

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

فریبا پازانی<sup>۱</sup>، احمد برجعلی<sup>۲</sup>، حسن احدی<sup>۳</sup>، آدیس کراسکیان موجمباری<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۷/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۰/۰۲

### چکیده

**هدف:** هدف از پژوهش حاضر تبیین مدل ساختاری با توجه به نقش واسطه‌ای هم‌وابستگی در رابطه عوامل روانی و اجتماعی با آمادگی اعتیاد نوجوانان بود. **روش:** پژوهش حاضر توصیفی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش دانش‌آموزان دختر و پسر شاغل به تحصیل در سال ۹۴-۹۵ در منطقه ۱۶ آموزش و پرورش شهر تهران بودند که در دوره دوم متوسطه مدارس دولتی تحصیل می‌کردند. نمونه تحقیق ۴۰۰ دانش‌آموز بودند که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند و به پرسش‌نامه‌های آمادگی اعتیاد، هم‌وابستگی استونبرینک، سلامت اجتماعی کیز، و عوامل روانی (عوامل خطر ساز و محافظت‌کننده مصرف مواد) پاسخ دادند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد شاخص‌های برازش مدل پس از اصلاح و حذف روابط غیر معنادار و ایجاد کواریانس میان برخی زیرمقیاس‌های متغیرهای عوامل اجتماعی، هم‌وابستگی و آمادگی اعتیاد از وضعیت مطلوبی برخوردار است. **نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد هم‌وابستگی به‌عنوان یک رفتار اکتسابی شامل غفلت از خود و کاهش هویت فردی، تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی و نیز عوامل اجتماعی شکل می‌گیرد و رابطه این عوامل روانی اجتماعی را با آمادگی برای مصرف مواد مخدر واسطه‌گری می‌کند.

**کلید واژه‌ها:** عوامل روانی اجتماعی، آمادگی اعتیاد نوجوانان، هم‌وابستگی

\* این پژوهش با حمایت مالی "دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر استان تهران" به انجام رسیده است.

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت دانشگاه آزاد کرج، کرج، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران، پست الکترونیک: Borjali@atu.ac.ir

۳. استاد گروه روان‌شناسی سلامت دانشگاه آزاد کرج، کرج، ایران

۴. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی کرج، کرج، ایران

## مقدمه

آسیب‌های اجتماعی امروزه یکی از دغدغه‌های مهم جوامع انسانی است. هر جامعه‌ای متناسب با شرایط خود، فرهنگ، فرایند‌گذار و توسعه، بالندگی و انحطاط خود با انواعی از مشکلات رو به روست که تأثیرات غیرقابل انکاری در رشد و ترقی جامعه دارند. مصرف سیگار، مشروبات الکلی و سایر مواد غیرقانونی توسط نوجوانان یکی از مهم‌ترین چالش‌های بهداشتی، روانی و اجتماعی است که اکثر کشورهای جهان به نوعی با آن درگیر هستند و مشکلات بسیار گسترده‌ای را بر جوامع تحمیل می‌کند (هاو کینز، کاتالانو و میلر<sup>۱</sup>، ۱۹۹۲). دوره‌ی نوجوانی یک دوره‌ی تحولی مهم است که همراه با هویت‌یابی می‌باشد. قسمتی از این فرایند رشدی، هیجان‌خواهی است که به شکل رفتارهای جنسی ناسالم، مصرف الکل، سیگار و سایر مواد تظاهر می‌نماید. مصرف مواد در بین نوجوانان علل مختلفی دارد. برخی از نوجوانان مصرف الکل و مواد را نوعی طغیان و به منزله‌ی یک شیوه‌ی تسهیل پیوند اجتماعی و افزایش منزلت در میان همسالان در نظر می‌گیرند. برخی از نوجوانان برای رسیدن به لذت، رفع کسالت و ارضای حس کنجکاوی، فرار یا مقابله با مشکلات سراغ مواد می‌روند (نیوکامب<sup>۲</sup>، ۱۹۹۵).

بو توین و کانتور<sup>۳</sup> (۲۰۰۰) نشان دادند که سن متوسط اولین مصرف مشروبات الکلی، سیگار و سایر مواد در بین دانش‌آموزان تقریباً ۱۲ سالگی است. در حالی که متوسط سن اولین مصرف حشیش حدود ۱۴ سالگی گزارش شده است. به طور معمول اولین تجربه سیگار بین ۱۱ تا ۱۵ سالگی رخ می‌دهد (ویلفورد<sup>۴</sup>، ۱۹۹۲) و طی دو تا سه سال به مصرف منظم منجر می‌شود (پیرس و گیلپین<sup>۵</sup>، ۱۹۹۶). اعتیاد به عنوان یک آسیب اجتماعی در کنار مشکلاتی چون بیکاری، فقر، طلاق و ... تحت تأثیر دلایل روان‌شناختی فردی که خود در بستر خانواده، ارتباط با همسالان و جامعه شکل می‌گیرد، به دلیل تبعات فراوان آن در نظام سیاسی اقتصادی و فرهنگی کشور نیازمند توجه و اراده‌ای جدی برای کاهش آسیب‌های آن به ویژه در مورد جمعیت اصلی هدف یعنی نوجوانان است. عوامل موثر در اعتیاد

1. Hawkins, Catalano, & Miller  
2. Newcomb  
3. Botvin, & Kantor

4. Wilford  
5. Pierce, & Gilpin

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

نوجوانی مرحله گذار از کودکی به بزرگسالی با ویژگی‌هایی چون تغییرات جسمی، عاطفی و شناختی سریع، رخداد فرایند هویت‌یابی، نفوذ همسالان و هیجان‌خواهی زمینه مناسبی را برای تحت تأثیر قرار گرفتن در مقابل آسیب‌های اجتماعی به ویژه اعتیاد فراهم می‌کند. هم‌وابستگی به عنوان یک ویژگی فردی که در بستر روابط اجتماعی فرد شکل می‌گیرد به عنوان حلقه اتصال عدم سلامت فردی و عدم سلامت اجتماعی است و زمینه‌ساز بسیاری از رفتارهای اعتیادی به ویژه مصرف مواد مخدر است. محمدخانی (۱۳۸۴) با بررسی میزان شیوع مصرف الکل، سیگار و سایر مواد در دانش‌آموزان دوره راهنمایی و متوسطه در ۱۰ استان کشور نشان داد که در کل ۱۹ درصد از دانش‌آموزان حداقل یک بار از سیگار، مشروبات الکلی یا سایر مواد استفاده کرده‌اند. براساس یافته‌های این پژوهش ۱۴/۷ درصد دانش‌آموزان مصرف سیگار، ۹/۸ درصد مصرف مشروبات الکلی و ۲/۵ درصد دانش‌آموزان سایر مواد را گزارش نمودند. با توجه به این واقعیت که هیچ عاملی به تنهایی شرط لازم و کافی برای مصرف مواد نیست و مصرف مواد نتیجه ترکیبی از عوامل گوناگون است، برای مقابله با این پدیده لزوم در نظر گرفتن نقش عوامل تشدیدکننده گرایش به مصرف مواد به طور همزمان احساس می‌شود. در آمادگی برای مصرف مواد دو حیطه‌ی روان‌شناختی و اجتماعی مورد توجه قرار گرفته است. در بعد روان‌شناختی خطر مصرف مواد و رفتارهای بزه‌کارانه اغلب در افرادی دیده می‌شود که دارای رفتارهایی نظیر هیجان‌خواهی، اجتناب کم از آسیب و کنترل ضعیف تکانه هستند (کودجو و کلاین، ۲۰۰۲؛ محمدخانی، ۱۳۸۶).

از دیگر عوامل گرایش به مصرف مواد عدم آشنایی نوجوانان با مهارت‌های زندگی و ناآشنایی با شیوه‌های شاد زیستن و جامعه‌پذیر بودن است. در این زمینه بوتوین و گریفین<sup>۲</sup>

(۲۰۰۴) از مهارت‌های تصمیم‌گیری، مقابله با اضطراب، مهارت‌های ارتباطی و جرأت‌مندی یاد می‌کنند. کاپرمنیک و آلن<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) در پژوهشی رابطه‌ی جهت‌گیری اجتماعی و مهارت‌های حل مسئله اجتماعی رفتارهای مشکل‌ساز را مورد بررسی قرار دادند. یافته‌ها نشان دادند که جهت‌گیری اجتماعی مثبت نقش مهمی در میزان رفتارهای بزهکاری و درگیری در مصرف مواد ایفا می‌کند (کامپرینگ و آلن، ۲۰۰۱؛ به نقل از محمدخانی، ۱۳۸۶). در حیطه ویژگی‌های روان‌شناختی می‌توان به عواملی نظیر خودپنداره و خوش‌بینی اشاره کرد که در چارچوب تاب‌آوری بیانگر نوجوانانی است که علی‌رغم وجود عواملی نظیر فقر، و خانواده ناکارآمد در زندگی موفق و سالم بوده‌اند. خودپنداره منفی یکی از عوامل موثر در مصرف مواد است که نوجوانان برای جبران احساس کمبود خود به مصرف مواد و برقراری رابطه با همسالان دارای رفتارهای ضد اجتماعی رو می‌آورند. ناامیدی و عدم خوش‌بینی در مورد آینده باعث می‌شود فرد آمیدی به تغییر روند زندگی و حل مسائل خود نداشته باشد و برای فرار از ناراحتی به مصرف مواد روی آورد.

در حیطه عوامل اجتماعی دورکیم معتقد است هر نوع قطع ارتباط بین فرد و جامعه به گونه‌ای که افراد در چارچوب‌های اجتماعی جذب نگردند زمینه‌ای آنومیک و مساعد برای رشد انحرافات اجتماعی است. براساس تعریف کیزز<sup>۲</sup> (۱۹۹۸) سلامت اجتماعی به معنی گزارش شخصی فرد از کیفیت ارتباطش با دیگران است. از نظر وی سلامت اجتماعی ترکیبی از چند عامل است که در مجموع نشان می‌دهند چقدر یک شخص در زندگی اجتماعی اش مثلاً به عنوان همسایه، همکار و شهروند عملکرد خوبی دارد. او سلامت اجتماعی را شامل پنج جزء می‌داند که شامل یکپارچگی اجتماعی<sup>۳</sup> به معنی ارزیابی فرد از کیفیت روابط متقابلش در جامعه و گروه‌های اجتماعی است. سهم‌داشت اجتماعی<sup>۴</sup> بیانگر ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است. پذیرش اجتماعی<sup>۵</sup> تفسیر فرد جامعه و ویژگی‌های دیگران است. پیوستگی اجتماعی<sup>۶</sup> مربوط به افرادی است که به آینده جامعه امیدوارند و معتقدند که خود و دیگران از پتانسیل‌هایی برای رشد اجتماعی بهره‌مند

1. Kuperminc, & Allen  
2. Keyse  
3. Social integration

4. Social contribution  
5. Social acceptance  
6. Social coherence

هستند و جهان می تواند برای آن‌ها و دیگران بهتر شود. در بستری از آنومی فردی و اجتماعی نوعی از اعتیاد رابطه به نام هم‌وابستگی شکل می گیرد که در آن فرد برای خود ارزش و اهمیت چندانی قائل نیست. این افراد وارد روابطی می شوند که حالت یک طرفه دارد و از لحاظ احساسی مخرب بوده یا با سوء استفاده همراه است. این نوع اعتیاد در ابتدا برای توصیف رابطه‌ای که میان افراد خانواده فرد معتاد به مشروبات الکلی وجود داشت مورد استفاده قرار می گرفت اما می تواند همه کسانی را که در خانواده‌های بدکار کرد و آنومی‌های اجتماعی زندگی می کنند در برگیرد. دور کیم دو نوع آنومی را تشخیص می دهد: یکی در سطح فردی و دیگری در سطح اجتماعی. آنومی در سطح فردی نوعی احساس فردی از نابهنجاری که همراه با اختلالاتی در درون فرد بوده و در اصل نوعی احساس بی‌هنجاری، پوچی و بی‌قدرتی است. در آنومی اجتماعی احساسات فرد با توجه به سیستم اجتماعی سنجیده می شود. زمانی که توازن اجتماعی وجود ندارد فرد فاقد وسیله لازم برای تنظیم رفتار خود و تطبیق آن با معیارهای اجتماعی مقرر و نیز فاقد احساس حمایت جمعی و پشتیبانی اجتماعی است. در این جا می توان گفت عوامل اجتماعی بر هر دو نوع نابسامانی موثرند، یعنی جامعه بیمار تولید افراد بیمار می کند و افزایش افراد بیمار در جامعه، خود، به بیمار شدن جامعه منتهی می شود (یزدان پناه، ۱۳۸۲).

واندرمن و فلورین<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) معتقدند شرکت کردن در جامعه از طریق مشارکت این مفهوم را می رساند که افراد برای زندگی آرمان دارند و نشان‌دهنده سلامت افراد است. گامسون<sup>۲</sup> استدلال می کند که مشارکت در جنبش‌های اجتماعی، رشد هویت شخصی را در بر می گیرد و نشان‌دهنده فرصتی برای درک خود است. طبق نظر هوگی، اسپیر و پترسون<sup>۳</sup> (۱۹۹۹) مشارکت در جامعه به جوانان فرصت بسط روابط اجتماعی با افرادی غیر از خانواده و همسالان را در موقعیت‌های مختلف اجتماعی می دهد و به آنها کمک می کند تا یک درک درست نسبت به خود و دیگران پیدا کنند و از این طریق هویت اجتماعی خود را تقویت نمایند (کیکوگنانی، منزس، ناتا و مارکون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). جامعه‌پذیری به معنای

همسازی و همنوایی فرد با ارزش‌ها، هنجارها و نگرش‌های گروهی اجتماعی از وظایف اصلی آموزش و پرورش در مورد دانش‌آموزان است. تبدیل یک جامعه نامتجانس به جامعه‌ای یگانه و یکپارچه از طریق توسعه و تقویت فرهنگ و هویت مشترک، کارکرد مهم سیستم آموزشی است. بررسی عوامل اجتماعی بیانگر تاکید بر نقش آموزش و پرورش در انتقال فرهنگ، جامعه‌پذیری، کاهش خودمداری و تقویت نظم اجتماعی همراه با نوآوری و تغییر است. سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی با مؤلفه‌های مهم اعتماد، انسجام و مشارکت اجتماعی یکی از مهم‌ترین شاخص‌های توسعه می‌باشد. با کاهش سلامت و سرمایه اجتماعی شاهد تبعیض، نابرابری، مهاجرت، عدم حس اعتماد عمومی، کاهش مشارکت اجتماعی، افول امور خیریه، افزایش انحرافات و اعتیاد و فروپاشی خانواده و شکاف بین نسلی خواهیم بود (اکبری، ۱۳۸۳).

با در نظر گرفتن مجموع مطالب ذکر شده مساله اصلی پژوهشگر در پژوهش حاضر، تدوین مدل ساختاری با توجه به نقش واسطه‌ای هم‌وابستگی در رابطه عوامل روانی و اجتماعی با آمادگی اعتیاد نوجوانان و بررسی برازش آن بر اساس داده‌های تجربی بوده است. سؤال اصلی پژوهش این است که آیا هم‌وابستگی تأثیر عوامل روانی و اجتماعی را بر آمادگی اعتیاد واسطه‌گری می‌کند؟

## روش

### جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش دانش‌آموزان دختر و پسر شاغل به تحصیل در سال تحصیلی ۹۵-۹۴ در منطقه ۱۶ آموزش و پرورش شهر تهران بودند که در دوره دوم متوسطه مدارس دولتی تحصیل می‌کردند. دامنه سنی این دانش‌آموزان ۱۸-۱۶ سال بود. بر اساس روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی در مرحله اول از بین مدارس دوره دوم متوسطه پسرانه و دخترانه به شکل تصادفی ۷ دبیرستان برای هر یک از دو جنس انتخاب شد. در مرحله دوم از بین کلاس‌های متوسطه دوره دوم یک کلاس از هر دبیرستان به عنوان نمونه به شکل تصادفی انتخاب شد. به زعم

بسیاری از پژوهشگران حداقل حجم نمونه برای مدل پابی ۲۰۰ نفر می‌باشد (هو، ۲۰۰۸؛ به نقل از ناصری پلنگرد، صادقی بروجردی، یوسفی و صادقی کلانی، ۱۳۹۵). داربین و کلاین<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) نیز معتقد است در تحلیل عاملی اکتشافی برای هر متغیر حداقل ۱۰ و حداکثر ۲۰ نمونه لازم است. در این تحقیق تعداد افراد نمونه جمعاً ۴۰۰ نفر، ۲۰۰ دانش‌آموز دختر و ۲۰۰ پسر بوده است.

## ابزار

۱. پرسش‌نامه آمادگی اعتیاد: این پرسش‌نامه از ۳ زیرمقیاس آمادگی اعتیاد، اعتراف به اعتیاد، و الکلیسم که از پرسش‌نامه چند وجهی مینه سوتا استخراج شده تشکیل شده است. مقیاس آمادگی اعتیاد به عنوان شاخصی از عوامل شخصیتی همبسته اختلال‌های اعتیادی توسط وید، باتچر، مک‌کنا و بنپوراد<sup>۳</sup> (۱۹۹۲) ساخته شده است و شامل ۳۹ سؤال است. مقیاس اعتراف به اعتیاد، در اصل مقیاس پذیرش یا اعتراف به اعتیاد را می‌سنجد و توسط وید و همکاران (۱۹۹۲)، برای اندازه‌گیری تمایل پذیرش مشکلات مرتبط با الکل یا داروها ساخته شده است. این مقیاس شامل ۱۲ سؤال است. مقیاس الکلیسم نیز توسط مک‌اندرو<sup>۴</sup> (۱۹۶۵) و در اصل برای تفکیک بیماران روانی سرپایی مرد که دچار سوء مصرف مواد و الکل نیستند از افراد تحت درمان برای سوء مصرف الکل ساخته شد که دارای ۴۹ سؤال است. در مقیاس آمادگی اعتیاد نمره برش زنان و مردان به ترتیب ۲۳ و ۲۴ می‌باشد. در مقیاس اعتراف به اعتیاد نمره برش زنان ۲ و مردان ۳ می‌باشد. در نهایت در مقیاس الکلیسم نمره برش برای زنان ۲۰ و مردان ۲۲ می‌باشد. در پژوهش مینویی و صالحی (۱۳۸۲) با عنوان بررسی عملی بودن اعتبار، روایی و هنجاریابی آزمون‌های آمادگی اعتیاد، اعتراف به اعتیاد و الکلیسم به منظور شناسایی افراد در معرض و مستعد سوء مصرف مواد در بین دانش‌آموزان نتایج حاصله نشان داد که در تمام مقیاس‌ها بین نمرات دو گروه معنادار و دانش‌آموزان تفاوت داشت که حکایت از روایی ملاکی دارد. اعتبار آزمون نیز

۲۲۳

223

1. Hu  
2. Durbin, & Klein

3. Weed, Butcher, McKenna, & Ben-Porath  
4. MacAndrew

توسط مینوئی و صالحی (۱۳۸۲) به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۵۴ و از طریق دو نیمه کردن برابر با ۰/۵۳ گزارش شد.

۲. پرسش نامه هم وابستگی استونبرینگ: این پرسش نامه توسط استونبرینگ<sup>۱</sup> (۱۹۸۸)، ساخته شده که از ۲۹ گویه و ۴ زیرمقیاس نیاز به کنترل (۷ سؤال)، وابستگی بین فردی (۸ سؤال)، از خود بیگانگی (۷ سؤال) و در هم تنیدگی (۷ سؤال) تشکیل شده است که به منظور سنجش هم وابستگی در خانواده و دوستان سوء مصرف کنندگان مواد به کار می رود. نمره گذاری به صورت طیف لیکرت ۴ درجه ای می باشد که برای گزینه های «هرگز»، «گاهی اوقات» «غالباً» و «همیشه» به ترتیب امتیازات ۰، ۱، ۲، ۳ در نظر گرفته می شود. سؤالات ۱، ۵، ۹، ۱۳، ۱۷، و ۲۵ زیرمقیاس نیاز به کنترل؛ سؤالات ۲، ۶، ۱۰، ۱۴، ۱۸، ۲۲، ۲۶، و ۲۹ زیرمقیاس وابستگی بین فردی؛ سؤالات ۳، ۷، ۱۱، ۱۵، ۱۹، ۲۳، و ۲۷ زیرمقیاس از خود بیگانگی؛ و سؤالات ۴، ۸، ۱۲، ۱۶، ۲۰، ۲۴، و ۲۸ زیرمقیاس در هم تنیدگی را می سنجند. ضریب آلفا برای کل ۰/۷۹، برای نیاز به کنترل ۰/۴۵ تا برای وابستگی بین فردی ۰/۷۵ گزارش شده است. برای بررسی روایی همگرا رابطه ی معناداری بین نمرات آن با نمرات خانواده بد عملکرد به دست آمده است.

۳. پرسش نامه سلامت اجتماعی کیز: این پرسش نامه شامل ۲۰ گویه و ۵ زیرمقیاس می باشد که توسط کیز در بنیاد علمی مک آرتور ایالات متحده آمریکا به سال ۲۰۰۴ ساخته شده است. در چندین دوره مطالعاتی روایی و اعتبار آن مورد آزمون قرار گرفته است. سؤالات ۱ تا ۴ زیرمقیاس شکوفایی اجتماعی، سؤالات ۵ تا ۷ زیرمقیاس همبستگی اجتماعی، سؤالات ۸ تا ۱۰ انسجام اجتماعی، سؤالات ۱۱ تا ۱۵ زیرمقیاس پذیرش اجتماعی، و سؤالات ۱۶ تا ۲۰ زیرمقیاس مشارکت اجتماعی را می سنجند. نمره گذاری این پرسش نامه بر اساس طیف ۵ درجه ای لیکرت خیلی زیاد = ۵ تا خیلی کم = ۱ می باشد. اعتبار آن برای کل مقیاس ۰/۷۸، یکپارچگی اجتماعی ۰/۷۱، پذیرش اجتماعی ۰/۷۴، مشارکت اجتماعی ۰/۷۴، شکوفایی اجتماعی ۰/۷۰، و همبستگی اجتماعی ۰/۷۷ گزارش شده است (باباپورخیرالدین، طوسی و حکمتی، ۱۳۸۸).



۴. پرسش‌نامه عوامل روانی (عوامل خطر ساز و محافظت کننده مصرف مواد): این پرسش‌نامه بر اساس مدل عوامل خطر ساز و حفاظت کننده و مدل تلفیقی آغاز مصرف مواد (بوتوین و کانتور، ۲۰۰۰)، که مؤلفه‌هایی از نظریه‌های سبب‌شناسی مصرف مواد از حیثه نظریه‌های شناختی-عاطفی (آجنز و فیش‌بین<sup>۱</sup>، ۱۹۸۰؛ فیش‌بین و آجنز، ۱۹۷۵)، نظریه یادگیری اجتماعی (بندورا<sup>۲</sup>، ۱۹۸۶)، نظریه رشد اجتماعی (هاوکینز و ویس<sup>۳</sup>، ۱۹۸۵)، نظریه کنترل اجتماعی (البوت<sup>۴</sup>، ۱۹۸۹)، مدل بوم‌شناسی اجتماعی (کامپر و ترنر<sup>۵</sup>، ۱۹۹۱)، نظریه تحقیر خود (کاپلان<sup>۶</sup>، ۱۹۷۵) الگوی یادگیری اجتماعی چند مرحله‌ای (سیمون، کانگر و ویت‌بک<sup>۷</sup>، ۱۹۸۸)، نظریه تعامل خانواده (بروک، بروک، گوردون، ویتمن و کوهن<sup>۸</sup>، ۱۹۹۰)، نظریه رفتار مشکل‌ساز (جیسور، دونوان و کاستا<sup>۹</sup>، ۱۹۹۱) را در بر می‌گیرد ساخته شده و در ایران بر روی ۳۰۰۰ نفر از دانش‌آموزان هنجاریابی شده است.

## یافته‌ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
شکوفایی اجتماعی	۴۰۰	۹/۹۶	۱/۹۳	هیجان خواهی	۴۰۰	۱۹/۱۹	۴/۹۷
همبستگی اجتماعی	۴۰۰	۱۰/۱۱	۲/۱۶	وابستگی بین فردی	۴۰۰	۱۳/۲۲	۴/۴۶
انسجام اجتماعی	۴۰۰	۱۱/۰۲	۲/۶۸	نیاز به کنترل	۴۰۰	۱۱/۷۳	۲/۶۳
پذیرش اجتماعی	۴۰۰	۱۲/۰۵	۲/۷۹	از خود بیگانگی	۴۰۰	۹/۰۶	۳/۶۹
مشارکت اجتماعی	۴۰۰	۱۶/۶۰	۳/۰۲	در هم تنیدگی	۴۰۰	۱۰/۹۳	۳/۸۳
خودپنداره	۴۰۰	۱۰/۶۳	۳/۶۷	آمادگی به اعتیاد	۴۰۰	۲۰/۳۴	۴/۷۲
جرات مندی	۴۰۰	۲۰/۸۷	۴/۷۲	اعتراف به اعتیاد	۴۰۰	۴/۶۳	۱/۷۴
خوش بینی	۴۰۰	۱۱/۰۴	۴/۲۴	الکلیسم	۴۰۰	۲۲/۲۷	۵/۴۶

1. Ajzen, & Fishbein
2. Bandura
3. Hawkins, & Weis
4. Eliot
5. Kumper, & Turner

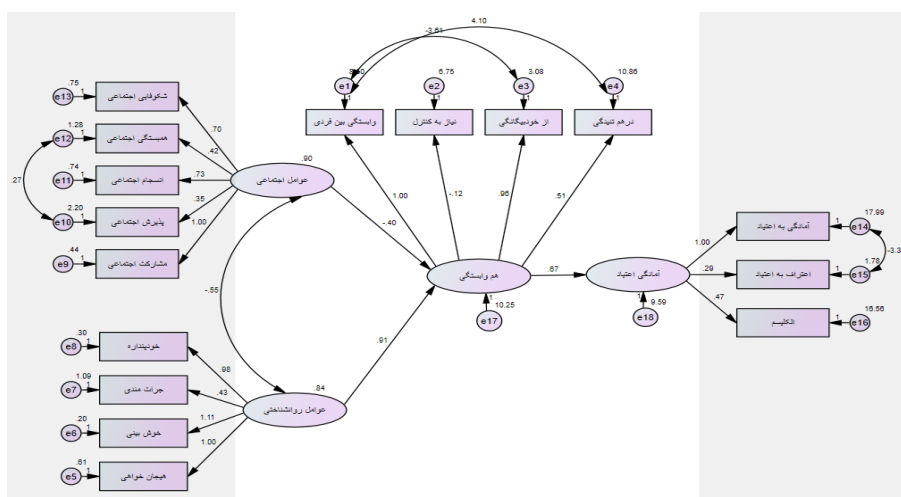
6. Kaplan
7. Simons, Conger, & Whitbeck
8. Brook, Brook, Gordon, Whiteman, & Cohen
9. Jessor, Donovan & Costa

پس از انجام اصلاحات انجام شده پیشنهادی نرم افزار و ایجاد کوارینانس بین برخی زیرمقیاس‌ها، شاخص‌های برازش مدل در وضعیت مطلوبی برخوردار شدند و مدل ساختاری روابط عوامل روانی اجتماعی در آمادگی اعتیاد نوجوانان با نقش واسطه‌ای هم‌وابستگی از برازش خوبی برخوردار بود.

جدول ۲: شاخص‌های برازش تحلیل مسیر مدل نهایی

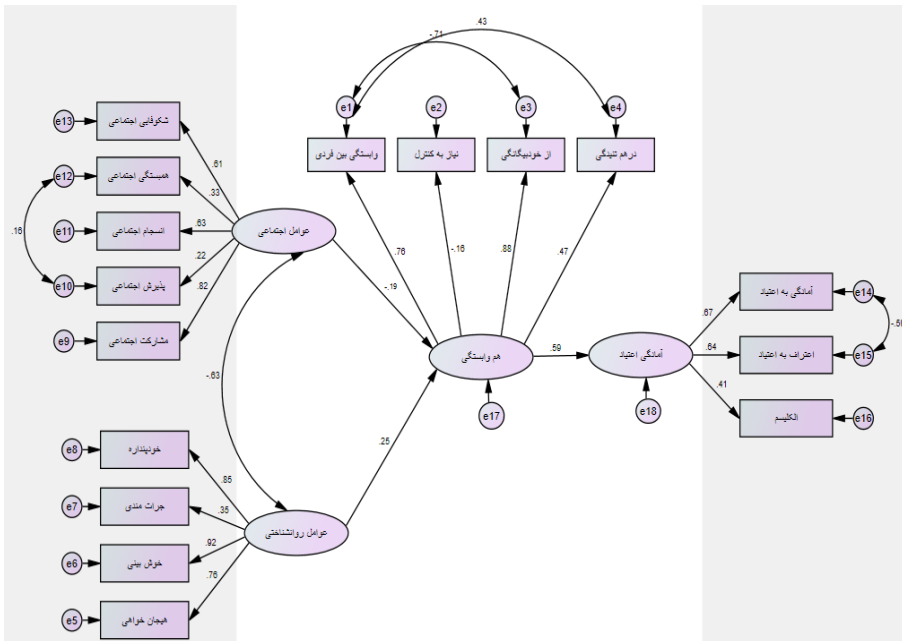
نام شاخص	مقدار	حد مجاز
$\frac{\chi^2}{df}$	۲/۵۵	کمتر از ۳
ریشه میانگین خطای برآورد (RMSEA)	۰/۰۷	کمتر از ۰/۱
CFI (برازندگی تعدیل یافته)	۰/۹۱	بالاتر از ۰/۹
NFI (برازندگی نرم شده)	۰/۹۲	بالاتر از ۰/۹
GFI (نیکویی برازش)	۰/۹۵	بالاتر از ۰/۹
AGFI (نیکویی برازش تعدیل شده)	۰/۹۱	بالاتر از ۰/۹

همانگونه که مشاهده می‌شود شاخص‌های برازش مدل پس از اصلاح و حذف روابط غیرمعنادار و ایجاد کوارینانس میان برخی زیرمقیاس‌های متغیرهای عوامل اجتماعی، هم‌وابستگی و آمادگی اعتیاد در وضعیت مطلوبی قرار گرفته است. نمودار اصلاحی در حالت ضرایب غیراستاندارد در جدول زیر ارائه شده است.



نمودار: مدل اصلاحی در حالت ضرایب استاندارد نشده

نمودار اصلاحی در حالت ضرائب استاندارد در جدول زیر ارائه شده است.



نمودار ۲: مدل اصلاحی در حالت ضرائب استاندارد شده

## بحث و نتیجه‌گیری

هم‌وابستگی بستر مناسبی برای بروز اعتیاد و رفتارهای جبری-وسواسی است. سرماک<sup>۱</sup> (۱۹۸۶) هم‌وابستگی را یک اختلال شخصیتی می‌داند که بر اساس نیاز به اداره و کنترل امور به منظور مقابله با پیامدهای نامطلوب شدید، غفلت از نیازهای خود، تحریف حد و مرزهای پیرامون صمیمیت و جدایی، افسردگی و بیماری‌های مرتبط با فشار و استرس مشخص می‌شود. با توجه به وضعیت چند بعدی (جسمی، ذهنی، عاطفی و معنوی) هم‌وابستگی و تعمیم آن به مراحل رشدی مختلف زندگی، پژوهش حاضر ارتباط شکل‌گیری هم‌وابستگی با عوامل روانی و نیز اجتماعی را با مؤلفه‌های سلامت اجتماعی نشان می‌دهد. هم‌وابستگی به عنوان یک مفهوم معتبر تشخیصی (هارکنز و کوتزل، ۱۹۹۷) یک رفتار اکتسابی است که تحت تأثیر رشد در خانواده‌ای ناکارآمد و شرایط نابسامان اجتماعی شکل می‌گیرد و نقش مهمی در ایجاد رفتارهای اعتیادی و جبری مثل اعتیاد به

اینترنت، کار، ... و داروها دارد. هم‌وابستگی قابل درمان است و در شرایطی که اغلب عوامل ایجادکننده آن تحت کنترل نظام آموزش و پرورش و درمانگران قرار ندارد شناسایی این وضعیت در نوجوانان و مداخله در آن می‌تواند اثر پیشگیرانه مهمی در آسیب‌های اجتماعی به ویژه مصرف مواد داشته باشد. این درمان مستلزم جداسازی فرد از یک رابطه کژکارانه است که خود نیازمند داشتن تصویری روشن و واضح از "خود" است. تصور اینکه ما چه کسی هستیم و چه اهداف و مقاصدی داریم و چه محدودیت‌هایی را برای دخالت خود در زندگی قائل هستیم. یافته این پژوهش که مطلوب بودن برآزش مدل ساختاری رابطه عوامل روانی و اجتماعی با نقش واسطه‌ای هم‌وابستگی در آمادگی اعتیاد نوجوانان است همسو با پژوهش پارکر، فالوک و لوبلو<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) است که هم‌وابستگی را یک اختلال جدا و مستقل از دیگر آسیب‌های رفتاری تشخیص داد. نتایج حاصل از این مدل در رابطه با نقش عوامل روان‌شناختی با هم‌وابستگی با نتایج پژوهش‌های کنادسون و ترل<sup>۲</sup> (۲۰۱۲)؛ مارکز، بلور، هین و دیر<sup>۳</sup> (۲۰۱۲)؛ تالوار، ورما، سینگ و شارما<sup>۴</sup> (۲۰۱۱)؛ هو، چیونگ و چیونگ<sup>۵</sup> (۲۰۱۰)؛ لوگه‌اد<sup>۶</sup> (۱۹۹۱) و کارواجال، کلایر، نش و ایوانز<sup>۷</sup> (۱۹۹۸) همسو می‌باشد.

رابطه هم‌وابستگی با عوامل اجتماعی در مدل مورد نظر با نتایج پژوهش چانگ<sup>۸</sup> (۲۰۱۰) در مورد رابطه هم‌وابستگی و جهت‌گیری فرهنگی و پژوهش حیدرنژاد، باقری بنجار و اصانلو (۱۳۹۱) همسو است. رابطه هم‌وابستگی در مدل مورد نظر با مصرف مواد همسو با نتایج پژوهش‌های چلن و کار<sup>۹</sup> (۱۹۹۹) و متولی و خان احمدی (۱۳۹۴) می‌باشد. یافته دیگر این مدل نقش واسطه‌ای هم‌وابستگی در تأثیر عوامل روانی و اجتماعی بر آمادگی اعتیاد است. وان‌اک، مارکل و فلوری<sup>۱۰</sup> (۲۰۱۲) در پژوهشی نشان دادند که هیجان‌خواهی متغیر تعدیل‌کننده بین علائم اختلال توجه/بیش‌فعالی و سوءمصرف مواد محرک در

1. Parker, Faulk, &amp; Lobello

2. Knudson, &amp; Terrell

3. Marks. Blore. Hine. &amp; Dear

4. Talwar. Verma. Singh. &amp; Sharma

5. Ho. Cheung, &amp; Cheung

6. Loughhead

7. Carvajal, Clair, Nash, &amp; Evans

8. Chang

9. Cullen, &amp; Carr

10. Van Eck, Markle, &amp; Flory

نوجوانی است. پژوهش هیکس، اسچلگل، فریدمن و مک کارسی<sup>۱</sup> (۲۰۰۹) نشان داد که انتظار پیامد جامعه‌پذیری به دنبال مصرف الکل دارای همبستگی مثبت با بهبود خودپنداره است که همراه با مصرف الکل است. شایر، بوتوین و دیاز<sup>۲</sup> (۱۹۹۹) در پژوهشی نتیجه گرفتند که کفایت ادراک شده و مهارت‌های امتناع موثر هر دو با کاهش مصرف الکل همراه بوده است و بیان کردند که هر دو باید جزء اجزاء ضروری راهبردهای پیشگیری مدرسه محور باشد. کارواجال و همکاران (۱۹۹۸) سه عامل خوش‌بینی، شادی و عزت نفس را که به طور عمده مرتبط با بهزیستی روانی و جسمی است در یک مدل نفوذ اجتماعی برای پیش‌بینی سوء مصرف مواد مخدر مورد بررسی قرار دادند. نتایج حاصله نشان داد که این متغیرها در اجتناب از مواد مخدر نقش تعیین‌کننده دارند. در تبیین نقش واسطه‌ای هم‌وابستگی می‌توان به پژوهش‌های همسوی زیر اشاره کرد. وین استانی<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهش خود نشان دادند که سطح متوسط و بالای سرمایه اجتماعی با مصرف و وابستگی به مواد رابطه‌ی منفی دارد. بهم ریختگی و بی‌سازمانی محل زندگی با مصرف مواد و وابستگی به آن رابطه‌ی مثبت دارد. همسو با این یافته پژوهش گرینفیلد، ریم و راجرز<sup>۴</sup> (۲۰۰۲) نشان داد که رابطه معناداری بین یکپارچگی اجتماعی و مصرف الکل وجود دارد. همچنین پژوهش لاکمن و وایلند<sup>۵</sup> (۱۹۹۴) نشان داد که نوجوانانی که پذیرش اجتماعی پایینی دارند و میزان پرخاشگری بالایی دارند به طور مثبتی همبستگی با مصرف ماری‌جوانا، داروها، الکل و فعالیت‌های بزهکارانه دارند.

این یافته‌ها را می‌توان در چارچوب نظریه تحقیر خود تبیین نمود. براساس این نظریه عزت نفس کلی فرد، عامل اصلی در سوء مصرف مواد و پیشگیری از آن محسوب می‌شود. نوجوانانی که احساس می‌کنند از سوی دیگران طرد شده‌اند و عملکرد اجتماعی مورد قبولی ندارند، واکنش‌هایی از خود نشان می‌دهند: اول آن که احساس می‌کنند باید به طور نمادین در برابر معیارها و ارزش‌های مرسوم طغیان کنند. دوم آن که، از الگوهای اجتماعی مرسوم دوری می‌کنند، سوم این که احساس می‌کنند می‌توانند با انجام رفتارهای نامتعارف

۲۲۹

229

1. Hicks, Schlegel, Friedman, & McCarthy  
2. Shayer, Botvin, & Diaz

3. Winstanley  
4. Greenfield, Rehm, & Rogers  
5. Lochman, & Wayland

احساس خودارزشمندی‌شان را تقویت نمایند و در نهایت با همسالان منحرفی ارتباط برقرار می‌کنند که احساس ارزشمندی را در آنان تقویت می‌کنند. این دیدگاه با وارد نمودن مفاهیم عزت نفس، انزوا و دوری‌گزینی از اجتماع و ارتباط با همسالان منحرف و با تکیه بر ویژگی‌های درون‌فردی و مفاهیمی از نظریه‌های تعهد و وابستگی و همچنین یادگیری اجتماعی، سوء‌مصرف مواد را تبیین می‌کند. ضعف و نارسایی‌های روانی و شخصیتی به همراه شرایط نامناسب اجتماعی، خانوادگی و فقدان روابط صحیح انسانی به تدریج فرد را با مشکلات و آسیب‌های روحی و روانی مواجه می‌نماید. در بررسی زندگی معتادان، آشفتگی وضع خانواده در اکثر موارد به وضوح دیده می‌شود و خیلی از معتادان برای فرار از این آشفتگی‌ها و مشکلات روانی به اعتیاد پناه می‌برند. لذا والدین می‌بایست زمینه بروز هرگونه آسیب روحی و روانی در خانواده را از بین ببرند.

با توجه به اینکه در این مدل پژوهش از روش‌های کمی برای فهم رابطه متغیرها استفاده گردید. استفاده از روش‌های طولی و نیز بلندمدت می‌تواند به بهبود و تعمیم یافته‌ها کمک بیشتری نماید. این پژوهش در گروه نوجوانان اجرا شد و تعمیم‌پذیری آن بر سایر مقاطع سنی مثل جوانان و میان‌سالان با محدودیت مواجه است. محدودیت دیگر این پژوهش مربوط به ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات است که نوعی خودگزارشی است و با این حال اعتبار پاسخ افراد قابل تامل است. پیشنهاد می‌شود که پژوهش در مورد آمادگی اعتیاد و پیش‌بیننده‌های آن در جوامعی به جز جامعه دانش‌آموزان پایه‌ی متوسطه دوم انجام شود. پیشنهاد می‌شود مدل‌های دیگری بر پایه متغیرهای خطر ساز و محافظت‌کننده که در این پژوهش به کار نرفته، برای پیش‌بینی گرایش به اعتیاد نوجوانان استفاده شود و میزان تبیین و نتایج آن‌ها با مدل پژوهش حاضر مقایسه گردد.

## منابع

- اکبری، امین (۱۳۸۳). نقش سرمایه اجتماعی در مشارکت بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی بر مشارکت سیاسی اجتماعی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.
- باباپور خیرالدین، جلیل؛ طوسی، فهیمه و حکمتی، عیسی (۱۳۸۸). بررسی نقش عوامل تعیین‌کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز. فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۴(۱۶)، ۱۹-۱.

حیدر نژاد، علی رضا؛ باقری بنجار، عبدالرضا و اصائلو، علی (۱۳۹۱). مقایسه میزان سرمایه اجتماعی در جوانان معتاد جز غیر معتاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهشی*، ۶ (۲۴)، ۸۵-۹۵

متولی، محمد مسعود؛ خان احمدی، عثمان (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین منبع کنترل و هموابستگی در میان همسران افراد مبتلا به اعتیاد. *کنفرانس بین المللی رویکردهای نوین در علوم انسانی*.

محمدخانی، شهرام (۱۳۸۴). *برنامه جامع راهنمایی و مشاوره رشدی مدرسه*. تهران: دفتر برنامه ریزی امور فرهنگی و مشاوره وزارت آموزش و پرورش.

محمدخانی، شهرام (۱۳۸۶). مدل ساختاری مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر: ارزیابی اثر مستقیم و غیرمستقیم عوامل فردی و اجتماعی. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان شناختی*، ۲ (۶)، ۱۷-۵.

مینوئی، محمود و صالحی، مهدیه (۱۳۸۲). بررسی عملی بودن، اعتبار، روایی و هنجاریابی آزمون‌های APS, AAS, MAC. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱ (۳)، ۱۰۷-۷۷.

ناصری پلنگرد، ولی؛ صادقی بروجردی، سعید؛ یوسفی، بهرام و صادقی کلانی، احدیه (۱۳۹۵). تأثیر کیفیت خدمات ارائه شده بر وفاداری مشتریان باشگاه‌های بدنسازی بر اساس مدل سروکوال (با نقش میانجی رضایتمندی مشتریان). *اولین همایش ملی تحولات علوم ورزشی در حوزه سلامت، پیشگیری و قهرمانی*.

یزدان پناه، لیلا (۱۳۸۲). *بررسی عوامل مؤثر بر مشارکت اجتماعی شهروندان ۱۸ سال به بالا مناطق ۲۲ گانه تهران*. پایان‌نامه دکتري، دانشگاه علامه، دانشکده علوم اجتماعی.

- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood cliffs, NJ: prentice hall.
- Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2004). Life Skills Training: Empirical Findings and Future Directions. *Journal of Primary Prevention*, 25(2), 211-232.
- Botvin, G. J., & Kantor, L. W. (2000). Preventing alcohol and tobacco use through life skills training. *Alcohol research and health*, 24(4), 250-257.
- Brook, J. S., Brook, D. W., Gordon, A. S., Whiteman, M., & Cohen, P. (1990). The psychosocial etiology of adolescent drug use: a family interactional approach. *Genetic, social, and general psychology monographs*, 116(2), 111-267.
- Carvajal, S. C., Clair, S. D., Nash, S. G., & Evans, R. I. (1998). Relating optimism, hope, and self-esteem to social influences in deterring substance use in adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17(4), 443-465.
- Cermak, T. (1986). *Diagnosing and treating codependence*. Minneapolis, MN: Johnson Institute Books.
- Chang, S. H. (2010). *Codependency among college students in the United States and Taiwan: A cross cultural study*. Doctor of Philosophy (PhD), Ohio University, Counselor Education (Education).
- Cicognani, E., Menezes, I., Nata, G., & Marcon, A. (2007). Place identity and sense of community among students. In M. Garcia-Ramirez, V. Luque-Ribelles, R. Morano Bàez (Eds.) *Proceedings of the International Seminar "Integrating new*

- migrants in the new Europe: a challenge for Community Psychology*", (Seville, 19-21 September).
- Cullen, J., & Carr, A. (1999). Codependency: An empirical study from a systemic perspective. *Contemporary Family Therapy*, 21(4), 505-526.
- Durbin, C. E., & Klein, D. N. (2006). Ten-year stability of personality disorders among outpatients with mood disorders. *Journal of abnormal psychology*, 115, 75-84.
- Eliot, F. (1989). Theory and the professions. *Indiana law journal*, 64(3), 423-432.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Greenfield, T. K., Rehm, J., & Rogers, J. D. (2002). Effects of depression and social integration on the relationship between alcohol consumption and all-cause mortality. *Addiction*, 97(1), 29-38.
- Harkness, D., & Cotrell, G. (1997). The social construction of co-dependency in the treatment of substance abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(5), 473-480.
- Hawkins, J. D., & Weis, J. G. (1985). The social development model: An integrated approach to delinquency prevention. *Journal of Primary Prevention*, 6(2), 73-97.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. U. (1992). Risk and protective factor for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Hicks, J. A., Schlegel, R. J., Friedman, R. S., & McCarthy, D. M. (2009). Alcohol primes, expectancies, and the working self-concept. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(3), 534-538.
- Ho, M. Y., Cheung, F. M., & Cheung, S. F. (2010). The role of meaning in life and optimism in promoting well-being. *Personality and individual differences*, 48(5), 658-663.
- Hughey, J., Speer, P. W., & Peterson, N. A. (1999). Sense of community in community organizations: Structure and evidence of validity. *Journal of community psychology*, 27(1), 97-113.
- Jessor, R., Donovan, J. E., & Costa, F. M. (1991). *Beyond adolescence: Problem behavior and young adult development*. New York: Cambridge University Press.
- Kaplan, M. (1975). *Leisure: Theory and Policy*. New York: Wiley.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social psychology quarterly*, 61(2), 121-140.
- Knudson, T. M., & Terrell, H. K. (2012). Codependency, perceived inter-parental conflict, and substance abuse in the family of origin. *The American Journal of Family Therapy*, 40(3), 245-257.
- Kodjo, C. M., & Klein, J. D. (2002). Prevention and risk of adolescent substance abuse: the role of adolescents, families, and communities. *Pediatric Clinics of North America*, 49(2), 257-268.
- Kumpfer, K. L., & Turner, C. W. (1991). The social ecology model of adolescent substance abuse: implications for prevention. *International journal of the addictions*, 25(4A), 435-463.
- Lochman, J. E., & Wayland, K. K. (1994). Aggression, social acceptance and race as predictors of negative adolescent outcomes. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 33(7), 1026-1035.



- Loughead, T. A. (1991). Addictions as a process: Commonalties or codependence. *Contemporary family therapy*, 13(5), 455-470.
- MacAndrew, C. (1965). The differentiation of male alcoholic outpatients from nonalcoholic psychiatric outpatients by means of the MMPI. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 26, 238-246.
- Marks, A. D., Blore, R. L., Hine, D. W., & Dear, G. E. (2012). Development and validation of a revised measure of codependency. *Australian Journal of Psychology*, 64(3), 119-127.
- Newcomb, M. D. (1995). Identifying high-risk youth: Prevalence and patterns of adolescent drug abuse. *NIDA Research Monograph*, 156, 7-38.
- Parker, F., Faulk, D., & LoBello, S. (2003). Assessing codependency and family pathology in nursing students. *Journal of Addictions Nursing*, 14, 85-90.
- Pierce, J. P., & Gilpin, E. (1996). How long will today's new adolescent smoker be addicted to cigarettes? *American Journal of Public Health*, 86, 253-256.
- Simons, R. L., Conger, R. D., & Whitbeck, L. B. (1988). A multistage social learning model of the influences of family and peers upon adolescent substance abuse. *Journal of Drug issues*, 18(3), 293-315.
- Stonebrink, S. (1988). *A measure of co-dependency and the impact of socio-cultural characteristics*. Unpublished master thesis, University of Hawaii School of social work.
- Talwar, U. K., Verma, A. N., Singh, R., & Sharma, V. (2011). Co-dependency and Marital Adjustment in Depression. *Delhi Psychiatry journal*, 14 (1), 110-115.
- Van Eck, K., Markle, R. S., & Flory, K. (2012). Do conduct problems and sensation seeking moderate the association between ADHD and three types of stimulant use in a college population? *Psychology of addictive behaviors*, 26(4), 939-947.
- Wandermans, A., & Florin, P. (2000). *Citizen participation and community organization*. In J. Rappaport, E. Seidman (Eds). *Handbook of community psychology* (pp. 247-272). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Weed, N. C., Butcher, J. N., McKenna, T., & Ben-Porath, Y. S. (1992). New measures for assessing alcohol and drug abuse with the MMPI-2: The APS and AAS. *Journal of personality assessment*, 58(2), 389-404.
- Wilford, B. B. (1991). Prescription drug abuse: some considerations in evaluating policy responses. *Journal of psychoactive drugs*, 23, 343-349.
- Winstanley, E. L., Steinwachs, D. M., Ensminger, M. E., Latkin, C. A., Stitzer, M. L., & Olsen, Y. (2008). The association of self-reported neighborhood disorganization and social capital with adolescent alcohol and drug use, dependence, and access to treatment. *Drug and alcohol dependence*, 92(1), 173-182.