



تحلیل وضعیت و علل مصرف مشروبات الکلی (مطالعه موردی همه گیری مسمومیت مصرف الکل در رفسنجان)

علی اکبر حقدوست^۱، مژگان امامی^۲، مریم اسماعیلی^۳، امین صابری نیا^۴،

محسن نژاد قادری^۵، محمدحسین مهرالحسنی^۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۲/۱۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۰/۲۵

چکیده:

جامعه یک کل واحد و دارای اجزاء کاملاً مرتبط با هم است و کلیه رفتارها در ارتباط با مسائل یا متغیرهای متعددی شکل می گیرند، لذا سوء مصرف الکل به عنوان یک رفتار پرخطر در جامعه را نمی توان جدای از نظام اقتصادی، فرهنگی و سیاسی دانست و دارای جنبه های مختلف امنیتی، سلامتی و اجتماعی می باشد. در این راستا، با توجه به ضرورت و اهمیت موضوع، مطالعه حاضر به بررسی علل مصرف مشروبات الکلی در همه گیری مسمومیت به الکل در شهرستان رفسنجان پرداخته است.

روش به کار رفته در مطالعه حاضر با استفاده از دو روش مرحله کمی و کیفی انجام پذیرفت که شامل انجام مطالعه میدانی همه گیرشناختی مصرف الکل در مسمومیت رفسنجان و انجام مصاحبه کیفی با خبرگان در سطح استان بود. تحلیل داده ها نیز براساس روش چارچوبی صورت پذیرفت.

یافته های حاصل از این تحقیق نشان می دهد در همه گیری مصرف الکل در رفسنجان روند مصرف در کلیه گروه های مختلف سنی، جنسی و طبقات اجتماعی در حال افزایش است و هم چنین جنسیت، سطح تحصیلات، درآمد و وضعیت اشتغال خانواده و به عبارت دیگر طبقه و جایگاه اجتماعی بر نحوه مصرف و نوع مواد مصرف شده

۱- استاد، مرکز تحقیقات مدل سازی در سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران. ahaghdooost@gmail.com - ۰۹۱۳۳۴۳۹۴۲۷

۲- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، عضو مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران. M.amami@yahoo.com

۳- کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، عضو مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران. M.esmaeili@gmail.com

۴- متخصص طب اورژانس، معاون درمان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران. Amin-sabernia@yahoo.com

۵- مدیر گروه پیش گیری و مبارزه با بیماریها، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ایران. M.n.ghaderi@gmail.com

۶- استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران. آدرس: مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، (نویسنده مسئول). -۰۳۴۱ ۲۲۶۳۷۱۹۹. mhmhealth@kmu.ac.ir





تأثیرگذار بوده و طبقات پایین اجتماعی دارای آسیب پذیری بیشتر می‌باشند. هم‌چنین نتایج یافته‌های کیفی نشان داد که در بعضی زیر گروه های جامعه، باورها و ارزش‌های جامعه به سمت مادیگرایی و فردگرایی در حال تغییر است و ممکن است موجب کاهش استحکام خانواده‌ها و سرمایه اجتماعی شود که خود نشأت گرفته از نحوه و توسعه کشور و استان می‌باشد. این درحالی است که شبکه های مجازی و ماهواره ها موجب تشدید و نمود بیشتر ضعف‌های اجتماعی شده‌است.

نتایج نشان می‌دهد مصرف الکل و سوء مصرف آن به عنوان یک آسیب اجتماعی است که دارای یک شبکه علت پیچیده اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است که عوارض امنیتی و سلامتی سنگینی برای جامعه دارد و نیازمند یک طرح جامع و واحد همراه با همکاری بین بخشی کل ارگان‌های مختلف حاکمیتی می‌باشد. در این طرح جامع برنامه‌های مختلف برای محیط خانواده، مدارس و مراکز آموزشی و هم‌چنین محلات باید با تاکید بر ابعاد فرهنگ سازی و اقدامات پیش گیرانه در نظر گرفته شود؛ چرا که با وجود جریان هنجارسازی این گونه رفتارها در تهاجم فرهنگی اقدامات انتظامی و قانونی از تأثیرشان در سطح خرد جامعه کاسته و بیشتر در برخورد با منابع کلان و عمده ورود، تولید، توزیع و مصرف تأثیرگذار می‌باشند.

واژه های کلیدی: رفتارهای پرخطر، سومصرف مواد، مصرف الکل، امنیت، سلامت.

۱- مقدمه و بیان مسئله

یکی از تعاریف سلامت اجتماعی، کیفیت درگیرش‌دن و تعامل فرد با اجتماع به منظور ارتقای کمیت و رفاه آحاد جامعه است و نتیجه نهایی این تعامل، ارتقای سرمایه اجتماعی، امنیت اجتماعی، کاهش فقر و بی عدالتی است. اما نقطه مقابل آن، افزایش آسیب‌های اجتماعی است (Damari B, Nasehi A.A, 2013; p 45-58). مسائل مربوط به آسیب‌های اجتماعی از دیرباز در جامعه بشری، مورد توجه اندیشمندان بوده است. هم‌زمان با گسترش انقلاب صنعتی و گسترش دامنه نیازمندی‌ها، محرومیت‌های ناشی از عدم امکان برآورده شدن خواسته‌ها و نیازهای زندگی، موجب گسترش شدید و دامنه دار فساد عصیان، تبهکاری، سرگردانی، دزدی، انحرافات جنسی و دیگر آسیب‌ها شده‌است (Fathi S, Fadvi J. 2012p: 121-144).

۵۳



در این میان، سوء مصرف مواد از جمله الکل به مثابه یک مسأله اجتماعی، پدیده‌ای است که همراه با آن، توانایی جامعه در سازمان‌یابی و حفظ نظم موجود از بین می‌رود، عملکرد به‌هنجار حیات اجتماعی مختل می‌گردد و باعث دگرگونی‌های ساختاری در نظام اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی یک اجتماع می‌شود (Khademian T, Ghanaatian Z. 2008; p: 59-85). شواهد بسیاری وجود دارد که تصدیق‌کننده ارتباط



بین مصرف الکل و صدمات فیزیکی وارد شده به بدن می‌باشند. مطالعات متعددی نشان داده‌اند که سوء مصرف الکل منجر به بروز انواع رفتارهای خشونت آمیز و ضد اجتماعی در نوجوانان و جوانان می‌شود (Siciliano V, Mezzasalma L, Lorenzoni V, 2013; 950: 13). از این رو، رفتارهای پرخطر و نابه‌هنجاری مانند مصرف الکل، آثار مخرب بسیاری را هم برای جامعه و هم برای فرد به دنبال دارد و یک بیماری اجتماعی مزمن، پیشرونده و بالقوه کشنده در نظر گرفته شده است (Hojjati H, Salmasi E, 2010; 8(1): 20-28).

در این راستا، پیش‌گیری از سوء مصرف الکل، مستلزم کاربرد نظریه‌های متعدد در رشته‌های علمی مختلف است. یکی از نظریه‌های مطرح شده در این زمینه، نظریه یادگیری اجتماعی بندورا^۱ است. براساس این نظریه، برخی عوامل محیطی مانند عوامل والدینی، هم‌سالان منحرف و عوامل فردی نظیر سبک مقابله‌ای اجتنابی، عزت نفس و پرخاشگری به طور مستقیم یا غیرمستقیم با مصرف مواد در میان نوجوانان مرتبط هستند (Alayi Kharraem R, 2010p: 137-156). بنابراین نحوه تعامل نوجوانان و جوانان با محیط اجتماعی اطرافشان، نقش بسزایی در ارتقاء سلامت آن‌ها دارد (Sarah E.W, 2013; 1-7: 11(8) و در طراحی برنامه‌های پیش‌گیرانه، درمانی و یا آموزشی برای سوء مصرف، لازم است به تأثیرات اجتماعی، توجه بسیار شود و این به معنای توجه به فاکتورهای درمانی، حقوقی و سیاست‌گذاری‌های کلان است (Drug Control Headquarters, 2011; 10: 1-8).

ایران از نظر اعتیاد به الکل در وضعیت مطلوبی نسبت به سایر کشورها قرار دارد؛ اما از آن‌جا که آمار دقیق معتادان الکلی ایران جمع‌آوری نشده، نمی‌توان به ثابت ماندن این وضعیت مطلوب و افزایش نیافتن شمار معتادان الکلی کشور، چندان خوش بین بود. از طرف دیگر، اگر انجام اقدامات پیش‌گیرانه از اعتیاد به مواد مخدر، مواد اعتیادآور غیرمخدر، روانگردان‌ها و الکل جدی گرفته نشود، باید انتظار داشت که گرایش به مصرف این مواد و به ویژه الکل با افزایش قابل توجهی روبرو شود. در عین حال باید گفت پایه شروع مصرف الکل (غلظت الکل مصرفی) در جوانان ایرانی بالاست؛ به طوری که این میزان غلظت الکل مصرفی در اروپا، ۳ درصد و در کشور ما ۴۰ درصد است. در هر حال، معضل اعتیاد به الکل، غیرقابل انکار است و متأسفانه مصرف الکل، پیش‌زمینه بسیاری از آسیب‌های اجتماعی محسوب می‌شود (Shadnia Sh. 2010; No. 275: 21) سرطان‌های دهان، گلو، حنجره، مری (Islami F, Kamangar F, 2004; 90: 1402-1406)، کبد و پستان، همگی با نوشیدن مشروبات الکلی ارتباط دارند. ممکن است الکل، خطر سرطان





روده بزرگ و راست روده را هم افزایش دهد (www.hemayat.net/Archive) لذا، مبارزه با مصرف الکل باید به عنوان یک اولویت مهم سازمان‌های بهداشتی درمانی و نیز یک برنامه بین بخشی در جامعه مورد توجه قرار گیرد (Shadnia Sh. 2010; No. 275: 21). در پژوهشی انجام گرفته درخصوص بررسی شیوع مصرف مواد محرک، الکل و داروهای روانگردان در نوجوانان و جوانان ۱۵-۳۵ ساله شهر تهران، این نتیجه حاصل شد که شیوع مصرف الکل در بین نوجوانان و جوانان درصد بالایی را به خود اختصاص داده است (Hamdiah M, 2008; 32(4): 315-319). هم‌چنین در پژوهش محمدخانی در سال ۱۳۹۰ در زمینه شیوع مصرف سیگار، مشروبات الکلی و مواد روانگردان در نوجوانان ایرانی ذکر گردید که در مجموع ۱۸/۸ درصد از دانش‌آموزان ۱۳-۱۸ سال در طول دوران زندگی خود حداقل یک بار تجربه مصرف الکل و سیگار را داشته‌اند (Mohammadkhani Sh. 2011; 19(1): 48-32) در مطالعه علیزاده و همکاران با عنوان شیوع مصرف مواد در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان، شایع‌ترین انگیزه مصرف الکل، لذت عنوان شده است (Shams Alizadeh N, 2008; 13: 26-18) و نیز در مطالعه محمدی و همکاران درخصوص فراوانی سوء مصرف مواد در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان در سال ۱۳۸۷ نشان داد ۲۰/۱۹٪ از دانشجویان الکل مصرف کرده‌اند.

یکی از موارد، بروز مسمومیت مصرف مشروبات الکلی در نیمه اول خردادماه ۱۳۹۲ در شهرستان رفسنجان استان کرمان بود که عوارض بسیار خطرناک آن به صورت حاد در مصرف‌کنندگان مشاهده گردید. این همه‌گیری باعث جلب توجه همه ذی‌نفعان شد و فضایی را ایجاد نمود که مطالعه حاضر به شکل یک تحلیل موردی از یک همه‌گیری به صورت مطالعه تلفیقی شکل بگیرد تا بتواند با ارزیابی عوامل تسهیل‌کننده این همه‌گیری، درس‌های مناسبی برای مدیریت بهتر این مسأله در کشور بدست آورد. لازم به توضیح است که این پروژه با همکاری‌های بین بخشی نیروی انتظامی استان کرمان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان و رفسنجان صورت پذیرفت.

۲- روش‌شناسی تحقیق

مطالعه حاضر به صورت تلفیقی و دو مرحله کمی و کیفی انجام پذیرفت که شامل بررسی گزارشات و آمار و اطلاعات مربوط به اپیدمی رفسنجان و انجام مصاحبه‌های عمیق برای شناسایی علل و راه‌کارهای مداخله بود.

برای جمع‌آوری داده‌های کمی مربوط به اپیدمیولوژی رفسنجان، از پرسش‌نامه استفاده شد. براساس اطلاعات به دست آمده در مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی رفسنجان و کرمان، تعداد مراجعین به مراکز درمانی، ۶۹۳ نفر بوده است که پس از بررسی، اطلاعات ۱۷۹ نفر از آن‌ها جمع‌آوری شد و در نهایت، تنها اطلاعات ۸۰ نفر از این افراد از طریق





پرسش‌نامه به صورت کامل به دست آمد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های توصیفی و تحلیلی استفاده گردید.

سپس با ۲۴ نفر به صورت انفرادی و جمعی به میزان ۱۷ ساعت و چهل و پنج دقیقه مصاحبه عمیق صورت پذیرفت و افراد مصاحبه شونده به لحاظ معیار درگیر بودن با مبتلایان، ۷ نفر از متخصصان مرتبط (پزشک فوریت‌های اورژانس، هیأت علمی روانشناس، جامعه‌شناس، پزشکی اجتماعی، اپیدمیولوژی و مدیریت)، ۶ نفر از مسئولین دانشگاهی (ریاست، معاونین آموزشی و فرهنگی و دانشجویی)، ۳ نفر از حوزه قضایی و انتظامی، ۲ نفر از حوزه دینی و مذهبی و هم‌چنین ۶ نفر از جوانان درگیر در موضوع به صورت هدفمند انتخاب گردیدند و برای تکمیل یافته‌ها از تحلیل گزارشات نیروی انتظامی و دانشگاه علوم پزشکی کرمان استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها در این قسمت، از روش تحلیل چارچوبی^۱ (Ritiche J, Spencer L. 1994: pp. 1-17) بر اساس مدل Precede-Proceed استفاده شد.

۳- یافته‌های تحقیق

یافته‌های حاصل از بررسی شیوع مسمومیت مصرف الکل در رفسنجان نشان داد که تعداد مراجعین ۶۹۳ نفر بوده است.

که پس از بررسی، اطلاعات ۱۷۹ نفر از آن‌ها جمع‌آوری شده بود. از این تعداد، ۳/۳۶ درصد از افراد در سنین ۲۵-۲۰ سال قرار داشتند است. که ۶۶ درصد از آن‌ها دارای شغل آزاد بودند. علایم شایع بالینی در افراد مسموم شده شامل خواب‌آلودگی ۵۵٪، تاری دید ۴۷٪، تهوع ۳۵٪، استفراغ ۲۲٪، بی‌اشتهایی ۱۹٪ و سردرد و سرگیجه ۱۹٪ بوده است. با اطلاعاتی که از ۸۰ نفر از این افراد از طریق پرسش‌نامه به دست آمد، همه مصرف‌کنندگان مرد بودند. ۹۰ درصد افراد مجرد بودند. شغل پدر ۸۰ درصد از مصرف‌کنندگان کارگری و یا شغل‌های آزاد سطح پایین و کم درآمد، ۱۰ درصد آن‌ها کارمند و ۱۰ درصد باقیمانده، پدران نشان فوت شده بودند و در قید حیات نبودند. در مورد شغل مادر، ۷۹ نفر خانه دار و فقط یک مورد کارمند بود. درآمد پدر ۸۰ درصد از بیماران، زیر ۴۰۰ هزار تومان و ۲۰ درصد بالای ۴۰۰ تومان می‌باشند. در مورد سطح سواد پدر بیماران، ۷۰ درصد زیر دیپلم و ۳۰ درصد آن‌ها بی‌سواد بودند و هیچ کدام تحصیلات دانشگاهی نداشتند. هم‌چنین در مورد سطح سواد مادران، ۸۰ درصد زیر دیپلم و ۲۰ درصد بیسواد بودند و فقط یک مورد لیسانس وجود داشت ۹۰ درصد از مصرف‌کنندگان با هر دو والد خود زندگی می‌کنند و ۱۰ درصد بقیه پدران نشان فوت شده بود. در مورد روابط خانوادگی والدین، تقریباً همه‌ی مصرف‌کنندگان اظهار داشتند که روابط والدینشان دارای مشکل خاصی نیست. ۶۰ درصد





از پدر این بیماران اعتیاد نداشتند و ۴۰ درصد از آن‌ها معتاد بودند. در حالیکه هیچکدام از مادرها معتاد نبودند. ۷۰ درصد پدران، الکل مصرف نمی‌کردند و فقط ۳۰ درصد از آن‌ها مصرف‌کننده الکل بودند. در مورد مادران، هیچگونه سابقه مصرف الکل وجود نداشت. ۹۰ درصد مصرف‌کنندگان ۳ تا ۵ سال سابقه‌ی مصرف داشتند، ۱۰ درصد بقیه کم‌تر از ۳ و بیشتر از ۵ سال سابقه داشتند. در رابطه با دلایل مصرف الکل در بین بیماران، ۹۰ درصد از آن‌ها عنوان کرده بودند که به دلیل بی‌کاری و نداشتن سرگرمی مصرف الکل دارند، ۱۰ درصد به دلیل بی‌خیال شدن از مشکلات و ناراحتی‌های روحی به مصرف الکل پناه آورده بودند (جدول ۱).

جدول ۱: بررسی ابعاد اپیدمی رفسنجان:

زن	۰ درصد	متغیر
مرد	۱۰۰ درصد	
مجرد	۹۰ درصد	جنسیت بیماران
متاهل	۱۰ درصد	
کارگر و یا شغل‌های آزاد سطح پایین و کم درآمد	۸۰ درصد	وضعیت تأهل بیماران
کارمند	۱۰ درصد	
فوت شده	۱۰ درصد	شغل پدر بیماران
کارمند	۱ درصد	
خانه دار	۹۹ درصد	شغل مادر بیماران
زیر ۴۰۰ هزار تومان	۸۰ درصد	
بالای ۴۰۰ هزار تومان	۲۰ درصد	درآمد پدر بیماران
زیر دیپلم	۷۰ درصد	
بی‌سواد	۳۰ درصد	سطح سواد پدر بیماران
زیر دیپلم	۷۸,۷۵ درصد	
بی‌سواد	۲۰ درصد	سطح سواد مادر بیماران
لیسانس	۱,۲۵ درصد	
زندگی با هر دو والد	۹۰ درصد	زندگی با اعضای خانواده
زندگی با یکی از والدین (فوت پدر)	۱۰ درصد	





دارند	وجود مشکلات خاص خانوادگی	۰ درصد
ندارند		۱۰۰ درصد
دارند	اعتیاد در پدر بیماران	۶۰ درصد
ندارند		۴۰ درصد
دارند	اعتیاد در مادر بیماران	۰ درصد
ندارند		۱۰۰ درصد
مصرف میکنند	سابقه مصرف الکل در پدر بیماران	۷۰ درصد
مصرف نمیکنند		۳۰ درصد
مصرف میکنند	سابقه مصرف الکل در مادر بیماران	۰ درصد
مصرف نمیکنند		۱۰۰ درصد
بین ۳ تا ۵ سال	سابقه مصرف بیماران	۹۰ درصد
کمتر از ۳ سال و بیشتر از ۵ سال		۱۰ درصد
بیکاری و نداشتن سرگرمی	دلایل مصرف الکل در بیماران	۹۰ درصد
بیخیال شدن از مشکلات و ناراحتیهای روحی		۱۰ درصد

یافته‌های مربوط به بخش مصاحبه در قالب ۶ مفهوم اصلی و ۱۴ مفهوم فرعی ارائه گردید (جدول ۲) که به صورت گزارش توصیفی در ذیل مشخص گردیده‌اند.

مفهوم اول: ناآگاهی مصرف‌کنندگان

آگاهی کم از مضرات الکل و مسائل شرعی و قانونی مرتبط با آن؛ شرکت کنندگان بر این باور بودند که جوانان از مضرات مصرف الکل آگاهی ندارند. «خیلی هاشون میگن مصرف الکل چه ضرری داره؟» (م ۱) و «بعضی‌ها نمی‌دانند که حرمت مصرف مشروبات الکلی در قرآن آمده است» (م ۱۲). «آگاهی در این زمینه کم است» (م ۴). «عدم آشنایی با مجازات مثلاً بازداشت و یا محدودیت‌های اجتماعی، یکی دیگر از علل افزایش مصرف است.» (م ۱۹).

مفهوم دوم: نگرش و باورهای اشتباه

مفید دانستن مصرف مشروبات الکلی؛ مشارکت کنندگان اظهار داشتند که مصرف‌کنندگان بر این باورند «مشروبات الکلی آن را در حد و میزان خاصی، نه تنها برای سلامتی مضر نمی‌دانند، بلکه مصرف آن را موجب افزایش نشاط و تناسب اندام (لاغر نمودن، خوش تیپ نمودن، بلند شدن قد و سفید شدن رنگ پوست) خود می‌دانند و اعتقاد دارند





که مصرف آن اعتیادآور نمی‌باشد» (م ۱ و ۲). هم‌چنین عده‌ای دلیل مصرف مشروبات الکلی را «افزایش سرخوشی و شادابی و بهبود روابط جنسی اعلام نمودند» (م ۱۱). «در شب امتحان بین دانشجویان مصرف حدود ۳ برابر می‌شه و می‌گن که می‌تونن یک شبه پاس کنن» (م ۱۸).

باور بر ضرر کم مصرف مشروبات الکلی نسبت به سوء مواد مصرف؛ بنابه اظهار شرکت‌کنندگان، مصرف‌کنندگان مشروبات الکلی به ویژه در سن جوانی، مصرف این مواد را همراه با ورزش و تقویت بدن خود می‌دانند و بر این باورند که اگر ضرر کمی هم داشته باشد، از این طریق از بین خواهد رفت. «ورزشم سرچاشه درکنارش مصرف الکل هم دارم» (م ۲). «اعتقاد بر این است که مصرف همزمان مشروبات الکلی با دیگر مواد مخدر موجب ایجاد عوارض شده و مصرف مشروبات الکلی به تنهایی عارضه‌ای به وجود نمی‌آورد» (م ۲).

سست شدن باورها و اعتقادات فردی و مذهبی؛ از نگاه برخی از شرکت‌کنندگان، دلایل قانع‌کننده‌ای غیر از باورهای دینی برای ترک مصرف مشروبات الکلی وجود ندارد. «باورها بر اینست که اسلام در زمینه مصرف مشروبات خیلی سخت نگرفته و نگاه زیادی (گناه کبیر) نمی‌باشد» (م ۱۳). «پاسخگویی مذهبی و دینی نسبت به مصرف و دلایل توجیه عدم مصرف آن ضعیفه» (م ۱، م ۱۳). «عدم درک و باور واقعی از حرام بودن درآمد حاصل از خرید و فروش مشروبات» (م ۱۹).

مفهوم سوم: تغییر ارزش نسبت به مصرف الکل

از بین رفتن قبح و ضد ارزش بودن مصرف مشروبات الکلی؛ «افراد در باشگاه‌های بدنسازی به مصرف الکل اظهار داشته، اما مصرف استروئیدها را پنهان می‌کنند» (م ۱۳) «در سرکلاس زبان به راحتی اعلام کرد که الکل مصرف می‌کند» (م ۱۹).

مفهوم چهارم: ساختارها و شبکه‌های اجتماعی تقویت‌کننده مصرف مشروبات الکلی

شبکه هم‌سالان و دوستان؛ شرکت‌کنندگان بر این باورند «که مصرف مشروبات الکلی عمدتاً به صورت دسته‌جمعی و در جشن‌های خاص می‌باشد» (م ۲). «آن‌جا که امکان معاشرت‌های دسته‌جمعی در مردان جوان و نظارت کم خانواده‌ها بیشتر است، لذا مصرف در این گروه سنی بیشتر می‌باشد» (م ۴).



تغییر ساختار و فرهنگ خانواده‌ها؛ براساس نظر شرکت‌کنندگان، «۱/۴ خانواده‌ها مصرف توسط جوانان و فرزندان خود را زشت ندانسته و مورد بازخواست قرار نمی‌دهند. البته لازم به ذکر است با توجه به سبک زندگی مدرن، نظارت خانواده‌ها و جامع‌پذیری از طرف خانواده‌ها کاهش یافته است» (م ۲). «در اظهارات خانواده‌های بعضی از جوانان



آمده است که اگر می‌خواهید مواد مخدر استفاده کنید، برید شهر دیگر که آبروی ما نره و توصیه می‌کنند به جای آن از مشروب الکلی استفاده کنید که برای تصفیه خون و شست‌وشوی کلیه هم خوبه» (م ۲۱).

ارتباطات و شبکه‌های مجازی؛ «لازم به ذکر است در بحث کلان، افزایش وسایل ارتباطات جمعی از جمله ماهواره و اینترنت و دسترسی به مواد مذکور و تغییر ساختار فرهنگ خانواده و جامعه در چهارچوب جهت‌گیری به سمت مدرنیته از عوامل زیربنایی محسوب می‌گردد» (م ۱۴، م ۴) «تهاجم فرهنگی به خصوص ماهواره باعث عادی‌سازی مصرف الکل شده‌است» (م ۱۹).

مفهوم پنجم: عوامل محیطی و زمینه‌ای

عوامل اقتصادی و بازار؛ «من یک سؤال دارم و آن اینکه سهم سودآوری و اقتصاد مربوط به داد و ستد مواد مخدر، مشروبات الکلی و فحشا نسبت به کل اقتصاد دنیا و ایران چه میزان می‌باشد» (م ۱۴). «مشروبات الکلی از نظر اقتصادی سودآورند» (م ۲). «خیلی‌ها خودشان درست می‌کنند» (م ۱، م ۱۱). «در سوپری‌ها به راحتی می‌توان تهیه نمود» (م ۳، م ۵).

«خرید کشمش در بعضی شهرستان‌ها در ماه رمضان زیاد شد و بعد از بررسی به عمل آمده مشخص شد، برای تهیه مشروبات الکلی استفاده شده تا برای بعد از ماه رمضان که مصرف میره بالا درآمد خوبی داره» (م ۲۱). «رستورانی در ماه رمضان شناسایی شد که چهار لیتر مشروبات الکلی کشف شد که نشان داد که در ماه رمضان نیز عرضه و تقاضا وجود دارد» (م ۲۱). درآمدهای بی‌حساب و کتاب یکی از دلایل مصرف در خانواده‌ها است» (م ۱۹). «همسایه یکی از بچه‌ها توی خونه تولید می‌کنه و می‌فروشه و می‌گه که خیلی اذیت می‌شن و نمی‌تونن به پلیس هم خبر بدن، می‌ترسن که بهشون آسیب برسون» (م ۱۲).

عوامل اجتماعی، «بین مصرف در اقشار پایین و بالای جامعه تفاوتی نیست، بلکه میزان، نوع و نحوه تهیه آن متفاوت می‌باشد» (م ۳، م ۴، م ۱۳). «رفسنجان به دلیل پولدار بودن، بیش‌ترین مصرف را دارد. در ذهنیت افراد، علاوه بر مصرف الکل مصرف هروئین و روابط جنسی در این شهر معروف است» (م ۱۳) «قباحت الکل نسبت به مواد مخدر در شهر کرمان به خاطر بافت مذهبی‌ش خیلی بیشتره» (م ۱۷). «در مریض‌هایی که دارای بیماری‌های روانی به ویژه افسردگی‌ها مصرف الکل بالا نیست، بیشتر به سمت مصرف مواد می‌روند» (م ۱۷). «افسردگی عمومی در جامعه و منفی بودن جامعه و سیاه بودن آن همراه با سخت‌گیری‌های زیاد» (م ۱۹).



مفهوم ششم: ساختارهای مدیریتی و حاکمیتی

ضعف در مستندات و شواهد برای تصمیم‌گیری؛ «بسیاری از پژوهش‌هایی که در این ارتباط صورت می‌گیرد، اگرچه که به اعتبار آن‌ها اعتقادی ندارم، کاری است بسیار صوری و برای ارائه بیلابنه کاری بعضی از سازمان‌ها و جذب بودجه نفتی می‌باشد» (م ۱۴).

ضعف در برنامه‌ریزی و مدیریت؛ «برای جوانان، هیچ برنامه‌ای، برای اوقات فراغت و تخلیه هیجانات طراحی نشده است و خودشان از این طریق و دیگر رفتارها اقدام می‌کنند» (م ۲). «یکپارچگی بین سازمان‌های مسئول نیست، هرکسی وظیفه و نقش خودشو نمی‌دونه» (م ۱۲).

ضعف برخوردهای قانونی و نظارتی؛ «در این زمینه، برخورد قانونی و یا محدودیت خاص نظارتی و اجتماعی در محیط‌های مختلف خانه، مدرسه و عمومی وجود ندارد» (م ۲). «عدم برخورد قاطع و نظارت بر سوپری‌ها» (م ۱، م ۱۹).

برنامه و الگوی کلان توسعه در کشور؛ «مدرنیته، جهانی‌سازی، دسترسی بیشتر به ماهواره و اینترنت با وجود سود اقتصادی بیشتر در این زمینه و مادی‌گرایی، بی‌کاری و دنبال سرخوشی بودن را از عوامل رشد مصرف این مواد می‌توان اظهار کرد» (م ۱۱). «حدوداً از سال ۶۸-۶۹ (با اجرای الگوهای توسعه ناقص از سرمایه داری در دوره طولانی یا سوسیالیست در دوره‌های کوتاه) میزان بروز رفتارهای پرخطر از جمله مصرف مشروبات الکلی تا به امروز رشد صعودی داشته، البته در برهه‌ای از زمان‌ها با کاهش میزان رشد مواجه بوده است. اما هیچگاه سیر آن نزولی نشده است و در سال‌های آینده میزان رشد این گونه رفتارها به شدت افزایش خواهد یافت» (م ۱۴). «منابع قدرت و سودهای اقتصادی در برخی از گروه‌ها نیز از عوامل شکل دهنده چنین رفتارهایی می‌باشد» (م ۱، م ۱۴). «با ملاحظه این نوع رفتارها شاید باور بر این شود که اراده قوی برای حل بنیادی خیلی از مسائل اجتماعی از جمله مصرف مشروبات الکلی صورت پذیرد» (م ۱، م ۱۴، م ۱۵)



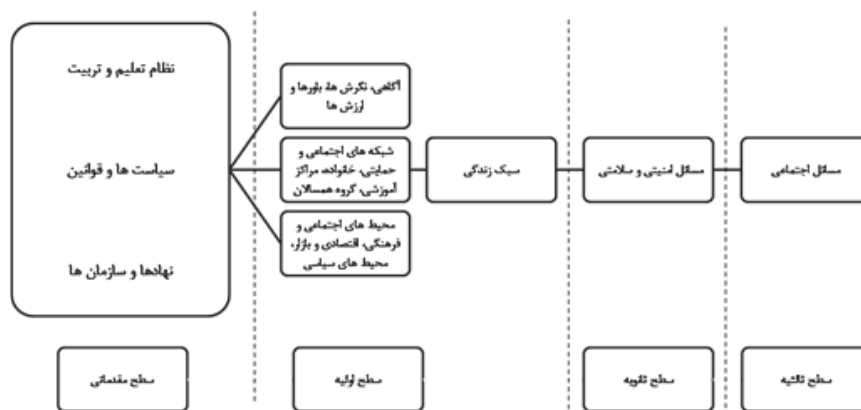
- مفهوم ۱- ناآگاهی مصرف کنندگان:
۱-۱ آگاهی کم از مضرات الکل و مسائل شرعی و قانونی مرتبط با آن
مفهوم ۲- نگرش و باورهای اشتباه:
۱-۲ مفید دانستن مصرف مشروبات الکلی؛
۲-۲ باور بر ضرر کم مصرف مشروبات الکلی نسبت به سوء مصرف مواد؛
۳-۲ سست شدن باورها و اعتقادات فردی و مذهبی؛
مفهوم ۳- تغییر ارزش نسبت به مصرف الکل:
۱-۳ از بین رفتن قبح و ضد ارزش بودن مصرف مشروبات الکلی؛
مفهوم ۴- ساختارها و شبکه های اجتماعی تقویت کننده مصرف مشروبات الکلی:
۱-۴ شبکه هم سالان و دوستان؛
۲-۴ تغییر ساختار و فرهنگ خانواده ها؛
۳-۴ ارتباطات و شبکه های مجازی؛
مفهوم ۵- عوامل محیطی و زمین های؛
۱-۵ عوامل اقتصادی و بازار؛
۲-۵ عوامل اجتماعی؛
مفهوم ۶- ساختارهای مدیریتی و حاکمیتی:
۱-۶ ضعف برخوردهای قانونی و نظارتی؛
۲-۶ ضعف در برنامه ریزی و مدیریت؛
۳-۶ ضعف در مستندات و شواهد برای تصمیم گیری؛
۴-۶ برنامه و الگوی کلان توسعه در کشور؛

۵- بحث و نتیجه گیری

با توجه به تغییرات محیطی که امروزه، شتاب زیادی به خود گرفته است، لزوم بکارگیری برنامه ای جامع برای مواجهه با اینگونه مسائل و برای شکل دادن به آینده به شکلی اثربخش، بیشتر از گذشته احساس می شود. همانطور که ملاحظه شد، یکی از این مسائل، مسأله اجتماعی الکی بودن است که وجود خشونت های خانوادگی، رفتار نابهنجار افراد و گروه های اجتماعی و... زمینه را برای گسترش این مسئله در جامعه تقویت نموده است. برای حل این معضل، محققین در سطح استانی و با توجه به گسترش شیوع مصرف الکل در شهر رفسنجان، با طراحی مدلی به بررسی وضعیت مصرف و علل شیوع پرداخته و در نهایت راهبردهایی جهت پیش گیری از سوء مصرف ارائه نمودند. در این مطالعه، مولفه های کلیدی تأثیرگذار بر مصرف مشروبات الکلی، در نمودار ۱ مشخص گردیده است.



نمودار ۱: مدل تحلیلی مصرف مشروبات الکلی



با توجه به علل گرایش به مصرف مشروبات الکلی و نمودار شماره ۱ می‌توان چهار سطح مداخله و یا پیش‌گیری را به شرح زیر تعریف نمود:

۱. مداخلات پیش‌گیرانه در سطح جامعه (سطح مقدماتی): کاهش عوامل خطر و کاهش مواجهه با آنهاست که شامل ارتقای فرهنگی و سرمایه اجتماعی و اصلاح ساختارهای اجتماعی می‌باشد و سازمان‌هایی همچون بخش‌های سیاست‌گذار کلان و قانون‌گذار و هم‌چنین آموزش و پرورش، صدا و سیما و غیره در این سطح بیشتر نقش‌آفرین می‌باشند و آحاد جامعه مد نظر قرار می‌گیرند.

۲. مداخلات سطح اولیه: رفتار پرخطر مصرف در حال شکل‌گیری است و قصد بر این است که از رشد و شیوع و ایجاد عوارض آن جلوگیری شود و گروه‌های در معرض خطر و آسیب‌پذیر هدف این سطح مداخلات می‌باشند. آگاهی، نگرش‌ها و باورها و ارزش‌ها. شبکه‌های اجتماعی و حمایتی: خانواده، مراکز آموزشی، گروه همسالان و شبکه‌های مجازی، محیط‌های اجتماعی و فرهنگی، اقتصادی و بازرگانی، محیط‌های سیاسی مسائل اجتماعی مسائل امنیتی و سلامتی سبک زندگی سطح اولیه سطح ثانویه سطح ثالثه سطح مقدماتی نظام تعلیم و تربیت و سیاست‌ها و قوانین نهادهای سازمان‌ها سطح مقدماتی شبکه‌های اجتماعی و حمایتی: خانواده، مراکز آموزشی، گروه همسالان و شبکه‌های مجازی محیط‌های اجتماعی و فرهنگی، اقتصادی و بازرگانی، محیط‌های سیاسی زندگی امنیتی و سلامتی اجتماعی ثالثه از جمله رفتارهای پرخطر در این سطح، ناآگاهی مصرف‌کنندگان، نگرش و باورهای اشتباه است؛ در این راستا، در مطالعه‌ای از وردی پور و همکاران در سال ۱۳۸۶، بر ضرورت مداخلات پیش‌گیرانه در مقابل سوء مصرف بویژه در سنین مدرسه تأکید شده است. بخصوص تقویت باورها در زمینه ارزش‌های مذهبی که می‌تواند نقش مهمی در افزایش توانایی‌های مقاومت در مقابل سوء مصرف





مواد برای جوانان داشته باشد (Verdipoor H, 2007; 15(4): 35-42) از طرف دیگر، پیشنهاد می‌شود که پروتکل ویژه‌ای جهت پیش‌گیری و درمان در نیروی انتظامی تدوین گردد. چنین پروتکلی به شناسایی عوامل خطر در هر منطقه و اجرای برنامه‌های آموزشی براساس آن عوامل خطر، جهت بیشتر کردن اثر برنامه‌های آموزشی، کمک شایانی می‌کند. مزیت دیگر این امر، این است که در محیط‌هایی همچون محیط‌های نظامی که حضور افراد غیرسازمانی و یا شخصی بسیار سخت است، می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد (Najjarzadegan M.H, 2012; 14(2): 1-8).

تغییر ارزش نسبت به مصرف الکل، موضوع مهم دیگری است. به طوری که در گزارش منتشر شده در سال ۲۰۰۷ مشخص شد که بسیاری از مصرف‌کنندگان مشروبات الکلی از حد مجاز الکل خونی خود مطلع نبودند که این می‌تواند ناشی از مسائلی چون فقدان دسترسی به اطلاعات مرتبط و یا مسائل قانونی باشد (Najjarzadegan M.H, 2012; 14(2): 1-8). از این رو، در رویکرد مبتنی بر رویکرد جامعه محور، نقش سازمان‌های فرهنگ ساز از جمله نظام‌های تعلیم و تربیت آموزش و پرورش، صدا و سیما و شبکه اجتماعی، حایز اهمیت می‌باشد. برنامه‌ها و رویکرد در مداخله اجتماعی بایستی در محیط‌های اجتماعی صورت گرفته و در راستای اصلاح باورها، ارزش‌ها و ناهنجاری‌ها باشند.

در بحث شبکه‌های اجتماعی تقویت کننده مصرف مشروبات الکلی، نیز پژوهش سراج‌زاده و فیضی به بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر مصرف مشروبات الکلی و تریاک در بین دانشجویان پرداخته است و مشخص شد که متغیرهای نظریه یادگیری (آلودگی محیط ناشی از دوستان و بستگان) و متغیر دینداری، برای تبیین گرایش به مصرف مشروبات الکلی در بین دانشجویان، قدرت تبیین کنندگی بیشتری داشته‌اند (Serajzadeh H, 2007; No. 31: 81-102) بنابراین، نیاز است که برنامه ویژه‌ای جهت توانمندسازی افراد برای تصمیم‌گیری و تغییر رفتارشان و سالم سازی این محیط‌ها پیاده شود. به عنوان مثال اجرای برنامه‌های توانمندسازی برای انجمن اولیا و مربیان که رابطه بین مدارس و خانواده را برقرار می‌کند یا توانمندسازی والدین و مشاوره خانواده در ارتباط با نحوه و اساس برخورد با چنین رفتارهایی از فرزندانشان.

عوامل محیطی و زمینه‌ای، مسئله اساسی دیگری است که در گزارش سال ۱۳۹۲ نیز اعلام شد که توزیع مواد الکلی در برخی از شهرهای ایران، موج نگرانی را در جامعه ایجاد می‌کند. شهرهای شمالی به خاطر توریستی بودن و شهرهای غربی و جنوبی به دلیل اینکه مسیر ترانزیت این کالا محسوب می‌شوند، در معرض مصرف فراوان این مواد هستند. از طرف دیگر، موضوع سهل الوصول بودن خرید این ماده است. تهیه و عرضه مشروبات الکلی در حال حاضر در ایران به صورت تلفنی صورت می‌گیرد و ظرف ۳۰ تا ۴۰ دقیقه





بعد از سفارش، می‌توان هر نوع مشروبات الکلی را مقابل منزل تحویل گرفت (Meysami N. ۲۰۱۳). از این رو، در کلان موضوع به صورت بلند مدت بایستی رویکرد مداخله از رویکرد فردگرایانه به سمت مداخله جامعه محور در سطح کلان قرار گیرد. در این راستا نیاز است که الگوی توسعه و پیشرفت کشور و در سطح استان به گونه‌ای تنظیم گردد که مطابق با الگوی پیشرفت اسلامی و ایرانی بوده و از آسیب‌های جامعه در حال گذر به سمت جامعه سرمایه داری و توسعه یافته غربی در امان باشد. اما در میان مدت، لازم است مداخلاتی صورت گیرد. مداخلات میان مدت نیازمند وجود یک برنامه منسجم، جامع و هماهنگ برای حل آسیب‌های اجتماعی و رفتارهای پرخطر از جمله مصرف مواد الکلی است. برای این منظور بایستی نقش نهادها و سازمان‌های مرتبط با علل پیدایش چنین پدیده‌هایی مشخص شده و هماهنگی لازم بین سازمان‌ها به وجود آید.

۳. مداخلات سطح ثانویه (برخوردهای درمانی و قانونی): یعنی تشخیص سریع و زودرس و گروه هدف این سطح افراد دارای رفتار پرخطر در زنجیره تولید تا مصرف در جامعه می‌باشد و سازمان‌هایی همچون قوه قضاییه و نیروی انتظامی و هم‌چنین دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی نقش بیشتری ایفا می‌نمایند. مثلاً نقش نیروی انتظامی به عنوان یک سازمان عملیاتی و با مأموریت ویژه که عمدتاً در سطح پیش‌گیری اولیه و ثانویه قرار می‌گیرد، در دو دسته کلی قابل تقسیم می‌باشد:

۱. اقدامات و فعالیت‌هایی که بایستی در درون سازمان و حوزه اختیارات سازمانی انجام شود.

۲. فعالیت‌ها و اقداماتی که سازمان بایستی در قبال دیگر سازمان‌ها برای تحقق اصلاح مصرف الکل انجام داده و جلب حمایت دیگر سازمان‌ها (اقدامات برون سازمانی). در ارتباطات با مأموریت‌های درونی، بحث شناسایی شبکه‌های فساد و مراکز توزیع و مصرف مواد، مطرح است که عمدتاً در چارچوب وظایف واحد پلیس و عملیاتش قرار می‌گیرد. بعد از شناسایی شبکه‌ها و گرفتن مجرمین، واحد معاونت اجتماعی نسبت به ریشه‌یابی اجتماعی و انجام مطالعات علمی اقدام می‌نماید. در ادامه، هماهنگی لازم را با مراکز قضایی به خوبی فراهم آورده تا نظارت و دادخواه، به درستی صورت گرفته و سیکل اجرا به خوبی عمل نماید.

بحث دیگر، اداره اماکن نیروی انتظامی است که نظارت قوی‌تر و بیشتری را داشته باشد. هم‌چنین معاونت اجتماعی نیروی انتظامی، دوره‌های آموزشی و اطلاع رسانی را برای محیط‌هایی چون انجمن اولیا و مربیان و دانشگاه‌ها برگزار نماید، از طرف دیگر، کارگاه‌های خانگی را شناسایی نماید و بر مراکز توزیع، نظارت بیشتری اعمال نماید و مجازات قوی‌تری برای آن‌ها در نظر بگیرد.

در بحث فعالیت‌های برون سازمانی، حمایت طلبی و همکاری با شورای فرهنگ عمومی،





همکاری با آموزش و پرورش جهت حمایت طلبی محیط مدارس، همکاری با مراکز آموزش عالی و هشدار به آنهاست، همکاری با شورای مواد مخدر و ارتباطاتی برای حمایت طلبی فراهم آورد و بتواند در کلیت، یک اطلاع رسانی خوب بین سازمان‌های درگیر داشته باشد و از طریق برگزاری جلسات، همایش‌ها، توزیع بولتن بین مسئولین، مدیران مربوطه و جانبازان، آن‌ها را حساس و جلب حمایت کند.

۴. سطح ثالثیه (توانبخشی و بازتوانی): اصلاح رفتار و برگشت به رفتار عادی گروه‌های هدف در جامعه می‌باشد. سازمان‌ها و نهادهای مدنی که غیرحاکمیتی هستند و هم‌چنین سازمان‌هایی مانند بهزیستی، دانشگاه علوم پزشکی در صورت بروز عوارض جسمی و سلامتی نیز در این سطح فعالیت می‌نمایند.

مصرف الکل و سوء مصرف آن به عنوان یک آسیب اجتماعی دارای یک شبکه علیت پیچیده اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است و عوارض امنیتی و سلامتی سنگینی برای جامعه دارد. از این رو، نیازمند یک طرح جامع و واحد همراه با همکاری بین بخشی کل ارگان‌های مختلف حاکمیتی می‌باشد. با توجه به راه‌کارهای ذکر شده در این مطالعه، در مجموع ۵ راهبرد کلان برای کاهش سوء مصرف الکل در ایران مشخص گردید. راهبرد ۱: اصلاح و اتخاذ سیاست‌های حامی اصلاح رفتارهای پرخطر؛ راهبرد ۲: اصلاح قوانین و مقررات؛ راهبرد ۳: سالم سازی محیط؛ راهبرد ۴: توانمندسازی اجتماعی و راهبرد ۵: توانمندسازی فردی. بدیهی است که اتخاذ این راهبردها در جهت اهداف اصلی نظام سلامت بوده و به عنوان مثال در کاهش شمار بی‌رویه بیماران کلیوی و کبدی کشور، کمک شایانی خواهد نمود. بر این اساس، سیاست‌گذار نظام سلامت، قانون‌گذاران، مجریان و سایر ذینفعان مختلف می‌توانند با بررسی هریک از راهبردها، گام‌های مناسبی جهت پیش‌گیری از این آسیب اجتماعی بردارند و لذا بایستی نقش آن‌ها در ارتباط با هر سطح مداخله مشخص گردد.





- Damari B, Nasehi A.A, Vosoogh Moghadam A. What do we do to promote Iranian social health?, An overview of the current status, national strategies and the role of the Ministry of Health and Medical Education. Journal of Health Faculty and Medical Research Institute 2013; (11): 45-58. [Farsi]
- Fathi S, Fadvi J. Analysis of the social harms of young people during 1999-2008 and its influencing factors. Journal of Sociological studies of youth 2012; 3(8): 121-144. [Farsi]
- Khademian T, Ghanaatian Z. Investigating the Social factors influencing addiction of women addicted to drugs in rehabilitation and harm reduction centers of Tehran women (Centers for rebirth, the House of the Sun). Social Science Research 2008; 2(4): 59-85. [Farsi]
- Siciliano V, Mezzasalma L, Lorenzoni V, Pieroni S, Molinaro S. Evaluation of drinking patterns and their impact on alcohol-related aggression: a national survey of adolescent behaviours. BMC Public Health 2013; 13: 950.
- Hojjati H, Salmasi E, Ghorbani M, Hejazi Sh, Fesharaki M, Mohammadnezhad E. Study of because of desire to alcohol consumption among of anonymous alcoholics forum in Karaj. Journal of nursing and Midwifery faculty 2010; 8(1): 20-28. [Farsi]
- Alayi Kharaem R, Kadivar P, Mohammadkhani Sh, Sarami Gh.R, Alaei M.H. Model of causal relationships of family, environmental, and individual factors in drug use among teenagers of the Karaj city. Rural Development 2010; 2(2): 137-156. [Farsi]
- Sarah E.W, Kwan M.P, Wilson J, Fortenberry J.D. Adolescent Health-Risk Behavior and Community Disorder. PLOS ONE 2013; 8(11): 1-7.
- Drug Control Headquarters, Cultural & Prevention Office, Ministry of Science, Research and Technology, Social and Cultural Deputy, Office of Cultural Affairs. Modern Prevention: Special teachers, administrators, managers and experts of the universities and higher education institutions. Domestic Journal 2011; 10: 1-8. [Farsi]
- Shadnia Sh. Alcohol Consumption is high in Iran!. Health 2010; No. 275: 21. Available at: http://salamatiran.ir/pdf/salamat/275_21.pdf. [Farsi]
- Islami F, Kamangar F, Aghcheli K, Fahimi S, Semnani S, Taghavi N, et al. Epidemiologic features of upper gastrointestinal tract cancers in Northeastern Iran. British Journal of Cancer 2004; 90: 1402-1406.
- Nasrollahzadeh D, Kamangar F, Aghcheli K, Sotoudeh M, Islami F, Abnei C.C, et al. Opium, tobacco, and alcohol use in relation to oesophageal squamous cell carcinoma in a high-risk are of Iran. British



Journal of Cancer 2008; 98: 1857-1863.

- Vacancy of Treatment of Alcoholism Centers. Social protection 2013; No. 2825: p. 17. Available at:

<http://www.hemayat.net/Archive/1392/4/5/17.pdf>. [Farsi]

- Hamdiah M, Matlabi N, Asheri H, Boroojerdi A. Assessing the prevalence of drugs, alcohol and psychotropic drugs consumption in Tehran adolescents and young adults 35-15 years old. Medical Research

(Journal of Medical Faculty). Shahid Beheshti University of Medical Sciences 2008; 32(4): 315-319. [Farsi]

- Mohammadkhani Sh. Prevalence of smoking, alcohol and psychoactive substances in Iranian adolescents. Journal of Kerman University of Medical Sciences 2011; 19(1): 48-32. [Farsi]

- Shams Alizadeh N, Moghadam M, Mohsenpour B, Rostami Gooran N. Prevalence of substance abuse

in the students of Kurdistan university of Medical Sciences. Journal of Kurdistan University of Medical

Sciences 2008; 13: 26-18. [Farsi]

- Mohammadi N, Shabiri F, Mahjoob H. Prevalence of substance abuse in students of Hamedan university of Medical Sciences in 2008. Journal of Zahedan Medical Sciences Research 2012; 14(1): 89-86.

[Farsi]

- Ritiche J, Spencer L. Qualitative data analysis for applied policy research. In: A. Bryman and R. G.

Burgess (Eds.), Analyzing qualitative data: Routledge, 1994: pp. 1-17.

- Verdipoor H, Farhadinasab A, Bashirian S, Mahjoob H. Pattern and tendency causes to drug abuse

among young people. Journal of Shahid Sedoghi Yazd University of Medical Sciences 2007; 15(4): 35-42.

[Farsi]

- Najjarzadegan M.H, Tolayi A, Karami Gh.R. Prevention and treatment of drug abuse among military

personnel. Journal of Zahedan Medical Sciences Research 2012; 14(2): 1-8. [Farsi]

- European Commission, Special Eurobarometer. Attitudes towards Alcohol. 2007. Available at: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_272b_en.pdf.

- Serajzadeh H, Feyzi I. Social factors affecting opium and alcohol consumption among students. Social Sciences Letter 2007; No. 31: 81-102. [Farsi]

- Meysami N. Warns of new wave of alcoholic consumption. cultural, social and economic Journal 2013. Available at: <http://www.tehrooz.com/1392/4/16/TehranEmrooz/1212/Page/10/>

TehranEmrooz_1212_10.pdf. [In Persian]

