

علل تغییر الگوی مصرف مواد مخدر از کم‌خطر به پرخطر

مهناز امیرپور*، محسن قربانی**

مقدمه: این مقاله در پی بررسی دلایل تغییر الگوی مصرف از مواد کم‌خطر به پرخطر و نیز شناسایی عوامل زمینه‌ساز آن در بین افراد معتاد استان خراسان شمالی است. چارچوب نظری این تحقیق، شامل نظریه فشار اجتماعی، نظریه آنومی، تداعی افتراقی، کنترل اجتماعی، مدل سازگاری، تعارض اجتماعی، سرمایه اجتماعی و نظریه مبادله است. روش: تحقیق به صورت پیمایشی بوده و جمعیت آماری تحقیق را افراد سوء مصرف‌کننده مواد کم‌خطر در گذشته تشکیل می‌دهد که در حال حاضر الگوی مصرف را به مواد پرخطر تغییر داده‌اند. در بررسی به عمل آمده برای دستیابی به اطلاعات کمی در این پژوهش، دو گروه از معتادان زندانی شده و مراجعه‌کننده به واحد درمانی کلینیک ثامن از شهرستان بجنورد انتخاب شدند که هر دو گروه، تغییر در الگوی مصرف داشته‌اند و ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ای محقق‌ساخته است. روش آماری استفاده‌شده نیز شامل رگرسیون چندمتغیره و تحلیل مسیرونی دو تک‌متغیره است.

یافته‌ها: براساس یافته‌های این پژوهش، روند تغییرات الگوی مصرف حاکی از تغییر ماده مصرفی از تریاک به موادی مانند هروئین و حشیش و تغییر روش مصرف مواد از روش‌های دشواری همچون تلخین به روش‌های ساده‌تری همچون خوردن و تزریق بوده و کاهش سن مصرف مواد هم مشاهده می‌شود.

بحث: نتایج تحقیق گویای این است که بین فشار (محرومیت) اجتماعی، تعامل با خانواده و هم‌بستگی در خانواده، فقر فرهنگی، ناخالصی مواد و تغییر الگوی مصرف مواد مخدر، رابطه معنی‌دار وجود دارد. به‌طور کلی عواملی که باعث شده تا افراد معتاد این استان از مواد کم‌خطر به پرخطر روی آورند، عبارت‌اند از: ارزان‌شدن مواد پرخطر، رونق کارگاه‌های صنعتی تولید مواد پرخطر، ناخالصی مواد کم‌خطر، وجود فشارهای اجتماعی همچون فقر و بیکاری در بین حاشیه‌نشینان، افزایش خرده‌فروشی مواد مخدر در محیط‌های آلوده و وجود فقر فرهنگی در بین برخی خانواده‌ها و ناآگاهی آن‌ها از آثار تسکینی و تقویتی مواد.

کلیدواژه‌ها: استان خراسان شمالی، اعتیاد، الگوی مصرف مواد مخدر، تغییر

الگوی مصرف مواد مخدر.

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۰/۲۳

تاریخ دریافت: ۹۰/۰۶/۲۳

* دکتر جامعه‌شناس، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام، رایانامه: <mahnaz.amirpour@gmail.com> (نویسنده مسئول)

** کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور مشهد.

مقدمه

افزایش روزافزون شمار معتادان به مواد پرخطر مسئله اعتیاد را در کشور به بحران ملی تبدیل کرده است. آنچه در این میان توجه برانگیز و بسیار تکان‌دهنده جلوه می‌کند، پائین آمدن میانگین سن اعتیاد (موسی‌نژاد، ۱۳۸۶) و افزایش گرایش به مواد مخدر پرخطر است.

بنا به گزارش دفتر مواد مخدر و جرم سازمان ملل در سال ۲۰۰۴ تعداد مصرف‌کنندگان انواع مواد مخدر حدود ۱۸۵ میلیون نفر برآورد شده است که ۳ درصد جمعیت جهان را شامل می‌شود. در این بین، مواد محرک شامل انواع آمفتامین‌ها و مت‌آمفتامین‌ها و اکستازی با مجموع ۳۰ میلیون نفر مصرف‌کننده در ردیف دوم مصرف قرار دارد (به نقل از: الله‌وردی‌پور، ۱۳۸۶).

مصرف مواد مخدر دائماً در حال تغییر است و متناسب با موقعیت و فضای محیط بیرونی این تغییر ادامه پیدا می‌کند. این موضوع موجب می‌شود تا عرضه‌کنندگان مواد متناسب با وضع و حال مشتریان، کالای جدیدی به بازار عرضه کنند؛ در نتیجه، هر روز شاهد تغییراتی در الگوی مصرف مواد در ایران و جهان هستیم.

بررسی علت‌های تغییر الگوی مصرف مواد از کم‌خطر به پرخطر موضوعی مهم در پژوهش‌های اعتیاد است. منظور از تغییر الگو، تغییر ماده مصرفی و تغییر روش مصرف است که از مواد کم‌خطر به مواد پرخطر صورت می‌گیرد. منظور از مواد پرخطر در این مقاله موادی است با ویژگی‌های زیر:

۱. قدرت اعتیادآوری بیش‌تری دارد؛ مثل: کراک، اکستازی، هروئین و... (الله‌وردی‌پور،

۱۳۸۶)؛

۲. روش مصرف آن به صورت تزریق است؛ مثل: هروئین، متادون (دولوفین)، کوکائین (برف و کوک و توت) و مرفین؛

۳. به صورت مصنوعی در آزمایشگاه تولید می‌شود؛ مثل: ال.اس.دی، میردین، متادون، فتانیل اکسی‌کودون، هیدرومرفون، نپتازوسین، اکسی‌مرفون، پروپوکسی فن و دیفن‌اکسیلیت؛

۴. به‌شیوه نیمه‌مصنوعی از گیاهان سمی ساخته یا با مواد دیگر ترکیب شود؛ مثل: ارکوبن‌زین که از گیاه سمی ارگات یا ارگو ساخته می‌شود یا کراک که با ماری‌جوآنا مخلوط و به‌وسیله پپ استفاده می‌شود. این موضوع از جستارهای مهم و پرمناقشه در حوزه جامعه‌شناسی انحرافات است. معضلات و تنگناهای بازدارنده‌ای که در کشور ما در زمینه اشتغال، فقر، بیکاری و برخورد جامعه و خانواده با فرد معتاد پرخطر وجود دارد، اهمیت مسئله را هرچه بیشتر روشن می‌سازد (شیخاوندی، ۱۳۷۳ و ادیب، ۱۳۷۴).

در پژوهش مدنی و همکاران (۱۳۷۸) در زمینه بررسی تغییر الگوی مصرف تغییرات در ماده مصرفی از زمان شروع مصرف و طول دوره اعتیاد، نسبت استفاده‌کنندگان از تریاک به‌مثابه ماده اصلی، در زمان شروع از ۵۹/۲ به ۵۱/۷ درصد و حشیش از ۳۲/۱ درصد به ۲/۵ درصد کاهش و مصرف هروئین از ۵/۶ درصد به ۳۴/۹ افزایش نشان می‌دهد (انجمن جامعه‌شناسی، ۱۳۸۶).

امروزه برخلاف گذشته، تغییر الگوی مصرف دیگر پدیده تک‌بعدی تلقی نمی‌شود؛ بلکه پدیده‌ای چندوجهی به حساب می‌آید و ابعاد اجتماعی و فرهنگی و خانوادگی در کنار بعد اقتصادی، جایگاه ویژه‌ای دارد.

براساس این هدف، یعنی بررسی علت‌های تغییر الگوی مصرف مواد از کم‌خطر به پرخطر، سؤال اصلی تحقیق حاضر عبارت است از اینکه چرا افراد معتاد مانند گذشته به مصرف مواد کم‌خطرتری مانند تریاک پایبند نمی‌مانند و با وجود ویژگی‌های بسیار مخرب مواد مخدر نوین که شیرازه زندگی فرد را درهم می‌پیچد، به مصرف این مواد روی می‌آورند. با وصف اینکه تاکنون شماری از پژوهندگان در داخل و خارج به تحلیل و تبیین مسئله اعتیاد و تغییر الگوی مصرف مبادرت ورزیده و به نتایج خوبی هم رسیده‌اند؛ لیکن حاصل تلاش آن‌ها برای اقناع جامعه علمی، کافی نیست. نفس موضوع و پیچیدگی ذاتی آن اقتضا می‌کند کندوکاوها و واری‌های بیش‌تر و دقیق‌تر درباره آن صورت گیرد تا علت‌های تغییر الگوی مصرف در جامعه روشن‌تر شود.

پیشینه تحقیق:

۱- تحقیقات داخلی: در ایران، هیچ آمار رسمی منتشرشده‌ای از تعداد مصرف‌کنندگان قرص‌های توهم‌زا و مواد اعتیادآور صنعتی وجود ندارد؛ ولی طبق تخمین دبیرکل ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۴۵ تا ۵۰ هزار مصرف‌کنندهٔ اکستازی در ایران وجود دارد (فرهود و عدالت، ۱۳۸۵). بارونی (۱۳۸۵) در مطالعهٔ خود در بین جوانان ۱۵ تا ۲۵ سال مراجعه‌کننده به کافی‌شاپ‌های ۵ منطقهٔ تهران، میزان سوء‌مصرف اکستازی را ۱۸/۵ درصد گزارش کرد. همچنین در مطالعه‌ای دربارهٔ نوجوانان پسر ۱۶ تا ۱۸ ساله ساکن غرب تهران، میزان سوء‌مصرف اکستازی ۱۱/۵ درصد گزارش شده است (سیدفاطمی، ۱۳۸۷). در این بین، اکثر مصرف‌کنندگان اکستازی در جهان در گروه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال و پس از آن در گروه سنی ۱۲ تا ۱۷ سال قرار دارند (علی‌محمدزاده، ۱۳۸۳). براساس مطالعات انجام‌شده، امروزه، اتفاقات گوناگونی روند مصرف را با گذشته متفاوت کرده است که می‌توان به کاهش سن مصرف‌کنندگان نسبت به سال‌های قبل از طرفی و پیدایش مواد مصرفی جدید مانند کوکائین و همچنین مواد صنعتی در بین مصرف‌کنندگان از طرف دیگر اشاره کرد (سیدفاطمی، ۱۳۸۷). در همین راستا، علت تمایل به مواد مخدر صنعتی را می‌توان در فراگیر شدن قوانین تشدید مجازات در قبال ورود و عرضهٔ مواد مخدر طبیعی در دنیا و گرانی و محدود شدن دسترسی به آن‌ها (کلدی، ۱۳۸۷) و همچنین سهولت ساخت و دسترسی و استفاده از مواد محرک، ابهام پیامدهای منفی آن‌ها برای والدین و دولت و نبود اهتمام جدی برای طراحی و اجرای برنامه‌های پیشگیری‌کننده جست‌وجو کرد (دهقانی، ۱۳۸۳). قریب ۰/۱۱ جوانان ایرانی که مواد روان‌گردان استفاده می‌کنند، باور ندارند که این مواد اعتیادآورند (فرهود و عدالت، ۱۳۸۵) و اغلب آثار مثبت پس از مصرف سبب گرایش مجدد آن‌ها به اکستازی می‌شود.

آفرین رحیمی و دیگران، «بررسی تغییرات الگوی مصرف مواد معتادان کشور» را در اولین همایش آسیب‌های اجتماعی در ایران ارائه کردند. براساس نتایج به‌دست‌آمده در این تحقیق، روند تغییرات الگوی مصرف حاکی از تغییر مادهٔ مصرفی از تریاک به موادی مانند

هروئین و حشیش و تغییر روش مصرف مواد از روش‌های دشواری چون تدخین به روش‌های ساده‌تری همچون خوردن و تزریق بوده و کاهش سن مصرف نیز مشهود است (انجمن جامعه‌شناسی، ۱۳۸۶).

۲- **تحقیقات خارجی:** دی.ال.تام^۱ در مقاله‌ای با عنوان «مقدمه‌ای بر رفتارهای اعتیادآمیز» عوامل فرهنگی را در گسترش اعتیاد، مؤثر می‌داند. اثر خرده‌فرهنگ، در پایین یا بالا بودن نرخ مصرف‌کنندگان مواد مخدر را بررسی کرده و معتقد است که مصرف مواد مخدر در میان زنان، مردان، اقوام و نژادهای مختلف در سنین مختلف و برحسب پایگاه اجتماعی افراد، متغیر است. به نظر تام، مصرف زیاد ماری‌جوانا در میان جوانان، پاسخی است به دنیایی پر از تعصبات نژادی، جنسی، فساد و ریا و به‌نوعی پاسخی به همه مشکلات اجتماعی است (تام، ۱۹۹۹).

کلوب و جانسون^۲ در تحقیقی با عنوان «تفاوت‌ها در روش وابستگی از مواد مخدر، کراک بین مصرف‌کنندگان کنونی کراک در شهر نیویورک» دربارهٔ مراحل مصرف‌کنندگان کوکائین و هروئین طی آن معتاد می‌شوند، دو نتیجه را برشمرده‌اند.

الف. مصرف اولیه‌ای که در دوران نوجوانی آغاز می‌شود، ماهیتی تجربی دارد؛
ب. افراد بعد از ۲۵ سالگی به‌ندرت شروع به مصرف هروئین و کوکائین می‌کنند، مگر اینکه هیچ‌گونه موادی در دسترس آن‌ها نباشد. الگوی کار بدین صورت است، از تنباکو و الکل به ماری‌جوانا و سپس به سایر مواد غیرقانونی مثل هروئین و کوکائین کشیده می‌شوند. این دو معتقدند هرچه شروع مصرف مواد زودتر باشد، احتمال وابستگی به آنان بیش‌تر است. افرادی که مصرف الکل و تنباکو را شروع نمی‌کنند، به مصرف ماری‌جوانا هم نمی‌رسند. به همین صورت کسانی که ماری‌جوانا مصرف نمی‌کنند، به مصرف مواد شدید هم نمی‌رسند (آندره، ۱۹۹۴).

بلانچ فرانک^۳ و همکارانش در تحقیقی که در شهر نیویورک امریکا انجام دادند، معتقدند که کوکائین و کراک در محله‌های فقیرنشین نواحی شهری، خرده‌فرهنگ مواد را به

1- Thomb.dennis 2- Andrew and bruce d. gohnson 3- Frank, blanche

وجود آورده است؛ یعنی فعالیت‌هایی که افراد در ارتباط با کراک بایستی انجام دهند. جلب مشتری برای مصرف انواع ترکیبات کراک و وسایل ضروری برای مصرف و ایجاد خانه‌های فساد، جایی که مواد مصرف می‌شود و خانه‌های کراک، جایی که مواد خریداری می‌شود. رشد این نوع خرده‌فرهنگ‌ها به پُر زرق و برق شدن و در نتیجه گسترش مصرف کراک کمک می‌کند (فرانک، ۱۹۸۷).

چارچوب نظری تحقیق: در بررسی دلایل تغییر الگوی مصرف مواد مخدر پیش از هر چیز بایستی خاطرنشان کرد که برخی عوامل، زمینه‌ساز تغییر الگوی مصرف است و برخی دیگر متغیرهای اثرگذاری هستند که در موقعیت‌هایی که عوامل زمینه‌ساز فراهم باشد، فرد را مجاب به تغییر الگوی مصرف می‌کنند. به عبارت دیگر، بین عوامل مؤثر بر اعتیاد افراد و عوامل مؤثر بر تغییر الگوی مصرف بایستی تفاوت قایل شد. در این تحقیق، ابتدا به نظریاتی می‌پردازیم که فرد معتاد را آماده می‌سازد تا تحت تأثیر عواملی قرار بگیرد که وی را مجاب به تغییر الگوی مصرف می‌سازد. در این راستا، به نظریه‌های فشار اجتماعی، نظریه آنومی، نظریه ارتباطات افتراقی، نظریه فقر فرهنگی و تئوری کنترل اجتماعی اشاره می‌شود که مکانیسم‌های علی قانع‌کننده‌ای را در اختیار می‌گذارند. پس از بررسی این نظریه، به عواملی می‌پردازیم که در صورت وجود موقعیت‌های مساعد پیش‌آمده، سبب‌ساز تغییر الگوی مصرف می‌شوند.

نظریه فشار اجتماعی: مطابق این دیدگاه، افراد تحت تأثیر فشارهای اجتماعی، گرایش به کج‌روی پیدا می‌کنند. رابرت مرتون، این فشار را ناشی از ناتوانی شخص در دستیابی به اهداف مقبول اجتماعی می‌داند. البرت کوهن، ناکامی در رسیدن به جایگاه عالی در جامعه را عامل فشار می‌شمارد و کلوارد و الین برخوردار نبودن اشخاص از فرصت‌های نامشروع را برای نیل به هدف، واردکننده فشار بر افراد و عامل راندن آنان به سوی کج‌رفتاری می‌داند (سروستانی، ۱۳۸۷).

فقر اقتصادی و بیکاری و فشارهای ناشی از مهاجرت، متغیرهایی هستند که می‌توانند مخرج مشترک نظریه‌های فشار قرار بگیرند و از جمله عواملی هستند که در مطالعات

مربوط به اعتیاد به آن‌ها اهمیت درخور توجهی داده شده است (کی‌نیا، ۱۳۶۰؛ کرباسی و کیلیان، ۱۳۷۷؛ کوکرین، ۱۳۷۶). مطابق نظریات و پژوهش‌های انجام‌شده، می‌توان مکانیسم علی اثرگذاری این متغیرها را چنین ترسیم کرد:

فقر اقتصادی و بیکاری و مهاجرت ← برخوردار نبودن از حمایت‌های روانی و اجتماعی و فرهنگی ← آمادگی برای تغییر الگوی مصرف.

نظریهٔ آنومی دورکیم: دورکیم برای توصیف وضعیت اجتماعی، اصطلاح آنومی را غیرطبیعی به‌کار برده است که در آن انسجام اجتماعی به‌وسیلهٔ بحران‌هایی از قبیل رکود اقتصادی ضعیف می‌شود. این بحران‌ها باعث می‌شود، فرد بدون در نظر گرفتن جامعه به دنبال منافع شخصی خود باشد (زکریایی، ۱۳۸۲). براساس نظریهٔ دورکیم، دربارهٔ آنومی (خودکشی) وی دو متغیر مستقل یکپارچگی و هنجار را در خودکشی دخیل می‌داند؛ یعنی یکپارچگی و هنجار اگر بیش‌تر یا کم‌تر از حد معمول باشد، باعث خودکشی فرد می‌شود (استونز، ۱۳۸۷). بر این اساس، در ارتباط با موضوع این تحقیق نیز می‌توان چنین گفت که هرچه یکپارچگی هنجاری خانواده ضعیف باشد، تنش در بین اعضای خانواده بیش‌تر شده و تعهد و پیوند بین افراد خانواده ضعیف‌تر می‌شود که این همه فرد را به محیط‌های آلوده و پذیرش الگوهای جدید مصرف مواد مخدر می‌کشاند. بنابراین:

پایین بودن سطح هم‌بستگی و وجود آنومی ← افزایش تنش میان خانواده و کاهش تعهدات خانوادگی ← آمادگی برای تغییر الگوی مصرف.

نظریهٔ تداعی افتراقی: براساس نظریهٔ همنشینی افتراقی ساترلند، افراد به این علت کج‌رفتار می‌شوند که تعداد ارتباط‌های انحرافی آنان بیش از ارتباط‌های غیرانحرافی‌شان است. این تفاوت تعامل افراد با کسانی که ایده‌های کج‌رفتارانه دارند نسبت به افرادی که از ایده‌های هم‌نویانه برخوردارند، علت اصلی کج‌رفتاری است (سروستانی، ۱۳۸۷). بنابراین مطابق این نظریه می‌توان چنین گفت که تعامل و نحوهٔ برخورد خانواده با فرد معناد از سویی و میزان و نحوهٔ تعامل فرد با دوستان و اطرفیانی که مصرف مواد پرخطر را تشویق می‌کنند، از جمله عوامل مؤثر بر گرایش فرد به سوی تغییر الگوی مصرف مواد مخدر

است. بنابراین:

نحوه تعامل فرد معتاد با خانواده (طرد یا طردنکردن) + نحوه تعامل با اطرافیان ناباب =
آمدگی برای تغییر الگوی مصرف مواد مخدر.

نظریه فقر فرهنگی: فقر فرهنگی یا همان نبود آگاهی و شناخت از پیامدهای سوء مصرف مواد مخدر، از دیگر عوامل زمینه‌ساز گرایش به مصرف مواد مخدر پُریان است. «جیمز کلمن»، فقر فرهنگی را ناشی از نداشتن ارتباط متقابل مستمر با خانواده و نیز منزلت اجتماعی پایین که ناشی از نبود احساس امنیت مانند کم‌توجهی خانواده، طلاق والدین، کم‌سوادی والدین و... می‌داند (کلمن، ۱۳۷۷). به این ترتیب نداشتن اطلاعات کافی از عوارض مواد مخدر نوین ازسویی و پنداشتهای نادرست درباره فواید مواد مخدر مانند افزایش توانایی جنسی، رفع دردهای مزمن، کاهش ناراحتی‌های ناشی از فوت بستگان نزدیک و... ازسوی دیگر سبب‌ساز گرایش به مصرف مواد مخدر خطرناک می‌شود. بنابراین:

ناآگاهی یا پنداشت نادرست از عوارض مواد مخدر پرخطر ← آمدگی برای تغییر
الگوی مصرف مواد مخدر

نظریه کنترل اجتماعی: نظریه پردازان کنترل اجتماعی معتقدند که سطح تعهدات فرد به جامعه و نیز توانایی کنترل انحرافات ازسوی جامعه، از جمله عوامل مؤثر بر کسب‌روی افراد است (هرشی، ۱۹۶۹). تعهدات فردی را می‌توان با پایبندی‌های اخلاقی و مذهبی افراد بررسی کرد. همان‌گونه که برخی مطالعات نشان می‌دهند، افزایش میزان اعتیاد در جامعه با ضعیف و کمرنگ شدن ارزش‌های مذهبی ارتباط دارد (کلاتتری، ۱۳۷۷). کنترل اجتماعی نیز در محیط‌های آلوده کم‌تر است. در محیط‌های اجتماعی آلوده، داروها و مواد مخدر خطرناک به راحتی در دسترس است (مساواتی آذر، ۱۳۷۳) و نیروی انتظامی نقش مؤثری در کنترل توزیع این مواد ندارد؛ بنابراین هزینه تهیه این مواد برای فرد معتاد پایین است. به این ترتیب، براساس نظریه کنترل اجتماعی می‌توان چنین گفت:

ضعف اخلاقی و مذهبی فرد معتاد + محیط اجتماعی آلوده ← آمدگی برای تغییر
الگوی مصرف مواد مخدر

حال با توجه به مجموع نظریاتی که اشاره شد، می‌توان گفت که هرگاه فرد معتاد تحت فشارهای اجتماعی نظیر بیکاری و بحران‌های مالی قرار بگیرد، احساس هم‌بستگی ضعیفی با خانواده خود بکند، در خانواده‌ای تربیت شده باشد که اجماع ارزشی در آن وجود نداشته باشد یا نحوه تعامل خانواده با فرد معتاد مناسب نباشد، از ضعف اخلاقی و مذهبی رنج ببرد و نهایتاً در محیط اجتماعی آلوده‌ای زندگی کند، انگیزه وی برای گرایش به مواد مخدر پرخطر بیش‌تر می‌شود؛ چراکه انتظار فرد معتاد در این شرایط از مواد مخدر، تخفیف ناراحتی‌های حاصل از مشکلات خانوادگی و محیطی یا تسکین علائم اضطراب و افسردگی ناشی از حالت عصبی یا بیماری عاطفی است (اسعدی، ۱۳۷۲).

با این حال مجموع عوامل یادشده، به‌تنهایی برای تغییر الگوی مصرف کافی نیست. این امر زمانی به وقوع می‌پیوندد که سه عامل کمیاب‌شدن مواد مخدر کم‌خطر و ناخالص‌شدن این مواد و تولید آسان مواد مخدر پرخطر به این مجموعه اضافه شود. عزیزی، اشاره می‌کند که در زمستان سال ۱۳۷۹ در ایران به دلیل سخت‌گیری‌های زیاد برای اولین بار تریاک کمیاب شد و قیمت آن چهار تا پنج‌برابر افزایش یافت. در عوض سوداگران مرگ، هروئین را ارزان در اختیار معتادان گذاشتند (عزیزی، ۱۳۸۲). همچنین مجید ابهری محقق و استاد دانشگاه به نقل از روزنامه خراسان معتقد است: «سهولت تولید مواد روان‌گردان صنعتی در کوچک‌ترین فضا حتی در آشپزخانه و همچنین با توجه به اینکه برخی سایت‌ها فرمول ساخت را عرضه می‌کنند، باعث افزایش این‌گونه مواد شده است». محمدمسعود زاهدیان مدیرکل امور اجرایی ستاد مبارزه با مواد مخدر نیز معتقد است: «قاچاقچیان به دلیل اینکه بتوانند درآمد بیش‌تری کسب کنند، به مواد مخدر خالصی که به دستشان می‌رسد، انواع و اقسام مواد، مثل خون‌گاو و قیر و... اضافه می‌کنند که صدمات جسمی و جانی به بدن بیمار وارد می‌کند. درخصوص هروئین که نوع خالص آن پودری سفید و کریستالی با مزه‌ای تلخ است، فروشندگان معمولاً برای سودجویی بیش‌تر آن را با مواد دیگر همچون پودرهای سفیدکننده و نشاسته و پودر صابون مخلوط می‌کنند (امینی، ۱۳۸۱) یا هروئین از هنگام تحویل آن به وسیله قاچاقچی عمده تا به دست مصرف‌کننده برسد، به دفعات با مواد

دیگر مخلوط می‌شود، به طوری که گرد سفید در بسته آخر بیش از ۵ درصد هروئین ندارد (اسعدی، ۱۳۷۲). بنابراین زمانی که مواد خطرناک به مواد کم خطر افزوده می‌شود، انتظارات فرد معتاد را برآورده نکرده و به مواد پرخطر گرایش پیدا می‌کند. همان گونه که از مطالب بالا برمی‌آید، میزان مصرف مواد صنعتی همچون اکستازی و هروئین و... رو به افزایش و میزان مصرف موادی همچون تریاک و حشیش نسبت به گذشته رو به کاهش گذاشته است و هر نوع ماده‌ای به تناسب موقعیت‌های جغرافیایی و تاریخی و ساختارهای اجتماعی ممکن است مورد سوء مصرف واقع شود. از سویی تاکنون تحقیقی با این عنوان در ایران صورت نگرفته و این تحقیق در نوع خود جدید است و مسائل و مشکلات را از زوایای دیگر بررسی و دیدگاه نوینی مطرح می‌کند. این عوامل سبب شد تا محققان در خراسان شمالی نیز دنبال تغییر الگوی مصرف از مواد کم خطر به پرخطر باشند. در این تحقیقات، کم‌تر به علت‌های تغییر الگوی مصرف مواد از کم خطر به پرخطر پرداخته شده که در این مقاله، سعی می‌شود این خلا تا حدوی جبران شود.

روش

این تحقیق با روش تحقیق کمی و به شیوه پیمایشی انجام پذیرفته است. نوع تحقیق، علمی کاربردی است و همچنین واحد تحلیل، فرد است. جامعه آماری، همه معتادان به مواد پرخطر در زندان و کلینیک ثامن بجنورد است.

حجم نمونه: چون جامعه آماری محدود است، نمونه‌گیری انجام نشده است. چون تعداد معتادان به مواد پرخطر در زندان و کلینیک ثامن شهر بجنورد ۲۰۰ نفر در سال ۱۳۸۹ بود، سرشماری از بین معتادان صورت گرفت.

ابزار گردآوری اطلاعات: در این پژوهش، اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه کتبی و به روش خودگزارش‌دهی و مصاحبه جمع‌آوری شده است. به منظور اعتبار ابزار سنجش، ضمن مشورت با اساتید و کارشناسان ستاد مبارزه با مواد مخدر استان، پرسش‌نامه با چارچوب نظری تحقیق تطبیق داده شد. برای تعیین پایایی مقیاس‌ها از روش آلفای کرونباخ استفاده شد.

تغییر الگوی مصرف از مواد کم‌خطر به پرخطر، تغییر ماده مصرفی از تریاک، شیر، سوخته تریاک و ماری‌جوانا به موادی همچون هروئین، کراک، کریستال و... متغیر وابسته است (مدنی و دیگران، ۱۳۸۶). یا به عبارت دیگر تغییر الگوی مصرف از مواد طبیعی به مواد مصنوعی (شیمیایی) و نیمه‌مصنوعی.

جدول ۱. متغیرها و تعاریف و شاخص‌های استخراج‌شده از متغیرها

نظریه	متغیرها	شاخص استخراج‌شده از نظریات نظریه‌پردازان
دورکیم	کاهش همبستگی: تغییر از روابط نزدیک و صمیمی درازمدت به وضعیت تنها زیستن اشاره می‌کند.	تغییرات ناگهانی در زندگی فرد معتاد شامل فوت یکی از والدین یا هر دو؛ طلاق
گود		عدم ایفای نقش توسط اعضای خانواده: غیبت ارادی والدین، بیماری والدین، زندانی شدن والدین
گیدنز		تغییر از روابط نزدیک به تنهازیستن: دعوای خانوادگی (بین اعضای خانواده)
هارلوگ		نحوه تربیت و سازوکار جامعه‌پذیری: وجود روابط عاطفی ضعیف و خصوصیات رفتاری پدر و مادر و چگونگی برخورد با مسائل و مشکلات فرد
هرشی	نحوه تعامل خانواده: زمانی که فرد نتواند خودش را با مقررات و ارزش‌های خانواده تطبیق دهد، از سوی خانواده طرد می‌شود و به افراد دیگری علاقمند می‌شود.	تطبیق‌نداشتن با ارزش‌ها و هنجارهای خانواده: طرد خانوادگی
لنسوف وستلی		مغایرت نیازها و تمایلات معتاد با جامعه راست‌رفتار:
ساترلند		مغایرت فکری و مادی
اودانل		همنشینی با دوستان ناباب
شاو و مک کی	محیط اجتماعی آلوده: محیطی است که داروها و مواد به راحتی در دسترس است.	یادگیری فنون
هرشی		مهاجرت روستائیان به شهر، بی‌سازمانی اجتماعی، نظارت و کنترل کم‌تر
هومنز	فشار اجتماعی: موقعیتی که فرد تحت تأثیر عوامل روحی‌روانی شدید و آنی قرار گرفته باشد.	ضعیف شدن تعهد فرد به خانواده و جامعه
چارلز بوت		تحت تأثیر عوامل روحی و روانی
گیدنز		فقدان نیازمندی‌های اساسی
شاو و مک کی		نداشتن منابع لازم
نظریه انتقال فرهنگی	فقر فرهنگی: پایین بودن سطح آگاهی و شناخت فرد نسبت به هنجارهای اجتماعی و فرهنگی.	مهاجرت
هومنز		معلومات و یادگیری فرد، زمینه فرهنگی، محیط تربیتی، یادگیری اجتماعی و جابه‌جایی جمعیت
شوارتز	کم‌یاب شدن مواد کم‌خطر و ناخالصی در مواد	هزینه‌هایی همچون زندانی شدن و اخراج از شغل و جریمه شدن و... (هزینه اقتصادی)
		انگیزه تأمین نیازهای مادی (منافع اقتصادی)
		دسترسی به اینترنت

روش اجرا: قبل از تکمیل پرسش نامه از کل شرکت کنندگان در پژوهش با هدف بررسی فرضیه‌های اصلی، ارزشیابی اولیه به عمل آمد و جلسه برای معتادان در کلاس‌های مشاوره زندان بجنورد برای تکمیل پرسش نامه با همکاری مشاوران زندان تشکیل شد و پس از توجیه محرمانه بودن اطلاعات و علمی بودن نتایج آن با همکاری مشاوران اداری این مرکز، پرسش نامه‌ها تکمیل شدند.

ملاحظات اخلاقی: در جلسات متعددی که در کلینیک ثامن و زندان بجنورد با معتادان برگزار شد، به آن‌ها اطمینان داده شد که تمام اطلاعات محرمانه و فقط در دسترس مجریان طرح است و محققان آنچه پاسخ‌گویان در پرسش نامه ارائه دادند را با دقت و حساسیت ویژه ثبت و نتایج آن را در اختیار ستاد مبارزه با مواد مخدر شهرستان بجنورد قرار دادند. جهت تحلیل داده‌ها از آمارهای ترکیبی توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح آمار استنباطی، تکنیک‌های تحلیل آماری از قبیل فی دو تک متغیره، رگرسیون ساده، چندگانه و معادله‌های آن‌ها و تحلیل مسیر استفاده شد. تحلیل رگرسیون به تبیین و پیش‌بینی متغیر وابسته از طریق متغیرهای مستقل می‌پردازد. تحلیل رگرسیون، روش آماری است که طی آن پراکنش متغیر وابسته براساس متغیر یا متغیرهای مستقل تبیین و پیش‌بینی می‌شود. بدین ترتیب، کارکرد رگرسیون تبیین و پیش‌بینی است (ساعی، ۱۳۷۷).

یافته‌ها

آمار توصیفی: بررسی توصیفی وضعیت سنی و تحصیلاتی و جنسی پاسخ‌گو:

۱. وضعیت سنی: معتادان پاسخ‌گو در این تحقیق حداقل سنشان ۱۷ سال و حداکثر ۸۱ سال است (سن فعلی پاسخ‌گو). میانگین سن شروع مصرف مواد کم‌خطر بنا به اظهارات پاسخ‌گویان ۲۱/۴۷ و میانگین سن مواد پرخطر ۲۶/۴۱ گزارش شده است.
۲. جنسیت: ۹۶/۵ درصد از جمعیت نمونه را مردان و ۵/۳ درصد را زنان تشکیل داده‌اند. البته گفتنی است که در این تحقیق، جنسیت مدنظر نبوده؛ چون فقط ۷ نفر از پاسخ‌گویان زن مصاحبه شدند که در مراجعه به کلینیک ثامن تحت مداوا بودند.

وضعیت تأهل: ۸۵ نفر مجرد (۴۲/۵ درصد) و ۱۱۰ نفر متأهل (۵۵ درصد) و ۵ نفر به این سؤال جواب ندادند (۲/۵ درصد).

۳. وضعیت تحصیلات پاسخ‌گویان: ۳۶ نفر بی‌سواد (۱۸ درصد)، ۲۷ نفر در سطح ابتدایی (۱۳/۵ درصد)، ۶۶ نفر در سطح راهنمایی (۳۳ درصد)، ۳۷ نفر در سطح متوسطه (۱۸/۵ درصد)، ۴ نفر در سطح لیسانس (۲ درصد) بودند و ۲۹ نفر به این سؤال پاسخ ندادند (۱۴/۵ درصد). در میان جمعیت بحث‌شده بیش‌ترین نسبت، به معتادان با تحصیلات راهنمایی (۳۳/۵ درصد) اختصاص داشته است. همان‌گونه که گزارش شده، سطح تحصیلات پاسخ‌گویان ۷۹/۴ درصد راهنمایی و زیر تحصیلات راهنمایی است که علت ادامه تحصیل ندادنشان را این‌گونه ذکر کرده‌اند: نبود سرپرست خانواده در میان اعضای خانواده (۲۵/۵ درصد)، طلاق والدین (۲۰/۵ درصد)، معتادبودن یکی از اعضای خانواده (۳۸ درصد)، زندگی در محیط آلوده (۶ درصد) و وجود دوستان ناباب (۱۰ درصد).

الگوی شروع مصرف مواد: معتادان پاسخ‌گو در پاسخ به این سؤال که اولین ماده مصرفی شما در اوایل اعتیاد چه بوده؟ چنین پاسخ دادند: ۸۸ درصد از معتادان پاسخ‌گو بنا به اظهاراتشان اولین ماده مصرفی خود را تریاک گزارش کرده‌اند و ۱۰ درصد از این افراد مصرف مواد مخدر را با شیره آغاز کرده‌اند و ۲ درصد نیز حشیش و سایر بیان کرده‌اند. در پاسخ به این سؤال که اولین بار مواد را در کجا مصرف کردید؟ ۴۱ درصد (۸۲ نفر) از جامعه نمونه: در شب‌نشینی با دوستان ۳۰ درصد در بیابان، ۱۵ درصد در منزل، ۷ درصد در محل کار، ۴ درصد در منزل خویشان و ۳ درصد در سربازی و سایر ذکر کرده‌اند. در پاسخ به این سؤال که دلیل شروع مصرف مواد شما چیست؟ هر پاسخ‌گو چندین گزینه را می‌توانست انتخاب کند، به‌ترتیب کنجکاوی (۶۵ درصد)، کسب لذت (۵۲ درصد)، مشکلات خانوادگی (۵۰ درصد)، بی‌پولی و بیکاری (۴۷ درصد)، دردهای جسمانی (۴۲ درصد)، تفریحی (۳۹ درصد) و کمبود عاطفی (۳۲ درصد) را ذکر کرده‌اند.

الگوی مصرف در طول دوره اعتیاد: پاسخ‌گویان در جواب این سؤال که از زمان شروع مصرف مواد تا حال حاضر از چند ماده استفاده کرده‌اند؟ چنین پاسخ دادند: ۷۰ درصد از سه ماده استفاده کردند، نسبت افرادی که از چهار ماده و بیش‌تر استفاده کرده‌اند ۱۸ درصد و ۱۲ درصد نیز از دو ماده در طول دوره اعتیاد استفاده کرده‌اند.

پاسخ‌گویان علل استفاده‌شان از چند مواد را چنین ذکر کرده‌اند: ناخالصی بیش‌تر در موادی همچون تریاک و کمیابی تریاک در چندساله گذشته نسبت به مواد پرخطر و نشئه‌نشدن با تریاک به دلیل ناخالصی فراوان.

الگوی مصرف مواد در حال حاضر: پاسخ‌گویان در پاسخ به این سؤال که در حال حاضر چه موادی مصرف می‌کنید؟ گزارش دادند: مصرف تریاک ۴ درصد، مصرف شیره ۹ درصد، مصرف حشیش ۴ درصد، مصرف هروئین ۱۲/۵ درصد، کراک ۳۵/۵ درصد و شیشه ۴۰ درصد. همان‌گونه که می‌بینیم مصرف مواد پرخطری همچون کراک و شیشه و هروئین به موادی چون تریاک و شیره و حشیش که کم‌خطر محسوب می‌شوند، افزایش یافته است. برخی معتادان، معتاد به دو ماده یا بیش‌تر بوده‌اند. این نشان می‌دهد: «فرضیه کلی این تحقیق با توجه به اطلاعات مذکور تأیید می‌شود؛ یعنی تغییر الگوی مصرف از مواد کم‌خطر به پرخطر در جامعه آماری رخ داده است».

پاسخ‌گویان علل استفاده از مواد پرخطر را چنین ذکر کرده‌اند:

گرانی مواد کم‌خطر در گذشته، کمیابی مواد کم‌خطر در گذشته، فراوانی عرضه‌کنندگان مواد پرخطر و زمان بر بودن شیوه مصرف مواد کم‌خطر به پرخطر.

مقایسه مقدار ماده مصرفی در اوایل اعتیاد و در حال حاضر: مصرف تریاک از ۸۸ درصد به ۴ درصد کاهش (مقدار مصرف چهاربار و بیش‌تر تریاک از ۵۴/۵ درصد به ۱ درصد کاهش یافته است) و شیره از ۱۰ درصد به ۹ درصد کاهش و حشیش از ۲ درصد به ۴ درصد افزایش یافته است. همچنین هروئین ۱۷/۵ درصد افزایش و کراک ۳۵/۵ درصد افزایش و نیز شیشه ۴۰ درصد افزایش یافته است؛ همان‌گونه که مشاهده می‌کنیم، میزان مصرف مواد کم‌خطری همچون تریاک و شیره کاهش یافته و مصرف مواد پرخطری همچون کراک و هروئین و شیشه افزایش زیادی یافته است.

حال به‌اختصار به عواملی خواهیم پرداخت که در تغییر الگوی مصرف دخالت داشته‌اند. **بررسی توصیفی کاهش همبستگی:** از متغیرهای تغییر الگوی مصرف، کاهش همبستگی است که از طریق پارامترهایی همچون میزان طلاق و فوت یکی از اعضای خانواده و اعتیاد یکی از اعضا سنجیده می‌شود. بنا به اظهارات پاسخ‌گویان، از ۲۰۰ نفر پاسخ‌گو ۴۱ نفر یعنی ۲۰/۵ والدین پاسخ‌گویان از همدیگر جدا شده‌اند. پارامتر دیگر، فوت والدین پاسخ‌گویان است که ۵۱ نفر یعنی ۲۵/۵ درصد در خانواده، پدرشان را از دست داده‌اند.

از ۲۰۰ نفر پاسخ‌گو ۳۵ نفر یعنی ۱۷/۵ درصد مادرشان را در خانواده از دست داده‌اند. **بررسی توصیفی مقدار انتظار فرد از مواد:** در میان ساکنان برخی مناطقی که میزان آگاهی و دانش آن‌ها به مواد کم است، از مواد مخدر به‌مثابه داروی مسکن و برطرف‌کننده مشکلات روحی و روانی و رسیدن به آرامش استفاده می‌کنند. ما نیز در این تحقیق، متغیر انتظار فرد از مواد مخدر را با پارامترهایی همچون افزایش توانایی جنسی توسط مواد، رفع درد، کاهش ناراحتی و رسیدن به آرامش می‌سنجیم.

مقدار انتظار فرد از مواد در افزایش توانایی جنسی: ۴۴/۵ درصد پاسخ‌گویان اعتقاد دارند که همیشه مواد در افزایش توانایی جنسی تأثیرگذار است، ۲۵ درصد معتقدند که گاهی اوقات در افزایش توانایی جنسی تأثیرگذار است، ۸/۵ درصد معتقدند که به‌ندرت تأثیرگذار است و ۱۸/۵ درصد معتقدند که اطلاعی ندارند و ۳/۵ درصد معتقدند اصلاً تأثیرگذار نیست.

مقدار انتظار فرد از مواد در رفع درد: ۳۵/۵ درصد معتقدند که همیشه مواد در رفع درد تأثیرگذار است، ۳۴/۵ درصد معتقدند گاهی اوقات تأثیرگذار است، ۷/۵ درصد معتقدند به‌ندرت تأثیرگذار است و ۱۹/۵ درصد اظهار بی‌اطلاعی کرده‌اند و ۳ درصد معتقدند اصلاً تأثیرگذار نیست.

مقدار انتظار فرد از مواد در کاهش ناراحتی: ۳۶/۵ درصد معتادان مواد را در کاهش درد تأثیرگذار می‌دانند، ۲۲ درصد معتقدند گاهی اوقات تأثیرگذار می‌باشد، ۷/۵ درصد به‌ندرت آن را تأثیرگذار می‌دانند، ۲۵ درصد اظهار بی‌اطلاعی کرده‌اند و ۹ درصد معتقدند که مواد در رفع ناراحتی تأثیرگذار نیست.

مقدار انتظار فرد از مواد در رسیدن به آرامش: ۳۴/۵ درصد میزان انتظارشان از مواد در رسیدن به آرامش همیشگی است، ۲۴ درصد گاهی اوقات، ۱۰/۵ درصد به‌ندرت، ۲۵ درصد اظهار بی‌اطلاعی کرده‌اند و ۵/۵ درصد اصلاً انتظاری از مواد در رسیدن به آرامش نمی‌بینند.

ناخالصی در مواد: زمانی که ناخالصی در مواد بیش‌تر باشد و تولید مواد پرخطر آسان‌تر از مواد کم‌خطر باشد، معتادان به مواد پرخطر گرایش پیدا می‌کنند.

مؤلفه‌های این متغیر: تولید آسان و فراوانی آن، گرانی مواد کم‌خطر در گذشته، کمیابی مواد کم‌خطر، زمان مصرف مواد پرخطر و عرضه‌کنندگان مواد پرخطر است.

تهیه مواد پرخطر: استفاده از مواد کم‌خطر قبض استعمال مواد را در نظر فرد معتاد از بین می‌برد و نگرانی و دلهره او را می‌کاهد. به همین دلیل هر ماده‌ای که کمیاب شود، از ماده‌ای استفاده می‌کند که در دسترس او قرار بگیرد. استفاده مکرر از ماده کم‌خطر به تدریج نیازهایی در فرد پدید می‌آورد که آن ماده اعتیادآور پس از مدتی دیگر قادر به ارضای‌شان نیست و این امر فرد را به استعمال مواد پرخطر می‌کشاند.

معتادان در پاسخ به این سؤال که دلیل انتخاب شما از این موادی که مصرف می‌کنید چه بوده؟ پاسخ داده‌اند که مواد مصرفی‌شان، همیشه در دسترس (۵۷ درصد)، گاهی اوقات در دسترس (۱۹ درصد)، به‌ندرت در دسترس (۸ درصد)، نمی‌دانم (۱۰/۵ درصد) و اصلاً (۵/۵ درصد) است.

در پاسخ به این سؤال که انتخاب شما از موادی که مصرف می‌کنید، به دلیل فراوانی آن

است؟ بدین گونه است:

۴۹ درصد مواد مصرفی‌شان را همیشه فراوان، ۱۸/۵ درصد گاهی اوقات فراوان، ۱۰/۵ درصد به‌ندرت فراوان، ۱۵ درصد نمی‌دانم و ۷ درصد اصلاً فراوان نمی‌دانند.

آمار استنباطی، در این سطح تفکیک‌های تحلیل آماری از قبیل کی‌دو، رگرسیون ساده، چندگانه و معادله‌های آن‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد. تحلیل رگرسیون به تبیین و پیش‌بینی متغیر وابسته از طریق متغیرهای مستقل می‌پردازد. رگرسیون روش آماری است که طی آن واریانس متغیر وابسته براساس متغیر یا متغیرهای مستقل تبیین و پیش‌بینی می‌شود. بدین ترتیب کارکرد رگرسیون تبیین و پیش‌بینی است (ساعی، ۱۳۷۷).

تحلیل رگرسیون چند متغیره در بررسی روابط علی تحلیل چندمتغیره از رگرسیون چندمتغیره بهره گرفته شد. بدین‌سان متغیرهای کاهش همبستگی، نحوه تعامل خانواده، محیط اجتماعی آلوده، فقر فرهنگی و میزان ناخالصی در مواد به‌مثابه متغیرهای مستقل و میزان تغییر الگوی مصرف به‌مثابه متغیر وابسته وارد معادله رگرسیون چندمتغیره شدند.

جدول ۲. تحلیل ضریب رگرسیون، تغییر الگوی مصرف مواد از کم‌خطر به پرخطر

مدل	میزان معنی‌داری	آماره t	ضرایب رگرسیونی	
			ضرایب رگرسیونی غیراستاندارد	ضرایب رگرسیونی استاندارد
			بیتا	میزان خطا
عرض از مبدا	۰/۰۰۰	۷/۶۷۵	۰/۵۳۹	۴/۱۳۹
میزان ناخالصی در مواد	۰/۰۰۵	۲/۸۵۸	۰/۱۹۹	۰/۰۳۸
کاهش همبستگی	۰/۰۱۱	۲/۵۵۴	۰/۱۷۹	۰/۰۱۸
نحوه تعامل	۰/۰۰۱	۲/۲۸۶	۰/۲۲۷	۰/۰۲۷
فقر فرهنگی	۰/۰۱۲	۲/۵۲۶	۰/۱۷۷	۰/۰۳۱
محیط اجتماعی آلوده	۰/۰۸۸	۱/۷۱۶	۰/۱۲۲	۰/۰۴۳

متغیر وابسته: تغییر الگوی مصرف

ضریب هم‌بستگی بین مقادیر مشاهده شده و پیش‌بینی شده متغیر وابسته، یعنی الگوی مصرف ۰/۳۰۵ شد که با ۹۹ درصد اطمینان معنی دار است. ضریب تعیین یا R^2 برابر با ۰/۰۹۳ است. توضیح آنکه ۰/۰۹۳ از پراکنش‌های میزان تغییر الگوی مصرف توسط این پنج متغیر تبیین‌پذیر است. با توجه به ضرایب bها معادله خط رگرسیون چندمتغیره به صورت زیر است: میزان تغییر الگوی مصرف = $۴/۱۳۹ + ۰/۰۴۵$ درصد کاهش هم‌بستگی ۰/۸۸+ درصد نحوه تعامل ۰/۰۷۹+ درصد فقر فرهنگی ۰/۱۰۸+ درصد ناخالصی در مواد.

معادله فوق نشان می‌دهد اگر مقدار متغیر مستقل را داشته باشیم، می‌توانیم تغییر در میزان تغییر الگوی آن را پیش‌بینی کنیم. از بین متغیرها، ضریب متغیر محیط اجتماعی آلوده معنی دار نشده است که آن را از معادله حذف کرده‌ایم و معادله تنها براساس ضرایب معنی دار محاسبه شده است.

حال با توجه به ضرایب بتا با روش Enter معادله خط رگرسیون را می‌آوریم، معادله رگرسیون چندمتغیره به صورت زیر است: $۱۷/۷ + ۳x۲۲/۷ + ۲x۱۷/۹ + ۱x۴۱۹/۹X =$ تغییر در الگوی مصرف

۱۷/۹ درصد کاهش هم‌بستگی، ۲۲/۷ درصد نحوه تعامل، ۱۷/۷ درصد فقر فرهنگی،

۱۹/۹ درصد ناخالصی در مواد = میزان تغییر الگوی مصرف

براساس معادله استاندارد فوق متغیر نحوه تعامل و میزان ناخالصی در مواد، سهم بیش‌تری به متغیرهای دیگر در تبیین تغییر الگوی مصرف دارد. ضرایب بتا از آنجاکه ضرایب استاندارد شده هستند و تحت تأثیر واحد سنجش خود قرار ندارند، قابلیت مقایسه و اهمیت نسبی را دارند.

جدول ۲. مدل خلاصه شده رگرسیون علت‌های تغییر الگوی مصرف

مدل	ضریب همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	میزان برآورد خطا
۱	۰/۳۰۵	۰/۰۹۳	۰/۰۶۹	۱/۷۵۱۲۳

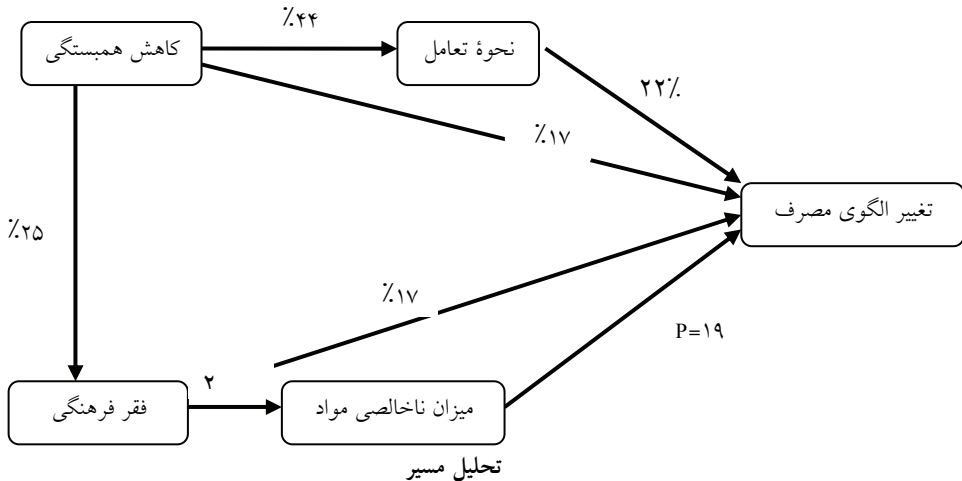
جدول زیر، جدول تجزیه و تحلیل پراکنش یا Anova است. ملاحظه می‌شود که فرض وجودنداشتن رابطه در جمعیت بین متغیرها پذیرفتنی نیست و رابطه مشاهده شده در نمونه واقعی است. البته این آماره بدان معنا نیست که هر کدام از متغیرهای مستقل سهم معنی داری در مناسب بودن مدل دارند. در واقع نشان می‌دهد که دست کم یکی از ضرایب X ها یعنی ضرایب B ، مخالف صفر است. پس رابطه بین Y و یک ترکیب خطی از X ها نمی‌تواند تصادفی باشد. همان گونه که ذکر شد، فقط یکی از متغیرهای مستقل ضریب B معنی دار نیست.

جدول ۳. تحلیل پراکنش یک طرفه

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آزمون f	میزان معنی داری
رگرسیون	۶۰/۰۲۹	۵	۱۲/۰۰۶	۳/۹۱۵	۰/۰۰۲
باقی مانده	۵۸۵/۷۵۸	۱۹۱	۳/۰۶۷		
کل	۶۴۵/۷۸۷	۱۹۶			

تحلیل مسیر: برای انجام تحلیل مسیر، ابتدا بین متغیر وابسته، تغییر الگوی مصرف و متغیرهای مستقل، رگرسیون گرفته شد. همان طور که در جدول بالا مشاهده می‌شود، چهار متغیر معنی دار هستند؛ یعنی تی معنی دار بودن متغیرهای نحوه تعامل، میزان ناخالصی در مواد، کاهش همبستگی، فقر فرهنگی زیر ۵ درصد است و تی معنی دار بودن محیط اجتماعی آلوده بالای ۵ درصد است و معنی دار نیست؛ در نتیجه حذف می‌شود.

در مرحله بعد، بین متغیرهایی که معنی دار هستند و بیشترین بتا را دارند، متغیر وابسته را در نظر می‌گیریم و به‌همین ترتیب عملیات را ادامه می‌دهیم تا به متغیرهای بیرونی دست یابیم. براساس نتایج حاصل از تحلیل مسیر، متغیر نحوه تعامل و میزان ناخالصی به‌مثابه متغیر میانجی برای متغیرهای کاهش هم‌بستگی و فقر فرهنگی عمل کرده و در ارتباط با تغییر الگوی مصرف، رابطه معنی‌داری نشان می‌دهد.



بحث

موضوع مواد مخدر و استفاده از آن سابقه تاریخی دارد، استفاده خوراکی این مواد در همه‌جای دنیا مرسوم بوده است؛ اگرچه قدمت سوءمصرف مواد و اعتیاد بسیار طولانی است؛ ولی تغییر در الگوی مصرف این مواد در کشورهای اروپایی و آمریکایی در قرن اخیر روی داده و به‌تبع آن در کشورهای در حال توسعه و نیز کشور ما ایران که در همسایگی دو

کشور بزرگ تولیدکننده و ترانزیت‌کننده مواد مخدر قرار دارد، این الگوی تغییر کرده است. از سوی دیگر، در نتیجه تغییرات اجتماعی و اقتصادی و فرهنگی که در چند دهه اخیر در نتیجه توسعه و نوسازی و ورود تکنولوژی فنی و اطلاعاتی در جامعه ما رخ داده؛ به گونه‌ای که برخی از دانشمندان ایران را در حال گذار از سنت به مدرنیته می‌دانند، باعث به وجود آمدن موضوعات و مسائلی از قبیل: رشد فراوان جمعیت و جوانی آن، مهاجرت بی‌رویه از روستاها به شهرها، بهم خوردن توازن و تعادل فرهنگی و اجتماعی و اقتصادی در نقاط شهری و به وجود آمدن حاشیه‌نشینی و بیکاری و... شده است. مسائلی که خود در گرایش به مصرف مواد مخدر، به خصوص مواد افیونی و صنعتی در جامعه و به ویژه در بین قشر جوان نقش اساسی دارند. بر این اساس، اکنون مسئله اساسی در جامعه ما مقابله با ورود و مصرف تریاک نیست؛ بلکه تغییر الگوی مصرف به مواد شیمیایی مانند هروئین، کوکائین، اکستازی و... وضعیت مصرف مواد را در ایران پیچیده‌تر کرده است. در این مقاله، در پی بررسی دلایل تغییر الگوی مصرف از مواد کم‌خطر به پرخطر و نیز شناسایی عواملی بودیم که در دلایل تغییر الگوی مصرف از مواد کم‌خطر به پرخطر در بین افراد معتاد استان خراسان شمالی دخالت دارد. از نتایج به دست آمده، در مجموع می‌توان چنین گفت که تغییراتی در الگوی مصرف مواد از کم‌خطر به پرخطر در سطح استان خراسان شمالی به وقوع پیوسته است، روند کلی حاکی از تغییر الگوی مصرف از تریاک و حشیش، به موادی مانند هروئین، کراک، شیشه و دیگر مواد است. به زعم معتادان، نحوه تعامل خانواده با آن‌ها، فقر فرهنگی، محیط اجتماعی آلوده، کاهش هم‌بستگی و ناخالصی در مواد از علت‌های تغییر الگوی مصرف مواد از کم‌خطر به پرخطر است. این نتایج با تحقیقاتی که توسط محققان داخلی صورت گرفته، از جمله مدنی و همکاران (۱۳۸۶) در خصوص تغییر الگوی مصرف و کاهش مصرف‌کنندگان تریاک و افزایش هروئین و کراک و... همخوانی دارد و این را ناشی از ورود مواد جدیدی مثل کوکائین و اشک خدا و کراک به بازار مصرف مواد می‌دانند.

در این تحقیق، تغییر الگوی مصرف متغیر وابسته و نحوه تعامل خانواده، کاهش همبستگی، ناخالصی مواد، فقر فرهنگی و محیط اجتماعی آلوده متغیر مستقل در نظر گرفته شده است. در روش تحلیل مسیر از روش رگرسیون، مشخص شد که از میان متغیرهای ذکر شده، نحوه تعامل خانواده بیشترین اثر مستقیم را بر تغییر الگوی مصرف دارد؛ یعنی هرچه نحوه تعامل به صورت طردآمیز باشد، تغییر الگوی مصرف بیش تر است. همچنین معلوم شد که هرچه میزان فقر فرهنگی بیش تر، میزان افزودن ناخالصی در مواد هم بیش تر است. این ازلحاظ منطقی درست است.

نتایج مربوط به ناخالصی در مواد و وجود محیط آلوده نشان می دهد، افزایش معنی داری در تغییر الگوی مصرف از مواد کم خطر به پرخطر وجود دارد. در همین راستا نتایج یافته های مشابه، می توان علت تمایل به مواد مخدر صنعتی را در چند زمینه جست: فراگیر شدن قوانین تشدید مجازات در قبال ورود و عرضه مواد مخدر طبیعی در دنیا و گرانی و محدود شدن دسترسی (کلدی، ۱۳۸۷)؛ سهولت ساخت و دسترسی و استفاده از مواد محرک؛ روشن نبودن پیامدهای منفی آنها برای والدین و دولت؛ نبود اهتمام جدی برای طراحی و اجرای برنامه های پیشگیری کننده (دهقانی، ۱۳۸۳). قریب ۰/۱۱ جوانان ایرانی که مواد روان گردان استفاده می کنند، باور ندارند که این مواد اعتیادآور است (فرهود و عدالت، ۱۳۸۵) و اغلب، آثار مثبت پس از مصرف، سبب گرایش مجدد آنها به اکستازی می شود.

پیشنهادها: نتایج تحقیقات متعدد در زمینه های سوء مصرف مواد مخدر بیانگر ضرورت در نظر گرفتن این نکته هاست:

۱. آموزش مهارت های زندگی؛ مهارت های تصمیم گیری و مراحل حل مسئله، مهارت های قاطعیت و جرئت ورزی، آموزش های مهارت های مقاومت در خصوص مهارت نه گفتن در مقابل اصرار همسالان (سهرابی، ۱۳۸۷).

۲. نبود سازوکارهای جبرانی و حمایتی؛ زمانی که نیروی انتظامی به‌شدت با قاچاق مواد مخدر برخورد می‌کند، سازوکارهای جبرانی و حمایتی و درمانی متناسب با رفتار نیروی انتظامی حرکت نمی‌کند؛ در نتیجه تغییر الگوی مصرف در ایران رخ می‌دهد.
۳. آموزش به فرزندان برای انتخاب دوستان سالم و پاک و آموزش تصمیم‌گیری صحیح و حل مسائل زندگی و نظارت مستمر والدین و مهار هیجان‌ات درونی فرزندان.
۴. راهبرد اصلی سیاست متوازن در مبارزه با مواد مخدر؛ علاوه بر مبارزه به پیشگیری نیز توجه کنیم. پیشگیری در اینجا به معنای حرکت تهاجمی است؛ چراکه در عملکرد پیشگیرانه قبل از آنکه آسیب به ما غلبه کند، ما به آسیب تهاجم می‌کنیم تا آسیب نبینیم.
۵. دوره‌های ضمن خدمت آموزشی برای مشاوران و مربیان پرورشی و کارکنان ادارات در تمامی سطوح برگزار شود.
۶. توزیع کتاب‌های آموزشی در مدارس و برنامه‌ریزی برای تدوین کتب درسی برای هر مقطع (ابتدایی و راهنمایی و متوسطه). برای مثال، در مقطع ابتدایی آنچه مربوط به سیگار و قلیان که دروازه ورودی به اعتیاد است، آموزش داده شود و در دوره راهنمایی درباره مواد توهم‌زا و در دبیرستان تمامی محرک‌های خطرناک آگاه‌سازی و اطلاع‌رسانی شود.
۷. قانون مدونی درخصوص تولید مواد پرخطر در آشپزخانه‌های صنعتی وجود ندارد.
۸. نهادها و سازمان‌ها برای برخورد جدی و ریشه‌ای به مصرف مواد همسو نیستند.
۹. خودداری از طبابت خانگی و خوددرمانی با مواد افیونی، برای این کار بیمه جامع و کامل همه اقشار آسیب‌پذیر ضروری است. با افزایش دستمزد و زیرمیزی‌های پزشکان متخصص و کمبود اطلاعات و آگاهی افراد درباره مواد، میزان مصرف در بین این قشر بیش‌تر شده است.
۱۰. افزایش سطح آگاهی نوجوانان از طریق نسب پوستر درباره آسیب‌های مواد مخدر و

- مشکلاتی را که برای فرد به همراه دارد و درخصوص زیان‌های مصرف مواد مخدر آموزش صحیح داده شود.
۱۱. مراکزی را برای جمع‌شدن جوانان و تخلیه انرژی آنان فراهم آورد، چراکه بیش‌تر معتادان علت استفاده از مواد را جمع‌شدن جوانان و نوجوانان کنار همدیگر می‌دانند.
۱۲. جلوگیری از گسسته‌شدن رشته‌های بنیادی و سستی خانواده، در جامعه ما عواملی همچون بیماری اقتصادی و بیکاری و تهاجم فرهنگی در حال پوشاندن این بنیان و از بین بردن این تاروپود سنتی است.
۱۳. دسترسی آسان به خدمات حمایتی و مشاوره‌ای و درمانی، البته از مراکز ترک اعتیادی که الان فعال هستند، درباره ترک اعتیاد معتادان در یک‌سال سؤال کردیم، تعداد آن‌ها را یک و حداکثر پنج نفر اعلام کردند (از صد نفر).
۱۴. مسئولین، معالجه گام‌به‌گام را در دستور کارشان برای معتادان پرخطر در نظر بگیرند؛ چراکه اگر بتوانیم معتاد تزریقی وریدی را به تدخین و معتاد به هروئین را به مصرف تریاک یا متادون تشویق کنیم و تبدیل و کاهش دفعات و مقدار مصرف را استمرار دهیم، گام مهمی به طرف ترک اعتیاد و درمان برداشته‌ایم.
۱۵. در برنامه‌ریزی برای معتادان، نوع ماده مخدر مصرفی و نحوه استعمال مواد و میزان ماده مخدر مصرفی را در نظر بگیریم.
۱۶. انگیزه معتاد در مصرف مواد و گرایش آن به مواد پرخطر ریشه در خاستگاه اجتماعی افراد دارد و افراد زیر فشار عوامل اجتماعی به مصرف مواد گرایش پیدا می‌کنند و برخی از معتادان از انگیزه‌های خود چندان آگاه نیستند، با ایجاد زمینه اشتغال و ازدواج و ادامه تحصیل می‌توان مانع انحراف آنان شد.
۱۷. برای رهایی معتادان از اعتیاد، محیط جدیدی لازم است که راه‌های جدید فعالیت‌های

اجتماعی و تفریحی را بر روی معتاد بگشاید و رفتارهای موافق اجتماعی او را تقویت کند. از جمله مشاوره شغلی به منظور کمک به معتادان برای یافتن مشاغل تمام‌وقت با درآمد کافی، مشاوره خانوادگی برای معتادان متأهل، ایجاد خانواده برای مجردها و ایجاد فرصت برای فعالیت‌های تفریحی و اجتماعی.

۱۸. معتمدین محله را برای همکاری در ارتباط با مواد مخدر فعال کرد.

۱۹. خانواده‌ها را در ترک اعتیاد معتادان مشارکت داد.

- اسعدی، س.ح. (پائیز ۱۳۸۲)، پژوهشنامه‌ای درباره بحران جهانی موادمخدر و...، چ ۱، تهران، سازمان تبلیغات اسلامی.
- ادیب، م. (۱۳۷۴)، جامعه‌شناسی ایران، چ ۱، تهران، هشت‌بهشت.
- الله‌وردی‌پور، ح و دیگران (۱۳۸۶)، الگو و علل گرایش جوانان به سوءمصرف مواد، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی یزد، دوره ۱۵ (۱۴): ۳۵ تا ۴۲.
- امینی، ک. و کامی فراسوی، د. (زمستان ۱۳۸۱)، روان‌شناسی سوءمصرف مواد افیونی، چ ۱، عابد.
- انجمن جامعه‌شناسی ایران (پائیز ۱۳۸۶)، اعتیاد و قاچاق مواد مخدر، چ ۲، تهران، آگه.
- استونز، ر. (۱۳۸۷)، متفکران بزرگ جامعه‌شناسی (ترجمه مهرداد میردامادی)، چ ۵، تهران، نشر مرکز.
- بارونی، ش. (۱۳۸۵)، بررسی مصرف اکستازی در بین جوانان ۱۵ تا ۲۵ سال مراجعه‌کننده به کافی‌شاپ‌های پنج منطقه تهران، مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، سال ۶۵ (۱۱): ۴۹ تا ۵۴.
- برنامه کنترل مواد ملل متحد و معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور (۱۳۷۹)، ارزیابی سریع وضعیت سوءمصرف مواد در ایران، تهران.
- دهقانی، خ. (۱۳۸۳)، جوانان و سوءمصرف آفتامین‌ها و اکستازی، خلاصه مقالات سومین همایش سراسری اعتیاد، یزد.
- زکریایی، م. (زمستان ۱۳۸۲)، جامعه‌شناسی مصرف مواد مخدر، فصلنامه اعتیادپژوهی، سال ۲ (۵).
- ساعی، ع. (۱۳۷۷)، آمار در علوم اجتماعی با کاربرد نرم‌افزار spss در پژوهش‌های اجتماعی تهران، چ ۲، مؤسسه نشر جهاد.
- سهرابی، ف و هادیان، م. (۱۳۸۷)، اثربخشی برنامه آموزشی رفتارهای سالم در نگرش دانشجویان نسبت به سوءمصرف مواد، مجله علوم رفتاری، سال ۲ (۳): ۲۰ تا ۲۲.

- سیمسون، ر. (۱۳۷۰)، نظریه‌های مبادله اجتماعی (ترجمه ذکایی)، کتاب فرهنگ، ش ۹، مؤسسه مطالعات و تحقیقات فرهنگی.
- سیدفاطمی، ن. (۱۳۸۷)، مهارت قاطعیت و مصرف اکستازی در بین جوانان، مجله اصول بهداشت روانی، سال ۱۰ (۴۰): ۵۴ تا ۴۵.
- شیخاوندی، د. (۱۳۷۳)، جامعه‌شناسی انحرافات، ج ۳، تهران، مرندید.
- صفری‌شالی، ر. (۱۳۸۶)، راهنمای تدوین طرح تحقیق، ج ۱، تهران، جامعه و فرهنگ.
- صدیق سروستانی، ر. (۱۳۸۶)، آسیب‌شناسی اجتماعی، تهران، سمت.
- عزیزی، ع. (زمستان ۱۳۸۱)، پیشگیری و درمان اعتیاد، مشهد، آستان قدس رضوی.
- علی محمدزاده، خ. (۱۳۸۳)، اکستازی، تهران، فردوس.
- فرهود، د و عدالت، ب. (۱۳۸۵)، فصلنامه بهداشت جهان، سال ۱۹ (۱): ۳ و ۴ و ۷.
- کی‌نیا، م. (۱۳۶۰)، مبانی جرم‌شناسی، ج ۲، تهران، انتشارات دانشگاه تهران.
- کرپاسی، م و وکیلان، م. (۱۳۷۷)، مسائل نوجوانان و جوانان، تهران، دانشگاه پیام‌نور.
- کلدی، ع و دیگران (۱۳۸۷)، میزان آگاهی دانش‌آموزان دبیرستانی منطقه ۹ تهران از اثرات قرص‌های جنون‌آور (اکس)، توانبخشی، سال ۹ (۳ و ۴): ۶۸ تا ۶۳.
- کلمن، ج. (۱۳۷۷)، بنیادهای نظریه اجتماعی (ترجمه منوچهر صبوری)، تهران، نشر نی.
- کلاتری، م. (۱۳۷۷)، نقش ارتباط با خداوند در پیشگیری از اعتیاد، ماهنامه علمی و فرهنگی و اجتماعی سراب، نشریه دبیرخانه شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان اصفهان، پیش شماره ۲.
- گزارش سال ۲۰۰۴-۲۰۰۵ سازمان ملل.
- مساواتی‌آذر، م. (اسفند ۱۳۷۳)، آسیب‌شناسی ایران، تبریز، نوبل.
- موسی‌نژاد، ع. (۱۳۸۱)، نگاهی به عوامل مؤثر بر گرایش نسل جوان به مواد اعتیادآور، مقالات اولین همایش ملی آسیب‌های اجتماعی در ایران، انجمن جامعه‌شناسی، جلد دوم.
- مدنی، س و دیگران. (خرداد ۱۳۸۱)، بررسی تغییرات الگوی مصرف معتادان کشور، انجمن جامعه‌شناسی، مقالات اولین همایش‌های ملی.

- Frank, blanche, gergory rainone, Michael maaranda, William Hopkins, edmundo morales, and alan koot (1987), "a psycho-social view of crack in new York city", paper presented at the American psychological association convention new York city august 28, 6.
- Thomb.dennis. (1999), *Lintroduction to addictive behaviors*, second edition, the Guilford press, 239.
- unodc3, (2003), *investing in drug abuse treatment, a discussin paper for policy makers, drug abuse treatment toolkits series*,new York, united nations
- unodc2, (2003), *Global illicit drug abuse trends 2003*, New York: united nation.