



رابطه علی اضطراب، نشخوار فکری، غفلت، روابط با همسالان و قلدری با آمادگی به اعتیاد

نسرین چمنی^۱، ایلناز سجادیان^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۶/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۸/۱۲

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه علی اضطراب، نشخوار فکری، غفلت، روابط با همسالان و قلدری با آمادگی به اعتیاد بود. **روش:** در این مطالعه همبستگی، جامعه آماری را دانش آموزان پسر دوره دوم متوسطه شهر اصفهان تشکیل می دادند. به روش خوشه ای تصادفی، ۳۷۵ دانش آموز از بین نواحی شهر اصفهان، براساس جدول تعیین حجم نمونه کوهن و همکاران (۲۰۰۰) به عنوان نمونه انتخاب شدند. شرکت کنندگان، به پرسش نامه های اعتیاد پذیری، اضطراب، نشخوار فکری، غفلت، روابط با همسالان و قلدری پاسخ دادند. **یافته ها:** براساس نتایج این پژوهش، مدل پیشنهادی از برازش مطلوبی با داده ها برخوردار بود. ضرایب تأثیر اضطراب، غفلت، مشکلات در روابط با همسالان، قلدری و نشخوار فکری بر اعتیاد پذیری معنا دار بود. **نتیجه گیری:** بنابر نتایج پژوهش اضطراب، غفلت، مشکلات در روابط با همسالان، قلدری و نشخوار فکری بر اعتیاد پذیری تأثیر علی دارند. لذا این مدل می تواند به مثابه الگویی مطلوب، برای تدوین برنامه های آموزشی پیشگیری از اعتیاد متمر ثمر باشد.

کلیدواژه ها: اعتیاد پذیری، اضطراب، نشخوار فکری، غفلت، روابط با همسالان، قلدری

۱. کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
۲. نویسنده مسئول: استاد یار گروه روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

مقدمه

مصرف مواد یکی از معضلات عمده زیستی، روانی و اجتماعی است و جهان در دهه اخیر با آمار حیرت‌آور شیوع مصرف مواد، به طور عمومی در جامعه به ویژه در قشر نوجوان مواجه بوده است. اگرچه دوره نوجوانی به عنوان یک دوره خطر‌ساز، تحولی برای تجربه مواد است، اما عوامل خطر‌ساز و محافظت‌کننده‌ای وجود دارند که شناخت آن‌ها برای ارتقای برنامه‌های پیشگیرانه و درمانی اعتیاد در نوجوانان، مهم به نظر می‌رسد (فولادوند، برجعلی، حسین ثابت و دلاور، ۱۳۹۵). آمادگی اعتیاد، گرایش به مواد مخدر و رفتارهای اعتیاد گونه است. به نحوی که فرد یا مشغولیت ذهنی زیادی در رابطه با مصرف مواد مخدر دارد یا اگر در معرض مواد قرار گیرد، احتمال مصرف مواد بسیار زیاد است (اصغری، قاسمی جوینه و قاری، ۱۳۹۳). در حقیقت، گرایش به مواد یک حالت یا ویژگی روانی است که با مشکلات روان‌شناختی یا واکنش‌های هیجانی مانند افسردگی، اضطراب و استرس همراه است (جلیلیان و همکاران، ۲۰۱۴). امروزه سلامت روان (اضطراب، استرس و افسردگی)، به یکی از مهم‌ترین مسائل مورد مطالعه روان‌شناسان، روان‌پزشکان و متخصصان علوم رفتاری تبدیل شده و طبق آمار سازمان جهانی بهداشت، اختلالات خلقی مانند: افسردگی و اضطراب، ۳۵ درصد کل اختلالات روانی را تشکیل می‌دهند. اکثر آن‌ها از دوران کودکی و نوجوانی منشأ می‌گیرند (طیوری و همکاران، ۱۳۹۳). پژوهش مرادی، عریضی، رضایی دهنوی و احمدی دارانی (۱۳۸۷) نشان داد که سلامت روانی می‌تواند استعداد اعتیاد دانش‌آموزان را پیش‌بینی کند.

اضطراب یک احساس هیجان‌آمیز عمومی و مبهم از دلواپسی است که با یک یا چند احساس جسمی و در صورت تداوم با مشکلات روانی دیگر همراه می‌شود (قاسم‌نژاد و برخورداری، ۱۳۹۱). دیکسون، استیون و ویانا^۱ (۲۰۱۴) طبق بررسی‌های خود نشان دادند اضطراب بالا پیش‌بین قدرتمندی برای گرایش به اعتیاد می‌باشد. قهوه‌چی و محمدخانی (۱۳۹۱) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که هیجان‌ات منفی با مصرف سیگار ارتباط دارد. همچنین نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد میزان اضطراب و علائم مختلط

اضطراب و افسردگی با پاسخ‌های مربوط به نشخوار فکری همراه بوده و با آن رابطه مستقیم دارد (بهادری، جهانبخش، جمشیدی و عسکری، ۱۳۹۰). نشخوار فکری به عنوان پاسخی به رویدادها تعریف شده که شامل تمرکز منفعل و تکراری در نشانه‌های این رویداد و تلاش برای یافتن دلایل و پیامدهای این رویداد است (نولن هوکسیما و یسکو و لیوبومیرسکی^۱، ۲۰۰۸). مطالعه‌ای که بر روی نوجوانان ۱۹-۱۴ ساله توسط ویلم، بیتبر، کلاس و راس^۲ (۲۰۱۰) انجام شد، حاکی از این بود که نشخوار فکری افزایش دهنده رفتارهای ناسازگارانه از جمله مصرف مواد بوده، با آن رابطه مستقیم داشته و افرادی که در معرض نشخوار فکری قرار می‌گیرند برای جلوگیری از آن به مصرف مواد روی می‌آورند. براساس یافته‌های پژوهشی، ارتباط با خانواده می‌تواند پیش‌بینی‌کننده قوی مصرف الکل، سیگار و سایر مواد در نوجوانان باشد. مطالعات نشان می‌دهند وجود و کیفیت ارتباطات با والدین به طور نیرومندی الگوهای مصرف نوجوانان را پیش‌بینی می‌کند. در حالی که ارتباطات تعارض آمیز، خطر مصرف مواد را افزایش می‌دهد. در مقابل، ارتباطات صمیمی تر، مانع مصرف مواد در نوجوانان می‌شود. زمانی که نوجوانان با والدین خود ارتباط دارند و احساسات‌شان را بیان می‌کنند از اثرات مضر مصرف مواد در امان بوده و احتمال کمتری وجود دارد که به مصرف مواد روی آورند (اریکسون، لن و رانسون، ۲۰۰۹؛ به نقل از فولادوند و همکاران، ۱۳۹۵). نتایج پژوهش محمدی (۱۳۹۵) و وجودی و همکاران (۱۳۹۳) نشان داده شیوه‌های فرزندپروری والدین قادر به پیش‌بینی استعداد اعتیاد نوجوانان است. همچنین نتایج پژوهش علایی خرایم و همکاران (۱۳۸۹) نشان داد نوجوانانی که از جانب والدین خود طرد شده‌اند، از دوستان منحرف پیروی کرده و در نتیجه به مصرف مواد روی می‌آورند.

یکی از ابعاد بدرفتاری با فرزندان و شایع‌ترین آن غفلت^۳ از آن‌ها در نظر گرفته شده است. در استرالیا و انگلستان از بین موارد اثبات شده بدرفتاری با فرزندان، بیشترین موارد مربوط به غفلت بوده است (تکفلی و آقابخشی، ۱۳۹۴). مطالعات نشان داده نوجوانی که از

جانب خانواده مورد غفلت قرار می‌گیرد، برای جبران کمبودهای عاطفی و روانی‌اش و کسب حمایت و تایید به دوستان و همسن خود روی می‌آورد (اعظمی و همکاران، ۱۳۹۵). این روابط در فرآیند شکل‌گیری استقلال و جدایی نسبی از خانواده خود به وجود آمده و در گرایش نوجوانان به سمت اعتیاد و سایر رفتار پرخطر نقش مهمی ایفا می‌کند. در واقع در سنین نوجوانی تأثیرگذاری گروه همسالان، حتی بیشتر از خانواده می‌باشد (اصغری و همکاران، ۱۳۹۳). وسعت، شدت و بزرگی مشکلی که نوجوان با گروه همسالان خود دارد می‌تواند به عنوان مشکلات ارتباطی با همسالانش مورد بررسی قرار گیرد (خانزاده، رحیمی و استوی، ۱۳۹۵). از جمله نگرانی‌های فزاینده مدارس در مورد ارتباط با همسالان، بروز اختلال‌های رفتاری از نوع خشونت، مسایل انضباطی، زورگویی و رفتارهای تخریب‌گرانه و بی‌ادبانه از سوی دانش‌آموزان است. نوجوانانی که مشکلات رفتاری دارند اغلب عملکرد تحصیلی ضعیف‌تری داشته و از سوی همسالان طرد می‌شوند. این قبیل افراد معمولاً در آینده به رفتارهای جنایی، سوءاستفاده از مواد، الکل و غیره روی می‌آورند (ویس^۲ و همکاران، ۲۰۱۱؛ به نقل از منصوری‌نژاد، ۱۳۹۳).

یکی از مشکلات رفتاری در مدرسه قلدری^۳ است. قلدری، شکلی از رفتار پرخاشگرانه عمدی و تکراری است که به صورت فردی یا گروهی در مدارس اتفاق می‌افتد. رفتار قلدری، از نیاز به سوءاستفاده از قدرت برعلیه دیگران و میل به تسلط بر آن‌ها نشأت می‌گیرد و یک نابرابری قدرت بین قلدر و قربانی به وجود می‌آید (مظاهری تهرانی، شیری و ولی‌پور، ۱۳۹۴). شواهد حاکی از آن است که رفتارهای پرخاشگرانه در سنین نوجوانی که بچه‌ها به دنبال روابط دوستی جدید هستند، افزایش می‌یابند (باتاگلیو^۴، ۲۰۰۶؛ به نقل آزاد، ۱۳۹۰). همچنین شواهد نشان داده‌اند قلدری در بین پسران نسبت به دختران بیشتر اتفاق می‌افتد و پسران در مقایسه با دختران احتمال بیشتری دارد که به قلدر تبدیل شوند (بولتون و اسمیت^۵، ۱۹۹۴). نتایج تحقیق قمری گیوه و مجرد (۱۳۹۵) نیز نشان داد که بین تکانشگری یا رفتارهای پرخاشگرانه بدون توجه به پیامدهای منفی آن و گرایش به اعتیاد

1- Peers relationships
2- Weiss
3- Bullying

4- Battaglio
5- Boulton & Smith

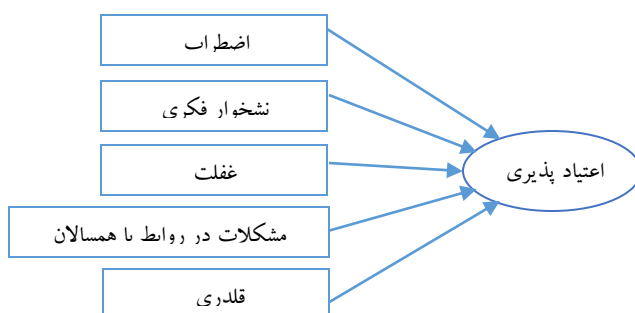
رابطه مثبت وجود دارد. به این صورت که هرچه میزان تکانشگری در فرد زیاد باشد میزان گرایش به اعتیاد بیشتر خواهد بود.

نوجوانی دوره‌ی مهم برای رشد و تغییر جسمی، روانی و اجتماعی می‌باشد. این دوره می‌تواند زمانی برای به وجود آمدن تهدیدهای متعدد باشد، که سلامت و بهزیستی نوجوانان را به خطر می‌اندازند (نظری، امینی منش و شاهینی، ۱۳۹۲). بررسی‌های همه‌گیرشناسی حاکی از آن است که مصرف سیگار، مشروبات الکلی و سایر مواد در بین نوجوانان جوامع مختلف، در دهه‌های اخیر افزایش چشمگیری داشته است (جانستون و همکاران، ۲۰۱۶). طبق گزارشات، سن آغاز مصرف مواد مخدر در ایران به ۱۴ تا ۱۶ سال رسیده و سالانه ۱۰٪ به تعداد معتادان افزوده می‌شود. رشد اعتیاد تزریقی نیز ۳۰٪ است که این میزان تقریباً ۵ برابر رشد جمعیت کشور است (باقری، نبوی، ملتفت و نقی‌پور، ۱۳۸۹). همچنین با توجه به آمارهای سازمان ملی و بهداشت مصرف مواد مخدر برآورد شده یک و نیم میلیون از نوجوانان به اختلال مصرف مواد مبتلا می‌باشند که از این آمار تنها یازده هزار نفر از آنان (۷درصد)، برای این اختلال درمان دریافت می‌کنند (نیکوی کویس، کریمی، آسوده نالکیاشری، و یونسی، ۱۳۹۶).

مصرف مواد مخدر و سایر مواد غیر قانونی توسط نوجوانان و جوانان یکی از مهمترین چالش‌ها و مشکلات سلامت عمومی و روانی - اجتماعی است که مشکلات فردی، اجتماعی، بهداشتی و اقتصادی بسیاری بر جوامع درگیر تحمیل می‌کند (احمدیان و رستمی، ۱۳۹۵). بسیاری از این نوجوانان ممکن است در اوایل بزرگسالی دچار اختلال سوءمصرف یا وابستگی به مواد شوند. طبق نظریه استعداد اعتیاد، برخی افراد مستعد اعتیاد هستند و اگر در معرض مواد قرار بگیرند معتاد می‌شوند. اما اگر کسی استعداد نداشته باشد، معتاد نمی‌شود (مامی و همکاران، ۱۳۹۱). در پژوهشی که روی دانش‌آموزان دبیرستانی شهر کرج انجام شد بیشترین مواد مورد استفاده در کل دانش‌آموزان در طول عمر به ترتیب شیوع عبارت است از: الف - مواد سبک شامل: قلیان (۵۳درصد)، سیگار (۲۴/۸درصد)، مشروب (۱۳/۶درصد) ب - مواد سنگین شامل: قرص‌های اکس (۲درصد)، تریاک (۲درصد)، حشیش (۱/۱درصد)، شیشه (۰/۴درصد)، کراک (۰/۴درصد) و هروئین

(۲/۰ درصد) بودند. میانگین نسبی همه گروه‌ها، مشابه جمعیت مورد مطالعه و توزیع جنسی در آن‌ها بطور معناداری در جنس مذکر بیشتر بود (ابوالقاسمی، دادفر و نبی‌دوست، ۱۳۹۵).

با توجه به پیامدهای ناخوشایند پدیده اعتیاد مانند: از هم‌پاشیدگی خانواده‌ها و طلاق، فرزندان بی‌سرپرست و آینده آنان، درگیر شدن نسل جوان در این مشکل و به هدر رفتن منابع مالی و اقتصادی کشور، پرشدن زندان‌ها و افزایش سایر انحرافات، و استفاده گسترده از مواد مخدر در دوره نوجوانی، بررسی عوامل موثر در ابتلا به آن می‌تواند در پیشگیری از گرایش بیشتر نوجوانان به سمت مواد حایز اهمیت باشد. این پژوهش به منظور پاسخ به این سوال انجام گرفته که آیا مدل علی تاثیرات اضطراب، نشخوار فکری، روابط بین همسالان و قلدری بر اعتیادپذیری از برآزش مطلوب برخوردار است؟



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه پژوهش حاضر کلیه دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه می‌باشند که در سال ۹۷-۱۳۹۶ در مدارس شهر اصفهان در حال تحصیل بوده‌اند، که جمعیت کلی آن‌ها در پایه دهم ۱۵۴۳۱ نفر، در پایه یازدهم ۱۵۲۱۵ و در پایه پیش‌دانشگاهی ۱۲۰۳۲ می‌باشد. با توجه به آمار جامعه پژوهش براساس جدول کوهن و مانیون و موریسون (۲۰۰۰)، تعداد ۳۷۵ نفر از دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای به عنوان نمونه انتخاب شدند. که از بین

نواحی پنج گانه ی آموزش و پرورش بعد از اخذ مجوز، ناحیه ی ۵ به صورت تصادفی انتخاب و از بین مدارس این ناحیه دو مدرسه به صورت تصادفی انتخاب گردید. کل دانش آموزان دوره ی دوم متوسطه این دو مدرسه به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. معیارهای ورود دانش آموزپسر دوره دوم متوسطه بودن، تمایل آگاهانه به شرکت در پژوهش و عدم ابتلا به اختلالات حاد روانپزشکی همزمان را شامل می شد.

ابزار

۱- پرسش نامه آمادگی به اعتیاد^۱: این پرسش نامه توسط زینالی، وحدت و حامدینیا (۱۳۸۶) برای جمعیت کلی، با هدف اندازه گیری آمادگی و استعداد اعتیاد طراحی شده است. دارای ۵۰ گویه و ۱۰ خرده مقیاس است که عبارتند از: نارضایتی درونی، رفتارهای مخاطره آمیز، غیر قابل اعتماد بودن، خودنمایی، افکار مثبت نسبت به مواد، نارضایتی از خانواده، ایمان و معنویت پایین، انحراف از هنجارها، خودمحوری و روابط مخاطره آمیز با دوستان. توسط زینالی (۱۳۹۳) برای نوجوانان ۱۴ تا ۲۰ سال در ایران رواسازی شده است. روایی همزمان از طریق اجرای همزمان پرسش نامه با پروفایل خطر مصرف مواد ۰/۶۶، برآورد شد. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس ها بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۳ برآورد شد. در پژوهش حاضر از نمره کلی استفاده شد. آلفای کرونباخ کل در این تحقیق ۰/۸۹۵ به دست آمد.

۲- پرسش نامه اضطراب^۲: پرسش نامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی توسط زیگموند و اسنیت (۱۹۸۳) در ۱۸ سوال (۷ سؤال افسردگی و ۷ سوال اضطراب) طراحی شد. هر سؤال از صفر تا ۳ نمره گذاری می شود؛ امتیازات مربوط به سطح افسردگی و اضطراب می تواند بین صفر تا ۲۱ باشد. برای هر دو مقیاس، نمرات در دامنه صفر تا ۶ طبیعی، ۴ تا ۱۰ خفیف، ۱۱ تا ۱۸ متوسط و ۱۰ تا ۲۱ شدید در نظر گرفته می شود. وایت، لیچ، سیمز، اتکینسون، و کاترل^۳ (۱۹۹۹) به بررسی روایی پرسش نامه در نوجوانان پرداختند. نتایج

1. Addiction Susceptibility Questionnaire
2. Hospital Anxiety and Depression Scale

3. White, Leach, Sims, Atkinson, & Cottrell

نشان داد اعتبار بازآزمایی مناسب است و قادر به غربال نوجوانان دچار افسردگی و اضطراب از نوجوانان دارای خلق طبیعی می‌باشد. توسط کاویانی، صیفوریان، شریفی، و ابراهیم‌خانی (۱۳۸۸) بر روی بیماران دارای اختلال افسردگی و اضطراب اجرا شد. برای تعیین روایی آن از روایی صوری، محتوایی و همزمان مبنی بر معیار بیرونی استفاده شد. آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس افسردگی ۰/۷۰ و خرده‌مقیاس اضطراب ۰/۸۵ بوده است (مرادیان، عبادی، سعید، و آسیایی، ۱۳۹۲). آلفای کرونباخ در این مطالعه ۰/۷۵۷ به دست آمد.

۳- پرسش‌نامه کودک‌آزایی: توسط حسین‌خانی و همکاران در سال ۱۳۹۲ طراحی شد. دارای ۲۶ سوال بوده و هدف آن ارزیابی کودک‌آزایی در ایران از ابعاد مختلف (آزار روانی و عاطفی، آزار فیزیکی، غفلت) می‌باشد. نمره‌گذاری به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است. در پژوهش حسین‌خانی و همکاران (۱۳۹۲) که بر روی دختر و پسر پایه چهارم و پنجم ابتدایی اجرا شد، روایی صوری (با استفاده از نظر اساتید)، روایی سازه با تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی و روایی وابسته به محتوا به دوروش کمی و کیفی مورد تأیید قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ برای آزار روانی و عاطفی ۰/۹۶، آزار فیزیکی ۰/۹۸، غفلت ۰/۸۳ و کل ۰/۹۷ گزارش شده است. در پژوهش حاضر از خرده‌مقیاس غفلت پرسش‌نامه استفاده شد. آلفای کرونباخ در این مطالعه ۰/۵۷ به دست آمد.

۴- پرسش‌نامه روابط همسالان: این پرسش‌نامه شامل ۲۵ گویه است که توسط هادسون^۲ (۱۹۹۰) ساخته شد و برای اندازه‌گیری وسعت، شدت و بزرگی یک مشکل که افراد با گروه همسالان خود دارند طراحی شده است. می‌تواند به عنوان سنجش کلی مشکلات ارتباطی با همسالان استفاده شود. دارای دو نقطه برش است. نمره‌گذاری بر اساس طیف ۷ درجه‌ای لیکرت می‌باشد. نقطه برش اول نمره ۳۰ است. نمرات پایین‌تر از آن نشانگر عدم وجود مشکل بالینی قابل توجه در این حیطة می‌باشد. نقطه برش دوم نمره ۷۰ است. نشانگر تجربه‌ی شدید و احتمال دست زدن به برخی از انواع خشونت برای برخورد با مشکلات است. هادسون ضریب آلفا را ۰/۹۴ گزارش کرده است. از

روایی مناسبی از طریق مقایسه با گروه‌های شناخته شده برخوردار است. می‌تواند تفاوت معناداری را بین افرادی که طبق اظهار خودشان و درمان‌گیشان مشکلات ارتباطی با همسالان دارند و گروه نرمال، نشان دهد. آلفای کرونباخ در این مطالعه ۰/۸۱ به دست آمد.

۵- پرسش‌نامه نشخوار فکری^۱: این پرسش‌نامه توسط نولن هوکسیما و مورو در سال ۱۹۹۱ جهت ارزیابی نشخوار فکری ساخته شد. ۲۲ گویه دارد که روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای از تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه نمره گذاری می‌شود. در ایران توسط شاه‌حسینی و معنوی‌پور (۱۳۹۵) بر روی دانشجویان دانشگاه آزاد اجرا شد. برای تعیین روایی مقیاس سبک پاسخ‌دهی نشخواری از روش تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریماکس استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش شده است (شاه‌حسینی و معنوی‌پور، ۱۳۹۵). آلفای کرونباخ در این مطالعه ۰/۸۹۸ به دست آمد.

۶- پرسش‌نامه قلدری^۲: اسپلیج و هالت^۳ (۲۰۰۱) پرسش‌نامه قلدری ایلینویز را با ۱۸ سوال و سه خرده‌مقیاس قلدری، نزاع و قربانی طراحی نمودند. اسپلیج و هالت (۲۰۰۱) ضریب آلفای کرونباخ کل را ۰/۸۳، خرده‌مقیاس قلدری ۰/۸۷، خرده‌مقیاس نزاع ۰/۸۳ و خرده‌مقیاس قربانی ۰/۸۸ گزارش نمودند. در ایران بر روی دانش‌آموزان با میانگین سنی ۱۳/۶ اجرا شده است. روایی این مقیاس با استفاده از روش‌های تحلیل عاملی اکتشافی و تائیدی، روایی همگرا و واگرا بررسی شد. اعتبار مقیاس از سه روش آلفای کرونباخ، دو نیمه و باز آزمایی مورد بررسی قرار گرفت و ضرایب آن‌ها بین ۰/۶۲ تا ۰/۹۰ به دست آمد (چالمه، ۱۳۹۲). آلفای کرونباخ در این مطالعه برای قلدری کل ۰/۸۹۷ و برای خرده‌مقیاس‌های قلدری، قربانی و نزاع به ترتیب ۰/۸۵۲، ۰/۶۳ و ۰/۷۵۴ به دست آمد.

یافته‌ها

میانگین (انحراف استاندارد) سنی دانش‌آموزان ۱۷/۰۵ (۰/۷۹) سال بود. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

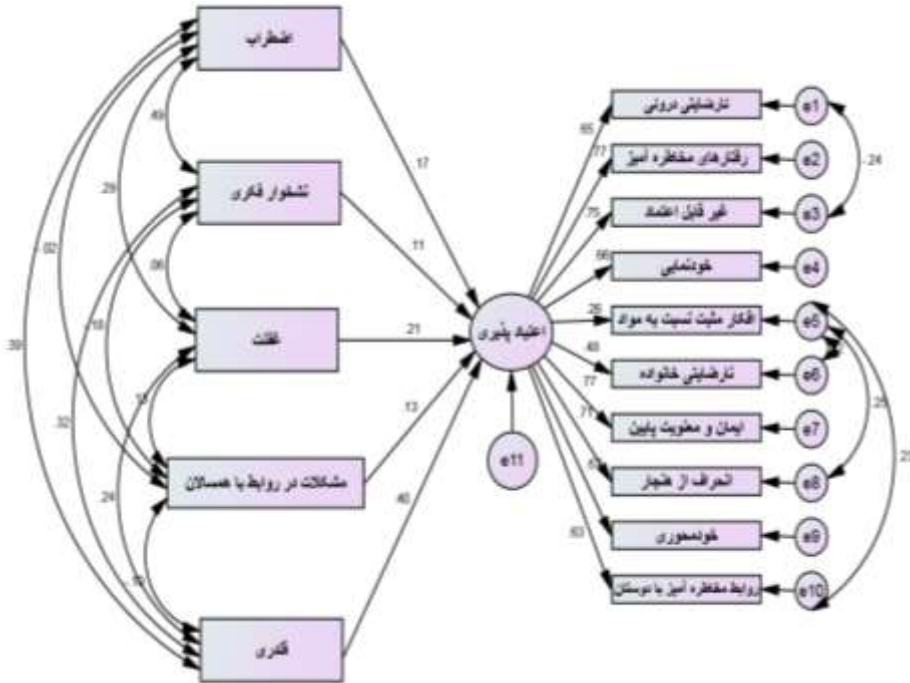
1. Rumination Reflection Scale
2. Illinois bullying scale

3. Espelage, & Holt

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
اعتیادپذیری	۳۷۵	۱۸/۰۱	۹/۴	۰/۳۷	-۰/۰۰۴
اضطراب	۳۷۵	۸/۶۳	۴/۳۷	۰/۲۶۵	۰/۰۴۶
نشخوار فکری	۳۷۵	۲۳/۵۸	۱۱/۸۲	۰/۵۹۹	۰/۴۹۶
غفلت	۳۷۵	۳/۹۱	۱/۹۹	-۰/۴۴۲	۱/۶۷
مشکلات در روابط با همسالان	۳۷۵	۸۹/۹۸	۱۹/۷۹	-۰/۱۹۸	۱/۷۴۲
قلدری کل	۳۷۵	۱۶/۷۸	۱۲/۷۸	۰/۸۷۸	۰/۹۶۵
قلدری	۳۷۵	۷/۰۳	۶/۹۹	۱/۰۵۵	۰/۸۲۵
قربانی	۳۷۵	۴/۳	۳/۲۷	۰/۶۰۷	-۰/۰۴
نزاع	۳۷۵	۵/۴۵	۴/۲۶	۱/۰۳۹	۰/۹۷۶

الگوی رابطه اضطراب، نشخوار فکری، غفلت، مشکلات در روابط با همسالان و قلدری با اعتیادپذیری در شکل ۱ ارائه شده است.



شکل ۱: الگوی رابطه اضطراب، نشخوار فکری، غفلت، مشکلات در روابط با همسالان و قلدری با اعتیادپذیری

شاخص‌های کلی برازش الگو در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص‌های برازش در مدل پیشنهادی

شاخص‌های برازش							نرمال بودن چند متغیره
سایر	مقتصد	تطبیقی	مطلق	درجه - معناداری	مجدورخی آزادی	ضریب نسبت مردیا بحرانی	
RMSEA ^۵	CMIN\DF ^۴	PCFI ^۳	CFI ^۲	TLI ^۱	۰/۹۳۵	۳۰/۶۹	
۲۴۳	۰/۰۵۶	۲/۱۸	۰/۶۹	۰/۹۵۳	۷۶	۱۳/۱۶	

بر اساس نتایج به دست آمده در جدول ۲، در الگو شاخص مجدورخی نسبی برابر با ۲/۱۸ است که نشان می‌دهد این شاخص از وضعیت قابل قبولی برخوردار است. مقدار شاخص‌های تطبیقی TLI و CFI بالاتر از ۰/۹ است. مقدار PCFI نیز به عنوان شاخص نکویی برازش بالاتر از ۰/۵ و مطلوب است. مقدار RMSEA نیز به عنوان مهم‌ترین شاخص برازش کلی برابر با ۰/۰۵۶ است و نشان می‌دهد که به طور کلی الگو از برازش مطلوب برخوردار است. شاخص هولتر نیز برابر با ۲۴۳ و نشان می‌دهد حجم نمونه برای بررسی برازش مدل کافی بوده است.

بر اساس نتایج به دست آمده پیرامون نرمال بودن چند متغیره در جدول ۲، ضریب مردیا در این الگو برابر با ۳۰/۶۹ (نسبت بحرانی ۱۳/۱۶) به دست آمده که نشان می‌دهد پیش فرض نرمال بودن چند متغیره برای این الگو تأیید نشده است. به این ترتیب از روش خودگردان‌سازی^۶ برای بررسی دقیق‌تر برآورد پارامترها استفاده شد که نتایج در جدول ۳ ارائه شده است. خودگردان‌سازی را می‌توان انجام نمونه‌گیری با جایگذاری از یک نمونه مادر یا اصلی به دفعات زیاد دانست که با استفاده از نتایج تمام دفعات نمونه‌گیری در مجموع می‌توان به یک توزیع نمونه‌ای دست یافت. این توزیع نمونه‌ای مبتنی را برای انجام برآوردها و به ویژه برآورد خطای معیار برای پارامترهای مختلف فراهم می‌آورد. با

1. Tucker-Lewis Index
2. Comparative Fit Index
3. Parsimonious Comparative Fit Index
4. Normed Chi-Square
5. Root Mean Squared Error of Approximation
6. bootstrapping

این حال به این علت که نمونه مادر یا اصلی که نمونه‌های فرعی از آن اخذ می‌شود یک نمونه معرف جامعه است، انتظار می‌رود برآورد خطای معیار از دقت بالاتری در مقایسه با یک بار نمونه‌گیری برخوردار باشد. در خودگردان‌سازی به جای آن که بر مبنای یک نمونه به برآورد خطای معیار دست‌زینم، با انجام نمونه‌گیری‌های فرعی متعدد با جایگذاری حجم نمونه مشابه با نمونه اصلی (۲۰۰ بار یا بیشتر) یک توزیع نمونه‌ای تجربی حاصل می‌شود و محاسبه‌های خطای معیار بر مبنای آن انجام می‌شود.

جدول ۳: مقایسه برآوردهای به دست آمده به روش حداکثر درست‌نمایی و خودگردان‌سازی برای پارامترهای اصلی در مدل پیشنهادی

پارامتر	برآورد استاندارد		برآورد معناداری		برآورد غیراستاندارد		خطای - نسبت		خطای - میانگین		خطای - حد پایین حد بالا	
	استاندارد	معداری	استاندارد	غیراستاندارد	استاندارد	بحرانی	استاندارد	میانگین	استاندارد	حد پایین	حد بالا	
اضطراب ← اعتیادپذیری	۰/۱۶۳	۰/۰۰۳	۰/۰۴۳	۰/۰۱۴	۳/۰۱	۰/۰۱۴	۰/۱۶۶	۰/۰۶۴	۰/۰۴۸	۰/۳۰۹		
نشخوار ← اعتیادپذیری	۰/۱۰۱	۰/۰۴۵	۰/۰۱	۰/۰۰۵	۱/۹۹	۰/۰۰۵	۰/۱۰۲	۰/۰۶۳	۰/۰۳۴	۰/۲۱۴		
غفلت ← اعتیادپذیری	۰/۲۰۴	۰/۰۰۱	۰/۱۲	۰/۰۲۸	۴/۲۴۵	۰/۰۲۸	۰/۲۰۱	۰/۰۵۳	۰/۰۸۵	۰/۲۹۹		
مشکلات در روابط با همسالان ← اعتیادپذیری	۰/۱۳۴	۰/۰۰۳	۰/۰۰۸	۰/۰۰۳	۲/۹۵۷	۰/۰۰۳	۰/۱۳۲	۰/۰۶	۰/۲۷۴	۰/۰۲۳		
قلدری ← اعتیادپذیری	۰/۴	۰/۰۰۱	۰/۰۳۷	۰/۰۰۵	۷/۳۷۶	۰/۰۰۵	۰/۳۹۹	۰/۰۶	۰/۲۸۱	۰/۵۱		

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، خطای معیار در پارامترهای اصلی در روش حداکثر درست‌نمایی کمتر از روش خودگردان‌سازی است. مقدار استاندارد برآورد شده برای همه پارامترهای اصلی در محدوده پایین و بالای برآورد شده برای این متغیرها به روش خودگردان‌سازی است که نشان می‌دهد پارامترهای برآورد شده و تفاوت معنادار آن‌ها با صفر به روش حداکثر درست‌نمایی از دقت لازم برخوردار است.

نتایج اثرات مستقیم الگوی رابطه اضطراب، نشخوار فکری، غفلت، مشکلات در روابط با همسالان و قلدری با اعتیادپذیری در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: برآورد اثرات مستقیم در مدل پیشنهادی

پارامتر	برآورد استاندارد	معناداری	حد پایین	حد حداکثر	برآورد غیر استاندارد	معناداری
اضطراب ← اعتیادپذیری	۰/۱۶۳	۰/۰۱	۰/۰۴۸	۰/۳۰۹	۰/۰۴۳	۰/۰۰۳
نشخوار ← اعتیادپذیری	۰/۱۰۱	۰/۰۴۵	۰/۰۳۴	۰/۲۱۴	۰/۰۱	۰/۰۴۸
غفلت ← اعتیادپذیری	۰/۲۰۴	۰/۰۱۱	۰/۰۸۵	۰/۲۹۹	۰/۱۲	۰/۰۰۱
مشکلات در روابط با همسالان ← اعتیادپذیری	۰/۱۳۴	۰/۰۱۵	۰/۲۷۴	۰/۰۲۳	۰/۰۰۸	۰/۰۰۳
قلدری ← اعتیادپذیری	۰/۴	۰/۰۰۸	۰/۲۸۱	۰/۵۱	۰/۰۳۷	۰/۰۰۱

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می شود، ضرایب تأثیر اضطراب بر اعتیادپذیری (۰/۱۶۳)، غفلت بر اعتیادپذیری (۰/۲۰۴)، مشکلات در روابط با همسالان بر اعتیادپذیری (۰/۱۳۴) و تأثیر قلدری بر اعتیادپذیری (۰/۴) در سطح ۰/۰۱ و نشخوار فکری بر اعتیادپذیری (۰/۱۰۱) در سطح ۰/۰۵ معنادار می باشند.

بحث و نتیجه گیری

آثار و نتایج منفی زیان بار و مخرب فردی، خانوادگی، اجتماعی، اخلاقی، معنوی و فرهنگی سوء مصرف مواد، وابستگی و اعتیاد به مواد به خصوص برای نوجوانان سبب شده تا متخصصان علوم رفتاری، خانواده ها و مسئولان جامعه برای پیشگیری اقدام کرده و به دنبال شناسایی عوامل مؤثر بر اعتیاد باشند. در این راستا پژوهش حاضر به منظور پیش بینی اعتیادپذیری بر اساس اضطراب، نشخوار فکری، غفلت، روابط با همسالان و قلدری در بین دانش آموزان متوسطه دوره دوم شهر اصفهان انجام گرفت. یافته ها نشان داد مدل معادلات ساختاری رابطه اضطراب، نشخوار فکری، غفلت، روابط با همسالان و قلدری با اعتیادپذیری از برازش مطلوب برخوردار است. بنابراین اضطراب، نشخوار فکری، غفلت، روابط با همسالان و قلدری توان پیش بینی اعتیادپذیری در نوجوانان پسر شهر اصفهان را دارند. پژوهشی که به صورت مدل سازی ساختاری تأثیر متغیرهای پژوهش را بر اعتیادپذیری بررسی کند یافت نشد؛ اما نتایج پژوهش حاضر با پژوهش فولادوند و همکاران (۱۳۹۵) که نشان می دهد افسردگی و روابط خانواده می تواند مقدار زیادی از

تغییرپذیری آمادگی به اعتیاد در میان نوجوانان را تبیین کنند، با پژوهش کرمی و باقری (۱۳۹۴) از این جهت که بیان می‌دارند تنیدگی ادراک شده پیش‌بینی کننده سطح اعتیادپذیری می‌باشد همسو می‌باشد. همچنین پژوهش اصغری و همکاران (۱۳۹۳) و قنادی فرنود و علیلو (۱۳۹۳) از آن جهت که به نقش تعیین کننده محیط خانوادگی ناسالم و تجربه کودک آزاری در اعتیادپذیری اشاره می‌کنند، پژوهش دوستیان و همکاران (۱۳۹۲) که نقش تکانشگری و پرخاشگری را در اعتیادپذیری توجیه می‌کنند در بافتی کلی همسو است. از جمله پژوهش‌های همسوی دیگر می‌توان به مطالعه‌ی جوهانسن، آندرسون، بچورنگارد و پاپ^۱ (۲۰۱۷)، که نشان دادند احتمال مصرف الکل در دختران و پسران با علائم افسردگی و دختران با علائم اضطراب بیشتر است، پژوهش میرکویچ-هجوکوف و همکاران (۲۰۱۷) و پیردهقان و همکاران (۲۰۱۳) که پذیرش و عدم پذیرش افراد توسط خانواده‌ها، ارتباطات بد و روابط خانوادگی ناسازگارانه را از عوامل موثر در اعتیادپذیری می‌دانند، رید، ناگت و کوپر^۲ (۲۰۱۵) که نشان دادند قلدری در ابتلا به مصرف مواد موثر بوده، ویلم و همکاران (۲۰۱۱) که اشاره می‌کنند نشخوارفکری نقش تعیین کننده در ابتلا به مصرف مواد دارد، مطالعه ریلی (۲۰۱۰) که نشان داد روابط با همسالان، عدم پذیرش همسالان و کیفیت روابط با همسالان در اعتیادپذیری موثر بوده، اشاره نمود.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت به دلیل این که نوجوانان در مراحل تکامل رشد هستند و ممکن است مهارت‌های لازم را برای کنترل عوامل بیرونی نداشته باشند و مکانیزم‌های سازگاری آن‌ها ناپخته باشد، این عوامل بر آن‌ها تاثیر بیشتری خواهد گذاشت؛ یعنی یک نوجوان در یک محیط استرس‌زا بیشتر از یک بزرگسال در معرض آسیب است. بنابراین آن‌ها به دلیل توانایی‌های ضعیف روحی، ممکن است برای خروج از این فشارهای روانی، رفتارهای جایگزینی از خود نشان دهند. در این حالت اگر پیرامون او آسیب‌هایی مانند مصرف مواد مخدر رایج باشد، این احتمال در او تقویت می‌شود که اختلال روانی همچون اضطراب در او بروز یابد و نتواند خود را مدیریت کند و به مصرف مواد روی

1. Johannessen, Anderson, Bjørngaard, & Pape

2. Reed, Nugent, & Cooper

آورد؛ چرا که مواد مخدر در کوتاه مدت برخی از حالت‌های اضطرابی و ناخوشایند را از بین می‌برد. براساس نظریه‌ی یانگ (۱۹۹۰) هرچه میزان استرس‌ها و فشارهای روانی ناشی از محیط پیرامون افزایش داشته باشد، می‌تواند باعث نتایج و عکس‌العمل‌های زیادی باشد که به خاطر کاهش میزان فشار ناشی از این استرس باشد. حتی می‌توان با صراحت گفت که استرس و اضطراب نقش قابل توجهی در گرایش فرد به سمت اعتیاد دارد. ممکن است مصرف مواد موجب کاهش اضطراب و علائم درد باشد. پاره‌ای از رگه‌های شخصیتی نظیر پایین بودن سطح تحمل استرس، تصویر منفی از خود، فقدان شایستگی، انزوا و افسردگی باعث گرایش به مواد مخدر است (به نقل از کرمی و باقری، ۱۳۹۴). فرض اساسی نظریه شناختی این است که افکار ناکارآمد در نحوه تفسیر و ارزیابی فرد از واقعیت دخیل هستند و همچنین پاسخ‌های رفتاری که از تفسیرهای خاص ناشی می‌شوند و در تداوم اختلال سوء مصرف مواد نقش دارند (مومنی، مشتاق بیدختی و پورشهباز، ۱۳۹۲).

باتوجه به اینکه نشخوارفکری مربوط به افکاری است که تکراری، چرخان، خود متمرکز و افسرده کننده‌اند، به طوری که نقش اساسی در افسردگی دارد، باعث تنظیم هیجانی ناسازگارانه و تداوم عاطفه منفی در مورد مسائل به وجود آمده شده و احتمال ابتلا به مصرف مواد را افزایش می‌دهد. در این میان کیفیت روابط خانوادگی و همسالان در مصون کردن فرد از خطرات اعتیاد بسیار موثر بوده؛ بدین گونه که وقتی رابطه نوجوان با خانواده و همسالان از صمیمیت و کیفیت لازم برخوردار بوده و تامین کننده نیازهای فرد و آموزش‌دهنده مهارت‌ها باشد احتمال ابتلا به مصرف مواد را کاهش می‌دهد.

نوجوانانی که در خانواده‌هایشان تعارض وجود دارد نمی‌توانند در مواجهه با فشارزاهای زندگی، منبع حمایتی داشته باشند و ممکن است استرس اضافی را در نتیجه تعامل تعارض آمیز خانواده تجربه کرده و از مواد برای تسکین استرس استفاده کنند. به علاوه، خانواده‌ها با ارتباط ضعیف در نظارت رفتار نوجوانان مؤثر نیستند. برعکس تعاملات مثبت خانواده با رفتارهای سازگارانه در نوجوان مانند سطوح پایین تر مصرف مواد ارتباط دارد. خانواده‌های منسجم با حمایت از نوجوان، بافتی را فراهم می‌کنند تا یاد بگیرد و برای رفتار سازگارانه کنار آمدن تقویت شود. زمانی که نوجوانان با والدین خود ارتباط برقرار کرده و

احساسات‌شان را بیان می‌کنند از اثرات مضر مصرف مواد در امان بوده و احتمال کمتری وجود دارد که مواد مصرف کنند (فولادوند و همکاران، ۱۳۹۵). روابط بین همسالان نیز باعث احساس نوع دوستی، مهارت‌های ابراز خود، قدرت تصمیم‌گیری، شناخت ابعاد وجودی خود، استقلال عاطفی عقلانی و کاهش اضطراب و فشار روانی در بین آن‌ها می‌شود. در صورتی که این روابط غیرسازنده، دارای جنبه بزهکارانه یا دچار مشکل باشد تبعات مختلفی از جمله احساس عدم پذیرش توسط همسالان، ارتباطات اجتماعی ضعیف، ناتوانی در تصمیم‌گیری، ناتوانی در ابراز خود و افزایش فشار روانی را نشان می‌دهد که همه این عوامل می‌تواند زمینه‌ساز رفتارهای ناسالم از جمله مصرف مواد باشد. پرخاشگری و قلدری در بین نوجوانان می‌تواند تحت تاثیر تغییرات زیستی و آزادسازی هورمون‌های جنسی، محیط نامناسب و مشکلات خانوادگی، خشم سرکوب شده و مشکلات جسمی باشد. رفتارهای قلدری نوجوان باعث می‌شود که از جانب دوستان و هم‌تایان مثبت که در رویارویی با مشکلات و مسائل زندگی واکنشی معقولانه و خویشتن‌دارانه نشان می‌دهند، طرد شده و همین امر سبب پیوستن نوجوان به گروه‌های منحرف شود که این به خودی خود می‌تواند زمینه‌ی مساعدی را برای گرایش به مواد مخدر فراهم آورد. از طرف دیگر، براساس نظریه‌ی ناکامی - پرخاشگری، چنان‌چه فرد به علت مشکلات و مسائل خانوادگی یا اجتماعی با موانع رو به رو شود، این امر می‌تواند باعث خشم، پرخاشگری و رفتارهای قلدری او شود. از آن جایی که از نظر فرهنگی و تربیتی در جامعه‌ی ما پرخاشگری و اعمال و رفتار خشونت‌آمیز عملی ناپسند (به ویژه نسبت به والدین) تلقی می‌شود، این‌گونه افراد برای غلبه بر هیجانات و نیل به آرامش درونی، خود را نیازمند به دارویی مسکن می‌بینند و این اثر را در مواد مخدر می‌یابند (فتحی و مهربانی‌زاده هنرمند، ۱۳۸۷). گاهی قلدری می‌تواند علامت هشدار دهنده‌ای باشد که نشانگر مشکلات روانی شدیدتر مانند افسردگی، اختلال سلوک و اضطراب باشد و به عنوان نشانه مشکلات روان‌شناختی باشند که فعلاً قادر به شناسایی نیستند. قلدرها با ویژگی‌هایی از جمله قدرت‌طلبی، انتقام‌خواهی و بی‌مسئولیت بودن نسبت به دیگران، سازگاری روانی اجتماعی پایین و خشونت، برای کنترل دیگران و با برنامه‌ای نظام‌دار و برنامه‌ریزی شده محل و فرد قربانی را انتخاب

می کنند. فرد قربانی نیز به علت احتمال مشکلات روان شناختی، احساس ترس، تحقیر، خجالت، نشان می دهند. این افراد معمولاً توانایی کمتری برای کنترل تکانه های خود داشته و به غیر از آسیب های جسمانی، پیامدهای طولانی مدتی مانند مشکلات با همسالان، کناره گیری از رفتن به مدرسه، رفتارهای ضد اجتماعی و سوء مصرف مواد مخدر را شامل می شوند. همچنین ممکن است وقتی در موقعیت حل مسئله ای قرار می گیرند، خشم و درماندگی بیشتری احساس کنند. بنابراین تمایل بیشتری دارند تا از مواد مخدر برای مهار هیجانات شان استفاده کنند. از آنجا که پژوهش حاضر بر روی دانش آموزان پسر متوسطه دوم شهر اصفهان انجام شده، برای تعمیم یافته ها به سایر جمعیت های آماری باید جانب احتیاط رعایت شود. از آنجا که اعتیاد نوجوان از مسائل بسیار مهم و تاثیر گذار در زندگی آنهاست، پیشنهاد می شود مطالعات مشابه بر روی جمعیت های آماری مختلف و جامعه ی دختران صورت گرفته و نتایج به دست آمده باهم مقایسه شود. با توجه به تأثیرات اضطراب، نشخوار فکری، غفلت، روابط با همسالان و قلدری بر اعتیاد پذیری، ارائه ی آموزش هایی جهت بهبود این متغیرها به منظور پیشگیری پیشنهاد می شود.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس؛ دادفر، صدیف؛ و نبی دوست، علیرضا (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش حل مسئله اجتماعی بر خود کنترلی، خود کارآمدی و تکانشوری در دانش آموزان دارای استعداد اعتیاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۰(۳۹)، ۴۴-۳۱.
- احمدیان، حمزه؛ و رستمی، چنگیز (۱۳۹۵). بررسی آمادگی به اعتیاد دانشجویان رشته روان شناسی بر اساس ویژگی های شخصیتی نثو. *مجله دانشکده پرستاری، مامایی و پیراپزشکی کردستان*، ۲(۲)، ۳۲-۲۳.
- آزاد، حمیده (۱۳۹۰). *بررسی رابطه شیوه فرزند پروری مادران با قلدری دانش آموزان دختر شهر یزد*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- اصغری، فرهاد؛ قاسمی جوینه، رضا؛ و قاری، ملیکه (۱۳۹۳). نقش سلامت خانواده اصلی و ویژگی های شخصیتی در آمادگی اعتیاد دانشجویان دختر. *فصلنامه انتظام اجتماعی*، ۶(۴)، ۶۴-۴۷.
- اعظمی، کیوان؛ قادری ثانوی، رمضانعلی؛ فتحی، منصور؛ رفیعی، حسن؛ و قائد امینی هارونی، غلامرضا (۱۳۹۵). رابطه سبک های فرزند پروری والدین و هم نشینی با همسالان بزهکار. *مسائل اجتماعی ایران*، ۷(۱): ۷۷-۵۷.

- باقری، معصومه؛ نبوی، عبدالحسین؛ ملتفت، حسین؛ و نقی پور، فاطمه (۱۳۸۹). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر پدیده‌ی اعتیاد در شهراهواز. *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۱(۲)، ۱۳۶-۱۱۹.
- بهادری، محمدحسین؛ جهانبخش، مرضیه؛ جمشیدی، آذر؛ و عسکری، کریم (۱۳۹۰). اثربخشی درمان فراشناختی بر علائم اضطراب در بیماران به اختلال هراس اجتماعی. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۵، ۱۹-۱۲.
- تکفلی، مرضیه؛ و آقابخشی، حبیب‌الله (۱۳۹۴). تعیین نشانه‌های غفلت در کودکان شهر تهران (نشانه‌های جسمانی و رفتاری کودک). *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ۱۵(۵۶)، ۲۵۱-۲۲۷.
- چالمه، رضا (۱۳۹۲). کفایت روان‌سنجی مقیاس قلدری ایلینویز در دانش‌آموزان ایرانی. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۳(۱۱)، ۵۲-۳۹.
- حسین‌خانی، زهرا؛ نجات، سحرناز؛ مجدزاده، رضا؛ مهram، منوچهر؛ و افلاطونی، علی (۱۳۹۲). طراحی پرسش‌نامه کودک آزاری در ایران. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۱۱(۳)، ۳۸-۲۹.
- خانزاده، عباسعلی؛ رحیمی، الیاس؛ و استوی، الهه (۱۳۹۵). تأثیر آموزش مهارت‌های جرات‌ورزی بر بهبود روابط بین همسالان و حرمت خود دانش‌آموزان دیرآموز. *فصلنامه افراد استثنائی*، ۶(۲۱)، ۲۲-۱.
- دوستیان، یونس؛ بهمنی، بهمن؛ اعظمی، یوسف؛ و گودینی، علی‌اکبر (۱۳۹۲). بررسی رابطه پرخاشگری و تکانشگری با آمادگی به اعتیاد در دانشجویان پسر. *مجله توانبخشی*، ۱۴(۲)، ۱۰۹-۱۰۲.
- زینالی، علی (۱۳۹۳). عوامل خطر و محافظت‌کننده در استعداد اعتیاد دانشجویان استان آذربایجان غربی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۲۰(۱)، ۷۳-۶۳.
- زینالی، علی؛ وحدت، رقیه؛ و حامدنی، صفر (۱۳۸۶). بررسی زمینه‌های پیش‌اعتیادی معتادان و مقایسه آن با افراد سالم غیرمعتاد. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۹(۳۳)، ۱۶۸-۱۴۹.
- شاه‌حسینی، آرزو؛ و معنوی‌پور، داود (۱۳۹۵). ارائه مدل علی برای نشخوار فکری بر اساس متغیرهای روان‌شناختی مثبت و منفی. *شفای خاتم*، ۴(۳)، ۶۴-۵۲.
- طیوری، امیر؛ میری، محمدرضا؛ بهشتی، داود؛ یاری، الهه؛ خدابخشی، حوریه؛ و عنانی سراب، غلامرضا (۱۳۹۳). شیوع اعتیاد به اینترنت و ارتباط آن با اضطراب، استرس و افسردگی در دانش‌آموزان متوسطه شهر بیرجند در سال ۱۳۹۳. *مجله دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، ۲۲، ۷۵-۶۷.
- علائی خرایم، رقیه؛ کدیور، پروین؛ محمدخانی، شهرام؛ صرامی، غلامرضا؛ علایی، محمدحسین (۱۳۸۹). مدل روابط علی عوامل مؤثر بر مصرف مواد مخدر توسط نوجوانان شهر کرج. *تشریحی پلیس زن*، ۴(۱۲)، ۵۲-۲۴.

فتحی، کیهان و مهرابی زاده هنرمند، مهناز (۱۳۸۷). بررسی میزان افسردگی، هیجان خواهی، پرخاشگری، سبک‌های دلبستگی و تحصیلات والدین به عنوان پیش‌بین‌های وابستگی به مواد مخدر در نوجوانان پسر شهر اهواز. *مطالعات تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی*، ۹(۲)، ۴۵-۲۳.

فولادوند، خدیجه؛ برجعلی، احمد؛ حسین ثابت، فریده؛ و دلاور، علی (۱۳۹۵). نقش افسردگی، روابط خانواده و خودکارآمدی در پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد در نوجوانان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۱۰(۳)، ۸۰-۷۰.

قاسم‌نژاد، مدینه؛ و برخوردار، معصومه (۱۳۹۱). فراوانی اضطراب و ارتباط آن با افسردگی و سایر ویژگی‌های فردی در دانشجویان پرستاری. *فصلنامه‌ی تازه‌های علوم شناختی*، ۵(۱)، ۲۷-۳۳.

قمری گیوه، حسین؛ و مجرد، آرزو (۱۳۹۵). پیش‌بینی گرایش به اعتیاد با استفاده از سبک دلبستگی و تکانشگری. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۸(۱)، ۲۷-۱۷.

قنادی فرنود، مینا؛ و علیلو، مجید (۱۳۹۳). پیش‌بینی گرایش به مصرف سیگار، مشروبات الکلی، مواد مخدر و داروهای روان-گردان بر اساس متغیرهای بدنتظیمی هیجان و تجربه کودک آزاری در افراد دارای صفات شخصیت مرزی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۸(۳۰)، ۹۷-۱۱۲.

قهوه‌چی، فهیمه؛ و محمدخانی، شهرام (۱۳۹۱). رابطه باورهای فراشناختی، راهبردهای خودتنظیمی و هیجانات منفی در مصرف سیگار دانشجویان. *مجله علوم پزشکی زنجان*، ۲۰(۸۱)، ۹۳-۱۰۲.

کاویانی، حسین؛ صیفوریان، حسین؛ شریفی، ونداد؛ و ابراهیم‌خانی، نرگس (۱۳۸۸). پایایی و روایی مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی: بیماران افسرده و اضطرابی ایرانی. *مجله‌ی دانشکده‌ی پزشکی*، ۶۷(۵)، ۳۸۱-۳۷۹.

کریمی، جهانگیر؛ و باقری، اشکان (۱۳۹۴). رابطه تنیدگی ادراک شده، حمایت اجتماعی و عاطفه مثبت و عاطفه منفی با سطح اعتیادپذیری در دانشجویان. *دانش انتظامی کرمانشاه*، ۶(۲۱)، ۳۷-۲۷.

مامی، شهرام؛ احدی، حسن؛ ناد، فرح؛ عنایتی، میرصلاح-الدین؛ و مظاهری، محمد مهدی (۱۳۹۱). پیش‌بینی مدل گرایش به اعتیاد دانش‌آموزان متوسطه شهر ایلام بر اساس عوامل شخصیتی متغیر میانجی سلامت روان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۱(۶)، ۲۵۶-۲۴۸.

محمدی، غلامرضا (۱۳۹۵). دین‌داری، سبک‌های فرزندپروری و ناگویی هیجانی در آمادگی به اعتیاد نوجوانان. *مجله طب انتظامی*، ۵(۳)، ۲۱۲-۲۰۵.

مرادی، اعظم؛ عریضی، حمیدرضا؛ و رضایی دهنوی، صدیقه (۱۳۸۷). سنجش اعتیادپذیری دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه نظری شهرستان فریدن. *مطالعات روان‌شناختی*، ۴(۳)، ۳۴-۲۹.

مردیان، طیب؛ عبادی، عباس؛ سعید، یاسر؛ و آسیایی، مجتبی (۱۳۹۲). اضطراب و افسردگی بیمارستانی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر. *مجله روان‌پرستاری*، ۱(۲)، ۶۱-۵۴.

مظاهری تهرانی، محمدعلی؛ شیرینی، اسماعیل؛ و ولی پور، مصطفی (۱۳۹۴). بررسی ماهیت و شیوع قلدری در مدارس راهنمایی روستاهای شهرستان زنجان. *فصلنامه روان‌شناسی تربیتی*، ۱۱(۳۶)، ۳۸-۱۷.

منصوری‌نژاد، راضیه (۱۳۹۳). *اثرات مستقیم و غیر مستقیم پیوند والدینی با قلدری در مدرسه با میانجی‌گری ویژگی‌های شخصیتی دانش‌آموز و کیفیت ارتباط معلم-دانش‌آموز در دانش‌آموزان پسر سال دوم دبیرستان شهر اهواز*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران اهواز. مومنی، فرشته؛ مشتاق بیدختی، نهاله؛ و پورشهباز، عباس (۱۳۹۲). اثربخشی گروه درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون. *اعتیادپژوهی*، ۷(۲۷)، ۹۲-۷۹.

نظری، علی محمد؛ امینی منش، سجاد؛ و شاهینی، علی (۱۳۹۲). ساختار خانواده، نظارت والدین و همنشینی با همسالان بزهکار در نوجوانان پسر بزهکار و بهنجار. *پژوهش در سلامت روان شناختی*، ۴(۴)، ۶۸-۶۰.

نیکوی کویس، الیاس؛ کریمی، زینب؛ آسوده نالکیاشری، زهرا؛ و یونسی، جلال (۱۳۹۶). بررسی مؤلفه‌های منابع شناخت خود و همنشینی با همسالان بزهکار در گرایش به اعتیاد در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۲۰(۶)، ۱۰۳-۹۳.

وجودی، بابک؛ عبدالپور، قاسم؛ بخشی پور رودسری، عباس؛ و عطارد، نسترن (۱۳۹۳). پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد بر اساس سبک‌های هویت، فرزندپروری و راهبردهای مقابله‌ای دانش‌آموزان دوره متوسطه. *فصلنامه‌ی طب انتظامی*، ۳(۲)، ۱۳۴-۱۲۳.

- Boulton, M. J. & Smith, P. K. (1994). Bully/victim problems in middle school children: Stability, self-perceived competence, peer acceptance, *British Journal of Developmental Psychology*, 12, 315-325.
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, M. (2000). *Research Method in education. 5th Edition*, Routledge Falmer, London.
- Dixon, L. J., Stevens, E. N., & Viana, A. G. (2014). Anxiety sensitivity as a moderator of the relationship between trait anxiety and illicit substance use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(4), 1284-1288.
- Espelage, D. L., & Holt, M. (2001). Bullying and victimization during early adolescence: Peer influences and psychosocial correlates. *Journal of Emotional Abuse*, 2, 123-142.
- Hudson, W. (1990). A short-form scale to measure peer relations dysfunction. *Journal of Social Service Research*, 13(4), 57-69.
- Jalilian, F., Motlagh, F. Z., Amoei, M. R., Hatamzadeh, N., Gharibnavaz, H., & Mirzaei Alavijeh, M. (2014). Which one support (family, friend or other significant) is much more important to drug cessation? A Study among men Kermanshah addicts, the west of Iran. *Journal of Addiction Research and Therapy*, 5(174), 2-10.

- Johannessen, E. L., Anderson, H. W., Bjørngaard, J. H., & Pape, K. (2017). Anxiety and depression symptoms and alcohol use among adolescents—a cross sectional study of Norwegian secondary school students. *BMC public health*, 17(1), 494.
- Johnston, L. D., O'malley, P. M., Miech, R. A., Bachman, J. G., & Schulenberg, J. E. (2016). *Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975-2015: Overview, key findings on adolescent drug use*. Institute for Social Research, the University of Michigan.
- Mirković-Hajdukov, M., Spahić, T. E., Softić, R., Bećirović, E., & Šimić, J. (2017). Family atmosphere and relationships as predictors of heroin addiction. *Psychiatria Danubina*, 29(2), 129-133.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of personality and social psychology*, 61(1), 115.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Re thinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400–424
- Pirdehghan, A., Aghakoochak, A., Poorrezaee Bibi, M., Mirzababae, R., Mohammadkhani, S. H. (2013). Modeling the Underlying Predicting Factors of Substance Abuse among Adolescents. *Bulletin of Environment, Pharmacology and Life Sciences*, 2, 110-116.
- Reed K. P., Nugent W., & Cooper R. L. (2015). Testing a Path Model of Relationships between Gender, Age, and Bullying Victimization and Violent Behavior, Substance Abuse, Depression, Suicidal Ideation, and Suicide Attempts in Adolescents. *Children and Youth Services Review*, 55, 128-137.
- Reilly, P. B. (2010). *A proposed model of the relationship between disinhibition and adolescent alcohol use as a mediated product of expectancies and implicit associations*. Doctoral dissertation, Seattle Pacific University.
- White, D., Leach, C., Sims, R., Atkinson, M., & Cottrell, D. (1999). Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale for use with adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 175(5), 452-454.
- Willem, L., Bijttebier, P., Claes, L., & Raes, F. (2011). Rumination subtypes in relation to problematic substance use in adolescence. *Personality and Individual Differences*, 50(5), 695-699.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.