

بررسی سرمایه اجتماعی با تاکید بر نقش سازمانهای مردم نهاد در

پیشگیری از اعتیاد

تاریخ دریافت مقاله: 90/1/16 تاریخ پذیرش مقاله: 90/7/5

فاطمه رحیمی¹، مریم اسماعیلی²، ابوالقاسم نوری³، علیرضا مهدوی⁴

چکیده

مقدمه: هدف تحقیق پیمایشی حاضر، بررسی سرمایه اجتماعی با تاکید بر نقش سازمانهای مردم نهاد در پیشگیری از اعتیاد بود، است. روش: جامعه آماری شامل کلیه معتادین شهر اصفهان که اقدام به درمان به صورت عضویت در انجمن معتادان گمنام (NA)، درمان اجتماع مدار (TC)، درمان نگهدارنده با متادون (MMT) و کمپ بود. نمونه پژوهش شامل 171 نفر از معتادین در حال بهبودی بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای بود. تحقیق از طریق ابزار پرسشنامه محقق ساخته بر اساس یافته‌های چارچوب نظری طراحی و تنظیم گردید. **نتایج:** نتایج حاصل از تحلیل مانکوا نشان داد که بین نمونه‌های درمانی در شاخص‌های اعتماد رسمی، اعتماد غیر رسمی، اعتماد کلی، مشارکت و سرمایه اجتماعی بین گروهی تفاوتی وجود ندارد ($P > .05$). لیکن در اعتماد تعمیم یافته، سرمایه اجتماعی درون گروهی و سرمایه اجتماعی کلی ($P < .01$) و احساس تعلق ($P < .05$) تفاوتی بین نمونه‌های درمانی مردم نهاد و مراکز خصوصی ترک اعتیاد وجود دارد.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش بر نقش سازمانهای مردم نهاد در پیشگیری از اعتیاد و راهکارهای پیشگیرانه با رویکردهای اجتماعی تاکید دارد.

کلیدواژه‌ها: سرمایه اجتماعی، سازمان‌های مردم نهاد، پیشگیری، اعتیاد.

¹ نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه اصفهان

Rahimipsy@yahoo.com

² - استادیار گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان

³ - استاد گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان

⁴ - دانشجوی کارشناسی ارشد علوم سیاسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرضا

The Investigation Social Capital with emphasize to Non-Governmental Organization role's in Prevention of Drug dependency

Fatemeh, Rahimi
Maryam, Esmaeili
Abolghasem, Nouri
Alireza, Mahdavi

Abstract

Introduction: The purpose of this survey article was to The Investigation Social Capital with emphasize to Non-Governmental Organization role's in Prevention of Drug dependency

Method: In this survey, population consisted of all addicts in Isfahan, which attempted to treat such as Membership Narcotics Anonymous (NA), Treatment Community (TC), Methadone Maintenance Therapy (MMT) and the Camp. The study sample included 171 cases of addicts in recovery who had been selected through stratified random sampling based on location and type of withdrawal treatment centers of Isfahan in 1388. The Questionnaires were administered to them in 2 part, between and within groups social capital. Cronbach's

Results: The results of mancova analysis showed that there was no significant differences among therapeutic samples in formal trust, informal trust, general trust, participation and between groups social capital ($P > 0.05$). But there was significant difference between treatment samples NGO and private Organization in generalized trust, within groups social capital, general trust and feeling of belonging ($P < 0.05$). The highest average mean was formal trust, informal trust, between groups social capital in MMT, general trust and generalized trust in Camp, participation and feeling of belonging in NA and within groups social capital in TC.

Conclusion: The results of this study emphasize on Non-Governmental Organization role's in Prevention of addiction preventive strategy by social approaches.

Keywords: Social capital, Non-Governmental Organization, Prevention, Drug dependency.

مقدمه

امروزه نقش عوامل اجتماعی در سلامت روانی به طور قابل توجهی مشخص شده است. رشد و گسترش توجه به عوامل اجتماعی و نقش آن‌ها در سلامت روانی در کشورهای جهان سوم هم زمان با رشد و توسعه سرمایه اجتماعی بوده و لازم است مدل‌های اجتماعی سلامت روانی شکل گیرد (هارفام¹، 2004). سرمایه اجتماعی به عنوان عاملی برای موفقیت در برنامه‌های رفاه اجتماعی در سلامت اجتماعی مورد بحث است و به همین دلیل نیز امروزه در بررسی و تدوین شاخص‌های اجتماعی و توسعه، توسط سازمان‌های معتبر جهانی، جایگاه خاصی را به خود اختصاص داده است (شریفیان ثانی، 1380). یکی از برنامه‌ریزی‌ها در دنیای جدید، توجه به مشارکت فعال و اثربخش همه جانبه افراد جامعه در تمام ابعاد مختلف توسعه می‌باشد. به عبارت دیگر مشارکت فرایندی است که در برگیرنده انواع کنش‌های فردی و گروهی به منظور دخالت در تعیین سرنوشت خود و جامعه و تاثیر گذاردن بر تصمیم‌گیری درباره امور عمومی است (محسنی تبریزی، 1996). از آنجایی که سرمایه اجتماعی نقش موثری در کاهش هزینه‌های فعالیت‌ها و موفقیت افراد در دست‌یابی به اهداف خود دارد، یکی از موضوعات پژوهشی مرتبط با نهادهای اجتماعی است. امروزه ارتباط مردم با حکومت و دستگاه‌های دولتی و رشد مشارکت‌های هرچه بیشتر آنان از طریق نهادها و سازمان‌هایی صورت می‌گیرد که به سازمان‌های مردم‌نهاد معروف شده‌اند. ویژگی‌هایی نظیر نداشتن وابستگی به ساختار دیوان‌سالارانه و منابع عمومی دولت، داوطلبانه و دموکراتیک بودن، آنها را از سازمان‌های دولتی متمایز می‌کند. آینده جهان در سیطره سازمان غیردولتی خواهد بود. بر همین اساس هرکشوری احتمال بقای قدرتمندی خود را از طریق گسترش سازمان‌های مردم‌نهاد رقم خواهد زد. کوفی عنان دبیرکل سازمان ملل متحد گفته: "قرن بیست و یکم عصر سازمان‌های مردم‌نهاد خواهد بود" (مقیمی، 1385).

نهادهای اجتماعی، سرمایه اجتماعی را پدید می‌آورند و دستیابی به هدف‌هایی را که در نبود آنها غیرممکن و یا پرهزینه بود، ممکن و تسهیل می‌کنند (کلمن، 1377). به طوری که عضویت در سازمان‌های اجتماعی، میزانی برای سرمایه اجتماعی می‌شود (کوثری، 1374؛ کرامب، 2004). منفعت‌های حاصل از عضویت در یک گروه، همبستگی را به

وجود می‌آورد که حصول منفعت‌ها را ممکن می‌سازد (الوانی و شیروانی، 1385). هر زمان که یک جامعه یا نهاد اجتماعی بتواند مشارکت اعضای خود را برای دستیابی به اهداف خاص یا حل مسئله‌ای جلب نماید، گفته می‌شود که آن جامعه دارای سرمایه اجتماعی است. این مشارکت می‌تواند الزام به فعالیت اجتماعی، سیاسی، فرهنگی و هر نوع دیگر باشد (موسوی، 1385). در مورد شبکه‌ها و همکاری اعضا در سازمان‌های مدنی داوطلبانه، اوسلانر (2002) بر این اعتقاد است که اعضای که در یک سازمان داوطلبانه با یکدیگر همکاری می‌کنند، از رفتارهای مدنی برخوردارند که رفتارهایی همگون به شمار می‌آیند، بر این مبنا فضای فعالیت‌های داوطلبانه در یک جامعه از نشانه‌های اصلی رشد سرمایه اجتماعی در آن جامعه است. البته مشارکت در گروه‌های اجتماعی نتایج سودمندی برای فرد و جامعه دارد (فیروزآبادی و ایمانی، 1385).

انجمن‌های داوطلبانه بر سطوح متفاوت جامعه تاثیرهای متفاوت مختلفی دارند که برخی آثار آنها بدین شرح است: ارائه فرصت اجتماعی به افراد برای عضویت در گروه‌های اجتماعی بیشتر، ارائه فرصت اجتماعی جهت بسط روابط اجتماعی و شبکه شخصی افراد، ارائه فرصت اجتماعی برای ابراز عقیده و پیشنهاد راه حل در عرصه عمومی و ارائه فرصت اجتماعی برای شرکت در تصمیم‌گیری‌های گروهی (شارع پور، 1380). تاثیر انجمن‌های داوطلبانه فقط به سطح خرد محدود نمی‌شود، این گونه انجمن‌ها در سطح کلان نیز تاثیر گذارند (چلبی، 1389).

ویژگی ذاتی سرمایه اجتماعی این است که در روابط اجتماعی شکل می‌گیرد. به تعبیر پورتز¹ (1998) سرمایه اجتماعی در درون ساختار روابط افراد یافت می‌شود. برای برخورداری از سرمایه اجتماعی فرد باید با دیگران رابطه داشته باشد (موسوی، 1385). سرمایه اجتماعی مجموع منابع حقیقی و مجازی در دسترس یک فرد یا گروه است که این افراد به واسطه برخورداری از شبکه‌ای با دوام از روابط فهم و درکی متقابل و کم و بیش نهادینه شده، آن را به دست آورده‌اند (فیلد²، 2003). بوردیو³ (1986) بر این باور است که میزان سرمایه اجتماعی که یک فرد از آن برخوردار است بسته به اندازه شبکه ارتباطات وی می‌تواند به طور موثری تغییر یابد.

1- Portes
2- Field
3- Bourdieu

در سرمایه اجتماعی، افراد و اجتماعات در قالب ارزشها، 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. سرمایه اجتماعی ما را قادر می سازد ارزش ایجاد کنیم، کارها را انجام دهیم، به اهدافمان دست یابیم، مأموریت هایمان را در زندگی به اتمام رسانیم و به سهم خویش به دنیایی یاری رسانیم که در آن زندگی می کنیم (کلمن¹، 1377). در این مورد وایتفورد (2000) 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. کاهش بار بیماریهای روانی و پرورش سلامت روانی، ویژگیهایی 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."

نظریه های جدید مطرح می سازند که انگیزه اولیه مشارکت است یعنی پیشرفت و تکامل همراه با دیگران (بیکرمیلرو استیور، 2006). کمک به دیگران، چه کوچک و چه بزرگ، سرمایه اجتماعی را غنی می سازد و شبکه وسیعی از کنش متقابل را خلق می کند (الوانی و شیروانی، 1385). سرمایه اجتماعی را می توان حاصل پدیده های اعتماد متقابل، تعامل اجتماعی متقابل، گروه های اجتماعی، احساس هویت جمعی و گروهی، احساس وجود تصویری مشترک از آینده و کارگروهی در یک سیستم اجتماعی دانست (فلورا²، 1999). سرمایه اجتماعی بطور خلاصه در شاخصه هایی چون وفاداری، اعتماد، اتصالات شبکه ای، اقتدار فردی، هویت سازمانی، عمل متقابل، هنجارهای اجتماعی و اعتبار تجلی می یابد (افتخاری، 1382). کاپلان و لینچ (1997) سرمایه اجتماعی را نوعی انباشت سرمایه و شبکه هایی معرفی کرده اند که همبستگی اجتماعی، تعهد اجتماعی و در نتیجه نوعی عزت نفس و سلامتی را در افراد به وجود می آورد.

از کارکردهای اقتصادی سرمایه اجتماعی می‌توان به کاهش هزینه مبادله، تسهیل برخی از مناسبات رسمی (نظیر قراردادها، سلسله مراتب و امثال آنها) بهبود کارایی، سرعت تبادل اطلاعات، تقویت ابتکارات و کاهش فساد اشاره کرد. در واقع اصلی‌ترین کارکرد اقتصادی سرمایه اجتماعی تسهیل هرگونه مبادله است (مرجایی، 1383). فرد باید هم به افراد- پیوند و اعتماد بین فردی- و هم به نهادها- اعتماد انتزاعی و اطمینان از رعایت هنجارها که شامل اعتماد به نهادها، اعتماد به گروه‌های اجتماعی، اعتماد به مسئولان و .. است. اعتماد کامل داشته باشد (موسوی، 1385). هر دو بعد درون گروهی و بین گروهی سرمایه اجتماعی برای موفقیت نتایج توسعه اقتصادی- اجتماعی (حاصل از پیشگیری) مفید هستند (وودهاوس¹، 2006).

سرمایه اجتماعی اندک می‌تواند میزان بزهکاری، جرم و اعتیاد را پیش بینی نماید. سلامتی اجتماعی به واسطه رابطه اجتماعی قابل پیش بینی است (پاتنام، 2001، هایینه، 2001، غفاری و رضائی، 1386). عدم وجود سرمایه اجتماعی (اعتماد و شبکه پیوندها) در افراد سبب عدم مشارکت آنها در فعالیت های اجتماعی می‌شود (موسوی، 1385). نظریات قائل به این نکته هستند که هرچه همبستگی و انسجام در درون یک گروه، اجتماع یا جامعه کمتر باشد، میزان جرم و انحراف در آن بالاتر خواهد بود (آکرس، 2004). به نظر هارفام (2004) سرمایه اجتماعی عوامل استرس زا را در زندگی کاهش و خطر این عوامل را کم می‌کنند. همچنین سرمایه اجتماعی می‌تواند اثر حوادث منفی زندگی را کاهش دهند. پیامد نداشتن معنا در زندگی گسترش مثلث شوم افسردگی، پرخاشگری و اعتیاد است. فرد از خود بیگانه، احساس تعهد و تعلق خود را نسبت به دیگران از دست می‌دهد و روابط اجتماعی او آسیب می‌بیند (چلبی، 1389). از این رو، این وضعیت باعث کاهش کنترل اجتماعی بیرونی و سوق دادن افراد به سمت رفتارهای انحرافی می‌شود (پولسن و رابینسون، 2004). به طور کلی در اثر فرسایش سرمایه اجتماعی جامعه به آسیب و انحرافات اجتماعی از قبیل افزایش جرم و جنایات، قتل، فروپاشی خانواده، مصرف مواد مخدر، خودکشی، فرار از پرداخت مالیات و .. (نادمی، 1385، بوهم، 2001، به نقل از سخاوت، 1383) و آسیب های روانی از قبیل عدم احساس تعلق، از

خودبیینگانی (محسنی، 1376)، پوچ‌گرایی (محبوبی آرابی، 1385)، احساس انزوا و افسردگی، کاهش احساس شادکامی و سلامت جسمی (براتی سده، 1385) مبتلا می‌شود.

سوء مصرف مواد، اثرات بازدارنده بر رشد و شکوفایی جامعه دارد و تهدیدی جدی و نگران کننده است. وابستگی و سوء مصرف مواد بعنوان اختلال مزمن و عود کننده با تاثیرات و پیش آینده‌های تربیتی، فرهنگی، روانی، اجتماعی، رفتاری و معنوی در نظر گرفته می‌شود (دباغی، 1385). مشکل اعتیاد بعنوان یک پدیده مهلک که نتایجش می‌تواند اثرات بسیار سویی در زمینه‌های اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و اقتصادی داشته باشد، در هر جامعه ای مطرح است. مسئله تخلفات مرتبط با مواد مخدر یکی از پیچیده ترین چالش هایی است که در حال حاضر جامعه ایران با آن مواجه است. افزایش تخلفات مواد مخدر در ایران باعث این آگاهی فزاینده شده است که ایران با یک مسئله اجتماعی عمده مواجه می‌باشد. آمار فزاینده اعتیاد در سالهای اخیر واقعیت ناخوشایندی است که قابل کتمان و انکار نیست و روز به روز نیاز بیشتری به برنامه‌های گوناگون در جهت پیشگیری، کنترل، درمان و کاهش آسیب از سوی معنادرین، خانواده‌های آنان و جامعه وجود دارد (صفری، 1382). مشکل اعتیاد در بین نوجوانان، ذهن بسیاری از اندیشمندان و پژوهشگران را به خود مشغول داشته است. در بیشتر تحقیقات انجام شده به تلاش نوجوانان برای تثبیت هویت خود اشاره شده است. فقدان یا ضعف خود که برای نوجوانان بسیار دردناک و اضطراب انگیز است، باعث می‌شود برای تحقق خود، گاهی به اعتیاد روی آورند (فرج پور، 1387). الگوهای نقش مثبت و شبکه‌های حمایتی، نقش بازدارنده قدرتمندی را در شبکه‌ها برای نوجوانان دارد و آنها را از جرم دور می‌کند (پاتنام، 2000). رز¹ (2000) بر این باور است که سرمایه اجتماعی تنها به وسیله عضویت در نهادها به دست می‌آید و شبکه‌های سرمایه اجتماعی به طور خاص در فراهم آوردن حمایت های عاطفی و روانی نقش موثری در ارتقاء سلامت روانی افراد دارند. در نتیجه سرمایه اجتماعی در تعیین احتمال روی آوردن افراد خاص به رفتار مجرمانه و اعتیاد، نقش بازی می‌کند (غفاری و رضانی، 1386). البته در اینجا نیز سرمایه اجتماعی به عنوان تنها عامل موثر تلقی نشده است.

پژوهش های زیادی به رابطه میان سرمایه اجتماعی و پیامدهای مثبت در حوزه‌ها و سطوح گوناگون اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و رفاهی توجه کرده‌اند. برای نمونه

تحقیقات نشان داده‌اند که سرمایه اجتماعی با کارایی نهادی، افزایش سطح آموزش و رفاه کودکان، کاهش جنایت های خشن، کاهش نزاع و درگیری، برتری اقتصادی افراد، کاهش مرگ و میر، بهبود وضع سلامت، احساس خوشبختی و اعتماد به حکومت به صورت موفق و کارا رابطه مستقیم دارد (پاتنام، 2000، برهم و راهن¹، 1997، ازکیا و فیروز آبادی، 2006). همچنین سرمایه اجتماعی با تندرستی (وینسترا²، 1384)، توسعه اقتصادی کشور (لوح³، 2003)، توسعه محلی و ملی (گریو⁴، 2003)، کاهش مرگ و میر نوزادان و افزایش امید به زندگی (حیات⁵، 2003)، مشارکت مدنی و اجتماعی (لوفلین، 2003) و همچنین رشد درآمد کشورها (کناک⁶، 2002) رابطه مستقیم دارد.

شناسایی و تقویت سرمایه اجتماعی در قالب سازمانهای مردم نهاد و عضویت های داوطلبانه سبب افزایش سطح همکاری اعضاء در گروه های اجتماعی و جامعه می شود و از این طریق منجر به افزایش سطح ارتباطات، نظارت و کنترل در سطح نهادهای عمومی اجتماعی می گردد، در نتیجه می توان از آن در فرایند پیشگیری از اعتیاد استفاده کرد. سرمایه اجتماعی جامعه را سالم تر، دارا تر و شاید باتدبیرتر و شکیباتر می سازد (اسلانر و دکر، 2001).

از آنجا که سازمان های مردم نهاد یکی از ابزارهای اساسی مدیریت دولتی نوین در جهت رشد و توسعه فعالیت های اجتماعی - سیاسی و توسعه ای هستند و در اکثر کشورها نقشی اساسی در فرایند توسعه بر عهده دارند، چند صباحی است که در کشور ما نیز به آن توجه جدی شده است و دولت تلاش می کند تا ضمن کمک به شکل گیری و ایجاد این نهادهای جامعه مدنی، در فعالیت های توسعه برای آنها نقشی محوری قائل شود. اما این سازمان ها، در فرایند توسعه هنوز نتوانسته اند جایگاه مناسبی را کسب و اعتماد ملی و دولتی را به خود جلب نمایند. همچنین باید بتوانند به نیازهای اجتماعی به شکل کارآمد و اثربخشی پاسخ دهند. بنابراین این تحقیق به دنبال بررسی این مسئله است که با تاکید بر سرمایه اجتماعی، سازمان های مردم نهاد تا چه حدی در پیشگیری از اعتیاد می توانند موثر

1-Brehm&Rahn

2- Winstra

3- Loh

4- Grewe

5-Hyatt

6- Knack

باشند؟ و دومین سؤال اینکه آیا بین میزان مولفه‌های سرمایه اجتماعی در بین گروه‌های درمانی مختلف تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش

این تحقیق به لحاظ هدف، کاربردی بوده و از نظر ماهیت و روش پیمایشی است و از طریق ابزار پرسشنامه محقق ساخته انجام شده و از جهت سطح تحقیق، تبیینی باشد. برای گردآوری اطلاعات و داده‌های این تحقیق پرسشنامه در 2 قسمت سرمایه اجتماعی درون گروهی و بین گروهی بر اساس یافته‌های چارچوب نظری طراحی و تنظیم شده بود. پرسشنامه سرمایه اجتماعی بین گروهی شامل 40 سؤال در رابطه با مولفه‌های اصلی سرمایه اجتماعی شامل اعتماد (رسمی، غیررسمی و تعمیم یافته)، مشارکت اجتماعی و احساس تعلق بود. پرسشنامه سرمایه اجتماعی درون گروهی شامل 42 سؤال مرتبط با مولفه‌های اصلی سرمایه اجتماعی در قالب اعتیاد و گروه‌های بهبودی بود. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه معتادین شهر اصفهان که اقدام به درمان (در مراکز درمان اعتیاد به روش گروه‌های انجمن معتادان گمنام (NA)، درمان اجتماع مدار (TC)، درمان نگهدارنده با متادون (MMT) و کمپ، است. از این جامعه به طور کلی یک نمونه 171 نفری از معتادین در حال بهبودی بطور تصادفی انتخاب شد (در نمونه درمانی $MMT = 47$ نفر، $NA = 56$ نفر، کمپ = 46 نفر، $TC = 22$ نفر).

پرسشنامه سرمایه اجتماعی: برای سنجش سئوالات در پژوهش حاضر از پرسشنامه محقق ساخته سرمایه اجتماعی معتادین که دارای مقیاس اندازه گیری طیف 5 گزینه‌ای لیکرت با دامنه پاسخ یک (خیلی کم) تا پنج (خیلی زیاد) استفاده گردید. با توجه به اینکه بسیاری از مفاهیم مورد استفاده در تحقیق حاضر برگرفته از مدل سنجش سرمایه اجتماعی 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 این وجود به جهت تطبیق آن با شرایط فرهنگی و هدف پژوهش، پرسشنامه طراحی شده در اختیار تعدادی از متخصصین علوم اجتماعی و آشنا با مفهوم سرمایه اجتماعی قرار گرفته و از نظرات آنان برای شناسایی اعتبار شاخص‌ها استفاده گردید. بدین ترتیب اعتبار صوری ابزار تامین گردید. برای حصول اطمینان از روایی یا پایایی ابزار سنجش ضریب آلفای کرونباخ که از مناسبترین روشهای محاسبه پایایی می‌باشد، استفاده شد. جدول ذیل نشان دهنده ضریب

پایایی برای هر یک از مفاهیم، مقیاسها و زیرمقیاس‌های سرمایه اجتماعی مورد نظر می‌باشد.

جدول 1: نتایج پایایی پرسشنامه سرمایه اجتماعی

متغیر	تعداد	آلفای کرونباخ	متغیر	تعداد	آلفای کرونباخ
اعتماد رسمی	11	0/82	احساس تعلق	5	0/68
اعتماد غیر رسمی	8	0/63	سرمایه اجتماعی بین گروهی	40	0/77
اعتماد تعمیم یافته	9	0/66	سرمایه اجتماعی درون گروهی	42	0/76
اعتماد (بطور کلی)	28	0/8	پرسشنامه سرمایه اجتماعی	82	0/81
مشارکت اجتماعی	7	0/57			

با در نظر گرفتن نتایج جدول 1 و با توجه به اینکه مقادیر آلفای کرونباخ به طول سئوالات بستگی دارند و در این پرسشنامه اکثر مقیاس‌ها دارای تعداد سئوالات کمی بوده است، مقادیر به دست آمده آلفای کرونباخ که اکثراً بالاتر از 0/7 می‌باشند مطلوب بوده و نشان دهنده پایایی پرسشنامه پژوهش می‌باشد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و سنجش فرضیه پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل کواریانس چندگانه مانکوا استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج جدول 2 نشان می‌دهد که گروه نمونه دارای میانگین سنی 33/88 سال و با میانگین طول تخریب 128/52 ماه (معادل 10 سال و 7 ماه) و میانگین طول پاک‌ی 11/33 ماه است.

جدول 2: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

کل N=171		TC (n = 22)		MMT (n = 47)		NA (n = 56)		کمپ (n = 46)		متغیر
S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	
9/82	33/88	2/04	30/14	1/34	39/76	1/31	32/68	1/47	31/72	سن
92/73	128/52	18/9	121/15	12/44	190/1	12/2	113/12	66/13	90/83	طول تخریب
14/19	11/33	2/81	7/55	1/85	21/34	1/81	8/56	2/03	4/68	طول پاکی

با توجه به نتایج جدول 3 مشاهده می شود که در بین نمونه‌های درمانی در شاخص‌های اعتماد رسمی، اعتماد غیررسمی، اعتماد کلی، مشارکت و سرمایه اجتماعی بین گروهی تفاوتی وجود ندارد ($P > .05$). در اعتماد تعمیم یافته، احساس تعلق، سرمایه اجتماعی درون گروهی و سرمایه اجتماعی کلی تفاوتی بین نمونه‌های درمانی وجود دارد ($P < .01$). در ملاک سرمایه اجتماعی بین گروهی تفاوتی بین گروه‌های بهبودی وجود ندارد لیکن با توجه به میانگین گروه‌ها متوجه می‌شویم که میزان این سرمایه در بین معتادین بطور کلی بسیار پایین است و لذا نشان دهنده تاکید بر فردگرایی می‌باشد. از جهت دیگر در سرمایه اجتماعی درون گروهی تفاوت بین گروه‌های بهبودی نشان دهنده جدایی این گروه‌ها از کل جامعه و تاکید بر مضامین گروه است و این می‌تواند اثرات مخربی را در برداشته باشد. در شاخص اعتماد تعمیم یافته، افراد در حال بهبودی در درمان‌های گروهی نسبت به افراد در متادون درمانی (MMT) اعتماد تعمیم یافته بیشتری به اطرافیان داشته و بدین جهت تمایل به با دیگران بودن و حضور در برنامه‌های جمعی درمانی را برگزیده‌اند. در شاخص احساس تعلق، بدلیل آموزش دیدن و علمی بودن گروه درمان و تاکید بر رابطه درمانی بین فرد در حال بهبودی و محیط درمان افراد در اجتماع درمان مدار (TC) و متادون درمانی (MMT) نسبت به کمپ و معتادان گمنام (NA) احساس تعلق بیشتری را پرورش داده‌اند. در رابطه با سرمایه اجتماعی درون گروهی بنظر می‌رسد که در درجه اول در اجتماع درمان مدار و در درجه دوم در گروه معتادان گمنام و متادون درمانی این شاخص وجود دارد و کمپ در درجه سوم است. این می‌تواند ناشی از

طول دوره درمان و نحوه ارتباطات و آموزش های اجتماع درمان مدار مبتنی بر عدم ارتباط با گروه‌های درمانی دیگر و تعهد به TC به مدت طولانی باشد. لیکن در NA و MMT افراد آزادی بیشتری در نحوه گزینش ارتباطات خود دارند و تاکید بر قطع ارتباط با گروه های دیگر وجود ندارد. این یافته با روند احساس تعلق مشابهت و با روند سرمایه اجتماعی بین گروهی عکس می‌باشد و یافته‌ها همدیگر را تایید می‌کنند.

جدول 3: نتایج تحلیل کواریانس چندگانه متغیرهای پژوهش
بر اساس عضویت در برنامه های بهبودی

سطح ی	مقدار F	انحراف استاندارد	میانگین	عضویت	متغیر
0/106	2/07	1/32	29/11	کمپ	اعتماد رسمی
		1/18	29/28	NA	
		1/2	32/26	MMT	
		1/83	28/59	TC	
0/47	0/84	0/76	20/95	کمپ	اعتماد غیررسمی
		0/68	20/9	NA	
		0/69	32/12	MMT	
		1/06	21/33	TC	
0/001*	8/34	0/83	24/93	کمپ	اعتماد تعمیم یافته
		0/74	20/92	NA	
		0/75	19/93	MMT	
		1/14	20/96	TC	
0/38	1/01	2/09	75	کمپ	اعتماد (کلی)
		1/87	71/12	NA	
		1/9	75/33	MMT	
		2/89	70/89	TC	
0/056	2/59	0/8	11/06	کمپ	مشارکت
		0/71	11/53	NA	
		0/73	14/36	MMT	
		1/1	11/8	TC	

		0/71	10/45	کمپ	
		0/63	12/12	NA	
0/013**	3/68	0/64	13/27	MMT	احساس تعلق
		0/98	13/48	TC	
		2/52	96/52	کمپ	
		2/25	94/78	NA	سرمایه
0/17	1/66	2/29	102/97	MMT	اجتماعی بین
		3/48	96/18	TC	گروهی
		2/58	103/82	کمپ	
		2/31	113/92	NA	سرمایه
0/001*	6/07	2/35	112/76	MMT	اجتماعی درون
		3/58	117/91	TC	گروهی
		4/04	200/35	کمپ	
		3/61	208/7	NA	سرمایه
0/007*	4/14	3/68	215/73	MMT	اجتماعی کلی
		5/59	214/09	TC	

نتیجه گیری

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 یک مشکل جدی در سلامت جسمی، روانی و اجتماعی است. گسترش این روند تیشه بر ریشه بنیادهای اخلاقی، اقتصادی و اجتماعی یک جامعه می زند و آن را از درون دچار فساد کرده و در نهایت به انحطاط می کشد. این مشکل امروزه چنان خودنمایی می کند که هیچ کشوری نمی تواند خود را کاملا از آن مصون بداند. مهمترین عوارض روانی اعتیاد عبارتند است از: افسردگی، اضطراب، فراموشی، روانپریشی و اختلالات مغزی مانند دمانس و دلیریوم. 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 می‌نماید. فرسایش سرمایه اجتماعی، جامعه را از ساختارهای ضروری و فضای اخلاقی که لازمه کارکرد بهینه آن است محروم می‌کند. اعتیاد خود حاصل فقدان سرمایه اجتماعی است و با افزایش سرمایه اجتماعی به میزان قابل توجهی می‌توان با اعتیاد مبارزه و کنترل کرد. لن (1959)، روزنستون و هانس¹ (1993)، وربا و نورمن (1972)، ولفینگر و روزنستون (1980) و برم و ران (1997)، عدم آموزش کافی و فقدان آگاهی افراد از حقوق اجتماعی خویش را عمده‌ترین دلیل پایین بودن میزان مشارکت شهروندان می‌دانند. کاهش مشارکت به احساس بی‌قدرتی و افزایش بی‌معنایی در زندگی و از خود بیگانگی کمک شایانی می‌کند. احساس بی‌قدرتی یکی از تجلیات و اشکال بروز بیگانگی اجتماعی است که می‌تواند باعث گرایش فرد به اعتیاد شود.

اعتیاد یکی از اثرات کاهش سرمایه اجتماعی است و با افزایش سرمایه اجتماعی و تاکید بر نقش سازمان‌های مردم‌نهاد به میزان قابل توجهی می‌توان از اعتیاد پیشگیری و با آن مبارزه کرد. تقویت و افزایش انگیزه‌های اجتماعی در کلیه افراد، بخصوص معتادین و سازماندهی آنها در نهادهای مدنی باعث شکل‌گیری فرهنگ‌های درمانی و حمایتی خاص شده و ضمن ایجاد سطح بالاتری از مشارکت و تعلق اجتماعی موجب می‌شود که به طور غیرمستقیم، کنترل رفتارها و تعامل‌های اجتماعی و درمانی اعضای این نهادها، وابسته به سیاست‌های موجود باشد، همچنین باعث کاهش هزینه‌های درمان و کنترل‌های رسمی، ایجاد فرصت‌های شغلی و انتقال دانش اعضای گروه‌ها به یکدیگر می‌شود. بطور کلی در جهت پیشگیری از اعتیاد و بالا بردن کیفیت و تاثیرات درمان و کاهش آسیب استفاده از شاخص‌های اجتماعی (بخصوص ایجاد سازمان‌های فعال مردمی) در کنار حیطة درمان پزشکی اعتیاد باید مورد توجه قرار گیرد.

از آنجا که پیشگیری از اعتیاد، هدف اساسی در زمینه ریشه‌کنی و کاهش اعتیاد است به نظر می‌رسد تغییر در کیفیت آموزشها، ایجاد و گسترش سرمایه اجتماعی در میان آحاد جامعه و بخصوص جوانان و نوجوانان، می‌تواند راه‌گشایی در این امر باشد. در سرمایه اجتماعی، افراد و اجتماعات در قالب ارزشها، هنجارها و پیوندهای اجتماعی که در جریان تعاملات اجتماعی به وجود می‌آید، قابلیت‌های خود را افزایش می‌دهند، هویت یابی می‌کنند و در عین به دست آوردن امکان کنترل زندگی خود، از حمایت‌های محیطی و

اجتماعی که در شبکه‌های ارتباطی آنها به وجود آمده برخوردار می‌شوند. و لذا قدرت کنار آمدن آنها با فشارها و مسائل محیطی افزایش یافته و به لحاظ روانی از آرامش و آسایش مطلوبی برخوردار خواهند شد.

هدف از افزایش مشارکت و پیوندهای اجتماعی اتخاذ یک سبک زندگی است که بهزیستی را ارتقا می‌بخشد و به پرهیز از مخاطراتی چون مصرف مواد کمک می‌کند. افراد در صورتی خواهند توانست رفتارشان را تغییر داده و یک سبک زندگی سالم تر اتخاذ کنند که سبک های جدید را از افراد مورد اعتماد خود فراگیرند و باور نمایند که این تغییر رفتارها باعث بهبود در بهزیستی آنها می‌گردد. یک شبکه پایدار، عمیق و غنی از روابط می‌تواند باعث تسهیل کسب اعتماد و خودباوری گردد (کمپل، 2000).

از آنجایی که سرمایه اجتماعی خاصیت خود تقویت‌کنندگی و خودافزایی دارد می‌تواند به افراد عضو نهادهای اجتماعی کمک کند تا به منابعی چون اعتماد و شبکه‌های تعاملی دست یابند و می‌تواند با تسهیل اقدامات هماهنگ، کارایی گروه را در دست‌یابی به اهداف خود بهبود بخشد (تاجبخش، 1384). در این راستا، شبکه‌های اعتماد موجب می‌شوند که زمان و سرمایه بیشتری اختصاص به فعالیت‌های اصلی نوجوانان و جوانان پیدا کرده و علاوه بر آن موجب انتقال دانش اعضای گروه‌ها به یکدیگر شده و جریان مناسبی را از یادگیری و دانش در بین آنها فراهم می‌سازد. تقویت و افزایش انگیزه‌های اجتماعی در نوجوانان و جوانان و سازماندهی آنها در نهادهای مدنی باعث شکل‌گیری فرهنگ‌های حمایتی خاص در این نهادها شده و ضمن ایجاد سطح بالاتری از مشارکت و تعلق اجتماعی موجب می‌شود که به طور غیرمستقیم، کنترل رفتارها و تعامل‌های اجتماعی اعضای این نهادها، وابسته به هنجارهای موجود در این نهاد شده و هزینه‌های بسیاری از کنترل‌های رسمی کاهش یابد.

پیشنهاد می‌شود از طریق سیاست‌ها و برنامه‌ریزی‌ها و آموزشها، هنجارهایی بر مبنای افزایش انگیزه مشارکت و روحیه همکاری گروهی برای نوجوانان و جوانان 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 آنها به پرهیز از فردگرایی کمک کرد. تقویت ساختار شبکه‌های اجتماعی که روابط متقابل را تسهیل می‌کند. تقویت نهادهای مدنی و سازمان‌های غیر دولتی (NGOs) مخصوص جوانان و نوجوانان، تقویت

و غنی سازی آموزش‌ها در قالب تفریح و سرگرمی، تشویق مردم در جهت حضور داوطلبانه در نهادهای اجتماعی و دادن امتیازاتی به اعضاء از کارکردهای مهم دولت در زمینه افزایش سرمایه اجتماعی می تواند باشد .

بطور کلی عواطف مثبت زندگی انجمنی یا مشارکت اجتماعی هزینه‌های کنترل و نظارت رسمی را کاهش می دهد و افراد را در متقاعدکردن به رفتار مطابق با ارزش های اخلاقی مثبت در جامعه مدیون کار و تلاش، صداقت، تعاون و همکاری، احترام به یکدیگر، تقویت عزت نفس در سطح فردی و ملی، تقویت عملکرد، کارایی سازمانی و حوزه‌های اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی و سیاسی می کند (تقی زاده، 1385). همچنین امدادرسانی در روابط حمایتی به افراد فرصتی دوباره می دهد که استعدادهای منحصر به فرد را شکوفا سازند تا بتوانند در جهت خیر شخصی و جمعی گام بردارند (چلبی، 1389). این تحقیق در جامعه آماری معتادان تحت درمان گروه‌های درمانی شهر اصفهان انجام شده است و تعمیم آن به سایر منابع درمانی و یا سایر جامعه‌های آماری باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین نمونه این پژوهش معتادان تحت درمان با جنسیت مرد بوده‌اند که در تعمیم یافته‌ها باید به این نکته نیز توجه شود. با توجه به اهمیت موضوع پیشنهاد می شود بررسی میزان سرمایه اجتماعی و نقش سازمان های مردم نهاد، از منظر درمانگران و کلیه کادر درمانی اعتیاد نیز مورد بررسی و تحقیق علمی قرار گیرد. بررسی علمی این موضوع در گروه‌های درمانی معتادان با جنسیت زن نیز از پیشنهادات این تحقیق می‌باشد.

منابع

- افتخاری، اصغر. (1382). نبود سرمایه اجتماعی و تاثیر آن در امنیت. نشریه مرکز تحقیقات دانشگاه امام صادق (ع)، شماره 11 و 12.
- الوانی، سید مهدی. شیروانی، علیرضا. (1385). سرمایه اجتماعی (مفاهیم، نظریه‌ها و کاربردها). تهران: انتشارات مانی، چاپ اول.
- براتی سده، فریده. (1385). محرومیت های اجتماعی سلامت روان را تهدید می کند. روزنامه همشهری. شماره 4101.
- تاجبخش، کیان. (1384). سرمایه اجتماعی: اعتماد، دموکراسی و توسعه. تهران: انتشارات شیرازه.
- چلبی، مسعود. (1389). جامعه شناسی نظم: تشریح و تحلیل نظری نظم اجتماعی. تهران، نشرنی.

- دباغی، پرویز. (1385). اثربخشی شناخت درمانی بر اساس تفکر نظاره ای و فعال سازی طرح واره‌های معنوی در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی. پایان نامه دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران. سخاوت، جعفر. (1383). علل ساختاری اعتیاد در ایران. تهران: دانشگاه پیام نور.
- شارع پور، محمود. (1380). فرسایش سرمایه اجتماعی و پیامدهای آن. انجمن جامعه شناسی. 3. شریفیان ثانی، مریم. (1380). سرمایه اجتماعی، مفاهیم اصلی و چارچوب نظری. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی.
- صفری، فاطمه. (1382). اعتیاد زنان، فصلنامه علمی پژوهشی سوء مصرف مواد. سال اول، شماره 2. فرج پور، محمد. (1387). الگوی نگرش و ویژگی های شخصیتی نوجوانان معتاد در مقایسه با نوجوانان عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه علامه طباطبائی.
- فیروزآبادی، سید احمد. ایمانی حاجرمی، حسین. (1385). سرمایه اجتماعی و توسعه اقتصادی اجتماعی در کلان شهر تهران. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی. سال ششم، شماره 23. فیلد، جان. (1386). سرمایه اجتماعی. ترجمه: غفاری، غلامرضا. رضائی، حسین. انتشارات کویر، چاپ اول.
- کلمن، جیمز. (1990). بنیادهای نظریه اجتماعی. ترجمه منوچهر صبوری (1377). تهران: نشر نی. محبوبی آرای، حمیدرضا. (1385). پوچی آگاهانه کامو. روزنامه همشهری. شماره 4058. محسنی، منوچهر. (1376). مقدمات جامعه شناسی عمومی. تهران.
- موسوی، میرطاهر. (1385). مشارکت اجتماعی یکی از مولفه‌های سرمایه اجتماعی. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی. سال ششم، شماره 23.
- نادمی، داوود. (1385). دامنه و هزینه‌های تغییرات اجتماعی. روزنامه ایران، سال 12. شماره 3482. وینسترا، گری. (1384). سرمایه اجتماعی، تندرستی و نابرابری. چاپ شده در: تاجبخش، کیان. سرمایه اجتماعی، اعتماد، دموکراسی و توسعه (ترجمه افشین خاکباز و حسن پویان). تهران، شیرازه.
- Akers, Ronald. L. Christine, S. (2004). *Criminological Theories: Introduction, Evaluation and Application*, Fourth Edition. Los Angeles: Roxbury Publishing Company.
- Azkiya, M & Firouzabadi, A. (2006). *The Role of Social Capital in Creation of Rural Production Association: A Case Study of Karkheh Dam Watershed Basin. Critique Critical Middle studies*, Vol. 15, Number 3.
- Bourdieu, p. (1986). *The forms of capital*, Richadson, J.G. (Ed). *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. Greenwood press, New York.

- Brehm, J. & Rahn W. (1997). *Individual Level Evidence for the Causes and Consequences of Social Capital*. *American Journal of Political Science*. Volume 41, Issue 3 (JUL., 1997).
- Field, J. (2003). *Social Capital*, London, Routledge.
- Harpham, T. (2004). "Urbanization and Mental Health in Developing Countries: A Research Role For Social Scientists, Public Health Professional and Social Psychiatrists", *Social Science And Medicine*, Vol. 39.
- Hyatt, R. (2003). *Social Capital, Inequality, and Wellbeing in the International Neighborhood*. Brown University.
- Knack, S. (2002). *Social Capital, Growth and Poverty: a Survey of Cross Country Evidence*, *British Journal of Social Psychology*, 18, 145-156.
- Loflin, K. (2003). *Bonding and Bridging Social Capital and their Relationship to Community and Political Civic Engagement*, The University of North Carolina at Chapel Hill.
- Loh, J. (2003). *Social Capital and Economic Development: A cross national Study of Social Capital, Trust, Civic Engagement, and Economic Growth of 38 Countries, 1990-1998*, The University of Alabama.
- Lynch, J. & Kaplan, G. (1997). "Understanding How Inequality in the Distribution of Income Effect Health", *Journal of Health Psychology*, Vol. 2.
- Portes, A. (1998). *Social Capital: Its Origins and Application in Contemporary Sociology*. *Annual Review of Sociology*, 22.
- Putnam, R. (2000). *Bowling Alone: the Collapse and Revival of American Community*, New York, Simon and Schuster.
- Putnam, R. (2001). *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*, Princeton, NJ, Princeton University press.
- Rose, R. (2000). "How Much does Social Capital add to Individual Health?", *Social Science and Medicine*, Vol. 51.
- Uslaner, E. M. (2002). *The Moral Value of Trust*. Cambridge university Press, Cambridge.
- Verba, S. & Norman, H. (1972). *Participation in America: Political Democracy and Social Equality*. New York. Harper 8 Row.
- Whiteford, H. (2000). *Human Capital, social capital and Mental Health* (WFMH: Third Quarter New Fetter 2000). Copy Right 1998-2000 world federation for mental Health.
- Woodhouse, A. (2006). *Social Capital and Economic Development in Regional Australia: A Case Study*, *Journal of Rural Studies*, No 22.