

The survey on sustainable development model whit focusing on family health and emphasis on the role of drug dependence

Received: 23 - 6 - 2018

Accepted: 13 - 8 - 2019

**Mehri
Keivanmanesh**

Ph.D. student of Human Resources management, Rsearch Institute of Shakes Pajouh, Isfahan, Iran.

Akbar Etebarian
etebarian@khuisf.ac.ir

Ph.D. Human Resources management, Associate Professor of management group, Faculty of management, Ph.D. Human Resources management, Associate Professor of management group, Faculty of management, Islamic Azad university Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran (**Corresponding Author**)

Abstract

The expansion of the problem of Drug dependence has many problems in family spheres, and has a devastating effect on sustainable development. So, the aim of this research is a sustainable development model in family health has been emphasized on the role of addiction in a descriptive (post-event) study and in combination. In the first step, by qualitative method and using Fuzzy Delphi technique, 12 component and 86 indicators were extracted in social, economic and environmental dimensions. In the second step, using a quantitative method and using a questionnaire, among senior managers, expert experts and Personnel of the Counter Narcotics Department of Tehran province, using the Cochran formula, 201 were considered. Structural validity, confirmatory factor analysis, normalization of data distribution (Kolmogorov-Smirnov test), Friedman test model rating and the study of the effects of components of sustainable development model on Drug dependence (t-test) were assessed using SPSS22 and LISREL57/8 software. As a result of t-test, the greatest impact is on social, economic and environmental dimensions whit an average 4/02, 3/58 & 3/28. Regarding the component and indices, greatest impact was on family empowerment component whit an average 4/28 and indicators of family social and life skills whit an average 4/35. Therefore, Therefore, in order to better understand the effects of Drug dependence on family health and attention to this problem in the 20 year vision document of the country and its destructive effect on sustainable development, this research tries to rely on the role of the family in resolving the gap created for research questions Provide solutions.

Key words: *drug dependence, family health, sustainable economic development, sustainable social development*

citation

Keivanmanesh, M., Etebarian, A. (2019). The Survey on Sustainable Development Model whit focusing on Family Health and Emphasis on the Role of Drug dependence. *Family Counseling and Psychotherapy*, 1, 15- 34.

بررسی مدل توسعه پایدار با محوریت سلامت خانواده و تأکید بر نقش وابستگی به مصرف

مواد مخدر

پذیرش: ۱۳۹۸-۰۵-۲۲

دریافت: ۱۳۹۷-۰۴-۰۲

دانشجوی دکتری مدیریت منابع انسانی، پژوهشگاه مهندسی بحران‌های طبیعی شاخص پژوه، اصفهان، ایران.

مهتری کیوان منش

دکتری مدیریت منابع انسانی، دانشیار گروه مدیریت دانشکده مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)

اکبر اعتباریان

etebarian@khuif.ac.ir

چکیده

گسترش چالش وابستگی به مصرف مواد مخدر سلامت خانواده و جامعه را به خطر انداخته و تأثیر سوئی نیز بر توسعه پایدار ایجاد نموده است. از این رو با توجه به اهمیت موضوع، این پژوهش با هدف فراهم آوری مدل توسعه پایدار با محوریت سلامت خانواده و تأکید بر نقش وابستگی به مصرف مواد مخدر در چارچوب یک پژوهش اکتشافی-توصیفی (پس رویدادی) و در دو مرحله کیفی-کمی (آمیخته) انجام گرفته است. در روش کیفی، با استفاده از فن دلفی فازی ۱۲ مؤلفه و ۸۶ شناسه در ابعاد اجتماعی، اقتصادی و زیست‌محیطی جهت تدوین مدل استخراج گردید و در روش کمی، پرسشنامه‌ای میان نمونه ۲۰۱ نفری از مدیران، کارشناسان مبارزه با مواد مخدر استان تهران پخش گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون فریدمن و آزمون t در نرم‌افزارهای SPSS22 و LISREL انجام گرفت. برای آزمون t نشان داد بیشترین تأثیر به ترتیب مربوط به ابعاد اجتماعی، اقتصادی و زیست‌محیطی با میانگین ۴/۰۲ و ۳/۵۸ و ۳/۲۸ است. درباره مؤلفه‌ها و شناسه‌ها به ترتیب بیش‌ترین تأثیر مربوط به مؤلفه توانمندسازی خانواده با میانگین ۴/۲۴ و یکی از برجسته‌ترین شناسه‌ها به نام آموزش و توسعه مهارت‌های اجتماعی، مهارت زندگی و ارتباطی خانواده با میانگین ۴/۳۵ بوده است. از این رو این پژوهش به منظور شناخت بهتر پیامدهای وابستگی به مصرف مواد مخدر بر سلامت خانواده و توجه به این معضل در سند چشم‌انداز بیست‌ساله کشور و تأثیر تباهگر آن بر توسعه پایدار، می‌کوشد تا به با تکیه بر نقش خانواده به زدایش شکاف ایجادشده در راستای تحقق سؤالات پژوهش راهکارهایی را ارائه نماید.

واژگان کلیدی: وابستگی به مصرف مواد مخدر، سلامت خانواده، توسعه اقتصادی پایدار، توسعه اجتماعی پایدار

کیوان منش، مهتری؛ اعتباریان، اکبر. (۱۳۹۸). بررسی مدل توسعه پایدار با محوریت سلامت خانواده و

تأکید بر نقش وابستگی به مصرف مواد مخدر. مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۱، ۳۴-۱۵.

ارجاع

مقدمه

امروزه مبحث توسعه پایدار به مهم‌ترین مناظره کنونی و یکی از مهم‌ترین چالش‌های دهه‌های اخیر تبدیل شده است. در توسعه پایدار، "انسان" محور توسعه و سزاوار بهداشت، امنیت، فرهنگ، آموزش، دانش و توسعه ارتباطات و اطلاعات است؛ بنابراین نقش خانواده در فرایند توسعه پایدار، نقشی مهم و بی‌بدیل است و از آنجایی که نوجوانان و جوانان آینده هر ملتی را تعیین می‌کند، لذا حفظ سلامت و بهداشت این قشر از جوامع بسیار حیاتی است (Currie & Almond, 2011). از طرفی وابستگی به مصرف مواد مخدر یکی از مهم‌ترین چالش‌ها و مشکلاتی است که سلامت خانواده‌ها را به خطر انداخته و مشکلات فردی، اجتماعی، بهداشتی و اقتصادی بسیاری را بر جوامع درگیر تحمیل می‌کند (Skiba, Monroe & Wodarski, 2004). پژوهشگرانی همچون (Bizzarri, Rucci, Vallotta & et al (2015)؛ (Deniz (2016)؛ (Pettigrew, De Maeseneer, Anderson & et al (2015) معتقدند هرگاه سطح سلامت کاهش یابد، عملکرد در سایر حیطه‌های زندگی نیز به مخاطره می‌افتد که نتیجه آن عدم توسعه‌یافتگی است (Fard, Gorji, Jannati & et al, 2014). طبق گزارش جهانی مواد مخدر (۲۰۱۰) نیز، پدیده وابستگی به مصرف مواد مخدر علاوه بر ایجاد عوارض جسمی و روانی بر فرد معتاد، سلامت خانواده وی و حتی جامعه را نیز از نظر اجتماعی و اقتصادی، سیاسی و فرهنگی مورد تهدید و آسیب قرار می‌دهد و منجر به تأخیر در توسعه‌یافتگی می‌شود (Din Mohammai, Amini, & Yazdankhah, 2008). از طرفی خانواده را می‌توان به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل در پیشگیری و یا ایجاد گرایش فرزندان به سمت مواد مخدر برشمرد. مطالعات مختلف مرتبط نیز نشان داده است که احتمال گرایش به سمت مواد در فرزندان دارای پدر و مادر معتاد که کمتر از سوی والدین هدایت و نظارت می‌شوند و مذکر هستند بسیار بالاتر از دیگران است (AghaBakhsi, Sedighi & Eskndari, 2009). بر اساس یافته‌های پژوهشی، ارتباط با خانواده می‌تواند پیش‌بینی کننده قوی مصرف الکل، سیگار و سایر مواد در نوجوانان باشد. مطالعات نشان می‌دهند وجود و کیفیت ارتباطات فرزندان با والدین در خانواده، به‌طور نیرومندی الگوهای مصرف نوجوانان و جوانان را پیش‌بینی می‌کند. به‌طوری‌که ارتباطات تعارض آمیز، خطر مصرف مواد را افزایش می‌دهد و برعکس، ارتباطات صمیمی‌تر در خانواده، مانع مصرف مواد در نوجوانان می‌شود (Rhodes, Reddy, Grossman, 2005) و (Kliwer & Murrelle, 2007)؛ زیرا زمانی که نوجوانان با والدین خود ارتباط خوب دارند و احساساتشان و خواسته‌ها و یا مشکلاتشان را بیان می‌کنند، از اثرات مضر مصرف مواد در امان بوده و احتمال کمتری وجود دارد که به مصرف مواد روی آورند (Elliott, Lane, & Ranson, 2009) مطالعات دیگری مواردی نظیر ترغیب دوستان و هم‌نمایی با آنان، اختلال در فرایند جامعه‌پذیری، ضعف کنترل و نظارت‌های رسمی و غیررسمی، وابستگی به مصرف مواد مخدر سایر اعضای خانواده، رهایی از فشارهای اجتماعی، جهان‌بینی مصرف‌کننده مواد نسبت به مواد مخدر و زندگی، ضعف در قدرت ابراز وجود و تصمیم‌گیری، حس کنجکاوی و بی‌اطلاعی از عوارض سوءمصرف مواد،

اعتماد به نفس پایین، ضعف در خودکنترلی و اندوه از شکست، وجود نگرش‌های مثبت، نسبت به مصرف مواد را در پیش‌بینی مصرف مواد مؤثر دانسته‌اند (Dehghani, 2016). به طوری که هرگاه الگوهای رفتاری خانواده برای رسیدن به اهداف سودمند باشد عملکرد خانواده کارآمد و در غیر این صورت ناکارآمد است (صرامی و همکاران، ۱۳۹۲). همچنین در شیوه‌های تربیتی سهل‌گیرانه، در مطالعه‌ای Chhillcut & Antony (۲۰۰۵) دریافتند خانواده‌هایی که کمترین کنترل را روی اعضای خود دارند و از نظر تربیتی سهل‌گیرانه‌تر هستند، فرزندان مصرف مواد را از همان سنین اولیه آغاز می‌کنند (Ghorbani & Minooie, 2013). در مجموع از آنجا که وابستگی به مصرف مواد مخدر به عنوان یک پدیده سوء اجتماعی شناخته شده است، توجه به این پدیده و کنترل آن در دستیابی به توسعه پایدار مؤثر خواهد نمود به طوری که یکی از اقداماتی که قادر است توسعه پایدار را در این باره محقق سازد، سلامت عمومی و توجه به نقش خانواده است (Botvin & Kantor, 2004). چرا که سلامت تنها بعد جسمانی افراد را دربر نمی‌گیرد، بلکه جهت تحقق آن، باید به جنبه‌های اجتماعی، سیاسی، فرهنگی، اقتصادی، رفاهی و غیره افراد نیز توجه کرد (GarusiFarshi, 2009). در این راستا پژوهش‌های مختلفی نیز انجام گرفته است که به برخی از آن‌ها اشاره شده است: ستوده‌نیا (۱۳۹۵)؛ Din (2008) Mohammai, Amini, & Yazdankhah؛ زارعی کوشا (۱۳۹۰) به بررسی ارتباط میان توسعه پایدار و وابستگی به مصرف مواد مخدر پرداخته بودند. (Pettigrew, De Maeseneer, Anderson & et al, Deniz (2016)؛ (۲۰۱۵)، سلامت و توسعه پایدار را بررسی نمودند. در بسیاری از تحقیقات نیز نظیر طاهری چراغ‌پور (۱۳۹۲)؛ Richard and Michael (2003)؛ (۲۰۰۳)؛ Hojjati, Alvastani, Akhondzadeh & et al ((۱۱۱) Le Moal & Koob (۲۰۰۷)؛ گلی‌رستمی و همکاران (۱۳۹۵)؛ رضوی‌حیدری و همکاران (۱۳۹۵)؛ ویسی‌هادی و همکاران (۱۳۹۵) نیز تأثیر وابستگی به مصرف مواد مخدر بر سلامت خانواده بررسی گردید. در نهایت از آنجایی که طبق بررسی‌های انجام شده به نظر می‌رسد یک مدل جامعی که بتواند ضمن بیان ابعاد، مؤلفه و شاخص‌های مدل توسعه پایدار با محوریت سلامت خانواده به تشریح عوامل مؤثر و همچنین راهکارهای مقابله با آن بپردازد ارائه نشده است، بنابراین محقق با تشخیص خلأ علمی و تجربی موجود در صدد بررسی این موضوع برآمده است. لذا این پژوهش به منظور شناخت بهتر تبعات وابستگی به مصرف مواد مخدر بر سلامت خانواده و توجه به این معضل در سند چشم‌انداز بیست‌ساله کشور و تأثیر مخربی که بر توسعه پایدار خواهد داشت، می‌کوشد تا به رفع شکاف به وجود آمده میان سلامت خانواده و توسعه پایدار اقدام نماید و به مدل توسعه پایدار در سلامت خانواده بپردازد. به طوری که در نظر دارد ضمن شناسایی آسیب‌هایی که وابستگی به مصرف مواد مخدر بر سلامت خانواده و توسعه پایدار می‌گذارد به ارائه راهکارها و مکانیزم‌هایی بپردازد که با تکیه بر نقش خانواده به رفع شکاف ایجاد شده در راستای تحقق سؤالات ذیل اقدام نماید:

مدل توسعه پایدار با محوریت سلامت خانواده و تأکید بر نقش وابستگی به مصرف مواد مخدر چیست؟

مؤلفه‌های کلیدی مدل توسعه پایدار با محوریت سلامت خانواده با تأکید بر نقش وابستگی به مصرف مواد مخدر کدام‌اند؟

شاخص‌های کلیدی مدل توسعه پایدار با محوریت سلامت خانواده با تأکید بر نقش وابستگی به مصرف مواد مخدر کدام‌اند؟

اولویت مؤلفه‌ها و شاخص‌های مدل توسعه پایدار با محوریت سلامت خانواده با تأکید بر نقش وابستگی به مصرف مواد مخدر کدام‌اند؟

روش

این پژوهش یک مطالعه اکتشافی-توصیفی (پس رویدادی) است که از حیث هدف توسعه‌ای-کاربردی بوده و در دو مرحله کیفی-کمی (ترکیبی) و در بازه زمانی سال ۱۳۹۳ تا سال ۱۳۹۵ انجام گرفته است. جامعه آماری در روش کیفی شامل ۳۰ نفر از مدیران ارشد و کارشناسان خبره ستاد مبارزه با مواد مخدر استان تهران، محققان، دانش‌پژوهان، اساتید دانشگاه و خبرگان بودند که در اجرای فن دلفی، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. جهت نمونه‌گیری کمی نیز از شیوه نمونه‌گیری تصادفی - طبقه‌ای از جامعه آماری برابر با ۴۲۰ نفر و بر اساس فرمول کوکران^۱ (حداکثر اشتباه مجاز (d) معادل ۰/۰۵، ضریب اطمینان ۰/۹۵، $z=1/96$ و مقادیر p و q معادل ۰/۵) تعداد نمونه برابر با ۲۰۱ به دست آمد.

ابزار

در این مطالعه به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات لازم از دور روش اسنادی و میدانی استفاده گردید. در روش اسنادی برای گردآوری اطلاعات و داده‌ها از طریق مراجعه به مقالات و کتاب‌های معتبر مرتبط، فیش‌برداری از اسناد، مدارک و منابع کتابخانه‌ای و اینترنتی داخلی و خارجی، مراکز علمی و تحقیقاتی کشور و جهان و آرشیو سازمان‌ها و مؤسسات داخلی سازمان‌های مرتبط با مبارزه با مواد، گزارش‌های تحلیلی و اسناد دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر و دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد^۲ استفاده شد. در روش میدانی نیز از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد که پس از انجام مصاحبه و نظرسنجی از خبرگان مدیران ارشد، کارشناسان خبره، محققان، دانش‌پژوهان و اساتیدی فعال در حوزه مبارزه با مواد مخدر، تهیه و تدوین گردید؛ به‌عبارت‌دیگر روش و ابزار گردآوری داده‌ها در مطالعه کیفی، فن دلفی فازی و در مطالعه کمی، پرسشنامه است. جهت تعیین مؤلفه‌ها و شاخص‌های مدل توسعه پایدار در سلامت خانواده از پرسشنامه حاوی یک سؤال باز و ۱۲ مؤلفه‌ای استفاده شد که در سه بُعد: اجتماعی، زیست‌محیطی و

1. Cochran formula

2. United Nations Office on Drugs and Crime

اقتصادی طبقه‌بندی شدند. در انتهای هر پرسشنامه نیز یک سؤال باز مطرح شد مبنی بر اینکه از خبرگان خواسته شد در صورتی که علاوه بر مؤلفه‌های عنوان‌شده در پرسشنامه، مؤلفه دیگری بر تدوین مدل توسعه پایدار با محوریت سلامت خانواده و تأکید بر نقش وابستگی به مصرف مواد مخدر تأثیرگذار است را ذکر نمایند. جهت بررسی نقش مؤلفه‌ها و شاخص‌های مدل توسعه پایدار بر وابستگی به مصرف مواد مخدر نیز از پرسشنامه کمی حاوی ۸۶ سؤالی استفاده شد. به‌منظور بررسی اعتبار صوری ابزارهای سنجش در مطالعه حاضر، سؤالات بر اساس نظرات مدیران ارشد و کارشناسان خبره ستاد مبارزه با مواد مخدر استان تهران، محققان و خبرگان دانشگاهی طراحی گردید. همچنین جهت اطمینان از اعتبار پرسشنامه (اعتبار همگرا)، از تحلیل عاملی تأییدی استفاده گردید. جهت بررسی پایایی داده‌های پژوهش در مطالعه کمی نیز از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید.

جدول ۱. ضریب آلفای کرونباخ شناسه‌ها و مؤلفه‌های مدل

ابعاد	تعداد مؤلفه	مقدار آلفای کرونباخ مؤلفه‌ها	تعداد شناسه	مقدار آلفای کرونباخ شناسه‌ها
توسعه پایدار اجتماعی	۷	۰/۷۵۲	۵۳	۰/۷۶۰
توسعه پایدار زیست‌محیطی	۳	۰/۷۵۵	۱۹	۰/۷۷۶
توسعه پایدار اقتصادی	۲	۰/۸۷۰	۱۴	۰/۸۸۱
مجموع کل	۱۲	۰/۷۷۹	۸۶	۰/۸۰۵

شیوه اجرای پژوهش

این پژوهش در یک بازه زمانی سه‌ساله (۳۹۳ تا ۱۳۹۵) انجام گرفت. جامعه آماری روش کیفی را جمعی از مدیران ارشد و کارشناسان خبره ستاد مبارزه با مواد مخدر استان تهران، محققان، دانش‌پژوهان و خبرگان دانشگاهی که دارای زمینه علمی و سابقه مرتبط در زمینه مبارزه با مواد مخدر در ایران می‌باشند و به مفاهیم و ادبیات مربوطه در این زمینه آگاه بودند، تشکیل داد. تعداد این افراد ۳۰ نفر بود. از بعد دانشگاهی افرادی که مقالات متعدد یا کتب در حوزه مبارزه با مواد مخدر تدوین نموده‌اند و از بعد تجربی این افراد در ستاد مبارزه با مواد مخدر تهران و مکان‌های متفاوت مبارزه با مواد مخدر ترک وابستگی به مصرف مواد مخدر فعال داشته‌اند، مورد هدف قرار گرفته‌اند. دلیل انتخاب این جامعه وجود شناخت و ارتباط مؤثر با این مجموعه و همچنین راحتی دسترسی بوده است، چراکه جامعه مذکور به‌خوبی با پدیده وابستگی به مصرف مواد مخدر و اثرات آن آگاه بوده و دارای تجربه اجرایی در این زمینه می‌باشند. از این‌رو تجربیات بیشتر و درک بهتری از موضوع و هدف پژوهش دارند.

جدول ۲. ویژگی جامعه آماری روش کیفی

جامعه	مدیران ارشد و کارشناسان خبره ستاد مبارزه با مواد مخدر استان تهران، محققان، دانش‌پژوهان و خبرگان دانشگاهی
ویژگی‌ها	از بعد تجربی این افراد در ستاد مبارزه با مواد مخدر تهران و مکان‌های متفاوت مبارزه با مواد مخدر، کمپ‌های ترک وابستگی به مصرف مواد مخدر فعالیت داشته‌اند؛ دارا بودن مقالات متعدد یا کتب متعدد در حوزه مبارزه با مواد مخدر
دلیل انتخاب	جامعه مذکور به‌خوبی با پدیده وابستگی به مصرف مواد مخدر و اثرات آن آگاه بوده و دارای تجربه اجرایی در این زمینه می‌باشند. از این رو تجربیات بیشتر و درک بهتری از موضوع و هدف پژوهش دارند. وجود شناخت و ارتباط مؤثر با این مجموعه و همچنین راحتی دسترسی بوده است.

جامعه آماری روش کمی را ۴۲۰ نفر از مدیران ارشد، کارشناسان خبره و کارکنان ستاد مبارزه با مواد مخدر استان تهران تشکیل داد که با استفاده از فرمول کوکران ۲۰۱ نفر در نظر گرفته شد که با در نظر گرفتن ضریب عدم پاسخگویی ۱۰٪ به حجم نمونه اضافه شد. به‌منظور اولویت‌بندی مؤلفه‌های مدل و آگاهی از میزان اهمیت هر یک نسبت به دیگری محقق اقدام به توزیع پرسشنامه نمود. شیوه نمونه‌گیری در اجرای فن دلفی، نمونه‌گیری قضاوتی و هدفمند بود در این شیوه نمونه‌گیری افرادی برای نمونه انتخاب می‌شوند که برای ارائه اطلاعات موردنیاز در بهترین موقعیت قرار دارند. این شیوه تنها شیوه نمونه‌گیری است که می‌توان برای به دست آوردن اطلاعاتی که لازم است از افراد خاصی که دارای علم و دانش مربوط هستند و می‌توانند اطلاعات موردنظر را ارائه دهند، مورد استفاده قرار داد. انتخاب اعضای پانل، عنصری حیاتی در موفقیت مطالعات دلفی است. جهت اطمینان از مناسب بودن پانل باید به تعداد و ترکیب آن توجه نمود. تعداد متخصصان پانل دلفی از ۱۰ تا ۵۰ عضو قابل تغییر است. تعداد اعضای پانل باید به اندازه کافی باشد تا پاسخ‌ها الگوی خاص خود را نشان دهند. همچنین تعداد اعضای پانل نباید آن‌قدر بزرگ باشد که موجب پیچیدگی گردد و احتمال اختلاف عقاید را زیاد نماید (احمدی و همکاران، ۱۳۸۷). به‌زعم Dalkey & Helmer (۱۹۶۳) در استفاده از فن دلفی نباید تأکید آماری بر اندازه اعضای پانل داشت. زیرا واجد اهمیت چندانی نیست، در عوض تأکید اصلی باید بر انتخاب اعضای پانل قرار گیرد که در زمینه موضوع موردنظر دانش کافی، تخصص و تجربه مرتبط داشته باشند. پانل دلفی مطالعه حاضر مشتمل بر ۳۰ عضو از مدیران ارشد، کارشناسان خبره، محققان، دانش‌پژوهان و اساتیدی که در حوزه مبارزه با مواد مخدر فعالیت دارند، می‌باشند.

جدول ۳. مشخصات نمونه آماری روش کیفی

تعداد (نفر)	مکان	نمونه مورد مطالعه
۱۰	دانشگاه اصفهان	خبرگان
۸	دانشگاه خوراسگان اصفهان	دانشگاه
۷	دانشگاه تربیت مدرس تهران	
۵	خبرگان ستاد مبارزه با مواد مخدر استان تهران	
۳۰	کل	

مؤلفه‌ها و شاخص‌های مدل پژوهش نیز پس از ۶ مرحله فن دلفی استخراج گردید. همچنین جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از آمار توصیفی و استنباطی (معادلات ساختاری، تحلیل مسیر و تحلیل عاملی و تحلیل رگرسیون) استفاده شد. همچنین جهت اولویت‌بندی مدل توسعه پایدار از آزمون فریدمن استفاده شد. به عبارتی در بخش کمی نیز به جهت بررسی داده‌های جمعیت شناختی، نرمال بودن داده‌های پژوهش از طریق آزمون کلموگروف-اسمیرنوف از نرم‌افزار SPSS.22 و برای و اطمینان از روایی داده‌ها از طریق تحلیل عاملی تأییدی در مدل‌سازی معادلات ساختاری از LISREL ۵/۷/۸ استفاده شده است که نشان از تأیید روایی ۸۶ سؤال استخراج شده در مرحله کیفی توسط خبرگان بود. در بخش کمی جهت بررسی اهمیت و اولویت‌بندی مؤلفه‌های استخراج شده نسبت به یکدیگر از آزمون فریدمن استفاده شد و به جهت بررسی نقش شناسه‌ها و مؤلفه‌های مدل توسعه پایدار با محوریت سلامت خانواده با تأکید بر وابستگی به مصرف مواد مخدر از آزمون t استفاده گردید.

اخلاق پژوهش

در این پژوهش به منظور رعایت اخلاق در پژوهش، ابتدا به تمام مشارکت‌کنندگان اطلاع داده شد که در یک کار پژوهشی شرکت دارند و یافته‌های این پژوهش با پنهان ماندن هویت آنان تحلیل خواهد شد و پس از کسب رضایت آگاهانه، اقدام به تکمیل پرسشنامه‌ها نمودند. همچنین ابزار پژوهش، از نظر محتوای سؤالات، بدون اعمال بار منفی، مغایرت و محدودیت فرهنگی و مذهبی طراحی گردیده است.

یافته‌ها

یافته‌های این پژوهش شامل دو بخش کیفی و کمی ارائه گردید. تحلیل آماری به شیوه کمی نشان داد که از نظر جنسیت اکثریت جامعه پژوهش (۷۶/۱ درصد) را مردان تشکیل داده و از نظر سنی نیز بیشتر افراد در گروه سنی ۴۱-۵۰ سال (۴۴/۸ درصد) بودند. همچنین از نظر تحصیلات بیشترین به مدرک تحصیلی مربوط به کارشناسی (۴۲/۳ درصد) و بیشترین میزان سابقه کاری در نیز در بازه ۱۱-۱۵ سال (۴۲/۸ درصد) بود. بخش کیفی نیز با استفاده از فن دلفی فازی در ۶ مرحله انجام شد که شامل تعیین مؤلفه‌های مدل توسعه پایدار سلامت محور با تأکید بر نقش وابستگی به مصرف مواد مخدر (در سه مرحله) و تأثیر شاخص‌های مدل توسعه پایدار سلامت محور با تأکید بر نقش وابستگی به مصرف مواد مخدر (سه مرحله) بود. در این مطالعه مدل توسعه پایدار با محوریت سلامت خانواده با بهره‌گیری از نظرات ۳۰ متخصص طراحی گردید

که شامل ۸۶ شناسه در ۱۲ مؤلفه بود که کلیه ابعاد (اجتماعی، زیست‌محیطی و اقتصادی) مورد نیاز جهت تحقق توسعه پایدار با محوریت سلامت خانواده را مورد تشریح قرار داده و نشان داد که با به‌کارگیری ۶ شناسه توانمندسازی در مدل توسعه پایدار می‌توان جامعه را در حوزه‌های مختلف اجتماعی، سیاسی و اقتصادی توانمند نمود. همچنین میانگین قطعی به‌دست آمده پیرامون استخراج شاخص‌های مدل توسعه پایدار در سلامت خانواده در مرحله اول نظرسنجی، به‌منظور آگاهی از نظر خبرگان "در راستای تدوین مدل توسعه پایدار و بررسی علل تمایل به مصرف و گرایش به مواد مخدر از سه بعد (فردی، اجتماعی و محیطی) نشان‌دهنده شدت موافقت خبرگان با هر یک شاخص‌های مدل توسعه پایدار در سلامت خانواده با تأکید بر نقش وابستگی به مصرف مواد مخدر بود. همچنین نتیجه آزمون t در خصوص بررسی تأثیر شاخص‌های مدل توسعه پایدار در سلامت خانواده با تأکید بر نقش وابستگی به مصرف مواد مخدر نشان داد که از میان ۸۶ شناسه، ۸۳ مورد آن بر وابستگی به مصرف مواد مخدر تأثیر معناداری داشته‌اند (منفی) و تنها در ۳ مورد از شناسه‌ها (دسترسی به حمل‌ونقل آسان و ایمن، مصرف مسئولانه منابع و انرژی، میزان رضایت از دفع آب‌های سطحی) در این تأثیر رد شده است.

جدول ۴. میزان اختلاف دیدگاه خبرگان در نظرسنجی مرحله دوم و سوم استخراج مؤلفه‌ها

مؤلفه‌ها	میانگین مرحله دوم	میانگین مرحله سوم	اختلاف میانگین مرحله دوم و سوم
۱ کنترل آسیب‌های اجتماعی	۰/۷۷	۰/۸۱	۰/۰۴
۲ رفاه اجتماعی خانواده	۰/۷۸	۰/۷۹	۰/۰۱
۳ توانمندسازی خانواده‌ها	۰/۸۳	۰/۸۰	۰/۰۳
۴ معنویت	۰/۸۱	۰/۸۲	۰/۰۱
۵ عدالت اجتماعی	۰/۸۳	۰/۸۴	۰/۰۱
۶ آموزش و توسعه	۰/۷۳	۰/۷۵	۰/۰۲
۷ کنترل جمعیت خانواده	۰/۸۳	۰/۸۴	۰/۰۱
۸ مدیریت آلودگی‌های زیست‌محیطی	۰/۸۲	۰/۸۵	۰/۰۳
۹ ارتقای بهداشت و کیفیت محیط زندگی	۰/۸۰	۰/۸۳	۰/۰۳
۱۰ احیاء، بهسازی و نوسازی بافت‌های فرسوده شهری	۰/۷۶	۰/۸۲	۰/۰۵
۱۱ فرصت‌های شغلی	۰/۷۴	۰/۷۷	۰/۰۳
۱۲ رضایت اعضای خانواده	۰/۸۲	۰/۸۴	۰/۰۲

مطابق با یافته‌های جدول (۴) میزان اختلاف نظر خبرگان در مراحل دوم و سوم کمتر از حد آستانه خیلی کم (۰/۱) بود و نظرسنجی در این مرحله متوقف می‌شود؛ بنابراین مؤلفه‌های مدل توسعه پایدار سلامت محور خانواده با تأکید بر نقش وابستگی به مصرف مواد مخدر پس از سه مرحله بر اساس عوامل اجتماعی، زیست محیطی و اقتصادی جدول استخراج گردیدند.

جدول ۵. اولویت بندی مؤلفه‌های مدل توسعه پایدار سلامت محور

رتبه	میانگین رتبه	مؤلفه	ابعاد
اول	۱۷/۲۷	توانمندسازی خانواده‌ها	اجتماعی
دوم	۱۶/۲۹	آموزش و توسعه	
سوم	۱۵/۷۵	کنترل آسیب‌های اجتماعی	
چهارم	۱۴/۳۵	رفاه اجتماعی خانواده	
پنجم	۱۳/۵۴	عدالت اجتماعی	
ششم	۱۳/۲۰	معنویت	زیست محیطی
هفتم	۱۳/۰۲	کنترل جمعیت	
اول	۱۵/۳۵	احیاء، بهسازی و نوسازی بافت‌های فرسوده شهری	
دوم	۱۴/۸۵	ارتقای بهداشت و کیفیت محیط زندگی	اقتصادی
سوم	۱۴/۳۳	مدیریت آلودگی‌های زیست محیطی	
اول	۱۴/۶۰	فرصت‌های شغلی	اقتصادی
دوم	۱۴/۲۳	رضایت اعضای خانواده	

مطابق با جدول (۵)، نتایج آزمون فریدمن نشان داد که مؤلفه‌ها و شاخص‌های مدل توسعه پایدار با محوریت سلامت خانواده دارای اهمیت یکسانی نمی‌باشند. به طوری که در بعد اجتماعی به ترتیب توانمندسازی، آموزش و توسعه و کنترل آسیب‌های اجتماعی نسبت به دیگر مؤلفه‌ها از اهمیت بیشتری برخوردار بودند. در بعد زیست محیطی نیز به ترتیب احیاء، بهسازی و نوسازی بافت‌های فرسوده شهری، ارتقای بهداشت و کیفیت محیط زندگی، مدیریت آلودگی‌های زیست محیطی دارای اهمیت بیشتری بوده و در بعد اقتصادی نیز اشتغال و فرصت‌های شغلی بر رضایت خانواده‌ها اولویت داشته است.

جدول ۶. نقش مؤلفه‌های مدل توسعه پایدار با محوریت سلامت خانواده

نتیجه آزمون	میانگین	t آماره	Sig	درجه آزادی	نقش مؤلفه‌های مدل توسعه پایدار بر وابستگی به مصرف مواد مخدر	ابعاد
تأثیر منفی و معنی‌دار	۳/۸۹	-۱۴/۲۵	۰۰۰.۰	۲۰۰	کنترل آسیب‌های اجتماعی	اجتماعی
تأثیر منفی و معنی‌دار	۳/۵۷	-۱۳/۶۴	۰۰۰.۰	۲۰۰	رفاه اجتماعی خانواده	
تأثیر منفی و معنی‌دار	۴/۲۴	-۱۶/۴۰	۰۰۰.۰	۲۰۰	توانمندسازی خانواده‌ها	
تأثیر منفی و معنی‌دار	۳/۲۱	-۱۰/۵۷	۰۰۰.۰	۲۰۰	معنویت	
تأثیر منفی و معنی‌دار	۳/۳۶	-۱۱/۲۸	۰۰۲.۰	۲۰۰	عدالت اجتماعی	
تأثیر منفی و معنی‌دار	۴/۰۲	-۱۵/۶۵	۰۰۰.۰	۲۰۰	آموزش و توسعه خانواده	
تأثیر منفی و معنی‌دار	۳/۰۲	-۸/۲۷	۰۰۰.۰	۲۰۰	کنترل جمعیت خانواده	
تأثیر منفی و معنی‌دار	۴/۰۲	-۱۶/۵۷	۰۰۰.۰	۲۰۰	کل	
تأثیر منفی و معنی‌دار	۳/۲۵	-۷/۰۴	۰۰۰.۰	۲۰۰	مدیریت آلودگی‌های زیست‌محیطی	زیست‌محیطی
تأثیر منفی و معنی‌دار	۳/۷۵	-۷/۲۴	۰۰۲.۰	۲۰۰	ارتقای بهداشت و کیفیت محیط زندگی	
تأثیر منفی و معنی‌دار	۴/۵۵	-۸/۲۷	۰۰۳.۰	۲۰۰	احیاء، بهسازی و نوسازی بافت‌های فرسوده شهری	
تأثیر منفی و معنی‌دار	۳/۲۸	-۹/۳۸	۰۰۰.۰	۲۰۰	کل	
تأثیر منفی و معنی‌دار	۴/۲۵	-۱۲/۰۱	۰۰۰.۰	۲۰۰	فرصت‌های شغلی خانواده	اقتصادی
تأثیر منفی و معنی‌دار	۳/۵۸	-۱۱/۶۷	۰۰۰.۰	۲۰۰	رضایت اعضای خانواده	
تأثیر منفی و معنی‌دار	۳/۵۸	-۱۲/۶۴	۰۰۰.۰	۲۰۰	کل	

مطابق با یافته‌های جدول (۶) نتیجه آزمون t در خصوص بررسی نقش مؤلفه‌های مدل توسعه پایدار در سلامت خانواده نشان داد که در کل تمامی مؤلفه‌ها (۱۲ مؤلفه) بر وابستگی به مصرف مواد مخدر تأثیر منفی و معناداری داشته‌اند (با افزایش یا ارتقای مؤلفه‌های مدل توسعه پایدار، وابستگی به مصرف مواد مخدر نیز کاهش می‌یابد)؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، از میان ابعاد مدل توسعه پایدار به ترتیب ابعاد اجتماعی، اقتصادی و زیست‌محیطی بیشترین تأثیر را بر وابستگی به مصرف مواد مخدر نشان داده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

در مجموع می‌توان گفت با وجودی که قبلاً مدل‌ها و الگوهای متفاوت و متنوعی از توسعه پایدار وجود ارائه شده است اما هیچ‌کدام از آن‌ها نتوانستند به‌تنهایی نیازها و خواسته‌های موردنظر جهت رفع مشکلات موجود در زمینه سلامت خانواده را تأمین نمایند، درحالی‌که پژوهش حاضر با بهره‌گیری از نظرات متخصصین مختلف طراحی و با تعیین ۸۶ شناسه در ۱۲ مؤلفه (نظیر کنترل آسیب‌های اجتماعی؛ رفاه اجتماعی؛ توانمندسازی؛ معنویت؛ عدالت اجتماعی؛ آموزش و توسعه؛ کنترل جمعیت؛ مدیریت آلودگی‌های زیست‌محیطی؛ ارتقای بهداشت و کیفیت محیط زندگی؛ احیاء، بهسازی و نوسازی بافت‌های فرسوده شهری؛ فرصت‌های شغلی؛ رضایت شهروندان) توانسته است کلیه ابعاد (اجتماعی، زیست‌محیطی و اقتصادی) موردنیاز جهت تحقق توسعه پایدار با محوریت سلامت عمومی را در چارچوب یک مدل جامع به‌طور دقیق بررسی و راهکارهای مناسبی را ارائه نماید. در این مدل با به‌کارگیری ۶ شناسه توانمندسازی در مدل توسعه پایدار می‌توان جامعه را در حوزه‌های مختلف اجتماعی، سیاسی و اقتصادی توانمند نمود که به آن‌ها اشاره شده است. در این پژوهش با به‌کارگیری ۷ شناسه رفاه اجتماعی (دسترسی برابر، به امکانات تفریحی و رفاهی و مکان‌های گذران اوقات فراغت؛ دسترسی به حمل‌ونقل آسان و ایمن؛ ارائه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی با کیفیت و برای همگان (پوشش فراگیر بیمه)؛ تأمین رفاه اجتماعی خانواده‌ها؛ تأمین سطح قابل قبولی از زندگی (نیازهای اولیه زندگی: خوراک مناسب، پوشاک و مسکن)؛ بهبود کیفیت سلامت روانی و جسمی و ذهنی خانواده‌ها؛ مقابله با شیوع بیماری‌های واگیردار)، می‌توان رفاه اجتماعی خانواده‌های یک جامعه را محقق نمود. چراکه راهبردهای معطوف به رفاه اجتماعی امری مؤثر بر تمامی جنبه‌های سیاست‌گذاری نظام است، رفاه اجتماعی خانواده‌ها مهم‌ترین بخش مفاهیم توسعه پایدار را تشکیل می‌دهد که امکان تأمین نیازهای انسان امروز بدون از میان بردن توانمندی نسل‌های آینده برای دستیابی به آرزو و نیازهایشان را فراهم می‌کند (Prüss-Ustün, Wolf, Corvalán & etall, 2016). امروزه "توانمندسازی" خانواده و به‌طور کلی جوامع محور اصلی توسعه پایدار است، توانمندسازی به معنای مقابله با وضعیت بی‌قدرتی مردم است. توانمندسازی جامعه و اقدام‌های پیشگیرانه عاملی مؤثر در کاهش آسیب‌های اجتماعی به‌ویژه وابستگی به مصرف مواد مخدر محسوب می‌شود (Todaro & Smith, 2010). لذا با به‌کارگیری ۶

شناسه "توانمندسازی" در مدل توسعه پایدار (ارتقای مشارکت اجتماعی (مشارکت مالی، فیزیکی، مشارکت در تصمیم‌گیری) و رفع مشکلات خانواده‌ها؛ ارتقای تعاون و همکاری و روحیه کار گروهی؛ آموزش و توسعه مهارت‌های اجتماعی، مهارت‌های زندگی و ارتباطی؛ آموزش مهارت کافی برای جذب شدن در بازار کار؛ افزایش تاب‌آوری در مقابل تنش‌ها؛ توان‌بخشی خانواده‌ها به‌ویژه خانواده مجرمان یا معتادان)، می‌توان جامعه را در حوزه‌های مختلف اجتماعی، سیاسی و اقتصادی توانمند نمود. از طرفی باید توجه داشت که توسعه پایدار امری است که باید در حوزه "معنویت و اخلاق" تحقق یابد چراکه ضعف در معنویت و سستی یا پایبند نبودن به ارزش‌های معنوی، اخلاقی، اعتقادی و مذهبی و خانوادگی زمینه را برای گرایش فرد به وابستگی به مصرف مواد مخدر فراهم می‌سازد (Saghafi-Ameri, 2010). زیرا انسان‌های حریص، به توسعه پایدار فکر نمی‌کنند و این در حالی است که توسعه پایدار، نیازمند انسان معنوی‌تر است، شخصی که دارای ایمان قوی، پایبند به اخلاقی، بردباری برابر مشکلات، دارای امید به زندگی بالا و پایبندی به زندگی خویش باشد که تمامی این موارد را می‌توان در ۵ شناسه مؤلفه "معنویت" مدل توسعه پایدار با محوریت سلامت خانوادگی مشاهده نمود. از سوی دیگر، هدف تمامی جمعیت‌ها و سرزمین‌ها رسیدن به "عدالت اجتماعی و توسعه" است؛ زیرا بی‌عدالتی و توزیع نابرابر دستاوردهای اجتماعی موجب تعمیق شکاف طبقاتی، تضعیف عزم ملی و تنزل روحیه تلاش و فعالیت می‌شود و بر آسیب‌های روان‌شناختی اعضای جامعه می‌افزاید؛ درحالی‌که توسعه پایدار متضمن کاهش فاصله طبقاتی، تقویت عزم ملی، بهره‌مندی از افراد خانواده‌های سالم و امیدوار است؛ بنابراین رعایت عدالت، رمز بقا و پایداری جریان توسعه است. لذا مدل توسعه پایدار با محوریت سلامت عمومی با در بر گرفتن ۱۰ شناسه عدالت اجتماعی (عدم تبعیض نژادی، قومی و مذهبی؛ توزیع عادلانه ثروت و سرمایه میان افراد جامعه؛ مراقبت از گروه‌های آسیب‌پذیر، اقشار نیازمند و محروم؛ احساس خرسندی مردم از عضویت در آن جامعه؛ قانون‌مداری؛ اصلاح قوانین بر اساس نیاز خانواده‌ها و جامعه؛ ضمانت اجرای قوانین با رعایت برابری و مساوات برای همه؛ احترام به یکدیگر در خانواده؛ سلامت نظام پیشنهادها؛ رعایت حقوق شهروندان) تمامی موارد عدالت اجتماعی در یک جامعه را در برمی‌گیرد. طبق مطالعات انجام‌شده توسط (صلحی و ابوالفتحی، ۱۳۹۰) عنوان‌شده نظام آموزشی یکی از ارکان مهم و به عبارتی تکیه‌گاه دولت‌ها برای تحقق توسعه پایدار است. لذا ارتقاء جایگاه آموزش و پرورش در نظام‌های اجتماعی نیز، به‌عنوان یک الزام محسوب شده و به کشورها در حرکت به‌سوی توسعه پایدار کمک خواهد کرد. در این زمینه به‌کارگیری ۷ شناسه آموزش (آموزش فراگیر همگانی و مادام‌العمر؛ توانایی خودآموزی و پرورش خلاقیت و نوآوری در افراد جامعه؛ داشتن مهارت‌های دانشگاهی/علمی؛ کاهش نرخ ترک تحصیل یا عدم ثبت‌نام در مدرسه؛ توسعه دانش و اطلاع‌رسانی مستمر؛ وجود برنامه‌ها و کارگاه‌های آموزش سلامت و پیشگیری برای خانواده‌ها؛ ارتقای فرهنگ و آگاه‌سازی خانواده‌ها، در مدل توسعه پایدار) می‌تواند کمک شایانی به فرآیند آموزش و توسعه و تحقق توسعه پایدار

نماید. جمعیت و توسعه پایدار رابطه معناداری با هم دارند، چراکه رشد جمعیت باعث می‌شود که بخش اعظم منابع و سرمایه‌هایی که باید صرف سرمایه‌گذاری، ایجاد اشتغال، تولید و رونق اقتصادی و در نهایت توسعه شوند، صرف هزینه‌های مصرفی گردد (اطاعت، ۱۳۹۰). بر این مبنا ۶ شناسه کنترل جمعیت (کنترل تولدهای تک والدی؛ کنترل و پیشگیری از میزان متولدین کم وزن، با تأخیر یا بدون مراقبت‌های پیش از تولد؛ کنترل رشد بی‌رویه جمعیت؛ کنترل میزان تراکم جمعیت در ناحیه‌ای خاص (توزیع بهینه جمعیت)؛ کنترل میزان مرگ‌ومیر نوزادان، کنترل میزان مهاجرت از روستا به شهر و تغییر محیط زندگی) می‌تواند راهکاری مناسب برای کنترل جمعیت و تحقق توسعه پایدار باشد. دستیابی به توسعه پایدار بدون توجه به مسائل زیست‌محیطی غیرممکن است، در واقع حرکت به سمت توسعه پایدار نیازمند حل مشکلات زیست‌محیطی است (UNDP, 2015)؛ بنابراین توجه به ۷ شناسه مدیریت آلودگی‌های زیست‌محیطی (آب‌وهوای سالم؛ کیفیت مسکن؛ محیط‌زیست پاک و امن؛ مصرف مسئولانه منابع و انرژی؛ رضایت از محیط شهر و محله و پاکیزگی آن (محله سالم)؛ مدیریت دفع فاضلاب و زباله؛ مدیریت آلودگی خاک)، می‌تواند کمک فراوانی به سلامت محیط‌زیست و تحقق توسعه پایدار زیست‌محیطی نماید. همچنین بدون تردید ارتقای بهداشت و توسعه ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر دارند و لذا توجه و برنامه‌ریزی در راستای ۴ شناسه ارتقای بهداشت و کیفیت محیط زندگی (رفع کمبود غذا (امنیت غذایی)؛ بهداشت مواد غذایی؛ تغذیه، مسکن و پوشاک مناسب و کافی؛ پاکیزگی و ایمنی محیط زندگی و کار) می‌توان "ارتقای بهداشت و کیفیت محیط زندگی" را در پی داشته باشد. مدل توسعه پایدار با هدف قرار دادن ۸ شناسه احیاء، بهسازی و نوسازی بافت‌های فرسوده شهری (وجود نورگیری و روشنایی کافی در محل زندگی؛ وجود راه ارتباطی مناسب؛ میزان رضایت از دفع آب‌های سطحی؛ شناسایی محل‌های ناامن؛ مدیریت حاشیه‌نشینی در جامعه؛ توجه به مهندسی شهرسازی؛ توسعه فضاهای سبز شهری؛ مدیریت افراد بی‌خانمانی) زمینه را برای "احیاء، بهسازی و نوسازی بافت فرسوده شهری" فراهم نماید. مضاف بر آن داشتن "فرصت اشتغال و امنیت شغلی" در زندگی اجتماعی و شهروندی افراد حیاتی است که در این زمینه نیز ۶ شناسه فرصت اشتغال در مدل توسعه پایدار (رضایت از شغل؛ داشتن امنیت شغلی؛ محیط کار حامی فرد و خانواده؛ توسعه کسب و کارها؛ اعطای تسهیلات بانکی؛ سرمایه‌گذاری) جهت ایجاد مشاغل جدید، تمامی ابعاد یک فرصت شغلی مناسب در جامعه را پوشش می‌دهد و در صورت پیاده‌سازی این ارکان، رضایت از فرصت‌های شغلی و توسعه پایدار محقق می‌گردد. رضایت اعضای خانواده‌ها با توسعه پایدار شهری عجین شده است. احساس رضایت شهروندان از حق و حقوق خویش، محیط شهر و خدماتی که ارائه می‌شود، خود عامل مهمی در ایجاد انگیزه در مردم برای مشارکت در جهت توسعه شهری و بهبود کیفیت محل سکونت خویش است (Pettigrew, De Maeseneer, Anderson, Essuman Kid, & Haines, 2015). از طرفی در این تحقیق ۸ شناسه رضایت اعضای خانواده (متوسط هزینه‌های ماهیانه خانوار؛ میزان مصرف مواد غذایی خانوارها؛ میزان

استطاعت در خرید یا ساخت مسکن؛ برقراری ساختار الگوهای درآمدی و توزیعی عادلانه؛ امنیت درآمد در سطح خانواده؛ میزان قدرت خرید و رفع مایحتاج زندگی؛ دسترسی به مسکن ارزان قیمت؛ شفافیت پاسخگویی اقتصادی در حکومت) ارائه شد که در صورت تحقق می‌تواند رضایت شهروندان را در حوزه اقتصادی تأمین نماید. همچنین طبق مطالعات انجام‌شده توسط Metals & Yangers (۲۰۱۱)؛ Rhodes, Reddy & Grossman (۲۰۱۲) از آنجا که اغلب آسیب‌های اجتماعی (به ویژه معضل وابستگی به مصرف مواد مخدر) ریشه در فقر و بیکاری دارند، تحقق توسعه پایدار به‌عنوان محور اصلی مقابله با آسیب‌های اجتماعی باید مورد توجه ویژه قرار گیرد تا به دنبال آن شاهد کاهش نرخ جرم و جنایت و بزهکاری و طبیعتاً بالا رفتن ضریب امنیت اجتماعی باشیم (Dehghani, 2016). درنهایت می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که این مدل از طریق کنترل ۱۲ شناسه آسیب‌های اجتماعی در مدل توسعه پایدار می‌تواند در جهت رفع یا کاهش آسیب‌های اجتماعی و قدم نهادن در راه تحقق توسعه پایدار پردازد (Prüss-Ustün, Wolf, Corvalán, Bos & Neira, 2016). مضاف بر آن می‌توان گفت به‌زعم بسیاری از کارشناسان، دستیابی به توسعه پایدار در گرو توسعه سه بعد اقتصادی، اجتماعی، محیطی است، به گونه‌ای که با دیدی جامع به آن نگریسته شود، کارکردهای هر یک نه تنها بر دیگری لطمه‌ای وارد نمی‌کند بلکه می‌تواند مکمل آن نیز باشد. هرچند این ابعاد بطور طبیعی به یکدیگر وابسته می‌باشند و بر عملکرد دیگری تأثیر می‌گذارد، اما لزوم تصمیم‌گیری یکپارچه و مدیریت چگونگی اجرای هر یک از این ابعاد به شیوهایی که بالاترین بازدهی و کیفیت را به ارمغان آورد، ضروری است؛ بنابراین می‌توان گفت بالا بردن کیفیت خدمات دهی و نظارت و مدیریت کیفیت در تمامی بخش‌های زندگی خانواده‌ها، سبب ارتقای کیفیت زندگی خانواده‌ها، رفاه اعضای خانواده، ارتقای سلامت عمومی خانواده و به تبع آن توسعه یافتگی جامعه و زمینه‌ساز دستیابی به اهداف پایداری و توسعه پایدار می‌شود.

محدودیت‌ها و پیشنهادها

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به مواردی چون: نبود پیشینه مشابه با موضوع پژوهش در ایران و خارج از کشور، نبود پرسشنامه استاندارد در زمینه تدوین مدل توسعه پایدار سلامت محور؛ محدود بودن نتایج پژوهش به ستاد مبارزه با مواد مخدر استان تهران؛ دشواری فن دلفی فازی برای جمع‌آوری اطلاعات کامل و دقیق اشاره نمود. همچنین بر اساس نتایج پژوهش تدوین استراتژی و نقشه راه به‌منظور اجرای برنامه‌های مدل توسعه پایدار با محوریت سلامت خانواده‌ها و به‌کارگیری روش‌های صحیح و کارآمد تربیتی در خانواده‌ها پیشنهاد می‌گردد. همچنین مطالعه مدل‌های موفق توسعه پایدار با محوریت سلامت خانواده در دیگر شهرها و تربیت کارشناسان زبده برای فعالیت در این حوزه ضروری به نظر می‌رسد که همکاری سازمان‌ها و نهادهای دولتی، صنعتی، دانشگاهی و غیره در سطح کلان را برای تحقق توسعه

پایدار می‌طلبد. همچنین فراهم آوردن زمینه‌های بهداشتی، آموزشی، اشتغال‌زایی و رفاهی جهت پیشگیری از وابستگی به مصرف مواد مخدر در خانواده‌ها از طریق رسانه‌ها، آموزش و پرورش و دیگر برنامه‌های آموزشی می‌تواند بسیار مؤثر باشد.

تعارض منافع

نویسندگان، متعهد می‌شوند که یافته‌های پژوهش حاضر هیچ‌گونه تضاد منافی ندارد و محققین دارای هیچ‌گونه جایگاه یا شرایط ویژه‌ای که با برآیندهای آن در ارتباط باشد نمی‌باشد. همچنین برآیندهای پژوهش نیز هیچ‌گونه سود اقتصادی برای نویسندگان نداشته است.

سپاسگزاری

نویسندگان به رسم ادب و اخلاق از زحمات تمام اساتید و مسئولین محترم دانشگاهی و نیز از مدیران ارشد، کارشناسان خبره، محققان و کارکنان ستاد مبارزه با مواد مخدر استان تهران و دیگر افراد شرکت‌کننده که ما را در به انجام رسانیدن این پژوهش یاری نمودند، کمال تشکر و سپاسگزاری را می‌نمایند.

منابع

- احمدی، فضل اله؛ نصیریانی، خدیجه؛ و اباذری، پروانه (۱۳۸۷). تکنیک دلفی فازی: ابزاری در تحقیق. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۸(۱)، ۱۷۵-۱۸. [[link](#)]
- اطاعت، جواد (۱۳۹۰). جمعیت و توسعه پایدار در ایران. *نشریه رفاه اجتماعی*، ۱۱(۴۲)، ۳۶-۷. [[link](#)]
- اینا انهرت، وس هری و کلاوس جی. زینک (۱۳۹۵). مدیریت پایدار منابع انسانی. جلد اول. ترجمه: دهقانان، حامد. محمدی نسب، علی. مهدی زاده، الهه. انتشارات: کتاب مهربان. [[link](#)]
- حجتی، حمید؛ آل‌ستانی، سوادبه؛ آخوندزاده، گلپهار؛ حیدری، بهروز و شریف‌نیا، سیدحمید (۱۳۹۰). بررسی بهداشت روانی و ارتباط آن با کیفیت زندگی در معتادین. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۱۸(۳)، ۲۱۴-۲۰۷. [[link](#)]
- رضوی حیدری، سیدمحمد ناصر؛ طالب زاده ثانی، کاظم و حسین پور، حسین (۱۳۹۵). رابطه بین کیفیت زندگی باسلامت عمومی زندانیان دارای سابقه سوءمصرف مواد مخدر. اولین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی و مطالعات اجتماعی ایران، قم، دبیرخانه دائمی کنفرانس، موسسه بین‌المللی مطالعات و توسعه علم خاورمیانه. [[link](#)]
- ریچارد ویلکینسون. ماکیل مارمورت (۲۰۰۳). عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت. ترجمه: حقایق مسلم. [[link](#)]
- زارعی کوشا، محمدعلی (۱۳۹۰). بررسی روندهای بین‌المللی در کنترل مواد مخدر، فساد مرتبط با مواد مخدر و اثرات آن. *مجموعه مقالات ستاد مبارزه با مواد مخدر دفتر روابط بین‌الملل*، ۸. [[link](#)]

ستوده‌نیا، سلمان؛ دانش‌نیا، محمد؛ قزلباش، اعظم و احمدی‌راد، حسین (۱۳۹۵). تأثیر تفاوت دهک‌های درآمدی بر شاخص سلامت در ایران. فصلنامه سیاست‌های راهبردی و کلان، ۴۴(۱۳)، ۱۶۷-۱۳۷. [\[link\]](#)

صرامی، حمید؛ قربانی، مجید؛ مینوئی، محمود (۱۳۹۲). بررسی چهار دهه تحقیقات شیوع‌شناسی اعتیاد در ایران. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۷(۲۶)، ۵۲-۲۹. [\[link\]](#)

صلحی، مهناز؛ ابوالفتحی، میترا (۱۳۹۲). تأثیر آموزش پیشگیری از اعتیاد از طریق الگوی اعتقاد سلامتی بر آگاهی و درک دانش آموزان سال اول دبیرستانهای ساوه، فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت ایران. ۳۱(۲)، ۳۱-۴۰. [\[link\]](#)

قربانی، رسول و تیموری، راضیه (۱۳۸۸). تحلیلی بر نقش پارک‌های شهری در ارتقای کیفیت زندگی شهری با استفاده از الگوی Seeking- Escaping نمونه موردی: پارک‌های شهری تبریز. پژوهش‌های جغرافیایی انسانی، ۱۲، ۶۱-۴۷. [\[link\]](#)

گلی رستمی، کلثوم؛ شیردل، خیرالنساء؛ حاجی سیاح، خدیجه؛ پورشریعه، طالبعلی (۱۳۹۵). اثر بخشی ترک مواد مخدر بر بهبود کیفیت زندگی در معتادان گمنام. سومین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های نوین در علوم انسانی، ایتالیا، رم. [\[link\]](#)

گودرزی، طیبه؛ رستمی، تورج و مرادیان، علی (۱۳۹۴). تأثیر اعتیاد مردان در خشونت خانوادگی با تأکید بر خشونت علیه زنان. دانش انتظامی کرمانشاه، ۶(۲۰)، ۱۱-۱. [\[link\]](#)

مقالات اولین همایش ملی آسیب‌های اجتماعی در ایران (۱۳۸۱). اعتیاد و قاچاق مواد مخدر. جلد دوم، نشر آگه. [\[link\]](#)

ویسی، هادی؛ محمدی نژاد، شهناز (۱۳۹۵). تأثیر قاچاق مواد مخدر بر امنیت اجتماعی مطالعه ی موردی: استان کرمان. فصلنامه جغرافیا و توسعه، ۴۲، ۱۲۶-۱۰۷. [\[link\]](#)

References

- Bizzarri, J., Rucci, P., Vallotta, A., Girelli, M., Scandolari, A., Zerbetto, E., & Dellantonio, E. (2005). Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence. *Substance Use & Misuse*, 40(12), 1765-1776. [\[link\]](#)
- Botvin, G. J., Kantor, L. W. (2004). Preventing alcohol and tobacco use through life skills training. *Alcohol research and health*, 24(4), 250-257. [\[link\]](#)
- Currie, J., Almond, D. (2011). Human capital development before age five. *Handbook of labor economics*, 4, 1315-1486. [\[link\]](#)
- Deniz, D. (2016). Improving perceived safety for public health through Sustainable development. *procedia-social and behavioral sciences*, 216, 632-642. [\[link\]](#)
- Din Mohammadi, M. R., Amini, K., & Yazdankhah, M. R. (2008). Survey of Social and environmental factors affecting this trend Afyuni Perspective B drug addicts to accept treatment and follow-up Introduction Welfare Organization of Zanjan. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences*, 15(59), 85-94. [\[link\]](#)

- Elliott-Erickson, S., Lane, J., & Ranson K. (2009). An overview of risk and protective factors for adolescent substance use and gambling activity: A review of the literature for The Alberta Youth Experience Survey. Canada: *Albert Health Services*; 1-31. [[link](#)]
- Fard, J. H., Gorji, M. A. H., Jannati, Y., Golikhatir, I., Bozorgi, F., Mohammadpour, R., & Gorji, A. M. H. (2014). Substance dependence and mental health in northern Iran. *Annals of African medicine*, 13(3), 114-118. [[link](#)]
- GarusiFarshi, M. T., & Sufiani, H. (2009). The relationship between personality dimensions and general health in Tabriz's University students. *Studies in Education and Psychology*, 2(19), 47-63. [[link](#)]
- Joan MO, Dougla K.N., Janette, B., Nancy, W., Anne M.L., Heather, D.O. (2007). Childhood characteristics associated with stage of substance use of American Indians: Family background, traumatic experiences, and childhood behaviors. *Addictive Behaviors*; 32(12), 3142-3152. [[link](#)]
- Kliwer, W., Murrelle, L. (2007). Risk and protective factors for adolescent substance use: Findings from a study in selected Central American countries. *J Adolesc Health*; 40(5),448-55. [[link](#)]
- Le Moal, M., Koob, G. F. (2007). Drug addiction: pathways to the disease and pathophysiological perspectives. *European Neuropsychopharmacology*, 17(6), 377-393. [[link](#)]
- Mannava, P., Zegenhagen, S., & Crofts, N. (2010). Dependent on development: The interrelationships between illicit drugs and socioeconomic development Nossal Institute for Global Health and Family Health International. [[link](#)]
- Mathew, S. Jenner. (2011). International drug trafficking: a global problem with a domestic solution, *Indiana journal of global studies*,18(2), 10-19. [[link](#)]
- Pettigrew, L. M., De Maeseneer, J., Anderson, M. I. P., Essuman, A., Kidd, M. R., & Haines, A. (2015). *Primary health care and the Sustainable Development Goals. The Lancet*, 386, 2119-2121. [[link](#)]
- Prüss-Ustün A, Wolf, J., Corvalán, C., Bos, R., & Neira, M. (2016). Preventing disease through healthy environments A global assessment of the burden of disease from environmental risks. *Geneva: World Health Organization*. [[link](#)]
- Rhodes, J.E., Reddy, R., & Grossman, J.B. (2005). the protective influence of mentoring on adolescents' substance use: *Direct and indirect pathways*. 9(1),31-47. [[link](#)]
- Saghafi-Ameri, N. (2010). The "Afghan Drugs" Problem—A challenge to Iran and International security. *Iranian review of foreign affairs*, 1(2), 213-235. [[link](#)]
- Skiba, D., Monroe, J., & Wodarski, J. S. (2004). Adolescent substance use: Reviewing the effectiveness of prevention strategies. *Social Work*, 49(3), 343-353. [[link](#)]
- Todaro, M., Smith, S. (2010). *Economic Development. Addison-Wesley*. [[link](#)]
- UNDP (2015). Perspectives on development dimensions of drug control policy
- WHO (2015)? WHO Discussion paper for the United Nations Interagency Task Force on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases Geneva. [[link](#)]

World Health Organization. (2014). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence. Summary report a report of the World Health Organization. *Department of mental Health and Substance*. [[link](#)]

References (In Persian)

- Ahmadi, F., Nasiriani, K.H., & Abazari, P. (2008). Delphi Technique: A tool in analysis. *Iranian Journal of Medical Education*, 8(1), 175-185. [[link](#)]
- AghaBakhshi, H., Sedighi, B., & Eskandari, M. (2009). A survey on the youths 'tendency towards industrial drugs abuse'. *Social Research*; 2(4), 71-75. [[link](#)]
- Dehghani, A. (2016). Evaluating and analyzing the health indices in rurals of nomadic settlement: (Case Study: Nomadic Rurals of Fars and Isfahan Provinces). *Journal of Research & Rural Planning*, 4(4), 95-109. [[link](#)]
- Etaat, J. (2011). Population and Sustainable Development in Iran. *Social Welfare publication*. 11(42), 7-36. [[link](#)]
- Ghorbani, R., Teimurirad, R. (2009). An Analysis of the Role of Urban Parks in Improving the Quality of Urban Life Using the Pattern-Seeking-Escaping Case Study: Urban Parks in Tabriz. *Human Geographic Research*, 72(2), 61-7. [[link](#)]
- Ehnert, I., Hari, V., & Jzinc, K. (2016). Sustainable Human Resource Mngement. Publication: Ketab Mehraban. [[link](#)]
- Goli Rostami, K., Shirdel, K.H., Haji Sayyah, K.H., & Poorsharieh, T. (2016). Drug Abuse Effects on Improving Quality of Life in Anonymous Addicts. *Third International Conference on Modern Research in the Humanities, Italy-Rome*. [[link](#)]
- Goodarzi, T., Rostami, T., Moradian, A. (2015). The Impact of Men's Addiction in Family Violence with Emphasis on Violence against Women. *Kermanshah Law Enforcement Science*, 6(20), 11-1. [[link](#)]
- Hojjati, H., Alvastani, S., Akhondzadeh, G., Heydari, B., Sharifniah, S.H. (2011). Mental health and its relationship with quality of life in addicts. *Journal of Shaheed Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd*, 18(3), 214-207. [[link](#)]
- Razavi Heidari, M.N., Talebzadeh Sani, K., Hosseinpour, H. (2016). The relationship between quality of life and the general health of prisoners with a history of drug abuse. The first international conference on modern research in the field of education, social psychology and social studies in Iran, Qom, the Permanent Conference Secretariat, *the International Institute for the Study of Middle East Science and Development*. [[link](#)]
- Wilkinson, R & Marmot, M. (2003). Social determinants of health. Translation: *The Facts of Islam*, Second Edition. [[link](#)]
- Sarrami, H., Ghorbani, M., & Minoovie, M. (2013). Four decades of addiction prevalence research in Iran. *Quarterly Journal of Drug Abuse*, 26, 52-29. [[link](#)]
- Solhi M., Abolfathi, M. (2013). The effective of education about prevention of addiction through health belief model (HBM) on knowledge and perceptions of high school students in Saveh. *Iran J Health Edu Health Promot*. 1(2). 31-40. [[link](#)]

- Sotudehnia, S., Daneshnia, M., Qezelbash, A., Ahmadirad, H. (2016). The Effect of Different Decline of Income on Health Index in Iran. *Quarterly Journal of Strategic and Macroeconomic Policies*, 4(13),167-137. [[link](#)]
- Veysi, H., Mohammadinejad, S. (2016). The Impact of Narcotics Trafficking on Social Security Case Study: Kerman Province. *Quarterly Journal of Geography and Development*, 42, 126-107. [[link](#)]
- Zareeikushah, M.A. (2011). An examination of international trends in drug control, drug-related corruption and its effects. *Combat Bureau, Office of International Affairs*,8. [[link](#)]

