

ارتباط تاب‌آوری و عوامل مرتبط با سوء مصرف مواد (ATOD) در میان جوانان ۱۸ تا ۲۹ سال: مطالعه مقطعی

عابدین ایرانبور^۱، نوذر نخعی^۲، علی بهرام نژاد^۳، علی کارآموزیان^۴، طاهره یزدی نژاد^{۵*}

۱- دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت اچ آی وی و عفونت های آمیزشی - مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۲- استادا، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۳- استادیار، مرکز تحقیقات مدلسازی در سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۴- دانشجوی دوره دکتری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
* نویسنده رابط: tahereh997yazdinejad@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۴/۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۶/۳۱

چکیده

زمینه و هدف: یکی از مهمترین پیش بینی کننده های تمایل و اقدام به سوء مصرف مواد میزان تاب آوری افراد است. این پژوهش با هدف تعیین ارتباط بین تاب‌آوری و سوء مصرف مواد (ATOD) در میان جوانان ۱۸ تا ۲۹ سال شهر کرمان در سال ۱۴۰۱ انجام شده است. روش کار: این مطالعه مقطعی به روش نمونه گیری چند مرحله ای بر روی ۴۰۷ نفر از جوانان ۱۸ تا ۲۹ سال شهر کرمان از بهار تا زمستان ۱۴۰۱ انجام شد. در هر منطقه شهرداری شهر کرمان پنج آرایشگاه زنانه و پنج آرایشگاه مردانه و همچنین چهار مرکز درمان نگهدارنده با متادون نیز در همان مناطق انتخاب و از آنها نمونه گیری به عمل آمد. ابزار های اندازه گیری در این پژوهش، پرسشنامه های فرم کوتاه مقیاس تاب‌آوری RS-14، مقیاس تجارب دوران کودکی ACE-8، پرسشنامه سنجش سوء مصرف مواد به انضمام متغیرهای زمینه ای بودند که از طریق مصاحبه حضوری تکمیل شدند.

نتایج: با افزایش سن، جنسیت مرد، سابقه خشونت خانگی و همچنین تحصیلات پایین میزان سوء مصرف مواد و احتمال مراجعه به مراکز درمان نگهدارنده با متادون افزایش می یابد و هرچه میزان تاب‌آوری بالاتر باشد، شانس سوء مصرف مواد و مراجعه به این مراکز جهت درمان کاهش می یابد ($p \leq 0/05$).

نتیجه گیری: این یافته ها اهمیت ایجاد برنامه های مؤثر به منظور افزایش تاب‌آوری برای جوانان را نشان داده که با کاهش خطر سوء مصرف مواد همراه است و از نتایج حاصل از این پژوهش می توان برای برنامه ریزی های مناسب به منظور تنظیم راهکارهای پشتیبانی از سلامت جوانان استفاده کرد.

واژگان کلیدی: تاب‌آوری، سوء مصرف مواد، تجارب کودکی، جوانان

مقدمه

در دوره جوانی افراد با مهمترین اتفاقات و تصمیمات زندگی خود مواجه شده و ممکن است با برخی مشکلات نیز همراه باشد. مشکلاتی که موجب ورود تنش و فشار به زندگی فرد میشود؛ زیرا فرد باید با عوامل مهم و سرنوشت سازی مانند ادامه تحصیلات، انتخاب شغل و انتخاب شریک زندگی مواجه شود. در واقع جوانان ناملایماتی را تجربه می کنند که آسیب پذیری آنها را برای مخاطرات فوری و طولانی مدت سلامت افزایش می دهد.

در دوره جوانی افراد با مهمترین اتفاقات و تصمیمات زندگی خود مواجه شده و ممکن است با برخی مشکلات نیز همراه باشد. مشکلاتی که موجب ورود تنش و فشار به زندگی فرد میشود؛ زیرا فرد باید با عوامل مهم و

یا عوامل خطر زیستی مانند وزن کم هنگام تولد و ابتلا به برخی بیماری‌های جسمی تاب آوری را در افراد تحت تأثیر قرار می‌دهد (۶).

نقش تجارب منفی دوران کودکی، به ویژه تجارب آسیب‌زا، احساسات اولیه خوب نبودن و خشونت خانگی در کاهش تاب آوری افراد و گرایش و آسیب پذیری آنها به اختلالات روانی، مشکلات تنظیم هیجانی، سوء مصرف مواد و رفتارهای پرخطر به اثبات رسیده است (۷). این تجارب می‌توانند تأثیر عمیقی بر رفتارها و سلامت روانی فرد در بزرگسالی نیز داشته باشند. به طور مثال در افراد مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد بر نحوه پاسخ‌گویی فرد به درمان و توانایی او در مدیریت اعتیاد تأثیر می‌گذارند (۶). مطالعات نشان داده درمان نگهدارنده با متادون (MMT)، به عنوان یک روش مؤثر برای درمان اعتیاد به مواد اپیوئیدی، نیز می‌تواند تحت تأثیر این تجارب و میزان تاب آوری فرد قرار گیرد (۷).

در جوانان نیز تاب آوری متأثر از عوامل فردی و درونی نظیر شفقت نسبت به خود، مهارت‌های خودتنظیمی و سلامت معنوی و محیطی مانند داشتن الگوهای مثبت، حمایت اجتماعی و نظارت والدین می‌باشد (۸).

تاب آوری منبعی برای سازگاری مثبت در مواجهه با استرس و نامالایمات زندگی بوده و این سازگاری از طریق فعل و انفعالات پویای عوامل محافظتی در محیط‌های اجتماعی یا فرهنگی، مهارت‌های روانشناختی و عاطفی، توانایی‌های معنوی و سازوکارهای بیولوژیکی بسیار پاسخگو اتفاق می‌افتد (۹).

داشتن منابع لازم برای سازگاری مانند تاب آوری بالا نقش مهمی در برخورد موفقیت آمیز جوانان در مواجهه با خطرات و چالش‌های زندگی دارد و به آنها به حرکت به سمت داشتن زندگی مستقل نیز کمک می‌کند، این منابع، درونی و فردی مانند وضعیت سلامت ژنتیکی و هورمونی، شخصیت و میزان هوش افراد و یا محیطی نظیر خانواده و مدرسه و عوامل متعدد اجتماعی و فرهنگی می‌باشند (۱۱، ۱۰، ۶)

تاب آوری به طور سنتی به عنوان یک خصلت یا ویژگی درونی تصور می‌شود که جوانان را برای غلبه بر این خطر و جلوگیری از تأثیر منفی بر سلامتی آنان حمایت می‌کند (۱، ۲).

عامل کمک کننده به سازگاری و مقابله موفقیت آمیز به این مسائل در جوانان، تاب آوری می‌باشد. هم تاب آوری خانواده و هم تاب آوری خود فرد در این موضوع مؤثر هستند. تاب آوری خانواده که به معنای توانایی خانواده برای مواجهه با تغییرات در موقعیت‌های بحرانی، توانایی احیای مجدد و کسب تعادل پس از بحران است و شامل مؤلفه‌هایی همچون ارتباط، حل مسئله، بهره مندی از منابع اقتصادی - اجتماعی، حفظ یک چشم انداز مثبت، پیوند خانوادگی، معنویت خانواده و توانایی ایجاد معنا برای سختی می‌شود (۳).

تاب آوری خانواده با کاهش آمادگی اعتیاد در دختران و پسران جوان نیز مرتبط است (۴) بین تاب آوری خانواده و مؤلفه‌های آن با آمادگی سوء مصرف مواد در فرزندان ارتباط معناداری وجود دارد، به طوری که هر چه میزان تاب آوری ادراک شده از خانواده‌ای که فرد در آن زندگی می‌کند، بیشتر باشد، فرد گرایش کمتری به رفتارهای سوء مصرف مواد از خود نشان می‌دهد، به همین سبب است که خانواده‌هایی که نتوانند با تغییرات و بحران‌ها مقابله کنند و به خوبی این مراحل سخت را پشت سر نگذرانند، درگیر آسیب‌های روانشناختی و اجتماعی بیشتری می‌شوند (۵، ۲). برای شناسایی تاب آوری، باید شواهدی از تهدید، ضربه یا تجارب منفی زندگی گذشته یا حال در زندگی فرد نیز وجود داشته باشد. این تجارب منفی معمولاً در زندگی افراد یا خانواده‌ها اتفاق می‌افتد و یا روی هم انباشته می‌شود و همزمان با افزایش سطح خطر، میزان مشکلات یا علائم کاهش تاب آوری نیز افزایش می‌یابد (۶).

عوامل خطر متعدد اجتماعی، اقتصادی نظیر مهاجرت، وضعیت اجتماعی - اقتصادی پایین و داشتن خانواده تک سرپرست، قرار گرفتن در معرض تجربه‌های آسیب زنده و استرس‌زا مانند مواجهه با بدرفتاری، خشونت، جنگ و

روش کار

این مطالعه توصیفی - تحلیلی مقطعی بر روی جوانان ۱۸ تا ۲۹ سال شهر کرمان از بهار تا زمستان ۱۴۰۱ انجام شد. قبل از شروع مصاحبه توضیحات لازم پیرامون هدف از انجام مطالعه و محتوای پرسشنامه توسط پرسشگران آموزش دیده داده می‌شد. علاوه بر آن در مورد بدون نام بودن پرسشنامه‌ها و حفظ محرمانگی نیز اطمینان داده می‌شد. در صورت اخذ موافقت شفاهی آگاهانه پرسشگری با رعایت حریم خصوصی انجام و به آنان یادآوری می‌شد که چه در ابتدا و چه در پایان تحقیق حق آنان است که اگر از شرکت در مصاحبه منصرف شدند از ادامه مصاحبه امتناع ورزند، برای افزایش مشارکت افراد جهت شرکت در پژوهش سعی شد با انتخاب پرسشگران حرفه‌ای و ارائه توضیحات توسط آنها، انگیزه لازم برای پاسخگویی در جوانان ایجاد گردد و همچنین هدایایی نیز به پاسخ‌دهندگان داده شد.

حجم نمونه با استفاده از فرمول محاسبه شیوع و با در

نظر گرفتن ($Z=1.96, p=0.5, q=0.5, d=0.05$) در

یک جمعیت محاسبه گردید و ۳۸۵ نفر بدست آمد.

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}})^2 \times p \times (1-p)}{d^2}$$

سپس به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای از چهار منطقه شهر کرمان نمونه مورد نظر انتخاب شد. بدین صورت که در هر منطقه شهرداری شهر کرمان، پنج آرایشگاه زنانه و پنج آرایشگاه مردانه و همچنین چهار مرکز درمان نگهدارنده با متادون (MMT) شهر کرمان انتخاب و از آنها نمونه‌گیری به‌عمل آمد. در صورت عدم تمایل به همکاری یک آرایشگاه یا مرکز MMT، آرایشگاه یا مرکز MMT دیگری در همان منطقه انتخاب می‌شد. معیار ورود به مطالعه داشتن سن ۱۸ تا ۲۹ سال، توانایی برقراری ارتباط به زبان فارسی و تمایل به حضور در پژوهش بود. پس از تکمیل پرسشنامه از آنان خواسته شد که پرسشنامه‌های بدون نام را در جعبه در بسته بیندازند تا نسبت به محرمانه ماندن آن اطمینان حاصل کنند. درب جعبه‌ها در پایان جمع‌آوری پرسشنامه‌ها گشوده شد.

در مطالعه‌ای دیگر نشان داده شد که افراد با سطوح بالاتر تاب‌آوری در مقایسه با افرادی که سطوح تاب‌آوری پایین‌تری دارند، به احتمال بیشتری در درمان نگهدارنده با متادون شرکت می‌کنند، به توصیه‌ها و دستورالعمل‌های درمانی پایبند هستند و نتایج بهتری را در برنامه‌های درمان نگهدارنده با متادون تجربه می‌کنند. تاب‌آوری با بهبود مهارت‌های مقابله‌ای، حمایت اجتماعی و انگیزه برای تغییر رفتار همراه است که همگی می‌تواند تعامل و اثربخشی درمان را افزایش دهند (۱۲). همچنین مطالعه نبوی و همکاران نیز اهمیت نقش تاب‌آوری را در فرآیند درمان اعتیاد به مواد مخدر، از جمله درمان نگهدارنده با متادون نشان داد، افراد با تاب‌آوری بالا که در مواجهه با چالش‌ها، شکست‌ها و عودها (بازگشت بیماری و افسردگی) انعطاف‌پذیری نشان می‌دادند، احتمال بیشتری داشت که در درمان تداوم داشته باشند، بر موانع غلبه کنند و به بهبودی پایدار از اعتیاد به مواد مخدر دست یابند. در این مطالعه تاب‌آوری به‌عنوان یک عامل کلیدی در مداخلات مبتنی بر تاب‌آوری که نتایج مثبت درمان و بهبودی طولانی‌مدت را ارتقا می‌دهد، شناسایی شد (۱۳).

همچنین مطالعات دیگری نیز نشان دادند، تاب‌آوری در جوانان با بهبود نتایج سلامت روان و کاهش رفتارهای پرخطر (۸) و بهزیستی مرتبط است (۱۴). بنابراین سرمایه‌های عاطفی و شناختی، اجتماعی و محیطی در شکل‌گیری تاب‌آوری نقش دارند. در مطالعه حاضر بعد عاطفی و شناختی تاب‌آوری که در تقویت استرس نقش مهمی ایفا کرده و مهم‌ترین عنصر شکل‌دهنده آن خانواده، به ویژه تجارب دوران کودکی است، بیشتر مورد بررسی قرار گرفته است (۱۵). هدف از انجام این پژوهش نیز تعیین ارتباط تاب‌آوری و عوامل مرتبط با سوء مصرف مواد (Alcohol, Tobacco, Other Drug (ATOD) در میان جوانان ۱۸ تا ۲۹ سال شهر کرمان در سال ۱۴۰۱ بود.

ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها: در این مطالعه از ابزارهای سنجش تاب آوری RS-14 پرسشنامه مقیاس دوران کودکی CE-8 و پرسشنامه ۱۴ سوالی سنجش سوء مصرف مواد به انضمام سوالات مربوط به اطلاعات زمینه ای افراد مورد مطالعه استفاده شده است.

فرم کوتاه‌مقیاس تاب‌آوری RS-14: ابزار سنجش تاب آوری به‌کاررفته در این پژوهش پرسشنامه مقیاس تاب‌آوری RS-14 با مقیاس ۷ درجه ای از نوع لیکرت بود. نمرات گویه‌ها برای به‌دست‌آوردن یک امتیاز کلی از ۱۴ تا ۹۸ جمع می‌شوند که نمرات بالاتر نشان‌دهنده تاب‌آوری درک شده بیشتر است. دستورالعمل‌های امتیازدهی توسط واگنیلد (۲۰۰۹) ارائه شده است و با نمرات کل به‌عنوان بسیار کم (۱۴-۵۶)، کم (۵۷-۶۴)، در سطح پایین (۶۵-۷۳)، متوسط (۷۴-۸۱)، متوسط رو به بالا (۸۲-۹۰) و بالا (۹۱-۹۸) طبقه‌بندی شده است. محتوای گویه‌ها در مورد متغیرهای توانایی مقابله، غرور و افتخار، پذیرش، احترام به خود، سازماندهی، تحریک‌کردن، استقامت، قدرت اراده، علاقه/مشارکت، شوخ‌طبعی، خودکارآمدی، قابل‌اطمینان، تاثیرات معنوی و مدبربودن است (۱۶). روایی و پایایی آن در مطالعات فارسی نیز به اثبات رسیده است. در مطالعه نوریان و همکاران ضریب آلفای کرونباخ ابزار ۰/۷۷ گزارش شده است (۱۷).

مقیاس تجارب دوران کودکی ACE-8: تعداد گویه‌های این پرسشنامه نیز هشت سوال با مقیاس بلی، خیر با محتوای سوءاستفاده فیزیکی، عاطفی و جنسی بود. سوء استفاده فیزیکی شامل دو سؤال: "آیا والدین، سرپرست یا سایر اعضای خانواده‌تان شما را با سیلی، لگدزدن، مشت‌زدن و یا کتک‌زدن مورد آزار و اذیت قرار داده‌اند؟"؛ آیا والدین، سرپرست یا سایر اعضای خانواده‌تان، شما را با وسایلی نظیر چوب، چماق، بطری، چاقو، کمر بند یا وسایلی نظیر این‌ها مجروح کرده‌اند؟" بود. سوءاستفاده عاطفی شامل دو سؤال: "آیا والدین، سرپرست یا سایر اعضای خانواده‌تان بر سر شما فریاد زده و یا با فحش و تحقیر شما را مورد خطاب قرار داده‌اند؟"؛ آیا والدین، سرپرست یا

سایر اعضای خانواده‌تان شما را تهدید به راه‌اندادن به خانه و یا عملاً بیرون‌انداختن از خانه کرده‌اند؟" و بخش مربوط به سوءاستفاده جنسی نیز حاوی چهار سؤال "آیا فردی با انگیزه جنسی و علی‌رغم میل شما، بدنتان را لمس و یا نوازش کرده است؟"؛ "آیا فردی با انگیزه جنسی و علی‌رغم میل شما، شما را وادار نموده که بدنش را لمس نمایید؟"؛ "آیا فردی علی‌رغم میل شما، سعی در برقراری رابطه جنسی با شما داشته است؟"؛ "آیا فردی علی‌رغم میل شما، با شما رابطه جنسی برقرار کرده است؟" بود. اگر فقط به یکی از دو سؤال فیزیکی پاسخ مثبت داده شود؛ یعنی در کل سوءرفتار فیزیکی را تجربه کرده است و برای دو سؤال عاطفی و نیز سه سؤال جنسی نیز همین‌گونه بود، روان‌سنجی آن نیز در مطالعات فارسی نیز به اثبات رسیده است (۱۹، ۱۸).

پرسشنامه سنجش سوء مصرف مواد: یک پرسشنامه معتبر کوتاه در خصوص سوء مصرف مواد مخدر و روانگردان در طول عمر با ۷ سوال و در سی روز گذشته نیز با ۷ سؤال و با مقیاس بله و خیر است. شرکت‌کنندگان از نظر مصرف سیگار، قلیان، تریاک یا شیر، مشروبات الکلی، ناس یا پان پراک، حشیش یا ماری‌جوآنا یا بنگ و مواد روان‌گردان (شیشه، اکستازی و غیره) مورد پرسش قرار گرفتند (۲۰).

تحلیل داده‌ها: به‌منظور آنالیز داده‌های مورد مطالعه از مدل‌های رگرسیون لجستیک تک‌متغیره و چندگانه استفاده شد. ابتدا تأثیر متغیرهای مستقل در حالت تک‌متغیره مورد ارزیابی قرار گرفت و متغیرهایی که p -value آنها بزرگ‌تر از ۰/۲ بود به‌عنوان کاندید حضور در مدل چندگانه در نظر گرفته شدند. سپس مدل چندگانه به داده‌ها برازش داده شد. به‌منظور دستیابی به بهترین مدل با بالاترین دقت در انتخاب مهم‌ترین و تأثیرگذارترین متغیرها از روش حذف پسر (Backward elimination) استفاده شد. در نهایت برازندگی مدل و دقت پیش‌بینی مدل نیز به‌ترتیب با استفاده از آزمون Hosmer-Lemeshow و سطح زیر منحنی ROC سنجیده شد. نرم‌افزار آماری مورد استفاده SPSS26 و سطح معنی‌داری نیز برابر با ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

میانگین سنی شرکت کنندگان در مراجعین آرایشگاه در مقایسه با مراجعین مراکز MMT، کمتر بود اما از نظر میانگین نمره تاب آوری در مراجعین آرایشگاه بیشتر از مراجعین مراکز MMT بود. حدود یک سوم شرکت کنندگان از مراجعین آرایشگاه سطح تحصیلی شان، دبیرستان بود و حدود یک سوم شرکت کنندگان از مراجعین مراکز MMT سطح تحصیلی شان، راهنمایی بود. بیش از نیمی از مراجعین آرایشگاه تجربه خشونت خانگی داشتند این درحالیست که به طور متوسط از هر سه مراجعه کننده به مراکز MMT، دو نفر تجربه خشونت خانگی داشتند (جدول ۱).

با افزایش سن، شانس مراجعه به مراکز MMT افزایش می یابد. در مورد جنسیت نیز شانس مراجعه مردان به مراکز MMT تقریباً ۲،۵۳ برابر زنان می باشد. در خصوص سطح تحصیلات نیز که هر چه سطح تحصیلات افزایش می یابد شانس مراجعه به مراکز MMT کاهش می یابد ($p \leq 0/05$) از طرفی افرادی که سابقه خشونت خانوادگی داشته اند بیشتر از سایر افراد به مراکز MMT مراجعه می کنند. برای تاب آوری نیز می توان با احتیاط این چنین استدلال کرد که هر چه میزان تاب آوری بالاتر باشد، شانس سوء مصرف مواد و مراجعه به مراکز MMT به طور معناداری کاهش می یابد (جدول ۲).

با توجه به نتایج جدول ۳، که برگرفته از آزمون Hosmer-Lemeshow می باشد ملاحظه می شود که این مدل از برازندگی قابل قبولی برخوردار است، به طوری که می توان با اطمینان به نتایج برآورد شده استناد کرد.

جدول ۴ و شکل ۱ به منظور بررسی توانایی مدل در پیش بینی می باشد که با توجه به سطح زیر منحنی برآورد شده که برابر با ۰/۷۹ می باشد می توان گفت که این مدل به لحاظ پیش بینی نتایج نیز به خوبی عمل می کند و می توان از نتایج آن به خوبی بهره برد.

بحث

عوامل جمعیت شناختی، اجتماعی و روانی می تواند نقش مهمی را در تعیین احتمال اینکه فرد به دنبال درمان در برنامه نگهداری متادون باشد، ایفا کند. برخی از عوامل تأثیرگذار بر تصمیم فرد برای درمان در برنامه نگهداری متادون عبارتند از: سن: با توجه به نتایج به دست آمده در پژوهش ما با افزایش سن، شانس مراجعه به مراکز MMT افزایش می یابد، به عبارتی افراد با بالا رفتن سن بیشتر به دنبال درمان نگه دارنده با متادون هستند که ممکن است به دلیل استفاده طولانی مدت از مواد مخدر و تمایل به ترک اعتیاد به دنبال درمان در برنامه های نگهداری متادون باشند. اکبری و همکاران نیز در مطالعه خود ارتباط معنی داری بین وابستگی به مواد و سن پیدا کردند ($p \leq 0/05$) (۴). این ممکن است به دلیل عوامل مختلفی از جمله شدت اختلال مصرف مواد مخدر، سابقه درمان و دسترسی به سایر اشکال درمان باشد، Kurdyak و همکاران (۲۱) نشان دادند که سن کمتر با احتمال بیشتری برای ارجاع به مراکز درمان نگه دارنده متادون مرتبط است. محققان پیشنهاد کردند که افراد جوان تر ممکن است به احتمال بیشتری سابقه طولانی تری از اختلال سوء مصرف مواد داشته باشند و خطر مصرف بیش از حد و سایر پیامدهای منفی را در آن ها افزایش دهد. علاوه بر این، افراد جوان تر ممکن است دسترسی کمتری به انواع دیگر درمان داشته باشند که مراکز درمان نگه دارنده متادون را گزینه مناسب تری برای آن ها می کند و این یافته ها مغایر با یافته های مطالعه حاضر است و در نتیجه توجه به این نکته مهم است که تصمیم برای ارجاع فردی به یک مرکز درمان نگه دارنده متادون باید بر اساس نیازها و ترجیحات فردی باشد و نه صرفاً بر اساس سن. در نظر گرفتن طیف وسیعی از عوامل، از جمله شدت اختلال مصرف مواد مخدر، سابقه درمان و آمادگی برای درمان، هنگام تصمیم گیری بسیار مهم است (۲۱).

جنس: جنسیت می تواند نقش مهمی در تعیین احتمال اینکه فرد به دنبال درمان در برنامه نگهداری متادون باشد، داشته باشد. تحقیقات نشان داده است که تفاوت هایی در میزان مصرف مواد مخدر، اعتیاد و رفتارهای درمان جویانه بین زنان

نگهداری متادون باشند. مردان ممکن است کمتر تمایل داشته باشند که اعتراف کنند مشکل سوء مصرف مواد دارند یا از ترس اینکه ضعیف یا آسیب پذیر دیده شوند به دنبال کمک باشند. این مطالعات اهمیت در نظر گرفتن تفاوت های جنسیتی در رفتارها و پیامدهای درمان جویانه را هنگام طراحی مداخلات و برنامه ها برای افراد مبتلا به اعتیاد به مواد افیونی برجسته می کند. ارائه خدمات و حمایت های جنسیتی ممکن است به افزایش دسترسی و مشارکت در برنامه های درمان نگه دارنده متادون برای مردان و زنانی که با اعتیاد به مواد افیونی دست و پنجه نرم می کنند، کمک کند.

تحصیلات: با توجه به نتایج به دست آمده می توان گفت، هر چه سطح تحصیلات افزایش می یابد شانس مراجعه به مراکز MMT کاهش می یابد؛ اما مطالعه Joe و همکاران (۲۴) که پیش بینی کننده های ماندگاری درمان را در یک برنامه درمان مواد افیونی، از جمله سطح تحصیلات، بررسی کرد، نشان داد که افراد با سطح تحصیلات بالاتر در مقایسه با افرادی که سطح تحصیلات پایین تری دارند، بیشتر درگیر درمان نگهداری با متادون هستند و نتایج کلی بهتری دارند (۲۴). همچنین Horsburgh و همکاران (۲۵)، ارتباط بین پیشرفت تحصیلی و نتایج درمان را در برنامه های درمانی جایگزینی مواد مخدر، مانند نگهداری متادون، بررسی کردند. این مطالعه نشان داد که سطوح بالاتر تحصیلات با بهبود نتایج درمانی، از جمله کاهش مصرف مواد مخدر و حفظ بهتر در برنامه های درمانی مرتبط است (۲۵). این تفاوت ممکن است به دلیل تفاوت های زیرساختی در آموزش ما و دو مطالعه مزبور باشد که کسب دانش و مهارت های زندگی در جوانان ما را تحت تأثیر قرار داده و مبتنی بر رویکرد حل مسئله نبوده و این چنین تصمیم گیری برای دریافت درمان با نگهداری متادون را تحت تأثیر قرار داده است. همچنین ممکن است به دلیل تفاوت فرهنگی و نگرش حاکم بر جامعه ما نسبت به این نوع درمان در میان جوانان ۱۸ تا ۲۹ سال باشد که نسبت به جامعه

و مردان وجود دارد. بر اساس نتایج پژوهش حاضر، شانس مراجعه مردان به مراکز MMT تقریباً ۲/۵۳ برابر زنان می باشد که این نتیجه ممکن است به این دلیل باشد که زنان تحت تأثیر انگ های اجتماعی در مورد سوء مصرف مواد، آسیب های روحی و مشکلات سوء مصرف و سایر عوامل روان شناختی کمتر به دنبال درمان در برنامه های نگهداری با متادون باشند؛ اما برخلاف مطالعه ما، Li و همکاران (۲۲) دریافتند که زنان در مقایسه با مردان احتمال بیشتری دارد که مدت زمان کوتاه تری بین اولین مصرف مواد مخدر و پذیرش در برنامه نگهداری متادون داشته باشند. این مطالعه نشان می دهد که زنان ممکن است زودتر از مردان به دنبال درمان در برنامه های نگهداری با متادون بروند، این احتمالاً به دلیل عوامل اجتماعی و روانی متفاوتی است که بر رفتار درمان جویانه آن ها تأثیر می گذارد (۲۲). همچنین مطالعه Yarborough و همکاران (۲۳) نشان داد که زنان در مقایسه با مردان بیشتر احتمال دارد وارد درمان نگه دارنده متادون شوند و در آن باقی بمانند (۲۳). ممکن است عواملی نظیر انگ اجتماعی پیرامون سوء مصرف مواد بر احتمال مراجعه زنان به درمان در برنامه های نگهداری با متادون تأثیر بگذارد و این تفاوت در جامعه ما در قیاس با جامعه دو مطالعه مزبور که خلاف نتیجه ما بود، ممکن است پیرامون انگ اجتماعی بر زنان باشد؛ چراکه در جامعه ما، زنان ممکن است بیشتر با قضاوت و موشکافی در مورد مسائل اعتیاد خود مواجه شوند و در نتیجه آن ها را به دنبال درمان در یک محیط ناشناس تر و به شکلی محتاطانه تر سوق دهد. علاوه بر این، زنان همچنین ممکن است آسیب های روحی و سوء مصرفی را تجربه کنند که آن ها را بیشتر به دنبال درمان در برنامه هایی سوق دهد که خدمات حمایتی و مشاوره جامع ارائه می دهد. از طرفی ممکن است در دو مطالعه مزبور مردان جامعه شان به دلیل انتظارات اجتماعی از مردانگی و اتکا به خود، کمتر به دنبال درمان در برنامه های

روبه‌رو شوند که می‌تواند با افزایش اعتیاد به مواد افیونی و به‌دنبال آن افزایش مراجعه به مراکز درمانی نگه‌دارنده با متادون همراه شود.

تاب‌آوری: بر اساس نتایج ما برای تاب‌آوری نیز می‌توان با احتیاط این چنین استدلال کرد که هر چه میزان تاب‌آوری بالاتر باشد، شانس مراجعه به مراکز MMT به‌طور معناداری کاهش می‌یابد. تحقیقات اهمیت تاب‌آوری را در تعیین احتمال افرادی که در برنامه‌های نگهداری متادون برای اعتیاد به مواد افیونی به‌دنبال و درگیر درمان هستند، برجسته کرده است. تاب‌آوری که به‌عنوان توانایی بازپس‌گیری از ناملایمات و حفظ عملکرد پایدار با وجود چالش‌ها تعریف می‌شود، می‌تواند نقش مهمی در رفتارهای درمان‌جویانه افرادی داشته باشد که با اختلالات مصرف مواد دست‌وپنجه نرم می‌کنند. در مطالعه‌ای که توسط که توسط Dekker و همکاران (۱۲)، انجام گرفت مفهوم تاب‌آوری در زمینه درمان اختلال مصرف مواد افیونی بررسی شد. این مطالعه نشان داد که افرادی با سطوح بالاتر تاب‌آوری در مقایسه با افرادی که سطوح تاب‌آوری پایین‌تری دارند، به‌احتمال بیشتری در درمان شرکت می‌کنند، به پروتکل‌های درمانی پایبند هستند و نتایج بهتری را در برنامه‌های نگهداری متادون تجربه می‌کنند. تاب‌آوری با بهبود مهارت‌های مقابله‌ای، حمایت اجتماعی و انگیزه برای تغییر رفتار همراه بود که همگی می‌توانند تعامل و اثربخشی درمان را افزایش دهند (۱۲). همچنین مطالعه دیگری توسط نبوی و همکاران (۱۳)، نقش تاب‌آوری را در فرآیند درمان اعتیاد به مواد مخدر، از جمله برنامه‌های نگهداری متادون بررسی کرد. این مطالعه نشان داد افرادی که در مواجهه با چالش‌ها، شکست‌ها و عودها (بازگشت بیماری و افسردگی) انعطاف‌پذیری نشان دادند، احتمال بیشتری داشت که در درمان تداوم داشته باشند، بر موانع غلبه کنند و به بهبودی پایدار از اعتیاد به مواد افیونی دست یابند. تاب‌آوری به‌عنوان یک عامل کلیدی در مداخلات مبتنی بر

مورد مطالعه دو پژوهش مزبور بسیار متفاوت است و در نتیجه سطح تحصیلات بالاتر با کاهش شانس مراجعه به این مراکز همراه است.

سابقه خشونت خانگی: پژوهش ما نشان داد افرادی که سابقه خشونت خانوادگی داشته‌اند بیشتر از سایر افراد به مراکز MMT مراجعه می‌کردند. تحقیقات نیز رابطه معناداری را بین سابقه خشونت خانگی و افرادی که احتمالاً به‌دنبال درمان در برنامه‌های نگهداری متادون برای اعتیاد به مواد افیونی هستند، نشان داده است. خشونت خانگی می‌تواند تأثیر عمیقی بر سلامت روانی، مصرف مواد و رفتارهای کم‌جویانه فرد داشته باشد. Tharp و همکاران (۲۵) این مطالعه نشان داد که زنانی که خشونت شریک صمیمی را تجربه کرده‌اند، احتمال بیشتری برای شروع مصرف مواد مخدر از جمله مواد افیونی دارند که می‌تواند خطر اعتیاد و نیاز به درمان در برنامه‌های نگهداری متادون را افزایش دهد (۲۵). همچنین مطالعه دیگری توسط El-Bassel و همکاران (۲۶)، نشان داد که زنانی که خشونت خانگی را تجربه کرده‌اند، به‌احتمال زیاد در پیروی از (پابندی به) درمان، از جمله از دست‌دادن دوز متادون یا ترک برنامه به‌طور کلی، با مشکلاتی مواجه می‌شوند (۲۶). به‌طور کلی، این مطالعات نشان می‌دهد که سابقه خشونت خانگی می‌تواند به‌طور قابل توجهی بر احتمال یک فرد برای جستجو و پایبندی به درمان در برنامه‌های نگهداری متادون تأثیر بگذارد. برای ارائه‌دهندگان درمان مهم است که ضمن تشخیص تعامل پیچیده بین خشونت خانگی، مصرف مواد و تبعیت از درمان، مراقبت‌های آگاهانه از تروما را ارائه دهند که نیازها و چالش‌های منحصربه‌فرد افراد با سابقه خشونت خانگی را برطرف کند. این نتایج ممکن است به این دلیل باشد که افراد تحت خشونت خانگی، به‌ویژه زنان با موانعی مانند تبعیض، فقدان گزینه‌های درمانی حساس فرهنگی و دسترسی محدود به منابع مراقبت‌های بهداشتی

همراه هست. البته استفاده از روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای از طریق آرایشگاه‌ها ممکن است به عدم نمایندگی کافی از جوانان در جامعه منتهی شود، زیرا این روش ممکن است به نمونه‌گیری از افرادی که به آرایشگاه مراجعه می‌کنند وابسته باشد و افراد دیگری را که به آرایشگاه نمی‌روند از دست بدهد به همین دلیل پیشنهاد می‌شود تحقیقات بیشتر در سایر گروه‌های جامعه جوانان صورت گیرد و برنامه‌ریزی‌ها و اقدامات موثری در جهت ایجاد مهارت‌های تاب‌آوری برای حمایت از رفاه این جمعیت صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

این طرح تحقیقاتی با کد طرح ۴۰۰۰۰۹۶۴ و کد اخلاق IR.KMU.REC.1401.080 با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شده است. بدینوسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان و افراد شرکت‌کننده در پژوهش تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تاب‌آوری که نتایج مثبت درمان و بهبودی طولانی‌مدت را ارتقا می‌دهد، شناسایی شد (۱۳). به‌همین سبب ممکن است کاهش مراجعه به مراکز MMT، با تاب‌آوری بالا، کاهش یابد و در این راستا می‌توان با ایجاد انعطاف‌پذیری از طریق مداخلات درمانی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و حمایت اجتماعی، افراد را برای غلبه بر موانع درمان و ایجاد تغییرات پایدار در زندگی‌شان توانمند کرد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه، نشان داد که احتمال مراجعه به مراکز MMT در جوانان با سنین بالا، جنس مرد، سطح تحصیلات پایین و داشتن سابقه خشونت خانگی بیشتر هست. از طرفی تاب‌آوری بالا با کاهش مراجعه به مراکز درمان نگهدارنده با متادون همراه هست. این یافته‌ها اهمیت ایجاد برنامه‌های مؤثر به‌منظور افزایش تاب‌آوری برای جوانانی را نشان داده که با کاهش خطر سوءمصرف مواد

جدول ۱- توصیف متغیرهای کمی و کیفی مورد مطالعه در جوانان ۱۸-۲۹ سال شهر کرمان در دو گروه مراجعین آرایشگاه‌ها و مراجعین مراکز درمان نگهدارنده با متادون (MMT)

متغیرها	گروه مراجعین آرایشگاه	گروه مراجعین MMT
	Mean±SD	
سن	۲۳/۴۹ ± ۳/۷۳	۲۵/۱۰ ± ۳/۴۰
تاب آوری	۳/۷۸ ± ۰/۶۲	۳/۳۷ ± ۰/۷۶
	(درصد) تعداد	
جنس		
زن	۴۹(۲۲/۳۰)	۱۲(۶/۴۰)
مرد	۱۷۱(۷۷/۷۰)	۱۷۵(۹۳/۶۰)
وضعیت تاهل		
مجرد	۱۲۸(۵۷/۹۰)	۷۸(۴۱/۷۰)
متاهل	۹۳(۴۲/۱۰)	۱۰۹(۵۸/۳۰)
سطح تحصیلات		
بیسواد	۳(۱/۴۰)	۲۸(۱۵/۱۰)
ابتدایی	۳۰(۱۳/۸۰)	۴۷(۲۵/۳۰)
راهنمایی	۵۴(۲۴/۸۰)	۵۶(۳۰/۱۰)
دبیرستان	۶۷(۳۰/۷۰)	۴۲(۲۲/۵۰)
دانشگاهی	۶۴(۲۹/۳۰)	۱۳(۷/۰۰)
خشونت خانگی		
خیر	۷۴(۳۴/۶۰)	۲۲(۱۲/۶۰)
بله	۱۴۰(۶۵/۴۰)	۱۵۳(۸۷/۴۰)
خشونت جنسی		
خیر	۱۳۷(۶۷/۲۰)	۷۲(۴۴/۲۰)
بله	۶۷(۳۲/۸۰)	۹۱(۵۵/۸۰)
مصرف مواد در ۳۰ روز گذشته		
خیر	۷۶(۳۷/۶۰)	۳۶(۲۱/۴۰)
بله	۱۲۶(۶۲/۴۰)	۱۳۲(۷۸/۶۰)

(فراوانی نسبی) فراوانی: N, (انحراف معیار) SD: Standard deviation, میانگین: Mean

جدول ۲- ارتباط تاب‌آوری و عوامل مرتبط با سوء‌مصرف مواد (ATOD) در میان جوانان ۱۸ تا ۲۹ سال شهر کرمان با استفاده از رگرسیون لجستیک تک متغیره و چندگانه

رگرسیون لجستیک چندگانه			رگرسیون لجستیک تک متغیره			متغیرها
p-value	OR (%95 CI for OR)	SE	p-value	OR (%95 CI for OR)	SE	
< ۰/۰۰۱	۱/۱۹ (۱/۱۱, ۱/۲۹)	۰/۰۴	۰/۰۰۱	۱/۱۳ (۱/۰۷, ۱/۲۰)	۰/۰۳	سن
۰/۰۳	۲/۵۳ (۱/۰۶, ۶/۰۶)	۰/۴۵	۰/۰۰۱	۴/۱۸ (۲/۱۵, ۸/۱۳)	۰/۳۴	جنس زن مرد
			۰/۰۰۱	۱/۹۳ (۱/۳۰, ۲/۸۵)	۰/۲۰	وضعیت مجرد متاهل
۰/۰۷	۰/۲۳ (۰/۰۵, ۱/۱۰)	۰/۸۱	۰/۰۰۶	۰/۱۷ (۰/۰۵, ۰/۶۰)	۰/۶۵	بیسواد ابتدایی
۰/۰۱	۰/۱۳ (۰/۰۳, ۰/۶۳)	۰/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۱۱ (۰/۰۳, ۰/۳۹)	۰/۶۳	راهنمایی سطح
۰/۰۰۳	۰/۰۹ (۰/۰۲, ۰/۴۴)	۰/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۰۷ (۰/۰۲, ۰/۲۳)	۰/۶۴	تحصیلات دبیرستان
۰/۰۰۳	۰/۰۷ (۰/۰۱, ۰/۴۰)	۰/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۰۲ (۰/۰۰۶, ۰/۰۸)	۰/۶۸	دانشگاهی
۰/۰۰۸	۲/۵۴ (۱/۲۷, ۵/۰۶)	۰/۳۵	۰/۰۰۱	۳/۶۸ (۲/۱۷, ۶/۲۳)	۰/۲۷	خشونت خیر خانگی بله
			۰/۰۰۱	۲/۵۸ (۱/۶۹, ۳/۹۵)	۰/۲۲	خشونت خیر جنسی بله
			۰/۰۰۱	۲/۲۱ (۱/۳۹, ۳/۵۲)	۰/۲۴	مصرف مواد در خیر بله ۳۰ روز گذشته
۰/۰۵	۰/۶۷ (۰/۴۴, ۱/۰۱)	۰/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۴۱ (۰/۳۰, ۰/۵۷)	۰/۱۶	تاب آوری

SE: Standard error, OR: Odds ratio, CI: Confidence interval

SE: فاصله اطمینان CI: نسبت شانس، OR: خطای استاندارد، SE:

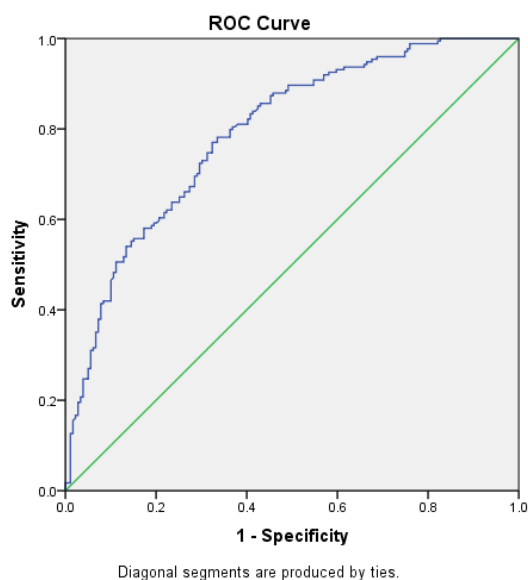
جدول ۳- بررسی برازندگی مدل با آزمون Hosmer و Lemeshow در ارتباط تاب آوری و عوامل مرتبط با سوء مصرف مواد (ATOD) در میان جوانان ۱۸ تا ۲۹ سال شهر کرمان

آزمون Hosmer و Lemeshow			
p-value	Df	کای اسکوئر	Goodness of fit model (خوب بودن مدل مناسب)
۰/۷۱	۸	۵/۴۵	

df: Degree of freedom (درجه آزادی)

جدول ۴- بررسی توانایی مدل در پیش بینی نتایج ارتباط تاب آوری و عوامل مرتبط با سوء مصرف مواد (ATOD) در میان جوانان ۱۸ تا ۲۹ سال شهر کرمان

مساحت زیر منحنی ROC				
برآورد	خطای معیار	p-value	CI %۹۵ برای برآورد	AUC
۰/۷۹	۰/۰۲	< ۰/۰۰۱	(۰/۷۴ ، ۰/۸۴)	



شکل ۱- قدرت پیش بینی کنندگی مدل با توجه به منحنی ROC در ارتباط تاب آوری و عوامل مرتبط با سوء مصرف مواد (ATOD) در میان جوانان ۱۸ تا ۲۹ سال شهر کرمان

References

1. Vaughn LM, DeJonckheere M. Focus: Preventive Medicine: The Opportunity of Social Ecological Resilience in the Promotion of Youth Health and Wellbeing: A Narrative Review. *The Yale Journal of Biology and Medicine*. 2021; 94(1):129.
2. Asghari Farhad, Sayadi Ali, Reza. GJ. The role of psychological resilience in the relationship between family resilience and drug attitudes in young girls and boys: a moderated mediation effect analysis. *Police-social researches of women and family*[Internet]. 2020; 2019; 8(2):405-423.
3. Jalili Niko S, Shirali Kh, Ghasemi Jobneh R, Zeinab MA. Role of Family Resilience and Mindfulness in Addiction Potential of Students. *Armaghane-danesh, Yasuj University of Medical Sciences Journal*.
4. Hamdami Maitham, Hakim Javadi M, Gholami A, Lavasani M. Comparison of Family Resilience and Emotional Maturity between Dependent and Non -Dependent Men. *Journal of Disability Studies*.
5. Motti-Stefanidi F, Masten AS. A resilience perspective on immigrant youth adaptation and development. *Handbook on positive development of minority children and youth*: Springer. 2017; p.19-34.
6. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Perry BD, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2006; 256:174-86.
7. Cronley C, Evans R. Studies of resilience among youth experiencing homelessness: A systematic review. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*. 2017; 27(4):291-310.
8. Hatala AR, Pearl T, Bird-Naytowhow K, Judge A, Sjoblom E, Liebenberg L. I have strong hopes for the future: time orientations and resilience among Canadian Indigenous youth. *Qualitative health research*. 2017; 27(9):1330-44.
9. Ungar M. Designing resilience research: Using multiple methods to investigate risk exposure, promotive and protective processes, and contextually relevant outcomes for children and youth. *Child abuse and neglect*. 2019; 96:104098.
10. van Breda AD. A comparison of youth resilience across seven South African sites. *Child and Family Social Work*. 2017; 22(1):226-35.
11. Dekker A, Van Rossenberg S, Boers E, De Hert M. Resilience and its role in opioid use disorder treatment: A scoping review. *Subst Abuse, Substance Abuse*, 2020.
12. Nabavi SM BS, Bartlett JA. The role of resilience in the drug addiction treatment process: An exploration. *J Psychoactive Drugs*, 2018.
13. Wu Q, Ge T, Emond A, Foster K, Gatt JM, Hadfield K, et al. Acculturation, resilience, and the mental health of migrant youth: A cross-country comparative study. *Public health*. 2018; 162:63-70.
14. Friedli L, Organization WH. Mental health, resilience and inequalities. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2009.
15. Aiena BJ, Baczwaski BJ, Schulenberg SE, Buchanan EM. Measuring resilience with the RS-14: A tale of two samples. *J Pers Assess*. 2015; 97(3):291-300.
16. Chegeni M, Haghdoost A, Shahrabaki ME, Shahrabaki PM, Nakhaee N. Validity and reliability of the Persian version of the Adverse

- Childhood Experiences Abuse Short Form. *J Educ Health Promot.* 2020; 9.
17. Meinck F, Cosma AP, Mikton C, Baban A. Psychometric properties of the adverse childhood experiences abuse short form (ACE-ASF) among Romanian high school students. *Child Abuse Negl.* 2017;72:326-37.
18. Bahramnejad A, Iranpour A, Karamoozian A, Nakhaee N. Universal school-based intervention for increasing resilience, and its effect on substance use. *Child Youth Serv Rev.* 2020;118:105378.
19. Akbari H, Roshanpajouh M, Nourijelyani K, Mansournia M-A, Rahimi-Movaghar A, Yazdani K. Profile of drug users in the residential treatment centers of Tehran, Iran. *Health Promot Perspect.* 2019;9(3):248.
20. Kurdyak P, Gomes T, Yao Z, Mamdani MM, Hellings C, Fischer B, et al. Treatment pathways for individuals referred to methadone maintenance treatment: Predictors of treatment entry and retention. *Drug Alcohol Dependence.* 2018.
21. Li L, Lin C, Wu Z, et al. Gender differences in the pathway to methadone maintenance treatment. *Subst Use Misuse.* 2014.
22. Yarborough BJH SS, McCarty D, et al. Gender differences in treatment entry and retention among individuals with opioid use disorder who inject drugs. *Subst Abuse.* 2016.
23. Joe G, Simpson D, Greener J, et al. Predictors of treatment retention in an opioid treatment program: effects of program factors. *J Addict Dis.* 2020.
24. Horsburgh K SP, Dong H, et al. Association between educational attainment and opioid substitution treatment outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend.* 2018.
25. Tharp AT, DeGue S, Valle LA, Brookmeyer KA, Massetti GM, Matjasko JL. The association between intimate partner violence and initiation of injectable drugs among women: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend.* 2012.
26. El-Bassel N, Gilbert L, Wu E, Go H, Hill J. The impact of domestic violence on treatment adherence in female patients receiving methadone maintenance treatment. *Am J Public Health.* 2004.

Association between Resilience and Substance use Disorders among Young People aged 18 to 29 Years old in Kerman, Iran: A Cross-sectional Study

Abedin Iranpour¹, Nouzar Nakhaee², Ali Bahramnejad³, Ali karamoozian³, Tahereh Yazdinejad^{*4}

- 1- Ph.D. Associate Professor, HIV/STI Surveillance Research Center, and WHO Collaborating Center for HIV Surveillance, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
- 2- Ph.D. Professor, Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
- 3- Ph.D. Assistant Professor, Modeling in Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
- 4- Ph.D. Student, Social Determinants of Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

*Corresponding author: Tahereh997yazdinejad@gmail.com

Received: Jun 28, 2024

Accepted: Sep 21, 2024

ABSTRACT

Background and Aim: One of the most significant predictors of substance use disorders is the level of resilience in individuals. This study aimed to determine the association between resilience and substance (alcohol, tobacco, and other drugs =ATOD) use disorders among young people aged 18 to 29 in Kerman city, Iran in 2022.

Materials and Methods: This was a cross-sectional study using a multi-stage sampling method including 407 young individuals aged 18 to 29 years in Kerman city, Iran from spring to winter 2022. The sample was selected from among individuals referring to five women's and five men's hair salons and four methadone maintenance treatment centers in each district of Kerman Municipality. The date on resilience, as well as demographic information, were collected using the short-form RS-14 Resilience Scale, the ACE-8 Childhood Experiences Scale and the Substance Use Disorder questionnaires through face-to-face interviews.

Results: The likelihood of substance abuse and referral to methadone maintenance treatment centers was found to increase with age, male gender, a history of domestic violence, and lower education levels. Conversely, higher resilience was associated with decreased likelihood of substance abuse and referral to treatment centers ($p \leq 0.05$).

Conclusion: The findings of this study highlight the importance of developing effective programs to enhance resilience among youth, which will result in reduced risk of substance abuse. The results of this study can be used for appropriate planning and development of strategies to support youth health.

Keywords: Resilience, Substance Abuse, Childhood Experiences, Youth

Copyright © 2024 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Non-Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.