

## تحلیل تأثیر عوامل شخصیتی بر مصرف مواد مخدر صنعتی در شهر بوشهر

نعیما مقاتلی<sup>۱</sup>، ناصر امینی<sup>۲</sup>، محسن جامه‌بزرگ<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۵/۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۶/۹

### چکیده

**زمینه و هدف:** امروزه، مقوله اعتیاد به عنوان تهدیدی علیه امنیت فردی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، خانوادگی و ... تلقی می‌شود و انسان معاصر با چنین پدیده هولناکی دست‌وپنجه نرم می‌کند. یکی از این نوع اعتیادها، مصرف مواد مخدر صنعتی است که در بین جوانان فراگیر می‌باشد بدین لحاظ وجود اختلال شخصیتی یکی از نشانه‌های افراد معتاد است. هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر عوامل شخصیتی بر مصرف مواد مخدر صنعتی در بین مردان ۱۸-۵۰ ساله شهر بوشهر می‌باشد.

**روش:** جامعه آماری این پژوهش کلیه مردان ۱۸ تا ۵۰ سال استان بوشهر می‌باشد که در این تحقیق ۷۰۰ نفر انتخاب گردید که از آن میان با توجه به ضریب آلفا، توان آماری و ضریب تأثیر به طور کلی تعداد ۱۰۶ نفر معتاد مواد مخدر صنعتی انتخاب به عنوان نمونه مورد مطالعه انتخاب شدند. نوع تحقیق از لحاظ هدف، کاربردی و از نظر نحوه جمع آوری داده‌ها، توصیفی-تحلیلی بوده است و با به‌کارگیری شیوه‌ها و ابزارهای مختلف، به ویژه اطلاعات کتابخانه‌ای و میدانی از قبیل پرسش‌نامه و مصاحبه موضوع را مطالعه و تبیین و تحلیل شده است. جهت تحلیل موضوع از آزمون رگرسیون چند متغیره استفاده شده است.

**یافته‌ها و نتایج تحقیق** نشان داد: در بُعد عوامل شخصیتی، عامل روانی-زندگی و عامل اجتماعی-فرهنگی مهم‌ترین عوامل گرایش به مصرف مواد در معتادان می‌باشد. با توجه به نتایج طراحی و اجرای برنامه‌های پیشگیری سطح اول، نظارت و اجرای راهکارهایی برای در دسترس نبودن مواد مخدر از طرف نیروی انتظامی استان و مبارزه جدی با قاچاقچیان مواد مخدر ضروری به نظر می‌رسد.

**کلید واژه‌ها:** عوامل شخصیتی، عوامل روانی-خانوادگی، عوامل اجتماعی-فرهنگی، مواد مخدر صنعتی، بوشهر

سوءمصرف مواد از قرن‌ها پیش وجود داشته است و با گسترش علم و فناوری، روز به روز بر گونه‌های مختلف مصنوعی و نیمه مصنوعی و صنعتی مواد افزوده شد و به این ترتیب امکان دسترسی آسان‌تر به آن‌ها نیز فراهم گردید. در حال حاضر، بخش عمده موادی که سو مصرف دارند شامل مواد افیونی طبیعی (تریاک، شیره، مورفین و...) و مواد افیونی مصنوعی (مثل متادون و...) هستند. در کنار این مواد افیونی، موادی هم هستند که در دسته‌های بالا قرار نمی‌گیرند، اما سو مصرف دارند که از میان آن‌ها می‌توان به نیکوتین، حشیش، ماری‌جوآنا و الکل یا مواد مخدر صنعتی اشاره کرد. صرف نظر از ماهیت جامعه و سطح توسعه آن می‌توان گفت که سوءمصرف مواد، به عنوان یک مسئله اجتماعی هنگامی مطرح شد که پدیده‌های اجتماعی نظیر شهرنشینی و صنعتی شدن به وقوع پیوست. ملزومات ناشی از صنعتی شدن موجب تنش‌هایی در سطوح شخصی و اجتماعی گردید که در پی آن تاثیر این مواد بر شخصیت و افکار افراد جامعه صنعتی محقق گردیده است. نتایج پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهند که برخی ویژگی‌های فردی و روان‌شناختی از قبیل عزت نفس پایین (هیکس و همکاران، ۱۹۹۲)، عاطفه منفی بالا (شول و جیان کولا، ۲۰۰۳)، خود کنترلی ضعیف (ویلس و استول میلر، ۲۰۰۲)، تمایل زیاد به هیجان خواهی (کوپستین و همکاران، ۲۰۰۱) که از موارد اختلال شخصیتی افراد پارانوئیدی نیز با مصرف مواد صنعتی مرتبط هستند. همچنین بررسی‌ها نشان می‌دهد که ویژگی‌های شخصیت نقش برجسته‌ای را در شروع مصرف مواد مخدر صنعتی ایفا می‌کنند. اختلال شخصیت پارانوئیدی یک وضعیت مزمن و فراگیر است که مشخصه‌اش الگوهای مخرب فکری، رفتاری و کارکردی است. حدس زده می‌شود که این اختلال در یک تا دو درصد بالغین وجود داشته باشد. عوارض این اختلال غالباً مشابه اسکیزوفرنی هستند و برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که احتمال وجود پیوندی ژنتیکی بین این دو اختلال وجود دارد. افرادی که دچار این نوع اختلالات شخصیت هستند بیشتر در معرض خطر افسردگی و هراس از مکان‌های باز قرار دارند. افراد پارانوئید به عنوان افراد کینه‌ای شهرت دارند. آن‌ها گناه کسی را نمی‌بخشند، حتی اگر در مورد او اشتباه کرده باشند. به نظر می‌رسد فرد پارانوئید آزرده‌گی خود از دیگری را به مرور شدت بیشتری می‌بخشد، چنان که شما میان اتفاقی که مدت‌ها قبل افتاده و خشمی که او اکنون به دل گرفته است، هیچ ارتباط منطقی نمی‌بینید. افراد پارانوئیدی تا آنجایی که امکان داشته باشد خود را از سایر افراد جامعه جدا می‌کنند. زمانی که در یک جمع قرار می‌گیرند سعی می‌کنند در گوشه‌ای آرام بنشینند تا مبادا کسی متوجه حضور آن‌ها شود. چهره‌های آن‌ها معمولاً سرد و بی‌روح است و هیچ نوع احساسی از خود نشان نمی‌دهند. مطابق مدل تلفیقی بوتوین (۲۰۰۰) افرادی که باورهای هنجاری درباره مواد دارند، و از مهارت‌های فردی و اجتماعی ضعیفی برخوردار هستند، بیشتر تحت تأثیر نفوذهای اجتماعی قرار می‌گیرند. هم چنین عوامل اجتماعی ترویج کننده مواد احتمالاً در مورد افرادی که از نظر روان‌شناختی آسیب‌پذیر هستند، به عنوان مثال دچار اضطراب اجتماعی، عزت نفس پایین، خودکار آمدی ضعیف و ناراحتی روانی هستند، بیشتر تأثیرگذار می‌باشند. در این پژوهش محقق با مد نظر قرار دادن شرایط ویژگی‌های روان‌شناختی

و شخصیتی افراد مصرف‌کننده مواد مخدر صنعتی در پی آن است تا با توجه به آمار بالای معتادان رده سنی جوان این گونه مواد مخدر به واکاوی رابطه بین افکار پارانوئید و اعتیاد به مواد مخدر صنعتی در جهت کاهش آمار معتادان بپردازد.

در این پژوهش محقق با تمرکز بر روی ویژگی شخصیتی و روا نشناختی افراد تحت مطالعه و پژوهش‌های انجام‌گرفته سال‌های اخیر در این زمینه سعی بر آن داشته است تا با واکاوی رابطه بین عوامل شخصیتی و اعتیاد به مواد مخدر صنعتی در سنین ۱۸ تا ۵۰ سال مردان شهر بوشهر، بیان نماید اختلال شخصیتی افراد معتاد از نظر روانشناسی قبل و بعد از گرایش به مصرف مواد مخدر صنعتی به چه میزان است؟ آیا عوامل شخصیتی بر اعتیاد به مواد مخدر صنعتی تاثیر گذار است؟ میزان تاثیر این مؤلفه به چه میزان است؟

## مفاهیم نظری

### تعریف واژه‌ها، مفاهیم و متغیرها

#### الف) تعریف نظری

در روان گسیختگی پارانوئید به نظر می‌رسد که شخص بیشتر گرفتار حالت‌های بد رفتاری یا اندیشه‌های بد مانند دشواری در اندیشیدن، تمرکز، یا توجه می‌باشد. (تهرانی، ۱۳۷۷).

- مواد مخدر صنعتی: به دسته‌ی بزرگی از مخدرها اطلاق می‌گردد که منشأ طبیعی ندارند و طی فرایندهای پیچیده شیمیایی و در آزمایشگاه‌های صنعتی ساخته می‌شوند و به سه گروه اصلی تقسیم می‌شوند که عبارت‌اند از: ۱- توهم‌ها مانند LSD، اکستازی و ... ۲- محرک‌ها مانند آمفتامین، شیشه، آیس، دکسدرین و ... ۳- نارکوتیک‌ها (کند کننده‌ها) مانند مورفین، کدئین، متادون، هروئین، کراک و ... (نقل از اسکندری، ۱۳۸۸).

- عوامل اختلال شخصیتی (عوامل بیو هورمونی، عوامل روانی - خانوادگی و عوامل اجتماعی - فرهنگی)

#### ب) تعریف عملیاتی

مواد مخدر صنعتی: منظور از مواد مخدر صنعتی در پژوهش حاضر مصرف حداقل یک بار یکی از انواع مواد روان‌گردان صنعتی شامل مصرف کراک، اکس تاسی، مس کالین، شیشه، کریستال و پان پراگ در ۱۲ ماه گذشته است که بر اساس پرسشنامه رفتارهای پرخطر تعیین می‌شود.

عوامل اختلال شخصیتی: بر اساس نمره‌ای که شرکت کنندگان در خرده مقیاس عوامل اختلال شخصیتی در پرسشنامه محقق ساخته کسب می‌کنند، تعیین می‌شود.

## نظریه‌ی تحقیر خود

بر اساس نظریه‌ی تحقیر خود<sup>۴</sup> (کاپلان، ۱۹۷۵؛ کاپلان و همکاران، ۱۹۸۲) عزت نفس کلی<sup>۵</sup> فرد، عامل اصلی در سوء مصرف مواد و پیشگیری از آن محسوب می‌شود. نظریه تحقیر خود اظهار می‌نماید که اگر نوجوان به طور مکرر در معرض ارزیابی‌های منفی و انتقادات دیگران قرار گیرد، عزت نفس او پایین می‌آید، خود را تحقیر می‌کند و احساس بی‌کفایت می‌نماید. همچنین نوجوانانی که احساس می‌کنند از سوی دیگران طرد شده‌اند و عملکرد اجتماعی مورد قبولی ندارد، واکنش‌هایی را از خود نشان می‌دهند: اول آن که احساس می‌کنند باید به طور نمادین در برابر معیارها و ارزش‌های مرسوم طغیان کنند. دوم آن که، از الگوهای اجتماعی مرسوم، دوری می‌کنند، سوم این که احساس می‌کنند می‌توانند با انجام رفتارهای نامتعارف احساس خود ارزشمندی‌شان را تقویت نمایند و در نهایت با همسالان منحرفی ارتباط برقرار می‌کنند که احساس ارزشمندی را در آنان تقویت می‌کنند. زمانی که مواد مخدر به سادگی در دسترس است، توسط دیگران مصرف می‌شود و با ارزش‌های اجتماعی و فردی نیز تعارضی ندارد، انگیزه‌های درونی نوجوان برای عدم پیروی از معیارها ارزش‌های اجتماعی به صورت مصرف مواد نمایان می‌شوند که در واقع به منزله‌ی طرد نمادین اجتماعی محسوب می‌شود که همان اجتماع در وهله‌ی اول، تحقیر خود را در او تشدید کرده بود. این دیدگاه با وارد نمودن مفاهیم عزت نفس، انزوا و دوری‌گزینی از اجتماع و ارتباط با همسالان منحرف و با تکیه بر ویژگی‌های درون فردی و مفاهیمی از نظریه‌های تعهد وابستگی و همچنین یادگیری اجتماعی، سوء مصرف مواد را تبیین می‌کند. بر اساس نتایج برخی مطالعات انجام شده، عزت نفس به طور غیرمستقیم سوء مصرف مواد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. کاپلان و همکارانش (۱۹۸۲) در یک مطالعه بلند مدت (۲ ساله) بر روی نوجوانان، به این نتیجه رسیدند که عزت نفس ضعیف مستقیماً بر ارتباط نوجوان با همسالان مصرف‌کننده مواد تأثیر می‌گذارد که خود به طور غیرمستقیم سوء مصرف مواد را متأثر می‌سازد. ولی به نظر نمی‌رسد که اعتماد به نفس مستقیماً بر سوء مصرف مواد تأثیر داشته باشد. همچنین ۱۰ مطالعه طولی بر روی نوجوانان نشان داد که ارتباط معناداری میان اعتماد به نفس پایین و سوء مصرف مواد وجود ندارد (پتریتیس، فلاوی و میلر، ۱۹۹۵).

---

1- self-derogation

2- generalized self esteem

## مطالعات انجام شده

### مطالعات خارجی

- ونگ و همکاران (۲۰۰۵) در یک مطالعه‌ای با استفاده از مدل معادلات ساختاری (SEM) بر اساس الگوی بوم‌شناسی اجتماعی، عوامل موثر در مصرف مواد در نوجوانان گروه‌های اقلیت را مورد ارزیابی قرار دادند. در این پژوهش که بر روی ۷۰۰ نوجوان اجرا شد، نظارت خانواده، درگیری خانوادگی و حمایت اجتماعی به عنوان متغیرهای برون‌زا و خود‌کنترلی، پیوند با مدرسه و مصرف مواد به عنوان متغیرهای درون‌زا به کار برده شدند. نتایج تحلیل ساختاری نشان داد که درگیری و مشارکت خانواده در خود‌کنترلی، خود‌کنترلی و حمایت اجتماعی در پیوند با مدرسه و پیوند با مدرسه در مصرف مواد تأثیر مستقیمی دارند. این یافته‌ها نشان داد که عوامل حفاظت‌کننده خانوادگی به طور معناداری می‌توانند بر مصرف مواد توسط نوجوانان تأثیر گذارند و لازم است در مداخلات پیشگیری از مصرف مواد مورد توجه قرار گیرند.
- سیل و همکاران (۲۰۰۳) در یک پژوهش طولی روابط بین عوامل خطرناک و حفاظت‌کننده و مصرف مواد را در نوجوانان در معرض خطر، مورد ارزیابی قرار دادند. داده‌های خط پایه با استفاده از مدل معادلات ساختاری از ۱۰۴۷۳ نوجوان در معرض خطر گردآوری شد. نوجوانان از لحاظ مصرف مواد (سیگار، مشروبات الکلی، مصرف حشیش) عوامل خطرناک بیرونی شامل خانواده، مدرسه، تأثیر دوستان و محل زندگی، و عوامل خطرناک و حفاظت‌کننده فردی شامل خود‌کنترلی، پیوند با خانواده، پیوند با مدرسه، مورد ارزیابی قرار گرفتند. یافته‌های پژوهش، رابطه مستقیم قوی بین هنجارهای دوستان والدین در مورد مصرف مواد و رفتار مصرف مواد در نوجوانان نشان داد. عوامل حفاظت‌کننده فردی به ویژه پیوند با خانواده و مدرسه از میانجی‌های قوی مصرف مواد توسط فرد بود. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که برنامه‌ی پیشگیری چند بعدی که بر تقویت نگرش‌های ضد مصرف مواد در نوجوانان والدین، اهمیت نظارت و کنترل والدین و ایجاد پیوند عمیق بین نوجوانان و خانواده، همسالان و مدرسه تأکید می‌نمایند، می‌تواند مؤثرترین برنامه برای پیشگیری و کاهش الگوهای مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر باشد.

### مطالعات داخلی

- بخشانی و همکاران (۱۳۸۹) شیوع رفتارهای پرخطر مرتبط با آسیب عمدی و غیر عمدی در دانش‌آموزان دبیرستانی سیستان و بلوچستان را مورد بررسی قرار دادند. پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی بود که در آن با استفاده از روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای در سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴ بر روی ۹۳۰ دانش‌آموز دختر دبیرستانی و ۹۲۵ دانش‌آموز پسر دبیرستانی استان سیستان

بلوچستان انجام گرفت. پرسشنامه رفتارهای پرخطر حالی رفتارهای پرخطر مرتبط با رانندگی نایمن، پرخاشگری، حمل اسلحه، احساس غمگینی، فکر و اقدام به خودکشی، فرار از منزل و مدرسه بر روی آزمودنی‌ها اجرا شد. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها داده‌ها با استفاده از نرم افزار شاخص‌های آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. بر اساس یافته‌های این پژوهش این پژوهش ۷۸٪ دانش‌آموزان طی ۱۲ ماه قبل از بررسی سوار موتور سیکلت شده بودند که ۱۷٪ آن‌ها اکثر مواقع از کلاه ایمنی استفاده کرده بودند. در طول ۱۴٪ آن‌ها به ندرت و ۵٪ آن‌ها هیچ گاه از کلاه ایمنی استفاده نکرده بودند. ۲۴/۳۵٪ به ندرت و ۹/۳۹٪ دانش‌آموزان اصلاً از کمربند ایمنی هنگام سوار شدن ماشین استفاده نکرده بودند. همچنین ۳۹٪ سوار ماشینی شده بودند که راننده آن مواد مصرف کرده بود. ۲۲٪ دانش‌آموزان دبیرستانی در طول زندگی نیز یک بار یا بیشتر بدون گواهینامه رانندگی کرده بودند. ۶٪ درصد نیز طی سال گذشته حداقل یک‌بار تفنگ همراه داشتند. همچنین ۶٪ دانش‌آموزان حداقل یک‌بار در دعوا و درگیری فیزیکی شرکت داشتند و ۸٪ دانش‌آموزان سعی کرده بودند خودشان را از بین ببرند و ۶۹٪ درصد نیز تجربه چندین روز غمگینی را گزارش نموده بودند. فرار از مدرسه نیز ۱۴٪ گزارش شد. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که بسیاری از دانش‌آموزان دبیرستانی دست به رفتارهای پرخطر می‌زنند که سلامت آن‌ها را به خطر می‌اندازد. بنابراین طراحی و بهبود راهبردها و برنامه‌های بهداشتی برای کاهش خطرات و عواملی که موجب رفتارهای پرخطر می‌شوند، ضروری است.

- زاده محمدی و احمد آبادی (۱۳۸۷) به بررسی هم‌وقوعی رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان دبیرستان‌های شهر تهران پرداختند و نتیجه گرفتند که خطر پذیری جنسی به دلیل پیامدهای ناگوار و غیر قابل جبران از قبیل بارداری، بیماری‌های عفونی و ابتلا به HIV در سال‌های اخیر قابل توجه جدی و اساسی است.

- نتایج گلچین (۱۳۸۵)، در مورد انحراف اجتماعی جوانان نشان داد که: (۱) کج‌روی و بزه کاری نوجوانان تحت تأثیر یا در رابطه با عواملی همچون جنس، سن، پایگاه اجتماعی خانواده، درجه مذهبی بودن والدین، میزان تماس افراد با دوستان کج‌رو، عضویت در گروه‌های بزه کاری، وضعیت تحصیلی، میزان تعلق به مدرسه، میزان شرکت والدین در جلسات انجمن اولیاء و مربیان است. (۲) متغیرهایی که بیش‌ترین تکرار و تأیید را در ارتباط با ایجاد، زمینه سازی و تقویت رفتار انحرافی و بزه کاری نوجوانان داشته‌اند به ترتیب عبارت‌اند از: پایگاه اقتصادی، اجتماعی، میزان ارتباط نوجوان با گروه دوستان نا‌هم‌نوا و تمایل بر عضویت در آن گروه‌ها، نوع و میزان نظارت و کنترل والدین و رفتار نوجوانان و میزان گسیختگی و نابسامانی خانواده. (۳) تقریباً در همه انواع کج‌روی، پسران بیش از دختران مرتکب رفتار انحرافی شده‌اند.

## اختلال شخصیت

افراد مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید دارای تنش عضلانی‌اند، ناتوانی برای احساس آرامش و نیاز به کاوش محیط برای پیدا کردن سرنخ در آن‌ها دیده می‌شود. جدی و عبوس‌اند. در گفتار، منطقی و معطوف به هدف هستند و محتوای فکر آن‌ها حاکی از فرافکنی و تعصب است. ممکن است خطاهای حسی نیز داشته باشند. این افراد برای دیگران افرادی فاقد هیجان و احساس هستند. آن‌ها به منطقی و عینی بودن خود افتخار می‌کنند. برای قدرت و مقام اهمیت خاصی قائل‌اند و نسبت به افراد ضعیف و ملایم طبع و علیل و ناقص ابراز ناخرسندی و نفرت می‌کنند. در موقعیت‌های اجتماعی ممکن است افرادی کارا و مرتب به نظر برسند، اما در دیگران ایجاد ترس و تعارض می‌کنند.

اگر فردی چهار معیار از هفت معیار زیر را داشته باشد، مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید است؛ لیکن این معیارها نباید ناشی از اختلال روانی دیگر مانند اسکیزوفرنی یا اختلال خلقی باشد. همچنین نباید ناشی از تاثیر مستقیم یک اختلال طبی عمومی و مصرف مواد باشد.

این هفت معیار عبارت‌اند از:

- (۱) بدون دلیل کافی ظن می‌برد که دیگران از او سوء استفاده می‌کنند یا فریبش می‌دهند.
- (۲) بدون دلیل کافی وفاداری و قابلیت اعتماد دوستان و بستگان خود را مورد سوال قرار می‌دهد.
- (۳) در اعتماد به دیگران مردد است، زیرا می‌ترسد از اطلاعات او بر علیه خودش استفاده شود.
- (۴) در اشارات و اتفاقات خوش‌خیم، معانی تحقیرآمیز و تهدید کننده می‌بیند.
- (۵) مدام کینه می‌ورزد، یعنی تحقیر و بی‌اعتنائی و اهانت را نمی‌بخشد.
- (۶) فرد تصور می‌کند دیگران در حال حمله به رفتار و شخصیت وی هستند؛ در واقع شخصیت وی را زیر سوال می‌برند. این در حالی است که دیگران این مسا له را درک نمی‌کنند و چه بسا که ممکن است چنین قصدی نیز نداشته باشند. وی ممکن است بر اساس این تصور غلط خود، حمله متقابل سریع داشته باشد و پاسخ پرخاشگرانه و خشمگینانه از خود نشان دهد.
- (۷) سوءظن مکرر و بدون پایه و اساس نسبت به وفاداری همسر یا شریک جنسی‌اش دارد.

افراد مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید دارای تنش عضلانی‌اند، ناتوانی برای احساس آرامش و نیاز به کاوش محیط برای پیدا کردن سرنخ در آن‌ها دیده می‌شود. جدی و عبوس‌اند. در گفتار، منطقی و معطوف به هدف هستند و محتوای فکر آن‌ها حاکی از فرافکنی و تعصب است. ممکن است خطاهای حسی نیز داشته باشند. این افراد برای دیگران افرادی فاقد هیجان و احساس هستند. آن‌ها به منطقی و عینی بودن خود افتخار

می‌کنند. برای قدرت و مقام اهمیت خاصی قائل‌اند و نسبت به افراد ضعیف و ملایم طبع و علیل و ناقص ابراز ناخرسندی و نفرت می‌کنند. در موقعیت‌های اجتماعی ممکن است افرادی کارا و مرتب به نظر برسند، اما در دیگران ایجاد ترس و تعارض می‌کنند.

## آشنایی با انواع مواد مخدر

مواد مخدر به آن دسته از ترکیبات شیمیایی گفته می‌شود که مصرف آن‌ها باعث دگرگونی در سطح هوشیاری و عملکرد مغز شود.

مواد مخدر، انواع مواد مخدر، مواد مخدر صنعتی ماده مخدر چیست؟

ماده مخدر، نامی عمومی برای انواع مختلفی از داروها و ترکیبات طبیعی، شیمیایی است که اغلب به دلیل احتمال ایجاد وابستگی به مصرف جزء مواد اعتیادآور طبقه‌بندی شده و معمولاً خرید و فروش آن‌ها ممنوع است. انواع مختلفی از مواد مخدر و اعتیاد آور وجود دارند و به همین دلیل، فرد معتاد در طول زمان، برای ارضا و احیای حس نشنگی، معمولاً از ماده مخدر به مخدری قوی‌تر نیاز پیدا می‌کند.

مواد مخدر، انواع مواد مخدر، مواد مخدر صنعتی اعتیاد چیست؟

اعتیاد نوعی بیماری مغزی مزمن، پیش رونده و عود کننده است که باعث می‌شود با وجود پی آمد های ناگوار مصرف مواد، فرد معتاد باز هم برای به دست آوردن یا مصرف مواد مخدر خود را به هر دری بزند. اعتیاد از آن جهت بیماری محسوب می‌شود که مصرف مواد مخدر، ساختار مغز و نحوه فعالیت آن را تغییر می‌دهد.

تغییراتی که بر اثر مصرف مواد مخدر در مغز انسان به وجود می‌آید ممکن است پایدار و بلند مدت باشد و به ایجاد رفتارهایی زی انبار منجر شود. اعتیاد کام لا شبیه به سایر بیماری‌های مزمن همچون بیماری قلبی و یا دیابت است. چرا که در هر دوی این بیماری‌ها فعالیت عادی و سالم یکی از اندام‌های بدن مختل شده و پیامدهای زی انباری به همراه می‌آورد. باید توجه داشت که این بیماری‌ها قابل پیشگیری و قابل درمان هستند، ولی چنانچه اقدامی در مورد آن‌ها صورت نگیرد تا پایان عمر ادامه پیدا خواهند کرد.

## روش تحقیق (جامعه آماری-نمونه-روش تجزیه و تحلیل)

طرح تحقیق حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش را کلیه کارشناسان و روانشناسان حوزه مواد مخدر شهر بوشهر که شامل ۷۰۰ نفر می‌باشند که از آن میان با توجه به ضریب آلفا، توان آماری و ضریب تاثیر به طور کلی تعداد ۱۰۶ نفر معتاد مواد مخدر صنعتی انتخاب به عنوان نمونه مورد مطالعه انتخاب شدند ضم نا باید یادآوری نمود که این افراد خود معرف بهزیستی هستند که از همه آن‌ها آزمون روانی MMPI گرفته شد که نتایج آزمون برای این افراد در مقایسه با افراد عادی معنادار می‌باشد. پس از انتخاب نمونه از افراد خواسته می‌شود که پرسشنامه محقق ساخته که شامل ۵۰ سوال را می‌باشد را پاسخگو باشند و



سپس اطلاعات پرسشنامه رو به کمک نرم افزار SPSS مورد تحلیل و بررسی قرار داده می‌شود. ابزار پژوهش، پرسشنامه محقق ساخته شامل ۴۵ سوال در سه بعد اختلال شخصیتی ( بی و هورمونی، روانی - خانوادگی و اجتماعی - فرهنگی ) می‌باشد که هر عامل شامل ۱۵ سوال می‌باشد. پرسشنامه طبق مقیاس لیکرت تنظیم شده و آزمودنی‌ها میزان موافقت خود با هر گویه را با انتخاب یکی از گزینه‌های ( خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم و خیلی کم) اعلام می‌کردند. انتخاب گویه خیلی زیاد نمره ۵ و گویه خیلی کم نمره ۱ می‌گرفت. نمره کل پرسشنامه یا هر بعد از جمع نمره گویه‌ها محاسبه گردید. روایی محتوایی پرسشنامه با توجه به نظر متخصصان و استادان دانشگاه چند بار تجدید نظر و نهایتاً مورد تأیید قرار گرفت و پایایی کل پرسشنامه از روش آلفای کرون باخ ۰/۹ برآورد گردید. همچنین ضریب لف ای سولات بعد بیوشیمیایی و هورمونی ۰/۸۵، بعد روانی- خانوادگی ۰/۸۵ و بعد اجتماعی- فرهنگی ۰/۸۲ است. نتایج حاصل از اجرای پرسشنامه با استفاده از روش ضریب همبستگی چندگانه (رگرسیون) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها در مورد با تأثیر عوامل بیوشیمیایی و هورمونی در اعتیاد مواد مخدر صنعتی در جدول (۱) آمده است.

جدول ۱: میانگین برخی از گویه‌های مربوط به عوامل بیوشیمیایی و هورمونی

میانگین	برخی از موثرترین گویه‌ها
۴/۱۰	Q13
۴/۰۹	Q2
۴/۰۳	Q8
۴	Q5
۳/۹۶	Q7
۳/۹۵	Q9
۳/۹۰	Q10
۳/۸۸	Q2
۳/۷۷	Q15

همان گونه که در جدول (۱) مشاهده می‌شود، بیش‌ترین میانگین مربوط به گویه‌ها، گویه ۱۳ و گویه ۲ از پرسشنامه با میانگین ۴/۰۹ و ۴/۱۰ کمترین میانگین مربوط به گویه ۲ و ۱۵ است.

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها در مورد تأثیر عوامل روانی-خانوادگی در اعتیاد به مواد مخدر صنعتی در جدول (۲) آمده است.

**جدول ۲: میانگین برخی از گویه‌های مربوط به عوامل روانی-خانوادگی**

میانگین	برخی از موثرترین گویه‌ها
۴/۳۹	Q21
۴/۳۵	Q24
۴/۲۶	Q31
۴/۲۰	Q16
۴/۲۰	Q17
۴/۱۹	Q20
۴/۱۲	Q32
۴/۰۵	Q18
۳/۸۹	Q22

همان گونه که در جدول (۲) مشاهده می‌شود، از میان عوامل مختلف روانی-خانوادگی مؤثر در گرایش به مواد مخدر صنعتی بالاترین میانگین مربوط به گویه‌های ۲۱ و ۲۴ با میانگین‌های ۴/۳۹ و ۴/۳۵ کمترین میانگین نمره مربوط به گویه‌های ۱۸ و ۲۲ با نمره‌های ۴/۰۵ و ۳/۸۹ است.

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها در مو ردا تاثیر عوامل اجتماعی-فرهنگی بر اعتیاد مواد مخدر صنعتی در جدول (۳) آمده است.

جدول ۳: میانگین برخی از گویه‌های مربوط به عوامل اجتماعی-فرهنگی

میانگین	برخی از موثرترین گویه‌ها
۴/۳۱	Q33
۴/۲۸	Q38
۴/۲۴	Q42
۴/۲۴	Q35
۴/۲۰	Q34
۴/۱۶	Q39
۴/۱۱	Q40
۳/۹۴	Q44
۳/۸۲	Q45

همان گونه که در جدول (۳) مشاهده می‌شود، بیشترین میانگین مربوط به گویه ۳۳ با نمره ۴/۳۱ و نیز گویه ۳۸ با نمره ۴/۲۸ و کمترین میانگین مربوط به گویه ۴۵ با نمره ۳/۸۳ است و میانگین گویه‌های مربوط به عوامل اجتماعی-فرهنگی بین ۴/۳۱ تا ۳/۸۲ است.

برای بررسی رابطه میان نمرات روانشناسان و اساتید روانشناسی در رابطه با عوامل بیوشیمیایی و هورمونی، عوامل روانی-خانوادگی و عوامل اجتماعی-فرهنگی و تاثیر آن بر اعتیاد مواد مخدر صنعتی از روش ضریب همبستگی چندگانه ۱ از نوع گام به گام ۲ استفاده شد. در روش گام به گام از میان متغیرهای مستقل هر کدام که بیشترین همبستگی را با متغیر وابسته دارد وارد معادله شده و سپس متغیر بعدی که بیشترین همبستگی را با متغیر وابسته دارد، وارد معادله می‌شود. اگر احتمال معنی‌دار بودن یکی از دو متغیر از ده درصد تجاوز کرد از معادله خارج و متغیر بعدی وارد معادله می‌شود. نتایج حاصل از این تجزیه و تحلیل در جداول (۴) و (۵) آمده است.

جدول ۴: میزان تأثیر عوامل بیوشیمیایی و هورمونی، عوامل روانی-خانوادگی و عوامل اجتماعی-فرهنگی بر اعتیاد به مواد مخدر صنعتی از نظر دانشگاه و روانشناسان

خطای استاندارد	مجدور ضریب همبستگی تعدیل یافته	مجدور ضریب همبستگی تک متغیری	ضریب همبستگی تک متغیری	متغیرها
۱/۱۱۵	۰/۶۵	۰/۶۵	۰/۸۱	عوامل روانی-خانوادگی
۰/۹۳۰۷	۰/۸۴	۰/۸۴	۰/۹۲	عوامل روانی-خانوادگی عوامل بیوشیمیایی و هورمونی
۰/۷۲	۰/۸۹	۰/۸۹	۰/۹۴	عوامل روانی-خانوادگی

				عوامل بیوشیمیایی و هورمونی عوامل اجتماعی - فرهنگی
--	--	--	--	---

جدول ۵: میزان تأثیر عوامل بیوشیمیایی و هورمونی، عوامل روانی-خانوادگی و عوامل اجتماعی- فرهنگی بر اعتیاد به مواد مخدر صنعتی از نظر اساتید دانشگاه و روانشناسان با استفاده از ضریب

B

احتمال خطا	t	ضریب استاندارد تفکیکی	ضرایب استاندارد		متغیرها
			خطای استاندارد	ضریب B	
۰/۰۰	۲۷/۴۵	۰/۴۲	۰/۰۷	۱/۸	عوامل روانی- خانوادگی
۰/۰۰	۲۷/۳۲	۰/۴	۰/۰۷۳	۱/۸	عوامل بیوشیمیایی و هورمونی

عوامل اجتماعی-فرهنگی	۱/۳	۰/۰۶۳	۰/۲	۲۱/۷۸	۰/۰۰
----------------------	-----	-------	-----	-------	------

همان گونه که در جدول (۵) مشاهده می‌شود، از نظر اساتید و روانشناسان متغیری که بیشترین همبستگی را با گرایش به مواد مخدر صنعتی دارد و در گام اول وارد معادله شده عوامل روانی-خانوادگی است. تأثیر عوامل روانی-خانوادگی بر اعتیاد مواد مخدر صنعتی معنادار است. در جدول مذکور مجذور ضریب همبستگی تک متغیری  $R^2=0/65$  است. به این ترتیب که عوامل روانی-خانوادگی ۶۵ درصد نمره کل مصرف مواد مخدر صنعتی را تبیین می‌کند. به عبارت دیگر ۶۵ درصد تغییر در اعتیاد یا مصرف مواد مخدر صنعتی ناشی از تفاوت افراد از نظر عوامل روانی-خانوادگی است. در گام دوم متغیری که بعد از عوامل روانی-خانوادگی بیشترین همبستگی را با مصرف مواد مخدر دارد، عوامل بیوشیمیایی و هورمونی است. در جدول (۵) مشاهده می‌گردد که معنی دار بودن ضرایب رگرسیون نشان می‌دهد که عوامل بیوشیمیایی و هورمونی، عوامل روانی-خانوادگی به طور معنی داری مصرف مواد مخدر صنعتی را پیش‌بینی می‌کنند ( $P=0/00$ ) همان گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود، با اضافه شدن عوامل بیوشیمیایی و هورمونی بر عوامل روانی - خانوادگی ضریب همبستگی  $R=0/92$  و مجذور ضریب همبستگی  $R^2=0/84$  افزایش می‌یابد؛ یعنی عوامل بیوشیمیایی و هورمونی و عوامل روانی-خانوادگی روی هم ۸۴ درصد نمره کل مصرف یا اعتیاد مواد مخدر صنعتی را تبیین می‌کنند. به عبارت دیگر، ۸۴ درصد واریانس یا تفاوت‌های افراد در اعتیاد به مواد مخدر صنعتی مربوط به تفاوت آن‌ها در عوامل بیوشیمیایی و هورمونی و عوامل روانی-خانوادگی است و رابطه خالص عوامل بیوشیمیایی و هورمونی با مصرف مواد مخدر صنعتی ۱۷٪ است. در گام سوم عوامل اجتماعی- فرهنگی وارد معادله می‌شوند. آخرین عامل از میان عواملی که در این پژوهش اندازه گرفته شده و با مصرف مواد مخدر مرتبط است، عوامل اجتماعی- فرهنگی است. همان گونه که در جدول (۴) مشاهده می‌شود با اضافه شدن عوامل اجتماعی- فرهنگی ضریب همبستگی  $R=0/94$  افزایش می‌یابد و مجذور ضریب همبستگی  $R^2=0/89$  می‌شود. به عبارت دیگر عوامل بیوشیمیایی و هورمونی، عوامل روانی-خانوادگی و عوامل اجتماعی - فرهنگی ۸۹ درصد نمره کل مصرف یا اعتیاد مواد مخدر صنعتی را تبیین می‌کنند. یعنی ۸۹ درصد واریانس یا تفاوت‌های افراد در مصرف مواد مخدر مربوط به تفاوت آن‌ها در عوامل بیوشیمیایی و هورمونی، عوامل روانی-خانوادگی و عوامل اجتماعی - فرهنگی با هم‌دیگر است و میزان رابطه خالص عوامل اجتماعی - فرهنگی با اعتیاد به مواد مخدر ۰/۱۱ است.

همچنین توجه به جدول ضرایب خام و استاندارد شماره (۵) که در آن رگرسیون تبدیل به  $t$  گردیده و معنی داری آن مشخص شده است؛ نشان می‌دهد که هر سه عوامل بیوشیمیایی و هورمونی، عوامل روانی-

خانوادگی و عوامل اجتماعی - فرهنگی در گرایش به مواد مخدر صنعتی مؤثرند (  $P=0/00$  ) و این در حالی است که با استفاده از ضرایب استاندارد بتا می‌توان میزان این رابطه را مشخص کرد. ضرایب بتا در جدول ( ۵ ) نشان می‌دهد که عوامل بیوشیمیایی و هورمونی ۰/۴۲، عوامل روانی - خانوادگی ۰/۴۰ و عوامل اجتماعی - فرهنگی ۰/۳ با اعتیاد به مواد مخدر صنعتی رابطه دارند.

### نتیجه‌گیری و پیشنهادها

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که اولین عاملی که در مصرف مواد مخدر صنعتی از نظر روانشناسان موثر است؛ عامل روانی - خانوادگی است.

### پیشنهادها و محدودیت‌ها

#### پیشنهادهای پژوهشی

۱. جامعه آماری و نمونه پژوهش حاضر را مردان استان بوشهر تشکیل داده‌اند، از این رو پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌هایی با همین موضوع بر روی جوانان در فرهنگ‌ها و شهرها و استان‌های دیگر انجام شود و ضمن مقایسه، تفاوت عوامل فرهنگی نیز بررسی شود.
۲. پیشنهاد می‌گردد پژوهش حاضر به صورت یک طرح ملی در تمام استان‌های کشور ایران اجرا و پیگیری شود تا نتیجه‌ی نهایی آن راه‌گشای برنامه‌ریزی مسئولین برای پیشگیری از گسترش مصرف مواد مخدر گردد.
۳. پیشنهاد می‌گردد موضوع پژوهش حاضر برای رده‌های سنی دیگر استان بوشهر مانند جامعه دانشجویان بومی استان بوشهر نیز انجام گردد.
۴. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های بعدی اثرات مستقیم و غیر مستقیم هر یک از عوامل جمعیت‌شناختی، فردی، خانوادگی، مدرسه‌ای و اجتماعی بر مصرف مواد مخدر مورد بررسی قرار بگیرد.
۵. برای درک فرایند مصرف مواد مخدر در دانش‌آموزان و تعیین عوامل خطر شروع به مصرف و انتقال در مراحل رشد، نیاز است مطالعات طولی در نوجوانان صورت بگیرد تا اقدامات پیشگیری بر پایه‌ی آن‌ها برنامه‌ریزی شود.
۶. مطالعات مداخله‌ای جهت افزایش توانمندی روان‌شناختی دانش‌آموزان پیشنهاد می‌گردد.

### پیشنهادهای کاربردی برای پیشگیری از مصرف مواد صنعتی

۱. نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که در بُعد اختلال شخصیتی، عامل روانی-زندگی و عامل اجتماعی- فرهنگی مهم‌ترین عوامل گرایش به مصرف مواد در معتادان می‌باشد. با پخش برنامه‌های مفید و کارساز در رسانه‌ها با همکاری کارشناسان خبره در حوزه روانشناسی و همچنین کارشناسان مسائل امور اجتماعی و خانواده و کارشناسان مسائل اعتیاد، مردم و خانواده‌ها را در زمینه عوارض اعتیاد به مواد مخدر صنعتی آگاه‌سازی نمایند، همچنین با پویانمایی فرهنگ درست زندگی کردن را به مردم نشان داده شود.

۲. بهتر است نیروی انتظامی استان بوشهر با تلاش برای بستن راه‌های ورود مواد به استان، مقابله جدی با فروشندگان و عرضه‌کنندگان مواد به دانش‌آموزان، پاک کردن اطراف مدارس، تعیین مأموران ویژه برای مراقبت از محیط پیرامون مدارس استان، از هر گونه عرضه مواد به دانش‌آموزان جلوگیری نموده و زمینه دسترسی به مواد را به حداقل برساند. همچنین بهتر است مأموران پیشگیری از عرضه مواد با مراجعه به مدارس و ارائه اطلاعات مناسب و آموزش لازم در زمینه راه‌های تأثیرگذاری فروشندگان و عرضه‌کنندگان مواد بر احساسات و علائق دانش‌آموزان، آن‌ها را نسبت به شیوه‌های تبلیغاتی و روانی فروشندگان مواد آشنا سازند.

۳. با توجه به میزان شیوع بدست آمده در پژوهش حاضر، طراحی و اجرای برنامه‌های پیشگیری سطح اول، نظارت و اجرای راهکارهایی برای در دسترس نبودن مواد مخدر از طرف سازمان بهزیستی و سایر نهادهای مربوطه، ضروری به نظر می‌رسد.

۴. سازمان مبارزه با مواد مخدر باید با بهره‌گیری از رسانه‌های نوشتاری، تصویری و دیجیتال مانند خبرنامه- های علمی، بروشورها، تابلوهای پیام مشاور و رسانه‌های دیداری نظیر پخش فیلم، تمایل به مصرف مواد مخدر را در افراد در سنین مختلف کاهش داده و با انجام چنین فعالیت‌های ادراک آنان را از پیامدهای درگیر شدن به مواد مخدر را بالا ببرند.

۵. در سده‌های اخیر، تغییرات فرهنگی و اجتماعی از سرعت بالا و دامنه داری برخوردار شده است. به گونه‌ای که نظیری برای آن نمی‌توان پیدا کرد. این تغییرات ممکن است بعضاً اثرهای نامطلوبی در زندگی اجتماعی ایجاد کنند که موجب دشواری تطابق اجتماعی می‌شود، یعنی فرد به زحمت می‌تواند خود را با تغییرهای تازه همراه کند. به همین دلیل است که می‌بینیم با وقوع انقلاب صنعتی و تغییر وضعیت زندگی مردم، دامنه نیازمندی‌های آن‌ها گسترش می‌یابد. از طرف دیگر به دلیل محرومیت‌های ناشی از برآورده نشدن نیازها و خواسته‌های بی‌شمار افراد، زمینه ایجاد انحراف‌ها و کج روی‌ها مانند: تبه‌کاری، سرگردانی، سرقت، اعتیاد، انحرافات جنسی و... فراهم می‌گردد. در این میان، کارگزاران جامعه پذیری، نهادهای اجتماعی و افرادی که جامعه پذیری در سال‌های نخستین زندگی آن‌ها رخ می‌دهد (نوجوانان و جوانان)، دارای بیش‌ترین اهمیت هستند.



## محدودیت‌های پژوهش

۱. ابزار اندازه‌گیری در پژوهش حاضر فقط پرسشنامه بود و استفاده از یک ابزار ممکن است نتواند اطلاعات دقیقی جمع‌آوری کند.
۲. جامعه آماری پژوهش حاضر را مردان استان بوشهر تشکیل می‌دهند، از این رو با توجه به تأثیرات فرهنگی و بومی هر منطقه، دقت در تعمیم یافته‌ها ضروری به نظر می‌رسد.
۳. هرچند به افراد اطمینان داده شده بود که اطلاعات کاملاً محرمانه خواهد ماند و شرکت در مطالعه کاملاً اختیاری است، ولی با این وجود به علت حساس بودن موضوع مصرف مواد مخدر، انتظار می‌رود درصد گزارش شده مطابق با مقدار واقعی نباشد.
۴. از آنجایی که پژوهش حاضر از نوع همبستگی است و در چنین پژوهش‌هایی امکان کنترل تمامی متغیرهای مداخله‌گر وجود ندارد، ممکن است آزمودنی‌ها تحت تأثیر شرایطی که از کنترل پژوهشگر خارج است، قرار گرفته باشند.
۵. عدم همکاری برخی افراد و درست جواب ندادن پرسشنامه، مشکل در دسترسی به آزمودنی‌ها و همچنین کسب رضایت آن‌ها از محدودیت‌های دیگر پژوهشگران بودند.

## منابع

### الف) فارسی

- ۱- احدی، حسن، جم هری، فرهاد (۱۳۸۲). روانشناسی رشد نوجوانی و بزرگ سالی، تهران، پردیس.
- ۲- احمدی، خدابخش و بیگدلی، زهرا (۱۳۸۶). نظارت بر فرزندان و اثرات آن در خانواده‌های کارکنان سپاه، مجله علوم رفتاری، ۱(۱)، ۸۷-۹۶.
- ۳- احمدی، احمد (۱۳۷۳). روانشناسی نوجوانان و جوانان، اصفهان: مش مل.
- ۴- احمدی، احمد (۱۳۷۳). روانشناسی نوجوانان و جوانان، اصفهان: مش مل.
- ۵- اختیاری، حامد؛ بهزادی، آرین؛ جنتی، علی و مقیمی، امیر (۱۳۸۷). فرایند کاهش ارزش تعویقی و رفتارهای تکانشی: معرفی یک مطالعه‌ی مقدماتی. تازه‌های علوم شناختی، ۵(۲)، ۵۲-۶۲.
- ۶- اخوت، ولی الله (۱۳۵۵). روان‌درمانی و چند مقاله دیگر، تهران: ۹۴-۸۳.
- ۷- بیابان گرد، اسماعیل (۱۳۸۲). روانشناسی نوجوانان، چاپ هفتم. تهران: دفتر نشر فرهنگ اسلامی.
- ۸- پورشه باز، عباس؛ شاملو، سعید؛ جزایری، علیرضا و قاضی طباطبایی، محمود. (۱۳۸۴). روابط ساختاری عوامل روان‌شناختی خطر زنا و حفاظت‌کننده مصرف مواد مخدر در نوجوانان. فصلنامه رفاه اجتماعی. شماره ۱۹، ۵۴-۳۱.
- ۹- حسین چاری، مسعود و خیر محمد (۱۳۸۱). بررسی جو روانی-اجتماعی کلاس به عنوان یکی از مؤلفه‌های فرهنگ مدرسه. مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی. ۳ و ۴، ۲۵-۴۲.
- ۱۰- خان جانی، زینب؛ فخرائی، نفیسه و بدری، رحیم. (۱۳۹۰). بررسی هیجان خواهی در افراد معتاد و عادی با توجه به جنسیت. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۹(۴)، ۲۸۷-۲۹۶.
- ۱۱- خان جانی، زینب؛ فخرائی، نفیسه و بدری، رحیم. (۱۳۹۰). بررسی هیجان خواهی در افراد معتاد و عادی با توجه به جنسیت. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۹(۴)، ۲۸۷-۲۹۶.
- ۱۲- خدا یاری فرد، محمد (۱۳۷۳). مسائل نوجوانان و جوانان، چاپ سوم. تهران: اولیاء و مربیان.

۱۳- سلیمانی نیا، لیلا. (۱۳۸۴). پیش‌بینی رفتارهای پر خطر بر اساس ابعاد مثبت و منفی سلامت روان در نوجوانان شهر تهران. رساله کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی تهران

#### ب) غیر فارسی

- 1- Adams, P.F. (1999). Vital health statistics: health risk behavior among our nation's youth. U.S. department of health & human services.
- 2- Adams, P.F. (1999). Vital health statistics: health risk behavior among our nation's youth. U.S. department of health & human services.
- 3- Adelman, H.S., & Taylor, L. (2003). Creating school and community partnerships for substance abuse prevention programs. Commissioned by SAMHSA's Center for Substance Abuse Prevention. *Journal of Primary Prevention, 23*, 331-369.
- 4- Ahmadi, J. & Hassani, M. (2001). Prevalence of substance use among Iranian high school students. *Addictive Behaviors, 28*, 375-379.
- 5- Ajzen, I. (1985). *From intentions to actions: a theory of planned behavior*. In Kohl, J., Beckmann, J. (Eds). *Action-Control: From Cognition to Behavior*. Heidelberg, 11-39.
- 6- Ajzen, I. (1991). Theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*, 179-211.
- 7- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding the attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- 8- Akers, Ronald. L. (1977). *Deviant Behavior: A Social Learning Approach*. 2d ed. Belmont, CA: Wadsworth.
- 9- Arce, E; & Santisteban, C. (2006). Impulsivity: A review. *Psicothema, 18*, 213-220.
- 10- Arce, E; & Santisteban, C. (2006). Impulsivity: A review. *Psicothema, 18*, 213-220.
- 11- Arnett, J. (1992). Reckless Behavior in adolescence : A developmental perspective. *Developmental Review, 12*. 339-373.

- 12- Ashery, R.S., Robertson, E.B., and Kumpfer K.L.(1998). *Drug Abuse Prevention through Family Interventions.NIDA Research Monograph No. 177.* Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- 13- Bandura A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory.* Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- 14- Baumrind, D. (1973).*The development of Instrumental competence through socialization.* In A. D. Pick (Ed.). Minnesota symposium on child psychology, (vol. 7, pp. 3-46).Minneapolis: university of Minnesota press.
- 15- Baumrind, D. (1975). The contributions of the family to the development of competence in children.*Schizophrenia Bulletin*, 14, 12-37.
- 16- Baumrind, D. (1980). New directions in socialization research.*American psychologist*, 35, 639-652.
- 17- Baumrind, D. (1991). *Effective parenting during the early adolescent transition.* In P. E. Cowan & E. M. Hetherington (Eds), family transitions: Advances in family research.
- 18- Belgrave, F.Z. et al.(2000). Cultural contextual & intrapersonal predictors of risky sexual attitudes among African American girls in early adolescence. *Cultural diversity & ethnic minority psychology*.6.309-322.
- 18- Benson , P.L.; Le(Tert,N.(1998). Developmental assets : measurement & prediction of risk behaviors among adolescents. *Journal of applied developmental science*, 2(4):209-230.
- 19- Berkowitz, M.W. (1997). *The complete moral person: Anatomy and formation.* In J.M. DuBois (Ed.), *Moral issues in psychology: Personals contributions to selected problems.* Lanham, MD: University Press of America.
- 20- Biglan, A., Duncan, T. E., Ary, D. V., &Smolkowski, K. (1995).Peer and parental influences on adolescent tobacco use. *Journal of Behavioral Medicine*, 18, 315-330.
- 21- Botvin, G. J. (2000). Preventing Alcohol and Tobacco Use Through Life Skills Training: Theory, Methods, and Empirical Findings. *Alcohol Research & Health.*
- 22- Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E. M., & Diaz, T. (1995). Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white

middle-class population. *Journal of the American Medical Association*, 273,  
1106–1112

23- Botvin, G. J., Griffin, K. W., Paul, E., & Macaulay, A. P. (2003). Preventing tobacco and alcohol use among elementary school students through Life Skills Training. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 12, 1-18.

24- Botvin, G. J., Griffin, K. W., Paul, E., & Macaulay, A. P. (2003). Preventing tobacco and alcohol use among elementary school students through Life Skills Training. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 12, 1-18.

25- Botvin, G. J., Renick, N .L. and Baker E. (1983). The effects of scheduling format and booster sessions on a broad-spectrum psychosocial smoking prevention program. *Journal of Behavioral Medicine*, 6, 359-379.

26- Botvin, G. J., Renick, N .L. and Baker E. (1983). The effects of scheduling format and booster sessions on a broad-spectrum psychosocial smoking prevention program. *Journal of Behavioral Medicine*, 6, 359-379.