

دستنامه جامع رفتار اعتیادی (پیشگیری و درمان اعتیاد)

(راهبردهای طلایی روانشناسی در مقابله با اعتیاد ۲)

بهمن شیخی تل یابی - میلاد مرادی

انتشارات آموزش و پژوهش بوعلی

آدرس: تهران، میدان ولیعصر، نرسیده به خیابان زرتشت، کوچه ناصر،
پلاک ۳۲، واحد ۳ تلفن: ۰۲۱-۸۶۰۳۷۴۲۸ bualipub@gmail.com

سرشناسه	بهمن، شیخی تل یابی-۱۳۵۵
عنوان	درسنامه جامع رفتار اعتیادی (پیشگیری و درمان اعتیاد) (راهنمادهای طلایی روانشناسی در مقابله با اعتیاد ۲) تهران، انتشارات آموزشی و پژوهشی بوعلی ۱۳۹۸
مشخصات نشر	۲۵۶ صفحه، مصور، جدول
مشخصات ظاهر	۹۷۸-۶۲۲-۶۷۶۹-۳۸-۹
شابک	۹۷۸-۶۲۲-۶۷۶۹-۳۷-۲
دوره	فیفا
وضع فهرست نویسی	معتادان به مواد مخدر-روانشناسی
موضوع	مرادی، میلاد ۱۳۶۷
شناسه افزود	HV۵۸۰۱
رده بندی کتب	۳۶۲/۲۹۳
رده بندی دیویی	۵۸۰۲۵۱
شماره کتابشناسی ملی	انتشارات آموزشی و پژوهشی بوعلی
ناشر	سیده یلوف شامرادی
مدیر مسئول	میرزا محمد احمدی
مدیر اجرایی	انتشارات آموزشی و پژوهشی بوعلی
صفحه آرای و طراحی جلد	۱۰۰۰ جلد
تیراژ	اول - ۱۳۹۸
نوبت چاپ	چاپ آبان
چاپ و صحافی	۴۲۰۰۰۰ ریال
قیمت	

کلیه حقوق و حق چاپ متن و عنوان کتاب که به ثبت رسیده است؛ مطابق با قانون حقوق مؤلفان و مصنفان و مصوب ۱۳۴۸ محفوظ و متعلق به ناشر می باشد. هرگونه برداشت، تکثیر، کپی برداری به هر شکل (چاپ، فتوکپی، انتشار الکترونیکی) بدون اجازه کتبی از ناشر ممنوع بوده و متخلفین تحت پیگرد قانونی قرار خواهند گرفت.

فهرست

عنوان.....	صفحه.....
پیشگفتار.....	۱۳.....
بخش اول: لغزش اعتیاد.....	۲۱.....
اعتیاد و لغزش.....	۲۳.....
حقایقی درباره ماهیت و طبیعت بیماری اعتیاد.....	۲۵.....
فرایند لغزش.....	۳۱.....
مراحل سه گانه لغزش.....	۳۲.....
مرحله اول - انگیز احساسی.....	۳۲.....
مرحله دوم - عززش فکری.....	۳۴.....
مرحله سوم - عززش جسمی.....	۳۵.....
۱۱ قدم لغزش.....	۳۶.....
قدم اول - درماندگی احساسی.....	۳۷.....
قدم دوم - انکار.....	۳۸.....
قدم سوم - رفتارهای افراطی.....	۳۹.....
قدم چهارم - شرایط محیطی.....	۴۰.....
قدم پنجم - غوغای درونی.....	۴۰.....
قدم ششم - آشفتگی بیرونی.....	۴۱.....
قدم هفتم - از دست دادن کنترل.....	۴۱.....
قدم هشتم - افکار معتاد گونه.....	۴۲.....
قدم نهم - مکان های پرخطر.....	۴۲.....
قدم دهم - لغزش.....	۴۳.....
قدم یازدهم - بعد از لغزش.....	۴۳.....
نشانه های هشداردهنده.....	۴۴.....
تغییرات در افکار.....	۴۴.....
تغییرات در دیدگاه.....	۴۸.....
تغییرات در رفتار.....	۴۹.....
ابزارهای پیشگیری.....	۵۰.....
برنامه پیشگیری از لغزش.....	۵۸.....
پس از لغزش.....	۶۶.....

۷۶	نامه‌ای از اعتیاد
۷۹	بخش دوم: ترک اعتیاد
۷۹	۱- ترک اعتیاد
۸۰	۲- سم‌زدایی و خماری
۸۱	۳- نیازهای بهبودی
۸۲	۴- پیشنهادها بهبودی
۸۲	ترک اعتیاد
۸۵	پیشنهادهای روزهای اول ترک
۸۶	درخواست کمک
۹۱	سم‌زدایی حمایتی
۹۲	سازش با علائم رض خماری
۹۷	راهکارهای عملی برای تحمل خماری
۱۰۰	نیازهای بهبودی
۱۰۴	نیازهای جسمی
۱۰۵	برنامه هفتگی بهبودی
۱۱۹	بخش سوم: خانواده معتادان
۱۱۹	ماهیت واقعیت بیماری
۱۲۱	چگونگی در اختیار گذاشتن نحوه بهبودی از تأثیرات اعتیاد به خانواده
۱۲۴	بیماری خانواده
۱۲۵	آزمایش اعضای خانواده
۱۲۶	بیماری خانوادگی اعتیاد
۱۲۶	تأثیرات اعتیاد بر کودکان
۱۲۸	تأثیرات اعتیاد بر همسر
۱۳۰	هم‌وابستگی و حمایت ناسالم
۱۳۰	بهبودی از تأثیرات ویرانگر اعتیاد
۱۳۲	تأثیرات اعتیاد بر خانواده
۱۳۲	مقررات خانواده
۱۳۳	بروز قواعد جدید
۱۳۴	تأثیرات بر احساسات
۱۳۶	تأثیرات بر همسر والدین
۱۳۷	تأثیرات بر کودکان

۱۳۸	سایر تأثیرات مخرب
۱۳۹	نقش‌های خانواده
۱۳۹	نقش‌های مخرب خانواده
۱۴۰	نقش‌های حفاظتی خانواده
۱۴۲	ویژگی‌های شخصیتی ناسالم
۱۴۵	کودکان اعتیاد
۱۴۵	تأثیرات اعتیاد بر کودکان
۱۴۶	ساختار ناسالم خانواده
۱۴۷	کمبود ارتباطات اثربخش
۱۴۸	تأثیر آسیب‌ها بر کودکان
۱۵۰	ویژگی‌های فرد: والدین معتاد
۱۵۳	دوران بزرگسالی کودکان اعتیاد
۱۵۴	نگرانی‌های خانواده
۱۵۷	آیا آن‌ها معتادند؟
۱۵۸	علائم هشداردهنده
۱۵۸	علائم رفتاری
۱۵۸	علائم روانی
۱۵۹	علائم ابتلا به اعتیاد
۱۶۱	اعتیاد و دروغ‌گویی
۱۶۱	چرا معتادان دروغ می‌گویند
۱۶۲	دروغ‌گویی و ماهیت بیماری اعتیاد
۱۶۷	تأثیرات دروغ‌گویی بر اعضای خانواده
۱۶۷	راه‌های صحیح مقابله با دروغ‌گویی
۱۶۹	چگونه آن‌ها را بازداریم؟
۱۶۹	اولویت معتاد در زندگی
۱۷۲	ناتوانی خانواده در برابر اعتیاد
۱۷۲	۱. ممانعت از رسیدن فرد معتاد به آخر خط
۱۷۴	۲. انکار خانواده از پذیرش بیماری اعتیاد
۱۷۵	۳. نجات فرد معتاد از پیامدهای اعتیاد
۱۷۶	نامه‌ای از یک معتاد
۱۷۹	بهبودی خانواده

۱۸۰	 مسئولیت‌های معتاد
۱۸۰	 پذیرش بیماری اعتیاد
۱۸۱	 اقدامات برای بهبودی
۱۸۲	 پذیرش ناتوانی در برابر اعتیاد
۱۸۳	 اقدامات برای بهبودی از تأثیرات اعتیاد
۱۸۴	 پذیرش کلید بهبودی
۱۸۴	 یک دیدگاه جدید نسبت به اعتیاد
۱۸۵	 آغاز سفر به سوی بهبودی
۱۸۷	 راه‌های مؤثر در کمک به معتاد
۱۸۸	 اصول حمایت مؤثر
۱۹۳	 آزمایش حمایت ناسالم
۱۹۵	 تعریف حمایت ناسالم
۱۹۵	 موافقی که کمک‌کننده نیست
۱۹۶	 تفاوت بین حمایت سالم و ناسالم
۱۹۸	 اثرات حمایت ناسالم بر خانواده
۲۰۲	 چگونگی خودداری از حمایت ناسالم
۲۰۲	 عوامل حمایت ناسالم
۲۰۷	 تعیین حدود مرز
۲۰۸	 منظور از حدود مرز چیست؟
۲۱۲	 نمونه‌های حدود مرز
۲۱۴	 مزایای حدود مرز
۲۲۴	 عدم وابستگی عاطفی
۲۲۵	 عدم وابستگی عاطفی چیست؟
۲۲۸	 جلوگیری از وابستگی عاطفی
۲۳۰	 برقراری ارتباط سازنده
۲۳۰	 طرز ارتباط نامؤثر
۲۳۵	 ابزارهای ارتباط مؤثر
۲۴۲	 اصول اولیه ارتباط با معتاد
۲۴۳	 گروه‌های حمایت خانواده
۲۴۷	 گروه‌های حمایت از خانواده معتادان چیست؟
۲۵۱	 ۱۲ قدم گروه‌های حمایت از خانواده معتادان

۲۵۳	منابع و مآخذ
۲۵۳	منابع فارسی
۲۵۴	منابع انگلیسی

www.ketab.ir

پیشگفتار

در جهان امروز، مصرف مواد مخدر به مثابه یکی از غم‌انگیزترین تراژدی‌ها، ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی زندگی بسیاری از انسان‌ها را متأثر می‌سازد. مصرف طولانی‌مدت مواد مخدر با ایجاد اعتیاد نه تنها تأثیر سوء در وضعیت اقتصادی و اجتماعی شخص مصرف‌کننده یا معتاد می‌گذارد، بلکه در تفاهم خانوادگی نیز نقش تعیین‌کننده‌ای را ایفا می‌کند. این معضل دیرین، دامن‌گیر اکثریت قریب به اتفاق کشورها است و تقریباً در کلیه جوامع به‌طور روزافزونی قربانی می‌گیرد.

افزایش ناملایمات اجتماعی و کمرنگ شدن بعد عاطفی زندگی، موجب سرخوردگی و گرایش به سوءمصرف مواد مخدر عده زیادی از جمعیت کشورها، به‌ویژه نسل جوان، می‌گردد. به همین جهت در سال‌های اخیر، جهانیان شاهد گسترش بیشتر اعتیاد به مواد مخدر هستند.

چونکه برخی از نویسندگان، یکی از مشکلات جدی و حاد جوامع امروزی را مصرف روزافزون مواد مخدر و داروهای روان‌گردان دانسته و چند دهه اخیر را «عصر دارو» نام‌گذاری کرده‌اند، چنین روندی موجب نگرانی دولتمردان کشورهای مختلف شده است. ازجمله مهرتربینان این نگرانی‌ها به اضمحلال کشیده شدن نیروی انسانی کشور و بار مالی حاصل از آن است. درواقع، مصرف مواد مخدر، علاوه بر ایجاد مشکلاتی که به آن‌ها اشاره شد، مسأله دیگری مانند ضعف توانمندی شغلی، فقر و ارتکاب رفتارهای ضدا اجتماعی را نیز در پی می‌آورد، زیرا ارتباط تنگاتنگی میان رفتارهای مخاطره‌آمیز وجود دارد. بنابر آن که به عنوان مثال در تحقیقی در کالج نیوانگلند دریافتند 60 درصد از دانشجویانی که مرتب به مصرف الکی مصرف می‌کنند از چند ماده مخدر دیگر هم استفاده می‌نمایند.

به همین ترتیب، بنتین و همکارانش در سال 1991 ضریب همبستگی مثبت زیادی بین مصرف مواد مخدر و ارتکاب تعداد زیادی از رفتارهای ضدا اجتماعی دیگر به دست آوردند. با توجه به این واقعیت‌ها است که برخی از محققان مصرف مواد مخدر را یک سندرم (Syndrome) تلقی می‌کنند تا یک رفتار معین.

یکی از عمده‌ترین دلایل نگرانی کشورها، شیوع اعتیاد در میان جوانان در سنین پایین‌تر و حتی در بین زنان است. بنا به گزارشی New South Wales drug and Alcohol سن شروع به اعتیاد کاهش پیدا کرده است.

همچنین طبق نتایج به‌دست‌آمده تحقیقاتی که توسط مکی مک آلیستر انجام گرفته‌اند، تعداد زنان جوانی که سیگار می‌کشند، نزدیک به تعداد مردان سیگاری هم سن آن‌ها شده است. شیوع مصرف مواد مخدر در میان قشر عظیمی از جمعیت کشورها

میزان مرگ و میر ناهنگام را افزایش داده است. چنانکه بررسی‌ها نشان می‌دهند، از هر پنج مرگی که در کشور استرالیا اتفاق می‌افتد، یکی بر اثر مشکلات حاصل از مصرف مواد مخدر است همچنین بنا به نوشته میرفخرایی متجاوز از یک چهارم تلفات جانی جامعه آمریکا مربوط به مصرف مواد مخدر است. مصرف سیگار و الکل به تنهایی موجب مرگ زودرس حدود یک میلیون نفر از ساکنان کشور آمریکا در سال می‌گردد. به همین ترتیب، در انگلستان، بیش از یک صد هزار نفر در سال بر اثر اعتیاد جان خود را از دست می‌دهند.

به دلیل شرایط اقلیمی ویژه، وضع کم‌وبیش مشابهی بر جامعه ایران حکم فرما است. قرار گرفتن در جوار دو کشور تولیدکننده مواد مخدر، جوان بودن جمعیت کشور و مسائل اجتماعی، مبارزه با مبادلات و مصرف مواد مخدر را با شرایط پیچیده‌تری مواجه ساخته است. رئیس سازمان بهزیستی با حضور دبیر کل مبارزه با مواد مخدر، در مصاحبه‌ای مدتی با اعلام افزایش معتادان، تعداد آن‌ها را در گزارش رسمی کشور یک میلیون و سیصد هزار نفر اعلام کرد.

اگر جمعیت کشور را ۸۰ میلیون نفر در نظر بگیریم، حدود ۲۸ درصد از آن‌ها با اعتیاد دست‌وپنجه نرم می‌کنند. کسانی که یافته‌های تحقیقی اسپنسر و آقایی در میان جوانان ایران نشان می‌دهند که حدود ۱۶ درصد از آن‌ها به مصرف مواد مخدر پرداخته‌اند. چنین روند رو به رشدی حاکی از آن است که روش‌های معمول پیشگیری، معالجه یا مبارزه تاکنون کارساز نبوده‌اند. شاید استفاده از نظریه‌های روان‌شناختی در تغییر رفتار بتواند راهی برای تغییر این روند باشد. یکی از نظریه‌های ارزشمند روانشناسی در این زمینه، نظریه یا الگوی باور داشت تندرستی است. این نظریه برای درک و پیش‌بینی رفتارهای مخاطره‌آمیز علیه سلامتی است. نظریه باور داشت تندرستی در دهه ۱۹۵۰ میلادی توسط روانشناسان آمریکایی، به جامعه روانشناسی و علوم تربیتی ارائه شد. این نظریه بعداً توسط افرادی مانند میمن و بکر، هوخس و روزن استاک، به صورت منسجم‌تری در آمد. بیش از سه دهه است که این نظریه به عنوان یک ابزار روانی - اجتماعی مورد استفاده محققان روانشناسی، جامعه‌شناسی و روان‌پزشکی برای تبیین رفتار مخاطره‌آمیز قرار گرفته است. نظریه باور داشت تندرستی دارای چهار مؤلفه اساسی است که به کمک آن‌ها به پیش‌بینی رفتار یا سوء رفتار معینی (در اینجا مصرف مواد مخدر) می‌پردازد. این مؤلفه‌ها به ترتیب عبارت‌اند از حساسیت اداره شده، وخامت ادراک شده، منافع ادراک شده و موانع ادراک شده. حساسیت ادراک شده به آسیب‌پذیری فرد بازمی‌گردد؛ یعنی کسی که به مصرف مواد مخدر می‌پردازد، تصور می‌کند که احتمال ابتلای وی به آسیب‌های حاصل از اعتیاد - اعم از جسمانی، خانوادگی، شخصیتی،

اجتماعی و حتی قانونی - بسیار کم است. برحسب مؤلفه و خامت ادراک‌شده، شخص مزبور شدت خطرات ناشی از مصرف را در مورد خویش باور ندارد. منظور از منافع ادراک‌شده این است که از مصرف چنین موادی، منافع عاید فرد مصرف‌کننده می‌شود، چنان‌که فرضاً از این راه به گروهی که برایش اهمیت دارد می‌پیوندد، یا این کار برایش لذت‌بخش است. موانع ادراک‌شده گویای این امر است که برای ترک این رفتار و یا سوء رفتار، موانعی وجود دارد. چنان‌که فرضاً شخص در اثر اجتناب از مصرف مواد که به‌عنوان هنجار (نرم) گروهی که به آن متعلق است دوستان خود را از دست می‌دهد، یا اینکه از نظر جسمی و روانی دچار ناراحتی می‌شود.

گلانست و همکاران، همراه با روزن استاک و بکر میمن دو مؤلفه اولیه را که مربوط به نظرات حاصل از مصرف مواد مخدر است، «تهدید» و مؤلفه دیگر را که به نتایجی که انتظار می‌رود شخص در اثر مصرف به آن برسد، «نتایج مورد انتظار» می‌نامند. این محقق، مؤلفه دیگری به نام خود - اثربخشی بر آن افزود. ولی این مؤلفه معمولاً در همه مواد استاندارد از HBM به کار نمی‌رود. برخی از محققان معتقدند که S-E در کلیه کارها عمومی است و لذا نمی‌تواند خاص مصرف مواد مخدر یا سوء رفتار دیگری تلقی گردد. برخی از نظریه پردازان معتقدند که عوامل دیگری نیز به‌عنوان متغیرهای اصلاحی می‌توانند در پیش‌بینی اعمال مخاطره‌آمیز، مانند استعمال مواد مخدر، با مؤلفه‌های دیگر نظریه باور داشت تندرستی همراهی کنند. مهم‌ترین متغیرهای اصلاحی از نظر این نویسندگان، مسائل فرهنگی و خصوصیات فردی هستند که به‌عنوان رهنمودهای عمل با تأثیرگذاری بر چهار مؤلفه اصلی نظریه HBM فرد را به‌طور غیرمستقیم به‌سوی انجام عملی رهنمون می‌شود؛ چنان‌که به‌عنوان مثال، وضعیت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی یا تحصیلی شخص می‌تواند موجب گرایش وی به انجام یک عمل مخاطره‌آمیز گردد.

توانمندی پیش‌بینی‌شده نظریه HBM توسط بسیاری از محققان به اثبات رسیده است. با این وصف، از دید برخی دیگر از نویسندگان، نظریه HBM می‌تواند سایر نظریه‌های تحقیقاتی، دارای محدودیت‌هایی است. به نظر دنیسون، این محدودیت‌ها مربوط به این می‌شود که در بسیاری از پژوهش‌ها مؤلفه‌های انتخابی، مورد استفاده قرار می‌گیرند. کمتر پژوهشی یافت می‌شود که کلیه مؤلفه‌های HBM را یکجا به کار ببرد و یا اقدام به ادغام این نظریه‌های دیگر نکرده باشد. دیگر این که HBM به‌عنوان الگویی روان‌شناختی، عوامل دیگر مؤثر در رفتار فرد، مانند عوامل محیطی را نادیده گرفته است، درحالی‌که این عوامل در انجام رفتار واجد اهمیت‌اند؛ چنانکه ممکن است شخص، در اثر گرایش مثبت بعضی از افراد مهم زندگی خویش، اقدام به انجام امری کند.

در پاسخ به این خرده‌گیری‌ها می‌توان گفت که در غالب پژوهش‌هایی که در این زمینه انجام گردیده، چهار مؤلفه اصلی به کار گرفته شده‌اند. همچنین انتخاب مؤلفه‌های مختلف از نظریه‌های مشابه، خاص پژوهش‌های مربوط به این نظریه نیست، بلکه در بسیاری از تحقیقات در زمینه علوم انسانی چنین استفاده‌هایی از نظریه‌ها به عمل می‌آید. علاوه بر این، عوامل منافع و موانع ادراک شده تا حدودی جنبه‌های محیطی یا اجتماعی نظریه HBM را تأمین می‌کنند. چنانکه ممکن است شخص، برای پذیرفته شدن در یک گروه بهره‌مند گشتن از کمک‌های آن، به انجام اموری به پردازند که برای گروه اهمیت دارند. بالعکس، ممکن است شخص مزبور به منظور اجتناب از ترک دوستان یا یک گروه از انجام کاری، مانند ترک مواد مخدر، صرف نظر نماید. توجه به این واقعیت‌ها و دقت در نتایج پژوهش‌های انجام شده از توانمندی HBM در پیش‌بینی رفتار مخاطره‌آمیز، از جمله استعمال مواد مخدر حکایت می‌کنند. در اینجا، به‌عنوان ادبیات تحقیق، به بیان برخی از پژوهش‌های قابل توجهی که با به‌کارگیری HBM در مطالعه مصرف مواد مخدر انجام گرفته است، می‌پردازیم.

استاکتون، هاکس، و نقیش HBM را در مصرف دخانیات در محل کار و در یک طیف زمانی ۳۰ ساله مورد بررسی قرار دادند. در این تحقیق، 4 مؤلفه اصلی از مؤلفه‌های HBM، به علاوه مؤلفه خودپنداری، مورد استفاده قرار گرفت. همچنین 844 نفر از کارمندان 63 شرکت در آمریکا به‌عنوان اعضای نمونه به‌طور تصادفی انتخاب شدند. یافته‌های این بررسی حاکی از آن بود که منافع ادراک شده نسبت به چهار مؤلفه دیگر، قدرت بیشتری در پیش‌بینی مصرف دارد.

گرچه نمونه تحقیق یاد شده دارای اعضای متعددی بود که به‌طور تصادفی انتخاب شده بودند و نیز تعداد مؤلفه‌های به کار گرفته شده و به کار مطالعه مناسب به نظر می‌رسند، ولی در تعمیم نتایج به دست آمده به جوامع عمومی باید احتاط بود، زیرا معمولاً در زمان استراحت، کارمندان یک سازمان سعی بر آن دارند تا با استفاده از سیگار یا صرف یک نوشیدنی به سایر همکاران بپیوندند و دوستی برقرار کنند یا آن را حفظ نمایند؛ یعنی منافع هر یک از آن‌ها ایجاب می‌کند که با توسل به وسیله‌ای که جهت ایجاد ارتباط دوستانه با دیگران در محل کار، احساس امنیت بیشتری داشته باشند. ممکن است چنین شرایطی در مجامع دیگر کمتر مصداق پیدا کند.

تحقیق دیگری در این زمینه توسط اسمال، سیلوربرگ و کرنز در میان دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه در یکی از دبیرستان‌های بزرگ ایالات متحده انجام گرفت. در این بررسی، از دو مؤلفه منافع و موانع ادراک شده HBM استفاده شد. رفتارهای مخاطره‌آمیز مورد بررسی عبارت بودند از مصرف مشروبات الکلی و ارتباط جنسی زودرس. نتایج

به دست آمده نشان دادند که دختران بیش از پسران موانع پرداختن به این رفتارها را درک می کنند. بدین معنی که دخترها از هزینه مربوطه و دچار شدن به بیماری نگران بودند. علاوه بر این، در کلاس های بالاتر، یافته های خویش را در قالب چکیده اعلام داشتند که پسران بیش از دختران جذب رفتار مخاطره آمیز مضر برای تندرستی می شوند. همچنین، با افزایش سن، درک موانع پرداختن به چنین رفتارهایی گسترده تر می شود.

گرچه موانع ادراک شده یکی از قوی ترین مؤلفه های HBM است، ولی جامعه مورد بررسی این تحقیق، محدود به یک دبیرستان بوده است. علاوه بر این، محققان صرفاً افزایش سن را در گسترش درک موانع مؤثر دانسته اند، در حالی که متغیر افزایش اطلاعات در کلاس های بالاتر در اینجا کنترل نشده است. احتمال دارد که با ارتقای سطح دو، های آموزشی، آگاهی دانش پژوهان نیز از خطرات حاصل از چنین رفتارهایی افزایش پیدا کرده باشد.

هان به بررسی ارتباط بین مصرف مواد مخدر والدین و کودکان پیش دبستانی و مشارکت آن ها در این کار ای برنامه های پیشگیری از استفاده مواد مزبور توسط کودکان خویش پرداخت.

چهارچوب نظری این تحقیق به واسطه HBM و نمونه مورد بررسی آن دوست نفر از والدین مورد نظر بود. از نظر باور داشتند، پذیری و وخامت حاصل از مصرف مواد مخدر، بین افرادی که به مصرف یکی از این مواد می پرداختند و آن هایی که مصرف نمی کردند، تفاوت معنی داری وجود داشت. همچنین مصرف کنندگان مواد به اینکه احتمال دارد زمانی فرزندشان نیز درگیر این مسئله شود، بار مضاعفی داشتند. لذا این افراد در برنامه های اولیه پیشگیری شرکت نمی کردند. البته ای این تحقیق بر توانمندی پیش بینی مؤلفه آسیب پذیری ادراک شده در HBM گواهی می دهند. با این وجود، از آنجاکه امکان دارد این والدین با تصور اینکه کودکان پیش دبستانی در سن در سن کم هستند و هنوز فرصت کافی برای آن ها وجود دارد تا فکری به حال فرزندشان ندهند تا به ترک ماده مورد مصرف خود اقدام نمایند، زیاد است. به همین جهت، ممکن است ضعف باور داشت آن ها در مورد درگیر شدن فرزندشان در مصرف مواد مخدر به مدت زمان و امکان انتخاب یکی از راه های اجتناب از این معضل در مدت مزبور بازگردد.

تحقیق دیگری را جانسون در میان جوانان آمریکایی انجام داد. در این بررسی، محقق با به کارگیری حساسیت پذیری، وخامت ادراک شده و رهنمود عمل از نظریه HBM به پیش بینی مصرف مواد مخدر پرداخت. نتایج به دست آمده نشان دادند که وخامت ادراک شده، بیشترین همبستگی را با کاهش مصرف مواد مزبور دارد.