تاثیر آموزش پیشگیری از اعتیاد ازطریق الگوی اعتقاد سلامتی برآگاهی و درک دانش آموزان سال اول دبیرستان‌های ساوه

مهناز صلحی[۱]* ، میترا ابوالفتحی[۲]

۱- دانشیارگروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران ، ایران* (نویسنده مسئول)
۸۸۷۷۹۹۲۸ solhi80@yahoo.com

۲- کارشناس ارشدآموزش بهداشت،دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به بالا بودن شیوع و شروع مصرف سیگاردر دوران دبیرستان و نقشی که آگاهی و ادراکات فرد روی رفتار آنها دارد، این پژوهش با هدف تعیین تاثیر آموزش پیشگیری از اعتیاد از طریق مدل اعتقاد به سلامتی برآگاهی و ادراکات دانش آموزان دخترو پسر پایه اول دبیرستانهای شهر ساوه انجام شد.

مواد و روش ها: این مطالعه نیمه تجربی از نوع قبل و بعد (Before and after) بود. از ۱۰ مدرسه دخترانه و پسرانه ساوه به روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای، ۳۸۷ دانش آموزانتخاب و داده ها طی دو مرحله، آزمون اولیه قبل از آموزش و آزمون ثانویه بعد از آموزش با پرسشنامه سؤالات فردی، آگاهی وادراکات گرد آوری ، مقایسه و تجزبه و تحلیل شد. آموزش براساس نتایج تکمیل اولیه پرسشنامه وسازه های مدل اعتقاد بهداشتی طراحی واجرا شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون های t زوج و مستقل، مجذور کا، آنالیزواریانس(ANOVA)و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته ها: مقایسه میانگین نمرات آگاهی وادرکات(موانع ، منافع ، حساسیت و شدت) قبل و بعدازمداخله آموزشی تفاوت معنی دارنشان داد (p< ۰/۰۰۰۱). ضریب همبستگی پیرسون بین آگاهی وادراکات کل قبل وبعد ازآموزش همبستگی مثبت (r=/۳۱، r=/۳۸ ،p</۰۰۰۱،r۰)نشان داد. بعدازمداخله بین آگاهی دانش آموزان و تحصیلات پدر(p< ۰/۰۱)، تحصیلات مادر (p< ۰/۰۲) ، شغل پدر (p< ۰/۰۱) و نوع مدرسه(p< /۰۰۰۱۰)، بین موانع درک شده و تحصیلات مادر(p< ۰/۰۲)، سابقه مصرف مواد اعتیاد آور درخانواده (p< ۰/۰۱)، بین منافع درک شده و نوع مدرسه (p< ۰/۰۱)، بین حساسیت درک شده و نوع مدرسه(p< ۰/۰۴) و بین شدت درک شده و نوع مدرسه (p< ۰/۰۲) ارتباط معنادار مشاهده شد.

نتیجه گیری: آموزش از طریق مدل اعتقاد بهداشتی با هدف پیشگیری از سوء مصرف مواد می تواند باعث ارتقاء آگاهی، ایجاد ادراکات مثبت درافراد شود ودر پیشگیری اولیه از سوء مصرف مواد مخدر، یک استراتژی با هزینه اثر بخشی خوب است.

واژه های کلیدی: آگاهی , ادراکات ، پیشگیری از اعتیاد، مدل اعتقاد بهداشتی، دانش آموزان

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-07]

The effect of education about prevention of addiction through health belief model (HBM) on knowledge and perceptions of high school students in Saveh

***Mahnaz Solhi[1], Mitra Abolfathi[2]**

1.* Mahnaz Solhi, Department of Education and Health Promotion, School of health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. 88779928, solhi80@yahoo.com

2- Mitra Abolfathi Ms.c in Health education, School of health, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

Abstract

Background and aim: Given the increased of prevalence and be used to beginning of Cigarette and other drug in high school students, and the role of knowledge and attitude of people on their behaviors, this research is performed with the aim of studying The effect of education about prevention of addiction through health belief model (HBM) on knowledge and perceptions of high school students in Saveh.

Materials and methods: This quasi experimental study that was before and after test, from ten high schools, 387 students selected through application of randomized cluster sampling methods. Health Belief Model used in education.

Subjects are evaluated in two stages; primary test before application of educational program, and secondary test after educational program implemented by questionnaire which included the identification, knowledge and attitude questions. The statistical analysis carried on paired t-test, χ Square, ANOVA and Pearson correlation co-efficient.

Results: Comparisons of between mean of knowledge, attitude scores of students indicated significance deference before and after educational program implemented ($P<0.0001$). There was positive correlation between knowledge and total perceptions scores before and after education ($r=.31$, $r=.37$, $p<.0001$). There were significant relationships between knowledge and parents' literacy ($p<.01$, $p<.02$), fathers' job ($p<.01$) and kind of high school ($p<.0001$. Also there were significant differences between perceived barriers and mothers' literacy ($P<.02$), family history of addiction ($p<.01$) and between perceived benefits and kind of high school ($p<.01$) and between perceived sensitivity ($P< .04$) and between perceived sever and kind of high school ($p<.02$).

Conclusion: health education through health belief model with the aim drug abuse prevention have a positive effect on knowledge, perceptions of people, and in primary prevention of drug abuse, it is a cost-efficient strategy. This study is considered as beginning of a more research this area.

Key words: perception ,knowledge, health belief model, prevention of drug abuse, students

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-07]

مقدمه

واژه اعتیاد(Addiction)به معنی عادت کردن واحساس نیازاست.سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۶۴واژه وابستگی دارو(drug dependence) را به جای اعتیاد توصیه نمود(۱). مهمترین ویژگی وابستگی به موادمجموعه ای ازنشانه‌های جسمی ؛رفتاری و روانشناختی است که دلالت برآن دارندکه شخص با وجودداشتن مشکلات قابل توجه دررابطه با مصرف مواد به مصرف آن ادامه می دهد؛وبرای رفع این نیازبه انجام رفتارهای مخا طره آمیزی ناگزیرمی شودکه زندگی اجتماعی وفردی وی رادچاراختلال می سازد(۲)

.امروزه مسئله مواد مخدرتنها یک مشکل شهری،روستایی یاخانوادگی نیست بلکه یک مشکل کشوری وجهانی است. براساس آخرین آمار و اطلاعات منتشر شده از سوی دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد روند مصرف مواد مخدر با شیب ملایم در حال افزایش است طوری که در سال ۲۰۱۱-۲۰۱۰ به طور میانگین ۲۷ میلیون نفر برابر با ۶ درصد از جمعیت جهان حداقل یکبار در سال مواد مخدر مصرف کرده اند. این میزان در مقایسه با سال ۲۰۰۹ به میزان ۱۸ درصد و نسبت به سال ۲۰۰۸، ۱۲ درصد افزایش داشته است. مصرف الکل، هروئین، کوکائین و دیگر داروها سالانه به ترتیب مسئول ۲/۵ میلیون ، ۱٪ تا ۲٪ میلیون مرگ در جهان می باشد. علاوه بر عامل مرگ ها، ابتلاء به بیماری ها و درمان معتادان بار هزینه ای و مراقبتی بزرگی بر دوش جامعه می گذارد(۳،۴).

در ایران طبق آخرین تحقیقات صورت گرفته تعداد مصرف کنندگان یک میلیون و ۳۲۵ هزار نفر اعلام شده است و نرخ شیوع مصرف مواد مخدر در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال ۲/۶۵ درصد است. درحال حاضر سوءمصرف مواد اعتیادآور مشکل اصلی دولت‌های کشورهای توسعه یافته و درحال توسعه می باشد. آمارهای منتشره ازسوی سازمان‌های بین‌المللی و بخصوص سازمان جهانی مبارزه با موادمخدر و سازمان یونسکو حاکی از افزایش فزاینده مصرف این مواد درسطح جهان است.براساس آمارها شاهد کاهش سن مصرف کنندگان و افزایش ورود زنان، شاغلان و افراد تحصیلکرده به چرخه مصرف هستیم .

میزان مصرف مواد در گروه سنی ۱۵ تا ۱۹ سال معادل ۱۳/۶۵ درصد، گروه سنی ۲۰ تا ۲۴ سال معادل۱۶/۸۳ درصد، ۲۵ تا ۲۹ سال معادل۱۴/۳۲ درصد بوده و بقیه به گروه های سنی ۳۰ تا ۶۴ سال اختصاص دارد.

۹۱درصد معتادان را مردان و ۹ درصد را زنان تشکیل می‌دهند. از نظروضعیت تحصیلات مصرف کنندگان مواد مخدر نیز ۵/۶۸ درصد بی سواد،۸/۰۳ درصد تحصیلات ابتدایی، ۱۱/۷۶ درصد تحصیلات راهنمایی، ۳۷/۸۶ درصد تحصیلات متوسطه، ۲۲/ ۱۵درصد تحصیلات مقطع کاردانی و ۲۱/۴۵ درصد تحصیلات لیسانس و بالاتر دارند(۴).

براساس مطالعات، گرایش به مصرف موادمخدر در بین نوجوانان درافزایش خلافکاری وکاهش عملکرد تحصیلی آنها تاثیرگذار است چرا که دوره بلوغ را آسیب پذیرترین دوره برای گرایش به اعتیاد می دانند(۵). تحقیقات نشان می دهد تهیه واجرای برنامه های کارآمد پیشگیری می تواند درحل این مسئله مهم بهداشتی واجتماعی نقش به سزایی داشته باشد وپیشگیری ازاعتیاد به مراتب آسانترومفیدتراز درمان شخص معتاد است (۵و۶). بطورکلی هدف نهایی ازتمام فعالیت های پیشگیری کاهش گرایش دانش آموزان به مصرف سیگار و سایر مواد مخدر وپرورش نسلی است که درسنین بزرگسا لی نیزتمایل به مصرف سیگار و مواد مخدر نداشته باشند. بدون شک در هر برنامه پیشگیری، آموزش حرف اول رامی زند (۵،۷و۸).

براساس نتایج حاصل از پژوهش های محققان نسبت به تغییر رفتارها، امروزه آموزش های پیشگیری کننده موفق برطبق الگوهای شناخته شده صورت می گیرد. در این رابطه الگوی اعتقاد بهداشتی در زمینه پیشگیری ازبیماریها و مشکلات رفتاری قابل قبول وکارآست. در این مدل احتمال اتخاذ رفتار پیشگیری کننده تحت تاثیر تهدید درک شده و برآیند موانع و منافع درک شده و راهنمای عمل است.

فلسفه مدل اعتقاد بهداشتی مبتنی بر این است که آموزش هایی منجر به ایجاد رفتار جدید و یا تغییر در رفتار فراگیران می شوند که دارای چهار ویژگی باشند: اولا انجام رفتار بهداشتی مورد نظر برای آنان دارای فایده یا فوایدی از جنبه های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و خانوادگی باشد، ثانیا آموزش دهندگان باید موانع موجود برای فراگیران اعم از فردی ، اجتماعی ، اقتصادی ، فرهنگی و خانوادگی جهت اتخاذ رفتار های بهداشتی را شناسایی و برطبق آن برنامه ریزی کنند.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-07]

ثالثا برنامه های آموزشی باید قادر باشند درباره عوارض و خطرات ناشی از عدم انجام رفتارهای بهداشتی اعم از اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی ، خانوادگی و فردی در فراگیران حساسیت لازم را ایجاد کنند و رابعا جهت اتخاذ رفتارهای بهداشتی لازم است علاوه بر موارد ذکر شده از راهنمایی هایی برای عمل شامل توصیه های مراکز بهداشتی درمانی، پزشک معالج، وسایل ارتباط جمعی، والدین و معلمین، پوستر ، بروشور، پمفلت و کارت‌های بخاطر آورنده نیز استفاده شود(۹).

پیشتر تاثیرگذاری این مدل بر آگاهی و ادراکات دانش آموزان پسر دبیرستانی شهر یزد درباره مضرات سیگار کشیدن (۱۰) و سربازان وظیفه در تهران مشخص شده است(۱۱). هدف این مطالعه تعیین تاثیر مداخله آموزشی پیشگیری از اعتیاد با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی بر میزان آگاهی و ادراکات دانش آموزان دبیرستان های ساوه است. نتایج این مطالعه در طراحی مداخلات ارتقایی جهت پیشگیری از اعتیاد در این دانش آموزان کاربرد دارد.

موادوروش ها

این پژوهش مطالعه ای نیمه تجربی (به صورت قبل و بعد) است. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش دانش آموزان دختر و پسر پایه اول متوسطه مشغول به تحصیل در دبیرستانهای دولتی و غیر انتفاعی شهرستان ساوه بودند که از ۱۰ مدرسه دخترانه پسرانه این شهر به طریق نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه کوکران ۳۸۷ دانش آموز از میان ۴۲۹۲ دانش آموز انتخاب شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه ای حاوی ۴۳سوال بود که در دو بخش شامل ۱۱سوال مشخصات فردی، ۹ سوال آگاهی (سه گزینه ای به صورت بلی ، خیر و نمی دانم)،۲۳ سوال ادراکات براساس سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی (با مقیاس لیکرت سه گزینه ای) و یک سوال راهنماهای عمل درباره پیشگیری ازاعتیاد. جهت تعیین اعتبار علمی ابزار گردآوری اطلاعات روش اعتبار محتوا و برای تعیین اعتماد علمی پرسشنامه از روش آزمون مجدد استفاده شد(r=/۸۷۰).

پس از تکمیل پرسشنامه ها، اطلاعات آنها به صورت کدگذاری شده وارد برنامه کامپیوتری شد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی طی معرفی نامه ای مراتب به اداره آموزش و پرورش شهرستان ساوه اطلاع داده شد. هدف و ماهیت تحقیق برای مسئولان و واحدهای مورد پژوهش مشخص شد. مطالب آموزشی و جزوات آموزشی تهیه شده دراختیار مسئولان گذاشته شد. کلاس های آموزشی با هماهنگی قبلی و برنامه ریزی پژوهشگر و مسئولان دبیرستانها در ساعات اداری برگزار شد. اطلاعات بدست آمده محرمانه تلقی شد.

عقاید و باورهای دانش آموزان مورد مطالعه محترم شمرده شد و نتایج بررسی در اختیار مسئولان آموزش و پرورش قرار گرفت. درمرحله دوم با توجه به یافته های بدست آمده از تکمیل اولیه پریشنامه ها، یک برنامه آموزشی برمبنای مدل اعتقاد بهداشتی طراحی و اجرا شد.

پس از اجرای برنامه آموزشی وگذشت بیش ازیک ماه پرسشنامه مجددا» در اختیار دانش آموزان قرارداده شد و نتایج بعد ازآموزش با قبل از آن مقایسه شد. جهت تجزیه وتحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و توزیع فراوانی) و آزمون های آماری تحلیلی با توجه به کمی و کیفی بودن متغیرها (تی زوج، تی مستقل، مجذور کا، آنالیز واریانسANOVA) و ضریب همبستگی پیرسون درنرم افزار آماری spss (نسخه ۱۶) استفاده شد.

یافته ها

تعداد اعضای خانواده ۳۳ درصد دانش آموزان مورد بررسی ۵ نفره بود.۶۵/۵ درصد پدران دانش آموزان در گروه سنی۴۰-۴۹سال، ۵۹/۸۹ درصد مادران در گروه سنی زیر۴۰ سال قرار داشتند. شغل پدر ۴۰/۷۸ درصد دانش آموزان آزاد و شغل مادر۹۴/۴۰ درصد آنها خانه داربود.

۳۰/۱ درصد پدران و ۴۷/۷ درصد مادران دانش آموزان دارای تحصیلات ابتدایی بودند. ۵/۷ درصد دانش آموزان مورد بررسی سابقه مصرف مواد اعتیاد آور(در طول یک سال گذشته) داشتند.۷۳/۵ درصد دانش آموزانی که از مواد اعتیاد آور استفاده می کردند، اعلام کردند والدین شان از مصرف آنها بی اطلاع است. ۳۶درصد اولین پیشنهاددهندگان مواد به دانش آموزان دوستان و همسالان و۳۲درصد خود دانش آموز بود. در ۳۱/۳درصد علت گرایش دانش آموزان به مصرف مواد سرگرمی و کمترین علت کسب لذت بود (۹و۱۲).

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-07]

بیشترین ماده مصرفی در دانش آموزان, مورد بررسی به ترتیب سیگار(۵۸/۱ درصد،۱۳ نفر)، الکل(۵۰ درصد،۱۱ نفر) و سپس سایر مواد و در اعضای خانواده (سیگار۷۶/۳ درصد، ۶۱ نفر و الکل ۱۵ درصد، ۱۰ نفر) و در همسالان و دوستان دانش آموزان مورد بررسی (سیگار۶۴/۴ درصد،۶۷ نفر و الکل۷/۷ درصد، ۸ نفر) بود.

در۲۰/۷ درصد دانش آموزان سابقه مصرف مواداعتیاد آور در خانواده وجود داشت. در۳۶/۹ درصد منبع کسب اطلاعات رادیو و تلویزیون، ۲۷/۹۰ درصد معلمان و مسئولان و مشاوران مدرسه و ۲۵/۳۲ درصد خانواده بود (جدول شماره۱).

جدول۱- توزیع فراوانی مطلق ونسبی منابع کسب اطلاعات دانش آموزان تحت بررسی درباره پیشگیری از اعتیاد

شماره	منابع کسب اطلاعات	فراوانی	درصد
۱	کتابهای مختلف	۹۰	۲۳/۲۵
۲	رادیو و تلویزیون	۱۴۳	۳۶/۹۵
۳	مجلات و روزنامه ها	۷۲	۱۸/۶۰
۴	جزوات آموزشی	۵۲	۱۳/۴۳
۵	پوستر	۴۸	۱۲/۴۰
۶	خانواده	۹۸	۲۵/۳۲
۷	دوستان و همکلاسی	۵۶	۱۴/۴۷
۸	معلمان ومسئولان و مشاورین مدرسه	۱۰۸	۲۷/۹۰
۹	اینترنت	۵۹	۱۵/۲۴
۱۰	کارکنان بهداشت و پزشکان	۳۰	۷/۵۲
۱۱	تلفن های امدادی پاسخگو ندای امداد	۱۲	۳/۱۰
۱۲	سایر مواردلطفا نام ببرید	۳	۰/۷۷
جمع کل		۳۸۷	۱۰۰

مقایسه میانگین نمرات آگاهی و ادرکات قبل و بعد از مداخله آموزشی براساس آزمون تی زوجی تفاوت معنادار نشان داد بدین صورت که مداخله آموزشی براساس مدل اعتقاد سلامتی سبب ارتقاء آگاهی و ادراکات دانش آموزان درباره پیشگیری از اعتیاد شده بود(جدول ۲).

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-07]

جدول۲- مقایسه میانگین آگاهی و ادراکات دانش آموزان قبل و بعد از آموزش

متغیر	Mean±SD	Paired t-test	P.value
آگاهی قبل و بعداز آموزش	۱۰/۵۷±۱۲/ ۸۵ ۱۱/±۹۰ ۱۳/ ۲۶	۱۷/۵٦	۰/۰۰۰۱
منافع درک شده قبل و بعد از آموزش	٦/۱۲±۱٦/ ۷٦ ۷/۰۲ ± ۱٦/۲۱	۸/۵۰	۰/۰۰۰۱
موانع درک شده قبل و بعد از آموزش	۵/٦۰ ± ۱۷/۲۲ ٦/۵۱ ± ۱۷/٤۲	۷/۳۱	۰/۰۰۰۱
حساسیت درک شده قبل و بعد از آموزش	٤/۷۸ ± ۲۲/۲۸ ٦/۲۰ ± ۲۳/۹۷	۵/۰۸	۰/۰۰۰۱
شدت درک شده قبل و بعد از آموزش	٤/۸۵ ± ۱۵/٦۷ ۵/۹۳ ± ۱٦/۹۸	٦/۸۵	۰/۰۰۰۱
ادراکات کل قبل و بعدازآموزش	۵/٦۷ ± ۱۰/۵٦ ٦/±٤۹ ۱۱/ ۱۲	۱۱/۳۷۳	۰/۰۰۰۱

قبل از آموزش ۸۱/۳ درصد دانش آموزان دارای آگاهی متوسط بودند و فقط ۱۵/۳درصد آگاهی خوب داشتند که بعداز آموزش به ۵۱/۷ درصد افزایش پیدا کرد. آگاهی ضعیف قبل از آموزش ۲/۶ درصد بود که بعد از آموزش به ۰/۶ درصدکاهش پیدا کرد(جدول ۳).

جدول ۳- توزیع فراوانی دسته بندی های آگاهی دانش آموزان مورد پژوهش قبل و بعدازآموزش

آگاهی	قبل ازآموزش		بعدازآموزش	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
ضعیف	۱۰	۲/۶	۲	۰/۶
متوسط	۳۱۵	۸۱/۳	۱۸۴	۴۷/۷
خوب	۵۹	۱۵/۳	۲۰۰	۵۱/۷
کل	۳۸۴ ۳۸۷	۹۹/۲ ۱۰۰	۳۸۶ ۳۸۷	۹۹/۷ ۱۰۰

حداکثر نمره آگاهی ۳۲ بود در این جدول از۱۰۰درنظرگرفته ش‌د. (K^2 test p.value =۰/۰۰۱)

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-07]

قبل و بعداز آموزش اکثریت دانش آموزان دارای ادراکات کل متوسط بودند و ۱/۵ درصد ادراکات کل خوب داشتند که بعداز آموزش درصد ادراکات کل خوب به ۱/ ۱۱ درصد افزایش پیداکرد(جدول ۴).

جدول ۴- توزیع فراوانی دسته بندی ادراکات کل دانش آموزان مورد بررسی قبل وبعداز آموزش

ادراکات کل	قبل از آموزش		بعدازآموزش	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
ضعیف	۱۵	۳/۸۰	۵	۱/۵
متوسط	۳۶۲	۹۳/۳۲	۳۳۸	۸۷/۹
خوب	۵	۱/۲	۴۲	۱۱/۱
کل	۳۸۲ ۳۸۷	۹۸/۵ ۳۸۷	۳۸۵ ۳۸۷	۹۹/۵ ۱۰۰

حداکثر نمره نگرش ۴۶ بود و در این جدول از ۱۰۰در نظر گرفته شد.(K^2 test p.value =۰/۰۱)

براساس آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین آگاهی و ادراکات کل قبل و بعد از آموز ش همبستگی مثبت به میزان r=/۳۱۰ و r=/۳۸۰ مشاهده شد(در هردو مورد p<۰/۰۰۰۱).

همچنین با استفاده از آزمون آنالیز واریانس و آزمون تی بعد از مداخله میان آگاهی دانش آموزان درباره پیشگیری از اعتیاد و میزان تحصیلات پدر (p< ۰/۰۱) و تحصیلات مادر (p< ۰ /۰۲)، شغل پدر (p< ۰/۰۱) و شغل مادر ر (p< ۰/۰۰۵) و نوع مدرسه (p< ۰ /۰۰۰۱) و میان موانع درک شده و تحصیلات مادر(p< ۰/۰۲)، نوع مدرسه و سابقه مصرف مواد اعتیاد آور در خانواده (p< ۰/۰۱) ، میان منافع درک شده و نوع مدرسه (p< ۰/۰۱)، میان حساسیت درک شده و نوع مدرسه(p< ۰ /۰۴)، میان شدت درک شده و نوع مدرسه (p< ۰/۰۲) ارتباط معنادار مشاهده شد.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-07]

بحث

براساس نتایج این مطالعه نخستین درصد علت گرایش دانش آموزان به مصرف مواد اعتیاد آور سرگرمی (۳۱/۳ درصد) و آخرین درصد علت گرایش دانش آموزان به مصرف مواد ، کسب لذت بود که با نتایج مطالعه مسعود نیا هم‌خوانی دارد (۱۰). بیشترین ماده مصرفی سیگار و بعد الکل بود که با یافته های تحقیقات دیگر مطابقت دارد (۱۲). مهمترین منابع کسب اطلاع ، رادیو و تلویزیون ، معلمان و مسئولان و مشاوران مدرسه وخانواده بود که با نتایج بررسی طارمیان وبروجنی مشابه است (۱۳و ۱۲).

اگربرنامه های رسانه های جمعی به خوبی طراحی و برنامه ریزی شوند، می توانند به نتایج شایان توجهی درافزایش هنجارهای اجتماعی و تغییررفتارهای افراد در زمینه اعتیاد و پیشگیری ازآن منجر شود (۱۲). براساس نتایج این مطالعه، پس از آموزش تفاوت معنادار میان میانگین نمرات آگاهی و ادراکات دانش آموزان مشاهده شد بدین معنا که آموزش از طریق مدل اعتقاد به سلامتی، سبب ارتقاء آگاهی و بهبود ادراکات موانع، منافع ، حساسیت و شدت دانش آموزان شد. بررسی های بوتوین (Botvin) و کوییج پرزپی(Cuij pers) نیز نشان داد، آموزش پیشگیری از اعتیاد می تواند برآگاهی و نگرش دانش آموزان تاثیر مثبتی داشته باشد (۸ ،۱۴و۱۵). مطالعه مسعود نیا و رهنورد هم نشان داد آموزش ازطریق مدل اعتقاد بهداشتی دررفتارهای پیشگیری کننده ازسیگارکشیدن نوجوان‌ان،موجب ارتقاءسطح آگاهی و بهبود سطح نگرش آنها می شود(۷و۱۰). در این مطالعه میان نمرات آگاهی و ادراکات کل قبل و بعد از آموز ش همبستگی مثبت بدست آمد. بنابراین کار روی هریک از این متغیرها می تواند باعث ارتقاء دیگری شود.

در مطالعه حاضر میان آگاهی دانش آموزان درباره پیشگیری از اعتیاد و میزان تحصیلات پدر و مادر، شغل پدر و مادر و نوع مدرسه رابطه معنادار مشاهده شد. بدین صورت که مداخله آموزشی درافزایش سطح آگاهی دانش آموزانی که سواد پدر و مادر آنها دیپلم، شغل پدرکارمند و مادر خانه دار، مؤثرتر بوده است.

این یافته ها با نتایج بررسی مسعودنیا و مسعودی بروجنی مشابه است(۱۰و۱۳). براساس یافته های این بررسی، دانش آموزان مدارس غیرانتفاعی نسبت به مدارس دولتی از سطح آگاهی بیشتربرخوردار بودند.بنابراین مداخله آموزشی مورد نظر در مدارس دولتی باید بیشتر مورد توجه قرارگیرد. در این مطالعه میان موانع درک شده و تحصیلات مادر، نوع مدرسه و سابقه مصرف مواد اعتیاد آور در خانواده را بطه معنادار مشاهده شد بدین صورت که اختلاف میانگین موانع درک شده قبل و بعد در دانش آموزانی که مادرانشان بی سواد بودند، دانش آموزان مدارس غیرانتفاعی و دانش آموزانی که سابقه اعتیاد در خانواده آنها وجود نداشت بیشتر بود. مطالعات نشان می دهد دانش آموزان به شدت تحت تأثیر والدین خود قرار می گیرند (۱۳).

همچنین میان منافع درک شده و نوع مدرسه و میان حساسیت درک شده و نوع مدرسه، میان شدت درک شده و نوع مدرسه ارتباط معنادار مشاهده شد بدین صورت که اختلاف میانگین های منافع، حساسیت وشدت درک شده دانش آموزان مدارس غیرانتفاعی قبل و بعد از آموزش بیشتر از دانش آموزان مدارس دولتی بود. این یافته ها در متمرکز کردن مداخله ارتقایی روی این متغیرهای زمینه ای کاربرد دارد. در این زمینه انجمن ملی سوء مصرف داروی آمریکا نیز از سال ۲۰۱۰ برنامه های ارتقایی خودرا در زمینه پیشگیری از اعتیاد در نوجوانان شروع کرده است(۱۶).

مهمترین ادراکات مربوط به منافع درک شده که نیاز به اصلاح دارند این است که مسئله پیشگیری از اعتیاد به عنوان یک ارزش برای نوجوانان وجوانان کمتر به حساب آمده است.

مهمترین ادراکات مربوط به موانع درک شده مشکل بودن»نه گفتن» در برابر پیشنهاد دوستان و همسالان برای مصرف مواد اعتیادآور و سخت بودن در بیان و مطرح کردن مشکل اعتیاد بوده است که نیاز به اصلاح دارند. آموزش مهارت مقاومت در برابر فشار همسالان وبرقراری ارتباط می تواند دراین زمینه مؤثر باشد.مطالعات متعدد اثربخشی این مداخلات تحت عنوان آموزش مهارت های مقاومت در برابر سوء مصرف مواد را تأیید می کند(۱۲و۱۴). در مطالعه بروجنی نیز بین بیان مشکلات و رفتارهای پیشگیری کننده از سوء مصرف مواد مخدر در دانش آموزان رابطه معنی دار مشاهده شد(۱۳). یکی از مهارت های مهم زندگی مهارت مقابله با تنهایی، کمرویی و طردشدگی است(۱۲).

مهمترین ادراکات مربوط به حساسیت درک شده که نیاز به اصلاح دارند اعتیاد آور نبودن مصرف تفریحی مواد مخدر

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-07]

و کم بودن احساس خطردر رابطه با معاشرت و همنشینی با افراد معتاد بود که لازم است حساسیت دانش آاموزان مورد بررسی را نسبت به این باورهای غلط افزایش داد. درمطالعه بروجنی نیز دانش آموزان سیگار، قلیان، مشروبات را جزء مواد اعتیادآور نمی دانستند(۱۳).

مهمترین ادراکات مربوط به شدت درک شده که نیاز به اصلاح دارند این بود که با پیشگیری نکردن از اعتیاد از اعتبار اجتماعی نوجوانان کاسته نخواهد شد ولازم است که ارزش اجتماعی پیشگیری از اعتیاد برای نوجوانان و جوانان و تاثیر آن در محبوبیت اجتماعی آنان شناسانده شود و ادراکات آنان نسبت به اهمیت پیشگیری از مواد اعتیادآور ارتقاء یابد.

در نهایت این مطالعه نشان داد مدل اعتقاد بهداشتی در ارتقاء آگاهی وادراکات دانش آموزان مورد بررسی درباره پیشگیری از اعتیاد کاربرد دارد. انجام این مطالعه در سایر مناطق کشور، انجام این پژوهش در جمعیت های دیگر مانند معلمین مدارس، والدین دانش آموزان ، کاربرد مدل های دیگر آموزش بهداشت و مقایسه با یافته های این مطالعه پیشنهاد می شود.

از محدودیت های این مطالعه یک گروهی بودن و نداشتن گروه کنترل و خودگزارش دهی افراد نمونه است . انجام مطالعه نیمه تجربی دو گروهی (دارای گروه های آزمون و کنترل) و استفاده از روش مصاحبه برای رفع این محدودیت ها پیشنهاد می شود.

قدردانی

این مطالعه حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت است . نویسندگان مقاله از مسئولان دبیرستان های شهر ساوه و دانش آموزان شرکت کننده در این مطالعه سپاسگزاری می کنند.

References:

1. Kaplan and Sadock's. Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences Clinical Psychiatry. Translated by: Afkari N. Tehran, Iran: Sharab Publication; 10th Ed; 2010; P583-85 [in Persian].

2. DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revised / Writer: Nikho M. Avadysyans H .Tehran, Iran: Elmi Publication; 6th Ed; 2012; P307 [in Persian].

3. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC).World Drug Report 2010, United Nations Publications, Sales No. E.10.XI.13. Vienna, Austria: UNDOC; 2010.

4. Social Group of Fars News Agency. Statistics of Addiction in Iran: Available from: http://archive.farsnews.com.2013 Jun 25 [In Persian].

5. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Preventing drug use among children and adolescents- a research based guide for parents, educators and community leaders. 2nd ed. Bethesda, Maryland, USA: NIDA; 2010.

6. Hawkins J, Catalano R, Arthur MW. Promoting science based prevention in communities. Addictive Behav 2002; 27: 951-76.

7. Rahnavard Z, Mohammadi M, Rajabi F, Zolfaghari M. An Educational Intervention Using Health Belief Model on Smoking Preventive Behavior among Female Teenagers. Journal of Hayat. 2011; 17 (3):15-26 [In Persian].

8. Cuij pers pim, and et al. the effects of drug abuse prevention at school: the' healthy

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-07]

schoolAnddrugs' project, 1: Addiction-2002, Jan; 97(1): 67-73.
9. Saffari M, Shojaeizadeh D. Health education and promotion theories, models and methods. Tehran, Iran: Sobhan Publication; 2010: 50, 53, 64 [in Persian].
10. Masoudnia MH, Solhi M, Beizaee G. Effect of education on knowledge and attitudes of high school students about the dangers of smoking in Yazd. TolooeBehdasht. 2003; 2(4):26 [in Persian]
11.Ramazankhani A. Effect of application of health belief model on behaviors of prevention of smoking in soldiers.(PhD dissertation in health education) school of medical sciences, Ttarbiat Modarres University,2000.
12. Taeremian F, Mehryar AH. Effectiveness of life skills training program in prevention of drug use among secondary school students. Journal of Zahedan University of Medical Sciences.2009; 16 (65):77-88 [in Persian].
13. Borujeni Masudi D, Baghiani Moghadam MH, Sharifirad GH, Fallahzadeh H. Prevention of drug and substance abuse behaviors based on the health belief model in boys' high school Borujen . Journal of research in health system.2012; 8(2):237 [in Persian].
14. Botvin G, Griffin KW. School based programs to prevent alcohol, tobacco and other drug use. Intl Rev Psychiatry.2007; 19: 607–15.
15. Pourmovahed Z, Yassini Ardakani M, Ahmadieh M, Dehghani K, Kalani Z. Evaluation of the Knowledge of Rural High School Students in Yazd About Drugs. Journal of Shahid Sadoghi University of Medical Sciences and Health Services; 18(1):179-183 [in Persian].
16. Chakravarthy B, Shah S, Lotfipour S. Adolescent drug abuse - Awareness & prevention. Indian J Med Res 2013; 137:1021-3

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-07]