

بررسی مقدماتی اختلالات عملکرد جنسی مردان مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده متادون

مسعوده باباخانیان^۱، مصطفی اقلیما^۲، غنچه راهب^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۱۰/۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱/۱۹

چکیده

مقدمه: اختلال عملکرد جنسی، یکی از شایع ترین مشکلاتی است که افراد وابسته به مصرف مواد افیونی دارند. از این رو هدف مطالعه حاضر، بررسی مقدماتی اختلال عملکرد جنسی در گروهی از بیماران وابسته به مصرف مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده متادون قبل و بعد از ۶ ماه درمان است. **روش:** مطالعه حاضر، یک مطالعه مقطعی است. تعداد ۳۰ نفر بیمار وابسته به مصرف مواد افیونی از درمانگاه چراغیان در دامغان انتخاب و مورد ارزیابی قرار گرفتند. ابتدا اطلاعات جمعیت شناختی بیماران گرد آوری شد سپس عملکرد جنسی بیماران قبل و بعد از درمان به وسیله شاخص بین المللی عملکرد نعوظی مورد ارزیابی قرار گرفت. **یافته ها:** عملکرد نعوظی با افزایش میانگین بهبودی متوسطی را نشان داد در حالی که وضعیت مقاربت جنسی، بهبودی کامل یافت. میزان میل جنسی و نمره کلی رضایت جنسی بهبود جزئی نشان دادند در حالی که عملکرد ارگاسمی با تغییر اندک نشان دهند بهبودی نبود. **نتیجه گیری:** نتایج تحقیق، مبین شیوع اختلالات عملکرد جنسی و بهبود برخی از مؤلفه ها در درمان بود. یافته ها، نشان دهنده آن است که بیماران، در ورود به درمان از لحاظ مسایل جنسی، باید ارزیابی شوند، لیکن مطالعات بیشتری لازم است تا نقش عوامل دیگر را بررسی کند.

کلید واژه ها: اختلال عملکرد جنسی، افیون، درمان نگهدارنده متادون

۱. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی دانشگاه بهزیستی و توانبخشی. پست الکترونیک: Babakhanian.m@gmail.com

۲. استادیار گروه مددکاری اجتماعی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۳. استادیار گروه مددکاری اجتماعی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

مقدمه

اختلال عملکرد جنسی^۱ در اثر مصرف مداوم و مزمن مواد افیونی، همواره یکی از مشکلات جدی است که سوء مصرف کنندگان مواد، با آن مواجه هستند (فوس^۲ و گرزالکا^۳، ۱۹۸۷). نظریه روان تحلیلی فروید^۴، بر این باور است که غریزه جنسی، مهم ترین انگیزه فرد برای زندگی است و کسانی که غرایزشان به خصوص تمایلات جنسی اولیه آنها، در دوران کودکی به ویژه در سنین ۴ یا ۵ سالگی سرکوب شده، دچار عقده ادیپ^۵ و در نتیجه مشکلات جنسی در سنین بزرگسالی می شوند (ولف^۶، ۲۰۰۵). در ابتدای قرن بیستم، پزشکانی مانند ایننگ^۷، اختلال عملکرد جنسی را ناشی از استمناء^۸ در دوران کودکی و فعالیت جنسی بیش از حد پس از بلوغ دانستند. رفتار درمان گرانی^۹ مانند ولپ^{۱۰} معتقد بودند که تشویش و اضطراب، علت اصلی اختلال عملکرد جنسی است. این روان پزشکان، جهت کاهش اضطراب از بیمار می خواستند که سلسله مراتبی از رفتار جنسی را در حالتی که در آرامش عمیق ماهیچه ای قرار دارند، تصور کنند. بیمار، سپس همان رفتارها را در همان وضعیت آرامش انجام می داد تا عملکرد جنسی وی بهبود می یافت (لویی^{۱۱}، ۲۰۰۵). پژوهش های بعدی در رابطه با مسایل جنسی، مربوط به جانسون^{۱۲} و مسترز^{۱۳} بود که نقش عمده ای در توسعه روش های درمانی اختلالات جنسی ایفاء کردند جانسون و مسترز تأکید کردند که اختلالات جنسی، مشکل هر دو شریک جنسی^{۱۴} است و نه مشکل یکی از آنها. از این جهت معالجه هر دو نفر را تجویز می کردند. آنها رابطه جنسی را رفتاری طبیعی در نظر می گرفتند که قابل یادگیری بوده و بر این باور بودند که باید به افراد در رفع موانعی که در بروز رفتار جنسی معمولی آنها، اختلال ایجاد می نماید، کمک کرد (ولف، ۲۰۰۵). در سال های اخیر دو نظریه کلی در مورد اختلال عملکرد

1. sexual dysfunction disorder
3. Gorzalka
5. Oedipus Complex
7. Ebing
9. Behaviorists
11. Looy
13. Masters

2. Pfaus
4. Freud
6. Wolf
8. masturbation
10. Wolpe
12. Johnson
14. sexual partner

جنسی مطرح بوده است که عبارتند از تئوری روان‌زاد که اختلال عملکرد جنسی، را به بازتاب شرطی^۱ شدن نسبت می‌دهد که طی آن، الگوی انزال سریع تثبیت می‌شود. این دیدگاه معتقد است که مقاربت یا خود ارضایی، مکررا به علت‌های مختلفی همچون اضطراب، احساس گناه و ترس از فاش شدن با عجله و به صورت سریع انجام می‌گردد و پیامد آن، اختلال در عملکرد جنسی خواهد بود (عسلیان، ۲۰۰۵). در مقابل نظریه روان‌زاد، تئوری ارگانی-فیزیکی^۲، معتقد است که اختلال عملکرد جنسی، یک اختلال روان-تنی^۳ است. این نظریه به نقش انتقال‌دهنده‌های عصبی^۴ در مغز در ایجاد اختلال عملکرد جنسی اشاره دارد (عسلیان، ۲۰۰۵). لیکن هیچ‌کدام از این نظریه‌ها، به تنهایی نمی‌توانند به تبیین این مساله بپردازند.

با این وجود، مطالعات پزشکی در طی چند دهه اخیر نشان می‌دهد که مصرف هرویین و اندروفین‌ها چه از طریق مهار تولید هورمون‌های جنسی^۵ به وسیله هیپوتالاموس^۶ و چه از طریق مهار سنتز تستوسترون^۷ در بیضه‌ها، موجب کاهش غلظت تستوسترون خون می‌شود (جهرمی، مکرری، فرهودیان و اختیاری، ۱۳۸۸) که خود باعث اختلال در عملکرد جنسی فرد بیمار می‌باشد. اختلال عملکرد جنسی حاصل مصرف مواد افیونی، می‌تواند در تمامی مراحل تحریک جنسی^۸ (نعوظ)، پلاتو^۹ (مرحله برانگیختگی جنسی) و ارگاسم^{۱۰} (انزال) در چرخه واکنش‌های جنسی به وجود آید (کواگلیو^{۱۱} و لوگوبونی^{۱۲} و پاتارو^{۱۳}، ۲۰۰۸) و موجب بروز مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی و مشکلات زناشویی بین فرد مصرف‌کننده و همسرش گردد. اگرچه مصرف مواد افیونی به خصوص تریاک و هرویین فشرده (کراک)، در دوران ابتدایی مصرف، با کاهش اضطراب و یا بالا بردن موقتی خلق و بهبود عملکرد جنسی همراه است، ولی به مرور و با استفاده مداوم از مواد، به تدریج میل جنسی کم یا قطع می‌شود و تحریک جنسی، صورت نمی‌پذیرد و فرد به مرحله اوج لذت

1. conditioned reflexes
4. neurotransmitters
7. testosterone
10. orgasm
13. Pattaro

2. Organic-Physique Theory
5. sexual hormones
8. sexual arousal
11. Quaglio

3. psychosomatic
6. hypothalamus
9. plateau
12. Lugoboni

جنسی یا ارگاسم نرسیده و یا اصلاً انزالی، صورت نمی‌گیرد (جهرمی و همکاران، ۱۳۸۸). علاوه بر این، اختلال عملکرد جنسی می‌تواند باعث عود^۱ مصرف مواد در بیمارانی که تحت درمان سم‌زدایی^۲ هستند، گردد (پیتال^۳ و هلستروم^۴، ۲۰۰۹).

اگرچه اختلالات عملکرد جنسی، شکایتی شایع در بین سوء مصرف کنندگان مواد در ابتدای شروع درمان نگهدارنده با متادون است، لیکن در ایران و دنیا، مطالعات بسیار اندکی در رابطه با عملکرد جنسی معتادان به مواد وجود دارد. یک علت عمده این مساله، آن است که بیماران، از بیان مسایل جنسی خود به درمانگران اعتیاد، احساس شرم می‌کنند و کمتر آن را گزارش می‌نمایند (هانبری^۵، کوهن^۶ و استیمل^۷، ۲۰۰۰). از این گذشته درمانگران اعتیاد نیز آن را یک مساله خصوصی دانسته و کمتر مایلند در این رابطه با بیمار خود مصاحبه کنند (رایزن، ۱۹۹۵).

مطالعات بلیسنر^۸ و همکاران (۲۰۰۴) روی گروهی از سوء مصرف کنندگان هرویین، نشان‌دهنده شیوع قابل ملاحظه این اختلال در بین بیماران در شروع درمان است. در پژوهشی که روی ۲۰۱ مرد سوء مصرف کننده مواد تحت درمان نگهدارنده متادون در ۷ کلینیک درمان نگهدارنده متادون و بوپره‌نورفین^۹ صورت پذیرفته، مشخص شده است که ۲۴٪ از این بیماران از اختلالات خفیف-متوسط جنسی و ۱۸٪ آن‌ها از اختلالات شدید جنسی در رنج بودند (وسپس و همکاران، ۲۰۰۶). در پژوهشی که در ارتباط با شیوع اختلالات جنسی در مردان مبتلا به سوء مصرف مواد انجام شد، محققان دریافتند که این بیماران، دارای اختلال قابل ملاحظه در عملکرد جنسی به خصوص عملکرد نعوظی در مقایسه با جمعیت سالم بودند (لاپرا^{۱۰}، فرانس^{۱۱}، تاگی^{۱۲} و مک‌کیا^{۱۳}، ۲۰۰۳).

1. relapse
2. detoxification
3. Pital
4. Hellstrom
5. Hanbury
6. Cohen
7. Stimmel
8. Beliesener
9. Methadone and Buprenorphine Maintenance Therapy
10. Lapra
11. France
12. Taggi
13. Macchia

مطالعه هن‌بری و همکاران (۲۰۰۰) روی عملکرد جنسی معیوب ۵۰ بیمار مرد تحت درمان نگهدارنده متادون نشان داد که ۳۳٪ این افراد، دچار اختلال جدی در عملکرد جنسی بوده و ۵۰٪ این افراد، حتی پس از گذشت یک ماه از درمان‌شان، همچنان دارای اختلال بودند. در این میان، افراد مصرف‌کننده هرویین به میزان ۷۱٪ این اختلال را نشان دادند. نتایج این پژوهش، نشان داد که افراد مصرف‌کننده هرویین از لحاظ عملکرد جنسی، افراد دارای ریسک بالا^۱ در ابتدای درمان با متادون به شمار می‌آیند و در مقایسه با زمانی که در دوز دارویی درمان متادون تثبیت می‌شوند، عملکرد جنسی پایین‌تری دارند. پژوهشی که اخیراً در کرمانشاه، روی ۱۷۷ بیمار وابسته به مواد افیونی صورت پذیرفته، نشان‌دهنده وجود اختلالات جنسی قابل ملاحظه در ۷۰٪ مراجعه‌کنندگان بوده است (تاتاری، فرنیاء، فقیه و نصیری، ۲۰۱۰). نظر به این که مطالعه در رابطه با اختلالات جنسی در مردان سوءمصرف‌کننده مواد، در ایران بسیار اندک است و با توجه به اینکه حل مشکلات جنسی بیماران، در طی درمان اعتیاد، می‌تواند به ماندگاری بیشتر آن‌ها، در درمان کمک نماید (استرین^۲، بیگلوی^۳ و لیسون^۴ ۱۹۹۹) پژوهش حاضر، در جهت بررسی اختلالات عملکرد جنسی در معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون، طراحی و اجراء شده است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این مطالعه، از نوع مقطعی^۵ است. ابتدا ۷۰ نفر مرد وابسته به مصرف مواد افیونی تریاک و هرویین فشرده (کراک) به شیوه تدخینی، با میانگین سنی ۳۴/۵ سال، مطابق با معیارهای چهارمین طبقه بندی و تشخیصی تجدید نظر شده اختلالات روان پزشکی^۶ (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) انتخاب شدند. انتخاب نمونه، به صورت کاملاً داوطلبانه و با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، از بزرگترین و فعال‌ترین مرکز درمان اعتیاد در دامغان یعنی درمانگاه چراغیان در سال ۱۳۸۹ صورت پذیرفت. حجم نمونه اولیه ۷۰ نفر بود لیکن در جریان ۶ ماه مطالعه، افراد نمونه به علت مصرف مواد و خروج از درمان

1. high risk
4. Liebson

2. Strain
5. Cross-sectional

3. Bigelow

6. Diagnostic and Statistical Manual. Fourth Edition

نگهدارنده متادون، ریزش نموده و حجم نهایی نمونه به ۳۰ نفر (۱۵ نفر مصرف کننده تریاک و ۱۵ نفر مصرف کننده هرویین فشرده «کراک») کاهش یافت.

معیارهای ورود^۱ به مطالعه عبارت بودند از: جنسیت مرد، تاهل حداقل به مدت ۱ سال، وابستگی به یکی از مواد افیونی تریاک یا هرویین فشرده (کراک) به روش مصرف تدخینی حداقل به مدت ۶ ماه پیش از ورود به درمان نگهدارنده متادون، عدم مصرف توأم سایر مواد به خصوص مت آمفتامین^۲، عدم سابقه تزریق مواد، عدم ابتلاء به ویروس هپاتیت و ایدز به عنوان متغیرهای مزاحم اثر گذار بر هورمون‌های جنسی، عدم اختلال در عملکرد جنسی به علت عوامل ارگانیکی، عصبی و روان شناختی، عدم مصرف داروهای تقویت عملکرد و میل جنسی در زمان ورود تا پایان مطالعه. ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت بودند از: ابتلاء به بیماری‌های جسمی توأم با اعتیاد همچون دیابت، دیسک کمر، تشخیص روان پزشکی اضطراب و یا افسردگی شدید که با مسایل جنسی بیمار، تداخل دارد، وجود علایم شدید مسمومیت مواد و عدم امضاء فرم رضایتمندی کتبی شرکت در انجام مطالعه^۳. روش کار به این صورت بود که ابتدا، افراد مراجعه کننده به واحد پذیرش درمانگاه، جهت مطالعه و بررسی اولیه به محققان معرفی و در روز اول مراجعه، منطبق با معیارهای ورود و خروج به نمونه، با آن‌ها مصاحبه تخصصی (فرست^۴ و پینکیوس^۵، ۱۹۹۹) انجام گرفت و افراد واجد شرایط وارد مطالعه شدند. پس از دادن اطمینان نسبت به ماهیت محرمانه مصاحبه‌ها، فرم رضایتمندی کتبی شرکت در انجام مطالعه توسط افراد نمونه امضاء و اطلاعات جمعیت شناختی بیماران، جزییات مربوط به سلامت جسمی و روانی، تاریخچه سوء مصرف مواد آنها و سابقه مسایل جنسی آنها، بر اساس یک پرسشنامه محقق ساخته از طریق مصاحبه حضوری گردآوری شد. سپس میزان اختلالات عملکرد جنسی آنها در بدو ورود به درمان، توسط شاخص بین المللی عملکرد نعوظی^۶ در ۵ بخش جداگانه عملکرد

1. inclusion
2. Methamphetamine

۳. لازم به ذکر است که پروتکل انجام این مطالعه، توسط دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، در سال ۱۳۸۹ به تصویب رسید.

4. First
5. Pincus
6. International Index of Erectile function

ارگاسمیک، میل جنسی، عملکرد نعوظی، رضایت جنسی و رضایت کلی فرد مورد ارزیابی قرار گرفت و پس از آن اعضاء نمونه، وارد درمان نگهدارنده متادون به مدت ۶ ماه شدند. در طول مدت درمان، افراد نمونه از لحاظ مصرف مواد افیونی و سایر مواد در طی انجام این مطالعه، با انجام تست ادرار مالتی دراگ^۱ که به تایید وزرات بهداشت ایران رسیده است و در مراکز درمان نگهدارنده متادون در سراسر کشور برای تشخیص مصرف انواع مواد و داروها به کار می‌رود، به صورت تصادفی و بدون اطلاع قبلی، به صورت هفتگی، آزمایش می‌شدند تا در صورت مصرف مواد، از نمونه مطالعه حذف گردند. در طول اجرای درمان، اعضاء نمونه مانند سایر افراد تحت درمان، داروی متادون دریافت می‌کردند و در جلسات معمول مشاوره مرکز شرکت می‌کردند، لیکن از مصرف هرگونه دارو یا ماده بهبود دهنده عملکرد جنسی منع شدند. لازم به ذکر است که عملکرد جنسی بیماران با شاخص بین المللی عملکرد نعوظی، پس از دوره درمان با متادون، مورد سنجش مجدد قرار گرفت.

ابزارها

۱- پرسشنامه محقق ساخته: این پرسشنامه در بردارنده اطلاعات جمعیت شناختی، تاریخچه سلامت جسمی و روانی و تاریخچه مصرف مواد بود.

۲- شاخص بین المللی عملکرد نعوظی: مقیاسی ۱۵ سوالی است که توسط روزن^۲، آلتوف^۳ و گیولیانو^۴ (۱۹۹۷) طراحی شده و ۵ محدوده اصلی عملکرد جنسی شامل عملکرد ارگاسمیک^۵، میل جنسی^۶، عملکرد نعوظی^۷، رضایت از مقاربت^۸ و رضایت کلی فرد^۹ را را می‌سنجد. حداکثر نمره، در بخش اختلال نعوظی در این ایندکس ۳۰ نمره می‌باشد (در حالی که حداکثر نمره در بخش‌های سنجش اختلال ارگاسمی و میل جنسی ۱۰، رضایت جنسی ۱۵ و رضایت کلی جنسی ۱۰ است). مقیاس این آزمون، بر اساس درجه‌بندی لیکرت^{۱۰} می‌باشد. اعتبار و روایی این شاخص جهان شمول که به طرز گسترده‌ای در سایر

1. multi drug urine test
3. Althof
5. orgasmic function
7. erectile function
9. overall satisfaction

2. Rosen
4. Giuliano
6. sexual desire
8. intercourse satisfaction
10. test-retest

کشورها استفاده می گردد توسط مهربان، شعبانی نیام و نادری (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای که بر روی نسخه فارسی شاخص بین المللی عملکرد نعوظی و نقش سونوگرافی داپلر در ارزیابی مردان مبتلاء به ناتوانی جنسی، صورت پذیرفت، تایید شده است. لازم به ذکر است که از نسخه فارسی این آزمون در انجام این مطالعه استفاده گردید. مقدار آلفای کرونباخ در این پژوهش بر روی ۲۰ نفر مصرف کننده مواد افیونی، به روش باز آزمایی^۱ در فاصله ۲ هفته ۰/۹۲ بود که نشان دهنده اعتبار بالای این شاخص، برای برآوردن تمامی اهداف مطالعه حاضر بود.

یافته‌ها

مشخصات جمعیت شناختی گروه نمونه در جدول ذیل ارائه شده است.

جدول ۱: خصوصیات جمعیت شناختی، تاریخچه مصرف مواد و عملکرد جنسی

متغیرها	میانگین	فراوانی
جنسیت (مرد)		۳۰ (٪۱۰۰)
سن	(۳۴/۵±۴/۲)	
تحصیلات	زیر ۱۲ سال	۱۸ (٪۶۰)
	۱۲ سال	۱۰ (٪۳۳)
	بیشتر از ۱۲ سال	۲ (٪۷)
وضعیت اشتغال	شاغل	۲۹ (٪۹۷)
	بیکار	۱ (٪۳)
وضعیت سکونت	با همسر	۳۰ (٪۱۰۰)
وضعیت ازدواج	متاهل	۳۰ (٪۱۰۰)
	سن ازدواج (سال)	(۲۵±۶/۱)
	سابقه مصرف افیونها در طول عمر	۳۰ (٪۱۰۰)
	سابقه مصرف محرک ها در طول عمر	۸ (٪۲۶/۶)
تاریخچه سوء مصرف مواد	سابقه مصرف توهم زاها در طول عمر	۱ (٪۳/۳)
	میانگین سنی مصرف اولین افیون	(۲۲/۱±۴/۳)
	مدت وابستگی (سال)	(۶±۲/۱)
وضعیت جنسی	تعداد شرکای جنسی (۱ نفر)	۳۰ (٪۱۰۰)
	رابطه جنسی خارج از ازدواج پیش از ورود به درمان	.

همانگونه که در جدول فوق دیده می شود تمامی افراد شرکت کننده در این مطالعه، مرد بودند و میانگین سنی آنها $34/5 (\pm 4/2)$ سال بود. اکثریت آنها، دارای تحصیلات زیر دیپلم و شاغل بوده و در زمان انجام مطالعه تمامی آنها، متاهل بودند و دارای شریک جنسی به غیر از همسر خود، در زمان انجام مطالعه نبودند. میانگین سنی ازدواج در بین افراد نمونه $25 (\pm 6/1)$ سال بود و میانگین سنی شروع مصرف مواد در آنها $22/1 (\pm 4/3)$ سال و مدت اعتیاد $6 (\pm 2/1)$ سال بود. این افراد طیف وسیعی از مواد را پیش از شروع مصرف تریاک و کراک و وابستگی به آنها تجربه کرده بودند، لیکن ماده غالب مصرفی آنها در زمان انجام مطالعه یکی از افیون های تریاک و کراک بود و مصرف توأم با ماده دیگری نداشتند. افراد نمونه با مصرف روزانه متادون^۱ $6/62$ میلی گرم درمان متادون خود را آغاز نمودند که به تدریج به $14/12$ میلی گرم در طی ۵ ماه آتی درمان افزایش یافت. همچنین تعداد دفعات رابطه جنسی^۲ در ابتدای ورود به درمان $4 (\pm 4/1)$ دفعه در هر ماه بود که به $6 (\pm 3/2)$ دفعه در هر ماه در انتهای درمان افزایش یافت.

جدول شماره ۲: نمرات عملکرد جنسی آزمودنی ها در مرحله پیش از ورود به درمان و پس از

درمان

متغیرها	مرحله آزمون	M	SD	U	Z	معناداری
عملکرد	ورود به درمان	16/77	7/08	252	-2/93	0/003
نعوظی	پس از درمان	21/8	6/40	364	1/31	0/191
عملکرد	ورود به درمان	4/73	1/92	289	-2/40	0/017
ارگاسمی	پس از درمان	4/57	2/28	236	-3/17	0/001
تمایل	ورود به درمان	5/10	2/12	289	-2/40	0/017
جنسی	پس از درمان	6/57	2/12	236	-3/17	0/001
رضایت	ورود به درمان	12/20	4/55	236	-3/17	0/001
جنسی	پس از درمان	15/00	3/76	236	-3/17	0/001
رضایت	ورود به درمان	5/10	2/29	289	-2/40	0/017
کلی	پس از درمان	6/58	2/12	236	-3/17	0/001

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می شود میانگین تعداد عملکرد نعوظی افراد شرکت کننده در مطالعه در ابتدای ورود به درمان $16/77$ بود که نشان دهنده شیوع متوسط

1. Methadone dose
2. number of sexual intercourse

این مشکل در افراد نمونه در مرحله ورود به درمان است. لیکن در پایان ۶ ماه درمان عملکرد نعوظی به ۲۱/۸ افزایش پیدا نمود. تحلیل نتایج نشان داد که عملکرد نعوظی پس از درمان به طور متوسط بهبود یافته است ($P < ۰/۰۱$).

میانگین عملکرد ارگاسمی افراد شرکت کننده در مطالعه در ابتدای ورود به درمان ۴/۷۳ بود که نشان دهنده شیوع متوسط این مشکل در افراد نمونه در مرحله ورود به درمان بود. لیکن عملکرد ارگاسمی با تغییر میانگین به ۴/۵۷ در مرحله پایان ۶ ماه درمان رسید. تحلیل نتایج نشان داد که عملکرد ارگاسمی پس از درمان تغییر معنی داری نیافته است ($P > ۰/۰۵$).

میانگین نمره میل جنسی افراد شرکت کننده در مطالعه در ابتدای ورود به درمان ۵/۱۰ بود که نشان دهنده شیوع متوسط این مشکل در افراد نمونه در مرحله ورود به درمان بود، لیکن مشکل میل جنسی با افزایش میانگین به ۶/۵۷ در مرحله پایان ۶ ماه درمان رسید. تحلیل نتایج نشان داد که میل جنسی پس از درمان بهبود جزئی داشته است ($P < ۰/۰۵$).

میانگین نمره رضایت از مقاربت جنسی^۱ افراد شرکت کننده در مطالعه در ابتدای ورود به درمان ۱۲/۲۰ بود که نشان دهنده شیوع متوسط این مشکل در افراد نمونه در مرحله ورود به درمان بود. لیکن مشکل عدم رضایت از مقاربت جنسی با افزایش میانگین به ۱۵ در مرحله پایان ۶ ماه درمان رسید. تحلیل نتایج نشان داد که رضایتمندی از مقاربت جنسی پس از درمان، به طرز چشمگیری، به طور کامل بهبود داشته است ($P < ۰/۰۱$).

میانگین نمره رضایت کلی جنسی^۲ افراد شرکت کننده در مطالعه در ابتدای ورود به درمان ۵/۱۰ بود که نشان دهنده شیوع متوسط این مشکل در افراد نمونه در مرحله ورود به درمان بود. لیکن مشکل عدم رضایت کلی جنسی با افزایش میانگین به ۶/۵۸ در مرحله پایان ۶ ماه درمان رسید. تحلیل نتایج نشان داد که رضایت کلی جنسی پس از درمان، اندکی بهبود داشته است ($P < ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اختلالات عملکرد جنسی در مردان مصرف کننده مواد افیونی تریاک و هرویین فشرده (کراک) صورت پذیرفت. یافته های این پژوهش، نشان دهنده شیوع اختلالات عملکرد جنسی در بین سوء مصرف کنندگان مواد افیونی در بدو

1. sexual satisfaction
2. overall sexual satisfaction

ورود به درمان نگهدارنده متادون بود. این یافته، همگام با دیگر پژوهش‌ها در زمینه عملکرد جنسی معتادان است که نشان دهنده وجود اختلالات عملکرد جنسی در وابستگان به مواد افیونی در شروع درمان است (گولیانو^۱ و هلسترم، ۲۰۰۸؛ هالینان^۲ و همکاران، ۲۰۰۸). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که شدت برخی از جنبه‌های مربوط به این مشکلات در بین شرکت‌کنندگان در پژوهش، بهبود یافته بود. اگرچه مکانیسم اثرگذاری متادون بر اختلال جنسی حاصل از مصرف دراز مدت افیون‌هایی مانند تریاک و هرویین فشرده (کراک)، هنوز روشن نیست، لیکن بهبود در برخی از جنبه‌های مربوط به عملکرد جنسی در بین آن‌ها، کاملاً آشکار بود. این مساله می‌تواند مربوط به تاثیرات تدریجی متادون بر روی سیستم هورمون‌های جنسی آن‌ها در طی درمان باشد که از این مساله حمایت می‌نماید که خواص فارماکوکینتیک داروی متادون، منجر به تطابق و طبیعی شدن عملکرد سیستم اندوکرین و عملکرد نورواندوکرین بدن می‌گردد (مارتین^۳، پایت^۴ و زبین^۵، ۱۹۹۱).

هم‌چنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مشکلات نعوظی^۶، از سطح متوسط در زمان مصرف به سطح خفیفی پس از مصرف درمان نگهدارنده متادون رسید. در واقع می‌توان گفت متادون درمانی باعث بهبود در پاره‌ای از عملکردهای جنسی افراد شد. این یافته هماهنگ با نتایج پژوهشی هالینان و همکاران (۲۰۰۸) است که به بررسی اختلال عملکرد نعوظی مردان معتاد به مواد افیونی که تحت درمان نگهدارنده متادون بودند، پرداخته و نشان دادند که این افراد دارای اختلال جدی در عملکرد نعوظی بوده و درمان با متادون به میزان قابل توجهی در کاهش اختلال در عملکرد نعوظی آنها، موثر بوده است. اگرچه بهبود عملکرد نعوظی در بین مشارکت‌کنندگان در پژوهش، می‌تواند حاصل تأثیر مستقیم داروی متادون باشد، با این حال، مطالعات بیشتری لازم است تا بتوان به تبیین یک رابطه علت و معلولی دقیق در این مورد پرداخت. با این وجود گزارش بیماران در شاخص‌های جهانی عملکرد نعوظی، گویای بهبود متوسط در رابطه با این مساله در بیماران بود که خود مساله‌ای در خور توجه و نیاز به مطالعه بیشتر در ایران است.

در پژوهش حاضر به بررسی وضعیت عملکرد ارگاسمیک نیز پرداخته شد. یافته‌های پژوهش حاضر، مبین عدم بهبود عملکرد بیماران در این زمینه در درمان نگهدارنده متادون

1. Giuliano
3. Martin
5. Zweben

2. Hallinan
4. Payte
6. erectile dysfunction

بود. در واقع، این مشکل پیش از شروع درمان در بین مشارکت کنندگان وجود داشت. این یافته هماهنگ با نتایج پژوهش پالها^۱ و استیوز^۲ (۲۰۰۲) است که عملکرد جنسی ۱۰۱ بیمار وابسته به هرویین را بررسی نمودند و دریافتند که ۶۰٪ افراد در رسیدن به ارگاسم، مشکل داشتند. شیوع این مشکل در بین شرکت کنندگان در این مطالعه، در ابتدای ورود به درمان می تواند حاصل سال‌های طولانی مصرف افیون‌ها باشد که نیازمند درمان‌های دیگری مانند درمان جایگزین با آندروژن‌ها^۳ است و خود می تواند حاصل عملکرد متغیرهای روان‌شناختی و بین فردی باشد که توسط شرکت کنندگان در این پژوهش حاضر گزارش نشده بود.

از یافته‌های دیگر پژوهش حاضر، میزان رضایت کلی جنسی در زمان مصرف و در زمان درمان نگهدارنده متادون بود که بهبودی جزئی نشان داد. عدم بهبود چشمگیر در میزان میل جنسی و رضایت کلی جنسی می تواند حاصل تأثیر منفی طولانی مدت مصرف افیون‌ها بر روی لیبدو^۴ فرد باشد که خود می تواند هسته مرکزی عدم ایجاد میل کافی جنسی و عدم رضایت جنسی باشد که نیازمند درمان‌های بیشتر همچون استفاده از دارودرمانی و حتی درگیری بیمار و همسر در درمان‌ها و مداخلات روان‌شناختی است.

یافته قابل توجه پژوهش حاضر، بهبود رضایت از مقاربت جنسی پس از درمان بود. بهبود رضایت از مقاربت جنسی در بین شرکت کنندگان در این مطالعه می تواند ناشی از شدت پایین شیوع این مساله در بین افراد باشد که به آسانی تحت تاثیر اثرات دارویی متادون بر روی هورمون‌های جنسی بهبود یافته است و خود موضوع در خور توجه برای مطالعات بیشتر است.

این پژوهش، یک مطالعه مقطعی و فاقد گروه کنترل می باشد و ارزیابی هورمون‌های جنسی و پایش ماهانه عملکرد جنسی، به علت محدودیت‌های فرهنگی و عدم موافقت درمانگاه برای مطالعه بیشتر صورت پذیرفت. در عین حال پژوهش حاضر، تنها یک مطالعه مقدماتی بود و در این مقطع، تصمیم‌گیری در رابطه با وجود رابطه علت-معلولی بین اثرات متادون و عملکرد جنسی، مشکل است.

حجم نمونه مورد مطالعه، نیز محدود بود و عده کمی از معتادان، به علت مسایل فرهنگی در گزارش عملکرد جنسی و شرم از پاسخ‌گویی به پرسش‌ها حاضر به همکاری

شدند. در ضمن بسیاری از مراکز درمانی از پذیرفتن محققین به خاطر نوع موضوع مطالعاتی امتناع نمودند. همچنین به علت مسایل فرهنگی، نمونه شامل زنان معتاد به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده متادون نبود و تنها محدود به نمونه مرد بود که پیشنهاد می‌گردد در مطالعات بعدی، حجم نمونه‌های بزرگتر، پایش ماهانه عملکرد جنسی و آزمودنی‌های زن نیز مورد استفاده قرار بگیرند.

منابع

- جهرمی، لیلا؛ مکری، آذرخش؛ فرهودیان، علی؛ اختیاری، حامد (۱۳۸۸). پیچیدگی‌های جنسی مواد مخدر و درمان آن. **فصلنامه اعتیاد** (در باب شناخت و مداخله سوء مصرف مواد)، ۹، (۳)، ۸۵-۷۸.
- American Psychiatric Association (2000). **Diagnostic and statistical manual of psychiatric disorders (DSM-IV.TR)**. Washington DC.
- Assalian, P. (2005). Guidelines for the pharmacotherapy of premature ejaculation. **Journal of Urology**, 10, 463-469
- Bliesener, N., Albrecht, S., Schwager, A., Weckbecker, K., Lichtermann, D., & Klingmuller, D. (2005). Plasma testosterone and sexual function in men receiving buprenorphine maintenance for opioid dependence. **Journal of Clinical Endocrinological Metabolism**, 90, 203-206.
- Eserasberg, A., Robets, E., & Akman, J. (1999). **A trend of family, sexual problems and functions**. Sage Publication. New York. USA.
- First, M. B., Pincus, H. A. (1999). Classification in psychiatry: ICD-10 v. DSM-IV. A response. **British Journal of Psychiatry**, 175, 205-209.
- Giuliano, F., & Hellstrom, W. J. (2008). The pharmacological treatment of premature ejaculation. **British Journal of Urology International**, 102, 668-675.
- Hallinan, R., Byrne, A., Agho, K., McMahon, C., Tynan, P., & Attia, J. (2008). Erectile dysfunction in men receiving methadone and buprenorphine maintenance treatment. **Journal of Sex Medicine**, 5, 684-692.
- Hanbury, R., Cohen, M., & Stimmel, B. (2000). Adequacy of sexual performance in men maintained on methadone. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, 4, 13-20.
- Lapera, G., France G. C., Taggi, F., & Macchia, T. (2003). A review of sex and family problems in men with addiction problem. **Journal of Sex Material Therapy**, 29, 149-156.
- Looy, H. (2005). **Sexuality in the Encyclopedia of Christianity**, Eerdmans Publishing Company.
- Martin, J., Payte, J.T., & Zweben, J. E. (1991). Methadone maintenance treatment: a primer for physicians. **Journal of Psychoactive Drugs**. 23, 165-176.

- Mehraban, D., Shabaniniam, S. h., & Naderi, G. h. (2006). Farsi International Index of Erectile Dysfunction and Doppler Ultrasonography in the evaluation of male impotence. **Iranian Journal of Surgery**, 14, 25-31.
- Patel, K., & Hellstrom, W. J. (2009). Central regulation of ejaculation and the therapeutic role of serotonergic agents in premature ejaculation. **Journal of Current Opinion Investigating Drugs**, 10, 681-90.
- Palha, A. P., & Esteves, M. (202). A study of the sexuality of opiate addicts. **Journal of Sex Marital Therapy**, 28, 427-437.
- Pfaus, J. G., & Gorzalka, B. B. (1987). Opioids and sexual behavior. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, 1, 1-34.
- Peugh, J., & Belenko, S. (2001). Alcohol, drugs and sexual function: A Review. **Journal of Psychoactive Drugs**, 33, 223-232.
- Quaglio, G., Lugoboni, F., & Pattaro, C. (2008). Erectile dysfunction in male heroin users, receiving methadone and buprenorphine maintenance treatment. **Drug and Alcohol Dependence**, 94, 12-18.
- Risen, C. B. (1995). A guide to taking a sexual history. **Psychiatric Clinics of North America**, 18, 39-53.
- Rosen, R. C., Althof, S. E., & Giuliano, F. (2006). Research instruments for the diagnosis and treatment of patients with erectile dysfunction. **Journal of Urology**, 68(3), 6-16.
- Rosen, R. C., Riley, A., & Wagner, G. (1997). The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. **Journal of Urology**, 49, 822-830.
- Strain, E., Bigelow, G., & Liebson, I. (1999). Moderate-vs. high-dose methadone in the treatment of opioid dependence: a randomized trial. **Journal of AMA**, 281,1000-1005.
- Tatari, F., Farniya, V. Faghiyeh., & Nasiri, R. (2010). The effects of Trazodone on erectile function in patients on methadone maintenance treatment. Available online at: www.kums.ac.ir/article-fa-78.html.
- Wolf, H. J. (2005). **Sexuality and ecospirituality, The encyclopedia of religion and nature**. Thoemmes press.

میزان شیوع مصرف سیگار، قلیان، مشروبات الکلی و مواد مخدر و محرک در میان دانش آموزان دبیرستانی

رقبه علایی خرایم^۱، دکتر پروین کدیور^۲، دکتر شهرام محمدخانی^۳، دکتر غلامرضا صرامی^۴، سارا علایی خرایم^۵
تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۱۲/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱/۲۵

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان شیوع مصرف سیگار، قلیان، مشروبات الکلی و مواد مخدر و محرک و عوامل مرتبط با آن در میان دانش آموزان دبیرستانی شهر کرج در سال ۱۳۸۹ انجام شد. **روش:** این پژوهش از نوع مطالعات توصیفی-مقطعی است. شرکت کنندگان پژوهش شامل ۴۴۷ دانش آموز دبیرستانی دختر و پسر شهر کرج بود که به شیوه نمونه گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. از پرسشنامه بررسی وضعیت مصرف مواد و پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده مصرف مواد برای جمع آوری داده‌های پژوهش استفاده شد. **یافته‌ها:** براساس نتایج به دست آمده ۵۷٪ از دانش آموزان مورد مطالعه گزارش کردند که حداقل یک بار در طول عمر یک نوع ماده شامل سیگار، قلیان، مشروبات الکلی و سایر مواد را امتحان کرده‌اند. میزان مصرف انواع مواد سبک به ترتیب شیوع شامل قلیان، سیگار، مشروبات الکلی و مواد سنگین شامل قرص اکستازی و تریاک، حشیش، شیشه و کراک و هروئین به دست آمد. **نتیجه گیری:** مواد سبک شامل قلیان، سیگار و مشروبات الکلی شایع ترین مواد مورد مصرف در بین دانش آموزان دبیرستانی است. میزان شیوع مواد سنگین در بین دانش آموزان دبیرستانی کرج به نسبت مواد سبک تقریباً پایین است.

کلید واژه‌ها: شیوع مصرف، مواد سبک، مواد سنگین، دانش آموزان

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی دانشگاه تربیت معلم تهران. پست الکترونیک: Alaeisimin@yahoo.com

۲. استاد گروه روانشناسی تربیتی دانشگاه تربیت معلم

۳. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه تربیت معلم

۴. دکتری روانشناسی

۵. دانشجوی کارشناسی روانشناسی بالینی دانشگاه محقق اردبیلی

مقدمه

در سال‌های اخیر مصرف مواد یکی از جدی‌ترین معضلات بشری و یکی از پیچیده‌ترین پدیده‌های انسانی است که پایه‌ها و بنیان‌های جامعه انسانی را به تحلیل می‌برد و پیشگیری از آن نیازمند کاربرد نظریه‌های متعدد در رشته‌های علمی مختلف و تکنیک‌های متنوع است (یونسکو^۱، ۱۹۹۴). دامنه تأثیرات اعتیاد از آن‌رو حائز اهمیت است که علاوه بر فرد معتاد، خانواده و دوستان نیز در معرض آثار ویرانگر آن قرار خواهند گرفت (چیریلو، ترجمه پیر مرادی، ۱۳۷۸). درمان سوء مصرف مواد نیز پرهزینه، دشوار و طاقت‌فرسا است. بنابراین پیشگیری از سوء مصرف مواد می‌تواند از تحمیل هزینه‌های سنگین به اجتماع جلوگیری کند. یکی از شیوه‌های مهم پیشگیری از اعتیاد آگاه کردن اقشار مختلف مردم از خطرات و آسیب‌های سوء مصرف مواد است. چنانچه افراد از تأثیر نامطلوب مصرف مواد بر سلامت جسمی، روحی، روانی و اجتماعی خود و خانواده‌اش مطلع باشد و آن را باور کند، احتمال گرایش به مصرف مواد کاهش خواهد یافت (طارمیان، ۱۳۸۰).

بنابر آمار نیروی انتظامی، حدود ۱/۵ میلیون نفر و بنا به آمار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۳/۷ میلیون نفر در سطح کشور ایران مصرف‌کننده قطعی و تفتنی مواد مخدر وجود دارد (گرگی و بکرانی، ۱۳۸۵). در یک پژوهش همه‌گیرشناسی در سال ۱۳۸۳ در مورد شیوع مصرف مواد در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر رشت، گزارش شد که مصرف سیگار و الکل در دانش‌آموزان شایع و شیوع آن در پسران بیشتر است. در این گزارش، فراوانی مصرف سیگار ۱۸/۴ درصد، الکل ۱۲/۶ درصد، تریاک ۱/۴ درصد، حشیش ۱/۳ درصد، اکستازی ۰/۷ درصد و هروئین ۰/۳ درصد اعلام شده است (نجفی و همکاران، ۱۳۸۴). یک مطالعه توصیفی و مقطعی با عنوان بررسی شیوع مصرف مواد محرک، الکل و داروهای روان‌گردان در نوجوانان و جوانان ۱۵-۳۵ ساله شهر تهران در سال ۱۳۸۳ و ۱۳۸۴ نشان داد که شیوع مصرف داروهای روان‌گردان ۳/۸ درصد، مواد محرک ۷/۲ درصد و الکل ۲۵/۷ درصد بوده است. میانگین نسبی همه گروه‌ها مشابه جمعیت مورد مطالعه و توزیع جنسی در آن‌ها به‌طور معناداری در جنس مذکر بیشتر بود

(حمدیه، مطلبی، عاشری و بروجردی، ۱۳۸۷). در سال ۱۳۸۲، در یک بررسی مشخص شد که دانش‌آموزان پسر ۹-۱۵ ساله شیرازی ۲۲/۵ درصد مصرف سیگار و ۰/۶ درصد حداقل یک بار مصرف مواد افیونی را تجربه کرده‌اند. در مطالعه دیگری در شهر شیراز، میزان مصرف مواد در طول زندگی در حدود ۳۰/۲۳ درصد گزارش شده است، به طوری که ۲۵/۴ درصد سیگار، ۹/۶ درصد الکل، ۳/۵ درصد مواد افیونی، ۲/۸ درصد حشیش و ۲ درصد هروئین ذکر شده است (نجنفی و همکاران، ۱۳۸۵). در مطالعه هیبل^۱ و همکاران (۲۰۰۰) دیده شد که مصرف مواد در مدت یک ماه، در پسران بیشتر از دختران است.

هم‌مرز بودن ایران با افغانستان، به عنوان بزرگترین مرکز تولید مواد مخدر، از یک سو باعث شده است ایران به‌عنوان یکی از مسیرهای اصلی ترانزیت مواد مطرح باشد (سیام، ۱۳۸۵) و از سوی دیگر به علت سهل‌الوصول بودن مواد، گسترش اعتیاد و مصرف بیشتر مواد مخدر در بین نوجوانان یکی از معضلات جامعه کنونی به‌خصوص در کلان‌شهر مورد مطالعه یعنی کرج محسوب می‌شود. شهرستان کرج به‌واسطه نزدیکی به پایتخت و دارا بودن شرایطی از قبیل: گستردگی خارج از قواره شهری، صنعتی و غیربومی بودن بیش از ۷۰ درصد جمعیت به‌شدت تحت تأثیر معضلات و ناهنجاری‌های خرده‌فرهنگی قرار گرفته و برابر اعلام مسئولین انتظامی میزان بزهکاری، بسیار زیاد و دامنه آن رو به افزایش است. در حال حاضر، گرایش نوجوانان و جوانان شهر کرج به مواد مخدر و استعمال آن به‌صورت فردی و گروهی، سبب نگرانی والدین و مسئولین جامعه گردیده و نسل آینده کشور را مورد تهدید قرار داده است (ترکمان، ۱۳۸۸).

سوء مصرف مواد مخدر تأثیر منفی بر تمامی ارکان جامعه می‌گذارد و در این میان بیش از هر چیز آینده جوانان که عمده‌ترین و مستعدترین گروه در معرض خطر هستند را تهدید می‌کند. وجود برنامه‌های پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر و آگاه‌سازی جوانان بیش از پیش ضروری به‌نظر می‌رسد. لازم است در پیشگیری از این آفت جامعه هر چه سریع‌تر و حساب‌شده‌تر برنامه‌ریزی و اقدام شود. لذا هدف اصلی این پژوهش بررسی میزان شیوع مصرف سیگار، قلیان، مشروبات الکلی و سایر مواد در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر کرج

است تا براساس آگاهی از وضع موجود بتوان پیشنهادات و برنامه‌ریزی‌هایی در جهت مبارزه با سوء مصرف مواد مخدر و پیشگیری از عوارض مخرب ناشی از آن در نوجوانان ارائه نمود.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-مقطعی است. جامعه مورد مطالعه شامل دانش‌آموزان دختر و پسر دبیرستانی سال‌های اول، دوم و سوم متوسطه شهر کرج می‌باشد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: رضایت کامل شرکت‌کننده و تمایل به همکاری وی، سکونت در کرج در حین مطالعه و تحصیل در مقطع متوسطه. جامعه مورد مطالعه عبارت بود از: کلیه دانش‌آموزان مقطع دبیرستان که در یکی از مدارس شهر کرج در سال تحصیلی ۱۳۹۰-۱۳۸۹ مشغول تحصیل بودند. نمونه مورد مطالعه ۴۴۷ نفر از دانش‌آموزان دبیرستانی بود که به روش خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. به این صورت که ابتدا، ناحیه ۴ از میان نواحی چهارگانه آموزش و پرورش شهر کرج به‌طور تصادفی انتخاب شد. در مرحله بعد، از بین مدارس ناحیه ۴ کرج، ۷ مدرسه (دخترانه و پسرانه) مجدداً به‌طور تصادفی انتخاب شدند. در هر مدرسه، پس از توجیه مدیران واحدهای آموزشی، با مراجعه به کلاس‌هایی که به‌طور تصادفی انتخاب شده بودند، پرسشنامه‌ها بین دانش‌آموزان توزیع شد. با توجه به حساسیت موضوع مصرف مواد و لزوم جلب رضایت و اعتماد آنان برای همکاری صادقانه با پژوهش، قبل از تکمیل پرسشنامه‌ها، پس از برقراری ارتباط موثر با دانش‌آموزان درخصوص ماهیت و هدف پرسشنامه‌ها و نیز تأکید بر محرمانه و بی‌نام بودن آن‌ها توضیحاتی به دانش‌آموزان ارائه شد. جمع‌آوری اطلاعات از طریق تکمیل پرسشنامه خودگزارشی در نیمه اول سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ انجام شد.

ابزار

۱- پرسشنامه رفتارهای پرخطر: به‌منظور بررسی وضعیت مصرف مواد دانش‌آموز و ارزیابی سابقه مصرف مواد توسط پدر و مادر از پرسشنامه رفتارهای مخاطره‌آمیز (محمدخانی، ۱۳۸۶)، استفاده شد. این پرسشنامه با اقتباس از پرسشنامه مرکز پیشگیری از رفتارهای

پرخاطر جوانان^۱ (مرکز کنترل بیماری‌های آمریکا، ۲۰۰۸؛ به نقل از محمدخانی، ۱۳۸۶) طراحی و تنظیم شده است. این پرسشنامه شامل سؤالاتی درباره اولین انجام رفتار پرخاطر، میزان رفتار پرخاطر در طول عمر، ۱۲ ماه گذشته و یک ماه اخیر و تمایل به مصرف ماده مورد نظر در آینده است. محمدخانی (۱۳۸۶) اعتبار آن را ۰/۸۷ گزارش کرده است.

۲- پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده مصرف مواد^۲: این پرسشنامه یک ابزار غربالگری است که به منظور ارزیابی عوامل خطر ساز و حفاظت کننده مصرف سیگار، مشروبات الکلی و سایر مواد در نوجوانان ۱۸-۱۳ سال توسط محمدخانی (۱۳۸۴، ۱۳۸۶) تهیه و هنجاریابی شده است. اعتبار کلی پرسشنامه ۰/۹۰ گزارش شده است (محمدخانی، ۱۳۸۸). در پژوهش حاضر، برای تعیین نوع گروه همسال منحرفی که آزمودنی با آن ارتباط دارد از خرده مقیاس وضعیت گروه همسالان این پرسشنامه استفاده گردید. این خرده مقیاس شامل ۵ سؤال است که وضعیت دوستان و همسالان نوجوان را از نظر مصرف مواد، سیگار، مشروبات الکلی و مواد مخدر ارزیابی می‌کند. اعتبار آن براساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمده است (محمدخانی، ۱۳۸۶).

یافته‌ها

تعداد افراد جامعه مورد مطالعه در این پژوهش ۱۶۲۲۳ نفر بودند که از این تعداد حدود ۵۳/۵ درصد دختر و ۴۶/۵ درصد پسر بودند. حجم نمونه در مجموع ۴۴۷ نفر از دانش‌آموزان دختر و پسر سال‌های اول، دوم و سوم متوسطه برآورد شد که از این تعداد، متناسب با حجم^۳، ۲۳۹ نفر دختر و ۲۰۸ نفر پسر بودند. از میان ۴۴۷ دانش‌آموز، ۲۵۵ نفر (۵۷/۰ درصد) حداقل یک بار در طول عمر سابقه مصرف مواد (با احتساب سیگار) داشتند. از این تعداد ۱۴۳ نفر (۵۶/۱ درصد) پسر و ۱۱۲ نفر (۴۳/۹ درصد) دختر بودند. طبق نتایج به دست آمده، بیشترین میزان تحصیلات پدر و مادر، در هر دو جنس، ابتدایی و سپس راهنمایی بوده و شغل اکثر پدران در هر دو جنس، آزاد و سپس به طبقه کارگر و کشاورز اختصاص داشته و اکثر مادران، خانه‌دار بودند. در جدول ۱، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه شامل سن، پایه و سوابق تحصیلی، ارائه شده است.

جدول ۱: مشخصات جمعیت‌شناختی دانش‌آموزان شرکت‌کننده در مطالعه

میانگین	میانه	نما	سن		پایه تحصیلی						سوابق تحصیلی			
			اول	دوم	سوم	تجدیدی	مردودی	تعداد	درصد	تعداد	درصد			
۱۶/۵	۱۶	۱۷	۹	۱/۲۹	۱۷۲	۳۸/۵	۸۹	۱۹/۹	۱۸۶	۴۱/۶	۱۶۳	۳۶/۵	۸۱	۱۸/۱

براساس جدول ۱، میانگین سنی دانش‌آموزان شرکت‌کننده ۱۶/۵ سال با انحراف معیار ۱/۲۹ بود که از بین دانش‌آموزان پایه‌های اول، دوم و سوم متوسطه انتخاب شده‌اند که از این میان، ۳۶/۵ درصد سابقه تجدیدی و ۱۸/۱ درصد سابقه مردودی داشته‌اند.

در جدول ۲ فراوانی و درصد مصرف‌کنندگان به تفکیک جنسیت و مواد ارائه شده است. با توجه به مندرجات جدول، بیشترین مواد مورد استفاده در کل دانش‌آموزان در طول عمر به ترتیب شیوع عبارت بودند از: الف- مواد سبک^۱ شامل: قلیان (۵۳/۰ درصد)، سیگار (۲۴/۸ درصد)، مشروب (۱۳/۶ درصد) ب- مواد سنگین^۲ شامل: قرص‌های اکس (۲/۰ درصد)، تریاک (۲/۰ درصد)، حشیش (۱/۱ درصد)، شیشه (۰/۴ درصد)، کراک (۰/۴ درصد) و هروئین (۰/۲ درصد). هم‌چنین، در بین مصرف‌کنندگان قلیان ۱۳۴ نفر (۶۴/۳ درصد) پسر و ۱۰۳ نفر (۴۳/۰ درصد) دختر بودند ($p < ۰/۰۰۱$). هم‌چنین ۶۵ نفر (۳۱/۲ درصد) از مصرف‌کنندگان سیگار، پسر و ۴۶ نفر (۱۹/۲ درصد) دختر بودند ($p < ۰/۰۰۱$). ۵۱ نفر از پسران (۲۴/۴ درصد) و ۱۰ نفر از دختران (۴/۲ درصد) مصرف مشروبات الکلی داشته‌اند ($p < ۰/۰۰۱$). در مورد مصرف قرص‌های اکس ۸ نفر (۳/۹ درصد) از مصرف‌کنندگان پسر و ۱ نفر (۰/۴ درصد) دختر بود ($p < ۰/۰۰۱$). در بین مصرف‌کنندگان حشیش نیز ۵ نفر (۲/۵ درصد) پسر بودند و دختران مصرف حشیش نداشتند ($p < ۰/۰۰۵$). بنابراین مصرف قلیان، سیگار، مشروبات الکلی، قرص‌های اکس و حشیش در پسران به‌طور معنی‌داری بالاتر بود.

1. Soft drug
2. Hard drug

جدول ۲: فراوانی و درصد مصرف مواد در طول عمر به تفکیک جنسیت و مواد مصرفی در دانش آموزان دبیرستانی کرج

جنس	پسر		دختر		جمع		نوع	فرد ماده مصرفی
	مصرف دارد	مصرف ندارد	مصرف دارد	مصرف ندارد	مصرف دارد	مصرف ندارد		
سیگار	۶۵	۳۱/۲	۱۴۰	۶۸/۸	۴۶	۱۹/۲	۷۵/۲	مواد سبک
قلیان	۱۳۴	۶۴/۹	۷۳	۳۵/۱	۱۰۳	۴۳/۱	۴۶/۸	
مشروب	۵۱	۲۴/۴	۱۵۳	۷۵/۶	۱۰	۴/۲	۸۶/۲	
حشیش	۵	۲/۵	۲۰۲	۹۷/۵	۰	۰	۹۸/۹	مواد سنگین
قرص	۸	۳/۹	۱۹۹	۹۶/۱	۱	۰/۴	۹۸/۰	
تریاک	۴	۲/۱	۲۰۳	۹۷/۹	۵	۲/۱	۹۸/۰	
هروئین	۱	۰/۵	۲۰۶	۹۹/۵	۰	۰	۹۹/۸	
شیشه	۲	۱/۱	۲۰۵	۹۸/۹	۰	۰	۹۹/۶	
کراک	۱	۰/۵	۲۰۶	۹۹/۵	۱	۰/۴	۹۹/۶	

جدول ۳: فراوانی نسبی مصرف مواد سبک در طول عمر در دانش آموزان دبیرستانی کرج به تفکیک گروه سنی در سال ۱۳۸۹

جنس	پسر		دختر		جمع		سن	فرد سبک
	مصرف دارد	مصرف ندارد	مصرف دارد	مصرف ندارد	مصرف دارد	مصرف ندارد		
سیگار	۱۳-۱۴	۳	۳۷/۵	۵	۶۲/۵	۰	۰/۰	۳
	۱۵-۱۶	۲۱	۲۴/۰	۷۶	۷۶/۰	۱۸	۱۵/۴	۹۹
	۱۷-۱۸	۳۵	۳۹/۳	۵۴	۶۰/۷	۲۷	۲۳/۷	۸۷
	۱۹-۲۰	۲	۵۰/۰	۲	۵۰/۰	۱	۲۵/۰	۳
	۱۳-۱۴	۵	۶۲/۵	۳	۳۷/۵	۰	۰/۰	۳
قلیان	۱۵-۱۶	۵۸	۵۸/۰	۴۱	۴۲/۰	۵۲	۴۴/۴	۶۵
	۱۷-۱۸	۶۱	۶۸/۵	۲۸	۳۱/۵	۵۰	۴۳/۹	۶۴
	۱۹-۲۰	۴	۱۰۰	۰	۰/۰	۱	۲۵/۰	۳
مشروب	۱۳-۱۴	۱	۱۲/۵	۷	۸۷/۵	۰	۰/۰	۳
	۱۵-۱۶	۱۶	۱۷/۰	۸۱	۸۳/۰	۴	۳/۳	۱۱۲
	۱۷-۱۸	۳۰	۳۳/۸	۵۸	۶۶/۲	۶	۵/۳	۱۰۸
	۱۹-۲۰	۱	۲۵/۰	۳	۷۵/۰	۰	۰/۰	۴

میزان شیوع مصرف سیگار، قلیان، مشروبات الکلی و مواد مخدر و محرک در میان دانش‌آموزان دبیرستانی

براساس جدول ۳، میزان شیوع مصرف انواع مواد سبک به جز مشروب، در بین دانش‌آموزان ۱۹-۲۰ سال شایع‌تر است. مصرف مشروب نیز در بین دانش‌آموزان ۱۷-۱۸ ساله بیشتر مشاهده می‌شود.

در جدول ۴ اطلاعات مربوط به فراوانی و درصد مصرف مواد در دانش‌آموزان دبیرستانی کرج به تفکیک جنسیت و نوع ماده مصرفی در دوستان ارائه شده است.

جدول ۴: فراوانی و درصد مصرف مواد در دانش‌آموزان دبیرستانی کرج به تفکیک مصرف مواد در دوستان

جنس	پسر		دختر		جمع		
	مصرف دارد	مصرف ندارد	مصرف دارد	مصرف ندارد	مصرف دارد	مصرف ندارد	
نوع	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
	مواد سبک	سیگار	۹۲	۴۴/۴	۱۰۹	۵۲/۶	۱۹
قلیان		۱۳۶	۶۷/۳	۶۶	۳۲/۷	۱۰۹	۴۵/۹
مشروب		۷۴	۳۶/۶	۱۲۸	۶۳/۴	۱۵	۶/۳
مواد سنگین	حشیش	۹	۴/۴	۱۹۷	۹۵/۶	۱	۰/۴
	قرص اکس	۸	۳/۹	۱۹۸	۹۶/۱	۳	۱/۳
	تریاک	۱۱	۵/۳	۱۹۵	۹۴/۶	۲	۰/۸
	هروئین	۲	۱/۰	۲۰۴	۹۹	۰	۰
	شیشه	۳	۱/۴	۲۰۳	۹۸/۶	۰	۰
	کراک	۲	۱/۰	۲۰۴	۹۹	۱	۰/۴

همان‌طور که مشاهده می‌شود، ۱۴۴ نفر (۶۹/۲ درصد) از پسران و ۱۱۳ نفر (۴۷/۳ درصد) از دختران، دوستان مصرف‌کننده داشته‌اند.

در جدول ۵ فراوانی و درصد مصرف مواد سبک در خانواده دانش‌آموزان دبیرستانی کرج به تفکیک جنسیت ارائه شده است.

جدول ۵: فراوانی درصد مصرف مواد سبک در خانواده دانش‌آموزان دبیرستانی کرج به تفکیک جنسیت

جنس	مصرف مواد سبک	مصرف می‌کنند		مصرف نمی‌کنند		جمع
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
	سیگار	۹۸	۴۲/۱	۱۳۵	۵۷/۹	۲۳۹
دختر	مشروب	۲۳	۹/۹	۲۰۹	۹۰/۱	۲۳۹
	مواد	۲۰	۸/۷	۲۰۹	۹۱/۳	۲۳۹
	سیگار	۷۶	۴۰/۹	۱۱۰	۵۹/۱	۲۰۸
پسر	مشروب	۲۵	۱۳/۶	۱۵۹	۸۶/۴	۲۰۸
	مواد	۲۲	۱۱/۹	۱۶۲	۸۸/۱	۲۰۸
	سیگار	۱۷۴	۴۱/۵	۲۴۵	۵۸/۵	۴۴۷
جمع	مشروب	۴۸	۱۱/۵	۳۶۸	۸۸/۵	۴۴۷
	مواد	۴۲	۹/۴	۳۷۱	۸۳/۰	۴۴۷

همان‌گونه که مشاهده می‌شود؛ در بین خانواده‌های دختران ۴۲/۱ درصد سیگار، ۹/۹ درصد مشروب و ۸/۷ درصد سایر مواد مصرف می‌کرده‌اند. در بین خانواده‌های پسران نیز ۴۰/۹ درصد سیگار، ۱۳/۶ درصد مشروب و ۱۱/۹ درصد مصرف‌کننده سایر مواد بوده‌اند. در مجموع از ۴۴۷ دانش‌آموز دختر و پسر، ۱۰۹ نفر (۴۵/۶ درصد) از دختران و ۸۴ نفر (۴۰/۴ درصد) از پسران، حداقل یکی از اعضای خانواده آنها، مصرف‌کننده مواد بودند.

فراوانی و درصد مصرف مواد با توجه به ترتیب تولد در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶: فراوانی و درصد مصرف مواد در بین دانش‌آموزان دبیرستانی کرج به تفکیک ترتیب تولد

ترتیب تولد	مصرف دارد		مصرف ندارد	
	فراوانی درصد	درصد تراکمی	فراوانی درصد	درصد تراکمی
بدون پاسخ	۳۳	۱۲/۹	۲۰	۱۰/۱
فرزند اول	۶۷	۲۶/۳	۶۱	۳۱/۹
فرزند وسط	۷۸	۳۰/۶	۵۶	۲۹/۳
فرزند آخر	۷۲	۲۸/۲	۵۳	۲۷/۷
تک فرزند	۵	۲/۰	۲	۱/۰
جمع	۲۵۵	۱۰۰/۰	۱۹۲	۱۰۰/۰

برطبق اطلاعات مندرج در این جدول، ۳۰/۶ درصد از مصرف‌کنندگان فرزند وسط^۱ خانواده بوده‌اند. در حالی که ۲۶/۳ درصد فرزند اول و ۲۸/۲ درصد از مصرف‌کنندگان فرزند آخر و تنها ۲/۰ درصد تک فرزند بوده‌اند. این موضوع بیانگر آن است که فرزندان وسط بیشتر از فرزندان اول، آخر و تک‌فرزندان گرایش به مصرف مواد دارند.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی میزان شیوع مصرف سیگار، قلیان، مشروبات الکلی و سایر مواد در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر کرج انجام شد. در مجموع، حدود ۵۷ درصد دانش‌آموزان مورد مطالعه گزارش نمودند که حداقل یک بار در طول عمر خود یکی از انواع مواد شامل مواد سبک و سنگین را مصرف کرده‌اند. میزان مصرف انواع مواد سبک به ترتیب شیوع شامل قلیان، سیگار، مشروبات الکلی و مواد سنگین شامل قرص اکس و تریاک، حشیش، شیشه و کراک و هروئین به دست آمد. تریاک و قرص‌های اکس بعد از قلیان، سیگار و مشروب شایع‌ترین ماده مورد مصرف در طول عمر در میان دانش‌آموزان است. این یافته با نتایج برخی از مطالعات انجام شده (محمدخانی، ۱۳۸۷؛ حمدیه و همکاران، ۱۳۸۷؛ نجفی و همکاران، ۱۳۸۴؛ ۱۳۸۵؛ اصلی‌نژاد، عالمی و چمنزاری، ۱۳۸۳؛ احمدی و حسنی، ۲۰۰۱؛ محمدپوراصل، وحیدی، فخاری، رستمی و دستگیری، ۲۰۰۷) هماهنگ ولی با نتایج بررسی‌های انجام شده روی نوجوانان آمریکایی

۱. در صورتی که افراد فرزند اول، آخر و تک فرزند نباشند، فرزند وسط در نظر گرفته شده‌اند.

(جانستون^۱، امالی^۲ و باچمن^۳، ۲۰۰۵)، اروپایی (هیبل و همکاران، ۲۰۰۰) و استرالیایی (رایت^۴، فیتز پاتریک^۵، ۲۰۰۴) متفاوت است، و شیوع نسبتاً کمتر مصرف انواع مواد به‌ویژه مواد سنگین را نشان می‌دهد. شاید بیشترین توجه افزایش میزان مصرف سیگار و قلیان در این مطالعه نسبت به سایر مواد، زمینه‌های متفاوت فرهنگی و اعتقادی و منع صریح و بی‌چون و چرای مصرف مواد دیگر در ایران و آموزش دقیق این منکر از خردسالی باشد؛ در حالی که احکام اعتقادی، اجتماعی و فرهنگی قاطعی در خصوص سیگار و قلیان در ایران وجود ندارد. در نتیجه شیوع مصرف سیگار و قلیان در جامعه ما به سایر جوامع نزدیک‌تر است. مثلاً در مطالعه روی دانش‌آموزان فرانسوی، مصرف سیگار ۲۲/۲ درصد در پسرها و ۲۲/۹ درصد در دخترها بسیار نزدیک به درصد مصرف سیگار در این مطالعه (۲۴/۸ درصد) و سایر مطالعات ذکر شده در ایران است. فراوانی مصرف سایر مواد از جمله الکل در مطالعه ما (۱۳/۶ درصد) هیچ شباهتی با داده‌های مطالعه فرانسه (۸۲/۱ درصد در پسرها و ۷۴/۵ درصد در دخترها) ندارد.

در این مطالعه میزان مصرف مواد در پسران دبیرستانی به‌طور مشخص بیش از دختران در همین مقطع تحصیلی است. به‌طور کلی در بسیاری از مطالعات انجام شده در این زمینه در ایران و کشورهای غربی نتایج مشابهی به‌دست آمده است. در مطالعه‌ای روی دانش‌آموزان نیوجرسی، مصرف مواد در پسران ۴۵/۲ درصد و در دختران ۳۷/۴ درصد اعلام شده است (چن^۶، شت^۷، الیت^۸ و بیگر^۹، ۲۰۰۴). در مطالعه هیبل و همکاران (۲۰۰۰) دیده شد که مصرف مواد در مدت یک‌ماه، در پسران بیشتر از دختران است. از علل احتمالی این تفاوت شیوع در کشور ما شاید بتوان به برخورداری امکانات و آزادی‌های بیشتر خانوادگی و اجتماعی فرزندان ذکور در خانواده‌ها اشاره کرد. امکان کسب درآمد و حضور بیشتر در جامعه و انتخاب آزادانه رفت و آمدها در نوجوانی در پسرها و از طرف دیگر کنترل دقیق‌تر خانواده‌ها در مورد نوع ارتباط دختران از علل احتمالی دیگر این تفاوت‌ها می‌تواند باشد (نجفی و همکاران، ۱۳۸۵). براساس نتایج این تحقیق فراوانی نسبی

1. Johnston
2. Omally
3. Bachman
4. Wright
5. Fitz Patrick
6. Chen
7. Sheth
8. Elitt
9. Yeager

مصرف سیگار، قلیان، مشروب، حشیش و قرص‌های اکس در پسرها به‌طور معنی‌دار بیشتر از دخترها بوده است. شاید تعداد کم نمونه‌های مصرف‌کننده تریاک (۴ پسر و ۵ دختر)، شیشه (۲ پسر و ۰ دختر)، کراک (۱ پسر و ۱ دختر) و هروئین (۱ پسر و ۰ دختر) از علل احتمالی عدم معنی‌داری آن‌ها باشد.

نتایج پژوهش حاضر درخصوص نقش ترتیب تولد در گرایش به مصرف مواد نشان داد که فرزندان وسط بیشتر از فرزندان اول، آخر و تک‌فرزندان گرایش به مصرف مواد دارند. از سویی طبق گفته هریس^۱ (۲۰۰۶)؛ به نقل از برجلی، برشان و درتاج، (۱۳۸۸) از آنجایی که فرزندان وسط افرادی هستند که شعار آن‌ها آرامش به هر قیمتی است، احساس سلطه‌گری ندارند، دوست دارند همه آن‌ها را ستایش کنند و سعی در راضی نگه‌داشتن دیگران دارند می‌توان گفت این صفات زمینه‌ساز جذب شدن به دوستان، تسلیم شدن در برابر فشارهای دیگران و گرایش به مصرف مواد است. با این وجود، ادعاهای تأثیر ترتیب تولد از حمایت‌های علمی چندانی برخوردار نیستند؛ چرا که دشواری در کنترل عواملی چون اندازه خانواده، متغیرهای جمعیتی و اجتماعی از جمله عواملی هستند که تأثیر ترتیب تولد را مورد سؤال قرار می‌دهند (بلمونت^۲ و مارولا^۳، ۱۹۷۳)؛ به نقل از برجلی و همکاران، همکاران، (۱۳۸۸).

هم‌چنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین مصرف مواد در گروه همسال و مصرف آن‌ها در دانش‌آموزان ارتباط معنی‌داری وجود دارد. این یافته با نتایج مطالعاتی که نشان می‌دهند نوجوانان باورهای خود را در مورد مصرف مواد از الگوهای نقش خصوصاً دوستان نزدیک خود کسب می‌کنند (بیگلان^۴، دانکان^۵، آری^۶ و اسمولکوسکی^۷، ۱۹۹۵)؛ کسترو^۸، مداحیان، نیوکامب^۹ و بنتلر^{۱۰}، ۱۹۸۷)؛ سیمون^{۱۱} و رابرتسون^{۱۲}، ۱۹۸۹)؛ ساودای^{۱۳}، ۱۹۹۹)؛ بوتوین^{۱۴}، ۲۰۰۰)؛ باهر و همکاران، ۲۰۰۵)؛ به نقل از جباری، بخشیان، وحیدی، محمدپور، ۱۳۸۷)؛ محمدخانی و باش‌قره، ۱۳۸۷)؛ مؤیدنیا، ۱۳۸۸)؛ ظهیرالدین و کیانی، ۱۳۸۲)؛ سپرده، ۱۳۵۷)؛ نقل از گرجی و بکرانی، ۱۳۸۵)؛ اله‌وردی‌پور، ۱۳۸۴)؛

1. Harris
3. Marolla
5. Dancan
7. Smolkowski
9. Newcomb
11. Simons
13. Sawadi

2. Belmont
4. Biglan
6. Ary
8. Castro
10. Bentler
12. Robertson
14. Botvin

محمدخانی، ۱۳۸۶؛ علایی، کدیور، محمدخانی، صرامی، ۱۳۸۹) هماهنگ است. براساس نظریه‌های کنترل اجتماعی (الیوت^۱، هایزینگ^۲، آگتون^۳، ۱۹۸۵) و الگوی رشد اجتماعی (هاو کینز^۴ و ویس^۵، ۱۹۸۵؛ نقل از بهرامی، ۱۳۸۸)، نظریه اوتینگ و بوالیس (۱۹۸۶) و ۱۹۸۷؛ به نقل از باقری، ۱۳۸۱)، نظریه یادگیری اجتماعی-شناختی بندورا (۱۹۸۵؛ به نقل از سازمان جهانی بهداشت^۶، ۱۹۹۶)، نظریه گروه همسالان و نظریه تعهد به رسوم، قواعد و تعلق اجتماعی نیز، تنها متغیر منفرد و برجسته در سوء مصرف مواد در نوجوان، تأثیر همسالانی است که نوجوان آن‌ها را برای ارتباط خود انتخاب کرده است و استفاده از مواد تقریباً همیشه مستقیماً به ارتباط با همسالان مربوط است. با این حال با استفاده از نتایج این مطالعه، نمی‌توان تعیین کرد که آیا داشتن دوستان نزدیک سیگاری، عامل خطری برای مصرف مواد است یا دانش آموزشی که رفتارهای خطرپذیر دارند، بیشتر افراد سیگاری را به‌عنوان دوست انتخاب می‌کنند. از طرف دیگر نوجوانانی که با هم دوست می‌شوند، ممکن است ویژگی‌های مشترکی داشته باشند که با مصرف مواد اعتیادآور مرتبط باشد (محمدپوراصل و همکاران، ۲۰۰۷). آن‌چه مسلم است، تجربه اولیه مصرف مواد یکی از مهم‌ترین عوامل خطر و زمینه‌ساز برای مصرف مجدد میان نوجوانان است چرا که در هیچ مقطع سنی، فرد در مقایسه با سنین نوجوانی تحت تأثیر و فشار همسالان قرار ندارد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این مساله اشاره کرد که احتمالاً شیوع واقعی مصرف برخی مواد (به‌ویژه مواد سنگین) در دانش‌آموزان بالاتر از مقادیر به دست آمده در این مطالعه باشد و شرایط فرهنگی جامعه ما و تلقی جرم از مصرف مواد و احتمال ایجاد اختلال در مسیر تحصیل، شاید بتواند این امر را توجیه کند. اما با توجه به روند رو به رشد میزان مصرف سیگار، قلیان، مشروبات الکلی و سایر مواد در بین دانش‌آموزان، تدوین برنامه جامع پیشگیری از این پدیده ضروری است و باید مورد توجه متولیان امر قرار گیرد. با در نظر گرفتن فراوانی مصرف مواد در دانش‌آموزان به‌خصوص پسران، پیشنهاد می‌شود آموزش دانش‌آموزان با تمرکز بر دانش‌آموزان پسر انجام شود. به علاوه، در برنامه‌های پیشگیری، بهتر است ارتباط با همسالان مصرف‌کننده به‌عنوان گروه هدف اساسی و مهم وارد مطالعه شود. هرچند نتایج این مطالعه برای مسئولان بهداشت

میزان شیوع مصرف سیگار، قلیان، مشروبات الکلی و مواد مخدر و محرک در میان دانش‌آموزان دبیرستانی عمومی اهمیت زیادی دارد، اما با توجه به این که این داده‌ها از یک شهر جمع‌آوری شده است، باید در تعمیم آن به سایر مناطق احتیاط شود.

تشکر و قدردانی: پژوهشگران از همکاری ستاد مبارزه با مواد مخدر، آموزش و پرورش ناحیه ۴ کرج و مدارس منتخب تشکر فراوان دارند.

منابع

- اصلی‌نژاد، محمدعلی؛ عالمی، علی؛ چمنزاری، حمید (۱۳۸۳). بررسی ارتباط سوء مصرف مواد با وضعیت تحصیلی و خانوادگی دانش‌آموزان پسر دبیرستان‌های شهر گناباد سال ۱۳۸۲. **خلاصه مقالات سومین همایش سراسری** ۹-۷ بهمن، یزد.
- اله وردی‌پور، حمید؛ حیدرنیا، علیرضا؛ کاظم‌نژاد، انوشیروان؛ شفیعی، فروغ؛ آزاد فلاح، پرویز؛ میرزایی، الهه؛ ویت، کیم (۱۳۸۴). بررسی وضعیت سوء مصرف مواد مخدر در دانش‌آموزان و تلفیق عامل خود کنترلی در مدل EPPM. **مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید صدوقی یزد**، ۱، ۳۱-۲۱.
- آیت‌اللهی، علیرضا؛ محمدپور اصل، اصغر؛ رجائی فرد، عبدالرضا (۱۳۸۳). پیش‌بینی مراحل سه‌گانه سیگاری شدن در دانش‌آموزان دبیرستان‌های پسرانه شیراز. **مجله پزشکی تبریز**، ۶۴، ۱۵-۱۰.
- باقری، منصور (۱۳۸۱). **نقش آموزش مهارت‌های زندگی بر دانش و نگرش نسبت به مواد مخدر و عزت نفس دانش‌آموزان**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تهران: دانشکده روان‌شناسی.
- برجلی، احمد؛ برشان، ادیبه و درتاج، سمیه (۱۳۸۸). بررسی نقش ترتیب تولد و سبک دلبستگی در وابستگی به مواد مخدر. **فصلنامه نظم و امنیت انتظامی**، ۳، ۱۵۰-۱۲۷.
- بهرامی احسان، هادی (۱۳۸۸). **اعتیاد و فرایند پیشگیری**. تهران: انتشارات سمت، چاپ سوم.
- ترکمان، مهدی (۱۳۸۸). **بررسی عوامل مؤثر بر گرایش نوجوانان و جوانان پسر شهرستان کرج به خرده‌فرهنگ جرم** (با تأکید بر مصرف مواد مخدر)، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده. دانشگاه علوم انتظامی، دانشکده فرماندهی و ستاد.
- جباری بیرامی، حسین؛ بخشیان، فریبا؛ وحیدی، رضاقلی؛ محمدپور اصل، اصغر (۱۳۸۷). نگرش و رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان راهنمایی و دبیرستان تبریز در ارتباط با مواد مخدر. **مجله روان-پزشکی و روانشناسی بالینی ایران**، ۳، ۳۵۴-۳۵۰.
- حمدیه، مصطفی؛ مطلبی، نبی؛ عاشری، حسین؛ بروجردی، اشرف (۱۳۸۷). بررسی شیوع مصرف مواد محرک، الکل و داروهای روان‌گردان در نوجوانان و جوانان ۳۵-۱۵ ساله شهر تهران. **مجله پژوهش در پزشکی**، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی، ۴، ۳۱۹-۳۱۵.
- چیریلو، استفانو (۱۹۹۰). **اعتیاد به مواد مخدر در آینه روابط خانوادگی**. ترجمه سعید پیرمرادی (۱۳۷۸). تهران: نشر همام.

- سیام، شهره (۱۳۸۵). بررسی شیوع سوء مصرف مواد اعتیادآور بین دانشجویان پسر دانشگاه‌های مختلف شهر رشت در سال ۱۳۸۴. **طیب شرق**، ۴، ۲۸۵-۲۷۹.
- طارمیان، فرهاد (۱۳۸۰). **بررسی مقدماتی اثربخشی برنامه آموزش مهارت‌های زندگی به-منظور پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر در دانش‌آموزان سال اول راهنمایی**. دفتر پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر آموزش و پرورش.
- ظهيرالدین، علیرضا؛ کیانی، آرزو (۱۳۸۲). بررسی عوامل پاتولوژیک دوران کودکی و اختلال مصرف مواد بین سنین ۲۰ تا ۳۰ سالگی در شهر تهران. **مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان**، ۳، (۴)، ۴۲-۳۸.
- علایی خرایم، رقیه؛ کدیور، پروین؛ محمدخانی، شهرام؛ صرامی، غلامرضا؛ علایی، محمدحسن (۱۳۸۹). مدل روابط علی عوامل خانوادگی، محیطی و فردی در مصرف مواد در میان نوجوانان در روستاهای شهر کرج. **مجله توسعه روستایی**، ۲، ۱۵۶-۱۳۷.
- گرچی، یوسف؛ بکرانی، فریدون (۱۹۸۵). **شیوع‌شناسی مصرف مواد در میان دانشجویان دانشگاه صنعتی اصفهان و عوامل خطر و محافظت‌کننده**. مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه صنعتی اصفهان با همکاری دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.
- گریدانوس، دونالد (۱۳۸۵). **مراقبت از نوجوانان، معتبرترین مرجع بین‌المللی برای راهنمایی والدین**. ترجمه پوریا صرامی فروشانی؛ بزرگمهر مطهری (۱۳۸۵). تهران: رشد.
- نجفی، کیومرث؛ آوخ، فرهاد؛ خلخالی، محمد رسول؛ نظیفی، فاطمه؛ فرهی، حسن؛ فقیرپور، مقصود (۱۳۸۴). **شیوع مصرف مواد در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر رشت. مجله اندیشه و رفتار**، ۴۱، ۲۳۳-۲۳۶.
- نجفی، کیومرث؛ فکری، فریبا؛ محسنی، رضا؛ ضرابی، هما؛ نظیفی، فاطمه؛ فقیرپور، مقصود؛ شیرازی، مریم (۱۳۸۵). **بررسی شیوع مصرف مواد در دانش‌آموزان دبیرستانی استان گیلان در سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴**. **مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان**، ۶۲، ۷۹-۶۷.
- محمدخانی، شهرام؛ باش‌قره، رقیه (۱۳۸۷). **رابطه هوش هیجانی و سبک‌های مقابله‌ای با سلامت عمومی دانشجویان. فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی دانشگاه تربیت معلم**، ۱، ۴۷-۳۷.
- محمدخانی، شهرام (۱۳۸۸). **عوامل خطر‌ساز و حفاظت‌کننده خانوادگی مصرف مواد در نوجوانان. مجموعه مقالات نخستین کنگره کشوری پیشگیری از سوء مصرف مواد**. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- محمدخانی، شهرام (۱۳۸۷). **عوامل خطر‌ساز و حفاظت‌کننده مصرف الکل، سیگار و سایر مواد در نوجوانان کشور. فصلنامه روانشناسی تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی**، ۱۲، ۶۴-۳۷.
- محمدخانی، شهرام (۱۳۸۴). **ساخت و هنجاریابی پرسشنامه‌ی عوامل خطر‌ساز و حفاظت‌کننده‌ی مصرف الکل، سیگار و سایر مواد به‌منظور شناسایی دانش‌آموزان در معرض خطر. دفتر مقابله با جرم و مواد مخدر سازمان ملل متحد در ایران**. گزارش پژوهشی.

میزان شیوع مصرف سیگار، قلیان، مشروبات الکلی و مواد مخدر و محرک در میان دانش‌آموزان دبیرستانی محمدخانی، شهرام (۱۳۸۶). مدل ساختاری مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر: ارزیابی اثر مستقیم و غیرمستقیم عوامل فردی و اجتماعی. **فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی**، دانشگاه تربیت معلم، ۲، ۱۴-۵.

مؤیدنیا، فریبا (۱۳۸۸). بررسی نقش خانواده در ابتدای نوجوانان و جوانان به اعتیاد و پیشگیری از آن. **ماهنامه آموزشی-تربیتی پیوند**، وزارت آموزش و پرورش، ۳۵۷، ۳۵۸، ۳۵۹، ۵۲-۴۸. مولوی، پرویز؛ رسولزاده، بهزاد (۱۳۸۳). بررسی عوامل موثر در گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر. **فصلنامه اصول بهداشت روانی**، ۲۲، ۲۱، ۴۹-۵۵.

- Ahmadi, J., Hassani, M. (2001). Prevalence of substance use among Iranian high-school students. **Addictive Behaviors**, 28, 375-379.
- Biglan, A., Duncan, T. E., Ary, D. V., & Smolkowski, K. (1995). Peer and parental influences on adolescent tobacco use. **Journal of Behavioral Medicine**, 18, 315-330
- Botvin, G. J. (2000). Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiological factors. **Addictive Behaviors**, 25, 887-897.
- Castro, F. G., Maddahian, E., Newcomb, M. D., & Bentler, P. M. (1987). A Multivariate Model of the Determinants of Cigarette Smoking Among Adolescents. American Sociological Association. **Journal of Health and Social Behavior**, 3, 273-289.
- Chen, K., Sheth, A. J., Elitt, D. K., & Yeager, A. (2004). Prevalence And Correlates of Past Year Substance Use, Abuse And Dependence in a Suburban Community Sample of High School Students. **Addictive Behaviors**, 29, 413-423.
- Elliott, P. S., Huizing, D., & Ageton, S. S. (1985). **Explaining Delinquency and Drug Use**. Beverly, CA: SAGE.
- Hibell, B., Andersson, B., Ahlestorm, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., & Morgan, M. (2000). The 1999 ESPAD Report: **Alcohol and other drug use among students in 30 European countries**. The Swedish council for information on alcohol and other drugs and the Pompidou Group at the Council of Europe. Stockholm, Swedish.
- Johnston, L., O'Mally, P., & Bachman, J. (2005). **Monitoring the future: National results on adolescent drug use: Overview of key findings**. National Institute on Drug Abuse.
- Mohammad Poorasl, A., Vahidi, R. G., Fakhari, A., Rostami, F., & Dastghiri, S. (2007). Substance abuse in Iranian high school students. **Addictive Behaviors**, 32, 622-627.
- Sawadi, H. (1999). Individual risk factors for adolescence substance use. **Drug and Alcohol Dependence**, 55, 209-224.
- Simons, R., & Robertson, J. F. (1989). The Impact of Parenting Factors, Deviant Peers, and Coping Style upon Adolescent Drug Use. **National Council on Family Relations**, 38, 273-281.
- UNESCO. (1994). **Prevention of drug abuse through education and information: an interdisciplinary responsibility within the context of human development**. Prevention Education series 1.
- World Health Organization (1996). **Life Skills Education, Planning for Research**. WHO.
- Wright, D.R., Fitzpatrick, K. M. (2004). Psychosocial correlates of substance use behaviors among African American youth. **Adolescence**, 39, 653-673.