

رویکردهای نوین آموزشی

دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان

سال ششم، شماره ۱، شماره پیاپی ۱۳، بهار و تابستان ۱۳۹۰

ص ۱۴۸-۱۲۵

مقایسه انگیزه‌های فردی/اجتماعی و سرمایه اجتماعی معنادان در گروه‌های درمانی شهر اصفهان

محمد باقر کجباف، دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

فاطمه رحیمی، دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه اصفهان *

Rahimipsy@yahoo.com

چکیده

هدف مقاله حاضر، مقایسه انگیزه‌های درمانی اعتیاد و سرمایه اجتماعی بین معنادان در حال بهبود شهر اصفهان بود. در این پیمایش، جامعه آماری شامل کلیه معنادان شهر اصفهان است که اقدام به درمان به صورت عضویت در انجمن معنادان گمنام (NA)، درمان اجتماع مدار (TC)، درمان نگهدارنده با متادون (MMT) و کمپ کرده بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۰۰ نفر از معنادان در حال بهبودی بود که به روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای بر اساس نوع درمان در مکان‌ها و مراکز ترک اعتیاد اصفهان در سال ۱۳۸۸، انتخاب شده بودند. از پرسشنامه محقق ساخته در سه قسمت سرمایه اجتماعی درون گروهی و بین گروهی، انگیزه‌های فردی/اجتماعی استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل مانکوا با SPSS16 نشان داد که بین نمونه‌های درمانی در شاخص‌های اعتماد رسمی، اعتماد غیر رسمی ($P \leq 0/05$)، اعتماد تعمیم یافته، احساس تصدع و سرمایه اجتماعی بین گروهی ($P \leq 0/01$) تفاوت معناداری وجود دارد، لیکن در اعتماد کلی، مشارکت، سرمایه اجتماعی درون گروهی تفاوت معناداری بین نمونه‌های درمانی وجود ندارد. یافته‌ها نشان داد که در انگیزه‌های اجتماعی ترک بین نمونه‌های درمانی تفاوت معناداری وجود ندارد، لیکن در انگیزه‌های فردی ترک و انگیزه‌های فردی و اجتماعی عدم عود تفاوت معناداری بین گروه‌های درمانی وجود دارد ($P \leq 0/01$). در شاخص‌های اعتماد رسمی، اعتماد غیر رسمی، سرمایه اجتماعی بین گروهی، انگیزه فردی ترک و عدم عود، MM، در شاخص‌های اعتماد تعمیم یافته و اعتماد کلی و انگیزه اجتماعی ترک، کمپ، در شاخص‌های مشارکت، احساس تعلق و انگیزه اجتماعی عدم عود، NA و در سرمایه اجتماعی درون گروهی، TC دارای بیشترین میانگین بود. در این پژوهش، سوابق ترک اعتیاد و نوع درمان‌های احتمالی گذشته معنادان بررسی نشده است، اما به نظر می‌رسد، به طور کلی سیستم درمانی کشور بیشتر فردی است. بر این پایه، روحیه فردگرایی در جامعه رواج یافته است، و از میزان مشارکت افراد در عرصه‌های اجتماعی کاسته شده و سرمایه اجتماعی در درمان اعتیاد به گونه کاربردی استفاده نشده است. از این رو، به برنامه‌ریزی‌ها و همکاری‌های اصولی سازمان‌های و ارگان‌های مختلف جامعه و توجه بیشتر به ابعاد اجتماعی سلامتی و درمان نیاز است. این مقاله بر نقش سازمان‌های مردم‌نهاد در گسترش سرمایه اجتماعی و تاثیر بر کاهش عود و راهکارهای پیشگیرانه با رویکردهای اجتماعی تاکید می‌کند.

واژه‌های کلیدی: انگیزه‌های فردی/اجتماعی، سرمایه اجتماعی، معنادان، گروه‌های درمانی.

* نویسنده مسئول

- 1- Narcotics Anonymous
- 2- Therapeutic Community
- 3- Methadone Maintenance Therapy

مقدمه

مشکل اعتیاد یکی از معضلات بهداشتی، روانی و اجتماعی جهان امروز است. در طول سال های گذشته، اعتیاد به داروهای قانونی و غیر قانونی بسیار فراگیر شده است و اکنون حاکی از وجود یک مشکل جدی در سلامت جسمی، روانی و اجتماعی است. گسترش این روند ضربات قابل توجهی بر بنیادهای اخلاقی، اقتصادی، و اجتماعی یک جامعه می زند و آن را از درون دچار فساد کرده، در نهایت به انحطاط می کشد. این مشکل امروزه چنان خودنمایی می کند که هیچ کشوری نمی تواند خود را کاملاً از آن مصون بداند. مهم ترین عوارض روانی اعتیاد عبارتند از: افسردگی، اضطراب، فراموشی، روان پریشی و اختلالات مغزی، لیکن از مشکلات اجتماعی ناشی از اعتیاد می توان از جرائمی مثل سرقت، فحشا و خشونت، افزایش مشاغل کاذب و کاهش کارآیی و تعداد بسیار زیادی خانواده های آشفته یا از هم گسیخته نام برد. از طرف دیگر، اعتیاد با خالی کردن افراد از ارزش های اخلاقی و انسانی، آنها را مستعد پذیرش فرهنگ های پوچ و مخرب می نماید. به دلیل پیچیدگی مشکلات همراه با اعتیاد، ساختار مقابله ای پیچیده ای مورد نیاز است تا به طور کامل همه ابعاد زندگی و الگوهای رفتاری مختلف معتادان را دربرگیرد. برنامه های درمانی به زمان و کوشش صبورانه فرد معتاد، خانواده وی، درمانگران و سازمان های مسئول نیاز دارد. همچنین، درمان اعتیاد به دلیل فردی بودن آن و دلایل ذکر شده، بسیار پرهزینه بوده، درمان کارآمد مستلزم شرکت فعال معتادان به مواد است. امروزه بخش عظیمی از اشکال بیماری (اعم از روانی و جسمانی) در کشورهای در حال توسعه در ارتباط شدید با عوامل و مدل های اجتماعی است (سازمان بهداشت روانی^۱ ۲۰۰۴، ص ۷). بررسی منابع سرمایه اجتماعی بیشتر در حوزه علوم اجتماعی است، اما نتیجه سرمایه اجتماعی، بسیاری از علوم و از جمله روان شناسی و درمان را در برمی گیرد. سرمایه اجتماعی مفهومی است که کمیت و کیفیت روابط میان انسان ها در جامعه را بیان می کند. سرمایه اجتماعی بالا، هزینه های مبادلاتی را کاهش و امکان همکاری و فعالیت های دارای منافع متقابل را افزایش می دهد و از شدت مشکلاتی که شکست را به همراه دارد، می کاهد. سرمایه اجتماعی

1-WHO (World Health Organization)

به طور کلی بر روابط میان انسان‌ها تمرکز دارد. روابطی که در تمام لحظات زندگی روزمره و در طول عمر انسان‌ها، جریان داشته، رفتار و نگرش آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. به همین لحاظ، سرمایه اجتماعی در هر جایی حاضر است (علمی، شارع‌پور و حسینی، ۱۳۸۴). سرمایه اجتماعی به طور کلی شامل نهادها، روابط، گرایش‌ها، ارزش‌ها و هنجارهایی است که بر رفتارها و تعاملات بین افراد حاکم است (گرویترو ون باستلیر^۱، ۲۰۰۲). سرمایه اجتماعی آن دسته از شبکه‌ها و هنجارهایی است که مردم را قادر به عمل جمعی می‌کند (وول کاک و نارایان^۲، ۲۰۰۰).

تعامل افراد با یکدیگر، موضوع اساسی رویکرد روان‌شناسی بین فردی است که معتقد است، انسان‌ها ذاتاً به اجتماع علاقه‌مند هستند (مورفی^۳، ۱۹۹۴). گرایش اجتماعی بیان‌کننده شخصیت نوع دوستانه و موافق با اجتماع است. این نوع شخصیت نشان دهنده وجود خصوصیت نوع دوستانه‌ای است که به مقدار زیادی با ویژگی‌های همدلی، مسئولیت اجتماعی و ارزش‌های اجتماعی، رابطه دارد و به رفاه و سلامتی دیگر انسان‌ها می‌پردازد (اسکورودر، پتر، دیوید و و پیلیاوین^۴، ۱۹۹۵). افرادی که با یک گروه هویت می‌یابند و تمایلات جمع‌گرایی دارند، نسبت به افرادی که به دنبال انتظارات و منافع شخصی خود هستند (گرایش به خود)، احتمال بیشتری دارد که بر طبق هنجارهای گروهی عمل کنند. لذا گرایش بیشتر به سمت دیگران، با نفع شخصی و پردازش‌های شخصی عقلانی کمتر همراه است (تری، هوگ و ویت^۵، ۱۹۹۹). بنابراین، منافع جمعی یا گرایش اجتماعی که آدلر آن را نه یک ویژگی فرهنگی، بلکه ویژگی انسانی می‌داند، در همه جوامع به گونه‌ای دیده می‌شود. بر طبق این دیدگاه، فرد سالم از گرایش به خود رسته، به عوامل پیشرفت جامعه خود می‌اندیشد و در آن جهت گام بر می‌دارد (شولتز^۶ و شولتز، ۱۳۸۳).

1- Grootaert & Van- Bastelaer

2- Woolcock & Narayan

3- Murphy

4- Schroeder & Penner & Divido & Piliavin

5- Terry & Hogg & White

6- Sholtez

منابع سرمایه اجتماعی در حقیقت همان شبکه‌ها و نهادهاست که به وسیله روابط حاکم میان آنها، نتایج این سرمایه؛ یعنی هنجارها، گرایش‌ها و ارزش‌ها شکل می‌گیرند. به عبارت دیگر، با حضور در شبکه‌ها و داشتن ارتباط مستمر و مداوم با دیگران است که نتایج سرمایه اجتماعی، از جمله اعتماد و عمل به هنجارها حاصل می‌شود. پس منابع سرمایه اجتماعی را باید به کار بست تا نتایج آن حاصل شود (علمی، شارع پور و حسینی، ۱۳۸۴). به گفته کلمن^۱ (۱۹۹۰) "سرمایه اجتماعی با کارکردش شناخته می‌شود". اعتماد، مدارا، همکاری، همبستگی گروهی و ارزش‌هایی چون ترحم، شفقت، دلسوزی، ایثار و نوع دوستی، مثال‌هایی برای نتایج مثبت یا عملکردهای سرمایه اجتماعی هستند. از نتایج منفی آن می‌توان به نژاد پرستی و قومیت‌گرایی اشاره کرد که باعث تفکیک میان انسان‌ها و محدود کردن روابط، میان تعداد محدودی می‌شود. با استفاده از سرمایه اجتماعی، کمیت و کیفیت تعاملات اجتماعی تا آنجا که برای دو طرف سودمند باشد، افزایش پیدا خواهد کرد. این به آن معنی است که سرمایه اجتماعی، هم داده و هم ستانده یک عمل جمعی است. در واقع، سرمایه اجتماعی فضای روابط بین افراد در محله و شهر، محیط کار، روابط بین دولت و مردم را توصیف می‌کند (سوری، ۱۳۸۴). سرمایه اجتماعی با مصرف بیشتر، بیشتر می‌شود و برعکس، در صورت استفاده نشدن، نابود می‌گردد (علمی، شارع پور و حسینی، ۱۳۸۴).

بی‌سازمانی اجتماعی، نتیجه فرایندهای تضاد هنجاری و ارزشی، تغییرات فرهنگی، خلاهای فرهنگی و ضعف روابط اولیه است (ویس و مسنر^۲، ۱۹۹۹). فقدان سرمایه اجتماعی در لایه‌های مختلف اجتماع، مشکلات بسیاری را به همراه دارد. بدون این سرمایه، هیچ اجتماعی به هیچ سرمایه‌ای نمی‌رسد (رنانی، ۱۳۸۱). از این رو، این وضعیت باعث کاهش کنترل اجتماعی بیرونی و سوق دادن افراد به سمت رفتارهای انحرافی می‌شود (پولسن و رابینسون^۳، ۲۰۰۴). هرچه همبستگی و انسجام در درون یک گروه، اجتماع یا جامعه کمتر باشد، میزان جرم و انحراف در آن بالاتر خواهد بود (آکرس^۴، ۲۰۰۴:۱۵۹). به طور کلی، اثر فرسایش سرمایه

1- Coleman
2- Vice & Masner
3- Polsen & Rabinson
4- Akres

اجتماعی جامعه به آسیب و انحرافات اجتماعی، از قبیل افزایش جرم و جنایات، قتل، فروپاشی خانواده، مصرف مواد مخدر، خودکشی و... (نادمی، ۱۳۸۵؛ بوهم^۱، ۲۰۰۱، به نقل از سخاوت ۱۳۸۳، ص ۱۳۳) و آسیب‌های روانی، از قبیل عدم احساس تعلق، از خود بیگانگی (محسنی ۱۳۸۱، ص ۲۹۲)، پوچ‌گرایی (محبوبی‌آرایی، ۱۳۸۵، ص ۱۳)، احساس انزوا و افسردگی، کاهش احساس شادکامی و سلامت جسمی (براتی سده، ۱۳۸۵، ص ۱۲) مبتلا می‌شود. به عقیده فرانکل^۲ (۱۳۶۷)، اگر فرد نتواند معنایی برای زندگی خود بیابد، احساس پوچی، بیهودگی و تهی بودن می‌کند. پیامد نداشتن معنا در زندگی، گسترش مثلث شوم افسردگی، پرخاشگری و اعتیاد است (احمدی، ۱۳۸۳، ص ۱۳۱). فرد از خود بیگانه، احساس تعهد و تعلق خود را نسبت به دیگران از دست می‌دهد و روابط اجتماعی او آسیب می‌بیند (چلبی، ۱۳۷۵، ص ۲۰). کاهش مشارکت به احساس بی‌قدرتی و افزایش بی‌معنایی در زندگی و از خود بیگانگی کمک شایانی می‌کند (هاشمیان فر، ۱۳۸۶). سرمایه اجتماعی اندک می‌تواند میزان جرم را پیش‌بینی کند. بنابراین، سلامتی اجتماعی به وسیله رابطه اجتماعی قابل پیش‌بینی است (پاتنام، ۲۰۰۱).

امروزه نقش تاثیرات اجتماعی بر بزهکاری جوانان به صورت گسترده‌ای شناخته شده است (هاینیه، ۲۰۰۱) و مدت زمان زیادی است که شرایط نامطلوب اجتماعی^۳ به عنوان علت جرم در نظر گرفته می‌شود (غفاری و رضانی، ۱۳۸۶). پاتنام (۲۰۰۰) به یک پیوستگی منفی قوی بین جرم‌های خشن و شاخص سرمایه اجتماعی دست پیدا کرد و مدعی است که با افزایش میزان سرمایه اجتماعی، در صورت برابر بودن سایر شرایط، سطوح جرم پایین‌تر خواهد آمد. الگوهای نقش مثبت و شبکه‌های حمایتی، نقش بازدارنده شبکه‌های قدرتمند را دارند و نوجوانان را از جرم دور می‌کنند. شبکه‌های قوی می‌توانند زمینه لازم جهت شأن و عزت نفس را برای جوانان فراهم آورند که این مساله به تعمیق پیوند آنها با اجتماع منجر می‌گردد و تاثیر ویژه‌ای بر کاهش احتمال جرم‌های خشونت‌آمیز دارد (کاواچی و دیگران، ۲۰۰۰). سرمایه اجتماعی در

1- Bohem
2- Ferancel
3- Social Dislocation

تعیین احتمال روی آوردن افراد خاص به رفتار مجرمانه و اعتیاد، نقش ایفا می کنند (غفاری و رمضان، ۱۳۸۶). البته، در اینجا نیز سرمایه اجتماعی به عنوان تنها عامل موثر تلقی نشده است. بررسی ها نشان می دهند ۲۰ تا ۹۰ درصد معتادانی که تحت درمان قرار می گیرند، دچار عود می شوند. اثربخشی درمان های نگهدارنده دارویی بدون مداخله های روانی - اجتماعی، به علت اطاعت دارویی پایین و میزان بالای ریزش ضعیف است (روزن^۱ و همکاران، ۲۰۰۶). هم اکنون، انجمن روان پزشکی آمریکا^۲ (APA) درمان های روانی - اجتماعی را از مولفه های اساسی هر نوع برنامه درمانی و پیشگیرانه سوء مصرف مواد در نظر می گیرد. از آنجایی که سوء مصرف مواد تاثیرات بازدارنده بر رشد و شکوفایی جامعه دارد، تهدیدی جدی و نگران کننده است. وابستگی و سوء مصرف مواد به عنوان اختلالات مزمن و عود کننده با تاثیرات و پیش آیندهای زیستی، فرهنگی، روانی و اجتماعی، رفتاری و معنوی در نظر گرفته می شود (دباغی، ۱۳۸۵). در سرمایه اجتماعی، افراد و اجتماعات در قالب ارزش ها، هنجارها و پیوندهای اجتماعی که در جریان تعاملات اجتماعی به وجود می آید، قابلیت های خود را افزایش می دهند و در عین به دست آوردن امکان کنترل زندگی خود، از حمایت های محیطی و اجتماعی که در شبکه های ارتباطی آنها به وجود آمده، برخوردار می شوند. در این خصوص، وایتفورد^۳ (۲۰۰۰) اظهار می دارد: "امروزه عوامل تعیین کننده اقتصادی - اجتماعی سلامت، به خوبی بررسی شده و شواهد مستندی در دست است که هرچه افراد به لحاظ اجتماعی منزوی تر باشند، از سلامت روان کمتری برخوردارند و به عکس، هرچه پیوستگی اجتماعی در جامعه بیشتر باشد، آن جامعه سالم تر خواهد بود. درمان اعتیاد، کاهش بار بیماری های روانی و پرورش سلامت روانی در بهره مندی از سرمایه اجتماعی، ویژگی هایی را که برای قبول نقش های اجتماعی افراد لازم است، افزایش می دهد. سلامت روانی به همراه سلامت جسمی، بر صلاحیت های مورد نیاز برای مشارکت افراد در جامعه می افزاید و سرمایه اجتماعی را در سطح ملی فراهم می آورد. " در این رابطه، بر طبق نظریه های جدید، انگیزه اولیه مشارکت است؛ یعنی پیشرفت و تکامل

1- Rozzen

2- American Psychiatric Association

3- Witheford

همراه با دیگران (بیکرمیلرو استیور، ۲۰۰۲). پیوندهای بین افراد باید دارای ماهیت متقابل، مبتنی بر اعتماد و دارای هیجان‌های مثبت باشد. اعتماد به این معناست که افراد از موفقیت‌های گروهی یا نهادی برای منافع خود بهره‌برداری نمی‌کنند (موسوی، ۱۳۸۵). طرفداران نظریه شبکه بر این باورند که وجود شبکه‌های اجتماعی به عنوان حایلی در مقابل عامل فشارزای درونی نقش مثبتی بر جابه‌جایی و حرکت افراد ایفا می‌کند؛ به گونه‌ای که با فراهم آوردن حمایت‌های عاطفی، دوستی‌ها و فرصت‌هایی برای اعمال اجتماعی معنادار در قالب سرمایه اجتماعی، اثر بسیار مهم و مؤثری بر عزت نفس افراد معنادار، افزایش توان مقابله آن‌ها با مشکلات زندگی و افسردگی‌ها داشته، در نهایت، به احساس سلامت روانی منجر آنها می‌شود. به نظر می‌رسد شبکه‌های اجتماعی، نوعی سرمایه اجتماعی را برای معنادار فراهم می‌آورند؛ به این معنا که در این شبکه‌ها از حمایت، اعتماد و روابط عاطفی با سایر افراد برخوردار می‌شوند (کارولین، ۲۰۰۰، ص ۱۰۸).

در این راستا، عضویت در سازمان‌های اجتماعی، میزانی برای سرمایه اجتماعی می‌شود (کرامب^۱، ۲۰۰۴). برقراری رابطه میان افراد باعث می‌شود تا اطلاعات بین افراد مبادله شود و افراد جامعه در قالب شبکه‌های مختلف اجتماعی، از قبیل همسایگان، دوستان، شبکه‌های خویشاوندی، خانواده و غیره به تعریف و تحقق منافع جمعی اقدام کنند و با مشارکت فعالانه در اجتماع، برای بهبود کیفیت زندگی فردی و جمعی خود بکوشند. هرچه این روابط از استحکام بیشتر و از کیفیت و کمیت بالاتری برخوردار بوده، نظام‌مند و هماهنگ‌تر عمل نمایند، ما شاهد دستیابی به اهداف جمعی در مدت زمانی کوتاه‌تر و با صرف هزینه‌ای کمتر خواهیم بود. به طور کلی، سرمایه اجتماعی فرایند مشارکت افراد برای دستیابی به منافع مشترک را تسهیل می‌نماید (قاسمی، اسماعیلی و ربیعی، ۱۳۸۵).

افزایش روحیه همکاری، ایجاد روابط اجتماعی، گرایش‌های اجتماعی و انجام کارهای غیرشخصی و خیرخواهانه، در فرد احساس همدردی نسبت به انسان‌ها ایجاد می‌کند و تمایل برای کمک به وجود می‌آورد. بنابراین، در این شرایط اجتماعی، جست و جوی هویت و معنا،

مراتب فرامادی ارزش‌ها را در افراد فعال می‌کند و آنها را به خروج از انزوا و حرکت به سوی روابط اجتماعی می‌راند و سبب ایجاد سرمایه اجتماعی در افراد می‌شود (قانع‌راد و حسینی، ۱۳۸۴، ص ۱۲۰). همچنین، سرمایه اجتماعی به کشف استعدادها و ایجاد فرصت برای دسترسی افراد به منابع اطلاعاتی منجر می‌شود. امداد رسانی در روابط حمایتی به افراد فرصتی دوباره می‌دهد تا استعدادهای منحصر به فرد را شکوفا سازند و بتوانند در جهت خیر شخصی و جمعی گام بردارند. بدیهی است میزان موفقیت روابط حمایتی جامعه به میزان گرمای روابط، نوع نگاه به کمک‌گیرنده و تداوم آنها به عنوان یک وظیفه و عادت اجتماعی دارد (بوسول، ۱۹۹۴؛ به نقل از چلبی، ۱۳۷۵، ص ۵۸). سرمایه اجتماعی، جامعه را سالم‌تر، دارا تر و شاید با تدبیرتر و شکیبایتر می‌سازد (اسلانر و دکر، ۲۰۰۱، ص ۱۷۶). جامعه‌ای که از نعمت سرمایه اجتماعی چشمگیری برخوردار است، همکاری در آن آسانتر است. سرمایه اجتماعی ما را قادر می‌سازد ارزش ایجاد کنیم، کارها را انجام دهیم، به اهدافمان دست یابیم، مأموریت‌هایمان را در زندگی به اتمام برسانیم و به سهم خویش به دنیایی یاری رسانیم که در آن زندگی می‌کنیم (کلمن، ۱۹۹۰).

این چنین نیست که افرادی که سالم هستند، به این گروه‌ها می‌پیوندند؛ تحقیقات نشان می‌دهند که این موضوع بر عکس است؛ یعنی افرادی که به این گروه‌ها می‌پیوندند، به سلامتی می‌رسند (الوانی و شیروانی، ۱۳۸۵). به طور کلی، تحقیقات و مطالعات منتشر شده در زمینه روان‌شناسی و پزشکی نشان می‌دهد که بین سرمایه اجتماعی و کیفیت، هدف و مفهوم زندگی، پیوند مستقیمی وجود دارد (الوانی و شیروانی، ۱۳۸۵، ص ۱۹). سرمایه اجتماعی با تندرستی (وینسترا، ۱۳۸۴)، کاهش مرگ و میر نوزادان و افزایش امید به زندگی (حیات^۱، ۲۰۰۳)، مشارکت مدنی و اجتماعی (لوفلین^۲، ۲۰۰۳) و همچنین رشد درآمد کشورها (کناک^۳، ۲۰۰۲) و.... رابطه مستقیم دارد. البته، آثار حمایتی پیوندهای اجتماعی روی سلامت روان، در میان گروه‌های جامعه یکسان نیست (کاوچی و برکمن، ۲۰۰۰).

1- Hyatt
2- Loflin
3- Knack

بر خلاف کشورهای توسعه‌یافته، سرمایه انسانی، به ویژه سرمایه اجتماعی در کشورهای جهان سوم هنوز مورد توجه قرار نگرفته است. این امر در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، از جمله ایران مبهم باقی مانده است. این مطالعه با پیروی از تقسیم بندی پاتنام از سرمایه اجتماعی (تاجبخش، ۱۳۸۴، ص ۳۳)، آن را به دو شکل سرمایه اجتماعی درون گروهی و بین گروهی سنجیده است. پاتنام (۱۳۸۰)، از واژه سرمایه اجتماعی درون گروهی برای انجمن‌هایی استفاده کرده است که با تاکید بر انسجام درونی به حذف غریبه‌ها می‌پردازند و سرمایه اجتماعی بین گروهی را برای انجمن‌هایی به کار برده است که سعی دارند با گروه‌های دیگر (غریبه‌ها) در جامعه ارتباط برقرار کنند (محمدی، ۱۳۸۴، ص ۹۵). با توجه به نیاز و خلا موجود در زمینه تبیین و شناسایی مفهوم سرمایه اجتماعی و درمان‌های اجتماعی در حوزه پژوهش‌های علوم انسانی و به ویژه روانشناسی، فرضیه‌های این پژوهش بدین شرح تدوین شده است:

۱- در میزان سرمایه اجتماعی بین گروهی معنادان در گروه‌های درمانی مختلف تفاوت وجود دارد.

۲- در میزان سرمایه اجتماعی درون گروهی معنادان در گروه‌های درمانی مختلف تفاوت وجود دارد.

۳- در میزان انگیزه‌های فردی / اجتماعی معنادان در گروه‌های درمانی مختلف تفاوت وجود دارد.

۴- بین میزان سرمایه اجتماعی (درون گروهی و بین گروهی) و انگیزه‌های درمانی معنادان (فردی / اجتماعی) رابطه وجود دارد.

روش

این تحقیق به لحاظ هدف، کاربردی بوده، از نظر ماهیت و روش پیمایشی است و از جهت سطح تحقیق، تبیینی است. گردآوری اطلاعات و داده‌های این تحقیق از طریق ابزار پرسشنامه محقق ساخته انجام شده است. پرسشنامه در سه قسمت: ۱- سرمایه اجتماعی درون گروهی شامل ۴۲ سوال مرتبط با مولفه‌های اصلی سرمایه اجتماعی در قالب اعتیاد و گروه‌های بهبودی؛ ۲- سرمایه اجتماعی بین گروهی شامل ۴۰ سوال در رابطه با مولفه‌های اصلی سرمایه اجتماعی شامل اعتماد(رسمی، غیررسمی و تعمیم یافته)، مشارکت اجتماعی و احساس تعلق بر اساس یافته‌های چارچوب نظری و ۳- قسمت بررسی انگیزه‌های فردی/ اجتماعی شامل ۱۳ سوال برای بررسی انگیزه‌ها در قالب دو حیطه ترک مواد مخدر و جلوگیری از بازگشت به مواد و عود، طراحی و تنظیم شده بود. پرسشنامه‌ها دارای مقیاس اندازه‌گیری طیف پنج‌گزینه‌ای لیکرت با دامنه پاسخ یک(خیلی کم) تا پنج(خیلی زیاد) بود.

جامعه پژوهش حاضر شامل همه معتادان شهر اصفهان بود که به درمان (در مراکز درمان اعتیاد به روش گروه‌های انجمن معتادان گمنام (NA)، درمان اجتماع مدار (TC)، درمان نگهدارنده با متادون (MMT) و کمپ) اقدام کرده‌اند، از این جامعه به طور کلی یک نمونه ۳۰۰ نفری از معتادان در حال بهبودی به طور تصادفی انتخاب شد(در نمونه درمانی MMT: ۱۱۸ نفر، NA: ۵۷ نفر، کمپ: ۱۰۳ نفر، TC: ۲۲ نفر).

با توجه به این که بسیاری از مفاهیم مورد استفاده در تحقیق حاضر از مدل سنجش سرمایه اجتماعی برگرفته است که طی چند سال گذشته در بسیاری از کشورها به کار گرفته شده، نسبت به اعتبار محتوایی ابزار سنجش تا حدودی از قبل اطمینان حاصل شده بود. با وجود این، به جهت تطبیق آن با شرایط فرهنگی و هدف پژوهش، پرسشنامه طراحی شده در اختیار شماری از متخصصان علوم اجتماعی و آشنا با مفهوم سرمایه اجتماعی قرار گرفته و از نظرهای آنان برای شناسایی اعتبار شاخص استفاده شد. بدین ترتیب، اعتبار صوری ابزار تأمین گردید. برای حصول اطمینان از روایی یا پایایی ابزار سنجش از ضریب آلفای کرونباخ که از

مناسبت‌ترین روش‌های محاسبه پایایی است، استفاده شد. جدول نشان دهنده ضریب پایایی برای هریک از مفاهیم، مقیاس‌ها و زیر مقیاس‌های سرمایه اجتماعی و بررسی انگیزه‌های مورد نظر است.

جدول ۱: نتایج پایایی پرسشنامه سرمایه اجتماعی و بررسی انگیزه‌ها

متغیر	تعداد سوال‌ها	آلفای کرونباخ	متغیر	تعداد سوال‌ها	آلفای کرونباخ
اعتماد رسمی	۱۱	۰/۸۲	سرمایه اجتماعی درون‌گروهی	۴۲	۰/۷۶
اعتماد غیر رسمی	۸	۰/۶۳	پرسشنامه سرمایه اجتماعی	۸۲	۰/۸۱
اعتماد تعمیم یافته	۹	۰/۶۶	انگیزه فردی ترک	۶	۰/۶۹
اعتماد (بطور کلی)	۲۸	۰/۸	انگیزه اجتماعی ترک	۷	۰/۶۸
مشارکت اجتماعی	۷	۰/۵۷	انگیزه فردی عدم عود	۶	۰/۷۳
احساس تعلق	۵	۰/۶۸	انگیزه اجتماعی عدم عود	۷	۰/۷۶
سرمایه اجتماعی بین‌گروهی	۴۰	۰/۷۷			

با در نظر گرفتن داده‌های جدول ۱ و با توجه به اینکه مقادیر آلفای کرونباخ به تعداد سوال‌ها بستگی دارند و در این پرسشنامه اکثر مقیاس‌ها دارای تعداد سوال‌های کمی بوده است، مقادیر به دست آمده آلفای کرونباخ که بیشتر آنها بالاتر از ۰/۷ هستند، مطلوب بوده، نشان دهنده پایایی پرسشنامه پژوهش هستند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و سنجش فرضیه‌های پژوهش از SPSS ۱۶ و از شاخص‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی شامل ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل کوواریانس چندگانه (مانکوا) استفاده شد.

نتایج

میانگین و انحراف استاندارد کلیه متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

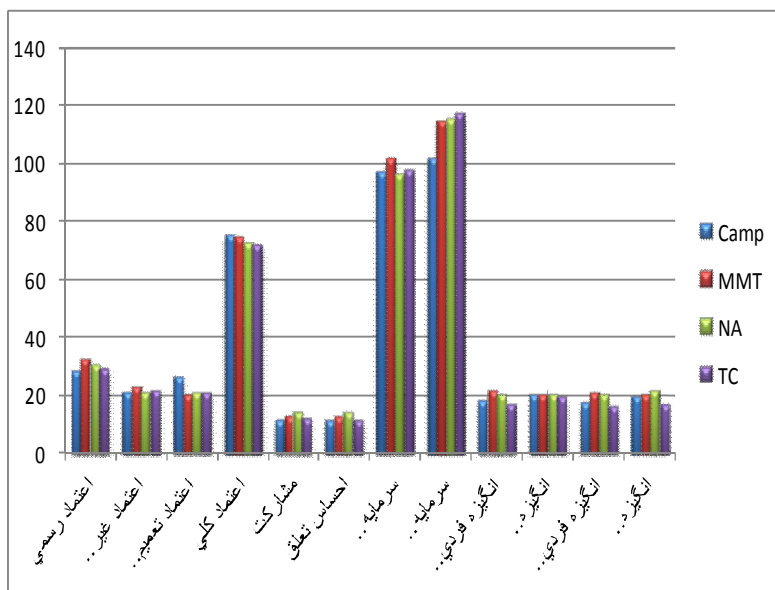
جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

کل N=300		TC (n = 222)		NA (n = 577)		MMT (n = 118)		Camp (n = 103r)		متغیر
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۹/۷۷	۳۳/۷۸	۲/۲۱	۳۰/۴۵	۰/۹۴	۳۱/۹۱	۰/۹۹	۳۷/۳۵	۰/۸۲	۳۱/۴۲	سن
۹۲/۱۰	۷۱ ۱۲۵	۱۶/۳	۳۹ ۱۲۰	۸/۲۷	۱/۰۷	۱۲/۲	۱۱۳/۱۲	۷/۸۰	۸۸/۰۰	طول تخریب
۱۴/۶۲	۱۱/۳۸	۴/۷۸	۸/۷۴	۱/۷۱۵	۹/۵۴	۱/۳۱	۱۸/۶۲	۰/۹۳	۴/۶۷	طول پاکسی
۸/۲۷	۳۰/۰۷	۸/۰۴	۲۸/۸۶	۸/۹۱	۳۰/۳۹	۹/۰۳	۳۲	۶/۴۲	۲۸	اعتماد رسمی
۴/۵۹	۲۱/۶۸	۶/۲۱	۲۱/۶۸	۵/۱۲	۲۰/۷۹	۴/۳۵	۲۲/۶۷	۳/۹۶	۲۱/۰۲	اعتماد غیررسمی
۵/۵۸	۲۲/۲۰	۶/۶۹	۲۰/۸۸	۴/۹۷	۲۰/۸۴	۵/۰۶	۱۹/۹۴	۴/۳۱	۲۵/۸۳	اعتماد تعمیم یافته
۱۳/۰۵	۷۳/۹۱	۱۴/۱۷	۷۱/۴۳	۱۳/۱۳	۷۱/۹۴	۱۴/۰۹	۷۴/۴۴	۱۱/۴۴	۷۴/۹۲	اعتماد(کلی)
۵/۲۰	۱۲/۴۲	۵/۷۸	۱۱/۷۳	۵/۲۲	۱۳/۹۴	۵/۱۷	۱۲/۵۹	۴/۹۷	۱۱/۵۳	مشارکت
۴/۵۵	۱۲/۱۱	۴/۵۹	۱۱/۲۵	۴/۴۵	۱۳/۹۹	۴/۴	۱۲/۲۳	۴/۴۸	۱۱/۱۳	احساس تعلق
۱۵/۸۱	۹۸/۴۵	۱۸/۷	۹۷/۴۹	۱۶/۲۰	۹۵/۹۸	۱۶/۶۹	۱۰۱/۴۴	۱۳/۴۳	۹۶/۶۲	سرمایه اجتماعی بین گروهی
۱۷/۵۳	۳۳ ۱۱۰	۲۰/۳۳	۹۶ ۱۱۶	۱۶/۲۸	۱۱۵/۲۱	۱۵/۹۴	۱۱۴/۳۳	۱۶/۱۵	۱۰۱/۶۳	سرمایه اجتماعی درون گروهی
۵/۰۸	۱۹/۶۹	۶/۳۶	۱۶/۹۵	۵/۲۳	۲۰/۲۱	۵/۱	۲۱/۲۱	۳/۹۹	۱۸/۲۵	انگیزه فردی ترک
۵/۱	۱۹/۹۴	۵/۵۷	۱۹/۱۷	۴/۸۵	۱۹/۸۷	۵/۷۹	۱۹/۹۴	۴/۲۹	۲۰/۱۳	انگیزه اجتماعی ترک
۵/۱	۱۸/۹۹	۵/۸۸	۱۶/۲۵	۴/۶	۲۰/۲۲	۵/۱۵	۲۰/۴۰	۴/۴	۱۷/۲۸	انگیزه فردی عدم عود
۵/۵۳	۱۹/۸۱	۷/۰۹	۱۶/۶۲	۵/۸	۲۱/۳۳	۵/۶۸	۱۹/۹	۴/۴۹	۱۹/۵۳	انگیزه اجتماعی عدم عود

یافته‌ها نشان می‌دهد که گروه نمونه دارای میانگین سنی ۳۳/۷۸ سال و با میانگین طول تخریب ۱۲۵/۷۱ ماه (معادل ۱۰ سال) و میانگین طول پاکی ۱۱/۳۸ ماه است. اثر متغیرهای سن، طول مدت تخریب و طول مدت پاکی بر روی سرمایه اجتماعی و انگیزه‌های معتادان کنترل شده است.

بررسی میانگین‌ها نشان می‌دهد، گروه درمانی کمپ در متغیرهای اعتماد تعمیم یافته، اعتماد کلی و انگیزه اجتماعی ترک دارای بیشترین میانگین است و گروه درمانی متادون درمانی در متغیرهای اعتماد رسمی، اعتماد غیر رسمی سرمایه اجتماعی بین گروهی، انگیزه فردی ترک و انگیزه فردی عدم عود دارای بیشترین میانگین است. همچنین، گروه درمانی انجمن معتادان گمنام در متغیرهای مشارکت، احساس تعلق و انگیزه های اجتماعی عدم عود دارای بیشترین میانگین است و گروه درمانی اجتماع مدار تنها در سرمایه اجتماعی درون گروهی دارای بیشترین میانگین است.

میانگین های متغیرهای پژوهش در نمودار ۱ نشان داده شده است.



نمودار ۱: میانگین متغیرهای پژوهش در چهار گروه

در جدول ۳ نتایج تحلیل کوارینانس چندگانه سرمایه اجتماعی و مقایسه زوجی چهار گروه ارائه گردیده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوارینانس چندگانه (مانکوا) سرمایه اجتماعی بین و درون گروهی به همراه مقایسه های زوجی

متغیر	مقایسه زوجی میانگین ها			سطح معناداری	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	میزان معناداری	واریانس مشترک	توان آماری
	MMT	Camp	TC							
اعتماد رسمی	۰/۰۵	۳۲	MMT	۰/۰۵	۶	۱۷۰/۱۱	/۵۶	۰/۰۲	۰/۰۵	۰/۸۴
	۰/۱۲	۳۰/۲۹	NA							
	۰/۷۴	۲۸/۸۶	TC							
	۰/۲۸	۳۰/۲۹	NA							
	۰/۱۳	۲۸/۸۶	TC							
	۰/۴۷	۲۸/۸۶	TC							
اعتماد غیررسمی	۰/۱۰	۲۲/۶۷	MMT	۰/۰۷	۶	۴۵/۴۶	/۲۰	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۷۷
	۰/۶۱	۲۰/۷۹	NA							
	۰/۷۰	۲۱/۶۸	TC							
	۰/۰۵	۲۰/۷۹	NA							
	۰/۵۱	۲۱/۶۸	TC							
	۰/۴۸	۲۱/۶۸	TC							
اعتماد تعمیم یافته	۰/۰۰۱	۱۹/۹۴	MMT	۱/۰۰	۶	۳۵۹/۰۵	/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۲۳	۱/۰۰
	۰/۰۰۱	۲۰/۸۴	NA							
	۰/۰۰۱	۲۰/۸۸	TC							
	۰/۳۴	۲۰/۸۴	NA							
	۰/۵۱	۲۰/۸۸	TC							
	۰/۹۸	۲۰/۸۸	TC							
اعتماد کلی ()	۰/۵۷	۷۴/۴۴	MMT	۶/۴۱	۶	۱۸۱/۹۶	/۰۶	۰/۳۸	۰/۰۲	۶/۴۱
	۰/۱۵	۷۱/۹۴	NA							
	۰/۱۹	۷۱/۴۳	TC							
	۰/۳۶	۷۱/۹۴	NA							
	۰/۳۵	۷۱/۴۳	TC							
	۰/۷۹	۷۱/۴۳	TC							
مشارکت	۰/۰۲	۱۲/۵۹	MMT	۰/۷۲	۶	۵۲/۶۴	/۹۷	۰/۰۶	۰/۰۳	۰/۷۲
	۰/۰۰۲	۱۳/۹۴	NA							
	۰/۰۳	۱۱/۷۳	TC							
	۰/۳۱	۱۳/۹۴	NA							
	۰/۰۳	۱۱/۷۳	TC							
	۰/۰۹	۱۱/۷۳	TC							

۰/۹۲	۰/۰۶	۰/۰۰۴	/۲۵	۶۴/۵۲	۶	۰/۰۱	۱۲/۲۳	MMT	احساس تعلق
						۰/۰۰۱	۱۳/۹۹	NA	
						۰/۷۵	۱۱/۲۵	TC	
						۰/۰۶	۱۳/۹۹	NA	
						۰/۲۳	۱۱/۲۵	TC	
						۰/۰۱	۱۱/۲۵	TC	
۱/۰۰	۰/۱۳	۰/۰۰۱	/۹۹	۴۸۹/۴۷	۶	۰/۰۰۱	۱۰۱/۴۴	MMT	سرمایه اجتماعی بین گروهی
						۰/۰۰۱	۹۵/۹۸	NA	
						۰/۰۰۱	۹۷/۴۹	TC	
						۰/۴۲	۹۵/۹۸	NA	
						۰/۳۱	۹۷/۴۹	TC	
						۰/۶۸	۹۷/۴۹	TC	
۰/۷۲	۰/۰۳	۰/۰۰۶	/۸۳	۲۱۱۷/۸۱	۶	۰/۳۳	۱۱۴/۳۳	MMT	سرمایه اجتماعی درون گروهی
						۰/۰۶	۱۱۵/۲۱	NA	
						۰/۹۸	۱۱۶/۹۶	TC	
						۰/۱۶	۱۱۵/۲۱	NA	
						۰/۵۴	۱۱۶/۹۶	TC	
						۰/۷۱	۱۱۶/۹۶	TC	

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد فرضیه اول پژوهش مبنی بر تفاوت سرمایه اجتماعی بین گروهی معتادان گروه‌های درمانی تایید می‌شود ($P \leq 0/01$) و تفاوت معناداری بین گروه‌های درمانی در سرمایه اجتماعی بین گروهی وجود دارد. بررسی مولفه نشان می‌دهد، در شاخص‌های اعتماد تعمیم یافته (بالاترین میانگین کمپ) و احساس تعلق (بالاترین میانگین انجمن معتادان گمنام)، ($P \leq 0/01$)، اعتماد رسمی و اعتماد غیررسمی (بالاترین میانگین متادون درمانی)، ($P \leq 0/05$) تفاوت معناداری بین نمونه‌های درمانی وجود دارد، لیکن در شاخص‌های اعتماد کلی و مشارکت تفاوت معناداری بین نمونه‌های درمانی وجود ندارد.

همچنین، یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد، فرضیه دوم پژوهش مبنی بر تفاوت سرمایه اجتماعی درون گروهی معتادان گروه‌های درمانی تایید نمی‌شود و تفاوت معناداری بین گروه‌های درمانی وجود ندارد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس چندگانه (مانکوا) ۱ مقایسه انگیزه های درمانی

به همراه مقایسه های زوجی

متغیر	مقایسه های زوجی میانگین ها			سطح معناداری	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	میزان معناداری	وارانس مشترک	توان آماری
	MMT	Camp	TC							
انگیزه فردی ترک	۰/۰۰۷	۲۱/۲۱	MMT	۰/۰۰۷	۶	۱۶۸/۷۳	۷/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۱۳	۱/۰۰
	۰/۰۰۲	۲۰/۲۱	NA							
	۰/۲۵	۱۶/۹۵	TC							
	۰/۸۷	۲۰/۲۱	NA							
	۰/۰۰۴	۱۶/۹۵	TC							
	۰/۰۰۴	۱۶/۹۵	TC							
انگیزه اجتماعی ترک	۰/۴	۱۹/۹۴	MMT	۰/۰۰۱	۶	۲۵/۲۱	۰/۹۶	۰/۴۴	۰/۰۱	۰/۳۸
	۰/۷۱	۱۹/۸۷	NA							
	۰/۴۴	۱۹/۱۷	TC							
	۰/۷۱	۱۹/۸۷	NA							
	۰/۴۴	۱۹/۱۷	TC							
	۰/۶۳	۱۹/۱۷	TC							
انگیزه فردی عدم عود	۰/۰۰۴	۲۰/۴۰	MMT	۰/۰۰۱	۶	۱۶۱/۰۴	۶/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۱۲	۱/۰۰
	۰/۰۰۱	۲۰/۲۲	NA							
	۰/۲۵	۱۶/۲۵	TC							
	۰/۵۴	۲۰/۲۲	NA							
	۰/۰۰۳	۱۶/۲۵	TC							
	۰/۰۰۱	۱۶/۲۵	TC							
انگیزه اجتماعی عدم عود	۰/۶۷	۱۹/۹	MMT	۰/۰۰۱	۶	۲/۶۶	۲/۶۶	۰/۰۱	۰/۰۵	۰/۸۶
	۰/۰۳	۲۱/۳۳	NA							
	۰/۰۳	۱۶/۶۲	TC							
	۰/۰۳	۲۱/۳۳	NA							
	۰/۰۳	۱۶/۶۲	TC							
	۰/۰۰۱	۱۶/۶۲	TC							

یافته‌ها نشان می‌دهد در فرضیه سوم پژوهش مبنی بر اینکه در میزان انگیزه‌های فردی/اجتماعی معنادان در گروه‌های درمانی مختلف تفاوت وجود دارد، تأیید می‌شود. لذا بررسی مولفه‌ها نشان می‌دهد، بین نمونه های درمانی برای انگیزه فردی ترک، انگیزه فردی عدم عود و انگیزه اجتماعی عدم عود تفاوت معناداری وجود دارد ($P \leq 0.01$)، لیکن برای انگیزه اجتماعی ترک بین نمونه‌های درمانی تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۵: ضرایب همبستگی پیرسون بین سرمایه اجتماعی و انگیزه های معنادان

انگیزه اجتماعی عدم عود	انگیزه فردی عدم عود		انگیزه اجتماعی ترک		انگیزه فردی ترک		N=۳۰۰
	ضریب همبستگی	سطح معناداری	ضریب همبستگی	سطح معناداری	ضریب همبستگی	سطح معناداری	
اعتماد رسمی	۰/۱۰۷*	۰/۰۱۷	۰/۱۳۸*	۰/۰۸	۰/۰۹۹	۰/۰۰۲	۰/۱۸۰*
اعتماد غیر رسمی	۰/۰۹۸	۰/۰۳	۰/۱۲۳*	۰/۶۶	-۰/۰۲۵	۰/۸	۰/۰۱۵
اعتماد تعمیم یافته	-۰/۰۴	۰/۰۰۱	-۰/۲۸*	۰/۹	۰/۰۰۷	۰/۰۰۱	-۰/۳۶*
اعتماد کلی	۰/۰۴	۰/۶۳	-۰/۰۲۸	۰/۷۸	-۰/۰۱۶	۰/۱۱۴	-۰/۰۹
مشارکت	۰/۰۰	۰/۹۹	۰/۰۰	۰/۴۸	-۰/۰۴	۰/۲۷	-۰/۰۶
احساس تعلق	۰/۰۶	۰/۱۱۲	۰/۰۹	۰/۲۳	۰/۰۶۹	۰/۲۶	۰/۰۶۵
سرمایه اجتماعی بین گروهی	۰/۱۱۶*	۰/۰۰	۰/۲۲*	۰/۳۶	۰/۰۵	/۰	۰/۲۴*
سرمایه اجتماعی درون گروهی	۰/۱۰۳	۰/۰۳	۰/۱۲۳*	۰/۸۷	-۰/۰۰۹	۰/۴۷	۰/۰۴

نتایج جدول ۵ در رابطه با فرضیه چهارم مبنی بر اینکه بین میزان سرمایه اجتماعی (درون گروهی و بین گروهی) و انگیزه‌های درمانی معنادان (فردی/اجتماعی) رابطه وجود دارد، نشان می دهد که بین انگیزه فردی ترک با اعتماد رسمی و سرمایه اجتماعی بین گروهی رابطه مستقیم و با اعتماد تعمیم یافته رابطه معکوس وجود دارد. همچنین، بین انگیزه فردی عدم عود با اعتماد رسمی و اعتماد غیررسمی، سرمایه اجتماعی بین گروهی و درون گروهی رابطه مستقیم و با اعتماد تعمیم یافته رابطه معکوس وجود دارد. علاوه بر این، انگیزه اجتماعی عدم عود تنها با سرمایه اجتماعی بین گروهی رابطه مستقیم دارد.

بحث و نتیجه گیری

اطلاعات به دست آمده از سرمایه اجتماعی به طور کلی حاکی از پایین بودن سرمایه اجتماعی معتادان است. با این حال، می توان گفت شدت سرمایه در ابعاد اعتماد (رسمی، غیررسمی و تعمیم یافته) نسبت به احساس تعلق و مشارکت بالاتر است. این می تواند احتمالاً از عوامل متفاوتی همچون عدم بینش و آگاهی معتادان سرچشمه گرفته باشد. در واقع، افراد جامعه ای که احساس شهروندی نکنند و انگیزه های اجتماعی در آنان کم رنگ باشد، در امور اجتماعی شرکت فعال نخواهند داشت. باید در چنین جامعه ای احساس تبعیض بین فردی را کم کرد تا تعامل بین معتادان با مسئولان و دیگر اقشار جامعه بیشتر شود و آنها احساس تعلق بیشتری نمایند. همچنین، در این راستا هویت مناسبی برای خود کسب کنند و بدین صورت از لاک خرده فرهنگ های اعتیادی خود بیرون آیند. لن (۱۹۵۹)، روزنستون و هانس^۱ (۱۹۹۳)، وربا و نورمن (۱۹۷۲)، ولفینگر و روزنستون (۱۹۸۰) و برم و ران (۱۹۹۷)، عدم آموزش کافی و فقدان آگاهی افراد از حقوق اجتماعی خویش را عمده ترین علت پایین بودن میزان مشارکت شهروندان می دانند. کاهش مشارکت به احساس بی قدرتی و افزایش بی معنایی در زندگی و از خود بیگانگی کمک شایانی می کند. احساس بی قدرتی یکی از تجلیات و اشکال بروز بیگانگی اجتماعی است که می تواند گرایش فرد به اعتیاد را سبب شود.

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان می دهد که انگیزه های فردی برای شروع ترک اعتیاد قویتر بوده، باعث سوق دادن معتادان به سمت درمان می شود، لیکن در جهت بالا بردن کیفیت درمان و افزایش ارتباطات درمانی، استفاده از شاخص های اجتماعی در حیطه درمان اعتیاد می تواند بسیار موثر باشد. درمان های گروهی اغلب بدون دارو هستند و بیمار به دارو درمانی و مصرف داروهای نگهدارنده از جهت مسائل زیست - شناختی نیاز دارد و بهتر است از هر دو درمان استفاده شود تا نتایج بهتری به دست آید. به طور کلی، در ایران برنامه جامع و کاربردی همه جانبه برای ترک اعتیاد وجود ندارد و هر گروه بر برنامه درمانی خود تاکید دارد. اکثر معتادان همه انواع درمان ها را تجربه کرده اند و این میتواند عاملی برای عدم تفاوت بین آنها شده

1- Rosenstone & Hansen

باشد. پیشنهاد می‌شود، برنامه درمانی التقاطی مشتمل بر دارو درمانی به همراه گروه‌های درمانی حمایتی همچون NA و یا ایجاد شبکه‌های درمانی در مراکز ترک اعتیاد صورت گیرد که می‌تواند نتایج ثمربخشی در حفظ پاکی معتادان داشته باشد.

شناخت انگیزه‌های فردی یا اجتماعی معتادان برای درمان و یا جلوگیری از بازگشت به سمت مواد می‌تواند به درمانگر در جهت هدایت بهتر معتاد در بهبودی کمک کند و اینکه در افراد با انگیزه‌های فردی، گرایش‌های اجتماعی را تقویت‌نماید، زیرا این شبکه‌ها و حمایت‌های اجتماعی، هزینه‌های درمان اعتیاد را کاهش و شانس موفقیت در امر بهبودی را افزایش می‌دهند. در صورت وجود سرمایه اجتماعی، معتادان در حال بهبودی در قالب هنجارها و پیوندهای اجتماعی که در جریان تعاملات اجتماعی به وجود می‌آید، قابلیت‌های خود را افزایش می‌دهند و در عین به دست آوردن امکان کنترل زندگی خود، از حمایت‌های اجتماعی که در شبکه‌های ارتباطی آنها به وجود آمده است، برخوردار می‌شوند و لذا قدرت کنار آمدن آنها با فشارهای ناشی از اعتیاد افزایش یافته، به لحاظ روانی از آرامش و آسایش مطلوبی برخوردار خواهند شد. وجود سرمایه اجتماعی بین معتادان می‌تواند به طور رسمی و یا غیر رسمی تأثیرات فشارهای زندگی مانند از دست دادن شغل، جدایی از همسر، طرد شدن از سوی دوستان و خویشاوندان و... را با افزایش حمایت‌های اجتماعی، عاطفی و روانی کاهش دهد و از طرف دیگر، حس امنیت و عزت نفس و در نتیجه سلامت روان را در میان آنها افزایش دهد. همچنین، برای معتادانی که در طرد اجتماعی هستند، حمایت‌های اجتماعی در قالب تور ایمنی پایه، بخشی از نقش حمایتی است که به نهادهای عمومی اختصاص می‌یابد و می‌تواند از بروز انواع معضلات اجتماعی وابسته به اعتیاد جلوگیری کند. همچنین، بازگشت به بازار کار و کسب شان اجتماعی و درآمد به عنوان نگهدارنده‌های جانبی بسیار ثمر بخش بوده‌اند.

هدف درمان صرفاً مساله دستیابی به خدمات نیست، بلکه اتخاذ یک سبک زندگی است که بهزیستی را ارتقا می‌بخشد و به پرهیز از مخاطراتی چون بازگشت به اعتیاد کمک می‌کند. افراد در صورتی خواهند توانست رفتارشان را تغییر داده، سبک زندگی سالم تری اتخاذ کنند که سبک‌های جدید را از افراد مورد اعتماد خود فراگیرند و باور کنند که این تغییر رفتارها باعث

بهبود در بهزیستی آنها می شود. یک شبکه پایدار، عمیق و غنی از روابط می تواند باعث تسهیل کسب اعتماد و خودباوری گردد (کمپل، ۲۰۰۰، ص ۱۸۶). البته، مانند سایر زمینه‌ها، سرمایه اجتماعی به تنهایی کافی نیست (غفاری و رضانی، ۱۳۸۶). از آنجایی که سرمایه اجتماعی خاصیت خود تقویت‌کنندگی و خودافزایی دارد، می تواند به افراد عضو نهادهای اجتماعی کمک کند تا به منابعی چون اعتماد و شبکه‌های تعاملی دست یابند و می تواند با تسهیل اقدامات هماهنگ، کارایی گروه را در دست‌یابی به اهداف خود بهبود بخشد (تاجبخش، ۱۳۸۴).

با توجه به اینکه جامعه ایرانی، جامعه فردگرایی است (رحیمی و همکاران، ۱۳۸۸)، سیستم درمانی ما نیز بیشتر فردی است. بر این پایه، روحیه فردگرایی در جامعه رواج یافته، از میزان مشارکت افراد در عرصه‌های اجتماعی می کاهد. لذا برپایی آموزش‌های عمومی در تمامی سطوح، نقش اصلی را در ایجاد این نوع سرمایه داراست. پیشنهاد می شود از طریق سیاست‌ها و برنامه‌ریزی‌ها و آموزش درمانی، هنجارهایی بر مبنای افزایش انگیزه مشارکت و روحیه همکاری گروهی برای معتمدان (بهبود یافتگان) جامعه در نظر گرفته شود و در یک محیط امن و با ثبات برای کنش و واکنش آنها به گسترش، افزایش و تحکیم سرمایه اجتماعی، همچنین تشویق معتمدان به درمان‌های گروهی و پرهیز از فردگرایی افراطی کمک کرد. تقویت ساختار شبکه‌های اجتماعی که روابط متقابل را تسهیل می کند، تقویت نهادهای مدنی و سازمان‌های غیردولتی^۱ (NGOs)، تقویت و غنی‌سازی آموزش‌های درمانی، تامین امنیت بهبود یافتگان در جهت حضور داوطلبانه در نهادهای اجتماعی از کارکردهای مهم دولت در زمینه افزایش سرمایه اجتماعی می تواند باشد.

از دیگر پیامدهای مطلوب سرمایه اجتماعی در بخش اعتیاد، این است که همکاری معتمدان با بخش‌های رسمی، بخصوص نیروی انتظامی، موجب حذف مقاومت‌ها و کاهش هزینه‌های تبادلات و ارتباطات و امکان کنترل و نظارت از طریق سلسله مراتب شبکه‌ها (به دور از مقررات اداری دولت) خواهد شد. در چنین نظامی، با تکیه بر ارزش‌ها و هنجارهای مشترک، احساس امنیت، اعتماد و تعهد متقابل نسبت به مسئولیت‌های مدنی، مشارکت و همکاری اعضای جامعه

1- Non Government Organization

در جهت دسترسی به منافع متقابل که همان سلامت فرد و جامعه و در نهایت مقابله و پیشگیری از اعتیاد باشد، فراهم می‌آید. لذا هماهنگی بین همه متولیان مبارزه با اعتیاد، از جمله بهزیستی، نیروی انتظامی، شهرداری، رسانه ملی و سازمان‌های غیردولتی، شناساندن مزایای سرمایه اجتماعی به افراد جامعه و بخصوص معتادان در جهت مبارزه با این آسیب اجتماعی خانمان سوز که اکثر حیطه‌های زندگی افراد یک جامعه را در بر می‌گیرد، لازم و ضروری است. بنابراین، کمک به افزایش شبکه‌های حمایتی و ایجاد گروه‌هایی با سرمایه اجتماعی در مراکز درمان اعتیاد باید سرلوحه کار درمانگران و متخصصان قرار گیرد. در نتیجه فرایند درمان و بهبودی ارتقا یافته، به عنوان درمان مکمل استفاده می‌شود.

منابع

- احمدی، احمد. (۱۳۸۳). **مقدمه‌ای بر مشاوره و روان درمانی**. اصفهان: انتشارات دانشگاه اصفهان.
- الوانی، سید مهدی. شیروانی، علیرضا. (۱۳۸۵). **سرمایه اجتماعی (مفاهیم، نظریه‌ها و کاربردها)**. تهران: انتشارات مانی.
- براتی سده، فریده. (۱۳۸۵). **محرومیت‌های اجتماعی سلامت روان را تهدید می‌کند**. روزنامه همشهری. ش ۴۱۰۱.
- تاجبخش، کیان. (۱۳۸۴). **سرمایه اجتماعی: اعتماد، دموکراسی و توسعه**. تهران: شیرازه.
- چلبی، مسعود. (۱۳۷۵). **جامعه‌شناسی نظم: تشریح و تحلیل نظری نظم اجتماعی**. تهران: نشر نی.
- دباغی، پرویز. (۱۳۸۵). **اثر بخشی شناخت درمانی بر اساس تفکر نظاره‌ای و فعال سازی طرحواره‌های معنوی در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی**. پایان‌نامه دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

رحیمی، فاطمه. عریضی، حمیدرضا. موسوی، زهره. کلانتری، صمد و ملک پور، مختار. (۱۳۸۸). تبیین رابطه انطباق سازمان‌ها برای فرصت‌های برابر، فشارهای درون جامعه برای نگهداری فقر، اخلاق کاری و گرایش اجتماعی با تغییر وضعیت اقتصادی شرکت‌کنندگان در نهمین دوره انتخابات ریاست جمهوری در شهر اصفهان، **جامعه‌شناسی کاربردی**. ۱۵۴، ۳۴-۱۳۳.

رنانی، محسن. (۱۳۸۱). **سقوط سرمایه اجتماعی**، ۶-۳۵.

سختوت، جعفر. (۱۳۸۳). **علل ساختاری اعتیاد در ایران**، تهران: دانشگاه پیام نور.
سوری، علی. (۱۳۸۴). سرمایه اجتماعی و عملکرد اقتصادی، **مجله تحقیقات اقتصادی**. ۶۹، ۷۸-۱۰۸.

شولتز، دوان؛ شولتز، سیدنی ال. (۱۳۸۳). **نظریه‌های شخصیت**، ترجمه: یحیی سید محمدی، تهران: انتشارات مؤسسه نشر ویرایش.

علمی، زهرا؛ شارع‌پور، محمود؛ حسینی، سید امیرحسین. (۱۳۸۴). سرمایه اجتماعی و چگونگی تاثیر آن بر اقتصاد، **مجله تحقیقات اقتصادی**، ۷۱، ۲۳۹-۲۹۶.
فرانکل، ویکتور. (۱۳۶۷). **انسان در جستجوی خدا**، ترجمه اکبر معارفی، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

قاسمی، وحید. اسماعیلی، رضا. ربیعی، کامران. (۱۳۸۵). سطح‌بندی سرمایه اجتماعی در شهرستان‌های استان اصفهان، **فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی**، ۶(۲۳) ۲۲۵-۲۴۸.
قانع‌راد، محمد امین و حسینی، فریده. (۱۳۸۴). ارزش‌ها، شبکه روابط و مشارکت در سازمان‌های غیردولتی (مطالعه تجربی در بین جوانان تهران). **مجله جامعه‌شناسی ایران**، ۶، ۹۷-۱۲۳.

کلمن، جیمز. (۱۹۹۰). **بنیادهای نظریه اجتماعی**، ترجمه منوچهر صبوری (۱۳۷۷)، تهران: نشر نی.

محبوبی آرای، حمیدرضا. (۱۳۸۵). پوچی آگاهانه کامو، **روزنامه همشهری**، ۴۰۵۸.
محسنی، منوچهر. (۱۳۸۱). **مقدمات جامعه‌شناسی عمومی**، تهران: نشر دوران.

محمدی، محمدعلی. (۱۳۸۴). **سرمایه اجتماعی و سنجش آن**، تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

موسوی، میرطاهر. (۱۳۸۵). مشارکت اجتماعی یکی از مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، ۶ (۲۳)، ۹۲-۶۷.

نادمی، داوود. (۱۳۸۵). دامنه و هزینه‌های تغییرات، ایران، ۱۲ (۳۴۸۲).
وینسترا، گری. (۱۳۸۴). **سرمایه اجتماعی، تندرستی و نابرابری**. ترجمه افشین خاکباز و حسن پویان. تهران: شیرازه.

Akers, R. L. C, Sellers. (2004). *Criminological theories: introduction, evaluation and application*, Fourth Edition. Los Angeles: Roxbury Publishing Company.

Caroline, B. B. (2000). *Migration theory: talking across discipline*, New York: Routledge.

Coleman, J. (1990). *Equality and achievement in education*. Westview press, Boulder.

Grootaert, C. and Van-Bastelaer. (2002). *The role of social capital in development*, Cambridge University press.

Hyatt, Raymond Russell. (2003). *Social capital, inequality, and Well-being in the International neighborhood*. Borwn University.

Kawachi, I. Berkman, LF. (2001). Social Ties and Mental Health. *Journal of Urban Health*, 78(3), 458-467.

Knack, S. (2002). Social Capital, Growth and Poverty: A Survey of Cross Country Evidence, *British Journal of Social Psychology*, 18, 145-156.

Murphy, P. (1994). Social interest and psychological androgyny: conceptualized and testes. *Individual psychology*, 50, 18-30.

Paulsen, Derek. Matthew, J. Robinson, B. (2004), *Spatial Aspects of Crime: Theory and Practice*. New York: Pearson.

- Putnam, R. (2000). *Bowling Alone: the Collapse and Revival of American Community*, Simon and Schuster, New York.
- Putnam, R. (2001). *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*, Princeton University press, Princeton.
- Rozen, H. G., Waart, R. D., Windt, D., Brink, W., Yong, C. A., & Kerkbof, A. F. M. (2006). A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. *European Neuropsychopharmacology*, 16, 311-323.
- Schroeder, D. A., Penner, L. A., Dovidio, J. F., & Piliavin, J. A. (1995). *The psychology of helping and altruism: Problems and puzzles*. New York: McGraw-Hill.
- Terry, D. J., Hogg, M. A., & White, K. M. (1999). The theory of planned behaviour: Self-identity, social identity and group norms. *British Journal of Social Psychology*, 38, 225-244.
- Verba, S. & Norman, H. Nie. (1972). *Participation in America: Political Democracy and Social Equality*: New yourk. Harper 8 Row.
- Verysey, B. Messner, S. (1999). Further Testing of Social Disorganization Theory: An Elaboration of Sampson and Groves Community Structure and Crime. *The Journal of Research in Crime and Delinquency* 36(2): 156-174.
- Whiteford, Harvey. (2000). *Human Capital, social capital and Mental Health* (WFMH: Thired Quarter New Fetter 2000). Copy Right 1998-2000 world federation for mental Health.
- WHO. (2004). Promoting Mental Health: A Report of the World Health Organization. *Department of Mental Health*, University of Melbourn.
- Woolcock, M, and Narayan, D. (2000). Social Capital: Implication for Development Theory. *The World Bank Research Observer*. 15(2).