

مقایسه باورهای عامیانه در باب علل اعتیاد در بین مردم انگلیس و ایران

زینب فلاحی^۱، فلور خیاطان^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۶/۲۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۳/۲۸

چکیده

هدف: از پژوهش حاضر مقایسه باورهای عامیانه در باب علل اعتیاد در بین مردم انگلیس و ایران می باشد. **روش:** پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل ۱۰۰ نفر از مردم ایران (شهر اصفهان) و ۱۰۰ نفر از مردم انگلیس (شهر لندن) بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و نمونه‌ها هم‌متاسازی شدند. ابزارهای مورد استفاده پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه باورهای عامیانه در باب اعتیاد از فرن‌هام و تامسون به فارسی و انگلیسی بود. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین باورهای عامیانه در مورد علل اعتیاد در بین مردم ایران و انگلیس در ۳ مؤلفه از ۶ مؤلفه، یعنی در علل (خانوادگی، روان‌شناختی و زیستی) اعتیاد تفاوت وجود داشت. **نتیجه‌گیری:** می‌توان گفت بین مردم ایران و انگلیس در سه حوزه‌ی خانوادگی، روان‌شناختی و زیستی در باب باورهای عامیانه تفاوت وجود دارد. **کلید واژه‌ها:** باورهای عامیانه، علل اعتیاد، مردم انگلیس، مردم ایران

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران،

پست الکترونیک: z.falahi@khuisfac.ir

۲. استاد یار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

مقدمه

انسان‌ها طی زندگی خود، باورهایی را درباره پدیده‌های پیرامون خود کسب می‌کنند. برای مثال بیشتر افراد در این باره که چگونه یا چرا مجموعه مشخصاتی در خانواده آن‌ها یا دیگران وجود دارد یا حتی در این باره که مشخصه‌های جسمی و روانی چگونه از نسلی به نسل دیگر انتقال می‌یابند، باورها و عقایدی دارند. شواهد تحقیقاتی نشان می‌دهند که انسان‌ها درباره انواع پدیده‌ها باورهای عمومی گسترده‌ای دارند. این باورهای عمومی گاهی از دانش علمی مربوط به پدیده‌ها بسیار فاصله دارند و گاهی همپوشی زیادی با آن نشان می‌دهند (هندرسون و مگوار، ۲۰۰۰). باورهای عامیانه در کنار حماسه و افسانه یکی از عناصر شکل‌دهنده‌ی فرهنگ، هویت ملی و قومی جوامع است و حاصل و بازتاب ذهن جمعی افراد است. گرچه در یک نگاه کلی اما سطحی باورهای عامیانه را باورهای منسوخ، مربوط به افراد فرودست و خرافات می‌دانند، اما در رفتارهای ناخودآگاه فردی و جمعی ملت‌ها همواره جایگاه ممتاز دارند و همواره خود را با افتخار نشان می‌دهند و با احترام خاصی بیان می‌شوند. برخی از باورهای عامیانه جنبه اخلاقی دارند و به علم اخلاق مربوط می‌شوند. برخی جنبه روحی روانی دارند و به علم روان‌شناسی مربوط می‌شوند. برخی جنبه فلسفی دارند و با علم فلسفه ارتباط پیدا می‌کنند و برخی هم حاصل اندیشه عالمانه بشرند و جنبه‌ی علمی دارند و دسته‌ای که اصلاً با زندگی و شرایط و علم و ادراک انسان امروزی هیچ تناسبی نداشته و جنبه‌ی خرافاتی یافته‌اند و همین دسته اندک هستند که سبب بی‌توجهی به باورهای دیگر شده‌اند (غلامپور، ۱۳۸۸). در حوزه روان‌شناسی طی حداقل دو تا سه دهه گذشته، توجه گسترده‌ای به باورهای عامیانه در مورد پدیده‌های روانی صورت گرفته است. این نوع باورها که در پیشینه پژوهش به نظریه‌های عامیانه موسوم‌اند در مقابل دانش و نظریه‌های علمی قرار دارند (فرنهام، ۱۹۸۸).

موخوپادایای و جوهار^۴ (۲۰۰۵) بر این عقیده‌اند که نظریه‌های عامیانه، داوری و رفتار افراد را در حوزه‌های مختلف تحت تأثیر قرار می‌دهند. باتلر^۵ (۲۰۰۰) نشان داد که داوری

1. Henderson, & Maguire
2. lay theories
3. Furnham

4. Mukhopadhyay, & Johar
5. Butler

انسان‌ها درباره پدیده‌های اجتماعی و انسانی، بطور جدی، از نظریه‌های ضمنی‌ای^۱ که در مورد این پدیده‌ها دارند متأثر می‌شود. کرک و همکاران (۲۰۰۰) تاکید کرده‌اند که باورهای افراد غیربیمار یا افرادی که خود قبلاً به یک بیماری (نظیر افسردگی) مبتلا بوده‌اند و اکنون بهبود یافته‌اند، به شدت بر کیفیت حمایتی که این افراد دریافت می‌کنند اثر می‌گذارند. این واقعیات در مورد اعتیاد و سوء مصرف مواد نیز مصداق دارد.

از آنجایی که در سالهای اخیر، سوء مصرف مواد و اعتیاد مسائل و مشکلات عدیده‌ای را برای جوامع مختلف دنیا پدید آورده‌اند، در حوزه تحقیقات مربوط به باورهای عامیانه نیز توجه زیادی را به خود جلب کرده‌اند. مصرف مواد یکی از جدی‌ترین معضلات بشری و یکی از پیچیده‌ترین پدیده‌های انسانی است که پایه‌ها و بنیان‌های جامعه انسانی را به تحلیل می‌برد و پیشگیری از آن نیازمند کاربرد تئوری‌های متعدد در رشته‌های علمی مختلف و تکنیک‌های متنوع است. طبق گزارش جهانی مواد مخدر ۲۰۱۵ دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، شیوع مصرف مواد همچنان در سرتاسر جهان ثابت است. تخمین زده می‌شود که تعداد ۲۴۶ میلیون نفر - کمی بیش از ۵ درصد از افراد ۱۵ تا ۶۴ سال در سرتاسر جهان در سال ۲۰۱۳ یک ماده مخدر مصرف کرده باشند. حدود ۲۷ میلیون نفر مصرف‌کنندگان مشکل‌ساز مواد مخدر هستند که تقریباً نیمی از آنان مواد را تزریق می‌کنند (دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل، ۲۰۱۵). سوء مصرف مواد در ایران نیز یکی از مهمترین مسائل بهداشتی، درمانی، اجتماعی و فرهنگی به شمار می‌رود، به گونه‌ای که بیش از ۹۰ درصد مردم نسبت به مصرف مواد در جامعه، ابراز نگرانی جدی کرده‌اند. آمارها بیانگر آن است که نرخ شیوع مصرف مواد مخدر در جمعیت سنی ۱۵ تا ۶۴ ساله کشور ایران معادل ۲/۶۵ درصد بوده به طوری که تعداد تقریبی معتادان یک میلیون و ۳۲۵ هزار نفر برآورد شده است (مردانی، شیخی، و کاوسیان، ۱۳۹۱). همچنین در تحقیقات شیوع شناسی که در کشور انگلستان انجام شده است، نشان داده شده که ۳۵/۶ درصد از افرادی که مورد سؤال قرار گرفته بودن حداقل یک بار سابقه مصرف مواد

1. implicit theories

مخدر را دارند و شیوع مصرف مواد مخدر در سال ۲۰۱۴-۲۰۱۳ در این کشور حدود ۸/۹ درصد برآورد شده است (مرکز نظارت بر دارو و اعتیاد به داروی اروپا، ۲۰۱۵). با این حال شواهد نشان از آن دارد که با مطالعه علمی و دقیق پدیده اعتیاد در تمامی ابعاد می توان از رشد مرگبار آن جلوگیری کرد. بدین معنی که شناخت نشانه‌ها، علل و درمان‌های متعدد و متنوع این پدیده هم در بین متخصصان و هم در بین عوام حداقل راه را در برخورد مؤثر با این پدیده شوم هموارتر می نماید. اشاره به شناخت نشانه‌ها، علل و درمان‌های اعتیاد در بین عوام در مقایسه با متخصصان، احتمال وجود تفاوت در دیدگاه‌های افراد عامی و فاقد دانش تخصصی را مطرح می کند. البته طبیعی به نظر می رسد که افراد عامی فاقد دانش تخصصی چندان اطلاعات روزآمد و دقیق علمی در باب نشانه‌ها، علل و درمان اعتیاد بسان متخصصان نداشته باشند. البته گسترش روزافزون تکنولوژی‌های اطلاعات، نسبت به گذشته فاصله بین دانش افراد عامی را با متخصصان تا اندازه ای برطرف نموده است. با این حال با پیشرفت در حوزه‌های تکنولوژی اطلاعات بطور قطع عمق و گستره دانش تخصصی هم به واسطه مبادله هر چه سریع اطلاعات حاصل از تحقیقات را بین متخصصان و اندیشمندان نقاط مختلف دنیا فراهم می شود (فرن‌هام و تامسون، ۱۹۹۶).

ما به این نکته واقف ایم که فرهنگ نقش به سزایی در شکل گیری نحوه رفتار ما با دیگران دارد و باید بدانیم که آنچه از رفتار اجتماعی ما حقیقت دانسته می شود ممکن است در نظر افراد سایر فرهنگ‌ها حقیقت محسوب نشود. با آنکه تفاوت های چشمگیری در رفتارهای اجتماعی افراد متعلق به فرهنگ‌های مختلف وجود دارد، شباهت‌های قابل ملاحظه‌ای نیز مشاهده می شود (محمدی، ۱۳۷۸). براساس (DSM-5) چند متغیر فرهنگی می تواند گذر اولین مصرف به مصرف دائمی را تسهیل کند. برای مثال، مصرف الکل در کشورهای مختلف تفاوت‌های زیادی دارد و بیشتر در کشورهایی دیده می شود که جوامعی طرفدار مشروب دارند (مثل فرانسه، ایتالیا و اسپانیا) و در آن‌ها نوشیدن الکل یک فعالیت اجتماعی و تفریحی است. مصرف زیاد الکل در این کشورها احتمالاً به علت در دسترس بودن

همیشگی آن در بعضی موقعیت‌ها، مثلاً همراه با غذا، و در دسترس بودن آن در انواع موقعیت‌های اجتماعی باشد. همچنین، تفاوت‌های فرهنگی در باورهای مربوط به آثار مواد نیز بر میزان مصرف آن‌ها تأثیر می‌گذارد. برای مثال، سفید پوستان آمریکایی، بیشتر از سیاهپوستان و آمریکای لاتینی‌ها، انواع مواد را بی‌ضرر می‌دانند و بیشتر از آن‌ها از مواد استفاده می‌کنند (گنجی، ۱۳۹۲). نگرش‌های موجود نسبت به مواد مخدر، طی دو یا سه دهه‌ی اخیر تغییر کرده است. مصرف مواد مخدر که پیشتر محدود به یک خرده فرهنگ منحرف بود اکنون به بخش عمده‌ی فرهنگ پرشورترین جوانان تبدیل شده است. مصرف حشیش از نظر فرهنگی پذیرفته شده و برخلاف مصرف کوکائین و هروئین، در بسیاری از جوامع سازگاری یافته است (ناتاراجان^۱، ۱۳۹۳).

با توجه به اینکه باورهای عامیانه‌ای که اکنون مردم ایران نسبت به اعتیاد دارند نسبت به گذشته تغییر کرده بنابراین در این راستا باید گفت که باورهای عامیانه ممکن است روش‌هایی را نیز در باب افزایش اثربخشی درمان‌های مداخله‌ای بعلاوه تصمیمات مربوط به خط‌مشی‌های مورد استفاده برای برخورد با مسائل روانی - اجتماعی فراهم نمایند.

در زمینه مقایسه باورهای عامیانه در باب علل اعتیاد در تحقیقی که فرن‌هام و تامسون (۱۹۹۶) باورهای عامیانه در باب اعتیاد به هروئین را در نمونه‌ای مشتمل بر ۱۴۴ نفر (شامل ۶۴ مرد و ۸۰ زن از ۱۸ تا ۷۰ سال و دارای تحصیلات ابتدایی به بالا) مورد بررسی قرار دادند. شواهد به دست آمده در این تحقیق نشان داد که تفاوت میان نظریات علمی و باورهای عامیانه مردم در مورد اعتیاد کم‌تر از آن چیزی است که متخصصان و دانشمندان فرض کرده‌اند. تفاوت بین نظریات علمی و باورهای عامیانه مردم در مورد اعتیاد بیشتر از آن که از نظر ماهیت و نوع باشد، برحسب درجه است. در مطالعه‌ای دیگری که بروک و همکاران^۲ (۲۰۰۱) در زمینه باورها و عقاید دانش‌آموزان دبیرستانی در مورد مواد انجام دادند نتایج نشان داد، دانش‌آموزان دبیرستانی در مورد مواد غیرمجاز اطلاعات و دانش کافی نداشته‌اند و این عدم دانش کافی می‌تواند موجب گرایش بیشتر آن‌ها نسبت به مصرف مواد گردد.

1. Natarjan

2. Brook et al.

در تحقیقی که مویدی (۱۳۸۳) در زمینه «علل اعتیاد در نوجوانان و جوانان» انجام داد این نتایج به دست آمد، ۱۲/۲ درصد از معتادین باورهای غلط نسبت به تأثیر مواد مخدر را یکی از علل گرایش به مصرف مواد ذکر نمودند. ۲۵/۶ درصد از معتادین ارتباط با دوستان معتاد و نگرش‌های مبنی بر این که «مواد موجب آرامش می‌شود» را یکی از علل گرایش به مصرف مواد ذکر نمودند. گل‌پرور و همکاران (۱۳۸۷) نیز در زمینه «مقایسه باورهای عامیانه درباره نشانه‌ها، علل و درمان اعتیاد در میان معتادان خود معرف، اعضای معتادان گمنام و غیر معتادان» انجام دادند دریافتند که بین سه گروه فوق از نظر باور در مورد نشانه‌ها، علل و درمان اعتیاد تفاوت وجود دارد.

بنابراین آگاهی از نحوه تفکر و تأملات افراد در دو فرهنگ متفاوت می‌تواند، مسیرهای نیازمند به فعالیت گسترده را برای همراهی و همگامی افراد جامعه با تلاش‌های معطوف به درمان و مقابله مؤثر با اعتیاد به مواد مشخص نماید. پژوهش حاضر بر آن است که تفاوت باورهای عامیانه در مورد علل اعتیاد را در میان مردم ایران و انگلیس بررسی کند.

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

روش پژوهشی علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش که در سال ۱۳۹۳ و ۲۰۱۴ میلادی انجام شد شامل مردم شهر اصفهان و مردم شهر لندن بود. نمونه‌ها شامل ۱۰۰ نفر از مردم شهر اصفهان و ۱۰۰ نفر از مردم شهر لندن بودند. در هر دو جامعه نمونه‌گیری به روش در دسترس و به صورت پخش خیابانی پرسش‌نامه انجام شد. حجم نمونه ۱۰۰ نفر برای هر گروه (مجموعاً ۲۰۰ نفر) در نظر گرفته شد. نمونه‌ها در هر دو جامعه بر حسب جنس، سن و تحصیلات هم‌تأهلی شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش، عدم اعتیاد، سن بالای ۱۸ سال، وجود بیماری مشخص روانی (مانند اسکیزوفرنی) بود.

ابزار

۱- پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت شناختی با زبان فارسی و انگلیسی: این پرسش‌نامه شامل سؤالاتی در باب سن، جنس، وضعیت تأهل، و وضعیت تحصیلی بود.

۲- پرسش نامه باورهای عامیانه: این پرسش نامه توسط فرن هام و تامسون (۱۹۹۶) در مورد مواد افیونی (به ویژه هروئین و احياناً ترياك) ساخته شده و توسط گل پرور، کامکار و خیاطان (۱۳۸۷) ترجمه و در ایران رواسازی شد. دارای ۸۶ سؤال با طیف لیکرت هفت درجه ای (کاملاً موافقم= ۷ تا کاملاً مخالفم= ۱) می باشد. سه مولفه دارد. الف) باورهای عامیانه در باب نشانه های اعتیاد (۲۸ سؤال) که از سؤال ۱ تا ۱۰ مربوط به آغاز یا شروع اعتیاد، از سؤال ۱۱ تا ۱۹ مربوط به نشانه های ضداجتماعی، از سؤال ۲۰ تا ۲۴ مربوط به نشانه های خانوادگی و از سؤال ۲۵ تا ۲۸ مربوط به نشانه های غیراخلاقی است. ب) باورهای عامیانه در باب علل اعتیاد (۳۰ سؤال) که از سؤال ۲۹ تا ۳۶ مربوط به علل خانوادگی، از سؤال ۳۷ تا ۴۲ مربوط به علل اجتماعی و فرهنگی، از سؤال ۴۳ تا ۴۶ مربوط به علل روانی، از سؤال ۴۷ تا ۵۱ مربوط به علل شخصی و اجتماعی، از سؤال ۵۲ تا ۵۴ مربوط به علل اخلاقی و از سؤال ۵۵ تا ۵۹ مربوط به علل زیستی است. ج) باورهای عامیانه در باب درمان های اعتیاد (شامل ۲۸ سؤال) که از سؤال ۶۰ تا ۶۷ مربوط به درمان با استفاده از اجبار و زور، از سؤال ۶۸ تا ۷۲ مربوط به درمان های روانی، از سؤال ۷۳ تا ۷۶ مربوط به درمان با شیوه مقابله و سازش، از سؤال ۷۷ تا ۸۰ مربوط به درمان های نگهداری و از سؤال ۸۱ تا ۸۳ مربوط به عوامل انگیزشی در درمان و از سؤال ۸۴ تا ۸۶ مربوط به درمان های فیزیولوژیکی است.

گل پرور، خیاطان و کامکار (۱۳۸۷) ضریب اعتبار کل پرسش نامه باورهای عامیانه در باب اعتیاد را ۰/۹۰ و در سطح سه مولفه به ترتیب برای نشانه ها، علل و درمان، ۰/۸۸، ۰/۸۷ و ۰/۸۸ گزارش نمودند. روایی سازه آزمون از طریق تحلیل عاملی مورد تأیید قرار گرفت. در این پژوهش نیز ضریب اعتبار کل ۰/۹۱ به دست آمد.

یافته ها

آماره های توصیفی باورهای عامیانه در باب علل اعتیاد به تفکیک گروه ها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی باورهای عامیانه در باب علل اعتیاد به تفکیک گروه‌ها

تهران		لندن		مؤلفه‌ها
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۳/۴۲	۳۵/۳۶	۳/۴۲	۲۳/۸۶	خانوادگی
۳/۲۷	۲۳/۹۰	۳/۲۷	۲۳/۸۰	اجتماعی و فرهنگی
۳/۱۹	۱۸/۸۱	۳/۱۹	۲۰/۲۴	روان‌شناختی
۴/۲۸	۲۳/۰۷	۴/۲۸	۲۲/۲۹	شخصی
۴/۰۰	۱۲/۲۶	۴/۰۰	۱۱/۴۴	اخلاقی و معنوی
۵/۰۷	۱۷/۴۶	۵/۰۷	۱۹/۸۲	زیستی
۲۱/۸۳	۱۳۰/۶۹	۱۴/۵۶	۱۲۱/۱۷	کل باورهای عمومی در باب علل

برای بررسی تفاوت نمرات ترکیب خطی مؤلفه‌ها در دو گروه می‌بایستی از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شود. یکی از پیش فرض‌های این تحلیل برابری واریانس‌های خطاست.

نتایج آزمون لون حکایت از برقراری این پیش فرض داشت ($P > 0/05$). پیش فرض دیگر این تحلیل برابری ماتریس کواریانس‌هاست. نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این پیش فرض داشت ($P > 0/05$, $F = 0/824$, $M = 10/021$). با توجه به برقراری پیش فرض‌ها تحلیل واریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج آن حکایت از معناداری تفاوت داشت ($0/309 =$ مجذوراتا، $P < 0/01$, $F = 6/070$, $0/201 =$ لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک‌متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت

مؤلفه‌ها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری
علل خانوادگی	۶۱۱۷/۶۳	۱۶۸/۲۲	۰/۰۰۱
علل اجتماعی و فرهنگی	۰/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۹۷
علل روان‌شناختی	۱۱۱/۶۳	۱۰/۰۹	۰/۰۰۲
علل شخصی	۲۱/۴۴	۱/۰۴	۰/۳
علل اخلاقی و معنوی	۲۶/۵۱	۱/۸۷	۰/۱۷
علل زیستی	۲۸۶/۳۶	۱۰/۰۷	۰/۰۰۲

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود تفاوت معناداری بین دو گروه در مولفه‌ی علل خانوادگی ($P < 0/001$)، علل روان‌شناختی، و علل زیستی ($P < 0/01$) وجود دارد. با توجه به آمار توصیفی می‌توان گفت در مولفه‌ی علل خانوادگی نمونه‌ی ایرانی نمره‌ی بالاتری گزارش نموده‌اند و در دو مولفه‌ی دیگر علل روان‌شناختی و علل زیستی نمونه‌ی انگلیسی نمره‌ی بالاتری گزارش نموده‌اند. در سایر مولفه‌ها تفاوت معنادار وجود نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی تفاوت بین باورهای عامیانه مردم انگلیس و ایرانیان در مورد علل اعتیاد بود. یافته‌های حاصل نشان داد که بین باورهای عامیانه در مورد علل اعتیاد در میان نمونه‌ی منتخب انگلیس و ایران تفاوت وجود داشت. در سه مؤلفه‌ی علل خانوادگی، اعتیاد، علل روان‌شناختی اعتیاد، و علل زیستی اعتیاد تفاوت وجود داشت. نتایج تحقیق با نتایج تحقیق گل‌پرور و همکاران (۱۳۸۷) در زمینه «مقایسه باورهای عامیانه درباره نشانه‌ها، علل و درمان اعتیاد در میان معتادان خود معرف، اعضای معتادان گمنام و غیر معتاد» همسو است. در ارتباط با علل اعتیاد در بعد خانوادگی، میانگین نمرات مردم ایران بالاتر از مردم انگلیس بود. به عبارت دیگر، مردم ایران نقش خانواده و تأثیر آن را بر مصرف مواد، نیرومندتر می‌دانند و به مواردی از قبیل: عدم وجود تحسین از سوی والدین، تربیت استبدادی یا بی‌انضباطی در خانواده، عدم وجود راهنمایی مناسب از سوی والدین، نداشتن الگو در زندگی و طلاق والدین، بیشتر اعتقاد داشته‌اند. این تفاوت می‌تواند ناشی از این موضوع باشد که فرهنگ در باورهای عامیانه افراد تأثیر می‌گذارد و باعث تفاوت در باورها می‌شود.

در بعد علل روان‌شناختی، میانگین باورهای مردم انگلیس بالاتر از مردم ایران بود. به عبارت دیگر، مردم انگلیس نقش علل روان‌شناختی و تأثیر آن را بر مصرف مواد، نیرومندتر می‌دانند و به مواردی از قبیل: وجود احساس بیگانگی نسبت به جامعه، گریز از موقعیت‌های ناکام‌کننده، وجود فشار روانی و ناامیدی در زندگی و عدم خودکنترلی در هیجانات، بیشتر اعتقاد داشته‌اند. این تفاوت می‌تواند ناشی از این موضوع باشد که فرهنگ در باورهای عامیانه افراد تأثیر می‌گذارد و باعث تفاوت در باورها می‌شود.

در بعد زیستی، میانگین باورهای مردم انگلیس از مردم ایران بالاتر بود. به عبارت دیگر، مردم انگلیس نقش علل زیستی و تأثیر آن را بر مصرف مواد، نیرومندتر می‌دانند و به مواردی از قبیل: وجود نابهنجاری‌های زیستی شیمیایی در معتادین، عدم خودکنترلی همانند یک بیماری و اعتیاد به علت اعتیاد مادر یا به عبارتی اعتیاد مادرزادی، به ارث بردن اعتیاد از والدین به علت ژن معیوب و نیاز بدنی و زیستی اعتیاد، بیشتر اعتقاد داشته‌اند. این تفاوت می‌تواند ناشی از این موضوع باشد که فرهنگ در باورهای عامیانه افراد تأثیر می‌گذارد و باعث تفاوت در باورها می‌شود.

از نگاه سطحی، علل وابستگی به مواد در نتیجه‌ی مصرف ماده‌ای خاص یا الگوی مصرف حاصل می‌شود. اما با این دیدگاه نمی‌توان به این سؤال پاسخ داد که چرا فقط عده‌ای خاص مبتلا به مصرف و وابستگی می‌شوند و عده‌ای دیگر دچار آن نمی‌شوند (سادوک، ۲۰۰۸). بنابراین علل اعتیاد را بر اساس برخی از نظریه‌های روان‌شناختی بررسی می‌کنیم. برخی مدل‌های رفتاری درباره‌ی علل سوء مصرف مواد بیشتر بر رفتار موادجویی تأکید کرده‌اند تا نشانه‌های وابستگی جسمی. در بررسی علل زیست‌شناختی اعتیاد، در شواهد محکم به دست آمده از مطالعه بر روی دوقلوها، فرزند خوانده‌ها، همشیرهایی که جدا از هم بزرگ شده‌اند نشان می‌دهد که در سبب یابی علل سوء مصرف الکل یک جزء ژنتیک وجود دارد. داده‌های بسیاری با قاطعیت کمتر وجود دارد که نشان می‌دهد سایر انواع سوء مصرف یا وابستگی به مواد نیز در پیدایش خود، علل ژنتیکی دارند (سادوک، ۲۰۰۸). نظریه‌های جامعه‌شناختی به بررسی ساختارهای اجتماعی می‌پردازند. بنابراین مصرف مواد را در یک بافت اجتماعی مطالعه می‌کنند. یک دیدگاه جامعه‌شناختی اغلب علل مصرف مواد را محصول وضعیت‌ها و روابط اجتماعی می‌داند که باعث ایجاد ناامیدی، ناکامی، محرومیت و احساس عمومی از خود بیگانگی در میان بخش‌های آسیب‌پذیر جمعیت می‌شوند (آبادینسکی، ۱۳۸۴). نظریات جامعه‌شناختی به نقش جامعه انسانی که فرد در آن زندگی می‌کند، تاریخچه آن و سنت‌های بروز اعتیاد توجه دارد. محیط فرهنگی اجتماعی مشخص‌کننده دسترسی به مواد و میزان دستیابی است (فرن‌هام و تامسون، ۱۹۹۶). پلان

و ریوز^۱ (۱۹۷۴) در تعیین عوامل اجتماعی به نقش گروه همسالان و فشار آن‌ها برای مصرف مواد اشاره کرده‌اند و معتقدند نوجوانان به علت اطلاعاتی که از گروه همسالان خود دارند و تحت تأثیر آن‌ها به مصرف مواد روی می‌آورند. همچنین ادونل (۱۹۶۷)، شاسر^۲ (۱۹۶۶)، و پسکور^۳ (۱۹۶۶) نیز در این زمینه اذعان داشته‌اند که در دسترس بودن مواد و یافتن آن در سطح جامعه می‌تواند وسوسه مصرف را به خصوص در نوجوانان افزایش دهد. اشخاص به طور ناگهانی و توجیه‌ناپذیر قربانی اعتیاد به مواد مخدر نمی‌شوند. آن‌ها به طور فعال در گیر مصرف داروها می‌شوند و نگرش‌ها، باورها، هدف‌ها و انتظارات آن‌ها در این کار نقش اساسی بازی می‌کند. برای مثال، افرادی که انتظار کاهش تنش و اضطراب و دیگر مشکلات جسمانی را از مواد مخدر دارند، آمادگی و تمایل بیشتری نیز برای اثرپذیری از مواد از خودشان نشان می‌دهند (لیندزی و پاول، ۱۳۷۷).

سیراکوفلو و آیزین (۲۰۰۵) تحقیقی را در زمینه باورهای دانشجویان در زمینه علل مصرف مواد انجام دادند. در این مطالعه، دانشجویان دانشگاه نظرات خود را در مورد علل متفاوت سوء مصرف مواد و درمان آن توصیف نمودند. آن‌ها چهار دلیل را برای سوء مصرف مواد بیان کردند که عبارت بودند از: مشکلات و راه‌های کنار آمدن با آن، جویندگان احساس، محیط اجتماع، و سرشت و خلق و خو. اولین دلیل مربوط به مشکلات افراد و روش‌هایی است که آن‌ها برای کنار آمدن و سازگاری با این مشکلات از آن استفاده می‌کنند. مشکلات و راه‌های کنار آمدن با آن به عنوان دلایل مجزا می‌باشند. برخی از گروه‌های دیگر شرکت‌کننده اسنادهای علی متفاوتی ارائه می‌نمایند و بر روی عملکرد سازگاری مواد تأکید دارند. تأکید بر روی جنبه‌های متفاوت این مشکلات توضیحی برای یکی شدن این دلایل است. جویندگان احساس دلیل دیگری برای شروع استفاده از مواد دارویی می‌باشد. بر اساس (DSM-5) یکی از علت‌هایی که مصرف‌کنندگان مواد سرانجام به مصرف‌کنندگان دائمی تبدیل می‌شوند، این است که توقع دارند ماده مصرفی آثار مثبت داشته باشند. برای مثال، نوجوانانی که باور دارند الکل در رفتار آثار مثبتی بر جای

می‌گذارد (مثلاً، افزایش لذت فیزیکی، تقویت توانایی جنسی، تقویت اعتماد به نفس در موقعیت‌های اجتماعی) بیشتر از نوجوانانی که چنین باورهایی ندارند با خطر ابتلا به سوء مصرف الکل روبرو می‌شوند. در اکثر موارد، به نظر می‌رسد که این باورها را فرهنگ به وجود می‌آورد، زیرا آزمایش‌ها نشان می‌دهند که الکل سطح برانگیختگی جنسی یا اعتماد به نفس را افزایش نمی‌دهد، و در واقع، از میزان برانگیختگی فیزیولوژیکی کم می‌کند. چند متغیر فرهنگی می‌تواند گذر اولین مصرف به مصرف دائمی را تسهیل کند. برای مثال، مصرف الکل در کشورهای مختلف تفاوت‌های زیادی دارد و بیشتر در کشورهای دیده می‌شود که جوامعی طرفدار مشروب دارند (مثل فرانسه، ایتالیا و اسپانیا) و در آن‌ها نوشیدن الکل یک فعالیت اجتماعی و تفریحی است. مصرف زیاد الکل در این کشورها احتمالاً به علت در دسترس بودن همیشگی آن در بعضی موقعیت‌ها، مثلاً همراه با غذا، و در دسترس بودن آن در انواع موقعیت‌های اجتماعی باشد. همچنین، تفاوت‌های فرهنگی در باورهای مربوط به آثار مواد نیز بر میزان مصرف آن‌ها تأثیر می‌گذارد. برای مثال، سفید پوستان آمریکایی، بیشتر از سیاهپوستان و آمریکای لاتینی‌ها، انواع مواد را بی‌ضرر می‌دانند و بیشتر از مواد استفاده می‌کنند (گنجی، ۱۳۹۲).

به طور کلی در زمینه باورهای عامیانه در مورد علل اعتیاد، میانگین مردم انگلیس بالاتر از مردم ایران بوده بنابراین این تفاوت می‌تواند به این دلیل باشد که فرهنگ در باورهای عامیانه افراد تأثیر دارد و باعث تفاوت در باورها می‌شود. البته می‌توان گفت که نتایج تحقیق به معنای برتری یا رجحان افراد یک کشور بر کشور دیگر نیست، بلکه مطالعه تأثیری است که شرایط محیطی حاکم بر دو کشور بر تفاوت‌های فردی بین افراد ساکن درون آن‌ها داشته است.

منابع

- آتش‌پور، سید حمید؛ حسینی، مهرداد؛ کنعانی، نفیسه؛ صمصام‌شریعت، محمدرضا؛ و سلک، نرگس (۱۳۹۳). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی دانشجویان دانشگاه آزاد خوراسگان و دانشجویان دانشگاه پوترا مالزی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۵(۱)، ۸۹-۸۱.

اتکینسون، ری‌تال؛ اتکینسون، ریچارد اس؛ و هیلگارد، ارنست آر (۱۳۹۲). *زمینه روان‌شناسی*، ترجمه محمد نقی براهنی و همکاران، تهران، انتشارات رشد.

خسروی، زهره؛ و ناهیدپور، فرزانه (۱۳۹۱). بررسی رضایت از زندگی، باور به عادلانه بودن دنیا و حمایت‌های اجتماعی در دانشجویان ایرانی و هندی. *جامعه‌شناسی زنان*، ۳(۲)، ۱۵-۱.

غلام‌پور، لیلیا (۱۳۸۸). بررسی و تحلیل باورهای عامیانه در کتب درسی. *فصلنامه راهبردهای آموزش*، ۴(۳)، ۱۰۵-۱۰۱.

صدرالسادات، جلال (۱۳۹۳). *ابعاد مشاوره در ایران*، تهران: انتشارات دانشگاه پیام‌نور.

گنجی، مهدی (۱۳۹۲). *آسیب‌شناسی روانی*، تهران: انتشارات ساوالان.

گلپور، محسن؛ خیاطان، فلور؛ و کامکار، منوچهر (۱۳۸۷). مقایسه باورهای عامیانه درباره نشانه‌ها، علل و درمان اعتیاد در میان معتادان خود معرف، اعضای معتادان گمنام و غیر معتادان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۶(۲۲)، ۶۸-۴۵.

لیندزی، اسی. جی. ئی؛ و پاول، جی. ئی (۱۳۷۷). *اصول روان‌شناسی بالینی بزرگسالان*. ترجمه هاماباک آواریس یانس و محمدرضا نیک‌خو، تهران، انتشارات بیکران.

سادوک، بینجامین جیمز؛ و ویرجینا آلکوت، سادوک (۱۳۹۲). *خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک*، ترجمه فرزین رضاعی. تهران، انتشارات ارجمند.

شکوهی، مصطفی؛ فیاض‌بخش، احمد؛ زارع، علی؛ پارسائیان، محبوبه؛ رفیعی، سیما؛ و سلیمانی‌نژاد، مرضیه (۱۳۸۸). مقایسه میزان آگاهی، نگرش و عملکرد دانشجویان دانشگاهی نسبت به مصرف دخانیات در ۳ کشور ایران، آمریکا و چین. *فصلنامه پایش*، ۸(۲)، ۱۱-۲۰۳.

محمدی، شهناز (۱۳۸۷). ارتباط بین فرهنگی دو کشور ایران و هند در خصوص ویژگی‌های شخصیتی و رابطه آن با خشنودی شغلی دبیران. *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۳(۱)، ۵۲-۳۳.

مردانی، حمید؛ شیخی‌فینی، علی‌اکبر؛ و کاوسیان، جواد (۱۳۹۱). شیوع‌شناسی مصرف مواد در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی بندرعباس. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۶(۲۳)، ۸۲-۶۵.

ناتاراجان، مانگای (۱۳۹۳). سوء استفاده از مواد در صحنه بین‌الملل. ترجمه امیر علی ابراهیم‌زاده، تهران، انتشارات دانشگاه پیام‌نور.

Butler, R. (2000). Making judgment about ability: the role of implicit theories of ability in moderating inferences from temporal and social comparison information. *Journal of personality and social psychology*, 78, 965-78.

Furnham, A. (1988). *Lay Theories: Everyday Understanding of Problems in the Social Sciences*. Pergamon Press, Oxford.

Furnham, A.; & Thomson, L. (1996). Lay theories of heroin addiction, *Social Science of Medicine*, 43(1), 29-40.

- Gebremariam, M.; Bjune, G.; & Frich, J. (2010). Barriers and facilitators of adherence to TB treatment in patients with concomitant TB and HIV treatment: A qualitative study. *BMC public Health, 10*, 1-9.
- Goldstein, B.; & Keller, R. (2015). U.S. college students lay theories of culture shock. *International Journal of Intercultural Relations, 47*, 187-194.
- Henderson, B.J.; & Maguire, B.T. (2000). Three Lay mental models of disease inheritance. *Social science & medicine, 50*, 293-301.
- Joel wong, Y. (2010). Asian American Lay Beliefs About Depression and Professional Help Seeking. *Journal of Clinical Psychology, 66*, 317-32.
- Larsson, S.; Lilja, J.; & Hmlton, D. (2001). Identity, cognitive structure, and long-term tranquilizer use: A multi-dimensional approach. *Substance use and misuse, 36*, 1139-63.
- Mukhopadhyay, A.; & Johar, G.V. (2005). Where there is a will, is there a way? Effects of lay theories of self-control on setting and keeping resolutions. *Journal of consumer research, 31(4)*, 779-86.
- Mitchell, G.E.; & Locke, K.D. (2015). Lay beliefs about autism spectrum disorder among the general public and childcare providers. *Autism, 19*, 553-61.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2016). Retrieved from <https://www.unodc.org/>
- Pescor, M. (1966). *Physician drug*. In Narcotic Addiction Edited by O'Donnell J. and ball J., Harper and Row, London.
- Plant, M.A.; & Reeves, C.E. (1974). The group dynamics user. *Interpersonal development, 4*, 99-106.
- Rodgers, J.; Williams, M.; & peng, K. (2015). Culturally based lay beliefs as a tool for understanding intergroup and intercultural relations. *International Journal of Intercultural Relations, 36*, 169-78.
- Sanchez, D.T.; Young, D.M.; & pauker, K. (2015). Exposure to Racial Ambiguity Influences Lay Theories of Race. *Social Psychological and Personality Science, 6*, 382-90.
- Schasre, R. (1966). Cessation patterns among neophyte heroin users. *Introduction Journal of Addiction, 1*, 23-32.