

بررسی سرمایه اجتماعی با تاکید بر نقش سازمانهای مردم نهاد در

پیشگیری از اعتیاد

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۱/۱۶ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۰/۷/۵

فاطمه رحیمی^۱، مریم اسماعیلی^۲، ابوالقاسم نوری^۳، علیرضا مهدوی^۴

چکیده

مقدمه: هدف تحقیق پیمایشی حاضر، بررسی سرمایه اجتماعی با تاکید بر نقش سازمانهای مردم نهاد در پیشگیری از اعتیاد بود، است. روش: جامعه آماری شامل کلیه معتادین شهر اصفهان که اقدام به درمان به صورت عضویت در انجمن معتادان گمنام (NA)، درمان اجتماع مدار (TC)، درمان نگهدارنده با متادون (MMT) و کمپ بود. نمونه پژوهش شامل ۱۷۱ نفر از معتادین در حال بهبودی بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای بود. تحقیق از طریق ابزار پرسشنامه محقق ساخته بر اساس یافته‌های چارچوب نظری طراحی و تنظیم گردید. **نتایج:** نتایج حاصل از تحلیل مانکوا نشان داد که بین نمونه‌های درمانی در شاخص‌های اعتماد رسمی، اعتماد غیر رسمی، اعتماد کلی، مشارکت و سرمایه اجتماعی بین گروهی تفاوتی وجود ندارد ($P > .05$). لیکن در اعتماد تعمیم یافته، سرمایه اجتماعی درون گروهی و سرمایه اجتماعی کلی ($P < .01$) و احساس تعلق ($P < .05$) تفاوتی بین نمونه‌های درمانی مردم نهاد و مراکز خصوصی ترک اعتیاد وجود دارد.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش بر نقش سازمانهای مردم نهاد در پیشگیری از اعتیاد و راهکارهای پیشگیرانه با رویکردهای اجتماعی تاکید دارد.

کلیدواژه‌ها: سرمایه اجتماعی، سازمان‌های مردم نهاد، پیشگیری، اعتیاد.

^۱ نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه اصفهان

Rahimipsy@yahoo.com

^۲ - استادیار گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان

^۳ - استاد گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان

^۴ - دانشجوی کارشناسی ارشد علوم سیاسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرضا

The Investigation Social Capital with emphasize to Non-Governmental Organization role's in Prevention of Drug dependency

Fatemeh,Rahimi
Maryam,Esmaeili
Abolghasem, Nouri
Alireza, Mahdavi

Abstract

Introduction:The purpose of this survey article was to The Investigation Social Capital with emphasize to Non-Governmental Organization role's in Prevention of Drug dependency

Method:In this survey, population consisted of all addicts in Isfahan, which attempted to treat such as Membership Narcotics Anonymous (NA), Treatment Community (TC), Methadone Maintenance Therapy (MMT) and the Camp .The study sample included 171cases of addicts in recovery who had been selected through stratified random sampling based on location and type of withdrawal treatment centers of Isfahan in 1388. The Questionnaires were administered to them in 2part, between and within groups social capital.Cronbach's

Results:The results of mancova analysis showed that there was no significant differences among therapeutic samples in formal trust, informal trust, general trust, participation and between groups social capital ($P > 0.05$).But there was significant difference between treatment samples NGO and private Organization in generalized trust, within groups social capital, general trust and feeling of belonging($P < 0.05$).The highest average mean was formal trust, informal trust, between groups social capital in MMT, general trust and generalized trust in Camp, participation and feeling of belonging in NA and within groups social capital in TC.

Conclusion: The results of this study emphasize on Non-Governmental Organization role's in Prevention of addiction preventive strategy by social approaches.

Keywords:Social capital,Non-Governmental Organization, Prevention,Drug dependency.

مقدمه

امروزه نقش عوامل اجتماعی در سلامت روانی به طور قابل توجهی مشخص شده است. رشد و گسترش توجه به عوامل اجتماعی و نقش آن‌ها در سلامت روانی در کشورهای جهان سوم هم زمان با رشد و توسعه سرمایه اجتماعی بوده و لازم است مدل‌های اجتماعی سلامت روانی شکل گیرد (هارفام^۱، ۲۰۰۴). سرمایه اجتماعی به عنوان عاملی برای موفقیت در برنامه‌های رفاه اجتماعی در سلامت اجتماعی مورد بحث است و به همین دلیل نیز امروزه در بررسی و تدوین شاخص‌های اجتماعی و توسعه، توسط سازمان‌های معتبر جهانی، جایگاه خاصی را به خود اختصاص داده است (شریفیان ثانی، ۱۳۸۰). یکی از برنامه‌ریزی‌ها در دنیای جدید، توجه به مشارکت فعال و اثربخش همه جانبه افراد جامعه در تمام ابعاد مختلف توسعه می‌باشد. به عبارت دیگر مشارکت فرایندی است که در برگیرنده انواع کنش‌های فردی و گروهی به منظور دخالت در تعیین سرنوشت خود و جامعه و تاثیر گذاردن بر تصمیم‌گیری درباره امور عمومی است (محسنی تبریزی، ۱۹۹۶). از آنجایی که سرمایه اجتماعی نقش موثری در کاهش هزینه‌های فعالیت‌ها و موفقیت افراد در دست‌یابی به اهداف خود دارد، یکی از موضوعات پژوهشی مرتبط با نهادهای اجتماعی است. امروزه ارتباط مردم با حکومت و دستگاه‌های دولتی و رشد مشارکت‌های هرچه بیشتر آنان از طریق نهادها و سازمان‌هایی صورت می‌گیرد که به سازمان‌های مردم‌نهاد معروف شده‌اند. ویژگی‌هایی نظیر نداشتن وابستگی به ساختار دیوان‌سالارانه و منابع عمومی دولت، داوطلبانه و دموکراتیک بودن، آنها را از سازمان‌های دولتی متمایز می‌کند. آینده جهان در سیطره سازمان غیردولتی خواهد بود. بر همین اساس هرکشوری احتمال بقای قدرتمندی خود را از طریق گسترش سازمان‌های مردم‌نهاد رقم خواهد زد. کوفی عنان دبیرکل سازمان ملل متحد گفته: "قرن بیست و یکم عصر سازمان‌های مردم‌نهاد خواهد بود" (مقیم، ۱۳۸۵).

نهادهای اجتماعی، سرمایه اجتماعی را پدید می‌آورند و دستیابی به هدف‌هایی را که در نبود آنها غیرممکن و یا پرهزینه بود، ممکن و تسهیل می‌کنند (کلمن، ۱۳۷۷). به طوری که عضویت در سازمان‌های اجتماعی، میزانی برای سرمایه اجتماعی می‌شود (کوثری، ۱۳۷۴؛ کرامب، ۲۰۰۴). منفعت‌های حاصل از عضویت در یک گروه، همبستگی را به

وجود می آورد که حصول منفعت ها را ممکن می سازد (الوانی و شیروانی، ۱۳۸۵). هر زمان که یک جامعه یا نهاد اجتماعی بتواند مشارکت اعضای خود را برای دستیابی به اهداف خاص یا حل مسئله ای جلب نماید، گفته می شود که آن جامعه دارای سرمایه اجتماعی است. این مشارکت می تواند الزام به فعالیت اجتماعی، سیاسی، فرهنگی و هر نوع دیگر باشد (موسوی، ۱۳۸۵). در مورد شبکه ها و همکاری اعضا در سازمان های مدنی داوطلبانه، اوسلانر (۲۰۰۲) بر این اعتقاد است که اعضای که در یک سازمان داوطلبانه با یکدیگر همکاری می کنند، از رفتارهای مدنی برخوردارند که رفتارهایی همگون به شمار می آیند، بر این مبنا فضای فعالیت های داوطلبانه در یک جامعه از نشانه های اصلی رشد سرمایه اجتماعی در آن جامعه است. البته مشارکت در گروه های اجتماعی نتایج سودمندی برای فرد و جامعه دارد (فیروزآبادی و ایمانی، ۱۳۸۵).

انجمن های داوطلبانه بر سطوح متفاوت جامعه تاثیرهای متفاوت مختلفی دارند که برخی آثار آنها بدین شرح است: ارائه فرصت اجتماعی به افراد برای عضویت در گروه های اجتماعی بیشتر، ارائه فرصت اجتماعی جهت بسط روابط اجتماعی و شبکه شخصی افراد، ارائه فرصت اجتماعی برای ابراز عقیده و پیشنهاد راه حل در عرصه عمومی و ارائه فرصت اجتماعی برای شرکت در تصمیم گیری های گروهی (شارع پور، ۱۳۸۰). تاثیر انجمن های داوطلبانه فقط به سطح خرد محدود نمی شود، این گونه انجمن ها در سطح کلان نیز تاثیر گذارند (چلبی، ۱۳۸۹).

ویژگی ذاتی سرمایه اجتماعی این است که در روابط اجتماعی شکل می گیرد. به تعبیر پورترز^۱ (۱۹۹۸) سرمایه اجتماعی در درون ساختار روابط افراد یافت می شود. برای برخورداری از سرمایه اجتماعی فرد باید با دیگران رابطه داشته باشد (موسوی، ۱۳۸۵). سرمایه اجتماعی مجموع منابع حقیقی و مجازی در دسترس یک فرد یا گروه است که این افراد به واسطه برخورداری از شبکه ای با دوام از روابط فهم و درکی متقابل و کم و بیش نهادینه شده، آن را به دست آورده اند (فیلد^۲، ۲۰۰۳). بوردیو^۳ (۱۹۸۶) بر این باور است که میزان سرمایه اجتماعی که یک فرد از آن برخوردار است بسته به اندازه شبکه ارتباطات وی می تواند به طور موثری تغییر یابد.

1- Portes

2- Field

3- Bourdieu

در سرمایه اجتماعی، افراد و اجتماعات در قالب ارزشها، هنجارها و پیوندهای اجتماعی که در جریان تعاملات اجتماعی به وجود می آید، قابلیت های خود را افزایش می دهند و در عین به دست آوردن امکان کنترل زندگی خود، از حمایت های محیطی و اجتماعی که در شبکه های ارتباطی آنها به وجود آمده برخوردار می شوند. سرمایه اجتماعی ما را قادر می سازد ارزش ایجاد کنیم، کارها را انجام دهیم، به اهدافمان دست یابیم، ماموریت هایمان را در زندگی به اتمام رسانیم و به سهم خویش به دنیایی یاری رسانیم که در آن زندگی می کنیم (کلمن^۱، ۱۳۷۷). در این مورد وایتفورد (۲۰۰۰) اظهار می دارد: "امروزه عوامل تعیین کننده اقتصادی - اجتماعی سلامت، به خوبی بررسی شده و شواهد مستندی در دست است که هرچه افراد به لحاظ اجتماعی منزوی تر باشند، از سلامت روان کمتری برخوردارند و به عکس هرچه پیوستگی اجتماعی در جامعه بیشتر باشد آن جامعه سالم تر خواهد بود. کاهش بار بیماریهای روانی و پرورش سلامت روانی، ویژگیهایی را که برای قبول نقش های اجتماعی افراد لازم است افزایش می دهد. سلامت روانی به همراه سلامت جسمی، بر صلاحیت های مورد نیاز برای مشارکت افراد در جامعه می افزاید و سرمایه اجتماعی را در سطح ملی فراهم می آورد."

نظریه های جدید مطرح می سازند که انگیزه اولیه مشارکت است یعنی پیشرفت و تکامل همراه با دیگران (بیکرمیلرو استیور، ۲۰۰۶). کمک به دیگران، چه کوچک و چه بزرگ، سرمایه اجتماعی را غنی می سازد و شبکه وسیعی از کنش متقابل را خلق می کند (الوانی و شیروانی، ۱۳۸۵). سرمایه اجتماعی را می توان حاصل پدیده های اعتماد متقابل، تعامل اجتماعی متقابل، گروه های اجتماعی، احساس هویت جمعی و گروهی، احساس وجود تصویری مشترک از آینده و کارگروهی در یک سیستم اجتماعی دانست (فلورا^۲، ۱۹۹۹). سرمایه اجتماعی بطور خلاصه در شاخصه هایی چون وفاداری، اعتماد، اتصالات شبکه ای، اقتدار فردی، هویت سازمانی، عمل متقابل، هنجارهای اجتماعی و اعتبار تجلی می یابد (افتخاری، ۱۳۸۲). کاپلان و لینچ (۱۹۹۷) سرمایه اجتماعی را نوعی انباشت سرمایه و شبکه هایی معرفی کرده اند که همبستگی اجتماعی، تعهد اجتماعی و در نتیجه نوعی عزت نفس و سلامتی را در افراد به وجود می آورد.

1- Coleman
2- Felura

از کارکردهای اقتصادی سرمایه اجتماعی می‌توان به کاهش هزینه مبادله، تسهیل برخی از مناسبات رسمی (نظیر قراردادها، سلسله مراتب و امثال آنها) بهبود کارایی، سرعت تبادل اطلاعات، تقویت ابتکارات و کاهش فساد اشاره کرد. در واقع اصلی ترین کارکرد اقتصادی سرمایه اجتماعی تسهیل هرگونه مبادله است (مرجایی، ۱۳۸۳). فرد باید هم به افراد- پیوند و اعتماد بین فردی- و هم به نهادها- اعتماد انترعاعی و اطمینان از رعایت هنجارها که شامل اعتماد به نهادها، اعتماد به گروه‌های اجتماعی، اعتماد به مسئولان و .. استاعتماد کامل داشته باشد (موسوی، ۱۳۸۵). هر دو بعد درون گروهی و بین گروهی سرمایه اجتماعی برای موفقیت نتایج توسعه اقتصادی- اجتماعی (حاصل از پیشگیری) مفید هستند (وودهاوس^۱، ۲۰۰۶).

سرمایه اجتماعی اندک می‌تواند میزان بزهکاری، جرم و اعتیاد را پیش بینی نماید. سلامتی اجتماعی به واسطه رابطه اجتماعی قابل پیش بینی است (پاتنام، ۲۰۰۱، هاینه، ۲۰۰۱، غفاری و رضانی، ۱۳۸۶). عدم وجود سرمایه اجتماعی (اعتماد و شبکه پیوندها) در افراد سبب عدم مشارکت آنها در فعالیت های اجتماعی می‌شود (موسوی، ۱۳۸۵). نظریات قائل به این نکته هستند که هرچه همبستگی و انسجام در درون یک گروه، اجتماع یا جامعه کمتر باشد، میزان جرم و انحراف در آن بالاتر خواهد بود (آکرس، ۲۰۰۴). به نظر هارفام (۲۰۰۴) سرمایه اجتماعی عوامل استرس زا را در زندگی کاهش و خطر این عوامل را کم می‌کنند. همچنین سرمایه اجتماعی می‌تواند اثر حوادث منفی زندگی را کاهش دهند. پیامد نداشتن معنا در زندگی گسترش مثلث شوم افسردگی، پرخاشگری و اعتیاد است. فرد از خود بیگانه، احساس تعهد و تعلق خود را نسبت به دیگران از دست می‌دهد و روابط اجتماعی او آسیب می‌بیند (چلبی، ۱۳۸۹). از این رو، این وضعیت باعث کاهش کنترل اجتماعی بیرونی و سوق دادن افراد به سمت رفتارهای انحرافی می‌شود (پولسن و رابینسون، ۲۰۰۴). به طور کلی در اثر فرسایش سرمایه اجتماعی جامعه به آسیب و انحرافات اجتماعی از قبیل افزایش جرم و جنایات، قتل، فروپاشی خانواده، مصرف مواد مخدر، خودکشی، فرار از پرداخت مالیات و .. (نادمی، ۱۳۸۵، بوهم، ۲۰۰۱، به نقل از سخاوت، ۱۳۸۳) و آسیب های روانی از قبیل عدم احساس تعلق، از

خودبیبگانگی (محسنی، ۱۳۷۶)، پوچ‌گرایی (محبوبی آرای، ۱۳۸۵)، احساس انزوا و افسردگی، کاهش احساس شادکامی و سلامت جسمی (براتی سده، ۱۳۸۵) مبتلا می‌شود.

سوء مصرف مواد، اثرات بازدارنده بر رشد و شکوفایی جامعه دارد و تهدیدی جدی و نگران کننده است. وابستگی و سوء مصرف مواد بعنوان اختلال مزمن و عود کننده با تاثیرات و پیش آیندهای تربیتی، فرهنگی، روانی، اجتماعی، رفتاری و معنوی در نظر گرفته می‌شود (دباغی، ۱۳۸۵). مشکل اعتیاد بعنوان یک پدیده مهلک که نتایجش می‌تواند اثرات بسیار سویی در زمینه‌های اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و اقتصادی داشته باشد، در هر جامعه ای مطرح است. مسئله تخلفات مرتبط با مواد مخدر یکی از پیچیده ترین چالش هایی است که در حال حاضر جامعه ایران با آن مواجه است. افزایش تخلفات مواد مخدر در ایران باعث این آگاهی فزاینده شده است که ایران با یک مسئله اجتماعی عمده مواجه می‌باشد. آمار فزاینده اعتیاد در سالهای اخیر واقعیت ناخوشایندی است که قابل کتمان و انکار نیست و روز به روز نیاز بیشتری به برنامه‌های گوناگون در جهت پیشگیری، کنترل، درمان و کاهش آسیب از سوی معتادین، خانواده‌های آنان و جامعه وجود دارد (صفری، ۱۳۸۲).

مشکل اعتیاد در بین نوجوانان، ذهن بسیاری از اندیشمندان و پژوهشگران را به خود مشغول داشته است. در بیشتر تحقیقات انجام شده به تلاش نوجوانان برای تثبیت هویت خود اشاره شده است. فقدان یا ضعف خود که برای نوجوانان بسیار دردناک و اضطراب انگیز است، باعث می‌شود برای تحقق خود، گاهی به اعتیاد روی آورند (فرج پور، ۱۳۸۷).

الگوهای نقش مثبت و شبکه‌های حمایتی، نقش بازدارنده قدرتمندی را در شبکه‌ها برای نوجوانان دارد و آنها را از جرم دور می‌کنند (پاتنام، ۲۰۰۰). رز (۲۰۰۰) بر این باور است که سرمایه اجتماعی تنها به وسیله عضویت در نهادها به دست می‌آید و شبکه‌های سرمایه اجتماعی به طور خاص در فراهم آوردن حمایت های عاطفی و روانی نقش موثری در ارتقاء سلامت روانی افراد دارند. در نتیجه سرمایه اجتماعی در تعیین احتمال روی آوردن افراد خاص به رفتار مجرمانه و اعتیاد، نقش بازی می‌کنند (غفاری و رضانی، ۱۳۸۶). البته در اینجا نیز سرمایه اجتماعی به عنوان تنها عامل موثر تلقی نشده است.

پژوهش های زیادی به رابطه میان سرمایه اجتماعی و پیامدهای مثبت در حوزه‌ها و سطوح گوناگون اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و رفاهی توجه کرده‌اند. برای نمونه

تحقیقات نشان داده‌اند که سرمایه اجتماعی با کارایی نهادی، افزایش سطح آموزش و رفاه کودکان، کاهش جنایت‌های خشن، کاهش نزاع و درگیری، برتری اقتصادی افراد، کاهش مرگ و میر، بهبود وضع سلامت، احساس خوشبختی و اعتماد به حکومت به صورت موفق و کارا رابطه مستقیم دارد (پاتنام، ۲۰۰۰، برهم و راهن^۱، ۱۹۹۷، ازکیا و فیروز آبادی، ۲۰۰۶). همچنین سرمایه اجتماعی با تندرستی (وینسترا^۲، ۱۳۸۴)، توسعه اقتصادی کشور (لوح^۳، ۲۰۰۳)، توسعه محلی و ملی (گریو^۴، ۲۰۰۳)، کاهش مرگ و میر نوزادان و افزایش امید به زندگی (حیات^۵، ۲۰۰۳)، مشارکت مدنی و اجتماعی (لوفلین، ۲۰۰۳) و همچنین رشد درآمد کشورها (کناک^۶، ۲۰۰۲) رابطه مستقیم دارد.

شناسایی و تقویت سرمایه اجتماعی در قالب سازمانهای مردم نهاد و عضویت‌های داوطلبانه سبب افزایش سطح همکاری‌های اعضا در گروه‌های اجتماعی و جامعه می‌شود و از این طریق منجر به افزایش سطح ارتباطات، نظارت و کنترل در سطح نهادهای عمومی اجتماعی می‌گردد، در نتیجه می‌توان از آن در فرایند پیشگیری از اعتیاد استفاده کرد. سرمایه اجتماعی جامعه را سالم‌تر، دارا تر و شاید باتدبیرتر و شکیباتر می‌سازد (اسلانر و دکر، ۲۰۰۱).

از آنجا که سازمان‌های مردم نهاد یکی از ابزارهای اساسی مدیریت دولتی نوین در جهت رشد و توسعه فعالیت‌های اجتماعی-سیاسی و توسعه‌ای هستند و در اکثر کشورها نقشی اساسی در فرایند توسعه بر عهده دارند، چند صباحی است که در کشور ما نیز به آن توجه جدی شده است و دولت تلاش می‌کند تا ضمن کمک به شکل‌گیری و ایجاد این نهادهای جامعه مدنی، در فعالیت‌های توسعه برای آنها نقشی محوری قائل شود. اما این سازمان‌ها، در فرایند توسعه هنوز نتوانسته‌اند جایگاه مناسبی را کسب و اعتماد ملی و دولتی را به خود جلب نمایند. همچنین باید بتوانند به نیازهای اجتماعی به شکل کارآمد و اثربخشی پاسخ دهند. بنابراین این تحقیق به دنبال بررسی این مسئله است که با تاکید بر سرمایه اجتماعی، سازمان‌های مردم نهاد تا چه حدی در پیشگیری از اعتیاد می‌توانند موثر

1-Brehm&Rahn
2- Winstra
3- Loh
4- Grewe
5-Hyatt
6- Knack

باشند؟ و دومین سؤال اینکه آیا بین میزان مولفه‌های سرمایه اجتماعی در بین گروه‌های درمانی مختلف تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش

این تحقیق به لحاظ هدف، کاربردی بوده و از نظر ماهیت و روش پیمایشی است و از طریق ابزار پرسشنامه محقق ساخته انجام شده و از جهت سطح تحقیق، تبیینی باشد. برای گردآوری اطلاعات و داده‌های این تحقیق پرسشنامه در ۲ قسمت سرمایه اجتماعی درون گروهی و بین گروهی بر اساس یافته‌های چارچوب نظری طراحی و تنظیم شده بود. پرسشنامه سرمایه اجتماعی بین گروهی شامل ۴۰ سؤال در رابطه با مولفه‌های اصلی سرمایه اجتماعی شامل اعتماد (رسمی، غیررسمی و تعمیم یافته)، مشارکت اجتماعی و احساس تعلق بود. پرسشنامه سرمایه اجتماعی درون گروهی شامل ۴۲ سؤال مرتبط با مولفه‌های اصلی سرمایه اجتماعی در قالب اعتیاد و گروه‌های بهبودی بود. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه معتادین شهر اصفهان که اقدام به درمان (در مراکز درمان اعتیاد به روش‌های انجمن معتادان گمنام (NA)، درمان اجتماع مدار (TC)، درمان نگهدارنده با متادون (MMT) و کمپ، است. از این جامعه به طور کلی یک نمونه ۱۷۱ نفری از معتادین در حال بهبودی بطور تصادفی انتخاب شد (در نمونه درمانی $MMT = ۴۷$ نفر، $NA = ۵۶$ نفر، کمپ = ۴۶ نفر، $TC = ۲۲$ نفر).

پرسشنامه سرمایه اجتماعی: برای سنجش سئوالات در پژوهش حاضر از پرسشنامه محقق ساخته سرمایه اجتماعی معتادین که دارای مقیاس اندازه گیری طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت با دامنه پاسخ یک (خیلی کم) تا پنج (خیلی زیاد) استفاده گردید. با توجه به اینکه بسیاری از مفاهیم مورد استفاده در تحقیق حاضر برگرفته از مدل سنجش سرمایه اجتماعی است که طی چند سال گذشته در بسیاری از کشورها به کار گرفته شده، نسبت به اعتبار محتوایی ابزار سنجش تا حدودی از قبل اطمینان حاصل شده بود. با این وجود به جهت تطبیق آن با شرایط فرهنگی و هدف پژوهش، پرسشنامه طراحی شده در اختیار تعدادی از متخصصین علوم اجتماعی و آشنا با مفهوم سرمایه اجتماعی قرار گرفته و از نظرات آنان برای شناسایی اعتبار شاخص‌ها استفاده گردید. بدین ترتیب اعتبار صوری ابزار تامین گردید. برای حصول اطمینان از روایی یا پایایی ابزار سنجش ضریب آلفای کرونباخ که از مناسبترین روشهای محاسبه پایایی می‌باشد، استفاده شد. جدول ذیل نشان دهنده ضریب

پایایی برای هر یک از مفاهیم، مقیاسها و زیرمقیاس های سرمایه اجتماعی مورد نظر می باشد.

جدول ۱: نتایج پایایی پرسشنامه سرمایه اجتماعی

متغیر	تعداد	آلفای کرونباخ	متغیر	تعداد	آلفای کرونباخ
اعتماد رسمی	۱۱	۰/۸۲	احساس تعلق سرمایه	۵	۰/۶۸
اعتماد غیر رسمی	۸	۰/۶۳	اجتماعی بین گروهی	۴۰	۰/۷۷
اعتماد تعمیم یافته	۹	۰/۶۶	اجتماعی درون گروهی	۴۲	۰/۷۶
اعتماد (بطور کلی)	۲۸	۰/۸	پرسشنامه	۸۲	۰/۸۱
مشارکت اجتماعی	۷	۰/۵۷	سرمایه اجتماعی		

با در نظر گرفتن نتایج جدول ۱ و با توجه به اینکه مقادیر آلفای کرونباخ به طول سئوالات بستگی دارند و در این پرسشنامه اکثر مقیاس ها دارای تعداد سئوالات کمی بوده است، مقادیر به دست آمده آلفای کرونباخ که اکثرا بالاتر از ۰/۷ می باشند مطلوب بوده و نشان دهنده پایایی پرسشنامه پژوهش می باشد.

برای تجزیه و تحلیل داده ها و سنجش فرضیه پژوهش از شاخص های آمار توصیفی و تحلیل کواریانس چندگانه مانکوا استفاده شد.

یافته ها

نتایج جدول ۲ نشان می دهد که گروه نمونه دارای میانگین سنی ۳۳/۸۸ سال و با میانگین طول تخریب ۱۲۸/۵۲ ماه (معادل ۱۰ سال و ۷ ماه) و میانگین طول پاکی ۱۱/۳۳ ماه است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	کمپ (n = ۴۶)		NA (n = ۵۶)		MMT (n = ۴۷)		TC (n = ۲۲)		کل N=۱۷۱	
	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M
سن	۱/۴۷	۳۱/۷۲	۱/۳۱	۳۲/۶۸	۱/۳۴	۳۹/۷۶	۲/۰۴	۳۰/۱۴	۳۳/۸۸	۹/۸۲
طول تخریب	۶۶ ۱۳	۹۰/۸۳	۱۲/۲	۱۱۳/۱۲	۱۲/۴۴	۱۹۰/۱	۱۲/۱۵	۱۸/۹	۱۲۸/۵۲	۹۲/۷۳
طول پاکی	۲/۰۳	۴/۶۸	۱/۸۱	۸/۵۶	۲۱/۳۴	۱/۸۵	۷/۵۵	۲/۸۱	۱۱/۳۳	۱۴/۱۹

با توجه به نتایج جدول ۳ مشاهده می شود که در بین نمونه‌های درمانی در شاخص‌های اعتماد رسمی، اعتماد غیررسمی، اعتماد کلی، مشارکت و سرمایه اجتماعی بین گروهی تفاوتی وجود ندارد ($P > .05$). در اعتماد تعمیم یافته، احساس تعلق، سرمایه اجتماعی درون گروهی و سرمایه اجتماعی کلی تفاوتی بین نمونه‌های درمانی وجود دارد ($P < .01$). در ملاک سرمایه اجتماعی بین گروهی تفاوتی بین گروه‌های بهبودی وجود ندارد لیکن با توجه به میانگین گروه‌ها متوجه می‌شویم که میزان این سرمایه در بین معتادین بطور کلی بسیار پایین است و لذا نشان دهنده تاکید بر فردگرایی می‌باشد. از جهت دیگر در سرمایه اجتماعی درون گروهی تفاوت بین گروه‌های بهبودی نشان دهنده جدایی این گروه‌ها از کل جامعه و تاکید بر مضامین گروه است و این می‌تواند اثرات مخربی را در برداشته باشد. در شاخص اعتماد تعمیم یافته، افراد در حال بهبودی در درمانهای گروهی نسبت به افراد در متادون درمانی (MMT) اعتماد تعمیم یافته بیشتری به اطرافیان داشته و بدین جهت تمایل به با دیگران بودن و حضور در برنامه‌های جمعی درمانی را برگزیده‌اند. در شاخص احساس تعلق، بدلیل آموزش دیدن و علمی بودن گروه درمان و تاکید بر رابطه درمانی بین فرد در حال بهبودی و محیط درمان افراد در اجتماع درمان مدار (TC) و متادون درمانی (MMT) نسبت به کمپ و معتادان گمنام (NA) احساس تعلق بیشتری را پرورش داده‌اند. در رابطه با سرمایه اجتماعی درون گروهی بنظر می‌رسد که در درجه اول در اجتماع درمان مدار و در درجه دوم در گروه معتادان گمنام و متادون درمانی این شاخص وجود دارد و کمپ در درجه سوم است. این می‌تواند ناشی از

طول دوره درمان و نحوه ارتباطات و آموزش های اجتماع درمان مدار مبتنی بر عدم ارتباط با گروه های درمانی دیگر و تعهد به TC به مدت طولانی باشد. لیکن در NA و MMT افراد آزادی بیشتری در نحوه گزینش ارتباطات خود دارند و تاکید بر قطع ارتباط با گروه های دیگر وجود ندارد. این یافته با روند احساس تعلق مشابهت و با روند سرمایه اجتماعی بین گروهی عکس می باشد و یافته ها همدیگر را تائید می کنند.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس چندگانه متغیرهای پژوهش

بر اساس عضویت در برنامه های بهبودی

متغیر	عضویت	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار F	سطح ی
اعتماد رسمی	کمپ	۲۹/۱۱	۱/۳۲	۲/۰۷	۰/۱۰۶
	NA	۲۹/۲۸	۱/۱۸		
	MMT	۳۲/۲۶	۱/۲		
	TC	۲۸/۵۹	۱/۸۳		
اعتماد غیررسمی	کمپ	۲۰/۹۵	۰/۷۶	۰/۸۴	۰/۴۷
	NA	۲۰/۹	۰/۶۸		
	MMT	۳۲/۱۲	۰/۶۹		
	TC	۲۱/۳۳	۱/۰۶		
اعتماد تعمیم یافته	کمپ	۲۴/۹۳	۰/۸۳	۸/۳۴	۰/۰۰۱*
	NA	۲۰/۹۲	۰/۷۴		
	MMT	۱۹/۹۳	۰/۷۵		
	TC	۲۰/۹۶	۱/۱۴		
اعتماد (کلی)	کمپ	۷۵	۲/۰۹	۱/۰۱	۰/۳۸
	NA	۷۱/۱۲	۱/۸۷		
	MMT	۷۵/۳۳	۱/۹		
	TC	۷۰/۸۹	۲/۸۹		
مشارکت	کمپ	۱۱/۰۶	۰/۸	۲/۵۹	۰/۰۵۶
	NA	۱۱/۵۳	۰/۷۱		
	MMT	۱۴/۳۶	۰/۷۳		
	TC	۱۱/۸	۱/۱		

۰/۰۱۳**	۳/۶۸	۰/۷۱	۱۰/۴۵	کمپ	احساس تعلق
		۰/۶۳	۱۲/۱۲	NA	
		۰/۶۴	۱۳/۲۷	MMT	
		۰/۹۸	۱۳/۴۸	TC	
۰/۱۷	۱/۶۶	۲/۵۲	۹۶/۵۲	کمپ	سرمایه اجتماعی بین گروهی
		۲/۲۵	۹۴/۷۸	NA	
		۲/۲۹	۱۰۲/۹۷	MMT	
		۳/۴۸	۹۶/۱۸	TC	
۰/۰۰۱*	۶/۰۷	۲/۵۸	۱۰۳/۸۲	کمپ	سرمایه اجتماعی درون گروهی
		۲/۳۱	۱۱۳/۹۲	NA	
		۲/۳۵	۱۱۲/۷۶	MMT	
		۳/۵۸	۱۱۷/۹۱	TC	
۰/۰۰۷*	۴/۱۴	۴/۰۴	۲۰۰/۳۵	کمپ	سرمایه اجتماعی کلی
		۳/۶۱	۲۰۸/۷	NA	
		۳/۶۸	۲۱۵/۷۳	MMT	
		۵/۵۹	۲۱۴/۰۹	TC	

نتیجه گیری

مشکل اعتیاد یکی از معضلات بهداشتی، روانی و اجتماعی جهان امروز است. در طول سال های گذشته اعتیاد به داروهای قانونی و غیر قانونی بسیار فراگیر شده است و اکنون حاکی از یک مشکل جدی در سلامت جسمی، روانی و اجتماعی است. گسترش این روند تیشه بر ریشه بنیادهای اخلاقی، اقتصادی و اجتماعی یک جامعه می زند و آن را از درون دچار فساد کرده و در نهایت به انحطاط می کشد. این مشکل امروزه چنان خودنمایی می کند که هیچ کشوری نمی تواند خود را کاملا از آن مصون بداند. مهمترین عوارض روانی اعتیاد عبارتند از: افسردگی، اضطراب، فراموشی، روانپریشی و اختلالات مغزی مانند دمانس و دلیریوم. لیکن از مشکلات اجتماعی ناشی از اعتیاد می توان از جرائمی مثل سرقت، فحشا و خشونت، افزایش مشاغل کاذب و کاهش کارآیی و تعداد بسیار زیادی خانواده های آشفته یا از هم گسیخته نام برد. از طرف دیگر، اعتیاد با خالی کردن افراد از ارزش های اخلاقی و انسانی آنها را مستعد پذیرش فرهنگ های پوچ و مخرب می نماید.

فرسایش سرمایه اجتماعی، جامعه را از ساختارهای ضروری و فضای اخلاقی که لازمه کارکرد بهینه آن است محروم می کند. اعتیاد خود حاصل فقدان سرمایه اجتماعی است و با افزایش سرمایه اجتماعی به میزان قابل توجهی می توان با اعتیاد مبارزه و کنترل کرد. لن (۱۹۵۹)، روزنستون و هانس (۱۹۹۳)، وربا و نورمن (۱۹۷۲)، ولفینگر و روزنستون (۱۹۸۰) و برم و ران (۱۹۹۷)، عدم آموزش کافی و فقدان آگاهی افراد از حقوق اجتماعی خویش را عمده ترین دلیل پایین بودن میزان مشارکت شهروندان می دانند. کاهش مشارکت به احساس بی قدرتی و افزایش بی معنایی در زندگی و از خود بیگانگی کمک شایانی می کند. احساس بی قدرتی یکی از تجلیات و اشکال بروز بیگانگی اجتماعی است که می تواند باعث گرایش فرد به اعتیاد شود.

اعتیاد یکی از اثرات کاهش سرمایه اجتماعی است و با افزایش سرمایه اجتماعی و تاکید بر نقش سازمان های مردم نهاد به میزان قابل توجهی می توان از اعتیاد پیشگیری و با آن مبارزه کرد. تقویت و افزایش انگیزه های اجتماعی در کلیه افراد، بخصوص معتادین و سازماندهی آنها در نهادهای مدنی باعث شکل گیری فرهنگ های درمانی و حمایتی خاص شده و ضمن ایجاد سطح بالاتری از مشارکت و تعلق اجتماعی موجب می شود که به طور غیرمستقیم، کنترل رفتارها و تعامل های اجتماعی و درمانی اعضای این نهادها، وابسته به سیاست های موجود باشد، همچنین باعث کاهش هزینه های درمان و کنترل های رسمی، ایجاد فرصت های شغلی و انتقال دانش اعضای گروه ها به یکدیگر می شود. بطور کلی در جهت پیشگیری از اعتیاد و بالا بردن کیفیت و تاثیرات درمان و کاهش آسیب استفاده از شاخص های اجتماعی (بخصوص ایجاد سازمان های فعال مردمی) در کنار حیطه درمان پزشکی اعتیاد باید مورد توجه قرار گیرد.

از آنجا که پیشگیری از اعتیاد، هدف اساسی در زمینه ریشه کنی و کاهش اعتیاد است به نظر می رسد تغییر در کیفیت آموزشها، ایجاد و گسترش سرمایه اجتماعی در میان آحاد جامعه و بخصوص جوانان و نوجوانان، می تواند راه گشایی در این امر باشد. در سرمایه اجتماعی، افراد و اجتماعات در قالب ارزشها، هنجارها و پیوندهای اجتماعی که در جریان تعاملات اجتماعی به وجود می آید، قابلیت های خود را افزایش می دهند، هویت یابی می کنند و در عین به دست آوردن امکان کنترل زندگی خود، از حمایت های محیطی و

اجتماعی که در شبکه‌های ارتباطی آنها به وجود آمده برخوردار می‌شوند. و لذا قدرت کنار آمدن آنها با فشارها و مسائل محیطی افزایش یافته و به لحاظ روانی از آرامش و آسایش مطلوبی برخوردار خواهند شد.

هدف از افزایش مشارکت و پیوندهای اجتماعی اتخاذ یک سبک زندگی است که بهزیستی را ارتقا می‌بخشد و به پرهیز از مخاطراتی چون مصرف مواد کمک می‌کند. افراد در صورتی خواهند توانست رفتارشان را تغییر داده و یک سبک زندگی سالم تر اتخاذ کنند که سبک های جدید را از افراد مورد اعتماد خود فرابگیرند و باور نمایند که این تغییر رفتارها باعث بهبود در بهزیستی آنها می‌گردد. یک شبکه پایدار، عمیق و غنی از روابط می‌تواند باعث تسهیل کسب اعتماد و خودباوری گردد (کمپل، ۲۰۰۰).

از آنجایی که سرمایه اجتماعی خاصیت خود تقویت کنندگی و خودافزایی دارد می‌تواند به افراد عضو نهادهای اجتماعی کمک کند تا به منابعی چون اعتماد و شبکه‌های تعاملی دست یابند و می‌تواند با تسهیل اقدامات هماهنگ، کارایی گروه را در دست یابی به اهداف خود بهبود بخشد (تاجبخش، ۱۳۸۴). در این راستا، شبکه‌های اعتماد موجب می‌شوند که زمان و سرمایه بیشتری اختصاص به فعالیت های اصلی نوجوانان و جوانان پیدا کرده و علاوه بر آن موجب انتقال دانش اعضای گروه‌ها به یکدیگر شده و جریان مناسبی را از یادگیری و دانش در بین آنها فراهم می‌سازد. تقویت و افزایش انگیزه‌های اجتماعی در نوجوانان و جوانان و سازماندهی آنها در نهادهای مدنی باعث شکل گیری فرهنگ‌های حمایتی خاص در این نهادها شده و ضمن ایجاد سطح بالاتری از مشارکت و تعلق اجتماعی موجب می‌شود که به طور غیرمستقیم، کنترل رفتارها و تعامل های اجتماعی اعضای این نهادها، وابسته به هنجارهای موجود در این نهاد شده و هزینه‌های بسیاری از کنترل های رسمی کاهش یابد.

پیشنهاد می‌شود از طریق سیاست ها و برنامه ریزی ها و آموزشها، هنجارهایی بر مبنای افزایش انگیزه مشارکت و روحیه همکاری گروهی برای نوجوانان و جوانان جامعه در نظر گرفته شود و در یک محیط امن و با ثبات برای کنش و وا کنش آنها به گسترش، افزایش و تحکیم سرمایه اجتماعی، همچنین تشویق آنها به پرهیز از فردگرایی کمک کرد. تقویت ساختار شبکه‌های اجتماعی که روابط متقابل را تسهیل می‌کند. تقویت نهادهای مدنی و سازمان های غیر دولتی (NGOs) مخصوص جوانان و نوجوانان، تقویت

و غنی سازی آموزش‌ها در قالب تفریح و سرگرمی، تشویق مردم در جهت حضور داوطلبانه در نهادهای اجتماعی و دادن امتیازاتی به اعضاء از کارکردهای مهم دولت در زمینه افزایش سرمایه اجتماعی می تواند باشد.

بطور کلی عواطف مثبت زندگی انجمنی یا مشارکت اجتماعی هزینه‌های کنترل و نظارت رسمی را کاهش می دهد و افراد را در متقاعدکردن به رفتار مطابق با ارزش های اخلاقی مثبت در جامعه مدیون کار و تلاش، صداقت، تعاون و همکاری، احترام به یکدیگر، تقویت عزت نفس در سطح فردی و ملی، تقویت عملکرد، کارایی سازمانی و حوزه‌های اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی و سیاسی می کند (تقی زاده، ۱۳۸۵). همچنین امدادسانی در روابط حمایتی به افراد فرصتی دوباره می دهد که استعدادهای منحصر به فرد را شکوفا سازند تا بتوانند در جهت خیر شخصی و جمعی گام بردارند (چلبی، ۱۳۸۹). این تحقیق در جامعه آماری معتادان تحت درمان گروه‌های درمانی شهر اصفهان انجام شده است و تعمیم آن به سایر منابع درمانی و یا سایر جامعه‌های آماری باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین نمونه این پژوهش معتادان تحت درمان با جنسیت مرد بوده‌اند که در تعمیم یافته‌ها باید به این نکته نیز توجه شود. با توجه به اهمیت موضوع پیشنهاد می شود بررسی میزان سرمایه اجتماعی و نقش سازمان های مردم نهاد، از منظر درمانگران و کلیه کادر درمانی اعتیاد نیز مورد بررسی و تحقیق علمی قرار گیرد. بررسی علمی این موضوع در گروه‌های درمانی معتادان با جنسیت زن نیز از پیشنهادات این تحقیق می باشد.

منابع

- افتخاری، اصغر. (۱۳۸۲). نبود سرمایه اجتماعی و تاثیر آن در امنیت. نشریه مرکز تحقیقات دانشگاه امام صادق (ع)، شماره ۱۱ و ۱۲.
- الوانی، سید مهدی. شیروانی، علیرضا. (۱۳۸۵). سرمایه اجتماعی (مفاهیم، نظریه‌ها و کاربردها). تهران: انتشارات مانی، چاپ اول.
- براتی سده، فریده. (۱۳۸۵). محرومیت های اجتماعی سلامت روان را تهدید می کند. روزنامه همشهری. شماره ۴۱۰۱.
- تاجبخش، کیان. (۱۳۸۴). سرمایه اجتماعی: اعتماد، دموکراسی و توسعه. تهران: انتشارات شیرازه.
- چلبی، مسعود. (۱۳۸۹). جامعه شناسی نظم: تشریح و تحلیل نظری نظم اجتماعی. تهران، نشرنی.

دباغی، پرویز. (۱۳۸۵). *اثربخشی شناخت درمانی براساس تفکر نظاره ای و فعال سازی طرح*
واره‌های معنوی در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی. پایان نامه دکتری تخصصی
روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران.
سناوت، جعفر. (۱۳۸۳). *علل ساختاری اعتیاد در ایران*. تهران: دانشگاه پیام نور.
شارع پور، محمود. (۱۳۸۰). *فرسایش سرمایه اجتماعی و پیامدهای آن*. انجمن جامعه شناسی. ۳.
شریفیان ثانی، مریم. (۱۳۸۰). *سرمایه اجتماعی، مفاهیم اصلی و چارچوب نظری*. *فصلنامه علمی*
پژوهشی رفاه اجتماعی.
صفری، فاطمه. (۱۳۸۲). *اعتیاد زنان، فصلنامه علمی پژوهشی سوء مصرف مواد*. سال اول، شماره ۲.
فرج پور، محمد. (۱۳۸۷). *الگوی نگرش و ویژگی های شخصیتی نوجوانان معتاد در مقایسه با*
نوجوانان عادی. *پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره*. دانشگاه علامه طباطبائی.
فیروزآبادی، سید احمد. ایمانی جاجرمی، حسین. (۱۳۸۵). *سرمایه اجتماعی و توسعه اقتصادی*
اجتماعی در کلان شهر تهران. *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*. سال ششم، شماره ۲۳.
فیلد، جان. (۱۳۸۶). *سرمایه اجتماعی*. ترجمه: غفاری، غلامرضا. رضائی، حسین. انتشارات کویر،
چاپ اول.
کلمن، جیمز. (۱۹۹۰). *بنیادهای نظریه اجتماعی*. ترجمه منوچهر صبوری (۱۳۷۷)، تهران: نشر نی.
محبوبی آرابی، حمیدرضا. (۱۳۸۵). *پوچی آگاهانه کامو*. *روزنامه همشهری*. شماره ۴۰۵۸.
محسنی، منوچهر. (۱۳۷۶). *مقدمت جامعه شناسی عمومی*. تهران.
موسوی، میرطاهر. (۱۳۸۵). *مشارکت اجتماعی یکی از مولفه‌های سرمایه اجتماعی*. *فصلنامه علمی*
پژوهشی رفاه اجتماعی. سال ششم، شماره ۲۳.
نادمی، داوود. (۱۳۸۵). *دامنه و هزینه‌های تغییرات اجتماعی*. *روزنامه ایران*، سال ۱۲. شماره ۳۴۸۲.
وینسترا، گری. (۱۳۸۴). *سرمایه اجتماعی، تندرستی و نابرابری*. چاپ شده در: *تاجبخش، کیان،*
سرمایه اجتماعی، اعتماد، دموکراسی و توسعه (ترجمه افشین خاکباز و حسن پویان). تهران،
شیرازه.

Akers, Ronald. L. Christine, S. (2004). *Criminological Theories: Introduction, Evaluation and Application*, Fourth Edition. Los Angeles: Roxbury Publishing Company.

Azkiya, M & Firouzabadi, A. (2006). *The Role of Social Capital in Creation of Rural Production Association: A Case Study of Karkheh Dam Watershed Basin*. *Critique Critical Middle studies*, Vol. 15, Number 3.

Bourdieu, p. (1986). *The forms of capital*, Richadson, J.G. (Ed). *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. Greenwood press, New York.

- Brehm, J.&Rahn W.(1997).*Individual Level Evidence for the Causes and Consequences of Social Capital.American Journal of Political Science*. Volume 41, Issue 3(JUL.,1997).
- Field, J. (2003).*Social Capital* ,London, Routledge.
- Harpham, T. (2004).“Urbanization and Mental Health in Developing Countries: A Research Role For Social Scientists, Public Health Professional and Social Psychiatrists”, *Social Science And Medicine*, Vol. 39.
- Hyatt, R.(2003). *Social Capital, Inequality,and Wellbeing in the International Neighborhood*.Borwn University.
- Knack, S.(2002). *Social Capital, Growth and Poverty:a Survey of Cross Country Evidence,British Journal of Social Psychology*, 18, 145-156.
- Loflin, K.(2003). *Bonding and Bridging Social Capital and their Relationship to Community and Political Civic Engagement*, The University of North Carolina at Chapel Hill.
- Loh,J. (2003). *Social Capital and Economic Development: A cross national Study of Social Capital, Trust, Civic Engagement, and Economic Growth of 38 Countries, 1990-1998, The University of Alabama*.
- Lynch, J. & Kaplan, G. (1997). "Understanding How Inequality in the Distribution of Income Effect Health,*Journal of Health Psychology*, Vol.2.
- Portes.A.(1998).Social Capital:Its Orgins and Application in Contemporary Sociology. *Annual Review of Sociology*,22.
- Putnam, R.(2000). *Bowling Alone: the Collapse and Revival of American Community*, New York,Simon and Schuster.
- Putnam, R.(2001).*Making Democracy Work:Civie Traditions in Modern Italy*, Princeton,NJ, Princeton University press.
- Rose, R. (2000). "How Much does Social Capital add to Individual Health?"; *Social Science and Medicine*, Vol. 51.
- Uslaner,E. M.(2002). *The Moral Value of Trust*.Cambridge university Press, Cambridge.
- Verba, S. & Norman, H.(1972). *Participation in America: Political Democracy and Social Equality*: New yourk. Harper 8 Row.
- Whiteford, H.(2000). *Human Capital, social capital and Mental Health (WFMH:Thired Quarter New Fetter 2000)*. Copy Right 1998-2000 world federation for mental Health.
- Woodhouse,A.(2006). *Social Capital and Economic Development in Regional Australian : A Case Study*, *Journal of Rural Studies*, No 22.