

مقایسه عوامل بالینی، خانوادگی، شخصیتی و تربیتی در مصرف کنندگان/عدم مصرف کنندگان شیشه

شهره شکرزاده^۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۱/۰۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۳/۱۰

چکیده

هدف: هدف از انجام این پژوهش مقایسه عوامل بالینی، خانوادگی، شخصیتی و تربیتی در مصرف کنندگان و عدم مصرف کنندگان شیشه بود. **روش:** روش پژوهش، توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری تمامی نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۹ سال بودند. تعداد ۳۰۰ نفر از نوجوانان و جوانان معتاد به مصرف شیشه که به کانون اصلاح و تربیت، پزشک قانونی و مراکز درمانی و ترک اعتیاد مراجعه کرده بودند و ۳۰۰ نفر از نوجوانان و جوانانی که شیشه مصرف نمی‌کردند، به روش طبقه‌ای تصادفی انتخاب شدند. ابزار اندازه‌گیری، پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا-۲ و پرسشنامه محقق ساخته بود. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد نوجوانان و جوانان مصرف کننده شیشه نسبت به نوجوانان و جوانانی که شیشه مصرف نمی‌کنند، دارای علائم بالینی‌اند، کنترل و محبت در خانواده‌های آن‌ها کمتر بوده، از لحاظ شخصیتی نیز هیجان‌پذیر، پرخاشگر و مضطرب هستند و مسوولیت‌پذیری در آن‌ها کمتر است. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های تحقیق تلویحات کاربردی در خدمات مشاوره بالینی و آموزش خانواده‌ها دارد.

کلید واژه‌ها: عوامل بالینی، خانوادگی، شخصیتی، مصرف شیشه، نوجوانان، جوانان

مقدمه

شناخت ابعاد اعتیاد، شیوع و گسترش آن در بین نسل جوان به بررسی‌ها و تحقیقات علمی نیاز دارد. با وجود مطالعات زیادی که در حیطه شناخت اعتیاد انجام شده است، هنوز تا رسیدن به هدف نهایی راه بسیار طولانی در پیش است؛ چون نه تنها این یک مقوله بسیار پیچیده است، بلکه علل به وجود آورنده شیوع و گسترش آن نیز هر روز پیچیده‌تر می‌شود. پدیده اعتیاد تنها در مصرف مواد افیونی خلاصه نمی‌شود، بلکه طیف وسیعی از داروهای متفاوت را شامل می‌شود. امروزه اعتیاد مصرف داروهای محرک را نیز در بر می‌گیرد و می‌توان هر گونه سوءاستفاده از مواد را به‌عنوان جلوه‌های نوین اعتیاد مطرح ساخت (کامکاری، ۱۳۸۹). نوجوانان و جوانانی که والدینشان مواد مخدر، آرامبخش، سیگار و مسکن مصرف می‌کنند بیش از نوجوانان و جوانان دیگر در معرض استفاده از مواد مخدر هستند. نوجوانان و جوانان زمینه مساعدی را برای سوءاستفاده از مواد داشته و به راحتی در مقابله با زندگی یکنواخت به داروهای محرک پناه می‌برند. از سوی دیگر، تغییر الگوی مصرف مواد مخدر از سنتی به مواد صنعتی و شیمیایی و روانگردان، از جمله تهدیدات جدی است که کشورهای مختلف از جمله کشور ما را تهدید می‌کند و مصرف این مواد، تبعات جبران‌ناپذیر جسمی و روانی بر مصرف‌کنندگان آن بدنال دارد. متأسفانه تنوع و تعداد مواد مخدر صنعتی و روانگردان در حال گسترش است و برخی موارد، ناآگاهی افراد و از جمله نسل جوان نسبت به اثرات بسیار مخرب این مواد در ابتدای مصرف، موجب اعتیاد در آنان می‌شود. آثار مخرب جسمی و روانی مواد مخدر صنعتی و روانگردان به مراتب بسیار بیشتر از مواد مخدر سنتی است. مواد مخدر سنتی مانند تریاک تنها سستی‌زا و حشیش توهم‌زا است؛ ولی مواد مخدر صنعتی که ترکیبی از مخدرهای سنتی با مواد شیمیایی هستند، اثر ترکیبی از توهم‌زایی و تحریک‌بخشی دارد. به این علت، مصرف مواد مخدر صنعتی و ترکیب شیمیایی آن‌ها سیستم مرکزی اعصاب را تحریک کرده و باعث تشنج و حرکات غیرقابل کنترل همراه با تعریق، گشادی مردمک چشم و گنش‌های شدید رفتاری در معتادان شود (حاج‌رسولی، ۱۳۸۸).

ابهامات گوناگونی پیرامون بررسی عوامل مرتبط با مصرف شیشه در بین نوجوانان و جوانان وجود دارد. نتایج برخی از مطالعات و پژوهش‌های انجام شده در دو دهه گذشته

بیانگر این واقعیت است که مصرف مواد مخدر به وسیله جوانان و نوجوانان به صورت چشمگیری افزایش یافته است. با نگاهی اجمالی به مصرف داروهای ضد اضطراب، مسکن، خواب‌آورها و بویژه اخیراً شیشه و سیر رو به رشد آن، می‌توان گفت که شیوع اعتیاد افزایش یافته، ولی هنوز هم نمی‌توان سبب‌شناسی دقیقی را برای آن مشخص ساخت. نظریه‌های گوناگونی پیرامون گرایش نوجوانان و جوانان به مصرف شیشه وجود دارد. با تأکید بر نظریه زا کرمن می‌توان گرایش به مصرف شیشه را به‌عنوان شیوه‌ای برای هیجان‌خواهی در نظر گرفت، ولی در چارچوب گرایش نوجوانان و جوانان به مصرف شیشه باید از رویکردهای آسیب‌شناسی روانی نیز استفاده کرد. برخی اوقات شیوه‌های نامناسب فرزندپروری و الگوهای نامطلوب افراط و تفریط در محبت و حمایت از فرزند می‌تواند گرایش به مصرف مواد را افزایش دهد (کامکاری، ۱۳۸۹؛ کوشکی، ۱۳۸۸).

در چارچوب بررسی عوامل مؤثر بر گرایش نوجوانان و جوانان بر مصرف شیشه می‌توان به تحقیق نسیمی (۱۳۹۰) اشاره کرد که مطرح کرده‌است از عوامل مؤثر بر گرایش نوجوانان به شیشه، آسیب‌شناسی روانی بوده و باید عوامل بالینی و شخصیتی مؤثر در بروز شیشه، به گونه‌ای دقیق مورد بررسی قرار گیرد. همچنین، شیدلر و بولوک^۱ (۲۰۰۳) در یک مطالعه بیان کرده‌اند که مصرف مواد مخدر عموماً ریشه در اختلالات شخصیتی و روانی مانند اختلالات عاطفی شدید، اختلالات ارتباطی، نارسایی در کنترل عاطفی، عدم انطباق و غیره دارد (به نقل از کامکاری، ۱۳۸۹). دانا^۲ (۲۰۰۴) در پژوهشی پیرامون استانداردسازی مقیاس پذیرش اعتیاد، بیان کرده است که این مقیاس، معادل‌گرایی سازه‌های روان‌پریشی را در بین فرهنگ‌ها^۳ رعایت کرده و مفهوم‌گرایی قومی-روان‌شناختی از بهداشت روانی^۴ را در تدوین سؤالات منعکس کرده است؛ این مطلب بیانگر آن است که عوامل بالینی ارتباط نزدیکی با گرایش به اعتیاد دارند. یافته‌های تحقیق کامکاری (۱۳۸۹) نشان داد که عوامل شخصیتی و اجتماعی به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر در بروز گرایش به مصرف شیشه به شمار می‌آید. بنابراین، در پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و بیماری‌های روان‌شناختی، تأکید بر آن است که در ابتدا

1. Shidler & Boolok

2. Dana

3. The Equivalency of Psychiatric Constructs Between Cultures

4. Ethno psychological Conceptualizations of Mental Health

سبب‌شناسی و علل موثر در به وجود آمدن آن اختلال به درستی شناسایی شده تا بتوان بر مبنای آن، برنامه‌های پیشگیرانه مستدل و هدفمندی را تهیه و تنظیم کرد. از این‌رو، شناخت عوامل خطر و عواملی که فرد را در برابر یک بیماری یا آسیب محافظت می‌کنند، اهمیتی بسیار می‌یابد. هم‌اکنون نیز برنامه‌ها و طرح‌های پیشگیری از اعتیاد، به دنبال گذر از دوره‌های شهودی و سلیقه‌ای، تحت تاثیر رویکردهای نوین به پیشگیری سعی دارند تا با بررسی و شناسایی عوامل مؤثر، بیش از گذشته خود را در قالبی نظری و علمی قرار دهند؛ چرا که موفقیت‌های اخیر برخی از کشورها در اقدامات پیشگیرانه مرهون همین تغییر رویکرد و نزدیک کردن خود به چهارچوبی علمی و نظری بوده است. لذا ضرورت دارد تا عوامل مؤثر بر شیوع و گسترش مصرف شیشه مورد مطالعه و بررسی قرار گیرد و راه‌حل‌های عملی برای آن پیش‌بینی شود تا بهتر بتوان خدمات درمانی، بهداشتی و توانبخشی را به آنان ارائه کرد. از طرفی، برخورد صحیح و اصولی با این معضل پیچیده در گرو مطالعه منسجم و علمی است. برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری بدون مطالعه، احساسی و تصمیم‌گیری برای رفع تکلیف و به دور از واقعیت‌های موجود نسبت به مسایل این‌گونه افراد، اعضای خانواده آنان و حتی جامعه نه تنها رهگشا نخواهد بود، بلکه بر پیچیدگی مساله نیز خواهد افزود. اجرای اقدامات پیشگیری به شناسایی ماهیت بنیادی یک پدیده معطوف است که اهمیت قابل توجهی را برای پژوهش حاضر فراهم می‌سازد. برای انتخاب و به کارگیری مناسب راهبردها، دانستن نیازها و مشکلات و پتانسیل‌ها و توانایی‌های اجتماعی ضروری است. اجرای هر برنامه‌ی پیشگیری، به شناخت دقیق منطقه، بررسی کامل وضعیت بهداشتی و روان‌شناختی و بررسی‌های همه‌گیرشناسی بستگی دارد تا از این طریق، عوامل موثر بر مصرف مواد آشکار شوند. به‌عنوان مثال، می‌توان شایع‌ترین نوع ماده‌ی مصرفی و گروه سنی افراد در معرض خطر، موقعیت‌ها و محل‌های مصرف، باورهای نادرست و عوامل مخاطره‌آمیز، امکانات و منابع موجود را شناخت و براساس آن مدل فعالیت‌های پیشگیری را تعیین کرد. علاوه بر فراهم کردن امکانات دولتی، می‌توان از ظرفیت‌ها و توان تشکلهای غیردولتی و مردم‌نهاد برای کاهش عوامل خطر و افزایش عوامل محافظی و جلوگیری‌کننده محیطی برای مقابله با معضل مواد مخدر استفاده کرد و به بررسی عوامل مرتبط با مصرف شیشه پرداخت. مواد مخدر بویژه مواد مخدر صنعتی،

همه قشرهای جامعه را تهدید می‌کند. با استفاده از شناسایی عوامل تأثیرگذار و تدوین یک مدل کاربردی می‌توان اطلاعات کاربردی را برای برنامه‌های پیشگیری در استان تهران فراهم ساخت. با وجود تحقیقات متعددی که در زمینه عوامل بالینی، خانوادگی و تربیتی بر گرایش نوجوانان و جوانان به مصرف مواد مخدر صورت گرفته است، هنوز به گونه دقیق مشخص نیست که سهم و نقش عوامل بالینی، خانوادگی و تربیتی بر گرایش به مصرف شیشه در بین نوجوانان و جوانان به چه میزان است؛ از این رو، خلأ پژوهشی موجود در این زمینه منجر به انجام پژوهش حاضر شده و سؤال اصلی این است که آیا بین عوامل بالینی، خانوادگی، شخصیتی و تربیتی یا پرورشی نوجوانان و جوانان مصرف‌کننده و عدم مصرف شیشه تفاوت وجود دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش در حیطه تحقیقات توصیفی از نوع علی - مقایسه‌ای بود. این تحقیق دارای دو جامعه آماری بود. یکی تمامی نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۹ سال معتاد به مصرف شیشه که به کانون اصلاح و تربیت، پزشک قانونی و مراکز درمانی رجوع کرده بودند و دیگری نوجوانان و جوانان عادی که شیشه مصرف نمی‌کردند و در همین دامنه سنی قرار داشتند. با توجه به فرمول حجم نمونه کوکران^۱ ۳۰۰ نفر از نوجوانان و جوانان جامعه معتاد به شیشه و ۳۰۰ نفر از نوجوانان و جوانان سالم به‌عنوان گروه مقایسه انتخاب شدند. شایان ذکر است که انتخاب گروه عادی یا سالم، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد.

ابزار

۱- پرسشنامه شخصیت چندوجهی مینه‌سوتا: درسال ۱۹۳۸ مک‌کینلی و هته‌وی^۲، این پرسشنامه شخصیتی را به جهانیان عرضه کردند. نسخه مزبور در ایران توسط یعقوبی (۱۳۸۰)، به نقل از کامکاری و شکرزاده، (۱۳۸۹) در انستیتوی روان پزشکی ایران ترجمه و انطباق‌یابی شد. علاوه بر آن وزیری و لطفی (۱۳۷۹)، به نقل از کامکاری و

شکر زاده، ۱۳۸۹)، نیکخو و کامکاری (۱۳۸۱)، به نقل از کامکاری و شکر زاده، ۱۳۸۹) و پاشاشریفی (۱۳۸۲، به نقل از کامکاری و شکر زاده، ۱۳۸۹) در جوامع متفاوت به روایی و اعتبار آن را مطلوب ارزیابی کردند. در سال ۲۰۰۳، تحولات چشمگیری در سنجش نوین رخ داد و مقیاس‌های بالینی تغییر یافتند تا در سال ۲۰۰۸، انجمن روان‌شناسان آمریکا و کمیسیون روان‌شناسی از MMPI-2RF به‌عنوان ابزار طلایی یاد کردند. امروزه این آزمون به‌عنوان کامل‌ترین ابزار روان‌شناختی است که نه تنها نیمرخ شخصیتی، بلکه اختلالات شخصیتی و آسیب‌شناسی روانی را تحت عنوان عوارض روان‌شناختی در پنجاه مقیاس بالینی با پنج فرم متفاوت نیمرخ شخصیتی ارائه می‌دهد (کامکاری و شکرزاده، ۱۳۸۹). با توجه به نتایج تحلیل عاملی تأییدی مشخص شد که ابزار مزبور از روایی سازه مطلوبی برخوردار است. علاوه بر آن، با رجوع به تشخیص‌های روانپزشکی و ابزارهای موازی، دارای روایی ملاکی بالایی است. همچنین، تمامی پنجاه مقیاس بالینی از ضرایب اعتبار بالاتر از ۰/۸۰ برخوردار است (بوچر، هامیلتون، روس و کاملاً، ۲۰۰۳). در ایران این پرسشنامه توسط کامکاری و شکرزاده (۱۳۸۹) ترجمه و انطباق‌یابی شد و با حجم نمونه ۱۲۰ نفر از دانشجویان کارشناسی ارشد تربیت بدنی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز مورد اعتباریابی قرار گرفت. ضرایب اعتبار برای مقیاس‌های بالینی (پنجاه مقیاس) بالاتر از ۰/۸۰ بود و این اقدام از طریق روش آلفای کرونباخ صورت گرفت. علاوه بر آن، ۳۰ نفر از نمونه‌های تحقیق، سه ماه بعد مجدداً مورد آزمون قرار گرفتند و ضریب اعتبار با روش بازآزمایی، فراتر از ۰/۸۰ بود. با مصاحبه بالینی ۳۰ نفری که دو مرتبه مورد آزمون قرار گرفتند، دلایل مستند و معتبری پیرامون روایی ملاکی به دست آمد. این اقدام از طریق محاسبه همبستگی بین رتبه‌های دانشجویان در مصاحبه بالینی با تأکید بر مقیاس‌های بالینی و شخصیتی نتایج حاصله از پرسشنامه به دست آمد که ضرایب همبستگی‌ها بالاتر از ۰/۸۰ بود. پژوهشگران عنوان کردند آزمون فوق از اعتبار و روایی مقبولی برخوردار است. در چارچوب روایی محتوایی مطرح می‌شود

که پرسشنامه دارای پنج نیمرخ روان‌شناختی بوده که به ترتیب عبارتند از: نیمرخ روایی (۸ عامل)، نیمرخ بالینی (۱۲ عامل)، نیمرخ شخصیتی (۲۵ عامل در دو حیطه جسمانی - شناختی - درونی‌سازی و برونی‌سازی - بین‌فردی - علائق) و نیمرخ آسیب‌شناسی شخصیتی (۵ عامل).

۲- ابزار سنجش عوامل خانوادگی - تربیتی: این پرسشنامه پژوهشگر ساخته ۱۲ سوال برای عوامل خانوادگی و ۱۲ سوال برای عوامل تربیتی دارد که در مجموع تعداد ۲۴ سوال را در بر گرفته و با توجه به طیف لیکرت، به صورت ۵ گزینه‌ای اندازه‌گیری می‌شود که در برگیرنده شاخص‌های مرتبط با عوامل خانوادگی - تربیتی است. روایی صوری و ظاهری پرسشنامه با تاکید بر نظرات ۱۰ نفر متخصص روان‌شناس تربیتی و روان‌سنج مورد تایید واقع شد. با استفاده از روش تحلیل عامل اکتشافی به بررسی روایی سازه (عاملی) پرسشنامه پرداخته و یافته‌ها نشان داد پرسشنامه دارای روایی سازه است. با استفاده از روش چرخش وریماکس، هفت عامل تحت عناوین کنترل، حمایت، محبت، جسارت‌طلبی، مسوولیت‌پذیری، کنترل خشم و مهارت‌های سازشی به دست آمد. در چارچوب اندازه‌گیری عامل خانوادگی نیز، سه بعد نظارت، حمایت و محبت در ۱۲ سؤال تدوین شد که هر کدام از مقیاس‌های مزبور دارای ۴ سؤال است. اعتبار پرسشنامه‌ها نیز در دو مرحله (اجرای مقدماتی و نهایی) و با استفاده از روش آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن بالاتر از ۰/۸۰ به دست آمد.

یافته‌ها

برای بررسی تفاوت بین نوجوانان مصرف‌کننده/عدم‌مصرف‌کننده شیشه در عوامل بالینی تحلیل واریانس چندمتغیری انجام شد. نتایج این تحلیل حکایت از تفاوت معنادار بین دو گروه داشت (۰/۷۹ = مجذور اتا، $P < ۰/۰۱$ ، $۰/۲۱ =$ لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک‌متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۱: نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در عوامل بالینی

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
نارسایی هیجانی	۴۰۵۵/۳۶	۱	۴۰۵۵/۳۶	۱۸۳/۸۴۰	۰/۰۰۱	۰/۳۸
نارسایی تفکر	۶۴۳۱/۰۷	۱	۶۴۳۱/۰۷	۴۷۰/۴۳۰	۰/۰۰۱	۰/۶۱
نارسایی رفتاری	۳۰۸/۰۵	۱	۳۰۸/۰۵	۲۹/۵۴۰	۰/۰۰۱	۰/۰۹
ضعف روحیه	۲۶۱۶/۶۵	۱	۲۶۱۶/۶۵	۳۲۶/۲۵۰	۰/۰۰۱	۰/۵۲
شکایت جسمانی	۱۱۸۴/۰۵	۱	۱۱۸۴/۰۵	۱۲۶/۷۵۰	۰/۰۰۱	۰/۲۹
هیجانان مثبت پایین	۳۱۴/۱۶	۱	۳۱۴/۱۶	۴۹/۹۵۰	۰/۰۰۱	۰/۱۴
رفتار ضد اجتماعی	۸۱۶/۷۵	۱	۸۱۶/۷۵	۹۸/۲۷۰	۰/۰۰۱	۰/۲۴
عقاید گزند و آزار	۶۷۸/۰۱	۱	۶۷۸/۰۱	۸۴/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۲۲
هیجانان منفی	۲۴۳	۱	۲۴۳	۲۷/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۰۸
مختل کننده						
تجارب عجیب و غریب	۱۰۰۸/۳۳	۱	۱۰۰۸/۳۳	۱۳۶/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۳۱
فعالیت‌گرایی						
هیپومانیک	۱۴۸۷/۴۱	۱	۱۴۸۷/۴۱	۱۷۳/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۳۶

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود، تفاوت معناداری در تمام عوامل بالینی بین نوجوانان مصرف‌کننده و عدم مصرف‌کننده شیشه وجود دارد. با توجه به آماره‌های توصیفی می‌توان گفت: نوجوانانی که شیشه مصرف می‌کنند در عوامل بالینی نمرات بیشتری نسبت به نوجوانانی که شیشه مصرف نمی‌کنند دریافت کرده‌اند.

برای بررسی تفاوت بین نوجوانان مصرف‌کننده/عدم مصرف‌کننده شیشه در عوامل خانوادگی تحلیل واریانس چندمتغیری انجام شد. نتایج این تحلیل حکایت از تفاوت معنادار بین دو گروه داشت (۰/۰۸ = مجذور اتا، $P < ۰/۰۱$ ، $۰/۹۲ = \lambda$ مبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک‌متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در عوامل خانوادگی

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
کنترل	۲۴۶/۱۴	۱	۲۴۶/۱۴	۲۰/۰۳۰	۰/۰۰۱	۰/۰۷
حمایت	۴/۴۸	۱	۴/۴۸	۰/۳۹۰	۰/۵۳۱	-
محبت	۱۵۵/۰۳	۱	۱۵۵/۰۳	۸/۰۹۰	۰/۰۵۵	-

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود، تفاوت معناداری تنها در عامل کنترل بین نوجوانان مصرف‌کننده و عدم مصرف‌کننده شیشه وجود دارد. با توجه به آماره‌های توصیفی می‌توان گفت: نوجوانانی که شیشه مصرف می‌کنند در عامل کنترل، نمرات بیشتری نسبت به نوجوانانی که شیشه مصرف نمی‌کنند دریافت نموده‌اند.

برای بررسی تفاوت بین نوجوانان مصرف‌کننده/عدم مصرف‌کننده شیشه در عوامل شخصیتی (جسمانی - شناختی و درونی‌سازی) تحلیل واریانس چندمتغیری انجام شد. نتایج این تحلیل حکایت از تفاوت معنادار بین دو گروه داشت ($F=0/67$ مجذور اتا، $P < 0/01$ ، $P < 0/33$ لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک‌متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در عوامل شخصیتی (جسمانی-شناختی و درونی‌سازی)

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
ناخوشی	۴۳۲	۱	۴۳۲	۲۲۴/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۴۲
شکایات گوارشی	۵۹/۸۵	۱	۵۹/۸۵	۵۸/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۱۶
شکایات سردرد	۱۶/۳۳	۱	۱۶/۳۳	۲/۴۲	۰/۱۲۱	-
شکایات عصب‌شناختی	۱۱۶/۵۶	۱	۱۱۶/۵۶	۵۰/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۱۴
عقاید مرگ - خودکشی	۲۱/۸۷	۱	۲۱/۸۷	۱۲/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۰۴
درماندگی - ناامیدی	۸/۶۷	۱	۸/۶۷	۹/۳۷	۰/۰۰۲	۰/۰۳
خودتردیدی	۲۲/۹۶	۱	۲۲/۹۶	۱۵/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۰۵
فشار روانی - نگرانی	۶۶/۲۷	۱	۶۶/۲۷	۵۸/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۱۶
اضطراب	۱۱/۲۱	۱	۱۱/۲۱	۱۱/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۰۳
استعداد خشم	۰/۶۵	۱	۰/۶۵	۰/۴۰	۰/۵۲۷	-

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود، در تمامی عوامل شخصیتی (جسمانی - شناختی و درونی‌سازی) تفاوت معناداری بین دو گروه (به جز مولفه‌های شکایت سردرد و استعداد خشم) وجود دارد. با توجه به آماره‌های توصیفی می‌توان گفت: نوجوانانی که شیشه مصرف می‌کنند در عوامل شخصیتی (جسمانی - شناختی و درونی‌سازی) به جز

مولفه‌های شکایت سردرد و استعداد خشم نمرات بیشتری نسبت به نوجوانانی که شیشه مصرف نمی‌کنند دریافت کرده‌اند.

برای بررسی تفاوت بین نوجوانان مصرف‌کننده/عدم مصرف‌کننده شیشه در عوامل شخصیتی (برون‌سازی، بین فردی و علائقی) تحلیل واریانس چندمتغیری انجام شد. نتایج این تحلیل حکایت از تفاوت معنادار بین دو گروه داشت (۰/۲۳=مجذور اتا، $P < ۰/۰۱$ ، ۰/۷۶=لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک‌متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در عوامل شخصیتی (برون‌سازی، بین فردی و علائقی)

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
مشکلات سلوکی نوجوانی	۶/۷۵	۱	۶/۷۵	۳/۶۶	۰/۰۵۷	-
سوء استفاده از مواد	۱۰۵/۶۱	۱	۱۰۵/۶۱	۵۰/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۱۴
پرخاشگری	۴/۸۱	۱	۴/۸۱	۱/۸۴	۰/۱۷۶	-
هیجان‌پذیری	۱۰/۴۵	۱	۱۰/۴۵	۷/۵۷	۰/۰۰۶	۰/۰۲
منفعل‌گرایی بین فردی	۴۸	۱	۴۸	۲۰/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۰۶
اجتناب اجتماعی	۰/۲۱	۱	۰/۲۱	۰/۰۵	۰/۸۱۱	-

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود، در مولفه‌های سوء مصرف مواد، هیجان‌پذیری و منفعل‌گرایی بین فردی از مولفه‌های عامل شخصیتی (جسمانی - شناختی و درونی سازی) تفاوت معناداری بین دو گروه وجود دارد. با توجه به آماره‌های توصیفی، نوجوانان مصرف‌کننده شیشه نمرات بالاتری دریافت کرده‌اند.

برای بررسی تفاوت بین نوجوانان مصرف‌کننده/عدم مصرف‌کننده شیشه در عوامل شخصیتی (آسیب‌شناسی شخصیت) تحلیل واریانس چندمتغیری انجام شد. نتایج این تحلیل حکایت از تفاوت معنادار بین دو گروه داشت (۰/۴۲=مجذور اتا، $P < ۰/۰۱$ ، ۰/۵۸=لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک‌متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در عوامل شخصیتی (آسیب‌شناسی شخصیت)

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
پرخاشگری	۲/۰۱	۱	۲/۰۱	۰/۳۲	۰/۵۶۷	-
روان‌پریشی	۲۴۵۵/۴۸	۱	۲۴۵۵/۴۸	۱۴۴/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۳۲
بی‌مسئولیتی	۳۶۴/۸۲	۱	۳۶۴/۸۲	۶۹/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۱۸
روان‌نژندی	۷۴۴/۹۹	۱	۷۴۴/۹۹	۸۵/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۲۲
درون‌گرایی	۹۹/۱۸	۱	۹۹/۱۸	۱۴/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۰۴

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود، در تمام مولفه‌های شخصیتی (آسیب‌شناسی شخصیت) تفاوت معناداری بین دو گروه، به جز مولفه پرخاشگری وجود دارد. با توجه به آماره‌های توصیفی نوجوانان مصرف‌کننده شیشه نمرات بالاتری دریافت نموده‌اند. برای بررسی تفاوت بین نوجوانان مصرف‌کننده/عدم مصرف‌کننده شیشه در عوامل تربیتی تحلیل واریانس چندمتغیری انجام شد. نتایج این تحلیل حکایت از تفاوت معنادار بین دو گروه داشت (۰/۱۳ = مجذور اتا، $P < ۰/۰۱$ ، $\lambda = ۰/۸۷$ ، لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک‌متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در عوامل تربیتی

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
جسارت‌طلبی	۶۰/۵۹	۱	۶۰/۵۹	۱۲/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۰۴
مسئولیت‌پذیری	۲۰۷/۲۱	۱	۲۰۷/۲۱	۲۵/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۰۸
کنترل خشم	۷/۰۵	۱	۷/۰۵	۱/۵۱	۰/۲۲۰	-
مهارت‌های سازشی	۲۵/۰۴	۱	۲۵/۰۴	۳/۳۹	۰/۰۶۷	-

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود، در مولفه‌های جسارت‌طلبی و مسئولیت‌پذیری از مولفه‌های تربیتی تفاوت معناداری بین دو گروه وجود دارد. با توجه به آماره‌های توصیفی نوجوانان مصرف‌کننده شیشه نمرات بالاتری دریافت کرده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

در تحقیق حاضر به بررسی عوامل مرتبط با مصرف شیشه و تعیین سهم و نقش هر یک از آن‌ها در بین نوجوانان و جوانان شهر تهران پرداخته شد. بررسی عوامل بالینی نوجوانان

نشان داد که در شاخص‌های نارسایی هیجانی، نارسایی تفکر، نارسایی رفتاری، ضعف روحیه، شکایات جسمانی، هیجان‌ات مثبت پایین، بدبینی، رفتار ضداجتماعی، عقاید گزند و آزار، هیجان‌ات منفی مختل‌کننده، تجارب عجیب و غریب و فعالیت‌گرایی هیپومانیک، میانگین نوجوانانی که شیشه مصرف می‌کنند از نوجوانانی که شیشه مصرف نمی‌کنند، بالاتر است. همچنین، بررسی عوامل بالینی جوانان نشان داد که در شاخص‌های نارسایی هیجانی، نارسایی تفکر، نارسایی رفتاری، ضعف روحیه، شکایات جسمانی، هیجان‌ات مثبت پایین، رفتار ضداجتماعی، عقاید گزند و آزار، هیجان‌ات منفی مختل‌کننده، تجارب عجیب و غریب و فعالیت‌گرایی هیپومانیک، میانگین جوانانی که شیشه مصرف می‌کنند از جوانانی است که شیشه مصرف نمی‌کنند، بالاتر است؛ در حالی که در شاخص بدبینی، میانگین هر دو گروه یکسان بوده و هر دو گروه به یک میزان از بدبینی برخوردارند. با مقایسه یافته‌های حاصل از مقایسه عوامل بالینی و پیشینه تحقیقات انجام گرفته در داخل و خارج از کشور، این نتایج با یافته‌های ساعد، پوراحسان، اصلانی و زرگر (۱۳۹۰)، زاهد، اله‌قلیلو، ابوالقاسمی و نریمانی (۱۳۸۹)، میرسلیمانی، ثنائی ذاکر، وزیری و لطفی (۱۳۸۸)، سرآبادانی تفرشی (۱۳۷۹) و لیتیر^۱ (۲۰۰۷) هماهنگ و همسو است. با تأکید بر مقیاس‌های بالینی می‌توان عنوان کرد که آسیب‌شناسی روانی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل گرایش نوجوانان و جوانان به سوی مصرف شیشه است. بنابراین، با کاهش بهداشت روانی و آسیب‌شناسی روانی، میزان نارسایی در زمینه‌های هیجانی، تفکر و رفتار افزایش می‌یابد. یافته‌های حاضر به‌عنوان تبیین گرایش به مصرف شیشه با تأکید بر مشکلات و اختلالات روان‌شناختی است. یافته‌های پژوهش حاضر با بررسی مقایسه‌ای پیشینه پژوهش به تبیین احتمالی گرایش به مصرف شیشه در زمینه‌های آسیب‌شناسی روانی معطوف است. هنگامی که هیجان‌ات مثبت از قبیل شادمانی، لذت و خوشی کاهش و هیجان‌ات منفی از قبیل اضطراب، ترس و نگرانی افزایش می‌یابد می‌توان انتظار داشت که نارسایی هیجانی بیشتر شده و زمینه مساعدی برای گرایش به مصرف شیشه در نوجوانان و جوانان به وجود آید. علاوه بر نارسایی هیجانی، کاهش هیجان‌ات مثبت و افزایش هیجان‌ات منفی می‌توان از

اشتغالات ذهنی و نارسایی‌های تفکر به‌عنوان یکی دیگر از محورهای اصلی آسیب‌شناسی روانی یاد کرد که نقش عمده‌ای در بروز مصرف شیشه دارد. بدون شک، عقاید گزند و آزار، شخص را به سوی انزوای طلبی و افکار عجیب و غریب سوق می‌دهد و او را به سوی دنیای توهم و هذیان کشانده و موجبات بروز اعتیاد را فراهم می‌سازد. با توجه به گرایش‌های هیپومانیک که با عدم کنترل شخصی همراه است و همچنین هیجان‌ات منفی مختل‌کننده و هیجان‌ات مثبت پایین، می‌توان مطرح کرد که گرایش به مصرف شیشه به‌عنوان پیامدی از آسیب‌شناسی روانی محسوب می‌شود. بنابراین، شاید بتوان زندگی شاد و بارور، تفریحات نشاط‌آور، دوری جویی از غم و مسوولیت‌پذیری را به‌عنوان عوامل بازدارنده از گرایش به مصرف شیشه مطرح ساخت. یافته‌های پژوهش با نظریه مارتین سلیگمن در زمینه درمان‌دگی آموخته شده و بک در زمینه افسردگی هماهنگ است و می‌تواند بر ارتباط نزدیک آسیب‌شناسی روانی با رفتارهای پُرخطر از قبیل گرایش به مصرف شیشه تأکید کند.

۶۵

65

در مقایسه عوامل خانوادگی در دو گروه نوجوانان و جوانان مصرف‌کننده شیشه و عدم مصرف‌کننده شیشه بررسی عوامل خانوادگی نوجوانان نشان داد که در شاخص‌های «کنترل» و «محبت»، نوجوانانی که شیشه مصرف نمی‌کنند از میانگین بالاتری برخوردارند؛ بدین ترتیب که در خانواده‌های نوجوانانی که شیشه مصرف نمی‌کنند، کنترل خانواده بیشتر بوده و در خانواده، از محبت بیشتری برخوردارند. در حالی که در شاخص «حمایت»، میانگین هر دو گروه برابر بوده و میزان حمایت خانواده‌ها در هر دو گروه یکسان است. بررسی عوامل خانوادگی جوانان نشان داد که در شاخص‌های «کنترل» و «محبت»، جوانانی که شیشه مصرف نمی‌کنند از میزان بالاتری برخوردارند؛ بدین ترتیب که در خانواده‌های جوانانی که شیشه مصرف نمی‌کنند، کنترل خانواده بیشتر بوده و در خانواده از محبت بیشتری برخوردارند. در صورتی که در شاخص «حمایت»، میانگین هر دو گروه برابر بوده و میزان حمایت خانواده‌ها در هر دو گروه یکسان است. با مقایسه یافته‌های حاصل از مقایسه عوامل خانوادگی و پیشینه تحقیقات انجام گرفته در داخل و خارج از کشور، یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج بشارت، میرزمانی و پورحسین (۱۳۸۵)، کریمی

(۱۳۷۸)، لیتیر (۲۰۰۷)، نیوکام و بنتلر^۱ (۲۰۰۶)، آندرلان^۲ (۲۰۰۵)، فیلند^۳ (۲۰۰۴)، نیوکام و ریچاردسون^۴ (۲۰۰۰)، هماهنگ و همسو است. در تبیین یافته حاضر می توان گفت که عوامل خانوادگی می تواند رشد و شخصیت کودک را افزایش دهد و فرایند اجتماعی شدن را با پذیرش مسوولیت به وجود آورد. زمینه های تربیتی والدین از جمله مواردی است که مسوولیت پذیری توأم با کنترل محرومیت را فراهم می سازد. هنگامی که محیط خانوادگی در وضعیت نابسامان قرار گرفته باشد و فضای خانواده توأم با هرج و مرج باشد، هیچگونه نظارت و کنترلی بر رفتار کودکان، نوجوانان و جوانان اعمال نشده و باز خورد اصلاحی در زمینه رفتارهای نادرست به نمایش گذاشته نمی شود. به علاوه، رفتارهای مطلوب و پسندیده مورد تشویق و حمایت قرار نگرفته و سیستم مدیریت رفتاری نمی تواند رفتارهای نامطلوب را کاهش و رفتارهای مطلوب را افزایش دهد. محیط خانوادگی به عنوان مهم ترین نهاد اجتماعی، مسوولیت پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان به سوی مواد مخدر و شیشه را بر عهده دارد. ساماندهی خانوادگی در زمینه کنترل رفتارهای کودکان و استفاده از محبت، باعث می شود تا کودکان میل به تغییر و پذیرش مسوولیت را پذیرا باشند. محبت در محیط خانوادگی موجبات افزایش بهداشت روانی را فراهم می کند. کاهش محبت باعث افزایش آسیب شناسی روانی می شود و بدون علت نیست که آسیب شناسی روانی با افزایش مشکلات بالینی و اختلالات شخصیتی موجبات بروز گرایش به مواد را به صورت اعم و مصرف شیشه را به صورت اخص فراهم می سازد. نظریه الگوهای تربیتی در رویکرد مارسیا که می تواند موجبات بحران هویت را فراهم سازد، از جمله مواردی است که نوجوانان و جوانان را به سوی گرایش به مصرف شیشه سوق می دهد. عدم محبت به عنوان یکی از پیامدهای اجتماعی که در نظریه رشد اجتماعی اریکسون مطرح شده است، از جمله مواردی است که باید در محیط خانواده مدنظر قرار گیرد و بتوان محبت متعادل را به کودکان انتقال داد. الگوهای تربیتی خانواده در بحران بلوغ، حایز اهمیت بوده و باید بتواند نقش هویت شخصی و کنترل فردی را به وجود آورد.

1. New Comb & Bentler

2. Anderlan

3. Filand

4. Richardson

در مقایسه عوامل شخصیتی در دو گروه نوجوانان و جوانان مصرف کننده شیشه و عدم مصرف کننده شیشه، بررسی عوامل شخصیتی نوجوانان نشان داد که در شاخص های عقاید مرگ و خودکشی، درماندگی-ناامیدی، خودتردیدی، فشار روانی-نگرانی، اضطراب، سوء مصرف مواد، هیجان پذیری، منفعل گرایی بین فردی، روان پریشی، بی مسوولیتی، روان نژندی و درون گرایی، نوجوانانی که شیشه مصرف می کنند از میزان بالاتری برخوردارند، درحالی که در شاخص های ناخوشی، شکایات گوارشی، شکایات عصب شناختی، مشکلات سلوکی نوجوانی و اجتناب اجتماعی، میانگین نوجوانانی که شیشه مصرف نمی کنند بیشتر است. لازم به ذکر است، در شاخص های شکایات سردرد، استعداد خشم، پرخاشگری و پرخاشگری درون شده میانگین هر دو گروه برابر بوده و از میزان شکایات سردرد و استعداد خشم یکسانی برخوردارند. بررسی عوامل شخصیتی جوانان نیز نشان داد که در شاخص های شکایات گوارشی، شکایات عصب شناختی، شکایات شناختی، عقاید مرگ و خودکشی، درماندگی-ناامیدی، خودتردیدی، ناکارآمدی، فشار روانی-نگرانی، اضطراب، ترس های محدود کننده رفتار، مشکلات سلوکی نوجوانی، سوء استفاده از مواد، پرخاشگری، هیجان پذیری، مشکلات خانوادگی، کمرویی، عدم پیوند گرایی، پرخاشگری درون شده، روان پریشی، بی مسوولیتی و روان نژندی، جوانانی که شیشه مصرف می کنند از میانگین بالاتری برخوردارند و در علائق ادبی-زیباشناسی و مکانیکی- جسمانی از میانگین پایین تری برخوردارند؛ درحالی که در شاخص ناخوشی، منفعل گرایی بین فردی و اجتناب اجتماعی، میانگین جوانانی که شیشه مصرف نمی کنند بیشتر است. لازم به ذکر است، در شاخص های شکایات سردرد، استعداد خشم، ترس های چند گانه مشخص و درون گرایی، میانگین هر دو گروه برابر بوده و از میزان شکایات سردرد، استعداد خشم و ترس های چند گانه مشخص یکسانی برخوردارند. یافته های پژوهش حاضر با تحقیقات اورکی (۱۳۹۰)، اخوان تختی و حاج حسینی (۱۳۸۱)، ناظر، خالقی و صیادی (۱۳۸۰)، پیر جلیان (۱۳۸۰)، برماس (۱۳۷۸)، سرآبادانی تفرشی (۱۳۷۹)، بیدبرگ نیا (۱۳۷۷)، خدیوی آبریز (۱۳۷۵) و لیتیر (۲۰۰۷) هماهنگ و همسو است.

در مقایسه عوامل تربیتی در دو گروه نوجوانان و جوانان مصرف کننده شیشه و عدم مصرف کننده شیشه بررسی عوامل تربیتی نوجوانان نشان داد که در شاخص «جسارت طلبی»، نوجوانانی که شیشه مصرف می کنند از میانگین بالاتری برخوردارند؛ در حالی که در شاخص «مسئولیت پذیری»، نوجوانانی که شیشه مصرف نمی کنند از میزان بالاتری برخوردارند. لازم به ذکر است میانگین هر دو گروه در شاخص های «کنترل خشم» و «مهارت های سازشی»، برابر و هر دو گروه به یک میزان از کنترل خشم و مهارت های سازشی برخوردارند. بررسی عوامل تربیتی جوانان نیز نشان داد که در شاخص های «جسارت طلبی» و «مسئولیت پذیری»، جوانانی که شیشه مصرف نمی کنند از میزان بالاتری برخوردارند و میانگین آنها بیشتر از میانگین جوانانی است که شیشه مصرف می کنند. در حالی که میانگین هر دو گروه در شاخص های «کنترل خشم» و «مهارت های سازشی»، برابر بوده و هر دو گروه جوانان به یک میزان از کنترل خشم و مهارت های سازشی برخوردارند. با مقایسه یافته های حاصل از مقایسه عوامل تربیتی و پیشینه تحقیقات انجام گرفته در داخل و خارج از کشور می توان گفت که یافته های حاصل از پژوهش حاضر با تحقیقات میرسلیمانی و همکاران (۱۳۸۸) و نیوکام و بنتلر (۲۰۰۶)، هماهنگ و همسو است. مهارت های جسارت طلبی از جمله قابلیت های اجتماعی است که شخص را در برابر فشار گروه همسال مقاوم می کند و بر اساس نظریه آش، باعث می شود تا همنوایی اجتماعی کاهش یابد. با توجه به آموزش های مهارت های زندگی که همواره آموزش مهارت های جسارت طلبی یکی از ده محور اصلی آموزش محسوب می شود، باید بتوان مهارت های ارتباطی نوجوانان و جوانان را افزایش داد. افزایش مهارت های ارتباطی می تواند مقاومت نوجوان را در برابر فشارهای اجتماعی توسعه داده و علاوه بر افزایش الگوهای انطباقی و مهارت های سازشی، باعث می شود تا در موقعیت های متفاوت، توان کنترل هیجانات منفی از قبیل کنترل خشم و پرخاشگری را به دست آورد.

در پایان، می توان نتیجه گیری کرد که با توجه به این که یافته های تحقیق حاضر با پیشینه تحقیقات انجام گرفته در داخل و خارج از کشور هماهنگ و همسو است و در تمامی تحقیقات و همچنین تحقیق حاضر نیز مطرح شده است که عوامل بالینی (همچون

نارسایی هیجانی، نارسایی تفکر، نارسایی رفتاری، رفتار ضداجتماعی، هیجانات منفی، عقاید گزند و آزار و ...)، عوامل خانوادگی (همچون کنترل و محبت، عوامل شخصیتی همچون خودتردیدی، هیجان‌پذیری، منفعل‌گرایی بین‌فردی، بی‌مسئولیتی و ...) و در نهایت عوامل تربیتی (همچون جسارت‌طلبی، مسوولیت‌پذیری و کنترل خشم) در نوجوانان و جوانان مصرف‌کننده شیشه بالاتر از نوجوانان و جوانان عادی یا سالم کرد، می‌توان عنوان کرد که نوجوانان و جوانانی که دارای هیجان‌پذیری، پرخاشگری و منفعل‌گرایی بین‌فردی بالاتری هستند و جسارت‌طلبی و مسوولیت‌پذیری در آنها کمتر مشاهده می‌شود، گرایش بیشتری به مصرف شیشه نشان می‌دهند. همچنین، در خانواده‌هایی که کنترل و محبت بیشتر از حد معمول و یا کمتر از میزان مورد انتظار است، نوجوانان و جوانان بیشتر به سمت مصرف شیشه گرایش می‌یابند.

در این تحقیق هیچ‌گونه متغیر مستقلی مورد دستکاری قرار نگرفت که این وضعیت می‌تواند اعتبار درونی تحقیق را خدشه‌دار کند و تفسیر رابطه علی را با محدودیت مواجه سازد. برخی از متغیرهای مزاحم همانند سن، وضعیت تأهل، میزان سابقه‌ی مصرف مواد در این تحقیق مورد کنترل واقع نشده است که این وضعیت محدودیت‌هایی را در طرح تحقیق ایجاد ساخته است. احساس ناامنی آزمودنی در ارزیابی صادقانه پاسخ به پرسشنامه‌ها از جمله محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر است. به همین دلیل، ارائه‌ی خدمات مشاوره بالینی به نوجوانان و جوانان پیشنهاد می‌شود. بدین ترتیب که به ایجاد مراکز در مدارس، دانشگاه‌ها و حتی مراکز تفریحی-ورزشی در سراسر شهر تهران پرداخته شود تا نوجوانان و جوانان به صورت رایگان در این مراکز حضور یابند و از خدمات درمانی و مشاوره بهره‌مند شوند. همچنین، پیشنهاد می‌شود به آموزش خانواده‌ها پرداخته شود تا با مسوولیت بالاتری شیوه‌های فرزندپروری را اعمال کنند؛ کنترل فرزندان را به درستی و به میزان مناسب اعمال کنند و محبت خود را از فرزندان دریغ نکنند. همچنین، در مراکز بهداشت کارگاه‌های آموزشی مختص والدین برگزار شود به صورت اجباری، والدینی که فرزندشان وارد مرحله نوجوانی می‌شود، ملزم باشند تا در این کلاس‌ها شرکت کنند. از تکنیک‌های افزایش عزت نفس، کنترل خشم و دیگر روش‌های کاهش اضطراب و

نگرانی برای نوجوانان و جوانان استفاده شود. خانواده‌ها و مهدکودک‌ها در دوره خردسالی به اعمال الگوهای تربیتی و شیوه‌های فرزندپروری و همچنین، مهارت‌های اجتماعی آشنا شوند تا بتوانند از مناسب‌ترین شیوه تربیتی بهره‌مند شوند و مهارت‌های اجتماعی را در فرزندان پرورش دهند تا فرزندان مسوولیت‌پذیر شوند و مهارت جسارت‌طلبی را نیز در خود ارتقاء بخشند.

منابع

- اخوان تختی، مهناز و حاج حسینی، منصوره (۱۳۸۱)، *مقایسه سبک اسناد (مدل درماندگی آموخته شده در جوانان معتاد و غیرمعتاد شهر یزد)*، نشر پورسینا، تهران.
- اورکی، محمد (۱۳۹۰). بررسی رابطه خشم، خودکارآمدی، مهارت‌های مقابله‌ای و میل به مصرف مواد در گروهی از درمانجویان وابسته به مواد مخدر افیونی، *فصلنامه اعتیادپژوهی سوء مصرف مواد*، ۵(۱۸)، ۳۹-۵۴
- برماس، حامد (۱۳۷۸). *مقایسه میزان عزت نفس و سبک‌های اسنادی در دو گروه نوجوانان غیرمعتاد و معتاد*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران مرکز
- بشارت، محمدعلی، میرزمانی، محمود و پورحسین، رضا (۱۳۸۵). نقش متغیرهای خانوادگی در پدیدآیی اختلال کاربرد نابجای مواد. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۷(۳)، ۲۷-۴۶
- بیدبرگ‌نیا، بیژن (۱۳۷۷). *بررسی و مقایسه ویژگی‌های شخصیتی معتادین به مواد مخدر و افراد عادی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه علامه طباطبائی
- پیرجلیان، منیژه (۱۳۸۰). *بررسی رابطه مواد مخدر و عزت نفس*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه آزاد رودهن.
- حاجی رسولی، مسعود (۱۳۸۸). *ارزیابی عملکرد مراکز درمانی ترک اعتیاد وابسته به سازمان‌های مردم نهاد در درمان معتادین استان تهران*. مرکز پژوهش، مطالعات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر خدیوی آبریز، علی (۱۳۷۵). *بررسی و مقایسه میزان باورهای غیرمنطقی در افراد معتاد با افراد بهنجار*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه علامه طباطبائی
- زاهد، عادل؛ اله‌قلیلو، کلثوم؛ ابوالقاسمی، عباس و نریمانی، محمد (۱۳۸۹). *ارتباط بین راهبردهای تنظیم هیجان و رفتار بین‌فردی در سوء مصرف کنندگان مواد*، *فصلنامه اعتیادپژوهی سوء مصرف مواد*، ۳(۱۱)، ۹۹-۱۱۳
- ساعده، امید؛ پوراحسان، سمیه؛ اصلانی، جلیل، زرگر، محمد (۱۳۹۰). *نقش سرکوب فکر، عوامل فراشناختی و هیجانات منفی در پیش‌بینی اختلال وابستگی به مواد*، *فصلنامه اعتیادپژوهی سوء مصرف مواد*، ۵(۱۸)، ۶۹-۸۴

سرآبادانی تفرشی، مریم (۱۳۷۹). بررسی و مقایسه عوامل روانی و اجتماعی گرایش مجدد به اعتیاد، پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، انستیتو روان پزشکی ایران

کوشکی، شیرین (۱۳۸۸). بررسی الگوهای مقابله و ویژگی های شخصیتی نوجوانان و جوانان معتاد به مصرف شیشه. پایان نامه دکتری تخصصی روان شناسی عمومی، چاپ نشده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات

کامکاری، کامبیز (۱۳۸۹). استانداردسازی مقیاس گرایش به اعتیاد (با تأکید بر MMPI-2RF) در بین دانش آموزان دوره متوسطه و پیش دانشگاهی، مرکز پژوهش، مطالعات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر

کامکاری؛ کامبیز و سُکرزاده، شهره (۱۳۸۹). ویژگی های روان سنجی فرم بازسازی شده پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه سوتا-۲ (MMPI-2RF) در ورزشکاران تیم ملی ایران، فصلنامه علمی-پژوهشی روان شناسی معاصر، ۵، ۶۴۰

کریمی، هادی (۱۳۷۸). بررسی جنبه های فرهنگی - اجتماعی گرایش به مواد مخدر در بین زندانیان مرکزی زاهدان. پایان نامه دکتری، چاپ نشده، دانشکده پزشکی زاهدان

میرسلیمانی، لاله؛ ثنائی ذاکر، باقر؛ وزیری، شهرام و لطفی، فرخ (۱۳۸۸). مقایسه رفتارهای جنسی، رفتارهای جنسی پرخطر و رفتارهای آسیب به خود، در سوء مصرف کنندگان مواد مخدر با مواد محرک. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۳(۹)، ۱۷۲-۱۵۵

ناظر، محمد؛ خالقی، عزت اله و صیادی، رضا (۱۳۸۰). شیوع اختلال های روان پزشکی در وابستگان به مواد افیونی، فصلنامه اندیشه و رفتار، ۷(۳)، ۴۵-۳۸

نسیمی، محمد (۱۳۹۰). ویژگی های روان شناختی زنان مصرف کننده شیشه در کمپ های بومهن و کرج. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

Anderlan, S. (2005). The Survey of relation Between economic- social Factors associated with abuse druge. *Journal of Psychological*, 45285-299.

Butcher, J. N., Hamilton, C. K., Rouse, S. V., & Cumella, E. J. (2003). The deconstruction of the Hy Scale of MMPI-2: Failure of RC3 in measuring somatic symptom expression. *Journal of Personality Assessment*, 87, 186-192.

Dana, R. H. (2004). *Handbook of Cross- Cultural and multicultural personality assessment*. Lawrence Erlbaum Associates.

Filand., H. (2004). The survey in operative effect on the Drug, *journal; psychology*, 23, 15-16.

Lettier, R. (2007). The Survey of Factors associated with drug abuse. *Journal of Psychological*, 62, 285-299.

New Comb., M. D & Bentler, P. M. (2006). the effects of Family Factors on the abuse druge in adolescents, *Journal of Psychological*, 59, 101-120.

New Comb M. D& Richardson, M. A. (2000). Substance use disorders in M. Hersen, R. T. Ammerman (Eds), *Advanced abnormal Child Psychology NewYerry*: Laq rence Erlbaum Associaltes Publisher.

Archive of SID

۷۲

72

سال هفتم، شماره ۲۶، تابستان ۱۳۹۲
Vol: 7, No: 26, Summer 2013