

بررسی مصرف مواد مخدر در میان معتادان مرد در ایران

دکتر عصمت فاضلی

عضو بورد روانشناسی بالینی کشور استرالیا،

و عضو هیأت علمی مؤسسه پژوهش و برنامه ریزی آموزش عالی

فاطمه مولوی کارشناس ارشد در رشته مشاوره

چکیده:

این تحقیق با هدف بررسی توان پیش بینی مؤلفه 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 تشکلهای مردمی، جمعیت آفتاب و تشکلهای 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 محقق 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، باور داشت 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 تأیید 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، سم زدایی

مقدمه

در جهان امروز، مصرف مواد مخدر به مثابه یک از غم انگیزترین ترازدها ابعاد زیستی - روانی - اجتماعی^۱ زندگی بسیاری از انسانها را متأثر می سازد. مصرف طولانی مدت مواد مخدر^(۱) با ایجاد اعتیاد نه تنها تأثیر سوء در وضعیت اقتصادی و اجتماعی شخص مصرف کننده یا معتاد می گذارد، تفاهم خانوادگی نیز نقش تعیین کننده ای را ایفا می کند وراگ^۲، (۱۹۹۲) این معضل دیرین دامن گیر اکثریت قریب به اتفاق کشورها است و تقریباً در کلیه جوامع به طور روزافزونی قربانی می گیرد.

افزایش ناملایمات اجتماعی و کم رنگ شدن بعد عاطفی زندگی موجب سرخوردگی و گرایش به سوء مصرف مواد مخدر عده زیادی از جمعیت کشورها، بویژه نسل جوان، می گردد. به همین جهت، در سالهای اخیر جهانیان شاهد گسترش بیشتر اعتیاد بوده اند. چنانکه برخی از نویسندگان، یکی از مشکلات جدی و حاد جوامع امروزی را مصرف روز افزون مواد مخدر و داروهای روانگردان دانسته، و چند دهه اخیر را «عصر دارو» نامگذاری کرده اند(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، مسائل دیگری مانند ضعف توانمندی شغلی، فقر و ارتکاب رفتارهای ضداجتماعی را نیز در پی دارد می آورد،(بمان و همکاران، ۱۹۸۸)^۱ زیرا ارتباط تنگاتنگی در میان رفتارهای مخاطره آمیز وجود دارد. چنانکه، بعنوان مثال (رومن و چسلر^۲، ۱۹۸۱؛ به نقل از گونزالس^۳، ۱۹۸۹) در تحقیقی در کالج نیوانگلند دریافتند که ۶۰ درصد از دانشجویانی که مرتب نوشابه الکلی مصرف می کنند از چند ماده مخدر دریاگر هم استفاده می نمایند.

۱- Bio - Psycho - Social

۲- Wragg

۳- Beman

۴- Wechsler

۵- Gonzalez

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 واقعیتها است که برخی از محققان (جسر دوناون^۵ و کاستا^۶، ۱۹۹۱؛ مور^۷ و گامالون^۸، ۱۹۹۶) مصرف مواد مخدر را در یک سندرم (Syndrome) تلقی می کنند تا یک رفتار معین .

طرح مسئله و مبانی نظری

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 (۱۹۹۴ New South Wales drug and Alcohol Directorare) سن شروع به اعتیاد کاهش پیدا کرده است . همچنین طبق نتایج حاصله از تحقیقاتی که توسط مکی مک آلیستر^۹ انجام گرفته اند، تعداد زنان جوانی که سیگار می کشند نزدیک به تعداد مردان سیگاری همسن آنها شده است.

شیوع مصرف مواد مخدر در میان قشر عظیمی از جمعیت کشورها میزان مرگ و میر نابهنگام را افزایش داده است. چنانکه بررسیها نشان می دهند، از هر پنج مرگی که در کشور استرالیا اتفاق می افتد یکی بر اثر به مشکلات حاصل از مصرف مواد مخدر است(اداره خدمات انسانی و بهداشت^{۱۰}، ۱۹۹۴) (۱۹۹۴) همچنین بنا به نوشته میرفخرایی (مترجم، ۱۳۷۸) متجاوز از یک چهارم از تلفات جانی جامعه آمریکا 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 می گردد. به همین ترتیب، در انگلستان، بیش از یکصد هزار نفر در سال بر اثر اعتیاد جان خود را از دست می دهند.

به دلیل شرایط اقلیمی ویژه، وضع کم و بیش مشابهی بر جامعه ایران حکمفرما 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. رئیس سازمان بهزیستی با حضور دبیرکل مبارزه با مواد مخدر ، در صاحبه 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 می کنند، در حالیکه یافته های تحقیقی اسپنسر^۱ و آقایی در میان جوانان ایران نشان می دهند که حدود ۱۳ درصد از آنها به مصرف مواد مخدر پرداخته اند. چنین روند رو به رشد حاکی از آن است که روشهای معمول پیشگیری، معالجه یا مبارزه تاکنون کار ساز نبوده اند. شاید استفاده از نظریه های روانشناختی در تغییر رفتار بتواند راهی برای تغییر این روند بیابید.

یکی از نظریه های ارزشمند روانشناسی در این زمینه نظریه یا الگوی باور داشت تندرستی^۲ است . این نظریه برای درک و پیش بینی رفتارهای مخاطره آمیز علیه سلامتی می باشد. نظریه باور داشت تندرستی در دهه ۱۹۵۰ میلادی توسط روانشناسان آمریکایی، به جامعه روانشناسی و علوم تربیتی ارائه شد گلاتنز^۳، لويس^۴، ريمر^۵، ۱۹۹۰ این نظریه بعداً توسط افرادی مانند میمن^۶ و بکر^۷ (۱۹۷۵) ، هو خبام^۸ و روزن استاک^۹، 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^{۱۰} و موتری^{۱۱}، ۱۹۹۱؛ چمپیون^{۱۲}، ۱۹۸۸)

- ۶- Bentin
- ۷- Donovan
- ۸- Costa
- ۹- Moore
- ۱۰- Gullone
- ۱۱- Allister
- ۱۲-Department of Human Services and Health
- ۱- Spencer
- ۲- The Health Belief Model or HBM
- ۳- Glantz
- ۴- Lewise
- ۵-Rimer
- ۶-Maiman
- ۷-Becker
- ۸-Hochbaum
- ۹-Rosenstock
- ۱۰- Biddle
- ۱۱- Mutri
- ۱۲-Champion

نظریه باورداشت تندرستی دارای چهار مؤلفه^{۱۳} اساسی است که به کمک آنها به پیش بینی رفتار یا سوء رفتار معینی (در اینجا مصرف مواد مخدر) می پردازد. این مؤلفه ها بترتیب عبارتند از: حساسیت ادراک شده^{۱۴} و خامت ادراک شده^{۱۵}، منافع ادراک شده^{۱۶} و موانع ادراک شده^{۱۷}.

حساسیت ادراک شده به آسیب پذیری فرد باز می گردد؛ بدین معنی که کسی که به مصرف مواد مخدر می پردازد تصور می کند که احتمال ابتلای وی به آسیبهای حاصل از اعتیاد - اعم از جسمانی، خانوادگی، شخصیتی، اجتماعی و حتی قانونی - بسیار کم است. برحسب مؤلفه 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 منافع عاید فرد مصرف کننده مسی شود، چنانکه 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 چنین رفتار و یا سوء رفتار موانعی وجود دارد. چنانکه فرضاً شخص در اثر اجتناب از مصرف مواد، که بعنوان هنجار (نرم) گروهی که به آن متعلق است دوستان خود را 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 مؤلفه اولیه را که مربوط به خطرات حاصل از مصرف مواد مخدر است «تهدید» (Threat) و دو مؤلفه دیگر را که به نتایجی که انتظار می رود شخص در اثر مصرف به آن برسد «نتایج مورد انتظار» یا (Outcome Expectation) نامید. این محقق مؤلفه دیگری به نام خود - اثربخشی^۲ بر آن افزود. ولی این مؤلفه 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 مواد مخدر یا سوء رفتار 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 مواد مخدر، با مؤلفه های دیگر نظریه باورداشت تندرستی همراهی کنند. مهمترین متغیرهای اصلاحی از نظر باورداشت تندرستی همراهی کنند. مهمترین متغیرهای اصلاحی، از نظر این نویسندگان، مسائل فرهنگی و خصوصیات فردی هستند. که به عنوان رهنمودهای عمل با تأثیر گذاری بر چهار مؤلفه اصلی نظریه HBM فرد را به طور غیر مستقیم به سوی انجام عملی رهنمون می شوند؛ چنانکه، 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).

توانمندی پیش بینی شده نظریه HBM را بسیاری از محققان (مانند گلانتز و همکاران ۱۹۹۰، روزن استاک ۱۹۹۰، وایت^{۱۰}، ۱۹۹۹) به اثبات رسیده است با این وصف، از دید برخی دیگر از نویسندگان، HBM نیز مانند سایر نظریه های تحقیقاتی دارای محدودیتهایی است. دنیسون^{۱۱} این محدودیت ها مربوط به این می شود که در بسیاری از پژوهشها مؤلفه های انتخابی مورد استفاده قرار می گیرند. کمتر پژوهشی یافت می شود که کلیه مؤلفه های HBM را یکجا به کار ببرد و یا اقدام به ادغام این نظریه های دیگر نکرده باشد. دیگر اینکه، HBM به عنوان الگویی روانشناختی در توجه به عوامل دیگر مؤثر در رفتار فرد، مانند عوامل محیطی، کوتاهی کرده است در حالی که این عوامل در انجام رفتار واجد اهمیت اند؛ چنانکه ممکن است شخص، د ر 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 مؤلفه اصلی به کار گرفته شده اند. همچنین انتخاب مؤلفه های مختلف از نظریه های مشابه خاص پژوهش های مربوط به این نظریه نیست، بلکه در بسیار از

۱۴-Components

۱۴-Perceived Suseptibility

۱۵- Perceived Severity

۱۶- Perceived Benefits

۱۷- Peceived barriers

۱- Glanset

۲- Self – efficacy

۳- Maddux

۴- Moddifying Variables

۵- Ferrolro

۶- Fick

۷- Mullen

۸- Hersey

۹- Iverson

۱۰- Witte

۱۱- Denison

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 تأمین می کنند. چنانکه ممکن است شخص، برای پذیرفته شدن در گروهی و بهره مند گشتن از کمکهای آن گروه، به انجام اموری بپردازند که برای گروه اهمیت دارند. بالعکس، ممکن است شخص مزبور به منظور اجتناب از ترک دوستان و یا گروهی از انجام کاری، مانند ترک مواد مخدر، صرفنظر نماید. توجه به این واقعیت ها و دقت در یافته های پژوهش های انجام شده می کنند 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 پژوهشهای قابل توجهی که با به کار گیری HBM در مورد مطالعه مصرف مواد مخدر 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 مؤلفه اصلی از مؤلفه های HBM، به علاوه مؤلفه خود پنداری، مورد استفاده قرار گرفته بود. همچنین ۸۴۴ نفر از کارمندان ۶۳ شرکت در کشور آمریکا به عنوان اعضای نمونه به طور تصادفی انتخاب گردیده بودند. یافته های این بررسی حاکی از آن بودند که منافع ادراک شده نسبت به چهار مؤلفه دیگر قدرت بیشتری در پیش بینی مصرف سیگار دارد.

گرچه نمونه تحقیق یاد شده دارای اعضای متعددی بود که به طور تصادفی انتخاب شده بودند، همچنین تعداد مؤلفه 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 به آن دارند تا از طریق استفاده از سیگار یا صرف یک نوشیدنی به سایر همکاران بیوندند و دوستی برقرار کنند یا آن را حفظ نمایند. به این معنی که 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 دبیرستانهای بزرگ ایالات متحده انجام گرفت. در این بررسی، از دو مؤلفه منافع و موانع ادراک شده HBM استفاده شد. رفتارهای مخاطره آمیز مورد بررسی عبارت بودند از صرف مشروبات الکلی و ارتباط جنسی زود رس. 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 مربوط و دچار شدن به بیماری نگران بودند. علاوه بر این، در کلاسهای 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 رفتارها گسترده تر می شود.

گرچه موانع ادراک شده یکی از قویترین مؤلفه 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 مؤثر 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 از مواد مزبور توسط کودکان خویش پرداخت. چهارچوب نظری این تحقیق بر پایه HBM استوار 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 مسأله شود باور ضعیفی داشتند. لذا، این افراد در برنامه های اولیه پیشگیری شرکت نمی کردند. یافته های این تحقیق بر توانمندی پیش بینی مؤلفه آسیب پذیری ادراک شده در HBM گواهی می دهند. این وجود، از آنجا که امکان دارد این والدین با تصور اینکه کودکان پیش دبستانی در سن کم هستند و هنوز فرصت کافی برای آنها وجود دارد. تا با فکری به حال فرزندشان کنند یا 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^۲ 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 رفتار مخاطره آمیز بود. گرچه این یافته ها با نتایج به دست آمده توسط بسیاری از محققان دیگر هماهنگی دارد، ولی به نظر می رسد که مؤلفه های به کار گرفته شده در این تحقیق محدود بوده اند. چنانکه تعداد متعددی از پژوهشگران ارزش پیش بینی مؤلفه های منافع و موانع ادراک شده را که از

۱- Stocketon

۲- Small

۳- Silverberg

۴- Kerns

۱- Hahn

۲- Johnlton

مؤلفه های اصلی HBM هستند به اثبات رسانده اند. بدون حضور این دو مؤلفه، قدرت پیش بینی دو مؤلفه دیگر به کار گرفته شده چندان قابل استناد نیست. مؤلفه اصلاحی و فرعی رهنمود عمل در مقابل مؤلفه های اصلی نقش کارایی چندانی نمی تواند داشته باشد. تحقیقات مشابهی توسط محققانی چون فرارو (۱۹۹۰)، بادزلی^۳ مولن، هرسی و لورسون^۴ گونزالس (۱۹۹۵)، وسایرین انجام گرفته اند. در این تحقیقات، از مؤلفه های HBM و 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.

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 مؤلفه های HBM و Reasoned Action Theory به مطالعه مصرف مواد مخدر در میان دانشجویان کالجهای 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 ادارک شده از HBM و هنجارهای ذهنی^۱ از نظریه دوم در این تمایز سازی از سایر مؤلفه 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 شؤونات اجتماعی دارند تمایل کمتری به بروز مسائل منفی زندگی مانند مصرف مواد مخدر نشان می دهند؛ (۳) از میزان توان پیش بینی نظریه های روانی - اجتماعی مانند HBM در فرهنگهای غیر غربی 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 مهربار (۱۳۷۲) درباره HBM است. وی در سمینار جمعیت شناسی شیراز، ضمن ارائه مقاله ای تحت عنوان الگوهای تغییر رفتار، به توصیف HBM و مؤلفه های اصلی آن می پردازد. با این وجود، محتوای این مقاله بیشتر مربوط به بیماری ایدز است تا به مصرف مواد مخدر.

روش پژوهش^۲

پژوهش حاضر از نوع زمینه یاب^۳ است که به صورت پیمایشی^۴ و کوتاه مدت^۵ انجام گرفته است. جامعه آماری آن عبارت است از کلیه معنادانی مردی که به مراکز درمانی خود معرف سازمان بهزیستی و مراکز خود گردان و تشکلهای مردمی، جمعیت آفتاب و تشکلهای مربوط به معنادان 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 پرسشنامه محقق ساخته پنج گزینه ای^۱ بوده که از «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» تنظیم گردیده است. برای تدوین این پرسشنامه چند گام اساسی برداشته شده است. در گام اول، با مراجعه به ادبیات موجود در زمینه نظریه HBM، شمایی کلی از پرسشنامه به دست آمد و در ذهن پژوهشگران نقش بست. گام بعدی به مطالعه کتابها، 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 امثالهم - پرداخته بودند، اختصاص یافت.

۳- Bardsley

۴- Lverson

۱- Subjective Norms

۲- Method

۳- Exploratory

۴- Survey

۵- Cross - Sectional

۱- Likert Type

درگام سوم، به بررسی پرسشنامه های تدوین شده - چه در باب HBM و چه به صورت اخص در باب اعتیاد و اثرات سوء مصرف مواد - از طریق جستجوی گزارشهای کتبی و الکترونیکی اقدام شد. دو فقره از عمده ترین این پرسشنامه ها متعلق به فاضلی (۱۹۹۸) و استاکتون (۱۹۹۷) بودند. این پرسشنامه با استفاده از رهنمودهای سازمان بهداشت جهانی^۲ در بررسی مواد مخدر تنظیم شده بودند. پرسشنامه تدوین شده برای تحقیق حاضر دارای دو بخش مجزا از هم است. پرسشهای بخش اول ویژه مشخصات فردی است که مجموعاً در برگیرنده ۲۰ سؤال با مؤلفه های جمعیت شناختی یا (دموگرافیک) در نظر گرفته شده اند. بخش دوم به مؤلفه های HBM اختصاص یافته و شامل پنج بخش فرعی یا زیر مجموعه مجزا است. این پرسشنامه مجموعاً در برگیرنده ۵۵ سؤال است. برای به دست آوردن اعتبار صوری و محتوایی^۳ پرسشنامه و اینکه آیا سؤالهای تدوین شده توان سنجش اهداف مورد نظر را دارا هستند یا خیر، علاوه بر تطابق آن با پرسشنامه هایی که بر پایه HBM تدوین یافته بودند، پرسشنامه مذکور در اختیار چند تن از صاحب نظران این حیطه قرار گرفت.

پس از اعمال نظرات اصلاحی آنها در سؤالات تدوین شده پرسشنامه آماده اجرای مقدماتی^۴ گردید. لذا، پرسشنامه 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 کرنباخ، ضرایب پایایی مؤلفه های چهارگانه HBM و ضریب پایایی کلی بخش دوم پرسشنامه محاسبه گردید. ضرایب به دست آمده بترتیب عبارتند از: حساسیت ادراک شده معادل ۰/۸۶، و خامت 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، بانوجه به سطح پایایی قابل قبولی که در مطالعه آزمایشی به دست آمده بود، مطالعه اصلی انجام گرفت. پس از بررسیهای اولیه و کدگذاری پاسخنامه ها، اطلاعات جمع آوری شده قبل از سؤالات بسته پرسشنامه برای تجهیز و تحلیل آماری وارد بسته بندی SPSS- X در رایانه شد. اینک نتایج به دست آمده در این بررسی از بخشهای مختلف پرسشنامه اختصار ذیل بیان می گردد:

یافته های پژوهش

یافته های توصیفی این پژوهش نشان می دهند که ۲۲٪ از پاسخگویان درگستره سنی ۳۸ - ۴۰ قرار دارند. میزان تحصیلات ۴۴/۸٪ از این افراد در سطح دوره اول متوسطه و حدود ۲۰٪ از آنها در حد فوق دیپلم هستند. همچنین ۲۷/۴۲٪ از اعضای نمونه مورد بررسی اذعان داشتند که دارای مشاغل آزاد هستند. به همین ترتیب، ۵۸/۹٪ از آنها متأهل اند که از بین آنها ۳۴/۶۸٪ دارای یک یا دوفزند هستند از نظر مصرف سیگار، ۸۳/۱٪ از افراد مورد مطالعه عنوان می کنند که قبل از اعتیاد مصرف سیگار داشته اند. سن شروع به مصرف سیگار در بین ۵۳/۲٪ از پاسخگویان 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 می کردند، و از بین آنها ۲۷/۴۲٪ شیوه مصرفی خود را توأمان یعنی هم بصورت خوراکی و هم به شکل تدخینی مصرف می نمایند. در مورد علل گرایش به اعتیاد، ۳۷/۱٪ از پاسخگویان 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 موجود 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 مسأله 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 بیماریهای ناشی از اعتیاد، ۲۲/۶٪ می گویند که تا به حال بین یک الی ۲ پزشک معالج بیماری آنها را نشأت گرفته از اعتیاد آنان تشخیص داده اند.

در بررسی فراوانیهای مربوط به مؤلفه های اصلی HBM گنجانده شده در مدل نظری تحقیق حاضر، مشخص شد که ۵۶٪ از اعضاء 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 پاسخگویان 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 و پا افتاده و همگانی فرض می شود. به همین جهت

۲- Word Health Organization, WHO

۳- Face and Content Validity

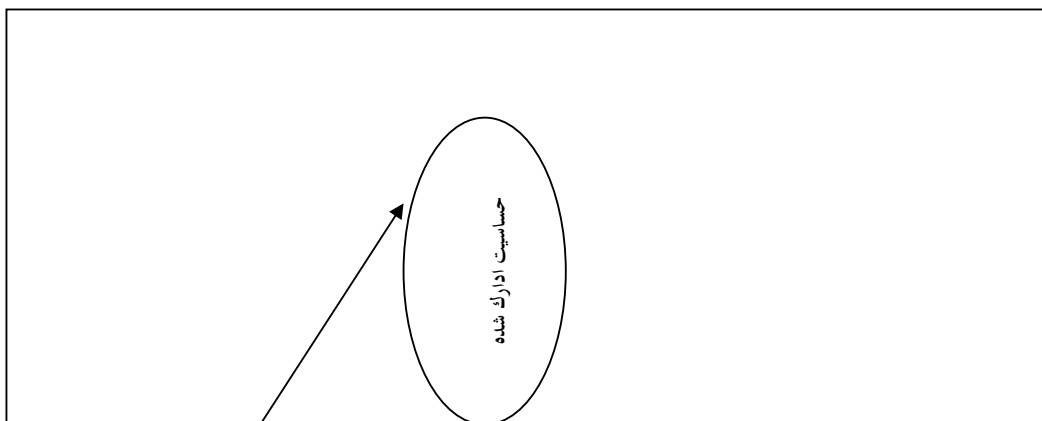
۴- Pilot- Study

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.

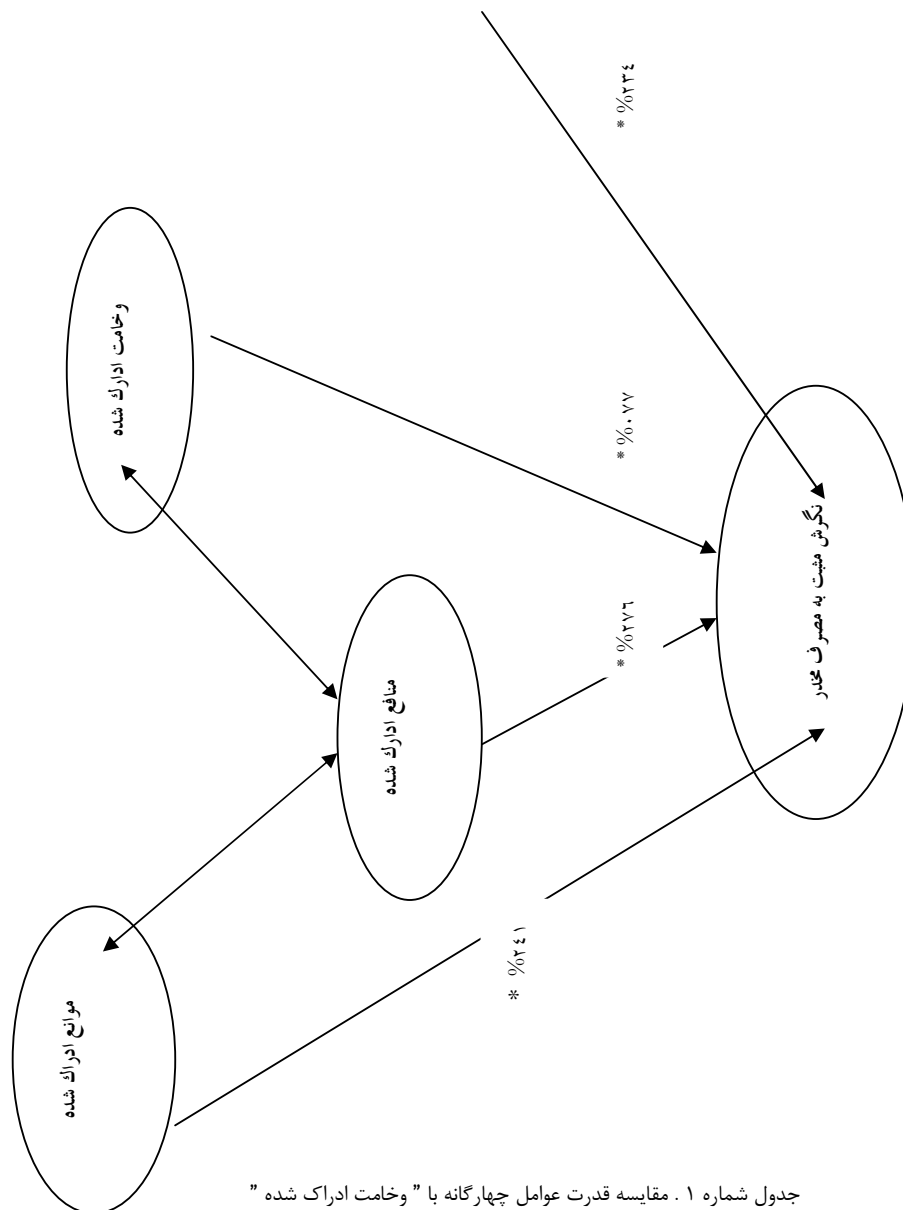
در مورد احتمال ابتلای خود فرد یا اعضای خانواده وی به بیماری ایدز، ۶۷/۷٪ از شرکت کنندگان در تحقیق حاضر گفتند که نظری در این مورد ندارند. درمورد منافع ادراک شده، ۸۳/۹٪ از پاسخ دهندگان به پرسشنامه در دست اجرا عنوان کردند که با مصرف مواد می توانند تعاملات اجتماعی خود را افزایش دهند. در پاسخ به سؤالی درباره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

در محاسبات تحلیلی، چند عملیات رگرسیونی و برآورد همستگی بین مؤلفه های HBM بر پایه ضریب همبستگی پیرسون انجام گرفت. چنانچه که بیان شد، در مدل نظری تحقیق حاضر، و بر پایه فرضیه های HBM، چهار مؤلفه 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 اینحال، در اینجا عامل وخامت ادراک شده در مقابل پیش بینی کننده های قویتر دیگر کمرنگ شده است. بر حسب نتایج حاصل شده، بهترین پیش بینی کننده نگرش معتادان نسبت به مصرف مواد مخدر منافع ادراک شده با ضریب رگرسیونی استاندارد شده (بتا) معادل با ۰/۲۷۶ می باشد. موانع حساسیت ادراک شده بترتیب با ضرایبی برابر با ۰/۲۴۱ و ۰/۲۳۴ در مقام دوم و سوم قراردارند. 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 های 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 (بتا) معادله ۰/۲۰۴، ۰/۱۸/۷۴ = t و $P < 0.001$ هستند. جزئیات بیشتری در مورد نتایج به دست آمده در این محاسبات رگرسیونی مقایسه ای در جدول شماره ۱ نشان داده شده اند.



شکل شماره ۱



نام عامل	جمع مجذور	درجه آزادی	میانگین مجذور	میزان F	میزان P
جمع عوامل	۲۲۷/۰۵	۴	۶۹/۲۶۳	۷/۲۴۲	P</۰۰۱
وخامت	۵۸/۷۹	۱	۵۸/۷۹	۵/۲۸۶	P</۰۲

علاوه بر این محاسبات، لازم بود مشخص گردد 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 ادراك شده، یا بنا به توصیف روزن استاک (۱۹۹۰)، اعضای Therat به چشم می خورد. اگرچه رابطه بین منافع و موانع ادراك 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 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 در شکل شماره ۱ ترسیم گردیده اند.

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از بررسیها و تجزیه و تحلیل آماری تحقیق حاضر توانستند پاسخ کلیه سؤالات پژوهشی را فراهم آورند. این پاسخها، جز در موارد بسیار معدود، در جهت تأیید 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 بررسیهای 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 بسیار از محققان دیگر (به عنوان مثال، فرجاد و همکاران، ۱۳۷۸؛ فاضلی، ۱۹۹۸؛ راگ، ۱۹۹۲) هماهنگ است.

همچنین فراوانیهای به دست آمده در زمینه سطح تحصیلات حاکی از آن است که با سواد بودن یا داشتن تحصیلات نسبتاً سطح بالا تأثیر 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. همچنانکه محققانی چون جسر و جسر (۱۹۹۷) به اثبات رسانده اند، یکی از دلایل پناه بردن به مواد مخدر 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 متأهل هستند. با توجه به اینکه حداقل سن شروع مصرف سیگار در بین ۵۳٪ از پاسخگویان در سنین کم (بین ۱۱-۲۰ سال) بوده و اقدام به ترک اعتیاد در سالهای 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). چنانکه 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 پر واضح است که پیشگیری از مصرف مواد سخت تر به حساب آید. بعلاوه، اجتناب از استفاده از 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 مؤید نتایج به دست آمده از کارهای پژوهشی بسیاری از محققان دیگر^(۲)، و نیز فاضلی (۱۹۹۸)، هان (۱۹۹۲) هستند. چنانکه حدود ۵۱ درصد از پاسخ دهندگان به پرسشنامه 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 پرسشنامه ها اعلام داشته اند که 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 مؤلفه 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 نظری ارائه کنندگان HBM و افرادی نظیر (بکر و مینمن، ۱۹۷۵) را که در تکامل این الگو تلاش کرده اند تأیید می کند.

نتایج حاصل از محاسبات تحلیلی داده های مربوط به الگوی نظری مؤید کلیه فرضیات تحقیق - بجز فرضیه مربوط به توان پیش بینی عامل وخامت ادراک شده - هستند. در اینجا، منافع ادراک شده با بیشترین ضریب رگرسیونی قویترین پیش بینی کننده گرایش به مصرف مواد مخدر به حساب می آید. این نتیجه مؤید 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 تنهای 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. بدین معنی که 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 همبستگی معنی دار و نسبتاً بزرگی در میان عوامل پیش بینی کننده مدل نظری تحقیق حاضر وجود دارد. روابط متقابل تنگاتنگ مورد نظر نمایانگر این امر هستند که عوامل مزبور در

پیش بینی نگرش افراد معتاد نسبت به مصرف مواد مخدر با یکدیگر متحد شده و به کمک هم می شتابند. این یافته ها مؤید یافته های 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 می رسد در اینجا واجد اهمیت باشند ذیلآ آورده می شوند:

اولاً، جهت پیشگیری از اعتیاد، چند واحد درسی در دوره های 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 ارائه آنها مساعدهای افراد صاحب نظر در این زمینه، بویژه روانشناسان و مشاوران، ارزشمند خواهد بود.

دیگر اینکه ترتیبی اتخاذ گردد تا معتادانی که به ترک اعتیاد اقدام می کنند ضمن به کارگیری توصیه های پزشکی از خدمات یاورانه روانشناسان و مشاوران بهره مند گردند تا احتمال بازگشت به مصرف^۱ در آنها کاهش پیدا کند. همچنین، در مراحل بعدی، بهتر است که روانشناسان در آموزش مهارت های اجتماعی^۲ و مددکاران در کاربایی و جذب مجدد افرادی که ترک اعتیاد کرده اند در اجتماع، کمکهای ممکن را انجام دهند. این خدمات سبب می شوند تا کشور اسلامی ایران رنج کمتری را از بابت داشتن گروه کثیری از افراد کار افتاده و ناتوان و تحمل هزینه های حاصل از این ناتوانیها متحمل گردد.

پی نوشتها :

^(۱) تقسیم بندیهای متنوعی از مواد مخدر صورت گرفته است . یکی از ملموس ترین این تقسیم بندیها 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 روانگردان که توهم زا هستند مثل ماری جوانا و کوکائین؛ (۳) مشروبات الکلی و (۴) دخانیات مثل سیگار (اداره کل مطالعات و پژوهشهای ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۷۳)

^(۲) New South Wales Drug and Alcohol Directorate , ۱۹۹۴

^(۳) Wales Drug Alcohol Directorate (۱۹۹۴)

۱-Relapse

۲- Social Skills training

منابع :

- اداره کل مطالعات و پژوهش‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۷۳): بررسی مواد مخدر در متون اسلامی؛ تهران: مرکز چاپ و نشر سازمان تبلیغات اسلامی؛ صفحات ۲۲-۲۳.
- امینی، کورش (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 (۱۹۷۸), "The health belief model entry into alcoholism treatment" The international journal of the addictions , ۲۳: ۱۹-۲۸
- Becker, M.H. & Matiman, L.A. (۱۹۷۵). "Sociobehavioural determinants of compliance with health medical care recommendations" Medical care, ۱۳: ۱۰-۲۴.
- Beman, D.S. (۱۹۹۵). "Risk factors leading to adolescent substance abuse". Adolescence, ۳۰: ۲۰۱-۲۰۶

- Bentin, 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 science, 6: 73-85
- Dension, J. (1999). “ *Behaviour change : A summary of four major theories* “ 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.(1988) ; “ *An intergrated value – expectancy theory falcoho and other drug use*” ; the British of addiction . Vol. 80: 379-384.
- Hochbaum, G.M. (1988); “*Public participation in medical screening programs*” : A sociopsychological study ; Public Health Service Publication. No. 877
- Jessor, R.& Jessor , S.L. (1997); “*Problem behavior and psychosocial development*” : A longitudinal study of youth : New York: Academic press P.P. 4,5,11,12.
- Johnston, L. D. (1991); “*Toward a theory of drug epidemics*”; New York: 93 – 129.
- Moore, S.M. & 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 cohntive models of health and exercise behaviour: Anintroduction and review of conceptual issues*” ; Journal of applied sport psychology, 8: 116 – 140.
- Mullen, P.D., Hersey. J.C. & Iverson, D.C. (1997); “*Health behaviour models compared social scince 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 majuana in Australia*” The journal of drug issues, 23: 409-426.
- Rosenstock, L.M. (1990); “*The health belief model: Explaning 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 engaginh in health – compromising behaviour*”; Journal of youth and adolescence. Vol. 22:73 - 87
- Spencer, C. & Aghai, C. (1991); “*Drug and Iran after the Islamic revolution : Prophasing the next quarter century*” ; The international jounarl of the addictions, 25: 171 – 179.
- Stockton, M.C., McMahan. S. D., & Jason, L.A. (1997); “ *The health belief model and worksite smoking cassion*” 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.
- Wrrag, J. (1999); “*An evaluation of a model of drug model of drug education: National compaign against drug abuse*” ; Monograph series number 22. The drug offensive , Cavberra : Austratian gaverment Publishing services, 21: 21 – 36 , 55 – 60 140 – 147,.