بررسی رفتارهای پیش‌گیری کننده از اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی در دانش‌آموزان دبیرستان‌های پسرانه منطقه بروجن

داریوش مسعودی بروجنی[۱]، محمدحسین باقیانی مقدم[۲]، غلامرضا شریفی‌راد[۳]، حسین فلاح‌زاده[۴]

چکیده

مقدمه: اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یکی از مشکلات بهداشتی، درمانی و اجتماعی قرن حاضر شناخته شده است. مطالعات اخیر نشان داده است که جوانان در برابر مصرف مواد مخدر مقاومت کمی دارند، ولی درباره خطرات ناشی از مصرف مواد، قابلیت درک و پذیرش بالایی دارند. این تحقیق با هدف تعیین رفتارهای پیش‌گیری کننده از اعتیاد به مواد مخدر بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در بین دانش‌آموزان انجام شده است.

روش‌ها: این بررسی یک مطالعه توصیفی- تحلیلی بود که در بین ۲۲۴ نفر از دانش‌آموزان مقطع دبیرستان در چهار دبیرستان پسرانه منطقه بروجن انجام گردید. روش نمونه‌گیری در این مطالعه، چند مرحله‌ای تصادفی بود. در این مطالعه توصیفی از متغیرهای دموگرافیک و متغیرهای مبتنی بر سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی (منافع درک شده، شدت درک شده، حساسیت درک شده، موانع درک شده، خود کارامدی و راهنما برای عمل) در جهت عملکردهای پیش‌گیری کننده از اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر استفاده گردید. داده‌های جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار $SPSS_{۱۸}$ و آزمون‌های توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: بین نمره کسب شده از سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و رفتارهای پیش‌گیری کننده از سوء مصرف مواد مخدر در دانش‌آموزان همبستگی معنی‌داری وجود داشت. همچنین بین تحصیلات پدر دانش‌آموزان و نمره آگاهی به دست آمده توسط ایشان از عوامل مرتبط با پیش‌گیری از سوء مصرف مواد اعتیادآور (P = ۰/۰۰۱) و میان نحوه بیان مشکلات ایشان و رفتارهای پیش‌گیری کننده از سوء مصرف مواد مخدر، رابطه معنی‌داری (P = ۰/۰۰۲) وجود داشته است.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این تحقیق همانند مطالعات مشابه دیگر نشان داد که آگاهی از عوامل مرتبط با پیش‌گیری از اعتیاد و نمره کسب شده از سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در دانش‌آموزان می‌تواند به طور معنی‌داری بر عملکردهای پیش‌گیری کننده آن‌ها تأثیر بگذارد.

واژه‌های کلیدی: پیش‌گیری از اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر، دانش‌آموزان، مدل اعتقاد بهداشتی

نوع مقاله: *تحقیقی*

دریافت مقاله: ۹۰/۹/۵ *پذیرش مقاله: ۹۰/۱۲/۸*

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه آموزش و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

۲- استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: baghianimoghadam@yahoo.com

۳- استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- دانشیار، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یکی از مشکلات بهداشتی، درمانی و اجتماعی قرن حاضر شناخته شده است (۱). امروزه اعتیاد در همه جهان درست به منزله "جنگ" ویرانگر و کشنده است و این نیروی مخرب جوانان را بیشتر از همه زیر سیطره خود دارد، بنابراین جوامع طالب پیشرفت و دسترسی به آینده روشن باید در برابر این جنگ ناخواسته با همه توان به مبارزه برخیزند (۲).

از آن جا که مدرسه بعد از خانواده، مهم‌ترین نهاد آموزشی و تربیتی است، می‌تواند از طریق؛ استرس‌های شدید تحصیلی و محیطی، فقدان حمایت معلمان و مسؤولان از نیازهای عاطفی و روانی به خصوص هنگام بروز مشکلات و طرد شدن از طرف آنان، بی توجهی به مصرف مواد و فقدان محدودیت یا مقررات جدی منع مصرف در مدرسه زمینه‌ساز مصرف مواد در نوجوانان باشد (۳). بسیاری ازعوامل خطر دوران نوجوانی با تغییرات طبیعی این دوره آغاز می‌شود و شدت می‌گیرد. نوجوانان در طول دوره نوجوانی تغییرات جسمی و تکاملی زیادی را تجربه می‌کنند، تمایل به استقلال از خانواده و پیوستن به گروه همسالان و افزایش ارتباطات با دوستان، از تغییرات تکاملی در این دوره است (۴).

مطالعات نشان می‌دهد اکثر نوجوانان حدود ۱۲ یا ۱۳ سالگی مصرف مواد را شروع می‌کنند. پژوهشگران معتقد هستند نوجوانان از مصرف موادی قانونی چون سیگار شروع کرده و سپس به سمت مواد غیر قانونی نظیر مصرف الکل، مواد استنشاقی و ماری جوانا روی می‌آورند (۵). همچنین مطالعات متعدد نشان داده است که سن اولین سوء مصرف مواد اعتیادآور در جوانان در سال‌های اخیر کاهش داشته است (۷، ۶).

با نگاهی دیگر؛ عوامل نامناسب محیطی، شخصیت و خانواده، مصرف کنندگان هم سن و سال، مصرف مواد توسط والدین و مشکلات سلامت روان می‌توانند عوامل خطرآفرینی برای گرایش به مواد مخدر در جوانان باشند (۸).

با توجه به پیچیدگی سوء مصرف مواد مخدر و وجود عوامل متعدد فردی، اجتماعی و فرهنگی در بروز این پدیده، لازم است آموزش‌های مقاوم‌سازی در برابر سوء مصرف مواد در افراد در معرض خطر بر اساس تئوری‌های تغییر رفتار و برنامه‌های آموزشی اثربخش انجام پذیرد (۹).

مطالعات اخیر نشان داده است که جوانان در برابر مصرف مواد مخدر مقاومت کمی دارند، ولی درباره خطرات ناشی از مصرف مواد، قابلیت درک و پذیرش بالایی دارند (۱۰).

بنا به تعریف رسمی، پیش‌گیری اولیه متشکل از اقدامات پیش‌گیرانه‌ای است که از شروع بیماری یا آسیب در طی دوره پیش از بیماری‌زایی جلوگیری می‌نماید. لذا هر گونه برنامه آموزش و ارتقای سلامت که به ویژه در جلوگیری از شروع بیماری یا آسیب مؤثر افتد، پیش‌گیری سطح اول به شمار می‌رود (۱۱).

در مورد پیش‌گیری از اعتیاد به مواد مخدر تقسیم‌بندی و راهکارهای متفاوتی توسط محققین ارایه شده است. در یک نوع تقسیم‌بندی؛ پیش‌گیری از اعتیاد به سه دسته جامع، برگزیده و الزامی تقسیم می‌شود (۱۲). همچنین از چند روش دیگر پیش‌گیری از اعتیاد می‌توان به برنامه آموزش مهارت‌های زندگی (LST یا Life skills teaching)، رویکرد افزایش اطلاعات، آموزش عاطفی یا تکیه بر عواطف (AE)، رویکرد مربوط به نفوذ و تأثیر اجتماعی (SI یاSocial impact) و برنامه آموزش مقاومت در برابر سوء مصرف مواد مخدر (Drug Abuse Resistance Education یا DARE) را نام برد (۱۳).

مدل HBM (Health belief model) یک مدل پیش‌گیری است که ریشه در کار گروهی از روان‌شناسان اجتماعی و خدمات بهداشت عمومی آمریکا در دهه ۱۹۵۰ دارد. این مدل تحت تأثیر تئوری کرت لوین (نظریه انتظار، ارزش) قرار گرفته است. HBM دارای ۶ ساختار حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، راهنماهایی برای عمل و خود کفایتی می‌باشد که یکی از کاربردهای اساسی این مدل، پیش‌گیری اولیه در مورد یک بیماری یا یک آسیب می‌باشد (۱۴).

در دنیا از مدل HBM در مورد پیش‌گیری از سوء مصرف مواد در گروه‌های در معرض خطر سال‌ها است که استفاده می‌شود (۱۸-۱۵). در ایران نیز در سال‌های اخیر تحقیقاتی توسط پژوهشگران در مورد پیش‌گیری از سوء مصرف مواد مخدر با استفاده از مدل HBM انجام پذیرفته است.

www.mui.ac.ir

در تحقیقی که توسط باقیانی‌مقدم و همکاران (۱۹) در مورد نگرش دانشجویان در مورد مصرف قرص‌های اکستازی بر روی تعدادی از دانشجویان دانشگاه شهید صدوقی یزد انجام شد، مشخص گردید که درصد نمره به دست آمده از شدت درک شده دانشجویان در مورد مصرف قرص‌های اکستازی بالا می‌باشد، ولی راهنما برای عمل آن‌ها پایین بوده است.

همچنین در تحقیق دیگری توسط شریفی‌راد و همکاران که بر روی ۲۴۸ نفر از دانش‌آموزان پایه اول دبیرستان با استفاده از مدل HBM در رابطه با پیش‌گیری از کشیدن سیگار در شهر بوکان انجام شد، مشخص گردید تفاوت معنی‌داری قبل و بعد از مداخله در عملکرد گروه آزمون در مورد پیش‌گیری از کشیدن سیگار وجود داشته است (۲۰).

این مطالعه هدف سنجش سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی (HBM) در مورد سوء مصرف مواد مخدر در دانش‌آموزان پسر در مقطع دبیرستان که منجر به رفتارهای پیش‌گیری کننده در آن‌ها می‌گردد را دنبال می‌کند.

روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه توصیفی- تحلیلی می‌باشد که در سال ۱۳۹۰ در شهر بروجن و بر روی دانش‌آموزان پسر دبیرستانی با هدف تحلیل نگرش‌های منجر به رفتار پیش‌گیری کننده از سوء مصرف مواد مخدر و اعتیادآور بر اساس مدل HBM انجام گرفت.

جامعه مورد مطالعه ۲۲۴ نفر از دانش‌آموزان پسر دبیرستان‌های دولتی منطقه آموزش و پرورش بروجن بودند که در مقاطع مختلف تحصیلی و از طریق نمونه‌گیری چند مرحله‌ای تصادفی در ۴ دبیرستان انتخاب گردیدند. برآورد حجم نمونه بر اساس فرمول $N = pq\,(z \times ۱ - \alpha/۲)\,۲/\,(d)\,۲$ انجام پذیرفت که با بررسی مطالعات انجام شده قبلی (۲۲، ۲۱) و در نظر گرفتن $P = ۰/۱۵$ و $d۲ = ۰/۰۵$ و با نظر متخصص آمار، حجم نمونه ۱۹۶ نفر برآورد گردید. لذا با توجه به این که همه دانش‌آموزان یک کلاس تمایل داشتند که در مطالعه شرکت نمایند تعداد نمونه به ۲۲۴ نفر افزایش یافت.

گفتنی است که با در نظر گرفتن اخلاق پژوهشی و با هماهنگی کامل با دبیرستان‌های محل تحقیق، گروه مورد مطالعه در خصوص محرمانه بودن اطلاعات و همچنین هدف از انجام مطالعه توجیه شده و تمامی آن‌ها با تمایل وارد مطالعه شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش از پرسش‌نامه محقق ساخته استفاده گردید که با توجه به سازه‌های مدل HBM طراحی گردید. این پرسش‌نامه شامل اطلاعات دموگرافیک ۱۰ سؤال، آگاهی از عوامل پیش‌گیری کننده و عوارض اعتیاد به مواد مخدر ۱۱ سؤال، منافع درک شده ۶ سؤال، شدت درک شده ۶ سؤال، حساسیت درک شده ۵ سؤال، موانع درک شده ۵ سؤال، راهنما برای عمل ۷ سؤال، خود کارامدی ۸ سؤال و در نهایت رفتارهای پیش‌گیری کننده از سوء مصرف مواد مخدر ۸ سؤال بود که در مجموع ۶۶ سؤال را تشکیل می‌داد.

ارزشیابی و تأیید اعتبار محتوا و ساختار پرسش‌نامه مذکور از طریق استفاده از نظرات گروه کارشناس در زمینه مورد مطالعه انجام گردید و برای سنجش پایایی این پرسش‌نامه یک مطالعه مقدماتی بر روی ۳۰ نفر از گروه مورد بررسی، انجام شد و با به کارگیری آزمون Cronbach's alpha پایایی پرسش‌نامه مورد تأیید قرار گرفت که ضریب پایایی کلی پرسش‌نامه برابر با ۰/۷۶ به دست آمد و با توجه به سطح پایایی قابل قبولی که در مطالعه آزمایشی به دست آمده بود، مطالعه اصلی انجام پذیرفت. برای اندازه‌گیری نگرش و رفتارهای پیش‌گیری کننده جمعیت مورد مطالعه در مورد پیش‌گیری از سوء مصرف مواد مخدر، پرسش‌نامه با سبک لیکرت و با مقیاس پنج رتبه‌ای کاملاً موافق، موافق، نظری ندارم، مخالف و کاملاً مخالف طراحی گردید و با توجه به پاسخ داده شده به هر گزینه، امتیازی از ۰ تا ۴ برای هر سؤال در نظر گرفته شد. این اطلاعات به صورت خود گزارش‌دهی از شرکت کنندگان جمع‌آوری گردید. سپس اطلاعات جمع‌آوری شده وارد نرم‌افزار آماری $SPSS_{۱۸}$ شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی، آزمون همبستگی Pearson، تحلیل ANOVA، رگرسیون خطی چند متغیره و آزمون‌های غیر پارامتریک مانند Kruskal -Wallis استفاده گردید.

www.mui.ac.ir

جدول ۱: نمره کسب شده از سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی بر حسب مقطع تحصیلی دانش آموزان

	آگاهی		منافع درک شده		شدت درک شده		حساسیت درک شده		موانع درک شده		خود کارامدی		راهنماها برای عمل		رفتارهای پیشگیری کننده	
	نمره به دست آمده	نمره کل	نمره به دست آمده	نمره کل	نمره به دست آمده	نمره کل	نمره به دست آمده	نمره کل	نمره به دست آمده	نمره کل	نمره به دست آمده	نمره کل	نمره به دست آمده	نمره کل	نمره به دست آمده	نمره کل
پایه اول	۱۰/۰۷ ± ۵/۸۰	۲۶	۱۶/۱۹ ± ۵/۱۰	۲۴	۱۶/۳۸ ± ۳/۵	۲۴	۱۳/۳۹ ± ۳/۴	۲۰	۹ ± ۳/۶	۲۰	۱۹/۸۱ ± ۵/۲۰	۳۲	۳/۰۰ ± ۱/۱	۵	۲۲/۸۰ ± ۶/۴۰	۳۲
پایه دوم	۱۳/۸۷ ± ۴/۸۰	۲۶	۱۹/۲۹ ± ۳/۵۰	۲۴	۱۸/۴۸ ± ۳/۴۱	۲۴	۱۳ ± ۳/۴	۲۰	۸/۷ ± ۳/۲	۲۰	۲۱/۰۸ ± ۴/۷۰	۳۲	۳/۳۱ ± ۱/۰۰	۵	۲۳/۷۴ ± ۵/۲۰	۳۲
پایه سوم	۱۲/۰۷ ± ۵/۰۰	۲۶	۱۹/۱ ± ۳/۶۰	۲۴	۱۷/۹۰ ± ۳/۰۸	۲۴	۱۱/۴۲ ± ۳/۶	۲۰	۸/۸ ± ۲/۷	۲۰	۱۹/۴۷ ± ۴/۵۱	۳۲	۳/۵۰ ± ۱/۰۰	۵	۲۱/۱۰ ± ۵/۳۸	۳۲
پیش دانشگاهی	۱۲/۹۲ ± ۴/۶	۲۶	۲۰/۱۱ ± ۲/۷۰	۲۴	۱۸/۳۰ ± ۳/۲۰	۲۴	۱۲/۰۳ ± ۳/۶	۲۰	۸/۹۲ ± ۲/۹	۲۰	۲۲/۵ ± ۳/۸۱	۳۲	۳/۱۰ ± ۱/۲۲	۵	۲۳/۱۰ ± ۴/۹	۳۲
نمره کل	۱۱/۵۵ ± ۵/۵۷	۲۶	۱۷/۸۲ ± ۴/۶۰	۲۴	۱۷/۳۴ ± ۳/۵۰	۲۴	۱۲/۸ ± ۳/۵	۲۰	۸/۹۱ ± ۳/۲	۲۰	۲۰/۳۷ ± ۴/۹۱	۳۲	۳/۲۱ ± ۱/۱۴	۵	۲۲/۷۴ ± ۵/۸۷	۳۲

یافته‌ها

در این پژوهش از مجموع ۲۲۴ نفر دانش‌آموز (۴۹/۶ درصد) دانش‌آموز سال اول، (۲۱ درصد) دانش‌آموز سال دوم، (۱۷/۹ درصد) دانش‌آموز سال سوم، (۱۱/۶ درصد) پیش دانشگاهی و همگی در دبیرستان‌های دولتی مشغول به تحصیل بودند. میانگین سنی دانش‌آموزان ۱/۲ ± ۱۵/۸۹ سال بود. تحصیلات (۷۷/۱ درصد) پدر و (۸۶/۹ درصد) مادر دانش‌آموزان در سطح دیپلم و زیر دیپلم بود و بین تحصیلات پدر و مادر دانش‌آموزان و نمره آگاهی کلی دانش‌آموزان از عوامل مرتبط با پیش‌گیری از سوء مصرف مواد اعتیادآور رابطه معنی‌داری به ترتیب (P = ۰/۰۰۱ و P =۰/۰۰۲) مشاهده گردید؛ به طوری که با افزایش سطح تحصیلات پدر و مادر، آگاهی دانش‌آموزان نیز افزایش داشته است. همچنین بین نمره آگاهی دانش‌آموزان و شغل پدرشان نیز تفاوت معنی‌داری (P = ۰/۰۰۲) مشاهده گردید. در این مطالعه شغل اکثر پدر دانش‌آموزان (۲۱ درصد) کارگر و پس از آن (۱۷ درصد) کارمند بود.

(۳۵/۳ درصد) دانش‌آموزان این مطالعه اظهار داشتند که پدرشان سابقه استعمال سیگار دارد. در سؤالی از دانش‌آموزان پرسیده شد که در صورت بروز مشکل برای شما ابتدا مشکل خود را با چه کسی در میان می‌گذارید؛ که در پاسخ به این سؤال به ترتیب (۳۸/۴ درصد) مادرشان، (۱۹/۶ درصد) هیچ کسی، (۱۹/۶ درصد) پدرشان، (۱۱/۲ درصد) دوستانشان، (۹/۸ درصد) برادر و خواهرشان، (۴ درصد) سایرین و (۰/۹ درصد) معلمانشان را انتخاب نموده بودند. در این سؤال بین بیان مشکلات و رفتارهای پیش‌گیری کننده از سوء مصرف مواد مخدر در دانش‌آموزان رابطه معنی‌داری مشاهده گردید (P= ۰/۰۰۲)؛ به طوری که دانش‌آموزانی که در این سؤال گزینه مادر را انتخاب کرده بودند بالاترین و دانش آموزانی که گزینه هیچ کسی را انتخاب کرده بودند کمترین نمره از رفتارهای پیش‌گیری کننده را کسب کردند.

در این مطالعه مشخص شد که ۲۸/۱، ۶۲/۱ و ۵۱/۸ درصد از دانش‌آموزان به ترتیب سیگار، قلیان و مشروبات الکلی را جزء مواد اعتیادآور نمی‌دانند. همچنین در این مطالعه سؤالاتی برای شناخت ظاهر و رفتار یک فرد معتاد در نظر گرفته شده بود که پاسخ صحیح به تمامی آن‌ها ۶ نمره داشت. در این مورد ۲۸/۶ درصد از دانش‌آموزان نمره کمتر از ۳ کسب نمودند و میانگین نمره کلی دانش‌آموزان مورد مطالعه در این خصوص ۱/۷ ± ۳/۴۱ بود.

با توجه به هر یک از سازه‌های مدل (HBM)، میانگین نمره کلی به دست آمده توسط دانش‌آموزان برای هر سازه با توجه به مقطع تحصیلی در جدول ۱ مشخص شده است.

نتایج اخذ شده در جدول ۱ بیان می‌دارد که دانش‌آموزان این مطالعه نمره کمتری از آگاهی، موانع درک شده و حساسیت درک شده سوء مصرف مواد مخدر نسبت به دیگر سازه‌های مدل کسب کرده‌اند. همچنین خود کارامدی، بیشترین نمره را در بین متغیرهای مستقل این مطالعه به خود اختصاص داده بود.

در این مطالعه یک محاسبه تحلیلی برای برآورد همبستگی، بین مؤلفه‌های (HBM) بر پایه ضریب همبستگی Pearson انجام پذیرفت. بر این اساس رابطه ۶ سازه منافع، حساسیت، شدت، موانع درک شده و خود کارامدی و در نهایت راهنماها برای عمل دانش‌آموزان در مورد پیش‌گیری از سوء مصرف مواد مخدر با رفتارهای پیش‌گیری کننده ایشان سنجیده شد. جدول ۲ ضریب همبستگی هر یک از سازه‌های مدل را با رفتارهای پیش‌گیری کننده نشان می‌دهد.

جدول ۲: همبستگی سازه های مدل اعتقاد بهداشتی با رفتارهای پیشگیری کننده ازاعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر در دانش آموزان

نام عامل	ضریب همبستگی	P
خود کارامدی	۰/۵۵۹	P = ۰/۰۰۱
حساسیت درک شده	۰/۳۷۹	P = ۰/۰۰۱
شدت درک شده	۰/۲۷۷	P = ۰/۰۰۱
موانع درک شده	-۰/۲۴۳	P = ۰/۰۰۱
منافع درک شده	۰/۱۹۹	P = ۰/۰۰۳
راهنماها برای عمل	۰/۱۷۱	P = ۰/۰۱۱

www.mui.ac.ir

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌گردد، بیشترین ضریب همبستگی با رفتارهای پیش‌گیری کننده مربوط به خود کارامدی ۰/۵۵۹ و پس از آن حساسیت درک شده از سوء مصرف مواد مخدر ۰/۳۷۹ می‌باشد و رابطه تمامی اجزای مدل با رفتارهای پیش‌گیری کننده معنی‌دار بوده است.

جدا از این محاسبات، لازم بود که رابطه متقابل بین اجزای مدل نیز در این مطالعه سنجیده شود. نتایج نشان داد که بیشترین رابطه معنی‌دار به ترتیب بین موانع درک شده و خود کارامدی ۰/۴۴۷-، منافع و شدت درک شده ۰/۳۸۹ و پس از آن شدت و حساسیت درک شده ۰/۳۵۹ وجود داشته است که بر اساس تعریف Stretcher و Rosenstock (۲۳) از مدل (HBM) مجموع حساسیت و شدت درک شده Threat یا تهدید درک شده گفته می‌شود. لازم به ذکر است رابطه معنی‌دار بین سازه‌های مدل در این مطالعه نشان می‌دهد که مجموع این سازه‌ها به کمک هم می‌توانند نگرش فرد را برای به وجود آوردن رفتارهای پیش‌گیری کننده در مورد سوء مصرف مواد مخدر تشکیل دهند.

در مرحله بعد برای بررسی بیشتر اثر سازه‌های مدل بر رفتارهای پیش‌گیری کننده و به دست آوردن تأثیر کل سازه‌ها و جمع خود کارامدی و حساسیت درک شده بر رفتارهای پیش‌گیری کننده در این تحقیق از معادله رگرسیون خطی چند متغیره استفاده گردید که بر اساس خلاصه نتایج به دست آمده همان طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌گردد، مقدار سطح معنی‌داری F در دو قسمت جمع خود کارامدی و حساسیت درک شده، همچنین جمع تمامی سازه‌های مدل کمتر از ۰/۰۵ و معنی‌دار بوده است. این موضوع نشان می‌دهد که متغیرهای مستقل (کلیه سازه‌های مدل HBM) به خوبی تغییرات متغیر وابسته در این مطالعه (رفتارهای پیش‌گیری کننده از سوء مصرف مواد مخدر) را تبیین می‌کند.

بحث

در این مطالعه نشان داده شد که بین نمره آگاهی دانش‌آموزان نسبت به عوامل مرتبط با پیش‌گیری از اعتیاد به مواد مخدر و تحصیلات پدر و مادر آن‌ها رابطه مستقیم و معنی‌دار، همچنین بین آگاهی دانش‌آموزان و شغل پدرشان نیز تفاوت معنی‌داری وجود داشته است. این نتیجه با نتایج پژوهش دلاور و همکاران (۲۴)، Stanhope و Lancaster (۲۵) و Wills و همکاران (۲۶) همخوانی دارد (۳۵/۳ درصد) دانش‌آموزان مورد مطالعه اظهار داشتند که پدرشان سابقه استعمال سیگار دارد. در مطالعه‌ای دیگر که در سال ۱۳۷۷ در شهر نجف‌آباد اصفهان در مورد تأثیرپذیری دانش‌آموزان از والدینشان در مورد استعمال دخانیات و سایر مواد مخدر انجام پذیرفت (۲۷)، مشخص گردید دانش‌آموزان به طور معنی‌داری تحت تأثیر رفتار والدین خود در این خصوص قرار گرفته‌اند.

در پژوهش حاضر نشان داده شد که دانش‌آموزان تمایل بیشتری برای در میان گذاشتن مشکلات شخصی خود با و مادر و پدرشان داشته‌اند و بیشتر آن‌ها از بیان مشکلات شخصی خود با معلمانشان پرهیز کرده‌اند. همچنین حدود ۲۰ درصد از آن‌ها مشکلات شخصی خود را با کسی در میان نمی‌گذاشتند که در این خصوص تفاوت معنی‌داری بین نمره رفتارهای پیش‌گیری کننده از سوء مصرف مواد مخدر آن‌ها و نحوه بیان مشکل توسط ایشان مشاهده گردید (P = ۰/۰۰۲).

جدول ۳: میزان تاثیر سازه های مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای پیشگیری کننده ازاعتیادو سوء مصرف مواد مخدر در دانش آموزان

نام عامل	ضریب تعیین تعدیل شده	درجه آزادی	جمع مجذور	F	P
جمع خود کارامدی و حساسیت درک شده	۰/۳۶۵	۲	۱۴۱۱/۹۵۷	۶۴/۴۳۱	P =۰/۰۰۱
جمع عوامل	۰/۳۶۰	۶	۲۸۶۰	۲۱/۲۸۲	P =۰/۰۰۱

www.mui.ac.ir

لازم به ذکر است که یکی از مهارت‌های مهم زندگی، مهارت مقابله با تنهایی، کمرویی و طردشدگی می‌باشد. پژوهشگران دو نوع تنهایی را مشخص کرده‌اند؛ تنهایی اجتماعی و تنهایی عاطفی.

افراد تنها، چه تنهایی‌شان از نوع اجتماعی باشد و چه از نوع عاطفی، از عزت نفس پایین رنج می‌برند و اغلب ناخشنود و افسرده هستند (۲۸). این موضوع بسیار اهمیت دارد؛ چرا که تحقیقات نشان داده است که در برخی موارد نوجوانان به منظور از بین بردن احساس تنهایی و افزایش اعتماد به نفسشان از مواد مخدر استفاده می‌کنند (۲۹).

همچنین ضعف ارتباط و تعامل با اطرافیان یکی از علل گرایش نوجوانان به مواد مخدر عنوان شده است (۳۰). در مطالعه‌ای دیگر که توسط باقیانی‌مقدم و همکاران (۱۹) در بین ۱۳۰ دانشجو انجام گردید، مشخص شد که دانشجویانی که با خانواده خود زندگی می‌کردند حساسیت درک شده، تهدید درک شده، موانع و منافع درک شده بیشتری نسبت به مصرف قرص‌های اکستازی در میان دانشجویان دیگر این مطالعه داشته‌اند.

در پژوهش حاضر مشخص شد که ۲۸/۱، ۶۲/۱ و ۵۱/۸ درصد از دانش‌آموزان به ترتیب سیگار، قلیان و مشروبات الکلی را جزء مواد اعتیادآور نمی‌دانستند. در مطالعات انجام شده توسط Barkin و همکاران (۳۱) و Bobrova و همکاران (۳۲) که بر روی تعدادی از نوجوانان و دانش‌آموزان در خارج از کشور انجام شده است، مشخص گردید نگرش ایشان در مورد مواد مخدر و اعتیادآور رابطه معنی‌داری با گرایش آن‌ها به سمت مواد داشته است. این موضوع از آن جهت دارای اهمیت است که برنامه‌های آموزشی در خصوص پیش‌گیری از سوء مصرف مواد در مدارس باید به گونه‌ای انجام شود که نگرش دانش‌آموزان نسبت به مواد مخدر و اعتیادآور منفی شود.

در مطالعه حاضر مشخص شد که تمامی اجزای مدل اعتقاد بهداشتی (HBM) با رفتارهای پیش‌گیری کننده دانش‌آموزان در خصوص سوء مصرف مواد مخدر رابطه معنی‌داری داشته است. همچنین دو سازه خود کارامدی با همبستگی (۰/۵۵۹) و حساسیت درک شده دانش‌آموزان با همبستگی (۰/۳۷۹) در معادله رگرسیونی انجام شده بیشترین تأثیر را بر رفتارهای پیش‌گیری کننده داشتند.

در مطالعه‌ای که توسط فاضلی و مولوی (۳۳) بر روی ۱۲۴ نفر از معتادان تحت درمان انجام گردید مشخص شد که منافع درک شده، موانع درک شده و حساسیت درک شده به ترتیب با ضریب رگرسیونی ۰/۲۷۶، ۰/۲۴۱ و ۰/۲۳۴ بهترین پیش‌بینی کننده نگرش معتادان نسبت به مواد مخدر بوده‌اند.

پژوهش انجام شده نشان داد که جزء خود کارامدی مدل، به خوبی توانسته است رفتارهای پیش‌گیری کننده دانش‌آموزان را پیش‌بینی نماید. خود کارامدی یکی از سازه‌های مهم تئوری شناختی Bandura بوده است و در ساده‌ترین تعریف خود کارامدی اطمینان فرد برای توانایی انجام دادن شایسته یک رفتار در جهت رسیدن به یک نتیجه مطلوب می‌باشد (۳۴).

این سازه در ابتدا جزء مدل اولیه (HBM) نبوده است و در دهه ۱۹۸۰ برای کمک به تناسب الگو به مدل اضافه شده است (۱۴). به اعتقاد Bandura خود کارامدی مهم‌ترین پیش‌نیاز تغییر رفتار و مهم‌ترین پیشگو کننده رفتار محسوب می‌گردد (۳۵).

همچنین در مطالعه انجام شده حساسیت و شدت درک شده از سوء مصرف مواد مخدر در دانش‌آموزان بعد از خود کارامدی بالاترین همبستگی و رابطه‌ای معنی‌دار با رفتارهای پیش‌گیری کننده دانش‌آموزان داشته است. بنا به تحقیقات انجام شده هنگامی که ادراک حساسیت و شدت بالا باشد یک تحریک بسیار کوچک ممکن است برای شروع عمل مورد نظر کفایت کند (۳۶).

در این مطالعه دانش‌آموزان نمره ۳/۲ ± ۸/۹۱ را از ۲۰ نمره کامل موانع درک شده به دست آوردند. ممکن است جنبه منفی رفتار برای فرد ناخوشایند، دردناک، ناراحت کننده، نامناسب و وقت‌گیر باشد که این‌ها همه به عنوان جنبه منفی بالقوه رفتار به صورت مانع بوده و در انجام رفتار فرد اثر دارند (۳۷).

در مطالعه شمسی و همکاران نیز مشخص گردید که کاهش موانع درک شده در اتخاذ رفتارهای پیش‌گیری کننده

www.mui.ac.ir

از مصرف خودسرانه دارو در مادران باردار تأثیرگذار بوده است. لذا با توجه به این که هر چه تعداد موانع موجود کمتر باشد، احتمال وقوع رفتارهای پیش‌گیری کننده بیشتر می‌گردد، نمره به دست آمده از موانع درک شده در این مطالعه نشان می‌دهد که هنوز موانعی در جهت پیش‌گیری از سوء مصرف مواد مخدر برای دانش‌آموزان وجود دارد(۳۸).

نتیجه‌گیری

با توجه به بررسی انجام شده دراین مطالعه به نظر می‌رسد که آگاهی از عوامل مرتبط با پیشگیری از اعتیاد و نمره کسب شده از سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در دانش‌آموزان می‌تواند به طور معنی‌داری بر رفتارهای پیشگیری کننده آن‌ها در مورد اعتیاد وسوء مصرف مواد مخدر تأثیرگذار باشد.

تشکر و قدردانی

در پایان بر خود لازم دانسته از تمام کسانی که ما را در انجام این مطالعه یاری رساندند، به ویژه مسؤولین اداره کل آموزش و پرورش استان چهارمحال و بختیاری، اداره آموزش و پرورش شهرستان بروجن و همچنین کلیه مدیران مدارس تحت مطالعه و دانش آموزان عزیزی که در این مطالعه شرکت نمودند، تقدیر و تشکر نماییم.

References

1. Sheykhol Eslam R. Epidemiological approach to the problem of addiction in Iran [MSc Thesis]. Tehran, Iran: School of Public Health, Tehran University of Medical; 1992. [In Persian].
2. Kariminiya MA. Abuse of girls and boys: warnings about the risk of youth substance abuse prevention. 1st ed. Qom, Iran: Jamal Publication; 2001. p. 108-9. [In Persian].
3. Akhtar Mohagheghi M. The Sociology of Addiction. 1st ed. Tehran, Iran: Akhtar Mohagheghi; 2007. p. 70-5. [In Persian].
4. Micucci JA. The Adolescent in Family Therapy: Harnessing the Power of Relationships. New York, NY: Guilford Press; 2009. p. 12-59.
5. Neinstein LS, Pinsky D, Heischober BS. Overview of drug use and abuse, textboo. In: Neinstein LS, Editor. Adolescent health care: a practical guide. 3rd ed. Philadelphia, Iran: Williams & Wilkins; 1996.
6. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 343-85.
7. Pujol H, Stoebner A, Cabrol C. Prevention of nicotine addiction in the school environment. Bull Acad Natl Med 1994; 178(5): 955-9.
8. Canning U, Millward L, Raj T, Warm D. Drug use prevention among young people: a review of reviews. London, UK: Health Development Agency; 2004.
9. Allahverdipour H, Heidarnia AR, Kazem Nezhad A, Witte K, Shafiee F, Azad Fallah P. Applying Fear Appeals Theory for Preventing Drug Abuse among Male High School Students in Tehran. Scientific Journal of Hamadan University of Medical Science 2006; 13(3): 43-50. [In Persian].
10. Taheri HR. Parents Guide to Prevention (The spread of drug-free world). 1st ed. Tehran, Iran: Anti-Drug Secretariat Staff; 2002. p. 32-4. [In Persian].
11. Saffari M, Shojaeizadeh D. Principles and foundations of health promotion and education. Tehran: Samat Publication; 2009. p. 23. [In Persian].
12. Younesi G, Mohamadi MR. Approach to disseminating information on drug use prevention programs among adolescents. Daneshvar Raftar 2006; 13(16): 1-10. [In Persian].
13. Savadkoohi AA, Arjmand Hesabi M, Ali Norouzi R. Acceptability of existing methods for the prevention of addiction and provide the desired pattern. Rehabilitation 2006; 7(3): 50-61. [In Persian].
14. Saffari M, Shojaeizadeh D. Health education and promotion theories, models and methods. Tehran, Iran: Sobhan Publication; 2010. p. 53-64. [In Persian].
15. Kaviyan M, Lavasani F, Rahimi Mogher A, Hoseyni M, Gholdiyan ZH, Tehrani A, et al. Substance Abuse Prevention Guide for media practitioners. Tehran, Iran: United Nations Office for Drug Control Program (UNDCP); 2001. p. 108. [In Persian].

16. Bardsley PE, Beckman LJ. The Health Belief Model and entry into alcoholism treatment. Int J Addict 1988; 23(1): 19-28.
17. Small SA, Silverburg SB, Kerns D. Adolescents' perceptions of the costs and benefits of engaging in health-compromising behaviors. Journal of Youth and Adolescence 1993; 22(1): 73-87.
18. Stockton M, McMahon SD, Jason LA. The health belief model and worksite smoking cessation. Journal of Psychology and the Behavioral Sciences 1997; 11: 69-79.
19. Baghianimoghadam MH, Mazloomy Mahmoodabad SS, Mohammadi S, Baghianimoghadam B. Attitude towards and use of ecstasy in medical university interns' based on HBM. J Prev Med Hyg 2009; 50(4): 241-5. [In Persian].
20. Sharifirad GR, Hazavei MM, Hasanzadeh A, Daneshamouz A. The effect of health education based on health belief model on preventive actions of smoking in grade one, middle school students. Arak Medical University Journal 2007; 10(1): 79-86.
21. Spencer C, Agahi C. Drugs and Iran after the Islamic revolution: prophesying the next quarter century. Int J Addict 1990; 25(2A): 171-8.
22. Najafi K, Avakh F, Khalkhali SM, Nazifi F, Farahi H, Faghir Pour M. The prevalence of drug use among high school students in Rasht. Iranian Psychiatry and Clinical Psychology 2004; 11(2): 233-6. [In Persian].
23. Strecher VJ, Rosenstock IM. The health belief model. In: Baum A, Editor. Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine.Cambridge: Cambridge University Press; 1997. p. 113-6.
24. Delavar A, Rezai MA, Alizadeh A. Component of family relationship with the attitude to drugs in high school students in Tehran. Daneshvar Raftar 2009; 16(37): 21-34. [In Persian].
25. Stanhope M, Lancaster J. Community and public health nursing. 5th ed. Philadelphia: Mosby; 2000.
26. Wills TA, Resko JA, Ainette MG, Mendoza D. Role of parent support and peer support in adolescent substance use: a test of mediated effects. Psychol Addict Behav 2004; 18(2): 122-34.
27. Moosavi G, Roohafza H, Sadeghi M. Relationship between smoking cigarette and other drugs in students and Students of university with their parents. Journal Research in Medical Sciences 2003; 9(3): 57-9. [In Persian].
28. Klinke CL. Coping with life challenges. Trans Mohammad Khani SH. Tehran: A Greater Media Publication p. 177-204; 2011.
29. Jessor R, Donovan JE, Costa FM. beyond Adolescence: Problem Behavior and Young Adult Development. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.
30. Simons RL, Conger RD, Whitbeck LB. Multistage Social Learning Model of the Influences of Family and Peers upon Adolescent Substance Abuse. Journal of Drug Issues 1988; 18(3): 293-315.
31. Barkin SL, Smith KS, DuRant RH. Social skills and attitudes associated with substance use behaviors among young adolescents. J Adolesc Health 2002; 30(6): 448-54.
32. Bobrova N, Alcorn R, Rhodes T, Rughnikov I, Neifeld E, Power R. Injection drug users' perceptions of drug treatment services and attitudes toward substitution therapy: a qualitative study in three Russian cities. J Subst Abu se Treat 2007; 33(4): 373-8.
33. Fazeli A, Molavi F. Evaluation of drug use among male drug users in Iran. Tehran: Anti-Drug Secretariat Staff; 2004. p. 28. [In Persian].
34. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev 1977; 84(2): 191-215.
35. Bandura A. Perceived self efficacy in cognitive development and functioning. Educational Psychologist 1993; 28(2): 117-48.
36. Redding CA, Rossi JS, Rossi SR, Velicer WF, Prochaska JO. Health behavior Models. International. Electronic Journal of Health Education 2000; 36(3): 180-93.
37. Shojaeizadeh D. Models of behavior in health education. 1st ed. Tehran, Iran: Publication of the Ministry of Health and Medical Education; 2001. p. 20-35. [In Persian].
38. Shamsi M, Bayati A, Mohammad Beigi A, Tajic R. Evaluation of Effect health education program based on health belief model On preventive behaviors To arbitrary use of drugs In pregnant mothers Arak City. Shaheed Beheshti University of Medical Sciences 2010; 14(6): 324-31. [In Persian].

www.mui.ac.ir

Evaluation of Preventive Behaviors of Addiction Based on Health Belief Model (HBM) among Male High School Students in Boroujen, Iran

Daryoush Masoudi Boroujeni[1], Mohammad Hossein Baghianimoghadam[2], Golamreza Sharifirad[3], Hossein Fallahzadeh[4]

Abstract

Background: Drug addiction is known as a health, therapeutic, and social problem of the recent century. Recent studies have shown that young people have little resistance against drugs, but they have the ability to understand and accept the risk of using drugs. This study has been done among students to determine the preventive behaviors of drug addiction based on the health belief model.

Methods: This study is a descriptive-analytical study, which was performed among 224 male students in four high schools in the Boroujen region. In this study sampling was performed randomly in several stages and it used demographic variables based on the health belief model parts (perceived benefits, perceived severity, perceived susceptibility, perceived barriers, self-efficacy and cues to action) toward preventive functions of addiction and drug abuse. The collected data was analyzed by SPSS software 18 and descriptive and inferential test.

Findings: The findings of this study showed that, there is a significant correlation between the obtained scores of health belief model parts and preventive behaviors of addiction and drug abuse. Moreover, there is a significant correlation between the factors of students, their fathers' education and their knowledge (P = 0.001). There is also a significant correlation between the factors of how to express their problems and preventive behaviors of drug abuse (P = 0.002).

Conclusion: The findings of this study, like other similar studies showed that awareness of factors related to prevention of addiction and scores of the health belief model constructs in the students can significantly affect their preventive actions.

Key words: Prevention of Drug Addiction and Abuse, Students, Health Belief Model

1- MSc, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Yazd University of Medical Sciences, Yazd, Iran
2- Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Shaheed Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran (Corresponding Author) Email: baghianimoghadam@yahoo.com
3- Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
4- Associate Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Shaheed Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran