مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره ۱۸،شماره ۳، ویژه نامه همایش رفتارهای پرخطر
صفحه: ۱۹۸-۱۹۱

Journal of Shaheed Sadoughi University of Medical Sciences
High Risk Behavior Conference,Vol.18,No. 3, Suppl.1, 2010
Pages: 191-198

اثر برنامه‌ی آموزشی جامعه محور پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر بر کاهش رفتارهای پر خطر

بهروز یزدانپناه[۱]، میترا صفری*[۲]، ، مهران یوسفی[۳]، پروین عنقا[۴]، محمد حبیبیان[۵]، کرامت اله زندی[۶]، همداد آرانپور[۷]

۱- دکترای علوم آزمایشگاهی، عضو هئیت علمی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج
۲- کارشناس ارشد مامایی، عضو هئیت علمی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج
۳- کارشناس ارشد علوم اقتصاد، دفتر برنامه ریزی و بودجه استانداری کهگیلویه وبویر احمد
۴- کارشناس مامایی، آموزش بهداشت، شبکه بهداشت ودرمان شهرستان بویر احمد
۵- کارشناس گروه روانشناسی، معاونت فرهنگی وپیشگیری سازمان بهزیستی کهگیلویه وبویر احمد
۶- کارشناس ارشد گروه مدیریت خدمات بهداشتی، عضو هئیت علمی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج
۷- کارشناس ارشد گروه روانشناسی، حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج

چکیده

مقدمه: چیره شدن بر مشکلات اجتماعی نیازمند رویکردهای مشارکتی است. پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر برنامه آموزشی پیشگیری جامعه محور از سوء مصرف مواد مخدر بر کاهش رفتارهای پر خطر انجام شد.

روش بررسی: مطالعه حاضر مداخله‌ای- اجتماعی و مبتنی بر جامعه است. با استفاده از مدل "رویکرد برنامه‌ریزی شده به سلامت جامعه"، گروه همیار سلامت روستای وزگ شهرستان بویر احمد با شرکت نمایندگان مردم، سازمان‌های متولی سلامت و پژوهشگران تشکیل شد. با انجام نیازسنجی و اولویت بندی مشکلات سلامت، سوء مصرف مواد مخدر، مشکل اولویت دار روستا شناخته شد. با روش نمونه‌گیری تمام شماری اعضای بالای ۱۰ سال خانوارها مورد پرسشگری قرار گرفتند. با برگزاری کارگاه‌های آموزشی در مسجد روستا و تهیه و توزیع جزوات و پمفلت‌ها و آموزش‌های چهره به چهره توسط اعضای همیار سلامت، مفاد برنامه، آموزش داده شد و پیگیری لازم به مدت ۶ ماه به عمل آمد. بعد از این مدت مجدداً پرسشگری انجام شد. داده‌ها توسط نرم افزار SPSS و آمار توصیفی و آزمون‌های آماری مجذور کای و تی تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: میانگین نمره عوامل و رفتارهای پرخطر مرتبط با سوء مصرف مواد مخدر قبل از اجرای برنامه آموزشی۲/۰۵±۲۶/۸ و بعد از اجرای برنامه آموزشی۲/۳±۲۵/۲ بود(P=۰/۰۰۸). میانگین نمره وضعیت سلامت روانی قبل از برنامه آموزشی ۵/۸±۲۶/۲ و بعد از برنامه آموزشی به ۵/ ۷±۲۶/۴ افزایش یافت(p=۰/۴). فراوانی بسیاری از رفتارهای منفی مرتبط با سوء مصرف مواد بعد از اجرای برنامه آموزشی کاهش و رفتارهای مثبت افزایش داشت.

نتیجه‌گیری: برنامه های آموزشی جامعه محور با ایجاد بستر مناسب برای جلب مشارکت مردم می‌تواند الگویی جهت پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر و کاهش رفتارهای پر خطر مرتبط و در نتیجه کاهش هزینه‌ها و عوارض ناشی از این معضل گردد.

واژه‌های کلیدی: پیشگیری- آموزش جامعه محور- سوء مصرف مواد مخدر- رفتارهای پر خطر

* (نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۹۱۷۳۴۱۱۲۷۷، پست الکترونیک: mitrasafari39@gmail.com

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

مقدمه

در چند دهه‌ی اخیر روش‌های تحقیق سنتی متداول برای حل مشکلات اجتماعی مردم به دلیل مشارکت محدود جامعه، دچار چالش شده‌اند. طراحان دیدگاه نوین، در جستجوی مشارکت جامعه به عنوان شریکی فعال در تمام فرآیند پژوهش هستند و سودمندی‌هایی را برای اتخاذ این راهبرد بر می‌شمارند، در پژوهش‌های مشارکتی مبتنی بر جامعه نقش محققین غیردانشگاهی در روند تولید دانش، ایجاد تغییر و کنترل فرآیند پژوهش حائز اهمیت است. تولید دانش، ایجاد تغییر و کنترل فرآیند پژوهش حائز اهمیت است. افزون بر این؛ مشارکت ذینفعان، توانمندسازی، ظرفیت سازی و تقویت اعضاء جامعه برای مقابله با تهدیدهای سلامت را موجب می‌گردد. از این رو امروزه علاقه فزآینده‌ای برای بکارگیری پژوهش‌های مشارکتی مبتنی بر جامعه در سطح جوامع دانشگاهی وجود دارد(۱).

از سال ۱۳۷۵ رویکرد پیشگیری از دل سایر مداخلات متولد گردید، این رویکرد به دلیل بسترهای اجتماعی آن دهه رویکردی اقتداری، جامع نگرو متخصص گرا داشت و رویکرد غالب محسوب می‌گردید. طی ۵ سال غلبه‌ی این رویکرد، نتایج تجربی مختلفی از کارآمدی و ناکارآمدی آن کسب گردید. این روش توانست اذهان مسئولین و کارشناسان را به سمت مقابله با مصرف مواد مخدر سوق دهد، اما ذات رویکرد طوری طراحی می‌گردید که با جوامع و اجتماعات را در فعالیت‌ها در نظر نمی‌گرفت و یا با آنان انفعالی برخورد می‌کرد و سطوح مشارکت اجتماعی در کاهش تقاضای مواد مخدر را به سوی لایه‌های عمیق اجتماعی دنبال نمی‌کرد. همین موضوع سبب شکل‌گیری نگاهی دیگر گردید تحت عنوان مداخلات پیشگیری اجتماع محور یا مبتنی بر جامعه که نگاهی مشارکتی و مردم آمیزتر داشت و می‌رود که به عنوان یک رویکرد غالب نقش رویکرد جامعه نگر را به عهده بگیرد(۲).

همانگونه که در حیطه تعریف سلامتی به ابعاد روانی و اجتماعی توجه شده است در بحث پیشگیری پدیده‌های ناهنجار اجتماعی که اهم آن سوء مصرف مواد و اعتیاد است، ابعاد گسترده‌ایی را به خود اختصاص می‌دهد. این موضوع با تغییراتی که در قرن بیست و یکم در سیر همه گیرشناسی بیماری‌ها ایجاد شده است از اهمیت بیشتری برخوردار است. همراهی بیماری‌های روانی با پدیده سوء مصرف مواد در بحث همه‌گیرشناسی نوین باب تازه‌ای را خواهد گشود(۳).

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثر برنامه آموزشی جامعه محور پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر بر کاهش رفتارهای پرخطر در روستای وزگ با توجه به ویژگی جامعه محور بودن آن و ایجاد بستر مناسب برای جلب مشارکت مردم در جهت ارائه راهکار و برنامه‌های مداخله‌ای مراقبت‌های بهداشتی می‌تواند الگویی جهت پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر و کاهش رفتارهای پر خطر مرتبط با آن در منطقه و در نتیجه کاهش هزینه‌ها و عوارض ناشی از این معضل گردد.

روش بررسی

مطالعه‌ی حاضر مطالعه‌ای مداخله‌ای- اجتماعی، مشارکتی مبتنی بر جامعه است. جامعه پژوهش متشکل از کلیه افراد بالای ۱۰ سال در خانوارهای ساکن روستای وزگ از توابع بخش مرکزی شهرستان بویر احمد بودند. جهت شناسایی عوامل و رفتارهای پرخطر سوء مصرف مواد در خانوارهای ساکن روستا از روش نمونه‌گیری سرشماری استفاده شد و تلاش گردید تمام خانوارها در نمونه‌گیری پوشش داده شده تا عوامل شناسایی شوند و در تدوین برنامه پیشگیری و مداخله‌ای در منطقه مورد استفاده قرار گیرند.

جهت نیازسنجی و استخراج مشکلات منطقه و اولویت‌بندی آنها از روش‌های مختلف جمع‌آوری اطلاعات، از جمله مصاحبه جمعی با مردم، استفاده از فرم‌های نظرخواهی از مردم، مصاحبه و مشورت با افراد کلیدی و کارشناسان در منطقه، بحث متمرکز گروهی، مراجعه به آمار و اطلاعات سیستم بهداشتی در هر منطقه و تحقیقات و مطالعات انجام شده‌ی مرتبط با سلامت در منطقه استفاده شد.

جهت جمع‌آوری اطلاعات در رابطه با عوامل و رفتارهای پرخطر از روش مصاحبه برای تکمیل پرسشنامه استفاده شد. برای

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

اجرای این پژوهش در روستا از مدل "رویکرد برنامه‌ریزی شده به سلامت جامعه" استفاده شد. ابتدا از مردم روستا دعوت و با تشکیل جلسه توجیهی طرح در مسجد روستا، اساس و اهداف این رویکرد را تشریح و بعد از کسب رضایت و موافقت و اعلام همکاری اهالی مبنی بر مشارکت در اجرای پروژه، جهت تعیین نمایندگان مردم و تشکیل تیم ارتقای سلامت با عنوان گروه همیار سلامت در روستا، همفکری به عمل آمد و در نهایت نمایندگان مذکور انتخاب شدند. با بسیج جامعه و جمع‌آوری اطلاعات عرصه سلامت جهت تعیین اولویت بهداشتی و طراحی یک راه کار مداخله‌ای تحقیقاتی جامعه محور، گروه همیار سلامت روستا با شرکت نمایندگان مردم، سازمان‌های متولی سلامت و پژوهشگران تشکیل شد. گروه همیار سلامت روستا در کارگاه‌های آموزشی و توجیهی پروژه تحقیقاتی همیاران سلامت در روستا و در مرکز شهرستان و نیز در مرکز استان با شرکت در این کارگاه‌ها جهت تعیین نیازهای عرصه سلامت و چگونگی اولویت‌بندی نمودن آنها و نیز چگونگی استخراج اولویت‌های پژوهشی از بین مشکلات پژوهشی و نحوه تهیه کاربرگ تحقیقاتی و اجرای پژوهش‌های تحقیقاتی عرصه سلامت، توانایی‌های لازم را کسب نمودند.

لازم بود اطلاعات و ویژگی‌های جمعیتی مشکل یعنی رفتارهای پر خطر زمینه ساز سوء مصرف مواد مخدر در روستا بطور دقیق در بین گروه هدف تعیین شود. گروه همیار سلامت توانمندی لازم را جهت تهیه پرسشنامه و ت عیین روایی و پایایی آن کسب نمودند و سپس در این روستا ۲ تیم پرسشگری متشکل از ۲ نفر پرسشگر (مرد و زن) و یک نفر ناظر از اهالی روستا انتخاب شدند و مورد آموزش جهت انجام پرسشگری قرار گرفتند. این پرسشگران با مراجعه به منازل خانوارهای روستا، افراد ۱۰ سال به بالا را در مدت ۱۰ روز مورد مصاحبه جهت شناسایی رفتارهای پر خطر سوء مصرف مواد مخدر قرار دادند.

با شناسایی رفتارهای پرخطر مضامین آموزشی با مشاوره با متخصصین روانشناسی و کارشناسان سازمان بهزیستی و اعضاء هیات علمی و کارشناسان بهداشتی دانشگاه تهیه و با برگزاری کارگاه‌های آموزشی با مشارکت اهالی در محل مسجد روستا، که همزمان مشروح بحث‌ها و گفتگوها از طریق سیستم صوتی مسجد روستا به اطلاع عموم رسانده می‌شد، و با تهیه و توزیع جزوات و پمفلت‌ها و آموزش‌های چهره به چهره توسط اعضای همیار سلامت روستا، مفاد برنامه آموزش داده می‌شد و پیگیری لازم در مدت زمان اجرای برنامه‌ی مداخله‌ای (به مدت ۶ ماه) توسط گروه همیار سلامت روستا به عمل می‌آمد. در مدت زمان برگزاری جلسات آموزشی با استفاده از متد بحث متمرکز گروهی از نظرات اقشار مختلف مردم در آموزش ها بهره گیری شد.

بعد از مدت ۶ ماه مجدداً تیم های پرسشگری جهت تکمیل پرسشنامه به منازل اهالی مراجعه و مرحلی پرسشگری بعد از مداخله به مدت دو هفته اجرا شد.

داده های جمع‌آوری شده توسط پرسشنامه‌ها توسط اعضای آموزش دیده همیار سلامت روستا وارد نرم افزار آماریSPSS ver13 شد و با مشاوره با کارشناسان آمار و استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی، همچون جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی، میانگین ، انحراف معیار و آزمون های آمار استنباطی شامل آزمون‌های آماری مجذور کای، تی و تجزیه و تحلیل شد.

نتایج

از مجموع ۵۱۰ نفر اعضای نمونه، ۲۵۶ نفر (۵۱ درصد) افراد مورد مطالعه مرد و ۲۵۴ نفر (۴۸/۹ درصد) آنه را زنان تشکیل می‌دادند. حداقل سن ۱۰ سال و حداکثر ۹۲ سال و میانگین سنی ۱۷/۳±۳۳/۳ بود. بیشترین فراوانی افراد مورد مطالعه در گروه سنی ۲۹-۲۰ سال (۳۱/۳ درصد) و بعد از آن فراوانی گروه ۱۹-۱۰ سال قرار داشت که نشان دهنده جوان بودن جمعیت بود. کمترین فراوانی مربوط

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

به گروه سنی ۴۹-۴۰ سال (۱۰ درصد) بود. فراوانی گروههای سنی در هر دو جنس نیز به همین ترتیب بود. ۵۰/۵ درصد مجرد و ۴۶/۷ درصد متأهل بودند. ۱۹/۶ درصد افراد بی‌سواد بودند و فقط ۹ نفر (۱/۸درصد) افراد دارای تحصیلات دانشگاهی و آموزش عالی بودند. از نظر مشاغل بیشترین فراوانی مربوط به زنان خانه دار و سپس دانش آموزان(۲۲ درصد) و شغل آزاد با ۱۶ درصد و بیکاری ۸/۸ درصد بود.۷۵ نفر (۱۵ درصد) افراد مورد مطالعه از سلامت روانی خیلی خوب، ۳۲۳ نفر(۶۴/۵ درصد) از وضعیت روانی خوب و ۱۰۳نفر (۲۰/۶ درصد) از وضعیت روانی نسبتاً بد برخوردار بودند. برای محاسبه وضعیت سلامت به هر کدام از گزینه‌های مقابل هر شاخص یک امتیاز داده شد. به شاخص‌هایی که مثبت بودند گزینه هیچ وقت یک امتیاز، اوقات کمی ۲، بعضی اوقات ۳، بیشتر اوقات ۴ و تمام اوقات ۵ امتیاز داده شد. در مورد شاخص‌های منفی از قبیل عصبی بودن، احساس افسردگی، احساس خستگی و تاثیر سلامت جسمی بر مشکلات عاطفی و فعالیتهای اجتماعی، امتیازها عکس در نظر گرفته شد؛یعنی امتیاز ۵ به گزینه هیچ وقت و امتیاز یک به گزینه تمام اوقات اختصاص داده شد. سپس امتیازهای ۸ شاخص جمع شد و حداکثر امتیاز ۴۰ و حداقل امتیاز ۸ بدست آمد. وضعیت سلامت برای افرادی که امتیاز بین ۳۰ تا ۴۰ گرفته بودند "خیلی خوب"، افرادی که امتیاز۱۹-۲۹گرفته بودند "خوب" و افراد با امتیاز۸ تا ۱۹ "نسبتا بد" تلقی شد (جدول ۱) .

برای همه موارد عادات و عوامل مستعد کننده در جدول(۲)، به گزینه بلی امتیاز ۲ و به گزینه خیر امتیاز یک تعلق گرفت، به جز سه مورد وفاداربودن به قول انجام کار، همیشه حقیقت را گفتن و خوب و پسندیده بودن تمام عادات که به گزینه بلی امتیاز یک و به گزینه خیرامتیاز ۲ تعلق گرفت. با جمع امتیازات حداقل امتیاز ۱۵ و حداکثر ۳۰ بدست آمد. کسب امتیاز ۲۲-۱۵ به عنوان میزان عوامل مستعد کننده‌ی کم و ۳۰-۲۳ به عنوان میزان عوامل مستعد کننده‌ی زیاد در نظر گرفته شد. به این ترتیب ۳۳/۷ درصد افراد دارای عوامل مستعد کننده‌ی زیاد و ۶۶/۳ درصد دارای عوامل مستعد کننده‌ی کم بودند.

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی افراد مورد مطالعه برحسب شاخصهای سلامت روانی در چهار هفته قبل از اجرای برنامه آموزش

	تمام اوقات		بیشتر اوقات		بعضی اوقات		اوقات کمی		هیچ وقت		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
احساس سرشار از انرژی	۱۰۳	۲۰/۶	۱۴۴	۲۸/۸	۱۶۳	۳۲/۵	۵۹	۱۱/۸	۳۲	۶/۴	۵۰۱	۱۰۰
عصبی بودن	۲۳	۴/۶	۸۴	۱۶/۸	۱۶۰	۳۱/۹	۱۴۴	۲۸/۷	۹۰	۱۸	۵۰۱	۱۰۰
احساس افسردگی	۲۴	۴/۸	۶۴	۱۲/۸	۱۲۲	۲۴/۴	۸۹	۱۷/۸	۲۰۲	۴۰/۳	۵۰۱	۱۰۰
احساس آرامش	۵۹	۱۱/۸	۲۶۸	۳۳/۵	۱۶۶	۳۳/۱	۸۶	۱۷/۳	۲۲	۴/۴	۵۰۱	۱۰۰
بنیه زیاد داشتن	۱۲۴	۲۴/۸	۱۴۷	۲۹/۴	۱۴۲	۲۸/۳	۶۲	۱۲/۴	۲۶	۵/۲	۵۰۱	۱۰۰
احساس خستگی	۳۹	۸	۱۳۵	۲۷	۱۷۴	۳۴/۷	۹۲	۱۸/۴	۶۱	۱۲/۲	۵۰۱	۱۰۰
احساس خوشحالی	۹۳	۱۸/۶	۱۶۷	۳۳/۴	۱۶۳	۳۲/۵	۶۷	۱۳/۴	۱۱	۲/۲	۵۰۱	۱۰۰
تاثیر سلامت جسمی یا مشکلات عاطفی بر فعالیتهای اجتماعی	۷۶	۱۵/۲	۱۰۶	۱۱/۲	۱۴۵	۲۸/۹	۷۷	۱۵/۴	۹۷	۱۹/۴	۵۰۱	۱۰۰

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

جدول۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی افراد مورد مطالعه برحسب برخی عادات و رفتارهای مستعد کننده سوء مصرف مواد مخدر

عادات ورفتار مستعد کننده	بلی		خیر		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
ترک تحصیل کردن	۳۱۲	۶۲/۳	۱۸۹	۳۷/۷	۵۰۱	۱۰۰
سیگار کشیدن در طول زندگی	۸۷	۱۷/۴	۴۱۴	۸۲/۶	۵۰۱	۱۰۰
سیگار کشیدن طی ۶ ماه گذشته	۷۸	۱۵/۶	۴۲۳	۸۴/۴	۵۰۱	۱۰۰
نوشیدن نوشابه الکلی در طول زندگی	۵۱	۱۰/۲	۴۵۰	۸۹/۸	۵۰۱	۱۰۰
مصرف داروهای محرک بدون تجویز پزشک و مسئوالین بهداشتی	۴۱	۸/۲	۴۶۰	۹۱/۸	۵۰۱	۱۰۰
استفاده از داروهای خواب آور طی ۶ ماه گذشته	۲۷	۵/۴	۴۷۴	۹۴/۶	۵۰۱	۱۰۰
استفاده از داروهای آرام بخش طی ۶ ماه گذشته	۳۸	۷/۶	۴۶۳	۹۲/۴	۵۰۱	۱۰۰
استفاده از متادون در طول زندگی	۵	۱	۴۹۶	۹۹	۵۰۱	۱۰۰
وفادار بودن به قول انجام کاری	۴۱۳	۸۲/۴	۸۸	۱۷/۶	۵۰۱	۱۰۰
عصبانی شدن یک مرتبه و در یک آن	۳۷۲	۷۴/۳	۱۲۹	۲۵/۷	۵۰۱	۱۰۰
گفتن شایعات بی اساس بصورت گاهگاهی	۷۳	۱۴/۶	۴۲۸	۸۵/۴	۵۰۱	۱۰۰
تاخیر در رفتن به مدرسه یا قرار ملاقات	۱۸۳	۳۶/۵	۳۱۸	۶۳/۵	۵۰۱	۱۰۰
گاهی صحبت کردن راجع به چیزهایی که از آنها چیزی نمی دانید	۱۸۳	۳۶/۵	۳۱۷	۶۳/۵	۵۰۱	۱۰۰
همیشه حقیقت را گفتن	۳۵۸	۷۱/۵	۱۴۳	۲۸/۵	۵۰۱	۱۰۰
خوب و پسندیده بودن تمام عادات	۲۸۱	۵۶/۱	۲۲۰	۴۳/۵	۵۰۱	۱۰۰

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار عوامل و رفتارهای پر خطر مرتبط با سوء مصرف مواد مخدر قبل و بعد از اجرای برنامه آموزشی

شاخص	میانگین و انحراف معیار قبل از برنامه آموزشی	میانگین و انحراف معیاربعد از برنامه آموزشی	آزمون آماری
سلامت روانی	۲۶/۲ ±۵/۸	۲۶/۴ ±۵/۷	t= −۸/۱۷ df=۴۳۸ P=۰/۴
عادات و رفتارهای مستعد کننده سوء مصرف مواد مخدر	۲۶/۸±۲/۰۵	۲۶/۲ ±۲/۳	t= −۲/۶۸ df=۴۳۲ P=۰/۰۰۸

جدول ٤: مقایسه برخی عوامل و رفتارهای پرخطر مرتبط با سوء مصرف مواد مخدر قبل و بعد از اجرای برنامه آموزشی

شاخص	قبل از اجرای برنامه آموزشی		بعد از اجرای برنامه آموزشی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
دعوای والدین با یکدیگر	۱۴	۲/۸	۱۰	۲/۳
دعوای والدین با فرزندان	۳۲	۶/۴	۳۱	۷
در میان گذاشتن مشکل توسط پسر	۲۳۱	۴۶/۴	۲۱۸	۵۰/۳
مراجعه والدین به مدرسه جهت اطلاع از وضعیت تحصیلی فرزندان	۱۳۴	۲۶/۹	۱۲۵	۲۸/۴
تمایل به اعمال زشت	۵	۱	۴	۰/۹
کمبود اعتماد به نفس	۱۶	۳/۲	۷	۱/۱
داشتن زمینه خانوادگی اعتیاد	۸	۱/۶	۱	۰/۲
مصرف مواد مخدر توسط اعضاء خانواده	۷	۱/۴	۴	۰/۷
رها کردن فرزندان به حال خود	۱۱	۲/۲	۱۰	۱/۲
تشنج و درگیری در خانواده	۲	/۴	۱	۰/۲

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

جدول ۵: توزیع فراوانی مطلق و نسبی سوء مصرف مواد مخدر برحسب نوع مواد قبل و بعد از اجرای برنامه آموزشی

	قبل از اجرا		بعد از اجرا	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
تریاک	۲	۰/۴	۲	۰/۵
هروئین	۸	۱/۶	۱۴	۳/۲
حشیش	۱	۰/۲	–	–
غیره	۱	۰/۲	۱	۰/۲
هیچکدام	۴۸۹	۹۷/۶	۴۲۵	۹۶/۲
جمع	۵۰۱	۱۰۰	۴۴۲	۱۰۰

بحث

با توجه به یافته‌های پژوهش در می‌یابیم که علی‌رغم اینکه همه افراد مورد مطالعه سن بالای ۱۰ سال داشتند باز هم میزان بیسوادی درصد بالایی را به خود اختصاص داده است و فراوانی تحصیلات دانشگاهی و آموزش عالی نیز پایین بود. با توجه به نزدیکی این روستا به مرکز استان و شهر یاسوج و امکان دسترسی افراد به مراکز آموزش عالی این رقم بسیار ناچیز به نظر می‌رسد. شاید یکی از دلایل آن ناشی از مهاجرت افراد تحصیل کرده از روستا باشد یافته‌های پژوهش در مورد وضعیت شغلی افراد مورد مطالعه نشان داد با توجه به اینکه نیمی از افراد مورد مطالعه را زنان تشکیل دادند، بیشترین فراوانی مربوط به خانه‌داری است و بعد از آن ۲۲ درصد افراد مورد مطالعه دانش‌آموز بودند و از مشاغل در آمدزا بیشترین فراوانی مربوط به شغل آزاد بود. نکته قابل توجه این است که ۸/۸ درصد افراد مورد مطالعه بیکار بودند، که بعد از شغل آزاد بیشترین فراوانی را داشت و رقم نسبتاً بالایی است. با توجه به اینکه افراد خانه‌دار و دانش‌آموزان نیز شغل درآمدزایی ندارند، بنابراین بیش از نیمی از افراد مورد مطالعه فاقد شغل درآمدزا بودند.

در این مطالعه اکثریت افراد از سلامت روانی خوب برخوردار بودند و حدود یک پنجم افراد از وضعیت روانی نسبتاً بد که می‌تواند از عوامل مستعد کننده‌ی گرایش به سوء مصرف مواد مخدر باشد، برخوردار بودند.

در این باره در منابع نیز چنین اشاره شده است: اختلال سیستم‌های انتقال دهنده عصبی دوپامینی و نور آدرنرژیک، کم فعالیتی سیستم شبه افیونی درونی با مبنای ژنتیک از عوامل زیست شناختی است که در سبب شناسی ایجاد این اختلال مطرح است. میزان بالای توامان دیده شدن این اختلال با اختلالات روانپزشکی دیگر بر نقش احتمالی اختلالاتی مانند اضطراب، افسردگی و مشکلات شخصیتی در سبب شناسی وابستگی به مواد افیونی تاکید می‌کند(۴). یافته‌های پژوهش در رابطه با رفتارهای مستعد کننده نشان داد بیشترین فراوانی عصبانی شدن در یک آن بوده است. در تحقیق Yazdanpanah و همکاران، زود عصبانی شدن در افراد بالای ۱۵ سال روستایی استان، ۴۱/۶ درصد گزارش شده است(۵). این رقم نسبت به مطالعه حاضر رقم پایین‌تری است. که این اختلاف می تواند به علت گروه سنی مورد مطالعه باشد. بر اساس یافته‌های پژوهش تقریباً حدود یک سوم افراد مورد مطالعه‌ی روستای وزگ دارای رفتارهای مستعد کننده بودند و از نظر سوء مصرف مواد مخدر در خطر قرار داشتند که لزوم برنامه‌ریزی مناسب جهت کاهش این عوامل و رفتارهای پرخطر را نشان می‌دهد.

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار سلامت روانی و عادات و رفتارهای مستعد کننده‌ی سوء مصرف مواد مخدر را نشان می‌دهد. با توجه به توضیحاتی که قبلاً به آن اشاره شده سلامت روانی از ۸ گزینه و عادات و رفتارهای مستعد کننده از ۱۵ گزینه تشکیل شده بود که به هرکدام از آنها امتیاز تعلق گرفت و مجموع آنها امتیاز کلی هر کدام از این دو مورد را تعیین می‌کرد. مقایسه میانگین و انحراف معیار آنها نشان می‌دهد که میانگین سلامت روانی بعد از اجرا مختصری افزایش داشته است که از نظر آماری معنی‌دار نبوده است. در رابطه با عادات و رفتارهای مستعد کننده نیز یافته‌ها حاکی از آن است

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

که میانگین و انحراف معیار این عادات و رفتارها بعد از اجرا کاهش داشته است و از نظر آماری نیز این اختلاف معنی‌دار بود(P<۰/۰۵).

متأسفانه به دلیل وجود محدودیت‌هایی از قبیل عدم همکاری جدی و عملی سازمانها و نیروهای ذینفع، موضوع پروژه که به دلیل مسائل اجتماعی و امنیتی در مردم حساسیت‌های ویژه‌ای ایجاد می‌کرد، میزان کم مشارکت فعال مردم روستا در جلسات و کارگاه‌های آموزشی اجرایی به دلیل ترس از انگ اعتیاد، پروژه به شکل دلخواه پژوهشگران که ارتقای موثر سلامت روانی و کاهش چشمگیر عوامل مستعد کننده سوء مصرف مواد مخدر در این منطقه پیش نرفت. از طرف دیگر با توجه به اینکه به جز عوامل وراثتی، عوامل مختلفی در وضعیت روحی و روانی افراد نقش دارد و تغییر روحیه نیازمند تغییرات اساسی و درازمدت در عوامل محیطی و اجتماعی است بنابراین رسیدن به این اهداف، زمان بیشتر و امکانات وسیع‌تری را می‌طلبید که در این پروژه با توجه به محدودیت‌های ذکر شده امکان پذیر نبود.

مقایسه فراوانی عوامل و رفتارهای پرخطر مرتبط با سوء مصرف مواد مخدر در روستای وزگ قبل و بعد از اجرای برنامه آموزشی، نشان داد. بسیاری از رفتارهای منفی بعد از اجرای برنامه آموزشی کمتر شده و رفتارهای مثبت مانند مراجعه والدین به مدرسه جهت اطلاع از وضعیت تحصیلی فرزندان یا درمیان گذاشتن مشکل توسط پسر با پدر افزایش داشته است(جدول۵). گرچه این تغییرات چشمگیر نیستند اما تا حدودی نشان دهنده تاثیر برنامه آموزشی است. البته با توجه به محدودیتهای اشاره شده‌ی قبلی دست یابی به چنین نتایجی امیدوار کننده است.

با مقایسه فراوانی سوء مصرف مواد مخدر قبل و بعد از اجرای برنامه متوجه می‌شویم که میزان سوء مصرف مواد مخدر بعد از اجرای برنامه آموزشی بیشتر شده است. پژوهشگران معتقدند با توجه به مطرح شدن این پروژه و اهداف آن در بین مردم روستا و بخصوص اجرای جلسات آموزشی و به چالش کشیده شدن بحث اعتیاد توسط مجریان طرح و بحث گروهی در بین مردم و تأکید بر اینکه اعتیاد بیماری است نه جرم، باعث شد که حساسیت موضوع کمتر شود و پنهانکاری‌ها و انکار واقعیت توسط افراد مورد مطالعه کاهش یابد. با وجود این باز هم نمی‌توان این ارقام را ارقام واقعی سوء مصرف مواد مخدر در منطقه دانست. احتمالاً میزان مصرف مواد مخدر از این ارقام بالاتر است که بیشترین ماده مصرفی این افراد هروئین بوده است و تریاک، حشیش و غیره در رتبه های بعدی قرار داشتند.

در مطالعه Zadeh bagheri و همکاران، میزان مصرف مواد مخدر در نمونه‌های مورد بررسی ۶۵-۱۴ سال استان، ۱/۷ درصد گزارش گردیده است و بیشترین ماده مصرفی با میزان ۸۵/۹ درصد، تریاک بوده است(۶). میزان گزارش شده در مقایسه با مطالعه حاضر کمتر است و نوع بیشترین ماده مصرفی نیز متفاوت است. در این مطالعه هروئین بیشترین ماده مصرفی بود. هروئین که زیانهای آن از تریاک، شیره و مورفین بیشتر است خطرناکترین و قوی‌ترین ماده مخدر می‌باشد(۷). با توجه به اینکه هروئین ماده خطرناکتری نسبت به تریاک است باز بر حاد بودن این مشکل و اهمیت آن در منطقه مزبور می‌افزاید.

نکته‌ی حائز اهمیت در این مطالعه و مطالعات مشابه این است که با توجه به اینکه اعتیاد در کشور ما عمدتاً به عنوان یک جرم تلقی می‌شود و همچنین با توجه به شرع و عرف جامعه یک عمل غیراخلاقی و نادرست به حساب می‌آید، افراد به راحتی اعتیاد خود را برملا نمی‌سازند و معمولاً بسیاری از افراد مستقیماً سوء مصرف خود را گزارش نمی‌کنند، بنابراین با توجه به این موضوع، میزان مصرف در این منطقه بیشتر از میزان گزارش شده و مندرج در جدول است. پژوهشگران علاوه بر پرسش مستقیم در مورد مصرف مواد مخدر، تعدادی سئوال بطور غیرمستقیم جهت پی بردن به فراوانی این مشکل طراحی و در پرسشنامه گنجانده بودند که با توجه به پاسخ‌های داده شده به این سئوالات می‌توان نتیجه گرفت که میزان سوء مصرف مواد بیشتر از میزان گزارش شده به طور مستقیم است.

در اینجا لازم به ذکر است که پاسخ به سئوالات غیرمستقیمی که پرسشنامه جهت پی بردن به سوء مصرف مواد مخدر طراحی

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

شده بود، مانند نظر خواهی در مورد علل و انگیزه سوء مصرف مواد مخدر، عوامل موثر خانوادگی و اجتماعی، فراوانی سوء مصرف مواد مخدر بعد از اجرای برنامه آموزشی کمتر از میزان آن قبل از اجرای برنامه آموزشی بود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد بعد از اجرای برنامه آموزشی جامعه محور فراوانی بسیاری از رفتارهای پرخطر کاهش و فراوانی سوء مصرف مخدر در پاسخ به سوالات غیرمستقیم نیز کاهش و سلامت روانی افراد مورد مطالعه علیرغم معنی‌دار نبودن آن از نظر آماری مختصری افزایش داشته است و آزمون آماری اختلاف میانگین عوامل مستعد کننده سوء مصرف مواد که همان رفتارهای پرخطر بود را قبل و بعد از برنامه آموزشی معنی‌دار نشان می‌دهد. پس بر این اساس می‌توان گفت برنامه آموزشی جامعه محور پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر بر کاهش رفتارهای پرخطر در روستای وزگ موثر بوده است که این مسئله با توجه به محدودیت‌های ذکر شده در این پروژه می‌تواند نقطه امیدی برای پیشگیری و کنترل سوء مصرف مواد مخدر باشد.

سوء مصرف مواد به عنوان یکی از مشکلات بهداشتی،درمانی و اجتماعی قرن حاضر شناخته شده است و پدیده‌ای فراگیر، همگانی، جهانی و پیچیده است. با وجود قوانین و مقررات و اقدامات بازدارنده در جوامع مختلف نه تنها از شدت و حدت آن کاسته نشده بلکه هر روز دامنه این مشکل افزون‌تر می‌شود. بنابراین حل این مشکل نیاز به همکاری کلیه نهادها، سازمانهای متولی سلامت و اقشار مختلف مردم دارد.

سپاسگزاری

از شورای فناوری استان کهکیلویه و بویراحمد که حمایت مالی این طرح را به عهده داشت و دانشگاه علوم پزشکی یاسوج و اهالی محترم روستای وزگ به ویژه آقای جانعلی مجاهدین، خانم فریده اسدپور،خانم زینب عباسی،خانم فریبا رمضانیان، آقای احمد جبارنیا،آقای سلیمان حسنی،آقای ناصر علیزاده، آقای حشمت اله علیزاده، آقای صفدر غریبی، خانم فاطمه لطفی، آقای شمشیر حسین زاده، خانم راضیه براتی، خانم زینب منصوری، خانم لیلا آقایی که بدون همکاری صمیمانه و پرتلاش آنها اجرای این پروژه امکان پذیر نبود، سپاسگزاری می‌گردد.

منابع:

1- Bahreini F, Jamshidi A, Shahandeh Kh, Shoghli A, Forozan A, Mohamadrezaei N. ***Community based participatory research.*** Tehran: Minstry of Health and Medical Education; 2006. P 7-8. [Persian]

2- Sofivandi N. ***School community, A discussion on the future directions for drug abuse prevention in schools by school community participation.*** Kermanshah: Kermanshah Publication; 2003.P. 4-5. [Persian]

3- Bakhshipoor Roodsari A, Bolhari J. ***Guideline of prevention and treatment of drug abusing.*** Tehran: Salman Publication; 2005.P. 18-20.[Persian]

4- Ghoreshizadeh M, Torabi K. ***Survey of effective factors in drug dependency in clients who referred to Tabriz self introduced center.*** Quarterly Journal of Andisheh va Raftar. 2002;8(29):21-8.[Persian]

5- Yazdanpanah B, Marioryad H, Safari M, Ostovar R, Ghafarian Shirazi H. ***Research priority of health area of Kohgiloyeh and Boyerahmad Province.*** Shiraz: Navid_e Shiraz; 2004.P. 26; 26-7. [Persian]

6- Zadehbagheri Gh, Afshoon A, Abbasi A, Kamkar A. ***The cause of tendensy and preventive methods of drug abusing in Kohgiloyeh and Boyerahmad Province***. Journal of Armaghan_e Danesh 2005;10(4):71-9.[Persian]

7- Ebrahimi A. ***Guideline for family about prevention of smoking , alcohol and drug abusing in adolescent.*** Isfahan: Kankash Publication; 2005.P. 20-2.[Persian]

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]