

الگوهای ارتباطی خانواده و مهارت‌های مقابله با استرس به عنوان پیش بین های استعمال دخانیات در نوجوانان پسر سیگاری و غیر سیگاری 13 تا 18 سال شهر مشهد

ابوالفضل کرمی¹، ملیحه شهرستانی²، سمیرا توانایی یوسفی³، مینا آسیابی⁴

تاریخ وصول: تاریخ پذیرش:

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی الگوهای ارتباطی خانواده (الگوهای گفت و شنود و هم نوابی) و مهارت‌های مقابله با استرس (هیجان مدار و مسأله مدار) به عنوان پیش بینی کننده‌های وابستگی به سیگار در نوجوانان پسر سیگاری و غیر سیگاری 13 تا 18 ساله شهر مشهد انجام شد. نمونه پژوهش شامل 182 (91 نفر سیگاری و 91 نفر غیر سیگاری) نفر نوجوان پسر ساکن شهر مشهد بود که به صورت نمونه گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای، با انتخاب تصادفی دو ناحیه (منطقه 5 و 2) از میان نواحی 7 گانه شهر مشهد و 14 محله از میان دو ناحیه، انتخاب شدند. برای سنجش ابعاد الگوهای ارتباطی خانواده از مقیاس تجدید نظر شده کوئرنر و فیتزپاتریک (1990) و برای سنجش مهارت‌های مقابله با استرس از مقیاس مهارت‌های

1. عضو هیئت علمی دانشگاه علامه طباطبایی

2. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه علامه طباطبایی (نویسنده مسئول) shahrestany_1366@yahoo.com

3. دانشجوی کارشناسی ارشد روانسنجی دانشگاه علامه طباطبایی

4. دانشجوی کارشناسی ارشد روانسنجی دانشگاه علامه طباطبایی

مقابله‌ای کرمی و زینلخانی (1389) استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها علاوه بر روش آمار توصیفی، روش تحلیل ممیز به کار بسته شد. نتایج به دست آمده همه فرضیه‌های پژوهش را تایید کرد و نشان داد که استعمال دخانیات در نوجوانان را می‌توان بر اساس متغیرهای الگوی ارتباطی گفت و شنود، الگوی ارتباطی هم‌نوایی، مهارت مقابله با استرس مدار و مهارت مقابله با استرس هیجان مدار پیش‌بینی نمود. نتایج به دست آمده و مدل ارائه شده توسط این پژوهش به تفصیل مورد بحث قرار گرفت.

واژگان کلیدی: الگوی ارتباطی گفت و شنود، الگوی ارتباطی هم‌نوایی، مهارت مقابله با استرس مسئله مدار، مهارت مقابله با استرس هیجان مدار، استعمال دخانیات.

مقدمه

دوران نوجوانی از ادوار پر اهمیت در فرآیند رشد آدمی محسوب می‌شود. تقریباً 80 درصد از مصرف‌کنندگان سیگار، استعمال دخانیات¹ را در سنین نوجوانی شروع کرده‌اند. همچنین مطالعات ملی، دوره‌های غالب مصرف دخانیات را در اوایل نوجوانی (10-13) و اواسط آن (15-17) مشخص کرده‌اند (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری²، 2006). در حال حاضر 1/3 میلیارد سیگاری در سراسر جهان وجود دارد که این رقم به 1/5 میلیارد سیگاری در سال 2025 خواهد رسید (امسون و لیدر، 2004، به نقل از گایو، لویی، چيو، لیو و لی³، 2009). اگر چه، اعتیاد به نیکوتین مانند اعتیاد به داروهای محرک با درجه مشابهی از پیامدهای اجتماعی، شغلی و قانونی همراه نیست، اما تحقیقات مختلف نشان داده است که یک بار سیگار کشیدن در دوره نوجوانی نه تنها احتمال ادامه این رفتار را افزایش می‌دهد، بلکه کشیدن سیگار در سال‌های اولیه زندگی در بیش‌تر موارد، اعتیاد به مواد اعتیادآورتر می‌انجامد. از طرفی خطرهای پزشکی فراوان، سلامتی نوجوان سیگاری را تهدید می‌کند (چیسن، پرسون، شرمز و

1. Tobacco use
2. Center for disease control and prevention
3. Gau, Lui, Chiu, Liu, Lee

ادواردز¹، 1990). در ارتباط با خطرهای پزشکی کشیدن سیگار، تحقیقات وجود یک ارتباط علی قوی بین مصرف سیگار و افزایش مرگ و میر و ابتلا به امراض را در افراد سیگاری نشان داده است (انجمن سرطان آمریکا²، 2006). استعمال دخانیات در انگلیس با 106000 هزار مرگ و میر در سال مرتبط است که بیش از 2000 هزار مورد آن در هفته، 300 مورد در روز و 12 مورد در هر ساعت است (تویک، مون و والکر، 2004). اخیراً از هر 10 نفر در دنیا، 1 نفر به علت مصرف سیگار جان خود را از دست می‌دهد (مترزولانکار³، 2006). تحقیقات نشان داده است شروع مصرف سیگار قبل از 15 سالگی احتمال سرطان ریه را در مقایسه با شروع آن در 20 سالگی، دو برابر می‌کند. به علاوه بر اساس تحقیقات، کسانی که در سنین پایین نوجوانی سیگار می‌کشند در مقایسه با کسانی که کشیدن سیگار را دیرتر شروع می‌کنند، سخت‌تر قادر به ترک سیگار هستند. با وجود چنین اطلاعاتی درباره اثرهای مخرب کشیدن سیگار بر سلامتی، بسیاری از نوجوانان همچنان به استعمال سیگار ادامه می‌دهند (لیتردیل و منسک⁴، 2005).

در زمینه علل گرایش نوجوان به استعمال دخانیات و سوء مصرف مواد و تداوم رفتار سیگار کشیدن از دیدگاه روان‌شناختی بررسی‌های گوناگونی انجام شده است. یکی از عوامل مرتبط که در بررسی‌های زیادی به آن اشاره شده، تنیدگی است (سیکویرا، رلنیتزکی و ریکرت⁵، 2001). امروزه تنیدگی بخشی از زندگی آدمی شمرده شده و اجتناب ناپذیر است. مقابله که یک متغیر تعدیل‌گر مهم در رابطه میان تنیدگی و پیامدهایی همچون اضطراب و افسردگی به شمار می‌رود (سیکویرا، دیاب، بادین و رلنیتزکی⁶، 2000؛ افتخاری، ترنر و لاریمر⁷، 2004) می‌تواند سازگاران یا ناسازگاران باشد. پاسخ‌های سازگاران همان روش‌های مقابله‌ای عمدتاً

1. Chassin, Presson, Sherman, Edwards
2. American cancer society
3. Mathers&Loncar
4. Leatherdale&Manske
5. Siqueira, Rolnitzky, Richert
6. Siqueira, Diab, Bodian&Rolnitzky
7. Eftekhari, Turner & Larimer

مسئله مداری¹ هستند که فشارهای روانی را کاهش می‌دهند و سیستم را به تعادل باز می‌گردانند. در حالی که انواع ناسازگارانه این روش‌ها که بیشتر هیجان مدار² هستند دور باطلی و فزاینده از اضطراب و نگرانی را به وجود می‌آورند که به تشدید فشارهای روانی، کاهش اعتماد به نفس، بروز بیماری‌های جسمی، اضطراب، افسردگی و عواقب آن روی آوردن به دخانیات، الکل و سایر داروها منتهی می‌گردد (گرگوری، ماری و برایان³، 2005). از سوی دیگر پژوهش‌های ویلز، سندی، یاگر، کلیری، شینار⁴ (2001)، ویلز (1986) و بیرن⁵ (2000) نشان داده است که استعمال دخانیات و مصرف مواد مخدر در دوران نوجوانی که دوران گذاری است که مشخصه معمول آن استرس و نگرانی است شروع می‌شود. تحقیقات این افراد نشان داده نوجوانان مصرف دخانیات، الکل و مواد افیونی را به عنوان روشی برای اداره عواطف، مقابله با فشارهای روانی، افسردگی، اضطراب، تنهایی و یا احساس زندگی در جهانی پر هرج و مرج و از هم گسیخته آغاز کرده‌اند.

عامل تعیین کننده دیگری که در گرایش نوجوان به استعمال دخانیات و درگیری با سوء مصرف مواد دخالت دارد، خانواده و کیفیت ارتباط ولی- فرزند است. خانواده اصلی‌ترین و بنیادی‌ترین زمینه برای رشد زیستی روانی- اجتماعی فرد محسوب می‌گردد (میلر و ولک⁶، 2002). بر اساس تحقیقات مختلف، ارتباط ولی- فرزند یکی عامل حفاظتی بالقوه در برابر مصرف مواد و خصوصاً مصرف سیگار توسط نوجوان محسوب می‌گردد. لاک، فرحت، لانوتی، سیمونز- مورتن⁷ (2010) نشان دادند که ارتباط و پیوستگی خانواده، از درگیری نوجوان در رفتارهای پرخطر نظیر مصرف مواد و خشونت کاسته و مشکلات روان شناختی کمتری نظیر ناراحتی عاطفی و افکار خودکشی را ایجاد می‌کند.

-
1. Problem- focused coping
 2. Emotional-Focused coping
 3. Gregory, Mary & Brian
 4. Wills, Sandy, Yaeger, Cleary, Shinar
 5. Byrne
 6. Miller & Volk
 7. Luk, Farhat, Lannotti, Simons-Morton

ریچی و فیتزپاتریک¹ (1990) و کوئرر و فیتزپاتریک² (2002) برای الگوهای ارتباطی خانواده³، دو بعد جهت‌گیری هم‌نوایی⁴ و جهت‌گیری گفت و شنود⁵ را شناسایی کرده‌اند. جهت‌گیری هم‌نوایی به هماهنگی بین اعضای خانواده و اجتناب از تعارض‌ها و مجادله‌ها اشاره دارد. نحوه تعاملات والدین با فرزندان در چنین خانواده‌هایی بر هم‌نوایی، اجتناب از تعارض و وابستگی متقابل خانواده به هم تأکید دارد. در چنین خانواده‌هایی فرزندان از والدین حرف شنوی دارند و اختلاف نظر با والدین در الگوی ارتباطی منجر به ایجاد تعارضات جدی در خانواده می‌گردد؛ در حالی که جهت‌گیری گفت و شنود الگوی ارتباطی دیگری است که در آن همه اعضای خانواده به شرکت آزادانه و راحت در تعامل و بحث و تبادل نظر درباره دامنه‌ی وسیعی از موضوعات تشویق می‌شوند. در چنین خانواده‌هایی فرزندان احساس می‌کنند که توسط والدین درک و پذیرفته می‌شوند. والدین نیز بیشتر در مورد عواطف و احساساتشان صحبت می‌کنند و این امر نیز فرزندان را در ایجاد ارتباطات وسیع‌تر با والدین ترغیب می‌کند. بر اساس ترکیب این دو بعد چهار نوع خانواده تعریف می‌شوند که عبارتند از: خانواده‌های کثرت‌گرا، حمایت‌کننده، توافق‌کننده و بی‌قید. تاکنون تحقیقات متعددی درباره تأثیر عملکرد، محیط، موقعیت، تعداد اعضا و وضعیت اقتصادی و اجتماعی خانواده در گرایش نوجوان به مصرف سیگار انجام شده است. اما در زمینه نقش پیش‌بینی‌کننده الگوهای ارتباطی خانواده در گرایش به مصرف دخانیات تاکنون در کشور ما پژوهشی صورت نگرفته است. از آن جایی که یکی از ویژگی‌های مهارت‌های مقابله با استرس و الگوهای ارتباطی خانواده، قابل‌یادگیری بودن آن‌هاست، می‌توان این مهارت‌ها را در نوجوان و خانواده، جهت مثبت تغییر داد (کوئرر و فیتزپاتریک، 1997؛ فرانکن - اینگمار، هندریکز، جودیت - هافمن، 2003؛ عاشوری، ملازاده، محمدی، 1387). تحقیقات متعدد نشان داده است که اصلاح

-
1. Ritchie & Fitzpatrick
 2. Koerner & Fitzpatrick
 3. Family communication patterns
 4. Conformity-orientation
 5. Conversation-orientation

مهارت‌های مقابله‌ای و بالا بردن میزان و کیفیت رابطه ولی - فرزندی می‌تواند هدف اصلی و نتیجه بخش در مداخلات مصرف مواد برای نوجوانان سیگاری باشد (بیتی، کراس، شاو، سالادین¹، 2008؛ چیسین، پرسون، شرم، ادواردز، دیویس و گانزالز²، 2005؛ فرانکن - اینگمار، هندریکز، جودیت - هافمن، 2003). با توجه به پیشینه پژوهش در صدد آن برآمدیم تا به بررسی برخی از متغیرهایی که می‌توانند پیش‌بینی کننده وابستگی به استعمال دخانیات در نوجوانان پسر باشند، بر اساس فرضیه‌های زیر پردازیم.

1- استعمال دخانیات در نوجوانان پسر بر اساس الگوهای ارتباطی گفت و شنود و

هم‌نوایی خانواده قابل پیش‌بینی است.

2- استعمال دخانیات در نوجوانان پسر بر اساس مهارت‌های مقابله با استرس مسئله مدار و

هیجان مدار قابل پیش‌بینی است.

3- استعمال دخانیات در نوجوانان پسر بر اساس ترکیب خطی متغیرهای الگوی ارتباطی

گفت و شنود، الگوی ارتباطی هم‌نوایی، مهارت مقابله با استرس مسئله مدار و مهارت

مقابله با استرس هیجان مدار قابل پیش‌بینی است.

جامعه، نمونه، روش نمونه‌گیری و روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی از نوع مقطعی است. جامعه پژوهش را کلیه نوجوانان پسر سیزده تا هجده ساله شهر مشهد تشکیل می‌دهند که از این میان 182 نفر (91 نفر سیگاری و 91 نفر غیر سیگاری) برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. نمونه‌گیری با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انجام شد. بدین صورت که از بین نواحی هفت گانه شهر مشهد، دو ناحیه به صورت تصادفی انتخاب شد و از بین این دو ناحیه، چهارده محله به صورت

1. Beatty, Cross, Shaw, Saladin

2. Chassin, Presson, Sherman, Edwards, Davis, Gonzalez

تصادفی انتخاب گردید. سپس با مراجعه به محله‌ها، اقدام به انتخاب افراد نمونه شد. از دو گروه نوجوان پسر سیگاری و نوجوان پسر غیر سیگاری درخواست شد که به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ گویند. قبل از اجرای پرسشنامه‌ها ابتدا توضیحاتی درباره تحقیق، اهداف آن و نحوه کامل کردن پرسشنامه‌ها به نوجوانان هر دو گروه ارائه شد و به آن‌ها نسبت به محرمانه ماندن مشخصاتشان اطمینان داده شد. داده‌های به دست آمده با استفاده از روش تحلیل ممیز، تحلیل شد.

ابزار سنجش

1) مقیاس تجدیدنظر شده الگوهای ارتباطی خانواده¹ (RFCP)، ریچی و فیتزپاتریک، (1990): این ابزار یک مقیاس خودسنجی است که درجه موافقت یا عدم موافقت پاسخ دهنده را در دامنه‌ای پنج- درجه‌ای درباره 26 گزاره که در زمینه ارتباط‌های خانوادگی هستند، می‌سنجد. نمره چهار معادل «کاملاً موافقم» و نمره صفر معادل «کاملاً مخالفم» می‌باشد. این ابزار ابعاد گفت و شنود و هم‌نوایی را می‌سنجد، بدین صورت که 15 گزاره اول مربوط به بعد گفت و شنود و 11 گزاره بعدی مربوط به بعد هم‌نوایی است.

کوئرنر و فیتزپاتریک (2002) روایی محتوایی و سازه پایایی (آلفای کرونباخ و بازآزمایی) این مقیاس را مطلوب گزارش کرده‌اند. در ایران نیز کوروش نیا (1385) نسخه فارسی مقیاس روایی را مطلوب و ضریب آلفای کرونباخ را برای جهت‌گیری گفت و شنود و هم‌نوایی به ترتیب برابر با 0/78 و 0/81 گزارش کرده است. جوکار و بهرامی (1386) روایی (تحلیل عاملی) و پایایی (آلفای کرونباخ) مطلوبی برای این مقیاس به دست آورده‌اند (به نقل از سپهری و مظاهری، 1388).

2) مقیاس مهارت‌های مقابله‌ای: مقیاس مهارت‌های مقابله‌ای یک آزمون 47 سؤالی بر پایه نظریه لازاروس و فولکمن (1982) است و دو مهارت مقابله با استرس مسئله مدار و هیجان مدار

1. Revised Family Communication Patterns (RFCP)

را در اندازه‌های 5 درجه‌ای لیکرت از 1 تا 5 می‌سنجد. 5 گزینه شامل: هرگز، به ندرت، گاهی، اغلب و همیشه است. پرسشنامه مذکور بر روی 700 نفر دانش آموز دختر مقطع متوسطه اجرا گردید، همسانی درونی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای مهارت‌های مقابله‌ای مسئله مدار و هیجان مدار 0/83 و پایایی زمانی به روش بازآزمایی با فاصله 4 هفته، 0/93 به دست آمد (کریمی و زینلخانی، 1389).

یافته‌ها

جدول 1. میانگین و انحراف معیار دو گروه سیگاری و غیر سیگاری در متغیرهای پیش بین

افراد غیر سیگاری		افراد سیگاری		متغیرهای پیش بین	
11/57	34/13	5/95	18/09	گفت و شنود	الگوهای ارتباطی
5/31	15/25	4/80	23/97	هم‌نوایی	خانواده
15/71	52/12	8/94	42/32	مسئله مدار	مهارت‌های مقابله با
10/16	42/12	17/60	51/87	هیجان مدار	استرس

همان‌گونه که جدول 1 نشان می‌دهد، در متغیر الگوی ارتباطی گفت و شنود میانگین نمره‌های افراد سیگاری 18/09 و افراد غیر سیگاری 34/13 است. میانگین نمره‌های افراد سیگاری در متغیر الگوی ارتباطی هم‌نوایی 23/97 و افراد غیر سیگاری 15/25 است. میانگین نمره‌های افراد سیگاری در متغیر مهارت مقابله با استرس مسئله مدار 42/32 و افراد غیر سیگاری 52/12 است. همچنین میانگین نمره‌های افراد سیگاری در متغیر مهارت مقابله با استرس هیجان مدار 51/87 و افراد غیر سیگاری 42/12 است. چنان‌که در این جدول ملاحظه می‌شود، در متغیرهای الگوی ارتباطی هم‌نوایی و مهارت مقابله‌ای هیجان مدار، میانگین گروه سیگاری بیش‌تر از گروه غیر سیگاری است و در متغیرهای الگوی ارتباطی گفت و شنود و مهارت مقابله‌ای مسئله مدار، میانگین گروه سیگاری کم‌تر از گروه غیر سیگاری است. برای بررسی فرضیه‌های 1 و 2 از

روش آماری آزمون برابری میانگین‌ها¹ و تابع ممیز² استفاده شد و نتایج آن در جداول 2 و 3 ارائه شده است.

جدول 2. آزمون برابری میانگین‌های گروه‌ها (افراد سیگاری و غیر سیگاری)

متغیرهای پیش بین	گفت و شنود	هم‌نوایی	مسئله مدار	هیجان مدار
تعداد تابع	1	1	1	1
مقدار ویژه	0/767	0/749	0/148	0/116
درصد واریانس	100	100	100	100
همبستگی متعارف	0/659	0/654	0/359	0/323
لامبدای ویلکز	0/566	0/572	0/871	0/896
مجدور کای	102/169	100/309	24/817	19/774
درجه آزادی	1	1	1	1
معنی داری تابع ممیز	0/001	0/001	0/001	0/001
ضریب غیراستاندارد تابع ممیز	0/109	0/197	0/078	/070
عدد ثابت	-2/837	-3/869	-3/694	-3/269
مرکزواره سیگاری	-0/871	0/860	-0/383	0/339
داده‌ها غیر سیگاری	0/871	-0/860	0/383	-0/339
پیش‌بینی عضویت گروهی	%81/3	%81/3	%67/0	%66/5

همان گونه که در جدول 2 مشاهده می‌شود، تفاوت بین دو گروه (افراد سیگاری و غیر سیگاری) از لحاظ متغیرهای پیش بین (گفت و شنود، هم‌نوایی، مسئله مداری، هیجان مداری) در سطح $P < 0/001$ معنی دار است. بنابراین، فرضیه‌های اول و دوم تحقیق تایید می‌گردد. در نتیجه، می‌توان بیان داشت که افراد سیگاری و غیر سیگاری در همه متغیرهای پیش بین به خوبی از هم متمایز شده‌اند.

1. Tests of Equality of Group Means
2. Discriminant Analysis

جدول 3. خلاصه اطلاعات مربوط به تابع ممیز متغیرهای پیش بین به صورت تفکیکی

معنی داری	درجه آزادی 2	درجه آزادی 1	F	لامبدای ویلکز	متغیرهای پیش بین
0/001	180	1	139/355	0/564	گفت و شنود
0/001	180	1	130/626	0/579	هم‌نوایی
0/001	180	1	27/975	0/865	مسئله مدار
0/001	180	1	26/524	0/872	هیجان مدار

با نگاهی به مندرجات جدول 3 مشخص می‌شود که با توجه به لامبدای ویلکز¹ کوچک‌تر از 1 و سطح معنی داری کوچک‌تر از 0/05، تمام تابع‌های ممیز معنی دار هستند و این توابع جداگانه برای هر متغیر از قدرت تشخیصی خوبی برای تبیین متغیر وابسته یعنی گروه (در دو سطح افراد سیگاری و غیر سیگاری) برخوردار هستند. همچنین نتایج حاصل از بررسی فرضیه سوم در جداول 4 تا 6 ارائه شده است.

همان‌گونه که در جدول 4 مشاهده می‌گردد، هم در تحلیل ممیز به روش هم‌زمان (که ترکیب 4 متغیر با هم وارد تحلیل شدند) و هم در تحلیل ممیز گام به گام (که پس از ارائه همه متغیرها باز هم هر چهار متغیر وارد تحلیل شدند)، با توجه به مقدار لامبدای کوچک، مقدار مجذور کای بالا و سطح معنی داری $P < 0/001$ ، تابع ممیز به دست آمده از قدرت تشخیصی خوبی برای تبیین واریانس متغیر وابسته یعنی دو گروه افراد سیگاری و غیر سیگاری برخوردار است. بنابراین فرضیه سوم تایید می‌گردد.

جدول 4. خلاصه اطلاعات مربوط به تابع ممیز به روش تحلیل هم‌زمان و گام به گام

اطلاعات مربوط به تابع ممیز	تحلیل ممیز به روش هم‌زمان	تحلیل ممیز به روش گام به گام
تعداد تابع	1	1
مقدار ویژه	1/370	1/370
درصد واریانس	100	100
درصد تراکمی	100	100
همبستگی متعارف	7/60	0/760
مجذور اتا	0/58	0/58
لامبدای ویلکز	0/422	0/422

153/575	153/575	مجذور کای
4	4	درجه آزادی
0/001	0/001	معنی داری تابع ممیز
1/164	1/164	مرکزواره داده‌ها برا گروه سیگاری
-1/164	-1/164	مرکز واره داده‌ها برای گروه غیر سیگاری
%85/2	%85/2	پیش بینی عضویت گروهی

در این جدول، عدد 1 حاکی از تنها تابع ممیزی است که با دو سطح از متغیر ملاک به دست آمده است. با نگاهی به جدول 4، مقدار ویژه تنها تابع ممیز 1/370 (به روش هم‌زمان) و 1/370 (به روش گام به گام) است که این مقدار با استفاده از هر دو روش برابر شده است. در واقع بهره‌گیری از روش هم‌زمان در این پژوهش به اندازه استفاده از روش گام به گام دقیق است. هر چه مقدار ویژه تابع بیشتر باشد، تابع از قدرت تشخیصی بیشتری برخوردار است مقدار همبستگی متعارف تابع ممیز که رابطه چندگانه میان متغیرهای پیش بین و عضویت گروهی را نشان می‌دهد، به روش تحلیل هم‌زمان و گام به گام 0/760 است. مجذور اتا برای تحلیل ممیز به روش هم‌زمان و گام به گام 0/58 درصد پراش 4 متغیر پیش بین را برای تنها تابع ممیز از اختلاف بین دو گروه افراد سیگاری و غیر سیگاری را تبیین می‌کند. آزمون لامبدای ویلکز وجود تفاوت میان گروه‌ها را با توجه به 4 متغیر پیش بین در روش هم‌زمان و در روش گام به گام نشان می‌دهد. این مقدار برای تابع ممیز به روش هم‌زمان و گام به گام 0/422 به دست آمده است. هر چه لامبدای ویلکز تابع ممیز کوچک‌تر باشد، آن تابع قدرت تشخیصی بیشتری دارد.

مقدار مجذور کای بالا حاکی از قدرت تمیز خوب تابع است. همان‌طور که در جدول 4 آمده است، این مقدار برای تنها تابع ممیز به روش هم‌زمان و گام به گام 153/575 است. مطابق آن چه که در ردیف معنی داری مجذور کای به دست آمده، در سطح $P < 0/001$ معنی دار است. بنا بر این فرضیه سوم تأیید شد. از این رو، می‌توان گفت که تابع ممیز به دست آمده به طور معنی داری از قدرت تشخیصی قابل توجهی برای دو سطح متغیر ملاک برخوردار است.

با توجه به موارد توضیح داده شده، نمایش آماری مجذور کای که برای روش هم‌زمان و گام به گام $P < 0/001$ و $\chi^2(4 \text{ و } N=182) = 153/575$ و $0/422$ (لامبدای ویلکز) است.

همان‌گونه که در جدول 4 آمده است، مرکز واره داده‌ها برای تنها تابع ممیز به روش تحلیل هم‌زمان و گام به گام $1/164$ برای گروه سیگاری و $1/164$ - برای گروه غیر سیگاری است. این بدان معناست که نقطه برش استعمال دخانیات و عدم استعمال دخانیات در نوجوانان پسر برای تنها تابع ممیز صفر است و تابع ممیز به دست آمده، تابع تشخیصی مناسبی در متمایز نمودن گروه افراد سیگاری و غیر سیگاری است.

با دقت در ردیف پیش‌بینی عضویت گروهی جدول 4 آشکار می‌شود که تابع ممیز به دست آمده با روش هم‌زمان و با روش گام به گام $85/2\%$ افراد به درستی طبقه‌بندی شده‌اند. به عبارت دیگر در تابع ممیز هم‌زمان و گام به گام از 91 نفر افراد سیگاری 81 نفر به درستی در گروه سیگاری و 10 نفر به اشتباه در گروه افراد غیر سیگاری جای گرفتند و از 91 نفر افراد غیر سیگاری 74 نفر به درستی در گروه غیر سیگاری و 17 نفر به اشتباه در گروه سیگاری قرار گرفتند. به طور کلی، با استفاده از تابع ممیز به روش هم‌زمان و گام به گام، از 182 نفر، 155 نفر معادل $85/2\%$ افراد به درستی طبقه‌بندی شده‌اند. بنابراین، می‌توان گفت که قدرت پیش‌بینی این تابع $85/2\%$ است.

همان‌طور که در بالا توضیح داده شد، با اجرای تحلیل ممیز به روش گام به گام و ارائه 4 متغیر پیش‌بین، هر 4 متغیر مجدداً وارد تحلیل شدند. اطلاعات مربوط به این 4 متغیر پیش‌بین در جدول 5 ارائه شده است.

جدول 5. خلاصه اطلاعات مربوط به تحلیل ممیز گام به گام همراه با لامبدای ویلکز 4 متغیر پیش بین

ردیف	وارد شده	لامبدای ویلکز	درجه آزادی 1	درجه آزادی 2	درجه آزادی 3	F دقیق		معنی داری
						آماره	درجه آزادی 1 / درجه آزادی 2	
1	گفت و شنود	0/566	1	1	180	029/138	1	0/001
2	هم‌نوایی	0/493	2	1	180	91/994	2	0/001
3	هیجان مدار	0/445	3	1	180	74/067	3	0/001
4	مسئله مدار	0/422	4	1	180	60/611	4	0/001

مطابق با اطلاعات مندرج در جدول 5، در گام اول، متغیر گفت و شنود، در گام دوم متغیر هم‌نوایی، در گام سوم، متغیر هیجان‌مداری و در گام چهارم متغیر مسئله‌مداری وارد تحلیل شدند که F به دست آمده برای هر یک از چهار متغیر در سطح $P < 0/001$ معنی دار است. همان‌طور که ملاحظه می‌کنید با ورود هر متغیر پیش بین در هر گام، مقدار لامبدای ویلکز کاهش یافته است. این بدان معناست که ورود هر متغیر پیش بین در هر گام، دقت پیش‌بینی را افزایش داده است. ضرایب استاندارد¹، ضرایب غیر استاندارد²، ضرایب ساختاری³ و ضرایب طبقه‌بندی⁴ متغیرهای پیش بین تابع ممیز در جدول 6 ارائه شده‌اند.

همان‌طور که اطلاعات مندرج جدول 6 نشان می‌دهد، برای تنها تابع ممیز، با دو روش تحلیل، چهار دسته ضرایب استاندارد، غیر استاندارد، ضرایب ساختاری و ضرایب طبقه‌بندی تابع ممیز ارائه شده‌اند. ضریب استاندارد، وزن اختصاصی استاندارد هر متغیر را تعیین نموده و مانند بتای رگرسیون عمل می‌کند. این ضریب کمک می‌کند تا سهم متغیرها در تفاوت‌های گروهی مشخص گردد. هر چه مقدار آن بیشتر باشد، آن متغیر سهم بیشتری در تمایز بین گروه‌ها دارد. همان‌طور که در ستون ضرایب استاندارد جدول 6 آمده است، با روش تحلیل

1. Standard Coefficient
2. Unstandard Coefficient
3. Structure Coefficient
4. Classification Function Coefficient

هم زمان و گام به گام متغیر گفت و شنود بیش‌ترین سهم را در تمایز دو گروه دارد. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که الگوی ارتباطی گفت و شنود خانواده بهترین شاخص برای جدا کردن گروه‌ها است.

جدول 6. جدول ضرایب استاندارد، غیر استاندارد، ساختاری و طبقه بندی تابع ممیز به روش هم‌زمان و گام به گام

تابع										پیش بین‌ها
به روش گام به گام					به روش هم‌زمان					
ضرایب طبقه بندی		ضرایب ساختاری	ضرایب غیر استاندارد تابع ممیز	ضرایب استاندارد تابع ممیز	ضرایب طبقه بندی		ضرایب ساختاری	ضرایب غیر استاندارد تابع ممیز	ضرایب استاندارد تابع ممیز	متغیر
عادی	طلاق				غیر سیگاری	سیگاری				
0/679	0/550	-0/748	-0/055	-0/510	0/679	0/550	-0/748	-0/055	-0/510	گفت و شنود
1/190	1/451	0/739	0/112	0/502	1/190	1/451	0/739	0/112	0/502	هم‌نوایی
0/364	0/307	-0/329	-0/024	-0/309	0/364	0/307	-0/329	-0/024	-0/309	مسئله مدار
0/355	0/302	0/292	0/023	0/327	0/355	0/302	0/292	0/023	0/327	هیجان مدار
-37/182	-38/774		-0/684		-37/182	-38/774		-0/684		عدد ثابت

با استفاده از ضرایب غیر استاندارد که در جدول 6 آمده است، معادله تابع ممیز را می‌توان به دست آورد. بنابراین، با قرار دادن نمره هر فرد در متغیرهای مربوط در تابع، نمره فرد به دست می‌آید. با استفاده از ضرایب غیر استاندارد که در جدول 6 آمده است، معادله تابع ممیز را می‌توان به دست آورد. با توجه به مرکز واره‌های داده‌های گروه سیگاری و غیر سیگاری که در جدول 4 آمده، چنانچه نمره ممیز به دست آمده مثبت باشد، پیش بینی می‌شود که آن فرد به گروه سیگاری و اگر منفی باشد، پیش بینی می‌شود که آن فرد به گروه غیر سیگاری متعلق باشد. با توجه به ستون ضرایب غیر استاندارد و عدد ثابت تابع ممیز به روش هم‌زمان و گام به گام معادله پیش بین زیر به دست می‌آید:

$$D = -0/684 - 0/055 + 0/112 - 0/024 + 0/023$$

ضرایب ساختاری در مشخص شدن سهم متغیرها در تفاوت‌های گروهی به کار می‌روند. در جدول 6 که در آن ضرایب ساختاری به روش هم‌زمان و گام به گام آمده‌اند، به ترتیب متغیرهای الگوی ارتباطی گفت و شنود، الگوی ارتباطی هم‌نوایی، مهارت مقابله با استرس مسئله مدار و مهارت مقابله با استرس هیجان مدار بالاترین همبستگی را با تنها تابع ممیز با 4 متغیر پیش بین نشان می‌دهد. با توجه به اطلاعات مندرج در جدول 6 (مربوط به فرضیه سوم)، تنها تابع ممیز بیشترین همبستگی را با متغیر گفت و شنود دارد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل آماری، بیان گر تأیید فرضیه پیش بینی وابستگی به مصرف سیگار بر اساس متغیرهای الگوی ارتباطی گفت و شنود، الگوی ارتباطی هم‌نوایی، مهارت مقابله با استرس مسأله مدار و مهارت مقابله با استرس هیجان مدار است. فرضیه اول: استعمال دخانیات در نوجوانان پسر بر اساس الگوی ارتباطی گفت و شنود و هم‌نوایی قابل پیش بینی است.

نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های دیکلمنت، وینگود، کرسبای و همکاران (2001)، جسر، توربین و کاستا (1998) و همچنین آکارد، نیومارک - استاینر، استوری و پری¹ (2006) مبنی بر اینکه کیفیت ارتباط ولی - فرزندی و ارتباط و پیوستگی نوجوان با والدین، به عنوان یک عامل حفاظتی بالقوه در برابر مصرف مواد و خصوصاً استعمال دخانیات توسط نوجوان محسوب می‌گردد، همسویی دارد. در واقع نوجوان بر حسب نوع تعامل خود با والدین، در برابر رفتارهای پر خطر نظیر استعمال دخانیات مقاوم یا آسیب پذیر است به گونه‌ای که یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد نوجوانانی که در خانواده‌های با الگوی ارتباطی گفت و شنود بالا و هم‌نوایی پایین زندگی می‌کنند، درگیری کمتری با استعمال دخانیات داشته و نوجوانانی که در خانواده‌های آنان الگوی ارتباطی هم‌نوایی غالب است درگیری بیشتری با مصرف سیگار پیدا کرده‌اند.

1. Ackard, neumark-Sztainer, Story, Prrey

نتایج تحقیق کوهن، ریچاردسون و لابری¹ (1994) نیز نشان داد زمان و وقتی را که والدین با کودکان سپری می‌کنند و همچنین کیفیت ارتباط والد-کودک هر دو با کاهش شروع مصرف دخانیات و مصرف الکل در سال‌های بعدی مرتبط است. یافته‌های هاراکه، شلت، ورمولست، رایز و انگلز² (2004 و 2010) نیز نشان داده است که کیفیت، نوع و فراوانی دفعاتی که والدین با نوجوان خود به شکل خاص و متمرکز در ارتباط با استعمال دخانیات و پیامدهای آن گفت و گو می‌کنند، در کاهش درگیری نوجوان با دخانیات نقشی تعیین کننده دارد. در واقع در خانواده‌های دارای جهت گیری گفت و شنود، والدین فرزندان را تشویق می‌کنند تا در مورد مسائل مختلف به بحث و تفکر پردازند و از تاکید بیش از حد بر هم نوایی و به عبارتی تقلید کورکورانه به پرهیزند. در چنین خانواده‌هایی فرزندان پذیرش، تایید، تحسین و گفت و گوی آزادانه و بدون ترس از تنبیه والدین را تجربه می‌کنند (کوئرتر و فیتزپاتریک، 1997). والدین در این خانواده‌ها با بهره‌گیری از یک ارتباط سازنده و در جریان گفت و گوی صمیمانه با فرزند خود به رشد فاکتورهای سلامت روان نوجوان نظیر افزایش میزان اعتماد به نفس، رشد مهارت‌های مقابله‌ای سازنده در برابر استرس، رشد میزان تاب‌آوری و کاهش میزان مشکلات عاطفی و هیجانی در فرزندان خود نظیر افسردگی و اضطراب (فیتزپاتریک و ریچی، 1994)، که تحقیقات نشان داده است همگی در مقاوم کردن نوجوان در برابر استعمال دخانیات نقش دارند، کمک می‌کنند (ما، یونگر، چو، سان و همکاران³، 2008).

درباره بعد هم نوایی در حکم فاکتور پیش‌بینی کننده گرایش به استعمال دخانیات نیز نتایج تحقیق حاضر با نتایج تحقیق ویس، گارباناتی، تانجاسیری و پالمر⁴ (2006) همسو است. بر اساس نتایج این تحقیق نوجوانانی که زمان کمتری را با خانواده می‌گذرانند و ارتباط عاطفی و محبت آمیز کمتری از والدین دریافت می‌دارند، با احتمال بسیار بالاتری اقدام به شروع مصرف

-
1. Cohen, Richardson & Labree
 2. Harakeh, Scholte, Vermuldt, Vries, Engels
 3. Ma, unger, Chou, Sun, & et al
 4. Weiss, Garbanati, Tanjassari & Palmer

سیگار می‌کنند. در همین راستا نیومارک (2006) نیز دریافت که دشواری در برقراری ارتباط و صحبت کردن با والدین درباره مشکلات، احتمال گرایش به مصرف مواد و دخانیات را در هر دو جنس دختر و پسر افزایش می‌دهد (به نقل از لاک، فرحت، لانوتی، سیمونز- مرتون، 2010).

یافته‌های بالینی و پژوهشی جسر، تورین و کاستا (1998) سوء مصرف مواد را بیشتر بین اعضای خانواده‌هایی که روابط صمیمی بین والدین و فرزندان کم رنگ بوده، و فرزندان پیوندهای ایمن خانوادگی را تجربه نکرده‌اند، تایید می‌نماید. فرزندان در چنین خانواده‌هایی برای غلبه بر آشفتگی‌های روانی خود نظیر افسردگی و اضطراب متأثر از ضعف ارتباطی با والدینشان به استعمال دخانیات رو می‌آورند. در واقع نوجوان در چنین خانواده‌هایی از داشتن ارتباط باز و صمیمانه از طریق رعایت سلسله مراتب در خانواده منع و بازداری می‌شود. در تعاملات ولی- فرزندی در چنین خانواده‌هایی بر همسانی عقاید و نگرش‌ها تأکید شده و اعضای خانواده تشویق می‌شوند تا خود را با در نظر گرفتن عضویتشان در خانواده تعریف کنند. والدین در روابطشان با فرزندان کمتر پذیرا و صمیمی‌اند و نوجوان در صورت تخطی از خواسته‌های خانواده از حمایت و پذیرش والدین محروم می‌گردد. الگوی ارتباطی در چنین خانواده‌ای در واقع یادآور مفهوم سرمشق‌گیری¹ در نظریه بندورا² است. بر اساس نظر بندورا (1989) استعمال دخانیات و رفتار سوء مصرف مواد به وسیله الگوبرداری، تقلید و تقویت در حوزه روابط بین فردی، آموخته می‌شود.

به نظر می‌رسد نوجوانان در خانواده‌های با الگوی هم‌نوایی به علت یادگیری هم‌نوایی و پذیرش بی‌چون و چرای عقاید اطرافیان بدون تفکر و تأمل و به عبارتی آموختن نوعی تقلید کورکورانه و همچنین سطح اعتماد به نفس پایین، به احتمال بیشتری از عضو سیگاری در خانواده یا گروه دوستان سیگاری یا بزه‌کار تأثیر می‌پذیرند. به عقیده جانتزر، هور و نارلچ³

1. modeling

2. Bandura

3. Juntzer, Hoover, Narloch

(2006) نوجوان که در خانواده‌های با جهت‌گیری هم‌نوایی نمی‌تواند به راحتی حرف خود را بزند و عقیده خود را بیان کند و یا در بسیاری از موقعیت‌ها توان نه گفتن را ندارد با مشکلات و دردهای زیادی روبرو می‌شود و گاهی به اجبار، بر خلاف میل و باور خود عمل می‌کند. همسو با تحقیقات کوثرنر و فیتزپاتریک (1997) و همچنین کوثرنر و ونکارا¹ (2002)، اجتناب از تعارض و علاقه کمتر به افشای احساسات و جست و جوی حمایت اجتماعی در فرآیندهای چالش‌انگیز (مثل هم‌نشینی با دوستان بزه‌کار) از مشخصه‌های نوجوانان دارای خانواده‌های با جهت‌گیری هم‌نوایی بالاست. مطابق نتایج یافته‌های مانگک - هیون، هارولد، کندی، پلارد، تاکر² (2010) تأثیر پذیری از عضو سیگاری در خانواده و هم‌نشینی با دوستان سیگاری که یکی از پیامدهای یادگیری تقلید و همانند سازی ناشی از الگوی هم‌نوایی در خانواده است، با گرایش به استعمال دخانیات در اوایل و اواسط نوجوانی مرتبط است.

فرضیه دوم: استعمال دخانیات در نوجوانان پسر بر اساس مهارت‌های مقابله با استرس مسئله مدار و هیجان مدار قابل پیش‌بینی است.

سیکویرا، رلنیتزکی و ریکرت (2000 و 2001) در تحقیقی نشان داده‌اند که ادراک رویدادهای زندگی به شکل منفی و استفاده از روش‌های مقابله‌ای هیجانی منفی مانند خشم و درماندگی در مصرف‌کنندگان مواد و مصرف‌کنندگان سیگار به مدت طولانی، بیشتر از افراد غیر معتاد و غیر سیگاری و یا کسانی است که توانسته‌اند ترک کنند. مطابق با نتایج به دست آمده از این پژوهش‌ها آنچه سلامت رفتار را با خطر روبه‌رو می‌کند، خود‌تنیدگی نیست، بلکه شیوه ارزیابی فرد از تنیدگی و روش‌های مقابله با آن است.

مصرف‌کنندگان سیگار، به جای مقابله مسئله محور که قصدش از میان برداشتن مشکل یا تعدیل آن است، مقابله هیجان محور را به کار می‌گیرند که در این نوع مقابله فرد بیشتر در صدد است تا پیامدهای هیجانی عامل استرس را مهار کند. این افراد تحت تأثیر عواطفشان

1. Koerner & Cavanaugh

2. Myong-Hune, Harold, Kennedy, Pollard, Tucker

قرار می‌گیرند و به جای هدف قرار دادن مشکلات، در مجموعه‌ای از رفتارها در گیر می‌شوند که در اصل، جهت کاهش و یا حذف این واکنش‌های هیجانی منفی طرح ریزی می‌شود. چنین تلاش‌هایی در گروه سیگاری اغلب باعث تجربه عواطف منفی بیشتر می‌شود و میزان آشفتگی آن‌ها را افزایش می‌دهد. نتایج پژوهش‌های ویلز، سندی، یاگر، کلری، شینار (2001)، ویلز (1986) و بیرن (2000) نشان می‌دهد استعمال دخانیات، مواد مخدر و الکل از دوران نوجوانی که دوران گذاری است که مشخصه معمول آن استرس و نگرانی است شروع می‌شود. یک نوجوان مانند یک بزرگسال تجربه کافی برای رویارویی با احساسات ناشی از فشارهای روانی را ندارد؛ به همین علت، به استعمال دخانیات، مواد مخدر و الکل و... به عنوان داروی تجویزی در این شرایط فشار زا روی می‌آورد. به عقیده این محققان «انکار» و «انفعال»، دو ویژگی کسانی است که از سبک‌های مقابله هیجان مدار استفاده می‌کنند. انکار موقعیت استرس زا به رفتار اجتنابی و انفعالی در موقعیت استرس زا و ناتوانی در به کار گیری ابتکار عمل فرد، منجر می‌شود. با استفاده از سبک مقابله هیجان محور منفی، علاوه بر این که مشکل پیش آمده حل ناشدنی می‌ماند، این ویژگی‌های «انکار» و «انفعال» پیامدهای آن‌ها و همچنین کاهش اعتماد به خود فرد در نتیجه مقابله ناکارآمد، به مشکلات و نارضایتی‌های وی می‌افزاید.

فرضیه سوم: استعمال دخانیات در نوجوانان پسر بر اساس ترکیب خطی متغیرهای جهت گیری گفت و شنود خانواده، جهت گیری هم نوایی خانواده، مهارت مقابله با استرس مسئله مدار و مهارت مقابله با استرس هیجان مدار قابل پیش بینی است.

در بررسی علل مختلف وابستگی به دخانیات و مواد مخدر عوامل روانی اجتماعی از جمله استرس به عنوان فاکتوری مهم و تعیین کننده در گرایش به مصرف دخانیات و مواد مخدر، همواره مطرح می‌باشد. تحقیقات مختلف نشان داده است که در میان استرس‌های اجتماعی، استرس در ارتباطات ولی- فرزند و کیفیت رابطه آنان، قوی‌ترین پیش بینی کننده سلامتی است و جهت گیری گفت و شنود خانواده به صورت منفی و جهت گیری هم نوایی به صورت

مثبت اضطراب و استرس را پیش بینی می‌کند (رنو و کنی¹، 1992). از طرفی استعمال دخانیات نوعی خود درمانی دانسته می‌شود که نوجوان از آن به منظور غلبه بر هیجاناتی نظیر اضطراب و افسردگی که قادر به مقابله سازنده با آن‌ها نیست، استفاده می‌کند (باشناگل، کافی، چوماچر، درابز²، 2008). تحقیقات نشان داده است که جهت‌گیری گفت و شنود خانواده رابطه مثبت با تبخیر در حل مسئله، تاب‌آوری، رشد عزت نفس و مهارت‌های ارتباطی و رابطه منفی با اضطراب، افسردگی، اضطراب اجتماعی و مشکلات عاطفی دارد.

در مورد الگوی ارتباطی هم‌نوایی نیز، پژوهش جسر، توربین و کاستا (1998) سوء مصرف مواد و دخانیات را بیشتر بین اعضای خانواده‌هایی که فاقد روابط صمیمی بین والدین و فرزندان بوده، و فرزندان پیوندهای ایمن خانوادگی را تجربه نکرده‌اند، تایید می‌نماید. فرزندان در چنین خانواده‌هایی برای غلبه بر آشفتگی‌های روانی خود نظیر افسردگی و اضطراب ناشی از ضعف ارتباطی با والدینشان به استعمال دخانیات رو می‌آورند. تحقیقات این افراد نشان داده نوجوانان مصرف دخانیات، الکل و مواد افیونی را به عنوان روشی برای اداره عواطف، مقابله با فشارهای روانی، افسردگی، اضطراب، تنهایی و یا احساس زندگی در جهانی پر هرج و مرج و از هم گسیخته آغاز کرده‌اند.

در مجموع می‌توان گفت بین الگوهای ارتباطی خانواده و سبک‌های مقابله با استرس رابطه وجود دارد. نبود تعامل مناسب بین والدین و نوجوان، وجود والدین غیر پاسخگو، اعتماد کم و فاصله زیاد بین والدین و فرزند، نبود همدردی مشترک میان والد و نوجوان در مسائل استرس‌زا، باعث می‌گردد تا نوجوان هیجاناتی نظیر افسردگی و اضطراب را در محیط اجتماعی خود تجربه کند و به جای آموختن مهارت‌های مقابله‌ای سازنده برای کاهش مشکلات، به روش‌های غیر سازنده از جمله مصرف مواد دخانی روی آورد. تحقیقات فرانکن - اینگمار، هندریکس، جودیت - هافمن و وندر میر (2003) نشان داده است که استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای قابل

1. Reno & Kenny
2. Baschnagel, Coffey, Schumacher, Drobles

یادگیری است و چنانچه گفته شد نوجوان در خانواده با جهت‌گیری گفت و شنود به درستی می‌تواند استفاده از روش‌های مقابله مسئله‌مدار در برخورد با مشکلات مختلف را بیاموزد. در پایان پیشنهاد می‌شود که به منظور فهم بهتر متغیرهایی که پیش‌بین وابستگی به استعمال دخانیات هستند، در طرح پژوهشی مشابه، متغیرهایی نظیر بهزیستی معنوی، نستوهی، افسردگی و اضطراب، نگرش مثبت نسبت به استعمال دخانیات در پیش‌بینی وابستگی به استعمال دخانیات مورد بررسی قرار گیرند. محدودیت پژوهش نیز این بود که تحقیق حاضر تنها بر روی پسران نوجوان سیگاری و در دامنه سنی 13 تا 18 سال انجام شد. در نتیجه به منظور تعمیم یافته‌های تحقیق باید متغیر جنسیت و سن منظور گردد. از لحاظ کاربردی نیز پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی در مورد کارآیی و اثربخشی تکنیک‌های مقابله در مانگری در کاهش گرایش به استعمال دخانیات و استفاده از سبک‌های مقابله‌ای مناسب صورت گیرد.

منابع فارسی

- سپهری، صفورا، و مظاهری، محمد علی. (1388). الگوهای ارتباطی خانواده و متغیرهای شخصیتی در دانشجویان. مجله روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی، 2، 141-150.
- عاشوری، احمد، ملازاده، جواد، و محمدی، نورالله. (1387). اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری در بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و پیش‌گیری از عود در افراد معتاد. مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، 3، 281-288.
- کوروش‌نیا، مریم. (1385). بررسی تأثیر ابعاد الگوهای ارتباطات خانواده بر میزان سازگاری روانی فرزندان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شیراز.

منابع لاتین

- Ackard, D. M., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Prrey, C. (2006). Parent-child connectedness and behavioral and emotional health among adolescents. *Journal of preventive Medicine*, 30, 59-66.
- American Cancer Society. (2006). *Cancer Facts and Figures*. American Cancer Society, Atlanta, G.A.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184.
- Baschnagel, J. S., Coffey, S.F., Schumacher, J. A., Drobles, D. J. (2008). between PTSD and nicotine dependence severity in crime victims. *Addictive Behaviors*, 11, 1441-1447.
- Beatty, S. E., Cross, D. S., & Shaw, T. M., Saladin, M. E. (2008). The impact of a parent-directed intervention on parent-child communication about tobacco and alcohol. *Drug and Alcohol Review*, 27, 591-601.
- Byrne, R. B. (2000). Relationship between anxiety, fear, self-esteem, and coping strategies in adolescence. *Journal of Adolescence*, 35, 201-215.
- Center for disease control and prevention. (2006). Cigarette use among high school students-United State, 1991-2005. *MMWR Weekly*, 55, 724-726.
- Chassin, L., Presson, C. C., Sherman, S. J., Edwards, D. A. (1990). The natural-history of cigarette-smoking predicting young -adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns. *Health Psychology*, 9, 701-716.
- Chassin, L., Presson, C. C., Sherman, S. J., Edwards, D. A., Davis, M. J. & Gonzalez, J. L. (2005). Parenting style and smoking-specific parenting practices as predictors of adolescent smoking onset. *Journal of Pediatric Psychology*, 30, 333-344.
- Cohen, D. A. Richardson, J., & Labree, L. (1994). Parenting behaviors and the onset of smoking and alcohol use: A longitudinal study. *Pediatrics*, 94, 368-375.
- Diclement, R. J., Wingood, G.M., Crosby, R., & et al. (2001). Parental monitoring: association with adolescents risk behaviors. *Pediatrics*, 107, 8-136.
- Eftekhari, A., Turner, A. p., Larimer, M. E. (2004). Anger expression, coping, and substance use in adolescent offenders. *Addictive behaviors*, 29, 1001-1008.
- Fitzpatrick, M. A., & Ritchie, L. D. (1994). communication schema Within the family: Multiple perspectives on family interaction. *Human Communication Research*, 20, 275-301.
- Franken-Ingmar, H. A., Hendriks, V. M., Judith-Haffmans, P. M., Vander Meer, C. V. (2003). Coping style of substance-abuse patients: Effects of anxiety and mood disorder on coping change. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 1125-1132.
- Gau, S.F., Lui, M. C., Chiu, Y. N., Liu, C. T., Lee, M. B. (2009). Individual and Family correlates for cigarette smoking among Taiwanese college students. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 276-285.
- Gregory, S. W., Mary, E. P., & Brian, R. (2005). Individual differences in adolescent health symptoms: The effects of gender and coping. *Journal of adolescence*, 40, 38-49.

- Harakeh, Z., Scholte, R. H., Vermuldt, A. A., Vries, H. Engels, R. C. (2004). Parental rules and communication: their association with adolescent smoking. *Addiction*, 100, 862-878.
- Harakeh, Z., Scholte, R. H., Vermuldt, A. A., Vries, H. Engels, R. C. (2010). The Relationships Between Parents Smoking, Ggeneral Parenting, Parental Smoking, Communication, And Adolescents' Smoking. *Journal of Research on Adolescence*, 20, 140-165.
- Jessor, R., Turbin, M.S., Costa, F. M. (1998). protective factors in adolescent health behavior. *Journal of personality Social Psychology*, 75, 788-796.
- Juntzer, A. M., Hoover, J. H., & Narloch, R. (2006). The relationship between school-age bullying and trust, shyness and quality of friendships in young adulthood: A preliminary research note. *School Psychology International*, 27, 146-156.
- Koerner, A.F., & Cvancara, K.E. (2002). The influence of conformity orientation on communication patterns in family conversation. *The Journal of Family Communication*, 2, 133-152.
- Koerner, A. F. & Fitzpatrick, M. A. (1997). Family type and conflict: the impact of conversation orientation and conformity orientation on conflict in the family. *Communication Studies*, 48, 59-78.
- Koerner, A. F. & Fitzpatrick, M. A. (2002). Toward a theory of family communication. *Communication theory*, 12, 70-91.
- Koerner, A.F. & Fitzpatrick, M.A. (2002). Understanding family communication patterns and family functioning: The roles of conversation and conformity orientation. *Communication yearbook*, 26, 37-69.
- Leatherdale, S.T., & Manske, S. (2005). The relationship between student smoking in the school environment and smoking onset in elementary school students. *Cancer epidemiology*, 14, 1762-1765.
- Luk, J. W., Farhat, T., Lannotti, R. J., & Simons-Morton, B. G. (2010). Parent-child communication and substance use among adolescents: Do father and mother communication play a different role sons and daughters? *Addictive Behavior*, 35, 210-217.
- Ma, H., unger, J. B., Chou, C., Sun, P., & et al. (2008). Risk factors for adolescent amoking in Urban and rural China: Findings from the China seven cities study. *Addictive Behaviors*, 33, 1081-1085.
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projection of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLOS Medicine*, 3, 442-451.
- Miller, T. Q., Volk, R.J. (2002). Family relationship and adolescent cigarette smoking: Research from a national longitudinal survey. *Journal of Drug Issues*, 22, 95-97
- Myong-Hune, g., Harold, D., Kennedy, D. P., Pollard, M., Tucker, J. S. (2010). Peer influence and selection effects on adolescent smoking. *Drug and alcohol Depevidence*, 109, 239-242.
- Reno, R. R., & Kenny, D. A. (1992). Effects of self-consciousness and social anxiety on self-disclosure among unacquainted individuals: An application of the social relations model. *Journal of Personality*, 60, 79-94.

- Ritchie, L. D., & Fitzpatrick, M. A. (1990). Family communication patterns: Measuring intrapersonal perceptions of interpersonal relationship. *Communication Research*, 12, 35-42.
- Twigg, L., Moon, G., & Walker, S. (2004). *The smoking epidemic in England*. London: Health Development Agency.
- Siqueira, L. K., Diab, M., Bodian, C., Rolnitzky, L. (2000). Adolescents becoming smokers: the roles of stress and coping methods. *Journal of Adolescence Health*, 21, 389-401.
- Siqueira, L. K., Rolnitzky, L. m., Richert, V. I. (2001). Smoking cessation in adolescents: the role of nicotine dependence, stress, and coping methods. *Journal of Adolescence Health*, 27, 399-408.
- Weiss, J. W., Garbanati, J. A., Tanjassari, S. p., Palmer, P. (2006). Effects of family functioning and self-image on adolescent smoking initiation among Asian-American subgroups. *Journal of Adolescent Health*, 39, 221-228.
- Wills, T. A. (1986). Stress and coping in early adolescence: relationships to substance use in urban school samples. *Journal of Health Psychology*, 5, 29-38.
- Wills, T. A., Sandy, J. M., Yaeger, A. M., Cleary, S. D., Shinar, O. (2001). Coping dimensions, life stress, and adolescent substance use: a latent growth analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 309-316.

