Journal of Police Medicine

Winter 2015; Vol. 3, No. 4: 249-258

Original Article

The Role of Fathers in Prevention of Children Tendency toward Addictive Drugs: An Application of Theory of Planned Behavior

Received: 10 November 2014 **Revised:** 14 January 2015 **Accepted:** 28 January 2015

Mehdi Mirzaei Alavijeh[1]
Saeid Mazloomy[2*]
Mojtaba Yassini[3]
Mohsen Askarshahi[4]
Farzad Jalilian[5]

[1]Ph.D Candidate, Health Education and Promotion, Social Determinants of Health Research Center, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran.

[2]Professor, Health Education, Department of Health Education & Promotion, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences-Yazd, Yazd, Iran.

[3]Associate Professor, Psychiatry, Department of Psychiatry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences-Yazd, Yazd, Iran.

[4]Assistant professor, Statistics, Department of Epidemiology and Statistics, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences-Yazd, Yazd, Iran.

[5]PhD Candidate, Health Education & Promotion, Department of Public Health, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

[*]**Corresponding Author:**
Saeid Mazloomy
Tel: (+98)9133093483
e-mail: mehdimirzaiea@yahoo.com

ABSTRACT

Background: Recognition of the factors related to doing preventive behaviors against children tendency to addictive drug such as role of parents is necessary. This study was performed aiming to determine the role of fathers in prevention of children tendency toward addictive drugs based on theory of planned behavior.

Materials and Methods: This was a descriptive cross sectional study. The research community was Yazd fathers in a sample of 180 that were selected by multistage random sampling method. Data collection tool was a questionnaire in three parts, seven demographic questions, attitude; four items, subjective norms; four items, perceived behavioral control; two items, behavioral intention; five items and nine questions of behavior completed in self-report. Data were analyzed by using SPSS-18 such as; independent T-test, ANOVA, Pearson correlation coefficient and regression at $\alpha = 0.05$.

Results: The age range of participants was 30-59 years with the mean of 40.38±5.34. Items that achieved highest scores; necessity to do behavior in attitude section, confirmed wives in subjective norms section, difficulty of doing behavior in perceived behavioral control section, beginning behavior from tomorrow in behavioral intention section and creating heartily relationship with children in behavior section to prevent children from tendency toward addictive drugs. The highest score was achieved in subjective norms structure. Attitude of fathers who were employees, homeowners and with a bachelor's degree or higher level of education, perceived behavioral control of fathers with no history of addiction in family or friends, divorced fathers' behavioral intention, and fathers' behavior with a bachelor's degree or higher level of education and with no history of substance abuse in family or friends were more positive in prevention of their children tendency to addictive drugs. Subjective norms and behavioral intention predicted 23.5% of the variance of the behavior.

Conclusion: Subjective norms and behavioral intention, on which emphasis can help educational programs be more effective, were the most important factors in preventive behavior.

Keywords: belief, attitude, behavior, addiction, theory of planned behavior, parents, prevention

زمستان ۱۳۹۳- دوره ۳ - شماره ۴- صفحات ۲۵۸-۲۴۹

مجله طب انتظامی

مقاله تحقیقی

نقش پدران در پیشگیری از گرایش فرزندان به مواد اعتیادآور: کاربرد نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده

تاریخ دریافت: ۱۹ آبان ۱۳۹۳ **تاریخ اصلاح:** ۲۴ دی ۱۳۹۳ **تاریخ پذیرش:** ۸ بهمن ۱۳۹۳

مهدی میرزایی علویجه[۱]
سید سعید مظلومی[۲*]
سید مجتبی یاسینی[۳]
محسن عسکرشاهی[۴]
فرزاد جلیلیان[۵]

[۱]دانشجوی دکتری، آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران.
[۲]استاد، آموزش بهداشت، گروه آموزش و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.
[۳]دانشیار، روانپزشکی، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.
[۴]استادیار، آمار حیاتی، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.
[۵]دانشجوی دکتری، آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

***نویسنده مسئول:**
سید سعید مظلومی
تلفن: ۹۱۳۳۰۹۳۴۸۳(۹۸+)
پست الکترونیک:
mehdimirzaiea@yahoo.com

چکیده

مقدمه: شناخت عوامل مؤثر در انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از گرایش فرزندان به مواد اعتیادآور ازجمله نقش والدین از طریق نظریه‌های تغییر رفتار ضروری هست. این مطالعه با هدف تعیین نقش پدران در پیشگیری از گرایش فرزندان به مواد اعتیادآور مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی- تحلیلی به روش مقطعی انجام شد. جامعه مورد پژوهش نمونه ۱۸۰ نفری از پدران شهر یزد بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند. پرسشنامه جمع‌آوری اطلاعات در سه بخش؛ هفت سؤال جمعیت شناختی و زمینه‌ای، چهار گویه نگرش، چهار گویه هنجارهای ذهنی، دو گویه کنترل رفتار درک شده، پنج گویه قصد رفتار و نه سؤال عملکرد بود که به‌صورت خود گزارش دهی تکمیل شدند. داده‌های جمع‌آوری‌شده توسط نرم افزار SPSS-18با استفاده از آزمون‌های توصیفی و تحلیلی نظیر؛ تی تست مستقل، ANOVA، آنالیز رگرسیون خطی و ضریب همبستگی پیرسون در سطح معناداری ۰/۰۵ مورد آزمون قرار گرفتند.

یافته‌ها: محدوده سن شرکت‌کنندگان ۳۰ الی ۵۹ سال با میانگین ۵/۳۴ ± ۴۰/۳۸ بود. گویه های؛ ضرورت رفتار در بخش نگرش، تأیید همسران در هنجارهای ذهنی، مشکل بودن انجام رفتار در کنترل رفتار درک شده، شروع رفتار از فردا در قصد رفتار و ایجاد ارتباط صمیمانه با فرزندان جهت پیشگیری از ایجاد گرایش به مواد اعتیادآور در بخش رفتار بیشترین امتیاز را کسب کردند. بیشترین امتیاز مربوط به سازه هنجارهای ذهنی بود. نگرش پدران کارمند، صاحب‌خانه و دارای سطح تحصیلات لیسانس و بالاتر، کنترل رفتار درک شده پدران بدون سابقه اعتیاد در خانواده و دوستان، قصد رفتار پدران مطلقه و رفتار پدران با تحصیلات لیسانس و بالاتر و بدون سابقه اعتیاد در خانواده و دوستان در خصوص پیشگیری از ایجاد گرایش به مواد اعتیادآور در فرزندانشان مثبت‌تر بود. هنجاری ذهنی و قصد رفتار ۲۳/۵ درصد از واریانس رفتار را پیشگویی کردند.

نتیجه‌گیری: مهم‌ترین عامل در انجام رفتار پیشگیرانه، قصد رفتار و هنجارهای ذهنی بود که با تأکید بر آن‌ها در برنامه‌های آموزشی می‌توان در این رابطه مؤثرتر عمل کرد.

کلید واژه‌ها: عقیده، نگرش، رفتار، اعتیاد، نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده، والدین، پیشگیری

مقدمه

اعتیاد و سوءمصرف مواد، به‌عنوان یک پدیده ی اجتماعی، از مشکلات سلامتی قرن حاضر به شکل بین‌المللی می‌باشند [۱]. هرچند که میزان شیوع مصرف مواد مخدر متفاوت بوده ولی آنچه

Journal of Police Medicine
Winter 2015; Vol. 3, No. 4: 249-258

اهمیت بیشتری دارد، شروع زودرس آن در اوایل نوجوانی و حتی کمتر از آن هست [۴-۲] تا جایی که شیوع مصرف مواد را اوایل سن نوجوانی (حدود سن ۱۳ سالگی و حتی کمتر از آن) دانسته‌اند [۶ و ۵]. گرایش به سوءمصرف مواد مانند سایر پدیده‌های اجتماعی تک علیتی نیست و مجموعه عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی بر آن تأثیر دارد [۷]. شایان‌ذکر است که آمار حکایت از شیوع بیشتر اعتیاد در افراد مجرد نسبت به متأهل [۸] و در افراد با تحصیلات کمتر هست [۹]. متأسفانه علی رغم پیشرفت‌های گسترده در عصر حاضر همچنان نگرش‌های مثبت نسبت به مصرف وجود دارد [۱۱ و ۱۰] در این خصوص مطالعات نشان می‌دهد دیدگاه فرد نسبت به مواد مخدر و زندگی، توانایی در ابراز وجود و تصمیم‌گیری، کنجکاوی و بی اطلاعی از عوارض مصرف از عوامل پیش‌بینی کننده مصرف مواد هست [۷]. از طرفی مطالعات نشان داده‌اند که ویژگی‌های شخصیتی با بروز رفتارهای نابهنجار ارتباط دارد [۱۴-۱۲]. ازجمله می‌توان به شیوع مصرف مواد در بین افراد دارای اعتمادبه‌نفس پایین، ضعف خودکنترلی و اندوهگین از شکست اشاره کرد [۱۵ و ۱۰]. خانواده نقش اساسی در پرورش و تربیت فرزندان دارد. خانواده نه‌تنها عامل رشد جسمی، بلکه مسبب رشد روانی، اجتماعی و معنوی کودک نیز هست. در خصوص رابطه میان مصرف مواد مخدر و خانواده پژوهش های متعددی آن را به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل در پیشگیری و یا گرایش فرزندان به سمت مواد مخدر در نظر گرفتند [۱۶ و ۱۵]. در این رابطه می‌توان سبک فرزند پروری و یا نحوه هدایت و نظارت آن‌ها را از فاکتورهای پیشگیری‌کننده مصرف مواد در نظر گرفت و مطالعات نیز نشان داده‌اند که شیوع مصرف مواد در بین نوجوانان و جوانانی که کمتر از سوی والدین هدایت و نظارت می‌شوند بالاتر است [۱۷ و ۱۶]. پیشگیری از مواجهه جوانان با داروهای ممنوعه (پیشگیری اولیه)، کارآمدترین روش برای پیشگیری از بروز و افزایش شیوع اعتیاد در جامعه باشد [۱۸]. این پژوهش به این جهت اهمیت و ضرورت پیدا می‌کند که اولاً خانواده پایه‌ای‌ترین نهاد از نظر تربیتی است و چنانچه این خانواده در تربیت فرزندان خود موفق باشد و نقش چشمگیر خود را در پیشگیری اولیه از اعتیاد ایفا کند فرزندان آن کمتر دچار این بلای خانمان‌سوز شده درنتیجه نیروهای آینده‌ساز کشور از دست نرفته، هزینه‌های کشور به هدر نمی رود و آسیب‌های اجتماعی، بزهکاری‌ها، جرم و جنایت به طبع کمتر خواهد شد. بعلاوه ازآنجایی‌که رفتار انسان بازتابی از عوامل مختلف است و شناخت این شبکه علّیتی به‌منظور تحت تأثیر قرار دادن عوامل مؤثر بر رفتار ازجمله امور بسیار مهمی است که طی سالیان متمادی متخصصین علوم رفتاری در پی آن بوده و هستند [۱۹]. برای تبیین و توضیح راه‌های پیشگیری از اعتیاد می‌توان از الگوها و نظریه‌ها که راهنماهایی برای فعالیت‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت هستند استفاده نمود که می‌توانند به پرسش‌های برنامه ریزان در مورد اینکه چرا افراد رفتار مطلوب موردنظر را ندارند؟ چگونه باید رفتارها را تغییر داد؟ و چه عواملی را باید در ارزشیابی برنامه ها در نظر گرفت؟ پاسخ دهند [۲۰]. لذا در این مطالعه از نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده[1] که در ذیل توضیح آن می‌رود استفاده شد. فیشبین و آجزن با این استدلال که اولاً افراد تصمیمات رفتاری خود را بر پایه بررسی معقول و منطقی اطلاعات دسترس انتخاب می‌کنند و ثانیاً نتایج عملکرد خود را قبل از اتخاذ تصمیم موردتوجه قرار می‌دهند، نظریه عمل منطقی را در سال ۱۹۷۵ برای پیشگویی و توضیح رفتار فرد طرح‌ریزی کردند؛ سپس با توجه به محدودیت‌های نظریه در سال ۱۹۸۵ آجزن با اضافه کردن عامل کنترل رفتاری درک شده مدل مذکور را بسط داده و نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده را معرفی کرد. این نظریه از نگرش[2]، هنجارهای ذهنی[3]، کنترل رفتاری درک شده[4] و قصد رفتاری[5] تشکیل‌شده است. آجزن و همکارانش معتقدند که مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده رفتار انسان قصد رفتار او هست؛ در این میان نگرش فرد نسبت به رفتار (نخستین تعیین‌کننده قصد رفتار)، ملاک‌ها و معیارهای در حال تکوین و موردتوافقی هستند که رفتار افراد را تنظیم می‌کنند و اشاره به احساس کلی دوست داشتن یا تنفر نسبت به هرگونه رفتار معین دارد و هرچه نگرش فرد نسبت به رفتار مطلوب‌تر باشد، بیشتر احتمال می‌رود که وی قصد انجام آن رفتار را داشته باشد و برعکس. نگرش از دو عامل اعتقادات رفتاری که نتیجه انتظارات یا باوری است که رفتار خاص منجر به بعضی پیامدها می‌کند و ارزشیابی از نتایج رفتار که شامل ارزشی است که در پاسخ به این پیامدها نسبت داده می شود، تشکیل‌شده است. نگرش از طریق مجموع ارزش‌ها و انتظاراتی که با هر پیامد رفتاری همراه شده است اندازه‌گیری و پیش‌بینی می شود. دومین تعیین‌کننده قصد رفتار، هنجارهای ذهنی یا قضاوت ذهنی فرد است که به نگرش دیگران (مهم) از قبیل پدر، مادر، دوستان، همسر و غیر از خود فرد ربط دارد، اطلاق می‌گردد. هنجارهای ذهنی از طریق دو عامل باورهای هنجاری که به نظرات و نگرش دیگران به‌غیراز خود شخص برای انجام کار اشاره دارد و انگیزش فرد برای پذیرش انتظارات دیگران تعیین می‌گردد. عامل سوم کنترل رفتار درک شده به‌عنوان انتظار و اطمینان آسانی یا سختی انجام رفتار فرد تعریف می‌شود. اگر افراد انتظار نداشته باشد که قادر به انجام موفق بعضی رفتارها می‌باشند، احتمالاً جهت تلاش برای انجام آن کار انگیخته نخواهند شد. این سازه نیز از طریق دو عامل اندازه‌گیری و پیش‌بینی می‌شود که شامل عامل، اعتقادات هنجاری یعنی اعتقاد به

1: Theory of Planned Behavior, TPB, 2: Attitude, 3: Subjective Norms, 4: Perceived Behavioral Control, 5: Behavioral Intention

مجله طب انتظامی
زمستان ۱۳۹۳- دوره ۳- شماره ۴- صفحات ۲۵۸-۲۴۹

کنترل بر رفتار خویش. اگر فردی اعتقادات کنترلی قوی نسبت به عوامل کمک‌کننده به اتخاذ یک رفتار داشته باشد، آنگاه او سطح بالایی از کنترل بر رفتار را درک خواهد نمود. بالعکس اگر او اعتقاد کنترلی قوی نسبت به بازدارنده‌های رفتاری داشته باشد، سطح پایینی از کنترل بر رفتار را درک خواهد نمود. این درک ممکن است ناشی از تجربیات گذشته، پیش‌بینی فرد از شرایط اجباری و اضطراری و نگرش او نسبت به هنجارهای مؤثر محیطی باشد. عامل دوم توانمندی درک شده است که به معنی درک فرد از توانایی خود برای انجام رفتار. ماهیت رفتارها و نیز درک فرد از توانائی یا عدم توانایی خود برای انجام موفق رفتار، منجر به شکل‌گیری کنش‌های او می‌گردد. چهارمین عامل این نظریه که به‌عنوان عامل محوری، قصد فرد برای انجام یک رفتار معین است و منعکس‌کننده میزان انگیزه شخص جهت انجام رفتار است، به عبارتی شخص تمایل لازم را برای انجام رفتار خاصی از خود نشان می‌دهد یا نه و هر چه قصد انجام رفتار فرد بیشتر باشد، احتمال بیشتری برای انجام آن رفتار وجود دارد؛ و درنهایت رفتار که به معنی روشی است که فرد عمل می‌کند، سلوک و شیوه برخورد و واکنش نشان دادن تحت شرایط مختلف است [۲۴-۲۱]. نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده به‌طور گسترده برای فهم و پیش بینی رفتارهای مختلف بهداشتی [۳۱-۲۵] و غربالگری بهداشتی [۳۴-۳۲] بکار رفته است. با توجه به اینکه در خصوص پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر در فرزندان با محوریت خانواده در کشور مطالعات اندکی صورت گرفته است و از طرفی با توجه به اهمیت پیشگیری خانواده محور در بسیاری از رفتارهای مرتبط با سلامت و خصوصاً اعتیاد به مواد مخدر، لذا این مطالعه با هدف تعیین نقش پدران در پیشگیری از گرایش فرزندان به مواد اعتیادآور مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی- تحلیلی به روش مقطعی بود و در میان ۱۸۰ پدر ساکن شهر یزد که به صورت تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند انجام گرفت. روش نمونه‌گیری به این صورت بود که پس از مراجعه به اداره کل آموزش‌وپرورش شهر یزد و هماهنگی نسبت به انجام مطالعه از دو ناحیه یک و دو آموزش‌وپرورش شهر با استفاده از جدول اعداد تصادفی از هر ناحیه دو مدرسه راهنمایی به شکل تصادفی ساده انتخاب و سپس با مراجعه به مدارس و مجدداً با کمک جدول اعداد تصادفی تعداد ۴۵ نفر دانش‌آموز از هر مدرسه انتخاب و سپس با همکاری مسئولان مدرسه پس از تماس تلفنی با پدران در صورت داشتن معیارهای ورود و تمایل به مشارکت در پژوهش از آن‌ها جهت انجام مطالعه دعوت به عمل آمد. معیارهای ورود پدران به مطالعه شامل: ساکن شهر یزد باشند، محدوده سنی بین ۳۰ تا ۶۰ سال، عدم وابستگی به مواد و نداشتن فرزند معتاد بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: ایجاد اعتیاد در والدین و فرزندان، تغیر محل سکونت به خارج از شهر یزد و از دست دادن فرزند (فرزندان) در حین مطالعه بود و تشخیص اینکه فرد معتاد نباشد صرفاً اطمینان به خود اظهاری افراد بود. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته‌ای بود که با استفاده از دو راهنمای طراحی پرسشنامه بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده یعنی راهنمای جیلیان جی فرانسیس و همکاران [۳۵] و راهنمای آجزن [۳۷ و ۳۶]، طراحی شد. جهت تأیید روایی محتوایی و صوری نظرات چندین تن از متخصصین در زمینه سوءمصرف مواد مخدر و آموزش بهداشت در رابطه با گویایی، عدم ابهام و طولانی نبودن گویه ها کسب و اصلاحات لازم صورت پذیرفت. سپس جهت تأیید پایایی، پرسشنامه در اختیار سی نفر از مشابهان شرکت‌کنندگان در مطالعه قرار گرفت و با استفاده ضریب آلفا کرونباخ میزان همبستگی درونی آیتم‌ها محاسبه گردید. پرسشنامه از هفت سؤال دموگرافیک شامل، سن (برحسب سال)، سطح تحصیلات (بی‌سواد، پایین‌تر از دیپلم، دیپلم و لیسانس و بالاتر)، وضعیت سکونت (صاحب‌خانه و مستأجر)، وضعیت تأهل (متأهل و مطلقه)، سابقه اعتیاد در خانواده و دوستان (دارم و ندارم)، شغل (کارمند، آزاد، کارگر و بازنشسته) و انجام اعمال مذهبی خود چون نماز و روزه (بله و خیر)، چهار گویه برای سنجش نگرش (α = ۰/۸۱) با طیف پاسخ‌گویی به‌صورت مقیاس لیکرت هفت گزینه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف و محدوده نمره ۲۸-۴ برای مثال؛ پیشگیری از گرایش فرزندان به مواد اعتیادآور یک کار ضروری است. چهار گویه برای سنجش هنجارهای ذهنی (α = ۰/۷۸) با طیف پاسخ‌گویی به‌صورت مقیاس لیکرت هفت گزینه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف و محدوده نمره ۲۸-۴ برای مثال؛ اگر من از گرایش فرزندانم به مواد اعتیادآور جلوگیری کنم، همسرم آن را تأیید خواهد کرد. دو گویه برای سنجش کنترل رفتار درک شده (α = ۰/۸۱) با طیف پاسخ‌گویی به‌صورت مقیاس لیکرت هفت گزینه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف و محدوده نمره ۱۴-۲ برای مثال؛ برای من پیشگیری از گرایش فرزندانم به مواد

Journal of Police Medicine
Winter 2015; Vol. 3, No. 4: 249-258

جدول ۱: متغیرهای جمعیت شناختی و زمینه‌ای شرکت‌کنندگان در مطالعه

	سکونت			شغل				وضعیت تأهل		سابقه اعتیاد در خانواده و دوستان		اعتقادات مذهبی	
	مالک	مستأجر	کارمند	آزاد	کارگر	سایر	متأهل	مطلقه	بله	خیر	بله	خیر
تعداد	۱۴۶	۳۴	۳۹	۶۲	۴۷	۳۲	۱۷۷	۳	۴۱	۱۳۹	۱۷۶	۴
درصد	۸۱/۱	۱۸/۹	۲۱/۷	۳۴/۴	۲۶/۱	۱۷/۸	۹۸/۳	۱/۷	۲۲/۸	۷۷/۲	۹۷/۸	۲/۲

اعتیادآور کار سختی است. پنج گویه برای سنجش قصد رفتاری (α = ۰/۸۱) با طیف پاسخ گویی به صورت مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای از خیلی زیاد تا هرگز و محدوده نمره ۲۵-۵ برای مثال؛ من تمایل دارم در پیشگیری از گرایش فرزندانم به مواد اعتیادآور از هفته آینده اقداماتی را شروع کنم. نه سؤال رفتار با پاسخ بله و خیر که پاسخ بله یک امتیاز و پاسخ خیر بدون امتیاز و محدوده نمره صفر تا نه بود برای مثال؛ من برای پیشگیری از گرایش فرزندانم به مواد اعتیادآور با آن‌ها رابطه صمیمانه برقرار می‌کنم. (تمامی گویه ها و سؤالات در بخش نتایج ارائه شده است). در پایان داده های جمع آوری شده توسط نرم افزار آماری SPSS ویرایش هجدهم با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های تحلیلی نظیر همبستگی، آنالیز واریانس یک طرفه، تی تست مستقل و آنالیز رگرسیون خطی در سطح معناداری ۰/۰۵ مورد آزمون قرار گرفتند.

یافته‌ها

جدول ۲: میانگین نمره اکتسابی شرکت‌کنندگان در هر یک از گویه های سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده

نگرش پدران در پیشگیری از گرایش فرزندان به مواد اعتیادآور	**میانگین ± انحراف معیار**
پیشگیری از گرایش فرزندان به ... یک کار ضروری است.	۵/۱۸ ± ۱/۶۹
پیشگیری از گرایش فرزندان به ... اهمیتی دارد.	۵/۰۶ ± ۱/۸۰
پیشگیری از گرایش فرزندان به ... رضایت‌بخش است.	۵/۰۵ ± ۱/۷۶
پیشگیری از گرایش فرزندان به ... لذت‌بخش است.	۴/۱۵ ± ۲/۲۶
هنجارهای ذهنی پدران در پیشگیری از گرایش فرزندان به مواد اعتیادآور	میانگین ± انحراف معیار
اگر من از گرایش فرزندانم به ... جلوگیری کنم، همسرم آن را تأیید خواهد کرد.	۵/۵۷ ± ۰/۹۳
اگر من از گرایش فرزندانم به ... جلوگیری کنم، والدینم آن را تأیید خواهد کرد.	۵/۵۳ ± ۰/۹۷
اگر من از گرایش فرزندانم به ... جلوگیری کنم، بهترین دوستم آن را تأیید خواهد کرد.	۵/۴۵ ± ۰/۹۷
اگر من از گرایش فرزندانم به ... جلوگیری کنم، دوستم آن را تأیید خواهد کرد.	۵/۳۵ ± ۰/۹۹
کنترل رفتار درک شده پدران در پیشگیری از گرایش فرزندان به مواد اعتیادآور	میانگین ± انحراف معیار
برای من پیشگیری از گرایش فرزندانم به ... کار سختی است.	۴/۹۵ ± ۱/۶۴
من می‌توانم در پیشگیری از گرایش فرزندانم به ... مؤثر باشم.	۴/۹۵ ± ۱/۸۵
قصد رفتار پدران در پیشگیری از گرایش فرزندان به مواد اعتیادآور	میانگین ± انحراف معیار
من تمایل دارم در پیشگیری از گرایش فرزندانم به ... از فردا اقداماتی را شروع کنم.	۴/۱۱ ± ۱/۲۹
من تمایل دارم در پیشگیری از گرایش فرزندانم به ... از هفته آینده اقداماتی را شروع کنم.	۲۸/۳□۵۰/۱
من تمایل دارم در پیشگیری از گرایش فرزندانم به ... از ماه آینده اقداماتی را شروع کنم.	۳/۰۲ ± ۱/۵۰
من تمایل دارم در پیشگیری از گرایش فرزندانم به ... از سه ماه آینده اقداماتی را شروع کنم.	۲/۷۸ ± ۱/۵۲
من تمایل دارم در پیشگیری از گرایش فرزندانم به ... از شش ماه آینده اقداماتی را شروع کنم.	۲/۷۸ ± ۱/۵۸
رفتار پدران در پیشگیری از گرایش فرزندان به مواد اعتیادآور	میانگین ± انحراف معیار
من برای پیشگیری از گرایش فرزندانم به ... با آن‌ها رابطه صمیمانه برقرار می‌کنم.	۰/۸۲ ± ۰/۳۷
من برای پیشگیری از گرایش فرزندانم به ... با آن‌ها به نحو صحیح و منطقی صحبت می‌کنم.	۰/۸۲ ± ۰/۳۷
من برای پیشگیری از گرایش فرزندانم به ... یک محیط گرم و صمیمی در خانه ایجاد می‌کنم.	۰/۷۷ ± ۰/۴۱
من برای پیشگیری از گرایش فرزندانم به ... بر نحوه پر کردن اوقات فراغتشان نظارت می‌کنم.	۰/۷۶ ± ۰/۴۲
من برای پیشگیری از گرایش فرزندانم به ... با مدرسه تعامل و همکاری می‌کنم.	۰/۷۳ ± ۰/۴۴
من برای پیشگیری از گرایش فرزندانم به ... با آن‌ها گفتگو و مشاوره می‌کنم.	۰/۶۷ ± ۰/۴۷
من برای پیشگیری از گرایش فرزندانم به ... برنامه‌های رادیویی و تلویزیونی مرتبط را پیگیری می‌کنم.	۰/۶۰ ± ۰/۴۹
من برای پیشگیری از گرایش فرزندانم به ... مطالعه می‌کنم.	۰/۴۶ ± ۰/۴۹
من برای پیشگیری از گرایش فرزندانم به ... در جلسات آموزشی مرتبط شرکت می‌کنم.	۰/۴۶ ± ۰/۴۹

مجله طب انتظامی
زمستان ۱۳۹۳- دوره ۳- شماره ۴- صفحات ۲۵۸-۲۴۹

جدول ۳: میانگین نمرات سازه‌های مختلف نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره کسب‌شده	حداکثر نمره کسب‌شده	درصد میانگین از حداکثر نمره
نگرش	۱۸/۴۵	۵/۱۴	۴	۲۶	۶۹/۴۶
هنجارهای ذهنی	۲۱/۹۲	۳/۴۴	۴	۲۴	۷۸/۲۸
کنترل رفتار درک شده	۹/۰۹	۱/۹۱	۶	۱۲	۶۴/۹۲
قصد رفتار	۱۶/۰۰	۶/۰۵	۵	۲۵	۶۴
رفتار	۶/۱۳	۲/۳۹	۰	۹	۶۸/۱۱

دامنه سن شرکت‌کنندگان ۳۰ الی ۵۹ با میانگین ۵/۳۴ ± ۴۰/۳۸ سال بود. ۱۲ نفر (۶/۷ ٪) بی‌سواد، ۹۱ نفر (۵۰/۶ ٪) پایین‌تر از دیپلم، ۵۲ نفر (۲۸/۹ ٪) دیپلم و ۲۵ نفر (۱۳/۹ ٪) دارای سطح تحصیلات لیسانس و بالاتر بودند (جدول ۱). در خصوص گویه های مربوط به هر سازه در بخش نگرش؛ ضرورت انجام رفتارهای پیشگیری کننده، هنجارهای ذهنی؛ تأیید انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از طرف همسران، کنترل رفتار درک شده؛ مشکل بودن انجام رفتارهای پیشگیری کننده، قصد رفتار؛ شروع انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از فردا و در بخش رفتار برقراری و ایجاد ارتباط صمیمانه با فرزندان جهت پیشگیری از ایجاد گرایش به مواد اعتیادآور بیشترین امتیاز را کسب کردند (جدول ۲). شرکت‌کنندگان در میان سازه های مختلف بیشترین امتیاز را از سازه هنجارهای ذهنی با کسب ۷۸/۲۸ درصد از حداکثر نمره قابل اکتساب، به دست آوردند (جدول ۳). پدران کارمند (P = ۰/۰۱۳)، صاحب‌خانه (P = ۰/۰۰۱) و دارای سطح تحصیلات لیسانس و بالاتر (P = ۰/۰۰۱) از نگرش مثبت‌تر، پدران بدون سابقه اعتیاد در خانواده و دوستان (P = ۰/۰۱۲) از کنترل رفتار درک شده بهتر، پدرانی جداشده از همسران خود (P = ۰/۰۱۴) از قصد رفتاری بالاتر و پدران دارای سطح تحصیلات لیسانس و بالاتر (P < ۰/۰۰۱) و بدون سابقه اعتیاد در خانواده و دوستان (P = ۰/۰۰۴) از میزان رفتار بیشتری در رابطه با پیشگیری از ایجاد گرایش به مواد اعتیادآور در فرزندانشان برخوردار بودند. در میان سازه‌های مختلف نظریه، سازه قصد رفتار با رفتار دارای بیشترین همبستگی بودند (P < ۰/۰۰۱ و r = ۰/۴۲۳) (جدول ۴). همچنین هنجاری ذهنی و قصد رفتار پیشگویی‌کنندگی قوی تری نسبت به دیگر سازه ها در خصوص انجام رفتار پیشگیری‌کننده داشتند و درمجموع توانستند ۲۳/۵ درصد از واریانس رفتار را پیشگویی کنند (جدول ۵).

جدول ۴: همبستگی میان سازه‌های مختلف نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده

متغیرها	نگرش	هنجارهای ذهنی	کنترل رفتار درک شده	قصد رفتار	رفتار
نگرش	۱				
هنجارهای ذهنی	۰/۲۵۲**	۱			
کنترل رفتار درک شده	۰/۱۸۶*	۰/۰۷۰	۱		
قصد رفتار	۰/۰۶۶	۰/۰۰۵	۰/۰۱۳	۱	
رفتار	۰/۱۷۷*	۰/۲۰۹**	۰/۰۹۸	۰/۴۲۳**	۱

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل مؤثر بر رفتار پدران در خصوص در پیشگیری از گرایش فرزندان به مواد اعتیادآور در چهارچوب نظری نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده به‌عنوان یک نظریه عمومی توضیح و تبیین رفتار انجام شد، نتایج نشان داد که از میان سازه‌های مؤثر بر انجام رفتار مبتنی بر این نظریه به ترتیب عوامل قصد رفتاری و هنجارهای ذهنی به شکل معناداری مؤثر بودند. در مطالعات مبتنی بر این نظریه در کشور نیز به نتایج مشابهی در این زمینه دست‌یافته‌اند به‌گونه‌ای که در مطالعه کریمی و همکاران [۳۸] قصد رفتاری (قوی‌ترین) و کنترل رفتار درک شده، در مطالعه یکانی نژاد و همکاران [۳۹] سازه‌های نگرش، هنجارهای ذهنی و کنترل رفتار درک شده، در مطالعه بشیریان و همکاران [۴۰] نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده؛ و سایر مطالعات خارج از کشور نیز قوی‌ترین پیشگویی‌کننده را کنترل رفتار درک شده و ضعیف‌ترین پیشگویی‌کننده را نرم‌های انتزاعی را دانسته‌اند [۴۴-۴۱، ۳۴، ۲۴]. لازم به توضیح است در مطالعه حاضر سازه رفتار به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد و درنتیجه سازه قصد رفتار به‌عنوان پیشگویی‌کننده قوی‌تر شناخته شد ولی در برخی از مطالعات

Journal of Police Medicine
Winter 2015; Vol. 3, No. 4: 249-258

جدول ۵: پیشگویی‌کننده‌های سازه‌های مختلف نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده نسبت به رفتار پیشگیری از گرایش فرزندان

متغیرهای مستقل	B	SE	Beta	t	R^2	P-value	متغیر وابسته
ثابت	–	۱/۳۱	−۰/۷۷۶	۰/۵۹۲		۰/۵۵	
نگرش	۰/۰۹۳	۰/۰۳۲	۰/۰۴۴	۱/۳۴		۰/۱۸	
هنجارهای ذهنی	۰/۱۷۹	۰/۰۴۸	۰/۱۲۴	۲/۶۱	۰/۲۳۵	۰/۰۱	رفتار
کنترل رفتار درک شده	۰/۰۶۳	۰/۰۸۴	۰/۰۷۸	۰/۹۳		۰/۳۵	
قصد رفتار	۰/۴۱۵	۰/۰۲۶	۰/۱۶۴	۶/۲۵		< ۰/۰۰۱	

سازه قصد به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد و اثرات سایر سازه‌ها بر روی آن سنجیده شده بنابراین یکی از تفاوت‌های میان نتایج مطالعه حاضر با سایر مطالعات را می‌توان این‌گونه توجیه کرد. از طرفی یکی دیگر از دلایل قوی‌تر بودن سازه قصد رفتار در این مطالعه را می‌توان به نحوه سنجش آن مرتبط دانست به‌گونه‌ای که به‌صورت «اجرای قصد» به‌جای «قصد» بررسی شد به‌عبارتی‌دیگر در این نوع از سنجش زمان را مدنظر قرار می‌دهند که این نحوه بررسی مطابق با نظر کارشناسان می‌تواند سرعت آغاز رفتار و هم احتمال عملکرد واقعی رفتار را ارتقاء بخشد [۴۱، ۳۸، ۲۱]. در کل نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده در مطالعه حاضر توانست ۲۳/۵ درصد از واریانس رفتار را پیشگویی کند. به دیگر سخن درصورتی‌که دو عامل نامبرده شده در مداخلات آموزشی مورد مداخله و آموزش مناسب قرار گیرد می‌توانیم تبیین بالاتری را از رفتار موردنظر انتظار داشته باشیم. در مطالعات انجام شده میزان این تبیین متفاوت بیان‌شده است به‌طور مثال در مطالعه یکانی نژاد و همکاران [۳۹] ۶۶ درصد واریانس رفتار، در مطالعه کریمی و همکاران [۳۸] ۳۵ درصد واریانس رفتار، در مطالعه هاراکن و همکاران [۴۵] ۳۸ درصد واریانس رفتار، ون دون و همکاران [۴۲] ۱۶ درصد واریانس رفتار و میرزایی علویجه و همکاران [۴۶] توسط مدل تصورات و تمایلات که تشابه بسیار زیادی با نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده دارد ۴۷ درصد واریانس رفتار بیان‌شده بود. این تفاوت در میزان تبیین را می‌توان نوع رفتارهای، افراد و زمینه های فرهنگی و اجتماعی متفاوت موردبررسی مرتبط دانست. به‌علاوه در مطالعه حاضر سازه قصد رفتار با رفتار بیشترین همبستگی را داشتند که در مطالعات دیگر نیز به آن اشاره‌شده است [۴۰ و ۳۹]. در مطالعه حاضر پدرانی که در خانواده و دوستان خود سابقه اعتیاد نداشتند از میزان کنترل رفتار درک شده و رفتار بهتری در خصوص انجام رفتارهای پیشگیرانه برخوردار بودند. در مطالعه بشیریان و همکاران [۴۰] مصرف سیگار و مواد مخدر توسط همسالان و سابقه مصرف مواد توسط اعضاء خانواده از عوامل زمینه‌ساز برای گرایش نوجوان به مصرف مواد مخدر ذکر شد. فروع‌الدین عدل و همکاران [۴۷] نیز بیان داشتند حدود ۹۰ درصد جوانان معتاد را دارای دوست معتاد هستند. امینی و همکاران [۴۸] نیز در مطالعه خود چنین بیان می‌کنند که وقتی فرد تحت‌فشار محیط برای مصرف مواد باشد و این فشار از توانایی‌های او افزون‌تر باشد در معرض خطر مصرف مواد قرار دارد. باقری و همکاران [۴۹] معاشرت با افراد معتاد و افراد خانواده دارای اعتیاد را در گرایش فرزندان به مواد مخدر مؤثر می‌دانند و این‌چنین بیان می‌کنند که با تو جه به نقش خانواده در انتقال هنجارها، ارزش‌ها و الگوپذیری کودکان و نوجوانان از اعضای خانواده، در صورت اعتیاد والدین علاوه بر اثرات مخرب مصرف مواد توسط اولیا، این کودکان احتمال بیشتری دارد که به مصرف مواد مخدر روی‌آورند. فارو و همکاران [۵۰] چنین نتیجه گرفتند که کسانی که به مصرف زیاد الکل و مواد مخدر می‌پرداختند، اغلب دارای خانواده‌هایی با زمینه آشفته بودند. بروک و همکاران [۵۱] چنین نتیجه می‌گیرد تعارض کمتر در محیط خانواده و رابطه مناسب والد فرزندی با مصرف کمتر مواد مخدر توسط نوجوانان مرتبط است. در مطالعه حاضر پدران دارای سطح تحصیلات لیسانس و بالاتر از میزان نگرش مثبت‌تر و رفتار بیشتری در خصوص انجام رفتارهای پیشگیرانه برخوردار بودند. در مطالعه مظفر و همکاران [۵۲] به نقل از صالحی سطح تحصیلات والدین را در اعتیاد فرزندان مؤثر دانسته است. در مطالعات دیگر [۵۵–۵۳] نیز احتمال گرایش فرزندان دارای والدین معتاد، به مصرف مواد را بیشتر ذکر کرده‌اند. در مطالعه حاضر پدران جداشده از همسر خود از قصد رفتاری بالاتر در خصوص انجام رفتارهای پیشگیرانه برخوردار بودند. در این خصوص مولوی و رسول‌زاده [۵۶] طلاق

مجله طب انتظامی
زمستان ۱۳۹۳- دوره ۳- شماره ۴- صفحات ۲۵۸-۲۴۹

والدین را در گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر مؤثر برشمردند و بر آموزش مهارت های زندگی، مشاوره خانواده و ایجاد مراکز فرهنگی و هنری جهت پیشگیری از این مسئله تأکید کردند.

پژوهش‌های زیادی خانواده [۵۷]، روابط محترمانه، پذیرش ارزش‌ها [۵۸] و هدایت و نظارت والدین [۵۹ و ۵۴] را از مهم‌ترین عوامل پیشگیری از گرایش فرزندان به مواد مخدر و روابط متشنج والدین را در افزایش شیوع مصرف مواد مخدر در فرزندان مؤثر دانستند [۵۹]. نتایج مطالعه حاضر نیز نشان داد مهم‌ترین عامل در انجام رفتار پیشگیرانه توسط پدران مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده قصد رفتاری و هنجارهای ذهنی است که با تأکید بر آن‌ها در برنامه‌های آموزشی می‌توان در این رابطه مؤثرتر عمل کرد.

یکی از مهم ترین محدودیت های این مطالعه می توان به عدم دسترسی به مطالعات کیفی در والدین جهت دستیابی به علل و عوامل مؤثر مهم در پیشگیری و همچنین تهیه یک ابزار مناسب و بومی اشاره کرد، لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات کیفی به بررسی عوامل مؤثر در پیشگیری از مصرف مواد مخدر در فرزندان ازنظر خانواده هایی که فرزندانشان به این بیماری مبتلا هستند پرداخته شود.

با توجه به اینکه مهم‌ترین عامل در انجام رفتار پیشگیرانه از اعتیاد به مواد اعتیادآور در فرزندان خانواده بر اساس مدل رفتار برنامه‌ریزی‌شده در این مطالعه، قصد رفتاری و هنجارهای ذهنی بود لذا تأکید بر استفاده از نتایج گویه های مورد پرسش در این مطالعه در طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی پیشگیرانه پیشنهاد می‌شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی مصوب شورای پژوهشی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد در رشته آموزش بهداشت هست که بدین وسیله از مسئولین دانشگاه و آموزش‌وپرورش و کلیه پدران شهر یزد خصوصاً شرکت‌کنندگان در این مطالعه نهایت قدردانی و تشکر به عمل می‌آید.

منابع

1. Toofani H, Javanbakht M. Comparison of coping and dysfunctional attitudes in substance abuser and control group. J Sabzevar Univ Med Sci 2002; 9: 70 -9. (Persian)
2. Chen P, Jacobson KC. Developmental trajectories of substance use from early adolescence to young adulthood: gender and racial/ethnic differences. J Adolesc Health 2012; 50: 154-63.
3. Chisolm DJ, Mulatu MS, Brown JR. Racial/ethnic disparities in the patterns of co-occurring mental health problems in adolescents in substance abuse treatment. J Subst Abuse Treat 2009; 37: 203-10.
4. Brecht M-L, Greenwell L, Anglin MD. Substance use pathways to methamphetamine use among treated users. Addict Behav 2007; 32: 24-38.
5. Niemela S, Brunstein-Klomek A, Sillanmaki L, Helenius H, Piha J, Kumpulainen K, et al. Childhood bullying behaviors at age eight and substance use at age 18 among males. A nationwide prospective study. Addict behav 2011; 36: 256-60.
6. Ferguson CJ, Meehan D. With friends like these…: Peer delinquency influences across age cohorts on smoking, alcohol and illegal substance use. Eur Psychiat 2011; 26: 6-12.
7. Aghabakhshi H, Sedighi B, Eskandari M. A survey on the effective factors of the youths' tendency towards industrial drugs abuse. Social Res 2009; 2: 71 -87. (Persian)
8. Blazer DG, Wu L-T. The epidemiology of substance use and disorders among middle aged and elderly community adults: national survey on drug use and health. Am J Geriatr Psychiatry 2009; 17: 237-45.
9. Wheeler SB. Effects of self-esteem and academic performance on adolescent decision-making: an examination of early sexual intercourse and illegal substance use. J Adolesc Health 2010; 47: 582-90.
10. O'Connor RM, Fite PJ, Nowlin PR, Colder CR. Children's beliefs about substance use: an examination of age differences in implicit and explicit cognitive precursors of substance use initiation. Psychol Addict Behav 2007; 21: 525.
11. Mohammadpourasl A, Rostami F, Fakhari A. The incidence rate of illicit drug use in male students of tabriz high schools. Adv Cogn Sci 2008; 10: 58-67. (Persian)
12. Azad Marzabadi E, Qolami Fesharaki M. The relationship between geographical areas, personality, socio-economical status and demographical factors with job stress. JBS 2011; 5: 151-6. (Persian)
13. Shakerinia I, Mohammadpoor M. Relationship between psychological characteristics mental health, aggression and driving habits in dangerous drivers. J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci 2010; 18: 225-33. (Persian)
14. Ghorbani AH, AhmadiGatab T. Relationship between type a personality and mental health. Procedia -Social and Behav Sci 2011; 30: 2010-8.
15. Fadardi JS, Azad H, Nemati A. The relationship between resilience, motivational structure, and substance use. Procedia-Social and Behavioral Sciences 2010; 5: 1956-60.
16. Piko BF, Kovacs E. Do parents and school matter?

Journal of Police Medicine
Winter 2015; Vol. 3, No. 4: 249-258

Protective factors for adolescent substance use. Addict Behav 2010; 35: 53-6.
17.Miller P, Plant M. Parental guidance about drinking: relationship with teenage psychoactive substance use. J Adolesc 2010; 33: 55-68.
18.Alah Verdipour H, Hidarnia AR, Shafii F, Kazemnejad A, Azad Falah P, Mirzaei E, et al. Assessment of substance abuse behaviors in adolescents': integration of self-control into extended parallel process model. J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci 2005; 13: 21-31. (Persian)
19.Jalilian F, Mirzaei Alavije M, Emdadi Sh, Nasirzadeh M, Barati M, Hatam Zadeh N. The quality of life of women with type 2 diabetes: the study of self -efficacy. J Health Sys Res 2013; 7: 1013-28. (Persian)
20.Glanz KE, Lewis FME, Rimer BK. Health behavior and health education: Theory, research, and practice. Jossey-Bass 1990.
21.Ajzen I. The theory of planned behavior. Organizational behavior and human decision processes 1991; 50: 179-211.
22.Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social. Behaviour Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall 1980.
23.Ajzen I, Fishbein M. Attitudinal and normative variables as predictors of specific behavior. J Pers Soc Psychol 1973; 27: 41-57.
24.Armitage CJ, Conner M. Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. Brit J Soc Psychol 2001; 40: 471-99.
25.Mirzaei-Alavijeh M, Karami-Matin B, Jalilian F, Rakhshani F, Mahboubi M, Emdadi S. Pap smear test promotion among women: an educational intervention based on theory of planned behavior. J Biol Today's World 2014; 3: 100-3.
26.Ataee M, Jouybari TA, Alavijeh MM, Aghaei A, Mahboubi M, Motlagh FZ. Factors Related with Intention to Methadone Maintenance Treatment among Iranian Men Addicts. Life Science Journal 2014; 11: 228-31.
27.Sha-Mohammadi Z, Ghahramani F, Mahboubi M, Jalilian F, Neiakane-Shahri M, Mohammadi M. Prevalence of Enterobius Vermicularis (pinworm) in Kermanshah city nurseries, using Graham: 2014. J Biol Today's World 2014; 3: 28-32.
28.Ataee M, Ahmadi-Jouybari T, Ahmadpana M, Jalilian F, Emdadi Sh, Jalilian M, et al. Perceptual factors related to register as organ do-nors among iranian medical college student. J Biol Today's World 2014; 3: 24-7.
29.Zinatmotlagh F, Ataee M, Jalilian F, Mirzaeialavijeh M, Aghaei A, Shirazi KK. Predicting aggression among male adolescents: an application of the theory of planned behavior. Health Promot Perspect 2013; 3: 269.
30.Jalilian F, Mari A, Mahboubi M, Motlagh F, Aghaei A, Mirzaei Alavijeh M, et al. Explain of ecstasy use among kermanshah adolescents, the west of iran: an application of the theory of planned behavior. Life Sci J 2014; 11: 82-6.
31.Jalilian F, Matin BK, Alavijeh MM, Ataee M, Mahboubi M, Motlagh F, et al. Prevalence and Factor Related to Ritalin Abuse among Iranian Medical College Student: An Application of Theory of Planned Behavior. Terapevticheskii Arkhiv 2013; 85: 22-6.
32.Mirzaei M, Mazloomy SS, Yassini SM, Askarshahi M, Jalilian F, Zinat Motlagh F, et al. Fathers' behavioral intention and behavior in prevention of children tendency toward addictive drugs. J Health Educat Health Promot 2013; 1: 55-64. (Persian)
33.Armitage CJ, Conner M. Social cognition models and health behaviour: A structured review. Psychol Health 2000; 15: 173-89.
34.Mirzaei Alavijeh M, Mazloomy SS, Yassini SM, Askarshahi M. Fathers' subjective norms, normative beliefs and motivation to comply regarding prevention of children tendency toward addictive drugs. J Health Syst Res 2014; 9:1757-64. (Persian)
35.Francis JJ, Eccles MP, Johnston M, Walker A, Grimshaw J, Foy R, et al. Constructing questionnaires based on the theory of planned behaviour. A manual for health services researchers 2004; 2010: 2-12.
36.Ajzen I, Fishbein M. Questions raised by a reasoned action approach: comment on Ogden (2003). Health Psychology 2004; 23: 431-4.
37.Ajzen I. The theory of planned behavior: A bibliography. Available at http://people.umass.edu/aizen/tpbrefs.html
38.Karimy M, Niknami Sh, Heidarnia AR, Hajizadeh E, Shamsi M. Predicting smoking among adolescents: examining the role of smoking self-identity in the theory of planned behavior. J Health Syst Res 2013; 9: 301-11. (Persian)
39.Yekaninejad MS, Akaberi A, Pakpour A. Factors associated with physical activity in adolescents in Qazvin: an application of the theory of planned behavior. J North Khorasan Univ Med Sci 2012; 4: 449-59. (Persian)
40.Bashirian S, Haidarnia A, Allahverdipour H, Hajizadeh E. Application of Theory of Planned Behavior in Predicting Factors of Substance Abuse in Adolescents. JFUMS 2012; 2: 156-62. (Persian)
41.Lazuras L, Eiser JR, Rodafinos A. Predicting Greek adolescents' intentions to smoke: A focus on normative processes. Health Psychol 2009; 28: 770-8.
42.Van De Ven MO, Engels RC, Otten R, Van Den Eijnden RJ. A longitudinal test of the theory of planned behavior predicting smoking onset among asthmatic and non-asthmatic adolescents. J Behav Med 2007; 30: 435-45.
43.Corby NH, Jamner MS, Wolitski RJ. Using the

theory of planned behavior to predict intention to use condoms among male and female injecting drug users. J Appl Soc Psychol 1996; 26: 52-75.
44.Marcoux BC, Shope JT. Application of the theory of planned behavior to adolescent use and misuse of alcohol. Health Educ Res 1997; 12: 323-31.
45.Harakeh Z, Scholte RH, Vermulst AA, de Vries H, Engels RC. Parental factors and adolescents' smoking behavior: an extension of The theory of planned behavior. Prev Med 2004; 39: 951-61.
46.Mirzaei Alavijeh M, Jalilian F, Movahed E, Mazloomy SS, Zinat Motlagh F, Hatamzadeh N. Predictors of drug abuse among students with application of prototype/willingness model. J Police Med 2013; 2:111-8. (Persian)
47.Forooeddin Adl A, Sadr Alsadat Sj, Biglarian A, Javadi Yagane M. A survey of effective on companion and association with bad command group and youngsters tendency to addiction. Soc Welf 2005; 4: 319-32. (Persian)
48.Amani F, Sadeghieh Ahari S, Mohammadi S, Azami A. the trend in substance abuse among addicts referred to withdrawal centers, 1998-2003. J Ardabil Univ Med Sci 2005; 5: 220-4. (Persian)
49.Bagheri M, Nabavi AH, moltafet H, Naghipour F. The study of Effective Factors on Addiction Phenomenon in the City of Ahwaz. J Appl Sociol Univ of Isfahan 2010; 21: 119-36. (Persian)
50.Farrow JA, Brissing P. Risk for DWI: A new look at gender differences in drinking and driving influences, experiences, and attitudes among new adolescent drivers. Health Educ Q 1990; 17: 213-21.
51.Brook JS, Nomura C, Cohen P. Prenatal, perinatal, and early childhood risk factors and drug involvement in adolescence. Genetic, social, and general psychology monographs 1989; 115: 221-41.
52.Mozafar H, Zakariaiei M, Sabeti M. Cultural anomie and drug addiction among young people aged 13-28 in Tehran city. Social Sciences Bulletin 2010; 3: 33-54. (Persian)
53.Kim E, Kwak D-H, Yun M. Investigating the effects of peer association and parental influence on adolescent substance use: A study of adolescents in South Korea. J Crim Just 2010; 38: 17-24.
54.Miller P, Plant M. Parental guidance about drinking: Relationship with teenage psychoactive substance use. J Adolescence 2010; 33: 55-68.
55.O'Connell JM, Novins DK, Beals J, Whitesell N, Libby AM, Orton HD, et al. Childhood characteristics associated with stage of substance use of American Indians: Family background, traumatic experiences, and childhood behaviors. Addict Behav 2007; 32: 3142-52.
56.Moulavi P, Rasoulzadeh B. A study of the factors of drug abusetendency in the young population of the city of Ardabil. J Fundamental Mental Health: 2004; 6: 49-55. (Persian)
57.Fadardi JS, Azad H, Nemati A. The relationship between resilience, motivational structure, and substance use. Procedia Soc Behav Sci 2010; 5: 1956-60.
۵۸.Piko BF, Kovacs E. Do parents and school matter? Protective factors for adolescent substance use. Addict Behav 2010; 35: 53-6.