



اعتیاد از نگاه نوجوانان: یک پژوهش کیفی

دکتر سرور پرویزی*، دکتر فضل‌ا... احمدی**، دکتر علی‌رضا نیکبخت نصرآبادی***

چکیده

هدف: هدف این پژوهش کیفی تبیین نظرات نوجوانان پیرامون سلامت و اعتیاد بوده است.

روش: ۴۱ نوجوان تهرانی (۲۲ پسر، ۱۹ دختر) ۱۱ تا ۱۹ ساله با استفاده از مصاحبه‌های باز و نیمه‌ساختار یافته مورد بررسی قرار گرفتند. این افراد با نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. گفتگو با افراد مورد بررسی بر روی نوار صوتی ضبط و سپس دست‌نویس شد و برپایه‌ی روش آنالیز محتوایی مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: تحلیل دست‌نوشته‌ها نشان داد که ۸۷٪ افراد مورد بررسی، دوستی‌ها و ارتباط با دوستان و ۱۵٪، خانواده را دلیل رواج اعتیاد دانسته‌اند. رهایی از مشکلات و بی‌خیالی، احساس بزرگی و قدرت، جبران محدودیت‌های اجتماعی، نداشتن کار و تفریح، تمایل به هنجارشکنی و کنجکاوی نیز از دیگر دلایل مورد نظر نوجوانان مورد بررسی بود.

نتیجه: با توجه به اهمیت نوجوانان به عنوان آینده‌سازان و رواج مشکل اعتیاد، آگاهی از دیدگاه‌های این گروه آسیب‌پذیر در مورد ارتباط مفهوم سلامت با اعتیاد ضروری است و می‌تواند در زمینه‌ی برنامه‌ریزی‌های فرهنگی، بهداشتی، اجتماعی و برآورد نیازها و اولویت‌ها سودمند باشد.

:

۷۰٪ مرگ‌ها به دنبال رفتارهایی رخ می‌دهند که در

نوجوانی روی داده و قابل اصلاح بوده‌اند. گستره‌ی

برپایه‌ی گزارش سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۸)

* دکترای آموزش پرستاری، مربی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران. تهران، خیابان ولی‌عصر، خیابان شهید رشید یاسمی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران (نویسنده مسئول).
E-mail: s_parvizy@yahoo.com

**دکترای تخصصی آموزش پرستاری، استادیار دانشگاه تربیت مدرس. تهران، پل گیشا، خیابان جلال آل احمد، دانشگاه تربیت مدرس، گروه پرستاری.

***دکترای تخصصی آموزش پرستاری، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تهران. تهران، میدان توحید، دانشکده پرستاری و مامایی، دفتر معاونت پژوهشی.

۲۰۱۰ اعلام شده است (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۸). خدمات و مراقبت‌های بهداشتی موفق در گرو درک ماهیت نوجوانی، شناخت گسترده‌تری از نگاه نوجوانان، و باورها، دیدگاه‌ها و انگیزه‌های ایشان است (ریچ^{۱۷} و گینزبرگ^{۱۸}، ۱۹۹۹).

پژوهش‌های کمی روش‌هایی غیرقابل‌انعطاف و محدودند و پژوهش‌های کیفی انعطاف‌پذیری بیشتری دارند (وود^{۱۹} و هویر^{۲۰}، ۲۰۰۲) و می‌توانند در چرایی و چگونگی رفتارهای خطرزای نوجوانان تحلیل جامع‌تری داشته باشند (ریچ و گینزبرگ، ۱۹۹۹؛ دپارتمان بهداشت، ۲۰۰۱). پژوهش‌های کیفی هم‌چنین می‌توانند در تعدیل دیدگاه‌ها و برنامه‌ریزی‌های بهداشتی ویژه‌ی نوجوانان که معمولاً با نگاه و قلم بزرگان نگاه شده است مؤثر باشند (هندری و شوک‌اسمیت، ۱۹۹۸).

بنابراین ازسویی، با توجه به گستردگی جمعیت نوجوانان در هرم جمعیتی کشور (سازمان آمار ایران، ۱۳۸۰)، اهمیت سلامت نوجوانی در وضعیت سلامت سنین بعدی (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۸)، آسیب‌پذیری نوجوانان (پارکر^{۲۱}، آلدريج^{۲۲} و می‌شام^{۲۳}، ۲۰۰۱) و گرایش آنها به رفتارهای پرخطر و گسترش نگران‌کننده‌ی مصرف سیگار، الکل و مخدرها در میان آنان (کوربت، ۲۰۰۱؛ هارکریدر^{۲۴}، ۲۰۰۱؛ مولچان^{۲۵} و مرملستین^{۲۶} و مک‌ایوان، ۲۰۰۲؛ پیکو^{۲۷}، ۲۰۰۱) و از سوی دیگر، لزوم انجام پژوهش در این زمینه و توانمندی‌های پژوهش‌های کیفی (ریچ و گینزبرگ، ۱۹۹۹) درباره‌ی مصرف سیگار، الکل و مخدرها، پژوهش کیفی حاضر انجام شد.

جهانی مصرف الکل، مخدرها، سیگار و داروهای روان‌گردان در میان نوجوانان (کوربت^۱، ۲۰۰۱) و همه‌گیرشناسی رو به افزایش مصرف سیگار به‌ویژه در دختران نوجوان هشداردهنده است (هندری^۲ و شوک‌اسمیت^۳، ۱۹۹۸؛ هاید^۴، تریسی^۵ و بلند^۶، ۲۰۰۱). در پژوهشی که بر روی نوجوانان ایرلندی با میانگین سنی ۱۱/۵ سال، درباره‌ی مصرف الکل صورت گرفته است به ترتیب، ۱۵٪ مصرف مرتب الکل و ۷۳٪ تجربه‌ی مصرف الکل و دست کم یک‌بار در ماه گذشته تجربه می‌بارگی را گزارش کرده‌اند، هم‌چنین ۴۸٪ دختران و ۵۲٪ پسران در پژوهش انجام شده در اسکاتلند بیش از پنج بار در ماه گذشته الکل نوشیده و ۸۰٪ دختران و پسران ۱۶-۱۵ ساله بدمستی را تجربه نموده‌اند (پاویس^۷، کانینگ‌هام^۸ و آموس^۹، ۱۹۹۸).

احتمال روی آوردن به مخدرها در نوجوانان سیگاری و الکلی، بسیار زیاد است (نایز^{۱۰} و مک‌ایون^{۱۱}، ۲۰۰۱). در سطح جهانی نیز سالانه هشتصد هزار نوجوان به‌خیل مصرف‌کنندگان دایمی سیگار می‌پیوندند. در سریلانکا، چین و روسیه به ترتیب ۱۲٪، ۳۳٪ و ۷۰٪ نوجوانان پیش از ده سالگی سیگار را آزموده‌اند (کوربت، ۲۰۰۱). روزانه ۳۰۰۰ نوجوان آمریکایی سیگاری می‌شوند و ۹۰٪ سیگاری‌های آمریکا پیش از ۱۹ سالگی سیگار را آغاز می‌کنند. مصرف سیگار هم‌چنین با مصرف مواد دیگری چون کوکائین، هرویین، حشیش و الکل همراه بوده است (هندری و شوک‌اسمیت، ۱۹۹۸؛ هاید و همکاران، ۲۰۰۱). نوجوانانی که در سنین پایین‌تر به سیگار روی می‌آورند، احتمالاً تا سال‌ها مصرف سیگار را ادامه می‌دهند و نیز به دلیل طولانی‌شدن مدت مصرف سیگار، در معرض خطرات بیشتری هستند (جانسون^{۱۲}، بولز^{۱۳} و کلبر^{۱۴}، ۲۰۰۰). از این رو افزایش سن شروع سیگار از دوازده به چهارده سالگی، کاهش شمار نوجوانانی که الکل مصرف می‌کنند (نایز و مک‌ایون، ۲۰۰۱) و کاهش مصرف سیگار توسط نوجوانان (کودجو^{۱۵} و کلین^{۱۶}، ۲۰۰۲)، از هدف‌های سازمان جهانی بهداشت تا سال

- | | |
|----------------|-----------------|
| 1- Corbett | 2- Hendry |
| 3- Shuck-Smith | 4- Hyde |
| 5- Treacy | 6- Boland |
| 7- Pavis | 8- Cunningham |
| 9- Amos | 10- Nies |
| 11- McEwen | 12- Johnson |
| 13- Boles | 14- Kleber |
| 15- Kodjo | 16- Klein |
| 17- Rich | 18- Ginsburg |
| 19- Wood | 20- Hobber |
| 21- Parker | 22- Aldridge |
| 23- Measham | 24- Harkreader |
| 25- Moolchan | 26- Mermelstein |
| 27- Piko | |

این پژوهش بخشی از یک طرح کیفی گسترده در زمینه سلامت از دیدگاه نوجوانان ایرانی است. پژوهش حاضر از نوع آنالیز محتوایی^۱ است. آزمودنی‌های پژوهش با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری هدفمند^۲ (متناسب با پژوهش کیفی) انتخاب شدند. در این نوع نمونه‌گیری که در پژوهش‌های کیفی کاربرد دارد، پژوهشگر در پی کسانی است که تجربه‌ای غنی از پدیده‌ی مورد بررسی و توانایی و تمایل به بیان روشن آن را دارند. این افراد مورد مصاحبه‌های باز و نیمه ساخت‌یافته قرار می‌گیرند. این نوع مصاحبه به دلیل انعطاف‌پذیری و عمیق‌بودن، برای پژوهش‌های کیفی مناسب است. پرسش‌های چندی به‌عنوان راهنمای مصاحبه طراحی شده‌اند که پاسخ‌های باز و تفسیری دارند و پاسخ نمونه‌ها، روند آن را هدایت می‌نمایند. پرسش‌هایی درباره‌ی چگونگی روند تندرستی در نوجوانان پرسیده شد و سپس پرسش‌هایی که بر نقش اعتیاد در چگونگی سلامت نوجوانان تأکید نموده‌اند، با پرسش‌های بیشتری درباره‌ی رابطه‌ی اعتیاد و سلامتی پی‌گیری گردید. پرسش‌های نخستین عبارت بوده‌اند از: چه عواملی بر سلامت نوجوانان تأثیر می‌گذارند؟ فکر می‌کنید جامعه چه قدر به سلامت نوجوانان اهمیت می‌دهد؟ خود نوجوانان چه قدر؟ عوامل بازدارنده‌ی تندرستی نوجوانان کدامند؟ کمترین شرایط و امکانات لازم برای حفظ و ارتقای سلامتی چیست؟ نوجوانان چه قدر از این حداقل‌ها برخوردارند؟ گفتگوها بر روی نوار صوتی، ضبط و سپس پیاده شد و مورد تحلیل قرار گرفت که در آنها رضایت آگاهانه، حفظ گمنامی، محرمانه بودن اطلاعات، حق کناره‌گیری در زمان دلخواه و تعهدات اخلاقی در نظر گرفته شد.

پرسش‌های مربوط به اطلاعات فردی مانند سن، جنس، پایه‌ی تحصیلی و شغل نیز افزون بر پرسش‌هایی پیرامون عوامل مؤثر بر سلامت در مقوله‌ی اعتیاد مطرح شد. مدت مصاحبه‌ها از نیم تا سه ساعت و جلسه‌ها به‌صورت فردی و گروهی^۳ (۳-۵ نفر) بود. معیار شمار نمونه‌ها و توقف مصاحبه‌ها رسیدن به غنای لازم،

تکراری شدن و در اصطلاح اشباع اطلاعاتی^۴ بود که بر همین اساس با ۴۱ نوجوان تهرانی ۱۹-۱۰ ساله مصاحبه شد. نوجوان و سالم (فقدان بیماری در زمان انجام پژوهش) بودن، اعلام آمادگی در زمینه‌ی همکاری با پژوهشگر و گفتگو با سایر نوجوانان (در مصاحبه‌های گروهی) از معیارهای انتخاب بود. نوجوانانی که توانایی و یا تمایل به ادامه‌ی پژوهش را نداشته‌اند و همچنین ادامه‌ی مصاحبه با مخالفت اولیای خانه و یا مدرسه روبه‌رو شده بود از بررسی کنار گذاشته شدند.

همه‌ی مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر نخست، با توجه به ویژگی‌های ارتباط با نوجوانان و مهارت‌های مصاحبه، در مکان‌هایی که نوجوانان در دسترس بوده‌اند (در مدارس، منازل، فرهنگسراها و پارک‌ها) انجام شد.

معیارهای مقبولیت (عینیت‌پذیری) داده‌ها که همانند روایی و پایایی در پژوهش‌های کمی است، برای ارزیابی داده‌های پژوهشی به‌کار برده شد. مقبولیت، به معنی پذیرفتنی بودن داده‌هاست و آن نیز در گرو گردآوری داده‌های حقیقی می‌باشد. برای افزایش مقبولیت داده‌ها روش‌های زیر به‌کار برده شد:

۱- بررسی و مشاهده‌ی پیوسته^۵، اختصاص زمان کافی، ارتباط خوب.

۲- استفاده از تلفیق^۶ در پژوهش؛ تلفیق روش‌های گردآوری^۷ داده‌ها (مصاحبه، مشاهده، نوشتار) و تلفیق زمانی^۸ (بررسی در زمان‌های مداوم و امکان بازخورد به داده‌ها).

۳- بازنگری ناظرین (همتایان)^۹، بهره‌گیری از گزارش‌گیری همکاران^{۱۰} و بازبینی دست‌نوشته‌ها توسط شرکت‌کنندگان^{۱۱}.

۴- جست‌وجو برای یافته‌های مخالف و تحلیل موارد منفی.

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| 1- content analysis | 2- purposeful sampling |
| 3- focus group discussion | 4- data saturation |
| 5- prolonged engagement | 6- persistent observation |
| 6- triangulation | 7- method triangulation |
| 8- time triangulation | 9- peer check |
| 10- peer debriefing | 11- member check |

۵- عینیت‌پذیری؛ یکی از ویژگی‌های داده‌های پژوهشی است، یعنی دو پژوهشگر نتایج یکسانی از دست‌نوشته‌ها و گزارش‌ها داشته باشند. درگیری و بررسی پیوسته، رفتار نیکو و برخورد مناسب، همچنین دقیق بودن در همه‌ی مراحل پژوهش و روشن بودن روش پژوهش می‌تواند داده‌ها را عینیت بخشد (استروبرت^۱ و کارپنتر^۲، ۲۰۰۳) که در این پژوهش نیز به کار برده شد.

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های پژوهش در جدول ۱ ارایه شده است. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد، بیشترین درصد آزمودنی‌های پژوهش در گروه سنی ۱۹-۱۷ سال و دانش‌آموزان دبیرستان بودند. تجزیه و تحلیل دیدگاه‌های نوجوانان مورد بررسی پیرامون سلامت و اعتیاد نشان داد که ۸۷٪ آنان دوستی‌ها و ارتباط‌ها و ۱۵٪ خانواده را دلیل رواج اعتیاد می‌دانند.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نوجوانان مورد بررسی

متغیر	فراوانی (%)
جنس	دختر ۱۹ (۴۶)
	پسر ۲۲ (۵۴)
سن	۱۱-۱۳ ۶ (۱۵)
	۱۴-۱۶ ۱۱ (۲۷)
	۱۷-۱۹ ۲۴ (۵۸)
میزان تحصیل	راهنمایی ۱۴ (۳۴)
	دبیرستان ۱۸ (۴۴)
	دانشگاه ۵ (۱۲)
	سایر موارد ۴ (۱۰)
کل	۴۱ (۱۰۰)

جدول ۲ مجموعه‌ی موضوع‌های اصلی و فرعی استخراج شده را نشان می‌دهد:

جدول ۲- موضوع‌های اصلی و فرعی عنوان شده از سوی نوجوانان مورد بررسی درباره‌ی اعتیاد

علل اعتیاد:
رهایی از مشکلات و بی‌خیالی
احساس بزرگی و قدرت
جبران محدودیت‌های اجتماعی
فقدان کار و تفریح
تغییر ارزش‌ها
ممنوعیت الکل و تمایل به هنجار شکنی
کنجکاوی در کسب تجارب تازه
سودمندی مشروب
رواج اعتیاد:
کاهش سن اعتیاد
قوانین نارسا و نظارت ناکافی
پارک‌ها و قهوه‌خانه‌ها محل تجمع معتادان و تبادل مواد
دسترسی و سهل‌الوصول بودن انواع مواد
سرعت گذر نوجوانان از سیگار به اشکال تزریقی اعتیاد
ارتباطات و ترویج سیگار، الکل و مواد مخدر:
نقش موثر دوستان در اعتیاد
رواج اعتیاد در محیط‌های اجتماعی نوجوانان
سلامت و اعتیاد:
سیگار بزرگترین مانع سلامت و عامل شروع مصرف مخدرها
باورهای مذهبی و ورزش، اراده‌ی قوی، آگاهی کافی از موانع اعتیاد
خانواده:
والدین، الگوی نوجوانان در اعتیاد
تجاهل خانواده‌ها به اعتیاد فرزندان
مصرف مخفیانه‌ی سیگار، مشروب و مخدرها

نوجوانان انگیزه‌های اعتیاد را رهایی از مشکلات و بی‌خیالی، احساس بزرگی و قدرت، جبران محدودیت‌های اجتماعی، نداشتن کار و تفریح، تغییر ارزش‌ها، ممنوع بودن مصرف الکل، تمایل به هنجارشکنی، کنجکاوی و به‌دست آوردن تجربه‌های تازه دانسته‌اند.

همچنین نوجوانان با بیان نکات زیر به جنبه‌هایی از رواج اعتیاد در جامعه پرداختند: کاهش سن اعتیاد، قوانین نارسا و نظارت ناکافی، پارک‌ها و قهوه‌خانه‌ها به‌عنوان محل گرد هم آمدن معتادان و مبادله‌ی مواد، دسترسی آسان به انواع مواد، روند سریع گذر نوجوانان از کشیدن سیگار به اعتیاد تریقی.

نوجوانان با بیان این‌که مدرسه، دانشگاه و خوابگاه‌ها به‌دلیل امکان ارتباط بیشتر و گسترده‌تر نوجوانان با یکدیگر، مکان‌های مناسبی برای یادگیری و مصرف مواد اعتیاد آور به‌ویژه سیگار به‌شمار می‌روند، در ارتباط با سلامت و اعتیاد نوجوانان، سیگار را بزرگترین بازدارنده‌ی سلامت و عامل اصلی روی آوردن نوجوانان به مخدرها دانستند. آنها باورهای مذهبی، ورزش، اراده‌ی قوی و آگاهی کافی را از بازدارنده‌های اعتیاد برشمردند.

الگوی نوجوانان در روی آوردن به اعتیاد، ندانم‌کاری‌های خانواده‌ها و مخفی‌کاری فرزندان در مصرف سیگار، الکل و مخدرها نیز از نکات مهم مؤثر در اعتیاد نوجوانان شمرده شده‌اند.

تنها هراس از مشکلی بزرگ می‌تواند موجب شود که نوجوانان در تبیین سلامت، به عوامل و موانع اعتیاد بپردازند. نوجوانان استرالیایی در یک پژوهش کیفی پیرامون سلامت، سیگار، الکل، مخدرها، بی‌بندوباری‌های جنسی، بارداری‌های ناخواسته و خشونت را مهم‌ترین زیرگروه‌های بازدارنده‌ی سلامت دانسته‌اند (دپارتمان بهداشت، ۲۰۰۱). نوجوانان شرکت‌کننده^۱ در این پژوهش مهم‌ترین علل اعتیاد نوجوانان را رهایی از مشکلات و بی‌خیالی، جبران محدودیت‌های اجتماعی و نداشتن کار و تفریح دانستند. گرچه نوجوانی سن هراس و آرمان‌گرایی و تغییرات عمیق است، دشواری‌های اجتماعی چون رقابت سخت کنکور، بی‌کاری و تورم می‌توانند نوجوانان را به سوی اعتیاد بکشانند. کودجو و کلین

(۲۰۰۲) با تأکید بر الگوی جسمی- روانی- اجتماعی^۲ می‌نویسند: «نوجوانان برای سازگاری با شرایط و احساسات ناخواسته، به مواد پناه می‌برند.» سایرین نیز از الکل و سیگار به‌عنوان ابزاری برای تخلیه‌ی روانی و رسیدن به آرامش یاد کرده‌اند (براون^۳، ۲۰۰۲؛ مایو^۴، فلی^۵ و مت^۶، ۲۰۰۰؛ راگ‌کازا^۷، ناکس^۸ و سیتلینگتون^۹، ۲۰۰۱؛ وون-بوتمر^{۱۰}، ۲۰۰۱). نوجوانان دارای حمایت‌های اجتماعی، کمتر به الکل، سیگار و مخدرها آلوده می‌شوند (هندری و شوک‌اسمیت، ۱۹۹۸). به این ترتیب، اثر شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در نگرش مثبت به اعتیاد، کاهش افسردگی (پیکو، ۲۰۰۱) و نیز احساس بزرگی، کنجکاو، میل به تجربه‌های تازه، رفتارهای پرخطر و هنجارشکنی (پروکتر^{۱۱}، ۲۰۰۰) و به‌دست آوردن استقلال بیشتر حتی به‌بهای خطرات جدی‌تر (دپارتمان بهداشت، ۲۰۰۱) از علل اعتیاد نوجوانان دانسته شده است.

پنهان‌کردن مصرف الکل و سیگار از خانواده، یکی دیگر از موضوع‌هایی است که نوجوانان مورد بررسی بیان نموده‌اند. هاید و همکاران (۲۰۰۱) نیز در پژوهش کیفی روی ۷۸ نوجوان ایرلندی در مصاحبه‌های گروهی، دریافتند که نوجوانان معمولاً فضای دور از دسترس والدین را برای نوشیدن الکل برمی‌گزینند، مصرف آن را نوعی نوآوری و خلاقیت می‌پندارند و فعالیت‌های مخفیانه و بی‌قیدی را لذت‌بخش می‌دانند.

براون در پژوهشی طولی روند مصرف الکل، سیگار و مخدرها را در نوجوانان رو به افزایش گزارش نموده است (کوربت، ۲۰۰۱). بسیاری از نوجوانان باور نمی‌کنند که با شروع سیگار به آن معتاد می‌شوند (آرنت^{۱۲}، ۲۰۰۰). در بررسی‌های چندی سیگار مقدمه‌ی مصرف مخدرها در نوجوانان گزارش شده است (پارکر و همکاران، ۲۰۰۱) و نوجوانانی که سیگار، الکل و

1- participants	2- biopsychosocial model
3- Brown	4- Mayhew
5- Flay	6- Mott
7- Rugkasa	8- Knox
9- Sittlington	10- Von Bothmer
11- Procter	12- Arnett

مخدرها را نیازموده‌اند، پس از پشت سر گذاشتن این دوره به‌ندرت به آنها آلوده می‌شوند (کوربت، ۲۰۰۱). دان^۱ و جانسون^۲ (۲۰۰۱) در پژوهشی کیفی، بالا بودن اعتماد به نفس، قدرت تمیز و داشتن مشغولیت و سرگرمی را در دختران نوجوان، در زمینه‌ی پس‌زدن سیگار^۳ و در نتیجه غیرسیگاری باقی ماندن مورد تأکید قرار داده‌اند.

افزایش قیمت و مالیات سیگار، محدودیت توزیع، پاک‌سازی تبلیغات و صنایع وابسته به آن، نصب پرچسب‌های هشداردهنده، جلب همکاری‌های مردمی، محدودیت انتقال سیگار در سازمان‌ها و گروه‌ها و ترغیب دوستی‌های بدون سیگار می‌تواند در کاهش دسترسی و مصرف نوجوانان مؤثر باشد (هندری و شوک‌اسمیت، ۱۹۹۸؛ وون بوتمر، ۲۰۰۱).

نوجوانان ارتباط‌های خود را در مدرسه، دانشگاه و خوابگاه عامل یادگیری و مبادله‌ی انواع مخدرها شمرده‌اند. کمتر پژوهشی در زمینه‌ی نوجوانان و آلودگی به سیگار، الکل و مخدرها انجام گرفته است که در آن از نقش چشم‌گیر دوستان و انتقال عادت‌های آنان به یکدیگر، سخنی به‌میان نیامده باشد (دان و جانسون، ۲۰۰۱؛ راگ‌کازا و همکاران، ۲۰۰۱؛ وون بوتمر، ۲۰۰۱). مک‌فیلی^۴ (۲۰۰۱) ۱۰۶ نوجوان ۱۶-۱۵ ساله را در پژوهشی کیفی در زمینه‌ی نوشیدن الکل بررسی نمود و دریافت که نوجوانان الکل را بیشتر در مکان‌های عمومی چون باشگاه‌ها، پارک‌ها و میهمانی‌ها، زیر فشار گروه همسالان مصرف کرده و با نوشیدن الکل، ارتباط‌های اجتماعی آسان‌تر، بهتر و گسترده‌تری را گزارش کرده‌اند (دان و جانسون، ۲۰۰۱). آنان غیبت از مدرسه، افت تحصیلی، بی‌علاقگی به مدرسه و داشتن آموزگاران سیگاری را به‌عنوان سایر عوامل مؤثر بر اعتیاد نوجوانان برشمرده‌اند (مک‌فیلی، ۲۰۰۱). از آن‌جا که بخش بزرگی از عمر نوجوانان با گروه همسالان، در مدرسه، دانشگاه و یا خوابگاه می‌گذرد و این‌که نوجوانی سن تعلق به گروه و تأثیرپذیری از

دوستان است، توجه ویژه به دیدگاه‌های نوجوانان در این زمینه بسیار مهم است.

در پژوهش حاضر باورهای مذهبی، آگاهی و اراده، بازدارنده‌ی روی آوری نوجوانان به اعتیاد دانسته شده‌اند. ۲۲۹ نوجوان امریکایی نیز باورهای دینی و اسلامی را مانع نوشیدن الکل گزارش نموده‌اند (پارکر و همکاران، ۲۰۰۱). داشتن تلقی منفی از اعتیاد و سیگار، موجب کاهش مصرف در نوجوانان می‌گردد (جانسون و همکاران، ۲۰۰۰) و آموزش، در این زمینه گام مهمی در راستای پیش‌گیری از اعتیاد نوجوانان است (نایز و مک‌ایون، ۲۰۰۱).

نوجوانان شرکت‌کننده در این پژوهش نیز اراده و اعتماد به نفس قوی را بازدارنده‌ی اعتیاد خوانده‌اند. راگ‌کازا و همکاران (۲۰۰۱) ضمن تأکید بر تأثیرپذیری از دوستان در نوجوانی، می‌افزایند که برای نوجوانان مهم‌تر است که عضو خلاق و مؤثر و دارای اعتماد به نفس گروه باشند تا تحت تأثیر آن.

در چندین بررسی به نقش خانواده در ایجاد یا پیش‌گیری از مصرف مخدرها در نوجوانان اشاره شده است. زندگی در خانواده‌های دو والدی، وجود والدین غیرالکلی، غیر سیگاری و غیر مستبد و دارای ارتباط‌های مناسب با یکدیگر، و وجود پدری با حضور مؤثر در خانواده دست‌کم هنگام صرف غذا از عوامل مؤثر در روی‌نیابردن نوجوانان به سیگار شمرده شده‌اند (مک‌فیلی، ۲۰۰۱؛ سیگور^۵ و چالمرز^۶، ۲۰۰۰). مصرف سیگار توسط والدین از عوامل مستعدکننده سیگاری‌شدن نوجوانان بوده، حساسیت و توجه والدین به مصرف سیگار نوجوانان از اعتیاد آنان به سیگار پیش‌گیری می‌کند (میشل^۷ و آموس، ۱۹۹۷). هم‌چنین، در یافته‌های پژوهش حاضر، بر نقش مؤثر خانواده بر

1- Dunn
3- say no skills
5- Segiure
7- Michell

2- Johnson
4- McFeely
6- Chalmers

Dunn,D.,& Johnson,J.(2001).Choosing to remain smoke free: The experiences of adolescent girls. *Journal of Adolescents Health*, 29, 289-297.

Harkreader,H.(2001).Fundamentals of nursing. Philadelphia: Saunders Co.

Health Department (2001). *Youth health policy*: available on: www.health.act.gov.au/publications/youthhealth/appendix.

Hendry,L.,& Shuck Smith,J.(1998). *Health Issues & Adolescents*. London: Rutledge.

Hyde,A.,Treacy,M.,& Boland,J.(2001).Alcohol consumption among 11-16 year olds. *Nursing and Health Sciences*, 3, 237-245.

Johnson,P.,Boles,S.,& Kleber,H. (2000).Age related differences in adolescents smokers' and non-smokers' assessments of the relative addictive and health harmfulness of cigarettes alcohol and marijuana. *Journal of Substance Abuse*, 11,45-52.

Kodjo,C.,& Klein,J.(2002). Prevention and risk factor of adolescent substance abuse. *Pediatric Clinics of North America*, 49, 257-268.

Mayhew,K.,Flay,B.,& Mott,J. (2000) .Stages in the development of adolescent smoking. *Drug and Alcohol Dependence*, 59, s61-s81.

McFeely,S.(2001).Youth people's pathway to smoking cessation. *Nursing Standard*, 16, 39-42.

Michell,L.,& Amos,A. (1997). Girls Pecking order and smoking. *Social Science Medicine*,2,1861- 1869.

Moolchan,E.,Mermelstein,R., & McEwen,M.(2002). Research on tobacco use among teenagers. *Journal of Adolescent Health*, 30, 409-417.

Nies,M.,& McEwen,M.(2001). *Community health nursing*. Philadelphia: Sanders Co.

Parker,H.,Aldridge,J.,& Measham,F. (2001). Illegal leisure: The normalization of adolescents recrea-

گرایش به اعتیاد در نوجوانان تأکید شده است. والدین دارای چند شغل و خسته‌ای که نه تنها از دشواری‌ها و آسیب‌پذیری‌های فرزندان نوجوان خود آگاهی ندارند بلکه ناآگاهانه نقش یک الگوی سیگاری را ایفا می‌کنند عامل مستعدکننده‌ای برای آوردن فرزندان خود به سیگار به‌شمار می‌روند.

پیش‌بینی آیین‌نامه‌ها و مقررات برای کاهش دسترسی نوجوانان به الکل، مخدرها و سیگار و سالم‌سازی محیط با همکاری نیروهای انتظامی و از سوی دیگر کنترل تورم، بهبود وضعیت اقتصادی-اجتماعی، افزایش آگاهی عمومی و تقویت کانون خانواده در پیش‌گیری و کنترل اعتیاد نوجوانان مؤثر است. تأمین سلامت و نیرومند ساختن اندیشه و ایمان نوجوانان کشور، پیش شرط سلامت آینده است.

بدین‌وسیله از همکاری همه‌ی نوجوانان عزیز قدردانی می‌گردد. از خداوند متعال توفیق روزافزون یکایک آنان را خواستاریم. هم‌چنین حمایت‌های دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تهران از این پژوهش ستودنی است.

سازمان آمار ایران (۱۳۸۰). *آمارنامه*. تهران: انتشارات سازمان آمار ایران.

شرفی، محمدرضا (۱۳۷۰). *دنیای نوجوان*. تهران: تربیت.

Arnett,J.(2000). Optimistic bias, adolescent and adult smokers and nonsmokers. *Addictive Behavior*, 25, 625-632.

Brown,M.(2002). Risk factors for substance abuse in adolescent. *Pediatric Clinics of North America*, 49, 247- 255.

Corbett,K.(2001).Susceptibility of youth to tobacco. *Respiration Psychology*, 128, 103-118.

- tional drug use/understanding and responding to drug use: The role of qualitative research. *Contemporary drug problems*, 28, 179-192.
- Pavis,S.,Cunningham,B.,& Amos,A. (1998). Health related behavior change in context: Young people in transition. *Social Science Medicine*,47, 1407-1418.
- Piko,B.(2001) .Smoking in adolescence: Do attitude matter. *Addictive Behaviors*, 26, 201-217.
- Procter,S.(2000).*Caring for health*,London:Macmillan.
- Rich,M.,& Ginsburg,K.(1999). The reason and rhyme of qualitative research. *Journal of Adolescents Health*, 25, 371-378.
- Rugkasa,J.,Knox,B., & Sittlington,J. (2001). Anxious adults vs. cool children: Children's views on smoking and addiction .*Social Science & Medicine*, 53, 593-602.
- Segiure,M.,& Chalmers,K.(2000). Late adolescent female smoking. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 1422-1429.
- Streubert,H.,& Carpenter,D. (2003). *Qualitative Research in Nursing*,(3rded.). Philadelphia: Lippincott.
- Von Bothmer,M. (2001). Promoting a tobacco-free generation:Who is responsible for. *Journal of Clinical Nurse*, 10, 784-792.
- Wood,G.,& Hobber,j.(2002). *Nursing Research*. St Louis: Mosby Co.
- World Health Organization (1998). *World health report*. Geneva: WHO.