

# فصل اول

## کلیات پژوهش

## ۱-۱ بیان مسئله

امروزه اختلالات مصرف مواد و عواقب وخیم و ناخوشایند آن از مهم ترین مشکلات سلامت عمومی در سراسر دنیا به شمار می رود. این اختلالات با بسیاری از مشکلات جدی پزشکی، روان پزشکی، خانوادگی، شغلی، قانونی، مالی، معنوی و اخلاقی رابطه دارند. اختلالات مصرف مواد نه تنها باعث درد و رنج مصرف کننده می شود بلکه بار و آسیب فراوانی نیز به خانواده تحمیل می کند (دالی<sup>۱</sup>، مارلات<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵).

شیوع مصرف مواد در جهان بسیار بالاست. دفتر پیشگیری از جرم و کنترل مواد سازمان ملل<sup>۳</sup> (۲۰۰۵) شمار مصرف کنندگان را بین ۱۵-۶۴ ساله ها ۲۰۰ میلیون یعنی ۵ درصد جمعیت جهان برآورد کرده است. علاوه بر افزایش مصرف سیگار و مشروبات الکلی، بر اساس نتایج مطالعات همه گیرشناسی، مصرف داروهای روان گردان مانند اکستازی، ال اس دی و شیشه که از طرف موسسه ملی سوء مصرف مواد داروهای کلویی<sup>۴</sup> نامیده می شود (موسسه ملی سوء مصرف مواد<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵)، در سال های اخیر در سطح جهانی افزایش قابل ملاحظه ای نشان می دهد و به یک چالش جهانی مبدل شده است (دفتر پیشگیری از جرم و کنترل مواد سازمان ملل، ۲۰۰۵). بیش از ۲۳ میلیون نفر در آمریکا (۹/۸ درصد جمعیت کل ۱۲ سال به بالا) نیاز به درمان مشکلات مربوط به مصرف الکل و دیگر داروها دارند (اداره خدمات سلامت روان و سوء مصرف مواد (سامسا)<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵). در ایران طبق آمارهای رسمی دولتی بین ۱,۲۰۰,۰۰۰ تا ۱,۸۰۰,۰۰۰ نفر مبتلا به سوء مصرف مواد یا اعتیاد به آن هستند (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۶). در پژوهش مکرری (۲۰۰۲) تعداد مصرف کنندگان بین ۱,۸۰۰,۰۰۰ تا ۳,۳۰۰,۰۰۰ بودند که افیون ها بیشترین ماده مصرفی را تشکیل دادند. سازمان ملل (۲۰۰۵) در آخرین گزارش خود، آمار معتادان ایران را ۱۰ میلیون نفر اعلام کرد.

<sup>1</sup> - Dallay

<sup>2</sup> - Marlat

<sup>3</sup> - United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)

<sup>4</sup> - club drugs

<sup>5</sup> - National Institute on Drug Abuse

<sup>6</sup> - Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA)

بنابراین با توجه به اهمیت مصرف مواد باید دروازه ورود به آن را بیشتر مد نظر داشت. بسیاری از صاحب نظران مصرف سیگار را مقدمه ای برای روی آوردن به مصرف سایر مواد دانسته اند و از آن به عنوان دروازه مصرف مواد یاد می کنند (اسکیمید<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱). مصرف دخانیات به عنوان اولین علت قابل پیش گیری مرگ و میر در جهان است (مادرز<sup>۲</sup>، لونکار<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶) که سالانه بیش از پنج میلیون مرگ و میر را موجب می شود (سازمان سلامت و خدمات مردمی آمریکا<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). و به طوری که انتظار می رود استعمال دخانیات و از آن جمله سیگار عامل اصلی مرگ و میر در سال ۲۰۳۰ میلادی باشد (مکلینبورگ<sup>۵</sup>، ۱۹۹۲).

مطالعات نشان داده نرخ بالای مصرف مواد در گروه سنی جوانان است و حداکثر مصرف در طول این دوره رشدی است (گرنٹ<sup>۶</sup>، داوسون<sup>۷</sup>، استینسون<sup>۸</sup>، چو<sup>۹</sup>، دفور<sup>۱۰</sup>، پیکرینگ<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۴) در این میان سیگار یکی از گسترده ترین مواد مصرفی در در بین نوجوانان است (جانسون<sup>۱۲</sup>، اومالی<sup>۱۳</sup>، بچمن<sup>۱۴</sup>، اسکولنبرگ<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۱). به طور تقریبی نیمی از جوانانی که در حال حاضر سیگار می کشند، این عمل را تا زمانی ادامه می دهند که از بیماری های ناشی از مصرف سیگار بمیرند (سازمان سلامت و خدمات مردمی آمریکا، ۲۰۱۰). در ایران نیز سوء مصرف مواد در میان جوانان سیر پیشرونده ای را طی می کند (براتی، الهوردی پور، معینی، فرهادی نسب، محجوب، ۱۳۹۰). مرگ و میر ناشی از استعمال دخانیات از جمله سیگار و قلیان نیز حدود ۷۰ هزار نفر در سال تخمین زده شده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۹).

بنابراین با توجه به ساختار فعلی جمعیت کشور و فراهم بودن بسترهای لازم برای شیوع اعتیاد در بین جوانان، حدود ۴۴ میلیون نفر از جمعیت کشور در معرض خطر هستند، باید راهکار مناسبی جهت مصون سازی جوانان و نوجوانان پیدا کرد و آن پیش گیری از مصرف است. علم پیش گیری بر پایه ی کاهش عوامل خطر ساز و افزایش عوامل محافظت کننده در فرد و محیط در طول دوره رشدی استوار است (اکونل<sup>۱۶</sup>، بوت<sup>۱۷</sup>، وارنر<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۹). این عوامل عموماً روان شناختی، خانوادگی و اجتماعی هستند و در این میان نقش مذهب / معنویت به لحاظ احاطه داشتن بر شئون زندگی انسان از جهت فردی و اجتماعی، به نظر می رسد تعیین کننده باشد (دلاور پور، سلطانی، حسین چاری، ۱۳۸۷).

---

1 - Schmid  
2 - Mathers  
3 - Loncar  
4 - U. S. Department of Health and Human Services  
5 - Mecklenburg  
6 - Grant  
7 - Dawson  
8 - Stinson  
9 - Chou  
10 - Dufour  
11 - Pickering  
12 - Johnston  
13 - O'Malley  
14 - Bachman  
15 - Schulenberg  
16 - OConnell  
17 - Boat  
18 - Warner

معنویت و مذهب سازه های پیچیده و چند بعدی هستند که به طور کلی به هم مرتبط اند. با این حال معنویت به ابعاد ذهنی، تجربی و شخصی تعالی اشاره دارد، در حالی که مذهب به ابعاد عینی و اجتماعی آن تاکید می کند. و یک قالب فرهنگی ارائه می دهد که به وضع قانون کمک می کند، و با فراهم کردن مدل های تبیینی و روشنگرانه که به لحاظ فرهنگی مورد قبول است، به تجارب معنوی ساخت می دهد (کلز<sup>۱</sup>، والچ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). معنویت را می توان جستجوی امری مقدس تعریف کرد و مذهب به عنوان بافت اجتماعی این جستجو است (پارگامنت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). مذهب/معنویت می تواند به عنوان سازه سازه ای گسترده و وسیع یا شامل زیر حوزه های خاص و متنوعی بازنمایی شود (جانسون<sup>۴</sup>، شیتز<sup>۵</sup>، کریستلر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸). مذهب/معنویت را می توان در دو زیر حوزه ی فعالیت مذهبی<sup>۷</sup> و تقلای مذهبی<sup>۸</sup> در نظر گرفت (جانسون و همکاران، ۲۰۰۸). ۲۰۰۸). فعالیت مذهبی دین داری کلی را می سنجد (درروپ<sup>۹</sup>، جانسون، بیندل<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۱). تقلای مذهبی نیز تاثیرات ناسازگار جسمی و عاطفی است که در اثر احساس تنبیه شدن توسط خدا، حس خشم و نارضایتی خدا و احساس طردشدن از سمت خدا بوجود می آید (پارگامنت و همکاران، ۲۰۰۵).

در دهه گذشته توجه به نقش مذهب در سلامت روان رشد کرده و مطالعات نظری و تجربی متعددی به تبیین اثر مستقیم/غیر مستقیم و مثبت/منفی مذهب بر سلامت روان می پردازند (دزوتر<sup>۱۱</sup>، سوئنس<sup>۱۲</sup>، هوتزباوت<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۶). مطالعات ارتباط مثبت بین مذهب رسمی و سلامت روان میان جوانان را نشان می دهند؛ جوانان مذهبی سازگاری های اجتماعی و روانی مثبت بیشتری دارند. (گود<sup>۱۴</sup>، ویلوفبای<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۶). مذهب/معنویت برای جوانان به عنوان یک عامل حفاظت کننده در برابر عوامل تهدید کننده سلامت روان است (کوتون<sup>۱۶</sup>، زبراسکی<sup>۱۷</sup>، روزنتال<sup>۱۸</sup>، تسوات<sup>۱۹</sup>، دروتار<sup>۲۰</sup>، ۲۰۰۶). مذهب با رفتارهای پرخطری چون مصرف سنگین الکل و مواد دیگر، فعالیت جنسی پیش رس و تخلف در میان جوانان رابطه منفی

---

1 - Cholz  
2 - Valach  
3 - Pargament  
4 - Johnson  
5 - Sheets  
6 - Kristeller  
7 - Religious Involvement  
8 - Religious Struggle  
9 - Drerup  
10 - Bindle  
11 - Dezutter  
12 - Soenens  
13 - Hutsebaut  
14 - Good  
15 - Willoughby  
16 - Cotton  
17 - Zebracki  
18 - Rosenthal  
19 - Tsevat  
20 - Drotar

دارد (سینها<sup>۱</sup>، کنان<sup>۲</sup>، گلس<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷) نتایج مشابهی را پیکو<sup>۴</sup> و فیتز پاتریک<sup>۵</sup> (۲۰۰۴)، هومفریزو<sup>۶</sup> و گیفورد<sup>۷</sup> (۲۰۰۶) بین مذهب و مصرف مواد یافتند.

مطالعات موجود ارتباط مثبت معنویت با پرهی ز از مصرف مواد را نیز نشان داده اند (برون<sup>۸</sup>، اگرادی<sup>۹</sup>، فارل<sup>۱۰</sup>، فچنر<sup>۱۱</sup>، نورکو<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۱). اگرچه مکانیزم آن هنوز مشخص نشده است ولی نتایج مطالعات با نمونه‌های مختلف بیان می‌کنند معنویت می‌تواند به عنوان منبع حمایتی با فراهم کردن قدرت درونی و کمک به فرد برای یافتن معنا در وضعیت های استرس آمیز زندگی استفاده شود (گال<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۶). سطح بالای مذهب/معنویت با پاسخ های مقابله ای سازگارانه، مقاومت بالا در مقابل استرس، جهت یابی بهینه زندگی، دریافت حمایت اجتماعی زیاد و سطوح پایین اضطراب همراه است (پاردینی<sup>۱۴</sup>، پلنت<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۰).

با این حال مطالعات نسبتاً کمی تلاش کرده اند مکانیزم‌هایی را که از طریق آن مذهب/معنویت تاثیر خود را بر مصرف مواد می‌گذارد، تعیین کنند (جانسون و همکاران، ۲۰۰۸؛ میلر، ۱۹۹۸؛ به نقل از درروپ، جانسون، بیندی، ۲۰۱۱). مطالعات نشان داده‌اند ارتباط بین معنویت/مذهب و مصرف مواد می‌تواند توسط نگرش و عقاید افراد درباره مصرف مواد میانجی‌گری شود (چاولا<sup>۱۶</sup>، نیبرز<sup>۱۷</sup>، لویز<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۷). جانسون و همکاران (۲۰۰۸) دریافتند مذهب/معنویت عقاید منفی درباره مصرف الکل را پیش بینی می‌کند، یعنی نگرش منفی افراد درباره مصرف الکل شامل عقایدی مانند "مصرف الکل گناه است"، "مصرف الکل مغایر با عقاید و ارزش های شخصی من است"، رابطه منفی با مصرف آن دارد. از جمله متغیرهای میانجی دیگر مذهب/معنویت و مصرف مواد الگوگیری اجتماعی است؛ پیوستگی مذهبی به شکل های مختلف از طریق الگوگیری اجتماعی بر مصرف مواد تاثیر می‌گذارد که شامل هنجار های مشاهده شده، مواجهه با الگوهای مصرف کننده مواد و پیشنهاداتی برای مصرف است (چاولا و همکاران، ۲۰۰۷). تئوری یادگیری اجتماعی بندورا بیان می‌کند رفتار از طریق الگوگیری و تقویت آموخته می‌شود (بندورا، ۱۹۷۷). این تئوری فرض می‌کند والدین و دوستان به طور مستقیم بر رفتار سیگار کشیدن و مصرف مواد بو سیله تقویت و سرمشق دهی تاثیر می‌گذارند، یعنی فرد با مشاهده کسی که سیگار می‌کشد

1 - Sinha

2 - Cnaan

3 - Gelles

4 - Piko

5 - Fitzpatrick

6 - Homfrizo

7 - Giford

8 - Brown

9 - O'Grady

10 - Farrell

11 - Fechner

12 - Nurco

13 - Gall

14 - Pardini

15 - Plante

16 - Chawla

17 - Neighbors

18 - Lewis

توانایی امتناع از سیگار کشیدن را در خود تقلیل می دهد (بندورا، ۱۹۷۷). الگوگیری اجتماعی هم چنین بر انگیزه های مصرف مواد و الکل تاثیر می گذارد (رید و همکاران، ۲۰۰۳). جانسون و همکاران (۲۰۰۸) دریافتند الگوگیری اجتماعی ارتباط منفی با فعالیت مذهبی /معنوی دارد و رابطه مثبت مستقیم و غیر مستقیم (از طریق انگیزه های اجتماعی مصرف) با مصرف الکل دارد. یکی دیگر از میانجی های مذهب /معنویت و مصرف مواد و الکل بهزیستی معنوی است (درورپ و همکاران، ۲۰۱۱). بهزیستی معنوی حس هماهنگی و انسجام نسبت به خود، دیگران، جهان و قدرت برتر ادراک شده است (آکلی<sup>۱</sup> و لادویگ<sup>۲</sup>، لادویگ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲؛ به نقل از توفتاگن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). مذهب /معنویت اهداف مثبت فزاینده ای را در زندگی پیش بینی می کند (پارگامنت، ۲۰۰۷). گورسوچ<sup>۴</sup> (۱۹۹۵) بیان می کند مذهب می تواند مصرف مواد را با فراهم کردن راه های جانشین مدیریت درد و استرس کاهش دهد. جانسون و همکاران (۲۰۰۸) دریافتند فعالیت مذهبی سطوح بالای بهزیستی معنوی را پیش بینی می کند، در حالی که تقلای مذهبی سطوح پایین بهزیستی معنوی را پیش بینی می کند. بهزیستی معنوی رابطه معکوس با مصرف الکل از طریق انگیزه های مقابله ای برای مصرف دارد (درورپ و همکاران، ۲۰۱۱). از دی گر میانجی های مذهب /معنویت و مصرف مواد و الکل انگیزه های مصرف مواد است، کوکس<sup>۵</sup> و کلینگر<sup>۶</sup> (۱۹۸۸) انگیزه های مصرف مواد و الکل را به عنوان گذرگاه نهایی مشترکی می دانند که از طریق اثرات بلند مدت تصمیم گیری برای مصرف تاثیر می گذارد. کوپر<sup>۷</sup> (۱۹۹۴) در توضیح انگیزه های مصرف به مقیاس هایی اشاره می کند که شامل انگیزه های افزایشی<sup>۸</sup>، انگیزه های اجتماعی<sup>۹</sup> و انگیزه های مقابله ای<sup>۱۰</sup> است. منظور از انگیزه های افزایشی، افزایش اثر مثبت از طریق اثرات خ و شایند الکل یا مواد است، انگیزه های اجتماعی اثرات مثبت را از طریق بافت اجتماعی مصرف افزایش می دهد. و انگیزه های مقابله ای، فرار از اثرات منفی مربوط به تنش است که با مصرف الکل یا مواد دیگر کاهش می یابد. در نوجوانان و دانشجویان و بزرگسالان انگیزه های افزایشی و اجتماعی به طور مستقیم مصرف الکل را پیش بینی می کند (سیمونز<sup>۱۱</sup>، گاهر<sup>۱۲</sup>، کوریا<sup>۱۳</sup>، هانس<sup>۱۴</sup>، کریستوفر<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۵). انگیزه های مقابله ای اغلب مستقیماً با مصرف در ارتباط است (جانسون و همکاران، ۲۰۰۸؛ رید، وود<sup>۱۶</sup>، کاهلر<sup>۱۷</sup>، مادوک<sup>۱۸</sup>، و پالفای<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۳). همچنین انگیزه های مصرف اثرات پیش بینی کننده های دیگر را میانجی گری می کند

<sup>1</sup> - Ackley

<sup>2</sup> - Ladwig

<sup>3</sup> - Tofthagen

<sup>4</sup> - Gorsuch

<sup>5</sup> - Cox

<sup>6</sup> - Klinger

<sup>7</sup> - Cooper

<sup>8</sup> - Enhancement motives

<sup>9</sup> - Social motives

<sup>10</sup> - Coping motives

<sup>11</sup> - Simons

<sup>12</sup> - Gaher

<sup>13</sup> - Correia

<sup>14</sup> - Hansen

<sup>15</sup> - Christophe

<sup>16</sup> - Wood

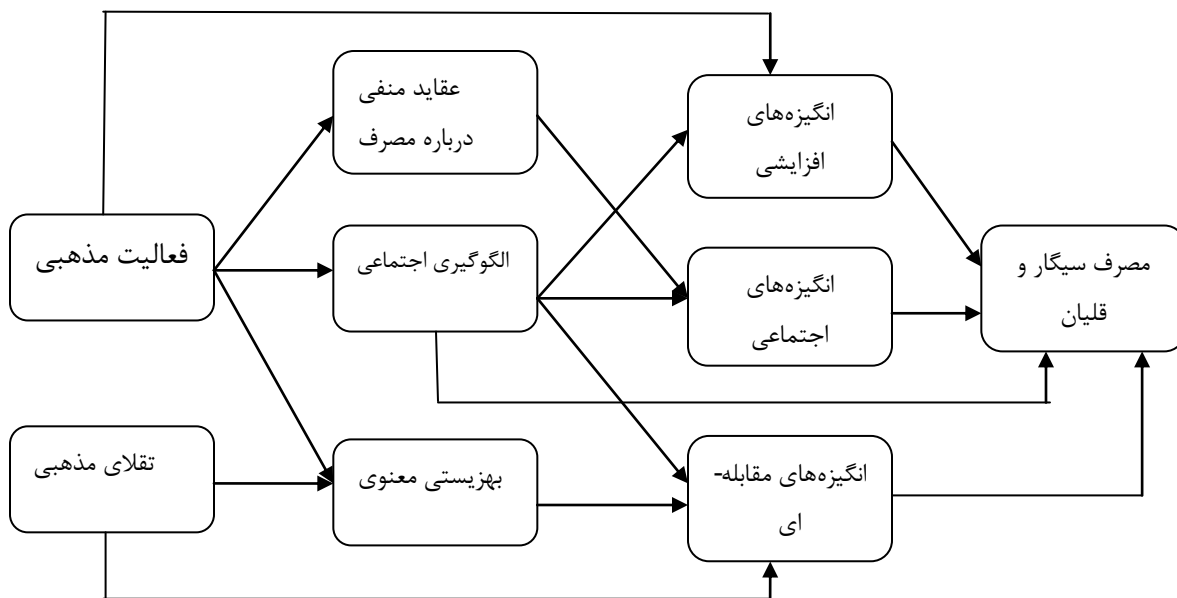
<sup>17</sup> - Kahler

<sup>18</sup> - Maddock

<sup>19</sup> - Palfai

که شامل صفات شخصیتی، بهزیستی و تاثیرات اجتماعی هستند (رید و همکاران، ۲۰۰۳؛ سیمونز و همکاران، ۲۰۰۵). جانسون و همکاران (۲۰۰۸) گزارش کردند تاثیر مذهب بر مصرف الکل توسط نگرش منفی درباره الکل، تاثیرات اجتماعی و بهزیستی معنوی میانجی گری می شود که این متغیرها بر مصرف الکل به طور مستقیم و غیر مستقیم توسط انگیزه های مصرف اثر می گذارند.

با وجود این یافته ها و روابط دو و چند متغیری تاکنون مطالعه ای به بررسی یکپارچه و همزمان روابط بین این متغیرها به صورت یک مدل برای مصرف مواد به ویژه سیگار و قلیان نپرداخته است. لذا مسئله پژوهش حاضر یافتن مدل روابط ساختاری بین این متغیرها است و با توجه به ادبیات پژوهش و یافته های موجود، مدل فرضی روابط بین متغیرهای مورد نظر به شکل زیر است:



شکل ۱-۱: مدل ساختاری مصرف مواد (درروپ، جانسون، بیندی، ۲۰۱۱)

## ۲-۱ اهمیت پژوهش

اختلالات مصرف مواد از رایج ترین مشکلات روان پزشکی است که از تعامل عوامل ژنتیکی و محیطی مثل نا بهنجاری های رشدی و وضعیت نامساعد روانی و اجتماعی ناشی می شود. این اختلالات می تواند در اثر مصرف الکل، مواد افیونی، حشیش، کوکائین و مواد دیگر به وجود آید و به شکل مستی، وابستگی و سوء مصرف، خود را نشان دهد. (ابوصالح، ۲۰۰۶).

<sup>1</sup> - Abou-Saleh

با توجه به اهمیت این مسئله باید راه های ورود به مصرف مورد توجه قرار گیرد که مصرف دخانیات از جمله سیگار و قلیان است. مصرف دخانیات به عنوان مهم ترین عامل سرطان، بیماری های تنفسی، بیماری های قلبی-عروقی و دیگر بیماری ها تهدید جدی برای سلامت عمومی به حساب می آید (عدتی<sup>۱</sup>، لویز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳)، با این وجود تعداد قابل توجهی از افراد در جوامع مختلف هم چنان به این عادت مضر ادامه می دهند. بر اساس تخمین سازمان بهداشت جهانی تقریباً ۱/۱ هزار میلیون نفر سیگاری در کل دنیا وجود دارد که ۸۸ درصد مردان و بقیه زنان هستند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). در بین بزرگسالان سیگاری ۸۲ درصد افراد اولین تجربه های سیگار را در جوانی داشته اند، طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی روزانه بین ۸۰-۱۰۰ هزار جوان شروع به مصرف فراورده های دخانی می کنند و اکثر آن ها در کشور های در حال توسعه زندگی می کنند. در ایران نیز بالغ بر ۱۰ میلیون فرد سیگاری وجود دارد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۹).

مطالعه مصرف سیگار در بین دانشجویان اهمیت ویژه ای دارد، زیرا رفتار سیگار کشیدن در دانشجویان شاخص مفیدی از مصرف سیگار توسط جوانان است، از سوی دیگر نقش الگو بودن دانشجویان نسبت به جوانان نقش مهمی در افزایش یا کاهش شیوع مصرف سیگار در سطح جامعه می تواند داشته باشد (ریگوتی، لی، و کسلر، ۲۰۰۰). و به دنبال مصرف سیگار سوء مصرف مواد دیگر نیز خواهد بود. شیوع سوء مصرف مواد دیگر نیز بین جوانان در ایران سیر پیش رونده ای را طی می کند (براتی و همکاران، ۱۳۹۰). در بررسی میزان شیوع مصرف مواد مخدر بین دانشجویان ۲۱ دانشگاه دولتی ایران، ۸/۹ درصد، وابسته به مواد مخدر تلقی شدند (سراج زاده، فیضی، ۱۳۸۶). در پژوهش سهرابی، ترقی جاه، نجفی (۱۳۸۶) با تعداد نمونه ۴۴،۰۴۹ دانشجو به این نتیجه رسیدند که ۲۱/۹ درصد دانشجویان در معرض خطر سوء مصرف مواد مخدر هستند. در پژوهشی که شیوع سوء مصرف مواد و الکل را در بین دانشجویان علوم پزشکی یزد می سنجید، نشان داد ۲۱/۵ درصد افراد سابقه سوء مصرف داشتند. و شیوع مواد اعتیاد آور به ترتیب شامل قلیان، سیگار، تریاک و الکل بود (دهقانی، زارع، دهقانی، صدقی، پور موحد، ۱۳۸۹). در مطالعه دیگری که شیوع سوء مصرف مواد را در دانشجویان شهر رشت بررسی کرد نتایج نشان داد ۴۶/۷۵ درصد دانشجویان تجربه استفاده حداقل یکی از مواد اعتیاد آور و سیگار را داشته اند. و شیوع مواد به ترتیب شامل سیگار، الکل، مواد نشا ط آور و تریاک بود (سیام، ۱۳۸۵). در مطالعه ای دیگر که شیوع سوء مصرف را در دانشجویان علوم پزشکی گیلان بررسی کرد نتایج نشان داد ۳۰/۱ درصد حداقل یک بار مصرف در طول عمر داشته اند که به ترتیب شامل سیگار، الکل، تریاک، حبشیش، اکستازی، هروئین، کریستال، کوکائین، مرفین و مواد دیگر بود (ضرابی، نجفی، شیرازی، برنا، صباحی، نظیفی، ۱۳۸۷). در مطالعه غفار زاده، اسلاملو، فرام رز زاده، نظری (۱۳۹۰) که سوء مصرف اکستازی را بین دانشجویان علوم پزشکی ارومیه انجام داد، نتایج نشان داد شیوع نقطه ای این ماده ۱۴/۱۹ درصد در بین دانشجویان است.

بنابراین با توجه به این مطالعات و با در نظر داشتن این نکته که بر اساس آمار های موجود در خصوص جمعیت جوان ۱۵ تا ۲۹ سال کشورهای جهان و درصد جمعیت جوان از کل جمعیت، ایران با ۳۱/۲ درصد دومین کشور جهان بعد از کشور

<sup>1</sup> - Ezzati

<sup>2</sup> - Lopez



اردن (با ۳۲/۹ درصد) است (سازمان ملی جوانان، ۱۳۸۱)، پیش‌گیری از مشکلات ناشی از سوء مصرف مواد با کاهش عوامل خطر و افزایش عوامل حفاظت‌کننده می‌تواند به اجتناب از هزینه‌های مصرف‌مواد بین‌بزرگسالان کمک کند (اسپوت<sup>۱</sup>، گولی<sup>۲</sup>، دی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲).

از بین این عوامل با توجه به جو مذهبی جامعه ایران، معنویت/مذهب به لحاظ احاطه داشتن بر همه شئون زندگی می‌تواند عاملی تعیین‌کننده باشد. از سوی دیگر یکی از جنبه‌های درون‌فردی در امر سلامت روان باورهای دینی است که با تجلی در کردار و سبک زندگی می‌تواند زمینه ارتقاء سلامت روانی فرد را فراهم آورد (دل‌اورپور و همکاران، ۱۳۸۷) مطالعات نشان داده‌اند پای‌بندی به مذهب با سلامت بدن و روان در ارتباط است (ماسلکو<sup>۴</sup>، کابزانسکی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶). مک‌کلوف<sup>۶</sup> و لارسون<sup>۷</sup> (۲۰۰۱) در مطالعه‌ای دریافتند تعصب مذهبی که اغلب با فراوانی توجه به کلیسا یا نماز خواندن عملیاتی می‌شود مرتبط با سطح بالای سلامت جسمانی و روانی، عذت نفس و بهزیستی است. در این راستا پژوهش‌ها نشان داده‌اند داشتن نگرش‌ها و باورهای مذهبی با کاهش استرس‌های روان‌شناختی و پیش‌گیری از رفتارهای پرخطر مانند سیگار کشیدن، مصرف الکل و مواد مخدر همراه است. ویلز، یاگر و سندی (۲۰۰۳) نشان دادند دین‌داری، از تاثیر فشارهای زندگی بر گرایش به مصرف مواد می‌کاهد و در طول زمان نیز می‌زان افزایش مصرف مواد را مهار می‌کند. شاخص‌های مذهبی (برای نمونه عضویت در یک فرقه مذهبی و شرکت در آیین‌های مذهبی) با مصرف داروهای اعتیاد آور و الکل رابطه معکوس دارد (میلر، دیویس، گرین‌والد، ۲۰۰۰). دین از طریق برقراری نظم اخلاقی، تدارک فرصت‌هایی برای بدست آوردن شایستگی‌ها و تهیه قوانین اجتماعی، سوء مصرف و بهبود آن را تحت تاثیر قرار می‌دهد (اسمیت، ۲۰۰۳). در مطالعه مریل، فلسوم، کریستوفرسون (۲۰۰۵) که در نمونه دانشجویان انجام داد نتایج نشان داد بالاترین سطح مصرف توتون، ماری جوانا و دیگر مواد غیر قانونی در افرادی مشاهده گردید که ترجیحات دینی کمتری داشتند.

با این حال مطالعات نسبتاً کمی تلاش کرده‌اند مکانیزم‌هایی را که از طریق آن مذهب/معنویت تاثیر خود را بر مصرف مواد می‌گذارد، تعیین کنند (جانسون و همکاران، ۲۰۰۸؛ میلر، ۱۹۹۸؛ به نقل از درروپ و همکاران، ۲۰۱۱). لذا با توجه به اهمیت مصرف مواد، و سیگار و قلیان به عنوان دروازه ورود به مصرف مواد دیگر و همچنین ساختار فعلی جمعیت کشور و فراهم بودن بسترهای لازم برای شیوع اعتیاد در بین جوانان، حدود ۴۴ میلیون نفر از جمعیت کشور در معرض خطر هستند (بارونی و همکاران، ۱۳۸۸) و از آنجا که جامعه ایران جو مذهبی دارد و مذ‌هب بر شئون مختلف زندگی تاثیر می‌گذارد اهمیت این مسئله بارز می‌شود که باید مدل ساختاری مناسبی پیدا کرد تا بتواند روابط بین مصرف مواد (سیگار و قلیان) و مذهب/معنویت را تبیین کند، و بر طبق آن بتوان برنامه‌های پیش‌گیرانه مناسبی ارائه داد.

<sup>1</sup> - Spoth

<sup>2</sup> - Gyll

<sup>3</sup> - Day

<sup>4</sup> - Maselco

<sup>5</sup> - Kabzanski

<sup>6</sup> - McClough

<sup>7</sup> - Larson

### ۳-۱ هدف پژوهش

هدف پژوهش حاضر ارائه یک مدل ساختاری است که بتواند روابط بین مصرف مواد (سیگار و قلیان) و فعالیت مذهبی و تقالای مذهبی و میانجی‌های ارتباط بین این دو متغیر شامل نگرش به مواد، الگوگیری اجتماعی، بهزیستی معنوی و انگیزه‌های مصرف در سه سطح افزایشی، اجتماعی و مقابله‌ای را نشان دهد.

### ۴-۱ فرضیه‌های پژوهش

(۱) مدل ساختاری روابط بین فعالیت مذهبی، تقالای مذهبی، نگرش به مواد، الگوگیری اجتماعی، بهزیستی معنوی و انگیزه‌های مصرف با مصرف سیگار و قلیان، با داده‌های تجربی برازش مناسبی دارد.

(۲) عقاید منفی درباره مصرف سیگار و قلیان، الگوگیری اجتماعی و بهزیستی معنوی در رابطه بین مصرف سیگار و قلیان و فعالیت مذهبی میانجی‌گری می‌کنند.

(۳) عقاید منفی درباره مصرف سیگار و قلیان، الگوگیری اجتماعی و بهزیستی معنوی از طریق انگیزه‌های مصرف بر مصرف سیگار و قلیان تاثیر می‌گذارند.

(۴) در رابطه بین تقالای مذهبی و مصرف سیگار و قلیان، بهزیستی معنوی و انگیزه‌های مقابله‌ای میانجی‌گری می‌کنند.

### ۵-۱ تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

#### مصرف مواد

**تعریف مفهومی:** مصرف مواد به شروع اولیه، امتحان کردن و مصرف آزمایشی مواد اشاره دارد که معمولاً با دخانیات و از جمله سیگار آغاز می‌شود (اسپیکمن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹).

**تعریف عملیاتی:** در پژوهش حاضر مصرف مواد (شامل سیگار، قلیان) توسط زیرمقیاس مصرف دخانیات پرسش‌نامه رفتارهای پرخطر سنجیده شد.

#### فعالیت مذهبی

**تعریف مفهومی:** فعالیت مذهبی شامل احساس خوشایند بهزیستی، خلق بسیار مثبت، رضایت زیاد از زندگی، مقابله روانی بهتر، و سلامت روان بیشتر است (کوئینگ، ۲۰۰۵).

<sup>1</sup> - Speakman

**تعریف عملیاتی:** فعالیت مذهبی بر اساس نمره ای تعیین شد که فرد در پرسش نامه فعالیت مذهبی (جانسون و همکاران، ۲۰۰۸) به دست آورد.

## تقلای مذهبی

**تعریف مفهومی:** تقلای مذهبی "علامتی از بحران و آشفتگی در معنویت است" (پارگامنت، دسیا، مک کونل، ۲۰۰۶، ص ۱۲۴). این کشمکش و تقلا تلاشی است برای حفظ یا تغییر معنویت‌ی که تهدید کننده یا آسیب رسان است (پارگامنت، مورای، سوانک، آنوی، ۲۰۰۵).

**تعریف عملیاتی:** تقلای مذهبی شامل نمره فرد در پرسش نامه مقابله مذهبی منفی<sup>۱</sup> پارگامنت (۱۹۹۹) بود.

## بهزیستی معنوی

**تعریف مفهومی:** بهزیستی معنوی به ارتباط با خود (بعدشخصی)، دیگران (بعد همگانی)، طبیعت (بعد محیطی) و خدا (بعد متعالی) اشاره دارد (گومز<sup>۲</sup>، فیشر، ۲۰۰۵). بهزیستی معنوی شامل یک عنصر روانی اجتماعی و یک عنصر مذهبی است. بهزیستی مذهبی که عنصر مذهبی است بیان گر ارتباط با یک قدرت برتر یا خدا است. بهزیستی وجودی عنصری روانی اجتماعی است و بیانگر احساس فرد از اینکه چه کسی است، چه کاری و چرا انجام می دهد و به کجا تعلق دارد (الیسون، جونکر، ۱۹۸۳).

**تعریف عملیاتی:** نمره‌ای است که فرد در مقیاس بهزیستی معنوی پالوتزی<sup>۳</sup> و ایسون<sup>۴</sup> (۱۹۸۲) کسب کرد.

## عقاید منفی درباره مواد

**تعریف مفهومی:** عقاید منفی نگرش‌های برگرفته از مذهب است که افراد نسبت به مصرف سیگار و قلیان دارند عقایدی مانند "وقتی سیگار و قلیان می کشم احساس گناه می کنم"، "مصرف سیگار و قلیان با ارزش‌ها و عقاید شخصی من در تضاد است" و "مذهب من مصرف سیگار و قلیان را تایید نمی کند" (دروروپ و همکاران، ۲۰۱۱)

**تعریف عملیاتی:** عقاید منفی درباره مصرف در این پژوهش نمره ای است که فرد در مقیاس "عقاید منفی درباره مصرف مواد" (دروروپ و همکاران، ۲۰۱۱) به دست آورد.

## الگوگیری اجتماعی

<sup>1</sup> - R- COPE

<sup>2</sup> - Gomez

<sup>3</sup> - Paulotzian

<sup>4</sup> - Ellison

**تعریف مفهومی:** الگوگیری اجتماعی شامل هنجارهای مشاهده شده، مواجهه با الگوهای مصرف کننده مواد و دریافت پیشنهاداتی برای مصرف مواد است (جانسون و همکاران، ۲۰۰۸).

**تعریف عملیاتی:** الگوگیری اجتماعی در این پژوهش، نمره ای است که فرد در پرسشنامه الگوگیری اجتماعی رید و همکاران (۲۰۰۳) بدست آورد.

### **انگیزه های مصرف**

**تعریف مفهومی:** انگیزه های مصرف گذرگاه نهایی مشترکی هستند که از طریق اثرات بلند مدت بر تصمیم م گیری برای مصرف تاثیر می گذارد (کوکس، کلینگر، ۱۹۸۸). این انگیزه ها شامل انگیزه های افزایشی (افزایش اثر مثبت از طریق اثرات خوشایند الکل و مواد)، انگیزه های اجتماعی (افزایش اثرات مثبت از طریق بافت اجتماعی مصرف الکل و مواد) و انگیزه های مقابله ای ( فرار از اثرات منفی مربوط به تنش که با مصرف الکل و مواد کاهش می یابد) هستند (کوپر، ۱۹۹۴).

**تعریف عملیاتی:** نمره ای است که فرد در پرسشنامه انگیزه های مصرف<sup>۱</sup> کوپر (۱۹۹۸)، به دست آورد.

---

<sup>1</sup> - drinking motives questionnaire-revised (DMQ-R)

# فصل دوم

## مبانی نظری پژوهش

## ۱-۲ مقدمه

مصرف دخانیات اولین علت قابل پیش گیری مرگ و میر در جهان است (مادرز، لونکار، ۲۰۰۶) که سالانه بیش از پنج میلیون مرگ و میر را موجب می شود. به همین علت به عنوان اولویت اصلی سازمان بهداشت جهانی از نظر پیش گیری و درمان است (مرکز سلامت و خدمات مردمی آمریکا، ۲۰۰۷). طبق گزارش سازمان بهداشت روزانه بین ۸۰,۰۰۰ تا ۱۰۰,۰۰۰ جوان شروع به مصرف فراورده های دخانی می کنند که اکثر آن ها در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند. در ایران نیز شیوع کلی استعمال دخانیات در انواع مختلف آن در میان مردان ایرانی از ۱۲/۶ درصد در سال ۱۹۹۴ به ۱۶/۳ درصد در سال ۱۹۹۸ افزایش یافته است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۹).

## ۲-۲ اختلالات وابسته به نیکوتین

توتون<sup>۱</sup> رایج ترین شکل نیکوتین است که به صورت سیگار، سیگار برگ و پیپ تدخین می شود. توتون همچنین به صورت انفییه و جویدنی هم مصرف می شود، جزء روان گردان توتون، نیکوتین است که در دستگاه عصبی مرکزی به عنوان آگونیست گیرنده های نیکوتینی **استیل کولین**<sup>۲</sup> اثر می کند. حدود ۲۵ درصد نیکوتین استنشاق شده در حین تدخین وارد جریان خون می شود و از طریق جریان خون به فاصله ۱۵ ثانیه وارد مغز می شود. نیمه عمر نیکوتین حدود ۲ ساعت است که از طریق فعال سازی راه های دوپامینرژیک، خواص تقویت کننده، مثبت و اعتیاد آور دارد. ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۳</sup>، تشخیص وابستگی به نیکوتین را مجاز دانسته است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷)، شیوع بالای وابستگی به نیکوتین، آن را به شایع ترین اختلال روانپزشکی تبدیل کرده است (هابلت<sup>۴</sup>، باکر<sup>۵</sup>، گادو<sup>۶</sup>، ولیما<sup>۷</sup>، اسکمید<sup>۸</sup>،

<sup>۱</sup> - tobacco

<sup>۲</sup> -

<sup>۳</sup> - DSM-IV-TR

<sup>۴</sup> - Hublet

<sup>۵</sup> - Bacquer

<sup>۶</sup> - Valimaa

<sup>۷</sup> - Goddeau

<sup>۸</sup> - Schmid

۲۰۰۶) اما تشخیص سوء مصرف نیکوتین به رسمیت شناخته نشده است . وابستگی به نیکوتین سریعاً ایجاد می شود که احتمالاً به دلیل فعال شدن ناحیه تگمنتال شکمی سیستم دوپامینرژیک بر اثر نیکوتین است . عوامل اجتماعی، تقویت های محیطی، الگوهای نقش و بعضاً استعداد ژنتیکی، پیدایش وابستگی را تشدید می کند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). DSM-IV-TR اختلالات وابسته به نیکوتین را به اختلال مصرف نیکوتین، وابستگی به نیکوتین، ناشی از نیکوتین و ترک نیکوتین طبقه بندی می کند.

## ۲-۳ عوامل زمینه ساز مصرف مواد

### ۲-۳-۱ نظریه های زیست شناختی

در زمینه استعداد زیربنایی برای مصرف مواد، عوامل ژنتیکی، ناقل های عصبی و دستگاه های گیرنده و فرضیه مزاج مطرح هستند

### ۲-۳-۱-۱ عوامل ژنتیکی

وابستگی به نیکوتین اساساً قابل توارث است (لسو-اسکلاگر<sup>۱</sup>، پرگادیا، خرویان<sup>۲</sup>، سوان<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). مطالعات نشان داده - داده اند که عوامل ژنتیکی نقش مهمی در دوره های مختلف سیگار کشیدن از شروع مصرف سیگار تا وابستگی به نیکوتین دارند (اسکرر<sup>۴</sup>، خیان<sup>۵</sup>، پان<sup>۶</sup>، پرگادیا<sup>۷</sup>، مادن<sup>۸</sup>، ۲۰۱۲). سهم ژنتیک در مصرف منظم سیگار بین ۵۸ تا ۷۴ درصد تخمین زده زده شده است (مادن، پدرس<sup>۹</sup>، کاپریو<sup>۱۰</sup>، کوسکنوو<sup>۱۱</sup>، مارتین<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۶) و برای دیگر مواد دامنه ی بین ۳۰ تا ۸۰ درصد بدست آمده است (آگراوال<sup>۱۳</sup>، لینسکی<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۸). عوامل ژنتیکی ۳۳ تا ۷۰ درصد واریانس عوامل خطر ساز برای وابستگی به نیکوتین را تشکیل می دهند (لسو<sup>۱۵</sup>، مارتین، استاتام<sup>۱۶</sup>، تودورو<sup>۱۷</sup>، اسلوسک<sup>۱۸</sup>، بوچولز<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۴). پژوهش های انجام شده بر روی دوقلوها و فرزندخوانده ها بر نقش عوامل ژنتیکی در وابستگی به مواد تاکید دارد (وست<sup>۲۰</sup>، ۲۰۰۱). در پژوهشی که بال<sup>۲۱</sup> (۲۰۰۶) بر روی دوقلوهای مصرف کننده کوکائین و مواد افیونی انجام داد به این نتیجه رسید که قابلیت توارث این

1 - Lessov-Schlaggar

2 - Khroyan

3 - Swan

4 - Scherrer

5 - Xian

6 - Pan

7 - Pergadia

8 - Madden

9 - Pedersen

10 - Kaprio

11 - Koskenvo

12 - Martin

13 - Agrawal

14 - Lynskey

15 - Lessov

16 - Statham

17 - Todorov

18 - Slutske

19 - Bucholz

20 - West

21 - Ball

اختلالات بین ۲۵ تا ۴۴ درصد است. در پژوهش دیگری که بر روی دوقلوهای ۲۵ تا ۷۵ ساله مصرف کننده سیگار انجام شد، دامنه واریانس ژنتیک از ۴۸ تا ۶۹ درصد بود (هاردی<sup>۱</sup>، موس<sup>۲</sup>، لینچ<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷).

### ۲-۱-۳-۲ ناقل‌های عصبی و دستگاه‌های گیرنده

برای اکثر مواد مورد سوء مصرف، به استثنای الکل، محققین ناقل‌های عصبی یا گیرنده‌های عصبی شناسایی کرده‌اند که مواد از طریق آن‌ها اثرات خود را اعمال می‌کنند. به عنوان مثال مواد افیونی بر گیرنده‌های افیونی اثر می‌کنند. بنابراین، افرادی که فعالیت افیونی درون زاد در آن‌ها کم است یا فعالیت آنتاگو نیستی افیونی درون زاد در آن‌ها خیلی بالاست، در معرض خطر وابستگی به مواد افیونی قرار دارند. ناقلین عصبی اصلی که ممکن است در پیدایش سوء مصرف مواد و وابستگی دخیل باشند عبارتند از سیستم‌های شبه افیونی، کاتکولامین (بخصوص دوپامین) و گاما آمینو بوتیریک اسید<sup>۴</sup> (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷) که دوپامین نقش کلیدی دارد. مطالعات نشان داده‌اند که اثر تقویتی همه‌ی داروهای مورد سوء مصرف عمدتاً سیستم دوپامینی مزولیمبیک را فعال می‌کند (پیرس<sup>۵</sup>، کومارسان<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶). پژوهش‌های بارت<sup>۷</sup> (۲۰۰۴) نشان داد که اثرات لذت بخش مصرف سیگار با افزایش فعالیت دوپامینرژیک در جسم مخطط خلفی همراه است.

### ۲-۱-۳-۲ فرضیه مزاج

این فرضیه بیان می‌کند نوجوانان به خاطر این که دارای مزاج خاصی هستند درگیر سوء مصرف مواد می‌شوند. این ویژگی‌های مزاجی تقریباً به شکل ژنتیکی تعیین شده‌اند. پژوهش‌ها در حمایت از این فرضیه نشان داده‌اند که مزاج سخت در ابتدای کودکی، هیجان طلبی و سطح پایین اجتناب از خطر در نوجوانی با سوء مصرف مواد رابطه دارند (هاوکینز<sup>۸</sup>، کاتالانو<sup>۹</sup>، میلر<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۲). در نوجوانانی که چنین ویژگی‌های مزاجی دارند احتمال درگیر شدن در تجربه‌های جدید و رفتار قانون شکن خطرناک مثل سوء مصرف مواد بیشتر است (ویلز<sup>۱۱</sup> و فیلز<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۶).

### ۲-۳-۲ نظریه‌های روان‌شناختی

#### ۲-۳-۲-۱ نظریه‌های رفتاری

نظریه‌های رفتاری سوء مصرف مواد در اصول شرطی سازی پاولفی، شرطی کنشگر و نظریه‌های یادگیری اجتماعی ریشه دارند. یکی از نظریه‌های رفتاری سوء مصرف مواد، نظریه کاهش تنش یا استرس است (بوک استین<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۵). طبق این نظریه، سوء مصرف مواد یک رفتار پاداش دهنده است که منجر به کاهش تنش‌هایی چون ترس، تعارض یا ناکامی‌های

<sup>1</sup> - Hardi  
<sup>2</sup> - Moss  
<sup>3</sup> - Lynch  
<sup>4</sup> - GABA  
<sup>5</sup> - Pierce  
<sup>6</sup> - Kumaresan  
<sup>7</sup> - Bart  
<sup>8</sup> - Howkins  
<sup>9</sup> - Catalano  
<sup>10</sup> - Miller  
<sup>11</sup> - Wills  
<sup>12</sup> - Fiels  
<sup>13</sup> - Bukstein



دیگر می‌شود. این نظریه مبتنی بر نظام پاداش مصرف مواد است. تنش از آن جا که با مفاهیمی چون ترس یا اضطراب رابطه دارد، از طریق مصرف مواد، الکل یا سایر داروها کاهش می‌یابد. بنابراین تصور بر این است که الکل و سایر داروها تجارب روان‌شناختی ناخوشایند را تعدیل می‌کنند (بوک استین، ۱۹۹۵).

## ۲-۳-۲ نظریه‌های شناختی

نظریه‌های شناختی بر نقش باورها و عقاید فرد در مورد عوارض مصرف مواد به عنوان عاملی برای شروع مصرف مواد تأکید می‌کنند. این نظریه‌ها اصلی‌ترین عامل مرتبط با مصرف را انتظارات و نگرش‌های فرد درباره مواد می‌دانند و معتقدند سایر عوامل از قبیل ویژگی‌های شخصیتی و ارتباط با دیگران از طریق شناخت‌ها و ارزیابی‌های فرد درباره مواد، تأثیر خود را اعمال می‌کند.

طبق مدل بک<sup>۱</sup>، رایت<sup>۲</sup>، نیومن<sup>۳</sup> و لیز<sup>۴</sup> (۱۹۹۳) سه مجموعه باور در رابطه با سوء مصرف مواد وجود دارد که عبارتند از: از؛ الف) باورهای هسته‌ای<sup>۵</sup>: باوره‌ای اساسی هستند که فرد درباره خود، افراد مهم و جهان پیرامون دارد و در اثر تجارب گذشته فرد کسب شده‌اند. این باورها می‌تواند توسط تجارب جدید تحت تأثیر قرار گیرد. ب) باورهای مرتبط با مواد: این باورها یا به شکل انتظاری (انتظار تجربه مثبت) هستند یا جهت‌گیری تسکینی (انتظار ایجاد احساس بهتر یا مقابله موثرتر) دارند. مجموعه دیگری از باورهای مرتبط با مواد وجود دارد که عقاید تسهیلی نام دارد و به فرد اجازه می‌دهد با مصرف مواد از دوسوگرایی ناشی از وسوسه مصرف رها شود. ج) افکار خودآیند: که با موقعیت‌های کنونی مرتبط‌اند و معمولاً کوتاه مدت و زودگذر بوده و به عنوان تفسیرهایی کوتاه از باورهای اساسی توصیف می‌شوند. بک تأکید کرد باورهای مرتبط با مواد و افکار خودآیند توسط افراد مهم شکل گرفته و تحت تأثیر قرار می‌گیرند. از میان دیگر نظریه‌های شناختی نظریه رفتار مستدل<sup>۶</sup> (آجنز<sup>۷</sup> و فیش‌بین<sup>۸</sup>، ۱۹۸۰) و نظریه رفتار طرح‌ریزی شده<sup>۹</sup> جامع‌ترینند (پترایتس<sup>۱۰</sup>، فلائی<sup>۱۱</sup>، میلر، ۱۹۹۵).

## ۲-۳-۲-۱ نظریه رفتار مستدل

این نظریه در واقع اقتباسی است از نظریه کنترل‌گزاره ای<sup>۱۲</sup> دولانی<sup>۱۳</sup> (۱۹۶۱) که معتقد است نگرش به رفتار، هنجار فردی و کنترل رفتاری ادراک شده به طور غیر مستقیم با رفتار رابطه دارد و اگر قصد و تصمیمی بخواهد به رفتار تبدیل شود بستگی به این دارد که چقدر انگیزش و انرژی صرف آن شود (فوروارد<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۹). بر اساس نظریه رفتار مستدل (آجنز

1 - Beck

2 - Wright

3 - Newman

4 - Liese

5 - core beliefs

6 - reasoned action

7 - Ajzen

8 - Fishbein

9 - planned action

10 - Petraitis

11 - Flay

12 - propositional control

13 - Dulany

14 - Forward

و فیش بین، ۱۹۸۰) شروع آزمایشی مصرف مواد به طور اختصاصی توسط تصمیم گیری فرد برای آغاز رفتارهای مرتبط با جستجوی مصرف مواد تعیین می شود. این نظریه بر ارتباط میان اطلاعات و نگرش ها از یک سو و نگرش ها و رفتار از سوی دیگر تاکید می کند و بر پایه دو فرض مهم استوار است: ۱) اکثر رفتارهای انسان تحت کنترل ارادی اوست و بر اساس مقاصد فرد یا از طریق کلام او قابل پیش بینی است، ۲) انسان ها معمولاً به شیوه معقول عمل می کنند و پیش از انجام عمل، اطلاعات و نتایج عمل خود را در نظر می گیرند.

در این دیدگاه تصمیم گیری ها، تحت تاثیر دو متغیر شناختی قرار دارد: اول آنکه قصد فرد برای مصرف مواد تحت تاثیر نگرش وی در مورد مصرف مواد است. آجزن و فیش بین بر اساس رویکرد انتظار- ارزش به نگرش ها، معتقدند که نگرش های مربوط به مواد هم تابع ریاضی آثار و عوارض شخصی است که فرد از مصرف آزمایشی ماده انتظار دارد و هم تابع ارزش عاطفی است که نوجوان برای پیامدهای رفتار خود قائل می شود. دوم آنکه قصد فرد برای مصرف آزمایشی مواد متأثر از عقاید و باورهای او درباره هنجارهای اجتماعی موجود در این زمینه است. اگر فرد معتقد باشد دوستان صمیمی و اعضای خانواده او، مصرف آزمایشی مواد را تایید می کنند، فشار زیادی جهت استفاده از مواد احساس می کند. همچنین اگر فرد میزان شیوع مصرف آزمایشی مواد را در بین همسالان و بزرگسالان بیش از آنچه که هست تخمین بزند، باز هم تحت فشار روانی برای مصرف مواد قرار می گیرد. برخی پژوهش های انجام شده در مورد این نظریه نشان می دهند که این دیدگاه نقش سایر متغیرها را نادیده می گیرد، از جمله تجربه قبلی مصرف مواد که تاثیر مستقیمی بر رفتارهای ویژه مواد دارد. و از سوی دیگر قصد و نیت فرد، صرفاً تحت تاثیر نگرش ها و باورهای هنجاری او قرار ندارد (پترایس، فالای، میلر، ۱۹۹۵). با این حال برخی پژوهش ها نیز سودمندی این نظریه را تایید کرده اند (رامایا<sup>۱</sup>، روبا<sup>۲</sup>، گوپی<sup>۳</sup>، رانگل<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹؛ گوپی، رامایا، ۲۰۰۷).

## ۲-۳-۲-۲ نظریه رفتار طرح ریزی شده

آجزن با بازنگری در نظریه رفتار مستدل، نظریه رفتار طرح ریزی شده را مطرح نمود. این نظریه اظهار می کند رفتار فرد تابع سه سازه است، یعنی علاوه بر نگرش ها و هنجارها، عامل سومی تحت عنوان "کنترل رفتاری ادراک شده" یا به تعبیر بندورا خودکارآمدی<sup>۵</sup> و در دیدگاه راتر کانون کنترل<sup>۶</sup> نیز از اهمیت عمده ای برخوردار است (آجزن، ۲۰۰۱). نگرش در واقع ارزیابی رفتار است که می تواند مطلوب یا نامطلوب باشد، هنجار شخصی فشار ادراک شده از سوی دیگران برای تعهد به رفتار است. کنترل رفتاری ادراک شده نیز به درجه احساس ما از سختی و آسانی عمل اشاره دارد (فوروارد، ۲۰۰۹) که همان ارزیابی فرد از توانایی خود برای انجام رفتاری خاص است. طبق این نظریه پیش بینی درست رفتار از طریق قصد فرد حاصل می شود و نشان می دهد چقدر افراد می خواهند تلاش کنند و قصد دارند نسبت به انجام رفتاری خاص طرح ریزی

<sup>1</sup> - Ramayah

<sup>2</sup> - Rouibah

<sup>3</sup> - Gopi

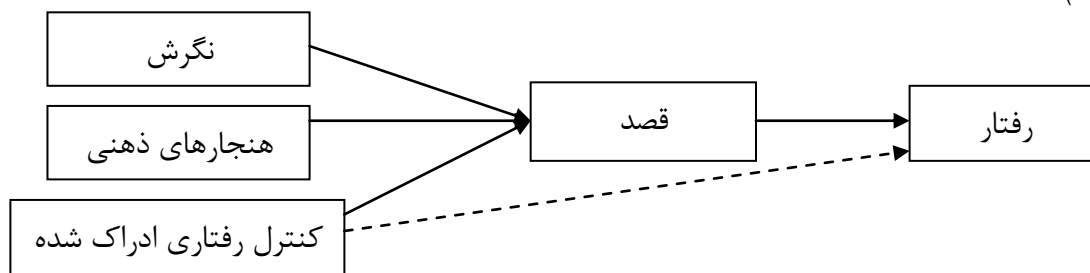
<sup>4</sup> - Rangel

<sup>5</sup> - Self-Efficacy

<sup>6</sup> - locus of control

داشته باشند (آجزن، ۱۹۹۱). "قصد"<sup>۱</sup> نیز تابعی است از نگرش، هنجار ذهنی و کنترل رفتاری ادراک شده، یعنی باور فرد درباره اینکه می‌تواند رفتار اجتماعی خود را کنترل کند (پاکپور<sup>۲</sup>، زیدی<sup>۳</sup>، چاتزيساراتتیز<sup>۴</sup>، هریسون<sup>۵</sup>، پلوتنیکف<sup>۶</sup>، ۲۰۱۱). بر اساس نظریه رفتار ریزی شده، خودکارآمدی نقش مهمی در رفتار دارد، بنابراین اگر فرد نگرش های مثبتی در مورد یک رفتار داشته باشد و انتظار تایید آن را نیز از سوی دیگران داشته باشد، در صورتی که احساس کند اجرای آن رفتار فراتر از توانایی و کنترل اوست، آن عمل را انجام نمی دهد. این نظریه بین دو نوع خودکارآمدی تفاوت قایل است: (۱) خودکارآمدی مصرف: به عقاید و باورهای فرد درباره توانایی خود در به دست آوردن و استفاده از مواد مخدر اطلاق می گردد. (۲) خودکارآمدی امتناع: نشان دهنده باور فرد به توانایی خود برای مقاومت در برابر فشار اجتماعی جهت مصرف مواد است. بر اساس این دیدگاه حتی اگر فرد قصد مصرف مواد را نداشته باشد، ممکن است به دلیل فقدان مهارت های لازم در امتناع از فشار همسالان، مواد مصرف کند. مطالعات اخیر نقش خودکارآمدی امتناع<sup>۷</sup> را در کاهش مصرف مواد نشان داده‌اند.

مطالعات متعددی نشان داده‌اند ویژگی‌های درون فردی مرتبط با قابلیت های عمومی نظیر حل مسئله و خودکارآمدی نقش اساسی در آمادگی برای مصرف سیگار دارند (بوتوین<sup>۸</sup>، ۲۰۰۰). خودکارآمدی بالا به فرد کمک می‌کند تا در مقابل فشار فشار دوستان مقاومت نموده و رفتارهای خود را کنترل نماید (بندورا<sup>۹</sup>، ۱۹۸۷). برخی مطالعات رابطه مستقیمی بین مصرف سیگار و مهارت های حل مسئله ضعیف و خودکارآمدی پایین کشف کرده اند (اپستین و همکاران، ۲۰۰۰). پژوهش‌های متعددی سودمندی عملی این نظریه را نشان داده‌اند (داونز<sup>۱۰</sup> و هازنبلاس<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۵؛ به نقل از بروجن<sup>۱۲</sup>، ورکوجن<sup>۱۳</sup>، وریس<sup>۱۴</sup>، پوته<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۲).



- 1 - intention
- 2 - Pakpour
- 3 - Zeidi
- 4 - Chatzisarantis
- 5 - Harrison
- 6 - Plotnikoff
- 7 - refusal self-efficacy
- 8 - Botvin
- 9 - Bandura
- 10 - Downz
- 11 - Hauzenblas
- 12 - Bruijn
- 13 - Verkooijen
- 14 - Vries
- 15 - Putte

شکل ۲-۱: نظریه رفتار طرح‌ریزی شده (آجزن، ۱۹۸۵)

## ۲-۳-۲-۳-۲ رویکرد PRIME<sup>۱</sup>

این رویکرد، شناختی است و توسط وست (۲۰۰۱) مطرح شده است. فرض اساسی آن، این است که برای درک دقیق سوء مصرف مواد باید نظام انگیزشی انسان را درک کرد. نظام انگیزشی انسان در پنج سطح قرار دارد، که این سطوح تاثیر متقابلی بر یکدیگر دارند. این پنج سطح عبارتند از: ۱) طرح‌ها<sup>۲</sup>: تجسم آگاهانه اعمال آینده و تعهد به آن. ۲) پاسخ‌ها<sup>۳</sup>: شروع، توقف یا تغییر اعمال. ۳) نیروی بازدارنده<sup>۴</sup>: فشارها و تمایلات آگاهانه. ۴) انگیزه‌ها<sup>۵</sup> (آرزوها) ۵) ارزیابی<sup>۶</sup> عقاید.

بر خلاف نظریه‌ها و مدل‌های پیشین سوء مصرف مواد که اغلب دو بعدی هستند و تبیین‌های ساده‌ای از اعتیاد ارائه می‌دهند، این نظریه نظام تعاملی پویای چند بعدی در توصیف وابستگی به مواد ارائه می‌دهد (وانی‌گارانتن<sup>۷</sup>، ۲۰۰۶)

## ۲-۳-۳-۲ نظریه‌های یادگیری اجتماعی

نظریه‌های یادگیری اجتماعی (آکرز<sup>۸</sup>، ۱۹۷۷؛ بندورا، ۱۹۷۷) در تبیین سوء مصرف مواد علاوه بر عوامل شناختی و عاطفی، عمدتاً بر عوامل اجتماعی و بین فردی تاکید می‌کنند. این نظریه‌ها معتقدند نوجوانان باورهای خود در مورد رفتارهای بزهکارانه را از الگوهای نقش، به ویژه دوستان نزدیک و والدین خود کسب می‌کنند. همانند نظریه‌های شناختی-عاطفی، نظریه‌های یادگیری اجتماعی نیز معتقدند نگرش‌های فرد در مورد مواد، قوی‌ترین پیش‌بینی کننده سوء مصرف مواد است (پتراتیس، فلائی، میلر، ۱۹۹۵). بر اساس دیدگاه یادگیری اجتماعی افرادی که تصور می‌کنند فواید مصرف مواد بیشتر از پیامدهای منفی آن است، در معرض مصرف مواد قرار دارند.

نظریه یادگیری اجتماعی-شناختی بندورا (۱۹۸۶) در مورد مصرف مواد در افراد معتقد است که فرد باورهای خود را در مورد سوء مصرف مواد از الگوهای نقش، خصوصاً دوستان نزدیک و والدین مصرف کننده مواد مخدر کسب می‌کند. در این دیدگاه فرض بر این است که مواجهه و ارتباط با دوستان و والدینی که مصرف کننده مواد هستند، دو باور ویژه را در فرد شکل می‌دهد که به سوء مصرف مواد می‌انجامد: اول آنکه، مشاهده الگوهایی که ماده مخدر مصرف می‌کنند، مستقیماً سبب شکل‌گیری انتظار پیامد در فرد می‌شود که به معنی باور آنها در مورد آثار فوری اجتماعی، شخصی و فیزیولوژیک سوء مصرف مواد است. دوم آن که، این دیدگاه با افزودن مفهوم خودکارآمدی، فراتر از نظریه یادگیری اجتماعی می‌رود. بندورا معتقد است که الگوهای نقش می‌توانند خودکارآمدی مصرف و امتناع را بوجود آورند. مثلاً مشاهده همسالانی که حشیش می‌خرند و مصرف می‌کنند، مهارت لازم برای بدست آوردن و مصرف حشیش را به فرد می‌دهد و به عکس مشاهده دوستی

<sup>1</sup> - Plans, Responses, Inhibitory, Motives, Evaluation (PRIME)

<sup>2</sup> - plans

<sup>3</sup> - responses

<sup>4</sup> - inhibitory forces

<sup>5</sup> - motives

<sup>6</sup> - evaluation

<sup>7</sup> - Waniagarantne

<sup>8</sup> - Akers