

فصلنامه پژوهش در مسائل تعلیم و تربیت

دوره دوم ، شماره ۲۶ - شماره پیاپی ۴۴ - تابستان و پاییز ۱۳۹۰

مقاله شماره ۴ - صفحات ۴۷ تا ۶۵

ساخت و اعتباریابی فرم کوتاه پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده مصرف مواد

دکتر شهرام محمدخانی^۱

دکتر علیرضا جزایری^۲

دکتر پروانه محمدخانی^۳

دکتر حسن رفیعی^۴

دکتر محمود قاضی طباطبایی^۵

چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی ویژگی های روانسنجی ، ساختار عاملی و روایی و پایایی پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده مصرف مواد (RAPI) در نوجوانان و تهیه فرم کوتاه پرسشنامه مذکور طراحی شده بود. ۴۸۰ نفر از دانش آموزان پایه اول متوسطه شهر تهران با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای انتخاب و فرم بلند پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده مصرف مواد را تکمیل نمودند. از روش تحلیل عاملی اکتشافی (EFA) به روش مولفه های اصلی برای بررسی ساختار عاملی و از تحلیل عامل تاییدی (CFA) برای بررسی روایی سازه ای پرسشنامه استفاده شد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی به روش مولفه های اصلی ۹ عامل اصلی سازنده پرسشنامه را آشکار ساخت. همچنین نتایج تحلیل عاملی تاییدی نشان داد که پرسشنامه از برازندگی و روایی سازه ای خوبی برخوردار است. یافته های پژوهش نشان داد که RAPI ابزار معتبری برای سنجش عوامل مرتبط با مصرف مواد است و از همسانی درونی (الفای کرونباخ ۰/۸۴) و روایی افتراقی و همزمان خوبی برخوردار است. پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده مصرف مواد یک ابزار غربالگری معتبر است که از ویژگی های روانسنجی مطلوبی برخوردار است. پژوهشگران می توانند از آن در غربالگری نوجوانان در معرض خطر و طراحی و ارزشیابی برنامه های پیشگیرانه استفاده نمایند.

۱ دکترای روانشناسی بالینی عضو هیئت علمی گروه روانشناسی دانشگاه تربیت معلم Email:

S_Moahammadkhani@yahoo.com

۲ دکترای روانشناسی بالینی ،عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۳ دکترای روانشناسی بالینی ،عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۴ دکترای تخصصی روانپزشکی ،عضو هیئت علمی دانشگاه تهران

۵ دکترای جامعه شناسی ، عضو هیئت علمی دانشگاه تهران

مقدمه

طی سال های اخیر، پیشرفت قابل ملاحظه ای در زمینه "پیشگیری مبتنی بر یافته های علمی بدست آمده و مدل های جدیدی در عرصه پیشگیری مطرح شده اند، که از جمله آنها می توان به مدل های مبتنی بر عوامل خطر ساز و حفاظت کننده و تعامل آنها اشاره کرد(استیونز و گریفن، ۲۰۰۱، به نقل از اسپرینگر و همکاران، ۲۰۰۴؛ تاچل و همکاران، ۲۰۰۴). مدل های عوامل خطر ساز و حفاظت کننده افقی نو در برنامه های پیشگیری اولیه باز نموده و هزینه های سرسام آور درمان اختلالات مربوط به سوء مصرف و وابستگی را به میزان زیادی کاهش داده است. مهمترین جنبه مثبت این مدلها در ارزش پیش بینی آنها است. مطابق این مدل نظری که بر پایه مطالعات منتشر شده در سی سال گذشته استوار است، براساس انواع متنوعی از عوامل خطر ساز و حفاظت کننده، می توان سوء مصرف مواد را در نوجوانان پیش بینی کرد (به عنوان مثال هاوکینز و همکاران، ۱۹۹۲؛ کندل و همکاران، ۱۹۸۶؛ مداحیان و همکاران، ۱۹۸۶؛ نیوکامب و بنتلر، ۱۹۸۸؛ به نقل نیوکامب، ۱۹۹۵؛ محمدخانی، ۱۳۸۵، ۱۳۸۶). عوامل خطر ساز به موقعیت ها، ویژگی ها، متغیرها و رویدادهایی اطلاق می گردد که وجود آنها احتمال سوء مصرف مواد را افزایش می دهد(هاوکینز و همکاران، ۱۹۹۴؛ برای، کرینزلی^۲؛ ۱۹۹۰؛ نیوکامب، فلیکس- اورتیس^۳؛ به نقل از مرکز پیشگیری از سوء مصرف مواد، ۲۰۰۱). هر چه تعداد عوامل خطر ساز در زندگی نوجوان بیشتر باشد احتمال درگیر شدن او در رفتارهای سوء مصرف مواد یا سایر مشکلات مرتبط، بیشتر خواهد شد(الیوت و همکاران، ۱۹۸۵؛ بوتوین، ۲۰۰۰). در مقابل عوامل حفاظت کننده عواملی هستند اثر عوامل خطر ساز را خنثی کرده و در نتیجه احتمال وقوع مشکل را کاهش می دهد. بر اساس این مدل، هرچه کودکان و نوجوانان در معرض عوامل خطر ساز زیادی قرار بگیرند، احتمال تجربه مصرف مواد و سایر مشکلات مرتبط، در آنها افزایش پیدا می کند(هاوکینز و همکاران، ۱۹۹۲؛ نیوکامب، ۱۹۹۵).

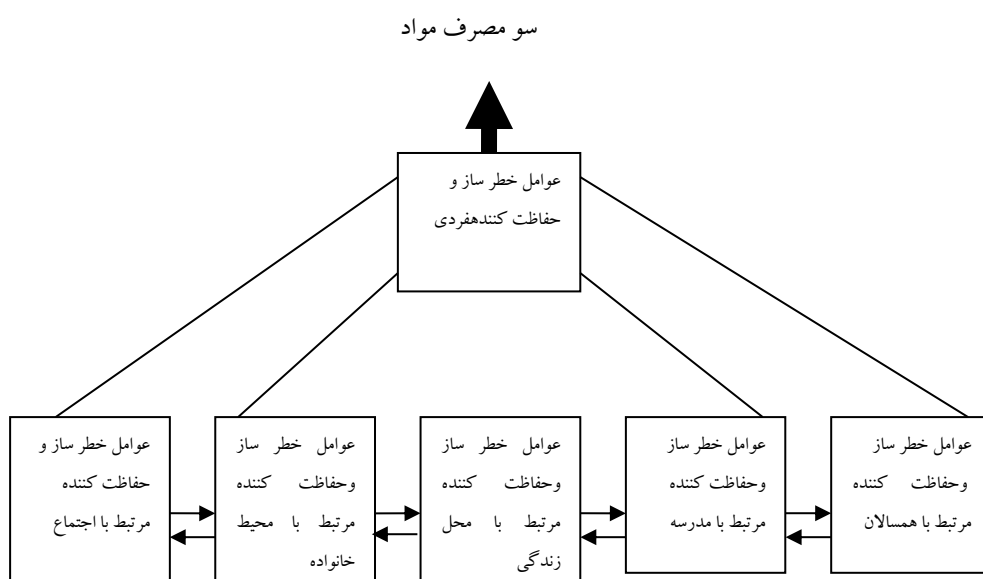
بررسی های همه گیر شناختی حاکی از روند رو به افزایش مصرف سیگار، مشروبات الکلی و سایر مواد در بین نوجوانان است(جانستون، اومالی و بچمن، ۲۰۰۱؛ سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰؛ فرنس، لوتیان و کیپ، ۲۰۰۰). بر اساس نتایج مطالعه ای که از سال ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۶ در مورد نوجوانان انجام گرفت، میزان سوء مصرف مواد در میان دانش آموزان دوره متوسطه از ۲۷ درصد به ۴۷ درصد افزایش یافته است(جانستون، اومالی و بچمن، ۱۹۹۹). علاوه بر افزایش روند مصرف مواد در بین نوجوانان، سن شروع مصرف مواد نیز کاهش یافته است (آدلاف و همکاران، ۱۹۹۷؛ به نقل از بوتوین، ۲۰۰۰). برای مثال سن آغاز مصرف حشیش از ۱۸ سال در دهه ۱۹۶۰ به ۱۷-۱۵ سال در اواخر دهه ۱۹۷۰ و اوایل ۱۹۸۰ و به کمتر از ۱۵ سال در اواخر دهه ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ کاهش یافت است(جانسون و همکاران، ۲۰۰۱). افزایش گرایش نوجوانان به مصرف الکل، سیگار و

سایر مواد بسیار نگران کننده است، زیرا اکثر نوجوانانی که مصرف مواد را در سال های اولیه نوجوانی آغاز می نمایند، به مصرف این ماده در سالهای آینده ادامه می دهند، و میزان مصرف مواد و همچنین مشکلات مرتبط با آن نیز افزایش می یابد (پروکونینگ و همکاران ۱۹۹۹؛ به نقل از ماک، تیتاس، زمپولیچ و فیشمن، ۲۰۰۱؛ اسوادی، ۱۹۹۹؛ دی وایت و همکاران، ۲۰۰۰). با توجه به یافته های فوق، متخصصان حوزه پیشگیری تاکید می کنند که برنامه های پیشگیرانه باید کودکان و نوجوانان را در سنین پایین تر آماج مداخله قرار دهند، زیرا برنامه هایی که نوجوانان را قبل از دوره دبیرستان هدف قرار می دهند، می توانند در پیشگیری از سوء مصرف مواد در بزرگسالی بسیار موفق باشند (بوتوین، ۲۰۰۰).

اکثر پژوهشگران معتقدند اختلالات سوء مصرف مواد در بین نوجوانان با سایر اختلالات روانی که در این دوره رخ می دهند، شباهت ها و تفاوت های زیادی دارند (نیوکامب، ۱۹۹۵). سوء مصرف مواد از دو جهت با سایر مشکلات روانی تفاوت دارد: اول، وقوع سوء مصرف مواد مستلزم وجود یک عامل خارجی (مواد) است و متناسب با دسترس پذیری و قدرت این عوامل، دامنه آن متفاوت است. دوم، سوء مصرف مواد مستلزم یک میزبان آماده است. بنابراین اگر فرد مایل به مصرف نباشد و مواد نیز در دسترس نباشد، مصرف مواد رخ نمی دهد. با این حال، امروزه مواد زیادی در دسترس نوجوانان قرار دارد و بسیاری از نوجوانان میل دارند از این مواد استفاده نمایند (نیوکامب، ۱۹۸۹). بنابراین شناسایی عوامل و متغیرهایی که می توانند افراد در معرض خطر مصرف مواد قرار دهند، در طراحی و تدوین برنامه های پیشگیرانه موثر بسیار مهم است. به عبارت دیگر برنامه ریزی مبتنی بر داده های علمی مستلزم بهره گیری از ابزارهای علمی و دقیق برای سنجش این عوامل و اثرات برنامه های پیشگیرانه بر عوامل مذکور می باشد.

عوامل خطر ساز به روش های مختلفی بر مصرف الکل یا سیگار تاثیر می گذارند. به عنوان مثال برخی از عوامل خطر ساز در مرحله خاصی از رشد کودکان و نوجوانان در مقایسه با عوامل دیگر تاثیر قوی تری دارند، مانند فشار گروه همسالان در دوره نوجوانی. علاوه بر این عوامل خطر ساز دارای ویژگیهای خاصی هستند: (۱) افزایشی عمل می کنند، (۲) از نظر کمیت و کیفیت متفاوتند، (۳) اهمیت آنها در اشخاص یا گروهها متفاوت است (۴) تاثیرشان در زمان های مختلف در چرخه زندگی متفاوت است، (۵) اهمیت آنها در ظاهر ساختن مراحل مصرف دارو و پیامدهای مرتبط با آن متفاوت است (۶) این عوامل می توانند در معرض تغییر قرار گیرند. به این معنی که با مداخلات پیشگیرانه می توان افسردگی یا اضطراب را در افراد یا جمعیتی خاص کاهش داد و از این طریق احتمال خطر را کاهش داد. همینطور در افراد می توان عوامل محافظت کننده مثل نگرشهای مذهبی، مهارت های مقابله ای را افزایش داد و احتمال مصونیت را بیشتر کرد (هاوکینز و همکاران، ۱۹۹۲).

هاوکینز و کاتالانو (۱۹۹۲) با ارایه یک چارچوب نظری محکم در مورد سوء مصرف مواد، شش حیطه اساسی شامل فرد، همسالان، خانواده، مدرسه، محله و جامعه را مورد توجه قرار داده اند. این حیطه ها با هم تعامل دارند. فرد در مرکز این مدل قرار دارد و همه محرک ها را بر اساس ویژگی های فردی خود پردازش، تفسیر و پاسخ می دهد (شکل ۱). جنبه مثبت این مدل آن است که چارچوبی برای درک اثرات تعاملی عوامل خطر ساز و حفاظت کننده فراهم ساخته و در مورد اینکه کدام عوامل باید توسط مجموعه متنوعی از برنامه های پیشگیرانه، هدف قرار گیرند، رهنمودهای سودمندی ارایه می نماید. مدل " شبکه عوامل تاثیر گذار " حیطه هایی را که بر رفتار سوء مصرف مواد یا سایر رفتارهای مشکل ساز تاثیر می گذارند، به خوبی آشکار می سازد (برنستاین و زیگ، ۱۹۹۹). با این حال بسیاری از پژوهشگران حیطه پیشگیری از سوء مصرف مواد در نوجوانان و متخصصان رشد نوجوانان استدلال نموده اند که تاکید بر عوامل حفاظت کننده بر دیدگاهی کاملاً متفاوت دلالت می نماید (برنستاین و زیگ، ۱۹۹۹). منتقدان مدل پیشگیری متمرکز بر عوامل خطر ساز معتقدند که این رویکرد اساساً بر جنبه های منفی به جای ابعاد مثبت زندگی فرد تاکید نموده و قربانیان را مقصر جلوه می دهد. وولین و وولین (۱۹۹۳) این مدل را " مدل آسیب^۲ " می نامند. در مقابل برخی منتقدان دیگر اعتقاد دارند که ارتقای عوامل حفاظت کننده، رویکرد موثرتری است زیرا بر عناصر و جنبه های مثبت فرد و محیط تاکید می کند (برنستاین و زیگ، ۱۹۹۹).



شکل ۲: شبکه عوامل موثر در سوء مصرف مواد (برنستاین و زیگ، ۱۹۹۹)

1. Bronstein & Zweig
2. damage model

همان طور که مدل اشاره شد نشان می دهد عوامل موثر در سوء مصرف مواد در بین نوجوانان بسیار زیاد، متنوع و ناشناخته هستند. اگر چه بسیاری از نوجوانان تحت تاثیر همسالان مصرف کننده خود، شروع به مصرف مواد می نمایند، عوامل متعددی نظیر والدین، جامعه و محیط زندگی زمینه ساز اصلی این رویداد می باشند (نیوکامب، ۱۹۹۵). متغیرهای زیادی به عنوان پیش بینی کننده های درگیر شدن در مصرف مواد، مورد مطالعه قرار گرفته اند. لتیری^۱ (۱۹۸۵) در مطالعه ای این متغیرها را در چهار حیطه یا زمینه اصلی مفهوم سازی کرده است: محیط فرهنگی / اجتماعی (شامل هنجارها و قوانین مشوق مصرف مواد، دردسترس بودن مواد، محرومیت اقتصادی شدید و بی نظمی محیط اجتماعی)، عوامل بین فردی (شامل سابقه رفتار مصرف مواد در خانواده و نگرش مثبت خانواده به مواد، مدیریت ضعیف خانواده، تعارضات خانوادگی، طرد همسالان در مدرسه، ارتباط با همسالان مصرف کننده مواد)، عوامل روانی رفتاری (مانند شخصیت، نگرش ها و فعالیت ها، آغاز زود هنگام رفتارهای مشکل زا، شکست تحصیلی، عدم احساس تعهد به مدرسه، احساس بیگانگی، نگرش مثبت به مصرف مواد و شروع زود هنگام مصرف مواد) و عوامل زیستی-ژنتیکی (آمادگی ژنتیکی برای مصرف مواد). یک فرد به دلیل وجود عواملی در هر کدام از این حیطه ها ممکن است در معرض خطر سوء مصرف مواد باشد (لتیری، ۱۹۸۵؛ به بیگلان، ۱۹۹۵).

بر اساس مطالعات انجام شده ارتباط با همسالان مصرف کننده مواد یکی از قوی ترین پیش بینی کننده های مصرف مواد در نوجوانان است (بیگلان و همکاران، ۱۹۹۵؛ کندل و آدلر، ۱۹۸۲؛ کندل، ۱۹۸۲؛ جسور و جسور، ۱۹۷۷؛ به نقل از کوران و همکاران، ۱۹۹۷). علاوه بر این نتایج بررسی ها نشان می دهند که بین نگرشها و باور های خاص در مورد مصرف مواد و شروع مصرف مواد رابطه وجود دارد، افرادی که نگرش مثبت به مصرف مواد دارند، بیشتر به آزمایش مواد می پردازند (هاو کینز، لیشنر و کاتالانو، ۱۹۸۷؛ تابرن و مک دونالد، ۱۹۹۳؛ ولز و همکاران، ۱۹۹۲؛ به نقل از هانوینکل و آبهار، ۲۰۰۴؛ بوتوین، ۲۰۰۰). همچنین برخی مطالعات نشان داده اند که بین عزت نفس ضعیف و سوء مصرف مواد رابطه وجود دارد (هیگس و همکاران، ۱۹۹۲، به نقل از کاجو و کلاین، ۲۰۰۲). نوجوانانی که از عزت نفس پایینی برخوردار هستند برای افزایش عزت نفس خود به مصرف روی می آورند. علاوه بر عوامل فوق، ویژگی های فردی نظیر عصیانگری، هیجان طلبی، کنترل ضعیف تکانه نیز با سوء مصرف مواد در نوجوانان رابطه دارد (واکر و رابرتز، ۲۰۰۱؛ به نقل از بوتوین و گریفن، ۲۰۰۴). در حیطه خانواده، سابقه مصرف مواد در خانواده (باچل و همکاران، ۱۹۹۶؛ کاتالانو و همکاران، ۱۹۹۷)، اختلالات کارکرد خانواده و پیوند عاطفی ضعیف بین والدین و فرزند از مهمترین عوامل خطر ساز سوء مصرف مواد می باشند (هاو کینز و کاتالانو، ۱۹۹۲). نتایج مطالعات نشان می دهد که مهارتهای

والدینی ضعیف، نظارت ناکافی بر رفتار کودکان و نوجوانان، تعارضات خانوادگی احتمال مصرف مواد را در نوجوانان افزایش می دهد (کندل و اندروز، ۱۹۸۷؛ لازار و همکاران، ۱۹۸۲؛ رایلی، ۱۹۷۹، به نقل از نیوکامب، ۱۹۹۵). همچنین بر اساس نتایج مطالعات انجام شده عواملی نظیر عدم احساس تعهد نسبت به مدرسه و تحصیل، عملکرد تحصیلی ضعیف، سیاستهای مدرسه در خصوص مواد با مصرف مواد مرتبط هستند (هاوکینز و همکاران، ۱۹۹۲؛ جانسون و همکاران، ۱۹۸۵؛ موسکوویتز و همکاران، ۱۹۹۲؛ به نقل از مرکز پیشگیری از سوء مصرف مواد: ۲۰۰۱). همچنین عوامل اجتماعی مانند وضعیت اقتصادی اجتماعی، انسجام اجتماعی، هنجارها و قوانین اجتماعی در مورد مصرف مواد، در دسترس بودن مواد، احتمال سوء مصرف مواد را افزایش می دهد (هاوکینز و همکاران، ۱۹۹۲؛ مرکز پیشگیری از سوء مصرف مواد، ۲۰۰۱).

در سال های اخیر تلاش های زیادی برای ساخت و اعتباریابی ابزارهای دقیق و معتبر برای سنجش عوامل خطر ساز و حفاظت کننده مصرف مواد انجام شده است. با این حال بسیاری از این ابزارها و پرسشنامه ها در کشورهایی ساخته شده اند که از نظر فرهنگی و اجتماعی با جامعه ایران متفاوت هستند، لذا به راحتی نمی توان از این پرسشنامه ها برای ارزیابی نوجوانان ایرانی استفاده کرد. با توجه به نکات فوق و ضرورت دسترسی به ابزار معتبر برای سنجش عوامل خطر ساز مرتبط با مصرف مواد در نوجوانان "پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده مصرف مواد در نوجوانان" بر اساس مدل تلفیقی مصرف مواد (بوتوین، ۲۰۰۰ و گلاتنز و هارتل، ۲۰۰۲) که عناصر و مولفه های کلیدی نظریه های یادگیری اجتماعی (بندورا، ۱۹۸۶)، نظریه های رشد اجتماعی (هاوکینز و ویس، ۱۹۸۵)، نظریه کنترل اجتماعی (الیوت، ۱۹۸۵)، مدل بوم شناسی اجتماعی (کامپرو ترنر، ۱۹۹۱)، نظریه خود تحقیری (کاپلان، ۱۹۸۶)، نظریه تعامل خانواده (بروک و همکاران، ۱۹۹۰)، نظریه رفتار مشکل آفرین (جسر و همکاران، ۱۹۹۷)، نظریه گروه دوستان (اوتینگ و بیوایس، ۱۹۸۶، ۱۹۸۷) را در بر می گیرد، توسط محمدخانی (۱۳۸۴) تهیه شده است. پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده^۱ (RAPI) بر اساس ابزارهای مشابه در زمینه سنجش عوامل خطر ساز و حفاظت کننده از جمله پرسشنامه "جوامع مراقب نوجوانان"^۲ (پولارد و همکاران، ۱۹۹۶)، "شاخص عوامل حفاظت کننده فردی"^۳ (اسپرینگر و فلیپس، ۱۹۹۵) ارزیابی تاب آوری کودکان سالم^۴ (کنستانتین و همکاران، ۱۹۹۹) و پرسشنامه مرکز مطالعات اجتماعی دانشگاه یوتا^۵ (۱۹۹۸) و سایر ابزارها تهیه شده است و عوامل خطر ساز مرتبط با مواد را در چهار حیطه فردی، خانوادگی، مدرسه ای و اجتماعی مورد ارزیابی قرار می دهد. پرسشنامه

1. Risk and Protective factors Inventory
2. Communities That Care Youth Survey
3. Individual Protective Factors Index
4. The Healthy Kids Resilience Assessment
5. substance Abuse Prevention Needs Assessment Survey

عوامل خطر ساز و حفاظت کننده (RAPQ) یک ابزار غربال گری است که به منظور ارزیابی عوامل خطر ساز و حفاظت کننده مصرف سیگار، مشروبات الکلی و سایر مواد در نوجوانان ۱۳-۱۸ سال توسط محمدخانی (۱۳۸۴) تهیه و هنجاریابی شده است. این پرسشنامه شامل ۱۲۵ سوال و ۲۳ خرده مقیاس است که متغیرهای مرتبط با مصرف مواد را در چهار حیطه فردی/ روانشناختی، خانواده، مدرسه و اجتماع مورد ارزیابی قرار می دهد. این پرسشنامه بر روی ۲۶۰۰ نفر از دانش آموزان راهنمایی و متوسطه سطح کشور هنجاریابی شده و از ویژگی های روانسنجی مطلوبی برخوردار است. این پرسشنامه علاوه بر ارایه یک شاخص کلی خطر نیمرخی از وضعیت روانی فرد و نمره برشی برای تفکیک افراد در معرض خطر فراهم می سازد. پژوهش حاضر به منظور بررسی ساختار عاملی و روایی سازه و پایایی پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده مصرف مواد و تهیه فرم کوتاه پرسشنامه مذکور بر اساس روش تحلیل عاملی تاییدی و اکتشافی طراحی شده بود.

روش، جامعه، نمونه و روش اجرای پژوهش

جامعه آماری پژوهش حاضر را دانش آموزان پسر سال اول متوسط دبیرستانهای مناطق آسیب پذیر شهر تهران تشکیل می دادند که بر اساس ارزیابی کارشناسی مشاوره استان بنا به دلایلی از جمله بی نظمی محیط زندگی، محرومیت های اقتصادی و اجتماعی و دسترسی آسان به مواد، در معرض خطر مصرف سیگار، مشروبات الکلی و سایر مواد قرار داشتند و احتمال گرایش به مصرف این مواد در آنان بیشتر از نوجوانان عادی بود. نوجوانان در معرض خطر به نوجوانانی اطلاق می شود که به دلیل وجود پاره ای از عوامل خطر ساز اجتماعی، فردی، خانوادگی و مدرسه ای در زندگی شان بیشتر از سایر همسالان خود آمادگی مصرف مواد را دارند. در پژوهش حاضر با توجه به نتایج سایر پژوهش های انجام شده از چند عامل خطر ساز اجتماعی نظیر بی نظمی محیط زندگی، محرومیت های اقتصادی و اجتماعی و دسترسی آسان به مواد به عنوان شاخص در معرض خطر استفاده شده است.

پس از انتخاب منطقه ۱۹ به عنوان منطقه ای آسیب پذیر مطابق پیشنهاد کارشناسی مشاوره سازمان آموزش و پرورش شهر تهران، چهار دبیرستان آسیب پذیر مطابق تشخیص هسته مشاوره منطقه انتخاب شدند. سپس نمونه مورد مطالعه شامل ۴۸۰ دانش آموز بر اساس فهرست اسامی آنها به صورت تصادفی از بین چهار دبیرستان آسیب پذیر انتخاب شدند. میانگین سنی نمونه مورد مطالعه ۱۵/۵ سال، انحراف معیار ۰/۹۴ بود.

ابزار سنجش

پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده

پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده (RAPI) یک ابزار غربال گری است که به منظور ارزیابی عوامل خطر ساز و حفاظت کننده مصرف سیگار، مشروبات الکلی و سایر مواد در نوجوانان تهیه شده است و عوامل خطر ساز مرتبط با مواد را در چهار حیطه فردی، خانوادگی، مدرسه ای و اجتماعی مورد ارزیابی قرار می دهد. نسخه اولیه پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده دارای ۲۳ خرده مقیاس اصلی و یک مقیاس اعتبار است که بر اساس یک مقیاس لیکرت ۵ درجه ای (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم) نمره گذاری می شوند. پایایی درونی کل پرسشنامه بر اساس روش آلفای کرونباخ (۰/۹۱) بدست آمده است (محمدخانی، ۱۳۸۴). بررسی روایی سازه پرسشنامه با استفاده از روش تحلیل عاملی نشان دهنده روایی مطلوب آن می باشد. همچنین بررسی روایی تفکیکی با استفاده از مقایسه دو گروه از دانش آموزان مصرف کننده مواد و غیر مصرف کننده، نشان داد که پرسشنامه می تواند بین دو گروه تفکیک قایل شود، بنابراین پرسشنامه یاد شده از روایی تفکیکی قابل قبولی برخوردار است (محمدخانی، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر به منظور تهیه فرم کوتاه پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر و بررسی ساختار عاملی و روایی سازه ای آن، نگارش برخی گویه ها مورد بازنگری قرار گرفت و از نسخه ۱۲۰ سوالی پرسشنامه مذکور استفاده شد و سپس با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی تعدادی از سوالات که دارای بار عاملی ضعیفی بودند حذف شده و در نهایت فرم کوتاهی از پرسشنامه شامل ۵۶ سوال و ۹ عامل اصلی تهیه شد و ویژگی های روان سنجی آن با استفاده از روش های تحلیل عاملی، همسانی درونی و آلفای کرونباخ و روش تحلیل عاملی تاییدی (CFA) و مرتبه دوم، مورد ارزیابی قرار گرفت.

پرسشنامه بررسی وضعیت مصرف مواد

این پرسشنامه یک ابزار محقق ساخته است و به منظور بررسی وضعیت خانوادگی، تحصیلی و میزان مصرف سیگار، مشروبات الکلی و سایر مواد در بین دانش آموزان تهیه شده است. این پرسشنامه دارای دو بخش اطلاعات جمعیت شناختی و بررسی وضعیت مصرف مواد است که سابقه مصرف مواد در خانواده، سن شروع مصرف مواد، الگوی مصرف سیگار، مشروبات الکلی و سایر مواد در طول عمر و یک ماه گذشته و تمایل به مصرف مواد در آینده را مشخص می کند. این پرسشنامه بر مبنای ابزارهای به کار رفته در سایر پژوهش ها از جمله (طارمیان، ۱۳۸۳؛ پورشهباز، ۱۳۸۴؛ محمدخانی، ۱۳۸۴) تهیه شده است.

روش تجزیه و تحلیل داده ها

به منظور تجزیه و تحلیل داده های پژوهش و بررسی ویژگی های روانسنجی ابزارهای پژوهش از روش های

تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش واریماکس و تحلیل عاملی تاییدی و مرتبه دوم، از ضریب تمییز و بار عاملی برای محاسبه روایی و از ضریب آلفای کرونباخ برای محاسبه پایایی استفاده شد. از روش تحلیل عاملی تاییدی (CFA) ^۱ برای ارزیابی برازندگی مدل‌های اندازه گیری متغیرهای نهفته استفاده شد. به عبارت دیگر در این گام به بررسی این موضوع پرداخته شد که آیا اندازه های مشاهده شده به خوبی و درستی سازه های نهفته فرضی را اندازه گیری می نمایند. تمامی تحلیل ها با استفاده از نرم افزارهای SPSS و LISREL انجام شده است. در پژوهش حاضر از چند شاخص برای ارزشیابی و مقایسه برازندگی کلی مدل های CFA استفاده شده است: (۱) مجذور کای (χ^2) و ارزش P $0/05$ (۲) نسبت مجذور کای (χ^2) به درجه آزادی (۳) شاخص نیکویی برازش ^۲ (GFI) (جورسکاگ و سوربام ^۳، ۱۹۸۱)، (۴) شاخص نیکویی برازش تعدیل یافته ^۴ (AGFI) (۵) شاخص برازندگی مقایسه ای ^۵ (CFI) (بتلر، ۱۹۹۰)، (۶) شاخص برازندگی افزایشی (IFI) ^۶ و (۷) ریشه خطای میانگین مجذورات (RMSEA) ^۷ (استیگر، ۱۹۹۰؛ به نقل از لی، ۲۰۰۴).

یافته ها

تحلیل عاملی اکتشافی پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده

به منظور بررسی ساختار عاملی پرسشنامه از روش تحلیل عاملی عامل به روش مولفه های اصلی استفاده شد و پس از استخراج عوامل ماتریس بار عاملی مورد چرخش به روش واریماکس قرار گرفت، سپس بار عاملی هر سوال نسبت به عوامل محاسبه و در نهایت گویه های مربوط به هر مقوله مشخص شد. تحلیل عاملی از تکنیک های آماری پیشرفته ای است که شامل دو نوع تحلیل عامل اکتشافی و تحلیل عامل تاییدی است. نوع اول معمولاً کاربرد تحلیل عامل برای شناسایی عامل های بنیادی مجموعه ای از متغیرها و تقلیل متغیرهای متعدد به چند عامل است. هدف اصلی در تحلیل عاملی اکتشافی بررسی این امر است که براساس پاسخ افراد به پرسش ها آیا می توان چندعامل کلی تر را مشخص نمود که شالوده پاسخ افراد را تشکیل می دهند. نوع دوم تحلیل عاملی، برای آزمون فرضیه های مربوط به ساختارهای عاملی مجموعه داده ها به کار می رود. به بیان دیگر در تحلیل عامل تاییدی مدلی طراحی می شود که جنبه های یک نظریه را منعکس می سازد و سپس به طریقی بررسی می شود که آیا این مدل با داده های مشاهده شده برازندگی دارند یا اینکه از برازندگی برخوردار

1. Confirmatory factor analysis
1. Goodness of Fit Index
2. Joreskog & Sorbom
3. Adjusted Goodness of Fit Index
4. comparative fit index
5. Incremental Fit Index
6. standardised root mean squared residual

نیستند (کرلینگر، ۱۳۷۶). به منظور تعیین مناسب بودن گویه های پرسشنامه پرسشنامه برای تحلیل عاملی از معیار kmo که دامنه آن از صفر تا ۱ استفاده شد و بار عاملی گویه ها که همبستگی هر متغیر با هر عامل است، استفاده شد. بنابراین گویه هایی که مقدار آماره kmo آنان بالاتر از ۰.۷۰ و بار عاملی آنان بالاتر از ۰.۵۰ بود، به عنوان گویه های مناسب برای تحلیل عاملی انتخاب و گویه های فاقد ملاک های فوق حذف شدند. با توجه به معیارهای فوق و بر اساس نتایج تحلیل عاملی و چرخش واریماکس فرم کوتاه پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده شامل ۵۶ سوال و متشکل از ۹ عامل اصلی (جدول ۱) تهیه شد و ویژگی های روانسنجی آن مورد بررسی قرار گرفت. عوامل اصلی سازنده پرسشنامه از این قرارند:

عامل اول: توانمندی های اجتماعی: این عامل شامل ۸ گویه است که از ترکیب گویه های

مربوط به مهارت های ارتباطی و جراتمندی بدست آمده و توانایی فرد در برقراری ارتباط موثر با دیگران، ابراز وجود و امتناع جراتمندان را می سنجد.

عامل دوم: نگرش نسبت به مصرف الکل، سیگار و سایر مواد: این عامل شامل ۱۰ گویه

است که انتظارات شناختی و باورهای هنجاری نوجوانان را در مورد پیامدهای مصرف مواد ارزیابی می کند.

عامل سوم: خود کنترلی (مهارت های مدیریت خود): این عامل شامل ۸ گویه است که از

ترکیب گویه های مربوط به مهارت های حل مساله، تصمیم گیری، مدیریت استرس و هیجان های منفی بدست آمده است. عامل خودکنترلی توانایی فرد در حل مسایل زندگی و کنترل احساسات و هیجانات منفی را می سنجد.

عامل چهارم: پیوند با خانواده: شامل ۶ گویه است که دلبستگی و تعلق عاطفی فرد را نسبت به

خانواده ارزیابی می کند.

عامل پنجم: خود پنداره: این عامل شامل ۵ گویه است که خود پنداره و احساس ارزشمندی فرد

را ارزیابی می کند.

عامل ششم: احساس کنترل درونی: این عامل شامل ۵ گویه است و کانون کنترل درونی یا

بیرونی را ارزیابی می کند.

عامل هفتم: بی نظمی محیط اجتماعی: این عامل شامل ۶ گویه است که عوامل محیطی

مرتبط با مصرف مواد از قبیل دسترس پذیری مواد، آلوده بودن محل زندگی، وجود دوستان مصرف کننده مواد را مورد ارزیابی قرار می دهد.

عامل هشتم: پیوند با مدرسه: شامل ۶ گویه است که احساس تعلق عاطفی و تعهد نوجوانان

نسبت به مدرسه و فضای روانی اجتماعی حاکم بر مدرسه را مورد ارزیابی قرار می دهد.

عامل نهم : نگرش والدین نسبت به مصرف مواد: شامل سه گویه است که نوع نگرش

والدین نوجوانان را نسبت به مصرف سیگار، مشروبات الکلی و سایر مواد را مورد ارزیابی قرار می دهد.

تحلیل عاملی تاییدی

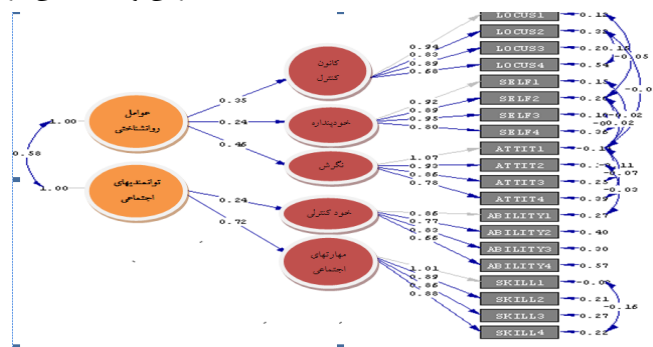
به منظور بررسی روایی سازه ای پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده از روش تحلیل عامل تاییدی و مرتبه دوم استفاده شد. در تحلیل عاملی تاییدی مدلی ساخته می شود که در آن فرض می شود داده های تجربی بر پایه چند پارامتر توصیف یا محاسبه می گردد. این مدل مبتنی بر اطلاعات قبلی درباره ساختار داده ها است؛ ساختاری که در قالب یک تئوری، فرضیه و یا دانش حاصل از مطالعات پیشین و از طریق داده های وسیعتر به دست آمده است. سپس به طریقی بررسی می شود که آیا این مدل با داده های مشاهده شده برازندگی دارند یا اینکه از برازندگی برخوردار نیستند. بنابراین روایی سازه با این موضوع مرتبط است که آیا اندازه های مشاهده شده به خوبی و درستی سازه های نهفته فرضی را اندازه گیری می نمایند. در پژوهش حاضر به منظور بررسی روایی سازه ای پرسشنامه و ایجاد مدل های اندازه گیری برازنده و قابل قبول و تعیین این موضوع که آیا نشانگرها، سازه نظری زیربنایی را اندازه گیری می نمایند یا خیر از روش تحلیل عاملی تاییدی بر پایه نرم افزار لیزرل استفاده شد. هر کدام از عامل های نهفته با چند متغیر نشانگر اندازه گیری شده اند، ولی در تحلیل نهایی چهار نشانگری که دارای بیشترین بار عاملی بودند، مورد استفاده قرار گرفتند نتایج تحلیل نشان داد که بارهای عاملی متغیر نهفته توانمندی های اجتماعی بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۶ و بارهای عاملی عامل نهفته نگرش نسبت به مصرف مواد بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۹ عامل نهفته "خود کنترلی" از "احساس کنترل درونی" بین ۰/۶۸ تا ۰/۹۴، بارهای عاملی متغیر نهفته "بی نظمی اجتماعی" بین ۰/۵۵ تا ۰/۷۶، بارهای عاملی متغیر نهفته "پیوند با مدرسه" بین ۰/۶۴ تا ۰/۹۵ و عامل "نگرش والدین نسبت به مصرف مواد" بین ۰/۶۱ تا ۰/۷۶ گسترده می باشد. بار های عاملی همه نشانگر های متغیرهای نهفته در سطح ۰/۰۵ معنادار است. این امر نشاندهنده روایی همگرایی نشانگرها می باشد. با توجه به نتایج تحلیل عاملی تاییدی (CFA) و شاخص های ارزیابی مدل های اندازه گیری از برازندگی قابل قبولی برخوردار هستند و بر اساس مدل فرضی زیر بنایی معتبر می باشد. با توجه به شاخص های ارزیابی برازندگی مدل اندازه گیری (جدول ۱)، بویژه نسبت مجذور کای به درجه آزادی (۳/۲)، شاخص نیکویی برازش (۰/۹۲) شاخص برازندگی مقایسه ای (۰/۹۷) و شاخص RMSEA (۰/۰۶۰)، شاخص برازندگی افزایشی (IFI) (۰/۹۷) و شاخص نیکویی برازش تعدیل یافته (AGFI) (۰/۸۹) مدل اندازه گیری عوامل نهفته از برازندگی و روایی سازه ای خوبی برخوردار است.

تحلیل عامل مرتبه دوم

همان طور که اشاره شد پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده بر اساس مدل تلفیقی مصرف مواد)

بوتوین، ۲۰۰۰ و گلانتز و هارتل، ۲۰۰۲) که یک مدل چند سطحی است و مصرف مواد را نتیجه اثرات مستقیم یا غیر مستقیم مجموعه ای از عوامل خطر ساز و حفاظت کننده اجتماعی / محیطی، عواملی فردی و روانشناختی در دو سطح نظر می گیرد. سطح اول: عوامل اجتماعی و بوم شناختی است که شامل متغیرهای نهفته پیوند با مدرسه، پیوند با خانواده و بی نظمی اجتماعی است. سطح دوم: عوامل فردی / روانشناختی هستند که شامل متغیرهای مربوط به توانمندی های فردی و اجتماعی از قبیل مهارت های خود کنترلی (حل مساله، تصمیم گیری، مدیریت استرس و اضطراب) و توانمندی های اجتماعی (مانند مهارت های ارتباطی، جراتمندی و مهارت های امتناع) و عوامل روانشناختی مانند انتظارات شناختی و نگرش ها، خود پنداره، خودکارآمدی، کانون کنترل، سلامت روان، هیجان پذیری و سازگاری روانشناختی است. در پژوهش حاضر به منظور بررسی این موضوع که آیا می توان عامل های نهفته پیوند با خانواده، پیوند با مدرسه و بی نظمی محیط اجتماعی را تحت عنوان عامل کلی تری مانند عوامل اجتماعی / بوم شناختی و عامل های نهفته خود کنترلی، مهارت های اجتماعی، نگرش نسبت به مصرف مواد و خود پنداره تحت عنوان کلی عوامل فردی / روانشناختی دسته بندی کرد، از روش تحلیل عامل مرتبه دوم استفاده شد. با توجه به شاخص های ارزیابی برازندگی مدل های اندازه گیری بویژه مجذور کای (۱۷۴.۵۹) و ارزش ($P < 0.01$)، نسبت مجذور کای به درجه آزادی (۳۶)، شاخص نیکویی برازش (۰.۹۴)، شاخص برازندگی مقایسه ای (۰.۹۶) و شاخص RMSEA (۰.۰۷۶)، شاخص برازندگی افزایشی (IFI) (۰.۹۷) و شاخص نیکویی برازش تعدیل یافته (AGFI) (۰.۹۰) مدل تحلیل عامل مرتبه دوم (شکل ۱) از برازندگی بسیار خوبی برخوردار است. بنابراین می توان اظهار نمود که دسته بندی عوامل نهفته پیوند با مدرسه، پیوند با خانواده و بی نظمی محیط اجتماع تحت عنوان کلی عوامل اجتماعی از روایی سازه ای مطلوبی برخوردار است و با توجه به مدل نظری زیربنایی معتبر می باشد.

همچنین با توجه به نتایج تحلیل عامل مرتبه دوم (شکل ۲) و شاخص های مجذور کای (۴۰۳.۷۸) و ارزش ($P < 0.01$)، نسبت مجذور کای به درجه آزادی (۳۶)، شاخص نیکویی برازش (۰.۹۲)، شاخص برازندگی مقایسه ای (۰.۹۷) و شاخص RMSEA (۰.۰۶۰)، شاخص برازندگی افزایشی (IFI) (۰.۹۷) و شاخص نیکویی برازش تعدیل یافته (AGFI) (۰.۸۹) می توان عامل های نهفته خود پنداره، کانون کنترل و نگرش و انتظارات شناختی در مورد مصرف مواد تحت عنوان "عوامل روانشناختی" و متغیرهای نهفته خود کنترلی و مهارت های اجتماعی تحت عنوان عامل "توانمندی های فردی و اجتماعی" دسته بندی کرد.



شکل ۱: تحلیل عامل مرتبه دوم عوامل فردی/روانشناختی موثر در مصرف مواد

روایی افتراقی و همزمان پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده

به منظور بررسی روایی افتراقی و همزمان پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده با استفاده از روش ملاک تجربی که بر مقایسه بین دو یا چند گروه تاکید می نماید، در پژوهش حاضر گروهی از دانش آموزان که سابقه مصرف سیگار، مشروبات الکلی و سایر مواد داشتند و به عنوان گروه مصرف کننده شناسایی شده بودند به عنوان یک ملاک تجربی با گروه دیگری که سابقه مصرف مواد فوق را نداشتند و به عنوان گروه غیر مصرف کننده شناخته شده اند، مورد مقایسه قرار گرفتند. سوالی که مطرح شد این بود که آیا مقیاس های پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده می تواند بین دانش آموزان مصرف کننده مواد و غیر مصرف کننده تمایز قایل شوند. بنابراین میانگین دو گروه در مقیاس های پرسشنامه مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج آزمون t مستقل (جدول ۲) نشان داد که در همه مقیاس ها تفاوت معناداری بین دو گروه وجود دارد $P < 0.05$. همچنین با توجه به نتایج ماتریس همبستگی (جدول ۴) همه عوامل سازنده پرسشنامه همبستگی معنی داری با مصرف سیگار، مشروب و سایر مواد دارند. بنابراین با توجه به این نتایج می توان عنوان کرد که همه مقیاس های پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده از روایی تفکیکی و روایی همزمان خوبی برخوردار است و می تواند دانش آموزان مصرف کننده را از دانش آموزان غیر مصرف کننده متمایز سازد.

	ارزش p	مقدار t	Df	SD	M	SD	M
خود پنداره	۰.۰۰۰	۴.۴۶	۴۲۸	۳.۹۲	۹.۳۴	۵.۲۶	۷.۲۸
احساس کنترل درونی	۰.۰۰۰	۳.۰۴	۴۵۱	۵.۳۸	۷.۹۰	۵.۷۴	۵.۹۷
نگرش منفی به مواد	۰.۰۰۰	۴.۰۴	۴۳۴	۷.۳۶	۰.۳۵	۸.۳	۷.۱۱
خود کنترلی	۰.۰۱۳	۴۹.	۴۰	۲۷	۴.۹۷	۷.۰۵	۳.۱۰
توانمندی اجتماعی	۰.۰۰۲	۱۴.	۲	۷.۹	۲.۴۷	۸.۷	۸۰.
پیوند با مدرسه	۰.۰۰۰	۱۱.	۴۰	۴.۴۸	۹.۹۴	۴.۲۳	۷.۶۳
پیوند با خانواده	۰.۰۰۱	۳۲.	۴۵۰	۲۳	۱.۹۸	۶.۱۳	۸۵.
نگرش والدین به مواد	۰.۰۰۱	۲۹.	۴۵۰	۲.۴۳	۳.۱۰	۳.۰۴	۲.۲۱
بی نظمی اجتماعی	۰.۰۰۰	۸۳.	۴۴۰	۵۵	۷.۵۳	۵.۲۳	۰.۲۸

جدول ۲: محاسبه روایی تفکیکی مقیاس های پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده

مصرف مواد/اعتبار^۱ (پایایی) پرسشنامه

به منظور تعیین پایایی پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده مصرف مواد از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. جدول ۳-۵ پایایی خرده مقیاس ها و کل پرسشنامه را نشان می دهد، همان طور که مشاهده می شود پایایی کلی پرسشنامه ۰/۸۴ می باشد که نشان دهنده پایایی خوب است. مقیاس های خود پنداره، احساس کنترل درونی و توانمندی اجتماعی با ضریب پایایی ۰/۹۰ قوی تری و مقیاس نگرش والدین نسبت به مصرف مواد با ۰/۶۶ ضعیف ترین مقیاس پرسشنامه می باشند. ضریب همسانی درونی مقیاس های نگرش نسبت به مواد ۰.۸۵، خود کنترلی ۰.۸۸، پیوند با مدرسه ۰.۷۸، پیوند به خانواده ۰.۸۹ و بی نظمی اجتماعی ۰.۷۷ بدست آمد.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر به بررسی ویژگی های روانسنجی، روایی، پایایی و ساختار عاملی پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده مصرف مواد (RAPI) در نوجوانان و تهیه فرم کوتاه پرسشنامه مذکور بود. پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده (RAPI) یک ابزار غربال گری است که به منظور ارزیابی عوامل خطر ساز و حفاظت کننده مصرف سیگار، مشروبات الکلی و سایر مواد در نوجوانان ۱۳-۱۸ سال توسط محمدخانی (۱۳۸۴) تهیه و هنجاریابی شده است. مهمترین معیارهایی که در ساخت پرسشنامه مذکور مد نظر قرار گرفته است این موارد بودند: تا حد امکان تعداد سوالات کمتر باشد، براساس چارچوب نظری قوی و روشن استوار باشد، جامع بوده و تعداد زیادی از عوامل درونی و بیرونی را پوشش دهد، با ویژگی های فرهنگی و رشدی دانش آموزان

1.reliability

متناسب باشد، خرده مقیاس آزمون از همسانی درونی بالایی برخوردار باشد و کل پرسشنامه از همسانی درونی و روایی تفکیکی بالایی برخوردار باشد. به منظور بررسی ساختار عاملی پرسشنامه از روش تحلیل عامل با روش مولفه های اصلی استفاده شد و پس از استخراج عوامل ماتریس بار عاملی مورد چرخش به روش واریماکس قرار گرفت، سپس بار عاملی هر سوال نسبت به عوامل محاسبه و در نهایت گویه های مربوط به هر مقوله مشخص شد. بر اساس نتایج تحلیل عاملی و چرخش واریماکس فرم کوتاه پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده شامل ۵۶ سوال و متشکل از ۹ عامل اصلی تهیه شد و ویژگی های روانسجی آن مورد بررسی قرار گرفت. عوامل اصلی سازنده پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده عبارتند از: (۱) توانمندی های اجتماعی، (۲) نگرش نسبت به مصرف الکل، سیگار و سایر مواد، (۳) خود کنترلی، (۴) پیوند با خانواده، (۵) خود پنداره، (۶) احساس کنترل درونی، (۷) بی نظمی محیط اجتماعی، (۸) پیوند با مدرسه، (۹) نگرش والدین نسبت به مصرف مواد. این نتایج با یافته های مطالعه اولیه محمدخانی (۱۳۸۴) و پولارد و همکاران (۱۹۹۶) و اسپرینگر و فیلیپس، (۱۹۹۵) هماهنگ می باشد. ۹ عامل سازنده پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده نزدیک ۶۲ درصد واریانس کل سوالات را تبیین می کند که واریانس مناسبی است.

به منظور بررسی روایی سازه ای پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده از روش تحلیل عامل تاییدی استفاده شد. با توجه به نتایج تحلیل عاملی تاییدی (CFA) و شاخص های ارزیابی برازندگی مدل اندازه گیری می توان اظهار نمود که پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده از روایی سازه ای خوبی برخوردار است. به عبارت بهتر نشانگرهای تعیین شده (گویه ها) به درستی سازه های نظری زیربنایی را اندازه گیری می کنند. همچنین نتایج تحلیل عاملی نشان داد که گویه های عامل های نهفته از روایی همگرایی بالایی برخوردار هستند. علاوه بر این نتایج تحلیل عامل مرتبه دوم نشان داد که این پرسشنامه با مدل های نظری زیر بنایی از جمله مدل تلفیقی بوتوین، ۲۰۰۰ و گلانتز و هارتل، ۲۰۰۲ منطبق می باشد و از روایی سازه ای خوبی برخوردار است. نتایج بررسی روایی افتراقی و همزمان پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده از طریق مقایسه گروهی از دانش آموزان مصرف کننده سیگار، مشروبات الکلی و سایر مواد با گروه دیگری که سابقه مصرف مواد فوق را نداشتند، نشان داد که همه مقیاس های پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده از روایی تفکیکی خوبی برخوردار هستند و می توانند دانش آموزان مصرف کننده را از دانش آموزان غیر مصرف کننده متمایز سازد. علاوه بر این مقیاس های سازنده پرسشنامه همبستگی معنی داری با مصرف مواد نشان دادند که بر روایی همزمان پرسشنامه دلالت می نماید و با نتایج بررسی های انجام شده توسط ابزارهای مشابه پولارد و همکاران (۱۹۹۶) و اسپرینگر و فیلیپس، (۱۹۹۵)، مرکز مطالعات اجتماعی دانشگاه یوتا (۱۹۹۸) و کنستانتین و همکاران، (۱۹۹۹) هماهنگ است.

به منظور تعیین پایایی پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده مصرف مواد از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. با توجه به نتایج پژوهش مقیاس های خود پنداره، احساس کنترل درونی و توانمندی اجتماعی با ضریب پایایی ۰/۹۰ قوی تری و مقیاس نگرش والدین نسبت به مصرف مواد با ۰/۶۶ ضعیف ترین مقیاس پرسشنامه می باشند. ضریب همسانی درونی مقیاس های نگرش نسبت به مواد ۰/۸۵، خود کنترلی ۰/۸۸، پیوند با مدرسه ۰/۷۸، پیوند به خانواده ۰/۸۹ و بی نظمی اجتماعی ۰/۷۷ بدست آمد. همچنین پایایی کلی پرسشنامه ۰/۸۴ می باشد که نشان دهنده پایایی خوب است. به طور خلاصه با توجه به نتایج بدست آمده می توان اظهار داشت که پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده مصرف مواد از روایی و پایایی قابل قبولی برخوردار است و با توجه به مبانی نظری زیربنایی می تواند عوامل خطر ساز و حفاظت کننده مرتبط با مصرف الکل، سیگار و سایر مواد را ارزیابی کند. از پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده می توان در طراحی برنامه های پیشگیرانه و ارزیابی اثرات و مکانیزم عمل این نوع برنامه های و نیز غربالگری نوجوانان در معرض خطر مصرف مواد استفاده کرد. پژوهش حاضر دارای برخی محدودیت ها نیز بوده که لازم در بکارگیری و تعمیم نتایج مورد توجه قرار گیرد. نمونه هنجاریایی این پرسشنامه نمونه محدودی بود که از بین دانش آموزان پسر پایه اول متوسطه منطقه ۱۹ تهران انتخاب شده بودند، بنابراین در تعمیم نتایج و بکارگیری این ابزار در مورد جمعیت عادی و دختران باید جانب احتیاط را رعایت کرد. علاوه بر این لازم است پژوهش های بیشتری در زمینه ویژگی های روانسنجی این ابزار را در مورد جمعیت های عادی و گروه سنی و جنسی متفاوت انجام شود.

منابع

- طارمیان، فرهاد (۱۳۸۱). بررسی مقدماتی اثربخشی آموزش مهارت های زندگی در پیشگیری از سوء مصرف مواد در دانش آموزان راهنمایی. دفتر پیشگیری از سوء مصرف مواد وزارت آموزش و پرورش
- پور شهباز، عباس (۱۳۸۴). روابط ساختاری عوامل روان شناختی خطرزا و حفاظت کننده مصرف مواد مخدر در نوجوانان. پایان نامه دکتری روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- محمدخانی، شهرام (۱۳۸۴). **ساخت و هنجاریایی پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده مصرف الکل، سیگار و سایر مواد به منظور شناسایی دانش آموزان در معرض خطر**. دفتر مقابله با جرم و مواد مخدر سازمان ملل متحد در ایران UNODC.
- محمدخانی، شهرام (۱۳۸۵). مدل ساختاری مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر: ارزیابی اثر آموزش مهارت های زندگی بر عوامل میانجی مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر. پایان نامه دکتری روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- محمدخانی، شهرام، جزایری، علیرضا، محمدخانی، پروانه، رفیعی، حسن، قاضی، طباطبایی، محمود (۱۳۸۶). "بررسی اثر مستقیم و غیر مستقیم بازخورد نسبت به مصرف مواد، کانون کنترل و توانمندی های فردی و اجتماعی بر مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر". **دو فصلنامه روانشناسی معاصر**، شماره ۳.

Biglan, A., Duncan, T. E., Ary, D. V., & Smolkowski, K. (1995). Peer and parental influences on adolescent tobacco use. **Journal of Behavioral Medicine**, 18, 315-330.

Botvin J, Gilbert (2000). **preventing alcohol and tobacco use through life skills training: Theory, methods, and empirical findings**. Alcohol research and health, 24, 250-257.

Botvin J, Gilbert (2000). **preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiological factors**. Addictive Behavior, 25, 887-897.

Botvin, G. J., Griffin, K. W (2004). **Life Skills Training: Empirical Findings and Future Directions**. The Journal of Primary Prevention, Vol. 25, No. 2.

Botvin J, Gilbert (2000). **preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiological factors**. Addictive Behavior, 25, 887-897.

Brook, J.S., Brook, D.W., Gordon, A.S., Whiteman, M., & Chen, P. (1990). **The psychosocial etiology of adolescent drug use: A family interactional approach**. Genetic, Social, and General Psychology Monographs, 116.

Bronstein, P. J., Zweig, J. M. (1999). Understanding Substance abuse prevention: Toward the 21st Century A Primer on Effective Programs. Center for Substance Abuse Prevention.

Center for Substance Abuse Prevention (2001). **Science-Based Substance Abuse Prevention: A Guide**. Substance Abuse and mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.

Constantine, Norm., Benard, Bonnie., Diaz, Marycruz (1999). **Measuring Protective Factors and Resilience Traits in Youth: The Healthy Kids Resilience Assessment**. School and Community Health Research Group WestEd, Oakland, CA.

Curran, P. J., Stice, E., Chassin, L. (1997). "The Relation Between Adolescent Alcohol Use and Peer Alcohol Use: A Longitudinal Random Coefficients Model". **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. Vol. 65, No. 1, 130-140.

DeWit, D.J., Adlaf, E.M., Offord, D.R. & Ogborne, A.C. (2000). "Age at first alcohol use: A risk factor for the development of alcohol disorders". **American Journal of Psychiatry**, 157(5), 745-750.

Elliott, D.S., Huizinga, D., & Ageton, S.S (1985). **Explaining delinquency & drug use**. Beverly Hills, CA: Sage.

Epstein, J. A., Griffin, K. W., & Botvin, G. J. (2000a). **A model of smoking among inner-city adolescents: The role of personal competence and perceived benefits of smoking**. Preventive Medicine, 31, 107-114.

Epstein, J. A., Griffin, K. W., & Botvin, G. J. (2000). **A Model of Smoking among Inner-City Adolescents: The Role of Personal Competence and**

Perceived Social Benefits of Smoking. Preventive Medicine **31**, 107-114.

Ferrence, R., Lothian, S. and Cape, D. (2000) **Contemporary patterns of nicotine use in Canada and the United States.** In Roberta, R., Slade, J., Room, R. and Poe, M.(eds), Nicotine and Public Health.American Public Health Association, Washington, DC, 287-300.

Hanewinkel. R and Aûhauer. M. (2004). **Fifteen-month follow-up results of a school-based life-skills approach to smoking prevention.** Health education research: Theory Practice, 19, 125-137.

Glanz, Mayer. D. & Hartel. Christine. R. (2002). **Drug Abuse: Origins & Interventions.** Washington. D.C. American Psychological Association Washington. D.C.

Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). **Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention.** Psychological Bulletin, 112, 64-105.

Jessor, R. & Jessor, S.L. (1997). **Problem behavior and psychosocial development: Alongitudinal study of youth.** New York: Academic Press.

Johnston, L. D., O'Malley, P. M., & Bachman, J. G. (2001). **The Monitoring the Future national survey results on adolescent drug use: Overview of key findings.** National Institute on Drug Abuse.

Johnson, L.D.; O'Malley, P.M.; and Bachman, J.G. (1991). **Drug Use among American High School Seniors, College Students and Young Adults.** Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

Kandel, D. B., Simcha-Fagan, O., & Davies, M. (1986). **Risk factors for delinquency and illicit drug use from adolescence to young adulthood.** Journal of Drug Issues.

Kaplan, H. B., Martin, S. S., & Robbins, C. (1982). "Application of a general theory of deviant behavior": self-derogation and adolescent drug use. **Journal of Health and Social Behavior**, 23.

Kodjo, M.C & Klein, D.J. (2002). **Prevention and risk of adolescent substance abuse: the role of adolescents, families, and communities.** Pediatric Clinics of North America, 49.

Kumpfer, K. L & Turner, C.W (1991). "The social ecology model of adolescent substance abuse: Implications for prevention" .**International Journal of the Addictions**. 25, 435-463.

Li C, Pentz MA, Chou CP. (2002). **Parental substance use as a modifier of adolescent substance use risk.** Addiction , 97, 37-50.

Muck. R, Titus.J.C, Zempolich. K. A, Fishman. M (2001). **An overview of the**

effectiveness of adolescent substance abuse treatment models. Youth and Society.

Newcomb, M.D.(1995).**Identifying High-Risk Youth: Prevalence and Patterns of Adolescent Drug Abuse.** In: Rahdert, E; Czechowicz, D; eds. Adolescent Drug Abuse:Clinical Assessment and Therapeutic Interventions. National Institute on Drug Abuse . Monograph No 156.

Oetting, E. R., & Beauvais, E (1986). "Peer cluster theory: Drugs and the adolescent". **Journal of Counseling and Development**, 65, 17-22.

Oetting, E. R., & Beauvais, F. (1987). "Peer cluster theory, socialization characteristics and adolescent drug use:A path analysis".**Journal of Counseling Psychology**,34, 205-213.

Pollard, J.A., Catalano, R.F., Hawkins, J.D., & Arthur, M.W. (1996). **Development of a School-Based Survey Measuring Risk and Protective Factors of Substance Abuse, Delinquency, and Other Problem Behaviors In Adolescent Populations.** Unpublished manuscript. Seattle: Developmental Research and Programs, Inc.

Social Research Institute (1998). **State of Utah Division of substance Abuse Prevention Needs Assessment Survey Results.** Utah Division of substance Abuse Prevention, University of Utah Springer, J. F., Sale, E. Hermann, J. Sambrano. S . Kasim, R & Nestle, M. (2004).**Characteristics of Effective Substance Abuse Prevention Programs for High-Risk Youth.** The Journal of Primary Prevention , 25.

Springer, J. F., Sale, E. Hermann, J. Sambrano. S . Kasim, R & Nestle, M. (2004). "Characteristics of Effective Substance Abuse Prevention Programs for High-Risk Youth". **The Journal of Primary Prevention** , 25.

Springer, J.F. and Philips, J.L. (1995). **Individual Protective Factors Index: A Measure of Adolescent Resiliency.** Folsom, CA: EMT Associates.

Swadi, H. (1999). Individual risk factors for adolescent substance use. Drug and Alcohol Dependence,55, 209-224.

Tatchell,W; Thomas., Waite; J. Phillip., Tatchell;H. Renny., Durrant; H. Lynne(2004)."Substance abuse prevention in sixth grade: the effect of a prevention program on adolescents risk and protective factors".**American Journal of Health Studies**,19.

WHO. (2000). **Health and Health Behavior among Young People.** WHO, Copenhagen.