فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال هفدهم، شماره شصت و هفتم، ص۱۹۶-۱۸۱، بهار ۱۴۰۲
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 17, No. 67, P 181-196, Spring 2023

مقاله پژوهشی
Research Article

بررسی وضعیت امکانات ورزشی و نگاه درمانگران به ورزش در مراکز درمان و بازتوانی ترک اعتیاد

امیرحسین یاوری بافقی[۱]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۸/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۱/۲۶

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی امکانات ورزشی موجود در مراکز درمان و بازتوانی ترک اعتیاد در کشور و نگاه درمانگران به تاثیر ورزش در بهبود فرآیند ترک اعتیاد بود. **روش:** این پژوهش از نوع توصیفی-پیمایشی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل مراکز درمان اعتیاد بود که از بین آن‌ها تعداد ۳۶۳ مرکز با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه محقق‌ساخته بود. **یافته‌ها:** با توجه به یافته‌های تحقیق، اگرچه همه درمانگران حوزه اعتیاد اعتقاد دارند که ورزش و به‌ویژه حرکات نرمشی شرایط بهبود و تثبیت درمان را بهبود می‌بخشد، اما عملا، شرایط برای ترکیب پروتکل‌های درمانی با شیوه‌های مختلف ورزشی فراهم نبوده و این مراکز عملکرد موثری در این زمینه نداشتند. **نتیجه‌گیری:** ضرورت دارد تمرینات و فعالیت‌های ورزشی استاندارد مکمل درمان طراحی گردد و این دو امر مهم تابع اصلاح و افزایش آموزش‌های درمانگران مرکز درمان و بازتوانی و تغییر در راهبردهای نهادهای تصمیم‌گیر به‌ویژه وزارت ورزش و جوانان، وزارت کشور (شورای اجتماعی) و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تحت رهبری ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: اعتیاد، مصرف مواد، تمرینات ورزشی، تجهیزات ورزشی، مراکز درمان اعتیاد

۱. دانشیار، گروه مدیریت اطلاعات، دانشگاه علوم انتظامی امین، تهران، ایران. پست الکترونیک: yadyar@chmail.ir

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.181]

مقدمه

امروزه کمتر کشـوری در دنیا وجود دارد که مهم‌ترین و یکی از عمده‌ترین مشـکلاتش، مسـئله مواد مخدر و اعتیاد نباشـد. به‌طوری‌که اختلال مصـرف مواد از شـایع‌ترین و پرهزینه‌ترین مشـکلات سـلامتی در جهان کنونی اسـت (طاهری فرد، بشـرپور، حاجلو و نریمانی، ۱۴۰۰). اختلال مصـرف مواد[1]، شـامل دسـته‌ای از علائم رفتاری، شـناختی و فیزیولوژیکی است که در آن فرد، علی‌رغم مشکلات قابل ملاحظه ناشی از مواد به مصرف مواد ادامه می‌دهد و در نهایت این مسـئله با آسـیب‌های اجتماعی، اقتصـادی، جسـمانی و روانی همراه می‌شـود (رحیمی و پوراحسـان، ۱۳۹۹). اگرچه عموما گفته می‌شـود که پیشگیری بهتر از درمان است، ولی واقعیت این است که علیرغم اقدامات پیشگیرانه، در تمام کشـورها، شـماری افراد وابسـته به مواد وجود دارند که خواهان و نیازمند خدمات درمانی هسـتند. برخورداری از خدمات موثر و مناسـب درمان وابسـتگی به مواد، حق قانونی و طبیعی این گروه از افراد جامعه است (ژانگ و لیو[2]، ۲۰۲۲). درمان کسانی که به وابستگی به مواد دچار هستند موجب کاهش شمار مصرف‌کنندگان و به عبارت دیگر کاهش ابعاد مشکل مصرف مواد و به نوعی پیشگیری از گسترش این مشکل در سطح جامعه اسـت. بنابراین، لازم اسـت که خدمات درمانی موثر و مقرون به صـرفه برای این گروه از شهروندان تامین باشد، تا پس از سال‌ها درد و رنج اعتیاد، زندگی بدون وابستگی به مواد را به عنوان بخشی از حقوق انسانی خویش تجربه کنند (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۰).

درکنار روش‌های رایج درمانی، عوامل کمکی متعددی نظیر ورزش، موسـیقی، کاردرمانی، حمایت‌های خانوادگی وسایر موارد مشابه وجود دارند که می‌توان آنها را به عنوان مجموعه‌ای ازعوامل حمایت‌کننده و یا به عبارت دقیق‌تر مداخلات روانی‌اجتماعی در درمان اعتیاد و ماندگاری در درمان تلقی نمود. اسـتفاده صـحیح از این روش‌ها می تواند روند درمان را آسان‌تر و سـریع‌تر نماید و در عین حال با فراگیری زندگی سـالم و بدون وابسـتگی به مواد از عود به اعتیاد در افراد تحت درمان پیشـگیری کند. ورزش و فعالیت‌های بدنی مناسب در پیشگیری و درمان بسیاری از بیماری‌های جسمانی، روانی و

1. substance abuse disorder (SUD)
2. Zhang & Liu

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.181]

اجتماعی از جمله بیماری اعتیاد می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای داشته باشد و لذا استفاده صحیح از آن در اغلب روش‌های درمانی و برای کلیه معتادان در حال درمان مفید و موثر خواهد بود (حاج رسولی، ۱۳۹۷). در این زمینه کابررا[1] (۲۰۲۰) با انجام تحقیقات خود تایید نمود که ورزش منظم تأثیر مثبتی بر سلامت جسمی و روانی داشته و به جلوگیری از بیش از ۲۰ بیماری مزمن، از جمله بیماری عروق کرونر قلب، سرطان، سکته مغزی، دیابت نوع دو، چاقی، افسردگی و زوال شناختی کمک می‌کند؛ حتی مقدار کمی از ورزش می‌تواند مزایای سلامتی قابل توجهی ایجاد کند (کابررا، ۲۰۲۰). حاج رسولی (۱۳۹۷) با بررسی‌های میدانی تاکید دارد اگر ورزش در مورد کسانی که دارای وضعیت غیرعادی نظیر بیماری‌های مختلف و ناهنجاری‌های رفتاری، از جمله اعتیاد هستند، به درستی و بر مبنای یک روش صحیح اجرا نشود، می‌تواند موجب بروز صدمات بدنی بیشتر و تشدید بیماری شود. در مطالعه‌ای که بورلینگ[2] و همکاران (۱۹۹۲) بر روی ۹۵ نفر معتاد به انواع مختلف مواد مخدر انجام دادند مشخص شد مداخلات به شکل ۴ هفته، هفته‌ای یک جلسه بازی با توپ نرم[3] باعث بهبود در ترک مواد مخدر شده است. لی، چن و مو[4] (۲۰۰۲) در کار مشابهی که بر روی ۸۶ نفر مصرف‌کننده هرویین انجام دادند، متوجه شدند که ورزش، بهبود چشمگیری در کاهش علایم ترک و اضطراب و مصرف داشته است. همچنین در مطالعه‌ای بوچوفسکی[5] و همکاران (۲۰۱۱) ۱۰ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای ورزش هوازی با شدت متوسط را بر روی ۱۲ نفر معتاد به کانابیس انجام دادند و نتایج نشان داد که در طول مدتی که جلسات ورزش برگزار شد میل به مصرف کاهش و در نتیجه مصرف کانابیس نیز کاهش یافت. در مطالعه‌ای گیمنز-مزگوئر، تورتوسا-مارتینز و رمدیوس فرناندز-والنسیانو[6] (۲۰۱۵) ۱۲ هفته سه جلسه‌ای (هر جلسه به مدت ۶۰-۹۰ دقیقه) ورزش‌های هوازی استقامتی، قدرتی استقامتی، هوازی و بازی‌های هوازی همگی با شدت متوسط را بر روی ۳۷ معتاد به انواع مختلف مواد مخدر انجام دادند و نتایج نشان داد که

1. Cabrera
2. Burling
3. Soft Ball
4. Li, Chen & Mo
5. Buchowski
6. Giménez-Meseguer, Tortosa-Martínez & Remedios Fernández-Valenciano

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.181]

بهبودهای چشمگیری در شرایط جسمی و کیفیت زندگی به صورت کمی و کاهش تعداد آسیب‌ها هنگام ورزش، کاهش وزن، بهبود استرس و اضطراب، بهبود و کاهش میل به مصرف مواد به صورت کیفی صورت گرفته است. وانگ، ژو، ژائو و چانگ[1] و همکاران (۲۰۱۷) نیز، ۱۲ هفته، ۳ جلسه در هفته (هر جلسه به مدت ۳۰ دقیقه) ورزش هوازی با شدت متوسط و درمان‌های رفتاری را بر روی ۵۰ معتاد به مت‌آفتامین انجام دادند و نتایج نشان داد گروه تحت مداخله ورزش در مقایسه با گروه کنترل، بهبود چشمگیری در میل به مصرف و کنترل بر خود دارند. در مطالعه کارمدی، گریر، والکر، رتورست و تریودی[2] (۲۰۱۸) به مدت ۹ ماه، ۳ جلسه در هفته ورزش هوازی با شدت متوسط تا شدید و درمان‌های رفتاری بر روی ۲۱۸ مصرف‌کننده محرک‌ها (کوکایین ،آمفتامین و مت آفتامین) انجام شد و نتایج نشان داد که گروه آزمایش به طور قابل توجهی نسبت به گروه کنترل، احتمال عود و مصرف کمتر مواد در موارد بازگشت به مصرف مواد را داشته‌اند.

با توجه به پیشینه تحقیقاتی ذکر شده در زمینه تاثیر ورزش بر ترک اعتیاد، مشاهده شد که اثر تمرین ورزشی در کاهش میل به مصرف مواد مخدر موثر است؛ لذا سوالی که در اینجا برای محقق مطالعه حاضر مطرح شد این بود که آیا شرایط زیر ساختی در مراکز ترک اعتیاد کشور فراهم است؟ آیا مسئولان مراکز مزبور به اهمیت نقش ورزش در ترک اعتیاد اعتقاد دارند؟ متاسفانه داده‌های موجود در این زمینه، پراکنده و غیرقابل اتکا بود. با این وجود، دو موضوع بسیار حائز اهمیت بود. اول اینکه اساسا ورزش تاثیر مثبت بر روح و جسم دارد و هم اینکه ورزش مورد نیاز برای درمان معتادان، موضوعی حرفه‌ایی و اقتضایی بوده و تابع تجهیزات و دانش متخصصان ورزش است. بدیهی است بی‌توجهی به تاثیر نرمش و ورزش متناسب با دوران ترک اعتیاد تحت نظر تکنسین‌های ورزشی، باعث کاهش بهره‌وری درمان خواهد شد و نکته مهم‌تر آنکه بی‌توجهی به ورزش و نرمش تخصصی مورد نیاز فرآیند ترک اعتیاد، می‌تواند به صدماتی منجر و شرایط بهبود فرد

1. Wang, Zhu, Zhou & Chang

2. Carmody, Greer, Walker, Rethorst & Trivedi

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.181]

وابسته را با تاخیر مواجه سازد؛ بر همین اساس در این پژوهش وضعیت امکانات ورزشی و نگاه درمانگران به ورزش در مراکزدرمان و بازتوانی ترک اعتیاد بررسی می‌شود.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش تحقیق توصیفی از نوع پیمایشی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مراکز درمان اعتیاد (اعم از اجتماع مدار و اقامتی و ...) کشـــور به تعداد ۱۶۲۲ مرکز بود. از این بین با اســـتفاده از روش کوکران و مبتنی بر حجم جامعه آماری، تعداد ۳۶۳ مرکز با روش نمونه‌گیری دردسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند و در بازه زمانی اردیبهشت تا تیر ماه سال ۱۴۰۰ مورد بررسی قرار گرفتند. جهت اطلاع از وضعیت کلی مراکز جدول ذیل ارائه شده است:

جدول ۱: مراکز جامع درمان و بازتوانی کشور

مراکز جامع درمان و بازتوانی	تعداد
مراکز اقامتی میان مدت (کمپ)	۱۳۸۹
اجتماع درمان مدار (TC)	۲۶
مراکز نگهداری، درمان وکاهش آسیب معتادان موضوع ماده۱۶	۳۰
مراکز جامع درمان و بازتوانی	۳۳
مراکز همکار در اجرای تبصره ۲ ماده ۱۶ بدون پذیرش بیماران داوطلب	۱۴۴
جمع کل	۱۶۲۲

ابزار

پرسشنامه این پژوهش، محقق ساخته بوده و از دو بخش اطلاعات کلی درباره مراکز درمان اعتیاد و ســـوالات در خصـــوص تجهیزات و خدمات و رعایت اســـتانداردهای ورزشـــی، متناســـب با اهداف تحقیق تشـکیل شـده اسـت. در این راسـتا برای سـنجش و دسـتیابی به اطلاعات مورد نیاز، ۲۰ سـوال از مسـئولین مراکز درمان پرسـیده شـده اسـت. برای برآورد ضـریب پایایی، از روش آلفای کرونباخ استفاده شـده است. روش آلفای کرونباخ، تعمیم یافته آزمون کودر ریچاردسـون اسـت که این ضـریب برای پرسـشـنامه این تحقیق معادل ۰/۸۹ بود.

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.181]

یافته‌ها

نتایج داده‌ها و اطلاعات پرسشنامه‌ها به شرح زیر می‌باشد:

الف) نتایج بخش اول سوالات پرسشنامه

۱- نوع مرکز

جدول۲: فراوانی نمونه مراکز جامع درمان و بازتوانی

مراکز جامع درمان و بازتوانی	تعداد	درصد
مراکز اقامتی میان مدت (کمپ)	۲۶۸	۷۳/۸۳
اجتماع درمان مدار (TC)	۱۷	۴/۶۸
مراکز نگهداری، درمان وکاهش آسیب معتادان موضوع ماده ۱۶	۲۵	۶/۸۹
مراکز جامع درمان و بازتوانی	۲۶	۷/۱۶
مراکز همکار در اجرای تبصره ۲ ماده ۱۶ بدون پذیرش بیماران داوطلب	۲۷	۷/۴۴
جمع کل	۳۶۳	۱۰۰

۲-متراژ مرکز

طبق داده‌های بدست آمده، تعداد ۲۶ مرکز (۷/۱۶ درصد) در متراژ بین صفر تا ۵۰۰ متر، تعداد ۷۲ مرکز(۱۹/۸۳ درصد) در متراژ بین ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ متر، تعداد ۴۸ مرکز (۱۳/۲۲ درصد) در متراژ بین ۱۰۰۰ تا ۱۵۰۰ متر، تعداد ۴۶ مرکز (۱۲/۶۷ درصد) در متراژ بین ۱۵۰۰ تا ۲۰۰۰ متر و تعداد ۱۷۱ مرکز (۴۷/۱۱ درصد) در متراژ بالای ۲۰۰۰ متر بوده‌اند.

۳- میانگین تعداد مدد جویان طی سه ماه گذشته

بر اساس داده‌های بدست آمده از طریق پرسشنامه تحقیق، میانگین تعداد مددجویان در طیف صفر تا ۳۰ نفر تعداد ۸۵ نفر (۲۳/۴۱ درصد)، طیف ۳۰ تا ۶۰ نفر تعداد ۱۴۶ نفر (۴۰/۲۲ درصد)، طیف ۶۰ تا ۹۰ نفر تعداد ۳۳ نفر (۹/۰۹ درصد)، طیف ۹۰ تا ۱۲۰ نفر تعداد ۳۹ نفر (۱۰/۷۴ درصد)، طیف ۱۲۰ تا ۱۵۰ نفر تعداد ۳۱ نفر (۸/۵۴ درصد) و طیف بالای ۱۵۰ نفر تعداد ۲۹ نفر (۷/۹۸ درصد) بوده است.

۴-جنسیت مددجویان

برابر نتایج تحقیقات، تعداد ۳۴۲ نفر معادل ۹۴/۲۱ درصد مددجویان مذکر و تعداد ۲۱ نفر معادل ۵/۷۹ درصد از مددجویان تحت درمان مونث بوده‌اند.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.181]

ب) نتایج بخش دوم سوالات پرسشنامه

۱– بهره‌گیری از خدمات مربی تربیت بدنی

یافته‌ها نشان داد تعداد ۸ مرکز معادل ۲/۲۰ درصد به صورت تمام وقت و تعداد ۵۱ مرکز معادل ۱۴/۰۵ درصد به صورت پاره‌وقت و تعداد ۲۶ مرکز معادل ۷/۱۶ درصد هم به صورت مشاوره‌ای از مربی تربیت بدنی استفاده کرده‌اند. اما تعداد ۲۷۸ مرکز معادل ۷۶/۵۹ مرکز به خدمات مربی تربیت بدنی دسترسی نداشته‌اند.

۲- مقدار ساعت حضور تقریبی مربی تربیت بدنی

فراوانی مقدار ساعت حضور تقریبی مربی در مراکز: در تعداد ۲۷۳ مرکز (۹۴/۲۲ درصد) بین صفر تا ۱۰ ساعت، در تعداد ۱۴ مرکز (۳/۸۵ درصد) بین ۱۰ تا ۲۰ ساعت، در تعداد ۷ مرکز (۱/۹۳ درصد) بین ۲۰ تا ۳۰ ساعت بوده است.

۳- وجود تجهیزات ورزشی

طبق داده‌های بدست آمده از پرسشنامه تحقیق در ۶۱/۷۱ درصد مراکز، تجهیزات ورزشی وجود دارد و ۳۸/۲۹ درصد از آنها نیز فاقد هر گونه تجهیزات ورزشی هستند.

۴- نوع تجهیزات ورزشی

از میان تجهیزات ورزشی موجود در مراکز، فراوانی "دمبل" و"تردمیل" از سایر تجهیزات بیشتر است. نکته جالب عدم ارتباط نوع وسیله ورزشی با نیاز تربیت بدنی مبتلایان است. در مراکز تحت بررسی تعداد ۸۳ دمبل، ۳۶ دستگاه تردمیل، ۳۵ بارفیکس، ۲۸ دستگاه وزنه قرقره‌ایی و ۲۸ دستگاه دوچرخه ثابت و ۱۴ عدد دوچرخه وجود دارد.

۵- وجود فضای ورزشی مراکز

برابر اظهار روسای مراکز در تعداد ۲۲۴ مرکز (۶۱/۷۱ درصد) تجهیزات ورزشی وجود داشته و در ۱۳۹ مرکز (۳۸/۲۹ درصد) تجهیزات ورزشی وجود نداشت.

۶ – فراوانی متراژ فضای ورزشی مراکز

طبق داده‌های بدست آمده، بیشترین فضای ورزشی در متراژ ۰ تا ۴۰۰ متر و کمترین آن در متراژ ۱۲۰۰ تا ۱۶۰۰ متر می‌باشد. به طوریکه در متراژ صفر تا ۴۰۰ متر تعداد ۱۲۵ مرکز (۳۴/۴۳ درصد)، متراژ ۴۰۰ تا ۸۰۰ متر تعداد ۹۳ مرکز (۲۵/۶۱ درصد)، متراژ بین ۸۰۰ تا

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.181]

۱۲۰۰ متر تعداد ۴۸ مرکز (۱۳/۲۳ درصـد)، متراژ ۱۲۰۰ تا ۱۶۰۰ متر تعداد ۱۳ مرکز (۳/۵۸ درصـد) و در مراکز بالای ۱۶۰۰ متر تعداد ۳۶ مرکز (۹/۹۲ درصـد) دارای فضـای ورزشـی بوده‌اند. تعداد ۴۸ مرکز (۱۳/۲۳ درصد) به این سئوال پاسخ نداده‌اند.

۷- متراژ فضای باز ورزشی موجود در مراکز

فراوانی متراژ فضـای باز ورزشـی مراکز عبارت اسـت از: ۵۵ مورد (۱۵/۱۶ درصـد) متراژ صفر تا ۲۰۰ متر، ۳۹ مورد (۱۰/۷۴ درصد) متراژ ۲۰۰ تا ۳۰۰ متر، ۵۴ مورد (۱۴/۸۷ درصد) متراژ ۳۰۰ تا ۴۰۰ متر و ۶۴ مورد (۱۷/۶۳ درصـــد) متراژ ۴۰۰ تا ۵۰۰ متر دارند. تعداد ۱۵۱ مرکز (۴۱/۶۰ درصد) به این سئوال پاسخ نداده‌اند.

۸- متراژ فضای بسته ورزشی

فراوانی متراژ فضـای بسته ورزشـی مراکز (جمع کل ۱۰۳)، صـفر تا ۲۰۰ متر، ۵۴ مورد (۵۲ درصـد)، ۲۰۰ تا ۳۰۰ متر، ۱۱ مورد (۱۱درصـد)، ۳۰۰ تا ۴۰۰ متر، ۲۲ مورد (۲۱درصـد) و ۴۰۰ تا ۵۰۰ متر، ۱۶ مورد (۱۶درصد) می‌باشد.

۹- فراهم بودن نوع ورزش تیمی در مرکز

با توجه به مقادیر به‌دسـت آمده، بیشـترین زمینه برای فراهم بودن نوع ورزش تیمی برای ورزش، "تنیس روی میز" با تعداد ۲۴۴ مرکز معادل ۶۷/۲۲ درصـــد، والیبال با تعداد ۲۲۸ مرکز ۶۲/۸۱ درصـد، فوتبال با تعداد ۱۹۲ مرکز معادل ۵۲/۸۹ درصـد، بسـکتبال با تعداد ۷۱ مرکز معادل ۱۹/۵۶ و بدمینتون با تعداد ۸۳ مرکز معادل ۲۲/۸۷ درصد می‌باشد.

۱۰- فراهم بودن تجهیزات ورزشی برای ورزش‌های تیمی

در ۱۷۵ مرکز تجهیزات ورزشـی برای ورزش‌های تیمی فراهم بوده و در ۷۱ مرکز اسـتفاده از تجهیزات تابع نظر مسـئول مرکز اسـت. در ۶۸ مرکز هم تعداد وسـایل ورزشـی خیلی کم اسـت. ضمنا در ۴۹ مرکز هم وسایل ورزشی وجود ندارد.

۱۱- وجود استخر در مرکز دارای فضای ورزشی

در تعداد ۸۵ مرکز (۲۳/۴۲ درصـد) اسـتخر وجود دارد و طبق برنامه در دسـترس اسـت. در تعداد ۳۹ مرکز (۱۰/۷۴ درصـد) اسـتخر وجود دارد ولی غیر قابل اسـتفاده اسـت. در تعداد ۲۳۹ مرکز (۶۵/۸۴ درصد) استخر وجود ندارد.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.181]

۱۲- میانگین ساعت اختصاص داده شده به ورزش برای مددجویان

فراوانی میانگین ساعت اختصاص داده شده به ورزش برای مددجویان در ۲۲۳ مرکز (۰ تا ۲ ساعت)، در ۹۴ مرکز (۲ تا ۴ ساعت)، در ۳۱ مرکز (۴ تا ۶ ساعت) و در ۱۵ مرکز (۶ تا ۸ ساعت) است.

۱۳- وجود فضا برای پیاده‌روی

طبق داده‌های استخراج شده از پرسشنامه، از بین ۳۶۳ مرکز، تعداد ۲۸۴ مرکز (۷۸/۲۴ درصد) فضا برای پیاده‌روی مددجویان را داشته‌اند و تعداد ۷۹ مرکز (۲۱/۷۶ درصد) فضایی برای پیاده روی مددجویان ندارند.

۱۴- منظم بودن پیاده‌روی روزانه

در ۲۰۲ مرکز (۵۵/۶۴ درصد) از ۲۸۴ مرکز، پیاده‌روی به‌صورت منظم صورت می‌پذیرد اما در تعداد ۸۲ مرکز (۲۲/۵۹ درصد) برنامه منظمی برای پیاده‌روی وجود ندارد. همچنین تعداد ۷۹ مرکز (۲۱/۷۷ درصد) به این سئوال پاسخ نداده‌اند.

۱۵ - زمان ورزش

زمان انجام ورزش در مراکز بدین صورت است: ۶۸ درصد (۲۴۶مرکز)، صبح‌ها و ۳۰ درصد (۱۱۰ مرکز)، عصرها و در ۲ درصد مراکز (۷ مرکز) هم شب‌ها پیاده‌روی کرده‌اند. در هیچکدام از مراکز هم ظهرها برنامه پیاده‌روی ندارند.

۱۶- نحوه انجام ورزش در ۳۶۳ مرکز

در ۲۶ درصد مراکز (۹۳ مورد) بر اساس تمایل مددجو و در ۶۵ درصد مراکز (۲۳۶ مورد) بر اساس برنامه از پیش تعیین شده و در ۹ درصد مراکز (۳۴ مورد) ورزش تابع نظر مسئول مرکز بوده است.

۱۷-میزان مقبولیت تاثیر ورزش در درمان در نگاه مسئولین

با توجه به داده‌های به دست آمده در خصوص "میزان مقبولیت تاثیر ورزش در درمان در نگاه مسئولین" نشان می‌دهد که همه مسئولین و پاسخ‌دهندگان در این خصوص نگاه مثبتی دارند.

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.181]

۱۸-نظر مسئولان نسبت به نقش ورزش در تسهیل فرآیند درمان

در این سوال نیز، مانند سوال قبلی همه پاسخ‌دهندگان گزینه "بلی" را انتخاب کرده‌اند و معتقدند که ورزش فرآیند درمان را تسهیل می‌کند.

۱۹-نظر مسئولان مرکز نسبت به زمان مناسب برای فعالیت‌های ورزشی در مراحل درمان

یافته‌های تحقیق نشان داد؛ از نظر ۶۲/۲۶ درصد مسئولان ۲۲۶ مرکز، فعالیت‌های ورزشی باید پس از اتمام سم‌زدایی آغاز شود. مسئولان ۵/۷۹ درصد مراکز (۲۱مرکز) اعتقاد داشتند که لازم است از ابتدای سم‌زدایی فعالیت‌های ورزشی آغاز شود. مسئولان ۲۴/۵۲ درصد مراکز (۸۹ مرکز) اعتقاد داشتند که از زمان بهبود تمام علائم ترک لازم است فعالیت‌های ورزشی آغاز شود. مسئولان ۷/۴۳ درصد مراکز (۲۷ مرکز) معتقدند که دو هفته پس از ورود به مراکز باید فعالیت‌های ورزشی آغاز شود. اما هیچکدام به فعالیت ورزشی به هنگام ورود به مرکز اجتماع درمان مدار اعتقاد نداشتند.

۲۰- نظر مسئولان نسبت به تاثیر ورزش در درمان اعتیاد

۷۴/۶۶ درصد مسئولان مراکز، گزینه بلی و ۲۵/۳۴ درصد گزینه خیر را انتخاب نموده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

تربیت بدنی و یا تمرین نرمشی و یا در کل ورزش از جمله مواردی است که تقریبا همگان اعم از متخصصان و پزشکان و حتی افراد با تحصیلات کم به تاثیر مثبت آن بر جسم و روح تاکید دارند. این اهمیت و تاثیر مثبت در درمان همه بیماری‌ها و به‌ویژه بیماری‌های با منشا روانی و یا ترکیبی از جسم و روح بیشتر خود را نشان می‌دهد. ضرورت توجه به تمرینات و نرمش‌های ورزشی تقریبا در تمام کتب علمی درمان اعتیاد یا کاهش آسیب مورد توجه محققان و اندیشمندان قرار گرفته است. این تحقیق در واقع در راستای تحقیقات متعددی است که در ایران و سایر کشورها صورت پذیرفته و نشان می‌دهد که ورزش نقش تعیین‌کننده‌ای در فرآیند درمان داشته و توسط دانشمندان و محققان زیادی تایید شده است. به‌طور مثال تحقیقات بورلینگ و همکاران (۱۹۹۲)، پالمر، پالمر، میشائیل

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.181]

و تیگپن[1] (۱۹۹۵)، لی و همکاران (۲۰۰۲)، وین‌استوک، باری و پتری[2] (۲۰۰۸)، براون[3] و همکاران (۲۰۱۰)، مامن و مارتینسن[4] (۲۰۱۰)، رویزسلر[5] (۲۰۱۰)، بوچوفسکی و همکاران (۲۰۱۱)، کاتر[6] و همکاران (۲۰۱۴)، گیمنز-مزگوئر و همکاران (۲۰۱۵)، وانگ و همکاران (۲۰۱۷) و کارمدی و همکاران (۲۰۱۸) موید این ادعا است.

در این زمینه این طور می‌توان بیان کرد که کارشناسان بر این باورند که فعالیت بدنی منظم می‌تواند به عنوان یک محافظ سالم برای جلوگیری از مصرف مواد اعتیادآور عمل کند. این به این دلیل است که ورزش و استفاده از مواد مخدر بر قسمت‌های مشابه مغز اثرگذار هستند. هر دوی اینها، مسیر پاداش را فعال می‌کنند، که باعث آزاد شدن مواد شیمیایی حس خوب مانند سروتونین و دوپامین می‌شود (یی و لیو[7]، ۲۰۲۳). نتایج تحقیقات زیادی نیز تاییدکننده این مطلب بوده و نشان داده‌اند که ورزش و فعالیت‌های بدنی مناسب می‌تواند باعث افزایش ترشح مواد شبه‌افیونی در بدن شود (کابررا، ۲۰۲۰؛ لی و همکاران، ۲۰۰۲؛ بوجوفسکی و همکاران، ۲۰۱۱). به همین دلیل در مراحل اولیه درمان اعتیاد که بدن معتادان، قادر به تولید مقادیر کافی از مواد شبه افیونی مورد نیاز بدن نیست و نشانه‌های کمبود یا قطع مصرف مواد که در اصطلاح عامیانه به آن خماری گفته می‌شود به شکل درد، بی‌قراری، آبریزش بینی، اشک‌ریزش، تعریق شدید، اسهال، دل پیچه و سایرعلایم ناخوشایند، خود را نشان می‌دهند، احتمالا انجام فعالیت‌های بدنی مناسب، می‌تواند به ترشح و تولید بیشتر این مواد و کاهش علایم خماری کمک کند (حاجی رسولی، ۱۳۹۷). علاوه بر این ورزش باعث سهولت کناره‌گیری از مواد می‌شود؛ به این صورت که ورزش منظم می‌تواند اضطراب، افسردگی و استرس را کاهش دهد که اینها علائم رایجی هستند که ممکن است در طول دوران نقاهت افراد داشته باشند که می‌تواند منجر به عود شود. همچنین ورزش باعث کاهش هوس مصرف مواد می‌شود. افراد زمانی که سعی می‌کنند از مواد مخدر اجتناب کنند، گاها میل شدیدی به مصرف

1. Palmer, Palmer, Michiels & Thigpen
2. Weinstock, Barry & Petry
3. Brown
4. Mamen & Martinsen
5. Roessler
6. Cutter
7. Ye & Liu

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.181]

مواد احساس می‌کنند که ورزش می‌تواند تمرکز افراد را از هوس مصرف منحرف کند یا آنها را کم قدرت کند. در نهایت ورزش می‌تواند محرک‌های افراد را جایگزین کند، به این صورت که یک برنامه ورزشی جدید می‌تواند کاری به افراد بدهد که انجام دهند و شبکه اجتماعی خود را بسازند. این ممکن است به افراد کمک کند از افراد، مکان‌ها یا چیزهایی که آنها را به یاد مواد مخدر می‌اندازند، اجتناب کنند (ژانگ و لیو، ۲۰۲۲).

برای تبیین وضعیت شرایط ورزشی در مراکز ترک و درمان اعتیاد لازم بود تا آمارها و داده‌های اولیه در خصوص شرایط ورزشی در این‌گونه مراکز تشریح شود. این مراکز عملا بخشی از پروتکل درمان می‌باشند. نکته مهم دیگر وجود تعداد زیادی تحصیل‌کرده رشته‌های علوم ورزشی است که به ندرت در مراکز درمان ابتلا به اعتیاد مورد استفاده قرار می‌گیرند. یافته‌های ذیل خروجی یک پنجم مراکز مورد نظر به تفکیک مرکز در کشور بوده لذا می‌تواند به خوبی شرایط ورزش را در مراکز درمان ابتلا به اعتیاد نشان دهد:

۱) مراکز غالبا از خدمات مربی تربیت بدنی بهره‌مند نیستند و این امر نیازمند برنامه‌ریزی جهت برطرف کردن این مشکل می‌باشد.

۲) مراکز معمولادارای چند نوع وسیله ورزشی از جمله: دمبل، تردمیل، بارفیکس و دوچرخه هستند. قریب به ۷۰ درصد هم شرایط ورزش‌های گروهی مانند: تنیس روی میز، والیبال و فوتبال داشته‌اند.

۳) همچنین نتایج فراهم بودن تجهیزات ورزشی برای ورزش‌های تیمی نشان می‌دهد که در بخشی از مراکز تجهیزات وجود دارد ولی دسترسی به آنها تابع نظر مسئول مرکز است. در برخی از آنها تجهیزات ورزشی وجود دارد ولی تعداد آنها خیلی‌کم است؛ و در تعدادی از آنها نیز اصلا تجهیزات ورزشی برای ورزش‌های تیمی وجود ندارد.

۴) در غالب مراکز، برنامه پیاده‌روی منظم دارد.

۵) با توجه به داده‌های بدست آمده در خصوص "میزان مقبولیت تاثیر ورزش در درمان در نگاه مسئولین" نشان می‌دهد که همه مسئولین و پاسخ‌دهندگان در این خصوص نگاه مثبتی دارند و تاثیر ورزش در درمان را مهم و اساسی می‌دانند. اما پروتکل

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.181]

ضرورت توجه به فعالیت ورزشی و نحوه ورزش متناسب با نوع اعتیاد فرد و زمان ابتلا به اعتیاد هنوز ابلاغ نشده است.

۶) همچنین همه پاسخ‌دهندگان (مسئولان و مددجویان) معتقدند که ورزش فرآیند درمان را تسهیل می‌کند؛ این امر نشان می‌دهد که هم مددجویان و هم مسئولان به تاثیرگذاری ورزش در امر درمان باور دارند.

ارقام و اعداد بدست آمده در این تحقیق نشان می‌دهد که اگر چه ورزش تاثیر زیادی در فرآیند درمان ابتلا به اعتیاد دارد اما جمع‌بندی یافته‌ها نشان می‌دهد که استاندارد مصوبی برای پروتکل ورزش در درمان ابتلا به اعتیاد به انواع مواد مخدر، زمان مصرف و جنسیت فرد در کشور تولید و ابلاغ نشده است. همچنان که مراکز درمان ابتلا به درمان، آگاهی لازم از نوع تجهیزات ورزشی نداشته و در بین درمان‌گران اعتیاد هم تفاهم مشترکی در نوع ورزش یا نرمش، زمان شروع حرکت ورزشی، نوع وسیله ورزشی و زمان مورد نیاز برای ورزش یا نرمش در طول دوره درمان وجود ندارد. به‌طور کلی، شرایط مراکز ترک اعتیاد، هدفمند و تابع پروتکل درمانی قابل اتکایی نبوده و با توجه به همکاری ستاد مبارزه با مواد مخدر با وزارتخانه‌های ورزش و جوانان و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دستیابی به پروتکل ترکیبی و مکمل دارو، مداخلات روان‌شناختی و ورزش عملی است.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی را به همراه داشت که شامل نمونه‌گیری در دسترس، عدم تمایل مدیران مراکز درمانی به همکاری در فعالیت‌های پژوهشی، گستردگی جغرافیایی زیاد مراکز درمان در کشور و نبود جایگاه علمی فعالیت‌های ورزشی در فرآیند ترک و بازتوانی معتادان در دوره‌های آموزشی و مفروضات مدیران مراکز ترک اعتیاد بود که امکان تحقیقات دقیق‌تر را با مشکل مواجه می‌سازد. با توجه به یافته‌های تحقیق به نظر می‌رسد اصلاح است ستاد مبارزه باموادمخدر، وزارت ورزش وجوانان، وزارت بهداشت و آموزش پزشکی به‌صورت مشترک نسبت به تهیه استانداردهای مکمل ورزش‌های مورد نیاز مراکز ترک اعتیاد (به تفکیک زن و مرد، نوع ماده مصرفی و میزان زمان مصرف مواد) اقدام نمایند. در گام نخست تجهیزات ورزشی مورد نیاز مراکز از محل منابع مالی مشترک ستاد، وزارت ورزش و جوانان و شورای اجتماعی وزارت کشور تامین

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.181]

گردد. همچنین پیشنهاد می‌گردد با هماهنگی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، نسبت به طراحی و اجرای دوره ورزش در مراکز ترک اعتیاد اقدام شود. ضمنا بخشی از استانداردهای مزبور در سرفصل دروس آموزش‌های درمانگران مرکز درمان و بازتوانی اضافه تا موضوع ورزش در درمان اعتیاد نهادینه شود. همچنین لازم است پروتکل ورزش در مراکز درمان متناسب با نوع اعتیاد، نحوه مصرف، مدت زمان ابتلا، تجهیزات موردنیاز و نحوه استفاده از آنها توسط پژوهشکده‌های ورزش و طب ورزشی و متخصصان امر ترک اعتیاد تهیه و به مراکز بهبود معتادان ابلاغ شود. به طوری که ادامه کار مراکز درمان مبتلایان به اعتیاد به تامین تجهیزات ورزشی و نرمشی و جذب تکنسین‌های ورزشی ملزم گردند.

تشکر وقدردانی

این تحقیق با حمایت ستاد مبارزه با مواد مخدر و همکاری آقایان دکتر ولی‌زاده و سرکار خانم دکتر بشرخواه و سرکار خانم حیدرپور و روسای شوراهای هماهنگی استان‌ها به نتیجه رسیده است.

منابع

حاجی رسولی، مسعود (۱۳۹۷). *نقش ورزش و فعالیت‌های بدنی بر درمان اعتیاد در مراکز اقامتی بهبود و بازتوانی افراد با اختلال مصرف مواد*. تهران: دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل در ایران.

رحیمی، عباس و پوراحسان، سمیه (۱۳۹۹). مقیاس سنجش نگرش نسبت به مواد مخدر در دانشجویان: ارزیابی روایی و پایایی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۴(۵۷)، ۵۶-۳۵.

طاهری فرد، مینا؛ بشر پور، سجاد؛ حاجلو، نادر و نریمانی، محمد (۱۴۰۰). الگوی ساختاری عود افراد داری اختلال مصرف مواد بر اساس سوگیری توجه و حساسیت به پاداش با نقش میانجی کنترل. *اعتیاد پژوهی*، ۱۵(۶۰)، ۱۴۲-۱۱۷.

References

Brown, R. A., Abrantes, A. M., Read, J. P., Marcus, B. H., Jakicic, J., Strong, D. R., & Gordon, A. A. (2010). A pilot study of aerobic exercise as an adjunctive treatment for drug dependence. *Mental health and physical activity*, 3(1), 27-34.

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.181]

Buchowski, M. S., Meade, N. N., Charboneau, E., Park, S., Dietrich, M. S., Cowan, R. L., & Martin, P. R. (2011). Aerobic exercise training reduces cannabis craving and use in non-treatment seeking cannabis-dependent adults. *PloS one*, 6(3), 1-15.

Burling, T. A., Seidner, A. L., Robbins-Sisco, D., Krinsky, A., & Hanser, S. B. (1992). Batter up! Relapse prevention for homeless veteran substance abusers via softball team participation. *Journal of substance abuse*, 4(4), 407-413.

Cabrera, I. (2020). Role of exercise in managing substance use disorders. *Prescriber*, 31(5), 15-19.

Carmody, T., Greer, T. L., Walker, R., Rethorst, C. D., & Trivedi, M. H. (2018). A complier average causal effect analysis of the Stimulant Reduction Intervention using dosed exercise study. *Contemporary clinical trials communications*, 10, 1-8.

Cutter, C. J., Schottenfeld, R. S., Moore, B. A., Ball, S. A., Beitel, M., Savant, J. D., & Barry, D. T. (2014). A pilot trial of a videogame-based exercise program for methadone maintained patients. *Journal of substance abuse treatment*, 47(4), 299-305.

Giménez-Meseguer, J., Tortosa-Martínez, J., & Remedios Fernández-Valenciano, M. D. L. (2015). Benefits of exercise for the quality of life of drug-dependent patients. *Journal of psychoactive drugs*, 47(5), 409-416.

Li, M., Chen, K., & Mo, Z. (2002). Use of qigong therapy in the detoxification of heroin addicts. *Alternative therapies in health and medicine*, 8(1), 50-59.

Mamen, A., & Martinsen, E. W. (2010). Development of aerobic fitness of individuals with substance abuse/dependence following long-term individual physical activity. *European journal of sport science*, 10(4), 255-262.

Palmer, J. A., Palmer, L. K., Michiels, K., & Thigpen, B. (1995). Effects of type of exercise on depression in recovering substance abusers. *Perceptual and motor skills*, 80(2), 523-530.

Roessler, K. K. (2010). Exercise treatment for drug abuse-A Danish pilot study. *Scandinavian journal of public health*, 38(6), 664-669.

Wang, D., Zhu, T., Zhou, C., & Chang, Y. K. (2017). Aerobic exercise training ameliorates craving and inhibitory control in methamphetamine dependencies: a randomized controlled trial and event-related potential study. *Psychology of sport and exercise*, 30, 82-90.

Weinstock, J., Barry, D., & Petry, N. M. (2008). Exercise-related activities are associated with positive outcome in contingency management treatment for substance use disorders. *Addictive behaviors*, 33(8), 1072-1075.

Ye, X., & Liu, R. (2023). Intervention effect of aerobic exercise on physical fitness, emotional state and mental health of drug addicts: a systematic

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.181]

review and meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, 20(3), 22-37.

Zhang, T., Wang, K., Qu, M., Jiang, H., Chen, X., & Luo, J. (2020). The effect of physical activity on drug cravings of drug addicts with aids: The dual mediating effect of internal inhibition. *Frontiers in psychology*, 11(2002), 1-11.

Zhang, Z., & Liu, X. (2022). A systematic review of exercise intervention program for people with substance use disorder. *Frontiers in psychiatry*, 13(817927), 1-8.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.181]