

## مدل یابی ساختاری شدت اعتیاد بر اساس سلامت و حمایت خانواده اصلی با میانجی‌گری تمایز یافتگی خود

هما جمالی<sup>۱</sup>، عباس رحمتی<sup>۱</sup>، مسعود فضیلت پور<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۲/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۴/۲۳

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر مدل یابی ساختاری شدت اعتیاد بر اساس سلامت و حمایت خانواده اصلی با میانجی‌گری تمایز یافتگی خود در گروهی از افراد معتاد به مواد مخدر شهر مشهد بود. **روش:** مطالعه حاضر از نوع توصیفی-همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود. از ۳۰۰ نفر از معتادان خودمعرف و با ارجاع داده شده به مراکز دولتی ترک اعتیاد شهر مشهد بر اساس جدول مورگان ۱۶۹ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند که ۱۹ پرسش‌نامه به دلیل عدم پاسخ‌گویی شفاف از جریان تحلیل کنار گذاشته شدند. بنابراین تعداد ۱۵۰ نفر (۷۵ نفر مرد و ۷۵ نفر زن) به پرسش‌نامه‌های غربال‌گری مصرف تنباکو، الکل و مواد اعتیادآور، سلامت خانواده اصلی، حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی و تمایز یافتگی خود پاسخ دادند. **یافته‌ها:** بر اساس نتایج، سلامت خانواده اصلی و همچنین حمایت اجتماعی در سطح خانواده به طور مستقیم پیش‌بین منفی برای شدت اعتیاد بودند ( $P < 0/05$ ). تمایز یافتگی به طور مستقیم پیش‌بین منفی برای شدت اعتیاد نبود ( $P > 0/05$ ). سلامت خانواده اصلی با میانجی‌گری تمایز یافتگی خود پیش‌بین منفی برای شدت اعتیاد بود ( $P < 0/05$ ). حمایت اجتماعی در سطح خانواده با میانجی‌گری تمایز یافتگی خود پیش‌بین منفی برای شدت اعتیاد نبود ( $P > 0/05$ ). **نتیجه‌گیری:** لازمه کاهش شدت اعتیاد افراد ارتقای سطح سلامت خانواده اصلی آن‌هاست که این ارتقا به افزایش میزان تمایز یافتگی و در نتیجه کاهش شدت اعتیاد منجر می‌شود. به علاوه ارتقای میزان حمایتی که خانواده به این افراد عرضه کرده و آن‌ها نیز آن را ادراک می‌کنند در کاهش شدت اعتیاد مؤثر می‌باشد.

### کلیدواژه‌ها: شدت اعتیاد، سلامت و حمایت خانواده اصلی، تمایز یافتگی خود

۱. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران، پست

الکترونیک: homajamali1268@yahoo.com

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران

## مقدمه

یکی از معضلات عمده‌ی زیستی، روانی و اجتماعی، مصرف مواد و وابستگی به مواد است که بدون شک تمام کشورها به نوعی با آن دست به‌گریبان هستند. پیامدهای منفی ناشی از مصرف مواد هر روز شدت پیدا می‌کنند و جهان شاهد آمار حیرت‌آور شیوع مصرف مواد در دهه اخیر، عموماً در جامعه و به ویژه در نوجوانان و جوانان بوده است (سوریزایی، خلعتبری، کیخای فرزانه و رئیسی فرد، ۲۰۱۱). اعتیاد به داروهای قانونی و غیرقانونی حاکی از وجود یک مشکل جدی در سلامت جسمی، روانی و اجتماعی است. به دلیل پیچیدگی مشکلات همراه با اعتیاد، ساختار مقابله‌ای پیچیده‌ای مورد نیاز است تا به طور کامل همه ابعاد زندگی و الگوهای رفتاری مختلف معتادان را در برگیرد (کجباف و رحیمی، ۱۳۹۰).

شواهد در دسترس نشان می‌دهند که عوامل بیولوژیکی، ژنتیکی، شخصیتی، روان‌شناختی، شناختی، اجتماعی، فرهنگی و عوامل محیطی در تعامل با یکدیگر برای شکل‌گیری اختلال سوءمصرف مواد هستند. مدل زیستی-روانی-اجتماعی اعتیاد فرض می‌کند که عوامل بیولوژیکی/ژنتیکی، روانی و اجتماعی فرهنگی به مصرف مواد کمک می‌کنند و همه آن عوامل باید در پیشگیری و درمان در نظر گرفته شوند (میلر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). نکته مهمی که در رابطه با اعتیاد باید مدنظر داشته باشیم آن است که اعتیاد یک پدیده چند بعدی است، یعنی عوامل مختلفی دست به دست هم می‌دهند تا یک فرد معتاد شود و به اعتیاد خود ادامه بدهد و حتی بعد از این که ظاهراً درمان شد به حالت اول خود بازگردد (داجن و مایکل شی<sup>۲</sup>، ۱۳۸۳). یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در سوءمصرف مواد مخدر، خانواده و نحوه عملکرد آن می‌باشد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مشکلات در عملکرد خانواده با رفتار ضد اجتماعی، پرخاشگری و اعتیاد در نوجوانان ارتباط دارد. در مجموع رابطه بین اختلال در عملکرد خانواده و اعتیاد معنادار است (آقا، ضیا و عرفان، ۲۰۰۸). میلر، اندرسون و کیالا<sup>۳</sup> (۲۰۰۴) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که خانواده‌های افراد

1. Miller  
2. Dodgen & Michael Shea

3. Anderson, & Keala

وابسته به الکل، نسبت به خانواده‌های دیگر در کارکرد خانوادگی اختلال بیشتری را گزارش کردند.

همچنین حمایت اجتماعی یکی از عوامل خانوادگی و اجتماعی است که می‌تواند افراد را در برابر مشکلات و آسیب‌های روانی-اجتماعی از جمله سوء مصرف مواد مقاوم سازد (ظفر کارگر یزدی، کاهانی، بخشی و زمانی، ۲۰۱۰). حمایت اجتماعی به احساس ذهنی تعلق داشتن، پذیرفته شدن و مورد عشق و محبت قرار گرفتن گفته می‌شود که برای هر فرد یک رابطه امن را به وجود می‌آورد و احساس صمیمیت و نزدیکی از ویژگی‌های آن است (امیرپور و علوی، ۲۰۱۰). منابع حمایتی باعث می‌شوند که فرد فکر کند، مراقبت می‌شود، دوست داشته می‌شود، ارزشمند است و به یک شبکه تعلق دارد (سهرابی و نجفی، ۲۰۰۸). در صورت عدم وجود چنین حمایت‌هایی زمینه‌های لازم برای سوء مصرف مواد فراهم می‌شود (کامران پور، ۲۰۱۰). شوکسمیس، گلندینینگ و هندری<sup>۱</sup> (۱۹۹۷) دریافتند که محیط خانوادگی بدون حمایت با رفتار اعتیاد رابطه معکوس دارد. کدجو و کلین<sup>۲</sup> (۲۰۰۰) معتقدند که در پیشگیری از مصرف مواد مخدر والدین باید محیطی عاطفی و دوست داشتنی برای فرزندان فراهم کنند. زندگی با والدین به ویژه در سنین بلوغ و ارتباط مناسب با آنان (نورسو، کینلاک، گرادی و هانلون<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸)، جو مثبت در خانه (نورسو و لرنر، ۱۹۹۶؛ نورسو، کینلاک، گرادی و هانلون، ۱۹۹۸) و ارتباط عاطفی قوی در محیط خانواده از عوامل مهم در پیشگیری از اعتیاد جوانان است (رابینسون و پست<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷). به علاوه هر قدر وابستگی فرد به خانواده قوی تر باشد، از شدت عمل خلاف او کاسته می‌شود (مشکاتی و مشکاتی، ۲۰۰۲).

علاوه بر این‌ها، خانواده به عنوان نخستین پایگاه شکل‌گیری شخصیت، اساسی‌ترین عامل به وجود آورنده تمایز یافتگی یا استقلال عاطفی افراد است (سلیمان‌نژاد، ۱۳۸۸). خود تمایز یافتگی یا تفکیک خود که مهم‌ترین مفهوم نظریه سیستمی بوئن<sup>۵</sup> است، به عنوان توانایی برقراری تعادل بین خودمختاری هیجانی و عقلانی، صمیمیت و پیوستگی در روابط

1. Shucksmith, Glendinning, & Hendry  
2. Kodjo, & Klein

3. Nurco, Kinlock, Grady, & Hanlon  
4. Robinson, & Post  
5. Bowen

توصیف می‌شود (مته یارد، اندرسون و مارکس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). در تئوری سیستمی بوئن تمامی نشانه‌ها از جمله سوء مصرف مواد ارتباط مثبتی با شکست در انطباق با سیستم، خودتمایزسازی اندک و مبالغه در فرآیند عاطفی دارد (هراس، ۲۰۰۸). درمان‌گران منظومه‌های خانواده بوئن (۱۹۷۸) بر این باورند که تمام اختلالاتی که در کارکرد خانواده وجود دارد از جمله سوء مصرف مواد از مدیریت ناکارای اضطراب در سیستم خانواده ناشی می‌شود و اعتیاد برای افراد و خانواده به عنوان راهی برای کنترل اضطراب نگریسته می‌شود (غفاری، رفیعی و ثنایی ذاکر، ۱۳۸۸). لتی<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) معتقد است که تمایز یافتگی بالا به عنوان یک عامل نگه‌دارنده در مقابل خطر مصرف الکل و مواد مخدر و تمایز یافتگی پایین، افراد را داوطلب خطر ورود به طبقه‌بندی تشخیصی اعتیاد می‌کند.

بدین ترتیب ملاحظه می‌شود عوامل چندگانه‌ای در بروز و شدت اعتیاد نقش دارند. اگرچه محققان و درمان‌گران تلاش‌های زیادی برای تبیین عوامل مربوط در بروز اعتیاد کرده‌اند، اما تاکنون به گونه‌ای جامع به شماری از عواملی که در سبب‌شناسی اعتیاد دخیل هستند به طور همزمان پرداخته نشده و یا بسیار کم و از جهات دیگر و با متغیرهای دیگری به این معضل پرداخته شده است. رویکرد چند عاملی به اعتیاد به شناخت دقیق‌تر و عمیق‌تر اعتیاد می‌انجامد و افق‌های روشنی را بر روی اندیشمندان این حوزه می‌گشاید. برای این منظور در این پژوهش به بررسی همزمان سلامت خانواده اصلی، حمایت اجتماعی ادراک شده در سطح خانواده و تمایز یافتگی خود در افراد معتاد پرداخته می‌شود تا بر پایه یک مدل‌سازی نظری و سنجش تحلیلی آن مشخص شود این عوامل به صورت همزمان چه جایگاهی در تبیین شدت اعتیاد دارند.

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع معادلات ساختاری است. جامعه آماری تمامی مصرف‌کنندگان مواد مخدر (خودمعرف و ارجاع داده شده) به مرکز اقامتی شبانه‌روزی سلامت محور کوثر (ویژه مردان) و نیز مرکز اقامتی شبانه‌روزی روستای

1. Meteyard, Andersen & Marx

2. Latty

اکبرآباد (ویژه زنان) شهر مشهد در یک ماه آخر سال ۱۳۹۳ و چهار ماه ابتدایی سال ۱۳۹۴ بود که تعداد آن‌ها ۳۰۰ نفر بود. حجم نمونه بر اساس جدول نمونه‌گیری مورگان ۱۶۹ نفر برآورد شد. در نهایت ۱۹ پرسش‌نامه به دلیل عدم پاسخگویی شفاف از جریان تحلیل کنار گذاشته شدند و بررسی‌ها بر اساس پاسخ‌های ۱۵۰ نفر صورت گرفت. روش نمونه‌گیری از نوع در دسترس بود.

## ابزار

۱- آزمون غربال‌گری مصرف تنباکو، الکل و مواد اعتیادآور<sup>۱</sup>: این آزمون توسط سازمان بهداشت جهانی با بهره‌گیری از تیمی از محققان و متخصصان بین‌المللی در سال ۱۹۹۸ تهیه و تاکنون سه بار مورد بازنگری قرار گرفته است. این آزمون نخستین ابزاری است که این امکان را فراهم می‌کند که مواد رایج اعتیادآور به تفکیک و در ده طبقه مورد پرسش و مطالعه قرار گیرند. نمرات حاصل از این آزمون برای هر یک از مواد اختصاصی به طور جداگانه مشخص می‌کند که فرد صرفاً مصرف‌کننده است، دارای سوءمصرف است یا وابسته شده است و امکان سنجش همزمان چند ماده برای یک فرد در یک‌بار اجرا امکان‌پذیر است. همچنین الگوی مصرف هر ماده را نیز به تفکیک بیان می‌کند (هامندیک، دینگتون<sup>۲</sup> و علی، ۲۰۰۸؛ هامندیک، علی، ۲۰۰۶؛ سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۰). این آزمون علاوه بر اطلاعاتی که درباره نوع وابستگی مطرح می‌کند، شدت مصرف، الگوی مصرف و آسیب‌های ناشی از مصرف را نیز به تفکیک هر ماده مورد آزمون قرار می‌دهد. این ابزار دارای روایی، اعتبار و قابلیت کاربرد است و ویژگی‌های مورد انتظار یک آزمون مناسب را دارد (گروه کاری آزمون غربال‌گری مصرف تنباکو، الکل و مواد اعتیادآور در سازمان بهداشت جهانی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲). در تحقیقات انجام شده توسط سازمان بهداشت جهانی اعتبار آزمون ۰/۸۰ گزارش شد. اعتبار ابزار با استفاده از روش همسانی درونی مورد بررسی قرار گرفت و ضرایب حاصل بین ۰/۶۸ تا ۰/۹۳ گزارش شد. شواهد مربوط به روایی آزمون در زمینه روایی محتوایی نشان می‌دهد که ابزار مورد نظر خصیصه تعریف

1. Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test

2. Humeniuk, & Dennington

3 WHO ASSIST working group

شده را به درستی اندازه‌گیری می‌کند. در روایی ملاکی ضرابی بین ۰/۴۴ تا ۰/۵۵ به دست آمد که ضرایب اعتبار بالایی محسوب می‌شوند (شریفی، ۱۳۷۵). در این پژوهش نیز برای بررسی همسانی درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار ۰/۹۳ به دست آمد.

۲- آزمون سلامت خانواده اصلی<sup>۱</sup>: ابزاری ۴۰ سؤالی است که برای سنجیدن ادراک و استنباط شخص از میزان «سلامت» خانواده اصلی‌اش توسط هاوستاد، اندرسون، پیرسی، کوچران، و فاین<sup>۲</sup> در سال (۱۹۸۵) تدوین شده است. «مقیاس خانواده اصلی» بر استقلال<sup>۳</sup> و صمیمیت<sup>۴</sup> به عنوان دو مفهوم کلیدی در حیات یک خانواده سالم تمرکز دارد. در این الگو، خانواده سالم به اعضای خود استقلال می‌دهد و این استقلال با تأکید بر صراحت بیان، مسئولیت، احترام به سایرین، بازبودن با دیگران و قبول جدا شدن و فقدان به وجود می‌آید. خانواده سالم خانواده‌ای محسوب می‌شود که در فضای خانواده و روابط صمیمیت ایجاد می‌کند و این کار را با تشویق بیان انواع احساس‌ها، ایجاد یک فضای گرم در خانه یعنی روحیه و حال و هوا، حل تعارض‌ها بدون ایجاد استرس غیر لازم، ایجاد حساسیت نسبت به هم‌فهمی و ایجاد اعتماد به انسان‌ها بر اساس نیکی نهاد آدمی انجام می‌دهد. سالم‌ترین پاسخ هر سؤال (سؤال‌های مثبت فوق‌الذکر) نمره «۵» و دور از سلامتی‌ترین پاسخ‌ها (سؤال‌های منفی فوق‌الذکر) نمره «۱» دریافت می‌کنند. نمره کل یا جمع نمرات کل سؤال‌ها حداقل ۴۰ و حداکثر ۲۰۰ می‌شود که نمره بالاتر نشانه استنباط از سلامتی بیشتر خانواده است. «مقیاس خانواده اصلی» با آلفای ۰/۷۵ و آلفای استاندارد شده ۰/۹۷ از همسانی درونی خوبی برخوردار است. این مقیاس با همبستگی بازآزمایی دو هفته‌ای، در بعد استقلال از ۰/۳۹ تا ۰/۸۸ و میانه ۰/۷۷ و در بعد صمیمیت از ۰/۴۶ تا ۰/۸۷ و میانه ۰/۷۳ از یک اعتبار عالی برخوردار است. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷۲ به

1. Family-of-Origin Scale  
2. Hovestadt, Anderson, Piercy,  
Cochran & Fine

3. Autonomy  
4. Intimacy

دست آمد. روایی محتوایی آن مورد تأیید چند تن از استادان مشاوره کشور قرار گرفته است (ثنایی، علاقبند، فلاحتی، هومن، ۱۳۸۷).

۳- آزمون حمایت اجتماعی ادراک شده چندبعدی<sup>۱</sup>: ابزاری ۱۲ سوالی است که به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده از سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی توسط زیمت<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۸۸) تهیه شده است. مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی، میزان حمایت اجتماعی ادراک شده توسط فرد در هر یک از ۳ حیطه یادشده را می‌سنجد. نمره گذاری این آزمون بر اساس مقیاس لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۷ (کاملاً موافقم) صورت می‌گیرد. برای به دست آوردن نمره میانگین کل آزمون همه عبارات را با هم جمع کرده و بر تعداد آن‌ها (۱۲) تقسیم می‌کنند. برای به دست آوردن نمره مربوط به هر خرده مقیاس، امتیاز عبارات مربوط به خرده مقیاس موردنظر را با هم جمع کرده و بر تعداد عبارات آن (۴) تقسیم می‌کنند. نمره بالا در این مقیاس بیانگر سطح بالای حمایت اجتماعی ادراک شده است. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶۸ به دست آمد. مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی از روایی عاملی و همزمان مطلوبی برخوردار است زیرا با افسردگی و ابتلا به بیماری‌های کرونری قلب در تیپ نوع A همبستگی معکوس دارد (فیشر<sup>۳</sup>، کانکوران<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶).

۴- آزمون تمایز یافتگی خود<sup>۵</sup>: ابزاری ۴۶ سوالی است که برای سنجش تمایز یافتگی افراد توسط اسکورون، و دندی<sup>۶</sup> (۱۹۹۸) تدوین شده است. دارای ۴ خرده مقیاس واکنش پذیری عاطفی، جایگاه من، گریز عاطفی، و هم آمیختگی با دیگران است. با مقیاس لیکرت در طیف ۶ گزینه‌ای از ۱ (ابدأ در مورد من صحیح نیست) تا ۶ (کاملاً در مورد من صحیح است) درجه بندی شده است. حداکثر نمره برابر ۲۷۶ است. نمره کمتر نشانه سطوح پایین تر تمایز یافتگی است (ثنایی، علاقبند، فلاحتی، هومن، ۱۳۸۷). در این پژوهش ضریب

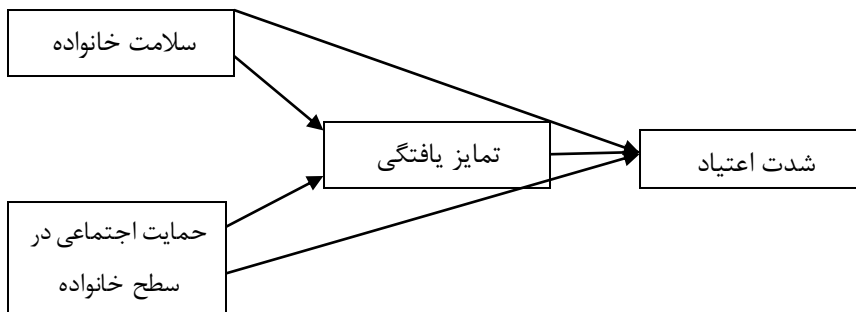
1. Multidimensional Scale of Perceived Social Support  
2. Zimet  
3. Fischer

4. Concoran  
5. Differentiation of Self Inventory  
6. Skowron, & Dendy

آلفای کرونباخ ۰/۹۶۸ به دست آمد. از ۱۰ نفر از صاحب‌نظران در این زمینه نظرخواهی شد و روایی محتوایی را مورد تأیید قرار دادند (ثنایی، علاقبند، فلاحتی و هومن، ۱۳۸۷).

### یافته‌ها

از ۱۵۰ فرد مورد بررسی ۷۵ نفر (۵۰ درصد) مرد و ۷۵ نفر (۵۰ درصد) زن بودند. از لحاظ سن از ۷۵ مرد مورد بررسی، ۲ نفر (۲/۷ درصد) کمتر از ۲۰ سال، ۲۵ نفر (۳۳/۳ درصد) بین ۲۱ تا ۳۰ سال، ۳۸ نفر (۵۰/۷ درصد) بین ۳۱ تا ۴۰ سال، ۸ نفر (۱۰/۶ درصد) بین ۴۱ تا ۵۰ سال و ۲ نفر (۲/۷ درصد) بیشتر از ۵۱ سال سن داشتند. از ۷۵ زن مورد بررسی ۲ نفر (۲/۷ درصد) کمتر از ۲۰ سال، ۲۲ نفر (۲۹/۳ درصد) بین ۲۱ تا ۳۰ سال، ۳۷ نفر (۴۹/۳ درصد) بین ۳۱ تا ۴۰ سال و ۱۴ نفر (۱۸/۷ درصد) بین ۴۱ تا ۵۰ سال سن داشتند. میانگین سنی در گروه مردان و زنان به ترتیب ۳۳/۳ (۸/۴) سال و ۳۳/۷ (۶/۷) سال بود. از لحاظ تحصیلات از ۷۵ مرد مورد بررسی ۲۰ نفر (۲۶/۶) زیر دیپلم، ۴۱ نفر (۵۴/۷) دیپلم، ۵ نفر (۶/۷) فوق دیپلم و ۹ نفر (۱۲ درصد) لیسانس و بالاتر بودند. از ۷۵ زن مورد بررسی ۵۷ نفر (۷۶ درصد) زیر دیپلم و ۱۸ نفر (۲۴ درصد) دیپلم بودند. از لحاظ وضعیت تأهل از ۷۵ مرد مورد بررسی ۳۰ نفر (۴۰ درصد) مجرد، ۳۲ نفر (۴۲/۷ درصد) متأهل، ۹ نفر (۱۲ درصد) مطلقه و ۴ نفر (۵/۳ درصد) سایر بودند. از ۷۵ زن مورد بررسی ۱۱ نفر (۱۴/۷ درصد) مجرد، ۳۷ نفر (۴۹/۳ درصد) متأهل، ۱۹ نفر (۲۵/۴ درصد) مطلقه و ۸ نفر (۱۰/۶ درصد) سایر بودند. پس از مرور ادبیات و مطالعات میدانی مدل مفهومی به صورت زیر ارائه شد.



نمودار ۱: مدل مفهومی مورد مطالعه



جهت بررسی روابط علی میان متغیرهای مطالعه حاضر از مدل سازی معادلات ساختاری و نرم افزار (23) AMOS استفاده شد. نتایج برازش مدل در نمودار ۲ ارائه شده است. همچنین شاخص های نیکویی برازش در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: شاخص های برازش برای مدل

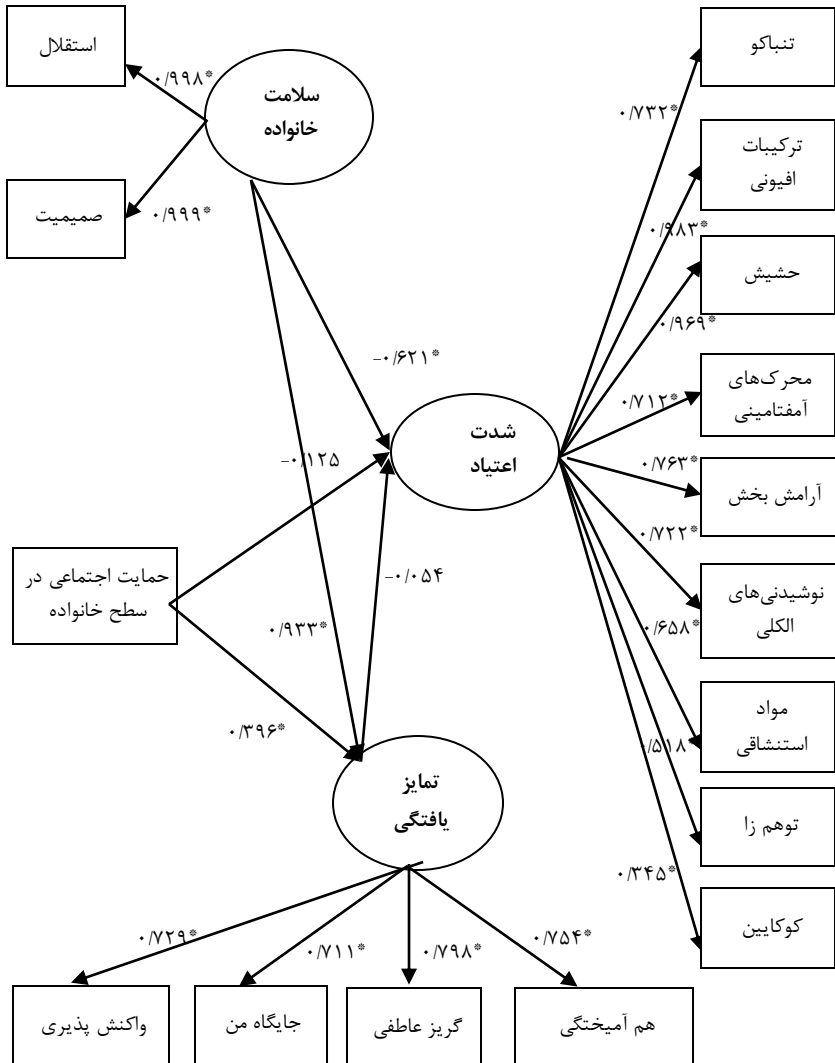
							درجه	
°IFI	°NNFI	°NFI	°CFI	°AGFI	°GFI	°RMSEA	آزادی/کای	شاخص
								دو
۰/۹۳	۰/۹۳	۰/۹۳	۰/۹۲	۰/۸۱	۰/۹۰	۰/۰۹۵	۳/۴	مقدار محاسبه شده
>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۸۰	>۰/۹۰	<۰/۱	<۵	سطح قابل قبول

جدول ۴: اثرات مستقیم، غیرمستقیم با و بدون حضور میانجی

اثر غیرمستقیم	اثر مستقیم (با حضور میانجی)	اثر مستقیم (رگرسیون چندگانه)	وابسته/مستقل
-۰/۰۵۰ (۰/۱۸۷)	-۰/۶۲۱ (<۰/۰۰۱*)	-۰/۹۶۰ (<۰/۰۰۱*)	سلامت خانواده: بر شدت اعتیاد
-۰/۰۲۱ (۰/۱۷۹)	-۰/۱۲۵ (۰/۲۰۱)	-۰/۱۱۸ (<۰/۰۰۱*)	حمایت اجتماعی ادراک شده در سطح خانواده: بر شدت اعتیاد
-	-۰/۰۵۴ (۰/۱۰۳)	۰/۰۳۶ (۰/۰۷۹)	تمایز یافتگی: بر شدت اعتیاد

1. Root- mean- square error of approximation
2. Goodness-of-fit index
3. Adjusted goodness-of-fit index

4. Comparative fit index
5. Normed fit index
6. Non-Normed fit index
7. Incremental fit index



نمودار ۲: مقادیر ضرایب استاندارد شده حاصل از مدل‌سازی معادلات ساختاری برای بررسی مدل مفهومی

اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل در مدل نهایی ارائه شده است.

جدول ۵: اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل در مدل نهایی (مدل سازی معادلات ساختاری) برای بررسی روابط

اثر کل		اثر غیرمستقیم		اثر مستقیم		وابسته/مستقل
میزان اثر معناداری	میزان اثر معناداری	میزان اثر معناداری	میزان اثر معناداری	میزان اثر معناداری	میزان اثر معناداری	
۰/۰۱۶*	-۰/۶۷۱	۰/۱۸۷	-۰/۰۵۰	<۰/۰۰۱*	-۰/۶۲۱	سلامت خانواده: بر شدت اعتیاد
۰/۶۱۱	-۰/۱۴۶	۰/۱۷۹	-۰/۰۲۱	۰/۲۰۱	-۰/۱۲۵	حمایت اجتماعی ادراک شده در سطح خانواده: بر شدت اعتیاد
۰/۱۰۳	-۰/۰۵۴	-	-	۰/۱۰۳	-۰/۰۵۴	تمایز یافتگی: بر شدت اعتیاد

در جدول ۵ اثر مستقیم معادل ضریب استاندارد شده متغیرهای رگرسیون چندگانه و زمانی است که تغییر در متغیر X منجر به تغییر در متغیر Y می شود ( $Y \leftarrow X$ ). در واقع در اثر مستقیم هر متغیر مستقیماً خودش روی معلول اثر می گذارد. اثر غیرمستقیم هر متغیر برابر با حاصل ضرب ضرایب مسیر کلیه متغیرهای یک مسیر منتهی به متغیر وابسته مذکور است ( $Y \leftarrow Z \leftarrow X$ ). اثر کل نیز نشان دهنده مجموع اثرهای مستقیم و غیرمستقیم هر متغیر است. در واقع در اثر غیرمستقیم هر متغیر از طریق همبستگی بین متغیرهای دیگر روی معلول اثر می گذارد. در این مطالعه اثرات مستقیم متغیرهای سلامت خانواده و حمایت اجتماعی ادراک شده در سطح خانواده بر شدت اعتیاد با و بدون حضور متغیر میانجی محاسبه و گزارش شده است. بدون در نظر گرفتن تمایز یافتگی به عنوان متغیر میانجی از رگرسیون چندگانه و با در نظر گرفتن تمایز یافتگی به عنوان متغیر میانجی از مدل سازی معادلات ساختاری استفاده شده است. همچنین اثرات غیر مستقیم این متغیرها بر شدت اعتیاد با حضور متغیر میانجی گزارش شده است. با در نظر گرفتن تمایز یافتگی به عنوان میانجی در مدل معادلات ساختاری بر اساس نتایج آزمون سوبل<sup>۱</sup> اثر غیرمستقیم سلامت خانواده اصلی بر شدت اعتیاد معنادار نیست. اما اثر کل سلامت خانواده اصلی بر شدت اعتیاد معنادار و به صورت معکوس است. می توان نتیجه گرفت سلامت خانواده اصلی با میانجی گری تمایز یافتگی خود پیش بین منفی برای شدت اعتیاد است. به این معنا

1. Sobel

که با افزایش میزان سلامت خانواده اصلی از طریق تأثیر بر تمایز یافتگی، شدت اعتیاد کاهش می‌یابد. با در نظر گرفتن تمایز یافتگی به‌عنوان میانجی در مدل معادلات ساختاری بر اساس نتایج آزمون سوبل اثر غیر مستقیم حمایت اجتماعی ادراک شده در سطح خانواده بر شدت اعتیاد معنادار نیست؛ همچنین اثر کل حمایت اجتماعی در سطح خانواده بر شدت اعتیاد معنادار نیست.

بدون در نظر گرفتن تمایز یافتگی به‌عنوان متغیر میانجی و در رگرسیون چندگانه، اثر مستقیم متغیر سلامت خانواده بر شدت اعتیاد معنادار معکوس است. ضریب رگرسیون بین این دو متغیر نشان‌دهنده این مطلب است که به ازای یک واحد افزایش در سلامت خانواده، شدت اعتیاد ۰/۹۶۰- واحد انحراف استاندارد کاهش پیدا خواهد کرد. با در نظر گرفتن تمایز یافتگی به‌عنوان متغیر میانجی و در مدل‌سازی معادلات ساختاری، اثر مستقیم متغیر سلامت خانواده بر شدت اعتیاد معنادار معکوس است. ضریب رگرسیون بین این دو متغیر نشان‌دهنده این مطلب است که به ازای یک واحد افزایش در سلامت خانواده، شدت اعتیاد ۰/۶۲۱- واحد انحراف معیار کاهش پیدا خواهد کرد. بدون در نظر گرفتن تمایز یافتگی به‌عنوان متغیر میانجی و در رگرسیون چندگانه، اثر مستقیم متغیر حمایت اجتماعی در سطح خانواده بر شدت اعتیاد معنادار معکوس است. ضریب رگرسیون بین این دو متغیر نشان‌دهنده این مطلب است که به ازای یک واحد افزایش در حمایت اجتماعی در سطح خانواده، شدت اعتیاد ۰/۱۱۸- واحد انحراف استاندارد کاهش پیدا خواهد کرد. می‌توان نتیجه گرفت که حمایت اجتماعی در سطح خانواده به‌طور مستقیم پیش‌بین منفی برای شدت اعتیاد است. با در نظر گرفتن تمایز یافتگی به‌عنوان متغیر میانجی و در مدل‌سازی معادلات ساختاری، اثر مستقیم حمایت اجتماعی در سطح خانواده بر شدت اعتیاد غیر معنادار معکوس است.

با در نظر گرفتن تمایز یافتگی به‌عنوان متغیر پیش‌بین در رگرسیون چندگانه، اثر مستقیم متغیر تمایز یافتگی بر شدت اعتیاد غیر معنادار مثبت است. با در نظر گرفتن تمایز یافتگی به‌عنوان متغیر میانجی در مدل‌سازی معادلات ساختاری، اثر مستقیم تمایز یافتگی بر شدت اعتیاد غیر معنادار منفی است. این اتفاق به دلیل همبستگی بالای بین متغیرهای پیش‌بین

(سلامت خانواده، حمایت اجتماعی ادراک شده در سطح خانواده و تمایز یافتگی) رخ داده است. با توجه به ماتریس همبستگی، رابطه بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک شدید و منفی است؛ از طرفی همبستگی بین متغیرهای پیش‌بین نیز شدید و مثبت است. این همبستگی بالا باعث شده در مدل رگرسیونی اثر مستقیم تمایز یافتگی بر شدت اعتیاد به صورت غیر معنادار مثبت شود. در پایان لازم به ذکر است در مدل رگرسیون چندگانه ۹۳/۶ درصد ( $R^2=0/936$ ) از تغییرات شدت اعتیاد توسط سلامت خانواده، حمایت اجتماعی ادراک شده در سطح خانواده و تمایز یافتگی تبیین شده است. در مدل معادلات ساختاری ۷۹/۴ درصد ( $R^2=0/794$ ) از تغییرات تمایز یافتگی توسط سلامت خانواده و حمایت اجتماعی ادراک شده در سطح خانواده تبیین شده است؛ به علاوه ۹۲/۸ درصد ( $R^2=0/928$ ) از تغییرات شدت اعتیاد توسط سلامت خانواده، حمایت اجتماعی ادراک شده در سطح خانواده و تمایز یافتگی تبیین شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور پیش‌بینی شدت اعتیاد بر اساس سلامت و حمایت خانواده اصلی با میانجی‌گری متغیر تمایز یافتگی در گروهی از افراد معتاد به مواد مخدر انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که سلامت خانواده اصلی به طور مستقیم پیش‌بین منفی برای شدت اعتیاد بود ( $P<0/05$ ). این یافته با نتایج پژوهش اصغری، قاسمی و قاری (۱۳۹۳) همسو بود. آن‌ها عنوان کردند سلامت خانواده اصلی می‌تواند آمادگی به اعتیاد در دانشجویان دختر را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین این یافته همسو با نتایج پژوهش بیاتی (۱۳۸۹) بود که عنوان کرد برای جلوگیری از بالارفتن اعتیاد در زنان باید از بستر خانواده شروع کرد و به خصوص توجه خاص به مادران داشت. همچنین با نتایج پژوهش حسین‌بر، بخشانی و شکیبیا (۲۰۱۲) نیز همسو بود. آن‌ها با هدف مقایسه ابعاد عملکرد خانواده افراد معتاد و غیر معتاد تفاوت معنادار در میانگین نمرات بین این دو گروه نشان دادند. در تبیین این یافته می‌توان گفت عملکرد مناسب خانواده برای سلامتی فرد، خانواده و جامعه ضروری است. خانواده دارای عملکرد مناسب قادر است نیازهای عاطفی، روانی و جسمی اعضای خود را برآورده کند. اما خانواده با کارکرد نامناسب از برآورده کردن نیازهای اعضای خود عاجز

است. برآورده نشدن نیازهای اعضای خانواده در زمینه‌های مختلف می‌تواند سلامت جسمانی، اجتماعی و هیجانی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. تحقیقات نشان داده در خانواده‌هایی که ارتباط میان اعضا و تعاملات داخل خانواده بر اساس نزدیکی، صمیمیت و تفاهم بین افراد استوار است همه اعضا علیه فشارهای زندگی نسبتاً مقاوم و مصون هستند. اعتیاد موضوعی نیست که به طور مقطعی و بدون شرایط و عوامل زمینه‌ساز ایجاد شده باشد. یافته‌های جدید بالینی نشان می‌دهد که در شکل‌گیری اعتیاد زمینه‌های رشدی ناسالم برای اعتیاد نقش اساسی ایفا می‌کند (زینالی، وحدت، حامدینیا، ۱۳۸۶).

از دیگر یافته‌های این پژوهش این بود که حمایت اجتماعی در سطح خانواده به طور مستقیم پیش‌بین منفی برای شدت اعتیاد است ( $P < 0/05$ ). این یافته با نتایج پژوهش اشرفی حافظ، کاظمینی و شایان (۱۳۹۳) همسو بود. آن‌ها نشان دادند بین حمایت خانواده با دفعات عود در فرآیند درمان رابطه منفی وجود دارد. در واقع با افزایش میزان حمایت خانواده، دفعات برگشت به مصرف در فرآیند درمان کاهش می‌یابد. همچنین با نتایج پژوهش طیبی، ابوالقاسمی و محمودعلیلو (۱۳۹۱) نیز همسو بود. آن‌ها نشان دادند که معتادان به داروهای روان‌گردان در مقایسه با معتادان به مواد مخدر و افراد بهنجار و معتادان به مواد مخدر در مقایسه با افراد بهنجار از حمایت اجتماعی کمتری برخوردارند و از محرومیت‌های اجتماعی چندگانه رنج می‌برند.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت در بررسی مؤلفه‌های روابط اجتماعی، مشاهده شد که بیشتر غیرمعتادها، از شبکه روابط اجتماعی نسبتاً قوی برخوردارند در حالی که اکثر معتادها، از روابط اجتماعی نسبتاً ضعیفی برخوردار بودند. در واقع این نتیجه با استنباط از تئوری تعاملی سیگل<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) نشان می‌دهد که هر چه شبکه روابط اجتماعی افراد به خصوص روابط خانوادگی با یکدیگر قوی‌تر باشد احتمال خیلی کمتری وجود دارد که گرایش به مصرف مواد مخدر داشته باشند؛ هر چه ارتباط شخص با پدر و مادر و اعضای خانواده اش بهتر باشد احتمال درگیری وی در رفتار بزهکارانه و آسیب‌های اجتماعی کمتر است و برعکس ضعف پیوندها منجر به رفتارهای کجروانه می‌شود.

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که تمایز یافتگی به طور مستقیم پیش‌بین منفی برای شدت اعتیاد نبود ( $P > 0/05$ ). در تبیین این یافته می‌توان گفت این اتفاق به دلیل همبستگی بالای بین متغیرهای پیش‌بین (سلامت خانواده، حمایت اجتماعی ادراک شده در سطح خانواده و تمایز یافتگی) رخ داده است. با توجه به ماتریس همبستگی، رابطه بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک شدید منفی است؛ از طرفی همبستگی بین متغیرهای پیش‌بین نیز شدید مثبت است. این همبستگی بالا باعث شده است که در مدل رگرسیونی اثر مستقیم تمایز یافتگی بر شدت اعتیاد به صورت غیر معنادار مثبت شود.

همچنین یافته‌ها نشان داد سلامت خانواده اصلی با میانجی‌گری تمایز یافتگی خود پیش‌بین منفی برای شدت اعتیاد بود ( $P < 0/05$ ). این یافته با نتایج پژوهش صادقی، فتحی زاده، احمدی، بهرامی و اعتمادی (۲۰۱۳) همسو بود. آن‌ها اظهار می‌دارند بر اساس الگوی رشدی، خانواده سالم، خانواده‌ای است که از ویژگی‌هایی همچون کاربرد شیوه‌های سالم فرزندپروری، داشتن مهارت‌های مشورت با یکدیگر و تصمیم‌گیری، ارضای نیازهای جسمانی، روانی و عاطفی اعضا، تأمین سلامت جسمانی و روانی آن‌ها برخوردار باشد. در تبیین این یافته بر اساس نظر بولتز، جیسون، و والر<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) و دمیتریو، چن، گرین برگر، گیل ریواس<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) می‌توان گفت که کارکرد سالم خانواده اصلی به فرزندان کمک می‌کند تا هویت مثبتی کسب کنند، استقلال خود را افزایش دهند و احتمال بروز مشکلات رفتاری و ارتباطی را در آینده کاهش دهند. همچنین هم‌راستا با نتیجه این فرضیه باید خاطر نشان کرد که کارکرد خانواده اصلی بر میزان تمایز یافتگی افراد تأثیر می‌گذارد. بر اساس نظریه سیستم‌های خانواده بوئن، سطح تمایز یافتگی شخص عمدتاً با الگوهای تعاملی خانواده در ارتباط است (بوئن، ۱۹۷۶). می‌توان این یافته را این گونه تبیین نمود که سلامت خانواده اصلی که بر دو مفهوم استقلال و صمیمیت تأکید می‌ورزد و می‌تواند از طریق پرورش تمایز یافتگی بر شدت اعتیاد تأثیر بگذارد. کسانی که به دلیل نداشتن خانواده‌ای که دارای سطح بهینه‌ای از سلامت بوده باشد، آموزش ندیده‌اند که تعادل بین

1. Buboltz, Johnson, & Woller

2. Dmitrieva, Chen, Greenberger, & Gil-Rivas

صمیمیت و خودمختاری را رعایت کنند و در دیگران به راحتی حل می‌شوند و در برابر اضطراب‌های موجود واکنشی عمل می‌کنند این احتمال می‌رود که هر روز بر شدت اعتیاد آن‌ها افزوده شود. چرا که اعتیاد و شرایط همراه با آن را نیز می‌توان به نوعی یک اضطراب تلقی کرد.

از نتایج دیگر این پژوهش این بود که حمایت اجتماعی در سطح خانواده با میانجی‌گری تمایز یافتگی خود پیش‌بین منفی برای شدت اعتیاد نبود ( $P > 0/05$ ). این یافته با نتایج پژوهش مک دونالد<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۴) همسو بود که نشان دادند حمایت اجتماعی همیشه پیش‌بینی کننده مراحل بهبود نیست. در تبیین این یافته می‌توان گفت درست است که حمایت خانواده می‌تواند پیش‌بینی کننده شدت اعتیاد افراد باشد اما بر اساس رویکرد سیستمی مبنی بر تعدد عوامل مسبب یک مسئله ممکن است حمایت خانواده از طریق تأثیر بر تمایز یافتگی این کار را انجام ندهد. چرا که بعضی خانواده‌ها به طور طبیعی ممکن است متوجه کیفیت حمایتی که به افراد خود عرضه می‌کنند نباشند و بعد از آن که حادثه استرس‌زایی همچون مشکل اعتیاد پیش آمد، ممکن است حمایت‌های افراطی و بیمارگونه خود را شروع کنند که این زمان احیاناً بر تمایز یافتگی هم تأثیر می‌گذارند اما تا قبل از آن ممکن است حمایت خانواده از طریق تأثیر بر متغیرهای واسطه‌ای دیگر بر تمایز یافتگی و آن‌گاه بر شدت اعتیاد تأثیر بگذارند. بنابراین می‌توان گفت که تمایز یافتگی افراد معتاد ممکن است تحت عوامل مؤثرتر از حمایت خانواده شکل گرفته باشد.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود اقدام اساسی پیشگیری از اعتیاد و همچنین درمان آن از خانواده‌ها شروع شود. آموزش روش‌های برقراری ارتباط اثربخش در خانواده، شیوه‌های حل مسئله، حل تعارض، پاسخ‌گویی و درک احساسات و عواطف و شیوه‌های مناسب فرزندپروری می‌تواند مؤثر باشد. در اقدامات درمانی برای اعتیاد نیز باید خانواده مشارکت و همکاری داشته باشند و تغییر در کل نظام خانواده ایجاد شود. یکی از دلایلی که ایجاب می‌کند کل اعضای خانواده حمایت شده و خدمات دریافت کنند،



ماهیت سیستمی خانواده‌ها است. در یک نظام، هر قسمت تمامی قسمت‌های دیگر را تحت تأثیر قرار می‌دهد و از آن تأثیر می‌پذیرد. در صورتی که درمان فرد معتاد بدون تغییر در نظام خانواده صورت گیرد، احتمال بازگشت زیاد خواهد بود. چون فرض بر این است که نظام خانواده در ابتلای فرد به اعتیاد نقش مهمی داشته است و اگر فرد به همان خانواده با عملکردهای قبلی برگردد تغییر وی دوام نخواهد آورد. لذا پیشگیری و درمان هر دو باید از خانواده شروع شود.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر استفاده از پرسش‌نامه و درجه اعتماد به پاسخ‌های افراد است. از آنجا که شرکت کنندگان پژوهش به صورت در دسترس انتخاب شده‌اند می‌توان گفت که این نمونه معرف تمام سوءمصرف کنندگان مواد نیست. در نتیجه تعمیم‌پذیری باید با احتیاط صورت گیرد.

### منابع

- 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، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی*. ۲۴(۸۴)، ۳۵-۴۴.
- اصغری، فرهاد؛ قاسمی جوینه، رضا و قاری، ملیکا (۱۳۹۳). نقش سلامت خانواده اصلی و ویژگی‌های شخصیتی در آمادگی اعتیاد دانشجویان دختر. *فصلنامه انتظام اجتماعی*، ۶(۴)، ۴۷-۶۴.
- بیاتی، پروانه (۱۳۸۹). *بستر اجتماعی-فرهنگی مؤثر بر اعتیاد به مواد روان گردان در میان زنان*. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۴(۱۴)، ۷-۱۶.
- ثنایی، باقر؛ علاقبند، ستیلا؛ فلاحتی، شهره و هومن، عباس (۱۳۸۷). *مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج*. تهران: مؤسسه انتشارات بعثت.
- داجن، چارلز ای؛ مایکل شی، دبلیو. (۲۰۰۰). *روان‌شناسی اعتیاد (اختلال‌های مصرف مواد، سنجش و درمان)*. ترجمه بایرامعلی رنجگر (۱۳۸۳). تهران: نشر روان

زینالی، علی؛ وحدت، رقیه و حامدینا، صفر (۱۳۸۶). بررسی زمینه‌های پیش‌اعتیادی معتادان و مقایسه آن با افراد سالم غیر معتاد. *مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۹(۳۳)، ۱۶۸-۱۴۹.

سلیمان‌نژاد، اکبر (۱۳۸۸). تأثیر روان‌نمایشگری بر افزایش تمایز یافتگی فرد از خانواده در دانشجویان پرستاری. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۱(۱)، ۵۲-۴۲.

طیبی، کلثوم؛ ابوالقاسمی، عباس و محمود علیلو، مجید (۱۳۹۱). مقایسه حمایت و محرومیت اجتماعی در معتادان به مواد مخدر و داروهای روان‌گردان و افراد بهنجار. *فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۳(۲)، ۶۲-۵۴.

غفاری، فاطمه؛ رفیعی، حسن و ثنائی‌ذاکر، محمدباقر (۱۳۸۸). اثربخشی خانواده درمانی سیستمی بوئن بر تمایز یافتگی و کارکرد خانواده‌های دارای فرزند معتاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۳(۱۲)، ۳۰-۱۹.

کجباف، محمد باقر و رحیمی، فاطمه (۱۳۹۰). مقایسه انگیزه‌های فردی/اجتماعی و سرمایه اجتماعی معتادان در گروه‌های درمانی شهر اصفهان. *مجله رویکردهای نوین آموزشی*، ۶(۱)، ۱۴۸-۱۲۵.

Agha, S., Zia, H., Irfan, S., (2008). Psychological problems and family functioning as risk factors in addiction. *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad: JAMC*, 20(3), 88-91.

Amirpoor L., Alavi Kh. (2010). *The relationship of Perceived social support with level of anxiety in university students*. The fifth seminar of college student's mental health. Tehran, Iran

Bowen, M. (1976). Theory in the Practice of Psychotherapy. In P. J. Gueriu, Jr. (Ed), *Family Therapy: Theory and Practice*. New York: Gardner Press  
Buboltz WC, Johnson P, Woller KM. Psychological reactance in college students: Family-of-origin predictors. (2003), *Journal of counseling and development*, 81, 311-317.

Dmitrieva J, Chen C, Greenberger E, Gil-Rivas V. (2004). Family relationships and adolescent psychological outcomes: Converging findings from eastern and western cultures. *Journal of research and adolescence*, 14(4), 425-447.

Fischer, J., & Concorn, K. (2006). *Measures for clinical practice and research: A source book, volume 2*, Adults. Oxford University Press.

Heras, J. E. (2008). *A clinical application of Bowen family systems theory*. Syracuse Family Center.

- Hosseini, M., Bakhshani, N., Shakiba, M., (2012). Family Functioning of Addicted and Non-Addicted Individuals: A Comparative Study. *International Journal of High Risk Behavior and Addiction*, 1(3), 109-114.
- Humeniuk, R., & Ali, R. (2006). *Validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) and Pilot Brief Intervention: A Technical Report of Phase II Findings of the WHO ASSIST Project*. Geneva: World Health Organization.
- Humeniuk, R., Dennington, V., & Ali, R. (2008). *The Effectiveness of a Brief Intervention for Illicit Drugs Linked to Alcohol, smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in Primary Health Care Settings*. Geneva: World Health Organization.
- Kamranpoor, F. (2010). *Level of social support, type of coping strategies and suicide in college students*. The fifth seminar of college student's mental health. Tehran, Iran.
- Kodjo, C. M., Klein, J. D. (2000). Prevention and Risk of Adolescent Substance Abuse. The Role of Adolescents, Families, and Communities. *Pediatric Clinics of North America*, 49(2), 257-268.
- Latty, Ch. R. (2005). *Effects of differentiation on college student*. Doctoral dissertation of Psychotherapy in Michigan State University.
- Macdonald, E. M., Luxmoore, M., Pica, S., Tanti, C., Blackman, J., Catford, N., Stockton, P. (2004). Social networks of people with dual diagnosis: The quantity and quality of relationships at different stages of substance use treatment. *Community Mental Health Journal*, 40(5), 451-464.
- Meshkati, M. R., Meshkati, Z. (2002). The impact of internal and external family factors upon juvenile delinquency. *Journal of Iranian Society*, 4(3), 3-25.
- Meteyard, J. D., Andersen, K. L., Marx, E. (2012). Exploring the Relationship between Differentiation of self and Religious Questing in students from Two Faith-based Colleges. *Pastoral Psychology*, 61(3), 333-342.
- Miller, Peter M. (2013). *Principles of Addiction: Comprehensive Addictive Behaviors and Disorders, Volume 1*. Amsterdam: Elsevier.
- Miller, R. B., Anderson, S., Keala, D. K. (2004). Is Bowen theory valid? A review of basic research. *Journal of marital and family therapy*, 30, 453-470.
- Nurco, D. N., Kinlock, T. W., O'Grady, K. E., Hanlon, T. E. (1998). Differential Contributions of Family and Peer Factors to the Etiology of Narcotic Addiction. *Drug Alcohol Dependence*, 51(3), 229-237.
- Nurco, D. N., Lerner, M. (1996). Vulnerability to Narcotic Addiction: Family Structure and Functioning. *Journal of Drug*, 26(4), 1007-1025.
- Robinston, B., Post, P. (1997). Risk of Addiction to Work and Family Functioning. *Psychological Reports*, 81(1), 91-95.

- Sadeghi, M., Fatehizadeh, M., Ahmadi, A., Bahrami, F., Etemadi, O. (2013). Developing a model of healthy family (A Qualitative Research). *Journal of Basic and Applied Scientific Research*, 3(7), 216-221.
- Shucksmith, J., Glendinning, A., Hendry, L. (1997). Adolescent Drinking Behavior and the Role of Family life: A Scottish Perspective. *Journal of Adolescent Health*, 20(1) 85-101.
- Siegel, L. J. (2001). *Criminology, Theories, Patterns, and Typologies-7th Edition*. Belmont. CA: Wadsworth / Thomson Learning.
- Sohrabi, F., Najafi, M. (2008). *Examining level of possessing of social support and mental health of college students*. The 4th seminar of university student's mental health. Shiraz, Iran
- Sourizaei, M, Khalatbari, J., Keikhay farzaneh, M. M., & Raisifard, R. (2011). The prevention of drug abuse, methods, challenges and researches. *Indian Journal of Science & Technology*, 4(8), 1-10.
- WHO ASSIST Working Group (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Development, Reliability and Feasibility. *Addiction*, 97, 1183-1194.
- World Health Organization (2010). *Self-help strategies for cutting down or stopping substance use: A guide*. Department of Mental Health and Substance Dependence.
- Zafar Kargar Yazdi, M., Kahani, Sh., Bakhshi, Sh., Zamani Gharrenejed Noghabi, S. (2010). *Comparing coping strategies with stress, mental health, social support, probability of suicide and substance abuse in native and in native college students*. The fifth seminar of college student's mental health. Tehran, Iran.