

**Developing a model for Women Returning to drug use based on family functioning and family emotional climate mediated by social health in rehabilitated women in Mashhad City**Ensiyeh Babaie¹ | Hodeys Rabbani² | Khosro Rashid³ | Fazlollah Hasanvand⁴

DOR: 20.1001.1.26454955.1402.18.65.5.5

Abstract

The aim of this study was to develop a model of Women Returning to drug use based on family functioning and family emotional climate by mediating role of social health in the rehabilitated women addicted to drug. The research method was descriptive-correlational. The statistical population consisted of 430 women with a history of substance abuse in the rehabilitation camp of new life in Mashhad, from which a sample of 204 people was selected based on the convenient method. Research tools included the Fadardi, Ziaee and Barerfan (2008) Substance use Scale, Epstein, Baldwin & Bishab (1983) family functioning, Hillburn (1964) family emotional climate and Keys' (1998) social health. The statistical analysis was done in the descriptive part based on frequency percentage and average calculation with SPSS24 software and in the inferential part based on structural equation model in AMOS. The reliability of the mentioned four questionnaires was calculated according to Cronbach's alpha coefficient equal to 0.91, 0.90, 0.87 and 0.77 respectively. The findings showed that social health has a positive mediating role in the relationship between the two variables of family functioning and family emotional climate with the tendency to use drugs again. As a result, due to the influence of social health on the functioning of the family and the family emotional climate, with the influence of social health on the ability of people to avoid the tendency to use drugs again, it should be taken into consideration in educational and therapeutic programs in both the educational system and the treatment system.

Keywords: Family functioning, family emotional climate, Social health, Women Returning to drug use.

Research Paper

Received:
07 January 2023Rivise:
26 June 2023Accepted:
08 October 2023Publication:
11 October 2023

P.P: 185-204

ISSN: 2645-4955
E-ISSN: 2645-5269

1. Corresponding author: Assistant Professor, Department of Educational Sciences and Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran. E_babaei@pnu.ac.ir
2. Senior Expert, Department of Educational Sciences and Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran.
3. Associate Professor, Educational Psychology, Faculty of Education and Psychology, Mazandaran University, Babolsar, Iran.
4. PhD student, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

Cite this Paper: Babaie' A; Rabbani' H , Rashid' K & Hasanvand' F. Developing a model for Women Returning to drug use based on family functioning and family emotional climate mediated by social health in rehabilitated women in Mashhad City; The Women and Families Cultural-Educational, 65(4), 185-204.

Publisher: Imam Hussein University

© Authors



This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).



۶۵

سال هجدهم
زمستان ۱۴۰۲

مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۱۷

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۴/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۷/۱۶

تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۷/۱۹

صص: ۱۸۵-۲۰۶

شاپا چاپی: ۲۶۴۵-۴۹۵۵

الکترونیکی: ۲۶۴۵-۵۲۶۹



فصلنامه علمی فرهنگی تربیتی زنان و خانواده

الگویابی گرایش به مصرف مواد پس از ترک بر اساس عملکرد خانواده و جو عاطفی خانواده با میانجی‌گری سلامت اجتماعی در زنان بازپروری شده شهر مشهد

انسبیه بابایی^۱ | حدیث ربانی^۲ | خسرو رشید^۳ | فضل‌اله حسنونند^۴

چکیده

این پژوهش با هدف الگویابی پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد پس از ترک بر اساس عملکرد خانواده و جو عاطفی خانواده با توجه به نقش میانجی سلامت اجتماعی در جامعه زنان معتاد به مواد مخدر به انجام رسید. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری مشتمل بر ۴۳۰ زن با سابقه سوء مصرف مواد در بین کمپ‌های ترک اعتیاد شهر مشهد بود. از میان آنان نمونه‌ای برابر با ۲۰۴ نفر بر اساس روش در دسترس انتخاب شد. ابزار پژوهش شامل مقیاس گرایش به مواد پس از ترک فدردی و همکاران (۲۰۰۸)، عملکرد خانواده اپستین، بالدوین و بیشاب (۱۹۸۳)، جو عاطفی هیل‌برن (۱۹۶۴) و سلامت اجتماعی کیزی (۱۹۹۸) بود. تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها در بخش توصیفی بر اساس درصد فراوانی و محاسبه میانگین و در بخش استنباطی بر اساس مدل معادلات ساختاری در نرم‌افزار AMOS انجام شد. پایایی چهار پرسشنامه یادشده بر اساس ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۹۰، ۰/۸۷ و ۰/۷۷ محاسبه شد. یافته‌ها نشان داد که سلامت اجتماعی به صورت مثبت دارای نقشی میانجی‌گرانه در رابطه دو متغیر عملکرد خانواده و جو عاطفی خانواده با گرایش به مصرف دوباره مواد است. در نتیجه، به سبب قدرت اثرگذاری سلامت اجتماعی عملکرد خانواده و جو عاطفی خانواده با میانجی‌گری سلامت اجتماعی بر توانمندی افراد در خودداری از گرایش به مصرف دوباره مواد مخدر، هم در نظام آموزشی و هم در سیستم درمانی باید در برنامه‌های آموزشی - درمانی مورد توجه قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: عملکرد خانواده، جو عاطفی خانواده، سلامت اجتماعی، گرایش به مصرف مواد، عود در اعتیاد.

۱. نویسنده مسئول: استادیار، گروه علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

E_babaei@pnu.ac.ir

۲. کارشناس ارشد، گروه علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۳. دانشیار، روانشناسی تربیتی، دانشکده تربیتی و روانشناسی، دانشگاه مازندران، بابلسر، ایران.

۴. دانشجوی دکتری، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

استناد: بابایی، انسبیه؛ ربانی، حدیث؛ خسرو، رشید؛ فضل‌اله، رشید. الگویابی گرایش به مصرف مواد پس از ترک بر اساس عملکرد خانواده و جو عاطفی خانواده با میانجی‌گری سلامت اجتماعی در زنان بازپروری شده شهر مشهد. (۴)۶۵، ۱۸۵-۲۰۶.

DOR: 20.1001.1.26454955.1402.18.65.5.5

© نویسندگان

ناشر: دانشگاه جامع امام حسین (ع)



این مقاله تحت لیسانس آفرینندگی مردمی (Creative Commons License- CC BY) در دسترس شما قرار گرفته است.

مقدمه

در جهان صنعتی امروز، مصرف مواد مخدر یکی از پدیده‌های چندبعدی غم‌انگیز است که ابعاد روانی و اجتماعی زندگی انسان را تهدید می‌کند (خسروانی، محسنی و صبوری، ۱۳۹۷). بر اساس گزارش مراکز جهانی بیش از ۳۵ میلیون نفر در سراسر جهان گرفتار مصرف مواد مخدر هستند و در سال ۲۰۲۰ با افزایش بسیار به ۲۷۵ میلیون (هانسفورد^۱، ۲۰۲۱). اعتیاد، مصرف مداوم و فراینده یک ماده است که محرومیت از آن باعث ظهور نشانه‌هایی همچون عصبانیت و میل غیرقابل مهار برای استفاده دوباره می‌گردد که به تباهی روانی و جسمی فرد منجر می‌شود (سادوک^۲ و همکاران، ۲۰۱۵). سازمان بهداشت جهانی به کارگیری عبارت وابستگی دارویی را جایگزین اصطلاح اعتیاد کرده است که وابستگی به موادی همچون، مواد مخدر را در بر می‌گیرد. اعتیاد به معنای جایگزینی نامطلوب یک ماده مخدر بیرونی (شیمیایی، گیاهی، مواد افیونی طبیعی) در بدن یک فرد وابسته است (دژاکام، ۱۳۹۸). مطابق با پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۳، مهم‌ترین جنبه انواع مختلف سوءمصرف مواد شامل نشانه‌ها و علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیک است که در آن، فرد با وجود مشکلات متعدد به مصرف مواد ادامه می‌دهد (گنجی، ۱۳۹۹). آن چه جای مطالعه و بررسی علمی دارد این است که با وجود تلاش بسیار افراد درگیر در مصرف مواد مخدر و با وجود توسعه بسیار روش‌های درمانی، پزشکی و حمایت توانبخشی، میزان بازگشت دوباره به مصرف مواد مخدر در این افراد همچنان بسیار بالاست (وانگ^۴ و همکاران، ۲۰۱۸). گرایش به مصرف مجدد به امکان و تمایل به رفتار مصرف اشاره دارد؛ که هرچه بالاتر باشد، احتمال بروز رفتار عود بیشتر است (ژنگ و وی^۵، ۲۰۲۱). بر اساس گزارش‌ها، میزان بازگشت دوباره در یک سال در افراد معتاد دارای قصد ترک ۴۰ تا ۶۰ درصد است، ولی در برخی کشورها به بیشتر از این مقدار نیز می‌رسد (چن و همکاران^۶، ۲۰۱۹). میزان بازگشت یا گرایش دوباره به مصرف مواد، نه تنها ناشی از وابستگی فیزیکی، بلکه در

1. Hansford, B
2. Sadock, B.J
3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders- IV
4. Wang T
5. Zeng X, & Wei B
6. Chen, T

خلاص شدن از وابستگی روانی نیز مشکل دارند (پیلدریس، کولومووا^۱، ۲۰۱۹). آمار موجود نشانگر رشد فزاینده تقاضا برای مواد مخدر دارد و در سال ۲۰۰۶ میلادی تعداد مصرف کنندگان مواد مخدر و روانگردان‌ها در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال جهان معادل ۲۰۸ میلیون نفر بوده و در سال ۲۰۲۰ میلادی با افزایش ۳۲ درصدی، به ۲۷۵ میلیون نفر رسیده است و پیش‌بینی‌ها حکایت از آن دارد که در سال ۲۰۳۰ میلادی، آمار مصرف کنندگان مواد مخدر و روانگردان‌ها در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال جهان به ۲۹۹ میلیون نفر افزایش خواهد یافت، اما شوربختانه باید گفت که اعتیاد زنان نیز در این میان رو به فزونی نهاده است (صرامی، ۱۴۰۰). بر اساس گزارش‌های آماری سازمان بهزیستی در سال‌های اخیر ۲ تا ۶ درصد از مراجعه کنندگان به مراکز درمانی معتادان را زنان تشکیل می‌دهند. ایران نیز از این روند روزافزون مستثنی نبوده است و حدود ۴ میلیون نفر مصرف کننده مستمر و غیرمستمر مواد مخدر وجود دارد که تعداد موارد مستمر مواد ۲ میلیون و ۸۰۰ هزار نفر است و در صورت محاسبه این جمعیت با بعد خانوار، حدود ۱۱ میلیون ایرانی به طور مستقیم درگیر پدیده مخرب مواد مخدر هستند و زنان نیز در این میان جایگاه مشهودی دارند (حاجیها و همکاران، ۱۳۹۹). در این میان، زنان با توجه به نقش‌های اساسی خود در هر جامعه، در صورت گرایش به سوی اعتیاد زمینه ساز مشکلات بسیاری می‌شوند که می‌تواند آثار گرایش زنان به عنوان یکی از ستون‌های هر جامعه به سوی اعتیاد زمینه‌ساز مشکلات بسیاری است که آثار ناخوشایندی بر زندگی خانواده و تربیت فرزندان بر جای می‌ماند، زیرا نیمی از جمعیت هر جامعه‌ای را زنان تشکیل می‌دهند و سلامتی جسمی و فکری و ثبات روحی زنان می‌تواند در سلامت روان و روح فرزندان، همسران و جامعه نقش مهمی ایفا کند (سلیمانی، ۱۳۹۷). ظهور مواد مخدر جدید همچون روان‌گردان‌ها و عدم آگاهی‌رسانی جامعه زنان را با تهدید روبه‌رو ساخته (قربانی و ابراهیمی، ۱۳۹۵) و گرایش به مصرف مواد و بازگشت مجدد پس از فروکش در میان زنان افزایش یافته است (مولایی و هاشمی، ۱۳۹۶). سوءمصرف یا گرایش مجدد پس از فروکش مصرف از مهم‌ترین مسائلی است که سلامت و بهبودی جامعه زنان را تهدید می‌دهد (ایسمن^۲، ۲۰۱۷). برچسب اجتماعی زن معتاد با تسری به کل خانواده (ون‌هوت^۳ و همکاران، ۲۰۲۰) سبب از

1. Pedersen, M
2. Eiseman, S
3. VanHout, M. C

بین رفتن شبکه‌های ارتباطی درون خانواده می‌شود (عبدالکادر و همکاران^۱، ۲۰۲۰). زنان دارای مبتلاء به اختلال سوء مصرف مواد در مقایسه با مردان بیشتر از سوی جامعه طرد می‌شوند (العفیفی^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). بر این اساس، شناسایی بسترهای زمینه‌ساز این عود و گرایش دوباره به مصرف مواد در زنان از اهمیت بالایی برخوردار است و بررسی عوامل زمینه‌ساز روان‌شناختی، خانوادگی و اجتماعی در آمادگی به اعتیاد زنان و جوانان مهم است (کانتو^۳ و همکاران، ۲۰۲۰). در این میان، خانواده به‌عنوان یکی از بسترهای اساسی رشد فردی می‌تواند اثرات غیرقابل اجتنابی بر گرایش یا بازداری از مصرف مواد مخدر داشته باشد. خانواده کوچک‌ترین واحد در گروه‌های اجتماعی پیرامون فرد است که بر شکل‌گیری شخصیت، ارزش‌ها و امور اجتماعی وی اثرگذار است (زنگ^۴ و همکاران، ۲۰۲۱). عملکرد خانواده افراد، مجموعه‌ای است از چگونگی تعامل، چگونگی تصمیم‌گیری‌ها، روابط اعضای خانواده، حل مشکلات اعضای خانواده و حفظ روابط مربوط می‌شود. در واقع آنچه در قلب یک خانواده اتفاق می‌افتد و کیفیت عملکرد آن می‌تواند بنیاد مهمی در تکوین و تقلیل خطرات فعلی و آتی مرتبط با رویدادهای ناگوار و شرایط نامناسب و انعطاف‌پذیری باشد. لذا خانواده کانون ظهور روابط صمیمانه و عواطف انسانی میان افراد است (قره درویشلو، قمری کیوی، شیخ الاسلامی، ۱۳۹۷). عملکرد خانواده عاملی است که می‌تواند بسیاری از بروندهای زندگی افراد را تحت تأثیر قرار دهد و به فراهم شدن منابع مختلف از سوی اعضای خانواده برای کمک به همدیگر در تکمیل وظایف خود اشاره دارد (پدرسون^۵ و همکاران، ۲۰۱۹). عملکرد خانواده فصل‌میز خانواده‌های دارای سلامت روانی و خانواده‌های پرتنش و آشفته است (دونوفریو و امری^۶، ۲۰۱۹). نظریه سیستم خانواده اشاره می‌کند که به‌عنوان یک کلیت پویا، تعاملات مستقیم و غیرمستقیمی میان زیرسیستم‌های مختلف خانواده وجود دارد (مانند زن و شوهر، والد - فرزند و خواهر - برادر) که تعامل میان این زیرسیستم‌ها در شکل‌گیری رفتارهای مختلف بسیار اثرگذار است (یووی^۷ و همکاران، ۲۰۲۲). براساس مطالعات مشخص شده است که نهاد خانواده یک عامل محافظتی مهم در برابر رفتارهای پرخطر، از جمله گرایش به مواد

1. AbdElkader, M. R
2. Al-Afifi, M
3. Cantu, R
4. Zeng, X
5. Pedersen, M
6. D'Onofrio, B, & Emery, R
7. Yuwe, X

مخدر است (جیا^۱ و همکاران، ۲۰۲۲؛ حاجیها و همکاران، ۱۴۰۰ و هزاریان و همکاران، ۱۴۰۰) و در صورت مطلوب نبودن سطح این نهاد اساسی، زمینه بروز رفتارهای مشکل‌زا ایجاد می‌شود. اولتین^۲ و همکاران (۲۰۲۰) عملکرد خانواده افراد را عاملی کلیدی در تداوم و عود اعتیاد دانسته‌اند. در نظریه یادگیری اجتماعی و نظریه تحلیل ارتباط محاوره‌ای نیز بر عملکرد خانواده به‌عنوان عاملی اثرگذار در ایجاد رفتارهای مطلوب تأکید شده است. عملکرد کارآمد خانواده دارای نقشی مهم در سلامت جسمی، عاطفی و اجتماعی افراد است و درک آن متضمن توجه به شش بعد عملکرد خانواده، یعنی حل مسئله، ارتباط، نقش‌ها، پاسخگویی، مشارکت مؤثر و کنترل رفتار است (جعفری^۳، ۲۰۱۸). بررسی‌های نیکدل و همکاران (۱۳۹۹) نشان داده است جو عاطفی خانواده جو عاطفی خانواده به‌عنوان دیگر متغیر مورد مطالعه در این پژوهش بر این ادعا تأکید دارد که این عامل مناسب‌ترین معیار و ملاک سنجش کیفیت روابط اجتماعی و وضعیت روانی افراد در فضای خانواده است (نیکدل، بختیارپور و همکاران، ۱۳۹۹)، به‌طوری که هرگاه جو عاطفی خانواده امن باشد، اعضای خانواده در مقابل رفتارهای پرخطر مانند اعتیاد و اکسینه خواهند شد. جو عاطفی خانواده چگونگی درگیری اعضای خانواده در کارهای یکدیگر، رقابت و همکاری آن‌ها را نشان می‌دهد و در سلامت روانی و رفتاری همه اعضا بخصوص زنان و شکل‌گیری نگرش‌ها و باورهای ناسالم مانند گرایش به مواد مخدر اثرگذار است (علیزاده و دهقان‌نیری، ۱۳۹۵). بی‌توجهی به جو عاطفی خانواده می‌تواند زمینه انحراف اعضای خانواده و افزایش آسیب‌های رفتاری از قبیل اعتیاد، خشونت، پرخاشگری و مشکلات دیگر را موجب گردد (ریاردون^۴ و همکاران، ۲۰۱۷) و سلامت روان اعضای خانواده را تحت تأثیر قرار دهد (پیرسون و رازین - سالتر^۵، ۲۰۱۸). همچنین، الگوی ارتباط والدین - فرزند، سنگ بنای ایجاد جو عاطفی مثبت در خانواده است که پایه‌ای برای بسط جنبه‌های شخصیتی، احساسی، نگرشی و عاداتی اعضای خانواده فراهم می‌آورد. استاد رحیمی و فتحی (۱۴۰۰) بر تاثیر الگوهای ارتباطی خانواده بر گرایش به اعتیاد تأکید داشته است. عبدالهی و دارابی (۱۳۹۹) شرایط خانوادگی را یکی از عوامل اساسی در گرایش به مصرف مواد مخدر

1. Xia, Gong, Wang, Li, Mao

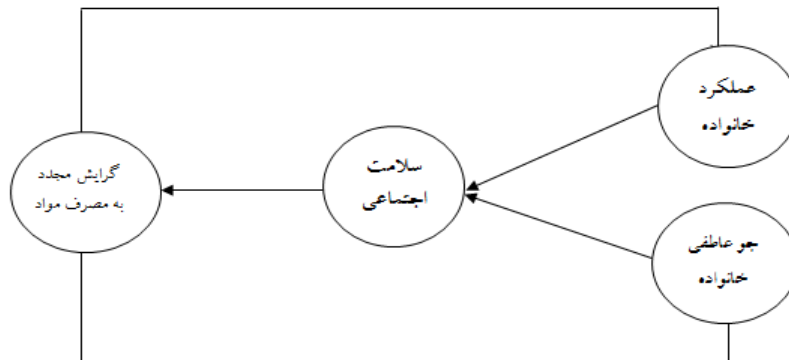
2. Oltean, I. I

3. Jafari, N. M

4. Reardon, T

5. Persson, P

دانسته‌اند. همچنین قانعی حقیقت (۱۳۹۸) نیز نشان داد که جو عاطفی خانواده بر گرایش به مواد اثرگذار است.



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش: گرایش به مصرف مواد پس از ترک بر اساس عملکرد خانواده و جو عاطفی خانواده با میانجی‌گری سلامت اجتماعی در زنان

بر اساس آن چه درباره اثرات عوامل خانوادگی بر گرایش به مصرف مواد گفته شد، لزوم شناسایی عوامل میانجی که بتواند به نوعی تقویت‌کننده پیامدهای مثبت خانواده بر کاهش گرایش به مواد باشد، شایسته تحقیق است و از این رو، در این پژوهش بر نقش سلامت اجتماعی تأکید شد (شکل ۱). سلامت اجتماعی یکی از سطوح سلامت کلی فرد است (نوروززاده و علی محمدزاده، ۱۴۰۰) که به معنای توانایی انجام مؤثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی، شناخت و ارزیابی فرد از چگونگی عملکرد خود در جامعه و سطح مطلوب روابطش با افراد پیرامون است (درویش‌پور و جوادی، ۱۳۹۷). سلامت اجتماعی در منابع مختلف به‌عنوان بُعدی از سلامت فرد در کنار سلامت روانی و جسمی یا تعیین‌کننده اجتماعی سلامت یا زیربنای جامعه سالم تعریف شده است (زمان‌خانی و همکاران، ۱۳۹۵). همچنین، سلامت اجتماعی به‌عنوان کُنش متقابل و هماهنگی بین هر فرد با دیگر اعضای جامعه و اطرافیان تلقی شده است. لارسن (۱۹۹۶) معتقد است که سلامت اجتماعی فرد حاکی از کیفیت ارتباطاتش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضویت دارند، می‌باشد و بر این عقیده است که مقیاس سلامت اجتماعی قسمتی از سلامت فرد را ارزیابی می‌کند و دربردارنده آن دسته از پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) می‌باشد

که نشان دهنده رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعی اش می باشد. شاکری و دبیری (۱۳۹۷) نشان داده‌اند که افراد وابسته به مواد از سطوح کمتر سلامت اجتماعی (شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی) برخوردار هستند. روی هم رفته، به سبب این که زنان در نهاد خانواده عنصری اساسی به شمار می‌روند، فقدان سلامت اجتماعی آنان می‌تواند چارچوب کلی زندگی خانواده را در هم شکند و گرایش به مواد مخدر یکی از عوامل تخدیر این ویژگی اساسی در زندگی اجتماعی است (افشانی، شیری محمدآباد، ۱۳۹۹).

با توجه به آن چه گفته شد، اگر چه اعتیاد در هر قشری از اعضای جامعه بسیار دردناک است، اما اعتیاد زنان به دلیل اهمیت نقش همسری و مادری آنان ناگوارتر و تأثیرات منفی آن بس شدیدتر است (هاشم‌زهی و همکاران، ۱۳۹۷)، زیرا موجب شکل‌گیری آسیب‌های اجتماعی و ناهنجاری‌های رفتاری می‌شود و به همین جهت، پیشگیری و مداخله در سلامت آنان از طریق شناخت گسترده برای اقدامات اساسی ضروری است (باقری ژیان و خوجه‌یف، ۱۴۰۰). اگر چه آمار موجود نشانگر رشد فزاینده تقاضا برای مواد مخدر دارد و در سال ۲۰۰۶ میلادی تعداد مصرف‌کنندگان مواد مخدر و روانگردان‌ها در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال جهان معادل ۲۰۸ میلیون نفر بوده و در سال ۲۰۲۰ میلادی با افزایش ۳۲ درصدی، به ۲۷۵ میلیون نفر رسیده است و پیش‌بینی‌ها حکایت از آن دارد که در سال ۲۰۳۰ میلادی، آمار مصرف‌کنندگان مواد مخدر و روانگردان‌ها در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال جهان به ۲۹۹ میلیون نفر افزایش خواهد یافت، اما شوربختانه باید گفت که اعتیاد زنان نیز در این میان رو به فزونی نهاده است (صرامی، ۱۴۰۰). بر اساس گزارش‌های آماری سازمان بهزیستی در سال‌های اخیر ۲ تا ۶ درصد از مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی معتادان را زنان تشکیل می‌دهند. ایران نیز از این روند روزافزون مستثنی نبوده است و حدود ۴ میلیون نفر مصرف‌کننده مستمر و غیرمستمر مواد مخدر وجود دارد که تعداد موارد مستمر مواد ۲ میلیون و ۸۰۰ هزار نفر است و در صورت محاسبه این جمعیت با بعد خانوار، حدود ۱۱ میلیون ایرانی به‌طور مستقیم درگیر پدیده مخرب مواد مخدر هستند و زنان نیز در این میان جایگاه مشهودی دارند (حاجیها و همکاران، ۱۳۹۹). لذا با توجه به اهمیت موضوع مطرح شده، این پژوهش در صدد یافتن پاسخی برای این سوال است که آیا عملکرد و جو عاطفی خانواده با نقش

میانجی‌گری سلامت اجتماعی با گرایش به مصرف مواد در بین زنان بازپروری شده از اعتیاد رابطه دارد؟ فرضیه‌های زیر در راستای رسیدن به اهداف این پژوهش مطرح گردید.

- سلامت اجتماعی نقش میانجی در رابطه عملکرد خانواده و گرایش مجدد به مصرف مواد در زنان معتاد بازپروری شده مواد دارد.

- سلامت اجتماعی نقش میانجی در رابطه جو عاطفی خانواده و گرایش مجدد به مصرف مواد در زنان معتاد بازپروری شده مواد دارد.

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری مشتمل بر زنان دارای سابقه سوء مصرف مواد مخدر بازپروری شده در بازه سنی ۲۵ تا ۴۹ سال در مراکز بازپروری شده کمپ ترک اعتیاد "زندگی دوباره" بهزیستی شهر مشهد بود که حجم آن برابر با ۴۳۰ نفر بود. قابل ذکر است که در شهر مشهد ۳ مرکز بازپروری زنان وجود دارد. برای انجام تحقیق براساس جدول کریسی - مورگان، نمونه‌ای برابر با ۲۰۴ نفر بر اساس روش دردسترس انتخاب شد. ملاک ورود شامل بودن سن در بازه سنی ۲۵ تا ۴۹ سال، و نداشتن نشانه‌های شدید اختلالات روانی بر اساس پرونده پزشکی آنان بود. به منظور تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آماری توصیفی و تحلیل معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار آموس^۱ بهره گرفته شد. ابزار گردآوری داده‌ها مشتمل بر موارد زیر بود:

سنجش وسوسه مصرف مواد پس از ترک صالحی فدردی و همکاران (۱۳۸۹)

این ابزار از ۲۰ گویه تشکیل شده است که افکار مربوط به مواد و وسوسه مصرف را می‌سنجد. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت شش‌بخشی طراحی شده است. پایایی این ابزار به میزان ۰/۹۴ بر حسب آلفای کرونباخ گزارش شد و روایی آن بر اساس روش همگرا و همبستگی منفی با عواطف مثبت تأیید گردید (فدردی و همکاران، ۱۳۹۲). پایایی این پرسشنامه در این پژوهش براساس ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۱ بود.

مقیاس عملکرد خانواده^۱ اپستین^۲ و همکاران (۱۹۸۳) (FAD)

این ابزار مشتمل بر ۱۲ گویه است که بر مبنای مدل عملکرد خانواده مک مستر توسط اپستین، بالدوین و بیشاب طراحی شد که ویژگی‌های زیربنایی خانواده را مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت پنج‌بخشی طراحی شد. یوسفی (۱۳۹۱) پایایی این ابزار را بر اساس ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۳ گزارش کرد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر بر اساس ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۰ به دست آمد.

پرسشنامه جو عاطفی خانواده هیل برن^۳ (HFEAQ)

این ابزار شامل دو خرده مقیاس (رابطه پدر-فرزندی و مادر-فرزندی) و هشت بعد نوازش، محبت، تجربه‌های مشترک، تأیید کردن، هدیه دادن، تشویق کردن، اعتماد، احساس امنیت بود. روش نمره‌گذاری بر اساس طیف لیکرت پنج‌بخشی است. در پژوهش عسگری و همکاران (۱۳۹۰) همسانی درونی مقیاس جو عاطفی خانواده از روش آلفای کرونباخ، تنصیف و گاتمن به ترتیب برابر با ۰/۸۵، ۰/۷۷ و ۰/۷۷ به دست آمد و روایی آن تأیید شد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر بر اساس ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ به دست آمد.

پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز^۴ (۱۹۹۸) (KSHQ)

این ابزار دارای ۲۵ گویه است که بر اساس طیف لیکرت پنج‌بخشی طراحی شد و مشتمل بر پنج بعد انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی است. پایایی این ابزار در پژوهش حاضر بر اساس ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ محاسبه شد. در ایران، جوشن لو و همکاران (۱۳۸۵) اعتبار این پرسش‌نامه را با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی تأیید نمود. فارسی‌نژاد (۱۳۸۵) پرسش‌نامه مذکور را با استفاده از تحلیل عاملی هنجاریابی نمود و پایایی ابعاد یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و چسبندگی اجتماعی را به ترتیب برابر با ۰/۷۱، ۰/۷۴، ۰/۷۴، ۰/۷۰، ۰/۷۷ محاسبه کرد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر بر اساس ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۷ به دست آمد.

1. Family Assessment Device (FAD)

2. Epstein, N

3. Hilburn Family's Emotional Atmosphere Questionnaire (HFEAQ)

4. Keyes Social Health Questionnaire (KSHQ)

یافته‌ها

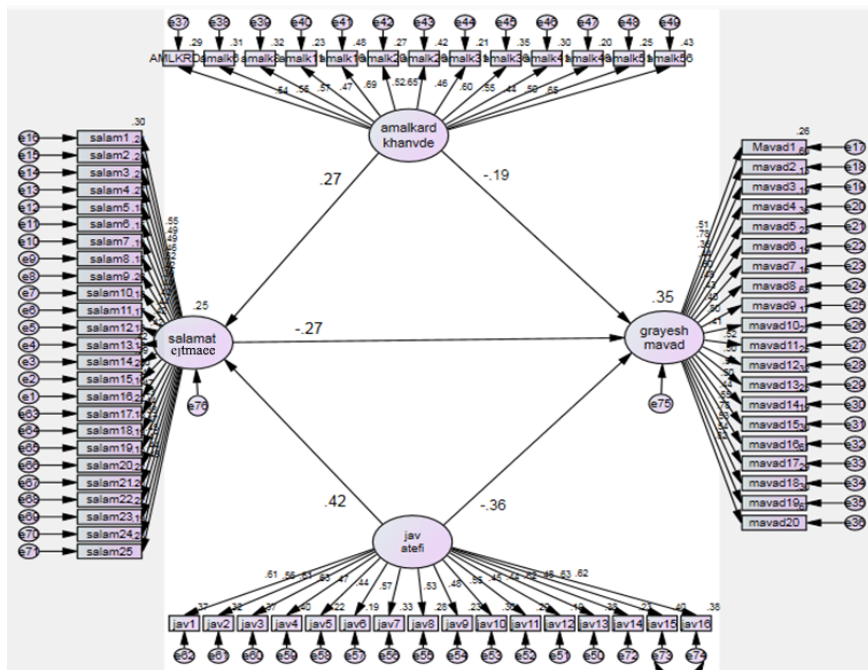
جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش

متغیر	دامنه	فراوانی	درصد فراوانی
سن	زیر ۳۲ سال	۴۷ نفر	۲۳ درصد
	۳۲ تا ۳۸ سال	۷۸ نفر	۳۸/۲ درصد
	۳۹ تا ۴۵ سال	۶۲ نفر	۳۰/۴ درصد
	بالاتر از ۴۵ سال	۱۷ نفر	۸/۴ درصد
تحصیلات	بیسواد	۴۰ نفر	۱۹/۶ درصد
	ابتدایی	۷۵ نفر	۳۶/۷ درصد
	سیکل	۶۵ نفر	۳۱/۹ درصد
	دیپلم	۲۱ نفر	۱۰/۳ درصد
وضعیت ازدواج	دانشگاهی	۳ نفر	۱/۵ درصد
	متاهل	۱۱۶ نفر	۵۶/۹ درصد
	مطلقه	۸۸ نفر	۴۳/۱ درصد

بر اساس جدول (۱)، یافته‌های توصیفی نشان داد که از نظر سن، ۴۷ نفر زیر ۳۲ سال (۲۳ درصد)، ۷۸ نفر از ۳۲ تا ۳۸ سال (۳۸/۲ درصد)، ۶۲ نفر از ۳۹ تا ۴۵ سال (۳۰/۴ درصد) و ۱۷ نفر بالاتر از ۴۵ سال (۸/۴ درصد) بود. در ارتباط با سطح تحصیلات، ۴۰ نفر از افراد نمونه (۱۹/۶ درصد) بیسواد، ۷۵ نفر در سطح ابتدایی (۳۶/۸ درصد)، ۶۵ نفر در سطح سیکل (۳۱/۹ درصد)، ۲۱ نفر در سطح دیپلم (۱۰/۳ درصد) و ۳ نفر در سطح تحصیلات دانشگاهی (۱/۵ درصد) و بر اساس وضعیت ازدواج، ۸۸ نفر مطلقه (۴۳/۱ درصد) و ۱۱۶ نفر دارای زندگی زناشویی متاهلی بودند (۵۶/۹ درصد). میانگین متغیرهای گرایش به مصرف دوباره مواد، عملکرد خانواده، جو عاطفی خانواده و سلامت اجتماعی به ترتیب برابر با ۳۸/۸۱، ۳۱/۸۸، ۴۹/۰۱ و ۷۶/۶۹ به دست آمد که انحراف استاندارد آنها به ترتیب برابر با ۱۰/۸۰، ۷/۷۱، ۱۱/۶۲ و ۹/۱۵ بود.

به منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش نخست به آزمون پیش فرض‌ها پرداخته شد. نرمال بودن داده‌ها بر اساس چولگی و کشیدگی متغیرهای گرایش مجدد به مصرف موارد (۰/۸۶ و ۰/۰۶-)، عملکرد خانواده (۰/۴۳ و ۰/۳۱-)، جو عاطفی خانواده (۰/۱۱- و ۰/۲۳-) و سلامت اجتماعی

(۰/۶۸- و ۰/۷۱) تایید شد، زیرا چولگی و کشیدگی برای نرمال بودن توزیع باید بین ۲- و ۲+ باشد. برای بررسی هم خطی بودن چندمتغیری از عامل تورم واریانس^۱ و ضریب تحمل^۲ استفاده شد و چون عامل شاخص اول و دوم به ترتیب برای متغیرهای عملکرد خانواده (۰/۷۷ و ۱/۲۹)، جو عاطفی خانواده (۰/۸۸ و ۱/۱۳) و سلامت اجتماعی (۰/۷۹ و ۱/۲۶) به ترتیب کمتر از ۱۰ و ۰/۱ محاسبه شد، عدم هم خطی متغیرها تایید شد. بر این پایه، و با تایید پیش فرض‌ها، به کمک تحلیل معادلات ساختاری به بررسی برازش مدل و آزمون فرضیه‌های پژوهش پرداخته شد.



شکل ۲. مدل گرایش به مصرف مواد مخدر زنان بر اساس عملکرد و جو عاطفی خانواده با میانجی‌گری سلامت اجتماعی

در مدل برازش یافته در شکل (۲)، رابطه میان متغیرهای پیش‌بین (عملکرد خانواده و جو عاطفی خانواده) و متغیر ملاک (گرایش مجدد به مصرف مواد) با میانجی‌گری (سلامت اجتماعی) بررسی شد. بر اساس این مدل، در ابتدا، مشخص شد که گویه‌های مرتبط با متغیرهای پژوهشی به

1. VIF
2. Tolerance

سبب داشتن بار مقدار t بالاتر از $1/96$ از اعتبار مناسبی برخوردار بوده و بدین ترتیب، اعتبار گویه‌های پرسشنامه‌ها مورد تأیید قرار گرفت.

بررسی فرضیه نخست پژوهش نشان داد که عملکرد خانواده از سویی دارای ضریب تأثیر منفی به میزان $0/19$ - بر گرایش مجدد به مصرف مواد و از جهتی دارای ضریب تأثیر مثبت به میزان $0/27$ بر سلامت اجتماعی در زنان دارای تجربه اعتیاد بود. همچنین، با توجه به اینکه سلامت اجتماعی دارای ضریب تأثیر استاندارد منفی به میزان $0/27$ - بر گرایش مجدد به مصرف مواد بود، پس سلامت اجتماعی یک متغیر میانجی معنادار در رابطه میان این دو متغیر به شمار می‌رود. نتایج آزمون بوت‌استرپ نیز نشان داد که رابطه غیرمستقیم عملکرد خانواده بر گرایش مجدد به مصرف مواد برابر با $0/15$ - که در سطح $0/02$ معنادار بود. بررسی فرضیه دوم نشان داد که جو عاطفی خانواده از سویی دارای ضریب تأثیر استاندارد منفی به میزان $0/36$ - بر گرایش مجدد به مواد و از جهتی دارای ضریب تأثیر استاندارد مثبت به میزان $0/42$ بر سلامت اجتماعی بود. همچنین، با توجه به این که سلامت اجتماعی دارای تأثیر منفی به میزان $0/27$ - بر گرایش مجدد به مواد بود، پس سلامت اجتماعی نقش میانجی‌گرانه در رابطه جو عاطفی و گرایش مجدد به مصرف دارد. نتایج آزمون بوت‌استرپ نشان داد که رابطه غیرمستقیم جو عاطفی خانواده با گرایش مجدد به مصرف مواد برابر با $0/21$ - که در سطح $0/01$ معنادار بود.

جدول ۲. شاخص‌های برازش محاسبه‌شده در مدل پژوهش

شاخص برازش مدل	مقدار شاخص	سطح مطلوب	وضعیت برازش
ریشه میانگین مجذورات تقریب	$0/059$	زیر $0/1$	مطلوب است
نسبت کای اسکوئر به درجه آزادی	$1/70$	کمتر از ۵	مطلوب است
شاخص برازش تطبیقی	$0/93$	بالاتر یا مساوی $0/9$	مطلوب است
شاخص برازش نرمال	$0/92$	بالاتر یا مساوی $0/9$	مطلوب است
شاخص برازش این کری متال	$0/92$	بالاتر یا مساوی $0/9$	مطلوب است
شاخص برازش توکر - لوییس	$0/91$	بالاتر یا مساوی $0/9$	مطلوب است
شاخص نیکویی برازش	$0/90$	بالاتر یا مساوی $0/9$	مطلوب است

استفاده از شاخص‌های برازش زمانی کاربرد دارد که یک مدل به دست آمده در تحلیل مورد قضاوت قرار گیرد، زیرا تایید می‌کند که آیا یک مدل برازش یافته با واقعیت تناسب دارد. شاخص مربعات خطاهای تخمین به وفور مورد استفاده قرار می‌گیرد و بیشتر پژوهشگران بر این باورند که

هرگاه این شاخص کوچک‌تر از ۰/۱ باشد، برازندگی مدل قابل تأیید می‌شود و چون مقدار این شاخص در پژوهش حاضر برابر با حدود ۰/۰۶ به دست آمد، برازش مدل تأیید شد. همچنین، اگر شاخص تقسیم‌خیزی دو بر درجه آزادی کمتر از ۵ باشد، برازش مدل تأیید می‌شود که در این پژوهش برابر با ۱/۷۰ بود. در نهایت، هنگامی که معیارهای شاخص برازش تطبیقی، شاخص برازش نرمال، شاخص برازش این‌کری‌منتال، شاخص برازش تاکر-لوییس و شاخص نیکویی برازش بالاتر یا مساوی ۰/۹ باشند، برازندگی مناسب مدل تأیید می‌شود؛ که در این پژوهش به ترتیب برابر با ۰/۹۳، ۰/۹۲، ۰/۹۲، ۰/۹۱ و ۰/۹۰ محاسبه شدند و بدین ترتیب برازش مناسب مدل تأیید شد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تدوین مدل‌گرایش به مصرف مواد پس از ترک بر اساس عملکرد خانواده و جو عاطفی خانواده با میانجی‌گری سلامت اجتماعی در جامعه زنان به انجام رسید. بررسی فرضیه نخست پژوهش نشان داد که سلامت اجتماعی یک متغیر میانجی معنادار در رابطه میان عملکرد خانواده و گرایش دوباره به مصرف مواد در زنان شهر مشهد بود. نتایج حاصل از این پژوهش با پژوهش جیا و همکاران، ۲۰۲۲؛ اولتین و همکاران (۲۰۲۰)، حاجیها و همکاران (۱۴۰۰)، هزاریان و همکاران (۱۴۰۰) و نازک تبار و شربت اوغلی اصل (۱۳۹۷) همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که بر اساس نظر بندورا^۱ (۱۹۸۶)، افراد با مشاهده و الگوپذیری به انجام رفتارهای مثبت و منفی تمایل می‌یابند. در این میان، الگوگیری زنان هم از خانواده پدری و هم از زندگی زناشویی می‌تواند منبعی برای یادگیری رفتارهایی همچون اعتیاد به مواد مخدر باشد. ولی چنان چه خانواده دارای عملکرد بهینه باشد، یعنی دارای ویژگی‌های همچون برنامه‌ریزی هدفمند، فعالیت‌های خانوادگی منسجم، حمایت‌گری پایدار، پذیرش احساسات و توان حل تعارض باشد، فرد یاد می‌گیرد که در مواقع دشوار به جای پناه آوردن به مواد مخدر، نیازها و خواسته‌های خود را در کانون گرم خانواده مطرح کند، زیرا اعتماد دارد که کارایی خانواده در

1. Bandura

حل مشکلات زمینه‌ساز رفع مشکل و کاهش گستردگی معضلات است. همچنین، در این میان، یادگیری اصول زندگی اثربخش در محیط خانواده بنیانی برای یادگیری مهارت ارتباط سالم اجتماعی و کارکرد درست اجتماعی فراهم می‌آورد که به نوبه خود بر شکل‌گیری رفتارهای سالم و پرهیز از گرایش به رفتارهای پرخطر اثرگذار است. پس عملکرد خانواده عاملی است که در رشد و تحول فردی و اجتماعی اعضا نقش حیاتی ایفا می‌کند و در حقیقت، خانواده‌ای که بتواند بستری مناسب برای فرزندان خود آماده کند، زمینه رشد انواع آسیب‌های اجتماعی را کاهش می‌دهد؛ در غیر این صورت، نقص در عملکرد خانواده اثرات نامطلوبی بر کردار بهنجار اعضای خود بر جای خواهد گذاشت. همچنین می‌توان گفت که اگر خانواده از ویژگی‌هایی همچون توان بالا در برنامه‌ریزی فعالیت‌های خانوادگی و تصمیم‌گیری، حمایت‌گری در هنگام نیازمندی اعضا، گفت‌وگو در مورد احساسات، پذیرش بی‌قید و شرط اعضا توسط یکدیگر، آگاهی از مهارت‌های مقابله‌ای، فضای روانی خوشایند و توان حل تعارض و سازگاری جمعی برخوردار باشد، زمینه‌ساز افزایش سلامت اجتماعی به وجود می‌آید (یعنی تصور خود به‌عنوان بخشی از جامعه، پنداشتن جامعه به‌عنوان منبع آرامش و احساس نزدیکی به مردم، احساس تأثیرگذاری و تأثیرپذیری از دیگران، ارزشمند پنداشتن تلاش جمعی، امن دانستن ارتباط با جامعه، تصور جامعه به‌عنوان منبع رشد) و بدین طریق زمینه کاهش گرایش مجدد به مصرف مواد کاهش می‌یابد.

بررسی فرضیه دوم پژوهش نشان داد که سلامت اجتماعی یک متغیر میانجی معنادار در رابطه میان جو عاطفی خانواده و گرایش دوباره به مصرف مواد در زنان شهر مشهد بود. این یافته‌ها با پژوهش زنگک^۱ و وی (۲۰۲۱)، مولرو و همکاران^۲ (۲۰۱۹)، عظمی و همکاران^۳ (۲۰۱۸)، ریاردون^۴ و همکاران (۲۰۱۷)، زینالی و بنی‌فاطمه (۱۴۰۰)، جعفرنژاد و همکاران (۱۳۹۹)، نیک دل و همکاران (۱۳۹۹) و ارقبایی و همکاران (۱۳۹۷) همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که تنش و کشمکش در فضای خانواده در برابر احساس امنیت، اعتماد و پذیرش مثبت قرار دارد که

1. Zeng X, & Wei B
2. Molero, J
3. Azmi, A. A
4. Reardon, T

می تواند زمینه‌ای از آشوب و عدم انسجام در خانواده به بار آورد. اعضای خانواده با قرار گرفتن در این بافت مخرب تلاش می کنند که خود را به فضایی امن تر بکشانند و همین معبر تبدیل به گذری برای ورود به دنیای مواد مخدر می شود که پیامدهای منفی بسیار متعاقب را نیز به دنبال دارد. بر این اساس، بی توجهی اعضای خانواده و به ویژه پدر و مادر به سالم سازی روانی و عاطفی فضای زندگی خانوادگی و نداشتن ارتباطات مناسب بین فردی زمینه ساز گسترش خلاهای عاطفی و مشکلاتی مانند سومصرف مواد به عنوان یک راهکار جبرانی می گردد بختیارپور و همکاران (۱۳۹۹). همچنین، خانواده‌های دارای روابط صمیمانه فضایی ایجاد می کنند که افراد با برخورداری از سلامت اجتماعی از کمک دیگران در شرایط اضطراری بهره بگیرند و به جای پناه بردن به مواد مخدر، بر مشکلات متمرکز می شوند و چالش‌های مقطعی را مدیریت می کنند و بدین ترتیب، ضمن یافتن راه حل مناسب، در یک بستر مناسب به رشد خود ادامه می دهند. این بدان معنا است که اگر در فضای خانواده ویژگی‌هایی همچون ابزار محبت توسط اعضا، بیان تأیید سخنان منطقی توسط طرفین، آزادی در بیان احساسات و تجارب شخصی، گرمی داشتن اصول مهم فردی، تشویق به رشد و پیشرفت، اعتماد چندجانبه و احساس امنیت ترویج یابد، زمینه افزایش سلامت اجتماعی و به تبع، عدم گرایش به انجام رفتارهای نامطلوب مانند گرایش مکرر به مصرف مواد از بین می رود. افزون بر این، سلامت اجتماعی نیروی بالقوه‌ای است که حس تعلق به جامعه و دیگران را در فرد پرورش می دهد و لذا افراد برخوردار از سلامت اجتماعی در کنار آمدن و حل و فصل مشکلات با موفقیت بیشتری عمل خواهند کرد (شاکری و دبیری، ۱۳۹۷). لذا با توجه به تحلیل صورت گرفته، سلامت اجتماعی یک واسطه اساسی در خلق رفتارهای مثبت و کاهش رفتارهای نامطلوب است.

با توجه به بررسی‌های انجام شده به نظر می رسد عملکرد خانواده و جو عاطفی خانواده با میاتجیگری سلامت اجتماعی با توجه به نیروی بالقوه ای که در خود دارند می توانند بر توانمندی در کنترل گرایش به مصرف دوباره مواد مخدر موثر باشند.

■ الگویابی گرایش به مصرف مواد پس از ترک بر اساس عملکرد خانواده و جو عاطفی خانواده با ...

از جمله محدودیت‌های این پژوهش کم‌حوصله بودن افراد نمونه بود که منجر به عدم ادامه همکاری توسط برخی افراد شد. با توجه به نتایج به‌دست آمده از پژوهش پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی از مصاحبه و پرسشنامه‌هایی با سوالات کمتر و همین‌طور نقش دیگر عوامل خانواده‌محور (مانند حمایت خانواده، سبک فرزندپروری، اعتماد بین فردی) یا فردمحور (مانند توانایی‌های شناختی، ویژگی‌های شخصیتی، شایستگی هیجانی) در پیش‌بینی از گرایش زنان به مصرف مواد با میانجی دیگر متغیرها مورد تحقیق قرار گیرد. همچنین، به صورت کاربردی، به صدا و سیما و آموزش و پرورش پیشنهاد می‌شود که آموزش مهارت‌های لازم جهت برخورداری از سلامت اجتماعی از سنین مدرسه مورد هدف‌گذاری قرار گیرد و محتوای مناسب جهت زندگی سالم اجتماعی طراحی شود.

تضاد منافع

نویسندگان این پژوهش اعلام می‌دارند که در این مفاهیم هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

منابع

- ارقبایی، محمد؛ سلیمانیان، علی اکبر و محمدی پور، محمد. (۱۳۹۷). نقش جو عاطفی خانواده در گرایش به مصرف مواد: بررسی نقش میانجی عاطفه منفی، فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۲ (۴۵)، ۷۰-۵۳.
- استادرحیمی، احمد و فتحی، آیت اله. (۱۴۰۰). نقش الگوهای ارتباطی خانواده و فرهنگ مدرسه در گرایش به اعتیاد در دانش آموزان. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۵ (۵۹)، ۲۹۲-۲۷۵.
- افشانی، سیدعلیرضا و شیرینی محمدآباد، حمیده. (۱۳۹۹). شبکه اجتماعی زنان و سلامت اجتماعی در خانواده. فصلنامه فرهنگی اجتماعی فرهنگ یزد، ۵ (۲)، ۵۴-۴۵.
- باقری ژیان، حمیده و خوجه یف، محمد. (۱۴۰۰). زنان و اعتیاد به سوء مصرف مواد. فصلنامه مطالعات و تحقیقات در علوم رفتاری، ۳ (۷)، ۲۲-۸.
- بختیارپور، سعید؛ نادری، فرح؛ احتشام زاده، پرویز و نیکدل، مهدی. (۱۳۹۹). مدل یابی رابطه بین دینداری و جو عاطفی خانواده با خودکارآمدی ترک اعتیاد با توجه به نقش میانجی معنای زندگی در زنان وابسته به مواد. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۵۷ (۱۴)، ۲۱۴-۱۸۹.
- جعفرنژاد، آرزو؛ غیوری، الهه؛ رستگارمقدم، عسل و ژیان، فرشاد. (۱۳۹۹). پیش بینی آگاهی جنسی و عملکرد جنسی بر اساس جو عاطفی خانواده معلمان مناطق ۹ و ۱۸ تهران، سومین کنفرانس بین المللی روانشناسی، علوم تربیتی، علوم اجتماعی و علوم انسانی.
- حاجیهها، ضحی؛ بهرامی، هادی و رستمی، رضا. (۱۳۹۹). عوامل خانوادگی، اجتماعی و محیطی آشکارساز وسوسه در زنان وابسته به مواد در شهر تهران: یک مطالعه نظریه زمینه ای. مجله اعتیادپژوهشی، ۱۵ (۵۹)، ۴۲-۱۱.
- خسروانی، عباس؛ محسنی، رضاعلی و صبوری خسروشاهی، حبیب. (۱۳۹۷). بررسی و تبیین جامعه شناختی اعتیاد زنان در محله های فرودست شهر اراک. مطالعات علوم اجتماعی ایران، ۱۵ (۵۹)، ۵۵-۳۳.
- دیبری، سولماز و شاکری، سمیرا. (۱۳۹۷). مقایسه سلامت اجتماعی در افراد وابسته به مواد و عاری. سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۵ (۱۸)، ۱۵۴-۱۴۲.
- درویش پور، آذر و جوادی پاشاکی، نازیلا. (۱۳۹۷). مقایسه شاخص های سلامت اجتماعی دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی. نوین سلامت، ۳ (۱)، ۲۳-۱۷.
- دژاکام، حسین. (۱۳۹۸). چهارده مقاله. چاپ پنجم. انتشارات دژاکام.
- زمان خانی، فریبا؛ عباچی زاده، کامبیز؛ امیدنیا، سهیلا؛ ابدی، علیرضا و حیدرنیا، محمدعلی. (۱۳۹۵). تحلیل وضعیت سلامت اجتماعی در استان های کشور جمهوری اسلامی ایران. تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، ۳ (۳)، ۲۰۱-۱۸۱.
- زینالی، شبنم و بنی فاطمه، حسین. (۱۴۰۰). بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل مرتبط با آن در زنان ۱۵ تا ۶۵ سال پارس آباد. مجله تغییرات اجتماعی - فرهنگی، ۱۸ (۶۸)، ۹۴-۷۴.

- سلیمانی، سمیه؛ گلچین، مسعود و قادری، صلاح الدین. (۱۳۹۷). اعتیاد زنان از منظر کنشگران دستگاه‌های اجرایی در استان البرز. فصلنامه مطالعاتی اجتماعی ایران، ۴ (۱۱)، ۶۸-۵۳.
- صرامی، حمیدرضا. (۱۴۰۰). سخن اول. مجله اعتیادپژوهشی دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری. ۱۵ (۶۱)، ۵-۱. عبدالهی، سامان و دارابی، شهرداد. (۱۳۹۹). مدل ساختاری نقش عوامل محیطی و خانوادگی در پیشگیری رشدمدار از گرایش به مصرف مواد مخدر و روان گردان. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۱۴ (۵۶)، ۵۸-۴۱.
- عسگری، پرویز؛ صفرزاده، سحر و قاسمی مفرد، مریم. (۱۳۹۰). رابطه جو عاطفی خانواده و جهت گیری مذهبی با گرایش به اعتیاد در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، دو فصلنامه علمی- پژوهشی مطالعات اسلام و روان شناسی، ۵ (۸)، ۲۶-۷.
- علیزاده، ابراهیم و دهقان نیری، طیبه. (۱۳۹۵). پیش بینی ابعاد نگرش مثبت به مواد مخدر در دانش آموزان نوجوان: تحلیل رگرسیون چند متغیره و رگرسیون چندگانه اعتیادپژوهی، ۱۰ (۳۷)، ۲۵-۱.
- قانع‌حقیقت، زینب. (۱۳۹۸). نقش واسطه ای خودکارآمدی در رابطه بین جو عاطفی خانواده و گرایش به اعتیاد دانش آموزان مقطعه متوسطه. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی مرودشت.
- قربانی، ابراهیم، و ابراهیمی، علی. (۱۳۹۵). بررسی عوامل فردی و انتزاعی در گرایش به سوء مصرف مواد مخدر در بین زنان و ارائه راهکارهای پیشگیرانه (مطالعه موردی زنان شهرستان ارومیه). فصلنامه مطالعات پیشگیری از جرم علمی- ترویجی، ۱۱ (۹۸)، ۸۸-۶۰.
- گنجی، مهدی. (۱۳۹۹). آسیب‌شناسی روانی بر اساس ویراست پنجم اختلالات روانی. تهران: انتشارات ساوالان. چاپ اول. مولایی، مهری و هاشمی، جواد. (۱۳۹۶). راهکارهای مقابله با گرایش به مصرف مواد مخدر. فصلنامه سلامت اجتماعی، ۱۳ (۴)، ۹۷-۷۳.
- نازک‌تبار، حسین و اوغلی‌اصل، هایده. (۱۳۹۸). تبیین دلزدگی زناشویی زوجین بر اساس مدل مفهومی عملکرد خانواده. فصلنامه روانشناسی و علوم رفتاری ایران، ۱۸ (۳)، ۴۹-۳۹.
- نوروززاده، احد و علی‌محمدزاده، خلیل. (۱۴۰۰). رابطه‌ی مهارت‌های اجتماعی و سلامت اجتماعی؛ نقش تعدیلی حمایت‌های اجتماعی کارکنان و پرستاران شبکه بهداشت و درمان استان گیلان. مجله مدیریت بهداشت و درمان، ۱۲ (۴۰)، ۴۳-۳۱.
- نیکدل، مهدی؛ بختیارپور، سعید؛ مادری، فرح و احتشام پور، پروین. (۱۳۹۹). مدل یابی رابطه بین دینداری و جو عاطفی خانواده با خودکارآمدی ترک اعتیاد با توجه به نقش میانجی معنای زندگی در زنان وابسته به مواد مخدر. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۵۷ (۱۴)، ۲۴۵-۲۱۴.
- هاشم‌زهی، نوروز؛ محسن‌زاده، طاهره و مدنی، سعید. (۱۳۹۷). تجزیه و تحلیل نسبت جنسی و درمان اعتیاد. مجله مطالعات و جنسیت، ۶ (۱)، ۷۸-۵۵.

هزاریان، صفی‌الله؛ بختیارپور، سعید؛ پاشا، رضا؛ عسگری، پرویز و حافظی، فریبا. (۱۴۰۰). رابطه بین عملکرد خانواده و نگرش به مواد مخدر با میانجی‌گری سازگاری اجتماعی در دانش-آموزان، اعتیادپژوهشی، ۱۵ (۵۹)، ۱۳۹-۱۵۶.

- AbdElkader, M. R., Kasbahs, I. A., El-Salami, R. M., El-Sawy, H., & Gad, E. S. (2020). Tramadol abuse among workers in an industrial city in mid-Nile Delta region, Egypt. *Environmental Science and Pollution Research*, 27(30), 37549-37556.
- Al-Afifi, M., Abu shams, L., Sukkah, M., Shahabad, M., Afifi, R., Alloush, M., & Van Haut, M. C. (2020). Perspectives of frontline professionals on Palestinian children living with sibling and parental drug use in the West Bank and Gaza strip. *Journal of Mental Health and Addiction*, 18(4), 1097-1112.
- Azmi, A. A., Hussin, H., Ishak, S. D, Daud, F. N. (2018). Drug addicts: psychosocial factor contributing to relapse. *MATEC Web of Conferences*, 150 (6), 50 - 97.
- Cantu, R., Fields-Johnson, D., & Savannah, S. (2023). Applying a social determinants of health approach to the opioid epidemic. *Health promotion practice*, 24(1), 16-19.
- Charlson, F. J., Baxter, A. J., Cheng, H. G., Shidhaye, R., & Whiteford, H. A. (2016). The burden of mental, neurological, and substance use disorders in China and India: a systematic analysis of community representative epidemiological studies. *The Lancet*, 388(10042), 376-389.
- Chen, T., Zhong, N., Du, J., Li, Z., Zhao, Y., Sun, H., ... & Zhao, M. (2019). Polydrug use patterns and their impact on relapse among heroin-dependent patients in Shanghai, China. *Addiction*, 114(2), 259-267.
- Childress, A. C., Komolova, M., Sallee, F. R. (2019). An update on the pharmacokinetic considerations in the treatment of ADHD with long-acting methylphenidate and amphetamine formulations. *Expert Opin Drug Metab Toxicol*. 15 (937), 1-10.
- D'Onofrio, B., & Emery, R. (2019). Parental divorce or separation and children's mental health. *World Psychiatry*. 18 (1), 98-101.
- Eiseman, S. (2017). *Drug abuse: Foundation for a psychosocial approach*. Routledge Press.
- Hansford, B. (2021). UNODC World Drug Report: Pandemic Effects Ramp up Drug Risks, as Youth Underestimate Cannabis Dangers. *Drug-report 2021: pandemic effects ramp up drug risks as youth underestimate cannabis dangers*.
- Jafari, N. M. (2018). Investigating the relationship between the degree of dependence on virtual space and family functioning and academic performance in students *Sociology of Education*. 8 (8), 30-45.
- Molero, J. M., Perez, F. M., Barragán, M. B., delPino, S. R., Gazquez, L. J. (2019). Analysis of the relationship between emotional intelligence, resilience, and family functioning in adolescents' sustainable use of alcohol and tobacco. *Sustainability*. 11(10), 29 - 54.
- Oltean, I. I., Perlman, C., Meyer, S., & Ferro, M. A. (2020). Child mental illness and mental health service use: Role of family functioning (family functioning and child mental health). *Journal of Child and Family Studies*, 29(9), 2602-2613.
- Pedersen, M. A., Kristensen, L. J., Sildorf, S. M., Kreiner, S., Svensson, J., Mose, A. H., ... & Birkebaek, N. (2019). Assessment of family functioning in families with a child diagnosed with type 1 diabetes: validation and clinical relevance of the general

- functioning subscale of the McMaster family assessment device. *Pediatric Diabetes*, 20(6), 785-793.
- Persson, P., & Rossin-Slater, M. (2018). Family ruptures, stress, and the mental health of the next generation. *American economic review*, 108(4-5), 1214-52.
- Reardon, T., Harvey, K., Baranowska, M., O'brien, D., Smith, L., & Creswell, C. (2017). What do parents perceive are the barriers and facilitators to accessing psychological treatment for mental health problems in children and adolescents? A systematic review of qualitative and quantitative studies. *European child & adolescent psychiatry*, 26, 623-647.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A., & Ruiz, P. (2015). *Synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences Clinical Psychiatry* (11th ed). New York: Wolters Kluwer.
- VanHout, M. C., Al-Afifi, M. F., Abushams, L., Kewley, S., Quigg, Z., Whitfield, M., & Wazaify, M. (2020). Palestinian children's experiences of drug abuse in the home in the occupied territories of Palestine: a scoping review of extant literature. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 18, 1572-1585.
- Wang T., Moosa, S., Dallapiazza, R., Elias, W., & Lynch, W. (2018). Deep brain stimulation for the treatment of drug addiction. *Neurosurgeon Focus*. 45 (11), 2-14.
- Xia, Y., Gong, Y., Wang, H., Li, S., & Mao, F. (2022). Family function impacts relapse tendency in substance use disorder: Mediated through self-esteem and resilience. *Frontiers in psychiatry*, 13.
- Yuwe, X. Y., Gong, Y., Wang, W., Li, S., Mao, Y. (2022). Family Function Impacts Relapse Tendency in Substance Use Disorder: Mediated Through Self-Esteem and Resilience. *Frontier Psychiatry*, 13, 1-10.
- Zeng, X., & Wei, B. (2021). The relationship between the psychological capital of male individuals with drug abuse and relapse tendency: a moderated mediation model. *Current Psychology*, 42, 10334-10343.
- Zeng, X., Lu, M., & Chen, M. (2021). The relationship between family intimacy and relapse tendency among people who use drugs: a moderated mediation model. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16 (1). 1-12.