Journal of Police Medicine

Spring 2014; Vol. 3, No. 1: 43-50

Original Article

Evaluation 0f Primary and Relapse Addiction Prevention Strategies from the Perspective of Addicted Persons' Referred to Treatment Centers for Substance Abuse in Ahvaz

Received: 16 December 2013 **Revised:** 10 May 2014 **Accepted:** 15 May 2014

Mehrnaz Moradi Kal-Boland[1*]
Samira Beiranvand[2]
Parisa Sheini Jaberi[1]

[1]Lecturer, Nursing Department, Faculty of Nursing & Midwifery School, Jondishapour University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

[2]M.Sc, Medical– Surgical Nursing, Shohadaye Ashayer Hospital, Khoram Abad, Iran.

ABSTRACT

Background: As a serious social problem in Iran that leads to many social damages and deviations, Addiction requires primary and secondary preventions. Therefore, present study has been conducted with the aim of assessing primary prevention approaches and relapse prevention from the view of patient admitted to treatment center in Ahvaz during 2012- 2013.

Materials and Methods: In this cross-sectional descriptive research, 200 of addicts referred to 8 treatment centers were selected by random- cluster sampling in a six month period. Data were collected by structured interviews and a 3 part researcher designed questionnaire (included demographic data, primary prevention approaches and relapse prevention) and analyzed with SPSS19.

Results: The mean age of participants in the research was 32.19 ± 9.40 years, the mean age of onset for drug abuse was 20. 7 ± 7.37 years and the mean of addiction duration was 10.84 ± 8.30 years. In the field of primary prevention approaches, familial, educational, social and economic approaches and in the field of relapse prevention, educational, familial and socioeconomic approaches were respectively as the most important approaches from patients' perspective.

Conclusion: According to achieved results, in all programs of primary and relapse prevention of addiction, in addition to considering individual approaches, familial, educational, social and economic approaches should be included with regard to their importance to achieve the most efficacy.

Keywords: addiction, prevention approaches, primary prevention, addiction relapse, relapse prevention

[*]**Corresponding Author:**
Mehrnaz Moradi Kal-Boland
Tel: (+98)9166139628
e-mail: mehrnaz.moradi@yahoo.com

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.22286241.1393.3.1.3.4]
[DOI: 10.30505/3.1.43]

بهار۱۳۹۳ – دوره ۳ – شماره ۱– صفحات ۴۳-۵۰

مجله طب انتظامی

مقاله تحقیقی

بررسی راهکارهای پیشگیری اولیه و پیشگیری از بازگشت اعتیاد از دیدگاه بیمارمراجعه کننده به مراکز درمان سوءمصرف مواد مخدر شهر اهواز

تاریخ دریافت: ۲۵ آذر ۱۳۹۲ **تاریخ اصلاح:** ۲۰ اردیبهشت ۱۳۹۳ **تاریخ پذیرش:** ۲۵ اردیبهشت ۱۳۹۳

چکیده

مقدمه: اعتیاد به عنوان یکی از جدی‌ترین معضلات اجتماعی در ایران بوده و زمینه ساز بسیاری از آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی، می‌باشد که نیازمند پیشگیری‌های اولیه و ثانویه است. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی رویکردهای پیشگیری اولیه و پیشگیری از عود مجدد اعتیاد از دیدگاه بیمار مراجعه کننده به مراکز درمان و سوءمصرف و کاهش آسیب مواد مخدر شهر اهواز در سال ۹۲-۱۳۹۱ انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش توصیفی مقطعی، ۲۰۰ نفر از مراجعین به ۸ مرکز سوء مصرف و کاهش آسیب مواد مخدر در یک دوره ۶ ماهه و به روش نمونه گیری تصادفی- خوشه‌ای انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از یک پرسشنامه محقق ساخته در ۳ بخش (اطلاعات دموگرافیک، رویکردهای پیشگیری اولیه و پیشگیری از عود مجدد اعتیاد) و مصاحبه سازمان یافته جمع‌آوری و با استفاده از نرم افزار SPSS19 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین سنی شرکت کنندگان در مطالعه حاضر۹/۴۰ ± ۳۲/۱۹ سال، میانگین سنی شروع مصرف مواد ۷/۳۷ ± ۲۰/۷ و میانگین طول مدت بیماری اعتیاد در این گروه ۸/۳۰ ± ۱۰/۸۴ سال بود. در حیطه رویکردهای پیشگیری اولیه از اعتیاد به ترتیب رویکردهای خانوادگی، آموزشی، اجتماعی و اقتصادی و در حیطه رویکردهای پیشگیری از عود مجدد اعتیاد، رویکردهای آموزشی، خانوادگی و اجتماعی- اقتصادی به عنوان مهمترین رویکردها از نظر معتادان به مواد مخدر بودند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج فوق، در تمامی برنامه‌های پیشگیری اولیه و پیشگیری از عود مجدد اعتیاد، علاوه بر توجه به رویکردهای فردی بایستی رویکردهای خانوادگی، آموزشی، اجتماعی و اقتصادی نیز به ترتیب اهمیت در گروه هدف مورد تأکید قرار گرفته، تا حداکثر اثربخشی محقق گردد.

کلید واژه‌ها: بیماری اعتیاد، رویکردهای پیشگیری، پیشگیری اولیه، عود

مهرناز مرادی کل بلند[1*]
سمیرا بیرانوند[2]
پریسا شینی جابری[1]

[1]مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران.
[2]کارشناس ارشد پرستاری گرایش داخلی – جراحی، بیمارستان شهدای عشایر، خرم آباد، ایران.

[*]نویسنده مسئول:
مهرناز مرادی کل بلند
تلفن: ۹۱۶۶۱۳۹۶۲۸(۹۸+)
پست الکترونیک:
mehrnaz.moradi@yahoo.com

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر براساس سه ویژگی ولع برای مصرف و تهیه آن، علاقه شدید به افزایش مداوم میزان مصرف و وجود وابستگی روانی و جسمی به آثار دارو، بطوری که در اثر عدم دسترسی به آن علایم وابستگی روانی و جسمانی در فرد آشکار شود، تعریف می‌شود [۱]. سازمان جهانی بهداشت، مسأله مواد مخدر، اعم از تولید، انتقال، توزیع و مصرف را در کنار سه مسأله جهانی دیگر یعنی تولید و انباشت سلاح های کشتار جمعی، آلودگی محیط زیست، فقر و شکاف طبقاتی، از مسائل اساسی بر شمرده است که حیات بشری را در ابعاد اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی در عرصه جهانی مورد تهدید و چالش جدی قرار می‌دهد [۲]. همچنین اعتیاد به مواد

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1393.3.1.3.4]
[DOI: 10.30505/3.1.43]

Journal of Police Medicine
Spring 2014; Vol. 3, No. 1: 43-50

مخدر بعنوان یکی از جدی ترین مسائل اجتماعی در جهان، ابعاد مختلف جامعه شناسی، روانشناسی، حقوقی، سیاسی و اقتصادی را در بر می‌گیرد و زمینه ساز بسیاری از آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی است [۳].

از سوی دیگر در ایران طی ۲۰ سال گذشته میزان رشد و سوء مصرف مواد بیش از ۳ برابر نرخ رشد جمعیت بوده است. برای مقابله با این معضل، رویکرد کاهش تقاضا در سال های اخیر به تدریج گسترش یافته است که بطور کلی شامل سه رویکرد پیشگیری، درمان و کاهش آسیب است [۴]. می توان پذیرفت ریشه کنی اعتیاد تقریبا ناممکن است ولی باید برای پیشگیری از گسترش آن و نیز درمان مبتلایان، تلاش‌های برنامه ریزی شده‌ایی صورت گیرد. در واقع می توان گفت بهترین راه مبارزه با اعتیاد جلوگیری از ابتلا به آن می باشد [۵]؛ زیرا حتی پس از این که بیمار معتاد مصرف را برای مدتی طولانی قطع نموده و تحت درمان قرار می گیرد نیز نمی توان امیدوار بود که مجدداً به مصرف باز نگردد [۶].

بررسی ها حاکی از آن است که انجام اقدامات تکمیلی اعم از روان‌درمانی، گروه درمانی، کار درمانی، ورزش‌درمانی، ایمان درمانی و در نهایت خانواده درمانی علاوه بر دارودرمانی، احتمال عود را کاهش می دهد [۷]. بنابراین یکی از مسایلی که پدیده اعتیاد را پیچیده‌تر کرده است موضوع عود آن است. از دیدگاه روانپزشکی و پزشکی فرد مصرف کننده مواد، یک بیمار است و بیماری وی مانند سایر بیماری‌ها نیازمند پیشگیری‌های اولیه و ثانویه می باشد [۸]. از آنجایی که در مورد اعتیاد هم مانند سایر بیماری‌ها و معضلات به معالجه بیش از پیشگیری توجه شده است، موفقیت چندانی در این زمینه به‌دست نیامده؛ در حالی که لازم است ضمن شناخت دقیق مکانیسم و ماهیت اعتیاد و شناخت علل و عوامل زمینه ساز آن موجبات آگاهی و شناخت همگانی را نیز فراهم ساخت [۹].

از سوی دیگر متخصصین پیشگیری معتقدند برنامه پیشگیری باید متناسب با جمعیت هدف و مبتنی بر نیازهای آن‌ها باشد. علاوه بر این از رویکردهای بسیار مهم آموزش در پیشگیری از اعتیاد، رویکرد نشر اطلاعات است. چنانچه این رویکرد توسط مصرف کنندگان سابق و خانواده‌های آن‌ها به اجرا گذاشته شود و اطلاعات لازم در مورد نتایج اعتیاد و روش های پیشگیری توسط این افراد بطور مستقیم در اختیار سایرین خصوصا جوانان و نوجوانان قرار گیرد، اثربخشی آن بیشتر خواهد شد [۱۰].

لذا با توجه به اینکه معضل اعتیاد پیامدهای ناخوشایند بسیاری از جمله به از هم پاشیده شدن خانواده، طلاق، فرزندان بی سرپرست، درگیر شدن نسل جوان با این مشکل و به هدر رفتن منابع مالی و اقتصادی کشور، افزایش مجرمین جامعه و سایر انحرافات اجتماعی دارد. همچنین بنا به میزان بالای آسیب‌های جسمی و روانی که در نتیجه این بیماری ایجاد می‌شود، بحث و بررسی در مورد آن بسیار اهمیت دارد. از طرفی دیگر با انجام این پژوهش و به‌دست آوردن روش‌های پیشگیری می‌توان برنامه‌های آموزشی جهت عملی کردن برنامه های پیشگیری و به دنبال آن ارتقاء آگاهی و ایجاد نگرش و رفتار صحیح در جهت کاهش تقاضای اعتیاد و ایجاد راه‌های مقابله و برخورد با اعتیاد در جامعه به‌دست آورد.

لازم به ذکر است، مرور مطالعات داخلی نشان می‌دهد تاکنون بیشتر مطالعات به بررسی عوامل موثر بر گرایش به بیماری اعتیاد یا عود مجدد آن بصورت جداگانه پرداخته اند و علیرغم تلاش بسیار پژوهشگران، مطالعه‌ای که رویکردهای پیشگیری اولیه و پیشگیری از عود مجدد را بصورت همزمان و از دیدگاه این بیماران بررسی نماید، یافت نشد. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی رویکرد های پیشگیری اولیه و پیشگیری از عود مجدد اعتیاد از دیدگاه بیماران مراجعه کننده به مراکز درمان و سوءمصرف و کاهش آسیب مواد مخدر شهر اهواز در سال ۹۲-۱۳۹۱ صورت گرفت.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک پژوهش توصیفی مقطعی است که روی ۲۰۰ بیمار مراجعه کننده به مراکز درمان سوءمصرف مواد مخدر شهر اهواز در یک دوره ۶ ماهه در سال ۹۲- ۱۳۹۱ انجام شده است. واحدهای تحت پژوهش به شیوه نمونه گیری خوشه ای- تصادفی انتخاب شدند. حجم نمونه به‌دست آمده از انجام مطالعه موردی و استفاده از فرمول $n=\frac{S^2Z^2}{d^2}$ ۲۰۰ نفر تعیین شد. ابتدا از میان ۴۳ مرکز سرپایی و بستری درمان سوء مصرف مواد مخدر در شهر اهواز، ۸ مرکز (۳ مرکز سرپایی و ۵ مرکز بستری) بصورت تصادفی انتخاب شدند. سپس هر کدام از این ۸ مرکز بعنوان یک خوشه در نظر گرفته شد که سهم هر خوشه ۲۵ نفر تعیین شد. از هر کدام از این مراکز، ۲۵ بیمار بصورت تصادفی و براساس معیارهای ورود به مطالعه (شامل مرد بودن، داشتن توانایی برقراری ارتباط و همکاری و داشتن سابقه عود بیماری) انتخاب شدند.

پژوهشگران پس از هماهنگی با معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی، دریافت مجوز از ستاد مبارزه با مواد مخدر و کسب اجازه از مسئولین مراکز مذکور و نیز بعد از آگاه ساختن مشارکت کنندگان

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1393.3.1.3.4]
[DOI: 10.30505/3.1.43]

مجله طب انتظامی
بهار ۱۳۹۳ – دوره۳ – شماره ۱– صفحات ۴۳-۵۰

احتمالی از هدف مطالعه، محرمانه ماندن اطلاعات، عدم ذکر نام بیمار و نیز اطمینان دادن به ایشان در خصوص این که عدم تمایل آن‌ها جهت همکاری، هیچ تأثیری بر روند درمان آن‌ها و دریافت خدمات از مرکز مربوطه نخواهد داشت، جمع‌آوری اطلاعات را آغاز نمودند.

ابزار گردآوری داده‌ها یک پرسشنامه پژوهشگر ساخته مشتمل بر ۳ بخش بود. بخش اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک (۲۲ سوال)، بخش دوم در زمینه رویکردهای پیشگیری اولیه از اعتیاد مشتمل بر ۴ حیطه رویکرد خانوادگی (۱۸ سوال)، رویکرد آموزشی (۹ سوال)، رویکرد اجتماعی (۵ سوال) و رویکرد اقتصادی (۲ سوال) و بخش سوم ابزار مورد استفاده مربوط به رویکرد های پیشگیری از عود مجدد اعتیاد بوده که در ۳ حیطه خانوادگی (۷ سوال)، آموزشی (۲ سوال) و اجتماعی- اقتصادی (۴ سوال) تنظیم گردید. روایی این ابزار به روش اعتبار محتوی انجام شد. بدین صورت که سوالات مورد نظر پس از تهیه و تنظیم بر اساس منابع موجود، در اختیار ده نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی قرار گرفته، نظرات آن‌ها اعمال و اصلاحات لازم صورت گرفت. پایایی ابزار نیز به روش دو نیمه سازی سوالات و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ (r=۰/۹۱) محاسبه گردید. معیار پاسخ گویی به سوالات پرسشنامه طیف ۵ امتیازی لیکرت (خیلی زیاد (۵)، زیاد (۴)، متوسط (۳)، کم (۲) و خیلی کم (۱)) بود. پس از محاسبه امتیازات داده شده توسط واحدهای تحت پژوهش به حیطه مورد نظر، میانگین امتیازات آن حیطه محاسبه و در نهایت رتبه بندی صورت گرفته است.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۰۰ نفر بیمار دارای سابقه عود شرکت داشتند که همه را مردان تشکیل می‌دادند. میانگین سنی شرکت کنندگان در مطالعه حاضر ۹/۴۰ ± ۳۲/۱۹ سال، میانگین سنی شروع مصرف مواد ۷/۳۷ ± ۲۰/۷ و میانگین طول مدت مصرف در این گروه ۸/۳۰ ± ۱۰/۸۴ سال بود. از نظر وضعیت شغلی ۴۱/۵٪ آن‌ها بیکار بودند. ۵۳/۵٪ از واحدهای تحت پژوهش، نحوه آشنایی خود با مواد را از

جدول۱: مشخصات دموگرافیک نمونه‌ها (n=۲۰۰)

متغیر	فراوانی (٪)	متغیر	فراوانی (٪)	متغیر	فراوانی (٪)
سطح تحصیلات		وضعیت تأهل		محل سکونت	
بی سواد	۴۹ (۲۴/۵)	مجرد	۸۱ (۴۰/۵)	شهر	۱۵۶(۷۸)
زیر دیپلم	۶۵ (۳۲/۵)	متأهل	۵۷ (۲۸/۵)	روستا	۴۴ (۲۲)
دیپلم	۶۶ (۳۳)	طلاق گرفته	۶۲ (۳۱)		
بالاتر از دیپلم	۲۰ (۱۰)				
وضعیت مسکونی		شغل		فرد آشنا کننده	
مالکیت	۷۰ (۳۵)	بیکار	۸۳ (۴۱/۵)	خانواده	۲۱ (۱۰/۵)
استیجاری	۸۴ (۴۲)	کارگر	۵۶ (۲۸)	دوستان	۱۰۷ (۵۳/۵)
همراه بستگان	۴۶ (۲۳)	کارمند	۳۲ (۱۶)	همکاران	۷۲ (۳۶)
		آزاد	۲۹ (۱۴/۵)		
اولین محل استعمال		انگیزه شروع مصرف		نحوه تأمین مواد	
منزل	۵ (۲/۵)	سرگرمی	۴۸ (۲۴)		
در خانه دوستان	۸۸ (۴۴)	بیکاری	۳۱ (۱۵/۵)	درآمد فرد	۲۲ (۱۱)
مهمانی	۳۸ (۱۹)	کنجکاوی	۴۷ (۲۳/۵)	خانواده	۱۳۲ (۶۶)
محیط کار	۵۶ (۲۸)	لذت	۱۹ (۹/۵)	سایر	۴۶ (۲۳)
خیابان	۱۳ (۶/۵)	عدم تحمل مشکلات	۲۳ (۱۱/۵)		
		همرنگی با جماعت	۳۲ (۱۶)		

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1393.3.1.3.4]
[DOI: 10.30505/3.1.43]

Journal of Police Medicine
Spring 2014; Vol. 3, No. 1: 43-50

طریق دوستان و ۴۴٪ آن ها محل اولین استعمال را در منزل دوستان خود بیان نمودند. ضمنا ۷۱٪ از شرکت کنندگان در مطالعه وجود فرد دیگری را درخانواده خود که سابقه مصرف مواد را دارد، تأیید کردند. همچنین ۶۳٪ سابقه مصرف سیگار و ۴۸/۵٪ سابقه ارتکاب جرم قبل از اعتیاد را داشتند. سایر اطلاعات دموگرافیک در جدول ۱ نشان داده شده است.

یافته‌های مربوط به رویکردهای پیشگیری اولیه از اعتیاد در جدول ۲ نشان داده شده است. همانطور که مشاهده می شود، رویکرد خانوادگی به عنوان مهمترین رویکرد از نظر شرکت کنندگان در پژوهش بیان شده است و پس از آن به ترتیب رویکردهای آموزشی، اجتماعی و اقتصادی قرار گرفته‌اند.

لازم به ذکر است که نفرات شرکت کننده در پژوهش، در حیطه رویکرد خانوادگی، به ترتیب ایجاد محیط امن در خانواده توسط والدین (۸۴٪)، داشتن روابط متعادل والدین با فرزندان (۷۹٪) و نظارت و کنترل بر روابط دوستان فرزندان (۷۷/۵٪) را به عنوان مهمترین رویکردهای خانوادگی پیشگیری اولیه از اعتیاد بیان نمودند. علاوه بر این در حیطه رویکرد آموزشی، حضور بیمار در جلسات آموزشی (۸۶٪)، آموزش مهارت‌هایی مانند اعتماد به نفس و قاطعیت نه گفتن در نوجوانان و جوانان در مدارس (۷۸٪) و آموزش به والدین در خصوص شیوه‌های برخورد و رفتار با فرزندان از طریق رسانه (۷۰/۵٪) را به عنوان مهمترین رویکردهای آموزشی پیشگیری اولیه از اعتیاد بیان نمودند. در همین راستا عدم زندگی در مکان‌های آلوده و دسترسی به مواد مخدر (۸۸٪) و ایجاد فضاها و مکان‌های ورزشی در سطح شهر (۷۹٪) در حیطه اجتماعی و ایجاد فرصت‌های شغلی مناسب جهت جوانان در جامعه (۷۳٪) در حیطه اقتصادی به عنوان مهمترین رویکردهای پیشگیری اولیه از اعتیاد در این زمینه‌ها از سوی شرکت کنندگان در پژوهش حاضر گزارش شد.

یافته‌های مربوط به رویکردهای پیشگیری از عود مجدد اعتیاد در جدول ۳ نشان داده شده است. همانطور که مشاهده می شود،

جدول ۲: رویکردهای پیشگیری اولیه از اعتیاد (n=۲۰۰)

رویکردهای پیشگیری اولیه	میانگین (انحراف معیار)	موثر
رویکرد خانوادگی	۶۳/۰۹ (۲۱/۵۰)	٪۴۷/۵
رویکرد آموزشی	۵۳/۱۲ (۱۹/۷۸)	٪۳۹
رویکرد اجتماعی	۱۶/۸۸ (۶/۲۸)	٪۳۵
رویکرد اقتصادی	۷/۲۱ (۲/۶۶)	٪۳۵

جدول ۳: رویکردهای پیشگیری از عود مجدد اعتیاد (n=۲۰۰)

پیشگیری از عود مجدد	میانگین (انحراف معیار)	موثر
رویکرد آموزشی	۲۷/۱۹ (۱۱/۴۳)	٪۴۷/۵
رویکرد خانوادگی	۲۴/۹۶ (۸/۹۸)	٪۴۵/۵
رویکرد اجتماعی- اقتصادی	۲۰/۳۴ (۸/۴۴)	٪۳۴

برخلاف رویکردهای پیشگیری از اعتیاد، رویکرد آموزشی به عنوان مهمترین رویکرد از نظر شرکت کنندگان در پژوهش بیان شده است و پس از آن به ترتیب رویکردهای خانوادگی و اجتماعی- اقتصادی قرار گرفته‌اند.

علاوه بر این بر اساس نظرات واحدهای شرکت کننده در پژوهش، در حیطه رویکرد آموزشی پیشگیری از عود مجدد اعتیاد، به ترتیب آموزش های ارائه شده توسط مراکز درمان اعتیاد و مشاوره‌ای به خانواده بیمار درخصوص نحوه برخورد با وی (۸۳٪) و آموزش‌های ارائه شده توسط این مراکز به فرد درمان شده درخصوص عوارض کوتاه مدت و دراز مدت و آسیب‌های اجتماعی اعتیاد (۷۰٪) را به عنوان مهمترین رویکردهای آموزشی پیشگیری از عود مجدد اعتیاد بیان نمودند. ضمنا در حیطه رویکرد خانوادگی، ارتباط نداشتن با دوستان مصرف کننده و قدیمی (۷۹/۵٪)، عدم رفت و آمد به مکان‌های آلوده به مواد (۷۶٪) و پذیرش و حمایت فرد درمان شده توسط خانواده (۷۱/۵٪) را به عنوان مهمترین رویکردهای خانوادگی پیشگیری از عود مجدد اعتیاد بیان نمودند. لازم به ذکر است که شرکت کنندگان در پژوهش حاضر، ایجاد مراکز کاریابی و ایجاد شغل ویژه افراد درمان شده در جامعه (۸۲/۵٪) و افزایش نگرش مثبت جامعه نسبت به این افراد از طریق رسانه‌ها (۷۶٪) را به عنوان مهمترین رویکردها در حیطه اجتماعی- اقتصادی پیشگیری از عود مجدد اعتیاد بیان نمودند.

بحث و نتیجه‌گیری

براساس نتایج به‌دست آمده در این پژوهش، میانگین سنی مراجعین به کلینیک های درمان اعتیاد ۹/۴۰ ± ۳۲/۱۹ سال، میانگین سنی شروع مصرف مواد ۷/۳۷ ± ۲۰/۷ و میانگین طول مدت اعتیاد در این گروه ۸/۳۰ ± ۱۰/۸۴ سال بود. توکلی قوچانی و همکاران نیز در مطالعه‌ای که با هدف بررسی مقایسه‌ای عوامل مرتبط با اقدام به درمان اعتیاد در گروه های مراجعین به کلینیک های درمان اعتیاد استان خراسان شمالی انجام دادند، میانگین سنی مراجعین به این کلینیک ها را ۳۲/۸۴ سال، میانگین مدت اعتیاد افراد را در زمان مراجعه ۷/۵۷ ± ۱۰/۱۲ سال و میانگین سنی شروع مصرف را ۲۲/۸ سال گزارش نمودند که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد [۴].

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1393.3.1.3.4]
[DOI: 10.30505/3.1.43]

مجله طب انتظامی
بهار ۱۳۹۳ – دوره۳ – شماره ۱– صفحات ۴۳-۵۰

این یافته اهمیت زمان اجرای برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد را نشان می‌دهد که در سال‌های اخیر نیز بسیار به آن توجه شده است.

در مطالعه حاضر ۵۳/۵٪ از واحدهای تحت پژوهش، نحوه آشنایی خود با مواد از طریق دوستان گزارش نموده و ۴۴٪ آن ها محل اولین استعمال را در منزل دوستان خود بیان نموده بودند. ضمنا ۷۱٪ از شرکت کنندگان در مطالعه وجود فرد معتاد دیگری را درخانواده خود تأیید کرده بودند. توکلی قوچانی و همکاران نیز در مطالعه خود بیان نمودند که ۴۹/۶٪ از افراد تحت مطالعه سابقه اعتیاد در خانواده خود را گزارش نمودند و ۵۶٪ نیز بیان نمودند که اولین تجربه مصرف به پیشنهاد دوستان بوده است [۴]. همچنین در مطالعه باقری و همکاران ۹۰/۴٪ شرکت کنندگان، علت اعتیاد خود را معاشرت با افراد ناباب و دوستان معتاد اعلام نمودند [۱۱] که با نتایج به‌دست آمده در پژوهش حاضر همخوانی دارند. لذا با توجه به اینکه در کشور ما نیز یکی از عوامل مهم و مؤثر در انحرافات و آسیب‌های اجتماعی بویژه اعتیاد به مواد مخدر گروه‌های دوستی و همسالان هستند، یافته‌های فوق مورد انتظار هستند [۱۱].

یافته های مطالعه حاضر نشان می دهد که رویکرد خانوادگی پیشگیری اولیه از اعتیاد مهمترین رویکرد از نظر شرکت کنندگان در پژوهش بوده و پس از آن به ترتیب رویکردهای آموزشی، اجتماعی و اقتصادی قرار دارند. در حالی که نوبخت و همکاران در مطالعه خود بین عوامل موثر در ایجاد اعتیاد، عوامل اجتماعی را با نسبت ۳۱٪ بیشترین عامل تأثیرگذار و بعد از آن عوامل خانوادگی و آموزشی و عوامل فردی را با نسبت ۲۰/۵٪ کمترین عامل تأثیرگذار بیان نمودندکه با نتایج پژوهش حاضر در تضاد است [۱۲]. علاوه بر این در حیطه رویکرد خانوادگی، به ترتیب ایجاد محیط امن در خانواده توسط والدین (۸۴٪)، داشتن روابط متعادل والدین با فرزندان (۷۹٪) و نظارت و کنترل بر روابط دوستان فرزندان (۷۷/۵٪) بعنوان مهمترین رویکردهای خانوادگی پیشگیری اولیه از اعتیاد بیان شده بود. در این خصوص حنیفی و همکاران در مطالعه‌ای به بررسی رابطه سلامت خانواده با میزان گرایش فرزندان به اعتیاد بر مبنای تحقیقات انجام شده پرداختند و بیان نمودند بیماری اعتیاد بیش از آن که فردی باشد، ماهیتی اجتماعی دارد و خانواده در این چرخه دارای اهمیت زیادی است. ضمنا رابطه بین والدین و فرزندان نقش بسیار مهمی در گرایش فرزندان به مصرف مواد دارد که با نتایج به دست آمده در این مطالعه همخوانی دارد [۱۳]. در همین راستا فراهتی در مطالعه خود بیان نمود، کیفیت رابطه بین والدین و فرزندان دچار اعتیاد در مقایسه با نوجوانان غیرمعتاد در سطح نامطلوبی قرار دارد و رابطه نامناسبی بین نوجوانان معتاد و والدینشان وجود دارد [۱۴] که می‌تواند موئید نتایج به دست آمده در این مطالعه باشد.

در خصوص رویکرد آموزشی پیشگیری اولیه از اعتیاد، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که حضور فرد بیمار در جلسات آموزشی (۸۶٪)، آموزش مهارت هایی مانند اعتماد به نفس و قاطعیت نه گفتن در نوجوانان و جوانان در مدارس (۷۸٪) و آموزش به والدین در خصوص شیوه های برخورد و رفتار با فرزندان از طریق رسانه (۷۰/۵٪) مهمترین رویکردهای آموزشی پیشگیری اولیه از اعتیاد می‌باشد. در تأیید نتایج فوق باید گفت، آموزش از جنبه‌های مختلف، یک فرد را برای رویارویی و مواجهه هر چه بیشتر با پیشامدهای مترقبه و غیرمترقبه زندگی آماده می نماید و بدین وسیله با تقویت شخصیت افراد، آنان را در انتخاب مناسب‌ترین مسیر زندگی رهنمون می کند. مطالعه نتایج گزارش های مختلف و شرح زندگی این بیماران بیان کننده این واقعیت است که علت اعتیاد بیشتر افراد، ناتوانی آن‌ها در رویارویی با سختی‌ها و مشکلات زندگی می‌باشد. نا آشنایی با مکانیسم‌های دفاعی مناسب، احساس کنترل فردی ضعیف و عدم مهارت‌های ارتباطی اجتماعی، موجب شکنندگی و در نتیجه پناه بردن به افراد غیر مطمئن و نامناسب و به دنبال آن خطر افتادن در دام اعتیاد می شود، بنابراین آموزش برخی از مهارت ها، قدرت دفاعی افراد را در برابر مشکلات افزایش می‌دهد و مانع از گرایش آن‌ها به مصرف مواد و اعتیاد می‌شود [۱۵]. از سوی دیگر با توجه به این که خانواده یک عنصر بسیار تأثیرگذار در شکل گیری شخصیت کودکان و نوجوانان است والدین باید دقت نظر بیشتری در روابط خود با فرزندانشان داشته باشند و همواره اصل پذیرش احترام و توجه به قید و شرط‌ها را در رابطه با فرزندان رعایت کنند [۵].

در حیطه رویکردهای اجتماعی و اقتصادی پیشگیری اولیه از اعتیاد، بر اساس نتایج پژوهش حاضر، عدم زندگی در مکان های آلوده و دسترسی به مواد (۸۸٪) و ایجاد فضاها و مکان‌های ورزشی در سطح شهر (۷۹٪) در حیطه اجتماعی و ایجاد فرصت های شغلی مناسب جهت جوانان در جامعه (۷۳٪) به عنوان مهمترین رویکردهای پیشگیری اولیه از اعتیاد در این زمینه‌ها از سوی شرکت کنندگان در پژوهش حاضر گزارش شده بود. بر اساس نتایج مطالعات مختلف در خصوص تأثیر عوامل اجتماعی– اقتصادی بر اعتیاد، می توان گفت که اکثریت این بیماران از وضعیت اقتصادی– اجتماعی پایینی برخوردارند. همچنین بین پایگاه اقتصادی– اجتماعی آنان با میزان و شدت بیماریشان رابطه معنی‌داری وجود دارد. این فرضیه یک فرضیه عمومی و مورد قبول است، که طبقات اجتماعی– اقتصادی پایین، میزان بیشتری از رفتارهای غیر قانونی را نسبت به طبقات متوسط و بالا مرتکب می‌شوند [۱۶].

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1393.3.1.3.4]
[DOI: 10.30505/3.1.43]

Journal of Police Medicine
Spring 2014; Vol. 3, No. 1: 43-50

در زمینه رویکردهای پیشگیری از عود مجدد، بر خلاف رویکردهای پیشگیری اولیه از اعتیاد، رویکرد آموزشی بعنوان مهمترین رویکرد از نظر شرکت کنندگان در پژوهش بیان شده و پس از آن به ترتیب رویکردهای خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی قرار گرفته‌اند. شرق و همکاران در مطالعه‌ایی با هدف بررسی عوامل مؤثر بر عود اعتیاد از دیدگاه بیماران مراجعه کننده به مراکز درمان اعتیاد استان آذربایجان غربی بیان نمودند، برای روی آوردن مجدد به اعتیاد تنها وجود یک عامل کافی نیست، بلکه مجموعه‌ای از عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی، فرهنگی- اقتصادی با نسبت‌های متفاوت موثر است [۹]. در مطالعه میرزایی و همکاران نیز که با هدف بررسی عوامل مرتبط با عود اعتیاد از دیدگاه بیماران مراجعه کننده به مرکز درمانی اعتیاد رفسنجان انجام شد، نتایج حاکی از آن بود که مهمترین عوامل عود مجدد به ترتیب عوامل روانی (فردی) و عوامل محیطی (خانوادگی، اجتماعی و درمانی) بودند [۱۷]. نتایج فوق تا حدودی با نتایج به‌دست آمده در این پژوهش مطابقت دارد.

علاوه بر این، براساس نظرات واحدهای شرکت کننده در پژوهش، در حیطه رویکرد آموزشی پیشگیری از عود مجدد اعتیاد، به ترتیب آموزش‌های ارائه شده توسط مراکز درمانی و مشاوره‌ای به خانواده فرد درمان شده درخصوص نحوه برخورد با او (۸۳٪) و آموزش‌های ارائه شده توسط این مراکز درخصوص عوارض کوتاه مدت و دراز مدت و آسیب های اجتماعی اعتیاد (۷۰٪) به عنوان مهمترین رویکردهای آموزشی پیشگیری از عود مجدد اعتیاد مشخص شدند. بیگی و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت های زندگی می تواند باعث ارتقاء سطح کیفیت زندگی معتادین تحت درمان شده و تکنیک های مؤثری را برای مقابله با استرس و هیجان‌های منفی ارائه دهد [۶].

ضمناً در حیطه رویکرد خانوادگی، ارتباط نداشتن با دوستان معتاد و قدیمی (۷۹/۵٪)، عدم رفت و آمد به مکان‌های آلوده به مواد (۷۶٪) و پذیرش و حمایت فرد درمان شده توسط خانواده (۷۱/۵٪) به عنوان مهمترین رویکردهای خانوادگی پیشگیری از عود مجدد اعتیاد بیان شدند. در این راستا، نتایج مطالعه شرق و همکاران نشان داد در زمینه عوامل فردی رفع احساس تنهایی و انزوا، در زمینه عوامل خانوادگی روابط نامناسب والدین با فرزندان و عدم تفاهم با همسر، در زمینه عوامل اجتماعی وجود دوستان معتاد، در زمینه عوامل اقتصادی بیکاری و در زمینه عوامل فرهنگی نداشتن تفریحات و سرگرمی سالم در اوقات فراغت به ترتیب دارای بیشترین اهمیت بوده است [۹]. همچنین ناستی زایی و همکاران بر اساس نتایج مطالعه خود بیان نمودند، شیوه کنترل نامناسب خانواده (سخت گیری یا سهل گیری نسبت به اعمال و رفتار فرزند درحال ترک)، اعمال تبعیض خصوصاً مقایسه فرزندان، وجود مشاجره‌های خانوادگی، کم توجهی خانواده به مسائل دینی و عدم پذیرش فرد تحت درمان در جمع خانواده، در عود بیماری نقش دارد [۶]. لازم به ذکر است که شرکت کنندگان در پژوهش حاضر، ایجاد مراکز کاریابی و ایجاد شغل ویژه افراد درمان شده در جامعه (۸۲/۵٪) و افزایش نگرش مثبت جامعه نسبت آن‌ها از طریق رسانه‌ها (۷۶٪) را به عنوان مهمترین رویکردها در حیطه اجتماعی- اقتصادی پیشگیری از عود مجدد اعتیاد بیان نمودند. در مطالعات مختلف بیکاری و عدم پذیرش افراد از سوی جامعه از جمله علل بازگشت به مصرف مواد مخدر شناخته شده است [۱۷].

این مطالعه دارای محدودیت‌ها و نقاط ضعفی می‌باشد. نخست، این مطالعه تنها به بررسی دیدگاه بیماران در ارتباط با رویکردهای پیشگیری اولیه و ثانویه از مصرف مواد مخدر پرداخته که توصیه می‌گردد مطالعات آتی به بررسی دیدگاه خانواده‌های این افراد در این خصوص و مقایسه نظرات آن‌ها با دیدگاه خود فرد انجام گیرد. دیگر نقطه ضعف این مطالعه، عدم بررسی تعداد دفعات درمان، نوع و مقدار مواد مصرفی توسط نمونه‌های تحت پژوهش بود که پیشنهاد می‌گردد مطالعات بیشتری در زمینه ارتباط سنجی میان این عوامل با حیطه‌های مختلف رویکردهای پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر انجام گیرد.

در نهایت، در این پژوهش مشخص گردید که از دیدگاه مبتلایان در حیطه رویکردهای پیشگیری اولیه از اعتیاد به ترتیب رویکردهای خانوادگی، آموزشی، اجتماعی و اقتصادی و در حیطه رویکردهای پیشگیری از عود مجدد اعتیاد، رویکردهای آموزشی، خانوادگی و اجتماعی- اقتصادی حائز اهمیت است. در این راستا در تمامی برنامه‌های پیشگیری اولیه و پیشگیری از عود مجدد اعتیاد، علاوه بر توجه به رویکردهای فردی بایستی رویکردهای خانوادگی، آموزشی، اجتماعی و اقتصادی نیز به ترتیب اهمیت در گروه هدف مورد تأکید قرار گرفته تا حداکثر اثربخشی محقق گردد.

تشکر و قدردانی

در پایان لازم است مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز و مسئولین محترم مراکز درمان و سوء مصرف و کاهش آسیب مواد مخدر شهر اهواز که بعنوان محیط نمونه‌گیری انتخاب شده بودند و همچنین بیماران محترمی که اطلاعات ذیقیمتی را در اختیار پژوهشگران قرار داده‌اند، به استحضار ایشان برسانیم.

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1393.3.1.3.4]
[DOI: 10.30505/3.1.43]

مجله طب انتظامی
بهار ۱۳۹۳ – دوره۳ – شماره ۱– صفحات ۴۳-۵۰

منابع

1. O'Brien C. Addiction and dependence in DSM-V. Addiction 2011; 106: 866–7.
2. World Health Organization. Management of substance abuse. Available at: http://www.who.int/substance_abuse/en/. Accessed 25 December 2013.
3. Mancheri H, Heidari M, Ghodusi Borujeni M. Correlation of Psychosocial problems with perception of social support families with addicted member admitted. IJPN 2013; 1: 1-9. (Persian)
4. Tawakoli Ghuchani H , Shojaei Zadeh D , Mazloum SR. Comparative Study of Factors Associated with Addiction Withdrawal in Clients Referring to Drug-Stop Clinics of Northern khorasan(Iran) in 2007. J Ilam Univ Med Sci 2009; 17: 32-43. (Persian)
5. Nastizayi N, Hezareh Moghadam M, Mollazehi A. The study of factors for recurred addiction from the view of self-introduced addicts to the addiction abandonment centers of Zahedan. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2010; 8: 169-74. (Persian)
6. Beygi A, Shirazi M, Pasandide M. The effectiveness of life skills training on enhancement of quality of life and coping styles in methadone maintenance therapy members. Quarterly Journal of Research on Addiction, 2013; 7: 95-109. (Persian)
7. Farnam A. The effectiveness of matrix model in relapse prevention and coping skills enhancement in participants with substance dependency. Quarterly Journal of Research on Addiction, 2013; 7: 25-38. (Persian)
8. Younesi SJ, Mohammadi MR. Application of information dissemination approach to addiction preventive programs among adolescents. Daneshvar Raftar J 2006; 13: 1-10. (Persian)
9. Shargh A, Shakibi A, Neisari R, Aliloo L. Survey of factors related to the relapse of addiction from view of addict patients attending to drug abuse treatment clinics in west Azerbaijan. Urmia Med J 2011; 22: 129-36. (Persian)
10. National Institute on Drug Abuse. The Science of Drug Abuse & Addiction. Drug Prevention Specialists Meet Community Leaders in NIDA-Sponsored Virtual Town Hall Event. Available at: http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/lessons-prevention-research. Accessed 27 December 2013.
11. Bagheri M, Nabavi AH, Moltafet H, Naghipour F. The study of effective factors on addiction phenomenon in the city of Ahwaz. J Sys Appl Sociol 2010; 21:119-36.
12. Nobakht KH, Abdi M, Mirmahdi SR. An investigation on individual, social, institutional, and family factors influencing addiction in point of students' view. 2nd addiction and psychosocial trauma congress 2012; 82. (Persian)
13. Hanifi F, Maghsoodi M, Aghaee AH. An investigation on family health relationship with children tendency to addiction based on performed researches. 2nd addiction and psychosocial trauma congress 2012; 64. (Persian)
14. Farahati M. Relationship between parents and addicted and non-addicted 15-18 years old teenagers in Tehran. 2nd addiction and psychosocial trauma congress2012; 29. (Persian)
15. Esmatpanah O, Khakshor H. The effectiveness of life skills training on tendency toward opium in clients who referred to rehabilitation and treatment centers of addiction. J Res Addict 2009; 3: 41-52. (Persian)
16. Solinas M, Thiriet N, Chauvet C, Jaber M. Prevention and treatment of drug addiction by environmental enrichment. Prog Neurobiol 2010; 92: 572-92.
17. Oskouie F, Mirzaei Khalil Abadi S, Mirzaei T, Ravary A, Hanifi N, Miri S. Addicts' Perspectives about Factors Associated with Substance Abuse Relapse. Iran Journal of Nursing (IJN) 2010; 23: 49 -58. (Persian)

[Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.22286241.1393.3.1.3.4]
[DOI: 10.30505/3.1.43]