

Research
Article

Family-Related Facilitators of Addiction Treatment: A Qualitative Study*

Narges Pahlavan¹, Mohammad Rostami²

Received: 2024/11/20

Accepted: 2025/10/08

Abstract

Objective: The present study aimed to identify family-related facilitators of addiction treatment. **Method:** This was a qualitative, descriptive phenomenological study. The target population of the present study comprised all individuals with substance dependence who sought treatment at addiction treatment camps and centers in Sanandaj city in 2023. Using a purposive sampling method and theoretical saturation, a sample of 19 individuals was selected, and their lived experiences were collected through semi-structured interviews. The data were analyzed using the seven-step Colaizzi method. To ensure the accuracy of the study, the researchers utilized methods such as prolonged engagement and the review of findings by experts, participants, and peer researchers. **Results:** Four main themes were identified as family-related facilitators: Family-facilitating self-reflections (with sub-themes of concern about the disclosure of addiction in the family, feelings of guilt toward the family, fears about the family's future, and a sense of responsibility toward the family), family support (with sub-themes of motivational, financial, social status, and emotional support), flourishing family (with sub-themes of appropriate marital relationships and family bonds), and family participation in the treatment process (with sub-themes of direct and indirect participation). **Conclusion:** It is not realistic to expect an individual with addiction to manage their treatment process alone. The family plays an essential role in the recovery and continuation of addiction treatment by providing various forms of support, creating a safe and calm environment at home, and actively participating in the treatment process. The main and sub-themes of this research can clearly become practical goals for family interventions, which will help enhance readiness, increase support capacity, and strengthen the family's role in the treatment path.

Keywords: Facilitators, Family, Addiction treatment

*. This article has been extracted from the first author's master's thesis at the University of Kurdistan and is based on a plan approved by the drug control headquarters.

1. MA, Department of Counseling, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran.

2. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Counseling, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran. Email: m.rostami@uok.ac.ir

عوامل تسهیل کننده خانوادگی درمان اعتیاد: یک مطالعه کیفی*

نرگس پهلوان^۱، محمد رستمی^۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۷/۱۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۸/۳۰

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف شناسایی عوامل تسهیل کننده خانوادگی درمان اعتیاد انجام شد. **روش:** مطالعه حاضر کیفی و از نوع پدیدارشناسی توصیفی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از همه افراد وابسته به مواد مراجعه کننده به کمپ ها و مراکز ترک اعتیاد در شهر سمنان در سال ۱۴۰۲ بود. با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند و اشباع نظری، نمونه ای به حجم ۱۹ فرد انتخاب و تجارب زیسته آنان از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته جمع آوری گردید. اطلاعات بدست آمده با استفاده از روش هفت مرحله ای کلازی مورد تحلیل قرار گرفت. جهت حصول دقت در مطالعه از روش های درگیر شدن طولانی مدت، بازبینی و بررسی یافته ها توسط متخصصان، مشارکت کنندگان و همکاران محقق استفاده شد. **یافته ها:** چهار مضمون اصلی خودنگری های تسهیل کننده خانوادگی (با مضامین فرعی نگرانی از افشای اعتیاد در خانواده، احساس گناه در قبال خانواده، ترس های آینده خانوادگی و احساس مسئولیت در قبال خانواده)، حمایت های خانوادگی (با مضامین فرعی حمایت های انگیزشی، مالی، منزلتی و عاطفی)، خانواده بالنده (با مضامین فرعی روابط زناشویی و پیوندهای خانوادگی مناسب) و مشارکت خانواده در فرایند ترک (با مضامین فرعی مشارکت مستقیم و غیر مستقیم) به عنوان عوامل تسهیل کننده خانوادگی شناسایی شدند. **نتیجه گیری:** انتظار اینکه فرد مبتلا بتواند به تنهایی روند درمان اعتیاد خود را مدیریت کند واقع بینانه نیست. خانواده با ارائه حمایت های گوناگون، ایجاد محیطی امن و آرام در خانه و مشارکت فعال در فرایند درمان نقشی اساسی در بهبود و تداوم درمان اعتیاد ایفا می کند. مضامین اصلی و فرعی این پژوهش نیز می توانند به طور روشن به اهدافی کاربردی برای مداخلات خانوادگی تبدیل شوند، اهدافی که به ارتقای آمادگی، افزایش توان حمایتی و تقویت نقش خانواده در مسیر درمان کمک می کنند.

کلیدواژه ها: تسهیل کننده ها، خانواده، درمان اعتیاد

*. این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در دانشگاه کردستان و طرح مصوب ستاد مبارزه با مواد مخدر است.

۱. کارشناسی ارشد، گروه مشاوره، دانشگاه کردستان، سمنان، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه مشاوره، دانشگاه کردستان، سمنان، ایران. پست الکترونیک: m.rostami@uok.ac.ir.

مقدمه

مصرف مواد مخدر یک مسئله مزمن و برای مدت طولانی یکی از مهم‌ترین مسائل اجتماعی در سراسر جهان بوده است (لو^۱ و همکاران، ۲۰۲۰؛ گریوز^۲، ۲۰۲۰). با وجود افزایش آگاهی عمومی، اقدامات پیشگیرانه، اقدامات درمانی و فعالیت‌های توانبخشی، مصرف مواد همچنان در حال افزایش است. دفتر مبارزه با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد^۳ (۲۰۲۱) گزارش می‌دهد که بیش از ۲۷۰ میلیون نفر در سراسر جهان از مواد مخدر استفاده می‌کنند که ۳۵ میلیون نفر از آنان به دلیل مصرف بیش از حد از نوعی اختلال روانی رنج می‌برند. ایران نیز مانند بسیاری از کشورها با این مشکل دست و پنجه نرم می‌کند، زیرا یکی از کشورهای است که آمار بالایی از مصرف‌کنندگان مواد مخدر را در خود جای داده است (موسلی^۴ و همکاران، ۲۰۲۱). براساس یافته‌های یک مطالعه زمینه‌یابی ملی در کشور، حدود ۱۱/۹ درصد از افراد تجربه استفاده از مواد مخدر را دارند (مرادی‌نظر و همکاران، ۲۰۲۰). بنا به گزارش دفتر مبارزه با مواد مخدر ایران^۵، در سال ۲۰۱۹ حدود ۲/۸ میلیون ایرانی (معادل ۵/۴ درصد از جمعیت بزرگسالان ۱۵-۶۵ سال) دچار اختلالات مصرف مواد بودند (مرکز اروپایی نظارت بر مواد و اعتیاد به مواد مخدر^۶، ۲۰۱۹). علاوه بر این، نرخ بالای عود مصرف مواد مخدر یک مشکل عمده در درمان اعتیاد به مواد مخدر حتی پس از یک دوره طولانی ترک است (روچیویت^۷، ۲۰۱۳). متأسفانه آمار ترک اعتیاد توسط یک بیمار بیشتر از آمار تکمیل درمان است (بروسون^۸ و همکاران، ۲۰۱۳). نتایج بعضی از مطالعات (نظیر شفيعی و همکاران، ۲۰۱۴) آمار عود ۷۲ درصدی را ظرف مدت یک سال پس از ترک گزارش داده‌اند.

از میان عوامل زیستی، روانی و اجتماعی مربوط به اعتیاد، عوامل اجتماعی تعیین‌کننده‌های آن نقش محوری در شکل‌گیری، گسترش و تداوم اعتیاد ایفا می‌کنند (عطادخت و همکاران، ۲۰۱۵). در این میان، خانواده به عنوان یکی از تعیین‌کننده‌های

1. Lo
2. Greaves
3. united nations office on drugs and crime (UNODC)
4. Mousali

5. Iranian drug control headquarters
6. European monitoring center for drugs and drug addiction (EMCDDA)
7. Ruchiwit
8. Brorson

کلیدی اجتماعی این پدیده شناخته می‌شود. محیط خانواده در رفتار روان‌شناختی افراد اهمیت زیادی دارد. عملکرد خانواده ارتباط نزدیکی با مصرف مواد مخدر دارد و در مطالعه‌ای مشخص شد افراد در هنگام تعامل خوب با اعضای خانواده به ویژه والدین کمتر احتمال دارد که رفتارهای مشکل‌ساز داشته باشند (زننگ و تان^۱، ۲۰۲۱). براساس مدل عملکرد خانواده مک‌مستر (اپستین^۲ و همکاران، ۱۹۷۸)، اعطای نقش به اعضای خانواده، ارتباط متقابل، توانایی حل مشکلات گروهی، فضای عاطفی گرم، و ارتباط باز بین اعضای خانواده همگی حاکی از عملکرد مناسب خانواده است. افراد با عملکرد خوب خانواده تمایل بیشتری به رعایت قوانین و هنجارهای اجتماعی دارند و کمتر مرتکب جنایت و سایر رفتارهای ضد اجتماعی می‌شوند. هر چه خانواده عملکرد بهتری داشته باشد، انسجام و هماهنگی خانواده بیشتر می‌شود. بنابراین، سلامت روانی اعضای خانواده بالاتر می‌رود و رفتارهای مشکل‌ساز کمتری وجود خواهد داشت (زننگ و تان، ۲۰۲۱؛ اسکینر^۳ و همکاران، ۲۰۰۰). تعدادی از مداخلات مبتنی بر خانواده توسعه یافته و اثربخشی آن‌ها بررسی شده‌اند که نویدبخش درمان افراد مصرف‌کننده مواد است. این مداخلات به ویژه شامل درمان چندسیستمی^۴ (هنگلر^۵، ۱۹۹۹)، خانواده‌درمانی استراتژیک مختصر^۶ (ساپوچنیک^۷ و همکاران، ۱۹۸۶)، مداخله توانمندسازی خانواده (دمبو^۸ و همکاران، ۱۹۹۸) و خانواده درمانی چندبعدی (لیدل^۹، ۲۰۰۲) است. در مطالعه‌ای مروری اثربخشی این مداخلات خانوادگی در درمان اعتیاد مورد بررسی قرار گرفت (لیدل، ۲۰۰۴). یافته‌ها نشان داد مداخلاتی که با مشارکت فعال خانواده اجرا می‌شوند دو اثر کلیدی به همراه دارند: نخست بهبود عملکرد خانواده در روند درمان و دوم افزایش رضایت از روابط میان فرد مبتلا به اعتیاد و اعضای خانواده. این نتایج بر اهمیت نقش نظام خانواده در موفقیت برنامه‌های ترک اعتیاد تأکید می‌کنند. اعتیاد یک بیماری خانوادگی است که بر عملکرد خانواده تأثیر منفی می‌گذارد و سلامت تک تک اعضای خانواده را در معرض آسیب قرار

1. Zeng & Tan
2. Epstein
3. Skinner
4. multi-systemic therapy
5. Henggeler

6. brief strategic family therapy
7. Szapocznik
8. Dembo
9. Liddle

می‌دهد (راث، ۲۰۱۰^۱). مهم است که اعضای خانواده و کل خانواده تا حد امکان در روند بهبودی از اعتیاد مشارکت نمایند. آنها اغلب می‌توانند با ارائه انگیزه، اطلاعات و حمایت مالی در روند درمان تسهیل‌کننده باشند (چتوپادهای^۲ و همکاران، ۲۰۲۲). تحقیقات بر نیاز اعضای خانواده دارای فرد مبتلا به اعتیاد به مراقبت از خود در روند بهبودی تاکید دارند (اوگرادی و اسکینر^۳، ۲۰۱۲).

مطالعات بسیاری در سرتاسر جهان تلاش کرده‌اند تسهیل‌کننده‌های درمان اختلالات مصرف مواد را بررسی نمایند. اگرچه هر یک از این مطالعات طبقه‌بندی‌های مختلفی از تسهیل‌کننده‌های درمان ارائه داده‌اند، اما شباهت‌ها و مفاهیم تکرارشونده خاصی در این مطالعات وجود دارد که شامل مشکلات مرتبط با ماده (تاکر^۴ و همکاران، ۲۰۰۴)، فقر (پاتل^۵ و همکاران، ۲۰۲۰)، مسئولیت و حمایت خانواده (پاتل و همکاران، ۲۰۲۰)، حمایت هم‌تایان (یانگ^۶ و همکاران، ۲۰۱۸)، ارتباط با ارائه‌دهندگان درمان (بریج^۷ و همکاران، ۲۰۱۸؛ یانگ و همکاران، ۲۰۱۸)، دستورالعمل‌های ارجاع ساده (گوئتا^۸، ۲۰۱۷)، انتظارات از خانواده (فتحی و موسوی‌فر، ۱۳۹۵) و انگ علیه مصرف مواد (پاتل و همکاران، ۲۰۲۰) است.

با مرور این مطالعات از چند منظر می‌توان آن‌ها را مورد بررسی قرار داد. بر اساس دانش ما و علیرغم یافته‌های اثبات شده در خصوص نقش خانواده در اعتیاد اعضای آن (بردشاو^۹ و همکاران، ۲۰۱۶)، مطالعات محدودی در زمینه نقش خانواده در فرایند درمان اعتیاد موجود است. این موضوع به ویژه در خصوص مطالعات داخلی با خلاء بیشتری مواجه است. البته در این زمینه مطالعاتی وجود دارند که یا به صورت ویژه به عوامل خانوادگی پرداخته‌اند (سرکر^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۲؛ مشفق خاکپور و همکاران، ۱۴۰۰؛ شمسعلی‌نیا و همکاران، ۱۳۹۲؛ نعمتی سوگلی تپه و خالدیان، ۱۴۰۱) و یا موضوع خانواده

تنها یکی از حیطه‌های مورد تأکید بوده است (ویسدم^۱ و همکاران، ۲۰۱۱؛ فتحی و موسوی‌فر، ۱۳۹۵) و در مواردی نیز که خانواده موضوع اصلی بوده است مطالعه به روش کمی انجام شده است (بردشاو و همکاران، ۲۰۱۶). نهایتاً، بیشتر مطالعات اشاره شده با استفاده از رویکرد کمی و از طریق ابزارها/پرسش‌نامه‌هایی که از دیدگاه اتیک^۲ (سرکر و همکاران، ۲۰۲۰) مشتق شده‌اند به بررسی عوامل تسهیل‌کننده درمان اعتیاد می‌پردازند.

مطالعات کمی به سبب تأکید بر پیش‌فرض‌های منتج از نظریه‌های موجود از نظر تبیین پدیده‌ها بر اساس تجربه زیسته و عینی واحدهای تحت مطالعه مورد نقد جدی قرار دارند. این نوع مطالعات نسبت به مسائل منحصر به فرد در تجربه زیسته افراد بی‌توجه هستند (انگلیندر^۳، ۲۰۱۶). به صورت کلی، مطالعات کیفی اطلاعات عمیق‌تری را فراهم می‌کنند و بیشتر زمانی به کار می‌روند که هدف کشف فرایندهای اجتماعی-روان‌شناختی نهفته در تعاملات انسانی باشد (انگلیندر، ۲۰۱۶). این روش‌ها فراتر از توصیف صرف بوده و درک ماهیت پدیده‌ها را امکان‌پذیر می‌سازند و می‌توان از نتایج آن‌ها در برنامه‌ریزی‌های مراقبتی و بالینی استفاده کرد. با توجه به آمار بالای عود اعتیاد و هزینه‌های چندبعدی ناشی از آن، یافته‌های مطالعه حاضر می‌تواند با تأکید بر نقش خانواده به عنوان یکی از مهم‌ترین گروه‌ها و حمایت‌کننده‌های اجتماعی در کاهش این هزینه‌ها و سایر تبعات موثر باشد. بنابراین، هدف پژوهش حاضر شناسایی عوامل تسهیل‌کننده خانوادگی درمان اعتیاد در قالب یک مطالعه کیفی پدیدارشناسی بود.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این مطالعه به روش کیفی و رویکرد پدیدارشناسی توصیفی انجام گرفت. این رویکرد هم روشی در پژوهش‌های کیفی و هم روشی در مواجهه با دنیای پیرامون است. هدف پدیدارشناسی درک ماهیت و ساختار پدیده‌های زیسته انسانی از طریق خلاصه‌سازی و تحلیل گفته‌های مشارکت‌کنندگان است (انگلیندر، ۲۰۱۶). در پژوهش حاضر از آنجایی

که هدف اصلی بررسی تجارب مشارکت کنندگان مبتلا به اعتیاد از عوامل تسهیل کننده خانوادگی درمان اعتیاد بود، از روش پدیدارشناسی توصیفی استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از همه افراد مبتلا به اعتیاد مراجعه کننده به کمپ ها و مراکز ترک اعتیاد شهرستان سنندج در سال ۱۴۰۲ بود که جهت درمان و ترک اعتیاد در این مراکز پذیرش شده بودند. در این پژوهش، نمونه مورد مطالعه به روش نمونه گیری هدفمند مبتنی بر ملاک های ورود و خروج و با تأکید بر اشباع نظری انتخاب شدند. مهم ترین ملاک های ورود به مطالعه حاضر توانایی انجام گفتگو و تجربه سپری نمودن حداقل ۱ دوره کامل از درمان اعتیاد خود در کمپ یا مراکز ترک اعتیاد و نداشتن بیماری های ناتوان کننده جسمی و روان پزشکی به عنوان یک مانع مشارکت افراد مبتلا به اعتیاد بود. ملاک خروج قابل توجهی در پژوهش حاضر وجود نداشت. در مجموع، با ۱۹ نفر که از ملاک های ورود به مطالعه برخوردار بودند مصاحبه انجام شد.

پس از انجام هماهنگی های لازم با مراکز و کمپ های ترک اعتیاد در شهر سنندج، برای مصاحبه با مشارکت کنندگان مورد نظر، با هماهنگی مسئولین مربوطه افراد واجد شرایط مشخص و بعد از ارائه توضیحات لازم از آنها دعوت شد تا در صورتی که تمایل دارند در پژوهش شرکت کنند. در مرحله بعد، زمانی که مشارکت کنندگان فرم رضایت شرکت در پژوهش را تکمیل و امضا نمودند، با تعیین زمان و مکان مناسب مصاحبه آغاز شد. مصاحبه ها به صورت عمیق و نیمه ساختاریافته صورت گرفت. مصاحبه عمیق از جمله مطرح ترین و پر استفاده ترین روش در مطالعات کیفی است (اسپیزل^۱ و همکاران، ۲۰۱۱). در پژوهش حاضر سوالات کوتاه پاسخ بیشتر به قصد دریافت اطلاعات جمعیت شناختی در ابتدای مصاحبه ها استفاده شد و در ادامه سوالات اصلی و باز پاسخ جهت آشنایی با تجارب زیسته افراد مبتلا به اعتیاد از فرایند درمان خود و نیز دستیابی به داده های عمیق تر و کامل تر ارائه گردید. در هر بخشی از مصاحبه ها که لازم بود محقق جهت روش شدن بهتر تجربه مورد مطالعه، سوالات ژرفکاونه، پیگیر و اکتشافی (مشابه چه چیز، چگونه، کجا، چه وقت و ...) را بکار برد. نمونه ای از سوالات بدین شیوه بود "روند بهبودی شما از اعتیاد یا

درمان اعتیاد چگونه بود؟"، "خانواده و اعضای آن چگونه بر این روند تاثیرگذار بودند؟". در سراسر مصاحبه‌ها، سایر فنون معمول در مصاحبه‌های کیفی از جمله ثبت یادآورها، یادداشت‌های در عرصه و مشاهده بر حسب ضرورت مورد استفاده قرار گرفت. در مجموع، با ۱۹ فرد گرفتار در دام اعتیاد مصاحبه انجام شد. برای رعایت تنوع در پژوهش، مشارکت‌کنندگان شامل هر دو جنس بودند. در مواردی نیز بر حسب تشخیص و جهت تکمیل اطلاعات از یک فرد دوبار مصاحبه گرفته شد. زمان مصاحبه‌ها بین ۴۵ الی ۹۰ دقیقه با میانگین ۶۰ دقیقه متغیر بود. همه مصاحبه‌ها با رضایت مشارکت‌کنندگان ضبط شد و بعد انجام هر مصاحبه متن کامل آن کلمه به کلمه بر روی کاغذ نوشته و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این فرایند از راهبردهایی مانند مقایسه دائم مفاهیم و مضامین شکل گرفته از نظر تشابه و تفاوت جهت شکل‌گیری طبقات استفاده شد. از آنجایی که در مطالعات کیفی مراحل جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل همزمان و به صورت موزاری انجام می‌شود، بعد از انجام اولین مصاحبه کار تجزیه و تحلیل آغاز و این فرایند تا هنگامی که در جریان کسب اطلاعات یافته‌ی جدیدی پدیدار نشد و داده‌ها به اشباع نظری رسید ادامه داشت. کل فرایند جمع‌آوری اطلاعات از تاریخ ۱۴۰۲/۶/۲۱ تا ۱۴۰۳/۳/۳۰ به طول انجامید.

در پژوهش حاضر از روش هفت مرحله‌ای کلایزی^۱ (۱۹۷۸) برای تجزیه و تحلیل داده استفاده شد. در اولین مرحله، تمام مصاحبه‌ها ضبط و به صورت مکتوب در آمدند. هدف این بود که محقق به طور کامل تجربیات و احساسات مشارکت‌کنندگان را درک کند. در دومین مرحله، محقق جملات و عبارات مرتبط با موضوع پژوهش در متن مکتوب شده را شناسایی و مشخص کرد. در مرحله سوم (مرحله کدگذاری)، پس از شناسایی جملات مرتبط، محقق وارد مرحله‌ی دیگری از تحلیل شد و از جملات مشخص شده مفاهیم کلیدی را استخراج کرد. به این معنی که هر مفهوم شناسایی شده به صورت یک کد اختصاصی نام‌گذاری شد. در مرحله چهارم، پس از کدگذاری اولیه، محقق در صدد صحت و ارتباط کدها با داده‌های اصلی برآمد. بدین منظور هر کد با جملات و گفته‌های

مشارکت کنندگان مجدداً تطبیق داده شد. در پنجمین مرحله، کدهای مشابه و مرتبط در دسته‌های بزرگ‌تری گروه‌بندی شدند و مضامین فرعی تشکیل شد. در مرحله ششم، محقق با ترکیب مضامین فرعی شکل گرفته گروه‌های کلی‌تری از ساختار تجارب مشارکت کنندگان ایجاد کرد. این گروه‌ها به عنوان مضامین اصلی یا هسته‌ای شناخته می‌شوند. آخرین مرحله در روش کلایزی شامل اعتبارسنجی یافته‌هاست. بدین منظور از راهبردهای تحلیل مقایسه‌ای مداوم، درگیر شدن طولانی مدت با یافته‌ها و صرف زمان کافی برای جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها و بازبینی استفاده شد. در راهبرد بازبینی از نظرات و بازخوردهای اساتید متخصص، مشارکت کنندگان، همکاران محقق و دانشجویان دوره دکتری استفاده شد. بحث و مقایسه یافته‌های این پژوهش با مطالعات دیگر نیز برای بررسی تناسب داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

همچنان که در جدول شماره ۱ مشخص است، مشارکت کنندگان این پژوهش ۱۹ نفر (۱۴ مرد و ۵ زن) با دامنه سنی ۲۶ الی ۴۵ سال بودند که تحصیلات آنها از ابتدائی تا کارشناسی ارشد متغیر بود. سایر اطلاعات مشارکت کنندگان در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول شماره ۱: مشخصات جمعیت‌شناختی مشارکت کنندگان پژوهش

ردیف	جنسیت	سن	تحصیلات	شغل	تاهل	ماده مصرفی	دفعات اقدام به ترک	درمان دریافت شده
۱	مرد	۳۲	کارشناسی ارشد	بازاریاب	متاهل	ماری جوانا	۴	مشاوره و دارو
۲	زن	۲۹	لیسانس	خانه‌دار	مطلقه	هروئین	۳	مشاوره و دارو
۳	مرد	۳۶	دیپلم	تراشکار	متاهل	متادون و دارو آرام‌بخش	۲	مشاوره و دارو
۴	مرد	۲۹	لیسانس	پرستار	مجرد	هروئین، شیشه و کراک	۲	مشاوره و دارو
۵	مرد	۴۲	دیپلم	گچ‌کار	متاهل	تریاک، شیره و هروئین	۴	مشاوره و دارو

جدول شماره ۱: مشخصات جمعیت شناختی مشارکت کنندگان پژوهش

ردیف	جنسیت	سن	تحصیلات	شغل	تاهل	ماده مصرفی	دفعات اقدام به ترک	درمان دریافت شده
۶	مرد	۴۴	لیسانس	تکنسین برق	مجرد	هروئین و شیشه	۳	مشاوره و دارو
۷	زن	۴۵	ابتدائی	خیاطی و خدمات منزل	مطلقه	تریاک، شیر و متادون	۲	مشاوره و دارو
۸	مرد	۳۲	دیپلم	راننده تاکسی	مجرد	هروئین و شیشه	۱	مشاوره و دارو
۹	مرد	۳۶	لیسانس	معمار ساختمان	فوت شده	هروئین و شیشه	۲	مشاوره و دارو
۱۰	مرد	۳۵	راهنمایی	بیکار	مطلقه	هروئین، شیشه و متادون	۱	مشاوره و دارو
۱۱	زن	۲۶	لیسانس	منشی	مجرد	تریاک و شیر	۲	مشاوره و دارو
۱۲	مرد	۳۴	دیپلم	قنادی	مجرد	هروئین و شیشه	۳	مشاوره و دارو
۱۳	مرد	۳۴	دیپلم	تعمیرات موبایل	مجرد	هروئین و شیشه	۲	مشاوره و دارو
۱۴	زن	۳۵	ابتدائی	نظافت منزل کشاورزی	متاهل	تریاک و شیر	۲	مشاوره و دارو
۱۵	مرد	۳۵	ابتدائی	آزاد	مطلقه	شیره و متادون	۳	مشاوره و دارو
۱۶	مرد	۴۵	دیپلم	آزاد	متاهل	هروئین	۴	مشاوره و دارو
۱۷	مرد	۳۷	ابتدائی	نوازنده و خواننده	مطلقه	هروئین، شیشه و متادون	۳	مشاوره و دارو
۱۸	مرد	۴۳	لیسانس	تعمیرات کامپیوتر	مطلقه	هروئین و شیشه	۴	مشاوره و دارو
۱۹	زن	۳۸	راهنمایی	خانه دار	متاهل	هروئین و شیشه	۵	مشاوره و دارو

جدول شماره ۲: عوامل بازدارنده خانوادگی درمان اعتیاد در افراد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد

مضمون هسته‌ای	مضامین اصلی	مضامین فرعی
	خودنگری‌های تسهیل کننده خانوادگی	نگرانی از افشای اعتیاد در خانواده
		احساس گناه در قبال خانواده
		ترس‌های آینده خانوادگی
		احساس مسئولیت در قبال خانواده
	خانواده بالنده	روابط زناشویی مناسب
تسهیل کننده‌های درمان اعتیاد	حمایت‌های خانوادگی	پیوندهای خانوادگی مناسب
		حمایت‌های انگیزشی
		حمایت‌های مالی
		حمایت‌های عاطفی
		حمایت‌های منزلتی
	مشارکت خانواده در فرایند درمان	مشارکت غیر مستقیم
		مشارکت مستقیم

بر اساس جدول ۲، عوامل تسهیل کننده خانوادگی درمان اعتیاد در مشارکت کنندگان شامل ۴ مضمون اصلی (خودنگری‌های تسهیل کننده خانوادگی، خانواده بالنده، حمایت‌های خانوادگی و مشارکت خانواده در فرایند درمان) بود. مضمون اصلی خودنگری‌های تسهیل کننده خانوادگی شامل مضامین فرعی نگرانی از افشای اعتیاد در خانواده، احساس گناه در قبال خانواده، ترس‌های آینده خانوادگی و احساس مسئولیت در قبال خانواده بود. مضمون اصلی خانواده بالنده شامل مضامین فرعی روابط زناشویی مناسب و پیوندهای خانوادگی مناسب بود. مضمون اصلی حمایت‌های خانوادگی شامل مضامین فرعی حمایت‌های انگیزشی، حمایت‌های مالی، حمایت‌های عاطفی و حمایت‌های منزلتی بود. نهایتاً، مضامین فرعی مرتبط با مضمون اصلی مشارکت خانواده در فرایند درمان شامل مشارکت غیر مستقیم و مشارکت مستقیم بود.

۱- خودنگری‌های تسهیل کننده خانوادگی

اولین مضمون اصلی تسهیل کننده درمان اعتیاد خودنگری‌های تسهیل کننده خانوادگی بود. خودنگری‌ها اشاره به ماحصل ارزیابی شناختی افراد مبتلا به اعتیاد از وضعیت خود بعد از

تجربه مصائب و مشکلات و روابط و تعاملات تجربه شده داشت. به عبارت دیگر، این خودنگری‌ها شامل محتویات شناختی، فکری و ادراکی افراد از وضعیت خودشان و مرتبط با خانواده بود، اینکه آن‌ها در حال حاضر تصور می‌کردند زندگی‌شان در خانواده در چه وضعیتی قرار دارد. این خودنگری‌ها شامل این موارد بود: نگرانی از افشای اعتیاد در خانواده، احساس گناه در قبال خانواده، ترس‌های آینده خانوادگی و احساس مسئولیت در قبال خانواده.

۱-۱ نگرانی از افشای اعتیاد در خانواده

اعتیاد به دلیل تبعات منفی که برای خانواده و جایگاه آن در جامعه دارد در بسیاری مواقع به صورت رفتاری پنهانی شروع و ادامه می‌یابد. اما در بسیاری موارد با توجه به وابستگی‌های جسمی، رفتاری و روان‌شناختی افراد به مواد موضوع آشکار خواهد شد. با این حال، مشارکت کنندگان پژوهش حاضر نسبت به تبعات افشای این واقعیت به شدت نگران بوده و درصد درمان برمی‌آمدند. مشارکت‌کننده شماره ۳ اظهار داشت: "من در حال حاضر حتی همسرم و خانوادم از اعتیاد من بی‌خبرن، فقط و فقط مادرم از اعتیادم خبر داره، زندگی الانم با همسرم خیلی خیلی خویه اما می‌دونم آگه روزی بفهمه واقعاً نمی‌تونم اون روز رو تصور کنم که قراره چه اتفاقی بیفته... من واقعاً از مخفی کاری تو زندگیم خسته شده بودم و نیاز به این ترک کردن داشتم."

۱-۲ احساس گناه در قبال خانواده

احساس گناه در قبال خانواده در مشارکت کنندگان پژوهش حاضر در نتیجه‌ی مشکلات و چالش‌هایی بود که فرد مبتلا به اعتیاد با رفتار خود بر خانواده تحمیل می‌کرد. اعضای خانواده به‌رغم این مشکلات شرایط فرد را درک کرده و از او حمایت می‌کردند. ادامه وضعیت و مشاهد سختی‌های خانواده فرد مبتلا به اعتیاد را و می‌داشت نسبت به درمان اقدام نماید. مشارکت‌کننده شماره ۱۶ بیان کرد: "خانمم می‌گفت برویم بیرون، می‌دید حال و حوصله ندارم با من جر و بحث نمی‌کرد، با شرایط و احوالات من کنار می‌آمدند و حواسشون به من بود. الانم به خاطر کمک‌های همسرم و عذاب وجدانی که واقعاً در قبال زحماتش دارم می‌خوام ترک کنم."

۳-۱ ترس‌های آینده خانوادگی

خانواده واحدی عاطفی است و اعضای آن نسبت به سرنوشت تک تک اعضای خانواده حساسیت و نگرانی‌هایی دارند. مشارکت کنندگان پژوهش حاضر همزمان با ادامه مصرف مواد نگرانی‌هایی نسبت به خانواده که از رفتار اعتیادی آنها متأثر شده بود تجربه می‌کردند. گرایش سایر اعضای خانواده به اعتیاد یکی از همین نگرانی‌ها بود. مشارکت کننده شماره ۷ در این خصوص بیان داشت: "دل خوشی الانم فقط بچه‌هایم هستند، تا چشم باز کردن یک مادر معتاد دیدن که همش کار و ناله می‌کند برای دردهایش. همه‌ی ترسم همیشه این بود دخترهایم یکی بشوند عین من بدبخت و معتاد. من می‌دانستم و واقعاً فکر می‌کردم بچه‌هایم مثل من می‌شوند و این قدر ترسم زیاد بود که نمی‌تونستم خودم رو کنترل کنم گفتم هر جوری هست باید ترک کنم."

۴-۱ احساس مسئولیت در قبال خانواده

یکی دیگر از خودنگری‌های تسهیل کننده خانوادگی احساس مسئولیت در قبال خانواده بود. احساس مسئولیت به معنای تعهد، پاسخ‌گویی و انجام صحیح وظایف و نقش‌هایی فرد در خانواده است. اعتیاد در ابعاد مختلفی به صورت منفی (برای مثال، اقتصادی، جایگاه اجتماعی خانواده، برچسب خوردن سایر اعضای خانواده و غیره) خانواده را تحت الشعاع قرار می‌دهد و این موضوع افراد مبتلا به اعتیاد را وادار می‌کند که در این موارد مسئولیت بیشتری برعهده بگیرند. مشارکت کننده شماره ۶ اظهار داشت: "من باید جای بابام را در خانه پر می‌کردم. از من انتظار می‌رفت که مرد خانواده باشم و این که همه چیز را از دست داده بودم و باید دوباره بدست می‌آوردم تا بتوانم پشت خانوادام بایستم و خواهرم بزرگ شده بود و خواستگار داشت من باید کاری می‌کردم تا بتونم جهیزیه‌اش را کامل کنم و حداقل بتوانم به مراسم عقد برایش برگزار کنم."

۲- خانواده بالنده

خانواده به دلیل نفوذ و ویژگی‌های حمایتی‌ای که دارد می‌تواند خصوصاً در شرایط خطر و اضطراب منبع ارزشمندی جهت برآورده کردن نیازها، رفع مشکلات و فراهم‌سازی حمایت‌های مختلف برای اعضای خود باشد. در مشارکت کننده پژوهش حاضر، این منبع

عموماً در وضعیت مناسبی قرار داشت و قادر به ایفای نقش حفاظتی خود بود. در خانواده بالنده دو مضمون فرعی روابط زناشویی مناسب و پیوندهای خانوادگی مناسب تأثیر مثبتی در مسیر بهبودی و درمان فرد مبتلا به اعتیاد داشتند.

۲-۱ روابط زناشویی مناسب

مشارکت‌کنندگان پژوهش حاضر گزارشات بسیاری از کیفیت مناسب روابط زناشویی و نبود مشکلات با همسر خود گزارش دادند که در فرایند درمان نقش محافظتی و کمک‌کننده داشت. این روابط زناشویی سبب افزایش محبت، ابراز علاقه و حمایت بین زوجین و یا سبب عدم تشدید وضعیت و عدم دغدغه‌مندی از این ناحیه شده بود. مشارکت‌کننده شماره ۲ درمورد رضایت از روابط زناشویی خود با همسرش این‌طور گفت: "رضا واقعاً آدم خوبی بود. آدمی بود که خیلی خیلی کم عصبانی می‌شد، رفتاری که فرد را اذیت می‌کرد، انجام نمی‌داد. با وجود مشکلات من مراعات می‌کرد، رابطه خوبی داشتیم. منم از رفتاراش واقعاً خوشم می‌ومد، رضا واقعاً آدم خوبی بود."

۲-۲ پیوندهای خانوادگی مناسب

پیوندهای خانوادگی فراتر از مشکلاتی بود که تنها بین زن و شوهر اتفاق می‌افتاد. این پیوندها روابط با سایر اعضای خانواده از جمله فرزندان، پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌ها، اقوام و به‌طور کلی خانواده گسترده را در بر می‌گرفت. در پژوهش حاضر مصادیق آن شامل نبود اختلافات در خانه بین اعضا، عدم بی‌توجهی خانواده به عضو، رعایت حرمت و جایگاه افراد و پیوند قوی بین والدین و فرزندان بود که سبب ایجاد احساس آرامش در خانه و افزایش امید برای درمان می‌شد. مشارکت‌کننده شماره ۷ درمورد روابط عاطفی با فرزندانش این چنین بیان داشت: "خدا روشکر که بچه‌های صالحی دارم و همیشه من را درک کردند و همیشه با من واقعاً خوب رفتار کردند همیشه نگران من بودند و تو هر مشکلی به من کمک کردند، هیچ وقت از گل نازک‌تر به من نگفتند. وقتی بچه‌ها را کوچک بودند می‌گفتند مامان غصه نخور درس می‌خوانیم، پولدار می‌شویم، تو می‌روی ترک می‌کنی و کلی بهت پول می‌دهیم که کار نکنی."

۳- حمایت‌های خانوادگی

سومین مضمون اصلی تسهیل‌کننده درمان اعتیاد حمایت‌های خانوادگی بود. یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار در روند بهبودی فرد از اعتیاد حمایت اعضا خانواده است. نقش خانواده در روند بهبودی و درمان اعتیاد بسیار پررنگ است و اعضای خانواده مهم‌ترین و نزدیک‌ترین گروه حمایتی به فرد مبتلا به اعتیاد هستند. این حمایت‌ها شامل ۴ نوع حمایت انگیزشی، مالی، عاطفی و انگیزشی بود که از سمت خانواده‌ها به اعضای مبتلا به اعتیاد جهت حمایت از درمان و بهبودی آن‌ها عرضه می‌شد.

۱-۳ حمایت‌های انگیزشی

فرد مبتلا به اعتیاد به دلیل مصرف مواد مخدر، فاصله گرفتن از روال عادی زندگی، آسیب‌های جسمی و روحی زیاد ناشی از مواد، و تنهایی غالباً احساسات منفی همچون سرخوردگی و ناامیدی بسیاری دارند. مشارکت‌کنندگان پژوهش حاضر در مواردی از حمایت، تشویق و احترام خانواده برخوردار می‌شدند و این برای آن‌ها جهت تداوم درمان امید و انگیزه ایجاد می‌کرد. مشارکت‌کننده شماره ۴ اظهار داشت: "حتی خانوادم برای ترک کردنم مهمانی گرفتند و این باعث شد بفهمم که به کارم افتخار می‌کنند و مامان من یه سری دختر بهم معرفی می‌کرد و می‌گفت حالا که ترک کردی برویم برای این دختر خواستگاری و این باعث می‌شد من بفهمم که دارند برای من تلاش می‌کنن و چقدر به من افتخار می‌کنند که دارم پاک می‌شوم."

۲-۳ حمایت‌های مالی

افراد مبتلا به اعتیاد به دلیل وابستگی‌های مختلفی که به مواد پیدا می‌کنند و به دلیل اینکه مواد به بخش مهمی از زندگی آن‌ها تبدیل می‌شود عموماً از سایر جنبه‌های زندگی غافل شده و با مشکلات مالی قابل توجهی مواجه می‌شوند. بسیاری از مشارکت‌کنندگان پژوهش حاضر برای شروع و ادامه درمان به شدت به کمک‌های مالی وابسته بودند. مشارکت‌کننده شماره ۱۵ بیان داشت: "مادرم پول توی جیبی بهم می‌داد و هزینه‌هایی که تو کلینیک داشتم رو برعهده می‌گرفت." مشارکت‌کننده شماره ۱۱ درخصوص

حمایت‌های مالی از سوی مادر این چنین بیان داشت: "تنها کسی که بتوانم برای درمان پول از او بگیرم، مادرم است و هیچ کسی را جز او ندارم."

۳-۳ حمایت‌های عاطفی

حمایت عاطفی در خانواده نقش مهمی در درک احساسات فرد و تقویت هیجانات مثبت او دارد. این حمایت می‌تواند از طریق ابراز محبت، توجه، اعتماد، همدلی و درک متقابل اعضای خانواده بروز یابد. چنین فضایی انگیزه‌ای نیرومند برای فردی که در مسیر ترک قرار دارد ایجاد کرده و او را در ادامه این راه یاری می‌کند. مشارکت‌کننده شماره ۵ در مورد همدلی اعضای همسر و کمک به بهبودی را این‌طور بیان داشت: "همسرم کلاً خیلی حواسش به همه چی بود. من را واقعاً درک می‌کرد، وقت‌هایی که اعصابم خورد بود یا حوصله نداشتم، بلد بود چطور با من رفتار بکند و بی‌اعتماد نبود و سرزنش نمی‌کرد، این رفتارهای همسرم به من امید بیشتری برای ترک و درمان می‌داد."

۳-۴ حمایت‌های منزلتی

اعتیاد به مواد مخدر به اعتبار و جایگاه فرد در خانواده و اجتماع آسیب می‌رساند و باعث رفتارهایی از سوی اعضای خانواده می‌شود که فرد مبتلا به اعتیاد را به مصرف مواد بیشتر و رها کردن فرایند درمان سوق می‌دهد. یکی از عوامل تأثیرگذار در تجربه مشارکت‌کنندگان پژوهش حاضر که تأثیر بسیاری بر روند بهبودی آنان داشت حمایت منزلتی از سوی خانواده بود که شامل مواردی از جمله تحقیر نشدن از سوی خانواده، عدم تبعیض و اعطای مسئولیت و نقش در خانواده می‌شد. مشارکت‌کننده شماره ۴ این چنین بیان داشت: "پدرم من را با خودش سرکار می‌برد و پیش همکارانش از من تعریف می‌کرد من هم اونجا سرگرم بودم به کار» و مشارکت‌کننده شماره ۱۸ گفت: «برای برادر کوچکترم پدر شده بودم و جایگاه خوبی توی خونه داشتم، احترام داشتم."

۴- مشارکت خانواده در فرایند درمان

مشارکت خانواده در فرایند درمان به عنوان آخرین مضمون اصلی یکی از مهمترین عوامل تسهیل‌کننده روند بهبودی و درمان اعتیاد بود. فرد مبتلا به اعتیاد برای بهبودی قادر نخواهد بود به تنهایی وضعیت را مدیریت کند و گرفتار وضعیت دشوار و پیچیده‌ای خواهد شد.

در پژوهش حاضر مشارکت کنندگان با مشارکت مستقیم و غیر مستقیم خانواده خود در فرایند درمان موفق شده بودند که درمان را ادامه داده و به نتایجی در این حوزه دست یابند.

۱-۴ مشارکت غیر مستقیم

خانواده‌ها با دو نوع مشارکت می‌توانند در فرایند درمان اعتیاد نقش آفرینی داشته باشند. یکی از آن‌ها مشارکت غیر مستقیم است. خانواده تلاش می‌کند با افزایش شناخت خود نسبت به اعتیاد و عوارض و وابستگی آن انتظارات و درخواست را متناسب با شرایط فرد تنظیم نماید و به جای افزایش تنش فرصت بیشتری به فرد برای بهبودی اعطا نماید. مشارکت کننده شماره ۱۵ در مورد تلاش مادر برای همراهی با وی در اقدامات درمانی این چنین بیان داشت: "وقتی مادرم می‌آمد در کلاس‌ها می‌نشست چون همه از مصرف‌شان و حال و شرایط‌شان می‌گفتند کاملاً متوجه حال و روز ما می‌شد و درک‌اش نسبت به ما بالا می‌رفت. خدا را شکر مادر من زن فهمیده‌ای بود می‌آمد در این جلسات می‌نشست کنار من و اصلاً خجالت هم نمی‌کشید. همه اینا باعث می‌شد که اولاً متوجه دوست داشتن مادرم بشوم، دوماً بدونم که تو این راه تنها نیستی سوماً او هم می‌فهمید چطور باید با من رفتار کند."

۲-۴ مشارکت مستقیم

به علاوه مشارکت غیر مستقیم، در مواردی اعضای خانواده خود مستقیماً به اقداماتی دست می‌زدند که سبب محدودیت دسترسی فرد به مواد می‌شد و یا با مراجعه به روان‌شناس در خصوص مدیریت و نظارت بر مصرف و روابط فرد مبتلا به اعتیاد در منزل همکاری می‌کردند. مشارکت کننده شماره ۱۳ این گونه بیان داشت: "حتی به خاطر من که از تهران دور باشیم، از مکان مصرف دور باشم، از شرایط مصرف دور باشم و از دوستانم دور باشم به سنج اومدیم و اینجا زندگی کردیم." مشارکت کننده شماره ۵ نیز اظهار داشت: "خانواده عموم خیلی حمایت می‌کنند، مخصوصاً وقتی متوجه اعتیاد من شدند خیلی تلاش کردن من را چند بار با خودشان بردن کلینیک و خودشان از روان‌شناس اعتیاد مشاوره می‌گرفتند و با او همکاری می‌کردند."

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر شناسایی عوامل تسهیل‌کننده خانوادگی در درمان اعتیاد بود و چهار مضمون اصلی را شناسایی کرد: خودنگری‌های تسهیل‌کننده خانوادگی (شامل مضامین فرعی نگرانی از افشای اعتیاد در خانواده، احساس گناه در قبال خانواده، ترس‌های آینده خانوادگی و احساس مسئولیت در قبال خانواده)، حمایت‌های خانوادگی (شامل مضامین فرعی حمایت‌های انگیزشی، مالی، منزلتی و عاطفی)، خانواده‌بالنده (شامل مضامین فرعی روابط زناشویی و پیوندهای خانوادگی مناسب) و مشارکت خانواده در فرایند ترک (شامل مضامین فرعی مشارکت مستقیم و غیر مستقیم). نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که عوامل خانوادگی علاوه بر تأثیرات شخصی نقش کلیدی در فرایند درمان اعتیاد ایفا می‌کنند.

اولین مضمون اصلی پژوهش حاضر خودنگری‌های تسهیل‌کننده خانوادگی است. این مضمون شامل چند مضمون فرعی مهم از جمله نگرانی از افشای اعتیاد در خانواده، احساس گناه نسبت به خانواده، ترس از آینده خانوادگی و همچنین احساس مسئولیت در قبال خانواده را دربر می‌گیرد. هرچند پژوهشی که به طور مستقیم به بررسی این نوع خودنگری‌ها در زمینه درمان اعتیاد پرداخته باشد شناسایی نشد، اما بخشی از این خودنگری‌ها با یافته‌های برخی مطالعات پیشین همسو و مشابه است. برای مثال، مطالعه شمسعلی‌نیا و همکاران (۱۳۹۲) که به بررسی عوامل موثر بر تصمیم به ترک اعتیاد در مصرف‌کنندگان مواد با رویکرد کیفی پرداخته است به تعدادی از عوامل فردی تسهیل‌کننده ترک اعتیاد همچون خستگی ناشی از احساسات منفی مختلف، خسارت زدن به دیگران، ترس، ناامیدی و تردید اشاره کرده است که مشابه پژوهش حاضر است. مشفق‌خاکپور و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهش خود عواملی را که در فرآیند ترک اعتیاد نقش تسهیل‌کننده دارند را بررسی کردند و بر اهمیت حمایت خانوادگی تأکید کرده‌اند. آنان احساس آرامش و سرزندگی، ترس از تداوم شرایط موجود و امید به دستیابی به زندگی موفق را به عنوان عوامل فردی موثر بر ترک مصرف مواد معرفی کردند که تا حدی با خودنگری‌های شناسایی‌شده در پژوهش حاضر مشابهت دارد. به طور مشخص، مضمون فرعی نگرانی از افشای اعتیاد در خانواده در این پژوهش با یافته‌های توکلی

قوچانی و همکاران (۱۳۹۳) هم‌راستا است. در این مطالعه، ترس از آبروریزی به عنوان یکی از دلایل مؤثر بر تصمیم فرد برای ترک اعتیاد گزارش شده است. شایان توجه است که سه مورد از خودنگری‌های تسهیل‌کننده شناسایی شده در پژوهش ما یعنی ترس‌های آینده خانوادگی، نگرانی از افشای اعتیاد در خانواده و احساس گناه در قبال خانواده اگرچه در ظاهر ماهیتی منفی دارند، اما در حقیقت نوعی نگرانی‌های مثبت و سازنده محسوب می‌شوند که می‌توانند فرد را به سوی ترک و درمان اعتیاد سوق دهند. براساس گفته‌های مشارکت‌کنندگان، بسیاری از افراد در حال ترک با یادآوری رفتارهای آسیب‌زایی که در گذشته در قبال خانواده داشته‌اند یا با توجه به پیامدهای منفی اعتیاد بر روابط خانوادگی دچار احساس شرم و گناه می‌شوند، احساسی که خود می‌تواند به عنوان عاملی انگیزشی در مسیر ترک عمل کند. این یافته با پژوهش‌های مرتبط در این زمینه از جمله مردانی و همکاران (۲۰۲۳) همسو است.

این خودنگری‌ها در کنار خودنگری احساس مسئولیت در قبال خانواده در پژوهش حاضر با مفهوم سرمایه‌های روان‌شناختی مطالعه زنگ و تان (۲۰۲۱) مشابه هستند. منظور از سرمایه‌های روان‌شناختی نوعی وضعیت روانی درونی سالم است که سبب رشد و ترقی افراد می‌شود. مشخص شده است سرمایه‌های روان‌شناختی در کاهش شکست درمان و گرایش به عود اثر مثبتی دارند. در حقیقت، وقتی افراد مبتلا به اعتیاد از سرمایه روانی بیشتری برخوردار باشند از ایده‌ها و انگیزه‌های قوی‌تری برای ترک مواد مخدر برخوردار خواهند بود و در نتیجه شانس شکست درمان کاهش خواهد یافت. در نهایت، مکانیسم تسهیل‌گری خودنگری ترس از افشای اعتیاد در خانواده برای درمان اعتیاد را می‌توان با مفهوم انگ مرتبط با اعتیاد توجیه نمود. سابقه انگ در مورد اعتیاد و درمان آن طولانی و فراگیر است و این یافته‌ها با پژوهش ریگتر^۱ و همکاران (۲۰۱۹) و ارنشاو^۲ و همکاران (۲۰۱۳) همسو است که بر اهمیت انگ اجتماعی و تأثیر آن بر درمان و بهبودی افراد مبتلا به اعتیاد تمرکز دارند.

خانواده بالنده دومین مضمون اصلی تسهیل‌کننده درمان اعتیاد در پژوهش حاضر بود. این مضمون ناظر بر دو مضمون فرعی روابط زناشویی مناسب و پیوندهای خانوادگی مناسب بود. خانواده را می‌توان گروه یا سیستم غالب در زندگی و بهبودی فرد از اعتیاد دانست. مشابه این یافته، سایر مطالعات به اهمیت و جایگاه خانواده اشاره کرده‌اند. در همین رابطه، مشفق خاکپور و همکاران (۱۴۰۰) که حوزه مطالعاتی آنها بررسی حمایت‌های عاطفی، روحی و روانی خانواده در فرایند ترک اعتیاد است نشان داده‌اند که خوشحالی و شادی اعضای خانواده را به عنوان یکی از عوامل انگیزه خانوادگی ترک مواد است که مشابه مضامین پژوهش حاضر است. سایر مطالعات از جمله مطالعه زنگ و تان (۲۰۲۱) نیز در یافته‌های خود بر نقش عملکرد خانواده بر آمادگی و بهبودی اعضا از اعتیاد تأکید کرده‌اند و این یافته‌ها همچنین با پژوهش بردشاو و همکاران (۲۰۱۶) که در زمینه تأثیر عملکرد خانواده بر بازگشت به مصرف مواد مخدر مطالعاتی انجام داده‌اند همسو است. در همین راستا، مشخص شده است که صمیمیت خانواده بر آمادگی و بهبودی اعضا از اعتیاد و پیگیری درمان آن تأثیر دارد (زنگ و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین، اگر روابط زناشویی در دوران بهبودی از اعتیاد سالم و به دور از چالش باشد می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر حفظ و تداوم پاکی داشته باشد (شامویی و کیمبل^۱، ۲۰۱۲). سطوح بالای صمیمیت می‌تواند اثر محافظتی و تثبیت‌کننده بر مشکلات مواد مخدر و الکل داشته باشد و به افراد کمک می‌کند تا به طور مثبت با رویدادهای منفی کنار بیایند و همچنین توانایی ترمیم روانی را افزایش و وقوع رویدادهای منفی را کاهش می‌دهد. با این حال، روابط عاطفی ضعیف می‌تواند خطر مصرف مجدد مواد را افزایش دهد (زنگ و همکاران، ۲۰۲۱). به علاوه، یافته‌ها در خصوص مضمون فرعی پیوندهای خانوادگی مناسب مشابه یافته‌های سایر مطالعات در این زمینه است. بر اساس مطالعه بدیع و همکاران (۱۴۰۱)، در خانواده‌هایی که الگوهای ارتباطی کارآمد درون خانواده حکم فرماست، اعضای آن با وجود محرک‌ها و برانگیزاننده‌های محیطی و فشارهای جسمی ناشی از مواد از خودکارآمدی بالایی جهت ادامه درمان و ترک اعتیاد برخوردار بوده و در این فرایند

پایدار خواهند ماند، در حالی که این وضعیت در خانواده‌های با الگوهای ارتباطی ناکارآمد صدق نمی‌کند (بدیع و همکاران، ۱۴۰۱).

سومین مضمون اصلی تسهیل‌کننده درمان اعتیاد حمایت‌های خانوادگی بود. این حمایت‌ها توسط مشارکت‌کنندگان در ۴ نوع حمایت انگیزشی، مالی، عاطفی و منزلتی گزارش شد که از سمت خانواده‌ها به آن‌ها جهت حمایت از درمان و بهبودی ارائه می‌شد. در همین زمینه، فتحی و موسوی‌فر (۱۳۹۵) از حمایت عاطفی به عنوان یکی از دلایل تسهیل‌کننده ترک اعتیاد یاد کرده‌اند و در مطالعه‌ی خود به بررسی تجربیات افراد وابسته به مواد در خصوص حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی به عنوان عوامل تسهیل‌کننده ترک اعتیاد پرداختند. مشفق خاکپور و همکاران (۱۴۰۰) نیز به صورت مشخص به نقش حمایت‌های عاطفی، روحی و روانی و حمایت‌های شغلی، مالی و اقتصادی به عنوان عوامل سوق‌دهنده خانوادگی ترک مواد اشاره کرده‌اند که در حوزه پژوهش‌های مددکاری اجتماعی و روان‌شناسی شناختی قرار دارد که کاملاً مشابه یافته‌های پژوهش حاضر است. همچنین، در مطالعه‌ای دیگری همسو با یافته‌های حاضر (جونز-سانپی و نانسی، ۲۰۲۰) مشخص شد که بازگشت مجدد به عملکرد نسبی مالی و حمایت مالی کلید بهبودی از عواقب اعتیاد است. مشارکت‌کنندگان پژوهش حاضر حمایت منزلتی را به عنوان عامل تسهیل‌کننده در بهبود افراد مبتلا به اعتیاد عنوان کردند که در مطالعه کیااحمدی و حسینی (۲۰۲۳) نیز بدان اشاره شده است. در این مطالعه اخیر که بروی زنان مصرف‌کننده مواد انجام شد مشخص گردید خانواده‌ای با فضای تعاملاتی که در آن افراد احساس ارزشمند بودن و مورد عشق‌ورزی قرار گرفتن می‌کنند موجب مشارکت بیشتر فرد در شبکه روابط خانوادگی و کاهش انزوای اجتماعی می‌شود. در نهایت، این مسئله منجر خواهد شد زنان مبتلا به اعتیاد پس از ترک بتوانند به درون شبکه‌های خانوادگی خود با میزان پذیرش مناسب برگردند و احتمال کمتری را جهت بازگشت به اعتیاد تجربه کنند. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد نحوه ارتباط خانواده با فرد مبتلا به اعتیاد پیامدهای مثبت در درمان اعتیاد را پیش‌بینی می‌کند. انواع خاصی از ارتباط و حمایت اعضای

خانواده که از نتیجه‌ی موفقیت‌آمیز درمان حمایت می‌کند شامل کاهش رفتارهای منفی یا کنترل‌گری خانواده، آموزش راهبردهای مقابله‌ی مثبت و حل مسئله، تقویت مثبت تغییر رفتار، افزایش فعالیت‌های مثبت مشترک و کاهش رفتار مصرف مواد سایر اعضای خانواده برای حمایت از تغییرات در فرد مبتلا به مواد است.

یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعه مک‌کرادی و فلنگن^۱ (۲۰۲۱) نیز همسو است. این پژوهشگران در یافته‌های خود بر نقش محوری خانواده در بهبود اختلالات ناشی از مصرف الکل و تأثیر حمایت‌های خانوادگی در فرآیند بهبودی تأکید کرده‌اند. بر اساس نظریه حمایت اجتماعی، حمایت خانوادگی بخشی اساسی از شبکه حمایت اجتماعی به شمار می‌رود که می‌تواند عملکرد کلی خانواده را ارتقا بخشد و افراد را قادر سازد به طور مؤثر با احساسات منفی و فشارهای روانی مقابله کرده و آن‌ها را کاهش دهند (زنگ و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین، نتایج این تحقیق با پژوهش سینگ^۲ (۲۰۲۳) در زمینه نقش حمایت خانواده و مشاوره در افزایش نرخ بهبودی از اعتیاد همخوان است. در همین راستا، کای و وانگ^۳ (۲۰۲۲) بیان کرده‌اند که حمایت‌های خانوادگی موجب پرورش امید و تاب‌آوری در افراد مبتلا به اعتیاد می‌شود، عواملی که به نوبه خود به بهبود کلی افزایش انعطاف‌پذیری و تقویت ظرفیت فرد برای حفظ پاکی و پیشگیری از عود کمک می‌کنند.

بر اساس صحبت مشارکت‌کنندگان، اعضا خانواده مهم‌ترین افرادی هستند که می‌توانند با مشارکت خود در فرایند ترک اعتیاد به عاملی تأثیرگذار در تسریع روند بهبودی تبدیل شوند. مشارکت خانواده در فرایند ترک اعتیاد به دو صورت مستقیم و غیر مستقیم انجام می‌شود. همسو با این یافته، در پژوهشی (هورنبرگر و اسمیت^۴، ۲۰۱۱) که به تحقیقات اجتماعی و درمان اعتیاد پرداخته‌اند مشخص شد که خانواده‌ها با آگاهی و آموزش خدمات و حمایت‌های موجود و در نتیجه مشارکت بهتر در فرایند درمان سبب بهبود روند آن خواهند شد. ویلگاس^۵ و همکاران (۲۰۱۶) نیز در مطالعات خود نشان دادند که مداخله و مراقبت پس از درمان مصرف مواد توسط خانواده می‌تواند برای زنان در

1. McCrady & Flanagan
2. Singh
3. Cai & Wang

4. Hornberger & Smith
5. Villegas

درمان مصرف مواد مفید باشد. به علاوه، سایر مطالعات هسو با پژوهش حاضر تأکید دارند که درمان مستمر موفقیت آمیز مستلزم آگاهی از منشأ و نگهداری بیماری و همچنین مشارکت فعال خانواده بیمار است (آجی^۱ و همکاران، ۲۰۲۳). انتظار اینکه فرد مبتلا بتواند به تنهایی فرآیند درمان اعتیاد را مدیریت کند واقع بینانه نیست. بنابراین، بهره‌مندی از حمایت اجتماعی ضرورتی انکارناپذیر است. در این میان، خانواده به عنوان اصلی‌ترین منبع حمایت اجتماعی نقش محوری ایفا می‌کند. یافته‌ها نشان می‌دهد که مشارکت فعال اعضای خانواده در روند درمان از مهم‌ترین عوامل تسهیل‌کننده و تقویت‌کننده فرآیند بهبودی به شمار می‌رود. هورنبرگر و اسمیت (۲۰۱۱) اهمیت مشارکت خانواده در بهبود روند درمان و نتایج مربوط به آن را بررسی و مورد تأیید قرار داده‌اند. مطالعات تأکید دارند یکی از مکانیسم‌های افزایش اثربخشی درمان اعتیاد در نتیجه‌ی مشارکت خانواده کاهش باورهای اشتباه خانواده در خصوص ماهیت رفتار اعتیاد است. والدین در بسیاری موارد تصور می‌کنند آنها توان تغییر رفتار فرزند خود را ندارند و خود فرزند مسئول تغییر رفتار است و یا اینکه اعتیاد بیشتر از آنکه مشکلی مزمن باشد یک مسئله دوره‌ای است. با حذف این باورها احتمال موفقیت درمان نیز افزایش می‌یابد (هوک^۲ و همکاران، ۲۰۱۵). به طور خلاصه، به نظر می‌رسد با افزایش مشارکت خانواده در فرایند درمان کیفیت روابط بین خانواده و عضو مبتلا به اعتیاد افزایش می‌یابد و این زمینه‌ساز افزایش احتمال پیگیری بهتر مراحل درمانی از سوی عضو خواهد بود (تومبورو^۳، ۱۹۹۴). بسیار مهم است که خانواده‌ها روند درمان و همچنین امید و واقعیت‌ها در خصوص بهبودی از اعتیاد را درک کنند. خانواده‌ها بدون اطلاعات ممکن است اهمیت یک برنامه درمانی و بهبودی برای عضو خود، پیامدهای نامطلوب بالقوه و تأثیر این مشکلات بر سایر اعضای خانواده را به درستی درک نکنند (هورنبرگر و اسمیت، ۲۰۱۱).

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان مضامین شناسایی شده را در چارچوب نظریه‌های روان‌شناسی و جامعه‌شناسی اعتیاد تبیین کرد. نخست، مضمون خودنگری‌های

تسهیل‌کننده خانوادگی را می‌توان با نظریه سرمایه روان‌شناختی (لوتانز^۱ و همکاران، ۲۰۰۶) و مفهوم مسئولیت‌پذیری خانوادگی پیوند داد که نشان می‌دهد امید، تاب‌آوری و احساس مسئولیت فردی نقش اساسی در پیشگیری از عود و تداوم درمان دارند. دوم، حمایت‌های خانوادگی و خانواده‌بالنده در پرتو نظریه سیستم‌های خانواده (بوئن^۲، ۱۹۷۸) قابل تحلیل است. این بدین معنا است که خانواده به مثابه یک نظام پویا از طریق تعاملات مثبت و کارکرد حمایتی می‌تواند بستر تحول و بازسازی فرد را فراهم آورد. همچنین، مضمون مشارکت خانواده در فرایند ترک با نظریه حمایت اجتماعی (کوهن و ویلز^۳، ۱۹۸۵) همسو است که بر نقش حیاتی شبکه‌های نزدیک اجتماعی به ویژه خانواده در کاهش استرس و افزایش انگیزش فردی تأکید دارد. بنابراین، یافته‌های این پژوهش نه تنها با مطالعات تجربی پیشین همخوانی دارند، بلکه با چارچوب‌های نظری معتبر نیز قابل تبیین هستند و بدین ترتیب جایگاه نظری خانواده را به عنوان عامل کلیدی در درمان و توانبخشی اعتیاد تقویت می‌کنند.

مهمترین محدودیت مطالعه حاضر این است که اطلاعات تنها از شرکت‌کنندگان بدست آمده و امکان مصاحبه با سایر منابع ارزشمند از جمله خانواده‌ها و متخصصان مراکز به دلیل عدم دسترسی و یا عدم همکاری فراهم نبود. بنابراین، پژوهش‌های آینده با تمرکز بر خانواده‌های این افراد و نیز متخصصان قادر با ارائه دانش جامعی در این خصوص خواهند بود. این مطالعه با هدف شناسایی عوامل تسهیل‌کننده خانوادگی درمان اعتیاد انجام گرفت. اعتیاد به مواد مخدر یکی از نگرانی‌های مهم در جهان است. عوامل مختلفی در شروع و تداوم اعتیاد نقش دارند که از مهم‌ترین عوامل می‌توان به عوامل خانوادگی اشاره کرد. در حقیقت، اعتیاد یک بیماری خانوادگی است و همه اعضا خانواده را درگیر می‌کند و بر عملکرد خانواده تأثیر منفی می‌گذارد. خانواده می‌تواند با کاهش عوامل خطر یا تسهیل عوامل محافظتی در درمان اعتیاد مؤثر باشد. بر اساس آنچه که مشارکت‌کنندگان در مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته بیان داشتند، عوامل تسهیل‌کننده خانوادگی درمان اعتیاد

شامل خودنگری‌های تسهیل‌کننده خانوادگی، حمایت‌های خانوادگی، خانواده‌بالنده و مشارکت خانواده در فرایند درمان بود. متأسفانه آمار رها کردن درمان اعتیاد بیشتر از آمار تکمیل آن است (بروسون و همکاران، ۲۰۱۳). انتظار اینکه فرد مبتلا به تنهایی قادر به مدیریت درمان اعتیاد خود باشد سخت است. زمانی که عضوی از خانواده دچار اعتیاد می‌شود یکی از مهمترین عواملی که تأثیر مثبت در درمان اعتیاد دارد حمایت و مشارکت اعضا خانواده از عضو است. هر یک از مضامین اصلی و مضامین فرعی پژوهش حاضر که در بخش‌های قبلی به آن‌ها اشاره شد می‌تواند به روشنی هدف مداخلات خانوادگی برای افزایش آمادگی و توان حمایتی خانواده قرار گیرد. خانواده‌ها مهم‌ترین منابعی هستند که افراد در مسیر درمان به سمت بهبودی خود در اختیار دارند. در بسیاری موارد، اعضای خانواده اغلب به عنوان بخشی از مشکل و نه به عنوان بخشی از راه‌حل برای درمان و بهبودی مواد مخدر در نظر گرفته می‌شوند. این نگرش و برداشت نادرست از طریق آموزش، اطلاع‌رسانی و مشارکت اعضای خانواده قابل تغییر است. مشارکت خانواده و ایجاد یک همکاری مشترک بین والدین و متخصصان گامی در جهت بهبود نتایج برای افرادی است که در فرایند درمان و بهبودی از اعتیاد قرار دارند.

سپاسگزاری

این مطالعه مستخرج از پایان نامه مقطع ارشد مشاوره خانواده نویسنده اول است و از حمایت مالی ستاد مبارزه با مواد مخدر ایران به عنوان پروژه مصوب با شماره قرارداد ۱۵/۳۲۶۰۳۷۱ سود برده است و ملاحظات اخلاقی آن را مدنظر قرار داده است. نویسندگان قدردانی و تشکر خود را از ستاد مبارزه با مواد مخدر و همه افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری دادند اعلام می‌دارند.

منابع

بدیع، علی؛ مکنونی، بهنام؛ بختیارپور، سعید و پاشا، رضا (۱۴۰۱). نقش الگوهای ارتباطی خانواده، حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و استرس در پیش‌بینی خودکارآمدی ترک اعتیاد. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۶ (۶۳)، ۱۴۵-۱۶۶.

- توکلی قوچانی، حمید؛ نیکنامی، شمس الدین؛ امین شکروی، فرخنده و حجت، سیدکاوه (۱۳۹۳).
تطبیق عوامل مرتبط با ترک اعتیاد با برخی سازه‌ها در مدل‌ها و تئوری‌های آموزش بهداشت: یک
مقاله مروری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۶(۴)، ۹۸۱-۹۶۹.
- شمس‌علی‌نیا، عباس؛ نوروزی تبریزی، کیان؛ فلاحي خشک‌تاب، مسعود و فرهودیان، علی (۱۳۹۲). عوامل
مؤثر بر تصمیم به ترک در سوء مصرف کنندگان مواد: یک مطالعه کیفی. *تحقیقات کیفی در علوم
سلامت*، ۲(۲)، ۱۱۱-۱۲۴.
- فتحی، آیت‌اله و موسوی‌فر، بابک (۱۳۹۵). بررسی تجربیات معتادین در خصوص حمایت‌های اجتماعی
و خانوادگی به عنوان عوامل تسهیل‌کننده ترک اعتیاد: یک مطالعه کیفی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*،
۱۰(۳۸)، ۱۱۹-۱۳۶.
- مشفق‌خاکپور، زهرا؛ آهني، فاطمه و ظفریابی، ریحانه (۱۴۰۰). عوامل سوق‌دهنده به ترک مصرف مواد
مخدر: دیدگاه مراجعه‌کنندگان به مراکز ترک اعتیاد. *پژوهش‌های کاربردی در مدیریت و علوم
انسانی*، ۵(۲)، ۱۱۷-۱۲۶.
- نعمتی سوغلی‌تپه، فاطمه و خالدیان محمد (۱۴۰۱). مطالعه کیفی عوامل مؤثر بر عود مجدد به سوء
مصرف مواد مخدر و اعتیاد با رویکرد گراندد تئوری. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶۴)، ۲۷۹-۳۰۷.

References

- Ajay, D., Sharad, K., Kothari, S., & Mohan, A. (2023). Consequences of substance abuse on non-addicted family members and their role in treatment and rehabilitation initiatives. *Journal for ReAttach Therapy and Developmental Diversities*, 6(4s), 79-84.
- Atadokht, A., Hajloo, 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 behaviors & addiction*, 4(1), e21250.
- Berridge, B. J., McCann, T. V., Cheetham, A., & Lubman, D. I. (2018). Perceived barriers and enablers of help-seeking for substance use problems during adolescence. *Health Promotion Practice*, 19(1), 86-93.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson.
- Bradshaw, S. D., Shumway, S. T., Wang, E. W., Harris, K. S., Smith, D. B., & Austin-Robillard, H. (2016). Family functioning and readiness in family recovery from addiction. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 11(1), 21-41.
- Brorson, H. H., Arnevik, E. A., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1010-1024.

- Cai, W., & Wang, Y. (2022). Family support and hope among people with substance use disorder in China: a moderated mediation model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), 9786.
- Chattopadhyay, A., Sarkar, S., Mandal, P., Sood, E., & Thakur, A. (2022). Common Barriers and Facilitators of Addiction Treatment among Treatment-Seeking Population. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 38(1), 32-37.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Colaizzi, P. (1978). *Psychological research as the phenomenologist's view it*. In R. Vale & M. King (Eds.), *Existential-phenomenological alternatives for psychology* (pp. 48-71). New York: Oxford University Press.
- Dembo, R., Shemwell, M., Guida, J., Schmeidler, J., Pacheco, K., & Seeberger, W. (1998). A longitudinal study of the impact of a family empowerment intervention on juvenile offender psychosocial functioning: A first assessment. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 8(1), 15-54.
- Earnshaw, V., Smith, L., & Copenhaver, M. (2013). Drug addiction stigma in the context of methadone maintenance therapy: an investigation into understudied sources of stigma. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11(1), 110-122.
- Englander, M. (2016). The phenomenological method in qualitative psychology and psychiatry. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 11(1), 30682.
- Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Levin, S. (1978). The McMaster model of family functioning. *Journal of Marital and Family Therapy*, 4(4), 19-31.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2019). *The methamphetamine situation in Iran*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Retrieved from https://www.euda.europa.eu/system/files/publications/13703/EU4MD_Methamphetamine-situation-in-Iran_final.pdf
- Greaves, L. (2020). Missing in action: sex and gender in substance use research. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2352.
- Gueta, K. (2017). A qualitative study of barriers and facilitators in treating drug use among Israeli mothers: An intersectional perspective. *Social Science & Medicine*, 187, 155-163.
- Henggeler, S. W. (1999) Multisystemic therapy: an overview of clinical procedures, outcomes and policy implications. *Child and Psychology and Psychiatry Review*, 4(1), 2-10.
- Hock, R., Priester, M. A., Iachini, A. L., Browne, T., DeHart, D., & Clone, S. (2015). A review of family engagement measures for adolescent substance use services. *Journal of Child and Family Studies*, 24(12), 3700-3710.
- Hornberger, S., & Smith, S. L. (2011). Family involvement in adolescent substance abuse treatment and recovery: What do we know? What lies ahead? *Children and Youth Services Review*, 33(Suppl 1), S70-S76.

- Jones-Sanpei, H. A., & Nance, R. J. (2020). Financial capability in addiction research and clinical practice. *Substance Use & Misuse*, 56(2), 214-223.
- Kiaahmadi, A., & Hosseini, S. (2023). The Impact of Family Support and Social Stigma on the Social Isolation of Female Drug Users and the Mediating Role of Social Exclusion. *Quarterly Journal of Social Work*, 12(3), 65-74.
- Liddle, H. A. (2002) *Multidimensional Family Therapy Treatment (MDFT) for Adolescent Cannabis Users*. The Cannabis Youth Treatment (CYT) Manual Series, 5. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration [available at: <http://www.samhsa.gov/csac/csac.htm>].
- Liddle, H. A. (2004). Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use: Research contributions and future research needs. *Addiction*, 99(Suppl 2), 76-92.
- Lo, T. W., Yeung, J. W., & Tam, C. H. (2020). Substance abuse and public health: a multilevel perspective and multiple responses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2610.
- Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2006). *Psychological capital: Developing the human competitive edge*. Oxford University Press.
- Mardani, M., Alipour, F., Rafiey, H., Fallahi-Khoshknab, M., & Arshi, M. (2023). Challenges in addiction-affected families: a systematic review of qualitative studies. *BMC Psychiatry*, 23, 439
- McCrary, B. S., & Flanagan, J. C. (2021). The role of the family in alcohol use disorder recovery for adults. *Alcohol Research: Current Reviews*, 41(1), 06.
- Moradinazar, M., Najafi, F., Jalilian, F., Pasdar, Y., Hamzeh, B., Shakiba, E., ... & Mirzaei-Alavijeh, M. (2020). Prevalence of drug use, alcohol consumption, cigarette smoking and measure of socioeconomic-related inequalities of drug use among Iranian people: findings from a national survey. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 15(1), 39.
- Mousali, A. A., Bashirian, S., Barati, M., Mohammadi, Y., Moeini, B., Moradveisi, L., & Sharma, M. (2021). Factors affecting substance use relapse among Iranian addicts. *Journal of Education and Health Promotion*, 10, 129.
- O'Grady, C. P., & Skinner, W. W. (2012). Journey as destination: a recovery model for families affected by concurrent disorders. *Qualitative Health Research*, 22(8), 1047-1062.
- Patel, P., Kaiser, B. N., Meade, C. S., Giusto, A., Ayuku, D., & Puffer, E. (2020). Problematic alcohol use among fathers in Kenya: poverty, people, and practices as barriers and facilitators to help acceptance. *International Journal of Drug Policy*, 75, 102576.
- Richter, L., Vuolo, L., & Salmassi, M. S. (2019). *Stigma and addiction treatment. In The stigma of addiction: An essential guide* (pp. 93-130). Cham: Springer International Publishing.
- Roth, J. D. (2010). Addiction as a family disease [Editorial]. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 5(1), 1-3.

- Ruchiwit, M. (2013). Effects of a Three-Stage Intervention Program on the Holistic Health Status of Patients with Drug Addiction after Discharge. *Nursing and Midwifery Studies*, 2(1), 120-127.
- Sarkar, S., Thakur, A., Sood, E., & Mandal, P. (2022). Barriers and facilitators of addiction treatment: A qualitative study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20(2), 672-690.
- Shafiei, E., Hoseini, A. F., Bibak, A., & Azmal, M. (2014). High risk situations predicting relapse in self-referred addicts to Bushehr province substance abuse treatment centers. *International Journal of High-Risk Behaviors & Addiction*, 3(2), e16381
- Shumway, S. T., & Kimball, T. G. (2012). *Six essentials to achieve lasting recovery*. Hazelden Publishing.
- Singh, S. (2023). Examine the Influence of Family Support and Counselling in Drug Recovery Rates. *International Journal of Research in Engineering, Science and Management*, 6(8), 80-82.
- Skinner, H., Steinhauer, P., & Sitarenios, G. (2000). Family assessment measure (FAM) and process model of family functioning. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 190-210.
- Speziale, H. S., Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2011). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.
- Szapocznik, J., Kurtines, W. M., Foote, F., Perez-Vidal, A., & Hervis, O. (1986). Conjoint versus one-person family therapy: Further evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person with drug-abusing adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(3), 395-397.
- Toumbourou, J. W. (1994). Family involvement in illicit drug treatment? *Drug and Alcohol Review*, 13(4), 385-392.
- Tucker, J., Vuchinich, R., & Rippens, P. (2004). A factor analytic study of influences on patterns of help-seeking among treated and untreated alcohol dependent persons. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26(3), 237-242.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2021). *World Drug Report 2021*. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>.
- Villegas, N. A., Chodhury, S. M., Mitrani, V. B., & Guerra, J. (2016). Mothers in substance abuse recovery: Perspectives on motivators, challenges and family involvement. *International Journal of High-Risk Behaviors & Addiction*, 6(1), e32558
- Wisdom, J. P., Cavaleri, M., Gogel, L., & Nacht, M. (2011). Barriers and facilitators to adolescent drug treatment: Youth, family, and staff reports. *Addiction Research & Theory*, 19(2), 179-188.
- Yang, Y., Perkins, D. R., & Stearns, A. E. (2018). Barriers and facilitators to treatment engagement among clients in inpatient substance abuse treatment. *Qualitative Health Research*, 28(9), 1474-1485.
- Zeng, X., & Tan, C. (2021). The relationship between the family functioning of individuals with drug addiction and relapse tendency: a moderated mediation

- model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 625.
- 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, 48.

