

## مطالعه پیرامون شاخص‌های پیشگیری از مصرف سیگار و اثر عوامل خطر ساز فردی، خانوادگی و همسالان در مصرف سیگار نوجوانان: در دانش‌آموزان مقطع متوسطه مصرف‌کننده و غیر مصرف‌کننده سیگار

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۳/۱۳ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۰/۶/۱۰

مجتبی حبیبی<sup>۱</sup>، محمد علی بشارت<sup>۲</sup>، لورا فرر-ردر<sup>۳</sup>

### چکیده

**مقدمه:** پژوهش حاضر به منظور بررسی شاخص‌های پیشگیری و عوامل خطر ساز مرتبط با مصرف سیگار در نوجوانان اجرا شده است. روش: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر تهران بودند و گروه نمونه ۶۹۸ نفر بودند که به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای در این مطالعه شرکت کردند. داده‌های پژوهش با استفاده از مقیاس پیشگیری از مصرف مواد نوجوانان جمع آوری شد و به وسیله آماری استنباطی خنثی دو و تحلیل واریانس چند متغیره تحلیل شد. **نتایج:** یافته‌ها نشان داد که کنترل تکانه، برون‌ریزی خشم، هوش هیجانی درون-بین فردی، تمایل و کنجکاوای به مواد جدید؛ و دلبستگی ایمن به پدر و مادر، مصرف سیگار اعضای خانواده، ساختار خانواده و اشتغال مادر؛ و نگرش به مدرسه، وضعیت تحصیلی دانش‌آموز و دوستان، نگرش دوستان به مواد، بازداری دوستان از مصرف سیگار و مواد و مصرف سیگار توسط دوستان در دانش‌آموزان مصرف‌کننده سیگار بالاتر بود. **نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج گفت که برنامه‌ی پیشگیری بایستی در بالا بردن آگاهی والدین، آگاهی دادن به فرزندان در انتخاب دوست و نوع ارتباط با آنها و نظارت بر این دوستی‌ها عمل نمایند.

**کلیدواژه‌ها:** مصرف مواد، عوامل فردی، خانوادگی و همسالان، عوامل خطر ساز و محافظت‌کننده، دانش‌آموزان

۱- نویسنده مسئول: دکتری روانشناسی سلامت، استادیار پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- استاد گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۳- دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه استکهلم، استکهلم، سوئد

# **A compactive study of Smoking Prevention Indexes and Effect of Individual, Family, and Peers Risk Factors in Adolescent`s Smoking: Smoker and Non-smoker High School Students**

Mojtaba Habibi  
Mohama-Ali Besharat  
Laura Ferrer-Wreder

## **Abstract**

**Introduction:** Purpose of present study was to investigating the individual, family, school, and peers risk and protective factors related to smoking in Tehran city`s smoker students (SS) and non-smoker students (NSS).

**Method:** "Adolescents Substance Use Prevention Scale" was administered upon 698 high schools 14-19 aged students, who were selected based on the multistage cluster sampling. The collected data was analyzed by chi-square and MANOVA.

**Results:** Research findings indicate impulse control, acting out of anger, intra-inter emotional intelligence, desire and curiosity to try new substance; and secure attachment to father and mother, family member`s smoking, family structure and maternal employment; and attitudes to school, academic status of students during the last 12 month, academic status of friends, friends` attitude to substance, inhibitive behavior of friends toward smoking and substance, and friends cigarette smoking in SS were higher than NSS. **Conclusion:** According to the results of this study can be said that prevention programs should enhance parental awareness, giving awareness to the Children how to choose and communicate with their friends, and the monitoring their friendship.

**Keywords:** Substance Use, individual-family-peers factors, Risk and Protective Factors, Students

## مقدمه

نوجوانی به لحاظ تاریخی یک دوره تحولی و غفلت نسبی در هر دو حوزه درمان و مداخلات روان‌شناختی و پزشکی است. شاید این غفلت از بعد بهداشتی و پزشکی به این علت باشد که نرخ مرگ و میر در طول دوران نوجوانی در مقایسه با سایر دوره‌های تحول تقریباً کمتر است. (هولون، نیتز<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵). اما نوجوانی یک دوره حساس تحول است چرا که اول، در طول این دوره است که بسیاری از رفتارهای مثبت سلامت (مثل رژیم غذایی و ورزشی) و رفتارهای خطرناک سلامت (مثل سیگار کشیدن، مصرف الکل و مواد و رفتارهای پرخطر جنسی) برای اولین بار ظاهر می‌شوند. بنابراین، نوجوانی یک دوره زمانی منطقی برای مداخلات پیشگیرانه اولیه است. دوم، دلایل مرگ و میر در نوجوانان نسبت به بزرگسالان متفاوت است. این امر نشان می‌دهد که تشخیص زود هنگام و درمان مشکلات بهداشتی آنها باید به شکل مستقیم به صورت یک مجموعه واحد در این دوره سنی باشد. چرا که بسیاری از اقدامات خاص بزرگسالان برای نوجوانان اثربخشی لازم را ندارند، سوم، حتی اگر مشکلات روان‌شناختی از دوره کودکی و نوجوانی شروع شوند شروع مداخلات زود هنگام نقش بسیار ارزنده‌ای در پیشگیری از صدمات بعدی، درمان و کمک به گذار از برهه‌های تحول به نوجوانان از کودکی به نوجوانی و نوجوانی به جوانی بازی (ویلیامز، هولمبک و نف<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). در ایران جمعیت گروه سنی کودک و نوجوان ۱۹-۵ سال، ۲۱/۹٪ (حدود ۱۵/۵ میلیون نفر) از کل جمعیت را شامل می‌شود که از متوسط جهانی هم بیشتر است (مرکز ملی آمار ایران، ۱۳۸۵). بنابراین، یکی از مهم‌ترین الزامات یک کشور برای رسیدن به پیشرفت و ثبات اقتصادی، اجتماعی و سیاسی، توجه به نیازهای سلامتی و رشدی این مقطع سنی است (پتیت، دوقی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). یکی از مهم‌ترین دغدغه‌ها و نگرانی‌های سیاست‌گذاران بهداشتی- اجتماعی جوامع امروزی، شیوع روزافزون رفتارهای اعتیادی به خصوص اعتیاد به سیگار و دخانیات در این گروه سنی است (اداره مطالعات کاربردی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶؛ بارت و تورنر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶؛ کونسچی و سیلبرسین<sup>۶</sup>،

1. Holden &amp; Nitz

2. Williams, Holmbeck &amp; Neff

3. Pettit &amp; Dodge

4. Office of Applied Studies

5. Barrett &amp; Turner

6. Kuntsche &amp; Silbereisen

۲۰۰۴؛ هاموند<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹؛ جانستون، امالی، بیچمن و اسکولنبرگ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). مطالعات خارجی حاکی از افزایش مصرف سیگار در بین نوجوانان است (کوری و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴؛ رفات<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴). برای مثال، نرخ شیوع مصرف سیگار نوجوانان در یک ماه گذشته در ترکیه ۵۵/۹٪ (اگل و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴)؛ در سوریه در پسرها و دخترها به ترتیب ۱۷٪ و ۷٪ (مازیاک<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲) و در امریکا ۳۵٪ گزارش شده است (کان و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۰۰). شیوع و گرایش به رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان در ایران نیز در حال افزایش است و دامنه آن از حدود ۵٪ در رفتارهایی نظیر سرقت، مصرف تریاک تا حدود ۲۰٪ تا ۲۵٪ در رفتارهایی نظیر کشیدن سیگار، مصرف الکل، متفاوت است (اسلامی، ۱۳۸۷). نرخ شیوع مصرف سیگار در جمعیت عمومی ایران در مردان و زنان را به ترتیب ۲۶٪ و ۳/۸٪ اعلام کرده‌اند (احمدی و همکاران، ۱۹۹۹) و در مطالعات مختلف نرخ شیوع مصرف سیگار و تنباکو نوجوانان ۱۱ تا ۱۸ ساله ۱۴٪ (موسوی، ۱۳۷۹)؛ ۲۵/۴٪ (احمدی و حسینی، ۲۰۰۳)؛ ۱۲٪ (باریکانی، ۱۳۸۷)؛ ۱۶/۹٪ دارای تجربه مصرف سیگار و ۲/۵٪ مصرف کننده قهار (آیت اللهی و همکاران، ۲۰۰۵)؛ تجربه مصرف ۱۸/۲٪ و مصرف کننده قهار ۴/۴٪ (محمد پور اصل و همکاران، ۲۰۰۷) گزارش کرده‌اند و نتایج مطالعه کلیشاد و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که نرخ خود گزارشی مصرف سیگار در نوجوانان ۱۴/۳٪ بود و از این تعداد ۴۲/۲٪ مصرف روزانه و بقیه گاه به گاه داشتند. نرخ شیوع مصرف در دخترها و پسرها به ترتیب ۱۰/۱٪ و ۱۸/۵٪ و در مقطع راهنمایی و دبیرستان به ترتیب ۱۰/۶٪ و ۱۷/۴٪ بود.

درمان اعتیاد به سیگار گران و دشوار بوده، سیستم درمانی جامع با رویکردهای مختلف دارودرمانی و روان‌درمانی را می‌طلبد. با این حال، حتی مؤثرترین شیوه‌های درمانی نیز با میزان بالایی از عود همراه است و محیط مستعد، سهولت دسترسی به سیگار و شبکه اجتماعی دوستان حمایت کننده و تداوم بخش مصرف، پیشرفت‌های درمانی را تحلیل می‌برند (مایستو و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۰۶). بنابراین، جلوگیری از مصرف سیگار آسان‌تر از

1. Hammond
2. Johnston, O'Malley, Bachman, & Schulenberg
3. Currie, Roberts, Morgan, Smith, Settertobulte, Samdal, & Barnekow
4. Refaat
5. Ogel, Corapcioglu, Sir, Tamar, Tot, Dogan, Uguz, Yenilmez, Bilici, Tamar & Iman,
6. Maziak
7. Kann, Kinchen & Williams
8. Maisto & Connors

درمان است (بوتوین، بیکر، دوسنبری، بوتوین و دیاز<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵). در چنین شرایطی پیشگیری مناسب‌ترین و منطقی‌ترین راهکار به شمار می‌رود. مطالعات نشان داده‌اند که به ازای هر دلار صرف شده در حوزه پیشگیری، ده دلار صرفه‌جویی در حوزه درمان مصرف سیگار، مواد و الکل صرفه‌جویی می‌شود (اسپوت، گیول و دی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). به منظور طراحی طراحی برنامه‌های پیشگیری مناسب آگاهی از عوامل موثر در شروع و تداوم اعتیاد به سیگار ضروری است. در سال‌های اخیر، یکی از مهم‌ترین دستاوردها در حوزه نظریه-پردازی و سیاست‌گذاری برنامه‌های پیشگیری، تاکید بر عوامل خطر ساز و محافظت کننده به منزله یک چارچوب توصیفی و پیش‌بین است (هاوکینز، کاتالانو و آرتور<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲).

بر اساس نظریه‌های اعتیاد همچون الگوی یادگیری اجتماعی چند مرحله‌ای<sup>۴</sup> (سیمونس و همکاران، ۱۹۸۸) و نظریه تعامل خانوادگی<sup>۵</sup> (بروک و همکاران<sup>۶</sup>، ۱۹۹۰) رفتارهای فرزندپروری والدین اثر زیادی روی مصرف در دوره نوجوانی دارند و این در حالی است که نقش همسالان<sup>۷</sup> و محیط اجتماعی<sup>۸</sup> با افزایش سن زیادتر می‌شود (سیمونس، و همکاران<sup>۹</sup>، ۱۹۸۸؛ دیشون، مک کورت و پولین<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۹). بر اساس الگوی یادگیری اجتماعی چند مرحله‌ای (سیمونس و همکاران، ۱۹۸۸) نوجوانان اغلب رفتارهای مصرف سیگار و مواد را در دوره کودکی از روی الگوسازی رفتار والدین و اعضاء خانواده خود، و همچنین تحت تاثیر رابطه والد-فرزند یاد می‌گیرند و افراد همیشه از رفتار و شیوه عملکرد اشخاص مهم‌تر و بالادست خود الگوبرداری می‌کنند (سیمونس و همکاران، ۱۹۸۸).

بررسی پیشینه پژوهش در این خصوص نشان می‌دهد که کاهش تنش و لذت‌جویی (احمدی و حسنی، ۲۰۰۳)؛ داشتن دوستان سیگاری، نگرش مثبت به مصرف سیگار و مصرف الکل (محمد پور اصل و همکاران، ۲۰۰۷)؛ مصرف سیگار توسط اعضاء خانواده

1. Botvin, Baker, Dusenbury, Botvin & Diaz

2. Spoth, Gyll & Day

3. Hawkins, Catalano & Arthur

4- multistage social learning model

5- family interaction theory

6. Brook, Whiteman & Gordon

7- peers

8- social environment

9. Simons, Conger, & Whitbeck

10. Dishion, McCord & Poulin

(باریکانی، ۱۳۸۷)؛ شرکت در مهمانی‌های دوستانه و رفتن به سفره خانه‌های سنتی (کلشاد و همکاران، ۲۰۰۶) از انگیزه‌های اصلی مصرف سیگار در گروه سنی نوجوان ایرانی است و نوجوانان مصرف کننده سیگار درگیر سایر رفتارهای پرخطر همچون مصرف الکل هم می‌شوند (پویکلولانن و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱؛ هیل و همکاران، ۲۰۰۰). بنابراین، با توجه به این مطالعات می‌توان گفت که بررسی وضعیت مصرف سیگار در نوجوانان بر اساس شاخص‌ها و عوامل خطر ساز بعد از انجام مطالعات اولیه شیوع شناسی مهم‌ترین گام محسوب می‌شود. مطالعات قبلی مصرف سیگار در ایران بیشتر متمرکز بر شیوع شناسی مصرف سیگار در نوجوانان بوده است و به بررسی عوامل خطر ساز فردی، خانوادگی و همسالان کمتر پرداخته شده است هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش عوامل خطر زای فردی، خانوادگی و همسالان به عنوان عوامل پیش‌بین مصرف سیگار در نوجوانان است.

## روش

پژوهش حاضر از نوع همبستگی است. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه دانش آموزان ۱۴ الی ۱۹ ساله مقطع متوسطه دختر و پسر مناطق ۱۹ گانه شهر تهران بودند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای از بین مناطق شمالی، جنوبی، شرقی، غربی و مرکز انتخاب شدند. نمونه مورد مطالعه ۶۹۸ دانش‌آموز (۳۶۶ پسر و ۳۳۲ دختر) در سه مقطع پایه اول، دوم و سوم به ترتیب ۲۵۷، ۲۱۷ و ۲۲۴ با میانگین سنی ۱۶/۳۰ (کمینه ۱۴ سال و بیشینه ۱۹ سال) بودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های خی دو و تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. در پژوهش حاضر به منظور بررسی شاخص‌های پیشگیری از مصرف سیگار در دانش آموزان از مؤلفه‌های مقیاس پیشگیری از مصرف مواد (خوشابی و مرادی، ۱۳۸۶) شامل وضعیت تحصیلی دانش آموز در سال گذشته، نگرش به مدرسه، وضعیت تحصیلی دوستان، مذهب، نگرش دوستان به مواد مخدر، کنترل تکانه، برون ریزی خشم، دل بستگی ایمن به پدر، دل بستگی ایمن به مادر، هوش هیجانی بین فردی، هوش هیجانی درون فردی و برای بررسی عوامل خطر ساز از متغیرهای اشتغال مادر-پدر، ساختار خانواده، مصرف مواد توسط اعضاء درجه خانواده، سن و تحصیلات پدر و مادر، وضعیت مالکیت مسکن مسکونی، میزان درآمد خانواده، تعداد فرزندان

خانواده، مصرف سیگار توسط دوستان، بازداری کلامی-عملی دوستان از مصرف مواد و سیگار و مصرف سیگار توسط دوستان، سن، جنس، مقطع تحصیلی، مصرف نوشیدنی الکلی، تمایل به امتحان مواد جدید توسط دانش‌آموزان استفاده شد.

ابزار پژوهش حاضر مقیاس پیشگیری از مصرف مواد در دانش‌آموزان-مقیاس پیشگیری توسط خوشحالی و مرادی (۱۳۸۶) به منظور شناسایی عوامل محافظت‌کننده و خطرناک مصرف مواد در دانش‌آموزان مقطع متوسطه طراحی شده است. مبنای طراحی این مقیاس استفاده از سواهای پرسشنامه مواد و مشروبات الکلی، پرسشنامه برنامه‌ریزی برای پیشگیری، پرسشنامه پاسخ‌های مقابله‌ای بلینگز-موس، پرسشنامه دلبستگی کولینز-رید، پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت و پرسشنامه هوش هیجانی بارون بود. در ساخت این مقیاس ابتدا سؤالاتی که دارای قدرت تشخیص برای تفکیک دانش‌آموزان دارای سابقه مصرف از بقیه سؤالات جدا شدند و در مرحله بعد به روش تحلیل عوامل یازده مؤلفه استخراج گردید که شامل وضعیت تحصیلی دانش‌آموز در سال گذشته، نگرش به مدرسه، وضعیت تحصیلی دوستان، نگرش به مذهب، نگرش دوستان به مواد، کنترل تکانه، برون-ریزی خشم، دلبستگی ایمن به پدر، دلبستگی ایمن به مادر، هوش هیجانی بین فردی و درون فردی بود. نمرات پایین در نمره کل و خرده مقیاس‌ها نشانگر بالا بودن میزان شاخص محافظت‌کننده و پایین بودن نمرات حاکی از شاخص عوامل خطرناک است. در مطالعه خوشحالی و مرادی (۱۳۸۶) با استفاده از روش سطح زیر منحنی ROC، نقطه برش مقیاس پیشگیری برای تفکیک بین دانش‌آموزان مصرف‌کننده و غیر مصرف‌کننده در بهترین حالت نمره ۱۵۹ با مقدار حساسیت برابر ۶۲/۱ و ویژگی ۸۷/۱ بود. اعتبار به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۶۳ الی ۰/۸۴ به دست آمد به استثناء مؤلفه برون ریزی خشم که اعتبار آن ۰/۵۷ بود.

#### یافته‌ها

یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که از بین ۶۹۸ شرکت‌کننده ۳۳/۵٪ در طول یک هفته گذشته حداقل یک‌بار و در طول یک ماه گذشته حداقل ۴ بار سیگار مصرف کرده بودند. از کل نمونه ۲۹/۴٪ از مادران دانش‌آموزان خارج از منزل شاغل بودند و از این تعداد ۶۷/۹٪ از فرزندان مادران شاغل، مصرف‌کننده سیگار بودند. اما، در مقابل ۳۲/۱٪ از فرزندان مادران خانه‌دار سیگاری بودند. بررسی وضعیت ساختار خانواده گروه نمونه نشان

داد که از این خانواده‌ها ۶۵/۸٪ تک‌والدی، ۱۶/۹٪ تک‌والدی و ۱۷/۳٪ زندگی با نامادری-ناپدیری داشتند. از بین ۲۳۴ دانش‌آموز مصرف‌کننده سیگار ۱۸/۸٪ دو‌والدی، ۳۸/۹٪ تک‌والدی و ۴۲/۳٪ زندگی با نامادری-ناپدیری را تجربه کرده بودند. از کل گروه نمونه ۴۳/۴٪ در خانواده‌ای زندگی می‌کردند که یکی از اعضای درجه یک خانواده شامل پدر، مادر، خواهر یا برادر مصرف‌کننده سیگار بودند و از بین دانش‌آموزان مصرف‌کننده سیگار ۹۶/۶٪ آنها در خانواده‌ای زندگی می‌کردند که یکی از اعضای درجه یک آن خانواده سیگاری بود. از تعداد کل نمونه ۳۴/۸٪ از دانش‌آموزان دارای دوستان مصرف‌کننده سیگار بودند و از بین دانش‌آموزان سیگاری ۹۳/۶٪ دارای دوست مصرف‌کننده سیگار بودند. از بین کل نمونه مورد مطالعه ۶۵/۶٪ از دانش‌آموزان دارای دوستان بودند که رفتارهای کلامی-عملی بازدارنده رفتار مصرف مواد و سیگار از خود نشان می‌دادند و از بین دانش‌آموزان مصرف‌کننده سیگار ۱۰/۷٪ از دوستان آنها رفتارهای کلامی-عملی بازدارنده مصرف سیگار از خود نشان می‌دادند. از بین کل گروه نمونه ۵۲/۴٪ پسر و ۴۷/۶٪ دختر بودند که از بین دانش‌آموزان مصرف‌کننده سیگار ۸۸/۵٪ از گروه پسران بودند. از کل گروه نمونه ۳۶/۱٪ تجربه حداقل یک بار مصرف نوشیدنی الکلی در طول سه ماه گذشته را داشتند و از بین دانش‌آموزان مصرف‌کننده سیگار ۹۶/۶٪ در طول سه ماه گذشته حداقل یک‌بار تجربه مصرف نوشیدنی الکلی داشتند. از بین کل گروه نمونه ۳۴/۸٪ تمایل درونی به امتحان و مصرف مواد جدید و ناشناخته داشتند و از بین گروه مصرف‌کننده سیگار ۸۸/۶٪ تمایل و کنجکاوی به مصرف مواد استنشاقی یا مصرف جدید داشتند.

در جدول ۱ نتایج مربوط به مصرف مواد با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و خطرناک مصرف سیگار به واسطه آزمون‌های دو و آزمون شدت رابطه ارائه شده است. علاوه بر روابط مربوط به متغیرهای گزارش شده در جدول ۱، در پژوهش حاضر رابطه معنی‌داری بین مصرف سیگار در دانش‌آموزان با شرایط اشتغال پدر، وضعیت مسکن، تعداد فرزندان خانواده، درآمد خانواده، سن و تحصیلات پدر-مادر، سن و مقطع تحصیلی دانش‌آموزان به دست نیامد. در مجموع، نتایج حاکی از آن بود که بیشترین و کمترین میزان شدت رابطه بین مصرف سیگار با عوامل خطرناک در دانش‌آموزان به ترتیب با مصرف نوشیدنی الکلی و جنسیت آزمودنی‌ها بود (جدول ۱).



نتایج مقایسه شاخص‌های پیشگیری در دو گروه دانش‌آموزان مصرف‌کننده و غیر مصرف‌کننده بر اساس تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که تفاوت معنی‌داری در میانگین خطی عوامل خطر ساز و محافظت‌کننده دو گروه وجود دارد (  $F=44.05$ ,  $df=11,686$ ,  $P<0.001$ ). به عبارتی، گروه دانش‌آموزان مصرف‌کننده مواد میزان بالایی از عوامل خطر ساز مصرف مواد را از خود نشان دادند. برای مقایسه دو گروه بر اساس تک‌تک عوامل خطر ساز و محافظت‌کننده مصرف مواد از آزمون تحلیل واریانس تک متغیره یک راه استفاده گردید (جدول ۲).

نتایج تحلیل واریانس تک متغیره شاخص‌های پیشگیری از مصرف مواد نشان که میزان عوامل خطر ساز مربوط دلبستگی ایمن به پدر-مادر، وضعیت تحصیلی دوستان، نگرش دوستان به مواد، هوش هیجانی بین-درون فردی، برون‌ریزی خشم، کنترل تکانه، وضعیت تحصیلی دانش‌آموز و نگرش به مدرسه در دانش‌آموزان مصرف‌کننده سیگار در مقایسه با غیر مصرف‌کننده بالاتر است و دانش‌آموزان غیر مصرف‌کننده میزان بالایی از عوامل محافظت‌کننده برخوردار بودند. اما، بین دو گروه تفاوتی از نظر نگرش به مدرسه وجود نداشت ( $F=1.72$ ,  $df=1-696$ ,  $P=0.19$ ).

جدول ۱- رابطه بین مصرف سیگار در نوجوانان و عوامل خطر ساز

شدت	$\chi^2$	مصرف سیگار توسط		سطوح متغیر	عوامل خطر ساز
		بله (۱)	خیر (۰)		
-۰/۶۰	۲۵۲/۵۶	۱۵۹	۴۶	شاغل (۰)	اشتغال مادر
		۷۵	۴۱۸	خانه دار (۱)	
۰/۵۸	۳۴۵/۲۸	۴۴	۴۱۵	دو والدی (۱)	ساختار خانواده
		۹۱	۲۷	تک-والدی (۲)	
۰/۷۶	۴۰۵/۱۱	۹۹	۲۲	ناپدری-نامادری (۳)	مصرف سیگار توسط اعضاء خانواده
		۸	۳۸۷	خیر (۰)	
۰/۸۷	۵۳۵/۸۵	۲۲۶	۷۷	بله (۱)	مصرف سیگار توسط دوستان
		۱۵	۴۴۰	خیر (۰)	
-۰/۸۲	۴۷۰/۸۰	۲۱۹	۲۴	بله (۱)	بازداری دوستان از مصرف سیگار-مواد
		۲۰۹	۳۱	خیر (۰)	
-۰/۵۱	۱۸۳/۱۸	۲۵	۴۳۳	بله (۱)	جنسیت آزمودنی‌ها
		۲۰۷	۱۵۹	پسر (۱)	
۰/۸۹	۵۵۸/۱۱	۲۷	۳۰۵	دختر (۲)	مصرف نوشیدنی الکلی
		۸	۴۳۸	خیر (۰)	
۰/۸۳	۴۷۴/۲۶	۲۲۶	۲۶	بله (۱)	تمایل به امتحان مواد جدید
		۲۴	۴۲۰	خیر (۰)	
		۲۱۰	۲۷	بله (۱)	

جدول ۲- تحلیل واریانس جهت مقایسه شاخص های پیشگیری دو گروه مصرف کننده و غیرمصرف کننده سیگار

متغیر وابسته	مصرف سیگار	میانگین	خطای استاندارد	F <sup>1</sup>	سطح اطمینان																																																																																							
دلبستگی ایمن به مادر	خیر	۱۸/۳۰	۰/۳۵	۱۹۵/۸	۰/۰۰۱																																																																																							
	بله	۲۹/۶۱	۰/۳۵			دلبستگی ایمن به پدر	خیر	۱۷/۹۱	۰/۳۶	۱۴۱/۶۵	۰/۰۰۱	بله	۲۸/۸۹	۰/۳۶	وضعیت تحصیلی دوستان	خیر	۱/۵۴	۰/۰۴	۲۱۷/۱۸	۰/۰۰۱	بله	۲/۹۶	۰/۰۴	نگرش دوستان نسبت به مواد	خیر	۸/۱۲	۰/۱۲	۱۴۷/۹۵	۰/۰۰۱	بله	۱۱/۷۶	۰/۱۲	هوش هیجانی بین فردی	خیر	۲۰/۹۵	۰/۳۰	۱۹۸/۰۷	۰/۰۰۱	بله	۳۱/۱۲	۰/۳۰	هوش هیجانی درون فردی	خیر	۱۹/۶۴	۰/۱۸	۲۰۵/۹۰	۰/۰۰۱	بله	۲۵/۸۷	۰/۱۸	نگرش به مذهب	خیر	۱۰/۷۲	۰/۰۹	۱/۷۲	۰/۱۹	بله	۱۰/۴۷	۰/۰۹	برون ریزی خشم	خیر	۸/۰۲	۰/۱۴	۲۲۳/۷۷	۰/۰۰۱	بله	۱۲/۹۵	۰/۱۴	کنترل تکانه	خیر	۸/۹۸	۰/۱۳	۱۸۹/۰۴	۰/۰۰۱	بله	۱۳/۱۸	۰/۱۳	وضعیت تحصیلی	خیر	۸/۱۲	۰/۱	۲۰۵/۶۲	۰/۰۰۱	بله	۱۱/۴۲	۰/۱	نگرش به مدرسه	خیر	۱۲/۵۲	۰/۱۶	۱۶۵/۰۹	۰/۰۰۱
دلبستگی ایمن به پدر	خیر	۱۷/۹۱	۰/۳۶	۱۴۱/۶۵	۰/۰۰۱																																																																																							
	بله	۲۸/۸۹	۰/۳۶			وضعیت تحصیلی دوستان	خیر	۱/۵۴	۰/۰۴	۲۱۷/۱۸	۰/۰۰۱	بله	۲/۹۶	۰/۰۴	نگرش دوستان نسبت به مواد	خیر	۸/۱۲	۰/۱۲	۱۴۷/۹۵	۰/۰۰۱	بله	۱۱/۷۶	۰/۱۲	هوش هیجانی بین فردی	خیر	۲۰/۹۵	۰/۳۰	۱۹۸/۰۷	۰/۰۰۱	بله	۳۱/۱۲	۰/۳۰	هوش هیجانی درون فردی	خیر	۱۹/۶۴	۰/۱۸	۲۰۵/۹۰	۰/۰۰۱	بله	۲۵/۸۷	۰/۱۸	نگرش به مذهب	خیر	۱۰/۷۲	۰/۰۹	۱/۷۲	۰/۱۹	بله	۱۰/۴۷	۰/۰۹	برون ریزی خشم	خیر	۸/۰۲	۰/۱۴	۲۲۳/۷۷	۰/۰۰۱	بله	۱۲/۹۵	۰/۱۴	کنترل تکانه	خیر	۸/۹۸	۰/۱۳	۱۸۹/۰۴	۰/۰۰۱	بله	۱۳/۱۸	۰/۱۳	وضعیت تحصیلی	خیر	۸/۱۲	۰/۱	۲۰۵/۶۲	۰/۰۰۱	بله	۱۱/۴۲	۰/۱	نگرش به مدرسه	خیر	۱۲/۵۲	۰/۱۶	۱۶۵/۰۹	۰/۰۰۱	بله	-----	۰/۱۶						
وضعیت تحصیلی دوستان	خیر	۱/۵۴	۰/۰۴	۲۱۷/۱۸	۰/۰۰۱																																																																																							
	بله	۲/۹۶	۰/۰۴			نگرش دوستان نسبت به مواد	خیر	۸/۱۲	۰/۱۲	۱۴۷/۹۵	۰/۰۰۱	بله	۱۱/۷۶	۰/۱۲	هوش هیجانی بین فردی	خیر	۲۰/۹۵	۰/۳۰	۱۹۸/۰۷	۰/۰۰۱	بله	۳۱/۱۲	۰/۳۰	هوش هیجانی درون فردی	خیر	۱۹/۶۴	۰/۱۸	۲۰۵/۹۰	۰/۰۰۱	بله	۲۵/۸۷	۰/۱۸	نگرش به مذهب	خیر	۱۰/۷۲	۰/۰۹	۱/۷۲	۰/۱۹	بله	۱۰/۴۷	۰/۰۹	برون ریزی خشم	خیر	۸/۰۲	۰/۱۴	۲۲۳/۷۷	۰/۰۰۱	بله	۱۲/۹۵	۰/۱۴	کنترل تکانه	خیر	۸/۹۸	۰/۱۳	۱۸۹/۰۴	۰/۰۰۱	بله	۱۳/۱۸	۰/۱۳	وضعیت تحصیلی	خیر	۸/۱۲	۰/۱	۲۰۵/۶۲	۰/۰۰۱	بله	۱۱/۴۲	۰/۱	نگرش به مدرسه	خیر	۱۲/۵۲	۰/۱۶	۱۶۵/۰۹	۰/۰۰۱	بله	-----	۰/۱۶															
نگرش دوستان نسبت به مواد	خیر	۸/۱۲	۰/۱۲	۱۴۷/۹۵	۰/۰۰۱																																																																																							
	بله	۱۱/۷۶	۰/۱۲			هوش هیجانی بین فردی	خیر	۲۰/۹۵	۰/۳۰	۱۹۸/۰۷	۰/۰۰۱	بله	۳۱/۱۲	۰/۳۰	هوش هیجانی درون فردی	خیر	۱۹/۶۴	۰/۱۸	۲۰۵/۹۰	۰/۰۰۱	بله	۲۵/۸۷	۰/۱۸	نگرش به مذهب	خیر	۱۰/۷۲	۰/۰۹	۱/۷۲	۰/۱۹	بله	۱۰/۴۷	۰/۰۹	برون ریزی خشم	خیر	۸/۰۲	۰/۱۴	۲۲۳/۷۷	۰/۰۰۱	بله	۱۲/۹۵	۰/۱۴	کنترل تکانه	خیر	۸/۹۸	۰/۱۳	۱۸۹/۰۴	۰/۰۰۱	بله	۱۳/۱۸	۰/۱۳	وضعیت تحصیلی	خیر	۸/۱۲	۰/۱	۲۰۵/۶۲	۰/۰۰۱	بله	۱۱/۴۲	۰/۱	نگرش به مدرسه	خیر	۱۲/۵۲	۰/۱۶	۱۶۵/۰۹	۰/۰۰۱	بله	-----	۰/۱۶																								
هوش هیجانی بین فردی	خیر	۲۰/۹۵	۰/۳۰	۱۹۸/۰۷	۰/۰۰۱																																																																																							
	بله	۳۱/۱۲	۰/۳۰			هوش هیجانی درون فردی	خیر	۱۹/۶۴	۰/۱۸	۲۰۵/۹۰	۰/۰۰۱	بله	۲۵/۸۷	۰/۱۸	نگرش به مذهب	خیر	۱۰/۷۲	۰/۰۹	۱/۷۲	۰/۱۹	بله	۱۰/۴۷	۰/۰۹	برون ریزی خشم	خیر	۸/۰۲	۰/۱۴	۲۲۳/۷۷	۰/۰۰۱	بله	۱۲/۹۵	۰/۱۴	کنترل تکانه	خیر	۸/۹۸	۰/۱۳	۱۸۹/۰۴	۰/۰۰۱	بله	۱۳/۱۸	۰/۱۳	وضعیت تحصیلی	خیر	۸/۱۲	۰/۱	۲۰۵/۶۲	۰/۰۰۱	بله	۱۱/۴۲	۰/۱	نگرش به مدرسه	خیر	۱۲/۵۲	۰/۱۶	۱۶۵/۰۹	۰/۰۰۱	بله	-----	۰/۱۶																																	
هوش هیجانی درون فردی	خیر	۱۹/۶۴	۰/۱۸	۲۰۵/۹۰	۰/۰۰۱																																																																																							
	بله	۲۵/۸۷	۰/۱۸			نگرش به مذهب	خیر	۱۰/۷۲	۰/۰۹	۱/۷۲	۰/۱۹	بله	۱۰/۴۷	۰/۰۹	برون ریزی خشم	خیر	۸/۰۲	۰/۱۴	۲۲۳/۷۷	۰/۰۰۱	بله	۱۲/۹۵	۰/۱۴	کنترل تکانه	خیر	۸/۹۸	۰/۱۳	۱۸۹/۰۴	۰/۰۰۱	بله	۱۳/۱۸	۰/۱۳	وضعیت تحصیلی	خیر	۸/۱۲	۰/۱	۲۰۵/۶۲	۰/۰۰۱	بله	۱۱/۴۲	۰/۱	نگرش به مدرسه	خیر	۱۲/۵۲	۰/۱۶	۱۶۵/۰۹	۰/۰۰۱	بله	-----	۰/۱۶																																										
نگرش به مذهب	خیر	۱۰/۷۲	۰/۰۹	۱/۷۲	۰/۱۹																																																																																							
	بله	۱۰/۴۷	۰/۰۹			برون ریزی خشم	خیر	۸/۰۲	۰/۱۴	۲۲۳/۷۷	۰/۰۰۱	بله	۱۲/۹۵	۰/۱۴	کنترل تکانه	خیر	۸/۹۸	۰/۱۳	۱۸۹/۰۴	۰/۰۰۱	بله	۱۳/۱۸	۰/۱۳	وضعیت تحصیلی	خیر	۸/۱۲	۰/۱	۲۰۵/۶۲	۰/۰۰۱	بله	۱۱/۴۲	۰/۱	نگرش به مدرسه	خیر	۱۲/۵۲	۰/۱۶	۱۶۵/۰۹	۰/۰۰۱	بله	-----	۰/۱۶																																																			
برون ریزی خشم	خیر	۸/۰۲	۰/۱۴	۲۲۳/۷۷	۰/۰۰۱																																																																																							
	بله	۱۲/۹۵	۰/۱۴			کنترل تکانه	خیر	۸/۹۸	۰/۱۳	۱۸۹/۰۴	۰/۰۰۱	بله	۱۳/۱۸	۰/۱۳	وضعیت تحصیلی	خیر	۸/۱۲	۰/۱	۲۰۵/۶۲	۰/۰۰۱	بله	۱۱/۴۲	۰/۱	نگرش به مدرسه	خیر	۱۲/۵۲	۰/۱۶	۱۶۵/۰۹	۰/۰۰۱	بله	-----	۰/۱۶																																																												
کنترل تکانه	خیر	۸/۹۸	۰/۱۳	۱۸۹/۰۴	۰/۰۰۱																																																																																							
	بله	۱۳/۱۸	۰/۱۳			وضعیت تحصیلی	خیر	۸/۱۲	۰/۱	۲۰۵/۶۲	۰/۰۰۱	بله	۱۱/۴۲	۰/۱	نگرش به مدرسه	خیر	۱۲/۵۲	۰/۱۶	۱۶۵/۰۹	۰/۰۰۱	بله	-----	۰/۱۶																																																																					
وضعیت تحصیلی	خیر	۸/۱۲	۰/۱	۲۰۵/۶۲	۰/۰۰۱																																																																																							
	بله	۱۱/۴۲	۰/۱			نگرش به مدرسه	خیر	۱۲/۵۲	۰/۱۶	۱۶۵/۰۹	۰/۰۰۱	بله	-----	۰/۱۶																																																																														
نگرش به مدرسه	خیر	۱۲/۵۲	۰/۱۶	۱۶۵/۰۹	۰/۰۰۱																																																																																							
	بله	-----	۰/۱۶																																																																																									

## نتیجه‌گیری

مصرف توتون و تنباکو از تهدیدهای جدی همه‌گیر در عصر معاصر است. دلیل نام‌گذاری سال ۲۰۱۰ تحت عنوان سال «سلامت افراد جامعه» (گروه خدمات انسانی و بهداشت آمریکا، ۲۰۰۰) به دلیل حساسیت و بار سنگین بهداشتی مصرف سیگار در رده سنی نوجوانان در سطح دنیا است. پروژه‌های مبتنی بر نرخ شیوع فعلی در سطح دنیا حاکی از افزایش نرخ مرگ و میر مرتبط با ۵ میلیون انسان در هر سال و تخمین سالیانه ۸ میلیون در سال تا ۲۰۲۰ است که در خلال آن افزایش مصرف سیگار در دختران جوان در مقایسه با زنان بزرگسال، حساسیت بالا نسبت به سیگار در بین افراد غیر سیگاری، سطوح بالایی از مواجهه با گروه‌های سیگاری منفعل دست دوم، اگر مداخلات هدفمند پیشگیری مبتنی بر عوامل خطر ساز و محافظت کننده در کودکان و نوجوانان در برهه زمانی و مکانی لازم‌الاجرا انجام نشود نگرش مثبت غیرمستقیم نسبت به سیگار و تنباکو تحت تاثیر تبلیغات می‌تواند منجر به مرگ و میر بیشتری در سال‌های آینده گردد، (وارن و همکاران، ۲۰۰۸). بنابراین، در راستای شناسایی عوامل خطر ساز و شاخص‌های پیشگیری از مصرف سیگار پژوهش حاضر روی نوجوانان اجرا شده است. نتایج حاصل در سه سطح فردی، خانوادگی و اجتماعی (مدرسه و دوستان) بررسی شده است.

## عوامل فردی

نتایج این پژوهش همسو با دیگر مطالعات حاکی از آن است که عوامل خطر ساز مربوط به هوش هیجانی درون-بین فردی (ترینیداد و همکاران، ۲۰۰۴)، برون‌ریزی خشم، کنترل تکانه، تمایل و کنجکاوی به امتحان مواد جدید (جباری بیرامی و همکاران، ۱۳۸۷)، مصرف نوشیدنی الکلی (محمدی اصل و همکاران، ۲۰۰۷؛ ترابی و همکاران، ۱۹۹۹) در بین نوجوانان سیگاری نسبت غیر سیگاری بالاتر است. از طرفی شیوع مصرف در بین پسرها بیشتر از دخترها است (احمدی و حسینی، ۲۰۰۳؛ تایلر و همکاران، ۲۰۰۳؛ دمیچلی و همکاران، ۲۰۰۴). مطالعات حاکی از رابطه نقص در توانمندی‌ها و مهارت‌های

1. U.S. Department of Health and Human Services
2. Warren, Jones, Peruga, Chauvin, Baptiste, Costa deSilva, Awa, Tsouros, Rahman, Fishburn, Bettcher & Asma
3. Trinidad, Unger, Chou, Azen & Johnson
4. Taylor, Jinabhai, Naidoo, Kienschmidt & Olmini
5. De Micheli & Formigoni

مربوط به هوش هیجانی درون-بین فردی با مصرف الکل، تنباکو و سیگار است (ترینیداد و همکاران، ۲۰۰۴). از طرفی هوش هیجانی با سازگاری اجتماعی (انگلیبرگ و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴)؛ کنترل خشم و خود مهارگری (رمضانی و همکاران، ۱۳۸۵)؛ خود کارآمدی (چان<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴)؛ سلامت عمومی (اوستین و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵) و خوش بینی و کاهش استرس (اکستریما و همکاران، ۲۰۰۷) ارتباط دارد.

نقص در سلامت عمومی و کاهش توانمندی و مهارت فردی در تقلیل اثرات روانی اختلالات روانی عامل خطر ساز برای استفاده از مهارت های مقابله ناکارآمد و استفاده از سیگار و مواد برای تقلیل تنش روانی و تلاش برای خوددرمانی از طریق مصرف سیگار و مواد است (فلاویو و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵). نتایج مطالعات نشان می دهد که در این فرایند شکل گیری رفتار پرخطر، مصرف سیگار یکی از عوامل اولیه در شروع مصرف سایر مواد همچون الکل و سایر مواد است (ترابی و همکاران، ۱۹۹۳؛ محمد پور اصل و همکاران، ۲۰۰۷). برای مثال مطالعه محمدی اصل و همکاران (۲۰۰۷) 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 این نرخ برای سوء مصرف مواد به ترتیب ۰/۱۴ و ۱/۷۹ برابر بود.

بنابراین در مجموع می توان گفت که خطر ساز فردی زمینه لازم را برای شروع تفننی و تفریحی مصرف سیگار ایجاد می کنند (احمدی و حسنی، ۲۰۰۳؛ احمدی و همکاران، ۲۰۰۴) و خود شروع مصرف سیگار زمینه ایجاد نگرش مثبت و آمادگی ذهنی و بدنی لازم برای ورود به مصرف الکل و سایر مواد را تسهیل می نماید (احمدی و استوان، ۲۰۰۲؛ پویکولانن و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱؛ هیل و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۰۰؛ آیت اللهی و همکاران، ۲۰۰۵) و در این بین پسر بودن احتمال درگیر شدن در مصرف سیگار و رفتارهای پرخطر بعدی همچون مصرف الکل و سایر مواد را بالا می برد (احمدی و همکاران، ۱۹۹۹؛

---

1. Engelberg & Sjoberg

2. Chan

3. Austin, Saklofske & Egan

4. Flavio, Kulis, Nieri & Parsai

5. Poikolainen, Tuulio-Henriksson & Aalto-Setälä

6. Hibell, Anderson, Ahlström, Balakieva, Bjarnason, Kokkevi & Morgan

موسوی، ۱۳۷۹؛ احمدی و حسنی، ۲۰۰۳؛ باریکانی، ۱۳۸۷؛ ضیاءالدینی و همکاران، ۱۳۸۵؛ آیت‌اللهی و همکاران، ۲۰۰۵)

#### عوامل خانوادگی

نتایج این پژوهش همسو با سایر مطالعات نشان داد که عوامل خطر ساز مربوط به دل‌بستگی ایمن به پدر-مادر (چاکوب و همکاران<sup>۱</sup>)، ۲۰۰۰؛ جاکوبسون و همکاران<sup>۲</sup>)، ۲۰۰۰؛ مک‌گی همکاران<sup>۳</sup>)، ۲۰۰۰)، مصرف سیگار توسط اعضاء خانواده (گروه تشریک مساعی زمینه‌یابی کلی مصرف تنباکو در جوانان<sup>۴</sup>)، ۲۰۰۲؛ کلیشادی و همکاران، ۲۰۰۶؛ یورولماز و همکاران<sup>۵</sup>)، ۲۰۰۲؛ فلمینگ و همکاران<sup>۶</sup>)، ۲۰۰۲؛ کوباس<sup>۷</sup>)، ۲۰۰۳؛ برد و همکاران<sup>۸</sup>)، ۲۰۰۷؛ باریکانی، ۱۳۸۷)، ساختار خانواده و اشتغال مادر خارج از منزل (جاکوبسون و کراکت<sup>۹</sup>)، ۲۰۰۰؛ هارتوس و همکاران<sup>۱۰</sup>)، ۲۰۰۰ 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 اعضاء درجه یک خانواده آنها مصرف کننده است می‌توان گفت که بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی نوجوانی که اعضاء 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

- 
1. Jacob, Moser, Windle, Loeber & Stouthamer-Loeber
  2. Jacobson, & Crockett
  3. McGee, Williams, Poulton & Moffitt
  4. The Global Youth Tobacco Survey Collaborative Group
  5. Yorulmaz, Akturk, Dagdeviren & Dalikilik
  6. Fleming, Kim Harachi & Catalanno
  7. Kobus
  8. Bird, Moraros & Olsen
  9. Jacobson & Crockett
  10. Hartos, Eitel, Haynie & Simons-Morton

ویژگی‌های خانواده در پیش بینی مصرف مواد توسط نوجوانان، هنوز در تحقیقات مختلف به یک هم‌سوئی و یکپارچگی نرسیده است (باهر، هافمن و یانگ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵).

مشابه نتایج تحقیقات قبل (اوهانسیان و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷) زندگی با والدین مصرف‌کننده سیگار، احتمال مصرف در این فرزندان را بالا می‌برد. 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 (بندورا<sup>۳</sup>، ۱۹۷۷). مطالعات حاکی از آن است که نوجوانان مصرف‌کننده مواد دارای نقص در مهارت‌های مقابله هستند (ویلز و فیلر<sup>۴</sup>، ۱۹۹۶). از نظر الگوی یادگیری اجتماعی چند مرحله‌ای، کودکان و نوجوانانی که مهارت‌های مقابله‌ای محدودی دارند در مواجهه با استرس، همانند والدین خود (سیمونس و همکاران، ۱۹۸۸) از راهبردهای اجتناب، بی‌توجهی و بی‌خیالی مثل مصرف سیگار، الکل و مواد استفاده می‌کنند. بر اساس این الگو، این نوجوانان دارای نقصان در مهارت‌های اجتماعی (ناتوانی برای حل تعارضات، دشواری در جذب حمایت اجتماعی) در مواجهه با مسائل دچار مشکل خواهند بود و به احتمال زیاد از سیگار، الکل و مواد به عنوان راهبرد مواجهه استفاده خواهند کرد (سیمونس و همکاران، ۱۹۸۸).

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 تاکید دارند. سطوح نظارت والدین روی کودکان به عنوان متولی پایگاهی امن برای عامل اولیه حفاظت‌کننده در رفتار پرخطر عمل (دیشون و مک ماهون، ۱۹۹۸) و اعمال محدودیت، نظارت و کنترل رفتارهای نوجوان توسط والدین به خصوص مادر نقش مهمی در کاهش خطر رفتارهای انحرافی دارد (ماگون و اینگرسال<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶). 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

---

1. Bahr, Hoffmann & Yang

2. Ohannessian & Hesselbrock

3. Bandura

4. Wills & Fil

5. Magoon & Ingersoll

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 (بارت و ترنر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶؛ آمی و آلبرچ<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸)

عوامل اجتماعی (گروه دوستان و مدرسه)

نتایج این پژوهش همسو با سایر پژوهش‌ها نشان داد 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 نوجوانان است (کلیشادی و همکاران، ۲۰۰۶؛ یورولماز و همکاران، ۲۰۰۲؛ فلمینگ و همکاران، ۲۰۰۲؛ کوباس، ۲۰۰۳؛ محمد پور اصل و همکاران، ۲۰۰۷؛ اسلامی، ۱۳۸۷).

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<sup>۳</sup>) در توجیه چگونگی تعامل فرد با گروه دوستان و الگو برداری از رفتار انحرافی آنها ارائه شده است (مثل، کلوار و اوهلین<sup>۴</sup>، ۱۹۶۰؛ کوهن و شورت<sup>۵</sup>، ۱۹۷۶؛ ماتزا<sup>۶</sup>، ۱۹۶۴؛ شورت<sup>۷</sup>، ۱۹۶۸؛ ساترلند<sup>۸</sup>، ۱۹۴۷). معروف‌ترین آنها نظریه تداوی افتراقی ساترلند (۱۹۴۷) 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. سایر نظریه‌ها، مفروضه‌های مشابهی در این خصوص دارند و بر نقش گروه همسالان در شکل‌گیری تعهد به انجام الگوهای رفتاری و سبک زندگی مخالف عرف جامعه دارند (ماتزا، ۱۹۶۴). از طرفی، ماتزا (۱۹۶۴) 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. مطالعات نشان داده‌اند که نوجوانان

- 
1. Barrett & Turner
  2. Amey & Albrecht
  3. delinquent subculture and gangs
  4. Cloward & Lloyd
  5. Cohen, James & Short
  6. Matza
  7. Short
  8. Sutherland



درگیر ارتباط با همسالان مصرف کننده مواد به احتمال بیشتری درگیر رفتار مصرف سیگار خواهند شد (بومان و اینت، ۱۹۹۴).

در خصوص تاثیر 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 مساله و مواجهه با مشکلات دریافت شده از گروه دوستان در موقعیت‌های خطرناک، در قالب آموزه‌های غیررسمی حاصل از شبکه اجتماعی بین گروه همسالان اشاره کرد (براون و همکاران<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷). ویلس (۱۹۹۱) 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. همین مساله احتمال گرایش به مصرف در افراد مستعد به لحاظ داشتن عوامل خطرناک فردی-درونی را به عنوانی وسیله‌ای برای مقابله و کاهش فشار ناشی از این رابطه منفی را بالا می‌برد. در چنین شرایطی، داشتن دوستان مصرف کننده امکان دسترسی به سیگار و نگرش به مصرف در نوجوانان دارای انگیزه قبلی برای مصرف را به عنوان مکانیسم مقابله با ناکامی‌ها و ناملایمات 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<sup>۲</sup> افراد مصرف مواد را از گروه‌های غیر رسمی و کوچک تجربه می‌کنند (اکرز و سلرزف<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴). در این محیط‌های صمیمی صمیمی و عاطفی است که افراد از طریق تقلید و تقویت الگوهای رفتاری نگرش‌های مثبت و منفی نسبت به مواد را یاد می‌گیرند (رید و رانتری<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷). بسیاری از نظریه‌های نظریه‌های یادگیری اجتماعی روی همسالان تمرکز دارند چون نوجوانان توجه و اهمیت زیادی به گروه دوستان می‌دهند و در این دوره سعی می‌کنند مستقل از خانواده عمل کنند. در این دوره نیز، اهمیت خانواده در خصوص یادگیری نگرش و رفتارهای معطوف به

---

1. Brown, Dolcini & Leventhal

2 - social learningtheory

3. Akers & Sellers

4. Reed & Rountree

مواد کم اهمیت نیست. در نظریه تداعی افتراقی ساترلند<sup>۱</sup> (ساترلند، کرسی و لاکانیل<sup>۲</sup>، ۱۹۹۲) یادگیری بر اساس فراوانی، طول مدت، شدت، اولویت و تقدم تعامل‌های اجتماعی تعریف می‌شود. 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.

در کنار نقطه قوت پژوهش حاضر در بررسی عوامل فردی، خانوادگی، مدرسه و دوستان محدودیت‌های آن باید مد نظر باشد. اول، ماهیت مقطعی بودن این پژوهش و تکیه بر خود گزارشی مصرف‌سیگار توسط نوجوانان به صورت مستقیم و لزوم توجه به روش‌های مطالعه طولی این عوامل و استفاده از روش‌های مصاحبه با نوجوان، استفاده از فرم‌های والدین و همسالان برای شناسایی عوامل خطرزا و محافظت‌کننده پیشگیری از مصرف سیگار. دوم، مدرسه محور بودن چنین مطالعاتی که عامل اصلی کنار گذاشتن نوجوانان ترک تحصیل کرده، اخراج شده، نوجوانان کار، خیابانی، زندانی و غیره می‌گردد و میزان تعمیم‌پذیری نتایج را به جامعه عمومی نوجوانان کاهش می‌دهد. در واقع ممکن است این قشر از نوجوانان مکانیسم‌های متفاوتی از درگیر شدن در رفتار مصرف سیگار را تجربه کنند که خارج از بحث چنین نمونه‌گیری است و نیازمند اجرا و تدوین مطالعات خاص خود است. سوم، جامع نبودن ابزار اندازه‌گیری مختص پیشگیری از سیگار و عوامل خطرزای خاص آن و نیاز مبرم به طراحی ابزار بومی برای سنجش کامل عوامل خطرزا-محافظت‌کننده در تمام سطوح آن برای سنین نوجوانی شامل سنین ۱۱-۱۹ سال در این

---

1 - Sutherland's theory of differential association

2. Sutherland, Cressey & Luckenbill

زمینه احساس می‌شود. چهارم، در نظر گرفتن ابتلای توأمان و خالص مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده با مصرف سیگار در بخش عوامل خطرزای فردی (آنگولد و همکاران<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹) و بررسی اثرات تعدیل‌کننده و واسطه‌ای عوامل خطر در سطوح مختلف و بررسی اثرات تراکمی آنها به واسطه بررسی اثرات تعاملی دو یا چند جانبه. با وجود محدودیت‌های بالا، بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان گفت که برنامه‌های پیشگیری بایستی در بالا بردن آگاهی والدین در خصوص اهمیت پیوند والد-کودک و بهینه‌سازی این ارتباط، کاهش مشکلات رفتاری کودکان همچون رفتارهای تکانشی و خشونت آمیز، افزایش توانمندی نوجوانان در بازداری‌های کلامی-عملی در موقع مواجهه با موقعیت خطرزا، افزایش نگرش منفی والدین نسبت به سیگار و ارائه بازخورد به نوجوانان، آگاهی دادن به فرزندان در انتخاب دوستان و نوع ارتباط با آنها و نظارت بر این دوستی‌ها عمل نمایند. نتایج این مطالعه همسو با مطالعات داخلی (کلیشادی و همکاران، ۲۰۰۶) و خارجی در خصوص بررسی خطر مصرف توتون و تنباکو در ۴۳ کشور دنیا (گروه تشریک مساعی زمینه‌یابی کلی مصرف تنباکو در جوانان، ۲۰۰۲) نشان داد شیوع مصرف در کشورهای در حال توسعه در حال زیاد شدن است و این مساله خطر جدی برای بهداشت عمومی، شیوع بعدی سایر مواد اعتیاد آور و بیماری‌های غیر مسری وابسته به مصرف سیگار را در پی دارد (سازمان بهداشت جهانی<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷). مصرف سیگار در محیط خانواده توسط اعضا خانواده و دوستان اولین تجارب تفننی مصرف و شروع ایجاد نگرش مثبت به مصرف سیگار و مواد استنشاقی است. بین داشتن دوستان سیگاری، مصرف سیگار و نگرش مثبت به مصرف سیگار با مصرف الکل رابطه وجود دارد. مصرف تنباکو و قلیان در منزل توسط اعضا خانواده و داشتن خواهر و برادر سیگاری احتمال مصرف در نوجوانان را بالا می‌برد (گروه تشریک مساعی زمینه‌یابی کلی مصرف تنباکو در جوانان، ۲۰۰۲؛ کلیشادی و همکاران، ۲۰۰۶).

---

1. Angold, Costello, & Erkanli

2. WHO

## منابع

- اسلامی، احمد علی. (۱۳۸۷). *تدوین و ارزشیابی آموزش مبتنی بر الگوی حفاظت-خطر برای پیشگیری از رفتارهای مشکل*. رساله دکتری تخصصی بهداشت محیط، دانشگاه تربیت مدرس. باریکانی، آمنه. (۱۳۸۷). *رفتارهای پرخطر در نوجوان مدارس راهنمایی و دبیرستان‌های شهر تهران*. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۴(۲): ۱۹۸-۱۹۲.
- جباری بیرامی، حسین؛ بخشیان، فریبا؛ وحیدی، رضا قلی؛ محمد پور اصل، اصغر. (۱۳۸۷). *نگرش و رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان راهنمایی و دبیرستان تبریز در ارتباط با مواد مخدر*. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۴(۳): ۳۵۴-۳۵۰.
- خوشابی، کتایون؛ و مرادی، شهرام. (۱۳۸۶). *تدوین الگوی پیشگیری بر اساس عوامل خطر ساز و محافظت‌کننده در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر تهران*. طرح پژوهشی منتشر نشده، مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- رمضانی، ولی‌الله و عبدالهی، محمد حسین. (۱۳۸۵). *بررسی ارتباط هوش هیجانی با بروز و مهار خشم در دانشجویان*. *مجله روانشناسی*، ۱۰(۱): ۸۳-۶۶.
- ضیاءالدینی، حسن؛ زارع زاده، علیرضا؛ حشمتی، فرزاد. (۱۳۸۵). *شیوع سوء مصرف و اعتیاد و برخی عوامل مرتبط در دانش‌آموزان سال آخر دبیرستان و پیش دانشگاهی کرمان سال*. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، ۱۳(۲): ۹۴-۸۴.
- مرکز ملی آمار ایران. نتایج سرشماری سال ۱۳۸۵. [www.sci.org.ir](http://www.sci.org.ir)
- موسوی، سید غفور. (۱۳۷۹). *استعمال دخانیات و سایر مواد مخدر در دانش‌آموزان پسر سال آخر دبیرستان و والدین آنها*. *چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی و اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان*، ۲۹-۲۷ مهر ماه ۱۳۷۹، زنجان-ایران
- نجفی، کیومرث؛ آوخ، فرهاد؛ خلیخالی، سید محمد رسول؛ نظیفی، فاطمه؛ فرهی، حسن و فقیر پور، مقصود. (۱۳۸۴). *شیوع مصرف مواد در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر رشت*. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۱(۲): ۲۳۳-۲۳۶

- Ahmadi, J., & Hasani, M. (2003). Prevalence of substance use among Iranian high school students. *Addictive Behaviors*, 28, 375-379.
- Ahmadi, J., & Ostovan, M. (2002). Substance use among Iranian male students. *International Journal of Drug Policy*, 13, 511-512
- Ahmadi, J., Alishahim, M.J., & Alavi, M. (2004). Substance use disorders in a sample of Iranian secondary school students. *Social Indicators Research*, 65, 355-360.

- Ahmadi, J., Khalili, H., Jooybar, R., Namazi, N., & Mohammadaghaei, P. (1999). Epidemiology of cigarettesmoking among Iranian population. Presented at *World Psychiatric Association, Regional Congress, PreventivePsychiatry, Athens, Greece*.
- Akers, R.L., & Sellers, C. S. (2004). *Criminological theories: Introduction, evaluation, and application* (4th ed.). Los Angeles: Roxbury
- Amey, C.H., & Albrecht, S.L. (1998). Race and ethnic differences in adolescent drug use:The impact of family structure and the quantity and quality of parental interaction. *Journalof Drug Issues*, 28, 283-298.
- Angold, A., Costello, E.J., & Erkanli, A. (1999).Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57–87.
- Aos, S.; Phipps, P.; Barnoski, R.; and Lieb, R. *The Comparative Costs and Benefits of Programs to Reduce Crime*. Volume 4 (1-05-1201). Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy, May 2001.
- Austin, E.J., Saklofske, D.H., & Egan, V. (2005).Personality, well-being and health correlates of traits emotionalintelligence. *Personality and Individual Differences*, 38, 547-558.
- Ayatollahi, S.A.R., Mohammadpoorasl, A., & Rajaefard, A.R. (2005).Predicting the three stages of smoking acquisition in themale students of Shiraz's high schools, 2003. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences*, 64, 10–15.
- Bahr, S.J. Hoffmann J.P. & Yang, X. (2005). Parental and peer influences on the risk of adolescent drug use, *The Journal of Primary Prevention*, 26(6): 529–551.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ:Prentice-Hall.
- Barrett, A.E., & Turner, R.J. (2006). Family structure and substance use problems in adolescenceand early adulthood. *Addiction*, 101, 109-120.
- Bird, Y., Moraros, J., & Olsen, L.K. (2007). Smoking practices, risk perception of smoking and environmental tobacco smoke exposure among 6th grade students inCiudad Juarez, Mexico. *Nicotine & Tobacco Research*, 9, 195-203.
- Botvin, G., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E.,& Diaz, T. (1995). Long-term follow-up results of a randomized drug-abuse prevention trial in a white middle class population. *Journal of the American Medical Association*, 273,1106–1112.
- Bowman, M.A., Prelow, H.M., & Weaver, S.R. (2007).Parentingbehaviors, association with deviant peers and

- delinquency in African American adolescents: A mediated-moderation model. *Journal of Youth and Adolescence*, 36, 517–527.
- Brook, J.S., Whiteman, M., & Gordon, A.S. (1983). Stages of drug abuse in adolescence: Personality, peer and family correlates. *Developmental Psychology*, 19 (2): 269-277.
- Brown, B.B., Dolcini, M.M., & Leventhal, A. (1997). *Transformations in peer relationships at adolescence: Implications for health-related behavior*. In J. Schulenberg, J. L. Maggs, & K. Hurrelmann (Eds.), *Health risks and developmental transitions during adolescence* (pp. 161–189). New York: Cambridge University Press.
- Chan, D.W. (2004). Perceived emotional intelligence and self-efficacy among Chinese secondary school teachers in Hong Kong. *Personality and Individual Differences*, 36, 1781-1795.
- Cloward, R., & Lloyd, O. (1960). *Delinquency and Opportunity*. New York: The Free Press.
- Cohen, A.K., James F., & Short, J.R. (1976). "Crime and Juvenile Delinquency." Pp. 47-102 in *Contemporary Social Problems*, 4th ed., edited by R.K. Merton and R. Nisbet. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., & Barnekow, R.V. (2004). *Young people's health in context – Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/02 survey*. Copenhagen: WHO-Europe.
- De Micheli, D., & Formigoni, M.L. (2004). Drug use by Brazilian students: Associations with family, psychosocial, health, demographic and behavioral characteristics. *Addiction*, 99, 570-578.
- Dishion, T. J., & McMahon, R. J. (1998). Parental monitoring and the prevention of child and adolescent problem behavior: A conceptual and empirical formulation. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1(1): 61–75.
- Dishion, T. J., McCord, J., & Poulin, F. (1999). When interventions harm - Peer groups and problem behavior. *American Psychologist*, 54(9): 755-764 .
- Engelberg, E., & Sjöberg, L. (2004). Emotional intelligence, affect intensity, and social adjustment. *Personality and Individual Differences*, 37, 533-542.
- Extremera, N., Dura, N.A., & Rey, L. (2007). Perceived emotional intelligence and dispositional optimism/pessimism: Analyzing their role in predicting psychological adjustment among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 42, 1069-1079.

- Flavio F.M., Kulis, S., Nieri, T., & Parsai, M. (2005). Godforbid! Substance use among religious and nonreligious youth. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75, 585-598.
- Fleming, C.B., Kim, H., Harachi, T.W., Catalanno, R.F. (2002). Family process for children in early elementary school as predictor of smoking initiation. *Journal of Adolescent Health*, 30, 184-189.
- Hammond, S.K. (2009). *Global patterns of nicotine and tobacco consumption*. Handbook of Experimental Pharmacology, 192, 3-38.
- Hartos, J. L., Eitel, P., Haynie, D. L., & Simons-Morton, B. G. (2000). Can I take the car? Relations among parenting practices and adolescent problem-driving practices. *Journal of Adolescent Research*, 15(3): 352-368.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Arthur, M. W. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 27(6): 951-976 .
- Hibell, B., Anderson, B., Ahlström, S., Balakieva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., & Morgan, M. (2000). *The 1999 ESPAD Report: Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.
- Holden, E. W., & Nitz, K. (1995). *Epidemiology of adolescent health disorders*. In J. L. Wallander & L. J. Siegel (Eds.), *Adolescent health problems: Behavioral perspectives* (pp. 7-21). New York: Guilford Press.
- Jacob, T., Moser, R. P., Windle, M., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2000). A new measure of parenting practices involving preadolescent- and adolescent-aged children. *Behavior Modification*, 24(5): 611-635.
- Jacobson, K. C., & Crockett, L. J. (2000). Parental monitoring and adolescent adjustment: An ecological perspective. *Journal of Research on Adolescence*, 10(1): 65-97.
- Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Bachman, J.G., & Schulenberg, J.E. (2007). *Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975-2006*. Volume I: Secondary school students (NIH Publication No. 07-6205). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse, 699 pp.
- Kann, L., Kinchen, S.A., & Williams, B.I. (2000). Youth risk behavior surveillance. United States 1999. *Journal of School Health*, 70, 271-285.
- Kelishadi, R., Ardalan, G., Gheiratmand R., Majdzadeh R., Delavari A., Heshmat R., Mokhtari M.R., Razaghi E.M., Motaghian M., Ahangar-Nazari I., Mahmood-Arabi M.S., & Barekati, H. (2006). Smoking behavior and its influencing factors in a national-representative

- sample of Iranian adolescents: CASPIAN study. *Preventive Medicine*, 42, 423–426
- Kobus, K. (2003). Peers and adolescent smoking. *Addiction*, 98, 37–55.
- Kuntsche, E. N., & Silbereisen, R. K. (2004). Parental closeness and adolescent substance use in single and two-parent families in Switzerland. *Swiss Journal of Psychology*, 63(2): 85-92.
- Magoon, M.E., & Ingersoll, G.M. (2006). Parental Modeling, Attachment, and Supervision as Moderators of Adolescent Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 22(1): 1-22.
- Maisto, S.A., & Connors, G.J. (2006). Relapse in the addictive behaviors: Integration and future directions. *Clinical Psychology Review*, 2, 229-231.
- Matza, D. (1964). *Delinquency and Drift*. New York: Wiley
- Maziak, W. (2002). Smoking in Syria: Profile of a developing Arab country. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 6, 183-191.
- McGee, R., Williams, S., Poulton, R., & Moffitt, T. (2000). A longitudinal study of cannabis use and mental health from adolescence to early adulthood. *Addiction*, 95(4): 491–505.
- Mohammadpoorasl, A., Fakhari, A., Rostami, F., & Vahidi, R. (2007). Predicting the initiation of substance abuse in Iranian adolescents. *Addictive Behaviors*, 32, 3153–3159
- Mohammadpoorasl, A., Vahidi, R., Fakhari, A., Rostami, F., & Dastghiri, S. (2007). Substance abuse in Iranian high school students. *Addictive Behaviors*, 32, 622–627
- Office of Applied Studies. (2006). *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). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Ogel, K., Corapcioglu, A., Sir, A., Tamar, M., Tot, S., Dogan, O., Uguz, S., Yenilmez, C., Bilici, M., Tamar, D., & Iman, O. (2004). Tobacco, alcohol and substance use prevalence among elementary and secondary school students in nine cities of Turkey. *Turkish Psichiatri & Derg*, 15, 112-118.
- Ohannessian, C.M., & Hesselbrock, V.M. (2007). Do personality characteristics and risk taking mediate the relationship between parental substance dependence and adolescent substance use? *Addictive Behaviors*, 32, 1853-1862.
- Pettit, G.S., & Dodge K.A. (2003). Violent children: bridging development, intervention, and public policy. *Developmental Psychology*, 39(2):187– 8.



- Poikolainen, K., Tuulio-Henriksson, A., & Aalto-Setälä, T. (2001). Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early: A 5-year follow-up of 15-19 year-old Finnish adolescents. *Alcohol and Alcoholism*, 36, 85-88.
- Reed, M.D., & Rountree, P.W. (1997). Peer pressure and adolescent substance use. *Journal of Quantitative Criminology*, 13, 143-180.
- Refaat, A. (2004). Practice and awareness of health risk behavior among Egyptian university students. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 10, 72-81.
- Rew L. (2005) *Adolescent health: a multidisciplinary approach to theory, research, and intervention*. Thousand Oaks, CA: Sage; pp: 3-4.
- Short, J.F. (1968). *Gang Delinquency and Delinquent Subcultures*. New York: Harper & Row.
- Simons, R.L., Conger, R.D., & Whitbeck, L.B. (1988). A multistage social learning model of the influences of family and peers upon adolescent substance abuse. *Journal of Drug Issues*, 18(3): 293-315.
- Spoth, R.L., Gyll, M., & Day, S. X. (2002). Universal family-focused interventions in alcohol-use disorder prevention: Cost-effectiveness and cost-benefit analyses of two interventions. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(2): 219-228 .
- Sutherland, E.D., Cressey D., & Luckenbill L. (1992). *Principles of Criminology*. NY: General Hall.
- Sutherland, E.H. (1947). *Principles of Criminology*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott
- Taylor, M., Jinabhai, C.C., Naidoo, K., Kienschmidt, I. & Olmini, S.B. (2003). An epidemiological perspective of substance use among high school pupils in rural Kwazulu-Natal. *Southern African Medicine Journal*, 93, 136-140
- The Global Youth Tobacco Survey Collaborative Group (2002). Tobacco use among youth: a cross-country comparison. *Tobacco Control*, 11, 252-270.
- Torabi, M.R., Bailey, W.J., & Majd-Jabbari, M. (1993). Cigarette smoking as a predictor of alcohol and other drug use by children and adolescents: Evidence of the "gateway drug effect". *Journal of School Health*, 63(7): 302-306.
- Trinidad, D.R., Unger, J., Chou, C., Azen, A., & Johnson, A. (2004). Emotional Intelligence and smoking risk factors in adolescents: Interactions on smoking intentions. *Journal of Adolescent Health*, 34, 46-55.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2000). *Healthy people 2010: Understanding and improving health*. Second edition.

- Washington, DC: U.S. Government Printing Office.  
<http://www.health.gov/healthypeople/>
- Warren, C.W., Jones, N.R., Peruga, A., Chauvin, J., Baptiste, J.P., Costa deSilva, V., Awa, F., Tsouros, A., Rahman, K., Fishburn, B., Bettcher, D.W., & Asma, S. (2008). *Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Global youth tobacco surveillance, 2000–2007*. *MMWR Surveillance Summ*, 57, 1–28
- WHO. (1997). *Global strategy for non-communicable disease prevention and control (Draft)*. World Health Organization, Geneva. WHO/NCD/GS/97.1.
- Williams, P. G., Holmbeck, G. N., & Neff, R. (2002). Adolescent health psychology [Special Issue: Behavioral Medicine and Clinical Health Psychology]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 828–842.
- Wills, T.A. (1991). *Social support and interpersonal relationships*. In M. S. Clark (Ed.), *Prosocial behavior. Review of personality and social psychology* (Vol. 12, pp. 265–289). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Wills, T.A., & Filer, M. (1996). Stress-coping model of adolescent substance use. In T. H. Ollendick & R. J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology*, 18, 91–132. New York: Plenum.
- Yorulmaz, F., Akturk, Z., Dagdeviren, N., & Dalikilik, A. (2002). Smoking among adolescents: relation to school success, socioeconomic status, nutrition, and self-esteem. *Swiss Medical Weekly journal*, 132, 449–454.