

## مقایسه سلامت اجتماعی در افراد وابسته به مواد و عادی

سمیرا شاکری<sup>۱</sup>، سولماز دبیری<sup>۲</sup>

### چکیده

سلامت اجتماعی یکی از ابعاد سلامت محسوب می‌شود و نقش مهمی در کاهش آسیب‌های اجتماعی دارد. هدف پژوهش حاضر مقایسه سلامت اجتماعی در افراد وابسته به مواد و عادی بود. این پژوهش یک مطالعه علی-مقایسه‌ای بود. نمونه این پژوهش شامل ۱۰۰ نفر (۵۰ نفر عادی، ۵۰ نفر افراد وابسته به مواد) بود که بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش و با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش پرسش‌نامه سلامت اجتماعی کیز (۲۰۰۴) بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره تحلیل شد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که بین مولفه‌های سلامت اجتماعی در افراد وابسته به مواد و عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بدین صورت که افراد وابسته به مواد از سطوح پایین‌تر سلامت اجتماعی (شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی) برخوردار بودند. در مجموع نتایج حاکی از آن بود که افراد وابسته به مواد دارای مشکلاتی در سلامت اجتماعی هستند و ارتقای سلامت اجتماعی با همکاری بخش‌های مختلف جامعه همواره باید مورد توجه مسئولین، متخصصان و کل افراد جامعه قرار گیرد.

**کلیدواژه‌ها:** سلامت اجتماعی، افراد وابسته به مواد، افراد عادی

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

۲. نویسنده مسئول: گروه روان‌شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران. پست الکترونیک:

sh\_dabiri1016@yahoo.com

## مقدمه

اعتیاد را شاید بتوان گریز گاهی دانست که انسان ناکام از کمبودها، تزلزل‌ها و اختلالات روانی به آن پناه می‌برد. بر اساس نظر سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup>، سوء مصرف مواد به مصرف مواد شیمیایی خطرناک اشاره دارد و به مرور زمان می‌تواند باعث ایجاد وابستگی در افراد شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۶؛ لی و کالتابیانو<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷).

ویژگی‌های اعتیاد را می‌توان این گونه بیان کرد: (۱) زمانی که فرد به موادی اعتیاد پیدا کند بدن نیاز شدیدی به ماده دارد و در صورتی که به موقع به بدن نرسد، حالات ناخوشایندی ایجاد می‌شود که برای فرد معتاد ناتوان کننده و غیر قابل تحمل است، (۲) بعد از مدتی افراد برای این که حالات لذت و آرامش اولیه مصرف را تجربه کنند، نیاز دارند که میزان مصرف را افزایش دهند، (۳) ایجاد وابستگی جسمانی و روانی به مواد مورد مصرف، (۴) احساس لذت و سرخوشی بعد از مصرف مواد (کاپلان و سادوک<sup>۳</sup>، ۱۳۹۲). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که اعتیاد به حالتی اطلاق می‌شود که در آن افراد از نظر جسمانی و روانی به یک ماده وابسته می‌شوند و نیاز اجباری دارند که مواد را مصرف کنند و نمی‌توانند جلوی میل به مصرف مواد را بگیرند (جوانمرد، ۱۳۸۰).

آنچه امروزه شاهد آن هستیم این است که اعتیاد به سرعت در حال گسترش است؛ به طوری که دامنه اعتیاد از محله‌های کوچک و محیط‌های خصوصی وارد مراکز عمومی شده و سن مصرف مواد هم در حال کاهش است. اعتیاد نه تنها دارای عواقب جبران ناپذیری برای فرد و خانواده است، بلکه هزینه‌های سنگینی را نیز بر جامعه تحمیل می‌کند (باقری، نبوی، ملتفت و نقی پور، ۱۳۸۹). این پدیده خانمان سوز یک اختلال عود کننده‌ی مزمن است و تخریب‌های پیوسته‌ای که ایجاد می‌کند، تمام گستره‌ی زندگی فرد شامل روابط زناشویی، شغل و تحصیل را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اعتیاد پیامدهای نامطلوب اجتماعی و همچنین از بین رفتن سرمایه‌های انسانی جوان و مغزهای متفکر را به دنبال دارد. عواقب ناشی از این معضل اجتماعی بسیار غم‌انگیز است، به طوری که مصرف مواد یکی

از موانع جدی در توسعه جوامع است (اختری، خدایی، زرگر یاقوتی و فضل‌اللهی، ۱۳۹۵).

اعتیاد یک بیماری است که در آن عوامل زیست‌شناسی، روان‌شناسی و عوامل اجتماعی نقش اصلی را دارند، اما عوامل اجتماعی، عواملی تعیین‌کننده هستند و نقش اساسی در بروز، شیوع و ماندگاری اعتیاد دارند (لاردیر، باریوس، گارسیا-رید و ریف، ۲۰۱۸). عوامل اجتماعی جهانی به عنوان «محیط اجتماعی» نامیده شده است. محیط اجتماعی شامل نیروهای متناظر، هنجارها و روابط اجتماعی است که بر عملکرد افراد اثر می‌گذارند. مفاهیم محیط اجتماعی مانند سلسله مراتب اجتماعی (توزیع درآمد، کنترل محیط کار)، سیاست‌های عمومی (مسکن، آموزش و پرورش)، هنجارهای فرهنگی و روابط اجتماعی (شبکه‌های اجتماعی، تبعیض) بر بهداشت و سلامت تأثیر می‌گذارند. این عوامل اجتماعی به عنوان "تعیین‌کننده‌های اجتماعی" شناخته می‌شوند تا نقش خود را در شکل دادن به عوامل خطر ساز و حمایتی در سطح کلان و سطح فردی و نتایج سلامت نشان دهند (عطادخت، حاجلو، کریمی و نریمانی، ۲۰۱۵).

تعیین‌کننده‌های اجتماعی، عوامل محیطی یا اجتماعی هستند که بر پیامدهای سلامت تأثیر می‌گذارند. مفهوم سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامت در دهه‌های اخیر توسط سازمان جهانی بهداشت مطرح شد و به این معناست که برای دسترسی به سلامت کامل، تنها سلامت جسمی و روانی کافی نیست بلکه سلامت اجتماعی نیز ضروری است. تعریف واحد برای سلامت اجتماعی وجود ندارد. شاید بعد اجتماعی سلامت پیچیده‌ترین و بحث‌انگیزترین بعد سلامت باشد. تعاریف سلامت اجتماعی در سه رویکرد خلاصه می‌شود: سلامت اجتماعی به مثابه جنبه‌ای از سلامت فرد در کنار سلامت جسمی و روانی؛ سلامت اجتماعی به مثابه تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و سلامت اجتماعی به مثابه جامعه سالم (زمان خانی، عباسی زاده، امیدنیا، ابدی و حیدرنیا، ۱۳۹۵). سلامت اجتماعی، توانمندی انجام نقش‌های اجتماعی به صورت موثر و کارآمد، ارزیابی افراد از عملکردشان

در جامعه و کیفیت روابطشان با افراد و گروه‌های دیگر است (طاهری، قاسمی، نگران ده، جنانی و میربازغی، ۲۰۱۸). از نظر کیز<sup>۱</sup> سلامت اجتماعی عبارت است از دیدگاه افراد در مورد کیفیت روابطشان با دیگران. از منظر این دیدگاه، سلامت اجتماعی یعنی اینکه جامعه یک مجموعه نظام‌دار و دارای معناست که نیرویی بالقوه برای رشد و بالندگی افراد ایجاد می‌کند و افراد نسبت به جامعه احساس تعلق داشته و خود را در آینده آن سهم می‌دانند. در این تعریف سلامت اجتماعی عاملی پنج بعدی است که عبارتند از: سهم بودن اجتماعی، پذیرش اجتماعی، یکپارچگی اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پیوستگی اجتماعی (به نقل از فیروزبخت، ریاحی و تیرگر، ۱۳۹۶). در زمینه ارتباط سلامت اجتماعی و اعتیاد مطالعات اندکی انجام شده است. پژوهشگرانی همچون کرمی (۱۳۹۱) و کوثری (۱۳۸۰) به این نتیجه رسیدند که بین پذیرش اجتماعی و اعتیاد رابطه وجود دارد و عموماً سطح پذیرش اجتماعی در افراد معتاد پایین بود. علاوه بر این لش، پترسون، اوکانر و لهمان<sup>۲</sup> (۲۰۰۱) و اوسپ، وان-لاندینگهام، پرو و ریکتاریک<sup>۳</sup> (۱۹۸۴) طی پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که دریافت تایید اجتماعی در دوره درمان سوء مصرف مواد بر بهبودی افراد موثر است. از آنجایی که سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی دارای ابعاد مشترکی هستند از پیشینه این مطالعات نیز می‌توان استفاده کرد. به عنوان مثال پژوهشگرانی همچون حیدرنژاد، باقری بنجار و اصائلو (۱۳۹۱)؛ گرجی گرسامی، سیاه چشم، موسوی بیجاری و سیف (۱۳۹۷)؛ زارع شاه آبادی، اویسی و بنیاد (۱۳۹۷)، نیازی، عباسی زاده و سعادت (۱۳۹۶)، آسلوند و نیلسون<sup>۴</sup> (۲۰۱۳)، ترفرز<sup>۵</sup> (۲۰۱۶)، آنلو و ساهین<sup>۶</sup> (۲۰۱۵)، ایوانس، کاتر، روز و اسموکوسکی<sup>۷</sup> (۲۰۱۶)، آوگو، ماگورا و کورین<sup>۸</sup> (۲۰۱۶)؛ ون<sup>۹</sup> (۲۰۱۷)؛ لاردیر و همکاران (۲۰۱۸)؛ هان<sup>۱۰</sup> (۲۰۱۸) در پژوهش‌های خود به این نتیجه

1. Keyes
2. Lash, Petersen, O'Connor & Lehmann
3. Ossip, Van-Landingham, Prue & Rychtarik
4. Aslund & Nilsson
5. Treffers
6. Unlu & Sahin
7. Evans, Cotter, Rose & Smokowski
8. Awgu, Magura & Coryn
9. Wen
10. Han

رسیدند که ابعاد مشترک بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی مانند انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی با اعتیاد و سوء مصرف مواد رابطه دارند. افراد برخوردار از سلامت اجتماعی در کنار آمدن و حل و فصل مشکلاتی که ناشی از ایفای نقش های اجتماعی آنان است با موفقیت بیشتری عمل می کنند. بنابراین، می توان گفت که سلامت اجتماعی دارای عناصر و مفاهیم متعددی است که در صورت هماهنگی و ادغام با یکدیگر، عملکرد درست و معقولانه افراد را تضمین می کنند.

به طور کلی می توان گفت که یکی از مسائل اجتماعی مهم که امروزه در سطح جهانی گسترده شده و تقریباً گریبان گیر تمام جوامع شده است، مصرف الکل و مواد است. هر روز شاهد افزایش تعداد افرادی هستیم که در دام این بلای خانمان سوز افتاده اند. این معضل تا حدی مخرب و جانکاه است که با وجود تمامی اقدامات آگاهانه، پیشگیرانه، درمانی و باز توانی، باز هم قربانی می گیرد و توانسته امنیت سیاسی، اقتصادی و اجتماعی جوامع را به چالش بکشد (علیوردی نیا و یونسی، ۱۳۹۳). با در نظر گرفتن تأثیرات مخرب این اختلال در زندگی فردی و خانوادگی افراد، لزوم شناسایی عوامل اجتماعی مؤثر بیش از پیش آشکار می شود. با توجه به مطالب مطرح شده و با در نظر گرفتن این که اعتیاد و سوء مصرف مواد عواقب و اثرات منفی زیادی را برای جوامع در پی دارد و مقابله با آن نیازمند شناخت دقیق این پدیده است، سوال اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا بین سلامت اجتماعی در افراد معتاد و عادی تفاوت وجود دارد؟

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد خود معرف جهت ترک اعتیاد شهرستان شاهرود بودند که در زمستان سال ۱۳۹۶ به کلینیک های شهرستان شاهرود مراجعه کرده بودند. تعداد ۵۰ نفر معتاد و ۵۰ نفر عادی به روش نمونه گیری در دسترس با توجه به ملاک های ورود به پژوهش انتخاب شدند. افراد عادی از همراهان افراد معتاد انتخاب شدند. دو گروه از نظر سن و تحصیلات همتا شدند. ملاک های ورود عبارت بود از دامنه سنی ۴۰ - ۲۰

سال، تحصیلات حداقل سیکل و وابستگی به یکی از مواد مخدر. ملاک‌های خروج عبارت بود از ابتلا به اختلال روانی خاص بر اساس گزارش شخصی و پرونده.

## ابزار

پرسش‌نامه سلامت اجتماعی کیز: این پرسشنامه در سال ۲۰۰۴ توسط کیز طراحی شد و دارای ۲۰ سوال است، طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت بوده و در دامنه ۱ تا ۵ از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم درجه‌بندی می‌شود. این پرسش‌نامه پنج بعد دارد که عبارتند از: شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی. برای به دست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات سوالات مربوط به آن بعد با هم جمع می‌شوند. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسش‌نامه، مجموع امتیازات همه سوالات با هم جمع می‌شوند. امتیازات بالاتر نشان دهنده سلامت اجتماعی بالاتر است و برعکس. باباپور خیرالدین و طوسی (۱۳۸۸) برای بررسی پایایی این ابزار از همسانی درونی استفاده نمودند و گزارش کردند که آلفای به دست آمده برای کل مقیاس ۰/۷۸ و برای هر یک از خرده مقیاس‌ها به ترتیب عبارت بود از ۰/۷۴ برای مشارکت اجتماعی، ۰/۷۴ برای پذیرش اجتماعی، ۰/۷۱ برای همبستگی اجتماعی، ۰/۷۰ برای شکوفایی اجتماعی و ۰/۷۷ برای انسجام اجتماعی که نشان می‌دهد این ابزار از پایایی مطلوبی برخوردار است. اهری (۱۳۹۲) ضریب آلفای کرونباخ را برای این پرسش‌نامه ۰/۸۰ گزارش کرده است.

## یافته‌ها

در جدول ۱ آماره‌های توصیفی مولفه‌های سلامت اجتماعی به تفکیک گروه‌ها ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی مولفه‌های سلامت اجتماعی به تفکیک گروه‌ها

متغیر	معتاد		عادی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
شکوفایی اجتماعی	۱۱/۷۰	۲/۶۸	۱۳/۴۸	۳/۱۳
همبستگی اجتماعی	۸/۷۰	۲/۱۸	۹/۹۸	۲/۴۰
انسجام اجتماعی	۸/۹۸	۲/۱۷	۱۰/۳۲	۳/۳۲
پذیرش اجتماعی	۱۲/۸۲	۲/۷۷	۱۵/۲۸	۲/۴۲
مشارکت اجتماعی	۱۱/۳۰	۳/۷۷	۱۳/۶۶	۳/۴۹

همان طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین تمام مولفه‌های سلامت اجتماعی در دو گروه متفاوت است. به عبارتی میانگین تمام مولفه‌های سلامت اجتماعی در گروه عادی بیشتر از گروه معتاد است.

به منظور مقایسه سلامت اجتماعی در دو گروه از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. به منظور بررسی پیش فرض‌های تحلیل واریانس چند متغیری از آزمون ام. باکس جهت بررسی یکسانی ماتریس واریانس متغیرها در بین گروه‌ها استفاده شد ( $P > 0/05$ ,  $F = 74/0$ ,  $M$  باکس). همچنین از آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌های خطای متغیرها در بین گروه‌ها استفاده شد که نتایج در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌های مولفه‌های سلامت اجتماعی در بین گروه‌ها

متغیر	آماره ی F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
شکوفایی اجتماعی	۱/۶۳	۱	۹۸	۰/۲۰
همبستگی اجتماعی	۰/۷۳	۱	۹۸	۰/۳۹
انسجام اجتماعی	۰/۷۶	۱	۹۸	۰/۷۷
پذیرش اجتماعی	۰/۵۷	۱	۹۸	۰/۵۷
مشارکت اجتماعی	۰/۷۱	۱	۹۸	۰/۷۱

با توجه به اطلاعات جدول ۲، سطح معناداری آماره F در مولفه‌های سلامت اجتماعی بزرگتر از ۰/۰۵ است در نتیجه فرض همسانی واریانس خطای متغیرها در بین گروه‌ها

برقرار است. با توجه به نتایج آزمون ام باکس و لون استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری مجاز است. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری جهت مقایسه سلامت اجتماعی در بین افراد معتاد و عادی نشان داد که بین دو گروه تفاوت وجود دارد ( $F= ۱۵/۱۳$ ،  $P > ۰/۰۰۱$ ،  $F= ۰/۵۵$  = لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک متغیری به شرح جدول ۳ استفاده شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در مولفه‌های سلامت اجتماعی

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	آماره‌ی F	سطح معنی داری
گروه	شکوفایی اجتماعی	۷۹/۲۱	۱	۷۹/۲۱	۹/۲۹	۰/۰۰۳
	همبستگی اجتماعی	۴۰/۹۰	۱	۴۰/۹۰	۷/۷۵	۰/۰۰۶
	انسجام اجتماعی	۴۴/۸۹	۱	۴۴/۸۹	۴/۱۱	۰/۰۴۵
	پذیرش اجتماعی	۱۵۱/۲۹	۱	۱۵۱/۲۹	۲۲/۳۴	۰/۰۰۱
	مشارکت اجتماعی	۱۳۹/۲۴	۱	۱۳۹/۲۴	۱۰/۵۳	۰/۰۰۲

با توجه به مقادیر به دست آمده‌ی آماره F و سطح معنی داری نمایش داده شده در جدول ۳ واضح است که میانگین نمرات مولفه‌های سلامت اجتماعی در دو گروه تفاوت معناداری دارد. بدین صورت که میانگین نمرات مولفه‌های سلامت اجتماعی در افراد عادی بیشتر است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه سلامت اجتماعی در افراد معتاد و عادی بود. نتایج نشان داد که بین تمام مؤلفه‌های سلامت اجتماعی (شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی) در افراد معتاد و عادی تفاوت وجود دارد. بدین صورت که میانگین نمرات این مولفه‌ها در بین افراد معتاد کمتر بود. با توجه به اینکه در این خصوص پژوهش‌های کمی انجام شده است امکان مقایسه دقیق با سایر یافته‌ها وجود ندارد، اما این یافته تا حدی با یافته‌های پژوهش باباپورخیرالدین (۱۳۹۵)، کرمی (۱۳۹۱) و کوثری (۱۳۸۰) همسو است. این پژوهشگران به این نتیجه



رسیدند که بین پذیرش اجتماعی و اعتیاد رابطه وجود دارد و عموماً سطح پذیرش اجتماعی در افراد معتاد پایین است. نتایج پژوهش حاضر همچنین با پژوهش لث و همکاران (۲۰۰۱) و اوسیپ و همکاران (۱۹۸۴) نیز همسو است. این پژوهشگران طی پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که دریافت تایید اجتماعی در دوره درمان سوء مصرف مواد بر بهبودی افراد موثر است. علاوه بر این یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهشگرانی همچون حیدر نژاد و همکاران (۱۳۹۱)، گرجی گرسامی و همکاران (۱۳۹۷)، زارع شاه آبادی و همکاران (۱۳۹۷)، نیازی و همکاران (۱۳۹۶)، آنلو و ساهین (۲۰۱۵)، ایوانس و همکاران (۲۰۱۶) و آوگو و همکاران (۲۰۱۶) تا حدی مطابقت دارد. این پژوهشگران در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که ابعاد مشترک بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی مانند انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی با اعتیاد و سوء مصرف مواد رابطه دارند. علائم روانپزشکی و ناتوانی اجتماعی از جمله عواملی است که باعث پایین آمدن سطح بهزیستی روانی و سلامت اجتماعی فرد می‌شوند. افراد دارای بهزیستی پایین به خدمات درمانی و مراقبتی بیشتری نیاز دارند. بر طبق دیدگاه لیسون<sup>۱</sup>، سلامت اجتماعی نشانگر ارزیابی فرد از وقایعی است که در اطرافش در حال وقوع است و انواع ارتباطات او را در بر می‌گیرد. این ارزیابی‌ها می‌تواند مثبت و همراه با رضایت و یا منفی و همراه با نارضایتی باشد (لیسون، ۱۹۹۳). کیز معتقد است که سلامت اجتماعی در واقع عاملی است که به طور جمعی بیانگر این است که فرد تا چه حد عملکرد مناسبی دارد (کیز و شاپیرو<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). از نظر کیز، سلامت اجتماعی ارزیابی اعمال فرد در جامعه است و بهزیستی، اساسی اجتماعی دارد (چالانگان<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). از نظر کیز بین مسئول بودن و مسئولیت پذیری با سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد و عملکرد خوب فقط به معنی سلامت جسمی و روانی نیست و عوامل اجتماعی رانیز در بر می‌گیرد (سام آرام، ۱۳۸۸). حجتی، شریف نیا، فغانی، حجتی و سلماسی (۱۳۹۱) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین پذیرش اجتماعی با کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود دارد. به طوریکه با کاهش پذیرش اجتماعی، کیفیت

زندگی کاهش پیدا می‌کرد. با توجه به اینکه بازگشت‌های مجدد و متوالی به مواد و ناتوانی از ترک در اکثریت قریب به اتفاق معتادان مشاهده می‌شود، اعضای تیم درمانی می‌توانند با شناسایی خصوصیات رایج و صفات شخصیتی، سیستم‌های حمایتی، ارتقای پذیرش اجتماعی و کیفیت زندگی معتادین، امر پیشگیری، درمان و توانبخشی را تسهیل نمایند. طرفداران نظریه شبکه بر این باورند که وجود شبکه‌های اجتماعی به عنوان حایلی در مقابل عامل فشارزای درونی نقش مثبتی برای افراد ایفا می‌کند. شبکه‌های اجتماعی با فراهم آوردن حمایت‌های عاطفی، دوستی‌ها و فرصت‌هایی برای اعمال اجتماعی معنادار در قالب سرمایه اجتماعی، اثر بسیار مهم و موثری بر عزت نفس افراد معتاد، افزایش توان مقابله آن‌ها با مشکلات زندگی و افسردگی‌ها دارد و در نهایت به احساس سلامت روانی آن‌ها منجر می‌شود. به نظر می‌رسد که شبکه‌های اجتماعی، نوعی سرمایه اجتماعی را برای معتادان فراهم می‌آورد به این معنا که افراد معتاد در این شبکه‌ها از حمایت، اعتماد و روابط عاطفی با سایر افراد برخوردار می‌شوند (کارولین، ۲۰۰۰). افراد در جامعه عضو گروه‌های مختلف هستند که باعث می‌شود تا اطلاعاتی بین آن‌ها منتقل شود. این امر منجر می‌شود به اینکه افراد این حس را داشته باشند که تنها نیستند و به صورت جمعی برای پیشرفت خود تلاش می‌کنند و با کمک یکدیگر به موفقیت دست پیدا می‌کنند. افراد جامعه‌ای که احساس شهروندی نکنند و انگیزه‌های اجتماعی در آن‌ها کم‌رنگ باشد، در امور اجتماعی شرکت فعالی نخواهند داشت. باید در چنین جامعه‌ای احساس تبعیض بین فردی را کم کرد تا تعامل بین معتادان با مسئولین و دیگر اقشار جامعه بیشتر شود و آن‌ها احساس تعلق بیشتری نمایند. در نتیجه آن‌ها هویت مناسبی برای خود کسب می‌کنند و از لاک خرده فرهنگ‌های اعتیادی خود بیرون می‌آیند. کاهش مشارکت منجر به احساس بی‌قدرتی، بی‌معنایی و از خود بیگانگی می‌شود. احساس بی‌قدرتی یکی از تجلیات و اشکال بروز بیگانگی اجتماعی است که می‌تواند گرایش فرد به اعتیاد را سبب شود (باباپور خیرالدین، ۱۳۹۵).

مشارکت نداشتن در فعالیت‌های اجتماعی و عدم اعتماد، مانع جذب فرد در

چارچوب‌های اجتماعی می‌شود. در این صورت فرد احساس می‌کند که هیچ فصل مشترکی بین ارزش‌های فردی و اجتماعی‌اش وجود ندارد و نسبت به ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی بی‌تفاوت و بی‌اعتماد می‌شود (کاهش همبستگی اجتماعی). بنابراین احساس می‌کند که سرنوشت اجتماع به نیروها یا ساختارهای خارجی مربوط است نه به اجزای تشکیل دهنده اجتماع و برای اجتماع توان بالقوه‌ای در مسیر تکاملی خود قایل نیست. با این طرز تفکر شخص احساس می‌کند که جامعه آنقدر پیچیده است که نمی‌توان آن را فهمید و آینده را پیش‌بینی کرد (کاهش پیوستگی اجتماعی). بنابراین نگرش مثبت خود را نسبت به اجتماع و حتی افراد آن جامعه از دست می‌دهد (کاهش پذیرش اجتماعی). وقتی که نگرش‌های فوق در فرد ایجاد شد فرد کارایی خود را از دست می‌دهد و احساس می‌کند که نقش مهمی در پیشرفت و آینده جامعه ندارد (کاهش سهم‌داشت اجتماعی). در نهایت سلامت اجتماعی فرد کاهش می‌یابد و نتیجه آن تعارض شخصیت، اختلال در رفتارهای اجتماعی، گسترش فساد و ناهنجاری‌های اجتماعی و بزهکاری می‌شود. بنابراین سلامت اجتماعی عامل مهمی در پذیرش هنجارهای اجتماعی است که فرد را قادر به تعادل مثبت و اجتناب از پاسخ‌های نامطلوب می‌کند. افرادی که از سلامت اجتماعی برخوردارند می‌توانند با چالش‌های زندگی اجتماعی مواجه شوند، با آن‌ها مقابله نمایند و عملکرد بهتری در جامعه داشته باشند (باباپورخیرالدین، ۱۳۹۵).

به طور کلی نتایج پژوهش حاکی از این بود که سطوح سلامت اجتماعی در افراد معتاد پایین‌تر از افراد عادی بود. بنابراین در نظر گرفتن این عامل در برنامه‌های پیشگیری و درمان ضروری به نظر می‌رسد. پژوهش حاضر محدود به نمونه مردان بود لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این موضوع در دو جنس بررسی شود. پیشگیری از اعتیاد مستلزم برنامه‌ریزی‌های لازم و اطلاع‌رسانی کافی برای کل افراد جامعه در راستای ارتقای سلامت اجتماعی و با همکاری بخش‌های مختلف جامعه است.

## منابع

- اختری، فرزاد؛ خدایی، آمنه؛ یاقوتی زرگر، حسن و فیض الهی، سارا (۱۳۹۵). مروری بر نقش حمایت اجتماعی در پیش‌بینی بازگشت به اعتیاد. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۳(۱۰)، ۳۳-۵۴.
- اهری، مهدی (۱۳۹۲). *بررسی میزان سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد و پیام نور*. امر. پایان‌نامه کارشناسی گروه علوم اجتماعی، چاپ نشده، دانشگاه پیام نور.
- باباپور خیرالدین، جلیل و طوسی، فهیمه (۱۳۸۸). بررسی نقش عوامل تعیین‌کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز. *فصلنامه روانشناسی دانشگاه تبریز*، ۴(۱۶)، ۸-۲۶.
- باباپور خیرالدین، جلیل (۱۳۹۵). بررسی رابطه مشارکت اجتماعی در بهبود رفتار روانی اجتماعی و بازتوانی بیماران اعتیاد. *طرح تحقیقاتی ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری*.
- باقری، معصومه؛ نبوی، عبدالحسین؛ ملتفت، حسین و نقی پور، فاطمه (۱۳۸۹). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر پدیده اعتیاد در شهراواز. *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۱(۲)، ۱۱۹-۱۳۶.
- جوانمرد، پرویز (۱۳۸۰). *بررسی اعتیاد و بازپروری معتادان*. تهران: معاونت پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- حجتی، حمید؛ شریف‌نیا، حمید؛ فغانی، مریم؛ حجتی، هانیه و سلماسی، الگار (۱۳۹۱). بررسی ارتباط بین پذیرش اجتماعی و ارتباط آن با کیفیت زندگی معتادان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد استان گلستان در سال ۱۳۸۸. *مجله علوم بهداشتی جنبدی شاپور*، ۴(۳)، ۶۴-۵۷.
- حیدرزاد، علیرضا؛ باقری بنجار، عبدالرضا و اصانلو، علی (۱۳۹۱). مقایسه میزان سرمایه اجتماعی در جوانان معتاد و غیرمعتاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۶(۲۴)، ۸۵-۹۴.
- زارع شاه آبادی، اکبر؛ اویسی، محمدعلی و بنیاد، لیلی (۱۳۹۷). بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و گرایش دانش‌آموزان به مصرف مواد مخدر. *فصلنامه انتظام اجتماعی*، ۱۰(۱)، ۱-۲۰.
- زمان‌خانی، فریبا؛ عباسی زاده، کامبیز؛ امیدنیا، سهیلا؛ ابدی، علیرضا و حیدرنیا، محمدعلی (۱۳۹۵). تحلیل وضعیت سلامت اجتماعی در استان‌های کشور جمهوری اسلامی ایران. *مجله سلامت اجتماعی*، ۳(۳)، ۱۸۹-۱۸۱.
- سام آرام، عبدالله (۱۳۸۸). بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تاکید بر رهیافت پلیس جامعه‌محور. *انتظام اجتماعی*، ۱(۱)، ۹-۲۹.
- علیوردی نیا، اکبر و یونسی، عرفان (۱۳۹۳). تاثیر میزان خودکنترلی بر ارتکاب جرم در میان دانشجویان. *راهبرد فرهنگی*، ۱(۲۶)، ۹۴-۱۱۷.

فیروزبخت، مژگان؛ ریاحی، محمداسماعیل و تیرگر، آرام (۱۳۹۶). بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان: یک مطالعه مروری در مجلات فارسی. *مجله سلامت اجتماعی*، ۴(۳)، ۲۰۰-۱۹۰.

کریمی، جهانگیر (۱۳۹۱). رابطه بین باورهای فراشناختی و پذیرش اجتماعی با آمادگی برای اعتیاد در دانشجویان. *مجله دست‌آوردهای روان‌شناختی*، ۴(۲)، ۱۴-۱. کوثری، مسعود (۱۳۸۲). آنومی اجتماعی و اعتیاد به مواد مخدر. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۲(۵)، ۳۰-۱۲.

کاپلان، هارولد و سادوک، بنجامین (۱۳۹۲). *خلاصه روانپزشکی بالینی*. ترجمه رفیعی، حسن و رضاعی، فرزین، تهران: انتشارات ارجمند. (سال انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۳).

گرچی گرسام، علی؛ سیاه چشم، مهری؛ موسوی بیجاری، جعفر و سیف، قدرت اله (۱۳۹۷). بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و مشارکت شهروندان در پیشگیری از اعتیاد. *فصلنامه علمی ترویجی مطالعات پیشگیری از جرم*، ۱۲(۴۶)، ۸۱-۱۰۳.

نیازی، محسن؛ عباس زاده، محمد و سعادت، موسی (۱۳۹۶). بررسی جامعه شناختی سهم مولفه‌های سرمایه اجتماعی در تبیین رفتارهای مخاطره‌آمیز (مورد مطالعه: جوانان ۱۵-۳۴ سال شهر تبریز). *بررسی مسائل اجتماعی ایران*، ۸(۲)، ۷۵-۱۰۱.

نظری، علی محمد و اسدی، مسعود (۱۳۹۱). بررسی تاثیر شناخت درمانی بر کاهش افسردگی دانش‌آموزان. *فصلنامه دانش و تندرستی*، ۶(۱)، ۴۸-۴۴.

Aslund, C & Nilsson, K. W. (2013). Social capital in relation to alcohol consumption, smoking, and illicit drug use among adolescents: a cross-sectional study in Sweden. *International journal for equity in health*, 12(1), 33-44.

Atadokht, A., Hajloo, N., Karimi, M & Narimani, M. (2015). The role of family expressed emotion and perceived social support in predicting addiction relapse. *International Journal of high risk behaviors addiction*, 4(1), 1-5.

Awgu, E., Magura, S & Coryn, C. (2016). Social capital, substance use disorder and depression among youths. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 42(2), 213-221.

Caroline, B. B. (2000). *Migration theory: Talking across discipline*. New York: Roulledge.

Challaghan, L. (2008). Social Well-being in Extra Care Housing: An Overview of the Literature. United states: personal social service research unit.

- Evans, C. B., Cotter, K. L., Rose, R. A & Smokowski, P. R. (2016). Substance use in rural adolescents: The impact of social capital, anti-social capital, and social capital deprivation. *Journal of addictive diseases*, 35(4), 244-257.
- Han, S (2018). A multilevel analysis of social capital and smoking behavior in Seoul, South Korea. *Journal of Substance Use*, 1-7.
- Keyes, C. L. M., & Shapiro, A. D. (2004). *Social Well-Being in the United States: A Descriptive Epidemiology*. In O. G. Brim, C. D. Ryff, & R. C. Kessler (Eds.), The John D. and Catherine T. MacArthur foundation series on mental health and development. Studies on successful midlife development. How healthy are we? A national study of well-being at midlife (pp. 350-372). Chicago, IL, US: University of Chicago Press.
- Laeson, J. (1993). The measurement of social well-being. *Social Indicators Research*, 28, 285-296.
- Lardier Jr, D. T., Barrios, V. R., Garcia-Reid, P & Reid, R. J. (2018). Preventing Substance Use Among Hispanic Urban Youth: Valuing the Role of Family, Social Support Networks, School Importance, and Community Engagement. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 1-13.
- Lash, S. J., Petersen, G. E., O'Connor Jr, and E. A & Lehmann, L. P. (2001). Social reinforcement of substance abuse aftercare group therapy attendance. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20(1), 3-8.
- Li, W., & Caltabiano, N. (2017). Prevalence of substance abuse and socio-economic differences in substance abuse in an Australian community-dwelling elderly sample. *Health psychology open*, 4(1), 1-7.
- Ossip, D. J., Van-Landingham, W. P., Prue, D. M & Rychtarik, R. G. (1984). Increasing attendance at alcohol aftercare using calendar prompts and home based contracting. *Addictive Behaviors*, 9(1), 85-89.
- Taheri, M., Ghasemi, E., Negarandeh, R., Janani, L., & Mirbazegeh, F. (2018). Social Wellbeing among Iranian Caregivers. *Social Indicators Research*, 1-11.
- Treffers, S. (2016). *The Role of Social Capital in Drug Use and Dependence in Four Canadian Provinces*. Msc Dissertation, University of Windsor.
- Unlu, A & Sahin, I. (2015). The impact of mediating factors on youth social capital and substance use. *International Journal of Public Policy*, 11(1-3), 110-127.
- Wen, M (2017). Social capital and adolescent substance use: The role of family, school, and neighborhood contexts. *Journal of Research on Adolescence*, 27(2), 362-378.
- World Health Organization (WHO) .(2016). *Substance abuse*. Available at:[http://www.who.int/topics/substance\\_abuse/en/](http://www.who.int/topics/substance_abuse/en/) (accessed 1 July 2016).