی شیوه‌های فرزند پروری و هم وابستگی نشان داد که در دختران با پدرانی با شیوه فرزند پروری مستبدانه نمره‌ی هم وابستگی بالاتر از دخترانی با پدرانی با شیوه‌ی فرزند پروری سهل گیرانه بود. پسرانی با پدران مستبد نمره بالاتری در هم وابستگی نسبت به پسرانی با پدران سهل انگار داشتند. شیوه‌ی فرزند پروری مادر در این مطالعه با میزان هم وابستگی فرزندان دختر و پسر ارتباط معناداری نداشت.

پژوهش استیل و جوزفز^۴ (۱۹۹۰) نشان داد که مصرف الکل بلافاصله باعث تغییر در خود پنداره فرد می‌شود. در پژوهش ویلز، بیکر و بوتوین^۵ (۱۹۸۹) به بررسی ابعاد جرأت ورزی و مصرف سیگار، الکل و ماری جوانا در دانش آموزان دختر و پسر ۱۲-۱۴ پرداختند در این پژوهش بعد جرأت ورزی اجتماعی و جرأت ورزی عاطفی با مصرف مواد دارای رابطه‌ی مثبت بودند و بعد جرأت ورزی عمومی با مصرف مواد رابطه نداشت.

^۱ Wentzel , K.R

^۲ Lochman , J.E., & Wayland , K.K

^۳ Fischer , J.L, & Crawford , D.W

^۴ Steele , c.M & Josephs , R.A

^۵ Vila , G . Botvin , G.J . Baker , E

جرأت ورزی اجتماعی در دختران رابطه‌ی قوی تر نسبت به پسران با مصرف مواد داشت و برای پسران جرأت ورزی عاطفی رابطه‌ی قوی تر نسبت به دختران با مصرف مواد داشت.

پژوهش دی جانگ^۱ (۱۹۸۷) در مورد اثر بخشی آموزش مقاومت در برابر مصرف مواد نشان داد که دانش آموزانی که آموزش جرأت ورزی دریافت کرده بودند به طور قابل توجهی مصرف الکل، سیگار و مواد مخدر در آنها پایین تر از گروه کنترل بود. این رابطه به ویژه در مورد دانش آموزان پسر قوی تر بوده است.

هوران و ویلیامز^۲ (۱۹۸۲) در یک مطالعه طولی در رابطه با آموزش جرأت ورزی به عنوان یک شیوه پیشگیری سوء مصرف مواد مخدر دریافتند دانش آموزانی که چنین آموزشی را دریافت کرده بودند در سه سال پیگیری پژوهش کاهش تمایل به استفاده از الکل و ماری جوانا نشان دادند.

پژوهش هوران و ویلیامز (۱۹۷۵) نشان داد که در میان دانش آموزان مورد مطالعه مصرف کنندگان حال حاضر ماری جوانا و کسانی که هرگز از این ماده استفاده نکرده بودند جرأت ورزی کمتری نسبت به کسانی که این ماده را فقط زمان کوتاهی مصرف کرده بودند داشتند.

تحقیقات انجام شده در ایران

در پژوهشی با عنوان نقش میانجی گرانه راهبردهای مقابله‌ای و ابراز وجود در رابطه بین هیجان خواهی با گرایش به اعتیاد توسط صیادی (۱۳۹۴) این نتیجه به دست آمد که میان راهبردهای مقابله‌ای، ابراز وجود و گرایش به اعتیاد رابطه معنی دار وجود دارد. یافته‌ها گویای این است که تأثیر و رابطه هیجان خواهی بر گرایش اعتیاد از طریق متغیرهای میانجی راهبردهای مقابله‌ای و ابراز وجود می‌باشد و این متغیرها پیش بینی کننده خوبی برای گرایش به اعتیاد هستند.

پژوهش متولی، خان احمدی (۱۳۹۴) با موضوع بررسی رابطه بین منبع کنترل و هم وابستگی در میان همسران افراد مبتلا به اعتیاد نشان داد که متغیر منبع کنترل پیش بینی کننده مناسبی برای هم وابستگی در میان همسران

¹ De Jong , J

² Horan , J.J & Williams , J.M

معتادان می‌باشد. به این معنا که منبع کنترل بیرونی بطور مثبت و منبع کنترل درونی به طور منفی می‌توانند به شکل معناداری هم وابستگی را پیش بینی کنند.

در پژوهش حمید کاظمی زهرانی (۱۳۹۳) با عنوان پیش بینی کننده‌های مدل وابستگی به نیکوتین براساس شاخص‌های سلامت روان و خود پنداره یافته‌های به دست آمده نشان داد اضطراب یک پیش بینی کننده‌ی قوی برای وابستگی به نیکوتین است. در مجموع خود پنداره ارتباط معناداری برای پیش بینی مصرف نیکوتین نداشت.

متغیرهای پردازش هیجانی که در بر گیرنده سلامت روان هستند نقش مهمی در مدل پیش بینی وابستگی دانش آموزان به نیکوتین بازی می‌کنند در حالی که متغیرهای هویتی مثل ابعاد متفاوت خود پنداره تأثیر معناداری ندارند.

در پژوهش جانفزا و شیرازی (۱۳۹۳) نتایج نشان داد که بین دشواری دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی با استعداد به اعتیاد رابطه مثبت وجود دارد. همچنین بین خود کنترلی و استعداد به اعتیاد رابطه معکوس وجود دارد.

یافته‌های پژوهش پارسافر، یزدخواستی (۱۳۹۳) نشان داد نقش‌های جنسیتی مردانه با هم وابستگی رابطه منفی دارد و نقش‌های جنسیتی زنانه با هم وابستگی دارای رابطه‌ی مثبت معنادار است.

فرشام، مبصری و داوودی (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان رابطه هم وابستگی با افسردگی و سبک‌های دلبستگی در دانشجویان دختر نشان داد که هم وابستگی با افسردگی رابطه مثبت و معنی دار دارد.

هم وابستگی هم چنین با سبک‌های دلبستگی نا امن اجتنابی و نا امن دو سو گرا رابطه مثبت و معنی دار داشت. هم وابستگی با تمرکز بر نیازهای دیگران به صورت افراطی با افسردگی و سبک‌های دلبستگی ناکارآمد ارتباط دارد.

در پژوهش وطن خواه و همکاران (۱۳۹۲) در مورد رابطه هیجان خواهی و آمادگی به اعتیاد و نقش تعدیل گیر ویژگی های شخصیتی روان رنجور خویی و توافق پذیری در دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد یافته ها نشان داد که هیجان خواهی و آمادگی به اعتیاد رابطه مثبت معنی دار دارند. اما تحلیل رگرسیون چند گانه تعاملی، نشان داد که رابطه آمادگی اعتیاد و هیجان خواهی فقط توسط روان رنجور خویی تعدیل می گردد و توافق پذیری هیچ گونه نقش تعدیل کنندگی در این رابطه ندارد.

در پژوهش وجودی ، عطارد و پورشریفی (۱۳۹۲) یافته ها نشان می دهند افرادی که قادر به ابراز خودشان نیستند و در روابط بین فردی حساسیت به خرج می دهند یعنی نسبت به طرد حساس می شوند به احتمال بیشتری در معرض وابستگی مواد هستند و این امکان وجود دارد که با آموزش این مهارت ها از ابتلای افراد به این معضل جلوگیری نمود.

پژوهش اولیایی (۱۳۹۲) نشان داد که بین خوش بینی و استرس و همچنین شدت اعتیاد و تاب آوری به صورت تعاملی با استرس رابطه معنادار وجود دارد.

اکبرزاده (۱۳۹۲) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که می توان با افزایش سرمایه روانشناختی و نیز با به کارگیری برنامه های مربوط به باورهای فراشناختی مختل می توان گرایش به مصرف مواد را در دانشجویان کاهش داد. او بین دانشجویان مصرف کننده مواد و دانشجویان عادی در سرمایه روانشناختی و باورهای فراشناختی تفاوت معناداری یافت.

پژوهش قره داغی (۱۳۹۲) در بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی و روانی دانشجویان دانشگاه تهران نشان داد که روابط معنادار و همبستگی بین متغیر سلامت اجتماعی و شاخص های آن با سلامت روانی دانشجویان است. از بین زیر مقیاس های سلامت اجتماعی، بین شاخص های انسجام و مشارکت اجتماعی با اختلال افسردگی و تمایل به خود کشی رابطه معنادار و همبستگی منفی مشاهده گردید. این یافته ها لزوم توجه به سلامت اجتماعی و ارتقای شاخص هایی مثل مشارکت و انسجام اجتماعی را در بین قشر آینده ساز و مهم جامعه آشکار می کند.

پژوهش حاجی حسنی (۱۳۹۱) نشان داد که رابطه بین متغیرهای پرخاشگری، ابراز وجود و افسردگی با آمادگی به اعتیاد معنادار است و نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری نشان داد که ترکیب خطی پرخاشگری، ابراز وجود و افسردگی توان پیش بینی آمادگی به اعتیاد را دارند.

کریمی مزیدی (۱۳۹۱) در پژوهش خود با موضوع رابطه سرمایه اجتماعی و کجروی در بین دانش آموزان پسر ۱۵ تا ۱۸ ساله شهر تهران به این یافته رسید که بین سرمایه اجتماعی و تمام ابعاد آن اعم از مشارکت، اعتماد، حمایت و انسجام اجتماعی و همچنین روابط متقابل با دیگران با کجروی دانش آموزان از نظر آماری رابطه منفی و معنی داری وجود دارد. نتایج این تحقیق نشان می دهد هر اندازه فرد در ساختار جدید اجتماعی، سرمایه اجتماعی بیش تری داشته باشند، یعنی این متغیر به عنوان مجموعه ی ذخایر ارزشمندی مانند حمایت های اجتماعی، روانی و مالی، حس تعلق وابستگی و مشارکت در جنبه های مختلف زندگی اجتماعی برای افراد وجود داشته باشد، سلامت اجتماعی افراد در جامعه جدید در وضعیت بهتری قرار خواهد گرفت.

بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماع در پژوهش پورافکاری (۱۳۹۱) نشان داد که بین سلامت اجتماعی و جنسیت رابطه معناداری وجود ندارد اما در بررسی رابطه بین تحصیلات، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی و انطباق اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطه مثبت و معناداری مشاهده شد.

پژوهش محمودی (۱۳۹۰) نشان داد که بین هیجان خواهی و آمادگی به اعتیاد در مردان رابطه مثبت و معنادار وجود دارد ولی در زنان این رابطه دیده نمی شود. بین ابراز وجود و آمادگی به اعتیاد در زنان رابطه مستقیم معنادار دیده شد ولی در مردان رابطه ای دیده نشد.

پژوهش حیدرثزاد (۱۳۹۰) نشان داد که سرمایه اجتماعی جوانان معتاد به طور معناداری پایین تر از جوانان غیرمعتاد است و همچنین میزان مشارکت اجتماعی، اعتماد اجتماعی و شبکه روابط اجتماعی جوانان معتاد به طور معناداری پایین تر از جوانان غیرمعتاد بود.

پژوهش خانجانی، فخرائی و بدری (۱۳۸۹) نشان داد که تفاوت معنی داری بین گروه معتاد و عادی در هیجان خواهی کلی و زیر مقیاس‌های آن شامل ماجراجویی، ملال‌پذیری، تنوع‌طلبی و هیجان‌خواهی وجود داشت و افراد معتاد در هیجان‌خواهی کلی و زیر مقیاس‌های هیجان‌خواهی نسبت به افراد عادی بالاتر بودند. مردان با مصرف مواد نسبت به زنان با مصرف مواد در هیجان‌خواهی تنوع‌طلبی، ماجراجویی و هیجان‌خواهی کل بالاتر از زنان بودند. اما بین زنان و مردان معتاد در مولفه‌های ملال‌پذیری، تجربه‌طلبی و گریز از بازداری تفاوت معنی دار نبود.

پژوهش علیلو و همکاران (۱۳۸۸) نشان داد که بین گروه معتاد و افراد سالم از نظر میزان نوروزگرایی، تکانش‌ورزی و هیجان‌خواهی تفاوت معنی داری وجود دارد. اما بین گروه‌های سوء مصرف‌کننده مواد و افراد سالم از نظر میزان برونگرایی تفاوتی دیده نشد. یافته جالب این پژوهش این بود که گروه سوء مصرف‌کننده دارای رفتارهای پر خطر نمرات بیشتری را در متغیرهای نوروزگرایی، تکانش‌ورزی و هیجان‌خواهی در مقایسه با گروه سوء مصرف‌کننده دارای رفتار کم خطر به دست آوردند.

شریفی (۱۳۸۴) در پژوهشی با عنوان مقایسه هم‌وابستگی در زنان با نقش‌های جنسیتی گوناگون نشان داد که زنان با نقش‌های جنسیتی گوناگون از نظر میزان هم‌وابستگی متفاوتند.

پژوهش فروع الدین عدل، صدرالسادات (۱۳۸۱) نشان داد که تفاوت معنی داری بین خود‌پنداره جوانان معتاد و غیرمعتاد است. با توجه به نتیجه به دست آمده و وجود همبستگی میان خود‌پنداره و سوء مصرف مواد به نظر می‌رسد خود‌پنداره منفی در گرایش جوانان به اعتیاد موثر است.

فصل سوم

روش پژوهش

این پژوهش برای تعیین نقش عوامل روانی و اجتماعی در آمادگی اعتیاد با واسطه گری هم وابستگی انجام شد. با توجه به معضل مهم اعتیاد و شروع آن عمدتاً از سنین نوجوانی که سرمایه‌های مهم اجتماعی و آینده یک جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد هدف پژوهش کاربردی بوده است. پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی می‌باشد.

جامعه آماری متشکل از دانش آموزان دختر و پسر در حال تحصیل در دوره‌ی دوم دبیرستانهای منطقه ۱۶ آموزش و پرورش شهر تهران می‌باشد. روش نمونه گیری پژوهش نمونه گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای بوده است و تعداد افراد نمونه جمعاً ۴۰۰ نفر، ۲۰۰ دانش آموز دختر و ۲۰۰ دانش آموز پسر بوده است. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه می‌باشد که شامل پرسشنامه آمادگی اعتیاد با سه خرده مقیاس آمادگی اعتیاد، اعتراف به اعتیاد و الکلیسم، پرسشنامه هم وابستگی استونبریک با چهار خرده مقیاس نیاز به کنترل، وابستگی بین فردی، از خود بیگانگی و در هم تنیدگی، پرسشنامه عوامل روانی با خرده مقیاسهای جرأت مندی، خوش بینی، هیجان طلبی و خود پنداره و پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز با پنج خرده مقیاس شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی بوده است.

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از مدل معادلات ساختاری که یک ساختار علی بین متغیرهای پنهان را مشخص می‌کند و روابط بین متغیرهای پنهان و مشاهده شده را تعریف می‌کند استفاده شده است. از نرم افزار آموس که خصیصه اصلی آن مدل سازی معادلات ساختاری به شیوه‌ی ترسیمی است استفاده شده است.

نوع مطالعه :

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بوده است. به منظور آزمودن مدل پیشنهادی مربوط به روابط خاص متغیرها از ماتریس همبستگی از نوع معادلات ساختاری استفاده شده است. در این مدل داده‌ها به صورت ماتریسهای همبستگی (کو واریانس) در آمده و یک مجموعه معادلات رگرسیون بین متغیرها تدوین شده است.

همچنین در مدل معادلات ساختاری اثرهای مستقیم و غیر مستقیم متغیرها به منظور شناخت روابط علی مورد محاسبه قرار گرفته است.

جامعه مورد بررسی:

جامعه آماری این پژوهش تمام دانش آموزان دختر و پسر شاغل به تحصیل در سال ۹۴-۹۵ در منطقه ۱۶ آموزش و پرورش شهر تهران می باشد که در دوره دوم متوسطه مدارس دولتی تحصیل می کنند. دامنه سنی این دانش آموزان ۱۶-۱۸ سال می باشد.

نمونه و روش نمونه گیری :

روش نمونه گیری پژوهش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای بوده است. در مرحله اول از بین مدارس دوره دوم متوسطه پسرانه و دخترانه به شکل تصادفی ۷ دبیرستان برای هر یک از دو جنس انتخاب شد. در مرحله دوم از بین کلاسهای متوسطه دوره دوم ، یک کلاس از هر دبیرستان به عنوان نمونه به شکل تصادفی انتخاب شد.

تعداد افراد نمونه جمعاً ۴۰۰ نفر، ۲۰۰ دانش آموز دختر و ۲۰۰ دانش آموز پسر بوده است. یک مسئله با اهمیت در تحلیل عاملی تعیین حداقل حجم نمونه است . تعیین حداقل حجم نمونه برای گرد آوری داده های مربوط به مدل یابی معادلات ساختاری با اهمیت می باشد. با وجود اینکه برای تعیین حجم نمونه لازم برای تحلیل عاملی و مدل های ساختاری توافق کلی وجود ندارد اما به زعم بسیاری از پژوهشگران حداقل حجم نمونه لازم ۲۰۰ نفر می باشد (هو^۱، ۲۰۰۸ ، به نقل از حبیبی ۱۳۹۱). کلاین^۲ (۲۰۰۶) نیز معتقد است در تحلیل عاملی اکتشافی برای هر متغیر حداقل ۱۰ و حداکثر ۲۰ نمونه لازم است اما حداقل نمونه ۲۰۰ قابل دفاع است. با توجه به برآورد حجم نمونه در پژوهش های مبتنی بر الگویابی معادلات ساختاری که کلاین آن را به سه نوع ساده، کمی

¹ Hu, L

² Klein, R,B

پیچیده و الگوی پیچیده تقسیم می‌کنند و با توجه به تعداد متغیرهای مورد بررسی، پژوهش حاضر از نوع الگوهای پیچیده است که حجم نمونه برای آن ۴۰۰ نفر برآورد شده است.

ابزار پژوهش :

پرسشنامه آمادگی اعتیاد : این پرسشنامه از ۳ خرده مقیاس APS (آمادگی اعتیاد)، AAS (اعتراف به اعتیاد) ،

MAC.R (الکلیسم که از پرسشنامه چند وجهی مینه سوتا (MMPI-2) استخراج شده تشکیل شده است).

مقیاس APS (آمادگی اعتیاد) به عنوان شاخصی از عوامل شخصیتی همبسته اختلالهای اعتیادی توسط وید،

بوچر، بن پورات و مک کنا^۱ (۱۹۹۲) ساخته شده است و شامل ۳۹ سوال است.

مقیاس AAS (اعتراف به اعتیاد)، این مقیاس پذیرش یا اعتراف به اعتیاد را می‌سنجد. AAS توسط وید (۱۹۹۲)

برای اندازه گیری تمایل پذیرش مشکلات مرتبط با الکل یا داروها ساخته شده است. این مقیاس شامل ۱۲

سوال است.

مقیاس MAC.R (الکلیسم): این مقیاس توسط کریک مک اندرو^۲ (۱۹۶۵) و در اصل برای تفکیک بیماران

روانی سرپایی مرد که دچار سوء مصرف مواد و الکل نیستند از افراد تحت درمان برای سوء مصرف الکل

ساخته شده است. این مقیاس شامل ۴۹ سوال است.

مقیاس آمادگی اعتیاد (APS): این مقیاس دارای ۳۹ سوال در پرسشنامه است. سوالات ذیل در پرسشنامه برای

سنجش آمادگی اعتیاد هستند :

۱،۲،۴،۶،۷،۱۳،۱۶،۱۷،۱۸،۲۱،۲۴،۲۶،۲۷،۳۰،۳۲،۳۳،۳۴،۳۷،۳۸،۴۲

۷۸،۷۹،۸۱،۸۲،۸۵،۸۷،۷۷،۴۹،۵۴،۵۵،۵۷،۵۸،۵۹،۶۰،۶۲،۶۷،۷۱،۴۳،۴۶

نمره برش زنان و مردان اگر از مقدار ۲۳ برای زنان و مقدار ۲۴ برای مردان بالاتر رود آمادگی اعتیاد فرد را

تصدیق می‌کند

¹ Weed, N.C., Butcher, J.N., Ben-Porath, Y.S., & Mckenna, T

² MacAndrew, C

مقیاس اعتراف به اعتیاد (AAS) دارای ۱۳ سوال در پرسشنامه است. سوالات ذیل در پرسشنامه برای سنجش اعتراف به اعتیاد هستند:

۳۱،۴۷،۴۸،۵۲،۶۱،۶۳،۶۸،۷۵،۷۶،۸۰،۸۴،۸۶،۸۸

نمره برش زنان ۲ و مردان ۳ می‌باشد.

مقیاس الکلیسم (MAC.R) دارای ۴۹ سوال در پرسشنامه است که الکلیسم و اعتیاد فرد را به مواد مخدر می‌سنجد. سوالات ذیل در پرسشنامه برای سنجش الکلیسم و اعتیاد به مواد مخدر است.

۲،۳،۵،۸،۹،۱۰،۱۱،۱۲،۱۴،۱۷،۱۵،۱۹،۲۰،۲۱،۲۲،۲۳،۲۵،۲۶،۲۸،۲۹،۳۰،۳۱

۷۲،۷۳،۷۴،۸۱،۸۳،۸۹،۵۸،۳۵،۳۶،۳۹،۴۰،۴۱،۴۵،۴۸،۵۰،۵۱،۵۳،۵۶،۷۰،۶۴،۶۵،۶۷،۶۶،۶۹،۵۹،۶۳

نمره برش این مقیاس برای زنان ۲۰ و مردان ۲۲ می‌باشد.

کلید آزمون APS:

این مقیاس از ۳۹ سوال تشکیل شده است سوالاتی که در کنار آن‌ها گزینه بلی آمده است به این معناست که اگر پاسخگو به آن سوالات پاسخ بلی داده باشد در ازای هر بلی یک نمره می‌گیرد.

همچنین سوالاتی که در کنار آنها گزینه خیر آمده است به این معناست که اگر پاسخگو به آن سوالات پاسخ خیر داده باشد در ازای هر خیر یک امتیاز می‌گیرد.

قابل توجه است که اگر نمره برش زنان و مردان در این مقیاس از عدد بیان شده بالاتر رود وجود آمادگی اعتیاد در افراد را بررسی می‌کند.

بلی :

۴،۶،۱۶،۱۷،۲۱،۲۴،۳۰،۳۲،۳۳،۳۴،۳۷،۴۳،۴۶،۴۹،۵۷،۶۲،۶۷،۸۱،۸۵،۸۷،۲

خیر :

۱،۷،۱۳،۱۸،۲۶،۲۷،۳۸،۴۲،۵۴،۵۵،۶۰،۷۱،۷۷،۷۸،۷۹،۸۲

کلید مقیاس AAS: این مقیاس از ۱۳ سوال تشکیل شده است سوالاتی که در کنار آنها گزینه‌ی بلی آمده است به این معنی است که اگر پاسخگو به آن سوالات پاسخ بلی داده باشد در ازای هر بلی یک امتیاز می‌گیرد. همچنین سوالاتی که در کنار آنها گزینه خیر آمده است نیز به آن معناست که اگر پاسخگو به آن سوالات پاسخ خیر داده باشد در ازای هر خیر یک امتیاز می‌گیرد. قابل توجه است که اگر نمره برش زنان و مردان در این مقیاس از عدد بیان شده بالاتر رود وجود آن را در فرد تائید می‌کند.

بلی : ۳۱،۴۷،۵۲،۶۱،۶۳،۷۵،۷۶،۸۴،۸۶،۸۸

خیر : ۸۰،۶۸،۴۸

مقیاس MAC.R از ۱۳ سوال تشکیل شده است. سوالاتی که در کنار آنها گزینه بلی آمده است به این معناست که اگر پاسخگو به آن سوالات پاسخ بلی داده باشد در ازای هر بلی یک امتیاز می‌گیرد. همچنین سوالاتی که در کنار آنها گزینه خیر آمده است نیز بدان معناست که اگر پاسخگو به آن سوالات پاسخ خیر داده باشد در ازای هر خیر یک امتیاز می‌گیرد. قابل توجه است که اگر نمره برش زنان و مردان در این مقیاس از عدد بیان شده بالاتر رود وجود آن را در فرد تائید می‌کند. بلی :

۲،۳،۵،۸،۹،۱۰،۱۱،۱۴،۱۵،۱۷،۱۹،۲۱،۲۲،۲۵،۳۰،۳۱،۳۵،۳۶،۳۹،۴۰،۴۱،۴۵،۵۰،۵۸،۵۹،۶۴،۶۵

۶۶،۶۷،۶۹،۷۰،۷۲،۷۳،۷۴،۸۱،۸۳،۸۹

خیر : ۱۲،۲۰،۲۳،۲۶،۲۸،۲۹،۴۴،۴۸،۵۱،۵۳،۵۶،۶۳

در پژوه مینویی و صالحی (۱۳۸۲) با عنوان بررسی عملی بودن اعتبار، روایی و هنجاریابی آزمون‌های APS، AAS، MACR به منظور شناسایی افراد در معرض و مستعد سوء مصرف مواد در بین دانش آموزان نتایج

حاصله نشان داد که در هر مقیاس به طور معناداری بین نمرات دو گروه معنادان و دانش آموزان تفاوت وجود دارد و هر سه مقیاس توانایی تفکیک بین افراد معناد را از افراد عادی دارند.

پایایی آزمون توسط مینوئی و صالحی (۱۳۸۲) به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۵۳۳۸ و از طریق روش دو نیمه کردن برابر با ۰/۵۳۳۳ بوده است.

این آزمون در ایران در سال ۱۳۷۹ توسط کرد میرزا اعتباریابی شد که آلفای به دست آمده توسط ایشان عبارتند از: برای $MAC.R = ۰/۴۸$ و برای $APS = ۰/۲۹$ و نیز $AAS = ۰/۷۵$ بوده است.

پرسشنامه هم وابستگی استونبرینک (CODI)

پرسشنامه هم وابستگی (CODI) توسط ساندر استونبرینک^۱ (۱۹۸۸)، ساخته شده است که از ۲۹ گویه و ۴ خرده مقیاس نیاز به کنترل (۷ سوال)، وابستگی بین فردی (۸ سوال)، از خود بیگانگی (۷ سوال) و در هم تنیدگی (۷ سوال) تشکیل شده است که به منظور سنجش هم وابستگی در خانواده و دوستان سوء مصرف کنندگان مواد به کار می‌رود.

نمره گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۴ نقطه‌ای می‌باشد که برای گزینه‌های «هرگز»، «گاهی اوقات» «غالباً» و «همیشه» به ترتیب امتیازات ۰، ۱، ۲، ۳ در نظر گرفته می‌شود. گویه‌های شماره ۹، ۱۳، ۱۷، ۲۵ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند.

برای به دست آوردن امتیاز هر یک از خرده مقیاس ها، امتیازات ماده‌های مربوط به خرده مقیاس ها را با هم جمع و برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، امتیاز تمامی ماده‌ها را با همدیگر جمع می‌نمائیم.

خرده مقیاس‌ها و سوالات :

خرده مقیاس نیاز به کنترل ۷ سوال دارد که شامل شماره‌های ۱-۵-۹-۱۳-۱۷-۲۵ می‌باشد.

خرده مقیاس وابستگی بین فردی ۸ سوال دارد که شامل شماره‌های ۲-۶-۱۰-۱۴-۱۸-۲۲-۲۶-۲۹ می‌باشد.

¹ Sandra Stonebrink

خرده مقیاس از خود بیگانگی ۷ سوال دارد که شامل سوالات شماره ۳-۷-۱۱-۱۵-۱۹-۲۳-۲۷ می‌باشد.

خرده مقیاس در هم تنیدگی ۷ سوال دارد که شامل سوالات ۴-۸-۱۲-۱۶-۲۰-۲۴-۲۸ می‌باشد.

پرسشنامه هم وابستگی با ضریب آلفای کلی ۰/۷۹ و ضرایب آلفای ۰/۴۵ برای کنترل تا ۰/۷۵ برای وابستگی بین فردی، از یک همسانی درونی نسبی بهره مند است.

پرسشنامه هم وابستگی از روایی سازه نسبی برخوردار است و رابطه معناداری با همانندسازی با ویژگی‌های نقش جنسیتی کلیشه‌ای زنانه دارد و تنها در زنان با خانواده بد عملکرد رابطه معنادار دارد، برای هر دوی مردان و زنان، خرده مقیاس از خود بیگانگی CODI با خانواده بد عملکرد رابطه دارد.

پرسشنامه سلامت اجتماعی کییز:

پرسشنامه سلامت اجتماعی کییز شامل ۲۰ سوال بوده و ۵ زیر مقیاس را مورد بررسی قرار می‌دهد. توسط کییز در بنیاد علمی مک آرتور ایالات متحده آمریکا به سال ۲۰۰۴ ساخته شده است و در چندین دوره مطالعاتی روایی و پایایی آن مورد آزمون واقع شده است.

این پرسشنامه شامل ۵ خرده مقیاس است. خرده مقیاس شکوفایی اجتماعی که شامل سوالات ۱ تا ۴ و خرده مقیاس همبستگی اجتماعی با سوالات ۵ تا ۷ و انسجام اجتماعی که شامل سوالات ۸ تا ۱۰ و خرده مقیاس پذیرش اجتماعی با سوالات محدوده ۱۱ تا ۱۵ و مشارکت اجتماعی که شامل سوالات ۱۶ تا ۲۰ می‌باشد.

نمره گذاری این پرسشنامه براساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت انجام شده است. به این ترتیب که خیلی = ۵ زیاد

= ۴ متوسط = ۳ کم = ۲ خیلی کم = ۱

گویه‌های معکوس عبارتند از: ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۱، ۶، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۷

از این رو نمره مجموع این گویه بیانگر میزان سلامت اجتماعی افراد خواهد بود که نمره کل این پرسشنامه برابر با ۱۰۰ می‌باشد.

تفسیر پرسشنامه :

بنابراین پس از جمع بندی و محاسبه نمرات باید به شرح زیر عمل کرد :

الف : چنانچه نمره محاسبه شد بین ۲۰ تا ۴۶ باشد، میزان سلامت اجتماعی افراد در حد پایین و ضعیف بوده و باید برنامه ریزی اساسی برای آن انجام شود.

ب : چنانچه نمره محاسبه شده بین ۴۷ تا ۷۴ باشد، میزان سلامت اجتماعی افراد در حد متوسط و رو به رشد است و باید تقویت شود.

ج: چنانچه نمره محاسبه شده بین ۷۵ تا ۱۰۰ باشد میزان سلامت اجتماعی افراد در حد بالا و خوبی بوده و این روند باید تداوم یابد.

در پژوهش باباپور و همکاران (۱۳۸۸) پایایی پرسشنامه سلامت اجتماعی کییز از طریق همسانی درونی به دست آمد که آلفای به دست آمده برای کل مقیاس ۰/۷۸ و برای هر یک از خرده مقیاس‌ها به ترتیب عبارتند از: ۰/۷۱. برای یکپارچگی اجتماعی، ۰/۷۴ برای پذیرش اجتماعی، ۰/۷۴ برای مشارکت اجتماعی، ۰/۷۰ برای شکوفایی اجتماعی و ۰/۷۷ برای همبستگی اجتماعی.

در پژوهش بالا نشان داده شد که پرسشنامه از روایی سازه و روایی ملاکی همزمان خوبی برخوردار است.

پرسشنامه عوامل روانی (عوامل خطر ساز و محافظت کننده مصرف مواد) پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده مصرف مواد در نوجوانان، براساس مدل عوامل خطر ساز و حفاظت کننده و مدل تلفیقی آغاز مصرف مواد (بوتوین، ۲۰۰۰ و کلانتر و هارتل، ۲۰۰۲)، که مولفه‌هایی از نظریه‌های سبب شناسی مصرف مواد از حیطة نظریه‌های شناختی - عاطفی (آجن و فیش بین، ۱۹۸۰؛ فیش بین و آجن، ۱۹۷۵)، نظریه یادگیری اجتماعی (بندورا، ۱۹۸۶)، نظریه رشد اجتماعی (هاوکینز و ویس، ۱۹۸۵)، نظریه کنترل اجتماعی (الیوت، ۱۹۸۹ و ۱۹۹۵)، مدل بوم شناسی اجتماعی (کامپو و ترنر، ۱۹۹۱)، نظریه تحقیر خود (کاپلان، ۱۹۷۵) الگوی یادگیری اجتماعی چند مرحله‌ای (سیمون و همکارانش، ۱۹۸۸)، نظریه تعامل خانواده (بروک و همکاران، ۱۹۹۰)، نظریه

رفتار مشکل ساز (جسر و همکاران، ۱۹۹۱)، نظریه گروه دوستان (اوتینگ و بیوویس، ۱۹۸۶، ۱۹۸۷) را در بر می‌گیرد ساخته شده است. پرسشنامه عوامل خطرساز و حفاظت کننده بر روی ۳۰۰۰ نفر از دانش آموزان در سطح کشور هنجاریابی شده است (محمدخانی، ۱۳۸۴).

بررسی روایی افتراقی پرسشنامه عوامل خطرساز و حفاظت کننده از طریق مقایسه دانش آموزان مصرف کننده مواد و غیر مصرف کننده، نشان داد که این مقیاس می‌تواند این دو گروه را از هم تفکیک نماید، و از روایی افتراقی قابل قبولی برخوردار است (محمدخانی، ۱۳۸۴، ۱۳۸۶).

همچنین روایی سازه پرسشنامه مذکور با استفاده از روش تحلیل عاملی تأییدی و اکتشافی در نمونه‌ای از دانش آموزان در معرض خطر شهر تهران مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که پرسشنامه از لحاظ نظری با مدل‌های نظری پیش بینی کننده مصرف مواد منطبق است و از روایی سازه خوبی برخوردار می‌باشد (محمدخانی، ۱۳۸۶). این پرسشنامه ۱۸ خرده مقیاس دارد.

پرسشنامه عوامل روانی (عوامل خطرساز و محافظت کننده مصرف مواد) در این پژوهش شامل مقیاس‌های زیر است:

مقیاس خود پنداره شامل ۵ گویه است و تصور فرد از خود را ارزیابی می‌کند. خود پنداره منفی یکی از عوامل پیش بینی کننده مصرف مواد در نوجوانان است. حداقل نمره آزمودنی در این مقیاس ۵ و حداکثر نمره ۲۵ می‌باشد. نمره گزاری گویه‌های این مقیاس به گونه‌ای است که نمره بالا نشان دهنده خود پنداره منفی است و عامل خطرساز محسوب می‌ود. سوالات ۱ تا ۵ پرسشنامه مربوط به این خرده مقیاس است. مقیاس جرأت مندی شامل ۸ گویه است که به منظور ارزیابی مهارت‌های اجتماعی، قاطعیت و توانایی نوجوانان در رد درخواست‌های غیرمنطقی دیگران طراحی شده است. حداقل نمره آزمودنی در این مقیاس ۸ و حداکثر نمره ۴۰ می‌باشد. نمره گذاری گویه‌های این مقیاس به گونه‌ای است که نمره‌ی بالا نشان دهنده‌ی جرأت مندی ضعیف است و لذا یک عامل خطرساز می‌باشد. سوالات ۶ تا ۱۳ پرسشنامه مربوط به این خرده مقیاس است. مقیاس

خوش بینی شامل ۵ گویه است که به منظور ارزیابی میزان خوش بینی فرد نسبت به آینده طراحی شده است. نا امیدی و عدم خوش بینی در آینده از جمله عوامل خطر ساز مصرف مواد در نوجوانان می باشند. حداقل نمره آزمودنی در این مقیاس ۵ و حداکثر نمره ۲۵ می باشد. نمره گذاری گویه های این مقیاس به گونه ای است که نمره بالا نشان دهنده ی عدم خوش بینی است و آمادگی اعتیاد در فرد را افزایش می دهد.

سوالات ۱۴ تا ۱۸ پرسشنامه مربوط به این خرده مقیاس است.

مقیاس هیجان طلبی: شامل ۶ گویه است که به منظور ارزیابی سطح هیجان خواهی و تمایل نوجوانان به تجربه های چیزهای تازه طراحی شده است. حداقل نمره آزمودنی در این مقیاس ۶ و حداکثر نمره ۳۰ می باشد. نمره گذاری گویه های این مقیاس به گونه ای است که نمره ی بالا نشان دهنده ی هیجان خواهی بالاست و باعث افزایش آمادگی اعتیاد می شود.

سوالات ۱۹ تا ۲۴ پرسشنامه مربوط به این مقیاس است.

هنجاریابی پرسشنامه ی عوامل خطر ساز و محافظ کننده مصرف مواد براساس T تبدیل شده با میانگین ۵۰ و انحراف معیار ۱۰ صورت گرفته است.

در فرم بلند پرسشنامه که شامل ۱۸ خرده مقیاس است براساس توزیع T افرادی که نمره ی کل آزمون آنها یک انحراف معیار بالا و پایین میانگین است (نمره T بین ۴۰-۶۰) متوسط محسوب می شود. دانش آموزانی که نمره T تبدیل شده آنها بین (۶۰-۷۰) می باشد در معرض خطر محسوب می شوند. نمرات بالای ۷۰ بسیار در معرض خطر محسوب می شوند.

با توجه به اینکه پرسشنامه به گونه ای ساخته شده است که هر کدام از مقیاس ها را به طور جداگانه می توان استفاده کرد. مقیاس هایی که نمره T آنها بالاتر از ۶۰ باشد بیانگر زمینه های آسیب پذیری فرد می باشند.

مقیاس خوش بینی

شماره سوال	گویه	کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالقم	کاملاً مخالفم
۱۴	با امید و اشتیاق به آینده نگاه می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۵	چیزهای خوبی در آینده در انتظار من است.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۶	فکر می‌کنم زیاد عمر نخواهم کرد.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۷	نسبت به آینده خودم خوش بین هستم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۸	وقتی بزرگ شوم زندگی خوبی خواهم داشت	۱	۲	۳	۴	۵
جمع نمرات خام:						
نمره تعدیل شده مقیاس:						

مقیاس هیجان خواهی

شماره سوال	گویه	کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالقم	کاملاً مخالفم
۱۹	از امتحان کردن چیزهای ناآشنا لذت می‌برم.	۵	۴	۳	۲	۱
۲۰	گاهی برای لذت بردن دست به کارهای خطرناک می‌زنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۲۱	همیشه در جستجوی چیزهای تازه هستم.	۵	۴	۳	۲	۱
۲۲	گاهی اوقات کارها را فقط به خاطر هیجانشان انجام می‌دهم.	۵	۴	۳	۲	۱
۲۳	معمولاً به نتیجه کارهای خودم زیاد فکر نمی‌کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۲۴	دوست دارم هر چیزی را یک بار امتحان کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
جمع نمرات خام:						
نمره تعدیل شده مقیاس:						

«راهنمای نمره گذاری»

مقیاس جرات مندی:

شماره سوال	گویه	کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالقم	کاملاً مخالفم
۶	صحبت کردن در حضور جمع برایم سخت است	۵	۴	۳	۲	۱
۷	معمولاً آدم کم رویی هستم	۵	۴	۳	۲	۱
۸	اگر با نظر کسی مخالف باشم به راحتی مخالفتم را بیان می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۹	به راحتی با دیگران ارتباط برقرار می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۰	پیدا کردن دوستان جدید برای من سخت است.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۱	رد درخواست غیرمنطقی دیگران برایم سخت است.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۲	اگر نظرم شبیه نظر سایر افراد باشد جرأت ندارم عقیده واقعی ام را بیان کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۳	نه گفتن به دیگران برایم دشوار است.	۵	۴	۳	۲	۱
جمع نمرات خام:						
نمره تعدیل شده مقیاس:						

«راهنمای نمره گذاری»

مقیاس خود پنداره:

ردیف	شماره سوال	گویه	کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالقم	کاملاً مخالفم
۱	۱	احساس می‌کنم فرد ارزشمندی هستم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲	۲	ویژگی‌های مثبت زیادی دارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۳	۳	چیز زیادی ندارم که به آن افتخار کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۴	۴	از ظاهر خودم خوشم می‌آید.	۱	۲	۳	۴	۵
۵	۵	احساس می‌کنم فرد ناتوانی هستم.	۵	۴	۳	۲	۱

روش جمع آوری داده ها

با توجه به ویژگی‌های پرسشنامه از قبیل دقت در اجرا، داشتن فرصت کافی برای جواب گویی به سوالات و ارائه سوالات یکسان برای کلیه افراد و همچنین سهولت و دقت در استخراج و تجزیه تحلیل نتایج از پرسشنامه استفاده شد.

با در نظر گرفتن سوالات پژوهش به منظور جمع آوری اطلاعات با شناسایی منابع مرتبط به تدوین پرسشنامه ها، چهار پرسشنامه آمادگی اعتیاد، هم وابستگی، سلامت اجتماعی و عوامل روانی موثر در آمادگی برای مصرف مواد مورد استفاده قرار گرفت. با توجه به اجرای حضوری پرسشنامه‌ها سعی در برقراری رابطه صمیمانه و مبتنی بر اعتماد با دانش آموزان در هنگام معرفی پژوهش شد. در ضمن بر بی‌نام بودن پرسشنامه‌ها و محرمانه بودن اطلاعات تاکید شد. سوالات دانش آموزان در مورد مفاهیم و اصطلاحات موجود در پرسشنامه‌ها پاسخ داده شد و بعد از تکمیل با تشکر از همکاری دانش آموزان و صرف وقتشان برای پژوهش، پرسشنامه‌ها تحویل گرفته شد.

روش تجزیه و تحلیل داده ها:

ابزار مورد استفاده برای تحلیل داده‌ها، پرسشنامه می‌باشد و تکنیک آماری مورد استفاده این پژوهش را با توجه به ماهیت فرضیه‌ها می‌توان تحقیق همبستگی را از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری دانست، که در آن به بررسی روابط درونی بین متغیرها در قالب کشف و تبیین مدل خواهد پرداخت و هدف از آن بررسی رابطه سازه‌های نهان برونزا و درونزا موجود در مدل است. ضمناً از آمار توصیفی شامل جداول توزیع فراوانی و نمودارهای مختلف، جهت بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی و مقیاس‌های پژوهش در نمونه آماری استفاده شده است.

ملاحظات اخلاقی:

رعایت مسائل اخلاقی و تضمین حقوق انسانی آزمودنی‌ها یکی از عمده ترین مسائل در پژوهش‌های آموزشی و پرورشی است زیرا پژوهش‌هایی که غالباً در آموزش و پرورش انجام می‌شود موضوع آنها به طور کلی رفتار انسان است.

چنین پژوهش‌هایی در صورتی که درست برنامه ریزی نشده باشند ممکن است مخاطره‌ها و آسیب‌های روانی و فیزیولوژیکی برای کسانی که اجرای تحقیق را ممکن ساخته اند به همراه داشته باشند (دلاور، ۱۳۸۵). برخی از ملاحظات اخلاقی این پژوهش عبارتند از:

- کسب رضایت آگاهانه از دانش آموزان برای پر کردن پرسشنامه‌های پژوهش
- بی نام بودن پرسشنامه ها
- تاکید بر محرمانه بودن اطلاعات آزمودنیها به ویژه در واحدهای کلاسی
- پاسخ به سوالات دانش آموزان در رابطه با پژوهش و توضیح گویه‌های مورد سوال
- قدر دانی از دانش آموزان به دلیل زمانیکه در اختیار پژوهشگر قرار داده بودند.

فصل چهارم

تجزیه و تحلیل داده ها

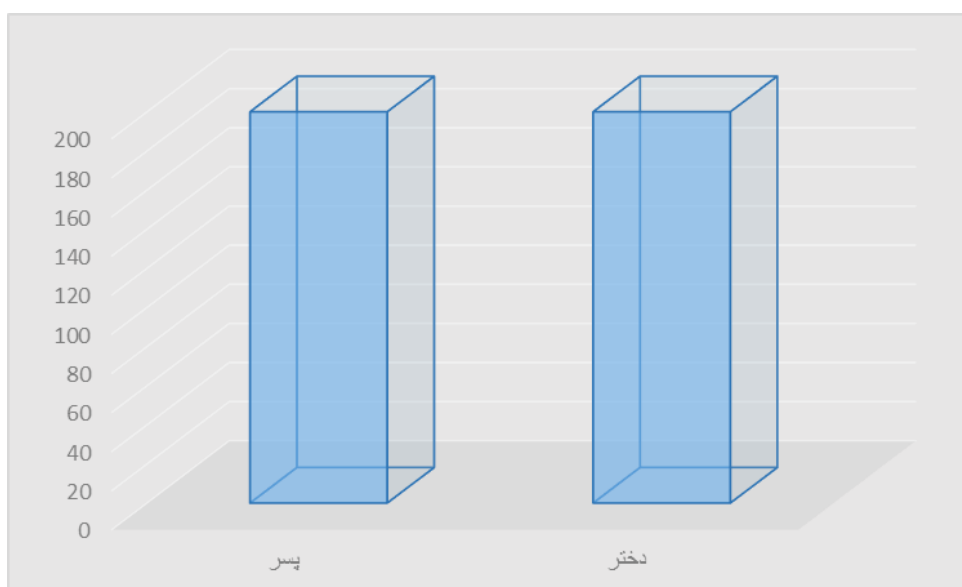
در این فصل با تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری شده از طریق پرسشنامه، به پاسخ گویی به فرضیات پژوهش می‌پردازیم که دارای اهمیت ویژه‌ای در نتیجه‌گیری از پژوهش است. ابزار مورد استفاده برای تحلیل داده‌ها، پرسشنامه می‌باشد و تکنیک آماری مورد استفاده این تحقیق را با توجه به ماهیت فرضیه‌ها می‌توان تحقیق همبستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری دانست، که در آن به بررسی روابط درونی بین متغیرها در قالب کشف و تبیین مدل پرداخته شده است و هدف از آن بررسی رابطه سازه‌های نهان برونزا و درونزا موجود در مدل بوده است. ضمناً از آمار توصیفی شامل جداول توزیع فراوانی و نمودارهای مختلف، جهت بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی و مقیاس‌های پژوهش در نمونه آماری استفاده شده است.

متغیرهای جمعیت شناختی

در هر پژوهشی آمار توصیفی و بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی یکی از بخش‌های مهم آن فرایند محسوب می‌شود که در جای خود از اهمیت قابل ملاحظه‌ای برخوردار است، لذا تحلیل این بخش از داده‌ها نیز در فرایند پژوهش مفید و موثر خواهد بود.

جدول ۴-۱. توزیع فراوانی نمونه مورد مطالعه به تفکیک جنسیت

شاخص آماری	فراوانی	درصد
جنسیت		
پسر	۲۰۰	۵۰
دختر	۲۰۰	۵۰
مجموع کل	۴۰۰	۱۰۰



نمودار ۴-۱. توزیع فراوانی نمونه مورد مطالعه به تفکیک جنسیت

مطابق با جدول (۴-۱) و نمودار (۴-۱) ۵۰ درصد گروه نمونه را پسران و ۵۰ درصد را دختران تشکیل می‌دهند.

تحلیل توصیفی از یافته‌های پژوهش

هم وابستگی در این پژوهش با توجه به ادبیات تحقیق به عنوان متغیر واسطه‌ای با ۴ بعد همراه با عوامل اجتماعی و روانشناختی و رابطه آن‌ها با آمادگی اعتیاد که خود دارای ۴ بعد است در غالب یک مدل معادله ساختاری مورد سنجش واقع شده است. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جداول زیر آورده شده است.

جدول ۲-۴. یافته‌های توصیفی خرده‌مقیاس‌های متغیرهای پژوهش

مقیاس	شاخص آماری	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
شکوفایی اجتماعی	۴۰۰	۹/۹۶	۱/۹۳	
همبستگی اجتماعی	۴۰۰	۱۰/۱۱	۲/۱۶	
انسجام اجتماعی	۴۰۰	۱۱/۰۲	۲/۶۸	
پذیرش اجتماعی	۴۰۰	۱۲/۰۵	۲/۷۹	
مشارکت اجتماعی	۴۰۰	۱۶/۶۰	۳/۰۲	
خودپنداره	۴۰۰	۱۰/۶۳	۳/۶۷	
جرات مندی	۴۰۰	۲۰/۸۷	۴/۷۲	
خوش بینی	۴۰۰	۱۱/۰۴	۴/۲۴	
هیجان خواهی	۴۰۰	۱۹/۱۹	۴/۹۷	
وابستگی بین فردی	۴۰۰	۱۳/۲۲	۴/۴۶	
نیاز به کنترل	۴۰۰	۱۱/۷۳	۲/۶۳	
ازخود بیگانگی	۴۰۰	۹/۰۶	۳/۶۹	
در هم تنیدگی	۴۰۰	۱۰/۹۳	۳/۷۳	
آمادگی به اعتیاد	۴۰۰	۲۰/۳۴	۴/۷۲	
اعتراف به اعتیاد	۴۰۰	۴/۶۳	۱/۷۴	
الکلیسم	۴۰۰	۲۲/۲۷	۵/۴۶	

همانگونه که از نتایج جدول مشاهده می‌شود بیشترین میانگین در ابعاد عوامل اجتماعی مربوط به پذیرش اجتماعی و بیشترین میانگین عوامل روانشناختی مربوط به جرات مندی می‌باشد.

تحلیل آماری فرضیه‌های پژوهش

فرضیه اول: مدل ساختاری روابط عوامل روانی اجتماعی در آمادگی اعتیاد نوجوانان با نقش واسطه‌ای هم وابستگی با یافته‌های پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار است.

آمار استنباطی بخش اصلی تحلیل آماری را در بر می‌گیرد، در این پژوهش، همانطور که در فصل دوم از نظر گذشت، بر اساس مبانی نظری و پژوهش‌های انجام شده مدلی فرضی تدوین شد که شامل عامل‌ها براساس هم وابستگی و عوامل اجتماعی و روانشناختی و در نهایت آمادگی اعتیاد بوده است. در این بخش در پی پاسخ به پرسش اصلی پژوهش مبنی بر اینکه "آیا مدل تبیین آمادگی اعتیاد براساس عوامل اجتماعی و روانشناختی و نقش واسطه‌ای هم وابستگی با داده‌های تجربی برازش دارد؟" از تحلیل مسیر و نرم‌افزار اموس بهره برده شده است.

در بکارگیری روش آماری، ابتدا با استفاده از آزمون آماری کولموگروف اسمیرنوف نرمال بودن داده‌ها مورد آزمون قرار گرفت تا نوع روش آماری (پارامتری، غیرپارامتری) که باید استفاده شود مشخص می‌گردد، و در صورت نرمال بودن داده‌ها یکی از مهم‌ترین پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک برقرار می‌باشد.

آزمون کولموگروف اسمیرنوف تک نمونه‌ای (آزمون نرمال بودن داده‌ها)

$$\left\{ \begin{array}{l} H_0 = \text{داده‌ها از جامعه نرمال آمده است} \\ H_1 = \text{داده‌ها از جامعه نرمال نیامده است} \end{array} \right.$$
$$\left\{ \begin{array}{l} H_0 = P > 0.05 \\ H_1 = P < 0.05 \end{array} \right.$$

جدول ۳-۴. آزمون کولموگروف اسمیرنوف تک نمونه‌ای

مقیاس	شاخص آماری	Z	sig	سطح معناداری
شکوفایی اجتماعی	۰/۸۳	۰/۵۱	۰/۰۵	
همبستگی اجتماعی	۱/۲۲	۰/۰۹	۰/۰۵	
انسجام اجتماعی	۰/۹۵	۰/۳۲	۰/۰۵	
پذیرش اجتماعی	۰/۹۷	۰/۳۹	۰/۰۵	
مشارکت اجتماعی	۱/۱۱	۰/۱۳	۰/۰۵	
خودپنداره	۱/۲۴	۰/۰۹	۰/۰۵	
جرات مندی	۱/۰۷	۰/۱۹	۰/۰۵	
خوش بینی	۱/۲۱	۰/۱۱	۰/۰۵	
هیجان خواهی	۱/۲۵	۰/۰۹	۰/۰۵	
وابستگی بین فردی	۱/۰۰	۰/۳۷	۰/۰۵	
نیاز به کنترل	۱/۱۴	۰/۱۰	۰/۰۵	
از خود بیگانگی	۰/۸۹	۰/۳۸	۰/۰۵	
در هم تنیدگی	۱/۱۰	۰/۱۷	۰/۰۵	
آمادگی به اعتیاد	۱/۲۸	۰/۰۷	۰/۰۵	
اعتراف به اعتیاد	۱/۱۰	۰/۱۷	۰/۰۵	
الکلیسم	۱/۲۵	۰/۰۷	۰/۰۵	

با توجه به نتایج جداول و سطوح معناداری بدست آمده هریک از متغیرهای پژوهش که بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد، داده‌های تمام متغیرها نرمال است.

نظر به این که اساس مدل سازی معادلات ساختاری بر مبنای ماتریس واریانس- کوواریانس یا همبستگی بین متغیرها است، لذا در جدول ۴-۴ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

جدول ۴-۴. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

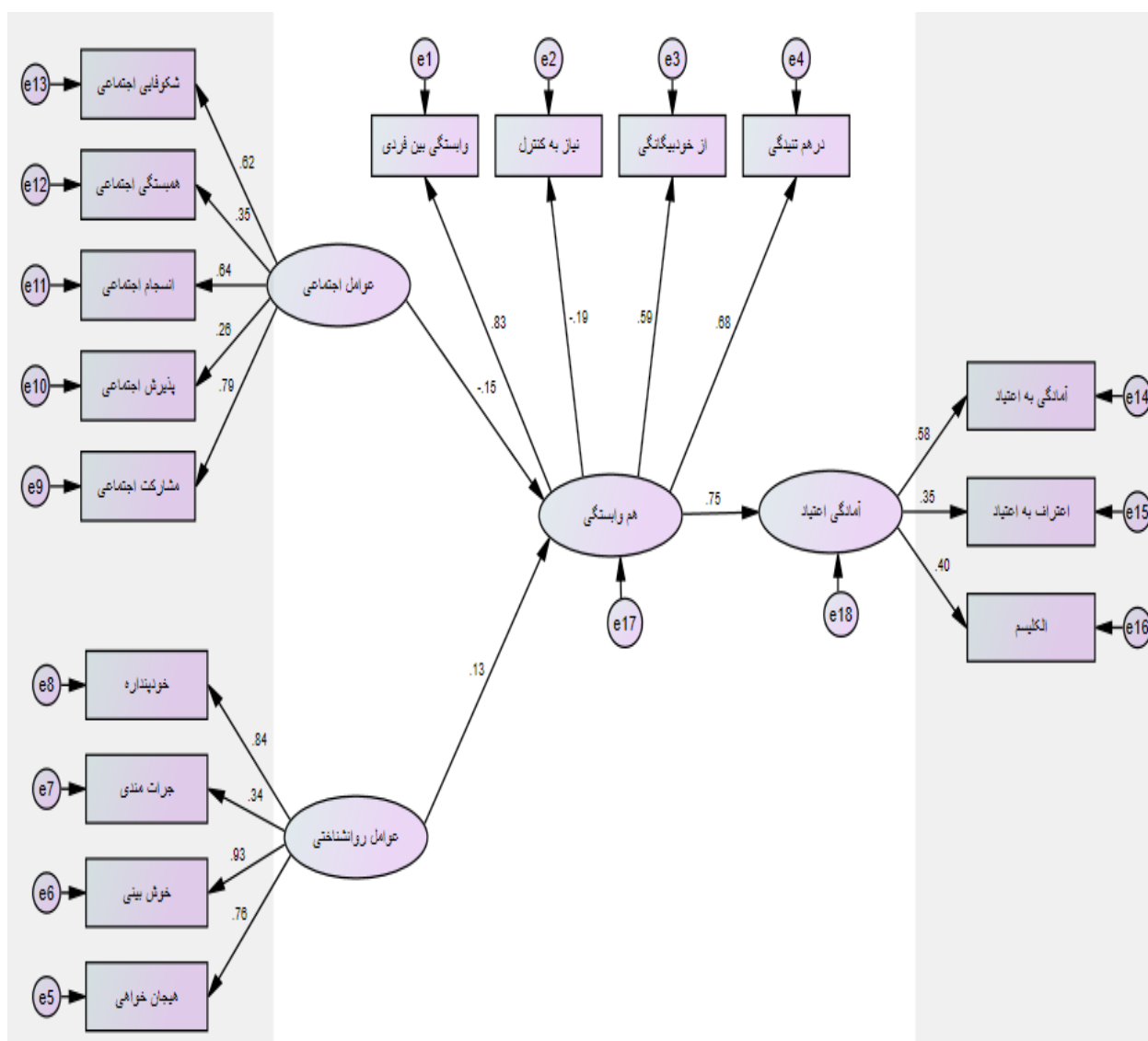
عوامل اجتماعی	عوامل روانشناختی	هم وابستگی	آمادگی اعتیاد
عوامل اجتماعی	۱		
عوامل روانشناختی	-۰/۵۲**	۱	
هم وابستگی	-۰/۱۷**	۰/۳۶**	۱
آمادگی اعتیاد	-۰/۱۵**	۰/۱۶**	۰/۷۱**

*p<0.05 , **p<0.01

نتایج جدول ۴-۴ نشان می‌دهد رابطه بین عوامل اجتماعی و روانشناختی با احتمال ۹۹ درصد اطمینان با هم وابستگی و آمادگی اعتیاد رابطه معنادار می‌باشند ($p < 0.01$).

بررسی مدل اولیه پژوهش (پاسخ به فرضیه اول)

نتایج مربوط به اجرای مدل اولیه در حالت استاندارد به همراه برخی از مهمترین شاخص‌های برازش تحلیل مسیر مدل اولیه در شکل و جدول زیر ارائه شده است.



شکل ۴-۱ مدل اولیه در حالت ضرایب استاندارد

جدول ۵-۴ شاخص‌های برازش تحلیل مسیر مدل اولیه

شاخص‌های برازش		نام شاخص
مقدار	حد مجاز	
۴/۵۴	کمتر از ۳	$\frac{\chi^2}{df}$
۰/۱۱	کمتر از ۰/۱	ریشه میانگین خطای برازندگی تعدیلی ^۱
۰/۷۸	بالاتر از ۰/۹	CFI ^۳ (برازندگی مقایسه ای)
۰/۷۶	بالاتر از ۰/۹	NFI ^۴ (برازندگی نرم شده)
۰/۸۷	بالاتر از ۰/۹	GFI ^۵ (نیکویی برازش)
۰/۸۱	بالاتر از ۰/۹	AGFI ^۶ (نیکویی برازش تعدیل شده)

به طور کلی در کار با برنامه اموس هر یک از شاخص‌های بدست آمده به تنهایی دلیل برازندگی یا عدم برازندگی مدل نیستند و این شاخص‌ها را در کنار هم بایستی تفسیر نمود. مقدارهای بدست آمده برای این شاخص‌ها نشان می‌دهد که در مجموع الگو در جهت تبیین و برازش از وضعیت مناسبی برخوردار نیست و نیاز به اصلاحات دارد.

پس از انجام اصلاحات انجام شده پیشنهادی نرم افزار و ایجاد کوواریانس بین برخی خرده مقیاس‌ها، شاخص‌های برازش مدل در وضعیت مطلوبی برخوردار شدند و بنابراین پاسخ به فرضیات پژوهش بلامانع می‌باشد.

جدول ۶-۴ شاخص‌های برازش تحلیل مسیر مدل اصلاحی

شاخص‌های برازش		نام شاخص
مقدار	حد مجاز	
۲/۵۵	کمتر از ۳	$\frac{\chi^2}{df}$
۰/۰۷	کمتر از ۰/۱	ریشه میانگین خطای برازندگی تعدیلی یافته
۰/۹۱	بالاتر از ۰/۹	CFI ^۳ (برازندگی مقایسه ای)
۰/۹۲	بالاتر از ۰/۹	NFI ^۴ (برازندگی نرم شده)
۰/۹۱	بالاتر از ۰/۹	AGFI ^۶ (نیکویی برازش تعدیل شده)

^۱ Root Mean Square Error Approximation

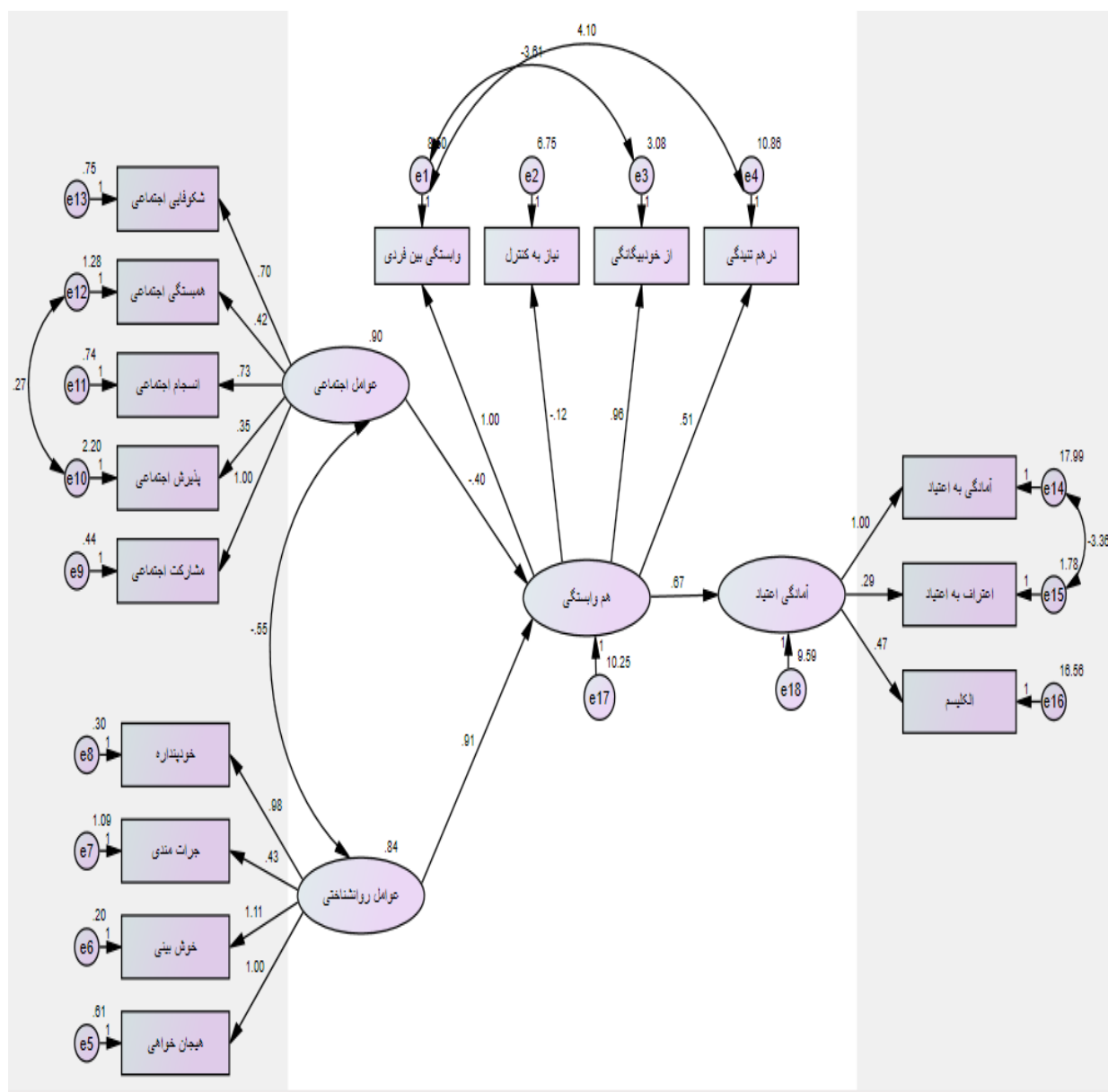
^۳ Comparative Fit Index

^۴ Normed Fit Index

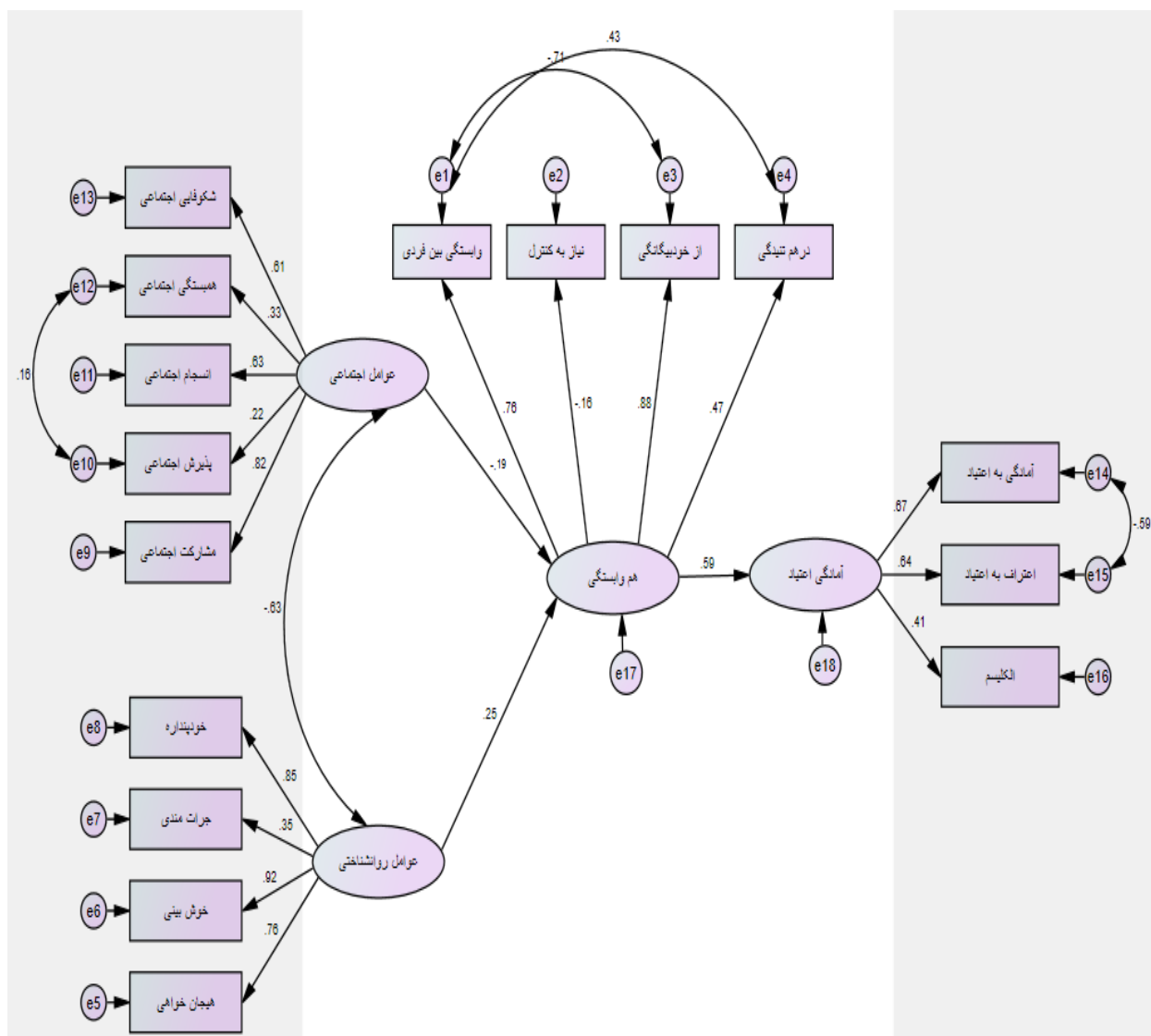
^۵ Goodness of Fit Index

^۶ Adjusted Goodness of Fit Index

همانگونه که مشاهده می‌شود شاخص‌های برازش مدل پس از اصلاح و حذف روابط غیر معنادار و ایجاد کوواریانس میان برخی زیرمقیاس‌های متغیرهای عوامل اجتماعی، هم وابستگی و آمادگی اعتیاد در وضعیت مطلوبی قرار گرفته است. در ادامه ابتدا نتایج مدل اندازه‌گیری و سپس ضرایب مسیر استاندارد شده و استاندارد نشده مدل اصلاحی در شکل و جدول ارائه شده است.



شکل ۲-۴. مدل اصلاحی در حالت ضرایب استاندارد نشده



شکل ۳-۴. مدل اصلاحی در حالت ضرایب استاندارد شده

با توجه به اینکه در مدل آزمون شده بالا، مسیرهای بین متغیرها همان فرضیه‌های پژوهش هستند، در ادامه به همراه جداول اثرات مستقیم به آزمون سایر فرضیات پژوهش پرداخته شده است.

معادلات اندازه گیری (تحلیل عاملی تاییدی) سازه‌های پژوهش

جدول ۷-۴ ضرایب و معناداری بارهای عاملی سازه‌های پژوهش

سازه	مؤلفه	بار عاملی استاندارد شده	آماره معناداری	P
عوامل اجتماعی	شکوفایی اجتماعی	۰/۶۱	۱۰/۸۱	۰/۰۰۱
	همبستگی اجتماعی	۰/۳۳	۵/۸۸	۰/۰۰۱
	انسجام اجتماعی	۰/۵۳	۱۰/۵۱	۰/۰۰۱
	پذیرش اجتماعی	۰/۲۲	۳/۸۴	۰/۰۰۱
	مشارکت اجتماعی	۰/۳۲	۵/۸۵	۰/۰۰۱
عوامل روانشناختی	خودپنداره	۰/۸۵	۱۷/۵۳	۰/۰۰۱
	جرات مندی	۰/۳۵	۶/۷۶	۰/۰۰۱
	خوش بینی	۰/۹۲	۱۸/۴۰	۰/۰۰۱
	هیجان خواهی	۰/۷۶	۱۱/۱۵	۰/۰۰۱
	وابستگی بین فردی	۰/۷۸	۷/۴۵	۰/۰۰۱
هم وابستگی	نیاز به کنترل	۰/۲۶	۲/۸۵	۰/۰۰۴
	ازخود بیگانگی	۰/۸۸	۸/۹۸	۰/۰۰۱
	در هم تنیدگی	۰/۴۸	۵/۲۲	۰/۰۰۱
امادگی اعتیاد	آمادگی به اعتیاد	۰/۶۷	۶/۶۶	۰/۰۰۱
	اعتراف به اعتیاد	۰/۶۴	۶/۲۴	۰/۰۰۱
	الکلیسم	۰/۴۱	۴/۶۶	۰/۰۰۱

آنچه از نتایج جدول فوق برمی‌آید این است که همه‌ی مؤلفه‌ها با ۹۵ درصد اطمینان زیر مجموعه‌ی مقیاس‌های پژوهش قرار می‌گیرند ($P < ۰/۰۵$).

آزمون فرضیه دوم

عوامل روانشناختی با واسطه‌گری هم وابستگی در آمادگی اعتیاد نوجوانان رابطه دارد.

جدول ۸-۴ ضرایب و معناداری اثرات غیرمستقیم عوامل روانشناختی بر آمادگی اعتیاد

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	نوع اثر	ضریب استاندارد نشده	β استاندارد شده	آماره معناداری	sig
آمادگی اعتیاد	عوامل روانشناختی	غیرمستقیم (نقش واسطه هم وابستگی)	۰/۶۱	۰/۱۵	۲/۲۱	۰/۰۲

آنچه از نتایج جدول فوق برمی آید این است که عوامل روانشناختی به صورت غیر مستقیم از طریق هم وابستگی بر آمادگی اعتیاد تاثیر معنادار داشته است. رابطه عوامل روانشناختی با آمادگی اعتیاد نوجوانان به صورت غیرمستقیم برابر ($t = 2/21$ و $\beta = 0/15$) است. بنابراین فرضیه مطرح شده در ارتباط با وجود تاثیر غیرمستقیم عوامل روانشناختی به واسطه‌ی هم وابستگی بر آمادگی اعتیاد با ۹۵ درصد اطمینان مورد تأیید بوده است.

آزمون فرضیه سوم

عوامل اجتماعی با واسطه‌گری هم وابستگی با آمادگی اعتیاد در نوجوانان رابطه دارد.

جدول ۹-۴ ضرایب و معناداری اثرات غیر مستقیم عوامل اجتماعی بر آمادگی اعتیاد

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	نوع اثر	ضریب استاندارد نشده	β استاندارد شده	آماره معناداری	sig
آمادگی اعتیاد	عوامل اجتماعی	غیرمستقیم (نقش واسطه‌ای هم وابستگی)	-۰/۲۷	-۰/۱۲	۲/۰۱	۰/۰۴

آنچه از نتایج جدول فوق برمی آید این است که عوامل اجتماعی به صورت غیر مستقیم از طریق هم وابستگی بر آمادگی اعتیاد تاثیر معنادار داشته است. رابطه عوامل اجتماعی با آمادگی اعتیاد نوجوانان به صورت غیرمستقیم برابر ($t = 2/01$ و $\beta = -0/12$) است. بنابراین فرضیه مطرح شده در ارتباط با وجود تاثیر غیرمستقیم عوامل اجتماعی به واسطه‌ی هم وابستگی بر آمادگی اعتیاد با ۹۵ درصد اطمینان مورد تأیید بوده است.

آزمون فرضیه چهارم

عوامل روانشناختی با هم وابستگی در نوجوانان رابطه دارد.

جدول ۱۰-۴ ضرایب و معناداری اثر مستقیم عوامل روانشناختی بر هم وابستگی

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	نوع اثر	ضریب استاندارد نشده	β استاندارد شده	آماره معناداری	sig
هم وابستگی	عوامل روانشناختی	مستقیم	۰/۹۱	۰/۲۵	۳/۲۲	۰/۰۰۳

آنچه از نتایج جدول فوق برمی آید این است که عوامل روانشناختی بر هم وابستگی نوجوانان اثر مستقیم معنادار داشته است. اثر عوامل روانشناختی بر هم وابستگی به صورت مستقیم برابر ($t = 3/22$ و $\beta = 0/25$) است. بنابراین فرضیه مطرح شده در ارتباط با وجود تاثیر مستقیم عوامل روانشناختی بر هم وابستگی با ۹۵ درصد اطمینان مورد تأیید بوده است.

با توجه به معنادار بودن اثر مستقیم عوامل روانشناختی بر هم وابستگی اکنون باید بررسی کرد که کدام یکی از ضرایب صفر نیست و یا به عبارت دیگر کدام زیر مقیاس ها تاثیر معنادار بر هم وابستگی دارند. به این منظور از آزمون t فیشر استفاده می شود.

جدول ۱۱-۴ ضرایب استاندارد، غیراستاندارد و آماره تی خرده مقیاس های عوامل روانشناختی

متغیر پیش بین	ضرایب مسیر		آماره t	sig	سطح معناداری مورد نظر
	استاندارد نشده	استاندارد شده			
مقدار ثابت	۲۴/۳۲		۹/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۰۵
خودپنداره	۰/۲۱	۰/۰۸	۱/۲۷	۰/۲۱	۰/۰۵
جرات مندی	۰/۳۰	۰/۲۱	۴/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۵
خوش بینی	۰/۱۷	۰/۰۸	۱/۳۲	۰/۱۸	۰/۰۵
هیجان خواهی	۰/۵۴	۰/۲۸	۵/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۰۵

همان طور که نتایج جدول نشان می‌دهد جرات مندی و هیجان خواهی بر هم وابستگی در سطح ۵ درصد تاثیر معنادار دارد و مثبت بودن این ضرایب در واقع نشان دهنده این است که با افزایش این عوامل، میزان هم وابستگی افزایش می‌یابد (ذکر این نکته ضروری است که براساس نمره گذاری پرسشنامه عوامل روانشناختی، نمره بالای خودپنداره، جرات مندی، خوش بینی و هیجان خواهی بیانگر خودپنداره، جرات مندی، خوش بینی و هیجان خواهی ضعیف می‌باشد).

آزمون فرضیه پنجم

عوامل اجتماعی با هم وابستگی در نوجوانان رابطه دارد.

جدول ۱۲-۴ ضرایب و معناداری اثر مستقیم عوامل اجتماعی بر هم وابستگی

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	نوع اثر	ضریب استاندارد نشده	β استاندارد شده	آماره معناداری	sig
هم وابستگی	عوامل اجتماعی	مستقیم	-۰/۴۰	-۰/۱۹	۲/۳۰	۰/۰۰۶

آنچه از نتایج جدول فوق برمی‌آید این است که عوامل اجتماعی بر هم وابستگی نوجوانان اثر مستقیم معنادار داشته است. اثر عوامل اجتماعی بر هم وابستگی به صورت مستقیم برابر ($t = 2/30$ و $\beta = -0/19$) است. بنابراین فرضیه مطرح شده در ارتباط با وجود تاثیر مستقیم عوامل اجتماعی بر هم وابستگی با ۹۵ درصد اطمینان مورد تأیید بوده است.

با توجه به معنادار بودن اثر مستقیم عوامل اجتماعی بر هم وابستگی اکنون باید بررسی کرد که کدام یکی از ضرایب صفر نیست و یا به عبارت دیگر کدام زیر مقیاس‌ها تاثیر معنادار بر هم وابستگی دارند. به این منظور از آزمون t فیشر استفاده می‌شود.

جدول ۱۳-۴ ضرایب استاندارد، غیراستاندارد و آماره تی خرده مقیاس های عوامل اجتماعی

متغیر پیش بین	ضرایب مسیر		آماره t	sig	سطح معناداری مورد نظر
	استاندارد نشده	استاندارد شده			
مقدار ثابت	۵۶/۳۴		۱۲/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۰۵
شکوفایی اجتماعی	-۰/۴۸	-۰/۱۱	-۲/۲۲	۰/۰۲	۰/۰۵
همبستگی	-۰/۳۴	-۰/۰۶	-۱/۴۰	۰/۱۶	۰/۰۵
انسجام اجتماعی	۰/۰۳	۰/۰۱	۰/۱۷	۰/۸۶	۰/۰۵
پذیرش اجتماعی	-۰/۶۷	-۰/۲۰	-۳/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۰۵
مشارکت اجتماعی	-۰/۲۶	-۰/۱۱	-۲/۰۵	۰/۰۴	۰/۰۵

همان طور که نتایج جدول نشان می دهد ابعاد شکوفایی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی بر هم وابستگی در سطح ۵ درصد تاثیر معنادار دارد و منفی بودن این ضرایب در واقع نشان دهنده این است که با افزایش این عوامل ، میزان هم وابستگی کاهش می یابد.

آزمون فرضیه ششم

هم وابستگی با آمادگی اعتیاد در نوجوانان رابطه دارد.

جدول ۱۴-۴ ضرایب و معناداری اثر مستقیم هم وابستگی بر آمادگی اعتیاد

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	نوع اثر	ضریب استاندارد نشده	β استاندارد شده	آماره معناداری	sig
آمادگی اعتیاد	هم وابستگی	مستقیم	۰/۶۷	۰/۵۹	۵/۷۴	۰/۰۰۱

آنچه از نتایج جدول فوق برمی آید این است که هم وابستگی بر آمادگی اعتیاد نوجوانان اثر مستقیم معنادار داشته است. اثر هم وابستگی بر آمادگی اعتیاد به صورت مستقیم برابر ($t = 5/74$ و $\beta = 0/59$) است. بنابراین فرضیه مطرح شده در ارتباط با وجود تاثیر مستقیم هم وابستگی بر آمادگی اعتیاد با ۹۵ درصد اطمینان مورد تأیید بوده است.

با توجه به معنادار بودن اثر مستقیم هم وابستگی بر آمادگی اعتیاد اکنون باید بررسی کرد که کدام یکی از ضرایب صفر نیست و یا به عبارت دیگر کدام زیر مقیاس‌ها تاثیر معنادار بر آمادگی اعتیاد دارند. به این منظور از آزمون t فیشر استفاده می‌شود.

جدول ۱۵-۴ ضرایب استاندارد، غیراستاندارد و آماره تی خرده مقیاس‌های هم وابستگی

متغیر پیش بین	ضرایب مسیر		آماره t	sig	سطح معناداری
	استاندارد نشده	استاندارد شده			
مقدار ثابت	۴۴/۵۵		۱۹/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۰۵
وابستگی بین فردی	۰/۳۷	۰/۲۲	۳/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۰۵
نیاز به کنترل	۰/۱۶	۰/۰۵	۱/۱۱	۰/۲۷	۰/۰۵
ازخود بیگانگی	۰/۴۵	۰/۲۲	۳/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۰۵
در هم تنیدگی	۰/۳۱	۰/۱۵	۲/۴۷	۰/۰۱	۰/۰۵

همان طور که نتایج جدول نشان می‌دهد ابعاد وابستگی بین فردی، ازخود بیگانگی و در هم تنیدگی در سطح ۵ درصد تاثیر معنادار دارد و مثبت بودن این ضرایب در واقع نشان دهنده این است که با افزایش این عوامل ، میزان آمادگی اعتیاد افزایش می‌یابد.

فرضیه هفتم

آمادگی به اعتیاد در پسران بیشتر از دختران است.

جدول ۱۶-۴ مقایسه میانگین‌های دوگروه دختر و پسر در آمادگی به اعتیاد

شاخص آماری	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین ها	مقدار t	درجات آزادی	سطح معناداری
دختر	۶۰	۴۸/۱۵	۷/۴۶	۰/۲۷	۰/۳۶	۳۹۸	۰/۷۱
پسر	۶۰	۴۸/۴۳	۷/۶۹				

همان گونه که نتایج جدول نشان می‌دهد از آنجا که مقدار t به دست آمده (۰/۳۶) با درجه آزادی ۳۹۸ ، از مقدار t جدول کوچکتر است و همچنین از آنجا که سطح معنی داری این آزمون برابر ۰/۷۱ می‌باشد و چون این

مقدار بزرگتر از سطح معنی داری ۰/۰۵ می باشد، بنابراین با ۹۵ درصد اطمینان می توان گفت که تفاوت مشاهده شده بین میانگین نمرات دو گروه غیرمعنی دار می باشد. بنابراین فرضیه پژوهش با ۹۵ درصد اطمینان رد و فرض صفر تایید می گردد.

فرضیه هشتم

هم وابستگی در دختران بیشتر از پسران است.

جدول ۱۷-۴ مقایسه میانگین های دو گروه دختر و پسر در هم وابستگی

شاخص آماری گروه ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین ها	مقدار t	درجات آزادی	سطح معناداری
دختر	۲۰۰	۴۵/۴۲	۹/۵۷	۰/۹۲	۰/۹۵	۳۹۸	۰/۳۳
پسر	۲۰۰	۴۴/۵۰	۹/۶۱				

همان گونه که نتایج جدول نشان می دهد از آنجا که مقدار t به دست آمده (۰/۹۵) با درجه آزادی ۳۹۸ ، از مقدار t جدول کوچکتر است و همچنین از آنجا که سطح معنی داری این آزمون برابر ۰/۳۳ می باشد و چون این مقدار بزرگتر از سطح معنی داری ۰/۰۵ می باشد، بنابراین با ۹۵ درصد اطمینان می توان گفت که تفاوت مشاهده شده بین میانگین نمرات دو گروه غیرمعنی دار می باشد. بنابراین فرضیه پژوهش با ۹۵ درصد اطمینان رد و فرض صفر تایید می گردد.

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

در این فصل ابتدا نتایج به دست آمده از تحلیل داده‌ها که در فصل چهار ارائه گردید، مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد و تبیین‌های احتمالی برای نتایج به دست آمده مطرح می‌شود، سپس محدودیت‌ها و مشکلات پژوهش ذکر می‌گردد و سرانجام جهت هدایت پژوهش‌های آتی، پیشنهادها مبتنی بر نتایج پژوهش و همچنین پیشنهادهای به محققان دیگر ارائه می‌شود.

بحث و بررسی یافته‌های پژوهش

آزمون فرضیه اول: مدل ساختاری روابط عوامل روانی اجتماعی در آمادگی اعتیاد نوجوانان با نقش واسطه‌ای هم وابستگی با یافته‌های پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار است.

نتایج جدول ۴-۶ نشان داد شاخص‌های برازش مدل پس از اصلاح و حذف روابط غیر معنادار و ایجاد کوواریانس میان برخی زیرمقیاس‌های متغیرهای عوامل اجتماعی، هم وابستگی و آمادگی اعتیاد در وضعیت مطلوبی قرار گرفته است.

هم وابستگی بستر مناسبی برای بروز اعتیاد و رفتارهای جبری - وسواسی است. سرماک^۱ (۱۹۸۶) هم وابستگی را یک اختلال شخصیتی می‌داند که بر اساس نیاز به اداره و کنترل امور به منظور مقابله با پیامدهای نامطلوب شدید، غفلت از نیازهای خود، تحریف حد و مرزهای پیرامون صمیمیت و جدایی، افسردگی و بیماری‌های مرتبط با فشار و استرس مشخص می‌شود.

با توجه به وضعیت چند بعدی (جسمی، ذهنی، عاطفی و معنوی) هم وابستگی و تعمیم آن به مراحل رشدی مختلف زندگی، پژوهش حاضر ارتباط شکل‌گیری هم وابستگی با عوامل روانی و نیز اجتماعی را با مولفه‌های سلامت اجتماعی نشان می‌دهد.

هم وابستگی به عنوان یک مفهوم معتبر تشخیصی (هارکنز، کوتزل^۲، ۱۹۹۷) یک رفتار اکتسابی است که تحت تاثیر رشد در خانواده‌ای ناکارآمد و شرایط نابسامان اجتماعی شکل می‌گیرد و نقش مهمی در ایجاد رفتارهای

^۱ Cermak, T.L

^۲ Harkin, P. & Cottrell, D. J

اعتیادی و جبری مثل اعتیاد به اینترنت ، کار ، رابطه ... و داروها دارد. هم وابستگی قابل درمان است و در شرایطی که اغلب عوامل ایجادکننده آن تحت کنترل نظام آموزش و پرورش و درمانگران قرار ندارد شناسایی این وضعیت در نوجوانان و مداخله در آن می تواند اثر پیشگیرانه مهمی در آسیب های اجتماعی به ویژه مصرف مواد داشته باشد. این درمان مستلزم جداسازی فرد از یک رابطه کژکارانه است که خود نیازمند داشتن تصویری روشن و واضح از "خود" است. تصور اینکه ما چه کسی هستیم و چه اهداف و مقاصدی داریم و چه محدودیت هایی را برای دخالت خود در زندگی قائل هستیم.

یافته این پژوهش که مطلوب بودن برازش مدل ساختاری رابطه عوامل روانی و اجتماعی با نقش واسطه ای هم وابستگی در آمادگی اعتیاد نوجوانان است همسو با پژوهش پارکر و فالوک و لوبلو^۱ (۲۰۰۳) است که هم وابستگی را یک اختلال جدا و مستقل از دیگر آسیب های رفتاری تشخیص داد.

نتایج حاصل از این مدل در رابطه با نقش عوامل روانشناختی با هم وابستگی با نتایج پژوهش های کندسون و ترل^۲ (۲۰۱۲) ، مارکز ، بلور ، هین و دیر^۳ (۲۰۱۱) ، تالوار^۴ و همکاران (۲۰۱۱) ، یی هو و چانگ^۵ (۲۰۱۰) ، لوهاد^۶ (۱۹۹۱) ، و کارواخال^۷ و همکاران (۱۹۹۸) همسو می باشد.

رابطه هم وابستگی با عوامل اجتماعی در مدل موردنظر با نتایج پژوهش چانگ (۲۰۱۰) در مورد رابطه هم وابستگی و جهت گیری فرهنگی و پژوهش حیدرنژاد (۱۳۹۰) همسو است. رابطه هم وابستگی در مدل مورد نظر با مصرف مواد همسو با نتایج پژوهش های چلن و کار (۱۹۹۹) و متولی، خان احمدی (۱۳۹۴) می باشد.

این یافته ها را می توان در چهارچوب نظریه نظریه تحقیر خود تبیین نمود. براساس این نظریه عزت نفس کلی فرد، عامل اصلی در سوء مصرف مواد و پیشگیری از آن محسوب می شود. نوجوانانی که احساس می کنند از

¹ Parker, F.M., Faulk, D., & Lobello, S.G

² Knudson, T.M., Terrell, H.K

³ Marks A. D. G., Blore, R. L., Hine D. W. and Dear G. E

⁴ Talwar UK , Verma AN , Singh R . Sharma V

⁵ Yee Ho , M., & Cheung , F.M

⁶ Loughrad, T.A

⁷ Carvajal , S.C

سوی دیگران طرد شده اند و عملکرد اجتماعی مورد قبولی ندارند، واکنش‌هایی از خود نشان می‌دهند: اول آن که احساس می‌کنند باید به طور نمادین در برابر معیارها و ارزش‌های مرسوم طغیان کنند. دوم آن که، از الگوهای اجتماعی مرسوم دوری می‌کنند، سوم این که احساس می‌کنند می‌توانند با انجام رفتارهای نامتعارف احساس خود ارزشمندیشان را تقویت نمایند و در نهایت با همسالان منحرفی ارتباط برقرار می‌کنند که احساس ارزشمندی را در آنان تقویت می‌کنند. این دیدگاه با وارد نمودن مفاهیم عزت نفس، انزوا و دوری‌گزینی از اجتماع و ارتباط با همسالان منحرف و با تکیه بر ویژگی‌های درون فردی و مفاهیمی از نظریه‌های تعهد و وابستگی و همچنین یادگیری اجتماعی، سوء مصرف مواد را تبیین می‌کند.

آزمون فرضیه دوم: عوامل روانشناختی با واسطه‌گری هم وابستگی در آمادگی اعتیاد نوجوانان رابطه دارد. نتایج جدول ۸-۴ نشان داد عوامل روانشناختی با واسطه‌گری هم وابستگی در آمادگی اعتیاد نوجوانان رابطه دارد.

همسو با این یافته نتایج مطالعه وطن خواه و همکاران (۱۳۹۲) در مورد رابطه هیجان خواهی و آمادگی به اعتیاد و نقش تعدیل‌گیر ویژگی‌های شخصیتی روان رنجور خویی و توافق‌پذیری در دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد یافته‌ها نشان داد که هیجان خواهی و آمادگی به اعتیاد رابطه مثبت معنی دار دارند. اما تحلیل رگرسیون چند گانه تعاملی، نشان داد که رابطه آمادگی اعتیاد و هیجان خواهی فقط توسط روان رنجور خویی تعدیل می‌گردد و توافق‌پذیری هیچ گونه نقش تعدیل‌کنندگی در این رابطه ندارد. در پژوهشی با عنوان نقش میانجی گرانه راهبردهای مقابله‌ای و ابراز وجود در رابطه بین هیجان خواهی با گرایش به اعتیاد توسط صیادی (۱۳۹۴) این نتیجه به دست آمد که میان راهبردهای مقابله‌ای، ابراز وجود و گرایش به اعتیاد رابطه معنی دار وجود دارد. یافته‌ها گویای این است که تأثیر و رابطه هیجان خواهی بر گرایش اعتیاد از طریق متغیرهای میانجی راهبردهای مقابله‌ای و ابراز وجود می‌باشد و این متغیرها پیش‌بینی‌کننده خوبی برای گرایش به اعتیاد هستند. نتایج پژوهش کانر، لویی و کینگ (۲۰۱۵) نشان داد که تحول نامتقارن مغزی در دوره‌ی نوجوانی یک سیستم کنترل

تکانه‌ای نابالغ را سبب می‌شود که باعث بروز هیجان خواهی در این دوره‌ی رشدی است و همراه با تأمل کم باعث افزایش پیامدهای مثبت و منفی الکل و مصرف مواد مخدر است. پژوهش گالبریت و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که بین میزان هیجان خواهی و مصرف ماری جوانا و نوشیدن سنگین الکل رابطه مثبت معنادار وجود دارد. ون اک، مارکل و فلوری (۲۰۱۲) در پژوهشی نشان دادند که هیجان خواهی متغیر تعدیل کننده بین علائم ADHD و سوء مصرف مواد محرک در نوجوانی است. هوران و ویلیامز (۱۹۸۲) دریافتند دانش آموزانی که چنین آموزشی را دریافت کرده بودند در سه سال پیگیری پژوهش کاهش تمایل به استفاده از الکل و ماری جوانا نشان دادند. شایر، بوتوین و دیاز (۱۹۹۹) در پژوهشی نتیجه گرفتند که کفایت ادراک شده و مهارت‌های امتناع موثر هر دو با کاهش مصرف الکل همراه بوده است و بیان کردند که هر دو باید جزء اجزاء ضروری راهبردهای پیشگیری مدرسه محور باشد. پژوهش دی جانگ (۱۹۸۷) در مورد اثر بخشی آموزش مقاومت در برابر مصرف مواد نشان داد که دانش آموزانی که آموزش جرأت ورزی دریافت کرده بودند به طور قابل توجهی مصرف الکل، سیگار و مواد مخدر در آنها پایین تر از گروه کنترل بود. این رابطه به ویژه در مورد دانش آموزان پسر قوی تر بوده است.

پژوهش جاشوا و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که انتظار پیامد جامعه پذیری به دنبال مصرف الکل دارای همبستگی مثبت با بهبود خود پنداره است که همراه با مصرف الکل است. استوکی (۲۰۰۳) با پژوهش روی ۴۳۰۰ نوجوان آمریکایی آسیایی نشان داد که افسردگی به طور معناداری در دانش آموزان دختر با مصرف الکل و تنباکو رابطه‌ی مثبت داشت اما چنین رابطه‌ای بین مصرف مواد و خود پنداره وجود نداشت. در پسران نه خود پنداره و نه افسردگی رابطه مثبت با استفاده از مواد مخدر نداشت. یی هو و چانگ (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای نشان داد که داشتن معنا در زندگی و خوش بینی به طور معناداری با ابعاد چندگانه رضایت از زندگی و مشکلات روان شناختی در نوجوانان ارتباط دارد. در این پژوهش خوش بینی دارای نقش واسطه‌ای بین داشتن معنا در زندگی و جنبه‌های مثبت و منفی بهزیستی فرد است. نقش واسطه‌ای خوش بینی تفاوتی از نظر جنسیت

نداشت. کارواخال و همکاران (۱۹۹۸) سه فاکتور خوش بینی، شادی و عزت نفس را که به طور عمده مرتبط با بهزیستی روانی و جسمی است در یک مدل نفوذ اجتماعی برای پیش بینی سوء مصرف مواد مخدر مورد بررسی قرار دادند. نتایج حاصله نشان داد که خوش بینی، شادی و عزت نفس در اجتناب از مواد مخدر نقش تعیین کننده دارند. نگرش ها، هنجارهای ادراک شده و کنترل رفتاری ادراک شده نقش متغیرهای واسطه‌ای را داشته اند. یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌کند که تلاش برای پیشگیری از سوء مصرف مواد باید با تاکید روی فاکتورهای فردی در پیوستگی با تعیین کننده‌های فوری مصرف مواد باشد.

در تبیین این یافته باید گفت ضعف و نارسایی‌های روانی و شخصیتی به همراه شرایط نامناسب اجتماعی، خانوادگی و فقدان روابط صحیح انسانی به تدریج فرد را با مشکلات و آسیب‌های روحی و روانی مواجه می‌نماید. در بررسی زندگی معتادان، آشفتگی وضع خانواده در اکثر موارد به وضوح دیده می‌شود و خیلی از معتادان برای فرار از این آشفتگی‌ها و مشکلات روانی به اعتیاد پناه می‌برند. لذا والدین می‌بایست زمینه بروز هرگونه آسیب روحی و روانی در خانواده را از بین ببرند.

پژوهش خانجانی، فخرائی و بدری (۱۳۸۹) نشان داد که تفاوت معنی داری بین گروه معتاد و عادی در هیجان خواهی کلی و زیر مقیاس‌های آن شامل ماجراجویی، ملال پذیری، تنوع طلبی و هیجان خواهی وجود داشت و افراد معتاد در هیجان خواهی کلی و زیر مقیاس‌های هیجان خواهی نسبت به افراد عادی بالاتر بودند. مردان با مصرف مواد نسبت به زنان با مصرف مواد در هیجان خواهی تنوع طلبی، ماجراجویی و هیجان خواهی کل بالاتر از زنان بودند. اما بین زنان و مردان معتاد در مولفه‌های ملال پذیری، تجربه طلبی و گریز از بازداری تفاوت معنی دار نبود. پژوهش حاجی حسینی (۱۳۹۱) نشان داد که رابطه بین متغیرهای پرخاشگری، ابراز وجود و افسردگی با آمادگی به اعتیاد معنادار است و نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری نشان داد که ترکیب خطی پرخاشگری، ابراز وجود و افسردگی توان پیش بینی آمادگی به اعتیاد را دارند. پژوهش علیلو و همکاران (۱۳۸۸) نشان داد که بین گروه معتاد و افراد سالم از نظر میزان نوروزگرایی، تکانش ورزی و هیجان خواهی

تفاوت معنی داری وجود دارد. اما بین گروه‌های سوء مصرف کننده مواد و افراد سالم از نظر میزان برون‌گرایی تفاوتی دیده نشد. یافته جالب این پژوهش این بود که گروه سوء مصرف کننده‌ی دارای رفتارهای پر خطر نمرات بیشتری را در متغیرهای نوروزگرایی، تکانش ورزی و هیجان خواهی در مقایسه با گروه سوء مصرف کننده دارای رفتار کم خطر به دست آوردند.

آزمون فرضیه سوم: عوامل اجتماعی با واسطه‌گری هم وابستگی با آمادگی اعتیاد در نوجوانان رابطه دارد.

نتایج جدول ۹-۴ نشان داد عوامل اجتماعی با واسطه‌گری هم وابستگی با آمادگی اعتیاد در نوجوانان رابطه دارد. در تبیین این یافته باید گفت این یافته را می‌توان در چارچوب حمایت‌های اجتماعی و به ویژه حمایت خانوادگی تبیین نمود. والدین با گوش دادن به صحبت‌های فرزندان، حمایت از رفتارهای مثبت، پسندیده و سالم، توجه کردن به احساسات و عواطف آن‌ها کمک کنند تا فرزندان با ایجاد رابطه‌ای نزدیک و صمیمانه با آن‌ها در صدد مقابله با بحران‌های زندگی برآیند. والدین اجازه دهند تا با بحث و گفتگو، احساس مسئولیت، ارزشمندی و خود کارآمدی در آن‌ها رشد و تقویت شود و وابستگی بین فردی در آن‌ها کاهش یابد. والدین با گزینش روش‌های معقول و سنجیده، راه رسیدن به استقلال فردی و رشد اجتماعی را برای فرزندان روشن نمایند. در صورتی که روابط بین اعضاء خانواده گرم، صمیمی، حمایت گر و غیر مداخله جویانه باشد، فرزندان را از گرایش به اعتیاد باز می‌دارد و محیط خانواده را به پناهگاهی عاطفی و امن تبدیل می‌کند که فرزندان در آن احساس امنیت نمایند.

از سویی اختلاف و ناسازگاری و تعارض بین اعضاء خانواده به ویژه والدین، زمینه‌های گریز از کانون خانواده و پناه بردن به کانون‌هایی که فرد در آنجا پذیرفته می‌شود را فراهم می‌سازد و این کانون ها، اغلب فضای خطرآفرین گرایش به اعتیاد را برای فرد مهیا می‌سازند و یا فرد برای گریز از واقعیت ها، ممکن است به مواد مخدر پناه ببرد. لذا اطرافیان، به ویژه والدین می‌بایست محیط خانواده را عاری از هرگونه تنش، اختلاف و

ناسازگاری نمایند تا فرزندان بتوانند در محیطی آرام و سالم در کنار آن‌ها زندگی مسالمت آمیزی داشته باشند و از گرایش به اعتیاد مصون بمانند.

فرد از نظر اجتماعی سالم زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه‌ی معنادار و قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند، احساس کند متعلق به گروه‌های اجتماعی است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهمیم ببیند (کیز). در واقع، زندگی سالم محصول تعامل اجتماعی بین انتخاب‌های فردی از یک سو و محیط اجتماعی و اقتصادی احاطه کننده‌ی افراد از سوی دیگر است (لارسون، ۱۹۹۳).

وین استانی و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهش خود نشان دادند که سطح متوسط و بالای سرمایه اجتماعی با مصرف و وابستگی به الکل و مواد رابطه منفی دارد. بهم ریختگی و بی‌سازمانی محل زندگی با مصرف مواد و وابستگی به آن رابطه‌ی مثبت دارد. همسو با این یافته پژوهش گرین فیلد و راجرز (۲۰۰۲) نشان داد که رابطه معناداری بین یکپارچگی اجتماعی و مصرف الکل وجود دارد.

پژوهش انگلز، نب و دروپ (۱۹۹۹) که در مورد علت عدم ترجیح نوجوانان برای نوشیدن الکل در خانه بود و مطالعه بر روی بهزیستی روانشناختی، یکپارچگی اجتماعی و زمینه نوشیدن الکل انجام شد. این مطالعه نشان داد که مردانی که در گروه نوشندگان الکل در خانه قرار می‌گیرند یکپارچگی اجتماعی پایین دارند بیشتر احساس تنهایی می‌کنند و معمولاً روابط با ثبات کمتری دارند. و نت زل (۱۹۹۴) در پژوهش خود نشان داد پیگیری دانش آموزان برای اهداف اجتماعی مثل کمک به همکلاسی‌هایی با مشکلات درسی به طور مثبت با پذیرش اجتماعی مرتبط بود. اما پیگیری تکالیف آموزش و نقش کلاسی فرد با پذیرش اجتماعی ارتباط منفی و با پذیرش معلم ارتباط مثبت داشت. پژوهش لاگمن و ویلنو (۱۹۹۴) نشان داد که نوجوانانی که پذیرش اجتماعی پایینی دارند و میزان پرخاشگری بالایی دارند به طور مثبتی همبستگی با مصرف ماری جوانا، داروها، الکل و فعالیت‌های بزهکارانه دارند. همسو با این یافته در پژوهش وجودی، عطارد و پورشریفی (۱۳۹۲) یافته‌ها نشان می‌دهند افرادی که قادر به ابراز خودشان نیستند و در روابط بین فردی حساسیت به خرج می‌دهند

یعنی نسبت به طرد حساس می‌شوند به احتمال بیشتری در معرض وابستگی مواد هستند و این امکان وجود دارد که با آموزش این مهارت‌ها از ابتلای افراد به این معضل جلوگیری نمود.

آزمون فرضیه چهارم: عوامل روانشناختی با هم وابستگی در نوجوانان رابطه دارد.

نتایج جدول ۱۰-۴ نشان داد عوامل روانشناختی با هم وابستگی در نوجوانان رابطه دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت از منظر دیدگاه سیستمی در خانواده، علت پیدایش هم وابستگی عدم تمایز بین احساسات و عواطف در محیط خانواده است که نتیجه آن تمرکز بیرونی، مراقبت بیش از حد از دیگران و پدید آمدن رفتارهای اجباری و وسواسی در فرد می‌باشد (پرست، بنسون، پروتسکی، ۱۹۹۳؛ ساکرو و داگلز، ۲۰۰۵). از پژوهش‌های همسو با این یافته میتوان به موارد زیر اشاره کرد. پژوهش مارکز، بلو، هین و دیر (۲۰۱۱) نمرات بالاتر هم وابستگی را با سطح بالای افسردگی، خوش بینی پایین و کاهش عزت نفس و نیز عدم شکل گیری هویت فردی دارای رابطه معنادار یافته است.

در تحقیق چانگ (۲۰۱۰)، علت پیدایش هم وابستگی ناشی از محیط خانوادگی استرس زا و ناکارآمد توصیف شد که منجر به سطوح پایینی از تمایز یافتگی و سطوح بالای از سبک‌های وابستگی برای مقابله با اضطراب ناشی از محیط خانواده می‌باشد که به نوبه خود بر روی هویت یابی و ایجاد روابط صمیمی و عاطفی تأثیر منفی خواهد داشت. جلوه‌های روانی مرتبط؛ عزت نفس پایین، فقدان ارتباط عاطفی و صمیمی و جلوه‌های ظاهری، اضطراب، افسردگی، اختلال در عملکرد اجتماعی و جسمی می‌باشند. تحقیق لانگ (۲۰۰۵) نیز همسو با این یافته است که نشان داد بین اختلال‌های روانشناختی، مشکلات ارتباطی. عزت نفس پایین با هم وابستگی رابطه معنادار وجود دارد. ویپ (۲۰۰۴) در پژوهش خود نتیجه گرفت که هم وابستگی در رابطه بین فردی بدون ابراز وجود، عدم استقلال فردی و تحریف واقعیت در خانواده شکل می‌گیرد. در همین راستا لوهاد (۱۹۹۱) نشان داده است که ساختار ایجاد هم وابستگی با یک رویداد استرس زا در خانواده از جمله آزار و اذیت جسمی و

جنسی و یا آزار عاطفی، غفلت توسط والدین و یا قرار گرفتن در معرض یک رویداد بسیار آسیب زا مرتبط می‌باشد .

فرضیه پنجم: عوامل اجتماعی با هم وابستگی در نوجوانان رابطه دارد.

نتایج جدول ۴-۱۱ نشان داد عوامل روانشناختی با هم وابستگی در نوجوانان رابطه دارد.

در تبیین این یافته می‌توان در راستای پژوهش‌های انجام شده (ویب ، ۲۰۰۹) بیان کرد هم وابستگی از طریق الگو و نظام خانواده آموخته می‌شود که وابستگی در رابطه بین فردی، عدم استقلال فردی و تحریف واقعیت در آن خانواده جریان دارد؛ در چنین شرایطی فرد با مشاهده رفتارهای ناکارآمد و تنش‌های بین والدین این الگو را می‌آموزد، این الگوها آغازی است برای یادگیری الگوی رفتار ناکارآمد در روابط عاطفی بزرگسالی که منعکس کننده رابطه عاطفی بین والدین بوده است (چیو، فیچام ، ۲۰۱۰).

فرضیه ششم: هم وابستگی با آمادگی اعتیاد در نوجوانان رابطه دارد.

نتایج جدول ۴-۱۲ نشان داد هم وابستگی با آمادگی اعتیاد در نوجوانان رابطه دارد.

می‌توان گفت هم وابستگی یک بیماری است که در آن فرد در زمینه‌های زیر اختلال دارد: میزان عزت نفس پایین ، تعیین مرزهای عملکردی، پذیرفتن واقعیت خود و ابراز آن، برآوردن نیازها و خواسته‌های خود، تجربه کردن و ابراز واقعیت خود به صورت متعادل (بیتی ، ۱۹۸۹). تالوار و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهش خود همبستگی معنادار بین افسردگی و هم وابستگی را تأیید کردند. همچنین دوگان (۲۰۰۹) بین هم وابستگی و سلامت روان در پژوهش خود ارتباط معنادار یافت.

فرضیه هفتم: آمادگی به اعتیاد در پسران بیشتر از دختران است.

نتایج جدول ۴-۱۳ نشان داد بین آمادگی به اعتیاد در دختران و پسران تفاوت معنادار وجود ندارد. این یافته همسو با پژوهش پازانی (۱۳۸۴) میباشد که تفاوت معناداری در آمادگی اعتیاد دختران و پسران نوجوان نیافت.

با توجه به این که پژوهش حاضر بر روی نوجوانان صورت گرفت، لذا تبیین احتمالی در راستای عدم معنی داری آمادگی به اعتیاد در دختران و پسران این است که به سبب شکل نگرفتن بعضی از ساختارهای هویتی، در سن نوجوانی تفاوت معناداری بین دختران و پسران در آمادگی به اعتیاد وجود ندارد.

فرضیه هشتم: هم وابستگی در دختران بیشتر از پسران است.

نتایج جدول ۱۴-۴ نشان داد بین هم وابستگی در دختران و پسران تفاوت معنادار وجود ندارد.

ریوم، وارد، ویتکینز^۱ (۲۰۱۰) در تحقیق خود نشان دادند که رابطه معنی داری بین هم وابستگی و جنسیت در نوجوانان تایوانی نیست که همسو با یافته پژوهش حاضر است. این یافته همسو با پژوهش کووان و وارن (۱۹۹۴) است که مطالعه‌ای را درباره ارتباط هم وابستگی و نقش‌های جنسیتی منتشر کردند. آنها دریافتند شواهد کمی از بیشتر بودن نمرات هم وابستگی در زنان کالج نسبت به مردان کالج وجود دارد. نتیجه بدست آمده ناهمسو با پژوهش دیر (۲۰۰۲) است که ارتباط معناداری بین نقش جنسیتی زنانگی و ایثار خود و تمرکز بر محیط خارج یافت. یافته‌های پژوهش پارسافر، یزدخواستی (۱۳۹۳) نشان داد نقش‌های جنسیتی مردانه با هم وابستگی رابطه منفی دارد و نقش‌های جنسیتی زنانه با هم وابستگی دارای رابطه‌ی مثبت معنادار است.

نتایج یک پژوهش در مورد هم وابستگی در زنان و مردانی که در حرفه‌های مددکاری هستند توسط مارت سلف (۱۹۹۹) نشان داد که میزان نمره کلی هم وابستگی در مددکاران نمونه‌ی مرد مورد مطالعه بیشتر از زنان مددکار بوده است که ناهمسو با یافته این پژوهش می‌باشد. در تبیین این یافته میتوان گفت با توجه به این که نمونه پژوهش شامل نوجوانان می‌باشد و اجتماعی شدن فرایندی است که در آن هنجارها، مهارت‌ها، انگیزه‌ها، نگرش‌ها و رفتارهای فرد به تدریج شکل می‌گیرد، تا ایفای نقش وی در جامعه شناخته شود نقش‌های جنسیتی افراد نیز در طی این دوران تا بزرگسالی خود را با تعاریفی که فرهنگ برای افراد خود مشخص می‌کند به تدریج منطبق می‌سازد.

محدودیت‌های پژوهش

۱. در این پژوهش از روش‌های کمی برای فهم رابطه متغیرها استفاده گردید. استفاده از روش‌های طولی و نیز بلند مدت می‌تواند به بهبود و تعمیم یافته‌ها کمک بیشتری نماید. در پژوهش‌های دیگر، می‌توان نمونه را از بین دانشجویان انتخاب کرد و نحوه تاثیر این مولفه‌ها را در آن‌ها مورد بررسی قرار داد.

۲. این پژوهش در گروه نوجوانان اجرا شد و تعمیم پذیری آن بر سایر مقاطع سنی مثل جوانان و میانسالان با محدودیت مواجه است.

۳. محدودیت دیگر این پژوهش مربوط به ابزارهای جمع آوری اطلاعات است که نوعی خودگزارشی است و با این حال اعتبار پاسخ آزمودنی‌ها قابل تامل است.

۴. از آن جا که این پژوهش بر روی دانش آموزان منطقه ۱۶ تهران اجرا شد لذا در تعمیم نتایج به دانش آموزان سایر مناطق باید احتیاط لازم صورت گیرد.

پیشنهادهای پژوهشی

از آن جایی که تحقیقات زیادی در غالب مدل سازی معادلات ساختاری در این زمینه صورت نگرفته است و این پژوهش یک موضوع نو و تازه می‌باشد هنوز می‌توان تحقیقات زیادی را می‌توان در این زمینه انجام داد و از طرفی با توجه به محدودیت‌های پژوهش، پژوهشگران می‌توانند در پاسخ به این نارسایی‌ها، طرح‌هایی را ارائه دهند که مسائلی را پوشش می‌دهد که این پژوهش به آن‌ها توجهی نکرده است.

۱. پیشنهاد می‌شود که پژوهش در مورد آمادگی اعتیاد و پیشایندهای آن در جوامعی به جز جامعه دانش آموزان پایه‌ی متوسطه دوم (به طور مثال دانشجویان) انجام شود.

۲. پیشنهاد می‌شود مدل‌هایی بر پایه متغیرهای خطر ساز و محافظت کننده دیگر که در این پژوهش به کار نرفته است، برای پیش بینی گرایش به اعتیاد نوجوانان استفاده شود و میزان تبیین و نتایج آن‌ها با مدل پژوهش حاضر مقایسه گردد.

۳. پیشنهاد می‌شود مدل‌هایی بر پایه متغیرهای خطر ساز و محافظت کننده دیگر که در این پژوهش به کار نرفته است، برای پیش بینی گرایش به اعتیاد نوجوانان استفاده شود و میزان تبیین و نتایج آن‌ها با مدل پژوهش حاضر مقایسه گردد.

۴. به منظور حل مشکل سوگیری در پاسخ‌ها، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده در کنار به کارگیری پرسشنامه، از مشاهده از چک لیست رفتاری و مصاحبه استفاده کنند. با این وجود، مشاهدات و مصاحبه با هدف ارتقاء شناخت آزمودنی‌ها صورت گیرد و نباید برای سرزنش و ایجاد سوگیری در پاسخ نوجوانان به کار رود.

پیشنهادهای کاربردی

۱. با توجه به نتایج بدست آمده می‌توان با برگزاری کارگاه‌ها و نشست‌های پیگیرانه تخصصی و البته جذاب با محوریت آشناسی با مواد مخدر در کلاس که دانش آموزان بتوانند آزادانه به بحث و ابراز نظر شخصی بپردازند، می‌توان سطح آگاهی دانش آموزان را ارتقا بخشید.

۲. همچنین پیشنهاد می‌شود آموزش و پرورش با برگزاری کارگاه‌های آموزشی و یا آموزش ضمن خدمت، معلمان را با مباحثی همچون عوامل مرتبط با آمادگی اعتیاد در دانش آموزان بیشتر آشنا نماید.

۳. در معرض اعتیاد بودن دانش آموزان و احتمال مصرف مواد در بین آنان غیر قابل انکار است؛ انجام آزمون‌های غربالگری بهداشت روانی بویژه سنجش آمادگی اعتیاد برای گرایش به مصرف مواد در طول تحصیل پیشنهاد می‌شود.

۴. مفیدترین و ثمربخش‌ترین نهاد اجتماعی برای دور نگهداشتن جوانان از اعتیاد، خانواده است. دولت باید نسبت به آموزش خانواده‌ها اقدامات لازم را به عمل آورد. آموزش مهارت‌های اجتماعی توسط خانواده‌ها و نهادهای علمی و آموزشی، میزان مصرف مواد مخدر و بد رفتاری‌های وابسته به آن مانند: پرخاشگری، انزوا، فرار از مدرسه و خانه و سرقت را کاهش می‌دهد که برخی از این مهارت‌ها شامل مهارت‌های ارتباطی و شیوه صحیح ارتباط با دیگران، توانایی بیان نظر صحیح خود به دیگران، توانایی و جسارت "نه" گفتن به تقاضاهای غیر معمول می‌باشد.

منابع و مأخذ

- احمدی ساعد، رستمی امیر مسعود. (۱۳۹۳). *روانشناسی اعتیاد براساس DSM-5*. تهران. نشر علم.
- استانداردهای بین المللی پیشگیری از مصرف مواد. دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل متحد (unodc,) 2013، وین، اتریش.
- اکبری، امین (۱۳۸۳). نقش سرمایه اجتماعی در مشارکت - بررسی تاثیر سرمایه اجتماعی بر مشارکت سیاسی و اجتماعی. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران.
- امونز، مایکل؛ آلبرتی، رابرت. (۲۰۰۸). *روانشناسی ابراز وجود*. مترجم مهدی قراچه داغی ۱۳۸۹. تهران، نشر علمی.
- اولیایی آزاده (۱۳۹۲). رابطه بین تاب آوری، خوش بینی و استرس شغلی با شدت و مدت اعتیاد در شاغلان معتاد شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی صنفی و سازمانی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان.
- باباپور خیرالدین جلیل؛ طوسی فهیمه، حکمتی عیسی، (۱۳۸۸) بررسی نقش تعیین کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز. فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی. دوره ۴. شماره ۱۶، زمستان ۱۳۸۸: ۱۹-۱.
- بلک دونالد، گرت جان. (۲۰۱۳). *راهنمای آموزش و کاربرد DSM-5* (عبدالرضا منصوری راد ۱۳۹۴). تهران، نشر ارجمند.
- بیتی، م. (۱۹۹۴). *هم وابستگی دیگر بس است*. (ترجمه حسام الدین معصومیان شرقی، ۱۳۸۹). تهران: انتشارات بهجت.
- پارسافر سارا، یزد خواستی فریبا (۱۳۹۳). بررسی روابط علی بین نقش های جنسیتی، تاب آوری، سرسختی، درماندگی آموخته شده و هم وابستگی، در همسران افراد معتاد. *مطالعات اجتماعی روان شناختی زنان*. دوره ۱۲، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۳: ۹۲-۶۹.

پازانی فریبا (۱۳۸۳). بررسی رابطه شیوه‌های فرزندپروری و اعتیاد والدین بر میزان گرایش به سوء مصرف مواد در دانش آموزان دختر و پسر دبیرستانی منطقه ۱۶ شهر تهران در سال تحصیلی ۸۳-۱۳۸۲. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی.

پوپ، الیس. مک هال، سوزان. کرای هد، ادوارد. (۱۹۸۸). افزایش احترام به خود در کودکان و نوجوانان. (ترجمه پریا تجلی. ۱۳۷۴). تهران: انتشارات رشد.

پور افکاری نصرالله، (۱۳۹۱). بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی در شهرستان پاوه. نشریه علوم اجتماعی، سال ششم. شماره ۱۸، پاییز ۱۳۹۱.

جانفزا منور، شیرازی محمود (۱۳۹۳). نقش پیش بینی کنندگی دشواری‌های تنظیم هیجانی و خود کنترلی با استعداد به اعتیاد در افراد وابسته به مواد. فصلنامه اعتیاد پژوهشی سوء مصرف مواد، سال نهم، شماره سی و سوم، بهار ۱۳۹۴.

حاجی حسنی مهرداد (۱۳۹۱). رابطه بین پرخاشگری، ابراز وجود و افسردگی با آمادگی به اعتیاد در دانشجویان دختر دانشگاه علامه طباطبائی. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی. سال سیزدهم، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۱.

حیدرنژاد، علی رضا. (۱۳۹۱). مقایسه میزان سرمایه اجتماعی در جوانان معتاد جز غیر معتاد. فصلنامه اعتیاد پژوهشی سوء مصرف مواد، سال ششم، شماره بیست و چهارم: ۸۵.

خانجانی زینب، فخرائی نفیسه، بدری رحیم (۱۳۸۹). بررسی هیجان خواهی در افراد معتاد و عادی با توجه به جنسیت. تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۹، شماره ۴، ۱۳۹۰.

صدیق، رحمت الله. (۱۳۸۲). بررسی وضع موجود سوء مصرف مواد مخدر در بین دانش آموزان کل کشور، معاونت تربیت بدنی و تندرستی وزارت آموزش و پرورش.

صیادی حلیمه. (۱۳۹۲). نقش میانجی گرانه راهبردهای مقابله‌ای و ابراز وجود در رابطه بین هیجان خواهی با گرایش به اعتیاد. پایان نامه کارشناسی ارشد. رشته روانشناسی عمومی. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. دانشگاه فردوسی مشهد.

صیامیان گرجی، زهیر؛ موسوی سیانی، سعید؛ (۱۳۹۴). ضرورت تعامل بین رشته‌ای معرفت‌شناسی و علم تاریخ در بررسی چالش‌های شکاکانه درباره امکان و اعتبار شناخت تاریخی. *مطالعات میان رشته‌ای در علوم انسانی*. تابستان ۹۴. دوره ۷، شماره ۳: ۱-۲۶.

طباطبایی، محمود (۱۳۸۸). یک الگوی نظری مبتنی بر نظریه رفتار مشکل برای تبیین رفتارهای مشکل: تمرکز بر نقش میانجی عوامل روانی، اجتماعی. *فصلنامه مطالعات اجتماعی*، تابستان ۸۹، شماره ۲۲: ۵۹-۸۲.

علاقه بند، علی، (۱۳۷۳). *جامعه‌شناسی آموزش و پرورش*. تهران: انتشارات بعثت.

علوی، موسی (۱۳۹۳). گزارش دهی نتایج مطالعات با کاربرد مدل یابی معادلات ساختاری. *فصلنامه مدیریت پرستاری*، سال سوم، شماره دوم: ۸-۱۹.

علی بیک، فتانه؛ احمدی، احمد؛ فرحبخش، کیومرث؛ عابدی، احمد؛ علی بیک، مرتضی. (۱۳۹۱) تأثیر آموزش خوش بینی بر کیفیت زندگی دانشجویان دختر مقیم خوابگاه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*. سال ۱۳۹۱، شماره دوازدهم: ۷۰۱-۷۰۲.

علیلو مجید محمود (۱۳۸۸). بررسی نوروگرایی. برونگرایی، تکانش ورزی، و هیجان خواهی در معتادان دارای رفتارهای پر خطر در مقایسه با معتادان دارای رفتارهای کم خطر و افراد سالم. *فصلنامه علمی- پژوهش روانشناسی دانشگاه تبریز*، سال چهارم، شماره ۱۴ تابستان ۱۳۸۸.

فرشام آیدا، مبصری مهسا، داوودی ایران، (۱۳۹۳). رابطه هم وابستگی با افسردگی و سبک‌های دلبستگی در دانشجویان دختر. *شخصیت و تفاوت‌های فردی*. دوره سوم، شماره پنجم، پاییز ۱۳۹۳: ۴۷-۶۱.

فروع الدین عدل، اکبر؛ صدرالسادات، سید جلال الدین (۱۳۸۱). بررسی رابطه بین خود پنداره و گرایش به اعتیاد در نوجوانان. *طب و تزکیه*، پاییز ۱۳۸۱، شماره ۲۶: ۶۶-۷۴.

قره داغی شکرالله، پیروی حمید، مردی پیرسلطان فهیمه. (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی و روانی دانشجویان دانشگاه تهران. *اولین کنفرانس بین المللی روانشناسی و علوم تربیتی* ۱۳۹۴.

- کریمی مزیدی سجاد (۱۳۹۱). رابطه سرمایه اجتماعی و کجروی در بین دانش آموزان پسر ۱۵ تا ۱۸ ساله شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۹۰-۱۳۹۱. فصلنامه علمی- پژوهشی رفاه اجتماعی، سال سیزدهم، شماره ۵۰.
- کلینکه. ال ، کریس. (۱۹۹۹). مجموعه کامل مهارت‌های زندگی (ترجمه شهرام محمدخانی، ۱۳۹۰). تهران: انتشارات رسانه تخصصی.
- گرجی، یوسف؛ بکرانی، فریدون (۱۳۸۵). شیوع شناسی مصرف مواد و عوامل خطر و محافظت کننده در دانشجویان دانشگاه صنفی اصفهان. تهران: دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم تحقیقات و فناوری.
- متولی محمد مسعود، خان احمدی عثمان، (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین منبع کنترل و هم وابستگی در میان همسران افراد مبتلا به اعتیاد. کنفرانس بین المللی رویکردهای نوین در علوم انسانی ۱۳۹۴.
- مثقالی، شیوا. (۱۳۹۳). تحلیلی بر اختلال هم وابستگی: رویکردها و پژوهش‌ها. چشم انداز/امین در روانشناسی کاربردی، سال اول، شماره ۱: ۳۱-۴۰.
- محمد امینی، عفت. (۱۳۸۸). بررسی عوامل اجتماعی موثر بر اعتیاد با تاکید بر سرمایه اجتماعی (مقایسه بین افراد معتاد و غیرمعتاد). پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مددکاری اجتماعی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.
- محمدخانی، شهرام. (۱۳۸۶). مدل ساختاری مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر: ارزیابی اثر مستقیم و غیر مستقیم عوامل فردی و اجتماعی. فصلنامه پژوهش در سلامت روان شناختی، شماره ۶، ۱۷-۵.
- محمدخانی، شهرام. (۱۳۸۸). راهبردهای پیشگیری از سوء مصرف مواد در دانش آموزان در معرض خطر شناسایی، ارزیابی و مداخله. دفتر مقابله با جرم و مواد سازمان ملل متحد در ایران. Unodc.
- محمدخانی، شهرام. (۱۳۹۱). پیشگیری اولیه از اعتیاد با تمرکز بر مدرسه. ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- محمودی حسین (۱۳۹۰). بررسی رابطه ویژگیهای شخصیتی (هیجان خواهی، ابراز وجود، سرسختی روانشناختی)، نگرش مذهبی و رضایت زناشویی یا آمادگی به اعتیاد به مواد مخدر در مردان و زنان متأهل

شهرستان اراک. پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک.

مکوند حسینی، شاهرخ (۱۳۸۸). وابستگی متقابل و سلامت روان در همسران افراد دچار سوء مصرف مواد اپیوئیدی. *مجله روان شناسی بالینی*. سال اول، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۸: ۷۸-۷۹.

موسوی میرطاهر، شیانی ملیحه (۱۳۹۴). *سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی مفاهیم و رویکردها*. تهران، نشر آگاه.

میلانی، بهروز. (۱۳۸۲). *بهداشت روانی*. تهران: نشر قومس.

مینوئی، صالحی (۱۳۸۲). بررسی عملی بودن، اعتبار، روایی و هنجاریابی آزمون‌های APS، AAS و MAC-R به منظور شناسایی افراد در معرض و مستعد سوء مصرف مواد در بین دانش آموزان پسر مقطع متوسطه شهر تهران. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، سال اول، شماره سوم: ۷۷-۱۱۲.

وایتفیلد، ج. (۱۹۹۱). *هم وابستگی: رهایی از وضعیت بشری*. (ترجمه حسام الدین معصومیان شرقی، ۱۳۸۱). تهران: نشر فارابی.

وجودی بابک (۱۳۹۲). مقایسه حساسیت بین فردی و ابراز وجود در افراد وابسته به مواد مخدر و عادی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، سال هشتم، شماره سی و یکم، پاییز ۱۳۹۳.

وطن خواه، محمد. (۱۳۹۲). رابطه هیجان خواهی و آمادگی به اعتیاد و نقش تعدیل گر ویژگی‌های شخصیتی روان رنجور خویی و توافق پذیری در دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*. دوره بیست و دوم. شماره یکم. فروردین ۹۳.

هارجی، اون. ساندرز، کریستین. دیکسون، دیوید. (۱۹۹۴). *مهارت‌های اجتماعی در ارتباطات میان فردی*. (ترجمه خشایار بیگی، مهرداد فیروزبخت، ۱۳۹۰). تهران: انتشارات رشد.

یزدان پناه، لیا، ۱۳۸۲. بررسی عوامل موثر بر مشارکت اجتماعی شهروندان ۱۸ سال به بالای شهر تهران. *پایان نامه دکتری رشته جامعه شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی*.

Beattie, M.(1989).*Beyond Codependency: And Getting Better All the Time* , Paperback.

Botvin , G .J .(2000).*Preventing Alcohol and Tobacco use Through Life Skills Training :Theory , Methods , and Empirical Findings , Alcohol Research & Health.*

Botvin, G. J., Griffin, K. W., Diaz, T., Miller, N., & Ifill-Williams, M.(1999). Smoking initiation and escalation in early adolescent girls: One-year follow-up of a school-based prevention intervention for minority youth. *Journal of the American Medical Women's Association*, 54, 139-143.

Cermak, T.(1986).*diagnosing and treating codependence*. Minneapolis, MN: Johnson Institute Books.

Chang, shih - Hua.(2010). *Codependency among college students in the united states and Taiwan: A cross cultural study*. Ohio University and ohio LINK.2010

Collingwood, Thomas R., Sunderlin, Jeff., Reynolds, Roger., Kohl III, Harold W.(2015).

Cowan G, & Warren, W.(1994). Codependency and Gender- stereotyped Traits. *Sex Roles*, 30, 631-645

Dear, G. E. & Roberts, C. M. (2002). *The relationship between codependency and femininity and masculinity. Sex Roles: A Journal of Research*, 46, 159-165.

Dear, G.E., Roberts, C.M., & Lange, L.(2005). Defining codependency: A thematic analysis of published definitions. In S. P. Shohov (Ed.), *Advances in psychology Research* .2005. 34 ; 189-205

Donna S. Martsolf, Cyrilla Hughes- Hammer, Patricia Estok, Richard A.Zeller.(1999). Codependency in male and female helping professionals. *Archives of Psychiatric Nursing*. Vol 13(2). Aprill 1999: 97-103

DRUG EDUCATION.

Duggan . Ashely (2007). codependency as an Influence as control Strategies and Relational Satisfaction in Couples Including one Depressed Individual. *Paper presented at the annual meeting of the International communication Association , TBA, San Francisco , CA,May 2007.*

Erin L.winstanleya, Donald M.steinwachsb, Margaret E Ensminger c, Carl A.Lat kinc, Maxine L Stitzer. (2008).The association of self-reported neighborhood disorganization and social capital with adolescent alcohol and drug use. Dependence , and access to treatment .*Drug and Alcohol Dependence* . vol 92.January 2008:173-182

Fischer, Judith L., Crawford, Duane W. ,(1992). Codependency and Parenting Styles. *Journal of adolescent research. J Drug Educ.* 2000;30(4):435-51

Fry P.(1995). Perfectionism, humor and optimism as moderators of health outcomes and determinants of coping styles of women. *Genet Soc Gen Psychol Monogr* 1995.

Galbraith , Todd, Conner & Bradley I. (2015). Religiosity as a moderator of the relation between sensation seeking and substance use for college- aged individuals. *Psychology of Addictive Behaviors* , vol 29(1), Mar 2015, 168-175

Giesbrecht, Norman. , Greenfield , Thomas K.,(2003). Preventing Alcohol-Related Problems in the US Through Policy: Media Campaigns, Regulatory Approaches and Environmental Interventions. *Journal of Primary Prevention*. September 2003, Volume 24, Issue 1, pp 63–104

Gloria Cowan, Mimi Bommersbach, Sheri R. Curtis.(1995). CODEPENDENCY, LOSS OF SELF AND POWER . *Psychology of Women Quarterly* .(1995). Vol 19 :221-236

Hawkins, J.D., Catalano, R.F., & Miller, J.U.(1992). Risk and protective factor for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112: 64-105

Hicks, Joshua A.; Schlegel. Rebecca J.; Friedman, Ronalds; McCarthy. Denis M.(2009). Alcohol Primes, expectancies, and the working self- concept. *Psychology of Addictive Behaviors*, vol 23(3). Sep 2009. 534-538

John E.Lochman, Kathleen k.wayland.(1994). Aggression, Social Acceptance, and Race as Predictors of Negative Adolescent outcomes. *Journal of the American Academy of child & Adolescent Psychiatry*. Vol 33. September 1994: 1026-1035.

John J. Horan & John M.william (1982). Longitudinal study of Assertion Training as a Drug Abuse Prevention Strategy. *Am Educ Res J* September 21, 1982, vol, 19, no .B

John J. Horan; Mary M.D' Amico : John M.williams.(1975). Assertiveness and Patterns of Drug Use: A pilot study. *J Drug Educ* September 1975. Vol.5 no.3 217-227

Judith L.Fischer, Duane W.Crawford. (1992). Codependency and Parenting Styles. *Journal of Adolescent Research*. Vol 7(3). July 1992: 352-363

Knudson, T.M., Terrell, H.K.,(2012) Codependency. perceived interparental conflict, and substance abuse in the family of origin. *American Journal of Family Therapy* ; 245-257

Kodje, M.C & Klein, D.J.(2002). Prevention and risk of adolescent substance abuse: the role of adolescents, families, and communities. *Pediatric clinics of North America*, 49

Landry. Mim J. (2002). MDMA:A Review of Epidemiological Data. *Journal of Psychoactive Drugs*. Volume 34, 2002. Page 163-169

Landry. Mim J. (2002). MDMA:A Review of Epidemiological Data. *Journal of Psychoactive Drugs*. Volume 34, 2002. Page 163-169

Lawrence M.Scheier: Gilbert J.Botvin , Tracy Dia2,(1999). Social skills, competence, and Drug Refusal Efficacy as Predictors of Adolescent Alcohol use.*J Drug Educ*. 1999 , 29(3): 251-274

Lawrence M.Scheier: Gilbert J.Botvin , Tracy Dia2,(1999). Social skills, competence, and Drug Refusal Efficacy as Predictors of Adolescent Alcohol use.*J Drug Educ*. 1999 , 29(3): 251-274

Lindley, N.R., Giordano, P.J., & Hammer, E.D.(1999). Codependency: Predictors and psychometric issues.*Journal of Clinical Psychology*. 1999 , 55 :59-64

Lochman, John. , egative Adolescent Outcomes.(1994). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. October 1994 33(7):1026-35 .

Lochman, John. , Wayland , Kathleen K.(1994). Aggression, social acceptance, and race as predictors of negative adolescent outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994 Sep;33(7):1026-35.

Loughead, T.A.(1991).Additioms as a process :Commonalties or codependence .*Contemporary Family Therapy*, 13:455-470

Marks A. D. G., Blore, R. L., Hine D. W. and Dear G. E. (2012). Development and validation of a revised measure of codependency. *Australian Journal of Psychology* : 64 (3), 119-127

Martsof DS. Sedlak CA, Doheny Mo.(2000). Codependency and related health variables. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2000. Vol 14(3): 150-158

Mccabe, Connor J; Louie, Kristine A & king kevin [M.(2015) Premeditation moderates the relation between sensation seeking and risky substance use among young adults, *Psychology of Addictive Behaviors*, vol 20(3). Sep 2015, 753-765

Melchior, Maria, Chollet Aude, Redonnet Bertrand, Tobacco, Alcohol, Cannabis and other illegal drug use among young adults: the socioeconomic context.(2012). *Drug and Alcohol Dependence* . vol . 121(3) :231-239

Newcomb, M.D.(1995). *Identifying High-Risk Youth: Prevalence and Patterns of Adolescent Drug Abuse*, National Institute on Drug Abuse.

Otsuki TA.(2003). Substance use. Self esteem and depression among Asian American adolescents. *J drug Educ*. 2003; 33(4) 369-390

Parker, F.M., Faulk, D., & Lo Bello, S.G.,(2003).Assessing codependency and family pathology in nursing students. *Journal of Addictions Nursing*,14 :85-90

Physical Training as a Substance Abuse Prevention Intervention for Youth. *Journal of*

Reyomea, N.D., Ward, K.S & Witkiewitz, K .(2010). Psychosocial variables as Mediators of Emotional Maltreatment, Codependency, and self Silencing. *Jornal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19 (2) :159-179

Robert E. Booth; Stephen K. Koester; Francesca pinto. 1995. Gender Differences in Sex-Risk Behaviors , Economic Livelihood , and self-concept among Drug Injectors and Crack Smokers. *The American Journal on Addiction* . 1995 . vol 4 ,313-323

Rutger C.M.E. Engels, Ronald A. Knibbe & Maria J. Drop. (1999). Why Do Late Adolescents Drink at Home? A study on Psychological well-Being, Social Integration and Drinking context. *Addiction Research* Vol 7. 1999: 31-46

Scott C. Carvajal, Scott D. Clair, Susan G. Nash, Richard I. Evans. (1998). Relating optimism, Hope, and self- Esteem to Social Influences in Detering Substance Use in Adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology* : vol . 17. NO .4 ,443-465

Steele CM, Josephs RA. Alcohol myopia. Its prized and dangerous effects. (1990). *AM psychol*. 1990 Aug;45(8): 921-933

Sussman Steve, Sussman Alan N. (2011). Considering the Definition of Addiction. *International Journal of Environmental research and public health* 2011, 8(10); 4025-4038.

Talwar UK , Verma AN , Singh R . Sharma V . *codependency and Marital Adjustment in Depression* .(M.A. Dissertation). India . Ranchi university ,2011

Thomas R Collingwood; Jeff Sunderlin; Roger Reynolds; Harold W. Kohl. (2000). Physical Training as a substance Abuse prevention Intervention for youth. *J drug Educ*. 2000. 30(4); 435-451

Tom K. Greenfield, Jurgen Rehm, John D. Rogers. (2002). Effects of depression and social integration on the relationship between alcohol consumption and all-cause mortality. *ADDICTION*. vol 97 . Issue 1 . January 2002, 29-38

Van Eck K, Markle RS, Flory K. (2012). Do conduct problems and sensation seeking moderate the association between ADHD and three types of stimulant use in a college population. *Psychol Addict Behave*. 2012 Dec , 26(4): 939-947

Webb, T .(2009) . Codependency from a family system perspective. *The Prager International Collection on Addiction*, 3(8) :141-160

Wells, M., Glickauf-Hughes, C., & Jones, R. (1999). Codependency : A grass roots constructs relationship to shame-proneness, low self-esteem, and childhood parentification. *The American Journal of Family therapy*, 27, 63-71

Wentzel, Kathryn R. (1994). Relations of social goal pursuit to social acceptance, classroom behavior, and perceived social support. *Journal of Educational Psychology*, vol 86(2), Jun 1994, 173-182

Wilkins, C., Bhatta, k., Pledger, M., Casswell, S. (2003). Ecstasy use in New Zealand .Findings from the 1998 and 2001 National Drug Surveys. *New Zealand Medicine Journal* .116

William De Jong. (1987). A short Term Evaluation of Project Dare (Drug Abuse Resistance Education): Preliminary Indications of Effectiveness. *J Drug Educ*, 1987: 17(4): 279-294

Wills, Thomas A; Baker, Eli; Botvin, Gilbert. (1989). Dimensions of assertiveness: Differential relationships to substance use in early adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol 57 (4), Aug 1989, 473-478

Winstanley, Erin L., Steinwachs, Donald M., Ensminger, Margaret E., Latkin, Stitzer Maxine L. (2008). The association of self-reported neighborhood disorganization and social capital with adolescent alcohol and drug use, dependence, and access to treatment. *Drug and Alcohol Dependence*. January 1, 2008 Volume 92, Issues 1-3, Pages 173–182

Yee Ho, M. Fanny M. Cheung, F.M. (2010). The role of meaning in life and optimism in promoting well-being. *Personality and Individual Differences*. 2010.48. 658-663.

Structural equation modeling of the mediating role of codependency in the relationship between psychosocial factors and addiction potential of adolescents.

Pazani¹, F , Borjali², A , Ahadi³, H , Kraskian Mujembari⁴, A

Summary

Aim: The aim of current study was to explain the structural equation modeling of the mediating role of codependency on the relation between psychosocial factors and addiction potential of adolescents. **Method:** The method used in the study is descriptive approach by structural equation modeling. The statistic population defined as all the female and male students of the state schools of the region 16 of education of Tehran studying in second period of high school in educational year of 1394-95. The sample group of 400 students was selected using the multistage cluster sampling method. Addiction potential questionnaire, questionnaire of codependency inventory (CODI) (Stonebrink, 1988), social health questionnaire (Keyse,2004) and mental factors questionnaire (addiction risk and protective factors) were used as study tools. The data were analyzed using structural equation modeling analysis method. **Results:** The results indicated the goodness of the structural equation modeling fit indexes. This was after elimination of insignificant relations and making covariant some sub-standards of the variables of social factors, codependency and addiction potential. **Conclusion:** It could be concluded that the codependency as an acquired behavior including self-negligence and losing individual identity is formed under the effects of psychologic factors as well as social factors and mediates the relation between psychosocial factors and addiction potential.

Key Words: Psychosocial factors, Codependency, Addiction potential of adolescents.

¹ PhD student of Health Psychology, Islamic Azad University Karaj, Iran

² Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Allame Tabatabaee University, Tehran,

³ Full Professor, Department. of Psychology , Islamic Azad University Karaj, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University Karaj, Iran

پیوست‌ها

دانش آموز گرامی سلام

از آنجائیکه نام شما در برگه ثبت نمی‌شود و از مشخصات فردی، تنها اطلاعاتی کلی مورد نظر است، شناسایی پاسخگو اصلا مقدور نخواهد بود. با این اطمینان که تکمیل این فرم هیچ مشکلی به وجود نخواهد آورد تقاضا داریم با اعتماد کامل و صداقت در پاسخگویی به سئوالات در انجام این طرح ما را یاری نمایید و مورد لطف خود قرار دهید

روی برگه سئوالات علامت ننید.

۱. فکر میکنم از شغل کتابداری خوشم بیاید.
۲. دوست دارم مقالات جنایی مربوط به امور جنائی روزنامه‌ها را بخوانم.
۳. گاهی اوقات ارواح شیطانی مرا تسخیر می‌کنند.
۴. گاهی دلم می‌خواهد ناسزا بگویم.
۵. اغلب اوقات سرفه می‌کنم.
۶. همیشه حقیقت را نمی‌گویم.
۷. قضاوت من بهتر از همیشه است.
۸. من خیلی آدم معاشرتی هستم.
۹. تا به امروز زندگی درستی نداشته‌ام.
۱۰. فکر می‌کنم از کار جنگلبانی خوشم بیاید.
۱۱. گاهی اوقات روحم از بدنم خارج می‌شود.
۱۲. قطعا کمبود اعتماد به نفس دارم.
۱۳. متقاعد ساختن بیشتر مردم به حقیقت مستلزم بحث زیاد می‌باشد.
۱۴. کارهای زیادی انجام می‌دهم که بعدا از آنها پشیمان می‌شوم (به نظر میرسد بیش از دیگران دچار پشیمانی می‌شوم)
به خاطر بی‌انضباطی یک یا چندبار موقتا از مدرسه اخراج شدم.
۱۵. سخت ترین جنگ هایم با خودم بود.
۱۶. از یک بازی و یا مسابقه زمانی بیشتر لذت می‌برم که روی ان شرط بندی کنم.
۱۷. بیشتر مردم صرفا برای این درستکارند که از گیر افتادن می‌ترسند.
۱۸. در مدرسه به خاطر بی‌انضباطی بعضی اوقات به دفتر مدیر فرستاده شدم.
۱۹. ۲۰. آداب و رسوم غذا خوردن را وقتی با دیگران هستم بهتر از وقتی است که تنها هستم رعایت می‌کنم.
میدانم چه کسی مسئول اغلب گرفتاری‌های من است.
۲۱. دیدن خون باعث وحشت یا دل بهم خوردگی من نمی‌شود.
۲۲. هرگز خون با سرفه یا استفراغ بالا نیاورده‌ام.
۲۳. مکررا لازم می‌بینم برای آنچه فکر می‌کنم حق است بایستم.
۲۴. دوست دارم آشپزی کنم.
- ۲۵.

- قبلا عادت داشتم خاطرات روزانه ام را یاد داشت کنم. ۲۶
- اینکه دیگران درباره ام چه فکر می کنند اذیتم نمی کند. ۲۷
- مدرسه را دوست داشتم. ۲۸
- نگران مسائل جنسی هستم. ۲۹
۳۰. دوره هایی داشته ام که در آن دست به کارهایی زده ام بدون اینکه بعدا بدانم چه کرده ام.
- مکررا متوجه شده ام که موقع انجام کاری دستم می لرزد. ۳۱
- بین کسانی که می شناسم بعضی ها را دوست ندارم. ۳۲
- خانواده و خویشا نام مثل یک بچه با من رفتار می کنند تا مثل یک فرد بالغ. ۳۳
- غالبا متوجه می شوم که نگران چیزی هستم. ۳۴
- والدینم اغلب به نوع اشخاصی که با آنها معاشرت می کردم اعتراض داشتند. ۳۵
- من خیلی مستقل و آزاد از نفوذ خانواده بوده ام. ۳۶
- تقریبا همه اقوام با من احساس همدردی و دلسوزی می کنند. ۳۷
- هرگز نگران قیافه و سر و وضعم نیستم. ۳۸
- دردی ندارم یا خیلی کم درد دارم. ۳۹
۴۰. من حملاتی داشته ام که طی آنها فعالیتیم متوقف شده است و نمی دانستم دور و برم چه می گذرد
- حتی در روزهای خنک خیلی به آسانی عرق می کنم. ۴۱
- کاملا اعتماد به نفس دارم. ۴۲
- هفته ای یک مرتبه یا بیشتر خیلی هیجان زده می شوم. ۴۳
- اغلب احساس کرده ام که غریبه ها با دیده انتقاد به من نگاه می کردند. ۴۴
- اگر یک خبرنگار بودم خیلی دلم می خواست اخبار ورزشی را گزارش کنم. ۴۵
- هر از چندی به یک شوخی خارج از نزاکت می خندم. ۴۶
- در استفاده از مشروبات الکلی افراط کرده ام. ۴۷
- هرگز با قانون درگیری نداشته ام. ۴۸
- مواقعی بوده است که بدون علت خاص فوق العاده خوشحال و خنده رو بوده ام. ۴۹
- به نظر می رسد به سرعت بقیه مردم دوست پیدا میکنم. ۵۰
- خیلی از خوابهایی که می بینم مربوط به مسائل جنسی است. ۵۱
- والدین و اعضای خانواده ام بیش از حد به من ایراد می گیرند. ۵۲
- نمی توانم فکرم را روی یک چیز متمرکز کنم. ۵۳
- هیچکس چندان اهمیت نمی دهد که چه اتفاقی برای آدم بیفتد. ۵۴
۵۵. تنها بخش جالب مجلات بخش فکاهی آن است
- به نظر میرسد که بیش تر از دیگران اشکال در تمرکز حواس دارم. ۵۶

بعضی وقتها در قطار، اتوبوس و غیره هستم اغلب با غریبه‌ها صحبت می‌کنم. ۵۷.
 شرط بندی سر چیزهای کوچک را دوست دارم. ۵۸.
 وقتی تنها هستم از همه خوشترم. ۵۹.
 به خاطر می‌آورم که برای در رفتن از کاری خودم را به مریضی زده ام. ۶۰.
 من از خودم به صورتی که هستم راضی نیستم. ۶۱.
 بندرت احساس غمگینی می‌کنم. ۶۲.
 اغلب اوقات به نظر می‌رسد مغزم کندتر از معمول کار می‌کند. ۶۳.
 مستحق مجازات شدید برای گناهانم هستم. ۶۴.
 وقتی بچه بودم اغلب به مدرسه نمی‌رفتم حتی وقتی می‌بایست می‌رفتم. ۶۵.
 بعضی اوقات مجبور بودم با آدم‌های پررو و مزاحم خشن باشم. ۶۶.
 وقتی سنم کمتر بود عاشق هیجان بودم. ۶۷.
 هرگز از دارو یا قرص خواب آور مگر با تجویز دکتر استفاده نمی‌کنم. ۶۸.
 ۶۹. اگر با چندین دوست که به اندازه من مقصر هستند در مخمصه باشم ترجیح می‌دهم همه تقصیر را برعهده بگیرم تا اینکه دوستانم را لو بدهم.
 من فوراً یک عقیده خوب را صد درصد می‌پذیرم. ۷۰.
 معمولاً مسائل را خودم حل می‌کنم به جای اینکه از کس دیگری بخواهم که راهنمایی کند. ۷۱.
 ۷۲. مکرراً زیر دست کسانی کار کرده‌ام که کارها را طوری تنظیم کرده‌اند که برای کار خوب امتیاز بدست آورند ولی اشتباهات را به کسانی که زیر دستشان کار می‌کنند نسبت دهند.
 دوست دارم لباس‌های گران قیمت بپوشم. ۷۳.
 ۷۴. کسی را که در کودکی از همه به او بیشتر وابسته بودم و بیشتر از همه تحسین می‌کردم یک زن بود (مادر، خواهر، عمه، خاله یا زن دیگری)
 از مصرف ماری جوانا لذت می‌برم. ۷۵.
 من با الکل یا مواد مخدر مشکل دارم. ۷۶.
 معتقدم که افراد باید مشکلات شخصیشان را پیش خودشان نگاه دارند. ۷۷.
 این روزها احساس فشار یا استرس زیادی نمی‌کنم. ۷۸.
 ۷۹. باینکه از زندگی خوشحال و راضی نیستم فعلاً هیچ کاری از دستم ساخته نیست
 ۸۰. صحبت کردن با کسی درباره مشکلات و نگرانیها اغلب مفید تر از مصرف مواد مخدر یا دارو است
 من عادت‌های واقعا مضر دارم. ۸۱.
 در خود معایبی می‌بینم که قادر به اصلاح آنها نخواهم بود. ۸۲.
 اخیراً راجع به کشتن خود فکر کرده‌ام. ۸۳.
 هفته‌ای یک مرتبه یا بیشتر مست یا نشئه هستم. ۸۴.

۸۵. از اینکه مجبور شوم در صف برای رستوران، سینما و مسابقات ورزشی بایستم، متنفرم
- بیشتر مشکلات من به خاطر بدشانسی است. ۸۶.
۸۷. وقتی مست بودم عصبانی شده ام و اسباب و اثاثیه و ظروف را شکسته ام
۸۸. مردم به من می گویند که در مورد مشروبات الکلی مسئله دارم ولی من این حرف را قبول ندارم.
- در هرکاری که اخیرا انجام می دهم احساس می کنم مورد آزمایش هستم. ۸۹.

• پرسشنامه سلامت اجتماعی

کاملاً مخالفم	مخالقم	تا حدودی موافقم	موافقم	کاملاً موافقم	سوالات بررسی سلامت اجتماعی
					۱. جامعه دائماً در حال تغییر است.
					۲. جامعه مکانی پر بار و مفید برای افراد است.
					۳. پیشرفت اجتماعی مفهومی ندارد.
					۴. دنیا امروزه مکان بهتری برای زندگی فرد است.
					۵. درک اینکه در دنیا چه چیزی پیش خواهد آمد برایم دشوار است.
					۶. تشکیلات اجتماعی نظیر قانون و دولت در زندگی من بی‌تاثیر است.
					۷. پیش بینی آنچه در آینده اتفاق می‌افتد کار دشواری است.
					۸. من متعلق به مجموعه‌ای به نام جامعه هستم.
					۹. من بخش مهمی از اجتماعم هستم.
					۱۰. افراد جامعه برای من به عنوان یک شخص ارزش قائلند.
					۱۱. افراد قابل اعتماد هستند.
					۱۲. به نظر من مردم مهربانند.

کاملاً مخالفم	مخالقم	تا حدودی موافقم	موافقم	کاملاً موافقم	سوالات بررسی سلامت اجتماعی
					۱۳. اغلب فرهنگ‌ها آنقدر عجیب و بیگانه هستند که من از آنها سر در نمی‌آورم.
					۱۴. به نظر من مردم خود محورند.
					۱۵. مردم این روزها متقلب تر شده‌اند.
					۱۶. من می‌توانم کار ارزشمندی به دنیا عرضه کنم.
					۱۷. فقط محققین می‌توانند آنچه پیرامون دنیای اطرافیانم رخ می‌دهد را درک کنند.
					۱۸. فعالیت‌های روزمره من هیچ نتیجه‌ای برای جامعه ندارد.
					۱۹. من محصول ارزشمندی برای اشتراک در جامعه ندارم.
					۲۰. من زمان و توان لازم برای ارائه محصولی ارزشمند به جامعه را ندارم.

پرسشنامه هم وابستگی

دستورالعمل:

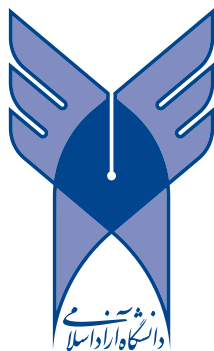
لطفاً پس از خواندن پرسش‌های زیر، داخل گزینه‌ای را که به بهترین نحو رابطه شما را با فرد مهم زندگیتان، توصیف می‌کند علامت بزنید.

ردیف	عبارات	هرگز	گاهی اوقات	غالباً	همیشه
۱	سعی می‌کنم هنگامیکه با فرد مهم زندگیم به سر می‌برم، کنترل چیزها را به دست بگیرم.				
۲	مورد تأیید واقع نشدن از سوی فرد مهم زندگیم برایم دردناک است.				
۳	غالباً دست به انجام کارهایی می‌زنم که علت آنرا نمی‌دانم.				
۴	نیازهای فرد مهم زندگیم را مقدم بر نیازهای خود می‌دانم.				
۵	سعی می‌کنم دیگران را وادار کنم کارها را به شیوه‌ای که من می‌خواهم انجام دهند.				
۶	اگر فرد خاصی در زندگیم وجود نداشته باشد احساس گم گشتگی و بی‌هویتی می‌کنم.				
۷	غالباً احساس می‌کنم از خودم بیگانه هستم.				
۸	نسبت به فرد مهم زندگیم وفا دارم، حتی اگر لایق این وفاداری نباشند.				
۹	اجازه می‌دهم افرادی که برایم مهم هستند، در مورد کارهای خود تصمیم‌گیری کنند.				
۱۰	از کسانی که برایم مهم هستند انتظارات بالایی دارم.				
۱۱	غالباً احساساتم را از افرادی که برایم مهم هستند پنهان می‌کنم.				
۱۲	خودم را به خاطر مشکلاتی که در روابطم اتفاق می‌افتد، سرزنش می‌کنم.				
۱۳	اجازه می‌دهم افرادی که برایم مهم هستند بر کارهایم تأثیر بگذارند.				
۱۴	احساس می‌کنم هرگز نمی‌توانم نیازهایم را از فرد مهم زندگیم بگیرم.				
۱۵	گاهی اوقات تصمیم‌گیری برایم دشوار است، زیرا واقعاً نمی‌دانم در مورد مسائل چه احساسی دارم.				
۱۶	گاهی مواقع معیارهایم را پایین می‌آورم و به دریافت چیزهای کمتر، از افراد مهم زندگیم اکتفا می‌کنم.				

ردیف	عبارات	هرگز	گاهی اوقات	غالباً	همیشه
۱۷	اجازه می‌دهم دیگران به اداره امور بپردازند.				
۱۸	فکر می‌کنم اکثر افراد درک نمی‌کنند که چگونه، به راحتی می‌توانند باعث رنجش من شوند.				
۱۹	از صحبت در مورد مشکلاتم خودداری می‌کنم.				
۲۰	بدان حد که دوست دارم با دوستانم وقت نمی‌گذرانم.				
۲۱	سعی می‌کنم افرادی که برایم مهم هستند را تحت تاثیر قرار دهم.				
۲۲	اگر کسی که دوستش دارم به موقع سر قرار نیاید بدترین چیزها را تصور می‌کنم.				
۲۳	گاهی اوقات نمی‌دانم می‌خواهم چه کار کنم، به همین خاطر کاری را می‌کنم که دیگران می‌خواهند.				
۲۴	احساسات کسانی که برایم مهم هستند بر من تأثیر می‌گذارند.				
۲۵	کسانی که برایم مهم هستند به راحتی زندگیم را هدایت می‌کنند.				
۲۶	همیشه این ترس و وحشت را دارم، که عشق و حمایت کسی که برایم مهم است را از دست بدهم.				
۲۷	غالباً تظاهر می‌کنم که اوضاع مرتب است در حالیکه نیست.				
۲۸	غالباً مسئولیت‌های افرادی که برایم مهم هستند را به دوش می‌گیرم.				
۲۹	اگر از سوی کسی که دوستش دارم تنها گذاشته شوم احساس درماندگی می‌کنم.				

کاملاً مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملاً موافقم	سوالات بررسی عوامل روانی
					۱. احساس می‌کنم فرد ارزشمندی هستم.
					۲. ویژگی‌های مثبت زیادی دارم
					۳. چیزی ندارم که به آن افتخار کنم.
					۴. از ظاهر خودم خوشم می‌آید.
					۵. احساس می‌کنم فرد ناتوانی هستم.
					۶. صحبت کردن دز حضور جمع برایم سخت است.
					۷. معمولاً آدم کمرویی هستم.
					۸. اگر با نظر کسی مخالف باشم به راحتی می‌توانم مخالفت خود را بیان کنم.
					۹. به راحتی با دیگران ارتباط برقرار می‌کنم
					۱۰. پیدا کردن دوستان جدید برای من سخت است.
					۱۱. رد درخواست غیرمنطقی دیگران برایم سخت است.
					۱۲. اگر نظرم شبیه نظر سایر افراد باشد جرات ندارم عقیده واقعی ام را بیان کنم

کاملاً مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملاً موافقم	سوالات بررسی عوامل روانی
					۱۳. نه گفتن به دیگران برایم دشوار است.
					۱۴. با امید و اشتیاق به آینده نگاه می‌کنم.
					۱۵. چیزهای خوبی در آینده در انتظار من است.
					۱۶. فکر می‌کنم زیاد عمر نخواهم کرد.
					۱۷. نسبت به آینده خودم خوش بین هستم.
					۱۸. وقتی بزرگ شوم زندگی خوبی خواهم داشت.
					۱۹. از امتحان کردن چیزهای ناآشنا لذت می‌برم.
					۲۰. گاهی برای لذت بردن دست به کارهای خطرناک هم می‌زنم.
					۲۱. همیشه در جستجوی چیزهای تازه هستم.
					۲۲. گاهی اوقات کارها را فقط به خاطر هیجانشان انجام می‌دهم.
					۲۳. معمولاً به نتیجه کارهای خودم زیاد فکر نمی‌کنم.
					۲۴. دوست دارم هر چیزی را یکبار امتحان کنم.



ISLAMIC AZAD UNIVERSITY

Karaj Branch

Faculty of psychology

Dept.of Health Psychology

Subject:

**Structural equation modeling of the mediating role of
codependency in the relationship between psychosocial factors
and addiction potential of adolescents**

Supervisors:

Ahmad Borjali – Ph.D

Hassan Ahadi – Ph.D

Advisor:

Adis Kraskian – Ph.D

By:

Fariba Pazani

Winter 2017