

فصلنامه علمی «پژوهش انحرافات و مسائل اجتماعی»

شماره دوازدهم، تابستان ۱۴۰۳: ۱-۳۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۱/۲۵

نوع مقاله: پژوهشی

بررسی بهزیستی اجتماعی و رابطه آن با نگرش نسبت به مصرف مواد در بین نوجوانان عادی، پرخطر و معتاد

مهری سادات موسوی *

چکیده

این مقاله به بررسی رابطه بین بهزیستی اجتماعی با نگرش نوجوانان نسبت به مصرف مواد پرداخته است. پژوهش حاضر بر اساس روش و نحوه گردآوری اطلاعات، بر دو شیوه تحقیق اسنادی و پیمایشی استوار است. جامعه آماری تحقیق را سه گروه از نوجوانان عادی، پرخطر و سوءمصرف کننده (۱۲-۱۸ سال) شهر تهران تشکیل می‌دهد و مجموعاً ۷۴۹ نفر با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای پاسخگوی پرسشنامه‌ها بودند. یافته‌ها حاکی از آن است که بهزیستی اجتماعی نوجوانان عادی، پرخطر و معتاد متفاوت است. از سوی دیگر نمودار خط برازش بیانگر آن است که هرچه بهزیستی اجتماعی افزایش می‌یابد، نگرش نسبت به مواد کمتر و به عبارت دیگر منفی‌تر می‌شود. و این دو متغیر نسبت به هم رابطه معکوسی دارند. تحلیل رگرسیونی بهزیستی اجتماعی بیانگر آن است که در بین نوجوانان عادی ۵۱ درصد از تفاوت نگرش نسبت به مصرف مواد و در بین نوجوانان پرخطر ۵۸.۱ درصد به دلیل تفاوت بهزیستی اجتماعی است. در بین نوجوانان پرخطر، شاخصی که بیشترین رابطه را با نگرش مثبت به مصرف مواد داشت، به ترتیب عبارتند بودند از همدلی اجتماعی، امید به آینده، اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی، احساس ارزشمندی اجتماعی، دوستی

* استادیار گروه جوانان و مناسبات نسلی، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

و همبستگی و رضایت از محیط زندگی. هرچه این شاخص‌ها بالاتر روند، نگرش مثبت نسبت به مصرف مواد پایین‌تر می‌آید. درخصوص نوجوانان عادی، شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، رضایت از محیط زندگی، احساس ارزشمندی اجتماعی، امید به آینده، اعتماد اجتماعی، تعلق اجتماعی، دوستی و همبستگی و معنادار دانستن زندگی بیشترین رابطه را با نگرش نسبت به مواد داشتند.

واژه‌های کلیدی: سوء مصرف مواد، بهزیستی اجتماعی، سلامت اجتماعی، انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی.



بیان مسئله

اغلب رویکردهایی که طی بیش از سی سال گذشته در حوزه پیشگیری از سوءمصرف موادمخدر در کشور مطرح و دنبال شده است، در جهت توسعه رویکردهای مؤثر پیشگیری به منظور به کارگیری در بین نوجوانان بوده است. این رویکردها عمدتاً نوجوانان را با بهره گیری از مداخلات کلاسی هدف قرار داده اند. موقعیت مدرسه برای اجرا و آزمون برنامه های مداخله ای موادمخدر بسیار مناسب است چراکه دسترسی مناسبی به تعداد زیادی از نوجوانانی فراهم می کند که در این سنین شروع به تجربه دخانیات، الکل، ماریجوانا و سایر مواد می نمایند.

جست و جو درخصوص برنامه هایی که در حوزه پیشگیری از مواد در کشورهای مختلف صورت پذیرفته بیانگر طیف نسبتاً زیادی از برنامه هاست که با توجه به مقتضیات فرهنگی و اجتماعی کشورهای مختلف، صورت پذیرفته است. هر یک از این رویکردهای پیشگیری، مؤلفه های خاصی را مدنظر قرار داده اند که بیشتر بر ریسک فاکتورهای فردی و روانشناختی متکی است. ریسک فاکتورها و عوامل محافظت کننده اعتیاد که دپارتمان سلامت استرالیا در سال ۲۰۱۴ مطرح نمود شامل عوامل خانوادگی، اجتماعی سیاسی، مدرسه ای و همسالان، جامعه محلی و فردی بود. عوامل غیرفردی نقش پررنگی در بین ریسک فاکتورها ایفا می کنند و به نظر می رسد برنامه پیشگیری موفق، برنامه ای است که به بخش وسیع تری از ریسک فاکتورها توجه نماید.

از جمله عواملی که در این حوزه کمتر بدان پرداخته شده، بهزیستی اجتماعی است. به اعتقاد اغلب صاحب نظران، خویشاوندان، روابط و تجارب مشترک نقش زیادی در غنا و معنابخشی زندگی هر فرد ایفا می کنند. کوری کییز^۱ (۲۰۰۴) به توانایی فرد در تعامل مؤثر با دیگران و اجتماع به منظور ایجاد روابط ارضاکننده شخصی و به انجام رساندن نقش های اجتماعی، عنوان «بهزیستی اجتماعی»^۲ داده است. از نظر او بهزیستی اجتماعی ۵ بعد دارد: انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی. در مقاله حاضر، بهزیستی اجتماعی با استفاده از روش

1. Corey Keyes
2. Social Wellbeing

پیمایشی، بین گروه‌های عادی، پرخطر و معتاد مورد مقایسه قرار گرفته و سهم آن در نگرش مثبت/منفی نسبت به مصرف مواد مورد بررسی قرار می‌گیرد.

پژوهش‌های انجام شده در ایران نشان داده‌اند که نرخ شیوع اعتیاد در کشور ۵/۴ درصد -در سنین ۱۵ الی ۶۴ سال- است و اعتیاد بانوان نیز کمتر از یک است (ر.ک: مؤمنی، ۱۴۰۱). ۵۸ درصد معتادان کشور را افراد زیر ۳۴ تشکیل می‌دهند و این مسئله، تهدید جدی محسوب می‌شود (ر.ک: صرامی، ۱۳۹۵).

گزارش استراتژی کنترل بین‌المللی مواد مخدر (INCSR, 2023)^۱ به نقل از ستاد مبارزه با مواد مخدر ایران اعلام نمود که ۲/۸ میلیون نفر به‌طور منظم از نوعی مواد مخدر غیرقانونی در داخل کشور استفاده می‌کنند. اخیراً مصرف کریستال مت آمفتامین، به‌ویژه در میان زنانی که مواد مخدر مصرف می‌کنند، افزایش یافته است. در این گزارش تصریح شده است که بیشتر تلاش‌های دولت در مبارزه با مواد مخدر، بر منع و اجرای قانون متمرکز است و منابع کمتری به پیشگیری و توانبخشی اختصاص می‌یابد. در تقسیم‌بندی کلی مواد صنعتی و سنتی در کشور، ۷۵ تا ۸۰ درصد استفاده به‌صورت سنتی و ۲۰ تا ۲۵ درصد به‌صورت صنعتی است که در این بین، مصرف تریاک رتبه اول را دارد (ر.ک: مؤمنی، ۱۴۰۱). مصرف متامفتامین‌ها فقط بین سال‌های ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۱ در ایران ۱۱ برابر شد. ۴۵ درصد از زندانیان کشور مرتبط با مواد مخدر می‌باشند (ر.ک: محمدی، ۱۴۰۱). پدیده مواد خسارات قابل توجهی بر پیکره جامعه وارد کرده است تا جایی که از آن به‌عنوان مهم‌ترین معضل اجتماعی بعد از جنگ تحمیلی نام برده شده است. طی ۱۰ سال گذشته با افزایش ۲۰ درصدی مصرف‌کنندگان حداقل یکی از مواد در جهان مواجه بوده‌ایم به طوری که در سال ۲۰۲۲ این تعداد به ۲۹۲ میلیون نفر افزایش یافته است. به گزارش جهانی مواد مخدر ۲۰۲۴ میلادی، الگوی مصرف مواد در راستای جامعه‌شناسی مصرف‌گرایی متناسب با درآمدها، امکانات، باورهای افراد و نیاز مصرف‌کنندگان در سال ۲۰۲۲ در جهان به شرح ذیل بوده است:

جدول ۱: فراوانی الگوی مصرف مواد در جهان در سال ۲۰۲۲

نوع ماده	تعداد (میلیون نفر)	کشورهای مصرف کننده
کانابیس (خانواده حشیش)	۲۲۸	آمریکای شمالی (قانونی سازی مصرف)، آسیا، آفریقا و غرب اروپا
مواد افیونی (مخدرهای سنتی)	۶۰ (هروئین ۳۰ میلیون)	جنوب و جنوب غرب آسیا
محرک های آمفتامین	۳۰	شرق و جنوب شرق آسیا و آمریکای شمالی، جنوب شرق اروپا، اروپای غربی و مرکزی
کوکائین	۲۳.۵	قاره آمریکا، اروپای غربی و مرکزی، استرالیا، در حال رشد در آفریقا، آسیا و جنوب شرق اروپا
اکستازی	۲۰	

براساس آخرین شیوع شناسی، نرخ شیوع اعتیاد در کشور، ۵/۳۹ درصد در بین جمعیت ۱۵ الی ۶۴ سال اعلام شده است. از این میزان، نرخ شیوع مصرف موادمخدر در سال تحصیلی ۹۳-۹۴ در بین دانش آموزان مقطع متوسطه دوم ۲/۱ درصد، دانشجویان دانشگاه های دولتی ۵.۶ درصد و در همین تاریخ در جامعه کارگری محیط های صنعتی، ۲۲/۳ درصد بود. طبق این شیوع شناسی تریاک با ۵۳/۲ درصد، ماری جوانا و مشتقات آن شامل حشیش، علف و گل با ۱۱/۹ درصد، شیشه ۸/۱ درصد، هروئین ۷/۱ درصد و کراک با ۳/۵ درصد شایع ترین مواد مصرفی معتادان هستند که با توجه به این آمار، مصرف تریاک همچنان در صدر موادمخدر است (ر.ک: مؤیدی، ۱۳۹۶). بسیاری از کسانی که در دام اعتیاد گرفتار شده اند، به صورت تفننی به مصرف مواد روی آورده اند.

شکل ۱- درصد معتادان به تفکیک الگوی مصرف



بهبودی اجتماعی در اغلب پژوهش‌های مرتبط با سلامت، توجه کمی را به خود اختصاص داده است. شناخت بهبود اجتماعی و تدوین مدلی که مقتضیات فرهنگی اجتماعی آن را مورد توجه قرار دهد، می‌تواند در درک عمیق‌تر سوء مصرف مواد در بین نوجوانان مؤثر واقع شود و در کارآمدی برنامه‌های پیشگیری نقش مهمی ایفا نماید.

پیشینه

در تحقیقات متعددی به ابعاد اجتماعی بهبودی توجه شده است (ر.ک: ATECA- AMESTOY, 2016؛ Veenhoven, 2008؛ Vaskina, 2005؛ موسوی، ۱۳۹۷). در ساخت ابزار سنجشی که به متغیرهای وابسته به فرهنگ و شرایط اجتماعی متکی است، اساساً استفاده از ابزاری که در فرهنگ و شرایط اجتماعی دیگری پدید آمده، کار چندان درست و به‌جایی به نظر نمی‌رسد و این در نتیجه مقایسه سنجه‌های کلیدی با سنجه سلامت رفیعی و همکاران (۱۳۹۴) نیز قابل مشاهده است. در بخش مطالعات تجربی تحقیقات مرتبط با عوامل مؤثر بر مصرف موادمخدر مشخص گردید که در پژوهش‌های صورت گرفته در حوزه‌های مختلف علمی از جمله علوم اجتماعی، روانشناسی و پزشکی به علل و دلایل متنوعی از جمله دسترسی آسان به مواد، بیکاری، حاشیه‌نشینی، پایین بودن گرایش دینی جوانان، کمبود امکانات تفریحی معاشرت با افراد ناباب، عدم دلبستگی به خانواده، انزوای اجتماعی، ناپه‌نجاری شخصیتی و... به‌عنوان عوامل مؤثر بر گرایش افراد به موادمخدر اشاره شده است (ر.ک: موسوی و محسنی تبریزی، ۱۳۹۶؛ حبیبی و همکاران، ۱۳۹۱؛ زارع شاه‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۴؛ علایی خرایم و همکاران، ۱۳۹۰؛ نریمانی و همکاران، ۱۳۹۵؛ قدسی احقر، ۱۳۹۴).

با نگاهی دقیق‌تر به نتایج به‌دست آمده از مطالعات تجربی تحقیقات مرتبط به موادمخدر این نکته به ذهن متبادر می‌شود که ربط معناداری بین علل ذکر شده در بعد زیستی و روانشناختی با عوامل خانوادگی و میان‌فردی و همچنین با عوامل کلان اجتماعی و اقتصادی وجود دارد. به عبارتی دیگر عوامل اجتماعی کلان اجتماعی و اقتصادی زمینه را برای بروز عوامل خانوادگی و میان‌فردی گرایش به موادمخدر به‌وجود می‌آورند. عوامل خانوادگی و میان‌فردی نیز به نوبه خود به‌وجودآورنده اختلالات روان‌شناختی و فردی در جهت گرایش به مواد مخدر هستند. به نوعی می‌توان این‌گونه

ادعا کرد که تمامی عوامل ذکر شده در بخش عوامل گرایش به مواد مخدر عواملی هستند که نیاز به تمرکز بر برنامه‌های پیشگیری از مواد دارند نه برنامه‌های مقابله با عرضه. تحقیقاتی که در زمینه عوامل گرایش به اعتیاد به مواد مخدر انجام شده‌اند، را می‌توان در چند دسته تقسیم کرد. درواقع، این تحقیقات به عوامل زیستی و روان‌شناختی، خانوادگی و اجتماعی و اقتصادی مرتبط با گرایش به اعتیاد به مصرف مواد مخدر پرداخته‌اند که می‌توان این عوامل را در جدول زیر به‌طور خلاصه بیان کرد:

جدول ۲: عوامل گرایش به اعتیاد به مصرف مواد

عوامل زیستی و روان‌شناختی	عوامل خانوادگی و میان فردی	عوامل کلان اجتماعی و اقتصادی
- انزواطلبی	- وضعیت بد اقتصادی خانواده	- عدم مداخلات پیشگیرانه مناسب
- نابهنجاری شخصیتی	- سطح تحصیلات پایین خانواده	- دسترسی آسان به مواد مخدر
- اختلال روان‌شناختی	- آشفتگی خانوادگی	- شرایط آنومیک جامعه
- بدبینی شخصیتی	- والدین معتاد	- حاشیه‌نشینی
- افسردگی	- جمعیت بالای خانواده	- بیکاری
- پایین بودن اعتمادبه‌نفس	- طلاق	- پایین بودن گرایش دینی جوانان
- روان رنجوری	- شکست تحصیلی	- عدم آموزش لازم درباره مواد مخدر
- شخصیت لذت طلب	- معاشرت با افراد ناباب	- کمبود امکانات تفریحی
- عدم تفکر و برنامه‌ریزی	- دوستان معتاد	- پایین بودن کنترل اجتماعی
- اهمال کاری تحصیلی	- والدین مجرم	- پایین بودن اعتماد اجتماعی
	- روش‌های تربیتی	- محرومیت نسبی
	- عدم دل‌بستگی به خانواده	- سطوح پایین مهارت‌های اجتماعی
	- سبک والدینی مستبد	
	- سبک والدینی بی‌اعتنای پدر و مادر	
	- پایین بودن سرمایه اجتماعی در خانواده	

تحقیقات حوزه پیشگیری، یا بر عوامل مؤثر بر اعتیاد متمرکز بوده‌اند و یا به بررسی یک متغیر و اثر آن بر عدم گرایش به مصرف مواد متمرکز شده‌اند. تحقیقی که به‌طور متمرکز هم بر بهزیستی اجتماعی و هم گرایش به مصرف مواد متمرکز باشد چندان صورت نگرفته است. آنچه تحقیق حاضر را از این تحقیقات و تحقیقات مشابه متمایز می‌نماید، اولاً مقایسه بهزیستی اجتماعی در بین دانش‌آموزان عادی، پرخطر و معتاد است و ثانياً بررسی رابطه بهزیستی اجتماعی و گرایش سه گروه فوق‌الذکر به مصرف مواد است. موضوع اعتیاد با فراوانی ۴۱۸ عنوان، ۱۷/۳۰ درصد از کل پایان‌نامه‌های ارائه شده در حوزه مسائل اجتماعی را از سال ۱۳۸۰ تا ۱۴۰۲ به خود اختصاص داده است که این موضوع نشان از اهمیت این مسئله اجتماعی دارد لیکن از این بین صرفاً ۲۸ عنوان مرتبط با بحث پیشگیری بودند که از این بین ۳۸ درصد به بررسی گرایش مصرف مواد پرداخته‌اند.

مسلماً ابعاد عاطفی و روانی بهزیستی ذهنی نیز بسیار حائز اهمیت است لیکن در مقاله حاضر این ابعاد مورد بررسی قرار نگرفته و تأکید بر تمایز بهزیستی اجتماعی نوجوانان بوده است.

مبانی نظری

بنیان‌های نظری ذیل برای تهیه مدلی مبتنی بر بهزیستی اجتماعی ملاک عمل قرار می‌گیرد. این نظریه‌ها به شرح زیر است:

- جست‌وجوی خوشبختی: زیگمونت باومن^۱ (۲۰۰۸) درخصوص تشکیل‌دهنده شادی و رضایت از زندگی و مؤلفه‌های مؤثر در آن نظریه‌پردازی نموده است. وی بیان می‌دارد که در حدود نیمی از کالاهای حیاتی برای شادی و رضایت از زندگی را نمی‌توان از مغازه‌ها خریداری کرد. عشق، دوستی، لذت روابط خانوادگی، رضایت برآمده از نوع دوستی، عشق‌ورزی به کسی، کمک به همسایه‌ای در تأمین خواسته‌اش، اعتماد به نفس برآمده از انجام صحیح کاری، لذت کاری استادانه و... در بازار یافت نمی‌شود، قدردانی، همدردی و احترام به همکاران و سایر افراد، در بازار قابل خریداری نیست.

• جامعه ریسک: گیدنز درخصوص ناامنی و مخاطرات دوران مدرن، افول زمینه‌های اعتماد همچون نظام خویشاوندی، اجتماع محلی، کیهان‌شناسی مذهبی، دگردیسی صمیمیت و... نظرات ارزشمندی دارد که با رضایت از زندگی و قضاوت افراد در این خصوص ارتباط دارد (ر.ک: گیدنز، ۱۳۷۷).

• بر ساخت اجتماعی: با توجه به دیدگاه برگر و لاکمن^۱، بهزیستی ذهنی نیز بر ساختی اجتماعی است. در راستای این دیدگاه، بهزیستی ذهنی را به تفکرات مشترک در مورد زندگی وابسته می‌داند و تفکرات جمعی را شکل‌دهنده ارزیابی‌های فردی در نظر می‌گیرند. مکانیسم مطرح دیگر مطرح از سوی وینهوون، تمایل به نگرستن به خود و بهزیستی ذهنی ما از طریق چشمان دیگران است^۲. در این دیدگاه بهزیستی ذهنی ارزیابی انعکاس یافته است (Veenhoven, 2008: 4 به نقل از داویس و استرانگ^۳، ۱۹۷۷).

• مقایسه اجتماعی: از نظر میخالس^۴ و سایر نظریه‌پردازان بهزیستی ذهنی تفاوت بین زندگی به همان صورتی که هست و زندگی به آن صورتی که باید باشد است. اختلاف بین چیزی است که فرد داراست و چیزی که فرد تصور می‌کند باید داشته باشد و دیگری تفاوت‌های بین چیزی است که یک فرد دارد و چیزی است که فرد احساس می‌کند شایسته داشتن آن است (Michalos, 1995: 352-353).

• رویکرد فرهنگی به بهزیستی: آن چیزی که ما هستیم، آن چیزی که فکر و احساس می‌کنیم و آن چیزی که عمل می‌کنیم، به وسیله فرهنگی که در آن زندگی می‌کنیم، تعیین می‌شود. دیدگاه‌هایی همچون تناسب شخصیت با فرهنگ (سو و داینر، ۱۹۹۹)، عوامل انگیزشی فرهنگ‌ها در بهزیستی ذهنی (King & Diener & suh, 2000) و عوامل شناختی فرهنگی (Napa, 1998) و عوامل شناختی فرهنگی (Diener & suh, 2000) و عوامل شناختی فرهنگی (Inglehart & King & Diener & suh, 2000) نیز ذیل این عنوان مورد بررسی قرار می‌گیرد.

• حمایت اجتماعی: ما به پیوندهای اولیه‌ای همچون پیوندهای خانوادگی و دوستی‌ها، نیاز داریم و این پیوندها در ایجاد بهزیستی ذهنی مؤثرند. حمایت اجتماعی به عنوان احساسی ذهنی در مورد تعلق، پذیرش و دریافت یاری در شرایط

1. Berger & Luckman

۲. این مکانیسم یادآور خود آیین‌سان کولی است.

3. Davies & Strong

4. Michalos

مورد نیاز تعریف شده است. از نظر بویور و همکارانش افرادی که حمایت اجتماعی بالاتری دارند از سلامت بهتری برخوردارند (Lucas et al., 2003؛ Sarafino, 2000؛ Bovier et al., 2003).

• نظام شخصیت/ چلبی: چلبی کم و کیف شادمانی افراد را مرتبط با احساس رضایت و خشنودی آنها از حوزه‌های چهارگانه در سطوح فردی و جامعه‌ای می‌داند. به بیان دقیق‌تر، منبع تأمین علقه‌های چهارگانه انسان (علقه مادی (A)، امنیتی (G)، ارتباطی (I) و شناختی (L) در ارتباط تنگاتنگ با امر اجتماعی و به عبارتی حوزه‌های چهارگانه نظام جامعه‌ای است. طبق این دیدگاه چنانچه هر کدام از چهار نظام اصلی جامعه بتواند پاسخ‌گوی مؤثر علقه‌های برتر (معیشتی، امنیتی، معاشرتی و شناختی) فرد و جامعه باشد، در این صورت هر کدام می‌توانند موجبات نوعی «احساس مثبت» که هر کدام زمینه‌ساز شادمانی افراد است را فراهم نمایند، یعنی کارکرد صحیح حوزه اقتصادی تولید احساس بهبودی و آسایش است. همین‌طور حوزه‌های سیاسی، اجتماعی و فرهنگی هر کدام به ترتیب منشاء بروز احساس عدالت و امنیت، احساس هم‌بستگی اجتماعی و احساس عزت و احترام می‌شوند (چلبی، ۱۳۸۳: ۱۲۵-۱۳۰).

• نظریه نیاز: مردم بهزیستی ذهنی را به اندازه رفع نیازهایشان، تجربه می‌کنند. رویکرد نیازها با کشمکش تشخیص نیازهای فراتر از نیازهای ضروری زیستی مواجه است که بی‌تردید لازمه زندگی‌اند (Diener, 2000:37-39).

• نظریه محرومیت نسبی: براساس این دیدگاه، شرایط عینی فقط به‌طور غیرمستقیم بر بهزیستی و آن هم از طریق مقایسه با دیگر شرایط ممکن تأثیرگذار است. مطابق این دیدگاه، همه ارزیابی‌ها در اصل مقایسه‌ای هستند و شرایط عینی حاوی معنای مطلقی نیستند و محرومیت نسبی، احساس نارضایتی روانی حاصل از اختلاف تصور ذهنی افراد از وضع مطلوب و امکان دسترسی به آن است (پناهی، ۱۳۸۹ به نقل از گار، ۱۹۶۷؛ کار، ۱۳۸۵؛ Diener & Lucas, 2000).

• نظریه هدفمندی: اهداف، بازتابی از آرزوهای مردم بوده و آنها بیشتر اوقات در تلاش برای دستیابی به اهداف در زندگی‌شان هستند. از نظر رایان و همکارانش، تنها راهی که افراد بهزیستی‌شان را افزایش می‌دهند به وسیله ارزش دادن به رشد شخصی،

روابط هدفمند، خدمات اجتماعی و پیش رفتن به سوی هدف‌های ذاتی است (Ryan, et. al., 1996: 20).

• نظریه ارزیابی: از نظر داینر، بهزیستی اجتماعی به مجموع واکنش‌های ارزشی بر می‌گردد که هنگام مواجهه فرد با محرکی در دنیا، رخ می‌دهد (Lucas, et. al., 1996: 616-628).

• بهزیستی اجتماعی کوری کییز: بهزیستی اجتماعی یکی از سه بعد بهزیستی ذهنی است که معرف ارزیابی فرد از کیفیت عملکردش در محیط اجتماعی است و ۵ بعد دارد: انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی (Keyes, 1998: 123-131).

• شاخص‌های مطرح‌شده بهزیستی در دین: معنا و هدف در زندگی، عمل صالح و شایسته، هم‌نشینی با افراد شایسته، خوشرویی با دیگران، کوتاهی آرزو، دوری از کارهای بیهوده، امید وار بودن، وقت‌شناسی، خدمت بی‌منت به مردم، عدل، صبر، صله‌رحم و معاشرت با دیگران، مسافرت، قناعت، کار و تلاش اجتماعی، همکاری و تعاون، رعایت حقوق دیگران، حسن‌ظن نسبت به دیگران، تحصیل علم و معرفت، وضعیت اقتصادی، ورزش و فعالیت بدنی از جمله شاخص‌های بهزیستی ذهنی و شادکامی در زندگی است. با توجه به ماهیت این تحقیق، که صرفاً به دنبال به‌دست آوردن نمره بهزیستی اجتماعی افراد نیست بلکه درصدد مقایسه آن در بین نوجوانان است، رویکرد نخست مورداستفاده قرار گرفته است و به‌نظر می‌رسد این رویکرد، محقق را در دستیابی به نتیجه‌ای که منجر به اقدامات مداخله‌ای در جامعه در جهت بهبود و ارتقاء بهزیستی اجتماعی شود بیشتر یاری خواهد نمود. از همین‌روی، نظریات مختلفی که هر یک به‌نوعی بهزیستی ذهنی را به‌عنوان پدیده‌ای اجتماعی، در دایره مطالعات خود قرار داده بودند، مورد بررسی قرار گرفت. به اعتقاد اغلب صاحب‌نظران، خویشاوندان، روابط و تجارب مشترک، نقش زیادی در غنا و معنابخشی زندگی هر فرد ایفا می‌کنند. کییز به توانایی فرد در تعامل مؤثر با دیگران و اجتماع به‌منظور ایجاد روابط ارضاکنده شخصی و به انجام رساندن نقش‌های اجتماعی، عنوان بهزیستی اجتماعی^۱ داده است. از نظر او بهزیستی اجتماعی یکی از سه بعد بهزیستی ذهنی است که معرف ارزیابی فرد از کیفیت عملکردش در محیط اجتماعی است و ۵ بعد دارد: انسجام

اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی. این اصطلاح پس از او نیز در اغلب متون علمی به کار رفته است. هرچند برخی این اصطلاح را معادل سلامت اجتماعی نیز به کار برده‌اند. نتیجه و چکیده ابعاد مطرح شده را می‌توان در جدول ذیل به اختصار از نظر گذراند:

جدول ۳: جمع نظرات مطرح شده در خصوص بهزیستی اجتماعی

ردیف	ابعاد	شاخص‌ها	منبع
۱	انسجام اجتماعی	دوستی و همبستگی	Bauman (2013)، چلبی (۱۳۸۳)، Keyes (1998)، Ahuvia (2002)
		ارزشمندی اجتماعی	Keyes (1998)
		رضایت از محیط زندگی	چلبی (۱۳۸۳)، Diener & Lucas (2000)
۲	انطباق اجتماعی	معنادار دانستن زندگی	Keyes (1998)، گیدنز (۱۳۷۷)، Bauman (2013)، رضانی زین‌آبادی (۱۳۹۲)
		تعلق اجتماعی	چلبی (۱۳۸۳)، Keyes (1998)، Lucas et. al. (2000)، Suh & Diener (1999)
		همدلی اجتماعی	رفیعی (۱۳۹۴)، مکارم شیرازی (۱۳۸۶)
		امید به آینده	Diener & Diener (1995)، چلبی (۱۳۸۳)، مازوچی و همکاران (۱۳۹۱)
۳	شکوفایی اجتماعی	باور به پیشرفت اجتماعی	چلبی (۱۳۸۳)، Keyes (1998)
		سهیم دانستن خود در پیشرفتهای جامعه	Keyes (1998)، King & Napa, (1998)
		اعتماد اجتماعی	چلبی (۱۳۸۳)، Keyes (1998)، گیدنز (۱۳۷۷)
۴	مشارکت اجتماعی	حمایت اجتماعی	گیدنز (۱۳۷۷)، Sarafino (2002)، Bovier et. al. (2004)
		شرکت در فعالیت‌ها	Markus & Veenhoven (2008)، Kitayama (1994)
		احساس اثربخش بودن	Keyes (1998)، رفیعی (۱۳۹۴)

با توجه به ابعاد احصا شده، فرضیات تحقیق عبارتند از:

۱. بهزیستی اجتماعی نوجوانان عادی، پرخطر و معتاد با یکدیگر متفاوت است.
۲. هر چه بهزیستی اجتماعی پایین تر باشد، نگرش نسبت به مصرف مواد در بین نوجوانان مثبت تر است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر بر اساس تکنیک و نحوه گردآوری اطلاعات، از روش اسنادی و پیمایشی استفاده می کند.

جامعه آماری تحقیق حاضر سه گروه از نوجوانان (۱۲-۱۸ سال) عادی، پرخطر و سوءمصرف کننده مواد مخدر شهر تهران است. در این مقاله از خرده مقیاس های پرسشنامه دانش آموزان پرخطر^۱ به عنوان شاخصی برای غربالگری نوجوانان عادی و پرخطر استفاده شده است. همچنین پس از غربالگری، خرده مقیاس نگرش نسبت به مواد به صورت مستقل مورد استفاده قرار گرفته است. پایایی کلی این پرسشنامه ۰/۹۰ است (ر.ک: محمدخانی، ۱۳۸۴). همچنین در سایر تحقیقات نیز پایایی آن بیش از ۰/۸۰ به دست آمده است. به عنوان مثال آزر می (۱۳۸۹) پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش نموده است.

بهزیستی اجتماعی، به معنای ارزیابی فرد از کیفیت عملکردش در محیط اجتماعی است. در این مقاله ۴ شاخص انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی به عنوان شاخص های بهزیستی اجتماعی در نظر گرفته شده است.

نگرش نسبت به مواد جهت گیری فرد را در خصوص مصرف مواد اعتیادآور مشخص می سازد. نگرش مثبت به مصرف مواد در مصرف تفننی یا دائم مواد نقش دارد. برای برآورد حجم نمونه در گروه عادی و پرخطر از نرم افزار sample power استفاده شده است و با در نظر گرفتن حداکثر ۰/۰۵ احتمال خطای نوع اول، حداکثر ۰/۲۰ احتمال خطای نوع دوم، حداقل ۰/۸۰ برای توان آزمون، معادل ۰/۰۱ برای آلفا و در نظر داشتن اینکه حجم نمونه به اندازه ای بزرگ باشد که حداقل ۰/۱۰ ضریب تعیین را بتوان در

جامعه آماری به درستی تشخیص داد، مجموعاً در ۵ بخش جغرافیایی شهر تهران، ۶۰۰ نفر حجم نمونه نوجوانان عادی و پرخطر را تشکیل می‌دهد لیکن برای جلوگیری از ریزش پرسشنامه خصوصاً در بین افراد پرخطر و معتاد، ۳۰ درصد به حجم نمونه افزوده شد. برای انتخاب نمونه‌های عادی و پرخطر از نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شده است. روایی و اعتبار مدل بهزیستی اجتماعی با استفاده از نرم‌افزار Smart PLS مورد بررسی قرار گرفته و مدل برازش‌یافته در این تحقیق مورد استفاده قرار گرفت.

جدول ۴: نتایج تحلیل پایایی شاخص‌های بهزیستی اجتماعی

متغیرها		آلفای کرونباخ ^۱
انسجام اجتماعی	ارزشمندی اجتماعی	۰/۷۸۷
	دوستی و همبستگی	۰/۷۵۴
	رضایت از محیط زندگی	۰/۷۸۰
انطباق اجتماعی	تعلق اجتماعی	۰/۷۷۰
	معنادار دانستن زندگی	۰/۵۴۲
	همدلی اجتماعی	۰/۷۳۷
شکوفایی اجتماعی	امید به آینده	۰/۷۵۷
	باور به پیشرفت اجتماعی	۰/۵۱۰
	سهیم دانستن خود در پیشرفت‌های جامعه	۰/۶۰۸
مشارکت اجتماعی	حمایت اجتماعی	۰/۶۱۴
	اعتماد اجتماعی	۰/۷۸۹
	احساس اثربخش بودن	۰/۷۰۸
	شرکت در فعالیت‌های (اجتماعی)	۰/۷۰۲

با توجه به اینکه مدل بهزیستی اجتماعی، دارای مؤلفه‌های سلسله‌مراتبی است لذا جهت سنجش اعتبار همگرا در سطح معرف از بارهای عاملی استفاده شد. پس از حذف معرف‌هایی که بارعاملی آنها کمتر از ۰/۴ بود و برقراری شروط، متغیرهای پنهان به صورت جداگانه مورد بررسی قرار گرفتند. ضریب اعتماد (پایایی) ترکیبی متغیرهای مرتبه بالاتر نیز قابلیت مدل و مؤلفه‌های آن را تأیید می‌نماید و نقطه برش بالاتر از ۰/۷ را نشان می‌دهد:

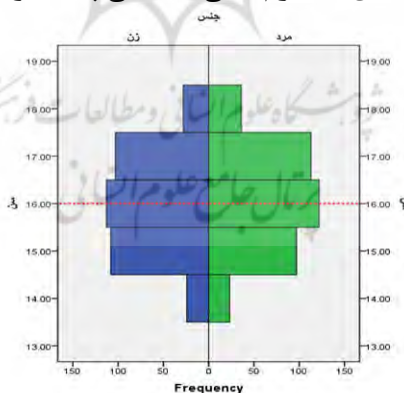
شاخص‌ها	Composite Reliability
انسجام اجتماعی	۰/۹۰۷
انطباق اجتماعی	۰/۸۸۴
شکوفایی اجتماعی	۰/۸۳۱
مشارکت اجتماعی	۰/۸۲۹
بهزیستی اجتماعی	۰/۹۵۴

اعتبار ممیز در سطح عامل و استفاده از شاخص فورنل و لارکر بیانگر آن بود که بارعاملی عامل‌های مرتبه پایین که ریشه دوم AVE است از تمام ضرایب سطر و ستونی که در آن قرار گرفته بالاتر و بیانگر اعتبار ممیز مدل کلی بود. برای دستیابی به نمونه آماری برآورد شده (خصوصاً در بخش نوجوانان پرخطر)، دو برابر حجم نمونه پیش‌بینی شده پرسشنامه تکمیل گردید.

یافته‌ها

به‌لحاظ ویژگی‌های زمینه‌ای، ۴۹ درصد پاسخگویان، زن و ۵۱ درصد مرد بودند. بیشترین فراوانی سنی پاسخگویان به ترتیب متعلق به گروه سنی ۱۶ ساله (۳۴/۴ درصد)، ۱۷ ساله (۳۳/۵ درصد) و ۱۵ ساله (۲۰/۵ درصد) است.

شکل ۲- هرم سنی - جنسی پاسخگویان



۲۳/۳ درصد از نوجوانان پرخطر مخالف وجود شکوفایی اجتماعی در جامعه بودند. با توجه به معناداری کای اسکوئر می‌توان به وجود تفاوت دیدگاه نوجوانان عادی، پرخطر و معتاد قائل بود. معنادار بودن ضریب همبستگی وی کرامرز بیانگر همبسته بودن دو متغیر شاخص شکوفایی اجتماعی با وضعیت نوجوانان است. به عبارت دیگر شکوفایی

اجتماعی با وضعیت نوجوانان (عادی، پرخطر یا معتاد بودن) در جامعه آماری رابطه معناداری دارد. ۲۱/۳ درصد از نوجوانان معتاد مخالف وجود شکوفایی اجتماعی در جامعه بودند. با توجه به معناداری کای اسکوئر می‌توان به وجود تفاوت دیدگاه نوجوانان عادی، پرخطر و معتاد قائل بود. معنادار بودن ضریب همبستگی وی کرامرز بیانگر همبسته بودن دو متغیر شاخص شکوفایی اجتماعی با وضعیت نوجوانان است. به عبارت دیگر شکوفایی اجتماعی با وضعیت نوجوانان (عادی، پرخطر یا معتاد بودن) در جامعه آماری رابطه معناداری دارد. امید به آینده، باور به پیشرفت جامعه و سهم دانستن خود در پیشرفت‌های جامعه (زیرشاخص‌های شکوفایی اجتماعی) از جمله شاخص‌های مهمی هستند که لازم است در بین نوجوانان به ارتقاء آن اندیشید زیرا می‌تواند نقش بسزایی در ارتقاء سلامت اجتماعی نوجوانان و کاهش آسیب‌های اجتماعی در جامعه ایفا نماید.

جدول ۵: شاخص‌های بهزیستی اجتماعی بر حسب وضعیت پاسخگویان گروه‌های مختلف

آزمون‌ها	وضعیت پاسخگو	نوع توزیع	کاملاً مخالفم	مخالفم	تا حدودی	موافقم	کاملاً موافقم	جمع
شاخص کلی شکوفایی اجتماعی $\chi^2 = 177.875$ $Sig = 0.000$ $N = 366$	عادی	فراوانی	۳۱	۳۸	۱۷۶	۱۱۱	۱۰۴	۴۶۰
		درصد	۶/۷	۸/۳	۳۸/۳	۲۴/۱	۲۲/۵	۱۰۰
	پرخطر	فراوانی	۲۲	۱۷	۶۷	۳۹	۴۰	۱۸۴
		درصد	۱۱/۸	۹/۱	۳۶/۲	۲۱	۲۱/۹	۱۰۰
	معتاد	فراوانی	۳	۹	۱۷	۱۸	۱۱	۵۸
		درصد	۵/۲	۱۶/۱	۲۹/۳	۳۱	۱۸/۴	۱۰۰
شاخص کلی انسجام اجتماعی $\chi^2 = 37.903$ $Sig = 0.000$ $N = 417$	عادی	فراوانی	۹	۳۹	۱۱۵	۱۶۷	۱۰۶	۴۳۶
		درصد	۲/۲	۸/۹	۲۶/۳	۳۸/۴	۲۴/۴	۱۰۰
	پرخطر	فراوانی	۲۳	۴۳	۵۸	۵۹	۳۲	۲۱۶
		درصد	۱۰/۵	۲۰/۱	۲۶/۶	۲۷/۵	۱۵	۱۰۰
	معتاد	فراوانی	۰	۴	۱۵	۲۵	۸	۵۱
		درصد	۰	۱	۳۶	۶۱	۱۶	۱۰۰

۱۰۰	۱۴/۸	۴۸/۱	۲۹	۷/۴	۰	درصد			
۷۰۳	۱۴۷	۲۵۰	۱۸۷	۸۷	۳۳	فراوانی	جمع		
۱۰۰	۲۰/۸	۳۵/۵	۲۶/۶	۱۲/۳	۴/۷	درصد			
۴۴۰	۹۹	۲۵۲	۷۵	۱۰	۴	فراوانی	عادی	شخص کلی انطباق اجتماعی $\chi^2=۲۶۲.۷۶۵$ $\text{Sig}=۰.۰۰۰۰۰$ $\text{Sig}=۰.۰۰۰۰۰$ $\text{Sig}=۰.۰۰۰۰۰$	
۱۰۰	۲۲/۶	۵۷/۲	۱۷	۲/۲	۱	درصد			
۲۱۰	۲۹	۷۲	۹۳	۴	۱۱	فراوانی	پرخطر		
۱۰۰	۱۳/۹	۳۴/۳	۴۴/۳	۲	۵/۵	درصد			
۶۵	۶	۴۰	۱۲	۲	۱	فراوانی	معتاد		
۱۰۰	۹/۲	۶۶/۲	۲۰	۳/۱	۱/۵	درصد			
۷۱۱	۱۳۶	۳۶۹	۱۷۴	۱۶	۱۶	فراوانی	جمع		
۱۰۰	۱۹/۲	۵۲	۲۴/۴	۲/۲	۲/۲	درصد			
۴۹۲	۶۷	۱۹۱	۱۷۶	۳۸	۲۱	فراوانی	عادی	شخص کلی مشارکت اجتماعی $\chi^2=۳۳.۰۱۱$ $\text{Sig}=۰.۰۰۰۰۰$ $\text{Sig}=۰.۰۰۰۰۰$ $\text{Sig}=۰.۰۰۰۰۰$	
۱۰۰	۱۳/۷	۳۸/۶	۳۵/۷	۷/۸	۴/۲	درصد			
۱۹۲	۲۶	۵۶	۶۸	۲۸	۱۵	فراوانی	پرخطر		
۱۰۰	۱۳/۷	۲۸/۸	۳۵/۲	۱۴/۷	۷/۷	درصد			
۶۵	۷	۲۸	۲۱	۷	۳	فراوانی	معتاد		
۱۰۰	۱۰/۹	۴۲/۴	۳۱/۹	۱۰	۴/۸	درصد			
۷۴۹	۱۰۱	۲۷۴	۲۶۴	۷۳	۳۸	فراوانی	جمع		
۱۰۰	۱۳/۴	۳۶/۵	۳۵/۲	۹/۷	۵/۱	درصد			

جدول ۶: شاخص بهزیستی اجتماعی بر حسب وضعیت

پاسخگویان گروه‌های مختلف

جمع	شاخص بهزیستی اجتماعی				وضعیت پاسخگو
	زیاد	متوسط	کم	توزیع نوع	
۵۰۰	۱۲۶	۲۵۰	۱۲۴	فراوانی	عادی
۱۰۰/	۲۵/۲۰٪	۵۰/۱۰۰٪	۲۴/۸۰٪	درصد	
۲۰۱	۴۸	۶۲	۹۱	فراوانی	پرخطر
۱۰۰/	۲۳/۹۰٪	۳۰/۸۰٪	۴۵/۳۰٪	درصد	

وضعیت پاسخگو	شاخص بهزیستی اجتماعی				جمع
	توزیع نوع	کم	متوسط	زیاد	
معتاد	فراوانی	۲۵	۲۶	۱۴	۶۵
	درصد	۳۸/۵۰٪	۴۰/۰۰٪	۲۱/۵۰٪	۱۰۰/
جمع	فراوانی	۲۴۰	۳۳۸	۱۸۸	۷۶۶
	درصد	۳۱/۳۰٪	۴۴/۱۰٪	۲۴/۵۰٪	۱۰۰/
Sig=۰.۰۰۰، $\chi^2=۳۲.۸۹۰$ ، $v=۰.۱۴۷$ Sig=۰.۰۰۰					

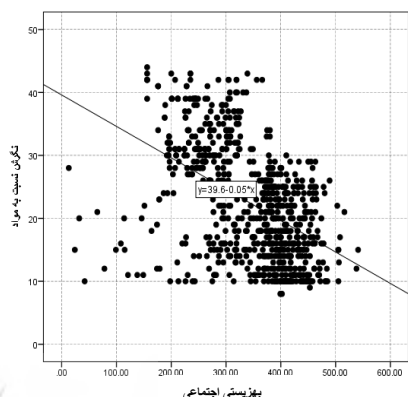
بهزیستی اجتماعی، ارزیابی جامع فرد از معنای زندگی و زیست اجتماعی خود در کنار سایر افراد جامعه است که برای او آرامش و آسایش ایجاد نماید و قضاوت مثبتی است که افراد از زندگی خود دارند. با توجه به جدول فوق و معناداری ضریب همبستگی وی کرامرز می‌توان اذعان نمود که بین وضعیت عادی، پرخطر و معتاد بودن نوجوانان و بهزیستی اجتماعی آنان رابطه وجود دارد. ۴۵ درصد از نوجوانان پرخطر، ۳۹ درصد از نوجوانان معتاد و ۲۵ درصد از نوجوانان عادی بهزیستی اجتماعی پایینی داشتند و با توجه معناداری کای اسکوتر چنین تفاوتی در جامعه آماری معنادار است.

همان‌گونه که در نمودار خط برازش ملاحظه می‌شود، هرچه بهزیستی اجتماعی بیشتر می‌شود، نگرش نسبت به مواد کمتر و به عبارت دیگر منفی‌تر می‌شود. و این دو متغیر نسبت به هم رابطه معکوسی دارند.

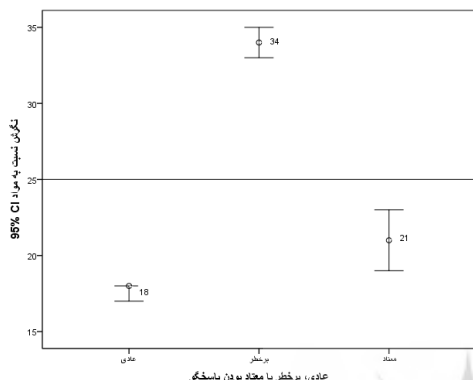
همچنین با توجه به نمودار Error Bar مشاهده می‌شود که نگرش نوجوانان عادی نسبت به سایر گروه‌ها منفی‌تر است. میانگین کلی طیف، ۲۵ است که کمتر از این میزان بیانگر نگرش منفی به مصرف مواد و بیش از آن بیانگر نگرش مثبت به مواد است. نگرش نوجوانان عادی ($\mu=۱۸$) با نوجوانان پرخطر ($\mu=۳۴$) تفاوت فاحشی دارد و حاکی از مثبت بودن نگرش نوجوانان پرخطر نسبت به این متغیر است. منفی‌تر بودن نگرش معتادان ($\mu=۲۱$) نسبت به افراد پرخطر با توجه به آزمودن بسیاری از این باورها در عمل و در فرایند بهبودی قرار داشتن آنان قابل توجیه است.

خط برازش نگرش نسبت به مواد بر اساس بهزیستی اجتماعی فاصله اطمینان میانگین نگرش کلی نسبت به مواد به تفکیک نوجوانان

شکل ۳- خط برازش نگرش نسبت به مواد بر اساس بهزیستی اجتماعی



شکل ۴- فاصله اطمینان میانگین نگرش کلی نسبت به مواد به تفکیک دانش آموزان



جدول ۷: شاخص نگرش نسبت به مواد بر حسب وضعیت پاسخگویان گروه‌های مختلف

شاخص نگرش نسبت به مواد							
آزمون‌ها	وضعیت پاسخگو	نوع توزیع	کاملاً مخالفم	مخالفم	حد وسط	موافقم	کاملاً موافقم
$\chi^2 = 259/691$ $Sig = 0.000$ $\chi^2 = 0/418$ $Sig = 0.519$	عادی	فراوانی	۸۴	۱۹۴	۱۴۰	۵۷	۳
		درصد	۱۷/۶	۴۰/۶	۲۹/۳	۱۱/۹	۰/۶
	پرخطر	فراوانی	۰	۹	۵۷	۱۰۸	۲۷
		درصد	۰	۴/۵	۲۸/۴	۵۳/۷	۱۳/۴
	معتاد	فراوانی	۸	۲۶	۲۰	۸	۳
		درصد	۱۲/۳	۴۰	۳۰/۸	۱۲/۳	۴/۶
جمع		فراوانی	۹۲	۲۲۹	۲۱۷	۱۷۳	۳۳
		درصد	۱۲/۴	۳۰/۸۰	۲۹/۲	۲۳/۳	۴/۴

صرفاً ۷/۱ درصد از نوجوانان پرخطر با این باور که «برای شادی و تفریح اشکالی ندارد که گاهی آدم مواد مخدر مصرف کند» کاملاً مخالف بودند در حالی که ۵۴/۱ درصد از افراد عادی کاملاً مخالف این باور بودند. همین تفاوت در سایر پاسخ‌ها نیز مشاهده شد و با توجه به معناداری کای اسکوئر می‌توان اذعان به وجود تفاوت نگرش‌ها درخصوص مواد در

جامعه آماری نیز داشت. معناداری ضریب همبستگی وی کرامر نیز بیانگر وجود رابطه بین ویژگی‌های نوجوانان با نگرش آنها نسبت به مصرف مواد است. در مجموع ۶۷ درصد از نوجوانان پرخطر نگرش مثبتی به مصرف مواد داشتند و صرفاً ۴/۵ درصد در مجموع نگرشی منفی داشته و با گزینه‌های مطرح شده مخالفت نمودند. درخصوص افراد معتاد با توجه به اینکه این افراد در مراحل ترک و بهبودی قرار داشتند، با واقعیت‌های مصرف مواد آشنا بودند و همان‌گونه که ملاحظه می‌شود نگرش آنها نسبت به نوجوانان پرخطر نگرشی منفی‌تر است به همین دلیل در بخش تبیین دو گروه عادی و پرخطر در نظر گرفته شده‌اند.

تبیین کلی

بهزیستی اجتماعی به طور کلی به میزان ($R = 0/486$) با متغیر وابسته همبستگی نشان می‌دهد. ضریب تعیین به دست آمده (R^2) برای جامعه آماری برابر ۰/۲۳۶ می‌باشد به این معنا که واریانس بهزیستی اجتماعی ۲۳/۶ درصد از واریانس نگرش نسبت به مصرف مواد را تبیین می‌نماید. به این ترتیب فرضیه این تحقیق مبنی بر: «بین بهزیستی اجتماعی و نگرش نوجوانان نسبت به مواد رابطه وجود دارد» در سطح معناداری بالایی برای آزمون F تأیید می‌شود.

جدول ۸: نتایج آزمون F و ضریب تعیین نگرش

نسبت به مصرف مواد بر اساس بهزیستی اجتماعی

وضعیت دانش آموز	گزینه	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معناداری	همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین جامعه آماری	خطای استاندارد برآورد
کلی	رگرسیون	۱	۱۴۵۲۷/۶۶	۲۳۱/۹۹۱	۰	۰/۴۸۶	۰/۲۳۶	۰/۲۳۵	۷/۹۱۳
	باقیمانده	۷۵۱	۶۲/۶۲۲						
	جمع	۷۵۲							

علاوه بر تأیید فرضیه، با در نظر گرفتن آزمون t و سطح معناداری آن و متغیر فوق در سطح معناداری بسیار بالا برای تبیین متغیر وابسته معنادار هستند. براساس ضرایب بتا

(β) مشخص می‌گردد که با فرض ثبات سایر عوامل، چنانچه در «بهزیستی اجتماعی» هر دانش‌آموز یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش مثبت آنان به مصرف مواد ۴۸/۶ کاهش می‌یابد.

جدول ۹: ضرایب رگرسیون اثر پیش‌بینی‌کنندگی

متغیر پیش‌بین نگرش نسبت به مصرف مواد

سطح معناداری	t	ضرایب استاندارد	ضرایب غیراستاندارد		متغیر پیش‌بین و آلفا
		Beta	خطای استاندارد	B	
۰	۳۴/۲۵۳		۱/۱۵۶	۳۹/۶۰۱	(Constant)
۰	-۱۵/۲۳۱	-۰/۴۸۶	۰/۰۰۳	-۰/۰۵	بهزیستی ذهنی

در صورتی‌که در هر یک از گروه‌های عادی، پرخطر و معتاد واریانس شاخص‌های بهزیستی اجتماعی برای تبیین واریانس نگرش نسبت به مصرف مواد در نظر گرفته شود، مشاهده می‌شود که در گروه عادی، ابعاد یادشده به میزان ($R = ۰/۵۸۴$) با متغیر وابسته همبستگی نشان می‌دهد. ضریب تعیین به‌دست‌آمده (R^2) برای جامعه آماری برابر ۰/۳۳۰ می‌باشد. به این معنا که واریانس شاخص‌های یادشده ۳۳ درصد از واریانس نگرش نسبت به مصرف مواد را تبیین می‌نماید. به این ترتیب فرضیه تحقیق در بین این گروه از نوجوانان با توجه به سطح معناداری بالای آزمون F تأیید می‌گردد. علاوه بر تأیید فرضیه، با در نظر گرفتن آزمون t و سطح معناداری آن و متغیرهای فوق در سطح معناداری بسیار بالا برای تبیین متغیر وابسته معنادار هستند. براساس ضرایب بتا (β) مشخص می‌گردد که نگرش نسبت به مصرف مواد تابعی است از:

(مشارکت اجتماعی) -۰/۲۵۶ - (شکوفایی اجتماعی) ۰/۲۱۶ - (انطباق اجتماعی)

۰/۱۶۴ - (انسجام اجتماعی) -۰/۴۸۷ = نگرش نسبت به مصرف مواد

حال در صورتی‌که گروه پرخطر به‌طور مجزا مورد مطالعه قرار گیرد، مشاهده می‌شود که در این گروه، شاخص‌های بهزیستی اجتماعی به میزان ($R = ۰/۳۶۴$) با متغیر وابسته

همبستگی نشان می‌دهد. ضریب تعیین به دست آمده (R^2) برای جامعه آماری برابر ۰/۱۰۵ می‌باشد. به این معنا که واریانس شاخص‌های یادشده ۱۰/۵ درصد از واریانس نگرش نسبت به مصرف مواد را تبیین می‌نماید. به این ترتیب فرضیه تحقیق در بین این گروه از نوجوانان با توجه به سطح معناداری بالای آزمون F تأیید می‌گردد.

(مشارکت اجتماعی) ۰/۲۹۲ - (شکوفایی اجتماعی) ۰/۳۹۶ - (انطباق اجتماعی)

۰/۲۶۲ - (انسجام اجتماعی) ۰/۴۰۵ = نگرش نسبت به مصرف مواد

در صورت تفکیک گروه‌ها و انجام محاسبات به صورت جداگانه با احتساب همه زیرشاخص‌های سازنده ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی برای گروه‌های عادی، پرخطر و معتاد مشاهده می‌شود که در بین نوجوانان عادی ۵۱ درصد از تفاوت نگرش نسبت به مصرف مواد و در بین نوجوانان پرخطر، ۵۸/۱ درصد به دلیل تفاوت بهزیستی ذهنی است. با توجه به معنادار نبودن این رابطه در بین معتادان از تحلیل مربوط به این گروه صرف نظر می‌شود. معنادار نبودن این رابطه را می‌توان به متفاوت شدن نگرش آنان نسبت به مواد و شرایط افراد در فرایند بهبودی منتسب دانست. همان گونه که در جدول ذیل ملاحظه می‌شود، در صورتی که آزمون F به صورت مجزا در هر یک از گروه‌های عادی، پرخطر و معتادان در حال بهبودی بین نگرش نسبت به مصرف مواد و زیرشاخص‌های ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی محاسبه گردد، در دو گروه عادی و پرخطر در سطح معناداری بسیار بالا برای تبیین متغیر وابسته معنادار هستند.

جدول ۱۰: نتایج آزمون F و ضریب تعیین نگرش نسبت به مصرف مواد بر اساس زیرشاخص‌های بهزیستی اجتماعی و به تفکیک وضعیت نوجوانان

وضعیت نوجوانان	رتبه	درجه آزادی	مجموع میانگین	F	سطح معناداری	همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین جامعه آماری	خطای استاندارد برآورد
عادی	رگرسیون	۲۸	۱۷۳/۶۵۷	۱۱/۸۶۶	۰ ^b	۰/۷۴۶ ^a	۰/۵۵۷	۰/۵۱	۳/۸۲۵
	باقیمانده	۲۶۴	۱۴/۶۳۴						
	جمع	۲۹۲							
پرخطر	رگرسیون	۲۸	۵۴/۳۹	۷/۲۰۳	۰/۰ ^c	۰/۸۳۲ ^b	۰/۶۷۵	۰/۵۸۱	۲/۴۸
	باقیمانده	۹۷	۷/۵۵۱						
	جمع	۱۲۵							
معتاد	رگرسیون	۲۸	۴۶/۵۵۴	۲/۵۳	۰/۱۷۷ ^d	۰/۹۷۷ ^c	۰/۹۵۵	۰/۵۳۱	۴/۵۴۴
	باقیمانده	۳	۲۰/۶۶۷						
	جمع	۳۱							

با توجه به در نظر گرفتن زیرشاخص‌های بهزیستی اجتماعی، براساس ضرایب بتا (β) مشخص می‌گردد که نگرش نسبت به مصرف مواد در بین نوجوانان عادی تابعی است از:

نگرش نسبت به مواد

(تعلق اجتماعی) -۰/۲۱۴ - (احساس ارزشمندی اجتماعی) -۰/۳۱۲ - (رضایت از محیط زندگی) -۰/۳۲۱ - (اعتماد اجتماعی) -۰/۲۲۴ =

(امید به آینده) -۰/۲۹۷ - (دوستی و همبستگی) -۰/۲۰۳ - (حمایت اجتماعی) -۰/۱۷۵ - (همدلی اجتماعی) -۰/۱۸۴

(شرکت در فعالیت‌های اجتماعی) -۰/۳۴۳ - (احساس اثربخش بودن) -۰/۱۱۱ - (معنادار دانستن زندگی) -۰/۱۸۵

به عبارت دیگر: (با فرض ثبات سایر عوامل) چنانچه در «رضایت از محیط زندگی»

یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۳۲۱ واحد کاهش می‌یابد. (با فرض ثبات سایر عوامل)؛

چنانچه در «احساس ارزشمندی اجتماعی» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۳۱۲ واحد کاهش می‌یابد.

چنانچه در «تعلق اجتماعی» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۲۱۴ واحد کاهش می‌یابد.

چنانچه در «معنادار دانستن زندگی» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۱۸۵ واحد کاهش می‌یابد.

چنانچه در «دوستی و همبستگی» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۲۰۳ واحد کاهش می‌یابد.

چنانچه در «امید به آینده» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۲۹۷ واحد کاهش می‌یابد.

چنانچه در «اعتماد اجتماعی» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۲۲۴ واحد کاهش می‌یابد.

چنانچه در «احساس اثربخش بودن» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۱۱۱ واحد کاهش می‌یابد.

چنانچه در «شرکت در فعالیت‌های اجتماعی» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۳۴۳ واحد کاهش می‌یابد.

چنانچه در «همدلی اجتماعی» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۱۸۴ واحد کاهش می‌یابد.

چنانچه در «حمایت اجتماعی» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۱۷۵ واحد کاهش می‌یابد.

با توجه به در نظر گرفتن زیرشاخص‌های بهزیستی اجتماعی، براساس ضرایب بتا (β) مشخص می‌گردد که نگرش نسبت به مصرف مواد در بین نوجوانان پرخطر تابعی است از:

نگرش نسبت به مصرف مواد

(همدلی اجتماعی) ۰/۵۹۱ - (معنادار دانستن زندگی) ۰/۳۸۸ - (تعلق اجتماعی)

۰/۲۸۶ - (احساس ارزشمندی اجتماعی) ۰/۴۲۸ - =

(حمایت اجتماعی) ۰/۴۵۲ + (احساس اثربخش بودن) ۰/۱۱۱ + (رضایت از محیط زندگی) ۰/۳۰۶ - (امید به آینده) ۰/۵۷۲ -
(دوستی و همبستگی) ۰/۴۲۲ - (شرکت در فعالیتهای اجتماعی) ۰/۲۲۸ - (اعتماد اجتماعی) ۰/۵۳۹ -

به عبارت دیگر: (با فرض ثبات سایر عوامل) چنانچه در «احساس ارزشمندی اجتماعی یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۴۲۸ واحد کاهش می یابد.

(با فرض ثبات سایر عوامل)؛

چنانچه در «تعلق اجتماعی» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۲۸۶ واحد کاهش می یابد.

چنانچه در «معنادار دانستن زندگی» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۳۸۸ واحد کاهش می یابد.

چنانچه در «دوستی و همبستگی» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۴۲۲ واحد کاهش می یابد.

چنانچه در «امید به آینده» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۵۷۲ واحد کاهش می یابد.

چنانچه در «احساس اثربخش بودن» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۱۱۱ واحد کاهش می یابد.

چنانچه در «رضایت از محیط زندگی» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۳۰۶ واحد افزایش می یابد.

چنانچه در «اعتماد اجتماعی» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۵۳۹ واحد کاهش می یابد.

چنانچه در «شرکت در فعالیتهای اجتماعی» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۲۲۸ واحد کاهش می یابد.

چنانچه در «همدلی اجتماعی» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۵۹۱ واحد کاهش می‌یابد.

چنانچه در «حمایت اجتماعی» یک واحد بهبود حاصل آید، احتمال نگرش نسبت به مصرف مواد ۰/۴۵۲ واحد کاهش می‌یابد.



شکل ۵- مهم‌ترین مؤلفه‌های زیرشاخص‌های بهزیستی اجتماعی که رابطه‌ای معکوس با نگرش مثبت نسبت به مصرف مواد داشتند (نوجوانان عادی)



شکل ۶- مهم‌ترین مؤلفه‌های زیرشاخص‌های بهزیستی اجتماعی که رابطه‌ای معکوس با نگرش مثبت نسبت به مصرف مواد داشتند (نوجوانان پرخطر)

بحث و تحلیل

در مقاله حاضر بهزیستی اجتماعی در بین سه گروه از نوجوانان عادی، پرخطر و معتاد (در حال طی فرایند بهبودی) موردسنجش و ارزیابی قرار گرفت. بهزیستی اجتماعی شامل چهار شاخص احساس انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، انطباق اجتماعی و مشارکت اجتماعی بود. در مقایسه سه گروه از نوجوانان فوق‌الذکر مشاهده شد که بهزیستی اجتماعی، تفاوت معناداری در این گروه‌ها دارد به طوری که توزیع درصد کسانی که از بهزیستی اجتماعی پایینی برخوردار بودند، قابل تأمل بود. نزدیک به

نیمی از نوجوانان پرخطر از بهزیستی اجتماعی پایینی برخوردار بودند. نگرش نوجوانان عادی و پرخطر نسبت به مصرف مواد تفاوت فاحشی داشت. نگرش نوجوانان عادی نسبت به سایر گروه‌ها منفی‌تر بود. تحلیل رگرسیونی بهزیستی اجتماعی با نگرش نسبت به مواد حاکی از آن بود که انسجام اجتماعی هم در نوجوانان عادی و هم نوجوانان پرخطر، بیشترین تأثیر را بر نگرش مثبت نسبت به خود اختصاص داده است. انطباق اجتماعی کمترین تأثیر را بر نگرش نسبت به مواد داشت. در صورت تفکیک گروه‌ها و انجام محاسبات به صورت جداگانه با احتساب همه زیرشاخص‌های سازنده بهزیستی اجتماعی برای گروه‌های عادی، پرخطر و معتاد مشاهده شد که در بین نوجوانان عادی ۵۱ درصد از تفاوت نگرش نسبت به مصرف مواد و در بین نوجوانان پرخطر، ۵۸/۱ درصد به دلیل تفاوت بهزیستی اجتماعی است. با توجه به معنادار نبودن این رابطه در بین معتادان از تحلیل مربوط به این گروه صرف نظر شد. مؤلفه‌های اصلی مدنظر در هر یک از زیرشاخص‌های بهزیستی اجتماعی که بیشترین رابطه را با نگرش مثبت نوجوانان با مصرف مواد داشتند به شرح ذیل بودند:

جدول ۱: مهم‌ترین مؤلفه‌های زیرشاخص‌های بهزیستی اجتماعی

مرتبط با نگرش مثبت نوجوانان با مصرف مواد

احساس ارزشمندی اجتماعی	احساس احترام داشتن در بین خانواده، دوستان و جامعه
	احساس اهمیت داشتن در بین خانواده، دوستان و جامعه
	احساس مفید بودن در بین خانواده، دوستان و جامعه
دوستی و همبستگی	برای حمایت از دوستان و نزدیکانم حاضرم از منافع خود بگذرم
	احساس صمیمیت و نزدیکی با دوستان و افراد مورد اعتماد در جامعه
	حاضرم به خاطر هم صحبتی با خانواده و افراد مهم زندگی سختی‌ها را تحمل کنم
تعلق اجتماعی	متعهد دانستن خود نسبت به خانواده و جامعه
	هویت مشترک: داشتن احساس خوب از ایرانی بودن و همچنین عضو خانواده حال حاضر خود بودن
	ارزش‌های مشترک: هماهنگ دانستن ارزش‌های

معنادار دانستن زندگی	خود با خانواده و جامعه
	با معنا و هدفمند دانستن زندگی
	پایبندی به ارزش‌هایی که معیار قضاوت خوبی و بدی است
همدلی اجتماعی	همدلی خانواده و دوستان
امید به آینده	امید به بهبود شرایط زندگی خود و خانواده و امید به امکان تغییر آینده
	انگیزه داشتن برای ساختن زندگی و تلاش بیشتر
اعتماد اجتماعی	اعتماد به اعضای خانواده
	اعتماد به گروه‌های آشنا، دوستان و فامیل‌ها
مشارکت اجتماعی	اعتماد به مسئولان و مدیران سایر سازمان‌ها
	شرکت در فعالیت‌ها و تفریحات و مهمانی‌های خانوادگی و دوستانه
	شرکت در مراسم و مناسبت‌های ملی، مذهبی، بومی
	شرکت در فعالیت‌های داوطلبانه و انجمن‌های خیریه

در بین نوجوانان پرخطر، شاخصی که بیشترین رابطه را با نگرش به مصرف مواد داشت، به ترتیب عبارت بودند از همدلی اجتماعی، امید به آینده، اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی، احساس ارزشمندی اجتماعی، دوستی و همبستگی و رضایت از محیط زندگی. هر چه این شاخص‌ها بالاتر روند، نگرش مثبت نسبت به مصرف مواد پایین‌تر می‌آید. در خصوص نوجوانان عادی، شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، رضایت از محیط زندگی، احساس ارزشمندی اجتماعی، امید به آینده، اعتماد اجتماعی، تعلق اجتماعی، دوستی و همبستگی و معنادار دانستن زندگی بیشترین رابطه را با نگرش نسبت به مواد داشتند. با توجه به نتایج مطرح شده قبل، زیرشاخص‌هایی که رابطه‌ای معنادار با متغیر وابسته داشتند مشخص گردیدند. با توجه به اثرگذاری این شاخص‌ها و زیرشاخص‌های آنها در نگرش مثبت یا منفی نوجوانان به مصرف مواد، عدم توجه به این موارد می‌تواند در اقبال نوجوانان به مصرف مواد بالاتر رود. اغلب تحقیقات بر تأثیر شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، حمایت اجتماعی خصوصاً خانواده و دوستان، احساس تعلق

اجتماعی و دوستی و همبستگی (ر.ک: Bauman & May, 2001؛ Spoth et. al., 2002) و تقویت پیوند، اتحاد و ارتباطات خانوادگی و نقش حمایت‌گری آنان نسبت به فرزندان در راستای پیشگیری از مصرف مواد تأکید داشته‌اند. بوتوین^۱ و همکاران (۱۹۹۵) بر تقویت روابط با همسالان^۲ و تقویت تعهد فردی علیه سوء مصرف مواد تأکید نموده‌اند. سایر پژوهش‌ها (Crawford & Novak, 2002؛ Kuendig & Kuntsche, 2006) نیز این نکته را تأیید می‌نمایند که نوجوانانی که زمان زیادی را با والدین خود می‌گذرانند و به راحتی و سهولت با آنان ارتباط برقرار می‌کنند و مورد حمایت آنان قرار می‌گیرند، به احتمال کمتری درگیر رفتار مصرف و سوء مصرف مواد می‌شوند. فرضیه سپهر خانوادگی^۳ (Cleveland et. al., 2009) خانواده را به عنوان منبع تأمین نیازهای معارض مصرف مواد و خنثی‌کننده تمام اثرات بیرونی به خصوص اثرات همسالان می‌داند. پیکو و فیتزپاتریک^۴ (۲۰۰۴) نشان داده‌اند که مذهبی بودن و داشتن هویت مذهبی با توجه به اینکه موجب معنا دادن به زندگی می‌شوند، به عنوان عاملی محافظت‌کننده در سوء مصرف مواد عمل می‌کند. تمرکز صرف بر فرد و ویژگی‌های روانی و عاطفی نوجوانان بدون توجه به ابعاد اجتماعی سازنده قضاوت آنان در خصوص زندگی در ارتقاء سطح سلامت اجتماعی، ابتر خواهد بود. همان‌گونه که وینهوون اشاره دارد «بهزیستی افراد شامل اطلاعات مهمی در مورد کیفیت نظام اجتماعی است که آنها در آن زندگی می‌کنند. اگر افراد احساس بدی داشته باشند، مشخص است که نظام اجتماعی برای سکونت انسان مناسب نیست. یکی از اهداف جامعه‌شناس، کمک به بهتر شدن جامعه است و مطالعه بهزیستی اجتماعی سرنخ‌هایی را برای یک جامعه قابل زندگی‌تر فراهم می‌کند (Veenhoven, 2008:61). بهزیستی اجتماعی یکی از عوامل تعیین‌کننده رفتار اجتماعی است. افرادی که بهزیستی اجتماعی بالاتری دارند، معمولاً شهروندان بهتری هستند، بهتر در موضوعات سیاسی وارد می‌شوند، از حق رأی دادن خود به میزان بیشتری استفاده می‌کنند، بیشتر در فعالیت‌های مدنی مشارکت می‌کنند و در عین حال در دیدگاه‌های سیاسی خود میانه‌روی را پیش می‌گیرند (Veenhoven, 2008:61). توجه به بهزیستی اجتماعی و تلاش

1 Botvin

2. Peer relationship

3. Buffering hypothesis

4 Piko & Fitzpatrick

برای ارتقاء آن در بین نوجوانان خصوصاً در مدارس و خانواده در نگرش منفی آنان نسبت به مصرف مواد و احتراز از مصرف مواد اعتیادآور می‌تواند به عنوان عاملی بازدارنده در کنار سایر عوامل ظاهر شود. افزایش سناریوهای مصرف (از مصرف آزمایشی تا وابستگی) و رونق باورهای غلط و فریب‌های فرهنگی در کنار افزایش دسترسی و مواجهه با طیف گسترده و متنوع از مواد ارزان و ترغیب به مصرف ترکیبی مواد، توجه بیش از پیش به مؤلفه‌های پیشگیرانه را می‌طلبد و توجه به شاخص‌های بهزیستی اجتماعی از جمله این مؤلفه‌ها محسوب می‌شود. توجه به بهزیستی اجتماعی در کنار سایر ابعاد سلامت اجتماعی (رفاه اجتماعی و فضائل اجتماعی) مهم‌ترین گام در داشتن زیستی سالم می‌باشد. در روندهای جهانی، لذت فردی به مثابه معنای زندگی، در کنار بحران نهاد خانواده، حق خودبودگی مطلق و التذاذ حداکثری از زندگی و اجتماعیت‌زدایی و... ضرورت توجه به ابعاد بهزیستی اجتماعی و فضائل اجتماعی را برای سوق دادن نوجوانان به زندگی عاری از مواد روشن می‌سازد.



منابع

- آزرمی، پیمان (۱۳۸۹) رابطه هوش هیجانی و باورهای فراشناختی با رفتارهای پرخطر در نوجوانان، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی تهران.
- پناهی، محمدحسین (۱۳۸۹) نظریه های انقلاب: وقوع، فرایند و پیامدها، تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه ها (سمت)، مرکز تحقیق و توسعه علوم انسانی.
- حبیبی، رحیم و حسین کارشکی و علی دشتگرد و عباس حیدری و علی طلایی (۱۳۹۱) رواسازی و تعیین پایایی پرسشنامه خودکارآمدی ترک اعتیاد برامسون، مجله علمی پژوهشی حکیم، ۱۵(۱)، صص ۵۳-۵۹.
- جلبی، مسعود (۱۳۸۳) بررسی تجربی نظام شخصیت در ایران، تهران، مؤسسه پژوهشی فرهنگ، هنر و ارتباطات.
- مؤمنی، اسکندر (۱۴۰۱) نرخ شیوع اعتیاد در کشور، به نقل از از سایت:
<https://www.isna.ir/news/1401102718805/> نرخ-شیوع-اعتیاد-در-کشور
- رفیعی، حسن (۱۳۹۴) ساخت، رواسازی و هنجاریابی پرسشنامه سلامت اجتماعی در بزرگسالان شهر تهران، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- رمضانی زین آباد، مهدی (۱۳۸۵) تأثیر دین و باورهای دینی در سلامت روانی فرد و جامعه، پژوهش دینی، شماره چهاردهم، صص ۷۱-۹۴.
- زارع شاه آبادی، اکبر و محمد مبارکی و نائینی و الهه فردوسی زاده (۱۳۹۴) تحلیل رابطه بین نشاط اجتماعی و گرایش به اعتیاد در بین جوانان ۱۸-۳۰ ساله شهر یزد، دوفصلنامه پژوهش های جامعه شناسی معاصر، سال چهارم، شماره ۶، بهار و تابستان، صص ۱۴۵-۱۷۴.
- صرامی، حمیدرضا (۱۳۹۵) نماز و کاهش آسیب های اجتماعی، دومین اجلاس استانی نماز در گنبد کاووس، به نقل از سایت:
<https://news.dchq.ir/3/?p=35095>
- علایی خرایم، رقیه و پروین کدیور و شهرام محمدخانی و غلامرضا صرامی و سارا علایی خرایم (۱۳۹۰) میزان شیوع مصرف سیگار، قلیان، مشروبات الکلی و موادمخدر و محرک در میان دانش آموزان دبیرستانی، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال پنجم، شماره هجدهم.
- کار، الان (۱۳۸۵) روان شناسی مثبت؛ علم شادمانی و نیرومندی های انسان، مترجم: حسن پاشا شریفی و جعفر نجفی زند، تهران، سخن.
- قدسی، احقر (۱۳۹۴) بررسی میزان شیوع مصرف موادمخدر و روان گردان ها در دانش آموزان دوره متوسطه دوم و هنرستان های استان های کشور، ستاد مبارزه با موادمخدر، دفتر تحقیقات و آموزش.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۷۷) پیامدهای مدرنیته، ترجمه محسن ثلاثی. تهران، مرکز.
- مازوحی، طاهره و طیبه سادات آرانی و زینب عسکری (۱۳۹۱) شادی از منظر مکتب اسلام و

روانشناسی، نشریه علمی - پژوهشی وزارت بهداشت، شماره اول، صص ۱۲۱-۱۴۱.
محمدخانی، شهرام (۱۳۸۴) ساخت و استانداردسازی پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده مصرف مواد به منظور شناسایی دانش آموزان در معرض خطر سوء مصرف مواد، دفتر مقابله با جرم و موادمخدر سازمان ملل متحد در ایران.

محمدی، غلامعلی (۱۴۰۱) ۴۵ درصد از زندانیان مرتبط با مواد مخدر می باشند، به نقل از:
<https://dolat.ir/detail/395517>

مکارم شیرازی، ناصر (۱۳۸۶) زندگی در پرتو اخلاق، قم، سرور.
موسوی، مهری سادات (۱۳۹۷) ارزیابی نقش ابعاد اجتماعی بهزیستی ذهنی در پیشگیری مدرسه محور از سوء مصرف مواد، انتشارات جهاد دانشگاهی واحد علامه طباطبائی.

موسوی، مهری سادات و علیرضا محسنی تبریزی (۱۳۹۶) طراحی و تدوین بسته پیشگیری از مصرف مواد در بین دانش آموزان متوسطه، ستاد مبارزه با موادمخدر.

مؤیدی، علی (۱۳۹۶) نرخ شیوع مصرف موادمخدر در کشور، به نقل از سایت:
<https://dolat.ir/detail/301188>

نریمانی، محمد و مجتبی رجب پور و عذرا احمدی، عذرا و حسن یاقوتی زرگر و رستم اوغلی (۱۳۹۵)
بررسی میزان شیوع و عوامل مرتبط با سوء مصرف مواد در بین دانش آموزان متوسطه شهر سمنان، مجله روانشناسی مدرسه، دوره ۵، شماره ۴، صص ۱۳۲-۱۴۰.

Ahuvia, Aaron (2002) Individualism/ Collectivism and cultures of happiness: A theoretical conjecture on the Relationship Between consumption, culture and subjective well- Being at the National Level, Journal of happiness studies 3: PP. 23-36

Bauman, Z. (2008) The art of life. John Wiley & Sons, Polity Press.

Bauman, Z. (2013) The art of life. John Wiley & Sons, Polity Press.

Bauman, Z, May, Tim (2001). Thinking Sociologically. John Wiley & Sons, Polity Press.

Bettcourt, B. A., and Dorr, N.(1997) Collective Self- Esteem as a Mediator of the Relationship Between Allocentrism and Subjective Well-Being. Personality and Social Psychology, Bulletin 23:955-64.

Botvin, G. J., Schinke, S. P., Epstein, J. A., Diaz, T., & Botvin, E. M. (1995) Effectiveness of culturally focused and generic skills training approaches to alcohol and drug abuse prevention among minority adolescents: Two-year follow-up results. Psychology of addictive behaviors, 9(3), 183.

Bovier, P. A., Chamot, E., & Perneger, T. V. (2004) Perceived Stress, Internal Resources, and Social Support as Determinants of Mental Health Among Young Adults. Quality of Life Research, 13, 161-170.

Diener, E ; suh, E. M.(2000) Culture and subjective well – being , MIT press.

Cleveland, Michael J.; Feinberg, Mark E.; Greenberg, Mark T. (2009) Protective families in high-and low-risk environments: Implications for adolescent

- substance use, *Journal of Youth and Adolescence*, Volume 39, Number 2, Page 114.
- Crawford, LA. & Novak, KB. (2002) Parental and peer influences on adolescent drinking: The relative impact of attachment and opportunity, *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 12, 1-26.
- Diener, E. (2000) Subjective Well-being: The Science of Happiness and a Proposal for a National Index. *American Psychologist*, 55: 34-43.
- Diener, E., Diener, M. (1995) Cross-Cultural Correlates of Life Satisfaction and Self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology* 68: 653-63.
- Diener, ED. & Lucas, Richard E (2000) Explaining Differences in Levels of Happiness: Relative Standards, Need Fulfillment, Culture, and Evaluation Theory, *Journal of Happiness Studies* 1: PP. 41-78.
- Inglehart, R., & Klingemann, H. (2000) Genes, culture, democracy, and happiness. In E. Diener & E. M. Suh (Eds.), *Culture and subjective well-being* (pp. 165-183). Cambridge, MA: MIT Press.
- International Narcotics Control Strategy Report (INCSR) (2023) Volume I: Drug and Chemical Control, Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs, United States Department of State.
- Jensen, J. (1998) Mapping Social Cohesion, The State of Canadian Research, Strategic Research and Analysis Directorate: Department of Canadian Heritage, Ottawa.
- Kuendig, H., & Kuntsche, E. (2006) Family bondig and adolescent alcohol use: Moderating effect of living with excessive drinking parents. *Alcohol and Alcoholism*, 41, 464-47.
- Keyes, Corey Lee (1998) Social Well-being, *Social Psychology, Quarterly* Vol. 61, N.2, pp 21-190.
- King, L. A., and Napa, C.K. (1998) What Makes a Good Life? *Journal of Personality and Social Psychology* 75: 156-65.
- Keyes, Corey Lee.M. (2004) social well-being in the united states. *A Descriptive Epidemiology*.
- Lucas RE, Clark AE, Georgellis Y, Diener E. (2003) Reexamining adaptation and the set point model of happiness: Reactions to changes in marital status. *Journal of Personality and Social Psychology*;84(3), 527-539.
- Lucas, R. E., Diener, E, & Suh, E. (1996) Discriminant validity of well- being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71: PP. 616-628.
- Markus, H. R., & Kitayama, S. (1994) The cultural construction of self and emotion: Implications for social behavior. In P. Ekman & R. J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (pp. 89-93). Oxford University Press.
- Michalos, A. C. (1985) Multiple discrepancy theory. *Social Indicator Research*, 16, 347-413.
- Piko, B.F. & Fitzpatrick, K.M. (2004) Substance use, religiosity, and other protective factors among Hungarian adolescents. *Addictive behaviors*, 29, 1095-1107.

- Ryan, R. M., Sheldon, K. M., Kasser, T., and Deci, E.L.(1996) All Goals are not created Equal. In P.M. Gollwitzer and J.A. Bargh, eds., *The Psychology of Action: Linking Cognition and Motivation to Behavior*. New York: Guilford, pp.7-26.
- Sarafino, E. P. (2002) *Health psychology* (4th ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Suh, E. M., Diener, E. (1999) *Self and the Use of Emotion Information: Joining Culture, Personality, and Situational Influences*. Manuscript Submitted for Publication.
- Spoth RL, Kavanaugh KA, Dishion TJ. (2002) Family-centered preventive intervention science: Toward benefits to larger populations of children, youth, and families. *Prevention Science*; 3(3):145–152. doi: 10.1023/A:1019924615322.
- Office on Drugs and Crime of United Nations (2024) *UNODC World Drug Report 2024: Harms of world drug problem continue to mount amid expansions in drug use and markets*, Vienna.
- Vaskina.Yu.V.(2005) Results of Research of The Subjective Well-Being of Industry Workers of The SAMARA Region, In: *Advances in Sociology Research*, Volume2, Nova Science Publishers, pp.45-55.
- Veenhoven, R. (2008) Sociological Theories of Subjective Well-being. In: Michael Eid & Randy Larsen (Eds). "The Science of Subjective Well-being: A tribute to Ed Diener", Guilford Publications, New York, pp. 44-61.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2024) *World Drug Report 2024*. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html>.
- Ateca-Amestoy, Victoria; Gerstenbluth, Mariana; Mussio, Irene Y Rossi, Máximo. How Do Cultural Activities Influence Happiness? Investigating The Relationship Between Self-Reported Well-Being And Leisure. *Estud. Econ.(México, Df)*[Online]. 2016, Vol. 31, N. 2, Pp. 217-234. Issn 0186-7202.