

## سیگار، دروازه ورود به اعتیاد

علی احتشامی<sup>۱</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۲/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۴/۳۰

### چکیده

سیگار کشیدن و تداوم مصرف آن اغلب ناشی از باورهای غلطی است که در جامعه رواج پیدا کرده است. هدف از این تحقیق بررسی تأثیر مصرف سیگار بر گرایش افراد به مصرف مواد مخدر است. یکی از نظریاتی که در خصوص اعتیاد و گرایش به مصرف مواد مخدر وجود دارد، «فرضیه دروازه» است. براساس این فرضیه، استفاده از مواد مخدر با سوء مصرف یک ماده قانونی شروع می‌شود و در سیر گسترش و تکامل به «ماده مخدر سخت» می‌رسد.

پژوهشگر با بررسی اسناد و مدارک دریافته است که وجود دوستان سیگاری، دسترسی آسان و بی حد و حصر به سیگار و آزاد بودن مصرف سیگار در اماکن عمومی به عنوان عوامل خاص گرایش به سیگار است و سایر علل، عوامل مشترک برای مصرف مواد مخدر و سیگار هستند. طبیعی است که با وجود عوامل خاص گرایش به مصرف سیگار، عوامل مشترک نیز ابتدا فرد را متمایل به مصرف سیگار می‌کند و معمولاً به موازات یا پس از آن با مصرف مواد اعتیاد آور آشنا می‌شوند. این تحقیق نشان می‌دهد مصرف سیگار باعث ایجاد بیماری‌هایی می‌شود که بسیاری از افرادی که آلوده به مصرف مواد مخدر شده‌اند، علت مصرف مواد را درمان یا تسکین عوارض ناشی از این بیماری‌ها عنوان کرده‌اند. از طرفی مصرف سیگار باعث ایجاد تغییراتی در رفتار، خلق و خو و منش فرد مصرف کننده می‌شود و او را مستعد مصرف مواد مخدر می‌کند.

**واژگان کلیدی:** سیگار، اعتیاد، فرضیه دروازه

## مقدمه

مصرف دخانیات عمده‌ترین دلیل قابل پیش‌بینی مرگ‌های زودرس و بیماری‌ها در جهان است. در سال ۱۹۸۰، انجمن روانپزشکی آمریکا اعلام کرد که ۳۰۵ وابستگی به تنباکو را به طبقه‌بندی تشخیص بیماری‌ها اضافه کرده است (حسنی، ۱۳۸۴). در سال ۱۹۸۸، اورت کوپ، سیگار کشیدن را به‌عنوان اعتیاد، مشابه سایر اعتیادهای مواد دارویی یا شیمیایی اعلام کرده است (حسنی، ۱۳۸۴). سیگار کشیدن و تداوم مصرف آن اغلب ناشی از باورهای غلطی است که در جامعه رواج پیدا کرده است. استفاده از سیگار ابتدا به‌عنوان یک تفنن وارد زندگی افراد می‌شود. حال آن‌که مصرف سیگار از مهم‌ترین علل مرگ و ناتوانی در سراسر دنیا به‌شمار می‌رود. سالانه حدود ۴/۵ میلیون نفر بر اثر مصرف سیگار و بیماری‌های ناشی از آن جان خود را از دست می‌دهند. سیگار کشیدن در بین نوجوانان نیز یک مشکل بهداشت عمومی است. با وجود تأثیرات مضر شناخته‌شده‌ای که سیگار روی سلامتی دارد، بسیاری از افراد به این رفتار پرخطر دست می‌زنند و مصرف سیگار را ادامه می‌دهند. امروزه سن گرایش به مصرف سیگار کاهش یافته و مصرف سیگار بین نوجوانان نه تنها جای پا باز کرده بلکه تا حدودی رواج پیدا کرده است (امین‌الرعايا و همکاران، ۱۳۹۱).

مصرف سیگار قدم اول اعتیاد است. به‌عبارت دیگر سیگار علاوه بر آنکه اعتیاد شدیدی دارد، راه ورود به ورطه نابودی و مصرف مواد مخدر را هموار می‌کند. بسیاری از کارشناسان بر این باورند اطلاع‌رسانی به‌موقع، اصولی و گسترده‌ای که در راستای رویکرد اجتماعی کردن مبارزه با مواد مخدر صورت گرفته، نه تنها اعتیاد به مواد مخدر بلکه اعتیاد به دخانیات را هم کاهش می‌دهد. مبارزه با مواد مخدر از مرز شروع می‌شود و شامل برخورد با متخلفان و قاچاقچیان، پیشگیری از گرایش به مواد مخدر، درمان معتادان در بند و... می‌شود اما رویکرد اجتماعی کار مبارزه با این معضل بزرگ اجتماعی را تقویت خواهد کرد. گرایش به مصرف سیگار هر دلیلی که داشته باشد، قابل بررسی است اما به‌هر حال، مصرف سیگار دری است برای ورود به افکار و ذهنیات آلوده و این مهم است که محقق را به فکر مطالعه روی این موضوع واداشت که مصرف سیگار چه تأثیری بر گرایش افراد به مصرف مواد مخدر دارد.

## سیگار ماده‌ای اعتیادآور

سیگار بیش از ۲۰۰۰ ماده شیمیایی تولید می‌کند. نیکوتین ماده شیمیایی اصلی سیگار است و به‌عنوان یک داروی قوی و اعتیادآور به‌طور قابل ملاحظه‌ای مورد توجه قرار گرفته است. سیگارهای معمولی حاوی ۸/۴ میلی‌گرم نیکوتین در هر نخ هستند (هولن<sup>۱</sup>، ۱۳۹۳: ۳۰۵). نیکوتین تمام ویژگی‌های یک ماده اعتیادآور را دارد. اثر تکراری نیکوتین بر سیستم عصبی مرکزی منجر به اعتیاد یا وابستگی می‌شود (ریچموند<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸) و ترک سیگار معمولاً سندرم بازداری یا علائم ترک را نشان می‌دهد (حسنی، ۱۳۸۸). آثار نیکوتین بر بدن مصرف آن را تقویت می‌کند. وابستگی از دریافت نیکوتین ایجاد می‌شود اما با شناخت تعدیل می‌شود و با استفاده مداوم، خطر وابستگی جسمی و روانی افزایش می‌یابد. اجزای فیزیکی و روانی-اجتماعی سیگار کشیدن در ارتباط بسیار نزدیک باهم هستند و باهم رخ می‌دهند. هنگامی که بدن به انجام اعمال خود در سطح معینی از نیکوتین خون عادت کرد، با استفاده از مصرف مداوم نیکوتین در پی حفظ این سطح برمی‌آید و در صورتی که سطح نیکوتین از این مقدار کمتر شود، سندرم ترک نمایان می‌شود. به عقیده بیشتر معتادان، ترک سیگار به اندازه ترک سایر مواد اعتیادآور و حتی سخت‌تر از آن است (ریچموند، ۱۹۸۸). تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد که بین اشتیاق به سیگار کشیدن و نیز تحریک پذیری افراد بعد از ترک سیگار و وابستگی به نیکوتین قبل از ترک، همبستگی وجود دارد و هرچه شدت وابستگی بیشتر باشد، علائم بازداری نیز شدیدتر است (حسنی، ۱۳۸۸) و امکان ترک سیگار با استفاده از آدامس‌های ترک حاوی نیکوتین و ریحان آدامس‌های حاوی ۴ میلی‌گرم نیکوتین به آدامس‌های حاوی ۲ میلی‌گرم نیکوتین، حاکی از وابستگی فرد به نیکوتین است (تانسن<sup>۳</sup>، ۱۹۸۸).

## مواد مضر موجود در دود سیگار

نیکوتین یک ماده محرک بی‌رنگ، اعتیادآور و مسموم‌کننده است. این ماده در محصولات تنباکویی وجود دارد که با پیپ، سیگارهای برگ، سیگار و قلیان مصرف می‌شوند. برابر تحقیقات انجام شده نیکوتین بعد از الکل، دومین ماده‌ای است که مورد

سوء مصرف قرار می‌گیرد. نیکوتین اصلی‌ترین عامل مرگ و میر در ایالات متحده آمریکا گزارش شده است (هولن، ۱۳۹۳). بسیاری از افراد دارای بیماری‌های مزمن، مرتبط با مصرف مستقیم (سیگاری) یا غیرمستقیم (در معرض سیگار) هستند. صدها ماده شیمیایی به غیر از نیکوتین نیز در محصولات تنباکویی وجود دارد و همراه با دود سیگار به بدن نفوذ کرده و باعث آسیب‌های شدید می‌شود. تحقیقات نشان می‌دهد که به نظر می‌رسد نیکوتین از هروئین و کوکائین کم‌خطرتر، اما از مواد اعتیادآور دیگر مثل اکستازی صدمات بیشتری ایجاد می‌کند (هولن، ۱۳۹۳). نیکوتین با قرابت زیادی که با استیل کولین و گیرنده‌های آن دارد، با تقلید عملکرد این ماده به گیرنده‌های آن متصل شده و باعث پاسخ قوی دوپامین در مسیر پاداشی می‌شود که عامل مهمی برای اعتیاد به آن است.

قطران بعد از آب و مواد آلكالوئیدی بارزترین ماده‌ی موجود در دود سیگار است. این ماده عامل بروز خطرات سلامت به خصوص سرطان ریه و تنگی نفس و سایر بیماری‌های تنفسی است. مونوکسید کربن موجود در دود سیگار هم خطر بیماری‌های دستگاه گردش خون را افزایش می‌دهد. بدین صورت است که مصرف سیگار با تمام انواع سرطان‌ها مرتبط است. سیگاری‌ها نه تنها به سرطان ریه، بلکه دو تا چهار برابر دیگران نیز به انواع سرطان‌ها مبتلا می‌شوند و این بستگی به مقدار مصرف آن‌ها دارد.

دود محیطی سیگار حاوی مواد سرطان‌زا و سمی خاص موجود در سیگار مثل فرمالدهید، سیانید، کربن مونوکسید، آمونیاک و نیکوتین است. این نوع دود نیز مانند دود مستقیم سیگار عامل اصلی سرطان، آسم، بیماری‌های تنفسی، آلرژی، بیماری‌های قلبی و اختلالات گردش خون است (هولن، ۱۳۹۳).

### علل گرایش به مصرف سیگار

پشت‌مبهدی در تحقیقی به نقل از مدنی و جعفرزادگان اذعان می‌دارد که بالاترین نسبت معتادان کشور (۴۵/۷ درصد)، در فاصله ۱۷ تا ۳۳ سال، مصرف مواد را آغاز کرده‌اند و میانگین سن شروع سیگار در افراد سیگاری ۱۶/۶ سال اعلام شده است. بر اساس گزارش مؤسسه ملی سرطان، روزانه بیش از ۶۰۰۰ نوجوان در آمریکا مصرف سیگار را برای اولین

بار تجربه می کنند (محمدخانی، ۱۳۹۰، به نقل از ال. ک.<sup>۱</sup>). علاوه بر آن مصرف داروهای روان گردان مثل اکستاسی، ال.اس.دی و کریستال نیز در سال‌های اخیر در سطح جهانی افزایش قابل ملاحظه‌ای نشان داده و به یک چالش جهانی تبدیل شده است (پشت‌مشهدی، ۱۳۸۸).

محمدخانی در تحقیقاتش به این نتیجه رسیده است که سیگار و مشروبات الکلی به‌عنوان مواد اعتیادآور سبک، شایع‌ترین مواد مصرفی بین دانش‌آموزان ایرانی هستند (محمدخانی، ۱۳۹۰). تحقیقات انجام شده عامل اصلی گرایش به مصرف سیگار را در شش حیطه جویا شده‌اند که عبارتند از: فرد، گروه همسالان، خانواده، مدرسه، محله و جامعه. این حیطه‌ها در تعامل با همدیگر هستند. فرد در مرکز این الگو به تمام محرک‌ها براساس ویژگی‌های فردی خود پاسخ می‌دهد (برنستاین و زیگک<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹). تحقیقات نشان می‌دهد نوجوانان ایرانی در معرض سوء مصرف مواد قرار دارند. شیوع سیگار در نوجوانان در سنین ۱۱ تا ۱۸ سال، ۱۴/۳ درصد ارزیابی شده است که این نسبت برای پسران ۱۸/۵ درصد و برای دختران ۱۰/۱ درصد است (پشت‌مشهدی، ۱۳۸۸، به نقل از کلیشادی، ۲۰۰۶).

محققان تحقیقات زیادی روی علل گرایش به مصرف سیگار بین افراد در سنین و طیف‌های مختلف انجام داده‌اند. *امین‌الرعا یا* و همکاران در تحقیقی با عنوان «عوامل مؤثر در گرایش به مصرف سیگار در دانشجویان دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان» مهم‌ترین عوامل مؤثر در گرایش را به ترتیب: علاقه شخصی، دوستان سیگاری و سپری کردن اوقات فراغت عنوان کرده‌اند (امین‌الرعا یا و همکاران، ۱۳۹۱). بررسی نتایج تحقیقات شمسی‌پور و همکاران نیز نشان می‌دهد که کنجکاوی، کسب تجربه جدید و امتحان کردن، کسب لذت و سرگرمی، مشکلات روحی و روانی، نیاز به آرام‌بخش، دوستان سیگاری، ناآگاهی و بی‌تجربگی، از دلایل اصلی و مهم شروع مصرف سیگار هستند (شمسی‌پور، ۲۰۱۲). بیشتر پژوهشگران معتقدند که مصرف سیگار بین جوانان و نوجوانان با سایر اختلالات موجود در این سنین شباهت‌ها و تفاوت‌های زیادی دارد (نیوکامب<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵).

وجه تمایز مصرف سیگار با سایر اختلالات و مشکلات دو مورد اساسی است: اول،

مصرف سیگار مستلزم وجود یک عامل خارجی یعنی سیگار است. پس متناسب با دسترسی به آن، دامنه این عامل متفاوت است. دوم، وجود آمادگی مصرف که اگر فرد این تمایل را نداشته باشد، عمل به وقوع نمی‌پیوندد. یکی از خطراتی که گرایش به مصرف سیگار به خصوص در نوجوانان دارد این است که تصور می‌کنند فواید مصرف سیگار از مضرات آن بیشتر است (محمدخانی، ۱۳۸۷).

کاپلان<sup>۱</sup> و همکاران در تحقیقی اذعان داشته‌اند که احساس بی‌کفایتی که منجر به تحقیر و از دست دادن عزت نفس فرد می‌شود، می‌تواند وی را به ورطه‌ای بکشد که به رفتارهای نامتعارف روی آورد. سیگار کشیدن نمونه‌ای از این رفتارهای نامتعارف است (کاپلان، ۲۰۰۳). بعضی از افراد با نگرش‌های خاص نسبت به مصرف سیگار استفاده از آن را عاملی مهم و اصلی برای تعدیل خلق و خو و احساسات منفی می‌دانند (ایراک<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). سیگاری‌های با حساسیت بالا، مصرف آن را عاملی برای کاهش اضطراب می‌دانند که البته این موضوع مربوط به شرایط همراه با استرس و تنش بالاست نه در موقعیت‌های عادی بدون استرس؛ هرچند تحقیقات بعدی نشان داده است که سیگار کشیدن تنش‌های اصلی زندگی و عصبانیت را کاهش نمی‌دهد، بلکه فقط باعث کاهش تنش‌های ناشی از وابستگی به نیکوتین می‌شود و همیشه سیگار کشیدن با افسردگی و اضطراب همراه است (قهوه‌چی، ۱۳۹۱، به نقل از میکلتون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). در حال حاضر در کشور ما برخلاف بسیاری از کشورها، مصرف سیگار در اماکن عمومی آزاد است. از این رو افراد سیگاری برای ترک سیگار تحت هیچ فشار اجتماعی قرار نمی‌گیرند (جعفری، ۱۳۹۰).

براساس تحقیق انجام شده توسط دیوسالار و همکاران، افراد با تمایلات مذهبی اعم از کسانی که قرآن می‌خوانند یا افرادی که به مسجد می‌روند، گرایش کمتری به مصرف سیگار دارند (دیوسالار، ۱۳۸۶). این مطالعه در آمریکا هم انجام شده و نشان داده است که افراد با تمایل مذهبی یعنی کسانی که به کلیسا می‌روند، به مصرف سیگار گرایش کمتری دارند (ژیلوم<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵). دیوسالار اثرات محافظتی مذهب در برابر سیگار را بدین شرح

عنوان می‌کند که عقاید مذهبی:

۱. سبب تقویت سازوکارهای انطباقی و فائق آمدن بر پیشامدهای اضطراب آور می‌شود؛
  ۲. احساس تعلق به یک طبقه ارزشی و مطلوب جامعه سبب تعادل روحی شده و نگرش آن‌ها به مواد منفی‌تر می‌شود؛
  ۳. تأکید متولیان مذهب اسلامی بر حرام بودن سیگار به علت آسیب به خود و اطرافیان (دیوسالار، ۱۳۸۶).
- از دیدگاه تعلیم و تربیت اسلامی، تمایل به کج رفتاری‌ها و انحرافات بشر از نبود یا ضعف اعتقاد مذهبی ریشه می‌گیرد و پابندی به اصول مذهبی، بزرگترین عامل بازدارنده از انحرافات اجتماعی است (محمدی، ۱۳۸۰).

### فرضیه دروازه

یکی از نظریاتی که درخصوص اعتیاد و گرایش به مصرف مواد مخدر وجود دارد، «فرضیه دروازه<sup>۱</sup>» است (وانیوکوف<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). براساس این فرضیه، استفاده از مواد مخدر با سوء مصرف یک ماده قانونی (مخدر نرم) شروع می‌شود و در سیر گسترش و تکامل به «ماده مخدر سخت» می‌رسد. کاندل<sup>۳</sup> در این فرضیه ترتیب توالی را به این صورت اعلام کرده است (کاندل و یاماگوجی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲):



شکل شماره ۱. فرضیه دروازه

طرفداران این نظریه، دروازه ورود به اعتیاد را سوء مصرف مواد یا داروهای مجاز می‌دانند. در واقع فرضیه دروازه به توجیه و توضیح یک نظم و توالی در شروع به مصرف مواد مخدر اشاره دارد. در شکل ارائه شده برای سلسله مراتب مصرف مواد اعتیادآور، مصرف ماری جوانا به عنوان یک پله قلمداد شده است. پله‌ای که از یک سو منتهی به یک ماده

مجاز است و از سوی دیگر منتهی به یک ماده اعتیادآور سخت. منظور از مواد اعتیادآور سخت در این فرضیه، موادی مثل کوکائین، هروئین و متامفتامین (شیشه) است که وابستگی به آن‌ها تعریفی عینی از اعتیاد است (وانیو کوف، ۲۰۱۲، به نقل از کاندل، ۲۰۰۳)؛ ماده اولیه می‌تواند دارویی با مصارف پزشکی، الکل یا توتون و تنباکو باشد. مراحل اولیه سوء مصرف مواد با مصرف مواد سبک نظیر سیگار و مشروبات الکلی شروع و به سمت مواد سنگین‌تر پیش می‌رود. براساس فرضیه دروازه، مصرف سیگار و مشروبات الکلی، مقدمه‌ای برای سایر مواد است و براساس نظریه مرحله‌ای یا پله‌ای کاندل نیز برنامه پیشگیری باید مصرف سیگار و مشروبات الکلی را هدف خود قرار دهند (وانیو کوف، ۲۰۱۲). فرضیه دروازه به تعیین ترتیب توالی شروع استفاده از مواد مخدر اشاره دارد. تقسیم‌بندی استفاده از مواد اعتیادآور به دو روش قانونی و غیرقانونی حاکی از وجود قراردادهای اجتماعی در مصرف مواد است. این نوع نگرش باعث می‌شود که تغییر مواضع حقوقی و اجتماعی در نوع نگرش به یک ماده در اعتیاد به آن نیز مؤثر باشد. ماده‌ای که مصرف آن در یک برهه زمانی آزاد محسوب می‌شود و مصرف آن تحت کنترل هیچ نهادی نیست، آثار زیان‌بار خود را روی مصرف‌کننده می‌گذارد و گرایش به مصرف مواد را به وجود می‌آورد. مثلاً استفاده از برخی از داروهای آرام‌بخش که مانند تنقلات در سبد دارویی هر خانواده مشاهده می‌شود، تأثیر سوء خود را بر جای می‌گذارد و زمانی که مواضع حقوقی راجع به این ماده تغییر می‌یابد (مثلاً فروش بدون نسخه پزشک ممنوع)، بسیاری از افراد آن را مصرف کرده و تحت تأثیر آن قرار گرفته‌اند و چه‌بسا نتوان برخی از این افراد را از مصرف این مواد بر حذر داشت و به نوعی اعتیاد این افراد به ماده مورد نظر رقم خورده است (وانیو کوف، ۲۰۱۲).

### علل گرایش به مواد اعتیادآور

نظریه‌های متعددی برای علل گرایش به مصرف مواد اعتیادآور وجود دارد. دانش و همکاران در تحقیقی این نظریه‌ها را به صورت زیر دسته‌بندی کرده‌اند:



### الف) نظریه‌های ساختارگرا:

نظریات آگنیو و دورکیم<sup>۱</sup> از این دسته از نظریات هستند. از نظر آگنیو جرم نوعی سازگاری با تنش، صرف نظر از منبع تنش است. براساس این دیدگاه، مواجهه فرد با رویدادهای تنش‌زای زندگی و نیز رویدادهای تنش‌زایی که در اثر اعمال منفی دیگران انجام می‌شود، از عوامل ایجادکننده‌ی کج‌روی است (دانش، ۱۳۹۳، به نقل از جوانمرد، ۱۳۹۰).

دورکیم هم معتقد است با از هم پاشیدگی هنجارها، وضعیت آرزوهای بی‌حد پیش می‌آید و نرسیدن به این آرزوها منجر به نارضایتی اجتماعی می‌شود که نتیجه آن اقدامات منفی اجتماعی است (دانش، ۱۳۹۳، به نقل از ستوده، ۱۳۸۹).

### ب) نظریه‌های خرده‌فرهنگ‌گرا:

براساس این نوع دیدگاه‌ها، خرده‌فرهنگ‌های متعدد موجود در جامعه سبب ایجاد ارزش‌ها و هنجارهایی می‌شوند که به دلیل ناهم‌خوانی با ارزش‌های مسلط جامعه، رفتار براساس آن‌ها انحراف محسوب می‌شود. کوهن<sup>۲</sup> به‌عنوان یکی از ارائه‌کنندگان این نظریات، مدعی است فرزندان طبقات محروم جامعه برای جبران ناکامی خود در رقابت برای دستیابی به منزلت افراد متوسط، «خرده‌فرهنگ‌ها» بزهکاری تأسیس می‌کنند (دانش؛ ۱۳۹۳، به نقل از صدیق سروستانی، ۱۳۸۶).

ج) نظریه‌های یادگیری اجتماعی: این نظریه‌ها، انحرافات را امری آموختنی می‌دانند. ساترلند معتقد است که کج‌روی‌ها یادگرفتنی است نه ارثی و بخش عمده‌ای از یادگیری رفتار انحرافی در فرآیند ارتباطات گروه‌های صمیمی و کوچک مثل گروه دوستان و خانواده اتفاق می‌افتد (گروسی، ۱۳۹۰). اگرز<sup>۳</sup> نیز معتقد است که انحراف اگر سودمند و پاداش‌ده تلقی شود، همین امر انگیزه‌ای برای انحراف مجدد است (دانش، ۱۳۹۲، به نقل از موسی‌نژاد، ۱۳۸۷).

**(د) نظریه‌های کنترل:**

این دسته از نظریات بر این اعتقادند که افراد فقط به دلیل کنترل آن‌ها از سوی جامعه مرتکب انحراف نمی‌شوند. هیرشی<sup>۱</sup> به‌عنوان یکی از صاحبان این دسته از نظریات، علت هم‌نوایی افراد با هنجارهای اجتماعی را پیوند اجتماعی آن‌ها دانسته است و مدعی است که تعلق خاطر، پابندی، درگیر شدن به فعالیت‌های غیرمنحرفانه و اعتقاد شخصی به نظام ارزشی غالب در یک گروه مانع کج‌رفتاری می‌شود (ستوده، ۱۳۸۹). نای<sup>۲</sup> نیز نقش خانواده‌های پر از تشنج و اختلاف را در کج‌رفتاری‌های نوجوانان مهم می‌داند (دانش، ۱۳۹۲، به نقل از خادمیان، ۱۳۸۸).

در بررسی عوامل گرایش به مصرف مواد مخدر یک نکته خیلی مهم به نظر می‌رسد و آن هم نظریه بکر<sup>۳</sup> است. بکر در تحقیقات خود به این نتیجه رسیده است که جوانان به‌طور ناگهانی جذب مواد نمی‌شوند بلکه این گروه فرعی است که آن‌ها را با مواد مخدر آشنا می‌کند و با توصیف‌های مکرر اعضا، به ماهیت و تأثیر مواد پی می‌برند و نحوه استفاده و تعداد دفعات و مقدار مصرف مجاز آن‌را یاد می‌گیرند و در پی آن با حدود و خطرات آن آشنا می‌شوند. این بدان معنی است که فرد در تعامل با اعضای گروه فرعی در معرض اطلاعات جدید قرار می‌گیرد و این فرآیند در تکوین و شکل‌گیری نگرش مثبت وی نسبت به مواد نقش مؤثری ایفا می‌کند (رضایی، ۱۳۹۲).

نگرش مثبت به مواد مخدر و به‌طور مشخص علاقه به مصرف مواد می‌تواند پیش‌بینی‌کننده اعتیاد باشد (دلاور و رضایی، ۱۳۸۷)، نگرش مثبت به مواد مخدر به قدری مهم است که الیس<sup>۴</sup> (۱۹۷۹) معتقد است که: «تفکر و نوع نگرش افراد معتاد است که آن‌ها را به‌سوی مصرف مجدد سوق می‌دهد و یا آن‌ها را برای همیشه از مصرف مواد دور می‌سازد. نوع نگرش معتاد نسبت به مواد مخدر، نوعی تفکر است که ممکن است منطقی یا غیرمنطقی باشد و اغلب خودبخود، ناهوشیار و دائمی است و به‌راحتی نمی‌توان این نوع نگرش را

تغییر داد. ولی یکی از شیوه‌هایی که به معتاد کمک می‌کند تا به شناخت خود برسد، بررسی نوع نگرش و ایجاد نگرش منفی نسبت به اعتیاد است.»  
افرادی که تنظیم هیجانی بالایی دارند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند، فشارهای ناخواسته همسالان را درک و هیجان‌های خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می‌دهند. در مقابل، کسانی که تنظیم هیجانی پایینی دارند، برای مقابله با هیجان‌های منفی خود به‌سوی مصرف مواد کشیده می‌شوند (قنادی فرنود، ۱۳۹۳، به نقل از ترینیداد<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۴).

محمدخانی در تحقیق خود اذعان نموده است: «مطابق الگوی رشد اجتماعی، تعلق عاطفی به همسالانی که مواد مخدر مصرف می‌کنند، علت اصلی سوء مصرف مواد است.» (محمدخانی، ۱۳۹۱). مدبرنیا و همکاران در تحقیقی کیفی با تحلیل محتوای داده‌های به‌دست آمده از یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته مهم‌ترین عوامل مؤثر بر اعتیاد به مواد مخدر را به این شرح بیان داشته‌اند: «کسب آسان منافع روانی و جسمانی، لذت‌طلبی، کنجکاوی، تمایل به متفاوت بودن، نداشتن مهارت‌های زندگی، نابسامانی فرهنگی، از بین رفتن قبح مصرف مواد، نابسامانی خانواده، فشارهای ناشی از نارسایی‌های اقتصادی، پول‌های بادآورده» (مدبرنیا، ۱۳۹۲).  
با جمع‌بندی نظریات یادشده، علل گرایش به مصرف مواد اعتیادآور را علاوه بر موارد ذکر شده در تحقیق مدبرنیا، می‌توان بدین شرح بیان کرد: وجود گروه‌های فرعی و دریافت اطلاعات جدید، نگرش مثبت به مواد مخدر، مقابله با هیجان‌های منفی و تعلق عاطفی به همسالان.

### ارتباط گرایش به سیگار و مواد اعتیادآور

براساس یافته‌های پژوهشی، مصرف الکل و سیگار در سنین پایین با مصرف مواد و سایر رفتارهای ضدا اجتماعی در بزرگسالی ارتباط دارد (محمدخانی، ۱۳۸۷، به نقل از کاتالانو و

هاوکینز، ۱۹۹۶ و ماک<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۱). مرحله نوجوانی به دلیل خودمحوری و عدم درک یکپارچه و صحیح نوجوانان از عواقب مخاطره آمیز رفتارهای خود، مرحله مهمی برای شیوع رفتارهای پرخطر محسوب می شود. (کلوپ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹)، به این خاطر دوره ای پرخطر برای آغاز مصرف سیگار، مواد مخدر، الکل و سایر مواد غیرمجاز محسوب می شود (ملیچور<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸) و نوجوانانی که سیگار مصرف می کنند، به احتمال بیشتری به مصرف مواد گرایش پیدا می کنند (خدادادی و همکاران، ۱۳۹۳، به نقل از کریست جانسون<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰).

همه این علل و عوامل در سنین پایین تر می تواند باعث گرایش افراد به مصرف دخانیات اعم از سیگار و قلیان شود. یعنی فردی که به هر کدام از دلایل بالا در سنین نوجوانی و جوانی به مصرف سیگار تمایل پیدا می کند و مصرف این مواد را آغاز می کند، احتمالاً به همین دلایل تدخین خود را از دخانیات به سمت مواد مخدر و اعتیادآور گسترش خواهد داد. مصرف سیگار و دیگر فرآورده های دخانی توتون و تنباکو به عنوان یکی از مهم ترین عوامل خطر مهم و افزایش دهنده ی بار کلی بیماری ها در دنیا می باشد. بیماری هایی نظیر چاقی، دیابت و سرطان از عوارض مصرف سیگار محسوب می شوند (یوسفی، ۱۳۹۳).

از طرفی بسیاری از افرادی که به سمت مصرف مواد مخدر گرایش پیدا کرده اند، علت مصرف خود را درمان دیابت، جلوگیری یا کنترل چاقی و تحمل دردهای ناشی از بیماری های سرطانی عنوان می کنند؛ درمان بیماری هایی که خود از آثار زیان بار مصرف سیگار محسوب می شوند. یعنی به نحوی برای این دسته از مردم نیز گرایش به مصرف مواد اعتیادآور پس از مصرف سیگار دیده می شود و سیگار به نحوی دروازه مصرف مواد مخدر برای آنان بوده است.

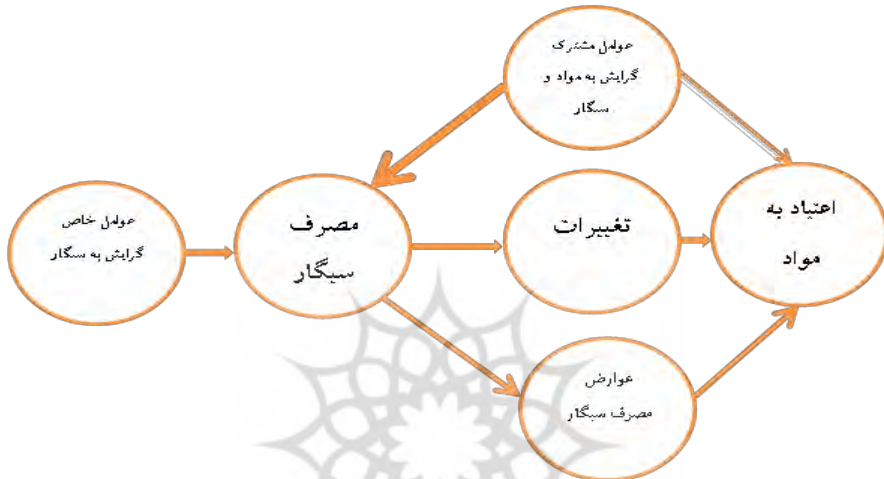
تا به امروز از عوامل خطری همچون داروهای ترامادول و ریتالین و ارتباط آن با سیگار اطلاعات شفافی منتشر نشده است. البته این احتمال می رود که این داروها با توجه به فراوانی، ارزانی و اثرات رضایت بخش و سرخوشی آور، در گاهی برای اعتیاد به سیگار یا مواد مخدر باشند و البته تحقیقات متعدد خطرات ناشی از مصرف این داروها را گوشزد

کرده‌اند (نظرزاده، ۱۳۹۲). کامپر و ترنر<sup>۱</sup> نیز با ارائه الگوی بوم‌شناسی اجتماعی، مهم‌ترین علت سوء مصرف مواد را استرس، به‌ویژه استرس‌های مرتبط با مدرسه معرفی می‌کنند. براساس این الگو نیز افراد برای گریز از استرس‌های موجود به دامن همسالان منحرف پناه می‌آورند و با اتکا به آنان به مصرف مواد یا سیگار روی می‌آورند.

براساس نظریه رفتار مشکل‌ساز، نوجوانانی که مستعد یک رفتار مشکل‌آفرین هستند، مستعد سایر رفتارهای مشکل‌ساز نیز هستند. این نظریه رفتار مشکل‌ساز را نتیجه سه حیطه در نظر می‌گیرد: عوامل شخصیتی، محیط و سیستم رفتاری فرد (محمدخانی، ۱۳۹۱).

شکل شماره ۲، ارتباط مصرف سیگار و مواد مخدر را به‌خوبی نشان می‌دهد. در این شکل، وجود دوستان سیگاری، دسترسی آسان و بی‌حد و حصر به سیگار و آزاد بودن مصرف سیگار در اماکن عمومی به‌عنوان عوامل خاص گرایش به سیگار معرفی شده است. سایر علل و عواملی که در این مقاله به‌عنوان عوامل گرایش به مصرف مواد مخدر و عوامل مؤثر بر مصرف سیگار یاد شده، عوامل مشترک برای مصرف هستند. طبیعی است که با وجود عوامل خاص گرایش به مصرف سیگار، عوامل مشترک نیز ابتدا فرد را متمایل به مصرف سیگار می‌کند و معمولاً به موازات یا پس از آن با مصرف مواد اعتیادآور آشنا می‌شوند. مصرف سیگار باعث ایجاد بیماری‌هایی می‌شود که بسیاری از افرادی که آلوده به مصرف مواد مخدر شده‌اند، علت مصرف مواد را درمان یا تسکین عوارض ناشی از این بیماری‌ها عنوان کرده‌اند. از طرفی مصرف سیگار باعث تغییراتی در رفتار، خلق و خو و منش فرد مصرف‌کننده می‌شود و او را مستعد مصرف مواد مخدر می‌کند. مصرف سیگار فرد را به حضور بین دوستان سیگاری مقید می‌سازد و وابستگی به این دسته از دوستان را زیاد می‌کند. حضور در بین این دوستان پیامدهای ویژه‌ای دارد که گرایش به انحرافات اجتماعی یکی از آنهاست. در این جمع فرد با مواد جدید و آثار آن آشنا می‌شود و متأسفانه آنچه در این جمع از مواد مخدر شنیده می‌شود همه آثار مثبت و خوبی مواد است و از آثار زیان‌بار آن حرفی به میان نمی‌آید که هیچ، در بسیاری از موارد این آثار به شیوه‌های مختلف توجیه یا به عوامل دیگر ارتباط داده می‌شود. این نوع تبلیغات

باعث ایجاد نگرش مثبت در فرد شده و علاوه بر از بین رفتن قبح مواد، علاقه فرد را به مصرف مواد افزایش می‌دهد. فرد با این نوع نگرش و برای کسب تجربه مصرف ماده جدید به سمت مصرف مواد اعتیادآور سوق می‌یابد و به این امید است که آرامش و لذتی را که با مصرف سیگار دنبال آن بوده و به آن دست نیافته است، با مصرف این مواد به دست آورد.



شکل (۲) وابستگی اعتیاد با مصرف سیگار

## نتیجه گیری

این تحقیق نشان می‌دهد که وجود دوستان سیگاری، دسترسی آسان و بی‌حد و حصر به سیگار و آزاد بودن مصرف سیگار در اماکن عمومی، به‌عنوان عوامل خاص گرایش به سیگار و سایر علل، عوامل مشترک برای مصرف مواد مخدر و سیگار هستند. طبیعی است که با وجود عوامل خاص گرایش به مصرف سیگار، عوامل مشترک نیز ابتدا فرد را متمایل به مصرف سیگار می‌کنند و معمولاً به موازات یا پس از آن با مصرف مواد اعتیادآور آشنا می‌شوند. مصرف سیگار باعث ایجاد بیماری‌هایی می‌شود که بسیاری از افرادی که آلوده به مصرف مواد مخدر شده‌اند، علت مصرف مواد را درمان یا تسکین عوارض ناشی از این بیماری‌ها عنوان کرده‌اند. از طرفی مصرف سیگار باعث ایجاد تغییراتی در رفتار، خلق و خو و منش فرد مصرف‌کننده می‌شود و او را مستعد مصرف مواد مخدر می‌کند.

منابع

- امین الرعايا، مهين؛ عطاری، عباس؛ مرآئی، محمدرضا. (۱۳۹۱). عوامل مؤثر در گرایش به مصرف سیگار در دانشجویان دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰ (۷)، ۷۳۴-۷۲۶.
- پشت‌مشهدی، مرجان؛ احمدآبادی، زهره؛ پناغی، لیلی؛ زاده محمدی، علی؛ رفیعی، حسن (۱۳۸۹). نقش مدرسه در گرایش به سوء مصرف سیگار، الکل و مواد در نوجوانان دبیرستانی شهر تهران «مجله تحقیقات علوم رفتاری»، ۸ (۸)، ۴۶-۵۶.
- جعفری، فرهاد؛ امین‌زاده، ملیحه. (۱۳۹۰). بررسی شیوع و عوامل مرتبط با مصرف سیگار بین دانشجویان دانشگاه هنر تهران، *مجله علمی ابن‌سینا* (اداره بهداشت و درمان نهجا)، ۳ (۱۴)، ۲۸-۲۳.
- حسنی، پرخیده. (۱۳۸۴). *ترک سیگار: تولدی دیگر*، تهران: انتشارات پرشکوه.
- خدادادی سنگده، جواد؛ نظری، علی محمد؛ احمدی، خدابخش؛ خازنده، مصطفی؛ بهروزی، نوروز. (۱۳۹۳). خطرپذیری مصرف سیگار در نوجوانان: ارائه مدل تعاملی نظارت والدین و همنشینی با همسالان منحرف، *دانش و تندرستی*، ۱ (۹)، ۶۷-۶۱.
- دانش، پروانه؛ ملکی، امیر؛ نیازی، زهره. (۱۳۹۲). نظریه زمینه‌ای درباره علل اعتیاد زنان معتاد زندانی در زندان مرکزی اصفهان، *مطالعات توسعه اجتماعی- فرهنگی*، بهار، ۴ (۱)، ۱۴۵-۱۲۵.
- دلاور، علی؛ رضایی، علی محمد. (۱۳۸۷). *ساخت و استانداردهای پریشانه تگرش سنج مواد مخدر و رابطه آن با مؤلفه‌های فردی و خانوادگی در بین دانش‌آموزان سوم راهنمایی و مقطع متوسطه سراسر کشور*، تهران: مؤسسه داریوش.
- دیوسالار، کورس؛ نخعی، نوذر؛ امینی. (۱۳۸۶). ارتباط بین فعالیت‌های مذهبی و مصرف سیگار در دانشجویان یکی از دانشگاه‌های کرمان، *طب و تزکیه*، ۱۶ (۱)، ۶۹-۶۳.
- رضایی، علی محمد؛ صنوبری، محمد. (۱۳۹۲). نگرش دانشجویان به مواد و اعتماد به خود، *اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۲۸ (۷)، ۵۸-۴۳.
- ریچموند، رایین و همکاران. (۱۹۹۸). *راهنمای آموزشی جهت تعلیم دانشجویان پزشکی در ترک دخانیات، مترجم: محمدرضا مسجدی و همکاران*، تهران: مرکز آموزشی و پزشکی درمان سل و بیماری‌های ریوی.
- قنادی فرنود، مینا؛ محمود علی لو، مجید. (۱۳۹۳). پیش‌بینی گرایش به مصرف سیگار، مشروبات الکلی، مواد مخدر و داروهای روانگردان براساس متغیرهای بدتنظیمی هیجان و تجربه کودک‌آزاری در افراد دارای صفات شخصیت مرزی، *اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۳۰ (۸)، ۱۱۲-۹۷.
- قهوه‌چی، فهیمه؛ محمدخانی، شهرام. (۱۳۹۱). رابطه‌ی باورهای فراشناختی، راهبردهای خودتنظیمی و هیجانات منفی در مصرف سیگار دانشجویان، *مجله دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، ۸۱ (۲۰)، ۱۰۲-۹۳.
- محمدخانی، شهرام. (۱۳۸۷). عوامل خطر ساز و محافظت کننده مصرف الکل، سیگار و سایر مواد در نوجوانان کشور، *فصلنامه روانشناسی تربیتی*، ۱۲ (۴)، ۶۴-۳۷.
- محمدخانی، شهرام. (۱۳۹۱). شیوع مصرف سیگار، مشروبات الکلی و مواد روانگردان در نوجوانان ایرانی، *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، ۱ (۱۹)، ۴۸-۳۲.
- محمدی، محمدعلی؛ دادخواه، بهروز. (۱۳۸۰). نقش مذهب در پیشگیری از اعتیاد، *تشریح روانشناسی و علوم تربیتی*، ش ۹ و ۱۰.

- مدبرنیا، محمدجعفر؛ میرحسینی، سید کامبخش؛ تبری، رسول؛ عطرکار روشن، زهرا. (۱۳۹۲). عوامل مؤثر بر اعتیاد به مواد مخدر در افراد ۱۵ تا ۳۰ سال: یک مطالعه کیفی، *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۸۷ (۲۲)، ۷۷-۷۰.
- نظرزاده، میلاد؛ بیدل، زینب؛ ایوبی، عرفان؛ بهرامی، ابوالفضل؛ تروال، جعفر؛ رحیمی، محسن؛ جعفری، فاطمه. (۱۳۹۲). بررسی شیوع مصرف سیگار و برخی از عوامل مرتبط با آن در دانش آموزان شهر زنجان در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰، *مجله دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، ۸۴ (۲۱)، ۱۲۴-۱۱۱.
- هولن، کاترین اچ. (۱۳۹۳). *دانشنامه اعتیاد*، مترجم: اکبر رضازاده، تهران: ستاد مبارزه با مواد مخدر، دفتر تحقیقات و آموزش.
- یوسفی، فرزانه؛ دارابی، حسین؛ نبی پور ایرج؛ اسدی، مجید؛ وحدت، کتایون؛ کارده، احسان؛ رئیسی، علیرضا؛ استوار، افشین. (۱۳۹۳). شیوع مصرف سیگار و قلیان در استان بوشهر، مقایسه دو فاز مطالعه قلب سالم خلیج فارس، *دو ماهنامه طب جنوب*، ۳ (۱۷)، ۴۹۵-۴۸۷.
- Bronstein P.J., Zweig J.M. (1999). *Understanding Substance abuse prevention: Toward the 11st Century: A Primer on Effective Programs*. Center for Substance Abuse Prevention.
- Gillum R. F. (2005). *Frequency of attendance at religious services and cigarette smoking in American women and men: the Third National Health and Nutrition Examination Survey*. *Prev Med*, 41(2): 607.
- Irak M, Tousan A. (2008) Exploring the role of metacognition in obsessive-compulsive and anxiety symptoms. *Journal of Anixety Disorders*, 22: 1316-25.
- Kandel DB, Yamaguchi K. (2002). *Stages of drug involvement in the U.S. population*. In: Kandel DB, editor. *Stages and Pathways of Drug Involvement: Examining the Gateway Hypothesis*. Cambridge University Press; Cambridge: 2002.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., Grebb, J. A. (2003). *Contributions of the psychosocial sciences to human behavior in: Synopsis of psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Kloep M, Guney M, Cok F, Simsek O. (2009) Motives for risk-taking in adolescence: Across-cultural study. *J Adolesc* , 32(1):51-135.
- Melchior M, Chastang J-F, Goldberg P, Fombonne E. (2008) High prevalence rates of tobacco, alcohol and drug use in adolescents and young adults in France: Results from the GAZEL Youth study. *Addict. Behav*, 33:122-133 .
- Newcomb, M.D. (1995). *Identifying High-Risk Youth: Prevalence and Patterns of Adolescent Drug Abuse*. In: Rahdert, E; Czechowicz, D; eds. *Adolescent Drug Abuse: Clinical Assessment and Therapeutic Interventions*. National Institute on Drug Abuse. Monograph No 156.
- Shamsipour M, Karani Bohador R, Muhammad Pour ASL A, Mansori A. (2012) *Smoking prevalence and associated factors to quit among Tabriz dormitory University Medical Students, Tabriz, Iran*. *Qom Univ. Med Sci. J*; 6(1): 75-82.
- Tonnesen, p. et al., (1988); Two and four mg Nicotine chewing Gum and group counseling in smoking cessation ; *Addictive behaviors*, 13, pp:17-27.
- Yamaguchi K. (2002) *Stages of drug involvement in the U.S. population*. In: Kandel DB, editor. *Stages and Pathways of Drug Involvement: Examining the Gateway Hypothesis*. Cambridge University Press; Cambridge.