

بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی بر کیفیت زندگی معتادان به مواد مخدر در شهر تهران

فاطمه رادان

استادیار علوم اجتماعی دانشگاه پیام نور radanfatemeh@yahoo.com

چکیده

مقدمه و هدف پژوهش: سرمایه اجتماعی به معنی مجموعه‌ای از ارتباطات مبتنی بر اعتماد درون یک فرد و یا در ساختار اجتماعی وجود ندارد، بلکه در فضای بین افراد شکل می‌گیرد. این پژوهش باهدف بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی بر کیفیت زندگی معتادان به مواد مخدر انجام گرفته است.

روش پژوهش: در این پژوهش کمی باهدف کاربردی از روش همبستگی بهره جسته‌ایم. جامعه آماری این پژوهش را کلیه معتادان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی بهزیستی شهر تهران تشکیل داده‌اند که ۳۸۰ نفر از آنان بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس به‌عنوان جمعیت نمونه انتخاب شده‌اند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها دو پرسشنامه محقق ساخته سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی است که هر دو دارای اعتبار صوری بوده و پایایی آن‌ها نیز به‌وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و ۰/۷۸ محاسبه شده است.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌های این پژوهش همه فرضیه‌ها تأیید شده‌اند؛ یعنی ضعف سرمایه اجتماعی معتادان به مواد مخدر موجب کاهش کیفیت زندگی این افراد شده است.

نتیجه‌گیری: در این تحقیق، سرمایه اجتماعی به دو بُعد شناختی و ساختاری تقسیم شده است. بُعد شناختی به بخش نامحسوس سرمایه اجتماعی مانند ارزش‌ها، عقاید، نگرش‌ها، رفتارها و هنجارهای اجتماعی می‌پردازد و بُعد ساختاری سرمایه اجتماعی دربرگیرنده ساختارها و شبکه‌هایی است که حاوی فرایندهای تصمیم‌گیری جمعی و مسئولیت متقابل است. افرادی که سابقه مصرف مواد مخدر در زندگی دارند، معمولاً با اطرافیان خود رابطه اندکی داشته و از داشتن یک‌زبان مشترک برای تبادل اندیشه و بیان احساسات با اطرافیان خود محروم هستند. این افراد قدرت تبادل مفاهیم با دیگران و به دست آوردن تجربه مشترک را از دست داده، از این‌رو دچار انزوای اجتماعی شده و کیفیت زندگی آن‌ها نیز به شدت کاهش می‌یابد و با افزایش بُعد شناختی سرمایه اجتماعی، کیفیت زندگی آنان نیز روند بهبودی پیدا می‌کند. بین بُعد ساختاری سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی معتادان به مواد مخدر رابطه معناداری وجود دارد و یکی از عوامل مهم در سوق دادن افراد به سوی مصرف مواد مخدر، داشتن رابطه گروهی با اشخاص مصرف‌کننده از یک‌سو و نداشتن پیوند و رابطه گروهی با افراد سالم جامعه از سوی دیگر است.

واژگان کلیدی: بُعد ساختاری، بُعد شناختی، سرمایه اجتماعی، کیفیت زندگی، معتادان، مواد مخدر

بیان مسئله

مباحث محیط اجتماعی، پایداری و سلامتی، همواره مورد کنکاش قرار گرفته‌اند (نوگیری^۱، ۲۰۰۹: ۷۸).

امروزه بخش وسیعی از مطالعات جامعه‌شناسی پزشکی و سلامت اجتماعی به بررسی موضوعات مربوط به سلامتی و بهداشت روانی اختصاص یافته است. توجه به این حوزه مطالعاتی از این لحاظ دارای اهمیت است که هزینه‌های اجتماعی بیماری‌ها بر عملکرد فرد تأثیرگذار است و زندگی فردی و اجتماعی او را مختل می‌کند.

سرمایه اجتماعی از جمله مفاهیمی است که در سال‌های اخیر بسیار مطرح شده و توجه به رابطه بین سرمایه اجتماعی و نقش آن در کیفیت زندگی افراد، مورد توجه صاحب‌نظران قرار گرفته است (پوتنام^۲، ۱۹۹۵: ۱۶). سرمایه اجتماعی عوامل استرس‌زا را در زندگی کاهش داده و خطر این عوامل را کم می‌کند. همچنین سرمایه اجتماعی می‌تواند حوادث منفی زندگی را کاهش داده و در زمان تغییرات و چالش‌های زندگی برای افراد سودمند واقع شود (هارفان^۳، ۲۰۰۶: ۲۱۹).

امروزه اعتیاد به مواد مخدر، یکی از معضلات اساسی زندگی بشری به شمار می‌رود. افزایش مصرف مواد مخدر طی قرن گذشته، نگرانی روزافزونی را برای همه جوامع در پی داشته است. در دهه‌های اخیر، جهان با آمارهای تکان‌دهنده‌ای از شیوع این پدیده در سطح جامعه و خصوصاً در میان جمعیت جوان و نوجوان مواجه شده است.

مصرف سالیانه مواد مخدر از سال ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۶ میلادی، پنج برابر شده است. (احسان منش به نقل از ملازاده، ۱۳۸۸: ۵۹). این پدیده در کشور ما طی سالیان اخیر روند صعودی داشته است تا حدی که وجود تقریباً دو میلیون معتاد به مواد افیونی در جامعه جوان ایران، پایین آمدن سن اعتیاد، شیوع خطرناک اعتیاد در بعضی از مراکز، مدارس و خوابگاه‌های دانشجویی و

امروزه با گسترش فناوری در فرآیند صنعتی شدن کشورهای غربی یکی از مقولاتی که مورد توجه اندیشمندان و متفکران علوم اجتماعی قرار گرفته، کیفیت زندگی و مطالعه ابعاد گوناگون آن است. بُعد عینی کیفیت زندگی که ناظر بر تأمین نیازهای اساسی و برخورداری از منابع مادی جهت تأمین خواست‌های اجتماعی شهروندان و مشارکت اجتماعی است به همراه بُعد ذهنی آن که استقلال، رضایت‌مندی، هدف‌داری در زندگی و رشد و پیشرفت امور شخصی و دگرخواهی را در بردارد، بُعد دیگری از کیفیت زندگی را که ابعاد ذهنی و عینی را توأمان مورد توجه قرار داده، شکل داده است.

اگرچه برخی از مؤلفان کیفیت زندگی را تنها احساس خوشبختی دانسته‌اند (میل‌براث^۴، ۱۹۷۸: ۸)، اما احساس خوشبختی برای سنجش کیفیت زندگی کافی نیست، این نظر هنگامی به اهمیت موضوع تحقیق می‌افزاید که شاخص‌های زیادی برای سنجش کیفیت زندگی در حوزه‌های مختلف ارائه شده‌اند، از جمله اشتغال، درآمد، اوقات فراغت و سلامت. پیشرفت در زمینه علوم انسانی و تجربی موجب افزایش فعالیت‌های اجتماعی شده و به‌مرور زمان محققین متوجه شده‌اند که کیفیت زندگی می‌تواند یکی از پیامدهای مهم در ارزیابی سلامت باشد (ماچین و فایرز^۵، ۲۰۰۰: ۲۹).

در دهه‌های پایانی هزاره دوم به دنبال طرح موضوع توسعه پایدار با تأکید بر توسعه اجتماعی، مفهوم سرمایه اجتماعی بیش از گذشته مورد تأمل قرار گرفت (هال‌پرن^۶، ۲۰۰۱: ۹). با آغاز هزاره سوم نیز توجه به جایگاه و نقش سرمایه اجتماعی تداوم یافت به شکلی که امروزه با حجم قابل توجهی از منابع و متون مرتبط با سرمایه اجتماعی سروکار داریم (بیجیل. زدی. جک و اس. چک^۷، ۲۰۰۵: ۶۸). در حوزه سرمایه اجتماعی

همکاران (۱۳۸۹) معتقدند کیفیت زندگی در معتادان مبتلا به HIV پایین‌تر از غیر معتادان مبتلا به HIV است. در همین راستا این پژوهش باهدف پاسخگویی به سؤالات زیر صورت گرفته است:

- آیا سرمایه اجتماعی بر کیفیت زندگی معتادان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران تأثیرگذار است؟
- کدام بُعد از سرمایه اجتماعی بر کیفیت زندگی معتادان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران تأثیرگذار است؟

چارچوب نظری تحقیق

در این پژوهش از نظریه آپهوف^۸ برای تنظیم چارچوب نظری تحقیق بهره جسته‌ایم، آپهوف برای ساختن یک چارچوب مفهومی از سرمایه اجتماعی معتقد است که می‌بایست سرمایه اجتماعی را به دو طبقه مرتبط به هم از پدیده‌ها تقسیم کرد: وی دو بُعد ساختاری و شناختی از سرمایه اجتماعی را مورد توجه قرار داده است. آپهوف سرمایه اجتماعی در شکل ساختاری‌اش را با شکل‌های گوناگون سازمان اجتماعی پیوند می‌زند، مواردی مانند نقش‌ها، قواعد، رسوم، رویه‌ها و دامنه وسیعی از شبکه‌هایی که به همکاری یا تعاون و خصوصاً کنش جمعی دوطرفه سودمند کمک می‌کنند. طبقه‌بندی شناختی از فرایندهای ذهنی مشتق شده و نتیجه آن ایده‌ها و عقایدی است که به‌وسیله فرهنگ و ایدئولوژی تقویت می‌شود، یعنی هنجارها، نگرش‌ها و باورهایی که به رفتار مبتنی بر همکاری و تعاون کمک می‌کنند (آپهوف، ۲۰۰۰: ۲۱۶).

عناصر سازمان اجتماعی در طبقه‌بندی ساختاری، کنش دوطرفه سودمند را به لحاظ کاهش هزینه‌ها و به وجود آوردن الگوهای کنش متقابل که نتایج مفید و مؤثری را به‌واسطه همکاری به وجود می‌آورد، تسهیل

وجود بیش از یک‌صد هزار زندانی مرتبط با اعتیاد در زندان‌های کشور، مسئله را از هشدار گذرانده و ضرورت بررسی‌های آسیب‌شناسی و کاربست راهبردهای درمانی و پیشگیری را مؤکد ساخته است (ملازاده، ۱۳۸۸: ۶۰).

امروزه در کشورهای درحال توسعه شاهد مصرف بیش‌ازپیش مواد مخدر به‌عنوان یکی از معضلات ناشی از تغییرات سریع اجتماعی هستیم این امر به‌ویژه در کلان‌شهرها بیش‌ازپیش مشاهده می‌گردد و در کلان‌شهر تهران نیز این مسئله هرروز در گوشه و کنار شهر به چشم می‌خورد. ازاین‌رو بررسی تبعات اجتماعی و فردی این مسئله ازجمله تأثیر سرمایه اجتماعی بر کیفیت زندگی افراد لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

هرچند در این زمینه پژوهش‌های متعددی صورت گرفته است که از آن جمله می‌توان به پژوهش‌های زیر اشاره نمود:

صادقی و همکاران (۱۳۹۴) عملکرد اجتماعی افراد مصرف‌کننده به افراد غیر مصرف‌کننده در سطح پایین‌تری قرار دارد. غلامی کوتنایی (۱۳۹۰) در پژوهش خود نشان داد سرمایه اجتماعی شناختی، پیش‌بینی‌کننده گرایش افراد به‌سوی مصرف مواد مخدر است. در همین راستا رحیمی و همکاران (۱۳۹۰) به این نتیجه رسیدند سرمایه اجتماعی ساختاری در پیشگیری از گرایش افراد به سمت مواد مخدر نقش مهمی را ایفاء می‌کند. همچنین محمودی و همکاران (۱۳۹۰) کیفیت زندگی معتادان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی، نسبت به افراد تحت درمان با متادون به دلیل سرمایه اجتماعی پایین‌تر آن‌ها، نازل‌تر است. قمری (۱۳۹۰) عملکرد خانوادگی و کیفیت زندگی افراد مصرف‌کننده مواد مخدر نسبت به افراد غیر مصرف‌کننده در سطح نازل‌تری قرار دارد. کتیایی و

می‌کند. ایده‌های ناشی از طبقه‌بندی شناختی، زمینه را برای مردم جهت کنش دوطرفه سودمند فراهم می‌آورد. هنجارها، ارزش‌ها، نگرش‌ها و باورهایی که سازنده سرمایه اجتماعی شناختی می‌باشند مواردی هستند که رفتار مبتنی بر همکاری و تعاون را منطقی و قابل احترام تلقی می‌کنند (آپهوف، ۲۰۰۰: ۲۱۹). نکته دیگری که در این مورد به‌وسیله آپهوف مطرح می‌شود، بیرونی و قابل مشاهده بودن سرمایه اجتماعی ساختاری و درونی و غیرقابل مشاهده بودن سرمایه اجتماعی شناختی است؛ اما هر دو قلمرو در عمل به هم متصل هستند. سازمان‌های رسمی و غیررسمی، کنش‌های متقابل، به همراه هنجارها، ارزش‌ها، نگرش‌ها و باورهای مشترک یک جمعیت، قادر است مقوم نتایج باشد. آپهوف این نوع مفهومی کردن سرمایه اجتماعی را همسو با ایده های کلمن^۹ و پوتنام می‌داند. آن‌ها در تعریف و تحلیلشان از سرمایه اجتماعی بر عناصر ساختی و شناختی آن تأکید داشته‌اند، اما سرمایه اجتماعی را بیشتر به صورت توصیفی بکار گرفته‌اند تا تحلیلی. آپهوف می‌گوید که این دو طبقه‌بندی از سرمایه اجتماعی در سطح بالایی به هم وابسته هستند، به‌گونه‌ای که هرکدام از اشکال (ساختاری- شناختی) به یکدیگر کمک می‌کنند. هر دوی آن‌ها از طریق مکانیسم انتظارات بر روی رفتار تأثیر می‌گذارند. هر دو

دسته از پدیده‌ها به‌وسیله تجارب شرطی شده، فرهنگ و یا تفکر غالب یک دوره و دیگر عوامل تأثیرگذار تقویت می‌شوند (آپهوف، ۲۰۰۰: ۲۲۲).

در این راستا محمد توکل با تلفیق تئوری جیمز کلمن و نان لین^{۱۰} شش نوع سرمایه اجتماعی را به دست آورده است که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد که شامل موارد زیر است:

- (۱) سرمایه درون‌گروهی ساختاری (مدت‌زمان و تکرار روابط صمیمانه در گروه‌های کوچک)
- (۲) سرمایه برون‌گروهی ساختاری (میزان ارتباط با خویشان و دوستان)
- (۳) سرمایه نهادی ساختاری (میزان عضویت فرد در انجمن‌های داوطلبانه)
- (۴) سرمایه درون‌گروه شناختی (اعتماد، تعهد و مسئولیت افراد نسبت به هم درون گروه‌های کوچک)
- (۵) سرمایه برون‌گروهی شناختی (میزان حمایت اجتماعی از طرف دوستان و خویشاوندان)
- (۶) سرمایه نهادی شناختی (اعتماد به مشاغل و مؤسسات دولتی و عموم مردم) (توکل، ۱۳۹۰: ۳۰).

جدول (۱): اشکال ساختاری و شناختی سرمایه اجتماعی

حوزه‌ها	ساختاری	شناختی
منابع و ظهور	نقش‌ها و قواعد شبکه‌ها و دیگر روابط بین شخصی شیوه‌ها و رسوم	هنجارها ارزش‌ها نگرش‌ها و باورها
قلمرو	سازمان‌های اجتماعی	فرهنگ مدنی
عوامل پویا	روابط افقی روابط عمودی	اعتماد- انسجام تعاون- خیرخواهی
عناصر مشترک	انتظاراتی که افراد را به‌سوی رفتار مبتنی بر همکاری و تعاون ترغیب می‌کند به وجود آورنده منافع دوطرفه است.	

Source: Uphoff, 2000

مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی

متذکر می‌شود که مهم‌ترین مسئله نظم اجتماعی، اعتماد و همبستگی اجتماعی است؛ یعنی بدون انسجام و نوعی پایداری، نظم اجتماعی غیرممکن است (چلبی، ۱۳۸۵: ۱۶).

انسجام اجتماعی

انسجام اجتماعی در یک حوزه تعاملی معین شکل و معنا پیدا می‌کند. دورکیم احساسی را که در میدان تعاملی به وجود می‌آید، عاطفه جمعی می‌نامد. از نظر دورکیم، عاطفه جمعی عمیق، اکثراً طی مناسک جمعی به وجود می‌آید و بدین نحو موجبات افزایش و تحکیم انسجام اجتماعی را فراهم می‌کند (چلبی، ۱۳۸۵: ۴۵).

مشارکت اجتماعی

مشارکت اجتماعی دربرگیرنده انواع مختلف کنش‌های فردی و گروهی به‌منظور دخالت در تعیین سرنوشت خود و جامعه و تأثیر نهادن بر فرایندهای تصمیم‌گیری درباره امور عمومی است. مشارکت می‌تواند در دو سطح مطرح باشد: ۱- بُعد ذهنی مشارکت که همان تمایل به مشارکت اجتماعی است که در نتیجه اعتماد و سایر عوامل زمینه‌ساز در افراد ایجاد می‌شود؛ ۲- بُعد عینی و رفتاری مشارکت اجتماعی که به‌صورت عضویت، نظارت، اجرا و تصمیم‌گیری بروز می‌کند که همان پیوند عینی افراد است (موسوی، ۱۳۸۵: ۱۹). مقیاس مشارکت اجتماعی چاپین^{۱۸} یکی از مقیاس‌هایی است که به لحاظ علمی برای سنجش مشارکت اجتماعی در ادبیات مشارکت مورد توجه قرار گرفته است. این مقیاس شامل مقوله‌های تعلق سازمانی، حضور در نشست‌ها، کمک‌های مالی، عضویت در کمیته‌ها و داشتن مسئولیت است.

مؤلفه‌های اصلی سرمایه اجتماعی، چهار مؤلفه اعتماد اجتماعی، پیوند و تعاملات اجتماعی، انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی محسوب می‌شوند که در یک رابطه متعامل قرار گرفته و هرکدام تقویت‌کننده دیگری است. توجه به انسجام اجتماعی در آثار پیشکسوتان علوم اجتماعی چون دورکیم^{۱۱} و تونیس^{۱۲} جایگاه ویژه‌ای دارد. همچنین زتومکا^{۱۳} که در میان جامعه‌شناسان معاصر بحث اعتماد اجتماعی را مورد عنایت قرار داده، معتقد است که توجه به اعتماد اجتماعی ایده جدیدی نیست، بلکه یک جریان فکری چند قرنی است که به نظر میجلی^{۱۴} مشارکت اجتماعی موضوعی کاملاً ایدئولوژیکی و بازتاب اعتقادات ناشی از نظریه‌های اجتماعی و سیاسی در این خصوص است که جوامع چگونه باید سازمان‌دهی شوند (توکل، ۱۳۹۰: ۳۲).

اعتماد اجتماعی

اعتماد اولین بخش سرمایه اجتماعی است که به نوع ارتباط بین افراد مربوط می‌شود. اعتماد، ارتباط تنگاتنگی با ارتباط تعمیم‌یافته دارد و به‌طور کلی شاخص بسیار مناسبی برای پیوندهای مثبت و متقابل است (موسوی، ۱۳۸۵: ۱۷). نظریه‌پردازانی مانند گیدنز^{۱۵} بین انواع اعتماد هم تمایز قائل می‌شوند: اعتماد به افراد خاص و اعتماد به افراد یا نظام‌های انتزاعی، اعتماد انتزاعی دربرگیرنده آگاهی از مخاطره و فرد مورد اعتماد است (لومان^{۱۶} به نقل از موسوی، ۱۹۸۸: ۱۷). برای ارزیابی سرمایه اجتماعی در سطح ملی، سنجش اعتماد به نهادهای مختلف اجتماعی ضرورت دارد. در فرایند توسعه اجتماعی میزان عضویت اعضای جامعه در گروه‌ها، سازمان‌ها و انجمن‌های مختلف افزایش می‌یابد و آمادگی فرد برای برقراری ارتباط بیشتر می‌شود و بدین ترتیب اعتماد اجتماعی متقابل تعمیم می‌پذیرد. از این رو آیزنشتات^{۱۷}

پیوند و تعاملات اجتماعی

- بین خُرده مقیاس‌های سرمایه اجتماعی ساختاری باکیفیت زندگی معتادان به مواد مخدر رابطه معناداری وجود دارد.
- بین خُرده مقیاس‌های سرمایه اجتماعی شناختی باکیفیت زندگی معتادان به مواد مخدر رابطه معناداری وجود دارد.

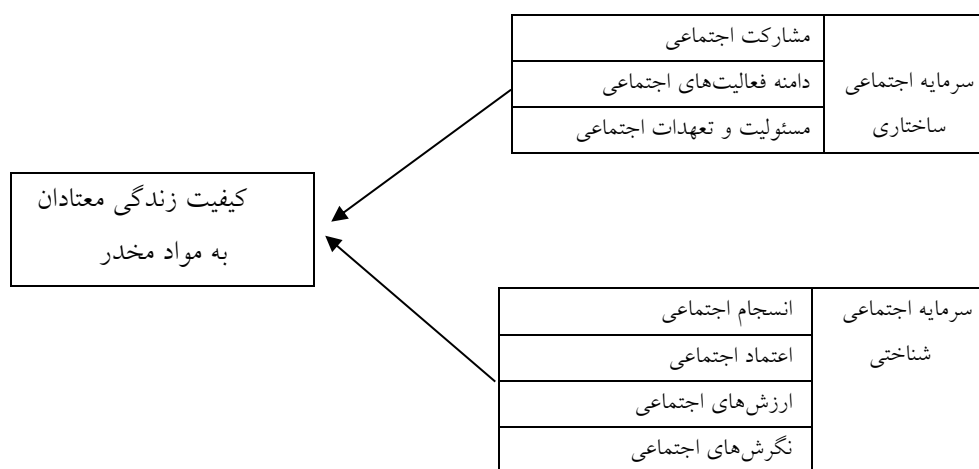
روش تحقیق

این تحقیق از نظر ماهیت به دو شکل کمی و کیفی است و از روش کمی در انجام این پژوهش استفاده شده است. جامعه آماری را کلیه معتادان به مواد مخدر و مراجعه‌کننده به مراکز درمانی سوءمصرف مواد سازمان بهزیستی در شهر تهران تشکیل داده‌اند که از این میان ۳۸۰ نفر بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس به‌عنوان جمعیت نمونه انتخاب شده‌اند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها دو پرسشنامه محقق ساخته سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی است که هر دو دارای اعتبار صوری بوده و پایایی آن‌ها نیز به‌وسیله ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده چنانچه این ضریب برای پرسشنامه سرمایه اجتماعی ۰/۸۱ و برای پرسشنامه

پیوند اجتماعی بیانگر پیوندهای عینی بین افراد و ارتباطات آن‌ها با یکدیگر است. این پیوند دارای دو بخش است: الف) پیوند عینی بین افراد: نوعی ساختار شبکه‌ای عینی که می‌بایست برقرارکننده ارتباط بین افراد باشد. این بخش حکایت از آن دارد که افراد در فضای اجتماعی با یکدیگر پیوند دارند؛ اما باید دانست که این نوع پیوند بین افراد به‌عنوان سرمایه اجتماعی با عضویت در گروه یا اجتماع، اولاً، از سرمایه اجتماعی و ثانیاً، از مشارکت اجتماعی منفک هستند. عضویت در هر گروه اجتماعی الزاماً دربرگیرنده همانندی نیست. ب) پیوند ذهنی: پیوندهای بین افراد می‌بایست دارای ماهیت متقابل مبتنی بر اعتماد و دارای هیجانان مثبت باشد؛ بنابراین عدم اعتماد و پیوندها در افراد سبب عدم مشارکت آن‌ها در فعالیت‌های اجتماعی می‌شود (موسوی، ۱۳۸۵: ۱۹).

فرضیه تحقیق

- بین ابعاد سرمایه اجتماعی (شناختی و ساختاری) باکیفیت زندگی معتادان به مواد مخدر رابطه معناداری وجود دارد.



شکل ۱: مدل تحقیق

کیفیت زندگی ۰/۷۸ است. بعد از جمع‌آوری داده‌ها از نمونه‌های موردبررسی به‌وسیله پرسشنامه و کدگذاری آنان، داده‌ها به کامپیوتر داده شد و با استفاده از نرم‌افزار Spss داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌های پژوهش

جدول (۲): رابطه میان ابعاد سرمایه اجتماعی و

کیفیت زندگی معنادان به مواد مخدر

ابعاد سرمایه اجتماعی	r	سطح معناداری
سرمایه اجتماعی ساختاری	۰/۴۲۱	۰/۰۰۱
سرمایه اجتماعی شناختی	۰/۵۱۲	۰/۰۰۰

بر اساس یافته‌های جدول فوق که به بررسی آزمون اول این پژوهش می‌پردازد و با کمک آزمون همبستگی پیرسون (r) به دست آمده است میان ابعاد ساختاری و شناختی سرمایه اجتماعی با سطح کیفیت زندگی معنادان به مواد مخدر رابطه معناداری وجود دارد، به نحوی که میان سرمایه اجتماعی ساختاری با کیفیت زندگی این افراد با توجه به ضریب همبستگی که برابر با ۰/۴۲۱ و سطح معناداری آن که برابر با ۰/۰۰۱ است، رابطه مثبت معناداری وجود دارد، همچنین میان سرمایه اجتماعی شناختی با کیفیت زندگی این افراد با توجه به ضریب همبستگی ۰/۵۱۲ و سطح معناداری آن که برابر با ۰/۰۰۰ است رابطه مثبت معناداری وجود دارد.

بر اساس یافته‌های جدول شماره ۳ که به نوعی یافته‌های جدول شماره ۲ را با تفصیل بیشتر بیان می‌کند و به بررسی فرضیات دوم و سوم این پژوهش پرداخته است، میان مشارکت اجتماعی با ضریب همبستگی ۰/۴۱۴ و سطح معناداری ۰/۰۰۵، از یکسو و خُرده مقیاس دامنه فعالیت اجتماعی با ضریب همبستگی ۰/۳۸۵ و سطح معناداری ۰/۰۰۰ از سوی دیگر و همچنین ضریب همبستگی مسئولیت و تعهدات اجتماعی با ضریب همبستگی ۰/۲۵۶ و سطح معناداری ۰/۰۰۱ که هر سه از خُرده مقیاس‌های بُعد ساختاری سرمایه اجتماعی هستند با کیفیت زندگی معنادان به مواد مخدر رابطه معنادار وجود دارد. در بخش دوم این جدول که به بررسی رابطه میان ابعاد شناختی سرمایه اجتماعی معنادان به مواد مخدر با کیفیت زندگی آنان می‌پردازد در مورد خُرده مقیاس انسجام اجتماعی با ضریب همبستگی ۰/۲۲۳ با سطح معناداری ۰/۰۰۳ رابطه منفی وجود دارد، اما در مورد سه خُرده مقیاس دیگر یعنی اعتماد اجتماعی با ضریب ۰/۴۱۹ و سطح معناداری ۰/۰۰۰ و ارزش‌های اجتماعی با ضریب همبستگی ۰/۳۱۴ سطح معناداری ۰/۰۰۰ همراه با نگرش‌های اجتماعی با ضریب همبستگی ۰/۱۷۱ و سطح معناداری ۰/۰۰۰ با کیفیت زندگی معنادان به مواد مخدر در کلان‌شهر تهران رابطه معنادار

جدول (۳): رابطه میان خُرده مقیاس‌های سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی معنادان به مواد مخدر

sig	r	میانگین	خُرده مقیاس‌های سرمایه اجتماعی	ابعاد سرمایه اجتماعی
۰/۰۰۵	۰/۴۱۴	۸/۲۴	مشارکت اجتماعی	سرمایه اجتماعی
۰/۰۰۰	۰/۳۸۵	۶/۵۱	دامنه فعالیت‌های اجتماعی	
۰/۰۰۱	۰/۲۵۶	۱۶/۹۴	مسئولیت و تعهدات اجتماعی	
۰/۰۰۳	۰/۲۲۳	۱۴/۱۶	انسجام اجتماعی	سرمایه شناختی
۰/۰۰۰	۰/۴۱۹	۳۱/۲۶	اعتماد اجتماعی	
۰/۰۰۰	۰/۳۱۴	۳۸/۷۵	ارزش‌های اجتماعی	
۰/۰۰۰	۰/۱۷۱	۵۴/۸۰	نگرش‌های اجتماعی	

با مقدار ($Beta=0/28$) و ضریب معنی‌داری ($Sig.T=0/005$) در مرحله ششم و در نهایت نگرش-های اجتماعی با مقدار ($Beta=0/68$) و ضریب معنی-داری ($Sig.T=0/000$) در مرحله هفتم به ترتیب وارد معادله رگرسیونی شده‌اند و در مجموع این هفت متغیر توانسته‌اند ۰/۶۴ درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین کنند. ($R2=0/64$)

مدل ساختاری رابطه بین متغیرهای مستقل و متغیرهای وابسته

مدل تجربی پژوهش یک مدل علی از نوع تحلیل مسیر^{۱۹} است. نکته حائز اهمیت در مدل‌های تحلیل مسیر آن است که با استفاده از این مدل‌ها می‌توان به حجم عظیمی از اطلاعات که می‌تواند روابط علی ارزشمندی را بیان کند، دست‌یافت. برای رسم مدل مسیر از ضرایب مسیر متغیرهایی استفاده شده است که مقدار T آن‌ها در سطح معناداری قرار دارد. ضریب مسیر در این مدل نماینده شدت رابطه بین دو متغیر با ثابت نگه‌داشتن اثر متغیرهای دیگر موجود در مدل است. در ضمن فلش‌های اضافی که از بیرون به متغیرها هدایت شده‌اند، مقداری از واریانس توضیح داده نشده برای هر متغیر است که کنترل آن‌ها خارج از توان پژوهشگر است.

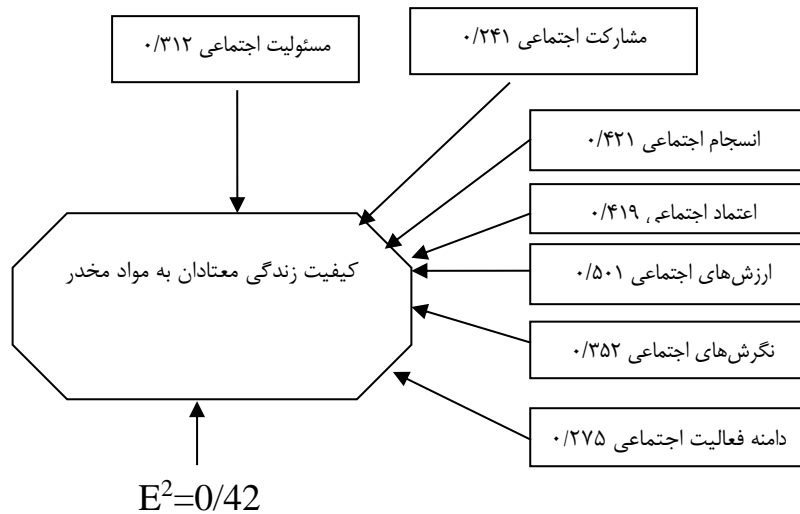
مستقیم و مثبت وجود دارد. در مجموع می‌توان ادعا کرد علاوه بر تأیید فرضیه‌های این پژوهش، میان‌خُرده مقیاس‌های ابعاد ساختاری و شناختی سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی معنادار به مواد مخدر رابطه معنادار مستقیم و مثبت وجود دارد.

تحلیل رگرسیون چند متغیره

در این پژوهش از آماره رگرسیون چند متغیره به شیوه گام‌به‌گام استفاده شده است. در این روش متغیرهای مختلف به ترتیب میزان اهمیت در تبیین متغیر وابسته وارد معادله می‌شوند. جدول شماره سه متغیرهای مستقل درون معادله برای تبیین متغیر کیفیت زندگی معنادار به مواد مخدر را نشان می‌دهد. در اینجا کل متغیرهای مستقل زمینه‌ای و مستقل واسطه‌ای به شیوه گام‌به‌گام وارد معادله شدند و هفت متغیر مشارکت اجتماعی با مقدار ($Beta=0/62$) و ضریب معنی‌داری ($Sig.T=0/000$) در مرحله اول، دامنه فعالیت اجتماعی با مقدار ($Beta=0/54$) و ضریب معنی‌داری ($Sig.T=0/000$) در مرحله دوم، مسئولیت و تعهدات اجتماعی با مقدار ($Beta=0/48$) و ضریب معنی‌داری ($Sig.T=0/000$) در مرحله سوم و انسجام اجتماعی با مقدار ($Beta=0/42$) و ضریب معنی‌داری ($Sig.T=0/003$) در مرحله چهارم و اعتماد اجتماعی با مقدار ($Beta=0/30$) و ضریب معنی‌داری ($Sig.T=0/002$) در مرحله پنجم، ارزش‌های اجتماعی

جدول (۴): عناصر متغیرهای مستقل درون معادله برای پیش‌بینی کیفیت زندگی معنادار به مواد مخدر

مرحل	متغیر	B	Beta	مقدار T	سطح معناداری	R
مرحله اول	مشارکت اجتماعی	۰/۷۴	۰/۶۲	۷/۵۷	۰/۰۰۰	۰/۴۸
مرحله دوم	دامنه فعالیت اجتماعی	۰/۷۸	۰/۵۴	۵/۸۸	۰/۰۰۰	۰/۵۰
مرحله سوم	مسئولیت و تعهدات اجتماعی	۳/۴۷	۰/۴۸	۴/۷۸	۰/۰۰۰	۰/۵۳
مرحله چهارم	انسجام اجتماعی	۷/۳۵	۰/۴۲	۳/۶۹	۰/۰۰۳	۰/۵۵
مرحله پنجم	اعتماد اجتماعی	۴/۲۲	۰/۳۰	۶/۵۱	۰/۰۰۲	۰/۵۹
مرحله ششم	ارزش‌های اجتماعی	۰/۲۳	۰/۲۸	۱۲/۴	۰/۰۰۰	۰/۶۲
مرحله هفتم	نگرش‌های اجتماعی	۰/۴۱	۰/۶۸	۶/۳۲	۰/۰۰۰	۰/۶۴



بحث و نتیجه‌گیری

۲۰۰۶: ۲۹). این مباحث در حالی مطرح است که در کشورهای درحال توسعه شاهد مصرف بیش از پیش مواد مخدر به‌عنوان یکی از معضلات ناشی از تغییرات سریع اجتماعی هستیم. این امر به‌ویژه در کلان‌شهرها نمود بیشتری دارد، در کلان‌شهر تهران نیز این مسئله در حال گسترش است. با در نظر گرفتن وضعیت موجود، بررسی تبعات اجتماعی و فردی اعتیاد ازجمله تأثیر سرمایه اجتماعی بر روی کیفیت زندگی افراد معنادار لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

بر اساس یافته‌های این پژوهش، در فرضیه اول میان سرمایه اجتماعی ساختاری باکیفیت زندگی این افراد با توجه به ضریب همبستگی که برابر با ۰/۴۲۱ و سطح معناداری آن که برابر با ۰/۰۰۱ است، رابطه مثبت معناداری وجود دارد، همچنین میان سرمایه اجتماعی شناختی باکیفیت زندگی این افراد با توجه به ضریب همبستگی ۰/۵۱۲ و سطح معناداری آن که برابر با ۰/۰۰۰ است رابطه مثبت معناداری وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های صادقی و همکاران (۱۳۹۴)، محمودی و همکاران (۱۳۹۰) و قمری (۱۳۹۰) همسو است. در تبیین این یافته، سرمایه اجتماعی در سطح خرد به دو بُعد شناختی و ساختاری تقسیم شده است. بُعد شناختی به بخش نامحسوس

امروزه مطالعات کیفیت زندگی یکی از مقوله‌های مهم در مباحث جامعه‌شناسی و روان‌شناسی است که هر ساله حجم زیادی از پژوهش‌ها را به خود اختصاص داده و عوامل مرتبط با آن همواره مورد توجه صاحب‌نظران قرار گرفته و برخی از پژوهش‌های علوم اجتماعی به بررسی موضوعات مربوط به سلامت و بهداشت روانی فردی و اجتماعی تخصیص یافته است. توجه جدی به این حوزه از مطالعات، از این جهت اهمیت دارد که هزینه اجتماعی اختلالات روانی بر عملکرد فرد تأثیر گذاشته و زندگی فردی و اجتماعی وی را مختل می‌سازد. موضوع سرمایه اجتماعی ازجمله موضوعاتی است که در سال‌های اخیر مطرح شده و در همین راستا جایگاه سرمایه اجتماعی و نقش آن در کیفیت زندگی افراد، مورد توجه و تأمل اندیشمندان قرار گرفته است (پاتنام، ۱۹۹۵: ۱۱). سرمایه اجتماعی عوامل تنش و اضطراب در زندگی را کاهش داده و خطر این عوامل را نیز کم می‌کند. سرمایه اجتماعی هم‌چنین می‌تواند حوادث منفی زندگی را بکاهد و هنگام بروز تغییرات و ایجاد چالش‌های گوناگون زندگی یاری بخش افراد باشد (هارفان،

شکلی دسترسی دارند. مهم‌ترین جنبه‌های این عنصر عبارت‌اند از: روابط گروهی، پیکربندی روابط گروهی و سازمان‌های مناسب. یکی از عوامل مهم در سوق دادن افراد به سوی مصرف مواد مخدر، داشتن رابطه گروهی با اشخاص مصرف‌کننده از یک سو و نداشتن پیوند و رابطه گروهی با افراد سالم جامعه از سوی دیگر است. مصرف‌کنندگان مواد مخدر پس از مدتی از شروع مصرف به دلیل مزوی شدن در جامعه و نداشتن رابطه با سایر افراد از نظر میزان سرمایه اجتماعی ساختاری به شدت محدود شده، در نتیجه سطح کیفیت زندگی این افراد نیز به شدت کاهش می‌یابد. از سوی دیگر اگر رابطه اجتماعی میان گروه‌هایی که فرد قبل از مصرف مواد مخدر و وابستگی به آن با وی قطع نشود، این رابطه می‌تواند به‌عنوان یک انگیزه قوی در درمان اعتیاد به مصرف مواد مخدر و نیز ارتقاء کیفیت زندگی به این افراد کمک کند. در این راستا گسترش روابط درونی و بیرونی و ایجاد شرایط مناسب برای ارتباط بین این افراد، زمینه تغییر، پیشرفت و رهایی از اعتیاد را در این افراد فراهم می‌سازد. همچنین سازمان‌های اجتماعی می‌توانند زمینه‌ساز شبکه ارتباطی بین افراد و دانش و اطلاعاتشان باشند و از طریق گسترش ابعاد شناختی سرمایه اجتماعی، بستری مناسب برای ایجاد و تبادل انگیزه جهت توانمندسازی این گروه را فراهم کنند.

در فرضیه سوم که به بررسی رابطه میان ابعاد شناختی سرمایه اجتماعی معتادان به مواد مخدر با کیفیت زندگی آنان پرداخته شده است، در مورد خُرده مقیاس انسجام اجتماعی با ضریب همبستگی $0/223$ با سطح معناداری $0/003$ رابطه منفی وجود دارد اما در مورد سه خُرده مقیاس دیگر یعنی اعتماد اجتماعی با ضریب $0/419$ و سطح معناداری $0/000$ و ارزش‌های اجتماعی با ضریب همبستگی $0/314$ سطح معناداری $0/000$ همراه با نگرش‌های اجتماعی با ضریب

سرمایه اجتماعی مانند ارزش‌ها، عقاید، نگرش‌ها، رفتارها و هنجارهای اجتماعی می‌پردازد. ارزش‌های شناختی به روحیه اعتماد و یکپارچگی اعضاء و همین‌طور ارتباط متقابل که میان اعضاء یک جامعه وجود دارد می‌پردازد. این ارزش‌ها شرایطی را در جامعه یا سازمان به وجود می‌آورند که در آن اعضا برای تولید کالای مشترک می‌توانند باهم همکاری کنند. بُعد ساختاری سرمایه اجتماعی دربرگیرنده ساختارها و شبکه‌هایی است که حاوی فرایندهای تصمیم‌گیری جمعی روشن، رهبران پاسخگو و مسئولیت متقابل است. میزان سرمایه اجتماعی، بستگی به سه عامل، تعداد اعضاء موجود در شبکه، احتمال واگذاری منابع در اختیار اعضاء موجود در شبکه و میزان ارزش منابع در اختیار اعضاء موجود در شبکه دارد. به عبارتی هر چه شبکه گسترده‌تر باشد، سرمایه اجتماعی تقویت می‌شود و بالعکس. همین‌طور هر چه میزان ارزش منابع و احتمال واگذاری منابع افزایش یابد، تعداد سرمایه اجتماعی به شکل تصاعدی افزایش می‌یابد.

در فرضیه دوم نشان داده شد که میان خُرده مقیاس‌های مشارکت اجتماعی با ضریب همبستگی $0/414$ و سطح معناداری $0/005$ ، از یک سو و خُرده مقیاس دامنه فعالیت اجتماعی با ضریب همبستگی $0/385$ و سطح معناداری $0/000$ از سوی دیگر و همچنین ضریب همبستگی مسئولیت و تعهدات اجتماعی با ضریب همبستگی $0/256$ و سطح معناداری $0/001$ که هر سه از خُرده مقیاس‌های بُعد ساختاری سرمایه اجتماعی هستند، با کیفیت زندگی معتادان به مواد مخدر رابطه معناداری وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های صادقی و همکاران (۱۳۹۴) رحیمی و همکاران (۱۳۹۰) کتیبایی و همکاران (۱۳۸۹) همسو است. در تبیین این یافته به نظر می‌رسد عنصر ساختاری سرمایه اجتماعی اشاره به الگوی کلی تماس‌های بین افراد دارد، یعنی افراد به چه کسانی و به چه

- همبستگی ۰/۱۷۱ و سطح معناداری ۰/۰۰۰ با کیفیت زندگی معتادان به مواد مخدر و مراجعه‌کننده به مراکز سوءمصرف مواد در شهر تهران رابطه معنادار مستقیم و مثبت وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های غلامی کوتنایی (۱۳۹۰)، محمودی و همکاران (۱۳۹۰)، قمری (۱۳۹۰) و کتیبایی و همکاران (۱۳۸۹) همسو است. در تبیین این یافته به نظر می‌رسد عنصر شناختی سرمایه اجتماعی اشاره به منابعی دارد که فراهم‌کننده، مظاهر، تعبیرها، تفسیرها و سیستم‌های معانی مشترک در میان گروه‌هاست. مهم‌ترین جنبه‌های این بُعد از سرمایه اجتماعی عبارت‌اند از: زبان و قواعد مشترک و حکایات مشترک یا همان تجربیات و خاطرات مشترک. به این معنی که افراد معتاد به مواد مخدر به دلیل مشکلات فردی، میان فردی و اجتماعی به مصرف مواد مخدر گرایش پیدا می‌کنند؛ اما از سوی دیگر داشتن توان مقابله در برابر این مواد که نشأت گرفته از مخاطرات آن‌ها است، می‌تواند به‌عنوان یک عامل مؤثر در درمان این بیماری نقش مهمی ایفا کند. بُعد شناختی سرمایه اجتماعی قادر است در حکم یک عامل محافظتی در برابر مشکلات منجر به اعتیاد در میان افرادی که قصد قطع وابستگی خود به این مواد را دارند، عمل کند. افرادی که سابقه مصرف مواد مخدر در زندگی دارند، معمولاً با اطرافیان خود رابطه اندکی داشته و از داشتن یک‌زبان مشترک برای تبادل اندیشه و بیان احساسات با اطرافیان خود محروم هستند. این افراد قدرت تبادل مفاهیم با دیگران و به دست آوردن تجربه مشترک را از دست داده، از این‌رو دچار انزوای اجتماعی شده و کیفیت زندگی آن‌ها نیز به شدت کاهش می‌یابد و در مقابل آن با افزایش بُعد شناختی سرمایه اجتماعی، کیفیت زندگی آنان نیز روند بهبودی پیدا می‌کند.
- منابع و مأخذ**
- توکل، محمد و مقصودی، سوده. ۱۳۹۰. سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی، مکانیسم‌ها و مدل‌های علی و تعاملی، فصلنامه علمی و پژوهشی رفاه اجتماعی، سال ۱۱، شماره ۴۲.
- چلبی، مسعود. ۱۳۷۵. جامعه‌شناسی نظم. تهران: نشر نی.
- رحیمی، فاطمه؛ اسماعیلی، مریم؛ نوری، ابوالقاسم؛ مهدوی، علیرضا. ۱۳۹۰. بررسی سرمایه اجتماعی با تأکید بر نقش سازمان‌های مردم‌نهاد در پیشگیری از اعتیاد، پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی، زمستان ۱۳۹۰، دوره ۱، شماره ۴، ۶۲-۴۵.
- صادقی، نرگس؛ داوری دولت آبادی، الهام؛ ضیایی راد، مرضیه؛ رحمانی اعظم؛ قدوسی آر. ۱۳۹۴. کیفیت زندگی و ارتباط آن با مشخصات زمینه‌ای و ارتباطات خانواده در نوجوانان و جوانان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد، مجله رفاه اجتماعی، دوره ۱۵، شماره ۵۷، ۷۲-۵۷.
- غلامی کوتنایی، کوروش؛ قربان نژاد شهرودی، یداله. ۱۳۹۰. بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی خانواده بر اعتیاد جوانان (شهر قائم‌شهر)، پژوهش‌های جامعه‌شناسی معاصر، دوره ۲، شماره ۴، ۱۳۹-۱۱۵.
- قمری، محمد (۱۳۹۰). مقایسه ابعاد عملکرد خانواده و کیفیت زندگی و رابطه این متغیرها در بین افراد معتاد و غیر معتاد، اعتیاد پژوهی، دوره ۵، شماره ۱۸، ۶۸-۵۵.
- کتیبایی، ژیلا؛ حمیدی، هوشنگ؛ یاریان، سجاد؛ قنبری، سعید، سیدموسوی، پریسادات. ۱۳۸۹. مقایسه کیفیت زندگی، تنیدگی و سلامت روان در معتادان و غیر معتادان مبتلابه HIV و افراد سالم، مجله علوم رفتاری، دوره ۴، شماره ۲، ۱۳۹-۱۳۵.

- Putnam, R. (2000). Bowling Alone: The collaps and revival of American community, New York: Simon and Schaster Press.
- Uphoff, N. (2000). "Understanding Social Capital, Learning from the Analysis and Experiences of Participation, in Dasgupta and Seregeldin, Social Capital: A Multifaceted Perspective." Institutional Analysis, Washington DC, USA. World Bank.
- محمودی، قهرمان؛ امیری، محمد؛ جهانی، محمدعلی؛ حاجی بکلو، عصمت. ۱۳۹۰. بررسی وضعیت سلامت روانی و کیفیت زندگی معنادار مراجعه‌کننده به مراکز گذری و نگاه‌دارنده متادون درمانی شهرستان ساری، دوره ۳، شماره ۴-۳، ۱۷-۷.

یادداشت‌ها

- ملازاده، جواد و عاشوری، احمد. ۱۳۸۸. بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری در پیشگیری از عود و بهبود کیفیت زندگی افراد معتاد. دو ماهنامه علمی و پژوهشی دانشور رفتار، سال ۱۶، شماره ۳۴.
- موسوی، میر طاهر. ۱۳۸۵. مشارکت اجتماعی یکی از مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی، فصلنامه علمی و پژوهشی رفاه اجتماعی، سال ۶، شماره ۲۳.
- میر فردی، اصغر. ۱۳۸۵. بررسی ارتباط بین وضعیت توسعه انسانی ایرانیان و ارزش‌های آنها، پایان‌نامه دکتری جامعه‌شناسی. دانشگاه شیراز.
- Beugelsdijk, S. & Schaik, T. (2005). Differences in Social Capital between 54 Western European Regions. Regional Studies, 39.
- Foyers, P M, Mach in. D. (2000). Quality of Life Assessment, Analysis and Interpretation. New York. John Willy.
- Halpern, D. (2005). Social capital. London: Polity Press.
- Harphan, T, Mckenzie, K. (2006). Social capital and mental health, London, Jessica Kingsley Publishers.
- Milbrath, L. W. (1978). Indicators of Environmental Quality in Indicators of Environmental Quality and Quality of Life, UNESCO Reports and Papers in the Social Sciences, No. 38. Paris: UNESCO.
- Nogueira, H.(2009). Healthy communities: The challenge of social capital in the Lisbon Metropolitan Area, Health & Place 15,133-139, Available online: www.elsevier.com/locate/healthplace.
- ¹ Milbrath
- ² Machin & Fayers
- ³ Halpern
- ⁴ Begelsdijk & Schaik..
- ⁵ Nogueira
- ⁶ Putnam
- ⁷ Harphan
- ⁸ Thomas Norman, Uphoff
- ⁹ James Kelman
- ¹⁰ Nan Lin
- ¹¹ David Emile Durkheim
- ¹² Ferdinand Tonnies
- ¹³ Piotr Sztompka
- ¹⁴ James Midgley
- ¹⁵ Anthony Giddens
- ¹⁶ Luhmann,
- ¹⁷ Eisensadt
- ¹⁸ Chapin
- ¹⁹ Path Analysis