

## بررسی رابطه افسردگی با نگرش دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر تهران به سوء مصرف مواد مخدر

حامد برماس ۱

چکیده:

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه افسردگی با نگرش دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر تهران به سوء مصرف مواد مخدر در بین انجام یافته است بدین منظور، با استفاده از روش تحقیق همبستگی، ۱۹۵ نفر از دانش‌آموزان پایه‌های اول، دوم و سوم دبیرستان‌های شهر تهران، با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب و آزمون افسردگی بک و نگرش سنج سوء مصرف مواد مخدر (موسوی و همکاران) مورد ارزیابی قرار گرفتند. پس از جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل آنها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل واریانس دو متغیره نتایج به دست آمد زیر:

- نوجوانان افسرده (صرف‌نظر از جنسیت و پایه‌های تحصیلی آنان)، نگرش مثبت‌تری به سوء مصرف مواد مخدر دارند.

- بین نمرات افسردگی و نگرش نوجوانان به سوء مصرف مواد مخدر در گروه عادی، همبستگی مثبت وجود دارد.  
- شیوع افسردگی در بین دانش‌آموزان دختر پایه اول و پسران پایه سوم متوسطه، بالاتر از سایر پایه‌های تحصیلی است.

کلید واژگان: افسردگی، سوء مصرف مواد مخدر، نوجوانی.

مقدمه:

شناسایی دانش‌آموزان در معرض خطر ابتلاء به بزهکاری، یکی از اهداف عمده تعلیم و تربیت است. در این میان سوء مصرف مواد مخدر به عنوان یکی از شوم‌ترین پدیده‌ها - که خود با انواع بزهکاری‌ها دارای رابطه علی و دو سویه است - از بزرگترین دغدغه‌های فکری متولیان پرورش در سطح جامعه است که این مسأله با توجه به کاهش سن ابتلا، گسترش فراگیر و ایجاد نگرش‌های مثبت به آن اهمیتی دو چندان یافته است.

هر چند کشف تمامی عوامل علی یا همبسته با این پدیده کاری ناممکن است - و اساساً در تمامی حوزه‌های علوم انسانی با این محدودیت مواجهیم -، دستیابی به تعدادی از متغیرها که دارای نیرومندترین قدرت پیش‌بینی در امکان ابتلای به آن است، امری امکان‌پذیر است. این کشف به موقع ما را قادر می‌سازد چه در جهت پیشگیری اولیه و چه با شناسایی به هنگام این دانش‌آموزان و بهره‌گیری از تکنیک‌های مداخله‌ای به منظور پیشگیری ثانویه و چه در جهت درمان و در سطح پیشگیری ثالث، دامنه‌گرایش به آن را به نحو قابل ملاحظه‌ای کاهش دهیم.

از میان متغیرهای متعدد بیماری‌های روانی، عامل افسردگی ارتباطی چشمگیر با نگرش به سوء مصرف مواد مخدر دارد (بدوی، ۱۳۷۰؛ مارمایی، ۱۳۷۰).

پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان رابطه افسردگی با نگرش به سوء مصرف مواد مخدر - با توجه به جنسیت و پایه‌های مختلف تحصیلی مقطع متوسطه که آسیب‌پذیرترین گروه‌ها هستند - انجام شده است.

چنانچه به حکم روابط معنی‌دار این همبستگی به اثبات رسد، متولیان را بر آن می‌دارد که ضمن برنامه‌ریزیهای صحیح در جهت شناسایی، مداخله و در نهایت کنترل اعتیاد گامی مؤثر بردارند. به ویژه آن‌که یافته‌های این پژوهش با توجه به جنسیت و پایه‌های مختلف تحصیلی امکان آن را ایجاد خواهد کرد که در تدوین محتوای دروس و ... مقتضیات جنسیتی و سنی دانش‌آموزان مطمح نظر قرار گیرد.

افسردگی، نه به عنوان یک نشانه بلکه به عنوان مجموعه‌ای از نشانه‌ها (نشانگان)، علاوه بر احساس افسردگی شامل علائمی از قبیل: پائین بودن حرکت خود، بی‌تفاوتی، سطح پائین انرژی، کناره‌گیری اجتماعی، آشفتگی‌هایی در خوابیدن و غذا خوردن، دیدگاه فوق‌العاده بدبینانه نسبت به آینده و خودکشی یا اقدام به آن تعریف می‌شود (فینچ سایلور، ۱۹۸۴؛ رینولدر، ۱۹۸۵ به نقل از هاگز، ۱۹۸۸). «بک<sup>۱</sup>» (۱۹۷۶) معتقد است افسردگی را می‌توان به عنوان اختلالی تعریف کرد که شامل تغییراتی عمده در ۵ حوزه رفتاری می‌شود: ۱- عواطف منفی، ۲- شناخت‌های منفی، ۳- انگیزش منفی، ۴-

تغییرات رفتاری، ۵- تغییرات نباتی (به نقل از هولون و جیکوبسن، ۱۹۸۸ و به نقل از فتحی آشتیانی، ۱۳۷۴).

افسردگی معمولاً با نشانه‌های روانی و هیجانی فراوان بی‌نظیر اضطراب، انگیختگی، احساس بی‌ارزشی، افکار مربوط به خودکشی، کاهش اشتها، کندی روانی - حرکتی اختلالات کنشی فیزیولوژیک (مثل بی‌خوابی) و شکایات جسمی همراه است.

افسردگی به عنوان یک علامت یا سندرم، ویژگی اصلی اکثر بیماری‌ها است. گاه این اصطلاح به طور گسترده و عمده‌تر برای نشان دادن یک سمپتوم، سندرم یا حالت بیماری استفاده می‌شود (بهاری و کریمی، ۱۳۷۴). پس، علائم محوری و اصلی افسردگی را می‌توان عبارت از: خلق افسرده، تغییر در خواب و اشتها، کاهش علائق، نیرو، اعتماد به نفس، حافظه و تمرکز (هریسن و ترنر ۱۳۷۴) دانست.

سوء مصرف مواد مخدر نیز عبارت است از: «هرگونه وابستگی شدید روانی یا فیزیولوژیک ارگانیک نسبت به دارو، اعتیاد با پیدایش سندرم پرهیز<sup>۱</sup> یا محرومیت مشخص است که هنگام قطع دارو ظاهر می‌شود. به نظر می‌رسد که وجود ماده اعتیادآور در فرد معتاد، برای حفظ کارکرد طبیعی سلولی الزامی باشد، و قطع آن موجب دگرگونی فرایندهای فیزیولوژیک و در نتیجه علائم محرومیت می‌شود. به عبارت دیگر، معتاد کسی است که نسبت به یک دارو وابستگی جسمی و روانی پیدا کرده و ناگزیر است مصرف مقادیر مشخصی از آن را به طور مستمر ادامه دهد. در سال ۱۹۶۴ سازمان بهداشت جهانی به این نتیجه رسید که اصطلاح اعتیاد، اصطلاحی علمی نیست و وابستگی دارویی<sup>۲</sup> را به جای آن توصیه کرد. به رغم این توصیه، کلمه اعتیاد هنوز هم در منابع طبی و بین‌علمی رایج است و برای توصیف موارد زیر به کار می‌رود:»

۱. وابستگی روانی به ماده‌ای که رفتار داروجویانه<sup>۳</sup> را موجب می‌شود،
۲. ناتوانی در قطع مصرف مواد به علت وابستگی جسمی و تحمل پیدا کردن نسبت به اثرات

۱- Abstinence-Syndrom

۲- Drug-Dependence

۳- Drug-Seeking

۳. پسرفت سلامت جسمی و روانی در نتیجهٔ سوء مصرف مستمر ماده. در DSM-III-R اصطلاح «اختلال مصرف مواد مخدر روان گردان» در دو زمینهٔ عمده مورد استفاده قرار گرفته است که در زیر به آن اشاره می شود:

**الف: الگوی مصرف بیمارگونه:** ناتوانی برای قطع یا کاهش مصرف یا حالت مسمومیت در تمام روز با مصرف ماده موردنظر تقریباً هر روز حداقل به مدت چهار ماه، دوره‌های مسمومیت یا مصرف بیش از حد ماده به طوری که در عملکرد روانی تأثیر بگذارد.

**ب: تخریب در عملکرد حرفه‌ای، اجتماعی و جسمی به علت مصرف ماده:** «مثل درگیری و نزاع، از دست دادن دوستان، غیبت در محل کار، از دست دادن شغل، یا مشکلات قانونی» (پورافکاری، ۱۳۷۳، ۲۶ و ۲۵).

**نوجوانی:** منظور از بلوغ یا نوجوانی، رشد و بلوغ در کلیه جنبه‌های فیزیکی، عقلی و اجتماعی است. به همین منظور این واژه نسبت به واژه‌های بلوغ جنسی که مفهوم بسته‌ای دارد، و جوانی که دارای مفهوم وسیع‌تری است، رجحان می‌یابد (احدی و محسنی، ۱۳۷۷).

به تعبیری دیگر، «نوجوانی دوره‌ای از تحول ذهنی است که بلافاصله بعد از کودکی واقع می‌شود و انسان به بهای فتحی پرثمر به کسب این تحول نائل می‌آید. این تحول به صورت بحرانی است که در سه مرحلهٔ پی‌درپی به ظهور می‌رسد، در وهلهٔ نخست بحران با تظاهرات روانی جزئی آغاز می‌شود. این مرحلهٔ سرآغاز یا پیام است و حکایت از طلیعهٔ نوجوانی است. نوجوان هنوز کاملاً رشته‌های ذهنی خود را با سازش دوران کودکی نگسسته است، ولی بریدن پاره‌ای از آنها را شروع کرده است. در وهلهٔ دوم همگرایی تظاهرات متعددی پایهٔ سازمان جامع ذهنی جدید ایجاد می‌کند و نوجوان در برابر محیط خود وضع مشخص و معینی به خود می‌گیرد و برای روش زندگی خود طریقهٔ رفتار معینی را تثبیت می‌کند. این مرحله، در خود رفتن و به درون خود خزیدن

است. این مرحله بیش از مراحل دیگر پدران و مادران را نگران می‌سازد. ایشان تماس خود را با وی منقطع و توافق خود را با او منهدم می‌پندارند. بالاخره، در وهله سوم یک نوع گشایش تمرکز حالت قبلی به تدریج به وقوع می‌پیوندد، نوجوان فعال و مثبت می‌شود، این مرحله از خود برون آمدن و پایان یافتن بحران است» (منصور، ۱۳۷۳: ۱۶۷-۱۶۶).

در زمینه ارتباط دو متغیر افسردگی و سوء مصرف مواد مخدر با یکدیگر، فیتز و هم (۱۹۶۹) نشان داده‌اند که بزهکاران بیش از غیر بزهکاران خود را تنبل، بد، غمگین و نادان می‌بینند، بزهکاران خود را آدم‌های نامطلوبی می‌دانند، آنان خود را دوست ندارند، برای خود ارزش و احترام قائل نیستند و به طور کلی از عزت‌نفس پایینی برخوردارند. علاوه بر این، در ارتباط با خود دچار سردرگمی و تضاد هستند، نامطمئن‌اند و حالات متغیری دارند (به نقل از ماسن و همکاران، ۱۳۶۸).

«جوانانی که مواد مصرف می‌کنند، دارای منبع کنترل بیرونی هستند و اعتماد به نفسشان در قیاس با آنهایی که ماده‌ای مصرف نمی‌کنند، کمتر است. تکانشگری، حالت‌های افسرده، ضعف در ابراز وجود، اضطراب زیاد و نیاز شدید به تأیید اجتماعی، با سوء مصرف مواد مخدر در ارتباط است» (فورمن و لینی؛ به نقل از داناهاو، ۱۹۹۱ و به نقل از طارمیان، ۱۳۷۸؛ ص ۷۰).

به علاوه در مطالعات بالینی روی افراد معتاد، تمایلات افسردگی گزارش شده است. به استناد شواهد پژوهشی فراوانی که در مورد رابطه افسردگی با سوء مصرف مواد مخدر انجام گرفته است، پژوهش حاضر نیز بدنبال یافتن میزان ارتباط احتمالی افسردگی با نگرش به سوء مصرف مواد مخدر (با توجه به جنسیت و پایه‌های مختلف تحصیلی مقطع متوسطه) است.

در پژوهش حاضر، بررسی افسردگی مبتنی بر «دیدگاه شناختی-بک» و پذیرش این فرض است که «نگرش مثبت به سوء مصرف مواد مخدر با سوء مصرف مواد مخدر در ارتباط است».

**پیشینه پژوهش:**

ویس راجر<sup>۱</sup>، گرین مارگارت<sup>۲</sup> و میرین استیون<sup>۳</sup> (۱۹۹۲)، در پژوهشی سوء مصرف مواد را به عنوان روش خود درمانگری برای افسردگی در یک مطالعه تجربی مورد بررسی قرار دادند. در این تحقیق اثرات دارو و انگیزش در مصرف دارو در بین ۳۵۵ مرد و ۱۳۹ زنی که به دلیل سوء مصرف مواد در بیمارستان بستری شده بودند (سنین ۱۸ تا ۶۲ سال) مورد بررسی و آزمایش قرار گرفت. نتایج نشان داد که اکثر افراد نمونه، داروها را صرف نظر از این که از چه نوعی هستند، در پاسخ به نشانه‌های افسردگی و تجربه خلق با نشاط استفاده می‌کردند. علاوه بر این، مشخص شد که مصرف داروها، نشانه‌های افسردگی در مردان را در حالت وجود افسردگی اساسی<sup>۴</sup> کاهش داده، اما در مورد مصرف داروها چه در حالت وجود افسردگی اساسی و چه در حالت نبود آن، اثری کاملاً برابر داشته است.

والاس مندل<sup>۵</sup> (۱۹۹۹)، در پژوهشی تأثیر نشانه‌های افسردگی، شبکه‌های ارتباطی دارو و کارهای دسته‌جمعی بر رفتار تزریق مشارکتی مواد را در میان افراد خیابانی مورد بررسی قرار داده است. نتایجی نشان می‌دهد که افراد افسرده نسبت به استفاده از مواد آسیب‌پذیرتر شده و از طریق سکونت در شبکه‌های وسیع دارو، به سمت تزریق‌های مشارکتی گرایش بیشتری می‌یابند. این فرضیه اظهار می‌دارد که ممکن است تأثیر افسردگی بر تزریق مشارکتی از طریق تعامل با شبکه دارو اعمال شود.

گودمن و کاپیتمن<sup>۶</sup> (۲۰۰۰) نیز در پژوهشی به بررسی افسردگی و مصرف سیگار در نوجوانان پرداختند. نمونه اول شامل ۸۷۰۴ نوجوان مصرف کننده و غیر مصرف کننده غیر افسرده بود. الگوسازی چند متغیری نشان داد که مصرف کننده فعلی سیگار به احتمال زیاد علائم پیش‌بینی کننده نیرومندتری از بالا بودن نشانه‌های افسردگی دارد و

---

۱-Weiss Roger

۲-Griffin Margaert

۳-Mirin Steven

۴-Mager Depression

۵-Wallace Mandell

۶-Goodman & Capitman

احتمال ابتلاء به بیماری افسردگی در این افراد بیشتر است. نمونه دوم مشتمل بر ۶۹۴۷ نوجوان بود که در طول ۳۰ روز قبل از مطالعه، سیگار مصرف نکرده بودند. الگوسازی چند متغیری نشان داد که بالا بودن نشانه‌های افسردگی، مصرف سیگار را زمانی که سایر تعیین‌کننده‌های مصرف کنترل شده‌اند، پیش‌بینی نمی‌کند.

در پژوهش دانشگاه آلاباما بیرمینگهام (۲۰۰۱)، ۲۱۸۱ نوجوان به مدت یکسال و نیم مورد مطالعه قرار گرفتند. در این مطالعه مشخص شد که بین سیگار کشیدن و افسردگی ارتباط وجود دارد. نوجوانانی که سیگار زیادی می‌کشیدند، نشانه‌های افسردگی بیشتری نشان می‌دادند و نوجوانانی (سنین ۱۳ تا ۱۹ سال) که سطوح بالایی از افسردگی را نشان می‌دادند نیز، سیگار بیشتری می‌کشیدند.

ژانت آدریان و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۲)، در پژوهشی ۱۱۲۳ دانش‌آموز تازه وارد دبیرستان‌ها را قبل از آن‌که سیگاری شوند در یک مطالعه طولی زیستی، رفتاری مورد بررسی قرار دادند. دانش‌آموزان یک فرم زمینه‌یابی را کامل کردند که در آن سیگار کشیدن‌های اخیر فرد، مشاهده سیگار کشیدن اعضای خانواده و دوستان، سطوح افسردگی گزارش شده توسط فرد و پذیرش نسبت به آگاهی دخانیات مطرح شده بود. ۶۰ درصد از تازه واردها گزارش دادند که هرگز سیگار نکشیده‌اند (هرگز با کسی در این زمینه دوستی نکرده یا تجربه سیگار کشیدن نداشته‌اند) و ۴۰ درصد گزارش دادند که حداقل یک بسته یا بخشی از یک بسته را کشیده‌اند. در کل، پژوهشگران دریافتند که بیشتر نوجوانانی که پذیرش بالایی نسبت به آگاهی دخانیات دارند در مقایسه با آنهایی که پذیرش پایینی دارند، بعداً تحت تأثیر افسردگی قرار می‌گیرند.

خوشنویس، حوری (۱۳۵۳)، در پژوهشی به بررسی علل اجتماعی، روانی و اقتصادی روی آوردن به هروئین و آثار و عواقب آن پرداخت. نتایج تحقیق وی نشان داد که یکی از علل روی‌آوری افراد به اعتیاد (هروئین)، بیماری روانی و افسردگی و تسکین دردهای جسمانی است.

حیدریان، زهرا (۱۳۷۶) در پژوهشی به بررسی گرایش‌های بیمارگونه روانی و برخی ویژگی‌های اجتماعی در زنان معتاد پرداخت. نتایج به دست آمده حاکی از آن بود که گروه معتادان نسبت به گروه عادی، علائم مرضی - روانی شدیدتری را نشان داده‌اند. ضمناً بعد مرضی افسردگی در سه گروه، بالاترین نمره و ترس مرضی نیز کمترین نمره را به خود اختصاص داده است.

با توجه به پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه رابطه اعتیاد و افسردگی می‌توان اظهار داشت که رابطه احساس افسردگی و زیاده‌روی در مصرف مواد دو طرفه است. احساس افسردگی می‌تواند باعث شود تا نوجوان برای فرار از مشکلات یا تسکین درد، به مصرف مواد روی آورد و از سوی دیگر زیاده‌روی در مصرف مواد (به ویژه مواد سستی‌زا) می‌تواند احساس افسردگی را به تأثیری خود ویرانگر مبدل سازد.

### روش پژوهش:

پژوهش حاضر مبتنی بر «روش تحقیق همبستگی»<sup>۱</sup> است. تحقیقات همبستگی شامل کلیه تحقیقاتی است که در آنها سعی می‌شود رابطه بین متغیرهای مختلف با استفاده از ضریب همبستگی، کشف یا تعیین شود. هدف روش تحقیق همبستگی، مطالعه حدود تغییرات یک یا چند متغیر با متغیر دیگر است. هدف ضریب همبستگی نیز بیان رابطه بین دو یا چند متغیر به صورت ریاضی است. درک الگوهای پیچیده رفتاری از طریق مطالعه همبستگی بین این الگوها و متغیرهایی که فرض می‌شود بین آنها رابطه وجود دارد، میسر می‌شود. این روش همانند روش علی - مقایسه‌ای در زمینه روابط علت و معلولی دارای محدودیت‌هایی است (دلاور، ۱۳۷۶). هر چند استنباط یک رابطه علی از طریق مطالعات همبستگی ممکن نیست اما وجود ضرایب بالا بین متغیرها، امکان چنین فرضی را ناممکن نمی‌سازد. بنابراین، در پژوهش حاضر با استفاده از نتایج به دست آمده (با استفاده از این روش)، اطلاعات سودمندی درباره ارتباط «افسردگی» با «نگرش به سوء مصرف مواد مخدر» به دست می‌آید.



جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر تهران است که در یکی از پایه‌های اول، دوم و سوم دبیرستان در سال تحصیلی ۸۱-۱۳۸۰ به تحصیل اشتغال داشته‌اند.

**نمونه آماری، حجم نمونه و روش نمونه‌گیری:** روش نمونه‌گیری به صورت «خوشه‌ای چند مرحله‌ای» بوده است. «در نمونه‌گیری خوشه‌ای، واحد اندازه‌گیری فرد نیست بلکه گروهی از افراد هستند که به صورت طبیعی شکل گرفته و گروه خود را تشکیل داده‌اند. نمونه‌گیری خوشه‌ای زمانی به کار می‌رود که انتخاب گروهی از افراد امکان‌پذیر و آسانتر از انتخاب افراد در یک جامعه تعریف شده باشد» (دلاور ۱۳۷۶، ص ۱۱۹). بدین ترتیب، در مرحله اول از هر یک از مناطق سه‌گانه (شمال، مرکز و جنوب) ۲ دبیرستان به صورت تصادفی (یک دبیرستان پسرانه و یک دبیرستان دخترانه) انتخاب شدند. در مرحله بعد، از هر یک از پایه‌های اول تا سوم یک کلاس و در مرحله بعدی نیز از هر کلاس ۹ الی ۱۲ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند تا آزمون‌ها بر روی آنها انجام گیرد. بنابراین، که در هر یک از ۱۹۵ نفر رسید که در هر یک از زیر گروه‌ها (مثلاً پایه اول پسر یا پایه دوم دختر) کمتر از ۳۰ نفر نبود. این در حالی است که در روش همبستگی پیشنهاد شده است که حداقل ۳۰ نفر آزمودنی انتخاب شود (دلاور ۱۳۷۶).

آزمون‌ها بر روی ۱۹۵ نمونه اجرا شد و با توجه به انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها از مناطق شمال، مرکز و جنوب، انتظار پژوهش، قابلیت تعمیم نتایج به کل شهر تهران با در نظر گرفتن محدودیت‌های تعمیم است.

#### ابزارهای اندازه‌گیری:

**تست افسردگی بک:** این آزمون یک ابزار تشخیصی ۲۱ سئوالی است که شدت افسردگی را از نوجوانی تا بزرگسالی مورد ارزیابی قرار می‌دهد (بک و استر، ۱۹۸۷، ص ۱). این مقیاس براساس ۲۱ جنبه یا علائم مانند خلق و خو، بدبینی، احساس شکست،

نارضایتی و ... تدوین شده است. از ابتدای تدوین پرسشنامه افسردگی بک (BDI<sup>۱</sup>)، این ابزار مورد ارزیابی‌های فراوانی قرار گرفته است.

**ویژگی‌های روانسنجی:** یک تحلیل از کوشش‌های مختلف برای تعیین همسانی درونی نشان داده که ضرایب به دست آمده از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲، با میانگین ۰/۸۶ بوده است و در مورد فرم کوتاه سیزده ماده‌ای، بازآزمایی بر حسب فاصله زمانی بین دو آزمون و نوع جمعیت مورد مطالعه از ۰/۴۸ تا ۰/۶۸ بوده است (بک، کاربین، ۱۹۸۸؛ به نقل از مارنات، ۱۳۷۳: ص ۲۲۵).

نوروزی ضریب پایایی BDI را در گروه نوجوانان دانش‌آموز ایرانی (که بر روی ۵۰ آزمودنی دبیرستانی اجرا کرده است)، با روش بازآزمایی در سطح اطمینان ۰/۰۰۱، ۰/۸۰ به دست آورده است (حیدری، ۱۳۷۴).

**تست نگرش منبع سوء مصرف موادمخدر موسوی و همکاران:** این نگرش یک پرسشنامه ۱۶ سئوالی است که اطلاعاتی را در زمینه نگرش دانش‌آموزان مقطع متوسطه در مورد مصرف موادمخدر در اختیار قرار می‌دهد. برخی سئوال‌های این پرسشنامه درباره رابطه سوء مصرف موادمخدر با مصرف سیگار، احساس بزرگی کردن، شادی و بی‌خیالی و ... تدوین شده است.

**ویژگی‌های روانسنجی:** همبستگی بین نمرات دو نیمه پرسشنامه میزان دقت تست در اندازه‌گیری افراد است. نتایج به دست آمده با استفاده از فرمول پیشگویی اسپیرمن - براون معادل ۰/۶۰ است. همچنین دربرآورد اعتبار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ که شاخص هماهنگی درونی تست است، ضریب ۰/۶۵ به دست آمده است (موسوی و همکاران، ۱۳۷۸: ۳۲ و ۳۱).

## بررسی افسردگی با سوء مصرف مواد □ ۲۹

**روش تجزیه و تحلیل اطلاعات:** برای محاسبه فراوانی‌ها، میانگین‌ها و ... از آمار توصیفی و برای بررسی روابط و تفاوت‌ها در متغیرهای مورد پژوهش از آمار استنباطی به صورت زیر بهره گرفته شده است:

- برای بررسی رابطه افسردگی با نگرش به سوء مصرف مواد مخدر از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است.

- برای بررسی تفاوت میانگین‌های دو جنس (دختر و پسر) در نمرات افسردگی و نگرش به سوء مصرف مواد مخدر، و بررسی تفاوت میانگین‌ها در نمرات افسردگی و نگرش به سوء مصرف مواد مخدر در پایه‌های مختلف تحصیلی، از تجزیه و تحلیل واریانس دو راهه استفاده شده است.

### نتایج:

جدول ۱: کارکرد دختران و پسران عادی و افسرده در آزمون نگرش به سوء مصرف مواد مخدر

منبع تغییرات	ss	Df	Ms	f
A (گروه‌ها)	۱۶۵/۲۹۵	۱	۱۶۵/۲۹۵	۱۰/۰۱۱**
B (جنس)	۰/۶۲۰	۱	۰/۶۲۰	۰/۰۳۸
کنش متقابل AB	۰/۷۳۶	۱	۰/۷۳۶	۰/۰۴۴
درون خانه‌ای (خطا)	۳۱۵۳/۵۳۷	۱۹۱	۱۶/۵۱۱	————

$P < ۰/۰۱$

خلاصه اطلاعات تحلیل واریانس دو متغیری با فراوانی‌های خانه‌ای نابرابر مربوط به کارکرد دختران و پسران عادی و افسرده در آزمون نگرش نسبت به سوء مصرف مواد مخدر.

در مورد عامل A، چون مقدار F محاسبه شده ( $F_{ob}=10/011$ ) بزرگتر از F جدول ( $F_{cr}=6/16$ ) در سطح  $a=0/01$  است، بنابراین فرض صفر رد شده و نتیجه گرفته می‌شود که بین میانگین‌های سطوح A (عادی و افسرده) تفاوت معنادار وجود دارد و این تفاوت به نفع نوجوانان افسرده است؛ بدین معنا که نوجوانان افسرده صرف نظر از جنسیت، نگرش مثبت‌تری نسبت به سوء مصرف مواد مخدر دارند.

در مورد عامل B، چون مقدار F محاسبه شده ( $F_{ob}=0/038$ ) کوچکتر از F جدول ( $F_{cr}=3/89$ ) حتی در سطح  $a=0/05$  است، فرض صفر رد نمی‌شود. بنابراین، نتیجه گرفته می‌شود که بین میانگین‌های سطوح عامل B (دختر و پسر) تفاوت وجود ندارد و جنسیت نقشی در نگرش افراد به سوء مصرف مواد مخدر ایفا نمی‌کند.

در مورد اثر تعاملی AB، چون مقدار F محاسبه شده ( $F_{ob}=0/44$ ) کوچکتر از F جدول ( $F_{cr}=3/89$ ) در سطح  $a=0/05$  است، فرض صفر رد نمی‌شود. بدین معنا که بین سطوح عامل A (عادی و افسرده) و B (دختر و پسر) کنش متقابل وجود نداشته و اندازه و جهت اثر عامل A بر عامل B یکسان است.

جدول ۲: کارکرد نوجوانان افسرده و عادی پایه‌های اول تا سوم متوسطه در آزمون نگرش به سوء مصرف مواد مخدر

f	ms	df	ss	منبع تغییرات
** 9/804	۱۶۳/۱۲۲	۱	۱۶۳/۱۲۲	A (گروه‌ها)
۱/۴۲۸	۲۳/۷۵۳	۲	۴۷/۵۰۶	B (پایه‌های تحصیلی)
۰/۰۲۱	۰/۳۴۲۵	۲	۰/۶۸۵	AB کنش متقابل
—	۱۶/۶۳۸	۱۸۹	۳۱۴۴/۵۵۳	درون خانه‌ای (خطا)

$P < 0/01$

### ۳۱ □ بررسی افسردگی با سوء مصرف مواد

خلاصه اطلاعات تحلیل واریانس دو متغیری با فراوانی‌های خانه‌ای نابرابر مربوط به کارکرد نوجوانان افسرده و عادی پایه‌های اول تا سوم متوسطه در آزمون نگرش نسبت سوء مصرف موادمخدر.

در مورد عامل A، چون مقدار F محاسبه شده ( $F_{ob} = 9/804$ ) بزرگتر از F جدول ( $F_{cr} = 6/16$ ) در سطح  $a = 0/01$  است، فرض صفر رد شده و نتیجه گرفته می‌شود که بین میانگین‌های سطوح عامل A (عادی و افسرده) تفاوت معنادار وجود دارد و این تفاوت به نفع نوجوانان افسرده است؛ بدین معنا که نوجوانان افسرده صرف‌نظر از پایه‌های تحصیلی، نگرش مثبت‌تری به سوء مصرف موادمخدر دارند.

در مورد عامل B، چون مقدار F محاسبه شده ( $F_{ob} = 1/428$ ) کوچکتر از F جدول ( $F_{cr} = 3/89$ ) حتی در سطح  $a = 0/05$  است، فرض صفر رد نمی‌شود. بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که بین میانگین‌های سطوح عامل B (پایه‌های تحصیلی اول تا سوم) تفاوت وجود ندارد و پایه‌های تحصیلی نقشی در نگرش افراد به سوء مصرف موادمخدر ایفا نمی‌کند.

در مورد اثر تعاملی AB، چون مقدار F محاسبه شده ( $F_{ob} = 0/021$ ) کوچکتر از F جدول ( $F_{cr} = 3/89$ ) در سطح  $a = 0/05$  است، فرض صفر رد نمی‌شود. بدین معنا که بین سطوح عامل A (عادی و افسرده) و B (پایه‌های تحصیلی اول تا سوم) کنش وجود نداشته و اندازه و جهت اثر عامل A بر عامل B یکسان است.

جدول ۳: همبستگی بین نمرات افسردگی و نگرش به سوء مصرف موادمخدر

در هر یک از گروه‌های عادی و افسرده

گروه‌ها	n	r	p
عادی	۱۳۵	۰/۳۱۳	۰/۰۱
افسرده	۶۰	۰/۱۲۴	—

نتایج همبستگی بین نمرات افسردگی و نگرش نسبت به موادمخدر در هر یک از گروه‌های عادی و افسرده‌تنها بین نمرات افسردگی و نگرش به سوء مصرف موادمخدر در گروه عادی، همبستگی مثبتی در حدود (۰/۳۱۳) به دست آمده که در سطح  $\alpha=0/01$  معنادار است و در گروه افسرده، همبستگی معناداری دیده نمی‌شود.

**جدول ۴: همبستگی بین نمرات افسردگی و نگرش به سوء مصرف موادمخدر در دختران و پسران عادی و افسرده**

گروه‌ها	n	r	p
دختران عادی	۷۱	۰/۱۶۴	—
پسران عادی	۶۴	۰/۴۲۶	۰/۰۱
دختران افسرده	۲۸	۰/۳۶۳	—
پسران افسرده	۳۲	۰/۱۸۱	—

نتایج همبستگی بین نمرات افسردگی و نگرش نسبت به موادمخدر در دختران و پسران عادی و افسرده تنها بین نمرات افسردگی پسران عادی و نمرات آنان در تست نگرش به سوء مصرف موادمخدر همبستگی معناداری در سطح  $\alpha=0/01$  وجود دارد و در سایر موارد هیچ‌گونه همبستگی معناداری به دست نیامده است.

**جدول ۵: همبستگی بین نمرات افسردگی و نگرش به سوء مصرف موادمخدر در پایه‌های مختلف تحصیلی**

گروه‌ها	n	r	p
عادی اول متوسطه	۴۴	۰/۳۴۵	۰/۰۵
عادی دوم متوسطه	۵۱	۰/۳۴۸	۰/۰۵
عادی سوم متوسطه	۴۰	۰/۲۷۷	—
افسرده اول متوسطه	۱۹	۰/۵۰۸	۰/۰۵
افسرده دوم متوسطه	۱۸	-۰/۲۶۷	—
افسرده سوم متوسطه	۲۳	-۰/۰۶۸	—

نتایج همبستگی بین نمرات افسردگی و نگرش نسبت به موادمخدر بین نمرات افسردگی و نگرش نسبت به سوء مصرف موادمخدر در نوجوانان عادی اول و دوم متوسطه و نوجوانان افسرده اول متوسطه به ترتیب همبستگی‌هایی در حد  $0/345$ ،  $0/348$  و  $0/508$  برآورد شده است که همه در سطح  $a=0/05$  معنادار هستند و این ارتباط در گروه افسرده، قوی‌تر از گروه عادی دیده می‌شود. بین نمرات افسردگی و نگرش نسبت به سوء مصرف موادمخدر در نوجوانان عادی پایه سوم و نوجوانان افسرده پایه دوم و سوم، هیچ‌گونه همبستگی معناداری به دست نیامده است.

#### یافته‌های جانبی پژوهش:

- شیوع افسردگی در بین دانش‌آموزان دختر پایه اول متوسطه ( $42/42$  درصد)، در مقایسه با پایه‌های دوم و سوم بالاتر است.

- شیوع افسردگی در بین دانش‌آموزان پسر در پایه سوم متوسطه ( $46/57$  درصد)، در مقایسه با پایه‌های اول و دوم بالاتر است.

- به طور کل، تعداد دختران و پسران افسرده پایه‌های اول، دوم و سوم متوسطه در مقایسه با کل دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع متوسطه، میزان شیوع افسردگی در دختران ( $14/36$  درصد) و در پسران ( $16/41$  درصد) است. پس می‌توان نتیجه گرفت که میزان شیوع افسردگی در بین دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه، بالاتر از دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه بوده است.

#### تفسیر نتایج:

- بین نگرش دانش‌آموزان عادی و افسرده مقطع دبیرستان به سوء مصرف موادمخدر تفاوت معنی‌دار وجود دارد. بدین ترتیب که نوجوانان افسرده صرف‌نظر از جنسیت‌شان نگرش مثبت‌تری به مواد مخدر دارند.

طبق تحقیقاتی که انجام شده، افرادی اعتیادپذیر شناخته می‌شوند که نسبت به خود نظر بسیار منفی دارند و آمادگی و تجهیزات آنها برای مقابله با فشار گروه‌ها به ویژه گروه‌های ناهماهنگ با جامعه که در دوران‌های افسردگی با آنها روبه‌رو شده‌اند از سایر افراد کمتر است (فرزاولیل<sup>۱</sup> و دیگران به نقل از احمدوند، ۱۳۷۴).

ژیلبرت و لمباردی<sup>۲</sup> (۱۹۷۶)، در مقایسه ۴۵ معتاد با یک گروه غیر معتاد به این نتیجه رسیدند که ویژگی‌های برجسته معتادان عبارت است از ویژگی‌های ضداجتماعی، افسردگی، تنش، نایمنی، احساس بی‌کفایتی و اشکال در تشکیل روابط اجتماعی گرم و طولانی.

کنت و ترسایک (۲۰۰۲)، نشان دادند که در میان نوجوانانی که نمرات افسردگی آنان به لحاظ بالینی معنادار بود، تأثیرات آگهی‌های دخانیات بسیار بالا بود و این نوجوانان زمانی که فرصت دریافت و امتحان محصولات تبلیغ شده را پیدا می‌کردند، کمتر احتمال داشت که بطور موفقیت‌آمیزی «نه» بگویند؛ در واقع نگرش مثبت‌تری به مصرف مواد مخدر داشتند و تحت تأثیر توصیفات آن قرار می‌گرفتند.

پژوهشگران دانشگاه آلاباما - بیرمینگهام (۲۰۰۱)، نشان دادند، که بین سیگار کشیدن و افسردگی رابطه وجود دارد. این پژوهشگران دریافتند، نوجوانانی که سیگار زیادی می‌کشیدند، نشانه‌های افسردگی بیشتری را نشان می‌دادند و نوجوانانی (سنین ۱۳ تا ۱۹ سال) که سطوح بالایی از افسردگی را نشان می‌دادند، سیگار بیشتری نیز می‌کشیدند.

هلن‌زد، رینه‌رز (۲۰۰۰)، در پژوهشی عوامل خطر عمومی و اختصاصی در کودکی تا جوانی را (برای ایجاد افسردگی و اختلالات دارویی) مورد بررسی قرار داده‌اند و نشان دادند که اختلالات سوء مصرف مواد می‌تواند برای هر دو جنس، افسردگی و اختلالات دارویی را پیش‌بینی کند.

نتایج به دست آمده با یافته‌های پژوهشی پیشین در زمینه تفاوت نگرش به سوء مصرف مواد مخدر به نفع نوجوانان افسرده دارای همسویی است.

۱- Frejavile

۲- Gillbert and lombardi



انسان افسرده تا حدی غمگین و مضطرب است و نسبت به مسائل زندگی بی‌علاقگی و بی‌تفاوتی مشهودی از خود نشان می‌دهد. همواره احساس گناه و بی‌حوصله‌گی می‌کند؛ حرف‌هایش یکنواخت و خسته‌کننده است. شخصیت چنین فردی دارای ویژگی‌هایی از قبیل تردید نسبت به خود، فعل‌پذیری و اتکاء به دیگران است. معتادان اغلب افرادی ناپخته و وابسته به دیگران هستند که سطح آرزوها و توقعات دور از دسترسشان با توان آنها در مقابل شکست همراه شده است. این افراد معمولاً خودستا، حساس و مغرورند و در مقابل ناکامی، احساس کهنتری و عدم کفایت تاب تحملشان پایین است لذا از الکل و موادمخدر برای واکنش در مقابل استرس‌های داخلی و خارجی سود می‌جویند (احمدوند ۱۳۷۴، ص ۱۲۲).

- بین افسردگی و نگرش به سوء مصرف موادمخدر در دانش‌آموزان دختر و

پسر مقطع دبیرستان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

این بدان معناست که جنسیت نقشی در گرایش افراد به سوء مصرف موادمخدر در بین دانش‌آموزان مقطع متوسطه جامعه ما ایفا نمی‌کند.

ارزش‌ها و عادات جامعه در نگرش‌های افراد به سوء مصرف موادمخدر تأثیر می‌گذارند. در این چارچوب سوء مصرف موادمخدر در ایران به عنوان امری مذموم و ناپسند تلقی می‌شود و در این زمینه تفاوتی بین مردان و زنان وجود ندارد. از آنجا که هدف اعتیاد فلج کردن و ناتوان ساختن نوجوانان جامعه است، کلیه برنامه‌ها و سیاست‌هایی که جهت پیشگیری و مبارزه با سوء مصرف موادمخدر در سطح جامعه تدوین می‌شود عمومی بوده و جنسیت نقشی در تعدیل قوانین یا برنامه‌ها ایفا نمی‌کند. تمام برنامه‌های آموزشی، درمانی و تحقیقاتی که در سطح آموزش و پرورش برای پیشگیری و مبارزه با سوء مصرف موادمخدر اجرا می‌شود. برای کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر یکسان بوده و هدف آن بالا بردن شناخت و آگاهی دانش‌آموزان و کاهش روی آوردن به سوء مصرف موادمخدر و اعتیاد است.

ازسویی هر چند در این پژوهش تفاوت معنی‌داری بین افسردگی و نگرش به سوء مصرف موادمخدر در دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع دبیرستان به دست نیامد، اما با مطالعه این مسأله در کشورهای مختلف، نمی‌توان وجود هرگونه تفاوتی را نفی کرد. مثلاً

در انگلیس، به ازای هر دو معتاد به الکل، یک زن معتاد به مواد وجود دارد، در حالی که در کشور اسکاندیناوی در ازاء هر ۲۰ مرد معتاد، یک زن معتاد وجود دارد و این نسبت در آمریکا شش به یک است.

تنها توجیه منطقی این تفاوت، عوامل فرهنگی - اجتماعی است. مثلاً در این فرهنگ‌ها، برای مشروبخواری زن و مرد دو معیار دارند. برای زنان معیارهای سخت‌تر و برای مردان معیارهای ساده‌تر. در تحقیقاتی که در گروه‌های اقلیت در آمریکا به عمل آمد، معلوم شد که اعتیاد به الکل در بین چینی‌ها، ژاپنی‌ها، به خصوص آسیایی‌ها و سیاه‌پوستان مسلمان، به مراتب کمتر از سایر گروه‌های اقلیت و سفیدپوستان است (شاملو، ۱۳۶۸ : ۲۷۱).

در سال ۱۹۸۲ میلادی از دانش‌آموزان دبیرستان‌های کالیفرنیا آمارى به دست آمد که نشان می‌داد ۷۰ درصد پسران و ۵۸ درصد دختران دبیرستانی در سال، حداقل یک‌بار از ماری‌جوآنا استفاده کرده‌اند (همان منبع، : ۲۷۹ و ۲۷۸).

در بررسی انستیتو روانپزشکی ایران در مورد اعتیاد از ۲۸۷۱ نفر معتادی که در ۱۱ استان کشور مورد بررسی قرار گرفته‌اند ۹۰/۴۲ درصد مرد و ۹/۵۸ درصد زن بوده‌اند. میانگین سنی معتادان ۳۲ سال بوده و جوانان بیشتر از پیران و میانسالان بودند (احمدوند، ۱۳۷۴ : ۲۲).

از لحاظ میزان وقوع بزهکاری در بین دختران و پسران تفاوت‌های آشکاری به چشم می‌خورد. در طی سال‌های گذشته نسبت تخلفات پسران به دختران ۴ یا ۵ به ۱ بود (کانجر و میلر، ۱۹۶۶؛ وزارت بازرگانی آمریکا، ۱۹۸۱؛ به نقل از یاسائی، ۱۳۷۳). بیشترین اتهاماتی که بر مردان وارد شده شامل رفتارهای پرخاشگرانه مانند دزدی، خطاهای بدخواهانه، دستبرد به اموال شخصی دیگران، اتومبیل دزدی و استفاده غیر قانونی از موادمخدر بوده است. دختران معمولاً به دلیل فرار از خانه، تکرار جرم (عدم توانایی والدین در کنترل آنان) و رفتار جنسی غیر مجاز به پلیس معرفی می‌شوند. در سال‌های اخیر مصرف موادمخدر در میان دختران به طور چشمگیری افزایش یافته است که غالباً سایر جرم‌های مربوط به آن را نیز به همراه داشته است، مانند دزدی از فروشگاه، سرقت و فحشا (کانجر، ۱۹۷۷؛ راتر و گیلر؛ به نقل از یاسائی ۱۳۷۳).

با مطالعه میزان مصرف سیگار در طی دهه ۱۹۷۰ در جامعه آمریکا، پژوهشگران دریافتند در حالی که مصرف سیگار در میان نوجوانان پسر به صورت عمده‌ای کاهش یافته است نوجوانان دختر به صورت چشمگیری به مصرف سیگار رو می‌آورند، به نحوی که تا سال ۱۹۷۹ سیگار کشیدن در میان دختران بیش از پسران اشاعه یافت. اما در سال‌های بعدی سیگار کشیدن در میان هر دو گروه جنسی (دختران و پسران) به صورت عمده‌ای کاهش یافت. هر چند در سال ۱۹۷۳ روند کاهش دست کم موقتاً خاتمه پذیرفت. در سال ۱۹۸۲، ۱۴/۷ درصد دختران نوجوان و ۱۳/۱ درصد از پسران به گفته خودشان در روز بیش از نصف پاکت سیگار می‌کشیدند (جانسون و دیگران ۱۹۸۱، ۱۹۸۲؛ سیگار کشیدن و سلامت، ۱۹۷۹).

• بین افسردگی دختران و نگرش آنان به سوء مصرف موادمخدر رابطه معنی‌داری وجود ندارد.

• بین افسردگی پسران و نگرش آنان به سوء مصرف موادمخدر رابطه معنی‌داری وجود ندارد.

در هیچ دوره‌ای به اندازه دوره نوجوانی ارزش‌ها و استانداردهای اخلاقی برای انسان مطرح نمی‌شود. نوجوان هم مانند بزرگسالان ممکن است بتواند به موضوعات اخلاقی تیزبینانه بنگرد و راه و روش اخلاقی مناسبی را فرمول‌بندی کند، ولی شاید همیشه نتواند براساس این فرمول‌بندی عمل کند (م.ل.هافمن، ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰؛ ویس، ۱۹۸۲ به نقل از یاسائی ۱۳۷۳).

به عبارت دیگر قضاوت اخلاقی و رفتار اخلاقی لزوماً ارتباطی با هم ندارند. مطالعه‌ای نشان داد که بعضی افراد وقتی که با مسائل اخلاقی در زندگی واقعی روبه‌رو می‌شوند در سطح بالاتری استدلال اخلاقی می‌کنند و دیگران در مواجهه با مسائل اخلاقی در زندگی واقعی به سطوح پایین‌تر بازگشت می‌کنند. بعضی از نوجوانان حتی اگر هم میلی نداشته باشند تا حدودی از اصول اخلاقی پیروی می‌کنند. بعضی دیگر هم فقط از ترس تنبیه بیرونی رفتارشان را کنترل می‌کنند و نه به دلیل استانداردهای درونی (م.ل.هافمن، ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰؛ به نقل از یاسائی، ۱۳۷۳).

به نظر می‌رسد که نوجوانان در جامعه بعضی از اصول را به عنوان ارزش‌های مقبول اجتماع دیده و آموخته‌اند که به هر دلیلی برای حفظ موقعیت و شرایط خود، سعی دارند طبق این اصول رفتار و از ضد ارزش‌ها دوری کنند. نگرش مثبت به سوء مصرف موادمخدر و اعتیاد در جامعه همواره به عنوان یک ارزش عنوان شده است و مردم سعی کرده‌اند که به فرزندان خود از کودکی و نوجوانی بیاموزند تا دید منفی نسبت به اعتیاد و موادمخدر داشته باشند. در این چارچوب آموزش‌هایی که والدین، رسانه‌های گروهی و جامعه به نوجوانان جهت شناخت و آگاهی در مورد عواقب مصرف موادمخدر می‌دهند، عمومی بوده و نوجوانان ما (چه دختر و چه پسر) از وابستگی به موادمخدر منع می‌شوند. نوجوانانی که علائمی از افسردگی و تنهایی را از خود نشان می‌دهند، تبعاً برای دور ماندن از فشارهای اجتماعی ناشی از نگرش مثبت به سوء مصرف موادمخدر و دوری گزیدن از دغدغه‌های اجتماعی و سرزنش‌های اطرافیان سعی می‌کنند تا نسبت به این امر خود را بی‌تفاوت و یا بی‌گرایش نشان دهند.

اگر چه در این پژوهش رابطه معناداری بین افسردگی دختران یا پسران و نگرش آنان به سوء مصرف موادمخدر دیده نمی‌شود، اما لزوماً این امر دلیل بر عدم وجود رابطه بین افسردگی دختران و پسران با نگرش مثبت به سوء مصرف موادمخدر نیست.

با بررسی علل و عوامل ایجاد اعتیاد و سبب‌شناسی آن و همچنین با مطالعه کتب مختلف در این حیطه، می‌توان افسردگی را به عنوان یکی از علل روی‌آوری افراد به اعتیاد دانست. ضمن این‌که بیش از ۵۰ درصد کل بیماران دچار مشکلات روانی، افسرده هستند. زن‌ها خیلی بیشتر از مردها دچار افسردگی می‌شوند. علت آن روشن نیست، لکن به نظر بسیاری از متخصصان، عوامل فرهنگی و بویژه محرومیت‌ها و محدودیت‌های اجتماعی زیاد در مورد زنان، یکی از علل اساسی است.

مطالعه یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که بین نمرات افسردگی پسران عادی و نمرات آنان در تست نگرش به سوء مصرف موادمخدر رابطه معناداری وجود دارد، بنابراین، می‌توان گفت که علل گرایش پسران نوجوان به سوء مصرف موادمخدر فراتر از اختلالات خلقی و عاطفی بوده و عوامل شخصیتی، روانی، فرهنگی و اجتماعی نقش موثری در این چارچوب ایفاء می‌کنند.

والاس مندل (۱۹۹۹)، تأثیر نشانه‌های افسردگی، شبکه‌های ارتباطی مواد و کارهای دسته‌جمعی بر رفتار تزریق مشارکتی در میان افراد خیابانی که مواد تزریق می‌کنند را مورد بررسی قرار داد. مطالعه نتایج نشان داد که افراد افسرده نسبت به استفاده از مواد آسیب‌پذیرتر شده و از طریق سکونت در شبکه‌های وسیع مواد، به سمت تزریق‌های مشارکتی گرایش می‌یابند. او اظهار داشت که ممکن است تأثیر افسردگی بر تزریق مشارکتی از طریق تعامل با شبکه مواد، اعمال شود.

حیدریان، زهرا (۱۳۷۶)، در تحقیقی به بررسی گرایش‌های بیمارگونه روانی و برخی ویژگی‌های اجتماعی در زنان معتاد پرداخت. وی دریافت که جنبه بیمارگونه افسردگی بالاترین نمره مرضی را در زنان معتاد و غیر معتاد زندانی و زنان عادی به خود اختصاص می‌دهد و گروه معتادان و گروه زندانیان غیر معتاد مرضی روانی نسبت به زنان عادی علائم مرضی روانی شدیدتری را نشان می‌دادند.

خوشنویس، حوری (۱۳۵۳)، به بررسی علل اجتماعی، روانی و اقتصادی روی آوردن به هروئین و آثار و عواقب آن پرداخت. نتایج تحقیقات وی نشان داد که در بعد روانی، بیماری‌های روانی و افسردگی یکی از مهم‌ترین علل روی آوردن افراد معتاد به مصرف هروئین است.

با مطالعه تحقیقات انجام شده، افسردگی به عنوان یکی از عوامل روی آوردن افراد به سوء مصرف موادمخدر شناخته می‌شود که در بین زنان شیوع بیشتری گزارش شده است.

● بین افسردگی و نگرش به سوء مصرف موادمخدر در بین پایه‌های تحصیلی اول تا سوم متوسطه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

بین افسردگی و نگرش به سوء مصرف موادمخدر در پایه اول متوسطه رابطه معنی‌داری وجود دارد، اما در پایه‌های دوم و سوم رابطه معنی‌داری مشاهده نشد. بدین معنا که دانش‌آموزان افسرده پایه اول نگرش مثبت‌تری به سوء مصرف موادمخدر از خود نشان می‌دهند، اما در بین دانش‌آموزان افسرده پایه‌های دوم و سوم متوسطه گرایش به سوء مصرف موادمخدر دیده نمی‌شود. هم‌چنین یافته‌های جانبی پژوهش نشانگر وجود

رابطه معنی‌دار بین نوجوانان عادی اول و دوم متوسطه در نگرش به سوء مصرف موادمخدر است.

با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت که دانش‌آموزان پایه اول به دلیل شرایط سنی دوران نوجوانی، بحران بلوغ و مسئله کسب هویت، مرحله پرکشمکش و دشواری را طی می‌کنند. همین که نوجوان وارد دبیرستان می‌شود و ساعات بیشتری را دور از خانه می‌ماند، دامنه آشنایی‌ها گسترده‌تر می‌شود و روابط با همسالان شدت می‌یابد و بیشتر در معرض خطر ابتلاء به اعتیاد قرار می‌گیرد.

یکی از تکالیف عمده نوجوانان در جامعه، یافتن پاسخی عملی برای این سؤال است که «من کیستم؟» و به دنبال کسب هویت، گاه ضد ارزش‌ها را برمی‌گزینند. نوجوانان و بزرگسالانی که احساس هویت «خود» در آنان قوی است خود را افرادی مجزا و متمایز از دیگران می‌دانند. کلمه فرد که معادل کلمه شخص است، نشانگر نیازی است همگانی به درک کلمه «خود» به عنوان کسی که به رغم داشتن چیزهای مشترک با دیگران از آنها جدا است. نیاز به ثبات رأی و حس یکپارچگی نیز ارتباط نزدیکی با آن نیاز همگانی به درک خود دارد. وقتی که از یکپارچگی خود سخن می‌گوییم، مقصود جدایی از دیگران است و در عین حال یگانگی خود، یعنی انجام عملی نیازها، انگیزه‌ها و الگوهای واکنش شخص. نوجوان یا بزرگسال برای این که احساس هویت داشته باشد باید در طول زمان در خود تداومی ببیند. به قول «اریکسون» نوجوان برای رسیدن به یکپارچگی باید احساس کند که آنچه بنا به فراین موجود در آینده خواهد شد، تداوم پیشرفته آن چیزی است که در سال‌های طفولیت بوده است (اریکسون، ۱۹۵۶: ص ۹۱؛ به نقل از یاسائی، ۱۳۷۳).

سرانجام این که، درک هویت خود مستلزم «تقابلی روانی - اجتماعی» است. به عبارت دیگر، نوجوان باید «بین آن تصویری که از خودش دارد و آن تصویری که از استنباط و انتظار دیگران از خودش دارد»، هماهنگی ایجاد کند (همان منبع، ص ۹۴). احساس هویت شخصی در نوجوان به تدریج بر پایه همانندسازی‌های گوناگون دوران کودکی تکوین می‌یابد. ارزش‌ها و معیارهای اخلاقی کودکان خردسال تا حدود زیادی

همان است که والدین آنها نیز دارند. اصولاً احساس عزت‌نفس در کودکان از نگرش والدینشان نسبت به آنها نشأت می‌گیرد.

با ورود به دنیای وسیع‌تر دبیرستان، کودکان به صورت فزاینده‌ای به ارزش‌های گروه همسال خود و همچنین به ارزیابی‌های معلمان و سایر بزرگسالان بیشتر ارجح می‌نهند. نوجوانان از راه جمع‌بندی این ارزش‌ها و ارزیابی‌ها می‌کوشند تصویر یکپارچه‌ای از خود به دست آورند. هر اندازه ارزش‌هایی که از سوی والدین، معلمان و همسالان ابراز می‌شود همخوانی بیشتری با هم داشته باشند، به همان نسبت کار هویت‌یابی نوجوان آسانتر پیش می‌رود (اتکینسون و همکاران، ۱۳۷۸: ۱۷۵ و ۱۷۴).

در جامعه ساده‌ای که در آن همانندسازی و نقش‌های اجتماعی محدودند، هویت‌یابی تا حدودی به آسانی صورت می‌گیرد. اما در جامعه‌ای به پیچیدگی جامعه ما که به سرعت رو به تغییر است، هویت‌یابی برای بسیاری از نوجوانان کاری است دشوار و طولانی. در چنین جامعه‌ای برای این که نوجوان بداند که چگونه رفتار کند و چه کاری را در زندگی دنبال کند، باید نقش‌های تقریباً نامحدودی را در نظر بگیرد. یکی از راه‌های برخورد با مسأله هویت این است که شخص نقش‌ها و شیوه‌های رفتاری گوناگونی را بیازماید. صاحب‌نظران معتقدند که دوران نوجوانی باید به منزله یک دوره آزمایشی تلقی شود که در آن فرد به کاوش در جهان بینی‌ها و علائق گوناگون می‌پردازد (همان منبع، ص ۱۷۵).

تلاش برای هویت‌یابی به گونه‌های چندی پایان می‌پذیرد. برخی از نوجوانان پس از یک دوره آزمایش و کندوکاو درونی، متعهدانه به هدفی در زندگی دل می‌بندند و در راه نیل به آن گام برمی‌دارند. برخی دیگر ممکن است هرگز "بحران هویت" را تجربه نکنند؛ این نوجوانان ارزش‌های والدینشان را بدون چون و چرا پذیرفته‌اند و برای خود به عنوان یک فرد بزرگسال نقش‌هایی برگزیده‌اند که با نظر والدینشان هماهنگی کامل دارد. به گونه‌ای، هویت این افراد در مراحل اولیه زندگی تبلور یافته است: معه‌ذا، دسته دیگری از نوجوانان هویت انحرافی برمی‌گزینند. هویتی مغایر با ارزش‌های جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند. برخی از نوجوانان محله‌های فقیرنشین به جای آن که خود را با خطر عدم موفقیت در دستیابی به موقعیت اجتماعی بهتری روبه‌روسازند، ممکن است هویتی

انحرافی برگزینند و افتخار کنند که در این دنیا «کسی» نیستند. گروه دیگری از نوجوانان ممکن است یک دوره طولانی سردرگمی هویتی را تجربه کنند و خویشن‌یابی برایشان بسیار دشوار باشد. در موارد دیگر ممکن است فرد حتی در بزرگسالی هم هویت شخصی نیرومندی دست نیابد (اتکینسون و همکاران، ۱۳۷۸: ۱۷۶ و ۱۷۵).

در یک مطالعه که بر روی دانشجویان دانشگاه که سردرگمی هویتی داشتند صورت گرفت، دیده شد که بسیاری از دانشجویان سال اول دانشگاه هنوز با مشکل هویت‌یابی کلنجر می‌روند، اما در سال آخر دانشگاه این مسأله برای اکثر آنان حل می‌شود (همان منبع، ص ۱۷۶).

نوجوانانی که دچار سردرگمی هویت هستند عزت‌نفس کمی دارند و استدلال اخلاقی‌شان رشد نیافته است. به دشواری مسئولیت خود را به عهده می‌گیرند. تکانشی هستند و تفکری نامنظم دارند و آمادگی اعتیاد به موادمخدر دارند (دونو وان، ۱۹۷۵؛ ماریسا، ۱۹۸۰؛ اورلوفسکی، ۱۹۷۸؛ واترمن و واترمن، ۱۹۷۴؛ به نقل از یاسائی، ۱۳۷۳). ژانت آدریان و همکاران (۲۰۰۲)، در پژوهشی بر روی ۱۱۲۳ دانش‌آموز تازه وارد دبیرستانی نشان دادند که بیشتر نوجوانانی که پذیرش بالایی نسبت به آگهی دخانیات دارند در مقایسه با آنهایی که پذیرش پایینی دارند، بعداً تحت تأثیر افسردگی قرار می‌گیرند.

هر چند در این پژوهش رابطه معنی‌داری بین افسردگی و نگرش به سوء مصرف موادمخدر در پایه‌های دوم و سوم متوسطه به دست نیامد، اما نمی‌توان وجود هرگونه رابطه‌ای را نفی کرد. گاه نوجوانان دچار سردرگمی هویتی می‌گردند و یا هویتی انحرافی برمی‌گزینند که تا سال‌های پایانی متوسطه ادامه می‌یابد. بنابراین، این افراد آمادگی‌های لازم را برای احساس اضطراب، افسردگی و سوء مصرف موادمخدر کسب می‌کنند.

در نوجوانانی که موادمخدر استعمال می‌کنند، وابستگی به موادمخدر احتمالاً مبین آشفتگی‌های عاطفی آنها است. در چنین مواردی، برای یافتن علل مشکلات نوجوانان معتاد باید به آشفتگی‌های موجود در روابط خانوادگی آن نوجوانان در طی دوران رشد مراجعه کرد (بروخ و دیگران، ۱۹۸۰؛ کاندل، ۱۹۸۰؛ به نقل از یاسائی، ۱۳۷۳).



برخی از نوجوانانی که از پیش از دوران بلوغ به مصرف مداوم الکل و موادمخدر روی آورده‌اند، اظهار می‌دارند که برای مواجهه با احساس اضطراب، بی‌حوصلگی، افسردگی، ترس از شکست و بی‌هدف بودن در زندگی هیچ راه دیگری جز موادمخدر نمی‌شناسند و قابل توجه است که هدف عمده یکی از برنامه‌های درمانی، گذشته از آموزش دادن به نوجوانان برای مواجهه با دشواری‌ها و ایجاد روابط صمیمانه با دوستان، این بود که به آنها بیاموزند چگونه می‌توان بدون مصرف موادمخدر شاد و خوشحال بود (کانجر و پیترسون، ۱۹۸۴؛ به نقل از یاسائی، ۱۳۷۳).

#### پیشنهادهات:

با توجه به تحقیق انجام شده، رهنمودهای زیر به والدین و مربیان توصیه می‌شود:

- ۱- آموزش شیوه‌های پذیرش و برخورد با مشکلات احساسی و عاطفی به نوجوانان.
- ۲- والدین با آگاهی از قدرت فشار همسالان، به ویژه فشار برای سوء مصرف موادمخدر که نوجوان با آن روبه‌رو می‌شود، می‌توانند با رفتارهای مستقل و صادقانه، همراه با حمایتی آگاهانه (توان نه گفتن) را در نوجوان بالا برده و به وی بیاموزند که «نه گفتن» احترام به خود است و دیگران را نیز وادار به احترام گذاشتن می‌کند.
- ۳- برای مقابله با بی‌حوصلگی نوجوانان، می‌توان آنها را با روابط اجتماعی درگیر کرد و با چالش‌پذیری و ایجاد علائق متفاوت، در جهت رفع مشکل آنها گام برداشت.
- ۴- نوع نگرش به خود، اعتقادات نسبت به خود و رفتار با خود، سه گروه از مهم‌ترین تصمیماتی هستند که بیشترین تأثیر را بر عزت‌نفس فرزند دارند. هنگامی که تجربه‌های دشوار زندگی، داشتن عزت‌نفس را برای نوجوان مشکل می‌سازد، والدین باید آماده باشند تا کشتی او را به ساحل نجات برسانند، آنها باید به او کمک‌کنند تا از دام‌های از دست دادن عزت‌نفس نجات یابد.
- ۵- برای رشد هویت نوجوان، والدین باید خود را نسبت به تلاش فرزندشان علاقمند نشان دهند و آنها را با شیوه‌های تحقیرآمیز نادیده نگیرند. مسخره و ریشخند کردن یا هر گونه شوخی ناراحت‌کننده در ارتباط با تجربه رفتار متفاوت از سوی والدین، می‌تواند باعث سرافکنندگی نوجوان و صدمه دیدن خودانگاره او شود.

۶- برخی از نوجوانان ابراز می‌کنند یا اظهار می‌دارند که برای مواجهه با افسردگی، ترس از شکست و بی‌هدف بودن در زندگی هیچ راه دیگری جز سوء مصرف موادمخدر وجود ندارد و می‌توان با مصرف مواد شاد و خوشحال بود؛ بنابراین، برای جلوگیری از این امر باید برای آنها فرصتهای تفریحاتی مناسب فراهم آورد.

۷- وابستگی به موادمخدر گاهی در نوجوانی مبین آشفتگی‌های عاطفی در خانواده است. بنابراین، باید آشفتگی‌های موجود در روابط خانوادگی در طی دوران رشد از بین برود. ۸- شرایطی برای نوجوان در خانواده فراهم شود و اهدافی برای آینده وی در نظر گرفته شود که تجربه شکست را کم کند یا از بین ببرد تا فرد احساس بی‌کفایتی در رسیدن به اهداف نکند.

۹- ارزش‌ها و استانداردهای مثبت اخلاقی به نوجوان آموخته شود تا اگر قرار است از خود استنباط باثباتی داشته باشد به بعضی از ارزش‌های اساسی اعتقاد داشته باشد.

۱۰- پرورش عقاید مذهبی نوجوانان، اعتقاد به خداوند و الطاف بی‌پایانش، می‌تواند به نوجوانان در غلبه بر مسائل و مشکلات و همچنین پایبندی به ارزش‌های درست اعتقادی، اخلاقی و اجتماعی کمک کند.

### منابع:

- ۱- اتکینسون ریتالال، اتکینسون ریچاردسی، اسمیت ادوارد ای، بم داریل ج، نولن هوکسما، ۱۳۷۸؛ "زمینه روان‌شناسی هیلگارد"؛ ترجمه محمدنقی براهنی و همکاران جلد اول چاپ سیزدهم فارسی مهر ماه - انتشارات رشد.
- ۲- احدی، حسن؛ محسنی، نیکچهر، ۱۳۷۷. "روان‌شناسی رشد مفاهیم بنیادی در روان‌شناسی نوجوانی و جوانی". چاپ هفتم - چاپ و نشر بنیاد.
- ۳- احمدوند، محمدعلی؛ ۱۳۷۴ "اعتیاد (سبب‌شناسی و درمان)"؛ انتشارات دانشگاه پیام‌نور.
- ۴- ایزاک، استفان؛ ۱۳۷۶. "راهنمای تحقیق و ارزشیابی در روان‌شناسی و علوم تربیتی". ترجمه دکتر علی دلاور، چاپ اول، پاییز؛ نشر ارسباران.
- ۵- برژه، ژان؛ ۱۳۶۸ "اعتیاد و شخصیت"، ترجمه توفان گرگانی چاپ اول تهران - سازمان انتشارات و آموزش انقلاب اسلامی.
- ۶- برنز، دیوید؛ ۱۳۶۹. "روان‌شناسی افسردگی". ترجمه مهدی قراچه داغی؛ چاپ چهارم، نشر مترجم.
- ۷- بک، آرون‌تی؛ ۱۳۶۹. "شناخت درمانی و مشکلات روانی"، ترجمه مهدی قراچه داغی؛ چاپ چهارم، نشر مترجم.

- ۸- بک برن، ایوی؛ ماری و دیویدسون، کیت ام؛ ۱۳۷۴، "شناخت درمانی افسردگی و اضطراب (راهنمایی برای پزشکان)". ترجمه حسن توزنده جانی؛ مؤسسه چاپ و انتشارات آستان قدس.
- ۹- بهاری، فرشاد و کریمی، مریم؛ ۱۳۷۴. "واژه‌نامه اصطلاحات روانپزشکی و بهداشت روانی". چاپ اول، مؤسسه نشر جهاد.
- ۱۰- پورافکاری، نصرت الله؛ ۱۳۷۳. "فرهنگ جامع روان‌شناسی - روانپزشکی انگلیسی - فارسی"، فرهنگ معاصر.
- ۱۱- تاد، جودیت و بوهارت؛ ۱۳۷۹، "اصول روان‌شناسی بالینی و مشاوره" ترجمه مهرداد فیروز بخت مؤسسه خدمات فرهنگی رسا.
- ۱۲- حقوقی، مسعود؛ سوینتون، مایکل؛ لیونز، جاوکی اندروما؛ ۱۳۷۹. "مشاوره و روان‌درمانی کودکان مشکل‌دار". ترجمه دکتر سید ابوالقاسم مهری‌نژاد، انتشارات ابجد.
- ۱۳- دلاور، علی؛ ۱۳۷۶. "مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی"، چاپ دوم، تابستان، انتشارات رشد.
- ۱۴- دلاور، علی؛ ۱۳۷۶. "روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی". چاپ سوم، پاییز، نشر ویرایش.
- ۱۵- ساراسون، ایروین جی و ساراسون باربارا آر؛ ۱۳۷۵. "روان‌شناسی مرضی". ترجمه دکتر بهمن نجاریان، محمدعلی اصغری‌مقدم و محسن دهقانی. چاپ دوم، انتشارات رشد.
- ۱۶- ساردوئی، غلامرضا؛ ۱۳۷۴. "مقدمه‌ای بر هنجاریابی پرسشنامه تجدیدنظر شده افسردگی بک". پایان‌نامه کارشناسی ارشد سنجش و اندازه‌گیری در روان‌شناسی (روانسنجی) به راهنمایی دکتر علی دلاور دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی.
- ۱۷- شاملو، سعید؛ "روان‌شناسی بالینی". چاپ پنجم؛ سازمان چاپ و انتشارات وزارت ارشاد اسلامی.
- ۱۸- شاملو، سعید؛ ۱۳۷۵. "آسیب‌شناسی روانی" چاپ ششم، انتشارات رشد.

- ۱۹- شمعی، محمدعلی؛ ۱۳۵۵. "اعتیاد در نوجوانان". سمپوزیوم اختلالات شخصیت؛ کتاب اول، انجمن روانپزشکی ایران - صفحات ۹۹ - ۱۰۳.
- ۲۰- شهیدی، محمدحسن؛ ۱۳۷۵. "موادمخدر امنیت اجتماعی و راه سوم"، چاپ اول، انتشارات اطلاعات.
- ۲۱- صالحی، ایرج؛ ۱۳۷۱. "زنجیرهای اعتیاد" چاپ اول، تهران؛ مؤسسه انتشارات آوای نور.
- ۲۲- طارمیان، فرهاد؛ ۱۳۷۸. "سوء مصرف موادمخدر در نوجوانان". چاپ اول، بهار؛ انتشارات تربیت.
- ۲۳- کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین؛ ۱۹۹۶، "چکیده روانپزشکی بالینی". ترجمه دکتر نصرت‌الله پورافکاری. چاپ دوم، چاپ سوم (فارسی)، پاییز؛ ۱۳۷۷. انتشارات آزاده.
- ۲۴- کاستلو، تیموتی؛ کاستلو جوزف؛ ۱۳۷۳. "روان‌شناسی نابهنجاری". ترجمه دکتر نصرت‌الله پورافکاری، چاپ اول، انتشارات آزاده.
- ۲۵- کلاتیو، پلاجی؛ بارت، جمیزای؛ ۱۳۶۹. "درمان افسردگی، اختلاف‌نظرهای گذشته و جدید". چاپ اول؛ مؤسسه چاپ و انتشارات آستان قدس.
- ۲۶- فتحی آشتیانی، علی؛ ۱۳۷۴ "بررسی تحولی تصور از خود، حرمت خود، اضطراب و افسردگی در نوجوانان تیزهوش و عادی". پایان‌نامه دکترای روان‌شناسی به راهنمایی دکتر پریخ دادستان دانشکده علوم انسانی دانشگاه تربیت مدرس.
- ۲۷- فیش فرانک، جی؛ ۱۹۸۴. (چاپ چهارم انگلیسی). "روانپزشکی" ترجمه دکتر نصرت‌الله پورافکاری. چاپ دوم، ۱۳۶۸؛ چاپ تابش تبریز.
- ۲۸- فرقانی، شهلا. "شناخت مشکلات رفتاری در کودکان و نوجوانان". ناشر معاونت پرورشی وزارت آموزش و پرورش؛ چاپ سعیدنو.
- ۲۹- لطف‌آبادی، حسین؛ ۱۳۷۷. "آزمونهای روانی - شناختی کودکان برای مشاوره کودک". چاپ پنجم؛ مؤسسه چاپ و انتشارات آستان قدس.
- ۳۰- ماسن پاول، هنری؛ کیگان، جروم؛ هوستون، آلتا کارول؛ کانجر جان، جین وی؛ ۱۳۷۳. "رشد و شخصیت کودک". ترجمه مهشید یاسایی؛ چاپ ششم، کتاب ماد.
- ۳۱- مای، لی؛ ۱۳۶۸. "شخصیت". ترجمه دکتر محمود منصور؛ انتشارات دانشگاه تهران.

- ۳۲- مستقیمی، محمودرضا؛ ۱۳۷۳. "تأثیر موادمخدر بر عزت نفس و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دبیرستانها در آمریکا". رشد آموزش علوم اجتماعی؛ دوره پنجم، بهار.
- ۳۳- منصور، محمود؛ ۱۳۷۳. "روان‌شناسی ژنتیک تحول روانی از کودکی تا پیری". نشر ترمه.
- ۳۴- مهریار، امیرهوشنگ؛ ۱۳۶۹. "تشخیص و درمان بیماری‌های روانی در کودکان". انتشارات رشد.
- ۳۵- مهریار، امیرهوشنگ؛ ۱۳۷۳. "افسردگی برداشتها و درمان‌شناختی". انتشارات رشد.
- ۳۶- میلانی‌فر، بهروز؛ ۱۳۷۴ "بهداشت روانی". چاپ چهارم، انتشارات حیدری.
- ۳۷- هرسن، مایکل؛ ترنر، ساموئل‌ام؛ ۱۳۷۴. "مصاحبه تشخیصی". ترجمه دکتر سعید شاملو و دکتر محمدرضا محمدی؛ چاپ اول، چاپ حکمت.
- ۳۸- هرشن‌شن، دیویدی؛ و باورپال، دبلیو؛ ۱۳۷۴. "مشاوره بهداشت روانی، نظریه و عمل". ترجمه محمدتقی منشی‌طوسی؛ مؤسسه چاپ و انتشارات آستان قدس، مشهد.
- ۳۹- هومان، مسعود؛ ۱۳۸۰، "کلیدهای پیشگیری و مقابله با اعتیاد در نوجوان و جوان". چاپ دوم، انتشارات صابرین.
- ۴۰- یحیائی، قربانعلی؛ ۱۳۷۳. "بررسی رابطه بین عزت‌نفس و افسردگی در دانش آموزان فاقد و واجد پدر در دبیرستانهای شهرستان زلزله‌زده رودبار". پایان‌نامه کارشناسی ارشد راهنمایی و مشاوره به راهنمایی دکتر احمد اعتمادی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی.

### Reference

- Alabama\_\_\_\_\_Birmingham.universities researchers(۲۰۰۱), "Smoking, Maternal Depression influence adolescent Depression" (May).

۲. Audrian PhD. Kenneth P. Tercyak. ph.D (۲۰۰۲), "**Adolescent Depression and high Receptivity to Tobacco.**" Ads May Leadt (March).
۳. Clark, Kevin G. Lynch, M D, jhon E. donovan, M D, and Geofery D. Block, M D (۲۰۰۱), "**Health Complaintc in teens who Abuse Alcohol Tied to anxiety and Depression**", say university of pittsburgh Researchers (sept)
۴. Goodman E, Capitman J (۲۰۰۰), "**Deperssion and Smoking Linked in teens**" (NOV).
۵. Haaga- David-A-F- Ahren,s Anthony – H – Schulman – Peter, Seligman, Martin- E, P, et- al (۱۹۹۵) "**Attributional Style and Depressive Symptoms Cognitive- Therapy- and- Research**"; (Feb) VOL ۱۹ (۱) (۱۲۱-۱۴۲).
۶. Helen Zreinherz (۲۰۰۰), "**General and Specific childhood Risk factors for Deperssion and Drug Disorders by Early Adulthood**" (Feb).
۷. Wallace. Mandell (۱۹۹۹), "**Depressive symptoms, Drug Network, and their synergistic Effect on needle Sharing behaviour among Street Injection Drug users**" (Feb).
۸. Weiss. Roger. D. Griffn. Margaret. L. Mirin. Steven. M (۱۹۹۲) "**Drug abuse as Self-Medication for depression**", American journal. Of – Drug – and Alchol – Abuse, ( jun ) vol ۱۸ (۲) – ۱۲۱ – ۱۲۹