مقاله
مروری

تطبیق عوامل مرتبط با ترک اعتیاد با برخی سازه ها در مدل ها و تئوری های آموزش بهداشت: یک مقاله مروری

حمید توکلی قوچانی[1]، شمس الدین نیکنامی[2]*، فرخنده امین شکروی[3]، سیدکاوه حجت[4]

[1]دانشجوی دکتری آموزش بهداشت دانشگاه تربیت مدرس، دپارتمان آموزش بهداشت، تهران، ایران
[2]دانشیار آموزش بهداشت، عضو هیات علمی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، دپارتمان آموزش بهداشت، تهران، ایران
[3]دانشیار آموزش بهداشت، عضو هیات علمی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، دپارتمان آموزش بهداشت، تهران، ایران
[4]استادیار روانپزشکی، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
***نویسنده مسئول**: تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده پزشکی، گروه آموزش بهداشت
پست الکترونیک : niknamis@modares.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: *سوء مصرف موادمخدر یکی از غم انگیزترین تراژدی های بشر است ودر صورتی که برنامه های مبارزه با مواد مخدر بر اساس نتایج حاصل از پژوهشهای انجام گرفته پژوهشی طراحی نشود،نمی توان امید چندانی به موفقیت آنها داشت. هدف این مقاله مروری آنست که با بررسی مقالات مختلف به شناسایی وبررسی عوامل وانگیزه های ترک اعتیاد بپردازدو سپس آنها را با سازه های مدل های آموزش بهداشت تطبیق نماید.*

مواد و روش کار: *با جستجوی در Google Scholar و کلید واژه های Addiction,Treatment, Maintenance,Factors مطالعات مقطعی که در Elsevier,science direct و همچنین در مجلات وپایگاههای علمی معتبر داخلی وخارجی تخصصی ومرتبط با اعتیاد منتشر شده بودند مدنظر قرار گرفتند و آنهایی که دربررسیهای خود حجم نمونه وارجاعات بیشتری داشتند انتخاب شدند و در نهایت ۲۳مقاله (داخلی ۱۳وخارجی۱۰) ارزیابی ونتایج آنها استفاده گردید.*

یافته ها: *پس از بررسی مقالات ۲۷مورد عوامل وانگیزه های مرتبط بااقدام وتداوم ترک اعتیاد مشخص گردید از جمله: نگرش منفی به ادامه مصرف، فشارهای بیرونی، بخاطر فرزندان و والدین،پافشاری خانواده، عواقب مصرف ، ترس ازگرفتاریهای قانونی، آبروریزی و از دست دادن شغل، حفظ ارتباطات خانوادگی،وجود حمایت خانواده بودند. این مواردر سازه های مختلف طبقه بندی شدند*

نتیجه گیری: *عوامل مرتبط با ترک اعتیاد با سازه های مدلها وتئوریهای مختلف آموزش بهداشت از جمله برخی سازه های مد ل اعتقاد بهداشتی وتئوری رفتار برنامه ریزی شده ونیزسازه حمایت اجتماعی درک شده تطبیق دارند. پیشنهاد می شود درپژوهشی این سازه ها را مورد بررسی قرردار تا شاید بتوان مدلی مستقل را به این منظور طراحی نمود.*

واژه های کلیدی: *ترک اعتیاد، مدل های آموزش بهداشت، سازه، مقاله مروری*

مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی سال۹۳؛ دوره ۶ (۴): ۹۸۱-۹۶۹
Journal of North Khorasan University 2014;6(4):969-981

وصول: ۹۳/۴/۳۰
اصلاح: ۹۳/۷/۱
پذیرش: ۹۳/۸/۵

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-22]

مقدمه

در سال ۱۹۵۷ سازمان جهانی بهداشت اعتیاد را اینگونه تعریف کرد: " مصرف مکرر یک یا چند ماده ی روانگردان به حدی که مصرف کننده یا معتاد دچار مسمومیت دوره ای یا مزمن ناشی از آن شود، اجبار برای مصرف ماده داشته باشد، قطع یا کاهش ارادی آن برایش بسیار دشوار باشد و عزم بارز برای کسب ماده تقریباً به هر وسیله ی ممکن نشان دهد". در سال ۱۹۶۴ سازمان جهانی بهداشت با اذعان به ابهام تعریف مزبور استفاده از اصطلاح "وابستگی به ماده " را پیشنهاد می کند و اصطلاح وابستگی را به جای اعتیاد پذیرفته است.

جف[1] سه اصل پیشنهادی خود رابرای شناسایی رفتار اعتیاد بصورت اشتغال خاطر، احساس اجبار برای مصرف و عود بیان می کند [۱] و در برخی منابع مفهوم اعتیاد از چهار عنصر تشکیل شده است: اشتغال ذهنی[2]، پیشروی[3]، پایداری[4] و فقدان کنترل تصور شده [5] علیرغم عواقب منفی درازمدت. بنابراین رفتار اعتیادی وضعیت پیش رونده ای است که در آن فرد به طورفزاینده ای وقت و انرژی خود را صرف کرده و در عین حال احساس عدم کنترل می نماید [۲].

جهان در حال حاضر در کنار بحران تهدید بمب اتمی، بحران نابودی محیط زیست، بحران فقر جامعه، شاهد بحران اعتیاد نیز می باشد [۳].

قاچاق مواد مخدر در دنیا درآمدی معادل ۴۰۰ میلیارد دلار ایجاد می کند. به عبارت دیگر، دومین فعالیت پرسود اقتصادی بعد از صنعت اسلحه سازی به شمار می رود [۴].

مصرف مواد مخدر به مثابه یکی از غم انگیزترین تراژدی هاست که ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی زندگی بسیاری از انسان ها را متاثر می سازد. این معضل دیرین، دامن گیر اکثریت قریب به اتفاق کشورها است و تقریبا درکلیه جوامع به طور روزافزونی قربانی می گیرد [۵]. اعتیاد در کنار سوء تغذیه و آلودگی های محیط زیست از مشکلات بزرگ جوامع بشری است. بیش از ۱۸۰ تا ۲۵۰میلیون نفر از مردم جهان معتاد به مواد مخدر هستند [۶]. پیشگیری از ابتلاء افراد جامعه به سوء مصرف مواد به معنی جلوگیری کردن از تحمیل هزینه های سنگین به اجتماع، پیشگیری از ابتلاء افراد به ایدز و بیماری های دیگر، جلوگیری ازکاهش بازدهی در محیط کار، کاهش وقوع جرم و جنایت و حفاظت از نسل بعدی در برابر خطرات است. مداخلات پیشگیری درچند سطح انجام می گیرد:

۱- مداخلاتی که متوجه "سیستم و محیط" است که این مداخلات عمدتا کاهش عرضه و دسترسی مواد را هدف قرار می دهد. اینگونه مداخلات بر عوامل شکننده چرخه تولید مواد ازمنبع تا مصرف کننده تمرکز دارند.

۲- مداخلاتی که متوجه "افراد" است و هدف آن تغییر در "خواستن مواد" از طریق تغییر در نگرش، درک و رفتارهای مرتبط با مواد است.

برنامه های پیشگیری هنگامی موفقیت آمیز خواهد بود که به صورت برنامه ریزی شده، طولانی مدت وسازمانی اجرا شود و بهترین سن برای شروع این برنامه ها ابتدای دوره نوجوانی [یازده سالگی] است. بطور کلی دو رویکرد متفاوت درمانی در اعتیاد وجود دارد، که شامل ۱- پرهیز کامل[6]: هدف این درمان قطع کامل مصرف مواد مخدر است.

۲-رویکرد کاهش آسیب[7]: شامل برنامه ها یا سیاست هایی است که هدف آن ها کاهش آسیب ناشی از مواد بدون ضرورت و نیاز به قطع مواد باشد. در رویکرد کاهش آسیب، قطع مصرف مواد مخدر، جزء ضروری درمان محسوب نمی شود بلکه هدف کاستن و یا از میان بردن عوارض ناشی از مصرف مواد و الگوی نامناسب مصرفی است [۷].

عرصه کاهش تقاضا به طور کلی شامل سه رویکرد پیشگیری، درمان و کاهش آسیب است. مطالعات نشان داده است که تنها آن دسته از اقدامات پیشگیرانه موثرند که جامع، چند بخشی و مداوم باشند. در میان اقدامات درمانی نیز تنها اقداماتی موثرند که به اعتیاد به چشم بیماری مزمن بنگرند. به عبارت دیگر، تنها درمانها و مراقبتهای طولانی مدت در ترک اعتیاد موثرند [۸] .

1 -jaffe
2 - Preoccupation
3- Progression
4- Persistence
5 - Perceived loss of control

6- Abstinence
7-Harm reduction

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-22]

باید گفت شناسایی عوامل مرتبط با اقدام وتداوم ترک و مشخص کردن عوامل بازدارنده و تسهیل کننده اقدام و تداوم ترک اعتیاد می تواند برروند درمان و ترک موثر باشند. یک موضوع بسیار اساسی در ترک اعتیاد که می بایست مورد توجه قرار گیرد، علت اقدام به ترک اعتیاد می باشد و اینکه چرا در این مقطع زمانی برای ترک اعتیاد مراجعه کرده است [۹].

متاسفانه مطالعات متعددی نشان می دهد که احتمال بازگشت به اعتیاد پس از ترک زیاداست. مطالعات نشان می دهند که دو سوم بیمارانی که تحت درمان با هدف قطع مصرف مواد افیونی قرارمی گیرند در عرض ۶ هفته بازگشت به مواد دارند. ۳۳ درصد بیماران مبتلا به وابستگی هروئین که سه سال ترک کامل داشته اند در نهایت مجددا به مصرف هروئین می پردازند [۷]. برخی مطالعات نشان می دهد ۸۰٪ افراد مراجعه کننده برای ترک اعتیاد در ۶ ماه اول دچار عود اعتیاد شده اند [۱۰]. بر اساس آمارهای موجود، افراد معتاد بیش از ۲ الی ۳ بار به مراکز بازپروری مراجعه می کنند و این حاکی از آن است که میزان عود به طور چشمگیری بالااست [۱۱]، بدین معنا که درمان اعتیاد به مواد مخدر نیاز به مدیریت طولانی مدت دارد. مداخلات رفتاری به تنهایی نتایج بسیار کمی به همراه دارند [۱۲].

در صورتی که برنامه های مبارزه با مواد مخدر بر اساس تحقیقات طراحی نشود، نمی توان امید چندانی به موفقیت آنها داشت [۴].

می بایست مداخلات پیشگیرانه و درمانی درمورد اعتیاددقیق تر، وسیع تر و عمیق تر صورت گیرد. این مهم محقق نمی گردد مگر آنکه ما عوامل مرتبط با اقدام و تداوم ترک و کلیه عواملی را که در این مورد موثرند شناسایی نموده و آنها را در قالبی قابل ارائه عرضه نماییم.

در آموزش بهداشت مدلها و تئوریهای رفتاری و آموزشی ارائه شده است که در انها عوامل مرتبط با رفتارها را بصورت سازه های مختلف بیان نموده است و این سازه ها خود مبتنی بر تئوری ها ی روانشناختی، جامعه شناختی وانسان شناسانه است. در اصل مدلها کاربردخلاقانه، تسهیل شده، ترکیب شده و کاربردی شده همان تئوری هاست. هر یک از این مدلهازیر ساخت ها یا سازه هایی دارند که بدان وسیله مسیر و عوامل مرتبط با شکل گیری و انجام رفتارها را برای ما مشخص و محسوس می کنند [۱۳-۱۵].

هدف این مقاله آن است که با مروری بر مقالات مختلف که به شناسایی و بررسی عوامل و انگیزه های ترک اعتیاد پرداخته اند با فراهم کردن یک دیدگاه سازماندهی شده و کامل از کارهای انجام شده، این عوامل را با سازه های مدل های گوناگون تطبیق داده تا از این رهگذر سیمایی شفاف تر در قالبی کاربردی تر و و ملموس تر ارائه نماید و مقدمه ای برای درک موثر تر این عوامل و نیز ارائه برنامه های آموزشی و درمانی موثرتر بیان کند. این مقاله برآنست که بیان نماید می توان عوامل مرتبط و موثر با ترک اعتیاد را دسته بندی و در قالب سازه های مدل های آموزش بهداشت ارائه نمود..

روش کار

با استفاده از پایگاه جستجوی Google Scholar و کلید واژه های Addiction,Treatment, Maintenance,Factors, constructs و یا اعتیاد،درمان (ترک)، نگهداری، عوامل،سازه ها و مقالاتی که در پایگاههای Elsevier,science direct همچنین در مجلات و پایگاههای علمی معتبر داخلی مانند Irandoc,SId[۱۶] و خارجی که عمدتا تخصصی و مرتبط با اعتیاد چاپ شده بودند. بیش از ۱۲۰مقاله که مطالعات مقطعی بوده و در بررسیهای خود حجم نمونه قابل توجه تری را مورد مطالعه قرار داده بودند مورد نظر قرار گرفت بطوریکه درمطالعات کمی حدود ۲۰۰ نمونه و در مطالعات کیفی حداقل ۵۰ نمونه ملاک انتخاب بوده اند و همچنین مقالاتی که در بین مقالات همزمان با خود از ارجاعات بیشتری برخوردار بودند شانس انتخاب بیشتری داشتند. لازم به ذکر است معمولا (آنچه نگارنده در جمع مقالات مورد بررسی دیده است) مقالاتی که مدت زمان بیشتری از انتشار آنها می گذرد ارجاعات بیشتری نسبت به مقالات جدیدتر دارند و در بررسی مقالات این پژوهش سعی شده است ارجاعات مقالات با مقالات همزمان خود مد نظر قرار بگیرند و در انتخاب دو مقاله که از نظر حجم نمونه و سال انتشار همانند بوده اند مقاله ای انتخاب شود که ارجاعات بیشتری داشته باشد.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-22]

از طرفی سعی شده است مقالات مربوط به دودهه اخیر و غالبا متاخر بوده که در نهایت ۲۳مقاله (داخلی ۱۳ و خارجی۱۰) ارزیابی و نتایج آنها استفاده گردید.

یافته ها

در اینجا به مرور مقالات برگزیده ای می پردازیم که به موضوع ترک اعتیاد و عوامل موثر و مرتبط با آن پرداخته اند با این توضیح که ابتدا مقالات خارجی و سپس مقالات داخلی را می آوریم و البته در هر دو مورد ترتیب زمانی مد نظر است.

برخی مطالعات انگیزه های اولیه را بیماری و خستگی و بعد از آن عواملی مانند: حفظ ارتباطات خانوادگی، شغل، پول، خانه، ترس از زندان رفتن، بخاطر فرزندان و والدین را بیان می نماید [۱۷]. در مطالعه ای با عنوان انگیزه به عنوان پیش بینی کننده افت زود هنگام درمان سوء مصرف مواد مخدر بر روی ۳۱۱ نفر نشان داد که وجود ثبات اجتماعی (تأهل، اشتغال و دستگیری های قبلی کمتر)، تجربه درمانهای قبلی، انتظارات برای کاهش استفاده از مواد مخدر در آینده، سطح دوز متادون بالاتر و انگیزه بالاتر به عنوان عوامل پیش بینی کننده قابل توجهی برای تداوم دوره درمان برای بیش از ۶۰ روز مشخص شد [۱۸].

شاسر[1] در تحقیقات خود به این نتیجه رسید که یکی از دلایل قطع مصرف، آگاه شدن فرد از آغاز شکل گیری وابستگی جسمانی است [۱۹].

در مطالعه ای که به منظور یافتن عوامل مرتبط با ترک سیگار در انگلستان انجام شد این نتیجه بدست آمد که ترک سیگار با داشتن انگیزه همواره مرتبط بوده است [۲۰] در مطالعه ای که در کانادا در سال ۲۰۰۵ بر روی ترک اعتیاد جوانان معتاد خیابانی انجام شد مهمترین علت اقدام به ترک را شدت یافتن اعتیاد و وجود امکانات کمک کننده برای ترک بیان کردند [۲۱]. در مطالعه ای با عنوان عوامل پیش بینی انگیزه نوجوانان برای ترک اعتیادنشان داد که عوامل اقدام به ترک اعتیاد در مورد ۱۹۶ مورد از مراجعه کنندگان به یک مرکز ترک اعتیاد انجام شد. کم بودن آگاهی از پیامد های منفی استفاده از مواد مخدر علت انگیزه ی کم برای ترک بود [۲۲]. تحقیقی با عنوان کاربرد خود کارآمدی در رفتار ترک اعتیاد به مواد مخدر و الکل نشان داده است که وجود "خود کارآمدی" در مراحل مختلف در ترک اعتیاد نقش موثری دارد [۲۱]. مطالعه ای با عنوان" اثرات بعضی از فاکتورهای دموگرافیک و اجتماعی روی درجه اعتیاد به مواد مخدر و انگیزه جهت ترک سیگار در افراد سالم " را روی ۲۰۸ فرد سالم با تست اشنایدر[2]انجام دادند و نتایج مطالعه نشان داد که افراد با درجه اعتیاد بیشتر انگیزه بسیار بالاتری جهت ترک اعتیاد داشته اند [۲۳]. لازم به توضیح است که مکانیک[3] در نتیجه مطالعات خود پیش بینی می کندکه شدت درک علائم بیماری با کمک خواستن ارتباط مستقیم دارد وزوخمان [4] نیز متوجه شد علائمی که جدی جدی گرفته شوندنه تنها توجه بیشتری در بیماران به وجود می آورد بلکه احتمال بیشتری داردکه به وجود بیماری تعبیر شود [۲۴].

در مطالعه ای با عنوان انگیزه ی ترک مت امفتامین در میان جوانان تایلندی در سال ۲۰۰۶ انجام شد انگیزه ِترک را طیف وسیعی از تأثیرات داخلی و خارجی، از جمله نگرش نسبت به ادامه استفاده مت آمفتامین و تاثیرات منفی آن بر خود و دیگران و نیز تاثیر خانواده، همسالان، همکاران و ننگ جامعه بودن می داند [۲۵].

در مطالعه ای با عنوان حمایت اجتماعی درک شده در ماندگاری بر درمان در معتادین بستری در بین ۶۶ فرد بستری شده نشان داد افرادی که دارای سرپناه و رابطه قوی با خانواده هستند کمتر تمایل به بستری شدن برای تکمیل دوره درمان دارند [۲۶].

در پژوهشی با عنوان عوامل مرتبط با اقدام به ترک اعتیاد در مراجعه کنندگان به کلینیک ترک اعتیاد بهزیستی بجنوردانجام شدنشان داد مهم ترین عوامل برای اقدام به ترک اعتیاد، ترس از آبروریزی، از دست دادن شغل و کشیده شدن به کارهای خلاف قانون بود [۲۷]. در مطالعه احمدی نشان داده شده است که از ۴۳۷ نفر معتاد به مواد مخدر، اکثریت (۵۴٪) مرحله سم زدایی را کامل کرده،

1 -Schasre

2 -Schneider
3 -Mechanic
4 -suchman

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-22]

۳۵٪ حداقل به مدت سه ماه قطع مصرف را تجربه کرده بودند، و ۱۱٪ قبل از اتمام سه ماه پس از قطع دچار عود شده بودند. رابطه آماری معنی دار بین نتیجه ترک و نوع مواد مخدر و همچنین بین نوع مواد مخدرو دوز مواد مخدر وجود داشت [۲۸].

در مطالعه ای با عنوان بررسی شیوع عوامل خطر در اعتیاد و ترک اعتیاد معتادان خود معرف که توسط مسکنی و جعفرزاده بر روی۴۵۶ نفر از معتادین خود معرف سبزوار انجام شد به این نتیجه رسیدند که خانواده، همسر، دوست و همکار هم در اعتیاد و هم ترک اعتیاد از عوامل موثر بودند [۲۹].

در مطالعه ای کیفی جهت بررسی تاثیر حمایت اجتماعی در درمان سوء مصرف مواد که با ۸۶ زن مصرف کننده مواد در مراکز اقامتی و سرپایی درمان اعتیاد از طریق سؤال باز پاسخ مصاحبه نمودند، نتایج نشان داد بسیاری از مصرف کنندگان مواد مخدر بدلیل فشارهای بیرونی وارد درمان می شوند. بنابراین انگیزه لازم برای تغییر رفتار و تعهد به درمان در آنها دچار نقصان است در عین حال آنهایی شبکه حمایتی می تواند در بهبود اینان نقش داشته باشد همچنین افزایش رضایت اجتماعی باعث کاهش دفعات بازگشت به اعتیاد در افراد بوده است [۳۰].

در مطالعه ای که توکلی و همکاران در سال ۸۶ انجام دادنداز ۳۸۷ نفر مراجعه به کلینیک های ترک اعتیاد بیشترین مواد مصرفی به ترتیب تریاک، شیره، کریستال و هروئین بود. بیشترین عوامل مرتبط با اقدام به ترک، به ترتیب عوامل اقتصادی، اجتماعی، عـــوامل قادر ساز، فردی، راهنما برای عمل و عوامل خانوادگی بود. و مهم ترین عامل عدم اقدام به ترک اعتیاد «عدم خود کارآمدی» بود [۳۲،۳۱] مطالعه ای باعنوان مقایسه انگیز ه های فردی - اجتماعی و سرمایه اجتماعی معتادان درگروه های درمانی شهر اصفهان با هدف، مقایسه انگیزه های درمانی اعتیاد و سرمایه اجتماعی بین معتادان در حال بهبود شهر اصفهان بود. نمونه پژوهش شامل۳۰۰ نفر از معتادین در حال بهبودی بود که به روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای بر اساس نوع درمان در مکان ها و مراکز ترک اعتیاد اصفهان در سال ۱۳۸۸، انتخاب شده بودند. این مقاله بر نقش سازمان های مردم نهاد در گسترش سرمایه اجتماعی و تاثیر بر کاهش عود و راهکارهای پیشگیرانه با رویکردهای اجتماعی تاکید می کند [۳۳].

پژوهشی با عنوان بررسی ارتباط عوامل فردی ترک مواد مخدر با موفقیت سم‌زدایی که توسط شریفی و همکاران با هدف ارزیابی مجدد عوامل فردی موثر بر موفقیت سم زدایی انجام شد نشان داد که مصرف‌کنندگان کراک در سم زدایی ناموفق‌تر بودند و نیز ایشان چنین نتیجه گیری می کنند که تغییر الگوی سوء مصرف مواد، افزایش شدت و عمق اعتیاد و عوامل فردی محیطی به عنوان عوامل تأثیر گذار بر موفقیت سم زدایی هستند [۳۴]. فریدونی مقدم انگیزه های ترک اعتیاد در مراجعین به کلینیک های را به دو دسته درونی مانند علل جسمی و روانی وانگیزه های بیرونی مانند علل اقتصادی – اجتماعی و خانوادگی تقسیم می کند [۳۵]

مطالعات دیگری که توسط اصغری و همکاران در سال ۲۰۱۳ منتشر شد نیز نشان داده است که حدود ۷۵ درصد از معتادان پس از ترک مجددا به سمت مصرف مواد روی می آورند در مطالعه اصغری مشخص شد که انگیزه ترک در عود اعتیاد موثربوده و از طرفی خانواده منسجم سبب افزایش انگیزه ترک محسوب می شود [۳۶].

پژوهشی کیانی پور در سال ۱۳۹۱با هدف بررسی نقش عوامل موثر در ترک اعتیاد که جامعه آماری تمام معتادین داوطلب مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهرستان کهنوج بود نشان داد که مرزهای خانوادگی بهنجار، هوش هیجانی بالاتر و مصرف تریاک در مقایسه با مصرف ماده شیشه و کراک در ترک اعتیاد نقش دارند، اما مرزهای خانوادگی گسسته، باعث برگشت اعتیاد در مصرف کنندگان ماده شیشه و کراک می شوند. نتایج این بررسی بیانگر نقش و اهمیت متغیرهای خانواده، هوش هیجانی و نوع مواد در ترک اعتیاد است [۳۷].

در مطالعه ای که در سال ۲۰۱۳ توسط ریماز منتشر شد بررسی عوامل موثر برعود سوء مصرف مشخص شد که افراد مصرف کننده تریاک و شیره نسبت به کراک و شیشه شانس کمتری برای عود سوء مصرف داشتند. نتایج مطالعه ارتباط بین متغیرهای فردی، اجتماعی، روانی و طبی و عود سوء مصرف را نشان می دهد. نتایج این مطالعه پیشنهاد می کند که باید مشاوره و رویکردهای

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-22]

فهرست یک –عوامل وانگیزه های ترک اعتیاد

✓ تاثیر نوع ماده مخدر	✓ آگاهی ازعواقب مصرف و تاثیرات منفی آن برخود و دیگران
✓ حفظ ارتباطات خانوادگی، شغل، پول، خانه	✓ ترس ازگرفتاریهای قانونی)
✓ حفظ خانواده، همسر، دوست و همکار	✓ ترس از آبروریزی
✓ کسب رضایت اجتماعی	✓ ترس از دست دادن شغل
✓ شدت درک شده	✓ ترس ازکشیده شدن به کارهای خلاف قانون
✓ مشکلات مالی برای تهیه مواد	✓ ترس از زندان رفتن
✓ مشکلات اقتصادی- اجتماعی	✓ ایجاد مشکلات برای ازدواج، استخدام
✓ خود کارآمدی	✓ آگاه شدن فرد از آغاز شکل گیری وابستگی جسمانی
✓ حمایت همسالان و همکاران	✓ اثرات فردی اعتیاد (عوارض جسمی روانی)
✓ حمایت خانواده	✓ خطر شدت یافتن اعتیاد
✓ بخاطر فرزندان و والدین	✓ وجود امکانات کمک کننده
✓ پافشاری خانواده	✓ عـــوامل قادر سازی مثل وجود کلینیک های ترک
	✓ ننگ جامعه بودن
	✓ نگرش منفی به ادامه مصرف
	✓ فشارهای بیرونی

درمانی در خانواده، پایش و مراقبت طولانی مدت از درمان شدگان، و برنامه های حفاظتی و مراقبتی در درمان های اعتیاد ادغام شود تا از اثر عواملی مانند مشاجره خانوادگی، فشار همسانان بر عود اعتیاد بکاهد. شایعترین علت ترک، ترکیبی از عوامل مانند مشکلات مالی برای تهیه مواد، عوارض جسمی روانی مصرف مواد، مشکلات اجتماعی، اقدام به ازدواج، استخدام و پافشاری خانواده برای ترک بوده است. اما اهمیت عوامل فردی مانند نوع ماده مصرفی، دردهای مقاوم بدن، سیگار کشیدن و مشغولیت ذهنی بعد از ترک بیشتر از عوامل برون فردی در عود موثر بوده است. بنابراین برای عود تنها وجود یک عامل کافی نیست بلکه مجموعه ای از عوامل، علی الخصوص عوامل فردی با نسبت های متفاوت باعث روی آوردن مجدد به اعتیاد می شود در مطالعات دیگر عواملی مانند اجبار ذهنی و دوستان معتاد نیز به عنوان عوامل عود آمده است [۳۸].

ریماز در مقاله خود بیان می کند در پژوهشی که در سال ۲۰۰۴ انجام شده است مشخص نموده مشاجرات خانوادگی ومشکلات اجتماعی و همچنین کوتاه بودن دوره ترک از عوامل موثر بر عود سوء مصرف مواد می باشد [۳۸] که بیان کننده نقش خانواده و اجتماع در فرآیند ترک اعتیاد است. در دیگر مطالعاتی که ارائه می گردد بیان شده است که خانواده ها در اقدام و تداوم ترک نقش بسزایی دارند [۲۸،۲۶].

پژوهشی با عنوان "حمایت اجتماعی درک شده در خانواده های معتادین مراجعه کننده به یکی از مراکز درمانی ترک اعتیاد گرگان" که بر روی ۴۰۰ عضو درجه یک فرد معتاد مراجعه کننده به مرکز درمانی ترک اعتیاد پنج آذر در شهر گرگان انجام شده است نشان داد که درک از حمایت اجتماعی بیشتر خانواده در سطح متوسط بود و نتیجه گیری نمود که برخورداری از حمایت اجتماعی بالا در

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-22]

مواجهه خانواده های معتادین با عوامل تنش زا و سازگاری بهتر آنها نقش بسزایی دارد. باید گفت می توان با ایجاد گروههای حمایتی و بالا بردن سطح آگاهی آنها باعث بهبود کیفیت زندگی خانواده های معتادین در همه ابعاد گردید [۳۹] به تعبیر دیگر برخورداری از حمایت اجتماعی در این خانواده ها بر زندگی اینان و در نتیجه معتادان این خانواده ها در برخورد با مسائل تنش زا و نیز سازگاری بیستر آنها موثر است.

همانگونه که پیشتر گفتیم یک موضوع بسیار اساسی در ترک اعتیاد که می بایست مورد توجه قرار گیرد، علت اقدام به ترک اعتیاد می باشد چراکه شناخت عوامل موثر بر این موضوع می تواند بر تداوم ترک نیز موثر باشد. این اقدام به درمان؛ یا ترک اعتیاد و تداوم آن؛ همان رفتاری است که فرد انجام می دهد. رفتار به مفهوم عمل یا عکس العمل فرد است که تحت شرایط خاص انجام می گیرد [۴۰]. با توجه به نتایج مطالعات انجام شده بطورکلی عوامل و انگیزه های اقدام و عدم تداوم ترک اعتیاد را می توان در فهرست زیر جستجو نمود.

بحث

بنا بر آنچه گذشت می توان این عوامل را در چند دسته مهم و اصلی و به تعبیری به صورت چند سازه موثر تقسیم بندی نمود و بدین وسیله تصویر منسجم تر و مبتنی بر تئوری از آنها ارائه نمود.

حساسیت درک شده[1]حساسیت درک شده اشاره دارد به احتمال دچار شدن فرد به یک بیماری و یا حالت خاص [۴۱] و به معنی درک فرد از میزان آسیب پذیری یا مستعد بودن است. به معنی تخمین ذهنی و احتمالی فرد در زمینه ابتلا یا عدم ابتلا به بیماری است. فرد چقدر خود را برای ابتلای به یک بیماری حساس می داند؟ (یک سوال از فرد: آیا گمان می کنید شما هم دچار چنین بیماری شوید؟ [۱۴].

این سازه مدل اعتقاد بهداشتی[2] به درک شخص از در معرض خطر بودن برای ابتلای به بیماری اشاره داشته و فرد باید باور داشته باشد که ممکن است بدون آشکار بودن علائم بیماری، مبتلای به آن باشد [۴۲]. بنا بر آنچه گفته شد می توان برخی از عوامل یاد شده مرتبط با اقدام و موثر بر تداوم ترک اعتیاد در لیست شماره یک را که پیش ترآوردیم به عنوان حساسیت درک شده تلقی نمود.

این عوامل عبارتند از:

- آگاهی ازعواقب مصرف و تاثیرات منفی آن بر خود و دیگران
- ترس ازگرفتاریهای قانونی
- ترس از آبروریزی، از دست دادن شغل و کشیده شدن به کارهای خلاف قانون
- ترس از زندان رفتن
- ایجاد مشکلات برای ازدواج، استخدام
- آگاه شدن فرد از آغاز شکل گیری وابستگی جسمانی
- اثرات فردی اعتیاد (عوارض جسمی روانی مصرف مواد]

در مطالعات استون[۱۷]، جرمن [۲۵]، توکلی [۳۱،۳۲] وریماز[۳۸] بر این نکات توجه شده است و می توان چنین گفت که این عوامل به عنوان آغازگرهای اقدام به ترک می تواند مطرح باشد و با آموزشهای اجتماعی می توان این عوامل را هدف گیری نمود و افراد را به سمت درمان سوق داد.

شدت درک شده[3] شدت درک شده اشاره به باور فرد در مورد وسعت آسیبی دارد که می تواند در نتیجه ابتلا به بیماری یا وضعیت زیانبار حاصل از یک رفتار خاص باشد. این ادراک نیز از شخصی به شخصی دیگر متفاوت است. شدت درک شده که همان اعتقاد زیان حاصل از ابتلا به یک بیماری یا وضعیت آسیب زای ناشی از یک رفتار خاص است، دارای یک جزء قوی وابسته به دانش فردمی باشد [۴۲]. با توجه به آنچه گفته شد موارد "خطرشدت یافتن اعتیاد" و"نوع ماده مصرفی "(که به شکلی اشاره به شدت وابستگی دارد] از لیست شماره یک را می توان به این مورد نسبت داد. این عوامل در مطالعات شاسر [۱۹] وفیورنتین [۲۱]، کیانپور [۳۷] وریماز [۳۸] اشاره شده است. به نوعی می توان این عامل را نیز یک آغازگر دانست چرا که در مطالعاتی که با هدف بررسی عوامل تداوم ترک و درمان انجام شده است به این نکات اشاره نشده است.

1-Perceived Susceptibility
2- Health Belief Model
3 -Perceived Severity

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-22]

منافع درک شده[1]منافع درک شده به معنی اعتقاد فرد به اثر بخشی اقدام در کاهش تهدید بیماری اطلاق می شود. در واقع فرد به این نکته پی می برد که رفتاری را انتخاب کند که اولاً بیشترین سود (فردی، خانوادگی، اجتماعی و غیره) را در برداشته باشد و ثانیاً در جامعه قابل دسترسی باشد یعنی دو شرط سودمندی و امکان پذیر بودن را برای رفتار قائل شده اند[۴۳،۱۳].

با توجه به آنچه گفته شد می توان مواردی از لیست شماره یک را به منافع درک شده نسبت داد مواردی شامل:

- حفظ ارتباطات خانوادگی، شغل، پول، خانه
- حفظ خانواده، همسر، دوست و همکار
- کسب رضایت اجتماعی
- این عوامل در اغلب مطالعات مورد توجه بوده است ازجمله مطالعات توکلی [۳۱،۲۶]، فریدونی [۳۴] ،ریماز [۳۶] و مطالعه کیفی بهروان [۳۰] را می توان نام برد. بنظر می رسد توجه به این عوامل و سازه منافع درک شده نه تنها در اقدام که در تدوام درمان نیز موثر باشد چرا که این عوامل همواره برای افراد مورد توجه اند.

موانع درک شده[2]موانع: درک شده توسط فرد، ممکن است به عنوان موانعی جهت انجام یک رفتار عمل کنند. زمانی که فرد اثربخشی مورد انتظار یک رفتار را درمقابل نکات منفی آن رفتار نظیر گرانی، خطرناکی (داشتن عوارض جانبی نامطلوب یا عوارض ناشناخته]، ناخوشی های آن رفتار (نظیر احساس درد، مشکل بودن انجام عمل و ناراحت کننده بودن آن)، صرف وقت و غیره ارزیابی می کند [۴۱]. با توجه به آنچه گفته شد می توان مواردی از لیست شماره یک را به موانع درک شده نسبت داد مواردی مانند: مشکلات مالی برای تهیه مواد، مشکلات اقتصادی-اجتماعی که در مطالعات توکلی [۲۶] وریماز [۳۴] آورده شده را جزء موانع ادامه اعتیاد و به نفع انجام ترک است. بنابراین افزایش این موانع و اقدامات اجتماعی در این زمینه می تواند به نفع اقدام به ترک کمک کننده باشد. همانگونه که در این مطالعات آمده است یکی از اولین عوامل اقدام به ترک همین مشکلات اقتصادی است.

1- Perceived Benefits
2 -Perceived Barriers

سرگلزایی نیز در کتاب ترک اعتیاد موفق به مشکلات اقتصادی به عنوان یکی از مهمترین عوامل اشاره می کند [۹].

خود کارآمدی[3]: در مطالعاتی که پیرامون عوامل مرتبط با اقدام و عدم تداوم ترک انجام شده و در لیست شماره یک نوشته شده اند عامل خود کارآمدی که در لیست مذکور مشخص شده است. در برخی مطالعات این سازه را به عنوان قوی ترین عامل معرفی کرده اند [۳۱،۲۶].

این سازه عبارتست از "باور شخص در مورد اینکه بطور موفقیت آمیز می تواند رفتاری را انجام دهد که منجر به نتیجه شود و یا اعتقاد به این مسأله است که توانایی موفقیت در انجام رفتار مورد نیاز برای دستیابی به نتایج مورد تمایل وجود دارد [۴۴]. خود کارآمدی یک پیش بینی کننده قوی در مواردی است که انجام رفتار نیازمند داشتن مهارت است. در مدل مراحل تغییر خود کارآمدی یک اطمینان خاص در افراد است مبنی بر اینکه می توانند با وضعیت پر خطر، بدون بازگشت به رفتار غیر سالم یا پر خطر[4] تطابق یابند. این سازه از نظریه خود کارآمدی باندورا درسال ۱۹۸۲ اقتباس شده است [۴۵،۴۱]. پس می توان گفت این سازه در ابتدا و طول مدت درمان نقش مهمی داشته دارد. نکته جالب اینکه سازه های مورد بررسی فوق بخشی از سازه های تشکیل دهنده مدل اعتقاد بهداشتی یا باور سلامتی هستند و تقریبا تمامی آنها به انضمام سازه "راهنمایی برای اقدام[5] "در این مدل جای می گیرند.

نـگـرش[6]: با توجه به آنچه گفته شد و عوامل و انگیزه های مندرج در لیست شماره یک می توان عواملی که اشاره به داشتن نگرش منفی به ادامه مصرف و وجود این دیدگاه که با اعتیاد ننگی برای جامعه هستند را جزء زیر مجموعه

[3] Self efficacy . در فارسی به خود کارآیی، خوکفایتی و خود بسندگی نیز ترجمه شده است

[4] وسوسه نمایانگر شدت فشار برای درگیر شدن در عادت غیر سلامتی قبلی است. در زمانی که فرد در بحران یک مشکل خاص قرار گرفته است عموما، سه عامل رایج ترین انواع وضعیت وسوسه را نشان می دهند که شامل عواطف منفی یا تنش روحی، شرایط مثبت اجتماعی و تمایلات و اشتیاقات می باشد

5- Cues to Action
6-Attitude

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-22]

نـگـرش نسبت به رفتار دانست که به میزان مطلوبیت یا عدم مطلوبیت یک رفتار از نظر یک فردتعریف می شود. نگرشها بوسیله دو عامل تعیین می شوند [۴۶،۴۱]:

الف) باورهای (اعتقادات) رفتاری[1]: یعنی اعتقادات و باورهای فرد در مورد نتیجه انجام یک رفتار و یا باورهایی هستند که موجب انجام یک رفتار مشخص گردیده و منجر به پیامدهای معینی می شوند [۴۲،۱۴]

ب) ارزشیابی نتایج رفتار یا ارزشیابی پی آمدها[2]: یعنی ارزشی که فرد برای نتیجه رفتار مورد نظر قائل می شود [۱۴].

انجام یا عدم انجام رفتار، معطوف به قضاوت شخص می باشد. بنابراین اعتقادات در تشکیل نگرشها و همچنین در رابطه با نتایج رفتار و ارزشیابی نتایج رفتار موثر هستند [۴۴].

هنجار ذهنی یا نرم های ذهنی (انتزاعی)[3]: الف) باورهای هنجاری یا اعتقادات نرمی[4] باورهای هنجاری اشاره به نحوه تفکر شخص در مورد این موضوع دارد که افراد دیگری که در زندگی اش مهم هستند، تمایل دارند وی چگونه رفتار نماید [۱۴]. نظر و خواست آنها در مورد رفتار او چیست؟

ب) انگیزه فرد برای اطاعت[5] که اشاره به آن دارد که شخص از تمایلات درک شده افراد مهم در زندگی اش تبعیت می کند [۱۴]. به عبارتی انگیزه فرد در پیروی از خواست دیگران و پذیرش انتظارات آنها ست واشاره به آن دارد که شخص خواستار عمل مطابق با تمایلات درک شده افراد مهم در زندگی اش می باشد مانند تبعیت از خواسته همسر، خانواده، همسالان، رهبران دینی و اینگونه موارد را می توان تحت تاثیر این سازه دانست [۱۴، ۴۳، ۴۴].

با توجه به آنچه گفته شد و عوامل و انگیزه های مندرج در لیست شماره یک بنظر می رسد: فشارهای بیرونی، بخاطر فرزندان و والدین و پافشاری خانواده را زیر مجموعه هنجارذهنی یا نرم های ذهنی (انتزاعی) باشند که اشاره به باور شخص در مورد افراد مهمی که در زندگی اش دارد که فکر می کند انجام یا عدم انجام هر رفتاری می تواند تحت تاثیر خواست آنها قرار گیرد. مطالعات جرمن [۲۴]، توکلی [۲۶]، کیانی پور [۳۶] وریماز [۳۷] به این نکات اشاره داشته اند. این عوامل می تواند هم در ابتدای اقدام و هم در تدوام درمان نقش داشته باشد و بنظر می رسد آموزش به خانواده ها دراین زمینه و استفاده از نوع روابط خانوادگی به ویژه در بیمارانی که انسجام خانوادگی خود را از دست نداده اند راهگشا باشد.

سازه های شرح داده شده فوق در تئوری یا مدلی با عنوان"تئوری رفتار برنامه ریزی شده[6] " قرار می گیرندکه گیرندکه پایه این تئوری بر تئوری عمل منطقی[7] استوار است. هر دو این تئوریها بر انگیزه فرد به عنوان یک عامل موثر در احتمال انجام یک رفتار خاص متمرکز هستند و هر دوی آنها بر قصد رفتار و به نگرش و نرم های اجتماعی به عنوان پیش بینی کننده های رفتارتوجه دارند.

حمایت اجتماعی درک شده[8]: شامل امداد حاصل از روابط اجتماعی و تعاملات بین فردی می باشد. هاوس حمایت اجتماعی را به چهار نوع طبقه بندی نموده است

۱حمایت عاطفی که مستلزم تامین تفاهم، عشق، مراقبت و اطمینان است

۲حمایت اطلاعاتی که مستلزم تامین اطلاعات، راهنمایی و مشاوره است

۳حمایت ابزاری که مستلزم تامین همیاری و حمایت ملموس و عینی می باشد

۴حمایت ارزیابی که مستلزم تامین کمک های ارزشیابی کننده است [۴۵،۱۴].

نکته مهم اینکه به نظر می رسد درک و نگرش بیماران نسبت به حمایت دریافتی، مهم تر از میزان حمایت ارائه شده به بیماران می باشد شناسایی حمایت اجتماعی درک شده در بیماران می تواند به ارتقای رفتارهای سازگاری کمک کرده و حمایت های محیطی مناسبی را برای آنها فراهم کند [۴۶].

1 -Behavioral Beliefs
2- Evaluations of Behavioral Outcomes
3- Subjective Norm
4 -Normative Beliefs
5- Motivation Comply

6- Theory of Planned Behavior
7 - Theory of Reasoned Action
8- Perceived Social Support

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-22]

خوبست بدانیم در مدل فرانظری نهمین فرآیند تغییر که روابط یاری رسان[1] نام دارد شامل مراقبت، اعتماد، صداقت و رو راستی، پذیرش و حمایت برای تغییر رفتار سلامتی می باشد. ایجاد رابطه دوستانه، قرارداد درمانی، تلفن های مشاوره و جریان دوستی و رفاقت می توانند منابع حمایت اجتماعی باشند. نکته جالب اینکه فرآیند روابط یاری رسان در مراحل عمل و نگهداری دارای اهمیت است [۱۴].

با توجه به لیست شماره یک می توان موارد زیر را به سازه حمایت درک شده نسبت داد: حمایت همسالان و همکاران، حمایت خانواده، وجود امکانات کمک کننده در جامعه مثل وجود کلینیک های ترک که مطالعات مختلفی آنرا تایید می نماید و عمدتا بر این اعتقادند این عامل در تداوم درمان موثر است. باید گفت وجود امکانات و حمایتهای اجتماعی ضرورتی است که می تواند ادامه درمان و حتی قطع کامل وابستگی را تضمین نمایید و یکی از دغدغه های ذکر شده از سوی افرادی که اقدام به درمان کرده اند عدم برخورداری از حمایتهای بعد از ترک است. از از جمله مطالعات هرتزلر [۲۶]، مسکنی [۲۹]، بهروان [۳۰] و منچاری [۳۹] به نوعی به اهمیت این سازه پرداخته اند.

نتیجه گیری

بنابر آنچه ارائه شد؛ عوامل مختلف مرتبط و موثر با ترک اعتیاد که از سوی محققین مختلف بررسی گردیده است سازگاری اجتاب ناپذیری با سازه های مدلهای مختلف آموزش بهداشت دارند که از آن جمله با برخی سازه های مد ل اعتقاد بهداشتی مانند حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، خود کارآمدی، و نیز سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده مانند نـگـرش، هنجارذهنی یا نرم های ذهنی (انتزاعی) همچنین با سازه حمایت اجتماعی سازگارند. با توجه به اینکه همه این سازه ها صرفا در یک مدل بیان نشده اند و در مدلهای مختلفی ارائه گردیده اند لذا پیشنهاد می شود در پژوهشی این سازه ها را مورد بررسی قرداد تا شاید بتوان مدلی مستقل را به این منظور طراحی نمود.

1-Helping Relationships

تشکر و قدردانی

این مطالعه قسمتی از پایان نامه دوره دکتری آموزش بهداشت با عنوان طراحی و ارزشیابی بسته آموزشی موثر بر تداوم ترک اعتیاد مصوب دانشگاه تربیت مدرس تهران در تاریخ ۹۳/۳/۱۸ دارای کد شماره ۱۱۳۵۶۹۸ پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران (ایرانداک) می باشد. نویسندگان از همکاری استاد محترم جناب آقای دکتر محتشم غفاری که با ارائه نظرات وپیشنهادات خود کمک های موثری در تدوین این مقاله داشتند صمیمانه تشکر می نمایند.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-22]

References

1. s.Miler N, Addiction Psychiatry: Mazandaran univesity Medical sciences; 2002.
2. Walters G, The addiction concept, Allyn and Bacon, Country profile: Islamic Republic of Iran, www. odccp. org; 1999.
3. Habibi R, Salehmoghadam AR, Talaei A, Ebrahimzadeh S, Karimi Moneghi H, Effect of a Family-Centered Problem Solving Education Method on Self-Esteem in Drug-Users, Hakim Research Journal, 2012;14(4):249-56.
4. Broman.jezy S,Looking at the price and the income from drugs and organized crime in the world, Social Welfare Quarterly, 2003;9(3):63-90.
5. Fazeli E, Molavi F, Study of drug use among male drug users in Iran. Tehran: Presidency, Center for Combating Drugs , National Institute of Drug 2004[Persian].
6. Raadi M, Rezaie R, Prevention of addiction special for families Preventive& Cultural Administration of Kurdestan Rehabilitation Org; 2001.
7. Hatami H, all e, Comprehensive health books, Iranian Health Ministry: Arjmnd; 2005.
8. Vazirian M, Review of drug demand reduction programs in iran: Advice for development and strategic planning, Social Welfare Quarterly. 2003;3(9):145-201[Persian].
9. Sargolzaei M, Short-term withdrawal of drug, Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences Publications; 2000[Persian].
10.Ahari SS, Azami A, Barak M, Amani F, Seddigh A, Factors effective in reusage of drug among the patients refered to withdrawal center affiliated to the state rehabilitation organisation: Ardebil University of Medical Sciences 2000[Persian].
11.Hojjati H, Aloustani S, Akhondzadeh G, Heidari B, Sharif_Nia H, Study of Mental Health and Its Relation with Quality of Life in Addicts, JSSU, 2010;18((3)): 21-207[Persian].
12.Bart G, Maintenance Medication for Opiate Addiction: The Foundation of Recovery, Journal of Addictive Diseases, 2012 2012/07/01;31(3):207-25.
13.Shojaeizadeh D, Models to study behavior in health education: Health Education and Communications Headquarter 2000[Persian].
14.Saffari M, Shojaezadeh D, Ghofranipour F, Heydania A, Pakpor A, Health Education & Pomotion, Tehran: Asare sobhan; 2012[Persian].
15.Heydarnia A, Topics in health education process, Tehran: Zamani Naser Pub; 2003[Persian].
16.Siddall JW, Conway GL, Interactional Variables Associated with Retention and Success in Residential Drug Treatment, Substance Use & Misuse, 1988;23(12):1241-54.
17.Stone SL, Kristeller JL, Attitudes of adolescents toward smoking cessation, American journal of preventive medicine, 1992.
18.Simpson DD, Joe GW, Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment, Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 1993;30(2):357.
19.Lidndzi Sj, Bawel JE,The adults' clinical psychology, Tehran: Bikaran Publications1998,p:598-603
20.West R, McEwen A, Bolling K, Owen L, Smoking cessation and smoking patterns in the general population: a 1-year follow-up, Addiction, 2001;96(6):891-902.
21.Fiorentine R, Hillhouse MP, Why extensive participation in treatment and twelve-step programs is associated with the cessation of addictive behaviors: An application of the Addicted-Self Model of recovery, Journal of addictive diseases. 2003;22(1):35-55.
22.Battjes RJ, Gordon MS, O'Grady KE, Kinlock TW, Carswell MA, Factors that predict adolescent motivation for substance abuse treatment, Journal of substance abuse treatment, 2003;24(3):221-32.
23.Targowski T, Rozynska R, Fram S, Comparative analysis of nicotin dependence and motivating to quit smoking in patients with bronchial asthma or copd, przegl lek, 2004;61(10):1046-8.
24.j.curtis A, Health Psychology, Tehan: Viayesh; 2006.
25.German D, Sherman SG, Sirirojn BThomson N, Aramrattana A,Celentano DD, Motivations for methamphetamine cessation among young people in northern Thailand,Addiction, 2006;101(8):1143-52.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-22]

26.Hartzler B, Donovan DM, Tillotson CJ, Mongoue-Tchokote S, Doyle SR, McCarty D, A multilevel approach to predicting community addiction treatment attitudes about contingency management, Journal of substance abuse treatment, 2012;42(2):213-21.
27.Tavakoli-Ghoucghani H, Armat M, Mortazavi H, Factors related to embarking on addiction cessation in clients referring to bojnord behzisti addiction cessation clinic from 2000 until 2001, JOURNAL OF ZANJAN UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES AND HEALTH SERVICES, 2001;10(38):32-7.
28.Ahmadi J, Motamed F, Treatment success rate among Iranian opioid dependents, Substance use & misuse, 2003;38(1):151-63.
29.Maskani K, Jafarzadeh Fakhar M, Study of the Prevalence of Risk Factors Affecting Addiction and Withdrawal in Self-declared Drug Addicts, 2, 2008;15(3):176-81. eng %@ 9 %[2008[Persian].
30.Behravan H, Miranori S, A Sociological Analysis of Drug Addict's Relapse in the in the center of the therapeutic community (TC) in Mashhad 2009, lranian Journal of Social Problems, 2010.
31.Tavakoli-Ghoucghani H, shojae.zadeh D, mazloum R, Comparative Study of Factors Associated with Addiction Withdrawal in Clients Referring to Drug-Stop Clinics of Northern khorasan(Iran) in 2007 Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences, 2007;17((2)):32-43.
32.Tavakoli-Ghoucghani H, shojae.zadeh D, mazloum R, contibting factors in taking action to stop adiction:A behaviral model, first international & 4th national congress on health educatoion and pomotion Tabi,Iran, Tabriz,Iran: Tabiz University of Medical sciences; 2011.
33.Kajbaf MB, Rahimi F, Comparison of addicts personal/Social motives and social Capital among treatment groups in city of Isfahan, 2. 2011;6(1):125-48. eng %@ 9 %[2011.
34.Sharifi H, Kharaghani R, Sigari S, Emami H, Farhadi M, Masjedi M, Evaluation of Relation between Individual Factors of Substance Abuse Treatment with Successful Detoxification, Quarterly Journal of Rehabilitation, 2012;12(5):72-80. eng %@ 1607-2960 %[2012.
35.Fereidoonimoghadam M, MOTIVATED TO TREAT THE YOUTH WITH SUBSTANCE DEPENDENCE, JOURNAL OF Aflak. 2013;2(2, 3) [Persian].
36.Asghari E, Ebrahimi H, Barghi VC, Molaee F, Comparing the Related Sociodemographical Factors in the First and Recurrent Quitting of Drug Addiction, Iranian Journal of Health & Care, 2012;12(2و ۱).
37.Kianipour O, Porzad a, The role of factors in drug addiction Research on addiction, 2012 1391/04/01;6(22):39-54. fa.
38.Rimaz S, Mohseni S, Merghati Khoei ES, Dastoorpour M, Akbari F, Case - control study of factors influencing on drug abuse relapse in addicts referred to two recovery centers in Tehran, Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research, 2013;10(3):53-64. eng %@ 1735-7586 %[2013.
39.Manchari H, Heidari M, Ghodousi-Borujeni M, Perceived Social Support in Families with Addicted Member Admitted to one of the Addiction Treatment Centers of Gorgan, Iranian Journal of Health & Care, 2013;14(4).
40.Rohani-sabet H,“ et al”, Review of health edcucation concept, Tehran: Iran of Medical sciences; 2006[Persian].
41.Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, Health behavior and health education: theory, research, and practice: John Wiley & Sons; 2008.
42.Saffari M, Shojaezadeh D, Ghofranipour F, Pakpour A, Ramazankhani A, hoseyni SR, Health Communication, Tehran: Asare Sobhan; 2010[Persian].
43.Nori K, Shojaezadeh D, Helth Education & behaviraour Change, Tehran: Nashre Neshaneh; 2004.
44.Akbari M, Rafiefar S, Ayar S, Mohamadi N, aghamowlaea T, Health education curriculum (Introduction to Applied Concepts): Specific health experts, Tehran: mehravash; 2006[Persian].
45.DiClemente CC, Schlundt D, Gemmell L, Readiness and stages of change in addiction treatment, American Journal on Addictions, 2004;13(2):103-19.
46.Rimer BK, Glanz K, Theory at a glance: a guide for health promotion practice, 2005.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-22]

Review Article

The adapt factors related to addiction treatment, with some constructs Health education models: a review article

Tavakoli Ghouchani H[1], *Niknami sh*[2]*, *Aminshokravi F*[3], *Hojjat sk*[4]

1PhD Student of Health education ,School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
2 Associate Professor of Health education , Department of Health education, School of Medical Sciences,Tarbiat Modares University,Tehran,Iran
3 Associate Professor of of Health education, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University,Tehran, Iran
4 Assistant professor of psychiatry,Addiction and Behavioral sciences Research Center, North Khorasan University of Medical Sciences , Bojnurd, Iran

***Corresponding Author:** School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University,Tehran, Iran
E-mail: niknamis@modares.ac.ir

Abstract

Background and Objectives: *Drug abuse is one of the most tragic disasters which happen to the humanity and there is little hope of success unless these programs designed based on researches. The aim of this review is to assess different articles and identifying factors of addiction treatment and then adapting them to health education models construct.*

Materials and methods: *By searching in Google Scholar keywords such as"Addiction, Treatment, Maintenance, Factors", cross-sectional studies which were published in Elsevier, science direct, external and internal valid scientific sites (mostly specific and related to addiction) were chosen .These cross-sectional studies had greater sample size and more citations than the others and finally 23 articles (13 internal, 10 external) were evaluated and used.*

Result:*After a review of the articles, 27 factors and motivations were associated with action and continuity of abandonment . Including: negative attitudes to consumption, external pressures, for children and parents, the family's insistence, the consequences of abuse, fear of legal troubles, humiliation, and loss of job, saving family communications, family support. The cases were classified in different constract.*

Conclusion: *Factors related to addiction treatment concern with constructs of health education different models such as some health belief model constructs and theory plan behavior and also perceived social support were conformed . It is possible to achieve an independent model by investigating these constructs.*

Keywords: *Addiction treatment, Health education models, Construct, Review article*

Journal of North Khorasan University 2014;6(4):969-981

Recivied: 21 Jul 2014
Revised: 23 Sep 2014
Accepted: 27 Oct 2014

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-22]