



بررسی مصرف مواد مخدر در میان معتادان مرد در ایران

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

بررسی مصرف مواد مخدر
در میان معنادران مرد در ایران

دکتر عصمت فاضلی
فاطمه مولوی

ریاست جمهوری
ستاد مبارزه با مواد مخدر
پژوهشکده ملی مواد مخدر ایران



ریاست جمهوری
ستاد مبارزه با مواد مخدر

بررسی مصرف مواد مخدر در میان معتادان مرد در ایران
• نویسنده: دکتر عصمت فاضلی و فاطمه مولوی • تهیه و تنظیم:
پژوهشکده ملی موادمخدر ایران • مدیر هنری و طرح جلد: گروه
هنری نگار • ناشر: دبیرخانه ستاد مبارزه با موادمخدر • نوبت چاپ:
اول , اسفندماه ۱۳۸۲ • شمارگان : ۱۵۰۰ جلد

همه حقوق برای ناشر محفوظ است.

فهرست

۷	<u>پیشگفتار</u>
۹	<u>مقدمه</u>
۹	<u>طرح مساله و مبانی نظری</u>
۲۱	<u>روش پژوهش</u>
۲۵	<u>یافته های پژوهش</u>
۳۱	<u>نتیجه گیری</u>
۳۵	<u>پی نوشت ها</u>
۳۶	<u>منابع</u>

پیشگفتار

این تحقیق با هدف بررسی توان پیش بینی مولفه های نظریه باورداشت تندرستی در میان معتادان مرد در ایران طراحی شده و به اجرا در آمده است. در این راستا، ۱۲۴ نفر داوطلب از معتادان مردی که به مراکز درمانی خود معرف سازمان بهزیستی و مراکز خودگردان و تشکل های مردمی، (جمعیت آفتاب و تشکل های مربوط به معتادان گمنام) مراجعه کرده و مرحله اولیه درمان یا سم زدایی و نشانگان اولیه محرومیت را پشت سر گذاشته اند، با استفاده از پرسشنامه، مورد مطالعه قرار گرفته اند. یافته های تحقیق نشان می دهند که عامل منافع ادراک شده، بالاترین توان را در پیش بینی نگرش مثبت معتادان نسبت به مصرف مواد مخدر دارد. بالعکس، از آنجا که این معتادان بارها اقدام به ترک مواد مخدر نموده و مجدداً به مصرف آن پرداخته اند، باورداشت آنها نسبت به وخامت نتایج به دست آمده، کم رنگ شده است. نتایج به دست آمده کلیه فرضیات در نظر گرفته شده، به استثنای فرضیه مربوط به قدرت پیش بینی، عامل وخامت ادراک شده را تایید می کنند. همچنین این نتایج با یافته های بسیاری از محققان دیگر هماهنگی و مشابهت دارند.

کلید واژگان: الگوی باورداشت تندرستی، مصرف مواد، معتادان به مواد، بازگشت به مصرف، وخامت ادراک شده، نفع ادراک شده و سم زدایی.

لازم است از نویسندگان مقاله سرکار خانم دکتر عصمت فاضلی (عضو بود روانشناسی بالینی استرالیا و عضو هیات علمی موسسه پژوهش و برنامه ریزی آموزش عالی) و سرکار خانم فاطمه مولوی (کارشناس ارشد در رشته مشاوره)، پیشاپیش تشکر نمایم.

محمد علی زکریایی

مدیرکل مرکز تحقیقات، آموزش و فن آوری

مقدمه

در جهان امروز، مصرف موادمخدر به مثابه یکی از غم‌انگیزترین تراژدی‌ها، ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی^۱ زندگی بسیاری از انسان‌ها را متأثر می‌سازد. مصرف طولانی مدت مواد مخدر با ایجاد اعتیاد نه تنها تأثیر سوء در وضعیت اقتصادی و اجتماعی شخص مصرف‌کننده یا معتاد می‌گذارد، بلکه در تفاهم خانوادگی نیز نقش تعیین‌کننده‌ای را ایفا می‌کند (وراگ^۲، ۱۹۹۲). این معضل دیرین، دامن‌گیر اکثریت قریب به اتفاق کشورها است و تقریباً در کلیه جوامع به طور روزافزونی قربانی می‌گیرد.

طرح مساله و مبانی نظری

افزایش ناملایمات اجتماعی و کم‌رنگ شدن بعد عاطفی زندگی، موجب سرخوردگی و گرایش به سوء مصرف مواد مخدر عده زیادی از جمعیت کشورها، به ویژه نسل جوان، می‌گردد. به همین جهت در سال‌های اخیر، جهانیان شاهد گسترش بیشتر اعتیاد بوده‌اند. چنانکه برخی از نویسندگان، یکی از مشکلات جدی و حاد جوامع امروزی را مصرف روزافزون موادمخدر و داروهای روان‌گردان دانسته، و چند دهه اخیر را «عصر دارو» نام‌گذاری کرده‌اند (امینی، ۱۳۷۹؛ به نقل از براهنی و همکاران، ۱۳۶۸). چنین روندی موجب نگرانی دولتمردان کشورهای مختلف شده است. از جمله مهم‌ترین دلایل این نگرانی‌ها به اضمحلال کشیده شدن نیروی انسانی کشور و بار مالی حاصل از آن است. در واقع، مصرف مواد مخدر، علاوه بر ایجاد مشکلاتی که به آنها اشاره شد، مسایل دیگری مانند ضعف توانمندی شغلی، فقر و ارتکاب رفتارهای ضداجتماعی را نیز در پی می‌آورد

1- Bio – Psycho – social

2-Wragg

(بمان^۱ و همکاران، ۱۹۸۸)، زیرا ارتباط تنگاتنگی میان رفتارهای مخاطره آمیز وجود دارد. چنان که به عنوان مثال (رومن و چسلا^۲، ۱۹۸۱؛ به نقل از گونزالس^۳، ۱۹۸۹) در تحقیقی در کالج نیوانگلند دریافتند ۶۰ درصد از دانشجویانی که مرتب نوشابه الکلی مصرف می کنند از چند ماده مخدر دیگر هم استفاده می نمایند. به همین ترتیب، بنتین^۴ و همکارانش در سال ۱۹۹۳ ضریب همبستگی مثبت زیادی بین مصرف مواد مخدر و ارتکاب تعداد زیادی از رفتارهای ضد اجتماعی دیگر به دست آوردند. با توجه به این واقعیت ها است که برخی از محققان (جسر دوناون^۵ و کاستا^۶، ۱۹۹۱؛ مور^۷ و گاملون^۸، ۱۹۹۶) مصرف موادمخدر را یک سیندرم (Syndrome) تلقی می کنند، تا یک رفتار معین . یکی از عمده ترین دلایل نگرانی کشورها، شیوع اعتیاد در میان جوانان در سنین پایین تر و حتی در بین زنان است. بنا به گزارشی New South Wales drug and Alcohol Directorare (1994) سن شروع به اعتیاد کاهش پیدا کرده است . همچنین طبق نتایج به دست آمده تحقیقاتی که توسط مکی مک آلیستر^۹ انجام گرفته اند، تعداد زنان جوانی که سیگار می کشند، نزدیک به تعداد مردان سیگاری هم سن آنها شده است. شیوع مصرف موادمخدر در میان قشر عظیمی از جمعیت کشورها میزان مرگ و میر نابهنگام را افزایش داده است. چنانکه بررسی ها نشان می دهند، از هر پنج مرگی که در کشور استرالیا اتفاق می افتد، یکی بر اثر مشکلات حاصل از مصرف مواد مخدر است (اداره خدمات انسانی و بهداشت^{۱۰}، 1994)، (1994) همچنین بنا به نوشته میرفخرایی (مترجم، ۱۳۷۸) متجاوز از یک چهارم تلفات جانی جامعه آمریکا

1-Beman

2-Wechsler

3-Gonzalez

4-Bentin

5-Donovan

6-Costa

7-Moore

8-Gullone

9-Allister

1-Department of Human Services and Health

مربوط به مصرف مواد مخدر است. مصرف سیگار و الکل به تنهایی موجب مرگ زودرس حدود یک میلیون نفر از ساکنان کشور آمریکا در سال می‌گردد. به همین ترتیب، در انگلستان، بیش از یکصد هزار نفر در سال بر اثر اعتیاد جان خود را از دست می‌دهند.

به دلیل شرایط اقلیمی ویژه، وضع کم و بیش مشابهی بر جامعه ایران حکم فرما است. قرار گرفتن در جوار دو کشور تولید کننده مواد مخدر، جوان بودن جمعیت کشور و مسایل اجتماعی، مبارزه با مبادلات و مصرف مواد مخدر را با شرایط پیچیده تری مواجه ساخته است. رییس سازمان بهزیستی با حضور دبیرکل مبارزه با مواد مخدر، در مصاحبه ای مطبوعاتی با اعلام افزایش معتادان، تعداد آنها را در گزارش رسمی کشور یک میلیون و سیصد هزار نفر اعلام کرد (روزنامه همشهری، مورخ ۱۳۸۰/۴/۴).

اگر جمعیت کشور را ۶۰ میلیون نفر در نظر بگیریم، حدود ۲۲ درصد از آنها با اعتیاد دست و پنجه نرم می‌کنند، در حالی که یافته‌های تحقیقی اسپنسر^۱ و آقایی^۲ در میان جوانان ایران نشان می‌دهند که حدود ۱۳ درصد از آنها به مصرف مواد مخدر پرداخته‌اند. چنین روند رو به رشدی حاکی از آن است که روش‌های معمول پیشگیری، معالجه یا مبارزه تاکنون کار ساز نبوده‌اند. شاید استفاده از نظریه‌های روان‌شناختی در تغییر رفتار بتواند راهی برای تغییر این روند باشد. یکی از نظریه‌های ارزشمند روانشناسی در این زمینه، نظریه یا الگوی باور داشت تندرستی^۳ است. این نظریه برای درک و پیش‌بینی رفتارهای مخاطره‌آمیز علیه سلامتی است. نظریه باور داشت تندرستی در دهه ۱۹۵۰ میلادی توسط روانشناسان آمریکایی، به جامعه روانشناسی و علوم تربیتی ارائه شد (گلانتز^۴، لويس^۴، ریمر^۵).

2-Spencer

3-The Health Belief Model or HBM

1-Glantz

2-Lewis

3-Rimer

۱۹۹۰) این نظریه بعداً توسط افرادی مانند میمن^۱ و بکر^۲ (۱۹۷۵)، هو خیام^۳ و روزن استاک^۴، به صورت منسجم تری در آمد. بیش از سه دهه است که این نظریه به عنوان یک ابزار روانی - اجتماعی مورد استفاده محققان روانشناسی، جامعه شناسی و روانپزشکی برای تبیین رفتار مخاطره آمیز قرار گرفته است (بیدل^۵ و موتری^۶، ۱۹۹۱؛ چمیون^۷، ۱۹۸۸).

نظریه باورداشت تندرستی دارای چهار مولفه^۸ اساسی است که به کمک آنها به پیش بینی رفتار یا سوء رفتار معینی (در اینجا مصرف مواد مخدر) می پردازد. این مولفه ها به ترتیب عبارتند از حساسیت ادراک شده^۹، وخامت ادراک شده^{۱۰}، منافع ادراک شده^{۱۱} و موانع ادراک شده^{۱۲}.

حساسیت ادراک شده به آسیب پذیری فرد باز می گردد؛ یعنی کسی که به مصرف موادمخدر می پردازد، تصور می کند که احتمال ابتلای وی به آسیب های حاصل از اعتیاد - اعم از جسمانی، خانوادگی، شخصیتی، اجتماعی و حتی قانونی - بسیار کم است. برحسب مولفه و خامت ادراک شده، شخص مزبور شدت خطرات ناشی از مصرف را در مورد خویش باور ندارد. منظور از منافع ادراک شده این است که از مصرف چنین موادی، منافی عاید فرد مصرف کننده می شود، چنان که فرضاً از این راه به گروهی که برایش اهمیت دارد می پیوندد، یا این کار برایش لذت بخش است. موانع ادراک شده گویای این امر است که برای ترک این رفتار و یا سوء رفتار، موانعی وجود دارد. چنان که فرضاً شخص در اثر اجتناب از مصرف مواد که به عنوان هنجار (نرم) گروهی که به آن متعلق است دوستان خود را

-
- 4-Maiman
 - 5-Becker
 - 6-Hochbaum
 - 7-Rosenstock
 - 8-Biddle
 - 9-Mutri
 - 10-Champion
 - 11-Components
 - 12-Preceived Suseptibility
 - 13 -Preceived Severity
 - 14- Preceived Benefits
 - 15- Peceived barriers

از دست می دهد، یا اینکه از نظر جسمی و روانی دچار ناراحتی می شود.

گلانست^۱ و همکاران (۱۹۹۰)، همراه با روزن استاک (۱۹۹۰) و بکر میمن (۱۹۷۵) دو مولفه اولیه را که مربوط به خطرات حاصل از مصرف مواد مخدر است، «تهدید» (Threat) و دو مولفه دیگر را که به نتایجی که انتظار می رود شخص در اثر مصرف به آن برسد، «نتایج مورد انتظار» یا (Outcome Expectation) می نامند. این محقق، مولفه دیگری به نام خود - اثربخشی^۲ بر آن افزود. ولی این مولفه معمولاً در همه موارد استفاده از HBM به کار نمی رود. برخی از محققان معتقدند که S-E در کلیه کارها عمومیت دارد، لذا نمی تواند خاص مصرف موادمخدر یا سوءرفتار دیگری تلقی گردد (مادوکس ۱۹۹۳).^۳ برخی از نظریه پردازان معتقدند که عوامل دیگری نیز به عنوان متغیرهای اصلاحی^۴ می توانند در پیش بینی اعمال مخاطره آمیز، مانند استعمال موادمخدر، با مولفه های دیگر نظریه باور داشت تندرستی همراهی کنند. مهم ترین متغیرهای اصلاحی از نظر این نویسندگان، مسایل فرهنگی و خصوصیات فردی هستند که به عنوان رهنمود های عمل با تاثیر گذاری بر چهار مولفه اصلی نظریه HBM فرد را به طور غیر مستقیم به سوی انجام عملی رهنمون می شوند؛ چنان که به عنوان مثال، وضعیت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی یا تحصیلی شخص می تواند موجب گرایش وی به انجام یک عمل مخاطره آمیز گردد (فرارو^۵، ۱۹۹۰؛ فیک^۶، ۱۹۹۲؛ گلانتز و همکاران، ۱۹۹۰؛ مولن^۷، هرسی^۸ و ایورسون^۹، ۱۹۸۷؛ روزن استاک).

-
- 1- Glanset
 - 2- Self - efficacy
 - 3- Maddux
 - 4 -Moddifying Variables
 - 1- Ferrolro
 - 2- Fick
 - 3- Mullen
 - 4- Hersey
 - 5- Iverson

توانمندی پیش بینی شده نظریه HBM توسط بسیاری از محققان (مانند گلانتز و همکاران ۱۹۹۰، روزن استاک ۱۹۹۰، وایت^۱، ۱۹۹۹) به اثبات رسیده است. با این وصف، از دید برخی دیگر از نویسندگان، نظریه HBM نیز مانند سایر نظریه های تحقیقاتی، دارای محدودیت هایی است. به نظر دنیسون^۲، این محدودیت ها مربوط به این می شود که در بسیاری از پژوهش ها مولفه های انتخابی، مورد استفاده قرار می گیرند. کمتر پژوهشی یافت می شود که کلیه مولفه های HBM را یکجا به کار ببرد و یا اقدام به ادغام این نظریه های دیگر نکرده باشد. دیگر این که، HBM به عنوان الگویی روان شناختی، عوامل دیگر موثر در رفتار فرد، مانند عوامل محیطی، را نادیده گرفته است، در حالی که این عوامل در انجام رفتار واجد اهمیت اند؛ چنانکه ممکن است شخص، در اثر گرایش مثبت بعضی از افراد مهم زندگی خویش، اقدام به انجام امری کند.

در پاسخ به این خرده گیری ها می توان گفت که در غالب پژوهش هایی که در این زمینه انجام گردیده، چهار مولفه اصلی به کار گرفته شده اند. همچنین انتخاب مولفه های مختلف از نظریه های مشابه، خاص پژوهش های مربوط به این نظریه نیست، بلکه در بسیاری از تحقیقات در زمینه علوم انسانی چنین استفاده هایی از نظریه ها به عمل می آید. علاوه بر این، عوامل منافع و موانع ادراک شده تا حدودی جنبه های محیطی یا اجتماعی نظریه HBM را تامین می کنند. چنانکه ممکن است شخص، برای پذیرفته شدن در یک گروه بهره مند گشتن از کمک های آن، به انجام اموری به پردازند که برای گروه اهمیت دارند. بالعکس، ممکن است شخص مزبور به منظور اجتناب از ترک دوستان یا یک گروه از انجام کاری، مانند ترک مواد مخدر، صرف نظر نماید. توجه به این واقعیت ها و دقت در نتایج پژوهش های انجام شده از توانمندی HBM در پیش بینی رفتار مخاطره آمیز، از جمله استعمال مواد مخدر حکایت می کنند. در اینجا، به عنوان ادبیات تحقیق، به بیان برخی از پژوهش های قابل

توجهی که با به کار گیری HBM در مطالعه مصرف موادمخدر انجام گرفته است، می پردازیم.

استاکتون^۱ (۱۹۹۷) و همکارانش، نقش HBM را در مصرف دخانیات در محل کار و در یک طیف زمانی شش ماهه، مورد بررسی قرار دادند. در این تحقیق، ۴ مولفه اصلی از مولفه های HBM، به علاوه مولفه خود پنداری، مورد استفاده قرار گرفت. همچنین ۸۴۴ نفر از کارمندان ۶۳ شرکت در کشور آمریکا به عنوان اعضای نمونه به طور تصادفی انتخاب شدند. یافته های این بررسی حاکی از آن بود که منافع ادراک شده نسبت به چهار مولفه دیگر، قدرت بیشتری در پیش بینی مصرف سیگار دارد.

گرچه نمونه تحقیق یادشده دارای اعضای متعددی بود که به طور تصادفی انتخاب شده بودند، و نیز تعداد مولفه های به کار گرفته شده و مدت مطالعه، مناسب به نظر می رسند، ولی در تعمیم نتایج به دست آمده به جوامع عمومی باید محتاط بود، زیرا معمولاً در زمان استراحت، کارمندان یک سازمان سعی بر آن دارند که با استفاده از سیگار یا صرف یک نوشیدنی به سایر همکاران بپیوندند و دوستی برقرار کنند یا آن را حفظ نمایند. یعنی منافع هر یک از آنها ایجاب می کند که با توسل به وسیله ای که جهت ایجاد ارتباط دوستانه با دیگران در محل کار، احساس امنیت بیشتری داشته باشند. ممکن است چنین شرایطی در مجامع دیگر کمتر مصداق پیدا کند.

تحقیق دیگری در این زمینه توسط اسمال^۲، سیلوربرگ^۳ و کرنز^۴ در میان دانش آموزان دوره دوم متوسطه در یکی از دبیرستان های بزرگ ایالات متحده انجام گرفت. در این بررسی، از دو مولفه منافع و موانع ادراک شده HBM استفاده شد. رفتارهای مخاطره آمیز مورد بررسی عبارت بودند از مصرف مشروبات الکلی و ارتباط جنسی

1-Stockton
1-Small
2-Silverberg
3-Kerns

زودرس. نتایج به دست آمده نشان دادند که دختران بیش از پسران موانع پرداختن به این رفتارها را درک می کنند. بدین معنی که دخترها از هزینه مربوطه و دچار شدن به بیماری نگران بودند. علاوه بر این، در کلاس های بالاتر، یافته های خویش را در قالب چکیده اعلام داشتند که پسران بیش از دختران جذب رفتار مخاطره آمیز مضر برای تندرستی می شوند. همچنین، با افزایش سن، درک موانع پرداختن به چنین رفتارهایی گسترده تر می شود.

گرچه موانع ادراک شده یکی از قوی ترین مولفه های HBM است، ولی جامعه مورد بررسی این تحقیق، محدود به یک دبیرستان بوده است. علاوه بر این، محققان صرفاً افزایش سن را در گسترش درک موانع موثر دانسته اند، در حالی که متغیر افزایش اطلاعات در کلاس های بالاتر در اینجا کنترل نشده است. احتمال دارد که با ارتقای سطح دوره های آموزشی، آگاهی دانش پژوهان نیز از خطرات حاصل از چنین رفتارهایی افزایش پیدا کرده باشد.

هان^۱ (۱۹۹۳) به بررسی ارتباط بین مصرف مواد مخدر والدین و کودکان پیش دبستانی و مشارکت آنها در اجرای برنامه های پیشگیری از استفاده مواد مزبور توسط کودکان خویش پرداخت. چهارچوب نظری این تحقیق بر پایه HBM و نمونه مورد بررسی آن دویست نفر از والدین مورد نظر بود. از نظر باورداشت آسیب پذیری و وخامت حاصل از مصرف مواد مخدر، بین افرادی که به مصرف یکی از این مواد می پرداختند و آنهایی که مصرف نمی کردند، تفاوت معنی داری وجود داشت. همچنین مصرف کنندگان مواد به اینکه احتمال دارد زمانی فرزندشان نیز درگیر این مساله شود، باور ضعیفی داشتند. لذا این افراد در برنامه های اولیه پیشگیری شرکت نمی کردند. یافته های این تحقیق بر توانمندی پیش بینی مولفه آسیب پذیری ادراک شده در HBM گواهی می دهند. با این وجود، از آنجا که امکان دارد این والدین با تصور اینکه کودکان پیش دبستانی درس کم هستند و هنوز فرصت کافی برای آنها وجود دارد تا فکری به حال فرزندشان کنند تا به ترک ماده مورد مصرف خود

اقدام نمایند، زیاد است. به همین جهت، ممکن است ضعف باورداشت آنها در مورد درگیر شدن فرزندشان در مصرف مواد مخدر به مدت زمان و امکان انتخاب یکی از راه های اجتناب از این معضل در مدت مزبور بازگردد.

تحقیق دیگری را جانسون^۱ در میان جوانان آمریکایی انجام داد. در این بررسی، محقق با به کارگیری حساسیت پذیری، وخامت ادراک شده، و رهنمود عمل از نظریه HBM به پیش بینی مصرف مواد مخدر پرداخت. نتایج به دست آمده نشان دادند که وخامت ادراک شده، بیشترین همبستگی را با کاهش مصرف مواد مزبور دارد. حساسیت ادراک شده، پیش بینی کننده بعدی این رفتارمخاطره آمیز بود. گرچه این یافته ها با نتایج به دست آمده توسط بسیاری از محققان دیگر هماهنگی دارد، ولی به نظر می رسد که مولفه های به کار گرفته شده در این تحقیق محدود بوده اند. چنانکه تعداد متعددی از پژوهشگران ارزش پیش بینی مولفه های منافع و موانع ادراک شده را که از مولفه های اصلی HBM هستند به اثبات رسانده اند. بدون حضور این دو مولفه، قدرت پیش بینی دو مولفه دیگر به کار گرفته شده چندان قابل استناد نیست. مولفه اصلاحی و فرعی رهنمود عمل در مقابل مولفه های اصلی کارایی چندانی نمی تواند داشته باشند.

تحقیقات مشابهی توسط محققانی چون فرارو (۱۹۹۰)، بادزلی^۲ مولن، هرسی و لورسون^۳ گونزالس (۱۹۹۵)، و سایرین انجام گرفته اند. در این تحقیقات، از مولفه های HBM جهت بررسی مصرف مواد مخدر استفاده شده، و نتایج کم و بیش مشابهی با آنچه بیان شد به دست آمده است. برای اجتناب از اطاله کلام، از توضیحات بیشتر در این باره خودداری می شود.

1-Johnson
1-Bardsley
2-Lverson

در ایران، استفاده از HBM در جهت بررسی مصرف مواد مخدر محدود بوده است. یک تحقیق بین فرهنگی را فاضلی (۱۹۹۸) در این زمینه انجام داده است. محقق این تحقیق با ترسیم مدلی مرکب از مولفه های HBM و Reasoned Action Theory به مطالعه مصرف مواد مخدر در میان دانشجویان کالج های فنی و حرفه ای در سیدنی (استرالیا) و تهران پرداخته است. هدف عمده این تحقیق، ارزیابی توانمندی مدل طراحی شده در تفکیک دو گروه High Risk و Low Risk در گرایش به مصرف این گونه مواد بوده است. نتایج به دست آمده نشان می دهند که این مدل در انجام وظیفه محوله در کشور استرالیا، در مقایسه با ایران، موفق تر بوده است. وخامت ادراک شده از HBM و هنجارهای ذهنی^۱ نظریه دوم در این تمایز سازی از سایر مولفه ها پیشی گرفته اند.

با این وجود، طبق یافته های تحقیق مورد نظر، قدرت پیش بینی مدل تهیه شده در ایران با سختی ماده اعتیاد آور نسبت معکوس دارد. چکیده گزارش یافته های این پژوهش حاکی از آن است که (۱) اعتیاد اعضای درجه اول و حتی دوم خانواده و دوستان، به عنوان افراد مهم زندگی در گرایش نوجوانان و جوانان به مصرف مواد مخدر نقش اول را بازی می کند، (۲) در فرهنگی که مردم مقیدات بیشتری نسبت به رعایت برخی شئون اجتماعی دارند، تمایل کمتری نسبت به مسایل منفی زندگی مانند مصرف مواد مخدر وجود دارد، (۳) فرهنگ های غیر غربی از میزان توان پیش بینی نظریه های روانی - اجتماعی مانند HBM، کاسته می شود.

گرچه این تحقیق اولین پژوهشی بوده که با این خصوصیت و وسعت در میان ایران و استرالیا انجام گرفته و یافته های ارزشمندی از آن استخراج شده است، ولی قدر مسلم این است که افزودن سایر شهرهای این دو کشور به شهرهای انتخاب شده می توانست بر جامعیت آن بیفزاید. همچنین انجام مطالعه مشابهی در میان ایرانیان مقیم استرالیا و مقایسه نتایج به دست آمده با یافته های این مطالعه در ایران می توانست جلوه بیشتری نصیب این نتایج کند.

مطلب دیگری که می توان در اینجا به ذکر آن پرداخت، نتایج مطالعات کتابخانه ای دکتر مهریار (۱۳۷۲) درباره HBM است. وی در سمینار جمعیت شناسی شیراز، ضمن ارائه مقاله ای تحت عنوان الگوهای تغییر رفتار، به توصیف HBM و مولفه های اصلی آن پرداخت. با این وجود، محتوای این مقاله بیشتر مربوط به بیماری ایدز است تا به مصرف مواد مخدر.

روش پژوهش^۱

پژوهش حاضر از نوع زمینه یاب^۲ است و به صورت پیمایشی^۳ و کوتاه مدت^۴ انجام گرفته است. جامعه آماری آن عبارت است از کلیه معتادان مردی که به مراکز درمانی خود معرف سازمان بهزیستی و مراکز خود گردان و تشکل های مردمی، جمعیت آفتاب و تشکل های مربوط به معتادان گمنام و..... مراجعه کرده و مرحله اولیه درمان یا سم زدایی و نشانگان اولیه محرومیت را پشت سر گذاشته اند. شیوه نمونه گیری بر پایه نمونه گیری داوطلبانه و اعضای نمونه ۱۲۴ نفر است.

ابزار جمع آوری اطلاعات ، پرسش نامه محقق ساخته پنج گزینه ای^۵ بوده که از «کاملا موافقم» تا «کاملا مخالفم» تنظیم گردیده است. برای تدوین این پرسش نامه، چند گام اساسی برداشته شده است. درگام اول، با مراجعه به ادبیات موجود در زمینه نظریه HBM، شمای کلی از پرسش نامه به دست آمد و در ذهن پژوهشگران نقش بست. گام بعدی به مطالعه کتاب ها، مقالات، بروشورهای ایرانی و خارجی و همچنین پوسترهای اطلاع رسانی ترسیم شده در سازمان بهزیستی، که به بررسی و معرفی پیامدهای مصرف مواد (اعم از جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی، خانوادگی، و غیره) پرداخته بودند، اختصاص یافت.

درگام سوم، به بررسی پرسش نامه های تدوین شده (چه در باب HBM و چه به صورت خاص در باب اعتیاد و اثرات سوء مصرف مواد) از طریق جستجوی گزارش های کتبی و الکترونیکی اقدام شد.

1-Research Method
2-Exploratory
3-Survey
4-Cross - Sectional
5-Likert Type

دو فقره از عمده ترین این پرسش نامه ها متعلق به فاضلی (۱۹۹۸) و استاکتون (۱۹۹۷) بودند. این پرسش نامه با استفاده از رهنمودهای سازمان بهداشت جهانی^۱ در بررسی مواد مخدر تنظیم شد. پرسش نامه تدوین شده برای تحقیق حاضر دارای دو بخش مجزا از هم است. پرسش های بخش اول، ویژه مشخصات فردی است که مجموعاً در برگیرنده ۲۰ سوال با مولفه های جمعیت شناختی یا (دموگرافیک) است. بخش دوم به مولفه های HBM اختصاص یافته و شامل پنج بخش فرعی یا زیر مجموعه مجزا است. این پرسش نامه مجموعاً در برگیرنده ۵۵ سوال است. برای به دست آوردن اعتبار صوری و محتوایی^۲ پرسش نامه و اینکه آیا سوال های تدوین شده توان سنجش اهداف مورد نظر را دارا هستند یا خیر، علاوه بر تطابق آن با پرسش نامه هایی که بر پایه HBM تدوین یافته بودند، پرسش نامه مذکور در اختیار چند تن از صاحب نظران این حیطه قرار گرفت. پس از اعمال نظرات اصلاحی آنها در سوالات تدوین شده، پرسش نامه آماده اجرای مقدماتی^۳ گردید. لذا پرسش نامه مورد نظر در ۳۰ نسخه تکثیر و در اختیار افراد داوطلب در جامعه آماری، غیر از اعضای نمونه تحقیق حاضر، قرار گرفت. پس از جمع آوری اطلاعات، با استفاده از ضریب آلفا کربناخ، ضرایب پایایی مولفه های چهارگانه HBM و ضریب پایایی کلی بخش دوم پرسش نامه محاسبه گردید. ضرایب به دست آمده به ترتیب عبارتند از: حساسیت ادراک شده معادل ۰/۸۶، وخامت ادراک شده برابر با ۰/۹۱، منافع ادراک شده ۰/۸۴، موانع ادراک شده ۰/۶۷، نگرش به مصرف مواد مخدر ۰/۷۳ و ضریب پایایی کلی برابر با ۰/۸۹، باتوجه به سطح پایایی قابل قبولی که در مطالعه آزمایشی به دست آمده بود، مطالعه اصلی انجام گرفت. پس از بررسی های اولیه و کدگذاری پاسخ نامه ها، اطلاعات جمع آوری شده قبل از سوالات بسته پرسش نامه برای تجهیز و تحلیل آماری وارد بسته بندی SPSS- X در رایانه شد. اینک نتایج به دست آمده در این

1-World Health Organization, WHO

2-Face and Content Validity

3-Pilot- Study

بررسی از بخش های مختلف پرسش نامه به اختصار به شرح ذیل
بیان می گردد:

یافته های پژوهش

یافته های توصیفی این پژوهش نشان می دهند که ۳۲٪ از پاسخ گویان درگستره سنی ۳۸ - ۴۰ قرار دارند. میزان تحصیلات ۴۴/۸٪ از این افراد در حد دوره اول متوسطه و حدود ۲۰٪ از آنها در حد فوق دیپلم است. همچنین ۲۷/۴۲٪ از اعضای نمونه مورد بررسی اذعان داشتند که دارای مشاغل آزاد هستند. به همین ترتیب، ۵۸/۹٪ از آنها متاهل اند که از بین آنها ۳۴/۶۸٪ دارای یک یا دو فرزند هستند. از نظر مصرف سیگار، ۸۳/۱٪ از افراد مورد مطالعه می گویند: قبل از اعتیاد مصرف سیگار داشته اند. سن شروع به مصرف سیگار در بین ۵۳/۲٪ از پاسخ گویان بین ۱۱ تا ۲۰ سال بوده است. در مورد نوع ماده مصرفی، ۴۲/۷٪ از شرکت کنندگان در تحقیق حاضر بیان می دارند که تریاک مصرف کرده اند و از بین آنها ۲۷/۴۲٪ شیوه مصرفی خود را توامان یعنی هم به صورت خوراکی و هم به شکل تدخینی بیان می نمایند. در مورد علل گرایش به اعتیاد، ۳۷/۱٪ از پاسخ گویان عنوان می کنند که از طریق دوستانشان در این ورطه افتاده اند. حدود ۵۰/۸٪ از آنها می گویند که سابقه اعتیاد در خانواده آنها بوده است و از بین این افراد ۲۲/۵۸٪ اذعان دارند که هم اعضای درجه اول و هم اعضای درجه دوم این افراد با این مساله درگیر هستند. علاوه بر این، بیش از ۵۰٪ از شرکت کنندگان در تحقیق حاضر اظهار می دارند که اکثر دوستان آنان نیز معتاد هستند. از نظر سابقه ترک، ۸۳/۹٪ از اعضای نمونه عنوان می کنند که قبل از این نیز دست به ترک اعتیاد زده اند. از میان این عده، ۵۰/۸٪ بیش از سه بار سابقه ترک دارند. افزون بر این، ۳۷/۱۰٪ از آنها علل بازگشت خود را به رفع اضطراب یا کاهش فشار روحی نسبت می دهند. قریب به ۲۷/۴٪ از این افراد اذعان دارند که بین ۱-۲ بار با مراجع قضایی درگیری داشته اند. در مورد بیماری های ناشی از

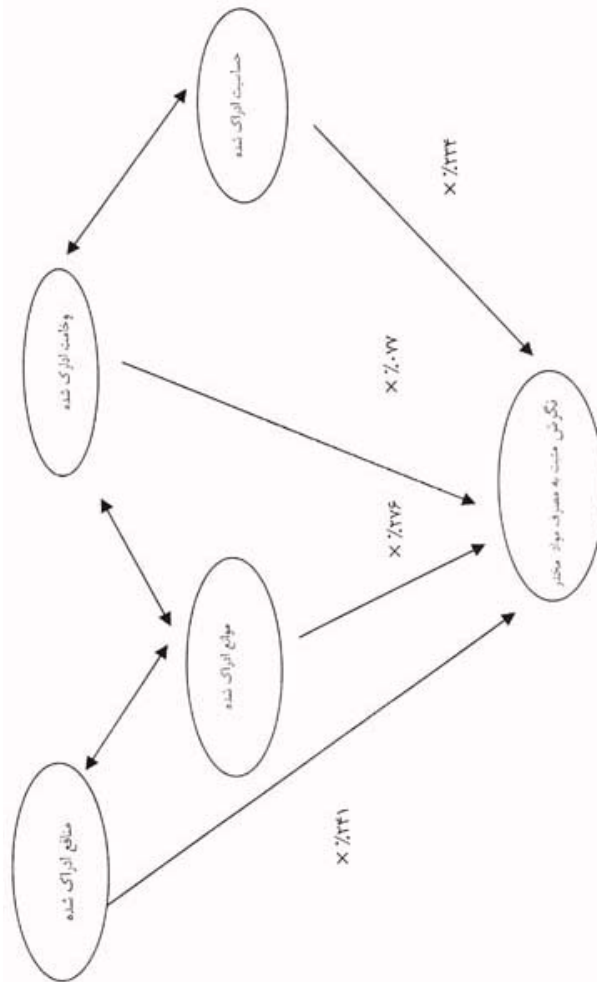
اعتیاد، ۲۲/۶٪ می گویند که تا به حال یک یا دو پزشک معالج بیماری آنها را نشات گرفته از اعتیاد آنان تشخیص داده اند. در بررسی فراوانی های مربوط به مولفه های اصلی HBM گنجانده شده در مدل نظری تحقیق حاضر، مشخص شد که ۵۶٪ از اعضای نمونه مورد مطالعه، معتقد هستند که مصرف مواد مخدر میزان فشار روحی و احساس افسردگی آنها را برای مدت کوتاهی کاهش می دهد. در برخورد با عبارت اینکه اکثر مردم مواد مصرف می کنند، ۸۳٪ از پاسخ گویان گزینه های موافقم و کاملاً موافقم را علامت زده اند. چنین باورداشتی حاکی از آن است که از نظر این افراد مصرف مواد مخدر یک امر پیش پا افتاده و همگانی است. به همین جهت و با استناد به فرضیه های HBM، می توان گفت که این گونه افراد، در مورد خویش، اعتقادی به خطر آفرینی نتایج حاصل از مصرف مواد مخدر ندارند.

در مورد احتمال ابتلای خود فرد یا اعضای خانواده وی به بیماری ایدز، ۶۷/۷٪ از شرکت کنندگان در تحقیق حاضر گفتند که نظری در این مورد ندارند. در مورد منافع ادراک شده، ۸۳/۹٪ از پاسخ دهندگان به پرسش نامه در دست اجرا، عنوان کردند که با مصرف مواد می توانند تعاملات اجتماعی خود را افزایش دهند. در پاسخ به سوالی درباره موانع ترک اعتیاد، ۸۰٪ از پاسخ گویان عدم همراهی دیگران را مطرح می سازند یا دیگران را مانع اصلی قلمداد می کنند.

در محاسبات تحلیلی، چند عملیات رگرسیونی و برآورد همبستگی بین مولفه های HBM بر پایه ضریب هم بستگی پیرسون انجام گرفت. چنانکه بیان شد، در مدل نظری تحقیق حاضر، و بر پایه فرضیه های HBM، چهار مولفه نظریه به کار گرفته شده به عنوان عوامل پیش بینی کننده، موظف به پیش بینی نگرش مثبت اعضای نمونه نسبت به استفاده از مواد مخدر بوده اند. برای یافتن قدرت تبیین هر یک از این عوامل، چهار عامل مزبور به عنوان پیش بینی کننده و متغیر « نگرش » به عنوان یک متغیر وابسته در معادله ای رگرسیونی قرار داده شدند. نتایج به دست آمده نشان می دهند که پیش بینی سه متغیر مستقل معنی دار است. با این حال، در اینجا

عامل وخامت ادراک شده در مقابل پیش بینی کننده های قویتر دیگر کم رنگ شده است. برحسب نتایج حاصل شده، بهترین پیش بینی کننده نگرش معتادان نسبت به مصرف موادمخدر، منافع ادراک شده با ضریب رگرسیونی استاندارد شده (بتاً) معادل با ۰.۲۷۶٪ است. موانع حساسیت ادراک شده به ترتیب با ضرایبی برابر با ۰.۲۴۱٪ و ۰.۲۳۴٪ در مقام دوم و سوم قرار دارند. شکل شماره ۱ روابط بین متغیرهای مزبور را نشان می دهد.

برای بررسی بیشتر قدرت عامل وخامت ادراک شده، این عامل به عنوان تنها پیش بینی کننده به همراه متغیر وابسته تحقیق حاضر، وارد معادله رگرسیونی گردید. نتیجه به دست آمده نشان می دهد که این عامل در صورت عدم حضور پیش بینی کننده های قوی دیگر از توانایی لازم برخوردار است. برحسب خلاصه این یافته ها، ضرایب رگرسیونی استاندارد شده (بتاً) معادل ۰.۲۰۴٪، $t = ۱۸/۷۴$ و $P < ۰.۰۰۱$ هستند. جزییات بیشتری در مورد نتایج به دست آمده در این محاسبات رگرسیونی مقایسه ای در جدول شماره ۱ نشان داده شده اند.



شکل شماره ۱. روابط بین عوامل پیش بینی کننده (مولفه های HBM) و نگرش معتادان به مصرف مواد مخدر

جدول شماره ۱. مقایسه قدرت عوامل چهارگانه با " وخامت ادراک شده "

نام عامل	جمع مجذور	درجه آزادی	میانگین مجذور	میزان F	میزان P
جمع عوامل	۲۲۷/۰۵	۴	۶۹/۲۶۳	۷/۲۴۲	$P < /۰.۰۱$
وخامت	۵۸/۷۹	۱	۵۸/۷۹	۵/۲۸۶	$P < /۰.۰۲$

علاوه بر این محاسبات، لازم بود مشخص شود که چه رابطه متقابلی بین برخی از عوامل پیش بینی کننده یا متغیرهای مستقل مورد استفاده در این بررسی وجود دارد. به منظور محاسبه این روابط، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج به دست آمده نشان می دهد که این عوامل به شکل معنی دار و با ضریب نسبتاً زیادی با یکدیگر در ارتباط هستند. بیشترین ضریب همبستگی برابر با ۰/۳۸۲٪ بین حساسیت و وخامت ادراک شده، یا بنا به توصیف روزن استاک (۱۹۹۰)، اعضای Therat به چشم می خورد. اگرچه رابطه بین منافع و موانع ادراک شده، معنی دار و قابل توجه است ولی طبعاً منفی است. زیرا منافع شخص سبب جذب وی به مصرف مواد می گردد و موانع مانع از صرف نظر از آن می شوند. (بکر و مینمن، ۱۹۷۵؛ روزن استاک، ۱۹۹۰).

لازم به یادآوری است که روابط متقابل تنگاتنگ مورد نظر نمایانگر این امر هستند که عوامل مزبور در پیش بینی نگرش افراد معتاد به مصرف مواد مخدر با یکدیگر متحد می شوند و به کمک هم می شتابند. این ارتباط ها و ضرایب مربوط به آنها در شکل شماره ۱ ترسیم و ارائه شده اند (ص ۲۸).

نتیجه گیری

نتایج حاصل از بررسی ها و تجزیه و تحلیل آماری تحقیق حاضر توانستند پاسخ کلیه سوالات پژوهشی را فراهم آورند. این پاسخ ها، جز در موارد بسیار محدود، در جهت تایید فرضیه های تحقیق هستند. در اینجا ، با توجه به اهمیت موضوع، برخی از یافته های عمده مورد نظر - اعم از آنچه از طریق محاسبات توصیفی حاصل شده یا به وسیله بررسی های استنباطی به دست آمده - با رعایت اجمال و به طور اختصار بیان می گردند.

یافته های پژوهش حاضر نشان می دهند که در صد قابل توجهی (۳۲ درصد) از معتادانی که اخیراً اقدام به ترک نموده اند، در سن نسبتاً زیادی (۳۸-۴۰ سال) هستند. بدین معنی که گرچه سن شروع به اعتیاد - و سوء استفاده از موادی که در گذشته معتادان مسن تر از آنها استفاده می کردند - کاهش پیدا کرده است^(۱)، ولی رابطه معکوسی بین افزایش سن و گرایش به اعتیاد وجود دارد. این نتیجه با یافته های بسیاری از محققان دیگر (به عنوان مثال، فرجاد و همکاران، ۱۳۷۸؛ فاضلی، ۱۹۹۸؛ راگ، ۱۹۹۲) هماهنگ است.

همچنین فراوانی های به دست آمده در زمینه سطح تحصیلات حاکی از آن است که با سواد بودن یا داشتن تحصیلات نسبتاً سطح بالا تاثیر چندانی در اجتناب از مصرف مواد مخدر ندارد. چنانکه بیش از ۴۸ درصد از شرکت کنندگان در این تحقیق دارای تحصیلات متوسطه اند و حدود ۲۰ درصد از آنها در سطح فوق دیپلم و بالاتر قرار دارند. همچنان که محققانی چون جسر و جسر (۱۹۹۷) به اثبات رسانده اند، یکی از دلایل پناه بردن به موادمخدر، امید به کاهش موقت فشار روحی است (فرارو، ۱۹۹۰؛ فیک، ۱۹۹۲؛ گلانتز و

همکاران، ۱۹۹۰؛ مولن، هرسی و ایورسون، روزن استاک، ۱۹۹۰). همان گونه که بیش از ۳۷ درصد از معتادان مورد بررسی علت بازگشت خود را به اعتیاد، اضطراب و فشار روحی می دانند، حدود ۸۴ درصد از آنها سابقه ترک مکرر دارند.

همچنین قریب به ۵۹ درصد از شرکت کنندگان در تحقیق حاضر متاهل هستند. با توجه به اینکه حداقل سن شروع مصرف سیگار در بین ۵۳/۲٪ از پاسخ گویان در سنین کم (بین ۱۱-۲۰ سال) بوده و اقدام به ترک اعتیاد در سال های اخیر انجام گرفته است، می توان گفت که داشتن همسر و فرزند می تواند عاملی برای اقدام به ترک اعتیاد، یا سعی در ترک آن، به حساب آید.

در اینجا لازم به یادآوری است که معمولاً مصرف یکی از مواد مخدر موجبات مصرف مواد دیگر را فراهم می آورد (جسر و جسر، ۱۹۹۷؛ فاضلی، ۱۹۹۸؛ راگ، ۱۹۹۲). بیش از ۸۳ درصد از اعضای نمونه مورد بررسی اظهار می دارند که قبل از اعتیاد به مواد مخدر سخت سیگار مصرف می کرده اند. همچنین حدود ۴۷٪ از آنها تلفیقی از دو، سه و چند نوع مواد را به کار می برده اند و قریب به ۴۲٪ از آنها تریاک و ۱۱٪ هرویین مصرف می نموده اند؛ لذا روشن است که پیشگیری از مصرف مواد سخت تر به حساب می آید. به علاوه، اجتناب از استفاده یک ماده مخدر شخص را از مصرف سایر مواد مصون می دارد (راگ، ۱۹۹۲).

از دیگر یافته های مهم تحقیق حاضر وجود سابقه اعتیاد در خانواده و پیوستن به دوستان ناباب است. این یافته ها موید نتایج به دست آمده از کارهای پژوهشی بسیاری از محققان دیگر، مثل فاضلی (۱۹۹۸) و هان (۱۹۹۲) هستند. چنانکه حدود ۵۱ درصد از پاسخ دهندگان به پرسش نامه های ارسالی اعلام داشته اند که چنین سابقه ای در خانواده آنها وجود دارد. همچنین بیش از ۳۷ درصد از آنها یکی از دلایل عمده گرایش خود به مواد مخدر را وجود دوستانی که مواد مصرف می کنند دانسته اند. علاوه بر این، بیش از ۵۰ درصد از تکمیل کنندگان پرسش نامه ها می گویند اکثر دوستان آنها مواد مخدر مصرف می کنند.

در محاسبات توصیفی الگوی نظری، بیش از ۶۴ درصد از اعضای نمونه اعتقاد چندانی به حساسیت خویش در مقابل مضرات حاصل از مصرف مواد مخدر ندارند. بیش از ۸۰ درصد از آنها مصرف مواد را وسیله ایجاد ارتباط بهتر با دوستان دانسته اند. در مورد مولفه موانع ادراک شده، حدود ۸۱ درصد از افراد مورد بررسی، عدم همراهی بستگان و دوستان را مانع ترک اعتیاد خود قلمداد کرده اند. این نتایج نظر ارایه کنندگان HBM و افرادی نظیر (بکر و مینمن، ۱۹۷۵) را که در تکامل این الگو تلاش کرده اند، تایید می کند.

نتایج حاصل از محاسبات تحلیلی داده های مربوط به الگوی نظری موید کلیه فرضیات تحقیق - به جز فرضیه مربوط به توان پیش بینی عامل وخامت ادراک شده - هستند. در اینجا، منافع ادراک شده با بیشترین ضریب رگرسیونی قوی ترین پیش بینی کننده گرایش به مصرف مواد مخدر به حساب می آید. این نتیجه موید یافته های بسیاری از محققان دیگر (مانند استاکتون و همکاران، ۱۹۹۷) است.

در اینجا، عامل وخامت ادراک شده در مقابل پیش بینی کننده های قویتر دیگر کمرنگ شده است، در صورتی که این عامل در یک معادله رگرسیونی دیگر نشان داد که به تنهایی در پیش بینی گرایش به مصرف مواد مخدر موفق است. یکی از عمده ترین دلایل ضعف عامل وخامت ادراک شده در تحقیق حاضر به اعضای نمونه آن باز می گردد. یعنی از آنجا که شرکت کنندگان در این پژوهش مدتی به مصرف مواد مخدر پرداخته اند، واهمه چندانی از نتایج وخیم آن ندارند. در واقع، پرداختن مکرر به امری خلاف هنجارهای اجتماعی سبب عادی جلوه کردن در نظر عاملان آن می گردد.

علاوه بر این یافته ها، نتایج حاصل از محاسبات پیرسون نشان می دهند که ضریب هم بستگی معنی دار و نسبتاً بزرگی در میان عوامل پیش بینی کننده مدل نظری تحقیق حاضر وجود دارد. روابط متقابل تنگاتنگ مورد نظر نمایانگر آن است که عوامل مزبور در پیش بینی نگرش افراد معتاد نسبت به مصرف مواد مخدر با یکدیگر متحد شده

و به کمک هم می‌شتابند. این یافته‌ها موید یافته‌های بسیاری از محققان دیگر (بکر و میمن، ۱۹۷۵؛ فاضلی، ۱۹۹۸؛ هان، ۱۹۹۷؛ روزن استاک، ۱۹۹۰) هستند. با توجه به نتایج به دست آمده، مهم‌ترین پیشنهادهایی که به نظر می‌رسد در اینجا واجد اهمیت باشند، ذیلاً آورده می‌شوند:

اولاً، جهت پیشگیری از اعتیاد، چند واحد درسی در دوره‌های متوسطه و بالاتر آموزشی گنجانده شود تا نوجوانان و جوانان آگاهی لازم از مضرات استفاده از مواد مخدر و حساسیت خویش در مقابل این مضرات، را به دست آورند. بدیهی است که جهت تنظیم این دروس و آرایه آنها مساعدت‌های افراد صاحب نظر در این زمینه، به ویژه روانشناسان و مشاوران، ارزشمند خواهد بود.

دیگر اینکه ترتیبی اتخاذ گردد تا معتادانی که به ترک اعتیاد اقدام می‌کنند، ضمن به کارگیری توصیه‌های پزشکی از خدمات یاورانه روانشناسان و مشاوران بهره‌مند گردند تا احتمال بازگشت به مصرف^۱ در آنها کاهش پیدا کند. همچنین، در مراحل بعدی، بهتر است که روانشناسان در آموزش مهارت‌های اجتماعی^۲ و مددکاران در کاربایی و جذب مجدد افرادی که ترک اعتیاد کرده‌اند، کمک‌های ممکن را انجام دهند. این خدمات سبب می‌شوند تا کشور اسلامی ایران رنج کمتری از بابت داشتن گروه کثیری از افراد کار افتاده و ناتوان و تحمل هزینه‌های حاصل از این ناتوانی‌ها متحمل گردد.

پی نوشت ها

۱- تقسیم بندی های متنوعی از مواد مخدر صورت گرفته است . یکی از ملموس ترین این تقسیم بندی ها را سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization, WHO) انجام داده است. بر حسب این تقسیم بندی، مواد مخدر به ۴ گروه تقسیم می شود، که عبارتند از: (۱) موادی که سستی، کرختی و خواب آلودگی ایجاد می کنند مانند تریاک و هرویین؛ (۲) مواد روان گردان که توهم زا هستند، مثل ماری جوانا و کوکائین؛ (۳) مشروبات الکلی (۴) دخانیات مثل سیگار (اداره کل مطالعات و پژوهش های ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۷۳)

2- New south Wales drug and alcohol Diretorate ,
1994

3-Wales Drug Alcohol Diretorate , 1994

منابع

- اداره کل مطالعات و پژوهش های ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۷۳). **بررسی مواد مخدر در متون اسلامی**. تهران : مرکز چاپ و نشر سازمان تبلیغات اسلامی. صفحات ۲۲-۲۳.
- امینی، کوروش (۱۳۷۹). **علل بازگشت مجدد معتادان به اعتیاد به مواد افیونی در مراجعین مراکز ترک دولتی ترک اعتیاد شهر همدان**. پایان نامه کارشناسی ارشد -روان پرستاری ، دانشگاه شهید بهشتی.
- روزنامه همشهری (مورخ ۱۳۸۰/۴/۴ - بخش اجتماعی). « مبارزه فیزیکی صرف، با اعتیاد و مواد مخدر نتیجه نتیجه بخش نیست».
- فرجاد، محمد حسین و همکاران (۱۳۷۸). **اعتیاد: راهنمای کامل و کاربردی برای خانواده ها**. چاپ سوم. تهران : انتشارات بدر.
- مهریار، امیر هوشنگ (۱۳۷۲). « **الگوهای تغییر رفتار و برنامه تنظیم خانواده در ایران**». مجموعه مقالات سمینار بررسی مسایل جمعیتی ایران. مرکز جمعیت شناسی دانشگاه شیراز.
- میرفخرایی، علیرضا (۱۳۷۸، مترجم). **اعتیاد چیست؟ معتاد کیست؟** چاپ دوم نشر واحدی، دوم . تهران: نشر واحدی.

- Badley, PE., & Beckman, L J(1978), "The health belief model entry into alcoholism treatment" The international journal of the addictions , 23: 19-28
- Becker, M.H. & Matiman, L.A. (1975). "Sociobehavioural determinants of complivance with health medical care recommendations" Medical care, 13: 10-24.
- Beman, D.S. (1995). "Risk factors leading to adolescent substance abuse". Adolescence, 30: 201-206
- Benthin, A., Slovic, P.& Severson , H.(1993). "A psychometric Study of adolescent risk perception" Journal of adolescence, 16: 153-186

- Biddle , S.& Mutrie, N. (1991). “Psychology of physical activity and exercise. Berline” : Spinger – Vertage , 63-81
- Champion, V.L.(1988).“Instrument development for the health belief model constructs”. Advances in nursing sience, 6: 73-85
- Dension, J. (1999). “ Behaviour change : A summary of four major thories “ Web – site: fhi. Org/en/aids/ aidscap ...
- Department of human services and health, (1994). “Statistics on drug abuse in Austialia”: An information documents for use in association with the national drug strategy,Canberra: Austratian Government Publication Service.in an alcohol and other drug use program” ; Nursing research. Vol. 44: 45 – 51
- Hays, R.(1985) ; “ An intergrated value – expectancy theory falchoh and other drug use” ; the British of addiction . Vol. 80: 379-384.
- Hochbaum, G.M. (1985); “Public participation in medical screening programs” : A sociopsychological study ; Public Health Service Publication. No. 572
- Jessor, R.& Jessor , S.L. (1997); “Problem behavior and psychosocial development” : A longitudinal study of youth : New York: Academic press P.P. 4,5,11,82.
- Johnston, L. D. (1991); “Toward a theory of drug epidemics”; New York: 93 – 129.
- Moore, S.M.7 Gullone, E. (1996); “Predicting adolescent risk behaviour using presonalized cost – benefit analysis” ; Journal of youth and adolescence. Vol. 25: 343 – 359.
- Maddux, J.E. (1993): “Social cohnitive models of health and exercise behaviour: Anintroduction and

- review of conceptual issues” ; Journal of applied sport psychology, 5: 116 – 140.
- Mullen, P.D., Hersey. J.C. & Iverson, D.C. (1997); “Health behaviour models compared social science and medicine” ; Vol. 24: 973 – 981.
 - New South Wales Drug and Alcohol Directorate (1994); “Survey of drug use by NSW secondary students”; State Health Publication NO: (DAD) 93 – 166.
 - Makkai, T.& McAllidter, I. (1995); “Public opinion and the legal status of marijuana in Australia” The journal of drug issues, 23: 409-426.
 - Rosenstock, L.M. (1990); “The health belief model: Explaining health behaviour through expectancies”. In k. Glanz, FM Lewis and K. Rimer (end); Health behaviour and health education. San Francisco : Jessey – Bass Publishers p.p. 39 – 62.
 - Small, S.A., Silverberg, S.B., & D. (1993); “Adolescents perceptions of the costs and benefits of engaging in health – compromising behaviour”; Journal of youth and adolescence. Vol. 22:73 - 67
 - Spencer, C. & Aghai, C. (1991); “Drug and Iran after the Islamic revolution : Prophasing the next quarter century” ; The international journal of the addictions, 25: 171 – 179.
 - Stockton, M.C., McMahon. S. D., & Jason, L.A. (1997); “ The health belief model and worksite smoking cessation” Journal of psychology and the behavioural science. Vol.11 : 69 – 79.
 - Witte, K(1999) ; “Theory – based intervention and evaluation of outreach efforts” Web – site: [nmlm . gov/ pnr/ eval/ wite . html](http://nmlm.gov/pnr/eval/wite.html).
 - Wragg, J. (1999); “An evaluation of a model of drug model of drug education: National campaign against drug abuse” ; Monograph series number 22. The drug offensive , Canberra : Australian government Publishing services, 21: 21 – 36 , 55 – 60 140 – 147,.

