

My Family-Study, Early-Onset Substance use Prevention Program: An Application of Intervention Mapping Approach

Mehdi Mirzaei-Alavijeh (PhD)¹, Gerjo Kok (PhD)², Alireza Hidarnia (PhD)^{1,*}, Shamsaddin Niknami (PhD)¹, Mohammad Ismail Motlagh (MD)³

¹ Department of Health Education and Health Promotion, School of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

² Department of Work and Social Psychology, School of Psychology and Neuroscience, Maastricht University, Maastricht, Netherlands

³ Department of Pediatrics, School of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

* **Corresponding Author:** Alireza Hidarnia, Department of Health Education and Health Promotion, School of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. Email: hidarnia@modares.ac.ir

Abstract

Received: 15/01/2017

Accepted: 22/02/2017

How to Cite this Article:

Mirzaei-Alavijeh M, Kok G, Hidarnia A, Niknami Sh, Motlagh MI. My Family-Study, Early-Onset Substance use Prevention Program: An Application of Intervention Mapping Approach. *J Educ Community Health*. 2017;3(4):1-15. DOI: 10.18869/acadpub.JECH.3.4.1

Background and Objectives: Based on different studies, substance use is one of the health problems in the Iranian society. The prevalence of substance use is on a growing trend; moreover, the age of the onset of substance use has declined to early adolescence and even lower. Regarding this, the present study aimed to develop a family-based early-onset substance use prevention program in children (i.e., My Family-Study) by using intervention mapping approach.

Materials and Methods: This study describes the research protocol during which the intervention mapping approach was used as a framework to develop My Family-Study. In this study, six steps of intervention mapping were completed. Interviews with experts and literature review fulfilled the need assessment. In the second step, the change objectives were rewritten based on the intersection of the performance objectives and the determinants associated in the matrices. After designing the program and planning the implementation of the intervention, the evaluation plan of the program was accomplished.

Results: The use of intervention mapping approach facilitated the development of a systematic as well as theory- and evidence-based program. Moreover, this approach was helpful in the determination of outcomes, performance and change objectives, change of determinants, theoretical methods, practical application, intervention, dissemination, and evaluation program.

Conclusions: As the findings of this study indicated, the intervention mapping provided a systematic as well as theory- and evidence-based approach to develop a quality continuing health promotion program.

Keywords: Health Education; Health Intervention; Health Promotion; Mental Health; Program Planning

مطالعه خانواده من، برنامه پیشگیری کننده از شروع زودرس مصرف مواد: کاربرد رویکرد نقشه‌نگاری مداخله

مهدی میرزایی علویجه^۱، خریو کک^۲، علیرضا حیدرنیا^{۱*}، شمس‌الدین نیک‌نامی^۱، محمد اسماعیل مطلق^۳

^۱ دکتری تخصصی، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

^۲ دکتری تخصصی، گروه روانشناسی و کار، دانشکده روانشناسی و علوم اعصاب، دانشگاه ماستریخت، ماستریخت، هلند

^۳ دکتری حرفه‌ای، گروه کودکان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

* نویسنده مسئول: علیرضا حیدرنیا، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

ایمیل: hidarnia@modares.ac.ir

چکیده

سابقه و هدف: با توجه به پژوهش‌های صورت گرفته، مصرف مواد یکی از مسائل سلامت جامعه ایرانی است و علاوه بر افزایش شیوع، سن شروع مصرف نیز کاهش یافته و به اوایل نوجوانی و حتی کمتر رسیده است. هدف از این پژوهش، توسعه برنامه خانواده‌محور پیشگیری کننده از شروع زودرس مصرف مواد در کودکان (مطالعه خانواده من) با بهره‌گیری از رویکرد برنامه‌ریزی نقشه‌نگاری مداخله بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر پروتکل مطالعه‌ای است که در آن رویکرد نقشه‌نگاری مداخله به‌عنوان چارچوب برنامه‌ریزی برای توسعه برنامه مطالعه خانواده من استفاده شد. در این مطالعه شش گام نقشه‌نگاری مداخله تکمیل گردید. اساس نیازسنجی مصاحبه با متخصصان و بررسی ادبیات مرتبط بود. در گام دوم ایجاد از تقاطع اهداف عملکردی و تعیین‌کننده‌های مرتبط در ماتریکس‌ها، اهداف تغییر نگارش شدند. در ادامه، پس از طراحی برنامه و برنامه‌ریزی پیاده‌سازی مداخله، طرح ارزشیابی برنامه تکمیل گردید.

یافته‌ها: استفاده از رویکرد نقشه‌نگاری مداخله ما را در توسعه یک برنامه نظامند، نظریه و شواهدمحور، همچنین مشخص ساختن پیامدها، اهداف عملکردی و تغییر، تعیین‌کننده‌ها، روش‌های تغییر نظری و کاربردهای عملی، برنامه مداخله، انتشار و ارزشیابی گام به گام راهنمایی و کمک کرد.

نتیجه‌گیری: نقشه‌نگاری مداخله یک رویکرد نظامند، نظریه و شواهدمحور به‌منظور توسعه برنامه ارتقاء سلامت با کیفیت ادامه‌دار را فراهم می‌کند.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۱۰/۲۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۱۲/۴

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

واژگان کلیدی: آموزش بهداشت؛ ارتقاء سلامت؛ برنامه‌ریزی؛ سلامت روان؛ مداخله بهداشت

مقدمه

امنیت، تحریک و ثبات رشدی است [۴-۶]. پژوهشگران الگوهای مختلفی را به‌منظور توضیح عوامل مختلف تأثیرگذار بر احتمال شروع مصرف مواد مورد آزمایش قرار داده‌اند که در تمامی این الگوها، عوامل والدین و خانواده در شروع مصرف مواد در یک جایگاه مرکزی قرار دارند [۷،۸]. عوامل مؤثر در پیش‌بینی شروع مصرف مواد در سطح خانواده شامل دو دسته عوامل محافظ (Protective) و خطر (Risk) هستند [۹]. برخی از عوامل خانوادگی مهم حفاظت‌کننده شامل: پیوند امن و سالم والد-فرزند، نظارت والدین، پایش و تأدیب مؤثر، تبادل ارزش‌های خانوادگی جامعه‌پسند، دخالت والدین در زندگی فرزند (کودک)، فرزندپروری حمایتی (به لحاظ هیجانی، شناختی، اجتماعی و اقتصادی) [۱۰]، تأثیر روابط مثبت والد-کودک در عدم مصرف

بررسی‌های اخیر نشان می‌دهند که پیشگیری از مصرف مواد یکی از مسائل دارای اولویت جامعه ایرانی است؛ چرا که علاوه بر افزایش در میزان شیوع آن [۱]، سن شروع مصرف مواد نیز کاهش یافته و به اوایل نوجوانی و حتی کمتر رسیده است [۲]؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد پرداختن به عوامل مؤثر در پیشگیری از شروع زودرس مصرف مواد از دوران کودکی جهت تهیه برنامه‌های مؤثر مداخله‌ای دارای اهمیت فراوانی باشد. عوامل مختلفی در پیشگیری و یا شروع رفتار مصرف مواد دخالت دارند و پژوهش‌های بسیاری عملکرد والدین و پویایی خانواده را به‌عنوان یکی از مهم‌ترین این عوامل برشمرده‌اند [۳-۸]. عملکرد والدین و پویایی خانواده شامل: فراهم‌سازی امنیت عاطفی و اقتصادی، راهنمایی و اعمال محدودیت مناسب، نظارت، برآورده‌سازی نیازهای اولیه،

در این راستا، اولین اقدام جهت تهیه برنامه‌های پیشگیری‌کننده از شروع زودرس مصرف مواد در کودکان که مبتنی بر شواهد، نظریه و اصول برنامه‌های آموزش مهارت‌های خانواده (FSTPs: Family Skills Training Programs) [۳۵] باشد، بهره‌گیری از یک چارچوب برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد و نظریه است. در این رابطه الگوها و رویکردهای مختلفی برای توسعه، پیاده‌سازی و ارزشیابی برنامه‌های آموزش و ارتقاء سلامت توسط دانشمندان این علم تهیه شده‌اند که یکی از آن‌ها رویکرد نقشه‌نگاری مداخله است. این رویکرد می‌تواند به نیازهایی همچون چگونگی بهره‌گیری از ادبیات علمی موجود و نظریه‌های مناسب که ابزارهای اصلی و در دسترس برای آموزش‌دهندگان سلامت هستند، اما چگونگی و محل بکارگیری آن‌ها در برنامه‌ریزی برنامه به سادگی قابل تشخیص نیست، به خوبی پاسخ دهد [۲۶].

رویکرد نقشه‌نگاری مداخله با دیدگاهی مبتنی بر حل مسئله (Problem Solving) و بوم‌شناختی به ارزیابی و مداخله در مسائل مرتبط با سلامت و مشارکت اجتماعی می‌پردازد و در شش گام: نیازسنجی؛ ساخت ماتریکس اهداف؛ انتخاب روش‌های مداخله مبتنی بر نظریه و کاربردهای عملی؛ تولید مؤلفه‌ها و مواد برنامه مداخله؛ برنامه‌ریزی برنامه‌های اتخاذ، پیاده‌سازی و پایداری و برنامه‌ریزی ارزشیابی برنامه، امکان تصمیم‌گیری مؤثر در هر یک از مراحل برنامه‌ریزی، پیاده‌سازی و ارزشیابی برنامه‌های آموزش و ارتقاء سلامت را برای برنامه‌ریزان فراهم می‌کند [۳۶-۴۰]. رویکرد نقشه‌نگاری مداخله برای ایجاد تغییرات در مسئله سلامت در سطوح مختلف بوم‌شناختی (فردی، میان فردی، سازمانی، اجتماعی، جامعه و جهانی) به چگونگی تغییر رفتار فرد در معرض خطر و افراد تأثیرگذار بر رفتار فرد در معرض خطر تحت عنوان عاملین محیطی تمرکز می‌کند تا ضمن انجام تغییرات رفتار فرد به تغییر رفتار عاملین محیطی تأثیرگذار نیز توجه شود و در نهایت به تغییر در مسئله سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت منجر شود؛ بنابراین تصمیم به توسعه‌ی یک برنامه ارتقاء سلامت مداخله‌ای مبتنی بر شواهد، نظریه و برنامه‌های آموزش مهارت‌های خانواده تحت عنوان «مطالعه خانواده من» [۳۷] (شکل ۱) با بهره‌گیری از رویکرد نقشه‌نگاری مداخله گرفته شد.

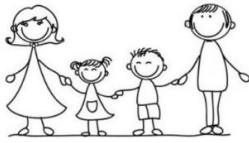
مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر پروتکل یا سند شرح تفضیلی مطالعه‌ای است که در آن جهت توسعه برنامه مطالعه خانواده من از رویکرد نقشه‌نگاری مداخله بهره گرفته شد. نقشه‌نگاری مداخله دارای شش گام و تعدادی وظایف در هر گام است که در تکمیل هر گام از فرآیندهای پایه، جهت بهره‌گیری از نظریه‌ها، الگوها و شواهد مختلف استفاده گردید. در ذیل چگونگی انجام مطالعه در شش گام ارائه شده است.

گام اول، نیازسنجی: در گام اول پس از ایجاد گروه برنامه‌ریزی مشارکتی به نیازسنجی مسئله سلامت، کیفیت

مواد [۱۱]، زندگی با والدین صمیمی [۱۲] و ارتباطات می‌باشند [۱۳، ۱۴]. فرزندپروری شایسته به‌عنوان یک عامل حفاظت‌کننده قدرتمند، حفاظت‌کننده کودکان از شروع مصرف مواد شناسایی شده است [۱۵-۱۷]. همچنین از عوامل خطر خانوادگی می‌توان به مواردی همچون: رابطه متزلزل و عدم وجود پیوند با والدین، عدم وجود رابطه قابل توجه با یک بزرگسال دلسوز، فرزندپروری غیرمؤثر، محیط خانه پر هرج و مرج، والدین یا اعضاء خانواده مصرف‌کننده مواد، سابقه بیماری روانی، رفتار مجرمانه در خانواده و انزوای اجتماعی اشاره کرد [۱۸].

علاوه‌براین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تعاملات رفتاری خانواده بر کیفیت رفتار کودکان مؤثر است [۱۹]. در این راستا مطالعات مختلفی به نقش رابطه والد-فرزند در سلامت روان فرزندان [۲۰]، بروز رفتارهای ضد اجتماعی [۲۱] و بروز مسائل پیچیده در آینده کودکان [۲۲] اشاره کرده‌اند. زمانی که رابطه والدین به‌خصوص مادر و فرزند با عاطفه منفی همراه باشد، این رابطه بر دیگر روابط کودک در سایر زمینه‌ها [۲۳] و شروع مصرف مواد [۲۴] مؤثر خواهد بود. کیفیت پایین روابط نوجوانان و جوانان با والدین موجب ارتباط ضعیف‌تر با همسالان، جنس مخالف و مهارت‌های اجتماعی می‌گردد [۲۵]. در همین راستا مطالعات نشان داده‌اند که روابط والد-فرزند و اعتیادپذیری دارای همبستگی منفی و معناداری در هر دو جنس و هر دو والد بوده است [۲۶]. همچنین جوانان وابسته به مواد در مقایسه با جوانان سالم به‌طور معناداری دارای روابط خانوادگی نامناسب‌تری بودند [۲۷]. دیگر شواهد موجود نیز حاکی از آن است که پیش از اینکه فرد مصرف مواد را شروع کند، در طی دوران رشد زمینه و آمادگی مصرف مواد در او ایجاد می‌شود [۲۸]؛ بنابراین با توجه به موارد ذکرشده، به‌نظر می‌رسد تهیه برنامه‌های ارتقاء سلامت خانواده‌محور پیشگیری‌کننده از شروع مصرف مواد به‌خصوص در سن کودکی با تأکید بر نقش عملکرد والدین و پویایی خانواده اهمیت زیادی در پیشگیری از شروع زودرس مصرف مواد دارد. از طرفی بررسی پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند که مؤثرترین برنامه‌های پیشگیری‌کننده از رفتار شروع مصرف مواد در کودکان، آموزش مهارت‌های خانواده شامل: مشارکت فعال والدین، تمرکز بر رشد مهارت‌های اجتماعی و مسئولیت در میان کودکان و توجه به مسائل مربوط به سوءمصرف مواد می‌باشند [۲۹، ۳۰]. هم‌اکنون در سراسر دنیا برنامه‌های خانواده‌محور متعددی در خصوص پیشگیری از شروع زودرس مصرف مواد در کودکان در حال پیاده‌سازی است [۳۱، ۳۲]. با توجه به وضعیت اپیدمیولوژیک سوءمصرف مواد در کشور ایران [۱]، هرم سنی و جمعیت‌شناختی و از طرفی فقر برنامه‌های مبتنی بر شواهد خانواده‌محور و وضعیت شیوع مصرف مواد در شهر تهران به‌عنوان یکی از شهرها و مناطق دارای شیوع بالای مصرف مواد [۳۳، ۳۴]؛ بنابراین بکارگیری چارچوب‌های برنامه‌ریزی جهت توسعه و یا انطباق برنامه‌های مؤثر در حال پیاده‌سازی در سایر نقاط دنیا در جامعه ایرانی ضروری به‌نظر می‌رسد.



شکل ۱: نشان برنامه مطالعه خانواده من

[۴۵] و پارامترها جهت بالابردن احتمال تأثیرگذاری بیشتر در نظر گرفته شدند. در ادامه برای پیاده‌سازی روش‌های نظری و کاربردهای عملی انتخاب و طراحی شدند و جهت اطمینان از اینکه کاربردهای تهیه‌شده به اهداف تغییر موجود در ماتریکس‌ها بپردازند به تهیه گویه‌های مرتبط با ارزشیابی فرآیند و انجام ارزشیابی فرآیند پرداخته شد و الگوی منطقی مداخله ترسیم گردید (شکل ۲).

گام چهارم، برنامه ریزی مداخله: در گام چهارم ضمن مشاوره مجدد با شرکت‌کنندگان و در نظر گرفتن اولویت‌های آن‌ها در طراحی برنامه، به ساخت درون‌مایه، حوزه، توالی و فهرستی از مواد مورد نیاز برنامه و پروتکل‌های آن برای آماده‌سازی مستندات طراحی جهت راهنمایی تولیدکنندگان (به‌عنوان مثال طراحان گرافیک، تولیدکنندگان فیلم‌ها و نویسندگان) در تولید مواد برنامه پرداخته شد. همچنین پیش‌آزمون و اجرای آزمایشی کاربردهای عملی و مواد برنامه با مشارکت پیاده‌سازان و دریافت‌کنندگان مورد نظر انجام شد.

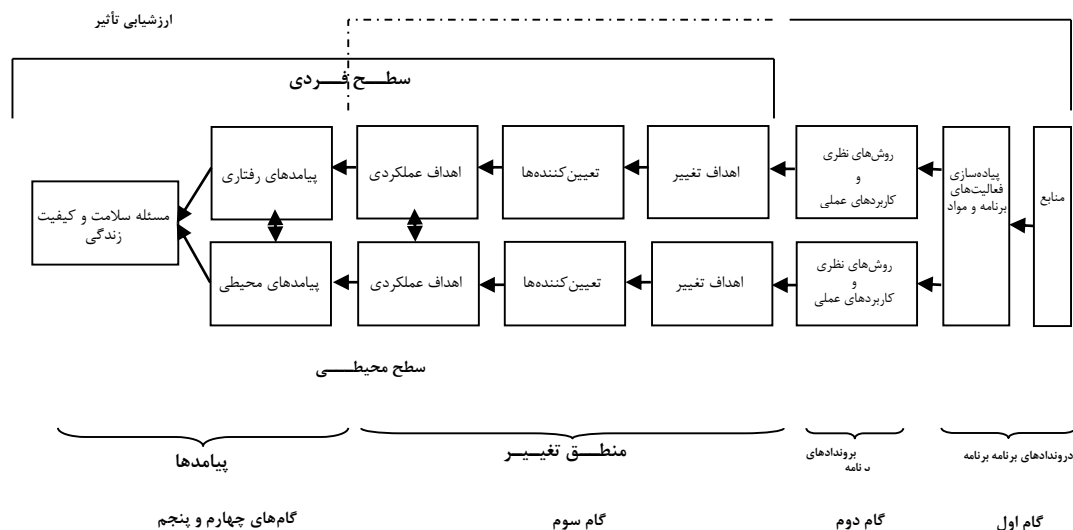
گام پنجم، برنامه ریزی اتخاذ و پیاده‌سازی: در گام پنجم ضمن ارزشیابی مجدد گروه برنامه‌ریزی اتخاذکنندگان، پیاده‌سازان و پایدارکنندگان احتمالی برنامه مشخص شدند. در ادامه پیامدها، اهداف عملکردی و تعیین‌کننده‌های برنامه‌های اتخاذ و پیاده‌سازی برای ساخت ماتریکس اهداف مشخص

زندگی و تعیین‌کننده‌های فردی و میان فردی مسئله سلامت با استفاده از الگوی PRECEDE پرداخته شد [۴۱]. این ارزیابی شامل دو بخش: الف) تحلیل اپیدمیولوژیک، رفتاری و اجتماعی و ب) شناخت و درک ظرفیت اجتماع در مورد مسئله سلامت و راه‌حل‌های احتمالی برای متعادل‌سازی نیازسنجی بود. در پایان، نتایج نیازسنجی از راه مشخص کردن پیامدهای سلامت و کیفیت زندگی با برنامه و برنامه‌ریزی ارزشیابی ربط داده شد و الگوی منطقی مسئله ترسیم گردید (شکل ۲).

گام دوم، ماتریکس: در گام دوم ضمن بیان پیامدهای قابل انتظار برنامه در سطوح رفتاری و میان فردی (مادران) و آنچه که قرار بود بر اثر مداخله تغییر کند (اهداف تغییر)، مشخص و پیامدهای فردی و میان فردی به اهداف عملکردی تقسیم شدند. در ادامه با استفاده از تعیین‌کننده‌های مشخص‌شده در گام اول و دوم، تعیین‌کننده‌های مهم و قابل تغییر برای دو ماتریکس فردی و میان فردی انتخاب و از تقابل اهداف عملکردی و تعیین‌کننده‌ها در ماتریکس‌ها [۴۴-۴۲]، اهداف تغییر یا فوری‌ترین اهداف برنامه تنظیم شده و الگوی منطقی تغییر ترسیم گردید (شکل ۲).

گام سوم، روش‌های نظری و کاربردهای علمی: در گام سوم ضمن تولید ایده‌های برنامه در گروه برنامه‌ریزی، روش‌های نظری مؤثر بر تغییر تعیین‌کننده‌ها مشخص و انتخاب شدند

ارزشیابی فرآیند



شکل ۲: الگوی منطقی برنامه مطالعه خانواده من

گردید. همچنین بعد از نگارش اهداف تغییر روش‌های نظری، پارامترها و کاربردهای عملی انتخاب و برنامه‌ریزی مداخلات اتخاذ و پیاده‌سازی صورت گرفت.

گام ششم، برنامه‌ریزی ارزشیابی: در گام ششم ضمن مرور الگوی منطقی برنامه و نگارش شاخص‌ها و مقیاس‌ها به نگارش پرسش‌های ارزشیابی تأثیر براساس پیامدها و اهداف برنامه در خصوص کیفیت زندگی، مسئله سلامت، رفتار فرد و عاملین محیطی و نیز پرسش‌هایی براساس ماتریکس‌های فردی و میان فردی در مورد اهداف عملکردی، تعیین‌کننده‌ها و اهداف تغییر پرداخته شد. همچنین پرسش‌های ارزشیابی فرآیند به‌منظور ارزشیابی تناسب روش‌های نظری، کاربردهای عملی، مؤلفه‌های برنامه و پیاده‌سازی برنامه که بخشی در حین توسعه برنامه نیز نگارش شده بودند، به نگارش درآورده شد. سپس طرحی برای ارزشیابی جامع برنامه و در نهایت الگوی منطقی ارزشیابی تهیه گردید (شکل ۲).

یافته‌ها

نتایج گام اول، نیازسنجی: گروه برنامه‌ریزی مطالعه خانواده من شامل: دین‌فغان و متخصصین درمان و پیشگیری از مصرف مواد، آموزش و ارتقاء سلامت، جامعه‌شناسی، روانشناسی، روانشناسی کاربردی، طب کودکان، مشاوره، مددکاری اجتماعی، متخصصین تولید و نشر رسانه‌های چاپی، دیداری، شنیداری و چندرسانه‌ای، اعضاء اجتماع که پیاده‌سازان بالقوه برنامه بودند و با بهره‌گیری از الگوی PRECEDE [۴۱] به نیازسنجی پرداختند. نتایج ارزیابی اجتماع در کارگروه نیازسنجی نشان داد که نقاط قوت شامل: شناسایی و شروع همکاری با انجمن مهروزان پیشگیری (انجمنی غیردولتی و فعال در زمینه پیشگیری و درمان آسیب‌های اجتماعی از جمله مصرف مواد)، روحیه مشارکت و همکاری جمعی، علاقه‌مندی به فراگیری و آموزش مباحث پیشگیری و درمان آسیب‌های اجتماعی بود. همچنین نقاط ضعف شامل: مشارکت کمتر خانواده‌های جوان، پدران خانواده‌ها و جوانان در پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی بود که پس از گام نیازسنجی منجر به تمرکز مطالعه بر مادران اجتماع مورد نظر گردید. نتایج حاصل از نیازسنجی در خصوص بررسی ادبیات مرتبط نشان داد با توجه به مطالعات و مداخلات صورت گرفته در مورد پیشگیری از مصرف مواد طی سه دهه گذشته در سطح دنیا [۴۶-۵۱]، مهم‌ترین سطوح اکولوژیک برنامه پیشگیری سطوح فردی (مادران) و میان فردی (خانواده شامل روابط دوسویه والدین و فرزندان) بودند. همچنین با توجه به الگوی پیوستار مراقبت اختلالات روانی Haggerty [۵۲] و اینکه تمرکز بسیاری از مطالعات و مداخلات سوءمصرف مواد بر گروه در معرض خطر بوده و از طرفی به دلیل بروز بسیاری از موارد مصرف مواد در فرزندان و خانواده‌های به ظاهر سالم؛ بنابراین تمرکز مطالعه خانواده من به سمت خانواده‌های سالم هدایت گردید. نتایج بررسی‌های اولیه کارگروه نیازسنجی در مورد علل مسئله سلامت

نشان داد که برخی عوامل فردی مصرف مواد شامل: ساخت‌های شناختی ترغیب‌کننده به مصرف مواد [۵۲]، عوامل ژنتیکی و بیماری‌ها [۴۶] می‌باشند. همچنین عوامل محیطی ترغیب‌کننده فرزندان به مصرف مواد شامل: والدین مصرف‌کننده مواد [۵۴،۵۵] یا والدین ناآگاه یا با دانش ناکافی از چگونگی رفتار تربیتی مناسب در قبال فرزندان خود برای پیشگیری از گرایش آن‌ها به مواد [۵۶]، دوستان [۵۷]، وجود توزیع‌کنندگان مواد در اجتماع (دسترس بودن مواد) [۵۸] و ضعف قوانین جزایی و کیفری [۵۹،۶۰] بودند. همچنین مطالعات زیادی تأثیر رفتارهای فردی وابسته به مصرف مواد مادران [۵۴،۵۵] به‌صورت مستقیم و رفتارهای میان فردی والدین در ارتباط با یکدیگر و فرزندانشان [۵۶-۵۸] به‌صورت غیرمستقیم در هدایت فرزندان به سمت مصرف زودرس مواد را مورد تأیید قرار داده بودند؛ بنابراین رفتارهای وابسته به مصرف مواد مادران یا رفتارهای مستقیم فردی در خصوص هدایت ناخواسته فرزندان به سمت شروع زودرس مصرف مواد [۵۴،۵۵،۵۷،۵۸] در رفتار دسته‌بندی شدند (جدول ۱). رفتارهای میان فردی مادران یا رفتارهای غیرمستقیم در خصوص هدایت ناخواسته فرزندان به سمت شروع زودرس مصرف مواد (رفتارهای میان فردی والدین و والدین- فرزندان یا عملکرد والدین و پویایی خانواده) [۵۶-۵۸] نیز در شش رفتار دسته‌بندی شدند (جدول ۲). همچنین تعیین‌کننده‌های شناختی مرتبط با رفتارهای شناسایی شده در بخش فردی و میان فردی مانند: دانش، نگرش، خودکارآمدی، خطر درک‌شده و غیره نیز شناسایی شدند [۶۵-۲۷،۶۱]. شاخص کیفیت زندگی، جرائم سرقت مرتبط با مصرف مواد در نظر گرفته شد که شواهد متعددی آن را پشتیبانی می‌کردند [۴۹-۵۱،۶۶-۷۰]. همچنین شاخص مسئله سلامت، شیوع مصرف مواد در نوجوانان در نظر گرفته شد. در پایان جهت تکمیل الگوی منطقی مسئله پیامدهای مربوط به کیفیت زندگی، مسئله سلامت، رفتار فرد و رفتار عاملین محیطی نگارش شدند (جدول ۱ و ۲).

نتایج گام دوم، ماتریکس اهداف: کارگروه تهیه ماتریکس‌ها را ابتدا براساس پیامدهای فردی و میان فردی برنامه، پیش‌نویس اهداف عملکردی مبتنی بر نظریه‌های خودمدیریتی و انتظار ارزش (رفتار برنامه‌ریزی‌شده، شناختی اجتماعی، باور سلامتی) تنظیم گردید. سپس جهت اعتبارسنجی از گروه ۵ نفره متخصصین درمان اعتیاد، خانواده و متخصصین رفتاری بهره گرفته شد و پس از دریافت نظرات آن‌ها، اهداف عملکردی مورد بازبینی قرار گرفت (جدول ۱ و ۲). در ادامه کارگروه تهیه ماتریکس‌ها با استفاده از روش گروه متمرکز، مهم‌ترین و قابل‌تغییرترین تعیین‌کننده‌های شناسایی شده [۷۶-۲۷،۷۲] در بخش نیازسنجی انتخاب شدند (جدول ۱ و ۲). در پایان پس از نگارش اهداف تغییر و ایجاد ماتریکس‌های سطح فردی و میان فردی (ماتریکس‌ها)، الگوی منطقی تغییر برنامه تکمیل گردید (شکل ۲).

نتایج گام سوم، تعیین و انتخاب روش‌های نظری و کاربردهای عملی: در این گام با مشارکت گروه برنامه‌ریزی

و کارگروه مرتبط پس از بازنگری ایده‌ها، روش‌های نظری و کاربردهای عملی با توجه به پارامترهای مرتبط با آن‌ها برای هر یک از تعیین‌کننده‌ها مشخص و انتخاب شدند (جدول ۳) و الگوی منطقی مداخله (شکل ۲) ترسیم گردید.

جدول ۱: ماتریکس سطح فردی برنامه مطالعه خانواده من

| تعیین‌کننده‌ها | ۱- خودکارآمدی | ۲- خطر درک‌شده | ۳- دانش | ۴- نگرش |
|--|---|----------------|---------|---------|
| رفتارهای مستقیم مادران، مؤثر در پیشگیری از شروع زودرس مصرف مواد در کودکان | | | | |
| پیامد ۱- عدم مصرف مواد (سیگار، الکل و مواد مخدر) توسط مادران | | | | |
| اهداف عملکردی | | اهداف تغییر | | |
| ۱-۱- مادران هیچ یک از مواد را جهت پیشگیری از شروع زودرس مصرف مواد در کودکان خریداری نکنند. | ۱-۱-۱- مادران اطمینان خود را در مقاومت و رد درخواست دیگران جهت خرید هر گونه مواد برای پیشگیری از شروع زودرس مصرف مواد در کودکانشان با گفتن نه بیان کنند. | | | |
| ۲-۱- مادران هیچ یک از مواد را جهت پیشگیری از شروع زودرس مصرف مواد در کودکان حمل نکنند. | ۱-۲-۲-۱- مادران تشخیص دهند کودکان در معرض خطر شروع مصرف مواد خواهند بود اگر آن‌ها هر گونه موادی را حمل کنند. | | | |
| ۳-۱- مادران هیچ یک از مواد را جهت پیشگیری از شروع زودرس مصرف مواد در کودکان نگهداری نکنند. | ۱-۳-۳-۱- مادران تشخیص دهند کودکان در معرض خطر شروع مصرف مواد خواهند بود اگر آن‌ها هر گونه موادی را نگهداری کنند. | | | |
| ۴-۱- مادران در مورد تاثیرات استفاده از مواد بر جسم و زندگی فردی و اجتماعی در خانواده گفتگو کنند. | ۱-۴-۴-۱- مادران بیان کنند با صحبت کردن در باره مواد و تاثیرات آن بر جسم و زندگی فردی و اجتماعی در خانواده می‌تواند از شروع مصرف مواد در کودکان خود پیشگیری نمایند. | | | |
| ۵-۱- مادران به مکان‌هایی که افراد مصرف‌کننده مواد در آن هستند تردد نکنند. | ۱-۵-۵-۱- مادران اطمینان خود را در مقاومت و رد درخواست دیگران جهت تردد به مکان‌هایی که افراد مصرف‌کننده مواد در آن هستند برای پیشگیری از شروع زودرس مصرف مواد در کودکانشان با گفتن نه بیان کنند. | | | |
| ۶-۱- مادران با افراد مصرف‌کننده مواد معاشرت نکنند. | ۱-۶-۶-۱- مادران تشخیص دهند کودکان آن‌ها در معرض خطر شروع مصرف مواد خواهند بود اگر آن‌ها به معاشرت و ارتباط با افراد مصرف‌کننده مواد بپردازند. | | | |

جدول ۲: ماتریکس سطح میان فردی برنامه مطالعه خانواده من

| تعیین‌کننده‌ها | ۱- خودکارآمدی | ۲- خطر درک شده | ۳- دانش | ۴- نگرش | ۵- هنجارهای انتزاعی |
|---|--|--|-------------|---------|---------------------|
| رفتارهای غیر مستقیم، عملکرد و پویایی خانواده توسط مادران جهت پیشگیری از شروع زودرس مصرف مواد در کودکان | | | | | |
| پیامد ۱- انجام روابط خانوادگی مثبت بیشتر | | | | | |
| اهداف عملکردی | | | اهداف تغییر | | |
| ۱-۱- مادران احساسات، علایق، باورها، عقاید، تجارب، اهداف و تصمیمات خود را در خانواده به اشتراک بگذارند. | ۱-۱-۱- مادران تشخیص دهند کودکان‌شان در خطر شروع مصرف مواد خواهند بود اگر آن‌ها احساسات، علایق، باورها، عقاید، تجارب، اهداف و تصمیمات خود را در خانواده به اشتراک نگذارند. | ۱-۱-۱-۱- مادران بیان کنند که باور دارند با به اشتراک گذاشتن احساسات، علایق، باورها، عقاید، تجارب، اهداف و تصمیمات خود در خانواده می‌توانند از شروع مصرف مواد در کودکان خود پیشگیری نمایند. | | | |
| پیامد ۲- انجام ارتباطات بیشتر در خصوص ارزش‌ها و انتظارات جهت پیشگیری از شروع زودرس مصرف مواد در کودکان | | | | | |
| ۱-۲- مادران ارزش‌ها و انتظارات خانواده در خصوص مصرف مواد را مشخص کنند و در مورد آن‌ها در خانواده گفتگو کنند. | ۱-۲-۱-۱- مادران تشخیص دهند کودکان‌شان در خطر شروع مصرف مواد خواهند بود اگر آن‌ها ارزش‌ها و انتظارات خانواده در خصوص مصرف مواد را مشخص نکنند و در مورد آن‌ها در خانواده صحبت نکنند. | ۱-۲-۱-۱-۱- مادران بیان کنند که باور دارند با به مشخص کردن ارزش‌ها و انتظارات خانواده در خصوص مصرف مواد و گفتگو کردن در مورد آن‌ها در خانواده می‌توانند از شروع مصرف مواد در کودکان خود پیشگیری نمایند. | | | |
| ۲-۲- مادران از مجادله در خانواده پرهیز کنند و در مورد یافتن راه حل‌های و پرداختن به اختلافات گفتگو کنند. | ۱-۲-۲-۱-۱- مادران اطمینان خود را در پرهیز از مجادله و یافتن راه حل‌های برای آن‌ها و همچنین پرداختن به اختلافات از طریق گفتگو در خانواده برای پیشگیری از شروع زودرس مصرف مواد در کودکان خود بیان کنند. | ۱-۲-۲-۱-۱-۱- مادران پرهیز از مجادله و یافتن راه حل‌های برای آن‌ها و همچنین پرداختن به اختلافات از طریق گفتگو در خانواده می‌توانند از شروع مصرف مواد در کودکان خود پیشگیری نمایند. | | | |
| پیامد ۳- انجام فرزندپروری مثبت بیشتر جهت پیشگیری از شروع زودرس مصرف مواد در کودکان | | | | | |
| ۳-۱- مادران رفتارهای مثبت اعضاء خانواده را پاداش دهند و در خصوص رفتارهای منفی با یکدیگر به گفتگو بپردازند. | ۳-۱-۱-۱-۱- مادران بیان کنند که باور دارند با پاداش دادن به رفتارهای مثبت و گفتگو در مورد رفتارهای منفی در خانواده می‌توانند از شروع مصرف مواد در کودکان‌شان پیشگیری در کودکان‌شان به‌وسیله اعضاء خانواده موافق هستند. | ۳-۱-۱-۱-۱-۱- مادران بیان کنند که باور دارند با پاداش دادن به رفتارهای مثبت و گفتگو در مورد رفتارهای منفی در خانواده می‌توانند از شروع مصرف مواد در کودکان‌شان پیشگیری در کودکان‌شان به‌وسیله اعضاء خانواده موافق هستند. | | | |

| ادامه جدول ۲. | |
|---|--|
| ۱-۲-۳-۱- مادران | ۲-۳-۱- مادران برای اطمینان خود را جهت اعضای خانواده وقت بگذارند و نسبت به نیازهای یکدیگر پاسخگو باشند. شروع زودرس مصرف مواد کودکان شان را بیان نمایند. |
| ۱-۲-۳-۱- مادران تشخیص دهند کودکان شان در خطر شروع مصرف مواد خواهند بود اگر آن ها قوانین و مقررات مربوط به استفاده از مواد را در خانواده مشخص نمایند. | ۳-۳-۱- مادران قوانین و مقررات مربوط به استفاده از مواد را در خانواده مشخص کنند. |
| پیامد ۴- انجام حمایت‌های خانوادگی بیشتر جهت پیشگیری از شروع زودرس مصرف مواد در کودکان | |
| ۱-۱-۴-۱- مادران اطمینان خود را از انجام حمایت‌های هیجانی، شناختی، اجتماعی و مالی لازم از اعضای خانواده را انجام دهند. | ۱-۱-۴-۱- مادران اطمینان خود را از انجام حمایت‌های هیجانی، شناختی، اجتماعی و مالی لازم از اعضای خانواده را انجام دهند. |

جدول ۳: روش‌های نظری، کاربردهای عملی، کانال‌های تحویل و مواد برنامه مطالعه خانواده من

| سطح فردی | | | | | |
|---------------|-------------------------------|----------------------|--|---------------------------|--------------------|
| تعیین کننده | هدف تغییر | روش نظری | کاربرد عملی | کانال | رسانه |
| خودکارآمدی | ۱-۱-۱-۱-۱-۵ | الگوسازی | تهیه فیلم فرزند من (خرید و تردد) و بحث و یادگیری گروهی | میان فردی و ارتباطات جمعی | آموزشگر، فیلم |
| خطر درک شده | ۱-۲-۱-۳-۱-۲-۶-۱ | اطلاعات خطر درک شده | تهیه فیلم فرزند من (حمل، نگهداری، معاشرت) و بحث و یادگیری گروهی | میان فردی و ارتباطات جمعی | آموزشگر، فیلم |
| دانش | ۱-۴-۱-۳ | بحث | فیلم فرزند من (گفتگو تأثیرات) و بحث و یادگیری گروهی | میان فردی و ارتباطات جمعی | آموزشگر، فیلم |
| نگرش | ۱-۴-۱-۴ | ارتباط متقاعدکننده | فیلم فرزند من (گفتگو تأثیرات) و بحث و یادگیری گروهی | میان فردی و ارتباطات جمعی | آموزشگر، فیلم |
| سطح میان فردی | | | | | |
| تعیین کننده | هدف تغییر | روش نظری | کاربرد عملی | کانال | رسانه |
| خودکارآمدی | ۱-۲-۱-۱-۱-۱-۳-۱-۱-۴-۱-۱ | الگوسازی | تهیه فیلم تماس بیشتر با خانواده (مجادله، وقت گذاشتن و نیازها، حمایت) و بحث و یادگیری گروهی | میان فردی و ارتباطات جمعی | آموزشگر، فیلم |
| خطر درک شده | ۱-۲-۱-۱-۱-۱-۲-۱-۲-۱-۲-۱-۲-۳-۳ | اطلاعات خطر درک شده | تهیه فیلم تماس بیشتر با خانواده (احساسات و علایق، ارزش‌ها و انتظارات، مجادله، قوانین و مقررات) و بحث و یادگیری گروهی | میان فردی و ارتباطات جمعی | آموزشگر، فیلم |
| دانش | ۱-۲-۱-۳-۲-۱ | بحث | فیلم تماس بیشتر با خانواده (مجادله) و بحث و یادگیری گروهی | میان فردی و ارتباطات جمعی | آموزشگر، فیلم |
| نگرش | ۱-۱-۱-۱-۱-۴-۱-۲-۱-۱-۴-۳-۱-۱ | ارتباط متقاعد کننده | فیلم تماس بیشتر با خانواده (احساسات و علایق، ارزش‌ها و انتظارات، پاداش و گفتگو) | میان فردی و ارتباطات جمعی | آموزشگر، فیلم |
| هنجار انتزاعی | ۱-۱-۳-۱-۵ | روزنامه نگاری رفتاری | چاپ خبرنامه (پاداش و گفتگو) | میان فردی و ارتباطات جمعی | آموزشگر، متون چاپی |

به‌علاوه انتخاب بهترین کانال مبتنی بر روش‌های نظری و کاربردهای عملی و درنهایت توان مالی گروه پژوهش، کانال ارتباطی، میان‌فردی (هفت گروه کوچک ۱۱ نفره) و رسانه، ارتباط جمعی انتخاب شدند. همچنین کارگروه طراحی برنامه مداخله با استفاده از فن گروه متمرکز و مصاحبه، به پیش‌آزمون مواد که طی فرآیند آن واکنش مخاطبان در رابطه با انواع مواد برنامه مورد آزمون قرار می‌گیرد نیز پرداخت. به‌علاوه جهت تهیه مواد برنامه از منابع خلاقیت مانند: استودیوی فرهنگی و هنری اندیشه باران، فیلم‌نامه نویس حرفه‌ای، کارگردان فیلم و تولیدی مانند: عکاس، بازیگر، چاپ‌خانه و گرافیک در توسعه و تولید مواد برنامه مداخله بهره گرفته شد. در پیش‌آزمون مواردی نظیر: عبارات و مفاهیم، چگونگی به تصویر کشیدن صحنه‌ها و اتفاقات مواد برنامه، تعیین سطح سواد اجتماع مورد نظر، مرتبط بودن فرهنگی پیام‌ها، قابلیت دسترسی پیام‌ها در مواد، درک اجتماع از پیام‌ها، بررسی مشکلات احتمالی پیاده‌سازی مواد و برنامه، در خصوص ارزشیابی منطقی مناسبت مواد بررسی شدند. به‌علاوه در پیش‌آزمون، کلیت برنامه تهیه‌شده از نظر زمان‌بندی و چگونگی اجرا مجدداً از نظر شرکت‌کنندگان مورد

نتایج گام چهارم، برنامه‌ریزی مداخله: گروه برنامه‌ریزی برنامه مطالعه خانواده من، طرح جامع برنامه که شامل حوزه و توالی برنامه، کانال‌های برنامه، مواد تولیدی، مقدار برنامه تحویلی و شکل برنامه در هر سطح بوم‌شناختی را مشخص کردند. درون‌مایه‌های فرعی برنامه، «تماس بیشتر با خانواده» و «فرزند من» انتخاب شدند که همگی در داخل درون‌مایه اصلی «خانواده من» قرار داشتند. برنامه مداخله مطالعه خانواده من، طی مدت شش هفته در مدت ۱۲ ساعت یعنی هر هفته دو ساعت با شش مؤلفه که در هر یک پیام‌ها، کانال‌ها (میان‌فردی و رسانه‌ای)، ابزار انتقال پیام و مخاطبین مشخص بود مطابق توالی مشخص شده براساس مطالعات پیشین [۷۸، ۷۷، ۳۵، ۳۳، ۷] طراحی گردید (جدول ۳ و ۴). با توجه به یکی از روش‌های موفق پیاده‌سازی برنامه‌های آموزش سلامت مرتبط با فرهنگ داشتن تماس پایدار با شرکت‌کنندگان در برنامه است و آموزش و یادگیری در گروه‌های کوچک [۷۹] است و از طرفی ویژگی‌های مخاطبان (مادران) برنامه شامل: سطح سواد متوسط، علاقه، ویژگی‌های فرهنگی اجتماع مورد بررسی، مشغولیت، ترجیح، سهولت کاربرد، عادات رسانه‌ای، کانال‌های اطلاعاتی ارجح و

جدول ۴: بخشی از حوزه، توالی و اسناد طراحی‌شده برنامه مداخله مطالعه خانواده من

| هفته دوم / دو ساعت (روز چهارشنبه ۱۲-۱۰ صبح) | |
|---|---|
| مؤلفه: مصرف مواد توسط مادران و پیشگیری در کودکان | |
| هدف جلسه: مادران به‌وسلیه آموزشگر و استفاده از ماده آموزشی فیلم (فرزند من) با نقش و اهمیت رفتارهای مرتبط با مصرف مواد و تأثیر آن‌ها بر شروع زودرس مصرف مواد در کودکان خود آشنا خواهند شد. | |
| پیامد مورد انتظار از مؤلفه: افزایش اطمینان، خطر درک‌شده، دانش و باور کلامی مادران نسبت به تأثیر رفتارهای مستقیم مرتبط با مصرف مواد در پیشگیری از شروع زودرس مواد در کودکان | |
| ماده آموزشی مرتبط با مؤلفه: فیلم (فرزند من) | |
| تعیین‌کننده‌ها | اهداف تغییر به‌منظور ... |
| خودکارآمدی | افزایش اطمینان کلامی مادران جهت عدم خرید مواد و تردد در محیط‌های آلوده برای پیشگیری از مصرف مواد در خود و به تبع آن شروع زودرس مصرف مواد در کودکان |
| خطر درک‌شده | افزایش تشخیص خطر مادران در تأثیر حمل، نگهداری مواد و معاشرت و ارتباط با افراد مصرف‌کننده مواد در شروع مصرف مواد در خود و به تبع آن شروع زودرس مصرف مواد در کودکان |
| دانش | افزایش دانش مادران در خصوص تأثیر صحبت درباره مواد و تأثیرات آن بر جسم و زندگی فردی و اجتماعی، در پیشگیری از شروع مصرف مواد در خود و به تبع آن شروع زودرس مصرف مواد در کودکان |
| نگرش | افزایش باور کلامی مادران در خصوص تأثیر صحبت درباره مواد و تأثیرات آن بر جسم و زندگی فردی و اجتماعی در پیشگیری از شروع مصرف مواد در خود و به تبع آن شروع زودرس مصرف مواد در کودکان |

ارزشیابی قرار گرفت. با انجام پیش‌آزمون، درک مناسبی نسبت به سطح توجه گروه شرکت‌کننده و نقاط قوت و ضعف برنامه و مواد ایجاد گردید. از طرفی در پیش‌آزمون از کارایی روش‌های نظری و پیاده‌سازی آن‌ها توسط کاربردهای عملی اتخاذشده اطمینان حاصل شد. برای مثال، در قسمتی از برنامه مطالعه خانواده من، برنامه‌ریزان تصمیم گرفتند برای بالابردن خودکارآمدی گفتاری مادران در خصوص عدم تردد به محل‌هایی که مصرف‌کنندگان و توزیع‌کنندگان مواد مخدر حضور دارند از نقش الگوها، یادگیری فعال و بازخورد استفاده کنند. در کاربرد عملی این روش‌های نظری نیز تصمیم به تهیه یک فیلم گرفته شد. پارامتر مورد توجه در این قسمت فرض این نکته بود که مادران الگوهای رفتاری به نمایش گذاشته‌شده توسط الگوها در فیلم را جذاب و معتبر فرض کنند [۸۰]. پیش‌آزمون برنامه این اطمینان را فراهم آورد که فرض جذاب و معتبربودن الگوها صحیح بودند. تولیدکنندگان برنامه مطالعه خانواده من در زمان پیش‌آزمون به ارزشیابی این فرض‌ها پرداختند و دریافته‌اند که مادران علاوه بر تأیید الگوها، قسمتی از توجه و تعامل خود را به این علت که آن‌ها فکر می‌کنند برنامه با مسائل زندگی آن‌ها مرتبط است معطوف کردند. یا در بخشی دیگر از پیش‌آزمون در خصوص خبرنامه به‌عنوان یکی از مواد برنامه، مشخص گردید مادران با توزیع خبرنامه‌ها در محل سکونت آنان موافقت بیشتری داشتند. همچنین با نمایش و پخش فیلم‌ها به‌صورت جمعی بیشتر موافق بودند؛ بنابراین با دریافت این نکات، تغییراتی در چگونگی توزیع مواد برنامه انجام شد. به‌علاوه پیاده‌سازان برنامه دریافته‌اند در صورت حضور همکاران خانم جهت بحث و گفتگو در زمان پیاده‌سازی برنامه، دریافت بازخوردها و انجام ارتباطات تعاملی به نحو بهتری صورت خواهد گرفت.

نتایج گام پنجم، برنامه‌ریزی اتخاذ و پیاده‌سازی: در این گام برای برنامه‌ریزی برنامه‌های اتخاذ و پیاده‌سازی از نظریه‌های ارتباطات متقاعدسازی، انتشار، شناختی اجتماعی و رفتار برنامه‌ریزی‌شده استفاده شد [۷۹، ۸۱]. اتخاذکنندگان برنامه مطالعه خانواده من، مدیر و هیئت‌مدیره انجمن مهرورزان پیشگیری و همچنین پیاده‌سازان برنامه ترکیبی از مشاوران و کارشناسان انجمن مهرورزان پیشگیری به همراه کارشناسان و متخصصین آموزش سلامت در نظر گرفته شدند. لازم به توضیح است جهت انجام وظایف مرتبط با این گام هرآنچه تاکنون در گام‌های قبلی انجام شده بود مجدداً در خصوص اتخاذکنندگان و پیاده‌سازان برنامه صورت گرفت.

نتایج گام ششم، برنامه‌ریزی ارزشیابی: با توجه به اینکه یکی دیگر از اهداف مهم ارزشیابی، استفاده از نتایج ارزشیابی است [۸۲]؛ بنابراین در ابتدا ذینفعان ارزشیابی مطالعه خانواده مشخص شدند که شامل: حامیان برنامه و ارزشیابی (گروه آموزش سلامت دانشگاه تربیت مدرس، گروه

روانشناسی اجتماعی و کار دانشگاه ماستریخت و انجمن مهرورزان پیشگیری)، شرکت‌کنندگان هدف (مادران، خانواده‌ها)، مدیران برنامه (گروه برنامه‌ریزی برنامه مطالعه خانواده من)، کارکنان برنامه (آموزشگران سلامت و کارشناسان انجمن مهرورزان پیشگیری)، ذینفعان زمینه‌ای (سازمان مبارزه با مواد مخدر و بهزیستی) و جامعه ارزشیابی و پژوهش (متخصصان ارزشیابی آموزش و ارتقاء سلامت و پیشگیری از سوءمصرف مواد) بودند. کارگروه ارزشیابی برنامه جهت ارزشیابی پیامد و تأثیر برنامه، سؤالات و گویه‌هایی مبتنی بر پیامدها و اهداف عملکردی و تغییر و تعیین‌کننده‌های سطوح فردی و میان‌فردی تهیه گردید که برخی از آن‌ها در جدول ۵ ارائه شده است. از آنجایی که ارزشیابی فرآیند در هر دو ارزشیابی تکوینی و پایانی وجود دارد؛ بنابراین سؤالات ارزشیابی فرآیند در بخش تکوینی همان‌طور که در گام‌های قبلی ذکر شد، در حین توسعه برنامه مبتنی بر ماتریس‌ها جهت اطمینان از پرداختن کاربردهای عملی به روش‌های نظری و دستیابی به اهداف تغییر، به نگارش درآمدند و در بخش ارزشیابی پایانی سؤالات ارزشیابی حصول، صحت و سازمان‌دهی برنامه به نگارش درآمدند (جدول ۵). گروه برنامه‌ریزی در برنامه مطالعه خانواده من، ۷۵ مادر (در هر گروه) را برای شرکت در مطالعه کارآمدی انتخاب کردند. افراد ثبت نام شده هر هفته یکبار به مدت ۶ هفته به جلسات آموزشی دعوت شدند؛ بنابراین عملکرد استاندارد در این برنامه، حضور ۸۰ درصد از مادران دعوت شده بود که نسبت کامل‌کننده هر جلسه نباید بیشتر از ۵ درصد کاهش نسبت به جلسه پیش را نشان می‌داد. شاخص حصول پیاده‌سازی برنامه مطالعه خانواده من، از طریق تقسیم حصول بر استاندارد حصول برآورد می‌گردد که ۷۵ درصد از ویژگی‌های مورد نظر برنامه می‌بایست در هر جلسه حاصل شود. همچنین تعداد ۷ سؤال رضایت‌مندی برنامه جهت ارزشیابی قضاوت شرکت‌کنندگان نسبت به برنامه نگارش شد که برخی در جدول ۵ ارائه شده است. شاخص برنامه خانواده من، تغییر عملکرد فردی و میان‌فردی مادران تعیین شد. از طرفی بنابر مطالعات انجام‌شده و روش‌های آماری [۸۳] مقدار شاخص بهبود رفتار مادران به میزان ۲۰ درصد (اندازه تأثیر کم) طی یک دوره پیاده‌سازی برنامه در نظر گرفته شد. شاخص پیامد مسئله سلامت و کیفیت زندگی برنامه در جدول ۵ ارائه شده است. جهت تهیه مقیاس‌ها و ارزشیابی پیامدها، رفتارها و تعیین‌کننده‌های سطح فردی و میان‌فردی از ماتریکس‌های سطوح فردی و میان‌فردی و پرسشنامه‌های استاندارد بهره گرفته شد که برخی در جدول ۶ ارائه شده است. برای پاسخگویی به میزان تأثیر برنامه مطالعه خانواده من پیش و پس از پیاده‌سازی برنامه، بنابر توصیه Shadish و همکاران [۸۴]، چندین سنجش پیرو در

بازه‌های زمانی دوماهه صورت گرفت. این فعالیت جهت مشخص شدن زمان لازم برای ایجاد تغییرات و میزان پایداری تغییرات در شاخص‌های مورد نظر، در نظر گرفته شد. برای درک مرتبط بودن تغییرات ایجادشده با برنامه مطالعه

جدول ۵: ارزشیابی پیامد، تأثیر و فرآیند برنامه مطالعه خانواده من

| ارزشیابی پیامدهای برنامه | |
|--|--|
| کیفیت زندگی | جرم سرقت مرتبط با مصرف مواد در نوجوانان چقدر تغییر کرده است؟ |
| مسئله سلامت | شروع زودرس مصرف مواد در نوجوانان چقدر تغییر کرده است؟ |
| سطح فردی | آیا مادران پس از پیاده‌سازی برنامه، رفتارهای مستقیم پیشگیری‌کننده از شروع زودرس مصرف مواد در کودکان را نسبت به پیش از پیاده‌سازی برنامه بیشتر انجام می‌دهند؟ |
| سطح میان فردی | آیا مادران پس از پیاده‌سازی برنامه، رفتارهای غیرمستقیم پیشگیری‌کننده از شروع زودرس مصرف مواد در کودکان را نسبت به پیش از پیاده‌سازی برنامه بیشتر انجام می‌دهند؟ |
| ارزشیابی تأثیر برنامه مبتنی بر اهداف عملکردی | |
| سطح فردی | آیا مادران پس از پیاده‌سازی برنامه، برای پیشگیری از شروع زودرس مصرف مواد در کودکان‌شان نسبت به پیش از پیاده‌سازی برنامه، سیگار کمتری خریداری کردند؟ |
| سطح میان فردی | آیا مادران پس از پیاده‌سازی برنامه نسبت به زمان پیش از آن بیشتر احساسات، علائق، باورها، عقاید، تجارب، اهداف و تصمیمات خود را در خانواده به اشتراک می‌گذارند؟ |
| ارزشیابی تأثیر برنامه مبتنی بر اهداف تغییر | |
| سطح فردی | آیا مادران بیان می‌کنند برای پیشگیری از شروع زودرس مصرف مواد در کودکان‌شان می‌توانند با اطمینان در مقابل درخواست دیگران جهت خرید مواد با گفتن نه مقاومت کنند؟ |
| سطح میان فردی | آیا مادران تشخیص می‌دهند کودکان‌شان در خطر شروع زودرس مصرف مواد خواهند بود؛ اگر آن‌ها احساسات، علائق، باورها، عقاید، تجارب، اهداف و تصمیمات خود را در خانواده به اشتراک نگذارند؟ |
| ارزشیابی تأثیر برنامه مبتنی بر تعیین‌کننده‌ها | |
| خودکارآمدی | آیا مادران پس از پیاده‌سازی برنامه اطمینان بیشتری را جهت عدم تردد به مکان‌هایی که افراد مصرف‌کننده سیگار هستند برای پیشگیری از شروع زودرس مصرف مواد در کودکان‌شان نسبت به زمان پیش از آن بیان می‌کنند؟ |
| خطر درک‌شده | آیا مادران پس از پیاده‌سازی برنامه نسبت به زمان پیش از آن درک خطر بیشتری را در این خصوص که اگر آن‌ها به معاشرت و ارتباط با افراد مصرف‌کننده مواد مخدر بپردازند، کودکان‌شان در معرض شروع زودرس مصرف مواد خواهند بود، بیان می‌کنند؟ |
| سطح فردی | آیا مادران پس از پیاده‌سازی برنامه نسبت به زمان پیش از آن دانش بیشتری را در این خصوص که صحبت کردن درباره سیگار و تأثیرات آن بر جسم و زندگی فردی و اجتماعی در خانواده می‌تواند از شروع زودرس مصرف مواد در کودکان خود پیشگیری نمایند، بیان می‌کنند؟ |
| دانش | آیا مادران پس از پیاده‌سازی برنامه نسبت به زمان پیش از آن باور بیشتری را در این خصوص که صحبت کردن درباره مواد مخدر و تأثیرات آن بر جسم و زندگی فردی و اجتماعی در خانواده می‌تواند از شروع زودرس مصرف مواد در کودکان خود پیشگیری نمایند، بیان می‌کنند؟ |
| نگرش | آیا مادران پس از پیاده‌سازی برنامه نسبت به زمان پیش از آن باور بیشتری را در این خصوص که صحبت کردن درباره مواد مخدر و تأثیرات آن بر جسم و زندگی فردی و اجتماعی در خانواده می‌تواند از شروع زودرس مصرف مواد در کودکان خود پیشگیری نمایند، بیان می‌کنند؟ |
| نگرش | آیا مادران پس از پیاده‌سازی برنامه نسبت به زمان پیش از آن باور بیشتری را در این خصوص که گفتگو کردن در مورد رفتارهای منفی (مثل بی‌توجهی به ارزش‌ها، قوانین اجتماع و خانواده و انجام‌ندادن وظایف محوله) اعضای خانواده توسط مادران می‌تواند از شروع زودرس مصرف مواد در کودکان خود پیشگیری نمایند، بیان می‌کنند؟ |
| خطر درک‌شده | آیا مادران پس از پیاده‌سازی برنامه نسبت به زمان پیش از آن درک خطر بیشتری را در این خصوص که اگر ارزش‌ها و انتظارات خانواده در خصوص مصرف مواد را مشخص نکنند و در مورد آن‌ها گفتگو نکنند، کودکان‌شان در معرض شروع زودرس مصرف مواد خواهند بود، بیان می‌کنند؟ |
| سطح میان فردی | آیا مادران پس از پیاده‌سازی برنامه نسبت به زمان پیش از آن، دانش بیشتری را در این خصوص که عدم مجادله والدین در خانواده و گفتگو کردن در مورد اختلافات برای یافتن راه حل‌های ممکن می‌تواند از شروع زودرس مصرف مواد در کودکان خود پیشگیری نمایند، بیان می‌کنند؟ |
| دانش | آیا مادران پس از پیاده‌سازی برنامه باور بیشتری برای به اشتراک گذاشتن احساسات، علائق، باورها، عقاید، تجارب، اهداف و تصمیمات خود در خانواده جهت پیشگیری از شروع زودرس مصرف مواد در کودکان‌شان را بیان می‌کنند؟ |
| خودکارآمدی | آیا مادران پس از پیاده‌سازی برنامه باور بیشتری برای به اشتراک گذاشتن احساسات، علائق، باورها، عقاید، تجارب، اهداف و تصمیمات خود در خانواده جهت پیشگیری از شروع زودرس مصرف مواد در کودکان‌شان را بیان می‌کنند؟ |
| هنجارهای انتزاعی | پاداش دادن به رفتارهای مثبت (مثل توجه به ارزش‌ها، قوانین اجتماع و خانواده و انجام وظایف محوله) در خانواده من جهت پیشگیری از شروع زودرس مصرف مواد در کودکانم اهمیتی ندارد. |
| ارزشیابی فرآیند توسعه برنامه | |
| حصول | چه نسبتی از مادران اجتماع مورد نظر در برنامه شرکت می‌کنند؟ |
| صحت | آیا تحویل برنامه مطالعه خانواده من مطابق پروتکل تهیه شده انجام می‌شود؟ |
| سازمان‌دهی برنامه | آیا زمان‌بندی برنامه مطالعه خانواده من ایجاد شده است؟ |
| ارزشیابی فرآیند پیاده‌سازی برنامه | |
| ارزشیابان پیشرفت مادران در راستای رسیدن به هدف مورد نظر در هر جلسه را بررسی می‌نمایند (پاسخگویی بله و خیر). | |
| ارزشیابی رضایت مندی | |
| از چگونگی پیاده‌سازان برنامه راضی هستید (طیف پاسخگویی پنج درجه شامل؛ کاملاً راضی، راضی، نظری ندارم، ناراضی و کاملاً ناراضی). | |
| شاخص‌های برنامه | |
| بهبود رفتار مادران به میزان ۲۰ درصد (اندازه تأثیر کم) طی یک دوره پیاده‌سازی برنامه | |
| مسئله سلامت | روز شروع زودرس مصرف مواد در کودکان |
| کیفیت زندگی | روز جرم سرقت مرتبط با مصرف مواد |

خانواده، از طرح تجربی با دسته بندی تصادفی شرکت کنندگان در گروه های مداخله و کنترل استفاده گردید [۸۵]. در پایان طرح ارزشیابی برنامه با در نظر گرفتن همه ابعاد مرتبط با ارزشیابی تهیه شد [۸۱].

جدول ۶: مقیاس های ارزشیابی پیامدها، رفتارها و تعیین کننده ها

| پیامدها | | |
|---|---|---|
| من در حال حاضر برای پیشگیری از شروع زودرس مصرف مواد در کودکانم سیگار مصرف نمی کنم. | | |
| تعیین کننده ها | | |
| خودکارآمدی | من می توانم برای پیشگیری از شروع زودرس مصرف مواد در کودکانم از سیگار استفاده نکنم. | |
| خطر | به نظر من معاشرت و ارتباط با افراد مصرف کننده سیگار توسط من تأثیری در شروع زودرس مصرف مواد در کودک من ندارد. | |
| سطح فردی | دانش | گفتگو کردن در خانواده در مورد سیگار، تأثیرات استفاده از سیگار بر جسم و زندگی فردی و اجتماعی برای پیشگیری از شروع زودرس مصرف مواد در کودکان مؤثر است. |
| | نگرش | من باور دارم گفتگو کردن در خانواده در مورد سیگار، تأثیرات استفاده از سیگار بر جسم و زندگی فردی و اجتماعی برای پیشگیری از شروع زودرس مصرف مواد در کودکانم می تواند مؤثر است. |
| | قصد رفتار | من قصد دارم برای پیشگیری از شروع زودرس مصرف مواد در کودکانم مشروبات الکلی نگهداری نکنم. |
| رفتار | | |
| من در حال حاضر برای پیشگیری از شروع زودرس مصرف مواد در کودکانم سیگار خریداری نمی کنم. | | |
| پیامدها | | |
| مقیاس ارتباط کودک-والد [۸۶]، مقیاس الگوی ارتباط خانواده [۸۷]، مقیاس کیفیت روابط والدین [۸۸] و مقیاس سبک های فرزندپروری [۸۹]. | | |
| تعیین کننده ها | | |
| نگرش | من باور دارم مشخص کردن ارزش ها و انتظارات خانواده در خصوص مصرف مواد و گفتگو در مورد آنها در پیشگیری از شروع زودرس مصرف مواد در کودکان مؤثر است. | |
| خطر | به نظر من آگاه نبودن خانواده از احساسات، علایق، باورها، عقاید، تجارب، اهداف و تصمیمات یکدیگر تأثیری در شروع زودرس مصرف مواد در کودکان من ندارد. | |
| سطح میان فردی | دانش | مجادله والدین در خانواده و گفتگو نکردن در مورد اختلافات برای یافتن راه حل های ممکن در شروع زودرس مصرف مواد توسط کودکان مؤثر است. |
| | خودکارآمدی | من توانایی لازم برای پرهیز از اختلاف با همسر و یافتن راه حل های مناسب از طریق گفتگو برای حل اختلافات ایجاد شده جهت پیشگیری از شروع زودرس مصرف مواد در کودکانم را دارم. |
| | هنجارهای انتزاعی | پاداش دادن به رفتارهای مثبت (مثل توجه به ارزش ها، قوانین اجتماع و خانواده و انجام وظایف محوله) در خانواده من جهت پیشگیری از شروع زودرس مصرف مواد در کودکانم اهمیتی ندارد. |
| | قصد رفتار | من قصد دارم برای پیشگیری از شروع زودرس مصرف مواد در کودکانم قوانین و مقررات مربوط به استفاده از مواد (سیگار، مواد مخدر، مشروبات الکلی) را در خانواده مشخص کنم. |
| رفتار | | |
| من برای پیشگیری از شروع زودرس مصرف مواد در کودکانم ارزش ها و انتظارات خانواده در خصوص مصرف مواد را مشخص کنم و در مورد آنها در خانواده گفتگو می کنم. | | |

طیف پاسخگویی به گویه ها، پنج درجه؛ کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم

بحث

این پژوهش با هدف توسعه برنامه خانواده محور پیشگیری کننده از شروع زودرس مصرف مواد در کودکان با بهره گیری از رویکرد برنامه ریزی نقشه نگاری مداخله و تمرکز بر مادران به عنوان گروه هدف انجام شد. اگرچه استفاده از رویکرد برنامه ریزی نقشه نگاری مداخله برای توسعه مطالعه خانواده من [۳۷] تلاش بیشتری طلب کرد؛ اما برنامه ریزان را به دقت بیشتر برای هر تصمیم در مورد توسعه

برنامه هدایت کرد. رویکرد برنامه ریزی نقشه نگاری مداخله برای توسعه دیگر برنامه های خانواده محور نیز مورد استفاده قرار گرفته و در دستیابی به نتایج بهتر، مناسب ارزیابی شده است [۹۰]. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که رویکرد برنامه ریزی نقشه نگاری مداخله چارچوب و راهنمای گام به گام مناسبی برای توسعه یک برنامه نظام مند، نظریه و شواهد محور است. همچنین نقشه نگاری مداخله، راهنمای کاربردی و قابل

نظامند، نظریه و شواهدمحور، تعیین پیامدها، اهداف عملکردی و تغییر، تعیین‌کننده‌ها، روش‌های تغییر نظری و کاربردهای عملی، برنامه مداخله، انتشار و ارزشیابی کمک می‌نماید و نقشه‌های توسعه‌یافته، راهنمای مناسبی برای پیاده‌سازی و ارزشیابی برنامه خانواده من خواهند بود.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از رساله دکتری مهدی میرزایی علویجه دانش‌آموخته مقطع دکتری آموزش و ارتقاء سلامت در دانشگاه تربیت مدرس است. بدین‌وسیله از حمایت مالی و معنوی دانشگاه تربیت مدرس و تمامی شرکت‌کنندگان در مراحل مختلف توسعه، پیاده‌سازی و ارزشیابی مطالعه خانواده من و به‌خصوص گروه روانشناسی و کار دانشگاه ماستریخت تقدیر و سپاسگزاری می‌شود.

استفاده‌ای برای انطباق و ارتقاء برنامه‌های ارتقاء سلامت جهت استفاده‌ی دیگر برنامه‌ریزان در دیگر مکان‌ها را ایجاد می‌کند [۷۹]. به‌علاوه نقشه‌نگاری مداخله، برنامه‌ریزان برنامه‌ها را تشویق به همکاری با ذینفعان برای دستیابی به نتایج بهتر در اتخاذ و پیاده‌سازی برنامه‌ها [۹۱] و پایداری مداخله می‌کند [۹۲]. از طرف دیگر استفاده از نقشه‌نگاری مداخله منجر به توسعه برنامه‌های انطباق‌یافته یا جمعیت‌مورد مداخله شده که در نهایت باعث ارتقاء میزان تأثیر تغییرات اعمال‌شده می‌گردد [۹۱]. در پایان قابل ذکر است نقشه‌نگاری مداخله با وجود ماهیت زمان‌بر [۹۳] و پیچیده بودن آن، کمک‌کننده [۹۴]، انعطاف‌پذیر و کاربرپسند است.

نتیجه‌گیری

استفاده از رویکرد نقشه‌نگاری مداخله در توسعه یک برنامه

REFERENCES

- Moghanibashi-Mansourieh A, Deilamizade A. The state of data collection on addiction in Iran. *Addiction*. 2014;**109**(5):854. PMID: 24606041 DOI: 10.1111/add.12505
- United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report. New York. United Nations Publications; 2015.
- Glantz MD, Leshner AI. Drug abuse and developmental psychopathology. *Dev Psychopathol*. 2000;**12**(04):795-814.
- Van der Vorst H, Engels RC, Meeus W, Deković M. The impact of alcohol specific rules, parental norms about early drinking and parental alcohol use on adolescents' drinking behavior. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;**47**(12):1299-306. PMID: 17176385 DOI: 10.1111/j.1469-7610.2006.01680.x
- van der Vorst H, Engels RC, Meeus W, Deković M. Parental attachment, parental control, and early development of alcohol use: a longitudinal study. *Psychol Addict Behav*. 2006;**20**(2):107-16. PMID: 16784352 DOI: 10.1037/0893-164X.20.2.107
- Van Der Vorst H, Engels RC, Deković M, Meeus W, Vermulst AA. Alcohol-specific rules, personality and adolescents' alcohol use: a longitudinal person-environment study. *Addiction*. 2007;**102**(7):1064-75. PMID: 17567395 DOI: 10.1111/j.1360-0443.2007.01855.x
- Kumpf KL, Alvarado R, Whiteside HO. Family-based interventions for substance use and misuse prevention. *Subst Use Misuse*. 2003;**38**(11-13):1759-87. PMID: 14582577
- Gardner F, Burton J, Klimes I. Randomised controlled trial of a parenting intervention in the voluntary sector for reducing child conduct problems: outcomes and mechanisms of change. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;**47**(11):1123-32. PMID: 17076751 DOI: 10.1111/j.1469-7610.2006.01668.x
- Blum RW, Ireland M. Reducing risk, increasing protective factors: findings from the Caribbean Youth Health Survey. *J Adolesc Health*. 2004;**35**(6):493-500. PMID: 15581529 DOI: 10.1016/j.jadohealth.2004.01.009
- Sale E, Sambrano S, Springer JF, Turner CW. Risk, protection, and substance use in adolescents: a multi-site model. *J Drug Educ*. 2003;**33**(1):91-105. PMID: 12773027 DOI: 10.2190/LF10-ER64-1FVY-PA7L
- Dembo R, Wothke W, Shemwell M, Pacheco K, Seeberger W, Rollie M, et al. A structural model of the influence of family problems and child abuse factors on serious delinquency among youths processed at a juvenile assessment center. *J Child Adolesc Subst Abuse*. 2000;**10**(1):17-31.
- DePaul N. Healthy family functioning relationship advice & relationship tips. *J Council Relationships*. 2006;**215**:382-680.
- Walsh F. Family resilience: a framework for clinical practice. *Fam Process*. 2003;**42**(1):1-18. PMID: 12698595
- Gruber KJ, Taylor MF. A family perspective for substance abuse: implications from the literature. *J Soc Work Pract*. 2006;**6**(1-2):1-29.
- Rutter M. Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *J Fam Ther*. 1999;**21**(2):119-44.
- Stephenson MT, Helme DW. Authoritative parenting and sensation seeking as predictors of adolescent cigarette and marijuana use. *J Drug Educ*. 2006;**36**(3):247-70. PMID: 17345917 DOI: 10.2190/Y223-2623-7716-2235
- Stephenson MT, Quick BL, Atkinson J, Tschida DA. Authoritative parenting and drug-prevention practices: implications for antidrug ads for parents. *Health Commun*. 2005;**17**(3):301-21. PMID: 15855075 DOI: 10.1207/s15327027hc1703_6
- Porter LS, Porter BO. A blended infant massage-parenting enhancement program for recovering substance-abusing mothers. *Pediatr Nurs*. 2004;**30**(5):363-401.
- Yahav R. External and internal symptoms in children and characteristics of the family system: a comparison of the linear and circumplex models. *Am J Fam Ther*. 2002;**30**(1):39-56.
- Milkie MA, Brieman A, Schiman S. How adult children influence older parents' mental health: Integrating stress-process and life-course perspectives. *Soc Psychol Quart*. 2008;**71**(1):86-105.
- Lanyado M, Horne A. The handbook of child and adolescent psychotherapy: psychoanalytic approaches. New York: Psychology Press; 1999.
- Runcan PL. The time factor: does it influence the parent-child relationship?! *Proc Soc Behav Sci*. 2012;**33**:11-4.
- Seiffge-Krenke I, Overbeek G, Vermulst A. Parent-child relationship trajectories during adolescence: Longitudinal associations with romantic outcomes in emerging adulthood. *J Adolesc*. 2010;**33**(1):159-71. DOI: 10.1016/j.adolescence.2009.04.001
- Schinke SP, Fang L, Cole KC. Substance use among early adolescent girls: risk and protective factors. *J Adolesc Health*. 2008;**43**(2):191-4. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2007.12.014
- Steinberg L. We know some things: parent-adolescent relationships in retrospect and prospect. *J Res Adolesc*. 2001;**11**(1):1-19.
- Tavakoli MA, Dehkordian P. Prediction of university student's addict ability based on some demographic variables, academic procrastination, and interpersonal variables. *Res Addict*. 2014;**7**(28):23-41. [Persian]
- Mirzaei-Alavijeh M, Nasirzadeh M, Eslami AA, Sharifirad G, Hasanzadeh A. Influence of family function about youth dependence to synthetic drugs. *Iran J Health Educ Health Prom*. 2013;**1**(2):19-30. [Persian]
- Agatsuma S, Hiroi N. Genetic basis of drug dependence and comorbid behavioral traits. *Nihon Shinkei Seishin Yakurigaku Zasshi*. 2004;**24**(3):137-45. PMID: 15291243

29. Petrie J, Bunn F, Byrne G. Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children < 18: a systematic review. *Health Educ Res.* 2007;22(2):177-91. DOI: [10.1093/her/cyl061](https://doi.org/10.1093/her/cyl061)
30. Foxcroft DR, Ireland D, Lister-Sharp DJ, Lowe G, Breen R. Longer term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction.* 2003;98(4):397-411. PMID: [12653810](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12653810/)
31. Markie-Dadds C, Sanders MR. A controlled evaluation of an enhanced self-directed behavioural family intervention for parents of children with conduct problems in rural and remote areas. *Behav Change.* 2006;23(1):55-72.
32. Kumpfer KL. Why are there no effective child abuse prevention parenting interventions? *Subst Use Misuse.* 2008;43(8-9):1262-5. DOI: [10.1080/10826080802215114](https://doi.org/10.1080/10826080802215114)
33. Serami H. 12 provinces on alert drug/opium methamphetamine most widely used drug. Tehran: Fars News Agency 2015 [Updated 2015 January 10; cited 2016 May 13th]. Available from: <http://www.farsnews.com/newstext.php?nn=1393102000880>
34. Khalili M. Detail of social pathologies areas of the capital/table for different regions. Tehran: Mehr News Agency 201. [Updated 2012 June 13; cited 2016 May 13th]. Available from: <http://www.mehrnews.com/news/1626168>
35. Kumpfer K. Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention. Vienna, Austria: United Nations Office on Drugs and Crime; 2009.
36. Eldredge LK, Markham CM, Ruitter RA, Fernandez M, Kok G, Parcel GS. Planning health promotion programs: an intervention mapping approach. New Jersey: John Wiley & Sons; 2016.
37. Mirzaei-Alavijeh M, Hidarnia A, Kok G, Niknami S, Motlagh MI. The 'my family-study' onset substance use prevention programme in early childhood: an introduction. *Arvand J Health Med Sci.* 2016;1(3):188-90.
38. Kok G, Schaalma H, Ruitter RA, Van Empelen P, Brug J. Intervention mapping: protocol for applying health psychology theory to prevention programmes. *J Health Psychol.* 2004;9(1):85-98. DOI: [10.1177/1359105304038379](https://doi.org/10.1177/1359105304038379)
39. Kok G. A practical guide to effective behavior change: how to apply theory-and evidence-based behavior change methods in an intervention. *Eur Health Psychol.* 2014;16(5):156-70.
40. Kok G, Gottlieb NH, Peters GJ, Mullen PD, Parcel GS, Ruitter RA, et al. A taxonomy of behaviour change methods: an intervention mapping approach. *Health Psychol Rev.* 2015;10(3):297-312. DOI: [10.1080/17437199.2015.1077155](https://doi.org/10.1080/17437199.2015.1077155)
41. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: an educational and ecological approach. New York: McGraw-Hill Companies; 2005.
42. Mirzaei-Alavijeh M, Kok G, Niknami S, Motlagh M. Family-based cognitive factors effective on preventing the onset of substance use in Iranian society's children: applying the intervention mapping protocol. *Acta Med Mediterr.* 2016;32:1015-20.
43. Mirzaei-Alavijeh M, Hidarnia A, Kok G, Niknam S, Motlagh MI, Pishdar M. Child-parent relationship and parents' preventive behaviors the onset of substance use in children: my family-study. *Avicenna J Neuro Psych Physiol.* 2015;2(4):e37730.
44. Precenzano F, Ruberto MA, Parisi L, Salerno M, Maltese A, D'alessandro IL, et al. ADHD-like symptoms in children affected by obstructive sleep apnea syndrome: a case-control study. *Acta Med Mediterr.* 2016;32:1755-9.
45. Kok G, Gottlieb NH, Peters GJ, Mullen PD, Parcel GS, Ruitter RA, et al. A taxonomy of behaviour change methods: an Intervention Mapping approach. *Health Psychol Rev.* 2016;10(3):297-312. DOI: [10.1080/17437199.2015.1077155](https://doi.org/10.1080/17437199.2015.1077155)
46. Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA). Strengthening our skills: Canadian guidelines for youth substance abuse prevention family skills programs. Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa. Available at: URL: http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/2010_CCSA_Family_skill-based_Guidelines_en.pdf; updated 2011; cited 2016 June 7th.
47. Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA). Universal, family-based substance abuse prevention for youth. Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa. Available at: URL: <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/2014-CCSA-Canadian-Standards-Youth-Substance-Abuse-Prevention-Overview-en.pdf>; updated 2041 November; cited 2016 June 7th.
48. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Preventing drug use among children and adolescents (Redbook) Second Edition. United States National Institutes of Health, Maryland. Available at: URL: <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse.pdf>; updated 2003 October; cited 2016 June 7th.
49. United Nations Office Drugs and Crime. Compilation of evidence-based family skills training programmers. Giovanni: UNODC; 2009.
50. Mohammad Khani S. Primary prevention of addiction with focus on the family. Tehran: Iran Drug Control Headquarter; 2012.
51. Prevention D. Growing up drug free: a parent's guide to prevention. A booklet that provides tips for parents on how to teach children about drugs and what parents can do in the fight against drugs. New York, US: Department of Education; 2012.
52. Haggerty RJ, Mrazek PJ. Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. Washington, D.C.: National Academies Press, 1994
53. Jalilian F, Atee M, Matin BK, Ahmadian M, Jouybari TA, Eslami AA, et al. Cognitive factors related to drug abuse among a sample of Iranian male medical college students. *Global J Health Sci.* 2015;7(5):143-51. DOI: [10.5539/gjhs.v7n5p143](https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n5p143)
54. Chassin L, Fora DB, King KM. Trajectories of alcohol and drug use and dependence from adolescence to adulthood: The effects of familial alcoholism and personality. *J Abnorm Psychol.* 2004;113(4):483-98. DOI: [10.1037/0021-843X.113.4.483](https://doi.org/10.1037/0021-843X.113.4.483)
55. Alati R, Najman JM, Kinner SA, Mamun AA, Williams GM, O'Callaghan M, et al. Early predictors of adult drinking: a birth cohort study. *Am J Epidemiol.* 2005;162(11):1098-107. DOI: [10.1093/aje/kwi320](https://doi.org/10.1093/aje/kwi320)
56. Basarab-Horwath JA. The child's world: assessing children in need. London: Jessica Kingsley Publishers; 2001. P. 255-72.
57. Kumpfer K. Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention. Vienna, Austria: United Nations Office on Drugs and Crime; 2010.
58. Prado G, Pantin H. Reducing substance use and HIV health disparities among Hispanic youth in the USA: the familias unidas program of research. *Psych Interv.* 2011;20(1):63-73.
59. Spoth R, Greenberg M, Turrisi R. Preventive interventions addressing underage drinking: State of the evidence and steps toward public health impact. *Pediatrics.* 2008;121(4):311-36. DOI: [10.1542/peds.2007-2243E](https://doi.org/10.1542/peds.2007-2243E)
60. Hawkins JD, Arthur MW, Catalano RF. Preventing substance abuse. *Crime Just.* 1995;19:343.
61. Kaplow JB, Curran PJ, Dodge KA. Child, parent, and peer predictors of early-onset substance use: A multisite longitudinal study. *J Abnorm Child Psychol.* 2002;30(3):199-216.
62. Mazloomi Mahmoodabad S, Mirzaei Alavijeh M, Yassini S, Askarshahi M. The survey of attitude, behavioral beliefs and evaluations of behavioral outcomes Yadd fathers about prevention of tendency their children to addictive drugs. *J Toole-e-Behdasht.* 2015;13(5):25-36 (Persian).
63. Mirzaei M, Mazloomi 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 Educ Health Prom.* 2013;2(1):57-66.
64. Mirzaei-Alavijeh M, Nasirzadeh M, Eslami AA, Sharifirad G, Hasanzadeh A. Influence of family function about youth dependence to synthetic drugs. *Iran J Health Educ Health Prom.* 2013;1(2):19-30. [Persian]
65. Mirzaei-Alavijeh M, Mazloomi S, Yassini M, Askarshahi M, Jalilian F. The role of fathers in prevention of children tendency toward addictive drugs: an application of theory of planned behavior. *J Police Med.* 2015;3(4):249-58 (Persian).
66. Vaughn MG, Newhill CE, DeLisi M, Beaver KM, Howard MO. An investigation of psychopathic features among delinquent girls: Violence, theft, and drug abuse. *Youth Violence Juvenile Justice.* 2008;6(3):240-55.

67. Hunter S, Douard J, Green S, Bembry L. New Jersey's drug courts: a fundamental shift from the war on drugs to a public health approach for drug addiction and drug-related crime. *Rutgers L Rev.* 2011;**64**:795.
68. Bennett T, Holloway K, Farrington D. The statistical association between drug misuse and crime: a meta-analysis. *Aggress Violent Behav.* 2008;**13**(2):107-18.
69. Carney T, Myers B. Effectiveness of early interventions for substance-using adolescents: findings from a systematic review and meta-analysis. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2012;**7**(1):1.
70. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report. New York. United Nations Publications; 2013.
71. Mirzaei-Alavijeh M. Development and evaluation of family base program on preventing the early onset of substance use in children based on intervention mapping approach. [PhD Dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares University; 2016. P. 173.
72. Medina-Mora ME. Prevention of substance abuse: a brief overview. *World Psychiatry.* 2005;**4**(1):25-30.
73. Sanders MR, Markie-Dadds C, Tully LA, Bor W. The triple P-positive parenting program: a comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *J Consult Clin Psychol.* 2000;**68**(4):624-40. [PMID: 10965638](#)
74. Scott S, Webster-Stratton C, Spender Q, Doolan M, Jacobs B, Aspland H. Multicentre controlled trial of parenting groups for childhood antisocial behavior in clinical practice Commentary: nipping conduct problems in the bud. *BMJ.* 2001;**323**(7306):194-203.
75. Sanders MR. Triple P-positive parenting program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 1999;**2**(2):71-90. [PMID: 11225933](#)
76. Foxcroft DR, Ireland D, Lister Sharp DJ, Lowe G, Breen R. Longer term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction.* 2003;**98**(4):397-411. [PMID:12653810](#)
77. Kumpfer KL, Alvarado R. Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *Am Psychol.* 2003;**58**(6-7):457-65. [PMID: 12971192](#)
78. Eldredge LK, Markham CM, Ruitter RA, Kok G, Parcel GC. Planning health promotion programs: an intervention mapping approach. New Jersey: John Wiley & Sons; 2011.
79. Kumpfer KL, Alvarado R, Tait C, Turner C. Effectiveness of school-based family and children's skills training for substance prevention among 6-8 year old rural children. *Psychol Addict Behav.* 2002;**16**(4S):S65-71. [PMID: 12502278](#)
80. Bandura A. Social foundations of thought and action: a social-cognitive view. Englewood Cliffs: Englewood Cliffs College; 1986.
81. Mirzaei-Alavijeh M, Hidarnia A, Kok G, Niknami S, Motlagh M. My Famiy a Program on Early onset substance use prevention in children: intervention mapping approach. Tehran: Safir Ardehal; 2017.
82. Patton MQ. Utilization-focused evaluation. Netherlands: Sage Publications; 2008. P. 223-42.
83. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates; 1998.
84. William R, Shadish Cook TD, Campbell DT. Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference. Houghton: Wadsworth Cengage learning; 2002.
85. Senn SS. Statistical issues in drug development. New Jersey: John Wiley & Sons; 2008.
86. Pianta RC, Steinberg M. Teacher-child relationships and the process of adjusting to school. *N Direct Child Adolesc Dev.* 1992;**57**:61-80.
87. Ritchie LD, Fitzpatrick MA. Family communication patterns measuring intrapersonal perceptions of interpersonal relationships. *Communicat Res.* 1990;**17**(4):523-44.
88. Pierce GR, Sarason IG, Sarason BR. General and relationship-based perceptions of social support: are two constructs better than one? *J Pers Soc Psychol.* 1991;**61**(6):1028-39. [PMID: 1774625](#)
89. Buri JR. Parental authority questionnaire. *J Pers Assess.* 1991;**57**(1):110-9. [DOI: 10.1207/s15327752jpa5701_13](#)
90. De Craemer M, De Decker E, De Bourdeaudhuij I, Verloigne M, Duvinage K, Koletzko B, et al. Applying the intervention mapping protocol to develop a kindergarten-based, family-involved intervention to increase European preschool children's physical activity levels: the ToyBox-study. *Obes Rev.* 2014;**15**(Suppl 3):14-26. [DOI: 10.1111/obr.12180](#)
91. van Oostrom SH, Anema JR, Terluin B, Venema A, de Vet HC, van Mechelen W. Development of a workplace intervention for sick-listed employees with stress-related mental disorders: Intervention Mapping as a useful tool. *BMC Health Serv Res.* 2007;**7**(1):127. [DOI: 10.1186/1472-6963-7-127](#)
92. Schmid AA, Andersen J, Kent T, Williams LS, Damush TM. Using intervention mapping to develop and adapt a secondary stroke prevention program in Veterans Health Administration medical centers. *Implementat Sci.* 2010;**5**(1):97. [DOI: 10.1186/1748-5908-5-97](#)
93. Munir F, Kalawsky K, Wallis DJ, Donaldson-Feilder E. Using intervention mapping to develop a work-related guidance tool for those affected by cancer. *BMC Public Health.* 2013;**13**(1):6. [DOI: 10.1186/1471-2458-13-6](#)
94. Wheeler A, Fowler J, Hattigh L. Using an intervention mapping framework to develop an online mental health continuing education program for pharmacy staff. *J Contin Educ Health Prof.* 2013;**33**(4):258-66. [DOI: 10.1002/chp.21198](#)