

نقش افسردگی، روابط خانواده و خودکارآمدی در پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد در نوجوانان

خدیجه فولادوند^۱، احمد برجلی^{۱*}، فریده حسین ثابت^۱، علی دلاور^۱

چکیده

زمینه و هدف: نوجوانان به‌عنوان گروهی پرخطر، در معرض ابتلا به اعتیاد قرار دارند. این پژوهش با هدف بررسی نقش افسردگی، روابط خانواده و خودکارآمدی در پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد در میان نوجوانان انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر به روش توصیفی - همبستگی بر روی ۵۴۶ نوجوان دبیرستان‌های استان لرستان در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۳ انجام گرفت. نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به پرسشنامه‌های خصوصیات جمعیت‌شناختی، آمادگی به اعتیاد، افسردگی، روابط خانواده و خودکارآمدی پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چندمتغیره گام‌به‌گام تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: در این مطالعه بین افسردگی، روابط خانواده و خودکارآمدی با آمادگی به اعتیاد، رابط معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/01$). تحلیل رگرسیون چندمتغیره نشان داد افسردگی، روابط خانواده و خودکارآمدی به ترتیب ۲/۳۷، ۲ و ۲/۱ درصد از واریانس آمادگی به اعتیاد را به‌طور معنی‌داری پیش‌بینی می‌کنند ($p < 0/0001$).

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش حاکی از اهمیت افسردگی، روابط خانواده و خودکارآمدی در پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد است که این عوامل می‌توانند مقدار زیادی از تغییرپذیری آمادگی به اعتیاد در میان نوجوانان را تبیین کنند.

کلیدواژه‌ها: نوجوانان؛ اختلال افسردگی؛ روابط خانوادگی؛ کارآمدی؛ اختلال‌های مرتبط با مواد.

گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول مکاتبات:

احمد برجلی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:

borjali@atu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۴/۴/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۴/۶/۱۸

لطفاً به این مقاله به‌صورت زیر استناد نمایید:

Fooladvand Kh, Borjali A, Hossein Sabet F, Delavar A. The role of depression, family relationship and self-efficacy in the prediction of potential addiction among adolescents. Qom Univ Med Sci J 2016;10(3):70-80. [Full Text in Persian]

مقدمه

مصرف مواد یکی از معضلات عمده زیستی، روانی و اجتماعی است و جهان در دهه اخیر با آمار حیرت‌آور شیوع مصرف مواد، به‌طور عمومی در جامعه، به‌ویژه در قشر نوجوان مواجه بوده است (۱). اگرچه دوره نوجوانی به‌عنوان یک دوره خطرناک، تحولی برای تجربه مواد است (۵-۲)، اما عوامل خطرناک و محافظت‌کننده‌ای وجود دارند که شناخت آنها برای ارتقای برنامه‌های پیشگیرانه و درمانی اعتیاد در نوجوانان، مهم به‌نظر می‌رسد. طبق شواهد بسیاری، افسردگی می‌تواند منجر به سوءمصرف مواد گردد (۸-۶). اکثریت مطالعات پژوهشی نشان می‌دهند افسردگی قبل از مصرف مواد شروع می‌شود و مصرف مواد یک پیشاینده افسردگی است (۹، ۱۰). شواهد پژوهشی نیز نشان می‌دهند نوجوانان افسرده در معرض خطر بالاتری از مصرف مواد قرار دادند (۱۳-۱۱). نتایج پژوهش Bukstein نشان داد نوجوانان افسرده (۲۹/۲٪)، ۲ برابر نوجوانان غیرافسرده (۱۴/۵٪)، مواد مصرف می‌کنند (۱۲). Henry و همکاران (۱۳) نیز مطرح کردند نوجوانان دختر افسرده که مواد مصرف می‌کنند سریع‌تر از مصرف اولیه مواد به سمت سوءمصرف مواد یا وابستگی به مواد حرکت می‌کنند. پژوهش محسنی تبریزی (۱۴) نیز نشان داد افسردگی بر آمادگی فرد به سوءمصرف مواد اثر می‌گذارد. نتایج پژوهش مولوی و رسول‌زاده (۱۵)، حاکی از آن بود که در بین عوامل فردی، افسردگی مهم‌ترین عامل در آمادگی به سوءمصرف مواد است. همچنین نتایج پژوهش قهوه‌چی و محمدخانی (۱۶)، بیانگر آن بود که هیجانان منفی با مصرف سیگار ارتباط دارند. براساس یافته‌های پژوهشی، ارتباط با خانواده می‌تواند پیش‌بینی‌کننده قوی مصرف الکل، سیگار و سایر مواد در نوجوانان باشد. مطالعات نشان می‌دهند وجود و کیفیت ارتباطات با والدین به‌طور نیرومندی الگوهای مصرف نوجوانان را پیش‌بینی می‌کند. درحالی‌که ارتباطات تعارض‌آمیز، خطر مصرف مواد را افزایش می‌دهد. در مقابل، ارتباطات صمیمی‌تر، مانع مصرف مواد در نوجوانان می‌شود (۱۷، ۱۸). زمانی که نوجوانان با والدین خود ارتباط دارند و احساساتشان را بیان می‌کنند از اثرات مضر مصرف مواد در امان بوده و احتمال کمتری وجود دارد که به مصرف مواد روی آورند (۱۲).

نتایج پژوهش علایی خرایم، کدیور، محمدخانی، صرامی و علایی خرایم (۱۹) نشان داد نوجوانانی که از جانب والدین خود طرد شده‌اند، از دوستان منحرف پیروی کرده و در نتیجه به مصرف مواد روی می‌آورند.

باورهای خودکارآمدی نیز به‌عنوان متغیری پیش‌بین برای دسته وسیعی از رفتارهای نابهنجار مورد بررسی قرار گرفته است (۲۰). در واقع، خودکارآمدی یک عامل محافظت‌کننده در مقابل مصرف مواد به شمار می‌آید (۱۲). خودکارآمدی، باور به شایستگی و توانایی فرد برای سازمان و اجرای اعمال مورد نیاز برای مدیریت موقعیت‌های مورد انتظار است (۲۱). نتایج پژوهش Hale (۲۲) نیز نشان از ارتباط مهم و معنی‌داری بین خودکارآمدی ادراک‌شده و سوءمصرف مواد بوده است. نتایج پژوهش ابوالقاسمی، پورکرد و نریمانی (۲۳) نیز نشان داد با افزایش خودکارآمدی، آمادگی به مصرف مواد در نوجوانان کاهش می‌یابد. همچنین رنجبر نوشری، محمود علیلو، اسدی مجره، قدرتی و نجار مبارکی (۱) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که خودکارآمدی افراد معتاد، کمتر از افراد بهنجار است. با توجه به مطالعات اندکی که در زمینه بررسی موضوع پژوهش حاضر موجود است و عدم وجود سابقه انجام چنین مطالعه‌ای در ایران، این پژوهش دارای نوآوری‌های خاص خود نه تنها از نظر موضوع؛ بلکه از سایر جهات نظیر روش‌شناسی و تبیین نتایج می‌باشد. بنابراین، یافته‌های حاصل از این مطالعه بر غنای دستاوردهای پیش‌گفته در زمینه متغیرهای پژوهش خواهد افزود. به‌علاوه، نتایج پژوهش حاضر می‌تواند به برنامه‌ریزان و ارائه‌دهندگان خدمات سلامتی در ارتقای برنامه‌های پیشگیرانه و درمانی اعتیاد نوجوانان یاری رساند. براین اساس، این مطالعه از نظر موضوع و تبیین، حایز اهمیت است. با توجه به مطالب بیان‌شده، این پژوهش با هدف بررسی نقش افسردگی، روابط خانواده و خودکارآمدی در پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد در میان نوجوانان انجام گرفت.

روش بررسی

پژوهش حاضر به روش توصیفی - همبستگی بر روی ۵۴۶ نوجوان دبیرستان‌های استان لرستان در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۳ انجام شد.

نمره‌گذاری هر سؤال بر روی یک پیوستار از صفر (کاملاً مخالفم) تا ۳ (کاملاً موافقم) است.

برای محاسبه روایی این مقیاس از دو روش استفاده شد. در روایی ملاکی، پرسشنامه آمادگی به اعتیاد دو گروه معتاد و غیرمعتاد را به‌خوبی از یکدیگر تمیز داده است. روایی سازه مقیاس از طریق همبسته کردن آن با مقیاس ۲۵ ماده‌ای فهرست علائم بالینی (SCL_25)، ۰/۴۵ محاسبه گردید که در سطح $p < ۰/۰۰۰۱$ معنی‌دار بود. حاجی‌حسینی و همکاران (۲۴)، پایایی پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۷ برآورد کردند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه آمادگی به اعتیاد، ۰/۸۷ و دو عامل آمادگی فعال و منفعل به ترتیب برابر ۰/۸۵ و ۰/۷۴ به دست آمد.

۳- پرسشنامه افسردگی کودکان (Children's Depression Inventory): پرسشنامه

خودگزارش‌دهی افسردگی کودکان (CDI) به‌وسیله Kovacs و Beck برای اندازه‌گیری افسردگی در کودکان و نوجوانان ۷-۱۸ سال ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۲۷ سؤال است که هر سؤال شامل سه گزینه بوده و برای اندازه‌گیری نشانگان افسردگی نظیر گریه کردن، افکار خودکشی، توانایی در تمرکز بر تکالیف مدرسه طراحی شده است. سؤالات از ۲-۰ نمره‌گذاری می‌شوند. این پرسشنامه شامل پنج عامل خلق منفی، مشکلات بین فردی، ناکارآمدی، بی‌لذتی و عزت‌نفس منفی می‌باشد (۲۵).

این پرسشنامه در مطالعات مختلف به شکل گسترده‌ای مورد استفاده قرار گرفته و به‌عنوان پرسشنامه دارای روایی و پایایی شناخته شده است (۸). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه افسردگی کودکان، ۰/۸۲ و پنج عامل خلق منفی، مشکلات بین فردی، ناکارآمدی، بی‌لذتی و عزت‌نفس منفی به ترتیب برابر با ۰/۷۱، ۰/۶۸، ۰/۶۳، ۰/۶۵ و ۰/۶۷ به دست آمد.

۴- پرسشنامه ویرایش‌شده روابط خانواده (Revised Family Relationship Scale): این پرسشنامه توسط

Ritchie و Fitzpatrick تدوین شده است. در این پرسشنامه شرکت‌کنندگان، ۲۶ سؤال (مربوط به شیوه ارتباط در خانواده را خوانده و مشخص می‌کنند هر جمله تا چه حد در مورد

حجم نمونه با استفاده از روش تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای تعیین گردید. ابتدا از بین ۱۰ شهرستان استان لرستان، ۲ شهرستان خرم‌آباد و سلسله به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس از بین ۱۳۶ دبیرستان شهرستان‌های خرم‌آباد، سلسله، ۶ دبیرستان دخترانه و پسرانه به‌صورت تصادفی، انتخاب و در نهایت، در داخل دبیرستان‌های مورد نظر به‌صورت تصادفی، ۳۲ کلاس (۵۴۶ دانش‌آموز) برای شرکت در نمونه پژوهش تعیین گردید. معیار ورود به پژوهش شامل اشتغال به تحصیل در دبیرستان در زمان پژوهش و تمایل نوجوان به شرکت در پژوهش بود. در ابتدا با اخذ مجوز از آموزش و پرورش استان لرستان، پژوهشگر وارد محیط پژوهش شده و پرسشنامه‌های مورد نظر را در اختیار نوجوانان دبیرستانی قرار داد تا تکمیل کنند. به شرکت‌کنندگان نیز اعلام گردید شرکت در پژوهش برای تمامی افراد اختیاری بوده و نام و نام خانوادگی آنها مورد نیاز نیست و اطلاعات پژوهش تنها به‌صورت گروهی مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد. مدت زمان تقریبی لازم برای پر کردن پرسشنامه‌ها، ۴۵ دقیقه بود. ابزار گردآوری داده‌ها شامل ۵ پرسشنامه به شرح زیر بود که به روش خودگزارش‌دهی توسط آزمودنی‌ها تکمیل باشد.

۱- پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی: این پرسشنامه حاوی اطلاعاتی در مورد سن، جنس، نام دبیرستان، مقطع تحصیلی، شهرستان محل سکونت، سابقه و نوع مصرف مواد توسط نوجوان، سابقه و نوع مصرف مواد به‌وسیله دوستان و سابقه و نوع مصرف مواد توسط والدین بود.

۲- پرسشنامه آمادگی به اعتیاد ایرانی (Iranian Addiction Potential Scale): زرگر پرسشنامه

ایرانی آمادگی به اعتیاد را با توجه به وضعیت روانی - اجتماعی جامعه ایرانی ساخته است. این پرسشنامه از دو عامل تشکیل شده و دارای ۳۶ سؤال به‌اضافه ۵ سؤال دروغ‌سنج می‌باشد. در عامل اول (آمادگی فعال)، بیشترین سؤال‌ها به ترتیب مربوط به رفتارهای ضداجتماعی، میل به مصرف مواد و هیجان‌خواهی بوده و در عامل دوم (آمادگی منفعل)، بیشترین سؤال‌ها مربوط به عدم ابراز وجود می‌باشد (۲۴).

ثبات درونی آنها با آلفای کرونباخ، $0/66$ برای خرده‌آزمون خودکارآمدی اجتماعی، $0/74$ خرده‌آزمون خودکارآمدی تحصیلی و $0/84$ نیز برای خرده‌آزمون خودکارآمدی هیجانی به دست آمده است.

در ارتباط با روایی همگرای این پرسشنامه، با توجه به ارتباط خودکارآمدی با افسردگی، همبستگی پیرسون بین پرسشنامه افسردگی کودکان و نوجوانان (CDI) و پرسشنامه خودکارآمدی کودکان و نوجوانان (SEQ-C) نشان داد همبستگی بین افسردگی و خودکارآمدی نوجوانان، منفی و معنی‌دار است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه خودکارآمدی کودکان و نوجوانان، $0/85$ و برای سه عامل اجتماعی، تحصیلی و هیجانی به ترتیب برابر با $0/70$ ، $0/84$ ، $0/76$ به دست آمد. در این پژوهش، از روش‌های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیره برای آزمون روابط فرض شده بین آمادگی به اعتیاد، افسردگی، روابط خانواده و خودکارآمدی استفاده گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

این مطالعه به روش توصیفی - همبستگی بر روی ۵۴۶ نوجوان دبیرستان‌های استان لرستان در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۳ انجام شد. از این تعداد، ۲۷۸ نفر از نوجوانان، دختر و ۲۶۸ نفر، پسر بودند. دامنه سنی بیشتر آنها بین ۱۶-۱۴ سال ($0/77/5$) قرار داشت. 44% نوجوانان در سال اول، 32% سال دوم، 17% سال سوم، 2% سال چهارم و 5% مقطع تحصیلی خود را مشخص نکردند. $93/4\%$ نوجوانان، $88/5\%$ دوستان و $91/1\%$ والدین آنها، عدم سابقه مصرف مواد را داشتند. همچنین $1/1\%$ نوجوانان، 6% دوستان و $2/9\%$ والدین آنها دارای سابقه مصرف مواد بودند. در جدول شماره ۱ مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش آمده است.

خانواده آنان صدق می‌کند. این مقیاس، دو عامل گفت و شنود و هم‌نوايي ارتباط‌های خانواده را در طیف ۵ امتیازی لیکرت از کاملاً موافقم (نمره ۴) تا کاملاً مخالفم (نمره صفر) اندازه‌گیری می‌کند (۲۶).

در پژوهش سپهری و مظاهری، روایی مقیاس با استفاده از روش تحلیل عاملی به شیوه مؤلفه‌های اصلی بررسی و مشخص شده است (۲۶). مجموعه گویه‌های مقیاس بر روی هم، حدود 55% را تبیین می‌کند. همچنین ضریب آلفای کرونباخ دو بُعد هم‌نوايي و گفت و شنود به ترتیب برابر با $0/90$ و $0/89$ می‌باشد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه روابط خانواده، $0/80$ و برای دو عامل گفت و شنود و هم‌نوايي به ترتیب برابر با $0/90$ و $0/83$ به دست آمد.

۵- پرسشنامه خودکارآمدی کودکان و نوجوانان

(Self-efficacy questionnaire-Children Scale): این

پرسشنامه ۲۳ سؤالی توسط Muris برای ارزیابی خودکارآمدی کودکان و نوجوانان در سه حیطه (اجتماعی، تحصیلی و هیجانی) تهیه شده است. نتایج مطالعات Muris با استفاده از تحلیل عاملی وجود ساختار سه عاملی در سه حیطه (اجتماعی، تحصیلی و هیجانی) را نشان داده است. همچنین، پایایی خودکارآمدی عمومی، $0/70$ ؛ پایایی خودکارآمدی اجتماعی، $0/78$ ؛ خودکارآمدی تحصیلی، $0/87$ و خودکارآمدی هیجانی، $0/80$ گزارش شده است (۲۷).

در پژوهش طهماسیان (۲۷)، پایایی پرسشنامه از طریق آزمون - بازآزمون پس از ۲ هفته در ۴۳ نفر از دانش‌آموزان برابر $0/89$ برای کل آزمون، $0/82$ برای خرده‌آزمون خودکارآمدی اجتماعی، $0/87$ برای خرده‌آزمون خودکارآمدی تحصیلی و $0/88$ برای خودکارآمدی هیجانی محاسبه شده است.

جدول شماره ۱: خصوصیات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش (n=۵۴۶)

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی	فراوانی	درصد فراوانی
سن	۱۴-۱۶	۷۷/۵
	۱۷-۱۸	۸/۵
	جواب نداده	۱۴/۱
جنسیت	دختر	۵۰/۹
	پسر	۴۹/۱
	بهبشت آذین	۲۲/۷
دبیرستان	سمیه	۲۸/۲
	امیرکبیر	۶/۶
	هنرهای زیبا	۵/۹
شهرستان	نواب صفوی	۱۱/۵
	مطهری	۲۵/۱
	سلسله	۵۳/۳
سابقه مصرف مواد فرد	خرم‌آباد	۴۶/۷
	خیر	۹۳/۴
	قلیان	۰/۹
سابقه مصرف مواد دوستان	حشیش	۰/۲
	جواب نداده	۵/۵
	خیر	۸۸/۵
سابقه مصرف مواد والدین	بله (ماده مصرفی گزارش نشده)	۲/۲
	سیگار	۱/۱
	تریاک	۰/۷
سابقه مصرف مواد والدین	ماری جوانا	۰/۷
	قلیان	۱/۳
	جواب نداده	۵/۵
سابقه مصرف مواد والدین	خیر	۹۱/۱
	بله (ماده مصرفی گزارش نشده)	۱/۱
	سیگار	۱/۲
سابقه مصرف مواد والدین	قلیان	۰/۲
	ماری جوانا	۰/۴
	جواب نداده	۶

میانگین \pm انحراف معیار و همبستگی درونی متغیرهای پژوهش حاضر در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف استاندارد و همبستگی درونی متغیرها (n=۵۴۶)

متغیر	میانگین \pm انحراف معیار				همبستگی
	۱	۲	۳	۴	
آمادگی به اعتیاد	۲۲/۶۷ \pm ۱۲/۹۴	-	-	-	-
افسردگی	۱۴/۰۵ \pm ۶/۹۰	۰/۶۱**	-	-	-
روابط خانواده	۴۹/۵۱ \pm ۱۱/۸۹	۰/۲۷**	-۰/۰۵	۱	-
خودکارآمدی	۵۷/۰۵ \pm ۱۳/۰۶	-۰/۴۶**	-۰/۵۷**	۰/۱۲**	۱

**p<۰/۰۱

افزایش یافت و خودکارآمدی نیز به‌طور خالص ۲/۱٪ از واریانس آمادگی به اعتیاد را تبیین کرد ($p < 0/0001$). در مجموع، سه متغیر افسردگی، روابط خانواده و خودکارآمدی، قادر به پیش‌بینی معنی‌دار ۴۱/۱٪ از آمادگی به اعتیاد نوجوانان بودند ($p < 0/0001$) (جدول شماره ۳). ضریب دورین واتسون (Durbin -Watson) ۱/۸۶ نیز با توجه به قرار داشتن در دامنه ۲/۵-۱/۵، بیانگر رعایت پیش‌فرض استقلال خطاها بود (۲۸).

از بین متغیرهای پیش‌بینی‌کننده در گام اول، افسردگی با ضریب رگرسیون ۰/۶۱۱ وارد معادله رگرسیون شد و به‌تنهایی قادر به پیش‌بینی ۳۷/۲٪ از واریانس آمادگی به اعتیاد به‌طور معنی‌دار بود ($p < 0/0001$). در گام دوم علاوه بر افسردگی، روابط خانواده به معادله افزوده شد و ضریب رگرسیون را به ۰/۶۲۷ افزایش داد. روابط خانواده به تنهایی ۲٪ از واریانس آمادگی به اعتیاد را به‌طور معنی‌داری تبیین کرد ($p < 0/0001$). علاوه بر این، در گام سوم با اضافه شدن خودکارآمدی، ضریب رگرسیون به ۰/۶۴۴

جدول شماره ۳: خلاصه مدل تحلیل رگرسیون جهت پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد

گام	متغیرهای وارد شده در معادله	ضریب رگرسیون	سهم کل (توان دوم رگرسیون)	ضریب تعدیل شده	سهم خالص	درجه آزادی ۲	معنی‌داری	ضریب دورین واتسون
۱	افسردگی	۰/۶۱۱	۰/۳۷۳	۰/۳۷۲	۰/۳۷۳	۵۴۴	۰/۰۰۰۱	واتسون
۲	افسردگی+روابط خانواده	۰/۶۲۷	۰/۳۹۳	۰/۳۹۱	۰/۰۲۰	۵۴۳	۰/۰۰۰۱	۱/۸۶
۳	افسردگی+روابط خانواده+خودکارآمدی	۰/۶۴۴	۰/۴۱۵	۰/۴۱۱	۰/۰۲۱	۵۴۲	۰/۰۰۰۱	

هم‌خطی قوی بین مجموع متغیرهای مستقل بود. نبود رابطه هم‌خطی بر عدم وجود همبستگی بسیار بالا بین مجموع متغیرهای مستقل اشاره داشته و مبنای آن ضریب تورم واریانس کمتر از ۱۰ می‌باشد (۲۹).

ضرایب معادله براساس نمرات خام و استاندارد، از لحاظ آماری معنی‌دار و دارای قدرت پیش‌بینی‌کنندگی برای آمادگی به اعتیاد نوجوانان بود ($p < 0/0001$) (جدول شماره ۴). از سوی دیگر، ضرایب تورم واریانس کمتر از ۱/۵۰، حاکی از نبود رابطه

جدول شماره ۴: ضرایب خام و استاندارد معادله رگرسیون جهت پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد

متغیر	ضریب بتا	خطای استاندارد	beta	t	معنی‌داری	ضریب تحمل	ضریب تورم واریانس
مقدار ثابت	۱۲/۱۸	۳/۳۳	-	۳/۶۵	۰/۰۰۰۱	-	-
افسردگی	۰/۹۱	۰/۰۷	۰/۵۰	۱۲/۵۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷	۱/۴۹
روابط خانواده	۰/۱۷	۰/۰۴	۰/۱۵	۴/۵۷	۰/۰۰۰۱	۰/۹۹	۱/۰۱
خودکارآمدی	-۰/۱۷	۰/۰۴	-۰/۱۸	-۴/۴۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷	۱/۴۸

بحث

ارتباط بین افسردگی و مصرف مواد نیز شاید بدین دلیل باشد که مصرف مواد وسیله‌ای برای کاهش هیجان‌های منفی و افزایش هیجان‌های مثبت است. بر این اساس، افسردگی با ایجاد هیجان‌های منفی در فرد منجر به افزایش مصرف مواد می‌شود (۷،۶). طبق مدل Self-medication (تبیین تحول اعتیاد و تفاوت‌های فردی در آسیب‌پذیری نسبت به اعتیاد)، افراد به‌طور عمد از مواد برای درمان و بهبود علائم روان‌شناختی که از آن رنج می‌برند، استفاده می‌کنند. طبق این الگو افرادی که از حالت‌های عاطفی ناخوشایند، به‌خصوص افسردگی رنج می‌برند، مستعد اعتیاد هستند. بنابراین، ممکن است مواد برای تسکین احساسات افسردگی و کمک به کنار آمدن با علائم افسردگی، انتخاب شوند (۲۰).

پژوهش حاضر با هدف تعیین قدرت پیش‌بینی‌کنندگی آمادگی به اعتیاد به‌وسیله افسردگی، روابط خانواده و خودکارآمدی انجام شد. همان‌طور که مشاهده گردید افسردگی به‌طور معنی‌داری آمادگی به اعتیاد را در نوجوانان پیش‌بینی کرد. این یافته با نتایج مطالعات Windle و Windle (۶)، Chang و Chiang (۷)، Libby (۹)، Taylor (۱۰)، Whitesell و همکاران (۱۱)، Elliott-Erickson و همکاران (۱۲)، Henry و همکاران (۱۳)، محسنی تبریزی (۱۴)، مولوی و رسول‌زاده (۱۵)، قهوه‌چی و محمدخانی (۱۶)، همخوانی داشت. اکثریت مطالعات پژوهشی نشان می‌دهند افسردگی قبل از مصرف مواد شروع می‌شود و مصرف مواد یک پیش‌بیننده افسردگی است (۹، ۱۰).

در پژوهش حاضر ۱/۱٪ از نوجوانان، ۶٪ دوستان و ۲/۹٪ از والدین آنها مواد مصرف می‌کردند. اثر سوءمصرف مواد والدین بر فرزندان به‌خوبی مستند شده و با پیامدهای اجتماعی و بهداشتی منفی متعددی مرتبط است (۱۲). فرزندان والدینی که مواد مصرف می‌کنند نه تنها در معرض خطر بیشتری برای رویارویی با مشکلات رفتاری گسترده از جمله مصرف مواد هستند (۳۰)؛ بلکه به احتمال بیشتری با فرزندپروری ناهمسان و سهل‌انگارانه، فقر و سوءاستفاده کلامی و جسمی نیز مواجه می‌شوند (۱۲). آنها به احتمال زیاد در محیط‌های خصمانه و استرس‌آور زندگی کرده و در معرض خطر مصرف مواد و مشکلات روانی - اجتماعی قرار دارند (۳۱).

همچنین ارتباط با همسالانی که به هنجارهای اجتماعی عدم مصرف مواد بی‌اعتنا هستند می‌تواند یک عامل خطر ساز برای سوءمصرف مواد در نوجوانان باشد. آنها نه تنها دسترسی به مواد را افزایش می‌دهند؛ بلکه محیطی را مهیا می‌کنند که ارزش‌ها و باورهای همسان با مصرف مواد را فراهم سازد (۱۲). در دوران نوجوانی، گروه‌های همسالانی که مصرف مواد را تشویق می‌کنند، به احتمال بیشتری اعضای خانواده آنها نیز مواد مصرف می‌کنند، درحالی‌که نوجوانانی که در گروه‌های همسالانی قرار دارند که مصرف مواد را تأیید نمی‌کنند، به احتمال کمتری مواد مصرف می‌کنند. همچنین نوجوانانی که پذیرش همسالان و کیفیت دوستی را خیلی مهم ارزیابی می‌کنند بیشتر در معرض خطر هم‌نویایی با رفتار مصرف مواد همسالان خود هستند (۳۲).

محدودیت‌ها

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی بود: اول اینکه پژوهش حاضر صرفاً در استان لرستان انجام شد و در تعمیم این نتایج به سایر نوجوانان استان‌های دیگر کشور باید احتیاط شود. بنابراین، تفاوت‌های فرهنگی در شهرهای مختلف ممکن است نتایج متفاوتی برای نوجوانان سایر استان‌ها به همراه داشته باشد. دوم، اگرچه نتایج این مطالعه بیانگر آن است که در نوجوانان افسردگی، روابط خانواده و خودکارآمدی، نقش قابل توجهی در آمادگی به اعتیاد ایفا می‌کنند، اما این نتایج بدین معنی نیست که این متغیرها تنها عوامل تبیین‌کننده آمادگی به اعتیاد در نوجوانان

در پژوهش حاضر، روابط خانواده به‌طور معنی‌داری آمادگی به اعتیاد در نوجوانان را پیش‌بینی کرد. این یافته با نتایج مطالعات Elliott-Erickson و همکاران (۱۲)، Rhodes و همکاران (۱۷)، Murrelle و Kliever (۱۸)، علایی خرایم و همکاران (۱۹) همخوانی داشت. نوجوانانی که در خانواده‌هایشان تعارض وجود دارد نمی‌توانند در مواجهه با فشارزاهای زندگی، منبع حمایتی داشته باشند و ممکن است استرس اضافی را در نتیجه تعامل تعارض‌آمیز خانواده تجربه کرده و بنابراین از مواد برای تسکین استرس استفاده کنند. به‌علاوه، خانواده‌ها با ارتباط ضعیف در نظارت رفتار نوجوانان مؤثر نیستند. برعکس تعاملات مثبت خانواده با رفتارهای سازگارانه در نوجوان مانند سطوح پایین‌تر مصرف مواد ارتباط دارد. خانواده‌های منسجم با حمایت از نوجوان، بافتی را فراهم می‌کنند تا یاد بگیرد و برای رفتار سازگارانه کنار آمدن تقویت شود (۱۸). زمانی که نوجوانان با والدین خود ارتباط برقرار کرده و احساساتشان را بیان می‌کنند از اثرات مضر مصرف مواد در امان بوده و احتمال کمتری وجود دارد که مواد مصرف کنند (۱۲). علاوه بر این، نتایج پژوهش حاضر نشان داد خودکارآمدی به‌طور معنی‌داری آمادگی به اعتیاد در نوجوانان را پیش‌بینی می‌کند. این یافته با نتایج مطالعات رنجبر و همکاران (۱)، Elliott-Erickson و همکاران (۱۲)، Engels و همکاران (۲۲)، ابوالقاسمی و همکاران (۲۳) همخوانی داشت. در تبیین این یافته می‌توان گفت نوجوانانی که خودکارآمدی بالایی دارند در هنگام رویارویی با رویدادهای نامطلوب و استرس‌زا، پایداری بیشتری از خود نشان داده و تفکرات منفی را درباره خود و توانایی خود نمی‌پذیرند. بر این اساس، احساس خودکارآمدی به نوجوانان کمک می‌کند در مقابل مواد و فشار دوستان مقاومت کرده و رفتارهای خود را کنترل کنند. به عبارتی، توانمندی فرد در پیگیری اهداف باعث افزایش خلق مثبت، احساس کارآیی و عملکرد بالا در فرد شده، درحالی‌که احساس بی‌کفایتی در پیگیری اهداف باعث افزایش خلق منفی و عدم عملکرد درست در فرد خواهد شد. افرادی که به دلیل احساس ناکارآمدی خود در امور زندگی در رسیدن به اهداف مورد نظر مغلوب می‌شوند، احساس ناکامی کرده و برای رهایی از این رنج و فراموشی موقت، به مصرف مواد پناه می‌برند (۲۳).

نتیجه‌گیری

براساس نتایج این مطالعه می‌توان گفت افسردگی، روابط خانواده و خودکارآمدی، نقش قابل توجهی در آمادگی به اعتیاد نوجوانان ایفا می‌کنند. بنابراین، به نظر می‌رسد باید در تدوین برنامه‌های پیشگیری و درمانی برای اعتیاد در نوجوانان، به این متغیرها توجه خاصی مبذول شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول است. بدین وسیله از نوجوانان دبیرستان‌های لرستان که به‌عنوان آزمودنی در این پژوهش شرکت داشتند و با همکاری صمیمانه آنها اجرای این پژوهش امکان‌پذیر گردید، تشکر و قدردانی می‌شود.

هستند. براین اساس، با توجه به محدودیت‌های این پژوهش پیشنهاد می‌گردد محققان در مطالعات آتی نمونه‌هایی از نوجوانان سایر استان‌های ایران را نیز مورد بررسی قرار داده و به مقایسه نتایج با پژوهش حاضر بپردازند تا روشن گردد آیا تفاوت‌های فرهنگی می‌تواند منجر به نتایج متفاوتی برای نوجوانان سایر استان‌ها شود. همچنین به جهت آنکه در تبیین آمادگی به اعتیاد یک یا چند عامل معدود دخیل نبوده و این پدیده، حاصل تعامل عوامل متعددی چون عوامل محیطی، اجتماعی و فردی است، لذا پیشنهاد می‌شود، به‌منظور افزایش دقت و کارآمدی برنامه‌های پیشگیری و درمانی اعتیاد، در مطالعات آتی سهم این متغیرها نیز شناسایی و بررسی شده و روابط ساختاری آنها نیز با یکدیگر در پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد مورد مطالعه قرار گیرد.

References:

1. Ranjbar NF, Alilo MM, Asadi MS, Ghodrati Y, Najar MS. Comparison of coping strategies, perfectionism and self-efficacy in individuals with substance use disorder and normal individuals. *J Res Addict* 2013;7(25) 39-56. [Full Text in Persian]
2. Roth J, Brooks-Gunn J. What do adolescents need for healthy development? Implications for youth policy. *Soc Policy Rep* 2000;16(1):3-19.
3. Silva JD, Aminabhavi VA. Adjustment, Self-efficacy and psychosocial competency of drug addicted adolescents. *J Psychol* 2013;4(1):13-18.
4. Chen C-Y, Storr CL, Anthony JC. Early-onset drug use and risk for drug dependence problems. *Addict Behav* 2009;34(3):319-22.
5. Howlett KD, Williams T, Subramaniam G. Understanding and treating adolescent substance abuse: A preliminary review. *Child Adolesc Psychiatry: Life Cycle Fam* 2012;10(3):293-99.
6. Windle M, Windle RC. Depressive symptoms and cigarette smoking among middle adolescents: Prospective associations and intrapersonal and interpersonal influences. *J Consult Clin Psychol* 2001;69(2):215-26.
7. Chang HH, Chiang T. Depressive symptoms, smoking and cigarette price elasticity: Results from a population-based survey in Taiwan. *Int J Public Health* 2009;54(6):421-6.
8. Dehshiri GH, Najafi M, Shikhi M, Habibi Askarabad M. Investigating primary psychometric properties of Children's Depression Inventory (CDI). *J Fam Res* 2009;5(2):159-77. [Full Text in Persian]
9. Libby AM, Orton HD, Stover SK, Riggs PD. What came first, major depression or substance use disorder? Clinical characteristics and substance use comparing teens in a treatment cohort. *Addic Behav* 2005;30(9):1649-62.
10. Taylor OD. Adolescent depression as a contributing factor to the development of substance use disorders. *J Hum Behav Soc Environ* 2011;21(6):696-710.

11. Whitesell M, Bachand A, Peel J, Brown M. Familial, social, and individual factors contributing to risk for adolescent substance use. *J Addic* 2013;2013(1):1-9.
12. Elliott-Erickson S, Lane J, Ranson K. An overview of risk and protective factors for adolescent substance use and gambling activity: A review of the literature for The Alberta Youth Experience Survey 2008. Canada: Albert Health Services; 2009. p. 1-31.
13. Henry KL, Slater MD, Oetting ER. Alcohol use in early adolescence: The effect of changes in risk taking, perceived harm and friends' alcohol use. *J Stud Alcohol* 2005;66(2):275-83.
14. Mohseni Tabrizi A. Administration of SCL 90 scales for depressive disorders among self – referred treatment – seeking drug abusers in Tehran. *J Res Addict* 2002;1(1):13-32. [Full Text in Persian]
15. Molavi P, Rasoulzadeh B. A study of the factors of drug abuse tendency in the young population. *Q J Fundam Men Health* 2003;6(21,22):49-55. [Full Text in Persian]
16. Qahvehchi F, MohammadKhani S. The correlation between metacognitive beliefs, coping strategies, and negative emotions with students' smoking. *J Zanjan Univ Med Sci Health Serv* 2012;20(81):93-102. [Full Text in Persian]
17. Rhodes JE, Reddy R, Grossman JB. The protective influence of mentoring on adolescents' substance use: Direct and indirect pathways. *Appl Develop Sci* 2005;9(1):31-47.
18. Kliewer W, Murrelle L. Risk and protective factors for adolescent substance use: Findings from a study in selected central american countries. *J Adolesc Health* 2007;40(5):448-55.
19. Alaie-Kharayem R, Kadivar P, MohamadKhani S, Sarami G, Alaie Kharayem M. Analyzing the causation model of effective factors on consuming the narcotics by the juveniles of Karaj. *Police-e-Zan* 2010;4(12):52-76. [Full Text in Persian]
20. West R. Theory of addiction. Oxford: Blackwells Pub Ltd; 2005
21. Veselska Z, Geckova AM, Reijneveld SA, Van Dijk JP. Self-efficacy, affectivity and smoking behavior in adolescence. *Eur Addict Res* 2011;17(4):172-7.
22. Engels RC, Hale WW, Noom M, de Vries H. Self-efficacy and emotional adjustment as precursors of smoking in early adolescence. *Subst Use Misuse* 2005;40(12):1883-93.
23. Abolghassemi A, Poorkord M, Narimani M. The relationship of social skills and self-efficacy with tendency to substance use in adolescents. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2010;16(4):181-8. [Full Text in Persian]
24. Hajihassani M, Shafi Abadi A, Pirsaghi F, Kiyanipour O. Relationship between aggression, assertiveness, depression and addiction potential in female students of Allameh Tabbatabai. *Knowl Res Appl Psychol* 2012;13(3):65-74. [Full Text in Persian]
25. Logan DE, Claar RL, Guite JW, Kashikar-Zuck S, Lynch-Jordan AM, Palermo TM, et al. Factor structure of the Children's Depression Inventory in a multisite sample of children and adolescents with chronic pain. *J Pain* 2013;14(7):689-98.
26. Sepehri S, Mazaheri MA. Patterns of family communication and personality variables among college students. *Dev Psychol* 2010;6(22):141-50. [Full Text in Persian]
27. Tahmassian K. The Iranian Form of Children's Self-Efficacy Questionnaire (SEQ-C). *J Appl Psychol* 2007;1(4):373-90. [Full Text in Persian]
28. Palant CH. Analysis of behavioral sciences data of SPSS. Rezaei A, Translator. Tabriz: Foruzesh; 2011. p. 1-414. [Text in Persian]

29. Mansorfar K. Statistical advanced methods with computer software. Tehran: Tehran University; 2007. p. 1-459. [Text in Persian]
30. Felsher JR, Derevensky JL, Gupta R. Lottery playing among youth: Implications for prevention and social policy. *J Gambl Stud* 2004;20(2):127-53.
31. Kirisci L, Vanyukov M, Tarter R. Detection of youth at high risk for substance use disorders: A longitudinal study. *Psychol Addict Behav* 2005;19(3):243-52.
32. Urberg KA, Lou Q, Pilgrim C, Degimencioglu SM. A two-stage model of peer influence in adolescent substance use: Individual and relationship-specific differences in susceptibility to influence. *Addict Behav* 2003;28(7):1243-56.

Original Article

The Role of Depression, Family Relationship and Self-Efficacy in the Prediction of Potential Addiction among Adolescents*Khadijeh Fooladvand¹, Ahmad Borjali^{1*}, Farideh Hossein Sabet¹, Ali Delavar¹*

¹Department of Psychology,
Faculty of Psychology &
Educational Sciences,
Allameh Tabataba'i
University, Tehran, Iran.

***Corresponding Author:**
Ahmad Borjali, Department
of Psychology, Faculty of
Psychology & Educational
Sciences, Allameh Tabataba'i
University, Tehran, Iran.

Email:
borjali@atu.ac.ir

Received: 11 Jul, 2015

Accepted: 9 Sep, 2015

Abstract

Background and Objectives: Adolescents as a high-risk group are prone to addiction. This research aimed to investigate the role of depression, family relationships, and self-efficacy in the prediction of susceptibility to addiction among adolescents.

Methods: The present research was a descriptive-correlational study carried out on 546 adolescents of Lorestan province's high school in school year 2014-2015. The samples were selected through multiple cluster sampling method. Participants responded to demographic characteristics, addiction potential, depression, family relationships, and self-efficacy questionnaires. Data were analyzed using Pearson's correlation coefficient and stepwise multiple linear regression.

Results: In this study, depression, family relationships, and self-efficacy was significantly correlated with addiction potential ($p < 0/01$). Multiple regression analysis indicated that depression, family relationships, and self-efficacy significantly predicted 37.2%, 2%, and 2.1% of addiction potential variance, respectively ($p < 0.0001$).

Conclusion: The results of this study indicated that depression, family relationships, and self-efficacy are important in the prediction of addiction potential, so that these factors can explain the high degree of variability of addiction potential among adolescents.

Keywords: Adolescent; Depressive disorder; Family relations; Self efficacy; Substance-related disorders.