

موسسه داریوش
مرکز آموزشی و پژوهشی سوء مصرف و وابستگی
به مواد
دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
با همکاری معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان
بهزیستی کشور

گزارش
ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به
مواد در ایران
(نیمه دوم سال 1383)

پیش نویس اول
غیر قابل
استناد

مجري: دکتر هومان نارنجي ها
همکاران طرح:
دکتر حسن رفیعی،
احمد رضا باغستانی،
رویا نوری،
پیمان شیرین بیان،
محمد حسن فرهادی،
دکتر افشین وجدانی روشن
دکتر حسین اعتمادی،

خرداد 84

- مجري: دکتر هومان نارنجي ها
- گروه ملي تحقيق:
 - دکتر هومان نارنجي ها
 - دکتر حسن رفیعی
 - رویا نوری
 - پیمان شیرین بیان
 - محمد حسن فرهادی
 - دکتر حسین اعتمادی

- متخصص آمار: احمد رضا باغستاني
- مشاور طرح: سعيد مدني
- پردازش اطلاعات: مونا جم زاده
- کارشناسان پرسشگر استاني:

آذربايجان شرقی:

- دکتري سيده فاطمه موسوي پور
- عين الله شعباني

آذربايجان غربی:

- شاپور احمدي
- رامين عظيم زاده

اردبيل:

- اکبر طالب پور

ايلام:

- شهریار مهردادي
- محسن ملك شاهي

اصفهان:

- دکتري رامين رادفر
- شبنم بيرجندي

بوشهر:

- مريم پيرو ثابت
- دکتري زرین تاج زند

تهران:

- حسين ملك محمدي
- زهرا صالحی
- زهرا سادات نريان وند
- فاطمه پايمرد
- فرشته ارجمند
- زهرا چيت ساز
- دکتري شهلا ميرفخرايي
- زهرا عباسي
- صديقه ترابي
- فريده زنوزي
- سعيد قاسمي
- دکتري سيد احمد آل داوود
- سيده فاطمه اسماعيل پور
- مينو ملياني

-دکتر مهران مسعودی

-سوسن علیمرادی

جہارمحل و بختیاری:

-اکبر ہمتیان

-جہانبخش رہبریان

خراسان:

-ناصر ژیان پور

-حسن اعتمادی

خوزستان:

-حمید بغلانی

-اباذر فاضل پور

زبجان:

-گل نساء آقا محمدی

-دکتر حسین اسکندری

سمنان:

-دکتر معصومه میراج

-سحر عشق آبادی

سیستان و بلوچستان:

-دکتر لیلا کدخدایی

-دکتر ناصر کاشانی

قم:

-حمیدرضا وفایی

-حجت الله محمدزاده

لرستان:

-اکبر وره زردی

-سیروس مرادی زاده

فارس:

-مہری محمدپور مقدم

-مجتبی دشت بشی

قزوین:

-بہلول کشاورز

گلستان:

-سیدحسن میرفندرسکی

-زہرا محمدی رستمکلاتہ

گیلان:

-دکتر رضا امید

-دکتر مهنوش توکلي فرد
کرمانشاه:

-دکتر آرش نصيري
-نادر صوفي وندي

کردستان:

-منوچهر رعدي
-داوود بهزاد

کرمان:

-دکتر عيسي پيرمراډي
-زهرا پورتوکلي

کهگیلویه و بویراحمد:

-سیدرضا موسوي
-محمد حبیبیان

مازندران:

-حسن اخوان
-شکرالله پهلوانیان

مرکزی:

-دکتر حمیدرضا شمس
-حجت الله نوروزي

همدان:

-جلال محمودي
-دکتر حمیدرضا فربا

هرمزگان:

-مهرداد توفیقي
-مرضیه پارسایي نیا

• گروه پشتیبانی:

- پروانه میرابی (امور مالی)
- زهرا اکبرزاده وظیفه دان (حروفچین)
- علي خراساني زاده (مؤسسه فرهنگي راهیان پژوهش)
(پانچيست)
- اعظم هدایتي (امور دفتری)

با تشکر از همکاری صمیمانه معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور، دفتر کنترل مواد مخدر و جرائم سازمان ملل متحد (UNODC)، سازمان زندانها، و اقدامات

فهرست مطالب

بیان مسئله

اهداف مطالعه

مناطق و جمعیت مورد مطالعه

ابزارهای طرح

مراحل اجرایی

ملاحظات اخلاقی

محدودیت‌های طرح

نتایج

• بخش اول:

ویژگی‌های معتادان

مکان‌های مصرف

• بخش دوم:

شروع مصرف

• بخش سوم:

الگوی مصرف

دسترسی به مواد

• بخش چهارم :
توزیع

• بخش پنجم :
عوارض اعتیاد

• بخش ششم :
روابط جنسی

• بخش هفتم :
جرم

• بخش هشتم :
درمان

• بخش نهم :

سایر یافته ها

تخمین تعداد معتادان کشور

• بخش دهم :

تجارب گروه تحقیق

تجارب پرسشگران

بحث

پیشنهادها

ضمائم :

- 1 پرسشنامه شماره
- 2 پرسشنامه شماره
- 3 پرسشنامه شماره
- 4 پرسشنامه شماره
- 5 پرسشنامه شماره
- 6 پرسشنامه شماره
- 7 پرسشنامه شماره
- 8 پرسشنامه شماره

بیان مسئله :

سیاستگذاران عرصه اعتیاد برای بروز کردن اطلاعات و یافته های خود به منظور طراحی برنامه های مؤثرتر در این حوزه نیازمند پژوهشهایی هستند که در اسرع وقت چشم اندازی از وضعیت موجود اعتیاد را در اختیار آنان قرار دهد و از سوی دیگر پدیده اعتیاد به سبب چندوجهی بودن و همچنین تغییرات پنهانی و سریع نیازمند مداخلات جامع و پایه دقیق و در عین حال سریع و پویا است. به زبان دیگر و اساس سیاستگذاری، برنامه ریزی، و انتخاب روشهای مقابله با اعتیاد نیازمند کسب اطلاعات و آگاهی روزآمد از روند تغییرات پدیده اعتیاد در طول زمان است. تغییر الگوی مصرف و خصوصیات افراد مصرف کننده، از جمله این تغییرات است که بدون علم به آنها سیاستگذاری در حوزه های پیشگیری و درمان امکان پذیر نخواهد بود. لذا لازم است با جمع آوری و تحلیل اطلاعات به شکلی سریع، موجز و کاربردی، تصویری از پدیده اعتیاد را در هر مقطع ثبت کرد تا از کنار هم قرار دادن این تصاویر، بتوان تحولات پدیده را نیز شناسایی و احتمالاً پیشبینی کرد. منظور ما از ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد که میباید هر سال یک بار انجام شود، چنین کاری است. تنها یکی از ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد روشهای جمع آوری اطلاعات است که برای شناسایی پدیده های پنهان نظیر اعتیاد، طراحی و مفید بودن آن نشان داده شده است. تحلیل وضعیت با هر روشی که انجام شود، در نهایت باید قادر باشد توصیفی از وضعیت اعتیاد را در اختیار مؤسسه داریوش و از این طریق، سایر دستگاههای مرتبط با اعتیاد قرار دهد. به طور مثال سیاستگذاران بر اساس این مطالعه باید بتوانند دریابند مصرف قرصهای

آور شیوع بالایی یافته که در طول ماههای گذشته بی جنون سابقه بوده است. لذا طراحی مداخلات پیشگیرانه سطوح ضروری است. کل کشور اولیه و ثانویه برای مدل ارزیابی سریع نوعی روش مطالعه است که بنابر خصوصیات ویژه خود تا حدود زیادی به این خواسته ها جامه عمل می پوشاند. زیر اشاره موارد از خصوصیات این روش میتوان به کرد:

- (1) سرعت بالای جمع آوری اطلاعات در مقایسه با سایر روشها
- (2) انعطاف پذیری بر اساس شرایط موجود در هر جامعه
- (3) ادغام روشهای کمی و کیفی مطالعه
- (4) هزینه کم اقتصادی و مقرون به صرفه بودن
- (5) بررسی بر اساس نیازهای موجود واقعی
- (6) دارای خاصیت مقایسههای در طول زمان و قدرت تحلیل تغییرات روند

در این روش براساس شرایط بومی و ویژه منطقه می توان مدلهاي خاصی را برای جمع آوری و ساماندهی اطلاعات طراحی کرده، از روشهای گوناگون کمی و کیفی برای رسیدن به جمعبندی نهایی بهره برد. در این روش تنها به اطلاعات معتادان بسنده نمی شود و از سایر منابع اطلاعاتی مانند

خانواده ها، مسئولان، درمانگران و سایر اطلاعات موجود نیز استفاده می شود.

**طرح ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد
اولین بار در سال 1377 در حوزه معاونت امور فرهنگی و
پیشگیری سازمان بهزیستی کشور اجرا شد.**

امیدواریم که با اجرای سالانه طرح ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد علاوه بر اطلاعات بروز طی سالهای مختلف، موانع اجرایی و علمی این روش را رفع کنیم، روند تغییرات مواد، شکل الگوی مصرف و خصوصیات معتادان مورد بررسی را نیز ترسیم نماییم.

اهداف مطالعه:

هدف کلی این مطالعه بررسی وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد اعتیادآور در ایران بود و اهداف اختصاصی آن عبارت بودند از:

- 1- بررسی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد در 28 استان کشور
- 2- کسب اطلاعات روزآمد در مورد ویژگیهای افراد سوء مصرف کننده و وابسته به مواد در ایران
- 3- شناخت الگوی مصرف مواد (نوع ماده، روش مصرف و ...)
- 4- شناسایی عوامل مرتبط با شروع و تداوم مصرف مواد در ایران
- 5- بررسی وضعیت درمان و وابستگی در میان معتادان ایرانی
- 6- بررسی وضعیت بیماریهای ایدز و هپاتیت در بین معتادان ایرانی

7- بررسی میزان رفتارهای پرخطر در میان معتادان ایرانی (تزریق مواد، روابط جنسی و ...)

8- بررسی وضعیت جرائم در میان معتادان ایرانی

مروری بر تئوری ها

روش های ارزیابی سریع پدیده ای نوین است و ظهور این روش ها بر پایه پارادایم های مسلط فونکسیونالیستها، (کارکردگرا) و تحول نگرش های جدید آن به منظور توسعه و گسترش سیاست ها و به کارگیری آنها بوده است.

پایه تئوریک دیگر در این روش مطالعه کنش متقابل عادی، پدیده شناسی و روش شناسی مردمی است. "گروان" ذکر می کند خطای کاپیتالیزم و سوسیالیسم در جهت تغییر شکل دادن زندگی فقرا مبنای نیاز به پارادایم های جایگزین برای فهم جامعه و مشکلات آن و بستر بالقوه تغییرات آن قرار گرفت.

تمام آژانس های ملل متحد که در حوزه گسترش و توسعه سلامت فعال هستند، ارزیابی سریع وضعیت را انجام می دهند که در آن نکات زیر نقش محوری دارند:

1) توسعه برنامه (2) جمع آوری داده ها (3) پایش و

ارزشیابی (4) اطلاعات، آموزش و ارتباطات.

نیازهای عملی به برنامه ریزی برای طراحان و سیاستگذاران مبنایی شد تا با استفاده از این روش، بر آراء، نگرش ها و رفتار های شهری و روستایی و نیز سرویس های خدمات رسانی تمرکز شود، تا مبنایی برای سنجش ارتقاء برنامه ها و سلامت جامعه گردد. در پاسخ به این نیاز گروه کوچکی از انسان شناسان در ابتدای سال 1980 با ابزارهایی که بتواند در زمانی کوتاه، با مشاهده مستقیم و مصاحبه های

نیافته و گروه های متمرکز، اطلاعاتی عمیق به دست دهد کار خود را آغاز کردند. به این منظور در سال 1984 راهنمای فیلدطراحی شد و در سال 1986 تعدیلهایی روی آن انجام شد و برای ارزیابی مراقبت های اولیه بهداشتی واژه اختصاری را به خود گرفت. از سال 1980 هسته سریع های گروه های توسعه ، این روش ها جایگاه بین المللی پیدا کرد و سازمان های جهانی از آن استفاده و حمایت پیشرونده ای کردند تا جایی که کاربرد های نوینی پیدا کرد.

مروری بر تحقیقات پیشین

از نمونه تحقیقات انجام شده بر اساس ارزیابی سریع می توان به ارزیابی سریع سوء مصرف مواد در سال 1999 اشاره کرد که در این بررسی دفتر کنترل مواد مخدرسازمان ملل این طرح را در چند کشور مورد نظر از جمله ایران و نپال به اجرا گذارد و الگویی از وضعیت مواد در کشورهای فوق بدست آورد. همچنین در سال 2002 سازمان جهانی بهداشتی با بهره گیری از روش ارزیابی سریع به بررسی سوء مصرف مواد روانگردان و روابط جنسی پرخطر پرداخت. در سال 1998 سازمان جهانی بهداشت با بررسی وضعیت سوء مصرف تزریقی مواد در دنیا به بررسی جوانب گوناگون این امر به منظور پاسخگویی سریع به نیازهای بدست آمده پرداخت. همچنین این سازمان با بررسی وضعیت روابط جنسی پرخطر در معتادان و سوء مصرفکنندگان مواد شدت و وسعت این رفتارها را مورد بررسی قرار داد و یافته های تحقیق

مداخلات موثر از سوی کارشناسان ، برنامه ریزان و مسئولین مورد استقبال قرار گرفت . از نمونه های مشابه تحقیق ارزیابی سریع سوء مصرف در کشورمان می توان به طرح مشترک سازمان ملل متحد و سازمان بهداشتی کشور در سال 1379 اشاره کرد. در این طرح بعد از اقلیم بندی استان های کشور به 10 اقلیم با خصوصیات اقتصادی اجتماعی و فرهنگی مشابه، مرکز استان مورد نظر انتخاب شد و پرسشنامه ها در آن شهر تکمیل گردید. تخمین آمار 2 میلیون نفری معتادان کشور از دستاوردهای این طرح بود و براساس آن ویژگیهای اجتماعی و جمعیتی معتادان، نحوه شروع و تداوم مصرف، الگوی مصرف، سابقه مصرف مواد در خانواده، روابط جنسی معتادان، بیماریها و عوارض اعتیاد در معتادان، وضعیت ایدز، وضعیت درمان، جزئیات بیشتر در مورد تزریق و جرائم معتادان استخراج گردید. همچنین براساس طرحی که در سال 1380 در سازمان بهداشتی کشور با مشارکت سازمان جهان معتادان تزریقی شهر تهران نیز طی ، بهداشت صورت پذیرفت ارزیابی سریع مورد بررسی قرار گرفتند و در تحقیق مذکور خصوصیات معتادان تزریقی، دلایل تداوم تزریق، مسمومیت، روند تهیه مواد و آماده سازی آن، روابط نامشروع و بسیاری نکات دیگر مورد بررسی قرار گرفت .

مناطق مورد مطالعه

با توجه به بومی بودن فرهنگ اعتیاد در استانهای مختلف کشور، 28 استان کشور برای تکمیل اطلاعات پرسشنامه ای انتخاب شدند و مرکز هر استان به عنوان حوزه اصلی نمونه گیری قرار گرفت.

جمعیت مورد مطالعه و شیوه نمونه گیری

براساس مدل ارزیابی سریع در صورتی که بتوان با تعداد اندکی از نمونه میزان الگوی غالب را تشخیص داد و به اهداف مطالعه دست یافت به همان تعداد محدود بسنده می شود و گزارش نهایی تهیه خواهد شد. در مرور منابع چیزی به عنوان روش تعیین حجم نمونه در مدل ارزیابی سریع ذکر نشده است. در ارزیابی سریع قبلی که در سال 1377 در کشور انجام شد. تعداد 150 نمونه از 10 منطقه نمونه کشوری با مشابهت های فرهنگی و اجتماعی انتخاب گردید که همان 150 نفر به 3 گروه 50 نفر زندان 50 نفر مراکز درمان و 50 معتاد خیابانی تقسیم شد.

در ارزیابی سال 1383 بعد از اولویت قرار دادن روش مصرف تزریق در بین معتادان و شیوع $21/5$ درصدی مصرف تزریقی مواد در طول عمر براساس مطالعه ارزیابی سریع وضعیت سوءمصرف مواد در ایران (رزاقی و همکاران سال 1382، جلد اول، صفحه 172) و با اطمینان 95% و خطای حدی 1.2% تعداد مورد نیاز این بررسی درکل کشور 4502 نفر برآورد گردید

محاسبه تعداد معتادان زندانی و معتادان مراجع به مراکز درمانی در کل کشور رقم مراکز درمانی و زندانها حدود $9/3\%$ کل معتادان نمونه محاسبه گردید.

چراکه با رقم 610.000 نفر ورودی به زندان در سال 83، 45 درصد آنان را زندانیان مرتبط با جرم اعتیاد تشکیل می دادند که از این تعداد حدود 274.500 نفر زندانیان مرتبط با سوءمصرف مواد بودند. با تخمین حدود 3 میلیون نفر

مصرف کننده تفنني و وابسته در کشور حدود 9 درصد معتادان را معتادان زندانی تشکیل داده بودند که با تعمیم این درصد در کل نمونه 4502 نفر، تعداد معتادان مورد نیاز در زندان در حدود 400 نفر و با پذیرش حدوداً همین تعداد افراد در مراکز درمانی دولتی و خصوصی، تعداد معتادان مورد نیاز در مراکز درمانی نیز 400 نفر تعیین گردید. لذا بدین ترتیب تعداد معتادان خیابانی 3702 نفر شد.

بعد از این مرحله تعداد معتادان بر اساس جمعیت مرکز هر استان تخصیص شد و تعداد نمونه استانها به طور مشخص ذکر گردید. به طور مثال جمعیت مورد نیاز در تهران با مشهد و مشهد با شهرکرد فاصله بسیاری داشتند.

برای راحت تر شدن محاسبه تعداد معتادان خیابانی مورد نیاز از 3700 نفر به 4000 نفر افزایش یافت. اما در عمل بعد از توزیع 4500 عدد پرسشنامه در سطح کشور، تعداد پرسشنامه های دریافت شده در هر حوزه به تفکیک عبارت بودند از:

مراکز درمانی 452 مورد، زندانها 387 مورد و خیابان 4091 مورد.

در مورد تعداد نمونه های زندان و مرکز درمانی نحوه نمونه گیری تصادفی بود و در مورد معتادان خیابانی از روش نمونه گیری گلوله برفی استفاده شد. به این ترتیب که يك معتاد بهبود یافته از همان منطقه به عنوان پرسشگر اولین مصاحبه را با يك معتاد آشنا انجام می دهد. در پایان مصاحبه از او می خواهد تا دو نفر معتاد دیگر را برای معرفی نماید. سپس با یکی از آنها مصاحبه کرده و از او می خواهد تا دو نفر دیگر را

دامه می

دهیم.

از آنجا که در نظر بود از هر سه گروه مصرف کننده ناجا (Misuser) سوء مصرف کننده (Abuser) و وابسته (Dependent) به یک اندازه نمونه خیابانی انتخاب شود، به پرسشگران توصیه شد حتی الامکان نمونه های اول را از سه گروه تفننی، ناجا و معتاد با تعداد نمونه مساوی انتخاب کنند و سپس رشته نمونه گیری گلوله برقی را ادامه دهند.

نام استان	مرکز	تعداد نمونه از مراکز درمانی	تعداد نمونه از زندان	تعداد نمونه خیابانی
اراک		8	8	80
اردبیل		7	7	70
ارومیه		9	9	90
اصفهان		25	25	250
اهواز		16	16	160
ایلام		5	5	50
بندرعباس		6	6	60
بوشهر		5	5	50
تبریز		24	24	240
تهران		135	135	1350
خرم آباد		5	5	50
رشت		8	8	80
زاهدان		8	8	80
زنجان		6	6	60

50	5	5	ساري
60	6	6	سنندج
50	5	5	شهرکرد
210	21	21	شيراز
60	6	6	قزوین
150	15	15	قم
80	8	8	کرمان
140	14	14	کرمانشاه
50	5	5	گرگان
380	38	38	مشهد
80	8	8	همدان
60	6	6	یزد
50	5	5	ياسوج
50	5	5	سمنان

ابزارهاي طرح:

به منظور ثبت اطلاعات طرح 8 پرسشنامه به شرح زیر مورد استفاده قرار گرفت:

- 1- پرسشنامه 59 سؤالي با سوالات بسته جهت ثبت اطلاعات معتادان
- 2- پرسشنامه 26 سؤالي جهت مصاحبه عميق با افراد معتاد
- 3- پرسشنامه 13 سؤالي جهت مصاحبه عميق با خانواده معتادان
- 4- پرسشنامه 11 سؤالي جهت مصاحبه عميق با افراد کليدي
- 5- پرسشنامه 4 سؤالي جهت مردم نگاري (اتنوگرافي)
- 6- پرسشنامه 9 سؤالي جهت ثبت اطلاعات ثانويه مرتبط با اعتياد استان
- 7- پرسشنامه با 20 محور ارزيابي جهت ثبت اطلاعات مراکز درمان استان

8- پرسشنامه 5 سؤالی جهت ثبت آمار و اطلاعات مراکز
اورژانس استان

مراحل اجرایی:

بعد از جلسات متعدد پیرامون انتخاب ابزار، طراحی پرسشنامه ها، مبانی نظری و علمی طرح، جلسه ای با حضور 8 نفر از کارشناسان حوزه اعتیاد استانهای مختلف تشکیل شد که بعد از توضیح پیرامون طرح و نحوه تکمیل ابزارهای آن، یک بار به صورت دسته جمعی پرسشنامه های طرح تکمیل شد و اشکالات آن استخراج و در فرم نهایی منظور گردید. سپس به هر استان یک مجموعه پرسشنامه و دستورالعمل تکمیل آن ارائه گردید.

در طول این مدت یک نفر به عنوان کارشناس مسئول انتخاب گردید که هفتگی گزارش خود را ارسال می نمود. هر استان بعد از تکمیل پرسشنامه های مورد نظر آنها را به وسیله پست به مؤسسه داریوش ارسال کرد و اطلاعات مورد نظر توسط کاربران حرفه ای رایانه وارد گردید.

هر استان تجربیات خود را در طول پرسشگری به مؤسسه ارسال نمود و روند پیشرفت کار و تجربیات حین کار اعم از نحوه پرسشگری، فصل مناسب برای اجرای طرح ثبت و مکتوب گردید.

اطلاعات رایانه ای تحت برنامه spss تجزیه و تحلیل و اطلاعات کیفی به صورت دستی استخراج و کدگذاری شد.

ملاحظات اخلاقی

در مصاحبه موارد زیر رعایت گردید :

- 1- نام و نام خانوادگی معتادان در پرسشنامه های مربوط ثبت نگردید.

- 2- در ابتدای مصاحبه، آمادگی افراد برای شرکت در مصاحبه مورد سوال قرار گرفت و در صورت مخالفت پرسشگری انجام نشد.
- 3- در خصوص پاسخ به سوالات مربوط به رفتارهای پر خطر، علاوه بر تمایل اولیه، مجدداً تمایل افراد بر اساس پاسخگویی مورد پرسش قرار گرفت.
- 4- شرایط آخرین معاهده هلسینکی در کلیه مراحل تحقیق رعایت شد.

محدودیت‌های طرح و روش کاهش آنها

- 1- به دلیل مسایل اجتماعی در روستاها با محدودیت شناسایی افراد روبرو هستیم بنابراین اجرای طرح و تحلیل اطلاعات موجود بیشتر در شهرها انجام خواهد شد.
- 2- با توجه به مسایل اجتماعی فرهنگی و چند علتی بودن اعتیاد نتایج بدست آمده بطور کامل قابل تعمیم نخواهد بود لذا در اجرا نیز به نتایج بدست آمده با اندکی اغماض توجه خواهیم کرد.
- 3- به دلیل محدودیت ابزارها و دشوار بودن جمع آوری دقیق اطلاعات از شکل سوء مصرف مواد توسط معتادان، گاهی دو پدیده سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد قابل به روشنی قابل تفکیک نمی باشند.
- 4- به دلیل وسعت کار و حجم زیاد اطلاعات، دست اندکاران تحلیل و بررسی این داده ها دچار وسواس در تحقیق و طولانی شدن زمان ارائه گزارش میشوند که با

نتایج:
بخش اول:
ویژگیهای معتادان:

در جدول شماره 1 ملاحظه می کنید که نمونه ها از شهرهای تهران، اصفهان، مشهد و تبریز در مقایسه با سایر شهرها درصد بیشتری را به خود اختصاص داده است و همانطور که در قسمت جمعیت مورد مطالعه توضیح داده شد تعداد نمونه مورد نیاز از معتادان مراجع به مراکز درمان، زندان و خیابان به نسبت توزیع جمعیت مراکز استان در سطح کشور تنظیم گردیده لذا مراکز استانی بزرگ خصوصاً تهران تعداد بیشتری از نمونه تحقیق را به خود اختصاص داده است.

جدول شماره 1- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک استان و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		نام استان
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
1/7	84	1/7	70	1/8	7	1/5	7	اردبیل
5/8	288	5/9	240	6/2	24	5/3	24	آذربایجان شرقی
2/2	110	2/1	85	2/3	9	3/5	16	آذربایجان غربی
6/1	299	6/1	249	6/5	25	5/5	25	اصفهان
1/2	60	1/1	44	1	4	2/7	12	ایلام
1/2	60	1/2	50	1/3	5	1/1	5	بوشهر
33/1	1631	33/1	1356	35/7	138	30/3	137	تهران
1/2	59	1/2	50	1	4	1/1	5	چهارمحال و بختیاری
9/2	456	9/3	380	9/8	38	8/4	38	خراسان
3/6	176	3/9	159	-	-	3/8	17	خوزستان
1/4	70	1/1	46	1/6	6	4	18	زنجان
1/1	55	0/9	38	0/8	3	3/1	14	سمنان
1/8	88	2	80	-	-	1/8	8	سیستان و بلوچستان
5/1	252	5/1	210	5/4	21	4/6	21	فارس
1/3	63	1/4	57	-	-	1/3	6	قزوین
3/7	180	3/7	150	3/9	15	3/3	15	قم
1/5	72	1/5	60	1/6	6	1/3	6	کردستان
2	97	2	81	2/1	8	1/8	8	کرمان
3/4	168	3/4	140	3/6	14	3/1	14	کرمانشاه
1/2	60	1/2	50	1/3	5	1/1	5	گلستان
1	48	0/9	36	2/1	8	0/9	4	کهگیلویه بویراحمد
1/9	95	1/9	79	2/3	9	1/5	7	گیلان
1/2	59	1/2	49	1/3	5	1/1	5	لرستان
1/2	60	1/1	47	2/1	8	1/1	5	مازندران
1/9	96	2	83	1/3	5	1/8	8	مرکزی
1/9	96	2	80	2/1	8	1/8	8	همدان
1/5	74	1/5	61	1/6	6	1/5	7	هرمزگان
1/5	74	1/5	61	1/6	6	1/5	7	یزد
100	4930	100	4091	100	387	100	452	جمع

جدول شماره 2- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک
گروههای سنی و
سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		نام استان
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
5/3	258	5/8	235	4/7	18	1/1	5	زیر 20 سال
17/5	860	17/8	726	19/9	77	12/7	57	20-24 سال
23/4	1149	23/1	943	24/8	96	24/6	110	25-29 سال
18/3	898	17/6	719	20/7	80	22/1	99	30-34 سال
12/7	622	12/5	508	13/2	51	14/1	63	35-39 سال
10/1	497	10/2	415	7/5	29	11/8	53	40-44 سال
6	295	5/9	241	5/2	20	7/6	34	45-49 سال
6/7	331	7/1	288	4/1	16	6	27	50 سال و بالاتر
100	4910	100	4075	100	387	100	448	جمع

جدول شماره 2 نشان می دهد حدود 70 درصد معتادان در نمونه تحقیق در طیف سنی 20-40 سال قرار داشتند و در این میان سهم گروه سنی 25-29 سال از همه گروههای دیگر بیشتر است. این امر حاکی از جوان بودن معتادان کشور است. همچنین گروه سنی 20-24 سال در گروه معتادان زندانی از سایر گروههای مرکز درمانی و خیابان بیشتر است.

جدول شماره 3-1- میانگین سنی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک
سه حوزه تحقیق
سال 83

Max	Min	SD	میانگین سن	تعداد نمونه	حوزه تحقیق
70	17	9/20	33/78	448	مرکز درمانی
63	18	8/61	31/09	387	زندان
86	11	10/22	32/35	4075	خیابان
86	11	10/03	32/38	4910	کل نمونه

جدول شماره 3-2- میانگین سنی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک سه حوزه تحقیق سال 77

SD	میانگین سن	تعداد نمونه	حوزه تحقیق
10/51	33/9	477	مرکز درمانی
10/4	32/1	506	زندان
10/37	34/8	489	خیابان
10/48	33/6	1472	کل نمونه

جدول شماره 3 میانگین سن معتادان کشور را با روش ارزیابی سریع حدود 32/38 سال نشان می دهد که این افراد از محدوده سنی 11 تا 86 سال قرار داشتند. و همانگونه که جدول شماره 2 نشان داده بود میانگین سن معتادان زندانی از سایر گروهها کمتر است. مقایسه میانگین سنی معتادان با مطالعه ارزیابی سریع سال 1377 نشان میدهد میانگین سنی معتادان در هر سه حوزه تحقیق کاهش یافته است.

جدول شماره 4-1- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک جنسیت و سه حوزه تحقیق سال 1383

جنسیت	مرکز	زندان	خیابان	جمع
-------	------	-------	--------	-----

						درماني		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
93/1	4525	93/5	3769	89/6	343	93	413	مرد
6/9	334	6/5	263	10/4	40	7	31	زن
100	4859	100	4032	100	383	100	444	جمع

جدول شماره 4-2- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک جنسیت و سه حوزه تحقیق سال 1377

جمع		جنسیت
درصد	تعداد	
93/4	1375	مرد
6/6	97	زن
100	1472	جمع

توزیع جنسی معتادان نمونه تحقیق در جدول شماره 4 نشان می دهد که حدوداً 93/1 درصد معتادان را مرد و حدود 6/9 درصد مابقی را زنان تشکیل می دهند. این میزان در مقایسه با سالهای گذشته تغییر محسوسی نکرده است. همچنین میزان زنان زندانی بیش از 2 حوزه دیگر است.

جدول شماره 5- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک قومیت و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درماني		قومیت
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
21/5	1052	21/2	863	22/1	83	23/7	106	آذری
7/9	385	7/7	314	8/5	32	8/7	39	کرد

7/2	354	7/3	296	7/4	28	6/7	30	لر
1/3	64	1/3	54	1/3	5	1/1	5	بلوچ
54/6	2672	54/8	2230	52/9	199	54/2	243	فارس
0/2	8	0/1	6	0/5	2	-	-	ترکمن
2/5	124	2/6	107	1/9	7	2/2	10	عرب
0/3	15	0/3	11	0/3	1	0/7	3	ارامنه
1	51	1/1	44	1/9	7	-	-	افغان
3/4	165	3/5	141	3/2	12	2/7	12	سایر
100	4890	100	4066	100	376	100	448	جمع

بر اساس اطلاعات مندرج در جدول شماره 5 افراد با قومیت فارس و سپس آذری به ترتیب بیشترین قومیت‌های مصرف کننده مواد هستند.

معتادان در مصاحبه عمیق در پاسخ به تغییر در سن اعتیاد، 76/1% بر این باور بودند که سن اعتیاد کاهش پیدا کرده، 10/8% تغییری را عنوان نکردند و 12/7% از معتادان نیز اطلاعاتی درخصوص این موضوع نداشتند. 28/5% از پاسخ دهندگان معتقد بودند که مصرف مواد در بین جنس مؤنث بیشتر شده است در حالی که 16/6% به افزایش شیوع مصرف مواد در بین جنس مذکر اشاره کرده و 24/1% نیز معتقد بودند که تغییری در جنسیت معتادان به وجود نیامده است.

از 294 فرد کلیدی که در **مصاحبه عمیق** شرکت کرده اند 85/03 درصد اظهار کردند: سن اعتیاد کم شده است و مصرف مواد در میان جوانان بیشتر رواج پیدا کرده است.

(71/42) درصد این افراد نیز معتقدند که مصرف مواد در سن پایین و جنس مؤنث بیشتر است و معتادان برای رفع خستگی ناشی از کار، و یا احساس شادابی مواد مصرف می

کنند. یک درمانگر اعتیاد در استان همدان میگوید: اعتیاد در بین ورزشکاران بیشتر است.

جدول شماره 6- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک دین و مذهب و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		دین و مذهب
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
94/4	4590	94	3795	94/3	362	97/7	443	اسلام (شیعه)
4/8	233	5/1	206	4/9	19	1/8	8	اسلام (سني)
0/2	8	0/1	6	0/5	2	-	-	زرتشتي
0/3	13	0/2	10	0/3	1	0/5	2	مسيحي
-	-	-	-	-	-	-	-	يهودي
0/4	20	0/5	20	-	-	-	-	سایر
100	4864	100	4037	100	384	100	443	جمع

تعداد 94/4 درصد معتادان دین خود را اعلام و مذهب خود را شیعه عنوان کرده اند با توجه به توزیع مشابه در سطح جامعه یافته خاصی محسوب نمی شود. (جدول شماره 6)

جدول شماره 7-1- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک محل سکونت دائمی و سه حوزه تحقیق سال 1383

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		محل سکونت دائمی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
93/4	4513	93/7	3749	90/9	348	92/4	416	شهر
6/6	321	6/3	252	9/1	35	7/6	34	روستا
100	4834	100	4001	100	383	100	450	جمع

جدول شماره 7-2- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک محل سکونت دائمی سال 1377

جمع		محل سکونت دائمی
درصد	تعداد	
93/7	1344	شهر
6/2	90	روستا
100	1434	جمع

براساس اطلاعات مندرج در جدول شماره 7 تعداد 93/4 درصد معتادان ساکن شهرها و حدود 6/6 درصد ساکن روستا می باشند که رقم 9/1 درصد معتادان زندانی ساکن روستا با سایر حوزه های تحقیق فاصله نسبتاً زیادی دارد. با حذف استان کرمان از مطالعه ارزیابی سریع سال 1377 آنهم به علت تفاوت فاحش این استان از نظر نمونه گیری معتادان استانی، رقم معتادان روستایی در مقایسه با سالهای گذشته تغییر چندانی نکرده است.

جدول شماره 8- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک تحصیلات و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		تحصیلات
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
5/2	252	5/1	205	8/6	33	3/2	14	بی سواد
5	245	5/3	212	5/5	21	2/7	12	خواندن و نوشتن
18/4	893	17/3	698	29/2	112	18/7	83	ابتدایی
29/2	1420	28/8	1159	34/9	134	28/7	127	راهنمایی
30/2	1466	30/9	1245	17/2	66	35	155	دبیرستان و دیپلم

4/6	223	5	201	1/6	6	3/6	16	فوق دیپلم
6/2	299	6/4	258	2/6	10	7	31	لیسانس و بالاتر
1/2	57	1/2	50	0/5	2	1/1	5	سایر
100	4855	100	4028	100	384	100	443	جمع

جدول شماره 8 نشان می دهد حدود 58 درصد معنادان سطح سوادی زیرمقطع دبیرستان دارند و حدود 88 درصد معنادان دیپلم یا زیر دیپلم هستند. رقم افراد زیر مقطع دبیرستان در زندان حدود 78 درصد است. که در مقایسه با سایر حوزه های تحقیق مشخص می شود که سطح تحصیلات معنادان زندانی بسیار پایین تر از بقیه است.

جدول شماره 9-1- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک وضعیت تأهل و سه حوزه تحقیق سال 1383

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		وضعیت تأهل
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
40/9	2006	41/9	1707	40/1	154	32/2	145	مجرد
50/2	2461	49/6	2020	45/8	176	58/9	265	متأهل
3/9	189	4	163	2/9	11	3/3	15	متارکه کرده
4/1	202	3/6	146	9/1	35	4/7	21	طلاق گرفته
0/7	36	0/6	26	1/6	6	0/9	4	بیوه
0/2	10	0/2	8	0/5	2	-	-	سایر
100	4904	100	4070	100	384	100	450	جمع

جدول شماره 9-2- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک وضعیت تأهل
سال 1377

جمع		وضعیت تأهل
درصد	تعداد	
34/6	510	مجرد
56/7	835	متأهل
3/1	45	متارکه کرده
3/5	52	طلاق گرفته
2	30	بیوه
-	-	سایر
100	1472	جمع

جدول شماره 9 نشان می دهد 50/2 درصد معتادان متأهل و 40/9 درصد مجرد می باشند. درصد بررسی افراد متأهل در مراکز درمانی از 2 حوزه دیگر بیشتر است. همچنین درصد افراد مطلقه در زندان بیش از سایر حوزه هاست. تعداد افراد مجرد در طول این سالها افزایش یافته است که با جوان تر شدن اعتیاد در کشور آنهم بر اساس اطلاعات جداول مرتبط با سن منطقی به نظر میرسد.

360 نفر از معتادان در مصاحبه عمیق در ارتباط با تغییر در سطح تحصیلات معتادان، 27% از معتادان بر این باورند که اعتیاد در بین افراد با تحصیلات عالی بیشتر شده است و 11/6% معتقدند که اعتیاد در بین قشر با تحصیلات پایین بیشتر شده و 30% اظهار نمودند که تغییری در سطح تحصیلات معتادان به چشم نمی خورد.

34/01 درصد از افراد کلیدی در مصاحبه عمیق اظهار کردند :
مصرف مواد در تحصیل کرده ها بیشتر است.

17 در صد افراد کلیدی در مصاحبه عمیق اظهار کردند :
 اعتیاد در متاهلین بیشتر از مجردها است.
 با توجه به اینکه شاخص مناسبی برای سنجش وضعیت اقتصادی
 اجتماعی معنادان وجود نداشت تصمیم گروه تحقیق بر آن شد
 تا با بررسی ابعاد گوناگون موضوع، آن را در قالب
 شاخصهایی چون: وضعیت مسکن، بعد خانوار، زندگی در سطوح
 مختلف شهری، اجاره بهای منزل و متراژ منزل به دیدگاهی
 کلی در این خصوص دست یابد.

جدول شماره 10- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک
 وضعیت مسکن و
 سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		وضعیت مسکن
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
27	1315	27/6	1116	18/1	69	29/1	130	منزل شخصی
25/5	1242	25	1008	30/9	118	26	116	منزل استیجاری یا رهنی
39/8	1935	39/3	1585	46/1	176	39	174	منزل پدری
1/1	54	1/1	46	0/8	3	1/1	5	منزل پدر همسر
0/9	44	1	41	0/5	2	0/2	1	منزل سازمانی
0/3	16	0/3	14	-	-	0/4	2	هتل یا مسافرخانه
2/9	142	3	121	2/4	9	2/7	12	بی خانمان
2/4	117	2/6	106	1/3	5	1/3	6	سایر
100	4865	100	4037	100	382	100	446	جمع

اطلاعات مندرج در جدول 10 نشان می دهد حدود 39/8 درصد
 معنادان در منزل پدری خود زندگی می کنند و 27 درصد
 منزل شخصی دارند و 25/5 درصد دارای منزل استیجاری یا
 رهنی می باشند. میزان افراد دارای منزل استیجاری و رهنی
 و یا منزل پدری در گروه زندان بیش از سایرین است.

جدول شماره 11- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک مبلغ اجاره منزل و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		مبلغ اجاره منزل (هزار تومان)
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
72	3551	72/6	2970	69/2	268	69/2	313	0
11/6	571	11/1	455	13/4	52	14/2	64	1-50
9/1	450	9/1	371	11/6	45	7/5	34	51-100
3/8	187	3/7	152	3/6	14	4/6	21	101-150
1/5	72	1/5	61	0/3	1	2/2	10	151-200
2	99	2	82	1/8	7	2/2	10	201 و بیشتر
-	4930	-	4091	-	387	-	452	جمع

در سؤال مربوط به جدول 11 از پرسشگران خواستیم تا مبلغ رهن را نیز به اجاره تبدیل کنند و سپس آن را ذکر نمایند. چنان که قابل ملاحظه است نزدیک به 20/7 درصد معتادان زیر مبلغ یکصد هزار تومان برای اجاره منزل پرداخت می کنند.

جدول شماره 12- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک زیربنای منزل و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		زیربنای منزل (متر)
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
15/7	718	15/7	598	17	60	14/4	60	1-50
15/9	732	15/7	598	18/4	65	16/5	69	51-75
24/1	1105	24/4	931	21/5	76	23/5	98	76-100
11/6	534	11/8	449	10/2	36	11/7	49	101-125
10/6	486	10/5	400	9/9	35	12/2	51	126-150
12	549	12/2	465	10/5	37	11/2	47	151-200
4/2	194	4/1	157	5/4	19	4/3	18	201-250

5/7	262	5/5	212	7	25	6	25	251 و بیشتر
100	4580	100	3810	100	353	100	417	جمع

در جدول شماره 12 نیز زیربنای منزل به متر نشان می دهد
51/8 درصد معنادان در بناهای زیر 100 متر اسکان گزیده
اند.

جدول شماره 13- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک سطح اقتصادی- اجتماعی محل زندگی و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		سطح اقتصادی- اجتماعی محل زندگی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
37/7	1806	38/5	1538	41/4	147	27/7	121	ضعیف
45/1	2158	44	1758	48/7	173	51/9	227	متوسط
17/2	823	17/5	699	9/9	35	20/4	89	خوب
100	4787	100	3995	100	355	100	437	جمع

جدول شماره 13 نیز نشان می دهد 37/7 درصد معنادان در اماکنی با سطح اقتصادی - اجتماعی ضعیف و 45/1 درصد در وضعیت متوسط به سر می برند.

در این جدول معنادان زندانی با 41/4 درصد در گروه ضعیف با 27/7 درصد مراجعین به مراکز درمانی فاصله زیادی دارند و معنادان در گروه خوب در مراکز درمانی با 20/4 درصد از 9/9 درصد در معنادان زندانی بیشتر است.
جدول شماره 14- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک افرادی که با آنها زندگی می کنند و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		کسانی که با آنها زندگی می کنند
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	

	د		د		د	د	اد	
48/5	2392	48/1	1967	43/2	167	57/1	258	همسر
43/4	2138	42/6	1742	40/3	156	53/1	240	فرزندان
2	100	2/2	92	1	4	0/9	4	دوستان
36/2	1786	36/1	1478	40/6	157	33/4	151	پدر
44	2171	43/7	1788	53/5	207	38/9	176	مادر
35/1	1729	34/7	1419	43/4	168	31/4	142	خواهران/ برادران
2	101	2/2	88	2/1	8	1/1	5	پدر بزرگ/ مادربزرگ
6/5	321	6/8	277	4/9	19	5/5	25	تنها
3/9	193	3/9	159	3/1	12	4/9	22	سایر

جدول شماره 14 نشان می دهد 48/5 درصد معتادان با همسران 43/4 درصد با فرزندان، 44 درصد با مادران، 36/2 درصد با پدران و 35/1 درصد با خواهران یا برادران خود زندگی می کنند. زندگی کردن با همسر و فرزند در گروه معتادان مراجع به مراکز درمانی در مقایسه با سایرین بیشتر است.

جدول شماره 15- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک تعداد افراد خانوار و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		تعداد افراد خانوار
درصد	تعداد د	درصد	تعداد د	درصد	تعداد د	درصد	تعداد اد	
8/4	412	8/8	360	4/4	17	7/7	35	0
4/7	232	4/6	190	4/1	16	5/8	26	1
8/1	401	8/3	340	8/5	33	6/2	28	2
15/5	763	15/4	631	14/2	55	17	77	3
19/7	969	19/7	804	17/1	66	21/9	99	4
16/2	800	16/2	661	15	58	17/9	81	5
11	544	11/2	457	11/1	43	9/7	44	6
7/2	356	7/2	293	9	35	6/2	28	7
4/3	212	4/3	176	5/7	22	3/1	14	8

1/9	92	1/7	68	4/1	16	1/8	8	9
2/9	149	2/5	111	6/7	26	2/5	12	10 و بالاتر
100	4930	100	4091	100	387	100	452	جمع

اطلاعات جدول شماره 15 حاکیست نزدیک به 56 درصد معنادان در مجموع تعداد افراد خانوارشان 4 نفر و کمتر است. و این الگو تقریباً در هر سه حوزه تحقیق مشابه است.

جدول شماره 16- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک شغل و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		عنوان شغل
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
15/1	746	15/2	620	17/6	68	12/8	58	کارگر ساده
16/8	827	16	655	28/2	109	13/9	63	کارگر ماهر
3/6	177	3/3	135	4/9	19	5/1	23	کشاورز
7/1	351	7/1	292	4/1	16	9/5	43	مشاغل خدماتی تخصصی
3/6	177	3/6	147	3/6	14	3/5	16	راننده برون شهری
7/2	357	7/5	308	4/7	18	6/9	31	راننده درون شهری
4/4	215	4/4	181	3/9	15	4/2	19	مشاغل غیررسمی
8/3	411	8/5	348	7/2	28	7/7	35	مغازه دار
7	343	6/6	269	7/2	28	10/2	46	سایر

در توضیح جدول 16 ذکر این نکته لازم است که طبق تعریف کارگر ساده عبارت بود از کارگری که جهت ارائه خدمت نیاز به هیچگونه آموزش ندارد (مانند افراد باربر) در صورتی که کارگر ماهر عبارت بود از فردی که به شغل کارگری مشغول است اما این شغل نیاز به دوره های

آموزشی خاص دارد (مانند: لوله کش) مشاغل خدماتی تخصصی نیز عبارت بود از مشاغلی که جهت ارائه خدمت نیاز به دوره های دانشگاهی دارند. مشاغل غیررسمی نیز هیچگونه پایگاه مشخصی جهت ارائه خدمت ندارند (مانند: شیشه پاک کن های سر چهارراه، ماشین شورهایی کنار خیابان و ...).

این جدول نشان می دهد 32 درصد افراد را کارگران ساده و ماهر تشکیل می دهند، 10 درصد آنان را رانندگان و 7 درصد را نیز افراد با مشاغل خدماتی تخصصی تشکیل می دهند. معنادان با شغل کارگر ماهر در زندان از میزان بالاتری برخوردارند.

جدول شماره 17- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک عناوین جایگزین شغلی و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		عناوین جایگزین شغلی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
20/5	1010	20/6	841	17/3	67	22/6	102	بیکار
2/6	127	2/4	99	2/8	11	3/8	17	خانه دار
0/8	40	0/9	38	0	0	0/4	2	سرباز
2/4	119	2/8	116	0/3	1	0/4	2	دانشجو
1/4	71	1/6	66	0/5	2	0/7	3	دانش آموز
1/4	70	1/5	62	1	4	0/9	4	بازنشسته
0/7	33	0/6	25	0/5	2	1/3	6	مستمری بگیر
3/1	153	3/5	143	1/6	6	0/9	4	هیچکدام

در جدول شماره 17 می توان ملاحظه کرد که افراد بیکار سهم زیادی را در بین معنادان به خود اختصاص داده اند. در این جدول عناوین جایگزین شغلی از مشاغل جدول شماره 16 جدا شده اند. تعداد دانشجویان مصرف کننده خیابانی

و تفاوت آنان با 2 حوزه دیگر تحقیق نیز از نکات قابل توجه در این جدول است.

جدول شماره 18- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک کارفرما و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		کارفرما
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
9	446	9/4	384	3/9	15	10/4	47	دولتی
26/4	1300	25/2	1029	38/8	150	26/8	121	خصوصی
27/8	1371	27/6	1129	31	120	27	122	خویش فرما

در جدول شماره 18 می توان دریافت که تقریباً از میان 70 درصد معتادان شاغل، 54 درصد آنان کارفرمایانی خصوصی و خویش فرما دارند. و رقم معتادان شاغل در بخش خصوصی در زندان بیش از 2 حوزه دیگر تحقیق است.

جدول شماره 19- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک چگونگی تأمین مخارج زندگی و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		منبع تأمین مخارج زندگی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
68/3	3367	68/2	2792	71/3	276	66/2	299	درآمد شغلی
28/6	1412	29/6	1211	20/1	78	27/2	123	خانواده
3/5	171	3/4	140	2/3	9	4/9	22	فروش اموال شخصی یا لوازم منزل
4/2	207	4/6	187	2/1	8	2/7	12	سایر درآمدهای شخصی (اجاره، مستغلات، بهره بانکی و ...)
8/7	428	8/4	345	13/7	53	6/6	30	خرید و فروش مواد

2/5	123	2/3	93	2/8	11	4/2	19	حمل مواد
3/7	182	3/3	133	9/3	36	2/9	13	سرقت
1/7	85	1/7	71	2/3	9	1/1	5	قاچاق سایر کالاها
7/3	361	7	286	9	35	8/8	40	سایر

جدول شماره 19 نشان می دهد که 68/3 درصد معتادان مخارج زندگی خود را از طریق درآمد شغلی تأمین می کنند و نزدیک به 28/6 درصد آنان از خانواده نیز برای تأمین مخارج زندگی کمک می گیرند. کمک از خانواده در گروه زندان به طور قابل توجهی از گروه های دیگر کمتر است. 8/7 درصد معتادان از طریق خرید و فروش مواد به تأمین مخارج خود می پردازند که به صورت منطقی این آمار در افراد زندانی بیشتر است. همچنین میزان سرقت نیز در معتادان زندانی بیشتر است.

جدول شماره 20- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک درآمد ماهانه خانوار و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		متوسط درآمد ماهانه (هزار تومان)
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
6/5	319	6/7	274	5/4	21	5/3	24	0
4/2	206	3/9	160	5/9	23	5/1	23	1-50
18/9	930	18/4	751	20/9	81	21/7	98	51-100
18/2	895	17/7	724	22/5	87	18/6	84	101-150
16/9	835	17/2	705	14/2	55	16/6	75	151-200
15/9	784	15/9	652	15/8	61	15/7	71	201-300
7/5	369	7/7	314	5/4	21	7/5	34	301-400
5/4	266	5/5	226	3/4	13	6	27	401-500
6/6	326	7	285	6/5	25	3/5	16	501 و بیشتر
100	4930	100	4091	100	387	100	452	جمع

در جدول شماره 20 می توان ملاحظه کرد که 37 درصد معناداران درآمدی بین 50 تا 150 هزار تومان دارند. نکته جالب توجه این است که تفاوتی چندانی بین حوزه های تحقیق از نظر درآمد ماهانه خانوار وجود ندارد.

خصوصیات افراد مصرف کننده:

بر اساس یافته های مردم نگاری این تحقیق این افراد به گروه سنی خاصی تعلق ندارند و از هر تمامی گروه های نوجوان، جوان میانسال و پیر در بین آنان بچشم میخورد.

از نظر سطوح اقتصادی - اجتماعی نیز تفاوتی بین آنان دیده نمیشد و از گروه های فقیر (کارتن خواب)، متوسط (دانشجویان، ورزشکاران) و اعیان (دختران جوان) در بین معناداران وجود داشت. بطوریکه در یکی از استانها ذکر شد، دیگر ظاهر افراد معناداران نشان دهنده اعتیاد آنان نیست (قم) و مصرف مواد خطرناکتر ظاهر افراد را خرابتر میکند.

البته غالب اظهارات کارشناسی مبنی بر وجود اعتیاد در طبقه پایین اقتصادی اجتماعی بود.

مکان های مصرف:

بر اساس یافته های مردم نگاری این تحقیق برخی مکانهای مصرف اعم از تزریقی و غیر تزریقی عبارت بودند از: قبرستان قدیمی متروکه (کردستان)، پارکهای داخل شهر، محل فقیرنشینی که اغلب مردان آن معتاد و اغلب زنانش خودفروش اند (مازندران)، خانه دانشجویی در داخل شهر، اتاقی در خوابگاه دانشگاه، منزلی مسکونی (اردبیل)

کارشناسان در استان ایلام مکانی را جهت مصرف عمومی مواد نیافته اند و علت آن را انسجام قوی مردم استان، باورهای دینی، دلایل قومی، وجود هنجارهای سنتی ضد مواد و نظارت قوی خانواده بر فرزندان و نظارت اجتماع بر افراد ذکر کرده اند.

به عقیده گروه کارشناسی تحقیق، شاید نظارت قوی مردم شهر با طرد مصرف کننده باعث شده است تا افراد مصرف کننده از استان مهاجرت کنند و این زمینه ساز تشدید اعتیاد در شهرهای بزرگ باشد. به عبارت دیگر با نظارت دقیق افراد در استان و بافت خاص این مناطق کوچک، این افراد برای مصرف به هر دلیلی از استان خارج میشوند و عدم انسجام اجتماعی (Dislocation) در آنان بوقوع میپیوندد. در همین شهرهای کوچک دیده میشود جوانان مصرف کننده در گروههای 3-5 نفره برای مصرف به کوههای اطراف شهر می روند، زیردرختی به نمای تفریح، آتش روشن می کنند و احتمالاً مواد مصرف می کنند.

مکانهای مصرف در شهر تهران به محله خاصی محدود نبود و در اکثر مناطق اعم از مرفه نشین، متوسط نشین (بهار شیراز) و نسبتاً قدیمی (راه آهن) مصرف مواد بصورت پراکنده بچشم میخورد.

بر اساس مشاهده ها جوانانی با ظاهر مرتب در محل دنجی در شمال شهر تهران دور هم گرد آمده بودند، به قصد و یا با نمای تفریح همراه شنیدن موسیقی، مواد مصرف میکردند.

در کرمانشاه محیط مصرف از بافت مسکونی شهر دور است و افراد برای مصرف به خارج از شهر، کنار چشمه، خرابه،

کنار دیوار دامداری، داخل کانال آب و حاشیه روستا می آیند و گاه شب در همان جا می خوابند.

در استان مرکزی ساختمانهای مخروبه و نیمه کاره به عنوان مکانهای مصرف معرفی شده اند و در کهگیلویه و بویر احمد ذکر شده است که در مجالس عروسی اکثر مهمانان بصورت تفنی تریاک مصرف میکنند.

یکی از پرسشگران یک محل تجاری و تولیدی را با کارگاههای متعدد مشاهده کرده است که به نظر وی حدود 90٪ افراد آن را مصرف کننده و تعداد قابل توجهی را نیز فروشندگان مواد تشکیل میدادند.

در یک جمعبندی میتوان مکانهای مصرف را به گروه های زیر تقسیم نمود:

- داخل شهر

- اعیان نشین
- متوسط نشین
- فقیرنشین و مهاجرنشین و قدیمی
- خانه های مصرف با زنان کولی و روسپیان معتاد

- خارج شهر

- دنج
- تفرجگاه
- مخروبه و متروکه شناخته شده برای مصرف و تجمع معتادان (موسوم به «دره ایدزیها» در آذربایجان شرقی و «گود شفا» در فارس)

بخش دوم :
شروع مصرف

جدول شماره 21- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک سابقه مصرف دخانیات و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		سابقه مصرف دخانیات
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
30/4	1501	30/3	1239	34/4	133	28/5	129	بله (در حال)
6/1	302	5/5	224	12/1	47	6/9	31	بله (در گذشته)
54/8	2700	55/3	2263	45/7	177	57/5	260	بله (در گذشته و حال)
8/7	427	8/9	365	7/8	30	7/1	32	خیر
100	4930	100	4091	100	387	100	452	جمع

جدول شماره 21 نشان می دهد 85/2 درصد افراد در حال حاضر دخانیات مصرف می کنند.

جدول شماره 22- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک سن آغاز مصرف دخانیات و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		سن آغاز مصرف دخانیات
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
2	90	2	72	2/8	10	1/9	8	کمتر از 9 سال
63/9	2829	64/1	2345	64	228	62/1	256	10-19 سال
30/2	1335	30/1	1099	28/4	101	32/8	135	20-29 سال
3/3	146	3/3	120	4/2	15	2/7	11	30-39 سال
0/5	21	0/5	18	0/3	1	0/5	2	40-49 سال
0/1	3	0/1	2	0/3	1	0	0	50-59 سال
100	4424	100	3656	100	356	100	412	جمع

جدول 22 حاکیست 65/9 درصد افراد زیر سن 20 سالگی مصرف دخانیات را آغاز کرده اند

جدول شماره 23- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک سابقه مصرف الکل و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		سابقه مصرف الکل
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
11/9	589	12/8	523	8/5	33	7/3	33	بله (در حال)
30/7	1512	29/6	1210	33/3	129	38/3	173	بله (در گذشته)
18/1	891	19/2	787	11/1	43	13/5	61	بله (در گذشته و حال)
39/3	1938	38/4	1571	47	182	40/9	185	خیر
100	4930	100	4091	100	387	100	452	جمع

جدول شماره 24- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک سن آغاز مصرف الکل و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		سن آغاز مصرف الکل
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
1/1	22	1	25	1/4	3	1/5	4	0-9 سال
64	1862	63/8	1555	68/1	141	63/1	166	10-19 سال
32/4	943	32/7	797	29/5	61	32/3	85	20-29 سال
2/2	63	2/2	54	1	2	2/7	7	30-39 سال
0/3	8	0/3	7	0	0	0/4	1	40-49 سال
0	1	0	1	0	0	0	0	50 سال و بیشتر
100	2909	100	2439	100	207	100	263	جمع

جدول 23 نیز نشان می دهد که حدود 30 درصد افراد تحت مطالعه در حال حاضر الکل مصرف می کنند و از این تعداد براساس اطلاعات جدول 24، 65/1 درصد زیر سن 20 سالگی مصرف آن را آغاز می کنند. الگوی سنی آغاز مصرف سیگار و الکل در معتادان مشابه یکدیگر است.

جدول شماره 25- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک
نوع مصرف مواد و
سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		نوع مصرف مواد
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
1/5	71	1/6	65	1/1	4	0/5	2	یک بار مصرف
19/1	914	22/2	884	4/6	17	3	13	مصرف ناجا
21/8	1044	24/5	974	9/1	34	8/3	36	سوء مصرف
57/6	2753	51/6	2052	85/2	317	88/3	384	وابستگی
100	4782	100	3975	100	372	100	435	جمع

همانطور که جدول 25 نشان می دهد اطلاعات مرتبط با مواد در این گزارش تحقیق علاوه بر افراد وابسته، سایر گروهها را نیز اعم از مصرف کنندگان ناجا و سوء مصرف کنندگان در بر می گیرد.

جدول شماره 26- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک
بستگانی که سیگار یا الکل مصرف می کنند یا می کرده
اند و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		سیگار یا الکل	بستگان
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		

37/3	1841	37/7	1542	36/4	141	35	158	سیگار	پدر
1/7	82	1/6	67	1/8	7	1/8	8	الکل	
10/2	504	10/7	437	6/7	26	9/1	41	هر دو	
50/8	2503	50	2045	55	213	/2 54	245	هیچکدام	
5	247	5/2	214	3/6	14	4/2	19	سیگار	مادر
0/2	12	0/2	10	0/3	1	0/2	1	الکل	
0/7	35	0/8	33	0/3	1	0/2	1	هر دو	
94	4636	93/7	3834	95/9	371	/4 95	431	هیچکدام	
1/5	72	1/4	59	1/3	5	1/8	8	سیگار	خواهر
0/3	13	0/2	10	0/3	1	0/4	2	الکل	
0/8	40	0/8	34	0/5	2	0/9	4	هر دو	
97/5	4805	97/5	3988	97/9	379	/9 96	438	هیچکدام	
22	1087	21/9	896	22	85	/5 23	106	سیگار	برادر
1/8	88	1/9	76	0/8	3	2	9	الکل	
15/7	775	16/6	662	12/4	48	/4 14	65	هر دو	
60/4	2980	60/1	2457	64/9	251	/2 60	272	هیچکدام	
1/8	90	1/6	64	4/1	16	2/2	10	سیگار	همسر
0/2	9	0/1	6	0/5	2	0/2	1	الکل	
1/2	59	1/1	47	1	4	1/8	8	هر دو	
96/8	4772	97/1	3974	94/3	365	/8 95	433	هیچکدام	
1/2	57	1/4	56	0	0	0/2	1	سیگار	فرزند
0/1	3	0/1	3	0	0	0	0	الکل	
0/6	30	0/6	24	0	0	1/3	6	هر دو	
98/2	4840	98	4008	100	387	/5 98	445	هیچکدام	
10/8	534	10/5	430	9/6	37	/8 14	67	سیگار	سایر بستگان
1	49	1	40	0/3	1	1/8	8	الکل	
9/7	477	9/9	406	7	27	9/7	44	هر دو	
78/5	3870	78/6	3215	83/2	322	/7 73	333	هیچکدام	
-	4930	-	4091	-	387	-	452	جمع	

همانطور که جدول شماره 26 نشان می دهد مصرف سیگار ابتدا در پدر و سپس در برادر و سایر بستگان فرد معتاد درصد قابل توجهی را به خود اختصاص داده است. الکل از درصد بالایی برخوردار نیست و در این میان سهم سابقه مصرف سیگار و الکل در همسر، مادر و خواهر فرد مصرف کننده بسیار ناچیز است.

جدول شماره 27- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک نوع ماده مصرفی اعضای خانواده و سه حوزه تحقیق

بستگان	نوع ماده	مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
پدر	حشیش	2	0/4	1	0/2	42	1	45
	تریاک	79	5/17	59	15/2	861	21	999
	شیره	18	4	14	3/6	209	5/1	241

2/5	124	2/6	109	0/5	2	2/8	13	سوخته	
0	1	0	1	0	0	0	0	اکستاسي	
1/6	80	1/6	66	2/3	9	1/1	5	هروئین	
0	3	0	2	0	0	0/2	1	بوپره نورفین	
0	2	0	1	0	0	0/2	1	کوکائین	
0/1	5	0	3	0	0	0/4	2	ال اس دي	
0/5	27	0/4	17	0/8	3	1/5	7	سایر	
0/2	11	0/2	11	0	0	0	0	حشیش	مادر
2/4	122	2/5	103	2	8	2/4	11	تریاک	
0/5	24	0/5	23	0/2	1	0	0	شیره	
0/2	10	0/2	10	0	0	0	0	سوخته	
0	1	0	0	0	0	0/2	1	اکستاسي	
0/3	18	0/3	12	1/3	5	0/2	1	هروئین	
0	0	0	0	0	0	0	0	بوپره نورفین	
0	0	0	0	0	0	0	0	کوکائین	
0	0	0	0	0	0	0	0	ال اس دي	
0/1	5	0	4	0/2	1	0	0	سایر	
0/6	30	0/6	28	0/2	1	0/2	1	حشیش	خواهر
0/8	38	0/6	28	1/5	6	0/9	4	تریاک	
0/1	8	0/1	5	0/2	1	0/4	2	شیره	
0	1	0	1	0	0	0	0	سوخته	
0/2	12	0/2	11	0	0	0/2	1	اکستاسي	
0/2	13	0/1	6	0/8	3	0/9	4	هروئین	
0	2	0	2	0	0	0	0	بوپره نورفین	
0/1	6	0/1	6	0	0	0	0	کوکائین	
0/1	6	0/1	6	0	0	0	0	ال اس دي	
0/2	13	0/3	13	0	0	0	0	سایر	

ادامه جدول شماره 27- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک نوع ماده مصرفی اعضای خانواده و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		نوع ماده	بستگان
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
7/1	351	7/7	314	3/9	15	4/8	22	حشیش	برادر
19/7	975	20	819	16/5	64	20/3	92	تریاک	
4/2	206	4/2	173	4/1	16	3/7	17	شیره	

2/2	109	2/3	93	1/8	7	2	9	سوخته	
0/5	26	0/6	23	0/2	1	0/4	2	اکستاسي	
4/5	225	4/5	183	5/7	22	4/4	20	هروئين	
0/3	14	0/2	9	0/2	1	0/9	4	بوپره نورفين	
0/1	6	0/1	5	0	0	0/2	1	کوکائين	
0	3	0	2	0	0	0/2	1	ال اس دي	
0/8	40	0/7	29	1/3	5	1/3	6	سایر	
0/4	19	0/3	15	0/8	3	0/2	1	حشيش	
2	100	1/7	72	3/6	14	3/1	14	ترياک	
0/8	39	0/7	29	1/3	5	1/1	5	شيره	
0/3	15	0/2	10	0/8	3	0/4	2	سوخته	
0	2	0	2	0	0	0	0	اکستاسي	
0/7	36	0/6	23	2	8	1/1	5	هروئين	
0	2	0	1	0	0	0/2	1	بوپره نورفين	
0	3	0	3	0	0	0	0	کوکائين	
0	2	0	2	0	0	0	0	ال اس دي	
0/1	6	0/1	5	0/2	1	0	0	سایر	
0/2	10	0/2	8	0/2	1	0/2	1	حشيش	فرزند
0/7	35	0/7	30	0/2	1	0/9	4	ترياک	
0/2	9	0/2	8	0	0	0/2	1	شيره	
0	1	0	1	0	0	0	0	سوخته	
0/8	42	0/8	36	0/2	1	1/1	5	اکستاسي	
0/2	9	0/2	8	0/2	1	0	0	هروئين	
0	0	0	0	0	0	0	0	بوپره نورفين	
0	0	0	0	0	0	0	0	کوکائين	
0	0	0	0	0	0	0	0	ال اس دي	
0	3	0	1	0	0	0/4	2	سایر	

ادامه جدول شماره 27- توزيع فراواني جمعيت نمونه تحقيق به تفكيك نوع ماده مصرفي اعضاي خانواده و سه حوزه تحقيق

جمع	خیابان		زندان		مرکز درماني		نوع ماده	بستگان	
	تعدد درصد	تعدد درصد	تعدد درصد	تعدد درصد	تعدد درصد	تعدد درصد			
3/3	163	3/4	141	2/6	10	2/6	12	حشيش	سایر
14/3	708	14/4	590	10	39	5/17	79	ترياک	
3/5	173	3/5	145	1/3	5	5	23	شيره	

2/4	117	2/4	101	0/5	2	3/1	14	سوخته
0/3	16	0/3	15	0	0	0/2	1	اکستاسی
2/8	141	2/7	112	2/8	11	4	18	هروئین
0/2	11	0/1	7	0/2	1	0/7	3	بوپره نورفین
0/1	5	0	4	0	0	0/2	1	کوکائین
0/1	4	0	3	0	0	0/2	1	ال اس دی
0/4	22	0/3	14	0/2	1	1/5	7	سایر
-	4930	-	4091	-	387	-	452	جمع

اطلاعات مندرج در جدول 27 نیز تقریباً مؤید همین نکته است که سوء مصرف مواد به ترتیب در پدر، برادر و سایر بستگان به چشم می خورد اولویت مصرف مواد نیز با تریاک است.

جدول شماره 28- میانگین سن آغاز مصرف مواد به تفکیک نوع ماده مصرفی

Max. (سال)	Min. (سال)	Std. De	میانگین سن شروع (سال)	تعداد نمونه	نوع ماده
71	7	4/6	18/84	1925	حشیش
76	1	6/77	22/63	4018	تریاک
71	8	6/51	23/09	1309	شیره
81	7	6/71	22/39	521	سوخته
50	10	5/06	22/42	277	اکستاسی
76	9	6/79	24/39	1385	هروئین
49	11	6/62	26/48	160	بوپره نورفین
45	12	6/68	24/53	80	کوکائین

38	13	5/48	23/71	77	ال اس دي
57	7	7/49	22/05	574	سایر مواد

در جدول شماره 28 مشاهده میشود کمترین سن شروع مصرف مواد در مصرف کنندگان، به حشیش با 18/84 سال اختصاص دارد. مصرف کنندگان بوپره نورفین با 26/48 سال از بالاترین سن شروع مواد برخوردارند. در میان حداقل سن شروع مصرف مواد، 1 سالگی به عنوان سن شروع مصرف تریاک ذکر شده است.

جدول شماره 29- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک فرد پیشنهاددهنده برای اولین بار مصرف و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		فرد پیشنهاددهنده
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
6/8	331	6/5	265	7/3	28	8/5	38	یکی از افراد خانواده
14/3	700	14/8	602	10/9	42	5/12	56	یکی از بستگان
6/5	318	6/9	279	3/4	13	5/8	26	دوستان مدرسه
39	1909	38/6	1568	40/1	154	8/41	187	دوستان خارج از مدرسه
2/7	130	2/7	109	2/6	10	2/5	11	
10/4	507	10/8	439	7/6	29	8/7	39	همکاران
2/7	133	2/8	114	2/6	10	2	9	افراد غریبه

11/8	576	11	447	18/8	72	/8 12	57	بدون پیشنهاد دیگران
3/6	177	3/6	147	5/5	21	2	9	سایر افراد
2/3	114	2/3	94	1/3	5	3/4	15	به خاطر ندارد
100	4895	100	4064	100	384	100	447	جمع

اطلاعات جدول شماره 29 حاکیست 21 درصد معنادان توسط یکی از افراد خانواده یا بستگان مصرف مواد را آغاز کرده اند. 41/7 درصد معنادان توسط دوستان خارج از مدرسه به سمت مواد کشیده شده اند و 10/4 درصد افراد توسط همکاران به مصرف مواد ترغیب شده اند. در این میان حدود 11/8 درصد معنادان بدون پیشنهاد دیگران مصرف مواد را آغاز کرده اند. آغاز مصرف مواد در 6/5 درصد از معنادان کشور توسط دوستان مدرسه نیز از نکات قابل توجه این جدول است.

جدول شماره 30- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک موقعیت اولین شروع مصرف مواد و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		موقعیت اولین شروع مصرف مواد
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
8/4	411	8/5	346	7/3	28	8/3	37	مهمانی خانوادگی
32/4	1588	32/5	1335	25/6	99	/4 34	154	مهمانی دوستانه
6/1	297	6/2	254	7/3	28	3/3	15	پارک
1/8	89	2	83	0/5	2	0/9	4	مدرسه
6/9	337	7/1	289	6/5	25	5/1	23	کوچه و خیابان
3/8	187	3/7	150	3/9	15	4/9	22	سربازخانه

2	96	2/2	89	0/8	3	0/9	4	خوابگاه یا منزل دانشجویی
10/6	518	10/3	419	12/2	47	/6 11	52	محل کار
18/7	918	18/2	740	23/3	90	/6 19	88	منزل
7/1	350	6/6	270	11/1	43	8/3	37	سایر
2/3	113	2/3	95	1/6	6	2/7	12	به خاطر ندارد
100	4904	100	4070	100	386	100	448	جمع

بر اساس اطلاعات جدول شماره 30، مهمانی های دوستانه با 32/4 درصد، منزل با 18/7 درصد و محل کار با 10/6 درصد به ترتیب شایعترین مکانهای آغاز مصرف مواد بوده اند.

جدول شماره 31- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک واقعه مشخص منجر به اولین مصرف و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		واقعه منجر به اولین مصرف
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
7/5	366	8/1	326	4/7	18	5	22	مشکلات کاری
2/2	107	2/4	95	1/1	4	1/8	8	مشکلات تحصیلی
17/2	836	17/4	701	18/9	72	/3 14	63	مشکلات خانوادگی
12/2	592	11/7	474	15/3	58	/6 13	60	روابط بین فردی (خانواده، کار و تحصیل)

11/1	539	10/7	431	9/7	37	/1 16	71	سایر
49/8	2416	49/8	2008	50/3	191	/2 49	217	هیچ واقعه مشخصی وجود نداشت
100	4856	100	4035	100	380	100	441	جمع

جدول شماره 31 نشان می دهد که نزدیک به نیمی از معتادان بدون وجود واقعه یا رویدادی مشخص به سراغ مواد رفته اند و 17/2 درصد افراد با مشکلات خانوادگی به سراغ مواد رفته اند.

جدول شماره 32- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک دلایل برای اولین مصرف مواد و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		دلایل برای اولین مصرف مواد
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
3/3	162	3/6	145	1	4	2/9	13	رفع مشکلات جنسی
4/9	241	4/9	199	6/8	26	3/6	16	رفع درد
3/7	182	3/6	144	4/7	18	4/5	20	کاهش علائم یک بیماری جسمی
26/1	1271	25/9	1045	23/6	90	/4 30	13 6	کسب لذت
25/4	1238	24/9	1005	26/2	100	/7 29	13 3	کنجکاو
21/9	1065	22	890	24/6	94	/1	81	رفع مشکلات روحی

						18		
6/8	333	7/1	286	8/1	31	3/6	16	در دسترس بودن
4	195	3/9	159	3/4	13	5/1	23	سایر
3/8	183	4/1	167	1/6	6	2/2	10	هیچکدام
100	4870	100	4040	100	382	100	44	جمع
							8	

جدول شماره 32 نشان می دهد که 26/1 درصد معتادان برای کسب لذت و 25/4 درصد به علت کنجکاوی و 21/9 درصد برای رفع مشکلات روحی به مصرف مواد پرداخته اند.

جدول شماره 33- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک حالت روحی منجر به اولین مصرف مواد و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		حالت روحی منجر به اولین مصرف مواد
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
12	581	11/7	470	13/2	51	7/13	60	اضطراب، ترس، نگرانی و ... و موارد مشابه
18/7	905	18/6	744	20/7	80	5/18	81	غمگینی، افسردگی و ... و موارد مشابه
5/4	259	5/7	228	2/6	10	4/8	21	خشم، پرخاش، عصبانیت و موارد مشابه
38/6	1866	39/2	1570	34/9	135	8/36	161	سرخوشتی، وجد، شغف کیف و موارد مشابه
22/3	1079	22/2	889	24	93	1/22	97	هیچکدام
3	143	2/7	107	4/7	18	4/1	18	سایر
100	4833	100	4008	100	387	100	438	جمع

براساس اطلاعات جدول 33، 38/6 درصد افراد معتاد به علت حالت روحی سرخوشتی، وجد و کیف به سراغ مواد رفته اند و 22/3 درصد حالت خاصی نداشته اند که آن را ذکر نمایند. افراد معتاد در 18/7 درصد موارد افسردگی و غمگینی را

جزو علل آغاز مصرف مواد ذکر نموده اند. این شواهد حاکیست که تعداد زیادی از معتادان به علت کنجکاوی و کسب لذت به دنبال مصرف مواد رفته اند و حالت روحی اکثر این افراد نیز حالت سرخوشی و کیف بوده است.

مصاحبه عمیق با 360 نفر از **معتادان** نشان داد که علت اولین بار مصرف تعارف و پیشنهاد دوستان 35/8٪، کنجکاوی 22/7٪، تفریح و سرگرمی 8/3٪، والدین معتاد 4/7٪، فشارهای روحی روانی 4/7٪، اختلالات خانوادگی 4/1٪ و در مراتب بعدی به ترتیب اولویت کار سنگین و خستگی زیاد ناشی از کار، کاهش درد، بیکاری، عدم آگاهی از عوارض اعتیاد، انزال زودرس، فوت بستگان نزدیک، دردسترس بودن مواد و شکست در عشق می باشد. ضمناً 2/7٪ از معتادان علت اولین بار مصرف خود را به خاطر ندارند.

معتادی از استان خراسان درخصوص علت آغاز مصرف مواد می گوید: تعارف دوستان باعث مصرف من شد و خودم هم کنجکاو بودم که بدانم چیست؟ (یک جمله شایع در اظهارات اکثر افراد معتاد)

معتادی از استان تهران درخصوص علت آغاز مصرف مواد می گوید: به دلیل درد گردن و به توصیه شوهرم برای کاهش درد شروع به خوردن تریاک کردم.

18/5٪ از معتادان اظهار داشتند که از همان اول مایل بودند که مصرف مواد را ادامه بدهند در حالی که 81/5٪ از آنان از همان ابتدا تمایلی به ادامه مصرف نداشتند. تفریح و تفنن 13/2٪، کسب لذت 13٪، پیشنهاد و اصرار دوستان 11/1٪، وابستگی به مواد 10/2٪، عدم آگاهی از ابتلا به اعتیاد متعاقب مصرف مواد 9/4٪، تسکین و

آرامش روان 5/8% و کاهش درد 4/7% علت ادامه مصرف مواد تشکیل می دهند. و در مراحل بعد به ترتیب اولویت، تداوم مشکلاتی که منجر به شروع مصرف مواد شده بودند، وسوسه، بهبود کارایی، انزال زودرس و وضع مالی خوب علت ادامه مصرف مواد را شامل می شوند. 89/9% از معتادان اظهار داشتند که فکر نمی کردند روزی معتاد شوند ولی 10% از آنان از همان ابتدا می دانستند که به دنبال مصرف مواد ممکن است معتاد شوند. 40/2% از معتادان مصرف مداوم مواد، 6/6% در دسترس بودن مواد، 5% احساس نیاز به ادامه مصرف مواد را علت معتاد شدن خود ذکر می کنند و 41/1% از آنان به خاطر نمی آورند که چرا معتاد شده اند.

معتادی از استان تهران می گوید: از همان اول نمی خواستم ادامه بدهم، تفریحی ادامه دادم و فکر نمی کردم معتاد شوم و مصرف مداوم مواد باعث شد که معتاد شوم. ؟
(یک جمله شایع در اظهارات اکثر افراد معتاد)

معتادی از استان هرمزگان می گوید: از همان اول می خواستم ادامه بدهم چون وقتی مصرف می کردم لذت می بردم و بی خیال همه چیز می شدم و فکر نمی کردم معتادم به شوم چون فکر می کردم با بقیه فرق دارم ولی هر روز مصرف من بیشتر شد و بعد معتاد شدم.

نتایج حاصله از **مصاحبه عمیق** با 356 نفر از **خانواده معتادان** حاکی از این نکته است که **علت آغاز مصرف** در اکثریت این افراد به ترتیب اولویت، دارا بودن دوستان معتاد و اقوام معتاد ذکر شده است. دلایل بعدی کسب لذت و خوش گذرانی، مشکلات خانوادگی اعم از عدم حضور پدر در خانواده، مشاجره و اختلافات

خانوادگی، بیماری و به منظور تسکین درد، بیکاری و مشکلات اقتصادی می باشد در عین حال نوع شغل نیز در شروع مصرف مواد موثر است بطوریکه مشاغلی که یا نیازمند بیداری و نیروی جسمانی بیشتر می باشند و یا موجب دوری فرد از خانواده شده اند. در آغاز مصرف مواد موثرترند. لازم به ذکر است که یک سوم از مصاحبه شوندهگان اطلاع دقیقی از علت آغاز مصرف فرد معتاد در خانواده ندارند.

اکثریت مصاحبه شوندهگان اولین **مکان مصرف** را منزل دوستان ذکر کرده اند درعین حال تعدادکثیری از افراد اولین مکان مصرف را به خاطر نمی آورند. به ترتیب اولویت منزل شخصی و اماکن عمومی مثل پارک اولین مکان مصرف ذکر شده اند. البته سربازخانه نیز از جمله اماکنی است که به عنوان اولین مکان از آن یاد شده است.

اکثریت مصاحبه شوندهگان **اولین فرد پیشنهادکننده** را دوست ذکر کرده اند و در مرتبه بعدی بیشترین افراد کسانی هستند که اولین فرد پیشنهاد دهنده را نمی شناسند و اولویت بعدی اقوام هستند که پس از دوستان اولین فرد پیشنهاددهنده می باشند.

این مسئله که تعداد زیادی از معتادان اولین فرد پیشنهاد دهنده، اولین مکان مصرف و سایر نکات مربوط به اولین مصرف را بیاد نمی آورند حاکی از یک آغاز کاملاً تصادفی، ناگهانی و بی برنامه است که اینجا اهمیت برنامه های آگاهسازانه و آموزش مهارتهای زندگی بیش از پیش روشن میشود.

از خانواده معتادان درمورد **زمان مطلع شدن** آنها از اعتیاد فرد مورد نظر پرسیده شد 55/7% از مصاحبه شونده‌گان بین یک تا پنج سال پس از شروع مصرف مواد مخدر فرد معتاد از اعتیاد وی آگاه شدند.

22/2% خانواده ها پس از یک سال ، 7/15% پس از دو سال، 7/7% پس از سه سال، 5/1% پس از چهار سال و 3/4% از بستگان افراد معتاد پس از گذشت پنج سال از اعتیاد فرد معتاد در خانواده خود مطلع شدند.

95% از **مصاحبه شونده‌گان معتاد** در مصاحبه عمیق خود را معتاد می دانند درحالی که 5% از آنان خود را معتاد نمی دانند. 57/5% از روی علائم ترک، 12% از عادت به مصرف روزانه مواد، 7/5% از روی تغییرات جسمی و روانی متوجه اعتیاد خود شده اند. بقیه افراد به ترتیب اهمیت از طریق گفته های دیگران، کاهش توانایی کار کردن، افزایش مقدار ماده مصرفی و از دست دادن کار متوجه اعتیاد خود شده اند. 17/5% از معتادان یک سال پس از مصرف مواد، 10% آنان دو سال پس از مصرف مواد و 8/3% سه سال پس از مصرف و بقیه افراد به ترتیب اهمیت 2 ماه ، 6 ماه، 1 ماه، 4 سال، سه ماه و 5 سال پس از مصرف مواد متوجه اعتیاد خود شده اند.

معتادی از استان گیلان می گوید: من خودم را معتاد می دانم چون در صورت عدم مصرف بدنم درد می گیرد و خمار می شوم و حدوداً یک سال طول کشید تا فهمیدم معتاد شده ام. (یک جمله شایع در اظهارات اکثر افراد معتاد)

معتادي از استان اردبيل مي گويد: پس از 20 سال
مصرف فهميدم كه معتاد شده ام چون وقتي مصرف نمي كردم
احساس درد داشتم.

بخش سوم

الگوي مصرف

جدول شماره 34- توزيع فراواني جمعيت نمونه تحقيق به تفكيك ماده مصرفي فعلي و سه حوزه تحقيق و روش مصرف

روش مصرف												سه حوزه تحقيق								نوع ماده
جمع		استنشاق		انفيه		خوردن		تزريق		تدخين		جمع		خيابان		زندان		مرکز درماني		
در صد	تعداد	در صد	تعداد	درصد	تعداد	در صد	تعداد	در صد	تعداد	در صد	تعداد	در صد	تعداد	در صد	تعداد	در صد	تعداد	درصد	تعداد	
-	1030	-	-	-	-	2/1	22	-	-	/3	1002	/9	1030	/4	876	/8	92	/7	62	حشيش
-	3379	-	-	-	-	/1	1289	1/6	56	/9	2767	/5	3379	/4	2799	/2	237	/9	343	ترياك
-	680	-	-	-	-	/9	40158	1/3	9	/3	44465	/8	68013	/8	56513	9/8	38	17	77	شيره
-	187	-	-	-	-	/9	9751	3/2	6	/7	10857	3/8	187	3/7	150	2	8	6/4	29	سوخته
-	194	-	-	2/5	5	/8	18293	2	4	5/1	10	3/9	194	4/5	186	1	4	0/9	4	اكستاسي
-	1215	-	-	/7	28823	1/3	16	/1	58548	/6	66454	/6	12124	/5	96323	/3	12131	29	131	هروئين
-	76	-	-	9/2	7	-	-	/7	6990	5/2	4	1/5	76	1/5	62	1/3	5	2	9	بوپره نورفين
-	44	-	-	/9	2965	4/5	2	/9	715	25	11	0/9	44	1	43	0/2	1	0	0	كوكائين
-	47	-	-	34	16	/1	4085	8/5	4	8/5	4	0/9	47	1/1	46	0	0	0/2	1	ال اس دي
-	385	1/5	6	1/8	7	/3	190	14	54	54	208	7/8	385	8/4	344	5/4	21	4/4	20	سائر

جدول شماره 34 نشان می دهد ماده مصرفی فعلی در حوزه تحقیق در ابتدا تریاک (68/5 درصد) سپس هروئین (24/6 درصد) و در مرحله بعد حشیش (20/9 درصد) و شیره (13/8 درصد) است.

میزان مصرف حشیش در زندانیان بیش از 2 حوزه دیگر و مصرف تریاک در مراکز درمانی از سایر حوزه ها بیشتر است. میزان مصرف هروئین در معتادان زندان نیز بیش از 2 حوزه دیگر گزارش شده است.

در میان روشهای مصرف فعلی بیش از 97 درصد مصرف کنندگان حشیش آن را دود می کنند و 81/9 درصد مصرف کنندگان تریاک نیز آن را دود می کنند و 38/1 درصد آن را می خورند. مصرف کنندگان شیره 65/3 درصد آن را دود می کنند و 58/9 درصد آن را به روش خوراکی مصرف می کنند. مصرف کنندگان سوخته، 57/7 درصد به صورت تدخین و 51/9 درصد به صورت خوراکی آن را استفاده می کنند.

بیشترین شکل استفاده از اکستازی به صورت خوراکی است (93/8 درصد). 54/6 درصد مصرف کنندگان هروئین آن را دود می کنند و 48/1 درصد آن را تزریق می کنند. روش انفیه (دماغی) با 23/7 درصد در دسته سوم قرار دارد.

به نظر می رسد بیشترین شکل مصرف بوپره نورفین در بازار آزاد این دارو روش تزریق است و سایر روشهای ذکر شده چندان معتبر به نظر نمی رسند.

بیشترین میزان مصرف کوکائین به صورت انفیه (دماغی) (65/9 درصد) و سپس تدخین است. (25 درصد).

نزدیک به 85 درصد افراد مصرف کننده LSD را به صورت خوراکی و 34 درصد به صورت انفییه استفاده می کنند. سایر مواد نزدیک به 54 درصد به صورت تدخین، 49/3 درصد به صورت خوردن و 24 درصد به صورت تزریق مورد استفاده قرار می گیرند.

همانطور در جدول قابل مشاهده است مواد جدید 15 درصد کل مواد مصرفی معتادان را تشکیل میدهند که این مواد عبارتند از اکستاسی، کوکائین، ال اس دی، کراک، شیشه، بوپره نورفین، کریستال، آیس و غیره

. جدول شماره 35- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به

تفکیک ماده غالب مصرفی و سه حوزه تحقیق

نوع ماده	مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
حشیش	9	2	24	6/2	425	10/4	458	9/3
تریاک	267	1/59	167	43/2	2170	53	2604	52/8
شیره	28	6/2	12	3/1	222	5/4	262	5/3
سوخته	0	0	1	0/3	13	0/3	14	0/3
اکستاسی	1	0/2	2	0/5	70	1/7	73	1/5
هروئین	113	25	100	25/8	809	19/8	1022	20/7
بوپره نورفین	4	0/9	1	0/3	36	0/9	41	0/8
کوکائین	0	0	1	0/3	19	0/5	20	0/4
ال اس دی	0	0	6	0	6	0/1	6	0/1
سایر	5	1/1	7	1/8	144	3/5	156	3/2
گزارش نشده	25	5/5	66	17	177	4/3	274	5/5
جمع	452	100	387	100	4091	100	4930	100

در جدول شماره 35 ماده غالب مصرفی به ترتیب تریاک 52/8 درصد و هروئین 20/7 درصد گزارش شده است. حشیش در مراکز

درمانی کم مصرف میشود اما در مقابل مصرف شیره بیشتر از 2 حوزه دیگر است.

360 نفر از **معتادان طی مصاحبه عمیق** در پاسخ به این سؤال که آیا به نظر شما تغییری در نوع ماده مصرفی در طول سال گذشته در جامعه به وجود آمده است یا نه؟ جواب 58/4% از آنان مثبت بوده و 11/6% جواب منفی داده اند. 30% نیز در این خصوص اطلاعاتی نداشتند. 25/1% معتقد بودند که مصرف قرص های روانگردان بیشتر شده، 16/3% معتقد بودند که مصرف هروئین بیشتر شده و 12/1% به افزایش مصرف بوپرونورفین اشاره کرده بودند. بقیه افراد معتقد بودند که به ترتیب اولویت مصرف هروئین و حشیش، تریاک و حشیش، و کوکائین بیشتر شده است.

مصاحبه عمیق با 294 نفر از **افراد کلیدی** در 28 استان کشور نشان میدهد که بیشترین نوع ماده مصرفی به ترتیب تریاک و هروئین (03/85 درصد)، حشیش (63/81 درصد)، اکستازی (01/34 درصد)، داروهای روانگردان و الکل (00/17 درصد) است.

از نظر آنان سایر مواد مصرفی عبارتند از: مواد مصنوعی و غیرمصنوعی (70/1)، بوپره نورفین (یا تمجیزک) (38/2)، مواد نیروزا (83/2)، داروهای محرک شیمیایی (40/3)، آیس (34/0)، کوکائین (34/0) و قرص های توهم زا (40/3)

افراد کلیدی در **مصاحبه عمیق** اظهار کردند گرایش افراد به سمت داروهای روانگردان، تریاک و هروئین بیشتر شده است. فردی کلیدی در استان اردبیل گفت: مواد از نظر نوع مصرف به سمت داروهای شیمیایی رفته است.

جدول شماره 36- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک روش غالب مصرف و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		روش غالب
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
65/6	3239	67	2745	56/8	220	/6 60	274	تدخین
12/2	605	12/3	504	11/6	45	/4 12	56	تزریق
23/1	1141	22/7	931	16/5	64	/3 32	146	خوردن
3/7	186	3/4	141	3/3	13	7	32	انفیه
0	2	0	2	0	0	0	0	استنشاق
-	4930	-	4091	-	342	-	452	جمع

برخی معتادان با وجود تاکید بر انتخاب تنها یک روش به عنوان روش غالب، 2 روش را غالب ذکر کرده اند که این افراد حدود 5 درصد نمونه تحقیق را بخود اختصاص میدهند. در جدول شماره 36 روش غالب تدخین با 65/6 درصد و روش های خوردن و تزریق با 23/1 درصد و 12/2 درصد در رتبه های بعدی قرار داشتند. روش خوردن در میان معتادان مراکز درمانی بیش از 2 حوزه دیگر تحقیق است.

یافته های مردم نگاری طرح نشان داد ابزار مصرف تدخینی عبارتند از : زورق، داخل سیگار، سیخ و سنگ ، قلقلی و وافور

جدول شماره 37- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک سابقه مصرف داروهای اعتیادآور و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		سابقه مصرف داروهای اعتیادآور
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	

45/3	2234	44/6	1826	47/5	184	/6 49	224	بله
54/7	2696	55/5	2265	52/5	203	/4 50	228	خیر
100	4930	100	4091	100	387	100	452	جمع

براساس اطلاعات جدول شماره 37 می توان دریافت تقریباً نیمی از افراد مورد تحقیق سابقه مصرف داروهای اعتیادآور را ذکر می کنند. (3/45 درصد)

جدول شماره 38- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک نوع داروی اعتیادآور مصرفی و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		نوع داروی اعتیادآور
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
3/7	184	3/2	130	6/2	24	6/6	30	باربیتورات ها
28/7	1416	27/4	1122	35/4	137	34/7	157	بنزودیازپینها
27/7	1367	27/7	1134	23/8	92	31/2	141	قرص های حاوی مخدر
2/6	130	2/7	109	2/1	8	2/9	13	محرک های مغزی
0/9	42	0/7	27	2/1	8	1/5	7	استروئیدهای آنابولیک
3/1	151	2/6	107	4/4	17	6	27	سایر داروها

جدول شماره 38 نشان می دهد که نزدیک به 28 درصد معتادان از داروهای گروه بنزودیازپین و 27 درصد از قرصهای حاوی مخدر استفاده می کنند.

جدول شماره 39- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک نوع ماده مصرفی در طول عمر و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		نوع ماده
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
48/8	2408	48/9	2000	51/4	199	/2 46	209	حشیش

88	4336	86/9	3554	89/7	347	/2 96	435	تریاک
36/5	1797	35/4	1449	35/9	139	/2 46	209	شیره
16/2	799	15/6	640	15/2	59	/1 22	100	سوخته
6/2	305	6/6	268	4/7	18	/2 14	19	قرص های اکستاسی
30/2	1489	27/7	1135	49/4	191	/1 36	163	هروئین
4/3	210	3/9	161	3/1	12	8/2	37	بوپره نورین
2/2	109	2/1	84	1/3	5	4/4	20	کوکائین
1/9	96	2	81	0/5	2	2/9	13	ال اس دی
43/3	2134	44/2	1807	35/7	138	/8 41	189	الکل
8/8	433	8/3	338	12/7	49	/2 10	46	سایر
-	4930	-	4091	-	387	-	452	جمع

در جدول 39 می توان مشاهده کرد که اکثر معتادان بسیاری از مواد را تجربه کرده اند. 50 درصد معتادان زندانی هروئین را تجربه کرده اند و به طور میانگین 30 درصد معتادان نمونه تحقیق هروئین را تجربه کرده اند. و نزدیک به 50 درصد معتادان الکل و حشیش را در طول عمر تجربه نموده اند. مصرف کنندگان قرصهای اکستاسی در میان معتادان مراجع به مراکز درمانی در مقایسه با 2 حوزه دیگر بیشتر است و تجربه مصرف موادی مانند تریاک و مشتقات آن (شیره و سوخته) نیز در میان معتادان مراجع به مراکز درمانی بیش از سایر گروه هاست.

جدول شماره 40- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک روش مصرف در طول عمر و سه حوزه تحقیق

روش مصرف		مركز درمانی		زندان		خیابان		جمع	
تعد	درص	تعد	درص	تعد	درص	تعد	درص	تعد	درص

د	اد	د	اد	د	اد	د	اد	
92/2	4578	92/9	3801	93/8	363	/6 91	412	تدخين
69/7	3437	69/7	2851	63/6	246	/2 75	340	خوردن
21/1	1041	19/9	816	28/4	110	/4 25	115	تزريق
11/5	567	10/7	437	15	58	/9 15	72	انفيه
2/3	111	2/1	87	2/8	11	2/9	13	استنشاق
100	4930	100	4091	100	387	100	452	جمع

جدول شماره 40 نشان مي دهد درصد 21/1 درصد معتادان در طول عمر از روش تزريق استفاده کرده اند و اين رقم در زندان (28/4 درصد) از 2 گروه ديگر نمونه معتادان تحقيق بيشتر است. 70 درصد معتادان نيز روش خوراکی را تجربه کرده اند.

مصاحبه عميق با خانواده معتادان در مورد هزينه ماهانه مصرف مواد مخدر نشان داد 14/8% از بستگان افراد معتاد از ميزان مصرف ماهانه فرد بي اطلاع هستند. 15/1% از اين گروه هزينه مصرف ماهانه فرد معتاد را بين 60 تا 79 هزار تومان در ماه ذکر کرده اند که اکثريت افراد در اين گروه قرار دارند.

همچنين محل تأمين هزينه مصرف مواد مخدر در ميان اکثريت افراد معتاد درآمد شخصي ذکر شده است که غالب اين درآمد از حقوق ماهيانه مي باشد. دومين محل تأمين هزينه مصرف مواد مخدر که اولويت دوم را به خود اختصاص مي دهد، خانواده مي باشد و منبع مالي بعدي در تهيه مواد مخدر مصرفي فروش لوازم منزل و خريد و فروش مواد مخدر است. در عين حال مي توان قرض از دوستان و اطرافيان را نيز به عنوان منبع مالي تأمين مواد مخدر

برشمرده که تعدادی از مصاحبه شونده‌گان به آن اشاره کردند.

دسترسی به مواد

معتادان در مصاحبه عمیق 51/3% نحوه دسترسی به مواد را راحت و آسان، 41/9% خیلی راحت و آسان و 5/5% سخت ذکر نموده اند.

در ارتباط با محل خرید و تهیه مواد 48/3% کوچه و خیابان، 7/7% پارک، 7/5% منزل فروشنده، 4/1% محل کار فروشنده، 4/1% تحویل درب منزل و مغازه با سفارش تلفنی را ذکر کرده اند. در ارتباط با فرد فروشنده و نسبت آن با خریدار، 52/2% فروشنده مواد، 18/3% دوست و آشنا، 14/4% مواد فروش محل را نام برده اند.

95/23 در صد **افراد کلیدی** معتقدند که با وجود آنکه نیروی انتظامی خوب عمل کرده اما همچنان دسترسی به مواد آسان است و این مسئله در حالی است که بیشتر افراد مصرف کننده در خرید و فروش مواد شرکت دارند و قسمتی از هزینه مواد را هم از این راه تامین می کنند

دو فرد کلیدی در بوشهر و کردستان: دسترسی به مواد در اماکن ورزشی زیاد است.

از منابع تامین مواد به دلان (17/00 درصد)، زندانیان سابقه دار (1/70 درصد)، اماکن ورزشی (0/34 درصد)، خوابگاهها (1/02 درصد)، خرید تلفنی به صورت پیک موتوری (2/04 درصد) و خرید از مکانهای عمومی در سطح شهر (3/40 درصد) اشاره شده است.

یافته های **مردم نگاری** حاکیست: معتادان مواد مصرفی خود را از قهوه خانه ها، فروشندگان بی هدف مواد (ساقیهای علاف)، آدمهای مستقر در پارک، افراد قلدر و لات محل، کولیها و محله های معروف و بدنام که مأموران انتظامی جرأت ورود به آنجا را ندارند (قم) تهیه میکنند. برخی نیز معتقدند مواد همه جا هست و اکثر فروشندگان (ساقیها) خود معتادند. برخی از فروشندگان نیز با لباسی ویژه بصورت کاپشن چرم نما و کلاه ظاهر میشوند (استان مرکزی).

برخی معتادان بهترین زمان تهیه مواد را گرگ و میش غروب ذکر کرده و گفته اند راهنماهایی هستند که خریدار غریبه را به فروشنده می رسانند. برخی فروشندگان نیز مواد را پیش فروش میکنند.

فروشندگان مواد را در بسته های قیمتی (8000 تومانی، 1000 تومانی، ...) در نقاطی امن (زیر پله ها، سوراخهای دیوارها، زیر درختان و بوته ها، زیر سنگهای قبر، در داخل کفش و جوراب) پنهان می کنند و می فروشند.

برخی معتادان به علت نداشتن هزینه تامین مواد مصرفی خود، به جای پول اموال دزدی را با فروشنده مبادله میکنند و برخی دیگر شغل خرید و فروش را انتخاب میکنند.

بخش چهارم :

تزریق

جدول شماره 41- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک سن اولین تزریق مواد و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		سن اولین تزریق مواد
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
15/8	158	15/1	119	16/7	18	8/19	21	کمتر از 20 سال
34/8	349	34/3	270	33/3	36	6/40	43	20 - 24 سال
26/4	265	26/8	211	32/4	35	9/17	19	25 - 29 سال
12/8	128	13/1	103	12	13	3/11	12	30 - 34 سال
10/2	102	10/8	85	5/6	6	4/10	11	35 سال و بیشتر
100	1002	100	788	100	108	100	106	جمع

جدول شماره 41 نشان می دهد 34/8 درصد معتادان در سنین 20-24 سال تزریق را آغاز کرده اند و در حدود 60 درصد معتادان اولین بار مواد را در سنین 30-20 سال تزریق کرده اند. و حدود 75-80 درصد معتادان تزریقی زیر سن 30 سال اولین تزریق را انجام داده اند.

جدول شماره 42- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک موقعیت اولین تزریق مواد و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درماني		موقعیت اولین تزریق مواد
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
2/1	21	1/8	14	3/8	4	2/9	3	مهماني خانوادگی
19/4	192	21/3	166	8/7	9	16/2	17	مهماني دوستانه
8/5	84	8/6	67	8/7	9	7/6	8	اماکن عمومي
25/5	252	23/7	185	33/7	35	30/5	32	منزل خودم
21/9	216	21/8	170	21/2	22	22/9	24	منزل دوستانم
1/2	12	1/3	10	-	-	1/9	2	سربازخانه
3/7	37	3/5	27	5/8	6	3/8	4	زندان
3/8	38	4/1	32	1/9	2	3/8	4	محل کار
0/5	5	0/5	4	-	-	1	1	مدرسه
12/4	123	12/3	96	16/3	17	9/5	10	سایر
0/8	8	1	8	-	-	-	-	به خاطر ندارد
100	988	100	779	100	104	100	105	جمع

جدول شماره 42 حاکی است نزدیک به 47 درصد معتادان اولین بار مواد را در منزل خود یا دوستانشان تزریق کرده اند. نزدیک به 20 درصد معتادان در مهمانیهای دوستانه مواد را تزریق کرده اند.

42/2% از معتادان در مصاحبه عمیق معتقد بودند که روشهای مصرف پرخطر (تزریق) زیاد شده و فقط 2/2% معتقدند که تزریق کم شده و 7/7% تغییری را در این خصوص ذکر نمی کنند.

همچنین 41/3% معتادانی که سابقه تزریق داشتند در مورد عواملی که باعث می گردد معتادان به سراغ تزریق

بروند 10/5% پیدایش تحمل به مواد، 5/5% پیشنهاد و تعارف دوستان، 5/2% راحتی مصرف روش تزریق و با درصد کمتر و به ترتیب اولویت کسب لذت بیشتر، اثر سریع، ضعف مالی، حس کنجکاو، استفاده از آمپول تمجیزک برای ترک، کمبود مواد در زندان، عدم دسترسی به مواد (کمبود مواد) و کیفیت پایین مواد را ذکر نموده اند.

75/1% معتادان تزریقی در بدو امر اطلاعی از عواقب و خطرات روش تزریق نداشته در حالیکه 24/8% از عاقبت کار مطلع بودند.

در ارتباط با اینکه بقیه افراد چرا سراغ تزریق می روند پاسخها به شرح ذیل است: 19/4% کسب لذت، بیشتر، 18/8% پیدایش تحمل، 8/8% ضعف مالی، 8/6% اثر سریع، 6/9%، با صرفه بودن روش (کم هزینه بودن) و با درصد کمتر و به ترتیب اولویت راحتی مصرف روش تزریق، عدم آگاهی از عواقب تزریق، صرفه جویی در وقت، گرانی تریاک، ارزانی هروئین، وجود ناخالصی در مواد، پیشنهاد دوست و کنجکاو. 38/8% درصد از مصاحبه شوندگان در این خصوص بی اطلاع هستند.

در پاسخ به این سؤال که اولین بار چه کسی به شما تزریق کرد پاسخ ها به شرح ذیل است: دوست معتاد (62/4%)، خودم (23/4%) و با درصد کمتر و به ترتیب اولویت پزشکی جهت ترک، بستگان معتاد و هم سلولی در زندان.

چون مصرف زیاد تریاک حالت نشنگی را در من ایجاد نمی کرد و مصرف روز به روز بیشتر می شد پس سراغ تزریق رفتم تا مواد بیشتری به بدنم برسد و از عواقب و خطرات

تزریق اطلاعی نداشتیم. (یک جمله شایع در اظهارات اکثر افراد معتاد)"

یک جمله غیرشایع؛ معتادی از استان فارس می گوید: من عواقب تزریق را نمی دانستم و توسط برادرم تزریق را شروع کردم و چنان حال خوبی به من دست داد که از خوشحالی گریه کردم.

در پاسخ به رعایت استریلیزاسیون وسایل و محل تزریق 55/7% از معتادان تزریقی اظهار کرده اند که از سرنگ و سوزن استریل استفاده می کنند. و بقیه معتادان تزریقی به روشهای زیر اشاره نموده اند: جوشاندن سرنگ، سرسوزن و قاشق (7/3%)، شستشوی سرنگ، سرسوزن و قاشق با آب داغ (7/3%)، شستشوی قاشق و ملاقه با آب داغ (8/7%)، شستشوی سرنگ سرسوزن و قاشق با آب معمولی (10%)، شستشوی قاشق و ملاقه با آب معمولی (24/8%)، ضدعفونی کردن وسایل تزریق با الکل (4%)، شستشوی محل تزریق با آب (2/6%)، استفاده از الکل برای ضد عفونی کردن محل تزریق (8%)، و در ارتباط با آماده سازی مواد 33/5% به حل کردن مواد در جوهر لیمو و آب، 45/6% جوشاندن مواد در قاشق و ملاقه، 22/8% استفاده از فیلتر سیگار به عنوان صافی و 10/7% به حل کردن مواد در آب اشاره کرده اند.

توجه: به علت اینکه افرادی که روش تزریق را به عنوان یکی از روشهای مصرف مواد گزارش کرده اند در مجموع 115 نفر بودند، جداول مربوط به تزریق نیز که در پایین جدول جمع کل ندارد بر اساس تعداد 115 نفر محاسبه شده است.

جدول شماره 43- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک مکان تزریق و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		مکان تزریق
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
1/2	13	1/1	9	1/8	2	1/7	2	مهمانی خانوادگی
10/7	112	11/4	93	3/6	4	13	15	مهمانی دوستانه
12/6	131	13/1	107	10/9	12	4/10	12	اماکن عمومی
48/5	505	48/3	394	50	55	7/48	56	منزل خودم
19	198	18/9	154	18/2	20	8/20	24	منزل دوستانم
0/9	9	0/6	5	2/7	3	0/8	1	سربازخانه
6/5	68	6/9	56	3/6	4	7	8	محل کار
0/1	1	0/1	1	0	0	0	0	مدرسه
18/9	197	20/9	171	10/9	12	2/12	14	اماکن مخروبه
12/8	133	12/7	104	17/3	19	8/7	10	سایر
0/3	3	0/4	3	0	0	0	0	به خاطر ندارد

در جدول 43 می توان مشاهده کرد که نزدیک به نیمی از معتادان به طور معمول در منزل مواد خود را تزریق می کنند. منزل دوستان و اماکن مخروبه در مراحل بعدی مکانهای معمول تزریق قرار دادند.

جدول شماره 44- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک نوع سرنگ مصرفی برای تزریق و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندادان		مرکز درمانی		نوع سرنگ مصرفی برای تزریق
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
84/5	880	85	693	80	88	86	99	سرنگ استریل
37/4	390	39/5	323	31	34	28/6	33	سرنگ دست دوم خودم
14/3	149	15	122	14/5	16	9/5	11	سرنگ دوستانم
2/6	28	2/8	23	1/8	2	2/6	3	سرنگی که در خیابان پیدا کنم
2/8	30	2/3	19	6/3	7	3/4	4	سایر

در جدول شماره 44 می توان دریافت که 84/5 درصد معتادان از سرنگ استریل استفاده می کنند و در این میان معتادان مراجع به مراکز درمانی با 9/5 درصد کمتر از سایر گروه های نمونه تحقیق از سرنگ دوستانشان استفاده می کنند. در این میان 2/6 درصد معتادان از هر سرنگی که پیدا کنند استفاده می کنند.

یافته های مردم نگاری طرح در باره مکانهای تزریق نشان میدهد: در این مکانها علاوه بر سرنگ و سوزن، جلد خالی قرص روی زمین به وفور دیده می شود (خوزستان)، در برخی مناطق این سرنگها سلامت کودکان را به خطر میاندازد (قزوین).

در منطقه ای ذکر شده است سرنگ و سر سوزن در مسیر عبور دامها باعث گردیده است تا گوسفندها آنها را بلیسند (کرمانشاه). اخیرا در برخی محله ها نیز بهبود یافتگان تحت حمایت سازمان بهداشتی سرنگها را جمع می کنند. (کرمانشاه) ذکر شده است در منطقه ای آب در محل کم است و آن را برای مصارف بعدی دفن می کنند. کارشناسان افراد مصرف کننده تزریقی را سربازان، رانندگان و کارگران ذکر نموده اند.

يکي از پرسشگران در شهر تهران مشاهده کرده است در محلي مسکوني در شمال شهر در پلکان ورودي یک ساختمان معتادي از داخل کیف خود سرنگ پر را درمي آورد و داخل کيسه بيضه تزريق مي کند.

جدول شماره 45- توزيع فراواني جمعيت نمونه تحقيق به تفکيک نوع سرسوزن مصرفي براي تزريق و سه حوزه تحقيق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		نوع سرسوزن مصرفي براي تزريق
درص د	تعد اد	درص د	تعد اد	درص د	تعد اد	درص د	تعد اد	
85	885	85/5	698	80	88	86	99	سرسوزن استريل
37/1	387	38/8	317	32/7	36	5/29	34	سرسوزن دست دوم خودم
13/4	140	14	114	13/6	15	9/5	11	سرسوزن دوستانم
2/4	25	2/5	21	1/8	2	1/7	2	سرسوزني که در خیابان پیداکنم
1/8	19	1/8	15	1/8	2	1/7	2	سایر

در جدول شماره 45 این نکته به چشم مي خورد که رفتار معتادان درخصوص استفاده از سرنگ و سرسوزن مشابه است چراکه اعداد این جدول در مقایسه با جدول شماره 44 تقریباً مشابه هستند.

جدول شماره 46- توزيع فراواني جمعيت نمونه تحقيق به تفکيک همراهان تزريق و سه حوزه تحقيق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		همراهان در تزریق
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
49/5	492	50/4	396	51	53	41	43	تنها
42/7	424	41/9	329	43/3	45	6/47	50	دوستان
2/6	26	2/9	23	1/9	2	1	1	افراد غریبه
3/3	33	2/4	19	2/9	3	5/10	11	بستگان
1/9	19	2/3	18	1	1	-	-	سایر
100	994	100	785	100	104	100	105	جمع

جدول 46 نشان می دهد نیمی از معتادان مواد را به تنهایی تزریق می کنند و حدود 42/7 درصد در کنار دوستانشان اقدام به تزریق می کنند.

جدول شماره 47- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک قرض دادن یا گرفتن سرنگ یا سرسوزن مصرفی و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		قرض دادن یا گرفتن سرنگ یا سرسوزن
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
17/1	167	17	131	15/4	16	8/19	20	قرض دادم
3/5	34	3	23	7/7	8	3	3	قرض گرفتم
22/3	217	23	177	24	25	9/14	15	هر دو
57/1	557	57	439	52/9	55	4/62	63	هیچکدام
100	975	100	770	100	104	100	101	جمع

اطلاعات جدول شماره 47 از نظر انتقال بیماریهای عفونی منطقه بسیار مهم است چراکه نزدیک به 43 درصد معتادان

سرنگ یا سرسوزن خود را یا قرض داده اند و یا قرض گرفته اند.

جدول شماره 48- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک تعداد شرکای تزریق در یک سال گذشته و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		شرکای تزریق
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
3/8	40	3/8	31	2/7	3	5/2	6	1 نفر
4/7	49	4/4	36	6/3	7	5/2	6	2 نفر
2/9	30	3	25	3/6	4	0/8	1	3 نفر
1/4	15	1/7	14	-	-	0/8	1	4 نفر
2/5	26	2/6	21	2/7	3	1/7	2	5 نفر
3/2	33	3/3	27	3/6	4	1/7	2	6-9 نفر
8/5	89	9/3	76	8/1	9	3/4	4	10 نفر و بیشتر

جدول شماره 48 نشان می دهد بیشتر معتادان تزریقی با 1 تا 2 نفر وسائل تزریق خود را به صورت مشترک استفاده کرده اند.

39% از معتادان تزریقی که سابقه تزریق مشترک داشتند در مصاحبه عمیق عواملی را که منجر به تزریق مشترک شده است به شرح زیر ذکر کرده اند: در دسترس نبودن سرنگ (30%)، در دسترس نبودن سرنگ در زندان (26/6%)، ضعف مالی (16/6%)، پیشنهاد و تعارف دوست (10%)، خماری و نداشتن حال و حوصله (6/6%)، راحتی کار (5%) و اطمینان از عدم بیماری دوست معتاد (1/6%) . در ضمن 1/3% معتادان تزریقی فقط از ملاقه مشترک استفاده کرده اند.

56/6% از معتادان با سابقه تزریق مشترک فاقد هرگونه اطلاعاتی درخصوص نحوه تشخیص بیماری مسری شریک خود می باشند. 15% از آنان اظهار نمودند که از طریق گفته های شریک خود، 16/6% از وضع ظاهری شریک خود و 11/6% از طریق انجام آزمایش پی به وجود بیماری مسری شریک خود می برند.

یافته های **مردم نگاری** تحقیق نشان میدهد اغلب معتادان برای تزریق از سرنگ، ملایه و پمپ و برای بهتر حل کردن مواد از جوهر لیمو استفاده میکنند. استفاده از قرصهای آسپرین، استامینوفن، آکسار و متادون نیز در تزریق گزارش شده است. این افراد برای صاف کردن محلول تزریق از فیلتر سیگار یا کتان استفاده میکنند. همچنین معتادان بصورت گروهی یا فردی تزریق میکنند و عموماً برای هم نیز تزریق میکنند. در اغلب موارد تزریق، سرنگ یا ملایه بصورت مشترک استفاده شده است.

جدول شماره 49- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک متوسط تعداد دفعات تزریق طی یک سال گذشته و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		متوسط تعداد دفعات تزریق طی یک سال گذشته
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
د	اد	د	اد	د	اد	د	اد	
11/7	113	10/2	78	20/8	21	/9	14	اصلاً تزریق

						13		نکرده ام
8/4	81	8	61	12/9	13	6/9	7	کمتر از یک بار در ماه
7/2	69	7/5	57	4	4	7/9	8	کمتر از 4 بار در ماه
10/1	97	10/9	83	8/9	9	5	5	1 تا 6 بار در هفته
12/7	122	13/3	101	8/9	9	/9 11	12	روزي یک بار
32/6	314	34/6	264	26/7	27	/8 22	23	روزي 2-3 بار
17/4	168	15/5	118	17/8	18	/7 31	32	روزي 4 بار یا بیشتر
100	964	100	762	100	101	100	101	جمع

براساس جدول شماره 49 می توان گفت: 32/6 درصد معتادان روزانه 2 تا 3 بار مواد تزریق می کنند و 17/4 درصد آنان روزانه 4 بار یا بیشتر مواد تزریق می کنند. تعداد دفعات تزریق درمعتادان مراجع به مراکز درمانی بیش از سایر گروه های تحقیق است. به طوری که 54/5 درصد معتادان مراجع به مراکز درمانی روزانه 2 تا 4 بار مواد تزریق می کنند.

جدول شماره 50- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک قسمت تزریق در بدن و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		قسمت تزریق در بدن
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
د	اد	د	اد	د	اد	د	اد	دست
89/2	929	90	735	89	98	/4	96	

						83		
30/6	319	31/4	257	28/1	31	27	31	پا
15/7	164	16/7	137	11/8	13	/1 12	14	کشاله ران
12	124	11/8	97	11/8	13	/1 12	14	کیسه بیضه
11/1	116	10/5	86	12/7	14	14	16	گردن
3/6	38	3/1	26	3/6	4	7	8	سایر

حدود 90 درصد معتادان مواد را در دستهای خود تزریق می کنند اما تزریق مواد در کشاله ران، کیسه بیضه و گردن حاکی از حاد بودن وضعیت تزریق در این معتادان است که با توجه به امکان انتخاب چند گزینه، این افراد حدود 15 درصد معتادان تزریقی را تشکیل می دهند. (جدول 50)

یافته های **مردم نگاری** تحقیق نشان می دهد معتادان مواد را در رگهای دست، پا، پشت پا یا بازو، در کیسه بیضه و رگ گردن تزریق میکنند. همچنین خیلی از تزریقها سرنگ مشترک و یا سرنگ قبلی خود را استفاده می کنند چون داروخانه به خاطر سر و وضع خیلی ژولیده یا دلایل دیگر به آنها سرنگ نمی فروشد. برخی معتادان گاه سرنگ پر از مواد را حتی تا قیمت 2000 تومان می خرند.

برخی معتادان از سرنگ استریل مصرف شده معتادان پولدار استفاده می کنند و برخی نیز سرنگ خود را برای مصرف بعدی پنهان و یا دفن می کنند. عده ای نیز سرنگهای دریافتی از بهزیستی را می فروشند تا هزینه مواد خود را تامین کنند.

پرسشگران معتقدند اخیراً رعایت استریلیزاسیون سرنگها در بین معتادان در مقایسه با گذشته افزایش یافته است و اکثر آنان سرنگ را با خود می آورند.

ولی دیده شده است برخی معتادان از آب بیشه زار یا فاضلاب برای تزریق مواد استفاده کرده اند. و برخی دیگر ملاقه خود را 150 تومان اجاره داده اند.

یافته های **مردم نگاری** در مقاطع مختلف مصرف تزریقی :

- قبل از تزریق (تا کشیدن مایع به درون سرنگ):
از آب مقطر استریل مخصوص تزریق و یا هر آبی حتی آب فاضلاب، آب جوی و یا آب راکد برای حل کردن ماده استفاده می شود. قاشق های مورد استفاده گاهی اجاره ای هستند. سرنگ های مستعمل (همراه، پنهان شده در محل، قرض گرفته شده در محل) یا استریل مورد استفاده قرار میگیرد.

- حین تزریق (پس از کشیدن مایع حاوی ماده به داخل سرنگ تا پایان تزریق):

سوزن سرسنگ مستعمل را با استفاده از لب ها و بزاق خود آماده می کنند. محل تزریق را با پنبه الکلی آماده می کنند. در حین تزریق خونبازی می کنند. تزریق مواد را به آرامی انجام میدهند. برای تزریق در رگهای گردن به حالت چمباتمه می نشینند، بینی را می گیرند و با انداختن با در گلو (مانور والسالوا) موجب برجسته شدن رگهای گردن می شوند تا فرد دیگری که ایستاده است و سرنگ محتوی ماده را در دست دارد تزریق را انجام دهد.

- پس از تزریق (از اتمام تزریق تا اوج

تأثیر ماده):

کنترل آب بینی و دهان خود را از دست می دهند. حرکات عجیب و غریبی از آنان سرمی زند. با سرخوشی به ابراز

شادي مي پردازند، به فكر فرو مي روند، افراد گروه برخي اوقات با يکديگر رابطه جنسي برقرار ميکنند، مهربان مي شوند و پرخاشگري شان فروکش مي کند، مردان براي زنان و دختران عابر ايجاد مزاحمت مي کنند، ميخواهند، وضع ظاهري خود را مرتب مي کنند، ادعاي آمادگي براي ترک مي کنند. از کسانی که به نوعي آنان را مسئول معتاد شدن خود مي شناسند انتقاد مي کنند، اسپند دود مي کنند، مشروبات الکلي، شيريني، بيمک و ... مي خورند. در زباله ها به دنبال مواد غذايي (براي خوردن) مي گردند. به تکدي گري مي پردازند.

بخش پنجم:

عوارض اعتياد

جدول شماره 51- توزيع فراواني جمعيت نمونه تحقيق به تفكيك سابقه انجام آزمون ايدز يا اهداي خون و سه حوزه تحقيق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		سابقه انجام آزمون ايدز يا اهداي خون
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
23/8	1174	21/2	867	47	182	7/27	125	بله
76/2	3756	78/8	3224	53	205	3/	327	خير

						72		
100	4930	100	4091	100	387	100	452	جمع

جدول شماره 52- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک نتیجه آزمایش ایدز یا اهدای خون و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		نتیجه آزمایش ایدز یا اهدای خون
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
2/3	27	2/2	19	3/4	6	1/6	2	مثبت
86/5	995	86/9	736	83/1	148	8/88	111	منفی
11/1	128	10/9	92	13/5	24	9/6	12	نمی دانم
100	1150	100	847	100	178	100	125	جمع

2/3 درصد از افرادی که تست ایدز داده اند HIV مثبت بوده اند. آمار افراد HIV مثبت در میان زندانیان بیشتر از 2 حوزه دیگر تحقیق است.

جدول شماره 53- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک سابقه انجام آزمایش هپاتیت یا اهدای خون و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		سابقه انجام آزمایش هپاتیت یا اهدای خون
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
24/8	1221	22/2	910	46	178	4/29	133	بله
75/2	3709	77/8	3181	54	209	6/70	319	خیر
100	4930	100	4091	100	387	100	452	جمع

جدول شماره 54- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک نتیجه آزمایش هپاتیت یا اهدای خون و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		نتیجه آزمایش هپاتیت یا اهدای خون
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	

د	اد	د	اد	د	اد	د	اد	
9/1	108	9/6	85	5/7	10	9/8	13	مثبت
80/4	958	80/6	712	79/5	140	/3 80	106	منفی
10/5	125	9/7	86	14/8	26	9/8	13	نمی دانم
100	1191	100	883	100	176	100	132	جمع

جدول شماره 55- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک نوع هپاتیت و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		نوع هپاتیت
درصد د	تعداد اد	درصد د	تعداد اد	درصد د	تعداد اد	درصد د	تعداد اد	
30/6	33	31/8	27	20	2	/8 30	4	هپاتیت B
49/1	53	48/2	41	50	5	/8 53	7	هپاتیت C
20/4	22	20	17	30	3	/4 15	2	نمی دانم
100	108	100	85	100	10	100	13	جمع

شیوع هپاتیت در جامعه آماری تحقیق حدوداً 9 درصد بود که از میان آنان تقریباً 50 درصد هپاتیت C مثبت بودند.

جدول شماره 56- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک سابقه سابقه بیش مصرفی مواد و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		سابقه بیش مصرفی مواد
درصد د	تعداد اد	درصد د	تعداد اد	درصد د	تعداد اد	درصد د	تعداد اد	
36/4	1795	35/5	1454	43/7	169	/1 38	172	بله
63/6	3135	64/5	2637	59/3	218	/9 61	280	خیر
100	4930	100	4091	100	387	100	452	جمع

جدول شماره 57- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک تعداد دفعات سابقه بیش مصرفی مواد و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درماني		تعداد دفعات بیش مصرفی مواد
درصد د	تعداد اد	درصد د	تعداد اد	درصد د	تعداد اد	درصد د	تعداد اد	
30/5	533	31	439	25/5	42	/8 30	52	1 بار
23/7	415	24/2	342	24/8	41	/9 18	32	2 بار
14	245	13/8	196	13/9	23	/4 15	26	3 بار
7/4	129	7/7	109	6/1	10	5/9	10	4 بار
10/3	181	10/5	148	9/7	16	/1 10	17	5-9 بار
14/1	247	12/9	182	20	33	/9 18	32	10 بار و بیشتر
100	1750	100	1416	100	165	100	169	جمع

سابقه مصرف بیش از اندازه مواد در 36/4 درصد معتادان ذکر می شود (جدول شماره 56) و این سابقه در معتادان زندان بیش از 2 گروه دیگر است. حدود 54 درصد معتادان بیش مصرف را 1 تا 2 بار تجربه کرده اند.

55/5% معتادان در مصاحبه عمیق مصرف زیاد مواد، 30/2% ناخالصی مواد، 7/7% مصرف مواد همزمان با الکل و سایر مواد را به عنوان علل مسمومیت با مواد ذکر کرده اند. همچنین مصرف مواد به هنگام گرسنگی و ناشتا بودن و استفاده از روش تزریقی مصرف مواد به عنوان سایر علل مسمومیت با مواد و با اهمیت کمتر ذکر شده است. 27/5% معتادان نیز هیچ گونه اطلاعاتی در این رابطه ندارند. 36/1% اجتناب از مصرف زیاد، 12/7% خرید مواد از افراد مطمئن را به عنوان راههای پیشگیری از مسمومیت با مواد

مطرح نموده اند. 57/7% راه‌های پیشگیری از مسمومیت با مواد را نمی‌دانند.

عوارض جسمانی:

معتادان در مصاحبه عمیق 38% ضعف جسمانی، 34/1% کاهش وزن، 14/1% تغییر در وضع ظاهری و قیافه، 8/8% تغییر رنگ دندان‌ها و پوسیدگی آنها، 7/7% کاهش اشتها، 7/6% کاهش توانایی‌ها، 6/6% تیرگی پوست را عنوان نموده اند. بقیه افراد به ترتیب اهمیت به کاهش میل جنسی، دردهای استخوانی عضلانی، ابتلا به هپاتیت، اختلال گوارشی، اختلال تنفسی، پیری زودرس، کندی حرکتی، زردی پوست، کاهش خواب، افزایش خواب، ضعف بینایی و مشکل عروق محیطی، سردرد، ابتلا به ایدز و عفونت اندامها اشاره نموده اند. 6/6% افراد اظهار کرده اند که مصرف مواد هیچ‌گونه تأثیری بر جسم آنان نداشته است.

مصاحبه عمیق با 356 نفر از خانواده معتادان در این مورد نشان داد: 38/7% از پرسش‌شوندگان از عارضه جسمی فرد معتاد در خانواده خود شکایت‌ناشدند و او را سلامت می‌دانستند.

نکته فوق‌حاکمی از این است که این افراد به علت عدم مراجعه به پزشک و بی‌توجهی به وضعیت جسمانی خود هیچ‌گونه آگاهی نسبت به سلامت خود ندارند و با وجود سومصرف مواد مخدر در زمان طولانی و عدم بروز نشانه‌های بیماری خود را سالم می‌دانند. در عین حال در میان افراد مورد مطالعه 13/7% به بیماری‌های ریوی و 2/4% به بیماری‌های گوارشی مبتلا بودند. درمیان مصاحبه

شوندگان 1/8 % به کاهش وزن و اشتها همراه با ضعف عمومی، رنگ پریدگی و از کار افتادگی اشاره کردند. بیماری‌هایی همچون هیپاتیت، آبسه‌های ناشی از محل تزریق نیز از جمله مواردی بود که بستگان افراد معتاد مطرح کردند.

294 نفر از افراد کلیدی در کشور در مصاحبه عمیق مشکلات جسمی معتادان را بی‌توجهی نسبت به نظافت شخصی (68/04 درصد) و لاغری معتادان، کم‌اشتهایی، تغذیه نامناسب و بیماری عفونی (51/02 درصد) ذکر کردند.

عوارض روحی - روانی :

معتادان در مصاحبه عمیق از جنبه تأثیر مصرف مواد بر روان، 25% خشم و عصبانیت، 6/23% افسردگی، 7/17% آشفتگی اعصاب و روان، 5/15% پرخاشگری، 1/11% کاهش صبر و تحمل، 5/7% اضطراب، 7% گوشه‌گیری و منزوی بودن را ذکر کرده‌اند. بقیه افراد به ترتیب اهمیت کاهش اعتماد به نفس، زودرنجی، مشاجره و درگیری زیاد، کاهش قدرت تصمیم‌گیری، یأس و ناامیدی، فراموشی و اختلال در حافظه، بدبینی و سوءظن، تحریک‌پذیری، کاهش تمرکز، توهم‌شنوایی و اقدام به خودکشی ذکر کرده‌اند. 1/11% از تأثیر مواد بر روان خود بی‌اطلاع و 2/5% بی‌تأثیر گزارش کرده‌اند.

افراد کلیدی مشکلات روحی - روانی معتادان را شایع دانستند (34/01 درصد).

عوارض روحی اعتیاد در میان خانواده معتادان مورد پرسش قرار گرفت. نتایج نشان داد که 4/58% از افراد معتاد در خانواده های فوق افسرده هستند و 5/43% مبتلا به اضطراب می باشند. در میان پرسش شونندگان 2 نفر به بیماری اسکیزوفرنی عضو معتاد در خانواده خود اشاره کردند و 7/8% از هیچ بیماری روحی شکایت نداشتند.

عوارض اجتماعی :

معتادان در مصاحبه عمیق مصرف مواد را بر روابط اجتماعی، 6/16% بی تأثیر، 5/75% کاهش روابط با بستگان، آشنایان و دوستان سالم، 23% افزایش روابط با دوستان معتاد و ناسالم را گزارش می کنند.

افراد کلیدی مشکلات اجتماعی معتادان را اینگونه ذکر کرده اند: معتاد انگل جامعه است و جامعه برای وی ارزش قائل نیست (01/34 درصد)، به دلیل اینکه از نگاهی اعتیاد جرم است معتاد مدام در حال فرار و ترس از مأمورین انتظامی است (43/88 درصد)، معتادان فرصت های شغلی خود را از دست میدهند (17 درصد)، استرس، فقر، بیکاری و ناامیدی (80/23 درصد)، بزهکاری، دزدی و درگیری (60/13 درصد) سایر مشکلات اجتماعی معتادان است.

مصاحبه عمیق با 356 نفر از خانواده معتادان نیز در مورد عوارض اجتماعی اعتیاد نشان داد: 4/49% از افراد معتاد در این خانواده ها سابقه دستگیری، زندان و یا ارتکاب به جرایم خانگی دارند و 9/46% هیچ سابقه کیفری نداشته اند.

همچنین در مجموع نتایج حاکی از این نکته است که 41/5% از معتادان با توجه به سابقه اعتیاد و دارا بودن برچسب معتاد، به عنوان یک مجرم طرد شده نگریسته می شوند. عملکرد این افراد متأثر از این نگرش عمومی شکل گرفته است، به طور مثال بد بینی نسبت به آنها بطور طبیعی آنان را از شبکه ارتباطات اجتماعی خارج ساخته است، به ویژه دغدغه تهیه مواد مخدر به عنوان اساسی ترین فعالیت های روزمره، تنها افرادی را در شبکه ارتباطی آنها باقی گذارده که به نوعی در خرید و فروش یا فراهم نمودن مکان مصرف مواد فعال هستند و با آنان همکاری و تعامل دارند.

26/6% این افراد در وضعیت اقدام به طلاق هستند و کانون خانوادگی آنها در حال از هم پاشیدگی است. 14/8% از این افراد انزوا را ترجیح داده و تمایلی به ارتباط با دیگران ندارند. 18/8% از روابط اجتماعی عادی برخوردارند و در میان همسایگان و اقوام پذیرفته شده اند. البته این پذیرش به دلیل همگونی نحوه زیستن میان فرد معتاد و اهالی محل است زیرا در محله زندگی آنها اکثریت معتاد هستند و با یکدیگر تعارضی ندارند. تأمین مواد مخدر مصرفی و مکان مصرف در محل زندگی آنها میسر می شود، لذا همبستگی میان ساکنین امری طبیعی است. پس افرادی که با وجود معتاد بودن، در ارتباطات اجتماعی دچار خللی نشده اند، کسانی هستند که شبکه اجتماعی آنها متناسب با رفتار اعتیادی آنها تنظیم شده است.

مادر یکی از افراد معتاد از استان کرمانشاه می

گوید: " اطرافیان به او مثل دزد نگاه می کنند هرجایی

می رود جوابش می کنند. (یک جمله شایع در اظهارات اکثر خانواده ها)"

همسر فردی معتاد از استان اصفهان می گوید: "همسر فقط با افراد آلوده رفت و آمد می کند."

عوارض رفتاری :

بررسی عوارض رفتاری ناشی از اعتیاد در این مصاحبه نشان می دهد که 8/68% از افراد معتاد رفتار پرخاشگرانه دارند. 1/26% اقدام به ضرب و جرح می نمایند و 7/13% از این افراد اقدام به خودکشی داشته اند. از دیگر شاخص های رفتاری این افراد می توان به گوشه گیری و دوری از جمع اشاره نمود که حدود 3/5% از مصاحبه شوندگان در این شاخص اتفاق نظر دارند. 9/3% تهدید به خودکشی داشته اند و 3/10% متعادل هستند و عارضه رفتاری خاصی در آنها مشاهده نمی شود.

همسر یکی از افراد معتاد در استان تهران می گوید: "به شدت پرخاشگر و عصبی است. . ." (یک جمله شایع در اظهارات اکثر خانواده ها) "پسرم را به علت انجام ندادن تکلیفش طوری زد که لبش پاره شد و دندانش شکست."

مادر یکی از زنان معتاد در استان فارس می گوید: "بچه ها را کتک می زند و موهای خود را می کند."

عوارض خانوادگی :

51/1% از **معتادان** در مصاحبه عمیق اظهار کرده اند که اعتیاد باعث کاهش روابط خانوادگی آنها شده و 21/9% به افزایش اختلافات خانوادگی و تشنج درکانون خانواده اشاره نموده، 7% منجر به طلاق و 18/3% اختلالی را در روابط خانوادگی خود گزارش نکرده اند.

افراد کلیدی مشکلات خانوادگی معتادان را چنین ذکر کرده اند: این افراد منزلتشان را نزد خانواده از دست می دهند (71/42 درصد)، به اعضای خانواده تعهد اخلاقی ندارند (6/80 درصد)، گوشه گیری دارند، مورد سوءظن قرار می گیرند، کم صحبت می کنند و خانواده خود را ترک می کنند (4/08 درصد).

خانواده های معتادان معتقدند 61/7% از افراد معتاد به علت قطع ارتباط عاطفی و عدم حضور مؤثر در خانواده همراه با عدم تعهد و مسئولیت، رابطه سرد و بیروحي را بر فضای خانوادگی حاکم کرده اند. 14% از مصاحبه شوندگان نیز به طور مستقیم به تأثیر مصرف مواد مخدر بر رابطه جنسی و کاهش قوای جنسی اشاره کردند. در عین حال در سردی و روابط کمرنگ عاطفی حاکم بر زندگی اکثریت معتادان مورد مصاحبه کاهش روابط جنسی نیز مستتر بود که اشاره مستقیم به آن نشده بود.

28/3% از این افراد بیان می کنند که ارتباطات خانوادگی آنها مملو از مشاجرات و خشونت است و هیچ گونه مهر و محبتی وجود ندارد. در میان افراد مورد مصاحبه

12/6% روابط خانوادگی خود را عادی می دانند. در واقع عادی بودن ارتباطات مورد نظر در تعاملات خانوادگی حاکی از سایه انداختن حس بی تفاوتی بر اعضای یک خانواده است که در میان سخنان مصاحبه شوندهگان مشاهده می شود.

همسر یکی از افراد معتاد در استان کردستان که 5 سال از ازدواج او می گذرد در مورد ارتباطات زناشویی و خانوادگی همسر خود می گوید: "دایم درگیری و مشاجره در روابطمان حاکم است. (یک جمله شایع در اظهارات اکثر خانواده ها)

مادر یکی از افراد معتاد در استان هرمزگان نیز می گوید: "ما همه از او متنفریم، کاش یا خوب می شد یا می مرد، همه خانواده روانی شدیم

عوارض شغلی و اقتصادی :

معتادان طی مصاحبه عمیق در ارتباط با تأثیر مصرف مواد بر شغل خود، 38/6% آنان متعاقب اعتیاد شغل خود را از دست داده، 25/5% افت عملکرد شغلی داشته، 21% بدون تأثیر، 8/8% قبل از ابتلا به اعتیاد بیکار بوده، و در نهایت به ترتیب اهمیت تعدادی محصل و دانشجو، خانه دار، از کار افتاده و سرباز بودند.

از جنبه اقتصادی نیز 12/7% بی تأثیر، 32% دچار کاهش درآمد، 21/6% بدون درآمد، 17/7% بدون پس انداز، 15% دچار ورشکستگی شده و تمام دارایی خود را از دست داده اند.

عوارض شغلي که بر اعتياد مترتب است از دیدگاه خانواده معتادان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان می دهد که 39% از این افراد بی کارند و 9/37% به علت مصرف مواد مخدر در ساعات کاری آنها اختلال وجود دارد. اختلال در روند کاری این افراد وضعیت شغلي آنها را بی ثبات نشان می دهد به گونه ای که تا مرز تهدید به اخراج رسیده اند.

7/8% از افراد به علت اعتياد از محل کار خود اخراج شده اند و 2/2% رکود شغلي دارند و هیچگونه ارتقاء شغلي نداشته اند. 2/12% به این پرسش پاسخ نداده اند.

همسر فرد معتاد در استان ایلام می گوید: " به علت مصرف مواد شغل خود را از دست داد و بیکار است. (یک جمله شایع در اظهارات اکثر خانواده ها) "

همسر فرد معتاد در استان تهران می گوید: " اعتياد در شغل شوهرم نه تنها تأثیر بد نداشته بلکه کارایی او را بالا برده.

عوارض اقتصادی اعتياد به مواد مخدر نیز از دیدگاه خانواده معتادان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان می دهد 9/37% از افراد به بار هزینه مصرف مواد بر دوش خانواده اشاره کردند که منجر به تحمل فشار تأمین مایحتاج زندگی از جانب دیگر اعضا شده است. 6/28% از افراد بیان کرده اند که امکان گذران زندگی را ندارند و 6/21% را کسانی تشکیل می دهند که با فروش دارایی خود و خانواده زندگی فلاکت باری را می گذرانند. در عین حال 2/6% از کل مصاحبه شوندهگان کسانی هستند که مصرف مواد مخدر فرد معتاد در

خانواده آنها عارضه مالی به همراه نداشته که این نکته ناشی از متمکن بودن یا وجود درآمد جاری مکفی است. از سوی دیگر امکان دارد فرد معتاد در مرحله ای از فرآیند اعتیاد قرار داشته باشد که هنوز به پایه های اقتصادی خانواده صدمات مشهودی وارد نکرده و آثار مصرف در این جنبه نمایان نشده است.

اما به طور کلی می توان گفت 93/6 % از کل مصاحبه شوندهگان به عوارض مخرب مصرف مواد مخدر بر اقتصاد خانواده و تأمین مخارج زندگی اشاره مستقیم داشته اند. همسر یکی از افراد معتاد در استان ایلام می گوید: " به علت مصرف مواد دستمان خالی است و نمی توانیم نیازهایمان را رفع کنیم." (یک جمله شایع در اظهارات اکثر خانواده ها)

همسر یکی از افراد معتاد در استان کرمان می گوید اعتیاد ما را با فقر مالی مواجه کرده "

سایر عوارض:

در مورد سایر مشکلات نیز افراد کلیدی معتقدند به دلیل فراهم کردن مخارج مربوط به مواد معتادان وسایل خانه را می فروشند (47/61 درصد)، و مسائلی از جمله کودک آزاری، همسر آزاری، ناموس فروشی (10/20 درصد) و اختصاص بخش عمده ای از درآمدهای سالم و ناسالم فرد معتاد به خودش (11/9 درصد) نیز سایر مشکلات این افراد را تشکیل میدهد.

بخش ششم:

روابط جنسی

جدول شماره 58- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک سن اولین رابطه جنسی و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		سن اولین رابطه جنسی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
9/7	288	9/6	318	12/9	39	8/2	31	کم تر از 15 سال
13/8	554	13/6	452	14/5	44	3/15	58	15 - 16 سال
21/3	853	21/9	729	16/8	51	3/19	73	17 - 18 سال
17/8	712	17/7	588	19/8	60	9/16	64	19 - 20 سال
12/7	510	12/4	414	13/5	41	6/14	55	21 - 22 سال
10/3	413	10/3	342	9/9	30	8/10	41	23 - 24 سال
12/2	489	12/3	411	10/6	32	2/12	46	25 - 29 سال
2/3	91	2/3	75	2	6	2/6	10	30 سال و بیشتر
100	4010	100	3329	100	303	100	378	جمع

جدول شماره 59- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک زمان آخرین رابطه جنسی و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		زمان آخرین رابطه جنسی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
31/7	1285	32/4	1094	8/8	26	43	165	یک هفته گذشته
12/2	494	13/3	449	3	9	9/4	36	هشت تا 14 روز گذشته
15	607	15/5	522	13/2	39	12	46	15 تا 30 روز پیش
17/9	725	17/2	581	26/4	78	2/17	66	1 تا 6 ماه پیش

23/3	943	21/6	728	48/6	144	/5 18	71	بیش از 6 ماه پیش
100	4054	100	3374	100	296	100	384	جمع

62/6 درصد معتادان نمونه تحقیق زیر سن 20 سالگی رابطه جنسی خود را آغاز کرده اند (جدول شماره 58) و با کنار گذاشتن نمونه معتادان زندانی می توان مشاهده کرد که حدود 38/8 درصد معتادان خیابانی و 35/7 درصد معتادان مراکز درمانی بیش از 1 ماه است که رابطه جنسی نداشته اند. و احتمالاً محاسبه این رقم در معتادان متأهل از ناتوانی جنسی معتادان پرده برخواهد داشت. (جدول شماره 59)

جدول شماره 60- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک میزان استفاده از کاندوم و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		میزان استفاده از کاندوم
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
16/5	658	17	563	11/7	35	16	60	اغلب اوقات
6	239	6/1	202	5/4	16	5/6	21	نیمی از موارد
6/6	261	6/8	225	5	15	5/6	21	کمتر از نیمی از موارد
23/3	929	24/3	804	16/1	48	/5 20	77	به ندرت
47/6	1895	45/8	1514	61/9	185	/3 52	196	اصلاً

100	3982	100	3308	100	299	100	375	جمع
-----	------	-----	------	-----	-----	-----	-----	-----

تنها 16/5 درصد معتادان از کاندوم استفاده می کنند
(جدول شماره 60)

جدول شماره 61- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک سابقه ارتباط جنسی با فردی غیر از همسر و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		سابقه ارتباط جنسی با فردی غیر از همسر
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
42/3	2085	43/9	1795	32	124	7/36	166	بله
57/7	2845	56/1	2296	68	263	3/63	286	خیر
100	4930	100	4091	100	387	100	452	جمع

جدول شماره 62- توزیع فراوانی زنان نمونه تحقیق به تفکیک تعداد دفعات ارتباط جنسی با فردی غیر از همسر و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		تعداد دفعات ارتباط جنسی با فردی غیر از همسر
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
4/2	3	4/9	3	0	0	0	0	1 بار
5/6	4	4/9	3	0	0	50	1	2 بار
5/6	4	4/9	3	12/5	1	0	0	3 بار
1/4	1	1/6	1	0	0	0	0	4 بار
8/5	6	6/6	4	12/5	1	50	1	5-9 بار

5/6	4	6/6	4	0	0	0	0	10-19 بار
5/6	4	4/9	3	12/5	1	0	0	20-29 بار
7	5	8/2	5	0	0	0	0	30-49 بار
56/3	40	57/4	35	62/5	5	0	0	50 بار به بالا
100	71	100	61	100	8	100	2	جمع

84/7 درصد معتادان متأهل سابقه رابطه جنسی با فردی غیر از همسر را ذکر می کنند که این رقم در معتادان خیابانی بیش از سایر گروههاست. (جدول شماره 61) دفعات این ارتباط در معتادان زن خیابانی نیز بیش از سایر گروههای تحقیق است (جدول شماره 62)

جدول شماره 63- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک تعداد دفعات ارتباط جنسی با فرد غیر روسپی ویژه مردان و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		تعداد دفعات ارتباط جنسی با فرد غیر روسپی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
9/8	125	10	110	9/1	6	8/5	9	1 بار
11/7	149	11/3	124	18/2	12	3/12	13	2 بار
7/6	97	7/6	84	4/5	3	9/4	10	3 بار
4/8	61	4/5	49	3	2	9/4	10	4 بار
15/8	201	16/6	183	15/2	10	7/5	8	5-9 بار
17/8	226	18/3	201	16/7	11	2/13	14	10-19 بار

8/9	113	8/5	94	10/6	7	/3 11	12	20-29 بار
5	64	5/1	56	7/6	5	2/8	3	30-49 بار
18/6	236	18/1	199	15/2	10	/5 25	27	50 بار به بالا
100	1272	100	1100	100	66	100	106	جمع

طبق جدول شماره 63 می توان مشاهده کرد که تعداد 1272 نفر از مردان شرکت کننده در تحقیق اظهار کرده اند که با زنانی غیر از همسرشان که غیر روسپی بوده اند رابطه جنسی داشته اند و 50/3 درصد این افراد بیش از 10 بار این رابطه را برقرار کرده اند.

جدول شماره 64- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک تعداد دفعات ارتباط جنسی با فرد روسپی ویژه مردان و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		تعداد دفعات ارتباط جنسی با فرد روسپی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
12/4	146	12/6	132	5/9	3	/9 14	11	1 بار
15	176	15/4	162	9/8	5	/2 12	9	2 بار
8/7	102	8/9	93	7/8	4	6/8	5	3 بار
5/6	66	5/5	58	7/8	4	5/4	4	4 بار
16/4	193	16/1	169	21/6	11	/6 17	13	5-9 بار
15/9	187	16/6	174	11/8	6	9/5	7	10-19 بار

7/2	84	7/4	78	7/8	4	2/7	2	20-29 بار
4/3	50	3/8	40	9/8	5	6/8	5	30-49 بار
14/5	170	13/6	143	17/6	9	/3 24	18	50 بار به بالا
100	1174	100	1049	100	51	100	74	جمع

مردان شرکت کننده در تحقیق که با زنان روسپی ارتباط داشته اند 1174 نفر بوده اند که از میان این افراد حدوداً 42 درصدشان بیش از 10 بار ارتباط جنسی با فرد روسپی را ذکر می کنند. البته تعداد این ارتباط در میان معتادان زندانی بیش از سایر گروه هاست.

جدول شماره 65- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک سابقه رابطه جنسی با همجنس و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		سابقه رابطه جنسی با همجنس
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
13/3	655	14/3	587	9/3	36	7/1	32	بله
86/7	4275	85/7	3504	90/7	351	/9 92	420	خیر
100	4930	100	4091	100	387	100	452	جمع

13/3 درصد معتادان سابقه رابطه با همجنس را ذکر می کنند که این رقم در معتادان زندانی و مراکز درمانی بسیار کمتر از معتادان خیابانی است. (جدول شماره 65)

جدول شماره 66- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک تعداد دفعات ارتباط جنسی با افراد همجنس و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		تعداد دفعات ارتباط با افراد همجنس
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	

د	اد	د	اد	د	اد	د	اد	
11	69	11/2	63	3	1	/1 16	5	1 بار
12/9	81	13	73	18/2	6	6/5	2	2 بار
10/2	64	10/3	58	6/1	2	/9 12	4	3 بار
4/6	29	4/1	23	12/1	4	6/5	2	4 بار
6/7	42	7/1	40	6/1	2	0	0	5 بار
20/3	127	21/7	122	9/1	3	6/5	2	10-6 بار
10/5	66	10/1	57	21/2	7	6/5	2	20-11 بار
3/5	22	3/7	21	3	1	0	0	30-21 بار
1/8	11	1/6	9	0	0	6/5	2	40-31 بار
2/7	17	2/5	14	3	1	6/5	2	50-41 بار
15/7	98	14/6	82	18/2	6	/3 32	10	51 بار و بیشتر
100	626	100	562	100	33	100	31	جمع

34 درصد افرادی که رابطه با همجنس داشته اند بیش از 10 بار این رابطه را برقرار کرده اند.

بخش هفتم:

جرم

جدول شماره 67- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک سابقه دستگیری و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		سابقه دستگیری
درصد د	تعداد اد	درصد د	تعداد اد	درصد د	تعداد اد	درصد د	تعداد اد	
42/8	2109	38/6	1578	94/6	366	/5 36	165	بله

57/2	2821	61/4	2513	5/4	21	/5 63	287	خیر
100	4930	100	4091	100	387	100	452	جمع

جدول شماره 68- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک تعداد دفعات دستگیر شدن و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		تعداد دفعات دستگیر شدن
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
41/7	856	41/7	636	39/7	144	/9 46	76	1 بار
24	493	24/5	374	24/2	88	/1 19	31	2 بار
10/2	209	10/3	158	8/8	32	/7 11	19	3 بار
5/5	113	5/7	87	5/5	20	3/7	6	4 بار
5/3	109	5/5	84	4/4	16	5/6	9	5 بار
7/5	154	7/1	108	9/1	33	8	13	6-10 بار
3/8	78	3/3	51	6/3	23	2/5	4	11-20 بار
0/6	12	0/5	8	0/8	3	0/6	1	21-30 بار
0/3	6	0/2	3	0/8	3	0	0	31-40 بار
0/2	4	0/1	2	0/3	1	0/6	1	41-50 بار
0/9	18	1	16	0	0	1/2	2	51 بار و بیشتر
100	2052	100	1527	100	363	100	162	جمع

42/8 درصد معتادان سابقه دستگیری را ذکر می کنند و این سابقه نزد معتادان زندانی بیش از سایر گروه هاست (جدول شماره 67) سابقه دستگیری در بین معتادان اکثر در حدود 1 بار است. (7/41 درصد) و افراد با سابقه در میان معتادان نمونه که بیش از 5 بار دستگیر شده باشند در حدود 3/13 درصد است. به عبارت دیگر 7/86 درصد معتادان دستگیر شده حدود 5 بار سابقه دستگیری داشته اند و افراد

با سابقه دستگیری حدود 1 تا 2 بار به رقمی در حدود 63/7 درصد می رسد.

جدول شماره 69- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک سابقه زندانی شدن و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		سابقه زندانی شدن
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
34/6	1704	29/5	1207	94/8	367	8/28	130	بله
65/4	3226	70/5	2884	5/2	20	2/71	322	خیر
100	4930	100	4091	100	387	100	452	جمع

34/6 درصد معتادان سابقه زندانی شدن داشته اند و همچنان سابقه زندان در بین معتادان زندانی بیش از سایر دوره هاست که این امر دور از انتظار هم نیست (جدول شماره 69)

جدول شماره 70- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک تعداد دفعات زندانی شدن و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		تعداد دفعات زندانی شدن
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
48/8	819	49/7	588	45/6	167	6/49	64	1 بار
21/5	361	21/6	256	22/7	83	1/17	22	2 بار
9/2	155	9/5	112	8/7	32	8/5	11	3 بار
4/3	73	4/3	51	4/4	16	4/7	6	4 بار
4/7	79	4/8	57	4/6	17	3/9	5	5 بار
6/9	116	5/7	68	9/8	36	9/3	12	6-10 بار

3/5	58	3/5	42	3/3	12	3/1	4	20- 11 بار
0/4	7	0/2	2	0/5	2	2/3	3	30- 21 بار
0/1	2	0/1	1	0/3	1	0	0	40- 31 بار
0/1	1	0/1	1	0	0	0	0	50- 41 بار
0/5	8	0/5	6	0	0	1/6	2	51 بار و بیشتر
100	1679	100	1184	100	366	100	129	جمع

جدول شماره 70 نشان می دهد حدود 70 درصد معتادان نمونه تحقیق 1 تا 2 بار سابقه زندانی شدن دارند. و بین گروه های مختلف معتادان تفاوت قابل توجهی به چشم نمی خورد.

جدول شماره 71- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک نوع جرم منجر به دستگیری یا زندانی شدن و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		نوع جرم منجر به دستگیری یا زندانی شدن
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
27	1336	23/6	967	67/4	261	9/23	108	مصرف مواد
10/1	499	8/5	350	30/7	119	6/6	30	خرید و فروش مواد
8/4	414	8/4	344	10	39	6/9	31	ضرب و جرح
5/3	264	4/2	173	19/9	77	3/1	14	سرقت
2/9	142	2/9	120	3/1	12	2/2	10	تصادف رانندگی
1	52	0/9	37	2	8	1/5	7	کلاهبرداری
2/6	127	2/4	98	4/9	19	2/2	10	ایجاد مزاحمت
7/6	377	7	286	14/2	55	8	36	سایر

بیشترین جرم معتادان دستگیر یا زندانی شده مصرف مواد 27 درصد خرید و فروش مواد (10 درصد) و ضرب و جرح (8/4 درصد) بوده است. گفتنی است میزان جرایم در گروه زندانی در تمامی ستونها از سایر گروه های تحقیق بسیار بیشتر است

بخش هشتم:

درمان

جدول شماره 72- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک سابقه اقدام به درمان و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		سابقه اقدام به درمان
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
61/5	3034	57/8	2363	74/7	289	75/84	382	بله
38/5	1896	42/2	1728	25/3	98	75/15	70	خیر
100	4930	100	4091	100	387	100	452	جمع

سابقه اقدام به درمان در معتادان حدود 61/5 درصد است. و رقم مراجعین 84/5 درصدی با سابقه ترک در بین معتادان مراجع به مراکز درمانی نشان می دهد این افراد علاقمند

به درمان اعتیاد هستند و سابقه درمان آنان از سایر گروه ها بیشتر است. (جدول شماره 72)

جدول شماره 73- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک تعداد دفعات اقدام به درمان و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		تعداد دفعات اقدام به درمان
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
20	578	19/5	440	23/1	62	9/20	76	1 بار
19/5	562	18/7	422	24/6	66	3/20	74	2 بار
15/2	440	14/8	335	17/2	46	2/16	59	3 بار
8/6	247	8/6	195	7/1	19	9/1	33	4 بار
6/8	195	7/5	169	3	8	4/9	18	5 بار
15/9	460	16/7	376	15/3	41	8/11	43	6-10 بار
3/1	89	3	67	2/2	6	4/4	16	11-15 بار
4/3	123	4/3	97	2/6	7	5/2	19	16-20 بار
6/7	194	6/9	155	4/9	13	7/1	26	21 بار و بیشتر
100	2888	100	2256	100	268	100	364	جمع

70 درصد معتادان تا 5 بار سابقه اقدام به درمان دارند و نزدیک به 30 درصد آنان بیش از 5 بار به درمان اقدام کرده اند. (جدول شماره 73)

جدول شماره 74- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک مدت زمان از اولین مصرف تا اولین اقدام به درمان و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		مدت زمان از اولین مصرف تا اولین اقدام به درمان
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
22	640	21/8	494	28/5	79	/1 18	67	1 سال
16/6	484	17	385	17	47	/1 14	52	2 سال
13/7	398	14	317	15/9	44	10	37	3 سال
9/7	283	10	227	7/9	22	9/2	34	4 سال
11	320	11/6	263	5/4	15	/4 11	42	5 سال
14/9	435	14	317	15/5	43	/3 20	75	6-9 سال
7/1	207	6/8	155	6/1	17	9/5	35	10-14 سال
4/9	144	4/7	106	3/6	10	7/6	28	15 سال و بیشتر
100	2911	100	2264	100	277	100	370	جمع

نزدیک به نیمی از معتادان (6/47 درصد) 4 سال بعد از آغاز مصرف اقدام به درمان می کنند. این رقم در

معتادان مراجع به مراکز درمانی 58 درصد و معتادان زندانی 38/5 درصد است. (جدول شماره 74)

جدول شماره 75- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک مکان مراجعه برای اولین بار درمان و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		مکان مراجعه اولین بار درمان
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
23	707	23/5	564	14/3	41	6/26	102	مطب خصوصی یا کلینیک
6/5	200	7/3	176	2/8	8	4/2	16	عطاری
1/2	36	1	23	4/2	12	0/3	1	گروه های خودیاری
2/5	77	2/6	63	2/1	6	2/1	8	منزل دوستانم
10/3	318	9/4	227	9/4	27	7/16	64	مراکز درمانی دولتی
2/5	78	2/3	55	4/9	14	2/3	9	
47/3	1454	48/1	1156	45/5	130	8/43	168	منزل خودم
6/5	200	5/7	137	16/4	47	4/2	16	سایر
100	3075	100	2405	100	286	100	384	جمع

جدول شماره 75 نشان می دهد نزدیک به نیمی از معتادان (47/3 درصد) اولین بار در منزل خود اقدام به درمان کرده اند و همین مکانها مراجعه جهت ترک مطب خصوصی یا کلینیک بوده است. البته سایر روشها در معتادان زندانی در اولویت دوم است میزان مراجعه به کلینیک در گروه

معتادان زنداني با 2 گروه ديگر تفاوت بسياري دارد.
 (10 درصد) مراکز درمان دولتي سهم اندک در ترک معتادان
 طي سالهاي گذشته داشته اند (12/8 درصد)

جدول شماره 76- توزيع فراواني جمعيت نمونه تحقيق به تفکيک
 نوع روش براي درمان اعتياد و سه حوزه تحقيق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درماني		نوع روش براي درمان اعتياد
درصد د	تعداد اد	درصد د	تعداد اد	درصد د	تعداد اد	درصد د	تعداد اد	
64	1944	63/8	1508	50/1	145	/1 76	291	دارو درماني
5/7	173	5	116	5/1	15	11	42	TC مرکز اجتماع درمان مدار
11/4	348	10/5	250	12/1	35	/4 16	63	گروه هاي خودياري
54/3	1649	55/3	1307	55	159	48	183	بدون هيچ دارويي (يابويي)
4	120	3/8	91	2/7	8	5/4	21	زوج درماني و خانواده درماني
8/1	248	6/4	152	6/9	20	/8 19	76	گروه درماني
4	123	4/4	105	1/3	4	3/6	14	فوق سريع
26/8	815	28/7	680	12/4	36	26	99	داروهاي گياهي
24/2	737	25/6	607	13/4	39	/8 23	91	کپسول دست ساز
20/3	618	20/6	489	16/6	48	/2 21	81	سايير قرص هاي مخدر
9/3	283	8/2	194	20	58	8/1	31	سايير
-	-	-	-	-	-	-	-	جمع

جدول شماره 76 نشان مي دهد حدود 64 درصد معتادان از دارو براي درمان بهره مي گيرند و 54/3 درصد آنان بدون هيچ گونه مداخله دارويي و روي رواني به اين كار مبادرت مي ورزند. حدود 51 درصد معتادان به كپسولهاي دست ساز و داروهاي گياهي گرايش دارند و 20/3 درصد آنان از ساير قرص هاي مخدر براي ترك استفاده مي كنند. كل مداخلات تخصصي درمان اعتياد در معتادان زنداني کمتر از ساير گروه هاي تحقيق است

جدول شماره 77- توزيع فراواني جمعيت نمونه تحقيق به تفكيك نوع روش آخرين ترك و سه حوزه تحقيق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		نوع روش آخرین ترك
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
34/3	1457	33/5	1129	25/8	87	44	241	دارو درمانی
2/9	125	2/2	73	3/6	12	7/3	40	TC مرکز اجتماع درمان مدار
5	211	4/2	141	6/8	23	8/6	47	گروه هاي خودياري
22	936	22/4	753	33/2	112	13	71	بدون هيچ دارويي (يابويي)
2/6	111	2/8	95	1/2	4	2/2	12	زوج درمانی يا خانواده درمانی
3/8	162	3	101	3	10	9/3	51	گروه درمانی
1/8	78	2	67	1/2	4	1/3	7	فوق سريع
9/2	391	10/5	355	3/3	11	4/6	25	داروهاي گياهي
7/4	314	8/4	283	2/7	9	4	22	كپسول هاي دست ساز
7/1	303	7/7	261	5/6	190	4/2	23	ساير قرص هاي مخدر
3/9	165	3/3	110	13/6	46	1/6	9	ساير

100	4253	100	3368	100	337	100	548	جمع
-----	------	-----	------	-----	-----	-----	-----	-----

براساس یافته های جدول 77، 34/3 درصد معنادان آخرین بار از دارودرمانی برای درمان خود استفاده کرده اند و 22 درصد آنان نیز هیچ مداخله ای را برای درمان مورد استفاده قرار نداده اند

جدول شماره 78- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک مدت پرهیز در آخرین بار درمان و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		مدت پرهیز (ماه)
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
28/4	765	28/3	596	23/3	60	7/32	109	1
15/8	427	16/5	348	14/8	38	3/12	41	2
11/7	315	10/7	226	12/5	32	1/17	57	3
10/6	287	10/5	221	10/9	28	4/11	38	4-5
10/2	276	9/9	209	13/2	34	9/9	33	6-7
6/3	169	6/3	132	8/9	23	4/2	14	8 -10
17	459	17/8	376	16/3	42	3/12	41	11 و بیشتر
100	2698	100	2108	100	257	100	333	جمع

حدود 83 درصد معتادان بعد از آخرین روش درمانی خود کمتر از یک سال پاکي داشته اند و 60 درصد معتادان زیر 3 ماه پاکي خود را حفظ کرده اند.

جدول شماره 79- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک تعداد دفعات اقدام به ترک در طول یک سال گذشته و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		تعداد دفعات اقدام به ترک در طول یک سال گذشته
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
32/3	980	35	828	28/7	83	18/1	69	0
40/7	1235	38/3	905	48/8	141	49/5	189	1
15/4	468	15/2	360	13/1	38	18/3	70	2
6/03	183	6/1	145	4/8	14	6/3	24	3
5/5	168	5/4	125	4/6	13	7/8	30	4 بار به بالا
100	3034	100	2363	100	289	100	382	جمع

27/2 درصد معتادان در سال گذشته سابقه بیش از 1 بار ترک داشته اند. و این رقم در معتادان زندانی کمتر از سایر معتادان است. (جدول شماره 79)

تجربه معتادانی که سابقه ترک داشته اند مؤید آن است که 20/7% درمان سرپایی، 16/1% درمان بستری، 11/1% درمان رفتاری شناختی، 8/8% دارودرمانی، 5/6% گروه درمانی و با درصد کمتر به ترتیب اهمیت گروههای خودیاری، T.C، مشاوره، متادون، درمان غیردارویی، نالتروکسان و ترک در منزل (یابویی) را جزء درمان های خوب و مؤثر برشمرده اند. همچنین 7/2% ترک در منزل (یا بویی) را برد قلمداد نموده اند. 14/8% از معتادان انگیزه و اراده فرد معتاد، 6/2%، درمان وسوسه بعد

از سم زدایی، و با اهمیت کمتر و به ترتیب اولویت حمایت جامعه، اطرافیان و نگرش آنان، شدت و نوع اعتیاد و صفات شخصیتی فرد و در نهایت اشتغال بعد از ترک را جزء عوامل مؤثر در فرآیند ترک و درمان فرد معتاد می دانند. 5/2% معتادان از رفتار درمان گران اظهار رضایت نموده اند و بقیه در این خصوص اظهار نظری نداشتند.

معتادی از استان لرستان می گوید: *درمان سرپایی بهتر است. گروه درمانی و رفتار درمانی نیز به خاطر اطلاعاتی خوبی که به ما می دهند خوب است.* (یک جمله شایع در اظهارات اکثر افراد معتاد)

معتادی از استان اصفهان در ارتباط با تجربه خود در مورد ترک می گوید: *داشتن یک مشاور از دارو و قرص به مراتب مؤثرتر است. کسی که بتواند فرد معتاد را درک کند و دلسوز واقعی باشد. معتاد دوست دارد بقیه به چشم یک آدم به او نگاه کنند. انسانی است که مرتکب اشتباه شده و دوست دارد به زندگی برگردد.*

مصاحبه عمیق با 356 نفر از خانواده معتادان نیز در مورد درمان پذیر بودن اعتیاد نشان داد: 7/29% از این افراد معتقدند که اعتیاد بدون هیچ شرطی درمان پذیر است و

4/38% درمان را مشروط به اراده و پذیرش فرد معتاد می دانند. در این گروه از عبارات دیگری استفاده شده است که حاکی از این اصل است که درمان اعتیاد به راحتی امکان پذیر نیست و مقید به شروطی است. از جمله شروط عنوان شده می توان به حمایت اجتماعی و خانوادگی

یا استفاده از روشهای گروه معتادان گمنام اشاره کرد. 2 نفر از افراد بیان کردند که از نظر جسمی می توان از اعتیاد رهایی یافت اما وابستگی روحی از اعتیاد امکان ندارد.

3/21% اعتیاد را درمان ناپذیر می دانند به ویژه معتادان تزریقی را از جمله معتادانی می دانند که امیدی به درمانشان نیست. 6/5% احتمال درمان را مطرح کردند ولی ترک کامل را ممکن نمی دانند و 3/5% اطلاعی ندارند که اعتیاد درمان پذیر است یا نه.

مادر فرد معتادی در استان هرمزگان می

گوید: "مهم خودش است که اراده کند اگر اراده داشته باشد ترک می کند وگرنه نمی تواند." (یک جمله شایع در اظهارات اکثر خانواده ها)

مادر فرد معتادی از استان تهران می گوید: "خیر

درمان پذیر نیست مگر با مرگ و مردن."

در پاسخ به این پرسش که آیا عضو معتاد در خانواده اقدام به ترک داشته است یا نه، 5/41% از افراد مصاحبه شونده بیان کردند که اقدام به ترک صورت گرفته است.

8/39% از افراد معتاد بارها اقدام به ترک داشته اند و 1/69% از افراد فوق در ترک موفق نبوده اند و مصرف را آغاز کرده اند. 5/7% از افراد معتاد در حال حاضر مصرف نمی کنند و 2/4% موفق به ترک شده اند. در میان مصاحبه شوندهگان 9/17% اذعان داشتند که فرد مورد نظر سابقه ترک نداشته است.

مادر فرد معتادی از استان اردبیل می گوید: " هزار بار اقدام به ترک داشته ولی همیشه ناموفق بوده است. " (یک جمله شایع در اظهارات اکثر خانواده ها) مادر فردی معتاد از استان فارس می گوید: " ترک کرد بیمار روانی شد و در بیمارستان بستری شد. "

در پرسش نهایی میزان همکاری با فرد معتاد در امر ترک مواد مخدر بررسی شد. 67/4% از افراد بیان کردند که در همه مراحل درمان و با تمام توان خویش در کنار عضو معتاد در خانواده بوده اند. 10/1% ذکر می کنند که تا زمانی به همکاری خود ادامه داده اند که خود فرد معتاد در درمان ثابت قدم بوده است و به محض لغزش وی این حمایت منتفی شده است. 7/5% تمایلی به همکاری نشان نداده اند و با این استدلال که ما نمی توانیم به او کمک کنیم و باید خودش بخواهد، این عدم تمایل را توجیه می کنند. در عین حال عودهای مکرر فرد معتاد، اطرافیان را در همکاری مجدد دلسرد ساخته است. 4/4% معتقدند که با وجود بی فایده بودن همکاری در درمان فرد معتاد در خانواده خود، باز او را رها نمی کنند و کنارش خواهند بود.

مادر فرد معتاد از استان اصفهان می گوید: " در واقع خودمان را وقف او کردیم همه امکاناتی برایش فراهم کردیم به ویژه از لحاظ مالی حمایتش کردیم ولی نتیجه نداشت (یک جمله شایع در اظهارات اکثر خانواده ها)

همسر يك فرد معتاد از استان اردبيل مي گويد: " او همكاري مرا قبول ندارد و اين را يك ننگ براي مرد تصور مي كند."

جدول شماره 80- توزيع فراواني معتادان دريافت كننده خدمت در مراكز درماني دولتي و خصوصي به تفكيك نوع خدمات

اطلاعات مربوط به مراكز درمان دولتي و خصوصي/ پرسشنامه 7

ردیف	نوع خدمات	دولتي (36 مركز)	خصوصي (71 مركز)
1	سم زدایي سرپايي معمولي	6607	16185
2	سم زدایي سريع (RD)	14	167
3	سم زدایي تبري (بدون URD)	91	506
4	سم زدایي فوق سريع URD	3	88
5	گروه درماني	2991	3113
6	مصاحبه انگيزشي	3572	9701
7	خانواده درماني و آموزش خانواده	1200	5847
8	پيگيري پس از ترك	9713	7684

11699	4545	روان درمانی فردی	9
785	392	گروههای خودیاری	10
1671	285	درمان نگهدارنده با متادون	11
229	10	درمان نگهدارنده با بوپره نورفین	12
6352	6015	توزیع سرنگ و سرسوزن	13
19356	1120	توزیع کاندوم	14
2176	986	آموزش روابط سالم جنسی	15
3231	999	آموزش روابط سالم فردی	16
2886	1128	آموزش روابط سالم گروهی	17
2869	1766	آموزش روابط سالم خانوادگی	18

در جدول شماره 80 میتوان ملاحظه کرد موارد سم زدایی معمولی در مراکز خصوصی به ازای هر مرکز 228 نفر و در مراکز دولتی 183 نفر است. غالب خدمات در مراکز خصوصی بیش از مراکز دولتی است و تنها در مورد خدمات تخصصی و آیین نامه ای مانند گروه درمانی، پیگیری پس از ترک خدمات مراکز دولتی بیشتر است. در سایر موارد از جمله خانواده درمانی، مصاحبه انگیزشی و غیره مراکز خصوصی همچنان پیشتاز بودند

جدول شماره 81- توزیع فراوانی موارد مشاهده شده در مراکز به تفکیک نوع مرکز و نوع درمان ارائه شده

TC	بستری	نوع درمان		مرکز	استان	مورد مشاهده شده
		سرپایی	دولتی			

					1) نیرو	
					1-1) بکارگیری نیروی انسانی غیرمرتبط (از نظر رشته تحصیلی)	
		✓	✓	چهارمحال و بختیاری	1-1-1) علوم اجتماعی	
✓			✓	خراسان	"	
		✓	✓	اردبیل	"	
		✓	✓	قزوین	"	
		✓	✓	سیستان و بلوچستان	2-1-1) تغذیه	
		✓	✓	هرمزگان	3-1-1) منشی دیپلمه کار مددکار اجتماعی را انجام می دهد	
		✓	✓	کرمانشاه	"	
		✓	✓	آذربایجان شرقی	4-1-1) کارشناس بهداشت به عنوان ناظر دارویی همکاری می کند	
		✓	✓	سیستان و بلوچستان	5-1-1) کارشناس پرستاری و پزشک گروه درمانی می کنند	
		✓	✓	همدان	6-1-1) منشی کار آزمایشگاه را انجام می دهد	
		✓	✓	مازندران	2-1) همکاری با روانپزشکان به صورت ساعتی	
		✓	✓	مرکزی	"	
		✓	✓	هرمزگان	"	
		✓	✓	قزوین	"	
		✓	✓	اصفهان	3-1) نبود روانپزشک	
✓			✓	اصفهان	"	
		✓	✓	اصفهان	"	
		✓	✓	آذربایجان غربی	4-1) نبود روانشناس	
		✓	✓	بوشهر	"	
✓			✓	اصفهان	5-1) همکاری با روان شناس به صورت پاره وقت	
		نوع درمان	مرکز	استان	مورد مشاهده شده	

TC	بستري	سرپايي	دولتي	خصوصي		
		✓		✓	لرستان	6-1) از ياور استفاده مي شود
		✓		✓	فارس	7-1) گلايه مدير مركز از هزينه بالاي نيروي انساني
2) وضعيت همكاري با تشكلهاي غيردولتي (NGO ها)						
		✓		✓	قم	1-2) در اختيار گذاشتن محل براي برگزاري جلسات NA و برگزاري همزمان جلسات NA (با استقبال مراجعان روبه رو شده است)
		✓		✓	آذربايجان شرقي	2-2) ارجاع به NA
		✓	✓		سمنان	"
		✓	✓		سمنان	"
		✓	✓		كرمانشاه	3-2) ارتباط با گروههاي خودياري
		✓		✓	آذربايجان غربی	3) مركز در واقع يك مطب خصوصي است
		✓		✓	بوشهر	"
		✓		✓	مازندران	4) مركز در نوبت عصر با امكانات بلااستفاده بهزيستي كار مي كند
		✓		✓	چهارمحال و بختياري	"
5) بازتواني و درمانهاي غيردارويي						
		✓		✓	ياسوج	5-1) پذيرش و مشاوره در نوبت صبح و دارودرمانی و خدمات پزشکی در نوبت عصر انجام می شود

بر اساس مندرجات جدول 81 ميتوان دريافت برخي مراكز نيروي انساني غير مرتبط را بكار گرفته اند. از آن جمله ميتوان به خدمات فردي ديپلمه در سمت مددكار، كارشناس پرستاري به عنوان گروه درمانگر و منشي بجاي مسئول آزمایشگاه اشاره کرد.

همچنین برخی مراکز نیروهای انسانی غیر مرتبط را بکار گرفته اند که از آن جمله نیز میتوان به جامعه شناس و کارشناس تغذیه اشاره کرد.

برخی مراکز با روانپزشک و روانشناس قرارداد پاره وقت دارند و برخی مراکز نیز روانپزشک و روانشناس ندارند. یکی از مراکز از امکانات دولتی در ساعات غیر فعال استفاده میکند.

از فعالیتهای موثر در زمینه درمان میتوان به برگزاری جلسات NA در مرکز اشاره کرد.

یکی از مراکز از هزینه نیروی انسانی متخصص شکایت داشت یا به عبارتی خدمات جامع با نیروهای تخصصی را برای بخش خود هزینه - اثر بخش نمیدانست.

بخش نهم:

سایر یافته ها

تعریف معتاد:

294 نفر از افراد کلیدی در کشور در مصاحبه عمیق معتاد را اینگونه تعریف کرده اند: کسی که همیشه مواد مصرف می کنند و نمی تواند آن را ترک کند و با ترک علائم محرومیت نشان می دهد (95/47 درصد)، فردی که از نظر فیزیولوژیکی به ماده غیرطبیعی نیاز طبیعی و روزانه پیدا کند (1/02 درصد)، فردی که علیرغم میل باطنی خود، اجبار فزاینده ای را برای تکرار یک رفتار آسیب زا انجام می دهد و تلاش او برای اجتناب از آن با شکست مواجه می شود (1/36 درصد).

یک درمانگر اعتیاد در استان آذربایجان شرقی میگوید: که معتاد فردی است که ملاک های DSM چهار را داشته باشد.

یک فرد کلیدی در استان بوشهر عقیده دارد که معتاد کسی است که در 365 روز، حداقل یک بار مواد مصرف کند. فرد کلیدی دیگری معتقد است: معتاد فرد فقیری است که مواد مخدر مصرف نموده است و به علت فقر از تغذیه مناسبی برخوردار نیست.

افراد کلیدی در زمینه ارزیابی فعالیت های نیروی انتظامی در مبارزه با عرضه میگویند: به دلیل اینکه راه ورود مواد مخدر زیاد است، توان نیروی انتظامی کم است و بسیار ضعیف است. (85/03 درصد)، 1/70 درصد از افراد کلیدی معتقدند که فعالیت نیروی انتظامی عالی است و در نهایت (13/27 درصد) فعالیت نیروی انتظامی را در زمینه مبارزه با عرضه در سطح متوسط ارزیابی می کنند.

افراد کلیدی در زمینه ارزیابی فعالیت های کاهش تقاضا میگویند:

این فعالیت ها مثبت و یا تا حدودی مثبت هستند (87/57 درصد). این فعالیت ها مؤثر نیستند (10/20 درصد). حدود 2/23 درصد افراد کلیدی نیز پاسخ هایی حاکی از یک راه حل ارائه داده اند، از جمله حذف صحنه های استعمال

سیگار به خصوص توسط شخصیت های محبوب فیلم ها و داستانها، از بین بردن مافیای مواد مخدر.

رفتارهای بعد از مصرف:

معتادان طی مصاحبه ای عمیق در پاسخ به این سؤال که پس از مصرف مواد چه کارهایی انجام می دهید؟ 20/2% از معتادان اظهار کرده اند که فعالیت های روزانه را بهتر و با انرژی بیشتری انجام می دهند. و 20% انجام فعالیت های عادی روزانه، 18/3% استراحت و چرت زدن، 12% سیگار کشیدن، 8/3% تحرک زیاد و پرحرفی، 8/5% گوشه گیری و خلوت کردن با خود را به عنوان رفتارهای زمان نئشگی ذکر کرده اند. بقیه افراد به ترتیب اهمیت، تفریح و گردش، خوش بودن با خود، خیال پردازی، تماشای تلویزیون و فیلم، مطالعه، گوش دادن به موسیقی، فکر تهیه نوبت بعدی مواد (نئشگی بعدی)، نوشیدن چای، خوشگذرانی با دوستان، عصبانیت و پرخاشگری و در نهایت ناراحت شدن و تصمیم برای ترک را به عنوان رفتارهای زمان نئشگی خود ذکر می کنند.

یافته های **مردم نگاری** تحقیق در مورد رفتارهای بعد از مصرف نشان میدهد:

معتادان بعد از مصرف کنترل آب بینی و بزاق خود را از دست میدهند، حرفهای بی ربط میزنند، کارهای عجیب و غریب میکنند، شادی و سرخوشی کاذب دارند، ، حال و آینده را فراموش میکنند، به گذشته فکر میکنند، از مسئولان دولتی برای جلوگیری نکردن از توزیع مواد انتقاد میکنند، رفتار های جنسی دارند، برای زنان محل مزاحمت ایجاد میکنند، سر حال و مهربان می شوند، برای ترک

سیگار و مواد اظهار آمادگی میکنند، شیرینی و یخ‌مک را میبلعند، انگشتان خود را میسوزانند و برخی دچار مسمومیت می‌شوند که دیگران 1cc جوهر لیمو به آنها می‌زنند که حالشان خوب شود.

معتادان از سایر رفتارهای همراه مصرف مواد به: تزریق آهسته برای پیشگیری از مسمومیت، گدایی، آشغال‌گردی برای غذا، پرخاشگری، حبس پر فشار نفس (مانور والسالو) برای تزریق در ورید و داجی، خونبازی و خیس کردن سرسوزن با بزاق و لب خود اشاره کرده اند.

نحوه کسب اطلاعات در مورد عوارض و خطرات اعتیاد:

360 نفر از معتادان در مصاحبه عمیق نحوه کسب اطلاعات در مورد عوارض و خطرات مصرف مواد را تلویزیون (22/2%)، دوستان غیرمعتاد (13/6%)، مراکز درمانی (11/6%)، روزنامه و مجله (10/2%)، رسانه های جمعی (10/2%)، کتاب (8/8%)، رادیو (7/7%)، دوستان معتاد (7/7%)، افراد خانواده (6/3%) و با درصد کمتر و به ترتیب اهمیت گروههای خودیاری، تابلوهای سطح شهر و زندان ذکر کردند. 30% معتادان تجربیات فردی خود را به عنوان منبع کسب اطلاعات در مورد عوارض و خطرات مصرف مواد عنوان نموده و 14/1% نیز فاقد هرگونه اطلاعاتی در این زمینه می‌باشند.

شرکت در برنامه های پیشگیری و کاهش آسیب:

360 نفر از معتادان در پاسخ به این پرسش که آیا تا به حال در برنامه پیشگیری از اعتیاد شرکت کرده اید یا

نه؟ فقط 7% از افراد مصاحبه شونده بیان کردند که در این نوع برنامه ها شرکت داشته اند و تجربیات و نظرات خود را در ارتباط با پیشگیری از اعتیاد به شکل زیر بیان کرده اند: افزایش آگاهی مردم به ویژه نسل جوان (64%)، پر کردن اوقات فراغت جوان ها (16%)، اشتغال زایی (16%)، آموزش عمومی از طریق صدا و سیما (12%)، افزایش آگاهی دانش آموزان توسط آموزش و پرورش (12%) و استفاده از تجربیات معنادان بهبودیافته (4%)

همچنین در پاسخ به پرسش نهایی که آیا تا به حال در برنامه کاهش آسیب شرکت کرده اید یا نه؟ فقط 3/1% مصاحبه شوندگان بیان کردند که در این برنامه شرکت داشته اند. و در بیان تجربیات خود، همگی برنامه های کاهش آسیب را مفید ارزیابی نموده اند.

تخمین تعداد معنادان کشور

در این بخش با تکیه بر اعداد و ارقامی که در این بررسی به دست آمده و بهره گیری از روش چند برابر سازی (multiplier method) و با استفاده از آمارهای موجود کشوری می توان به تخمینی در مورد معنادان کشور دست یافت.

عدد اول: محاسبه براساس تعداد زندانیان مواد مخدر

از 596145 نفر ورودی سال 83 به زندانهای کشور 200321 نفر مرتبط با مواد مخدر بوده اند و با توجه به اینکه 29/5 درصد معنادان خیابانی کشور سابقه زندانی شدن طی سال گذشته را می دهند با محاسبه این رقم به عددی معادل 679054 نفر دست می یابیم.

$$384000 = x \quad 679.054 \text{ نفر}$$

عدد دوم: محاسبه براساس تعداد افراد درمان شده در

مراکز دولتي

در این محاسبه 11/7 درصد معتادان خیابانی اظهار داشته اند که طی سال های گذشته از مراکز درمانی دولتی استفاده کرده اند. با حدود 230.000 نفر پذیرش طی سال های گذشته از زمان افتتاح مراکز درمانی دولتی تاکنون 70/8 درصد معتادان مراجعه سابقه ترک داشته اند و 5/9 درصد به مراکز دولتی مراجعه کرده اند از ادغام این اعداد می توان دریافت 95 درصد معتادان برای بار اول به مراکز مراجعه داشته اند که با ضرب آن در 230 هزار نفر معتاد پذیرش شده در مراکز درمانی دولتی کشور طی سالهای گذشته به رقمی معادل 218500 دست خواهیم یافت. با قرار دادن این عدد در تناسب 11/7 درصد معتادان خیابانی مراجعه کننده به مراکز درمانی، عدد معتادان 1867521 نفر به دست خواهد آمد.

$$100 \quad 11/7$$

$$1867521 \text{ نفر} = x \quad 218500$$

عدد سوم: محاسبه براساس تعداد موارد دستگیری

براساس بررسی انجام شده 38/6 درصد معتادان خیابانی سابقه دستگیری را ذکر کرده اند و طی سال گذشته نیز تعداد 431933 نفر مرتبط با امر مواد توسط کلیه دستگاه های مقابله ای دستگیر شده اند. با محاسبه این ارقام نیز تعداد معتادان تخمینی کشور 1.120.000 نفر خواهد رسید.

$$100 \quad 38/6$$

$$=x \quad 431933 \quad 1118997 \approx 1.120.000 \text{ نفر}$$

عدد چهارم: محاسبه براساس تعداد موارد تست مثبت اوپیوم در کشور (ازدواج، استخدام، پیشه وری، و موارد مشابه)

از میان 1.882.794 نفر تست اعتیاد جهت ازدواج، استخدام پیشه وری و موارد مشابه (به جز دستگیری ها و موارد مشکوک) تعداد 45146 نفر مثبت بوده اند که این رقم شیوعی معادل $2/39$ درصد یا تقریباً $2/4$ درصد را نشان خواهد داد. با ضرب این درصد شیوع در 45 میلیون نفر جمعیت فعال بالای 14 سال کشور، شیوع اعتیاد به 1.080.000 نفر خواهد رسید.

$$45.000.000 * 2/4 = 1.080.000$$

با محاسبه فوق می توان با یقین گفت که 1.200.000 نفر معتاد در کشور وجود دارد و این حداقل تعداد معتادان کشور است. اما برای محاسبه تخمینی معتادان می توان تعداد موارد زندانی و دستگیری را با توجه به اظهارات مسئولان کلیدی که حدوداً 33 درصد افراد متعلق به قشر غنی جامعه که هیچ گاه به دست نیروهای نظامی و زندانی گرفتار نمی آیند به محاسبات فوق افزود. لذا با حذف موارد تست مثبت اوپیوم از این جهت که افراد مراجع کاملاً با آمادگی قبلی مراجعه می کنند محاسبه به شرح ذیل خواهد شد.

$$1018581 = (679054) + 679054 \text{ موارد زندانی}$$

2

$$167495 = (1118997) + 1118997 \text{ موارد دستگیری}$$

2

1867521 مراجعین به مراکز درمانی

1867521 +1678495 +1018581 =1521532

3

پس در صورت محاسبه تخمینی معنادان با در نظر گرفتن اطلاعات افراد کلیدی و حذف موارد با سوءگیری می توان به عدد 1.500.000 نفر دست یافت.

از سوی دیگر محاسبه تعداد موارد مراجعین به مراکز درمانی حداکثر عدد 1.800.000 نفر را در اختیار قرار داده است که با توجه به این محاسبه نیز می توان در جمع بندی چنین اظهار کرد:

تعداد معنادان کشور در حداقل ممکن 1.200.000 می باشد که با در نظر گرفتن تخمینهای لازم و رفع نقائص آن عدد 1.500.000 نفر نزدیک به یقین تر خواهد بود. اما با در نظر گرفتن حداکثر تعداد ممکن معنادان، رقمی معادل 1.800.000 نفر محاسبه شده است که در نهایت می توان رقم معنادان را بین 1.200.000 نفر تا 1.800.000 نفر اعلام و به شکل عملیاتی برای 1.500.000 نفر معنادان در کشور برنامه ریزی نمود.

لازم به ذکر است تعداد 1.500.000 نفر برآورد شده تعداد معنادانی است که نیازمند دریافت خدمات درمانی و بازتوانی هستند و این محاسبه شامل افراد مصرف کننده تفنی (سوء مصرف و مصرف ناجا) نمی شود.

بحث:

یافته ها حاکی از سطح تحصیلات پایین در گروه معتادان است و 85 درصد افراد معتاد زیر دیپلم نشان می دهد که جدا شدن افراد از مجموعه آموزشی وزارت آموزش و پرورش در سوق داده شدن این افراد به سمت اعتیاد نقش زیادی دارد. حال باید ضمن بررسی علل این جدا شدن و نحوه حفظ این رابطه به این نکته نیز اندیشید که اگر فردی از مجموعه آموزشی مدرسه جدا شد بتوان وی را در مجموعه دیگری مانند اجتماعات پیشگیرانه کوچکتر مانند محله، محل کار و ... مورد پیگیری و مداخلات پیشگیرانه قرار داد.

یافته های بررسی نشان می دهد که در مقایسه با سالهای گذشته میانگین سنی افراد معتاد کاهش یافته است و افزایش جمعیت معتادان در رده های سنی 20-30 سال مؤید همین نکته است و افراد کلیدی نیز جوان تر شدن اعتیاد را تأیید می کنند. البته این امر را می توان به تغییرات هرم سن جامعه نیز نسبت داد که با جوان تر شدن جامعه و شیوع اعتیاد در بین سنین 20-30 سال خود به خود باعث می گردد تا این طیف سن پر جمعیت تر از قبل شده و میانگین سنی و افراد مورد نظر را در این گروه افزایش دهد. اما افزایش شیوع اعتیاد در سنین 20 تا 30 سال می تواند حاکی از ضعف پیگیری و اقدامات پیشگیرانه در طول سالهای گذشته باشد که این مسئله منجر به بروز اعتیاد در این سنین طی سالهای اخیر شده است. با جوان تر شدن اعتیاد مشکلات و عوارض آن نیز بیش از گذشته گریبان جامعه را می گیرد. خانواده های متشنج، عوارض خانوادگی اعتیاد مشکلات شغلی و انواع بیماریهای قابل انتقال عفونی در این طیف سنی

سریعتر و پرخترتر از سایر مقاطع بروز می نماید که این افزایش سنی در طول سال 83 می تواند به افزایش هزینه ها و خسارات مادی و معنوی سیستم بهداشتی درمانی کشور طی 5 سال آینده بیانجامد.

با توجه به اینکه شاخص مناسبی برای سنجش سطح اقتصادی اجتماعی افراد وجود نداشت بسیاری از شاخصهای احتمالی را که در سنجش این میزان مؤثر واقع خواهند شد مورد بررسی قرار دادیم. با بررسی کل نسبت به این شاخصها می توان دریافت 32 درصد معنادان در منازل با متراژ بیش از 126 متر زندگی می کنند، 27 درصد آنان منزل شخصی دارند، 17 درصد در مناطق خوب شهر ساکن هستند، 4 درصد بعد خانوار زیر 4 نفر دارند و حدود 20 درصد آنان بیش از 300 هزار تومان درآمد خانوار دارند لذا با جمعبندی شاخصهای مذکور می توان دریافت حدود 30 درصد معنادان (نزدیک به $\frac{1}{3}$ معنادان کشور) در طبقه خوب جامعه قرار دارند. همچنین معنادان متعلق به طبقه ضعیف جامعه نیز حدود $\frac{1}{3}$ معنادان کشور را شامل می شود. به عبارت دیگر می توان گفت اعتیاد تنها بیماری است که به طور گسترده در تمامی لایه های اقتصادی اجتماعی جامعه به طور مساوی گسترش یافته است یا هیچ یک از گروه های اقتصادی- اجتماعی جامعه از مشکل و خطرات اعتیاد در امان نیستند. اینجاست که لزوم بحث های پیشگیرانه در کلیه سطوح جامعه اعم از ضعیف و قوی احساس می شود و نباید طبقه ای را به صرف برخوردار بودن از امکانات خوب رفاهی و تفریحی از این مداخلات محروم کرد. آنچه در جامعه

به چشم می خورد معتادان کارتن خواب و ولگرد است که این تصاویر که رد پای آن در عکس های قدیمی و کلیشه ای اعتیاد نیز به چشم می خورد این نکته را القا می کند که معتاد فردی متعلق به گروه ضعیف و فقیر جامعه است. و بسیاری از افراد کلیدی نیز آن را تأیید کرده اند اما حال می توان گفت که چنین باوری صحت ندارد و می توان ادعا نمود که آن طبقه ای که از وضع مالی خوبی برخوردارند نیز به این معضل گرفتارند ولیکن این افراد به سبب مخفی بودن در کنار خیابان و معابر عمومی با آن چهره زنده ظاهر نخواهند شد بلکه از چهره های پنهان اعتیاد محسوب می شوند.

آنچه در ایلام و سایر شهرهای کوچک دیده شد این بود که قبح مصرف مواد در جامعه معتادان را براین داشته تا برای مصرف مواد به نقاطی دوردست و به دور از جامعه خود بروند. این انجام محلی و درون در جوامع کوچک رویکرد پیشگیری اجتماع محور را تقویت می کند و باید در برنامه های پیشگیرانه به این سو گام برداشت، چراکه بررسی ها نشان داد در این جوامع جایی برای مصرف مواد نزد ... وجود ندارد و محقق به سختی باید چنین مکانهایی را بیابد. این حفاظت ... در افراد جامعه آنان را از مصرف ساده مواد باز می دارد و این خود نوعی پیشگیری محسوب می شود. پاسخ به این سؤال که چرا سهم کارگران ماهر در بین معتادان کار دشواری است. اعتیاد به طور کل در قشر کارگر مشاهده می شود اما چرا گروه معتاد با شغل کارگری ماهر در زندان ... از حوزه دیگر وجود دارد. آیا این افراد در زندان مشاغل تخصصی را فرا گرفته اند یا علت دیگری برای این مسئله وجود دارد مشخص نیست.

نکته قابل توجه دیگر این است که دانشجویان معتاد خیابانی از 2 حوزه دیگر زندانی و مراکز درمانی بیشتر است. البته دور از انتظار نیست که دانشجویان معتاد کمتر در دسترس نیروی انتظامی و برخورد پلیس هستند اما مراجعه نکردن آنان به مراکز درمانی یکی از نکاتی است که باید مورد توجه قرار گیرد. احتمالاً این افراد یا از ترس مشکلات بعدی به دنبال مراجعه به مراکز درمانی از مراجعه خودداری می کنند که این مسئله مشکل اعتیاد آنان را دامن می زند. از سوی دیگر نقش مراکز پیشگیرانه و مشاهده ای دانشگاهها بسیار ضروری به نظر می رسد.

بسیاری از معتادان الکل و سیگار را با یک الگو و میزان شیوع آغاز کرده اند که احتمالاً بسیاری از آنان در یک موقعیت یکسان به مصرف آن مبادرت ورزیده اند ولی نتایج نشان می دهد بسیاری از معتادان زیر سن 20 سالگی مصرف سیگار و الکل را آغاز کرده اند که با بررسیهای عمومی در جامعه می توان دریافت که سن اولین تجربه سیگار و الکل در بین معتادان و سایر افراد جامعه چقدر تفاوت دارد و براساس آن بتوان میزان خطر ابتلا به اعتیاد و رابطه آن را با سن شروع الکل و سیگار استخراج بالا بودن میزان شیوع پدران سیگاری و الکی در خانواده معتادان خود می تواند گواهی از عوامل خطر ساز اعتیاد در خانواده باشد. بدیهی است با توجه به میزان شیوع مصرف این مواد در جامعه شیوع 50 درصدی الکل و سیگار در پدران افراد معتاد یکی از عوامل خطر ساز در محیط خانواده محسوب می شود. الگوسازی فرزندان از پدران سیگاری و الکل واقعی است که باید آن را پذیرفت و نسبت به آگاهسازی قشر کودک و نوجوان و جوان کوشید.

سهم 40 درصدی وابستگی به سیگار و الکل نزد برادر فرد معتاد نیز خود حاکی از وجود عامل خطر سازی دیگر در محیط خانواده است. این آمار نیز حاکی از بالا بودن میزان مصرف سیگار و الکل در خانواده فرد معتاد است. با مقایسه انواع مواد مصرفی توسط پدران افراد معتاد و فرزندانشان به عنوان الگویی از تستهای گذشته و اکنون می توان به جدول زیر دست یافت.

نسل فرزندان	نسل پدران	نوع ماده
9/3	2/9	حشیش
52/8	65/4	تریاک
5/3	15/8	شیره
0/3	8/1	سوخته
20/7	5/2	هروئین
6	2/5	مواد جدید

همانگونه که ملاحظه می شود با تغییر نسلها الگوی مصرفی نیز از پدران تا فرزندان به این شکل تغییر یافته که گرایش مواد جدیدتر، هروئین و حشیش در مقایسه با نسلهای گذشته افزایش چشمگیری یافته است. پدران معتاد نسل کنونی بیشتر به تریاک شیره و سوخته گرایش داشتند در صورتی که مصرف شیره و سوخته بسیار کاهش یافته و این مواد جای خود را به هروئین، حشیش و مواد جدید مانند اکستاسی، بوپره مورفین ال اس دی و غیره داده اند.

برخلاف تصور والدین افرادی که فرزندان آن را معتاد می کنند افرادی غریبه با افکار سودجویانه و پلید هستند بلکه این افراد آشنا از گروه بستگان اعضای درجه 1 خانواده و دوستان هستند به طوری که 70 درصد معتادان

مواد را از همین افراد آشنا بستگان و نزدیکان دریافت کرده اند.

به این ترتیب شاید بتوان گفت آموزش مهارت نه گفتن به تنهایی مشکل را از گروه جوان کشور حل نخواهد کرد چون ... این افراد به اعضای خانواده که علی الاصول خیر آنان را می خواهند و چیز بدی به آنان تعارف نخواهند کرد اعتیاد کامل دارند و لزومی به گفتن نه نیست. پس باید آموزش مبتنی بر دانش و نگرش نیز باشد تا افراد را از خطرات این گونه مواد آگاه سازد.

افراد با سابقه درمان با وجود سالهای متمادی مصرف حدود 70 درصدشان 1 تا 5 بار سابقه درمان دارند و این برای گروه معتادان درد کمی است.

بحث مصاحبه انگیزشی اعتیاد از لازمه های نظام درمانی یک کشور ... است تشویق سایر اعضای خانواده و جامعه و وجود مراکز مشاهده که بتوان با کمک آنها افراد را به درمان تشویق ساخت از دیگر نیازهای یک جامعه سلامت است. در صورتی که اعضای خانواده با توجه خاص و پیگیری خود بتوانند فرد معتاد را به موقع شناسایی کنند قادر خواهند بود وی را در همان اوائل اعتیاد به سمت درمان سوق دهند. آنچه اطلاعات این بررسی نشان می دهد این است که 45 درصد خانواده ها 1 تا 3 سال بعد از آغاز اعتیاد فرد معتاد در خانواده از اعتیادی با خبر می شوند و این امر نشان می دهد تو به اعضای خانواده به رفتارهای تغییر یافته فرد معتاد کم است و از سوی دیگر شاید از علائم و نشانه های اعتیاد نیز خبر ندارند تا بتوانند به موقع این رفتارها را شناسایی کنند. اینجاست که نقش آگاه سازی خانواده ها در خصوص علائم و آثار اعتیاد و

همچنین روشهای آگاه سازی و علاقه مندسازی فرد معتاد به درمان از نکات مورد نیاز خانواده هاست.

قدم بعدی این است که بعد از آگاه سازی معتادان نسبت به عوارض اعتیاد و علاقمندسازی آنان به درمان و همچنین آگاه سازی خانواده ها مبنی بر علائم و عوارض و آثار اعتیاد و آموزش خانواده ها درخصوص روشهای تشویق سازی معتادان به ترک فرد معتاد به مرکز درمانی معتبر و قابل قبول ارسال شود که این مسئله باز در پدید آمدن موقعیتهای بعدی و یا دلسریدیهای ناشی از درمان غیرتخصصی نقش بسزایی دارد. بسیاری از معتادان از طریق و راهکارهای سایر افراد معتاد به درمان خود اقدام می کنند و مصرف خودسرانه انواع گیاهان و داروهای شیمیایی از دیگر مشکلات حوزه درمان اعتیاد در کشور است. 63 درصد افراد معتاد و اولین بار به مکانی غیرتخصصی درمان اعتیاد مراجعه می کنند این مکانی عبارتند از: عطاری ها، منزل دوستانشان، کپسولهای دست ساز و سایر قرصهای مخدر. بدیهی است که با درمان غیرتخصصی و پرداختن تنها بر حوزه مشکلات جسمانی میزان موفقیت درمان را کاهش و احتمال را افزایش می دهد. آنچه تحت عنوان مدت زمان پاکي ارائه شده است مدت زمان کوتاهی است و علت آن احتمالاً مراجعه به همین مراکز غیرتخصصی و مداخله گر در حوزه درمان اعتیاد است.

70 درصد خانواده ها از فرد معتاد حمایت می کنند آنچه تحت عنوان حمایت سؤال شده است. در شاخصهای دقیق و ریزتر بررسی نشده است اما همین همراهی در درمان می تواند برای یک درمان مؤثر مفید واقع شود. اما براساس کدام آموزش

ها خانواده قادر خواهد بود که حمایت مناسب روحی روانی به فرد معتاد ارائه دهد.

در چنین شرایطی نیروی حمایتگر وجود دارد و براساس تجارب و اندوخته های خود به چنین کاری می پردازد اما این اقدام حمایتگرانه براساس اصول و محتوای صحیح علمی بنا نشده است. لذا آموزش افراد و اعضای خانواده در نحوه صحیح حمایت می تواند درمیان موفق مؤثر باشد.

در مراکز درمانی اعتیاد هنوز تمرکز بر درمانهای غیردارویی است و اینجا لزوم تقویت مراکز خصوصی و آموزش اعضای خانواده جهت تبیین بیشتر لزوم درمانهای غیردارویی احساس می شود. چراکه میزان ارائه خدمات به نسبت تعداد مراکز در مراکز خصوصی بیشتر است و بسیاری از معتادان احتمالاً به علت علاقه بر مخفی بودن مدارک و نام و نشان توجه به حضور در مراکز درمان خصوصی تمایل نشان می دهند. اما آنچه در مراکز درمانی مورد نیاز است نظارت دائم و مهمتر بر نحوه درمان و پذیرش بیماران است. همچنین لزوم ... سازی نیروهای درمانگر و مراکز یا عملکردهای گوناگون به چشم می خورد.

بکارگیری نیروهای غیرمتخصص در جایگاه افراد متخصص یکی از مشکلات مراکز درمان فعلی است.

برای پیشگیری از اولین مصرف مواد یکی از حوزه های تعریف شده منزل است که یا فرد در منزل شخص خود یا دوستانش به مصرف مواد می پردازد که اینجا لزوم آگاه سازی و آموزش اعضای خانواده برای دقت و تخصیص اعتیاد بسیار کمک کننده است. اما سایر مکانی که به کارفرمایان خصوصی و دولتی مربوط است ... از خانه ها و محیط های کار است.

تجارب گروه تحقیق

- فصل تابستان زمان مناسبی برای تکمیل پرسشنامه ها نیست.
- تحلیل اطلاعات کیفی بعد از اطلاعات کمی شروع شد که این کار زمان ارائه گزارش نهایی را به تأخیر انداخت.
- در طول مطالعه، وسواس در تحلیل ریزتر اطلاعات و جداول 2 بعدی گسترده به عنوان عامل خطری برای ارائه به موقع گزارش می شد.
- پرسشنامه ها در حوزه مواد جدید و داروهای جدید نیاز به بازبینی دارد.
- توجه دقیق پرسشگران برای تکمیل پرسشنامه ها صورت گرفت، اما کافی نبود. باید روی تک تک سؤاها و نحوه تکمیل پرسشنامه وقت بیشتری صرف شود.

- زمان گسترده برای ارسال مجدد پرسشنامه ها زمان آغاز تحلیل را طولانی کرد در صورتی که باید زمان انتهایی ارسال گزارش دقیقاً اعلام می شد و استانی که پرسشنامه ها را دیر ارسال کرده است حذف می گردید.
- نامه سازمان زندانها برای جلب همکاری دیر ارسال شد و این مسئله نیازمند برنامه ریزی دقیق تری بود تا هیچکدام از بخشهای اجرایی دچار تأخیر نشوند.
- عقد قرارداد با تک تک پرسشگران هم وجه رسمی و هم وجه قانونی و اداری به کار خواهد داد که این مسئله در فعالیت های آتی باید مد نظر قرار گیرد.
- برخی زمانها در پرسشنامه نیازمند تأکید بیشتر بودند به طور مثال جرائم باید در طول یک سال گذشته سؤال می شد که اطمینانی از تأکید پرسشگران بر این مسئله وجود ندارد.
- برخی تستهای مجدد طراحی شده در پرسشنامه میزان دقت پرسشگران استانی را روشن ساخت. به طور مثال چگونه ممکن بود که در پرسشنامه ای قید گردد فرد تنها 1 بار مصرف مواد داشته اما 10 بار ترک کرده است.
- برخی سؤالات یافته جدیدی به دست نداد و می بایست در کارهای بعدی حذف شود.
- جمع آوری اطلاعات ثانویه از استانها اصلاً تجربه خوبی نبود و اطلاعات آنها به هیچ وجه مورد استفاده قرار نگرفت. جمع آوری مرکزی و ستادی این اطلاعات از مراجع ذیصلاح به صرفه تر و مفیدتر می توانست باشد.
- نحوه ارسال پرسشنامه ها به تهران نیازمند ارائه فرمت مشخصی در این زمینه بود که با مشکلات چون

کسری پرسشنامه و یا نحوه محاسبه حق الزحمه پرسشگران مواجه نشویم. به طور مثال ارسال پرسشنامه ها به تفکیک پرسشگران و نوع پرسشنامه و بر اساس جدولی مشخص به جمع بندی و محاسبات کمک شایانی می نمود.

- گنجاندن سؤالاتی از قبیل محل تهیه مواد، هزینه مصرف روزانه و برخی سؤالات دیگر در پرسشنامه بعدی الزامی است.

- پرسشگران با همه تلاش گروه تحقیق بخاطر دشواری نمونه گیری نمیتوانند از همه گروه های یکبار مصرف، سوء مصرف کننده و وابسته درست نمونه گیری کنند و تصور میشود نمونه ها بیشتر وابسته هستند تا سایر گروه ها، لذا نمیتوان روی نمونه گیری صحیح بر اساس اهداف مطالعه برنامه ریزی نمود.

تجارب پرسشگران استانی

- فصل تابستان زمان مناسبی برای پرسشگری نبود.

- هماهنگی های بیشتری برای پرسشگری لازم بود.

- پرسشگران زن در جلب اعتماد معنادان موفق ترند اما در حوزه های جنسی پاسخی با مشکل روبرو می شد.

- معرفی افراد معتاد توسط اعضای گروه NA به کیفیت انتخاب نمونه کمک شایانی می کند اما برقراری ارتباط بهتر است با پرسشگران یا کارشناسان باشد. چراکه حضور در بین معنادان برای افراد گروه NA

- وسوسه ایجاد می نمود و معتادان نیز به وی کاملاً اعتماد نمی کردند.
- غیربومی بودن پرسشگر اعتماد بیشتری را در پرسش شنونده ایجاد می کند.
 - تکمیل پرسشنامه های کیفی به صورت دستی از ضبط سریعتر و عملیاتی تر بود و زمان را نیز کاهش می داد.
 - بهره گیری از همیاران سلامت روان، و مجریان طرح اجتماع محور و ... در یافتن موردهای مناسب کمک بیشتر می نمود.
 - پوشش لباسهای غیراداری در برقراری ارتباط و جلب اطمینان معتادان بسیار مؤثر بود.
 - باحضور در مکانهای مصرف به تجربه کارشناسان بسیار افزوده شد. که بهتر است درکارهای بعدی سایر کارشناسان تازه کار نیز در طرح های مشابه همراهی نمایند تا تجربه بیشتری کسب کنند.
 - ارائه هدیه یا پول به پرسش شوندهگان در آنها توقعی بیجا ایجاد می کند که در جمع بندی و حتی صحت اطلاعات نیز تأثیر می گذارد. ولی دادن سیگار در حین پرسشگری به همکاری آنان بیشتر کمک می کند.

**فهرست استانها به ترتیب ارسال به موقع پرسشنامه های طرح ارزیابی سریع
سوءمصرف و وابستگی به مواد**

- 1- استان اردبیل (زودترین)
- 2- استان بوشهر
- 3- استان کرمانشاه
- 4- استان ایلام
- 5- استان خراسان
- 6- استان سمنان
- 7- استان قم
- 8- استان قزوین
- 9- استان تهران
- 10- استان زنجان
- 11- استان اصفهان
- 12- استان لرستان
- 13- استان کردستان
- 14- استان سیستان و بلوچستان
- 15- استان آذربایجان شرقی
- 16- استان همدان
- 17- استان آذربایجان غربی
- 18- استان گلستان
- 19- استان کرمان
- 20- استان گیلان
- 21- استان مرکزی
- 22- استان یزد
- 23- استان هرمزگان
- 24- استان فارس
- 25- استان خوزستان
- 26- استان چهارمحال و بختیاری
- 27- استان کهگیلویه و بویراحمد
- 28- استان مازندران (دیرترین)

