

بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر میزان رضایت اعضاء از عضویت در

انجمن N.A در شهر اندیمشک

دکتر مسعود حاجی زاده میمندی^۱

دکتر اکبر زارع شاه آبادی^۲

بهرروز شاهون وند^۳

چکیده:

اعتیاد به مواد مخدر یکی از اساسی ترین مشکلات اجتماعی بشر در عصر حاضر است که سرمایه های عظیم مادی و معنوی را به نابودی می کشاند. سیاست های رسمی و دولتی علیرغم تلاش ها و هزینه های زیاد، بهره وری لازم را نداشته است و به سیاست های مشارکت محور نیاز می باشد. یکی از انجمن های شکل گرفته در راستای مبارزه با اعتیاد، انجمن معنادان گمنام (N.A) است که یک انجمن جهانی متشکل از معنادان در حال بهبودی می باشد که هدف اصلی آن کمک به سایر معنادان برای قطع مصرف مواد مخدر می باشد. هدف از این پژوهش بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر رضایت اعضاء از عضویت این انجمن های در شهر اندیمشک است. روش پژوهش به صورت پیمایش و گردآوری داده ها از طریق پرسش نامه و مصاحبه صورت گرفته است. جامعه آماری اعضاء انجمن N.A در شهر اندیمشک بوده اند که با استفاده از فرمول کوکران تعداد ۲۶۰ نفر به عنوان حجم نمونه انتخاب شده اند. پس از بررسی اعتبار و روایی پرسش نامه، داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون های آماری ضریب همبستگی، t، واریانس و تحلیل رگرسیون چند متغیره تجزیه و تحلیل گردید. براساس یافته های تحقیق متغیرهای میزان پاکي از مواد مخدر، میزان سلامت جسمانی و روانی، میزان سلامت خانوادگی و اجتماعی، میزان تقویت اعتقادات معنوی، توانایی انجام کار، میزان مشارکت اعضاء، گذراندن اوقات فراغت و بیکاری سالم و وضع تغذیه همبستگی معناداری با میزان رضایت اعضاء انجمن N.A از عضویت در این انجمن در شهر اندیمشک داشته اند. با کاهش سن، افزایش تحصیلات و کاهش تعداد دفعات ترک مواد، میزان رضایت افزایش می یابد. همچنین میزان رضایت در زنان، مجردان و نیز افرادی که با انگیزه رفع مشکلات شغلی و مالی خود وارد انجمن ها شده اند بیش از سایرین مشاهده شد. نتایج تحلیل رگرسیونی نشان می دهد که متغیرهای مشارکت اعضاء، میزان سلامت خانوادگی و اجتماعی، وضعیت تغذیه و توانایی اشتغال در حدود ۴۹ درصد از تغییرات متغیر وابسته را تبیین می کنند.

کلیدواژه: اعتیاد به مواد مخدر، انجمن های N.A، عضویت، رضایت مندی، اندیمشک.

^۱ - استادیار و مدیر گروه جامعه شناسی دانشگاه یزد masoud.hajizadehmeidandi@gmail.com

^۲ - استادیار گروه جامعه شناسی دانشگاه یزد a_zare@yazduni.ac.ir

^۳ - کارشناس ارشد جمعیت شناسی دانشگاه آزاد اسلامی شوشتر bhrozsh@yahoo.com

مقدمه

اعتیاد واژه‌ی تلخ و غم‌انگیزی است که حیات و هستی فرد معتاد را در همه‌ی ابعاد تحت تأثیر قرار می‌دهد، به گونه‌ای که می‌توان گفت: هدایت و راهنمایی معتاد و انجام امور روزمره با مصرف مواد تحقق می‌یابد و در غیراین صورت ارکان تصمیم‌گیری و حفظ اراده‌ی او در انجام کارها مختل می‌شود. اعتیاد پدیده‌ای است که از شش‌هزار سال پیش به تدریج در تار و پود جوامع بشری رسوخ کرده است. به طوری که امروزه طیف وسیعی از مردمان جهان را در کام‌خویش فروبرده و خانواده‌های بسیاری را به پیامدهای ناگوارش مبتلا ساخته و امنیت جوامع را به خطر انداخته است. این پدیده آن قدر گسترده است که مطالعه آن ضرورتاً نیازمند نگاهی جامع‌نگر و چند بُعدی است که در آن می‌باید طیفی از پزشکان، روان‌شناسان، جامعه‌شناسان و نیروهای انتظامی دخالت داشته باشند. (جی لتیری و همکاران، ۱۳۸۴، ۹)

اعتیاد در حال حاضر نیز، با وجود پیشرفت‌های علمی و افزایش سطح شعور و آگاهی مردم، همچنان در حال گسترش است و هر ساله افراد زیادی را در دام خود گرفتار می‌کند. اگر اعتیاد پدیده‌ای مخرب تلقی می‌شود، به این دلیل است که در کمین نابودی، گرانمایه‌ترین و پر ارزش‌ترین سرمایه‌ی جوامع انسانی یعنی جوانان، نشسته و آنان را در چنگال عوارض منفی خود گرفتار نموده است. اعتیاد تنها جنبه‌ی فردی و شخصی ندارد بلکه آسیب‌اجتماعی محسوب می‌شود و علاوه بر تهدید سلامت جسم و روان افراد در جنبه‌های اخلاقی، اجتماعی و اقتصادی جامعه نیز آثار زیان‌آور و جبران‌ناپذیر برجای می‌نهد. به عقیده‌ی بعضی از جامعه‌شناسان نیاز روزافزون افراد هر جامعه به مواد مخدر، نشانه‌ای از گرایش مردم آن جامعه به سوی انحطاط و نابودی و به اعتقاد سیاستمداران، برای تسخیر روح ملت-ها و احساسات ملی و قومی چیزی مؤثرتر از مواد مخدر وجود ندارد و برای تسلط بر ملت‌ها اثر مواد مخدر از اثر توپ و تانک بیشتر و کارآمدتر است، زیرا هدف اعتیاد فلج کردن و ناتوان ساختن نوجوانان و جوانان جامعه است. کشورهای استعمارگر به منظور جلوگیری کشورهای جهان‌سوم از تحرک و پویایی مطلوب از حربه‌ی اعتیاد استفاده می‌کنند تا بتوانند مردم را در سلطه و نفوذ خود درآورند و با خیال راحت به چپاول ثروت‌های طبیعی و منابع اقتصادی آنها پردازند و هدف‌های سیاسی و اقتصادی خود را تحقق بخشند. (احمدوند، ۱۳۸۶، ۱۳)

اعتیاد به موادمخدر لایه‌های مختلف اجتماعی را درگیر خود ساخته است. در کشور ما حداقل ۲۵ درصد خانواده‌ها به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم با این پدیده‌ی شوم درگیر هستند و این شرایط جامعه را با یک فاجعه روبه‌رو نموده است. اعتیاد به خاطر ماهیت تخدیرکننده‌اش سلامت روانی و اجتماعی را دستخوش نابودی می‌سازد و این نگرانی اجتماعی ما را برآن می‌دارد تا در هرشرایطی که قرار گرفته‌ایم در یک بسیج عمومی با این معضل رو به رشد مقابله و مبارزه نماییم. (سراج خرمی، ۱۳۸۲، ۶-۷) نکته قابل توجه این است که علیرغم اهمیت و کارکردهای منفی این آسیب اجتماعی بررسی جامعه و تلاش دست‌اندرکاران و مسئولان کشور در سه دهه اخیر از طریق سیاست‌های کلی در مقابله با این آسیب اجتماعی بهره‌وری این تلاش‌ها بالا و درحد انتظار نبوده است.

بیان مسأله

اعتیاد به موادمخدر اکنون به‌صورت پدیده‌ای فراکنترل، دنیای امروز را تهدید می‌کند و برای رویارویی با این مشکل و تعدیل آسیب‌ها و تبعات ناشی از آن و با توجه به ناکامی سیاست‌های رسمی و رویکردهای سیاسی- امنیتی در مواجهه با این مشکل به سیاست‌های غیررسمی، مردمی و مشارکت جویانه به پشتوانه و حمایت مراجع و قدرت‌های فراسازمانی و جنبش‌های خودجوش مردمی که شخصاً اعتیاد و رهایی از آن را تجربه کرده‌اند، نیاز داریم تا درکنار سازمان‌های ذیربط فعالیت همه‌جانبه و گسترده‌ای دراین زمینه آغاز گردد. تجربه انقلاب اسلامی و بسیج مردمی نشان داده است که جنبش- های آگاه مردمی می‌توانند در حل معضلاتی که به شیوه‌های متعارف و معمول قابل حل نیستند، مؤثر واقع شوند. ما در زمینه‌های اعتیاد، نیاز به حرکتی انقلابی داریم، تنها بودجه و دانش آکادمیک کافی نیست و اگر بود، با این همه پزشک، روان‌شناس، کارشناس و بودجه‌های کلان در سراسر دنیا، ابعاد این معضل گستردگی امروزه را نداشت. بنا به تجربه‌ی معتادان گمنام؛ برای رویارویی با اعتیاد، دانش، تجربه، ایمان و عشق در کنارهم می‌توانند زمینه‌های کاهش آسیب‌های این عارضه‌ی اجتماعی را فراهم آورند. دلایل پیدایش اعتیاد هنوز پاسخی علمی پیدا نکرده است و در تئوری‌های موجود، ابهامات فراوانی وجود دارد و تاکنون درمان شناخته شده‌ای برای این ناخوشی بفرنج پیدا نشده است. (تشویقی،

۱۳۸۸، ۱۴-۱۵)

معتادان گمنام^۱ که با علامت اختصاری *AN* شناخته می‌شوند، یک منبع یا یک سازمان غیرانتفاعی بین‌المللی متشکل از معتادان در حال بهبودی است که به شکل محلی و منطقه‌ای در بیش از ۱۶۰ کشور جهان مشغول به فعالیت می‌باشند. اعضای انجمن معتادان گمنام از یکدیگر یاد می‌گیرند که چگونه بدون موادمخدر زندگی کنند و به چه طریق از اثراتی که اعتیاد در زندگی‌شان گذارده است رها شوند. به عبارت دیگر، انجمن‌های معتادان گمنام یک انجمن غیرانتفاعی متشکل از زنان و مردانی است که اعتیاد به مواد مخدر مشکل اصلی زندگی‌شان بوده است. برنامه معتادان گمنام، یک برنامه پرهیز کامل از هرگونه ماده مخدر است و تنها لازمه عضویت در این انجمن تمایل به قطع مصرف مواد مخدر است. اما پس از جلسه اول، به تازه واردان، که مهمترین افراد در هر جلسه محسوب می‌شوند، پیشنهاد می‌گردد که شرکت در جلسات را ادامه دهند و پاک بیایند. (کمیته ترجمه، ۱۳۸۵، ۲۵)

هرکسی که بخواهد مصرف موادمخدر را قطع کند، می‌تواند عضوی از انجمن معتادان گمنام باشد. روش اصلی بهبودی در *AN*، باور این برنامه و ارزش درمانی کمک یک معتاد به معتاد دیگر است. اعضاء با حرف زدن درباره تجربیات و بهبودی‌شان از مصرف موادمخدر، در جلسات شرکت می‌کنند. ساختار جلسات *AN*، غیررسمی است و در مکانی که توسط گروه اجاره می‌شود، برگزار می‌گردد. هزینه جلسات *AN* و سایر خدمات، به طور کامل از محل‌های داوطلبانه اعضای معتاد و فروش نشریات بهبودی، تأمین می‌گردد و اکثر جلسات *AN*، به طور مرتب و هفتگی، در زمان و مکان معینی و معمولاً در اماکن عمومی، برگزار می‌شوند. هسته اصلی و قلب برنامه *AN* دوازده قدمی است. این قدم‌ها مجموعه‌ای از رهنمون‌ها برای دستیابی عملی به بهبودی است. با دنبال کردن این رهنمون‌ها و کارکرد صمیمانه با سایر اعضاء، معتادان یاد می‌گیرند که مصرف موادمخدر را قطع کنند و با مسایل زندگی روزانه روبه‌رو شوند.

معتادان گمنام یک انجمن جهانی متشکل از معتادان در حال بهبودی است که هدف اصلی‌شان کمک به سایر معتادان برای قطع مصرف موادمخدر در دوازده قدم می‌باشد. این انجمن یک برنامه تغییر زندگی ارائه می‌دهد که به افراد کمک می‌کند مجدداً با خود، دیگران و جهان ارتباط برقرار کنند. (گرین و همکاران، ۱۹۹۷) مطالعات گذشته گزارش کرده‌اند که برنامه‌های دوازده مرحله‌ای شکل مؤثری از درمان بهبودی ارائه می‌دهند که نتایج موفقیت‌آمیزی کسب کرده‌اند. (گرین و همکاران،

¹ - Narcotics Anonymous (NA)

۱۹۹۸) بهبودی در مدل دوازده مرحله‌ای از طریق مشارکت در این مراحل تسهیل می‌شود. دلایل بسیاری برای مطالعه برنامه N.A وجود دارد؛ از جمله گسترش آن در جوامع جهانی، کارایی و نتیجه بخش بودن. (مک کرا دی و میلر، ۱۹۹۳؛ ازبورن، ۲۰۰۳؛ رایبسون، ۱۹۹۸) انجمن معتادان گمنام ۱۲۰ هزار معتاد در حال بهبودی را در ایران به عضویت خود درآورده و امروزه بیش از ۴۳ هزار جلسه هفتگی معتادان گمنام در سراسر دنیا در ۱۱۶ کشور و به ۶۵ زبان مختلف برگزار می‌شود. این جلسات علاوه بر شهرهای بزرگ و کوچک، در دور افتاده‌ترین نقاط و مناطق مرزی ایران نیز فعال هستند. (علیوردی نیا، ۱۳۸۸، ۱۴۵-۱۴۷)

اهداف پژوهش

هدف کلی این پژوهش تعیین میزان و عوامل مؤثر بر رضایت اعضا از عضویت در انجمن (N.A) در شهر اندیمشک می‌باشد.

اهداف جزئی این پژوهش در موارد زیر خلاصه می‌شوند:

- ۱- شناخت میزان رضایت اعضای انجمن N.A از عضویت در این انجمن در شهر اندیمشک.
- ۲- شناخت عوامل مؤثر بر میزان رضایت اعضای انجمن N.A از عضویت در این انجمن در شهر اندیمشک.
- ۳- ارائه راهکارهایی برای افزایش میزان رضایت اعضاء از عضویت در انجمن N.A

پیشینه پژوهش

نرگس هدایتی در سال (۱۳۸۴) تحقیقی تحت عنوان بررسی ویژگی‌های فردی محافظت کننده در معتادان (N.A) در شهرستان شیراز میان گروه‌های معتادان گمنام از ۲۰۰ نفر انجام داد. نتایج به دست آمده نشان دادند معتادان عود نیافته بیشتر افراد متأهلی هستند که میانگین سنی آنها ۳۴ سال به بالا بوده و روش مصرفشان بیشتر به شکل کشیدن، خوردن یا انفیه می‌باشد و ضمناً به لحاظ شخصیتی برون‌گراتر، باوجدان‌تر، دارای ثبات عاطفی بیشتر و سازگاری بهتری با جمع می‌باشند و البته این افراد حضور بیشتر و فعال‌تری در جلسات گروه N.A دارند. برعکس، معتادین عود یافته از افرادی بودند که میانگین سن آنها زیر ۳۰ سال مجرد یا متارکه

کرده بودند و به لحاظ شخصیتی فاقد ویژگی‌های شخصیتی ذکر شده هستند و ضمناً حضور کمتر و غیرفعال‌تری در جلسات گروه N.A دارند.

نتایج پژوهش محمد دلفاردی (۱۳۷۷) که بر روی ۱۴۴ نفر معتاد خودمعرف و ۱۲۰ زندانی اعزام از دادگاه پرداخته، نشانگر آن بود که میانگین سنی داوطلبان کمتر از زندانیان بوده و سطح تحصیلات آنان نیز بالاتر می‌باشد. درصد بالاتری از داوطلبان متأهل بودند از لحاظ شغلی نیز شغل ثابت در این گروه بیشتر دیده می‌شد و ۶۸/۱ درصد از معتادان داوطلب متأهل می‌باشند این تعداد نزد زندانیان ۳۶/۷ درصد بوده و ۲۷/۵ درصد از زندانیان مطلقه بودند شغل ثابت در معتادین داوطلب حدود ۱۰ درصد بیش از معتادان زندانی بود و حدود نیمی از زندانیان شغل موقتی داشته‌اند.

سعید صادقیه و همکاران (۱۳۷۹) تحقیقی با موضوع علل مؤثر بر بازگشت به اعتیاد در بیماران مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد خودمعرف وابسته به بهزیستی تهران به انجام رساندند. در بررسی ارتباط بین متغیرهای مورد بررسی با عود مجدد اعتیاد از طریق رگرسیون لجستیک، شغل عامل مهمی در عود اعتیاد نبود و مدت زمان پاک بودن (عدم مصرف) اثر کاهشی بر عود داشت که این اثر از نظر آماری معنی‌دار بود ($P=0/001$) و با افزایش یک ماه به طول مدت پاک بودن شانس عود ۹۸٪ درصد کاهش می‌یافت.

سیدمحمدرضا قائم محمدی (۱۳۸۳) تحقیقی به عنوان بررسی عوامل فردی و اجتماعی مرتبط با عود اعتیاد در معتادان مراجعه کننده به مرکز درمان و بازتوانی در بین ۱۳۶ نفر مراجعه کننده انجام داده است. ۸۴/۷ درصد از گروه عود کرده پس از سم‌زدایی متأهل بودند در حالی که ۱۵/۲ درصد از گروه عود کرده، مجرد بودند. یافته‌های تحقیق نشان دادند که بین تعدادی عوامل از جمله آخرین نوبت مراجعه به مراکز درمانی در طول ۶ ماه پس از سم‌زدایی تا چند ماه مرتباً مطابق نظر درمانگران به مرکز مراجعه می‌کرده و همچنین تغییر درآمد پس از سم‌زدایی با عود اعتیاد رابطه معنی‌داری وجود دارد.

علی فیروزآبادی در سال (۱۳۷۵) تحقیقی تحت عنوان بررسی عوامل مؤثر در روی‌آوری فرد وابسته به مصرف مجدد ماده‌ی مخدر، دانشگاه علوم پزشکی سمنان انجام داد که در این بررسی ۷۶/۲۵ درصد متأهل و ۲۱/۲۵ درصد مجرد و ۲/۵ درصد مطلقه بوده‌اند. در این گزارش

سن شروع مصرف مواد نیز قابل توجه است، ۴۰ درصد از معتادان، سن آغاز مصرف را بین ۳۱ تا ۴۰ سالگی گزارش کرده‌اند.

در تحقیقات خارجی و گنر^۱ و همکاران (۱۹۹۳) ۲۲۰ معتاد به موادمخدر به الکل را به شکل آزمایشی در دو گروه الکلی‌های گمنام و کوکائینی‌های گمنام قرار دادند که در این پژوهش مشخص شد افراد معتاد به موادمخدر که در گروه درمانی قرار گرفتند نسبت به افرادی که در گروه درمانی شرکت نکرده بودند به شکل معنی‌داری رفتارهای مطلوب (فقدان علائم مصرف مواد مخدر) را بیش از ۱۲ ماه مطالعه پیگیری نشان دادند. کمپبل و پاگ^۲ (۱۹۹۳) نیز در پژوهشی ۱۲ نفر معتاد به موادمخدر را در یک برنامه درمان گروهی قرار دادند که در این مطالعه ارزش درمانی گروه‌های درمانی ماراتون نسبت به گروهی که این درمان را دریافت نکرده بودند مورد حمایت قرار گرفت.

در تحقیقی که روی ۳۰۰۰ نوجوان توسط گوچران (۱۹۹۱) انجام گرفت مشخص شد که مذهبی بودن با تکرار مصرف مواد ارتباط منفی دارد. در راستای این رابطه تحقیقاتی که توسط اسمارت و آلداف (۱۹۸۵) لورچ و هنگر (۱۹۸۵) صورت پذیرفته نیز نشان داد که تمایل به شرکت در مراسم مذهبی ارتباط منفی با مصرف موادمخدر دارد و افرادی که نسبت به اصول مذهبی پایبندی و تعصب دارند، کمتر به اعتیاد مبتلا هستند.

چارچوب نظری

چارچوب نظری مبنایی است که فرد پژوهشگر براساس آن درباره‌ی روابط بین عواملی که در این مسأله مهم تشخیص داده شده‌اند نظریه پردازی می‌کند. این نظریه می‌تواند ضرورتاً سخن پژوهشگر نباشد. (خاکی، ۱۳۸۶، ۳۰) در این پژوهش با توجه به هدف پژوهش و نظریات کاربردی در این زمینه از یک چارچوب ترکیبی استفاده شده است. به عبارتی نظریه مبادله و حمایت اجتماعی را به عنوان چارچوب اصلی تحقیق انتخاب نموده‌ایم و متغیرهای دیگر را از نظریه باورسلامت و نظریه واقعیت درمانی و نظریه کنترل اجتماعی و نظریه تسری به چارچوب نظری ترکیبی اضافه کرده‌ایم.

^۱-Wagner

^۲-Campble & pag

هومنز پنج قضیه را حاکم بر شکل‌گیری رفتارهای کنش‌گران می‌داند:

- ۱- **قضیه موفقیت:** از میان تمام اعمالی که شخص انجام می‌دهد، بیش‌تر اوقات ممکن است شخص آن عملی را که به پاداش منتهی می‌شود، تکرار کند که موفقیت می‌گویند. (توسلی، ۱۳۸۳، ۳۸۸)
- ۲- **قضیه انگیزه (محرک):** تأثیر موقعیت‌ها بر اعمالی است که در آن موقعیت‌ها رخ می‌دهد. این اعمال ممکن است ارادی یا غیرارادی باشند و باعث برانگیختن عمل در انسان می‌گردند. (همان، ۳۹۱)
- ۳- **قضیه ارزش (تشویق و تنبیه):** هراندازه نتیجه عمل یک شخص برای او با ارزش‌تر باشد به همان اندازه علاقه‌ی وی نسبت به تدارک انجام آن عمل بیش‌تر می‌شود؛ نتایج اعمال شخص را که برای او نتیجه مثبت دارند پاداش (تشویق) و نتایج اعمالی که منفی هستند، تنبیه می‌نامند. (همان، ۳۹۴)
- ۴- **قضیه محرومیت و اشباع (سیری):** اگر کسی پاداش معینی را بارها دریافت کرده باشد، می‌گوییم درحال اشباع شدن از آن پاداش است. ازسوی دیگر اگر کسی آموخته است که نوع معینی از پاداش را ارزشمند شمارد ولی در گذشته نزدیک به ندرت آن پاداش را دریافت کرده باشد، می‌گوییم وی از آن پاداش محروم مانده است. (همان، ۳۹۷)
- ۵- **قضیه پرخاش (تجاوز) و تأیید:** هنگامی که رفتار فرد، پاداش مورد انتظارش را دریافت نمی‌کند و یا به تعبیری که انتظارش را نداشته است، روبه‌رو می‌شود عصبانی شده و ناکام می‌ماند، لذا به انجام دادن رفتار پرخاشگرانه (حمله، شکستن، صدمه زدن، تهدید) متمایل می‌شود، مجموعه‌ی قضایا را باید به عنوان یک نظام واحد در نظر گرفت، این قضایا بیانگر آن است که تاریخ گذشته‌ی انسان‌ها تأثیر بسیاری بر رفتار کنونی آنان دارد، کامیابی یک فرد در گذشته، خاطره‌ی انگیزش‌ها و خاطره‌ی کسب ارزش‌ها توسط وی، همگی رفتار کنونی او را تحت تأثیر قرار می‌دهند. (همان، ۴۰۳-۴۰۷)

نظریه حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی^۱ یک مفهوم چند بعدی است، به طوری که بین محققان توافق، اندکی در مورد تعاریف نظری و عملی این مفهوم وجود دارد. تعاریف اصلی از حمایت اجتماعی در پنج دسته قرار می‌گیرند.

^۱ - Social support

- دسته اول، نوع حمایت دریافت شده است.
- دسته دوم، مربوط به دریافت‌های پذیرنده حمایت است.
- دسته‌ی سوم، در مورد مقاصد یا رفتارهای کسانی است که حمایت را فراهم می‌کنند.
- دسته‌ی چهارم، مربوط به کنش متقابل؛ به معنای تبادلی از منابع بین فراهم آورنده و دریافت کننده-ی حمایت می‌باشد.
- دسته پنجم، مربوط به صورت‌های مختلف شبکه اجتماعی است.
- واژه حمایت اجتماعی به شیوه‌های مختلف، تعریف و اندازه‌گیری شده است که به چهار گروه از رفتارهای حمایتی اشاره می‌شود:
- ۱- حمایت‌های عاطفی، شامل احساس همدردی، دوست داشتن، اعتماد داشتن و توجه
 - ۲- حمایت‌های مادی، شامل کمک مالی و خدماتی به شخص نیازمند
 - ۳- حمایت‌های اطلاعاتی، شامل توصیه‌ها، پیشنهادها و اطلاعاتی که هر شخص از آن در روبرو شدن با مشکلات استفاده می‌نماید.
 - ۴- حمایت ارزیابی، شامل در دسترس گذاردن اطلاعات سودمند برای خود ارزیابی. درحالی که این چهار عملکرد حمایتی از لحاظ مفهومی متفاوتند، اما در عمل از یکدیگر مستقل نیستند. علاوه بر انواع حمایت در نظر گرفتن منبع حمایت (خانواده، دوستان، همکاران و غیره) و کمیت و کیفیت آن نیز مهم می‌باشد. (روحانی، ۱۳۸۵، به نقل از پیوندی یزدی)

نظریه باور سلامت

باور: عبارت از نگرش فرد در مورد نتیجه و عاقبت هر کار و ارزشی که فرد برای این نتیجه قائل است. نگرش‌ها دلایل منطقی بروز رفتارهای هر فرد خاص می‌باشند. عوامل بسیاری بر نگرش افراد تأثیر می‌گذارند. یکی از عوامل، دانش و اطلاعات فرد در حوزه‌های مختلف است و اطلاعات وقتی به نگرش تبدیل می‌شوند که منجر به ارضای فرد از خود یا افزایش اعتماد به نفس و بهبود نگرش فرد و حفظ و تقویت خود به عنوان فردی توانا گردد.

متغیرهای اصلی نظریه باور سلامت شامل موارد زیر هستند:

۱- تهدید درک شده: که شامل دو بخش است: حساسیت درک شده و شدت درک شده‌ی یک وضعیت.

الف- حساسیت درک شده: درک ذهنی شخص از به خطر افتادن وضعیت سلامت.

ب- شدت درک شده: احساسات مربوط به وخامت و اهمیت ابتلا به یک بیماری و یا رها کردن بیماری بدون درمان آن. (شامل ارزیابی پیامدهای پزشکی و بالینی و پیامدهای اجتماعی احتمالی)

۲- منفعت درک شده: باور داشتن به تأثیر برنامه‌ها و تدابیر طراحی شده به منظور کاهش تهدید بیماری.

۳- موانع درک شده: پیامدهای منفی بالقوه‌ای که در صورت به کارگیری رفتارهای سلامت خاصی، ممکن است متوجه انسان گردد، از جمله خسارات مالی، فیزیکی و روانشناختی.

۴- هدایت به عمل: رویدادهای بدنی (مثل نشانه‌های فیزیکی وضعیت سلامت) یا محیطی (نظیر سیاست رسانه‌ای) که مردم را به انجام عمل خاصی برمی‌انگیزاند. هدایت به عمل، جنبه‌ای از مدل باور سلامت است که بصورت سازماندهی شده مورد بررسی قرار نگرفته است.

۵- سایر متغیرها: متغیرهای گوناگون جمعیت شناختی، جامعه شناختی و ساختاری که درک افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند و بنابراین به‌طور غیرمستقیم بر رفتار مربوط به سلامت تأثیر می‌گذارند. (بکر، ۱۹۷۴، ۴۵۳)

۶- خودکارآمدی: اعتقاد داشتن به توانایی خود در اجرای موفق رفتارهایی که برای کسب نتایج خواسته شده مورد نیاز است. (روحانی و مروتی، ۱۳۸۵، به نقل از پیوندی یزدی)

نظریه‌ی کنترل اجتماعی

نظریه‌پردازان نظریه کنترل اجتماعی بر این باورند که انسان‌ها ذاتاً اجتماعی‌اند و طبیعتاً قابلیت ارتکاب جرایم را دارند و از آنجایی که رفتار انحرافی پاسخی طبیعی در برابر قوانین است بنابراین بهتر است از واژه هم‌رنگی به جای انحراف استفاده شود. نظریه کنترل اجتماعی پیش‌بینی می‌کند که اگر افراد در وابستگی، تعهد، پیروی و اعتقاد در سطح بالایی باشند کمتر مستعد انحراف از هنجارهای اجتماعی از جمله مصرف موادمخدر خواهند بود. یکی از نهادهای اجتماعی مهمی که به‌وسیله بسیاری از نظریه‌پردازان کنترل اجتماعی نادیده گرفته شده مذهب است. با توجه به این دیدگاه می‌توان اظهار داشت که پای

بندی مذهبی فرد را به چند طریق از مصرف مواد باز می‌دارد.

- ۱- افرادی که به مذهب وابستگی پیدا می‌کنند به ناچار با افراد مذهبی ارتباط متقابل دارند و اگر مواد مصرف کنند مورد سرزنش و طرد آنان قرار می‌گیرند.
 - ۲- مشارکت در فعالیتهای مذهبی زمان کمی را برای تجربه مواد در فرد باقی می‌گذارد. همچنین یک شبکه حمایتی را فراهم می‌سازد که فرد را از موقعیتهایی که فرصت استفاده از مواد را پیش می‌آورد جدا می‌سازد.
 - ۳- تعهد نسبت به مذهب و اهداف آن به زندگی فرد معنی می‌دهد که در این صورت مصرف مواد دیگر جذاییتی ندارد.
 - ۴- سیستم اعتقادی اکثر مذاهب، با مصرف مواد مخالف است و آموزش‌های آنان تقویت کننده عقاید منفی در برابر مصرف مواد است.
- خلاصه کلام اینکه، مذهب مردم را در فعالیتهای متداول درگیر می‌سازد و شبکه اجتماعی را پدید می‌آورد که مصرف مواد در آن غیرقابل پذیرش است. (صادقی، ۱۳۸۱، ۱۳۳-۱۳۴)

فرضیات^۱ پژوهش

- ۱- به نظر می‌رسد که میزان رضایت اعضاء از عضویت در انجمن‌های N.A بالاست.
- ۲- به نظر می‌رسد بین پاک‌کنترل و حذف مواد مخدر (با رضایت از عضویت در انجمن N.A رابطه وجود دارد.
- ۳- به نظر می‌رسد بین سلامت جسمانی و روانی با رضایت از عضویت در انجمن N.A رابطه وجود دارد.
- ۴- به نظر می‌رسد بین سلامت خانوادگی و اجتماعی با رضایت از عضویت در انجمن N.A رابطه وجود دارد.
- ۵- به نظر می‌رسد بین تقویت اعتقادات معنوی با رضایت از عضویت در انجمن N.A رابطه وجود دارد.
- ۶- به نظر می‌رسد بین توانایی انجام کار با رضایت از عضویت در انجمن N.A رابطه وجود دارد.

¹ - Hypothesis

- ۷- به نظر می‌رسد بین مشارکت‌اعضا با رضایت از عضویت در انجمن N.A رابطه وجود دارد.
- ۸- به نظر می‌رسد بین گذراندن اوقات فراغت سالم با رضایت از عضویت در انجمن N.A رابطه وجود دارد.
- ۹- به نظر می‌رسد بین رضایت از وضع تغذیه با رضایت از عضویت در انجمن N.A رابطه وجود دارد.
- ۱۰- به نظر می‌رسد بین متغیرهای زمینه‌ای و رضایت‌اعضاء از انجمن N.A رابطه وجود دارد.

روش‌شناسی پژوهش

روش مطالعه در این پژوهش پیمایشی است. جامعه آماری مورد مطالعه کلیه جوانان ۱۶-۳۹ ساله اعضای معتادان گمنام (N.A) ساکن در شهر اندیمشک هستند که بنابر اسناد موجود در اطلاع‌رسانی (N.A) تعداد این افراد بیش‌تر از ۸۰۰ نفر می‌باشد. واحد تحلیل فرد است. برای مشخص شدن حجم نمونه‌ی مورد بررسی از فرمول کوکران استفاده شده است. حجم نمونه‌ی مورد نظر از این فرمول ۲۶۰ نفر محاسبه گردید.

شیوه‌ی جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه بوده و شیوه نمونه‌گیری تصادفی ساده است. داده‌ها پس از جمع‌آوری، ویرایش و پردازش نهایی توسط نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شده‌اند. جهت بررسی رابطه معناداری بین متغیرها از تحلیل واریانس و رگرسیون چند متغیره و در نهایت برای شناخت میزان تأثیر متغیرهای مستقل بر وابسته از روش تحلیل مسیر استفاده شد.

برای تعیین روایی پرسشنامه از روش محتوایی و برای تعیین پایایی پرسش‌نامه با توجه به نوع سؤالات و گویه‌ها، مناسب‌ترین روش آلفای کرونباخ تشخیص داده شد. برای تحقق، این امر ابتدا ۴۰ پرسش‌نامه به طور مقدماتی بین معتادان گمنام شهر اندیمشک توزیع و پس از انجام آزمون مقدماتی و جمع‌آوری داده‌ها پایایی پرسشنامه محاسبه گردید. مقدار ضریب پایایی آلفای متغیرهای اصلی تحقیق به شرح جدول زیر می‌باشد:

جدول شماره ۱: تعداد گویه‌ها و مقادیر ضریب آلفای کرونباخ متغیرهای مستقل

متغیرها	تعداد گویه‌ها	ضریب آلفای کرونباخ
میزان پاک‌ی یا کنترل و حذف مواد مخدر	۷	۰/۶۹
میزان سلامت جسمانی و روانی	۱۰	۰/۸۵
میزان سلامت خانوادگی و اجتماعی	۸	۰/۸۹
میزان تقویت اعتقادات معنوی	۷	۰/۸۳
میزان توانایی کار	۵	۰/۸۰
میزان مشارکت اعضا	۵	۰/۸۱
میزان گذراندن اوقات فراغت سالم	۶	۰/۸۴
وضع تغذیه	۴	۰/۷۸
میزان رضایت از عضویت	۵	۰/۷۰

یافته‌ها

میانگین سنی مراجعین انجمن‌های N.A ۳۲ سال می‌باشد و اکثریت آنها (۲۹ درصد) در گروه سنی ۳۰-۳۴ ساله قرار دارند. ۹۵ درصد مراجعین این انجمن‌های مرد می‌باشند و تقریباً ۴۴ نفر از افراد مجرد و ۴۷ متأهل هستند. بررسی افراد مورد مطالعه بر حسب طول مدت مصرف مواد نشان می‌دهد که اکثریت آنها شش تا ده سال است که از مواد استفاده کرده‌اند.

علت مراجعه ۶۲/۳ درصد از پاسخگویان به انجمن NA، تصمیم شخصی بوده و مشکلات خانوادگی، شغلی، جسمی و مالی از دیگر دلایل می‌باشند. میزان موفقیت ۹۲ درصد افراد در ترک مواد مخدر با عضویت در انجمن NA زیاد و بسیار زیاد بوده است و حداقل مدت زمان پاک‌ی یکسال و حداکثر آن هفت سال بوده است.

اکثریت افراد مورد مطالعه میزان رضایت بسیار زیادی از انجمن NA دارند که تقریباً ۵۵٪ آنها را شامل می‌شود. ۶٪ افراد رضایت کمی داشته و ۳/۵٪ بقیه نیز میزان رضایت‌شان از انجمن NA بسیار پایین می‌باشد.

براساس آزمون‌های آماری انجام شده رضایت اعضا از انجمن NA از متغیرهای مختلفی تأثیر می‌پذیرد که در جداول زیر به رابطه این متغیرها در تحلیل فرضیات مربوطه پرداخته شده است. نتایج آزمون همبستگی نشان می‌دهد که رضایت اعضا از انجمن‌های با متغیرهای میزان موفقیت در ترک مواد، میزان پاکی از مواد، سلامت جسمانی و خانوادگی، تقویت اعتقادات معنوی، مشارکت اعضا در انجمن‌های، گذراندن اوقات فراغت و وضعیت تغذیه همبستگی مثبت و معناداری در سطح ۰/۰۵ دارد یعنی روند افزایش رضایت و یا بهبود هریک از این متغیرها باعث افزایش میزان رضایت اعضا از انجمن NA می‌گردد. همچنین با کاهش سن، مدت زمان پاکی، طول مدت مصرف مواد و تعداد دفعات ترک مواد بر میزان رضایت افزوده می‌گردد با این حال رابطه این متغیرها به جز تعداد دفعات ترک معنی‌دار نیست. با افزایش تحصیلات نیز بر میزان رضایت اعضا از انجمن NA افزوده می‌گردد اما این متغیر نیز در سطح ۰/۰۵ همبستگی معنی‌داری نشان نمی‌دهد. (جدول شماره ۲)

جدول شماره ۲: آزمون همبستگی پیرسون بین رضایت از انجمن‌های NA و متغیرهای مختلف

رضایت اعضا از انجمن N.A		متغیر	رضایت اعضا از انجمن N.A		متغیر
sig	همبستگی r		sig	همبستگی r	
۰/۰۰	۰/۵۳۵	سلامت جسمانی	۰/۳	-۰/۰۶۴	سن
۰/۰۰	۰/۵۲۷	سلامت خانوادگی	۰/۸	-۰/۰۱	مدت زمان پاکی
۰/۰۰	۰/۴۴۸	تقویت اعتقادات معنوی	۰/۱۹	۰/۰۸	تحصیلات
۰/۰۰	۰/۵۱۰	توانایی انجام کار(اشتغال)	۰/۹	-۰/۰۰۷	طول مدت مصرف مواد
۰/۰۰	۰/۵۷۲	مشارکت اعضا	۰/۰۱	-۰/۱۵۵	تعداد دفعات ترک مواد
۰/۰۰	۰/۴۶۲	گذراندن اوقات فراغت	۰/۰۰۷	۰/۱۶۸	میزان موفقیت در ترک
۰/۰۰	۰/۵۰۶	وضعیت تغذیه	۰/۰۰	۰/۳۷۶	میزان پاکی از مواد مخدر

براساس داده‌های جدول زیر و با انجام آزمون تفاوت میانگین میزان رضایت برحسب جنس تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردید. با این حال میزان رضایت در زنان عضو انجمن NA با نسبت ۷ به ۶/۹ بیش از مردان است. همچنین رضایت از میزان پاکی از مواد، سلامت جسمانی و خانوادگی، میزان مشارکت، گذراندن

اوقات فراغت و وضعیت تغذیه در زنان بیش از مردان گزارش شده است اما میزان تقویت اعتقادات معنوی و همچنین توانایی انجام کار و اشتغال در مردان بیش از زنان بوده است، اگرچه تفاوت میانگین این متغیرها در زنان و مردان معنی دار نیست.

جدول شماره ۳: آزمون تفاوت میانگین‌های رضایت از انجمن NA و متغیرهای مختلف بر حسب

جنس و وضعیت اشتغال

متغیرها	جنس		وضعیت اشتغال		sig	t	میانگین	میانگین		
	مرد	زن	sig	t					میانگین	
									شاغل	بیکار
میزان رضایت اعضاء از انجمن	۶/۹	۷	۰/۸	-۰/۲	۰/۰۲	-۲/۲	۷/۲	۶/۶		
میزان پاکی از مواد مخدر	۱۰/۶	۱۱/۷	۰/۱	-۱/۳	۰/۰۳	-۲/۰۸	۱۱	۱۰/۲		
میزان سلامت جسمانی	۱۶/۸	۱۷/۷	۰/۵	-۰/۵	۰/۰۶	-۱/۸	۱۷/۶	۱۶/۳		
میزان سلامت خانوادگی	۱۳/۹	۱۵/۵	۰/۳	-۱/۰۲	۰/۰۰۱	-۳/۴	۱۵/۱	۱۲/۸		
میزان تقوی اعتقادات معنوی	۹/۶	۹/۲	۰/۷	۰/۳۷	۰/۱	-۱/۳	۹/۷	۹/۱		
میزان توانایی انجام کار (اشتغال)	۸/۵	۷/۸	۰/۴	۰/۷	۰/۰۱	-۲/۵	۹/۱	۸		
میزان مشارکت اعضاء	۸	۸/۳	۰/۵	-۰/۵	۰/۷	-۰/۳۱	۸/۱	۸		
میزان گذراندن اوقات فراغت	۸/۸	۹/۴	۰/۵	-۰/۶	۰/۲	-۱/۲	۹/۱	۸/۶		
وضعیت تغذیه	۴/۸	۵/۲	۰/۵	-۰/۶	۰/۱	-۱/۶	۵	۴/۶		

بر طبق وضعیت اشتغال نیز میزان رضایت در شاغلین بیش از اعضای بیکار بوده است. میانگین رضایت از انجمن در شاغلین ۷/۲ و در افراد فاقد شغل ۶/۶ می باشد که تفاوت معنی داری را در سطح ۰/۰۵ نشان می دهد. همچنین میزان پاکی از مواد مخدر و میزان سلامت خانوادگی و میزان توانایی انجام کار نیز تفاوت میانگین معناداری را نشان می دهد که در شاغلین بیش از افراد بیکار بوده است. در سایر متغیرها نیز میانگین نمرات اعضای شاغل بیش از بیکاران بوده است اما این تفاوت میانگین ها معنادار نیست. (جدول شماره ۳)

جدول شماره ۴: آزمون واریانس بین‌رضایت از انجمن و متغیرهای مختلف و وضعیت تأهل

وضعیت تأهل					متغیرها
sig	f	میانگین			
		بی‌همسر در اطلاق، فوت و متارکه	مجرد	متأهل	
۰/۶	۰/۳۸	۶/۶	۷	۶/۸	میزان رضایت اعضاء از انجمن
۰/۰۴	۳	۱۰/۸	۱۱/۲	۱۰/۳	میزان پاکی از مواد مخدر
۰/۰۹	۲/۴	۱۷	۱۷/۷	۱۶/۱	میزان سلامت جسمانی
۰/۰۱	۴/۰۴	۱۳/۵	۱۵	۱۳/۱	میزان سلامت خانوادگی
۰/۰۸	۲/۴	۹	۱۰/۱	۹/۲	میزان تقویت اعتقادات معنوی
۰/۰۴	۳/۲	۸/۵	۹/۱	۸	میزان توانایی انجام کار(اشتغال)
۰/۱۵	۱/۸	۷	۸	۸/۳	میزان مشارکت اعضاء
۰/۹	۰/۰۹	۸/۶	۸/۸	۸/۹	میزان گذراندن اوقات فراغت
۰/۴	۰/۷۷	۴/۳	۵	۴/۸	وضعیت تغذیه

جهت سنجش میزان رضایت با توجه به وضعیت تأهل از آزمون واریانس استفاده شد. نتیجه این آزمون طبق جدول فوق حاکی از آن است که علیرغم عدم وجود تفاوت معنی‌دار، مجردین میزان رضایت بیشتری نسبت به سایرین داشته‌اند. اما در متغیرهای میزان پاکی از مواد مخدر و سلامت خانوادگی و همچنین میزان توانایی اشتغال تفاوت میانگین معناداری برحسب وضعیت تأهل مشاهده گردید به طوری که در این متغیرها میزان رضایت افراد مجرد بیش از متأهلین و یا افراد بدون همسر بوده است. میانگین نمرات در سایر متغیرها موجود تفاوت معنی‌داری را نشان نداد.

جدول شماره ۵: آزمون واریانس بین رضایت اعضاء از انجمن و سایر متغیرهای

مختلف و انگیزه مراجعه به انجمن

انگیزه مراجعه به انجمن NA							متغیرها
sig	f	میانگین					
		مشکلات مالی	مشکلات جسمی	مشکلات شغلی	مشکلات خانوادگی	تصمیم شخصی	
۰/۶	۰/۶۱	۷	۶/۷	۷/۹	۶/۷	۶/۹	میزان رضایت اعضاء از انجمن
۰/۰۰۹	۳/۴	۱۱/۸	۱۱/۸	۱۲/۶	۱۰/۸	۱۰/۳	میزان پاکي از مواد مخدر
۰/۰۰۷	۲/۱	۱۹/۷	۱۷/۳	۱۹/۴	۱۶/۷	۱۶/۴	میزان سلامت جسمانی
۰/۸۷	۰/۲	۱۴/۵	۱۳/۸	۱۵/۶	۱۳/۹	۱۳/۹	میزان سلامت خانوادگی
۰/۵۴	۰/۷	۹/۱	۹/۷	۹/۲	۹	۹/۸	میزان تقویت اعتقادات معنوی
۰/۰۰۴	۳/۹	۱۱/۴	۷/۸	۹/۷	۸/۱	۸/۳	میزان توانایی انجام کار (اشتغال)
۰/۳۶	۱/۰۷	۷/۹	۸/۴	۸/۳	۷/۳	۸/۳	میزان مشارکت اعضاء
۰/۰۴	۲/۴	۱۰/۴	۷/۶	۹	۹/۳	۸/۶	میزان گذراندن اوقات فراغت
۰/۳۱	۱/۱۸	۵/۵	۴/۷	۶	۴/۸	۴/۷	وضعیت تغذیه

برطبق آزمون واریانس انجام شده به تفکیک انگیزه و دلایل مراجعه به سازمان، بیشترین رضایت را افرادی داشته‌اند که با انگیزه رفع مشکلات شغلی به این مرکز مراجعه کرده‌اند. بین میزان پاکي، میزان توانایی انجام کار و میزان گذراندن اوقات فراغت تفاوت میانگین معناداری مشاهده گردید. به طوری که پاسخگویان که مشکلات شغلی داشته‌اند بیشترین میزان پاکي و افرادی که با انگیزه رفع مشکلات مالی وارد انجمن شده‌اند بالاترین میزان توانایی اشتغال و بیشترین رضایت را از گذراندن اوقات فراغت خود داشته‌اند. تفاوت میانگین این متغیرها در

سطح ۰/۰۵ معنی دار بوده است. میانگین رضایت در سایر متغیرها با انگیزه مراجعه تفاوت معنی داری را نشان نداد.

رگرسیون چند متغیره

به منظور تبیین میزان رضایت از انجمن NA بر اساس متغیرهای مستقل از رگرسیون چند متغیره به روش گام به گام^۱ استفاده شد. در مجموع از ۱۱ متغیر وارد شده (شامل: سن، جنس، وضعیت اشتغال، مدت پاکی به ماه، پاکی، سلامت جسمانی، سلامت خانوادگی، تقویت اعتقادات معنوی) به معادله رگرسیونی، ۹ متغیر مستقل در مدل رگرسیونی باقی ماندند که ضریب همبستگی آنها با متغیر وابسته برابر با ۰/۷۱۳ و ضریب تعیین برابر با ۰/۵۰ و ضریب تعیین تعدیل شده برابر با ۰/۴۹ به دست آمد. این ضرایب بیانگر آن است که حدود ۴۹ درصد از واریانس متغیر رضایت از انجمن NA توسط متغیرهای موجود در معادله رگرسیونی تبیین می‌شود. همچنین مدل رگرسیونی طبق آزمون تحلیل واریانس انجام شده، خطی و معنادار است، زیرا مقدار آزمون F برای تبیین معنی داری اثر متغیرهای مستقل بر میزان رضایت از انجمن‌های برابر ۴۸/۵ با سطح معناداری صفر به دست آمده است.

جدول شماره ۶: نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره جهت تبیین میزان رضایت از انجمن NA

sig	t	ضرایب استاندارد شده	ضرایب خام		گویه های مستقل
		Beta	Std.Error	B	
۰/۰۰۱	۳/۳	-	۰/۳۸	۱/۲۹	ضریب α
۰/۰۰	۵/۶	۰/۳۱	۰/۰۴	۰/۲۳	میزان مشارکت اعضاء
۰/۰۰	۳/۷	۰/۲۰	۰/۰۵	۰/۲۱	وضعیت تغذیه
۰/۰۱	۲/۴	۰/۱۵	۰/۰۲	۰/۰۶	میزان سلامت جسمانی
۰/۰۲	۲/۲	۰/۱۴	۰/۰۲	۰/۰۶	میزان سلامت خانوادگی
۰/۰۳	۲/۱	۰/۱۲	۰/۰۳	۰/۰۸	میزان توانایی انجام کار(اشتغال)

R=0/713 R Square=0/50 Adjusted R Square=0/49

^۱- Stepwise

در جدول فوق ترتیب متغیرهای مستقل که در تحلیل رگرسیونی باقی ماندند همراه با مقدار t ، بتاها و ضرایب مربوطه و سطوح معنی داری نمایش داده شده است. همان طور که ملاحظه می شود میزان مشارکت اعضاء با مقدار بتای برابر با $۰/۳۱$ و $t = ۵/۶$ بیشترین میزان واریانس رضایت از انجمن NA را تبیین می کند. همچنین وضعیت تغذیه با مقدار $Beta = ۰/۲۰$ ، میزان سلامت جسمانی با مقدار $Beta = ۰/۱۵$ ، میزان سلامت خانوادگی با $Beta = ۰/۱۴$ و میزان توانایی انجام کار با $Beta = ۰/۱۲$ از سایر متغیرهایی هستند که بیشترین تأثیر را در تبیین تغییرات و پیش بینی میزان رضایت از انجمن های N.A داشته اند.

نتیجه گیری

نظر به اینکه اعتیاد به مواد مخدر و آسیب های اجتماعی ناشی از آن هر جامعه ای را تهدید می کند و اکنون به عنوان یکی از بزرگترین معضلات جوامع بشری تلقی می شود، بدیهی است که اقدام های شایسته و مطالعات همه جانبه در راستای بهبودی معتادان می تواند گامی درست برای نوید جامعه ای سالم در آینده باشد. مقاله حاضر در راستای شناخت این مسأله و آسیب اجتماعی به بررسی دیدگاه ۲۶۰ نفر از اعضاء انجمن N.A و عوامل مؤثر بر رضایت آنها از این انجمن پرداخته است.

رضایت در این تحقیق رابطه مستقیم معنادار و مثبتی با میزان موفقیت در ترک اعتیاد به مواد مخدر دارد. لذا تأکید بر رضایت متقابلاً به منظور افزایش احتمالی موفقیت در ترک مواد مخدر می باشد.

بر مبنای نتایج این تحقیق میزان مشارکت هرچه بیش تر اعضاء در انجمن NA بیشترین تأثیر را در رضایت آنها داشته است بطوری که شرکت در جلسات گروهی، تشویق افراد تازه وارد و فعالیت در جلسات انجمن بر موفقیت در ترک مواد مخدر، تأثیر بسزایی دارد. در این رابطه نظریه کنترل اجتماعی نیز پیش بینی می کند که اگر افراد در وابستگی، تعهد، پیروی و اعتقاد در سطح بالایی باشند کمتر مستعد انحراف از هنجارهای اجتماعی از جمله مصرف مواد مخدر خواهند بود. این نتیجه با پژوهش نرگس هدایتی (۱۳۸۴) همسویی دارد که معتادینی که حضور کمتر و غیرفعال-تری در جلسات گروه N.A داشته اند از میزان موفقیت کمتری در ترک اعتیاد برخوردار بوده اند.

همچنین میزان مشارکت متاهلین در این پژوهش بیشتر گزارش شده است که با پژوهش حاضر همخوانی نشان می‌دهد. اما در رابطه با میزان رضایت دو پژوهش نتایج متناقض نشان داده‌اند چراکه در پژوهش حاضر مجردین رضایت بالاتر و احتمال موفقیت بیشتری در بازگشت از مواد داشته‌اند. پژوهش قائم محمدی نیز در راستای تأیید نتایج حاضر حاکی از آن است که ۸۴/۷٪ از گروه عود کرده پس از سم‌زدایی متاهل بودند در حالی که ۱۵/۲ درصد از گروه عود کرده، مجرد بودند.

در این تحقیق برخلاف پژوهش صادقیه (۱۳۷۹) که نشان داد شغل عامل مهمی در عود اعتیاد نبود مشکلات شغلی انگیزه اصلی گرایش به پیوستن به انجمن NA و رضایت محسوب می‌گردد اما مدت زمان پاک بودن (عدم مصرف) اثر کاهشی بر بازگشت به مواد داشت که با نتایج تحقیق حاضر مبنی بر این که با افزایش مدت زمان پاکی میزان موفقیت در ترک نیز بیشتر می‌گردد مطابقت دارد.

همچنین تقویت اعتقادات معنوی اعضا، گرایش به ترک مواد مخدر را در آنان کاهش می‌دهد اسمارت و آلداف، (۱۹۸۵) لورچ و هنگر (۱۹۸۵) گوچران، (۱۹۹۱) نیز در یافته‌های خود عنوان کرده‌اند که تمایل به شرکت در مراسم مذهبی ارتباط منفی با مصرف مواد مخدر دارد و افرادی که نسبت به اصول مذهبی پایبندی و تعصب دارند کمتر به اعتیاد مبتلا هستند. در پژوهش حاضر علاوه بر مشارکت اعضا، وضعیت مطلوب تغذیه آنان سلامت جسمانی و خانوادگی و میزان توانایی اشتغال اعضا مهمترین عامل‌های رضایت از انجمن NA محسوب می‌گردد. لذا توجه به ابعاد جسمانی و خانوادگی اعضای انجمن‌ها باید در اولویت مورد توجه قرار گیرد.

پیشنهادات

۱- رفع مشکلات شغلی و مالی عامل اصلی افزایش رضایت از انجمن‌های NA می‌گردد. لذا توانمندسازی و آموزش مهارت‌های لازم جهت آمادگی اعضای برای اشتغال قبل از هر چیز باید مد نظر قرار گیرد. از سویی باید زمینه‌های شغلی مناسب برای اعضا در حیطه‌های مختلف به وجود آید تا هم در جهت رفع مشکلات مالی آنها و هم در بعد روانی با آنها مساعدت گردد.

- ۲- یکی از دلایل افزایش میزان رضایت از انجمن NA مشارکت اعضا است که با دادن آگاهی و مشارکت این افراد در جلسات گروهی و تشویق افراد تازه وارد به میزان رضایت اعضا افزود. همچنین می-توان از طریق کلاس‌های آموزشی و مشاوره سطح آگاهی افراد را در این زمینه افزایش داد.
- ۳- اساس پیشگیری از مواد مخدر، تعلیم و تربیت، راهنمایی، مشورت و ارشاد خانواده‌هاست. این آموزش باید در یک طیف گسترده اعم از رسمی و غیررسمی صورت پذیرد به‌ویژه از طریق رسانه‌های گروهی.
- ۴- متغیرهای گذراندن اوقات فراغت سالم و میزان سلامت خانوادگی و اجتماعی به مراتب سهم بیشتری در مقایسه با سایر متغیرها در پیش‌بینی و پیشگویی میزان رضایت اعضا از انجمن NA دارند. پیشنهاد می‌شود تا شرایط بهتری را برای گذراندن سالم زمان‌های بیکاری و یا فراغت مهیا نمود و سرگرمی-های مورد نظر را برای افراد در نظر گرفت. برای افزایش میزان رضایت اعضا بایستی سلامت و شرایط خانوادگی و اجتماعی افراد را بهبود بخشید.

فهرست منابع:

۱. احمدوند، محمد علی، (۱۳۸۷)، اعتیاد، سبب‌شناسی و درمان آن، انتشارات دانشگاه پیام نور، تهران، چاپ سوم.
۲. پیوندی یزدی، لیلا، (۱۳۸۹)، بررسی مقایسه‌ای میزان رضایت مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های ترک اعتیاد و انجمن‌های تولد دوباره در شهر یزد، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد علوم اجتماعی.
۳. تشویقی، فروهر، (۱۳۸۸)، کتاب راهنما اعتیاد و بهبودی، ناشر مؤلف، چاپ اول.
۴. توسلی، غلام عباس، (۱۳۸۳)، نظریه‌های جامعه‌شناسی، تهران، انتشارات سمت، چاپ دهم.
۵. جی لیتری، دن و همکاران، (۱۳۸۴)، نظریه‌های سوء مصرف مواد مخدر، مترجم شروین وکیلی و همکاران، انتشارات جامعه و فرهنگ، تهران، چاپ اول.
۶. خاکی، غلامرضا، (۱۳۸۶)، روش تحقیق با رویکردی به پایان‌نامه نویسی، انتشارات بازتاب، تهران، چاپ سوم.
۷. دلفارادی، محمد، (۱۳۷۷)، بررسی مقایسه خصوصیات شخصیتی معتادان خود معرف به مرکز بازپروری واعزام به زندان شهر کرمان، پایان‌نامه‌ی دکترای پزشکی، استادراهنما دکتر نبی‌بنازاده ماهانی.

۸. سراج‌خرمی، ناصر، (۱۳۸۲)، شناخت پیشگیری و درمان اعتیاد، انتشارات افهام، دزفول، چاپ اول.
۹. صادقی، سعید، (۱۳۸۱)، واقعیت‌ها و نقطه نظرها در زمینه‌ی مواد مخدر، مجموعه مقالات، ناشر موسسه‌ی جامعه‌پژوهان سینا، دفتر پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر در آموزش و پرورش، تهران، چاپ اول.
۱۰. صادقیه، سعید و همکاران، (۱۳۷۹)، علل موثر بر بازگشت به اعتیاد در بیماران مراجعه مرکز ترک اعتیاد خود معرف وابسته به بهزیستی تهران.
۱۱. علیوردی نیا، اکبر، (۱۳۸۸)، اثربخشی برنامه‌های معتادان گمنام در نگرش به مواد مخدر، مجله‌ی مطالعات اجتماعی ایران، ویژه خراسان رضوی، دوره سوم شماره‌ی ۳.
۱۲. فیروز آبادی، علی‌و دیگران، (۱۳۷۵)، بررسی عوامل مؤثر در روی آوردن فرد وابسته به مصرف مجدد ماده‌ی مخدر، دانشگاه علوم پزشکی سمنان.
۱۳. قائم محمدی، سید محمدرضا، (۱۳۸۳)، بررسی عوامل فردی و اجتماعی مرتبط با عود اعتیاد در معتادان مراجعه کننده به مرکز درمان و بازتوانی سرپایی شهرستان ابرکوه، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی یزد، استاد راهنما دکتر حمیرا سجادی.
۱۴. کمیته ترجمه، (۱۳۸۵)، کتاب پایه معتادان گمنام، انتشارات ترقی، تهران، چاپ اول.
۱۵. نجفوند، حسین، (۱۳۸۷)، بررسی جامعه‌شناسی عوامل مؤثر بر رضایت اجتماعی شهروندان در شهر اندیمشک، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد شوشتر.
۱۶. هدایتی، نرگس، (۱۳۸۴)، بررسی ویژگی‌های فردی محافظت کننده در معتادان (NA) در شهرستان شیراز، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، استاد راهنما حسین رفیعی.

17. Green, L.L., M. T. Fullilove & R. E. Fullilove (1998) "Stories of Spiritual Awakening: The Nature of Spirituality in Recovery", *Journal of substance Abuse Treatment*, 15:325-331.