

## مدل یابی ساختاری کارکرد خانواده و ولع مصرف مواد در معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون با تأکید بر نقش واسطه‌ای خود شفقت‌ورزی

نگین توصیفیان<sup>۱</sup>، کاوه قادری بگه‌جان<sup>۲</sup>، محمد خالدیان<sup>۳</sup>، نورعلی فرخی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۸/۰۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۲/۱۲

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف مدل‌یابی ساختاری کارکرد خانواده و ولع مصرف مواد در معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون با تأکید بر نقش واسطه‌ای خود شفقت‌ورزی انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر از نوع مطالعات همبستگی است و از روش تحلیل مسیر برای بررسی ارتباط ساختاری بین متغیرها استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون در مراکز درمان سرپایی زیر نظر بهزیستی سال ۱۳۹۶ شهرستان اهواز بود که از این میان با توجه به معیارهای ورود به پژوهش تعداد ۱۵۰ نفر با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند و به ابزار سنجش کارکرد خانواده، پرسش‌نامه خود شفقت‌ورزی و ولع مصرف مواد پاسخ دادند. تجزیه و تحلیل با استفاده از نرم‌افزارهای AMOS و SPSS انجام گرفت. **یافته‌ها:** نتایج حاکی از برازندگی مناسب مدل بود که در آن کارکرد خانواده به صورت مستقیم ولع مصرف مواد را پیش‌بینی نمود ( $\beta = 0/329, P < 0/05$ ). همچنین کارکرد خانواده (ناسالم) با واسطه خود شفقت‌ورزی، ولع مصرف مواد را به صورت غیر مستقیم و قوی‌تر از مسیر مستقیم پیش‌بینی نمود ( $\beta = 0/237, P < 0/05$ ). **نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج پژوهش حاضر کارکرد خانواده و خود شفقت‌ورزی عامل مهمی در ولع مصرف مواد معتادان می‌باشند. از این رو در درمان نگهدارنده با متادون توجه به نقش کارکرد خانواده و همبسته‌های آن در مسیر درمان امری ضروری است.

**کلید واژه‌ها:** کارکرد خانواده، خود شفقت‌ورزی، ولع مصرف مواد، اعتیاد، درمان نگهدارنده با متادون

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
۲. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
۳. نویسنده مسئول: مربی گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران، پست الکترونیک: mohamad\_khaledian22@yahoo.com
۴. دانشیار گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

## مقدمه

اعتیاد یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است و به شکلی فزاینده جوامع بشری را تهدید می‌کند. وابستگی به مواد مخدر بیماری جسمی-روحي-روانی به شمار می‌رود که به دلیل ماهیت پیش‌رونده‌اش در همه ابعاد زندگی، سلامتی فرد، خانواده و جامعه را به خطر می‌اندازد (لو و کووب<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). طبق آخرین آمار در ایران، میزان افراد مبتلا در سال ۱۳۹۰ تعداد ۱ میلیون و ۳۲۵ هزار نفر گزارش شده و می‌توان گفت که به طور مستقیم و غیر مستقیم حداقل ۱۰ میلیون ایرانی درگیر اعتیاد و تبعات آن هستند که نشان‌دهنده اهمیت موضوع است (صرامی، قربانی و مینویی، ۱۳۹۲).

درمان نگهدارنده با متادون<sup>۲</sup> به طور بین‌المللی یک مداخله مؤثر، ایمن و اثربخش برای افراد وابسته به مواد مخدر شناخته شده است (اردلیان و یانگ<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱). اعتقاد بر این است که در این روش متادون هم مشکلات مربوط به ترک را از بین می‌برد و هم دارای تأثیر مثبت بر جنبه‌های مختلف فردی و اجتماعی افراد می‌باشد (مستشاری، ۲۰۱۱). یکی از چالش‌های عمده در درمان نگهدارنده با متادون که متخصصین علوم رفتاری با آن مواجه هستند، عود مصرف مواد پس از ترک می‌باشد که در آن میل شدیدی به تجربه مجدد اثرات ماده مصرفی وجود دارد (احمدپناه؛ میرزایی، الله وردی پور و جلیلیان، ۲۰۱۳). بعضی از متخصصین گزارش کرده‌اند که نزدیک به ۹۰ درصد از افراد بهبود یافته از مصرف مواد، در طول یک سال بعد از ترک خود، فرآیند عود را تجربه می‌کنند (نادری؛ بینازاده و صفاتیان، ۱۳۸۷). مطابق با نتایج پژوهشی در ایران نرخ دفعات عود مصرف مواد در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون ۴۸/۲ درصد می‌باشد (افسر؛ بشیریان، پورالعجل، هزاوه‌ای، وطن‌نواز و زینت مطلق، ۱۳۹۲). پژوهشی دیگر نشان داد که ۵۳ درصد از معتادان در ظرف کمتر از ۳ ماه عود مصرف داشته و تنها ۱۲ درصد از آن‌ها توانایی ادامه پرهیز از مصرف مواد را در طول مدت یک سال نشان دادند (میرزایی؛ راوری، حنیفی، میری، حق دوست اسکویی و میرزایی خلیل آبادی، ۱۳۸۹).

1. Le Moal, & Koob  
 2. Methadone Maintenance Treatment

3. Erdelyan, & Young

تحقیقات روی فرآیند عود که همان بازگشت فرد مصرف کننده به سطح قبل از درمان می باشد، فاکتورهای خطر زیادی را نشان می دهد که یکی از این عوامل ولع مصرف<sup>۱</sup> می باشد (ویتکیویتز و بوون<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰، کاسلی؛ جملی، کوارسی و لاگلی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳). از بین عوامل خطر عود که عمدتاً تک بعدی هستند، ولع مصرف یک عامل چند بعدی (هیجانی، شناختی، رفتاری و سایکوفیزیولوژیک) است، و هسته اصلی مصرف مواد می باشد، دارای ارتباط پیچیده ای با تداوم وابستگی و عود است (هینز؛ اپستین، اسکرودر و سینگلتن<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶) و به عنوان یک تجربه ذهنی از یک وسوسه یا میل و اضطراب شدید، به طور قدرتمندی بازگشت به مصرف مواد را برای تمام داروهای مورد سوء مصرف پیش بینی می کند (ویتکیویتز و بوون<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰). هرمس و روزین<sup>۶</sup> (۲۰۱۰) ولع را این گونه تعریف می کنند: احساس بسیار قوی و خواستن فوری یک چیز، به طوری که امکان هر گونه تمرکز بر موضوعی غیر از موضوع خواسته شده ناممکن باشد.

در راستای بررسی عوامل مؤثر بر ولع مصرف مواد، عوامل اجتماعی نقش بسیار مهمی را در بروز، شیوع و تداوم اعتیاد بازی می کنند (هاشمی، فتوحی بناب، کریمی و بیرامی، ۲۰۱۰). یکی از این عوامل، ویژگی های مرتبط با خانواده می باشد (پیکو و کواس<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰، عطادخت، حاجیلو، کریمی و نریمانی، ۲۰۱۵). مشخصه های خانوادگی ناکارآمد می توانند شدت ابتلا به اختلالات مصرف مواد افیونی را در معتادان پیش بینی کنند (بشارت، رنجبر نوشری و رستمی، ۲۰۰۸). کارکرد خانواده<sup>۸</sup> روشی است که در آن اعضا در ارتباط اجتماعی و احساسی با حفظ روابط خویشاوندی با یکدیگر هستند و همچنین راهی است که افراد برای حل مشکلات خود تصمیم گیری کنند (بوتی و کولیگ<sup>۹</sup>، ۲۰۱۴). الگوی مک مستر<sup>۱۰</sup> شش بعد از زندگی خانوادگی را مورد ارزیابی و سنجش قرار می دهد: حل مسئله (نشان دهنده توانایی حل مشکلات در سطحی که کارکرد خانواده را

1. drug craving
2. Witkiewitz, & Bowen
3. Caselli, Gemelli, Querci, & Lugli
4. Heinz, Epstein, Schroeder, & Singleton
5. Witkiewitz, & Bowen
6. Hormes, & Rozin
7. Piko, & Kovacs
8. family function
9. Botey, & Kulig
10. McMaster model of family functioning

حفظ کند)، ارتباطات (به چگونگی تبادل اطلاعات در بین اعضای خانواده اطلاق می‌شود)، نقش‌ها (کارایی شیوه خانواده در توزیع و انجام وظایف را نشان می‌دهد)، پاسخ‌گویی عاطفی (به توانایی اعضای خانواده برای پاسخ‌گویی متناسب هیجانی به محرک‌های مختلف اشاره می‌کند)، آمیختگی عاطفی (به میزان علاقه، توجه و سرمایه‌گذاری اعضای خانواده در برابر یکدیگر اشاره دارد) و کنترل رفتاری (استانداردها و آرزوهای رفتاری را توصیف می‌کند) (میلر، رایان، کیتنر، بیشاپ و اپستین، ۲۰۰۰). مطابق با نتایج پژوهشی میزان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون پایین می‌باشد و به مقدار زیادی با حمایت اجتماعی دریافتی و ادراکی افراد مرتبط است (ژو، لی، وی و یین، ۲۰۱۷). در پژوهش دیگری مصرف همزمان هروئین در افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون با روابط خانوادگی ناهمگون آن‌ها مرتبط بود (لو، ژاوو، گنگ و ژنگ، ۲۰۱۶). در پژوهش اشرفی حافظ، تکتم و شایان (۱۳۹۳)، بر روی معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون به این نتیجه دست یافتند که میزان عود در افرادی که از حمایت خانوادگی بیشتری برخوردارند کمتر می‌باشد. لاوی و آلتوس، روابط خانوادگی را به عنوان پیش‌بینی کننده عود مصرف مواد پس از درمان مورد بررسی قرار دادند. پژوهش آن‌ها نشان داد مردانی که در کل دوره از مصرف مواد پاک ماندند، روابط نزدیک‌تر و صمیمانه‌تری با خانواده خود داشتند (به نقل از حسینی بادنجان، بیرامی و هاشمی، ۱۳۹۱). مطابق با نتایج پژوهشی دیگر، حمایت خانوادگی ادراک شده با سلامت فیزیکی، روان‌شناختی، محیطی و اجتماعی افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون مرتبط بود. به علاوه حمایت خانوادگی می‌توانست مصرف همزمان آن‌ها را در طی درمان پیش‌بینی نماید (لین، وو و دتلز، ۲۰۱۱).

علاوه بر کارکرد خانواده، عوامل شخصیتی نیز می‌توانند نتایج درمان افراد وابسته به مواد را پیش‌بینی کنند. خود شفقت‌ورزی<sup>۵</sup> یکی از ویژگی‌های شخصیتی است که می‌تواند به رفتارهای اعتیادی مرتبط باشد و به عنوان یک عامل شخصیتی محافظت‌کننده در برابر

1. Miller, Ryan, Kietner, Bishop & Epstein  
2. Zhou, Li, Wei, & Yin

3. Luo, Zhao, Gong, & Zhang  
4. Lin, Wu, & Detels  
5. Self-Compassion

ولع مصرف عمل کند. نف<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) ساختار این سازه را تعریف و به صورت تجربی مطالعه کرده است. به نظر او خود شفقت ورزی شامل سه مؤلفه دو قطبی است: مهربانی با خود/قضاوت نسبت به خود (مستلزم گرمی و ملاحظت با خود به جای قضاوت‌های سختگیرانه نسبت به خود است)، حس انسانیت مشترک/انزوا (بر پذیرفتن مشکلات زندگی به عنوان بخشی از تجربیات مشترک انسان‌ها اشاره دارد که این مشکلات فقط برای افراد خاصی اتفاق نمی‌افتد)، ذهن آگاهی/هماندسازی افراطی (شامل آگاهی از افکار و احساسات دردناک در مقابل جذب شدن کامل در آن‌ها است). مطابق با نتایج پژوهشی مؤلفه‌های خود شفقت ورزی در پیش‌بینی انگیزش درمان، آمادگی برای تغییر و کاهش ولع مصرف افراد وابسته به مواد نقش دارند (بشارپور، خسرویان، عطادخت، دانشور و نریمانی، ۲۰۱۴) و همچنین خود شفقت ورزی با خطر اختلالات مصرف مواد رابطه منفی دارد (فلیس، پانیگوا، ویلکاکسون و پوتر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸) پژوهش‌ها نشان داده که کارکرد خانواده نیز می‌تواند به شکل معناداری با خود شفقت ورزی مرتبط باشد. مطابق با نتایج پژوهش‌های انجام شده خود شفقت ورزی می‌تواند به طور کامل نقش واسطه‌ای را در ارتباط بین انتقادگری والدین و اضطراب اجتماعی داشته باشد (پاتر، یار، فرانسیس و اسکوستر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴)، از طریق مؤلفه‌های کارکرد خانواده قابل پیش‌بینی است (نف و مک گی هی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰) و همچنین با الگوهای ارتباطی خانوادگی مرتبط است (صادقی و خسروی، ۱۳۹۵).

همان‌گونه که مطرح گشت، امروزه یکی از بزرگترین چالش‌های درمان نگهدارنده با متادون ماندگاری در درمان و جلوگیری از عود مصرف مواد می‌باشد (فرید<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). پژوهش‌هایی که نقش عوامل خانوادگی از جمله کارکرد خانواده را در روند درمان نگهدارنده با متادون بررسی کرده باشند، بسیار اندک می‌باشد. با نظر به پیشینه پژوهشی مذکور عوامل خانوادگی می‌توانند منجر به تشدید و یا تضعیف ولع مصرف مواد گردند و به علاوه میزان خود شفقت ورزی به عنوان یکی از پیامدهای کارکرد سالم و

1. Neff  
2. Phelps, Paniagua, Willcockson ,  
&.Potter

3. Potter, Yar, Francis, & Schuster  
4. Neff, & McGehee  
5. Fareed

ناسالم خانواده می‌تواند از جمله عوامل شخصیتی محافظت‌کننده در مقابل ولع مصرف مواد باشد. به بیانی دیگر به نظر می‌رسد که بتواند بین کارکرد خانواده و ولع مصرف مواد به عنوان متغیر واسطه عمل کند. بنابراین در پژوهش حاضر این سوال مطرح می‌شود که آیا خود شفقت‌ورزی می‌تواند نقش واسطه را در ارتباط بین ولع مصرف افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون و کارکرد خانواده آن‌ها داشته باشد؟

## روش

### جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع همبستگی است که در آن ارتباط بین متغیرهای پژوهش در قالب تحلیل مسیر مورد تحلیل قرار گرفته است. جامعه آماری پژوهش حاضر معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون در مراکز درمان سرپایی زیر نظر بهزیستی شهرستان اهواز بودند که در تابستان ۱۳۹۶ به این مراکز مراجعه می‌کردند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل حداقل تحصیلات راهنمایی، مجرد بودن، سن بین ۲۰ تا ۴۰ سال و گذشت حداقل ۲ ماه از درمان نگهدارنده با متادون جهت رسیدن به دوز ثابت بود. برای نمونه‌گیری در ابتدا تعداد ۵ مرکز به شکل تصادفی انتخاب گردیدند و سپس از هر مرکز تعداد ۳۰ نفر از افرادی که ملاک‌های ورود به پژوهش را دارا بودند به شکل هدفمند انتخاب شدند و نهایتاً تعداد ۱۵۰ نفر به عنوان نمونه در نظر گرفته شدند. شیوه تکمیل پرسش‌نامه‌ها بدین صورت بود که ابتدا برای افراد نمونه در رابطه با ماهیت و اهداف پژوهش توضیحات کلی ارائه شد و این اطمینان داده شد که با توجه به بی‌نام بودن پرسش‌نامه‌ها، اطلاعات و پاسخ‌هایشان کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و بدین ترتیب تمامی افراد با رضایت آگاهانه وارد پژوهش شدند.

### ابزار

۱- پرسش‌نامه سنجش کارکرد خانواده<sup>۱</sup>: این پرسش‌نامه ۶۰ سؤالی است که برای سنجش کارکرد خانواده توسط اپشتاین، بالدوین و بیشاپ<sup>۲</sup> در سال ۱۹۸۳ بنا بر الگوی مک مستر

تدوین شده است. این پرسش‌نامه برای اندازه‌گیری ابعاد مدل مک مستر از کارکرد خانواده یعنی شش بعد (حل مسئله، ارتباطات، نقش‌ها، پاسخ‌گویی عاطفی، آمیختگی عاطفی و کنترل رفتار) ساخته شده است و همچنین یک ارزیابی از کارکرد کلی خانواده به دست می‌دهد. بنابراین دارای ۷ خرده‌مقیاس است. نمره‌گذاری آن به صورت لیکرت ۴ درجه‌ای صورت می‌گیرد، به طوری که نمرات بالاتر نشان‌دهنده کارکرد ناسالم‌تر است (ثنایی، ۱۳۸۵). طبق گزارش ثنایی (۱۳۸۵) اعتبار این مقیاس در مطالعات مختلف ایرانی بررسی شده است، به طوری که همسانی درونی آن برای هر کدام از خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۴۸ تا ۰/۹۰ و همچنین روایی همزمان آن ۰/۸۶ گزارش شده است. در مطالعه زاده‌محمدی و ملک‌خسروی (۱۳۸۵) ضریب آلفای کرونباخ هر خرده‌مقیاس بالاتر از ۰/۶۶ گزارش شده است. در تحلیل عامل انجام شده ابعاد سازه‌ای این مقیاس تأیید شده است. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۵ به دست آمد.

۲- پرسش‌نامه خود شفقت‌ورزی: این پرسش‌نامه یک ابزار ۲۶ گویه‌ای است که به منظور سنجش میزان خود شفقت‌ورزی ساخته شده است (نف، ۲۰۰۳). سؤالات موجود در آن در ۶ خرده‌مقیاس مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، حس انسانیت مشترک، انزوا، ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی قرار می‌گیرد که کیفیت رابطه فرد با تجارب خود را می‌سنجد. نمره‌گذاری در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از صفر تا ۴ تعیین می‌شود. پژوهش انجام شده توسط نف (۲۰۰۳)، اعتبار و روایی بالایی را برای مقیاس مذکور گزارش نموده است. اعتبار کلی آن از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد. همچنین آلفای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۱ قرار دارند. علاوه بر این اعتبار بازآزمایی به فاصله دو هفته نیز ۰/۹۳ گزارش شده است. همچنین در ایران ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های خود شفقت‌ورزی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۸۴، ۰/۸۵، ۰/۸۰، ۰/۸۳ و اعتبار مقیاس کل ۰/۷۶ گزارش شده است (مؤمنی، شهیدی، موتایی و حیدری، ۱۳۹۲). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۰ به دست آمد.

۳- پرسش‌نامه ولع مصرف مواد: این پرسش‌نامه توسط صالحی فدردی، بر عرفان و امین یزدی (۱۳۸۹) ساخته شد. این پرسش‌نامه خودسنجی که درباره میزان افکار و خیالات مربوط به مواد و وسوسه پس از ترک می‌باشد، شامل ۲۰ گویه است. حداقل نمره ۲۰ و حداکثر ۱۰۰ می‌باشد، که نمره بیشتر بیانگر وسوسه مصرف شدیدتر است. سازندگان این ابزار ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۹۴ گزارش کردند. همچنین همبستگی ابزار با پرسش‌نامه‌های اطمینان موقعیتی  $r = 0/53$ ، هوس روانی  $r = 0/48$  و عواطف مثبت  $r = 0/32$  -  $r = 0/55$  و عواطف منفی  $r = 0/55$  به دست آمد که تأیید کننده روایی است. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۹۱ به دست آمد.

### یافته‌ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی

متغیرها	بازه	فراوانی	درصد	آماره‌های گرایش مرکزی
سن	۲۰ تا ۲۵ سال	۲۴	٪ ۱۶	میانگین = ۳۱/۱۷ انحراف استاندارد = ۱۵/۵۷
	۲۶ تا ۳۰ سال	۵۵	٪ ۳۶	
	۳۱ تا ۳۵ سال	۴۲	٪ ۲۸	
مدت زمان تحت درمان نگهدارنده	۳۶ تا ۴۰ سال	۲۹	٪ ۲۰	میانگین = ۵/۳۱ انحراف استاندارد = ۴/۳۰
	۲ تا ۵ ماه	۶۷	٪ ۴۵	
تحصیلات	۵ تا ۱۰ ماه	۴۴	٪ ۲۹	راهنمایی دبیرستان و دیپلم فوق دیپلم و لیسانس فوق لیسانس و بالاتر
	۱۰ تا ۱۵ ماه	۲۶	٪ ۱۷	
	۱۵ تا ۲۰ ماه و بیشتر	۱۳	٪ ۹	
	راهنمایی	۶۲	٪ ۴۱	
		۵۳	٪ ۳۵	
		۲۷	٪ ۱۸	
		۸	٪ ۶	

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۲ ارائه شده است.



جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	ابعاد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد
حل مسئله	۸	۲۱	۱۶/۹	۲/۴	
پاسخ‌دهی عاطفی	۷	۲۴	۱۸/۰۹	۴/۸	
آمیختگی عاطفی	۷	۲۶	۱۹/۹۴	۳/۴	
ارتباط	۹	۳۳	۲۵/۸۶	۵/۲	
کارکرد خانواده	۱۰	۳۶	۲۶/۴۱	۸/۵	
کنترل رفتار	۱۳	۴۳	۳۲/۴۳	۴/۶	
نقش‌ها	۱۴	۴۸	۳۷/۰۵	۵/۳۶	
کارکرد کلی	۶۰	۲۴۰	۱۹۸/۴۷	۵۸/۱۳	
کارکرد خانواده (کل)	۱	۲۰	۱۱/۲۴	۴/۳۱	
مهربانی با خود	۳	۲۰	۱۰/۸۷	۵/۳۹	
قضاوت نسبت به خود	۱	۱۶	۸/۲۹	۴/۳۱	
حس انسانیت مشترک	۴	۱۶	۹/۰۱	۳/۷۹	
انزوا	۳	۱۵	۱۰/۱۶	۸/۱۲	
ذهن آگاهی	۲	۱۵	۹/۷۵	۴/۴۱	
هماندسازی افراطی	۷	۱۰۱	۴۷/۵۵	۱۹/۳۱	
خودشفقت‌ورزی (کل)	۲۵	۹۵	۷۴/۴۱	۳۴/۲۱	
ولع مصرف					

ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	مهربانی با خود	به خود	قضاوت نسبت	مشترک	حس انسانیت	انزوا	ذهن آگاهی	افراط	هماندسازی	ورزی (کل)	خودشفقت	ولع مصرف
حل مسئله	**-.۰/۳۱	**-.۰/۲۱	**-.۰/۳۴	۰/۰۹	**-.۰/۱۳	**-.۰/۳۳	**-.۰/۴۲	**-.۰/۳۳	**-.۰/۳۳	**-.۰/۳۳	**-.۰/۴۲	**-.۰/۴۲
پاسخ‌دهی عاطفی	**-.۰/۱۱	**-.۰/۳۱	**-.۰/۲۴	**-.۰/۳۱	**-.۰/۲۴	**-.۰/۳۱	**-.۰/۲۴	**-.۰/۲۸	**-.۰/۲۸	**-.۰/۵۰	**-.۰/۴۵	**-.۰/۴۵
آمیختگی عاطفی	**-.۰/۳۰	**-.۰/۱۲	**-.۰/۳۴	**-.۰/۲۳	**-.۰/۵۶	**-.۰/۷۳	**-.۰/۳۹	**-.۰/۵۴	**-.۰/۳۹	**-.۰/۳۹	**-.۰/۵۴	**-.۰/۵۴
ارتباط	**-.۰/۲۰	**-.۰/۲۹	**-.۰/۳۱	**-.۰/۴۲	**-.۰/۲۲	**-.۰/۱۹	**-.۰/۴۵	**-.۰/۴۷	**-.۰/۴۵	**-.۰/۴۵	**-.۰/۴۷	**-.۰/۴۷
کنترل رفتار	**-.۰/۳۵	**-.۰/۲۴	**-.۰/۲۵	**-.۰/۳۳	**-.۰/۴۳	**-.۰/۲۹	**-.۰/۴۷	**-.۰/۵۲	**-.۰/۴۷	**-.۰/۴۷	**-.۰/۵۲	**-.۰/۵۲
نقش‌ها	**-.۰/۳۵	**-.۰/۴۰	**-.۰/۴۷	**-.۰/۴۰	**-.۰/۲۸	**-.۰/۴۱	**-.۰/۴۰	**-.۰/۴۲	**-.۰/۴۰	**-.۰/۴۰	**-.۰/۴۲	**-.۰/۴۲
کارکرد کلی	**-.۰/۵۰	**-.۰/۴۴	**-.۰/۴۲	**-.۰/۴۰	**-.۰/۵۳	**-.۰/۴۸	**-.۰/۴۳	**-.۰/۴۸	**-.۰/۴۳	**-.۰/۴۳	**-.۰/۴۸	**-.۰/۴۸
کارکرد خانواده (کل)	**-.۰/۲۴	**-.۰/۴۳	**-.۰/۳۲	**-.۰/۳۲	**-.۰/۴۷	**-.۰/۳۶	**-.۰/۳۷	**-.۰/۳۶	**-.۰/۳۷	**-.۰/۳۷	**-.۰/۳۶	**-.۰/۳۶
ولع مصرف	**-.۰/۳۲	**-.۰/۲۷	**-.۰/۵۱	**-.۰/۳۳	**-.۰/۴۰	**-.۰/۳۴	**-.۰/۴۲	**-.۰/۳۴	**-.۰/۴۲	**-.۰/۴۲	**-.۰/۴۲	**-.۰/۴۲

\*P<۰/۰۵, \*\*P<۰/۰۱

برای بررسی مدل‌یابی ساختاری و میزان اثرگذاری ابعاد متغیر مستقل بر متغیر وابسته و ارزیابی نقش واسطه‌ای متغیر واسطه از معادلات ساختاری استفاده شد. در این رابطه دو مدل اولیه استخراج و ارزیابی شدند. در مدل اول اثرگذاری ابعاد هفتگانه کارکرد خانواده به صورت مستقیم و غیر مستقیم (از طریق متغیر کلی خود شفقت‌ورزی) مورد بررسی قرار گرفت. در مدل دوم نیز اثرگذاری متغیر کلی کارکرد خانواده از طریق تک تک ابعاد شش‌گانه متغیر خودشفقت‌ورزی بر میزان ولع مصرف سنجش شد. در جداول ۴ و ۵ نتایج هر کدام از مدل‌ها ارائه شده است.

جدول ۴: اثرات مستقیم و غیر مستقیم ابعاد کارکرد خانواده بر ولع مصرف

متغیرها	اثر مستقیم	از طریق خودشفقت‌ورزی
حل مسئله	۰/۲۹۳	۰/۱۲۶
پاسخ‌دهی عاطفی	۰/۱۸۱	۰/۱۳۹
آمیختگی عاطفی	۰/۲۴۶	۰/۱۱۲
ارتباط	۰/۳۱۲	۰/۱۵۸
کنترل رفتار	۰/۲۰۵	۰/۱۴۲
نقش‌ها	۰/۱۸۳	۰/۱۰۳
کارکرد کلی	۰/۳۱۹	۰/۰۷۱
کارکرد خانواده (کل)	۰/۳۲۹	۰/۲۳۷

همانطور که ملاحظه می‌شود کارکرد خانواده اثر مستقیم و مثبتی بر ولع مصرف دارد و مقدار اثرات بالا هستند. اما با لحاظ نمودن متغیر خودشفقت‌ورزی به عنوان متغیر واسطه، این اثرات در همه ابعاد کاسته شدند. اثرات بعد کلی کارکرد خانواده ناسالم نیز با لحاظ شدن متغیر واسطه به طرز قابل توجهی کاهش پیدا کرده است.

جدول ۵: اثرات مستقیم و غیر مستقیم کارکرد خانواده (کل) بر ولع مصرف از طریق ابعاد خودشفقت‌ورزی

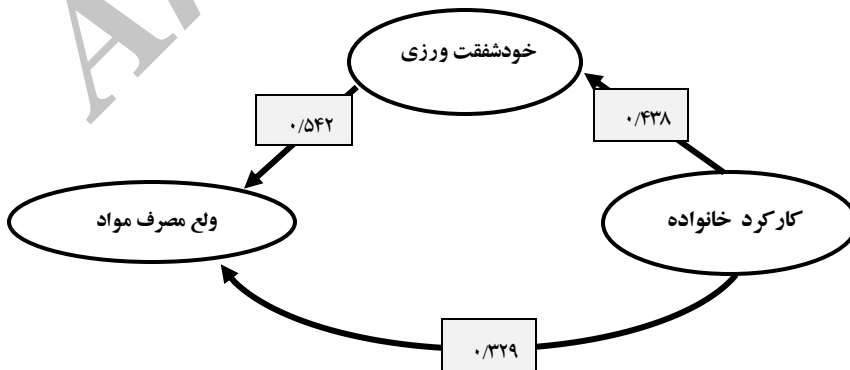
اثر مستقیم	۰/۳۲۹		
اثر غیر مستقیم از طریق هر کدام از ابعاد فرعی خود شفقت‌ورزی			
مهربانی با خود	۰/۲۱۱	ذهن‌آگاهی	۰/۱۵۸
قضاوت نسبت به خود	۰/۱۹۸	هماندسازی افراطی	۰/۲۱۳
حس انسانیت مشترک	۰/۲۰۶	خودشفقت‌ورزی (کل)	۰/۲۳۷
انزوا	۰/۱۳۹	-	-

جدول ۵ نیز تأثیر مستقیم و غیر مستقیم کارکرد خانواده بر میزان ولع مصرف را نشان می‌دهد. تأثیر مستقیم کارکرد خانواده برابر با  $0/329$  است و اثرات غیر مستقیم از طریق هر کدام از ابعاد خودشفقت ورزی نشان داده شده است. میزان تأثیر غیر مستقیم کارکرد خانواده از طریق متغیر کلی خود شفقت ورزی برابر با  $0/237$  است که مقدار نشان دهنده اثر کاهنده خودشفقت ورزی بر ولع مصرف است. اطلاعات فوق از طریق تحلیل ساختاری استخراج شده که میزان پرازش آن در جدول ۶ ارائه شده است. همانطور که ملاحظه می‌شود مقادیر حاکی از قابل قبول بودن مدل است.

جدول ۶: شاخص‌های پرازش مدل پژوهش

شاخص‌ها	مجدور خی	معناداری	GFI	PRATIO	RMSEA	IFI	CFI
محدوده قابل قبول	-	$0/05 <$	$0/90 <$	$0/60 <$	$0/08 >$	$0/90 <$	$0/90 <$
مقدار مدل	$1/512$	$0/848$	$0/999$	$0/713$	$0/004$	$0/999$	$0/971$

نمودار ۱ معادله کلی تحقیق را نشان می‌دهد. همانطور که ملاحظه می‌شود اثر مستقیم کارکرد خانواده (ناسالم) بر میزان ولع مصرف برابر با  $0/329$  است در حالی که اثر این متغیر بر خودشفقت ورزی برابر با  $0/438$  - است و از طرف دیگر تأثیر خودشفقت ورزی بر ولع مصرف برابر است با  $0/542$  - که با ضرب اثرات متغیر مستقل بر متغیر واسطه (خودشفقت ورزی) و اثر متغیر واسطه بر متغیر وابسته، اثر غیر مستقیم به دست خواهد آمد ( $0/438 \times -0/542 = -0/237$ ). همانطور که ملاحظه می‌شود اثر غیر مستقیم کارکرد خانواده از طریق خودشفقت ورزی در مقایسه با اثر مستقیم آن بر ولع مصرف به مراتب پایین تر است.



نمودار ۱: تحلیل معادلات ساختاری مدل پژوهش

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای خود شفقت‌ورزی در رابطه بین کارکرد خانواده و ولع مصرف مواد در معنادان تحت درمان نگهدارنده با متادون بود. نتایج همبستگی نشان داد که بین کارکرد خانواده، خود شفقت‌ورزی و ولع مصرف مواد رابطه وجود دارد. همچنین نتایج حاصل از تحلیل مسیر نیز نشان داد که خود شفقت‌ورزی می‌تواند در رابطه بین کارکرد خانواده و ولع مصرف مواد نقش واسطه داشته باشد.

این یافته‌ها با نتایج سایر پژوهش‌های انجام شده در مورد رابطه بین کارکرد خانواده و ولع مصرف مواد همسو بود. از جمله این موارد می‌توان به ژو و همکاران (۲۰۱۷)، لو و همکاران (۲۰۱۶)، لایو و آلتوس (۲۰۱۲)، لین و همکاران (۲۰۱۱) و اشرفی حافظ و همکاران (۱۳۹۳) اشاره کرد. کارکرد خانواده یک جنبه مهم از محیط خانواده است که سلامت جسمانی، اجتماعی و هیجانی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (سیلبورن؛ زوبریک، دمایو، شفرود و گریفین، ۲۰۰۶). هنگامی که یکی از اعضای خانواده به مشکل اعتیاد گرفتار شده است، چه بسا کارکرد بهنجار خانواده ضروری‌تر و حفظ آن دشوارتر شود. فرد معتاد در مسیر درمان خود نیاز به دریافت حمایت از جانب خانواده دارد تا با همراهی کردن آن‌ها، گام مؤثری در راه بهبودی سریع‌تر و موفقیت بیش‌تر وی برداشته شود (لیو و همکاران، ۲۰۱۰). در خانواده‌ای با کارکرد نا بهنجار روابط میان اعضا واضح و صریح نمی‌باشد، اعضا به صحبت‌های یکدیگر فعالانه گوش نمی‌دهند، پدر و مادر با حاشیه رفتن منظور خود را می‌رسانند و یا فرد معتاد را مورد سرزنش، طرد و مقایسه قرار می‌دهند. در این خانواده دامنه‌ی هیجانات ابراز شده بسیار محدود است و در واقع اعضای آن از جمله فرد معتاد بعضی از هیجانات خود را به درستی نمی‌شناسند. اعضای خانواده با پاسخ‌گویی عاطفی متناسب و نه افراطی خود در جریان درمان نگهدارنده با متادون از جمله ابراز همدردی با عواطف منفی همچون یأس و خشم فرد معتاد همراهی خود را با وی نشان می‌دهند. ابراز علاقه اعضای خانواده و اهمیت دادن به فعالیتی که فرد معتاد در حال انجام

آن است و همچنین وضع استانداردها و قوانین متناسب با توانایی فرد معتاد از جانب خانواده می تواند ولع مصرف را تضعیف کند. خانواده‌ای که بتواند مسایل مرتبط و غیر مرتبط با اعتیاد فرد را به خوبی بررسی کند و به نحو شایسته‌ای راه حل‌های جایگزینی برای آن‌ها بیابد، در کاهش ولع مصرف بسیار کمک کننده خواهد بود.

مطابق با نتایج پژوهش حاضر، کارکرد خانواده می تواند به واسطه خود شفقت‌ورزی به شکل قوی تری با ولع مصرف مواد معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون مرتبط باشد. این یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش بشارپور و همکاران (۲۰۱۴)، پاتر، و همکاران (۲۰۱۴)، ایسکندر و اکین (۲۰۱۱)، نف و مک‌گی هی (۲۰۱۰) و صادقی و خسروی (۱۳۹۵) می باشد. در تبیین این یافته می توان گفت که خانواده‌ای که جهت کنترل رفتار اعضای خود قوانین خشک و انعطاف‌ناپذیری را وضع می کند، منجر به شکل‌گیری قضاوت‌های سختگیرانه افراد از همان دوره کودکی نسبت به خودشان و دیگران می گردد (نف و مک‌گی هی، ۲۰۱۰). لذا ایجاد و تشدید چنین احساسات منفی و نیز ادراک فرد مبنی بر ناتوانی در کنترل رفتار فردی تمایل به مصرف مواد را تشدید می کند (بعد قضاوت نسبت به خود در خود شفقت‌ورزی). در صورتی که خانواده با ابراز علاقه و اهمیت دادن به فرد معتاد، دلبستگی عاطفی خود را بروز دهد و با ایجاد حس خود ارزشمندی در فرد معتاد مهربانی او را نسبت به خودش افزایش دهد (بعد مهربانی نسبت به خود در خود شفقت‌ورزی)، ولع مصرف را کاهش خواهد داد. در این خانواده با توانایی حل مسئله، فرد معتاد به جای غرق شدن در مشکلات و نشخوار فکری با افکار آزاردهنده، راه حل‌های مناسب و جایگزینی را با همراهی اعضای خانواده و از طریق مشورت با افراد دارای صلاحیت می یابد (بعد ذهن آگاهی در خود شفقت‌ورزی). همچنین در کنار پاسخ‌گویی عاطفی متناسب خود و خانواده با هیجانات منفی پیش آمده، آن‌ها را به خوبی می شناسد و در کل متوجه خواهد شد که مشکلات ایجاد شده می تواند بخشی از تجربیات مشترک همه انسان‌ها باشد و مهم توانایی او و خانواده‌اش در درک این اصل مهم است (حس انسانیت مشترک). بنابراین به طور خلاصه می توان گفت که خود شفقت‌ورزی فرد معتاد به عنوان پیامدی از کارکرد خانواده می تواند یکی از عوامل محافظتی وی در برابر ولع مصرف مواد باشد.

این مطالعه نیز مانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی است که ایجاب می‌نماید در تعمیم نتایج به آن‌ها توجه شود. مطالعه حاضر از نوع همبستگی است و باید از هر گونه استنباط روابط علت و معلولی در مورد یافته‌ها خودداری شود. جامعه پژوهش حاضر معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون شهرستان اهواز بوده است، بنابراین تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت بگیرد. پیشنهاد می‌شود که در بررسی‌های آتی، جامعه پژوهشی گسترده‌تری در نظر گرفته شود. همچنین با توجه به نوآوری صورت گرفته در موضوع و مشاهده خلأ پژوهشی مرتبط با نقش مهم خانواده در روند درمان نگهدارنده با متادون؛ پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی با توجه به پیشینه نقش واسطه‌ای سایر متغیرهای روان‌شناختی در ارتباط بین کارکرد خانواده و ولع مصرف مواد بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون بررسی شود و یا این متغیرها به عنوان تعدیل‌گر این رابطه وارد پژوهش‌های بعدی شوند. در آخر به امید غنی‌سازی پیشینه پژوهشی مداخلات روان‌شناختی معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون پیشنهاد می‌شود که در راستای اجرای طرح‌های آزمایشی متغیرهای بررسی شده در مطالعه حاضر اقدام شود.

۲۲۲

222

## منابع

- اختیاری، حامد؛ علم مهرجردی، زهرا؛ حسنی ابهریان، پیمان؛ نوری، مه‌ری؛ فرنام، رابرت، مگری، آذرخش (۱۳۸۹). بررسی و ارزیابی واژه‌های القاکننده‌ی ولع مصرف در سوءاستفاده کنندگان مت‌آفتمین فارسی زبان. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۱۲(۲)، ۸۲-۶۹.
- اشرفی حافظ، اصغر؛ کاظمینی، تکتم؛ و شایان، شادی (۱۳۹۳). رابطه حمایت اجتماعی و جهت‌گیری مذهبی با میزان عود در معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون. *نشریه دانشکده پرستاری و مامایی*، ۲۴(۸۴)، ۴۴-۳۵.
- افسر، علی؛ بشیریان، سعید؛ پورالعجل، جلال؛ هزوه‌ای، سیدمهدی؛ وطن‌نواز، الهه؛ و زینت مطلق، فاضل (۱۳۹۲). پیش‌بینی عوامل موثر بر عود مصرف مواد مخدر در بین بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون در مراکز درمان اعتیاد شهر همدان با بهره‌گیری از مدل اعتقاد بهداشتی. *مجله تحقیقات نظام سلامت*، ویژه‌نامه آموزش بهداشت، ۲۰۴۵-۲۰۳۴.

بشارت، محمد علی؛ رنجبر نوشری، فرزانه؛ ورستمی، رضا (۱۳۸۷). مقایسه عملکرد خانواده بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد و خانواده افراد بهنجار. فصلنامه روان‌شناسی و علوم تربیتی (دانشگاه

تهران)، ۲۰، ۱۵۶-۱۳۷

ثناپی، باقر (۱۳۸۵). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج، تهران: انتشارات بعثت.

حسینی بادنجان، سید مهدی؛ بیرامی، منصور؛ و هاشمی نصرت‌آباد، تورج (۱۳۹۱). پیش‌بینی آسیب‌پذیری زنان سرپرست خانواده در برابر استرس بر اساس میزان حمایت اجتماعی، راهبردهای مقابله‌ای و منبع کنترل. مطالعات روان‌شناختی، ۱۸(۱)، ۱۴۰-۱۱۷.

زاده محمدی، علی؛ و ملک خسروی، غفار (۱۳۸۵). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی و اعتباریابی مقیاس سنجش کارکرد خانواده، فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۲(۵)، ۸۹-۶۹.

صادقی، مجید؛ و خسروی، صدراله (۱۳۹۵). نقش پیش‌بینی‌کنندگی الگوهای ارتباطی خانوادگی در میزان شفقت خود، ذهن‌آگاهی و سبک‌های تنظیم هیجان شناختی. فصلنامه مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی، ۲(۱۰)، ۳۶-۲۱.

صالحی فدردی، جواد؛ بر عرفان، زرین؛ و امین یزدی، سید امیر (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش کنترل توجه بر کاهش تورش توجه به مواد و بهبود شاخص‌های درمانی معتادان تحت درمان سم‌زدایی. مطالعات تربیتی و روانشناسی، ۱۱(۲)، ۵۶-۲۹.

صرامی، حمید؛ قربانی، مجید؛ و مینوئی، محمود (۱۳۹۲). بررسی چهار دهه تحقیقات شیوع شناسی اعتیاد در ایران. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۷(۲۶)، ۵۲-۲۹.

مؤمنی، فرشته؛ شهیدی، شهریار؛ موتابی، فرشته؛ و حیدری، محمود (۱۳۹۲). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس خود شفقت‌ورزی. روان‌شناسی معاصر، ۸(۲)، ۴۰-۲۷.

میرزایی، طیب؛ راوری، علی؛ حنیفی، نسرين؛ میری، سکینه؛ حق دوست اسکویی، سیده فاطمه؛ و میرزایی خلیل‌آبادی، صدیقه (۱۳۸۹). عوامل مرتبط با عود اعتیاد از دیدگاه مبتلایان به سوء مصرف مواد مخدر مراجعه‌کننده به مرکز ترک اعتیاد رفسنجان. نشریه پرستاری ایران، ۲۳(۶۷)، ۵۸-۴۹.

نادری، شهرام؛ بینازاده، محمد؛ و صفاتیان، سعید (۱۳۸۷). درسنامه جامع اعتیاد، تهران: انتشارات سازمان نظام پزشکی.

Ahmadpanah, M., Mirzaei Alavijeh, M., Allahver-Dipour, H., Jalilian, F. (2013). Effectiveness of coping skills education program to reduce craving beliefs among addicts referred to addiction centers in Hamadan: a

- randomized controlled trial. *Iranian Journal of Public Health*, 42(10), 1139-1144.
- Atadokht, A., Hajiloo, N., Karimi, M., & Narimani, M. (2015). The role of family expressed emotion and perceived social support in predicting addiction relapse. *International Journal of High Risk Behavior Addiction*, 4(1), DOI: 10.5812/ijhrba.21250.
- Basharpoor, S., Khosravinia, D., Atadokht, A., Daneshvar, S., Narimani M, Massah, O. (2014). The role of self-compassion, cognitive self-control, and illness perception in predicting craving in people with substance dependency. *Practice in Clinical Psychology*, 2(3), 155-164.
- Botey, A. P., & Kulig, J. C. (2014). Family functioning following wildfires: recovering from the 2011 slave lake fires. *Journal of Child and Family Studies*, 23(8), 1471-83.
- Caselli, G., Gemelli, A., Querci, S., Lugli, A. M., Canfora, F., Annovi, C., ..., Watkins, E. R. (2013). The effect of rumination on craving across the continuum of drinking behavior. *Addiction Behavior*, 38(12), 2879-2883.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171-180.
- Erdelyan, M., & Young, C. (2011). *Methadone maintenance treatment: a community planning guide*. Toronto: Centre for Addiction and Medical Health.
- Fareed, A., Vayalapalli, S., Stout, S., Casarella, J., Drexler, K., Bailey, S. P. (2011). Effect of MMT on heroin craving, a literature review. *Journal of Addictive Diseases*, 30, 27-38.
- Hashemi, T., Fotouhionab, S., Karimi, H. R., & Beirami, M. (2010). The role of irrational beliefs, perceptions, self-efficacy and social support on recurrence of substance abuse disorder. *Journal of Addiction Research*, 4(13), 7-23.
- Heinz, A. J., Epstein, D. H., Schroeder, J. R., Singleton, E. G., Heishman, S. J., Preston, K. L. (2006). Heroin and cocaine craving and use during treatment: measurement validation and potential relationships. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31(4), 355-364.
- Hormes, G. M., & Rozin, P. (2010). Does craving crave nature at the joints? Absence of a synonym for craving in many languages. *Addictive Behaviors*, 35, 459-463.
- Iskender, M., & Akin, A. (2011). Self-compassion and internet addiction. *The Turkish Online Journal of Educational Technology*, 10(3), 215-221.
- Le Moal, M., & Koob, G. F. (2007). Drug addiction: pathways to the disease and pathophysiological perspectives. *European Neuro psychopharmacology*, 17(6), 377-393.



- Lin, C., Wu, Z., & Detels, R. (2011). Family support, quality of life and concurrent substance use among methadone maintenance therapy clients in China. *Public Health*, 125(5), 269-274.
- Liu, H., Li, J., Lu, Z., Liu, W., & Zhang, Z. (2010). Does Chinese culture influence psychosocial factors for heroin use among young adolescents in China? A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 10, 2359-2368. DOI: 10.1186/1471-2458-10-563.
- Luo, X., Zhao, P., Gong, X., Zhang, L., Tang, W., Zou, X., ..., & Ling, L. (2016). Concurrent heroin use and correlates among methadone maintenance treatment clients: a 12-month follow up study in Guangdong Province, China. *International Journal of Environment Research Public Health*, 13(3), 305. DOI: 10.3390/ijerph13030305.
- Miller, I. W., Ryan, C. E., Kietner, G. I., Bishop, D. S., & Epstein N, B. . (2000). The McMaster approach to families: theory, assessment, treatment and research. *Journal of Family Therapy*, 22, 168-189.
- Mostashari, G. (2011). Preliminary guideline for the execution of methadone maintenance treatment. Ministry of Health and Medical Education, office for prevention and treatment of substance abuse. Available at: URL: <http://www.sapto.hbi.ir>.
- Neff, K. D. (2003a). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101.
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9, 225-240.
- Phelps, C. L., Paniagua, S. M., Willcockson, I. U., & Potter, J. S. (2018). The relationship between self-compassion and the risk for substance use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 183, 78-81.
- Piko, B. F., & Kovacs, E. (2010). Do parents and school matter? Protective factors for adolescent substance use. *Addictive Behaviors*, 35(1), 53-56.
- Potter, R. F., Yar, K., Francis, A. J. P., & Schuster, S. (2014). Self-compassion mediates the relationship between parental criticism and social anxiety. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(1), 33-43.
- Silborn, S., Zubrick, S., De Maio, J., Shepherad, C., Greeffin, J. (2006). The western Australian Aboriginal child health survey: strengthening the capacity of Aboriginal children, families and communities. Perthicurtin University of technology and telethon institute for child health research students. *College Student Journal*, 33(2), 312-318.
- United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report. (2014). *United Nations Publication*, Sales No. E. 14. XI. 7.

- Witkiewitz, K., & Bowen, S. (2010). Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of Consultant Clinical Psychology*, 78(3), 362-374. DOI: 10.1037/a0019172.
- Zhou, K., Li, H, Wei, X., Yin, J., Liang, P., Zhang, H., ..., Zhuang, G. (2017). Relationships between received and perceived social support and health-related quality of life among patients receiving methadone maintenance treatment in Mainland China. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, DOI: 10.1186/s13011-017-0116-3.

Archive of SID

۲۲۶

226

سال: نهم، شماره ۴۳، زمستان ۱۳۹۶  
Vol: 11, No: 44, Winter 2018