

مقاله موردی

مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

دوره نی

بررسی وضعیت و علل مصرف مشروبات الکلی: مطالعه موردی همه گیری

مسمومیت مصرف الکل در رفسنجان: سال ۱۳۹۲

علی اکبر حق دوست^۱، مژگان امامی^۲، مریم اسماعیلی^۳، امین صابری نیا^۴، محسن نژاد قادری^۵، محمدحسین مهرالحسنی^۶

دریافت مقاله: ۹۳/۳/۱۸ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۳/۵/۱۸ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۳/۷/۲۲ پذیرش مقاله: ۹۳/۸/۳

چکیده

زمینه و هدف: رفتارهای اجتماعی در ارتباط با متغیرهای متعددی شکل می‌گیرند. از این رو، سوء مصرف الکل به عنوان یک رفتار پرخطر را نمی‌توان جدای از نظام اقتصادی، فرهنگی و سیاسی دانست. هدف این مطالعه، بررسی علل مصرف مشروبات الکلی در شهرستان رفسنجان بود.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر به صورت گذشته نگر و تلفیقی در دو مرحله کمی و کیفی انجام پذیرفت که شامل مطالعه میدانی همه گیرشناختی مصرف الکل و مصاحبه کیفی با خبرگان بود. در مرحله اول، اطلاعات ۸۰ نفر از مراجعین به مراکز درمانی از طریق پرسشنامه به دست آمد و در مرحله دوم ۲۴ نفر به عنوان نمونه مطالعه انتخاب شدند. در مرحله اول از شاخص‌های توصیفی و در مرحله دوم از روش تحلیل محتوایی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: براساس نتایج کمی، همه مصرف کنندگان مرد بودند و ۹۰ درصد، سابقه مصرف الکل داشتند. به علاوه ۹۰ درصد از مسمومین، دلیل مصرف الکل را بیکاری و نداشتن سرگرمی قلمداد کردند. نتایج کیفی نیز نشان داد در بعضی زیرگروه‌های جامعه، باورها و ارزش‌ها به سمت مادی گرایی و فردگرایی در حال تغییر است و شبکه‌های مجازی و ماهواره‌ها موجب تشدید بیشتر ضعف‌های اجتماعی شده است.

نتیجه‌گیری: سوء مصرف الکل در جامعه مورد مطالعه به عنوان یک آسیب اجتماعی شناخته شد که دارای یک شبکه علیت پیچیده اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است و عوارض امنیتی و سلامتی سنگینی برای جامعه دارد. در این راستا، اقدامات درمانی و انتظامی در سطح فردی موثر نبوده و باید بر اقدامات اجتماعی پیشگیرانه تاکید گردد.

واژه‌های کلیدی: سلامت، امنیت، رفتارهای پرخطر، سوء مصرف مواد، مصرف الکل

- ۱- استاد گروه اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات مدل سازی در سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
 - ۲- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
 - ۳- کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
 - ۴- پزشک عمومی، گروه طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
 - ۵- پزشک عمومی، گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
 - ۶- (نویسنده مسئول) استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
- تلفن: ۰۳۴-۳۱۳۲۵۴۱۵-۳ دورنگار: ۰۳۴-۳۱۳۲۵۴۱۵، پست الکترونیکی: mhmhealth@kmu.ac.ir

مقدمه

یکی از تعاریف سلامت اجتماعی، کیفیت درگیر شدن 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 کاهش بی عدالتی است، اما نقطه مقابل آن، افزایش آسیب‌های اجتماعی است [۱]. مسائل مربوط به آسیب‌های اجتماعی از دیرباز در جامعه بشری مورد توجه اندیشمندان بوده است. همزمان با گسترش انقلاب صنعتی و گسترش دامنه‌های نیازمندی‌ها محرومیت‌های ناشی از عدم امکان برآورده شدن خواسته‌ها و نیازهای زندگی، گسترش شدید و دامنه دار فساد عسبان، تبهکاری، سرگردانی، دزدی، انحرافات جنسی و دیگر آسیب‌ها ایجاد شده است [۲].

در این میان، سوء مصرف مواد از جمله الکل به عنوان یک مسأله اجتماعی، پدیده‌ای است که همراه با آن توانایی جامعه در سازمان یابی و حفظ نظم موجود از بین می‌رود، عملکرد بهنجار حیات اجتماعی مختل می‌گردد و باعث دگرگونی‌های ساختاری در نظام اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی یک اجتماع می‌شود [۳]. شواهد بسیاری وجود دارد که تصدیق کننده ارتباط بین مصرف الکل و صدمات فیزیکی وارد شده به بدن می‌باشند. مطالعات متعددی نشان داده‌اند سوء مصرف الکل منجر به بروز انواع رفتارهای خشونت آمیز و ضد اجتماعی در نوجوانان و جوانان می‌شود [۴]. از این رو، رفتارهای پرخطر و نابهنجاری 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 [۵].

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 (Bandura's Learning Theory) 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 [۶]. بنابراین نحوه تعامل نوجوانان و جوانان با محیط اجتماعی اطرافشان نقش بسزایی در ارتقاء سلامت آنها دارد [۷] 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 عوامل درمانی، حقوقی و سیاستگذاری‌های کلان است [۸].

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 خوش‌بین 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

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 مصرف کنندگان مشاهده گردید. این همه گیری باعث جلب توجه همه ذی نفعان شد و فضایی را ایجاد نمود که مطالعه حاضر به شکل یک تحلیل موردی از یک همه گیری به صورت مطالعه تلفیقی شکل بگیرد تا بتواند با ارزیابی عوامل تسهیل کننده این همه گیری، راه کار مناسبی برای مدیریت بهتر این مسأله در کشور به دست آورد. لازم به توضیح است که این پروژه با همکاری های بین بخشی نیروی انتظامی استان کرمان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان و رفسنجان صورت پذیرفت.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر به صورت تلفیقی و گذشته نگر در دو مرحله کمی و کیفی انجام پذیرفت که شامل انجام مطالعه میدانی همه گیرشناختی مصرف الکلی در مسمومیت رفسنجان و انجام مصاحبه های عمیق برای شناسایی علل و راهکارهای مداخله بود.

در مرحله اول، برای جمع آوری داده های کمی مربوط به اپیدمیولوژی رفسنجان از پرسشنامه استفاده شد. پرسشنامه مذکور از دو بخش تشکیل شده بود: بخش اول، شامل اطلاعات زمینهای و دموگرافیک و بخش دوم شامل مواردی چون سابقه مصرف الکلی در مسموم شدگان و دلایل مصرف، نوع شغل پدر و مادر، درآمد پدر، سطح سواد پدر و مادر، زندگی با والدین و وجود مسائل خانوادگی، اعتیاد پدر و مادر و سابقه مصرف الکلی در پدر و مادر بود. براساس اطلاعات به دست آمده در مراجعه به

غلظت الکلی مصرفی در اروپا ۳٪ و در کشور ما ۴۰٪ است. در هرحال، معضل اعتیاد به الکلی، غیرقابل انکار است و متأسفانه مصرف الکلی پیش زمینه بسیاری از آسیب های اجتماعی محسوب می شود [۹]. سرطان های دهان، گلو، حنجره، مری [۱۰-۱۱]، کبد و پستان همگی با نوشیدن مشروبات الکلی ارتباط دارند. ممکن است الکلی، خطر ابتلا به سرطان روده بزرگ و راست روده را هم افزایش دهد [۱۲]. لذا مبارزه با مصرف الکلی باید به عنوان یک الویت مهم سازمان های بهداشتی درمانی و نیز یک برنامه بین بخشی در جامعه مورد توجه قرار گیرد [۹].

در پژوهش انجام گرفته درخصوص بررسی شیوع مصرف مواد محرک، الکلی و داروهای روان گردان در نوجوانان و جوانان ۱۵-۳۵ ساله شهر تهران، این نتیجه حاصل شد که شیوع مصرف الکلی در بین نوجوانان و جوانان درصد بالایی را به خود اختصاص داده است [۱۳]. همچنین، در پژوهش Mohammadkhani در زمینه شیوع مصرف سیگار، مشروبات الکلی و مواد روان گردان در نوجوانان ایرانی ذکر گردید که در مجموع ۱۸/۸٪ از دانش آموزان ۱۸-۱۳ ساله در طول زندگی خود حداقل یک بار تجربه مصرف الکلی و سیگار را داشته اند [۱۴]. در مطالعه Shams Alizadeh و همکاران با عنوان شیوع مصرف مواد در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان، شایعترین انگیزه مصرف الکلی، لذت عنوان شده است [۱۵] و نیز مطالعه Mohammadi و همکاران درخصوص فراوانی سوء مصرف مواد در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی همدان نشان داد ۲۰/۱۹٪ از دانشجویان الکلی مصرف کرده اند [۱۶].

مراکز بهداشتی و درمانی رفسنجان و کرمان، تعداد مراجعین به مراکز درمانی ۶۹۳ نفر بوده است که پس از بررسی تنها اطلاعات ۸۰ نفر از این افراد از طریق پرسشنامه به دست آمد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های توصیفی در نرم افزار Excel 2007 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 (م.۱، م.۲، ...، م.۲۴) 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 (Thematic Framework Analysis) [۱۷] براساس مدل Precede-Proceed استفاده گردید. به این صورت که چارچوب اولیه مطالعه و سؤالات مصاحبه براساس مدل Precede-Proceed طراحی شده و با انجام مصاحبه‌ها تکمیل و کدگذاری شد.

نتایج

با اطلاعاتی که از ۸۰ نفر از این افراد از طریق پرسشنامه به دست آمد، همه مصرف کنندگان مرد بودند.

۹۰٪ افراد مجرد بودند. شغل پدر ۸۰٪ از مصرف کنندگان کارگری و یا شغل‌های آزاد سطح پایین و کم درآمد، ۱۰٪ آنها کارمند و ۱۰٪ باقیمانده، پدرانشان 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٪ از بیماران، زیر ۴۰۰ هزار تومان و ۲۰٪ بالای ۴۰۰ تومان بود. در مورد سطح سواد پدر بیماران، ۷۰٪ زیر دیپلم و ۳۰٪ آنها بی سواد بودند و هیچکدام تحصیلات دانشگاهی نداشتند. همچنین، در مورد سطح سواد مادران، ۸۰٪ زیر دیپلم و ۲۰٪ بی سواد بودند و فقط یک مورد لیسانس وجود داشت. ۹۰٪ از مصرف کنندگان با هر دو والد خود زندگی می‌کنند و ۱۰٪ بقیه پدرانشان فوت شده بود. در مورد روابط خانوادگی والدین، تقریباً همه مصرف کنندگان اظهار داشتند که روابط والدینشان دارای مشکل خاصی نیست. ۶۰٪ از پدر این بیماران اعتیاد نداشتند و ۴۰٪ از آنها معتاد بودند. در حالی که هیچکدام از مادرها معتاد نبودند. ۷۰٪ پدران الکل مصرف نمی‌کردند و فقط ۳۰٪ از آنها مصرف کننده الکل بودند. در مورد مادران، هیچگونه سابقه مصرف الکل وجود نداشت. ۹۰٪ مصرف کنندگان ۳ تا ۵ سال سابقه مصرف داشتند، ۱۰٪ بقیه کمتر از ۳ و بیشتر از ۵ سال سابقه داشتند. در رابطه با دلایل مصرف الکل در بین بیماران، ۹۰٪ از آنها عنوان کرده بودند که به دلیل بیکاری و نداشتن سرگرمی مصرف الکل دارند، ۱۰٪ به دلیل بی خیال شدن از مشکلات و ناراحتی‌های روحی به مصرف الکل پناه آورده بودند (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع فراوانی مشخصات جمعیت شناختی مسمومیت الککل در رفسنجان در سال ۱۳۹۲

متغیر	عنوان	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	زن	۰	۰
	مرد	۸۰	۱۰۰
وضعیت تأهل	مجرد	۷۲	۹۰
	متأهل	۸	۱۰
شغل پدر	کارگری و یا شغل‌های آزاد سطح پایین و کم درآمد	۶۴	۸۰
	کارمند	۸	۱۰
	فوت شده	۸	۱۰
شغل مادر	کارمند	۱	۱
	خانه دار	۷۹	۹۹
درآمد پدر	زیر ۴۰۰ هزار تومان	۶۴	۸۰
	بالای ۴۰۰ هزار تومان	۱۶	۲۰
سطح سواد پدر	زیردیپلم	۵۶	۷۰
	بی سواد	۲۴	۳۰
سطح سواد مادر	زیردیپلم	۶۳	۷۸/۷۵
	بی سواد	۱۶	۲۰
	لیسانس	۱	۱/۲۵
زندگی با اعضای خانواده	زندگی با هر دو والد	۷۲	۹۰
	زندگی با یکی از والدین (فوت پدر)	۸	۱۰
وجود مشکلات خاص خانوادگی	دارند	۰	۰
	ندارند	۸۰	۱۰۰
اعتیاد در پدر	دارند	۳۲	۶۰
	ندارند	۴۸	۴۰
اعتیاد در مادر	دارند	۰	۰
	ندارند	۸۰	۱۰۰
سابقه مصرف الککل در پدر	مصرف می کنند	۲۴	۳۰
	مصرف نمی کنند	۵۶	۷۰
سابقه مصرف الککل در مادر	مصرف می کنند	۰	۰
	مصرف نمی کنند	۸۰	۱۰۰
سابقه مصرف الککل	بین ۳ تا ۵ سال	۷۲	۹۰
	کمتر از ۳ سال و بیشتر از ۵ سال	۸	۱۰
دلایل مصرف الککل	بیکاری و نداشتن سرگرمی	۷۲	۹۰
	بی خیال شدن از مشکلات و ناراحتی‌های روحی	۸	۱۰

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

جدول ۲- زمینه‌های ایجاد سوء مصرف الکل

- 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**
- ۲-۱- مفید دانستن مصرف مشروبات الکلی
- ۲-۲- باور بر ضرر کم مصرف مشروبات الکلی نسبت به سوء مصرف مواد
- ۲-۳- سست شدن باورها و اعتقادات فردی و مذهبی
- مفهوم ۳- تغییر ارزش نسبت به مصرف الکل**
- ۳-۱- از بین رفتن قبح و ضد ارزش بودن مصرف مشروبات الکلی
- مفهوم ۴- ساختارها و شبکه‌های اجتماعی تقویت کننده مصرف مشروبات الکلی**
- ۴-۱- شبکه همسالان و دوستان
- ۴-۲- تغییر ساختار و فرهنگ خانواده‌ها
- ۴-۳- ارتباطات و شبکه‌های مجازی
- مفهوم ۵- عوامل محیطی و زمینه ای**
- ۵-۱- عوامل اقتصادی و بازار
- ۵-۲- عوامل اجتماعی
- مفهوم ۶- ساختارهای مدیریتی و حاکمیتی**
- ۶-۱- ضعف برخوردهای قانونی و نظارتی
- ۶-۲- ضعف در برنامه ریزی و مدیریت
- ۶-۳- ضعف در مستندات و شواهد برای تصمیم گیری
- ۶-۴- برنامه و الگوی کلان توسعه در کشور

مفهوم اول: ناآگاهی مصرف کنندگان

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 مصرف کنندگان بر این باورند "مشروبات الکلی را در حد و میزان خاصی، نه تنها برای

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 از این افراد بر این باورند "مصرف الکل چه ضرری داره؟" (م ۱) و "بعضی‌ها نمی‌دانند که حرام بودن مصرف مشروبات الکلی در قرآن آمده است. " (م ۱۲). "آگاهی در این زمینه کم

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 سر کلاس زبان به راحتی اعلام کرد که الکل مصرف می‌کند." (م ۲).

مفهوم چهارم: ساختارها و شبکه‌های اجتماعی تقویت کننده مصرف مشروبات الکلی

شبکه همسالان و دوستان- شرکت کنندگان بر این باورند که "مصرف مشروبات الکلی عمدتاً به صورت دسته جمعی و در جشن‌های خاص می‌باشد." (م ۲). "از 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 شرکت کنندگان، "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 جامع پذیری 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 شستشوی 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 موارد مذکور و تغییر ساختار فرهنگ خانواده و جامعه در چهارچوب جهت‌گیری

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، م ۲). همچنین، عده ای "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 سایر مواد - بنابه اظهار شرکت کنندگان، مصرف کنندگان مشروبات الکلی به ویژه در سن جوانی، مصرف این مواد را همراه با ورزش و تقویت بدن خود می‌دانند و براین باورند که اگر ضرر کمی هم داشته باشد، از این طریق از بین خواهد رفت. "ورزشم سرچاشه در کنارش 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 شرکت کنندگان، دلایل قانع کننده‌ای غیر از باورهای دینی برای ترک مصرف مشروبات الکلی وجود ندارد. "باورها بر این است که اسلام در زمینه مصرف مشروبات خیلی سخت نگرفته و نگاه زیادی (گناه کبیره) 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).

به سمت مدرنیته از عوامل زیربنایی محسوب می‌گردد." (م ۱۴، م ۴). "تهاجم فرهنگی به خصوص ماهواره باعث عادی سازی مصرف الکل شده است." (م ۱۹).

مفهوم پنجم: عوامل محیطی و زمینه ای

عوامل اقتصادی و بازار- "من یک سؤال دارم و آن این که 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 در آن کشف شد که نشان داد در ماه رمضان نیز عرضه و تقاضا وجود دارد." (م ۲۱). "درآمدهای بی حساب 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 مذهبی بسیار 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 سخت گیری‌های زیاد." (م ۱۹).

مفهوم ششم: ساختارهای مدیریتی و حاکمیتی

ضعف در مستندات و شواهد برای تصمیم گیری- "بسیاری از پژوهش‌هایی که در این ارتباط صورت می‌گیرد، اگرچه که به اعتبار آنها اعتقادی ندارم، کاری است بسیار صوری و برای ارائه بیان کاری بعضی از سازمان‌ها و جذب بودجه نفتی می‌باشد." (م ۱۴).

ضعف در برنامه ریزی 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 ۱۹، م ۱).

برنامه و الگوی کلان توسعه در کشور- "مدرنیته، جهانی سازی، دسترسی بیشتر به ماهواره و اینترنت با وجود سود اقتصادی بیشتر در این زمینه و مادی گرایی، بیکاری و دنبال سرخوشی بودن را از عوامل رشد مصرف این مواد می‌توان اظهار کرد." (م ۱۱). "حدوداً از سال

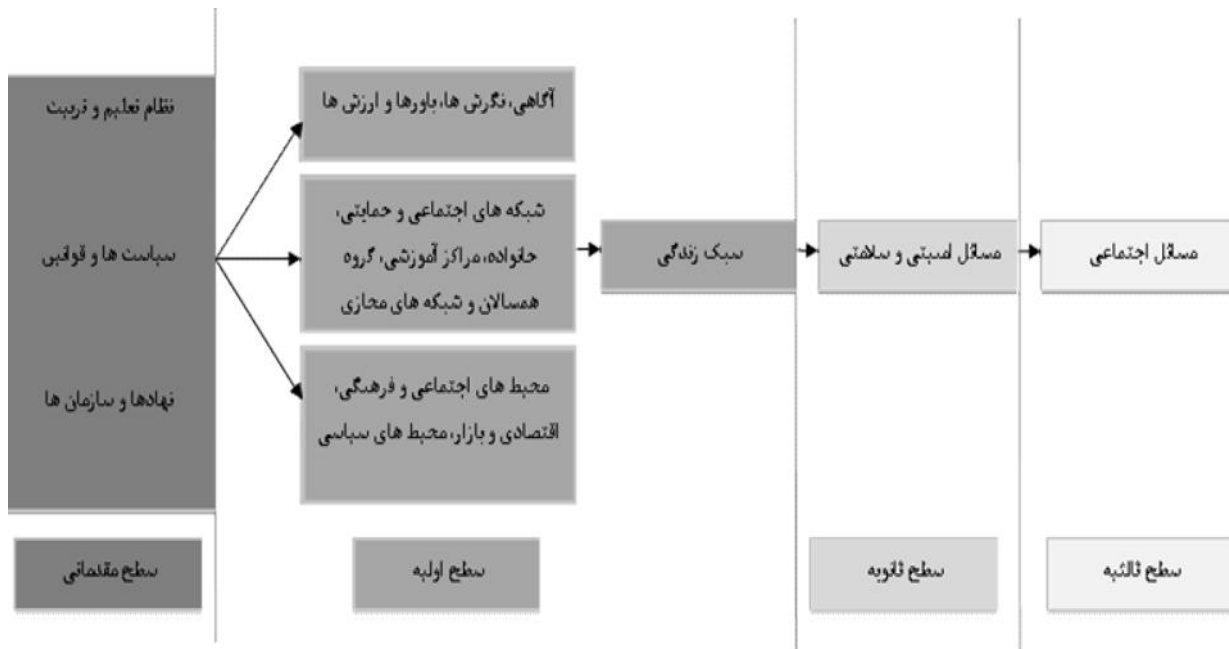
بحث

با توجه به تغییرات محیطی که امروزه شتاب زیادی به خود گرفته است، لزوم به کارگیری برنامه‌های جامع برای مواجهه با این‌گونه مسائل و برای شکل دادن به آینده به شکلی اثربخش، بیشتر از گذشته احساس می‌شود. همانطور که ملاحظه شد، یکی از این مسائل، مسأله اجتماعی الکلی بودن است که وجود خشونت‌های خانوادگی، رفتار نابهنجار افراد و گروه‌های اجتماعی و ... زمینه را برای گسترش این مسأله 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 پیش‌گیری از سوء مصرف ارائه نمودند. در این مطالعه مولفه‌های کلیدی تأثیرگذار بر مصرف مشروبات الکلی در نمودار ۱ مشخص گردیده است.

۶۹-۶۸، 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 زمان 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 شکل‌دهنده 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).



نمودار ۱- مدل تحلیلی مصرف مشروبات الکلی

برنامه‌های آموزشی، کمک شایانی می‌کند. مزیت دیگر این امر این است که در محیط‌هایی مانند محیط‌های نظامی که حضور افراد غیرسازمانی و یا شخصی بسیار سخت است، می‌تواند بسیار کمک کننده باشد [۱۹].

تغییر ارزش نسبت به مصرف الکل موضوع مهم دیگری است، به طوری که در گزارش منتشر شده در سال ۲۰۰۷، مشخص شد بسیاری از مصرف کنندگان 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 [۲۰]. 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 شبکه‌های 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 Serajzadeh و همکارش 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 [۲۱]. 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

با توجه به علل گرایش به مصرف مشروبات الکلی و نمودار 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 آنها است که شامل ارتقای فرهنگی و سرمایه اجتماعی و اصلاح ساختارهای اجتماعی می‌باشد و سازمان‌هایی مانند بخش‌های سیاست‌گذار کلان و قانون‌گذار و همچنین، آموزش و پرورش، صدا و سیما و غیره در این سطح بیشتر نقش آفرین می‌باشند و آحاد جامعه مد نظر قرار می‌گیرند.

۲. مداخلات سطح اولیه: رفتار پرخطر مصرف در حال شکل گیری 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.

از جمله رفتارهای پرخطر در این سطح، ناآگاهی مصرف کنندگان، نگرش و باورهای اشتباه است؛ در این راستا در مطالعه ای از Verdipoor و همکاران، بر ضرورت مداخلات پیشگیرانه در مقابل سوء مصرف به ویژه در سنین مدرسه تأکید شده است. به خصوص تقویت باورها در زمینه ارزش‌های مذهبی که می‌تواند نقش مهمی در افزایش توانایی‌های مقاومت در مقابل سوء مصرف مواد برای جوانان داشته باشد [۱۸]. از طرف دیگر، پیشنهاد می‌شود که دستورالعمل ویژه‌ای جهت پیشگیری و درمان در نیروی انتظامی تدوین گردد. چنین دستورالعملی به شناسایی عوامل خطر در هر منطقه و اجرای برنامه‌های آموزشی براساس آن عوامل خطر، جهت بیشتر کردن اثر

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، مسأله 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 دسترسی آسان به 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 [۲۲].

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، گروه هدف این سطح افراد دارای رفتار پرخطر در زنجیره تولید تا مصرف در جامعه می‌باشد و سازمان‌هایی مانند 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 ریشه یابی 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 چرخه اجرا به خوبی عمل نماید. بحث دیگر، اداره اماکن نیروی انتظامی است که نظارت قوی تر و بیشتری را داشته باشد. همچنین، معاونت

کارهای آماری بیشتر و مدل سازی‌های دقیق‌تری نیاز است.

نتیجه‌گیری

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 بی رویه بیماران کلیدی و کبدی کشور کمک شایانی خواهد نمود. بر این اساس، سیاست‌گذار نظام سلامت، قانون‌گذاران، مجریان و سایر ذی نفعان مختلف می‌توانند با بررسی هر یک از راهبردها، گام‌های مناسبی جهت پیش‌گیری از این آسیب اجتماعی بردارند و لذا بایستی نقش آنها در ارتباط با هر سطح مداخله مشخص گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی تحت عنوان بررسی همه‌گیری مسمویت الکل در شهرستان رفسنجان و بررسی زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی سوء مصرف الکل در جهت ارایه راهبردهایی برای کاهش آسیب در کشور و کرمان مصوب مرکز

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 قوی تری 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 آنها است، همکاری با شورای مواد مخدر و ارتباطاتی برای حمایت طلبی فراهم آورد و بتواند 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، سازمان‌های مانند بهزیستی، دانشگاه علوم پزشکی در صورت بروز عوارض جسمی و سلامتی نیز در این سطح فعالیت می‌نمایند.

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر، نقص موضوعی است. چرا که با توجه به موضوعات فرهنگی این مسأله، خوداظهاری‌ها و انجام مطالعه در این زمینه، کم بوده و این مطالعه تنها براساس نظرات افراد مراجعه کننده صورت گرفته است و این امر نمی‌تواند دیدگاه جامعی نسبت به کل جامعه ارائه نماید. لذا برای انجام برآوردهای دقیق‌تر به

از معاون بهداشتی، کارشناسان بهداشتی و مسئول محترم گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، مسئول محترم اورژانس و مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت و مرکز تحقیقات مدل سازی در سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمان و نیروی انتظامی به ویژه دفتر تحقیقات کاربردی فرماندهی انتظامی استان کرمان قدردانی می‌شود.

تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت به کد ۹۲/۹۶ می‌باشد که توسط مرکز تحقیقات مدل سازی در سلامت و مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان و به سفارش دفتر تحقیقات کاربردی فرماندهی انتظامی استان کرمان اجرا گردید.

References

- [1] Damari B, Nasehi AA, 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. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2013; 11(1): 45-58. [Farsi]
- [2] Fathi S, Fadvi J. Analysis of the social harms of young people during 1999-2008 and its influencing factors. *Sociological Studies of Youth Journal* 2012; 3(8): 121-44. [Farsi]
- [3] 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 Sciences Bulletin* 2008; 2(4): 59-85. [Farsi]
- [4] 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.
- [5] 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. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2010; 8(1): 20-8. [Farsi]
- [6] Alayi Kharaem R, Kadivar P, Mohammadkhani Sh, Sarami GhR, Alaei MH. Model of causal relationships of family, environmental, and individual factors in drug use among teenagers of the Karaj city. *Journal of Rural Development* 2010; 2(2): 137-56. [Farsi]

- [7] Sarah EW, Kwan MP, Wilson J, Fortenberry JD. Adolescent Health-Risk Behavior and Community Disorder. *PLOS ONE* 2013; 8(11): 1-7.
- [8] Drug Control Headquarters, Cultural & Prevention Office, Ministry of Science, Research and Technology. Modern Prevention: Special teachers, administrators, managers and experts of the universities and higher education institutions. *Domestic Journal* [serial online] 2011 January;10:[1-8]. Available at: <http://www.khuisf.ac.ir/Dorsapax/userfiles/file/etiad/9.pdf>. January, 2011. [Farsi]
- [9] Shadnia Sh. Alcohol Consumption is high in Iran! Health [serial online] 2010 June;275:[21]. Available at:http://salamatiran.com/pdf/salamat/275_21.pdf. June 26, 2010. [Farsi]
- [10] Islami F, Kamangar F, Aghcheli K, Fahimi S, Semnani S, Taghavi N, et al. Epidemiologic features of upper gastrointestinal tract cancers in Northeastern Iran. *Br J Cancer* 2004; 90(7): 1402-6.
- [11] 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. *Br J Cancer* 2008; 98(11): 1857-63.
- [12] Bagnardi V, Blangiardo M, Vecchia CLa, Corrao G. Alcohol Consumption and the Risk of Cancer. *Alcohol Res Health* 2001; 25(4): 263-70.
- [13] 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). J Shahid Beheshti Univ Med Sci* 2008; 32(4): 315-9. [Farsi]
- [14] Mohammadkhani Sh. Prevalence of smoking, alcohol and psychoactive substances in Iranian adolescents. *J Kerman Univ Med Sci* 2011; 19(1): 32-48. [Farsi]
- [15] Shams Alizadeh N, Moghadam M, Mohsenpour B, Rostami Gooran N. Prevalence of substance abuse in the students of Kurdistan university of Medical Sciences. *J Kerman Univ Med Sci* 2008; 13(2): 18-26. [Farsi]
- [16] Mohammadi N, Shabiri F, Mahjoob H. Prevalence of substance abuse in students of Hamedan university of Medical Sciences in 2008. *Zahedan J Res Med Sci* 2012; 14(1): 86-9. [Farsi]
- [17] Pope C, Ziebland S, Nicholas Mays N. Analysing qualitative data. *BMJ* 2000; 320(7227): 114-6.
- [18] Verdipoor H, Farhadinasab A, Bashirian S, Mahjoob H. Pattern and tendency causes to drug abuse among young people. *J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci* 2007; 15(4): 35-42. [Farsi]
- [19] Najjarzadegan MH, Tolayi A, Karami GhR. Prevention and treatment of drug abuse among

- military personnel. *Zahedan J Res Med Sci* 2012; 14(2): 1-8. [Farsi]
- [20] European Commission, Special Eurobarometer. Attitudes towards Alcohol. 2007;[1-36]. Available at: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_272b_en.pdf. March, 2007.
- [21] Serajzadeh H, Feyzi I. Social factors affecting opium and alcohol consumption among students. *Journal of Social Sciences* 2007; 31(1): 81-102. [Farsi]
- [22] Meysami N. Warns of new wave of alcoholic consumption. 2013; Available at: <http://www.khabaronline.ir/detail/302301/society/social-damage>. July 7, 2013. [Farsi]

Survey the Status and Causes of Alcohol Consumption: A Case Study of the Epidemic Alcohol Poisoning in Rafsanjan in 2013

A. A. Haghdoost¹, M. Emami², M. Esmaili³, A. Soberinia⁴, M Nezhad Ghaderi⁵, M. H. Mehrolhassani⁶

Received: 08/06/2014 Sent for Revision: 09/08/2014 Received Revised Manuscript: 14/10/2014 Accepted: 25/10/2014

Background and Objective: Social behaviors are influenced by several variables. Hence, alcohol abuse as a high risk behavior in society cannot be considered apart from the economic, cultural and political systems. The aim of the study was to survey the causes of alcohol consumption in Rafsanjan.

Materials and Methods: It was a retrospective study that triangulated qualitative and quantitative findings of field studies on the epidemiology of alcohol poisoning and qualitative interviews with experts. In the first step, the 80 patients' information obtained through the questionnaire and in the second step, 24 participants were selected as the study samples. In step one, descriptive statistics and in step two, thematic framework analysis was used to analyze the data.

Results: Based on the quantitative results, all the drinkers were male and 90 percent had a background of alcohol abuse. In addition, 90 percent of them stated that because of unemployment and lack of entertainment, have consumed the alcohol. Also, the qualitative findings revealed that likely in a group of society, the beliefs and values of the society are changing towards materialism and individualism and virtual networks and satellites have caused that social disadvantages go further aggravated.

Conclusion: Alcohol abuse in the studied population is a social harm that has a complex causal network of economic, social, cultural and severe health and security complications for the society. In this regard, therapeutic, disciplinary and legal actions are not effective at on the society micro-level and should be emphasized on preventive social measures.

Key words: Health, Security, High risk behavior, Drug Abuse, Alcohol consumption

Funding: The study has not been funded by the university resources.

Conflict of Interest: None declared

Ethical approval: The study was approved as a research project by Research Center for Health Services Management, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences in 2013 (code No. 92/96).

How to cite this article: Haghdoost AA, Emami M, Esmaili M, Soberinia A, Nezhad Ghaderi M, Mehrolhassani MH. Survey the Status and Causes of Alcohol Consumption: A Case Study of the Epidemic Alcohol Poisoning in Rafsanjan in 2013. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2015; 13(10): 991-1006. [Farsi]

1- Prof, Dept of Epidemiology, Research Center for Modeling in Health, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

2- Master of Health Services Management, Department of Health Services Management, Research Center for Health Services Management, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

3- Bachelor of Health Services Management, Department of Health Services Management, Research Center for Health Services Management, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

4- General Physician, Emergency Medicine Department, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

5- General Physician, Preventing and Combating Diseases Department, Health Deputy of Rafsanjan University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

6- Assistant Prof, Dept of Health Services Management, Research Center for Health Services Management, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

(Corresponding Author) Tel:(34) 31325415, Fax:(34) 31325415, Email: mhmhealth@kmu.ac.ir.