

# ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد در ایران

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

(نیمه دوم سال ۱۳۹۴ - ۱۳۸۳)

مجری: دکتر هومان نارنجی ها

همکاران طرح:

دکتر حسن رفیعی،

احمدرضا باغستانی،

رویا نوری،

پیمانہ شیرین بیان،

محمد حسن فرهادی،

دکتر افشین وجدانی روشن

دکتر حسین اعتمادی،

دکتر افشین وجدانی روشن

دکتر حسین اعتمادی،

- مجری: دکتر هومان نارنجی ها
- گروه ملی تحقیق:
  - دکتر هومان نارنجی ها
  - دکتر حسن رفیعی
  - رویا نوری
  - پیمانہ شیرین بیان
  - محمد حسن فرهادی
  - دکتر حسین اعتمادی
- متخصص آمار: احمدرضا باغستانی
- مشاور طرح: سعید مدنی
- پردازش اطلاعات: مونا جم زاده
- کارشناسان پرسشگر استانی:

آذربایجان شرقی:

- دکتر سیده فاطمه موسوی پور

- عین الله شعبانی

آذربایجان غربی:

- شاپور احمدی
- رامین عظیم زاده

#### اردبیل:

- اکبر طالب پور

#### ایلام:

- شهریار مهرداد
- محسن ملک شاهی

#### اصفهان:

- دکتر رامین رادفر
- شبنم بیرجندی

#### بوشهر:

- مریم پیرو ثابت
- دکتر زرین تاج زند

#### تهران:

- حسین ملک محمدی
- زهرا صالحی
- زهرا سادات نریمان وند
- فاطمه پایمرد
- فرشته ارجمند
- زهرا چیت ساز
- دکتر شهلا میرفخرایی
- زهرا عباسی
- صدیقه ترابی
- فریده زنوزی
- سعید قاسمی
- دکتر سید احمد آل داوود
- سیده فاطمه اسماعیل پور
- مینو ملیانی
- دکتر مهران مسعودی
- سوسن علیمرادی

#### چهارمحال و بختیاری:

- اکبر همتیان
- جهانبخش رهبریان

#### خراسان:

- ناصر ژبان پور
- حسن اعتمادی

#### خوزستان:

- حمید بغلانی
- ابادر فاضل پور

#### زنجان:

- 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:

- مهری محمدپور مقدم
- مجتبی دشت بشی

#### قزوین:

- بهلول کشاورز

#### گلستان:

- سیدحسن میرفندرسکی

- زهرا محمدی رستمکلاته

#### گیلان:

- دکتر رضا امیدی

- دکتر مهنوش توکلی فرد

#### کرمانشاه:

- دکتر آرش نصیری

- نادر صوفی وندی

#### کردستان:

- منوچهر رعدی

- داوود بهزاد

#### کرمان:

- دکتر عیسی پیرمرادی

- زهرا پور توکلی

#### کهگیلویه و بویراحمد:

- سیدرضا موسوی

- محمد حبیبیان

#### مازندران:

- حسن اخوان

- شکرالله پهلوانیان

#### مرکزی:

- دکتر حمیدرضا شمس

- حجت الله نوروزی

#### همدان:

- جلال محمودی
- دکتر حمیدرضا فریبا

#### هرمزگان:

- مهرداد توفیقی
- مرضیه پارسایی نیا

#### • گروه پشتیبانی:

- پروانه میرابی (امور مالی)
- زهرا اکبرزاده وظیفه دان (حروفچین)
- علی خراسانی زاده (مؤسسه فرهنگی راهیان پژوهش) (پانچیسیت)
- اعظم هدایتی (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 تأمینی کشور، دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر و سایر عزیزانی که در این راه یاری مان کردند.

فهرست عناوین	
	بیان مسئله
	• ویژگیهای معتادین
	• مکانهای مصرف
	•
	• الگوی مصرف
	• دسترسی به مواد
	بخش چهارم
	• تزریق
	• عوارض اعتیاد
	• روابط جنسی
	بخش هفتم
	•
	بخش هشتم
	•
	بخش نهم
	• سایر یافته ها
	• تخمین تعداد معتادان
	پرسشنامه ها

## 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 دقیق و در عین حال سریع و پویا است. به زبان دیگر پایه 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 پیش بینی کرد. منظور ما از ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد که می باید هر سال یک بار انجام شود، چنین کاری است.

ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد تنها یکی از 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 جنون آور شیوع بالایی یافته که در طول ماههای گذشته بی سابقه بوده است. لذا طراحی مداخلات پیشگیرانه سطوح اولیه و ثانویه برای کل کشور ضروری است.

مدل ارزیابی سریع نوعی روش مطالعه است که بنابر خصوصیات ویژه خود تا حدود زیادی به این خواسته ها جامه عمل می پوشاند.

از خصوصیات این روش میتوان به موارد زیر اشاره کرد:

۱) سرعت بالایی جمع آوری اطلاعات در مقایسه با سایر روشها

۲) انعطاف پذیری بر اساس شرایط موجود در هر جامعه

۳) ادغام روشهای کمی و کیفی مطالعه

۴) هزینه کم اقتصادی و مقرون به صرفه بودن

۵) بررسی بر اساس نیازهای موجود واقعی

۶) دارای خاصیت مقایسه های در طول زمان و قدرت تحلیل تغییرات روند

در این روش بر اساس شرایط بومی و ویژه منطقه می توان مدلهای خاصی را برای جمع آوری و ساماندهی اطلاعات طراحی کرده، از روشهای گوناگون کمی و کیفی برای رسیدن به جمع بندی 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

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:

- ۱- بررسی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد در ۲۸ استان کشور
- ۲- کسب اطلاعات روزآمد در مورد ویژگیهای افراد سوء مصرف کننده و وابسته به مواد در ایران
- ۳- شناخت الگوی مصرف مواد (نوع ماده، روش مصرف و ...)
- ۴- شناسایی عوامل مرتبط با شروع و تداوم مصرف مواد در ایران
- ۵- بررسی وضعیت درمان و وابستگی در میان معتادان ایرانی
- ۶- بررسی وضعیت بیماریهای ایدز و هپاتیت در بین معتادان ایرانی
- ۷- بررسی میزان رفتارهای پرخطر در میان معتادان ایرانی (تزیق مواد، روابط جنسی و ...)
- ۸- 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:

- ۱) توسعه برنامه (۲) جمع آوری داده ها (۳) پایش و ارزشیابی (۴) اطلاعات، آموزش و ارتباطات
- نیازهای عملی به برنامه ریزی برای طراحان و سیاستگذاران مبنایی شد تا با استفاده از این روش، بر آرا، نگرش ها و رفتار های شهری و روستایی و نیز سرویس های خدمات رسانی تمرکز شود، تا مبنایی برای سنجش ارتقای برنامه ها و سلامت جامعه گردد. در پاسخ به این نیاز گروه کوچکی از انسان شناسان

در ابتدای سال ۱۹۸۰ با ابزارهایی که بتواند در زمانی کوتاه، با مشاهده مستقیم و مصاحبه های ساختار نیافته و گروه های متمرکز، اطلاعاتی عمیق به دست دهد کار خود را آغاز کردند. به این منظور در سال ۱۹۸۴ راهنمای فیلدطراحی شد و در سال ۱۹۸۶ تعدیلهایی روی آن انجام شد و برای مراقبت های اولیه بهداشتی و اژه اختصاری ارزیابی سریع را به خود گرفت. از سال ۱۹۸۰ هسته 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 ۱۹۹۹ اشاره کرد که در این بررسی دفتر کنترل مواد مخدر سازمان 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 ۲۰۰۲ سازمان جهانی بهداشتی با بهره گیری از روش ارزیابی سریع به بررسی سوء مصرف مواد روانگردان و روابط جنسی پر خطر پرداخت. در سال ۱۹۹۸ 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 به منظور 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 بهزیستی کشور در سال ۱۳۷۹ اشاره کرد. در این طرح بعد از اقلیم بندی استان های کشور به ۱۰ اقلیم با خصوصیات اقتصادی اجتماعی و فرهنگی مشابه، مرکز استان مورد نظر انتخاب شد و پرسشنامه ها در آن شهر تکمیل گردید. تخمین آمار ۲ 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 ۱۳۸۰ در سازمان بهزیستی کشور با مشارکت سازمان جهان بهداشت صورت پذیرفت، معتادان تزریقی شهر تهران نیز طی 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، ۲۸ 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

بر اساس 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 ۱۳۷۷ در کشور انجام شد. تعداد ۱۵۰ نمونه از ۱۰ منطقه نمونه کشوری با مشابهت های فرهنگی و اجتماعی انتخاب گردید که همان ۱۵۰ نفر به ۳ گروه ۵۰ نفر زندان ۵۰ نفر مراکز درمان و ۵۰ معتاد خیابانی تقسیم شد. در ارزیابی سال ۱۳۸۳ بعد از اولویت قرار دادن روش مصرف تزریق در بین معتادان و شیوع ۲۱/۵ درصدی مصرف تزریقی مواد در طول عمر بر اساس مطالعه ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران (رزاقی و همکاران سال ۱۳۸۲، جلد اول، صفحه ۱۷۲) و با اطمینان ۹۵٪ و خطای حدی ۱،۲٪ تعداد مورد نیاز این بررسی در کل کشور ۴۵۰۲ نفر برآورد گردید

محاسبه تعداد معتادان زندانی و معتادان مراجع به مراکز درمانی در کل کشور رقم مراکز درمانی و زندانها حدود ۹/۳٪ کل معتادان نمونه محاسبه گردید.

چراکه با رقم ۶۱۰،۰۰۰ نفر ورودی به زندان در سال ۸۳، ۴۵ درصد آنان را زندانیان مرتبط با جرم اعتیاد تشکیل می دادند که از این تعداد حدود ۲۷۴،۵۰۰ نفر زندانیان مرتبط با سوء مصرف مواد بودند. با تخمین حدود ۳ میلیون نفر مصرف کننده تفننی و وابسته در کشور حدود ۹ درصد معتادان را معتادان زندانی تشکیل داده بودند که با تعمیم این درصد در کل نمونه ۴۵۰۲ نفر، تعداد معتادان مورد نیاز در زندان در حدود ۴۰۰ نفر و با پذیرش حدوداً همین تعداد افراد در مراکز درمانی دولتی و خصوصی، تعداد معتادان مورد نیاز در مراکز درمانی نیز ۴۰۰ نفر تعیین گردید. لذا بدین ترتیب تعداد معتادان خیابانی ۳۷۰۲ 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 ۳۷۰۰ نفر به ۴۰۰۰ نفر افزایش یافت. اما در عمل بعد از توزیع ۴۵۰۰ عدد پرسشنامه در سطح کشور، تعداد پرسشنامه های دریافت شده در هر حوزه به تفکیک عبارت بودند از:

مراکز درمانی ۴۵۲ مورد، زندانها ۳۸۷ مورد و خیابان ۴۰۹۱ 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 می‌خواهد تا دو نفر دیگر را معرفی کند. این روش را تا تأمین حجم نمونه ادامه می‌دهیم.

از آنجا که در نظر بود از هر سه گروه مصرف‌کننده نابجا (Misuser) سوءمصرف‌کننده (Abuser) و وابسته (Dependent) به یک اندازه نمونه خیابانی انتخاب شود، به پرسشگران توصیه شد حتی الامکان نمونه‌های اول را از سه گروه تفننی، نابجا و معتاد با تعداد نمونه مساوی انتخاب کنند و سپس رشته نمونه‌گیری گلوله‌برفی را ادامه دهند.

تعداد نمونه خیابانی	نه از زندان	تعداد نمونه از مراکز درمانی	
۸۰	۸	۸	اراک
۷۰	۷	۷	اردبیل
۹۰	۹	۹	ارومیه
۲۵۰	۲۵	۲۵	اصفهان
۱۶۰	۱۶	۱۶	اهواز
۵۰	۵	۵	ایلام
۶۰	۶	۶	بندرعباس
۵۰	۵	۵	بوشهر
۲۴۰	۲۴	۲۴	تبریز
۱۳۵۰	۱۳۵	۱۳۵	تهران
۵۰	۵	۵	خرم‌آباد
۸۰	۸	۸	رشت
۸۰	۸	۸	زاهدان
۶۰	۶	۶	زنجان
۵۰	۵	۵	ساری
۶۰	۶	۶	سنندج
۵۰	۵	۵	شهرکرد
۲۱۰	۲۱	۲۱	شیراز
۶۰	۶	۶	قزوین
۱۵۰	۱۵	۱۵	قم
۸۰	۸	۸	کرمان
۱۴۰	۱۴	۱۴	کرمانشاه
۵۰	۵	۵	گرگان
۳۸۰	۳۸	۳۸	مشهد
۸۰	۸	۸	همدان
۶۰	۶	۶	یزد
۵۰	۵	۵	یاسوج
۵۰	۵	۵	سمنان

### ابزارهاي طرح:

به منظور ثبت اطلاعات طرح ۸ پرسشنامه به شرح زیر مورد استفاده قرار گرفت:

- ۱- پرسشنامه ۵۹ سوالي با سوالات بسته جهت ثبت اطلاعات معتادان
- ۲- پرسشنامه ۲۶ سوالي جهت مصاحبه عميق با افراد معتاد
- ۳- پرسشنامه ۱۳ سوالي جهت مصاحبه عميق با خانواده معتادان
- ۴- پرسشنامه ۱۱ سوالي جهت مصاحبه عميق با افراد كليدي
- ۵- پرسشنامه ۴ سوالي جهت مردم نگاري (اتنوگرافي)
- ۶- پرسشنامه ۹ سوالي جهت ثبت اطلاعات ثانويه مرتبط با اعتياد استان
- ۷- پرسشنامه با ۲۰ محور ارزيابي جهت ثبت اطلاعات مراکز درمان استان
- ۸- پرسشنامه ۵ سوالي جهت ثبت آمار و اطلاعات مراکز اورژانس استان

### مراحل اجرايي:

بعد از جلسات متعدد پيرامون انتخاب ابزار، طراحي پرسشنامه ها، مباني نظري و علمي طرح، جلسه اي با حضور ۸ نفر از کارشناسان حوزه اعتياد استانهاي مختلف تشکيل شد که بعد از توضيح پيرامون طرح و نحوه تکميل ابزارهاي آن، یک بار به صورت دسته جمعي پرسشنامه هاي طرح تکميل شد و اشکالات آن استخراج و در فرم نهايي منظور گرديد. سپس به هر استان یک مجموعه پرسشنامه و دستورالعمل تکميل آن ارائه گرديد. در طول اين مدت یک نفر به عنوان کارشناس مسؤل انتخاب گرديد که هفتگي گزارش خود را ارسال مي نمود. هر استان بعد از تکميل پرسشنامه هاي مورد نظر آنها را به وسيله پست به مؤسسه داريوش ارسال کرد و اطلاعات مورد نظر توسط کاربران حرفه اي رايانه وارد گرديد. هر استان تجربيات خود را در طول پرسشگري به مؤسسه ارسال نمود و روند پيشرفت کار و تجربيات حين کار اعم از نحوه پرسشگري، فصل مناسب براي اجراي طرح ثبت و مکتوب گرديد. اطلاعات رايانه اي تحت برنامه spss تجزيه و تحليل و اطلاعات کيفي به صورت دستي استخراج و کدگذاري شد.

در مصاحبه موارد زیر رعايت گرديد :

- ۱- نام و نام خانوادگي معتادان در پرسشنامه هاي مربوط ثبت نگردد.
- ۲- در ابتدايي مصاحبه، آمادگي افراد براي شرکت در مصاحبه مورد سوال قرار گرفت و در صورت مخالفت پرسشگري انجام نشد.
- ۳- در خصوص پاسخ به سوالات مربوط به رفتارهاي پر خطر ، علاوه بر تمايل اوليه، مجددا تمايل افراد براساس پاسخگويي مورد پرسش قرار گرفت.
- ۴- شرايط آخرين معاهده هلسينگي در کليه مراحل تحقيق رعايت شد.

### محدودیت‌های طرح و روش کاهش آنها

- ۱- 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.
- ۲- 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 .
- ۳- 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 .
- ۴- 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 چشم پوشی از اطلاعات جزئی و با نگاهی کلی نگر سعی میشود در تحلیل این اطلاعات از طولانی شدن زمان ارائه گزارش و در نتیجه بی معنی شدن فلسفه ارزیابی سریع پرهیز گردد.

:

**ویژگیهای معتادان:**

در جدول شماره ۱ ملاحظه می‌کنید که نمونه‌ها 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 استانهایی بزرگ خصوصاً تهران تعداد بیشتری از نمونه تحقیق را به خود اختصاص داده است.

**- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک استان و سه حوزه تحقیق**

		خیابان		مرکز درمانی				
۱/۷	۸۴	۱/۷	۷۰	۱/۸	۷	۱/۵	۷	اردبیل
۵/۸	۲۸۸	۵/۹	۲۴۰	۶/۲	۲۴	۵/۳	۲۴	آذربایجان شرقی
۲/۲	۱۱۰	۲/۱	۸۵	۲/۳	۹	۳/۵	۱۶	آذربایجان غربی
۶/۱	۲۹۹	۶/۱	۲۴۹	۶/۵	۲۵	۵/۵	۲۵	اصفهان
۱/۲	۶۰	۱/۱	۴۴	۱	۴	۲/۷	۱۲	ایلام
۱/۲	۶۰	۱/۲	۵۰	۱/۳	۵	۱/۱	۵	بوشهر
۳۳/۱	۱۶۳۱	۳۳/۱	۱۳۵۶	۳۵/۷	۱۳۸	۳۰/۳	۱۳۷	تهران
۱/۲	۵۹	۱/۲	۵۰	۱	۴	۱/۱	۵	چهارمحال و بختیاری
۹/۲	۴۵۶	۹/۳	۳۸۰	۹/۸	۳۸	۸/۴	۳۸	خراسان
۳/۶	۱۷۶	۳/۹	۱۵۹	-	-	۳/۸	۱۷	خوزستان
۱/۴	۷۰	۱/۱	۴۶	۱/۶	۶	۴	۱۸	زنجان
۱/۱	۵۵	۰/۹	۳۸	۰/۸	۳	۳/۱	۱۴	سمنان
۱/۸	۸۸	۲	۸۰	-	-	۱/۸	۸	سیستان و بلوچستان
۵/۱	۲۵۲	۵/۱	۲۱۰	۵/۴	۲۱	۴/۶	۲۱	فارس
۱/۳	۶۳	۱/۴	۵۷	-	-	۱/۳	۶	قزوین
۳/۷	۱۸۰	۳/۷	۱۵۰	۳/۹	۱۵	۳/۳	۱۵	قم
۱/۵	۷۲	۱/۵	۶۰	۱/۶	۶	۱/۳	۶	کردستان
۲	۹۷	۲	۸۱	۲/۱	۸	۱/۸	۸	کرمان
۳/۴	۱۶۸	۳/۴	۱۴۰	۳/۶	۱۴	۳/۱	۱۴	کرمانشاه
۱/۲	۶۰	۱/۲	۵۰	۱/۳	۵	۱/۱	۵	گلستان
۱	۴۸	۰/۹	۳۶	۲/۱	۸	۰/۹	۴	کهگیلویه و بویراحمد
۱/۹	۹۵	۱/۹	۷۹	۲/۳	۹	۱/۵	۷	گیلان
۱/۲	۵۹	۱/۲	۴۹	۱/۳	۵	۱/۱	۵	لرستان
۱/۲	۶۰	۱/۱	۴۷	۲/۱	۸	۱/۱	۵	مازندران
۱/۹	۹۶	۲	۸۳	۱/۳	۵	۱/۸	۸	مرکزی
۱/۹	۹۶	۲	۸۰	۲/۱	۸	۱/۸	۸	همدان
۱/۵	۷۴	۱/۵	۶۱	۱/۶	۶	۱/۵	۷	هرمزگان
۱/۵	۷۴	۱/۵	۶۱	۱/۶	۶	۱/۵	۷	یزد

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

		خیابان				مرکز درمانی		
۵/۳	۲۵۸	۵/۸	۲۳۵	۴/۷	۱۸	۱/۱	۵	زیر ۲۰ سال
۱۷/۵	۸۶۰	۱۷/۸	۷۲۶	۱۹/۹	۷۷	۱۲/۷	۵۷	۲۰-۲۴ سال
۲۳/۴	۱۱۴۹	۲۳/۱	۹۴۳	۲۴/۸	۹۶	۲۴/۶	۱۱۰	۲۵-۲۹ سال
۱۸/۳	۸۹۸	۱۷/۶	۷۱۹	۲۰/۷	۸۰	۲۲/۱	۹۹	۳۰-۳۴ سال
۱۲/۷	۶۲۲	۱۲/۵	۵۰۸	۱۳/۲	۵۱	۱۴/۱	۶۳	۳۵-۳۹ سال
۱۰/۱	۴۹۷	۱۰/۲	۴۱۵	۷/۵	۲۹	۱۱/۸	۵۳	۴۰-۴۴ سال
۶	۲۹۵	۵/۹	۲۴۱	۵/۲	۲۰	۷/۶	۳۴	۴۵-۴۹ سال
۶/۷	۳۳۱	۷/۱	۲۸۸	۴/۱	۱۶	۶	۲۷	۵۰ سال و بالاتر

جدول شماره ۲ نشان می‌دهد حدود ۷۰ درصد معنادان در نمونه تحقیق در طیف سنی ۲۰-۴۰ سال قرار داشتند و در این میان سهم گروه سنی ۲۵-۲۹ سال از همه گروه‌های دیگر بیشتر است. این امر حاکی از جوان بودن معنادان کشور است. همچنین گروه سنی ۲۰-۲۴ سال در گروه معنادان زندانی از سایر گروه‌های مرکز درمانی و خیابان بیشتر است.

- - میانگین سنی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک سه حوزه تحقیق سال

حوزه تحقیق	تعداد نمونه	میانگین سن	SD	Min	Max
مرکز درمانی	۴۴۸	۳۳/۷۸	۹/۲۰	۱۷	۷۰
زندان	۳۸۷	۳۱/۰۹	۸/۶۱	۱۸	۶۳
خیابان	۴۰۷۵	۳۲/۳۵	۱۰/۲۲	۱۱	۸۶
کل نمونه		/	/		

- - میانگین سنی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک سه حوزه تحقیق سال

حوزه تحقیق	تعداد نمونه	میانگین سن	SD
مرکز درمانی	۴۷۷	۳۳/۹	۱۰/۵۱
زندان	۵۰۶	۳۲/۱	۱۰/۴
خیابان	۴۸۹	۳۴/۸	۱۰/۳۷
کل نمونه		/	/

جدول شماره ۳ میانگین سن معنادان کشور را با روش ارزیابی سریع حدود ۳۲/۳۸ سال نشان می‌دهد که این افراد از محدوده سنی ۱۱ تا ۸۶ سال قرار داشتند. و همانگونه که جدول شماره ۲ نشان داده بود میانگین سن معنادان زندانی از سایر گروه‌ها کمتر است. مقایسه میانگین سنی معنادان با مطالعه ارزیابی سریع سال ۱۳۷۷ نشان می‌دهد میانگین سنی معنادان در هر سه حوزه تحقیق کاهش یافته است.



- - توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک جنسیت و سه حوزه تحقیق سال

جنسیت	مرکز درمانی		خیابان		مرکز درمانی		جنسیت
مرد	۴۱۳	۹۳	۳۴۳	۸۹/۶	۳۷۶۹	۹۳/۵	۴۵۲۵
زن	۳۱	۷	۴۰	۱۰/۴	۲۶۳	۶/۵	۳۳۴

- - توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک جنسیت و سه حوزه تحقیق سال

جنسیت	
مرد	۱۳۷۵
زن	۹۷

توزیع جنسی معنادان نمونه تحقیق در جدول شماره ۴ نشان می دهد که حدوداً ۹۳/۱ درصد معنادان را مرد و حدود ۶/۹ درصد مابقی را زنان تشکیل می دهند. این میزان در مقایسه با سالهای گذشته تغییر محسوسی نکرده است. همچنین میزان زنان زندانی بیش از ۲ حوزه دیگر است.

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

قومیت	مرکز درمانی		خیابان		مرکز درمانی		قومیت
آذری	۱۰۶	۲۳/۷	۸۳	۲۲/۱	۸۶۳	۲۱/۲	۱۰۵۲
کرد	۳۹	۸/۷	۳۲	۸/۵	۳۱۴	۷/۷	۳۸۵
لر	۳۰	۶/۷	۲۸	۷/۴	۲۹۶	۷/۳	۳۵۴
بلوچ	۵	۱/۱	۵	۱/۳	۵۴	۱/۳	۶۴
فارس	۲۴۳	۵۴/۲	۱۹۹	۵۲/۹	۲۲۳۰	۵۴/۸	۲۶۷۲
ترکمن	-	-	۲	۰/۵	۶	۰/۱	۸
عرب	۱۰	۲/۲	۷	۱/۹	۱۰۷	۲/۶	۱۲۴
ارامنه	۳	۰/۷	۱	۰/۳	۱۱	۰/۳	۱۵
افغان	-	-	۷	۱/۹	۴۴	۱/۱	۵۱
سایر	۱۲	۲/۷	۱۲	۳/۲	۱۴۱	۳/۵	۱۶۵

براساس اطلاعات مندرج در جدول شماره ۵ افراد با قومیت فارس و سپس آذری به ترتیب بیشترین قومیت‌های مصرف کننده مواد هستند.

در مصاحبه عمیق در پاسخ به تغییر در سن اعتیاد، ۷۶/۱٪ بر این باور بودند که سن اعتیاد کاهش پیدا کرده، ۱۰/۸٪ تغییری را عنوان نکردند و ۱۲/۷٪ از معنادان نیز اطلاعاتی درخصوص این موضوع

نداشتند. ۲۸/۵٪ از پاسخ دهندگان معتقد بودند که مصرف مواد در بین جنس مؤنث بیشتر شده است در حالی که ۱۶/۶٪ به افزایش شیوع مصرف مواد در بین جنس مذکر اشاره کرده و ۲۴/۱٪ نیز معتقد بودند که تغییری در جنسیت معتادان به وجود نیامده است.

از ۲۹۴ فرد کلیدی که در مصاحبه عمیق شرکت کرده اند ۸۵/۰۳ درصد اظهار کردند: سن اعتیاد کم شده است و مصرف مواد در میان جوانان بیشتر رواج پیدا کرده است.

(۷۱/۴۲) 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.

#### - توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک دین و مذهب و سه حوزه تحقیق

دین و مذهب	مرکز درمانی		خیابان		مرکز درمانی		خیابان	
اسلام (شیعه)	۴۴۳	۹۷/۷	۳۶۲	۹۴/۳	۳۷۹۵	۹۴	۴۵۹۰	۹۴/۴
اسلام (سني)	۸	۱/۸	۱۹	۴/۹	۲۰۶	۵/۱	۲۳۳	۴/۸
زرتشتی	-	-	۲	۰/۵	۶	۰/۱	۸	۰/۲
مسیحی	۲	۰/۵	۱	۰/۳	۱۰	۰/۲	۱۳	۰/۳
یهودی	-	-	-	-	-	-	-	-
سایر	-	-	-	-	۲۰	۰/۵	۲۰	۰/۴

تعداد ۹۴/۴ 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 ۶)

#### - - توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک محل سکونت دائمی و سه حوزه تحقیق سال

ل سکونت دائمی	مرکز درمانی		خیابان		مرکز درمانی		خیابان	
شهر	۴۱۶	۹۲/۴	۳۴۸	۹۰/۹	۳۷۴۹	۹۳/۷	۴۵۱۳	۹۳/۴
روستا	۳۴	۷/۶	۳۵	۹/۱	۲۵۲	۶/۳	۳۲۱	۶/۶

#### - - توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک محل سکونت دائمی سال

محل سکونت دائمی
-----------------

شهر	۱۳۴۴	۹۳/۷
روستا	۹۰	۶/۲

براساس اطلاعات مندرج در جدول شماره ۷ تعداد ۹۳/۴ درصد معتادان ساکن شهرها و حدود ۶/۶ درصد ساکن روستا می باشند که رقم ۹/۱ درصد معتادان زندانی ساکن روستا با سایر حوزه های تحقیق فاصله نسبتاً زیادی دارد. با حذف استان کرمان از مطالعه ارزیابی سریع سال ۱۳۷۷ 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.

**- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک تحصیلات و سه حوزه تحقیق**

تحصیلات	مرکز درمانی		خیابان			
بی سواد	۱۴	۳/۲	۳۳	۸/۶	۲۰۵	۵/۱
خواندن و نوشتن	۱۲	۲/۷	۲۱	۵/۵	۲۱۲	۵/۳
ابتدایی	۸۳	۱۸/۷	۱۱۲	۲۹/۲	۶۹۸	۱۷/۳
راهنمایی	۱۲۷	۲۸/۷	۱۳۴	۳۴/۹	۱۱۵۹	۲۸/۸
دبیرستان و دیپلم	۱۵۵	۳۵	۶۶	۱۷/۲	۱۲۴۵	۳۰/۹
فوق دیپلم	۱۶	۳/۶	۶	۱/۶	۲۰۱	۵
لیسانس و بالاتر	۳۱	۷	۱۰	۲/۶	۲۵۸	۶/۴
سایر	۵	۱/۱	۲	۰/۵	۵۰	۱/۲

جدول شماره ۸ نشان می دهد حدود ۵۸ درصد معتادان سطح سوادی زیر مقطع دبیرستان دارند و حدود ۸۸ درصد معتادان دیپلم یا زیر دیپلم هستند. رقم افراد زیر مقطع دبیرستان در زندان حدود ۷۸ درصد است. که در مقایسه با سایر حوزه های تحقیق مشخص می شود که سطح تحصیلات معتادان زندانی بسیار پایین تر از بقیه است.

**- - توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک وضعیت تأهل و سه حوزه تحقیق سال**

وضعیت تأهل	مرکز درمانی		خیابان			
مجرد	۱۴۵	۳۲/۲	۱۵۴	۴۰/۱	۱۷۰۷	۴۱/۹
متأهل	۲۶۵	۵۸/۹	۱۷۶	۴۵/۸	۲۰۲۰	۴۹/۶
متارکه کرده	۱۵	۳/۳	۱۱	۲/۹	۱۶۳	۴
طلاق گرفته	۲۱	۴/۷	۳۵	۹/۱	۱۴۶	۳/۶
بیوه	۴	۰/۹	۶	۱/۶	۲۶	۰/۶
سایر	-	-	۲	۰/۵	۸	۰/۲

- - توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک وضعیت تاهل سال

وضعیت تاهل		
مجرد	۵۱۰	۳۴/۶
متاهل	۸۳۵	۵۶/۷
متارکه کرده	۴۵	۳/۱
طلاق گرفته	۵۲	۳/۵
بیوه	۳۰	۲
سایر	-	-

جدول شماره ۹ نشان می دهد ۵۰/۲ درصد معنادان متاهل و ۴۰/۹ درصد مجرد می باشند. درصد بررسی افراد متاهل در مراکز درمانی از ۲ 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 آنها بر اساس اطلاعات جداول مرتبط با سن منطقی به نظر میرسد.

۳۶۰ نفر از **در مصاحبه عمیق** در ارتباط با تغییر در سطح تحصیلات معنادان، ۲۷٪ از معنادان بر این باورند که اعتیاد در بین افراد با تحصیلات عالی بیشتر شده است و ۱۱/۶٪ معتقدند که اعتیاد در بین قشر با تحصیلات پایین بیشتر شده و ۳۰٪ اظهار نمودند که تغییری در سطح تحصیلات معنادان به چشم نمی خورد.

۳۴/۰۱ درصد از **کلیدی در مصاحبه عمیق** اظهار کردند: مصرف مواد در تحصیل کرده ها بیشتر است. ۱۷ درصد افراد **کلیدی در مصاحبه عمیق** اظهار کردند: اعتیاد در متأهلین 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.

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

		خیابان			مرکز درمانی			وضعیت مسکن
۲۷	۱۳۱۵	۲۷/۶	۱۱۱۶	۱۸/۱	۶۹	۲۹/۱	۱۳۰	منزل شخصی
۲۵/۵	۱۲۴۲	۲۵	۱۰۰۸	۳۰/۹	۱۱۸	۲۶	۱۱۶	منزل استیجاری یا رهنی
۳۹/۸	۱۹۳۵	۳۹/۳	۱۵۸۵	۴۶/۱	۱۷۶	۳۹	۱۷۴	منزل پدری
۱/۱	۵۴	۱/۱	۴۶	۰/۸	۳	۱/۱	۵	منزل پدر همسر
۰/۹	۴۴	۱	۴۱	۰/۵	۲	۰/۲	۱	منزل سازمانی
۰/۳	۱۶	۰/۳	۱۴	-	-	۰/۴	۲	هتل یا مسافرخانه
۲/۹	۱۴۲	۳	۱۲۱	۲/۴	۹	۲/۷	۱۲	بی خانمان
۲/۴	۱۱۷	۲/۶	۱۰۶	۱/۳	۵	۱/۳	۶	سایر

اطلاعات مندرج در جدول ۱۰ نشان می دهد حدود ۳۹/۸ درصد معتادان در منزل پدری خود زندگی می کنند و ۲۷ درصد منزل شخصی دارند و ۲۵/۵ 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.

**- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک مبلغ اجاره منزل و سه حوزه تحقیق**

		خیابان			مرکز درمانی			(هزار)
۷۲	۳۵۵۱	۷۲/۶	۲۹۷۰	۶۹/۲	۲۶۸	۶۹/۲	۳۱۳	۰
۱۱/۶	۵۷۱	۱۱/۱	۴۵۵	۱۳/۴	۵۲	۱۴/۲	۶۴	۱-۵۰
۹/۱	۴۵۰	۹/۱	۳۷۱	۱۱/۶	۴۵	۷/۵	۳۴	۵۱-۱۰۰
۳/۸	۱۸۷	۳/۷	۱۵۲	۳/۶	۱۴	۴/۶	۲۱	۱۰۱-۱۵۰
۱/۵	۷۲	۱/۵	۶۱	۰/۳	۱	۲/۲	۱۰	۱۵۱-۲۰۰
۲	۹۹	۲	۸۲	۱/۸	۷	۲/۲	۱۰	۲۰۱ و بیشتر
-	-	-	-	-	-	-	-	-

در سؤال مربوط به جدول ۱۱ 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 ۲۰/۷ درصد معتادان زیر مبلغ یکصد هزار تومان برای اجاره منزل پرداخت می کنند.

**- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک زیربنای منزل و سه حوزه تحقیق**

		خیابان			مرکز درمانی			زیربنای منزل ( )
۱۵/۷	۷۱۸	۱۵/۷	۵۹۸	۱۷	۶۰	۱۴/۴	۶۰	۱-۵۰
۱۵/۹	۷۳۲	۱۵/۷	۵۹۸	۱۸/۴	۶۵	۱۶/۵	۶۹	۵۱-۷۵
۲۴/۱	۱۱۰۵	۲۴/۴	۹۳۱	۲۱/۵	۷۶	۲۳/۵	۹۸	۷۶-۱۰۰
۱۱/۶	۵۳۴	۱۱/۸	۴۴۹	۱۰/۲	۳۶	۱۱/۷	۴۹	۱۰۱-۱۲۵
۱۰/۶	۴۸۶	۱۰/۵	۴۰۰	۹/۹	۳۵	۱۲/۲	۵۱	۱۲۶-۱۵۰
۱۲	۵۴۹	۱۲/۲	۴۶۵	۱۰/۵	۳۷	۱۱/۲	۴۷	۱۵۱-۲۰۰
۴/۲	۱۹۴	۴/۱	۱۵۷	۵/۴	۱۹	۴/۳	۱۸	۲۰۱-۲۵۰

۵/۷	۲۶۲	۵/۵	۲۱۲	۷	۲۵	۶	۲۵	۲۵۱ و بیشتر

در جدول شماره ۱۲ نیز زیربنای منزل به متر نشان می دهد ۵۱/۸ درصد معتادان در بناهای زیر ۱۰۰ متر اسکان گزیده اند.

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

		خیابان			مرکز درمانی			-
۳۷/۷	۱۸۰۶	۳۸/۵	۱۵۳۸	۴۱/۴	۱۴۷	۲۷/۷	۱۲۱	ضعیف
۴۵/۱	۲۱۵۸	۴۴	۱۷۵۸	۴۸/۷	۱۷۳	۵۱/۹	۲۲۷	متوسط
۱۷/۲	۸۲۳	۱۷/۵	۶۹۹	۹/۹	۳۵	۲۰/۴	۸۹	خوب

جدول شماره ۱۳ نیز نشان می دهد ۳۷/۷ درصد معتادان در اماکنی با سطح اقتصادی - اجتماعی ضعیف و ۴۵/۱ درصد در وضعیت متوسط به سر می برند.

در این جدول معتادان زندانی با ۴۱/۴ درصد در گروه ضعیف با ۲۷/۷ درصد مراجعین به مراکز درمانی فاصله زیادی دارند و معتادان در گروه خوب در مراکز درمانی با ۲۰/۴ درصد از ۹/۹ درصد در معتادان زندانی بیشتر است.

**- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک افرادی که با آنها زندگی می کنند و سه حوزه تحقیق**

		خی			مرکز درمانی			کسانی که با آنها زندگی می کنند
۴۸/۵	۲۳۹۲	۴۸/۱	۱۹۶۷	۴۳/۲	۱۶۷	۵۷/۱	۲۵۸	همسر
۴۳/۴	۲۱۳۸	۴۲/۶	۱۷۴۲	۴۰/۳	۱۵۶	۵۳/۱	۲۴۰	فرزندان
۲	۱۰۰	۲/۲	۹۲	۱	۴	۰/۹	۴	دوستان
۳۶/۲	۱۷۸۶	۳۶/۱	۱۴۷۸	۴۰/۶	۱۵۷	۳۳/۴	۱۵۱	پدر
۴۴	۲۱۷۱	۴۳/۷	۱۷۸۸	۵۳/۵	۲۰۷	۳۸/۹	۱۷۶	مادر
۳۵/۱	۱۷۲۹	۳۴/۷	۱۴۱۹	۴۳/۴	۱۶۸	۳۱/۴	۱۴۲	خواهران/ برادران
۲	۱۰۱	۲/۲	۸۸	۲/۱	۸	۱/۱	۵	پدر بزرگ/ مادر بزرگ
۶/۵	۳۲۱	۶/۸	۲۷۷	۴/۹	۱۹	۵/۵	۲۵	تنها
۳/۹	۱۹۳	۳/۹	۱۵۹	۳/۱	۱۲	۴/۹	۲۲	سایر

جدول شماره ۱۴ نشان می دهد ۴۸/۵ درصد معتادان با همسران ۴۳/۴ درصد با فرزندان، ۴۴ درصد با مادران، ۳۶/۲ درصد با پدران و ۳۵/۱ 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.

**- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک تعداد افراد خانوار و سه حوزه تحقیق**

	خیابان		مرکز درمانی					
۰	۸/۴	۴۱۲	۸/۸	۳۶۰	۴/۴	۱۷	۷/۷	۳۵
۱	۴/۷	۲۳۲	۴/۶	۱۹۰	۴/۱	۱۶	۵/۸	۲۶
۲	۸/۱	۴۰۱	۸/۳	۳۴۰	۸/۵	۳۳	۶/۲	۲۸
۳	۱۵/۵	۷۶۳	۱۵/۴	۶۳۱	۱۴/۲	۵۵	۱۷	۷۷
۴	۱۹/۷	۹۶۹	۱۹/۷	۸۰۴	۱۷/۱	۶۶	۲۱/۹	۹۹
۵	۱۶/۲	۸۰۰	۱۶/۲	۶۶۱	۱۵	۵۸	۱۷/۹	۸۱
۶	۱۱	۵۴۴	۱۱/۲	۴۵۷	۱۱/۱	۴۳	۹/۷	۴۴
۷	۷/۲	۳۵۶	۷/۲	۲۹۳	۹	۳۵	۶/۲	۲۸
۸	۴/۳	۲۱۲	۴/۳	۱۷۶	۵/۷	۲۲	۳/۱	۱۴
۹	۱/۹	۹۲	۱/۷	۶۸	۴/۱	۱۶	۱/۸	۸
۱۰ و بالاتر	۲/۹	۱۴۹	۲/۵	۱۱۱	۶/۷	۲۶	۲/۵	۱۲

اطلاعات جدول شماره ۱۵ حاکیست نزدیک به ۵۶ درصد معتادان در مجموع تعداد افراد خانوارشان ۴ نفر و کمتر است. و این الگو تقریباً در هر سه حوزه تحقیق مشابه است.

**- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک شغل و سه حوزه تحقیق**

	خیابان		مرکز درمانی					
کارگر ساده	۱۵/۱	۷۴۶	۱۵/۲	۶۲۰	۱۷/۶	۶۸	۱۲/۸	۵۸
کارگر ماهر	۱۶/۸	۸۲۷	۱۶	۶۵۵	۲۸/۲	۱۰۹	۱۳/۹	۶۳
کشاورز	۳/۶	۱۷۷	۳/۳	۱۳۵	۴/۹	۱۹	۵/۱	۲۳
مشاغل خدماتی تخصصی	۷/۱	۳۵۱	۷/۱	۲۹۲	۴/۱	۱۶	۹/۵	۴۳
راننده برون شهری	۳/۶	۱۷۷	۳/۶	۱۴۷	۳/۶	۱۴	۳/۵	۱۶
راننده درون شهری	۷/۲	۳۵۷	۷/۵	۳۰۸	۴/۷	۱۸	۶/۹	۳۱
مشاغل غیررسمی	۴/۴	۲۱۵	۴/۴	۱۸۱	۳/۹	۱۵	۴/۲	۱۹
مغازه دار	۸/۳	۴۱۱	۸/۵	۳۴۸	۷/۲	۲۸	۷/۷	۳۵
سایر	۷	۳۴۳	۶/۶	۲۶۹	۷/۲	۲۸	۱۰/۲	۴۶

در توضیح جدول ۱۶ 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 شوره های کنار خیابان و ...) این جدول نشان می دهد ۳۲ درصد افراد را کارگران ساده و ماهر تشکیل می دهند، ۱۰ درصد آنان را رانندگان و ۷ درصد را نیز افراد با مشاغل خدماتی تخصصی تشکیل می دهند. معنادان با شغل کارگر ماهر در زندان از میزان بالاتری برخوردارند.

**- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک عناوین جایگزین شغلی و سه حوزه تحقیق**

عناوین جایگزین شغلی	مرکز درمانی		خیابان		مرکز درمانی		خیابان	
بیکار	۱۰۲	۲۲/۶	۶۷	۱۷/۳	۸۴۱	۲۰/۶	۱۰۱۰	۲۰/۵
خانه دار	۱۷	۳/۸	۱۱	۲/۸	۹۹	۲/۴	۱۲۷	۲/۶
سرباز	۲	۰/۴	۰	۰	۳۸	۰/۹	۴۰	۰/۸
دانشجو	۲	۰/۴	۱	۰/۳	۱۱۶	۲/۸	۱۱۹	۲/۴
دانش آموز	۳	۰/۷	۲	۰/۵	۶۶	۱/۶	۷۱	۱/۴
بازنشسته	۴	۰/۹	۴	۱	۶۲	۱/۵	۷۰	۱/۴
مستمری بگیر	۶	۱/۳	۲	۰/۵	۲۵	۰/۶	۳۳	۰/۷
هیچکدام	۴	۰/۹	۶	۱/۶	۱۴۳	۳/۵	۱۵۳	۳/۱

در جدول شماره ۱۷ 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 ۱۶ جدا شده اند. تعداد دانشجویان مصرف کننده خیابانی و تفاوت آنان با ۲ حوزه دیگر تحقیق نیز از نکات قابل توجه در این جدول است.

**- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک کارفرما و سه حوزه تحقیق**

کارفرما	مرکز درمانی		خیابان		مرکز درمانی		خیابان	
دولتی	۴۷	۱۰/۴	۱۵	۳/۹	۳۸۴	۹/۴	۴۴۶	۹
خصوصی	۱۲۱	۲۶/۸	۱۵۰	۳۸/۸	۱۰۲۹	۲۵/۲	۱۳۰۰	۲۶/۴
خویش فرما	۱۲۲	۲۷	۱۲۰	۳۱	۱۱۲۹	۲۷/۶	۱۳۷۱	۲۷/۸

در جدول شماره ۱۸ می توان دریافت که تقریباً از میان ۷۰ درصد معنادان شاغل، ۵۴ درصد آنان کارفرمایانی خصوصی و خویش فرما دارند. و رقم معنادان شاغل در بخش خصوصی در زندان بیش از ۲ حوزه دیگر تحقیق است.



**- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک چگونگی تأمین مخارج زندگی و سه حوزه تحقیق**

		خیابان				مرکز درمانی		منبع تأمین مخارج زندگی
۶۸/۳	۳۳۶۷	۶۸/۲	۲۷۹۲	۷۱/۳	۲۷۶	۶۶/۲	۲۹۹	درآمد شغلی
۲۸/۶	۱۴۱۲	۲۹/۶	۱۲۱۱	۲۰/۱	۷۸	۲۷/۲	۱۲۳	خانواده
۳/۵	۱۷۱	۳/۴	۱۴۰	۲/۳	۹	۴/۹	۲۲	فروش اموال شخصی یا لوازم منزل
۴/۲	۲۰۷	۴/۶	۱۸۷	۲/۱	۸	۲/۷	۱۲	سایر درآمدهای شخصی (اجاره، مستغلات، بهره بانکی و ...)
۸/۷	۴۲۸	۸/۴	۳۴۵	۱۳/۷	۵۳	۶/۶	۳۰	خرید و فروش مواد
۲/۵	۱۲۳	۲/۳	۹۳	۲/۸	۱۱	۴/۲	۱۹	حمل مواد
۳/۷	۱۸۲	۳/۳	۱۳۳	۹/۳	۳۶	۲/۹	۱۳	سرقت
۱/۷	۸۵	۱/۷	۷۱	۲/۳	۹	۱/۱	۵	قاچاق سایر کالاها
۷/۳	۳۶۱	۷	۲۸۶	۹	۳۵	۸/۸	۴۰	سایر

جدول شماره ۱۹ نشان می دهد که ۶۸/۳ درصد معنادان مخارج زندگی خود را از طریق درآمد شغلی تأمین می کنند و نزدیک به ۲۸/۶ 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. ۸/۷ درصد معنادان 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 معنادان زندانی بیشتر است.

**- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک درآمد ماهانه خانوار و سه حوزه تحقیق**

		خیابان				مرکز درمانی		متوسط درآمد ماهانه (هزار تومان)
۶/۵	۳۱۹	۶/۷	۲۷۴	۵/۴	۲۱	۵/۳	۲۴	۰
۴/۲	۲۰۶	۳/۹	۱۶۰	۵/۹	۲۳	۵/۱	۲۳	۱-۵۰
۱۸/۹	۹۳۰	۱۸/۴	۷۵۱	۲۰/۹	۸۱	۲۱/۷	۹۸	۵۱-۱۰۰
۱۸/۲	۸۹۵	۱۷/۷	۷۲۴	۲۲/۵	۸۷	۱۸/۶	۸۴	۱۰۱-۱۵۰
۱۶/۹	۸۳۵	۱۷/۲	۷۰۵	۱۴/۲	۵۵	۱۶/۶	۷۵	۱۵۱-۲۰۰
۱۵/۹	۷۸۴	۱۵/۹	۶۵۲	۱۵/۸	۶۱	۱۵/۷	۷۱	۲۰۱-۳۰۰
۷/۵	۳۶۹	۷/۷	۳۱۴	۵/۴	۲۱	۷/۵	۳۴	۳۰۱-۴۰۰
۵/۴	۲۶۶	۵/۵	۲۲۶	۳/۴	۱۳	۶	۲۷	۴۰۱-۵۰۰
۶/۶	۳۲۶	۷	۲۸۵	۶/۵	۲۵	۳/۵	۱۶	۵۰۱ و بیشتر

در جدول شماره ۲۰ می توان ملاحظه کرد که ۳۷ درصد معنادان درآمدی بین ۵۰ تا ۱۵۰ 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 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 معتادان وجود داشت. بطوریکه در یکی از استانها ذکر شد، دیگر ظاهر افراد معتاد چندان 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 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 ۳-۵ 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 مخروطی 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 تفننی تریاک مصرف میکنند. یکی از پرسشگران یک محل تجاری و تولیدی را با کارگاههای متعدد مشاهده کرده است که به نظر وی حدود ۹۰٪ 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
- فقیر نشین و مهاجر نشین و قدیمی
- خانه های مصرف با زنان کولی و روسپیان معتاد

- خارج شهر

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

:

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

		خیابان		مرکز درمانی		سابقه مصرف دخانیات		
۳۰/۴	۱۵۰۱	۳۰/۳	۱۲۳۹	۳۴/۴	۱۳۳	۲۸/۵	۱۲۹	بله (در حال)
۶/۱	۳۰۲	۵/۵	۲۲۴	۱۲/۱	۴۷	۶/۹	۳۱	بله (در گذشته)
۵۴/۸	۲۷۰۰	۵۵/۳	۲۲۶۳	۴۵/۷	۱۷۷	۵۷/۵	۲۶۰	بله (در گذشته و حال)
۸/۷	۴۲۷	۸/۹	۳۶۵	۷/۸	۳۰	۷/۱	۳۲	خیر

جدول شماره ۲۱ نشان می دهد ۸۵/۲ درصد افراد در حال حاضر دخانیات مصرف می کنند.

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

		خیابان		مرکز درمانی		سن آغاز مصرف دخانیات		
۲	۹۰	۲	۷۲	۲/۸	۱۰	۱/۹	۸	کمتر از ۹ سال
۶۳/۹	۲۸۲۹	۶۴/۱	۲۳۴۵	۶۴	۲۲۸	۶۲/۱	۲۵۶	۱۰-۱۹ سال
۳۰/۲	۱۳۳۵	۳۰/۱	۱۰۹۹	۲۸/۴	۱۰۱	۳۲/۸	۱۳۵	۲۰-۲۹ سال
۳/۳	۱۴۶	۳/۳	۱۲۰	۴/۲	۱۵	۲/۷	۱۱	۳۰-۳۹ سال
۰/۵	۲۱	۰/۵	۱۸	۰/۳	۱	۰/۵	۲	۴۰-۴۹ سال
۰/۱	۳	۰/۱	۲	۰/۳	۱	۰	۰	۵۰-۵۹ سال

جدول ۲۲ حاکیست ۶۵/۹ درصد افراد زیر سن ۲۰ سالگی مصرف دخانیات را آغاز کرده اند

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

		خیابان		مرکز درمانی		سابقه مصرف الکل		
۱۱/۹	۵۸۹	۱۲/۸	۵۲۳	۸/۵	۳۳	۷/۳	۳۳	بله (در حال)
۳۰/۷	۱۵۱۲	۲۹/۶	۱۲۱۰	۳۳/۳	۱۲۹	۳۸/۳	۱۷۳	بله (در گذشته)
۱۸/۱	۸۹۱	۱۹/۲	۷۸۷	۱۱/۱	۴۳	۱۳/۵	۶۱	بله (در گذشته و حال)
۳۹/۳	۱۹۳۸	۳۸/۴	۱۵۷۱	۴۷	۱۸۲	۴۰/۹	۱۸۵	خیر

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

		خیابان		مرکز درمانی		سن آغاز مصرف الکل		
۱/۱	۲۲	۱	۲۵	۱/۴	۳	۱/۵	۴	۹-۰ سال
۶۴	۱۸۶۲	۶۳/۸	۱۵۵۵	۶۸/۱	۱۴۱	۶۳/۱	۱۶۶	۱۹-۱۰ سال
۳۲/۴	۹۴۳	۳۲/۷	۷۹۷	۲۹/۵	۶۱	۳۲/۳	۸۵	۲۹-۲۰ سال
۲/۲	۶۳	۲/۲	۵۴	۱	۲	۲/۷	۷	۳۹-۳۰ سال
۰/۳	۸	۰/۳	۷	۰	۰	۰/۴	۱	۴۹-۴۰ سال
۰	۱	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۵۰ سال و بیشتر

جدول ۲۳ نیز نشان می دهد که حدود ۳۰ درصد افراد تحت مطالعه در حال حاضر الکل مصرف می کنند و از این تعداد براساس اطلاعات جدول ۲۴، ۶۵/۱ درصد زیر سن ۲۰ سالگی مصرف آن را آغاز می کنند. الگوی سنی آغاز مصرف سیگار و الکل در معتادان مشابه یکدیگر است.

**- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک نوع مصرف مواد و سه حوزه تحقیق**

		خیابان		مرکز درمانی				
۱/۵	۷۱	۱/۶	۶۵	۱/۱	۴	۰/۵	۲	یک بار مصرف
۱۹/۱	۹۱۴	۲۲/۲	۸۸۴	۴/۶	۱۷	۳	۱۳	مصرف نابجا
۲۱/۸	۱۰۴۴	۲۴/۵	۹۷۴	۹/۱	۳۴	۸/۳	۳۶	سوء مصرف
۵۷/۶	۲۷۵۳	۵۱/۶	۲۰۵۲	۸۵/۲	۳۱۷	۸۸/۳	۳۸۴	وابستگی

همانطور که جدول ۲۵ نشان می دهد اطلاعات مرتبط با مواد در این گزارش تحقیق علاوه بر افراد وابسته، سایر گروهها را نیز اعم از مصرف کنندگان نابجا و سوء مصرف کنندگان در بر می گیرد.

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

		خیابان		مرکز درمانی		سیگار یا الکل			
۳۷/۳	۱۸۴۱	۳۷/۷	۱۵۴۲	۳۶/۴	۱۴۱	۳۵	۱۵۸	سیگار	
۱/۷	۸۲	۱/۶	۶۷	۱/۸	۷	۱/۸	۸	الکل	
۱۰/۲	۵۰۴	۱۰/۷	۴۳۷	۶/۷	۲۶	۹/۱	۴۱	هر دو	
۵۰/۸	۲۵۰۳	۵۰	۲۰۴۵	۵۵	۲۱۳	۵۴/۲	۲۴۵	هیچکدام	
۵	۲۴۷	۵/۲	۲۱۴	۳/۶	۱۴	۴/۲	۱۹	سیگار	
۰/۲	۱۲	۰/۲	۱۰	۰/۳	۱	۰/۲	۱	الکل	
۰/۷	۳۵	۰/۸	۳۳	۰/۳	۱	۰/۲	۱	هر دو	
۹۴	۴۶۳۶	۹۳/۷	۳۸۳۴	۹۵/۹	۳۷۱	۹۵/۴	۴۳۱	هیچکدام	
۱/۵	۷۲	۱/۴	۵۹	۱/۳	۵	۱/۸	۸	سیگار	خواهر

الکل	۲	۰/۴	۱	۰/۳	۱۰	۰/۲	۱۳	۰/۳
هر دو	۴	۰/۹	۲	۰/۵	۳۴	۰/۸	۴۰	۰/۸
هیچکدام	۴۳۸	۹۶/۹	۳۷۹	۹۷/۹	۳۹۸۸	۹۷/۵	۴۸۰۵	۹۷/۵
سیگار	۱۰۶	۲۳/۵	۸۵	۲۲	۸۹۶	۲۱/۹	۱۰۸۷	۲۲
الکل	۹	۲	۳	۰/۸	۷۶	۱/۹	۸۸	۱/۸
هر دو	۶۵	۱۴/۴	۴۸	۱۲/۴	۶۶۲	۱۶/۶	۷۷۵	۱۵/۷
هیچکدام	۲۷۲	۶۰/۲	۲۵۱	۶۴/۹	۲۴۵۷	۶۰/۱	۲۹۸۰	۶۰/۴
سیگار	۱۰	۲/۲	۱۶	۴/۱	۶۴	۱/۶	۹۰	۱/۸
الکل	۱	۰/۲	۲	۰/۵	۶	۰/۱	۹	۰/۲
هر دو	۸	۱/۸	۴	۱	۴۷	۱/۱	۵۹	۱/۲
هیچکدام	۴۳۳	۹۵/۸	۳۶۵	۹۴/۳	۳۹۷۴	۹۷/۱	۴۷۷۲	۹۶/۸
سیگار	۱	۰/۲	۰	۰	۵۶	۱/۴	۵۷	۱/۲
الکل	۰	۰	۰	۰	۳	۰/۱	۳	۰/۱
هر دو	۶	۱/۳	۰	۰	۲۴	۰/۶	۳۰	۰/۶
هیچکدام	۴۴۵	۹۸/۵	۳۸۷	۱۰۰	۴۰۰۸	۹۸	۴۸۴۰	۹۸/۲
سیگار	۶۷	۱۴/۸	۳۷	۹/۶	۴۳۰	۱۰/۵	۵۳۴	۱۰/۸
الکل	۸	۱/۸	۱	۰/۳	۴۰	۱	۴۹	۱
هر دو	۴۴	۹/۷	۲۷	۷	۴۰۶	۹/۹	۴۷۷	۹/۷
هیچکدام	۳۳۳	۷۳/۷	۳۲۲	۸۳/۲	۳۲۱۵	۷۸/۶	۳۸۷۰	۷۸/۵
	-	-	-	-	-	-	-	-

همانطور که جدول شماره ۲۶ 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.

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

	خیابان				مرکز درمانی			
حشیش	۲	۰/۴	۱	۰/۲	۴۲	۱	۴۵	۰/۹
تریاک	۷۹	۱۷/۵	۵۹	۱۵/۲	۸۶۱	۲۱	۹۹۹	۲۰/۲
شیره	۱۸	۴	۱۴	۳/۶	۲۰۹	۵/۱	۲۴۱	۴/۹
سوخته	۱۳	۲/۸	۲	۰/۵	۱۰۹	۲/۶	۱۲۴	۲/۵
اکستاسی	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۱	۰
هروئین	۵	۱/۱	۹	۲/۳	۶۶	۱/۶	۸۰	۱/۶
بوپره نورفین	۱	۰/۲	۰	۰	۲	۰	۳	۰
کوکائین	۱	۰/۲	۰	۰	۱	۰	۲	۰
ال اس دی	۲	۰/۴	۰	۰	۳	۰	۵	۰/۱
سایر	۷	۱/۵	۳	۰/۸	۱۷	۰/۴	۲۷	۰/۵
حشیش	۰	۰	۰	۰	۱۱	۰/۲	۱۱	۰/۲
تریاک	۱۱	۲/۴	۸	۲	۱۰۳	۲/۵	۱۲۲	۲/۴

٠/٥	٢٤	٠/٥	٢٣	٠/٢	١	٠	٠	شيره
٠/٢	١٠	٠/٢	١٠	٠	٠	٠	٠	سوخته
٠	١	٠	٠	٠	٠	٠/٢	١	اكستاسي
٠/٣	١٨	٠/٣	١٢	١/٣	٥	٠/٢	١	هروئين
٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	بوپره نورفين
٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	كوكائين
٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠	ال اس دي
٠/١	٥	٠	٤	٠/٢	١	٠	٠	سايير
٠/٦	٣٠	٠/٦	٢٨	٠/٢	١	٠/٢	١	حشيش
٠/٨	٣٨	٠/٦	٢٨	١/٥	٦	٠/٩	٤	ترياك
٠/١	٨	٠/١	٥	٠/٢	١	٠/٤	٢	شيره
٠	١	٠	١	٠	٠	٠	٠	سوخته
٠/٢	١٢	٠/٢	١١	٠	٠	٠/٢	١	اكستاسي
٠/٢	١٣	٠/١	٦	٠/٨	٣	٠/٩	٤	هروئين
٠	٢	٠	٢	٠	٠	٠	٠	بوپره نورفين
٠/١	٦	٠/١	٦	٠	٠	٠	٠	كوكائين
٠/١	٦	٠/١	٦	٠	٠	٠	٠	ال اس دي
٠/٢	١٣	٠/٣	١٣	٠	٠	٠	٠	سايير

خواهر

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

		خيابان		مرکز درماني				
٧/١	٣٥١	٧/٧	٣١٤	٣/٩	١٥	٤/٨	٢٢	حشيش
١٩/٧	٩٧٥	٢٠	٨١٩	١٦/٥	٦٤	٢٠/٣	٩٢	ترياك
٤/٢	٢٠٦	٤/٢	١٧٣	٤/١	١٦	٣/٧	١٧	شيره
٢/٢	١٠٩	٢/٣	٩٣	١/٨	٧	٢	٩	سوخته
٠/٥	٢٤	٠/٦	٢٣	٠/٢	١	٠/٤	٢	اكستاسي
٤/٥	٢٢٥	٤/٥	١٨٣	٥/٧	٢٢	٤/٤	٢٠	هروئين
٠/٣	١٤	٠/٢	٩	٠/٢	١	٠/٩	٤	بوپره نورفين
٠/١	٦	٠/١	٥	٠	٠	٠/٢	١	كوكائين
٠	٣	٠	٢	٠	٠	٠/٢	١	ال اس دي
٠/٨	٤٠	٠/٧	٢٩	١/٣	٥	١/٣	٦	سايير
٠/٤	١٩	٠/٣	١٥	٠/٨	٣	٠/٢	١	حشيش
٢	١٠٠	١/٧	٧٢	٣/٦	١٤	٣/١	١٤	ترياك
٠/٨	٣٩	٠/٧	٢٩	١/٣	٥	١/١	٥	شيره
٠/٣	١٥	٠/٢	١٠	٠/٨	٣	٠/٤	٢	سوخته
٠	٢	٠	٢	٠	٠	٠	٠	اكستاسي
٠/٧	٣٦	٠/٦	٢٣	٢	٨	١/١	٥	هروئين
٠	٢	٠	١	٠	٠	٠/٢	١	بوپره نورفين
٠	٣	٠	٣	٠	٠	٠	٠	كوكائين
٠	٢	٠	٢	٠	٠	٠	٠	ال اس دي
٠/١	٦	٠/١	٥	٠/٢	١	٠	٠	سايير

همسر

حشیش	۱	۰/۲	۱	۰/۲	۸	۰/۲	۱۰	۰/۲
تریاک	۴	۰/۹	۱	۰/۲	۳۰	۰/۷	۳۵	۰/۷
شیره	۱	۰/۲	۰	۰	۸	۰/۲	۹	۰/۲
سوخته	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۱	۰
اکستاسی	۵	۱/۱	۱	۰/۲	۳۶	۰/۸	۴۲	۰/۸
هروئین	۰	۰	۱	۰/۲	۸	۰/۲	۹	۰/۲
بوپره نورفین	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
کوکائین	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
ال اس دی	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
سایر	۲	۰/۴	۰	۰	۱	۰	۳	۰

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

	خیابان				مرکز درمانی				
حشیش	۱۲	۲/۶	۱۰	۲/۶	۱۴۱	۳/۴	۱۶۳	۳/۳	سایر
تریاک	۷۹	۱۷/۵	۳۹	۱۰	۵۹۰	۱۴/۴	۷۰۸	۱۴/۳	
شیره	۲۳	۵	۵	۱/۳	۱۴۵	۳/۵	۱۷۳	۳/۵	
سوخته	۱۴	۳/۱	۲	۰/۵	۱۰۱	۲/۴	۱۱۷	۲/۴	
اکستاسی	۱	۰/۲	۰	۰	۱۵	۰/۳	۱۶	۰/۳	
هروئین	۱۸	۴	۱۱	۲/۸	۱۱۲	۲/۷	۱۴۱	۲/۸	
بوپره نورفین	۳	۰/۷	۱	۰/۲	۷	۰/۱	۱۱	۰/۲	
کوکائین	۱	۰/۲	۰	۰	۴	۰	۵	۰/۱	
ال اس دی	۱	۰/۲	۰	۰	۳	۰	۴	۰/۱	
سایر	۷	۱/۵	۱	۰/۲	۱۴	۰/۳	۲۲	۰/۴	
	-	-	-	-	-	-	-	-	

اطلاعات مندرج در جدول ۲۷ 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.

- میانگین سن آغاز مصرف مواد به تفکیک نوع

تعداد نمونه	میانگین سن ( )	Std. De	( ) Min.	( ) Max.
۱۹۲۵	۱۸/۸۴	۴/۶	۷	۷۱
۴۰۱۸	۲۲/۶۳	۶/۷۷	۱	۷۶
۱۳۰۹	۲۳/۰۹	۶/۵۱	۸	۷۱
۵۲۱	۲۲/۳۹	۶/۷۱	۷	۸۱
۲۷۷	۲۲/۴۲	۵/۰۶	۱۰	۵۰



۷۶	۹	۶/۷۹	۲۴/۳۹	۱۳۸۵	هرئین
۴۹	۱۱	۶/۶۲	۲۶/۴۸	۱۶۰	بوپره نورفین
۴۵	۱۲	۶/۶۸	۲۴/۵۳	۸۰	کوکائین
۳۸	۱۳	۵/۴۸	۲۳/۷۱	۷۷	ال اس دي
۵۷	۷	۷/۴۹	۲۲/۰۵	۵۷۴	سایر مواد

در جدول شماره ۲۸ مشاهده میشود کمترین سن شروع مصرف مواد در مصرف کنندگان، به حشیش با ۱۸/۸۴ سال اختصاص دارد. مصرف کنندگان بوپره نورفین با ۲۶/۴۸ سال از بالاترین سن شروع مواد برخوردارند. در میان حداقل سن شروع مصرف مواد، ۱ سالگی به عنوان سن شروع مصرف تریاک ذکر شده است.

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

پیشنهاددهنده		مرکز درمانی		خیابان			
۳۸	۸/۵	۲۸	۷/۳	۲۶۵	۶/۵	۳۳۱	۶/۸
۵۶	۱۲/۵	۴۲	۱۰/۹	۶۰۲	۱۴/۸	۷۰۰	۱۴/۳
۲۶	۵/۸	۱۳	۳/۴	۲۷۹	۶/۹	۳۱۸	۶/۵
۱۸۷	۴۱/۸	۱۵۴	۴۰/۱	۱۵۶۸	۳۸/۶	۱۹۰۹	۳۹
۱۱	۲/۵	۱۰	۲/۶	۱۰۹	۲/۷	۱۳۰	۲/۷
۳۹	۸/۷	۲۹	۷/۶	۴۳۹	۱۰/۸	۵۰۷	۱۰/۴
۹	۲	۱۰	۲/۶	۱۱۴	۲/۸	۱۳۳	۲/۷
۵۷	۱۲/۸	۷۲	۱۸/۸	۴۴۷	۱۱	۵۷۶	۱۱/۸
۹	۲	۲۱	۵/۵	۱۴۷	۳/۶	۱۷۷	۳/۶
۱۵	۳/۴	۵	۱/۳	۹۴	۲/۳	۱۱۴	۲/۳

اطلاعات جدول شماره ۲۹ حاکیست ۲۱ درصد معتادان توسط یکی از افراد خانواده یا بستگان مصرف مواد را آغاز کرده اند. ۴۱/۷ درصد معتادان توسط دوستان خارج از مدرسه به سمت مواد کشیده شده اند و ۱۰/۴ درصد افراد توسط همکاران به مصرف مواد ترغیب شده اند. در این میان حدود ۱۱/۸ درصد معتادان بدون پیشنهاد دیگران مصرف مواد را آغاز کرده اند. آغاز مصرف مواد در ۶/۵ درصد از معتادان کشور توسط دوستان مدرسه نیز از نکات قابل توجه این جدول است.

توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک موقعیت اولین شروع مصرف مواد و سه ه تحقیق

موقعیت		اولین		مرکز درمانی		خیابان	
مهمانی خانوادگی	۳۷	۸/۳	۲۸	۷/۳	۳۴۶	۸/۵	۴۱۱
مهمانی دوستانه	۱۵۴	۳۴/۴	۹۹	۲۵/۶	۱۳۳۵	۳۲/۵	۱۵۸۸
پارک	۱۵	۳/۳	۲۸	۷/۳	۲۵۴	۶/۲	۲۹۷
مدرسه	۴	۰/۹	۲	۰/۵	۸۳	۲	۸۹
کوچه و خیابان	۲۳	۵/۱	۲۵	۶/۵	۲۸۹	۷/۱	۳۳۷
سربازخانه	۲۲	۴/۹	۱۵	۳/۹	۱۵۰	۳/۷	۱۸۷
خوابگاه یا منزل دانشجویی	۴	۰/۹	۳	۰/۸	۸۹	۲/۲	۹۶
محل کار	۵۲	۱۱/۶	۴۷	۱۲/۲	۴۱۹	۱۰/۳	۵۱۸
منزل	۸۸	۱۹/۶	۹۰	۲۳/۳	۷۴۰	۱۸/۲	۹۱۸
سایر	۳۷	۸/۳	۴۳	۱۱/۱	۲۷۰	۶/۶	۳۵۰
به خاطر ندارد	۱۲	۲/۷	۶	۱/۶	۹۵	۲/۳	۱۱۳

براساس اطلاعات جدول شماره ۳۰، مهمانی های دوستانه با ۳۲/۴ درصد، منزل با ۱۸/۷ درصد و محل کار با ۱۰/۶ درصد به ترتیب شایعترین مکانهای آغاز مصرف مواد بوده اند.

توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک واقعه مشخص منجر به اولین مصرف و سه یق

واقعه منجر به اولین مصرف		اولین مصرف		مرکز درمانی		خیابان	
مشکلات کاری	۲۲	۵	۱۸	۴/۷	۳۲۶	۸/۱	۳۶۶
مشکلات تحصیلی	۸	۱/۸	۴	۱/۱	۹۵	۲/۴	۱۰۷
مشکلات خانوادگی	۶۳	۱۴/۳	۷۲	۱۸/۹	۷۰۱	۱۷/۴	۸۳۶
روابط بین فردی (خانواده، کار و تحصیل)	۶۰	۱۳/۶	۵۸	۱۵/۳	۴۷۴	۱۱/۷	۵۹۲
سایر	۷۱	۱۶/۱	۳۷	۹/۷	۴۳۱	۱۰/۷	۵۳۹
هیچ واقعه مشخصی وجود نداشت	۲۱۷	۴۹/۲	۱۹۱	۵۰/۳	۲۰۰۸	۴۹/۸	۲۴۱۶

جدول شماره ۳۱ نشان می دهد که نزدیک به نیمی از معتادان بدون وجود واقعه یا رویدادی مشخص به سراغ مواد رفته اند و ۱۷/۲ درصد افراد با مشکلات خانوادگی به سراغ مواد رفته اند.

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

		خیابان		مرکز		دلایل برای اولین مصرف مواد		
۳/۳	۱۶۲	۳/۶	۱۴۵	۱	۴	۲/۹	۱۳	رفع مشکلات جنسی
۴/۹	۲۴۱	۴/۹	۱۹۹	۶/۸	۲۶	۳/۶	۱۶	رفع درد
۳/۷	۱۸۲	۳/۶	۱۴۴	۴/۷	۱۸	۴/۵	۲۰	کاهش علائم یک بیماری جسمی
۲۶/۱	۱۲۷۱	۲۵/۹	۱۰۴۵	۲۳/۶	۹۰	۳۰/۴	۱۳۶	کسب لذت
۲۵/۴	۱۲۳۸	۲۴/۹	۱۰۰۵	۲۶/۲	۱۰۰	۲۹/۷	۱۳۳	کنجکاوی
۲۱/۹	۱۰۶۵	۲۲	۸۹۰	۲۴/۶	۹۴	۱۸/۱	۸۱	رفع مشکلات روحی
۶/۸	۳۳۳	۷/۱	۲۸۶	۸/۱	۳۱	۳/۶	۱۶	در دسترس بودن
۴	۱۹۵	۳/۹	۱۵۹	۳/۴	۱۳	۵/۱	۲۳	سایر
۳/۸	۱۸۳	۴/۱	۱۶۷	۱/۶	۶	۲/۲	۱۰	هیچکدام

جدول شماره ۳۲ نشان می دهد که ۲۶/۱ درصد معتادان برای کسب لذت و ۲۵/۴ درصد به علت کنجکاوی و ۲۱/۹ درصد برای رفع مشکلات روحی به مصرف مواد پرداخته اند.

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

		خیابان		مرکز درمانی		حالت روحی منجر به اولین مصرف		
۱۲	۵۸۱	۱۱/۷	۴۷۰	۱۳/۲	۵۱	۱۳/۷	۶۰	اضطراب، ترس، نگرانی و ... و موارد مشابه
۱۸/۷	۹۰۵	۱۸/۶	۷۴۴	۲۰/۷	۸۰	۱۸/۵	۸۱	غمگینی، افسردگی و ... و موارد مشابه
۵/۴	۲۵۹	۵/۷	۲۲۸	۲/۶	۱۰	۴/۸	۲۱	خشم، پرخاش، عصبانیت و موارد مشابه
۳۸/۶	۱۸۶۶	۳۹/۲	۱۵۷۰	۳۴/۹	۱۳۵	۳۶/۸	۱۶۱	سرخوشی، وجد، شعف کیف و موارد مشابه
۲۲/۳	۱۰۷۹	۲۲/۲	۸۸۹	۲۴	۹۳	۲۲/۱	۹۷	هیچکدام
۳	۱۴۳	۲/۷	۱۰۷	۴/۷	۱۸	۴/۱	۱۸	سایر

براساس اطلاعات جدول ۳۳، ۳۸/۶ درصد افراد معتاد به علت حالت روحی سرخوشی، وجد و کیف به سراغ مواد رفته اند و ۲۲/۳ درصد حالت خاصی نداشته اند که آن را ذکر نمایند. افراد معتاد در ۱۸/۷ 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 ۳۶۰ نفر از نشان داد که علت اولین بار مصرف تعارف و پیشنهاد دوستان ۳۵/۸٪، کنجکاو ۲۲/۷٪، تفریح و سرگرمی ۸/۳٪، والدین معتاد ۴/۷٪، فشارهای روحی روانی ۴/۷٪، اختلالات خانوادگی ۴/۱٪ 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 ۲/۷٪ از معتادان علت اولین بار مصرف خود را به خاطر ندارند.

معتادی از استان خراسان درخصوص علت آغاز مصرف مواد می گوید:

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.

۱۸/۵٪ از معتادان اظهار داشتند که از همان اول مایل بودند که مصرف مواد را ادامه بدهند در حالی که ۸۱/۵٪ از آنان از همان ابتدا تمایلی به ادامه مصرف نداشتند. تفریح و تفنن ۱۳/۲٪، کسب لذت ۱۳٪، پیشنهاد و اصرار دوستان ۱۱/۱٪، وابستگی به مواد ۱۰/۲٪، عدم آگاهی از ابتلا به اعتیاد متعاقب مصرف مواد ۹/۴٪، تسکین و آرامش روان ۵/۸٪ و کاهش درد ۴/۷٪ 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. ۸۹/۹٪ از معتادان اظهار داشتند که فکر نمی کردند روزی معتاد شوند ولی ۱۰٪ از آنان از همان ابتدا می دانستند که به دنبال مصرف مواد ممکن است معتاد شوند. ۴۰/۲٪ از معتادان مصرف مداوم مواد، ۶/۶٪ در دسترس بودن مواد، ۵٪ احساس نیاز به ادامه مصرف مواد را علت معتاد شدن خود ذکر می کنند و ۴۱/۱٪ 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)"  
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 ۳۵۶ نفر از حاکی از این نکته است که

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 آنها از اعتیاد فرد مورد نظر پرسیده شد ۵۵/۷٪ از مصاحبه شوندهگان بین یک تا پنج سال پس از شروع مصرف مواد مخدر فرد معتاد از اعتیاد وی آگاه شدند. ۲۲/۲٪ خانواده ها پس از یک سال، ۱۵/۷٪ پس از دو سال، ۷/۷٪ پس از سه سال، ۵/۱٪ پس از چهار سال و ۳/۴٪ از بستگان افراد معتاد پس از گذشت پنج سال از اعتیاد فرد معتاد در خانواده خود مطلع شدند.

۹۵٪ از مصاحبه شوندهگان معتاد در مصاحبه عمیق خود را معتاد می دانند درحالی که ۵٪ از آنان خود را معتاد نمی دانند. ۵۷/۵٪ از روی علایم ترک، ۱۲٪ از عادت به مصرف روزانه مواد، ۷/۵٪ 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. ۱۷/۵٪ از معتادان یک سال پس از مصرف مواد، ۱۰٪ آنان دو سال پس از مصرف مواد و ۸/۳٪ سه سال پس از مصرف و بقیه افراد به ترتیب اهمیت ۲ ماه، ۶ ماه، ۱ ماه، ۴ سال، سه ماه و ۵ سال پس از مصرف مواد متوجه اعتیاد خود شده اند.

معتادی از استان گیلان می گوید:

می گیرد و خمار می شوم و حدوداً یک سال طول کشید تا فهمیدم معتاد شده ام. (یک جمله شایع در اظهارات اکثر

)

معتادی از استان اردبیل می گوید: سال مصرف فهمیدم که معتاد شده ام چون وقتی مصرف

نمی کردم احساس درد داشتم.

## الگوی

- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک ماده مصرفی فعلی و سه حوزه تحقیق و روش مصرف

												سه حوزه تحقیق										
												خیابان				مرکز درمانی						
												تدخین		تزریق		انفیه						
-	۱۰۳۰	-	-	-	-	۲/۱	۲۲	-	-	۹۷/۳	۱۰۰۲	۲۰/۹	۱۰۳۰	۲۱/۴	۸۷۶	۲۳/۸	۹۲	۱۳/۷	۶۲	حشیش		
-	۳۳۷۹	-	-	-	-	۳۸/۱	۱۲۸۹	۱/۶	۵۶	۸۱/۹	۲۷۶۷	۶۸/۵	۳۳۷۹	۶۸/۴	۲۷۹۹	۶۱/۲	۲۳۷	۷۵/۹	۳۴۳	تزیاک		
-	۶۸۰	-	-	-	-	۵۸/۹	۴۰۱	۱/۳	۹	۶۵/۳	۴۴۴	۱۳/۸	۶۸۰	۱۳/۸	۵۶۵	۹/۸	۳۸	۱۷	۷۷	شیره		
-	۱۸۷	-	-	-	-	۵۱/۹	۹۷	۳/۲	۶	۵۷/۷	۱۰۸	۳/۸	۱۸۷	۳/۷	۱۵۰	۲	۸	۶/۴	۲۹	سوخته		
-	۱۹۴	-	-	۲/۵	۵	۹۳/۸	۱۸۲	۲	۴	۵/۱	۱۰	۳/۹	۱۹۴	۴/۵	۱۸۶	۱	۴	۰/۹	۴	اکستاسی		
-	۱۲۱۵	-	-	۲۳/۷	۲۸۸	۱/۳	۱۶	۴۸/۱	۵۸۵	۵۴/۶	۶۶۴	۲۴/۶	۱۲۱۵	۲۳/۵	۹۶۳	۳۱/۳	۱۲۱	۲۹	۱۳۱	هروئین		
-	۷۶	-	-	۹/۲	۷	-	-	۹۰/۷	۶۹	۵/۲	۴	۱/۵	۷۶	۱/۵	۶۲	۱/۳	۵	۲	۹	بوپره نورفین		
-	۴۴	-	-	۶۵/۹	۲۹	۴/۵	۲	۱۵/۹	۷	۲۵	۱۱	۰/۹	۴۴	۱	۴۳	۰/۲	۱	۰	۰	کوکائین		
-	۴۷	-	-	۳۴	۱۶	۸۵/۱	۴۰	۸/۵	۴	۸/۵	۴	۰/۹	۴۷	۱/۱	۴۶	۰	۰	۰/۲	۱	ال اس دي		
-	۳۸۵	۱/۵	۶	۱/۸	۷	۴۹/۳	۱۹۰	۱۴	۵۴	۵۴	۲۰۸	۷/۸	۳۸۵	۸/۴	۳۴۴	۵/۴	۲۱	۴/۴	۲۰	سایر		
												-		-		-		-				

جدول شماره ۳۴ نشان می دهد ماده مصرفی فعلی در حوزه تحقیق در ابتدا تریاک (۶۸/۵ درصد) سپس هروئین (۲۴/۶ درصد) و در مرحله بعد حشیش (۲۰/۹ درصد) و شیره (۱۳/۸ درصد) است.

میزان مصرف حشیش در زندانیان بیش از ۲ حوزه دیگر و مصرف تریاک در مراکز درمانی از سایر حوزه ها بیشتر است. میزان مصرف هروئین در معتادان زندان نیز بیش از ۲ حوزه دیگر گزارش شده است.

در میان روشهای مصرف فعلی بیش از ۹۷ درصد مصرف کنندگان حشیش آن را دود می کنند و ۸۱/۹ درصد مصرف کنندگان تریاک نیز آن را دود می کنند و ۳۸/۱ درصد آن را می خورند. مصرف کنندگان شیره ۶۵/۳ درصد آن را دود می کنند و ۵۸/۹ درصد آن را به روش خوراکی مصرف می کنند. مصرف کنندگان سوخته، ۵۷/۷ درصد به صورت تدخین و ۵۱/۹ درصد به صورت خوراکی آن را استفاده می کنند.

بیشترین شکل استفاده از اکستاسی به صورت خوراکی است (۹۳/۸ درصد). ۵۴/۶ درصد مصرف کنندگان هروئین آن را دود می کنند و ۴۸/۱ درصد آن را تزریق می کنند. روش انفیه (دماغی) با ۲۳/۷ 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) (۶۵/۹ درصد) و سپس تدخین است. (۲۵ درصد). نزدیک به ۸۵ درصد افراد مصرف کننده LSD را به صورت خوراکی و ۳۴ درصد به صورت انفیه استفاده می کنند.

سایر مواد نزدیک به ۵۴ درصد به صورت تدخین، ۴۹/۳ درصد به صورت خوردن و ۲۴ درصد به صورت تزریق مورد استفاده قرار می گیرند.

همانطور در جدول قابل مشاهده است مواد جدید ۱۵ 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

#### - توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک ماده غالب مصرفی و سه حوزه تحقیق

	خیابان			مرکز درمانی				
حشیش	۹/۳	۴۵۸	۱۰/۴	۴۲۵	۶/۲	۲۴	۲	۹
تریاک	۵۲/۸	۲۶۰۴	۵۳	۲۱۷۰	۴۳/۲	۱۶۷	۵۹/۱	۲۶۷
شیره	۵/۳	۲۶۲	۵/۴	۲۲۲	۳/۱	۱۲	۶/۲	۲۸
سوخته	۰/۳	۱۴	۰/۳	۱۳	۰/۳	۱	۰	۰
اکستاسی	۱/۵	۷۳	۱/۷	۷۰	۰/۵	۲	۰/۲	۱
هروئین	۲۰/۷	۱۰۲۲	۱۹/۸	۸۰۹	۲۵/۸	۱۰۰	۲۵	۱۱۳
بوپره نورفین	۰/۸	۴۱	۰/۹	۳۶	۰/۳	۱	۰/۹	۴
کوکائین	۰/۴	۲۰	۰/۵	۱۹	۰/۳	۱	۰	۰

ال اس دي	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
سایر	۵	۱/۱	۷	۱/۸	۱۴۴	۳/۵	۱۵۶
گزارش نشده	۲۵	۵/۵	۶۶	۱۷	۱۷۷	۴/۳	۲۷۴

در جدول شماره ۳۵ ماده غالب مصرفي به ترتيب ترياک ۵۲/۸ درصد و هروئین ۲۰/۷ درصد گزارش شده است. حشیش در مراکز درمانی کم مصرف میشود اما در مقابل مصرف شیره بیشتر از ۲ حوزه دیگر است.

۳۶۰ نفر از طی مصاحبه عمیق در پاسخ به این سؤال که آیا به نظر شما تغییری در نوع ماده مصرفي در طول سال گذشته در جامعه به وجود آمده است یا نه؟ جواب ۵۸/۴٪ از آنان مثبت بوده و ۱۱/۶٪ جواب منفي داده اند. ۳۰٪ نیز در این خصوص اطلاعاتي نداشتند. ۲۵/۱٪ معتقد بودند که مصرف قرص هاي روانگردان بیشتر شده، ۱۶/۳٪ معتقد بودند که مصرف هروئین بیشتر شده و ۱۲/۱٪ به افزایش مصرف بوپرونورفین اشاره کرده بودند. بقیه افراد معتقد بودند که به ترتیب اولویت مصرف هروئین و حشیش، ترياک و حشیش، و کوکائین بیشتر شده است.

مصاحبه عمیق با ۲۹۴ نفر از افراد کلیدی در ۲۸ استان کشور نشان میدهد که بیشترین نوع ماده مصرفي به ترتيب ترياک و هروئین (۰/۳ / ۸۵ درصد)، حشیش (۸۱/۶۳ درصد)، اکستازی (۳۴/۰۱ درصد)، داروهای روانگردان و الکل (۱۷/۰۰ درصد) است.

از نظر آنان سایر مواد مصرفي عبارتند از: مواد مصنوعي و غیر مصنوعي (۱/۷۰)، بوپره نورفین (یا تمجیزک) (۲/۳۸)، مواد نیروزا (۲/۸۳)، داروهای محرک شیمیایی (۳/۴۰)، آیس (۰/۳۴)، کوکائین (۰/۳۴) و قرص هاي توهم زا (۳/۴۰)

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

#### - توزیع فراواني جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک روش غالب مصرف و سه حوزه تحقیق

	خیابان				مرکز درمانی			
تدخین	۲۷۴	۶۰/۶	۲۲۰	۵۶/۸	۲۷۴۵	۶۷	۳۲۳۹	۶۵/۶
تزریق	۵۶	۱۲/۴	۴۵	۱۱/۶	۵۰۴	۱۲/۳	۶۰۵	۱۲/۲
خوردن	۱۴۶	۳۲/۳	۶۴	۱۶/۵	۹۳۱	۲۲/۷	۱۱۴۱	۲۳/۱
انفیه	۳۲	۷	۱۳	۳/۳	۱۴۱	۳/۴	۱۸۶	۳/۷
استنشاق	۰	۰	۰	۰	۲	۰	۲	۰
	-	-	-	-	-	-	-	-

برخی معنادان با وجود تاکید بر انتخاب تنها یک روش به عنوان روش غالب، ۲ روش را غالب ذکر کرده اند که این افراد حدود ۵ درصد نمونه تحقیق را بخود اختصاص میدهند.



در جدول شماره ۳۶ روش غالب تدخین با ۶/۶۵ درصد و روش های خوردن و تزریق با ۱/۲۳ درصد و ۲/۱۲ درصد در رتبه های بعدی قرار داشتند. روش خوردن در میان معتادان مراکز درمانی بیش از ۲ حوزه دیگر تحقیق است.

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

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

		خیابان		مرکز درمانی		سابقه مصرف داروهای اعتیادآور	
۴۵/۳	۲۲۳۴	۴۴/۶	۱۸۲۶	۴۷/۵	۱۸۴	۴۹/۶	۲۲۴
۵۴/۷	۲۶۹۶	۵۵/۵	۲۲۶۵	۵۲/۵	۲۰۳	۵۰/۴	۲۲۸

براساس اطلاعات جدول شماره ۳۷ می توان دریافت تقریباً نیمی از افراد مورد تحقیق سابقه مصرف داروهای اعتیادآور را ذکر می کنند. (۳/۴۵ درصد)

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

		خیابان		مرکز درمانی		اعتیادآور	
۳/۷	۱۸۴	۳/۲	۱۳۰	۶/۲	۲۴	۶/۶	۳۰
۲۸/۷	۱۴۱۶	۲۷/۴	۱۱۲۲	۳۵/۴	۱۳۷	۳۴/۷	۱۵۷
۲۷/۷	۱۳۶۷	۲۷/۷	۱۱۳۴	۲۳/۸	۹۲	۳۱/۲	۱۴۱
۲/۶	۱۳۰	۲/۷	۱۰۹	۲/۱	۸	۲/۹	۱۳
۰/۹	۴۲	۰/۷	۲۷	۲/۱	۸	۱/۵	۷
۳/۱	۱۵۱	۲/۶	۱۰۷	۴/۴	۱۷	۶	۲۷

جدول شماره ۳۸ نشان می دهد که نزدیک به ۲۸ درصد معتادان از داروهای گروه بنزودیازپین و ۲۷ درصد از قرصهای حاوی مخدر استفاده می کنند.

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

		خیابان		مرکز درمانی				
۴۸/۸	۲۴۰۸	۴۸/۹	۲۰۰۰	۵۱/۴	۱۹۹	۴۶/۲	۲۰۹	حشیش
۸۸	۴۳۳۶	۸۶/۹	۳۵۵۴	۸۹/۷	۳۴۷	۹۶/۲	۴۳۵	تریاک
۳۶/۵	۱۷۹۷	۳۵/۴	۱۴۴۹	۳۵/۹	۱۳۹	۴۶/۲	۲۰۹	شیره
۱۶/۲	۷۹۹	۱۵/۶	۶۴۰	۱۵/۲	۵۹	۲۲/۱	۱۰۰	سوخته
۶/۲	۳۰۵	۶/۶	۲۶۸	۴/۷	۱۸	۱۴/۲	۱۹	قرص های اکستاسی
۳۰/۲	۱۴۸۹	۲۷/۷	۱۱۳۵	۴۹/۴	۱۹۱	۳۶/۱	۱۶۳	هروئین
۴/۳	۲۱۰	۳/۹	۱۶۱	۳/۱	۱۲	۸/۲	۳۷	بوپره نورین
۲/۲	۱۰۹	۲/۱	۸۴	۱/۳	۵	۴/۴	۲۰	کوکائین
۱/۹	۹۶	۲	۸۱	۰/۵	۲	۲/۹	۱۳	ال اس دی
۴۳/۳	۲۱۳۴	۴۴/۲	۱۸۰۷	۳۵/۷	۱۳۸	۴۱/۸	۱۸۹	الکل
۸/۸	۴۳۳	۸/۳	۳۳۸	۱۲/۷	۴۹	۱۰/۲	۴۶	سایر
-		-		-		-		

در جدول ۳۹ می توان مشاهده کرد که اکثر معتادان بسیاری از مواد را تجربه کرده اند. ۵۰ درصد معتادان زندانی هروئین را تجربه کرده اند و به طور میانگین ۳۰ درصد معتادان نمونه تحقیق هروئین را تجربه کرده اند. و نزدیک به ۵۰ 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 ۲ 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.

- زیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک روش مصرف در طول عمر و سه حوزه

تحقیق

		خیابان		مرکز درمانی				
۹۲/۲	۴۵۷۸	۹۲/۹	۳۸۰۱	۹۳/۸	۳۶۳	۹۱/۶	۴۱۲	تدخین
۶۹/۷	۳۴۳۷	۶۹/۷	۲۸۵۱	۶۳/۶	۲۴۶	۷۵/۲	۳۴۰	خوردن
۲۱/۱	۱۰۴۱	۱۹/۹	۸۱۶	۲۸/۴	۱۱۰	۲۵/۴	۱۱۵	تزریق
۱۱/۵	۵۶۷	۱۰/۷	۴۳۷	۱۵	۵۸	۱۵/۹	۷۲	انفیه
۲/۳	۱۱۱	۲/۱	۸۷	۲/۸	۱۱	۲/۹	۱۳	استنشاق

جدول شماره ۴۰ نشان می دهد درصد ۲۱/۱ درصد معتادان در طول عمر از روش تزریق استفاده کرده اند و این رقم در زندان (۲۸/۴ درصد) از ۲ گروه دیگر نمونه معتادان تحقیق بیشتر است. ۷۰ درصد معتادان نیز روش خوراکی را تجربه کرده اند.

**مصاحبه عمیق با** در مورد **هزینه ماهانه مصرف مواد مخدر** نشان داد ۱۴/۸٪ از بستگان افراد معتاد از میزان مصرف ماهانه فرد بی اطلاع هستند. ۱۵/۱٪ از این گروه هزینه مصرف ماهانه فرد معتاد را بین ۶۰ تا ۷۹ هزار تومان در ماه ذکر کرده اند که اکثریت افراد در این گروه قرار دارند.

**همچنین محل تأمین هزینه مصرف مواد مخدر** در میان اکثریت افراد معتاد درآمد شخصی ذکر شده است که غالب این درآمد از حقوق ماهیانه می باشد. دومین محل تأمین هزینه مصرف مواد مخدر که اولویت دوم را به خود اختصاص می دهد، خانواده می باشد و منبع مالی بعدی در تهیه مواد مخدر مصرفی فروش لوازم منزل و خرید و فروش مواد مخدر است. در عین حال می توان قرض از دوستان و اطرافیان را نیز به عنوان منبع مالی تأمین مواد مخدر برشمرد که تعدادی از مصاحبه شوندهگان به آن اشاره کردند.

### **دسترسی به مواد**

در مصاحبه عمیق ۵۱/۳٪ نحوه دسترسی به مواد را راحت و آسان، ۴۱/۹٪ خیلی راحت و آسان و ۵/۵٪ سخت ذکر نموده اند.

در ارتباط با محل خرید و تهیه مواد ۴۸/۳٪ کوچه و خیابان، ۷/۷٪ پارک، ۷/۵٪ منزل فروشنده، ۴/۱٪ محل کار فروشنده، ۴/۱٪ تحویل درب منزل و مغازه با سفارش تلفنی را ذکر کرده اند. در ارتباط با فرد فروشنده و نسبت آن با خریدار، ۵۲/۲٪ فروشنده مواد، ۱۸/۳٪ دوست و آشنا، ۱۴/۴٪ مواد فروش محل را نام برده اند.

۹۵/۲۳ 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 تأمین می کنند

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

از منابع تأمین مواد به دلالتان (۱۷/۰۰ درصد)، زندانیان سابقه دار (۱/۷۰ درصد)، اماکن ورزشی (۰/۳۴ درصد)، خوابگاهها (۱/۰۲ درصد)، خرید تلفنی به صورت پیک موتوری (۲/۰۴ درصد) و خرید از مکانهای عمومی در سطح شهر (۳/۴۰ درصد) اشاره شده است.

یافته های مردم نگاری حاکیست: معتادان مواد مصرفی خود را از قهوه خانه ها، فروشندهگان بی هدف مواد (ساقیهای علاف)، آدمهای مستقر در پارک، افراد قلدر و لات محل، کولپها 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 فروشندهگان (ساقیها) خود معتادند. برخی از فروشندهگان 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 فروشندهگان نیز مواد را پیش فروش میکنند.

فروشندگان مواد را در بسته های قیمتی (۸۰۰۰ تومانی، ۱۰۰۰ 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

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

		خیابان		مرکز درمانی				سن اولین تزریق
۱۵/۸	۱۵۸	۱۵/۱	۱۱۹	۱۶/۷	۱۸	۱۹/۸	۲۱	کمتر از ۲۰ سال
۳۴/۸	۳۴۹	۳۴/۳	۲۷۰	۳۳/۳	۳۶	۴۰/۶	۴۳	۲۰ - ۲۴ سال
۲۶/۴	۲۶۵	۲۶/۸	۲۱۱	۳۲/۴	۳۵	۱۷/۹	۱۹	۲۵ - ۲۹ سال
۱۲/۸	۱۲۸	۱۳/۱	۱۰۳	۱۲	۱۳	۱۱/۳	۱۲	۳۰ - ۳۴ سال
۱۰/۲	۱۰۲	۱۰/۸	۸۵	۵/۶	۶	۱۰/۴	۱۱	۳۵ سال و بیشتر

جدول شماره ۴۱ نشان می دهد ۳۴/۸ درصد معتادان در سنین ۲۰ - ۲۴ سال تزریق را آغاز کرده اند ولی در حدود ۶۰ درصد معتادان اولین بار مواد را در سنین ۳۰ - ۲۰ سال تزریق کرده اند. و حدود ۷۵ - ۸۰ درصد معتادان تزریقی زیر سن ۳۰ سال اولین تزریق را انجام داده اند.

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

		خیابان		مرکز درمانی				اولین تزریق مواد
۲/۱	۲۱	۱/۸	۱۴	۳/۸	۴	۲/۹	۳	مهمانی خانوادگی
۱۹/۴	۱۹۲	۲۱/۳	۱۶۶	۸/۷	۹	۱۶/۲	۱۷	مهمانی دوستانه
۸/۵	۸۴	۸/۶	۶۷	۸/۷	۹	۷/۶	۸	اماکن عمومی
۲۵/۵	۲۵۲	۲۳/۷	۱۸۵	۳۳/۷	۳۵	۳۰/۵	۳۲	منزل خودم
۲۱/۹	۲۱۶	۲۱/۸	۱۷۰	۲۱/۲	۲۲	۲۲/۹	۲۴	منزل دوستانم
۱/۲	۱۲	۱/۳	۱۰	-	-	۱/۹	۲	سربازخانه
۳/۷	۳۷	۳/۵	۲۷	۵/۸	۶	۳/۸	۴	زندان
۳/۸	۳۸	۴/۱	۳۲	۱/۹	۲	۳/۸	۴	محل کار
۰/۵	۵	۰/۵	۴	-	-	۱	۱	مدرسه
۱۲/۴	۱۲۳	۱۲/۳	۹۶	۱۶/۳	۱۷	۹/۵	۱۰	سایر
۰/۸	۸	۱	۸	-	-	-	-	به خاطر ندارد

جدول شماره ۴۲ حاکی است نزدیک به ۴۷ درصد معتادان اولین بار مواد را در منزل خود یا دوستانشان تزریق کرده اند. نزدیک به ۲۰ درصد معتادان در مهمانیهای دوستانه مواد را تزریق کرده اند.

۴۲/۲٪ از در مصاحبه عمیق معتقد بودند که روشهای مصرف پرخطر (تزریق) زیاد شده و فقط ۲/۲٪ معتقدند که تزریق کم شده و ۷/۷٪ تغییری را در این خصوص ذکر نمی کنند.

همچنین ۴۱/۳٪ معتادانی که سابقه تزریق داشتند در مورد عواملی که باعث می گردد معتادان به سراغ تزریق بروند ۱۰/۵٪ پیدایش تحمل به مواد، ۵/۵٪ پیشنهاد و تعارف دوستان، ۵/۲٪ 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.

۷۵/۱٪ معتادان تزریقی در بدو امر اطلاعی از عواقب و خطرات روش تزریق نداشته در حالیکه ۲۴/۸٪ از عاقبت کار مطلع بودند.

در ارتباط با اینکه بقیه افراد چرا سراغ تزریق می روند پاسخها به شرح ذیل است: ۱۹/۴٪ کسب لذت، بیشتر، ۱۸/۸٪ پیدایش تحمل، ۸/۸٪ ضعف مالی، ۸/۶٪ اثر سریع، ۶/۹٪، 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. ۳۸/۸٪ 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 (۶۲/۴٪)، خودم (۲۳/۴٪) و با درصد کمتر و به ترتیب اولویت پزشک 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 نداشتم. (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 ۵۵/۷٪ 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 (۷/۳٪)، شستشوی سرنگ، سرسوزن و قاشق با آب داغ (۷/۳٪)، شستشوی قاشق و ملاقه با آب داغ (۸/۷٪)، شستشوی سرنگ سرسوزن و قاشق با آب معمولی (۱۰٪)، شستشوی قاشق و ملاقه با آب معمولی (۲۴/۸٪)، ضد عفونی کردن وسایل تزریق با الکل (۴٪)، شستشوی محل تزریق با آب (۲/۶٪)، استفاده از الکل برای ضد عفونی کردن محل تزریق (۸٪)، و در ارتباط با آماده سازی مواد ۳۳/۵٪ به حل کردن مواد در جوهر لیمو و آب، ۴۵/۶٪ جوشاندن مواد در قاشق و ملاقه، ۲۲/۸٪ استفاده از فیلتر سیگار به عنوان صافی و ۱۰/۷٪ 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 ۱۱۵ نفر بودند، جداول مربوط به تزریق نیز که در پایین جدول جمع کل ندارد بر اساس تعداد ۱۱۵ نفر محاسبه شده است.

**- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک مکان تزریق و سه حوزه تحقیق**

مکان تزریق	مرکز درمانی		خیابان		مکان تزریق			
مهمانی خانوادگی	۲	۱/۷	۲	۱/۸	۹	۱/۱	۱۳	۱/۲
مهمانی دوستانه	۱۵	۱۳	۴	۳/۶	۹۳	۱۱/۴	۱۱۲	۱۰/۷
اماکن عمومی	۱۲	۱۰/۴	۱۲	۱۰/۹	۱۰۷	۱۳/۱	۱۳۱	۱۲/۶
منزل خودم	۵۶	۴۸/۷	۵۵	۵۰	۳۹۴	۴۸/۳	۵۰۵	۴۸/۵
منزل دوستانم	۲۴	۲۰/۸	۲۰	۱۸/۲	۱۵۴	۱۸/۹	۱۹۸	۱۹
سربازخانه	۱	۰/۸	۳	۲/۷	۵	۰/۶	۹	۰/۹
محل کار	۸	۷	۴	۳/۶	۵۶	۶/۹	۶۸	۶/۵
مدرسه	۰	۰	۰	۰	۱	۰/۱	۱	۰/۱
اماکن مخروبه	۱۴	۱۲/۲	۱۲	۱۰/۹	۱۷۱	۲۰/۹	۱۹۷	۱۸/۹
سایر	۱۰	۸/۷	۱۹	۱۷/۳	۱۰۴	۱۲/۷	۱۳۳	۱۲/۸
به خاطر ندارد	۰	۰	۰	۰	۳	۰/۴	۳	۰/۳

در جدول ۴۳ 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.

**- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک نوع مصرفی برای تزریق و سه حوزه تحقیق**

تزریق	مرکز درمانی		خیابان		تزریق			
سرنگ استریل	۹۹	۸۶	۸۸	۸۰	۶۹۳	۸۵	۸۸۰	۸۴/۵
سرنگ دست دوم خودم	۳۳	۲۸/۶	۳۴	۳۱	۳۲۳	۳۹/۵	۳۹۰	۳۷/۴
سرنگ دوستانم	۱۱	۹/۵	۱۶	۱۴/۵	۱۲۲	۱۵	۱۴۹	۱۴/۳
سرنگی که در خیابان پیدا کنم	۳	۲/۶	۲	۱/۸	۲۳	۲/۸	۲۸	۲/۶
سایر	۴	۳/۴	۷	۶/۳	۱۹	۲/۳	۳۰	۲/۸

در جدول شماره ۴۴ می توان دریافت که ۸۴/۵ درصد معتادان از سرنگ استریل استفاده می کنند و در این میان معتادان مراجع به مراکز درمانی با ۹/۵ درصد کمتر از سایر گروه های نمونه تحقیق از سرنگ دوستانشان استفاده می کنند.

در این میان ۲/۶ درصد معتادان از هر سرنگی که پیدا کنند استفاده می کنند.

یافته های 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). اخیراً در برخی محله ها نیز بهبود یافتگان تحت حمایت سازمان بهزیستی 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.

یکی از پرسشگران در شهر تهران مشاهده کرده است در محلی مسکونی در شمال شهر در پلکان ورودی یک ساختمان معتادی از داخل کیف خود سرنگ پر را درمی آورد و داخل کیسه بیضه تزریق می کند.

**- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک نوع سرسوزن مصرفی برای تزریق و سه حوزه تحقیق**

		خیابان		مرکز درمانی		برای تزریق	
۸۵	۸۸۵	۸۵/۵	۶۹۸	۸۰	۸۸	۸۶	۹۹
۳۷/۱	۳۸۷	۳۸/۸	۳۱۷	۳۲/۷	۳۶	۲۹/۵	۳۴
۱۳/۴	۱۴۰	۱۴	۱۱۴	۱۳/۶	۱۵	۹/۵	۱۱
۲/۴	۲۵	۲/۵	۲۱	۱/۸	۲	۱/۷	۲
۱/۸	۱۹	۱/۸	۱۵	۱/۸	۲	۱/۷	۲

در جدول شماره ۴۵ این نکته به چشم می خورد که رفتار معتادان درخصوص استفاده از سرنگ و سرسوزن مشابه است چراکه اعداد این جدول در مقایسه با جدول شماره ۴۴ تقریباً مشابه هستند.

**- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک همراهان تزریق و سه حوزه تحقیق**

		خیابان		مرکز		همراهان در تزریق	
۴۹/۵	۴۹۲	۵۰/۴	۳۹۶	۵۱	۵۳	۴۱	۴۳
۴۲/۷	۴۲۴	۴۱/۹	۳۲۹	۴۳/۳	۴۵	۴۷/۶	۵۰
۲/۶	۲۶	۲/۹	۲۳	۱/۹	۲	۱	۱
۳/۳	۳۳	۲/۴	۱۹	۲/۹	۳	۱۰/۵	۱۱
۱/۹	۱۹	۲/۳	۱۸	۱	۱	-	-

جدول ۴۶ نشان می دهد نیمی از معتادان مواد را به تنهایی تزریق می کنند و حدود ۴۲/۷ درصد در کنار دوستانشان اقدام به تزریق می کنند.



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

		خیابان		مرکز درمانی		قرض دادن یا گرفتن سرنگ یا سرسوزن	
۱۷/۱	۱۶۷	۱۷	۱۳۱	۱۵/۴	۱۶	۱۹/۸	۲۰
۳/۵	۳۴	۳	۲۳	۷/۷	۸	۳	۳
۲۲/۳	۲۱۷	۲۳	۱۷۷	۲۴	۲۵	۱۴/۹	۱۵
۵۷/۱	۵۵۷	۵۷	۴۳۹	۵۲/۹	۵۵	۶۲/۴	۶۳

اطلاعات جدول شماره ۴۷ از نظر انتقال بیماریهای عفونی منطقه بسیار مهم است چراکه نزدیک به ۴۳ درصد معنادان سرنگ یا سرسوزن خود را یا قرض داده اند و یا قرض گرفته اند.

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

		خیابان		مرکز درمانی		شرکای تزریق	
۳/۸	۴۰	۳/۸	۳۱	۲/۷	۳	۵/۲	۶
۴/۷	۴۹	۴/۴	۳۶	۶/۳	۷	۵/۲	۶
۲/۹	۳۰	۳	۲۵	۳/۶	۴	۰/۸	۱
۱/۴	۱۵	۱/۷	۱۴	-	-	۰/۸	۱
۲/۵	۲۶	۲/۶	۲۱	۲/۷	۳	۱/۷	۲
۳/۲	۳۳	۳/۳	۲۷	۳/۶	۴	۱/۷	۲
۸/۵	۸۹	۹/۳	۷۶	۸/۱	۹	۳/۴	۴

جدول شماره ۴۸ نشان می دهد بیشتر معنادان تزریقی با ۱ تا ۲ نفر وسایل تزریق خود را به صورت مشترک استفاده کرده اند.

۳۹٪ از معنادان 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 (۳۰٪)، در دسترس نبودن سرنگ در زندان (۲۶/۶٪)، ضعف مالی (۱۶/۶٪)، پیشنهاد و تعارف دوست (۱۰٪)، خماری و نداشتن حال و حوصله (۶/۶٪)، راحتی کار (۵٪) و اطمینان از عدم بیماری دوست معناد (۱/۶٪). در ضمن ۱/۳٪ معنادان تزریقی فقط از ملاقه مشترک استفاده کرده اند.

۵۶/۶٪ از معتادان با سابقه تزریق مشترک فاقد هرگونه اطلاعاتی درخصوص نحوه تشخیص بیماری مسری شریک خود می باشند. ۱۵٪ از آنان اظهار نمودند که از طریق گفته های شریک خود، ۱۶/۶٪ از وضع ظاهری شریک خود و ۱۱/۶٪ 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، ملاقه و پمپ و برای بهتر حل کردن مواد از جوهر لیمو استفاده میکنند. استفاده از قرصهای اسپرین، 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 ملاقه بصورت مشترک استفاده شده است.

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

		خیابان			مرکز درمانی			متوسط تعداد دفعات تزریق طی یک سال گذشته
۱۱/۷	۱۱۳	۱۰/۲	۷۸	۲۰/۸	۲۱	۱۳/۹	۱۴	اصلاً تزریق نکرده ام
۸/۴	۸۱	۸	۶۱	۱۲/۹	۱۳	۶/۹	۷	کمتر از یک بار در ماه
۷/۲	۶۹	۷/۵	۵۷	۴	۴	۷/۹	۸	کمتر از ۴ بار در ماه
۱۰/۱	۹۷	۱۰/۹	۸۳	۸/۹	۹	۵	۵	۱ تا ۶ بار در هفته
۱۲/۷	۱۲۲	۱۳/۳	۱۰۱	۸/۹	۹	۱۱/۹	۱۲	روزی یک بار
۳۲/۶	۳۱۴	۳۴/۶	۲۶۴	۲۶/۷	۲۷	۲۲/۸	۲۳	روزی ۲-۳ بار
۱۷/۴	۱۶۸	۱۵/۵	۱۱۸	۱۷/۸	۱۸	۳۱/۷	۳۲	روزی ۴ بار یا بیشتر

براساس جدول شماره ۴۹ می توان گفت: ۳۲/۶ درصد معتادان روزانه ۲ تا ۳ بار مواد تزریق می کنند و ۱۷/۴ درصد آنان روزانه ۴ 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 ۵۴/۵ درصد معتادان مراجع به مراکز درمانی روزانه ۲ تا ۴ بار مواد تزریق می کنند.

**- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک قسمت تزریق در بدن و سه حوزه تحقیق**

		خیابان			مرکز درمانی			قسمت تزریق در
۸۹/۲	۹۲۹	۹۰	۷۳۵	۸۹	۹۸	۸۳/۴	۹۶	دست
۳۰/۶	۳۱۹	۳۱/۴	۲۵۷	۲۸/۱	۳۱	۲۷	۳۱	پا
۱۵/۷	۱۶۴	۱۶/۷	۱۳۷	۱۱/۸	۱۳	۱۲/۱	۱۴	کشاله ران
۱۲	۱۲۴	۱۱/۸	۹۷	۱۱/۸	۱۳	۱۲/۱	۱۴	کیسه بیضه
۱۱/۱	۱۱۶	۱۰/۵	۸۶	۱۲/۷	۱۴	۱۴	۱۶	گردن

سایر	۸	۷	۴	۳/۶	۲۶	۳/۱	۳۸	۳/۶
------	---	---	---	-----	----	-----	----	-----

حدود ۹۰ 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 ۱۵ درصد معتادان تزریقی را تشکیل می دهند. (جدول ۵۰)

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 ۲۰۰۰ 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 ۱۵۰ 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 سر می زند با سرخوشی به ابراز شادی می پردازند، به فکر فرو می روند، افراد گروه برخی اوقات با یکدیگر رابطه جنسی برقرار میکنند،

مهربان می شوند و پرخاشگري شان فروکش می کند، مردان برای زنان و دختران عابر ایجاد مزاحمت می کنند، میخوابند، وضع ظاهري خود را مرتب می کنند، ادعای آمادگی برای ترک می کنند. از کسانی که به نوعی آنان را مسئول معناداشدن خود می شناسند انتقاد می کنند، اسپند دود می کنند، مشروبات الکلي، شیرینی، یخک و ... می خورند. در زباله ها به دنبال مواد غذایی (برای خوردن) می گردند. به تکدي گري می پردازند.

:

**عوارض اعتیاد**

- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک سابقه انجام آزمایش ایدز یا اهدای خون و سه حوزه تحقیق

		خیابان				مرکز درمانی		سابقه انجام آزمایش ایدز یا اهدای خون
								بله
۲۳/۸	۱۱۷۴	۲۱/۲	۸۶۷	۴۷	۱۸۲	۲۷/۷	۱۲۵	
۷۶/۲	۳۷۵۶	۷۸/۸	۳۲۲۴	۵۳	۲۰۵	۷۲/۳	۳۲۷	خیر

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

		خیابان				مرکز		نتیجه آزمایش ایدز یا اهدای خون
								مثبت
۲/۳	۲۷	۲/۲	۱۹	۳/۴	۶	۱/۶	۲	
۸۶/۵	۹۹۵	۸۶/۹	۷۳۶	۸۳/۱	۱۴۸	۸۸/۸	۱۱۱	منفی
۱۱/۱	۱۲۸	۱۰/۹	۹۲	۱۳/۵	۲۴	۹/۶	۱۲	نمی دانم

۲/۳ درصد از افرادی که تست ایدز داده اند HIV مثبت بوده اند. آمار افراد HIV مثبت در میان زندانیان بیشتر از ۲ حوزه دیگر تحقیق است.

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

		خیابان				مرکز درمانی		سابقه انجام آزمایش هپاتیت یا اهدای خون
								بله
۲۴/۸	۱۲۲۱	۲۲/۲	۹۱۰	۴۶	۱۷۸	۲۹/۴	۱۳۳	
۷۵/۲	۳۷۰۹	۷۷/۸	۳۱۸۱	۵۴	۲۰۹	۷۰/۶	۳۱۹	خیر

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

		خیابان				مرکز درمانی		نتیجه آزمایش هپاتیت یا اهدای خون
								مثبت
۹/۱	۱۰۸	۹/۶	۸۵	۵/۷	۱۰	۹/۸	۱۳	
۸۰/۴	۹۵۸	۸۰/۶	۷۱۲	۷۹/۵	۱۴۰	۸۰/۳	۱۰۶	منفی
۱۰/۵	۱۲۵	۹/۷	۸۶	۱۴/۸	۲۶	۹/۸	۱۳	نمی دانم

- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک نوع هیپاتیت و سه حوزه تحقیق

		خیابان			مرکز درمانی			نوع هیپاتیت
۳۰/۶	۳۳	۳۱/۸	۲۷	۲۰	۲	۳۰/۸	۴	هیپاتیت B
۴۹/۱	۵۳	۴۸/۲	۴۱	۵۰	۵	۵۳/۸	۷	هیپاتیت C
۲۰/۴	۲۲	۲۰	۱۷	۳۰	۳	۱۵/۴	۲	نمی دانم

شیوع هیپاتیت در جامعه آماری تحقیق حدوداً ۹ درصد بود که از میان آنان تقریباً ۵۰ درصد هیپاتیت C مثبت بودند.

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

		خیابان			مرکز درمانی			سابقه بیش مصرفی مواد
۳۶/۴	۱۷۹۵	۳۵/۵	۱۴۵۴	۴۳/۷	۱۶۹	۳۸/۱	۱۷۲	بله
۶۳/۶	۳۱۳۵	۶۴/۵	۲۶۳۷	۵۹/۳	۲۱۸	۶۱/۹	۲۸۰	خیر

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

		خیابان			مرکز درمانی			تعداد دفعات بیش مصرفی
۳۰/۵	۵۳۳	۳۱	۴۳۹	۲۵/۵	۴۲	۳۰/۸	۵۲	۱ بار
۲۳/۷	۴۱۵	۲۴/۲	۳۴۲	۲۴/۸	۴۱	۱۸/۹	۳۲	۲ بار
۱۴	۲۴۵	۱۳/۸	۱۹۶	۱۳/۹	۲۳	۱۵/۴	۲۶	۳ بار
۷/۴	۱۲۹	۷/۷	۱۰۹	۶/۱	۱۰	۵/۹	۱۰	۴ بار
۱۰/۳	۱۸۱	۱۰/۵	۱۴۸	۹/۷	۱۶	۱۰/۱	۱۷	۵-۹ بار
۱۴/۱	۲۴۷	۱۲/۹	۱۸۲	۲۰	۳۳	۱۸/۹	۳۲	۱۰ بار و بیشتر

سابقه مصرف بیش از اندازه مواد در ۳۶/۴ درصد معتادان ذکر می شود (جدول شماره ۵۶) و این سابقه در معتادان زندان بیش از ۲ گروه دیگر است. حدود ۵۴ درصد معتادان بیش مصرف را ۱ تا ۲ بار تجربه کرده اند.

۵۵/۵٪ در مصاحبه عمیق مصرف زیاد مواد، ۳۰/۲٪ ناخالصی مواد، ۷/۷٪ 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. ۲۷/۵٪ معتادان نیز هیچ گونه اطلاعاتی در این رابطه ندارند. ۳۶/۱٪ اجتناب از مصرف زیاد،

۱۲/۷٪ خرید مواد از افراد مطمئن را به عنوان راهبای پیشگیری از مسمومیت با مواد مطرح نموده اند. ۵۷/۷٪ راهبای پیشگیری از مسمومیت با مواد را نمی دانند.

### عوارض جسمانی:

در مصاحبه عمیق ۳۸٪ ضعف جسمانی، ۳۴/۱٪ کاهش وزن، ۱۴/۱٪ تغییر در وضع ظاهری و قیافه، ۸/۸٪ تغییر رنگ دندان ها و پوسیدگی آنها، ۷/۷٪ کاهش اشتها، ۷/۶٪ کاهش توانایی ها، ۶/۶٪ تیرگی پوست را عنوان نموده اند. بقیه افراد به ترتیب اهمیت به کاهش میل جنسی، دردهای استخوانی عضلانی، ابتلا به هیپاتیت، اختلال گوارشی، اختلال تنفسی، پیری زودرس، کندي حرکتی، زردی پوست، کاهش خواب، افزایش خواب، ضعف بینایی و مشکل عروق محیطی، سردرد، ابتلا به ایدز و عفونت اندامها اشاره نموده اند. ۶/۶٪ افراد اظهار کرده اند که مصرف مواد هیچ گونه تأثیری بر جسم آنان نداشته است.

مصاحبه عمیق با ۳۵۶ نفر از در این مورد نشان داد: ۳۸/۷٪ از پرسش شوندهگان از عارضه جسمی فرد معتاد در خانواده خود شکایت نداشتند و او را سلامت می دانستند.

نکته فوق حاکی از این است که این افراد به علت عدم مراجعه به پزشک و بی توجهی به وضعیت جسمانی خود هیچگونه آگاهی نسبت به سلامت خود ندارند و با وجود سومصرف مواد مخدر در زمان طولانی و عدم بروز نشانه های بیماری خود را سالم می دانند. در عین حال در میان افراد مورد مطالعه ۱۳/۷٪ به بیماریهای ریوی و ۴/۲٪ به بیماریهای گوارشی مبتلا بودند. در میان مصاحبه شوندهگان ۸/۱٪ به کاهش وزن و اشتها همراه با ضعف عمومی، رنگ پریدگی و از کار افتادگی اشاره کردند. بیماری های همچون هیپاتیت، آبسه های ناشی از محل تزریق نیز از جمله مواردی بود که بستگان افراد معتاد مطرح کردند.

۲۹۴ نفر از افراد کلیدی در کشور در مصاحبه عمیق مشکلات جسمی معتادان را بی توجهی نسبت به نظافت شخصی (۶۸/۰۴ درصد) و لاغری معتادان، کم اشتها، تغذیه نامناسب و بیماری عفونی (۵۱/۰۲ درصد) ذکر کردند.

### عوارض روحی - روانی :

در ۴ عمیق از جنبه تأثیر مصرف مواد بر روان، ۲۵٪ خشم و عصبانیت، ۲۳/۶٪ افسردگی، ۱۷/۷٪ آشفتگی اعصاب و روان، ۱۵/۵٪ پرخاشگری، ۱۱/۱٪ کاهش صبر و تحمل، ۷/۵٪ اضطراب، ۷٪ گوشه گیری و منزوی بودن را ذکر کرده اند. بقیه افراد به ترتیب اهمیت کاهش اعتماد به نفس، زودرنجی، مشاجره و درگیری زیاد، کاهش قدرت تصمیم گیری، یأس و ناامیدی، فراموشی و اختلال در حافظه، بدبینی و سوءظن، تحریک پذیری، کاهش تمرکز، توهم شنوایی و اقدام به خودکشی ذکر کرده اند. ۱۱/۱٪ از تأثیر مواد بر روان خود بی اطلاع و ۵/۲٪ بی تأثیر گزارش کرده اند. افراد کلیدی مشکلات روحی - روانی معتادان را شایع دانستند (۳۴/۰۱ درصد).

عوارض روحی اعتیاد در میان خانواده معتادان مورد پرسش قرار گرفت. نتایج نشان داد که ۴/۵۸٪ از افراد معتاد در خانواده های فوق افسرده هستند و ۵/۴۳٪ مبتلا به اضطراب می باشند. در میان پرسش شوندگان ۲ نفر به بیماری اسکیزوفرنی عضو معتاد در خانواده خود اشاره کردند و ۷/۸٪ از هیچ بیماری روحی شکایت نداشتند.

### عوارض اجتماعی :

در مصاحبه عمیق مصرف مواد را بر روابط اجتماعی، ۶/۱۶٪ بی تأثیر، ۵/۷۵٪ کاهش روابط با بستگان، آشنایان و دوستان سالم، ۲۳٪ 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 (۱/۳۴ درصد)، به دلیل اینکه از نگاهی اعتیاد جرم است معتاد مدام در حال فرار و ترس از مأمورین انتظامی است (۳/۸۸ درصد)، معتادان فرصت های شغلی خود را از دست می دهند (۱۷ درصد)، استرس، فقر، بیکاری و ناامیدی (۲۳/۸۰ درصد)، بزهکاری، دزدی و درگیری (۱۳/۶۰ درصد) سایر مشکلات اجتماعی معتادان است.

مصاحبه عمیق با ۳۵۶ نفر از نیز در مورد عوارض اجتماعی اعتیاد نشان داد: ۴/۴۹٪ از افراد معتاد در این خانواده ها سابقه دستگیری، زندان و یا ارتکاب به جرایم خانگی دارند و ۹/۴۶٪ هیچ سابقه کیفری نداشته اند.

همچنین در مجموع نتایج حاکی از این نکته است که ۵/۴۱٪ از معتادان با توجه به سابقه اعتیاد و دارا بودن برجسب 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.

۶/۲۶٪ این افراد در وضعیت اقدام به طلاق هستند و کانون خانوادگی آنها در حال از هم پاشیدگی است. ۸/۱۴٪ از این افراد انزوا را ترجیح داده و تمایلی به ارتباط با دیگران ندارند. ۸/۱۸٪ 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 جوایش می کنند. (یک جمله شایع در اظهارات اکثر خانواده ها)

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



## عوارض رفتاری:

بررسی عوارض رفتاری ناشی از اعتیاد در این مصاحبه نشان می‌دهد که ۸/۶۸٪ از افراد معتاد رفتار پرخاشگرانه دارند. ۱/۲۶٪ اقدام به ضرب و جرح می‌نمایند و ۷/۱۳٪ از این افراد اقدام به خودکشی داشته‌اند. از دیگر شاخص‌های رفتاری این افراد می‌توان به گوشه‌گیری و دوری از جمع اشاره نمود که حدود ۳/۵٪ از مصاحبه‌شوندگان در این شاخص اتفاق نظر دارند. ۹/۳٪ تهدید به خودکشی داشته‌اند و ۳/۱۰٪ متعادل هستند و عارضه رفتاری خاصی در آنها مشاهده نمی‌شود.

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

مادر یکی از زنان معتاد در استان فارس می‌گوید: "بچه‌ها را کتک می‌زند و موهای خود را می

کند."

## عوارض خانوادگی:

در مصاحبه عمیق اظهار کرده‌اند که اعتیاد باعث کاهش روابط خانوادگی آنها شده و ۹/۲۱٪ به افزایش اختلافات خانوادگی و تشنج درکانون خانواده اشاره نموده، ۷٪ منجر به طلاق و ۳/۱۸٪ اختلالی را در روابط خانوادگی خود گزارش نکرده‌اند.

**افراد کلیدی** مشکلات خانوادگی معتادان را چنین ذکر کرده‌اند: این افراد منزلتشان را نزد خانواده از دست می‌دهند (۴۲/۷۱ درصد)، به اعضای خانواده تعهد اخلاقی ندارند (۸۰/۶ درصد)، گوشه‌گیری دارند، مورد سوءظن قرار می‌گیرند، کم صحبت می‌کنند و خانواده خود را ترک می‌کنند (۸/۴۰ درصد).

**خانواده‌های معتاد** معتقدند ۷/۶۱٪ 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 کرده‌اند. ۱۴٪ از مصاحبه‌شوندگان 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.

۳/۲۸٪ از این افراد بیان می‌کنند که ارتباطات خانوادگی آنها مملو از مشاجرات و خشونت است و هیچ‌گونه مهر و محبتی وجود ندارد. در میان افراد مورد مصاحبه

۶/۱۲٪ روابط خانوادگی خود را عادی می‌دانند. در واقع عادی بودن ارتباطات مورد نظر در تعاملات خانوادگی حاکی از سایه انداختن حس بی‌تفاوتی بر اعضای یک خانواده است که در میان سخنان مصاحبه‌شوندگان مشاهده می‌شود.

همسر یکی از افراد معتاد در استان کردستان که 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 منتفریم، کاش یا خوب می شد یا می مرد، همه خانواده روانی شدیم

### عوارض شغلی و اقتصادی :

طی مصاحبه عمیق در ارتباط با تأثیر مصرف مواد بر شغل خود، ۳۸/۶٪ آنان متعاقب اعتیاد شغل خود را از دست داده، ۲۵/۵٪ افت عملکرد شغلی داشته، ۲۱٪ بدون تأثیر، ۸/۸٪ 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 ۱۲/۷٪ بی تأثیر، ۳۲٪ دچار کاهش درآمد، ۲۱/۶٪ بدون درآمد، ۱۷/۷٪ بدون پس انداز، ۱۵٪ دچار ورشکستگی شده و تمام دارایی خود را از دست داده اند.

عوارض شغلی که بر اعتیاد مترتب است از دیدگاه معتادان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان می دهد که ۳۹٪ از این افراد بی کارند و ۳۷/۹٪ به علت مصرف مواد مخدر در ساعات کاری آنها اختلال وجود دارد. اختلال در روند کاری این افراد وضعیت شغلی آنها را بی ثبات نشان می دهد به گونه ای که تا مرز تهدید به اخراج رسیده اند.

۷/۸٪ از افراد به علت اعتیاد از محل کار خود اخراج شده اند و ۲/۲٪ رکود شغلی دارند و هیچگونه ارتقاء شغلی نداشته اند. ۱۲/۲٪ 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 (یک جمله شایع در اظهارات اکثر خانواده ها)".

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

عوارض اقتصادی اعتیاد به مواد مخدر نیز از دیدگاه خانواده معتادان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان می دهد ۳۷/۹٪ 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. ۲۸/۶٪ از افراد بیان کرده اند که امکان گذران زندگی را ندارند و ۲۱/۶٪ را کسانی تشکیل می دهند که با فروش دارایی خود و خانواده زندگی فلاکت باری را می گذرانند. در عین حال ۶/۲٪ از کل مصاحبه شوندگان 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 كلي مي توان گفت ۹۳/۶ % از كل مصاحبه شوندهگان به عوارض مخرب مصرف مواد مخدر بر اقتصاد خانواده و تأمين مخارج زندگي اشاره مستقيم داشته اند.

همسر يكي از افراد معتاد در استان ايلام مي گويد: " به علت مصرف مواد دستمان خالي است و نمي توانيم نيازهايمان را رفع كنيم." (يك جمله شايع در اظهارات اكثر خانواده ها)

همسر يكي از افراد معتاد در استان كرمان مي گويد اعتياد ما را با فقر مالي مواجه کرده"

#### سایر عوارض:

در مورد ساير مشكلات نيز افراد كليدي معتقدند به دليل فراهم كردن مخارج مربوط به مواد معتادان وسايل خانه را مي فروشند (۴۷/۶۱ درصد)، و مسائلي از جمله كودك آزاري، همسر آزاري، ناموس فروشي (۱۰/۲۰ درصد) و اختصاص بخش عمده اي از درآمدهاي سالم و ناسالم فرد معتاد به خودش (۱۱/۹ درصد) نيز ساير مشكلات اين افراد را تشكيل ميدهد.

:

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

		خیابان				مرکز درمانی		سن اولین رابطه جنسی
۹/۷	۲۸۸	۹/۶	۳۱۸	۱۲/۹	۳۹	۸/۲	۳۱	کم تر از ۱۵ سال
۱۳/۸	۵۵۴	۱۳/۶	۴۵۲	۱۴/۵	۴۴	۱۵/۳	۵۸	۱۶ - ۱۵ سال
۲۱/۳	۸۵۳	۲۱/۹	۷۲۹	۱۶/۸	۵۱	۱۹/۳	۷۳	۱۸ - ۱۷ سال
۱۷/۸	۷۱۲	۱۷/۷	۵۸۸	۱۹/۸	۶۰	۱۶/۹	۶۴	۲۰ - ۱۹ سال
۱۲/۷	۵۱۰	۱۲/۴	۴۱۴	۱۳/۵	۴۱	۱۴/۶	۵۵	۲۲ - ۲۱ سال
۱۰/۳	۴۱۳	۱۰/۳	۳۴۲	۹/۹	۳۰	۱۰/۸	۴۱	۲۴ - ۲۳ سال
۱۲/۲	۴۸۹	۱۲/۳	۴۱۱	۱۰/۶	۳۲	۱۲/۲	۴۶	۲۹ - ۲۵ سال
۲/۳	۹۱	۲/۳	۷۵	۲	۶	۲/۶	۱۰	۳۰ سال و بیشتر

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

		خیابان				مرکز درمانی		زمان آخرین رابطه
۳۱/۷	۱۲۸۵	۳۲/۴	۱۰۹۴	۸/۸	۲۶	۴۳	۱۶۵	یک هفته گذشته
۱۲/۲	۴۹۴	۱۳/۳	۴۴۹	۳	۹	۹/۴	۳۶	هشت تا ۱۴ روز گذشته
۱۵	۶۰۷	۱۵/۵	۵۲۲	۱۳/۲	۳۹	۱۲	۴۶	۱۵ تا ۳۰ روز پیش
۱۷/۹	۷۲۵	۱۷/۲	۵۸۱	۲۶/۴	۷۸	۱۷/۲	۶۶	۱ تا ۶ ماه پیش
۲۳/۳	۹۴۳	۲۱/۶	۷۲۸	۴۸/۶	۱۴۴	۱۸/۵	۷۱	بیش از ۶ ماه پیش

۶۲/۶ درصد معتادان نمونه تحقیق زیر سن ۲۰ سالگی رابطه جنسی خود را آغاز کرده اند (جدول شماره ۵۸) و با کنار گذاشتن نمونه معتادان زندانی می توان مشاهده کرد که حدود ۳۸/۸ درصد معتادان خیابانی و ۳۵/۷ درصد معتادان مراکز درمانی بیش از ۱ ماه است که رابطه جنسی نداشته اند. و احتمالاً محاسبه این رقم در معتادان متأهل از ناتوانی جنسی معتادان پرده بر خواهد داشت. (جدول شماره ۵۹)

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

		خیابان				مرکز درمانی		میزان استفاده از کاندوم
۱۶/۵	۶۵۸	۱۷	۵۶۳	۱۱/۷	۳۵	۱۶	۶۰	اغلب اوقات
۶	۲۳۹	۶/۱	۲۰۲	۵/۴	۱۶	۵/۶	۲۱	نیمی از موارد

کمتر از نیمی از موارد	۲۱	۵/۶	۱۵	۵	۲۲۵	۶/۸	۲۶۱	۶/۶
به ندرت	۷۷	۲۰/۵	۴۸	۱۶/۱	۸۰۴	۲۴/۳	۹۲۹	۲۳/۳
اصلاً	۱۹۶	۵۲/۳	۱۸۵	۶۱/۹	۱۵۱۴	۴۵/۸	۱۸۹۵	۴۷/۶

تنها ۱۶/۵ درصد معناتان از کاندوم استفاده می کنند (جدول شماره ۶۰)

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

سابقه ارتباط با فردی غیر از همسر	مرکز درمانی		خیابان		بله		خیر	
بله	۱۶۶	۳۶/۷	۱۲۴	۳۲	۱۷۹۵	۴۳/۹	۲۰۸۵	۴۲/۳
خیر	۲۸۶	۶۳/۳	۲۶۳	۶۸	۲۲۹۶	۵۶/۱	۲۸۴۵	۵۷/۷

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

جنسی با فردی غیر از همسر	مرکز درمانی		خیابان		۱ بار		۲ بار		۳ بار		۴ بار		۵-۹ بار		۱۰-۱۹ بار		۲۰-۲۹ بار		۳۰-۴۹ بار		۵۰ بار به بالا	
۱ بار	۰	۰	۰	۰	۳	۴/۹	۳	۴/۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۲ بار	۱	۵۰	۰	۰	۳	۴/۹	۴	۵/۶	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۳ بار	۰	۰	۱	۱۲/۵	۳	۴/۹	۴	۵/۶	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۴ بار	۰	۰	۰	۰	۱	۱/۶	۱	۱/۴	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۵-۹ بار	۱	۵۰	۱	۱۲/۵	۴	۶/۶	۶	۸/۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۱۰-۱۹ بار	۰	۰	۰	۰	۴	۶/۶	۴	۵/۶	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۲۰-۲۹ بار	۰	۰	۱	۱۲/۵	۳	۴/۹	۴	۵/۶	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۳۰-۴۹ بار	۰	۰	۰	۰	۵	۸/۲	۵	۷	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۵۰ بار به بالا	۰	۰	۵	۶۲/۵	۳۵	۵۷/۴	۴۰	۵۶/۳	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰

۸۴/۷ درصد معناتان متأهل سابقه رابطه جنسی با فردی غیر از همسر را ذکر می کنند که این رقم در معناتان خیابانی بیش از سایر گروههاست. (جدول شماره ۶۱) دفعات این ارتباط در معناتان زن خیابانی نیز بیش از سایر گروههای تحقیق است (جدول شماره ۶۲)

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

		خیابان			مرکز درمانی			جنسی با فرد غیر
۹/۸	۱۲۵	۱۰	۱۱۰	۹/۱	۶	۸/۵	۹	۱ بار
۱۱/۷	۱۴۹	۱۱/۳	۱۲۴	۱۸/۲	۱۲	۱۲/۳	۱۳	۲ بار
۷/۶	۹۷	۷/۶	۸۴	۴/۵	۳	۹/۴	۱۰	۳ بار
۴/۸	۶۱	۴/۵	۴۹	۳	۲	۹/۴	۱۰	۴ بار
۱۵/۸	۲۰۱	۱۶/۶	۱۸۳	۱۵/۲	۱۰	۷/۵	۸	۵-۹ بار
۱۷/۸	۲۲۶	۱۸/۳	۲۰۱	۱۶/۷	۱۱	۱۳/۲	۱۴	۱۰-۱۹ بار
۸/۹	۱۱۳	۸/۵	۹۴	۱۰/۶	۷	۱۱/۳	۱۲	۲۰-۲۹ بار
۵	۶۴	۵/۱	۵۶	۷/۶	۵	۲/۸	۳	۳۰-۴۹ بار
۱۸/۶	۲۳۶	۱۸/۱	۱۹۹	۱۵/۲	۱۰	۲۵/۵	۲۷	۵۰ بار به بالا

طبق جدول شماره ۶۳ می توان مشاهده کرد که تعداد ۱۲۷۲ 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 ۵۰/۳ درصد این افراد بیش از ۱۰ بار این رابطه را برقرار کرده اند.

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

		خیابان			مرکز درمانی			
۱۲/۴	۱۴۶	۱۲/۶	۱۳۲	۵/۹	۳	۱۴/۹	۱۱	۱ بار
۱۵	۱۷۶	۱۵/۴	۱۶۲	۹/۸	۵	۱۲/۲	۹	۲ بار
۸/۷	۱۰۲	۸/۹	۹۳	۷/۸	۴	۶/۸	۵	۳ بار
۵/۶	۶۶	۵/۵	۵۸	۷/۸	۴	۵/۴	۴	۴ بار
۱۶/۴	۱۹۳	۱۶/۱	۱۶۹	۲۱/۶	۱۱	۱۷/۶	۱۳	۵-۹ بار
۱۵/۹	۱۸۷	۱۶/۶	۱۷۴	۱۱/۸	۶	۹/۵	۷	۱۰-۱۹ بار
۷/۲	۸۴	۷/۴	۷۸	۷/۸	۴	۲/۷	۲	۲۰-۲۹ بار
۴/۳	۵۰	۳/۸	۴۰	۹/۸	۵	۶/۸	۵	۳۰-۴۹ بار
۱۴/۵	۱۷۰	۱۳/۶	۱۴۳	۱۷/۶	۹	۲۴/۳	۱۸	۵۰ بار به بالا

مردان شرکت کننده در تحقیق که با زنان روسپی ارتباط داشته اند ۱۱۷۴ نفر بوده اند که از میان این افراد حدوداً ۴۲ درصدشان بیش از ۱۰ بار ارتباط جنسی با فرد روسپی را ذکر می کنند. البته تعداد این ارتباط در میان معتادان زندانی بیش از سایر گروه هاست.

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

		خیابان				مرکز درمانی		سابقه رابطه جنسی با همجنس
۱۳/۳	۶۵۵	۱۴/۳	۵۸۷	۹/۳	۳۶	۷/۱	۳۲	بله
۸۶/۷	۴۲۷۵	۸۵/۷	۳۵۰۴	۹۰/۷	۳۵۱	۹۲/۹	۴۲۰	خیر

۱۳/۳ 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 ۶۵)

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

		خیابان				مرکز درمانی		افراد همجنس
۱۱	۶۹	۱۱/۲	۶۳	۳	۱	۱۶/۱	۵	۱ بار
۱۲/۹	۸۱	۱۳	۷۳	۱۸/۲	۶	۶/۵	۲	۲ بار
۱۰/۲	۶۴	۱۰/۳	۵۸	۶/۱	۲	۱۲/۹	۴	۳ بار
۴/۶	۲۹	۴/۱	۲۳	۱۲/۱	۴	۶/۵	۲	۴ بار
۶/۷	۴۲	۷/۱	۴۰	۶/۱	۲	۰	۰	۵ بار
۲۰/۳	۱۲۷	۲۱/۷	۱۲۲	۹/۱	۳	۶/۵	۲	۱۰-۶ بار
۱۰/۵	۶۶	۱۰/۱	۵۷	۲۱/۲	۷	۶/۵	۲	۲۰-۱۱ بار
۳/۵	۲۲	۳/۷	۲۱	۳	۱	۰	۰	۳۰-۲۱ بار
۱/۸	۱۱	۱/۶	۹	۰	۰	۶/۵	۲	۴۰-۳۱ بار
۲/۷	۱۷	۲/۵	۱۴	۳	۱	۶/۵	۲	۵۰-۴۱ بار
۱۵/۷	۹۸	۱۴/۶	۸۲	۱۸/۲	۶	۳۲/۳	۱۰	۵۱ بار و بیشتر

۳۴ درصد افرادی که رابطه با همجنس داشته اند بیش از ۱۰ بار این رابطه را برقرار کرده اند.

### بخش هفتم:

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

		خیابان				مرکز درمانی		سابقه دستگیری
بله	۴۲/۸	۲۱۰۹	۳۸/۶	۱۵۷۸	۹۴/۶	۳۶۶	۳۶/۵	۱۶۵
خیر	۵۷/۲	۲۸۲۱	۶۱/۴	۲۵۱۳	۵/۴	۲۱	۶۳/۵	۲۸۷

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

		خیابان				مرکز درمانی		تعداد دفعات دستگیر شدن
۱ بار	۴۱/۷	۸۵۶	۴۱/۷	۶۳۶	۳۹/۷	۱۴۴	۴۶/۹	۷۶
۲ بار	۲۴	۴۹۳	۲۴/۵	۳۷۴	۲۴/۲	۸۸	۱۹/۱	۳۱
۳ بار	۱۰/۲	۲۰۹	۱۰/۳	۱۵۸	۸/۸	۳۲	۱۱/۷	۱۹
۴ بار	۵/۵	۱۱۳	۵/۷	۸۷	۵/۵	۲۰	۳/۷	۶
۵ بار	۵/۳	۱۰۹	۵/۵	۸۴	۴/۴	۱۶	۵/۶	۹
۱۰-۶ بار	۷/۵	۱۵۴	۷/۱	۱۰۸	۹/۱	۳۳	۸	۱۳
۲۰-۱۱ بار	۳/۸	۷۸	۳/۳	۵۱	۶/۳	۲۳	۲/۵	۴
۳۰-۲۱ بار	۰/۶	۱۲	۰/۵	۸	۰/۸	۳	۰/۶	۱
۴۰-۳۱ بار	۰/۳	۶	۰/۲	۳	۰/۸	۳	۰	۰
۵۰-۴۱ بار	۰/۲	۴	۰/۱	۲	۰/۳	۱	۰/۶	۱
۵۱ بار و بیشتر	۰/۹	۱۸	۱	۱۶	۰	۰	۱/۲	۲

۴۲/۸ درصد معتادان سابقه دستگیری را ذکر می کنند و این سابقه نزد معتادان زندانی بیش از سایر گروه هاست (جدول شماره ۶۷) سابقه دستگیری در بین معتادان اکثر در حدود ۱ بار است. (۴۱/۷ درصد) و افراد با سابقه در میان معتادان نمونه که بیش از ۵ بار دستگیر شده باشند در حدود ۱۳/۳ درصد است. به عبارت دیگر ۸۶/۷ درصد معتادان دستگیر شده حدود ۵ بار سابقه دستگیری داشته اند و افراد با سابقه دستگیری حدود ۱ تا ۲ بار به رقمی در حدود ۶۳/۷ درصد می رسد.

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

		خیابان				مرکز درمانی		سابقه زندانی شدن
بله	۳۴/۶	۱۷۰۴	۲۹/۵	۱۲۰۷	۹۴/۸	۳۶۷	۲۸/۸	۱۳۰
خیر	۶۵/۴	۳۲۲۶	۷۰/۵	۲۸۸۴	۵/۲	۲۰	۷۱/۲	۳۲۲



--	--	--	--	--	--	--	--	--

۳۴/۶ 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 ۶۹)

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

	خیابان			مرکز درمانی				
۱ بار	۴۸/۸	۸۱۹	۴۹/۷	۵۸۸	۴۵/۶	۱۶۷	۴۹/۶	۶۴
۲ بار	۲۱/۵	۳۶۱	۲۱/۶	۲۵۶	۲۲/۷	۸۳	۱۷/۱	۲۲
۳ بار	۹/۲	۱۵۵	۹/۵	۱۱۲	۸/۷	۳۲	۸/۵	۱۱
۴ بار	۴/۳	۷۳	۴/۳	۵۱	۴/۴	۱۶	۴/۷	۶
۵ بار	۴/۷	۷۹	۴/۸	۵۷	۴/۶	۱۷	۳/۹	۵
۱۰-۶ بار	۶/۹	۱۱۶	۵/۷	۶۸	۹/۸	۳۶	۹/۳	۱۲
۲۰-۱۱ بار	۳/۵	۵۸	۳/۵	۴۲	۳/۳	۱۲	۳/۱	۴
۳۰-۲۱ بار	۰/۴	۷	۰/۲	۲	۰/۵	۲	۲/۳	۳
۴۰-۳۱ بار	۰/۱	۲	۰/۱	۱	۰/۳	۱	۰	۰
۵۰-۴۱ بار	۰/۱	۱	۰/۱	۱	۰	۰	۰	۰
۵۱ بار و بیشتر	۰/۵	۸	۰/۵	۶	۰	۰	۱/۶	۲

جدول شماره ۷۰ نشان می دهد حدود ۷۰ درصد معتادان نمونه تحقیق ۱ تا ۲ بار سابقه زندانی شدن دارند. و بین گروه های مختلف معتادان تفاوت قابل توجهی به چشم نمی خورد.

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

	خیابان			مرکز درمانی				نوع جرم منجر به دستگیری یا
۲۷	۱۳۳۶	۲۳/۶	۹۶۷	۶۷/۴	۲۶۱	۲۳/۹	۱۰۸	مصرف مواد
۱۰/۱	۴۹۹	۸/۵	۳۵۰	۳۰/۷	۱۱۹	۶/۶	۳۰	خرید و فروش مواد
۸/۴	۴۱۴	۸/۴	۳۴۴	۱۰	۳۹	۶/۹	۳۱	ضرب و جرح
۵/۳	۲۶۴	۴/۲	۱۷۳	۱۹/۹	۷۷	۳/۱	۱۴	سرقت
۲/۹	۱۴۲	۲/۹	۱۲۰	۳/۱	۱۲	۲/۲	۱۰	تصادف رانندگی
۱	۵۲	۰/۹	۳۷	۲	۸	۱/۵	۷	کلاهبرداری
۲/۶	۱۲۷	۲/۴	۹۸	۴/۹	۱۹	۲/۲	۱۰	ایجاد مزاحمت
۷/۶	۳۷۷	۷	۲۸۶	۱۴/۲	۵۵	۸	۳۶	سایر

بیشترین جرم معتادان دستگیر یا زندانی شده مصرف مواد ۲۷ درصد خرید و فروش مواد (۱۰ درصد) و ضرب و جرح (۸/۴ درصد) بوده است. گفتنی است میزان جرایم در گروه زندانی در تمامی ستونها از سایر گروه های تحقیق بسیار بیشتر است

### بخش هشتم:

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

		خیابان		مرکز درمانی		سابقه اقدام به درمان	
۶۱/۵	۳۰۳۴	۵۷/۸	۲۳۶۳	۷۴/۷	۲۸۹	۸۴/۵	۳۸۲
۳۸/۵	۱۸۹۶	۴۲/۲	۱۷۲۸	۲۵/۳	۹۸	۱۵/۵	۷۰

سابقه اقدام به درمان در معنادان حدود ۶۱/۵ درصد است. و رقم مراجعین ۸۴/۵ درصدی با سابقه ترک در بین معنادان 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 ۷۲)

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

		خیابان		مرکز درمانی		تعداد دفعات اقدام به	
۲۰	۵۷۸	۱۹/۵	۴۴۰	۲۳/۱	۶۲	۲۰/۹	۷۶
۱۹/۵	۵۶۲	۱۸/۷	۴۲۲	۲۴/۶	۶۶	۲۰/۳	۷۴
۱۵/۲	۴۴۰	۱۴/۸	۳۳۵	۱۷/۲	۴۶	۱۶/۲	۵۹
۸/۶	۲۴۷	۸/۶	۱۹۵	۷/۱	۱۹	۹/۱	۳۳
۶/۸	۱۹۵	۷/۵	۱۶۹	۳	۸	۴/۹	۱۸
۱۵/۹	۴۶۰	۱۶/۷	۳۷۶	۱۵/۳	۴۱	۱۱/۸	۴۳
۳/۱	۸۹	۳	۶۷	۲/۲	۶	۴/۴	۱۶
۴/۳	۱۲۳	۴/۳	۹۷	۲/۶	۷	۵/۲	۱۹
۶/۷	۱۹۴	۶/۹	۱۵۵	۴/۹	۱۳	۷/۱	۲۶

۷۰ درصد معنادان تا ۵ بار سابقه اقدام به درمان دارند و نزدیک به ۳۰ درصد آنان بیش از ۵ بار به درمان اقدام کرده اند. (جدول شماره ۷۳)

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

مدت زمان از اولین مصرف تا اولین اقدام به	خیابان						مرکز درمانی	
۱ سال	۶۷	۱۸/۱	۷۹	۲۸/۵	۴۹۴	۲۱/۸	۶۴۰	۲۲
۲ سال	۵۲	۱۴/۱	۴۷	۱۷	۳۸۵	۱۷	۴۸۴	۱۶/۶
۳ سال	۳۷	۱۰	۴۴	۱۵/۹	۳۱۷	۱۴	۳۹۸	۱۳/۷
۴ سال	۳۴	۹/۲	۲۲	۷/۹	۲۲۷	۱۰	۲۸۳	۹/۷
۵ سال	۴۲	۱۱/۴	۱۵	۵/۴	۲۶۳	۱۱/۶	۳۲۰	۱۱
۶-۹ سال	۷۵	۲۰/۳	۴۳	۱۵/۵	۳۱۷	۱۴	۴۳۵	۱۴/۹
۱۰-۱۴ سال	۳۵	۹/۵	۱۷	۶/۱	۱۵۵	۶/۸	۲۰۷	۷/۱
۱۵ سال و بیشتر	۲۸	۷/۶	۱۰	۳/۶	۱۰۶	۴/۷	۱۴۴	۴/۹

نزدیک به نیمی از معتادان (۴۷/۶ درصد) ۴ سال بعد از آغاز مصرف اقدام به درمان می کنند. این رقم در معتادان مراجع به مراکز درمانی ۵۸ درصد و معتادان زندانی ۳۸/۵ درصد است. (جدول شماره ۷۴)

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

مکان مراجعه اولین بار درمان	خیابان						مرکز درمانی	
مطب خصوصی یا کلینیک عطاری	۱۰۲	۲۶/۶	۴۱	۱۴/۳	۵۶۴	۲۳/۵	۷۰۷	۲۳
گروه های خودیاری منزل دوستانم	۱	۰/۳	۱۲	۴/۲	۲۳	۱	۳۶	۱/۲
مراکز درمانی دولتی	۶۴	۱۶/۷	۲۷	۹/۴	۲۲۷	۹/۴	۳۱۸	۱۰/۳
سرپایی بستری	۹	۲/۳	۱۴	۴/۹	۵۵	۲/۳	۷۸	۲/۵
منزل خودم	۱۶۸	۴۳/۸	۱۳۰	۴۵/۵	۱۱۵۶	۴۸/۱	۱۴۵۴	۴۷/۳
سایر	۱۶	۴/۲	۴۷	۱۶/۴	۱۳۷	۵/۷	۲۰۰	۶/۵

جدول شماره ۷۵ نشان می دهد نزدیک به نیمی از معتادان (۴۷/۳ 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 زندانی با ۲ گروه دیگر تفاوت بسیاری دارد. (۱۰ درصد) مراکز درمان دولتی سهم اندک در ترک معتادان طی سالهای گذشته داشته اند (۱۲/۸ درصد)

**- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک نوع روش برای درمان اعتیاد و سه حوزه تحقیق**

		خیابان				مرکز درمانی		عتیاد
۶۴	۱۹۴۴	۶۳/۸	۱۵۰۸	۵۰/۱	۱۴۵	۷۶/۱	۲۹۱	دارو درمانی
۵/۷	۱۷۳	۵	۱۱۶	۵/۱	۱۵	۱۱	۴۲	TC مرکز اجتماع درمان مدار
۱۱/۴	۳۴۸	۱۰/۵	۲۵۰	۱۲/۱	۳۵	۱۶/۴	۶۳	گروه های خودیاری
۵۴/۳	۱۶۴۹	۵۵/۳	۱۳۰۷	۵۵	۱۵۹	۴۸	۱۸۳	بدون هیچ دارویی (یابویی)
۴	۱۲۰	۳/۸	۹۱	۲/۷	۸	۵/۴	۲۱	زوج درمانی و خانواده درمانی
۸/۱	۲۴۸	۶/۴	۱۵۲	۶/۹	۲۰	۱۹/۸	۷۶	گروه درمانی
۴	۱۲۳	۴/۴	۱۰۵	۱/۳	۴	۳/۶	۱۴	فوق سریع
۲۶/۸	۸۱۵	۲۸/۷	۶۸۰	۱۲/۴	۳۶	۲۶	۹۹	داروهای گیاهی
۲۴/۲	۷۳۷	۲۵/۶	۶۰۷	۱۳/۴	۳۹	۲۳/۸	۹۱	کپسول دست ساز
۲۰/۳	۶۱۸	۲۰/۶	۴۸۹	۱۶/۶	۴۸	۲۱/۲	۸۱	سایر قرص های مخدر
۹/۳	۲۸۳	۸/۲	۱۹۴	۲۰	۵۸	۸/۱	۳۱	سایر
-	-	-	-	-	-	-	-	-

جدول شماره ۷۶ نشان می دهد حدود ۶۴ درصد معتادان از دارو برای درمان بهره می گیرند و ۵۴/۳ درصد آنان بدون هیچ گونه مداخله دارویی و روحی روانی به این کار مبادرت می ورزند. حدود ۵۱ درصد معتادان به کپسولهای دست ساز و داروهای گیاهی گرایش دارند و ۲۰/۳ درصد آنان از سایر قرص های مخدر برای ترک استفاده می کنند.

کل مداخلات تخصصی درمان اعتیاد در معتادان زندانی کمتر از سایر گروه های تحقیق است

**- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک نوع روش آخرین ترک و سه حوزه تحقیق**

		خیابان				مرکز درمانی		نوع روش آخرین ترک
۳۴/۳	۱۴۵۷	۳۳/۵	۱۱۲۹	۲۵/۸	۸۷	۴۴	۲۴۱	دارو درمانی
۲/۹	۱۲۵	۲/۲	۷۳	۳/۶	۱۲	۷/۳	۴۰	TC مرکز اجتماع درمان مدار
۵	۲۱۱	۴/۲	۱۴۱	۶/۸	۲۳	۸/۶	۴۷	گروه های خودیاری
۲۲	۹۳۶	۲۲/۴	۷۵۳	۳۳/۲	۱۱۲	۱۳	۷۱	بدون هیچ دارویی (یابویی)
۲/۶	۱۱۱	۲/۸	۹۵	۱/۲	۴	۲/۲	۱۲	زوج درمانی یا خانواده درمانی
۳/۸	۱۶۲	۳	۱۰۱	۳	۱۰	۹/۳	۵۱	گروه درمانی
۱/۸	۷۸	۲	۶۷	۱/۲	۴	۱/۳	۷	فوق سریع
۹/۲	۳۹۱	۱۰/۵	۳۵۵	۳/۳	۱۱	۴/۶	۲۵	داروهای گیاهی
۷/۴	۳۱۴	۸/۴	۲۸۳	۲/۷	۹	۴	۲۲	کپسول های دست ساز
۷/۱	۳۰۳	۷/۷	۲۶۱	۵/۶	۱۹۰	۴/۲	۲۳	سایر قرص های مخدر
۳/۹	۱۶۵	۳/۳	۱۱۰	۱۳/۶	۴۶	۱/۶	۹	سایر

براساس یافته های جدول ۷۷، ۳/۳۴ درصد معتادان آخرین بار از دارودرمانی برای درمان خود استفاده کرده اند و ۲۲ درصد آنان نیز هیچ مداخله ای را برای درمان مورد استفاده قرار نداده اند

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

مدت پرهیز ( )	مرکز درمانی		خیابان					
۱	۱۰۹	۳۲/۷	۶۰	۲۳/۳	۵۹۶	۲۸/۳	۷۶۵	۲۸/۴
۲	۴۱	۱۲/۳	۳۸	۱۴/۸	۳۴۸	۱۶/۵	۴۲۷	۱۵/۸
۳	۵۷	۱۷/۱	۳۲	۱۲/۵	۲۲۶	۱۰/۷	۳۱۵	۱۱/۷
۴-۵	۳۸	۱۱/۴	۲۸	۱۰/۹	۲۲۱	۱۰/۵	۲۸۷	۱۰/۶
۶-۷	۳۳	۹/۹	۳۴	۱۳/۲	۲۰۹	۹/۹	۲۷۶	۱۰/۲
۸-۱۰	۱۴	۴/۲	۲۳	۸/۹	۱۳۲	۶/۳	۱۶۹	۶/۳
۱۱ و بیشتر	۴۱	۱۲/۳	۴۲	۱۶/۳	۳۷۶	۱۷/۸	۴۵۹	۱۷

حدود ۸۳ درصد معتادان بعد از آخرین روش درمانی خود کمتر از یک سال پاکي داشته اند و ۶۰ درصد معتادان زیر ۳ ماه پاکي خود را حفظ کرده اند.

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

تعداد دفعات اقدام به ترک در طول یک سال گذشته	مرکز درمانی		خیابان					
۰	۶۹	۱۸/۱	۸۳	۲۸/۷	۸۲۸	۳۵	۹۸۰	۳۲/۳
۱	۱۸۹	۴۹/۵	۱۴۱	۴۸/۸	۹۰۵	۳۸/۳	۱۲۳۵	۴۰/۷
۲	۷۰	۱۸/۳	۳۸	۱۳/۱	۳۶۰	۱۵/۲	۴۶۸	۱۵/۴
۳	۲۴	۶/۳	۱۴	۴/۸	۱۴۵	۶/۱	۱۸۳	۶/۰۳
۴ بار به بالا	۳۰	۷/۸	۱۳	۴/۶	۱۲۵	۵/۴	۱۶۸	۵/۵

۲۷/۲ درصد معتادان در سال گذشته سابقه بیش از ۱ بار ترک داشته اند. و این رقم در معتادان زندانی کمتر از سایر معتادان است. (جدول شماره ۷۹)

تجربه معتادانی که سابقه ترک داشته اند مؤید آن است که ۲۰/۷٪ درمان سرپایی، ۱۶/۱٪ درمان بستری، ۱۱/۱٪ درمان رفتاری شناختی، ۸/۸٪ دارودرمانی، ۵/۶٪ گروه درمانی و با درصد کمتر به ترتیب اهمیت گروههای خودیاری، T.C، مشاوره، متادون، درمان غیردارویی، نالتروکسان و ترک در منزل (بابویی) را جزء درمان های خوب و مؤثر برشمرده اند. همچنین ۷/۲٪ ترک در منزل (یا بویی) را برد

قلمداد نموده اند. ۱۴/۸٪ از معتادان انگیزه و اراده فرد معتاد، ۶/۲٪، 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. ۵/۲٪ 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. بقیه به چشم یک آدم به او نگاه کنند. انسانی است که مرتکب اشتباه شده و دوست دارد به زندگی برگردد.

**مصاحبه عمیق با ۳۵۶ نفر از** نیز در مورد درمان پذیر بودن اعتیاد نشان داد: ۲۹/۷٪ از این افراد معتقدند که اعتیاد بدون هیچ شرطی درمان پذیر است و ۳۸/۴٪ 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. ۲ نفر از افراد بیان کردند که از نظر جسمی می توان از اعتیاد رهایی یافت اما وابستگی روحی از اعتیاد امکان ندارد.

۳/۲۱٪ اعتیاد را درمان ناپذیر می دانند به ویژه معتادان تزریقی را از جمله معتادانی می دانند که امیدی به درمانشان نیست. ۵/۶٪ احتمال درمان را مطرح کردند ولی ترک کامل را ممکن نمی دانند و ۵/۳٪ 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 مر".

در پاسخ به این پرسش که آیا عضو معتاد در خانواده اقدام به ترک داشته است یا نه، ۴۱/۵٪ از افراد مصاحبه شونده بیان کردند که اقدام به ترک صورت گرفته است.

۳۹/۸٪ از افراد معتاد بارها اقدام به ترک داشته اند و ۶۹/۱٪ از افراد فوق در ترک موفق نبوده اند و مصرف را آغاز کرده اند. ۷/۵٪ از افراد معتاد در حال حاضر مصرف نمی کنند و ۴/۲٪ موفق به ترک شده اند. در میان مصاحبه شوندگان ۱۷/۹٪ 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 ن

" (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

".

در پرسش نهایی میزان همکاری با فرد معتاد در امر ترک مواد مخدر بررسی شد. ۶۷/۴ % از افراد بیان کردند که در همه مراحل درمان و با تمام توان خویش در کنار عضو معتاد در خانواده بوده اند. ۱۰/ % 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. ۷/۵ % تمایلی به همکاری نشان نداده اند و با این استدلال که ما نمی توانیم به او کمک کنیم و باید خودش بخواند، این عدم تمایل را توجیه می کنند. در عین حال عودهای مکرر فرد معتاد، اطرافیان را در همکاری مجدد دلسرد ساخته است. ۴/۴ % 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 یک فرد معتاد از استان اردبیل می گوید: " او همکاری مرا قبول ندارد و این را یک ننگ

برای مرد تصور می کند."

**- توزیع فراوانی معتادان دریافت کننده خدمت در مراکز درمانی دولتی و خصوصی به تفکیک**

اطلاعات مربوط به مراکز درمان دولتی و خصوصی/ پرسشنامه ۷			
ردیف	( مرکز )	( مرکز )	( مرکز )
۱	سم زدایی سرپایی معمولی	۶۶۰۷	۱۶۱۸۵
۲	سم زدایی سریع (RD)	۱۴	۱۶۷
۳	سم زدایی تبری (بدون URD)	۹۱	۵۰۶
۴	سم زدایی فوق سریع URD	۳	۸۸
۵	گروه درمانی	۲۹۹۱	۳۱۱۳
۶	مصاحبه انگیزشی	۳۵۷۲	۹۷۰۱
۷	خانواده درمانی و آموزش خانواده	۱۲۰۰	۵۸۴۷



۷۶۸۴	۹۷۱۳	پیگیری پس از ترک	۸
۱۱۶۹۹	۴۵۴۵	روان درمانی فردی	۹
۷۸۵	۳۹۲	گروه‌های خودیاری	۱۰
۱۶۷۱	۲۸۵	درمان نگهدارنده با متادون	۱۱
۲۲۹	۱۰	درمان نگهدارنده با بوپره نورفین	۱۲
۶۳۵۲	۶۰۱۵	توزیع سرنگ و سرسوزن	۱۳
۱۹۳۵۶	۱۱۲۰	توزیع کاندوم	۱۴
۲۱۷۶	۹۸۶	آموزش روابط سالم جنسی	۱۵
۳۲۳۱	۹۹۹	آموزش روابط سالم فردی	۱۶
۲۸۸۶	۱۱۲۸	آموزش روابط سالم گروهی	۱۷
۲۸۶۹	۱۷۶۶	آموزش روابط سالم خانوادگی	۱۸

در جدول شماره ۸۰ میتوان ملاحظه کرد موارد سم زدایی معمولی در مراکز خصوصی به ازای هر مرکز ۲۲۸ نفر و در مراکز دولتی ۱۸۳ 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

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

TC	سرپایی	مرکز		چهارمحال و بختیاری	مورد مشاهده شده
					(نیروی انسانی) ۱-۱) بکارگیری نیروی انسانی غیرمرتبط (از نظر رشته تحصیلی)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			۱-۱) علوم اجتماعی

<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		خراسان	"
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		اردبیل	"
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		قزوین	"
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	سیستان و بلوچستان	۲-۱-۱) تغذیه
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	هرمزگان	۳-۱-۱) منشی دبیرمه کار مددکار اجتماعی را انجام می دهد
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	کرمانشاه	"
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	آذربایجان شرقی	۴-۱-۱) کارشناس بهداشت به عنوان ناظر دارویی همکاری می کند
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		سیستان و بلوچستان	۵-۱-۱) کارشناس پرستاری و پزشک گروه درمانی می کنند
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		همدان	۶-۱-۱) منشی کار آزمایشگاه را انجام می دهد
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	مازندران	۲-۱) همکاری با روانپزشکان به صورت ساعتی
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	مرکزی	"
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		هرمزگان	"
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	قزوین	"
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	اصفهان	۳-۱) نبود روانپزشک
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		اصفهان	"
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		اصفهان	"
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	آذربایجان غربی	۴-۱) نبود روانشناس
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	بوشهر	"
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		اصفهان	۵-۱) همکاری با روان شناس به صورت پاره وقت
					مرکز	
TC		سرپایی				مورد مشاهده شده
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	لرستان	۶-۱) از یاور استفاده می شود

		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فارس	۷-۱) گلابیه مدیر مرکز از هزینه بالایی نیروی انسانی
					( وضعیت همکاری با تشکلهای غیردولتی (NGO ها)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قم	۱-۲) در اختیار گذاشتن محل برای برگزاری جلسات NA و برگزاری همزمان جلسات NA (با استقبال مراجعان روبه رو شده است)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آذربایجان شرقی	۲-۲) ارجاع به NA
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سمنان	"
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سمنان	"
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کرمانشاه	۳-۲) ارتباط با گروههای خودیاری
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آذربایجان غربی	( مرکز در واقع یک مطب خصوصی است
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بوشهر	"
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مازندران	( مرکز در نوبت عصر با امکانات بلااستفاده بهیستی کار می کند
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	چهارمحال و بختیاری	"
					( بازتوانی و درمانهای غیردارویی
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	یاسوج	۱-۵) پذیرش و مشاوره در نوبت صبح و دارودرمانی و خدمات پزشکی در نوبت عصر انجام می شود

بر اساس مندرجات جدول ۸۱ میتوان دریافت برخی مراکز نیروی انسانی غیر مرتبط را بکار گرفته اند. از آن جمله میتوان به خدمات فردی دیپلمه در سمت مددکار، کارشناس پرستاری به عنوان گروه درمانگر و منشی بجای 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:

۲۹۴ 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 (۹۵/۴۷ درصد)، فردی که از نظر فیزیولوژیکی به ماده غیرطبیعی نیاز طبیعی و روزانه پیدا کند (۱/۰۲ 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 (۱/۳۶ 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 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. (۸۵/۰۳ درصد)، ۱/۷۰ درصد از افراد کلیدی معتقدند که فعالیت نیروی انتظامی عالی است و در نهایت (۱۳/۲۷ 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 (۸۷/۵۷ درصد). این فعالیت ها مؤثر نیستند (۱۰/۲۰ درصد). حدود ۲/۲۳ 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؟ ۲۰/۲٪ از معتادان اظهار کرده اند که فعالیت های روزانه را بهتر و با انرژی بیشتری انجام می دهند. و ۲۰٪ انجام فعالیت های عادی روزانه، ۱۸/۳٪ استراحت و چرت زدن، ۱۲٪ سیگار کشیدن، ۸/۳٪ تحرک زیاد و پرحرفی، ۸/۵٪ گوشه گیری و خلوت کردن با خود را به عنوان رفتارهای زمان نشنگی 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 (نشنگی بعدی)، نوشیدن چای، خوشگذرانی با دوستان، عصبانیت و پرخاشگری و در نهایت ناراحت شدن و تصمیم برای ترک را به عنوان رفتارهای زمان نشنگی 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، رفتارهای جنسی دارند، برای زنان محل مزاحمت ایجاد میکنند، سر حال و مهربان می شوند، برای ترک سیگار و مواد اظهار آمادگی میکنند، شیرینی و یخکم را میبلعند، انگشتان خود را میسوزانند و برخی دچار مسمومیت می شوند که دیگران 1cc جوهر لیمو به آنها می زنند 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 و السالو) 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:**

۳۶۰ نفر از معتادان در مصاحبه عمیق نحوه کسب اطلاعات در مورد عوارض و خطرات مصرف مواد را تلویزیون (۲۲/۲٪)، دوستان غیرمعتاد (۱۳/۶٪)، مراکز درمانی (۱۱/۴)، روزنامه و مجله (۱۰/۲٪)، رسانه های جمعی (۱۰/۲٪)، کتاب (۸/۸٪)، رادیو (۷/۷٪)، دوستان معتاد (۷/۷٪)، افراد خانواده (۶/۳٪) و با درصد کمتر و به ترتیب اهمیت گروههای خودیاری، تابلوهای سطح شهر و زندان ذکر کردند. ۳۰٪ معتادان تجربیات فردی خود را به عنوان منبع کسب اطلاعات در مورد عوارض و خطرات مصرف مواد عنوان نموده و ۱۴/۱٪ نیز فاقد هرگونه اطلاعاتی در این زمینه می باشند.

#### **شرکت در برنامه های پیشگیری و کاهش آسیب:**

۳۶۰ نفر از معتادان در پاسخ به این پرسش که آیا تا به حال در برنامه پیشگیری از اعتیاد شرکت کرده اید یا نه؟ فقط ۷٪ 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 (۶۴٪)، پر کردن اوقات فراغت جوان ها (۱۶٪)، اشتغال زایی (۱۶٪)، آموزش عمومی از طریق صدا و سیما (۱۲٪)، افزایش آگاهی دانش آموزان توسط آموزش و پرورش (۱۲٪) و استفاده از تجربیات معتادان بهبودیافته (۴٪)

همچنین در پاسخ به پرسش نهایی که آیا تا به حال در برنامه کاهش آسیب شرکت کرده اید یا نه؟ فقط ۳/۱٪ 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 معتادان 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 معتادان کشور دست یافت.

#### محاسبه براساس تعداد زندانیان مواد مخدر

از ۵۹۶۱۴۵ نفر ورودی سال ۸۳ به زندانهای کشور ۲۰۰۳۲۱ نفر مرتبط با مواد مخدر بوده اند و با توجه به اینکه ۲۹/۵ درصد معتادان خیابانی کشور سابقه زندانی شدن طی سال گذشته را می دهند با محاسبه این رقم به عددی معادل ۶۷۹۰۵۴ نفر دست می یابیم.

$$\begin{array}{rcl} & ۲۹/۵ & \\ ۱۰۰ & & \\ & =x & ۳۸۴۰۰۰ \\ ۶۷۹,۰۵۴ & & \end{array}$$

#### محاسبه براساس تعداد افراد درمان شده در مراکز دولتی

در این محاسبه ۱۱/۷ درصد معتادان خیابانی اظهار داشته اند که طی سال های گذشته از مراکز درمانی دولتی استفاده کرده اند. با حدود ۲۳۰,۰۰۰ نفر پذیرش طی سال های گذشته از زمان افتتاح مراکز درمانی دولتی تاکنون ۷۰/۸ درصد معتادان مراجع سابقه ترک داشته اند و ۵/۹ درصد به مراکز دولتی مراجعه کرده اند از ادغام این اعداد می توان دریافت ۹۵ درصد معتادان برای بار اول به مراکز مراجعه داشته اند که با ضرب آن در ۲۳۰ هزار نفر معتاد پذیرش شده در مراکز درمانی دولتی کشور طی سالهای گذشته به رقمی معادل ۲۱۸۵۰۰ دست خواهیم یافت. با قرار دادن این عدد در تناسب ۱۱/۷ درصد معتادان خیابانی مراجعه کننده به مراکز درمانی، عدد معتادان ۱۸۶۷۵۲۱ نفر به دست خواهد آمد.

$$\begin{array}{rcl} & ۱۱/۷ & \\ ۱۰۰ & & \\ & =x & ۲۱۸۵۰۰ \\ ۱۸۶۷۵۲۱ & & \end{array}$$

#### محاسبه براساس تعداد موارد دستگیری

براساس بررسی انجام شده ۳۸/۶ درصد معتادان خیابانی سابقه دستگیری را ذکر کرده اند و طی سال گذشته نیز تعداد ۴۳۱۹۳۳ نفر مرتبط با امر مواد توسط کلیه دستگاه های مقابله ای دستگیر شده اند. با محاسبه این ارقام نیز تعداد معتادان تخمینی کشور ۱,۱۲۰,۰۰۰ نفر خواهد رسید.

$$\begin{array}{rcl} & ۳۸/۶ & \\ ۱۰۰ & & \\ & =x & ۴۳۱۹۳۳ \\ ۱,۱۲۰,۰۰۰ \approx ۱۱۱۸۹۹۷ & & \end{array}$$

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

از میان ۱,۸۸۲,۷۹۴ نفر تست اعتیاد جهت ازدواج، استخدام پیشه وری و موارد مشابه (به جز دستگیری ها و موارد مشکوک) تعداد ۴۵۱۴۶ نفر مثبت بوده اند که این رقم شیوعی معادل ۲/۳۹ درصد یا تقریباً ۲/۴ درصد را نشان خواهد داد. با ضرب این درصد شیوع در ۴۵ میلیون نفر جمعیت فعال بالای ۱۴ سال کشور، شیوع اعتیاد به ۱,۰۸۰,۰۰۰ نفر خواهد رسید.

$$۴۵,۰۰۰,۰۰۰ * ۲/۴ = ۱,۰۸۰,۰۰۰$$

با محاسبه فوق می توان با یقین گفت که ۱,۲۰۰,۰۰۰ 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 ۳۳ 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 اوبیوم از این جهت که افراد مراجع کاملاً با آمادگی قبلی مراجعه می کنند محاسبه به شرح ذیل خواهد شد.

$$۱۰۱۸۵۸۱ = ۶۷۹۰۵۴ + (۶۷۹۰۵۴) \text{ موارد زندانی}$$

۲

$$۱۶۷۴۹۵ = ۱۱۱۸۹۹۷ + (۱۱۱۸۹۹۷) \text{ موارد دستگیری}$$

۲

۱۸۶۷۵۲۱ مراجعین به مراکز درمانی

$$۱۵۲۱۵۳۲ = ۱۸۶۷۵۲۱ + ۱۶۷۸۴۹۵ + ۱۰۱۸۵۸۱$$

۳

پس در صورت محاسبه تخمینی معتادان با در نظر گرفتن اطلاعات افراد کلیدی و حذف موارد با سوءگیری می توان به عدد ۱,۵۰۰,۰۰۰ نفر دست یافت.

از سوی دیگر محاسبه تعداد موارد مراجعین به مراکز درمانی حداکثر عدد ۱,۸۰۰,۰۰۰ نفر را در اختیار قرار داده است که با توجه به این محاسبه نیز می توان در جمع بندی چنین اظهار کرد:

تعداد معتادان کشور در حداقل ممکن ۱,۲۰۰,۰۰۰ می باشد که با در نظر گرفتن تخمینهای لازم و رفع نقائص آن عدد ۱,۵۰۰,۰۰۰ نفر نزدیک به یقین تر خواهد بود. اما با در نظر گرفتن حداکثر تعداد ممکن معتادان، رقمی معادل ۱,۸۰۰,۰۰۰ نفر محاسبه شده است که در نهایت می توان رقم معتادان را بین ۱,۲۰۰,۰۰۰ نفر تا ۱,۸۰۰,۰۰۰ نفر اعلام و به شکل عملیاتی برای ۱,۵۰۰,۰۰۰ نفر معتاد در کشور برنامه ریزی نمود.

لازم به ذکر است تعداد ۱,۵۰۰,۰۰۰ نفر برآورد شده تعداد معتادانی است که نیازمند دریافت خدمات درمانی و بازتوانی هستند و این محاسبه شامل افراد مصرف کننده تفننی (سوءمصرف و مصرف نابجا) نمی شود.

:

یافته ها حاکی از سطح تحصیلات پایین در گروه معتادان است و ۸۵ درصد افراد معتاد زیر دبیلیم 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 جداسدن 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 ۲۰-۳۰ 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 ۲۰-۳۰ 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 ۲۰ تا ۳۰ سال می تواند حاکی از ضعف پیشگیری 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 پرخطرتر از سایر مقاطع بروز می نماید که این افزایش سنی در طول سال ۸۳ می تواند به افزایش هزینه ها و خسارات مادی و معنوی سیستم بهداشتی درمانی کشور طی ۵ 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 ۳۲ درصد معتادان در منازل با متراژ بیش از ۱۲۶ متر زندگی می کنند، ۲۷ درصد آنان منزل شخصی دارند، ۱۷ درصد در مناطق خوب شهر ساکن هستند، ۴ درصد بعد خانوار زیر ۴ نفر دارند و حدود ۲۰ درصد آنان بیش از ۳۰۰ هزار تومان درآمد خانوار دارند لذا با جمع بندی شاخصهای مذکور می توان دریافت حدود ۳۰ درصد معتادان (نزدیک به  $\frac{1}{3}$  معتادان کشور) در طبقه خوب جامعه قرار دارند. همچنین

معتادان متعلق به طبقه ضعیف جامعه نیز حدود  $\frac{1}{3}$  معتادان 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 بر این داشته تا برای مصرف مواد به نقاطی دور دست 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 ۲ 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 ۲۰ 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 الکل 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 ۵۰ 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 ۴۰ 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 فرزندان به عنوان الگویی از تستهای گذشته و اکنون می توان به جدول زیر دست یافت.

حشیش	۲/۹	۹/۳
تریاک	۶۵/۴	۵۲/۸
شیره	۱۵/۸	۵/۳
سوخته	۸/۱	۰/۳
هروئین	۵/۲	۲۰/۷
مواد جدید	۲/۵	۶

همانگونه که ملاحظه می شود با تغییر نسلها الگویی 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 ۱ خانواده و دوستان هستند به طوری که ۷۰ 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 ۷۰ درصدشان ۱ تا ۵ 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 می‌دهد این است که ۴۵ درصد خانواده‌ها ۱ تا ۳ سال بعد از آغاز اعتیاد فرد معتاد در خانواده از اعتیاد با خبر می‌شوند و این امر نشان می‌دهد تو به اعضای خانواده به رفتارهای تغییر یافته فرد معتاد کم است و از سوی دیگر شاید از علائم و نشانه‌های اعتیاد نیز خبر ندارند تا بتوانند به موقع این رفتارها را شناسایی کنند. اینجاست که نقش آگاه سازی خانواده‌ها در خصوص علائم و آثار اعتیاد و همچنین روشهای آگاه سازی و علاقه‌مندسازی فرد معتاد به درمان از نکات مورد نیاز خانواده‌هاست.

قدم بعدی این است که بعد از آگاه‌سازی معتادان نسبت به عوارض اعتیاد و علاقه‌مندسازی آنان به درمان و همچنین آگاه‌سازی خانواده‌ها مبنی بر علائم و عوارض و آثار اعتیاد و آموزش خانواده‌ها در خصوص روشهای تشویق‌سازی 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 دلسردیهای ناشی از درمان غیرتخصصی نقش بسزایی دارد. بسیاری از معتادان از طریق و راهکارهای سایر افراد معتاد به درمان خود اقدام می‌کنند و مصرف خودسرانه انواع گیاهان و داروهای شیمیایی از دیگر مشکلات حوزه درمان اعتیاد در کشور است. ۶۳ درصد افراد معتاد و اولین بار به مکانی غیرتخصصی درمان اعتیاد مراجعه می‌کنند این مکانی عبارتند از: عطاری‌ها، منزل دوستانشان، کیسولهای 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 می‌دهد. آنچه تحت عنوان مدت زمان پاک‌ی ارائه شده است مدت زمان کوتاهی است و علت آن احتمالاً مراجعه به همین مراکز غیرتخصصی و مداخله‌گر در حوزه درمان اعتیاد است.

۷۰ درصد خانواده‌ها از فرد معتاد حمایت می‌کنند آنچه تحت عنوان حمایت سؤال شده است. در شاخصهای دقیق و ریزتر بررسی نشده است اما همین همراهی در درمان می‌تواند برای یک درمان مؤثر مفید واقع شود. اما براساس کدام آموزش‌ها 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 اندوخته‌های خود به چنین کاری می‌پردازد اما این اقدام حمایتگرانه براساس اصول و محتوای صحیح علمی بنا نشده است. لذا آموزش افراد و اعضای خانواده در نحوه صحیح حمایت می‌تواند در میان 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 می‌شود. 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 می‌دهند. 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 می‌خورد.

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 ۲ 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.
- توجیه 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 ۱ بار مصرف مواد داشته اما ۱۰ 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.
- گنجائیدن 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.
- 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 پاسخدهی 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 معنادان نیز به وی کاملاً اعتماد نمی کردند.
- غیربومی بودن پرسشگر اعتماد بیشتری را در پرسش شونده 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 معنادان 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

- ۱- استان اردبیل (زودترین)
- ۲- استان بوشهر
- ۳- استان کرمانشاه
- ۴- استان ایلام
- ۵- استان خراسان
- ۶- استان سمنان
- ۷- استان قم
- ۸- استان قزوین
- ۹- استان تهران
- ۱۰- استان زنجان
- ۱۱- استان اصفهان
- ۱۲- استان لرستان
- ۱۳- استان کردستان
- ۱۴- استان سیستان و بلوچستان
- ۱۵- استان آذربایجان شرقی
- ۱۶- استان همدان
- ۱۷- استان آذربایجان غربی
- ۱۸- استان گلستان
- ۱۹- استان کرمان
- ۲۰- استان گیلان
- ۲۱- استان مرکزی
- ۲۲- استان یزد
- ۲۳- استان هرمزگان
- ۲۴- استان فارس
- ۲۵- استان خوزستان
- ۲۶- استان چهارمحال و بختیاری
- ۲۷- استان کهگیلویه و بویراحمد
- ۲۸- استان مازندران (دیرترین)

**دستور العمل تکمیل پرسشنامه‌های  
طرح ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد در ایران**

- در هر پرسشنامه در قسمت شماره ردیف به ترتیب تکمیل پرسشنامه‌ها اعداد قید می‌شوند (۰۱, ۰۲, ۰۳, ..... و ۱۲۱)
- کد محل مصاحبه نیز به تفکیک مکانهای مصاحبه بر اساس جدول زیر پر خواهد شد.

کد محل	محل مصاحبه
۰۱	مراکز درمان اعتیاد (دولتی)
۰۲	مراکز درمان اعتیاد (خصوصی)
۰۳	مراکز درمان اعتیاد (مردمی)
۰۴	زندان
۰۵	خیابان
۰۶	دادگستری
۰۷	نیروی انتظامی

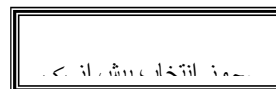
- به علت آن‌که بالای پرسشنامه سال ۸۳ قید شده است تاریخ تنها به روز و ماه اختصاص دارد. لذا به شکل مقابل تکمیل خواهد شد به

معنی چهارم مرداد ماه سال ۱۳۸۳

۰	۵	۰	۴
---	---	---	---

- در مورد هر سوال که نیاز
- کنار سوال مربوطه قید نمایید.

- جعبه در کنار سوالات محدودی به چشم می‌خورد و



- بدان معنی است که می‌توان بیش از یک گزینه را انتخاب نمود. در صورتی که این جعبه را مشاهده نکردید به هیچ وجه پیش از یک گزینه را انتخاب ننمایید.

- پرسشنامه‌ها با خودکار آبی تکمیل می‌شوند و در سوالات تستی علامت ضربدر (X) کافی است.
- در گزینه‌هایی که سوال شده چند بار؟ تعداد دفعات در آن قید می‌گردد به طور مثال ۵ بار به این شکل وارد خواهد شد.

۰	۵
---	---

- در صورت انتخاب موارد سایر به طور حتم در مقابل آن مورد مربوطه درج شود.
- تعداد مورد نیاز برای تحلیل پرسشنامه‌های طرح به شرح ذیل خواهد بود:

پرسشنامه ۱	بر اساس جدول ۱
پرسشنامه ۲	به تعداد کافی (حداقل ۱۵ پرسشنامه)
پرسشنامه ۳	به تعداد کافی (حداقل ۱۵ پرسشنامه)
پرسشنامه ۴	به تعداد کافی (حداقل ۱۵ پرسشنامه)
پرسشنامه ۵	به تعداد کافی (حداقل ۱۵ پرسشنامه)
پرسشنامه ۶	۱ عدد
پرسشنامه ۷	مرکز دولتی ۳ مرکز مرکز خصوصی ۳ مرکز

پرسشنامه ۱:

سوال ۱۴- در این سوال محل زندگی فرد به پرسش‌شونده را براساس ملاکهای اقتصادی اجتماعی، خود علامت بزنید.

سوال ۱۶- در این سوال مشاغل نیازمند توضیح، عبارتند از:

- کارگر ساده: این کارگران کار بدنی زیادی دارند آموزش برای ارائه خدمات آنها نیاز نیست مانند: آبیاش، واکسی، حمل، راننده آسانسور و ...
- کارگر ماهر: این کارگران نیز کار بدنی دارند و دوره‌های آموزشی غیردانشگاهی برای آنان تعریف شده است. مانند: کفاش، باغبان، آرایشگر، لوله‌کش و ...
- مشاغل خدماتی تخصصی: صاحبان این مشاغل کار بدنی زیادی ندارند و برای حرفه آنها دوره دانشگاهی تعریف شده است مانند: پزشک، پرستار، وکیل، معلم، مهندس عمران، بینایی‌سنجی، مترجم و ...
- مشاغل غیررسمی: این مشاغل معمولاً فصلی‌اند، گاه غیرقانونی‌اند، تشکل صنفی مشخصی ندارند، برخی از آنها فعالیت بدنی کمی دارند و اکثراً خویش فرما هستند مانند: کوبن‌فروش، دلال مواد، شیشه‌پاک‌کن، ماشین‌شور و ...

سوال ۲۰- در این سوال اگر فرد معتاد با خانواده زندگی می‌کند درآمد وی با کل خانواده جمع می‌شود.

سوال ۲۲- این سوال با توجه به ضمیمه ۱ تکمیل می‌گردد.

سوال ۲۵- در این سوال به ترتیب انواع مواد مصرفی را که از ابتدا فرد مصرف‌کننده شروع کرده با سن شروع آن و نحوه مصرف وارد می‌کنید.

پرسشنامه‌های کیفی شماره ۳ برای هر یک از گروه‌های افراد کلیدی زیر حداقل ۳ پرسشنامه تکمیل می‌گردد:  
قاضی، درمانگر اعتیاد، افسر نیروی انتظامی، مسئول زندان  
جدول ۱:

نام مرکز استان	تعداد نمونه از مراکز درمانی	تعداد نمونه از زندان	تعداد نمونه خیابانی
اراک	۸	۸	۸۰
اردبیل	۷	۷	۷۰
ارومیه	۹	۹	۹۰
اصفهان	۲۵	۲۵	۲۵۰
اهواز	۱۶	۱۶	۱۶۰
ایلام	۵	۵	۵۰
بندرعباس	۶	۶	۶۰
بوشهر	۵	۵	۵۰
تبریز	۲۴	۲۴	۲۴۰
تهران	۱۳۵	۱۳۵	۱۳۵۰
خرم‌آباد	۵	۵	۵۰
رشت	۸	۸	۸۰
زاهدان	۸	۸	۸۰
زنجان	۶	۶	۶۰
ساری	۵	۵	۵۰
سنندج	۶	۶	۶۰
شهرکرد	۵	۵	۵۰
شیراز	۲۱	۲۱	۲۱۰
قزوین	۶	۶	۶۰
قم	۱۵	۱۵	۱۵۰



کرمان	۸	۸	۸۰
کرمانشاه	۱۴	۱۴	۱۴۰
گرگان	۵	۵	۵۰
مشهد	۳۸	۳۸	۳۸۰
همدان	۸	۸	۸۰
یزد	۶	۶	۶۰
یاسوج	۵	۵	۵۰
سمنان	۵	۵	۵۰

طرح ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد در ایران  
مؤسسه داریوش (سال ۱۳۸۳)

پرسشنامه شماره

۱) نام استان: ..... ( شماره ردیف    )  
 ۳) کد محل مصاحبه  ( ۴) کد مصاحبه کننده   
 ۵) تاریخ

۶) سن   مصاحبه شونده:  
 ۷) جنسیت:  -   
 ۸) قومیت:  -  -  -  -  -  -  -  -  ( سایر )  
 ۹) دین و مذهب:  شیعه -  نی -  مسیحی -  یهودی -  سایر  
 ۱۰) محل سکونت دائمی: (منظور محلی است که شخص به طور دائم حداقل به مدت ۶ ماه در آنجا سکونت داشته است):

شهر ( )  - نام شهرستان متبوع ( )

۱۱) تحصیلات: (در مورد کسانی که تحصیلات رسمی دارند، منظور آخرین مدرک تحصیلی است)   
 -  ابتدایی -  راهنمایی -  دبیرستان و دیپلم -  فوق دیپلم -

لیسانس یا بالاتر  سایر ( )

۱۲) وضعیت تأهل:  متاهل -  متارکه -  مطلقه -  بیوه -  سایر ( )

۱۳) وضعیت مسکن:  منزل استیجاری یا رهنی -  همسر

- هتل یا مسافر خانه  - بی خانمان  - سایر ( )

۱-۱۳ - اجاره منزل به تومان:

۲-۱۳ - زیربنای منزل به متر:

۱۴) محل زندگی‌تان از نظر سطح اقتصادی - اجتماعی در چه منطقه ای واقع شده است؟ ( )  
 ۱- ضعیف  -  -

۱۵) با چه کسانی زندگی می‌کنید؟ - همسر  -  -  -  / یا مادر بزرگ  -  تنها  - سایر ( )

۱-۵) تعداد بعد خانوار ذکر شود.

محل انتخاب نش: از یک گزینه

۱۶) شغل شما چیست؟ ( ..... ) -

ماهر  
-   
- راننده برون شهری  - درون شهری  - مشاغل غیررسمی  -   
- سایر ( )

محل انتخاب نش: از یک گزینه

(اگر فرد دارای شغل خاصی نیست سوال ۱۷ را پاسخ دهید)

۱۷) در کدامیک از عناوین جایگزین شغلی زیر قرار دارید؟ - بیکار  - خانه  -  -

-  - بازنشسته  - مستمری بگیر  - هیچکدام

۱۸) کارفرمای شما کدامیک از انواع زیر هستند؟

دولتی  - خصوصی  - خویش  - هیچکدام

محل انتخاب نش: از یک گزینه

۱۹) چگونه مخارج زندگی‌تان را تأمین می‌کنید؟ -  -

شخصی یا لوازم منزل   
- سایر درآمدهای شخصی (اجاره مستغلات، بهره بانکی و .....)  - خرید و فروش مواد

-  -  سایر کالاها  - سایر ( )

محل انتخاب نش: از یک گزینه

۲۰) متوسط درآمد ماهانه خانوار (به تومان):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

۲۱) آیا سیگار یا الکل مصرف می‌کنید (یا می‌کرده‌اید)؟ در چه سنی آن را آغاز کردید؟

خیر	بلی		سابقه مصرف
	در گذشته		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- سابقه مصرف دخانیات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- سابقه مصرف

۲۲) تعیین وضعیت پاسخ‌دهنده در ۱۲ ماه گذشته بر اساس نوع مصرف مواد (برای تکمیل این بخش به ضمیمه ۱ مراجعه کنید)

-  یك بار مصرف  -  (Misuse) -  (Abuse) -  (Dependency)

محل انتخاب نش: از یک گزینه

(یا می‌کرده)

( آیا در خانواده شما کسی سیگار یا الکل

(؟ چه کسی؟)

الکل	سیگار	اعضای خانواده
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱- پدر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲- مادر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳- خواهر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴- برادر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵- همسر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶- فرزند
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۷- سایر بستگان (ذکر شود).....

مجوز انتخاب بیش از یک گزینه

( آیا در خانواده شما کسی ماده (یا موادی) (یا می‌کرده (؟ چه کسی؟ چه ماده

سایر (ذکر شود)	ال اس دی	کوکائین	بوپره نورفین	هروئید ن	اکستاسی	سوخته	شیر	تریاک	حشیش	اعضای خانواده
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱- پدر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲- مادر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳- خواهر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴- برادر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵- همسر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶- فرزند
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۷- سایر بستگان (ذکر شود).....

مجوز انتخاب بیش از یک گزینه

(۲۵) مواد مصرفی تان و روش مصرف آنها چه می‌باشد؟

استنشاق	انفیج	خورن	تزریق	تدخین	سن اولین مصرف	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱- حشیش <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲- تریاک <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳- شیر <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴- سوخته <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵- قرص اکستاسی <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶- هروئید <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۷- بوپره نورفین <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۸- کوکائین <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۹- ال اس دی <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۰- سایر <input type="checkbox"/>

۲۶) ماده مصرفی فعلی شما و روش مصرف آن در حال حاضر چیست؟ (ماده غالب و روش غالب را با دو ضربدر مشخص کنید)

مجوز انتخاب بیش از یک گزینه

استنشاق	انقباض	خورش	تبخیر	تنگین	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱- حشیش <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲- تریاک <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳- شیره <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴- سوخته <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵- قرص اکستازی <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶- هروئین <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۷- بوپره نورفین <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۸- کوکائین <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۹- ال اس دی <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۰ - سایر <input type="checkbox"/> (ذکر شود).....

۲۷) آیا دارویی را به منظور تغییر خلق یا علائم رفع محرومیت بدون تجویز پزشک استفاده کرده‌اید؟ چه دارویی را؟ به چه منظوری؟

مجوز انتخاب بیش از یک گزینه

<p>۱- به منظور تغییر <input type="checkbox"/></p> <p>۲- به منظور رفع علائم محرومیت <input type="checkbox"/></p> <p>۳- سایر دلایل ( ) .....:</p> <p>...</p>	<p>۱- باربیتوراتها <input type="checkbox"/> (فنوباریتال، سکوباریتال و .....)</p> <p>۲- بنزودیازپینها <input type="checkbox"/> (دiazepam، اکسازپام، لورازپام، کلردiazپوکساید، فلورازپام)</p> <p>۳- قرصهای حاوی مخدر <input type="checkbox"/> (استامینوفن کدینین، اکسیپکتوران کدینین، پتیدین، مرفین، دکسترومتورفان، آ اس آ کدینین، دیفنوکسیلات، .....)</p> <p>۴- محرکهای مغزی <input type="checkbox"/> (آمفتامین، مت آمفتامین، ریتالین و .....)</p> <p>۵- استروئیدهای آنابولیک <input type="checkbox"/> (تستسترون، متیل تستسترون، ناندرولون .....)</p> <p>۶- سایر داروها <input type="checkbox"/> ( ) .....</p>	<p>- بله <input type="checkbox"/></p> <p>- خیر <input type="checkbox"/></p>
--	---	---

۲۸) اولین بار مصرف مواد را به پیشنهاد چه کسی شروع کردید؟

- یکی از افراد خانواده  - یکی از بستگان  - دوستان مدرسه
- (خارج از مدرسه) - همجنس  - غیر همجنس  - همکاران
- بیه  - بدون پیشنهاد دیگران
- سایر افراد  ( )  
.....

۲۹) اولین بار مصرف مواد را در چه موقعیتی شروع کردید؟

- مهماني خانوادگي  - مهماني دوستانه  -  -  مدرسه  - كوچه و خيابان
- سرپازخانه
- خوابگاه يا منزل دانشجويي  -  -  -  ساير ( )

۳۰) واقعه مشخصي كه منجر به اولين مصرف شما شد، چه بود؟

- مشكلات تحصيلي  -  روابط بين فردي
- (كار و تحصيل)
- ساير ( )  - هيچ واقعه مشخصي وجود نداشت

۳۱) دلايل شما براي اولين مصرف مواد چه بود؟

- -  -  كاهش علايم يك بيماري جسمي
- -  ساير ( )
- هيچكدام

۳۲) حالت روحي اي كه منجر به اولين مصرف شما شد چه بود؟

- تشويش،  ،  ،  و موارد مشابه
- غمگيني،  ،  ،  ياس، نااميدي، شكست و موارد مشابه
- ،  ،  عصبانيت، و موارد مشابه
- ،  ،  كيف و موارد مشابه
- هيچكدام
- ساير ( )

۳۳) تا به حال از چه موادي و به چه روشهاي استفاده کرده ايد؟

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-bottom: 10px;">مجاز انتخاب بيش از يك گزینه</div> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> - تدخين <input type="checkbox"/></li> <li><input type="checkbox"/> - تزريق <input type="checkbox"/></li> <li><input type="checkbox"/> - انفيه <input type="checkbox"/></li> </ul>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-bottom: 10px;">.....</div> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> - حشيش <input type="checkbox"/></li> <li><input type="checkbox"/> ۲- ترياك <input type="checkbox"/></li> <li><input type="checkbox"/> - شيره <input type="checkbox"/></li> <li><input type="checkbox"/> - سوخته <input type="checkbox"/></li> <li><input type="checkbox"/> - هاي اكتروسي <input type="checkbox"/></li> <li><input type="checkbox"/> - هروئين <input type="checkbox"/></li> <li><input type="checkbox"/> - بوپره نورفين <input type="checkbox"/></li> <li><input type="checkbox"/> - كوكائين <input type="checkbox"/></li> <li><input type="checkbox"/> - ال اس دي <input type="checkbox"/></li> <li><input type="checkbox"/> - الكل <input type="checkbox"/></li> <li><input type="checkbox"/> - ساير (ذكر) <input type="checkbox"/></li> </ul> <p>.....( )</p>
--	--

سوالات تزريقي:

- ۳۴) اولين بار در چه سني مواد تزريق كرديد؟
- ۳۵) اولين بار در چه موقعيتي مواد تزريق كرديد؟

- مهماني خانوادگي  - مهماني دوستانه  -  -   
 -  -  -  -  -  -  -  -  -   
 ( ) ساير  )  
 ..... -

۳۶) معمولاً در چه مكاني مواد تزريق مي كنيد؟

- مهماني خانوادگي  - مهماني دوستانه  -  -   
 -  -  -  -  -  -  -  -  -   
 ( ) ساير  )  
 ..... -

مجوز انتخاب بيش از يك گزينه

۳۷) معمولاً در هر بار تزريق از چه سرنگي استفاده مي كنيد؟

- استريل  -   
 -  -  -  -  -  -  -  -  -   
 ( ) ساير  )  
 ..... -

مجوز انتخاب بيش از يك گزينه

۳۸) معمولاً در هر بار تزريق از چه سرسوزني استفاده مي كنيد؟

- استريل  -   
 -  -  -  -  -  -  -  -  -   
 ( ) ساير  )  
 ..... -

مجوز انتخاب بيش از يك گزينه

۳۹) معمولاً با چه كسي يا كساني تزريق مي كنيد؟

- تنها  -  - با افراد غريبه  -  - ساير  )  
 ( ..... -

۴۰) آيا تا به حال سرنگ يا سر سوزن مصرفي خود را به كسي قرض داده اي؟ يا از كسي قرض گرفته اي؟

- -  - هر دو  - هيچكدام

۴۱) طي يك سال گذشته مجموعاً با چند نفر به طور مشترك از سرنگ يا سرسوزن مشترك استفاده کرده اي؟

۴۲) طي يك سال گذشته به طور متوسط چند بار از روش تزريق استفاده کرده ايد؟

- اصلاً تزريق نكردم  - کمتر از يك بار در ماه  -  -   
 بار در هفته   
 - روزي يك بار  -  -  - بار يا بيشتر

۴۳) معمولاً در کدام قسمت بدن تزريق مي كنيد؟

- - پاها  - كشاله ران  - كيسه بيضه  - ساير  )  
 ( ..... -

مجوز انتخاب بيش از يك گزينه

۴۴) تا به حال آزمايش اينز يا هپاتيت داده ايد؟ يا خون اهدا کرده ايد؟ نتايج آن چه بوده

است؟

<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	۱- بلي	( ايدز )
<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	۲- خير	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	۱- بلي	( هياتيت )
				<input type="checkbox"/>	-	۲- خير	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	-	۱- B	( از چه نوعي )
				<input type="checkbox"/>	-	۲- C	
				<input type="checkbox"/>	-	۳- نمي دانم	

۴۵) آیا تا به حال با مواد مسموم شده‌اید؟

۱- بله  - -   - خیر   
روابط جنسي: ( طی )   یکسال گذشته

۴۶) اولین بار در چه سني رابطه جنسي داشتيد؟

۴۷) آخرین بار که رابطه جنسي داشتيد چند وقت پيش بود؟

۱- يك هفته گذشته  - هشت تا روز پيش  -  
روز پيش  -  
ماه پيش  -  
بیش از ماه پيش

۴۸) معمولاً چه قدر از کاندوم (کاپوت) استفاده مي‌کنيد؟

۱-  -  - نيمي از موارد  - کمتر از نيمي از موارد  -

۴۹) آیا تا به حال با فردی غير از همسر خود ارتباط جنسي داشته‌اید؟

۱-  - ویژه زنان:

ویژه مردان:   - - غير روسپی چند

- - روسپی چند بار

- خیر

۵۰) آیا تا به حال با افراد همجنس ارتباط جنسي داشته‌اید؟ چند بار؟

۱-  -   - خیر

جرائم: (طی یکسال گذشته)

۵۱) آیا تا به حال دستگیر شده‌اید؟ چند بار؟

۱-  -   - خیر

۵۲) آیا تا به حال زنداني شده‌اید؟ چند بار؟

۱-  -   - خیر

۵۳) دستگیری یا زندانی شدن شما به علت ارتکاب به چه جرمی بود؟

مجوز انتخاب بیش از یک گزینه

- ۱-  - خرید و فروش مواد  -  
 - کلاهبرداری  -  
 - ایجاد مزاحمت  -  
سایر ( )  - .....

سوالات ترك

۵۴) آیا تا به حال اقدام به ترك کرده‌اید؟

- ۱-  -   -  خیر

۵۵) چند سال پس از اولین مصرف برای ترك اقدام کردید؟

۵۶) اولین بار برای ترك به کجا مراجعه کردید؟

- ۱- مطب خصوصی یا کلینیک  -    
۳- های خودیاری  -    
۶- سایر  -    
سرپایی  -    
( )  - .....

۵۷) تا به حال از کدام روشها برای درمان اعتیاد بهره گرفته‌اید:

- ۱- TC  -  های خودیاری  - بدون هیچ   
دارویی (بابویی)  -    
-      
-      
- سایر قرصهای مخدر  - سایر  ( )

مجوز انتخاب بیش از یک گزینه

۵۸) آخرین بار به چه روشی ترك کردید؟ و چه مدت پاك بودید؟

- شماره گزینه روشهای سوال قبل      
-

۵۹) در طول يك سال گذشته چند بار اقدام به ترك کردید؟



طرح ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد در ایران  
مؤسسه داریوش (سال ۱۳۸۳)

پرسشنامه شماره

مصاحبه عمیق با افراد معتاد

(۱) نام استان: .....	(۲) شماره ردیف ( )
(۳) کد محل مصاحبه <input type="checkbox"/>	(۴) کد مصاحبه کننده <input type="checkbox"/>
(۵) تاریخ <input type="text"/>	

(۶) به نظر شما شکل مصرف مواد در طول سال گذشته تغییر کرده؟ چه تغییری؟  
- نوع مواد مصرفی

- ویژگیهای معتادان (سن، جنس، تحصیلات و ...)

- روشهای مصرف پرخطر (تزریق)

(۷) اولین بار چه شد که مصرف کردید؟ (عوامل بیرونی که تو را به مصرف سوق داد و عوامل درونی اولین مصرف را شرح بدهید)

(۸) از همان اول میخواستی ادامه بدهی؟ چرا ادامه دادی؟ فکر می کردی معتاد شوی؟ پس چه شد که معتاد شدی؟

(۹) الان خودت را معتاد می دانی؟ از کجا فهمیدی که معتاد هستی؟ چه قدر طول کشید تا فهمیدی معتاد شدی؟  
( به سال و ماه)

(۱۰) بعد از مصرف مواد معمولاً چه کارهایی انجام می دهی؟ (شرح رفتارهای زمان نشنگی)

(۱۱) مصرف مواد به تفکیک چه تأثیراتی بر زندگی شما داشته است:

- جسمی:

- روحی روانی:

- شغل:

- روابط خانوادگی:

- اقتصادی:

- روابط اجتماعی: (رابطه با دوستان، بستگان، و آشنایان):

تأثیرات:

سایر

.....

(۱۲) تا به حال ترک کرده ای؟ کجاها رفتی؟ (به ترتیب زمانی قید شود)

(۱۳) تجربه اتان را در مورد ترک توضیح دهید. (درمانهای مؤثر، بستری و سرپایی، انواع روشهای درمانی، رفتارهای درمانگران و ...)

(۱۴) مواد را از کجا و چه کسی تهیه می کنید؟ (فرد فروشنده و نسبت آن، محل خرید مواد)

- ۱۵) دسترسي شما به مواد چگونه است؟
- ۱۶) اطلاعات در مورد عوارض و خطرات مصرف مواد را از کجا کسب کرده‌اید؟
- ۱۷) به نظر شما علل مسمومیت با مواد چیست؟ و برای پیشگیری از مسمومیت باید چه کرد؟
- ۱۸) چه عاملی باعث شد که سراغ تزریق بروید؟ آیا نمی‌دانستید که چه عواقبی دارد؟
- ۱۹) بقیه افراد چرا سراغ تزریق می‌روند؟
- ۲۰) اولین بار چه کسی برای شما تزریق کرد؟
- ۲۱) مراحل تزریق خود را شرح دهید؟ (رعایت استریلیزاسیون وسایل و محل تزریق, ...)
- ۲۲) وسایلت را چگونه تمیز می‌کنی؟
- ۲۳) چه طور شد که تزریق مشترک داشتید؟
- ۲۴) از کجا می‌فهمید شریک شما بیماری مسری ندارد؟
- ۲۵) تا به حال در برنامه پیشگیری از اعتیاد شرکت کرده‌اید؟ تجربه‌تان را توضیح دهید. (به نظر شما برای پیشگیری باید چه کرد)
- ۲۶) تا به حال در برنامه کاهش آسیب شرکت کرده‌اید؟ تجربه‌تان را توضیح دهید.

**طرح ارزیابی سریع وضعیت سوءمصرف و وابستگی به مواد در ایران**  
مؤسسه داریوش (سال ۱۳۸۳)

پرسشنامه شماره

مصاحبه عمیق با خانواده معتادان

۱) نام استان: .....	شماره ردیف (	<input type="text"/>	<input type="text"/>
۳) کد محل مصاحبه <input type="checkbox"/>	۴) کد مصاحبه‌کننده <input type="checkbox"/>		
۵) تاریخ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

۶) شروع مصرف مواد توسط فرد معتاد در خانواده شما چگونه بود؟  
( , , فرد پیشنهاددهنده و ..... )

۷) چقدر بعد از شروع مصرف مواد از اعتیاد وی باخبر شدید؟ ( )

۸) مصرف مواد ماهانه چقدر برای او هزینه دارد؟

۹) او هزینه‌های مصرف مواد خود را از کجا تأمین می‌کند؟

۱۰) اعتیاد او چه عوارضی را در خانواده به دنبال داشته است؟ (به تفکیک ذکر نمایید)

- جرائم (خانگی, سابقه دستگیری و زندان)
- ارتباطات (روابط زناشویی و خانوادگی)
- اقتصادی
- شغلی
- اجتماعی (اقدام به طلاق, بدبینی همسایگان و ...)
- رفتاری (پرخاشگری, ضرب و جرح, خودکشی و...)
- جسمی (بیماری ریوی, آبسه, بستری در بیمارستان و...)
- روحی- روانی (افسردگی, اضطراب, حملات .....

۱۱) آیا به نظر شما اعتیاد در مانپذیر است؟

۱۲) آیا فرد معتاد در خانواده شما اقدامی برای ترک کرده است؟ آیا وی موفق بوده است؟

۱۳) شما تا چه حد با او در طول درمان همکاری کردید؟

**طرح ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد در ایران**  
مؤسسه داریوش (سال ۱۳۸۳)

پرسشنامه شماره

مصاحبه عمیق با افراد کلیدی

نام استان: .....	شماره ردیف
کد محل مصاحبه <input type="checkbox"/> (۴) کد مصاحبه کننده <input type="checkbox"/>	
تاریخ <input type="text"/>	

۶) مصرف مواد در طول سالهای گذشته چه تغییری کرده است؟

- نوع ماده مصرفی
- ویژگیهای معتادان (سن, جنس, تحصیلات و ...)
- روشهای مصرف پرخطر (تزریق)...

۷) دسترسی به انواع مواد در این منطقه چگونه است؟

۸) مصرف مواد توسط معتادان, آنان را با چه مشکلاتی روبرو کرده است؟

- بهداشتي

- اجتماعي

- انتظامي

- خانوادگي

- غيره

۹) به چه فردي معتاد مي‌گوييد؟

۱۰) فعاليتهاي نيروي انتظامي در مبارزه با عرضه را چگونه ارزيابي مي‌کنيد؟

۱۱) به نظر شما فعاليتهاي کاهش تقاضا (پيشگيري و درمان) در کنترل پديده سوءمصرف و وابستگي به مواد چه قدر مؤثر است؟

طرح ارزيابي سريع وضعيت سوءمصرف و وابستگي به مواد در ايران  
مؤسسه داريوش (سال ۱۳۸۳)

پرسشنامه شماره

مردم‌نگاري (انتوگرافي)

۱) نام استان:	.....	شماره ردیف (	<input type="text"/>	<input type="text"/>
۳) کد محل	<input type="checkbox"/>	۴) کد مشاهده‌کننده	<input type="checkbox"/>	
۵) تاریخ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

۶) محیط مصرف مواد را شرح دهید؟ ( )  
موقعیت نسبت به سایر اماکن مسکونی،  
گروه‌های موجود در آن مکان، وضعیت فیزیکی و ظاهری آنان و....)

۷) نحوه مصرف مواد را توسط آنان شرح دهید؟

۸) نحوه تهیه مواد را در آن محیط توضیح دهید؟

۹) شکل تزریق مواد را به‌طور کامل توضیح دهید؟ (افراد تزریقی، رعایت نکات استریلیزاسیون، محل تزریق، نحوه تهیه مواد، رفتارهای بعد از مصرف، به اشتراك گذاشتن سرنگ و ...)

طرح ارزيابي سريع وضعيت سوءمصرف و وابستگي به مواد در ايران  
مؤسسه داريوش (سال ۱۳۸۳)

پرسشنامه شماره

اطلاعات ثانویه طرح ارزیابی سریع سوء مصرف و وابستگی به مواد

(۱) نام استان: ..... ( کد تکمیل کننده  )  
 (۳) تاریخ

عنوان	مرد	زن
تعداد کل موارد تست اویوم استان		
تعداد موارد دستگیری		
تعداد موارد دستگیری مرتبط با مواد		

تعداد کل پذیرش		عنوان	
مرد	زن		
		سرپایی	تعداد مراکز درمان اعتیاد دولتی
		.....	
		TC	تعداد مراکز درمان اعتیاد خصوصی
		سرپایی	
		.....	

طرح ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد در ایران  
 مؤسسه داریوش (سال ۱۳۸۳)

پرسشنامه شماره

اطلاعات مراکز درمان دولتی و خصوصی

(۱) نام استان: ..... ( شماره ردیف   )  
 (۳) کد محل  (۴) کد مشاهده کننده  (۵) تاریخ

(شکل ارائه خدمت: - سرپایی  - اقامتی و نیمه اقامتی (TC)  )  
 (۷) خصوصیت عینی امکانات درمانی را تشریح کنید؟ (فضای فیزیکی،  
 سرپایی و ...)

(۸) جدول زیر را تکمیل نمایید.

تعداد خدمات ارائه شده در طول ۶ ماه گذشته	خدمات مرکز	ردیف
	زدایی سرپایی معمولی	
	زدایی سریع (RD)	
	زدایی بستری (URD)	
	زدایی فوق سریع (URD)	
	مصاحبه انگیزشی	
	پیگیری پس از ترک	
	گروه‌های خودیاری	
	نگهدارنده با متادون	
	درمان نگهدارنده با بوپرنورفین	
	توزیع سرنگ و سرسوزن	
	توزیع کاندوم	
	آموزش روابط سالم گروهی	

#### ضمیمه ۱

طرح ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد در ایران  
مؤسسه داریوش (سال ۱۳۸۳)

برای تکمیل سوال ۲۲ پرسشنامه شماره ۱ طرح ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد در ایران طبق الگوریتم زیر فرد مصاحبه‌شونده را ارزیابی نمایید:  
در طول يك سال گذشته مصرف کرده است:

۱- خیر از مطالعه حذف

۲- بله چند بار:

• يك بار ← گزینه ۱

• بیش از يك بار ← در مدت مصرف به مشکل \* ( ) برخورده:

۱- خیر ← گزینه ۲

۲- بله ← چند علامت \* ( ):

• کمتر از ۳ ←

گزینه ۳

• بیشتر و مساوی ۳ ← گزینه

۴

(۱) \* مشکلات افراد سوء مصرف‌کننده یا مصرف‌کنندگان عبارتند از:

- مشکل در ایفای نقش اجتماعی (تحصیلی و شغلی)

- پیدایش خطرات جسمانی

-

- (روابط بین فردی)

: ( ) \* علایم وابستگی در فرد مصرف

- تحمل نسبت به مواد (Tolerance)

- 
- مصرف بیش از مقدار مورد نظر
- مصرف اجبارگونه
- صرف وقت زیاد برای مصرف
- اختلال در کارکردهای اجتماعی، شغلی و تفریحی