

پیش‌گیری از اعتیاد در کودکان و نوجوانان: مروری بر عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی

مجتبی حبیبی^۱، احمد عاشوری^۲، رضا باقریان سرارودی^۳

چکیده

پدیده زیستی- روانی- اجتماعی مصرف و سوء مصرف مواد در نوجوانان یکی از بحرانی‌ترین مسایل پیشروی جوامع امروزی است. یکی از مهم‌ترین دغدغه‌ها و نگرانی‌های سیاست‌گذاران بهداشتی- اجتماعی جوامع امروزی، شیوع روز افزون رفتارهای اعتیادی به خصوص اعتیاد به سیگار و دخانیات در این گروه سنی است. شیوع و گرایش به رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان در ایران نیز در حال افزایش است. درمان اعتیاد گران و دشوار است و سیستم درمانی جامعی با رویکردهای مختلف دارو درمانی، روان درمانی، بازپروری و بازتوانی را می‌طلبد. با این حال، با گذشت سال‌ها ثابت شده است که حتی مؤثرترین و جدیدترین شیوه‌های درمانی نیز با میزان بالایی از عود همراه است زیرا محیط بیماری‌زایی که مواد در آن به راحتی در دسترس است و شبکه اجتماعی دوستانی که حمایت‌کننده و تداوم بخش مصرف مواد هستند، هر پیشرفتی را که در درمان حاصل می‌شود، تحلیل می‌برد. بنابراین، جلوگیری از مبتلا شدن افراد به اعتیاد آسان‌تر از درمان آن است. در چنین شرایطی پیش‌گیری، مناسب‌ترین و منطقی‌ترین راه کار به شمار می‌رود. پیش‌گیری از اعتیاد، مقوله‌ای مهم و پیچیده است که نمی‌توان چشم بسته در آن گام نهاد. اطلاع از آخرین دستاوردهای علمی و در نهایت اتخاذ برنامه‌های حساب شده می‌تواند شیوه‌ای سودمند در این زمینه به حساب آید. یکی از نقص‌های موجود در زمینه پیش‌گیری از اعتیاد در ایران فقدان مطالعات تطبیقی و به تبع آن کمبود منابع فارسی در زمینه دستاوردهای علمی نوین در خصوص پیش‌گیری از اعتیاد است که این امر موجب شده است که گاه محققان بدون اطلاع از همه برنامه‌های موجود، تنها به سمت رویکرد یا برنامه خاص گرایش پیدا کنند. در راستای رفع و کم رنگ کردن این نقیصه، در پژوهش حاضر با مرور پیشینه پژوهشی نتایج حاصل در سه سطح فردی، خانوادگی و اجتماعی (مدرسه و دوستان) بررسی شده است.

واژه‌های کلیدی: اعتیاد، پیش‌گیری، عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی

نوع مقاله: مروری

دریافت مقاله: ۹۱/۳/۴

پذیرش مقاله: ۹۱/۱۰/۳

مقدمه

سیگار و دخانیات در این گروه سنی است (۷-۹). شیوع و گرایش به رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان در ایران نیز در حال افزایش است و دامنه آن از حدود ۵ درصد در رفتارهایی نظیر سرقت، مصرف تریاک تا حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد در رفتارهایی نظر کشیدن سیگار، مصرف الکل، متفاوت است (۱۰). نرخ شیوع مصرف سیگار در جمعیت عمومی ایران در

پدیده زیستی- روانی- اجتماعی مصرف و سوء مصرف مواد در نوجوانان، یکی از بحرانی‌ترین مسایل پیشروی جوامع امروزی است (۶-۱). یکی از مهم‌ترین دغدغه‌ها و نگرانی‌های سیاست‌گذاران بهداشتی- اجتماعی جوامع امروزی، شیوع روز افزون رفتارهای اعتیادی به خصوص اعتیاد به

۱- استادیار، روان‌شناسی سلامت، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسؤول) Email: ahmad.ashouri@gmail.com

۳- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

سیاستگذار در این حوزه قرار دارد و پژوهشگران این حوزه توانسته‌اند تا به روش‌های پیش‌گیرانه همگانی (Universal)، انتخابی (Selective) و موردی (Indicated) اثربخشی در کاهش رفتارهای خطرزا و پیش‌بیند سوء مصرف مواد دست یابند که نقطه قوت کارامدی این برنامه‌های پیش‌گیری در حوزه آموزش والدین، معلمان و خود کودکان و نوجوانان، پژوهش محور و بومی بودن آن‌ها است؛ به طوری که همه مؤسسات تولید کننده بسته‌های آموزشی در کنار ارایه طرح‌های مداخلاتی در مقیاس‌های بزرگ و کوچک، به انطباق متغیرهای موجود در این بسته‌های آموزشی با موقعیت فرهنگی- اجتماعی و اقتصادی جوامع مقصد در استفاده از این بسته‌های آموزشی تأکید زیادی دارد و حتی استفاده از پژوهش‌های بومی در علت‌شناسی و مدل‌یابی عوامل خطر ساز و محافظت‌کننده در ایجاد اصلاح و تغییرات در این بسته‌های آموزشی وارداتی در جهت ارتقای سطح اثربخشی و کارامدی این بسته‌های آموزشی و نیز طراحی روش‌های پیش‌گیری جدید با استناد به پژوهش‌های بومی در کنار الگوگیری از مدل‌های خارجی نموده‌اند (۲۰).

در مجموع می‌توان گفت که پیش‌گیری از اعتیاد، مقوله‌ای مهم و پیچیده است که نمی‌توان چشم بسته در آن گام نهاد. اطلاع از آخرین دستاوردهای علمی و در نهایت اتخاذ برنامه‌های حساب شده می‌تواند شیوه‌ای سودمند در این زمینه به حساب آید. یکی از نقص‌های موجود در زمینه پیش‌گیری از اعتیاد در ایران فقدان مطالعات تطبیقی و به تبع آن کمبود منابع فارسی در زمینه دستاوردهای علمی نوین در خصوص پیش‌گیری از اعتیاد است و این امر موجب شده است که گاه محققان بدون اطلاع از همه برنامه‌های موجود تنها به سمت رویکرد یا برنامه خاص گرایش پیدا کنند. در راستای رفع و کم رنگ کردن این نقیصه در پژوهش حاضر، محققان برآنند تا با مرور پیشینه پژوهش روش‌های پیش‌گیرانه رایج (همگانی، انتخابی و موردی)، دیدگاه‌های مطرح در زمینه روش‌های پیش‌گیری از اعتیاد (اطلاع‌رسانی، آموزش عاطفی، جان‌نشین، نفوذ اجتماعی و ...)

مردان و زنان را به ترتیب ۲۶ و ۳/۸ درصد اعلام کرده‌اند (۱۱). در مطالعات مختلف نرخ شیوع مصرف سیگار و تنباکو نوجوانان ۱۱ تا ۱۸ ساله ۱۴ درصد (۱۲)، ۲۵/۴ درصد (۱۳)، ۱۲ درصد (۱۴)، ۱۶/۹ درصد دارای تجربه مصرف سیگار و ۲/۵ درصد مصرف کننده قهار (۱۵)، تجربه مصرف ۱۸/۲ درصد و مصرف کننده قهار ۴/۴ درصد (۱۶) گزارش کرده‌اند. نتایج مطالعه کلیشادی و همکاران نشان داد که نرخ خود گزارشی مصرف سیگار در نوجوانان ۱۴/۳ درصد بود و از این تعداد ۴۲/۲ درصد مصرف روزانه و بقیه گاه به گاه داشتند (۱۷). درمان اعتیاد گران و دشوار است و سیستم درمانی جامعی با رویکردهای مختلف دارو درمانی، روان درمانی، بازپروری و بازتوانی را می‌طلبد. با این حال، با گذشت سال‌ها ثابت شده است که حتی مؤثرترین و جدیدترین شیوه‌های درمانی نیز با میزان بالایی از عود همراه است زیرا محیط بیماری‌زایی که مواد در آن به راحتی در دسترس است و شبکه اجتماعی دوستانی که حمایت کننده و تداوم بخش مصرف مواد هستند، هر پیشرفتی را که در درمان حاصل می‌شود، تحلیل می‌برد. بنابراین، جلوگیری از مبتلا شدن افراد به اعتیاد آسان‌تر از درمان آن است (۱۸). در چنین شرایطی پیش‌گیری مناسب‌ترین و منطقی‌ترین راه‌کار به شمار می‌رود. یکی از عمده اهداف مؤسسات ملی و فراملی همچون مؤسسه ملی سوء مصرف مواد آمریکا (NIDA) یا (National institute on drug abuse) و ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری ایران کمک به فهم علل سوء مصرف مواد و پیش‌گیری از شروع آن است، چرا که مصرف مواد می‌تواند نتایج منفی در حوزه‌های خانواده، مدرسه و جامعه ایجاد کند. در سال‌های اخیر، یکی از مهم‌ترین دستاوردها در حوزه نظریه‌پردازی و سیاست‌گذاری برنامه‌های پیش‌گیری در زمینه سوء مصرف مواد، تأکید بر عوامل خطر ساز و محافظت کننده به منزله یک چارچوب توصیفی و پیش‌بین است (۱۹). مطالعات پیش‌گیری در سال‌های اخیر از مقطع پیش دبستان و دبستان و دوره نوجوانی به شدت مورد توجه بوده است و در رأس امور مؤسسات مطالعاتی و

را مورد بررسی و مقایسه قرار دهند. نتایج حاصل در سه سطح فردی، خانوادگی و اجتماعی (مدرسه و دوستان) بررسی شده است.

عوامل فردی

نتایج مطالعات حاکی از آن است که عوامل خطر ساز مربوط به هوش هیجانی درون- بین فردی (۲۱)، برون‌ریزی خشم، کنترل تکانه، تمایل و کنج‌کاوی به امتحان مواد جدید (۲۲)، مصرف نوشیدنی الکلی (۲۳) در بین نوجوانان سیگاری نسبت غیر سیگاری بالاتر است. از طرفی شیوع مصرف در بین پسرها بیشتر از دخترها است (۲۵، ۲۴، ۱۳). مطالعات حاکی از رابطه نقص در توانمندی‌ها و مهارت‌های مربوط به هوش هیجانی درون- بین فردی با مصرف الکل، تنباکو و سیگار است (۲۱). از طرفی، هوش هیجانی با سازگاری اجتماعی (۲۶)، کنترل خشم و خود مهارگری (۲۷)، خود کارامدی (۲۸)، سلامت عمومی (۲۹) و خوش‌بینی و کاهش استرس (۳۰) ارتباط دارد. نقص در سلامت عمومی، کاهش توانمندی، مهارت فردی در تقلیل اثرات روانی، اختلالات روانی عامل خطر ساز برای استفاده از مهارت‌های مقابله ناکارآمد، استفاده از سیگار و مواد برای تقلیل تنش روانی و تلاش برای خود درمانی از طریق مصرف سیگار و مواد است (۳۱). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که در این فرایند شکل‌گیری رفتار پرخطر، مصرف سیگار یکی از عوامل اولیه در شروع مصرف سایر مواد همچون الکل و سایر مواد است (۳۲، ۲۳). برای مثال، مطالعه محمدی اصل و همکاران نشان داد که میزان مصرف الکل در نوجوانان سیگاری پرمصرف ۲/۷۵ برابر نوجوانان غیر سیگاری است و در مراحل پیشرفته مصرف سیگار ۴/۶۱ برابر است و این در حالی است که این نرخ برای سوء مصرف مواد به ترتیب ۰/۱۴ و ۱/۷۹ برابر بود (۲۳).

بنابراین در مجموع می‌توان گفت که عوامل خطر ساز فردی زمینه لازم را برای شروع تفننی و تفریحی مصرف سیگار ایجاد می‌کند (۳۳، ۱۳) و خود شروع مصرف سیگار

زمینه ایجاد نگرش مثبت، آمادگی ذهنی و بدنی لازم برای ورود به مصرف الکل و سایر مواد را تسهیل می‌نماید (۳۶-۱۵) و در این بین، پسر بودن احتمال درگیر شدن در مصرف سیگار و رفتارهای پرخطر بعدی همچون مصرف الکل و سایر مواد را بالا می‌برد (۳۷، ۱۵-۱۱).

عوامل خانوادگی

نتایج مطالعات نشان داده است که عوامل خطر ساز مربوط به مصرف سیگار توسط اعضای خانواده (۴۵-۱۴)، دلبستگی ایمن به پدر- مادر (۴۸-۴۶) و ساختار خانواده و اشتغال مادر خارج از منزل (۴۹-۳۸) در دو گروه نوجوانان سیگاری و غیر سیگاری متفاوت است. در توجیه چگونگی مکانیسم عمل اثر پیوند عاطفی والدین- فرزند و مصرف سیگار توسط نوجوانانی که یکی از اعضای درجه یک خانواده آن‌ها مصرف کننده است، می‌توان گفت که بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی، نوجوانی که اعضای خانواده آن‌ها و دوستان نزدیکشان اقدام به مصرف مواد می‌کنند، به احتمال زیاد از رفتارهای آن‌ها الگوبرداری می‌نمایند. از دیدگاه نظریه کنترل اجتماعی، انتظار بر آن است که نگرش مثبت به مصرف سیگار و حتی مصرف مواد در نوجوانانی که روابط عاطفی و هیجانی نزدیکی با والدین خود دارند و نظارت کافی و بهینه‌ای از طرف والدین روی رفتارهای خود دریافت می‌کنند، بسیار کمتر خواهد بود. تحقیقات زیادی به طور مجزا روی این دو نظریه در حوزه مشکلات رفتاری و رفتارهای پرخطر انجام شده است. نتایج مربوط به چگونگی عملکرد ویژگی‌های خانواده در پیش‌بینی مصرف مواد توسط نوجوانان، هنوز در تحقیقات مختلف به یک همسویی و یکپارچگی نرسیده است (۵۰). نتایج تحقیقات نشان داده است که زندگی با والدین مصرف کننده سیگار، احتمال مصرف در این فرزندان را بالا می‌برد (۵۱). بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی می‌توان گفت که نوجوانان از طریق فرایندهای مشاهده و مدل‌سازی، راهبردهای مقابله با استرس را از مراقبین خود یاد می‌گیرند (۵۲). مطالعات حاکی از آن است که نوجوانان مصرف کننده مواد، دارای نقص در

نوجوانان است (۴۴-۴۲، ۱۷، ۱۶، ۱۰). در توجیه مکانیسم اثر منفی گروه همسالان و مدرسه در مصرف مواد در نوجوانان، می‌توان گفت که در طول ۵۰ سال گذشته، چندین نظریه (مثل خرده فرهنگ گروه افراد متخلف (Delinquent subculture and gangs) در توجیه چگونگی تعامل فرد با گروه دوستان و الگو برداری از رفتار انحرافی آن‌ها ارایه شده است (۶۱-۵۸). معروف‌ترین آن‌ها، نظریه تداعی افتراقی Sutherland و همکاران است که تأکید آن بر نقش گروه دوستان در فراهم کردن نگرش و اعتقاد مثبت و پذیرا نسبت به رفتار انحرافی، ایجاد توانمندی و مهارت در خصوص عملکرد رفتاری نابهنجار است (۶۱). سایر نظریه‌ها، مفروضه‌های مشابهی در این خصوص دارد و بر نقش گروه همسالان در شکل‌گیری تعهد به انجام الگوهای رفتاری و سبک زندگی مخالف عرف جامعه تأکید می‌کند (۵۹). از طرفی، Matza گروه‌های منحرف همسالان را به عنوان یک خرده فرهنگ قلمداد می‌کند که در مقابل انجام رفتارهای نامتعارف، حمایت اجتماعی لازم را از گروه دوستان دریافت می‌کند (۵۹). در خصوص تأثیر دوستان صمیمی در گرایش به مصرف سیگار در نوجوانان، می‌توان به اهمیت پذیرش و حمایت اجتماعی دریافت شده از آن‌ها، توصیه‌ها، مشاوره‌ها، مهارت‌ها و استراتژی‌های حل مسأله و مواجهه با مشکلات دریافت شده از گروه دوستان در موقعیت‌های خطرناک، در قالب آموزه‌های غیر رسمی حاصل از شبکه اجتماعی بین گروه همسالان اشاره کرد (۶۲). Wills در توجیه مکانیسم اثر خطرناکی همسالان و دوستان در مصرف سیگار در نوجوانان نشان داد که روابط دوستی دارای کیفیت منفی مثل تضاد، درگیری و کنترل، می‌تواند عامل استرس‌زا باشد و عواطف منفی درون فردی را تشدید نماید (۶۳). همین مسأله احتمال گرایش به مصرف در افراد مستعد به لحاظ داشتن عوامل خطرناکی فردی- درونی را به عنوان وسیله‌ای برای مقابله و کاهش فشار ناشی از این رابطه منفی بالا می‌برد. در چنین شرایطی، داشتن دوستان مصرف‌کننده، امکان دسترسی به سیگار و نگرش به مصرف در نوجوانان

مهارت‌های مقابله هستند (۵۳). از نظر الگوی یادگیری اجتماعی چند مرحله‌ای، کودکان و نوجوانانی که مهارت‌های مقابله‌ای محدودی دارند، در مواجهه با استرس، همانند والدین خود از راه‌بردهای اجتناب، بی‌توجهی و بی‌خیالی مثل مصرف سیگار، الکل و مواد استفاده می‌کنند (۵۴). بر اساس این الگو، این نوجوانان دارای نقصان در مهارت‌های اجتماعی (ناتوانی برای حل تعارضات، دشواری در جذب حمایت اجماعی) در مواجهه با مسایل، دچار مشکل خواهند بود و به احتمال زیاد از سیگار، الکل و مواد به عنوان راه‌برد مواجهه استفاده خواهند کرد (۵۴). در خصوص چگونگی اثر ساختار خانواده دو والدی، تک والدی و ناپدری- نامادری و اشتغال مادر در خارج از منزل و افزایش خطر مصرف سیگار و مواد در نوجوانان، مطالعات به نقش پیوند عاطفی مادر و حضور هر دو والد برای اعمال نظارت و مدیریت رفتار نوجوان در خانواده تأکید دارد. سطوح نظارت والدین روی کودکان به عنوان متولی پایگاهی امن برای عامل اولیه حفاظت‌کننده در رفتار پرخطر عمل می‌کند (۵۵) و اعمال محدودیت، نظارت و کنترل رفتارهای نوجوان توسط والدین به خصوص مادر نقش مهمی در کاهش خطر رفتارهای انحرافی دارد (۵۶). ساختار خانواده تک والدی، زندگی با ناپدری و نامادری و اشتغال مادر خارج از منزل به دلیل اختلال در عملکرد خانواده و والدگری، به خصوص ایفای نقش تربیتی و نظارتی مادر، تضعیف پیوند عاطفی والدین- فرزند، افزایش اختلاف و تضاد بین والدین- فرزند، افزایش عوامل استرس‌زای خانوادگی، یکی از عوامل اصلی و خطرناک در شکل‌گیری رفتار پرخطر در نوجوانان است (۵۷، ۳).

عوامل اجتماعی (گروه دوستان و مدرسه)

نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که نگرش به مدرسه، وضعیت تحصیلی خود دانش‌آموز در طول ۱۲ ماه گذشته، وضعیت تحصیلی دوستان، نگرش دوستان به مواد، بازداری دوستان از مصرف سیگار و مواد و مصرف سیگار توسط دوستان از عوامل اجتماعی خطرناک مصرف سیگار در بین

بحث و نتیجه‌گیری

مؤسسه ملی سوء مصرف مواد آمریکا برای طراحی و ارایه برنامه‌های پیش‌گیری، چند اصل را در نظر گرفته است که مهم‌ترین آن‌ها عبارت از بومی‌سازی برنامه‌ها، شناسایی عوامل خطر ساز- محافظت کننده، بررسی روابط یک سویه و چند سویه بین آن‌ها است (۶۶)، بررسی اثرات این عوامل بر اساس سن، جنس، قومیت، فرهنگ، محیط اجتماعی و اقتصادی هستند (۷۱-۶۷، ۱۹). بنابراین، با توجه به اصل چندگانگی عوامل خطر ساز- محافظت کننده مصرف مواد و بررسی تمایز بین عوامل پیش‌بین و هم‌آیند، این عوامل در سه سطح فردی، خانوادگی و اجتماعی (مدرسه، دوستان و شرایط محل سکونت) بررسی شده است. کودکان زیادی هستند که هر چند در خانواده‌ها و محیط‌های پرخطر رشد می‌کنند، ولی با این حال عاری از مشکل هستند. بر اساس نتایج تحقیقات، دلیل این امر وجود عوامل حفاظت کننده‌ای است که احتمال بروز مصرف مواد مخدر را کاهش می‌دهد (۷۱). عوامل خطر ساز و محافظت کننده در تأثیرگذاری به صورت افزایشی عمل می‌کند. بنابراین، هر چه تعداد عوامل خطر ساز بیشتر باشد، حساسیت و مستعد بودن نیز بیشتر می‌شود و برعکس، تجمع عوامل محافظت کننده کاهش خطر را در بر دارد (۷۲). به عبارتی، می‌توان گفت که بررسی عوامل خطر ساز و محافظت کننده در افراد و گروه‌های مختلف به صورت منفک و مستقل از هم نمی‌تواند گویای واقعیت چند عاملی در پیش‌گیری و درمان اعتیاد باشد و برای طراحی برنامه‌ریزی‌های پیش‌گیری اثربخش بایستی مطالعات غربالگری و تشخیصی در سطح بررسی‌های چند عاملی و بومی انجام پذیرد. نتایج تحقیقات قبل نشان داده است که از نظر مصرف مواد توسط اعضای خانواده بین دانش‌آموزان مصرف کننده و غیر مصرف کننده مواد تفاوت معنی‌داری وجود دارد و زندگی با والدین مصرف کننده مواد و سیگار، احتمال مصرف در این فرزندان آن‌ها را بالا می‌برد (۵۱). بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی، می‌توان گفت که نوجوانان از طریق فرایندهای مشاهده و مدل‌سازی، راه‌بردهای مقابله با

دارای انگیزه قبلی برای مصرف را به عنوان مکانیسم مقابله با ناکامی‌ها و نامالیمات زیاد می‌کند. به لحاظ نظری، رابطه با هم‌سالان در کنار عوامل خانوادگی در سوء مصرف مواد نوجوانان بسیار مهم است. این دو عامل، دو گروه اولیه‌ای هستند که نگرش‌ها و رفتار در آن توسط نوجوانان آموخته می‌شوند. بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی، افراد مصرف مواد را از گروه‌های غیر رسمی و کوچک تجربه می‌کنند (۶۴). در این محیط‌های صمیمی و عاطفی است که افراد از طریق تقلید و تقویت الگوهای رفتاری نگرش‌های مثبت و منفی نسبت به مواد را یاد می‌گیرند (۶۵). بسیاری از نظریه‌های یادگیری اجتماعی روی هم‌سالان تمرکز دارد، چون نوجوانان توجه و اهمیت زیادی به گروه دوستان می‌دهند و در این دوره سعی می‌کنند تا مستقل از خانواده عمل کنند. در این دوره نیز، اهمیت خانواده در خصوص یادگیری نگرش و رفتارهای معطوف به مواد کم اهمیت نیست. در نظریه تداعی افتراقی (Sutherland's theory of differential association) Sutherland، یادگیری بر اساس فراوانی، طول مدت، شدت، اولویت و تقدم تعامل‌های اجتماعی تعریف می‌شود (۶۱). نوجوانان در این برهه از رشد، به احتمال زیاد نگرش مثبت‌تری به مواد پیدا می‌کنند، اگر به طور مکرر با افراد مصرف کننده و دارای نگرش مثبت به مواد در ارتباط باشند. اگر این تعامل‌ها در طولانی مدت اتفاق بیافتد، درونی‌سازی نگرش‌ها و رفتارهای مثبت نسبت به مواد به احتمال زیاد بیشتر خواهد شد. از طرف دیگر، میزان احتمال گرایش به مواد در نوجوانان با قوی‌تر و شدیدتر شدن میزان این تعامل بالا می‌رود. این تعامل‌های عمیق بیشتر در گروه‌های اولیه‌ای چون خانواده و دوستان اتفاق می‌افتد و نوجوانان به احتمال زیاد به عقاید و رفتارهای کسانی بیشتر بها می‌دهند و ارزش‌های آن‌ها را بیشتر می‌پذیرند که رابطه عاطفی بیشتری با آن‌ها داشته باشند و اگر این افراد در تعامل با نوجوانان نگرش مثبت و رفتار حاکی از مصرف مواد داشته باشند، احتمال ارتکاب این رفتارها توسط نوجوان بالا می‌رود.

تشدید آن در نوجوانان از نظر الگوی یادگیری اجتماعی چندمرحله‌ای، گروه همسالان مشوق و درگیر مصرف مواد است (۵۴). نوجوانانی که احتمال بالایی در پیوند دوستی با گروه همسالان منحرف دارند، آن‌هایی هستند که در مهارت‌های اجتماعی نقص دارند (مثل بی‌مبالاتی و بی‌نزاکتی در گفتار و رفتار، عدم همکاری و مشارکت گروهی و عدم هم‌نویی و همدردی با دیگران) و توسط دیگر کودکان و نوجوانان مورد پذیرش اجتماعی قرار نمی‌گیرند. مطالعات حاکی از آن است که یکی از قوی‌ترین عوامل پیش‌بینی در شروع مصرف مواد در نوجوانان، پیوند دوستی با همسالان مصرف‌کننده مواد است و نقش بافت اجتماعی و محل سکونت در دسترسی به این نوع پیوندهای دوستی و دسترسی به مواد خیلی مهم است (۷۹). در هر دو نظریه یادگیری اجتماعی و کنترل اجتماعی، روابط نوجوانان با والدین و همسالان یک موضوع حساس و قابل تأمل در پیش‌بینی مصرف یا عدم مصرف مواد توسط نوجوانان است. بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی، نوجوانی که اعضای خانواده آن‌ها و دوستان نزدیک‌شان اقدام به مصرف مواد می‌کنند، به احتمال زیاد از رفتارهای آن‌ها الگوبرداری می‌نمایند. از دیدگاه نظریه کنترل اجتماعی، انتظار بر آن است که نگرش مثبت به مصرف مواد و حتی مصرف مواد در نوجوانانی که روابط عاطفی و هیجانی نزدیکی با والدین خود دارند و نظارت کافی و بهینه‌ای از طرف والدین روی رفتارهای خود دریافت می‌کنند، بسیار کمتر خواهد بود. تحقیقات زیادی به طور مجزا روی این دو نظریه در حوزه مشکلات رفتاری و رفتارهای پرخطر انجام شده است. نتایج مربوط به چگونگی عملکرد ویژگی‌های خانواده در پیش‌بینی مصرف مواد توسط نوجوانان، هنوز در تحقیقات مختلف به یک همسویی و یکپارچگی نرسیده است (۵۰). ارزیابی مدل عوامل خطر و محافظت‌کننده پژوهش حاضر، با تأکید و تمرکز بر عوامل خانوادگی و همسالان با یکپارچه‌سازی و همه‌بینی همزمان متغیرها و مفاهیم بنیادی مستقل در قالب عوامل خطر ساز مؤثر در پیش‌بینی سوء مصرف مواد در قالب مفاهیم نظریه رفتار

استرس را از مراقبین خود یاد می‌گیرند (۵۲). مطالعات حاکی از آن است که نوجوانان مصرف‌کننده مواد، دارای نقص در مهارت‌های مقابله هستند (۵۳). از نظر الگوی یادگیری اجتماعی چند مرحله‌ای، کودکان و نوجوانانی که مهارت‌های مقابله‌ای محدودی دارند، در مواجهه با استرس، همانند والدین خود از راهبردهای اجتناب، بی‌توجهی و بی‌خیالی مثل مصرف الکل و مواد استفاده می‌کنند (۵۴). بر اساس این الگو، این نوجوانان دارای نقصان در مهارت‌های اجتماعی (ناتوانی برای حل تعارضات، دشواری در جذب حمایت اجتماعی)، در مواجهه با مسایل دچار مشکل خواهند بود و به احتمال زیاد از الکل و مواد به عنوان راهبرد مواجهه استفاده خواهند کرد (۵۴). در توجیه مکانیسم اثر، محیط زندگی بر افزایش خطر ارتکاب رفتار پرخطر می‌توان گفت که مدل بوم‌شناسی اجتماعی (Social ecology model) (۷۳) و نظریه رفتار مشکل (۷۴)، هر دو بر این نظر هستند که چندین بعد، شامل عوامل فردی و بافت‌شناختی بر میزان خطرپذیری رفتارهای مشکل‌آفرین (مثل شروع مصرف مواد) در نوجوانان مؤثر هستند. بر اساس این دو نظریه، عوامل نامتعارف محل زندگی باعث افزایش خطر شروع مصرف و سایر عوامل اجتماعی (مثل فرزندپروری کارآمد و نظارت والدینی) به عنوان عوامل مقاومت باعث کاهش میزان خطر می‌شوند. مطالعات قبلی نشان می‌دهد که کودکان محله‌های پرخطر، دارای شاخصه‌های فقر، بیکاری، جرم و مصرف مواد هستند و برون‌دادهای درمانی و مداخله ضعیف‌تری در مقایسه با کودکان محیط‌های سالم نشان می‌دهند (۷۵). یک توجیه برای مکانیسم عمل در این شرایط آن است که آشفتگی اجتماعی در محیط‌های پرخطر، مواجهه افراد با همسالان منحرف (۷۶)، وجود فعالیت‌ها و اعمال نامتعارف اجتماعی (۷۷)، مشاهده الگوهای رفتاری نامتعارف مثل مصرف مواد (۷۵)، دسترسی محدود و ناکافی به منابع مثبت اجتماعی (مثل حمایت اجتماعی و شبکه اجتماعی) و فرصت‌های محدود مشارکت در فعالیت و یادگیری اجتماعی جمع‌گرای سازنده و پویا (۷۸) می‌گردد. مهم‌ترین عامل در شروع مصرف مواد و

پرخطر انجام می‌گیرد. در این الگو، عوامل محافظت‌کننده سوء مصرف مواد متغیرهایی است که مثل سپر دفاعی در مقابل شروع مصرف و تداوم مصرف عمل می‌نماید. متغیرهای محافظت‌کننده شاخص‌هایی مثل کفایت و شایستگی‌های اجتماعی، دلبستگی و پیوند عاطفی هیجانی مثبت با والدین، انگیزه تحصیل در مقاطع عالی، انسجام و پیوند با همسالان و محیط زندگی تعریف می‌شود. عوامل خطرناک نیز همبسته‌های شاخص سوء مصرف مواد از جمله محیط خانوادگی آشفته، افت یا شکست تحصیلی، رفتارهای پرخطرانه، وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین و همسالان منحرف و مصرف مواد توسط والدین است. در این الگو رفتارهای انحرافی برای نوجوانان کارکردهای روانی اجتماعی دارد و درگیر شدن در رفتارهای انحرافی مثل اعتیاد و مشکلات رفتاری ناشی از مستعد بودن آن‌ها به لحاظ تعامل نظام‌های محیط اجتماعی، خانوادگی، عوامل رفتاری و شخصیتی آن‌ها است که در نهایت تعامل این مؤلفه‌ها باعث بازداری یا برانگیختگی آن‌ها در ارتکاب به رفتارهای پرخطر می‌گردد. به لحاظ نظری، رابطه با همسالان در کنار عوامل خانوادگی در سوء مصرف مواد نوجوانان بسیار مهم است. این دو عامل، دو گروه اولیه‌ای است که نگرش‌ها و رفتار در آن توسط نوجوانان آموخته می‌شود. بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی (Social learning theory)، افراد مصرف مواد را از گروه‌های غیر رسمی و کوچک تجربه می‌کنند (۶۴). در این محیط‌های صمیمی و عاطفی است که افراد از طریق تقلید و تقویت الگوهای رفتاری، نگرش‌های مثبت و منفی نسبت به مواد را یاد می‌گیرند (۶۵). در خانواده‌هایی که از الکل و مواد استفاده می‌کنند، نوجوانان مصرف مواد و الکل را مثبت ارزیابی کرده‌اند و نگرش مثبت به آن پیدا می‌کنند (۸۰). بسیاری از نظریه‌های یادگیری اجتماعی روی هم‌سالان تمرکز دارد، چون نوجوانان توجه و اهمیت زیادی به گروه دوستان می‌دهند و در این دوره سعی می‌کنند تا مستقل از خانواده عمل کنند. در این دوره نیز، اهمیت خانواده در خصوص یادگیری نگرش و رفتارهای معطوف به مواد کم

اهمیت نیست. در نظریه تداعی افتراقی (Sutherland's theory of differential association)، یادگیری بر اساس فراوانی، طول مدت، شدت، اولویت و تقدم تعامل‌های اجتماعی تعریف می‌شود (۶۱). نوجوانان در این برهه از رشد، به احتمال زیاد نگرش مثبت‌تری به مواد پیدا می‌کنند، اگر به طور مکرر با افراد مصرف‌کننده و دارای نگرش مثبت به مواد در ارتباط باشند. اگر این تعامل‌ها در طولانی مدت اتفاق بیافتد، درونی‌سازی نگرش‌ها و رفتارهای مثبت نسبت به مواد به احتمال زیاد بیشتر خواهد شد. از طرف دیگر، میزان احتمال گرایش به مواد در نوجوانان با قوی‌تر و شدیدتر شدن میزان این تعامل بالا می‌رود. این تعامل‌های عمیق بیشتر در گروه‌های اولیه‌ای چون خانواده و دوستان اتفاق می‌افتد و نوجوانان به احتمال زیاد به عقاید و رفتارهای کسانی بیشتر بها می‌دهند و ارزش‌های آن‌ها را بیشتر می‌پذیرند که رابطه عاطفی بیشتری با آن‌ها داشته باشند و اگر این افراد در تعامل با نوجوانان نگرش مثبت و رفتار حاکی از مصرف مواد داشته باشند، احتمال ارتکاب این رفتارها توسط نوجوان بالا می‌رود. هر چند که خانواده اولین گروه اجتماعی همه انسان‌ها است و نقش افراد مهم زندگی در آن بیشتر است، در دوره نوجوانی گروه دوستان همسو با خانواده گاهی با آن در رقابت و گاهی از آن پیشی می‌گیرد (۵۰). در کنار نظریه یادگیری اجتماعی، فرضیه بنیادی و حاکم بر نظریه کنترل اجتماعی (Social control theory) آن است که رفتارهای انحرافی، طبیعی و نوعی هم‌نوایی با محیط اجتماعی محسوب می‌شود (۶۴). مسأله ضمنی این نظریه آن است که نوجوانان رفتارهای تکانشی نسبت به رفتارهای انحرافی دارند و اگر کنترل‌های رفتاری اجتماع پسندی از طرف خانواده‌ها و سایر مؤسسه‌های اجتماعی متولی مسایل نوجوانان برای آن‌ها ایجاد نشود، به طور طبیعی آن‌ها بر اساس همین میل و نیروی درونی انحرافی خود عمل خواهند کرد (۸۱). در بافت سوء مصرف مواد در نوجوانان، نظریه‌پردازان کنترل اجتماعی معتقدند زمانی که نوجوانان به والدین خود به لحاظ عاطفی، اجتماعی و شناختی نزدیک‌تر

رفتار مصرف مواد و الکل است (۸۶، ۸۷). در این پژوهش مشخص گردید که دانش‌آموزان مصرف‌کننده مواد، دارای هوش هیجانی درون فردی و بین فردی پایین‌تری نسبت به دانش‌آموزان غیر مصرف‌کننده مواد هستند. پژوهش‌ها حاکی از آن است که نوجوانان مصرف‌کننده مواد در مواجهه با رویدادهای تنیدگی‌زا به دلیل نابدباری، به جای رویکرد شناختی مؤثر از راه‌بردهای هیجانی ناکارآمد استفاده می‌کنند و از هیجان‌خواهی بالایی برخوردار هستند. آن‌ها با تفکرات غیر منطقی خود، شرایط نامساعد را تغییرناپذیر تصور کرده‌اند و به همین دلیل در برابر ناکامی‌ها و سختی‌ها خیلی زود تحمل خود را از دست می‌دهند. همچنین احساس مسؤولیت، احتیاط و ملاحظه‌کاری در آن‌ها کمتر دیده می‌شود، بیشتر رفتارهای تکانشی از خود بروز می‌دهند. این نوجوانان افرادی حساس، زودرنج، تلقین‌پذیر، دارای اراده ضعیف و فاقد انضباط اجتماعی هستند و اغلب برای امور غیر درسی ارزش بیشتری قایلند (۸۸). در توجیه اثر عوامل خانوادگی بر مصرف مواد توسط نوجوانان، می‌توان گفت که در نظریه کنترل هیرشچی (به نقل از Wilson) رفتار انحرافی به دلیل فشار نیروهای بیرونی برای عمل در جهت رفتار انحرافی نیست، بلکه ناشی از ضعف و نقص در منابع و کنترل‌های درونی روی رفتار است (۸۹). تأکید نظریه کنترل روی تغییرات و تفاوت در پیوند عاطفی و دلبستگی خانواده و مدرسه به عنوان ساختارهای اولیه و متولیان رفتار عرفی در جامعه است. مشکل بر سر این مسأله نیست که عامل خطر ساز در تحریک افراد انجام رفتار انحرافی چیست، بلکه مسأله آن است که منابع درونی کنترل رفتار تا چه حد توان مقابله با محرک‌های بیرونی را دارد (۸۲). بنابراین، حامیان این نظریه فرض بر آن دارند که تأثیر والدین روی رفتار انحرافی صرف نظر از ارتباط فرزند با گروه‌های هم‌سالان، بسیار نیرومند و به شکل مستقیم است (۹۰). در تبیین رابطه پیوند عاطفی والد-فرزند، می‌توان گفت که دلبستگی ایمن زمانی شکل می‌گیرد که کودک انگاره دلبستگی خود را پاسخ‌گو، پذیرا و در دسترس بیابد. وقتی کودک انگاره دلبستگی خود را پاسخ‌گو،

باشند، آن‌ها قید و بندهای بیشتری در انجام رفتارهای انحرافی دارند تا والدین خود را راضی‌تر نگه دارند. به همین دلیل، اگر والدین نگرش منفی نسبت به مواد داشته باشند، به احتمال زیاد نوجوانان نیز از آن دوری می‌کنند و اگر رابطه عاطفی بین والدین و نوجوان، میزان نظارت، هدایت و مدیریت رفتار توسط والدین روی کودک و نوجوان ضعیف باشد، نوجوانان در گرایش به مصرف و تجربه مصرف مواد محدودیت کمتری احساس می‌کنند. همچنین، زمانی که نظارت والدین بالا باشد، به دلیل این که نوجوانان همیشه والدین خود را ناظر بر رفتارهای خود می‌دانند، با پیش گرفتن از رفتارهای اجتماع‌پسند، کمتر سراغ مواد می‌روند (۸۲). البته نباید فراموش کرد که نظارت، پیوند عاطفی و هدایت نوجوان زمانی می‌تواند به عنوان سپر دفاعی در برابر تجربه مصرف مواد توسط نوجوان عمل کند که نگرش و رفتار والدین نسبت به مواد منفی باشد و والدین رفتارهای انحرافی نوجوان را مدیریت کنند. بخش عمده‌ای از تحقیقات قبلی مربوط به هیجان‌ات و عواطف فردی در زمینه مصرف مواد نوجوانان روی عوامل پیش‌بینی‌کننده افسردگی، مشکلات عاطفی، اضطراب و خشم متمرکز شده است (۸۳، ۸۴). این نتایج بیشتر تأیید کننده فرضیه خود درمانی (Self-medication hypothesis) در خصوص پیشایندهای مصرف الکل و مواد توسط نوجوانان به عنوان وسیله‌ای برای مقابله، تسکین، تنظیم و کاهش فشار و اثرات عواطف منفی در نوجوانان است (۸۵). علاوه بر مکانیسم خود درمانی، نظریه خود تحقیری (Kaplan's self-derogation theory) Kaplan نیز مکانیسم عمل عواطف منفی و هیجان‌ات روی مصرف مواد در نوجوانان را توجیه کرده است (۸۶). بر اساس این نظریه، نوجوانان دارای تجربه عواطف منفی نسبت به خود، ممکن است که با گرایش به گروه هم‌سالان نامتعارف سعی کنند تا احساس پذیرش اجتماعی و احساس خود ارزشمندی لازم را کسب کنند. اغلب، در این بافت از هم‌سالان، امکان مواجهه با دوستان و افراد مصرف‌کننده مواد، خود مشوق، الگو و تقویت‌کننده درگیر شدن نوجوان با

مسئولیت‌پذیر و در دسترس نداند، سبک دلبستگی ناایمن پدید می‌آید. راه‌بردهای کودکانی دارای سبک دلبستگی ناایمن برای غلبه بر عواطف منفی، در طیفی از کوشش‌ها برای بیشینه یا کمینه کردن نیازهای دلبستگی قرار می‌گیرد. هر دوی این راه‌بردها ممکن است که کودکان را در معرض خطر بیشتر آسیب‌پذیری قرار دهد. Gordon (به نقل از Averill) در یک بررسی برای تعیین و طبقه‌بندی عوامل ایجاد کننده عود مکرر در معتادان به این نتیجه رسید که تجربه و رویارویی با عواطف و رویدادهای منفی مهم‌ترین نقش را در عود مکرر بازی می‌کنند (۹۱). به نظر می‌رسد که افراد ناایمن برای فرو نشانی عواطف منفی و رویدادهای آسیب‌زایی که تجربه می‌کنند، شاید بیش از افراد ایمن از سوء مصرف مواد به عنوان یک مکانیسم خود درمانی استفاده می‌کنند. نتایج پژوهش‌ها نشان داد که نگرش منفی به مدرسه و تعهد پایین نسبت به آن، از عوامل مؤثر در گرایش به رفتار مصرف مواد در نوجوانان است (۹۲، ۹۳). از طرفی، میزان معاشرت با دوستان و افراد مصرف کننده مواد از عوامل خطر ساز در افزایش میزان گرایش به مصرف مواد است (۹۴، ۹۳). در تحقیق انستیتو ملی سوء مصرف مواد مشخص گردید که شکست تحصیلی یا فرار از مدرسه با بروز مصرف مواد ارتباط دارد (۲۰). مشکلات تحصیلی و فشار مدرسه بر این نوجوانان سبب می‌گردد که آن‌ها با محیط مدرسه احساس بیگانگی کنند و در جستجوی راهی برای رهایی از این احساس بیگانگی گردند که یکی از آن‌ها می‌تواند داشتن هم‌سالان مشابه باشد. در توجیه مکانیسم اثر منفی گروه هم‌سالان و

مدرسه در مصرف مواد در نوجوانان می‌توان گفت که در طول ۵۰ سال گذشته چندین نظریه (مثل خرده فرهنگ گروه افراد متخلف یا Delinquent subculture and gangs) در توجیه چگونگی تعامل فرد با گروه دوستان و الگو برداری از رفتار انحرافی‌ها آن‌ها ارایه شده است (۹۸-۹۵). معروف‌ترین آن‌ها نظریه تداعی افتراقی Sutherland است که تأکید آن بر نقش گروه دوستان در فراهم کردن نگرش و اعتقاد مثبت و پذیرا نسبت به رفتار انحرافی، ایجاد توانمندی و مهارت در خصوص عملکرد رفتاری نابهنجار است (۶۱). سایر نظریه‌ها، مفروضه‌های مشابهی در این خصوص دارد و بر نقش گروه هم‌سالان در شکل‌گیری تعهد به انجام الگوهای رفتاری و سبک زندگی مخالف عرف جامعه دارند (۹۷). از طرفی، Matza گروه‌های منحرف هم‌سالان را به عنوان یک خرده فرهنگ قلمداد می‌کند که در مقابل انجام رفتارهای نامتعارف، حمایت اجتماعی لازم را از گروه دوستان دریافت می‌کند (۵۹). مطالعات نشان داده‌اند که نوجوانان درگیر، ارتباط با هم‌سالان مصرف کننده مواد به احتمال بیشتری درگیر رفتار مصرف مواد خواهند شد (۹۹). در خصوص تأثیر دوستان صمیمی در گرایش به مصرف مواد در نوجوانان می‌توان به اهمیت پذیرش و حمایت اجتماعی دریافت شده از آن‌ها، توصیه‌ها، مشاوره‌ها، مهارت‌ها و استراتژی‌های حل مسأله و مواجهه با مشکلات دریافت شده از گروه دوستان در موقعیت‌های خطرناک، در قالب آموزه‌های غیر رسمی حاصل از شبکه اجتماعی بین گروه هم‌سالان اشاره کرد (۱۰۰).

References

1. Greydanus DE, Patel DR. Substance abuse in adolescents: a complex conundrum for the clinician. *Pediatr Clin North Am* 2003; 50(5): 1179-223.
2. Johnston JD. *Monitoring the future: National survey results on drug use, 1975-2008*. Collingdale, PA: DIANE Publishing; 2010.
3. Barrett AE, Turner RJ. Family structure and substance use problems in adolescence and early adulthood: examining explanations for the relationship. *Addiction* 2006; 101(1): 109-20.
4. Kuntsche EN, Silbereisen RK. Parental closeness and adolescent substance use in single and two-parent families in Switzerland. *Swiss Journal of Psychology* 2004; 63(2): 85-92.
5. Kaidbey KH, Barnes A. Determination of UVA protection factors by means of immediate pigment darkening in normal skin. *J Am Acad Dermatol* 1991; 25(2 Pt 1): 262-6.

6. Mason WA, Kosterman R, Haggerty KP, Hawkins JD, Redmond C, Spoth RL, et al. Gender moderation and social developmental mediation of the effect of a family-focused substance use preventive intervention on young adult alcohol abuse. *Addict Behav* 2009; 34(6-7): 599-605.
7. Substance Abuse, Mental Health Services Administration. Results from the 2005 national survey on drug use and health: National findings. Office of Applied Studies, NSDUH Series H-30 ,DHHS Publication No. SMA 06-4194. (Online). 2006; Available from URL: <http://www.samhsa.gov/data/nsduh/2k5nsduh/2k5results.pdf>
8. Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O, et al. Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. (Online). 2004; Available from URL: http://www.euro.who.int/-data/assets/pdf_file/0008/110231/e82923.pdf
9. Refaat A. Practice and awareness of health risk behaviour among Egyptian university students. *East Mediterr Health J* 2004; 10(1-2): 72-81.
10. Eslami AA, Ghofranipour F, Bonab BG, Zadeh DS, Shokravi FA, Tabatabaie MG. Health problem behaviors in Iranian adolescents: a study of cross-cultural adaptation, reliability, and validity. *J Res Med Sci* 2010; 15(3): 155-66.
11. Ahmadi J, Khalili H, Jooybar R, Namazi N, Mohammadaghvaei P . Epidemiology of cigarette smoking among general population. Proceeding of the 5th Iranian Congress of Research in Psychiatry and Psychology; 1998 Feb 28-Mar 3; Tehran, Iran. (In Persian).
12. Moussawi SGH, Omidi M. Substance Abuse the last year high boys and their parents (Isfahan 1998). Proceeding of the 4th Iranian Seminar Children and Adolescents Mental Health; 2000 Oct 18-20; Zanjan, Iran. [In Persian].
13. Ahmadi J, Hasani M. Prevalence of substance use among Iranian high school students. *Addict Behav* 2003; 28(2): 375-9.
14. Barikani A. High risk behaviors in adolescent students in Tehran. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2008; 14(2): 192-8. [In Persian].
15. Alireza AS, Mohammadpoorasl A, Rajaeifard A. Predicting the stages of smoking acquisition in the male students of Shiraz's high schools, 2003. *Nicotine Tob Res* 2005; 7(6): 845-51.
16. Mohammad PA, Vahidi R, Fakhari A, Rostami F, Dastghiri S. Substance abuse in Iranian high school students. *Addict Behav* 2007; 32(3): 622-7.
17. Kelishadi R, Ardalan G, Gheiratmand R, Majdzadeh R, Delavari A, Heshmat R, et al. Smoking behavior and its influencing factors in a national-representative sample of Iranian adolescents: CASPIAN study. *Prev Med* 2006; 42(6): 423-6.
18. Botvin GJ, Baker E, Dusenbury L, Botvin EM, Diaz T. Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *JAMA* 1995; 273(14): 1106-12.
19. Hawkins JD, Catalano RF, Arthur MW. Promoting science-based prevention in communities. *Addict Behav* 2002; 27(6): 951-76.
20. National Institute on Drug Abuse. Preventing drug abuse among children and adolescents. (Online). 2003; Available from URL: <http://www.drugabuse.gov/publications/preventing-drug-abuse-among-children-adolescents>
21. Trinidad DR, Unger JB, Chou CP, Azen SP, Johnson CA. Emotional intelligence and smoking risk factors in adolescents: interactions on smoking intentions. *J Adolesc Health* 2004; 34(1): 46-55.
22. Jabbari Beyrami H, Bakhshian F, Vahidi R, Mohammadpour Asl A. High risk behaviors and attitudes of secondary school students in Tabriz toward drugs of abuse. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2008; 14(3): 350-4. (In Persian).
23. Mohammadpoorasl A, Fakhari A, Rostami F, Vahidi R. Predicting the initiation of substance abuse in Iranian adolescents. *Addict Behav* 2007; 32(12): 3153-9.
24. Taylor M, Jinabhai CC, Naidoo K, Kleinschmidt I, Dlamini SB. An epidemiological perspective of substance use among high school pupils in rural KwaZulu-Natal. *S Afr Med J* 2003; 93(2): 136-40.
25. De MD, Formigoni ML. Drug use by Brazilian students: associations with family, psychosocial, health, demographic and behavioral characteristics. *Addiction* 2004; 99(5): 570-8.
26. Engelberg E, Sjoberg L. Emotional intelligence, affect intensity, and social adjustment. *Personality and Individual Differences* 2004; 37(3): 533-42.
27. Ramazani V, Abdollahi MH. The relashin between emotional intelligence, anger expression and control in students. *Journal of Psychology* 2006; 10(1): 66-83. [In Persian].
28. Chan RW. Perceived emotional intelligence and self-efficacy among Chinese secondary school teachers in Hong Kong. *Personality and Individual Differences* 2004; 36(8): 1781-95.

29. Austin EJ, Saklofske DH, Egan V. Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences* 2005; 38(3): 547-58.
30. Extremera N, Dura'n A, Rey L. Perceived emotional intelligence and dispositional optimism-pessimism: Analyzing their role in predicting psychological adjustment among adolescents. *Personality and Individual Differences* 2007; 42(6): 1069-76.
31. Marsiglia FF, Kulis S, Nieri T, Parsai M. God forbid! Substance use among religious and non-religious youth. *Am J Orthopsychiatry* 2005; 75(4): 585-98.
32. Torabi MR, Bailey WJ, Majd-Jabbari M. Cigarette smoking as a predictor of alcohol and other drug use by children and adolescents: evidence of the "gateway drug effect". *J Sch Health* 1993; 63(7): 302-6.
33. Ahmadi J, Alishahi M, Alavi M. Substance use disorders in a sample of Iranian secondary school students. *Social Indicators Research* 2004; 65(3): 355-60.
34. Ahmadi J, Ostovan M. Substance use among Iranian male students. *International Journal of Drug Policy* 2002; 13(6): 511-2.
35. Poikolainen K, Tuulio-Henriksson A, Aalto-Setälä T, Marttunen M, Lonnqvist J. Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: a 5-year follow-up of 15-19-year-old Finnish adolescents. *Alcohol Alcohol* 2001; 36(1): 85-8.
36. Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Ahlstrom S, Balakireva, Kokkevi A, et al. The 1999 ESPAD report: alcohol and other drug use among students in 30 European Countries. (Online). 2000; Available from URL: <http://www.drugsandalcohol.ie/5030/>
37. Ziaadini H, Zare-zadeh A, Heshmati F. The prevalence Rate of Substance Abuse and Addiction and Some Relevant Factors among Junior and Senior High School Students in Kerman City (2000-2001). *J Kerman Univ Med Sci* 2006; 13(2): 84-94. [In Persian].
38. Jacob T, Moser RP, Windle M, Loeber R, Stouthamer-Loeber M. A new measure of parenting practices involving preadolescent- and adolescent-aged children. *Behav Modif* 2000; 24(5): 611-34.
39. Jacobson KC, Crockett LJ. Parental monitoring and adolescent adjustment: An ecological perspective. *Journal of Research on Adolescence* 2000; 10(1): 65-97.
40. McGee R, Williams S, Poulton R, Moffitt T. A longitudinal study of cannabis use and mental health from adolescence to early adulthood. *Addiction* 2000; 95(4): 491-503.
41. Tobacco use among youth: a cross country comparison. *Tob Control* 2002; 11(3): 252-70.
42. Yorulmaz F, Akturk Z, Dagdeviren N, Dalkilic A. Smoking among adolescents: relation to school success, socioeconomic status nutrition and self-esteem. *Swiss Med Wkly* 2002; 132(31-32): 449-54.
43. Fleming CB, Kim H, Harachi TW, Catalano RF. Family processes for children in early elementary school as predictors of smoking initiation. *J Adolesc Health* 2002; 30(3): 184-9.
44. Kobus K. Peers and adolescent smoking. *Addiction* 2003; 98(Suppl 1): 37-55.
45. Bird Y, Moraros J, Olsen LK, Forster-Cox S, Staines-Orozco H, Buckingham RW. Smoking practices, risk perception of smoking, and environmental tobacco smoke exposure among 6th-grade students in Ciudad Juarez, Mexico. *Nicotine Tob Res* 2007; 9(2): 195-203.
46. Miller L, Davies M, Greenwald S. Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the National Comorbidity Survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39(9): 1190-7.
47. Botvin GJ. Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors. *Addict Behav* 2000; 25(6): 887-97.
48. Galanter M, Dermatis H, Bunt G, Williams C, Trujillo M, Steinke P. Assessment of spirituality and its relevance to addiction treatment. *J Subst Abuse Treat* 2007; 33(3): 257-64.
49. Hartos JL, Eitel P, Haynie D, Simons-Morton B. Can I take the car? Relations among parenting practices and adolescent problem-driving practices. *Journal of Adolescent Research* 2000; 15(3): 52-67.
50. Bahr SJ, Hoffmann JP, Yang X. Parental and peer influences on the risk of adolescent drug use. *J Prim Prev* 2005; 26(6): 529-51.
51. Ohannessian CM, Hesselbrock VM. Do personality characteristics and risk taking mediate the relationship between paternal substance dependence and adolescent substance use? *Addict Behav* 2007; 32(9): 1852-62.
52. Bandura A. *Social learning theory*. 2nd ed. New Jersey, US: Prentice Hall; 1977.
53. Wills TA. Stress and coping in early adolescence: relationships to substance use in urban school samples. *Health Psychol* 1986; 5(6): 503-29.

54. Simons RL, Conger RD, Whitbeck LB. Multistage social learning model of the influences of family and peers upon adolescent substance abuse. *Journal of Drug Issues* 1988; 18(3): 293-315.
55. Dishion TJ, McMahon RJ. Parental monitoring and the prevention of child and adolescent problem behavior: a conceptual and empirical formulation. *Clin Child Fam Psychol Rev* 1998; 1(1): 61-75.
56. Magoon ME, Ingersoll GM. Parental modeling, attachment, and supervision as moderators of adolescent gambling. *J Gambl Stud* 2006; 22(1): 1-22.
57. Amey CH, Albrecht SL. Race and ethnic differences in adolescent drug use: The impact of family structure and the quantity and quality of parental interaction. *Journal of Drug Issues* 1998; 28(2): 283-98.
58. Cloward RA, Ohlin LE. *Delinquency and opportunity: A theory of delinquent gangs*. New York, US: Free Press; 1960.
59. Matza D. *Delinquency and drift*. New Jersey, US: Transaction Publishers; 1964.
60. Short JF. *Gang delinquency and delinquent subcultures*. New York, US: Harper & Row; 1968.
61. Sutherland EH, Cressey DR, Luckenbill DF. *Principles of criminology*. 11th ed. Lanham, Maryland: Altamira Press; 1992.
62. Brown BB, Dolcini MM, Leventhal A. Transformations in peer relationships at adolescence: Implications for health-related behavior. In: Schulenberg J, Maggs JL, Hurrelmann K, editors. *Health risks and developmental transitions during adolescence*. 1st ed. London, UK: Cambridge University Press; 1997.
63. Wills TA. Social support and interpersonal relationships. In: Clark MS, Editor. *Prosocial behavior (The review of personality and social psychology)*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc; 1990.
64. Akers RL, Sellers CS. Deterrence and rational choice theories. In: Akers RL, Sellers CS, editors. *Criminological theories: Introduction, evaluation, and application*. 4th ed. Butterworth, Malaysia: Roxbury Pub; 2004. p. 17-43.
65. Reed MD, Rountree PW. Peer pressure and adolescent substance use. *Journal of Quantitative Criminology* 1997; 13(2): 143-80.
66. Wills TA, Vaccaro D, McNamara G, Hirky AE. Escalated substance use: a longitudinal grouping analysis from early to middle adolescence. *J Abnorm Psychol* 1996; 105(2): 166-80.
67. Beauvais F, Jumper-Thurman P, Helm H, Plested B, Burnside M. Surveillance of drug use among American Indian adolescents: patterns over 25 years. *J Adolesc Health* 2004; 34(6): 493-500.
68. Kulis S, Napoli M, Marsiglia FF. Ethnic pride, biculturalism, and drug use norms of urban American Indian adolescents. *Soc Work Res* 2001; 26(2): 101-12.
69. Nation M, Heflinger CA. Risk factors for serious alcohol and drug use: the role of psychosocial variables in predicting the frequency of substance use among adolescents. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2006; 32(3): 415-33.
70. Dishion TJ, McCord J, Poulin F. When interventions harm. Peer groups and problem behavior. *Am Psychol* 1999; 54(9): 755-64.
71. Committee on Substance Abuse Prevention Research, National Research Council. *Preventing drug abuse: What do we know?* Washington, DC: National Academies Press; 1993.
72. Pandina RJ. Risk and protective factor models in adolescent drug use: Putting them to work for prevention. *Proceeding of the National Conference on Drug Abuse Prevention Research: Presentations, Papers, and Recommendations*; 1996 Oct 19-20; Washington, DC.
73. Kumpfer KL, Turner CW. The social ecology model of adolescent substance abuse: implications for prevention. *Int J Addict* 1990; 25(4A): 435-63.
74. Jessor R. Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. *J Adolesc Health* 1991; 12(8): 597-605.
75. Burlew AK, Johnson CS, Flowers AM, Peteet BJ, Griffith-Henry KD, Buchanan ND. Neighborhood risk, parental supervision and the onset of substance use among african american adolescents. *Journal of Child and Family Studies* 2009; 18(6): 680-9.
76. Bowman MA, Prelow HM, Weaver SR. Parenting behaviors, association with deviant peers, and delinquency in African American adolescents: A mediated-moderation model. *Journal of Youth and Adolescence* 2007; 36(4): 517-27.
77. LaVeist TA, Wallace JM, Jr. Health risk and inequitable distribution of liquor stores in African American neighborhood. *Soc Sci Med* 2000; 51(4): 613-7.
78. Gorman-Smith D, Tolan PH, Henry DB. A developmental-ecological model of the relation of family functioning to patterns of delinquency. *Journal of Quantitative Criminology* 2000; 16(2): 169-98.

79. Clark DB, Neighbors BD, Lesnick LA, Lynch KG, Donovan JE. Family functioning and adolescent alcohol use disorders. *Journal of Family Psychology* 1998; 12(1): 81-92.
80. Wills TA, Resko JA, Ainette MG, Mendoza D. Role of parent support and peer support in adolescent substance use: a test of mediated effects. *Psychol Addict Behav* 2004; 18(2): 122-34.
81. Hirschi T. Causes of delinquency. New Jersey, US: Transaction Publishers; 2002.
82. Vitaro F, Brendgen M, Tremblay RE. Influence of deviant friends on delinquency: searching for moderator variables. *J Abnorm Child Psychol* 2000; 28(4): 313-25.
83. Hussong AM, Chassin L. The stress-negative affect model of adolescent alcohol use: disaggregating negative affect. *J Stud Alcohol* 1994; 55(6): 707-18.
84. Lynne SD, Graber JA, Nichols TR, Brooks-Gunn J, Botvin GJ. Links between pubertal timing, peer influences, and externalizing behaviors among urban students followed through middle school. *J Adolesc Health* 2007; 40(2): 181-13.
85. Greeley J, Oei T. Alcohol and tension reduction. In: Leonard KE, Blane HT, editors. *Psychological theories of drinking and alcoholism*. 2nd ed. New York, US: Guilford Press; 1999. p. 14-53.
86. Kaplan HB. *Deviant behavior in defense of self*. New York, US: Academic Press; 1980.
87. Chassin L, Curran PJ, Hussong AM, Colder CR. The relation of parent alcoholism to adolescent substance use: a longitudinal follow-up study. *J Abnorm Psychol* 1996; 105(1): 70-80.
88. Swaim RC, Oetting ER, Edwards RW, Beauvais F. Links from emotional distress to adolescent drug use: a path model. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57(2): 227-31.
89. Wilson JQ. *The moral sense*. New York, US: Simon and Schuster; 1997.
90. Elliott DS, Huizinga D, Ageton SS. *Explaining delinquency and drug use*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1985.
91. Averill PM. Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. *Addictive Disorders & Their Treatment* 2008; 7(1): 49-50.
92. Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, Smith R, Todd J. Health behaviour in school-aged children: A WHO cross-national study (HBSC): International report. (Online). 2000; Available from URL: www.euro.who.int/document/e67880.pdf
93. Sale E, Sambrano S, Springer JF, Turner CW. Risk, protection, and substance use in adolescents: a multi-site model. *J Drug Educ* 2003; 33(1): 91-105.
94. Mayberry ML, Espelage DL, Koenig B. Multilevel modeling of direct effects and interactions of peers, parents, school, and community influences on adolescent substance use. *J Youth Adolesc* 2009; 38(8): 1038-49.
95. Agnew R. A revised strain theory of delinquency. *Social Forces* 1985; 64(1): 151-67.
96. Agnew R. Stability and change in crime over the life course: A strain theory explanation. In: Thornberry TP, editor. *Developmental theories of crime and delinquency*. New Jersey, US: Transaction Publishers; 1997. p. 101-32.
97. Perrone D, Sullivan CJ, Pratt TC, Margaryan S. Parental efficacy, self-control, and delinquency: A test of a general theory of crime on a nationally representative sample of youth. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2004; 48(3): 298-312.
98. Clinard MB, Meier RF. *Sociology of deviant behavior*. 14th ed. Belmont, CA: Wadsworth Publishing; 2010.
99. Urberg KA, Luo Q, Pilgrim C, Degirmencioglu SM. A two-stage model of peer influence in adolescent substance use: individual and relationship-specific differences in susceptibility to influence. *Addict Behav* 2003; 28(7): 1243-56.
100. Schulenberg J, Maggs JL, Hurrelmann K. *Health risks and developmental transitions during adolescence*. 1st ed. Cambridge, US: Cambridge University Press; 1999.

Addiction prevention in children and adolescents: A review of literature on individual, family and community risk factors

Mojtaba Habibi¹, Ahmad Ashori², Reza Bagherian- Sararoudi³

Abstract

Biological, psychological and social phenomenon of substance abuse in adolescents is one of the most critical issues facing modern societies. One of the major concerns of the health and social policy makers is the increasing prevalence of addictive behaviors, particularly tobacco smoking in this age group. Prevalence and trends toward high-risk behaviors among adolescents in Iran is rising. Addiction treatment is expensive and difficult which requires comprehensive medical systems with different approaches toward drug treatments, therapies, and rehabilitation. However, over the years, it has been proven that even the most effective therapeutic procedures are associated with high rates of recurrence. Any progress in this treatment may fail due to environmental risk factors in which the substances are readily accessible as well as the social network of friends who support and maintain drugs abuse. Therefore, substance abuse prevention is easier than the treatment. Meanwhile, the best and the most logical solution is prevention. Addiction prevention is an important and complex issue that cannot be accomplished without strategic planning. Understanding the latest scientific achievements and execution of logical programs can be beneficial in this regard. One of the defects in the field of substance abuse prevention is lack of comparative studies, and accordingly shortage of Persian resources of modern scientific progression in the field of addiction prevention. This situation has led some investigators toward specific approaches or programs, while lacking comprehensive knowledge about all the available programs. In order to eliminate or reduce these shortcomings, previous research literature on three levels i.e. individual, family and social factors (school and friends) were discussed in this article.

Keywords: Addiction prevention, Individual factors, Family factors, Social factors

Type of article: Review

Received: 24.05.2012

Accepted: 23.12.2012

1. Assistant Professor, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

2. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author)
Email: ahmad.ashouri@gmail.com

3. Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran