

فهرست

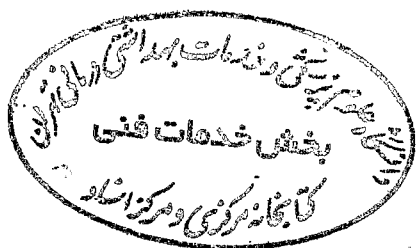
صفحه	عنوان
۱	فصل اول: مقدمه
۲	تاریخچه
۴	بیان مسئله
۷	آشنایی با مواد
۱۰	اهداف و فرضیات
۱۰	اهداف پژوهشی
۱۱	فرضیات
۱۲	فصل دوم: مروری بر متون
۱۳	سوابق تحقیق
۱۶	فصل سوم: روش بررسی
۱۷	جدول تغییرات
۱۹	نوع مطالعه
۱۹	جمعیت مورد مطالعه
۱۹	مکان و زمان انجام مطالعه

صفحه	عنوان
۱۹	روش اجرای طرح
۲۰	روش تجزیه و تحلیل داده‌ها
۲۰	مشکلات تحقیق
۲۱	فصل چهارم: یافته‌ها
۴۵	فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری
۴۶	بحث و نتیجه‌گیری
۴۷	سن
۴۹	جنس
۵۰	محل سکونت
۵۲	محل تولد
۵۳	شغل
۵۳	تحصیلات
۵۴	وضعیت تأهل
۵۴	درآمد
۵۵	مصرف سیگار در گذشته
۵۵	مصرف سیگار در حال حاضر
۵۶	اولین ماده مخدری که استفاده کرده‌اند
۵۷	اولین مکان مصرف
۵۸	سابقه اعتیاد در خانواده
۵۸	سابقه ترک
۵۹	روش ترک
۵۹	پیشنهاد

صفحه	عنوان
۶۲	فصل ششم: منابع
۶۴	فصل هفتم: ضمائم - نمونه پرسشنامه
۶۵	پرسشنامه
۶۷	مقاله
۶۸	مقدمه
۶۹	روش تحقیق
۷۰	بحث و نتیجه گیری
۷۲	پیشنهادات

چکیده

اعتیاد در کنار سوء تغذیه و آلودگی محیط زیست از مشکلات بزرگ جوامع بشری در قرن حاضر می باشد که متأسفانه تمامی جوامع صنعتی و غیرصنعتی را گرفتار کرده است و جامعه ما نیز از آن مصون نمانده است. بر اساس آمارهای رسمی ستاد مبارزه با مواد مخدر ۱۲۰۰۰۰۰ نفر معتاد و ۸۰۰۰۰۰ هزار نفر مصرف کننده تفنی وجود دارد که البته برآوردهای غیر رسمی این مقدار را دو یا سه برابر می دانند. خسارتهای اقتصادی ناشی از سوء مصرف و قاچاق مواد مخدر در ایران سالانه ۷۰۰ میلیارد تومان می باشد و تاکنون نزدیک ۳۰۰۰ نفر در امر مبارزه با مواد مخدر جان خود را از دست داده اند. امروز دامنه اعتیاد از اقشار بی هویت و ولگرد فراتر رفته است و اقشار فرهنگی و کارمندان دولت را نیز آلوده کرده است. همه این موارد یک چاره جویی اساسی در مورد اعتیاد می طلبد و در واقع بررسی و تحقیق محققین در علوم اجتماعی، روانشناسی و پزشکی همگی می تواند در این مورد کارگشا باشد. هدف از این تحقیق بررسی ارتباط بین ماده مخدر مصرفی و متغیرهای سن، جنس، محل سکونت، محل تولد، شغل، تاهل، تحصیلات، درآمد، مصرف سیگار در گذشته و حال حاضر، اولین ماده مخدر مصرفی، مکان اولین بار مصرف، سابقه مصرف مواد در خانواده، سابقه ترک و روش ترک می باشد. این تحقیق بر روی معتادینی که داوطلب ترک اعتیاد بوده اند در مرکز مشاوره و درمان معتادین شهید ملت دوست بهزیستی استان تهران صورت گرفته است. جهت انتخاب نمونه کلیه مراجعین به این مرکز درمانی از ابتدای سال ۱۳۷۸ مورد بررسی قرار گرفته اند. افراد مورد بررسی ۴۳۵ نفر می باشند، پرسشنامه تهیه شده از طریق اطلاعات موجود در پرونده و در صورت لزوم مراجعه حضوری و مصاحبه تکمیل شده است، و در نهایت مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفته است و نتایج آن به شرح زیر می باشد:



از مجموع ۴۳۵ نفر: ۲۹۹ نفر تریاک، ۷۴ نفر هروئین، ۴۳ نفر دو ماده مخدر، ۱۳ نفر سایر موارد (شیره تریاک، قرص) و ۶ نفر سه ماده مخدر و بیشتر استعمال می کرده‌اند. در بین مراجعین هیچ فردی که به خاطر حشیش تنها و یا الکل تنها مراجعه کرده باشد وجود نداشت. با توجه به آمار فوق بیشترین درصد معتادین کشور ما را تریاکی‌ها و هروئینی‌ها تشکیل می‌دهند. (خوشبختانه اعتیاد به انواع مواد اعتیادآور جدید نظیر کراک، LSD-حلالهای آلی که در اروپا و امریکا شایع است هنوز در کشور ما کمتر دیده می‌شود.)

از نظر سنی بیشترین تعداد معتادین در گروه سنی ۲۰-۴۰ سال می‌باشند. و اعتیاد به هروئین در سنین نوجوانی از درصد بیشتری نسبت به تریاک در همین سنین برخوردار است.

بیشترین تعداد معتادین مرد هستند ۴۱۹ نفر در مقابل ۱۶ نفر زن و بیشترین تعداد در هر دو گروه معتادین به تریاک را تشکیل می‌دهند. ۴۲۶ نفر از مراجعین در شهر ساکن بوده‌اند و ۹ نفر در روستا ساکن بوده‌اند از این تعداد ۴۱۹ نفر در تهران و ۱۶ نفر در غیر از استان تهران ساکن بوده‌اند و مصرف دو یا سه ماده مخدر در مناطق روستایی کمتر از مناطق شهری بوده است. ۳۸۶ نفر از مراجعین متولدین مناطق شهری و ۴۹ نفر در مناطق روستایی متولد شده‌اند. از این تعداد ۳۰۴ نفر متولد استان تهران و ۱۳۱ نفر متولد غیر از استان تهران بوده‌اند و مصرف هروئین نسبت به تریاک در مناطق شهری بیشتر از مناطق روستایی است. مشاغل آزاد و بیکاران به ترتیب ۲۵۷ نفر و ۱۰۹ نفر بیشترین تعداد را داشته‌اند و گرایش بیکاران به هروئین بیشتر از بقیه مشاغل است. ۱۸۶ نفر از معتادین در مقطع سیکل و راهنمایی بوده‌اند و ۱۰۴ نفر دیپلم و فوق دیپلم، افراد بی سواد کمتر گرایش به هروئین دارند و بیشتر تریاک استفاده می‌کنند. ۳۱۰ نفر از معتادین متأهل بوده‌اند و ۱۰۳ نفر مجرد همچنین تعداد معتادان هروئینی مجرد از تعداد تریاکی‌های مجرد در گروه همسان بیشتر است. ۲۰۸ نفر از معتادین درآمد کمتر یا مساوی چهل هزار تومان داشته‌اند. از طرف دیگر ۹۹ نفر درآمد بالای ۸۰۰۰۰۰ هزار تومان داشته‌اند. در مورد تریاکی‌ها همین الگورعایت می‌شود در حالی که در مورد هروئینی‌ها بعد از افراد با درآمد (۴۰۰۰۰ ≤) افرادی که درآمد (۶۰۰۰۰-۴۰۰۰۰) دارند دیده می‌شود. ۳۴۳ نفر در گذشته و ۴۱۴ نفر در حال حاضر سیگار می‌کشند در مقابل ۹۲ نفر در گذشته و ۲۱ نفر در حال حاضر سیگار نمی‌کشیده‌اند. نکته حائز اهمیت تمامی افراد هروئینی سیگاری هستند در حالی که بعضی از تریاکی‌ها سیگاری نیستند. ۲۶۰ نفر از معتادین برای اولین بار تریاک استفاده کرده‌اند و ۸۳ نفر الکل و ۷۷ نفر حشیش استفاده

کرده‌اند و هروئینی‌ها بیشتر از تریاکی‌ها برای اولین بار گرایش به الکل و حشیش داشته‌اند. ۲۰۴ نفر از معتادین برای اولین بار در میهمانی ماده مخدر استفاده کرده‌اند و ۱۱۵ نفر سایر موارد (ابراز نکرده‌اند و یا تمایل به ابراز آن ندارند). و ۶۳ نفر در محل کار برای اولین بار استفاده کرده‌اند. از طرف دیگر هروئینی‌ها بیشتر از بقیه معتادین برای اولین بار در کوچه و خیابان ماده مخدر استفاده کرده‌اند. ۳۲۰ نفر از معتادین سابقه اعتیاد در خانواده نداشته‌اند و ۱۱۵ نفر سابقه اعتیاد در خانواده داشته‌اند. ۳۴۸ نفر از معتادین سابقه ترک داشته‌اند و ۸۷ نفر سابقه ترک نداشته‌اند. افرادی که دو ماده مخدر استفاده کرده‌اند نسبت به بقیه افراد سابقه ترک داشته‌اند و بعد از آن هروئینی‌ها هستند. ۱۸۶ نفر از معتادین شخصاً ترک کرده‌اند و بعد از آن ۸۱ نفر به بخش خصوصی مراجعه کرده‌اند و در بین معتادین تریاکی‌ها نسبت به بقیه معتادین کمتر ترک می‌کنند و هروئینی‌ها بیشتر از بقیه معتادین سابقه اقامت در زندان دارند و بیشتر از بقیه معتادین گرفتار قانون می‌شوند.

بدین وسیله از زحمات و بزرگواریهای معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور، اداره
بهزیستی شرق استان تهران، پرسنل صدیق و زحمتکش مرکز درمانی شهید ملت دوست استان
تهران قدردانی می شود.

فصل اول: مقدمه

تاریخچه

بررسی آثار مکتوب به جامانده از دوره باستان نشان می‌دهد بشر از دیرباز با مواد مخدر آشنا بوده است و جهت تسکین درد از آن استفاده می‌نموده است. مطالعه آثار مکتوب دوران باستان بیانگر این حقیقت است که در سومر، آشور، بابل، مصر، یونان و روم از تریاک استفاده می‌شده است. هومر شاعر نابینا و حماسه‌سرای یونانی در آثار خود از گل خشخاش گفتگو کرده است و آن را جزو گل‌های زینتی باغهای روم در ۶۰۰ سال پیش از میلاد دانسته است. سومریان از کهن‌ترین اقوام تاریخ هستند که نه تنها از تریاک استفاده می‌کرده‌اند بلکه نام «گیاه شادی‌بخش» نیز بر آن نهاده بودند. بشر از ۷۰۰۰ سال قبل از وجود یک ماده مخدر قوی در خشخاش آگاه بوده و از لوحه‌های گلی که از سومریان باقی مانده از تریاک نام برده شده است. یونانیان تریاک را اپیوم نامیده و اطبا آنها ترکیباتی از تریاک را برای بیماری‌های مختلف جسمی و روانی تجویز می‌کردند. در حدود ۴۰۰۰ هزار سال قبل نیز در چین کشیدن تریاک رایج بوده است. نوشته‌هایی که بر روی پاپیروس از مصریان باستان به جا مانده است نشان می‌دهد مصریان از قدیم با استعمال تریاک آشنا بوده‌اند. خشخاش در مصر کشت می‌شده است و به نام «تبائیکا» معروف بوده است و از کلمه طبس که شهری در مصر بوده است و خشخاش در آن کشت می‌شده است گرفته شده است (کلمه تریاک و یا تریاق در عربی از همین کلمه تبائیکا گرفته شده است). *Thebaica* → *Thebes*.

برخی مطالعات نشان می‌دهد تریاک در قرن هشتم میلادی در هند رایج شده است و عده‌ای عقیده دارند سابقه استفاده از آن در هند به دوازده قرن قبل از لشکرکشی اسکندر مقدونی می‌رسد.

از نخستین رواج دهندگان تریاک انگلیسی‌ها هستند که به انگیزه تسلط بر کشورهای جهان سوم به طور مستقیم و غیرمستقیم تریاک را تحمیل نمودند و در چین مستقیماً وارد عمل شدند. وقوع دو جنگ بین بریتانیا و چین در سالهای ۱۸۳۹ و ۱۸۵۶ میلادی که به جنگ تریاک معروف است مولد همین مطلب است.

به نظر می‌رسد اولین ترکیب دارویی تریاک در قرن ۱۶ میلادی به دست آمد و آن را به نام کاشف سوئسی‌اش دکتر پاراسلسوس نامیدند *claudanum Paracelsi* یک پزشک انگلیسی به نام توماس سیدنهام که افلاطون انگلستان نامیده شده است در قرن هفدهم داروی جدیدی را با تریاک تهیه کرد. در قرن نوزدهم میلادی بسیاری دیگر از فرآورده‌های تریاک کشف گردید. در ایران، پزشکان عالیقدری مانند شیخ‌الرئیس ابوعلی سینا (۴۱۷-۳۷۰ ه. ق) و ابوبکر محمدبن زکریای رازی (۳۱۳-۲۵۱ ه. ق) از تریاک در موارد گوناگون بیماریها استفاده کرده‌اند و در اشعار شعری که پس از این دو دانشمند می‌زیسته‌اند به موارد طبیبی تریاک اشاراتی شده است. در ایران کشت تریاک در دوره صفویه برای مصرف داخلی در اطراف شهر یزد انجام می‌شد و کشت برای صدور در قرن ۱۸ میلادی آغاز شد. (۶)

آنچه محققین بر آن متفق‌القولند، تریاک خواری در دوران شاهان صفوی در ایران گسترش سرسام‌آوری داشته، تا حدی که بعضی از پادشاهان این سلسله هم معتاد بوده‌اند. ولی با دقت در اشعار شعرای پیش از این تاریخ گویا ایرانیان پیش از این دوره هم تریاک خواری داشته‌اند. استعمار انگلیس پس از به زانو درآوردن هند، بر آن شد که میان لندن و هندوستان خط تلگراف برقرار کند و برای این هدف می‌بایست از ایران بهره می‌گرفت. بنابراین، موضوع را به «ناصرالدین شاه» گوشزد کرد و آن را عملی ساخت از این رو سیم‌بانان و کارگران هندی خط ارتباطی، از بزرگترین عوامل گسترش و آموزش تریاک‌کشی در ایران گردیدند و خراسان دروازه تریاک‌کشی شد، به طوری که از سال ۱۲۳۰ ه. ش پیشقراولان قاچاقچیان این ماده مخدر در لباس درویش هندی در خراسان و کرمان پراکنده شدند و به تریاک‌کشی پرداختند.

این سوداگران انگلیسی بودند که از یک سو به طور غیرمستقیم سعی در تشویق کشت و تولید بیشتر تریاک نموده و از سوی دیگر تریاک‌کشی را در سطح گسترده‌ای در سراسر ایران گسترش

دادند تا بتوانند سلطه خود را در کشورهای تحت استعمار بیشتر کنند.

«ماژوری نومی» مورخ انگلیسی در این مورد در کتاب «شرق میانه» می نویسد «از ۲۶ ولایت ایران در ۱۸ ولایت آن تریاک کاشته می شود».

در سال ۱۳۲۹ ه. ش رژیم وقت به منظور کنترل تریاک و در واقع حفظ منافع مادی خود قرارداد «انحصار تریاک را به» تصویب می رساند. هرچند این قانون ظاهراً در جهت کاهش مصرف این ماده و مبارزه با آن وضع گردیده بود، ولی عملاً مردم را به تریاک کشی دعوت و تشویق می نمود، زیرا در بخشی از این قرارداد مقرر گردیده بود که دولت موظف است سوخته تریاک را پس از مصرف جمع آوری کند و در ازای هر مثقال سوخته تریاک مبلغی هم به عنوان حق الزحمه به تحویل دهنده پرداخت نماید. در سالهای جنگ جهانی دوم و پس از آن نیز قاچاق مواد افیونی و اعتیاد به آن رواج بیشتری پیدا می کند تا آنکه در سال ۱۳۳۴ ه. ش قانون منع کشت خشخاش و جلوگیری از مصرف غیرطبیعی آن از تصویب مجلس گذشت و مجدداً در سال ۱۳۴۸ دولت وقت قانون منع کشت خشخاش را لغو کرده و قانون کشت محدود خشخاش و سهمیه کوپن تریاک را جایگزین آن نمود. خلاصه آنکه استعمال تریاک در دوران قاجاریه، در زمان پهلوی و پس از آن گسترش یافت و علاوه بر تریاک، مصرف هروئین نیز معمول شد که این ماده در سال «۱۳۳۹ ه. ش» توسط یکی از داروسازان ایرانی از آلمان به ایران آورده شد.

بیان مسئله

امروزه واژه اعتیاد به عنوان یک پدیده آسیب شناسی روانی با علل جسمی، روانی، اجتماعی به کار می رود که می توان آن را به عنوان یک اختلال جسمی، روانی و اجتماعی قلمداد نمود. از زمانهای قدیم انسان از مواد طبیعی یا خودساخته به عنوان مکیف، خلصه آور و ... استفاده می نمود، موادی که سطح هوشیاری او را تغییر دهد، قدرت و توانایی او را بهتر نماید، برای او نشاط آور باشد و یا درد و ترس را تسکین دهد.

سازمان بهداشت جهانی این نوع مواد را با در نظر گرفتن خواص شیمیایی، تأثیر جسمی، روانی و قدرت اعتیادآوری به هشت دسته تقسیم کرده است: ۱- مواد افیونی شامل تریاک، هروئین،

مرفین ۲- باربیتوراتها ۳- الکل ۴- کوکائین ۵- حشیش ۶- امفتامین ها ۷- مواد توهم زا ۸- حلالهای ارگانیک

براساس آمارهای رسمی ستاد مبارزه با مواد مخدر یک میلیون و دویست هزار معتاد و هشتصد هزار نفر مصرف کننده تفننی مواد مخدر وجود دارد (که برآوردهای غیررسمی آمار دو و یا سه برابر این مقدار می دانند). (۷) برآوردهای صورت گرفته حاکیست که میزان خسارتهای اقتصادی ناشی از سوء مصرف و قاچاق مواد مخدر در ایران سالیانه ۷۰۰ میلیارد تومان می باشد و تاکنون (بهار ۱۳۷۸) ۲۷۰۰ نفر در امر مبارزه با مواد مخدر جان خود را از دست داده اند. ۷

نگرش تک بعدی به مسئله مواد مخدر که عوامل متعددی در آن سهم هستند خطاست و حتی تشدید مجازاتها و اعمال سخت ترین نوع مجازات همچون اعدام و یا حبسهای سنگین نیز به تنهایی بازدارنده نبوده است. اکنون با توجه به گسترش ارتباطات، انتقال تکنولوژی و الگوهای مختلف زندگی به دیگر مناطق، نگرشهای جدید در سوء مصرف مواد، تغییر ساختار جوامع گوناگون، شیوع داروهای آرام بخش و ارزان در سطح جهان، پیروی جوانان و نوجوانان از مدل های جدید رفتاری همگی به پیچیدگی و دشواری این مسئله افزوده است، امروزه دامنه اعتیاد از عناصر ولگرد و بی هویت فراتر رفته است و کلیه اقشار گوناگون از جمله افراد تحصیل کرده را نیز دربر گرفته است.

رشد بی رویه اعتیاد به هروئین، کشیده شدن اعتیاد به روستاها و مراکز تولید و نیروهای مولد جامعه و مهمتر از همه خطر نابودی نوجوانان و جوانان نسل سوم انقلاب که به واسطه فقدان آموزشهای لازم و صحیح در معرض آسیب جدی هستند نوعی چاره جویی اساسی را می طلبد. استمرار روشهای سنتی و به جا مانده از قبل در نحوه برخورد با این پدیده خانمان سوز، گسترش اعتیاد در اقشار دولتی و حقوق بگیران و مشاغل وابسته به نظام، ازدواج در سنین پایین نیز مانع گسترش اعتیاد نبوده است چرا که دیده شده است ۷۰٪ معتادین بعد از ازدواج به اعتیاد روی آورده اند. (۷)

شیوع و بروز امراض مسری نظیر ایدز، هیپاتیت و سل، اشغال تختهای اورژانس و بخشهای ICU و CCU بیمارستانهای کشور به واسطه سوء مصرف مواد، هرز رفتن انرژیها در بخشهای

مختلف نظیر قوه قضاییه، نیروی انتظامی، شلوغی بیش از حد زندانها و مراکز درمانی معتادین، بی سرپرست شدن دهها هزار خانواده، تماماً نشان دهنده آسیب جدی است که به واسطه مواد مخدر و اعتیاد به جامعه وارد می آید.

با توجه به تأکید سازمان بهداشت جهانی لازم است سیاستهای یکپارچه و جامعی در همه استراتژیهای پیشگیری از سوء مصرف مواد اتخاذ گردد و استفاده بهینه از منابع سرمایه گذاری شده در امر پیشگیری از سوء مصرف مواد مستلزم شناسایی افراد و گروههای در معرض خطر می باشد. با عنایت به سطوح پیشگیری اولین، دومین و سومین روشهای پیشگیری باید اطلاعات دقیق و جامعی در خصوص انواع مواد مخدر و زیانهای هر کدام به کل افراد جامعه و زمینه های خاص مصرف در گروههای مختلف بخصوص جوانان و نوجوانان طراحی گردد.

در حال حاضر سازمان بهزیستی به عنوان یکی از متولیان پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر در کشور می باشد و با رویکرد اجتماعی به اینکه یک فرد معتاد یک بیمار است و نه یک مجرم به تدریج زندانهای دسته جمعی تعطیل و اخیراً نیز مراکز بازپروری جمع آوری شده اند. در حال حاضر مراکز درمانی خودمعرف علاوه بر بخش خصوصی به معتادین و خانواده های آنان در جهت ترک اعتیاد خدمات پزشکی و مشاوره ای ارائه می دهد. مراکز درمانی خودمعرف در استانها و شهرهای مختلف کشور وجود دارد. در شهر تهران و در تمامی مناطق بیست گانه آن (در هنگام انجام تحقیق فوق) تنها دو مرکز فعال خودمعرف به نامهای شهید ملت دوست در هسته مرکزی شهر و شهید فامیلی در منطقه شرق تهران (میدان رسالت) وجود دارد که مرکز شهید ملت دوست از فعالترین مراکز خودمعرف سراسر کشور می باشد و مراجعه کنندگانی از شهرها و استانهای همجوار دارد.

با توجه به موارد ذکر شده تحقیق فوق که در واقع یک تحقیق کاربردی است می خواهد ارتباط بین ماده مخدر مصرفی و متغیرهای: سن، جنس، محل سکونت، محل تولد، شغل، تحصیلات، وضعیت تأهل، درآمد ماهیانه، مصرف سیگار در گذشته و حال، اولین ماده مخدر مصرفی، مکانی که اولین بار ماده مخدر در آن مصرف شده است، وجود فرد معتاد در خانواده، سابقه ترک، روش ترک را در مراجعین بهار ۱۳۷۸ به مرکز درمانی شهید ملت دوست را بررسی کند که به تبعه آن

توزیع (سنی، جنسی و...) مراجعین نیز به دست خواهد آمد. که نتایج آن کمک هرچند ناچیز در رابطه با این مشکل ملی فراروی مسئولین و دست اندرکاران امر مبارزه با مواد مخدر نظیر ستاد مبارزه با مواد مخدر، سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی قرار خواهد داد.

آشنایی با مواد

با توجه به اینکه سازمان جهانی بهداشت مواد اعتیادآور را با در نظر گرفتن خواص شیمیایی، تأثیر جسمی، روانی و قدرت اعتیادآوری به ۸ دسته ذیل تقسیم کرده است:

- | | | | |
|-----------|----------------|--------------|--------------------|
| ۱- مورفین | ۲- باریتوراتها | ۳- الکل | ۴- کوکائین |
| ۵- حشیش | ۶- آمفتامین ها | ۷- توهم زاها | ۸- حلالهای ارگانیک |

مع هذا با توجه به تحقیقات انجام شده در گذشته و تحقیق حاضر بیشترین درصد افراد معتاد در جامعه ما معتادین به هروئین، تریاک، حشیش تشکیل می دهند. در ادامه آشنایی اندکی با شایعترین مواد پیدا خواهیم کرد.

حشیش (cannabis): اسم مختصر بوته شاهدانه *cannabis sativa* است. تمامی اجزای این گیاه حاوی کانابینوئیدهای روانگردان است که از بین همه آنها تتراهیدروکانابینول (THC) فراوانتر از همه است. اسامی رایج حشیش عبارت است از ماری جوانا *marijuana* علف (Grass)، دیگ (pot)، غلف هرز (weed)، چای (tea) البته اسامی دیگری نیز از حشیش براساس قدرتهای متفاوت آن وجود دارد که عبارتند از شاهدانه (hemp)، چرس (charas)، بنگ (bhang)، داگا (dugga) و سین سمیلا (sinsemilla)، قویترین انواع حشیش از سرشاخه های گلدار گیاه یا از ترشح رزینهای قهوه ای مایل به سیاه برگهای آن که در انگلیسی نیز به آن hashish یا hash گفته می شود به دست می آید.

نکات مهم علمی در مورد حشیش آن است که: حشیش ۴۰۰ ماده شیمیایی دارد که از این تعداد ۶۰ مورد با THC در ارتباط است. (THC) در بدن انسان به سرعت تبدیل به ۱۱ هیدروکسی THC می شود که بر روی CNS تأثیر می گذارد.

گیرنده های کانابینوئید با حداکثر غلظت در هسته های قاعده basal ganglia، هیپوکامپ و

مخچه و با حداقل غلظت در قشر مخ یافت می‌شود. این گیرنده‌ها در ساقه مغز یافت نمی‌شوند بنابراین با این واقعیت (مصرف حشیش بر روی مراکز قلبی و تنفسی در brain stem تأثیر ندارد) در ارتباط است. نکته دیگر در مورد حشیش اینکه نسبت به حشیش تحمل به وجود می‌آید (یا به عبارتی فرد مصرف‌کننده مجبور است مصرف خود را به تدریج افزایش دهد) و وابستگی روانی مشاهده می‌شود ولی قرائن و شواهد نشان می‌دهد که وابستگی فیزیولوژیکی قوی ایجاد نمی‌کند. (۲)

شایعترین اثرات جسمی حشیش اتساع عروق خونی ملتحمه چشم (پرخون شدن ملتحمه)، تاکیکاردی خفیف افزایش اشتها که اشتهای گاو (Munchies) نامیده می‌شود و خشکی دهان است.

حشیش را به صورت تدخینی همراه با توتون در سیگار استفاده می‌کنند اثرات نشئه‌آور آن ظرف چند دقیقه ظاهر شده، حدود ۳۰ دقیقه بعد به اوج می‌رسد و ۲-۴ ساعت دوام می‌یابد. حشیش را از طریق خواراکی توأم با کیک و سرخ‌کردنیها نیز استفاده می‌کنند. گیاه شاهدانه به طور سالیانه کشت و یا خودرو به عمل می‌آید. در هر نوع آب و هوای گرم و معتدل رشد می‌کند، برگهای بلند و باریک و مفرس معمولاً از ۵-۶ برگ تشکیل شده است. (۲) **تریاک:** کلمات opiate، opioide از واژه opium عصاره خشخاش، پاپاوسومنیفروم گرفته شده است که حاوی ۲۰ نوع الکالوئید تریاک از جمله مورفین می‌باشد. opiate عبارت است از هرگونه فرآورده یا مشتقات تریاک، opioide: یک مخدر مصنوعی که از نظر تأثیر شبیه opiate است ولی از مشتقات طبیعی تریاک نیست. مواد افیونی موجود در تریاک و یا ساخته شده از تریاک طبیعی عبارتند از: مورفین، هروئین (دی استیل مورفین)، کودئین (۳-متوکسی مورفین) و هیدرو مورفون. تعداد زیادی مواد مخدر مصنوعی از این خانواده ساخته شده‌اند از جمله مپریدین، متادون، پنتازوسین، پروپوکسیفن.

از نکات مهم راجع به مواد افیونی اعتیاد به هروئین است که ممکن است روزانه چندین هزار تومان برای فرد هزینه داشته باشد لذا فرد مجبور است این پول را از طریق راههای غیرقانونی یا روسپیگری به دست آورد. لذا درگیری افراد مبتلا به وابستگی هروئین در روسپیگری و تزریقات

مکرر و غیربهداشتی و استفاده از سرنگ مشترک مسئول عمد انتشار HIV است. گیرنده‌های $K\mu$ ، و Δ در مراکز عصبی شناسایی شده‌اند. از طرف دیگر مواد افیونی طبیعی در بدن وجود دارند نظیر انکفالینها که یک پنتاپپتید درون‌زا با حساسیت شبه تریاک و اندورفینها که در انتقال عصبی و وقفه دادن درد درگیر هستند.

هرئین ۱۰ برابر قویتر از مورفین است و به دلیل قابلیت انحلال در چربی به سرعت از سد خونی مغز (blood brain barrier) عبور می‌کند. کودئین که به‌طور طبیعی نیم درصد الکلونیدهای تریاک را تشکیل می‌دهد به آسانی از لوله گوارش جذب می‌شود و در بدن تبدیل به مورفین می‌شود.

تحمل و وابستگی به تریاک و ترکیبات شبیه به آن به سرعت ایجاد می‌شود. مصرف درازمدت ترکیبات و شبه ترکیبات تریاک باعث تغییرات در تعداد و حساسیت گیرنده‌های آنها می‌شود و همین مسئله توجیه‌کننده اثرات تحمل و ترک می‌باشد.

ترکیبات تریاک و شبه تریاک را می‌توان از راه دهان، انفیه، تزریق وریدی و یا زیرجلدی مصرف کرد. به دلیل اثرات نشئه‌آور که عبارتند از احساس گرما، سنگینی انتها، خشکی دهان، خارش صورت (بخصوص بینی) و گل‌انداختن صورت، در پی نشئه اولیه یک دوره حالت آرامش پیدا می‌شود که در اصطلاح معتادین «چرت» (nodding off) نامیده می‌شود مورد سوءاستفاده قرار می‌گیرند. اثرات دیگر جسمی آن عبارتند از ضعف تنفسی، مردمک سوزنی (انقباض مردمک)، انقباض عضلات صاف (از جمله حالب و مجاری صفراوی)، بیوست، تغییرات در فشار خون و ضربان قلب.

خشخاش گیاهی است که به‌طور سالیانه کشت می‌شود ارتفاع آن به ۱۲۰-۶۰ سانتیمتر می‌رسد گل آن که بعداً تبدیل به گرز خشخاش می‌شود بیضی شکل است که تریاک خام در اثر تیغه‌زدن به گرزهای خشخاش هنگام غروب و یا شب و جمع‌آوری آن در صبح به دست می‌آید.

تریاک خام را پس از چند عمل ساده از قبیل جوشاندن و تخمیر تبدیل به تریاک تیاری شده که آماده برای کشیدن و خوردن است می‌نمایند. (۳)

اهداف و فرضیات

هدف اصلی: بررسی اعتیاد به انواع مخدر و عوامل مؤثر بر آن در مراجعین به مرکز درمانی شهید ملت دوست بهزیستی استان تهران

اهداف پژوهشی

- ۱- تعیین توزیع سنی برحسب ماده مخدر
- ۲- تعیین توزیع جنسی بر حسب ماده مخدر
- ۳- تعیین توزیع محل سکونت بر حسب ماده مخدر
- ۴- تعیین توزیع محل تولد بر حسب ماده مخدر
- ۵- تعیین توزیع شغلی بر حسب ماده مخدر
- ۶- تعیین توزیع وضعیت تحصیلات بر حسب ماده مخدر
- ۷- تعیین توزیع تأهلی بر حسب ماده مخدر
- ۸- تعیین توزیع درآمد ماهیانه برحسب ماده مخدر
- ۹- تعیین توزیع مصرف سیگار در حال حاضر بر حسب ماده مخدر
- ۱۰- تعیین توزیع مصرف سیگار در گذشته برحسب ماده مخدر
- ۱۱- تعیین توزیع اولین ماده مخدر مصرفی بر حسب ماده مخدر
- ۱۲- تعیین توزیع اولین مکان مصرف بر حسب ماده مخدر
- ۱۳- تعیین توزیع وجود فرد معتاد در خانواده بر حسب ماده مخدر
- ۱۴- تعیین توزیع سابقه ترک بر حسب ماده مخدر
- ۱۵- تعیین توزیع روش ترک بر حسب ماده مخدر

فرضیات

- ۱- نوع ماده مخدر مصرفی با سن افراد ارتباط دارد.
- ۲- نوع ماده مخدر مصرفی با جنس افراد ارتباط دارد.
- ۳- نوع ماده مخدر مصرفی به محل سکونت افراد ارتباط دارد.
- ۴- نوع ماده مخدر مصرفی به محل تولد افراد ارتباط دارد.
- ۵- نوع ماده مخدر مصرفی به شغل افراد ارتباط دارد.
- ۶- نوع ماده مخدر مصرفی به میزان تحصیلات افراد ارتباط دارد.
- ۷- نوع ماده مخدر مصرفی به وضعیت تأهل افراد ارتباط دارد.
- ۸- نوع ماده مخدر مصرفی به درآمد ماهیانه افراد ارتباط دارد.
- ۹- نوع ماده مخدر مصرفی به مصرف سیگار در گذشته افراد ارتباط دارد.
- ۱۰- نوع ماده مخدر مصرفی به مصرف سیگار در حال حاضر افراد ارتباط دارد.
- ۱۱- نوع ماده مخدر مصرفی به اولین ماده مخدر مصرفی ارتباط دارد.
- ۱۲- نوع ماده مخدر مصرفی به اولین مکانی که ماده مخدر در آن استفاده شده است ارتباط دارد.
- ۱۳- نوع ماده مخدر مصرفی به وجود فرد معتاد در خانواده ارتباط دارد.
- ۱۴- نوع ماده مخدر مصرفی به سابقه ترک ارتباط دارد.
- ۱۵- نوع ماده مخدر مصرفی به روش ترک ماده مخدر ارتباط دارد.

فصل دوم: مروری بر متون

سوابق تحقیق:

لازم به ذکر است که در مورد مواد مخدر تحقیقات فراوانی چه در زمینه پزشکی و علوم دیگر نظیر روانشناسی، جامعه‌شناسی انجام شده است ولی در مورد اعتیاد پژوهشی نظیر این پژوهش که از دید کلان و پزشکی اجتماعی به مسئله اعتیاد پرداخته است انجام نشده است. در این تحقیق ارتباط بین نوع ماده مخدر مصرفی با ۱۵ متغیر انجام شده است. در ذیل به تحقیقات انجام شده در مورد اعتیاد که ارتباطی با موضوع تحقیق اینجانب شده است اشاره می‌کنم.

۱- طی مطالعه‌ای که در سال ۱۳۷۶ در مورد بررسی علل گرایش بیشتر افراد متأهل به مواد مخدر زندانیان شهرستان اهواز بر روی ۱۴۰ نفر زندانی انجام شده است نتایج زیر به دست آمده است:

الف: افراد متأهل معتاد، ناسازگاری بیشتری با همسر خود نسبت به افراد متأهل عادی دارند
 ب: افراد متأهل معتاد، ناسازگاری بیشتری با همسر خود نسبت به مجرمین خرید و فروش مواد دارند

ج: افراد متأهل معتاد، نارضایتی بیشتری از همسر خود نسبت به مجرمین خرید و فروش مواد دارند

د: افراد متأهل معتاد، نارضایتی جنسی کمتری از همسر خود نسبت به مجرمین مشترک دارند.
 ه: افراد متأهل مجرم خرید و فروش مواد نارضایتی جنسی بیشتری نسبت به افراد عادی دارند.

۲- در مطالعه‌ای که در سال (۱۳۷۶-۷۷) در مورد بررسی علل گرایش به اعتیاد نوجوانان و جوانان تا سنین ۲۵ سال انجام شده است (بر روی ۱۰۰ نفر معتاد) نتایج زیر به دست آمده است.
الف: گروه‌های مورد بررسی در این تحقیق ۶ درصد کمتر از ۱۵ سال، ۵۲ درصد ۱۶-۲۰ سال، ۴۲ درصد در گروه سنی ۲۱-۲۵ سال قرار دارند.

ب: از لحاظ تحصیلات ۳۹ درصد بی سواد و کم سواد بوده‌اند، ۴۷ درصد در مقطع راهنمایی، ۱۳ درصد در مقطع دبیرستان و یک درصد دیپلم به بالا بوده‌اند.

ج: از نظر نوع ماده مصرفی بیشترین آنها (۵۰ درصد) تریاک، ۲۹ درصد هروئین و ۲۱ درصد حشیش و شیر تریاک استفاده کرده‌اند.

د: از نظر میزان سازگاری یا اختلاف و درگیری خانواده ۶۰ درصد آنان عنوان نموده‌اند که میزان اختلاف و درگیری بین خود و همسرانشان کم یا خیلی کم بوده است.

۳- در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۷۶ در مورد بررسی میزان شیوع سوء مصرف مواد در انترمنهای مذکر دانشگاه علوم پزشکی تهران بر روی ۲۰۴ نفر صورت گرفته است نتایج زیر به دست آمده است.

الف: بیشترین تعداد نمونه‌ها بین سنین ۲۹-۲۵ سال (۶۴/۳ درصد) و بیشترین فراوانی سنی در گروه ۲۶ سالگی بود. (۲۵ درصد)

ب: در بین افراد مورد مطالعه ۵۷/۴ درصد سیگار نمی‌کشند. ۱۶/۶ درصد تفریحی می‌کشند، ۲۶ درصد هم همیشه سیگار می‌کشند.

ج: در بین مصرف‌کنندگان حشیش اولین بار مصرف در ۲۷ درصد موارد قبل از دانشگاه و در ۷۳ درصد موارد بعد از دانشگاه بوده است.

۴- در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۷۷ بر روی میزان آگاهی معتادان تزریقی در مورد بیماری‌های خونی نظیر ایدز و هپاتیت بر روی ۲۰۰ نفر انجام شده است نتایج زیر به دست آمده است.
الف: با توجه به اطلاعات جمع‌آوری شده و تجزیه و تحلیل انجام شده متوسط میزان آگاهی

در مورد هپاتیت B ۷/۴۷ و در مورد ایدز ۹/۵۵ بوده است.

ب: در مورد رابطه بین میزان آگاهی از هپاتیت B و سن به نظر می‌رسد که گروههای جوانتر از میزان آگاهی بیشتری برخوردارند.

ج: در مورد رابطه بین میزان آگاهی از هپاتیت B و سابقه استفاده از سرنگ مشترک به نظر می‌رسد افرادی که از سرنگ مشترک استفاده نمی‌کنند آگاهی بیشتری از هپاتیت B دارند.

د: در مورد رابطه بین میزان آگاهی از ایدز با نوع ماده مخدر تزریقی به نظر می‌رسد افرادی که از مرفین استفاده کرده‌اند از آگاهی بیشتری از ایدز برخوردارند.

۵- در مطالعه‌ای که در سال (۶۹-۱۳۶۸) بر روی میزان آگاهی از مضرات سیگار و میزان تمایل به استفاده از آن در دانش‌آموزان سال سوم و چهارم دبیرستانهای شیراز بر روی ۱۰۵۳ نفر انجام شده است نتایج زیر به دست آمده است.

الف: در این پژوهش ۵۰ درصد از دانش‌آموزان از آگاهی کمی در مورد مضرات سیگار برخوردار بوده و ۴۳ درصد دارای آگاهی متوسط و ۷ درصد نیز دارای آگاهی کافی بوده‌اند.

ب: ۶۷ نفر از افراد مورد بررسی به استعمال سیگار عادت داشته و اکثریت دانش‌آموزان سیگاری، انگیزه استعمال سیگار را احساس آرامش بیان داشته‌اند.

ج: اکثریت دانش‌آموزان تمایل به استفاده از سیگار ندارند و تمایل پسران به استفاده از سیگار بعد از اتمام دبیرستان و کسب استقلال مادی بیشتر از دختران است.

فصل سوم: روش بررسی

جدول تغییرات

طبقه‌بندی	واحد اندازه‌گیری	تعریف عملی	نوع		مقیاس			نوع متغیر
			مستقل وابسته	کیفی	اسمی	پیوسته	کمی	
ترباک، هروئین، حشیش، الکل، سایر موارد، دو ماده، سه ماده و بیشتر		شخصی که ماده خاصی استفاده می‌کند به تشخیص مرکز درمانی	×		×			(۱) معناد
مرد، زن	سال	سالیانه که از عمر شخص می‌گذرد	×					(۲) سن
شهر، روستا، استان		براساس مصاحبه حضوری	×					(۳) جنس
شهر، روستا، استان		مکانی که فرد در آن زندگی می‌کند	×					(۴) محل سکونت
کارمند، بیکار، شغل آزاد، دانش‌آموز و دانشجو، خانه‌دار، سایر موارد		مکانی که فرد در آن به دنیا آمده است	×					(۵) محل تولد
متاهل، مجرد، مطلقه، سایر موارد		شغلی که فرد در حال حاضر به آن اشتغال دارد	×					(۶) شغل
بی‌سواد، ابتدایی، سیکل، دیپلم و فوق‌دیپلم، لیسانس و بالاتر		براساس مصاحبه حضوری	×					(۷) تأهل
کمتر از یا مساوی ۴۰۰۰۰، ۶۰۰۰۰-۴۰۰۰۰، ۸۰۰۰۰-۶۰۰۰۰، بیشتر از ۸۰۰۰۰	تومان	پایه تحصیلی که فرد هنگام مراجعه در آن قرار دارد	×					(۸) تحصیلات
بلی - خیر		میزان پولی که فرد در ازای کاری که انجام می‌دهد دریافت می‌کند	×					(۹) درآمد ماهیانه
		براساس مصاحبه حضوری	×					(۱۰) مصرف

ادامه جدول تغییرات

طبقه‌بندی	واحد اندازه‌گیری	تعریف عملی	نوع		مقیاس			نوع متغیر
			مستقل وابسته	کیفی	کیفی	کمی		
						رتبه‌ای	پیوسته	
بلی - خیر		براساس مصاحبه حضوری	×		×			سیگار گذشته
تریاک، هروئین، حشیش، الکل، سایر موارد		اولین ماده اعتیادآوری که فرد استفاده کرده است	×		×			(۱۱) مصرف سیگار حال
مهمانی، محل کار، کوچه و خیابان، پارک، مدرسه		مکانی که اولین بار ماده اعتیادآور در آن استعمال شده است	×		×			(۱۲) اولین ماده مصرفی
بلی، خیر		بستگان درجه اول که اعتیاد دارند	×		×			(۱۳) مکان اولین بار مصرف
بلی، خیر		زمانی یا زمانهایی که فرد از ماده اعتیادآور استفاده نکرده است	×		×			(۱۴) وجود فرد معتاد در خانواده
زندان، بازپروسی، مرکز درمانی دولتی، بخش خصوصی، شخصاً		نحوه و روش که منجر به عدم استفاده مواد شده است	×		×			(۱۵) سابقه ترک
			×		×			(۱۶) روش ترک

نوع مطالعه:

مطالعه انجام شده توصیفی و از نوع مطالعات مقطعی (cross sectional) تحلیلی می باشد.

جمعیت مورد مطالعه

کلیه معتادین مراجعه کننده به مرکز درمانی شهید ملت دوست بهزیستی استان تهران در بهار ۱۳۷۸

مکان و زمان انجام مطالعه

در محل مرکز درمانی مشاوره و درمان معتادین شهید ملت دوست بهزیستی استان تهران و در بهار سال ۱۳۷۸ خورشیدی انجام شده است.

روش اجرای طرح

الف: معیار انتخاب افراد:

۱- معتاد بودن

۲- جهت ترک اعتیاد به مرکز درمانی شهید ملت دوست به صورت داوطلب مراجعه کند.

ب: روش نمونه گیری:

نحوه نمونه گیری به طریقه سرشماری و شامل کلیه مراجعین از ابتدای سال ۱۳۷۸ می باشد تعداد کل پرسشنامه ها ۴۳۵ عدد بوده است.

ج: حجم نمونه:

با توجه به روش نمونه گیری حجم نمونه شامل کلیه معتادین مراجعه کننده به مرکز درمانی شهید ملت دوست بهزیستی استان تهران از ابتدای بهار ۱۳۷۸ که ۴۳۵ نفر بوده است.

د: روش جمع آوری اطلاعات:

از طریق تکمیل پرسشنامه تهیه شده از پرونده معتادین و در صورت عدم امکان و یا اطلاعات ناقص از طریق مصاحبه حضوری با معتادین پرسشنامه تکمیل گردیده است. پرسشنامه شامل ۱۶

سؤال است.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

اطلاعات توسط نرم‌افزار stata وارد کامپیوتر گردید و آنالیز داده‌ها صورت گرفت و با آزمون χ^2 سنجیده شد. سطح معنی داری کوچکتر و مساوی ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

مشکلات تحقیق

۱- با توجه به اینکه افراد مورد مطالعه به مکان خاص وابسته به بهزیستی استان تهران مراجعه می‌کردند جهت ورود به این مرکز متأسفانه مراحل اداری متعددی را طی کردم و در نهایت با مساعدت معاونت محترم پیشگیری سازمان بهزیستی موفق به گرفتن جواز ورود به این مرکز شدم.

۲- در مورد افرادی که مجبور به مصاحبه حضوری بودم اکثراً به خوبی همکاری می‌کردند ولی در بعضی از افراد همکاری ضعیف بود.

۳- سابقه مطالعه در این مورد تحقیق وجود نداشت و یا اگر داشت تنها یک مورد و یا حداکثر دو مورد مورد بررسی قرار گرفته بود و از این جهت مقایسه‌ای نمی‌توان انجام داد.

فصل چهارم: یافته‌ها

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی و فراوانی سنی معتادین مراجعه کننده به مرکز درمانی ملت دوست بهزیستی استان تهران بهار ۱۳۷۸

سن	فراوانی	درصد	تجمعی
Min/۲۰	۱۴	۳٫۲۲	۳٫۲۲
۲۱٫۳۰	۱۲۵	۲۸٫۷۴	۳۱٫۹۶
۳۱٫۴۰	۱۶۳	۳۷٫۴۷	۶۹٫۴۳
۴۱٫۵۰	۹۵	۲۱٫۸۴	۹۱٫۲۶
۵۱/Max	۳۸	۸٫۷۴	۱۰۰٫۰۰
جمع	۴۳۵	۱۰۰٫۰۰	

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی و فراوانی نسبی سن برحسب نوع ماده مخدر مصرفی در معتادین مراجعه کننده به مرکز درمانی ملت دوست بهزیستی استان تهران بهار ۱۳۷۸

ماده مخدر	سن Min/۲۰	۲۱٫۳۰	۳۱٫۴۰	۴۱٫۵۰	۵۱/Max	جمع
تریاک	۷	۸۶	۱۰۸	۶۹	۲۹	۲۹۹
هروئین	۴	۲۲	۲۷	۱۷	۴	۷۴
شیره و قرص	۰٫۰۰	۱۵٫۳۸	۳۸٫۴۶	۲۳٫۰۸	۲۳٫۰۸	۱۰۰٫۰۰
دو ماده مخدر	۱	۱۵	۲۱	۵	۱	۴۳
سه ماده و بیشتر	۲	۰٫۰۰	۳۳٫۳۳	۱۶٫۶۷	۱	۶
جمع	۱۴	۱۲۵	۱۶۳	۹۵	۳۸	۴۳۵

$$Pr = ۰٫۰۰۷$$

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی و فراوانی جنسی معتادین مراجعه کننده به مرکز درمانی ملت دوست بهزیستی استان تهران بهار ۱۳۷۸

جنس	فراوانی	درصد	تجمعی
مرد	۴۱۹	۹۶٫۳۲	۹۶٫۳۲
زن	۱۶	۳٫۶۸	۱۰۰٫۰۰
کل	۴۳۵	۱۰۰٫۰۰	

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی و فراوانی نسبی جنس برحسب نوع ماده مخدر مصرفی در معتادین مراجعه کننده به مرکز درمانی ملت دوست بهزیستی استان تهران بهار ۱۳۷۸

ماده مخدر	جنس		کل
	مرد	زن	
تریاک	۲۵۸	۱۴	۲۹۹
	۹۵٫۳۲	۴٫۶۸	۱۰۰٫۰۰
هروئین	۷۴	۰	۷۴
	۱۰۰٫۰۰	۰٫۰۰	۱۰۰٫۰۰
شیره و قرص	۱۲	۱	۱۳
	۹۲٫۳۱	۷٫۶۹	۱۰۰٫۰۰
دو ماده مخدر	۴۳	۰	۴۳
	۱۰۰٫۰۰	۰٫۰۰	۱۰۰٫۰۰
سه ماده مخدر و بیشتر	۵	۱	۶
	۸۳٫۳۳	۱۶٫۶۷	۱۰۰٫۰۰
کل	۴۱۹	۱۶	۴۳۵
	۹۶٫۳۲	۳٫۶۸	۱۰۰٫۰۰

$$Pr = ۰٫۰۶۷$$

جدول شماره ۵: توزیع فراوانی و فراوانی محل سکونت (شهر، روستا) معتادین مراجعه کننده به مرکز درمانی ملت دوست بهزیستی استان تهران بهار ۱۳۷۸

محل سکونت	فراوانی	درصد	تجمعی
شهر	۴۲۶	۹۷٫۹۳	۹۷٫۹۳
روستا	۹	۲٫۰۷	۱۰۰٫۰۰
کل	۴۳۵	۱۰۰٫۰۰	

جدول شماره ۶: توزیع فراوانی و فراوانی نسبی محل سکونت (شهر، روستا) برحسب نوع ماده مخدر مصرفی در معتادین مراجعه کننده به مرکز درمانی شهید ملت دوست بهزیستی استان تهران بهار ۱۳۷۸

ماده مخدر	محل سکونت		کل
	شهر	روستا	
تریاک	۲۹۴	۵	۲۹۹
	۹۸٫۳۳	۱٫۶۷	
هروئین	۷۲	۲	۷۴
	۹۷٫۳۰	۲٫۷۰	۱۰۰٫۰۰
شیره و قرص	۱۱	۲	۱۳
	۸۴٫۶۲	۱۵٫۳۸	۱۰۰٫۰۰
دو ماده	۴۳	۰	۴۳
	۱۰۰٫۰۰	۰٫۰۰	۱۰۰٫۰۰
سه ماده و بیشتر	۶	۰	۶
	۱۰۰٫۰۰	۰٫۰۰	۱۰۰٫۰۰
کل	۴۲۶	۹	۴۳۵
	۹۷٫۹۳	۲٫۰۷	۱۰۰٫۰۰

$$Pr = ۰٫۰۱۲$$

جدول شماره ۷: توزیع فراوانی و فراوانی محل سکونت معتادین مراجعه کننده به مرکز درمانی ملت دوست بهزیستی استان تهران بهار ۱۳۷۸

برای هر استان یک کد به شرح زیر منظور گردید

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

محل سکونت	فراوانی	درصد	تجمعی
۱	۴۱۹	۹۶٫۳۲	۹۶٫۳۲
۵	۲	۰٫۴۶	۹۶٫۷۸
۹	۱	۰٫۲۳	۹۷٫۰۱
۱۳	۱	۰٫۴۶	۹۷٫۲۴
۱۴	۱	۰٫۲۳	۹۷
۱۶	۲	۰٫۴۶	۹۷٫۳۳
۱۷	۱	۰٫۴۶	۹۸٫۱۶
۲۴	۲	۰٫۴۶	۹۸٫۶۲
۲۶	۱	۰٫۲۳	۹۸٫۸۵
۲۷	۲	۰٫۴۶	۹۹٫۳۱
۲۸	۳	۰٫۶۹	۱۰۰٫۰۰
کل	۴۳۵	۱۰۰٫۰۰	

جدول شماره ۷۱: توزیع فراوانی و فراوانی محل سکونت معتادین مراجعه کننده به مرکز درمان ملت دوست بهزیستی استان تهران بهار ۱۳۷۸

محل سکونت	فراوانی	درصد	تجمعی
استان تهران	۴۱۹	۹۶٫۳۲	۹۶٫۳۲
غیر از استان تهران	۱۶	۳٫۶۸	۱۰۰٫۰۰
کل	۴۳۵	۱۰۰٫۰۰	

جدول شماره ۸: توزیع فراوانی و فراوانی نسبی محل سکونت (تهران، غیر از تهران) برحسب ماده مخدر مصرفی در معتادین مراجعه کننده به مرکز درمانی شهید ملت دوست بهزیستی استان تهران بهار ۱۳۷۸

ماده مخدر	محل سکونت		کل
	استان تهران	غیر از استان تهران	
تریاک	۲۸۶	۱۳	۲۹۹
	۹۵٫۶۵	۴٫۳۵	۱۰۰٫۰۰
هروئین	۷۲	۲	۷۴
	۹۷٫۳۰	۲٫۷۰	۱۰۰٫۰۰
شیره و قرص	۱۳	۰	۱۳
	۱۰۰٫۰۰	۰٫۰۰	۱۰۰٫۰۰
دو ماده	۴۳	۰	۴۳
	۱۰۰٫۰۰	۰٫۰۰	۱۰۰٫۰۰
سه ماده و بیشتر	۵	۱	۶
	۸۳٫۳۳	۱۶٫۶۷	۱۰۰٫۰۰
کل	۴۱۹	۱۶	۴۳۵
	۹۶٫۳۲	۳٫۶۸	۱۰۰٫۰۰

$$Pr = ۰٫۲۳۳$$

جدول شماره ۹: توزیع فراوانی و فراوانی محل تولد (شهر، روستا) معنادین مراجعه کننده به مرکز درمانی ملت دوست بهزیستی استان تهران بهار ۱۳۷۸

محل تولد	فراوانی	درصد	تجمعی
شهر	۳۸۶	۸۸٫۷۴	۸۸٫۷۴
روستا	۴۹	۱۱٫۲۶	۱۰۰٫۰۰
کل	۴۳۵	۱۰۰٫۰۰	

جدول شماره ۱۰: توزیع فراوانی و فراوانی نسبی محل تولد (شهر، روستا) بر حسب نوع ماده مخدر مصرفی در معنادین مراجعه کننده به مرکز درمانی شهید ملت دوست بهزیستی استان تهران بهار ۱۳۷۸

مواد مخدر	محل تولد		کل
	شهر	روستا	
تریاک	۲۶۳	۳۶	۲۹۹
	۸۷٫۹۶	۱۲٫۰۴	۱۰۰٫۰۰
هروئین	۶۷	۷	۷۴
	۹۰٫۵۴	۹٫۴۶	۱۰۰٫۰۰
شیره و قرص	۱۰	۳	۱۳
	۷۶٫۹۲	۲۳٫۰۸	۱۰۰٫۰۰
دو ماده	۴۰	۳	۴۳
	۹۳٫۰۲	۶٫۹۸	۱۰۰٫۰۰
سه ماده و بیشتر	۶	۰	۶
	۱۰۰٫۰۰	۰٫۰۰	۰٫۰۰
کل	۳۸۶	۴۹	۴۳۵
	۸۸٫۷۴	۱۱٫۲۶	۱۰۰٫۰۰

$$Pr = ۰٫۴۳۵$$

جدول شماره ۱۱: توزیع فراوانی و فراوانی محل تولد معتادین مراجعه کننده به مرکز درمانی ملت دوست بهزیستی استان تهران بهار ۱۳۷۸، کد استانها نظیر جدول شماره ۷ می باشد.

محل تولد	فراوانی	درصد	تجمعی
۱	۳۰۴	۶۹٫۸۹	۶۹٫۸۹
۲	۵	۱٫۱۵	۷۱٫۰۳
۳	۱	۰٫۲۳	۷۱٫۲۶
۴	۱۸	۴٫۱۴	۷۵٫۴۰
۵	۶	۱٫۳۸	۷۶٫۷۸
۸	۱	۰٫۲۳	۷۷٫۰۱
۹	۱	۰٫۲۳	۷۷٫۲۴
۱۰	۱۲	۲٫۷۶	۸۰٫۰۰
۱۱	۱	۰٫۲۳	۸۰٫۲۳
۱۲	۶	۱٫۳۸	۸۱٫۶۱
۱۳	۲	۰٫۴۶	۸۲٫۰۷
۱۴	۶	۱٫۳۸	۸۳٫۴۵
۱۶	۱۸	۴٫۱۴	۸۷٫۵۹
۱۷	۷	۱٫۶۱	۸۹٫۲۰
۱۸	۴	۰٫۹۲	۹۰٫۱۲
۱۹	۱۳	۲٫۹۹	۹۳٫۱۰
۲۰	۴	۰٫۹۲	۹۴٫۰۲
۲۳	۳	۰٫۶۹	۹۴٫۷۱
۲۴	۵	۱٫۱۵	۹۵٫۸۶
۲۵	۲	۰٫۴۶	۹۶٫۳۲
۲۶	۲	۰٫۴۶	۹۶٫۷۸
۲۷	۸	۱٫۸۴	۹۸٫۶۲
۲۸	۶	۱٫۳۸	۱۰۰٫۰۰
جمع	۴۳۵	۱۰۰٫۰۰	

جدول شماره ۱۱: توزیع فراوانی و فراوانی محل تولد معتادین مراجعه کننده به مرکز درمانی ملت دوست بهزیستی استان تهران بهار ۱۳۷۸

محل تولد	فراوانی	درصد	تجمعی
استان تهران	۳۰۴	۶۹٫۸۹	۶۹٫۸۹
غیر از استان تهران	۱۳۱	۳۰٫۱۱	۱۰۰٫۰۰
کل	۴۳۵	۱۰۰٫۰۰	

جدول شماره ۱۲: توزیع فراوانی و فراوانی نسبی محل تولد (تهران، غیر تهران) بر حسب ماده مخدر مصرفی در معتادین مراجعه کننده به مرکز درمانی ملت دوست بهزیستی استان تهران بهار ۱۳۷۸

ماده مخدر	محل تولد		کل
	استان تهران	غیر از استان تهران	
تریاک	۲۰۰	۹۹	۲۹۹
هروئین	۶۲	۱۲	۷۴
شیره و قرص	۸۳۷۸	۱۶۲۲	۱۰۰۰۰
دو ماده	۲۸	۱۵	۴۳
سه ماده و بیشتر	۶	۰	۶
کل	۳۰۴	۱۳۱	۴۳۵
	۶۹٫۸۹	۳۰٫۱۱	۱۰۰٫۰۰

$$Pr = ۰٫۰۲۱$$

جدول شماره ۱۳: توزیع فراوانی و فراوانی شغل معتادین مراجعه کننده به مرکز درمانی
ملت دوست بهزیستی استان تهران بهار ۱۳۷۸

تجمعی	درصد	فراوانی	شغل معتاد
۰ر۲۳	۰ر۲۳	۱	دانش آموز و دانشجو
۲ر۳۰	۲ر۰۷	۹	خانه دار
۹ر۸۹	۷ر۵۹	۳۳	کارمند دولت
۶۸ر۹۷	۵۹ر۰۸	۲۵۷	آزاد
۹۴ر۰۲	۲۵ر۰۶	۱۰۹	بیکار
۱۰۰ر۰۰	۵ر۹۸	۲۶	سایر موارد
	۱۰۰ر۰۰	۴۳۵	کل

جدول شماره ۱۴: توزیع فراوانی و فراوانی نسبی شغل بر حسب ماده مخدر مصرفی در معنادین مراجعه کننده به مرکز درمانی ملت دوست بهزیستی استان تهران بهار ۱۳۷۸

ماده مخدر	شغل						
	دانش آموز و دانشجو	خانه دار	کارمند دولت	آزاد	بیکار	سایر موارد	کل
تریاک	۰	۸	۲۹	۱۷۴	۶۸	۲۰	۲۹۹
	۰	۲۶۸	۹۷۰	۵۸۱۹	۲۲۷۴	۶۶۹	۱۰۰۰۰
هروئین	۱	۰	۲	۴۳	۲۵	۳	۷۴
	۱۳۵	۰	۲۷۰	۵۸۱۱	۳۳۷۸	۴۰۵	۱۰۰۰۰
شیره و قرص	۰	۱	۰	۷	۴	۱	۱۳
	۰	۷۶۹	۰	۵۳۸۵	۳۰۷۷	۷۶۹	۱۰۰۰۰
دو ماده	۰	۰	۲	۳۰	۱۰	۱	۴۳
	۰	۰	۴۶۵	۶۹۷۷	۲۳۲۶	۲۳۳	۱۰۰۰۰
سه ماده و بیشتر	۰	۰	۰	۳	۲	۱	۶
	۰	۰	۰	۵۰۰۰	۲۳۳۳	۱۶۶۷	۱۰۰۰۰
کل	۱	۹	۳۳	۲۵۷	۱۰۹	۲۶	۴۳۵
	۰۲۳	۲۰۷	۷۵۹	۵۹۰۸	۲۵۰۶	۵۹۸	۱۰۰۰۰

$$Pr = ۰.۲۸۲$$

جدول شماره ۱۵: توزیع فراوانی و فراوانی تحصیلات معتادین مراجعه کننده به مرکز درمانی
ملت دوست بهزیستی استان تهران بهار ۱۳۷۸

تجمعی	درصد	فراوانی	تحصیلات
۴۳۷	۴۳۷	۱۹	بی سواد
۲۸۵۱	۲۴۱۴	۱۰۵	ابتدایی
۷۱۲۶	۴۲۷۶	۱۸۶	سیکل یا راهنمایی
۹۵۱۷	۲۳۹۱	۱۰۴	دیپلم و فوق دیپلم
۱۰۰۰۰	۴۸۳	۲۱	لیسانس و بالاتر
	۱۰۰۰۰	۴۳۵	کل

جدول شماره ۱۶: توزیع فراوانی و فراوانی نسبی تحصیلات برحسب ماده مخدر مصرفی در معنادرین مراجعته کننده به مرکز درمانی ملت دوست بهزیستی استان تهران بهار ۱۳۷۸

تحصیلات

ماده مخدر	بیسواد	ابتدایی	سیکل یا راهنمایی	دیپلم و فوق دیپلم	لیسانس و بالاتر	کل
تریاک	۱۷	۷۳	۱۲۴	۷۲	۱۳	۲۹۹
	۵۶۹	۲۴۴۱	۴۱۴۷	۲۴۰۸	۴۳۵	۱۰۰۰۰
هروئین	۰	۱۶	۳۵	۱۸	۵	۷۴
	۰	۲۱۶۲	۴۷۳۰	۲۴۳۲	۶۷۶	۱۰۰۰۰
شیره و قرص	۱	۴	۴	۳	۱	۱۳
	۷۶۹	۳۰۷۷	۳۰۷۷	۲۳۰۸	۷۶۹	۱۰۰
دو ماده	۱	۱۱	۱۹	۱۰	۲	۴۳
	۲۳۳	۲۵۵۸	۴۴۱۹	۲۳۲۶	۴۶۵	۱۰۰۰۰
سه ماده و بیشتر	۰	۱	۴	۱	۰	۶
	۰	۱۶۶۷	۶۶۶۷	۱۶۶۷	۰	۱۰۰۰۰
کل	۱۹	۱۰۵	۱۸۶	۱۰۵	۱۹	۴۳۵
	۴۳۷	۲۴۱۴	۴۲۷۶	۲۴۱۴	۴۳۷	۱۰۰۰۰

$$Pr = 0.907$$

جدول شماره ۱۷: توزیع فراوانی و فراوانی وضعیت تأهل معتادین مراجعه کننده به مرکز درمانی ملت دوست بهزیستی استان تهران بهار ۱۳۷۸

تأهل	فراوانی	درصد	تجمعی
مجرد	۱۰۳	۲۳٫۶۸	۲۳٫۶۸
متأهل	۳۱۰	۷۱٫۲۶	۹۴٫۹۴
مطلقه	۵	۱٫۱۵	۹۶٫۰۹
سایر موارد	۱۷	۳٫۹۱	۱۰۰٫۰۰
کل	۴۳۵	۱۰۰٫۰۰	

جدول شماره ۱۸: توزیع فراوانی و فراوانی نسبی تأهل برحسب ماده مخدر مصرفی در معتادین مراجعه کننده به مرکز درمانی ملت دوست بهزیستی استان تهران بهار ۱۳۷۸

ماده مخدر	تأهل				کل
	مجرد	متأهل	مطلقه	سایر موارد	
تریاک	۵۱	۲۳۰	۳	۱۵	۲۹۹
	۱۷٫۰۶	۷۶٫۹۲	۱٫۰۰	۵٫۰۲	۱۰۰٫۰۰
هروئین	۳۰	۴۰	۲	۲	۷۴
	۴۰٫۵۴	۵۴٫۰۵	۲٫۷۰	۲٫۷۰	۱۰۰٫۰۰
شیره و قرص	۴	۹	۰	۰	۱۳
	۳۰٫۷۷	۶۹٫۲۳	۰٫۰۰	۰٫۰۰	۱۰۰٫۰۰
دو ماده	۱۳	۳۰	۰	۰	۴۳
	۳۰٫۲۳	۶۹٫۷۷	۰٫۰۰	۰٫۰۰	۱۰۰٫۰۰
سه ماده و بیشتر	۵	۱	۰	۰	۶
	۸۳٫۳۳	۱۶٫۶۷	۰٫۰۰	۰٫۰۰	۱۰۰٫۰۰
کل	۱۰۳	۳۱۰	۵	۱۷	۴۳۵
	۲۳٫۶۸	۷۱٫۲۶	۱٫۱۵	۳٫۹۱	۱۰۰٫۰۰

$$Pr = ۰٫۰۰۰۰$$

جدول شماره ۱۹: توزیع فراوانی و فراوانی درآمد معتادین مراجعه کننده به مرکز درمانی ملت دوست بهزیستی استان تهران بهار ۱۳۷۸

درآمد	فراوانی	درصد	تجمعی
≤ 40000	۲۰۸	۴۷٫۸۲	۴۷٫۸۲
۴۰۰۰۱-۶۰۰۰۰	۸۶	۱۹٫۷۷	۶۷٫۵۹
۶۰۰۰۱-۸۰۰۰۰	۴۲	۹٫۶۶	۷۷٫۲۴
≤ 80001	۹۹	۲۲٫۷۶	۱۰۰٫۰۰
کل	۴۳۵	۱۰۰٫۰۰	

جدول شماره ۲۰: توزیع فراوانی و فراوانی نسبی درآمد برحسب مواد مخدر در معتادین مراجعه کننده به مرکز درمانی ملت دوست بهزیستی استان تهران بهار ۱۳۷۸

کل	درآمد				ماده مخدر
	≤ 80001	۶۰۰۰۱-۸۰۰۰۰	۴۰۰۰۱-۶۰۰۰۰	≤ 40000	
۲۹۹	۷۱	۳۳	۵۸	۱۳۷	تریاک
۱۰۰٫۰۰	۲۳٫۷۵	۱۱٫۰۴	۱۹٫۴۰	۴۵٫۸۲	
۷۴	۱۰	۴	۱۹	۴۱	هروئین
۱۰۰٫۰۰	۱۳٫۵۱	۵٫۴۱	۲۵٫۶۸	۵۵٫۴۱	
۱۳	۵	۰	۱	۷	شیره و قرص
۱۰۰٫۰۰	۳٫۸۴۶	۰٫۰۰	۷٫۶۹	۵۳٫۸۵	
۴۳	۱۲	۵	۸	۱۸	دو ماده
۱۰۰٫۰۰	۲٫۷۹۱	۱٫۱۶۳	۱٫۶۶۰	۴٫۱۸۶	
۶	۱	۰	۰	۵	سه ماده و بیشتر
۱۰۰٫۰۰	۱٫۶۶۷	۰٫۰۰	۰٫۰۰	۸۳٫۳۳	
۴۳۵	۹۹	۴۲	۸۶	۲۰۸	کل
۱۰۰٫۰۰	۲۲٫۷۶	۹٫۶۶	۱۹٫۷۷	۴۷٫۸۲	

$$Pr = ۰٫۲۱۳$$

جدول شماره ۲۱: توزیع فراوانی و فراوانی مصرف سیگار در گذشته معتادین مراجعه کننده به مرکز درمانی ملت دوست استان تهران بهار ۱۳۷۸

مصرف سیگار	فراوانی	درصد	تجمعی
بلی	۹۲	۲۱٫۱۵	۲۱٫۱۵
خیر	۳۴۳	۷۸٫۸۵	۱۰۰٫۰۰
کل	۴۳۵	۱۰۰٫۰۰	

جدول شماره ۲۲: توزیع فراوانی و فراوانی نسبی مصرف سیگار در گذشته برحسب ماده مخدر مصرفی در معتادین مراجعه کننده به مرکز درمانی ملت دوست بهزیستی استان تهران بهار ۱۳۷۸

مصرف سیگار در گذشته			ماده مخدر
کل	خیر	بلی	
۲۹۹	۲۳۵	۶۴	تریاک
۱۰۰٫۰۰	۷۸٫۶۰	۲۱٫۴۰	
۷۴	۶۴	۱۰	هروئین
۱۰۰٫۰۰	۸۶٫۴۹	۱۳٫۵۱	
۱۳	۱۰	۳	شیره و قرص
۱۰۰٫۰۰	۷۶٫۹۲	۲۳٫۰۸	
۴۳	۳۱	۱۲	دو ماده
۱۰۰٫۰۰	۷۲٫۰۹	۲۷٫۹۱	
۶	۳	۳	سه ماده و بیشتر
۱۰۰٫۰۰	۵۰٫۰۰	۵۰٫۰۰	
۴۳۵	۳۴۳	۹۲	کل
۱۰۰٫۰۰	۷۸٫۸۵	۲۱٫۱۵	

$$Pr = ۰٫۱۴۷$$

جدول شماره ۲۳: توزیع فراوانی و فراوانی مصرف سیگار در حال حاضر معتادین مراجعه کننده به مرکز درمانی ملت دوست بهزیستی استان تهران بهار ۱۳۷۸

مصرف سیگار	فراوانی	درصد	تجمعی
بلی	۴۱۴	۹۵٫۱۷	۹۵٫۱۷
خیر	۲۱	۴٫۸۳	۱۰۰٫۰۰
کل	۴۳۵	۱۰۰٫۰۰	

جدول شماره ۲۴: توزیع فراوانی و فراوانی نسبی مصرف سیگار در حال حاضر برحسب ماده مخدر مصرفی در معتادین مراجعه کننده به مرکز درمانی ملت دوست بهزیستی استان تهران بهار

۱۳۷۸

ماده مخدر	مصرف سیگار در حال		کل
	بلی	خیر	
تریاک	۲۸۱	۱۸	۲۹۹
	۹۳٫۹۸	۶٫۰۲	۱۰۰٫۰۰
هروئین	۷۴	۰	۷۴
	۱۰۰٫۰۰	۰٫۰۰	۱۰۰٫۰۰
شیره و قرص	۱۲	۱	۱۳
	۹۲٫۳۱	۷٫۶۹	۱۰۰٫۰۰
دو ماده	۴۱	۲	۴۳
	۹۵٫۳۵	۴٫۶۵	۱۰۰٫۰۰
سه ماده و بیشتر	۶	۰	۶
	۱۰۰٫۰۰	۰٫۰۰	۱۰۰٫۰۰
کل	۴۱۴	۲۱	۴۳۵
	۹۵٫۱۷	۴٫۸۳	۱۰۰٫۰۰

$$Pr = ۰٫۲۶۶$$

جدول شماره ۲۵: توزیع فراوانی و فراوانی اولین ماده مخدری که فرد مصرف کرده است در معتادین مراجعه کننده به مرکز درمانی شهید ملت دوست بهزیستی استان تهران بهار ۱۳۷۸

اولین ماده مخدر	فراوانی	درصد	تجمعی
حشیش	۷۷	۱۷٫۷۰	۱۷٫۷۰
تریاک	۲۶۰	۵۹٫۷۷	۷۷٫۴۷
هروئین	۱۳	۲٫۹۹	۸۰٫۴۶
الکل	۸۳	۱۹٫۰۸	۹۹٫۵۴
سایر موارد	۲	۰٫۴۶	۱۰۰٫۰۰
کل	۴۳۵	۱۰۰٫۰۰	

جدول شماره ۲۶: توزیع فراوانی و فراوانی نسبی اولین ماده مصرفی مخدر که فرد مصرف کرده است برحسب ماده مخدر مصرفی در معتادین مراجعه کننده به مرکز درمانی ملت دوست بهزیستی استان تهران بهار ۱۳۷۸

ماده مخدر	اولین ماده					کل
	حشیش	تریاک	هروئین	الکل	سایر موارد	
تریاک	۴۴	۲۰۳	۴	۴۶	۲	۲۹۹
	۱۴٫۷۲	۶۷٫۸۹	۱٫۳۴	۱۵٫۳۸	۰٫۶۷	۱۰۰٫۰۰
هروئین	۱۷	۳۱	۵	۲۱	۰	۷۴
	۲۲٫۹۷	۴۱٫۸۹	۶٫۷۶	۲۸٫۳۸	۰٫۰۰	۱۰۰٫۰۰
شیره و قرص	۲	۷	۰	۴	۰	۱۳
	۱۵٫۳۸	۵۳٫۸۵	۰٫۰۰	۳۰٫۷۷	۰٫۰۰	۱۰۰٫۰۰

ادامه جدول شماره ۲۶

کل	اولین ماده					ماده مخدر
	سایر موارد	الکل	هروئین	تریاک	حشیش	
۴۳	۰	۱۱	۴	۱۸	۱۰	دو ماده
۱۰۰۰۰۰	۰	۲۵۰۵۸	۹۳۰	۴۱۸۶	۲۳۰۲۶	
۶	۰	۱	۰	۱	۴	سه ماده و
۱۰۰۰۰۰	۰	۱۶۶۷	۰	۱۶۶۷	۶۶۶۷	بیشتر
۴۳۵	۲	۸۳	۱۳	۲۶۰	۷۷	کل
۱۰۰۰۰۰	۰۴۶	۱۹۰۸	۲۹۹	۵۹۷۷	۱۷۷۰	

$$Pr = ۰.۰۴۷$$

جدول شماره ۲۷: توزیع فراوانی و فراوانی اولین مکانی که ماده مخدر مورد استفاده قرار گرفته است در معتادین مراجعه کننده به مرکز درمانی شهید ملت دوست بهزیستی استان تهران بهار

۱۳۷۸

مکان	فراوانی	درصد	تجمعی
مهمانی	۲۰۴	۴۶۹۰	۴۶۹۰
پارک	۱۵	۳۳۴	۵۰۳۴
مدرسه	۳۸	۸۷۴	۵۹۰۸
کوچه و خیابان	۶۳	۱۴۲۸	۷۳۵۶
سایر موارد	۱۱۵	۲۶۴۴	۱۰۰۰۰
کل	۴۳۵	۱۰۰۰۰	

جدول شماره ۲۸: توزیع فراوانی و فراوانی نسبی اولین مکانی که ماده مخدر مورد استفاده قرار گرفته است برحسب ماده مخدر مصرفی در معتادین مراجعه کننده به مرکز درمانی ملت دوست بهزیستی استان تهران بهار ۱۳۷۸

اولین مکان

ماده مخدر	مهمانی	پارک	مدرسه	کوچه و خیابان	سایر موارد	کل
تریاک	۱۴۶	۱۰	۲۳	۴۵	۷۵	۲۹۹
	۴۸۸۳	۳۳۴	۷۶۹	۱۵۰۵	۲۵۰۸	۱۰۰۰۰۰
هروئین	۲۹	۲	۱۱	۷	۲۵	۷۴
	۳۹۱۹	۲۷۰	۱۴۸۶	۹۴۶	۳۳۷۸	۱۰۰۰۰۰
شیره و قرص	۵	۱	۱	۲	۴	۱۳
	۳۸۴۶	۷۶۹	۷۶۹	۱۵۳۸	۳۰۷۷	۱۰۰۰۰۰
دو ماده	۲۳	۲	۲	۸	۸	۴۳
	۵۳۴۹	۴۶۵	۴۶۵	۱۸۶۰	۱۸۶۰	۱۰۰۰۰۰
سه ماده و بیشتر	۱	۰	۱	۱	۳	۶
	۱۶۶۷	۰	۱۶۶۷	۱۶۶۷	۵۰۰۰	۱۰۰۰۰۰
کل	۲۰۴	۱۵	۳۸	۶۳	۱۱۵	۴۳۵
	۴۶۹۰	۳۴۵	۸۷۴	۱۴۴۸	۲۶۴۴	۱۰۰۰۰۰

$$Pr = ۰.۰۳۱$$

جدول شماره ۲۹: توزیع فراوانی و فراوانی سابقه اعتیاد در خانواده در معتادین مراجعه کننده به مرکز درمانی ملت دوست بهزیستی استان تهران بهار ۱۳۷۸

سابقه اعتیاد در خانواده	فراوانی	درصد	تجمعی
بلی	۱۱۵	۲۶.۵۰	۲۶.۵۰
خیر	۳۲۰	۷۳.۵۰	۱۰۰.۰۰
کل	۴۳۵	۱۰۰.۰۰	

جدول شماره ۳۰: توزیع فراوانی و فراوانی نسبی سابقه اعتیاد در خانواده برحسب ماده مخدر مصرفی در معتادین مراجعه کننده به مرکز درمانی ملت دوست بهزیستی استان تهران بهار ۱۳۷۸

ماده مخدر	سابقه اعتیاد در خانواده		کل
	خیر	بلی	
تریاک	۲۱۹	۷۹	۲۹۸
	۷۳٫۴۹	۲۶٫۵۱	۱۰۰٫۰۰
هروئین	۵۲	۲۲	۷۴
	۷۰٫۲۷	۲۹٫۷۳	۱۰۰٫۰۰
شیره و قرص	۱۰	۳	۱۳
	۷۶٫۹۲	۲۳٫۰۸	۱۰۰٫۰۰
دو ماده	۳۳	۱۰	۴۳
	۷۶٫۷۴	۲۳٫۲۶	۱۰۰٫۰۰
سه ماده و بیشتر	۵	۱	۶
	۸۳٫۳۳	۱۶٫۶۷	۱۰۰٫۰۰
کل	۳۲۹	۱۱۵	۴۴۵
	۷۳٫۵۰	۲۶٫۵۰	۱۰۰٫۰۰

Pr = ۰٫۹۰۲

جدول شماره ۳۱: توزیع فراوانی و فراوانی نسبی سابقه ترک در معتادین مراجعه کننده در مرکز درمانی شهید ملت دوست بهزیستی استان تهران بهار ۱۳۷۸

سابقه ترک	فراوانی	درصد	تجمعی
بلی	۳۴۸	۸۰٫۰۰	۸۰٫۰۰
خیر	۸۷	۲۰٫۰۰	۱۰۰٫۰۰
کل	۴۳۵	۱۰۰٫۰۰	

جدول شماره ۳۲: توزیع فراوانی و فراوانی نسبی سابقه ترک برحسب ماده مخدر مصرفی در معتادین مراجعه کننده به مرکز درمانی شهید ملت دوست بهزیستی استان تهران بهار ۱۳۷۸

کل	سابقه ترک		ماده مخدر
	خیر	بلی	
۲۹۹	۶۵	۲۳۴	تریاک
۱۰۰٫۰۰۰	۲۱٫۷۴	۷۸٫۲۶	
۷۴	۱۰	۶۴	هروئین
۱۰۰٫۰۰۰	۱۳٫۵۱	۸۶٫۴۹	
۱۳	۴	۹	شیره و قرص
۱۰۰٫۰۰۰	۳٫۰۷۷	۶۹٫۲۳	
۴۳	۵	۳۸	دو ماده
۱۰۰٫۰۰۰	۱۱٫۶۳	۸۸٫۳۷	
۶	۳	۳	سه ماده و بیشتر
۱۰۰٫۰۰۰	۵٫۰۰۰	۵٫۰۰۰	
۴۳۵	۸۷	۳۴۸	کل
۱۰۰٫۰۰۰	۲۰٫۰۰۰	۸۰٫۰۰۰	

$$Pr = ۰٫۰۶۹$$

جدول شماره ۳۳: توزیع فراوانی و فراوانی روش ترک در معتادین مراجعه کننده به مرکز درمانی شهید ملت دوست بهزیستی استان تهران بهار ۱۳۷۸

تجمعی	درصد	فراوانی	روش ترک
۱۸۶۲	۱۸٫۶۲	۸۱	بخش خصوصی
۲۰۴۶	۱٫۸۴	۸	مراکز درمان دولتی
۲۶۴۴	۵٫۹۸	۲۶	اقامت در بازپروری
۳۷۲۴	۱۰٫۸۰	۴۷	اقامت در اردوگاه
۸۰۰۰	۴۲٫۷۶	۱۸۶	شخصاً
۱۰۰۰۰	۲۰٫۰۰	۸۷	هیچکدام
	۱۰۰٫۰۰	۴۳۵	کل

جدول شماره ۳۴: توزیع فراوانی و فراوانی نسبی روش ترک برحسب نوع ماده مخدر مصرفی در معناتدین مراجعه کننده به مرکز درمانی شهید ملت دوست بهزیستی استان تهران بهار ۱۳۷۸

کل	روش ترک				ماده مخدر		
	هیچکدام	شخصاً	اقامت در اردوگاه	اقامت در بازپروری		مراکز درمانی دولتی	بخش خصوصی
۲۹۹	۶۵	۱۳۸	۱۷	۱۴	۴	۶۱	تریاک
۱۰۰۰۰۰	۲۱٫۷۴	۴۶٫۱۵	۵٫۶۹	۴٫۶۸	۱٫۳۴	۲۰٫۴۰	
۷۴	۱۰	۲۲	۲۰	۹	۳	۱۰	هروئین ۱
۱۰۰۰۰۰	۱۳٫۵۱	۲۶٫۷۳	۲۷٫۰۳	۱۲٫۱۶	۴٫۰۵	۱۳٫۵۱	
۱۳	۴	۶	۰	۰	۱	۲	شیره و قرص
۱۰۰۰۰۰	۳۰٫۷۷	۴۶٫۱۵	۰٫۰۰	۰٫۰۰	۷٫۶۹	۱۵٫۳۸	
۴۳	۵	۱۹	۸	۳	۰	۸	دو ماده
۱۰۰۰۰۰	۱۱٫۶۳	۴۴٫۱۹	۱۸٫۶۰	۶٫۹۸	۰٫۰۰	۱۸٫۶۰	
۶	۳	۱	۲	۰	۰	۰	سه ماده و بیشتر
۱۰۰۰۰۰	۵۰٫۰۰	۱۶٫۶۷	۳۳٫۳۳	۰٫۰۰	۰٫۰۰	۰٫۰۰	
۴۳۵	۸۷	۱۸۶	۴۷	۲۶	۸	۸۱	کل
۱۰۰۰۰۰	۲۰٫۵۰	۴۲٫۷۶	۱۰٫۸۰	۵٫۹۸	۱٫۸۴	۱۸٫۶۲	

$$Pr = ۰٫۰۰۰۰$$

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

بحث و نتیجه گیری

در این تحقیق ۴۳۵ نفر معتاد مورد بررسی قرار گرفته‌اند که نتایج حاصله به شرح ذیل می‌باشد.

تریاک	۲۹۹ نفر	۶۸٫۷۴٪
هروئین	۷۴ نفر	۱۷٫۰۱٪
دو ماده مخدر	۴۳ نفر	۹٫۸۹٪
سایر موارد (شیره، قرص)	۱۳ نفر	۲٫۹۹٪
سه ماده و بیشتر	۶ نفر	۱٫۳۸٪

بیشترین درصد مراجعین تریاکی هستند و سپس درصد هروئینی‌ها از بقیه بیشتر است، این آمار با آمار ستاد مبارزه با مواد مخدر تقریباً یکی است (تریاک ۶۹٪ و هروئین ۱۷٪) نکته حائز اهمیت در این مورد این است که

۱- در بین مراجعین به این مرکز هیچ فردی به خاطر ترک حشیش تنها مراجعه کند وجود ندارد. چند علت می‌تواند داشته باشد اولاً: حشیش وابستگی جسمانی ندارد و تنها وابستگی روانی دارد دوماً: افراد معتاد و خیلی از افراد عادی جامعه استفاده از حشیش را اعتیاد نمی‌دانند که نیاز به ترک داشته باشد و سوماً خیلی از افرادی که حشیش استفاده می‌کنند و به این مرکز مراجعه کرده‌اند همزمان یک ماده دیگر را نیز استفاده می‌کنند چهارماً خیلی از افرادی که حشیش استفاده می‌کنند بعد از مدتی رو به مواد دیگر می‌آورند.

۲- در بین مراجعین به این مرکز هیچ فردی که به خاطر ترک الکل تنها مراجعه کرده باشد وجود نداشت. علل آن موارد زیر می‌تواند باشد اولاً: به خاطر منع شرعی افراد الکلیک کم هستند دوماً: خیلی از افراد الکل را به عنوان اعتیاد نمی‌دانند و جهت مشاوره و درمان مراجعه نمی‌کنند سوماً: چون الکل حرام است افراد الکلی به خاطر انجام فعل حرام احساس خطر می‌کنند و چهارماً: چون پس از ترک الکل در خیلی از موارد علائم تشنجی با تیپ تونیک کلاسیک، کلیشه‌ای و منتشر همچنین لرزش (که معمولاً shakes یا Jitters نامیده می‌شود) ۸-۶ ساعت پس از ترک مشاهده می‌شود کمتر به صورت سرپایی درمان انجام می‌پذیرد (کاری که در این مرکز درمانی انجام می‌شود). وجود هیپوگلیسمی، هیپوناترمی و هیپومگنزی در افرادی که سابقه سوء مصرف طولانی الکل دارند دیده می‌شود و هر سه مورد فوق با تشنج ارتباط دارد.

سن:

تریاک: از ۲۹۹ نفر افراد تریاکی جمعیت مورد مطالعه به ترتیب

۳۱-۴۰ سال	۳۶٫۱۲٪	۱۰۸ نفر
۲۱-۳۰ سال	۲۸٫۷۶٪	۸۶ نفر
۴۱-۵۰ سال	۲۳٫۰۸٪	۶۹ نفر
۵۱ سال و بیشتر	۹٫۷٪	۲۹ نفر
۲۰ سال و کمتر	۲٫۳۴٪	۷ نفر

هستند. در گزارشهای آماری ستاد مبارزه با مواد مخدر که در دسترس بود تنها آمار مراجعه کنندگان به مراکز بازپروری و خودمعرف وجود داشت که بیشترین درصد مراجعه کنندگان به مراکز بازپروری و خودمعرف در گروه سنی ۲۹-۲۵ سال بوده است.

با توجه به آمار ارائه شده در بالا: بیشترین تعداد در گروه سنی ۳۱-۴۰ و سپس ۲۱-۳۰ سال تریاکی هستند و کمترین ۲۰-۱۵، ۲۰-۱۵ سال می‌باشد. عوامل زیر در این مورد دخیل است (۱) با توجه به دسترس بودن تریاک در جامعه ما و لزوم شرایط خاص جهت استعمال آن گروه

افراد میانسال امکانات بیشتری جهت استعمال این ماده داشته‌اند.
 (۲) گروه‌های سنی کوچکتر نظیر افراد زیر ۲۰ سال به جهت آنکه لزوم به مخفی‌کاری بیشتری دارند لذا به دنبال تریاک نمی‌روند و یا اگر بروند بیشتر به صورت خوراکی استفاده می‌کنند.
 ۵ نفر = ۵۰ سال و بیشتر = ۲۰ سال و کمتر

۲۷ نفر	۳۱-۴۰ سال
۲۲ نفر	۲۱-۳۰ سال
۱۷ نفر	۴۱-۵۰ سال

هرئین: در مورد هرئین نیز بیشترین تعداد در گروه سنی ۳۱-۴۰ سال (۳۶٪) و ۲۱-۳۰ سال (۲۹٪) بوده است. نکته قابل توجه در مورد هرئین اینکه در گروه سنی ۲۰ سال و کمتر نسبت به تریاک در همین گروه سنی تعداد را شامل می‌شود (هرئین ۵۴٪، تریاک ۲۳٪) که با توجه به دلایل فوق‌الذکر قابل توضیح است. از طرف دیگر در گروه سنی بزرگسال (۵۰ سال و بیشتر) نیز این آمار به صورت (هرئین ۵۴٪، تریاک ۹۷٪) می‌باشد که نشان می‌دهد تعداد هرئینی‌ها نسبت به تریاکی در گروه خود کمتر می‌باشد که علت آن می‌تواند:

(۱) افرادی که هرئین استفاده می‌کنند معمولاً به سنین بزرگسالی نمی‌رسند و معمولاً از بیماریها و عوارض جانبی مصرف هرئین فوت می‌کنند.

سایر موارد (شیره، قرص و دیگر ترکیبات): در این گروه نیز بیشترین تعداد مربوط به گروه سنی ۳۰-۴۰ سال می‌باشد (۳۸٪) و در گروه‌های سنی بالاتر درصد آن نسبت به گروه‌های پایین‌تر بیشتر است. و این نیز بدین علت است که چون استعمال شیره نظیر تریاک امکانات خاصی را می‌طلبد با توجه به سن افراد و بالاتر که این امکانات را دارند بیشتر دیده می‌شود. علی‌رغم اینکه از نظر کلی مصرف شیره و قرص و دیگر ترکیبات غیر معمول در جامعه ایران نسبت به تریاک و هرئین کمتر است.

در مورد دو ماده و سه ماده و بیشتر نیز همین‌الگو وجود دارد، Pr در این حالت ۰۰۷۰ است.

جنس:

از مجموع ۴۳۵ نفر مورد بررسی ۴۱۹ نفر ۹۶٫۳۲٪ مرد و ۱۶ نفر ۳٫۶۸٪ زن هستند که با آمار ستاد مبارزه با مواد مخدر در مورد افراد مراجعه کننده به مراکز بازپروری (که در حال حاضر تعطیل هستند) تقریباً هم خوانی دارد. ۹۸٪ مرد، ۲٪ زن که این می تواند بدین علل باشد:

(۱) با توجه به بافت اجتماعی ایران و نظام مردسالاری مردها بیشتر به سمت اعتیاد گرایش می یابند تا زنها و زنها معمولاً بیشتر مسئولیتهای خانوادگی دارند تا مردها.

(۲) عموماً زنهای معتاد ترجیح می دهند بدون مراجعه به مراکز مشاوره ای و در بعضی از موارد با مراجعه به پزشکان خصوصی مبادرت به ترک نمایند و از مطرح کردن اعتیاد خود بیشتر از مرداه واهمه دارند.

با توجه به تعداد اندک خانمها و داشتن صفر در جدول و $Pr = ۰٫۰۶۷$ گروه بندی جدیدی به صورت زیر طراحی گردید.

کل	ماده مخدر		جنس
	۲	۱	
۴۱۹	۱۲۲	۲۹۷	مرد
۹۶٫۳۲	۹۹	۹۷٫۱۹	
۱۶	۱	۱۵	زن
۳٫۶۸	۰٫۸۱	۴٫۸۱	
۴۳۵	۱۲۳	۳۱۲	کل
۱۰۰٫۰۰۰	۱۰۰٫۰۰۰	۱۰۰٫۰۰۰	

$$Pr = ۰٫۰۴۶$$

۱ = تریاک + سایر موارد $fisher = ۰٫۰۴۹$

۲ = هروئین + دو ماده + سه ماده و بیشتر

علت این انتخاب بدین صورت بود که: عموماً افرادی که هرئین استفاده می‌کنند و آنهایی که دو ماده و سه ماده استفاده می‌کنند در شرایط وخیم‌تری نسبت به گروه تریاکی‌ها و سایر موارد هستند لذا آنها در یک گروه قرار گرفتند و گروه تریاکی‌ها و سایر موارد در یک گروه قرار گرفتند.

محل سکونت:

در مورد محل سکونت افراد به دو صورت مورد تجزیه قرار گرفت:

(۱) از نظر شهر و روستا

(۲) از نظر استان محل سکونت (برای هر استان یک کد در نظر گرفته شد)

با توجه به اینکه اکثر مراجعین در استان تهران قرار داشتند و آنالیز آماری آن دچار مشکل می‌گردید به دو گروه استان تهران و غیر استان تهران تقسیم گردید.

الف: شهر و روستا: (۹۳٪/۹۷-۴۲۶ نفر) در شهر ساکن بودند و (۷٪/۲۰۹-۹ نفر) در روستا ساکن بودند علل آن می‌تواند به شرح زیر باشد.

(۱) درصد جمعیت روستایی که از نظر امکانات این مرکز مشاوره‌ای استفاده می‌کنند به خاطر بعد مسافت و عدم آگاهی مناسب کمتر از افراد شهری است.

(۲) مرکز فوق در مرکز تهران قرار دارد لذا افراد شهری به این مرکز بیشتر مراجعه می‌کنند.

(۳) اعتیاد در مناطق روستایی ایران کمتر از مناطق شهری می‌باشد.

با توجه به جدول توزیع فراوانی محل سکونت به ماده مخدر نشان می‌دهد مصرف دو یا سه ماده در مناطق روستایی کمتر از مناطق شهری است. با توجه به وجود صفر در جدول و $Pr = 0.012$ جدولی به صورت زیر طراحی گردید که این جدول نیز معنی دار نبود.

کل	ماده مخدر		محل سکونت
	۲	۱	
۴۲۶	۱۲۱	۳۰۵	شهر
۹۷,۹۳	۹۸,۳۷	۹۷,۷۶	
۹	۲	۷	روستا
۲,۰۷	۱,۶۳	۲,۲۴	
۴۳۵	۱۲۳	۳۱۲	کل
۱۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰	

$Pr = ۰.۰۶۴۸$ = ۱ = تریاک + سایر موارد

$fisher = ۱.۰۰۰$ = ۲ = هروئین + دو ماده + سه ماده و بیشتر

ب: تهران و غیر از تهران: (۳۲٪ - ۴۱۹ نفر) تهران، (۳۶۸٪ - ۱۶ نفر) غیر از تهران
جدولی نظیر جدول بالا طراحی گردید که مجدداً ارتباط معنی داری بین ماده مخدر مصرفی محل سکونت وجود نداشت.

کل	ماده مخدر		محل سکونت
	۲	۱	
۴۱۹	۱۲۰	۲۹۹	استان تهران
۹۶,۳۲	۹۷,۵۶	۹۵,۸۳	
۱۶	۳	۱۳	غیر از استان تهران
۳,۶۸	۲,۴۴	۴,۱۷	
۴۳۵	۱۲۳	۳۱۲	کل
۱۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰	

$Pr = ۰.۰۳۸۹$

محل تولد:

الف: شهر و روستا

بیشترین درصد مراجعین (۸۸٫۷۴٪ - ۳۸۶ نفر) متولد مناطق شهری و (۱۱٫۲۶٪ - ۴۹ نفر) در مناطق روستایی به دنیا آمده بودند با مقایسه محل سکونت (شهر و روستا) نشان می‌دهد که افرادی که در مناطق روستایی به دنیا می‌آیند و در همان مناطق زندگی می‌کنند نسبت به افرادی که در مناطق روستایی به دنیا می‌آیند ولی به مناطق شهری مهاجرت می‌کنند کمتر اعتیاد به مواد مخدر پیدا می‌کنند. (۲۰۷٪ محل سکونت روستا، ۱۱٫۲۶٪ محل تولد روستا) در کتاب کاپلان اشاره به این شده است که در افراد مهاجر درصد اعتیاد نسبت به افراد بومی بیشتر است.

از طرف دیگر در مناطق روستایی استعمال تریاک بیشتر از هروئین است (۱۲٫۰۴٪ تریاک - ۹۴۶٪ هروئین) و برعکس در مناطق شهری درصد استفاده‌کنندگان هروئین به تریاک بیشتر است (۹۰۵۴٪ هروئین در مقابل ۸۷٫۹۶٪ تریاک)

بنابراین نتیجه می‌گیریم در روستاها بیشتر تریاک استفاده می‌شود تا هروئین و این نیز مربوط می‌شود به (۱) در دسترس بودن هروئین در شهرها (۲) عدم آشنایی و یا عدم مقبولیت هروئین در روستاها

ب: تهران و غیر از تهران

(۶۹٫۸۹٪ - ۳۰۴ نفر) متولد استان تهران و (۳۰٫۱۱٪ - ۱۳۱ نفر) متولد غیر از استان تهران هستند با مقایسه بین محل سکونت و محل تولد نشان می‌دهد متولدین استان تهران نسبت به افرادی که در استان تهران زندگی می‌کنند کمتر معتاد هستند (۹۶٫۳۲٪ محل سکونت تهران در مقابل ۶۹٫۸۹٪ محل تولد تهران) به عبارت دیگر اعتیاد در مهاجرین به استان تهران نسبت به افرادی که در استان تهران به دنیا آمده است بیشتر است.

شغل:

۲۵۷ نفر = شغل آزاد	۱ نفر = دانش‌آموز و دانشجو
۱۰۹ نفر = بیکار	۹ نفر = خانه‌دار
۲۶ نفر = سایر موارد	۳۳ نفر = کارمند دولت

بیشترین درصد معتادان هروئینی و تریاکی به ترتیب در مشاغل آزاد و بیکاران مشاهده می‌شود که این می‌تواند مربوط باشد به

- چون در این دو گروه هیچ سیستم کنترلی وجود ندارد درصد معتادین بیشتر است.
- در مورد بیکاران بیشتر گرایش به هروئین وجود دارد تا تریاک (۳۳٫۷۸٪ در مقابل ۲۲٫۷۴٪) و این نیز شاید مربوط به این است که امید به زندگی در بیکاران کمتر از مشاغل آزاد است و سرکار داشتن این افراد با اقبال بی‌هویت جامعه بیشتر است.

تحصیلات:

۱۹ نفر = بیسواد	۱۰۵ نفر = ابتدایی	۱۸۶ = سیکل و راهنمایی
۱۰۴ نفر = دیپلم و فوق دیپلم	۲۱ نفر = لیسانس و بالاتر	

از نظر تحصیلات بیشترین درصد تریاکی‌ها در افراد سیکل و راهنمایی (۴۱٫۴۷٪ سپس ابتدایی و دیپلم و فوق دیپلم نیز در یک سطح (حدوداً ۲۴٪) هستند این ارتباط در مورد هروئینی‌ها نیز تقریباً به همین صورت است. با اندکی تفاوت هروئینی‌ها در سیکل و راهنمایی (۴۷٫۳۰٪) می‌باشد.

نکته مهم اینکه افراد گروه بیسواد بیشتر گرایش به تریاک دارند تا هروئین (۵٫۶۹٪ در مقابل صفر درصد) علت می‌تواند: عموماً افرادی که هروئین استفاده می‌کنند عموماً قبل از آن مواد دیگری نظیر تریاک استفاده کرده‌اند. در افراد بی‌سواد به خاطر سطح فرهنگی دنبال تنوع کمتری برای لذت بردن هستند نسبت به افراد باسوادتر.

وضعیت تأهل:

بیشترین درصد معتادین (۳۱۰ نفر - ۷۱٫۲۶٪) متأهل، (۱۰۳ نفر - ۲۳٫۶۸٪) مجرد است این نشان می‌دهد ازدواج عامل بازدارنده از اعتیاد نیست چه بسا خیلی از افراد پس از ازدواج به سوی مواد مخدر کشیده می‌شوند.

۷۶٫۹۲٪ تریاکی‌ها متأهل هستند ۱۷٫۰۶٪ مجرد هستند از طرف دیگر ۵۴٫۰۵٪ هروئینی‌ها متأهل هستند و ۴۰٫۵۴٪ مجرد هستند. پس نشان می‌دهد درصد هروئینی‌ها مجرد بیشتر از تریاکی‌ها مجرد هستند علت آن می‌تواند:

(۱) افرادی که هروئین می‌کشند به علت شرایط اجتماعی و اقتصادی که پیدا می‌کنند تمایل به ازدواج کمتر پیدا می‌کنند.

(۲) با توجه به اینکه هروئین متأسفانه عوارض جانبی بسیاری اعم از روانی، جسمانی و جنسی دارد و در تحقیقی که انجام شده است سطح تستوسترون سرم این افراد کمتر از افراد عادی است تمایلی به زندگی زناشویی ندارند.

درآمد:

با توجه به جدول فراوانی درآمد معتادین بیشترین درصد معتادین (۴۷٫۸۲٪ - ۲۰۸ نفر) درآمد کمتر یا مساوی چهار هزار تومان دارند از طرف دیگر بعد از این گروه بیشترین درصد معتادین درآمد بالای هشتاد هزار تومان (۲۲٫۷۶٪ - ۹۹ نفر) پس نتیجه می‌گیریم اعتیاد در افرادی که درآمد متوسط نسبت به این دو گروه دارند کمتر دیده می‌شود که چند علت می‌تواند داشته باشد.

(۱) افرادی که معتاد می‌شوند چون نمی‌توانند از نظر شغلی با توجه به اعتیاد موفق باشند بنابراین از نظر سطح درآمد نزول پیدا می‌کنند.

(۲) افرادی که درآمد پایین دارند با توجه به مشاغلی که دارند با افراد قاچاق‌فروش و بی‌هویت بیشتر تماس دارند.

(۳) از طرف دیگر در افرادی که درآمد زیادتری دارند چون مایحتاج اولیه خود را می‌توانند تأمین کنند تنوع طلب هستند و به همین علت به سمت اعتیاد گرایش پیدا می‌کنند.

با توجه به توزیع فراوانی نسبی درآمد به مواد مخدر مشاهده می‌کنیم که بیشترین درصد ۲ تریاکی‌ها در گروه (کمتر یا مساوی ۴۰۰۰۰ تومان) قرار دارند (۴۵٫۸۲٪) در مورد هروئینی‌ها نیز همین نکته صادق است (۵۵٫۴۱٪) در حالی که بیشترین درصد در گروه بعدی تریاکی‌ها: (۲۳٫۷۵٪) در افراد با درآمد بالا (بالا تر از ۸۰۰۰۰ هزار تومان) قرار دارند که در مورد هروئینی‌ها این حالت برای گروه با درآمد (۶۰۰۰۰ - ۴۰۰۰۰) مشاهده می‌شود (۲۵٫۶۸٪) پس نتیجه می‌گیریم تریاکی‌ها بعد از افراد کم درآمد افرادی که درآمدهای بسیار بالاتر را دارند درگیر هستند و افراد با درآمد متوسط را کمتر آلوده می‌کند، در حالی که هروئین بعد از افراد کم درآمد، افرادی که درآمد متوسطی دارند آلوده می‌کنند.

علت می‌تواند:

- ۱) افراد تریاکی که وضع اقتصادی خوبی دارند با توجه به اعتیاد سبکتر تریاک نسبت به هروئین می‌توانند از نظر کاری و فعالیتهای اقتصادی موفق باشند.
- ۲) با توجه به بار اقتصادی که مصرف هروئین به افراد تحمیل می‌کند و متأسفانه معتادین به هروئین امید به زندگی را از دست می‌دهند لذا کمتر دنبال گسترش فعالیتهای اقتصادی هستند.

مصرف سیگار در گذشته:

با توجه به جدول توزیع فراوانی سیگار در گذشته بیشترین درصد افراد (۷۸٫۸۵٪، ۳۴۳ نفر) سیگاری نبوده‌اند در مقابل (۲۱٫۱۵٪، ۹۲ نفر) سیگاری بوده‌اند. بنابراین ارتباط معنی‌داری بین مصرف سیگار در گذشته با اعتیاد وجود ندارد.

با توجه به جدول توزیع فراوانی نسبی مصرف سیگار در گذشته با ماده مخدر مصرفی: بیشترین درصد افراد تریاکی قبلاً سیگاری نبوده‌اند (۷۸٫۶۰٪) همین مورد در مورد هروئینی‌ها نیز صادق است با اندکی درصد بیشتر (۸۶٫۴۹٪).

مصرف سیگار در حال حاضر:

با توجه به جدول توزیع فراوانی مصرف سیگار در حال حاضر (۹۵٫۱۷٪ - ۴۱۴ نفر) سیگاری

هستند در مقابل (۲۱ نفر - ۴۸۳٪ سیگاری نیستند).

با توجه به جدول توزیع فراوانی نسبی مصرف سیگار در حال حاضر و ماده مخدر مصرفی تمام هروئینی‌ها سیگاری هستند در حالیکه ۶۰۲٪ تریاکی‌ها اصلاً سیگار نمی‌کشند علت می‌تواند:

- (۱) افراد هروئینی جهت استعمال هروئین به سیگار خالی شده از توتون نیاز دارند در حالیکه افراد تریاکی جهت استعمال اصلاً نیازی به سیگار جهت استعمال ندارند.
- (۲) افراد هروئینی متأسفانه اکثراً تمامی مواد اعتیادآور رایج را امتحان کرده‌اند در حالی‌که تریاکی‌ها هنوز این‌گونه نیستند.

«اولین ماده مخدری که استفاده کرده‌اند»

۷۷ نفر = حشیش ۲۶۰ نفر = تریاک ۱۳ نفر = هروئین

۸۳ نفر = الکل ۲ نفر = سایر موارد

با توجه به جدول توزیع فراوانی اولین ماده مخدری که استفاده کرده‌اند بیشترین درصد افراد برای اولین بار تریاک استفاده کرده‌اند. (۵۹٫۷۷٪) سپس الکل (۱۹٫۰۸٪) سپس حشیش (۱۷٫۷۰٪) این می‌تواند بدان علت باشد:

- (۱) تریاک نسبت به بقیه مواد مخدر در دسترس تر است.
- (۲) الکل با توجه به منع شرعی که دارد افراد کمتر از تریاک برای اولین بار به آن گرایش می‌یابند.

با توجه به جدول توزیع فراوانی نسبی اولین ماده مصرفی و ماده مخدر: تریاکی‌ها اولین ماده مخدر مصرفی تریاک بوده است با ۶۷٫۸۹٪ سپس الکل با ۱۵٫۳۸٪ و بعد از آن حشیش با ۱۴٫۷۲٪ در حالیکه در مورد هروئینی‌ها این حالت اندکی تفاوت می‌کند: اول: تریاک با ۴۱٫۸۹٪، دوم: الکل با ۲۸٫۳۸٪، سوم: حشیش با ۲۲٫۹۷٪ پس نتیجه می‌گیریم: هروئینی‌ها بیشتر از تریاکی‌ها برای اولین بار گرایش به الکل و حشیش داشته‌اند این می‌تواند به علت:

- (۱) تریاکی‌ها از نظر رعایت مسائل شرعی نسبت به هروئینی‌ها خود را مقیدتر می‌دانسته‌اند.
- (۲) تریاک عموماً در دسترس بوده است ولی هروئینی‌ها با توجه به سنگینی اعتیاد به هروئین تنوع بیشتری را رعایت کرده‌اند.

اولین مکان مصرف:

با توجه به توزیع فراوانی مشاهده می‌شود بیشترین درصد معتادین برای اولین بار در مهمانی ماده مخدر مصرف کرده‌اند. (۴۶٫۹۰٪ - ۲۰۴ نفر) سپس سایر موارد (۲۶٫۴۴٪ - ۱۱۵ نفر) بعد از آن محل کار (۱۴٫۴۸٪ - ۶۳ نفر) بنابراین با توجه به داده‌های فوق مشاهده می‌کنیم که میهمانیها و متأسفانه مکانهای آلوده‌ای جهت استعمال مواد مخدر هستند، در مورد سایر موارد: حالاتی بوده است که یا فرد معتاد به یاد نمی‌آورده که اولین بار کجا استفاده کرده است (با توجه به فراموشی که زاییده اعتیاد است) و یا نمی‌خواهد ابراز کند که در چه مکانی استفاده کرده است. محل‌های کار نیز متأسفانه مکانهای آلوده‌ای هستند علت می‌تواند:

- (۱) در میهمانیها متأسفانه با شرایط خاصی که حاکم است و افراد همفکر و معمولاً هم‌سن و سال شرکت می‌کنند فضایی فراهم می‌شود که افراد راحت‌تر می‌توانند مواد استعمال کنند.
 - (۲) محل‌های کار نیز با توجه به اینکه بیشترین درصد مراجعین دارای مشاغل آزاد هستند و در این مکانها معمولاً کنترل خاصی اعمال نمی‌شود متأسفانه استعمال مواد مخدر شیوع دارد.
- با توجه به جدول توزیع فراوانی نسبی مشاهده می‌شود که هروئینی‌ها اولین بار مصرف مواد را بعد از میهمانی و سایر موارد در کوچه و خیابان (۱۴٫۸۶٪) استعمال کرده‌اند. علت می‌تواند:
- (۱) هروئینی‌ها از اقشار ولگردتر و بی‌هویت‌تر اجتماع هستند چرا که در مکانهای شلوغ نظیر کوچه و خیابان نیز برای اولین بار مبادرت به استعمال مواد مخدر کرده‌اند.
 - در مورد الکل نیز، بیشترین درصد افراد ابتدا در میهمانی (۳۸٫۴۶٪) سپس در سایر موارد (۳۰٫۷۷٪) و بعد از آن در محل کار بوده است. و این نیز می‌تواند به علت منع شرعی الکل در جامعه باشد و همچنین منع خرید و فروش آزاد مشروبات الکلی.

سابقه اعتیاد در خانواده:

با توجه به جدول توزیع فراوانی مشاهده می‌شود بیشترین درصد افراد قبلاً فرد معتاد در خانواده‌شان نداشته‌اند (۷۳٫۵۰٪ - ۳۲۰ نفر) در مقابل افرادی که فرد معتاد داشته‌اند (۲۶٫۵۰٪ - ۱۱۵ نفر) بنابراین این مطلب می‌تواند زنگ خطری باشد مبنی بر اینکه علی‌رغم اینکه افراد کسی در خانواده‌شان معتاد نبوده است که از او یاد گرفته باشند (تقلید و یادگیری) خودشان گرایش به اعتیاد پیدا کرده‌اند.

سابقه ترک:

با توجه به جدول توزیع فراوانی مشخص می‌شود (۸۰٪ - ۳۴۸ نفر) از معتادین سابقه ترک اعتیاد داشته‌اند در مقابل (۲۰٪ - ۸۷ نفر) سابقه ترک نداشته‌اند و این نشان می‌دهد که متأسفانه علی‌رغم اینکه افراد با روشهای مختلف اعتیاد خود را ترک می‌کنند ولی مجدداً به استعمال مواد مخدر روی می‌آورند. این می‌تواند:

(۱) به علت شخصیت فرد معتاد و شرایط اقتصادی، اجتماعی و خانوادگی که پس از اعتیاد پیدا می‌کند ارتباط داشته باشد.

(۲) در دسترس بودن ماده مخدر ارتباط داشته باشد.

با توجه به جدول توزیع فراوانی نسبی مشاهده می‌شود که افرادی که دو ماده مخدر استفاده می‌کنند بیشتر از بقیه معتادین به مواد مخدر سابقه ترک دارند (۸۸٫۳۷٪) بعد از آنها هروئینی‌ها هستند (۸۶٫۴۹٪) و بعد از آن تریاکی‌ها هستند (۷۸٫۲۶٪).

این می‌تواند بدان علت باشد:

(۱) افرادی که دو ماده و یا هروئینی‌ها متأسفانه با نوع اعتیادی که دارند قادر به ترک نیستند در مقابل تریاکی‌ها بهتر می‌توانند ترک کنند.

(۲) امید به زندگی در نزد معتادین هروئینی و دو ماده نسبت به تریاکی‌ها کمتر است.

روش ترک:

با توجه به جدول توزیع فراوانی بیشترین درصد افراد (۴۲٫۷۶٪ - ۱۸۶ نفر) شخصاً اقدام به ترک کرده‌اند (هیچکدام مربوط به افرادی است که اصلاً سابقه ترک نداشته‌اند، بعد از آن افرادی بوده‌اند که به بخش خصوصی مراجعه کرده‌اند (۱۸٫۶۲٪ - ۸۱ نفر) و کمترین آن مربوط به مراکز دولتی است این نشان می‌دهد که اولاً معتادین ترجیح می‌دهند بدون اینکه کسی متوجه شود اعتیاد خود را ترک کنند. و باز نشان می‌دهد که معتادین تمایل ندارند به مراکز دولتی اعم از مشاوره و درمان و بازپروری و یا زندان مراجعه کنند.

این نیز می‌تواند به علت: قبح و زشتی اعتیاد دارد که افراد ترجیح می‌دهد آن را فاش نکنند. با توجه به جدول توزیع فراوانی نسبی روش ترک و ماده مخدر مصرفی نشان می‌دهد. در مورد تریاکی‌ها: کمتر از بقیه اعتیادها ترک می‌کنند، کمتر گرفتار قانون می‌شوند و کارشان به زندان و اردوگاه اجباری می‌کشیده است.

در مورد هروئینی‌ها: بیشتر از بقیه معتادین گرفتار قانون می‌شوند و نسبت به بقیه بیشتر از امکانات دولتی جهت ترک استفاده می‌برند.

این می‌تواند به علت نوع اعتیادی که دارند و فنوتیپ ظاهری که پیدا می‌کنند مأمورین دولتی را به سوی خود جلب کنند و یا خانواده‌ها با توجه به عوارض زیاد مصرف هروئین این افراد را به مراکز دولتی معرفی می‌کنند.

پیشنهاد:

با توجه به اینکه بیشترین درصد اعتیاد به مواد مخدر مربوط به تریاکی‌ها و هروئینی‌ها می‌باشد روشهای پیشگیری و مبارزه با مواد مخدر باید با تأکید بیشتر روی این دو ماده و ترکیبات آنها نظیر مورفین، شیره تریاک صورت گیرد.

با توجه به یافته‌های این تحقیق موارد زیر پیشنهاد می‌شود.

(۱) با توجه به اینکه بیشترین تعداد معتادین در گروه سنی ۲۰-۴۰ سال می‌باشند و این افراد جزء نیروهای مولد جامعه می‌باشند آموزشها و روشهای پیشگیری از سنین مدرسه باید شروع

شود و کماکان تا سنین بزرگسالی ادامه یابد.

(۲) بنابر یافته‌های تحقیق فوق متأسفانه مصرف هروئین در سنین نوجوانی نسبت به تریاک بیشتر است باید روشهایی طراحی گردد که از گسترش مصرف هروئین که متأسفانه اعتیاد خطرناکتری نسبت به بقیه موارد است جلوگیری گردد که این عمل می‌تواند با تبلیغات همه‌جانبه در سطح مدارس کشور و رادیو تلویزیون صورت گیرد، از طرف دیگر تحقیقات وسیعتری در مورد راههای جلوگیری از گسترش مصرف هروئین باید انجام گیرد.

(۳) با عنایت به اینکه بیشترین تعداد معتادین را مردها تشکیل می‌دهد عموماً روی این جنس باید تحقیق بیشتری در مورد گرایش به اعتیاد صورت گیرد، از طرف دیگر مراکزی طراحی گردد که خانمهای معتاد راحت‌تر بتوانند جهت استفاده از امکانات مشاوره و درمان مراجعه کنند.

(۴) با توجه به اینکه اعتیاد در مهاجرین بین استانها به تهران همچنین افرادی که در روستا متولد شده‌اند و به شهر مهاجرت کرده‌اند بیشتر است. امکانات اجتماعی و معیشتی بهتری در روستاها و استانهای عقب‌افتاده ایجاد شود تا از مهاجرت این افراد کاسته گردد.

(۵) با توجه به اینکه خوشبختانه هنوز اعتیاد به هروئین نظیر تریاک در جامعه روستایی گسترش نیافته است در مناطق شهری سیاستهای کلی بیشتر بر روی عدم گسترش هروئین و در روستاها عدم گسترش تریاک متمرکز گردد.

(۶) با توجه به اینکه اعتیاد در مشاغل آزاد و افراد بیکار بیشتر از بقیه موارد است اولاً سیستمهای کنترلی در رابطه با مشاغل آزاد نظیر بازدیدهای ماهیانه و در صورت اعتیاد عدم ارائه امکانات دولتی به آنها صورت گیرد و در مورد بیکاران ادارات کاریابی و سازمانهای مربوطه تمهیدات متناسب‌تری جهت آنها مهیا نمایند.

(۷) با توجه به اینکه در افراد لیسانس و بالاتر اعتیاد به مواد مخدر کمتر است در صورت لزوم امکان فراهم آوردن تحصیلات دانشگاهی می‌تواند از گسترش اعتیاد جلوگیری کند.

(۸) متأسفانه ازدواج عامل بازدارنده اعتیاد نیست و خیلی از افراد پس از ازدواج به دنبال استعمال مواد مخدر می‌روند. نکته حائز اهمیت اینکه مجردهای هروئینی درصد بیشتری نسبت به مجردهای تریاکی در گروه همسان تشکیل می‌دهند. بنابراین برای عدم گسترش مخصوصاً

هروئین امکانات ازدواج فراهم گردد.

۹) اعتیاد در طبقات متوسط جامعه کمتر از بقیه طبقات با درآمدهای بالا و پایین وجود دارد بنابراین سیاستهای کلان جامعه باید به گونه‌ای برنامه‌ریزی گردد که تقویت‌کننده طبقات متوسط جامعه باشد و به تعبیری از سیاستهایی پرهیز شود که بعضی از افراد جامعه درآمدهای کلان و بعضی دیگر حتی امکان زندگی روزمره را نداشته باشند.

۱۰) تمامی افراد مورد مطالعه که هروئینی بوده‌اند سیگار می‌کشند و این نشان می‌دهد ارتباط معنی‌داری بین مصرف هروئین و سیگار وجود دارد. بنابراین تحقیق مناسبی جهت ارتباط بین مصرف سیگار و هروئین لازم است که انجام شود.

۱۱) با توجه به اینکه هروئینی‌ها بیش از تریاکی‌ها برای اولین بار گرایش به الکل و حشیش داشته‌اند بهتر است تحقیقی در این مورد صورت گیرد که چرا افراد هروئینی بیش از بقیه معتادین به این مواد گرایش پیدا می‌کنند.

۱۲) متأسفانه افراد هروئینی مورد تحقیق بیشتر از بقیه معتادین برای اولین بار در کوچه و خیابان مبادرت به استعمال مواد مخدر کرده‌اند لازم است مأمورین انتظامی با عناصر ولگرد در معابر عمومی و پارکها برخورد جدی‌تری داشته باشند.

۱۳) با توجه به اینکه ۸۰٪ معتادین سابقه ترک داشته‌اند پیشنهاد می‌شود سیاستهای کلان کشور در امر مبارزه با اعتیاد بیشتر به پیشگیری عنایت داشته باشند چرا که متأسفانه درصد معتادینی که قادر به ترک هستند اندک می‌باشند.

۱۴) با توجه به اینکه بیشترین درصد افراد شخصاً اقدام به ترک کرده‌اند توصیه می‌شود مراکز مشاوره و درمان بیشتری که در رابطه با معتادین فعالیت می‌کنند تأسیس گردد و روشی فراهم آید که معتادین راحت‌تر و بدون منعی به این مراکز مراجعه و اقدام به ترک کنند.

فصل ششم : منابع

- ✓ (۱) پور افکاری نصرت... ترجمه چکیده روانپزشکی بالینی تألیف هارولد کاپلان بنیامین سادوک تهران، انتشارات آزاده ۱۳۷۵.
- ✓ (۲) مهریار جزایری ۱۳۷۷ چاپ اول (اعتیاد، پیشگیری و درمان) ایران - تبریز ناشر روان پویا تبریز - روان پویا - فصل دوم.
- ✓ (۳) فرمانداری شهرستان تبریز - خرداد ۱۳۷۸، (مجموعه مقالات سمینار بررسی مسائل مربوط به اعتیاد جوانان)، ایران - تبریز، ناشر فرمانداری شهرستان تبریز.
- ✓ (۴) اسعدی سید حسین، زمستان ۱۳۷۶، (دو مشکل مهم جهانی)، تهران مرکز نشر سپهر.
- ✓ (۵) میرحسینی حمید و همکاران، بررسی میزان آگاهی معتادین مواد مخدر تزریقی در مورد بیماریهای منتقله از راه خون نظیر هیپاتیت B و ایدز و عوامل مؤثر بر آن در مرکز بازپروری قرچک ورامین، دوره دکتری پزشکی عمومی دانشکده پزشکی دانشگاه تهران ۱۳۷۷.
- ✓ (۶) نویدی کاشانی، ۱۳۷۶، بررسی میزان شیوع سوء مصرف مواد در آنترنهای مذکر دانشگاه علوم پزشکی تهران، پاییز ۷۶
- ✓ (۷) اداره کل آمار و رایانه، بهار ۱۳۷۸، تهران (گزارش آماری سال ۱۳۷۷ و ۲۰ سال بعد از پیروزی انقلاب اسلامی).

فصل هفتم : ضمائم – نمونه پرسشنامه

پرسشنامه

- ۱- سن: ○○
- ۲- جنس:
- ۱- مذکر ○ ۲- مؤنث ○
- ۳- محل سکونت دائمی:
- ۱- شهر ○ ۲- روستا ○
- استان محل سکونت با ذکر نام ○○ استان کد
- ۴- محل تولد:
- ۱- شهر ○ ۲- روستا ○
- استان محل تولد با ذکر نام ○○ استان کد
- ۵- شغل شما چیست؟
- ۱- دانش آموز و دانشجو ○ ۲- خانه دار ○ ۳- کارمند دولت ○
- ۴- آزاد ○ ۵- بیکار ○ ۶- سایر موارد ○
- ۶- میزان تحصیلات شما چقدر است؟
- ۱- بیسواد ○ ۲- ابتدایی ○ ۳- سیکل یا راهنمایی ○
- ۴- دیپلم و فوق دیپلم ○ ۵- لیسانس و بالاتر ○
- ۷- وضعیت تأهل شما چگونه است؟
- ۱- مجرد ○ ۲- متأهل ○
- ۳- مطلقه ○ ۴- سایر موارد ○

۸- میزان کل درآمد ماهانه شما به طور متوسط چقدر است؟ (واحد اندازه گیری تومان)

۱- کمتر یا مساوی ۴۰۰۰۰۰ ۲- ۴۰۰۰۱-۶۰۰۰۰۰

۳- ۶۰۰۰۱-۸۰۰۰۰۰ ۴- بیشتر از ۸۰۰۰۰۰

۹- سابقه مصرف سیگار در گذشته:

۱- بلی ۲- خیر

۱۰- مصرف سیگار در حال حاضر:

۱- بلی ۲- خیر

۱۱- در حال حاضر از چه ماده یا موادی استفاده می کنید؟

۱- حشیش ۲- تریاک ۳- هروئین

۴- الکل ۵- سایر موارد ۶- دو ماده

۷- سه ماده و بیشتر

۱۲- اولین ماده ای را که مصرف کردید چه بود؟

۱- حشیش ۲- تریاک ۳- هروئین ۴- الکل ۵- سایر موارد

۱۳- اولین بار مصرف مواد را در چه موقعیتی شروع کردید؟

۱- مهمانی ۲- پارک ۳- مدرسه

۴- کوچه و خیابان ۵- محل کار ۶- سایر موارد

۱۴- آیا قبل از اینکه مصرف مواد (غیر از الکل و سیگار) را شروع کنید در خانواده تان کسی

ماده مخدري مصرف می کرده است؟

۱۵- آیا تا به حال مصرف مواد را ترک کرده اید؟

۱- بلی ۲- خیر

۱۶- تا به حال چگونه مصرف مواد را ترک کرده اید؟

۱- بخش خصوصی ۲- مراکز درمان دولتی

۳- با اقامت در مراکز بازپروری ۴- با اقامت در اردوگاهها یا زندان

۵- شخصاً ۶- هیچکدام