

## رابطه عوامل خانوادگی-اجتماعی و مصرف مواد: نقش میانجی مؤلفه‌های سرشت، منش، سرمایه روان‌شناختی و باورهای فرد

محمد محمدی<sup>۱</sup>، امیر هوشنگ مهریار<sup>۲</sup>، احمد سوری<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۴/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۴/۲۹

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه عوامل خانوادگی-اجتماعی با مصرف مواد و نقش میانجی مؤلفه‌های سرشت، منش، سرمایه روان‌شناختی و باورهای فرد انجام شد. **روش:** روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی بود. مردان مصرف‌کننده مواد ۱۸ تا ۳۵ ساله شهر قم که برای ترک مصرف مواد به کمپ‌های ترک اعتیاد و مراکز ترک اعتیاد قم در سال‌های ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷ مراجعه می‌کردند، جامعه آماری پژوهش را تشکیل دادند. تعداد ۳۲۰ نفر از این جامعه به روش در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه رفتارهای پرخطر بزرگسالان محمدخانی، مقیاس علل گرایش به سوء مصرف مواد مخدر در جوانان، پرسش‌نامه سرشت و منش کلونینجر و سرمایه روان‌شناختی لوتانز بود. مدل پیشنهادی به روش تحلیل عاملی تأییدی و مدل معادلات ساختاری بر پایه نرم افزار ایموس ارزیابی شد. **یافته‌ها:** مدل براساس شاخص‌های نکویی برازش کفایت مناسبی داشت. خانواده از طریق نگرش مثبت به مواد، خودراهبری و تاب‌آوری بر مصرف مواد تأثیر غیرمستقیم داشت. دوستان از طریق نگرش مثبت به مواد، آسیب‌پرهیزی و خودراهبری بر مصرف مواد تأثیر غیرمستقیم داشت. بازار مواد از طریق نگرش مثبت به مواد بر مصرف مواد تأثیر غیرمستقیم داشت. نگرش مثبت به مواد و آسیب‌پرهیزی بالا بر مصرف مواد تأثیر مستقیم مثبت و خودراهبری و تاب‌آوری پایین بر مصرف مواد تأثیر مستقیم منفی داشت. از متغیرهای برونزاد دوستان با ضریب ۰/۳۰۳ بیشترین تأثیر غیرمستقیم و از متغیرهای میانجی آسیب‌پرهیزی با ضریب ۰/۷۸۲ بیشترین تأثیر مستقیم را بر مصرف مواد داشت. **نتیجه‌گیری:** یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های مشابه قبلی همخوانی داشت و گامی مهم برای تبیین عوامل مؤثر بر مصرف مواد و همچنین به عنوان الگویی مناسب برای طراحی برنامه‌های جامع پیشگیری از انواع رفتارهای پرخطر می‌باشد.

**کلیدواژه‌ها:** مصرف مواد، عوامل خانوادگی-اجتماعی، سرشت، منش، سرمایه روان‌شناختی

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساوه، ساوه، ایران

۲. نویسنده مسئول: استاد گروه روان‌شناسی بالینی، موسسه عالی آموزش و پژوهش در مدیریت و برنامه‌ریزی، تهران، ایران،  
پست الکترونیک: ahmehryar2003@yahoo.com

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه علوم انتظامی، تهران، ایران

## مقدمه

مصرف مواد و وابستگی به آن باعث ایجاد آسیب‌های جسمانی از جمله سوء تغذیه، بیماری‌های جسمانی، مرگ و میر و احتمال خودکشی (کوپر، راسل، اسکینر، فرون و مودی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲؛ شیفر، پدرسون، برورز، ویدرشاون، و دنولت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸)، مشکلات خانوادگی مانند طلاق، متارکه، خشونت خانوادگی و مشکلات روانی از جمله پرخاشگری، افسردگی، استرس، اضطراب و حالات روان‌تنی (الگری<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۱) شده است. همچنین مصرف مشکل‌زای مواد پیامدهای روانی، اجتماعی گسترده‌ای از جمله مشکل در رسیدن به اهداف زندگی و افزایش تعارض‌های بین‌فردی را به دنبال دارد (باندی<sup>۴</sup>، ۱۹۹۶؛ اسلون<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). با وجود آسیب‌های گسترده مصرف مواد، بررسی علل مصرف مزمن مواد منبع اطلاعاتی مهمی است که می‌تواند روش‌های مقابله و مداخله مناسب را توسعه بخشد. پژوهش‌ها در علت‌شناسی مصرف مشکل‌زای مواد به عواملی چون ویژگی‌های شخصیتی اشاره دارند و به نقش قدرتمند صفات شخصیتی افراد در تعامل با دیگر عوامل محیطی در شروع و تداوم مصرف مشکل‌زای مواد پرداخته‌اند (درمودی، چون و مادوک<sup>۶</sup>، ۲۰۱۴).

طی سال‌های گذشته نظریه‌ها و الگوهای مختلفی در زمینه علل مصرف مواد مطرح شده است. این نظریه‌ها طیف گسترده‌ای از عوامل مرتبط با مصرف مواد از جمله عوامل روان‌شناختی، خانوادگی و اجتماعی را مورد بررسی قرار داده‌اند. یکی از نظریه‌های مطرح شده در زمینه مصرف مواد نظریه‌ی یادگیری اجتماعی بندورا<sup>۷</sup> (۲۰۰۱) است. این نظریه در تبیین سوءمصرف مواد عمدتاً بر عوامل اجتماعی و بین‌فردی تأکید می‌کند. طبق این نظریه، افراد باورها و نگرش‌های خود را در مورد سوءمصرف مواد از دوستان نزدیک یا والدین خود که مصرف‌کننده مواد مخدرند به دست می‌آورند. علاوه بر مصرف مواد توسط والدین و همسالان، کیفیت ارتباط والدین با فرزندان (پذیرش یا طرد) نیز در این امر

1. Cooper, Russell, Skinner, Frone & Mudar  
2. Schiffer, Pedersen, Broers, Widdershoven & Denollet  
3. Alegria

4. Bondy  
5. Sloan  
6. Dermody, Cheon & Munuck  
7. Bandura

از اهمیت به سزایی برخوردار است. یک مفهوم اساسی در نظریه یادگیری اجتماعی تعامل است. تعامل به این معنی است که اشخاص هم بر محیط تأثیر می‌گذارند و هم از محیط تأثیر می‌پذیرند. در این دیدگاه، فرایندهای یادگیری اجتماعی با ویژگی‌های درون‌فردی نظیر مهارت‌های ضعیف مقابله‌ای، پرخاشگری و غیره ترکیب می‌شوند و عملکرد افراد متأثر از شبکه‌ی گسترده‌ای از تأثیرات اجتماعی است. براساس مدل یادگیری اجتماعی مواد مخدر<sup>۱</sup> سیمون و رابرتسون<sup>۲</sup> (۱۹۸۹) برخی عوامل محیطی مانند عوامل والدینی، همسالان منحرف و عوامل فردی نظیر سبک مقابله‌ای اجتنابی، عزت نفس و پرخاشگری مستقیم یا غیرمستقیم با مصرف مواد مرتبط هستند. بر اساس نظریه پیوند افتراقی ساترلند<sup>۳</sup> (۱۹۷۳)، رفتار انحرافی از طریق معاشرت با اغیار یا پیوند افتراقی یعنی داشتن روابط اجتماعی با انواع خاصی از مردم مانند جنایتکاران آموخته می‌شود. در واقع، فرایند یادگیری رفتار انحرافی به وسیله دوستان فرد مجرم تعیین می‌شود (تاج‌الدینی، ۱۳۹۶). پژوهش‌های فراوانی به بررسی نقش عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی سوء مصرف مواد پرداخته‌اند که در بسیاری از آن‌ها خانواده به عنوان قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده شناخته شده است. روابط خانوادگی اهمیت به سزایی در شروع مصرف مواد و مشکلات ناشی از آن دارد (فیش، مایر و پریست<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵). از جمله یافته‌های پژوهشی فیاضی و همکاران (۲۰۱۵)، دیدارلو و پورعلی (۲۰۱۶)، کیا و بارنز<sup>۵</sup> (۲۰۱۵)، کیلک و کاباسکال<sup>۶</sup> (۲۰۱۵) و سنورمانسی، سنورمانسی، گوکل و کونکن<sup>۷</sup> (۲۰۱۴) حاکی از آن است که عملکرد خانواده با اعتیادپذیری رابطه دارد. اگر پیوند عاطفی و روابط درون خانواده دچار مشکل شود، گرایش علنی به رفتار ضداجتماعی و مصرف مواد آشکار می‌شود (سانچیز-کویجا، اولیوا، پارا و کاماچو<sup>۸</sup>، ۲۰۱۶). گلانتز و هارتل<sup>۹</sup> (۲۰۰۲) با ارائه ساختار علی‌الگوی شروع مصرف مواد، نشان دادند مصرف مواد پیامد تعامل پویای فرد و محیط است؛ عوامل

1. Social Drug Learning Model  
2. Simons & Robertson  
3. Sutherland  
4. Fish, Maier & Priest  
5. Cea & Barnes  
6. Killc & Kabasakal

۷. nnnorma\*,,,, nnnormmn,,, خخخخ  
& Konkan  
8. Sánchez-Queija, Oliva, Parra & Camacho  
9. Glantz & Hartel

اجتماعی (مانند تأثیر دوستان، آشنایان، تأثیر رسانه‌ها و تبلیغات برای مصرف مواد و سیگار و مقاومت نکردن در برابر فشار همسالان) به صورت مستقیم و غیرمستقیم، عامل خانواده به صورت غیرمستقیم و عوامل درون فردی (مانند عزت نفس پایین، اضطراب زیاد، ناامیدی، کنترل فردی پایین و هیجان‌طلبی) به صورت مستقیم در مصرف مواد دخیلند (محمدی و همکاران، ۱۳۹۰). جهان شاه‌لو و همکاران (۱۳۹۵) با انجام پژوهشی با عنوان عوامل خطر ساز و محافظت کننده فردی، خانوادگی و اجتماعی گرایش به مصرف مواد در دانشجویان عنوان کردند عوامل فردی (نگرش نسبت به مواد، هیجان‌خواهی و تکانشگری)، اجتماعی (مصرف مواد توسط دوستان و دسترسی پذیری ادراک شده) و خانوادگی (نظارت خانواده و نگرش والدین نسبت به مواد) به ترتیب بهترین پیش‌بینی کننده‌های گرایش به مصرف مواد در دانشجویان هستند. یافته‌ی پژوهشی قنبری زرنندی، محمدخانی و هاشمی نسب (۱۳۹۵) نیز نشانگر این است که عوامل خانوادگی، اجتماعی و مدرسه‌ای به صورت مستقیم و غیرمستقیم از طریق مهارت‌های خودکنترلی و مهارت‌های اجتماعی (مهارت‌های فردی و اجتماعی) مصرف مواد را پیش‌بینی می‌کنند. هاراکه و وله‌برگ<sup>۱</sup> (۲۰۱۲) عنوان کردند همسالان منحرف یکی دیگر از پیش‌بینی کننده‌های قوی در سوء مصرف مواد مخدر است. نتایج تحقیقات بوتوین و گریفن<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) نشان داد که بین نگرش‌ها و باورهای خاص در مورد مصرف مواد و شروع مصرف مواد رابطه وجود دارد. نتایج برخی دیگر از مطالعات نیز بر نقش نگرش والدین در گرایش جوانان به مصرف مواد تاکید داشته‌اند و نشان داده‌اند که نگرش والدین در آغاز و تداوم مصرف فرزندان‌شان تاثیرگذار است. خلیلی (۱۳۸۶) عنوان کرد از مهم‌ترین عوامل اعتیاد فرد در دسترس بودن مواد است. این پژوهش نشان داد بیشترین تجربه مصرف مواد مخدر مربوط به سیگار و تریاک به ترتیب با مقادیر ۹۸ درصد و ۵۸ درصد بوده است.

اکثر افرادی که مصرف مشکل‌زای مواد دارند، ویژگی‌های متمایز شخصیتی دارند. این ویژگی‌های ذاتی و گرایش‌های خاص، به تدریج مسیر مصرف مواد را گسترش و شدت می‌بخشند، به بیان دیگر افرادی که دارای صفات شخصیتی آسیب‌پذیر هستند، بیشتر

مستعد مصرف مواد هستند (اورکی، مکرری و کیایی، ۱۳۹۲؛ لی بون<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۴؛ آمائو، ماندن و ساناکرو<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). کلونینجر<sup>۳</sup> در مقیاس خود برای شخصیت دو بُعد مشخص کرده است: بُعد سرشت<sup>۴</sup> که جزء زیستی شخصیت است و شامل چهار خرده مقیاس نوجویی<sup>۵</sup>، آسیب پرهیزی<sup>۶</sup>، پاداش وابستگی<sup>۷</sup> و پشتکار<sup>۸</sup> است و بُعد منش<sup>۹</sup> که جزء اجتماعی و فرهنگی شخصیت است و شامل خرده مقیاس های خودراهبری<sup>۱۰</sup>، خودفراروی<sup>۱۱</sup> و همکاری<sup>۱۲</sup> است (کلونینجر، ۱۹۸۷). مطالعات نشان می دهد رفتارهای منفی والدینی با آسیب پرهیزی بالا و خودراهبری پایین در بزرگسالی ارتباط دارد (ریتی<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۲؛ تاکیوشی<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). محیط و مراقبت والدین با آسیب پرهیزی ارتباط دارد زیرا فرزندان برای تطابق با موقعیت های تهدید آمیز و دارای فشار، استفاده زیاد از آسیب پرهیزی بالا را یاد می گیرند (تایلور<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). لونتھال<sup>۱۶</sup> و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهشی نشان دادند که افراد با اجتناب از آسیب بالا در مورد پرهیز از استعمال دخانیات، تأثیرات منفی بیشتر و انگیزه بالاتر مصرف را در هنگام پریشانی گزارش کردند. پژوهش اورن، اورن، یانکار و ارکیران<sup>۱۷</sup> (۲۰۰۷) نشان داد که بیماران وابسته به مواد مخدر از میان ابعاد منش، نمرات پایین تری در خودراهبری و پشتکار داشتند. نتایج پژوهش حق شناس، غلامعلی لواسانی و فتح آبادی (۱۳۹۶) نشان داد که بین دو گروه وابسته به مواد و غیر وابسته از نظر آسیب پرهیزی و خودراهبری تفاوت وجود دارد ( $P < 0/01$ ). براساس پژوهش ابوالقاسمی، کیامرثی و مومنی (۱۳۹۲) میانگین نمرات اجتناب از آسیب و نوجویی در افراد معتاد به مواد مخدر از افراد غیر معتاد بیشتر بود.

- |                              |                                    |
|------------------------------|------------------------------------|
| 1. Le Bon                    | 10. self-directiveness             |
| 2. Arnau, Mondon & Santacreu | 11. self-transcendence             |
| 3. Cloninger                 | 12. cooperativeness                |
| 4. temperament               | 13. Reti                           |
| 5. novelty seeking           | 14. Takeuchi                       |
| 6. harm avoidance            | 15. Taylor                         |
| 7. reward dependence         | 16. Leventhal                      |
| 8. persistence               | 17. Evren, Evren, Yancar & Erkiran |
| 9. character                 |                                    |

همچنین، میانگین نمرات پاداش وابستگی، همکاری و خودراهبری در افراد معتاد از غیرمعتاد کمتر بود.

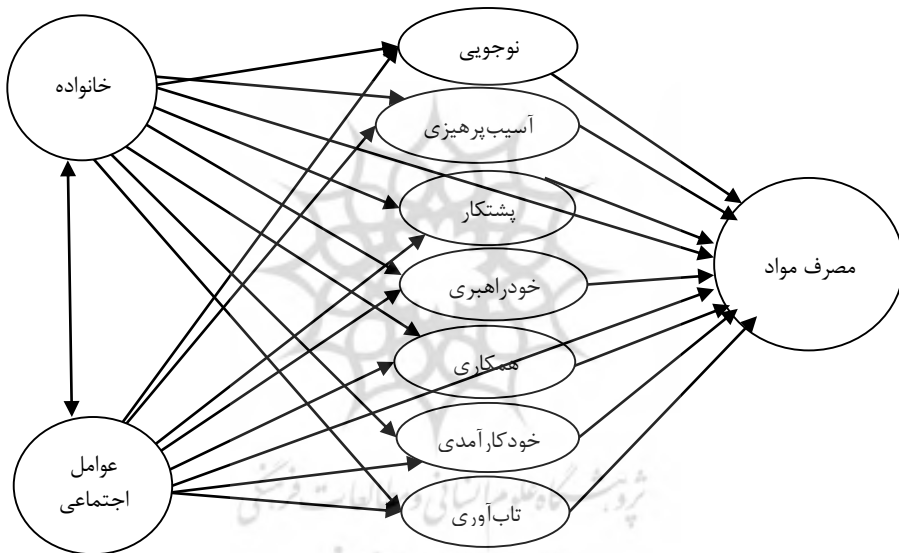
همچنین درباره‌ی سوء مصرف مواد بر اساس سرمایه روان‌شناختی<sup>۱</sup> تحقیقات گوناگونی صورت گرفته است. سرمایه روان‌شناختی سازه‌ای ترکیبی و به هم پیوسته‌ای است که چهار مؤلفه ادراکی-شناختی یعنی امید<sup>۲</sup>، خوش بینی<sup>۳</sup>، خودکارآمدی<sup>۴</sup> و تاب‌آوری<sup>۵</sup> را دربرمی‌گیرد. والدین و دوستان در ارتقای تاب‌آوری نقش کلیدی دارند. شیخی فینی و همکاران (۱۳۸۹) و نظری و همکاران (۱۳۹۱) نیز در مطالعات خویش به نتایج مشابهی رسیدند. پرستو (۱۳۹۲) طی پژوهشی در میان ۷۶۴ نوجوان تهرانی دریافت که ارتقای تاب‌آوری در نوجوانان در تعدیل گرایش به مصرف سیگار نقش ایفا می‌نماید. در پژوهشی نشان داده شد افرادی که تاب‌آوری بالایی دارند، وضعیت سلامتی بهتر، عزت نفس بالاتر و حمایت والدینی بیشتر داشته و کمتر در معرض مصرف مواد قرار می‌گیرند (بوکنر، مزاکاپا، بردسلی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳). همچنین بر اساس یافته‌های فردیکسون، توگاد، ویوگ و لارکین<sup>۷</sup> (۲۰۰۳) تاب‌آوری با احساسات مثبت مرتبط بوده و در زمینه گرایش به مصرف مواد به عنوان یک عامل محافظتی عمل می‌کند.

با توجه به نکات فوق در زمینه مصرف مواد، عوامل گوناگون روان‌شناختی، اجتماعی و زیست‌شناختی درگیر هستند، اما هیچ یک از آن‌ها به تنهایی نمی‌توانند علل به وجود آمدن این پدیده را تبیین کنند (فرانکوئیس، اوریاکومب و تیگنال<sup>۸</sup>، ۲۰۰۰). از آن‌جا که اکثر پژوهش‌های صورت گرفته در این رابطه، مربوط به دانش‌آموزان و دوره نوجوانی می‌باشد لذا با توجه به خلاء پژوهشی موجود در زمینه عوامل علی مصرف مواد در جوانی و ضرورت طراحی و اجرای برنامه پیشگیرانه مبتنی بر داده‌های علمی، و بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی بندورا (۲۰۰۱)، نظریه پیوند افتراقی ساترلند (۱۹۷۳)، الگوی شروع مصرف مواد گلانتز و هارتل (۲۰۰۲)، عوامل فردی، روان‌شناختی، خانوادگی و اجتماعی

1. psychology capital  
2. hope  
3. optimism  
4. self-efficacy  
5. resiliency

6. Buckner, Mezzacappa & Beardslee  
7. Fredrickson, Tugade, Waugh & Larkin  
8. Franques, Auriacombe & Tignol

قبری زرنندی، محمدخانی و هاشمی نسب (۱۳۹۵) و با در نظر گرفتن ویژگی های سرشت و منش از نظریه زیستی- اجتماعی کلونینجر و سرمایه روان شناختی لوتانز، در این پژوهش تلاش می شود نسبت به ارائه مدل سبب شناختی جامع مصرف مواد و ارزیابی برازندگی آن اقدام گردد. در پژوهش حاضر تلاش بر این است که رابطه عوامل خانوادگی- اجتماعی با مصرف مواد با میانجی گری مؤلفه های سرشت، منش، سرمایه روان شناختی و باورهای فرد مورد بررسی قرار گیرد. در اصل این تحقیق به جهت آزمون مدل ساختاری شکل ۱ انجام شده است.



شکل ۱: مدل مفروض عوامل مؤثر بر مصرف مواد

## روش

### جامعه، نمونه، و روش نمونه گیری

پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی و از نوع مدل یابی معادلات ساختاری<sup>۱</sup> و تحلیل عاملی تأییدی است که سعی دارد ساخت روابط درونی متغیرها را مشاهده و آزمون کند. جامعه آماری پژوهش شامل مردان مصرف کننده مواد ۱۸ تا ۳۵ ساله شهر قم در سال ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷ بود که برای ترک مصرف مواد به کمپ های ترک اعتیاد و یا مراکز مشاوره ترک

1. structural equation modeling

اعتیاد مراجعه می‌کردند. از آن‌جا که در این پژوهش ۳۱ پارامتر برآورد وجود داشت، به منظور در نظر گرفتن حداقل ۱۰ نفر به ازای هر پارامتر، نمونه‌ای به حجم ۳۲۰ نفر و به صورت در دسترس از بین جامعه آماری انتخاب شد. با توجه به حساسیت موضوع و لزوم جلب رضایت و اعتماد شرکت کنندگان برای همکاری صادقانه با پژوهش، قبل از تکمیل پرسش‌نامه‌ها، ارتباط مؤثر با آنان در خصوص ماهیت و هدف پرسش‌نامه برقرار و با تأکید بر محرمانه و بی‌نام بودن اطلاعات و رعایت اصل گمنامی، توضیحاتی به آنان ارائه شد.

### ابزارها

۱- پرسش‌نامه رفتارهای پرخطر بزرگسالان: این پرسش‌نامه با اقتباس از پرسش‌نامه‌ی مرکز پیشگیری از رفتارهای پرخطر توسط محمدخانی (۱۳۸۵) طراحی شد و میزان شیوع رفتارهای پرخطر را در طول عمر، ۱۲ ماه گذشته و یک ماه اخیر و تمایل به مصرف انواع مواد در آینده را ارزیابی می‌کند. محمدخانی (۱۳۸۵) اعتبار آن را ۰/۸۷ گزارش کرده است. ضریب همسانی درونی آن در پژوهش عنبری و محمدخانی (به نقل از محمدخانی ۱۳۸۶) براساس آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد. برخی سوالات به دلیل عدم استفاده در این پژوهش حذف شد و مصرف ۹ گویه شامل سیگار، قلیان، مشروبات الکلی، حشیش، تریاک، هروئین، کراک، شیشه و ترامادول یا مواد نیروزا مورد سوال قرار گرفت که مجموع نمره شیوع رفتارهای پرخطر حداقل ۰ و حداکثر ۵۴ می‌باشد. هر چه نمره فرد زیاد باشد یعنی مواد زیادی را به میزان بیشتر مصرف کرده است. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ مصرف مواد ۰/۷۴ به دست آمد. این پرسش‌نامه به منظور ارزیابی مصرف مواد، مورد استفاده قرار گرفت.

۲- مقیاس علل گرایش به سوءمصرف مواد مخدر در جوانان: این پرسش‌نامه ۷۸ سوال دارد و بر روی یک نمونه ۴۰۸ نفری جوان معتاد (۱۶ تا ۲۹ سال) در خراسان رضوی توسط محمدی، پورقاز و رقیب (۱۳۹۲) ساخته و هنجاریابی شد. در این مقیاس عوامل فردی دارای ۷ زیرمؤلفه نگرش مثبت به مواد، مشکلات شخصیتی و روانی مثل افسردگی، پرخاشگری، اضطراب، عدم تحمل شکست و ناکامی، کنجکاوی و نداشتن اعتقادات مذهبی، عوامل بین فردی و محیطی دارای ۳ زیرمؤلفه خانواده، دوستان و مدرسه و عوامل



اجتماعی دارای ۴ زیرمؤلفه کمبود امکانات فرهنگی، ورزشی و تفریحی، توسعه صنعتی و محرومیت‌های اقتصادی و اجتماعی، عدم دسترسی به سیستم‌های خدماتی، حمایتی و مشاوره‌ای و بازار مواد مخدر در ایران است. پاسخ هر گویه، به صورت ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود نمره بالا در هریک از این مؤلفه‌ها نشانگر وجود عوامل تهدیدکننده می‌باشد. رویی صوری و محتوایی مقیاس توسط متخصصان روان‌شناسی و جامعه‌شناسی مورد تایید قرار گرفت. همچنین به منظور محاسبه رویی سازه، از تحلیل عاملی تاییدی مرتبه دوم استفاده شد. این پرسش‌نامه سه مؤلفه عوامل فردی، عوامل بین فردی و محیطی و عوامل اجتماعی را مورد بررسی قرار می‌دهد. اعتبار این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ برآورد شده است. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها ۰/۷۲ تا ۰/۷۹ به دست آمد. برای سنجش عوامل خانوادگی-اجتماعی از این پرسشنامه استفاده شد.

۳- پرسش‌نامه سرشت و منش<sup>۱</sup>: ابزار مورد استفاده برای سنجش سرشت و منش، پرسش‌نامه‌ی سرشت و منش کلونینجر بود که شامل ۱۲۵ جمله است که فرد با پاسخ صحیح-غلط به گزینه‌ها، آزمون را تکمیل می‌نماید. نمره‌گذاری به صورت ۱ و ۲ می‌باشد و برخی سوالات به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دارای چهار مقیاس سرشت شامل نوجویی، آسیب‌گریزی، پاداش وابستگی و پشتکار و سه مقیاس منش شامل همکاری، خودهدایتی و خودفراروی است. این آزمون برای نخستین بار توسط کاویانی در ایران، مورد استفاده قرار گرفته و ضریب اعتبار گزارش شده برای نسخه ایرانی به شرح زیر است: نوجویی ۰/۹۶، آسیب‌گریزی ۰/۹۱، پاداش-وابستگی ۰/۶۱، پشتکار ۰/۷۶، همکاری ۰/۹۵، خودراهبری ۰/۸۵ و خودفراروی ۰/۸۸ (کاویانی، ۱۳۸۶). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها ۰/۷۹ تا ۰/۸۴ به دست آمد.

۴- پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز<sup>۲</sup> و همکاران: در این پرسش‌نامه از سوالاتی استفاده شده که مؤلفه‌های امید، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی را می‌سنجند.

شامل ۲۴ گویه و هر خرده‌مقیاس شامل ۶ گویه در مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت است. برای به دست آوردن نمره سرمایه روان‌شناختی ابتدا نمره هر خرده‌مقیاس به صورت جداگانه به دست می‌آید و سپس مجموع آن‌ها به عنوان نمره کل سرمایه روان‌شناختی محسوب می‌شود. نمره گذاری به صورت ۰ تا ۵ است، حداقل نمره هر خرده‌مقیاس ۰ و حداکثر ۳۰ می‌باشد. نمره بالا در این مؤلفه‌ها نشانگر امید، تاب‌آوری، خودکارآمدی و خوش بینی بالاست. نسبت خبی دو این آزمون برابر با ۲۴/۶ است و آماره‌های CFI، RMSEA در این مدل به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۰۸ بودند (لوتانز و همکاران، ۲۰۰۷). در پژوهشی بهادری خسروشاهی، هاشمی نصرت‌آباد، و باباپور خیرالدین (۱۳۹۳) میزان اعتبار آن را براساس آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش نمودند. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ تاب‌آوری ۰/۷۷ به دست آمد.

### یافته‌ها

براساس نتایج پژوهش از بین ۳۲۰ نفر نمونه، میانگین و انحراف استاندارد سن گروه نمونه ۲۸/۷۹ و ۴/۳۸۴ سال بود. از تعداد کل ۳۲۰ مصرف‌کننده مواد، حداقل نمره مصرف مواد در هر فرد ۶ و حداکثر ۵۴ بود، میانگین نمره مصرف مواد ۳۶/۵۶ و انحراف استاندارد آن ۱۰/۲۷۱ بود. جدول آماره‌های توصیفی سن و مصرف مواد در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی سن و مصرف مواد گروه نمونه

متغیرها	فراوانی	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد
سن	۳۲۰	۱۸	۳۵	۲۸/۷۹	۴/۳۸
مصرف مواد	۳۲۰	۶	۵۴	۳۶/۵۶	۱۰/۲۷

همچنین ۵۰ درصد متأهل و ۵۰ درصد دیگر مجرد، ۵۵/۶ درصد شاغل و ۴۴/۴ درصد بیکار بودند. در خانواده ۴۵/۳ درصد مصرف‌کنندگان، به غیر از خود پاسخ‌گو هیچ فردی مصرف‌کننده مواد نبود ولی ۵۴/۷ درصد اعلام کردند که در خانواده آن‌ها حداقل یک و یا چند نفر مصرف‌کننده مواد هستند. ۲/۵ درصد افراد بیسواد، ۴۵/۹ درصد سواد ابتدایی و راهنمایی، ۲۶/۶ درصد دبیرستان، ۱۶/۶ درصد مدرک دیپلم و ۸/۴ درصد افراد مدرک بالاتر از دیپلم داشتند. در این پژوهش نمره گذاری میزان مصرف مواد در طول عمر از ۰ تا

۶ بود، نمره ۰ یعنی هیچ وقت مصرف نکرده و نمره ۶ یعنی بیشترین مصرف را داشته است. نتایج نشان داد بیشترین مصرف مواد در طول عمر مربوط به سیگار با میانگین ۵/۹۲ از ۶ نمره، سپس تریاک با میانگین ۵/۵۱، هروئین با ۴/۴۸، قلیان با ۴/۱۷، شیشه با ۴/۲۹، مشروبات الکلی با ۳/۶۳، حشیش با ۳/۳۵، ترامادول یا مواد نیروزا با ۲/۷۷ و کراک با نمره ۲/۴۴ به ترتیب در رتبه‌های بعدی بود. نتایج نشان داد هیچ فردی نبود که مصرف کننده مواد باشد ولی تابحال سیگار مصرف نکرده باشد همچنین ۵۲/۸ درصد افراد اولین سیگار را ۱۵ سالگی یا قبل از آن مصرف کرده‌اند. جدول شروع اولین مصرف مواد نشان می‌دهد که ۵۲/۸ درصد افراد سیگار، ۳۲/۵ درصد قلیان، ۲۷/۲ درصد تریاک و مشروبات الکلی، ۷/۸ درصد هروئین، ۵/۹ درصد ترامادول یا مواد نیروزا، ۳/۱ درصد شیشه و ۲/۵ درصد کراک را ۱۵ سالگی یا قبل از آن مصرف کرده‌اند. آماره‌های توصیفی سن شروع مصرف مواد در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی سن شروع مصرف مواد

نوع ماده	هیچ وقت				هیچ وقت				فرآوانی	
	<=۱۵	سال ۱۶	سال ۱۷	>=۱۸	<=۱۵	سال ۱۶	سال ۱۷	>=۱۸		
سیگار	۰	۱۶۹	۴۵	۴۱	۶۵	۰	۵۲/۸	۱۴/۱	۱۲/۸	۲۰/۳
قلیان	۳۵	۱۰۴	۴۵	۴۱	۹۵	۱۰/۹	۳۲/۵	۱۴/۱	۱۲/۸	۲۹/۷
مشروبات الکلی	۶۱	۸۷	۲۵	۴۴	۱۰۳	۱۹/۱	۲۷/۲	۷/۸	۱۳/۸	۳۲/۲
حشیش	۸۵	۵۸	۴۲	۳۶	۹۹	۲۶/۶	۱۸/۱	۱۳/۱	۱۱/۲	۳۰/۹
تریاک	۵	۸۷	۲۸	۴۲	۱۵۸	۱/۶	۲۷/۲	۸/۸	۱۳/۱	۴۹/۴
هروئین	۶۹	۲۵	۱۹	۲۳	۱۸۵	۲۱/۶	۷/۸	۵/۹	۶/۹	۵۷/۸
کراک	۱۵۸	۸	۱۰	۱۷	۱۲۷	۴۹/۴	۲/۵	۳/۱	۵/۳	۳۹/۷
شیشه	۷۰	۱۰	۴	۲۳	۲۱۴	۲۱/۹	۳/۱	۱/۲	۶/۹	۶۶/۹
ترامادول یا مواد نیروزا	۱۱۶	۱۹	۱۲	۲۷	۱۴۶	۳۶/۲	۵/۹	۳/۸	۸/۴	۴۵/۶

برای بررسی نرمال بودن توزیع از آزمون کولموگروف-اسمورنوف استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف جهت نرمال بودن توزیع در متغیرها

متغیرها	خانواده	دوستان	بازار مواد	نگرش مثبت به مواد	آسیب- پرهیزی	خود راهبری	تاب آوی مواد	مصرف مواد
آماره Z	۱/۲۸۴	۱/۳۴۱	۱/۷۰۸	۱/۰۹۸	۱/۳۱۱	۱/۳۰۹	۱/۰۶۹	۱/۳۴۷
معنا-داری	۰/۰۷۴	۰/۰۵۵	۰/۰۰۶	۰/۱۸۵	۰/۰۶۵	۰/۰۶۶	۰/۲۰۳	۰/۰۵۳

با توجه نتایج جدول ۳ مشاهده می شود که به غیر از متغیر بازار مواد، بقیه متغیرها دارای توزیع نرمال هستند. همچنین برای بررسی همگنی واریانس متغیرها از آزمون لون استفاده شد که به غیر از متغیر خودراهبری، بقیه متغیرها دارای سطح معناداری بالای ۰/۰۵ بودند. آماره‌های توصیفی و ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: آماره‌های توصیفی و ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه در نمونه

متغیرها	میانگین	انحراف- استاندارد	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱. خانواده	۲۴/۵۱	۶/۷۳۵	-	-	-	-	-	-	-
۲. دوستان	۱۹/۴۰	۴/۵۸۵	۰/۳۲۹ <sup>oo</sup>	-	-	-	-	-	-
۳. بازار مواد	۱۸/۵۲	۴/۹۵۶	۰/۳۰۱ <sup>oo</sup>	۰/۳۹۲ <sup>oo</sup>	۱	-	-	-	-
۴. نگرش به مواد	۲۲/۹۱	۴/۳۸۰	۰/۴۰۵ <sup>oo</sup>	۰/۴۹۸ <sup>oo</sup>	۰/۳۸۰ <sup>oo</sup>	۱	-	-	-
۵. نوجویی	۲۶/۷۸	۲/۹۲۵	۰/۳۴۵ <sup>oo</sup>	۰/۲۶۶ <sup>oo</sup>	۰/۳۰۶ <sup>oo</sup>	۰/۲۶۸ <sup>oo</sup>	۱	-	-
۶. آسیب پرهیزی	۲۰/۲۵	۲/۱۴۵	-۰/۰۵۱	۰/۱۲۶ <sup>oo</sup>	-۰/۰۱۲	۰/۰۷۳	۰/۱۳۷ <sup>o</sup>	۱	-
۷. پاداش وابستگی	۱۷/۶۷	۲/۵۲۵	-۰/۰۵۵	-۰/۰۹۸	-۰/۰۷۶	-۰/۱۷۲ <sup>oo</sup>	-۰/۱۷۱ <sup>oo</sup>	-۰/۲۲۸ <sup>oo</sup>	۱
۸. پشتکار	۷/۱۸	۱/۵۷۲	-۰/۲۵۵ <sup>oo</sup>	-۰/۱۷۹ <sup>oo</sup>	-۰/۱۴۹ <sup>oo</sup>	-۰/۱۷۱ <sup>oo</sup>	-۰/۳۴۲ <sup>oo</sup>	-۰/۰۳۵	۰/۱۱۷ <sup>o</sup>
۹. خودراهبری	۱۸/۹۵	۳/۴۰۴	-۰/۲۹۰ <sup>oo</sup>	-۰/۲۶۷ <sup>oo</sup>	-۰/۲۳۱ <sup>oo</sup>	-۰/۲۲۰ <sup>oo</sup>	-۰/۴۴۲ <sup>oo</sup>	-۰/۰۵۶	-۰/۰۴۶
۱۰. همکاری	۲۲/۷۸	۳/۵۲۰	-۰/۵۰۱ <sup>oo</sup>	-۰/۳۳۷ <sup>oo</sup>	-۰/۲۲۸ <sup>oo</sup>	-۰/۳۰۷ <sup>oo</sup>	-۰/۳۵۱ <sup>oo</sup>	-۰/۰۱۳	۰/۱۷۷ <sup>oo</sup>
۱۱. خودفراروی	۱۴/۱۷	۲/۱۷۷	-۰/۱۶۳ <sup>oo</sup>	-۰/۰۸۳	-۰/۰۱۳	۰/۰۰۸	-۰/۲۱۸ <sup>oo</sup>	-۰/۱۷۹ <sup>oo</sup>	۰/۲۳۷ <sup>oo</sup>
۱۲. خودکارآمدی	۱۵/۵۹	۷/۰۵۷	-۰/۳۴۸ <sup>oo</sup>	-۰/۱۹۹ <sup>oo</sup>	-۰/۱۲۷ <sup>o</sup>	-۰/۱۲۸ <sup>o</sup>	-۰/۲۵۲ <sup>oo</sup>	۰/۰۳۵	-۰/۰۰۲
۱۳. امیدواری	۱۴/۳۵	۶/۳۸۷	-۰/۳۴۸ <sup>oo</sup>	-۰/۲۰۱ <sup>oo</sup>	-۰/۱۶۰ <sup>oo</sup>	-۰/۱۵۹ <sup>oo</sup>	-۰/۲۴۰ <sup>oo</sup>	-۰/۰۳۲	-۰/۰۴۵
۱۴. تاب آوری	۱۳/۶۹	۶/۵۸۶	-۰/۲۶۴ <sup>oo</sup>	-۰/۱۷۰ <sup>oo</sup>	-۰/۱۲۸ <sup>o</sup>	-۰/۰۸۶	-۰/۰۲۰ <sup>oo</sup>	-۰/۱۲۱ <sup>o</sup>	۰/۰۳۲
۱۵. خوش بینی	۱۵/۷۱	۶/۵۹۳	-۰/۳۷۸ <sup>oo</sup>	-۰/۲۰۵ <sup>oo</sup>	-۰/۱۳۵ <sup>o</sup>	-۰/۱۲۴ <sup>o</sup>	-۰/۲۰۳ <sup>oo</sup>	-۰/۰۰۵	۰/۰۱۵
۱۶. مصرف طول عمر	۳۶/۵۶	۱۰/۲۷	۰/۱۵۴ <sup>oo</sup>	۰/۲۴۲ <sup>oo</sup>	۰/۱۰۱	۰/۲۷۰ <sup>oo</sup>	۰/۱۸۱ <sup>oo</sup>	۰/۲۱۳ <sup>oo</sup>	-۰/۱۴۶ <sup>oo</sup>

ادامه جدول ۴: آماره‌های توصیفی و ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه در نمونه

متغیرها	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵
۸. پشتکار	۱	-	-	-	-	-	-	-
۹. خودراهبری	۰/۴۲۸ <sup>oo</sup>	۱	-	-	-	-	-	-
۱۰. همکاری	۰/۴۶۱ <sup>oo</sup>	۰/۴۲۸ <sup>oo</sup>	۱	-	-	-	-	-
۱۱. خودفراوری	۰/۴۰۰ <sup>oo</sup>	۰/۱۸۳ <sup>oo</sup>	۰/۵۰۴ <sup>oo</sup>	۱	-	-	-	-
۱۲. خودکارآمدی	۰/۳۰۲ <sup>oo</sup>	۰/۳۳۴ <sup>oo</sup>	۰/۴۹۳ <sup>oo</sup>	۰/۲۶۸ <sup>oo</sup>	۱	-	-	-
۱۳. امیدواری	۰/۳۳۵ <sup>oo</sup>	۰/۳۵۷ <sup>oo</sup>	۰/۳۵۹ <sup>oo</sup>	۰/۲۳۴ <sup>oo</sup>	۰/۶۷۹ <sup>oo</sup>	۱	-	-
۱۴. تاب‌آوری	۰/۳۹۳ <sup>oo</sup>	۰/۳۳۳ <sup>oo</sup>	۰/۳۴۱ <sup>oo</sup>	۰/۲۷۷ <sup>oo</sup>	۰/۵۹۷ <sup>oo</sup>	۰/۶۵۰ <sup>oo</sup>	۱	-
۱۵. خوش‌بینی	۰/۳۶۶ <sup>oo</sup>	۰/۳۲۹ <sup>oo</sup>	۰/۵۲۹ <sup>oo</sup>	۰/۳۲۷ <sup>oo</sup>	۰/۶۴۶ <sup>oo</sup>	۰/۶۹۷ <sup>oo</sup>	۰/۶۵۱ <sup>oo</sup>	۱
۱۶. مصرف طول عمر	-۰/۱۶۹ <sup>oo</sup>	-۰/۲۹۳ <sup>oo</sup>	-۰/۱۵۸ <sup>oo</sup>	۰/۰۳۰	-۰/۲۲۷ <sup>oo</sup>	-۰/۱۸۴ <sup>oo</sup>	-۰/۳۰۷ <sup>oo</sup>	-۰/۱۹۰ <sup>oo</sup>

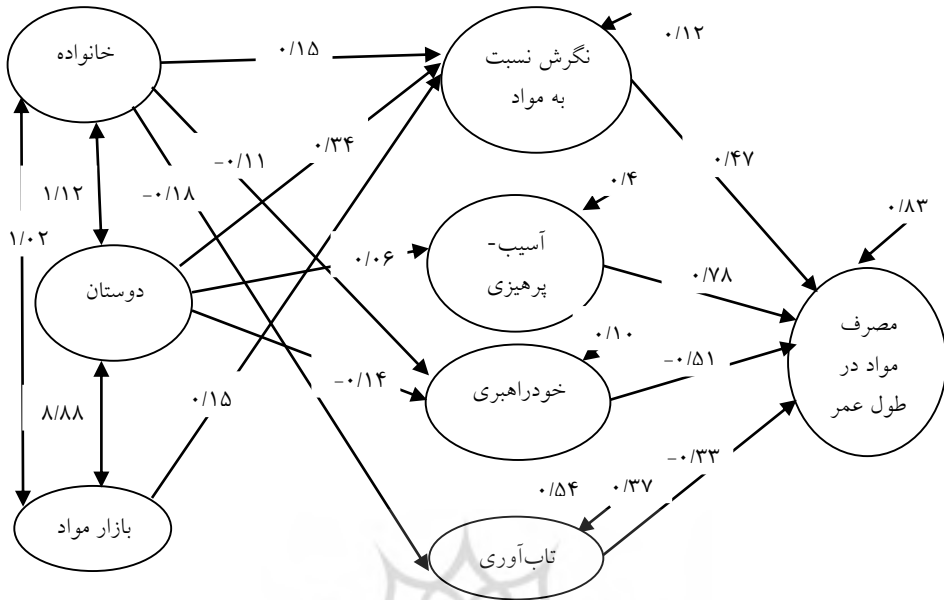
\*P < ۰/۰۵, \*\*P < ۰/۰۱

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود بین مصرف مواد در طول عمر با خانواده آشفته، دوستان منحرف، نگرش مثبت به مواد، نوجویی و آسیب‌پرهیزی رابطه مثبت و بین مصرف مواد در طول عمر با پاداش وابستگی، پشتکار، خودراهبری، همکاری، خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی رابطه منفی وجود دارد. به منظور ارزیابی الگوی پیشنهادی، روابط بین متغیرها با استفاده از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری برآورد شد. نتایج برازش مدل در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: شاخص‌های تکویی برازش مدل ارائه شده

مقادیر	$\chi^2$	درجه آزادی	معناداری	CMIN/DF	RMSEA	NFI	CFI
به دست آمده	۱۹/۴۲۴	۱۳	۰/۱۱۱	۱/۴۹۴	۰/۰۳۹	۰/۹۵۴	۰/۹۸۴
حد قابل پذیرش	-	-	بیشتر از ۰/۰۵	کمتر از ۳	کمتر از ۰/۰۸	بیشتر از ۰/۹۰	بیشتر از ۰/۹۰

با توجه به این مقادیر مندرج در جدول ۵ می‌توان گفت که مدل مفهومی آزمون شده پژوهش از برازش خوبی برخوردار است. در شکل ۲ مدل آزمون شده پژوهش گزارش شده است.



شکل ۲: مدل آزمون شده مصرف مواد در افراد ۱۸ تا ۳۵ ساله

ضرایب اثر مستقیم و غیرمستقیم در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶: ضرایب اثر مستقیم، غیرمستقیم و کلی عوامل در مدل

مسیرها	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کلی
خانواده به نگرش مثبت به مواد	۰/۱۵۵	--	۰/۱۵۵
خانواده به خودراهبری	-۰/۱۱۵	--	-۰/۱۱۵
خانواده به تاب‌آوری	-۰/۱۷۹	--	-۰/۱۷۹
خانواده به مصرف طول عمر	۰/۲۱	۰/۲۱	۰/۴۲
دوستان به نگرش مثبت به مواد	۰/۳۳۸	--	۰/۳۳۸
دوستان به آسیب‌پرهیزی	۰/۰۵۹	--	۰/۰۵۹
دوستان به خودراهبری	-۰/۱۴۳	--	-۰/۱۴۳
دوستان به مصرف طول عمر	۰/۳۰۳	۰/۳۰۳	۰/۶۰۶
بازار مواد به نگرش مثبت به مواد	۰/۱۵۰	--	۰/۱۵۰
بازار مواد به مصرف طول عمر	۰/۰۷۱	۰/۰۷۱	۰/۱۴۲
خودراهبری به تاب‌آوری	۰/۵۴۱	--	۰/۵۴۱
نگرش مثبت به مواد به مصرف طول عمر	۰/۴۷۵	--	۰/۴۷۵
آسیب‌پرهیزی به مصرف طول عمر	۰/۷۸۲	--	۰/۷۸۲
خودراهبری به مصرف طول عمر	-۰/۵۰۷	--	-۰/۵۰۷
تاب‌آوری به مصرف طول عمر	-۰/۳۳۴	--	-۰/۳۳۴

## بحث و نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد با توجه به برآزش خوب مدل ساختاری طراحی شده، این مدل پیش‌بینی کننده خوبی برای مصرف مواد است. نتایج نشان داد که عوامل خانوادگی و عوامل اجتماعی نظیر دوستان و بازار مواد بر مصرف مواد اثر ساختاری غیرمستقیم دارند. همچنین از میان متغیرهای میانجی، بعضی ویژگی‌های شخصیتی آسیب‌زا همچون آسیب‌پذیری و خودراهبری و از بین عامل‌های سرمایه روان‌شناختی، عامل تاب‌آوری و نیز نگرش مثبت به مواد بر مصرف مواد اثر ساختاری مستقیم دارد. در این پژوهش عامل خانواده با میانجی‌گری نگرش مثبت به مواد، خودراهبری و تاب‌آوری بر مصرف مواد اثر ساختاری غیرمستقیم دارد که با نظریه یادگیری اجتماعی بندورا (۲۰۰۱)، یافته‌های فیش و همکاران (۲۰۱۵)، فیاضی و همکاران (۲۰۱۵)، دیدارلو و پورعلی (۲۰۱۶)، کیا و همکاران (۲۰۱۵)، کیلک و همکاران (۲۰۱۵)، سنورمانسی و همکاران (۲۰۱۴)، سانجیز-کویجا و همکاران (۲۰۱۶)، گلانتز و هارتل (۲۰۰۲)، و قنبری زرنندی و همکاران (۱۳۹۵) هماهنگ است. در این پژوهش با افزایش نمره عوامل نابسامان و طردکننده خانوادگی، مصرف مواد نیز افزایش می‌یابد. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت که بنابر گزارش مرکز پیشگیری از مواد<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) عوامل خانوادگی تاثیر به‌سزایی در گرایش جوانان به مصرف مواد دارند که از جمله مهم‌ترین این عوامل می‌توان به نظارت خانوادگی ضعیف، پیوند ضعیف با خانواده، تعارضات خانوادگی و نگرش مثبت والدین به مواد اشاره کرد. فرزندان تحت تاثیر افکار و باورهای خانواده قرار می‌گیرند و نگرش مثبت والدین بدون تردید به فرزندان منتقل خواهد شد. نظریه تعامل خانواده بر پیوند بین کودک و والدین به عنوان مهمترین عامل حفاظت‌کننده می‌نگرد و بر سه جنبه فرزندپروری به عنوان مهمترین شرایط برای تربیت فرزندان سالم تأکید می‌نماید: پیوند عاطفی مثبت و پایدار، تنظیم قوانین و مقررات محکم و انعطاف‌پذیر و خودمختاری روان‌شناختی (لزین<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۴؛ جسر و جسر<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷). پژوهش ریتی و همکاران (۲۰۰۲)؛ و تاکیوشی و همکاران، (۲۰۱۱)

نشان داد بین رفتارهای منفی والدین و خودراهبری پایین در بزرگسالی ارتباط وجود دارد و سطوح پایین خودراهبری با سطوح بالایی از مشکلات رفتاری و اعتیاد به مواد مخدر ارتباط دارد. همچنین رشد و گسترش تاب آوری در نسل جوان در اثر دلبستگی کافی به خانواده امکان پذیر می گردد و برای مقابله با گرایش های مخاطره آمیز ضروری است. بنابراین خانواده می تواند با میانجی گری نگرش نسبت به مواد، خودراهبری و تاب آوری فرزندان به صورت غیر مستقیم بر مصرف مواد اثر ساختاری غیر مستقیم داشته باشد.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر از بین عوامل اجتماعی عامل دوستان با میانجی گری نگرش مثبت به مواد، آسیب پرهیزی و خودراهبری بر مصرف مواد اثر ساختاری غیر مستقیم داشت که با نظریه یادگیری اجتماعی بندورا (۲۰۰۱)، پیوند افتراقی ساترلند (۱۹۷۳)، یافته های پژوهشی هاراکه و همکاران (۲۰۱۲)، گلانتز و هارتل (۲۰۰۲) و قنبری زرنندی و همکاران (۱۳۹۵) هماهنگ است. نتایج پژوهشی نشان می دهد با افزایش تضادهای خانواده، تعامل ولی-فرزند کم می شود و نظارت والدینی کاهش می یابد. بنابراین با کاهش نظارت والدینی، نوجوانان بیشتر از همسالان منحرف<sup>۱</sup> تأثیر می پذیرند و بیشتر احتمال دارد که در مشکلات رفتاری کلی (مثل رفتارهای ضد اجتماعی، رفتار جنسی پرخطر، شکست تحصیلی و سوء مصرف مواد) درگیر شوند (جوادی و همکاران، ۱۳۹۰). اگر نوجوانان و جوانان به سمت دوستان منحرف گرایش پیدا کنند، آسیب های زیادی متوجه آنها خواهد شد، چون دوستان مصرف کننده از یک سو دسترسی پذیری و فرصت مصرف مواد را افزایش می دهند و از سوی دیگر، مواجهه با همسالانی که باورها، نگرش ها و رفتارهای مثبتی در رابطه با مصرف مواد دارند، همانند محیطی مساعد عمل کرده و فرد را به سمت مصرف مواد سوق می دهد. به علاوه «مجاورت مشابهت می آورد». و نباید این باور غلط را بپذیریم که «من دوست مصرف کننده دارم ولی خودم مصرف کننده نمی شوم» (نارنجی ها، ۱۳۹۴). بالاخره فرد بر اساس الگوهای یادگیری اجتماعی، رفتارهای غلط دوستان، اطرافیان و همسالان را یاد گرفته و به کار می برد. آن ها از همدیگر راه های مختلف



پرهیز از آسیب‌های مربوط به اعتیاد را یاد می‌گیرند و در مقابله با مشکلات از روش‌های خودراهبری غلط استفاده می‌کنند.

همچنین از بین عوامل اجتماعی عامل بازار مواد و دسترسی‌پذیری با میانجی‌گری نگرش مثبت به مواد بر مصرف مواد اثر ساختاری غیرمستقیم دارد که با یافته‌های گلانتز و هارتل (۲۰۰۲)، چهارن‌شاهلو و همکاران (۱۳۹۵)، قنبری زرنندی و همکاران (۱۳۹۵) و خلیلی (۱۳۸۶) هماهنگ است. براساس پژوهش خلیلی (۱۳۸۶) بیشترین تجربه مصرف مواد به ترتیب مربوط به سیگار و سپس تریاک بوده است و از آنجا که می‌دانیم میزان دسترسی‌پذیری به سیگار بیشتر و راحت‌تر از مواد دیگر می‌باشد لذا این موضوع می‌تواند تأییدی بر نقش بازار مواد بر مصرف مواد باشد. در توجیه تأثیر محیط اجتماعی نظیر دسترسی آسان به مواد بر افزایش ارتکاب رفتارهای پرخطر در جوانان می‌توان از مدل بوم‌شناسی اجتماعی استفاده کرد. براساس این نظریه، زندگی در محیط‌های اجتماعی نابسامان نه تنها دسترسی به مواد غیرقانونی و به تبع آن مصرف آن‌ها را افزایش می‌دهد، بلکه این محیط‌ها با عوامل و شاخصه‌های نامتعارفی همراه هستند؛ به طور مثال ارتباط با همسالان منحرف، وجود عوامل اجتماعی نابهنجار و مشاهده الگوهای رفتاری نامناسب که گرایش فرد را به سمت رفتارهای پرخطر تسهیل می‌کند.

از میان متغیرهای میانجی مشاهده گردید که نگرش مثبت به مواد اثر ساختاری مستقیم بر مصرف مواد داشته که با یافته‌های بوتوین و گریفن (۲۰۰۴) هماهنگ است. این یافته با نتایج مطالعاتی که نگرش به مواد را مهم‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده مصرف مواد محسوب می‌کند و نشان می‌دهند نوجوانانی که فواید مصرف مواد را بیشتر از پیامدهای منفی آن تصور می‌کنند، در معرض خطر مصرف مواد قرار دارند و بیشتر به مصرف مواد می‌پردازند، هماهنگ است (مرکز پیشگیری از سوءمصرف مواد، ۲۰۰۱؛ کنی، هانسن و مکنیل<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰؛ محمدخانی، ۱۳۸۶). از نظر بوتوین (۲۰۰۰) احتمال مصرف و گرایش به مواد در افرادی که نگرش مثبت یا خنثی به مواد دارند به مراتب بیشتر است. اگر فردی نگرش مثبت به مواد داشت و یا باورهای غلطی مثل «مواد موجب آرامش می‌شود، من

معتاد نمی‌شوم، یک‌بار مصرف اشکال ندارد، ترک اعتیاد آسان است، مواد می‌تواند جایگاه درمانی داشته باشد، سیگار ربطی به اعتیاد ندارد.» (نارنجی‌ها، ۱۳۹۴) را داشت، بیشتر در معرض خطر مصرف خواهد بود.

نتایج نشان داد آسیب‌پرهیزی بالا اثر ساختاری مستقیم بر مصرف مواد دارد که با یافته‌های لونتال و همکاران (۲۰۰۷)، حق‌شناس و همکاران (۱۳۹۶) و ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۹۲) هماهنگ است. بالا بودن اجتناب از آسیب که با ویژگی‌هایی همچون فرار و اجتناب از موقعیت‌های خطرزا، محتاط و منزوی بودن مشخص می‌شود، به عنوان سدی در برابر علائم اعتیاد و تحریک‌پذیری عمل می‌کند. این افراد در اثر استفاده از مواد، عزت نفس کاذب کسب کرده و بدون توجه به پیامدهای رفتاری و موقعیتی آسیب‌زا دست به عمل می‌زنند. پایین بودن ویژگی‌های اجتناب از آسیب همچون اعتماد به نفس در مقابل بلا تکلیفی، منجر به تلاش‌های زیاد با حداقل ناراحتی شخص می‌شود و ضرر این حالت، عدم پاسخ‌دهی به خطر و خوش‌بینی غیرواقعی است و نتایج بالقوه خطر آن در موقعیت‌هایی است که احتمال خطر زیاد بوده و کاملاً در جهت شدت افزایش علائمی مانند تحریک‌پذیری و تکانشوری افراد دارای اعتیاد به مواد مخدر است (زاکرمن<sup>۱</sup>، ۱۹۹۳). در تبیین می‌توان گفت افرادی که در اجتناب از آسیب نمرات بالاتری می‌گیرند، قادر به کنترل خود نبوده و در نتیجه احتمال گرایش به مصرف مواد در آن‌ها بیشتر می‌شود. به علاوه این افراد سبک زندگی «محتاط بودن» را پیش می‌گیرند، یکی از پاسخ‌دهندگان پرسش‌نامه که هم مصرف‌کننده مواد وهم فروشنده بود، می‌گفت: «هشت سال است که مواد مصرف می‌کنم و می‌فروشم، ولی در طول هشت سال حتی یک شب در خانه خودم نخواستیدم.» این نشان‌دهنده محتاط بودن است و فرار و گریزی است برای این که گیر نیفتد. در واقع آسیب‌پرهیزی این افراد جابجا شده است و به جای این که از خطرات واقعی مواد بترسند، از خطرات گیر افتادن به واسطه مواد و یا لو رفتن می‌ترسند.

در این پژوهش خودراهبری پایین اثر ساختاری مستقیم بر مصرف مواد دارد که با یافته‌های اورن و همکاران (۲۰۰۷)، حق‌شناس و همکاران (۱۳۹۶)، ابوالقاسمی و همکاران

(۱۳۹۲) هماهنگ است. در این رابطه می توان گفت که سطوح پایین خودراهبری در این افراد بر اساس رویکردهای عصب‌شناختی نشان‌دهنده مفهوم گریز و بازداری پاسخ است که این مسئله افراد معتاد به مواد مخدر را بیشتر در معرض خطر تکانشوری و مشکلات رفتاری قرار می دهد (بیدرمن<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). سطوح پایینی از خودراهبری با سطوح بالایی از مشکلات رفتاری، تکانشوری، اضطراب/افسردگی، مشکلات توجه، مشکلات رفتاری و رفتارهای خشن در افراد دارای اعتیاد به مواد مخدر ارتباط دارد.

همچنین نتایج نشان داد تاب‌آوری پایین اثر ساختاری مستقیم بر مصرف مواد دارد که با یافته‌های پرستو (۱۳۹۲)، بوکتر و همکاران (۲۰۰۳)، فردیکسون و همکاران (۲۰۰۳) هماهنگ است. در این خصوص می توان گفت که افراد با تاب‌آوری بالا دارای قدرت بیشتری برای کنترل تکانه‌های خود هستند و این زمینه‌گرایش آن‌ها به اعتیاد را کاهش می دهد. افرادی که تاب‌آوری کمی دارند در مواجهه با مشکلات انگیزه خود را از دست می دهند، نسبت به تغییرات زندگی منعطف نیستند و همواره در ترس باقی می ماندند، در نتیجه در شرایط و موقعیت‌های تهدیدآمیز به مصرف مواد گرایش پیدا می کنند. در مواقع بحرانی دچار استرس می شوند و خود را فردی قربانی و ناتوان تصور می کنند و قادر نیستند با استفاده از فنون حل مسئله به راه‌حل‌های امن و مطمئن دست یابند (قبری طلب و فولادچنگ، ۱۳۹۴).

نتایج نشان داد عوامل درون‌فردی/ روان‌شناختی نظیر نگرش مثبت به مواد، آسیب‌پرهیزی بالا، خودراهبری و تاب‌آوری پایین می توانند نقش میانجی در رابطه بین عوامل خانوادگی- اجتماعی و مصرف مواد ایفا نمایند. به عبارت دیگر عوامل فردی/ روان‌شناختی اثرات متغیرهای خانوادگی- اجتماعی را تعدیل می نمایند و باعث می شوند عوامل خانوادگی- اجتماعی به طور غیرمستقیم بر مصرف مواد تأثیر گذار باشند. از جمله محدودیت‌های این پژوهش انجام آن در شهر قم بود که تعمیم یافته‌ها به جامعه‌های دیگر بایستی با احتیاط انجام شود. پیشنهاد می شود که پژوهش‌های مشابهی در

جامعه‌ها و استان‌های متفاوت و بر حسب سن، جنسیت و تحصیلات انجام شود. به علاوه تحقیق روی کسانی که شروع به ترک نکرده‌اند، می‌تواند نتایج مطمئن‌تری به دست دهد. همچنین با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود آموزش‌های لازم در زمینه نحوه ارتباط با فرزندان و ایجاد پیوند عاطفی مثبت و پایدار به عنوان عامل حفاظت‌کننده برای والدین برگزار شود و در زمینه ایجاد نگرش منفی نسبت به مواد و اصلاح نگرش‌ها و باورهای غلط و خنثی، ایجاد خودراهبری و افزایش تاب‌آوری در بین والدین و فرزندان اقدام شود.

### منابع

- ابوالقاسمی، عباس؛ کیامرثی، آذر و مومنی، سوویل (۱۳۹۲). مقایسه سرشت و منش در افراد معتاد به مواد مخدر و غیرمعتاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۷(۲۷)، ۱۳۶-۱۲۵.
- اورکی، محمد؛ مکری، آذرخش و کیایی، سیدمحمد (۱۳۹۲). رابطه ولع مصرف شیشه (متامفتامین)، ویژگی‌های شخصیتی در مددجویان تحت درمان نگهدارنده با متادون. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۴(۱۳)، ۱۸۶-۱۷۷.
- بهادری خسروشاهی، جعفر؛ هاشمی نصرت‌آباد، تورج و باباپور خیرالدین، جلیل (۱۳۹۳). رابطه سرمایه روان‌شناختی با سرمایه اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز. *فصلنامه شناخت اجتماعی*، ۳(۶)، ۵۴-۴۴.
- پرستو، مسلم (۱۳۹۲). *بهبشیاری، تاب‌آوری و وضعیت مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر: سنجش مدل تبیینی نقش متغیرهای واسطه‌ای و مکانیسم‌های تاثیرگذاری*. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشگاه تهران.
- تاج‌الدینی، اورانوس (۱۳۹۶). *آسیب‌شناسی و شناخت نقش سازمان‌های مردم‌نهاد در فرایند صیانت و حمایت اجتماعی از معتادان بهبودیافته، دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر*.
- جوادی، رحم‌خدا؛ آقابخشی، حبیب؛ رفیعی، حسن؛ عسگری، علی؛ بیان‌معمار، احمد و عبدی زرین، سهراب (۱۳۹۰). رابطه کارکرد خانواده و تاب‌آوری در برابر مصرف مواد در دانش‌آموزان پسر دبیرستانی مدارس پرخطر، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ۱۱(۴۱)، ۴۴۴-۴۲۱.

حق شناس، مریم؛ غلامعلی لواسانی، مسعود و فتح آبادی، جلیل (۱۳۹۶). مقایسه سیستم فعال سازی/بازداری رفتاری و ویژگی های سرشت و منش در افراد وابسته به مواد و غیر وابسته،

فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۱۱(۴۱)، ۱۷۲-۱۵۳.

خلیلی، احد (۱۳۸۶). عوامل اعتیاد. ماهنامه نفت پارس، ۱۴(۴۶)، ۴۶ - ۴۲.

شیخی فینی، علی اکبر؛ کاووسیان، جواد و رضانی، ولی اله (۱۳۸۹). عوامل خطر و محافظت کننده گرایش به مصرف مواد در دانشجویان. فصلنامه پژوهش در سلامت روان شناختی، ۳(۳)، ۴۸-۳۷.

قنبری زرنندی، زهرا؛ محمدخانی، شهرام و هاشمی نسب، محسن (۱۳۹۵). مدل ساختاری مصرف مواد در نوجوانان: نقش مستقیم و غیر مستقیم عوامل فردی، روان شناختی، خانوادگی و اجتماعی.

فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۱۰(۳۸)، ۸۷-۱۰۲.

قنبری طلب، محمد و فولاد چنگ، محبوبه (۱۳۹۴). رابطه بین تاب آوری و نشاط ذهنی با استعداد اعتیاد دانشجویان. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۹(۳۴)، ۲۲-۹.

کاوایانی، حسین (۱۳۸۶). نظریه زیستی شخصیت. تهران: مهر کاویان.

محمدخانی، شهرام (۱۳۸۵). مدل ساختاری مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر: ارزیابی اثر آموزش مهارت های زندگی بر عوامل میانجی مصرف مواد. پایان نامه دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

محمدخانی، شهرام (۱۳۸۶). مدل ساختاری مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر: ارزیابی اثر مستقیم و غیر مستقیم عوامل فردی و اجتماعی. فصلنامه پژوهش در سلامت روان شناختی، ۱(۲)، ۵-۱۶.

محمدی، ابوالفضل؛ آقاجانی، میترا و زهتابور، غلام حسین (۱۳۹۰). ارتباط اعتیاد، تاب آوری و مؤلفه های هیجانی. مجله روانپزشکی و روان شناسی بالینی ایران، ۱۷(۶۵)، ۱۴۲-۱۳۶.

محمدی، امین؛ پوقاز، عبدالوهاب و رقیب، مانده سادات (۱۳۹۲). ساخت و اعتباریابی مقیاس علل گرایش به سوء مصرف مواد مخدر در جوانان (مطالعه موردی استان خراسان رضوی). فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۷(۲۶)، ۹۳-۷۳.

نارنجی ها، هومان (۱۳۹۴). ۴۴ باور غلط جوانان درباره اعتیاد. تهران: انتشارات طب و جامعه.

نظری، علی محمد؛ امینی منش، سجاد و شاهینی، علی (۱۳۹۱). ساختار خانواده، نظارت والدینی و همنشینی با همسالان بزهکار در نوجوانان پسر بزهکار و بهنجار. پژوهش در سلامت روان شناختی،

۶(۴)، ۶۸-۶۰.

- Alegría, A. A., Hasin, D. S., Nunes, E. V., Liu, S. M., Davies, C., & Grant, B. F. (2011). Comorbidity of generalized anxiety disorder and substance use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(9), 1187-95.
- Arnau, M., Mondon, S., & Santacreu, J. (2008). Using the temperament and character inventory (TCI) to predict outcome after inpatient detoxification during 100 days of outpatient treatment. *Alcohol and alcoholism: International journal of the Medical Council on Alcoholism*, 43(5), 583-588. DOI: 10.1093/alcalc/agn047.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: A genetic perspective. *Annual review of psychology*, 52(1), 1-26.
- Biederman, J., Petty, C. R., Dolan, C., Hughes, S., Mick, E., Monuteaux, M. C., & Faraone, S. V. (2008). The longitudinal course of oppositional defiant disorder in ADHD boys: Finding from a controlled 10-year prospective longitudinal follow-up study. *Psychological Medicine*, 38(7), 1027-1035.
- Bondy, S. J. (1996). Overview of studies on drinking patterns and consequences. *Addiction*, 91, 1663-1674.
- Botvin, G. J. & Griffin, K. W. (2004). Life Skills Training: Empirical Findings and Future Directions. *The Journal of Primary Prevention*, 25(2), 211-232.
- Botvin, J. G., (2000). Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual- level etiological factors. *Addictive Behavior*, 25, 887-897.
- Buckner, J. C., Mezzacappa, E., & Beardslee, W. R. (2003). Characteristics of resilient youths living in poverty: The role of self-regulatory processes. *Development & Psychopathology*, 15(1), 139-162.
- Cea, N. F., & Barnes, G. E. (2015). The development of Addiction-Prone Personality traits in biological and adoptive families. *Personality and Individual Differences*, 82, 107-113.
- Center for Substance Abuse Prevention. (2001). Science-based Substance Abuse Prevention. Washington, DC: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Genetic Psychiatry*, 44(6), 573-588.
- Cooper, M. L., Russell, M., Skinner, J. B., Frone, M. R., & Mudar, P. (2002). Stress and alcohol use: Moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 139° 152.
- Dermody, S. S., Cheong, J., & Munuck, S. (2013). An evaluation of the stress negative affect model in explaining alcohol use. The role of components of negative affect and coping style. *Substance use & Misuse*, 48, 297-308.

- Dirrr l A & aaaaai R ()))) )Uii vrrriity eeeeeee Vi Rggrr ii gg  
 Reasons for Drug Abuse Among Youths. *International journal of high risk behaviors & addiction*, 5(1), e24778. DOI: 10.5812/ijhrba.24778.
- Evren, C., Evren, B. Yancar, C., & Erkiran, M. (2007). Temperament and Character Model of Personality Profile of Alcohol- and Drug-Dependent Inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 283° 288.
- Fayazi, S., Rokhafroz, D., Gheibizadeh, M., Hakim, A., & Sayadi, N. (2015). Personal, Familial, and Social Factors Contributing to Addiction Relapse, Ahvaz, Iran. *Jentashapir Journal of Health Research*, 6(3). 11-15.
- Fish, J. N., Maier, C. A., & Priest, J. B. (2015). Substance abuse treatment response in a Latino sample: the influence of family conflict. *Journal of substance abuse treatment*, 49, 27-34.
- Franques, P., Auriacombe, M. & Tignol, J. (2000). Addiction and personality. *Encephale*, 26(1), 68-78.
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larkin, G. R. (2003). A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 365-376.
- Glantz, M. D., & Hartel. C. R. (2002). *Drug Abuse: Origins & Interventions*. Washington. D.C. American Psychological Association Washington. D.C.
- Harakeh, Z., & Vollebergh, W. A. (2012). The impact of active and passive peer influence on young adult smoking: An experimental study. *Drug and alcohol dependence*, 121(3), 220-223.
- Jessor, R., & Jessor, S. L. (1997). *Problem behavior and psychosocial development: A Longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Kenney, M. F., Hansen, W. B., McNeal, R. B. (2000). *Comparison of Postulated Mediators of School-Based Substance Use Prevention in Adolescents: A longitudinal Examination*. National Institute on Drug Abuse.
- Killc, U. P. M., & Kabasakal, Z. T. (2015). The Relationship between Family Functioning and Psychological Symptomatology in Married Couples. *The Online Journal of Counseling and Education*, 4(2), 68-80.
- Le Bon, O. L., Basiaux, P., Streel, E., Tecco, J., Hanak, C., Hansenne, M., Dupont, S. (2004). Personality profile and drug of choice; a multivariate aalyii iii gg Cliii ggrr TCI rrr ii iii tt ll lllll lss  
 random population group. *Drug Alcohol Dependence*, 73(2), 175-182.
- Leventhal, A. M., Waters, A. J., Boyd, S., Moolchan, E. T., Heishman, S. J., Lerman, C., & Pickworth, W. B. (2007). Associations between Cloninger's temperament dimensions and acute tobacco withdrawal. *Addictive Behaviors*, 32, 2976° 2989.
- Lezzin, N., Rollerli, L. A. & Taylor, J. (2004). *Parent-child connectedness: implication for research, intervention, and positive impacts on adolescent health*. ERT Associates.

- Reti, I. M., Samuels, J. F., Eaton, W. W., Bienvenu, O. J., Costa, P. T., Nestadt, G. (2002). Influences of parenting on normal personality traits. *Psychiatry Research*, 111, 55-64.
- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Zwich, W. R., Nierenberg, T. D., Liepman, M. R., Binkoff, J. A., & Abrams, D. B. (1989). Irrational beliefs, urges to drinking among alcoholics. *Journal of studies on alcohol*, 50(5), 461-465.
- Sánchez-Queija, I., Oliva, A., Parra, A., & Camacho, C. (2016). Longitudinal Analysis of the Role of Family Functioning in Substance Use. *Journal of Child and Family Studies*, 25(1), 232-240.
- Schiffer. A., Pedersen. S., Broers. H., Widdershoven. J., & Denollet J. (2008). Type-D personality but not depression predicts severity of anxiety in heart failure patients at 1-year follow-up. *Journal of Affect Disorder*, 106(1-2), 73-81.
- rrrrr r ccc ۵ rrrrr r ccc G Glll O & Kkkk R ()))))) )  
Attachment and family functioning in patients with internet addiction. *General hospital psychiatry*, 36(2), 203-207.
- Simons, R. L. & Robertson, J. F. (1989). The impact of parenting factors, deviant peers, and coping style in the etiology of adolescent drug use. *Family Relations*, 38, 273-281.
- Sloan, F. A., Costanzo, P. R., Belsky, D., Holmberg, E., Malone, P. S., Wang, Y., & Kertesz, S. (2011). Heavy drinking in early adulthood and outcomes at midlife. *Journal of Epidemiology Community Health*, 65, 600° 605.
- Takeuchi, M. S., Miyaoka, H., Suzuki, M., Tomoda, A., Yokoo, A. I., Tsutsumida, R., Kitamura, T., (2011). The relationship of temperament and character dimensions to perceived parenting styles in childhood: A study of a Japanese university student population. *The Open Family Studies Journal*, 4, 9-14.
- Taylor, S. E., Way, B. M., & Seeman, T. E., (2011). Early adversity and adult health outcomes. *Development and Psychopathology*, 23, 939-954.
- Zuckerman, M. (1993). P-impulsive sensation seeking and it's behavioral, psychophysiological and biochemical correlates. *Neuropsychobiology*, 28, 30-36. DOI: 10.1159/000118996.