

نقش

سلامت معنوی
در پیشگیری از سوء
مصرف مواد در
دانش آموزان

علی مصلحی راد
کارشناس ارشد
روان‌شناسی تربیتی

مقدمه

سوء مصرف مواد مخدر هر چند پیشینه‌ای به قدمت زندگی بشر دارد، اما سال‌های اخیر توجه جامعه بشری را بیش از پیش به خود معطوف داشته است. دلایل این توجه را باید در گستردگی و تنوع روزافزون و نیز کاهش سن مصرف این مواد دنبال کرد. مطالعات نشان داده است که مصرف مواد مخدر در بین جوانان به طور مشخص از سال ۱۹۹۲ فزونی گرفته و مصرف برخی از این مواد به شش برابر نیز رسیده است (پراید^۱، ۱۹۹۷ به نقل از قربانی، ۱۳۸۴).

مطالعه‌ای که توسط جزایری و همکاران (۱۳۸۲) انجام شده نشان می‌دهد که در ایران ۱۲/۵ درصد از دانش‌آموزان دوره راهنمایی تحصیلی در معرض خطر گرایش به سوء مصرف مواد هستند. همچنین سروسستانی و همکاران (۱۳۸۲) با انجام یک پژوهش ملی نشان داده‌اند که ۲۳/۳ درصد از دانش‌آموزان در معرض خطر سیگار، ۱۵/۸ درصد در معرض خطر مصرف مشروبات الکلی و ۱۳/۳ درصد در معرض خطر مصرف سایر مواد هستند. این در حالی است که می‌دانیم دانش‌آموزان، به عنوان منابع انسانی هر جامعه، پایه‌های پیشرفت، ترقی و توانمندی جامعه‌اند. از طرفی دوره نوجوانی و جوانی به سبب ویژگی‌های خاص جسمانی و روانی از پرخطرترین دوره‌های تمایل به ابتلاء به سوء مصرف مواد محسوب می‌شود. بنابراین پرداختن به موضوع سوء مصرف مواد در نظام آموزشی و شناسایی عوامل و چگونگی پیشگیری آن از اهم مسائل می‌باشد.

نظریه‌های مربوط به سوء مصرف مواد

صاحب نظران بسیاری سعی در تبیین و توضیح این مسئله داشته‌اند که چرا برخی از نوجوانان اقدام به مصرف مواد می‌کنند و در این راه نظریه‌هایی نیز ارائه کرده‌اند. این نظریه‌ها ناظر بر طیف وسیعی از عوامل ژنتیکی، روانی، محیطی، همسالان، خانوادگی و ... است و از جمله یکی از این نظریه‌ها توجه به «عوامل خطر^۲» و «عوامل محافظت کننده^۳» می‌باشد.

امروزه رویکردهای سبب‌شناسی سوء مصرف مواد بیشتر



اشاره

در حال حاضر جامعه ما با عواقب نامطلوب ناشی از رواج مصرف انواع مواد مخدر، اعم از طبیعی، نیمه صنعتی و صنعتی همچون تریاک، حشیش، کراک، شیشه، اکستازی و روبه‌روست. بیشترین طیف مورد تهاجم، بخش نوجوان و جوان جامعه است که به شدت از سوی این مواد تهدید می‌شوند و اگر راهکارهای مناسبی برای پیشگیری از این آسیب اندیشیده نشود به رخدادهای ناگواری دچار خواهیم شد. آموزه‌های دینی و معنوی ما، با تأکید بر ارتقای رشد و تحول انسان، به فرد امکان می‌دهد تا با جست‌وجوی معنایی متعالی برای زندگی و تلاش برای درک بهتر خویشستن، به توسعه روشی برای زندگی خود بپردازد که منجر به دستیابی وی به کمال گردد. در این مقاله به نقش سلامت معنوی در پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی بویژه سوء مصرف مواد پرداخته خواهد شد.

کلیدواژه‌ها: سلامت معنوی، پیشگیری، سوء مصرف

مواد، دانش آموز



دیدگاه معنوی بر روی باورها، نگرش‌ها، ارزش‌ها و رفتارها و نیز بر روی بیوشیمی و فیزیولوژی بدن تأثیر عمیقی دارد. این تأثیر روی فکر و بدن، به نام تندرستی معنوی نامیده می‌شود.

معطوف به رویکردهای سیستمی، چندعاملی و تعاملی است که در آن‌ها مسئله از ابعاد مختلف مورد بررسی قرار می‌گیرد. در این راستا، برخی از عواملی که باعث شروع و تداوم مصرف می‌گردد تحت عنوان «عوامل خطر» و آنچه که در برابر این آسیب نقش محافظتی دارد، «عوامل محافظت‌کننده» نامیده می‌شود. شناخت توأمان این عوامل می‌تواند ما را در مقابله با پدیده سوءمصرف مواد یاری بیشتری برساند. هاوکینز و کاتالانو^۴ (۱۹۹۲) با مرور مطالعات انجام شده در خصوص عوامل خطر، آن‌ها را به چهار حیطه که هر یک دارای چند عامل است دسته‌بندی کرده‌اند:

● حیطه فردی و همسالان

۱/۱. بیگانگی و تمرد: نوجوانانی که خودشان را بخشی از جامعه احساس نمی‌کنند، از قوانین پیروی نمی‌کنند، برای موفقیت تلاش نمی‌کنند و مسئولیت‌پذیر نیستند؛ اینها در معرض خطر مصرف مواد مخدر و ارتکاب اعمال بزهکارانه قرار دارند (جسر و جسر^۵، ۱۹۷۷)

۱/۲. همسالان درگیر در رفتارهای ضداجتماعی: مطالعات نشان می‌دهد گرایش نوجوانان به دوستی با همسالانی که رفتارهای مشکل‌آفرین دارند (مانند سوءمصرف مواد، فعالیت‌های بزهکارانه، جنسی و خشونت‌آمیز)، موجب تمایل آن‌ها به ارتکاب این اعمال می‌شود (همان منبع)

۱/۳. نگرش مثبت به مواد: نگرش مثبت نوجوانان به مواد مخدر زمینه بروز خطر در آنان را فراهم می‌سازد (همان منبع).

۱/۴. آغاز زود هنگام رفتار مشکل‌آفرین: هرچه فرد در سنین پایین‌تر درگیر رفتارهای مشکل‌آفرین شود احتمال بروز این رفتارها در آینده بیشتر خواهد بود. مثلاً نوجوانی که قبل از ۱۵ سالگی شروع به مصرف مواد کرده، دو بار بیشتر از کسانی که تا ۱۹ سالگی مواد مصرف نکرده‌اند در معرض خطر قرار دارد (هاوکینز، ۱۹۹۲).

۱/۵. عوامل سرشتی: عوامل سرشتی ممکن است زیستی یا روان‌شناختی باشد. این عوامل اغلب در افرادی دیده می‌شود که دارای رفتارهای هیجان‌خواهی، اجتناب کم از آسیب و فقدان کنترل تکانه هستند.

● حیطه مدرسه

۲/۱. شکست تحصیلی در دوره، ابتدایی: شکست در سال‌های ابتدایی و اخراج از مدرسه خطر سوءمصرف مواد را افزایش می‌دهد (هاوکینز، ۱۹۹۲).

۲/۲. رفتار ضداجتماعی زودرس: دانش‌آموزانی که رفتارهای ضداجتماعی زودرس نظیر فرار از مدرسه، نزاع با کودکان، تخریب اموال و سایر مصداق بدرفتاری در مدرسه را دارند احتمال مصرف مواد در آنان افزایش می‌یابد.

● حیطه خانواده

سابقه سوءمصرف مواد در خانواده، مشکل مربوط به مدیریت خانواده، اختلافات خانوادگی و نگرش‌های والدین نسبت به مواد احتمال مصرف مواد را افزایش می‌دهد (همان منبع).

● حیطه اجتماعی

در دسترس بودن مواد، هنجارهای اجتماعی مساعد نسبت به مصرف مواد، بی‌نظمی اجتماعی و پیوند ضعیف بین همسایگان و محرومیت‌های شدید اقتصادی احتمال مصرف مواد را بالا می‌برند.

عوامل محافظت‌کننده

منظور از عوامل محافظت‌کننده عواملی است که تأثیرگذاری عوامل خطر ساز را کاهش می‌دهد یا با تغییر نحوه پاسخ‌دهی نوجوان به عوامل خطر، او را از پیامدهای منفی مواجهه با این خطرات آگاه می‌سازد. بنابراین ارتقای عوامل محافظت‌کننده می‌تواند احتمال بروز رفتارهای مشکل‌آفرین را کاهش دهد. عوامل مختلف فردی، پیوندهای اجتماعی سالم، باورهای صحیح و روشن درباره مواد و اعتیاد و ... از جمله عوامل محافظت‌کننده‌اند. یکی از مهم‌ترین عوامل حفاظتی وجود معنویت و باورهای مذهبی در زندگی افراد می‌باشد.

معنویت و سلامتی

در طول دهه‌ها، سلامتی را براساس ابعاد خاص جسمانی، روانی و اجتماعی تحلیل می‌کردند تا اینکه پیشنهاد گنجاندن بعد سلامت معنوی در مفهوم سلامت از سوی راسل^۶ (به نقل از ابراهیمی، ۱۳۹۱) یک بعد مهم از زندگی را فرا روی صاحب‌نظران درگیر در سلامت قرار داد. حدود یک ربع قرن پیش سازمان بهداشت جهانی با این بحث مواجه شد که آیا بعد معنوی باید در تعریف سلامت گنجانیده شود یا خیر و چند سال بعد، بعد معنوی در یک مجله مهم که به ارتقاء سلامت اختصاص داشت گنجانده شد. امروزه انجمن روان‌شناسی آمریکا مشاوران و روان‌پزشکان را به این مسئله ترغیب می‌نماید که در کارهای مطالعاتی و درمانی خود موضوع سلامت معنوی را مورد توجه قرار دهند.

درباره ارتباط بین عوامل دینی، معنوی با بهداشت تحقیقات گسترده‌ای انجام پذیرفته است. دیدگاه معنوی بر روی باورها، نگرش‌ها، ارزش‌ها و رفتارها و نیز بر روی بیوشیمی و فیزیولوژی بدن تأثیر عمیقی دارد. این تأثیر روی فکر و بدن، به نام تندرستی معنوی نامیده می‌شود. سلامت معنوی وضعیتی از رشد انسانی، تلاش، جست‌وجوی معنا و هدف، اتکال و اتصال به ارزش‌های زندگی را شامل می‌شود. مطابق بررسی متون مختلف دیدگاه معنوی از چهار طریق بر روی سلامت جسمی، روانی و اجتماعی انسان اثر می‌گذارد:

۱. رفتارهای بهداشتی: تعهد دینی و معنویت باعث فعال‌سازی و مسئولیت‌پذیری شخص در زمینه اصول و باورهای بهداشتی مندرج در ادیان می‌شود. مثلاً احکام و دستوراتی که در خصوص خوردن، آشامیدن، خواب و استراحت، توصیه شده است.

۲. حمایت اجتماعی: انجام مناسک دینی و معنوی توصیه شده در دین موجب افزایش تعاملات اجتماعی و حمایت اجتماعی می‌شود. حمایت اجتماعی خود از ارکان مهم سلامتی است.

۳. سایکونوروفیزیولوژیک^۷: احساس رضایتمندی از زندگی از طریق نوروپپتیدهای^۸ پیام‌رسان روی سیستم‌ها و ارگان‌های بدن مثل: قلب و عروق، ایمنی و تأثیر می‌گذارد (تورسن^۹ و همکاران، به نقل از ایرج اسماعیلی).

از آنجا که ایمان به خدا و پذیرش باورهای مذهبی نقش تعیین‌کننده‌ای در حل تعارض‌های درونی فرد و نیز یکپارچه‌سازی شخصیت وی دارد می‌تواند در کاهش رفتارهای نابهنجار و افزایش سلامت روانی افراد نیز نقش مهمی ایفا نماید

باید توجه داشت که رفتارهای مذهبی ارزش مثبتی در معنادار جلوه دادن زندگی دارند. رفتارهایی مانند عبادت، زیارت و توکل به خدا می‌تواند راه ایجاد امید و نگرش‌های مثبت به زندگی و آرامش درونی را در فرد به دنبال داشته باشد، باور به اینکه خدایی هست که موقعیت‌ها را کنترل می‌کند و در هنگام گرفتاری‌ها انسان را یاری می‌دهد کمک مؤثر در درک رخدادهای ناگوار می‌نماید. (بوالهروی و همکاران، ۱۳۷۹)

تحقیقات انجام شده در مورد رابطه معنویت و

پیشگیری از سوء مصرف مواد

الف. تحقیقات خارجی:

تحقیقات عمده‌ای در رابطه با نقش معنویت در سلامت در کشورهای دیگر به انجام رسیده است که به برخی از آن‌ها اشاره می‌گردد:

- بررسی‌ها نشان می‌دهد که بین متغیرهای اجتماعی، باورهای مذهبی و داشتن هدف در زندگی از یک سو و عدم مصرف الکل از سوی دیگر ارتباط معناداری وجود دارد (راکو^{۱۰}، ۲۰۰۷).

- یکی از عوامل محافظت‌کننده فرد، دینداری است که در برخی از مطالعات به عنوان سپری در مقابل وابستگی به مواد یاد شده است (ویلز^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۳).

- میلر^{۱۲} و همکاران (۲۰۰۰) به این نتیجه رسیدند که نوجوانانی که دیندار نیستند، یعنی نمره پائینی در فعالیت‌های دینی می‌آورند، در مقایسه با نوجوانانی که دارای سطح فعالیت دینی بالاترند، مصرف و سوء مصرف مواد بیشتری دارند.

- مریل^{۱۳} و همکاران (۲۰۰۱) نشان دادند عواملی نظیر حضور در کلیسا، سطح بالای دینداری خانواده، فراوانی بحث‌های مذهبی در خانواده اثر محافظتی در مقابل مصرف مواد بین نوجوانان و جوانان دارد.

- هاج^{۱۴} و همکاران (۲۰۰۷) سبک زندگی توأم با معنویت و دینداری را به عنوان عامل حمایت‌کننده مهم در پیشگیری از مصرف مواد می‌دانند.

براساس نظر آلوپورت^{۱۵} می‌توان گفت افرادی که دارای اعتقادات مذهبی بیشتری هستند در برابر انواع مشکلات روانی و اجتماعی مصونیت بیشتری دارند.

- جسر و جسر (۲۰۰۶) حدود ۱۰۰۰ مطالعه را بررسی کردند که نشان می‌دهد مذهب دافع مصرف مواد می‌شود.

- به نظر می‌رسد از آنجا که ایمان به خدا و پذیرش باورهای مذهبی نقش تعیین‌کننده‌ای در حل تعارض‌های درونی فرد و نیز یکپارچه‌سازی شخصیت وی دارد می‌تواند در کاهش رفتارهای نابهنجار و افزایش سلامت روانی افراد نیز نقش مهمی ایفا می‌نماید (وست^{۱۶}، ۲۰۰۰).

ب. تحقیقات داخلی

اگر چه در کشور ما در رابطه با تأثیر متغیرهای مذهبی و معنویت با شاخص‌های سلامتی پژوهش‌های محدودی انجام شده است، اما غالب آن‌ها مؤید تأثیر مثبت این باورها در سلامت روانی و بهبود شرایط جسمانی افراد است (شجاعیان و منفرد، ۱۳۸۱). به برخی از این پژوهش‌ها اشاره می‌شود:

- میزان تحمل افراد معتقد به مبانی مذهبی در برابر فشارهای روانی و عصبی بیش از دیگران است و اینان کمتر به بیماری‌های روان - تنی^{۱۷} مبتلا می‌شوند (وهاب‌زاده و همکاران، ۱۳۷۷).

- پژوهش‌های صورت گرفته در دهه‌های اخیر نقش و جایگاه ویژه‌ای برای مذهب و باورهای دینی در حفظ بهداشت روانی قائلند (ترقی‌جاه، ۱۳۸۵).

- نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد بین مصرف مواد مخدر و خودکشی با سلامت روان و اعتقادات مذهبی رابطه وجود دارد (زرگر، ۱۳۸۳).

- پیوندهای عاطفی با خانواده و باورهای دینی مانند اعتقاد به حلال و حرام، ثواب و گناه، احساس گناه در برابر خدا، و ... به‌طور معناداری میل به رفتارهای مجرمانه را کاهش می‌دهد (مشکانی، ۱۳۸۱).

بحث و نتیجه‌گیری

بررسی پژوهش‌های انجام‌شده در داخل و خارج از کشور، نشان می‌دهد که معنویت و دینداری می‌تواند سد محکمی در برابر گرایش و سوءمصرف مواد مخدر باشد. دینداری می‌تواند از طریق افزایش خودکنترلی، برقراری نظم اخلاقی و افزایش تعهدات اخلاقی مانع مصرف مواد گردد. برخورداری از معنویت و هدفداری در زندگی، احساس خودارزشمندی را افزایش می‌دهد. این نظام معنایی مانع خطرپذیری و رفتارهای هیجان‌طلبانه است و در نهایت منجر به کاهش احتمال مصرف مواد توسط فرد می‌شود. شرکت در مراسم و فعالیت‌های گروهی دینی می‌تواند به مثابه «مهارت‌مدارا» در برابر تنش‌های زندگی، که فرد را به استفاده از مواد گرایش می‌دهد، عمل نماید (اسمیت^{۱۸}، ۲۰۰۳). باورهای شناختی افراد متدین نظیر اعتقاد به خداوند، آزادی انسان و مسئولیت او در برابر رفتارها، رسیدن به آرامش با یاد خدا و ... به مدارای فرد با فشارهای روانی در سختی‌های زندگی کمک می‌نماید.

دین اسلام همانند سایر ادیان الهی از یک سو مهار نفس و رعایت عدل و انصاف و عدم تجاوز به حقوق دیگران را واجب و ضروری می‌داند (سوره مائده / ۸) و از سوی دیگر رفتارهای مجرمانه (مانند: قتل، ضرب و جرح، استعمال مواد زیان‌آور و ...) را تقبیح نموده و آن‌ها را کار شیطانی می‌شمرد (سوره بقره / ۲۶) و نماز و یاد خدا را مانع روی آوردن انسان‌ها به رفتارهای زشت و ناپسند تلقی می‌کند (سوره عنکبوت / ۴۵).

بنابراین باتوجه به نقش محافظتی معنویت در قبال مصرف مواد، به والدین و مراکز آموزشی پیشنهاد می‌شود که با روش‌های مورد قبول دانش‌آموزان، نوجوانان و جوانان به تقویت باورهای دینی افراد در معرض سوءمصرف مواد بپردازند. مهم‌تر اینکه تأکید بر جنبه‌های شناختی باورهای دینی و معنوی بیشتر از ابعاد عاطفی و هیجانی می‌تواند از گرایش افراد به رفتارهای پرخطر جلوگیری نماید.

پی‌نوشت‌ها

- | | |
|-----------------------------|--------------------|
| 1. Pride | 10. Rocoo |
| 2. Risk factor | 11. Wills |
| 3. protective factor | 12. Miller |
| 4. Hawkins & Catalano | 13. Merrill |
| 5. Jessor & Jessor | 14. Hodge |
| 6. Russel | 15. Alloport |
| 7. Psycho-neuro physiologic | 16. West |
| 8. Neuropeptid | 17. psycho-Somatic |
| 9. Torsen | 18. Smith |

منابع

۱. ابراهیمی، علیرضا (۱۳۹۱). «مقایسه سطح سلامت روانی و معنوی بیماران معتاد در برنامه نگهدارنده با متادون با بیماران معتاد در برنامه دوازده قدمی». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی مرودشت.
۲. بوالهری، جعفر و همکاران (۱۳۷۹). «بررسی بین عوامل تنش‌زا، میزان توکل به خدا و نشانگان استرس در دانشجویان پزشکی». فصلنامه اندیشه و رفتار، سال ششم، شماره ۶.
۳. ترقی‌جاه، صدیقه (۱۳۸۶). تأثیر دورویکرد شناختی رفتاری و معنوی بر کاهش افسردگی دانشجویان دختر دانشگاه تهران، فصلنامه علمی پژوهشی تازه‌های مشاوره، شماره ۲۳.
۴. تورسن، کارل ای و همکاران (۱۳۸۳). «معنویت، دین و بهداشت». ترجمه احمدرضا جلیلی، نقد و نظر، سال نهم، شماره اول و دوم.
۵. جزایری، علیرضا؛ دهقانی، محمود (۱۳۸۳). «بررسی رابطه بین سبک‌های دبستگی، اعتیاد و نمرخ روانی افراد معتاد در مقایسه با افراد غیرمعتاد (در مراکز خود معرف استان بوشهر)». فصلنامه اعتیادپژوهی، سال دوم، شماره ۶، بهار ۱۳۸۳.
۶. زرگر، بداله (۱۳۸۳). بررسی رابطه نگرش مذهبی و سلامت روان با استعداد اعتیاد در دانشجویان، مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم.
۷. شجاعیان، رضا؛ زمانی منفرد، افشین (۱۳۸۱). «ارتباط دعا با سلامت روانی و عملکرد شغلی کارکنان فنی صنایع مهمات‌سازی، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال هشتم، شماره ۲.
۸. صدیق سروسستانی، رحمت‌اله (۱۳۸۲). «بررسی وضع موجود سوءمصرف مواد مخدر در بین دانش‌آموزان کل کشور». با نظارت دکتر عباسعلی گائینی، تحقیقی همه‌گیر شناختی برای معاونت تربیت‌بدنی وزارت آموزش و پرورش.
۹. قربانی، مجید (۱۳۸۴). «مصاحبه انگیزشی: رویکردی نوین در درمان معتادان». تهران: انتشارات ملل.
۱۰. مشکانی، محمدرضا؛ مشکانی، زهرا (۱۳۸۱). «سنجش تأثیر عوامل درونی و بیرونی خانواده بر بزهکاری نوجوانان»، فصلنامه جامعه‌شناسی ایران سال چهارم، شماره ۱۴.
۱۱. وهاب‌زاده، عبدالوهاب و همکاران (۱۳۷۷). «تعریف و تحمل استرس در بین جمعیت‌های مذهبی». فصلنامه اندیشه و رفتار، سال چهارم، شماره ۲.
12. Hawkins, J., Catalano R.F. & Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implication for substance abuse prevention. psychological Bulletin, 112, 64 - 105.