DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1701 Published by Vesnu Publications

Journal of Health System Research Vol. 22, No. 3, Autumn

Received: 15.12.2024 Accepted: 10.11.2025 Published: 07.10.2026

Prevalence of Substance, Alcohol, and Tobacco Use and its Association with Social Network Size and Social Support among the General Population Aged 18–49 in Lanjan County, Iran

Hajar Jafari[1], Maryam Nasirian[2]

Original Article

Abstract

Background: The use of psychoactive substances, alcohol, and tobacco exerts a substantial impact on public health. These consumption patterns may be influenced by various factors. The present study investigated the prevalence of substance, alcohol, and tobacco use and its relationship with the size of social networks and the level of social support in Lenjan County, Iran.

Methods: This cross-sectional study included 603 individuals aged 18 to 49 years residing in Lenjan County (Zarrinshahr and Fooladshahr) from November 2022 to May 2023, who were selected through multistage cluster sampling method. Data were collected via face-to-face interviews conducted by male and female interviewers at Comprehensive Health Service Centers, using the Social Network Questionnaire, the Persian version of the Norbeck Social Support Questionnaire, and a behavioral questionnaire for substance and alcohol consumption. Univariate and multivariate logistic regression analyses were performed to examine the relationships between high-risk behaviors and the variables studied. Data were analyzed using Stata software, with statistical significance set at $P < 0.05$.

Findings: The prevalence of substance, alcohol, and tobacco use in the year prior to the study was 14.93%, 40.3%, and 53.4%, respectively. The average size of the social network was approximately 195 people, and the average social support score was 134. Age was inversely related to substance use [Odds ratio (OR): 0.97; $P = 0.03$], while male gender (OR = 8.01; $P < 0.001$), divorce (OR = 3.72; $P = 0.010$), and rental housing status (OR: 1.78; $P = 0.070$) were positively associated with substance, alcohol, and tobacco use. There was no significant relationship between substance use and social network size or social support score ($P > 0.05$). Substance use among individuals with a lifetime history of alcohol and tobacco use was 44.8 times [95% confidence interval (CI): 32.16-36.40] and 91.4 times (95% CI: 57.20-61.60) higher, respectively, compared to the rest of the population.

Conclusion: Given the high prevalence of substance, alcohol, and tobacco use in Zarrinshahr and Fooladshahr, it is recommended that immediate interventions be planned and implemented to educate individuals and raise awareness about the adverse consequences of consumption—particularly regarding stimulants, cannabis, and alcoholic beverages—while simultaneously addressing and mitigating the cultural normalization of substance use.

Keywords: Substance use; Alcohol; Tobacco; Social network size; Social support; Iran

Citation: Jafari H, Nasirian M. **Prevalence of Substance, Alcohol, and Tobacco Use and its Association with Social Network Size and Social Support among the General Population Aged 18–49 in Lanjan County, Iran.** J Health Syst Res 2026; 22(3): 556-68.

1- Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2- Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
Corresponding Author: Maryam Nasirian; Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: maryamnasirian17@gmail.com

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 Unported License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1701]

DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1701 Published by Vesnu Publications

فراوانی مصرف مواد، الکل، دخانیات و ارتباط آن با اندازه شبکه اجتماعی و حمایت اجتماعی در جمعیت عمومی ۱۸ تا ۴۹ ساله شهرستان لنجان، اصفهان

هاجر جعفری[۱]، مریم نصیریان[۲]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: تأثیر مصرف مواد مخدر و روانگردان، الکل و دخانیات بر سلامت مردم قابل توجه است. این مصرف ممکن است تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار داشته باشد. در پژوهش حاضر فراوانی مصرف مواد، الکل و دخانیات و ارتباط آن با اندازه شبکه اجتماعی و میزان حمایت اجتماعی در شهرستان لنجان مورد بررسی قرار گرفت.

روش‌ها: ۶۰۳ نفر از افراد ۴۹-۱۸ ساله ساکن شهرستان لنجان (زرین‌شهر و فولادشهر) از آبان سال ۱۴۰۱ تا اردیبهشت سال ۱۴۰۲ از طریق نمونه‌گیری چند مرحله‌ای خوشه‌ای در این مطالعه مقطعی شرکت نمودند. داده‌ها به وسیله پرسش‌نامه شبکه اجتماعی، نسخه فارسی پرسش‌نامه حمایت اجتماعی Norbeck (Norbeck Social Support Questionnaire یا NSSQ) و پرسش‌نامه رفتاری مصرف مواد والکل از طریق مصاحبه حضوری توسط پرسشگران مرد و زن در مراکز جامع خدمات سلامت جمع‌آوری گردید. از مدل رگرسیون لجستیک تک متغیره و چند گانه به منظور ارزیابی رابطه بین رفتارهای پرخطر و متغیرهای مورد بررسی استفاده شد. داده‌ها در نرم‌افزار Stata و سطح معنی‌داری $P < ۰/۰۵$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: شیوع مصرف مواد، الکل و دخانیات در یک سال قبل از انجام تحقیق به ترتیب ۱۴/۹۳، ۴۰/۳ و ۵۳/۴ درصد بود. میانگین اندازه شبکه اجتماعی حدود ۱۹۵ نفر و میانگین نمره حمایت اجتماعی، ۱۳۴ به دست آمد. سن [Odds ratio = ۰/۹۷ (OR) ،P = ۰/۰۳۰] رابطه معکوس و جنسیت مرد (P < ۰/۰۰۱، OR = ۸/۰۱)، مطلقه بودن (P = ۰/۰۱۰، ۳/۷۲ = OR) و وضعیت محل سکونت استیجاری (P = ۰/۰۷۰، OR = ۱/۷۸) رابطه مستقیمی با مصرف مواد، الکل و دخانیات داشت. بین مصرف مواد، الکل و دخانیات با اندازه شبکه اجتماعی و نمره حمایت اجتماعی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد (P > ۰/۰۵۰). مصرف مواد در افرادی که در طول عمر خود الکل و دخانیات مصرف کرده بودند، به ترتیب [Confidence interval = ۴/۳۶-۱۶/۳۲ (CI) ۹۵ درصد] ۸/۴۴ و (CI = ۲/۵۷-۶/۶۱ ۹۵ درصد) ۴/۹۱ برابر سایر افراد بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به قابل توجه بودن شیوع مصرف مواد، الکل و دخانیات در دو شهر فولادشهر و زرین‌شهر، پیشنهاد می‌شود مداخلات فوری جهت آموزش و افزایش آگاهی افراد پیرامون پیامدهای نامطلوب مصرف مواد به ویژه محرک‌ها، حشیش، نوشیدنی‌های الکلی و تغییر فرهنگ عادی‌سازی مصرف، برنامه‌ریزی و اجرا گردد.

واژه‌های کلیدی: مصرف مواد؛ الکل؛ دخانیات؛ اندازه شبکه اجتماعی؛ حمایت اجتماعی؛ ایران

ارجاع: جعفری هاجر، نصیریان مریم. **فراوانی مصرف مواد، الکل، دخانیات و ارتباط آن با اندازه شبکه اجتماعی و حمایت اجتماعی در جمعیت عمومی ۱۸ تا ۴۹ ساله شهرستان لنجان، اصفهان.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۴۰۵؛ ۲۲ (۳): ۵۶۸-۵۵۶

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۹/۲۵ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۸/۱۹ تاریخ چاپ: ۱۴۰۵/۷/۱۵

مقدمه

رفتارهای پرخطر به هرگونه عمل یا عادتی گفته می‌شود که می‌تواند به سلامتی جسمی، روانی، یا اجتماعی فرد یا دیگران آسیب برساند. این رفتارها می‌توانند شامل مصرف مواد مخدر و الکل، رفتارهای جنسی پرخطر، خشونت، خودآزاری و رانندگی خطرناک باشند (۱). بر اساس آخرین برآوردهای سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization یا WHO)، در سال ۲۰۱۹ در سراسر جهان ۲/۵ میلیارد نفر افراد بالای ۱۵ سال از مشروبات الکلی و ۲۹۶ میلیون نفر در سنین ۱۵ تا ۶۴ سال از داروهای روان‌گردان و در سال ۲۰۲۰، ۱/۲۵ میلیارد نفر از تنباکو استفاده کردند. همچنین، مصرف مواد در سال ۲۰۱۹ منجر به ۳۶/۷ میلیون سال‌های از دست رفته با ناتوانی شده است (۲). در ایران نیز در سال ۱۳۹۸ شیوع مصرف مواد مخدر غیر قانونی ۱۰/۴ درصد و مصرف نوشیدنی‌های الکلی ۱۶/۸ درصد برآورد شده است (۳). رفتارهای پرخطر مانند مصرف الکل، داروهای روان‌گردان و مواد مخدر، استفاده از وسایل تزریق مشترک، سابقه زندان و خالکوبی، خطر انتقال Human immunodeficiency virus (HIV) را افزایش می‌دهد. مصرف الکل، داروهای روان‌گردان و مواد مخدر به طور عمده از طریق اختلال در تصمیم‌گیری‌های جنسی و اتخاذ رفتارهای جنسی پرخطر مانند رابطه جنسی محافظت نشده، داشتن شرکای جنسی متعدد و یا هم‌زمان، تجاوز جنسی، خطر انتقال HIV و ابتلا به ایدز را افزایش می‌دهد (۵، ۴، ۲). شیوع HIV

۱- کارشناس ارشد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲- استاد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
نویسنده مسؤول: مریم نصیریان؛ استاد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
Email: maryamnasirian17@gmail.com

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-08]
[DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1701]

در معتادان تزریقی پس از سال ۲۰۰۶ با توسعه برنامه‌های گسترده کاهش آسیب در ایران کاهش یافت (۶).

گرایش به رفتارهای پرخطر تحت تأثیر عوامل مختلفی از جمله رسانه‌ها، فرهنگ، مشکلات روان‌شناختی، مشکلات خانوادگی، گروه دوستان، شبکه اجتماعی و حمایت اجتماعی قرار دارد (۸، ۷). شبکه‌های اجتماعی تأثیرات مهمی بر بسیاری از رفتارهای پرخطر و پیامدهای آن‌ها دارند. اندازه شبکه اجتماعی، جنبه‌های ساختاری روابط فرد را ارزیابی می‌کند و بر فرآیندهای تصمیم‌گیری و عملکرد فرد تأثیر می‌گذارد (۹). اندازه شبکه اجتماعی در جمعیت عمومی ایران بین ۳۰۸ تا ۳۸۰ نفر تخمین زده می‌شود (۱۰). نتایج پژوهشی نشان داد که متوسط اندازه شبکه اجتماعی دانشجویان مرد مصرف‌کننده مواد، ۲۵/۷۱ نفر و دانشجویان زن مصرف‌کننده مواد، ۲۴/۴۵ نفر برآورد گردید (۱۱) .

تأمین حمایت اجتماعی، یکی از کارکردهای مهم روابط اجتماعی و جنبه عملکردی آن به شمار می‌آید (۹). به طور کلی، حمایت اجتماعی فرایندی است که طی آن روابط بین‌فردی باعث ارتقا و محافظت از رفاه یک فرد در مواجهه با شرایط استرس‌زای زندگی می‌شود (۱۲). حمایت اجتماعی منبع مهم پیشگیری مقدماتی است و با کاهش واکنش روانی و فیزیولوژیک نسبت به استرس، پریشانی روانی را کاهش می‌دهد و می‌تواند عادات سلامتی را بهبود بخشد. حمایت اجتماعی به پایبندی به یک رفتار جدید و خودکارامدی درک شده کمک می‌کند (۹). در ایران، متوسط اندازه حمایت اجتماعی برای جمعیت عمومی، ۱۳۴/۳ به دست آمده است (۱۳). در مطالعه خرسندی و همکاران، متوسط نمره حمایت اجتماعی زنان معتاد، ۱۳/۷۹ گزارش گردید (۱۴).

با توجه به موقعیت ویژه شهرستان لنجان در استان اصفهان از نظر صنعتی بودن منطقه و هجوم برنامه‌ریزی نشده مهاجران از استان‌های همجوار و حضور مردم با خرده فرهنگ‌های متفاوت و به طور عمده غیر ماهر، آسیب‌زا و آسیب‌پذیر به ویژه در شهر فولادشهر، به نظر می‌رسد بستر مناسبی برای رفتارهای پرخطر مانند مصرف مواد، الکل و دخانیات فراهم باشد. پس از بررسی متون، به نظر می‌رسد که تاکنون تحقیقی در این خصوص در شهرستان لنجان انجام نشده است. امید است نتایج پژوهش حاضر جهت برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در راستای تقویت ظرفیت‌های مذکور و مهارت‌های لازم در جامعه به عنوان بستری برای کاهش این رفتارهای پرخطر در اختیار مسؤولان امر قرار گیرد و راهگشای انجام مطالعات بیشتر در این راستا در آینده باشد.

روش‌ها

این تحقیق از نوع مقطعی بود که بر روی جامعه آماری افراد ۴۹-۱۸ ساله ساکن در شهرستان لنجان (زرین‌شهر با بافت فرهنگی سنتی و فولادشهر با بافت چند فرهنگی) از آبان ۱۴۰۱ تا اردیبهشت سال ۱۴۰۲ انجام شد.

به منظور محاسبه حجم نمونه از فرمول Cochran با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵ درصد و خطای ۰/۰۵ استفاده شد. با توجه به این که جمعیت کلی در شهرستان لنجان، ۲۶۲۹۱۲ نفر بود، حجم نمونه حدود ۳۸۴ نفر برآورد گردید. به منظور جبران افزایش در واریانس داخل خوشه‌ها یا کاهش در دقت برآورد یا اندازه‌گیری، ضریب اثر طرح، ۱/۵ در نظر گرفته شد. در نهایت، با در نظر گرفتن احتمال ریزش ۵ درصدی، ۶۰۳ نفر وارد پژوهش شدند.

نمونه‌گیری به روش چند مرحله‌ای خوشه‌ای در این دو شهر انجام شد و پنج خوشه به صورت تصادفی انتخاب شد. به منظور انتخاب تصادفی نمونه‌ها، از فهرست خدمت گیرندگان ۴۹-۱۸ ساله تحت پوشش هر مرکز خدمات سلامت در سامانه الکترونیکی یکپارچه وزارت بهداشت (سیب) استفاده شد. علاوه بر شرط سنی، شرکت‌کنندگان باید حداقل پنج سال اخیر در یکی از این دو شهر سکونت داشته باشند. ابتدا فرم رضایت آگاهانه توسط پرسشگران در اختیار فرد شرکت‌کننده قرار داده شد. سپس آن‌ها با مطالعه رضایت‌نامه و شنیدن شرح مختصری از طرح پژوهشی و اهداف آن، فرم رضایت آگاهانه را امضا کردند. داده‌ها به وسیله پرسش‌نامه و از طریق مصاحبه حضوری پرسشگران مرد و زن در مراکز جامع خدمات سلامت جمع‌آوری گردید. افرادی که تمایل به شرکت در مطالعه نداشتند و یا پرسش‌نامه آن‌ها ناقص بود، از تحقیق خارج شدند.

متغیرهای زمینه‌ای همچون سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، تعداد افراد خانوار و وضعیت محل سکونت با استفاده از پرسش‌نامه دموگرافیک جمع‌آوری شد.

به منظور اندازه‌گیری متغیر اندازه شبکه اجتماعی، از پرسش‌نامه شبکه اجتماعی رستگاری و همکاران با استفاده از روش برآورد حداکثر بزرگنمایی استفاده گردید (۱۰). در این پرسش‌نامه، ۱۹ سؤال از فرد پاسخگو در مورد «شناختن افرادی با تجربیات خاص در سال قبل از مطالعه (به طور مثال ورود به کلاس اول دبستان، شرکت در کنکور سراسری، دانشجوی پزشکی در دانشگاه دولتی، ازدواج رسمی، طلاق رسمی، زایمان طبیعی، زایمان سزارین، بیماری تالاسمی، فوت به دلیل سانحه رانندگی)» و «شناختن افرادی با اسامی خاص (حامد، شاهین، افشین، ابوالفضل، عیسی، سارا، ماندانا، حدیث، نادره، مرجان)» پرسیده شد. در ابتدا پاسخ هر سؤال به صورت بلی/ خیر در پرسش‌نامه درج و سپس در صورت پاسخ بلی به سؤال مربوطه، تعداد افرادی که فرد شرکت‌کننده در مطالعه با آن ویژگی می‌شناسد به تفکیک کل و داخل استان اصفهان در پرسش‌نامه ثبت می‌شود. منظور از شناختن عبارت است از« افرادی که شما آن‌ها را به نام یا ظاهرشان می‌شناسید و آن‌ها نیز شما را می‌شناسند و در صورت نیاز می‌توانید با آن‌ها تعامل داشته باشید و در دو سال گذشته به صورت حضوری، تلفنی یا ایمیل با آن‌ها در ارتباط بوده‌اید». رستگاری و همکاران در مطالعه خود اندازه شبکه اجتماعی به دست آمده از این پرسش‌نامه را با رویکرد رگرسیونی و رویکردهای مبتنی بر نسبت مقایسه کردند که نتایج دو روش توافق داشت. همچنین، اعتبار درونی و روایی هر دو روش با استفاده از میانگین مجذور خطا، میانگین خطای مطلق مثبت و منفی و شیب خط رگرسیونی (خطای استاندارد) بررسی و تأیید شد. ضریب همبستگی Pearson بین اندازه واقعی و تخمینی گروه‌های مرجع در دو رویکرد بالاتر از ۰/۹۵ و خطای استاندارد در شیب خط رگرسیونی، ۰/۰۶ بود (۱۵). زمانیان وهمکاران برای برآورد گروه‌های پنهان با استفاده از روش بسط شبکه‌ای، اندازه شبکه اجتماعی را با استفاده از این پرسش‌نامه و رویکرد غیر مستقیم تخمین زدند و اعتبار داخلی آن را با معیارهای همبستگی درون‌گروهی بین محاسبه عقب‌گرد و اندازه واقعی گروه‌های رفرنس، ریشه میانگین مجذور خطا و برازش خط رگرسیونی ارزیابی کردند که همبستگی درون‌گروهی بالا، ریشه میانگین مجذور خطای پایین و شیب خطوط رگرسیونی نزدیک به ۱ نشان دهنده اعتبار نتایج بود (۱۶).

به منظور اندازه‌گیری متغیر نمره حمایت اجتماعی از نسخه فارسی پرسش‌نامه حمایت اجتماعی Norbeck (Norbeck Social Support Questionnaire یا NSSQ) (۱۷) استفاده شد. این پرسش‌نامه شامل ۱۰ سؤال است که سؤالات ۱تا ۶ حمایت عاطفی، مادی و عملکردی، سؤالات ۷ و ۸ ویژگی‌های شبکه‌ای و

https://hsr.mui.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1701]

سؤالات ۹ و ۱۰ اطلاعات توصیفی در مورد ارتباطات حمایتی از دست داده را گزارش می‌کند. تعداد افراد فهرست شده در شبکه از ۱ تا ۲۴ متغیر می‌باشد. نسبت فرد فهرست شده به عنوان منبع حمایتی با شرکت‌کننده در مطالعه در گروه‌های همسر یا شریک، اعضای خانواده، دوستان، همکاران یا هم‌کلاسی، همسایه‌ها، مراقبان بهداشتی، مشاور یا روان درمانگر، روحانی یا کشیش، سایر (خدا، حیوان خانگی و...) قرار می‌گیرد. پایایی و روایی نسخه فارسی NSSQ توسط جلیلیان و رافعی بررسی و تأیید شد. ضرایب پایایی درونی برای خرده مقیاس‌ها، ۰/۸۴تا ۰/۹۷ و برای متغیرهای اصلی ۰/۹۸ و ضریب روایی سازه بین ۰/۴۱ تا ۰/۴۷ و ضریب روایی هم‌زمان بین ۰/۳۲ تا ۰/۶۲ گزارش شد (۱۷).

جهت ارزیابی رفتارهای پرخطر از یک چک‌لیست رفتارهای پرخطر که توسط توسط زاهدی و همکاران تهیه شده است، استفاده گردید. این چک‌لیست شامل ۱۴ سوال می‌باشد که سابقه مصرف مواد و الکل و دخانیات را طی یک سال گذشته و در طول عمر فرد ارزیابی می‌کند و پاسخ‌ها به صورت بلی و خیر داده می‌شود. پایایی این چک‌لیست نیز توسط زاهدی و همکاران بررسی و تأیید شد (۱۹، ۱۸).

با توجه به این که داده‌ها توسط تیم پژوهشی جمع‌آوری و نواقص آن برطرف شده است، داده ناقص یا گمشده وجود نداشت. توصیف داده‌های کمی با استفاده از شاخص‌های میانگین و انحراف معیار و توصیف داده‌های دسته‌بندی شده و کیفی از شاخص فراوانی و درصد فراوانی انجام شد. برای مقایسه‌های اولیه متغیرهای کمی مانند سن، اندازه شبکه اجتماعی و نمره حمایت اجتماعی بین شرکت‌کنندگان ساکن زرین‌شهر و فولادشهر از آزمون‌های Independent t و برای متغیرهای کیفی (رفتارهای پرخطر و دموگرافیک) از آزمون χ^2 استفاده گردید. جهت ارزیابی رابطه بین مصرف مواد، الکل، دخانیات و متغیرهای مورد بررسی ابتدا از مدل Logistic regression و سپس Multinomial logistic regression استفاده شد. سطح معنی داری آماری در این مطالعه ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. داده‌ها در نرم‌افزارهای Excel نسخه ۲۰۱۳ و Stata نسخه ۱۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. $P < ۰/۰۵$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مجموع، ۶۰۳ نفر در مطالعه حاضر شرکت کردند که ۳۲۷ نفر آن‌ها طی پنج سال گذشته از مطالعه ساکن فولادشهر و ۲۷۶ نفر ساکن زرین‌شهر بوده‌اند. میانگین سنی شرکت کنندگان، ۸/۴۲ ± ۳۲/۲۶ سال بود. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در زرین‌شهر و فولادشهر به طور معنی‌داری متفاوت بود ($P = ۰/۰۱۴$). ۵۳/۵۷ درصد از شرکت‌کنندگان تحقیق را مردان تشکیل دادند (۳۲۳ نفر). از نظر تحصیلات، بیشترین درصد فراوانی در کل و هم در زرین‌شهر و فولادشهر مربوط به گروه دیپلم و زیر دیپلم بود. از نظر وضعیت تأهل بیشترین درصد فراوانی مربوط به گروه متأهل و کمترین درصد فراوانی مربوط به گروه همسر فوت شده بود که وضعیت تأهل در شرکت‌کنندگان دو شهر تفاوت معنی‌داری را نشان داد ($P = ۰/۰۳۱$) (جدول ۱).

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان

متغیر	کل (۶۰۳ نفر)	زرین شهر (۲۷۶ نفر)	فولادشهر (۳۲۷ نفر)	مقدار P
سن (سال) (میانگین ± انحراف معیار)	۳۲/۲۶ ± ۸/۴۲	۳۱/۳۴ ± ۸/۷۶	۳۳/۰۳ ± ۸/۰۴	#۰/۰۱۴۲
تعداد فرزندان (میانگین ± انحراف معیار)	۱/۵۰ ± ۱/۰۱	۱/۴۵ ± ۰/۹۶	۱/۵۳ ± ۱/۰۳	#۰/۴۲۴
تعداد افراد خانوار (میانگین ± انحراف معیار)	۳/۷۱ ± ۱/۱۶	۳/۷۴ ± ۱/۱۸	۳/۶۹ ± ۱/۱۴	#۰/۶۳۳
جنسیت [تعداد (درصد)]				*۰/۲۶۲
زن	۲۸۰ (۴۶/۴۳)	۱۳۵ (۴۸/۹۱)	۱۴۵ (۴۴/۳۴)	
مرد	۳۲۳ (۵۳/۵۷)	۱۴۱ (۵۱/۰۹)	۱۸۲ (۵۵/۶۶)	
کل	۶۰۳ (۱۰۰)	۲۷۶ (۴۵/۷۷)	۳۲۷ (۵۴/۲۳)	
تحصیلات [تعداد (درصد)]				*۰/۰۷۷
کم‌سواد	۱۴ (۲/۳۲)	۶ (۲/۱۷)	۸ (۲/۴۵)	
دیپلم و زیر دیپلم	۳۵۳ (۵۸/۵۴)	۱۵۷ (۵۶/۸۸)	۱۹۶ (۵۹/۹۴)	
کارشناسی	۲۱۰ (۳۴/۸۳)	۹۹ (۳۵/۸۷)	۱۱۱ (۳۳/۹۴)	
کارشناسی ارشد و بالاتر	۲۶ (۴/۳۱)	۱۴ (۵/۰۷)	۱۲ (۳/۶۷)	
وضعیت تأهل [تعداد (درصد)]				*۰/۰۳۱
مجرد	۲۲۵ (۳۷/۳۱)	۱۱۶ (۴۲/۰۳)	۱۰۹ (۳۳/۳۳)	
متأهل	۳۴۳ (۵۶/۸۸)	۱۵۰ (۵۴/۳۵)	۱۹۳ (۵۹/۰۲)	
مطلقه/ جدا شده	۳۲ (۵/۳۱)	۱۰ (۳/۶۲)	۲۲ (۶/۷۳)	
همسر فوت شده	۳ (۰/۵۰)	۰ (۰)	۳ (۰/۹۲)	
وضعیت محل سکونت [تعداد (درصد)]				*۰/۰۳۸
شخصی	۳۸۴ (۶۳/۶۸)	۱۸۸ (۶۸/۱۲)	۱۹۶ (۵۹/۹۴)	
استیجاری	۲۱۹ (۳۶/۳۲)	۸۸ (۳۱/۸۸)	۱۳۱ (۴۰/۰۶)	

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1701]

°آزمون χ^2، #آزمون Independent t در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار لحاظ شد

تفاوت معنی‌داری در وضعیت محل سکونت شرکت‌کنندگان دو شهر مشاهده شد (P = ۰/۰۳۸). میانگین اندازه شبکه اجتماعی در حدود ۱۹۵ نفر (۲۱۲ نفر در زرین‌شهر و ۱۴۸ نفر در فولادشهر) بود. میانگین نمره حمایت اجتماعی، ۷۶/۱ ± ۱۳۴/۲ به دست آمد که نمره حمایت اجتماعی در فولادشهر به طور معنی‌داری بالاتر از زرین‌شهر بود (P = ۰/۰۴۰).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که شیوع مصرف مواد طی یک سال اخیر در کل ۱۴/۹۳ درصد، مصرف الکل ۴۰/۳ درصد، مصرف دخانیات ۵۳/۴ درصد بود. همچنین، شیوع مصرف مواد در زرین‌شهر (۱۱/۹۶ درصد) به طور معنی‌داری کمتر از فولادشهر (۱۷/۴۳ درصد) بود (P = ۰/۰۶۰). شیوع مصرف مواد در بین مردان زرین‌شهر، ۲۰/۵۷ درصد و در بین مردان فولادشهر، ۲۲/۵۳ درصد گزارش گردید و اختلاف معنی‌داری نداشت (P = ۰/۶۷۲)، اما در بین زنان فولادشهر به طور معنی‌داری بیشتر از زنان زرین‌شهر به ترتیب با ۱۱/۰۳ و ۲/۹۶ درصد بود (P = ۰/۰۰۹). همچنین، شیوع مصرف الکل در فولادشهر به طور معنی‌داری بیشتر از زرین شهر بود (P = ۰/۰۰۴). شیوع مصرف الکل در بین مردان در هر دو شهر تقریباً یکسان و حدود ۵۷ درصد بود، اما در بین زنان فولادشهر به طور معنی‌داری بیشتر از زنان زرین‌شهر بود (P < ۰/۰۰۱). شیوع مصرف دخانیات ۵۳/۴ درصد به دست آمد که به طور معنی‌داری در بین ساکنان فولادشهر بیشتر از ساکنان زرین شهر بود (P < ۰/۰۰۱). شیوع مصرف دخانیات در بین مردان دو شهر اختلاف معنی‌داری را نشان نداد (P = ۰/۶۸۵)؛ در حالی که در بین زنان فولادشهر به طور معنی‌داری بیشتر از زنان زرین شهر بود (P < ۰/۰۰۱) (جدول ۲).

یافته‌ها نشان داد که سن با مصرف مواد، الکل و دخانیات رابطه معکوس و معنی‌داری داشت (P = ۰/۰۳۰). پس از تطبیق اثر متغیرهای زمینه‌ای، مصرف مواد، الکل و دخانیات در مردان ۸ برابر زنان بود (P < ۰/۰۰۱). همچنین، در سطوح مختلف وضعیت تأهل، مصرف مواد، الکل و دخانیات در افراد بی‌همسر بر اثر طلاق ۳/۷ برابر افراد مجرد گزارش گردید (P = ۰/۰۰۹). مصرف مواد، الکل و دخانیات در افرادی که وضعیت محل سکونت استیجاری داشتند نسبت به افرادی که وضعیت محل سکونت شخصی داشتند، ۱/۷۸ برابر بیشتر به دست آمد که این تفاوت معنی‌دار بود (P = ۰/۰۰۶). نتایج نشان داد که بین تعداد فرزند، تعداد اعضای خانواده، اندازه شبکه اجتماعی و نمره حمایت اجتماعی با مصرف مواد، الکل و دخانیات ارتباط معنی‌داری قبل و بعد از تطبیق اثر متغیرها مشاهده نشد (P > ۰/۰۵۰)(جدول ۳).

پس از تطبیق اثر متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت تأهل، اندازه شبکه اجتماعی و نمره حمایت اجتماعی، ارتباط معنی‌دار و مستقیمی بین مصرف مواد با مصرف الکل، مصرف مواد با مصرف دخانیات و مصرف الکل با دخانیات مشاهده گردید (P < ۰/۰۵۰)، اما در مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری بین مصرف مواد، الکل و دخانیات با اندازه شبکه اجتماعی و حمایت اجتماعی وجود نداشت (P > ۰/۰۵۰) (جداول ۶-۴).

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که شیوع مصرف مواد طی یک سال قبل از انجام مطالعه ۱۴/۹۳ درصد، مصرف الکل ۴۰/۳ درصد و مصرف دخانیات ۵۳/۴ درصد بود. از بین عوامل دموگرافیک مورد بررسی، سن رابطه معکوس و جنسیت مرد، مطلقه بودن و وضعیت محل سکونت استیجاری رابطه مستقیمی با مصرف مواد، الکل و دخانیات داشت. در تحقیق حاضر بین مصرف مواد، الکل و دخانیات با اندازه شبکه اجتماعی و نمره حمایت اجتماعی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. مصرف مواد غیر قانونی در افرادی که در طول عمر خود الکل و دخانیات مصرف نموده‌اند، به ترتیب ۸/۴ و ۴/۹ برابر سایرین است.

شیوع مصرف مواد مخدر طی یک ماه در سال ۱۳۹۸ در کشور ۱۰/۴ درصد و مصرف الکل ۱۶/۸ درصد برآورد شده است (۳). در مقایسه با نتایج STEPs در سال ۱۴۰۰ (۲۱، ۲۰)، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که شیوع مصرف دخانیات و الکل در دو شهر زرین‌شهر و فولادشهر بیشتر از شیوع مصرف در کشور (به ترتیب ۱۹/۴۴ و ۳/۸۳ درصد) و در استان اصفهان (به ترتیب ۲۲/۴۲ و ۸/۳۴ درصد) می‌باشد. یافته‌ها نشان داد که با وجود غیر قانونی بودن مصرف الکل در کشور، شیوع مصرف آن در بین مردان مورد بررسی بیشتر از شیوع مصرف مواد بود. چگنی و همکاران شیوع مصرف الکل طی ۱۲ ماه اخیر را در مطالعه مرور سیستماتیک و متاآنالیز انجام شده خود ۱۲ درصد گزارش کردند؛ هرچند بیان کردند که در مناطق مختلف از ۰/۰۳ تا ۶۸ درصد متغیر بوده است (۲۲). پاندمی کووید ۱۹ و اقدامات برای مهار انتقال ویروس همچون قرنطینه و اجبار ماندن در خانه، تأثیر قابل توجهی بر سلامت و رفاه جمعیت، الگوی مصرف مواد و الکل و اجرای سیاست‌های موجود داشت (۲۳). مصاحبه با شرکت‌کنندگان حاکی از این مهم بود که در این دوران باور به مصرف تریاک، شیره و الکل برای پیشگیری یا درمان ابتلا به کووید ۱۹ رواج یافته است. سایر تحقیقات دلایل دیگری مانند حفظ آرامش، مقابله با احساسات منفی، استرس، اضطراب و ترس مرتبط با کووید ۱۹ را در افزایش گرایش و مصرف الکل، تنباکو و سوء مصرف مواد مطرح نمودند (۲۴).

در پژوهش حاضر بین سن با مصرف مواد، الکل و دخانیات رابطه معکوس و معنی‌داری وجود داشت. جوانان به واسطه ویژگی‌هایی همچون خطرپذیری، لذت‌جویی و تنوع‌طلبی، در معرض خطر مصرف مواد مخدر و الکل قرار دارند. هرچند مصرف مواد در جوانان پدیده‌ای چند عاملی و متأثر از در دسترس بودن مواد، ترغیب از سوی هم‌گروه‌های سنی و عدم آگاهی از میزان آسیب می‌باشد، پدیده‌ای فرهنگی و اجتماعی نیز به شمار می‌رود و متأثر از عادی شدن مصرف، مصرف تفریحی، تغییر الگوی مصرف از سنتی به صنعتی، آنومی و بیکاری است (۲۶، ۲۵). در مطالعه زارع شاه‌آبادی و فیروزی، سن وگرایش به مصرف مواد مخدر رابطه معنی‌داری را نشان نداد (۲۷).

در تحقیق حاضر مصرف مواد، الکل و دخانیات در مردان ۸ برابر زنان گزارش گردید. نتایج پژوهش خسروانی‌پور و همکاران نیز حاکی از آن است که بین جنسیت و رفتارهای پرخطر ارتباط معنی‌داری وجود داشت (۲۸). نتایج مطالعه ترکاشوند و همکاران در رفسنجان و کرمان نشان داد که بین جنسیت مرد و رفتارهای پرخطر مصرف الکل و اعتیاد تزریقی ارتباط معنی‌داری مشاهده شد (۲۹). نتایج تحقیقی در بین جوانان دانشجو در تبریز نشان داد که میانگین ارتکاب رفتارهای پرخطر به طور معنی‌داری در مردان بیشتر از زنان می‌باشد (۳۰). جنسیت از ویژگی‌های فردی و ساختاری است که به وسیله اجتماعی شدن و نقش‌های اجتماعی پیامدهایی برای سلامت دارد (۳۱). عوامل اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی متعددی مانند عدم آگاهی و پایین بودن سواد سلامت، فشار اجتماعی همسالان، عدم تمایل به مراجعه جهت دریافت خدمات بهداشتی، فقر و نابرابری، مصرف مواد مخدر تزریقی و سابقه زندان می‌تواند از دلایل رفتارهای پرخطر مرتبط با HIV در مردان باشد.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1701]

جدول ۲. توزیع فراوانی مصرف مواد، الکل و دخانیات در کل و به تفکیک جنسیت و محل سکونت

مصرف‌کننده در		کل (۶۰۳ نفر)		زرین شهر (۲۷۶ نفر)		فولادشهر (۳۲۷ نفر)		مقایسه بر اساس محل سکونت (مقدار P)	
		در سال گذشته	در طول عمر	در سال گذشته	در طول عمر	در سال گذشته	در طول عمر	در سال گذشته	در طول عمر
حداقل یک بار، یکی از مواد	کل (۶۰۳ نفر)	۹۰ (۱۴/۹۳)	۱۴۹ (۲۴/۷۱)	۳۳ (۱۱/۹۶)	۵۲ (۱۸/۸۴)	۵۷ (۱۷/۴۳)	۹۷ (۲۹/۶۶)	۰/۰۶۰	*۰/۰۰۲
مخدر، محرک یا توهم‌زا	مرد (۳۲۳ نفر)	۷۰ (۲۱/۶۷)	۱۱۷ (۳۶/۲۲)	۲۹ (۲۰/۵۷)	۴۷ (۳۳/۳۳)	۴۱ (۲۲/۵۳)	۷۰ (۳۸/۴۶)	۰/۶۷۲	۰/۳۴۲
	زن (۲۸۰ نفر)	۲۰ (۷/۱۴)	۳۲ (۱۱/۴۳)	۴ (۲/۹۶)	۵ (۳/۷۰)	۱۶ (۱۱/۰۳)	۲۷ (۱۸/۶۲)	*۰/۰۰۹	*< ۰/۰۰۱
مشروبات الکلی	کل	۲۴۳ (۴۰/۳۰)	۲۸۷ (۴۷/۶۰)	۹۴ (۳۴/۰۶)	۱۱۲ (۴۰/۵۸)	۱۴۹ (۴۵/۵۷)	۱۷۵ (۵۳/۵۲)	*۰/۰۰۴	*۰/۰۰۲
	مرد	۱۸۵ (۵۷/۲۸)	۲۲۸ (۷۰/۵۹)	۸۰ (۵۶/۷۴)	۹۷ (۶۸/۷۹)	۱۰۵ (۵۷/۶۹)	۱۳۱ (۷۱/۹۸)	۰/۸۶۳	۰/۵۳۳
	زن	۵۸ (۲۰/۷۱)	۵۹ (۲۱/۰۷)	۱۴ (۱۰/۳۷)	۱۵ (۱۱/۱۱)	۴۴ (۳۰/۳۴)	۴۴ (۳۰/۳۴)	*< ۰/۰۰۱	*< ۰/۰۰۱
تریاک، شیره یا سوخته	کل	۳۹ (۶/۴۷)	۹۳ (۱۵/۴۲)	۱۲ (۴/۳۵)	۳۳ (۱۱/۹۶)	۲۷ (۸/۲۶)	۶۰ (۱۸/۳۵)	۰/۰۵۲	*۰/۰۳۰
	مرد	۳۰ (۹/۲۹)	۷۵ (۲۳/۲۲)	۱۰ (۷/۰۹)	۲۹ (۲۰/۵۷)	۲۰ (۱۰/۹۹)	۴۶ (۲۵/۲۷)	۰/۲۳۱	۰/۳۲۰
	زن	۹ (۳/۲۱)	۱۸ (۶/۴۳)	۲ (۱/۴۸)	۴ (۲/۹۶)	۷ (۴/۸۳)	۱۴ (۹/۶۶)	۰/۱۱۳	*۰/۰۲۳
حشیش	کل	۴۳ (۷/۱۳)	۸۴ (۱۳/۹۳)	۱۷ (۶/۱۶)	۳۴ (۱۲/۳۲)	۲۶ (۷/۹۵)	۵۰ (۱۵/۲۹)	۰/۳۹۴	۰/۲۹۴
	مرد	۳۶ (۱۱/۱۵)	۷۲ (۲۲/۲۹)	۱۵ (۱۰/۶۴)	۳۳ (۲۳/۴)	۲۱ (۱۱/۵۴)	۳۹ (۲۱/۴۳)	۰/۷۹۹	۰/۶۷۲
	زن	۷ (۲/۵۰)	۱۲ (۴/۲۹)	۲ (۱/۴۸)	۱ (۰/۷۴)	۵ (۳/۴۵)	۱۱ (۷/۵۹)	۰/۲۹۲	*۰/۰۰۵
هروئین یا کراک	کل	۶ (۱/۰۰)	۱۵ (۲/۴۹)	۴ (۱/۴۵)	۹ (۳/۲۶)	۲ (۰/۶۱)	۶ (۱/۸۳)	۰/۳۰۲	۰/۲۶۳
	مرد	۴ (۱/۲۴)	۱۳ (۴/۰۲)	۴ (۲/۸۴)	۹ (۶/۳۸)	۰ (۰)	۴(۲/۲۰)	*۰/۰۲۲	۰/۰۵۸
	زن	۲(۰/۷۱)	۲ (۰/۷۱)	۰ (۰)	۰ (۰)	۲ (۱/۳۸)	۲ (۱/۳۸)	۰/۱۷۱	۰/۱۷۱
مواد محرک	کل	۱۰ (۱/۶۶)	۲۵ (۴/۱۵)	۵ (۱/۸۱)	۱۱ (۳/۹۹)	۵ (۱/۵۳)	۱۴ (۴/۲۸)	۰/۷۸۷	۰/۸۵۶
	مرد	۹ (۲/۷۹)	۲۰ (۶/۱۹)	۵ (۳/۵۵)	۱۱ (۷/۸)	۴ (۲/۲۰)	۹ (۴/۹۵)	۰/۴۶۵	۰/۲۹۱
	زن	۱ (۰/۳۶)	۵ (۱/۷۹)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۰/۶۹)	۵ (۳/۴۵)	۰/۳۳۴	*۰/۰۲۹
ترامادول، دیکلوفناک یا	کل	۱۴۹ (۲۴/۷۱)	۱۸۰ (۲۹/۸۵)	۴۹ (۱۷/۷۵)	۶۵ (۲۳/۵۵)	۱۰۰ (۳۰/۵۸)	۱۱۵ (۳۵/۱۷)	*< ۰/۰۰۱	*۰/۰۰۲
ترکیبات کدئین‌دار	مرد	۷۲ (۲۲/۲۹)	۹۹ (۳۰/۶۵)	۲۷ (۱۹/۱۵)	۳۹ (۲۷/۶۶)	۴۵ (۲۴/۷۳)	۶۰ (۳۲/۹۷)	۰/۲۳۲	۰/۳۰۵
	زن	۷۷ (۲۷/۵۰)	۸۱ (۲۸/۹۳)	۲۲ (۱۶/۳۰)	۲۶ (۱۹/۲۶)	۵۵ (۳۷/۹۳)	۵۵ (۳۷/۹۳)	*< ۰/۰۰۱	*۰/۰۰۱
داروهای آرام‌بخش و	کل	۵۸ (۹/۶۲)	۷۶ (۱۲/۶۰)	۲۵(۹/۰۶)	۳۰ (۱۰/۸۷)	۳۳ (۱۰/۰۹)	۴۶ (۱۴/۰۷)	۰/۶۶۸	۰/۲۳۹
خواب‌آور	مرد	۳۵ (۱۰/۸۴)	۴۷ (۱۴/۵۵)	۱۹ (۱۳/۴۸)	۲۲ (۱۵/۶)	۱۶ (۸/۷۹)	۲۵ (۱۳/۷۴)	۰/۱۷۹	۰/۶۳۷
	زن	۲۳ (۸/۲۱)	۲۹ (۱۰/۳۶)	۶ (۴/۴۴)	۸ (۵/۹۳)	۱۷ (۱۱/۷۲)	۲۱ (۱۴/۴۸)	*۰/۰۲۷	*۰/۰۱۹

https://hsr.mui.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1701]

جدول ۲. توزیع فراوانی مصرف مواد، الکل و دخانیات در کل و به تفکیک جنسیت و محل سکونت (ادامه)

مصرف‌کننده در		کل (۶۰۳ نفر)		زرین شهر (۲۷۶ نفر)		فولادشهر (۳۲۷ نفر)		مقایسه بر اساس محل سکونت (مقدار P)	
		در سال گذشته	در طول عمر	در سال گذشته	در طول عمر	در سال گذشته	در طول عمر	در سال گذشته	در طول عمر
مواد توهم‌زا	کل	۹ (۱/۴۹)	۱۳ (۲/۱۶)	٤ (۱/٤٥)	٥ (۱/۸۱)	٥ (۱/٥۳)	۸ (۲/٤٥)	۰/۹۳٦	۰/٥۹۳
	مرد	۸ (۲/٤۸)	۱۲ (۳/۷۲)	۳ (۲/۱۳)	٥ (۳/٥٥)	٥ (۲/۷٥)	۷ (۳/۸٥)	۰/۷۲۲	۰/۸۸۸
	زن	۱ (۰/۳٦)	۱ (۰/۳٦)	۱ (۰/۷٤)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۰/٦۹)	۰/۲۹۹	۰/۳۳٤
مواد استنشاقی	کل	٤ (۰/٦٦)	٤ (۰/٦٦)	۳ (۱/۰۹)	۲ (۰/۷۲)	۱ (۰/۳۱)	۲ (۰/٦۱)	۰/۲۳۹	۰/۸٦٥
	مرد	٤ (۱/۲٤)	٤ (۱/۲٤)	۳ (۲/۱۳)	۲ (۱/٤۲)	۱ (۰/٥٥)	۲ (۱/۱۰)	۰/۲۰۳	۰/۷۹۷
	زن	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	–	–
مواد به روش تزریق	کل	٤ (۰/٦٦)	۱۰ (۱/٦٦)	۲ (۰/٦۱)	٤ (۱/٤٥)	۲ (۰/٦۱)	٦ (۱/۸۳)	۰/۸٦٥	۰/۷۱۲
	مرد	۲ (۰/٦۲)	٦ (۱/۸٦)	۲ (۱/٤۲)	٤ (۲/۸٤)	۰	۲ (۱/۱۰)	۰/۱۰۷	۰/۲٥۱
	زن	۲ (۰/۷۱)	٤ (۱/٤۳)	۰ (۰)	۰ (۰)	۲ (۱/۳۸)	٤ (۲/۷٦)	۰/۱۷۱	۰/۰٥۲
متادون به صورت قانونی (تحت درمان)	کل	۲ (۰/۳۳)	۱۲ (۱/۹۹)	۱ (۰/۳٦)	٥ (۱/۸۱)	۱ (۰/۳۱)	۷ (۲/۱٤)	۰/۹۰٤	۰/۷۷۳
	مرد	۲ (۰/٦۲)	۱۱ (۳/٤۱)	۱ (۰/۷۱)	٥ (۳/٥٥)	۱(۰/٥٥)	٦ (۳/۳۰)	۰/۸٥٦	۰/۹۰۲
	زن	۰ (۰)	۱ (۰/۳٦)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۰/٦۹)	–	۰/۳۳٤
محصولات تنباکو	کل	۳۲۲ (٥۳/٤)	۳٤۲ (٥٦/۷۲)	۱۲٤ (٤٤/۹۳)	۱۳۷ (٤۹/٦٤)	۱۹۸ (٦۰/٥٥)	۲۰٥ (٦۲/٦۹)	*<۰/۰۰۱	*۰/۰۰۱
	مرد	۲۲٦ (٦۹/۹۷)	۲٤۸ (۷٦/۷۸)	۹۷ (٦۸/۷۹)	۱۱۱ (۷۸/۷۲)	۱۲۹ (۷۰/۸۸)	۱۳۷ (۷٥/۲۷)	۰/٦۸٥	۰/٤٦۷
	زن	۹٦ (۳٤/۲۹)	۹٤ (۳۳/٥۷)	۲۷ (۲۰/۰۰)	۲٦ (۱۹/۲٦)	٦۹ (٤۷/٥۹)	٦۸ (٤٦/۹)	*<۰/۰۰۱	*<۰/۰۰۱
متادون به صورت غیر قانونی	کل	۲۰ (۳/۳۲)	۲۳ (۳/۸۱)	۱۲ (٤/۳٥)	۱۳ (٤/۷۱)	٥ (۱/٥۳)	۱۰ (۳/۰٦)	*۰/۰۳۷	۰/۲۹۱
	مرد	۱٥ (٤/٦٤)	۲۱ (٦/٥)	۱۲ (۸/٥۱)	۱۳ (۹/۲۲)	۳ (۱/٦٥)	۸ (٤/٤۰)	*۰/۰۰٤	۰/۰۸۱
	زن	۲ (۰/۷۱)	۲ (۰/۷۱)	۰ (۰)	۰ (۰)	۲ (۱/۳۸)	۲ (۱/۳۸)	۰/۱۷۱	۰/۱۷۱

*آزمون χ^2 در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار لحاظ شد.

داده‌ها بر اساس تعداد (درصد) گزارش شده است.

https://hsr.mui.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1701]

جدول ۳. عوامل مؤثر بر مصرف مواد، الکل و دخانیات

متغیر		نسبت شانس (فاصله اطمینان ۹۵ درصد)			
		خام	مقدار P	تطبیق داده شده	مقدار P
سن		*۰/۹۷ (۰/۹۵-۰/۹۹)	۰/۰۰۱	*۰/۹۷ (۰/۹۴-۰/۹۹)	۰/۰۳۰
جنسیت	زن	۱		۱	
	مرد	*۷/۵۳ (۵/۱۱-۱۱/۰۹)	< ۰/۰۰۱	*۸/۰۱ (۵/۳۲-۱۲/۰۶)	< ۰/۰۰۱
وضعیت تأهل	مجرد	۱		۱	
	متأهل	*۰/۴۴ (۰/۳۰-۰/۶۴)	< ۰/۰۰۱	۰/۹۴ (۰/۵۶-۱/۵۶)	۰/۸۰۳
	بی‌همسر بر اثر طلاق	۰/۹۵ (۰/۴۰-۲/۲۳)	۰/۹۰۲	*۳/۷۲ (۱/۳۹-۹/۹۷)	۰/۰۰۹
	بی‌همسر بر اثر فوت	۰/۶۳ (۰/۰۶-۷/۱۰)	۰/۷۱۰	۲/۲۳ (۰/۱۶-۳۰/۸۷)	۰/۵۴۹
تحصیلات	بی‌سواد وکم‌سواد	۱		۱	
	دیپلم و زیر دیپلم	۱/۱۶ (۰/۳۸-۳/۵۵)	۰/۷۸۹	۰/۷۹ (۰/۲۲-۲/۸۳)	۰/۷۲۱
	کاردانی و کارشناسی	۰/۹۴ (۰/۳۰-۲/۹۱)	۰/۹۱۵	۰/۵۶ (۰/۱۵-۲/۰۵)	۰/۳۷۸
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۰/۸۹ (۰/۲۳-۳/۴۲)	۰/۸۶۴	۰/۲۹ (۰/۰۶-۱/۳۳)	۰/۱۱۱
وضعیت محل سکونت	شخصی	۱		۱	
	استیجاری	۱/۳۹ (۰/۹۷-۱/۹۹)	۰/۰۷۰	*۱/۷۸ (۱/۱۸;۲/۷۱)	۰/۰۰۶
تعداد فرزند		۰/۳۳۲	۱/۲۳ (۰/۹۳;۱/۶۳)	۰/۱۴۹	
تعداد اعضای خانواده		۰/۲۸۱	۱/۱۰ (۰/۹۲;۱/۳۱)	۰/۳۱۴	
اندازه شبکه اجتماعی		۰/۳۵۹	۱/۰۰ (۰/۹۹-۱/۰۰)	۰/۴۴۴	
نمره کل حمایت اجتماعی		۰/۶۶۵	۱/۰۰ (۰/۹۹-۱/۰۰)	۰/۰۹۰	

*آزمون Logistic regression با تطبیق اثر سن، جنسیت، وضعیت تأهل با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری ۵ درصد استفاده شد.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1701]

جدول ۴. عوامل مؤثر بر مصرف مواد

متغیر		نسبت شانس (فاصله اطمینان ۹۵ درصد)			
		خام	مقدار P	تطبیق داده شده	مقدار P
سن		۰/۹۹ (۰/۹۸-۱/۲۰)	۰/۹۶۳	۰/۹۹ (۰/۹۶-۱/۰۲)	۰/۶۴۸
جنسیت	زن	۱		۱	
	مرد	*۴/۷۲ (۳/۱۰-۷/۱۶)	< ۰/۰۰۱	*۵/۵۰ (۳/۵۲-۸/۶۰)	< ۰/۰۰۱
وضعیت تأهل	مجرد	۱		۱	
	متأهل	۰/۸۸ (۰/۵۶-۱/۴۱)	۰/۶۱۷	۱/۴۹ (۰/۸۹-۲/۴۸)	۰/۱۳۰
	بی‌همسر بر اثر طلاق	۰/۸۱ (۰/۳۳-۲/۰۱)	۰/۶۸۵	۲/۱۷ (۰/۸۰-۵/۸۷)	۰/۱۲۷
	بی‌همسر بر اثر فوت	۴/۸۲ (۰/۴۱-۵۶/۲۶)	۰/۱۹۰	*۱۳/۹۴ (۱/۰۳-۱۸۹/۰۳)	۰/۰۴۸
تحصیلات	بی‌سواد وکم‌سواد	۱		۱	
	دیپلم و زیر دیپلم	۱/۵۵ (۰/۴۳-۵/۶۸)	۰/۵۰۶	۱/۵۱ (۰/۳۷-۶/۲۴)	۰/۵۶۷
	کاردانی و کارشناسی	۱/۲۱ (۰/۳۳-۴/۵۰)	۰/۷۷۹	۱/۱۷ (۰/۲۸-۴/۹۴)	۰/۸۳۲
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۰/۸۷ (۰/۱۸-۴/۳۵)	۰/۸۶۸	۰/۶۳ (۰/۱۱-۳/۵۵)	۰/۶۰۴
وضعیت محل سکونت	شخصی	۱		۱	
	استیجاری	۱/۰۰ (۰/۶۹-۱/۴۵)	۰/۹۸۹	۱/۰۶ (۰/۷۱-۱/۶۰)	۰/۷۶۷
تعداد فرزند		۰/۹۷ (۰/۷۷-۱/۲۱)	۰/۷۶۱	۱/۱۶ (۰/۸۵-۱/۵۸)	۰/۳۵۴
تعداد اعضای خانواده		۱/۰۹ (۰/۹۴-۱/۲۷)	۰/۲۵۵	۱/۱۳ (۰/۹۵-۱/۳۴)	۰/۱۵۲
اندازه شبکه اجتماعی		۱/۰۰۱ (۱/۰۰۰-۱/۰۰۲)	۰/۰۰۸	۱/۰۰۱ (۱/۰۰۰-۱/۰۰۲)	۰/۲۶۲
نمره کل حمایت اجتماعی		۱/۰۰۰ (۰/۹۹۷-۱/۰۰۲)	۰/۸۱۶	۱/۰۰۰ (۰/۹۹۷-۱/۰۰۳)	۰/۹۶۹
مصرف الکل		*۱۸/۷۴ (۱۰/۴۸-۳۳/۵۱)	< ۰/۰۰۱	*۸/۴۴ (۴/۳۷-۱۶/۳۲)	< ۰/۰۰۱
مصرف دخانیات		*۱۵/۶۲ (۸/۲۴-۲۹/۶۲)	< ۰/۰۰۱	*۴/۹۱ (۲/۳۶-۱۰/۲۰)	< ۰/۰۰۱

*آزمون Logistic regression با تطبیق اثر سن، جنسیت، وضعیت تأهل با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری ۵ درصد استفاده شد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مصرف مواد، الکل و دخانیات در ساکنان استیجاری بیش از ۱/۵ برابر ساکنان با مالکیت شخصی است. نتایج مطالعه احدی و همکاران در زنجان نشان داد که بین محل سکونت و اعتیاد به مصرف مواد رابطه مثبت و معنی‌داری وجود داشت (۲۶). بین وضعیت اقتصادی-اجتماعی و گرایش به رفتارهای پرخطر رابطه معنی‌دار و معکوسی مشاهده گردید (۳۲). ساکنان خانه‌های استیجاری از نظر اقتصادی در شرایط دشوارتری قرار دارند. برخی از صاحب‌نظران معتقدند که اعمال ناسالم متعدد، بیشتر در بین گروه‌های اجتماعی اقتصادی پایین‌تر رایج است. سرمایه اجتماعی و فرهنگی ضعیف در این طبقه اجتماعی زمینه‌ساز رفتارهای پرخطر می‌شود (۳۳). از طرف دیگر، خانه‌های استیجاری ممکن است در محیط‌های اجتماعی پرخطر واقع شده باشند که در آن‌ها رفتارهای پرخطر مانند مصرف مواد مخدر و تن‌فروشی رایج است.

بر اساس نتایج تحقیق حاضر، اندازه شبکه اجتماعی با مصرف مواد، الکل و دخانیات ارتباط معنی‌داری نداشت. نتایج سایر پژوهش‌ها متفاوت بود. Kauppi و همکاران در یک مطالعه مشتمل بر سه تحقیق هم‌گروهی دریافتند که شبکه‌های اجتماعی کوچک‌تر با رفتارهای پرخطر بیشتری همچون مصرف سنگین الکل، سیگار و عدم فعالیت بدنی در طول دوره زندگی مرتبط است (۳۴). به نظر می‌رسد افراد با روابط اجتماعی گسترده‌تر نسبت به افراد دارای روابط اجتماعی محدود، به زندگی با طول عمر طولانی‌تر و سالم‌تر بیشتر تمایل دارند (۳۵) و از این‌رو، روابط اجتماعی می‌تواند بر رفتارهای پرخطر همچون مصرف مواد، الکل و سیگار تأثیرگذار باشد. میانگین اندازه شبکه اجتماعی در شرکت‌کنندگان دو شهر مورد بررسی تفاوت معنی‌داری داشت. شرکت‌کنندگان در فولادشهر بیشتر مهاجران از استان‌های همجوار بودند و با وجود این که افراد با نام‌های خاص را بیشتر می‌شناختند، اما به دلیل این که در داخل استان اصفهان ساکن نبودند، در محاسبه اندازه شبکه اجتماعی فرد وارد نمی‌شدند و منجر به کاهش اندازه شبکه اجتماعی فرد می‌گردید.

نتایج پژوهش حاضر حاکی از عدم رابطه معنی‌دار بین میانگین نمره حمایت اجتماعی کل و مصرف مواد، الکل و دخانیات بود. در مطالعه‌ای بر روی بیماران مبتلا به HIV نیز رابطه‌ای بین حمایت اجتماعی پایین و مصرف الکل مشاهده نشد (۳۶). در تحقیق محمد کریمی ماژین و همکاران بین حمایت اجتماعی و تمایل به مصرف مواد رابطه معنی‌داری وجود داشت (۳۷). نتایج پژوهش محمدزادگان و همکاران نشان داد که حمایت اجتماعی در افراد دارای سوء مصرف مواد پایین‌تر از افراد عادی بود (۳۸). در یک مطالعه بین خرده مقیاس‌های حمایت اجتماعی با مصرف الکل و مواد ارتباط معکوس و معنی‌داری مشاهده گردید (۳۹). در بررسی حاضر میانگین نمره حمایت اجتماعی بین شرکت‌کنندگان دو شهر (P = ۰/۰۴۰) و بین مردان دو شهر تفاوت معنی‌داری وجود داشت (P = ۰/۰۱۸) که می‌تواند به علت تفاوت در ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی شرکت‌کنندگان باشد.

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1701] [Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-08]

جدول ۵. عوامل مؤثر بر مصرف مشروبات الکلی

متغیر		نسبت شانس (فاصله اطمینان ۹۵ درصد)			
		خام	مقدار P	تطبیق داده شده	مقدار P
سن		*۰/۹۶ (۰/۹۴–۰/۹۸)	< ۰/۰۰۱	*۰/۹۷ (۰/۹۴–۰/۹۹)	۰/۰۲۶
جنسیت	زن	۱		۱	
	مرد	*۷/۱۷ (۵/۰۰–۱۰/۲۷)	< ۰/۰۰۱	*۷/۳۱ (۴/۹۹–۱۰/۷۳)	< ۰/۰۰۱
وضعیت تأهل	مجرد	۱		۱	
	متأهل	*۰/۴۲ (۰/۳۰–۰/۵۹)	< ۰/۰۰۱	۰/۸۶ (۰/۵۳–۱/۳۹)	۰/۵۳۳
	بی‌همسر بر اثر طلاق	۰/۵۵ (۰/۲۶–۱/۱۶)	۰/۱۱۸	۲/۰۷ (۰/۸۵–۵/۰۵)	۰/۱۱۰
	بی‌همسر بر اثر فوت	۱/۱۰ (۰/۱۰–۱۲/۳۶)	۰/۹۳۶	۴/۲۶ (۰/۳۱–۵۸/۰۸)	۰/۲۷۷
تحصیلات	بی‌سواد وکم‌سواد	۱		۱	
	دیپلم و زیر دیپلم	۱/۴۹ (۰/۵۰–۴/۳۷)	۰/۴۷۳	۱/۰۸ (۰/۳۱–۳/۷۵)	۰/۸۹۹
	کاردانی و کارشناسی	۱/۳۹ (۰/۴۶–۴/۱۳)	۰/۵۵۹	۰/۹۱ (۰/۲۶–۳/۴۲)	۰/۸۹۰
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۱/۱۴ (۰/۳۱–۴/۲۳)	۰/۸۴۲	۰/۴۴ (۰/۱۰–۱/۹۷)	۰/۲۸۷
وضعیت محل سکونت	شخصی	۱		۱	
	استیجاری	۱/۰۳ (۰/۷۴–۱/۴۴)	۰/۸۵۹	۱/۲۹ (۰/۸۷–۱/۹۰)	۰/۲۰۶
تعداد فرزند		۰/۸۳ (۰/۶۸–۱/۰۳)	۰/۰۸۵	۱/۰۱ (۰/۷۶–۱/۳۵)	۰/۹۳۰
تعداد اعضای خانواده		۱/۱۳ (۰/۹۸–۱/۳۰)	۰/۰۸۵	۱/۱۱ (۰/۹۴–۱/۳۱)	۰/۲۰۹
اندازه شبکه اجتماعی		۱/۰۰۰ (۰/۹۹–۱/۰۰)	۰/۱۴۰	۱/۰۰ (۰/۹۹–۱/۰۰)	۰/۲۴۹
نمره کل حمایت اجتماعی		۱/۰۰۰ (۰/۹۹–۱/۰۰)	۰/۶۵۵	۱/۰۰۲ (۰/۹۹۹–۱/۰۰۵)	۰/۱۰۲
مصرف مواد		*۱۸/۷۴ (۱۰/۴۸–۳۳/۵۱)	< ۰/۰۰۱	*۷/۹۶ (۴/۱۲–۱۵/۳۸)	< ۰/۰۰۱
مصرف دخانیات		*۲۳/۵۳ (۱۴/۹۹–۳۶/۹۳)	< ۰/۰۰۱	*۱۱/۰۰ (۶/۶۹–۱۸/۰۹)	< ۰/۰۰۱

*آزمون Logistic regression با تطبیق اثر سن، جنسیت، وضعیت تأهل با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری ۵ درصد استفاده شد.

به نظر می‌رسد با وجود رعایت شرایط محرمانه در مصاحبه و اعتمادسازی، محافظه‌کاری در زمینه رفتارهای پرخطر و وانمودسازی مثبت توسط شرکت‌کنندگان تحقیق در هم‌راستا نبودن نتایج با سایر پژوهش‌ها بی‌تأثیر نبوده است.

یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر این بود که داده‌های مربوط به مصرف مواد، الکل و دخانیات بر اساس خوداظهاری شرکت‌کنندگان جمع‌آوری شد. به دلیل حساسیت موضوع و نگرانی از قضاوت اجتماعی یا پیامدهای قانونی، امکان کم‌گزارش‌دهی یا سوگیری پاسخدهی وجود دارد. از دیگر محدودیت‌های تحقیق این بود که چون شرکت‌کنندگان فقط از دو شهر (زرین‌شهر و فولادشهر) انتخاب شدند، ممکن است نتایج به کل شهرستان لنجان یا سایر مناطق ایران قابل تعمیم نباشد.

نتیجه‌گیری

از آن‌جایی که شیوع مصرف مواد، الکل و دخانیات در دو شهر فولادشهر و زرین‌شهر قابل توجه است، برنامه‌ریزی در خصوص اجرای مداخلات فوری جهت آموزش و افزایش آگاهی مردم پیرامون پیامدهای نامطلوب مصرف مواد، الکل و دخانیات و تغییر فرهنگ عادی‌سازی مصرف توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد با شماره ۳۴۰۱۲۱۵ و کد اخلاق IR.MUI.RESEARCH.REC.1401.188، مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد. بدین وسیله از معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و کلیه شرکت‌کنندگانی که در انجام این مطالعه مساعدت نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1701]

جدول ۶. عوامل مؤثر بر مصرف دخانیات

متغیر		نسبت شانس (فاصله اطمینان ۹۵ درصد)			
		خام	مقدار P	تطبیق داده شده	مقدار P
سن		*۰/۹۷ (۰/۹۵-۰/۹۹)	۰/۰۰۲	۰/۹۸ (۰/۹۵-۱/۰۰)	۰/۰۷۳
جنسیت	زن	۱		۱	
	مرد	*۵/۹۵ (۴/۱۶-۸/۵۲)	< ۰/۰۰۱	*۶/۲۳ (۴/۲۶-۹/۱۱)	< ۰/۰۰۱
وضعیت تأهل	مجرد	۱		۱	
	متأهل	*۰/۴۳ (۰/۲۹-۰/۶۱)	< ۰/۰۰۱	۰/۸۱ (۰/۵۰-۱/۳۲)	۰/۴۰۳
	بی‌همسر بر اثر طلاق	۱/۰۴ (۰/۴۵-۲/۳۶)	۰/۹۲۹	*۳/۴۷ (۱/۳۵-۸/۹۳)	۰/۰۱۰
	بی‌همسر بر اثر فوت	۰/۸۱ (۰/۰۷-۹/۱۲)	۰/۸۶۶	۲/۴۸ (۰/۱۸-۳۳/۲۰)	۰/۴۹۳
تحصیلات	بی‌سواد وکم‌سواد	۱		۱	
	دیپلم و زیر دیپلم	۱/۳۲ (۰/۴۵-۳/۸۹)	۰/۶۱۶	۰/۹۸ (۰/۲۹-۳/۳۴)	۰/۹۷۴
	کاردانی و کارشناسی	۰/۸۹ (۰/۳۰-۲/۶۶)	۰/۸۳۵	۰/۵۶ (۰/۱۶-۱/۹۶)	۰/۳۶۴
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۰/۸۸ (۰/۲۴-۳/۲۴)	۰/۸۴۲	۰/۳۲ (۰/۰۷-۱/۴۱)	۰/۱۳۲
وضعیت محل سکونت	شخصی	۱		۱	
	استیجاری	۰/۹۹ (۰/۷۱-۱/۴۰)	۰/۹۸۵	۱/۱۴ (۰/۷۷-۱/۶۸)	۰/۵۱۰
تعداد فرزند		۰/۸۹ (۰/۷۲-۱/۰۹)	۰/۲۴۸	۱/۱۲ (۰/۸۵-۱/۴۷)	۰/۴۰۴
تعداد اعضای خانواده		۱/۰۷ (۰/۹۳-۱/۲۳)	۰/۳۲۶	۱/۰۶ (۰/۹۰-۱/۲۵)	۰/۵۰۰
اندازه شبکه اجتماعی		۱/۰۰ (۰/۹۹-۱/۰۰)	۰/۱۷۵	۱/۰۰ (۰/۹۹-۱/۰۰)	۰/۳۰۵
نمره کل حمایت اجتماعی		۱/۰۰ (۰/۹۹-۱/۰۰)	۰/۲۷۱	*۱/۰۰۳(۱/۰۰۰-۱/۰۰۶)	۰/۰۱۲
مصرف الکل		*۲۳/۵۳ (۱۴/۹۹-۳۶/۹۳)	< ۰/۰۰۱	*۱۱/۰۸ (۶/۷۴-۱۸/۲۱)	< ۰/۰۰۱
مصرف مواد		*۱۵/۶۲ (۸/۲۴-۲۹/۶۲)	< ۰/۰۰۱	*۴/۳۶ (۲/۰۹-۹/۱۲)	< ۰/۰۰۱

*آزمون Logistic regression با تطبیق اثر سن، جنسیت، وضعیت تأهل با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری ۵ درصد استفاده شد.

References

1. Saadati M. A Sociological Study of the Role of Social Process in Explaining Risky Behaviors. Strategic Rssearch on Social Problems in Iran. 2020; 9(2): 109-34.
2. WHO. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders]. 2024 Available from: https://www.who.int/publications/i/item/978924009674.
3. Ebrahimi B, Doosti-Irani A, Rezapur-Shahkolai F, Poorolajal J. High-Risk Behaviors and Associated Factors among Iranian Adult Population: A National Survey. Iran J Public Health. 2022; 51(5): 1107-17.
4. Scott-Sheldon LA, Walstrom P, Carey KB, Johnson BT, Carey MP. Alcohol use and sexual risk behaviors among individuals infected with HIV: a systematic review and meta-analysis 2012 to early 2013. Curr HIV/AIDS Rep. 2013; 10(4): 314-23.
5. Abbey A, Zawacki T, Buck PO, Clinton AM, McAuslan P. Alcohol and sexual assault. Alcohol Res Health. 2001; 25(1): 43-51.
6. Rahimi J, Gholami J, Amin-Esmaeili M, Fotouhi A, Rafiemanesh H, Shadloo B, et al. HIV prevalence among people who inject drugs (PWID) and related factors in Iran: a systematic review, meta-analysis and trend analysis. Addiction. 2020; 115(4): 605-22.
7. Hormoz Mohammadpoor Lima, Ali Reza Mohseni Tabrizi. A Sociological Explanation of Effective Factors on Tendency Toward Risky Behavior in the Rural Areas of Guilan province (Case Study: Drug Abuse and Addiction in the Eshkevar Rural Areas, RahimAbad District of Rudsar). Journal Of Social problem of Iran. 2018; 8(2): 191-207.
8. Koku E, Felsher M. The Effect of Social Networks and Social Constructions on HIV Risk Perceptions. AIDS

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1701]

Behav. 2020; 24(1): 206-21.
9. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior: Theory, research, and practice: John Wiley & Sons; 2015.
10. Rastegari A, Haji-Maghsoudi S, Haghdoost A, Shatti M, Tarjoman T, Baneshi MR. The estimation of active social network size of the Iranian population. Global journal of health science. 2013; 5(4): 217.
11. Peykani S, Gheirati E, Rezaeian M, Vazirinejad R, Ahmadinia H. Population Size Estimation of Students with High-Risk Behaviors Using the Network Scale-up Method in Rafsanjan University of Medical Sciences, Iran (2017). Journal of Occupational Health and Epidemiology. 2021; 10(4): 239-48.
12. Wills TA, Ainette MG, Baum A, Revenson T, Singer J. 20 Social networks and social support. Handbook of health psychology. 2012: 465.
13. Baheiraei A, Mirghafourvand M, Mohammadi E, Charandabi SM, Nedjat S. Social support for women of reproductive age and its predictors: a population-based study. BMC Womens Health. 2012; 12: 30.
14. Khorsandi Z, Hosseinian S, Khodabakhshi Koolaei A. An Investigation of the Relationship Between Social Support and Mental Health Addicted Women. Quarterly Journal of Social Work. 2017; 6(3): 5-13.
15. Rastegari A, Haji-Maghsoudi S, Haghdoost A, Shatti M, Tarjoman T ,Baneshi MR. The estimation of active social network size of the Iranian population. Glob J Health Sci. 2013; 5(4): 217-27.
16. Zamanian M, Baneshi MR, Haghdoost AA, Mokhtari-Sorkhani T, Amiri F, Zolala F. Estimating the Size and Age-gender Distribution of Women's Active Social Networks. Addict Health. 2016; 8(3): 170-8.
17. Jalilian A, Rafiey H. Reliability and validity of the Persian version of Norbeck social support questionnaire. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. 2008.
18. Zahedi R, Nasiri N, Zeinali M, Noroozi A, Hajebi A, Haghdoost AA, et al. The prevalence and associated factors of extra/pre-marital sexual behaviors among university students in Kerman, Iran. International Journal of High Risk Behaviors and Addiction. 2019; 8(1).
19. Zahedi R, Noroozi A, Hajebi A, Haghdoost AA, Baneshi MR, Sharifi H, et al. Self-Reported and Network Scale-Up Estimates of Substance Use Prevalence among University Students in Kerman, Iran. J Res Health Sci. 2018; 18(2): e00413.
20. Hajebi A ,Nasserinejad M, Rezaei N, Azadnajafabad S, Rashidi M-M, Ahmadi N, et al. Alcohol consumption among Iranian population based on the findings of STEPS survey 2021. Scientific reports. 2024; 14(1): 16819.
21. Abbasi-Kangevari M, Ghanbari A, Fattahi N, Malekpour M-R, Masinaei M, Ahmadi N, et al. Tobacco consumption patterns among Iranian adults: a national and sub-national update from the STEPS survey 2021. Scientific Reports. 2023; 13(1): 10272.
22. Chegeni M, Kamel Khodabandeh A, Karamouzian M, Shokoohi M, Abedi L, Khalili M, et al. Alcohol consumption in Iran: A systematic review and meta-analysis of the literature. Drug Alcohol Rev. 2020; 39(5): 525-38.
23. WHO. Global alcohol action plan 2022–2030 2024 [cited 2024 9 December]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240090101.
24. Hannani S, Dezhgam N, Kohan M, Shahri NS. Investigating the Impact of Covid-19 Disease on Tobacco and Alcohol Using: A Review Article. Paramedical Sciences and Military Health. 2023; 18(2): 50-8.
25. Farajiha M, Allahverdi F. The Cultural Criminology Approach to the Changing Patterns of Drug Use amongst the Young. Criminal Law Doctrines. 2014; 11(7): 83-106.
26. Ahadi R, mohammadi s, toghranegar h. Reviewing environmental factors affecting the drug industrial (case study: Zanjan). Journal of Legal Research. 2021; 20(45): 149-81.
27. Zare Shahabadi A, Firozi SM. The Effective Social Factors of Tendency to Drugs among the Youth of Kabul City. Ferdowsi University of Mashhad Journal of Social Sciences. 2022; 19(1): 134-09.
28. Khosravani Poor H, Najafi L, Davar Panah MA. The Mediating Role of Demographic Variables in the Relationship Between High-Risk Behaviors and HIV/AIDS in the Referrals to Behavioral Disease Counseling Centers of Shiraz University of Medical Sciences in 2020: A Descriptive Study. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2022; 21(8): 835-52.
29. Torkashvand F, Asadpor M, Sheikh Fathollahi M, Sheikhi E, Salehi Shahrbabaki M, RezaHoseini O, et al. Frequency of high risk behaviour in HIV positive patients referred to centers for behavioural disorders of Rafsanjan and Kerman in 2012. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2015; 14(7): 587-98.
30. Ghoreishi Rad FS, Pour JabbarAkhouni F. Investigating the Relationship of Social Health and Personality Traits with High-Risk Behaviors of Tabriz University of Medical Sciences Students in 2017: A Descriptive Study. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2019; 18(2): 107-20.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1701]

31. Cockerham WC. Medical Sociology on the move: Springer 2015.
32. Rafiei H. Investigating the Relationship between Grandchild/Grandparent and Tendency towards Risky Behaviors among Students with Moderation of Socio-economic Status in Malekan city in 2020. Social Welfare Quarterly. 2022; 22(86): 121-50.
33. Alborzi S, Movahed M, Ahmadi A, Tabiee M. Investigating High-Risk Sexual Behaviors and Related Social and Cultural Factors among Youth of Shiraz City. 2020.
34. Kauppi M, Elovainio M, Stenholm S, Virtanen M, Aalto V, Koskenvuo M, et al. Social networks and patterns of health risk behaviours over two decades: A multi-cohort study. J Psychosom Res. 2017; 99: 45-58.
35. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. PLoS Med. 2010; 7(7): e1000316.
36. Ngabirano C, Fatch R, Muyindike WR, Emenyonu NI, Adong J, Weiser SD, et al. Exploring the Association Between Social Support and Hazardous Alcohol Use Among Persons Living with HIV in South Western Uganda. AIDS Behav. 2022; 26(7): 2113-22.
37. Mohammad Karimi Mazhin A, Qaedamini Harooni G, Seddighi H, Sajadi H. The Relationship between Social Support and Tendency to Drug Abuse among Earthquake Victims in Kermanshah Province. Social Welfare Quarterly. 2023; 23(90): 89-119.
38. Mohammadzadeghan Reza Gby, Hashemi Touraj ,Vakili Sajjad, Irani Mohammadamin. On The Comparison Of Public Health And Social Support In Addicts And Non-Addicts. Quarterly Journal of Research on Addiction. 2014; 8(31): 119-33.
39. Durevall D, Cowden RG, Beckett S, Kharsany ABM, Lewis L, George G, et al. Associations of Social Support with Sexual Practices, Health Behaviours, and Health Outcomes Among Adolescent Girls and Young Women: Evidence From a Longitudinal Study in KwaZulu-Natal, South Africa. Int J Behav Med. 2024; 31(4): 620-30.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i3.1701]