

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دوره ۳۳ شماره ۳ مرداد و شهریور ۱۳۹۰ صفحات ۲۹-۲۰

اثر بخشی آموزش مبتنی بر تئوری رفتار برنامه ریزی شده در پیشگیری از سوء مصرف MDMA (اکستازی) در دانشجویان

مجید براتی: گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

حمید اله وردی پور: گروه بهداشت عمومی و مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران: نویسنده رابط

Email: allahverdipourh@tbzmed.ac.ir

بابک معینی: گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

عبداله فرهادی نسب: گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

حسین محبوب: گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

دریافت: ۲۷/۱۰/۸۸، پذیرش: ۸۹/۶/۸

چکیده

زمینه و اهداف: آمار موجود نشان می دهد که مصرف ترکیبات مواد روان گردان در بین جوانان در سالهای اخیر افزایش یافته است. در این بین تئوری رفتار برنامه ریزی شده یکی از راهکارهای موثر در پیشگیری از اتخاذ رفتارهای غیر بهداشتی می باشد؛ این مطالعه با بهره گیری از این مدل به عنوان چارچوب تئوریک پژوهش، به منظور بررسی تاثیر برنامه آموزش پیشگیری و مهارت های مقاومت در برابر سوء مصرف مواد و ایجاد مصونیت رفتاری در دانشجویان دانشگاههای شهر همدان انجام گردید.

مواد و روش ها: این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی می باشد که ۱۴۰ نفر از دانشجویان دانشگاههای شهر همدان به شکل تصادفی ساده از بین علاقمندان انتخاب و با تخصیص تصادفی به دو گروه مداخله و شاهد تقسیم شدند که پس از انجام ارزشیابی تشخیصی اقدام به طراحی و مداخله آموزشی گردید. پرسشنامه ای بر مبنای تئوری رفتار برنامه ریزی شده جهت سنجش سازه های نگرش نسبت به مصرف، هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده، قصد رفتاری و مصرف اکستازی بکار رفته بود.

یافته ها: نتایج نشان داد که اختلاف معنی داری برای میانگین نگرش ($t=4.49, p<0.001$)، هنجارهای انتزاعی ($t=8.26, p<0.001$) و کنترل رفتاری درک شده ($t=-4.92, p<0.001$) بین دانشجویان گروه های مداخله و شاهد وجود دارد. همچنین ارتباط معنی داری بین بهره گیری از مداخله آموزشی در کاهش قصد مصرف اکستازی ($X^2=5.78; p=0.013$) و سوء مصرف اکستازی ($X^2=7.11; p=0.004$) بین گروه مداخله و گروه شاهد مشاهده گردید.

نتیجه گیری: نتایج به دست آمده نشان می دهد تئوری های رفتار برنامه ریزی شده به همراه ارائه راهکارهای پیشگیرانه دارای اثربخشی قابل توجهی برای ایجاد ایمن سازی روانی برای امتناع از سوء مصرف مواد می باشد

کلید واژه ها: اکستازی، دانشجویان، سوء مصرف مواد، همدان

مقدمه

انرژی، افزایش سطح هوشیاری، تحمل زیاد برای بیدار ماندن به مدت طولانی، کاهش اشتها و احساس نشاط می گردند. توهمات بینایی، احساس غیرواقعی قدرت و موفقیت، تمایلات خودکشی و دیگرکشی، مسخ شخصیت و مسخ واقعیت و وابستگی شدید روانی از دیگر عوارض مصرف این داروهاست (۲).

اعتیاد به سوء مصرف مواد به ویژه مواد روانگردان در میان جوانان، یکی از معضلات بهداشتی - اجتماعی و اقتصادی جهان امروز است که تاثیر مستقیمی بر سلامتی آنها دارد (۱). مواد روانگردان به عنوان محرک موجب تحریک فعالیتهای سلسله اعصاب مرکزی شده و موجب بالارفتن فشارخون، ایجاد هیجان و

تممادی متخصصین علوم رفتاری در پی آن بوده و هستند. در این بین آموزش بهداشت که محور و مرکز ثقل هر فعالیت بهداشتی می باشد، به منظور اثر بخشی برنامه های خود نیازمند به شناخت رفتار و عوامل موثر بر آن به منظور تغییر یا تعدیل رفتارهای موجود و نیز جایگزین نمودن رفتار جدیدی است و در اینجاست که نقش مدل‌های مطالعه رفتار در آموزش بهداشت مشخص می‌شود (۱۱ و ۱۲). در همین راستا، در این مطالعه تلاش شده است تا با بکارگیری تئوری رفتار برنامه ریزی شده به عنوان چارچوب تئوریک با قابلیت پیش بینی قوی و دقیق رفتار، اقدام به طراحی برنامه آموزش مهارت مقاومت در برابر سوء مصرف اکستازی گردیده و سعی بر آن است که نتایج بدست آمده از این مطالعه قادر به طراحی یک مدل مصونیت رفتاری برای پیشگیری اولیه از سوء مصرف مواد در میان جوانان باشد.

مروری بر متون نظری:

نظریه های متعددی در زمینه نقش باورها و عقاید نوجوانان و جوانان در مورد عوارض ناشی از مصرف مواد مخدر، به منزله عاملی برای شروع مصرف مواد مطرح شده اند که غالب آنها بر این دو فرضیه استوارند: اساسی ترین دلیل نوجوان در مصرف مواد، انتظارات و برداشت های او درباره مواد مخدر است، عواملی نظیر صفات شخصیتی نوجوان یا ارتباط با همسالانی که مواد مخدر مصرف می کنند، بر شناخت، ارزیابی و تصمیمات وی در مورد مواد مخدر اثر می گذارند (۱۳).

از میان نظریه های فوق، تئوری رفتار برنامه ریزی شده توسط فیشرین و زن (۱۱) مطرح شد که با توجه به باور محور بودن آن در تبیین عوامل سوء مصرف مواد مخدر، می تواند از سایر نظریه ها مؤثرتر باشد و بررسی ها نیز نشان می دهد که مطالعات معدودی در زمینه اثربخشی این تئوری در کشور انجام شده است. این مدل وقوع یک رفتار ویژه را پیش بینی می کند؛ مشروط بر اینکه فرد قصد انجام آن را داشته باشد. افراد اطلاعات در دسترس درباره رفتار هدف را جمع آوری و به طور منظم ارزیابی می کنند. همچنین اثر و نتیجه اعمال را در نظر می گیرند، سپس براساس استدلال خود تصمیم می گیرند که عملی را انجام دهند یا انجام ندهند (۱۴). طبق این مدل، قصد انجام یک رفتار توسط سه عامل پیش بینی می شود (۱۵):

نگرش نسبت به رفتار، ارزشیابی مثبت یا منفی در مورد انجام یک رفتار می باشد که از دو زیرسازه باورهای رفتاری (احتمال ذهنی فرد در مورد اینکه انجام رفتار هدف، نتیجه مورد نظر را بدنبال خواهد داشت) و ارزیابی از نتایج رفتار (پاسخ ارزیابانه صریح نسبت به نتیجه) که باعث حصول نگرش نسبت به رفتار می- شوند، تشکیل شده است. زن و فیشرین با تکیه بر رویکرد ارزش- انتظار به نگرشها معتقدند که نگرشهای مربوط به مواد مخدر، هم تابع پی آمدهای است که افراد از مصرف آزمایشی ماده انتظار دارند (یعنی هزینه‌ها و منفعتها) و هم تابع ارزش عاطفی است که آنها برای پی آمدهای رفتار خود قائل می شوند. لذا اگر نوجوانی، منفعتی

بنا به گزارش دفتر مواد مخدر و جرم سازمان ملل در سال ۲۰۰۴ میلادی تعداد مصرف کنندگان انواع مواد مخدر رقمی حدود ۱۸۵ میلیون نفر برآورد شده است که ۳ درصد جمعیت جهان را شامل می شود و در این بین مواد محرک از نوع (آمفتامین ها و متامفتامین ها و اکستازی) با مجموع ۳۰ میلیون نفر مصرف کننده در ردیف دوم مصرف قرار دارد (۳). مشهورترین مواد ترکیبات اعتیاد آور این گروه آمفتامین ها و فراورده های کوکا است. ترکیب ۳ و ۴- متیلن دی اکسی متامفتامین (MDMA) به نام اکستازی معروف است که مصرف آن در اروپا در سال ۱۹۹۵ از ۵۰۰ هزار قرص در سال به ۳۰ میلیون قرص در سه سال بعد رسیده است (۴). بارونی در مطالعه خود که در بین جوانان ۱۵ تا ۲۵ ساله مراجعه کنندگان به کافی شاپ های ۵ منطقه تهران انجام گردید، میزان سوء مصرف اکستازی را ۱۸/۵ درصد گزارش نمود (۵). همچنین در مطالعه ای که در بین نوجوانان پسر ۱۶ تا ۱۸ ساله ساکن غرب تهران میزان سوء مصرف اکستازی ۱۱/۵ درصد گزارش گردیده است (۶).

هرچند سیر صعودی مصرف مواد مخدر در کشورهای صنعتی و به خصوص آمریکا تا حدودی کاهش یافته است و در حال حاضر سیر نزولی در میان جوانان دارد (۷)، اما به نظر می رسد در کشور ایران سوء مصرف مواد میان جوانان سیر پیشرونده ای را طی می کند. در این بین دلایل متعددی برای این افزایش وجود دارد که می توان به: سهولت ساخت، دسترسی و استفاده از مواد محرک؛ نادیده انگاشتن خطرات ناشی از سوء مصرف این مواد، ابهام والدین و دولت نسبت به پیامدهای منفی آنها بخصوص اعتیاد آور بودن و عدم اهتمام جدی برای طراحی و اجرای برنامه های پیشگیری کننده از سوء مصرف مواد اشاره کرد (۸).

همچنین در ریشه یابی پس زمینه های اجتماعی مصرف مواد نیز به فاکتورهایی چون سن، جنس، نوع دانشگاه (دولتی یا آزاد)، مصرف سایر مواد مانند الکل و سیگار، محل سکونت، وضعیت اقتصادی خانواده، شرکت در مهمانی های دوستانه بدون حضور والدین، دوستانی که مواد مصرف می کنند همراه با اصرار آنها، نیاز های روحی و جسمی و ایجاد علائم قطع مصرف و در کنار آن عدم توجه خانواده ها و سیستم های تربیتی به روابط جوانان و مسائل روحی آنان اشاره شده است (۹-۱۰). با توجه به ساختار جمعیت فعلی کشورمان و فراهم بودن بستر های لازم برای شیوع اعتیاد در بین جوانان، حدود ۴۴ میلیون نفر از جمعیت کشور در معرض خطر هستند. بالطبع باید راهکار مناسبی جهت مصون سازی جوانان و نوجوانان پیدا کرد و آن پیشگیری از اعتیاد است؛ به عبارتی کاهش عواملی که افراد را در معرض خطر اعتیاد قرار می دهند و افزایش عواملی که افراد را از مصرف مواد محافظت می کند (۵).

بدیهی است که رفتار انسان بازتابی از عوامل مختلف است و شناخت این شبکه علیتی به منظور تحت تاثیر قرار دادن عوامل موثر بر رفتار از جمله امور بسیار مهمی است که طی سالیان

پژوهش در این مطالعه دانشجویان دانشگاههای شهر همدان می‌باشند که در سال تحصیلی ۱۳۸۸-۱۳۸۷ در دانشگاههای بوعلی، علوم پزشکی و آزاد شهر همدان اشتغال به تحصیل داشتند. پس از اخذ مجوز از مسئولین دانشگاههای مذکور، اقدام به انجام تبلیغات لازم و ثبت نام از علاقمندان شرکت در برنامه آموزشی پیشگیری از سوء مصرف مواد روانگردان با تکیه بر آموزش مهارت های زندگی در این دانشگاهها گردید که ۲۱۱ نفر دانشجو جهت شرکت در کلاسها ثبت نام کرده بودند. پس از برآورد حجم نمونه با استفاده با توجه به میزان انتظار تفاوت ۳۰ درصد قبل و بعد از مداخله و با لحاظ کردن توان آزمون معادل ۹۰٪ و حدود اطمینان ۹۵٪، تعداد ۱۴۰ نفر از دانشجویان به شکل تصادفی ساده از بین علاقمندان انتخاب و با تخصیص تصادفی به دو گروه برابر مداخله و شاهد (۷۰ نفر) تقسیم و وارد مطالعه شدند. گروه مداخله آموزش های مورد نظر را دریافت کرده و پس از ۲ ماه از هر دو گروه ارزشیابی نهایی بعمل آمد. گفتنی است کلیه شرکت کنندگان در پژوهش در زمینه چگونگی انجام طرح، محرمانه بودن و عدم استفاده ابزاری از اطلاعات و همچنین هدف از انجام این طرح توجیه شده و در صورت تمایل به همراه اخذ رضایتنامه کتبی وارد مطالعه شده بودند. قابل ذکر است که کلیه اطلاعات مربوط به دانشجویان این مطالعه به صورت محرمانه در اختیار گروه تحقیق محفوظ می باشد. همچنین در این مطالعه دانشجویان می بایست یکسال پس از شروع مطالعه فارغ التحصیل می شدند و سابقه بیماری روانی یا جسمی ناتوان کننده نیز وارد مطالعه نگردیدند.

ابزار گرد آوری اطلاعات: ابزار گرد آوری اطلاعات در این پژوهش استفاده از پرسشنامه های کتبی به روش خود گزارش دهی بود که شامل مقیاس های مربوط به سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده می باشد. برای طراحی و ساخت پرسشنامه مربوط به متغیرهای تئوری رفتار برنامه ریزی شده از نمونه پرسشنامه های بکار گرفته در مطالعات برایان Mc-Millan (۱۷) و اله وردی پور (۱۸) استفاده گردید. ارزشیابی و تأیید اعتبار محتوا و ساختار پرسش نامه از طریق استفاده از نظرات گروه کارشناس در زمینه مورد مطالعه انجام شده و پس از انجام یک مطالعه پایلوت بر روی ۳۰ نفر از دانشجویان شهر همدان فرم نهایی سوالات در هر سازه تعیین گردید، بطوریکه:

سازه نگرش مثبت نسبت به مصرف اکستازی برای باورهایی همچون افزایش تمرکز، اختلال در حواس، فراموشی مشکلات، افت تحصیلی، رفع خستگی و ملالت و افزایش اعتماد به نفس با ۱۲ سوال با مقیاس پاسخ دهی ۵ گزینه ای از بسیار مخالفان (نمره ۱) تا بسیار موافقان (نمره ۵) اندازه گیری گردید. مقدار ضریب آلفا ۰/۸ بود که کسب نمره بالاتر نشان دهنده نگرش مثبت تر نسبت به مصرف اکستازی بود. همچنین ضریب آلفا برای سازه نگرش ۰/۸ برآورد گردید. سازه نرم های انتزاعی ترغیب کننده مصرف اکستازی در رابطه با تأثیر بهترین دوست، سایر دوستان، خانواده و اطرفیانی که مواد مصرف می کنند اندازه گیری شده بود؛

که از مصرف ماده انتظار دارد بیش از هزینه و انرژی باشد که باید صرف کند، نگرش مثبتی به مصرف مواد خواهد داشت (۱۵).

هنجار ذهنی به فشار اجتماعی درک شده توسط فرد برای انجام یا عدم انجام رفتار هدف اشاره دارد. افراد غالباً بر مبنای ادراکاتشان از آنچه که دیگران (دوستان، خانواده، همکاران و ...) فکر می کنند باید انجام دهند عمل می کنند و قصد آنها جهت پذیرش رفتار به صورت بالقوه، متأثر از افرادی است که ارتباطات نزدیکی با آنها دارند (۱۱). در این تئوری هنجار ذهنی فرد، حاصل ضرب باورهای هنجاری (انتظارات درک شده از طرف افراد یا گروههای مرجع خاص) در انگیزه پیروی (تمایل به راضی ساختن دیگران) برای انجام رفتار هدف با وجود این انتظارات می باشد؛ در این صورت اگر فرد معتقد باشد، چه درست و چه غلط، که دوستان صمیمی و اعضای خانواده، مصرف آمیزشی مواد را تأیید می کنند، فشار زیادی را در استفاده از مواد در خود احساس می کند، همچنین اگر او شیوع مصرف آمیزشی مواد را میان همسالان و بزرگسالان (به طور کلی) بیش از آنچه که هست تخمین بزند، باز هم تحت فشار روانی برای مصرف مواد قرار می گیرد (۱۸).

کنترل رفتاری درک شده که عبارت است از درجه ای از احساس فرد در مورد اینکه انجام یا عدم انجام یک رفتار تا چه حد تحت کنترل ارادی وی می باشد. طبق تئوری رفتار برنامه ریزی شده تمام رفتارها تحت کنترل ارادی فرد نیستند. رفتارها در طول یک پیوستار از کنترل کامل تا عدم کنترل قرار گرفته اند. زمانیکه هیچ نوع محدودیتی برای پذیرش یک رفتار خاص وجود ندارد، فرد ممکن است کنترل کاملی برای رفتار داشته باشد و بر عکس در انتهای این پیوستار، ممکن است هیچ کنترلی بر رفتار وجود نداشته باشد چرا که احتمالاً آن رفتار نیاز به فاکتورهایی همچون منابع، امکانات، مهارتها و... دارد که فرد فاقد آنها می باشد. عوامل کنترل شامل هم عوامل داخلی و هم عوامل خارجی هستند. فاکتورهای داخلی مربوط به شخص بوده و شامل مهارتها، توانایی ها، اطلاعات و احساساتی مانند استرس می باشند و در بررسی عوامل خارجی به فاکتورهایی همچون عوامل محیطی یا شغلی اشاره شده است (۱۱). قصد رفتاری، بیانگر شدت نیت و اراده فردی برای انجام رفتار هدف است (۱۵). رابطه قصد رفتاری با رفتار نشان می دهد، افراد تمایل دارند در رفتارهایی درگیر شوند که قصد انجام آنها را دارند؛ بنابراین رفتار همیشه بعد از قصد رفتاری و متصل به آن است. این تئوری بر این فرض استوار است که رفتار، منحصراً تحت کنترل قصد رفتاری می باشد، در نتیجه، بیشترین کاربرد این تئوری در رفتارهای ارادی (رفتارهایی که برای انجام شدن، تنها نیازمند اراده و قصد فرد می باشند) می باشد (۱۶).

مواد و روش ها

این پژوهش یک مطالعه مداخله ای و از نوع مطالعات پیش آزمون و پس آزمون —————ون همراه با گروه کنترل (Nonequivalent control group design) می باشد. جامعه

به شکل کارگاهی و بحث در گروه‌های کوچک و با بهره‌گیری از روش‌های آموزشی بارش افکار و ایفای نقش بعنوان مهمترین روش‌های آموزشی انجام شد که مهارت‌های زندگی و مقاومت در برابر فشار همسالان شامل مهارت جراتمندی و ابراز وجود و مهارت حل مسئله به فراگیران آموزش داده شده بود. برای آموزش مهارت حل مسئله، فعالیت‌هایی همچون؛ تشخیص موقعیت کلی، مشخص کردن مسئله (تعریف و ضابطه بندی واضح و دقیق مشکل حل مسئله)، ایجاد راه حل، ترکیب و انتخاب راه حل (راه حلی که کمترین صدمه را به خود و دیگری وارد کند) و در نهایت اجرای راه حل و نتیجه‌گیری به دانشجویان تعلیم داده شد. همچنین برای آموزش مهارت جراتمندی طبق نظریه راتوس فعالیت‌های زیر به دانشجویان در طول برنامه تعلیم و از آنها خواسته شد که آنرا تمرین و تکرار کنند: گفتار توام با جرات ورزی که در آن دانشجویان خواسته خود را با صراحت بیان نموده یا با تعریف و تمجیدی که از دیگران می‌کنند به او بازخورد مثبت می‌دهند، بیان احساسات، احوال‌پرسی با دیگران (جهت اضافه نمودن شبکه دوستانه به زندگی خود و افزایش اعتماد به نفس و کاهش تنهایی)، بیان عدم توافق، تعلیم دیدن برای گفتن چرا؟ و به دست آوردن دلیل برای سوال خود، صحبت کردن در مورد خود به شکل مناسب، ابراز تشکر از فردی که از وی تعریف کرده یا کاری برایش انجام داده است، امتناع از تایید عقاید دیگران به منظور عادت کردن به مباحثه با آنها، استفاده از تماس چشمی حین ارتباط با دیگران، پاسخ‌های ضد ترس، دانشجویان می‌توانند از طریق آموزش قاطعیت بر ترس غلبه کنند و زندگی راحت و خوشایندی داشته باشند که در اصل شکلی از رویایی در عالم واقعیت است. سعی محقق بر آن بوده است تا در جریان برگزاری کلاسها و کارگاههای آموزشی از تجربیات و حضور متخصصین و افراد صاحب نظر از آن جمله متخصصین روانپزشکی و روانشناسی بالینی، آموزش بهداشت و ارتباطات بهره کافی بعمل آید.

به منظور مقایسه میانگین قبل و بعد سازه‌های تئوری رفتار برنامه ریزی شده از آزمون t زوجی و مقایسه میانگین نمرات در بین دو گروه مداخله و شاهد از آزمون t مستقل استفاده شد. همچنین جهت مقایسه صفات کیفی در گروه‌های مختلف از آزمون‌های کای دو و فیشر استفاده شده و نرم افزار مورد استفاده در آنالیز اطلاعات SPSS.13 بود. از آنالیز رگرسیون برای پیش بینی قصد مصرف اکستازی استفاده گردید. در این مطالعه مقدار P کمتر از ۰/۰۵ از لحاظ آماری معنی دار تلقی گردید.

یافته‌ها

نتایج این بررسی نشان داد که از ۱۴۰ دانشجوی شرکت کننده در پژوهش ۴۲ درصد دختر و ۵۸ درصد پسر بودند. میانگین سنی دانشجویان $(1/9 \pm 21/1)$ بوده، ۶۸/۶ درصد در گروه سنی ۱۸-۲۱ سال، ۲۷/۸ درصد در گروه سنی ۲۲-۲۵ سال و ۳/۶ درصد در گروه سنی ۲۶-۲۹ سال بودند. ۲۵/۷ درصد از دانشجویان بومی و

برای مثال برای هر یک از فاکتورهای فوق یک سوال "نظر بهترین دوستم این است که من اکستازی مصرف کنم" وجود داشت که با مقیاس ۵ گزینه‌ای از ۱ (اصلاً) تا ۵ (حتماً) اندازه‌گیری شده بود. همچنین جهت سنجش انگیزه اطاعت از فرد نیز برای هر فاکتور یک سوال "من نظر بهترین دوستم که فکر می‌کند من باید اکستازی مصرف کنم را می‌پذیرم" وجود داشت که با مقیاس ۵ گزینه‌ای از ۱ (خیلی مخالفم) تا ۵ (خیلی موافقم) اندازه‌گیری شده بود. در مجموع این بخش با ۱۶ سوال (به صورت ۵ گزینه‌ای) با مقدار ضریب آلفا ۰/۷۰ بود که کسب نمره بالاتر نشان دهنده بالا بودن فشار همسالان و هنجارهای ترغیب کننده مصرف اکستازی بود. سازه کنترل رفتاری درک شده امتناع از مصرف اکستازی در دو قسمت عقاید کنترلی و قدرت درک شده اندازه‌گیری شده بود؛ عقاید کنترلی در رابطه با مواردی همچون دسترسی به اکستازی، حضور در مهمانی‌های شبانه، استفاده از سایر مواد مخدر، حالت روانی خوب یا بد با یک سوال برای هر یک از فاکتورهای فوق با مقیاس ۵ گزینه‌ای از ۱ (مکرراً) تا ۵ (اصلاً) اندازه‌گیری شده بود، همچنین در قسمت قدرت درک شده نیز برای هر فاکتور فوق یک سوال مانند "اگر به اکستازی دسترسی داشته باشم؛ احتمالاً از آن مصرف خواهم کرد" را با مقیاس ۵ گزینه‌ای از ۱ (به احتمال خیلی زیاد) تا ۵ (به احتمال خیلی کم) اندازه‌گیری شده بود که در مجموع این بخش با ۱۲ سوال (به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای) با مقدار ضریب آلفا ۰/۷۴ بود که کسب نمره بالاتر نشان دهنده کنترل رفتاری درک شده بالاتر در امتناع از مصرف اکستازی بود؛ سازه قصد رفتاری و مصرف مواد هر کدام با یک سوال (به صورت ۲ گزینه‌ای) برای اکستازی بود.

انجام مداخله آموزشی:

مداخله آموزشی:

قبل از شروع مداخله آموزشی ۶ نفر از بین افراد گروه مداخله، بعنوان دانشجویان رهبر و به عبارتی محبوب‌ترین آنها براساس رأی دانشجویان انتخاب شده و در یک کارگاه ۳ روزه قبل از شروع مداخله تحت آموزش قرار گرفتند و سپس هر کدام از این دانشجویان منتخب یک گروه ۸ تا ۱۰ نفره از دانشجویان با روحیات و علائق نزدیک به خود که دارای سیمپاتی با یکدیگر بودند تشکیل دادند. دانش آموزان انتخاب شده به عنوان یک عامل میانجی بین آموزشگر و گروه خود عمل می‌کردند.

اساس برنامه ریزی آموزشی در این پژوهش مبتنی بر یادگیری فعال بود و در طول مداخله آموزشی سعی گردید تا دانشجویان بطور فعالانه در برنامه آموزشی شرکت داشته باشند و فعالیت‌های یاد دهی - یادگیری را با مشارکت خویش به پیش برند. برنامه آموزشی برای هر گروه در دو جلسه آموزشی (۲ ساعته) بصورت سخنرانی که موضوعاتی از قبیل اعتیاد و فیزیولوژی آن، انواع و عوارض مواد روانگردان، پیامدهای فردی و اجتماعی مصرف مواد روانگردان برگزار گردید و در ادامه شش جلسه آموزشی (۴ ساعته)

که این مسئله در تعیین استراتژیهای آموزشی در مراحل انجام مداخله و همچنین تهیه و تنظیم محتوای آموزشی بسیار مهم و اساسی می باشد.

نتایج ارزشیابی اثرات آنی مداخله آموزشی: اطلاعات مندرج در جدول ۴ نشانگر ضریب تغییرات (d= Ae-Be) میانگین های متغیرهای نگرش مثبت نسبت به مصرف، هنجارهای ترغیب کننده مصرف، کنترل رفتاری درک شده امتناع از مصرف مواد روانگردان را نشان می دهد که براساس تفریق نمرات قبل از مداخله آموزشی از نمرات بعد از مداخله آموزشی بدست آمده است. براساس کاربرد آزمونهای پارامتریک اختلاف معنی داری بین میانگین نمره متغیرهای آورده شده در جدول ۴ قبل و پس از مداخله وجود دارد نتایج حاصله در این بخش نشان می دهد که برنامه آموزشی افزایش مهارت های مقاومت در برابر مواد مخدر در افزایش توانمندی دانشجویان برای مقابله با سوء مصرف مواد مخدر اثربخش بوده است.

نتایج مربوط به قصد مصرف اکستازی در ۲ ماه پس از مداخله آموزشی نشان می دهد که در گروه مداخله فراوانی دانشجویانی که در ۲ ماه گذشته قصد مصرف اکستازی داشته اند تقریباً سه برابر کمتر از قبل از مداخله آموزشی می باشد که آزمون آماری کای - دو با سطح معنی داری $P < 0/001$ ، ارتباط معناداری بین حضور در گروه شاهد و قصد مصرف اکستازی وجود دارد (جدول ۵).

نمودار شماره ۱ نیز میزان مصرف اکستازی را قبل و پس از انجام مداخله آموزشی نشان می دهد که با آزمون آماری کای - دو با سطح معنی داری $0/00$ ، ارتباط معناداری بین حضور در گروه شاهد و مصرف اکستازی وجود دارد.

همراه با والدین و خانواده خود و ۷۴/۳ نیز غیر بومی و در خوابگاههای دانشجویی و یا خانه های مجردی زندگی می کردند. ۱۸ درصد از آزمودنیها در مقطع کاردانی، ۷۸ درصد در مقطع کارشناسی و ۴ درصد نیز در مقطع کارشناسی ارشد و بالاتر در دانشگاههای شهر همدان مشغول به تحصیل بودند. جدول شماره ۱، به بررسی ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی های مورد بررسی بر اساس وضعیت سوء مصرف اکستازی قبل از مداخله پرداخته است و همانگونه که از نتایج مشخص می باشد بین سوء مصرف اکستازی و ویژگی های جمعیت شناختی مورد مطالعه رابطه معنی داری مشاهده نشده بود ($P < 0/05$).

نتایج دموگرافیک در گروههای مداخله و شاهد: اطلاعات مندرج در جدول ۲ که به بررسی داده های دموگرافیک پرداخته است نشان می دهد که گروههای مداخله و شاهد دارای ویژگی های جمعیت شناختی یکسانی بوده و تغییرات حاصله پس از مداخله آموزشی نتیجه مداخله آموزشی اجراء شده در گروه مداخله می باشد. همچنین نتایج حاصله برای متغیرهای سن، جنس، مدرک تحصیلی و محل زندگی نیز نشان داد که تفاوت معناداری بین متغیرهای فوق در گروههای مداخله و شاهد وجود ندارد و هر دو گروه از این لحاظ همسان می باشند.

قبل از انجام مداخله آموزشی از کل شرکت کنندگان در پژوهش با هدف بررسی فرضیه اصلی مدل در خصوص قدرت پیش گویی کنندگی متغیر های نگرش، هنجارهای انتزاعی ترغیب کننده مصرف و همچنین کنترل رفتاری درک شده بر روی قصد مصرف اکستازی، ارزشیابی اولیه بعمل آمده بود. نتایج این مرحله در جدول شماره ۳ ارائه شده است، همانطور که یافته های این جدول نشان می دهد سازه هنجارهای انتزاعی ترغیب کننده مصرف بهترین پیش گویی کننده قصد مصرف اکستازی بوده است

جدول ۱: توزیع فراوانی مصرف اکستازی بر حسب ویژگی های دموگرافیک در نمونه مورد مطالعه

| P-value | سابقه مصرف اکستازی | | بدون سابقه مصرف اکستازی | | پارامترهای مورد مطالعه |
|---------|--------------------|---------|-------------------------|---------|------------------------------|
| | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | |
| NS | ۸۲/۳ | ۷۹ | ۱۷/۷ | ۱۷ | گروههای سنی |
| | ۸۹/۷ | ۳۵ | ۱۰/۳ | ۴ | ۱۸ تا ۲۱ سال |
| | ۱۰۰ | ۵ | — | — | ۲۲ تا ۲۵ سال ۲۶ تا ۲۹ سال |
| NS | ۸۴ | ۶۸ | ۱۶ | ۱۳ | جنس |
| | ۸۶/۴ | ۵۱ | ۱۳/۶ | ۸ | مرد زن |
| NS | ۸۰/۶ | ۲۹ | ۱۹/۴ | ۷ | سهمیه تحصیلی |
| | ۸۶/۵ | ۹۰ | ۱۳/۵ | ۱۴ | بومی غیر بومی |
| | ۸۴ | ۲۱ | ۱۶ | ۴ | مقطع تحصیلی کاردانی |
| NS | ۸۵/۳ | ۹۳ | ۱۴/۷ | ۱۶ | کارشناسی |
| | ۸۳/۳ | ۵ | ۱۶/۷ | ۱ | کارشناسی ارشد و بالاتر |

^x نتایج مربوط به آزمون دقیق فیشر می باشد

جدول ۲: بررسی مقایسه ای عوامل موثر در سوء مصرف اکستازی در بین گروه های شاهد و مداخله

| P-value | X ² | گروه شاهد (n=70) | | گروه مداخله (n=70) | | متغیر |
|---------|----------------|---------------------|-------|-----------------------|-------|----------------------------------|
| | | درصد | تعداد | درصد | تعداد | |
| ۰/۴۸ | ۰/۴۸۲ | ۳۵/۷ | ۲۵ | ۴۱/۴ | ۲۹ | سابقه مصرف سیگار |
| ۰/۴۳ | ۰/۶۲۲ | ۲۷/۱ | ۱۹ | ۲۱/۴ | ۱۵ | سابقه مصرف الکل |
| ۰/۸۰ | ۰/۰۶۱ | ۱۴/۲ | ۱۰ | ۱۲/۸ | ۹ | سابقه مصرف مواد مخدر |
| ۰/۱۵ | ۲/۰۲۹ | ۷۱/۴ | ۵۰ | ۶۰ | ۴۲ | سابقه مصرف سیگار توسط دوستان |
| ۰/۸۵ | ۰/۰۳۳ | ۳۲/۸ | ۲۳ | ۳۱/۴ | ۲۲ | سابقه مصرف مواد مخدر توسط دوستان |
| ۰/۶۹ | ۰/۱۵۰ | ۲۷/۱ | ۱۹ | ۲۴/۳ | ۱۷ | سابقه پیشنهاد مصرف مواد |
| ۰/۸۳ | ۰/۰۴۱ | ۲۲/۸ | ۱۶ | ۲۱/۴ | ۱۵ | سابقه مشروطی |
| ۰/۳۹ | ۰/۸۱۸ | ۵۰ | ۳۵ | ۵۷/۱ | ۴۰ | سابقه مشکلات عاطفی |

جدول ۳: آنالیز رگرسیون لجستیک متغیرهای تئوری رفتار برنامه ریزی شده برای پیشگویی قصد به مصرف اکستازی قبل از انجام مداخله در دو گروه مورد بررسی

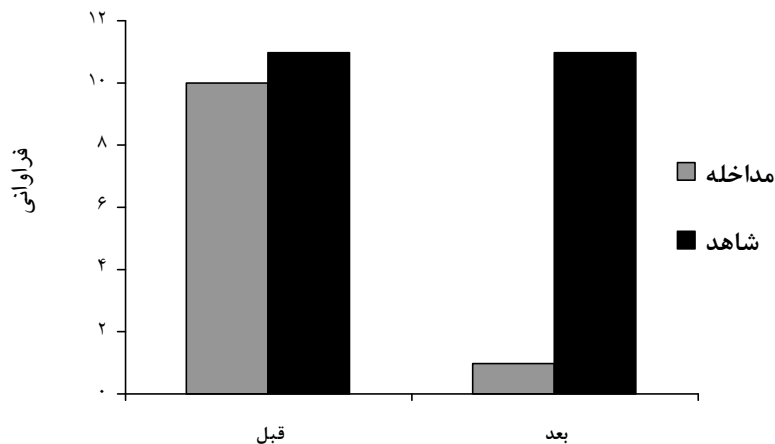
| Exp(B) | P-value | Wald | S.E. | B | متغیرها |
|--------|---------|--------|-------|--------|----------------------|
| ۱/۱۷۳ | ۰/۰۶ | ۳/۴۵۲ | ۰/۰۸۶ | ۰/۱۵۹ | کنترل رفتاری درک شده |
| ۰/۹۴۵ | ۰/۲۷ | ۱/۱۹۳ | ۰/۰۵۲ | -۰/۰۵۷ | نگرش |
| ۱/۱۱۹ | <۰/۰۰۱ | ۱۱/۵۶۷ | ۰/۰۵۲ | ۰/۱۷۶ | هنجارهای انتزاعی |
| ۰/۸۱۴ | ۰/۹۵ | ۰/۰۰۳ | ۴/۰۱۶ | -۰/۲۰۶ | Constant |

جدول ۴: شاخص های آماری تغییرات نمرات متغیرهای نگرش مثبت نسبت به مصرف، هنجار های ترغیب کننده مصرف، کنترل رفتاری درک شده امتناع از مصرف اکستازی پس از مداخله آموزشی

| P-value | t | گروه شاهد (n=70) | گروه مداخله (n=70) | متغیرها |
|---------|-------|-----------------------------|-----------------------------|---|
| | | میانگین نمره ± انحراف معیار | میانگین نمره ± انحراف معیار | |
| <۰/۰۰۱ | -۴/۲۷ | ۰/۷۲ ± ۰/۹۱ | -۶/۹۵ ± ۱/۵۴ | نگرش مثبت نسبت به مصرف اکستازی |
| <۰/۰۰۱ | ۴/۵۲ | -۲/۵۱ ± ۸/۰۲ | -۹/۱۴ ± ۹/۲۵ | هنجارهای ترغیب کننده مصرف اکستازی |
| ۰/۰۱ | -۲/۴۰ | ۱/۰۸ ± ۸/۳۶ | ۴/۲۷ ± ۷/۲۵ | کنترل رفتاری درک شده امتناع از مصرف اکستازی |

جدول ۵: شاخص های آماری قصد مصرف اکستازی در دانشجویان قبل و بعد از مداخله آموزشی در دو گروه مداخله و شاهد

| P-value | X ² | شاهد | مداخله | گروه |
|---------|----------------|--------------|--------------|-------------------|
| | | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | |
| ۰/۳ | ۱/۰۳۶ | ۱۸ (۲۵/۷) | ۱۳ (۱۸/۵) | قصد مصرف MDMA |
| | | ۵۲ (۷۴/۳) | ۵۷ (۸۱/۵) | عدم قصد مصرف MDMA |
| <۰/۰۰۱ | ۱۵/۰۳۵ | ۲۰ (۲۸/۵) | ۳ (۴/۳) | قصد مصرف MDMA |
| | | ۵۰ (۷۱/۵) | ۶۷ (۹۵/۷) | عدم قصد مصرف MDMA |



نمودار ۱: مصرف اکستازی در دانشجویان قبل و بعد از مداخله آموزشی در دو گروه مداخله و شاهد

قبل از مداخله آموزشی $\chi^2 = 0.056^b, P_{value} = 0.81$

بعد از مداخله آموزشی $\chi^2 = 9.115^b, P_{value} = 0.00$

بحث

ابعاد مشکلات سوء مصرف مواد و نتایج مایوس کننده رویکردهای درمانی و پیشگیری، دو عامل محرک قوی برای تدوین و کاربرد رویکرد های پیشگیری جدید می باشد. این مطالعه نیز با هدف طراحی راهکار موثر در پیشگیری از سوء مصرف مواد و با بهره گیری از تئوری رفتار برنامه ریزی شده نتایج اثر بخشی به دنبال داشته است که می تواند در طراحی و اجرای آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد بخصوص در دانشگاهها نقش بسیار موثری را داشته باشد. نتایج مربوط به اثربخشی برنامه آموزشی در تقویت نگرش های منفی نسبت به اکستازی نشانگر نقش بسیار موثر برنامه آموزشی در تقویت باورهای منفی نسبت به مواد روانگردان در گروه مداخله می باشد؛ این نتایج با یافته های مطالعات مشابه همخوانی لازم را نشان می دهد (۱۹-۲۰-۱۲). در همین راستا باید اذعان نمود که سوء مصرف مواد رفتاری است که بصورت اجتماعی آموخته می شود، به این بیان که رفتار مصرف مواد از یک سو به وسیله فرایند الگوبرداری، تقلید و تقویت آموخته می شود. در واقع فرد مکرراً با افرادی تماس پیدا می کند که از این مواد استفاده می کنند (مثلاً افراد مهم زندگی، دوستان و جشن ها). از سوی دیگر این رفتار از شناخت ها، نگرش ها و باورهای فرد تأثیر می پذیرد (۲۱). نتایج تحقیقات متعدد در زمینه پیشگیری از سوء مصرف مواد بیانگر این نکته می باشد که، آموزش مهارت های زندگی (مهارت های تصمیم گیری و مراحل حل مسئله، مهارت های قاطعیت و جرأت ورزی) باعث می شود که افراد تعارض های خود با همسالان را به طریق سازنده ای حل کنند، توانایی مهارت تکانه و برانگیختگی در آنها افزایش می یابد و افزایش مهارت های مقابله ای شناختی در آنان باعث کاهش تمایل به استفاده از مواد مخدر و پیشگیری از مصرف مواد می شود (۲۱). بنابراین، برنامه آموزشی

ساخت رفتارهای سالم در جهت آموزش پیشگیری از اعتیاد می تواند منفی سازی نگرش شرکت کنندگان را در ابعاد مختلف در پی داشته باشد. نتایج مرتبط با هنجارهای انتزاعی ترغیب کننده مصرف اکستازی متغیر دیگر تئوری رفتار برنامه ریزی شده نیز نشانگر اثربخشی مداخله آموزشی در کاهش هنجارهای ترغیب کننده مصرف مواد در گروه مداخله پس از مداخله آموزشی بوده است. این نتایج با یافته های مطالعات مشابه همخوانی لازم را نشان می دهد (۲۲، ۲۳، ۲۴). به نظر می رسد از آنجا که فشار همسالان و انگیزه اطاعت از فرد نقش تعیین کننده ای را در شروع مصرف مواد ایفا می نماید، از یک طرف ارتباط و دوستی با همسالان مبتلا به سوء مصرف مواد (که عامل مستعد کننده قوی برای ابتلای نوجوانان و جوانان به اعتیاد بوده و تقریباً در ۶۰ درصد موارد، اولین مصرف مواد به دنبال تعارف دوستان رخ می دهد) و از طرف دیگر تعلق داشتن به یک گروه بعنوان یکی از نیازهای مهم نوجوانان و جوانان (که در این بین پیوستن به گروههایی که مواد مصرف می کنند بسیار آسان تر است) از دلایل اهمیت این فاکتورها می باشد که قدرت و ضعف تاثیر آنها با وضعیت زندگی افراد ارتباط تنگاتنگی دارد، برای مثال در دانشجویانی که اکثر اوقات خود را در خوابگاههای دانشجویی و همراه با دوستان خود بسر می برند بالطبع فشار همسالان در بالاترین میزان خود خواهد بود. این مطالب گویای این واقعیت است که در هیچ مقطع سنی جوانان در مقایسه با سنین جوانی تحت تاثیر و فشار همسالان قرار ندارند که در این بین آموزش مهارتهای مقاومت به خصوص مهارت «نه گفتن» در مقابل اصرار همسالان نقش مهمی در پیشگیری از مصرف مواد مخدر داشته و مطالعات متعددی در زمینه پیشگیری از سوء مصرف مواد نیز بر مقابله با فشار همسالان تاکید داشته اند (۲۵، ۲۶، ۲۷).

می باشد در حالیکه در افراد دور از خانواده مانند دانشجویان غیر بومی که اکثر اوقات خود را در خوابگاههای دانشجویی و همراه با دوستان خود بسر می برند بالطبع فشار همسالان در بالاترین میزان خواهد بود. در همین راستا فیض زاده در مطالعه خود نرخ حمله ثانویه اکستازی را در ایران ۰/۶۳ گزارش کرده اند. این نرخ عدد بسیار بالایی بوده و بیانگر آن است که یک فرد آلوده به اکستازی در طول زمان بیش از نیمی از دوستان سالم خود را آلوده خواهد کرد؛ همچنین این محقق نرخ تولید مثل پایه سوء مصرف را حدود ۱/۵ برآورد کرده است که به این معنی می باشد که هر دو فرد آلوده موفق می شوند سه فرد سالم را آلوده نمایند (۳۳).

قابل ذکر است که توجه محقق به آموزش مهارت های رد مواد و از آن جمله آموزش جراتمندی و حل مسئله بدلیل نقش هنجارهای انتزاعی ترغیب کننده مصرف مواد می باشد (۳۴، ۳۵) که یافته های مطالعه حاضر نیز نشان داد که آموزش مهارت های رد مواد عنوان یک استراتژی موثر و مفید در پیشگیری از مصرف می تواند میزان هنجارهای ترغیب کننده مصرف مواد را کاهش دهد و مشخص شد آزمودنی های گروه آزمایش که تحت آموزش این مهارتها قرار گرفته بودند در مقایسه با گروه گواه که هیچگونه آموزشی را دریافت نکرده بودند، توانسته بودند با بهره جستن از مهارت های زندگی و مراحل آن در برخورد با مشکلات و موقعیت های پرخطر سریعاً به فکر عکس العمل نبوده و پس از تعریف و بازسازی آن موقعیت راه حل های مناسب را از بین راههای موجود انتخاب نمایند. در واقع در برنامه های آموزشی ایجاد رفتارهای سالم به مهارت هایی تاکید می شود که توانایی شناخت موقعیت های رفتارهای پرخطر در افراد افزایش یافته و در برابر فشار همسالان مقاومت نمایند. شرکت کنندگان یاد می گیرند تا در موقعیت هایی که نه گفتن ضروری است توانایی ابراز مخالفت را داشته باشند و با اضطراب اجتماعی مقابله کنند. تعارض های خود را به طریق سازنده ای حل کنند و به توانایی مهار برانگیختگی و ارتباط اجتماعی بهتری دست یابند. طی این آموزش ها در تغییر نگرش، کاهش هنجارهای انتزاعی ترغیب کننده مصرف مواد و بالطبع کاهش قصد مصرف اکستازی نقش بسزایی داشته اند.

محدودیت های مطالعه

نحوه انتخاب افراد مورد مطالعه از بین دانشجویان شهر همدان جهت شرکت در پژوهش حاضر بصورت ثبت نام از علاقمندان را می توان یکی از محدودیت های مطالعه حاضر بیان کرد؛ اگر چه انتخاب نمونه مبتنی بر هدف بهترین روش نمونه گیری می باشد ولیکن در این نوع مطالعات شرکت داوطلبانه در راستای کسب رضایت آگاهانه بوده که هر دو گروه مداخله و شاهد از میان داوطلبین انتخاب گردیده بودند.

نتیجه گیری

استفاده از تئوری های تغییر رفتار نقش مؤثری در پیشگیری از سوءمصرف مواد دارند به شرط اینکه در تبیین سوء مصرف مواد

متغیر دیگر مورد بحث در این مطالعه کنترل رفتاری درک شده امتناع از مصرف اکستازی بود که نتایج حاصله در این پژوهش نشانگر موفقیت برنامه آموزشی در افزایش مهارت های مقابله با سوء مصرف مواد در گروه مداخله در مقایسه با گروه شاهد می باشد و با مطالعات مشابه انجام گرفته در این خصوص همخوانی لازم را نشان می دهد (۲۴ و ۱۲). در همین راستا مطالعات روان شناسی اجتماعی ثابت کرده اند که افراد در برابر نفوذ اجتماعی به روش های متفاوتی واکنش نشان می دهند و خصوصیات شخصیتی اثر تعیین کننده ای در این موقعیت ها دارند (۲۱). بعنوان مثال افرادی که دارای اعتماد به نفس پایین و احساس کنترل فردی آنها ضعیف است، بیشتر تحت تأثیر تبلیغات قرار می گیرند. این اشخاص اگر از حیث نفوذ اجتماعی بیشتر تأثیرپذیر باشند احتمال بیشتری دارد که به مصرف مواد مخدر روی آورند. بنابراین اگر مهارت هایی در جهت افزایش ظرفیت افراد در پاسخگویی قاطع در مقابل نفوذ اجتماعی در آنها ایجاد شود از میزان مستعد بودن در برابر تأثیرات اجتماعی کاسته شده و احتمال گرفتار شدن آنها در دام اعتیاد کمتر خواهد بود. نتایج مربوط به تجزیه و تحلیل قصد رفتاری دانشجویان در خصوص سوء مصرف اکستازی بیانگر تأثیر مثبت مداخله آموزشی تئوری محور بر کاهش قصد رفتاری مصرف اکستازی در بین دانشجویان گروه مداخله بعد از انجام برنامه آموزشی می باشد. عدم کاهش قصد رفتاری در دانشجویان گروه شاهد به عنوان مرحله پیش از رفتار می تواند به عنوان یک عامل خطر قوی برای عدم امتناع از تجربه سوء مصرف مواد مخدر باشد که نتایج حاصله در مطالعات مشابه همخوانی نیز بر آن تاکید دارند (۲۸، ۲۹). به منظور تبیین هدف پژوهش در خصوص تعیین میزان تأثیر برنامه آموزشی اجرا شده در پیشگیری از سوء مصرف اکستازی، برآورد کلی نتایج بیانگر تأثیر مثبت مداخله آموزشی تئوری محور بر کاهش میزان مصرف اکستازی در بین دانشجویان گروه مداخله بعد از انجام برنامه آموزشی می باشد. شایان ذکر است که نتایج حاصله با یافته های مطالعات مشابه همخوانی لازم را نشان می دهد (۲۴، ۳۰، ۱۲).

به منظور تبیین هدف کلی پژوهش در خصوص قدرت پیش بینی کنندگی متغیر های مطالعه بر مبنای تئوری رفتار برنامه ریزی شده (جدول شماره ۳)، نتایج بررسی ها قبل از شروع مداخله و در مرحله ارزشیابی تشخیصی نشان داد که از بین سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده، سازه هنجارهای های انتزاعی ترغیب کننده مصرف قویترین پیش بینی کنندگی قصد مصرف اکستازی بوده است که این نتایج با یافته های سایر محققین در زمینه رفتارهای پرخطر همخوانی لازم را نشان می دهد (۱۷، ۳۱، ۳۲). نکته ای که نباید فراموش کرد؛ این است که قدرت و ضعف تأثیر فشار همسالان بر مصرف مواد علاوه بر فاکتورهای شخصیتی و روانشناختی با وضعیت زندگی افراد ارتباط دارد، مطالعات متعدد بیانگر این حقیقت است که افرادی که در کنار خانواده و همراه با پدر و مادر زندگی می کنند، فشار همسالان در کمترین میزان خود

قرار گیرد و در این میان نایبستی از گروه جمعیتی جوانان که به هر علتی ترک تحصیل کرده یا از تحصیل محروم هستند غافل شد.

تقدیر و تشکر

این پژوهش در قالب پایان نامه کارشناسی ارشد (شماره ثبت: ۱۵۳۵۵) با پشتیبانی مالی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان و ستاد مبارزه با مواد مخدر انجام پذیرفته است که بدین وسیله نهایت سپاس و قدردانی بعمل می آید.

مباحث نظری در قالب مطالعات تجربی با توجه به ابعاد روان شناختی و جسمانی انسان همراه گردد. بدیهی است یکی از رویکردهای پیشگیری از سوء مصرف کاربرد آموزش مهارت های زندگی برای پیشگیری از سوء مصرف مواد می باشد و نتایج بدست آمده در این مطالعه می تواند در راستای تقویت این رویکرد باشد. از طرفی رویکردهای پیشگیری از سوء مصرف مواد در میان جوانان بایستی در سنین نوجوانی و جوانی به عنوان آسیب پذیرترین گروه خطر متمرکز گردد. دانشگاهها و خوابگاههای دانشجویی بعنوان محل هایی که محل تمرکز جوانان است بایستی به عنوان مکان مناسب برای اجرای برنامه های پیشگیری مورد استفاده

References

1. Delavari M, Ahmadi A, Nori M. [Knowledge of Management Student about Effects of Ecstasy in Tehran and Iran Medical Universities]. *J Babol Univ Med Sci* 2006; **9**(3): 43-46. (Persian)
2. Kaplan H, Sadock B. [Kaplan and Sadock's Synopsis of psychiatry: behavioral science, clinical psychiatry]. Pourafkari N (translator). 9th ed. Tehran, Shahrab Pub, 2007: 534-588. (Persian)
3. Spain National Plan on Drugs. *National Drugs Strategy 2000-2008*. Spain National Plan on Drugs 2000; **5**: 25-26.
4. Saukko P, Kinght B. *Knight's Forensic Pathology*. 2nd ed. London, Arnold Pub, 2004; PP: 69-82.
5. Barooni Sh, Mehrdad R, Akbari E. A survey of Ecstasy use among 15-25 year-olds in five areas of Tehran. *Tehran Univ Med J* 2008; **65**(11): 49-54. (Persian)
6. Seyyed Fatemi N, Khoshnavaye Foomani F, Behbahani N, Hosseini F. [Assertiveness skill and use of Ecstasy among Iranian adolescents]. *Fundam Ment Health* 2007; **10**(40): 265-272. (Persian)
7. Ahmadi J, Hasani M. Prevalence of Substance Use among Iranian High School Students. *Addict Behav* 2003; **28**(2): 375-379.
8. Dehgani Kh. [Adolescents and Ecstasy/Amphetamine Abuse]. 3rd ed. Yazd, Addiction National Congress Pub, 2004; PP: 23. (Persian)
9. Mohtasham Amiri Z, Rezazadeh S, Khatibi F. Ecstasy use among high school students in Lahijan. *Iran J Epidemiol* 2006; **1**(2): 47-52. (Persian)
10. Madu SN, Matla MQ. Illicit drug use, cigarette smoking and alcohol drinking behavior among a sample of high school adolescents in the Pietersburg area of the Northern Province, South Africa. *J Adolesc* 2003; **26**(1): 121-136.
11. Saffari M, Shojaeizadeh D, Ghofranipour F, Heydarnia A, Pakpour A. [Health Education & Promotion: Theories, Models & Methods]. 1st ed. Tehran, Sobhan Publisher, 2009, PP: 17-21. (Persian)
12. 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 J Hamadan Univ Med Sci* 2006; **13**(3): 43-50. (Persian)
13. Bahrami E. [Addiction & prevention]. 1st ed. Tehran, Samt Publisher, 2004; PP: 20-30. (Persian)
14. Pikkarainen T, Pikkarainen K, Karjaluto H, Pahnla S. Consumer acceptance of online banking: An extension of the technology acceptance model. *Internet Research* 2004; **14**(3): 224-235.
15. Allahverdipour H, Heidarnia AR. [Healthy Behaviors: Beliefs and Attitudes]. 1st ed. Hamedan, Medical Sciences University Pub, 2003; PP: 20-60. (Persian)
16. Conner M, Armitage CJ. Extending the theory of planned behavior: A review and avenues for further research. *J Appl Soc Psychol* 1998; **28**(15): 1429-1464.
17. Mc Millan B, Onner M. Applying an Extended Version of the Theory of Planned Behavior to Illicit Drug Use among Students. *J Appl Soc Psychol* 2003; **33**(8): 1662-1683.
18. Allahverdipour H. [Predicting smoking related behaviors based on Theory of planned behavior and Prototype willingness model among employed adolescents and high school students in Hamadan]. (Unpublished research's report). Hamadan University of Medical Sciences, Deputy of Research, 2009. (Persian)
19. Koiso T, Koyama H, Suzuki K, Ohsawa S. Evaluation of drug abuse prevention program by utilizing of CD-ROM material. *J Sch Health* 2007; **3**(1): 7-14.
20. Rassool GH, Rawaf S. Predictors of educational outcomes of undergraduate nursing students in alcohol and drug education. *Nurse Educ Today* 2008; **28**(6): 691-701.
21. Sohrabi F, Hadian M, Daemi HR, Asgharnezhad Farid AA. [The effectiveness of healthy behavior

- training program in changing attitude of students towards substance abuse]. *JBS* 2008; **2**(3): 209-220. (Persian)
22. Botvin GJ, Beker E, Dusenbury L, Tortu S, Botvin EM. Preventing Adolescent Drug Abuse through a Multimodal Cognitive-Behavioral Approach: Results of a 3-Year Study. *J Consult Clin Psychol* 1990; **58**(4): 437-446.
23. Mcalister A, Perry C, Killen J, Slinkard LA, Maccoby N. Pilot Study of Smoking, Alcohol and Drug Abuse Prevention. *Am J Public Health* 1980; **70**(7): 719-721.
24. Caron F, Godin G, Otis J, Lambert LD. Evaluation of a theoretically based AIDS/STD peer education program on postponing sexual intercourse and on condom use among adolescents attending high school. *Health Educ Res* 2004; **19**(2): 185-197.
25. Botvin GJ, Griffin KW, Diaz T, Scheier LM, Williams C, Epstein JA. Preventing illicit drugs use in adolescents: Long-term follow-up data from a randomized control trial of a school population. *Addict Behav* 2000; **25**(5): 769-774.
26. Sawadi H. Individual risk factors for adolescence substance use. *Drug Alcohol Depend* 1999; **55**(3): 209-224.
27. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull* 1992; **112**(1): 64-105.
28. Gerrard M, Gibbons FX, Brody GH, Murry VM, Cleveland MJ, Wills TA. A theory-based dual-focus alcohol intervention for preadolescents: the Strong African American Families Program. *Psychol Addict Behav* 2006; **20**(2): 185-195.
29. Nichols A. The Influence of a school-based substance abuse prevention program in reducing smoking among sixth grade African American students in Louisiana. December, 2006. <http://etd.lsu.edu/docs/available/etd-11092006-201044/unrestricted/alannicholsdissertation.pdf> (Accessed September 2009).
30. Miovský M, Miovská L, Rehan V, Trapková B. Substance use in fifth- and seventh-grade basic school pupils. *Cesk Psychol* 2007; **51**(2):109-118.
31. Conner M, McMillan B. Interaction effects in the theory of planned behaviour: Studying cannabis use. *Br J Soc Psychol* 1999; **38**(2): 195-222.
32. Murgaff V, Mark R, Dermott M. Exploring attitude and belief correlates of adhering to the new guidelines for low-risk single-occasion drinking: an application of the theory of planned behavior. *Alcohol* 2001; **36**(2):135.
33. Feyzadeh A, Majdzadeh R, Glestan B. [Diffusion rate of ecstasy use in peer group of an ecstasy user]. *Hakim Medical Journal* 2004; **7**(2): 1-9. (Persian)
34. Rahimi Moger A, Razagi OM, Nori M, Hoseini M. [Prevention of Addiction]. 1sted. Tehran, State Welfare Organization Pub, 1996, PP: 40-63. (Persian)
35. Botvin GJ, Griffin K, Lowinson JH, Ruiz. P, Millman RB, Langord JG, et al. *Substance abuse: A comprehensive textbook*. 4th ed. Philadelphia, Lippincott William & Wilkins Pub, 2005; PP: 1211-1229.