



نقش مشارکت اجتماعی در بهبود بهزیستی روانی و بازتوانی معتادان شهر یزد

کاظم برزگر بفرویی^۱، حمیده همتی^۲، مرجان دربییدی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۱/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۸/۱۲

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی نقش و تأثیر مشارکت اجتماعی در بهبود بهزیستی روانی و بازتوانی معتادان بود. **روش:** جامعه مورد مطالعه این پژوهش افراد معتاد مراجعه کننده به مراکز درمان معتادان شهر یزد در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۵ بودند. تعداد ۳۰۰ فرد معتاد با بهره گیری از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه‌ی بهزیستی اجتماعی کیز برای بررسی مشارکت اجتماعی، مراحل آمادگی برای تغییر و اشتیاق برای درمان و بهزیستی روان شناختی ریف به عنوان ابزار مورد استفاده قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد مشارکت اجتماعی اثر مستقیم معنادار بر بهزیستی روانی و بازتوانی افراد معتاد دارد و در نهایت بهزیستی روانی نقش واسطه‌ای خود را به خوبی ایفا کرده و مشارکت اجتماعی با واسطه‌گری بهزیستی روانی بر بازتوانی افراد معتاد اثر غیرمستقیم دارد. **نتیجه گیری:** نتایج نشان داد که بازتوانی افراد معتاد توسط مشارکت اجتماعی و رفتار روانی پیش‌بینی می‌شود.

کلیدواژه‌ها: مشارکت اجتماعی، بهزیستی روانی، بازتوانی معتادان

۱. نویسنده مسئول: استادیار گروه علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه یزد، یزد، ایران، پست الکترونیکی:

k.barzegar@yazd.ac.ir

۲. کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی دانشگاه یزد، یزد، ایران

۳. کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی دانشگاه یزد، یزد، ایران

مقدمه

اعتیاد پدیده‌ای است که از شش هزار سال پیش به تدریج در تار و پود جوامع بشری رسوخ کرده است؛ به طوری که امروزه طیف وسیعی از مردمان جهان را در کام خویش فرو برده، خانواده‌های بسیاری را به پیامدهای ناگوارش مبتلا ساخته و امنیت جوامع را به خطر انداخته است (چاسن، پرسون، روز و شرم،^۱ ۲۰۰۷). اعتیاد یا سوء مصرف مواد به حالتی گفته می‌شود که فرد علی‌رغم عواقب و علائم نامطلوب ناشی از مصرف، اقدام به ادامه‌ی مصرف ماده‌ای را می‌کند که در وی ایجاد تغییرات خلقی یا رفتاری کرده یا دچار اختلالات عصبی ناشی از آن رفتارها می‌شود (انگرس و بتیناردی،^۲ ۲۰۰۸) و امروزه از آن با عنوان وابستگی به مواد^۳ تعبیر می‌شود (مستشاری و وزیران، ۱۳۸۱؛ اختر محقق، ۱۳۸۵). مهم‌ترین ویژگی وابستگی به مواد مجموعه‌ای از نشانه‌های جسمی؛ رفتاری و روان‌شناختی است که دلالت بر آن دارند که شخص با وجود داشتن مشکلات قابل توجه در رابطه‌ی با مصرف مواد به مصرف آن ادامه می‌دهد؛ و برای رفع این نیاز به انجام رفتارهای مخاطره‌آمیزی ناگزیر می‌شود که زندگی اجتماعی و فردی وی را دچار اختلال می‌کند (صلحی و ابوالفتحی، ۱۳۹۲؛ بهرامی احسان، ۱۳۹۲)؛ و دشواری‌های ناشی از آن همه ابعاد فرد، خانواده و حتی جامعه را تحت تأثیر قرار داده و منابع عظیم اجتماعی را در قلمرو مادی و معنوی از بین می‌برد (لی، هرنگل، کاسترمن، اسمال و هاوکینس،^۴ ۲۰۱۳؛ شبانی، ۱۳۸۰).

پژوهش کیفی بررسی مشکل‌های اجتماعی در ایران (مدنی، وامقی و رفیعی، ۲۰۰۷، به نقل از نوربالا، ۱۳۹۰)، از افراد صاحب نظر نشان داد که اعتیاد به عنوان مهم‌ترین مشکل اجتماعی ایران در نظر گرفته شده است. مواد مخدر اثرات مفید موقتی دارند که عبارت است از دردزدایی، اضطراب‌زدایی، نشاط‌افزایی، جسارت‌زایی و مهارت‌گسیختگی. اثرات تداوم در مصرف مواد مخدر عبارت است از ایجاد وابستگی فیزیکی و روانی و تحمل. مرداب اعتیاد محصول پدیده فریبده اثرات مفید و گذرای مواد و درگیرشان در

1. Chassin, Presson, Rose, & Sherman
2. Angres, & Bettinardi

3. drug dependence
4. Lee, Herrenkohl, Kosterman, Small, & Hawkins

دام پدیدده وابستگی و تحمل است (نوربالا، ۱۳۹۰) و مهم ترین عوارض روانی اعتیاد نیز عبارتند از افسردگی، اضطراب، فراموشی، روان‌پریشی و اختلالات مغزی، لیکن از مشکلات اجتماعی ناشی از اعتیاد می‌توان از جرمی مثل سرقت، فحشا و خشونت، افزایش مشاغل کاذب و کاهش کارآیی و تعداد بسیار زیادی خانواده‌های آشفته یا ازهم گسیخته نام برد. از طرف دیگر، اعتیاد با خالی کردن افراد از ارزش‌های اخلاقی و انسانی، آن‌ها را مستعد پذیرش فرهنگ‌های پوچ و مخرب می‌نماید. به دلیل پیچیدگی مشکلات همراه با اعتیاد، ساختار مقابله‌ای پیچیده‌ای مورد نیاز است تا به‌طور کامل همه ابعاد زندگی و الگوهای رفتاری مختلف معتادان را در برگیرد. برنامه‌های درمانی به زمان و کوشش صبورانه فرد معتاد، خانواده وی، درمانگران و سازمان‌های مسئول نیاز دارد. همچنین، درمان اعتیاد به دلیل فردی بودن آن، بسیار پرهزینه بوده و درمان کارآمد مستلزم شرکت فعال معتادان به مواد است (کجباف و رحیمی، ۱۳۹۰؛ صالحی امیری و عبدالملکی، ۱۳۹۳). نتایج حاصل از پژوهش کجباف و رحیمی (۱۳۹۰) در این زمینه نشان می‌دهد که انگیزه‌های فردی برای شروع ترک اعتیاد قوی تر بوده و باعث سوق دادن معتادان به سمت درمان می‌شود، لیکن در جهت بالا بردن کیفیت درمان و افزایش ارتباطات درمانی، استفاده از شاخص‌های اجتماعی در حیطه‌ی درمان اعتیاد می‌تواند بسیار مؤثر باشد که یکی از مهم ترین این شاخص‌ها مشارکت اجتماعی است (نوروزی و بختیاری، ۱۳۸۸). مشارکت اجتماعی دربرگیرنده‌ی فعالیت‌هایی از قبیل شرکت در مراسم‌های مذهبی، برنامه‌های ورزشی، تفریحی، آموزشی و فرهنگی، انجمن‌های اجتماعی و محله‌ای، امور خیریه و کارهای خانوادگی بیرون از منزل است (درویش پور کاخکی، عابدسعیدی و عباس زاده، ۱۳۹۳) و دلالت بر گسترش روابط بین گروهی در قالب انجمن‌های گروهی داوطلبانه، باشگاه‌ها، اتحادیه‌ها و گروه‌هایی دارد که خصلتی محلی و غیردولتی دارند و در قالب سیاست‌های اجتماعی، مشارکت مردم رادر فرایندهای اجتماعی مختلف هدف خود می‌دانند. به‌عبارت‌دیگر، مشارکت اجتماعی به آن دسته از فعالیت‌های ارادی دلالت دارد که از طریق آن‌ها اعضای یک جامعه در امور محله، شهر یا روستا شرکت کرده و

به صورت مستقیم یا غیرمستقیم در شکل دادن به حیات اجتماعی مشارکت دارند (نصرالهی و سبطی، ۱۳۹۳).

از دیدگاه روان‌شناسان اجتماعی مشارکت افراد در جامعه، برآیند ارتباط متقابل عوامل اجتماعی مانند حمایت اجتماعی و روان‌شناختی از جمله بهزیستی روانی است (نوروزی و بختیاری، ۱۳۸۸)؛ که با میزان ارتباط فعال افراد با نهادهای شورایی، انجمن‌ها، تشکل‌ها و فعالیت‌های اجتماعی مشخص می‌شود (نعمت‌اللهی، فرج‌الهی، میرجلیلی و مؤمنی، ۱۳۹۲؛ زارع، علی‌پور، پورشریفی، افخمی اردکانی و اعراب شیبانی، ۱۳۹۱). لهسایی‌زاده و مرادی (۱۳۸۶) نشان دادند افراد دارای حمایت اجتماعی بالا، کشمکش‌های میان فردی کمتری دارند، در رویارویی با رویدادهای فشارزای زندگی، بیشتر ایستادگی و از بهزیستی و سلامت روانی بهتری برخوردارند.

بهزیستی روانی نیز شامل احساس مثبت و رضایت‌مندی عمومی از زندگی که شامل خود و دیگران در حوزه‌های مختلف خانواده، شغل و نظیر این موارد است؛ بنابراین افراد با احساس بهزیستی بالا به‌طور عمده هیجانات مثبت بیشتری را تجربه و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند. از سویی، افراد با بهزیستی پایین حوادث و موقعیت‌های زندگی‌شان را نامطلوب ارزیابی و بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می‌کنند (هاشمی‌نصرت‌آباد، باباپورخیرالدین و بهادری‌خسروشاهی، ۱۳۹۰؛ عبدی‌زرین، سجادیان، شهید، بیان‌معمار و عظیمی، ۱۳۸۹). ایرینا، سزلیفر، مارک^۱ (۲۰۰۷) در پژوهشی نشان دادند که افراد دارای بهزیستی روان‌شناختی بالا از زندگی خانوادگی خود رضایت دارند، روابط خوبی برقرار و دوستان زیادی دارند و در ضمن بهزیستی روانی باانگیزه‌های درونی ارتباط دارد و سطوح بالاتر شادکامی موجب ارتقاء مهارت‌های اجتماعی شده و از افسردگی جلوگیری می‌کند. همچنین استادینگر، دورنر و میکلر^۲ (۲۰۰۵) در این زمینه نشان دادند که احساس کنترل داشتن بر وقایع و خودکارآمدی بالا، موجب بالا رفتن سطح بهزیستی روانی و رضایت از زندگی می‌شود؛ و به‌طور کلی این موارد می‌تواند تأثیر بسزایی در بهبود بهزیستی روانی و بازتوانی بیماران اعصاب داشته باشند.

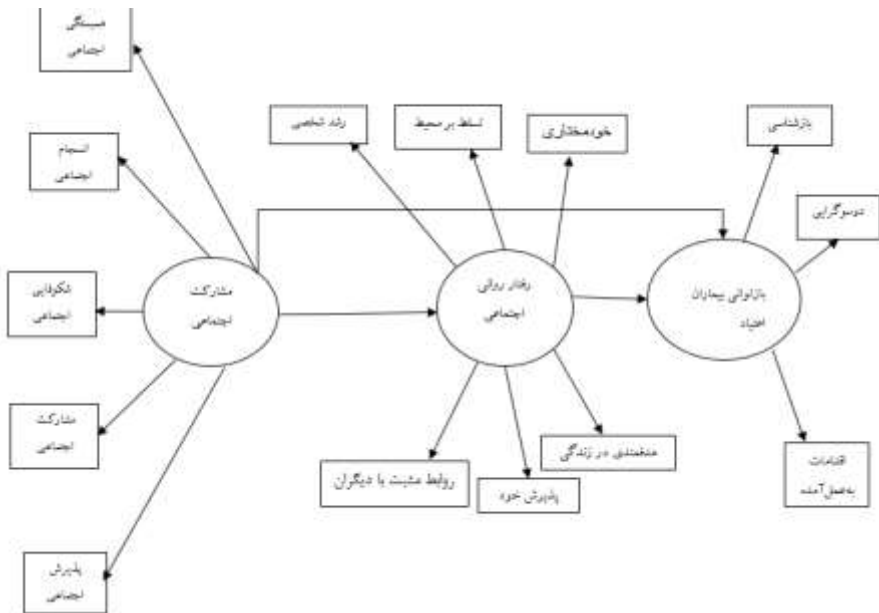
1. Irina, Szleifer, & Mark

2. Staudinger, Dörner, & Mickler

اعتیاد به مواد مخدر علاوه بر زیان‌های جدی و خطرناک جسمی و روحی، عوارض و مشکلات فراوان اجتماعی و اقتصادی از قبیل افزایش جرم‌های مرتبط با مواد مخدر مانند جنایت و سرقت، فقر و تکدی‌گری و هدر رفتن سرمایه‌های کلان مادی کشورها و سقوط بسیاری از ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی و اخلاقی را نیز به دنبال دارد. اکنون اعتیاد به صورت یک پدیده‌ی فراکنترل، جامعه‌ی ما را به شدت تهدید می‌کند و جهت رویارویی با این مشکل و تعدیل صدمات و تبعات ناشی از آن، ضروری است تا به ابزارها و راه‌کارهای جدید متوسل شویم. یکی از مهم‌ترین ابزارهایی که می‌تواند در پیشگیری و مقابله با شیوع و سوء مصرف مواد مخدر مؤثر باشد، به کارگیری هوشمندانه و کارآمد رسانه‌های ارتباط جمعی است (قلی‌زاده، ۱۳۹۴). افزایش تصاعدی آمار اعتیاد و به تبع آن اثرات مخربی که بر ساختار خانواده و جامعه دارد، قابل‌بحث و بررسی بوده و نیازمند چاره‌اندیشی اساسی است. وجود ۱۳۲۵۰۰۰ نفر معتاد در کشور طبق آخرین آمارهای رسمی، اختصاص بیش از ۷/۲ تریلیون تومان یا به عبارتی، ۱۵ درصد درآمد نفتی ایران به مثابه هزینه مستقیم اعتیاد در سال ۱۳۸۷ (نفرشی، ۱۳۹۰)، اشغال شدن ۶۰ درصد از ظرفیت زندان‌ها توسط زندانیان مواد مخدر و نیز رابطه داشتن ۱۵ تا ۲۰ درصد سایر جرائم زندانیان با اعتیاد و قاچاق مواد مخدر، شهید شدن قریب به ۳۷۰۰ نفر ۱۲۰۰۰ نفر جانباز در عرصه مبارزه با مواد مخدر تا ۱۳۸۹ (دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۰)، استمرار سوء مصرف و جوان‌گزینی اعتیاد، افزایش نرخ شیوع به‌ویژه بین دختران و پسران، کاهش میانگین سن اعتیاد، تنوع‌یابی روزافزون مواد مخدر در اشکال گوناگون و سهل‌الوصول بودن دسترسی به آن‌ها و ... مبین ابعاد مسئله‌مند و پیچیده اعتیاد و تأثیرات بسیار منفی و مخرب آن در کشور است. از این‌رو، می‌توان گفت اعتیاد پدیده‌ای است، چندوجهی که موجب دگرگونی‌های ساختاری در نظام اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی یک اجتماع می‌شود. بنابراین، توجه به امر اعتیاد از ضروریات هر جامعه و به‌ویژه جامعه ایران است (صالحی امیری و عبدالملکی، ۱۳۹۳). از سویی دیگر، بحث در مورد مشارکت اجتماعی که عامل تقویت همبستگی در شبکه‌های اجتماعی است و اهمیت و کاربرد آن، پررنگ‌تر شدن حضور افراد در فعالیت‌ها و تصمیم‌گیری‌های اجتماعی است و

در بلندمدت موجب تعمیق روابط بین اعضای جامعه، افزایش احساس یگانگی، و بهزیستی روانی می‌شود (حسین‌پناهی و تاج‌الدین، ۱۳۹۳). بنابراین هرگونه راهکار و پژوهشی که بتواند به کاهش و پیشگیری اعتیاد کمک کند، از ضرورت‌های جامعه ماست.

در مدل تجربی مورد استفاده در پژوهش حاضر فرض شده مشارکت اجتماعی معتادان از طریق بهزیستی روانی اثر غیرمستقیمی بر بازتوانی افراد معتاد دارد. همچنین فرض شده مشارکت اجتماعی و بهزیستی روانی اثرات مستقیمی بر بازتوانی افراد معتاد دارد. بنابراین، هدف اصلی در پژوهش حاضر پاسخ به این سؤال است که آیا داده‌های جمع‌آوری شده از اثرات مستقیم و غیرمستقیم مفروض حمایت لازم را به عمل می‌آورد یا خیر؟ در این راستا پژوهش حاضر بر آن است تا با شناسایی متغیرهای مرتبط با بازتوانی معتادان، اطلاعاتی را جهت استفاده مشاوران و خانواده‌های معتادین فراهم آورد. بر اساس مبانی نظری که مطرح شد مدل پژوهشی زیر در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفت. هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه‌ی بین متغیرهای بازتوانی معتادان، مشارکت اجتماعی و بهزیستی روانی در معتادان شهر یزد است و بر پایه فرضیه‌های زیر انجام شده است: فرضیه اصلی تحقیق: مدل رابطه‌ی بین متغیرهای بازتوانی معتادان، مشارکت اجتماعی و بهزیستی روانی در معتادان شهر یزد که با داده‌ها برازش دارد. فرضیه فرعی تحقیق: در مدل پیشنهادی، هر یک از مسیرهای طراحی شده یک رابطه‌ی مستقیم فرض شده است. همچنین فرض شده که متغیر مشارکت اجتماعی، بازتوانی معتادان و بهزیستی روانی در معتادان شهر یزد را میانجی‌گری می‌کند.



شکل ۱: الگوی کلی پیشنهاد شدهی پژوهش

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر در زمره‌ی تحقیقات توصیفی - همبستگی است. در پژوهش حاضر، روابط از طریق الگوی معادلات ساختاری آزمون شده که مبنای آن همبستگی‌های به دست آمده از متغیرهای پژوهش است. جامعه مورد مطالعه این پژوهش افراد معتاد به مواد مخدر در سال ۱۳۹۵-۱۳۹۶ در شهر یزد هستند. بدین منظور با مراجعه به کلینیک‌های ترک اعتیاد مشخص شد که سالانه حدود ۵۰۰ معتاد به کلینیک‌های شهر یزد مراجعه می‌کنند. در این پژوهش، حجم نمونه به استناد گارور و منترز (۱۹۹۹؛ به نقل از هومن، ۱۳۸۷) حدود ۳۰۰ نفر تعیین شد. همچنین از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شده است. ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه‌ی مورد مطالعه بدین شرح است: معتادین نمونه‌ی مورد نظر ۲۸۷ مرد و ۱۳ زن بودند و دامنه‌ی سنی آن‌ها بین ۱۶ تا ۸۰ سال بود. کم سن‌ترین نمونه‌ی مورد نظر ۱۶ ساله و بزرگ‌ترین عضو نمونه، ۸۰ ساله بود. ۲۹ نفر مجرد و ۲۷۱ نفر متأهل بودند. ۷۸ نفر تحصیلات ابتدائی، ۱۳۶ نفر سیکل، ۶۱ نفر دیپلم، ۸ نفر فوق دیپلم، ۱۳ نفر لیسانس، ۲

نفر فوق لیسانس و ۲ نفر دکترا داشتند. ۶۷ درصد از افراد نمونه شغل آزاد، ۱۲ درصد کارمند، ۱۰ درصد کارگر، ۵ درصد بیکار و ۴ درصد خانه دار بودند و درآمد ماهیانه ی آنها بین ۱ تا ۲ میلیون تومان بود. بازه زمانی که افراد نمونه معتاد بودند بین ۱ تا ۴۰ سال و مدت زمانی که در حال ترک بودند از ۱ تا ۸ سال بود. معیار ورود عبارت بود از: معتاد به مواد مخدر، در دوره ترک اعتیاد و عدم وجود بیماری خاص دیگر. معیار خروج عبارت بود از: بازگشت به اعتیاد و عدم همکاری.

ابزار

۱- پرسش نامه ی بهزیستی اجتماعی کیز: این پرسش نامه ۳۳ گویه دارد و توسط کیز^۱ (۱۹۹۸) بر اساس مدل نظری بهزیستی اجتماعی طراحی شده است. به عنوان مقیاسی عمومی در روان شناسی سلامت اجتماعی جهت تعیین میزان بهزیستی اجتماعی به کار می رود. دارای ۵ خرده مقیاس همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی است. حداقل و حداکثر نمره کسب شده به ترتیب برابر با ۳۳ و ۱۶۵ است. کیز (۱۹۹۸) میزان ضرایب آلفای کرونباخ در مطالعه اول را در خرده مقیاس ها به ترتیب ۰/۵۷، ۰/۶۹، ۰/۸۱، ۰/۷۵، ۰/۷۷ و در مطالعه دوم به ترتیب ۰/۶۴، ۰/۶۴، ۰/۷۱، ۰/۶۶، ۰/۴۱ گزارش نمود. حیدری و غنایی (۱۳۸۷) در ایران آن را بر روی ۱۳۲ دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحدهای استان مرکزی هنجاریابی کردند. نتایج نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ است و نتایج تحلیل اکتشافی مؤید ساختار پنج عاملی با تغییر در برخی گویه ها بود. اعتبار این ابزار در این پژوهش ۰/۸۲ به دست آمد که نشان دهنده قابل قبول بودن این ابزار است.

۲- پرسش نامه ی مراحل آمادگی برای تغییر و اشتیاق برای درمان^۲: این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط میلر و تونیکان^۳ به منظور ارزیابی میزان اشتیاق افراد الکلی برای ایجاد تغییر ساخته شد. اما امروزه از این ابزار برای ارزیابی معتادین به دیگر انواع مواد مخدر غیر از الکل نیز استفاده می شود. مقیاس مراحل آمادگی برای تغییر و اشتیاق برای درمان دارای ۳

1. Keys
2. The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale

3. Miller & Tonigan

خرده‌مقیاس بازشناسی^۱، دوسوگرایی^۲ و اقدامات به عمل^۳ آمده است. به منظور بررسی روایی همزمان همبستگی این مقیاس با پرسش‌نامه‌ی نگرش نسبت به درمان اعتیاد مورد ارزیابی قرار گرفت. وجود همبستگی معنادار بین خرده‌مقیاس‌های این دو حاکی از روایی قابل قبول داشت. اعتبار فرم موازی و همسانی درونی این مقیاس به ترتیب برابر ۰/۷۸ و ۰/۸۰ گزارش شده است. علاوه بر آن میزان همسانی درونی این آزمون توسط ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شد که از نظر معیارهای روان‌سنجی مورد تأیید است (میلر و تونیکان، ۱۹۹۶ به نقل از پشم‌دوست و غفاری، ۱۳۹۴). اعتبار آن در پژوهش حاضر ۰/۷۸ به دست آمد.

۳- پرسش‌نامه‌ی بهزیستی روان‌شناختی ریف: نسخه‌ی کوتاه (۱۸ سؤالی) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف^۴، توسط ریف در سال (۱۹۸۹) طراحی و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدیدنظر قرار گرفت. این نسخه، مشتمل بر ۶ عامل است. پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی. در پژوهش خانجانی و همکاران (۱۳۹۳) نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که در کل نمونه و در دو جنس، الگوی شش عاملی این مقیاس (پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه‌ی مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال) از برازش خوبی برخوردار است. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در ۶ عامل پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه‌ی مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال به ترتیب برابر با ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳، ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۶ به دست آمد.

روند اجرا

پس از آماده‌سازی فرم نهایی ابزارها، تمامی آن‌ها در قالب یک پرسش‌نامه واحد به همراه یک دستورالعمل و سؤال‌هایی راجع به ویژگی‌های جمعیت شناختی معتادان (سن، جنسیت، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی، شغل، مدت اعتیاد، مدت ترک) تدوین شد. با

1. recognition
2. ambivalence

3. taking step
4. RIFF

دریافت مجوز از سازمان مواد مخدر یزد پرسش‌نامه‌ها در اختیار معتادان گروه نمونه قرار گرفت. از معتادان خواسته شد با صداقت به سؤال‌ها پاسخ دهند. ضمناً به آن‌ها یادآوری شد که تمام پاسخ‌های آن‌ها محرمانه تلقی می‌شود؛ و صرفاً جهت کاربرد در پژوهش از آن‌ها استفاده می‌شود. پاسخ‌دهی با حضور محقق انجام شد.

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرها و نشانگرهای آن‌ها

| انحراف - استاندارد | میانگین | حداکثر | حداقل | متغیرها | متغیرها |
|-----------------------|---------|--------|-------|---------------------|----------------------|
| ۷/۳۱ | ۲۰/۲۲ | ۳۵ | ۷ | همبستگی اجتماعی | |
| ۷/۵۷ | ۱۷/۴۱ | ۳۲ | ۵ | انسجام اجتماعی | |
| ۷/۴۸ | ۲۰/۱۸ | ۳۵ | ۷ | شکوفایی اجتماعی | مشارکت اجتماعی |
| ۶/۲۶ | ۱۴/۸۶ | ۳۰ | ۶ | پذیرش اجتماعی | |
| ۷/۱۹ | ۱۷/۶۹ | ۳۵ | ۷ | مشارکت اجتماعی | |
| ۴/۰۸ | ۹/۸۳ | ۱۸ | ۳ | تسلط بر محیط | |
| ۳/۹۶ | ۸/۸۶ | ۱۷ | ۳ | رشد شخصی | |
| ۳/۹۰ | ۹/۲۷ | ۱۸ | ۳ | پذیرش فرد | بهبودی روانی |
| ۴/۰۸ | ۹/۶۴ | ۱۸ | ۳ | روابط مثبت | |
| ۴/۱۱ | ۹/۴۹ | ۱۶ | ۳ | هدفمندی در زندگی | |
| ۳/۸۶ | ۹/۲۳ | ۱۸ | ۳ | خودمختاری | |
| ۷/۲۲ | ۱۶/۱۰ | ۳۵ | ۵ | بازشناسی | |
| ۵/۵۳ | ۱۲/۲۱ | ۲۵ | ۴ | دوسوگرایی | بازتوانی افراد معتاد |
| ۹/۰۳ | ۱۸/۷۷ | ۴۰ | ۸ | اقدامات به عمل آمده | |

به منظور بررسی مدل علی از مدل‌یابی معادله ساختاری استفاده شد. از شاخص‌های زیر به عنوان ملاک‌های انطباق الگو با داده‌های مشاهده شده، برای برازش الگو استفاده شد:

شاخص مجذور خی^۱ (χ^2)، شاخص ریشه خطای میانگین مجذورات تقریبی^۲، شاخص نیکویی برازش^۳، شاخص تعدیل شده نیکویی برازش^۴، شاخص ریشه استاندارد میانگین مجذورات باقیمانده^۵، شاخص برازندگی تطبیقی^۶، شاخص هنجار شده برازندگی^۷ و شاخص هنجار نشده برازندگی^۸، شاخص‌ها را نمی‌توان به تنهایی دلیل برازندگی دانست، بلکه آن‌ها را باید در کنار یکدیگر تفسیر کرد. مهم‌ترین آماره برازش، آماره مجذور خی (χ^2) است. این آماره، میزان تفاوت ماتریس مشاهده شده و برآورد شده را اندازه می‌گیرد. این آماره به حجم نمونه بسیار حساس است و بنابراین در نمونه‌های با حجم بالا، بر درجه آزادی تقسیم می‌شود. اگر نتیجه از ۲ کمتر باشد، مناسب است؛ اما این شاخص در نمونه‌های بزرگ‌تر از ۱۰۰ معمولاً معنادار است و از این‌رو شاخص مناسبی برای برازش الگو تلقی نمی‌گردد. اگر شاخص‌های CFI، GFI، AGFI، NFI و NNFI بزرگ‌تر از ۰/۹۰ و شاخص‌های RMSEA و RMR کوچک‌تر از ۰/۰۵ باشد بر برازش مناسب و مطلوب دلالت دارند. مقدار شاخص RMSEA برای مدل‌هایی که برازش بسیار خوبی دارند، ۰/۰۵ به پایین است و مقادیر بالاتر از ۰/۰۸، خطاهای معقولی را در جامعه نشان می‌دهند. از آنجا که این مقدار در پژوهش حاضر ۰/۰۸ است، می‌توان گفت برازندگی خوبی مشاهده شده است.

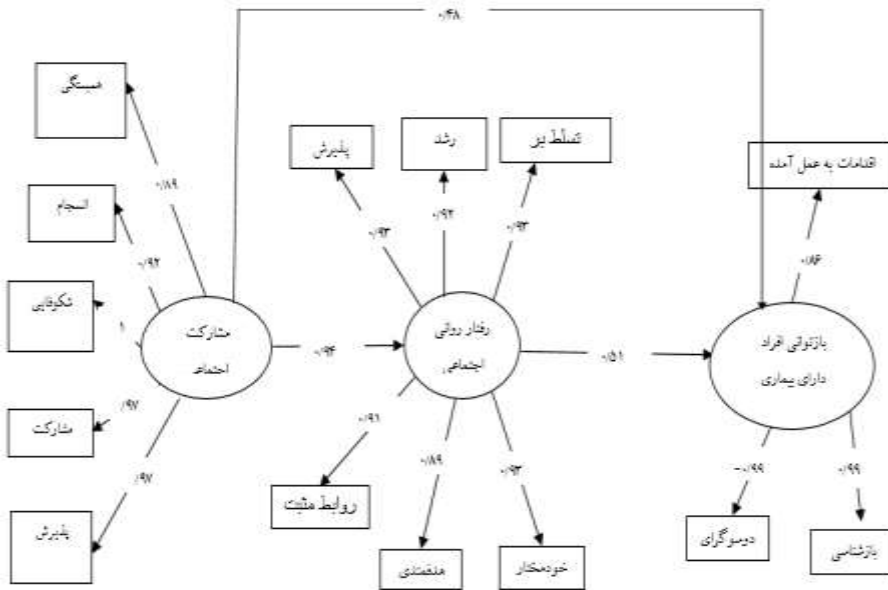
جدول ۲: شاخص‌های نیکویی برازش مدل پیشنهادی تحقیق

| مقدار | شاخص | مقدار | شاخص |
|--------|---------------------------------|--------|--|
| ۱۴/۰۹۸ | نسبت مجذور کای به درجات آزادی | ۸۵۵/۸۴ | آزمون نیکویی برازش مجذور کای |
| ۰/۸۹۵ | شاخص نیکویی برازش | ۶۰ | درجه آزادی |
| ۰/۸۸۸ | شاخص استاندارد شده برازش | ۰/۰۱ | ارزش |
| ۰/۰۸ | ریشه میانگین مربعات خطای برآورد | ۰/۸۶۴ | شاخص برازش هنجار نشده یا شاخص تاکر - لوئیس |
| ۰/۴۹۵ | احتمال نزدیکی برازندگی | ۰/۸۹۵ | شاخص برازش تطبیقی |

1. Chi Square
2. Root mean Square Error of Approximation
3. Goodness of fit Index
4. Adjusted Goodness of fit index

5. Root Mean Square Residual
6. Comparative fit index
7. Normed fit index
8. Non-Normed fit index

الگوی نهایی تحقیق در نمودار ۱ ارائه شده است.



نمودار ۱: الگوی نهایی تحقیق از رابطه‌ی متغیرهای مستقل و میانی با متغیر وابسته

ضرایب مسیر برای اثرات مستقیم و غیرمستقیم مشارکت اجتماعی و بهزیستی روانی بر بازتوانی افراد معتاد در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: ضرایب مسیر برای اثرات مستقیم و غیرمستقیم مشارکت اجتماعی و بهزیستی روانی بر بازتوانی افراد معتاد

| متغیر | اثر مستقیم | اثر غیرمستقیم | اثر کل |
|---|------------|---------------|--------|
| مشارکت اجتماعی به روی: بهزیستی روانی | ۰/۹۴** | - | ۰/۹۴** |
| مشارکت اجتماعی به روی: بازتوانی بیماران معتاد | ۰/۴۸** | ۰/۴۸* | ۰/۹۶** |
| بهزیستی روانی به روی: بازتوانی بیماران معتاد | ۰/۵۱** | - | ۰/۵۱** |

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود ضرایب مسیر نشان دهنده‌ی این است که مشارکت اجتماعی می‌تواند بازتوانی افراد معتاد را پیش‌بینی کند. مشارکت اجتماعی می‌تواند بهزیستی روانی را پیش‌بینی کند. بهزیستی روانی می‌تواند بازتوانی افراد معتاد را

پیش‌بینی کند. مشارکت اجتماعی می‌تواند با واسطه‌گری بهزیستی روانی بازتوانی افراد معتاد را پیش‌بینی کند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تدوین مدل علی بازتوانی معتادان بر اساس مشارکت اجتماعی و بهزیستی روانی در معتادان شهر یزد بود. ضرایب مسیر مدل نشان دهنده‌ی این بود که مشارکت اجتماعی می‌تواند بازتوانی افراد معتاد را پیش‌بینی کند که با نتایج منصوریان و همکاران (۱۳۹۴)، بهادرزاده و همکاران (۱۳۹۳)، کامل عباسی و همکاران (۱۳۹۳)، تاجری و گودرزی (۱۳۹۲)، بابامیری و همکاران (۱۳۹۲)، پورنقاش تهرانی، اکبری و تیموری (۱۳۹۱) حسینیان، طباطبایی و روایی (۱۳۸۹)، ابراهیم بای‌سلامی و غفاری‌زاده (۱۳۸۸) و سیگل^۱ (۲۰۰۱) همخوان است.

هرکجا میزان مشارکت و پیوندهای اجتماعی کاهش می‌یابد، آسیب‌ها و انحراف‌های اجتماعی رو به افزایش می‌گذارد (توسلی، ۱۳۸۲). جامعه‌شناسان بر این باور هستند که یکی از علل اصلی ازدیاد خودکشی، طلاق، اعتیاد، فروپاشی خانواده، افزایش جرائم علیه اشخاص و حتی بی‌کسی و تنهایی در دنیای بیرون، ناشی از رشد نوعی فردگرایی افراطی و دور ماندن از همبستگی‌های درون‌گروهی و ادغام در نهادهای طبیعی جامعه، مانند خانواده و اجتماع محلی است (نظریور و منتظری مقدم، ۱۳۸۹). به‌طور کلی مشارکت از ایستادگی مردم در برابر دگرگونی، نوسازی، نوآفرینی می‌کاهد و بر سازگاری آن‌ها می‌افزاید. در فضای مشارکتی، تعارض‌ها و ستیزها جای خود را به همکاری و تعاون می‌دهند. مشارکت می‌تواند اشکال و درجه‌های گوناگونی مانند همکاری، همیاری، همبستگی، انطباق، سازگاری، پذیرش و ایفای نقشه‌ای اجتماعی و انجام وظیفه‌هایی که با این نقش‌ها ارتباط دارند، پیدا کند. در این صورت مشارکت اجتماعی عبارت از مشارکت در حیات اقتصادی، گذراندن اوقات فراغت،

فرهنگ، قبول مسئولیت‌های سیاسی، مدنی و اجتماعی خواهد بود (توسلی، ۱۳۸۲) که به نوبه خود برای افراد معتاد سودمند خواهد بود.

نتایج پژوهش حیدرنژاد، باقری و اصائلو (۱۳۹۳) نشان داد که سرمایه اجتماعی جوانان معتاد به‌طور معناداری پایین‌تر از جوانان غیرمعتاد است. همچنین، میزان مشارکت اجتماعی، اعتماد اجتماعی و شبکه روابط اجتماعی جوانان معتاد به‌طور معناداری پایین‌تر از جوانان غیرمعتاد بود. با توجه به تأثیر مثبت مشارکت اجتماعی، اعتماد اجتماعی و شبکه روابط اجتماعی بر افراد غیرمعتاد باید شرایط و بسترهای مناسب برای سوق دادن جوانان معتاد به درگیر شدن در رویدادهای اجتماعی مانند گسترش سازمان‌ها و انجمن‌های داوطلبانه و غیردولتی نظیر انجمن‌های مردم‌نهاد بهای بیشتری داده شود.

یکی از ابعاد متغیر برون‌زای مشارکت اجتماعی یکپارچگی اجتماعی است. افراد معتادی که دارای سطوح مطلوبی از این بعد بهزیستی اجتماعی هستند به جامعه و اجتماع‌شان احساس تعلق بیشتری دارند و احساس دارا بودن ویژگی‌های مشترک با افراد جامعه در آن‌ها بیشتر است. بنابراین اثر مستقیم و معنادار بر بازتوانی افراد معتاد دارد و می‌تواند آن را تحت تأثیر قرار دهد.

پذیرش اجتماعی بیانگر درک فرد از خصیصه‌ها و ویژگی‌های افراد جامعه به‌عنوان یک کلیت است. افراد معتاد واجد سطوح مطلوبی از این بعد بهزیستی اجتماعی، احساس می‌کنند، عضو مهمی از جامعه خود هستند و می‌توانند چیزهای ارزشمند به جهان ارائه کنند. همچنین شکوفایی اجتماعی بیانگر ارزیابی فرد معتاد از مسیر حرکت جامعه و پتانسیل‌های آن است به این معنا که فرد معتاد احساس می‌کند جامعه در حال تحول است و توانایی شکوفایی از طریق شهروندان و نهادهای اجتماعی را دارد. افراد واجد سطوح مطلوب این بعد بهزیستی اجتماعی، نسبت به وضعیت کنونی و آینده جامعه امیدوارترند و معتقدند جهان به مکانی بهتر برای همه افراد تبدیل خواهد شد. از سویی انسجام اجتماعی بیانگر فهم کیفیت، ساخت و طرز کار جهان اجتماعی و شامل علاقه‌مندی و اهمیت به شتافت دنیا است. افراد معتاد دارای سطوح مطلوب این بعد بهزیستی، نه تنها به جهانی که در آن زندگی می‌کنند اهمیت می‌دهند، بلکه احساس می‌کنند می‌توانند حوادث پیرامون‌شان

را درک کنند و مایل‌اند معنای زندگی را بفهمند؛ بنابراین مشارکت اجتماعی اثر مستقیم و معنادار روی بازتوانی افراد معتاد دارد و می‌تواند آن را بهبود بخشد.

مشارکت اجتماعی با بهزیستی روانی اثر مستقیم دارد یافته دیگر این پژوهش بود؛ که ضرایب مسیر نشان دهنده‌ی این بود که مشارکت اجتماعی می‌تواند بهزیستی روانی را پیش‌بینی کند. هنگامی که فرد معتاد باور کند که بخش مهمی از اجتماع است، بداند که جامعه منبع آرامش و راحتی اوست، به درخواست‌هایش توجه کرده، او را جدی می‌گیرند و برایش ارزش قائل هستند بهزیستی روانی و بهزیستی روان‌شناختی‌اش نیز تحت تأثیر قرار گرفته و بهبود می‌یابد؛ بنابراین مشارکت اجتماعی معتادان تأثیر مستقیم بر شش عامل پذیرش خود (توانایی دیدن و پذیرفتن قوت‌ها و ضعف‌ها)، هدفمندی در زندگی (به معنای داشتن غایت‌ها و اهدافی است که به زندگی فرد جهت و معنا بخشد)، رشد شخصی (احساس این که استعدادها و توانایی‌های بالقوه‌ی فرد در طی زمان و در طول زندگی بالفعل خواهد شد)، داشتن ارتباط مثبت با دیگران (به مفهوم داشتن ارتباط نزدیک ارزشمند با افراد مهم در زندگی)، تسلط بر محیط (توانایی تنظیم و مدیریت امور زندگی به ویژه مسائل زندگی روزمره) و خودمختاری (توانایی و قدرت پیگیری خواست‌ها و عمل بر اساس اصول شخصی حتی اگر مخالف آداب و رسوم و تقاضاهای اجتماعی باشد) را به‌عنوان مؤلفه‌های تشکیل دهنده‌ی بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی روانی دارد. لذا مشارکت اجتماعی افراد معتاد بر روی بهزیستی روانی‌شان تأثیر مثبت گذاشته و آن را بهبود می‌بخشد.

از سوی دیگر ضرایب مسیر نشان دهنده‌ی این بود که بهزیستی روانی می‌تواند بازتوانی افراد معتاد را پیش‌بینی کند که با نتایج بابامیری و همکاران (۱۳۹۲)، پورنقاش تهرانی، اکبری و تیموری (۱۳۹۱) همخوان است. برای تبیین این یافته می‌توان گفت بهزیستی روان‌شناختی حالت روانی است که از احساس رضایت از روابط نزدیک بین فردی در موقعیت‌های مهم شغلی و اجتماعی حاصل می‌گردند. یکی از ابعاد این متغیر واسطه‌ای خودمختاری است. افراد خودمختار برای به دست آوردن تأیید دیگران تلاش نمی‌کنند، آن‌ها بیشتر به عقاید خوشان اهمیت می‌دهند و کمتر تحت تأثیر نظرات دیگران قرار

می‌گیرند (لاکوس و دینر، ۲۰۰۴). سطح بالای خودمختاری در افراد معتاد سبب استقلال و سطح پایین آن موجب ادراک خویشتن مفرط می‌شود (باباپور خیرالدین و همکاران، ۱۳۸۲).

برای رسیدن به سطح بهینه عملکرد روانی فرد معتاد باید فرد به‌طور مداوم در فعالیت‌ها درگیر شده و مشکلات را حل کند تا به موجبات آن استعدادها و توانایی‌هایش را گسترش دهد. بی‌تردید، اولین رشدی که انسان معتاد باید از آن بهره‌مند باشد رشد فردی، شخصی و اخلاقی است. تسلط بر محیط به معنای توانایی کنترل موقعیت‌های پیچیده محیطی و درک و استفاده از فرصت‌هایی است که در دسترس فرد معتاد قرار دارند و باز توانی افراد معتاد کمک می‌کند. از سوی دیگر داشتن هدف در زندگی به فرد معتاد جهت می‌دهد و در نتیجه سبب از بین رفتن اندوه می‌شود. زمانی که افراد معتاد توجه و دقت خود را متمرکز می‌کنند، اهداف واقع‌بینانه‌ای برای بعد از ترک اعتیاد اتخاذ کرده و تلاش می‌کنند که کلی‌نگرتر باشند، برای خود اهداف بزرگ‌تری تعیین کرده و در اغلب موارد به دیگران هم کمک می‌کنند بهزیستی روانی بالاتری داشته و بر روی باز توانی‌شان از اعتیاد اثر مثبت و مستقیم دارد.

۲۲۸

228

در نهایت ضرایب مسیر نشان دهنده‌ی این بود که مشارکت اجتماعی می‌تواند با واسطه‌گری بهزیستی روانی باز توانی افراد معتاد را پیش‌بینی کند. بدین معنا که مشارکت اجتماعی می‌تواند بهزیستی روانی معتادان را بهبود ببخشد. به واسطه بهبود بهزیستی روانی باز توانی معتادان نیز بیشتر می‌شود. از دیدگاه روانشناسان اجتماعی مشارکت افراد در جامعه، برآیند ارتباط متقابل عوامل اجتماعی و روان‌شناختی است هر جا همبستگی اجتماعی نیرومند باشد، عامل نیرومندی در نزدیک کردن افراد به هم تشدید تماس‌های آنان و ارتباط آن‌ها فرصت افزایش با یکدیگر خواهد شد. به عبارت دیگر هرچه افراد جامعه همبسته‌تر باشند، روابط گوناگون خود را با یکدیگر یا در حالت دسته‌جمعی با گروه بیشتر حفظ می‌کنند هر کجا میزان مشارکت و پیوندهای اجتماعی کاهش می‌یابد، آسیب‌ها و انحراف‌های اجتماعی رو به افزایش می‌گذارد (توسلی، ۱۳۸۲).

بنابراین همان‌طور که قبلاً نیز گفته شد هنگامی که فرد معتاد باور کند که بخش مهمی از اجتماع است، بداند که جامعه منبع آرامش و راحتی اوست، به درخواست‌هایش توجه کرده، او را جدی می‌گیرند و برایش ارزش قائل هستند بهزیستی روانی و بهزیستی روان‌شناختی‌اش نیز تحت تأثیر قرار گرفته و بهبود می‌یابد. همچنین هنگامی که فرد معتاد با افراد اجتماع احساس نزدیکی کرده و به افراد سالم دیگر اعتماد کند و به این نقطه برسد که مردم مهربان‌اند و به مشکلات افراد دیگر اهمیت می‌دهند. هنگامی که جریان زندگی خود را در دوران بازتوانی مرور می‌کنند، از آنچه روی داده خشنود می‌شوند، زندگی‌شان هدف‌دار شده و آینده‌نگر شده‌اند و به واسطه بهبود بهزیستی روانی معتادان بازتوانی آن‌ها نیز بهبود می‌یابد.

عدم همکاری کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر یزد برای جمع‌آوری نمونه بیشتر، کمبود منابع و تحقیقات مشابه در حیطه موضوع موردنظر از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود با توجه به تأثیر مثبت مشارکت اجتماعی و شبکه روابط اجتماعی بر افراد غیرمعتاد باید شرایط و بسترهای مناسب برای سوق دادن جوانان معتاد به درگیر شدن در رویدادهای اجتماعی مانند گسترش سازمان‌ها و انجمن‌های داوطلبانه و غیردولتی نظیر انجمن‌های مردم‌نهاد بهای بیشتری داده شود، همچنین بر مبنای یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌توان گفت مشارکت اجتماعی و بهزیستی روانی برای بهبود بازتوانی افراد داری بیماری اعتیاد امری ضروری است. در این رابطه پیشنهاد می‌شود مشارکت اجتماعی به صورت رویکردی نوین در کلینیک‌های ترک اعتیاد استفاده شود.

منابع

- ابراهیم بای سلامی، غلام حیدر و غفاری زاده، محمد (۱۳۸۸). رابطه تعهد و کنترل اجتماعی با اعتیاد. *نشریه رفاه اجتماعی*، ۹(۳۴)، ۱۸۶-۱۷۳.
- اختر محقق، مهدی (۱۳۸۵). *جامعه‌شناسی اعتیاد*، تهران، ناشر: مؤلف.
- بابا پورخیرالدین، جلیل؛ رسول‌زاده طباطبایی، سید کاظم؛ اژه‌ای، جواد و فتحی آشتیانی، علی (۱۳۸۲). بررسی رابطه‌ی بین شیوه‌های حل مسئله و سلامت روان‌شناختی، *مجله روان‌شناسی*، ۱۷(۱)، ۵۴-۳۲.
- بابامیری، محمد؛ وطن‌خواه محمد؛ معصومی جهان‌دیزی، حسین؛ نعمتی، مرضیه و درویشی، مهسا (۱۳۹۲). بررسی رابطه‌ی بین سبک‌های مقابله با استرس، افکار خود آیند منفی و امیدواری با

- شادکامی در افراد معتاد مراجعه کننده به کلینیک های ترک اعتیاد شهر اهواز در سال ۱۳۹۰. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ۲۱(۸۴)، ۹۱ - ۸۲.
- بهادرزاده، مهدی؛ جاجرمی، محمود؛ جلال آبادی، مصطفی و عیدی بایگی، مجید (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی بر اضطراب معتادین با ترک موفق. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ۲۵(۱۱)، ۹۶۷-۹۶۱.
- بهرامی احسان، هادی (۱۳۹۲). اعتیاد و فرایند پیشگیری، تهران: انتشارات سمت.
- پشم دوست، مریم و غفاری، علیرضا. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان فراشناختی گروهی بر ترک اعتیاد و سنجش پایداری اثر آن. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۹(۳۴)، ۹۹-۱۱۰.
- پورنقاش تهرانی، سیدسعید؛ اکبری، بهمن و تیموری، زهره (۱۳۹۱). بررسی رابطه‌ی میان سبک‌های مقابله با تنیدگی و سلامت روانی در معتادین مراکز ترک اعتیاد استان گیلان با توجه به متغیرهای جمعیت شناختی. پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی، ۲(۶)، ۶۸-۵۴.
- تاجری، بیوک و گودرزی، رضا (۱۳۹۲). تأثیر آموزش مهارت‌های شناختی - رفتاری بر مؤلفه‌های هوش هیجانی در معتادین به شیشه. تحقیقات روان‌شناختی، ۵(۱۹)، ۹۷-۸۵.
- تفرشی، سید حسام‌الدین (۱۳۹۰). «آمار اعتیاد در ایران»، ماهنامه رازی، ۲۳(۲)، ۶۵-۴۰.
- توسلی، غلامعباس (۱۳۸۲). مشارکت اجتماعی در شرایط جامعه آنومیک، تهران: موسسه انتشارات و چاپ دانشگاه تهران.
- حسین پناهی، مهرداد و تاج‌الدین، محمدباقر (۱۳۹۳). بررسی تاثیر ساختار خانواده (فعال گرا، امید به آینده) بر مشارکت اجتماعی دانشجویان (مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه پیام نور همدان). مطالعات علوم اجتماعی ایران، ۱۱(۴۲)، ۳۲-۲۰.
- حسینیان، سیمین؛ طباطبایی، شهناز و روایی، فریبا (۱۳۸۹). اثربخشی روان‌درمانی حمایتی بر بهبود کیفیت زندگی معتادین مرد سم‌زدایی شده. تحقیقات روان‌شناختی، ۲(۷)، ۶۱-۵۰.
- حیدری، غلامحسین و غنایی، زیبا (۱۳۸۷). هنجاریابی پرسشنامه‌ی بهزیستی اجتماعی. اندیشه و رفتار (روانشناسی کاربردی)، ۲(۷)، ۴۰-۳۱.
- حیدرنژاد، علیرضا؛ باقری بنجار، عبدالرضا و اصائلو، علی (۱۳۹۱). مقایسه میزان سرمایه اجتماعی در جوانان معتاد و غیرمعتاد. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۶(۲۴)، ۹۴-۸۵.
- خانجانی، مهدی؛ شهیدی، شهریار؛ فتح‌آبادی، جلیل؛ مظاهری، محمدعلی و شکری، امید (۱۳۹۳). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه (۱۸ سؤالی) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر. اندیشه و رفتار، ۸(۱۲)، ۳۹-۲۷.
- دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۹۰). ارکان برنامه جامع ملی - ربع قرن مبارزه با مواد مخدر. درویش پور کاخکی، علی؛ عابدسعیدی، ژیللا و عباس‌زاده، عباس (۱۳۹۳). میزان مشارکت اجتماعی، موانع و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر تهران. مدیریت ارتقای سلامت، ۴(۱۲)، ۷۳-۶۵.

زارع، حسین؛ علی پور، احمد؛ پور شریفی، حمید؛ افخمی اردکانی، محمد؛ اعراب شیبانی، خدیجه (۱۳۹۱). تأثیر مداخله گروهی روانی اجتماعی بر شاخص‌های بهزیستی جسمی و روانی در بیماران مبتلابه دیابت. *شناخت اجتماعی*، ۱(۲)، ۵۱-۴۰.

شبان، سردار (۱۳۸۰). گزارش وضعیت جهانی مواد مخدر در زمینه کشت، تولید و مصرف مواد مخدر در سال ۲۰۰۰، اداره کل مبارزه با مواد مخدر ناجا.

صالحی امیری، سید رضا و عبدالملکی، حسین (۱۳۹۳). رهیافتی آسیب‌شناختی به راهبردهای فرهنگی پیشگیری از اعتیاد در ایران؛ از سیاست‌گذاری تا عملیاتی‌سازی. *راهبرد اجتماعی فرهنگی*، ۱۴(۱۳)، ۶۵-۸۷.

صلحی، مهناز و ابوالفتحی، میترا (۱۳۹۲). تأثیر آموزش پیشگیری از اعتیاد از طریق الگوی اعتقاد سلامتی بر آگاهی و درک دانش آموزان سال اول دبیرستان‌های ساوه. *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران*، ۱(۲)، ۴۰-۳۱.

عبدی زرین، سهراب؛ سجادیان، پرنیاز؛ شهید، شیما؛ بیان معمار، احمد و عظیمی، حسین (۱۳۸۹). رابطه‌ی بین سبک هویت و بهزیستی روانی در دانش‌آموزان دختر مقطع راهنمایی شهر قم. *طلوع بهداشت*، ۱(۲۸)، ۷۷-۶۹.

قلی‌زاده، بهنام رضا (۱۳۹۴). نقش رسانه‌ها در پیشگیری از سوءمصرف مواد مخدر. *سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۱(۴)، ۱۰۰-۷۹.

کجباف، محمدباقر و رحیمی، فاطمه (۱۳۹۰). مقایسه انگیزه‌های فردی/اجتماعی و سرمایه اجتماعی معتادان در گروه‌های درمانی شهر اصفهان. *رویکردهای نوین آموزشی*، ۱(۱۳)، ۱۴۸-۱۲۵.

کامل عباسی، امیررضا؛ غفاریان مسلمی، حامد؛ طباطبایی، سید محمود و عطاری، عباس (۱۳۹۳). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر رویکرد یکپارچه گرا (IT) بر کاهش علائم روان‌شناختی معتادین بزهکار. *نشریه تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۲(۳)، ۴۷۹-۴۶۸.

لهسایی‌زاده، عبدالعلی و مرادی، گالمرد (۱۳۸۶). رابطه‌ی سرمایه اجتماعی و سلامت روان در مهاجران. *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۷(۲۶)، ۱۸۰-۱۶۱.

مستشاری، گلاره و وزیریان، محسن (۱۳۸۱). *راهنمای کاربردی درمان سوءمصرف کنندگان مواد*. تهران: پرشکوه.

منصوریان، مرتضی؛ صلحی، مهناز؛ دهداری، طاهره؛ تقدیسی، محمدحسین و زمانی الویجه، فرشته (۱۳۹۴). تبیین راه‌های پنهان کاری مصرف مواد مخدر در معتادان مرد: یک تحقیق کیفی. *نشریه پایش*، ۱۴(۳)، ۳۳۲-۳۲۳.

نصرالهی وسطی، لیلا (۱۳۹۳). بررسی نظری و تجربی رابطه‌ی میان مشارکت اجتماعی و روحیه کارآفرینی زنان روستایی (مورد مطالعه: دهستان شیروان از توابع شهرستان بروجرد). *توسعه روستایی*، ۱۱(۱)، ۳۱۹-۳۴۰.

- نظرپور، محمدنقی و منتظری مقدم، مصطفی (۱۳۸۹). سرمایه‌ی اجتماعی و توسعه اقتصادی مطالعه یا درباره مشارکت اجتماعی از منظر اسلام. *فصلنامه علمی پژوهشی اقتصاد اسلامی*، ۱۰(۳۷)، ۴۰-۱۲.
- نعمت‌اللهی، زهرا؛ فرج‌اللهی، امیر حمزه؛ میرجلیلی، محمدحسین و مؤمنی، حسین (۱۳۹۲). بررسی عوامل مؤثر بر سرمایه اجتماعی (اعتماد، انسجام و مشارکت اجتماعی) دانشجویان دانشگاه افسری امام علی (ع). *فصلنامه علمی - پژوهشی مدیریت نظامی*، ۱۳(۵۰)، ۲۰۲-۱۷۵.
- نوربالا، احمدعلی (۱۳۹۰). سلامت روانی - اجتماعی و راهکارهای بهبود آن. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۷(۲)، ۱۵۶-۱۵۱.
- نوروزی، فیض‌الله و بختیاری، مهناز (۱۳۸۸). مشارکت اجتماعی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن. *نشریه راهبرد*، ۱۸(۵۳)، ۲۶۹-۲۴۹.
- هاشمی نصرت‌آباد، تورج؛ باباپورخیرالدین، جلیل و بهادری خسروشاهی، جعفر (۱۳۹۰). نقش سرمایه روان‌شناختی در بهزیستی روانی با توجه به اثرات تعدیلی سرمایه اجتماعی. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۱(۴)، ۱۴۴-۱۲۳.
- هومن، حیدرعلی (۱۳۸۷). *مدل‌یابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم‌افزار لیزرل*، تهران: سمت.
- ردنرم/افزار لیزرل، تهران: سمت.

- Angres, DH, & Bettinardi-Angres K. (2008). The disease of addiction: Origins, treatment, and recovery. *Dis Mon*, 54(10), 696-721.
- Chassin, L., Presson, C. C., Rose, J., & Sherman, S. J. (2007). What is addiction? Age related differences in the meaning of addiction, *Drug Alcohol Depend*, 87(1), 30-38.
- Irina, P., Igal, S., & Mark, A. (2007). Ratner, Chirality on Surfaces: Modeling and Behaviour. *Chemistry Today: Chimica Oggi*, 25-18.
- Lee, J., Herrenkohl, T. I., Kosterman, R., Small, C. M. & Hawkins, J. D. (2013). Educational Inequalities in the Co-occurrence of Mental Health and Substance Use Problems, and Its Adult Socio-economic Consequences: A Longitudinal Study of Young Adults in a Community Sample. *Public Health*, 127(8), 745-53.
- Lucas, R. E., & Diener, E. (2004). Well-being. In C. spielberger (Ed). *Encyclopedia of Applied Psychology*. New bury Park, CA.
- Siegel, L. J. (2001). *Criminology, Theories, Patterns, and Typologies-7th Edition*. Belmont. CA: Wadsworth / Thomson Learning.
- Staudinger, U. M., Dörner, J. & Mickler, C. (2005). Wisdom and personality. In R. J. Sternberg & J. Jordan (Eds.). *A handbook of wisdom, psychological perspectives* (pp. 191-219). New York: Cambridge University Press.