

## پیش بینی سبک زندگی و حمایت اجتماعی بر گرایش نوجوانان به اعتیاد

فاطمه اسفندیاری<sup>۱</sup>، قاسم قجاوند<sup>۲</sup>، جعفر طالبیان<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد رشته مددکاری اجتماعی، دانشگاه غیر انتفاعی حکمت رضوی مشهد، مشهد، ایران

<sup>۲</sup> استادیار گروه مددکاری اجتماعی، موسسه آموزش عالی حکمت رضوی مشهد، مشهد، ایران

<sup>۳</sup> دکتری روان شناسی، عضو هیئت علمی دانشکده ی روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

### چکیده

هدف پژوهش حاضر پیش بینی سبک زندگی و حمایت اجتماعی بر گرایش نوجوانان به اعتیاد بود. هدف پژوهش حاضر کاربردی از نوع روش توصیفی - همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانش آموزان شهر شیراز در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۰۲ بین سنین ۱۵ تا ۱۸ تشکیل می دهند؛ که تعداد آنان ۱۸۵ نفر (دانش آموزانی که به اعتیاد گرایش داشتند) می باشد. نمونه گیری خوشه ای تصادفی می باشد که از بین از نواحی چهارگانه آموزش و پرورش شهر شیراز؛ براساس فرمول کوکران تعداد ۳۰ نفر از هر ناحیه (۱۲۰ نفر) انتخاب شد. روش نمونه گیری در این پژوهش، روش نمونه گیری خوشه ای تصادفی می باشد. برای سنجش پرسشنامه گرایش به اعتیاد توسط وید و بوچرا<sup>۱</sup> (۱۹۹۲)، سنجش حمایت اجتماعی از پرسشنامه زیمنت<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۸۸) استفاده سنجش سبک زندگی از پرسشنامه سبک زندگی میلر و اسمیت (۱۹۸۸) استفاده شد. در این پژوهش، آمارهای توصیفی مانند میانگین، میانه و نما (مد) و انحراف معیار هر فرضیه محاسبه شد. سپس آزمون نرمال سازی داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شد. نتایج بیانگر این است که سبک زندگی می تواند گرایش نوجوانان به اعتیاد تاثیر دارد. حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و اجتماع می تواند گرایش نوجوانان به اعتیاد پیش بینی کند. بنابراین، تعاملات بین اعضای خانواده پیشنهاد می شود، این تعاملات باید رضایت بخش باشد. افراد خانواده باید به نقش های خود آگاه باشند و تداخل در نقش ها ایجاد نشود. هر فردی باید در چارچوب خانواده، به مسئولیت های فردی و گروهی خود عمل کند. تنها در این صورت است که شخصیت کودکان هم تقویت شده و در برابر هر خطر مقاوم خواهند شد. از طرفی همدلانه برخورد کردن والدین با فرزندان و اجتناب آنها از تحقیر و سرکوب فرزند، می تواند تأثیر مثبتی در رفتارهای آنها داشته باشد.

**واژه های کلیدی:** حمایت اجتماعی، سبک زندگی، گرایش نوجوانان به اعتیاد

<sup>۱</sup> Wid & Bocher

<sup>۲</sup> Ziment

## مقدمه

رفتارهای پرخطر نوجوانان یکی از مهمترین مسائل بهداشتی و اجتماعی جوامع کنونی است که بر فرد، خانواده و جامعه تاثیر می گذارد. سوء مصرف و اعتیاد به مواد تغییر دهنده خلق و رفتار و یکی از بارزترین آسیب های روانی و اجتماعی است که به راحتی می تواند بنیان زندگی فردی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی یک کشور را سست کند و پویایی های انسانی آن را به مخاطره اندازد و امکانات مادی و معنوی آن را تباه سازد (بوتوین و گریفین<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲). با سوء مصرف مواد، مشارکت اجتماعی و شرکت در فعالیت های متناسب با سن کاهش می یابد. سوء مصرف مواد نوجوانان را در معرض خطرات تحصیلی بالایی قرار می دهد؛ ناسازگاری و عملکرد ضعیف در مدرسه در کنار کاهش پیشرفت تحصیلی، نوجوان را در معرض خطر اخراج از مدرسه و کاهش فرصت های آتی برای درآمدهای مالی مناسب در آینده قرار می دهد. همچنین نوجوانان سوء مصرف کننده مواد در مقایسه با همسالان خود که مواد مصرف نمی کنند، میزان بالاتری از رفتارهای خودکشی، بزهکاری و قتل را دارند. این پیامدها آینده ای غیرخوشبینانه را برای نوجوانان و جامعه ترسیم می گرداند (رسولی، ۱۳۸۹)

تمایل به مصرف مواد مخدر می تواند با سبک زندگی جوانان مرتبط باشد. رفتارهای پرخطر از جمله اعتیاد یکی از آسیب های مهم در بین دانش آموزان است. سبک زندگی تاثیر بسیاری در گرایش جوانان به رفتارهای پرخطر دارد. متغیر سبک زندگی شامل طیفی از اولویت ها، نگرش ها، عادات و رفتارها از جمله در زمینه رفتارهای فراغتی، مصرف کالاهای فرهنگی، الگوی پوشش و شیوه های زندگی روزمره است که روز به روز بر وزن و اهمیت آن بر گرایش های مخاطره آمیز جوانان افزوده می شود (مجدی، ۱۳۸۹). تحقیقات نشان داده است که سبک زندگی در دوره ی کودکی شکل می گیرد و توسط فرضیه های اولیه فرد در مورد بهترین روش رسیدن به اهداف خود تعیین شده و تفسیر می شود. این فرضیه ها پیرامون راهبردهای حل مسئله تدوین می شوند و فرد را به سمت آسایش و موفقیت سوق داده و از آسیب و ناکامی دور می کنند. عوامل مؤثر در رشد سبک زندگی را به دو گروه عوامل زیست شناختی و عوامل روانی اجتماعی تقسیم می کنند (مجدی، ۱۳۸۹).

حمایت اجتماعی به عنوان کمک ها و حمایت های اجتماعی والدین، دوستان و دیگر افراد مهم تعریف شده است که فرد آنها را با توجه به شرایط اجتماعی و فردی خود درک می کند (روبرتز<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶). حمایت اجتماعی به عنوان یکی از روش های مقابله ای عاطفه نگر می تواند با پیشگیری از وقوع موقعیت های پرتنش و آسیب زا از افراد محافظت کرده و به آنها کمک می کند تا وقایع پرتنش را به صورتی ارزیابی کنند که جتبه تهدیدکنندگی کمتری داشته باشد (گازیوز، پرز و فنتس<sup>۵</sup>، ۲۰۱۶). مطالعات مختلف نشان داده است که مصرف کنندگان مواد، به طور کلی حمایت اجتماعی کمتری نسبت به افراد دیگر دارند (لورانت و روجاس<sup>۶</sup>، ۲۰۱۶).

می توان گفت خانواده به عنوان اولین عامل حمایتی می تواند تأثیر چشمگیری بر مشکلات رفتاری، روانی و شخصیتی و گلدنبرگ دوران بزرگسالی داشته باشد. چرا که از نظر هربرت<sup>۷</sup> (۲۰۱۲) خانواده جایگاه مهمی در رشد شخصیت افراد دارد و اغلب افراد دچار مشکلات مختلف شخصیتی و روانی که فاقد بهداشت و سلامت روانی هستند از خانواده های ناسالم<sup>۸</sup> برخاسته اند. از نظر سیلبورن<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۰۶) جنبه مهم محیط خانواده، عملکرد خانواده است که سلامت جسمانی، اجتماعی و هیجانی اعضا

<sup>3</sup> Botvin and Griffin

<sup>4</sup> Roberts

<sup>5</sup> Gazquez and Pérez Fuentes

<sup>6</sup> Lorant and Rojas

<sup>7</sup> Herbert

<sup>8</sup> Silborn

خانواده را تحت تأثیر قرار میدهد. در واقع آن چه درون خانواده اتفاق میافتد و چگونگی عملکرد آن میتواند یک عامل کلیدی در ایجاد انعطاف پذیری و کاهش خطرات فعلی و آینده مرتبط با رویدادهای ناگوار و شرایط نامناسب باشد (قمری و خوشنام، ۱۳۹۰؛ والتون<sup>۹</sup> و دیگران (۲۰۱۸) عملکرد خانواده را توانایی خانواده در هماهنگی یا انطباق با تغییرات ایجاد شده در طول حیات، حل تعارض ها، همبستگی میان اعضا و موفقیت در الگوهای انضباطی، رعایت حد و مرز میان افراد و اجرای مقررات و اصول حاکم بر این نهاد با هدف حفاظت از کل نظام خانواده تعریف کرده اند. لیو<sup>۱۰</sup> و همکاران (۲۰۰۳) بر این باورند که ارتباط، عامل معتبری برای ارزیابی عملکرد خانواده است و توانایی خانواده سالم برای ارتباط فکری و احساس، بیشتر از خانواده های متوسط و یا دارای عملکرد بد است. نقشهای خانوادگی شامل الگوهای تکراری رفتار و عملکرد اعضا یا کل خانواده میباشد. ارزیابی خانواده از لحاظ ابعاد نقش شامل ارزیابی چگونگی عملکرد اعضا خانوادگی میباشد که تکمیل کننده یکدیگر هستند (ایکاس<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۶).

یکی از مهمترین استراتژی ها در پیشگیری از اعتیاد، شناسایی عوامل تاثیرگذار بر نوع نگرش افراد به مواد اعتیادآور می باشد تا ضمن شناسایی ضعف های این عوامل، بتوان در جهت رفع آنها و تقویت این منابع در راستای تغییر نگرش های مثبت به نگرش های منفی گام برداشت. اعتیاد و سوءمصرف مواد مخدر به مثابه یک مسأله اجتماعی، پدیده ای است که همراه با آن توانایی جامعه در سازمانیابی و حفظ نظم موجود از بین میرود و باعث دگرگونی های ساختاری در نظام اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی در یک جامعه می شود. پدیده اعتیاد پیامدهای ناخوشایند بسیاری در پی دارد که میتوان به چالش از هم پاشیدگی خانواده ها و طلاق، فرزندان بی سرپرست و آینده آنان، درگیر شدن نسل جوان در این مشکل و به هدر رفتن منابع مالی و اقتصادی کشور، پر شدن زندان ها و افزایش سایر انحرافات، اشاره نمود و بنا به میزان بالای آسیب رسانی اعتیاد پرداختن به موضوع (کالک<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). چنانچه مورد بحث اجتناب ناپذیر می باشد (دی گوئیسی و ریچ<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۵). تأکید کرده اند برنامه های پیشگیری از اعتیاد باید در سنین جوانی و دبیرستان به مرحله اجرا در آیند (کالک<sup>۱۴</sup> و ریچ، ۲۰۰۴). غافل ماندن از نوجوانان و جوانان و مسایل آنها خسارت های جبران ناپذیری برای جامعه دارد و به عکس شناخت ویژگی های آنان میتواند در نحوه برخورد با آنها، به والدین، مربیان و مسؤولان دست اندرکار تعلیم و تربیت کمک شایانی نماید. این شناخت نه تنها باعث درک عمیق تر نوجوانان میگردد بلکه زمینه هایی را فراهم می آورد تا در طرح و برنامه ریزی و به کار بردن امکانات آموزشی و تربیتی، به ویژگی ها و تفاوت های فردی آنان توجه گردد و در نهایت رفتار به هنجار از نابهنجار تشخیص داده شود و انتظاراتی مطابق سن، ویژگی ها و موقعیت آنان در نظر گرفته شود (هزارجریبی و دیگران ۱۳۸۹).

هدف این پژوهش این است که تاثیر سبک زندگی و حمایت اجتماعی بر گرایش نوجوانان به اعتیاد بررسی گردیده و به این پرسش پاسخ داده شود که آیا سبک زندگی و حمایت اجتماعی بر گرایش نوجوانان بر اعتیاد تاثیر دارد؟

<sup>9</sup> Walton

<sup>10</sup> Liu

<sup>11</sup> Ika

<sup>12</sup> Kalk

<sup>13</sup> Dey goespi

<sup>14</sup> Kalek

## ۱-۲ اهمیت و ضرورت پژوهش

اعتیاد یا وابستگی به مواد یکی از معضلات جامعه بزرگ جهانی و کشور ما محسوب می شود که در کمین بسیاری از افراد جامعه نشسته است و به صورت تمایلات تکانشی و غیر قابل کنترل برای بدست آوردن و سوء مصرف دارو تعریف شده است که فرد با وجود پیامدهای اجتماعی و بهداشتی عمیقاً منفی ناشی از آن، به مصرف خود ادامه می دهد (محسنی، میرگل و میری، ۱۳۹۷). وابستگی به مواد از طرفی باعث تسکین و آرامش موقت و گاهی تحریک و نشاط گذار برای فرد می گردد و از طرف دیگر بعد از اتمام این اثرات سبب جستجوی فرد برای یافتن مجدد ماده و وابستگی مداوم به آن می شود (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷) در این حالت فرد هم از لحاظ جسمی و هم از لحاظ روانی به ماده مخدر وابستگی پیدا می کند و مجبور است به تدریج مقدار ماده مصرفی را افزایش دهد و در این حین ممکن است به رفتارهای خطرناک دست بزند و کمتر متوجه پیامدهای رفتار خود باشد. اعتیاد را می توان یک مسمومیت مزمن دانست که هم برای خود شخص و هم برای خانواده و جامعه اش مضر است. اعتیاد از عوامل اصلی گسترش بیماری هایی چون ایدز و هیپاتیت و نیز بد کاری و تغییرات ریخت شناسی در سیستم های نورونی تنظیم کننده ی حساسیت نسبت به پاداش لذت می باشد (کلی و هاپنر<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۸).

صرف نظر از اینکه یک جامعه به پدیده مصرف مواد به عنوان یک پدیده اخلاقی بنگرد یا اینکه آن را یک مسأله قانونی در نظر بگیرد، این پدیده مشکلات عدیده ای هم برای فرد مصرف کننده و هم برای کل جامعه به بار می آورد که منجر به بروز نگرانی در متخصصان اجتماعی و بهداشتی میشود. مشخص نمودن تأثیر مصرف مواد مخدر بر جامعه مشکل است. زیرا بسیاری از عوارض آن، ده ها سال بعد ظاهر می شود. لیکن عواقب و خسارتهای اقتصادی، بهداشتی، روانی، اجتماعی و خانوادگی اعتیاد بر کسی پوشیده نیست. اعتیاد یک پدیده مخرب اجتماعی است، زیرا اثرات نامطلوب و عواقب وخیم آن تنها دامنگیر شخص معتاد نمی شود، بلکه همه افرادی که به گونه ای با معتاد وابستگی و ارتباط نزدیک دارند، را در بر می گیرد؛ مخصوصاً اگر فرد معتاد مسئول اداره یک خانواده و در نقش همسر و یا پدر نیز باشد. مصرف مواد مخدر و به تدریج فروش آن، سرآغازی برای دیگر اشکال بزهکاری است، زیرا فرد معتاد ناگزیر است برای تهیه مواد مخدر دست به سرقت یا هر عمل غیرقانونی دیگری بزند (صدری دمیرچی و کیانی، ۱۳۹۷). اعتیاد پدیده ای روانی - اجتماعی است که دلایل پدیدآیی آن در ویژگی های شخصیتی، عوامل بیولوژیکی، روابط خانوادگی، مناسبات اجتماعی و شرایط اقتصادی و فرهنگی فرد معتاد نهفته است (قربانی و محمدی نیکو، ۱۳۹۸). با توجه به آسیب های فراوانی که اعتیاد برای فرد به دنبال دارد، لذا شناسایی عوامل مرتبط با آن حائز اهمیت است. نتایج پژوهش های مختلف نشان می دهد که عوامل زیست شناختی، روان شناختی، اجتماعی و خانوادگی متعددی با سوء مصرف مواد در ارتباط است (ساویج<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). عوامل مؤثر در سوءمصرف مواد در نوجوانان در شش حوزه بررسی شده است که عبارتند از: عوامل فردی، خانوادگی، عوامل مرتبط با مدرسه، گروه همسالان، جامعه، نظام اجتماعی و فرهنگی. (طارمیان، ۱۳۹۷) از میان این عوامل، عامل خانواده در امر پیشگیری، از ویژگی خاصی برخوردار است زیرا خانواده اولین نقطه تجمع افراد است و راهنمایی ها و آموزش های اولیه پدران و مادران در درون خانواده میتواند تا حد زیادی از بروز نابسامانی های ناشی از اعتیاد جلوگیری کند. بنابراین به نظر می رسد یکی از مهمترین عوامل مؤثر بر گرایش به اعتیاد در نوجوانان، عملکرد خانواده است.

<sup>15</sup> Kley & Hapner

<sup>16</sup> Savij

## ادبیات نظری و پیشینه پژوهش

اعتیاد یک بیماری اصلی، پیش رونده و کشنده است. این عارضه، نوعی ارتباط تسکین دهنده با یک ماده روان گردان یا تأثیر گذار بر ذهن و یا رفتاری که ما را در برابر میل بیش از حد، ناتوان می‌کند می‌باشد. اعتیاد به عنوان حالتی که در آن بدن انسان برای انجام فعالیت های عادی خود به یک ماده یا یک رفتار خاص وابسته می‌شود، تعریف شده است. زمانی که ماده مورد نیاز در اختیار بدن قرار نمی‌گیرد یا انجام رفتاری که شخص معتاد بدان وابسته شده است امکان پذیر نمی‌باشد، نتیجه کار بروز علائم خماری یا محرومیت است. اعتیاد را می‌توان اجبار به انجام کاری تعریف کرد که فرد از پی آمدهای زیانبار آن آگاه است. حتی والدین، همسر و دیگر نزدیکان فرد معتاد به راحتی این واقعیت را که اعتیاد نوعی بیماری است نمی‌پذیرند. علت این امر آن است که این افراد نیز از لحاظ احساسی در فرایند بیماری فرد معتاد درگیر هستند (دانش و همکاران، ۱۳۹۳).

با آنکه از واژه "اعتیاد" اغلب در اشاره به وابستگی به مواد مخدر یا مشروبات الکلی استفاده شده و تحت عنوان اعتیاد به مواد نیز از آن یاد می‌شود، این احتمال نیز وجود دارد که انسان به فعالیت های دیگری چون قمار، پرخوری، روابط جنسی، تماشای تصاویر مستهجن یا حتی خریدهای بی مورد و بیش از اندازه معتاد شود. این گونه اعتیادها تحت عنوان اعتیاد های رفتار یا فرایندی نام برده می‌شوند.

بنا به تعریفی که انجمن آمریکایی درمان اعتیاد از واژه اعتیاد ارائه داده است: اعتیاد یک بیماری اصلی و مزمن می‌باشد که در مدارهای پاداش، انگیزه و حافظه و دیگر اجزای مربوطه مغز اختلال ایجاد می‌نماید. این اختلالها به ایجاد ویژگی های جسمی، روانی، اجتماعی و روحی در انسان منجر می‌شود. بروز چنین حالت هایی در انسان سبب می‌شود که وی برای دست یابی به پاداش (لذت) یا تسکین به مصرف یک ماده مخدر یا انجام رفتاری مخرب و ویرانگر روی آورد. علائم بارز اعتیاد، مختل شدن کنترل رفتار، میل شدید به مصرف و ناتوانی در پاک ماندن مداوم و کاهش قدرت شناخت مشکلات جدی رفتاری و مناسبات و ارتباط با دیگران است. اعتیاد نیز همانند دیگر بیماری های مزمن ممکن است چرخه های لغزش و قطع مصرف را شامل شود. اگر اعتیاد درمان یا با فعالیت های بهبودی همراه نشود، حالت پیش رونده آن ممکن است باعث معلولیت مغزی و یا حتی مرگ شود (دانش و همکاران، ۱۳۹۳).

### ۲-۱-۱-۲ ماهیت اعتیاد

در این قسمت ویژگی های مختلف بیماری اعتیاد برای کمک به خواننده جهت پی بردن به ماهیت پیچیده اعتیاد بیان شده است. همچنین درک می‌کنیم که بهبود یافتن و رهایی از چنگ این بیماری، جنبه های متفاوتی از زندگی یک فرد معتاد را مورد توجه قرار می‌دهد.

### ۲-۱-۱-۳ معتادان مزمن

هرکسی که مواد مصرف می‌کند معتاد محسوب نمی‌شود. کسانی که مواد مصرف می‌کنند به سه دسته تقسیم می‌شوند؛ اما درمیان آنها تنها معتادان مزمن هستند که به بیماری اعتیاد مبتلا می‌شوند.

#### ۴-۱-۱-۲ چرخه اعتیاد

بیماری اعتیاد داری یک چرخه یا دور باطل است که مانع می شود تا فرد معتاد بتواند به تنهایی و اراده شخصی خود از این بیماری رهایی پیدا کند. در این قسمت، با بهره گیری از نمودارها این دور باطل و بی انتها تشریح شده است تا شما بتوانید به این نکته پی ببرید که فرد معتاد برای درمان بیماری و بهبود یافتن به کمک نیرویی جدای از وجود خود نیاز دارد.

#### ۵-۱-۱-۲ دانش اعتیاد

یافته های خیره کننده جدید علمی در باره مغز انسان ثابت می کند که اعتیاد نوعی بیماری مغزی است. تحقیقاتی که به یافته های جدید درباره مغز انسان انجامیده در کتابچه ای با عنوان " دانش شناخت اعتیاد-مواد مخدر، مغزها و رفتار" در سال ۲۰۰۷ میلادی از سوی مؤسسه ملی تحقیقات مصرف مواد مخدر که جزئی از وزارت بهداشت و خدمات انسانی آمریکا محسوب می شود چاپ شد. این مقاله چکیده ای از این کتابچه است که به شما کمک می کند تا بدانید اعتیاد به مواد مخدر یک نوع بیماری مغزی است.

#### ۶-۱-۱-۲ انواع اعتیاد

اعتیاد را می توان به دو نوع کلی تقسیم کرد: اعتیاد به مواد مخدر و اعتیاد رفتار

۱- اعتیاد به مواد همچون مواد مخدر یا الکل:

اعتیاد به مواد مخدر اغلب با عوارض و نشانه های خماری، در مواقعی که مصرف مواد بطور ناگهانی و یک باره قطع می شود همراه است. اعتیاد جسمی در عین حال با سازگار شدن بدن انسان با مواد مخدر یا همان تولرانس همراه است و همین امر سبب می شود که ما برای دست یابی به نشنگی قبلی میزان مصرف خود را دائماً افزایش دهیم. علائم رایج و متداول خماری عبارتند از: لرزش، اسهال و تهوع یا دل پیچه. سرعت وابسته شدن به انواع مواد به نوع ماده مصرفی، دفعات و فواصل مصرف، شیوه های مصرف و ویژگی های ژنتیکی و روانی افراد بستگی دارد.

۲- اعتیاد های رفتار: مانند؛ پر خوری، روابط جنسی، اعتیاد به کار، هم وابستگی، عشق و خود آزاری (قطع عضو)

اعتیادهای رفتاری یا فرایندی الگوهای رفتاری هستند که چرخه ای مشابه اعتیاد به مواد دارند. نخست این که ما از انجام یک رفتار احساس لذت می کنیم و سپس آن رفتار را به عنوان روشی برای بهتر نمودن تجارب زندگی خود انتخاب می کنیم و سرانجام از همان رفتار به عنوان ابزاری برای تحمل اضطراب و استرس ادامه می دهیم. فرایند تلاش برای لذت بردن از آن رفتار همواره شتاب بیشتری پیدا می کند و دفعات پرداختن به رفتار مورد نظر، بیشتر و بیشتر شده و این حالت آیین و مراسمی خاص به خود می گیرد تا این که سرانجام به بخش عمده ای از زندگی روزمره ما تبدیل می شود. پس از معتاد شدن به آن رفتار همواره وسوسه پیدا می کنیم تا آن رفتار را با وجود پی آمدهای زینبارش تکرار کنیم.

این گونه اعتیادها جنبه واقعی دارند و در بسیاری از بخش های زندگی ما مشکلاتی به بار می آورند. چنین اعتیادهایی همانند اعتیاد به مواد به روابط ما با دیگران آسیب می رسانند و فردی که رفتار معتاد گونه دارد روابط خود با دیگران را قربانی رفتار اعتیاد آور خود نموده و سبب می شود تا اعتماد اعضای خانواده اش از وی سلب شود. ایشان همچنین در زندگی اعضای خانواده، بستگان و دوستانش مشکلات جدی ایجاد می نماید. شواهد فزاینده ای وجود دارند که نشان می دهند اعتیاد رفتاری

نیز همانند اعتیاد به مواد، فعالیت عادی مغز را مختل می‌سازد؛ اما باید برای مشخص شدن تأثیر اعتیاد رفتاری بر فعالیت و عملکرد مغز تحقیقات بیشتری صورت گیرد.

#### ۷-۱-۱-۲ تفاوت میان عادت و اعتیاد

بسیاری از ما انسان‌ها به مصرف یک ماده یا پرداختن به فعالیتی خاص عادت می‌کنیم اما از این بابت صدمه‌ای به ما وارد نمی‌شود؛ چون می‌توانیم هر زمان که اراده کنیم مصرف یک ماده اعتیاد آور یا پرداختن به یک فعالیت خاص را متوقف کنیم. آنچه اعتیاد را از عادت متمایز و متفاوت می‌سازد این است که ما ماده مورد نظر یا رفتار خاص را با وجود پی‌آمدهای منفی آن که کاملاً قابل پیش‌بینی و جدی هستند، همچنان ادامه می‌دهیم. عادت با داشتن قدرت انتخاب همراه است. فردی که به مصرف یک ماده یا پرداختن به فعالیتی عادت کرده است، می‌تواند هر زمان که اراده کند از عادت خود دست بردارد.

اعتیاد با مشکلات روانی و جسمی همراه است. فرد معتاد اراده و قدرت کنترل را از دست داده است؛ چون مبتلا به بیماری اعتیاد بوده و با آگاهی از پی‌آمدهای زیانبار مواد مخدر یا رفتاری که به آنها اعتیاد پیدا کرده است، همچنان به مصرف این گونه مواد و تکرار رفتار زیانبار ادامه می‌دهد.

#### ۸-۱-۱-۲ اثرات مواد مخدر بر ساختار مغز

مواد مخدر سیستم کناره‌ای مغز را که مسئول کنترل احساسات و تغییر می‌باشد، تغییر داده و منجر به افزایش احساس لذت می‌گردد.

مواد مخدر باعث تغییر حالت سطوح ساقه مغز می‌شود (این قسمت از مغز کارکرد غیر ارادی بدن را کنترل می‌کند). مواد مخدر مسیر عبور پیغام‌های درد را از نخاع به سمت مغز مسدود نموده و از رسیدن پیام درد به مقصد جلوگیری می‌کند (توکلی و دهکردیان، ۱۳۹۲).

معتادان واقعی کسانی هستند که با وجود تأثیرات زیانبار مواد مخدر، مصرف این گونه مواد را ادامه می‌دهند. از آنجا که بیماری اعتیاد مدارهای لذت، پاداش، انگیزه و حافظه مغز را مختل می‌نماید، فرد معتاد توانایی قطع مصرف مواد مخدر یا حتی مهار و کنترل این گونه مواد را از دست می‌دهد. به همین علت فرد معتاد برای تجربه دوباره لذت و نشنگی حاصل از اولین بار مصرف مواد مخدر، به تکرار مصرف پرداخته و سرانجام صرفاً برای این که احساس عادی بودن را در خود حفظ کند به مصرف مواد مخدر ادامه می‌دهد. البته همه کسانی که مواد مخدر یا مشروبات الکلی مصرف می‌کنند به بیماری اعتیاد مبتلا نمی‌شوند. اکثر کسانی که به مصرف مواد مخدر یا مشروبات الکلی روی آورده‌اند، می‌توانند طبق اراده خود قطع مصرف کنند. این گونه افراد کسانی هستند که هنوز قدرت اراده خود را از دست نداده‌اند. اینکه چرا شماری از افراد معتاد می‌شوند و عده‌ای دیگر با وجود مصرف طولانی مدت مقادیر قابل ملاحظه‌ای از مواد مخدر معتاد نمی‌شوند، هنوز معلوم و مشخص نیست. با این حال کسانی که به درد اعتیاد مبتلا می‌شوند از خود عوارض و علائم مشابهی بروز می‌دهند که ناتوانی در دست کشیدن ارادی از مصرف مواد مخدر، از جمله این عوارض است (عبدی، ۱۳۸۵).

## ۹-۱-۲ علائم روانی بیماری اعتیاد

در ذهن کسانی که بیماری اعتیاد در آنها پیشرفت نموده، دو نشانه بارز وجود دارد:

۱. وسوسه یا میل شدید مصرف

۲. نداشتن سلامت عقل

## ۱۰-۱-۲ وسوسه یا میل شدید مصرف

وسوسه حالتی ناخواسته، کنترل ناپذیر و بی وقفه ای است که بر اثر آن یک فکر، یک صحنه یا تصویر یا حالتی احساسی همواره ذهن انسان را درگیر و به خود مشغول می سازد. در مورد ما معتادان، این مواد مخدر است که همواره ذهن ما را به خود مشغول می سازد و با آنکه می دانیم مصرف این گونه مواد برای خود ما و اطرافیانمان زیانبار است، اما باز هم بر مصرف آنها پافشاری و اصرار می ورزیم. علت چنین اصراری برای مصرف مواد مخدر لذت فراوانی است که در ابتدا از مصرف این گونه مواد احساس کرده ایم و بی وقفه تلاش می کنیم تا همان لذت و نشئگی اولیه را به دست آوریم. به عنوان فردی معتاد، همه فکر و ذکر ما به یافتن و مصرف مواد مخدر معطوف است؛ چون تأثیر مواد مخدر بر مغز انسان با وجود غیر طبیعی بودن آن، بسیار قوی است. مواد مخدر، توهم قوی بودن و داشتن کنترل بر اوضاع را در ذهن فرد معتاد پدید می آورد. با مصرف مواد مخدر به ناگهان متوجه می شویم که می توانیم از عهده کارهایی برآییم که در حالت عادی از انجام آنها وحشت و هراس داریم. احساس نشئه بودن و سرخوشی می کنیم و فردی جسور می شویم و احساس می کنیم هر مشکلی را می توانیم از پیش پا برداریم و ذهن ما با وجود طبیعی و عادی نبودن این گونه احساسات، از قرار گرفتن در چنین حالت هایی لذت می برد. چنین چرخه ای است که سرانجام به ایجاد وسوسه در ما منجر می شود.

یکی از بزرگترین مشغله های ذهنی ما به عنوان معتادان مزمن این است که با جدیت تمام می خواهیم ثابت کنیم که می توانیم مصرف مواد مخدر را مهار و کنترل کنیم و این که ما افرادی عادی و طبیعی هستیم. به احتمال بسیار زیاد قبول این واقعیت که ما هیچ گونه عزم و اراده ای در برابر مواد مخدر نداریم، واقعیت تلخی است که نمی خواهیم به آن اعتراف کنیم؛ به همین علت همواره تلاش می کنیم تا راهی پیدا کنیم و نشان دهیم که از قدرت لازم برای تحت کنترل درآوردن میزان مصرف مواد مخدر برخورداریم. حتی اگر معتادی تمام عیار و شدید هم که باشید باز هم به راحتی نمی پذیرید که بیمار هستید. از خود بپرسید که تا کنون چند بار تلاش کرده اید تا میزان مصرف مواد مخدر را در حد متعادل نگه دارید و در این راه با شکست روبرو شده اید؟ بینید تا کنون چندین بار به خود قول داده اید که دیگر مواد مصرف نخواهید کرد اما چند روز بعد باز هم به سراغ مواد مخدر رفته و مصرف آنرا از سر گرفته اید (عبدی، ۱۳۸۵).

## فصل سوم: روش پژوهش

هدف پژوهش حاضر کاربردی و از نوع روش توصیفی-همبستگی بود.

## ۳-۲ جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش را کلیه دانش آموزان شهر شیراز در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۰۲ بین سنین ۱۵ تا ۱۸ تشکیل می دهند؛ که تعداد آنان ۱۸۵ نفر (دانش آموزانی که به اعتیاد گرایش داشتند) می باشد. نمونه گیری خوشه ای تصادفی می باشد که از بین



از نواحی چهارگانه آموزش و پرورش شهر شیراز؛ براساس فرمول کوکران تعداد ۳۰ نفر از هر ناحیه (۱۲۰ نفر) انتخاب شد. روش نمونه گیری در این پژوهش، روش نمونه گیری خوشه ای تصادفی می باشد.

### معیارهای پژوهش

معیار های ورود: دانش آموز بودن، تمایل داشتن به شرکت، داشتن سن بین ۱۵ تا ۱۸ سال اعتیاد به مواد مخدر ملاک های خروج: دانش آموز نبودن، معنادار نبودن، تمایل نداشتن شرکت کننده ها به ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش.

### ۳-۳ ابزارهای پژوهش

در این پژوهش جهت گردآوری اطلاعات از روش میدانی و کتابخانه ای استفاده می شود. تدوین پیشینه و مبانی نظری پژوهش از روش کتابخانه ای و کتب و مقالات معتبر استفاده می گردد. همچنین جهت گردآوری داده های پژوهش از روش میدانی استفاده می گردد. در این پژوهش ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه می باشد که پس از تایید پایایی و روایی بین جامعه آماری توزیع می گردد. جهت تایید پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ و جهت تایید روایی پرسشنامه از روایی محتوا استفاده خواهد شد.

### فصل چهارم: یافته های پژوهش

فرایند تجزیه و تحلیل داده ها به عنوان مرحله ای از روش علمی از پایه های اساسی هر تحقیق بوده و به وسیله کلیه فعالیت های تحقیقاتی تا رسیدن به نتیجه کنترل و هدایت می شود. در این فصل داده های گردآوری شده از روش های آمار توصیفی و استنباطی و رسم جدول تجزیه و تحلیل شده است. آمار توصیفی برای تلخیص اطلاعات جمع آوری شده و شناخت بیشتر جامعه استفاده شده است و از آمار استنباطی برای تجزیه و تحلیل اطلاعات موجود در داده های نمونه و سنجش عدم قطعیت در استنباطها استفاده می شود. در این راستا فرضیه های تحقیق با روش های مناسب آماری توسط نرم افزار SPSS مورد آزمون قرار گرفته اند.

### ۴-۱ آمار توصیفی

برای تبیین و شرح داده های جمع آوری شده در تحقیق از آمار توصیفی استفاده می شود. از نگاره ها (سیمای آزمودنی ها) برای نشان دادن بعضی ویژگی های جمعیت شناختی و سازمانی که معمولاً در ابتدای پرسشنامه، توسط محقق جمع آوری می گردد، استفاده شده است.

در این فصل یافته های تحقیق که اعم از آمار توصیفی و آمار استنباطی می باشد، ارائه می گردد. ابتدا در تحلیل توصیفی تک متغیره به ارائه نتایج توصیفی متغیرهای زمینه ای همچون جنسیت، سن پرداخته شده است. در این زمینه برای شفافیت داده ها از جداول آمارهای توصیفی همچون فراوانی و درصد فراوانی و همچنین از نمودارها استفاده شده است.

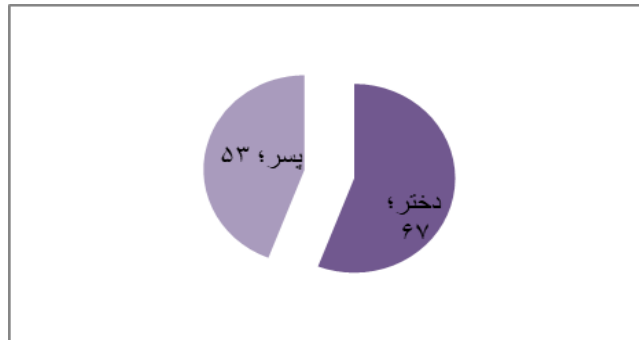
## ۱-۱-۴ یافته های جمعیت شناختی

## جنسیت

نخستین بخش مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی یا عمومی پاسخگویان در ابزار تحقیق مربوط به توزیع جنسی پاسخگویان است که ۵۶.۸ درصد از نمونه انتخابی را دخترها و ۴۳.۲ درصد باقیمانده را پسرها تشکیل می دهند. یک مدل گرافیکی به نتایج حاصل از جدول زیر نمودار دایره ای تهیه شده که در شکل ۱-۴ آمده است.

جدول ۱-۴ توزیع جنسیت پاسخگویان

جنسیت	تعداد	درصد
دختر	۶۷	۵۶.۸
پسر	۵۳	۴۳.۲
جمع	۱۲۰	۱۰۰



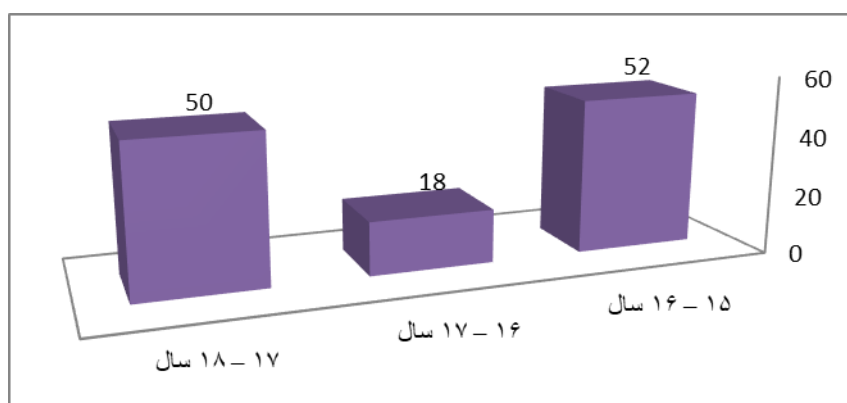
نمودار ۱-۴ نمودار دایره ای توزیع جنسیت پاسخگویان

## ۱-۲-۴ توزیع سن پاسخگویان

دومین بخش مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی یا عمومی پاسخگویان در ابزار تحقیق مربوط به توزیع پاسخگویان بر حسب سن آزمودنی ها است که بیشترین فراوانی مربوط به سنین بین ۱۵ تا ۱۶ سال با فراوانی ۴۴.۸٪ می باشد و کمترین فراوانی مربوط به سنین ۱۶ تا ۱۷ سال می باشد. جهت برازش یک مدل گرافیکی به نتایج حاصل از جدول زیر نمودار مستطیلی تهیه شده که در شکل ۲-۴ آمده است.

جدول ۲-۴ توزیع سن پاسخگویان

سن	تعداد	درصد
۱۵ - ۱۶ سال	۵۲	۴۴.۸
۱۶ - ۱۷ سال	۱۸	۱۵.۶
۱۷ - ۱۸ سال	۵۰	۳۹.۶
جمع	۱۲۰	۱۰۰



نمودار ۲-۴ نمودار مستطیلی توزیع بر حسب سن پاسخگویان

## ۲-۴ شاخص های توصیفی متغیرها

شاخص های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در کل آزمودنی ها به طور جداگانه در جدول ۴-۴ ارائه شده است.

جدول ۴-۴ شاخص های توصیفی متغیرها

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
سبک زندگی	۲.۱۱	۴.۲۵
حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده	۵.۳۲	۵.۳۲
حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی دوستان	۴.۲۱	۴.۲۷
حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی اجتماع	۳.۲۴	۶.۲۵
گرایش نوجوانان به اعتیاد	۴.۵۵	۷.۵۲

## ۳-۴ بررسی نرمال بودن داده ها

برای آزمون نرمال بودن متغیرها، از آزمون چولگی و کشیدگی استفاده گردید که نتایج آن در جدول زیر ارائه گردیده است. برای این مقادیر منابع مختلف مقادیر مختلف ارائه داده اند. به عنوان مثال چپو و همکاران<sup>۱۷</sup> (۱۹۹۸) مقادیر این دو شاخص را جهت نرمال بودن داده ها بین (۲ و -۲) می دانند. همانگونه که مشاهده می گردد با توجه به اینکه بازه اعداد چولگی و کشیدگی بین ۲ و -۲ می باشد در نتیجه فرض نرمال بودن داده ها مورد تأیید است.

<sup>17</sup>- Y. Chou, A.M. Polansky, and R.L. Mason

## جدول ۴-۵ بررسی نرمال بودن داده‌ها

نام متغیر	چولگی	کشیدگی
سبک زندگی	-۰/۷۵۲	-۰/۴۷۱
حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده	-۱/۷۸۵	۰/۸۶۳
حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی دوستان	-۱/۴۲۱	۰/۷۵۴
حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی اجتماع	۱/۱۲۴	۰/۴۵
گرایش نوجوانان به اعتیاد	۱/۱۲۵	۰/۸۶

## ۴-۴ همبستگی بین متغیرهای پژوهش

از آنجا که یکی از پیش‌شرط‌های به کارگیری رویکرد متغیرهای مکنون وجود همبستگی میان متغیرهای پژوهش است، همبستگی بین متغیرهای پژوهش، نیز مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به نرمال بودن داده‌ها ضریب همبستگی پیرسون بین کلیه متغیرهای پژوهش، در جدول شماره ۴-۶ ارائه شده است. ضمن اینکه، میانگین و انحراف معیار متغیرها نیز در این جدول قابل مشاهده است.

## جدول ۴-۶ میانگین، انحراف معیار و همبستگی متغیرها

متغیرها	میانگین	سبک زندگی	حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده	حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی دوستان	حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی اجتماع	گرایش نوجوانان به اعتیاد
سبک زندگی	۶/۲۵	۱				
حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده	۵/۲۴	۰/۷۲	۱			
حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی دوستان	۶/۱۴	۰/۶۹	۰/۵۴	۱		
حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی اجتماع	۵/۵۷	۰/۷۵	۰/۶۷	۰/۷۱	۱	
گرایش نوجوانان به اعتیاد	۴/۲۴	۰/۴۵	۰/۶۳	۰/۴۲	۰/۵۵	۱

توضیح: \*\* همبستگی در سطح معناداری  $p < ۰/۰۱$  می‌باشد

ضرایب این جدول نشان از آن دارد که بزرگترین ضریب همبستگی، مربوط به رابطه بین متغیرهای سبک زندگی و حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی اجتماع به میزان ۰/۷۵ است. کوچکترین ضریب نیز مربوط به رابطه بین حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی دوستان و گرایش نوجوانان به اعتیاد به میزان ۰/۴۲ است. تمامی ضرایب همبستگی به دست آمده مثبت و قابل قبول هستند. میانگین پاسخها برای همه متغیرها بالاتر از حد متوسط است.

#### ۴-۵ یافته های مربوط به هر فرضیه در پژوهش

##### ۱-۵-۴ آزمون فرضیه اصلی براساس رگرسیون چندمتغیره

برای آزمون فرضیه کلی پژوهش از تحلیل رگرسیون چندمتغیره به شیوه همزمان استفاده شد. قبل از انجام تحلیل رگرسیون ابتدا پیش فرض بهنجار بودن متغیر ملاک در تحلیل رگرسیون نمره کل گرایش نوجوانان به اعتیاد به وسیله نمودار هیستوگرام باقیمانده های استاندارد شده و تطبیق آن با منحنی نرمال مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون دوربین واتسن ( $DW = 1/77$ ) نشان داد مفروضه مستقل بودن خطاها برای اجرای تحلیل رگرسیون برقرار است. در ادامه جدول زیر به بررسی شاخص های مفروضه هم خطی چندگانه بین متغیرهای پیش بین (سبک زندگی، حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی دوستان، حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی اجتماع) می پردازد.

جدول ۴-۷ بررسی هم خطی چندگانه رگرسیون گرایش نوجوانان به اعتیاد، سبک زندگی، حمایت اجتماعی

دریافت شده از سوی خانواده، حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی دوستان، حمایت اجتماعی دریافت شده از

#### سوی اجتماع

متغیرها	آماره تحمل	آماره تورم واریانس
سبک زندگی	۰.۵۴۲	۱.۵۷۴
حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده	۰.۷۵۶	۱.۴۵۲
حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی دوستان	۰.۵۶۳	۱.۵۶۳
حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی اجتماع	۰.۵۷۴	۱.۷۸۵

با توجه به جدول ۴-۷ آماره های تحمل و تورم واریانس هم خطی چندگانه متغیرها را رد می کنند. ( $Tolerance > 0/4$  و  $VIF < 2$ )؛ بنابراین می توان از تحلیل رگرسیون استفاده کرد.

جدول ۴-۸ خلاصه الگوی رگرسیون برای گرایش نوجوانان به اعتیاد، سبک زندگی، حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی دوستان، حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی

#### اجتماع

مدل	R	$R^2$	$ADJR^2$
گام ۱	۰.۶۸۵	۰.۳۴۲	۰.۳۴۵

بررسی جدول ۴-۸ نشان می‌دهد که همبستگی چندگانه بین سبک زندگی، حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی دوستان، حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی اجتماع با گرایش نوجوانان به اعتیاد برابر ۰.۶۸۵ به دست آمده است و مقدار ضریب تعیین تعدیل شده نیز برابر با ۰.۳۴۲ به دست آمده و بدین معناست که متغیرهای پیش‌بین مدل توانسته‌اند ۳۴ درصد از واریانس متغیر ملاک را پیش‌بینی کنند و به عبارت دیگر ۳۴ درصد از سهم واریانس متغیر گرایش نوجوانان به اعتیاد ناشی از متغیرهای پیش‌بین (سبک زندگی، حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی دوستان، حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی اجتماع) است. برای بررسی معناداری این مقدار نتایج آزمون  $F$  در جدول زیر گزارش شده است.

جدول ۴-۹ تحلیل واریانس برای معناداری شکل رگرسیونی

سطح معناداری	مقدار F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	مدل	
۰.۰۰۰	۲۵۶.۲۱	۴۵۲۱.۲۴	۴	۲۴۵۱.۲۴	رگرسیون	
		۲۳۵۴.۲۴	۱۴۱	۳۵۴۱.۲۴	باقی مانده	گام اول
			۱۴۱	۲۳۵۴.۴۵	کل	

نتایج جدول ۴-۹ نشان دهنده معناداری مقدار رگرسیون می‌باشد ( $p = ۰.۰۰۰$ ) معنادار بودن آزمون تحلیل واریانس (مقدار  $F$ ) نشان می‌دهد که متغیرهای پیش‌بین توانسته‌اند به طور معناداری تغییرات متغیر ملاک را پیش‌بینی کنند.

جدول ۴-۱۰ ضریب رگرسیون چندمتغیره برای گرایش نوجوانان به اعتیاد، سبک زندگی، حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی دوستان، حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی اجتماع

سطح معناداری	مقدار T	ضرایب استاندارد	ضرایب غیراستاندارد		متغیر پیش‌بین	گام ۱
			سطح استاندارد	B		
۰.۰۰۰	۴.۲۵۱		۲۴.۱۷	۱۴۲.۲	مقدار ثابت	
۰.۰۰۰	۵۶.۳	-۰.۴۵۶	۰.۱۷۵	-۱۱۴.۲۰	سبک زندگی	
۰.۰۰۰	۴.۱۴	-۰.۴۵۲	۰.۱۴۵	-۱۲۴.۲۰	حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده	
۰.۰۰۰	۶.۴۵	-۰.۶۳۲	۰.۱۲۷	-۱۲۳.۲۴	حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی دوستان	
۰.۰۰۰	۵.۲۵	-۰.۵۶۷	۰.۱۸۶	-۱۲۵.۲۱۴	حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی اجتماع	

با مشاهده سطح معناداری حاصل شده می‌توان گفت که چون سطح معناداری تمام متغیرها کمتر از ۰.۰۵ به دست آمده است، در نتیجه می‌توان گفت متغیرهای سبک زندگی، حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی دوستان، حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی اجتماع بر گرایش نوجوانان به اعتیاد تأثیرگذار هستند و می‌توانند تغییرات متغیر گرایش نوجوانان به اعتیاد را پیش‌بینی کنند. یعنی؛ احتمالاً آزمودنی‌هایی که سبک زندگی، حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی دوستان، حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی اجتماع بالاتری داشته باشند کمتر مستعد گرایش نوجوانان به اعتیاد هستند. با مقایسه ضریب استاندارد شده این متغیرها نتیجه می‌گیریم که متغیر حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی دوستان تأثیر بیشتری بر گرایش نوجوانان به اعتیاد داشته بطور منفی و معکوس پیش‌بینی‌کننده قویتری است.

### فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

طبق مطالعه انجام شده ۵۶.۸ درصد از نمونه انتخابی را دخترها و ۴۳.۲ درصد باقیمانده را پسرها تشکیل می‌دادند. بیشترین فراوانی مربوط به سنین بین ۱۵ تا ۱۶ سال با فراوانی ۴۴.۸٪ می‌باشد و کمترین فراوانی مربوط به سنین ۱۶ تا ۱۷ سال می‌باشد.

با توجه به یافته‌های حاصل از این تحقیق، سبک زندگی و حمایت اجتماعی بر گرایش نوجوانان به اعتیاد تأثیرگذار هستند. و همچنین بین متغیرهای سبک زندگی، حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی دوستان، حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی اجتماع با گرایش نوجوانان به اعتیاد رابطه‌ی مستقیم و معنادار برقرار است. از آنجا که سطح معناداری از میزان خطای ۰/۰۱ درصد کمتر است، می‌توان در سطح اطمینان ۹۹ درصد فرض صفر را رد و فرض یک را تأیید کرد.

### ۳-۵ پیشنهادات کاربردی

۱. بهترین واکسیناسیون روانی- اجتماعی برای کودکان این است که عزت نفس آنها را بالا ببریم. منظور از عزت نفس، احساس خودارزشمندی است. کودکی که به طور مداوم مورد سرزنش و تحقیر اطرافیان قرار می‌گیرد، پی در پی برچسب‌های منفی به او زده می‌شود و مورد بی‌توجهی، اذیت و آزار قرار می‌گیرد، عزت نفس پایینی هم دارد و در نتیجه برای مورد توجه قرار گرفتن دیگران، ممکن است به رفتارهای ناشایست روی آورد.
۲. در گام نخست لازم است به نیازهای روانشناختی کودکان به موقع و به طور شایسته توجه شود، آنها تکریم شوند و مطلقاً مورد تنبیه بدنی و الفاظ زشت قرار نگیرند تا عزت نفس در آنها تقویت شود. زیرا کودکی که عزت نفس دارد، تاب‌آوری بالایی هم دارد و در مواقع بحران به دارایی‌ها و توانایی‌های خود اتکا می‌کند و اگر روزی گروهی از دوستانش تصمیم بگیرند او را به واسطه عدم مشارکت در رفتار مصرف ترک کنند، دچار آسیب نمی‌شود.
۳. تعاملات بین اعضای خانواده باید رضایت‌بخش باشد. افراد خانواده باید به نقش‌های خود آگاه باشند و تداخل در نقش‌ها ایجاد نشود. هر فردی باید در چارچوب خانواده، به مسئولیت‌های فردی و گروهی خود عمل کند. تنها در این صورت است که شخصیت کودکان هم تقویت شده و در برابر هر خطر مقاوم خواهند شد. از طرفی همدلانه برخورد کردن والدین با فرزندان و اجتناب آنها از تحقیر و سرکوب فرزند، می‌تواند تأثیر مثبتی در رفتارهای آنها داشته باشد.

۴. نخستین راهکار توجه به سلامت روان خود والدین است. هر چه کودکان، والدین افسرده، پرخاشگر و دارای اعتیاد نداشته باشند و چنین امری در بستگان درجه یک و دو هم مشاهده نشود و از طرفی کودکان و والدین با شیوه‌های حل مساله آشنا باشند، زمینه و شرایط برای روی آوری فرزندان به اعتیاد کمتر می‌شود.
۵. به طور کلی وجود تعامل مؤثر بین والدین و فرزندان، رسیدگی به سلامت روان، عدم وجود اعتیاد در والدین و خویشاوندان درجه یک و دو، دوری از تنش در خانواده و آموزش مهارت‌های زندگی به فرزندان مانند آموزش مهارت جرأت مندی (نه گفتن) مهارت کنترل خشم، مهارت مدیریت استرس و افزایش اعتماد به نفس می‌تواند از روی آوری فرزندان به مواد مخدر جلوگیری کند. از آنجایی که نیاز به دوستیابی معمولاً در دوران نوجوانی افزایش می‌یابد در صورت کمتر شدن تعاملات و روابط خانوادگی ممکن است نظارتها کم شود و دوستان نامناسبی رو انتخاب شود می‌یاب پس بهتر است روابط والدین و فرزندان نوجوان در این دوره سنی خاص بیشتر شود.

#### منابع و مآخذ

۱. ابراهیم صالح‌آبادی، محسن سلیمی امان آباد. ۱۳۹۱. بررسی رابطه سبک زندگی جوانان و گرایش به مصرف مواد مخدر صنعتی در شهر شیروان. فصلنامه جامعه‌شناسی مطالعات جوانان، ۳ (۶)، صفحات ۵۷-۷۰.
۲. اعتیاد، سبب شناسی و درمان، نویسنده: پروانه مجد، نشر امید مجد، چاپ اول، سال ۱۳۸۲
۳. اعظمی، احد، محمدی، محمدعلی، و معصومی، رحیم. (۱۳۸۴). میزان گرایش به استفاده از مواد مخدر در گروه سنی بالاتر از ده سال استان اردبیل. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل، ۵ (۱ (پیاپی ۱۵))، ۱۶-۲۱
۴. بحرینی بروجنی، مجید، قائدامینی هارونی، غلامرضا، سعیدزاده، حمیدرضا، و سپهری بروجنی، کبری. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی چهار روش آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد بر تغییر نگرش نسبت به اعتیاد و مواد مخدر در دانش آموزان پسر مقطع متوسطه. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ۱۶ (۲)، ۴۳-۵۱.
۵. جنابآبادی، حسین. (۱۳۹۵). تعیین ارتباط احساس تنهایی و حمایت اجتماعی با اعتیاد به تلفن همراه در دانش آموزان. روانشناسی مدرسه، ۵ (۴)، ۷-۳۰
۶. جواهری فرزین، ۱۳۹۹، رابطه هوش معنوی و سبک زندگی در نگرش به اعتیاد دانشجو معلمان، نخستین همایش ملی پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر در بین دانشجویان کرمانشاه
۷. حسین پورمحمد رضا، عبدالهی الناز، پورغالی الهام، سمیعی لاله (۱۳۹۷). نقش حمایت اجتماعی در گرایش به اعتیاد در دانشجویان، دومین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، مشاوره، تعلیم و تربیت، مشهد
۸. خلیلی، افسر، سهرابی اسمرود، فرامرز، رادمنش، محمدحسن، و افخمی اردکانی، مهدی. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مهارت‌های تفکر انتقادی بر نگرش دانش آموزان نسبت به سوء مصرف مواد مخدر. اعتیاد پژوهی، ۵ (۱۷)، ۹۱-۱۰۲
۹. رسولی فاطمه (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش کنترل خشم بر افزایش تاب آوری و کاهش اعتیادپذیری دانش آموزان پسر مقطع دبیرستان شهرستان کبودرهنگ استان همدان، پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران



۱۰. روان شناسی اعتیاد، نویسندگان: چارلزایی داچن، دبلیو. مایکل شی. مترجم: بایر المعلی رنجگر نشر روان، چاپ اول، تابستان ۱۳۸۳
۱۱. سلیمانی نیا، لیلا، جزایری، علیرضا، و محمدخانی، پروانه. (۱۳۸۴). نقش سلامت روان در ظهور رفتارهای پر خطر نوجوانان. *رفاه اجتماعی*، ۵ (۱۹) (مسایل کودکان و نوجوانان ایران)، ۷۵-۹۰.
۱۲. صدری دمیچی اسماعیل، فیاضی مینا، محمدی نسیم (۱۳۹۵). بررسی رابطه خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده با آمادگی به اعتیاد در سربازان خدمت وظیفه، *مجله طب نظامی*، ۱۸ (۴)
۱۳. طارمیان، فرهاد، و مهریار، امیرهوشنگ. (۱۳۸۷). اثربخشی برنامه آموزش مهارت های زندگی به منظور پیشگیری از مصرف مواد مخدر در دانش آموزان دوره راهنمایی، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، ۱۶ (۶۵)، ۷۷-۸۷
۱۴. عطادخت اکبر، پرزور پرویز (۱۳۹۵). نقش میزان پایبندی دانشجویان به سبک زندگی اسلامی در پیش بینی میزان گرایش آن ها به اعتیاد، *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۳۷ (۳)، ۲۶-۱۱
۱۵. مجدی علی اکبر، (۱۳۸۹). سبک زندگی جوانان ساکن شهر مشهد. پایان نامه دکتری، دانشکده ادبیات دانشگاه فردوسی.
۱۶. نیک منش، احسان، دهقانی، محسن، حبیبی، مجتبی، فلاح تفتی، صادق، و کشانی، شعبانعلی. (۱۳۹۴). رابطه کارکرد خانواده با گرایش به اعتیاد در نوجوانان شهر تهران. *کنگره سراسری روان شناسی کودک و نوجوان*.
۱۷. ولدبیگی، اقبال، نیک بخت، عیسی، و لشکری، امیر. (۱۳۹۶). گرایش به مصرف مواد مخدر در بین دانش آموزان دبیرستانی دبیرستانهای شهر مریوان. *رفاه اجتماعی*، ۱۷ (۶۴)، ۲۳۱-۲۵۳.
۱۸. هزارجریبی، جعفر، ترکمان، مهدی، و مرادی، غلامرضا. (۱۳۸۹). عوامل موثر بر گرایش نوجوانان و جوانان پسر شهرستان کرج به مصرف مواد مخدر. *پژوهش های مدیریت انتظامی (مطالعات مدیریت انتظامی)*، ۵ (۲)، ۳۲۲-۳۳۸. SID. <https://sid.ir/paper/135329/fa>
۱۹. یاسینی اردکانی، سیدمجتبی، پورموحد، زهرا، و احمدیه، محمدحسین. (۱۳۸۸). بررسی میزان آگاهی دانش آموزان پسر دبیرستانهای شهر یزد و رفسنجان از مواد مخدر. *طلوع بهداشت*، ۸ (۳-۴)، سومین کنگره سراسری رفتارهای پرخطر)، ۲۷-۲۷.
20. Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50 (2), 179-211.
21. Abuse, National Institute on Drug. 2014. "Drug Facts: Understanding Drug Abuse and Addiction."
22. . 2020. "Risk Factors and Protective Factors."
23. . 2021. "Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment."
24. Aging, National Institute on. 2022. "Family Matters: Family Roles and Responsibilities."
25. Agrawal, A., & Lynskey, M. T. 2008. "The Genetic Epidemiology of Cannabis Use, Abuse and Dependence" 103 (7): 1100-1109.
26. American Academy of Pediatrics. 2019. "Adolescent Medicine. In: Guidelines for Adolescent Health Care."
27. American Psychiatric Association. 2013. "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders."
28. Blau, J. R. 2015. "The Nature of Social Groups. In Social Structure and Social Change."
29. Botvin, G. J., and K. W Griffin. 2002. "Life Skills Training as a Primary Prevention Approach for Adolescent Drug Abuse and Other Problem Behaviors." *Emergency Mental Health*.
30. Botvin, G. J. 2000. "Preventing Drug Abuse in Schools: Social and Competence

- Enhancement Approaches Targeting Individual-Level Etiologic Factors” 25 (6): 887–97.
31. Brook, J. S., Lee, J. Y., Finch, S. J., & Brown, E. N. 2013. “. Course of Comorbidity of Tobacco and Marijuana Use.”
32. Cohen, S., & Wills, T. A. 1985. “Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*” 98 (2): 310–57.
33. Crosnoe, R., & Johnson, M. K. 2011. “Research on Adolescence in the Twenty-First Century. *Annual Review of Sociology*” 37: 439–60.
34. “Drug-Free Schools and Communities Act Amendments.” 1989. *Public Law . United States Congress*, 101–226.
35. Gazquez, J, and M Pérez Fuentes. 2016. “Drug Use in Adolescents in Relation to Social Support and Reactive and Proactive Aggressive Behavior.” *Psicothema*.
36. Giddens, A. 1984. “Outline of the Theory of Structuration. University of California Press.” *The Constitution of Society*.
37. Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. 1992. “Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood” 112 (1): 64–105.
38. Hirschi, T. 1969. “Causes of Delinquency.”
39. Jessor, R. 1991. “Risk Behavior in Adolescence.” . . *Journal of Adolescent Health* 12 (8): 597–605.
40. Juel, A, and C Kristiansen. 2017. “Interventions to Improve Lifestyle and Quality-of-Life in Patients with Concurrent Mental Illness and Substance Use.” *Nordic Journal of Psychiatry* 71 (3): 197–204.
41. Kendler, K. S., & Prescott, C. A. 2006. “Genes, Environment, and Psychopathology.”
42. Khantzian, E. J. 1985. “The Self-Medication Hypothesis of Addictive Disorders: Focus on Heroin and Cocaine Dependence.” *The American Journal of Psychiatry* 142 (11): 1259–64.
43. Liu, L, and W Meng. 2022. “The Mediating Role of Social Support in the Relationship between Parenting Styles and Adolescent Drug Abuse Identification.” *Frontiers in Psychology* 12.
44. Lorant, V, and V Rojas. 2016. “A Social Network Analysis of Substance Use among Immigrant Adolescents in Six European Cities.” *Social Science & Medicine* 169: 58–65.
45. Macionis, J. J., & Plummer, K. 2017. “A Global Introduction.”
46. Nasui, B, and R Ungur. 2021. “Is Alcohol Consumption Related to Lifestyle Factors in Romanian University Students?” *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (4).
47. Navarro, V. 2009. “. What We Mean by Social Determinants of Health.” . . *International Journal of Health Services*, 39 (3): 423–41.
48. Organization, World Health. 2016. “Health for the World’s Adolescents.”
49. 2020. “What Is a Healthy Lifestyle?”
50. Psychiatry, American Academy of Child and Adolescent. 2021. “Development and Behavior. Retrieved.”
51. Roberts, M, and Bernstein E. 2016. “The Effects of Eliciting Implicit versus Explicit Social Support among Youths Susceptible for Late-Onset Smoking.” *Addictive Behaviors* 62.
52. Room, R. 2005. “Stigma, Social Inequality and Alcohol and Drug Use. *Drug and Alcohol Review*” 24 (2): 143–55.

53. Santrock, J. W. 2019. “). Adolescence (17th Ed.). McGraw-Hill Education.”
54. Steinberg, L. 2014. “The Influence of Parenting Style on Adolescent Competence and Substance Use.” *The Journal of Early Adolescence* 14 (1): 56–95.
55. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2014. “Substance Abuse Treatment for Adolescents: What You Need to Know.”
56. United Nations. 1982. “Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care” 46 (119).
57. Volkow, George F. Koob و Nora D. 2010. “The Neurobiology of Addiction: A Neuroadaptational View Relevant for Diagnosis.”
58. Werner, N. E., & Smith, R. S. 1992. “Resilience and Recovery: Findings from the Kauai Longitudinal Study” 4 (4): 713–33.
59. World Health Organization. 2018. “Health Risks and Solutions.”
60. Zuckerman, M. 2007. “The Sensation Seeking Scale V (SSS-V): Still Reliable and Valid. Personality and Individual Differences” 43 (5): 1303–5.
61. YAHYAZADEH, HOSSEIN. (2010). THE EFFECTS OF FAMILY FACTORS ON DRUG ABUSE INCLINATIONS. *SOCIAL RESEARCH*, 2 (5), 123-142.
62. Khaki G. Research method with an approach to thesis writing. tehran: derayat; 1386. 480 p. [in Persian]