رابطهٔ کارکرد خانواده و تاب‌آوری در برابر مصرف مواد در دانش آموزان پسر دبیرستانی مدارس پرخطر

رحم خدا جوادی*، حبیب آقابخشی**، حسن رفیعی***، علی عسگری****، احمد بیان معمار*****، سهراب عبدی زرین******

طرح مسئله: *خانواده به عنوان یک عامل مؤثر بر شخصیت فرزندان نقش مهمی در تاب‌آوری آن‌ها در برابرمصرف سیگار و مواد مخدر دارد. هدف این پژوهش شناخت رابطهٔ کارکرد خانواده و تاب‌آوری فرزندان آن‌ها در برابر مصرف سیگار و مواد مخدر است.*

روش: *این پژوهش، از نوع پژوهش‌های همبستگی و نمونهٔ مورد بررسی شامل ۱۴۵ دانش آموز پسر دبیرستانی بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله ای، انتخاب شدند. برای اندازه‌گیری متغیرها، از ابزار سنجش خانواده (FAD) و پرسش‌نامهٔ محقق ساخته تاب‌آوری در برابر مصرف مواد، استفاده شد. شاخص‌های روان‌سنجی پرسش‌نامهٔ محقق ساختهٔ تاب‌آوری در برابر مصرف مواد از طریق بررسی روایی محتوا، روایی همگرا، بازآزمایی و ضریب آلفای کرونباخ، آزمون گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، ضریب همبستگی پیرسون و روش تحلیل رگرسیون چندگانه به کار برده شد.*

یافته‌ها: *نتایج ضریب همبستگی نشان داد که بین ابعادکارکرد خانواده (حل مسئله، آمیختگی عاطفی، نقش‌ها، کنترل رفتار، ارتباط و کارکرد کلی) و تاب‌آوری در برابر مصرف مواد، رابطهٔ مستقیم و معنی‌دار وجود داشت. فقط خرده مقیاس پاسخ‌دهی عاطفی رابطهٔ معنی‌داری را نشان نداد. خرده مقیاس آمیختگی عاطفی توانست ۱۳٪ از واریانس تاب‌آوری در برابر مصرف مواد را پیش بینی کند($p<۰/۰۰۰۱$).*

نتایج: *نتایج به دست آمده از این مقاله نشان می‌دهد که هرچه کارکرد خانواده، وضعیت سالم‌تر و مطلوب‌تری داشته باشد، تاب‌آوری فرزندان در برابر مصرف مواد بیش‌تر خواهد بود.*

کلید واژه‌ها: تاب آوری، کارکرد خانواده، مدارس پرخطر، مصرف مواد

تاریخ دریافت: ۸۷/۰۳/۲۵ ***تاریخ پذیرش:*** ۹۰/۰۲/۲۶

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد نویسنده اول می‌باشد.

* کارشناس ارشد مشاورهٔ توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. <rjavadi56@gmail.com>

** دکتر جامعه شناس، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

*** دکتر روانپزشک، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

**** دکتر روانشناس تربیتی، دانشگاه تهران

***** دکتر آموزش و پرورش(برنامه‌ریزی آموزشی)، دانشگاه قم

****** دانشجوی دکترای مشاورهٔ شغلی، دانشگاه اصفهان

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

مقدمه

افزایش روز افزون شمار معتادان، مسئلهٔ اعتیاد[1] را در کشور به بحرانی ملی تبدیل کرده است.آن چه در این میان توجه برانگیز و بسیار تکان دهنده است، پایین آمدن میانگین سن اعتیاد و افزایش گرایش جوانان و نوجوانان به سوء مصرف مواد است که زمینه ساز سرعت انتقال وگسترش ابعاد پدیدهٔ اعتیاد می‌باشد.

مطالعات نشان داده که خطرناک‌ترین مواقع برای آسیب پذیری[2] بیش‌تر نسبت به پدیدهٔ سوء مصرف مواد[3]، مراحل انتقالی[4] زندگی است. در اوایل دبیرستان، نوجوان با چالش‌ها و مسائل روانی ـ اجتماعی متعددی روبرو می‌شوند، برای مثال کنارآمدن وارتباط با گروه هم‌سال. در واقع در اوایل دوران نوجوانی است که فرزندان ما برای اولین بار با مواد مخدر مواجه می‌شوند. در طول دوره دبیرستان نیز با چالش‌های تربیتی و روانشناختی و اجتماعی خاص مواجهند که می‌تواند به سوء مصرف سیگار، مشروبات الکلی و سایر مواد بیانجامد (طارمیان، ۱۳۸۳: ۵۴-۳۲).

نوجوانانی که مواد مصرف می‌کنند، بیش‌تر احتمال دارد کاهش منابع روانشناختی، اضطراب، عزت نفس پایین، واکنش‌های پارانوئیدی، حملات پانیک، رفتار خشونت آمیز و افسردگی را تجربه کنند. دیگر پیامدهای سوء مصرف مواد عبارتند از اختلالات خوردن و خواب، رفتار جنسی زودهنگام[5] و آلودگی به[6]STD از جمله[7]AIDS. با سوء مصرف مواد مشارکت اجتماعی اغلب پایین می‌آید و در فعالیت‌های متناسب با سن محدودیت ایجاد می‌شود. سوء مصرف مواد، نوجوانان را در معرض خطر اُفت تحصیلی[8] قرار می‌دهد، سازگاری کم و پیشرفت تحصیلی پایین، احتمال شکست تحصیلی را زیاد می‌کند و در نتیجه فرصت‌های شغلی و کسب درآمد در آینده نیز کاهش می‌یابد(Meschke & Patterson 2003).

1- addiction 2- vulnerability 3- substance abuse
4- transitional stages 5- early sexual behavior 6- Sexual Transmitted Diseases
7- Acquired Immune Deficiency Syndrome 8- educational dropping

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

از نظر تاریخی عمدهٔ پژوهش‌های پیش‌گیرانه[1] و تدوین مداخلات معطوف به رفتارهای مشکل‌زا بر شناسایی عوامل خطر و جمعیت‌های پرخطر بوده اما در حال حاضر با توجه و تمرکز بر تاب آوری[2] حوزهٔ وسیع‌تری به وجود آمده است. تاب‌آوری به معنی توانایی تحمل و سازگاری با بحران‌های زندگی و غلبه بر آن‌هاست. امروزه یکی از مسائلی که بیش‌تر به آن توجه می‌شود، انتقال از دیدگاه‌های خطرنگر به سمت دیدگاه‌های تاب‌آوری است، یعنی به جای تکیه بر عوامل خطر و سعی در تدارک اقدامات لازم با زیر نظرگرفتن افراد پرخطر با تکیه بر عوامل تاب‌آوری بتوان توان مقابله با مشکلات را در جمعیت پرخطر بالا برد(محمدی، ۱۳۸۴).

پژوهش‌های تاب‌آوری حاکی از این واقعیت است که برای عوامل خطر، قدرت پیش گویی کنندهٔ مطلق وجود ندارد(کیانی دهکردی، ۱۳۸۳).

مکانیزم‌های محافظتی زیادی تأثیر خطرات برپیامدهای رفتاری نوجوانان را خنثی می‌کند. در طول دهه‌های اخیر، علاقه به ظرفیت نوجوانان برای تاب آوردن و پرهیز از مصرف مواد افزایش یافته است. گارمزی و ماستن[3] تاب‌آوری را فرآیند یا توانایی سازگاری موفقیت آمیز علی‌رغم شرایط چالش انگیز[4] و تهدید کننده[5] تعریف کردند (محمدی، ۱۳۸۴).

تحقیقات اخیر نشان داده است که اکثر نوجوانان و جوانان می‌توانند از شرایط پر خطر و پرفشار به سلامت بگذرند و به سازگاری موفقیت آمیز[6] دست یابند. یافته‌های به دست آمده از این تحقیقات نشان داده که حداقل ٪۵۰ وغالباً ٪۷۰ نوجوانان پرورش یافته در شرایط محیطی ناگوار مثل فقر، جنگ و اعتیاد و بیماری روانی والدین، علی‌رغم قرار گرفتن در معرض فشارهای شدید، توانش اجتماعی خود را بهبود بخشیده و بر مشکلات غلبه می‌کنند(کیانی دهکردی، ۱۳۸۳).

1- preventive 2- resilience 3- Garmezy & Mosten
4- challenging 5- threatening 4- successful adaptation

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

اکثر کودکان و نوجوانان علی‌رغم وجود موانع وچالش‌ها در زندگی، با موفقیت عمل می‌کنند. تحقیقات نشان داده که عوامل گوناگون مشترکی در افراد تاب آور وجود دارد، برخی عوامل محافظ که از پیامدهای منفی پیش‌گیری می‌کنند و تاب‌آوری را ارتقاء می‌دهند در جامعه، مدارس، خانواده‌ها و درون فرد یافت می‌شوند(Issacson, 2000).

هر چند تاب‌آوری به دامنه‌ای از پیامدهای رفتاری مطلوب مرتبط با کارکرد شایستهٔ افراد در معرض خطرات گوناگون در سرتاسر طول عمر اطلاق می‌گردد، این پژوهش مکانیزم محافظتی کارکرد خانواده در رابطه با عوامل خطر اعتیاد را بررسی می‌کند و هدف کلی آن شناخت رابطهٔ میان کارکردهای خانواده و تاب‌آوری فرزندان دربرابر مصرف سیگار و مواد مخدر است.

۱) پیشینهٔ مطالعه:

در حالی که ادبیات پژوهشی تاب‌آوری در دههٔ ۱۹۹۰ عوامل محافظت کننده را در سطوح فردی وبین فردی و سیستم‌های اجتماعی مورد توجه قرار می‌داد، در حال حاضر توجه پژوهش‌گران به سوی اثرات مرتبط بودن معطوف شده است که عبارتست از یک حس نیرومند ارتباط و نزدیکی با والدین، خانواده و سایر افراد خارج از خانواده، مدرسه و... (رسنیک[1]، ۲۰۰۰، نقل از محمدی، ۱۳۸۴).

پاترسون، رید و دیشن[2](۱۹۹۲) مدلی برای تأثیر خانواده و همسالان بر رشد رفتار ضداجتماعی ارائه دادند. این مدل مطرح می‌کند که با افزایش تضادهای خانواده، تعامل ولی- فرزندی کم می‌شود و نظارت والدینی کاهش می‌یابد. بنابراین با کاهش نظارت والدینی، نوجوانان بیش‌تر از همسالان منحرف[3] تأثیر می‌پذیرند و بیش‌تر احتمال دارد که در مشکلات رفتاری کلی(مثل رفتارهای ضداجتماعی، رفتارجنسی پرخطر، شکست تحصیلی و سوءمصرف مواد) درگیرشوند. آری، دانکن و هاپس[4](۱۹۹۹) بر اساس این

1- Resnick
2- Patterson, Reid & Dishion
3- deviant peers
4- Ary, Puncan & Hops

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

مدل، مطالعه‌ای انجام دادند و توانستند حدود ۵۲٪ از واریانس مشکلات رفتاری نوجوانان را تبیین کنند(Headman, 2003).

در مطالعهٔ سالی و همکاران(۲۰۰۵) که با هدف شناخت عوامل خانوادگی محافظ و پیش‌گیرانه در نوجوانان اسپانیایی تبار در معرض خطر مصرف الکل انجام گرفت، تعداد ۱۰۵۰۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که عناصر خانوادگی (شامل پیوندهای خانوادگی، نظارت خانوادگی، و نگرش‌های والدین به مصرف الکل فرزند) ارتباط بالایی با مصرف الکل به ویژه در نوجوانان دختر دارد. همچنین ارتقاء پیوندهای نوجوانان با والدین شان می‌تواند تأثیرات درازمدت مثبتی در کاهش مصرف الکل داشته باشد(Sale,et al.,2005)

محمدی(۱۳۸۴) در تحقیقی برروی افراد ۲۵- ۱۸ سالهٔ در معرض خطر سوء مصرف مواد، پیوند والدینی، سبک‌های دلبستگی، اعتماد به نفس، مهارت‌های مقابله‌ای و منبع کنترل را از عوامل مؤثر بر تاب‌آوری دانست.

در تحقیق کیانی و همکاران (۱۳۸۳) با عنوان بررسی عوامل عینی و مداخله پذیر تاب‌آوری در برابر وابستگی به مواد در پسران و مردان وابسته و غیر وابسته به مواد، یافته‌ها نشان داد در افرادی که دارای پدری معتاد هستند، درجهٔ نظارت خانواده بر فرد عامل تاب‌آوری در برابر اعتیاد است. گروه تاب آور کم‌تر از گروه غیر تاب آور می‌توانستند با اجازهٔ والدین بیش‌تر از یک شب بیرون از منزل بمانند.

تاب‌آوری و سخت رویی[1] به لحاظ معنایی بسیار به هم نزدیک هستند و حتی می‌توان این دو را به جای هم استفاده کرد. مدی و خوشابا بین سخت‌رویی و بهداشت روانی رابطهٔ مثبت یافتند.(Maddi & khoshaba,1994).

در تحقیق کلارک مشخص شد که سخت‌رویی در بهداشت روانی تأثیر مفیدی دارد(Clarke, 1995). در تحقیق شاپراند و کاشانی به منظور مطالعهٔ سخت‌رویی برای تعدیل استرس مشخص شد که مردانی با سخت‌رویی بالا در یک کار آزمایشی با تهدید

1- hardiness

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

میزان ضربان قلب بیش‌تری نسبت به مردانی با سخت‌رویی کم دارند(مفهوم تلاش‌های مقابله‌ای که نشان از میزان آمادگی و سازگاری افراد با حوادث استرس‌زا است) (Shapperand & Kashani, 1999)

برخی از پژوهش‌ها بین سخت رویی با اضطراب و افسردگی رابطهٔ منفی معنادار نشان داده‌اند یعنی افراد سخت رو می‌توانند بر انواع اثرات ناگوار غلبه کنند Inzlicht, Aronson, . (Good & McKay, 2006). افراد سخت رو موقعیت‌های ناگوار را چالش انگیز ارزیابی می‌کنند تا تهدیدکننده و حس تعهد بیش‌تری نسبت به خود و کار دارند و حس بیش‌تری از کنترل در زندگی شان تجربه می‌کنند.(King, Keane, Faribank, &Adams, 1998).

افراد سخت رو در برخورد با مشکلات از شیوهٔ فعال حل مسئله یعنی شیوه‌ای که فشار روانی را به تجربه‌ای بی‌خطر تبدیل می‌کند استفاده می‌کنند، بنابراین افکار منفی کم‌تری دارند.(Low, 1996). سخت رویی توانایی افراد به کنترل موقعیت، تعهد به وظایف و مواجهه با رخدادها را افزایش می‌دهد.(Kobasa, 1979).

افرادی که سخت رویی بالایی دارند، دارای ویژگی‌های شخصیتی هستند که سلامت روان آن‌ها را افزایش می‌دهد، از جمله مهارت‌های اجتماعی بالا، توانایی حل مسئله، خود گردانی، احساس هدفمندی و امید به آینده(Wolff, 1995). در توجیه تأثیر مثبت سخت رویی بر زندگی و این که سخت رویی باعث کاهش ارزیابی تهدید(افکار منفی) و افزایش انتظارات موفقیت فرد از موقعیت می‌شود.(Tugade & Fredrickson, 2004).

۲) چارچوب نظری

۱-۲) چارچوب مفهومی

یکی از جدیدترین رویکردها به پدیدهٔ اعتیاد، رویکرد ارتقای سلامت روان است که تاب‌آوری از مهم‌ترین راهبردهای آن است. تاب‌آوری به این مسئله می‌پردازد که فرد با وجود قرارگرفتن درمعرض فشارهای شدید و عوامل خطر می‌تواند توانش اجتماعی خود را بهبود داده و برمشکلات غلبه کند. همهٔ ما با ظرفیت تاب‌آوری ذاتی و با ظرفیت‌هایی

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

برای بهبود ویژگی‌هایی که عمدتاً درافراد تاب آور دیده می‌شوند، متولد می‌شویم. ویژگی‌هایی مانند توانش اجتماعی شامل: هم‌دلی، تفاهم، انعطاف پذیری فرهنگی، مهربانی، مهارت‌های ارتباطی وشوخ طبعی؛ مهارت‌های حل مسئله شامل: برنامه ریزی، یاری جویی، تفکر انتقادی و خلاق؛ خودگردانی شامل: احساس هویت، خودکار آمدی، خودآگاهی، تسلط بر وظایف و کناره‌گیری سازگارانه از شرایط منفی، احساس هدف‌مندی و باور به آینده‌ای روشن(هاندرسون، ۱۹۹۶، نقل از کیانی دهکردی، ۱۳۸۳).

مفهوم تاب‌آوری مبتنی براین نظریه است که با وجود آن که برخی از افراد با عوامل خطر متعددی روبرو می‌شوند و درنتیجه احتمال بروز یک اختلال در آن‌ها بیش‌تر است ولی دچار آن اختلال نمی‌شوند. برخی از محققین معتقدند که به وجودآمدن تاب‌آوری ناشی از عواملی است که همانند یک سپر بلا افراد در معرض خطر را دربرابر آثارسوء مواجهه با عوامل خطر محافظت می‌کنند(آنتونی و کوهلر، ۱۹۸۷، نقل از طارمیان، ۱۳۸۳).

محققان تاب‌آوری و آسیب پذیری را دو قطب متضاد یک پیوستار می‌دانند. آسیب پذیری به افزایش احتمال پیامدهای منفی در برابر خطرات اطلاق می‌شود. تشخیص بین آسیب پذیری و تاب‌آوری در جدول زیر نشان داده شده است.

جدول ۱- ترسیم پیامدهای رفتاری نوجوانان

	خطر پایین	خطر بالا
پیامد مثبت	A رشد عادی	B تاب‌آوری
پیامد منفی	C نقص در ارزیابی و اندازه‌گیری خطر	D آسیب پذیری

در خانهٔ A که پیامد مثبت در شرایط خطر پایین وجود دارد، رشد عادی رخ داده است. در خانهٔ B که در شرایط پرخطر پیامد مثبت رخ داده، حوزهٔ نظریهٔ تاب‌آوری است. در خانهٔ D که نشان از پیامد منفی در شرایط پرخطر دارد، حوزهٔ آسیب پذیری و نظریهٔ خطر است. در

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

خانهٔ C که پیامد منفی در شرایط کم خطر رخ داده، احتمال ارزیابی و انـدازه‌گیـری نـاقص خطرات وجود دارد(Fergus & Zemmerman , 2005) .

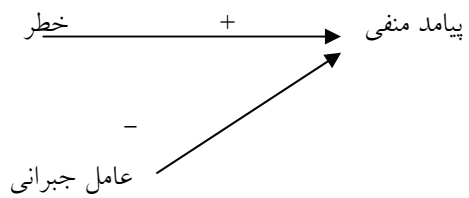
۲-۲) مدل‌های تاب‌آوری

پژوهش‌گران حوزهٔ تاب‌آوری ساز وکارهای چندی را توصیف کردند که بـه وسـیلهٔ آن‌هـا عوامل محیطی و فردی به کاهش یا خنثی کردن اثرات آسیب رسان عوامـل خطـرزا کمـک می‌کنند. گارمزی و همکاران (۱۹۸۴)، (نقل از محمدی، ۱۳۸۴).

برای توصیف تأثیر استرس و ویژگی‌های فردی برکیفیت سازگاری وتطابق، مدل‌هـایی را ارائه می‌دهند: ۱- مدل جبرانی ۲- مدل چالش ۳- مدل محافظتی.

مدل جبرانی:

عامل جبرانی متغیری است که تأثیر مواجهه با خطر را خنثی می‌کند. این عامل در تعامل بـا عامل خطرزا قرار ندارد، بلکه تأثیری مستقیم برپیامد مورد نظر دارد. در این مدل یک عامل محافظ در جهت مخالف یک عامل خطر عمل می‌کند. شکل زیر بیان‌گر این مدل است.

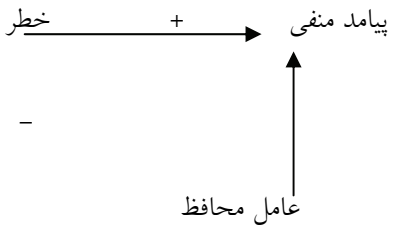


نمودار۱- مدل جبرانی تاب آوری

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

مدل عامل محافظتی:

مطابق با این مدل یک عامل محافظتی به منظور کاهش احتمال یک پیامد منفی با یک عامل خطرزا در تعامل قرار می‌گیرد. در این مدل یک عامل محافظ، اثرات عامل خطر را بر پیامد رفتاری منفی، تعدیل می‌کند. مثلاً حمایت والدینی رابطهٔ فقر و خشونت را تحت تأثیر قرار می‌دهد. شکل زیر بیان‌گر این مدل است.



نمودار۲- مدل عامل محافظتی

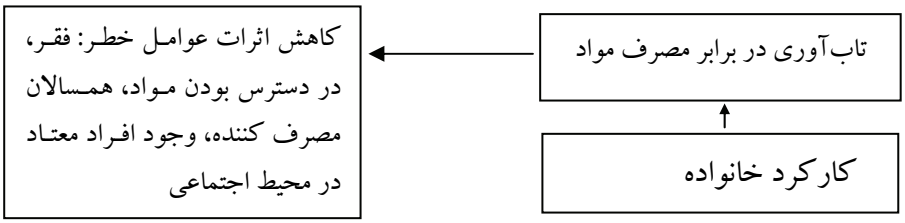
مدل چالش:

مطابق این مدل عامل خطر خود ارتقاء دهندهٔ ذاتی تطابق موفق است. در این مدل همچنین خطر خیلی کم چالش کافی ایجاد نمی‌کند و سطوح بالای خطر نیز می‌تواند به رفتار ناسازگارانه منجر شود ولی سطوح متوسط خطر، فرد را با چالشی روبرو می‌کند که در صورت غلبه برآن موجب تقویت شایستگی می‌شود. اگرچالش به صورتی موفقیت آمیزصورت گیرد، به فرد کمک می‌کندتا برای مشکل بعدی آماده باشد.

فرآیند تاب‌آوری درون بافت اجتماعی رخ می‌دهد. دو بافت اجتماعی اولیه که رشد و تحول کودکان و نوجوانان را تحت تأثیر قرار می‌دهند، مدارس و خانواده‌هایشان هستند. شایستگی و عمل‌کرد کودکان و نوجوانان ارتباط نزدیکی با کیفیت محیط‌های اجتماعی شان دارد. خانواده‌هایی که کارآیی بهتری دارند، احتمال بیش‌تری دارد که فرزندانی شایسته و تاب آور داشته باشند(Rak&Patterson , 1999)

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

هرچند تاب‌آوری به عنوان یک مفهوم از تحقیقات مربوط به رشد فردی موفقیت‌آمیز برخاسته است، اخیراً مفاهیم نظری به سمت کارکرد خانواده سوق داده شده است (Kalil ,2003). در این پژوهش می‌توان کارکرد خانواده را به عنوان عامل جبران کنندهٔ خطرات محیطی در نظر گرفت. شکل زیر بیان‌گر این مدل می‌باشد. این مدل در چارچوب مدل جبرانی تاب‌آوری است. بدین معنی که کارکرد خانواده به عنوان عامل جبرانی، با افزایش تاب‌آوری افراد تأثیرات منفی عوامل خطر محیطی را خنثی می‌کند.



نمودار۳- مدل تحقیق حاضر

۲-۳) فرضیات تحقیق:

الف) بین کارکرد خانواده و تاب‌آوری در برابر مصرف مواد، رابطهٔ معنی‌دار وجود دارد.

ب) کارکرد خانواده، میزان تاب‌آوری در برابر مصرف مواد را پیش بینی می‌کند.

۳) روش مطالعه:

۱-۳) نوع مطالعه: این پژوهش از نوع پژوهش همبستگی است.

۲-۳) جامعهٔ آماری و روش نمونه‌گیری:

جامعهٔ تحقیق شامل کلیهٔ دانش آموزان پسری است که به صورت رسمی در سال تحصیلی ۱۳۸۷-۱۳۸۶ در دبیرستان‌هایی تحصیل می‌کنند که از طرف مسئولین آموزش و پرورش

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

شهر تهران، به عنوان مدرسهٔ پرخطر معرفی شدند. مدارسی که دارای این ملاک‌ها هستند: ۱- در مناطق پرخطر قرار دارند. ۲- در معرض عوامل خطر مرتبط با سوء مصرف مواد مثل فقر و در دست‌رس بودن مواد، هستند.

نمونهٔ پژوهش شامل ۱۴۵ نفر می‌باشد. روش نمونه گیری، تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای و واحد نمونه برداری، کلاس است. ابتدا با قضاوت و نظر کارشناسان آموزش و پرورش سازمان شهر تهران و تهیهٔ لیست مناطق پرخطر، یک منطقهٔ پرخطر(منطقهٔ ۱۲) به صورت تصادفی انتخاب شد. از بین مدارس پرخطر این منطقه نیز، دو دبیرستان پسرانه، به تصادف، انتخاب شدند. سپس در هر یک از آن دو دبیرستان، تعداد سه کلاس(از هر پایهٔ تحصیلی یک کلاس) به طور تصادفی انتخاب و دانش آموزان این کلاس‌ها در پژوهش شرکت داده شدند.

۳-۳) ابزار مطالعه:

الف: ابزار سنجش خانواده[1] (FAD): برای سنجش کارکرد خانواده از ابزار سنجش خانواده (FAD) که یک ابزار خودسنجی ۶۰ سئوالی است استفاده شد. FAD علاوه بر سنجش کارکرد کلی خانواده شش خرده مقیاس دیگر نیز دارد که شامل: حل مسئله، ارتباط، نقش‌ها، پاسخ‌دهی عاطفی، آمیختگی عاطفی و کنترل رفتار است.

ابزار سنجش خانواده بر اساس مدل مک مستر[2] از کارکرد خانواده توسط اپشتاین[3] و همکاران، تهیه و درسال ۱۹۸۳ بر روی یک نمونه ۵۰۳ نفری اجرا شد که دامنهٔ ضریب آلفای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۷ به دست آمد(ثنایی و علاقبند، ۱۳۷۹).

سالاری (۱۳۸۳) در یک مطالعهٔ مقدماتی نسخهٔ ۶۰ سئوالیFAD را برروی ۱۰۹ دانش‌آموز راهنمایی و دبیرستان اجرا کرد، با استفاده از آلفای کرونباخ و اعتبار بازآزمایی، همسانی درونی آن با فاصلهٔ یک هفته تا ده روز محاسبه شد که آلفای به دست آمده خرده

1- Family Assessment Device(FAD) 2- Mc Master 3- Epstein

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

مقیاس‌ها بین ۰/۵۸ تا ۰/۸۵و اعتبار باز آزمایی آن بین ۰/۴۲تا ۰/۷۸بوده وهمبستگی مقیاس‌ها با یکدیگر بین ۰/۴۰ تا ۰/۷۱ گزارش شد.

لشکری(۱۳۸۳: ۶۳) با اجرای FAD برروی ۲۸۷ دانش آموز اول دبیرستانی و پیش دانشگاهی، با استفاده از آلفای کرونباخ همسانی درونی خرده مقیاس‌های ابزار سنجش خانواده را در دامنهٔ بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۸ گزارش نمود.

- **پرسش‌نامهٔ تاب‌آوری در برابر مصرف مواد**: با استفاده از مقیاس محقق ساخته، اندازه‌گیری شد. برای ساخت و هنجار یابی این ابزار، ابتدا با مرور منابع فارسی و لاتین، خزانهٔ سئوالات مربوط به تاب‌آوری در برابر مصرف مواد جمع‌آوری شد، در مرحلهٔ بعد گویه‌هایی که ارتباط بیش‌تری با این مفهوم داشتند، توسط داوران انتخاب شدند وگویه‌هایی که ارتباط کم‌تری داشتند، حذف شدند.

روایی محتوا با استفاده از نظر متخصصین و صاحب‌نظران تأیید شد. جهت بررسی سایر ویژگی‌های روان‌سنجی آن به صورت مقدماتی برروی ۱۰۳ نفر از دانش آموزان مدارس پرخطر اجرا گردید. روایی همگرا با استفاده از محاسبهٔ همبستگی آن با مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون[1] CD-RISC (۲۰۰۳) ارزیابی شد. همبستگی به دست آمده برابر با ۰/۳۸ بود که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بود.

از آلفای کرونباخ نیز جهت بررسی اعتبار این پرسش‌نامه استفاده شد. ضریب پایایی محاسبه شده برابر با ۰/۹۰ بود. همچنین ابزار محقق ساختهٔ تاب‌آوری در برابر مصرف مواد به صورت باز آزمایی[2] دریک نمونهٔ ۳۲ نفری از دانش آموزان دبیرستانی منطقهٔ ۱۲(به فاصلهٔ یک هفته) محاسبه گردید. همبستگی به دست آمده از دو بار اجرا، ۰/۷۷ بود.

1- Coo nor-Davidson Resilience Scale 2- test-retest

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

۳-۴) روش تجزیه وتحلیل داده‌ها

داده‌های به دست آمده از پرسشنامه‌ها با استفاده از نرم افزار اس.پی.اس.اس. ۱۶ تجزیه و تحلیل شد. مشخصات دموگرافیک و توصیفی به دست آمد. برای آزمون فرضیه‌های تحقیق از آماره‌های تحلیل همبستگی و رگرسیون چند متغیره به شیوهٔ حذف پس‌رونده استفاده شده است.

۴) یافته‌های پژوهش

۱-۴) ویژگی‌های دموگرافیک نمونه:

جدول ۲- مشخصات دموگرافیک نمونهٔ تحقیق

پایهٔ تحصیلی	تعداد	درصد
اول	۴۶	۳۱/۷
دوم	۴۲	۲۹
سوم	۵۱	۳۵/۲
داده‌های از دست رفته	۶	۴/۱
وضعیت شغلی پدر		
کارگر	۷	۴/۸
کارمند	۳۵	۲۴/۱
کاسب	۸۷	۶۰
بیکار یا از کارافتاده	۵	۳/۴
داده‌های از دست رفته	۱۱	۷/۶
وضعیت شغلی مادر		
شاغل	۱۰	۶/۹
خانه دار	۱۳۲	۹۱
داده‌های از دست رفته	۳	۱/۲

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

درآمد ماهیانهٔ خانواده		
بین ۵۰ تا ۲۰۰ هزار تومان	۳۰	۲۰/۷
بین ۲۰۰ تا۴۰۰	۴۲	۲۹
بین ۴۰۰ تا ۶۰۰	۱۸	۱۲/۴
بین ۶۰۰ هزار تا یک میلیون	۱۲	۸/۳
بین۱۰۰۰۰۰۰ تا ۱۲۰۰۰۰۰	۵	۳/۴
داده‌های از دست رفته	۲۸	۲۶/۲

	پدر		مادر	
سطع تحصیلات والدین	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بی‌سواد / ابتدایی	۴۷	۳۲/۴	۵۳	۳۶/۶
راهنمایی / دبیرستان	۵۰	۳۴/۵	۴۴	۳۰/۳
دیپلم / فوق دیپلم	۳۶	۲۴/۸	۳۹	۲۶/۹
لیسانس و بالاتر	۴	۲/۸	۰	۰
داده‌های از دست رفت	۸	۵/۵	۹	۶/۲
جمع	۱۴۵	۱۰۰	۱۴۵	۱۰۰

۲-۴) داده‌های توصیفی: یافته‌های توصیفی پژوهش شامل میانگین، انحراف استاندارد و چولگی در جدول ۳ ارائه شده است.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

جدول ۳- میانگین، انحراف استاندارد و چولگی خرده مقیاس‌های ابزار سنجش خانواده و مقیاس تاب‌آوری در کل نمونه

خرده مقیاس	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی
حل مسئله	۱۱/۶	۲/۶	۰/۲۳
پاسخ‌دهی عاطفی	۱۳/۸	۲/۸	۰/۰۱
آمیختگی عاطفی	۱۵/۴	۳/۴	۰/۷
ارتباط	۲۰/۱	۳/۵	۰/۱۸
کنترل رفتار	۲۰	۲/۸	۰/۱۳
نقش‌ها	۲۴/۲	۴/۶	۰/۱۱
کارکرد کلی	۲۴/۳	۵/۳	۰/۴۸
تاب‌آوری در برابر مصرف مواد	۹۸/۲	۱۴/۸	-۰/۴

۳-۴) تحلیل داده‌ها

برای بررسی فرضیه‌های پژوهشی از آماره‌های همبستگی پیرسون و روش تحلیل رگرسیون چندگانهٔ حذف پس‌رونده استفاده گردید. نتایج تحلیل‌ها به ترتیب فرضیه‌ها در زیر ارائه شده است.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

جدول ۴- ماتریس ضرایب همبستگی خرده مقیاس‌های پرسش‌نامهٔ کارکرد خانواده و تاب‌آوری در برابر مصرف مواد

	خرده مقیاس	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱	حل مسئله	۱						
۲	پاسخ‌دهی عاطفی	۰/۲۸**	۱					
۳	آمیختگی عاطفی	۰/۳۴**	۰/۲۳**	۱				
۴	ارتباط	۰/۳۸**	۰/۲۰*	۰/۳۶**	۱			
۵	کنترل رفتار	۰/۳۷**	۰/۲۰*	۰/۳۲**	۰/۳۷**	۱		
۶	نقش‌ها	۰/۵۰**	۰/۲۰*	۰/۴۲**	۰/۳۶**	۰/۵۰**	۱	
۷	کارکرد کلی	۰/۵۵**	۰/۳۳**	۰/۵۶**	۰/۴۱**	۰/۴۸**	-۰/۲۷**	۱
۸	تاب آوری	-۰/۲۲**	-۰/۰۳	-۰/۳۶**	-۰/۱۲*	-۰/۲۴**	-۰/۲۴**	-۰/۲۸**

**p<۰/۰۱ و *p<۰/۰۵

جدول شمارهٔ ۴ نشان می‌دهد که نمرات کلیهٔ خرده مقیاس‌های پرسش‌نامهٔ کارکرد خانواده با دارای رابطهٔ مستقیم و معنادار است. هم چنین کلیهٔ نمرات این خرده مقیاس‌ها با نمرهٔ حاصل از پرسش‌نامهٔ محقق ساخته تاب‌آوری رابطهٔ معکوس و معناداری را نشان می‌دهند. تنها خرده مقیاس پاسخ‌دهی عاطفی چنین رابطه‌ای را نشان نمی‌دهد. البته لازم به ذکر است که این خرده مقیاس نیز با تاب‌آوری رابطهٔ معکوس نشان داده است؛ ولی این رابطه معنادار نیست. بنابراین در مجموع می‌توان ذکر کرد که کارکرد خانواده و مؤلفه‌های آن با تاب‌آوری رابطهٔ معکوس دارند. بدین معنا که هرچه کارکرد خانواده وضعیت مطلوب‌تری داشته باشد؛ تاب‌آوری در برابر مواد بیش‌تر خواهد بود.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

بین متغیرهای دموگرافیک و متغیرهای اصلی پژوهشی رابطه‌ای وجود نداشت زیرا نمونهٔ پژوهش، دانش آموزان دبیرستان‌های منطقهٔ ۱۲ تهران بوده که به عنوان مدرسهٔ پرخطر معرفی شدند و ازلحاظ متغیرهای اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی به هم شبیه بودند.

در مرحلهٔ بعد جهت بررسی این سئوال که از میان خرده مقیاس‌های پرسش‌نامهٔ کارکرد خانواده، کدام یک توانایی تبیین درصد معناداری از واریانس تاب‌آوری را دارد، از روش تحلیل رگرسیون چندگانهٔ حذف پس‌رونده[1] استفاده شد. بدین دلیل این شیوه انتخاب شد که در آن بررسی سهم همهٔ متغیرهای پیش‌بین بالقوه امکان پذیر می‌گردد(هومن، ۱۳۸۶). انجام این تحلیل نشان داد در مرحلهٔ نهایی این تحلیل فقط خرده مقیاس آمیختگی عاطفی در معادلهٔ پیش بینی باقی ماند (جدول۵).

جدول ۵- خلاصهٔ یافته‌های تحلیل رگرسیون تاب‌آوری براساس خرده مقیاس‌های ابزار سنجش خانواده

متغیر	R	R^2	F	ß	t	α
حل مسئله				-۰/۱۱	-۱/۳۵	۰/۱۸
پاسخ‌دهی عاطفی				۰/۰۵	۰/۶۲	۰/۵۴
آمیختگی عاطفی	۰/۳۶	۰/۱۳	۲۱/۷۷**	-۰/۳۶	-۴/۶۷	۰/۰۰۰۱**
ارتباط				۰/۰۱	۰/۱۵	۰/۸۸
کنترل رفتار				-۰/۱۳	-۱/۶۳	۰/۱۰
نقش‌ها				-۰/۱۱	-۱/۲۸	۰/۲۰
کارکرد کلی				-۰/۱۰	-۱/۰۳	۰/۳۱

** p<۰/۰۰۰۱

1- backward elimination

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

یافته‌های جدول۵ نشان می‌دهند که برای پیش بینی تاب‌آوری در برابر مصرف مواد، خرده مقیاس‌های کارکرد خانواده، در مرحلهٔ پایانی تحلیل فقط خرده مقیاس آمیختگی عاطفی در معادله پیش بینی باقی ماند و توانست حدود ۱۳ ٪ از واریانس تاب‌آوری در برابر مصرف مواد را تبیین نماید.

این یافته بدین معنا است که از مجموع متغیرهای در نظر گرفته شده، تنها براساس آمیختگی عاطفی می‌توان تاب‌آوری در برابر مصرف مواد را مورد پیش بینی قرار داد.

۵) بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش ارتباط کارکرد خانواده و تاب‌آوری در برابر مصرف مواد بررسی شد. یافته‌های پژوهش نشان دهندهٔ ارتباط معنی‌دار بین کارکردهای حل مسئله، آمیختگی عاطفی، نقش‌ها، کنترل رفتار، ارتباط و کارکرد کلی با تاب‌آوری در برابر مصرف مواد بود. از آن‌جا که در ابزار سنجش خانواده، نمرات بالاتر نشان دهندهٔ کارکرد ناسالم‌تر می‌باشد، همبستگی منفی و معنی‌دار بین کارکردهای خانواده و تاب‌آوری در برابر مصرف مواد به دست آمده است. البته کارکرد خانواده در بعد پاسخ‌دهی عاطفی، معنی‌دار نبود.

در بعد پاسخ‌دهی عاطفی می‌توان گفت که این بعد از کارکرد خانواده در فرهنگ‌های شرقی و جمع گرا صورت خاصی پیدا می‌کند. بدین گونه که خودداری از ابراز احساسات به صورت صریح و آشکار، یکی از مؤلفه‌ها و هنجارهای این فرهنگ‌هاست. بنابراین نتیجه‌گیری در خصوص بدکارکردی خانواده را در این بعد باید با توجه به بافت فرهنگی انجام داد.

کارکرد کلی خانواده و تاب‌آوری در برابر مصرف مواد رابطهٔ معنی‌داری داشتند. ارتباط کارکرد کلی خانواده را می‌توان بر مبنای نظریهٔ تعامل خانواده (بروک و همکاران، ۱۹۹۹، به نقل از لزین و همکاران، ۲۰۰۴) مورد مداقه قرار داد. بر اساس این نظریه سیستم خانواده با

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

دیگر حوزه‌های اکولوژیکی(مدرسه، بافت اجتماعی مربوط به مواد، همسالان) در تعامل است. رفتار نوجوان نیز تحت تأثیر تعامل این حوزه‌ها و سیستم خانواده قرار می‌گیرد. ارتباط این حوزه‌ها یک مسیر آسیب شناختی برای مصرف مواد ایجاد می‌کند. اگر خانواده کارآیی لازم را داشته باشد، فرزندان براساس ارزش‌های خانواده که اغلب مخالف مصرف مواد هستند، رفتار می‌کنند. بنابراین دوستانی را انتخاب می‌کنند که به احتمال کم‌تری منحرفند و به سراغ مصرف مواد نمی‌روند. بنابراین خانوادهٔ کارآمد به عنوان یک عامل محافظ می‌تواند عوامل خطرزا (مثل همسالان منحرف و بافت اجتماعی ناسالم) راجبران کند. بر همین اساس این تحقیق را می‌توان در چارچوب مدل جبرانی تاب‌آوری قرارداد. بدین گونه که کارکرد سالم خانواده به عنوان عامل جبرانی تأثیر مواجهه با خطرات محیطی مثل هم‌سالان منحرف و در دست‌رس بودن مواد را خنثی نماید.

از نتیجهٔ این تحقیق چنین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که تاب‌آوری نه صرفاً یک صفت درون فردی و ایستا بلکه یک فرآیند پویا است که در بافت خانواده پرورش می‌یابد.

از سوی دیگر این یافته با اغلب نظریات شخصیت و تحقیقاتی که خانواده را در ارتباط با رفتارهای نوجوان و شکل‌گیری هویت او می‌دانند، هماهنگ است. برای مثال تحقیقاتی که رابطهٔ کارکرد خانواده و سلامت روانی (سلیمانی نیا، ۱۳۸۴، لشکری، ۱۳۸۳، سالاری، ۱۳۸۳، پویا، ۱۳۸۲) را تأیید نمودند.

کارکرد آمیختگی عاطفی بالاترین میزان رابطه را با تاب‌آوری در برابر مصرف مواد داشت و توانست به طور معنی داری، واریانس تاب‌آوری را پیش بینی نماید. کارکرد سالم خانواده در این بعد نشان دهندهٔ میزان کم‌تر آشفتگی‌های عاطفی در اعضاء خانواده است. این یافته با تحقیقاتی که همپوشی سوء مصرف مواد را با اختلالات و آشفتگی‌های عاطفی تأیید نمودند(کاندل، ۱۹۸۰، شیدا و بلوک، ۱۹۹۰، نقل ازیارمحمدیان، داجن و مایکل شی، ۲۰۰۰، ترجمه رنجگر، ۱۳۸۳)، هماهنگ است.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

کارکرد حل مسئله نیز با تاب‌آوری در برابر مصرف مواد رابطهٔ معنی‌دار داشت. تحقیقات مربوط به تاب‌آوری نیز حل مسئله مؤثر را از ویژگی‌های افراد تاب آور ذکر نموده‌اند. بنارد مهارت حل مسئله را یکی از مؤلفه‌های افراد تاب آور برشمرد. مهارت حل مسئله در پژوهش‌های ورنر(۱۹۹۲)، گارمزی(۱۹۸۳)، راتر(۱۹۸۷) و ایساکسون(۲۰۰۰) به عنوان مؤلفه‌ای اساسی در تاب‌آوری افراد آمده است. کودکان و نوجوانان می‌توانند مهارت‌های حل مسئله را به خوبی از خانوادهٔ خود بیاموزند. والدین می‌توانندحمایت عاطفی و مادی فراهم کنند و به عبارت دیگر به فرآیند حل مسئله کمک کنند. شیوه‌های والدین در حل مشکلاتشان می‌تواند به عنوان یک الگوی نقش برای کودکان عمل نماید.

کنترل رفتار نیز رابطهٔ معنی‌داری با تاب‌آوری در برابر مصرف مواد وجود داشت. این یافته با مطالعاتی که از الگوی سبک‌های فرزند پروری بامریند استفاده نمودند، هماهنگ است. رادزیوسکا و همکاران (۱۹۹۶، نقل ار لارسن) دریافتندکه نوجوانان دارای والدین بی‌توجه، بیش‌تر احتمال دارد که سیگار بکشند. فلتچر و جفریس[1] (۱۹۹۹)، کوهن و رایس(۱۹۹۷، نقل از لارسن، ۲۰۰۳) دریافتند خانواده‌های مقتدر با نظارت متوسط و انتظارات و مقررات روشن، درجات پایین‌تری از مصرف داروهای غیرقانونی و الکل در نوجوانان دارند. همچنین با مطالعات هلمز و مک وی(۲۰۰۵)، کوترل و همکاران(۲۰۰۶)، جانسون و همکاران(۲۰۰۵)، هیل و همکاران(۲۰۰۴)، هاراکه و همکاران(۲۰۰۴) که نظارت والدین را عامل محافظ در برابر مصرف مواد دانستند، هماهنگ است. بنارد، انتظارات بالا از کودکان را یکی از ویژگی‌های خانواده‌ها برای پرورش تاب‌آوری فرزندان می‌دانست. انتظارات بالا با دیگر ویژگی‌های خانوادگی نظیر ساختار خانواده، انضباط و نظم و مقررات روشن و شفاف نیز ملازمه دارد.

با توجه به نظریهٔ خودکنترلی هیرچی و گاتفردسون (۱۹۸۸) که دربردارندهٔ متغیرهای خانوادگی به عنوان عوامل اصلی رشد اعتیاد و دیگر رفتارهای انحرافی، می‌باشد می‌توان

1- Fletcher & Jeffries

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

نقش کارکرد کنترل رفتار را در پرورش خودکنترلی فرزندان تبیین نمود. کارکرد سالم‌تر خانواده در بعد کنترل رفتار منجر به افزایش خودکنترلی فرزندان می‌شود و در نتیجه تاب‌آوری آن‌ها در برابر مصرف مواد افزایش می‌یابد.

در خصوص رابطهٔ کارکرد نقش‌ها و تاب‌آوری در برابر مصرف مواد می‌توان گفت که کارکرد سالم خانواده در این بعد باعث می‌شود که اعضاء خانواده به صورت مشخص و عادلانه تقسیم شود و مرزهای سلسله مراتبی بین زیرسیستم والدین و زیرسیستم فرزندان رعایت شود.

بنارد(۱۹۹۱) تشویق کودکان به مشارکت کردن را یکی از عوامل مهم افزایش تاب‌آوری در آن‌ها دانسته است. درخانواده‌ای که کارکرد ایفای نقش به خوبی اعمال می‌گردد، اعضاء از مشارکت خوبی برخوردارند، وقتی به اعضاء مسئولیت ایفای نقش داده می‌شود، پیامی که داده می‌شود این است که آن‌ها ارزشمندند و قادرند به عنوان یک عضو خانواده در امور مشارکت نمایند. مشارکت باعث می‌شود که اعتماد به نفس و عزت نفس افزایش یابد و در نتیجه باعث رشد تاب‌آوری فرزندان شود.

یکی دیگر از تأثیرات کارکرد سالم نقش‌ها در خانواده این است که فرصت‌هایی برای فرزندان فراهم می‌شود که قابلیت‌ها و استعدادهای خود را بشناسند و در جهت خودشکوفایی گام بردارند. این مسئله علاوه بر افزایش تاب‌آوری فرزندان باعث می‌شود که وقت و انرژی آن‌ها به گونهٔ بهینه صرف امور مثبت گردد و از پرداختن به مشکلات رفتاری نظیر مصرف مواد بازبمانند. پیامدهای مثبت برای کودکان و نوجوانان خانواده‌هایی که برای مشارکت ارزش قائلند و از آن حمایت می‌کنند در مطالعات مردم‌شناسی مورد تأیید قرار گرفته است.

کارکرد ارتباط و تاب‌آوری در برابر مصرف مواد نیز رابطهٔ منفی و معنی‌داری نشان دادند. این یافته با تحقیقات سیمونز و رابرتسون(۱۹۸۹)، حیدرنیا و چرخیان(۱۳۸۴)، تیلسون و همکاران(۲۰۰۳)، غفوری(۱۳۸۵)، تاکامورا تانی و همکاران(۲۰۰۵)، هیل و

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

همکاران(۲۰۰۴) هماهنگ است. از طرف دیگرمحققان دریافته‌انـد کـه کیفیـت و نزدیکـی روابط ولی ـ فرزندی با پیامدهای رفتاری فرزندان در موقعیت‌های پرخطر ارتبـاط دارد et, (Carmona al.,2008)

به طور کلی براساس یافته‌های این تحقیق می‌توان نتیجه‌گیری کرد که کارکرد خـانواده برای دانش آموزان در معرض خطر اعتیاد را که در محیط‌هـای اجتمـاعی پرخطـر زنـدگی می‌کنند، به صورت یک عامل محافظ عمل می‌کنـد و از طریـق ارتقـاء دادن تـاب‌آوری در نوجوانان، مانع سقوط نوجوانان به دام رفتارهای پرخطر ازجملـه مـصرف سـیگار و مـواد مخدر می‌شود.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

منابع و مآخذ

References

- بشارت، محمدعلی، (۱۳۸۵)، آسیب‌شناسی خانوادگی اعتیاد، **تازه‌های روان‌درمانی**، سال دوازدهم، شماره۴۳و۴۴.
- ثنایی، باقر؛ علاقبند، ستیلا(۱۳۷۹)، **مقیاس‌های سنجش خانواده**، تهران، انتشارات رشد.
- داجن، چارلز، ای، مایکل شی، دبلیو، ۲۰۰۰، ترجمه رنجگر، بایرامعلی، ۱۳۸۳، **روانشناسی اعتیاد(سنجش و درمان)**، تهران، نشر روان.
- سالاری، راضیه سادات، (۱۳۸۳)، **مقایسه کارکرد خانواده درنوجوانان افسرده وبهنجار**، انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی وتوانبخشی.
- کیانی دهکردی، منصوره، (۱۳۸۳)، **بررسی عوامل عینی و مداخله پذیرتاب‌آوری دربرابر وابستگی به مواد درپسران مردان وابسته وغیر وابسته به مواد**، پایان نامه دکتری تخصصی روانپزشکی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.
- طارمیان، فرهاد(۱۳۸۳)، بررسی **عوامل پیش بین روانی- اجتماعی مصرف مواد در نوجوانان با تکیه بر نظریه گروه دوستان**، پایان نامه دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- محمدی، مسعود (۱۳۸۴)، **بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد درمعرض خطر سوءمصرف مواد**، پایان نامه دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- لشکری، منصوره، (۱۳۸۳)، **رابطه کارایی خانواده با سلامت عمومی فرزندان**، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم بهزیستی وتوانبخشی.
- یارمحمدیان، محمدحسین(۱۳۸۳)، بررسی علل وعوامل گرایش نوجوانان وجوانان به اعتیاد، طرح پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی وتوانبخشی.

- Benard.B(1991). **Fostering resiliency in kids: Protective factors in the family, school, and community**, google scholar.com.
- Clarke, Davide(1995). Vulnerability to stress as a function pf age, sex, locus of control, hardiness and type a personality. **Journal of Social behavior and personality**, 1995, v 8b(nB) 285-296.
-G.H.Carmona.,R.S.Barrons.,J.R.Tobar.,V.H.Canobra.,E.A.Montequin (2008),Family functioning of out-of-treatment cocaine bese past and cocaine hydrochloride users. **Journal of Addictive Bahaviors**.33-866-879.
- Fergus. S., Zemmerman. M.A. (2005), **Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk**, Proquest health and medica.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

References منابع و مآخذ

- Headman. N.C. (2003), **The role of family function in treatment engagement and posttreatment dieliquency invilvment**, requirement for Degree of Doctor of philosophy, The Florida State University.
- Hill.C.G., Hawkins.D., Catalano. R.F., Abbott. R. D., Jie Guo (2005), Family influences on the daily smoking initiation, **Journal of adolescent health**, 37. 213-224.
- **Issacson. B**.(2002)Characteristics and enhancement of resiliency in young people, A Research paper for master of Science Degree with major in guidance and counseling,university of Wisconsin-stout.
- Inzlicht, M., Aronson, J., Good, C., & McKay, L. (2006). A particular resiliency to threatening environments**. Journal of Experimental Social Psychology,** 42, 323-336.
- Kalil.A,(2003),**Family resilience and good child outcomes**: A review of the literature,Center for research and social evaluation.
- King, L. A., King, D. W., Keane, T. M., Faribank, J. F., &Adams, G. A. (1998). Resilience-recovery factors in posttraumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: Hardiness, postwar social support and additional stressful life events. **Journal of Personality and Social Psychology**, *74,* 420–434.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. **Journal of Personality and Social Psychology,** *37,* 1-11.
- Lezin.N., Rolleri .L. A., Bean. S., Taylor .J., (2004), **Parent- child connectedness,** Implications for Research interventions and positive impacts on Adolescents Health, ETR associates.
- Low, J. (1996). The concept of hardiness: A brief but critical commentary. **Journal of Advanced Nursing,** *24*,588-590.
- Maddi, Salvatore R., & khoshaba, Deborah M. (1994).Hardiness and mental Health. **Journal of personality Assessment**, 1994 Oct, v63(n2): 265-274.
- Meschke.L.L.,Patterson.J.M, (2003), Resilience as a theorical basis for substance abuse prevention, **Journal of primary prevention**, Vol 23, 72-85.
- Rak.F.C.,Patterson.L(1999),Promoting resilience in at risk children ,**Journal of counseling and development**. *21*,328-340.
- Shapperand, James A., & Kashani, Javad. H.(1999) the relationship of hardiness, genderand stress to Health autcomes in Adolescents. **Journal of personality**, Dec, v 59(n4): 747-767.
- Sale.E., Sambrano. S., J.F. Springer., Cynthia Pena., Wei Pan., Kasim. R. (2005), Family protection and prevention of alcohol use among - Hispanic youth at high risk, **American journal of community psychology**, 36, 23-37.
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). ResilientIndividuals use Positive Emotions to Bounce back from negative emotional experiences. **Journal of Personalityand Social Psychology,** *86,* 320-333.
- Wolff, S. (1995). The concept of resilience. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, *29,* 565-574.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]