بررسی شیوع گرایش به مصرف دخانیات و مواد مخدر و عوامل روان‌شناختی–اجتماعی مرتبط با آن در بین دانش‌آموزان یک مدرسه متوسطه ۳۰۰نفره در شهرستان بروجرد

ثریا نظرپور ملائی

چکیده

اعتیاد و گرایش به مصرف مواد در دوره نوجوانی از چالش‌های بنیادین سلامت عمومی و نظام تعلیم و تربیت به شمار می‌رود. هدف از این پژوهش، تعیین میزان گرایش به مصرف مواد دخانی و مخدر، شناسایی نوع مواد مصرفی و تحلیل عوامل خانوادگی و اجتماعی مؤثر بر آن در بین دانش‌آموزان یک دبیرستان ۳۰۰نفره در شهرستان بروجرد بود.این پژوهش از نوع توصیفی–مقطعی است. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان یک مدرسه متوسطه دوم در بروجرد ($N = 300$) بود که به روش سرشماری کامل مطالعه شدند. داده‌ها با پرسشنامه جمعیت‌شناختی و «مقیاس آمادگی به اعتیاد ایرانی (IAPS)» و چک‌لیست محرمانه رفتار مصرفی، به‌صورت بی‌نام گردآوری و با نرم‌افزار SPSS(آزمون تی مستقل، کای‌اسکوئر و رگرسیون لجستیک) تحلیل شدند.از میان ۲۸۴پرسشنامه معتبر، سابقه حداقل یک‌بار مصرف دخانیات (قلیان/سیگار) ٪۳۲,۴و تجربه ویپ و پاد ٪۲۱,۸بود. سابقه مصرف گل (کانابیس) ٪۴,۲و مصرف خودسرانه داروهای آرام‌بخش/ترامادول ٪۲,۸گزارش شد٪ گزارش شد.ون لجستیک نشان داد فشار همسالان ($OR = 3.42, p < 0.01$)، وجود فرد مصرف‌کننده در خانواده ($p < 0.001$) و سطح پایین آگاهی از پیامدهای فیزیولوژیک، مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده گرایش به مصرف هستند.

.

واژگان کلیدی: اعتیاد دانش‌آموزی، سوءمصرف مواد، قلیان و سیگار الکترونیکی، فشار همسالان، بروجرد.

۲مقدمه و بیان مسئله

دوره نوجوانی با تحولات عمیق زیستی، هیجانی و شناختی همراه است. آسیب‌پذیری عصبی مغز در سنین بلوغ و تکمیل‌نشدن قشر پیش‌پیشانی سبب کاهش مهار رفتاری و افزایش رفتارهای پرخطر و هیجان‌طلبانه می‌شود .[۱۴]ورود به مصرف دخانیات معمولاً به‌عنوان «دروازه ورود» (Gateway)به مصرف مواد افیونی و روان‌گردان شناخته می‌شود؛ شواهد عصب‌شناختی نشان می‌دهد مواجهه با نیکوتین در دوره نوجوانی احتمال سوءمصرف مواد دیگر را در آینده افزایش می‌دهد .[۸]نظام‌های نظارت بین‌المللی نیز اهمیت این بازه سنی را تأیید می‌کنند؛ به‌عنوان نمونه، مطالعه جهانی دخانیات نوجوانان (GYTS)سازمان جهانی بهداشت ابزار استاندارد رصد مصرف دخانیات در دانش‌آموزان ۱۳تا ۱۵ساله است و نتایج آن تفاوت‌های چشمگیر شیوع را میان کشورها و فرهنگ‌ها نشان می‌دهد .[۳]مطالعات فراتحلیلی داخلی نیز نشان داده‌اند شیوع کلی مصرف مواد در میان پسران نوجوان ایرانی حدود ۷٪و مصرف دخانیات حدود ۱۰٪است [۴]و شیوع تجربه سیگار کشیدن در دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه ایران به ۲۳٪می‌رسد [۶]؛ پژوهش‌های اخیر نیز شیوع تجربه مصرف حداقل یک ماده را در دانش‌آموزان متوسطه ایران ۳۹,۲٪گزارش کرده‌اند .[۵]

شهرستان بروجرد به دلیل موقعیت جغرافیایی و جمعیتی، قرارگیری در مسیرهای مواصلاتی و تغییرات سبک زندگی شهری، در دهه‌های اخیر با چالش دسترسی آسان‌تر به مواد و تغییر الگوی مصرف در میان جوانان روبه‌رو بوده است. پدیده‌هایی نظیر قلیان تفریحی، گسترش سیگارهای الکترونیکی (Vape/Pod)و باورهای غلط درباره کم‌خطر بودن «گل» (کانابیس) نیازمند پایش تجربی در محیط‌های آموزشی است. مدرسه به‌عنوان نهادی اجتماعی بسته و قابل کنترل، محیطی مناسب برای ارزیابی رفتارهای پیش‌اعتیادی در مقیاس‌های مشخص، نظیر یک واحد آموزشی ۳۰۰نفری، فراهم می‌کند. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف تعیین شیوع تجربه مصرف، شناسایی الگوی مواد و تبیین عوامل پیش‌بینی‌کننده گرایش به مصرف در بین دانش‌آموزان یک مدرسه متوسطه دوم بروجرد طراحی و اجرا شد.

۳روش‌شناسی پژوهش

جامعه هدف شامل کلیه دانش‌آموزان شاغل به تحصیل در یک مدرسه متوسطه دوم واقع در شهرستان بروجرد در سال تحصیلی جاری بود (تعداد کل: ۳۰۰نفر در سه پایه دهم، یازدهم و دوازدهم). برای حذف خطای نمونه‌گیری، روش سرشماری کامل اجرا شد و در نهایت ۲۸۴پرسشنامه معتبر و بدون نقص (نرخ پاسخ‌دهی ۹۴,۶٪)وارد تحلیل شد.

۳.۱ابزارهای سنجش

۱. **پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی:** شامل سن، پایه تحصیلی، رشته، وضعیت تحصیلی، بعد خانوار، وضعیت اشتغال والدین و سابقه مصرف مواد در بستگان نزدیک.

۲. **مقیاس آمادگی به اعتیاد ایرانی :(IAPS)** این مقیاس بر اساس شرایط روانی–اجتماعی جامعه ایران توسط زرگر ساخته و ویژگی‌های روان‌سنجی آن در پژوهش زرگر، نجاریان و نعامی (۱۳۸۷) تعیین شده است .[۱]ابزار دارای ۳۶ماده به‌همراه ۵ماده دروغ‌سنج و دو عامل «آمادگی فعال» (رفتارهای ضداجتماعی، میل به مصرف مواد، نگرش مثبت به مواد و هیجان‌خواهی) و «آمادگی منفعل» (عدم ابراز وجود و افسردگی) است .[۱]آلفای کرونباخ این مقیاس ۰,۹۰گزارش شده و روایی ملاکی آن توانسته دو گروه معتاد و غیرمعتاد را به‌خوبی از یکدیگر متمایز کند .[۱]

۳. **چک‌لیست رفتار مصرفی محرمانه:** سنجش سابقه تجربه حداقل یک‌بار (Lifetime)، مصرف تفننی و مصرف در ۳۰ روز گذشته.

۳.۲ ملاحظات اخلاقی و تحلیل داده‌ها

توزیع پرسشنامه‌ها به‌صورت کاملاً بی‌نام و کدگذاری‌شده، با رضایت آگاهانه و در حضور تسهیل‌گر غیرمعلم (روان‌شناس خارج از کادر مدرسه) انجام شد و به دانش‌آموزان اطمینان داده شد داده‌ها صرفاً کاربرد پژوهشی دارند. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS و به‌کمک آزمون تی مستقل، کای‌اسکوئر و رگرسیون لجستیک چندگانه تحلیل شدند.

۴ یافته‌ها و نتایج آماری

میانگین سنی دانش‌آموزان 16.8 ± 0.9 سال بود. توزیع پایه‌ای به این صورت بود: دهم ۳۴٪، یازدهم ۳۳٪ و دوازدهم ۳۳٪. همچنین ۲۱٫۱٪ از دانش‌آموزان اعلام کردند حداقل یکی از اعضای خانواده درجه یک آن‌ها مصرف‌کننده منظم دخانیات (سیگار یا قلیان) است.

شیوع تجربه و مصرف مواد. جدول ۱ توزیع فراوانی و درصد تجربه مواد و رفتارهای پرخطر را در نمونه ۲۸۴ نفری نشان می‌دهد.

نوع ماده / رفتار پرخطر	تجربه حداقل یک‌بار (Lifetime)	مصرف در ۳۰ روز گذشته (Current Use)
قلیان	۹۲ نفر (۳۲٫۴٪)	۲۶ نفر (۹٫۱٪)
ویپ / سیگار الکترونیکی	۶۲ نفر (۲۱٫۸٪)	۱۸ نفر (۶٫۳٪)
سیگار معمولی	۴۱ نفر (۱۴٫۴٪)	۹ نفر (۳٫۱٪)
مشتقات کانابیس (گل / ماری‌جوانا)	۱۲ نفر (۴٫۲٪)	۳ نفر (۱٫۰٪)
داروهای بدون نسخه (ترامادول/کلونازپام/ریتالین)	۸ نفر (۲٫۸٪)	۲ نفر (۰٫۷٪)
سایر مواد افیونی / محرک صنعتی	۰ نفر (۰٫۰٪)	۰ نفر (۰٫۰٪)

جدول ۱: توزیع فراوانی و درصد تجربه مواد در دانش‌آموزان مورد مطالعه

تحلیل عوامل خطر (رگرسیون لجستیک چندگانه). برای تعیین مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده گرایش به مواد، آزمون رگرسیون لجستیک اجرا شد:

- **فشار گروه همسالان و حضور در جمع دوستان مصرف‌کننده:** ضریب شانس (OR = 3.42)؛ ($p = 0.002$) داشتن دوستان صمیمی مصرف‌کننده، احتمال تجربه مصرف را بیش از سه برابر افزایش می‌دهد.
- **سابقه مصرف در خانواده:** ضریب شانس (OR = 2.85)؛ ($p = 0.006$) ارتباط آماری معناداری با مصرف دخانیات نشان داد.

- **افت تحصیلی و تعارض با والدین:** ضریب شانس (OR = 1.94 ؛ p = 0.031).

۵-بحث و تحلیل یافته‌ها

نتایج پژوهش در این مدرسه ۳۰۰نفره در بروجرد چند روند کلیدی را نشان می‌دهد.

نخست، الگوی مصرف از سیگار سنتی به سمت ویپ و قلیان جابه‌جا شده است. بالاتر بودن تجربه مصرف ویپ (۲۱,۸٪) نسبت به سیگار معمولی (۱۴,۴٪)حاکی از تأثیر جذابیت‌های ظاهری، تبلیغات شبکه‌های اجتماعی و باور غلط نوجوانان مبنی بر «بی‌خطر بودن» بخار الکترونیکی نسبت به دود سنتی است؛ روندی که با یافته‌های نظام نظارت جهانی دخانیات نوجوانان سازمان جهانی بهداشت درباره رشد مصرف دخانیات نوین در سنین نوجوانی هم‌خوانی دارد .[۳]پژوهش‌های هم‌نسخه نشان می‌دهند که مصرف سیگار الکترونیکی در نوجوانی با افزایش احتمال مصرف سیگار معمولی در آینده همراه است و «فرضیه دروازه» را تقویت می‌کند [۷]؛ همچنین مرورهای جهانی، خطرات جسمی و رفتاری ویپ در نوجوانان را تأیید کرده‌اند .[۹]در مطالعه IROPICANنیز قلیان‌مصرفی در افراد جوان‌تر شیوع بالاتری داشت و با مصرف سیگار و مواد دیگر هم‌بود داشت [۱۲]؛ عوامل خانوادگی، دوستان و فرهنگی نیز در شکل‌گیری مصرف قلیان میان نوجوانان ایرانی نقش تعیین‌کننده‌ای دارند .[۱۰، ۱۱]این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های داخلی درباره الگوهای رفتاری پرخطر دانش‌آموزان ایرانی نیز هم‌خوان است .[۴، ۱۶]

دوم، شیوع ۴,۲درصدی تجربه «گل» اگرچه نسبت به دخانیات پایین‌تر است، اما با توجه به ماهیت اعتیادآوری روانی شدید و خطر افت شناختی در دوران رشد مغزی، زنگ خطری جدی تلقی می‌شود. مرور علمی Volkowو همکاران (۲۰۱۶)در JAMA Psychiatry نشان می‌دهد مصرف کانابیس در نوجوانان با اختلال در یادگیری، حافظه فعال، انگیزش و افزایش خطر روان‌پریشی همراه است و چون مغز نوجوان همچنان در حال رشد است، پیامدهای آن جدی‌تر از بزرگسالان است .[۲] گزارش دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل (UNODC) نیز بر روند صعودی مصرف مواد در نسل جوان و کم‌ارزیابی شدن خطرات کانابیس تأکید دارد .[۱۵]فراتحلیل ملی نشان داده شیوع تجربه کانابیس در پسران نوجوان ایرانی حدود ۹٪ است که با یافته‌های پژوهش حاضر قابل مقایسه است .[۴]متأسفانه دسترسی محلی و ترویج این باور که «گل اعتیاد ندارد و گیاهی است»، مهم‌ترین محرک تجربه آن در بین نوجوانان جامعه مورد مطالعه گزارش شده است؛ یافته‌ای که با شواهد بین‌المللی درباره کم‌ارزیابی شدن خطرات کانابیس هم‌خوان است .[۱۵]

سوم، نقش کانون خانواده و گروه همتا به‌روشنی تأیید می‌شود: نوجوانانی که والدین مصرف‌کننده دارند یا با کمبود صمیمیت در خانواده مواجه‌اند، تمایل بیشتری برای جلب تأیید در گروه‌های همسالان آسیب‌زا و پذیرش تعارف‌های مصرف مواد نشان می‌دهند؛ این الگو با چارچوب نظری یادگیری اجتماعی باندورا نیز سازگار است که رفتار مصرف را حاصل مشاهده و تقلید از الگوهای خانوادگی و همسالان می‌داند .[۱۳]عوامل خانوادگی نظیر اعتیاد یکی از اعضا، تعارض‌های زناشویی و ضعف نظارت والدین، از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های سوءمصرف مواد در نوجوانان ایرانی گزارش شده‌اند .[۱۶]این یافته با داده‌های روان‌سنجی مقیاس آمادگی به اعتیاد ایرانی (IAPS)نیز سازگار است که دو عامل آمادگی فعال (شامل نگرش مثبت به مواد و هیجان‌خواهی) و منفعل (شامل عدم ابراز وجود و افسردگی) را در زمینه اجتماعی–روانی ایران شناسایی کرده است .[۱]

محدودیت اصلی این پژوهش، تکیه بر خودگزارشی دانش‌آموزان و محدود بودن به یک مدرسه است که تعمیم نتایج را به کل شهرستان بروجرد محدود می‌کند؛ با این حال، الگوی یافته‌ها با پژوهش‌های ملی درباره رفتارهای پرخطر دانش‌آموزی هم‌خوانی معناداری دارد.

۶- نتیجه‌گیری و پیشنهادهای کاربردی

یافته‌های این پژوهش نشان داد گرایش به مصرف مواد در جامعه دانش‌آموزی مورد مطالعه بیش از آنکه در قالب مواد افیونی سنتی بروز کند، در قالب دخانیات نوین (ویپ و قلیان) و مشتقات کانابیس شکل گرفته است و عوامل اجتماعی (فشار همسالان و سابقه خانوادگی) مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های آن هستند. بر این اساس، پیشنهادهای کاربردی زیر ارائه می‌شود:

۱. **برنامه‌های آموزشی اصلاح باورها (Psychoeducation):** برگزاری کارگاه‌های اختصاصی در مدارس بروجرد با محوریت آموزش اثرات مخرب عصب‌شناختی ویپ و مشتقات حشیش/گل و رد افسانه «بی‌ضرر بودن».

۲. **تقویت مهارت «نه گفتن» و جرئت‌ورزی:** گنجاندن تمرین‌های تعاملی مقابله با فشار همسالان در ساعات پرورشی و مشاوره‌ای مدارس؛ با توجه به ضریب شانس بالای این متغیر ($OR = 3{,}42$)، اولویت‌ترین مداخله محسوب می‌شود.

۳. **فعال‌سازی کانون‌های ورزشی و تفریحی:** جبران کمبود فضاهای تخلیه هیجانی مثبت برای نوجوانان در سطح شهرستان بروجرد با بهره‌گیری از امکانات سالن‌های ورزشی مدارس پس از ساعات آموزشی.

۴. **مداخله خانواده‌محور (Parental Training):** آموزش والدین در زمینه رصد هوشمندانه و بدون تهاجم، جهت شناسایی زودهنگام علائمی مانند انزوا، تغییر الگوی خواب یا افت ناگهانی تحصیلی.

۵. **پایش مستمر مشاوره‌ای:** اجرای دوره‌ای غربالگری بی‌نام آمادگی به اعتیاد (IAPS)در مدارس شهرستان و ارجاع فعال دانش‌آموزان پرخطر به خدمات مشاوره تخصصی.

۷- منابع و مآخذ

۱. زرگر، یدالله؛ نجاریان، بهمن؛ و نعامی، عبدالزهرا .(۱۳۸۷)بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس آمادگی اعتیاد ایرانی .(IAPS)مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، سال ۴، شماره ۲. مشخصات ابزار

۲. Volkow, N. D., Swanson, J. M., Evins, A. E., et al. (2016). Effects of Cannabis Use on Human Behavior, Including Cognition, Motivation, and Psychosis: A Review. *JAMA Psychiatry*, 73(3), 292–297. PubMed

۳. *Global Youth Tobacco Survey (GYTS)*. Geneva: World Health Organization (2022). لینک WHO.

٤. Hosseini, J., Shojaeefar, E., Pooladgar, P., et al. (2022). Prevalence of substance use among Iranian male adolescents: Systematic review and meta-analysis. *Health Science Reports*, 5(6), e854. PMC

٥. Hadianfard, F., Hadianfard, H., Sadeghi, A., & Taherifard, E. (2025). Substance Use Among Iranian Youth: A Nationwide Cross-Sectional Study on the Prevalence, Pattern, and Its Associated Factors. *Health Science Reports*, 8(12), e71604. DOI: 10.1002/hsr2.71604

٦. Aryaie, M., Sharifi, H., Khorrami, Z., et al. (2021). Prevalence of cigarette smoking in Iranian adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 27(6), 612–628. WHO EMRO

۷. Khouja, J. N., Waring, M. E., et al. (2023). Exploring the gateway hypothesis of e-cigarettes and tobacco: a prospective cohort study. *Tobacco Control*, 32(2), 170–BMJ 177.

۸. Yuan, M., Cross, S. J., Loughlin, S. E., & Leslie, F. M. (2015). Nicotine and the adolescent brain. PMC *The Journal of Physiology*, 593(16), 3397–3412.

۹. Chadi, N., Hadland, S. E., & Harris, S. K. (2019). Understanding the implications of "vaping epidemic" among adolescents and young adults: A call for action. PMC *Substance Abuse*, 40(3), 241–244.

۱۰. Baheiraei, A., Sighaldeh, S. S., Ebadi, A., Kelishadi, R., & Majd, H. A. (2015). The role of family, friends, and socio-cultural factors in waterpipe tobacco smoking among Iranian adolescents and young adults. *Global Journal of Health Science*, 7(5), 1–11. PMC

۱۱. Sarrafzadegan, N., Toghianifar, N., Roohafza, H., et al. (2015). Lifestyle-related determinants and waterpipe smoking among Iranian adolescents: the Isfahan PMC Tobacco Prevention Program.

۱۲. Seyyedsalehi, M. S., Shah, A., Rashidian, H., et al. (2023). Determinants of waterpipe smoking in Iranian adults: results from the IROPICAN study. *Frontiers in Psychiatry*, Frontiers 14, 1292503.

۱۳. Brandon, T. H., Vidrine, J. I., & Litvin, E. B. (2007). Relapse and relapse prevention. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 257–284؛ و مدل یادگیری اجتماعی باندورا در تبیین سوءمصرف مواد. PMC

۱۴. Casey, B. J., & Jones, R. M. (2010). Neurobiology of the adolescent brain and behavior: implications for substance use disorders. *Current Opinion in Neurobiology*, 20(6), 772–779. PMC

۱۵. United Nations Office on Drugs and Crime (2022). *World Drug Report 2022*. Vienna/en/data-and-analysis/wdr2022.html.

۱۶. Ahmadi, J., & Hasani, M. (2003). Prevalence of substance use among Iranian high school students. *Addictive Behaviors*, 28(2), 375–379. PubMed