

کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی در شناسایی باورهای مرتبط با مصرف استروئیدهای آنابولیک در بین ورزشکاران بدن ساز

فرزاد جلیلیان^۱؛ حمید اله وردی پور^{۲*}

چکیده

زمینه: افزایش بی‌رویه سوء مصرف استروئیدهای آنابولیک در میان جوانان یکی از مشکلات شایع بهداشتی در عرصه جهانی است. تمایل شدید جوانان برای داشتن تناسب اندام و باورهای غلط در زمینه مصرف آنابولیک استروئیدها از دلایل مهم رفتاری مصرف این مواد می‌باشد. این مطالعه به تعیین شیوع و باورهای مرتبط با مصرف این مواد در میان ورزشکاران مراجعه‌کننده به سالن‌های بدن‌سازی پرداخته است.

روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی-مقطعی است که در بین ۳۰۰ نفر از ورزشکاران شهر همدان انجام گرفت. نمونه‌گیری به صورت طبقه‌بندی تصادفی انجام و اطلاعات در زمینه متغیرهای جمعیت‌شناختی، سوء مصرف استروئیدهای آنابولیک و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی با استفاده از پرسشنامه و روش خودگزارش‌دهی جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS 13 انجام گرفت.

یافته‌ها: تعداد ۷۳ نفر (۲۴/۳٪) از ورزشکاران، گزارش کردند که از استروئیدهای آنابولیک استفاده می‌کنند. بیشترین استروئید آنابولیک مصرفی آنادول بود. اکثر مصرف‌کنندگان مهم‌ترین دلیل برای مصرف استروئیدهای آنابولیک را زیبایی اندام ذکر کردند. شدت ($OR=۰/۶۷۵$ و $P=۰/۰۰۰$) و خودکارآمدی درک‌شده ($OR=۰/۷۹۶$ و $P=۰/۰۰۰$)، پیش‌بینی‌کننده‌های قوی مصرف استروئیدهای آنابولیک بودند.

نتیجه‌گیری: طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی به منظور افزایش خودکارآمدی و اطلاع‌رسانی در رابطه با عوارض و افزایش درک خطر مصرف این داروها در بین ورزشکاران می‌تواند نتایج سودمندی را در پیشگیری از مصرف این گونه مواد به دنبال داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: استروئیدهای آنابولیک، سوء مصرف مواد، مدل اعتقاد بهداشتی، خودکارآمدی

«دریافت: ۱۳۹۰/۴/۳۰ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۰/۲۷»

۱. کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد همدان

۲. گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

* عهده‌دار مکاتبات: دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تلفن: ۰۴۱۱-۳۳۴۴۷۳۱

E-mail: hallahverdipour@tbzmed.ac.ir

مقدمه

اختلالات تغذیه‌ای و عادات مصرف مواد نیروزا در بین جوانان و نوجوانان گردیده و برخاسته از باورهای مرتبط با فیزیک بدنی مناسب است (۱ و ۲). تعداد زیادی از نوجوانان و جوانان معتقدند مردانی که دارای عضلات بزرگتری هستند از جذابیت بیشتری برخوردارند (۳). از سوی دیگر، ایجاد یک نارضایتی از تیپ بدنی در بین برخی افراد و تمایل به تغییر آن یکی از عوامل انگیزشی

افزایش مصرف داروهای آنابولیک استروئید بدون توجه به عوارض سوء ناشی از مصرف این مواد از عوامل مهم تهدیدکننده سلامت جوانان است. از جمله مسائلی که در سال‌های اخیر، نظر جوانان و نوجوانان بسیاری را به خود جلب کرده است توجه به ظاهر بدنی به وسیله افزایش حجم و توده عضلانی است این امر باعث افزایش شیوع

در این خصوص مدل اعتقاد بهداشتی به‌عنوان یکی از تئوری‌های تحلیل‌کننده رفتار مطرح شده است که در مطالعات متعدد و در زمینه‌های مختلف رفتارهای پیشگیری‌کننده (۹ و ۱۰) کاربرد دارد. در رابطه با مصرف استروئیدهای آنابولیک نیز مک‌کینون (۱۳) و گلدبرگ (Goldberg) (۲۹) در مطالعات خود با بهره‌گیری از مدل اعتقاد بهداشتی به بررسی عوامل مؤثر بر مصرف و طراحی برنامه‌های پیشگیرانه در خصوص مصرف این مواد در بین ورزشکاران پرداختند. مدل اعتقاد بهداشتی بر این نکته تأکید دارد که چگونه ادراک و باورهای فردی در زمینه ترس از مشکل بهداشتی و ارزیابی منافع و موانع رفتار پیشگیری‌کننده سبب اتخاذ رفتار می‌شود (۸). بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی، برای اتخاذ عملکردهای پیشگیری‌کننده، افراد باید نخست در برابر مسأله، احساس خطر نمایند (حساسیت درک‌شده) و سپس عمق این خطر و جدی بودن عوارض مختلف جسمی و روانی مصرف این مواد را درک کنند (شدت درک شده) و در صورت ارزیابی مثبت منافع و نبود موانع جدی نسبت به اتخاذ رفتار پیشگیری‌کننده اقدام کنند (۱۱). خودکارآمدی نیز اطمینان خاطر است که شخص درباره انجام فعالیت خاصی احساس می‌نماید. در صورت داشتن خودکارآمدی زیاد، فرد به راحتی رفتار بهداشتی را انجام می‌دهد (۱۲). با توجه به اهمیت موضوع و ورود انواع مختلف آنابولیک استروئیدها به بازار مصرف و تغییرات سریع در الگوی مصرف، در این مطالعه شیوع مصرف استروئیدهای آنابولیک در بین ورزشکاران عضو باشگاه‌های بدن‌سازی شهر همدان و همچنین باورهای مرتبط با مصرف این مواد با بهره‌گیری از برخی سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی (حساسیت، شدت و خودکارآمدی درک شده) بررسی شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - مقطعی (Cross-Sectional) است که در زمستان سال ۱۳۸۷ بر

قوی در مصرف برخی داروها، همچون استروئیدهای آنابولیک است (۱ و ۲). هدف اصلی از مصرف این مواد، افزایش توده عضلانی و بهبود شکل ظاهری بدن می‌باشد (۳). این در حالیست که این داروها عوارض سوء متعددی دارند. مصرف این مواد به‌خصوص به‌صورت طولانی مدت سبب ابتلاء به بسیاری از بیماری‌ها مانند سکت قلبی، بزرگ شدن پستان‌ها، سمیت کبدی و سرکوب غدد عصبی درون‌ریز می‌شود (۴). از دیگر عوارض و اثرات جانبی این مواد می‌توان آکنه، رویش موهای صورت، خشونت و تغییر صدا، طاسی با الگوی مردانه، تغییر در تمایلات جنسی و آتروفی بیضه‌ها را نام برد (۵). در تحقیقات متعددی که بر روی مصرف‌کنندگان استروئیدها انجام گرفته، نشان داده شده است که این افراد علاوه بر تهدید سلامت جسمی‌شان، دچار اختلالات رفتاری و شخصیتی و بروز رفتارهای خشن نیز می‌شوند (۳ و ۵). همچنین مصرف استروئیدها می‌تواند به‌عنوان زمینه‌ساز یا مقدمه‌ای برای مصرف مواد دیگری همچون مواد مخدر و الکل باشد (۳ و ۶).

مطالعات متعددی در ایران بیانگر افزایش میزان مصرف مواد آنابولیک استروئید است. مطالعه رحیمی و همکاران بر روی گروهی از ورزشکاران در کرمانشاه بیانگر میزان مصرف ۵۰/۱۴ درصدی بوده است (۷). نجومی و بهروان (۱۶) این میزان را در بین ورزشکاران بدن‌ساز شهر کرج ۱۳ درصد بیان کرده‌اند. کاشی و همکاران (۱۹) نیز در مطالعه خود گزارش کرده‌اند ۶۳/۳ درصد از ورزشکاران ایرانی، حداقل یک‌بار سابقه مصرف استروئیدهای آنابولیک را دارند.

آگاهی متخصصین بهداشت جامعه و داشتن رویکردهای مبتنی بر تئوری در رابطه با دلایل مصرف مواد آنابولیک استروئید توسط ورزشکاران و باورهای مرتبط با تهدید درک‌شده از یک‌سو و منافع و موانع درک‌شده از سوی دیگر در ترغیب جوانان به مصرف استروئیدهای آنابولیک، می‌تواند متخصصین را در طراحی یک برنامه آموزشی مناسب و اثربخش راهنمایی کند (۸).

ذکر شده، تیم تحقیق با بهره‌گیری از مطالعات مشابه انجام گرفته و به‌ویژه مطالعه دیوید مک‌کینون (۱۳)، پرسشنامه‌های فوق را به سبک پرسشنامه‌های لیکرت و با مقیاس پاسخ‌دهی ۵ رتبه‌ای طراحی کرد. ارزشیابی و تأیید اعتبار محتوا و ساختار پرسش‌نامه‌های طراحی شده از طریق استفاده از نظرات گروه کارشناس در زمینه مورد مطالعه انجام گردید. همچنین برای سنجش پایایی پرسشنامه‌ها یک مطالعه مقدماتی بر روی ۳۰ نفر از ورزشکاران مراجعه‌کننده به باشگاه‌های بدن‌سازی آقایان شهر همدان انجام گردید و با به‌کارگیری آزمون آلفا کرونباخ، پایایی پرسشنامه‌ها محاسبه شد.

قسمت خودکارآمدی درک‌شده شامل ۶ سؤال بود که در یک مقیاس ۵ گزینه‌ای از ۱ (خیلی کم) تا ۵ (خیلی زیاد) پاسخ داده می‌شد و کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده خودکارآمدی بیشتر در رسیدن به اندام مناسب بدون استفاده از استروئیدهای آنابولیک بود. ضریب آلفا پرسشنامه خودکارآمدی درک‌شده برابر ۰/۸۸ برآورد گردید.

حساسیت درک‌شده شامل ۳ سؤال بود که مشابه قسمت پیشین نمره‌گذاری می‌شد و کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده حساسیت بیشتر فرد از احساس در معرض خطر بودن برای عوارض ناشی از مصرف استروئیدهای آنابولیک بود. ضریب آلفا پرسشنامه خودکارآمدی درک‌شده نیز برابر ۰/۷۸ برآورد گردید.

در نهایت، شدت درک‌شده شامل ۳ سؤال و با سیستم نمره‌دهی مشابه بود. ضریب آلفا پرسشنامه شدت درک‌شده برابر ۰/۶۹ برآورد گردید.

اطلاعات جمع‌آوری شده وارد نرم‌افزار آماری SPSS 13 شد و با بهره‌گیری از آزمون‌های آماری مناسب (مجذور کای، t مستقل و آنالیز رگرسیون لجستیک) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

نتایج به‌دست‌آمده در زمینه متغیرهای جمعیت‌شناختی نشان داد که دامنه سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش

روی ۳۰۰ نفر از ورزشکاران مراجعه‌کننده به باشگاه‌های بدن‌سازی آقایان شهر همدان انجام گرفت. نحوه نمونه‌گیری بدین شرح بود که ابتدا نواحی مختلف شهر را که بر اساس منطقه جغرافیایی تقسیم شده به‌عنوان طبقات در نظر گرفتیم. پس از تقسیم‌بندی شهر همدان به سه منطقه جغرافیایی از بین باشگاه‌های بدن‌سازی موجود در آن مناطق با توجه به تعداد باشگاه‌ها به‌ترتیب از منطقه یک ۵ باشگاه، منطقه دو ۴ باشگاه و منطقه سه ۳ باشگاه به تصادف انتخاب شدند، سپس از بین ورزشکاران مراجعه‌کننده به هر باشگاه، ۲۵ نفر به‌طور تصادفی انتخاب شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش شامل دو بخش بود و اطلاعات به‌صورت خودگزارش‌دهی (Self-Report) از ورزشکاران جمع‌آوری شد.

در بخش اول، اطلاعات جمعیت‌شناختی و زمینه‌ای گردآوری شد. این بخش شامل ۱۲ سؤال بود و اطلاعات ورزشکاران در خصوص سن (به سال)، میزان تحصیلات (ابتدایی، راهنمایی، دیپلم و تحصیلات دانشگاهی)، وضعیت تأهل (مجرد-متاهل)، مدت‌زمان فعالیت در باشگاه بدنسازی (به ماه)، مصرف سیگار (بله-خیر)، مصرف الکل (بله-خیر)، مصرف استروئیدهای آنابولیک توسط بهترین دوست بدنساز (بله-خیر)، مصرف استروئیدهای آنابولیک توسط مربی بدنساز (بله-خیر)، مصرف استروئیدهای آنابولیک در گذشته (بله-خیر)، مصرف استروئیدهای آنابولیک در یک ماه گذشته (بله-خیر)، مهم‌ترین دلیل مصرف استروئیدهای آنابولیک (قوی شدن، جلب توجه دیگران، مقاصد ورزشی، زیبایی اندام و موارد دیگر) و نوع استروئید آنابولیک مصرفی (تستسترون، آنادرول، دیانابول، نادرلون، اکسی نادرلون، متیل تستسترون، دورابولین، اس تانازول، وینسترال، سوستانول و مواد دیگر) را مورد ارزیابی قرار می‌داد.

در بخش دوم، سؤالات مربوط به حساسیت، شدت و خودکارآمدی درک‌شده با استفاده از پرسشنامه‌های محقق‌ساخته پرسیده می‌شد. برای اندازه‌گیری متغیرهای

آنابولیک را به ترتیب زیبایی اندام (۳۵ نفر، ۱۱/۷٪)، جلب توجه دیگران (۱۵ نفر، ۵٪)، اهداف ورزشی (۱۴ نفر، ۴/۶٪) و قوی شدن (۹ نفر، ۳٪) گزارش کردند. همچنین بررسی میانگین سازه‌های شدت و حساسیت درک‌شده و خودکارآمدی نشان داد که میانگین نمره شدت درک‌شده ۸/۳۲ با انحراف معیار ۲/۶۷، حساسیت درک‌شده ۲۰/۳۱ با انحراف معیار ۲/۹۰ و خودکارآمدی درک‌شده ۵/۲۸ است.

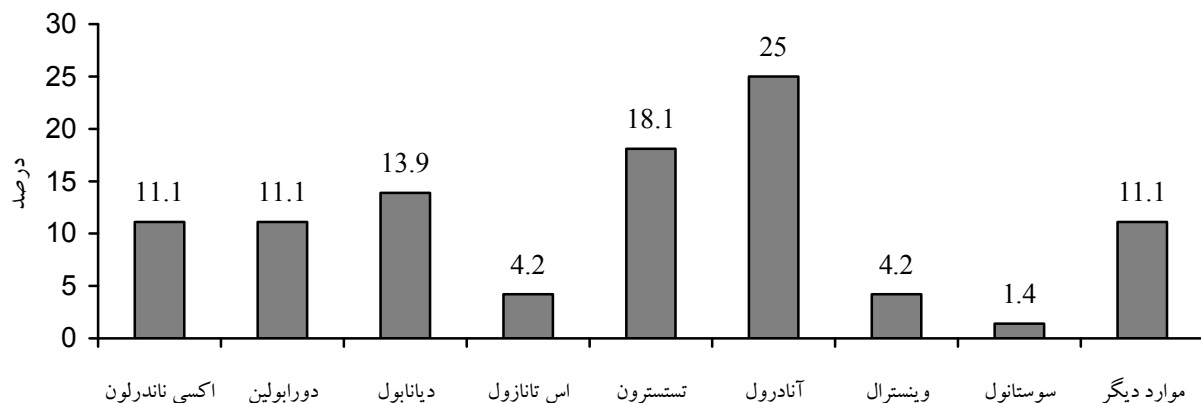
نتایج نشان داد که بین تحصیلات، مصرف الکل، مصرف سیگار، مصرف استروئیدهای آنابولیک توسط مربی و بهترین دوست بدن‌ساز و مصرف استروئیدهای آنابولیک توسط ورزشکار ($P=0/05$) رابطه معنادار وجود دارد (جدول ۱). از سوی دیگر بین وضعیت تأهل، سابقه فعالیت در باشگاه بدن‌سازی و سن با مصرف استروئیدهای آنابولیک، رابطه معناداری دیده نشد.

همچنین با بهره‌گیری از آنالیز رگرسیون لجستیک، پیش‌بینی‌کنندگی سازه‌های حساسیت، شدت و خودکارآمدی درک‌شده در مصرف استروئیدهای آنابولیک بررسی شد. در مرحله دوم مدل نهایی مشخص شد که سازه‌های شدت و خودکارآمدی درک‌شده به‌عنوان فاکتورهای قوی پیش‌بینی‌کننده امتناع از مصرف استروئیدهای آنابولیک عمل می‌کنند (جدول ۲).

۴۳-۱۵ سال و میانگین سنی آنان ۲۳/۷۰ سال است. بررسی وضعیت تحصیلی جامعه مورد مطالعه نشان داد که ۳ درصد (۹ نفر) دارای تحصیلات ابتدایی، ۲۳ درصد (۶۹ نفر) راهنمایی، ۵۴/۷ درصد (۱۶۴ نفر) دیپلم و ۱۹/۳ درصد (۵۸ نفر) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. در رابطه با وضعیت تأهل، ۴۳ نفر (۱۴/۳٪) از شرکت‌کنندگان در مطالعه متأهل و ۲۵۷ نفر (۸۵/۷٪) مجرد بودند.

بررسی رفتارهای پرخطر در بین گروه مورد بررسی نشان داد که ۱۷/۷ درصد (۵۳ نفر) از شرکت‌کنندگان، مصرف سیگار و ۲۸/۳ درصد (۸۵ نفر)، مصرف مشروبات الکلی را گزارش کرده‌اند. همچنین میزان مصرف استروئیدهای آنابولیک در یک ماه گذشته، ۲۴/۳ درصد (۷۳ نفر) بود و ۳۸ درصد (۱۱۴ نفر) از آنان نیز سابقه مصرف استروئیدهای آنابولیک را در گذشته گزارش کردند. از طرفی، ۵۱/۳ درصد (۱۵۴ نفر) از ورزشکاران گزارش کرده بودند که مربیان بدن‌ساز آنان از استروئیدهای آنابولیک استفاده می‌کنند. ۵۵ درصد (۱۶۵ نفر) از ورزشکاران نیز گزارش کرده بودند که بهترین دوست بدن‌ساز آنان از استروئیدهای آنابولیک استفاده می‌کند. به‌علاوه بیشترین استروئید آنابولیک مصرفی در این مطالعه، آنادرول با ۲۵ درصد و به‌دنبال آن تستسترون (۱۸/۱٪) و دیابانول (۱۳/۹٪) بود (نمودار ۱).

مصرف‌کنندگان مهم‌ترین دلیل مصرف استروئیدهای



نمودار ۱- درصد فراوانی نوع استروئید آنابولیک مصرفی در میان افراد مصرف‌کننده

جدول ۱- بررسی رابطه بین متغیرهای زمینه‌ای و مصرف استروئیدهای آنابولیک

P value	مصرف استروئیدهای آنابولیک				متغیر
	خیر		بله		
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۰۱۳	۱	۳	۲	۶	ابتدایی
	۱۶/۷	۵۰	۶/۳	۱۹	راهتمائی
	۴۲	۱۲۶	۱۲/۷	۳۸	دیپلم
	۱۶	۴۸	۳/۳	۱۰	دانشگاهی
<۰/۰۰۱	۸/۷	۲۶	۹	۲۷	بله
	۶۷	۲۰۱	۱۵/۳	۴۶	خیر
<۰/۰۰۱	۱۷/۳	۵۲	۱۱	۳۳	بله
	۵۸/۴	۱۷۵	۱۳/۳	۴۰	خیر
<۰/۰۰۱	۳۱	۹۳	۲۰/۳	۶۱	بله
	۴۴/۷	۱۳۴	۴	۱۲	خیر
<۰/۰۰۱	۳۳	۹۹	۲۲	۶۶	بله
	۴۲/۷	۱۲۸	۲/۳	۷	خیر
		۲۲۷		۷۳	مجموع

جدول ۲- آنالیز رگرسیون لجستیک برای متغیرهای حساسیت، شدت و خودکارآمدی درک‌شده به‌عنوان پیشگویی‌کننده رفتار (مصرف

استروئیدهای آنابولیک)

95.0% C.I. for EXP(B)		OR	P value	Wald	β (SE)	β	متغیرها	مرحله
Upper	Lower							
۱/۱۶۲	۰/۹۰۳	۱/۰۲۴	۰/۷۰۷	۰/۱۴۲	۰/۰۶۴	۰/۰۲۴	حساسیت درک‌شده	اول
۰/۷۹۱	۰/۵۷۳	۰/۶۷۳	۰/۰۰۰	۲۳/۰۹۰	۰/۰۸۲	-۰/۳۹۶	شدت درک‌شده	
۰/۸۶۵	۰/۷۳۶	۰/۷۹۸	۰/۰۰۰	۲۹/۸۶۲	۰/۰۴۱	-۰/۲۲۶	خودکارآمدی درک‌شده	
-	-	۵۸۴/۳۶۰	۰/۰۰۰	۳۱/۱۸۱	۱/۱۴۱	۶/۳۷۱	Constant	
۰/۷۹۲	۰/۵۷۴	۰/۶۷۵	۰/۰۰۰	۲۳/۰۲۹	۰/۰۸۲	-۰/۳۹۴	شدت درک‌شده	دوم
۰/۸۶۳	۰/۷۳۵	۰/۷۹۶	۰/۰۰۰	۳۰/۹۴۰	۰/۰۴۱	-۰/۲۲۸	خودکارآمدی درک‌شده	
-	-	۷۴۰/۷۳۰	۰/۰۰۰	۴۷/۲۸۸	۰/۹۶۱	۶/۶۰۸	Constant	

روش: Backward Stepwise Wald

متغیر وابسته: مصرف استروئیدهای آنابولیک

مدل نهائی (مرحله دوم): شدت درک‌شده و خودکارآمدی درک‌شده

بحث

این مطالعه که با هدف تعیین میزان شیوع مصرف استروئیدهای آنابولیک و باورهای مرتبط با مصرف این مواد (با بهره‌گیری از برخی سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی) انجام شد، بیانگر شیوع زیاد و نتایج هشداردهنده برای سیاستگذاران سلامت جوانان است. در این رابطه، مطالعات متعدد بیانگر شیوع ۵۰-۱۳ درصدی مصرف استروئیدهای آنابولیک در بین ورزشکاران رشته بدنسازی می باشد (۱۷-۱۴). در این خصوص باید گفت که متأسفانه با رشد فزاینده باشگاه‌های ورزشی جهت پرورش اندام و ورود بدون نظارت و تأیید این داروها به کشور، سوء استفاده‌های دارویی، شکل خاص و خطرناکی به خود گرفته و قشر جوان کشور را در معرض عوارض هولناک و حتی مرگ قرار داده و از طرفی فرهنگ ورزش و حرمت آن را مورد هجوم قرار داده است (۱۴).

بیشترین استروئید آنابولیک مصرفی در پژوهش حاضر، آنادرول بود. باید افزود که سوء مصرف آنادرول سبب بروز عوارض متعددی شامل رشد پستان‌ها، آکنه، طاسی، تغییرات رنگ پوست، تغییر میل جنسی، خشن شدن صدا، سردرد، افسردگی، اضطراب و مشکلات روانی، رشد مو در صورت، تورم دست‌ها و پاها، مشکلات خواب و مشکلات ادراری می‌شود (۱۸) و آثار زیان‌آور آن لزوم توجه بیشتر به پیشگیری از سوء مصرف را نشان می‌دهد. سپهری و موسوی‌فر (۱۷) در مطالعه خود بیشترین استروئید مصرفی را اکسی‌موتولون گزارش کرده‌اند؛ مطالعات مختلف نشان می‌دهد که بیشترین داروهای مصرفی در بین ورزشکاران ایرانی تستسترون، ناندرون، اکسی‌متالون و آنادرول است. این مواد جزء داروهای ژنریک ایران هستند و به‌طور غیرقانونی می‌توان آن‌ها را از داروخانه‌ها تهیه نمود، کاشی (۱۹) نیز در مقاله خود به این نکته اشاره کرده است.

اکثر مصرف‌کنندگان، مهمترین دلیل برای مصرف استروئیدهای آنابولیک را زیبایی اندام ذکر کرده بودند.

نتایج حاصل در این رابطه با مطالعات مشابه انجام‌گرفته همخوانی دارد به‌طوری‌که کارگرفر و همکاران (۲۰) در مطالعه خود مهم‌ترین دلیل مصرف استروئیدهای آنابولیک را افزایش بافت عضلانی و کسب قدرت بیان کرده‌اند. همچنین مطالعات مشابه انجام‌گرفته، دلایل مشابهی مانند ساخت توده عضلانی و افزایش جذابیت (۲۱) و یا داشتن تناسب اندام (۲۲) را به‌عنوان مهم‌ترین دلیل مصرف استروئیدهای آنابولیک در بین ورزشکاران ذکر کرده‌اند. با توجه به این نکته که انگیزه قوی ورزشکاران برای مصرف استروئیدهای آنابولیک، کسب اندامی زیبا است به‌نظر می‌رسد که رایج برنامه‌های آموزشی به‌منظور معرفی راه‌کارهای عملی و علمی برای رسیدن به وضعیت جسمانی مطلوب، راه مناسبی در جهت پیشگیری از سوء مصرف این‌گونه مواد در بین ورزشکاران باشد.

خودکارآمدی به‌عنوان یک فاکتور مهم در اتخاذ تصمیم در رفتارهای پیشگیری‌کننده شناخته شده است (۱۲) و یک درک رفتاری است که احتمال التزام به یک برنامه کاری و رفتارهای ارتقاء سلامت را افزایش می‌دهد (۲۳)؛ در این مطالعه نیز درک ذهنی ورزشکاران در رسیدن به اهداف ورزشی خود و کسب اندامی مناسب بدون استفاده از استروئیدهای آنابولیک به‌عنوان خودکارآمدی در امتناع از مصرف این مواد می‌باشد. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که احساس خودکارآمدی، رابطه عکسی با مصرف استروئیدهای آنابولیک دارد. در این راستا نتایج مطالعات دیگر نیز نشان‌دهنده نقش مثبت خودکارآمدی در انجام رفتارهای بهداشتی می‌باشند (۱۳)، ۲۴ و ۲۵).

با توجه به نتایج، میانگین نمره حساسیت درک‌شده (۱۶/۸ از ۱۵ نمره) کم‌تر از امتیاز شدت درک‌شده با باورهای مرتبط با جدی و خطرناک بودن عوارض ناشی از سوء مصرف استروئیدهای آنابولیک (۹/۴۷ از ۱۵ نمره) بود. از طرفی بیشتر افراد شرکت‌کننده در گروه سنی جوان و نوجوان بودند و ۶۹ درصد از آنان در فاصله سنی ۲۵-۱۵ سال قرار داشتند. مطالعات متعدد بیانگر این

نتیجه گیری

درک عوامل پیش‌بینی‌کننده، اجرای مداخلات آموزشی در راستای تغییر رفتار را تسهیل می‌نماید؛ با توجه به نتایج مطالعه حاضر و مشخص شدن ارتباط بین خودکارآمدی بالا و شدت درک خطر عوارض مصرف این مواد با امتناع از مصرف استروئیدهای آنابولیک در بین ورزشکاران، پیشنهاد می‌گردد آموزش‌های مستمر و مناسبی در خصوص آشنایی با خطرات شدید ناشی از مصرف استروئیدهای آنابولیک و همچنین ارایه راه‌کارهای مناسب جهت رسیدن به اهداف ورزشی و انجام مناسب از سوی سازمان‌های ذیربط برای ورزشکاران طراحی و اجرا شود.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از مدیران محترم سالن‌های بدنسازی آقایان شهر همدان و کلیه ورزشکاران شرکت‌کننده در مطالعه، نهایت سپاس و قدردانی به‌عمل می‌آید.

نکته است که نوجوانان و جوانان فکر می‌کنند که نسبت به خطرات مربوط به رفتارهای پرخطر و آسیب‌رسان، آسیب‌پذیر نیستند. آنان دارای باورهای آسیب‌پذیری کمی نسبت به خطرات پیرامون خود هستند و به‌عبارتی خود را در مقابل خطرات و تهدیدات بهداشتی مصون می‌دانند و نیازی به اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه احساس نمی‌کنند. در حقیقت، اصطلاح فناپذیری یا عدم آسیب‌پذیر بودن، توصیف‌کننده درک فرد نسبت به این باور است که من کم‌تر از دیگران در معرض خطر عوارض آنابولیک استروئیدها قرار دارم. این نوع باور، اتخاذ هرگونه رفتار پیشگیری‌کننده را تضعیف می‌کند (۲۸-۲۶).

لذا ارایه برنامه‌های آموزشی به‌منظور بالا بردن شدت و حساسیت درک‌شده ورزشکاران بدن‌ساز نسبت به عوارض ناشی از سوء مصرف این‌گونه مواد ضروری به‌نظر می‌رسد.

References

1. Laber MP. Adolescent boys and the muscular mole body ideal. *J Adolesc Health Care*. 2002; 30 (4). 233-42.
2. Peters MA, Phelps L. Body image dissatisfaction and distortion, steroid use, and sex differences in college age body builders. *Psychol Sch*. 2001; 38(3): 283-9.
3. Nilsson S, Baigi A, Marklund B, Fridlund B. The prevalence of androgenic-anabolic steroids by adolescent in county of Sweden. *Eur J Public Health*. 2001; 11(2):195-7.
4. Kanayama G, Barry S, Hudson JI, Pope HG. Body image and attitude toward male role in Anabolic Androgenic Steroids use. *Am J Psychiatry*. 2006; 163(4):697-703
5. Padersen W, Wichstrom L, Blekesaune M. Violent behaviors, violent victimization, and doping agent: A normal population study of adolescents. *J Interpers Violence*. 2001; 16(8): 808-32.
6. Miller KE, Barnes GM, Sabo DF, Melnick MJ, Farrell MP. Anabolic-androgenic steroid use and other adolescent problem behaviors: Rethinking the mole athlete assumption. *Sociol Perspect*. 2002; 45(4): 467-89.
7. Rahimi MA, Siabani H, Siabani S, Rezaei M, Abbasi MR. [Effect of education on performance-enhancing drug abuse by bodybuilders (Persian)]. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2008; 12(1):26-37.
8. Dodge JR, Ford MA, Perko MA. From ephedra to creatine: using theory to respond to dietary supplement use in athletes. *Am J Health Stud*. 2003; 18(3): 111-6.
9. Hatefnia E, Niknami S, Mahmoudi M, Ghofranipour F, Lamyian M. [The effects of health belief model education on knowledge, attitude and behavior of Tehran pharmaceutical industry employees regarding breast cancer and mammography (Persian)]. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2010; 14(1):42-51.
10. Zamani Alavijeh F, Faghihzadeh S, Sadeghi F. [Application of the health belief model for unhealthy eating prevention among primary school children in Arak-Iran (Persian)]. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2008; 11(4):352-67.
11. Shojaezadeh D. [Health Education Models(Persian)]. 1st ed. Tehran: Communication and health education center publisher. 2000; 20-35.
12. Rosenstock LM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Educ Quarterly*. 1988; 15(2):175-83.

13. MacKinnon DP, Goldberg L, Clarke GN, Elliot DL, Cheong JW, Lapin A, et al. Mediating mechanisms in a program to reduce intentions to use anabolic steroids and improve exercise self-efficacy and dietary behavior. *Prevention Science*. 2001; 2(1): 15-28
14. Malek M, Ghanaei M, Ghorban R. [Survey of the frequency percentage of doping drugs among the male-body building athletes and rate of knowledge to side effects (Persian)]. *Koomesh*. 2005; 6(2):123-30.
15. Laure P. Epidemiologic approach of doping in sport. A review. *J Sports Med Phys Fitness*. 1997; 37(3): 218-4.
16. Nojourni M, Behravan V. [Study of anabolic steroids and the awareness of their complications in bodybuilding athletes in Karaj (Persian)]. *Journal of Iran University of Medical Sciences*. 2005; 11(44):1059-64.
17. Sepehri GH, Moosavifar M. [The frequency of anabolic steroid abuse in bodybuilder in Kerman city (Persian)]. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences and Health Services*. 2003; 2(3-4):213-21.
18. Drug information online. Side Effects of Anadrol - for the Consumer. Available from: <http://www.drugs.com/sfx/anadrol-side-effects.html>. (Accessed February 2011).
19. Kashi A, Kargarfard M, Moulavi H. [Ergogenic substance in body building athletes: prevalence, cognitive and awareness of about their side effects (Persian)]. *Olympic*. 2006; 14(2):73-86.
20. Kargarfard M, Ghias M, KarimZadegan AR, Kashi A. [Assumption of anabolic-androgenic steroids among Isfahan University students: prevalence, and awareness about their side effects (Persian)]. *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2006; 8 (31-32):73-80.
21. Kindlundh AM, Isacson DG, Berglund L, Nyberg F. Doping among high school student in Uppsala, Sweden: A presentation of the attitudes, distribution, side effect, and extend of use. *Scand J Soc Med*. 1998; 26(1): 171-4
22. Bahrke MS, Yesalis CE, Kopstein AN, Stephens JA. Risk factors for anabolic-androgenic steroid use among adolescents. *Sport Med*. 2000; 29(6):1-9.
23. Pender NJ, Murdaugh C, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*. 4th ed. Prentice -Hall Health, Inc. 2002;140-5.
24. Broadhead-Fearn D, White KM. The role of self-efficacy in predicting rule-following behaviors in shelters for homeless youth: a test of the theory of planned behavior. *J Soc Psychol*. 2006; 146(3): 307-25.
25. Armitage CJ, Conner M. Distinguishing perceptions of control from self-efficacy: Predicting consumption of a low-fat diet using the theory of planned behavior. *J Appl Soc Psychol*. 1999; 29(1): 72-90.
26. Fontaine KB, Smith S. Optimistic bias in cancer risk perception: A cross national study. *Psychol Rep*. 1995; 77(1):143-6.
27. Weinstein ND. Unrealistic optimism about future life events. *J Pers Soc Psychol*. 1980; 39(5):806-20.
28. Weinstein ND. Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: Conclusions from a community - wide sample. *J Behav Med*. 1987; 10(5):481-500.
29. Goldberg L, Elliot D, Clarke GN, MacKinnon DP, Moe E, Zoref L, et al. Effects of a multidimensional anabolic steroid prevention intervention: The Adolescents Training and Learning to Avoid Steroids (ATLAS) program. *JAMA*. 1996; 276(19), 1555-62.