

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

کاظم برزگر بفروی<sup>۱</sup>، حمیده همتی<sup>۲</sup>، مرجان دربیدی<sup>۳</sup>

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 مراجعت کننده به مرکز درمان معتادان شهر یزد در سال ۱۳۹۵-۱۳۹۶ بودند. تعداد ۳۰۰ فرد معتاد با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه‌ی بهزیستی اجتماعی کیز برای بررسی مشارکت اجتماعی، مراحل آمادگی برای تغییر و اشتیاق برای درمان و بهزیستی روان‌شناختی 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 درنهایت بهزیستی روانی نقش واسطه‌ای خود را به خوبی ایفا کرده و مشارکت اجتماعی با واسطه‌گری بهزیستی روانی بر بازتوانی افراد معتاد اثر غیرمستقیم دارد. **نتیجه‌گیری:** 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**

اعتباد 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 شرمن، ۲۰۰۷). اعتیاد یا سوءصرف 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 خلقتی یا رفتاری کرده یا دچار اختلالات عصبی ناشی از آن رفتارها می‌شود (انگرس و بتینداری، ۲۰۰۸) و امروزه از آن با عنوان وابستگی به مواد<sup>۱</sup> تعبیر می‌شود (مستشاری و وزیریان، ۱۳۸۱؛ اخترمحققی، 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، هرنکل، کاسترمن، اسمال و هاوکینس، ۲۰۱۳؛ شبانی، ۱۳۸۰).

پژوهش کیفی بررسی مشکل‌های اجتماعی در ایران (مدنی، وامقی و رفیعی، ۲۰۰۷، به نقل از نوربالا، ۱۳۹۰)، از افراد صاحب‌نظر 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 مهارگسیختگی. اثرات تداوم در مصرف مواد مخدر عبارت است از ایجاد وابستگی فیزیکی و روانی و تحمل. مرداب اعتیاد محصول پدیده فریبنده اثرات مفید و گذرای مواد و درگیری‌شان در

۲۱۴
214

سال دوازدهم شماره ۵۰ زمستان ۱۳۹۷  
Vol. 12, No. 50, Winter 2019

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

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

دام پدیده 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 جرائمی مثل سرقت، فحشا و خشونت، افزایش مشاغل کاذب و کاهش کارآیی و تعداد بسیار زیادی خانواده‌های آشفته یا از هم 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 موردنیاز است تا به‌طور کامل همه ابعاد زندگی و الگوهای رفتاری مختلف معتادان را در بر گیرد. برنامه‌های درمانی به زمان و کوشش صبورانه فرد معتاد، خانواده‌وی، 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 (کجاف و رحیمی، ۱۳۹۰؛ صالحی امیری و عبدالملکی، ۱۳۹۳). نتایج حاصل از پژوهش کجاف و رحیمی (۱۳۹۰) درین 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، انجمان‌های 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 انجمان‌های گروهی داوطلبانه، باشگاه‌ها، اتحادیه‌ها و گروه‌هایی دارد که خصلتی محلی و غیردولتی دارند و در قالب

سیاست‌های اجتماعی، مشارکت مردم را در فرایندهای اجتماعی مختلف هدف خود می‌دانند. به عبارت دیگر، 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 سطی، 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، فرج‌اللهی، میرجلیلی و مؤمنی، ۱۳۹۲؛ زارع، علی‌پور، پورشریفی، افخمی اردکانی و اعراب‌شیبانی، ۱۳۹۱). لهستانی‌زاده 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 نظری این موارد است؛ بنابراین افراد بالاحساس بهزیستی بالا به طور عمده هیجانات مثبت بیشتری را تجربه و از حوادث و وقایع پیرامون خودارزیابی 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 (هاشمی نصرت‌آباد، باباپور خیرالدین و بهادری خسروشاهی، ۱۳۹۰؛ عبدالزیرین، سجادیان، شهیاد، بیان‌معمار و عظیمی، ۱۳۸۹). ایرینا، سزلیفر، مارک<sup>1</sup> (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 با انگیزه‌های درونی ارتباط دارد و سطوح بالاتر شادکامی موجب ارتقاء مهارت‌های اجتماعی شده و از افسردگی جلوگیری می‌کند. همچنین استادینگر، دورنر و میکلر<sup>2</sup> (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 به طور کلی این موارد می‌توانند تأثیر بسزایی در بهبود بهزیستی روانی و بازتوانی بیماران اعتیاد داشته باشند.

۲۱۶
216

سال ۱۳۹۷ شماره ۵۰ زمستان Vol. 12, No. 50, Winter 2019

1. Irina, Szleifer, & Mark

2. Staudinger, Dörner, & Mickler

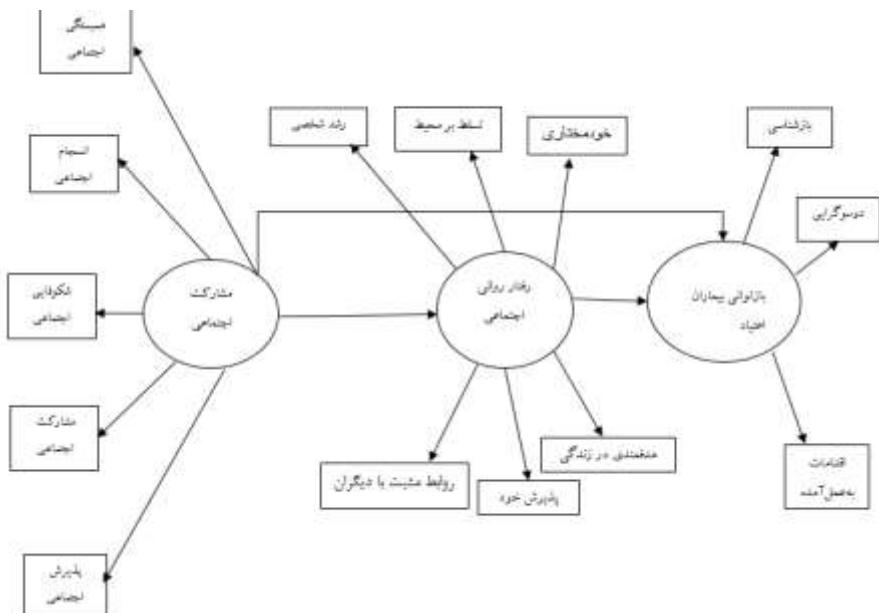
اعتیاد به مواد مخدر علاوه بر زیان‌های جدی و خطرناک جسمی و روحی، عوارض و مشکلات فراوان اجتماعی و اقتصادی از قبیل افزایش جرم‌های مرتبط با مواد مخدر مانند جنایت و سرقت، فقر و تکدی گری و هدر رفتن سرمایه‌های کلان مادی کشورها و سقوط بسیاری از ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی و اخلاقی را نیز به دنبال دارد. اکنون اعتیاد 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 متوجه شویم. یکی از مهم‌ترین ابزارهایی که می‌تواند در پیشگیری و مقابله با شیوع و سوء‌صرف مواد مخدر مؤثر باشد، به کارگیری هوشمندانه و کارآمد رسانه‌های ارتباط جمعی است (قلیزاده، ۱۳۹۴). افزایش تصاعدی آمار اعتیاد و به تبع آن اثرات محربی که بر ساختار خانواده و جامعه دارد، قابل بحث و بررسی بوده و نیازمند چاره‌اندیشی اساسی است. وجود ۱۳۲۵۰۰ نفر معتمد در کشور طبق آخرین آمارهای رسمی، اختصاص بیش از ۷/۲ تریلیون تومان یا به عبارتی، ۱۵ درصد درآمد نفتی ایران به متابه هزینه مستقیم اعتیاد در سال ۱۳۸۷ (تفرشی، 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 فاچاق مواد مخدر، شهید شدن قریب به ۳۷۰۰ نفر ۱۲۰۰۰ نفر (جایز در عرصه مبارزه با مواد مخدر تا ۱۳۸۹ (دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۰)، استمرار سوء‌صرف و جوان‌گزینی اعتیاد، افزایش نرخ شیوع به ویژه بین دختران و پسران، کاهش میانگین سن اعتیاد، تنوع یابی روزافزون مواد مخدر در اشکال گوناگون و سهل‌الوصول بودن دسترسی به آن‌ها و ... میان ابعاد مسئله‌مند و پیچیده اعتیاد و تأثیرات بسیار منفی و محرب 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 به ویژه 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، پرنگ‌تر 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 موردنبررسی 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، هریک 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 میانجی گری می‌کند.

۲۱۸
218

۱۳۹۷
سال دوره‌ی شماره ۵۰ زمستان ۱۳۹۷
Vol. 12, No. 50, Winter 2019



شکل ۱: الگوی کلی پیشنهاد شده‌ی پژوهش

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر در زمراهی 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 ۱۳۹۶-۱۳۹۵ 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 هون، ۱۳۸۷) حدود ۳۰۰ نفر تعیین شد. همچنین از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شده است. ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه مورد مطالعه بدین شرح است: معتادین نمونه موردنظر ۲۸۷ مرد و ۱۳ زن بودند و دامنه‌ی سنی آن‌ها بین ۱۶ تا ۸۰ سال بود. کم سن ترین نمونه موردنظر ۱۶ ساله و بزرگ‌ترین عضو نمونه، ۸۰ ساله بود. ۲۹ نفر مجرد و ۲۷۱ نفر متأهل بودند. ۲ 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 خانه‌دار بودند و درآمد ماهیانه‌ی آن‌ها بین ۱ تا ۲ میلیون تومان بود. بازه زمانی که افراد نمونه معتقد 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: معتقد 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- پرسشنامه‌ی بهزیستی اجتماعی کیز: این پرسشنامه ۳۳ گویه دارد و توسط کیز<sup>۱</sup> (۱۹۹۸) بر اساس مدل نظری بهزیستی اجتماعی طراحی شده است. به عنوان مقیاسی عمومی در روان‌شناسی سلامت اجتماعی جهت تعیین میزان بهزیستی اجتماعی به کار می‌رود. دارای ۵ خرده‌مقیاس همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی است. حداقل و حداً کثر نمره کسب شده به ترتیب برابر با ۳۳ و ۱۶۵ است. کیز (۱۹۹۸) میزان ضرایب آلفای کرونباخ در مطالعه اول را در خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۵۷، ۰/۶۹، ۰/۸۱، ۰/۷۵، ۰/۷۷ و در مطالعه دوم به ترتیب ۰/۶۴، ۰/۶۶، ۰/۴۱، ۰/۷۱، ۰/۶۴ نگارش 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 پنجم عاملی با تغییر در برخی گویه‌ها بود. اعتبار این ابزار در این پژوهش ۰/۸۲ به دست آمد که نشان دهنده قابل قبول بودن این ابزار است.

۲- پرسشنامه‌ی مراحل آمادگی برای تغییر و اشتیاق برای درمان<sup>۲</sup>: این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط میلر و تونیگان<sup>۳</sup> به منظور ارزیابی میزان اشتیاق افراد الکلی برای ایجاد تغییر ساخته شد. اما امروزه از این ابزار برای ارزیابی معتقدین به دیگر انواع مواد مخدر غیر از الکل نیز استفاده می‌شود. مقیاس مراحل آمادگی برای تغییر و اشتیاق برای درمان دارای ۳

۲۲۰
۲۲۰

سال دوازدهم شماره ۵۰ زمستان ۱۳۹۷  
Vol. 12, No. 50, Winter 2019

1. Keys

3. Miller & Tonigan

2. The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale

خرده مقیاس بازشناسی<sup>۱</sup>، دوسوگرانی<sup>۲</sup> و اقدامات به عمل آمده است. به منظور بررسی روایی همزمان همبستگی این مقیاس با پرسش نامه‌ی نگرش نسبت به درمان اعتیاد مورد ارزیابی قرار گرفت. وجود همبستگی معنادار بین خردۀ مقیاس‌های 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 تائید است (میلر و تونیگان، ۱۹۹۶ به نقل از پشم دوست و غفاری، ۱۳۹۴). اعتبار آن در پژوهش حاضر ۰/۷۸ به دست آمد.

۳- پرسش نامه‌ی بهزیستی روان‌شناختی ریف: نسخه‌ی کوتاه (۱۸ سؤالی) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف<sup>۳</sup>، 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 تائیدی 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 برآش 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، ۰/۵۲، 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 سوال‌هایی راجع به ویژگی‌های جمعیت شناختی معتقدان (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 پرسش نامه‌ها در اختیار معتادان گروه نمونه قرار گرفت. از معتادان خواسته شد با صداقت به سؤال‌ها پاسخ دهنند. ضمناً به آن‌ها یادآوری شد که تمام پاسخ‌های آن‌ها محترمانه 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

متغیرها	متغیرها	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد
همبستگی اجتماعی		۷	۳۵	۲۰/۲۲	۷/۳۱
اسجام اجتماعی		۵	۳۲	۱۷/۴۱	۷/۰۷
مشارکت اجتماعی	مشارکت اجتماعی	۷	۳۵	۲۰/۱۸	۷/۴۸
پذیرش اجتماعی		۶	۳۰	۱۴/۸۶	۶/۲۶
مشارکت اجتماعی		۷	۳۵	۱۷/۶۹	۷/۱۹
تسلط بر محیط		۳	۱۸	۹/۸۳	۴/۰۸
رشد شخصی		۳	۱۷	۸/۸۶	۳/۹۶
پذیرش فرد		۳	۱۸	۹/۲۷	۳/۹۰
با هزیستی روانی	روابط مثبت	۳	۱۸	۹/۶۴	۴/۰۸
هدفمندی در زندگی		۳	۱۶	۹/۴۹	۴/۱۱
خدمختاری		۳	۱۸	۹/۲۳	۳/۸۶
بازشناسی		۵	۳۵	۱۶/۱۰	۷/۲۲
بازنوی افراد معتاد	دو سوگراوی	۴	۲۵	۱۲/۲۱	۵/۵۳
اقدامات به عمل آمده		۸	۴۰	۱۸/۷۷	۹/۰۳

به منظور بررسی مدل علّی از مدل یابی معادله ساختاری استفاده شد. از شاخص‌های زیر به عنوان ملاک‌های انطباق الگو با داده‌های مشاهده شده، برای برآشش الگو استفاده شد:

شاخص مجدور خی<sup>۱</sup>(χ<sup>۲</sup>)، شاخص ریشه خطای میانگین مجدورات تقریبی<sup>۲</sup>، شاخص نیکویی برازش<sup>۳</sup>، شاخص تعدیل شده نیکویی برازش<sup>۴</sup>، شاخص ریشه استاندارد میانگین مجدورات باقیمانده<sup>۵</sup>، شاخص برازنده<sup>۶</sup> گی تطبیقی<sup>۷</sup>، شاخص هنجار شده برازنده<sup>۸</sup> گی و شاخص هنجار نشده برازنده<sup>۹</sup> گی.<sup>۱۰</sup> شاخص‌ها را نمی‌توان به تنها‌ی دلیل برازنده<sup>۹</sup> گی دانست، بلکه آن‌ها را باید در کنار یکدیگر تفسیر کرد. مهم‌ترین آماره برازش، آماره مجدور خی<sup>۲</sup>(χ<sup>۲</sup>) 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 مناسی برای برازش الگو تلقی نمی‌گردد. اگر شاخص‌های CFI، AGFI، NFI و NNFI بزرگ‌تر از ۰/۹۰ و شاخص‌های RMSEA و RMR کوچک‌تر از ۰/۰۵ باشد 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 برازنده<sup>۹</sup> گی خوبی مشاهده شده است.

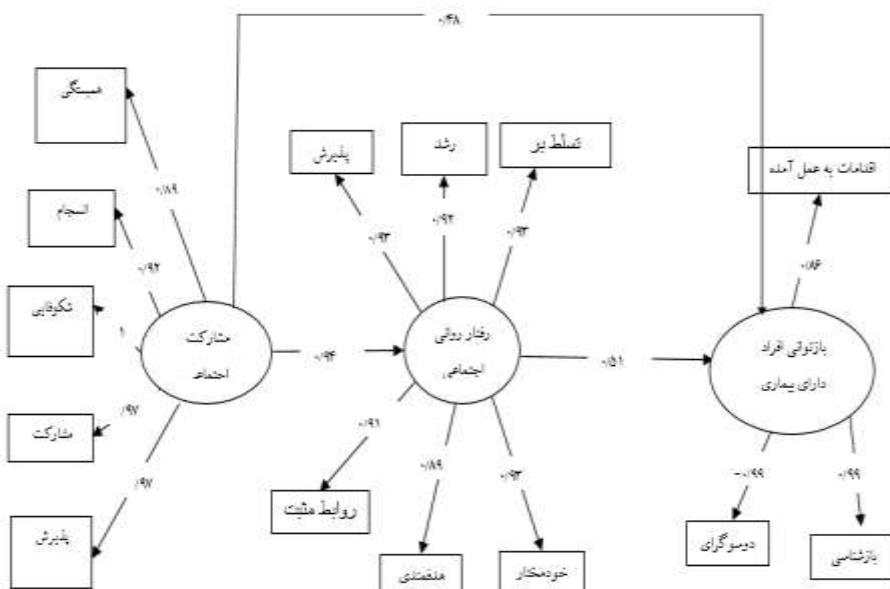
## جدول ۲: شاخص‌های نکویی برازش مدل پیشنهادی تحقیق

شاخص	مقدار	شاخص	مقدار	مقدار
آزمون نکویی برازش مجدور کای	۱۴/۰۹۸	نسبت مجدور کای به درجات آزادی	۸۵۵/۸۴	۱۴/۰۹۸
درجه آزادی	۶۰	شاخص نیکویی برازش	۰/۸۹۵	۰/۸۹۵
ارزش	۰/۰۱	شاخص استاندارد شده برازش	۰/۸۸۸	۰/۸۸۸
شاخص برازش هنجار نشده یا شاخص تاکر - لوئیس	۰/۰۸۴	ریشه میانگین مربعات خطای برآورد	۰/۰۸۶	۰/۰۸۶
شاخص برازش تطبیقی	۰/۸۹۵	احتمال نزدیکی برازنده <sup>۹</sup> گی	۰/۴۹۵	۱. Chi Square

1. Chi Square
2. Root mean Square Eror 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.



۲۲۴

224

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 مستقيم	اثر غيرمستقيم	اثر کل
مشارکت اجتماعی به روی: بهزیستی روانی	0/۹۴**	-	0/۹۴**
مشارکت اجتماعی به روی: بازتوانی بیماران معتاد	0/۹۶**	0/۴۸*	0/۴۸**
بهزیستی روانی به روی: بازتوانی بیماران معتاد	0/۵۱**	-	0/۵۱**

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<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) همخوان است.

هر کجا میزان مشارکت و پیوندهای اجتماعی کاهش می‌یابد، آسیب‌ها و انحراف‌های اجتماعی رو به افزایش می‌گذارد (تولسی، 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 تنها‌بی 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 (نظرپور 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 سنتیزها جای خود را به همکاری و تعاون می‌دهند. مشارکت می‌تواند اشکال و درجه‌های گوناگونی مانند همکاری، همیاری، همبستگی، انصباط، 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 معتقد سودمند خواهد بود.

نتایج پژوهش حیدرناژاد، باقری و اصلانلو (۱۳۹۳) نشان داد که سرمایه اجتماعی جوانان معتقد به طور معناداری پایین تر از جوانان غیرمعتقد است. همچنین، میزان مشارکت اجتماعی، اعتماد اجتماعی و شبکه روابط اجتماعی جوانان معتقد به طور معناداری پایین تر از جوانان غیرمعتقد بود. با توجه به تأثیر مثبت مشارکت اجتماعی، اعتماد اجتماعی و شبکه روابط اجتماعی بر افراد غیرمعتقد باید شرایط و بسترهای مناسب برای سوق دادن جوانان معتقد به در گیر شدن در رویدادهای اجتماعی مانند گسترش سازمانها و انجمن‌های داوطلبانه و غیردولتی نظیر انجمن‌های مردم نهاد بهای بیشتری داده شود.

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

پذیرش اجتماعی بیانگر در ک فرد از خصیصه‌ها و ویژگی‌های افراد جامعه به عنوان یک کلیت است. افراد معتقد 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 معتقد از مسیر حرکت جامعه و پتانسیل‌های آن است به این معنا که فرد معتقد 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 دنیاست. افراد معتقد دارای سطوح مطلوب این بعد بهزیستی، نه تنها به جهانی که در آن زندگی می‌کنند اهمیت می‌دهند، بلکه احساس می‌کنند می‌توانند حوادث پیرامون‌شان

۲۲۶  
226

سال دوازدهم شماره ۵۰ زمستان ۱۳۹۷  
Vol. 12, No. 50, Winter 2019

را در ک 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 دهنده 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 روان‌شناختی اش 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 بالقوه 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 خوداختاری (توانایی و قدرت پیگیری خواست‌ها و عمل بر اساس اصول شخصی حتی اگر مخالف آداب و رسوم و تقاضاهای اجتماعی باشد) را به عنوان مؤلفه‌های تشکیل دهنده 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 دهنده 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 می‌گردد. یکی از ابعاد این متغیر واسطه‌ای خوداختاری است. افراد خوداختار 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 به طور مداوم در فعالیت‌ها در گیر 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 در ک 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 درنتیجه سبب از بین رفتن اندوه می‌شود. زمانی که افراد معتاد توجه و دقت خود را متوجه می‌کنند، اهداف واقع‌بینانه‌ای برای بعد از ترک اعتیاد اتخاذ کرده و تلاش می‌کنند که کلی نگر تر 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

درنهایت ضرایب مسیر نشان دهنده‌ی این بود که مشارکت اجتماعی می‌تواند با واسطه گری بهزیستی روانی باز توانی افراد معتاد را پیش‌بینی کند. بدین معنا که مشارکت اجتماعی می‌تواند بهزیستی روانی معتدان را بهبود ببخشد. به واسطه بهبود بهزیستی روانی باز توانی معتدان 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 هر چه 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 را به افزایش می‌گذارد (توسلی، ۱۳۸۲).

سال دوازدهم شماره ۵۰ زمستان ۱۳۹۷  
Vol. 12, No. 50, Winter 2019

بنابراین همان طور که قبل‌آنیز 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 روان‌شناسختی اش 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 مهریان‌اند 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 اعتماد شهر یزد برای جمع‌آوری نمونه بیشتر، کمبود منابع و تحقیقات مشابه در حیطه موضوع مورد نظر از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود با توجه به تأثیر مثبت مشارکت اجتماعی و شبکه روابط اجتماعی بر افراد غیرمعتماد باید شرایط و بسترهاي مناسب برای سوق دادن جوانان معتاد به درگیر شدن در رویدادهای اجتماعی مانند گسترش سازمان‌ها و انجمان‌های داوطلبانه و غیردولتی نظریه انجمن‌های مردم نهاد 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 اعتماد امری ضروری است. در این رابطه پیشنهاد می‌شود مشارکت اجتماعی به صورت رویکردی نوین در کلینیک‌های ترک اعتماد استفاده شود.

## منابع

- ابراهیم بای سلامی، غلام حیدر و غفاری زاده، محمد (۱۳۸۸). رابطه تعهد و کنترل اجتماعی با اعتماد. *نشریه رفاه اجتماعی*، ۹(۳۴)، ۱۸۶-۱۷۳.
- اخترمحققی، مهدی (۱۳۸۵). *جامعه‌شناسی اعتماد*. تهران، ناشر: مؤلف.
- باباپور خیرالدین، جلیل؛ رسول‌زاده طباطبائی، سید کاظم؛ اژه‌ای، جواد و فتحی آشتیانی، علی (۱۳۸۲). بررسی رابطه‌ی بین شیوه‌های حل مسئله و سلامت روان‌شناسختی، *مجله روان‌شناسی*، ۷(۱)، ۵۴-۳۲.
- بابامیری، محمد؛ وطن خواه محمد؛ معصومی جهاندیزی، حسین؛ نعمتی، مرضیه و درویشی، مهسا (۱۳۹۲). بررسی رابطه‌ی بین سبک‌های مقابله با استرس، افکار خود آیند منفی و امیدواری با

- شاد کامی 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)، ۹۶۱-۹۶۷.
- بهرامی احسان، هادی (۱۳۹۲). اعتیاد و فرایند پیشگیری، تهران: انتشارات سمت.
- پشم دوست، مریم و غفاری، عذرآ. اثربخشی درمان فراشناختی گروهی بر ترک اعتیاد و سنجش پایداری اثر آن. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۹(۳۴)، ۱۱-۹۹.
- پورنفاس تهرانی، سیدسعید؛ اکبری، بهمن و تیموری، زهره (۱۳۹۱). بررسی رابطه میان سبک های مقابله با تنبیگی و سلامت روانی در معتادین مراکز ترک اعتیاد استان گیلان با توجه به متغیرهای جمعیت شناختی. *پژوهش های روان شناسی اجتماعی*، ۲(۶)، ۶۸-۵۴.
- تاجری، بیوک و گودرزی، رضا (۱۳۹۲). تأثیر آموزش مهارت های شناختی - رفتاری بر مؤلفه های هوش هیجانی در معتادین به شیشه. *تحقیقات روان شناختی*، ۱۹(۵)، ۹۷-۸۵.
- تفرشی، سید حسام الدین (۱۳۹۰). «آمار اعتیاد در ایران»، *ماهنشانه رازی*، ۲۳(۲)، ۶۵-۴۰.
- توسلی، غلامباس (۱۳۸۲). مشارکت اجتماعی در شرایط جامعه آنومیک، تهران: موسسه انتشارات و چاپ دانشگاه تهران.
- حسین پناهی، مهرداد و تاج الدین، 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 روان درمانی حمایتی بر بهبود کیفیت زندگی معتادین مرد سم زدایی شده. *تحقیقات روان شناختی*، ۷(۲)، ۶۱-۵۰.
- حیدری، غلامحسین و غنایی، زیبا (۱۳۸۷). هنجرایی پرسشنامه بهزیستی اجتماعی. *اندیشه و رفتار (روانشناسی کاربردی)*، ۲(۷)، ۴۰-۳۱.
- حیدر نژاد، علیرضا؛ باقری بنجارت، عبدالرضا و اصلانلو، علی (۱۳۹۱). مقایسه میزان سرمایه اجتماعی در جوانان معتاد و غیر معتاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۶(۲۴)، ۹۴-۸۵.
- خانجانی، مهدی؛ شهیدی، شهریار؛ فتح آبادی، جلیل؛ مظاہری، محمدعلی و شکری، امید (۱۳۹۳).
- ساختار عاملی و ویژگی های روان سنجی فرم کوتاه (۱۸ سؤالی) مقیاس بهزیستی روان شناختی 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، ژیلا و عباس زاده، 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 مبتلا به دیابت. *شناخت اجتماعی*، ۱(۲)، ۵۱-۴۰.

شبانی، 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 سیاست گذاری تا عملیاتی سازی. *راهبرد/اجتماعی فرهنگی*، ۱۴(۱۳)، ۶۵-۷۷.

صلحی، مهناز و ابوالفتحی، میرا (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.

عبدی‌زرین، سهراب؛ سجادیان، پریناز؛ شهیاد، شیما؛ بیان معمار، احمد و عظیمی، حسین (۱۳۸۹). رابطه‌ی بین سبک‌های روانی در دانش آموزان دختر مقطع راهنمایی شهر قم. طague بهداشت، ۱(۲۸)، ۷۷-۶۹.

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

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

کامل عباسی، امیر‌رضاء؛ غفاریان مسلمی، حامد؛ طباطبائی، سید محمود و عطاری، عباس (۱۳۹۳). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد یکپارچه گرا (IT) بر کاهش علائم روان‌شناختی معتمدان بزرگوار. *نشریه تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۲(۳)، ۴۷۹-۴۶۸.

لهسائی‌زاده، عبدالعلی و مرادی، گالردد (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 سوءصرف کنندگان مواد. *تهران: پرشکوه*.

منصوریان، مرتضی؛ صلحی، مهناز؛ دهداری، طاهره؛ تقی‌یوسی، محمدحسین و زمانی الیجه، فرشته (۱۳۹۴). تبیین راههای پنهان‌کاری مصرف مواد مخدر در معتمدان 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 (موردمطالعه: دهستان شیروان از توابع شهرستان بروجرد). *توسعه روستایی*، ۱۱(۱۱)، ۳۱۹-۳۴۰.

- نظرپور، محمدنقی و متظری 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، زهراء؛ 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.
- هاشمی‌نصرت‌آباد، تورج؛ باباپور خیر الدین، جلیل و بهادری خسروشاهی، جعفر (۱۳۹۰). نقش سرمایه روان‌شناختی در بهزیستی روانی با توجه به اثرات تعدیلی سرمایه اجتماعی. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۱۱(۴)، ۱۴۴-۱۲۳.
- هومن، حیدرعلی (۱۳۸۷). *مدل‌یابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم‌افزار لیزرل*. تهران: سمت.
- رد نرم‌افزار لیزرل، تهران: سمت.

- Angres, D.H., & 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*. Newbury 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.

۲۳۲
232

۱۳۹۷
سال دوازدهم، شماره ۵۰، زمستان ۱۳۹۷
Vol. 12, No. 50, Winter 2019