

مقاله پژوهشی اصیل

بررسی دانش و نگرش گروهی از ارامنه تهران در مورد اعتیاد و مصرف مواد

دکتر علی فرهودیان^۱

مرکز تحقیقات سوءمصرف و وابستگی به مواد،
دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دکتر سیدجلال صدرالسادات

گروه روانشناسی و نیازهای ویژه، دانشگاه علوم
بهزیستی و توانبخشی

فهیمة محمدی

مرکز تحقیقات سوءمصرف و وابستگی به مواد،
دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

آنی مانوکیان

سازمان غیردولتی جمعیت آفتاب

فاطمه جعفری

سازمان غیردولتی جمعیت آفتاب

دکتر ماندانا صادقی

مرکز تحقیقات سوءمصرف و وابستگی به مواد،
دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دکتر محمدعلی شهرکی

سازمان غیردولتی جمعیت آفتاب

دکتر سیدحسین فیروزآبادی

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

هدف: هدف مطالعه حاضر بررسی دانش و نگرش جمعی از ارامنه ساکن تهران در مورد اعتیاد و مواد مخدر است. **روش:** این مطالعه در بهار ۱۳۸۶ در ۴۷ نفر از شهروندان ارمنی ساکن شهر تهران که در کارگاه آموزش پیش‌گیری از اعتیاد شرکت کرده بودند، انجام شد. به تمام اقلیت‌های مسیحی ساکن تهران در مورد حضور در کارگاه به شکلی نظام‌مند اطلاع‌رسانی شد. **یافته‌ها:** شرکت‌کنندگان، ناامیدی، مشکلات روان‌شناختی، دسترسی به مواد و معاشرت با افراد معتاد را عوامل مهم در شروع مصرف دانستند و اکثر آنها وسوسه زیاد، فقدان حمایت کافی خانواده و تداوم ارتباط با مصرف‌کنندگان را مهم‌ترین عوامل عود در افراد درمان‌شده ذکر کردند، و از پی‌گیری درمان و مشاوره با مراکز بازتوانی به عنوان مهم‌ترین عوامل جلوگیری‌کننده از عود در معتادان درمان‌شده نام بردند. اکثر شرکت‌کنندگان در مورد مواد موجود و نیز خطرات ناشی از آن در جامعه اطلاعات قابل‌قبولی داشتند. **بحث:** با توجه به میزان شیوع اعتیاد در میان اقلیت‌های دینی، ضروری به نظر می‌رسد که روان‌شناسان و مشاوران مدارس با توجه به ویژگی‌های فرهنگی این گروه، در طول دوره تحصیل نوجوانان-شان در مورد اعتیاد و مواد مخدر به آنان آموزش بدهند تا از همان زمان دانش بیشتر و نگرش صحیح‌تری نسبت به آن پیدا کنند.

کلیدواژه‌ها: اقلیت، اعتیاد، مواد، ارامنه، نگرش، دانش

زیان‌های جسمی، مشکلات فراوان اجتماعی (جنایت، تکدی‌گری، سرقت، فقر و...) و اقتصادی (هدر رفتن سرمایه‌های مادی کشور) به دنبال دارد (ستاد مبارزه با مواد مخدر - الف). حدود ۶۰ درصد از مبتلایان به ایدز در ایران معتادان تزریقی هستند. اعتیاد عامل بسیاری از طلاق‌هاست و بیش از ۷۰ درصد مجرمانی که دستگیر می‌شوند به نوعی با مسأله اعتیاد درگیر بوده‌اند (ستاد مبارزه با مواد

در حال حاضر اعتیاد و سوءمصرف مواد یکی از معضلات بهداشتی در کشور ما به‌شمار می‌رود. اعتیاد به مواد مخدر علاوه بر

۱- نشانی تماس: تهران، اوین، بلوار دانشجو، خیابان کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی،

کد پستی: ۱۹۸۵۷۱۳۸۳۴

Email: farhoudian@uswr.ac.ir

داشتن فرهنگی متفاوت با بیشتر افراد جامعه و در اقلیت بودن در یک جامعه، یکی از عوامل ابتلا به اعتیاد و دست زدن به رفتارهای پرخطر محسوب می‌شود (اکرسل^{۳۲}، ۲۰۰۵؛ یا کوپیان^{۳۳}، جورج^{۳۴}، اورباچ^{۳۵} و بلیک^{۳۶}، ۲۰۰۵؛ دنک^{۳۷}، لی^{۳۸}، سرینگریوانگ^{۳۹}، زنگ^{۴۰}، ۲۰۰۷) که می‌تواند در سه سطح فردی (مانند نگرش، دانش و وضعیت اقتصادی)، بین فردی (مانند عدم حمایت خانواده یا داشتن دوست مصرف کننده) و اجتماعی (مانند تبعیض اجتماعی) ایفای نقش کند (چویی^{۴۱}، چونگ^{۴۲} و جیانگ^{۴۳}، ۲۰۰۷). در مطالعه پرنزلیو^{۴۴} و همکاران (۲۰۰۴) دیده شد که حاشیه‌نشینان آلمانی نسبت به بقیه افراد جامعه هروئین و کوکائین بیشتری مصرف می‌کنند و اعتیاد توأم به چند ماده نیز در آنها شایع‌تر است. هاجیکوستاندی^{۴۵} و چورپراکوبکیت^{۴۶} (۲۰۰۲) در مطالعه‌ای مشاهده کردند که هر چند نگرش افراد اسپانیایی تبار^{۴۷} به مواد شبیه به نگرش سایر افراد جامعه است، ولی مصرف مواد در آنها مشکلات بیشتری ایجاد می‌کند. نتیجه مطالعه سانتیستیان^{۴۸}، وگا^{۴۹} و سوارز-مورالس^{۵۰} (۲۰۰۶) نشان داد که ظاهراً افراد اسپانیایی تبار مبتلا به اعتیاد، کمتر از عموم جامعه خدمات درمانی دریافت می‌کنند.

روش مصرف مواد و اعتیاد نیز در گروه‌های اقلیت متفاوت از بقیه جامعه است و حتی در بین خود اقلیت‌ها هم می‌تواند

مخدر - ب). براساس گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر در حال حاضر در ایران حدود دو میلیون نفر (۲/۵ درصد جمعیت کشور) مصرف کننده موادند که تعداد قابل توجهی از آنها بین ۱۵ تا ۴۰ سال دارند.

نگرش افراد نقش بسیار مهمی در رفتار آتی آنان دارد و هر چه این نگرش محکم‌تر، و بیشتر بر علم و تجربه و آموزش متکی باشد، در رفتار آینده شخص مؤثرتر است (لورا^۱، گلاسمانا^۲ و آلبراجینا^۳، ۲۰۰۶). در بعضی از مطالعات تأثیر این نوع نگرش بر مصرف مواد در آینده نشان داده شده است (هاو کینز^۴، کاتالانو^۵ و میلر^۶، ۱۹۹۲؛ پتریتیس^۷، فلی^۸ و میلر، ۱۹۹۵؛ هلت^۹، ۲۰۰۱؛ سیمونز^{۱۰} و کیت^{۱۱}، ۲۰۰۰). حمایت از مصرف کننده و درمان و بازتوانی سوء مصرف کنندگان نیز تحت تأثیر آگاهی و درک شخص از اعتیاد و میزان اثربخشی درمان و فواید بازتوانی قرار دارد. آگاهی و نگرش هم در سیاست-گذاران و هم در عموم مردم بسیار اهمیت دارد (بلندون^{۱۲} و یانگ^{۱۳}، ۱۹۹۸؛ جانسون^{۱۴}، وانتا^{۱۵} و بودریو^{۱۶}، ۲۰۰۴؛ تیمبرلیک^{۱۷}، لاک^{۱۸} و راسینسکی^{۱۹}، ۲۰۰۳).

نگرش افراد نیز از عوامل متعددی تأثیر می‌گیرد. یکی از این عوامل، نگرش و رفتار اطرافیان شخص است. براساس فرضیات مربوط به تأثیر اجتماع (مانند فرضیه یادگیری اجتماعی بندورا^{۲۰}، ۱۹۷۷) و فرضیه کنترل اجتماعی (هیرچی^{۲۱}، ۱۹۶۹) محیط اجتماعی درونی و بیرونی نوجوان در مصرف مواد در آینده مؤثرند. مثلاً پاسکال^{۲۲}، لويس^{۲۳} و اسلاي^{۲۴} (۲۰۰۷) با مطالعه در گروهی از اقلیت‌ها نشان دادند که نگرش والدین به مصرف یک ماده با مصرف همان ماده در فرزندان ارتباط دارد. همچنین مطالعه ویوم^{۲۵}، تورشیم^{۲۶} و ولد^{۲۷} (۲۰۰۶) در مورد علل مصرف سیگار در نوجوانان نروژی نشان داد که نگرش و عرف خانواده ارتباط نزدیکی با مصرف سیگار در نوجوان دارد. آگراوال^{۲۸}، لینسکی^{۲۹}، باچولز^{۳۰}، مادن^{۳۱} و هلت^{۳۲} (۲۰۰۷) در مورد همسالان به نتایج مشابهی رسیدند و دریافتند که نگرش همسالان یکی از عوامل مهم در شروع مصرف سیگار، الکل و حشیش در نوجوانان است.

- | | |
|-------------------|--------------------|
| 1- Laura | 2- Glasmana |
| 3- Albarracina | 4- Hawkins |
| 5- Catalano | 6- Miller |
| 7- Petratris | 8- Flay |
| 9- Health | 10- Simons |
| 11- Kate | 12- Blendon |
| 13- Young | 14- Johnson |
| 15- Wanta | 16- Boudreau |
| 17- Timberlake | 18- Lock |
| 19- Rasinski | 20- Bandura |
| 21- Hirschi | 22- Paschal |
| 23- Lewis | 24- Sly |
| 25- Wium | 26- Torsheim |
| 27- Wold | 28- Agrawal |
| 29- Lynskey | 30- Bucholz |
| 31- Madden | 32- Eckersley |
| 33- Yacoubian | 34- George |
| 35- Urbach | 36- Blake |
| 37- Deng | 38- Li |
| 39- Sringernyuan | 40- Zhang |
| 41- Choi | 42- Cheung |
| 43- Jiang | 44- Prinzleve |
| 45- Hadjicostandi | 46- Cheurprakobkit |
| 47- Hispanic | 48- Santisteban |
| 49- Vega | 50- Suarez-Morales |

مورد اعتیاد و نگرش وی را به آن بررسی می‌کرد. در پرسشنامه مشخصات فردی، اطلاعات مربوط به سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، مصرف سیگار، سابقه مصرف مواد، سابقه اعتیاد به مواد و سابقه خانوادگی معتاد گردآوری می‌شد.

برای سنجش میزان دانش و نگرش افراد از یک پرسشنامه محقق ساخته استفاده گردید. برای تهیه این پرسشنامه ابتدا بارش افکار به وسیله محققان به صورت جداگانه صورت گرفت و موارد مطرح شده و سؤالها یادداشت شد. پس از آن تمام موارد و سؤالها جمع‌آوری، دسته‌بندی و بازبینی، و موارد تکراری و نامناسب حذف شد. در مرحله بعد مطالعات مشابه (برای مثال، سیراکوگلو^۷ و ایسین^۸، تنگ^۹، ویست^{۱۰} و هو^{۱۱}، هو^{۱۱}، ۲۰۰۵؛ پرویزی، نیکبخت، پورنقاش تهرانی و شاه‌رخی، ۲۰۰۵) مرور و جداول نتایج آنها بررسی و مواردی که از دید پژوهشگران دور مانده بود به پرسشنامه اضافه شد و یک بار دیگر مورد بازبینی قرار گرفت. در پایان پرسشنامه به وسیله ۱۰ نفر از معتادان یا یکی از افراد خانواده آنان به عنوان انجام مرحله مقدماتی پژوهش تکمیل شد. این پرسشنامه شامل هفت سؤال کلی بود که در سؤال اول از پاسخ‌دهنده خواسته شده بود تا برآورد خود را از میزان شیوع اعتیاد در ایران به درصد بیان کند و به بقیه سؤالها با انتخاب یکی از گزینه‌های «به هیچ وجه»، «کمی»، «تاحدی»، «زیاد» و «به شدت» پاسخ دهد. برای هر یک از سؤالها یک گزینه «سایر» هم در نظر گرفته شد تا پاسخ‌دهنده در صورت تمایل بتواند مورد دیگری را به موارد ذکر شده اضافه کند. سؤالهای پرسشنامه عبارت بودند از:

- ۱- به نظر شما شیوع اعتیاد در ایران چقدر است؟
- ۲- به نظر شما هر یک از عوامل ذکر شده چقدر در شروع مصرف مواد مؤثرند؟
- ۳- به نظر شما هر یک از افراد ذکر شده چقدر می‌توانند به درمان اعتیاد معتادان کمک کنند؟

متفاوت باشد (کاسپارو^۱ و روزنهک^۲، ۱۹۸۸). در مطالعه نمود^۳ و نمود^۳ و همکاران (۱۹۹۹) دیده شد که اعتیاد در آسیایی‌های مقیم سانفرانسیسکو (آمریکا) متفاوت از بقیه افراد جامعه و خاص خودشان است. این مطالعه نشان داد که افراد اقلیت، علی‌رغم این که در جامعه آمریکا زندگی می‌کردند، همچنان پایین‌دین نگرش، ارزش‌ها و معیارهای قبلی خود بودند. در مطالعه دیگری دیده شد که در کل، دانش این افراد در مورد اعتیاد کمتر از بقیه افراد جامعه است و این موجب مصرف بیشتر مواد در این افراد می‌شود (جا^۴ و آوکی^۵، ۱۹۹۳). مطالعه در بعضی از شهرهای کشور ما نیز نیز نشان داده است که اقلیت‌ها بیشتر در معرض ابتلا به اعتیاد هستند و رفتارهای پرخطر در آنها بیشتر است (فرهودیان، رحیمی‌موقر، رادگودرزی، یونسیان و محمدی، ۱۳۸۴).

اگرچه احتمالاً خطر ابتلا به اعتیاد، اقلیت‌های مذهبی کشور ما را بیشتر تهدید می‌کند، اما تاکنون به طور خاص در آنان مطالعه‌ای انجام نشده است. هدف این مطالعه بررسی نگرش و دانش گروهی از ارامنه مقیم شهر تهران نسبت به مواد مخدر و روش‌های مؤثر درمانی و بازتوانی آن است.

روش

جامعه آماری: جامعه آماری مطالعه حاضر را کلیه شرکت‌کنندگان در کارگاه «آموزش پیش‌گیری از اعتیاد» تشکیل می‌داد. این کارگاه آموزشی در خرداد سال ۱۳۸۶ در آمفی‌تئاتر «باشگاه فرهنگی - ورزشی ارامنه رافی» به وسیله سازمان غیردولتی «جمعیت آفتاب» برگزار شد. خبر برگزاری کارگاه در محله تهران-نو و نیز امکان شرکت کلیه ارامنه در آن (و نه غیر ارامنه) از طریق کلیساهای شهر تهران در روزنامه آلیک (ویژه ارامنه) منتشر گردید. اطلاعیه برگزاری این کارگاه یک ماه قبل از تشکیل آن به تمامی کلیساهای شهر تهران فرستاده شده، و حدود دو هفته بعد از آن در روزنامه به چاپ رسیده بود. زمان برگزاری کارگاه عصر روز جمعه بود تا هیچ یک از افراد مشکلی برای حضور نداشته باشند.

پرسشنامه: در این مطالعه از دو پرسشنامه به زبان فارسی استفاده شد که یکی مشخصات فردی و دیگری دانش پاسخ‌دهنده را در

1- Kasprow
3- Nemoto
5- Aoki
7- Isin
9- Wiste
11- Hou

2- Rosenheck
4- Ja
6- Cirakoglu
8- Tang
10- Mao

یافته‌ها

در مجموع ۵۲ نفر در این کارگاه شرکت کردند که از این تعداد ۴۷ نفر (۹۰/۳ درصد) به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. ۵۴/۵ درصد پاسخ‌دهندگان مرد و ۴۵/۵ درصد زن بودند. دامنه سنی آنها ۱۸ تا ۸۵، میانگین سنی ۴۳/۹ و انحراف معیار ۱۳/۸ سال بود. ۲۷/۳ درصد پاسخ‌دهندگان مجرد و ۴۳/۷ درصد متأهل بودند. ۶/۵ درصد آنها تحصیلات ابتدایی، ۶/۵ درصد راهنمایی، ۸/۷ درصد دبیرستانی، ۶۰/۹ درصد دیپلم و ۱۷/۴ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند و هیچ‌یک بی‌سواد نبودند. ۳۰/۴ درصد شرکت‌کنندگان سیگار می‌کشیدند، چهار نفر (۸/۷ درصد) سابقه مصرف یکی از مواد به جز الکل را داشتند و دو نفر (۴/۷ درصد) در یک سال اخیر حداقل دوره‌ای از اعتیاد را گذرانده بودند (هر دو نفر کراک^۲ مصرف می‌کردند). ۱۹/۵ درصد نیز اعلام کردند که در خانواده آنها مصرف‌کننده مواد وجود دارد.

شرکت‌کنندگان شیوع اعتیاد در ایران را از دو تا ۹۵ درصد (میانگین ۴۵/۷ و انحراف معیار ۲۶/۳) تخمین زدند. در جدول ۱ نظر پاسخ‌دهندگان در مورد عوامل مؤثر بر شروع مصرف مواد آورده شده است. افرادی که سابقه مصرف مواد داشتند، بیشتر از افرادی که مواد مصرف نکرده بودند، کنجکاوی ($p=۰/۰۱۱$) و درد جسمی ($p=۰/۰۰۸$) را عامل شروع مصرف مواد می‌دانستند. مشخصات فردی و سایر متغیرها با هیچ‌یک از موارد جدول ۱ رابطه آماری معنادار نداشت.

شرکت‌کنندگان در مورد افرادی که می‌توانند به درمان اعتیاد فرد معتاد کمک کنند و روش‌های اثربخش مورد استفاده در ترک مواد نظرات متفاوتی داشتند که نتایج آن که در جداول ۲ و ۳ آمده است. عقیده به نقش نیروی انتظامی ($p=۰/۰۰۵$)، ترک فوق‌سریع ($p=۰/۰۲۷$) و ترک به کمک دارو بدون مراجعه ($p=۰/۰۰۷$) با افزایش سن بیشتر می‌شد. افزایش سن با افزایش عقیده به اثربخشی بستری کمتر از یک هفته رابطه نزدیک به حد معناداری داشت. موارد مندرج در جدول ۳ با جنسیت و وضعیت تأهل رابطه آماری معنادار نداشت. هر چه تحصیلات پاسخ‌دهندگان کمتر بود، عقیده

- ۴- به نظر شما هر یک از روش‌های ذکر شده چقدر می‌توانند در ترک اعتیاد افراد معتاد کمک کنند؟
- ۵- به نظر شما هر یک از عوامل ذکر شده چقدر در بازگشت به اعتیاد یک معتاد ترک کرده مؤثرند؟
- ۶- برای این که یک شخص بتواند پس از ترک مواد سلامت و پاکی خود را حفظ کند، هر یک از اقدامات ذکر شده چقدر اهمیت دارند؟
- ۷- میزان خطر اعتیاد به هر یک از مواد نامبرده را چقدر ارزیابی می‌کنید؟

روش اجرای مطالعه: انجام مطالعه پژوهشی، تحت عنوان

«نظرسنجی» به عنوان دومین اقدام در برنامه کارگاه گنجانده شده بود. به این صورت که پس از خیرمقدم به شرکت‌کنندگان، از آنها دعوت شد تا در نظرسنجی شرکت نمایند. سپس پرسشنامه‌های واجد کد شناسایی بدون ذکر نام در بین آنها توزیع شد. پس از آن مجری کارگاه که خود از اقلیت ارامنه، روان‌شناس و جزو پژوهشگران این پژوهش بود و به زبان ارمنی تسلط کامل داشت، در مورد این پژوهش به زبان ارمنی توضیحاتی داد و تأکید کرد که تکمیل و تحویل پرسشنامه ضروری نیست. پس از آن پرسشنامه را مورد به مورد به زبان فارسی خواند و سپس به زبان ارمنی ترجمه کرد و از حضار خواست تا گام به گام و همراه او آن را تکمیل کنند. در پایان پرسشنامه‌های تکمیل شده به وسیله یکی از پژوهشگرانی که پرسشنامه‌ها را توزیع کرده بود، جمع‌آوری شد.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: برای توصیف و تحلیل داده‌ها

از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۳/۰ استفاده، و نتایج به صورت میانگین و انحراف معیار گزارش شد. برای تحلیل آماری گروه‌های مختلف و سنین متفاوت از آزمون t ، برای متغیرهای کمی از تحلیل واریانس، و برای متغیرهای رتبه‌ای از آزمون مجذور کای و آزمون دقیق فیشر^۱ استفاده شد. سطح معناداری $p < ۰/۰۵$ در نظر گرفته شد. با توجه به تعدد سؤال‌ها فقط موارد معنادار آماری در قسمت نتایج ذکر شد.

1- Fisher's exact test

2- Crack

جدول ۱: عقیده شرکت کنندگان در کارگاه آموزش پیشگیری از اعتیاد در مورد عوامل مؤثر موجود بر شروع مصرف مواد (خرداد ۱۳۸۶)

()	()	()	()	()	
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	کنجکاوی
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	لذت جویی
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	مشکلات روحی
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	مشکل ارتباطی با خانواده
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	فراموش کردن مشکلات
(% /)	(% /)	(/)	(% /)	(% /)	ناکامی در لذت جویی جنسی
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	کسب قدرت جنسی بیشتر
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	نیاز به افزایش قدرت بیشتر برای مشاغلی که بیداری طلب‌اند
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	تقلید
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	دوست معتاد
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	مشکلات مالی
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	بی‌کاری
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	در دسترس بودن مواد
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	مشکل ارتباط با جنس مخالف
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	درد جسمی
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	ناآگاهی در مورد خطرات مواد
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	ضعف شخصیت
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	نامیدی نسبت به آینده
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	نداشتن تفریحات سالم

جدول ۲: نظر پاسخ‌دهندگان در مورد توانایی متخصصان مختلف برای کمک به افراد معتاد در درمان اعتیاد

()	()	()	()	()	
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	روان‌پزشکان
	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	پزشکان عمومی
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	روان‌شناسان
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	مددکاران اجتماعی
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	معتادان درمان‌شده
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	مبلغان دینی
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	نیروی انتظامی

جدول ۴: عقیده شرکت کنندگان در کارگاه آموزش پیش گیری از اعتیاد (خرداد ۸۶) در مورد عوامل مؤثر بر بازگشت به اعتیاد

به شدت	زیاد	تاحدی	کمی	به هیچ وجه	
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)		انگیزه کم برای درمان
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)		ناتوانی در مبارزه با مشکلات
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)		داشتن مشکل روحی (مانند افسردگی)
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	ارتباط با مصرف کنندگان
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)		وسوسه زیاد
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	علائم خماری (مثل درد، بی خوابی، ضعف و...)
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)		فقدان حمایت کافی خانواده
(% /)	(% /)	(% /)		(% /)	ضعف و اختلال شخصیت
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	دوست معتاد
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	بی کاری
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	نبود سرگرمی
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	جایگزین کردن مشروبات الکلی
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	قطع ارتباط با درمانگر

جدول ۴: عقیده شرکت کنندگان در کارگاه آموزش پیش گیری از اعتیاد (خرداد ۸۶) در مورد عوامل مؤثر بر بازگشت به اعتیاد

به شدت	زیاد	تاحدی	کمی	به هیچ وجه	
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)		انگیزه کم برای درمان
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)		ناتوانی در مبارزه با مشکلات
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)		داشتن مشکل روحی (مانند افسردگی)
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	ارتباط با مصرف کنندگان
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)		وسوسه زیاد
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	علائم خماری (مثل درد، بی خوابی، ضعف و...)
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)		فقدان حمایت کافی خانواده
(% /)	(% /)	(% /)		(% /)	ضعف و اختلال شخصیت
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	دوست معتاد
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	بی کاری
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	نبود سرگرمی
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	جایگزین کردن مشروبات الکلی
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	قطع ارتباط با درمانگر

جدول ۵: عقیده شرکت کنندگان در کارگاه آموزش و پیش گیری از اعتیاد (خرداد ۸۶) در مورد عوامل مؤثر بر حفظ پاکی معتاد ترک کرده

به شدت	زیاد	تاحدی	کمی	به هیچ وجه	
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
(% /)	(% /)	(% /)			قطع رابطه با افراد معتاد
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)		مشاوره با مرکز درمانی و بازتوانی
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)		ورزش کردن
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)		گوش دادن به موزیک
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)		انجام فعالیت های تفریحی و هنری
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	همراه نداشتن پول زیاد
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	کنترل و محدود کردن در منزل
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	تغییر محل اقامت
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)		داشتن شغل مفید
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	کمک فرد ترک کرده به سایر معتادان برای تداوم درمان خود
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	فعالیت های مذهبی

جدول ۶: عقیده شرکت کنندگان در کارگاه آموزش و پیش گیری از اعتیاد (خرداد ۸۶) در مورد خطر اعتیاد به مواد مختلف

به شدت	زیاد	تاحدی	کمی	به هیچ وجه	
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	حشیش
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	تریاک
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	هروئین
(% /)	(% /)	(% /)		(% /)	کراک
(% /)	(% /)	(% /)			نورجیزک
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	شیشه
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	اکستاسی
(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	(% /)	الکل

نظر شرکت کنندگان در مورد خطر هر یک از مواد در جدول ۶ آورده شده است. زنان نسبت به مردان اکستاسی^۱ را ماده خطرناک تری می دانستند ($p=0/014$). سایر مشخصات فردی و متغیرها با سایر موارد جدول ۶ رابطه آماری معنادار نداشت.

نتیجه گیری

این تحقیق عقاید جمعی از ارامنه را در مورد مواد مخدر و اعتیاد ارایه کرده است، اما نمی توان آن را به همه ارامنه تهران

به اثربخشی روش ترک فوق سریع ($p=0/04$) و ترک به کمک دارو بدون مراجعه ($p=0/03$) نیز بیشتر بود. سایر مشخصات فردی و متغیرها با سایر موارد جداول ۲ و ۳ رابطه آماری معنادار نداشت.

عقیده پاسخ دهندگان در مورد عوامل مؤثر بر بازگشت به اعتیاد یک معتاد ترک کرده در جدول ۴، و اقدامات لازم برای تداوم پاکی در جدول ۵ نشان داده شده است. جدول ۵ با سابقه مصرف مواد رابطه آماری نداشت. مشخصات فردی و سایر متغیرها با هیچ یک از موارد جداول ۴ و ۵ رابطه آماری معنادار نداشت.

1- Ecstasy

جایگاه خود را بین مردم، از جمله ارامنه، باز کرده است. این مسأله ضرورت فراهم کردن زمینه آموزش‌های تخصصی و فوق تخصصی برای روان‌شناسان، مددکاران، روان‌پزشکان و سایر افراد مرتبط را از طرف سیاست‌گذاران بیشتر می‌کند.

پاسخ‌دهندگان و سوسه زیاد، فقدان حمایت کافی خانواده و تداوم ارتباط با مصرف‌کنندگان را مهم‌ترین عوامل بازگشت به اعتیاد، و قطع رابطه با معتادان، و مشاوره با مراکز درمانی و بازتوانی را مهم‌ترین عوامل حفظ پاکی معتادان درمان‌شده می‌دانستند که دقیقاً در جهت نتایج مطالعه وزیریان و همکاران (۲۰۰۶) در جامعه تهران است که نشان می‌دهد نگرش اقلیت کشور ما از این نظر مشابه نگرش بقیه افراد جامعه، بخصوص مصرف‌کنندگان است. در مورد جایگزین کردن مشروبات الکلی نظرات کاملاً متفاوت بود، در حالی که عده‌ای عقیده داشتند که درمان به شیوه مصرف الکل به جای سایر مواد مؤثر است، گروهی آن را مضر می‌دانستند. ابتدا تصور می‌شد که این به دلیل ویژگی فرهنگی اقلیت‌هاست، ولی تجارب بالینی نویسندگان این مقاله نشان داد که این عقیده در سایر افراد جامعه نیز وجود دارد که لازم است از طریق رسانه‌های جمعی و سخنرانی در این مورد به افرادی که قصد درمان اعتیاد را دارند، آگاهی‌های لازم داده شود تا ناخواسته به مشکل مصرف الکل دچار نشوند.

به نظر می‌رسد بیشتر شرکت‌کنندگان در مورد خطرات اکثر مواد موجود در جامعه دانش قابل‌قبولی داشتند، اما به سؤال‌های مربوط به موادی که آشنایی کمتری داشتند (مثلاً نورجیزک) تعداد کمی کمتر پاسخ داده بودند. شرکت‌کنندگان برای همه مواد نامبرده خطرانی قابل بودند. نگرش به مصرف الکل بسیار معتدل‌تر و مسامحه‌آمیزتر بود که ممکن است به دلیل بروز دیررس اعتیاد به الکل یا عادی بودن مصرف آن در میان اقلیت‌ها باشد.

در مجموع به نظر می‌رسد لازم باشد به نوجوانان که آسیب‌پذیری زیادی در برابر اعتیاد دارند، در طول دوره تحصیل،

تعمیم داد. تشکیل کارگاه به صورت نظام‌مند و از طریق کلیسای مرکزی و روزنامه ویژه ارامنه به اطلاع کلیه ارامنه رسید و دسترسی آنها به کارگاه تقریباً برای همه یکسان بود.

با نگاهی اجمالی به جدول ۱ به نظر می‌رسد که به عقیده درصد قابل توجهی از پاسخ‌دهندگان ناامیدی و وجود مشکلات روحی-روانی و پس از آن دسترسی به مواد و معاشرت با افراد معتاد نقش مهمی در شروع مصرف دارد. البته افرادی که سابقه سوءمصرف مواد داشتند، بیشتر از کسانی که مواد مصرف نکرده بودند کنجکاوی و درد جسمی را عامل شروع مصرف می‌دانستند. بسیاری از مطالعات خارج یا داخل کشور نیز مصرف مواد خانواده و همسالان را از بهترین پیش‌بینی‌کننده‌های مصرف مواد در نوجوان، بخصوص دختران ذکر کرده‌اند. (وزیریان، فرهودیان، رادگودرزی و خزائلی، ۲۰۰۶؛ مایرز^۱، والترز^۲، والتون^۳، ماتسون^۴، بیز^۵ و زیدونیس^۶، ۲۰۰۶؛ سارجنت^۷ و دالتون^۸، ۲۰۰۱؛ پرویزی و همکاران، ۲۰۰۵؛ گیفورد-اسمیت^۹، دوج^{۱۰}، دیشیون^{۱۱} و مک-کورد^{۱۲}، ۲۰۰۵). به نظر می‌رسد که نگرش اقلیت‌های جامعه ما در مورد عوامل مؤثر بر شروع اعتیاد (به جز دو عامل افسردگی و ناامیدی) شباهت زیادی به نگرش سایر افراد جامعه دارد که شاید به این دلیل باشد که تبعیض اعمال‌شده در مورد اقلیت‌های جوامع موجب می‌شود این افراد شبکه اجتماعی محدودتر، کیفیت زندگی پایین‌تر و اعتماد به نفس کمتری داشته باشند و افسردگی در آنها بیشتر داده شود (لینک^{۱۲} و فلان^{۱۳}، ۲۰۰۶).

جداول ۲ و ۳ نشان می‌دهد که در مجموع اکثر پاسخ‌دهندگان به روش‌های ترک اعتیاد خوش‌بین نیستند و بیشترشان درمان اعتیاد را جزو حیطه کاری و توانایی روان‌پزشکان، روان‌شناسان، مددکاران و حتی معتادان درمان‌شده می‌دانند و به بستری‌های کوتاه‌مدت و نه روش فوق‌سریع بیشتر عقیده دارند. هر چند به نظر می‌رسد افراد مسن‌تر روش‌های درمانی سریع‌تر را بیشتر ترجیح می‌دهند، اما اکثریت قابل توجهی از افراد عقیده داشتند که زندان و روش‌های انتظامی نقش محدودی در کنترل اعتیاد دارند. ظاهراً با تلاش مجامع علمی کشور و ستاد مبارزه با مواد مخدر، نگرش اکثر افراد به اعتیاد علمی‌تر و تا حدی شبیه به نگرش به یک مشکل روان‌شناختی شده است و درمان‌های اصولی و روان‌شناختی

1- Myers
3- Matson
5- Ziedonis
7- Dalton
9- Dodge
11- McCord
13- Phelan

2- Walters
4- Baer
6- Sargent
8- Gifford-Smith
10- Dishion
12- Link

آموزش‌هایی به وسیله روان‌شناسان، مددکاران و مشاوران مدرسه داده شود تا از همان دوره نوجوانی دانش بیشتر و نگرش صحیح‌تری به اعتیاد و مواد مخدر پیدا کنند تا بدین وسیله از مصرف مواد در آینده ایمن باشند که البته انجام این مهم مستلزم آشنایی بیشتر آموزشگران با مواد مخدر و اعتیاد است. مطالعات قبلی در کشور ما نشان داده‌اند که سازمان‌های غیردولتی نیز نقش مثبتی در آموزش و اطلاع‌رسانی دارند (وزیریان و همکاران، ۲۰۰۶)؛ برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای نوجوانان نیز در پیش‌گیری و درمان اعتیاد می‌تواند مؤثر باشد (واترز و همکاران، ۲۰۰۵). علاوه بر آموزش‌هایی که در مدرسه به دانش‌آموزان داده می‌شود، رسانه‌های جمعی نیز می‌توانند نقش مؤثری در آگاهی و تغییر نگرش افراد ایفا کنند.

تشویق اقلیت‌های جامعه به همکاری و شرکت در دریافت خدمات پزشکی و اجتماعی (از جمله خدمات درمانی اعتیاد) نیز می‌تواند کمک‌کننده باشد. قبح اعتیاد و ترس از طردشدگی در گروه‌های اقلیت می‌تواند موجب بروز استرس در این افراد شود و به استفاده کمتر آنها (نسبت به بقیه افراد جامعه) از خدمات بهداشتی جامعه منجر گردد (لینک و فلان، ۲۰۰۶). در حالی که از اقلیت بودن شخص می‌توان به عنوان یک فرصت برای ارزیابی خدمت و درمان او استفاده نمود (کادل^۱، ۱۹۹۳)؛ به شرطی که درمان با شرایط شخص سازگار باشد و انطباق درمان با شرایط فرهنگی شخص لحاظ گردد (گونزالس کاسترو^۲ و گارفینکل^۳، ۲۰۰۳)؛ نموتو و همکاران، ۱۹۹۹؛ پرز-آرس^۴، کار^۵ و سورنسن^۶، ۱۹۹۳؛ ساروک^۷، تامپسون^۸، هرتینگ^۹، والش^{۱۰} و رندل^{۱۱}، ۲۰۰۷؛ بل^{۱۲}، ۲۰۰۶؛ گالانت^{۱۳}، درماتیس^{۱۴}، بانت^{۱۵}، ویلیامز^{۱۶} و همکاران، ۲۰۰۷)؛ و جنبه‌های معنوی و مذهبی درمان مورد توجه قرار گیرد (اونتس^{۱۷}، واربورتون^{۱۸} و مارگولین^{۱۹}، ۲۰۰۱؛ فورمن^{۲۰}، بوواسو^{۲۱} و ودی^{۲۲}، ۲۰۰۱؛ آرنولد^{۲۳}، اونتس، مارگولین و مارکوت^{۲۴}، ۲۰۰۲؛ پاردینی^{۲۵}، پلانت^{۲۶}، شرمن^{۲۷} و ستامپ^{۲۸}، ۲۰۰۰؛ فورمن و همکاران، ۲۰۰۱) که رعایت این شرایط به قابلیت و دانش درمانگر و آشنایی او با ویژگی‌های فرهنگی فرد نیازمند است (کادل، ۱۹۹۳).

این مطالعه در شرکت کنندگان در کارگاهی انجام شد که با هدف آموزش و پیش‌گیری از اعتیاد برگزار شده بود. از آنجا که شرکت کنندگان به طور تصادفی انتخاب نشده بودند، احتمالاً افرادی که دارای نگرانی از موادند یا مشکل بیشتری با مسأله اعتیاد دارند، در این کارگاه و کارگاه‌های مشابه شرکت می‌کنند. هر چند که شیوع اعتیاد در شرکت کنندگان و بستگان آنها با آمار ایران مطابقت دارد، ولی این که این افراد میزان شیوع اعتیاد را در جامعه بیشتر تخمین زده‌اند، می‌تواند به نفع این گمانه‌زنی باشد که شرکت کنندگان نسبت به متوسط افراد جامعه مشکل بیشتری با اعتیاد نزدیکان خود داشته‌اند. این مسأله موجب می‌شود که این افراد نسبت به اعتیاد و مواد مخدر آگاهی بیشتر و نگرشی متفاوت از متوسط افراد جامعه یا قوم خود داشته باشند و در نتیجه نتایج این مطالعه به همه ارامنه یا اقلیت‌های ساکن تهران قابل تعمیم نیست.^{۲۷}

از دیگر محدودیت‌های این مطالعه، حجم کم نمونه و تعداد اندک شرکت کنندگان در مطالعه است. این موضوع همراه با کاهش قدرت مطالعه موجب شده است تا تحلیل آماری بین گروه‌های مختلف افراد مشکل و در اکثر موارد صرفاً به توصیف داده‌ها (بدون انجام تحلیل) بسنده گردد. البته با توجه به این که ممکن است اقلیت‌های هر جامعه به شرکت در مطالعه تمایل کمتری داشته باشند و در مورد مصرف مواد و اعتیاد اطلاعات کمتری بدهند (دنت^{۲۹} و همکاران، ۱۹۹۳)، علی‌رغم محدودیت‌های موجود، این داده‌ها می‌تواند دارای ارزش قابل توجهی باشد.

کشور ما قومیت‌ها و فرهنگ‌های مختلف دارد و افراد هر قوم دارای تفکر و عقاید منحصر به فرد هستند. به هر حال با توجه به نتایج این مطالعه به نظر می‌رسد توجه به نگرش و فرهنگ افراد از جمله

- | | |
|--------------|--------------------|
| 1- Caudle | 2- Gonzalez Castro |
| 3- Garfinkle | 4- Perez-Arce |
| 5- Carr | 6- Sorensen |
| 7- Tsarouk | 8- Thompson |
| 9- Herting | 10- Walsh |
| 11- Randell | 12- Bell |
| 13- Galanter | 14- Dermatis |
| 15- Bunt | 16- Williams |
| 17- Avants | 18- Warburton |
| 19- Margolin | 20- Forman |
| 21- Bovasso | 22- Woody |
| 23- Arnold | 24- Marcotte |
| 25- Pardini | 26- Plante |
| 27- Sherman | 28- Stump |
| 29- Dent | |

و نیازهای ویژه دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، و سازمان غیردولتی جمعیت آفتاب و با حمایت مالی جمعیت آفتاب برگزار شد. در پایان پژوهشگران لازم می‌دانند از همکاری جناب آقای دکتر پرویز ملکی، دبیر کل محترم جمعیت و زحمات سرکار خانم-ها فرانسواز جبرئیلی و سرور تهرانی و همچنین کلیه شرکت-کنندگان در کارگاه تشکر و قدردانی نمایند.

گروه‌های اقلیت ارزش قابل توجهی داشته و به پیش‌بینی راهکارها و خدمات بهداشتی جداگانه برای گروه‌های مختلف بینجامد. لذا پیشنهاد می‌شود در دیگر گروه‌های اقلیت و همچنین گروه‌هایی که بیشتر در معرض خطر قرار دارند (مانند مهاجران، افراد با قومیت‌های خاص و...) مطالعات مشابهی صورت گیرد تا هم موجب تولید علم گردد و هم زمینه‌ارایه راهکارهای عملی فراهم شود.

دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۹/۱۷؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۲/۹

سپاسگزاری

این پژوهش در قالب یک کارگاه آموزشی در زمینه آموزش پیش‌گیری از اعتیاد به صورت مشترک به وسیله گروه روان‌شناسی

منابع

فرهودیان، ع.، رحیمی موقر، آ.، رادگودزی، ر.، یونسیان، م.، و محمدی، م. ر. (۱۳۸۴). بررسی تغییرات مواد افیونی و مداخلات موجود در طول سال اول پس از زلزله در بم. حکیم، ۱، ۵۷-۵۲.

Arnold, R., Avants, S. K., Margolin, A., & Marcotte, D. (2002). Patient attitudes concerning the inclusion of spirituality into addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 23*(4), 319-326.

Avants, S. K., Warburton, L. A., & Margolin, A. (2001). Spiritual and religious support in recovery from addiction among HIV-positive injection drug users. *Journal of Psychoactive Drugs, 33*(1), 39-46.

Agrawal, A., Lynskey, M. T., Bucholz, K. K., Madden, P. A. F., & Heath, A. C. (2007). Correlates of cannabis initiation in a longitudinal sample of young women: The importance of peer influences. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory, 45*(1), 31-44.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*, 191-215.

Bell, E. (2006). Self, meaning, and culture in service design: Using a hermeneutic technique to design a residential service for adolescents with drug issues. *International Journal of Drug Policy, 17*, 425-435.

Blendon, R. J., & Young, J. T. (1998). The public and the war on illicit drugs. *Journal of the American Medical Association, 279*, 827-832.

Caudle, P. (1993). Providing culturally sensitive health care to Hispanic clients. *The Nurse Practitioner, 18*(12), 43-46.

Çirakoğlu, O. C., & Işin, G. (2005). Perception of drug addiction among Turkish university students: Causes, cures, and attitudes. *Addictive Behaviors, 30*, 1-8.

Choi, S., Cheung, Y. W., & Jiang, Z. Q. (2007). Ethnicity and risk factors in needle sharing among intravenous drug users in Sichuan Province, China. *AIDS Care, 19*(1), 1-8.

Dent, C. W., Galaif, J., Sussman, S., Stacy, A., Burtun, D., & Flay, B. R. (1993). Demographic, psychosocial and behavioral differences in samples of actively and passively consented adolescents. *Addictive Behaviors, 8*(1), 51-56.

Eckersley, R. M. (2005). 'Cultural fraud': The role of culture in drug abuse. *Drug and Alcohol Review, 24*(2), 157-163.

Forman, R. F., Bovasso, G., & Woody, G. (2001) Staff beliefs about addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 21*, 1-9.

Galanter, M., Dermatis, H., Bunt, G., Williams, C., Trujillo, M., & Steinke, P. (2007). Assessment of spirituality and its relevance to addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*, 257-264.

- Gifford-Smith, M., Dodge, K. A., Dishion, T. J., & McCord, J. (2005). Peer influence in children and adolescents: Crossing the bridge from developmental to intervention science. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 255-265.
- González Castro, F., & Garfinkle, J. (2003). Critical issues in the development of culturally relevant substance abuse treatments for specific minority groups. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27, 1381-1388.
- Hadjicostandi, J., & Cheurprakobkit, S. (2002). Drugs and substances: Views from a Latino community. *The American journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28(4), 693-710.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Heath, D. B. (2001). Culture and substance abuse. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 479-496.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Berkeley: University of California Press.
- Ja, D. Y., & Aoki, B. (1993). Substance abuse treatment: Cultural barriers in the Asian-American community. *Journal of Psychoactive Drugs*, 25(1), 61-71.
- Johnson, T. J., Wanta, W., & Boudreau, T. (2004). Drug peddlers: How four presidents attempted to influence media and public concern on the drug issue. *Atlantic Journal of Communication*, 12, 177-199.
- Kaspro, W. J., & Rosenheck, R. (1998). Substance use and psychiatric problems of homeless Native American veterans. *Psychiatric services*, 49(3), 345-350.
- Laura, R., Glasman, L. R., & Albarracín, D. (2006). Forming Attitudes That Predict Future Behavior: A Meta-Analysis of the Attitude-Behavior Relation. *Psychological Bulletin*, 132, 778-822.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. *The Lancet*, 367, 528-529.
- Nemoto, T., Aoki, B., Huang, K., Morris, A., Nguyen, H., & Wong, W. (1999). Drug use behaviors among Asian drug users in San Francisco. *Addictive Behaviors*, 24(6), 823-838.
- Parvizy, S., Nikbahkt, A., Pournaghash Tehrani, S., & Shahrokhi, S. (2005). Adolescents' perspectives on addiction: Qualitative study. *Nursing & health sciences*, 7(3), 192-198.
- Paschal, A. M., Lewis, R. K., & Sly, J. (2007). African American parents' behaviors and attitudes about substance use and abuse. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 6(1), 67-79.
- Pérez-Arce, P., Carr, K. D., & Sorensen, J. L. (1993). Cultural issues in an Outpatient Program for stimulant abusers. *Journal of Psychoactive Drugs*, 25(1), 35-44.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H., Matali, J. L., Bruguera, E., Gerevich, J., Bácskai, E., Ryder, N., Butler, S., Manning, V., Gossop, M., Pezous, A. M., Verster, A., Camposeragna, A., Andersson, P., Olsson, B., Primorac, A., Fischer, G., Güttinger, F., Rehm, J., & Krausz, M. (2004). Cocaine use in Europe-a multi-centre study: Patterns of use in different groups. *European Addiction Research*, 10(4), 147-155.
- Santisteban, D., Vega, R. R., & Suarez-Morales, L. (2006). Utilizing dissemination findings to help understand and bridge the research and practice gap in the treatment of substance abuse disorders in Hispanic populations. *Drug and Alcohol Dependence*, 84, 94-101.
- Sargent, J. D., & Dalton, M. (2001). Does parental disapproval of smoking prevent adolescents from becoming established smokers? *Official Journal of the American of Pediatrics*, 18, 1256-1262.
- Tang, Y., Wiste, A., Mao, P., & Hou, Y. Z. (2005). Attitudes, knowledge, and perceptions of Chinese doctors toward drug abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29(3), 215-220.
- Pardini, D. A., Plante, T. G., Sherman, A., & Stump, J. E. (2000). Religious faith and spirituality in substance abuse recovery: Determining the mental health benefits. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 347-354.
- Petratis, J., Flay, B. R., & Miller, T. Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces of the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117, 67-86.
- Deng, R., Li, J., Sringernyuan, L., & Zhang, K. (2007). Drug abuse, HIV/AIDS and stigmatisation in a Dai community in Yunnan, China. *Social Science & Medicine*, 64, 1560-1571.
- Simons, J., & Carey, K. B., (2000). Attitudes toward marijuana use and drug-free experience: Relationships with behavior. *Addictive Behaviors*, 25, 323-331.
- Timberlake, J. M., Lock, E. D., & Rasinski, K. A. (2003). How should we wage the war on drugs? Determinants of public preferences for drug control alternatives. *The Policy Studies Journal*, 31, 71-88.
- Tsarouk, T., Thompson, E. A., Herting, J. R., Walsh, E., & Randell, B. (2007). Culturally specific adaptation of a

prevention intervention: An international collaborative research project. *Addictive Behaviors*, 32(8), 1565-1581.

Vazirian, M., Farhoudian, A., Rad-Goodarzi, R., & Khazaeli, A. (2006). *Young people and drugs: Towards a comprehensive health promotion policy*. Tehran final report.

Walters, S., Matson, S., Baer, J., & Ziedonis, D. (2005). Effectiveness of workshop training for psychosocial addiction treatments: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29(4), 283-293.

Wiiium, N., Torsheim, T., & Wold, B. (2006). Normative processes and adolescents' smoking behaviour in Norway: A multilevel analysis. *Social Science & Medicine*, 62, 1810-1818.

Yacoubian, G. S., & Urbach, B. J. (2005). Exploring the temporal relationship between race and the use of ecstasy findings from the national household survey on drug abuse. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 3, 67-77.

تصحیح و پوزش

در فصلنامه علوم شناختی، شماره ۳۷، بهار ۱۳۸۷،
نویسنده مسوول مقاله «عملکرد زبانی و شناختی
نیمکره‌های راست و چپ بیماران آسیب‌دیده مغزی
فارسی زبان» سرکار خانم دکتر شهلا رقیب دوست
می‌باشد که بدین وسیله تصحیح می‌گردد.