

فصل اول:

بیان مسئله:

اعتیاد پدیده ای است که از زمان های دور در جوامع بشری وجود داشته است. در حال حاضر نیز با وجود پیشرفت های علمی و افزایش غیرقابل تردید سطح شعور و آگاهی مردم، همچنان در حال گسترش می باشد و هرساله افراد زیادی را به کام خود می کشد. اعتیاد تنها جنبه فردی ندارد، بلکه یک آسیب اجتماعی محسوب می شود و علاوه بر تهدید سلامت جسم و روان افراد بر جنبه های اجتماعی و اقتصادی جامعه نیز اثرات زیان آور و غیرقابل جبرانی وارد می سازد (عصاریان، ۱۳۸۳).

آمار و ارقام مطرح شده توسط سازمان های بین المللی به خوبی ابعاد این مشکل را نشان می دهد. برای مثال: بر آورد محافظه کارانه برنامه بین المللی کنترل مصرف مواد سازمان ملل متحد (UNIDCP)^۱، ۲۰۰۱ به نقل از آما^۲ و همکاران، (۲۰۰۵) ۸۰ میلیون نفر در سراسر جهان به طور مداوم مصرف کننده هروئین و مواد افیون گونه دیگر گزارش شده است. در واقع اعتیاد به موادمخدر و سوء مصرف مواد به صورت یک معضل اجتماعی، روانی و بهداشتی درآمده است که کشورهای مختلف و جوامع انسانی را به شدت تهدید می کند. روند رو به گسترش اعتیاد، بنیادهای جوامع را در ابعاد گوناگون اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی تحت تأثیر قرار داده است.

تجربه کشورهایی که در امر مبارزه با مواد مخدر موفق بوده اند، نشان می دهد این موفقیتها مستلزم شناخت علمی جمعیت معتادان و استفاده از آن در امر پیشگیری اولیه و ثانویه با توجه به متغیرهای بومی و منطقه ای بوده است (کورنر و نوردویک^۳، ۲۰۰۷).

سیاستگذاران عرصه اعتیاد برای روزآمد 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، اطلاعات و آگاهی روزآمد از روند تغییرات پدیده اعتیاد در

^۱ United Nations International Drug Control Program

^۲ Amato

^۳ Kornor & Nordvik

طول زمان است. تغییر الگوی مصرف و خصوصیات افراد مصرف کننده، از جمله این تغییرات است که بدون علم به آنها سیاستگذاری در حوزه‌های پیشگیری و درمان امکان پذیر نخواهد بود. لذا لازم است با جمع آوری و تحلیل اطلاعات به شکلی سریع، موجز و کاربردی، تصویری از پدیده اعتیاد را در هر مقطع ثبت کرد تا از کنار هم قرار دادن این تصاویر، بتوان تحولات پدیده را نیز شناسایی و احتمالاً پیش‌بینی کرد.

ضرورت پژوهش

در زمان ما مسئله مواد مخدر شکل مخاطره آمیز و کاملاً پیچیده ای به خود گرفته و در عین حال گسترش جهانی یافته است. اعتیاد به مواد مخدر علاوه بر زیانهای جدی و خطرناک جسمی از قبیل ابتلا به بیماریهای عفونی واگیردار همچون ایدز، هپاتیت و سل، عوارض و مشکلات عدیده اجتماعی و اقتصادی از قبیل افزایش جرمهای مرتبط با مواد مخدر همچون جنایت و سرقت، فقر و تکدی گری، هدر رفتن سرمایه های کلان مادی کشورها را نیز بدنبال داشته است. کشور ما دارای جمعیتی جوان است. بیش از ۵۰٪ جمعیت کشور در سنین زیر ۲۰ سال بوده و ۶۲٪ از این جمعیت در شهرها ساکن بوده و از هر چهار نفر ایرانی یک نفر در معرض مهاجرت قرار دارد. موقعیت استراتژیک ایران و قرارگیری آن در کنار کشورهایی هم چون افغانستان و پاکستان که جزو تولید کنندگان عمده مواد مخدر هستند، از طرفی یک مسیر مناسب جهت قاچاق مواد مخدر فراهم ساخته و از سوی دیگر بر بازار مصرف داخلی آن تأثیر مستقیم دارد (میراحمدی زاده، ۱۳۸۷).

اعتیاد به عنوان یک آسیب و معضل اجتماعی بهداشتی اقتصادی و فرهنگی با پیچیدگیهای خاص خود حاکمیت ملی امنیت و استقلال کشور ما را تحت تاثیر قرار داده است با توجه به مسائل جنبی آن میتوان ادعا نمود که ارزشهای انسانی و اسلامی و نیز هویت ملی ما در معرض خطر و آسیب این آفت بزرگ قرار گرفته است.

با عنایت به اینکه طی دو دهه گذشته بواسطه عدم نگاه متوازن و یکسان در زمینه مقابله با عرضه و پیشگیری از مصرف مواد مخدر شاهد غفلت از ابعاد پیشگیرانه در کشور بوده‌ایم لذا پیشگیری اولیه از مصرف مواد مخدر بعنوان استراتژی برتر طی سالهای اخیر با هدف حفاظت از اقشار سالم جامعه و مصون ماندن آنان در مقابل تهدیدات و آسیبهای ناشی از تولید - توزیع و مصرف، با اصلاح روشها و مهندسی مجدد اجتماعی و فرهنگی و ایجاد تحول وسیع و پردامنه در راستای فرهنگ سازی عمومی تعیین گردیده و با سیاست‌گذاری،

برنامه‌ریزی، هماهنگی، نظارت، کنترل و ارزشیابی توسط اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر و با بهره‌گیری از کلیه منابع و امکانات و کمک و مشارکت دستگاههای عضو و مرتبط با ستاد، از سال ۱۳۸۱ تا کنون اقدامات درخور توجهی بصورت نظام‌مند و منسجم به مرحله اجرا گذاشته است (میراحمدی زاده، ۱۳۸۷).

اما بدیهی است که شناسایی دامنه بروز و شیوع سوء مصرف مواد و وابستگی مواد، اولین و مهمترین گام در کنترل و پیشگیری از آن است. اجرای هر برنامه پیشگیری به شناخت دقیق منطقه، بررسی کامل وضعیت بهداشتی و روان شناختی و بررسی‌های همه‌گیرشناسی بستگی دارد تا به این وسیله عوامل موثر بر مصرف مواد آشکار شود. به عنوان مثال، باید شایع ترین نوع ماده مصرف و گروه سنی افراد در معرض خطر، موقعیت‌ها و محل‌های مصرف، باورهای نادرست و عوامل مخاطره آمیز، امکانات و منابع موجود را شناخت و براساس آن مدل فعالیت‌های پیشگیری را تعیین نمود. تحقیقات نشان داده اند که نمی‌توان یک روش واحد را به عنوان بهترین روش برای همه افراد و گروه‌ها انتخاب نمود. بهره گیری از استراتژی‌های مختلف برای تاثیر بر شیوع اعتیاد ضروری است زیرا عوامل متفاوتی در ایجاد اعتیاد موثرند.

اغلب سوء مصرف کنندگان مواد را نمی‌توان به سادگی شناخت؛ مخصوصاً آنهایی را که در مراحل اولیه هستند. چرا که تظاهرات روانشناختی، اجتماعی و جسمانی آنان بسیار گسترده است و به طور خاصی وابستگی به ماده یا مواد مورد سوء مصرف؛ دفعات مصرف و سایر عوامل از قبیل سن و سلامت جسمانی مصرف کننده دارد (کلمنتس^۴، ۲۰۰۲).

الگوی مصرف مواد و عوامل مرتبط با آن بسیار متنوع بوده و از منطقه به منطقه دیگر و در بین مناطق و گروه‌های اجتماعی مختلف فرق می کند. نحوه پاسخدهی به مشکلات مربوط به سوء مصرف نیز متفاوت است و تحت تأثیر عوامل اجتماعی، فرهنگی، سیاسی، مذهبی و اقتصادی قرار می گیرد. نوع نگرش به سلامت عمومی جامعه و ابزارها و روش های ارائه مداخلات در این زمینه نیز می تواند بسیار متفاوت باشد و مداخلاتی که در یک منطقه بسیار کارآمد هستند، ممکن است در منطقه دیگر بی فایده باشند. بنابراین، قبل از هر گونه مداخله و تغییر در سیاست ها موارد ذیل ضروری به نظر می رسد:

▪ درک ماهیت مشکل مواد و عوامل مؤثر بر آن

^۴ Clements

- درک پیامدهای گوناگون سلامت و عوامل وابسته به آن
 - تعیین منابعی که می توانند برای پاسخ به مشکل مواد در جامعه در دسترس قرار گیرند
 - تعیین مداخلاتی که از لحاظ اجتماعی، فرهنگی، مذهبی، سیاسی و اقتصادی مناسب باشند.
- ارزیابی های سریع می توانند به سیاست گذاران کمک کنند تا در مورد نوع مداخلات لازم که باید طراحی و اجرا شوند، تصمیم های صحیحی اتخاذ نمایند. درواقع ارزیابی سریع:
- به تشخیص متناسب بودن مداخلات پیشنهادی کمک می کنند؛
 - موانع احتمالی در راه اجرای مداخلات را تعیین می کنند؛ و
 - امکان پذیری عملیاتی شدن مداخلات را می سنجند؛
- این تلویحات در مواردی است که ارزیابی سریع به منظور تشخیص تناسب و لزوم نوعی مداخلات پیشنهادی خاص بکارگرفته می شوند. اما خود ارزیابی سریع نیز می تواند در یک نقش پژوهشی به کمک جوامع و سیاست گذاران آمده و ضمن آنکه آنها را از چگونگی وضعیت موجود مطلع می سازد، نوع و چگونگی مداخلاتی که باید بکار گرفته شوند را نیز تعیین کند.
- منظور ما نیز از ارزیابی سریع وضعیت سوءمصرف و وابستگی به مواد که می باید هر سال یک بار انجام شود، چنین کاری است. باید توجه داشت که ارزیابی سریع وضعیت سوءمصرف مواد تنها یکی از روشهای جمع آوری اطلاعات است که برای شناسایی پدیده های پنهان نظیر اعتیاد، طراحی و بررسی مفید بودن مداخلات مورد نیاز آن صورت می گیرد. اما تحلیل وضعیت با هر روشی که انجام شود، در نهایت باید قادر باشد توصیفی از وضعیت اعتیاد را در اختیار مسؤولین و سیاستگذاران کشور در حوزه مواد مخدر قرار دهد تا آنها بتوانند براساس وضعیت کنونی و تغییراتی که در روند وضعیت مصرف مواد در کشور رخ داده است، به طراحی مداخلات مناسب بپردازند.

اهداف مطالعه:

هدف کلی این مطالعه عبارت است:

"بررسی وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد اعتیادآور در ایران".

و برخی از مهمترین اهداف اختصاصی مطالعه حاضر عبارتند از:

- ۱- کسب اطلاعات روزآمد در مورد ویژگیهای افراد سوء مصرف کننده و وابسته به مواد در ایران
- ۲- تخمین تعداد افراد معتاد در کشور
- ۳- شناخت الگوی مصرف مواد (نوع ماده، روش مصرف، و...) (
- ۴- شناخت عوامل مرتبط با آغاز و تداوم مصرف مواد در ایران
- ۵- شناخت وضعیت درمان معتادان ایرانی
- ۶- شناخت وضعیت بیماریهای ایدز و هپاتیت در بین معتادان ایرانی
- ۷- شناخت رفتارهای پرخطر در میان معتادان ایرانی (تزریق مواد، روابط جنسی و...) (
- ۸- شناخت وضعیت ارتکاب جرم در میان معتادان ایرانی
- ۹- تعیین میزان هزینه های صورت گرفته توسط معتادان در الگوی رایج مصرف در کشور

سوالات مطالعه

- ۱- مشخصات جمعیت شناختی مصرف کنندگان مواد در ایران چیست ؟
- ۲- الگوی مصرف مواد در ایران چگونه است ؟
- ۳- تعداد تخمینی معتادان کشور چند نفر است؟
- ۴- عوامل موثر در شروع و تداوم مصرف مواد در مناطق مختلف ایران کدامند؟
- ۵- وضعیت بیماری ایدز و هپاتیت در معتادان تزریقی ایران چگونه است ؟
- ۶- اهم اقدامات درمانی ، نگهداری و زیانکاهی در زمینه مصرف مواد در ایران کدام است ؟
- ۷- وضعیت ارتکاب به جرم در میان مصرف کنندگان مواد در ایران چگونه است؟
- ۸- وضعیت درمان وابستگی در معتادان ایران چگونه است؟
- ۹- میانگین هزینه های مصرف مواد و درمان اعتیاد در معتادان کشور چقدر است؟

فصل دوم:

مقدمه:

در بررسی تاریخ، بشری را نمی توان یافت که با مسائل مربوط به مواد مخدر دست به گریبان نبوده و شاید بتوان گفت مواد مخدر همزاد با بشر در این جهان یافت شده و تا زمانی که انسان در این عرصه وجود دارد آن نیز پا بر جاست. مسائل مربوط به مواد مخدر تازگی نداشته و اثرات آن نیز همواره در سرنوشت ملتها و اقوام قابل جستجو است. در کتب تاریخی ایران و حتی در کتاب قانون ابن سینا از اثرات این مواد نامبرده شده است. اما بیشتر گزارشها در مورد مواد مخدر مربوط به زمان صفویه و سپس قاجاریه تا عصر کنونی است، همراه با فراز و نشیبهای این دوران اشاعه مصرف مواد افیونی مورد توجه بوده است. البته قوانین مربوط به یکصد سال پیش در مورد محدود نمودن مصرف مواد نیز یافت میشود. در این بخش به اختصار به مرور پیشینه تحقیقی متناسب با مطالعه حاضر و ادبیات تحقیق پرداخته می شود.

مروری بر پیدایش و کاربرد روش ارزیابی سریع

اصطلاح "ارزیابی سریع" اولین بار در حوزه مراقبتهای اولیه بهداشتی و کشاورزی به کار رفت و به روشهایی اشاره داشت که می توانستند به سرعت اطلاعات فرهنگی، اجتماعی و مؤسسه ای را به منظور ارزیابی نیازها و طراحی برنامه ها و سیاست های جدید جمع آوری کنند (اگبرن^۵، ۲۰۰۶).

ظهور روشهای ارزیابی سریع بر پایه دیدمان (پارادایم) کارکردگرا و تحولات جدید آن بوده است. پایه های نظری دیگر این روش مطالعه، کنش متقابل نمادین، پدیده شناسی، و روش شناسی مردمی است. "گروان" (۱۹۹۹) ذکر می کند خطای کاپیتالیسم و سوسیالیسم در جهت تغییر شکل دادن زندگی فقرا مبنای نیاز به دیدمان های جایگزین برای فهم جامعه و مشکلات آن و بستر بالقوه تغییرات آن قرار گرفت.

تمام کارگزاریهای (آژانسهای) ملل متحد که در حوزه گسترش وتوسعه 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

^۵ Ogbern

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 برنامه های خدمات رسانی تمرکز شود، تا مبنایی برای سنجش و 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 عرصه (فیلد) طراحی شد و در سال ۱۹۸۶ تعدیلهایی روی آن انجام شد و برای مراقبت های اولیه بهداشتی واژه اختصاری ارزیابی سریع را به خود گرفت. از سال ۱۹۸۰ در مراکز و گروه های توسعه، این روش ها جایگاه بین المللی پیدا کرد و سازمان های جهانی نیز از آن استفاده و حمایت گسترده ای کردند تا جایی که این مدل ارزیابی کاربرد های نوینی پیدا کرد. طی دو دهه گذشته این رویکردها در طیف وسیعی از حوزه های مختلف شامل تغذیه، سلامت روان، بهداشت باروری، HIV و ایدز و سوءمصرف مواد به کارگرفته شده است.

ارزیابی سریع ترکیبی از داده های کمی و کیفی موجود را بکارمی گیرد تا ضمن محدودیت های زمانی و منابع، تصویری از مسائل موجود از قبیل سوءمصرف مواد ارائه دهد. سپس داده های جمع آوری شده با استفاده از روشهای آماری از لحاظ ثبات، پایایی و قابلیت اعتماد مورد ارزیابی قرار می گیرند. ارزیابی سریع صرفاً به جمع آوری داده ها و تجزیه و تحلیل کمی و کیفی آنها محدود نمی شود، بلکه هدف اصلی آن فراهم آوردن اطلاعات لازم برای طراحی مداخلات بهینه و منطبق با شرایط موجود می باشد.

اهمیت ارتباط میان ارزیابی سریع و طراحی مداخلات و برنامه ها را می توان در بکارگیری روزافزون عبارت "ارزیابی سریع و پاسخ" (RAR)^۶ در بسیاری از نوشته ها ردیابی نمود. این ارتباط در اصطلاح (RARE)^۷ که مخفف ارزیابی سریع، پاسخ و ارزیابی می باشد، مورد تأکید بیشتری قرار گرفته است. عبارت RARE

^۶ Rapid Assessment and Response

^۷ Rapid Assessment/ Response and Evaluation

اولین بار توسط دپارتمان سلامت و خدمات انسانی آمریکا^۸ به منظور توصیف ارزیابی و اجرای پروژه های مربوط به مشارکت اجتماع در مقابله با HIV/AIDS مطرح شد.

یکی از نمونه های بارز بکارگیری ارزیابی سریع برای گزارش ملی وضعیت مصرف مواد غیرقانونی، سیستمی است که توسط مرکز ملی تحقیقات مواد و الکل^۹ در سیدنی استرالیا برقرار شده است. این سیستم هر ساله قیمت، درجه خلوص، دسترسی پذیری و الگوهای مصرف مواد را ارزیابی کرده و هشدارهایی از روندهای نوپدید در بازار مواد ارائه می دهد. جوع آوری اطلاعات در این سیستم از سه منبع صورت می گیرد:

۱- یک زمینه یابی کمی از مصرف کنندگان تزریقی که به عنوان گروهی برای کشف روندهای جدید در مصرف مواد محسوب می شوند؛

۲- یک زمینه یابی کیفی از کارشناسان و افراد کلیدی که در حوزه مواد کار می کنند؛ و

۳- ترکیبی از شاخص ها و اسناد موجود مانند میزان کشف و ضبط مواد، درجه خلوص مواد ضبط شده، تعداد افراد دستگیر شده در رابطه با مواد و غیره.

مرکز ملی تحقیقات مواد و الکل استرالیا همچنین روشهای مشابهی را برای پایش روند مصرف اسکیسی و سایر مواد مشابه بکار می گیرد و راه اندازی پروژه هایی در حوزه های شیوع مصرف مواد، بیماریها، درمان، مرگ و میر و جرائم مرتبط با مواد را برعهده می گیرد (وینسنت^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۰).

ارزیابی ملی تهدید مواد^{۱۱} به صورت سالیانه که توسط مرکز ملی اطلاعات مواد در سیستم قضایی آمریکا انجام می شود، نیز یکی دیگر از موارد کاربرد ارزیابی سریع می باشد. این ارزیابی برپایه تحلیل اطلاعات اجرای قوانین و داده های مربوط به سلامت عمومی که توسط بیش از ۳۴۰۰ دفتر اطلاعات قانونی محلی و ایالتی در سراسر آمریکا جمع آوری می شوند، صورت می گیرد (دفتر کنترل مواد و جرائم ایالات متحده، ۲۰۰۴).

سیستم ارزیابی دفتر سلامت عمومی کانادا برای جمع آموری سریع اطلاعات راجع به رفتارهای پرخطر مصرف کنندگان تزریقی مواد نیز به عنوان شیوه دیگری از ارزیابی سریع قابل ذکر می باشد. روندها و گرایشات

^۸ U.S. Department of Health and Human Services

^۹ National Drug and Alcohol Research Centre

^{۱۰} Vincent

^{۱۱} National Drug Threat Assessment

رفتاری که توسط این سیستم کشف می شوند، در ترکیب با سایر داده ها برای ارزیابی سیاست های پیشگیرانه ملی، منطقه ای و محلی استفاده می شوند (دفتر سلامت عمومی کانادا^{۱۲}، ۲۰۰۴).

مروری بر تحقیقات پیشین

اولین گزارشی که از مصرف مواد در ایران به چاپ رسیده است نیز مربوط به قرن ۱۷ میلادی میباشد، ولی اولین آمار رسمی مکتوب به تعداد مصرف کنندگان در ایران مربوط به سال ۱۹۴۸ میلادی است که تعداد معتادان به تریاک را ۱/۲۵۰/۰۰۰ نفر از کل جمعیت ۱۴/۰۰۰/۰۰۰ نفر ذکر کرده اند (Razzaghi/ ۱۹۹۸). در سال ۱۹۴۹ تعداد معتادان به تریاک را ۱۱٪ از کل بزرگسالان معادل ۱/۳۰۰/۰۰۰ تخمین زدند، در سال ۱۹۵۵ اولین قانون منع مصرف تریاک از طرف دولت وقت وضع شد. (Reid/ ۲۰۰۲) شواهد تاریخی مربوط به دوره قاجار از شیوه مصرف تریاک به ویژه به صورت بلعیدن و گاهی هم به صورت دود کردن در میان طبقات مختلف جامعه ایران حکایت دارد. به طوری که دیگر این عمل جنبه اشرافی خود را از دست داده بود. در این دوره منبع اصلی تامین حشیش افغانستان بود و پس از جدا شدن هرات از ایران و پناهنده شدن عده ای از افغانی های هراتی به تهران خرید و فروش و مصرف آن در این شهر افزایش پیدا کرده بود.

در اواخر قرن نوزدهم ایران توانست اجازه صدور تریاک به هندوستان را از دولت انگلیس بگیرد به طوری که ایران در آن زمان یکی از اعضای بسیار فعال تجارت جهانی تریاک محسوب می شد. قسمت زیادی از تریاک تولیدی در داخل کشور مصرف می شد و وابستگی شدید اقتصاد کشور به ارز حاصل از صادرات تریاک امکان مبارزه با کشت و سوء مصرف این ماده را غیرممکن می کرد. شروع عرضه هروئین در ایران از دهه ۶۰ قرن بیستم میلادی بود (Mokri/ ۲۰۰۲).

اولین قانون رسمی ممنوعیت مصرف در سال ۱۲۹۰ در قانون تحدید تریاک به تصویب رسید. برای معتادان کارت سهمیه صادر شده و برای تریاک مصرفی آن ها مالیات در نظر گرفته شده بود. با تصویب این قانون نه تنها تقاضا برای تریاک کاهش پیدا نکرد بلکه تهیه و فروش غیرقانونی و قاچاق تریاک هم رواج یافت

^{۱۲} Public Health Agency of Canada

که قاچاقچیان در مقابل صادرات تریاک، مرفین و مواد دیگر وارد کشور می کردند به همین خاطر در سال ۱۳۰۱ قانون منع واردات مواد مخدر به ایران به تصویب رسید.

به دلیل فشارهای بین المللی در سال ۱۳۰۷ قانون جدید انحصار دولتی تریاک از تصویب مجلس شورای ملی گذشت و براساس آن کشت خشخاش تنها تحت نظارت دولت مجاز بود و دولت مکلف بود به تدریج اراضی زیرکشت را کاهش دهد. با وجود تصویب این قانون و تا ۱۰ سال بعد مساحت اراضی زیرکشت تقریباً یک و نیم برابر شد و مقدار تریاک صادراتی رسمی از ۲۹۱/۵ تن در سال ۱۳۰۷، به ۴۴۳/۳ تن در سال ۱۳۱۷ افزایش یافت زیرا وابستگی دولت به درآمد ناشی از تریاک موجب نادیده گرفتن اهداف قانون می شد. در فضای باز بعد از جنگ جهانی دوم، فشارهای داخلی بر دولت و مجلس برای مبارزه با مواد مخدر قوت گرفت. بر اثر این فشار کمیسیون مبارزه با تریاک و الکل در وزارت بهداشتی تشکیل شد.

از سال ۱۹۶۹ دولت اجازه کشت محدود خشخاش را صادر کرد و از همان موقع نظام توزیع کوپن تریاک برای معتادین بالای ۶۰ سال شروع شد. در سال ۱۹۷۲ جمعیت معتاد کشور را ۴۰۰۰۰۰ نفر و مصرف کننده تریاک را ۱۵۰۰۰۰ نفر تخمین زدند، ولی در سال ۱۹۷۵ تعداد معتادین به هروئین را ۳۰۰۰۰ نفر برآورد شد که تعدادی از آنها هروئین را تزریق می کردند (Moharreri/ ۱۹۷۸) و (Peterson /۱۹۷۸)

به دلیل ناچیز بودن عایدات حاصل از صدور تریاک برای دولت به علت مصرف داخلی و قاچاق مواد به خارج از کشور، قانون منع کشت خشخاش و استعمال تریاک در سال ۱۳۲۴ تصویب شد. در سال ۱۳۲۸ طی کنفرانسی که توسط سازمان ملل برگزار شد اجازه کشت و تولید مجاز تریاک بین کشورهای مختلف تقسیم شد و بیشترین سهم به ترکیه سپس به ایران واگذار شد.

با منع کشت خشخاش برای اولین بار قاچاق مواد مخدر از جمله هروئین و مرفین از خارج به داخل کشور به صورت تجارت سودمندی درآمد و عده زیادی را به خود جلب کرد و موجب افزایش مصرف هروئین در کشور شد. برای مبارزه با این مشکل، قانون تشدید مجازات قاچاقچیان تهیه و تصویب شد که با اجرای آن زندان ها از قاچاقچیان و معتادان پر شد.

با وجود این سخت گیری ها، میزان قاچاق و تعداد معتادان افزایش چشمگیری را نشان داد. براساس گزارش سخنگوی پلیس بین الملل در سال ۱۳۴۷، ایران از لحاظ کشف مواد مخدر در دنیا به مقام اول رسیده بود

زیرا ۸۵ درصد کل افراد دستگیر شده به اتهام حمل هروئین در دنیا و ۳۲ درصد از کل تریاک و ۱۴ درصد از کل هروئین مکشوفه در جهان از ایران گزارش شده بود.

در دهه ۱۳۵۰ مواد مخدر مورد استفاده معتادان ایران، تریاک و شیره بود و مصرف هروئین بیشتر به شیوه تدخین صورت می گرفت.

در خردادماه ۱۳۵۴، آمارهای رسمی ایران از وجود ۱۶۹ هزار و ۵۰۲ معتاد ثبت نام کرده در کشور خبر می داد که افیون مورد نیاز آن ها به ۱۸۰ تن در سال بالغ می شد. تعداد معتادان غیر رسمی نیز بین ۲۰۰ تا ۵۰۰ هزار نفر تخمین زده می شد. در همان دهه و به ویژه پس از افزایش ناگهانی درآمد نفت، مقامات درمانی کشور طرح های جدیدی را برای مراکز درمان و بازپروری معتادان تهیه کردند که مستلزم ایجاد درمانگاه ها و مراکز نگهداری معتادان و درمان با استفاده از متادون بود اما پیش از به اجرا درآمدن این طرح ها، انقلاب به پیروزی رسید و سیاست مبارزه با اعتیاد به طور مجدد، منحصر به مبارزه با قاچاق و کاهش عرضه شد.

بین سالهای ۱۹۷۴ تا ۱۹۷۷ مراکز سرپایی سم زدایی تشکیل و حدود ۳۰۰۰۰ نفر مراجعه کردند. (Spencer/ ۱۹۹۰-۹۱) سپس برای کاهش تعداد مصرف کنندگان قرص های تریاک و متادون را در آن موقع در دسترس قرار دادند (Razzaghi/ ۱۹۹۹) و (Mehryar/ ۱۹۷۸)

در یک بررسی که در سال ۱۹۷۷ در ایران انجام گردید شیوع مصرف مواد را ۲/۵٪ اعلام کردند.

(Aleml/ ۱۹۷۸) و (Siassi I/ ۱۹۸۰a)

پس از پیروزی انقلاب، نگرش نسبت به پدیده اعتیاد منفی شد و اغلب، آن را نوعی رفتار ضد انقلابی تلقی می کردند که توسط ممالک استعمارگر ترویج می شد. بر همین اساس در سال ۱۳۵۹ بعد از تثبیت حکومت جمهوری اسلامی، تولید، نگهداری، حمل و نقل و داد و ستد و مصرف هر گونه مواد غیرقانونی اعلام شد و به معتادان شش ماه فرصت داده شد تا برای ترک اقدام کنند.

همزمان با تصویب لایحه تشدید مجازات مرتکب شدگان جرایم مواد مخدر، ستاد هماهنگی مبارزه با مواد مخدر تاسیس و مجازات های سنگین برای قاچاقچیان و معتادان به اجرا گذاشته شد.

طی این سال ها و تا سال ۱۳۶۲ اردوگاه های معتادان زیر نظر سازمان زندان ها تشکیل شد و معتادان به این اردوگاه ها اعزام می شدند. مسوولیت اداره این اردوگاه ها که بعدا با نام مراکز بازپروری و اردوگاه های کار تغییر نام یافت به عهده کمیته های انقلاب اسلامی بود.

در سال ۱۳۶۲ براساس مصوبه هیات وزیران مراکز بازپروری از کمیته های انقلاب اسلامی به سازمان تازه تاسیس بهزیستی انتقال یافت اما چون این مراکز موظف به پذیرش معتادانی بودند که از طریق دادگاه ها و به اجبار برای ترک اعتیاد اعزام می شدند و چند برابر ظرفیت واقعی را پذیرش کرده و با هزینه بسیار سنگینی روبه رو بودند، پاسخگوی نیازهای درمانی کشور برای معتادان نبودند.

در سال ۱۹۸۷ برنامه درمان نگهدارنده با تریاک شروع شد (Siassi I/ ۱۹۸۰b) که ۹۴٪ از مراجعین تریاک مصرف می کردند ولی ۵۰٪ از کسانی که مراجعه نکرده بودند هروئین مصرف می کردند (Dalvand/ ۱۹۸۴) تا سال ۱۳۶۷ اقدامات انجام شده برای حل مشکلات اعتیاد تنها به فعالیت های مقابله با عرضه اختصاص داشت و بلافاصله پس از پایان جنگ ایران و عراق، مجمع تشخیص مصلحت نظام قانون جدید مبارزه با مواد مخدر را تصویب کرد. براساس این قانون مصرف مواد مخدر جرم تلقی می شد و مهلتی چند ماهه به معتادان داده شد تا نسبت به ترک اعتیاد اقدام کنند. در این قانون به لزوم فراهم کردن امکان ترک اعتیاد درازمدت و اقدامات پیشگیرانه توجهی نشده بود.

طی دهه های ۸۰ و ۹۰ قرن بیستم برخوردهای پلیسی و قضایی با معتادین شدید شد و آنها را به کمپهای نگهداری و یا زندان منتقل میکردند. ولی در اواخر دهه ۹۰ کم کم مراکز سرپایی درمان اعتیاد شکل گرفت و معتاد را به جای مجرم به عنوان بیمار قلمداد نمودند (Razzaghi/ ۱۹۹۹)

در یک دهه گذشته چندین مطالعه بزرگ در باره وضعیت مصرف مواد در ایران انجام شد. از نمونه تحقیقات انجام شده بر اساس ارزیابی سریع می توان به ارزیابی سریع سوءمصرف مواد در سال ۱۹۹۹ اشاره کرد که در این بررسی دفتر کنترل مواد و جرایم سازمان ملل این طرح را در چند کشور مورد نظر از جمله ایران (سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۷۷) و نپال (UNODC/۱۹۹۹) به اجرا گذارد و الگویی از وضعیت مواد در کشورهای فوق به دست آورد. همچنین در سال ۲۰۰۲ سازمان جهانی بهداشت با بهره گیری از روش ارزیابی سریع به بررسی سوءمصرف مواد روانگردان و روابط جنسی پر خطر پرداخت. در سال ۱۹۹۸ سازمان جهانی بهداشت با بررسی وضعیت سوءمصرف تزریقی مواد در دنیا به بررسی جوانب گوناگون این امر به منظور پاسخگویی سریع به نیازهای به دست آمده پرداخت. همچنین این سازمان با بررسی وضعیت روابط جنسی پرخطر در معتادان و سوءمصرف کنندگان 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 مسئولان مورد استقبال قرار گرفت (۲۰۰۴؛ ۲۰۰۳؛ ۲۰۰۱/ UNODC).

از نمونه های مشابه ارزیابی سریع سوءمصرف 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 استانهای کشور به ۱۰ اقلیم با خصوصیات اقتصادی، اجتماعی، و فرهنگی مشابه، مرکز استان مورد نظر انتخاب شد و طرح به صورت بحث گروهی متمرکز و مصاحبه عمیق به اجرا درآمد. در این مطالعه تعداد مصرف کنندگان مواد ۲۰۰۰۰۰۰ نفر که ۱۲۰۰۰۰۰ نفر از آنها را معتاد و ۸۰۰۰۰۰ نفر را مصرف کننده تفننی برآورد کردند. ۱۶٪ حداقل یک بار تزریق مواد مخدر در یک هفته گذشته و ۲۹٪ در طول عمر خود داشته اند. میانگین سن شروع تزریق مواد $26/3 \pm 6/7$ بود. ۸۰٪ از معتادان تزریقی سن شروع تزریق زیر ۳۵ سال داشتند. علت تبدیل تدخین به تزریق را اکثرا ایجاد "تحمل" و نداشتن پول ذکر کردند. ۷۰٪ از معتادان تزریقی به مشترک با سایر معتادان تزریقی مواد مصرف میکردند و ۳۵٪ از آنها سابقه زندانی بودن را میدادند (رزاقی، ۱۳۷۹)

بررسی همه گیرشناسی سوءمصرف مواد در سال ۲۰۰۱ میلادی با حمایت UNODC و همکاری وزارت بهداشت انجام شد که از نمونه ادرار مراجعین به فوریتهای پزشکی را آزمایش اعتیاد انجام گردید. در این مطالعه تعداد مصرف کنندگان مواد ۳۵۰۰۰۰۰ نفر که ۱۱۶۰۰۰۰ نفر از آنها درجاتی از وابستگی را داشتند. تعداد معتادان تزریقی را ۱۳۰۰۰۰ نفر برآورد کردند. در حدود ۲۰٪ از معتادان تزریقی هروئین تزریق میکردند (یاسمی و دیگران، ۱۳۸۱).

یک مطالعه RAR (Rapid Assessment and Response) نیز به صورت چند مرکزی بر روی معتادان تزریقی در سال ۲۰۰۱ میلادی با حمایت سازمان جهانی بهداشت در ۶ منطقه شهر تهران انجام شد. داده ها از مراکز درمان اعتیاد جمع آوری گردید که نمونه ها به تدریج با روش نمونه گیری گلوله برفی جمع آوری شدند و در این تحقیق خصوصیات معتادان تزریقی، دلایل تداوم تزریق، مسمومیت، روند تهیه مواد و آماده سازی آن، روابط نا مشروع و بسیاری نکات دیگر مورد بررسی قرار گرفت (Razzaghi/ ۲۰۰۳)

در سال ۱۳۸۳ یک مطالعه وسیع به روش ارزیابی سریع و به منظور بررسی وضعیت اعتیاد و سوء مصرف مواد در ایران انجام شد. در این مطالعه که توسط مؤسسه داریوش در تمامی ۲۸ استان کشور اجرا گردید اطلاعات موردنیاز با استفاده از روش نمونه گیری گلوله برفی از ۴۹۳۰ معتاد که از مراکز درمان اعتیاد، زندانها، و

معتادان سطح جامعه (که نه در زندان بودند و نه به مراکز درمانی مراجعه کرده بودند) جمع آوری گردید (نارنجی ها و همکاران، ۱۳۸۳). در این مطالعه نیز تعداد معتادان کشور که نیازمند خدمات درمانی هستند بین ۱،۵۰۰،۰۰۰ نفر تا ۱،۸۰۰،۰۰۰ نفر برآورد شدند.

فصل سوم

روش مطالعه

این پژوهش یک تحقیق زمینه یابی (survey) از نوع مقطعی (cross-sectional) می باشد که به منظور ارزیابی وضعیت سوء مصرف مواد در ایران انجام پذیرفته است. در این قبیل مطالعات، اطلاعات مورد نیاز در یک مقطع زمانی خاص از نمونه ای که معرف جامعه آماری مورد نظر باشد، جمع آوری می گردد. همانطور که هدف از سایر تحقیقات زمینه یابی توصیف (description)، تبیین (explanation) و کشف (exploration) پدیده های مورد بررسی می باشد (دلاور، ۱۳۸۰)، در این پژوهش نیز دستیابی به اهداف فوق مدنظر قرار گرفته است.

ارزیابی سریع نوعی روش مطالعه است که بنا بر ماهیت ویژه خود تا حدود زیادی به این خواسته ها جامه

عمل می پوشاند. از خصوصیات این روش می توان به موارد زیر اشاره کرد:

(۱) سرعت بالای 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 و مقرون به صرفه بودن

(۵) بررسی اسناد و مدارک موجود و مستند سازی نیازهای جامعه

(۶) امکان مقایسه در طول زمان برای تحلیل روند

در این روش بر اساس شرایط بومی و ویژه منطقه می توان مدلهای خاصی را برای جمع آوری و ساماندهی اطلاعات طراحی کرد و 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.

در این روش به توصیف یافته های بدست آمده از معتادان پرداخته می شود و منابع تامین این اطلاعات گوناگونند. تئوری اصلی این مدل بر بدست آوردن شاخصهای گوناگون اعتیاد از منابع مختلف، در مدت زمانی

کوتاه و با استفاده از روشهای مختلف کمی و کیفی استوار است. (۵) (۴) (۶)

مناطق مورد مطالعه

با توجه به بومی بودن فرهنگ اعتیاد در استانهای مختلف کشور، ۲۷ استان کشور برای تکمیل اطلاعات پرسشنامه ای انتخاب شدند و مرکز هر استان به عنوان حوزه اصلی نمونه گیری قرار گرفت. در این میان استانهای گلستان، خراسان شمالی و خراسان جنوبی به علت تاخیر در همکاری معاونت پیشگیری بهزیستی استان های مذکور با موسسه داریوش از مطالعه حذف شدند.

حجم نمونه

براساس مدل ارزیابی سریع در صورتی که بتوان با تعداد اندکی از نمونه، 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 سریعی 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 براساس مطالعه ارزیابی سریع وضعیت سوءمصرف مواد در ایران تعداد مورد نیاز این بررسی در کل کشور ۴۵۰۲ نفر برآورد گردید.

$$N = (1/96 * 1/96) (21/5) (78/5) \% 1/44 = 4502$$

در سال ۸۶ به علت آنکه برای آنکه بتوان اطلاعات را بصورت استانی نیز مورد تجزیه و تحلیل قرار داد تعداد نمونه افزایش یافت بطوریکه با حدود ۲۲ درصد سابقه تزریق در طول عمر و اولویت دانستن آن حجم نمونه برای هر استان بدین شکل محاسبه گردید

$$N = (1/65 * 1/65) (0/22) (0/78) \% (0/05 * 0/05) = 187$$

که با در نظر گرفتن ۲۰ درصد ریزش این رقم به ۲۲۵ نفر برای هر استان تغییر می یابد.

$$N = ۱۸۷ * ۱/۲ = ۲۲۵$$

بعد از این مرحله تعداد معتادان بر اساس جمعیت مرکز هر استان درصوبندی 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 که جزئیات این نمونه ها در جدول نمونه های استانی منعکس گردیده است.

جمعیت مورد مطالعه و شیوه نمونه گیری

سه گروه معتادان خیابانی، زندانی و مراجعین به مراکز درمانی به عنوان منابع استخراج اطلاعات انتخاب شدند. از میان ۴۲۶۸۰۸ نفر موارد کل دستگیری در سال ۸۵ به جرائم مرتبط مواد مخدر و جمعیت ۲۸۹۹۵۷ نفری دستگیر شدگان به جرم اعتیاد از جمعیت ۲ میلیون نفری معتادان و افراد مصرف کننده تفنی این جمعیت حدود ۱۴،۵ درصد خواهد بود که با اعمال آن در ۲۲۵ نفر نمونه تحقیق به رقم ۳۰ نفر خواهد رسید از سوی دیگر به علت آنکه این افراد دستگیر شده همه جرمشان ثابت نمیشود عدد ۶۸۴۹۱ نفری زندانی به جرم اعتیاد را نیز مد نظر قرار گرفت که این رقم در ۲ میلیون نفر جمعیت معتادان به ۳،۵ درصد میرسد که با لحاظ کردن در ۲۲۵ نفر به عددی حدود ۸ خواهیم رسید که تیم تحقیق برای هر استان عدد ۲۰ را در زندانها بطور میانگین انتخاب نمود.

برای تعداد معتادان مراجع به مراکز درمانی نیز در کل کشور تنها آماری که وجود داشت جمعیت حدود ۲۰۰۰۰۰ نفری مراجعان بود که از جمعیت حدود ۲ میلیون نفری کل معتادان به ۱۰ درصد میرسید. این درصد نیز با اعمال در ۲۲۵ نفر نمونه هر استان به حدود ۲۰ نفر رسید. البته در نهایت نمونه های جمع شده از هر استان تقریباً به ۲ برابر عدد پیش بینی شده رسید که این تغییر تعداد نمونه با آمار افزایش پذیرش مراکز درمانی که طی سالهای بعد ارائه گردید (۳۶۹۶۹۹ نفر مراجعه به مراکز سازمان بهزیستی و وزارت بهداشت طی سال ۱۳۸۵) مرتفع گردید.

در عمل بعد از توزیع پرسشنامه ها در سطح کشور، تعداد پرسشنامه های دریافت شده در هر حوزه به تفکیک عبارت بودند ۱۲۴۶ مورد از مراکز درمانی، ۵۸۰ مورد از زندانها، و ۵۹۴۳ مورد از خیابان.

در مورد تعداد نمونه های زندان و مراکز درمانی نحوه نمونه گیری تصادفی بود و در مورد معتادان خیابانی از روش نمونه گیری گلوله برفی استفاده شد. در این روش از کسانی که مورد مصاحبه قرار می گیرند، خواسته

می شود تا افراد دیگری را در شبکه خودشان به مصاحبه گر معرفی کنند. این فرایند تا آنجا ادامه می یابد که یا حجم نمونه به حد نصاب برسد و یا اینکه دیگر فرد یا اطلاعات جدیدی بدست نیاید. این فرایند در پژوهش حاضر به این ترتیب است که یک معتاد بهبود یافته از یک منطقه به عنوان پرسشگر اولین مصاحبه را با یک معتاد آشنا انجام می دهد. در پایان مصاحبه از او می خواهد تا دو نفر معتاد دیگر را برای شرکت در پژوهش معرفی نماید. سپس با یکی از آنها مصاحبه کرده و از او می خواهد تا دو نفر دیگر را معرفی کند. این روش را تا تأمین حجم نمونه ادامه یافت.

از دیدگاه برخی محققان، این روش نمونه گیری با اشکالات و محدودیت هایی نیز همراه است. اولاً اینکه این خطر وجود دارد که نمونه نهایی در واقع معرف کل جامعه موردنظر نبوده و همگن تر از جامعه واقعی باشد. به عنوان مثال اولین افراد در نمونه ممکن است کسانی را برای شرکت در پژوهش معرفی کنند که مشابهت زیادی با خود آنها داشته باشد؛ مثلاً از لحاظ گروه سنی، منطقه محل سکونت، نوع ماده مصرفی و غیره. اشکال دیگر این روش آن است که محققان ناچارند به توانایی مصاحبه گرها برای آگاهسازی و برانگیزاندن افراد جدید برای شرکت در پژوهش تکیه کنند (لارنس^{۱۳} و دیگران، ۲۰۰۵)

با این وجود بسیاری از محققان معتقدند که زمانی که نمونه مورد پژوهش شامل اقلیت ها و گروههایی باشند که به دلیل برچسب های اجتماعی به راحتی در دسترس و قابل شناسایی توسط محققین نیستند (مانند معتادان، همجنس گرایان و ...) بکارگیری این روش نمونه گیری بر سایر روش ها برتری دارد (گیبسون^{۱۴} و دیگران، ۲۰۰۲).

تعداد پرسشنامه های شماره های ۲، ۳، ۴ دریافت شده از استانها نیز به ترتیب عبارت بودند از: ۵۵، ۷۵، ۵۰. تعداد نمونه های لازم برای هر استان به تفکیک مراکز درمانی، زندان و خیابان نیز مطابق جدول صفحه بعد محاسبه گردید.

^{۱۳} Larance

^{۱۴} Gibson

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

نام استان	تعداد نمونه از مراکز درمانی	تعداد نمونه از زندان	تعداد نمونه خیابانی	جمع
آذربایجان شرقی	۲۶	۲۶	۲۳۷	۲۸۹
آذربایجان غربی	۲۰	۲۰	۱۸۵	۲۲۵
اصفهان	۲۷	۲۷	۲۴۷	۳۰۱
ایلام	۲۰	۲۰	۱۸۵	۲۲۵
بوشهر	۲۰	۲۰	۱۸۵	۲۲۵
تهران	۱۴۴	۱۴۴	۱۳۳۲	۱۶۲۰
چهارمحال و بختیاری	۲۰	۲۰	۱۸۵	۲۲۵
خراسان رضوی	۲۰	۲۰	۱۸۵	۲۲۵
خوزستان	۲۰	۲۰	۱۸۵	۲۲۵
زنجان	۲۰	۲۰	۱۸۵	۲۲۵
سمنان	۲۰	۲۰	۱۸۵	۲۲۵
سیستان و بلوچستان	۲۰	۲۰	۱۸۵	۲۲۵
فارس	۲۳	۲۳	۲۰۰	۲۴۶
قم	۲۰	۲۰	۱۸۵	۲۲۵
قزوین	۲۰	۲۰	۱۸۵	۲۲۵
کردستان	۲۰	۲۰	۱۸۵	۲۲۵
کرمان	۲۰	۲۰	۱۸۵	۲۲۵
کرمانشاه	۲۰	۲۰	۱۸۵	۲۲۵
گهگیلویه و بویراحمد	۲۰	۲۰	۱۸۵	۲۲۵
گیلان	۲۰	۲۰	۱۸۵	۲۲۵
لرستان	۲۰	۲۰	۱۸۵	۲۲۵
مازندران	۲۰	۲۰	۱۸۵	۲۲۵
مرکزی	۲۰	۲۰	۱۸۵	۲۲۵
همدان	۲۰	۲۰	۱۸۵	۲۲۵
هرمزگان	۲۰	۲۰	۱۸۵	۲۲۵
یزد	۲۰	۲۰	۱۸۵	۲۲۵
جمع کل موارد	۶۶۰	۶۶۰	۶۰۸۶	۷۴۰۶

ابزارهای طرح:

به منظور ثبت اطلاعات طرح، ۵ پرسشنامه به شرح زیر مورد استفاده قرار گرفت:

۱- پرسشنامه ۷۲ سوالی با سوالات بسته جهت ثبت اطلاعات معتادان

در این پرسشنامه بدنبال ثبت اطلاعات دموگرافیک معتادان (سوالات ۱ تا ۱۲)، سعی شد تا با بررسی شاخصهایی، ویژگیهای اقتصادی - اجتماعی معتادان نیز ثبت شود. (سوالات ۱۳ تا ۲۲)

در قسمت شغل طبق تعریف، کارگر ساده عبارت بود از کارگری که جهت ارائه خدمت نیاز به هیچگونه آموزشی ندارد (مانند افراد باربر) 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 شورهای کنار خیابان و...) (

برای آماده سازی فضای پرسشگری ابتدا با سوالات مربوط به سیگار و الکل آغاز و سپس این سوالات در مورد اعضای خانواده تکرار شد. (سوالات ۲۳ و ۲۴) در سوالات ۲۵، ۲۶، ۲۷ و ۲۹ اولین ماده، روش مصرف ماده، روش مصرف فعلی ماده، روش مصرف ماده غالب، روش مصرف در طول عمر و هزینه مصرف مواد استخراج شد.

مصرف سایر داروهای اعتیاد آور در سوال ۳۰ و ۳۱ استخراج شد. در سوالات ۳۲ تا ۳۷ حالات روحی و روانی فرد برای شروع مصرف در نظر گرفته شد تا در آن، مکان مصرف، شرایط مصرف، اولین فرد پیشنهاد دهنده و به منظور پیشگیری از بروز اعتیاد مشخص شود.

سن، مکان، موقعیت، شرکای تزریق و تزریق مشترک در سوالات ۳۸ تا ۴۹ گنجانیده شد.

در سیوال ۵۰ از آزمایش های ایدز و هپاتیت و نتایج آنان سوال گردید و سابقه مسمومیت و مراجعه به بیمارستان نیز در سوالات ۵۱ و ۵۲ درج شد.

روابط جنسی با همجنس، غیر همسر، روشهای پیشگیری نیز در سوالات ۵۳ تا ۵۷ قید گردید.

جرائم شامل سابقه دستگیری، زندانی شدن و دفعات آنها در سوالات ۵۸ تا ۶۰ منظور شد. اقدام به ترک و سابقه مراجعه به مراکز درمانی، اولین روش ترک، روشهای بکار گرفته شده، مدت پاکی و هزینه درمان نیز در سوالات ۶۱ تا ۶۸ قید شد.

در سوالات ۶۹ تا ۷۲ میزان حضور و تعداد افراد مصرف کننده تفننی پرسیده شد.

۲- پرسشنامه ۱۱ سؤالی جهت مصاحبه عمیق با افراد معتاد به منظور استخراج تجربیات درمان، دستگیری و زندان تنظیم گردید و پیشنهادهای ارتقایی جهت بهبود خدمات و اقدامات لازم در این خصوص نیز پرسیده شد.

۳- پرسشنامه ۱۰ سؤالی جهت مصاحبه عمیق با خانواده معتادان به منظور استخراج نحوه آگاهی از شروع اعتیاد فرد وابسته، واکنش اولیه خانواده و برخورد آنان و نحوه جلب رضایت وی برای درمان و نحوه همکاری آنان با فرد مددجو طراحی گردید.

۴- پرسشنامه ۹ سؤالی جهت مصاحبه عمیق با افراد کلیدی به منظور استخراج اطلاعات این افراد نسبت به اتفاقات جدید در حوزه اعتیاد در کشور و پیشنهادهای آنان به منظور ساماندهی اوضاع فعلی و تجربیات شخصی آنان در برخورد با پدیده اعتیاد طراحی شد.

۵- پرسشنامه ۹ سؤالی از افراد مصرف کننده تفنی به منظور ثبت موارد قرار گرفتن در کنار افراد معتاد و درصد افراد معتاد در این گونه جلسات طراحی شد.

مراحل اجرایی:

بعد از جلسات متعدد پیرامون انتخاب ابزار، طراحی پرسشنامه ها، مبانی نظری و علمی طرح، جلسه ای با حضور ۳۵ نفر از کارشناسان حوزه اعتیاد استانهای مختلف در دانشگاه علوم بهزیستی تشکیل شد که طی آن پیرامون طرح و نحوه تکمیل ابزارهای آن توضیح لازم داده شد و یک بار به صورت دسته جمعی پرسشنامه های طرح تکمیل شد و اشکالات آن استخراج و در فرم نهایی منظور گردید. در این جلسه یک فرد معتاد به عنوان یک مورد معرفی شد و حضار نسبت به ثبت این اطلاعات در پرسشنامه ها اقدام کردند. پرسشنامه های مربوطه پس از جمع آوری تصحیح گردید و افراد با تعداد غلطهای بیش از ۳ مورد از پرسشگری تحقیق حذف شدند. همچنین غلطهای شایع که توسط اکثر استانها به غلط در پرسشنامه درج گردیده بود بصورت مکتوب به کلیه پرسشگران اعلام گردید.

در انتها به هر استان یک مجموعه پرسشنامه و دستورالعمل تکمیل آن ارائه گردید.

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

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

ملاحظات اخلاقی

در مصاحبه موارد زیر رعایت گردید :

- ۱- نام و نام خانوادگی معتادان در پرسشنامه های مربوط ثبت نگردید.
- ۲- در ابتدای مصاحبه، آمادگی افراد برای شرکت در مصاحبه مورد سوال قرار گرفت و در صورت مخالفت پرسشگری انجام نشد.
- ۳- شرایط آخرین معاهده هلسینکی در کلیه مراحل تحقیق رعایت شد.

محدودیت‌های طرح و روش کاهش آنها

- ۱- به دلیل مسایل اجتماعی در روستاها با محدودیت شناسایی افراد روبرو بودیم بنابراین اجرای طرح و تحلیل اطلاعات موجود صرفاً در شهرها انجام شد.
- ۲- با توجه به مسایل اجتماعی فرهنگی و چند علتی بودن اعتیاد نتایج بدست آمده بطور کامل قابل تعمیم نیستند. لذا به جزئیات نتایج بدست آمده نیز با اندکی اغماض توجه کردیم.
- ۳- به دلیل وسعت کار و حجم زیاد اطلاعات، دست اندرکاران 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 شد در تحلیل این اطلاعات از طولانی شدن زمان ارائه گزارش و در نتیجه بی معنی شدن فلسفه ارزیابی سریع پرهیز گردد.
- ۴- در جمع آوری اطلاعات از معتادان خیابانی و دشواری جمع آوری این افراد از سطح جامعه تخمینهای مورد نظر در سطح ملی با احتیاط انجام گردید که پیشنهاد میگردد در مطالعات بعدی تحلیل های گذشته ارزیابی سریع با اطلاعات مراکز درمانی و زندانی مقایسه و الگوی رایج مصرف در کشور با ثبت اطلاعات موجود سریعاً محاسبه و اعلام گردد.

فصل چهارم: یافته های تحقیق

الف- ویژگیهای معتادان:

در این بخش به گزارش توصیفی ویژگی های جمعیت شناختی معتادان مورد مطالعه از قبیل سن، جنس، وضعیت تأهل، بعد خانوار، سطح تحصیلات، وضعیت شغلی، سطح درآمد و نحوه کسب آن و وضعیت منزل مسکونی پرداخته می شود.

در جدول شماره ۱ ملاحظه می شود که نمونه مورد مطالعه با پراکندگی تقریباً یکسان از تمام استان ها و سراسر کشور انتخاب شده است. همانطور که در قسمت جمعیت مورد مطالعه توضیح داده شد، تعداد نمونه مورد نیاز از معتادان مراجعه کننده به مراکز درمانی، زندان و خیابان به نسبت توزیع جمعیت مراکز استان ها در سطح کشور تنظیم گردید لذا مراکز استانهای بزرگ تعداد بیشتری از نمونه تحقیق را به خود اختصاص داده است. مشاهده می گردد که حدود ۲۳ درصد از کل نمونه مورد مطالعه تنها به معتادان استان تهران اختصاص یافته است.

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک استان و سه حوزه تحقیق

نام استان	مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
آذربایجان شرقی	۳۵	۲,۸	۲۷	۴,۷	۲۳۷	۴	۲۹۹	۳,۸
آذربایجان غربی	۲۳	۱,۸	۳	۰,۵	۱۸۲	۳,۱	۲۰۸	۲,۷
اردبیل	۳۶	۲,۹	۲۲	۳,۸	۱۶۵	۲,۸	۲۲۳	۲,۹
اصفهان	۲۶	۲,۱	۲۵	۴,۳	۲۴۷	۴,۲	۲۹۸	۳,۸
ایلام	۴۶	۳,۷	۲۲	۳,۸	۱۶۸	۲,۸	۲۳۶	۳
بوشهر	۲۰	۱,۶	۲۰	۳,۴	۱۸۲	۳,۱	۲۲۲	۲,۹
تهران	۱۹۰	۱۵,۲	۱۴۱	۲۴,۳	۱۴۵۴	۲۴,۵	۱۷۸۵	۲۳
چهارمحال و بختیاری	۱۹	۱,۵	۲۰	۳,۴	۱۸۵	۳,۱	۲۲۴	۲,۹
خراسان	۲۰	۱,۶	۳	۰,۵	۱۷۸	۳	۲۰۱	۲,۶
خوزستان	۲۳	۱,۸	۱	۰,۲	۱۴۳	۲,۴	۱۶۷	۲,۱
زنجان	۲۱	۱,۷	۲۱	۳,۶	۱۷۶	۳	۲۱۸	۲,۸
سمنان	۱۹	۱,۵	۲۰	۳,۴	۱۸۵	۳,۱	۲۲۴	۲,۹
سیستان و بلوچستان	۰	۰	۰	۰	۱۶۴	۲,۸	۱۶۴	۲,۱
فارس	۱۳۲	۱۰,۶	۲۳	۴	۱۱۲	۱,۹	۲۶۷	۳,۴
قزوین	۲۳	۱,۸	۱۶	۲,۸	۱۵۳	۲,۶	۱۹۲	۲,۵
قم	۳۱	۲,۵	۲۰	۳,۴	۱۹۴	۳,۳	۲۴۵	۳,۲
کردستان	۱۹۸	۱۵,۹	۱۳	۲,۲	۲۲	۰,۴	۲۳۳	۳
کرمان	۳۰	۲,۴	۱۸	۳,۱	۱۹۰	۳,۲	۲۳۸	۳,۱
کرمانشاه	۱۸	۱,۴	۲۰	۳,۴	۱۸۸	۳,۲	۲۲۶	۲,۹
گلستان	۲۰	۱,۶	۲۰	۳,۴	۱۸۵	۳,۱	۲۲۵	۲,۹
کهگیلویه و بویراحمد	۳۴	۲,۷	۲۲	۳,۸	۱۶۳	۲,۷	۲۱۹	۲,۸
گیلان	۲۰	۱,۶	۲۰	۳,۴	۱۶۷	۲,۸	۲۰۷	۲,۷
لرستان	۳۰	۲,۴	۲۳	۴	۱۷۳	۲,۹	۲۲۶	۲,۹
مازندران	۲۰	۱,۶	۲۰	۳,۴	۱۸۵	۳,۱	۲۲۵	۲,۹
مرکزی	۱۱۸	۹,۵	۵	۰,۹	۱۹	۰,۳	۱۴۲	۱,۸
همدان	۳۱	۲,۵	۱۵	۲,۶	۱۵۸	۲,۷	۲۰۴	۲,۶
هرمزگان	۰	۰	۲	۰,۳	۹۱	۱,۵	۹۳	۱,۲
یزد	۶۳	۵,۱	۱۸	۳,۱	۲۷۷	۴,۷	۳۸۵	۴,۶
جمع	۱۲۴۶	۱۰۰	۵۸۰	۱۰۰	۵۹۴۳	۱۰۰	۷۷۶۹	۱۰۰

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک گروههای سنی و سه حوزه تحقیق

گروه سنی	مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
زیر ۲۰ سال	۲۴	۱,۹	۱۹	۳,۳	۲۰۸	۳,۵	۲۵۱	۳,۲
۲۰-۲۴ سال	۲۰۲	۱۶,۲	۱۰۴	۱۸	۹۰۷	۱۵,۳	۱۲۱۳	۱۵,۷
۲۵-۲۹ سال	۳۵۶	۲۸,۶	۱۶۶	۲۸,۷	۱۴۶۸	۲۴,۸	۱۹۹۰	۲۵,۷
۳۰-۳۴ سال	۲۴۴	۱۹,۶	۱۰۸	۱۸,۷	۱۰۶۷	۱۸	۱۴۱۹	۱۸,۳
۳۵-۳۹ سال	۱۷۵	۱۴,۱	۸۲	۱۴,۲	۸۶۹	۱۴,۷	۱۱۲۶	۱۴,۵
۴۰-۴۴ سال	۱۱۰	۸,۸	۵۱	۸,۸	۵۸۱	۹,۸	۷۴۲	۹,۶
۴۵-۴۹ سال	۸۱	۶,۵	۳۲	۵,۵	۴۱۰	۶,۹	۵۲۳	۶,۸
۵۰ سال و بالاتر	۵۲	۴,۲	۱۷	۲,۹	۴۱۰	۶,۹	۴۷۹	۶,۲
جمع	۱۲۴۴	۱۰۰	۵۷۹	۱۰۰	۵۹۲۰	۱۰۰	۷۷۴۳	۱۰۰

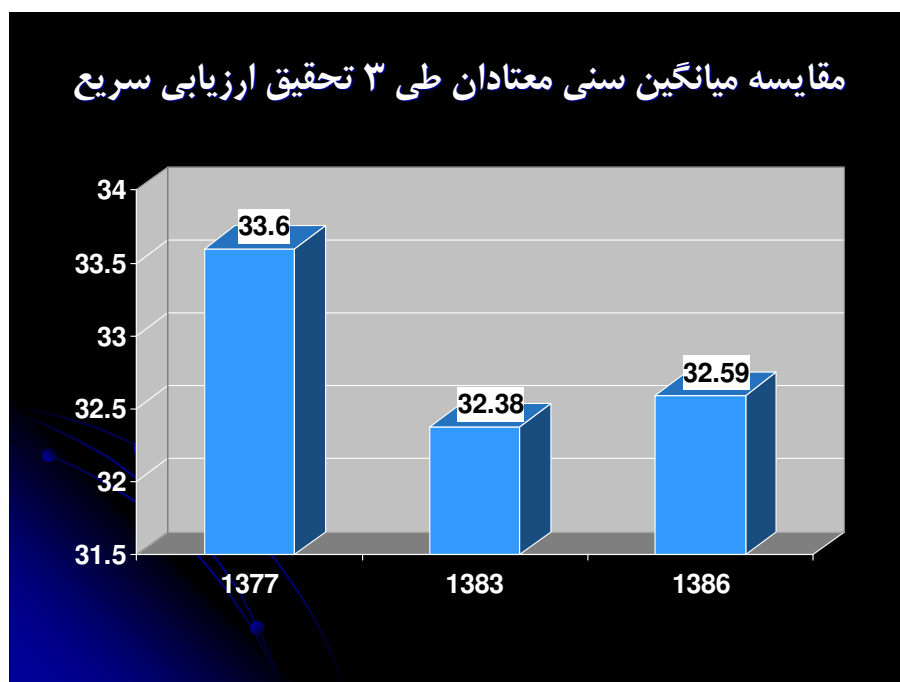
جدول شماره ۲ نشان می دهد ۷۴/۲ درصد از کل معتادان مورد مطالعه در طیف سنی ۲۰ تا ۴۰ سال قرار داشتند و در این میان سهم گروه سنی ۲۵ تا ۲۹ سال از سایر گروهها بیشتر است (۲۵/۷ درصد). همچنین مشاهده می گردد که توزیع سنی معتادان در هر سه حوزه تحقیق از الگوی تقریباً مشابهی برخوردار است.

جدول شماره ۳- ۱- میانگین سنی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک سه حوزه تحقیق
سال ۸۶

حوزه تحقیق	تعداد نمونه	میانگین سن	SD	Min	Max
مرکز درمانی	۱۲۴۶	۳۱,۹۹	۸,۶۷	۱۵	۶۷
زندان	۵۸۰	۳۱,۰۹	۸,۳۲	۱۶	۶۲
خیابان	۵۹۴۳	۳۲,۸۷	۹,۹۳	۱۵	۸۸
کل نمونه	۷۷۶۹	۳۲,۵۹	۹,۶۴	۱۵	۸۸

جدول شماره ۳-۲- میانگین سنی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک سه حوزه تحقیق
سال ۸۳

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	۴۹۱۰	۳۲/۳۸	۱۰/۰۳	۱۱	۸۶



اطلاعات جدول شماره ۳-۱ حاکی از آن است که میانگین سنی کل معتادان کشور ۳۲/۵۹ سال می باشد که این افراد در محدوده سنی ۱۱ تا ۸۸ سال قرار دارند. مقایسه این داده ها با اطلاعات مربوط به ارزیابی سریع سوءمصرف مواد در سال ۸۳ نشان می دهد به طور کلی میانگین سنی معتادان کشور تفاوت چندانی نداشته است، اما میانگین سنی معتادان مراجعه کننده به مراکز درمانی با اندکی کاهش روبرو بوده است.

جدول شماره ۴-۱- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک جنسیت و سه حوزه تحقیق سال ۸۶

جنسیت	مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مرد	۱۱۸۱	۹۵٫۶	۵۴۷	۹۴٫۶	۵۶۰۳	۹۴٫۷	۷۳۳۱	۹۴٫۸
زن	۵۴	۴٫۴	۳۱	۵٫۴	۳۱۵	۵٫۳	۴۰۰	۵٫۲
جمع	۱۲۳۵	۱۰۰	۵۷۸	۱۰۰	۵۹۱۸	۱۰۰	۷۷۳۱	۱۰۰

جدول شماره ۴-۲- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک جنسیت و سه حوزه تحقیق سال ۸۳

جنسیت	مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مرد	۴۱۳	۹۳	۳۴۳	۸۹٫۶	۳۷۶۹	۹۳٫۵	۴۵۲۵	۹۳٫۱
زن	۳۱	۷	۴۰	۱۰٫۴	۲۶۳	۶٫۵	۳۳۴	۶٫۹
جمع	۴۴۴	۱۰۰	۳۸۳	۱۰۰	۴۰۳۲	۱۰۰	۴۸۵۹	۱۰۰

توزیع جنسی معتادان نمونه مورد پژوهش در جدول شماره ۴-۱ نشان می دهد که حدوداً ۹۴/۸ درصد معتادان را مردان و حدود ۵/۲ درصد باقیمانده را زنان تشکیل می دهند. در مقایسه با داده های سال ۸۳ (جدول ۴-۲) مشاهده می گردد که درصد معتادان زن در هر سه حوزه تحقیق به ویژه زندان ها کاهش داشته است.

جدول شماره ۵- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک دین و مذهب و سه حوزه تحقیق

دین و مذهب	مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
اسلام (شیعه)	۱۰۳۹	۸۴,۳	۵۴۱	۹۴,۷	۵۵۴۳	۹۴,۵	۷۱۲۳	۹۲,۹
اسلام (سنی)	۱۸۷	۱۵,۲	۲۹	۵,۱	۲۹۱	۵	۵,۷	۶,۶
زرتشتی	۱	۰,۱	۰	۰	۵	۰,۱	۶	۰,۱
مسیحی	۳	۰,۲	۱	۰,۲	۱۹	۰,۳	۲۳	۰,۳
یهودی	۳	۰,۲	۰	۰	۱	۰	۴	۰,۱
سایر	۰	۰	۰	۰	۵	۰,۱	۵	۰,۱
جمع	۱۲۳۳	۱۰۰	۵۷۱	۱۰۰	۵۸۶۴	۱۰۰	۷۶۶۸	۱۰۰

جدول شماره ۵ نشان می دهد که اکثر قریب به اتفاق معتادان (۹۹/۴ درصد) دین خود را اسلام عنوان کرده اند و اغلب آنها نیز شیعه بوده اند. که البته با مقایسه این جدول با توزیع فراوانی ادیان در کشور یافته معنی داری بدست نخواهد آمد.

جدول شماره ۶- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک محل سکونت و سه حوزه تحقیق

محل سکونت	مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
حداقل یک سال است که در شهر است	۱۰۸۱	۹۵,۲	۴۹۴	۹۱,۵	۵۱۵۳	۹۲,۵	۶۷۲۸	۹۲,۹
کمتر از یک سال است که در شهر است	۵۵	۴,۸	۴۶	۸,۵	۴۱۶	۷,۵	۵۱۷	۷,۱
جمع	۱۱۳۶	۱۰۰	۵۴۰	۱۰۰	۵۵۶۹	۱۰۰	۷۲۴۵	۱۰۰

از آنجایی که کلیه اطلاعات مربوط به نمونه مورد پژوهش از مراکز استان ها و شهرها جمع آوری شده بود، برخلاف سالهای گذشته که محل سکونت به شهر و روستا تفکیک می شد، این بار مدت سکونت در شهر ملاک ارزیابی قرار گرفت. همانطور که اطلاعات مندرج در جدول شماره ۶ نیز نشان می دهد ۹۲/۹ درصد معتادان گزارش کرده اند که حداقل یکسال است که در شهر زندگی می کنند و ۷/۱ درصد آنها اعلام نموده اند که کمتر از یک سال است که به شهر آمده اند.

جدول شماره ۷- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک تحصیلات و سه حوزه تحقیق

تحصیلات		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
بی سواد	۳۴	۲,۸	۵,۲	۳۰	۵,۲	۳۳۸	۵,۸	۴۰,۲
خواندن و نوشتن	۵۸	۴,۸	۵,۴	۳۱	۵,۴	۳۱۱	۵,۴	۴۰,۰
ابتدایی	۱۶۲	۱۳,۴	۱۸,۶	۱۰۷	۱۸,۶	۹۶۵	۱۶,۵	۱۲۲,۵
راهنمایی	۴۲۳	۳۴,۹	۳۶,۲	۲۰۸	۳۶,۲	۱۸۵۸	۳۲,۱	۲۴۸,۹
دبیرستان و دیپلم	۴۱۹	۳۴,۵	۲۸,۴	۱۶۳	۲۸,۴	۱۸۰۶	۳۱,۲	۲۳۸,۸
فوق دیپلم	۶۳	۵,۲	۴	۲۳	۴	۳۰۱	۵,۲	۳۸,۷
لیسانس و بالاتر	۵۳	۴,۴	۱,۷	۱۰	۱,۷	۱۹۷	۳,۴	۲۶,۰
سایر	۱	۰,۱	۰,۳	۲	۰,۳	۱۵	۰,۳	۱,۸
جمع	۱۲۱۳	۱۰۰	۵۷۴	۱۰۰	۵۷۸۲	۱۰۰	۷۵۶۹	۱۰۰

جدول شماره ۷ نشان می دهد که سطح تحصیلات ۵۹/۷ درصد از کل معتادان راهنمایی و کمتر از آن بوده است و تنها ۸/۹ درصد تحصیلات دانشگاهی و بالاتر از دیپلم داشته اند. به طور کلی سطح تحصیلات معتادان زندانی در مقایسه با دو حوزه دیگر کمتر بوده و برعکس معتادانی که به مراکز درمانی مراجعه کرده بودند، نسبت به دو حوزه دیگر از سطح تحصیلات بالاتری برخوردار بوده اند (به درصد معتادان بی سواد و همچنین گروه دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر در مقایسه با دو گروه دیگر توجه شود).

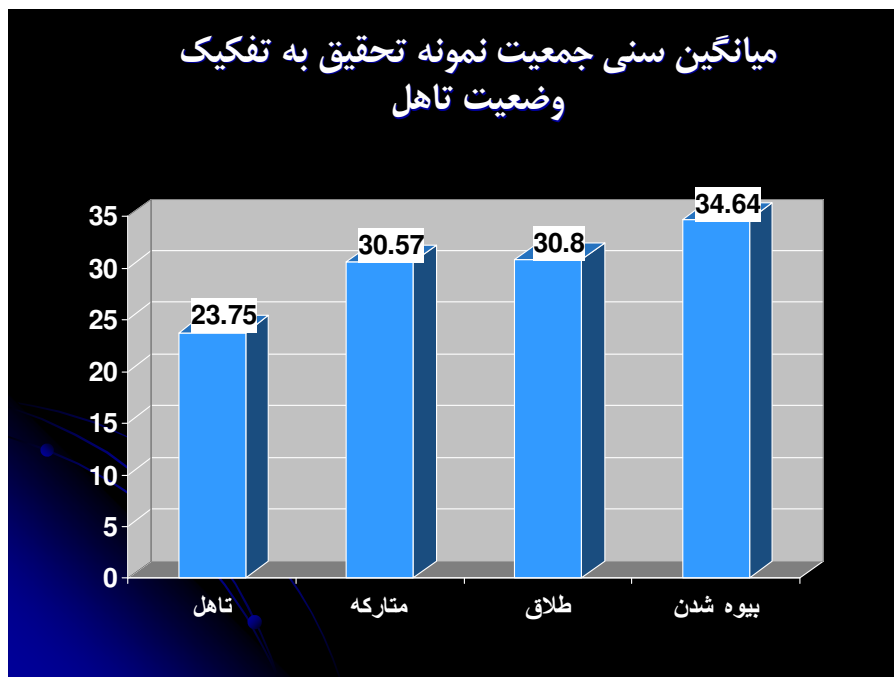
جدول شماره ۸-۱- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک وضعیت تأهل و سه حوزه تحقیق سال ۸۶

وضعیت تأهل	مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مجرد	۵۸۴	۴۴,۴	۲۳۰	۳۹,۹	۲۴۲۷	۴۱,۳	۳۲۰۵	۴۱,۷
متاهل	۶۰۳	۴۸,۹	۲۷۸	۴۸,۲	۲۸۰۳	۴۷,۷	۳۶۸۴	۴۷,۹
متارکه کرده	۳۳	۲,۷	۱۶	۲,۸	۲۶۵	۴,۵	۳۱۴	۴,۱
طلاق گرفته	۴۲	۳,۴	۳۹	۶,۸	۳۲۸	۵,۶	۴۰۹	۵,۳
بیوه	۵	۰,۴	۳	۰,۵	۴۱	۰,۷	۴۹	۰,۶
سایر	۳	۰,۲	۱۱	۱,۹	۱۸	۰,۳	۳۲	۰,۴
جمع	۱۲۳۴	۱۰۰	۵۷۷	۱۰۰	۵۸۸۲	۱۰۰	۷۶۹۶	۱۰۰

جدول شماره ۸-۲- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک وضعیت تأهل و سه حوزه تحقیق سال ۸۳

وضعیت تأهل	مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مجرد	۱۴۵	۳۲/۲	۱۵۴	۴۰/۱	۱۷۰۷	۴۱/۹	۲۰۰۶	۴۰/۹
متاهل	۲۶۵	۵۸/۹	۱۷۶	۴۵/۸	۲۰۲۰	۴۹/۶	۲۴۶۱	۵۰/۲
متارکه کرده	۱۵	۳/۳	۱۱	۲/۹	۱۶۳	۴	۱۸۹	۳/۹
طلاق گرفته	۲۱	۴/۷	۳۵	۹/۱	۱۴۶	۳/۶	۲۰۲	۴/۱
بیوه	۴	۰/۹	۶	۱/۶	۲۶	۰/۶	۳۶	۰/۷
سایر	-	-	۲	۰/۵	۸	۰/۲	۱۰	۰/۲
جمع	۴۵۰	۱۰۰	۳۸۴	۱۰۰	۴۰۷۰	۱۰۰	۴۹۰۴	۱۰۰

همانطور که جدول شماره ۸-۱ نشان می دهد حدود نیمی از جمعیت معتادان متأهل هستند (۴۷/۹ درصد). در مجموع معتادانی که طلاق گرفته یا متارکه کرده اند حدود ۹/۴ درصد معتادان را تشکیل می دهند و این میزان در معتادان مراکز درمانی در مقایسه با دو حوزه دیگر تاحدودی کمتر است. مقایسه اطلاعات مذکور با داده های مربوط به سال ۸۳ به طور کلی تفاوت محسوسی در توزیع وضعیت تأهل معتادان نشان نمی دهد. اما اندکی تفاوت در وضعیت تأهل معتادان مراجعه کننده به مراکز درمانی به چشم می خورد. بدین ترتیب که نسبت معتادان مجرد در این مرکز افزایش قابل ملاحظه ای داشته است.



همانگونه که در نمودار فوق میتوان ملاحظه کرد میانگین سن تاهل در معتادان حدود ۲۴ سال و سن طلاق و متارکه حدود ۳۱ سال بود.

جدول شماره ۹- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک تعداد فرزندان و سه حوزه تحقیق

تعداد فرزندان		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۵	۶۹۴	۵۵,۷	۳۰,۶	۵۲,۸	۳۰,۷۵	۵۱,۷	۴۰,۷۵	۵۲,۵	۵۲,۵
۱	۲۰۲	۱۶,۲	۱۱۶	۲۰	۹۱۴	۱۵,۴	۱۲۳۲	۱۵,۹	۱۵,۹
۲	۱۶۲	۱۳	۸۰	۱۳,۸	۸۴۵	۱۴,۲	۱۰۸۷	۱۴	۱۴
۳	۹۴	۷,۵	۳۸	۶,۶	۵۴۰	۹,۱	۶۷۲	۸,۶	۸,۶
۴	۳۹	۳,۱	۱۹	۳,۳	۲۵,۳	۴,۳	۳۱۱	۴	۴
۵ و بیشتر	۵۵	۴,۴	۲۱	۳,۶	۳۱۶	۵,۳	۳۹۲	۵	۵
جمع	۱۲۴۶	۱۰۰	۵۸۰	۱۰۰	۵۹۴۳	۱۰۰	۷۷۶۹	۱۰۰	۱۰۰

بر اساس اطلاعات موجود در جدول شماره ۹ به طور کلی نیمی از معتادان فرزندی نداشته اند که این گروه شامل معتادان مجرد نیز می گردد. از میان سایر معتادان که صاحب فرزند می باشند، ۱۵/۹ درصد حداقل دارای یک فرزند، ۲۲/۶ درصد دارای ۲ یا ۳ فرزند و ۹ درصد آنها دارای ۴ فرزند یا بیشتر هستند.

جدول شماره ۱۰- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک وضعیت مسکن
و سه حوزه تحقیق

وضعیت مسکن	مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
منزل شخصی	۲۷۴	۲۲,۴	۹۷	۱۶,۹	۱۲۰۰	۲۰,۵	۱۵۷۱	۲۰
منزل استیجاری یا رهنی	۲۹۳	۲۴	۱۵۳	۲۶,۶	۱۵۱۷	۲۵,۹	۱۹۶۳	۲۵,۶
منزل پدری	۵۸۲	۴۷,۶	۲۷۰	۴۷	۲۴۸۴	۴۲,۴	۳۳۳۶	۴۳,۵
منزل پدر همسر	۱۲	۱	۸	۱,۴	۹۹	۱,۷	۱۱۹	۱,۶
منزل سازمانی	۱۱	۰,۹	۲	۰,۳	۳۷	۰,۶	۵۰	۰,۷
هتل یا مسافرخانه	۰	۰	۰	۰	۱۹	۰,۳	۱۹	۰,۲
بی خانمان	۲۹	۲,۴	۱۶	۲,۸	۳۲۸	۵,۶	۳۷۳	۴,۹
سایر	۲۲	۱,۸	۲۹	۵	۱۷۹	۳,۱	۲۳۰	۳
جمع	۱۲۲۳	۱۰۰	۵۷۵	۱۰۰	۵۸۶۳	۱۰۰	۷۶۶۱	۱۰۰

اطلاعات مندرج در جدول شماره ۱۰ نشان می دهد که سهم عمده از ای معتادان (۴۳/۵ درصد) در منزل پدری خود زندگی می کنند که این گروه عمدتاً دربرگیرنده معتادان مجرد می شود چراکه تقریباً با آمار معتادان مجرد در جدول ۹ (۴۱/۷ درصد) مطابقت دارد. در بین سایر معتادان نیز اغلب در منازل رهنی یا استیجاری ساکن می باشند. میزان افراد دارای منزل شخصی نیز در گروه معتادان زندانی در مقایسه با دو حوزه دیگر کمتر بوده است.

جدول شماره ۱۱- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک مبلغ اجاره منزل

و سه حوزه تحقیق

مبلغ اجاره منزل (هزار تومان)		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
۰	۹۰۷	۷۲,۸	۴۲۷	۷۳,۶	۴۲۶۷	۷۱,۸	۵۶۰۱	۷۲,۱
۱-۱۰۰	۲۳۴	۱۸,۸	۹۸	۱۶,۹	۱۰۶۴	۱۷,۹	۱۳۹۶	۱۸
۱۰۱-۲۰۰	۷۵	۶	۳۶	۶,۲	۴۴	۷,۵	۵۵۷	۷,۲
۲۰۱-۳۰۰	۱۹	۱,۵	۱۲	۲,۱	۱۱۱	۱,۹	۱۴۲	۱,۸
۳۰۱-۴۰۰	۶	۰,۵	۲	۰,۳	۳۰	۰,۵	۳۸	۰,۵
۴۰۱-۵۰۰	۱	۰,۱	۱	۰,۲	۴	۰,۱	۶	۰,۱
۵۰۱ و بیشتر	۴	۰,۳	۴	۰,۷	۲۱	۰,۴	۲۹	۰,۴
جمع	۱۲۴۶	۱۰۰	۵۸۰	۱۰۰	۵۹۴۳	۱۰۰	۷۷۶۹	۱۰۰

در سؤال مربوط به جدول ۱۱ از پرسشگران خواستیم تا مبلغ رهن را نیز به اجاره تبدیل کنند و سپس آن را ذکر نمایند. همانطور که داده های جدول ۱۱ نشان می دهد حدود ۷۰ درصد در منزل شخصی، پدری و یا پدر همسر زندگی میکنند اما در میان کسانی که اجاره پرداخت می کنند حدود ۲۵ درصد زیر ۲۰۰ هزار تومان اجاره پرداخت میکنند.

جدول شماره ۱۲- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک زیربنای منزل و

سه حوزه تحقیق

زیربنای منزل (متر)		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
۱-۵۰	۱۲۷	۱۱,۱	۷۱	۱۳,۵	۶۸۳	۱۲,۹	۸۸۱	۱۲,۷
۵۱-۷۵	۱۸۵	۱۶,۱	۸۷	۱۶,۵	۹۶۵	۱۸,۲	۱۲۳۷	۱۷,۸
۷۶-۱۰۰	۳۰۱	۲۶,۲	۱۲۷	۲۴,۱	۱۳۷۷	۲۶	۱۸۰۵	۲۵,۹
۱۰۱-۱۲۵	۱۴۸	۱۲,۹	۶۷	۱۲,۷	۶۱۴	۱۱,۶	۸۲۹	۱۱,۹
۱۲۶-۱۵۰	۱۱۲	۹,۸	۴۲	۸	۴۹۶	۹,۴	۶۵۰	۹,۳
۱۵۱-۲۰۰	۱۴۶	۱۲,۷	۶۹	۱۳,۱	۶۲۶	۱۱,۸	۸۴۱	۱۲,۱
۲۰۱-۲۵۰	۵۰	۴,۴	۲۳	۴,۴	۲۲۵	۴,۳	۲۹۸	۴,۳
۲۵۱ و بیشتر	۷۸	۶,۸	۴۰	۷,۶	۳۰۳	۵,۷	۴۲۱	۶
جمع	۱۱۴۷	۱۰۰	۵۲۶	۱۰۰	۵۲۸۹	۱۰۰	۶۹۶۲	۱۰۰

براساس اطلاعات جدول شماره ۱۲ مشاهده می گردد که ۵۶/۴ درصد معتادان در بناهای زیر ۱۰۰ متر زندگی می کردند.

جدول شماره ۱۳- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک افرادی که با آنها زندگی

می کنند و سه حوزه تحقیق

کسانی که با آنها زندگی می کنند		مرکز درمانی		زندادان		خیابان		جمع	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۵۷۶	۴۶,۲	۲۵۱	۴۳,۳	۲۶۷۳	۴۵	۳۵۰۰	۴۵,۱		
۵۰۸	۴۰,۸	۲۴۰	۴۱,۴	۲۴۹۸	۴۲	۳۲۴۶	۴۱,۸		
۱۰	۰,۸	۴	۰,۷	۱۱۹	۲	۱۳۳	۱,۷		
۵۱۰	۴۰,۹	۲۲۸	۳۹,۳	۲۲۸۸	۳۸,۵	۳۰۲۶	۳۸,۹		
۶۱۳	۴۹,۲	۲۷۲	۴۶,۹	۲۵۹۱	۴۳,۶	۳۴۷۶	۴۴,۷		
۴۵۹	۶۳,۸	۲۱۲	۳۶,۶	۱۹۶۵	۳۳,۱	۲۶۳۶	۳۳,۹		
۱۴	۱,۱	۹	۱,۶	۱۱۲	۱,۹	۱۳۵	۱,۷		
۵۰	۴	۳۵	۶	۴۷۷	۸	۵۶۲	۷,۲		
۲۸	۲,۲	۵۱	۸,۸	۱۸۲	۳,۱	۲۶۱	۳,۴		

در این قسمت از نمونه مورد مطالعه خواسته می شد تا در صورتی که با هریک از افراد زیر زندگی می کنند، ان را علامت بزنند و همچنین مجاز بودند بیش از یک مورد را انتخاب کنند. همانطور که داده های جدول شماره ۱۳ نیز نشان می دهد ۴۵/۱ درصد معتادان اظهار کردند که با همسر خود زندگی می کنند و ۴۱/۸ درصد آنها در کنار فرزندان شان زندگی می کردند. به طور کلی ۸۷/۷ درصد از معتادان اظهار نموده اند که با یکی از اعضای خانواده شان زندگی می کنند. در میان سایر معتادان ۷/۲ درصد تنها و ۱/۷ درصد با دوستان شان زندگی می کنند. زندگی کردن در میان اعضای خانواده در گروه معتادان مراجعه کننده به مراکز درمانی در مقایسه با دیگر حوزه ها بیشتر بود.

جدول شماره ۱۴- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک تعداد افراد خانوار و سه حوزه تحقیق

تعداد افراد خانوار		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
۱	۵۳	۵	۳۵	۶,۹	۳۶۱	۷	۴۴۹	۶,۷
۲	۱۱۴	۱۰,۸	۴۶	۹	۴۳۵	۸,۵	۵۹۵	۸,۹
۳	۱۸۳	۱۷,۳	۹۸	۱۹,۲	۸۹۵	۱۷,۴	۱۱۷۶	۱۷,۵
۴	۲۲۲	۲۱	۹۰	۱۷,۶	۱۰۵۰	۲۰,۴	۱۳۶۲	۲۰,۳
۵	۱۸۳	۱۷,۳	۷۷	۱۵,۱	۹۰۵	۱۷,۶	۱۱۶۵	۱۷,۴
۶	۱۳۳	۱۲,۶	۷۲	۱۴,۱	۶۵۲	۱۲,۷	۸۵۷	۱۲,۸
۷	۹۳	۸,۸	۳۸	۷,۵	۴۱۷	۸,۱	۵۴۸	۸,۲
۸	۳۹	۳,۷	۲۱	۴,۱	۱۷۴	۳,۴	۲۳۴	۳,۵
۹	۱۴	۱,۳	۱۰	۲	۱۰۵	۲	۱۲۹	۱,۹
۱۰ و بالاتر	۲۲	۲	۲۳	۴,۵	۱۴۵	۲,۸	۱۹۰	۲,۸
جمع	۱۰۵۶	۱۰۰	۵۱۰	۱۰۰	۵۱۳۹	۱۰۰	۶۷۰۵	۱۰۰

اطلاعات جدول شماره ۱۴ حاکی از آن است که اغلب معتادان در خانواده هایی با بعد ۳، ۴، ۵ و ۶ نفره زندگی می کنند. در واقع میانگین بعد خانواده در معتادان مورد مطالعه حدود ۴/۵۷ بوده است. قابل توجه است که حدود ۶/۷ درصد معتادان بعد خانوارشان را یک نفر گزارش کرده اند، یعنی تنها زندگی می کنند.

جدول شماره ۱۵- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک شغل و سه حوزه تحقیق

عنوان شغل	مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کارگر ساده	۱۵۶	۱۲,۵	۷۴	۱۲,۸	۱۰۰۴	۱۶,۹	۱۲۳۴	۱۵,۹
کارگر ماهر	۲۳۴	۱۸,۸	۱۶۱	۲۷,۸	۱۰۵۷	۱۷,۸	۱۴۵۲	۱۸,۷
کشاورز	۴۳	۳,۵	۲۴	۴,۱	۱۷۸	۳	۲۴۵	۳,۲
مشاغل خدماتی تخصصی	۱۰۱	۸,۱	۲۲	۳,۸	۳۳۳	۵,۶	۴۵۶	۵,۹
راننده برون شهری	۶۳	۵,۱	۲۹	۵	۲۷۱	۴,۶	۳۶۳	۴,۷
راننده درون شهری	۱۰۵	۸,۴	۰۴	۰,۹	۴۷۰	۷,۹	۶۱۵	۷,۹
مشاغل غیررسمی	۳۸	۳	۴۵	۷,۸	۳۱۴	۵,۳	۳۹۷	۵,۱
مغازه دار	۱۰۷	۸,۶	۳۷	۶,۴	۴۶۸	۷,۹	۶۱۲	۷,۹
سایر	۵۵	۴,۴	۱۷	۲,۹	۲۱۷	۳,۷	۲۸۹	۳,۷
داری شغل خاصی نیستم	۳۷۴	۳۰	۱۷۳	۲۹,۸	۱۷۹۴	۳۰,۲	۲۳۴۱	۳۰,۱
جمع	۱۲۴۶	۱۰۰	۵۸۰	۱۰۰	۵۹۴۳	۱۰۰	۷۷۶۹	۱۰۰

جدول ۱۵ نشان می دهد که شغل کارگری شامل کارگر ساده و ماهر بیشترین فراوانی را در میان معتادان

داشته است (۳۴/۶ درصد). پس از آن شغل رانندگی (متشکل از درون شهری و برون شهری) با فراوانی ۱۲/۶

درصد از نرخ بالاتری نسبت به سایر مشاغل برخوردار بوده است. قابل توجه است که ۳۰/۱ درصد معتادان

عنوان کرده اند که داری شغل خاصی نیستند.

از کسانی که گزینه "داری شغل خاصی نیستم" را انتخاب کرده بودند، خواسته شد تا ذکر نمایند که کدام

وضعیت شغلی در مورد آنها صادق است که نتایج آن در جدول شماره ۱۶ آورده شده است. در واقع آمار مربوط

به "گزینه بدون پاسخ" در جدول شماره ۱۶ تقریباً دربرگیرنده افرادی است که حداقل به یکی از مشاغل فوق

اشتغال داشته اند.

جدول شماره ۱۶- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک عناوین جایگزین شغلی
و سه حوزه تحقیق

عناوین جایگزین شغلی		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۸۳۰	۶۶٫۶	۳۹۲	۶۷٫۶	۳۹۴۴	۶۶٫۴	۵۱۶۶	۶۶٫۵		
۱۲۳	۹٫۹	۴۰	۶٫۹	۶۱۵	۱۰٫۳	۷۷۸	۱۰		
۱۹۰	۱۵٫۲	۵۹	۱۰٫۲	۸۰۱	۱۳٫۵	۱۰۵۰	۱۳٫۵		
۲۴	۱٫۹	۲۰	۳٫۴	۱۵۷	۲٫۶	۲۰۱	۲٫۶		
۵	۰٫۴	۱	۰٫۲	۴۴	۰٫۷	۵۰	۰٫۶		
۹	۰٫۷	۳	۰٫۵	۶۲	۱	۷۴	۱		
۶	۰٫۵	۴	۰٫۷	۴۱	۰٫۷	۵۱	۰٫۷		
۱۴	۱٫۱	۲	۰٫۳	۶۴	۱٫۱	۸۰	۱		
۶	۰٫۵	۱	۰٫۲	۲۵	۰٫۴	۳۲	۰٫۴		
۳۹	۳٫۱	۵۸	۱۰	۱۹۰	۳٫۲	۲۸۷	۳٫۷		
۱۲۴۶	۱۰۰	۵۸۰	۱۰۰	۵۹۴۳	۱۰۰	۷۷۶۹	۱۰۰		

براساس داده های جدول شماره ۱۶ ملاحظه می گردد که افراد بیکار سهم زیادی را در بین معتادان به خود اختصاص داده اند (۲۳/۵ درصد) که از این میان ۱۰ درصد به علت اعتیاد از کار اخراج شده اند. همچنین مشاهده می گردد که ۱/۷ درصد از معتادان را دانش آموزان و دانشجویان تشکیل داده اند.

جدول شماره ۱۷- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک کارفرما و سه حوزه تحقیق

کارفرما	مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
دولتی	۱۰۴	۸,۳	۲۳	۴	۳۹۱	۶,۶	۵۱۸	۶,۷
خصوصی	۲۸۱	۲۲,۶	۱۶۲	۲۷,۹	۱۳۵۳	۲۲,۸	۱۷۹۶	۲۳,۱
خویش فرما	۴۰۶	۳۲,۶	۱۷۶	۳۰,۳	۱۷۷۰	۲۹,۸	۲۳۵۲	۳۰,۳
هیچکدام	۳۲۶	۲۶,۲	۱۶۸	۲۹	۱۶۴۵	۲۷,۷	۲۱۳۹	۲۷,۵

از اطلاعات مندرج در جدول شماره ۱۷ می توان دریافت که از میان ۷۲/۵ درصد معتادان شاغل که نوع کارفرمای خود را مشخص کرده اند، حدود ۵۳ درصد کارفرمایانی خصوصی و خویش فرما داشته و تنها ۶/۷ درصد آنها در مراکز دولتی اشتغال به کار داشته اند.

جدول شماره ۱۸- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک چگونگی تأمین مخارج زندگی و سه حوزه تحقیق

منبع تأمین مخارج زندگی	مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
درآمد شغلی	۸۳۷	۶۷,۲	۳۶۸	۶۳,۴	۳۸۳۹	۶۴,۶	۵۰۴۴	۶۴,۹
کمک مالی خانواده	۴۵۰	۳۶,۱	۱۷۷	۳۰,۵	۲۱۱۸	۳۵,۶	۲۷۴۵	۳۵,۳
کمک مالی دوستان	۳۱	۲,۵	۱۴	۲,۴	۲۶۹	۴,۵	۳۱۴	۴
فروش اموال شخصی یا لوازم منزل	۵۰	۴	۱۶	۲,۸	۲۱۴	۳,۶	۲۸۰	۳,۶
سایر درآمدهای شخصی (اجاره، مستغلات، بهره بانکی و...)	۴۱	۳,۳	۱۹	۳,۳	۲۳۸	۴	۲۹۸	۳,۸
خرید و فروش مواد	۱۰۴	۸,۳	۸۹	۱۵,۳	۷۵۴	۱۲,۷	۹۴۷	۱۲,۲
حمل مواد	۲۳	۱,۸	۳۲	۵,۵	۲۸۲	۴,۷	۳۳۷	۴,۳
سرقت	۴۱	۳,۳	۴۰	۶,۹	۳۴۶	۵,۸	۴۲۷	۵,۵
قاچاق سایر کالاها	۹	۰,۷	۱۱	۱,۹	۹۰	۱,۵	۱۱۰	۱,۴
سایر	۵۷	۴,۶	۳۷	۶,۴	۳۷۴	۶,۳	۴۶۸	۶

همانطور که در جدول شماره ۱۸ مشاهده می گردد ۶۴/۹ درصد معتادان گزارش کرده اند که کل یا بخشی از مخارج زندگی خود را از طریق درآمد شغلی تأمین می کنند و لذا بقیه آنها (۱/۳۵ درصد) که هیچ گونه درآمد شغلی ندارند، مخارج زندگی شان را از سایر روشها تأمین می کنند. در بین کل جمعیت معتادان ۳۹/۳ درصد به کمک مالی خانواده و دوستان متکی هستند. به طور کلی ۲۳/۴ درصد از معتادان عنوان کرده اند که برای کسب درآمد به خرید و فروش مواد، حمل مواد، سرقت و قاچاق سایر کالاها روی آورده اند و این میزان در میان معتادان زندانی بیشتر و برعکس در معتادان مراجعه کننده به مراکز درمانی کمتر از دو حوزه دیگر بوده است.

جدول شماره ۱۹- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک درآمد ماهانه خانوار و سه حوزه تحقیق

متوسط درآمد ماهانه (هزار تومان)		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
۰	۸۱	۶,۵	۳۷	۶,۴	۵۰,۷	۸,۵	۶۲۵	۸
۱-۵۰	۵۳	۴,۳	۲۴	۴,۱	۱۶۳	۲,۷	۲۴۰	۳,۱
۵۱-۱۰۰	۷۵	۶	۵۴	۹,۳	۴۳۹	۷,۴	۵۶۸	۷,۳
۱۰۱-۲۰۰	۳۲۸	۲۶,۳	۱۳۱	۲۲,۶	۱۵۴۰	۲۵,۹	۱۹۹۹	۲۵,۷
۲۰۱-۳۰۰	۲۵۶	۲۰,۵	۱۱۴	۱۹,۷	۱۳۳۷	۲۲,۵	۱۷۰۷	۲۲
۳۰۱-۴۰۰	۱۶۶	۱۳,۳	۷۲	۱۲,۴	۷۳۵	۱۲,۴	۹۷۳	۱۲,۵
۴۰۱-۵۰۰	۱۰۰	۸	۴۹	۸,۴	۴۵۳	۷,۶	۶۰۲	۷,۷
۵۰۱-۶۰۰	۴۲	۳,۴	۲۶	۴,۵	۱۹۵	۳,۳	۲۶۳	۳,۴
۶۰۱-۷۰۰	۴۱	۳,۳	۱۶	۲,۸	۱۴۲	۲,۴	۱۹۹	۲,۶
۷۰۱-۸۰۰	۲۱	۱,۷	۱۳	۲,۲	۹۳	۱,۶	۱۲۷	۱,۶
۸۰۱-۹۰۰	۵	۰,۴	۴	۰,۷	۲۷	۰,۵	۳۶	۰,۵
۹۰۱-۱۰۰۰	۳۵	۲,۸	۷	۱,۲	۹۹	۱,۷	۱۴۱	۱,۸
۱۰۰۰ و بیشتر	۴۳	۳,۵	۳۳	۵,۷	۲۳۱	۳,۶	۲۸۹	۳,۷
جمع	۱۲۴۶	۱۰۰	۵۸۰	۱۰۰	۵۹۴۳	۱۰۰	۷۷۶۹	۱۰۰

در جدول شماره ۱۹ می توان ملاحظه کرد که متوسط درآمد ماهانه ۴۴/۱ درصد معنادان زیر ۲۰۰ هزارتومان می باشد و حدود ۱۸ درصد آنها درآمد کمتر از ۱۰۰ هزارتومان در ماه دارند. نکته جالب توجه این است که سهم معنادانی که درآمد ماهانه بیشتر از ۵۰۰ هزارتومان دارند، نیز چندان کم نبوده و حدود ۱۳/۶ درصد آنها را تشکیل می دهد.

مصاحبه عمیق با افراد کلیدی کشور در خصوص وضعیت اعتیاد

افراد کلیدی معتقدند که افزایش تصادفات رانندگی ناشی از مصرف این مواد توسط جوانان از کمترین آسیب‌هایی است که بر این گروه از جمعیت کشور وارد می‌شود. در عین حال رفتارهای پرخطر ناشی از مصرف این مواد شیمیایی سلامت جامعه را در معرض خطر بزرگی قرار داده است. برای نمونه افزایش معتادان تزریقی و کارتن خواب در سطح کشور مؤید همین امر است که خود از اصلی‌ترین عوامل سرایت بیماری‌هایی مانند هپاتیت و ایدز می‌باشد و گسترش موارد ابتلا به بیماری ایدز و هپاتیت در کشور که غالباً ناشی از تزریق با سرنگ مشترک می‌باشد، نیز از دیگر اتفاقات جدید در حوزه اعتیاد ذکر شده است.

همچنین به نظر افراد کلیدی از جمله اتفاقات دیگری که در حوزه اعتیاد رخ داده است نگرش جاری نسبت به مواد اعتیادآور در جامعه است. تعدادی از افراد کلیدی معتقدند که شرایط فرهنگی موجود در جامعه مصرف مواد جدید را ضد ارزش نمی‌داند و رواج مصرف این مواد در میان اقشار مختلف جامعه به تدریج به ارزش مبدل شده است و در واقع قبح مصرف مواد به سمت بیرنگ شدن می‌رود. معتادین امروز افرادی هستند که تصویر ناپسندی از ظاهر خود به عنوان یک معتاد نشان نمی‌دهند.

اکثریت افراد کلیدی در مصاحبه عمیق در خصوص راهکارهای ساماندهی وضعیت فعلی اعتیاد در جامعه معتقد بودند که تنها با کنترل مرزها و جلوگیری از ورود مواد به کشور و از سوی دیگر دستگیری و مجازات فروشندگان و قاچاقچیان اصلی مواد می‌توان وضعیت اعتیاد را در کشور سامان داد. همچنین بازبینی و تجدید نظر در قوانین و جرائم مرتبط با مواد مخدر و نیز نظارت بر نحوه اجرای قوانین فوق می‌تواند بر بهبود وضعیت اعتیاد در کشور تأثیر بسزایی داشته باشد و این مهم در پرتو هماهنگی نهادهای اجرایی و قضایی کشور میسر می‌شود که همانا در یک راستا عمل کردن ارگانهای متولی و منادی رویکرد عرضه و تقاضا می‌تواند این هماهنگی را محقق سازد.

یکی از افراد کلیدی در استان قزوین می‌گوید: تنها راه به نظر من دستگیری فروشندگان و حتی وارد

کنندگان مواد مخدر و تنظیم قوانین به نحوی که اشد مجازات برای آنها تعیین شود.

عده‌ای دیگر معتقدند با حمایت تخصصی و مالی از فعالیت نهادهای مردمی و تشویق مشارکت مردم در حوزه پیشگیری و درمان می‌توان از پتانسیل موجود در نیروی مردم برای حل این معضل بهره گرفت.

یک فرد کلیدی در استان بوشهر می‌گوید: تعامل بیشتر ارگانها و سازمان‌های دولتی متولی امر مبارزه با اعتیاد با تشکلهای غیردولتی و تشکلهایی مانند معتادان گمنام و اصلاح و بازنگری در قوانین مرتبط با مواد مخدر از جمله راههای ساماندهی اعتیاد است.

گروهی از افراد کلیدی با تکیه بر تقویت و گسترش مطالعات و پژوهش، اهمیت بررسی علمی این پدیده را بیان می‌کنند تا به مدد شناسایی هرچه دقیق‌تر و فراگیرتر آن، بتوان به راه‌حل‌های کاربردی و مؤثرتر دست یافت و از منظری عالمانه و آگاهانه با پدیده فوق برخورد نمود. در همین راستا گروهی معتقدند تربیت افراد متخصص درحوزه مبارزه با مواد اعتیادآور اعم از پیشگیری و درمان، پایه و اساس ساختار ساماندهی وضعیت اعتیاد در کشور محسوب می‌شود زیرا برخورد غیر علمی چه در حوزه پیشگیری و چه در حوزه درمان نه تنها به حل این معضل کمکی نخواهد کرد بلکه منجر به پیچیده تر شدن آن خواهد شد.

یک فرد کلیدی در استان فارس می‌گوید: تقویت بنیه علمی و تحقیقات در زمینه عوامل اجتماعی و فردی و نیز همگامی و همگرایی متولیان امور در سطح کلان و خرد در حوزه اعتیاد از مهمترین اقدامات در جهت ساماندهی وضعیت اعتیاد است.

عده‌ای از افراد مورد مصاحبه معتقدند عدم وجود بانک اطلاعاتی در خصوص وضعیت اعتیاد در کشور می‌تواند برمیزان نادانسته‌ها و اشراف نداشتن بر توانمندیها و کمی و کاستی‌ها دامن زده و نبود دانش کافی منجر به طراحی برنامه‌های بی‌اثر و کوتاه‌مدت در کشور شود که نهایتاً به حل مشکل اعتیاد کمکی نکند لذا با طراحی این بانک اطلاعاتی در کنار راه‌اندازی سیستم پایش و مشاوره به وسیله خطوط مشاوره در کشور می‌توان به چندین هدف دست یافت که بازبینی عملکرد برنامه‌های جاری و دستیابی به شکاف‌های موجود و درعین حال کنترل معتادین به منظور مداخله در بحران از جمله اهداف قابل دسترس این برنامه می‌باشد.

یکی از افراد کلیدی در استان کرمان می‌گوید: "فعال نمودن تشکلهای خصوص در سطح گسترده، مهار معتادین از طریق رویکرد کاهش آسیب، آگاه سازی جامعه با روشهای نو از طرق مختلف و بالابردن سطح آموزش و کیفی نمودن آن از سطوح ابتدایی از جمله راههای ساماندهی اعتیاد در کشور است."

یک سخن متفاوت در میان دیگر سخن‌ها از استان کرمان: کشت مواد مخدر قدیمی و سنتی

مانند تریاک آزاد شود که حداقل افراد معتاد تریاک مصرف کنند و بین بد و بدتر، بد انتخاب شود." گروهی دیگر معتقدند با گسترش مراکز درمانی و حمایت‌های همه جانبه از این مراکز به ویژه در استانهای در معرض، تدوین پروتکل‌های درمانی مختلف، افزایش مراکز درمانی اجتماع درمان مدار (TC) و مراکز DIC با پشتوانه رویکرد زیانکاهی می‌توان واقع‌بینانه‌تر با اعتیاد روبرو شد. عده‌ای دیگر نیز که از همین منظر به ساماندهی اعتیاد در کشور می‌نگرند، اینگونه بیان می‌کنند که درمان معتادان بدون توانمند سازی آنان کاری بیهوده می‌باشد و تنها با ایجاد اشتغال و حرفه آموزی در ظل حمایت مجتمعاتی نگهدارنده افراد وابسته به مواد اعتیادآور است که می‌توان به این گروه در معرض آسیب سامان داد.

ب- اطلاعات مربوط به مواد مصرفی توسط معتادان

در این بخش به گزارش سابقه مصرف انواع مواد در معتادان، سن شروع مصرف، فرایند مصرف، سابقه مصرف مواد در نزدیکان، روش های مصرف، هزینه و میزان مصرف ماهیانه، موقعیت‌ها و مکان های مصرف، دلایل و شرایط روحی منجر به اولین مصرف مواد و ... پرداخته می شود.

جدول شماره ۲۰- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک سابقه مصرف سیگار و سه حوزه تحقیق

سابقه مصرف دخانیات		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
بله (در حال)		۱۰۷۲	۸۶	۴۸۲	۸۳,۱	۵۰۶	۸۵,۳	۸۵,۲
بله (در گذشته)		۷۵	۶	۴۷	۸,۱	۳۸۳	۶,۴	۶,۵
خیر		۹۹	۷,۹	۵۱	۸,۸	۴۹۲	۸,۳	۸,۳
جمع		۱۲۴۶	۱۰۰	۵۸۰	۱۰۰	۵۹۴۳	۱۰۰	۷۷۶۹

جدول شماره ۲۰ نشان می دهد ۸۵/۲ درصد معتادان در زمان تحقیق مصرف کننده سیگار نیز بودند. تنها ۶/۵ درصد اظهار کردند که در گذشته سیگار مصرف می کرده و در حال حاضر مصرف نمی کنند. همچنین تنها ۸/۳ درصد از آنها عدم سابقه مصرف سیگار در طول عمر را گزارش کرده اند. بنابراین می توان نتیجه گرفت میان مصرف سیگار و اعتیاد رابطه نیرومندی وجود دارد. میانگین سن آغاز سیگار نیز ۱۸,۳۹ بود.

جدول شماره ۲۱- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک سن آغاز مصرف سیگار
و سه حوزه تحقیق

سن آغاز مصرف سیگار		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
۲۸	۲,۶	۱۲	۲,۴	۹۴	۱,۸	۱۳۴	۱,۹	۹ سال و کمتر
۷۲۸	۶۶,۴	۳۱۹	۶۲,۷	۳۲۲۲	۶۱	۴۲۶۹	۶۲	۱۰-۱۹ سال
۳۰۶	۲۷,۹	۱۶۱	۳۱,۶	۱۷۷۰	۳۳,۵	۲۲۳۷	۳۲,۵	۲۰-۲۹ سال
۳۰	۲,۷	۱۶	۳,۱	۱۶۳	۳,۱	۲,۹	۳	۳۰-۳۹ سال
۳	۰,۳	۱	۰,۲	۲۹	۰,۵	۳۳	۰,۵	۴۰-۴۹ سال
۱	۰,۱	۰	۰	۴	۰,۱	۵	۰,۱	۵۰-۵۹ سال
۱	۰,۱	۰	۰	۱	۰,۰	۲	۰,۰	۶۰ سال و بالاتر
۱۰۹۷	۱۰۰	۵۰۹	۱۰۰	۵۲۸۳	۱۰۰	۶۸۸۹	۱۰۰	جمع

جدول شماره ۲۱ حاکی است که پرخطرترین سنین برای شروع مصرف سیگار دوره نوجوانی (۱۰-۱۹ سال) با

فراوانی ۶۲ درصد و جوانی (۲۰-۲۹ سال) با فراوانی ۳۲/۵ درصد بوده است.

همانطور که در جدول شماره ۲۲ نیز آمده است، بررسی سابقه مصرف سیگار و الکل در بستگان معتادان نشان

داد که در مورد ۴۷/۵ درصد از معتادان، سابقه مصرف سیگار در پدر و در ۵ درصد از آنها سابقه مصرف سیگار

در مادر وجود داشته است. با توجه به اینکه طبق اظهارات معتادان مورد مطالعه تقریباً نیمی از پدران آنها سابقه

مصرف سیگار یا الکل داشته اند، می توان به نقش مهم رفتار پدر در روی آوردن فرزندان به رفتارهای پرخطر

پی برد. دیگر موارد قابل توجه در جدول شماره ۲۲ سابقه مصرف سیگار (۳۳/۳ درصد) و الکل (۱۴/۲ درصد)

در برادر می باشد.

جدول شماره ۲۲- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک سابقه مصرف سیگار یا
الکل در بستگان و سه حوزه تحقیق

بستگان	سابقه مصرف سیگار و الکل	مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع	
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
پدر	سیگار	۴۷,۸	۵۹۶	۴۰	۲۳۲	۴۸,۲	۲۸۶۲	۳۶۹۰	۴۷,۵
	الکل	۸,۶	۱۰۷	۱۰,۳	۶۰	۱۰,۵	۶۲۲	۷۸۹	۱۰,۲
	هر دو	۷,۵	۹۳	۹	۵۲	۹,۱	۵۴۱	۶۸۶	۸,۸
	هیچکدام	۵۱	۶۳۶	۵۸,۶	۳۴۰	۵۰	۳۰	۳۹۷۶	۵۱,۲
مادر	سیگار	۳	۳۸	۶,۲	۳۶	۵,۳	۳۱۷	۳۹۱	۵
	الکل	۰,۶	۷	۰,۷	۴	۰,۷	۴۳	۵۴	۰,۷
	هر دو	۰,۳	۴	۰,۵	۳	۰,۷	۳۹	۴۶	۰,۶
	هیچکدام	۹۶,۷	۱۲۰۵	۹۳,۶	۵۴۳	۹۴,۶	۵۶۲۲	۷۳۷۰	۹۴,۹
خواهر	سیگار	۱	۱۲	۲,۴	۱۴	۱	۵۸	۸۴	۱,۱
	الکل	۰,۴	۵	۰,۷	۴	۰,۴	۲۶	۳۵	۰,۵
	هر دو	۰,۲	۳	۰,۵	۳	۰,۳	۱۵	۲۱	۰,۳
	هیچکدام	۹۸,۹	۱۲۳۲	۹۷,۴	۵۶۵	۹۸,۸	۵۸۷۴	۷۶۷۱	۹۸,۷
برادر	سیگار	۳۳,۱	۴۱۲	۳۰,۹	۱۷۹	۳۳,۶	۱۹۹۸	۲۵۸۹	۳۳,۳
	الکل	۱۱,۷	۱۴۶	۱۳,۶	۷۹	۱۴,۸	۸۷۸	۱۱۰۳	۱۴,۲
	هر دو	۱۰	۱۲۴	۱۱	۶۴	۱۲,۷	۷۵۵	۹۴۳	۱۲,۱
	هیچکدام	۶۵,۲	۸۱۲	۶۶,۶	۳۸۶	۶۴,۳	۳۸۲۲	۵۰۲۰	۶۴,۶
همسر	سیگار	۲,۴	۳۰	۴,۳	۲۵	۳	۱۷۶	۲۳۱	۳
	الکل	۰,۶	۸	۱,۴	۸	۱,۱	۶۳	۷۹	۱
	هر دو	۰,۶	۷	۱,۴	۸	۱	۶۰	۷۵	۱
	هیچکدام	۹۷,۵	۱۲۱۵	۹۵,۷	۵۵۵	۹۷	۵۷۶۴	۷۵۳۴	۹۷
فرزند	سیگار	۱	۱۳	۰,۷	۴	۱,۹	۱۱۲	۱۲۹	۱,۷
	الکل	۰,۱	۱	۰	۰	۰,۹	۵۶	۵۷	۰,۷
	هر دو	۰	۰	۰	۰	۰,۸	۴۶	۴۶	۰,۶
	هیچکدام	۹۸,۹	۱۲۳۲	۹۹,۳	۵۷۶	۹۷,۹	۵۸۲۱	۷۶۲۹	۹۸,۲

جدول شماره ۲۳- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک مواد مصرفی در حال حاضر و سه حوزه تحقیق

نوع ماده	مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
حشیش	۸۳	۶,۷	۵۹	۱۰,۲	۴۶۹	۷,۹	۷,۹
تریاک	۵۷۴	۴۶	۲۵۷	۴۴,۳	۲۵۸۴	۴۳,۵	۴۳,۹
شیره تریاک	۱۰۴	۸,۳	۳۲	۵,۵	۴۲۷	۷,۲	۷,۲
سوخته	۱۰	۰,۸	۳	۰,۵	۴۵	۰,۷	۰,۷
شیره سوخته	۲۳	۱,۸	۱۵	۲,۶	۱۸۵	۳,۱	۲,۹
هروئین	۲۸۴	۲۲,۸	۱۶۱	۲۷,۷	۱۱۳۱	۱۹	۲۰,۳
کراک	۲۹۸	۲۳,۹	۱۴۹	۲۵,۷	۱۷۳۶	۲۹,۲	۲۸,۱
شیشه	۴۲	۳,۴	۳۵	۶	۳۲۶	۵,۵	۵,۲
اکستیزی	۸	۰,۶	۳	۰,۵	۵۸	۰,۹	۰,۹
بوپره نورفین	۹	۰,۷	۱	۰,۲	۲۳	۰,۴	۰,۴
نورجیزک	۸۷	۷	۱۶	۲,۷	۲۶۳	۴,۴	۴,۷
الکل	۲۸	۲,۲	۱۲	۲,۱	۲۲۳	۳,۷	۴,۳
کوکائین	۴	۰,۳	۱	۰,۲	۱۵	۰,۲	۰,۲
داورهای مخدر	۵۳	۴,۲۵	۴۱	۷,۱	۱۶۲	۲,۷	۳,۳
ال اس دی	۰	۰	۱	۰,۲	۹	۰,۱	۰,۱
پان	۰	۰	۰	۰	۴	۰,۰	۰,۰
سایر	۴۵	۳,۱	۹	۱,۵۵	۵۳	۰,۹	۱,۴

همانطور که از داده های جدول شماره ۲۳ برمی آید، تریاک با فراوانی ۴۳/۹ درصد بیشترین ماده مصرفی در حال حاضر را در میان معتادان به خود اختصاص داده است. پس از آن به ترتیب کراک با فراوانی ۲۸/۱ درصد و هروئین با فراوانی ۲۰/۳ درصد شایع ترین مواد مصرفی معتادان هستند. مصرف حشیش، هروئین و داورهای مخدر در میان معتادان زندانی بیشتر از سایر حوزه های تحقیق گزارش شده است و مصرف تریاک و نورجیزک در معتادان مراجعه کننده به مراکز درمانی بیشتر از بقیه بوده است.

جدول شماره ۲۴ - توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک روش فعلی مصرف و

سه حوزه تحقیق

روش فعلی مصرف	مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
تدخین	۸۵۹	۶۸،۹	۴۸۸	۸۴،۱	۴۵۱۹	۷۶	۵۸۶۶	۷۵،۲
خوردن	۴۲۱	۳۳،۸	۱۷۳	۲۹،۸	۱۷۶۶	۲۹،۷	۲۳۶۰	۳۰،۳
انفییه	۲۶	۲	۲۲	۳،۸	۲۳۴	۳،۹	۲۸۲	۳،۶
تزریق	۲۶۰	۲۰،۸	۱۰۶	۱۸،۳	۱۲۹۹	۲۱،۸	۱۶۶۵	۲۱،۳
جمع	۱۲۴۶	-	۵۸۰	-	۵۹۴۳	-	۷۷۹۶	-

همانگونه که در جدول ۲۴ دیده میشود مصرف ۷۵،۲ درصدی روش دودی و ۳۰،۳ درصدی روش خوراکی است. حدود ۲۱ درصد معتادان از روش تزریق استفاده میکنند.

جدول شماره ۲۵- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک روش مصرف مواد مصرفی در حال حاضر

نوع ماده	دودی		خوردن		انفیه (دماغی)		تزریق		استنشاق		زیرزبانی		پوستی		اماله		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
حشیش	۵۸۳	۹۷	۱۸	۳	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۶۰۱	۱۰۰
تریاک	۲۱۳۳	۶۲.۵	۱۲۴۲	۳.۳۶	۰	۰	۴۰	۱.۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳۴۱۵	۱۰۰
شیره تریاک	۲۶۳	۴۷	۲۸۹	۵۱.۶	۰	۰	۸	۱.۴	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۵۶۰	۱۰۰
سوخته	۲۸	۵۸.۳	۲۰	۴۱.۶	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۴۸	۱۰۰
شیره سوخته	۹۳	۴۱.۹	۱۲۳	۵۵.۴	۰	۰	۶	۲.۷	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲۲۲	۱۰۰
هروئین	۸۱۹	۴۶.۸	۰	۰	۲۴۷	۱۴.۱	۶۸۳	۳۹	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۷۴۹	۱۰۰
کراک	۱۶۹۷	۷۸.۱	۰	۰	۴۰	۱.۸	۴۳۴	۱۹.۹	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲۱۷۱	۱۰۰
شیشه	۳۳۹	۸۵.۵	۰	۰	۵	۱.۲	۵۷	۱۴.۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۴۰۱	۱۰۰
اکستیزی	۰	۰	۶۷	۱۰۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۶۷	۱۰۰
بوپره نورفین	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲۶	۸۱.۳	۰	۰	۶	۱۸.۷	۰	۰	۰	۰	۳۲	۱۰۰
نورجیزک	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳۶۰	۱۰۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳۶۰	۱۰۰
الکل	۰	۰	۲۶۸	۱۰۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲۶۸	۱۰۰
کوکائین	۱۳	۷۲.۲	۰	۰	۲	۱۰	۳	۱۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۸	۱۰۰
داورهای مخدر	۰	۰	۲۱۹	۹۸.۲	۰	۰	۴	۱.۸	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲۲۳	۱۰۰
ال اس دی	۱	۲۸.۶	۵	۷۱.۴	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۱.۱	۰	۰	۰	۰	۷	۱۰۰
پان	۰	۰	۳	۱۰۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳	۱۰۰

بررسی روشهای مصرف انواع مواد در جدول شماره ۲۵ نشان می دهد شایع ترین روش مصرف حشیش به صورت دودی بوده است (۹۷ درصد)، و ۳ درصد از مصرف کنندگان حشیش آن را به صورت خوراکی مصرف می کردند .

در میان مصرف کنندگان تریاک شایع ترین روشهای مصرف عبارت بودند از دودی (۶۲،۵ درصد) و خوراکی (۳۶،۳ درصد). ۴۷ درصد از مصرف کنندگان شیره تریاک آن را دود می کردند و ۵۱/۶ درصد آن را به روش خوراکی مصرف می کردند. روشهای غالب مصرف سوخته به صورت تدخین (۵۸/۳) و خوراکی (۴۱/۶ درصد) بود، شیره سوخته نیز غالباً به صورت خوراکی (۵۵/۴ درصد) و دودی (۴۱/۹ درصد) مورد استفاده قرار می گیرد.

هروئین و کراک به شیوه های متنوع تری در میان مصرف کنندگان این مواد مورد استفاده قرار می گیرند. ۴۶،۸ درصد از مصرف کنندگان هروئین آن را به صورت دودی، ۳۹ درصد به صورت تزریق و ۱۴،۱ درصد به صورت انفیه مورد مصرف قرار می دهند. در میان مصرف کنندگان کراک نیز ۷۸،۱ درصد به صورت دودی، ۱۹/۹ درصد به صورت تزریق این ماده را مصرف می کنند.

بیشترین شکل استفاده از شیشه به صورت دودی بود (۸۵/۵ درصد) اما میزان مصرف تزریقی آن نیز قابل توجه بوده است (۱۴/۲ درصد). بدیهی است روش مصرف اکستیزی به صورت خوراکی بوده است (۱۰۰ درصد). بیشترین میزان مصرف بوپره نورفین به صورت تزریق (۸۱/۳ درصد) و تعدادی نیز به صورت زیر زبانی (۱۸/۷ درصد) ذکر شده است.

طبیعی است که تمامی مصرف کنندگان نورجیزک (۱۰۰ درصد)، این ماده را که به صورت آمپول در بازار مواد یافت می شود، به صورت تزریقی مورد مصرف قرار می دهند..

با توجه به آمار اندک مصرف کنندگان کوکائین (۲۰ نفر) اطلاعات مربوط به روشهای مصرف ممکن است چندان معتبر نباشند. این مسأله در مورد مصرف کنندگان LSD که شایع ترین روش مصرف آن خوراکی است (۵۵/۶ درصد) و همچنین پان که بیشتر به صورت خوراکی مصرف می شود (۱۰۰ درصد) نیز صادق است.

از نکات قابل توجه اینست که علی رغم توضیحات کامل پیرامون انواع روشهای مصرف مواد و ذکر این نکته که روش استنشاق تنها برای مواد فرار مانند چسب موکت، تینر و اسپری های خوش بو کننده بکار می رود باز

شاهد ذکر ۸۱ نفر در استفاده کننده استنشاقی در ماده هروئین (۴/۷ درصد) و ۱۹ نفر در ماده کراک (۰/۹ درصد) بودیم که با پیگیری از پرسشگران استانهای مربوطه و بررسی مجدد آن، در میان سایر روشهای ممکن مانند دودی و انفییه تقسیم گردید. یکی از نکات قابل ملاحظه در جدول شماره ۲۵، آمار نسبتاً بالای تزریق در اغلب مواد است که با توجه به عوارض و پیامدهای ناشی از این شیوه مصرف نیازمند توجه جدی می باشد.

جدول شماره ۲۶- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک میزان و هزینه ماهیانه مصرف مواد در حال حاضر

نوع ماده و واحد اندازه گیری آن	میانگین میزان مصرف ماهیانه	میانگین هزینه ماهیانه مصرف (تومان)
حشیش (گرم)	۵۲،۱۶	۶۸۱۶۵
تریاک (گرم)	۷۰،۹	۸۴۶۶۷
شیره تریاک (گرم)	۶۵،۴	۱۱۶۳۹۷
سوخته (گرم)	۳۰،۵۳	۷۲۷۶۶
شیره سوخته (گرم)	۵۴،۸۴	۱۱۳۰۳۷
هروئین (گرم)	۴۱،۴۸	۱۵۹۹۰۰
کراک (گرم)	۳۷،۷۹	۲۳۶۸۲۸
شیشه (سوت)	۷۹،۳۶	۲۰۱۷۲۴
اکستیسی (عدد قرص)	۳۹	۲۱۶۸۲۶
بوپره نورفین (عدد قرص یا آمپول)	۸۶	۱۲۳۷۲۷
نورجیزک (عدد آمپول)	۱۵۱	۲۱۷۲۹۲
الکل (بتر)	۱۴،۴۲	۲۲۰۵۸
کوکائین (گرم)	۹،۲۶	۲۷۳۶۴۹
داورهای مخدر	۲۰۸	۵۱۹۳۰
ال اس دی	۱۱،۸	۳۴۶۶۶
پان	۸۰	۴۵۰۰
سایر	-	۲۳۶۹۹

در جدول شماره ۲۶ مقدار مصرف ماهیانه ماده در حال حاضر معتادان مورد مطالعه و هزینه ای که بابت مصرف این ماده می پردازند، آورده شده است. همانطور که مشاهده می گردد مبلغی که مصرف کنندگان مواد صرفاً برای ماده غالب مصرفی خود می پردازند، در دامنه ای از ۲۲۰۰۰ تومان تا حدود ۲۷۳۰۰۰ تومان قرار دارد.

جدول شماره ۲۷- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک ماده مصرفی غالب و سه حوزه تحقیق

نوع ماده	مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
حشیش	۲۰	۱,۷	۶	۱,۱	۱۲۶	۲,۲	۱۵۲	۲
تریاک	۴۰۵	۳۴,۸	۱۹۰	۳۳,۹	۱۹۶۹	۳۳,۸	۲۵۶۴	۳۴
شیره تریاک	۴۹	۴,۲	۲۱	۳,۷	۲۶۱	۴,۵	۳۳۱	۴,۴
سوخته	۵	۰,۴	۱	۰,۲	۱۳	۰,۲	۱۹	۰,۳
شیره سوخته	۱۱	۰,۹	۵	۰,۹	۱۰۰	۱,۷	۱۱۶	۱,۵
هروئین	۲۲۷	۱۹,۵	۱۳۷	۲۴,۴	۱۰۸۵	۱۸,۶	۱۴۴۹	۱۹,۲
کراک	۲۶۵	۲۲,۸	۱۳۵	۲۴,۱	۱۶۱۱	۲۷,۷	۲۰۱۱	۲۶,۶
شیشه	۳۰	۲,۶	۲۲	۳,۹	۲۲۳	۳,۸	۲۷۵	۳,۶
اکستیزی	۱	۰,۱	۲	۰,۴	۲۹	۰,۵	۳۲	۰,۴
بوپره نورفین	۶	۰,۵	۱	۰,۲	۱۳	۰,۲	۲۰	۰,۳
نورجیزک	۷۱	۶,۱	۱۵	۲,۷	۲۲۱	۳,۸	۳۰۷	۴,۱
الکل	۳	۰,۳	۲	۰,۴	۴۷	۰,۸	۵۲	۰,۷
کوکائین	۲	۰,۲	۰	۰,۰	۸	۰,۱	۱۰	۰,۱
داورهای مخدر	۳۲	۲,۷	۱۸	۳,۲	۳۸	۰,۷	۸۸	۱,۲
ال اس دی	۰	۰,۰	۰	۰,۰	۴	۰,۱	۴	۰,۱
پان	۰	۰	۰	۰	۲	۰,۰	۲	۰,۰
سایر	۳۷	۳,۲	۶	۱,۱	۳۵	۰,۶	۷۸	۱
جمع	۱۱۶۴	۱۰۰	۵۶۱	۱۰۰	۵۷۸۵	۱۰۰	۷۵۱۰	۱۰۰

همانطور که جدول شماره ۲۷ نشان می دهد، ماده غالب مصرفی معتادان مورد مطالعه به ترتیب تریاک با فراوانی ۳۴ درصد، کراک (۲۶/۶ درصد) و هروئین (۱۹/۲ درصد) گزارش شده است. مصرف هروئین و داروهای مخدر به عنوان ماده غالب در معتادان زندانی بیشتر از سایر حوزه ها بوده است.

جدول شماره ۲۸ - توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک روش غالب مصرف و سه حوزه تحقیق

روش غالب	مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
تدخین	۵۹۹	۵۴٫۶	۳۴۹	۶۲٫۶	۳۳۶۰	۵۸٫۲	۴۳۰۸	۵۸
خوردن	۲۸۰	۲۵٫۵	۱۱۰	۱۹٫۷	۱۰۹۳	۱۹	۱۴۸۳	۲۰
انفیه	۲۳	۲٫۱	۱۵	۲٫۷	۱۹۲	۳٫۳	۲۳۰	۳٫۱
تزریق	۱۹۶	۱۷٫۸	۸۳	۱۵	۱۱۲۵	۱۹٫۵	۱۴۰۴	۱۸٫۹
جمع	۱۰۹۸	۱۰۰	۵۵۷	۱۰۰	۵۷۷۰	۱۰۰	۷۴۲۵	۱۰۰

بیشترین میزان مصرف مواد در میان معتادان کشور بصورت روش غالب روش دودی یا تدخینی بود (۵۸ درصد) و تزریق (۱۸٫۹ درصد) دومین روش شلیع مصرف مواد بود.

نکته: در خصوص مواد غالب و روش غالب این توضیح لازمست که ماده ای را طبق تعریف پرسشنامه های طرح ماده غالب میدانیم که فرد اگر پول محدودی داشته باشد ترجیح میدهد آن را تهیه کند. بطور مثال از وی پرسیده میشود که اگر ده هزار تومان داشته باشد ترجیح میدهد چه ماده ای بخرد؟ او هر ماده ای را نام ببرد همان ماده ، ماده غالب او خواهد بود. ممکن است فرد معتادی کراک و شیشه و تریاک را با هم مصرف کند اما اگر ده هزار تومان موجودی پولش را تریاک بخرد او تریاکی محسوب خواهد شد. این مسئله در مورد روش غالب نیز صادق بوده است.

جدول شماره ۲۹- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک روش مصرف ماده غالب

نوع ماده	دودی		خوردن		انفیه (دماغی)		تزریق		استنشاق		زیرزبانی		پوستی		اماله		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
حشیش	۱۳۳	۸۹,۹	۱۵	۱۰,۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۴۸	۱۰۰
تریاک	۱۵۹۴	۶۲,۳	۹۴۳	۳۶,۹	۰	۰	۱۹	۰,۷	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲۵۵۶	۱۰۰
شیره تریاک	۱۴۷	۴۴,۸	۱۷۵	۵۳,۳	۰	۰	۶	۱,۸	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳۲۸	۱۰۰
سوخته	۱۰	۶۲,۵	۶	۳۷,۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۶	۱۰۰
شیره سوخته	۴۳	۳۶,۲	۷۰	۶۰,۳	۰	۰	۳	۲,۶	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۱۶	۱۰۰
هروئین	۶۵۲	۴۵,۸	۰	۰	۲۱۲	۱۴,۹	۵۵۹	۳۹,۳	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۴۲۳	۱۰۰
کراک	۱۵۶۶	۷۸,۵	۰	۰	۲۸	۱,۴	۴۰۱	۲۰,۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۹۹۵	۱۰۰
شیشه	۲۱۳	۷۸,۶	۰	۰	۴	۱,۵	۵۴	۱۹,۹	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲۷۱	۱۰۰
اکستیزی	۰	۰	۳۲	۱۰۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳۲	۱۰۰
بوپره نورفین	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۹	۹۵	۰	۰	۱	۵	۰	۰	۰	۰	۲۰	۱۰۰
نورجیزک	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳۰۶	۱۰۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳۰۶	۱۰۰
الکل	۰	۰	۵۲	۱۰۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۵۲	۱۰۰
کوکائین	۶	۰	۰	۰	۱	۰	۳	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۰	۱۰۰
داورهای مخدر	۰	۰	۷۶	۱۰۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۷۶	۱۰۰
ال اس دی	۰	۰	۳	۷۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۲۵	۰	۰	۴	۱۰۰
پان	۰	۰	۱	۱۰۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲	۱۰۰
سایر	۳	۳,۹	۷۱	۹۲,۲	۰	۰	۳	۳,۹	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۷۷	۱۰۰

اطلاعات مربوط به شایع ترین روشهای مصرف ماده غالب که در جدول شماره ۲۹ آورده شده است، تقریباً مشابه داده های جدول قبلی درمورد روشهای مصرف مواد مصرف در حال حاضر می باشد، بنابراین از گزارش مجدد آن خودداری می شود.

توزیع فراوانی نسبی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک ماده غالب مصرفی

نوع ماده	درصد سال ۸۶	درصد سال ۸۳
تریاک	۳۴	۵۲/۸
کرک افغانی	۲۶/۶	وجود نداشت
هروئین	۱۹/۲	۲۰/۷
شیره تریاک	۴/۴	۵/۳
شیره سوخته	۱/۵	وجود نداشت
نورجیزک	۴/۱	وجود نداشت
شیشه	۳/۶	وجود نداشت
حشیش	۲	۹/۳

توزیع فراوانی نسبی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک ماده غالب مصرفی

نوع ماده	درصد سال ۸۶	درصد سال ۸۳
داروهای مخدر	۱/۲	-
الکل	۰/۷	-
اکستیزی	۰/۴	۱/۵
سوخته	۰/۳	۰/۳
بوپره نورفین	۰/۳	۰/۸
کوکائین	۰/۱	۰/۴
ال اس دی	۰/۱	۰/۱
سایر	۱	۳/۲
بدون جواب	۲/۹	۵/۶

جدول شماره ۳۰- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک میزان مصرف و هزینه ماهیانه ماده غالب

نوع ماده و واحد اندازه گیری آن	میانگین میزان مصرف ماهیانه	میانگین هزینه ماهیانه مصرف (تومان)
حشیش (گرم)	۷۱,۹۵	۷۸۲۹۰
تریاک (گرم)	۷۳,۹۲	۹۲۷۵۰
شیره تریاک (گرم)	۷۸,۷۲	۱۳۷۸۶۰
سوخته (گرم)	۹۵,۶۷	۱۷۲۰۰۰
شیره سوخته (گرم)	۶۹,۶۷	۱۴۰۶۷۰
هروئین (گرم)	۴۲,۵۴	۱۶۹۵۷۰
کراک (گرم)	۳۲,۰۷	۲۳۸۷۹۰
شیشه (سوت)	۹۳,۰۲	۲۱۶۲۹۰
اکستیزی (عدد قرص)	۳۲,۲۶	۱۴۷۴۰۰
بوپره نورفین (عدد قرص یا آمپول)	۹۱,۲۱	۱۲۶۸۵۰
نورجیزک (عدد آمپول)	۱۵۰,۳۵	۲۲۶۹۲۰
الکل (بטר)	۲۲,۴۴	۶۱۱۵۰
کوکائین (گرم)	۲۶,۵۶	۲۴۸۴۹۰
داورهای مخدر	۱۶۱,۳	۵۰۹۶۰
ال اس دی	۱۴,۷۵	۲۳۰۰۰
پان	۴۵	۹۲۵۰۰
سایر	-	۲۵۳۶۰

در جدول شماره ۳۰ مقدار مصرف ماهیانه ماده غالب در معتادان مورد مطالعه و هزینه ای که بابت مصرف این ماده می پردازند، آورده شده است. همانطور که مشاهده می گردد مبلغی که مصرف کنندگان مواد صرفاً برای ماده غالب مصرفی خود می پردازند، در دامنه‌ای از ۲۳۰۰۰ تومان تا حدود ۲۴۸۰۰۰ تومان قرار دارد.

در سؤال دیگری از معتادان مورد مطالعه خواسته شد تا بیان کنند "به طور کلی ماهیانه چقدر برای مواد پول می دهند" که نتایج آن در جدول شماره ۳۱ آورده شده است.

جدول شماره ۳۱- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک هزینه ماهیانه مصرف مواد و سه حوزه تحقیق

هزینه ماهیانه مصرف (تومان)					حوزه تحقیق
میان	انحراف استاندارد	میانگین	حداکثر	حداقل	
۱۴۶۶۹۷	۲۳۹۸۹۱,۶	۱۹۳۷۵۹	۲۱۰۰۰۰۰	۲۰۰۰	مراکز درمانی
۱۲۱۹۲۰	۳۶۸۶۴۹,۶	۱۹۱۵۰۷	۲۲۶۲۹۹۹	۵۰	زندان
۱۲۷۶۰۰	۲۳۳۴۱۰,۴	۱۸۵۹۴۴	۳۱۰۴۹۹۷	۷۰	خیابان
۱۳۰۶۷۶	۲۴۶۸۸۸,۶	۱۸۷۵۵۲	۳۱۰۴۹۹۷	۵۰	جمع

همانطور که از داده های جدول شماره ۳۱ نیز برمی آید، معتادان مورد مطالعه حداقل ۱۰۰۰ تومان و حداکثر ۵۰۰۰۰۰ تومان در ماه برای مصرف مواد پول می پردازند. به عبارت دیگر، مصرف کنندگان مواد ماهیانه به طور متوسط مبلغ ۱۸۲۶۵۰ تومان برای مصرف مواد هزینه می کنند و این میزان در میان معتادان زندانی بیشتر از سایر حوزه های تحقیق می باشد.

جدول شماره ۳۲ - میانگین سن آغاز مصرف مواد به تفکیک نوع ماده مصرفی سال ۱۳۸۳ و ۱۳۸۶

سال ۱۳۸۶			سال ۱۳۸۳			
Std. De	میانگین سن شروع (سال)	تعداد نمونه	Std. De	میانگین سن شروع (سال)	تعداد نمونه	نوع ماده
۴/۴۸	۱۸/۴۲	۲۷۴۸	۴/۶	۱۸/۸۴	۱۹۲۵	حشیش
۳/۳۶	۲۲/۳۷	۶۲۱۵	۶/۷۷	۲۲/۶۳	۴۰۱۸	تریاک
۷/۹۴	۲۵/۳۸	۱۶۱۶	۶/۵۱	۲۳/۰۹	۱۳۰۹	شیره
۷/۳۸	۲۵/۲۸	۱۵۵	۶/۷۱	۲۲/۳۹	۵۲۱	سوخته
۶/۷	۲۲/۷۲	۱۵۴	۵/۰۶	۲۲/۴۲	۲۷۷	اکستاسی
۶/۸	۲۴/۹۴	۲۵۵۷	۶/۷۹	۲۴/۳۹	۱۳۸۵	هروئین
۷/۴۲	۲۷/۲	۲۲۹۷	-	-	-	کراک
۷/۲۸	۲۶/۰۷	۵۹۳	-	-	-	شیشه
۷/۳۵	۲۶/۷۵	۷۲	۶/۶۲	۲۶/۴۸	۱۶۰	بوپره نورفین
۷/۳۷	۲۵/۶	۶۵	۶/۶۸	۲۴/۵۳	۸۰	کوکائین
۳/۹	۲۱/۳۷	۲۴	۵/۴۸	۲۳/۷۱	۷۷	ال اس دی
۴/۸۵	۱۷/۸۱	۱۵۴۰	-	-	-	الکل
۹/۱۴	۲۰/۸۸	۱۶۱	۷/۴۹	۲۲/۰۵	۵۷۴	سایر مواد
-	۲۲/۷۸	۱۸۱۹۷	-	۲۳/۲۵	۱۰۳۲۶	کل

میانگین سن شروع مصرف مواد در کشور در سال ۱۳۸۳، ۲۲،۲۵ سال گزارش گردید و در حال حاضر سن شروع مصرف مواد معتادان کنونی که با احتساب میانگین سنی آنان حدود ده سال پیش مصرف را آغاز کرده اند حدود

۲۲/۷۸ سال بود. اما اگر سن آغاز مصرف الکل را از محاسبه حذف نماییم سن شروع اعتیاد با سال ۱۳۸۳ تفاوتی نخواهد داشت و ۲۳/۲۴ سال خواهد بود

جدول شماره ۳۳- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک سابقه مصرف مواد و نوع ماده مصرفی اعضای خانواده و سه حوزه تحقیق

نوع ماده	پدر		مادر		خواهر		برادر		همسر		فرزند	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
حشیش	۹۹	۱,۳	۱۰	۰,۱	۹	۰,۱	۱۰۵	۱,۴	۹	۰,۱	۵	۰,۱
تریاک	۱۱۳۹	۱۴,۷	۱۱۴	۱,۵	۱۷	۰,۲	۸۱۹	۱۰,۵	۸۲	۱,۱	۱۷	۰,۲
شیره تریاک	۵۶	۰,۷	۱۴	۰,۲	۰	۰	۴۲	۰,۵	۹	۰,۱	۱	۰,۰
سوخته	۷	۰,۱	۲	۰,۰	۰	۰	۸	۰,۱	۱	۰,۰	۰	۰
شیره سوخته	۳۵	۰,۵	۲	۰,۱	۲	۰,۰	۲۹	۰,۴	۸	۰,۱	۳	۰,۰
هروئین	۸۵	۱,۱	۸	۰,۱	۱۱	۰,۱	۲۳۰	۳	۱۶	۰,۲	۱۱	۰,۱
کراک	۲۲	۰,۳	۵	۰,۱	۸	۰,۱	۲۱۷	۲,۸	۱۸	۰,۲	۱۵	۰,۲
شیشه	۲	۰,۰	۰	۰	۴	۰,۱	۳۱	۰,۴	۱۲	۰,۲	۳	۰,۰
اکستیزی	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۴	۰,۱	۰	۰	۰	۰
بوپره نورفین	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰,۰	۰	۰	۰	۰
نورجیزک	۱	۰,۰	۰	۰	۱	۰,۰	۲۴	۰,۳	۲	۰,۰	۱	۰,۰
الکل	۲۱۶	۲,۸	۲۲	۰,۳	۱۴	۰,۲	۲۴۸	۳,۲	۸	۰,۱	۳۲	۰,۴
کوکائین	۱	۰,۰	۰	۰	۰	۰	۳	۰,۰	۱	۰,۰	۰	۰
داورهای مخدر	۱	۰,۰	۰	۰	۰	۰	۳	۰,۰	۰	۰	۱	۰,۰
ال اس دی	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
پان	۲	۰,۰	۰	۰	۰	۰	۲	۰,۰	۰	۰	۰	۰
سایر	۱۱	۰,۱	۲	۰,۰	۱	۰,۰	۹	۰,۱	۲	۰,۰	۰	۰
جمع	۱۶۷۷	۲۱,۶	۱۸۴	۲,۴	۶۷	۰,۹	۱۷۷۵	۲۲,۸	۱۶۸	۲,۲	۸۹	۱,۱
هیچکدام	۶۰۹۲	۷۸,۴	۷۵۸۵	۹۷,۶	۷۷۰۲	۹۹,۱	۵۹۹۴	۷۷,۲	۷۶۰۱	۹۷,۸	۷۶۸۰	۹۸,۹
جمع کل	۷۷۶۹	۱۰۰	۷۷۶۹	۱۰۰	۷۷۶۹	۱۰۰	۷۷۶۹	۱۰۰	۷۷۶۹	۱۰۰	۷۷۶۹	۱۰۰

در داده های جدول شماره ۳۳ مشاهده می گردد که به طور کلی ۲۱/۶ درصد از پدران، ۲/۳ درصد از مادران، ۲۲/۸

درصد از برادران، ۰/۹ درصد از خواهران، ۲/۲ درصد از همسران و ۱/۱ درصد از فرزندان معتادان مورد مطالعه سابقه

مصرف مواد دارند. همچنین آمار نشان می دهد که تریاک شایع ترین ماده مصرفی در میان بستگان معتادان بوده است.

مصاحبه عمیق که با افراد کلیدی در خصوص اتفاقات جدیدی در حوزه اعتیاد

اکثریت نظر افراد کلیدی بر این نکته متمرکز است که الگوی مصرف مواد تغییر فاحشی داشته و سوءمصرف مواد صنعتی جدید مانند کریستال یا شیشه، اکستیزی و کراک جایگزین مواد سنتی مانند تریاک شده است. از آنجایی که مصرف این مواد در میان نوجوانان و جوانان رایج می باشد و هدف سازندگان و فروشندگان آن به سمت این گروه نشانه گرفته شده است لذا پایین آمدن سن اعتیاد و بالا رفتن میزان گرایش مصرف مواد اعتیادآور در میان زنان نیز از جمله اتفاقات جدیدی است که در موضوع اعتیاد در کشور مطرح می باشد.

یکی از مسئولین مبارزه با مواد مخدر در نیروی انتظامی استان بوشهر می گوید: "تغییر الگوی مصرف مواد مخدر به سمت قرصهای روان گردان و آمپولهای نورجیزک که سبب افزایش میزان اعتیاد تزریقی و عوارض آن (ایدز و هپاتیت) در جامعه شده است و علاوه بر جوانان و نوجوانان، معتادین به تریاک هم اخیراً به مصرف این آمپولها روی آوردند وی ادامه می دهد که ابتلای بیشتر دختران به بیماری اعتیاد، اتفاق مهم دیگری است که رخ داده است."

جامعه شناس، محقق و پژوهشگر سازمان زندانها از استان خراسان رضوی می گوید: "تغییرات جدی در نوع مواد مصرفی و میل به سوی مصرف مواد شیمیایی و صنعتی، تغییرات جدی در الگوی مصرف، افزایش قابل توجه مصرف تفنی، تغییر و کاهش سن مصرف مواد، افزایش چشمگیر مصرف مواد توسط دختران، افزایش تزریق به عنوان یک شیوه مصرف بی دردسر از جمله اتفاقات جدید در حوزه اعتیاد است."

پیرو این تغییر در الگوی مصرف، افزایش فعالیتهای کاهش زیان و متعاقب آن تشکیل مراکز DIC و پروتکل های جدید درمانی مانند درمان نگهدارنده با متادون (MMT) به عنوان یکی از درمانهای نگهدارنده از جمله اتفاقات جدیدی است که گروهی از افراد کلیدی به آن اشاره کرده اند.

درمانگر اعتیاد در استان قزوین می گوید: از اتفاقات جدیدی که در حوزه اعتیاد رخ داده می توان به تشکیل پرونده های نگهدارنده با متادون و تشکیل بیشتر مراکز DIC جهت کمک به معتادین کارتن خواب اشاره کرد.

پزشک مرکز اعتیاد در استان لرستان می‌گوید: "سن اعتیاد به شدت کاهش یافته و به عنوان یک سرگرمی ارزان قیمت و در دسترس، ارزان‌تر از یک پیتزا یا یک پرس غذا در رستوران و به سهولت دسترسی به پفک در دسترس است."

سرهنگ نیروی انتظامی مبارزه با مواد مخدر در استان تهران می‌گوید: "در حوزه اعتیاد دو اتفاق عمده افتاده است: ۱- خود معتاد ۲- نوع مواد در مورد اول دیگر تصور یک فرد خمیده و لرزان و کثیف و ژولیده وجود ندارد و معتادین در سنین جوانی و در رفاه و با آراستگی در جامعه حضور دارند دیگر معتاد را با وافور و منقل نمی‌بینی، به جای دنج نمی‌رود زیرا مواد مصرفی او در همه جا قابل مصرف است، حتی در اتومبیل. در خصوص نوع مواد باید گفت مواد بسیار کم حجم، بسیار سمی و با قدرت تخریب بیشتر و استعمال راحت‌تر می‌باشند."

یکی از مسئولین NA در استان کردستان می‌گوید: شرایط فرهنگی و اجتماعی، مصرف اعتیاد را در میان طبقات مختلف جامعه به صورت فرهنگ و ارزش تغییر شکل داده است.

تعدادی از مصاحبه‌شوندگان از اتفاق جدید دیگری در حوزه اعتیاد سخن گفتند که به مصرف مواد اعتیادآور از جمله استروئیدهای آنابولیک در میان ورزشکاران اشاره دارد.

یکی از مسئولین زندان استان خراسان می‌گوید: خطرآفرینی مصرف مواد جدید بیشتر شده و از نظر فرهنگی تقریباً قبح آن از بین رفته است.

جدول شماره ۳۴- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک سابقه مصرف داروهای اعتیادآور و سه حوزه تحقیق

سابقه مصرف داروهای اعتیادآور		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
۶۴۹	۵۴٫۶	۳۶۱	۶۲٫۸	۳۱۹۱	۵۴٫۸	۴۲۰۱	۵۵٫۴	۵۵٫۴
۵۴۰	۴۵٫۴	۲۱۴	۳۷٫۲	۲۶۳۰	۴۵٫۲	۳۳۸۴	۴۴٫۶	۴۴٫۶
۱۱۸۹	۱۰۰	۵۷۵	۱۰۰	۵۸۲۱	۱۰۰	۷۵۸۵	۱۰۰	۱۰۰

براساس اطلاعات جدول شماره ۳۴ راجع به سابقه داروهای اعتیادآور می توان بیان کرد که بیش از نیمی از معتادان مورد مطالعه (۵۵/۴ درصد) سابقه مصرف داروهای اعتیادآور داشته اند و این میزان در معتادان زندانی بیشتر از سایر حوزه های تحقیق گزارش شده است.

جدول شماره ۳۵ نشان می دهد که شایع ترین داورهای اعتیادآور مصرفی در میان معتادان به ترتیب عبارت است از ترامادول (۲۶/۵ درصد)، دیازپام (۲۴/۵ درصد)، لورازپام (۲۳/۲ درصد)، استامینوفن کدئین (۲۲/۴ درصد)، دیفنوکسیلات (۱۲/۷ درصد)، متادون (۱۱/۸ درصد) و اکسازپام (۱۱/۴ درصد). کلونازپام از لیست داروهای موجود تصادفا حذف گردید که لازمست در بررسی های بعدی حتما گنجانیده شود لذا تخمین زده میشود سهم عمده سایر داروها به کلونازپام اختصاص داشته باشد.

جدول شماره ۳۵- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک نوع داروی اعتیادآور
مصرفی و سه حوزه تحقیق

نوع داروی اعتیادآور	مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
فنوباربیتال	۴۸	۳,۹	۵۲	۹	۲۱۸	۳,۷	۳۱۸	۴,۱
سکوباربیتال	۱۵	۱,۲	۸	۱,۴	۵۸	۱	۸۱	۱
دیازپام	۲۸۹	۲۳,۲	۱۹۰	۳۲,۸	۱۴۲۲	۲۳,۹	۱۹۰۱	۲۴,۵
اکسازپام	۱۳۷	۱۱	۱۰۸	۱۸,۶	۶۴۰	۱۰,۸	۸۸۵	۱۱,۴
لورازپام	۲۵۳	۲۰,۳	۱۸۵	۳۱,۹	۱۳۶۶	۲۳	۱۸۰۴	۲۳,۲
کلردیازپوکساید	۸۴	۶,۷	۳۸	۶,۶	۲۳۵	۴	۳۵۷	۴,۶
فلورازپام	۹۱	۷,۳	۵۵	۹,۵	۴۵۱	۷,۶	۵۹۷	۷,۷
استامینوفن کدئین	۲۵۷	۲۰,۶	۱۳۷	۲۳,۶	۱۳۵۰	۲۲,۷	۱۷۴۴	۲۲,۴
اکسپکتورانت کدئین	۸۱	۶,۵	۵۴	۹,۳	۴۸۲	۸,۱	۶۱۷	۷,۹
آسپرین کدئین	۵۳	۴,۳	۴۲	۷,۲	۴۵۷	۷,۷	۵۵۲	۷,۱
بایومادول	۸۶	۶,۹	۵۶	۹,۷	۴۷۹	۸,۱	۶۲۱	۸
ترامادول	۳۱۰	۲۴,۹	۲۰۰	۳۴,۵	۱۵۴۹	۲۶,۱	۲۰۵۹	۲۶,۵
مرفین	۳۵	۲,۸	۱۷	۲,۹	۲۰۵	۳,۴	۲۵۷	۳,۳
دکسترومتورفان	۹	۰,۷	۷	۱,۲	۶۴	۱,۱	۸۰	۱
پتیدین	۳۴	۲,۷	۱۶	۲,۸	۹۷	۱,۶	۱۴۷	۱,۹
دیفنوکسیلات	۱۳۱	۱۰,۵	۱۰۹	۱۸,۸	۷۴۹	۱۲,۶	۹۸۹	۱۲,۷
متادون	۱۷۴	۱۴	۱۱۰	۱۹	۶۳۳	۱۰,۷	۹۱۷	۱۱,۸
آمفتامین	۱۵	۱,۲	۵	۰,۹	۵۵	۰,۹	۷۵	۱
مت آمفتامین	۳	۰,۲	۱	۰,۲	۲۷	۰,۵	۳۱	۰,۴
ریتالین	۶	۰,۵	۲	۰,۳	۴۳	۰,۷	۵۱	۰,۷
تستسترون	۱۲	۱	۶	۱	۵۶	۰,۹	۷۴	۱
متیل تستسترون	۴	۰,۳	۳	۰,۵	۲۶	۰,۴	۳۳	۰,۴
ناندروولون	۱۷	۱,۴	۸	۱,۴	۷۹	۱,۳	۱۰۴	۱,۳
سایر داروها	۹۳	۷,۵	۹۴	۱۶,۲	۴۶۴	۷,۸	۶۵۱	۸,۴

جدول شماره ۳۶- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک فرد پیشنهاددهنده برای اولین مصرف و سه حوزه تحقیق

فرد پیشنهاددهنده		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
۵۰	۴	۲۶	۴,۵	۳۸۴	۵,۹	۴۲۴	۵,۵	یکی از افراد خانواده
۱۶۰	۱۲,۹	۷۵	۱۳	۸۹۷	۱۵,۲	۱۱۳۲	۱۴,۷	یکی از بستگان
۱۱۹	۹,۶	۳۰	۵,۲	۴۴۶	۷,۶	۵۹۵	۷,۷	دوستان مدرسه
۴۷۰	۳۷,۹	۲۳۳	۴۰,۲	۱۹۶۹	۳۳,۴	۲۶۷۲	۳۴,۶	دوستان خارج از مدرسه
۴۴	۳,۵	۱۳	۲,۲	۱۶۲	۲,۷	۲۱۹	۲,۸	
۱۴۴	۱۱,۶	۴۰	۶,۹	۶۴۳	۱۰,۹	۸۲۷	۱۰,۷	همکاران
۳۵	۲,۸	۲۲	۳,۸	۲۵۵	۴,۳	۳۱۲	۴	افراد غریبه
۱۴۲	۱۱,۵	۱۱۱	۱۹,۲	۸۰۷	۱۳,۷	۱۰۶۰	۱۳,۷	بدون پیشنهاد دیگران
۴۳	۳,۵	۲۰	۳,۵	۲۱۸	۳,۷	۲۸۱	۳,۶	سایر افراد
۳۳	۲,۷	۹	۱,۶	۱۵۴	۲,۶	۱۹۶	۲,۵	به خاطر ندارد
۱۲۴۰	۱۰۰	۵۷۹	۱۰۰	۵۸۹۹	۱۰۰	۷۷۱۸	۱۰۰	جمع

اطلاعات جدول شماره ۳۶ حاکی است که در حدود ۲۰ درصد از معتادان مصرف مواد را برای اولین بار به پیشنهاد یکی از افراد خانواده یا بستگان آغاز کرده اند. تأثیر دوستان در رفتن به سوی مصرف مواد از اهمیت بسزایی برخوردار است چراکه در مجموع ۴۵/۱ درصد معتادان توسط دوستان مدرسه و خارج از مدرسه به سمت مواد کشیده شده اند. آمار مربوط به همکاران نیز در پیشنهاد مصرف مواد قابل توجه است (۱۰/۷ درصد). در این میان حدود ۱۳/۷ درصد معتادان بدون پیشنهاد دیگران مصرف مواد را آغاز کرده اند. آغاز مصرف مواد در ۷/۷ درصد از معتادان کشور توسط دوستان مدرسه نیز از نکات قابل توجه این جدول است.

جدول شماره ۳۷- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک اولین مکان شروع مصرف مواد و سه حوزه تحقیق

اولین مکان شروع مصرف مواد	مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
منزل خودم	۲۰۱	۱۶,۲	۹۶	۱۶,۶	۱۱۱۱	۱۸,۸	۱۴۰۸	۱۸,۲
منزل دوستانم	۴۴۹	۳۶,۲	۱۵۲	۲۶,۳	۱۹۶۰	۳۳,۲	۲۵۶۱	۳۳,۲
پارک	۱۰۴	۸,۴	۵۰	۸,۶	۴۳۲	۷,۳	۵۸۶	۷,۶
مدرسه	۲۰	۱,۶	۵	۰,۹	۶۱	۱	۸۶	۱,۱
کوچه و خیابان	۸۲	۶,۶	۳۵	۶	۴۲۹	۷,۳	۵۴۶	۷,۱
اماکن مخروبه	۵۳	۴,۳	۲۶	۴,۵	۲۵۳	۴,۳	۳۳۲	۴,۳
سربازخانه	۳۳	۲,۷	۱۹	۳,۳	۱۵۷	۲,۷	۲۰۹	۲,۷
خوابگاه یا منزل دانشجویی	۱۲	۱	۸	۱,۴	۷۰	۱,۲	۹۰	۱,۲
محل کار	۱۱۱	۹	۴۵	۷,۸	۶۰۵	۱۰,۲	۷۶۱	۹,۹
زندان	۴	۰,۳	۹	۱,۶	۳۳	۰,۶	۴۶	۰,۶
سایر	۱۴۳	۱۱,۵	۱۰۶	۱۸,۳	۵۸۹	۱۰	۸۳۸	۱۰,۹
به خاطر ندارد	۲۷	۲,۲	۲۸	۴,۸	۲۰۴	۳,۵	۲۵۹	۳,۴
جمع	۱۲۳۹	۱۰۰	۵۷۹	۱۰۰	۵۹۰۴	۱۰۰	۷۷۲۲	۱۰۰

در جدول شماره ۳۷ نیز بار دیگر اهمیت نقش دوستان در شروع مصرف مواد برجسته شده است، چراکه بالاترین آمار در مورد اولین مکان مصرف مواد در معتادان مورد مطالعه منزل دوستان گزارش شده است (۳۳/۲ درصد). پس از آن بیشترین فراوانی مربوط به منزل خود شخص بوده است (۱۸/۲ درصد). آمار مربوط به محل کار (۹/۹ درصد) از نکات قابل توجه در این جدول می باشد. اگرچه آمار مربوط به اولین مکان مصرف در مورد مدرسه (۱/۱ درصد)، خوابگاه دانشجویی (۱/۲ درصد) و سربازخانه ها (۲/۷ درصد) خیلی بالا نیست، اما با توجه به حساسیت این مکان ها نیازمند توجه می باشد.

جدول شماره ۳۸- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک موقعیت اولین مصرف مواد و سه حوزه تحقیق

موقعیت اولین شروع مصرف مواد	مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مهمانی خانوادگی	۶۵	۵,۳	۳۴	۵,۹	۳۷۸	۶,۴	۴۷۷	۶,۲
مهمانی دوستانه	۲۹۷	۲۴	۹۱	۱۵,۷	۱۰۷۷	۱۸,۳	۱۴۶۵	۱۹
مجلس عزا	۹	۰,۷	۹	۱,۶	۶۵	۱,۱	۸۳	۱,۱
جمع دوستانه	۵۵۴	۴۴,۹	۲۳۳	۴۰,۳	۲۵۶۲	۴۳,۶	۳۳۴۹	۴۳,۵
موقعیت خاصی نبوده است	۲۵۴	۲۰,۶	۱۸۳	۳۱,۷	۱۵۵۶	۲۶,۵	۱۹۹۳	۲۵,۹
سایر	۵۶	۴,۵	۲۸	۴,۸	۲۴۰	۱,۴	۳۲۴	۴,۲
جمع	۱۲۳۵	۱۰۰	۵۷۸	۱۰۰	۵۸۷۸	۱۰۰	۷۶۹۱	۱۰۰

براساس اطلاعات جدول شماره ۳۸ راجع به موقعیت اولین مصرف مواد در معتادان مشاهده می گردد که اغلب آنها (۶۲/۵ درصد) در یک موقعیت دوستانه مصرف مواد را آغاز کرده اند (۴۳/۵ درصد در جمع دوستانه و ۱۹ درصد در مهمانی دوستانه). ۲۵/۹ درصد از معتادان اظهار کرده اند که اولین مصرف آنها در موقعیت خاصی نبوده است و ۶/۲ درصد نیز به مهمانی خانوادگی برای اولین مصرف اشاره کرده اند.

جدول شماره ۳۹- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک واقعه مشخص منجر به اولین مصرف و سه حوزه تحقیق

واقعۀ منجر به اولین مصرف		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
۱۸۸	۱۵,۵	۷۲	۱۲,۶	۷۷۰	۱۳,۴	۱۰۳۰	۱۳,۶	۱۳,۶
۷۰	۵,۸	۲۲	۳,۸	۲۶۴	۴,۶	۳۵۶	۴,۷	۴,۷
۱۷۹	۱۴,۷	۱۱۳	۱۹,۸	۱۰۶۵	۱۸,۵	۱۳۵۷	۱۸	۱۸
۱۰۵	۸,۶	۵۷	۱۰	۴۸۷	۸,۴	۶۴۹	۸,۶	۸,۶
۶۷۴	۵۵,۴	۳۰۸	۵۳,۸	۳۱۷۹	۵۵,۱	۴۱۶۱	۵۵,۱	۵۵,۱
۱۲۱۶	۱۰۰	۵۷۲	۱۰۰	۵۷۶۵	۱۰۰	۷۵۵۳	۱۰۰	۱۰۰

همانطور که جدول شماره ۳۹ نشان می دهد در بررسی واقعه مشخصی که منجر به اولین مصرف مواد در معتادان شده است، مشخص شد که نزدیک به نیمی از معتادان (۵۵/۱ درصد) بدون وجود واقعه یا رویدادی مشخص به سراغ مواد رفته اند. ۱۸ درصد آنان به دلیل مشکلات خانوادگی و ۱۳/۶ درصد به دلیل مشکلات کاری به سراغ مواد رفته اند. مشکلات تحصیلی نیز در ۴/۷ درصد موارد راه انداز اولین مصرف مواد در معتادان بوده است.

جدول شماره ۴۰- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک مهمترین دلیل برای اولین

مصرف مواد و سه حوزه تحقیق

دلایل برای اولین مصرف مواد		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
۳۸	۳,۱	۲۹	۵	۱۹۷	۳,۴	۲۶۴	۳,۴	۳,۴
۵۹	۴,۸	۲۶	۴,۵	۲۹۹	۵,۱	۳۸۴	۵,۱	۵
۸	۰,۷	۱۱	۱,۹	۸۳	۱,۴	۱۰۲	۱,۴	۱,۳
۲۵۷	۲۰,۹	۱۰۸	۱۸,۷	۱۰۴۵	۱۷,۸	۱۴۱۰	۱۷,۸	۱۸,۴
۳۱۹	۲۵,۹	۱۱۹	۲۰,۶	۱۳۱۱	۲۲,۴	۱۷۴۹	۲۲,۴	۲۲,۸
۱۸۰	۱۴,۶	۱۰۱	۱۷,۵	۷۹۲	۱۳,۵	۱۰۷۳	۱۳,۵	۱۴
۱۸	۱,۵	۱۱	۱,۹	۱۸۷	۳,۲	۲۱۶	۳,۲	۲,۸
۶۴	۵,۲	۱۹	۳,۳	۲۷۸	۴,۷	۳۶۱	۴,۷	۴,۷
۴۶	۳,۷	۳۸	۶,۶	۳۰۹	۵,۳	۳۹۳	۵,۳	۵,۱
۱۲۸	۱۰,۴	۶۵	۱۱,۳	۸۲۱	۱۴	۱۰۱۴	۱۴	۱۳,۲
۳۵	۲,۸	۲۲	۳,۸	۲۷۳	۴,۷	۳۳۰	۴,۷	۴,۳
۲۸	۲,۳	۱۷	۲,۹	۱۳۲	۲,۳	۱۷۷	۲,۳	۲,۳
۵۰	۴,۱	۱۱	۱,۹	۱۳۴	۲,۳	۱۹۵	۲,۳	۲,۵
۱۲۳۰	۱۰۰	۵۷۷	۱۰۰	۵۸۶۱	۱۰۰	۷۶۶۸	۱۰۰	۱۰۰

جدول شماره ۴۰ نشان می دهد که کنجکاوی با فراوانی ۲۲/۸ درصد و پس از آن کسب لذت با فراوانی ۱۸/۴

درصد مهمترین دلایل روی آوردن معتادان به مصرف مواد را تشکیل می دهند. پس از آن رفع مشکلات روحی

(۱۴ درصد) و تفریح (۱۳/۲ درصد) از دیگر دلایل مهم اولین مصرف مواد در معتادان بوده است.

جدول شماره ۴۱- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک حالت روحی منجر به اولین مصرف مواد و سه حوزه تحقیق

حالت روحی منجر به اولین مصرف مواد		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱۱۸	۹,۶	۵۲	۹,۱	۵۶۳	۹,۷	۷۳۳	۹,۶	۹,۶	۹,۶
۲۶۱	۲۱,۳	۱۰۸	۱۸,۹	۱۱۳۷	۱۹,۶	۱۵۰۶	۱۹,۸	۱۹,۸	۱۹,۸
۴۲	۳,۴	۴۴	۷,۷	۳۲۳	۵,۶	۴,۹	۵,۴	۵,۴	۵,۴
۲۸۲	۲۳	۹۰	۱۵,۸	۱۳۵۳	۲۳,۳	۱۷۲۵	۲۲,۷	۲۲,۷	۲۲,۷
۵,۴	۴۱,۱	۲۷۳	۴۷,۸	۲۳۵۰	۴۰,۴	۳۱۲۷	۴۱,۱	۴۱,۱	۴۱,۱
۱۹	۱,۵	۴	۰,۷	۸۸	۱,۵	۱۱۱	۱,۵	۱,۵	۱,۵
۱۲۲۶	۱۰۰	۵۷۱	۱۰۰	۵۸۱۴	۱۰۰	۷۶۱۱	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

براساس اطلاعات جدول ۴۱، ۲۲/۷ درصد افراد معتاد به علت حالات روحی سرخوشی، وجد، شغف، کیف و موارد مشابه به سراغ مواد رفته اند و ۱۹/۸ درصد حالت غمگینی، افسردگی، ناامیدی و موارد مشابه را جزء علل آغاز مصرف مواد ذکر نموده‌اند. اضطراب و نگرانی (۹/۶ درصد) و خشم و عصبانیت (۵/۴ درصد) در رده های بعدی حالات روحی منجر به اولین مصرف قرار داشتند. قابل ذکر است که بخش قابل توجهی از معتادان (۴۱/۱ درصد) اظهار کرده اند که در زمان اولین مصرف حالت روحی خاصی نداشته اند.

مصاحبه عمیق با خانواده معتادان در خصوص علائم اعتیاد و شناسایی آن

نیمی از خانواده معتادان زمانی به اعتیاد وابسته خود در خانواده پی برده‌اند که رفتارهای وی تغییر پیدا کرده و رفتارهای اعتیادی در او پایدار شده است. بدین معنا که فرد در خانواده رفتارهای پرخاشگرانه از خود نشان می‌دهد، غالباً فحاشی و بدخلقی می‌کند. میزان توجهاتش به پیرامون خود کاهش یافته در عین حال از ساعات حضور در خانه کاسته شده و بیشتر اوقات خود را با افراد مصرف‌کننده یا خارج از منزل می‌گذراند و اختلال ناشی از اعتیاد به مواد مخدر به حوزه زندگی اجتماعی و اقتصادی وی رسوخ کرده، برای نمونه، فرد معتاد کار خود را از دست می‌دهد و یا اقدام به فروختن وسایل زندگی می‌کند، اعضای خانواده از اعتیاد او آگاه می‌شوند.

برخی از خانواده‌ها به طور ناگهانی با مصرف فرد در خانه مواجه شده‌اند و به اعتیاد او پی برده‌اند. از سوی دیگر برخی نیز توسط دیگران از اعتیاد عضو خانواده خود مطلع شده‌اند. تعدادی از خانواده‌ها با پیدا کردن مواد مخدر و ابزار استفاده از مواد در منزل به اعتیاد فرد پی برده‌اند و در سایر خانواده‌ها، فرد مصرف‌کننده به اعتیاد خود به مواد مخدر اقرار کرده است. در تعداد محدودی از خانواده‌ها نیز از طریق آزمایش ادرار و دستگیری عضو معتاد توسط نیروی انتظامی پرده از اعتیاد بستگانشان برداشته شده است.

همسر فرد وابسته به مواد اعتیادآور در استان هرمزگان می‌گوید: "احساس می‌کردم رفتارش عوض شده نسبت به من و بچه‌ها بی‌توجه شده بود. دروغ می‌گفت، زنگ می‌زد می‌گفت کارهای اداره مونده و باید اضافه کار بمونم. از دوستاش می‌پرسیدم می‌گفتند یک ساعت هم پاس گرفته و زودتر از اداره رفته، همیشه خستگی رو بهانه می‌کرد و سعی می‌کرد از جمع دور باشه، بی‌دلیل قرص‌های مسکن می‌خورد."

مادر فرد معتادی در استان اردبیل می‌گوید: "آنقدر عصبی شده بود که دیگه قابل تحمل نبود، مدام بهانه می‌گرفت. چرت می‌زد، وسایل خانه روز به روز گم می‌شد، طلاهامو می‌برد."

بخش چهارم:

تزریق

در این بخش کلیه اعداد تنها در جمعیت معتادان تزریقی محاسبه گردیده است.

جدول شماره ۴۲- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک سن اولین تزریق مواد و سه حوزه تحقیق

سن اولین تزریق مواد		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
کمتر از ۲۰ سال	۵۱	۱۵,۰	۲۴	۱۴,۹	۱۹۱	۱۲,۱	۲۶۶	۱۲,۸
۲۰-۲۴ سال	۱۳۰	۳۸,۳	۵۷	۳۵,۴	۵۲۰	۳۳,۲	۷۰۷	۳۴,۲
۲۵-۲۹ سال	۸۵	۲۵,۰	۴۸	۲۹,۸	۴۵۴	۲۸,۹	۵۸۷	۲۸,۴
۳۰-۳۴ سال	۴۵	۱۳,۲	۱۵	۹,۳	۲۰۳	۱۲,۹	۲۶۳	۱۲,۷
۳۵ سال و بیشتر	۲۸	۸,۲	۱۷	۱۰,۵	۱۹۸	۱۲,۶	۲۴۳	۱۱,۷
جمع	۳۳۹	۱۰۰	۱۶۱	۱۰۰	۱۵۶۶	۱۰۰	۲۰۶۶	۱۰۰

مندرجات جدول شماره ۴۲ نشان میدهد که ۳۴,۲ از جمعیت معتادان اعم از درمانی زندانی و خیابانی در سنین ۲۰-۲۴ سالگی تزریق را آغاز کرده اند که در مقایسه با شروع سن تزریق در سال ۸۳ تفاوتی مشاهده نمی شود. مندرجات جدول حاکی از این نکته است که در حدود ۶۲,۶ درصد معتادان اولین تزریق را در سنین ۲۰-۳۰ سال انجام داده اند که در مقایسه با رقم سال ۸۳ مقداری افزایش مشاهده می شود.

میانگین سن تزریق نیز ۲۶,۰۲ سال با فاصله اطمینان ۶,۷ سال محاسبه شد.

جدول شماره ۴۳- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک علت اولین تزریق و سه حوزه تحقیق

علت اولین تزریق مواد		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
۱۴۴	۴۲٫۷	۴۶	۲۸٫۴	۵۴۶	۳۴٫۷	۷۳۶	۳۵٫۵	اثر سریعتر تزریق
۱۴۵	۴۳	۶۱	۳۷٫۷	۵۶۷	۳۶٫۱	۷۷۳	۳۷٫۳	کسب لذت بیشتر
۹۵	۲۸٫۲	۵۵	۳۴	۳۶۰	۲۲٫۹	۵۱۰	۲۴٫۶	بی اثر بودن روش قبلی
۹۴	۲۷٫۹	۳۴	۲۱	۳۲۳	۲۰٫۵	۴۵۱	۲۱٫۸	کنجکاوی
۱۱۳	۳۳٫۵	۳۲	۱۹٫۸	۳۱۷	۲۰٫۲	۴۶۲	۲۲٫۳	راحتی مصرف
۶۳	۱۸٫۷	۲۹	۱۷٫۹	۲۶۶	۱۶٫۹	۳۵۸	۱۷٫۳	اصرار دوستان
۳۳	۹٫۸	۱۷	۱۰٫۵	۱۳۲	۸٫۴	۱۸۲	۸٫۸	در دسترس نبودن مواد
۲۲	۶٫۵	۱۱	۶٫۸	۱۲۶	۸	۱۵۹	۷٫۷	کیفیت ضعیف مواد موجود
۴۳	۱۲٫۸	۱۹	۱۱٫۷	۱۸۰	۱۱٫۵	۲۴۲	۱۱٫۷	ارزانتر تمام شدن تزریق
۷	۷٫۱	۲	۲٫۹	۴۹	۵٫۷	۵۸	۵٫۷	برای درمان اعتیاد
۷۰	۲۰٫۸	۲۶	۱۶	۲۰۱	۱۲٫۸	۲۹۷	۱۴٫۳	نداشتن آگاهی از خطرات تزریق
۱۹	۵٫۶	۱۳	۸	۷۷	۴٫۹	۱۰۹	۵٫۳	سایر
۵	۱٫۵	۱	۰٫۶	۱۱	۰٫۷	۱۷	۰٫۸	به خاطر ندارد
۳۳۷	—	۱۶۲	—	۱۵۷۲	—	۲۰۷۱	—	جمع

جدول شماره ۴۳ نشان می دهد معتادان اولین بار برای کسب لذت بیشتر (۳۷٫۳ درصد) و اثر سریعتر (۳۵٫۵ درصد)، ماده مصرفی خود را تزریق کرده اند. همچنین راحتی مصرف و اصرار دوستان را نیز سایر دلایل مصرف تزریقی در اولویتهای بعدی عنوان کرده اند. جالب آن که انگیزههایی که میتوانند از عوارض مبارزه انتظامی با عرضه باشند (عدم دسترسی و همخانوادههای آن شامل کیفیت نامرغوب مواد، و هزینه)، در مقابل انگیزههایی که از تشدید وابستگی به اعتیاد حکایت می کنند (مثل کسب لذت، بی اثری روش قبلی (تحمل)، و رسیدن به تأثیر سریعتر)، سهم چندانی در سوق دادن معتادان به تزریق ندارد.

جدول شماره ۴۴- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک موقعیت اولین تزریق مواد و سه حوزه تحقیق

موقعیت اولین تزریق مواد	مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مهمانی خانوادگی	۴	۱,۲	۴	۲,۵	۲۹	۱,۸	۳۷	۱,۸
مهمانی دوستانه	۶۰	۱۷,۸	۱۸	۱۱,۳	۲۲۴	۱۴,۳	۳۰۲	۱۴,۶
مجلس عزا	۲	۰,۶	۱	۰,۶	۷	۰,۴	۱۰	۰,۵
جمع دوستانه	۱۵۰	۴۴,۵	۶۶	۴۱,۳	۶۶۸	۴۲,۵	۸۸۴	۴۲,۷
موقعیت خاصی نبود	۱۰۴	۳۰,۹	۵۹	۳۶,۹	۵۶۶	۳۶,۰	۷۲۹	۳۵,۳
سایر	۱۷	۵,۰	۱۲	۷,۵	۷۷	۴,۹	۱۰۶	۵,۱
جمع	۳۳۷	۱۰۰	۱۶۰	۱۰۰	۱۵۷۱	۱۰۰	۲۰۶۸	۱۰۰

جدول ۴۴ نشان می دهد ۴۴,۵ درصد از معتادان تزریقی مرکز درمانی ؛ ۴۱,۳ درصد از معتادان زندانی و ۴۲,۵ درصد از معتادان خیابانی اولین تزریق خود را در جمع دوستانه انجام داده اند. به طور کلی اکثریت معتادان که ۴۲,۷ درصد می باشند؛ اولین تزریق را در جمع دوستانه داشته اند .

جدول شماره ۴۵- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک اولین مکان تزریق و سه حوزه تحقیق

اولین مکان تزریق	مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
منزل خودم	۸۸	۲۶,۰	۳۶	۲۲,۴	۳۴۱	۲۱,۷	۴۶۵	۲۲,۵
منزل دوستانم	۱۰۶	۳۱,۴	۵۰	۳۱,۱	۵۷۹	۳۶,۹	۷۳۵	۳۵,۵
بارک	۲۷	۸,۰	۱۳	۸,۱	۱۲۵	۸,۰	۱۶۵	۸,۰
مدرسه	۱	۰,۳	۰	۰,۰	۴	۰,۳	۵	۰,۲
کوچه و خیابان	۲۲	۶,۵	۶	۳,۷	۷۴	۴,۷	۱۰۲	۴,۹
اماکن مخروبه	۳۱	۹,۲	۱۳	۸,۱	۱۸۰	۱۱,۵	۲۲۴	۱۰,۸
سربازخانه	۰	۰,۰	۲	۱,۲	۳	۰,۲	۵	۰,۲
خوابگاه یا منزل دانشجویی	۳	۰,۹	۲	۱,۲	۹	۰,۶	۱۴	۰,۷
محل کار	۱۷	۵,۰	۵	۳,۱	۷۷	۴,۹	۹۹	۴,۸
زندان	۸	۲,۴	۱۳	۸,۱	۴۳	۲,۷	۶۴	۳,۱
سایر	۳۰	۸,۹	۲۰	۱۲,۴	۱۱۷	۷,۵	۱۶۷	۸,۱
به خاطر ندارد	۵	۱,۵	۱	۰,۶	۱۷	۱,۱	۲۳	۱,۱
جمع	۳۳۸	۱۰۰	۱۶۱	۱۰۰	۱۵۶۹	۱۰۰	۲۰۶۸	۱۰۰

مندرجات جدول شماره ۴۵ نشان می دهد ۳۱,۴ درصد از معتادان تزریقی مراجعه کننده به مرکز درمانی؛ ۳۱,۱ درصد از معتادان زندانی و ۳۶,۹ درصد از معتادان خیابانی اولین مکانی که تزریق کرده اند؛ منزل دوستان بوده است. به طور کلی اکثریت معتادان که ۳۵,۵ درصد را به خود اختصاص داده اند؛ اولین مکان تزریق را منزل دوستان ذکر کرده اند که در مقایسه با سال ۱۳۸۳ که این میزان ۱۹ درصد بوده است؛ تعداد افرادی که اولین تزریق را در منزل دوستان داشته اند به طور قابل ملاحظه ای افزایش یافته است. به همین ترتیب تعداد افرادی که در منزل خود اولین تزریق را داشته اند نسبت به سال ۸۳ حدود ۵۰ درصد کاهش یافته است.

جدول شماره ۴۶ - توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک مکانی که غالباً تزریق انجام میشود و سه حوزه تحقیق

مکانی که غالباً تزریق انجام میشود		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
۲۰۸	۶۱،۷	۹۸	۶۰،۵	۸۲۶	۵۲،۵	۱۱۳۲	۵۴،۷	
۱۱۶	۳۴،۴	۵۸	۳۵،۸	۵۴۲	۳۴،۵	۷۱۶	۳۴،۶	
۶۸	۲۰،۲	۲۵	۱۵،۴	۲۶۱	۱۶،۶	۳۵۴	۱۷،۱	
۱	۰،۳	۰	۰	۱۱	۰،۷	۱۲	۰،۶	
۶۰	۱۷،۸	۲۰	۱۲،۳	۲۸۹	۱۸،۴	۳۶۹	۱۷،۸	
۸۵	۲۵،۲	۴۱	۲۵،۳	۴۸۵	۳۰،۹	۶۱۱	۲۹،۵	
۲	۰،۶	۲	۱،۲	۱۱	۰،۷	۱۵	۰،۷	
۴	۱،۲	۳	۱،۹	۱۱	۰،۷	۱۸	۰،۹	
۳۱	۹،۲	۱۵	۹،۳	۱۷۸	۱۱،۳	۲۲۴	۱۰،۸	
۱۷	۵	۱۸	۱۱،۱	۷۱	۴،۵	۱۰۶	۵،۱	
۲۳	۶،۸	۲۴	۱۴،۸	۱۲۰	۷،۶	۱۶۷	۸،۱	
۳۳۷	—	۱۶۲	—	۱۵۷۲	—	۲۰۷۱	—	

جدول شماره ۴۶ نشان می دهد مکانی که اکثریت معتادان تزریقی مرکز درمانی (۶۱،۷ درصد)؛ معتادان زندانی (۶۰،۵ درصد) و معتادان خیابانی (۵۲،۵ درصد) غالباً در آنجا تزریق می کنند؛ منزل خودشان است. لازم به ذکر است در این جدول نیز مشاهده می شود بعد از منزل؛ دومین مکانی که غالباً تزریق انجام می شود؛ منزل دوستان است. به طور کلی ۵۴،۷ درصد معتادان مکانی که بیشتر در آنجا تزریق می کنند را منزل خودشان ذکر کرده اند.

جدول شماره ۴۷- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک نوع سرنگ مصرفی برای تزریق و سه حوزه تحقیق

نوع سرنگ مصرفی برای تزریق		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
۳۱۴	۹۳،۲	۱۳۲	۸۱،۵	۱۲۸۷	۸۱،۹	۱۷۳۳	۸۳،۷	۱۷۳۳
۹۱	۲۷	۶۳	۳۸،۹	۶۴۳	۴۰،۹	۷۹۷	۳۸،۵	۷۹۷
۴۰	۱۱،۹	۳۸	۲۳،۵	۲۴۶	۱۵،۶	۳۲۴	۱۵،۶	۳۲۴
۴	۱،۲	۵	۳،۱	۴۹	۳،۱	۵۸	۲،۸	۵۸
۴	۱،۲	۲	۱،۲	۲۱	۱،۳	۲۷	۱،۳	۲۷
۳۳۷	—	۱۶۲	—	۱۵۷۲	—	۲۰۷۱	—	—

مندرجات جدول شماره ۴۷ حاکی از این امر است که ۹۳،۲ درصد معتادان تزریقی مراجعه کننده به مرکز درمانی ؛ ۸۱،۵ درصد معتادان زندانی و ۸۱،۹ درصد معتادان خیابانی که اکثریت را به خود اختصاص داده اند ؛ از سرنگ استریل برای تزریق استفاده می کنند. به طور کلی ۸۳،۷ درصد معتادان از سرنگ استریل استفاده می کنند. که نسبت به یافته های سال ۸۳ که ۸۴،۵ درصد بوده است؛ تفاوت معنی داری نشان نمیدهد.

جدول شماره ۴۸- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک همراهان تزریق و سه حوزه تحقیق

همراهان در تزریق	مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
تنها	۲۴۹	۷۳٫۹	۱۱۲	۶۹٫۱	۱۱۱۳	۷۰٫۸	۱۴۷۴	۷۱٫۲
دوستان	۱۸۶	۵۵٫۲	۹۵	۵۸٫۶	۹۰۳	۵۷٫۴	۱۱۸۴	۵۷٫۲
افراد غریبه	۲۳	۶٫۸	۱۶	۹٫۹	۱۸۱	۱۱٫۵	۲۲۰	۱۰٫۶
بستگان	۲۲	۶٫۵	۱۵	۹٫۳	۱۰۶	۶٫۷	۱۴۳	۶٫۹
سایر	۴	۱٫۲	۱	۰٫۶	۲۴	۱٫۵	۲۹	۱٫۴
جمع	۳۳۷	-	۱۶۲	-	۱۵۷۲	-	۲۰۷۱	-

مندرجات جدول شماره ۴۸ حاکی از این امر است که ۷۳٫۹ درصد معتادان تزریقی مراجعه کننده به مرکز درمانی؛ ۶۹٫۱۳ درصد معتادان زندانی و ۷۰٫۸ درصد معتادان خیابانی که اکثریت را به خود اختصاص داده اند؛ به تنهایی تزریق می کنند. می توان گفت به طور کلی اکثریت معتادان اعم از زندانی؛ خیابانی و درمانی (۷۱٫۲ درصد) تنها تزریق می کنند که در مقایسه با سال ۱۳۸۳ که ۴۲٫۷ درصد بوده است؛ این شاخص افزایش یافته است.

جدول شماره ۴۹- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک قرض دادن یا گرفتن سرنگ یا سرسوزن مصرفی و سه حوزه تحقیق

قرض دادن یا گرفتن سرنگ یا سرسوزن	مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
قرض دادم	۴۸	۱۴٫۳	۱۵	۹٫۴	۱۸۷	۱۲٫۰	۲۵۰	۱۲٫۲
قرض گرفتم	۹	۲٫۷	۷	۴٫۴	۴۶	۳٫۰	۶۲	۳٫۰
هر دو	۴۹	۱۴٫۶	۳۷	۲۳٫۳	۳۳۸	۲۱٫۷	۴۲۴	۲۰٫۶
هیچکدام	۲۳۰	۶۸٫۵	۱۰۰	۶۲٫۹	۹۸۸	۶۳٫۴	۱۳۱۸	۶۴٫۲
جمع	۳۳۶	۱۰۰	۱۵۹	۱۰۰	۱۵۵۹	۱۰۰	۲۰۵۴	۱۰۰

مندرجات جدول شماره ۴۹ حاکی از این امر است ۶۴٫۲ درصد از کل معتادان تزریقی ۱؛ سرنگ و سر سوزن را نه قرض داده و نه قرض گرفته اند. ۳۵٫۸ درصد معتادان سرنگ یا سرسوزن را هم قرض داده و قرض گرفته اند که در مقایسه با سال ۸۳ که این میزان ۴۳ درصد بوده است؛ کاهش یافته است.

جدول شماره ۵۰- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک تعداد شرکای تزریق در یک سال گذشته و سه حوزه تحقیق

شرکای تزریق	مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱ نفر	۱۳	۳،۹	۱	۰،۶	۵۱	۳،۲	۶۵	۳،۱
۲ نفر	۶	۱،۸	۹	۵،۶	۸۰	۵،۱	۹۵	۴،۶
۳ نفر	۷	۲،۱	۳	۱،۹	۵۷	۳،۶	۶۷	۳،۲
۴ نفر	۵	۱،۵	۲	۱،۲	۴۰	۲،۵	۴۷	۲،۳
۵ نفر	۵	۱،۵	۲	۱،۲	۴۱	۲،۶	۴۸	۲،۳
۶-۹ نفر	۷	۲،۸	۳	۱،۸	۲۷	۱،۷	۳۷	۱،۷
۱۰ نفر و بیشتر	۲۰	۵،۹	۱۷	۱۰،۴	۱۲۵	۷،۹	۱۶۲	۷،۸
جمع	۳۳۷	-	۱۶۲	-	۱۵۷۲	-	۲۰۷۱	-

جدول شماره ۵۰ نشان می دهد ۷،۸ درصد از معتادان تزریقی اعم از مراجعه کننده به مرکز درمانی ؛ زندانی و خیابانی با بیش از ۱۰ نفر تزریق کرده اند.

جدول شماره ۵۱- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک علت استفاده از سرنگ
مشترک و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		علت استفاده از سرنگ مشترک
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۷،۸	۱۶۱	۷،۸	۱۲۳	۶،۸	۱۱	۸	۲۷	سریعتر آماده شدن وسایل تزریق
۲۰،۸	۴۳۱	۲۰،۸	۳۲۸	۲۴،۱	۳۹	۱۹	۶۴	دردسترس نبودن سرنگ
۶،۱	۱۲۷	۵،۶	۸۸	۶،۸	۱۱	۸،۳	۲۸	اطمینان از سلامت شرکای تزریق
۱۳	۲۶۹	۱۲،۵	۱۹۷	۱۳	۲۱	۱۵،۱	۵۱	خماری زیاد
۴،۵	۹۴	۴،۶	۷۲	۴،۳	۷	۴،۵	۱۵	راحتی مصرف
۲،۹	۶۱	۲،۹	۴۵	۲،۵	۴	۳،۶	۱۲	اصرار دوستان
۶،۲	۱۲۹	۶،۲	۹۸	۶،۲	۱۰	۶،۲	۲۱	ارزان تر بودن تزریق مشترک
۴،۹	۱۰۱	۴،۶	۷۳	۶،۸	۱۱	۵	۱۷	نداشتن آگاهی از خطرات تزریق مشترک
۱،۱	۲۳	۱،۳	۲۱	۰،۶	۱	۰،۳	۱	سایر
۱،۴	۲۹	۱،۵	۲۴	۰،۰	۰	۱،۵	۵	به خاطر ندارد
—	۲۰۷۱	—	۱۵۷۲	—	۱۶۲	—	۳۳۷	جمع

جدول شماره ۵۱ نشان می دهد اکثریت معتادان تزریقی مرکز درمانی ؛ معتادان زندانی و معتادان خیابانی علت استفاده از سرنگ مشترک را در دسترس نبودن سرنگ عنوان کردند. (۲۰،۸ درصد) مندرجات جدول حاکی از این امر نیز می باشد که خماری زیاد به عنوان دلیل بعدی برای استفاده از سرنگ مشترک ذکر شده است.

جدول شماره ۵۲- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک متوسط تعداد تزریق در یک سال گذشته و سه حوزه تحقیق

متوسط تعداد تزریق در یک سال گذشته		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
۴۱	۱۳،۵	۳۰	۱۹،۹	۱۲۵	۸،۴	۱۹۶	۱۰،۱	۱۰،۱
۱۳	۴،۳	۲	۱،۳	۴۴	۳	۵۹	۳	۳
۸	۲،۶	۹	۶	۵۸	۳،۹	۷۵	۳،۹	۳،۹
۲۵	۸،۲	۱۵	۹،۹	۸۸	۵،۹	۱۲۸	۶،۶	۶،۶
۳۳	۱۰،۹	۱۴	۹،۳	۱۵۸	۱۰،۶	۲۰۵	۱۰،۶	۱۰،۶
۱۱۴	۳۷،۵	۵۶	۳۷،۱	۶۰۸	۴۰،۹	۷۷۸	۴۰،۱	۴۰،۱
۷۰	۲۳	۲۵	۱۶،۶	۴۰۴	۲۷،۲	۴۹۹	۲۵،۷	۲۵،۷
۳۰۴	—	۱۵۱	—	۱۴۸۵	—	۱۹۴۰	—	—
جمع								

جدول شماره ۵۲ نشان می دهد اکثریت معتادان مرکز درمانی (۳۷،۵ درصد)؛ معتادان زندانی (۳۷،۱ درصد) و معتادان خیابانی (۴۰،۹ درصد) در سال گذشته به طور متوسط روزی ۲ تا ۳ بار تزریق داشته اند. می توان گفت ۴۰،۱ درصد از کل معتادان که اکثریت را به خود اختصاص داده اند؛ در سال گذشته روزی ۲ تا ۳ بار تزریق داشته اند. مقایسه این شاخص با سال ۸۳ نشان می دهد افرادی که روزی ۲ تا ۳ بار تزریق می کنند افزایش یافته اند. لازم به ذکر است حدود ۱۰ درصد افراد با سابقه تزریق در سال گذشته تزریق نداشته اند.

جدول شماره ۵۳- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک قسمت تزریق در بدن و سه حوزه تحقیق

قسمت تزریق در بدن		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
۳۰۹	۹۱،۷	۱۴۲	۸۷،۷	۱۳۹۰	۸۸،۴	۱۸۴۱	۸۸،۹	دست
۱۰۵	۳۱،۲	۴۹	۳۰،۲	۶۰۵	۳۸،۵	۷۵۹	۳۶،۶	پا
۳۸	۱۱،۳	۲۶	۱۶	۲۰۰	۱۲،۷	۲۶۴	۱۲،۷	کشاله ران
۵۹	۱۷،۵	۲۵	۱۵،۴	۲۱۳	۱۳،۵	۲۹۷	۱۴،۳	کیسه بیضه
۴۴	۱۳،۱	۱۷	۱۰،۵	۱۶۱	۱۰،۲	۲۲۲	۱۰،۷	گردن
۵	۱،۵	۵	۱،۳	۴۴	۲،۸	۵۴	۲،۶	سایر
۳۳۷	-	۱۶۲	-	۱۵۷۲	-	۲۰۷۱	-	جمع

جدول شماره ۵۳ نشان می دهد اکثریت معتادان مرکز درمانی (۹۱،۷ درصد)؛ معتادان زندانی (۸۷،۷ درصد) و معتادان خیابانی (۸۸،۴ درصد) در دستها تزریق می کنند.

توزیع فراوانی مطلق و نسبی جمعیت نمونه تحقیق (۷۹۱۴ نفر) به تفکیک الگوی تزریق

توزیع (روش غالب)	۱۴۳۲ نفر	۱۸/۱ درصد
سابقه تزریق	۲۰۷۱ نفر	۲۶/۱ درصد
تزریق در سال گذشته	۱۷۴۴ نفر	۲۲ درصد
تزریق مشترک	۵۳۰ نفر	۶/۷ درصد
		۲۵/۲ از تزریقی ها

بخش پنجم:

عوارض اعتیاد

جدول شماره ۵۴- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک سابقه انجام آزمایش ایدز و سه حوزه تحقیق

سابقه انجام آزمایش ایدز یا اهدای خون		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
۵۲۲	۴۹,۳	۳۱۴	۶۰,۶	۲۱۷۱	۴۳,۴	۳۰۰۷	۴۵,۷	بله
۵۳۷	۵۰,۷	۲۰۴	۳۹,۴	۲۸۲۷	۵۶,۶	۳۵۶۸	۵۴,۳	خیر
۱۰۵۹	۱۰۰	۵۱۸	۱۰۰	۴۹۹۸	۱۰۰	۶۵۷۵	۱۰۰	جمع

جدول شماره ۵۴ نشان می دهد اکثریت معتادان مرکز درمانی (۵۰,۷ درصد) و اکثریت معتادان خیابانی (۵۶,۶ درصد) آزمایش ایدز را انجام نداده اند در عین حال اکثریت معتادان زندانی (۶۰,۶ درصد) آزمایش ایدز را انجام داده اند. جدول نشان می دهد ۵۴,۳ درصد کل معتادان آزمایش ایدز نداده اند.

جدول شماره ۵۵- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک نتیجه آزمایش ایدز و سه حوزه تحقیق

نتیجه آزمایش ایدز یا اهدای خون		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
۲۰	۳,۹	۱۲	۳,۸	۸۸	۴,۱	۱۲۰	۴,۰	مثبت
۴۸۰	۹۲,۸	۲۶۹	۸۵,۹	۱۸۹۲	۸۷,۹	۲۶۴۱	۸۸,۶	منفی
۱۷	۳,۳	۳۲	۱۰,۲	۱۷۲	۸,۰	۲۲۱	۷,۴	نمی دانم
۵۱۷	۱۰۰	۳۱۳	۱۰۰	۲۱۵۲	۱۰۰	۲۹۸۲	۱۰۰	جمع

جدول شماره ۵۵ نشان می دهد نتیجه آزمایش ایدز در میان اکثریت معتادان مرکز درمانی (۹۲,۸ درصد)؛ اکثریت معتادان زندانی (۸۵,۹ درصد) و اکثریت معتادان خیابانی (۸۷,۹ درصد) منفی بوده است. به طور کلی ۸۸,۶ درصد معتادان اچ آی وی مثبت نیستند. لازم به ذکر است که از میان معتادانی که آزمایش ایدز داده اند ۴,۰ درصد اچ آی وی مثبت هستند که در مقایسه با سال ۸۳ تعداد این افراد افزایش یافته است.

جدول شماره ۵۶- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک سابقه انجام آزمایش

هباتیت و سه حوزه تحقیق

سابقه انجام آزمایش		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع	
هباتیت یا اهدای خون		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بله		۵۲۶	۴۹,۶	۳۱۰	۵۹,۶	۲۲۸۱	۴۵,۴	۳۱۱۷	۴۷,۳
خیر		۵۳۴	۵۰,۴	۲۱۰	۴۰,۴	۲۷۳۱	۵۴,۵	۳۴۷۵	۵۲,۷
جمع		۱۰۶۰	۱۰۰	۵۲۰	۱۰۰	۵۰۱۲	۱۰۰	۶۵۹۲	۱۰۰

مندرجات جدول شماره ۵۶ نشان می دهد اکثریت معتادان زندانی که ۵۹,۶ درصد رابه خود اختصاص داده اند؛ سابقه انجام آزمایش هباتیت را داشته اند. ۵۰,۴ درصد از معتادان مراجعه کننده به مرکز درمانی و ۵۴,۴ درصد از معتادان خیابانی سابقه انجام آزمایش هباتیت نداشته اند. به طور کلی ۵۲,۷ درصد از معتادان سابقه انجام آزمایش هباتیت ندارند.

جدول شماره ۵۷- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک نتیجه آزمایش هباتیت و

سه حوزه تحقیق

نتیجه آزمایش هباتیت		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع	
یا اهدای خون		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مثبت		۵۳	۱۰,۴	۲۱	۶,۸	۲۳۸	۱۰,۶	۳۱۲	۱۰,۲
منفی		۴۴۰	۸۶,۳	۲۵۵	۸۳,۱	۱۸۳۵	۸۱,۷	۲۵۳۰	۸۲,۶
نمی دانم		۱۷	۳,۳	۳۱	۱۰,۱	۱۷۳	۷,۷	۲۲۱	۷,۲
جمع		۵۱۰	۱۰۰	۳۰۷	۱۰۰	۲۲۴۶	۱۰۰	۳۰۶۳	۱۰۰

جدول شماره ۵۷ نشان می دهد نتیجه آزمایش هباتیت در میان اکثریت معتادان مرکز درمانی (۸۶,۳درصد)؛ اکثریت معتادان زندانی (۸۳,۱ درصد) و اکثریت معتادان خیابانی (۸۱,۷ درصد) منفی بوده است. به طور کلی نتیجه آزمایش ۸۲,۶ درصد از معتادان منفی بوده است و ۱۰,۲ درصد مبتلا به هباتیت هستند که تعداد مبتلایان به هباتیت نسبت به سال ۸۳ افزایش داشته است.

جدول شماره ۵۸- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک نوع هپاتیت و سه حوزه تحقیق

نوع هپاتیت		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۶	۱۴,۰	۵	۲۹,۴	۶۳	۳۱,۸	۷۴	۲۸,۷		
۳۴	۷۹,۱	۱۱	۶۴,۷	۱۱۶	۵۸,۶	۱۶۱	۶۲,۴		
۳	۷,۰	۱	۵,۹	۱۹	۹,۶	۲۳	۸,۹		
۴۳	۱۰۰	۱۷	۱۰۰	۱۹۸	۱۰۰	۲۵۸	۱۰۰		

جدول شماره ۵۸ نشان می دهد هپاتیت اکثریت معتادان مرکز درمانی (۷۹,۱ درصد)؛ اکثریت معتادان زندانی (۶۴,۷ درصد) و اکثریت معتادان خیابانی (۵۸,۶ درصد) از نوع C بوده است. لازم به ذکر است که ۶۲,۴ درصد کل معتادانی که آزمایش هپاتیت داده اند به هپاتیت C مبتلا هستند که نسبت به سال ۸۳ تعداد افراد مبتلا به هپاتیت C افزایش داشته است.

جدول شماره ۵۹- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک سابقه مصرف مواد و سه حوزه تحقیق

سابقه بیش مصرف مواد		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۵۹۲	۴۷,۵	۲۴۴	۴۲,۱	۲۴۱۶	۴۰,۷	۳۲۵۲	۴۱,۹		
۶۵۴	۵۲,۵	۳۳۶	۵۷,۹	۳۵۲۷	۵۹,۳	۴۵۱۷	۵۸,۱		
۱۲۴۶	۱۰۰	۵۸۰	۱۰۰	۵۹۴۳	۱۰۰	۷۷۶۹	۱۰۰		

جدول شماره ۵۹ نشان می دهد ۵۲,۵ درصد از معتادان مراجعه کننده به مرکز درمانی ؛ ۵۷,۹ درصد از معتادان زندانی و ۵۹,۳ درصد از معتادان خیابانی سابقه بیش مصرف نداشته اند. به طور کلی ۵۸,۱ درصد معتادان سابقه بیش مصرف مواد ندارند. اما ۴۱,۹ درصد معتادان بیش مصرف را تجربه کرده اند که نسبت به سال ۸۳ افزایش یافته است.

جدول شماره ۶۰- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک تعداد دفعات سابقه بیش مصرف مواد و سه حوزه تحقیق

تعداد دفعات بیش مصرف مواد		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
۱ بار	۱۳۴	۲۳,۴	۶۰	۲۴,۹	۶۶۶	۲۸,۶	۸۶۰	۲۷,۳
۲ بار	۱۲۶	۲۲,۰	۵۶	۲۳,۲	۵۴۴	۲۳,۳	۷۲۶	۲۳,۱
۳ بار	۷۸	۱۳,۶	۳۴	۱۴,۱	۳۱۲	۱۳,۴	۴۲۴	۱۳,۵
۴ بار	۴۰	۷,۰	۲۰	۸,۳	۱۸۵	۷,۹	۲۴۵	۷,۸
۵-۹ بار	۷۸	۱۳,۶	۲۷	۱۱,۲	۲۸۸	۱۲,۳	۳۹۳	۱۲,۴
۱۰ بار و بیشتر	۱۱۶	۲۰,۲	۴۴	۱۸,۲	۳۳۷	۱۴,۴	۴۹۷	۱۵,۸
جمع	۵۷۲	۱۰۰	۲۴۱	۱۰۰	۲۳۳۲	۱۰۰	۳۱۴۵	۱۰۰

مندرجات جدول شماره ۶۰ نشان می دهد ۲۳,۴ درصد معتادان مراجعه کننده به مرکز درمانی؛ ۲۴,۹ درصد از معتادان زندانی و ۲۸,۶ درصد از معتادان خیابانی یک بار سابقه بیش مصرف داشته اند. اکثریت معتادان اعم از سه گروه فوق که ۲۷,۳ رابه خود اختصاص داده اند؛ یک بار سابقه بیش مصرف داشته اند. حدود ۵۰,۰ درصد معتادان یک تا دو بار سابقه بیش مصرف داشته اند.

جدول شماره ۶۱- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک مراجعه به بیمارستان به علت بیش مصرف مواد در سال گذشته و سه حوزه تحقیق

مراجعه به بیمارستان به علت بیش مصرف		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
بلی	۲۰۸	۱۶,۷	۱۰۵	۱۸,۱	۹۰۸	۱۵,۳	۱۲۲۱	۱۵,۷
خیر	۱۰۳۸	۸۳,۳	۴۷۵	۸۱,۹	۵۰۳۵	۸۴,۷	۶۵۴۸	۸۴,۳
جمع	۱۲۴۶	۱۰۰	۵۸۰	۱۰۰	۵۹۴۳	۱۰۰	۷۷۶۹	۱۰۰

جدول شماره ۶۱ نشان می دهد که ۸۳,۳ درصد از معتادان مراکز درمانی؛ ۸۱,۹ درصد از معتادان زندانی و ۸۴,۷ درصد معتادان خیابانی در سال گذشته به علت بیش مصرف به بیمارستان مراجعه نکرده اند.

جدول شماره ۶۲- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک تعداد دفعات مراجعه به بیمارستان به علت مسمومیت در یک سال و سه حوزه تحقیق

تعداد دفعات مراجعه به بیمارستان به علت بیش مصرف مواد		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
۱ بار	۱۱۱	۵۵,۲	۶۵	۶۳,۷	۵۳,۱	۶۰,۶	۷۰,۷	۶۰,۰
۲ بار	۳۴	۱۶,۹	۲۱	۲۰,۶	۲۱۸	۲۴,۹	۲۷۳	۲۳,۲
۳ بار	۳۰	۱۴,۹	۷	۶,۹	۶۲	۷,۱	۹۹	۸,۴
۴ بار	۶	۳,۰	۴	۳,۹	۲۲	۲,۵	۳۲	۲,۷
۵-۹ بار	۱۳	۶,۴	۲	۱,۹	۲۳	۲,۶	۳۸	۳,۲
۱۰ بار و بیشتر	۷	۳,۵	۳	۴,۹	۲۰	۲,۲	۳۰	۲,۷
جمع	۲۰۱	۱۰۰	۱۰۲	۱۰۰	۸۷۶	۱۰۰	۱۱۷۹	۱۰۰

جدول شماره ۶۲ نشان می دهد که ۵۵,۲ درصد از معتادان مراکز درمانی؛ ۶۳,۷ درصد از معتادان زندانی و ۶۰,۶ درصد معتادان خیابانی در سال گذشته به علت بیش مصرف مواد ناشی از مصرف مواد یک بار به بیمارستان مراجعه کرده اند. اکثریت معتادان اعم از سه گروه فوق که ۶۰,۰ رابه خود اختصاص داده اند؛ در سال گذشته یک بار به علت بیش مصرف مواد به بیمارستان مراجعه کرده اند.

بخش ششم:

روابط جنسی

جدول شماره ۶۳- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک سابقه ارتباط جنسی با فردی غیر از همسر و سه حوزه تحقیق

سابقه ارتباط جنسی با فردی غیر از همسر		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع	
بله	خیر	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۴۷۲	۳۷،۹	۲۶۰	۴۴،۸	۲۵۸۴	۴۳،۵	۳۳۱۶	۴۲،۷		
۷۷۴	۶۲،۱	۳۲۰	۵۵،۲	۳۳۵۹	۵۶،۵	۴۴۵۳	۵۷،۳		
۱۲۴۶	۱۰۰	۵۸۰	۱۰۰	۵۹۴۳	۱۰۰	۷۷۶۹	۱۰۰		

جدول شماره ۶۳ نشان می دهد که ۶۲،۱ درصد از معتادان مراکز درمانی؛ ۵۵،۲ درصد از معتادان زندانی و ۵۶،۵ درصد معتادان خیابانی سابقه ارتباط جنسی با فردی غیر از همسر خود نداشته اند.

جدول شماره ۶۴- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک زن و مرد و سابقه ارتباط جنسی با فردی غیر از همسر در طول عمر و سه حوزه تحقیق

سابقه ارتباط جنسی با فردی غیر از همسر به تفکیک جنسیت		درمان		زندان		خیابان		جمع	
مرد	زن	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بلی	بلی	۴۴۹	۳۸	۲۴۸	۴۵،۳	۲۴۶۹	۴۴،۱	۳۱۶۶	۴۳،۲
خیر	خیر	۷۳۲	۶۲	۲۹۹	۵۴،۷	۳۱۳۴	۵۵،۹	۴۱۶۵	۵۶،۸
بلی	بلی	۲۱	۳۸،۹	۱۱	۳۵،۵	۱۰۸	۳۴،۳	۱۴۰	۳۵
خیر	خیر	۳۳	۶۱،۱	۲۰	۶۴،۵	۲۰۷	۶۵،۷	۲۶۰	۶۵

۴۳،۲ درصد مردان و ۳۵ درصد زنان معتاد در کشور سابقه رابطه با غیر همسر را ذکر کرده اند.

جدول شماره ۶۵- توزیع فراوانی زنان نمونه تحقیق به تفکیک تعداد دفعات ارتباط جنسی با فردی غیر از همسر و سه حوزه تحقیق

تعداد دفعات ارتباط جنسی با فردی غیر از همسر		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
۱ بار	۸	۱,۷	۴	۱,۵	۲۸	۱,۱	۴۰	۱,۲
۲ بار	۹	۱,۹	۲	۰,۸	۳۰	۱,۲	۴۱	۱,۲
۳ بار	۴	۰,۸	۹	۳,۵	۳۷	۱,۴	۵۰	۱,۵
۴ بار	۹	۱,۹	۰	۰,۰	۱۶	۰,۶	۲۵	۰,۸
۵-۹ بار	۱۷	۳,۶	۷	۲,۶	۴۳	۱,۶	۶۷	۲,۰
۱۰-۱۹ بار	۱۰	۲,۱	۱۴	۵,۳	۳۱	۱,۱	۵۵	۱,۶
۲۰-۲۹ بار	۸	۱,۶	۳	۱,۱	۲۲	۰,۸	۳۳	۰,۹
۳۰-۴۹ بار	۵	۱,۰	۲	۰,۷	۱۴	۰,۵	۲۱	۰,۶
۵۰ بار به بالا	۱۳	۲,۷	۲	۰,۷	۷۱	۲,۷	۸۶	۲,۵

جدول شماره ۶۵ نشان می دهد تعداد دفعات برقراری ارتباط جنسی با غیر از همسر در میان ۳,۶ درصد از معتادان زن مراکز درمانی ۵ تا ۹ بار ذکر شده است؛ ۵,۳ درصد از معتادان زن زندانی ۱۰ الی ۱۹ بار و ۲,۷ درصد معتادان زن خیابانی ۵۰ بار به بالا با افرادی غیر از همسر خود رابطه جنسی داشته اند. به طور کلی ۲,۵ درصد زنان وابسته به مواد اعتیادآور ۵۰ بار به بالا با فردی غیر از همسر خود رابطه داشته اند.

جدول شماره ۶۶- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک تعداد دفعات ارتباط جنسی با فرد غیر روسپی ویژه مردان و سه حوزه تحقیق

تعداد دفعات ارتباط جنسی با فرد غیر روسپی		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
۱ بار	۱۱	۲,۳	۸	۳,۱	۱۵۵	۶,۵	۱۷۴	۵,۲
۲ بار	۲۱	۴,۴	۹	۳,۵	۱۸۷	۷,۲	۲۱۷	۶,۵
۳ بار	۲۲	۴,۷	۱۲	۴,۶	۱۷۱	۶,۶	۲۰۵	۶,۲
۴ بار	۱۴	۳,۰	۱۲	۴,۶	۷۰	۲,۷	۹۶	۲,۹
۵-۹ بار	۴۱	۸,۶	۳۰	۱۱,۵	۲۵۶	۹,۹	۳۲۷	۹,۸
۱۰-۱۹ بار	۵۹	۱۲,۵	۳۰	۱۱,۵	۲۶۸	۱۰,۳	۳۵۷	۱۰,۷
۲۰-۲۹ بار	۲۷	۵,۷	۱۷	۶,۵	۱۴۴	۵,۵	۱۸۸	۵,۶
۳۰-۴۹ بار	۱۹	۴,۰	۱۶	۶,۱	۱۱۰	۴,۲	۱۴۵	۴,۳
۵۰ بار به بالا	۷۷	۱۶,۳	۴۹	۱۸,۸	۲۸۹	۱۱,۱	۴۱۵	۱۲,۵

جدول شماره ۶۶ نشان می دهد ۱۶,۳ درصد از معتادان مرد مرکز درمانی و ۱۸,۸ درصد از معتادان مرد زندانی و ۱۱,۱ درصد معتادان مرد خیابانی ۵۰ بار به بالا با زنان غیر روسپی رابطه جنسی داشته اند. به طور کلی ۱۲,۵ درصد از مردان معتاد ۵۰ بار و بیشتر با زنان غیر روسپی ارتباط جنسی داشته اند.

جدول شماره ۶۷- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک تعداد دفعات ارتباط جنسی با فرد روسپی ویژه مردان و سه حوزه تحقیق

تعداد دفعات ارتباط جنسی با فرد روسپی		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
۱ بار	۶	۱,۳	۱۱	۴,۲	۱۰۴	۴,۰	۱۲۱	۳,۶
۲ بار	۱۸	۳,۸	۹	۳,۵	۱۹۹	۷,۷	۲۲۶	۶,۸
۳ بار	۶	۱,۳	۱۴	۵,۴	۱۱۲	۴,۳	۱۳۲	۴,۰
۴ بار	۱۰	۲,۱	۶	۲,۳	۸۰	۳,۱	۹۶	۲,۹
۵-۹ بار	۲۸	۵,۹	۱۸	۶,۹	۲۵۷	۹,۹	۳۰۳	۹,۱
۱۰-۱۹ بار	۵۲	۱۱,۰	۱۸	۶,۹	۲۲۷	۸,۷	۲۹۷	۸,۹
۲۰-۲۹ بار	۱۷	۳,۶	۱۰	۳,۸	۱۱۷	۴,۵	۱۴۴	۴,۳
۳۰-۴۹ بار	۱۲	۲,۵	۶	۲,۳	۵۶	۲,۱	۷۴	۲,۲
۵۰ بار به بالا	۴۹	۱۰,۳	۱۲	۴,۶	۱۵۰	۵,۸	۲۱۱	۶,۳

جدول شماره ۶۷ نشان می دهد ۱۱,۰ درصد از معتادان مرد مرکز درمانی ۱۰-۱۹ بار ؛ ۶,۹ درصد از معتادان مرد زندانی ۵ تا ۱۹ بار و ۹,۹ درصد معتادان مرد خیابانی ۵ الی ۹ بار با زنان روسپی رابطه جنسی داشته اند. لازم به ذکر است که ۹,۱ درصد معتادان ۱۰ تا ۱۹ بار با زن روسپی ارتباط جنسی داشته اند.

جدول شماره ۶۸- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک سابقه ارتباط جنسی با فردی غیر از همسر در یک سال گذشته و سه حوزه تحقیق

سابقه ارتباط جنسی با فردی غیر از همسر در یک سال گذشته		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
۲۵۴	۲۲,۲	۱۱۵	۲۱,۱	۱۳۳۹	۲۴,۳	۱۷۰۸	۲۳,۷	۲۳,۷
۸۸۸	۷۷,۸	۴۲۹	۷۸,۹	۴۱۶۸	۷۵,۷	۵۴۸۵	۷۶,۳	۷۶,۳
۱۱۴۲	۱۰۰	۵۴۴	۱۰۰	۵۵۰۷	۱۰۰	۷۱۹۳	۱۰۰	۱۰۰

جدول شماره ۶۸ نشان می دهد در طی یک سال گذشته ۷۷,۸ درصد از معتادان مرکز درمانی ؛ ۷۸,۹ درصد از معتادان زندانی و ۷۵,۷ درصد معتادان خیابانی با فردی غیر از همسر خود رابطه جنسی نداشته اند. به طور کلی ۷۶,۷ درصد معتادان در سال گذشته با فردی غیر از همسر خود رابطه جنسی نداشته اند.

جدول شماره ۶۹- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک زن و مرد و سابقه ارتباط جنسی با فردی غیر از همسر در سال گذشته و سه حوزه تحقیق

سابقه ارتباط جنسی با فردی غیر از همسر به تفکیک جنسیت		درمان		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
۲۴۱	۲۲,۳	۱۰۷	۲۰,۹	۱۲۴۶	۲۴	۱۵۹۴	۲۳,۵	۲۳,۵
۸۳۸	۷۷,۷	۴۰۶	۷۹,۱	۳۹۵۰	۷۶	۵۱۹۴	۷۶,۵	۷۶,۵
۱۲	۲۳,۱	۸	۲۶,۷	۹۰	۳۱	۱۱۰	۲۹,۶	۲۹,۶
۴۰	۷۶,۹	۲۲	۷۳,۳	۲۰۰	۶۹	۲۶۲	۷۰,۴	۷۰,۴

رابطه با غیر همسر در سال گذشته به ترتیب در مردان و زنان ۲۳,۵ و ۲۹,۶ بوده است. و ملاحظه میشود این درصد در زنان معتاد کمی بیشتر است.

جدول شماره ۷۰- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک میزان استفاده از کاندوم و

سه حوزه تحقیق

میزان استفاده از کاندوم		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
اغلب اوقات		۲۲,۶	۲۱۳	۲۰,۲	۸۷	۱۵,۴	۷۲۴	۱۶,۹
نیمی از موارد		۹,۶	۹۱	۱۱,۴	۴۹	۱۰,۵	۴۹۴	۱۰,۴
کمتر از نیمی از موارد		۶,۹	۶۵	۷,۹	۳۴	۸,۴	۳۹۷	۸,۲
به ندرت		۱۷,۲	۱۶۲	۲۱,۴	۹۲	۲۱,۱	۹۹۴	۲۰,۵
اصلاً		۴۳,۸	۴۱۳	۳۹,۱	۱۶۸	۴۴,۵	۲۰۹۴	۴۴,۰
جمع		۱۰۰	۹۴۴	۱۰۰	۴۳۰	۱۰۰	۴۷۰۳	۶۰,۷۷

جدول شماره ۷۰ نشان می دهد ۴۳,۸ درصد از معتادان مرکز درمانی ؛ ۳۹,۱ درصد از معتادان زندانی و ۴۴,۵ درصد از معتادان خیابانی که اکثریت معتادان را تشکیل می دهند در ارتباط جنسی خود هرگز از کاندوم استفاده نمی کنند.

جدول شماره ۷۱- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک سابقه رابطه جنسی با

همجنس و سه حوزه تحقیق

سابقه رابطه جنسی با همجنس		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بله		۸,۹	۱۱۱	۹,۰	۵۲	۱۱,۹	۷۰۶	۱۱,۲
خیر		۹۱,۱	۱۱۳۵	۹۱,۰	۵۲۸	۸۸,۱	۵۲۳۷	۸۸,۸
جمع		۱۰۰	۱۲۴۶	۱۰۰	۵۸۰	۱۰۰	۵۹۴۳	۷۷,۶۹

جدول شماره ۷۱ نشان می دهد ۹۱,۱ درصد از معتادان مرکز درمانی ؛ ۹۱,۰ درصد از معتادان زندانی و ۸۸,۱ درصد از معتادان خیابانی که اکثریت معتادان را تشکیل می دهند سابقه رابطه جنسی با همجنس نداشته اند. به طور کلی ۸۸,۸ درصد از معتادان در یک سال گذشته سابقه رابطه جنسی با همجنس نداشته اند. ۱۱,۲ درصد معتادان با همجنس رابطه جنسی داشته اند که نسبت به سال ۸۳ این میزان کاهش اندکی داشته است.

جدول شماره ۷۲- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک رابطه جنسی با همجنس در طول سال گذشته و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		سابقه رابطه جنسی با همجنس
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۵،۷	۳۸۱	۵،۸	۲۹۶	۴،۵	۲۳	۵،۷	۶۲	بله
۹۴،۳	۶۳۶۲	۹۴،۲	۴۸۴۵	۹۵،۵	۴۹۰	۹۴،۳	۱۰۲۷	خیر
۱۰۰	۷۷۶۹	۱۰۰	۵۹۴۳	۱۰۰	۵۸۰	۱۰۰	۱۲۴۶	جمع

همانگونه که در جدول ۷۲ قابل ملاحظه است ۵،۷ درصد معتادان در طول سال گذشته با همجنس ارتباط جنسی داشته اند.

بخش هفتم:

جرم

جدول شماره ۷۴- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک سابقه دستگیری در یک سال گذشته و سه حوزه تحقیق

سابقه دستگیری		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
۴۲۴	۳۴,۰	۴۶۰	۷۹,۳	۲۱۰۵	۳۵,۴	۲۹۸۹	۳۸,۵	بله
۸۲۲	۶۶,۰	۱۲۰	۲۰,۷	۳۸۳۸	۶۴,۶	۴۷۸۰	۶۱,۵	خیر
۱۲۴۶	۱۰۰	۵۸۰	۱۰۰	۵۹۴۳	۱۰۰	۷۷۶۹	۱۰۰	جمع

جدول شماره ۷۴ نشان می دهد ۶۶,۰ درصد از معتادان مرکز درمانی و ۶۴,۶ درصد از معتادان خیابانی در یک سال گذشته سابقه دستگیری نداشته اند و ۷۹,۳ درصد از معتادان زندانی در یک سال گذشته سابقه دستگیری داشته اند. به طور کلی ۶۱,۵ درصد از معتادان در یک سال گذشته سابقه دستگیری نداشته اند. ۳۸,۵ درصد از معتادان سابقه دستگیری داشته اند که نسبت به سال ۸۳ این میزان کاهش اندکی را نشان میدهد.

**جدول شماره ۷۵- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک تعداد دفعات دستگیر شدن
در یک سال گذشته و سه حوزه تحقیق**

تعداد دفعات دستگیر شدن		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
۱ بار	۱۹۴	۴۷,۹	۲۷۳	۶۰,۹	۹۷۱	۴۸,۷	۱۴۳۸	۵۰,۵
۲ بار	۸۰	۱۹,۸	۹۱	۲۰,۳	۵۰۴	۲۵,۳	۶۷۵	۲۳,۷
۳ بار	۵۲	۱۲,۸	۵۳	۱۱,۸	۲۶۸	۱۳,۴	۳۷۳	۱۳,۱
۴ بار	۲۴	۵,۹	۱۱	۲,۵	۱۰۳	۵,۲	۱۳۸	۴,۸
۵ بار	۸	۲,۰	۸	۱,۸	۴۴	۲,۲	۶۰	۲,۱
۶-۱۰ بار	۲۷	۶,۶	۸	۱,۷	۷۹	۳,۹	۱۱۴	۴,۰
۲۰-۱۱ بار	۱۰	۲,۴	۴	۰,۸	۱۸	۰,۹	۳۲	۱,۱
۲۱ بار و بیشتر	۱۰	۲,۴	۰	۰,۰	۷	۰,۳	۱۷	۰,۵
جمع	۴۰۵	۱۰۰	۴۴۸	۱۰۰	۱۹۹۴	۱۰۰	۲۸۴۷	۱۰۰

جدول شماره ۷۵ نشان می دهد ۴۷,۹ درصد از معتادان مرکز درمانی؛ ۶۰,۹ درصد از معتادان زندانی و ۴۸,۷ درصد از معتادان خیابانی در یک سال گذشته یک بار دستگیر شده اند. ۵۰,۵ درصد معتادان در سال گذشته یک بار دستگیر شده اند.

مصاحبه عمیق با معتادان در خصوص بهبود وضعیت دستگیری

اکثر معتادینی که با آنها مصاحبه شده بود، رعایت حقوق انسانی، اجتناب از ضرب و شتم، فحاشی کردن، هتک حرمت و حیثیت افراد و در نظر گرفتن شرایط سنی و اجتماعی افراد را امری بسیار ضروری دانسته اند. در عین حال گروهی نیز نداشتن نگاه مجرمانه به معتاد و بیمار دانستن وی و هدف گذاری درمانی در اقدامات قضایی و قهری، آموزش نیروهای انتظامی درخصوص نحوه برخورد با معتادان را برای بهبود وضعیت دستگیری پیشنهاد کرده اند. عده ای نیز با توجه به وخامت اوضاع عنوان کردند که شیوه دستگیری اصلاح شدنی نیست و برای بهبود وضعیت آن کاری نمی توان کرد. اغلب معتادانی که سابقه دستگیری داشتند از نحوه برخورد بد مأمورین نیروی انتظامی شکایت داشتند و به گونه ای از نحوه دستگیری خود سخن می گفتند که سخنان شان مملو از احساس خشم،

احساس حقارت و حس انتقام بود. بیشتر این افراد در حالی دستگیر شده بودند که در خانه خود حضور داشته و دستگیری شان همراه با ایجاد ضرب و شتم و آبروریزی در میان همسایه‌ها صورت گرفته بود.

اکثریت معتادانی که سابقه دستگیری داشتند، تجربه خود را از دستگیری با مفاهیمی نظیر تجربه‌ای بسیار ناخوشایند، تجربه‌ای همراه با اضطراب، افسردگی، ترس شدید، احساس حقارت و آبروریزی بیان کردند. همچنین اکثریت این افراد از برخورد بد مأمورین نیروی انتظامی، ایراد ضرب و جرح، توهین و اهانت از جانب ایشان شکایت داشتند. عده‌ای نیز به تأثیرات نامطلوب دستگیری بر زندگی خانوادگی‌شان اشاره کرده‌اند. در کل آنچه از سخنان ایشان استنباط می‌شود، تجربیاتی دردناک، مملو از توهین و تحقیر و اهانت است. ضرب و شتم این افراد در ضمن دستگیری و دردهای جسمانی ناشی از علائم ترک شرایط سختی برای این افراد ایجاد کرده و آنها در چنین شرایطی، به هر شکلی که شده مواد تهیه کرده و استعمال می‌کند.

یکی از معتادان در استان کردستان می‌گوید: زمان دستگیری یکی از لحظات تلخ زندگی من برخورد مأمورین باعث ایجاد حس خشم و انتقام در من شد.

دیگری از استان گیلان می‌گوید: آنقدر مرا با شلنگ و باتوم کتک زدند که احساس کردم استخوانهایم خرد شده.

معتادی از استان بوشهر می‌گوید: ما را با کابل کتک می‌زدند حتی به ما آب هم نمی‌دادند.

جدول شماره ۷۶- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک سابقه زندانی شدن در یک سال گذشته و سه حوزه تحقیق

سابقه زندانی شدن در یک سال گذشته		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
۳۲۹	۲۶,۴	۴۵۸	۷۹,۰	۱۵۸۰	۲۶,۶	۲۳۶۷	۳۰,۵	
۹۱۷	۷۳,۶	۱۲۲	۲۱,۰	۴۳۶۳	۷۳,۴	۵۴,۲	۶۹,۵	
۱۲۴۶	۱۰۰	۵۸۰	۱۰۰	۵۹۴۳	۱۰۰	۷۷۶۹	۱۰۰	

جدول شماره ۷۶ نشان می دهد ۷۳,۶ درصد از معتادان مرکز درمانی و ۷۳,۴ درصد از معتادان خیابانی در یک سال گذشته سابقه زندانی شدن نداشته اند و ۷۹,۰ درصد از معتادان زندانی در یک سال گذشته سابقه زندانی شدن داشته اند. به طور کلی ۶۹,۵ درصد از معتادان در یک سال گذشته سابقه زندانی شدن نداشته اند و ۳۰,۵ درصد در سال گذشته سابقه زندانی شدن دارند که نسبت سال ۸۳ این تعداد حدود ۴ درصد کاهش داشته است.

جدول شماره ۷۷- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک تعداد دفعات زندانی شدن در یک سال گذشته و سه حوزه تحقیق

تعداد دفعات زندانی شدن		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
۱ بار	۲۰,۳	۶۳,۴	۳۳,۳	۷۴,۲	۱۰,۲۴	۶۶,۸	۱۵۶۰	۶۷,۸
۲ بار	۵۸	۱۸,۱	۷۳	۱۶,۳	۳۰,۸	۲۰,۱	۴۳۹	۱۹,۱
۳ بار	۲۱	۶,۶	۲۸	۶,۲	۱۱۱	۷,۲	۱۶۰	۷,۰
۴ بار	۹	۲,۸	۵	۱,۱	۴۳	۲,۸	۵۷	۲,۵
۵ بار	۸	۲,۵	۳	۰,۷	۱۰	۰,۷	۲۱	۰,۹
۶-۱۰ بار	۱۶	۵	۵	۱,۱	۲۸	۱,۸	۴۹	۲,۱
۱۱-۲۰ بار	۳	۰,۹	۱	۰,۲	۵	۰,۳	۹	۰,۳
۲۱ بار و بیشتر	۲	۰,۶	۱	۰,۲	۳	۰,۱	۶	۰,۳
جمع	۳۲۰	۱۰۰	۴۴۹	۱۰۰	۱۵۳۲	۱۰۰	۲۳۰۱	۱۰۰

جدول شماره ۷۷ نشان می دهد ۶۳,۴ درصد از معتادان مرکز درمانی؛ ۷۴,۲ درصد از معتادان زندانی و ۶۶,۸ درصد از معتادان خیابانی در یک سال گذشته یک بار زندانی شده اند. به طور کلی ۶۷,۸ درصد از معتادان در یک سال گذشته یک بار زندانی شده اند.

**جدول شماره ۷۸- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک نوع جرم منجر به دستگیری
یا زندانی شدن و سه حوزه تحقیق**

نوع جرم منجر به دستگیری یا زندانی شدن		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
۳۰۳	۲۴,۳	۳۲۵	۵۶,۰	۱۵۳۷	۲۵,۹	۲۱۶۵	۲۷,۹	مصرف مواد
۹۱	۷,۳	۹۶	۱۶,۶	۵۳۴	۹,۰	۷۲۱	۹,۳	خرید و فروش مواد
۶۹	۵,۵	۵۵	۹,۵	۲۹۲	۴,۹	۴۱۶	۵,۴	ضرب و جرح
۵۷	۴,۶	۷۰	۱۲,۱	۲۹۵	۵,۰	۴۲۲	۵,۴	سرقت
۲۰	۱,۶	۶	۱,۰	۸۸	۱,۵	۱۱۴	۱,۵	تصادف رانندگی
۱۲	۱,۰	۸	۱,۴	۵۶	۰,۹	۷۶	۱,۰	کلاهبرداری
۵۵	۴,۴	۷۷	۱۳,۳	۲۰۹	۳,۵	۳۴۱	۴,۴	سایر

جدول شماره ۷۸ نشان می دهد ۲۴,۳ درصد از معتادان مرکز درمانی ؛ ۵۶,۰ درصد از معتادان زندانی و ۲۵,۹ درصد از معتادان خیابانی که اکثریت معتادان را تشکیل می دهند به جرم مصرف مواد دستگیر یا زندانی شده اند. به طور کلی ۲۷,۹ درصد به علت مصرف مواد مجرم شناخته شده اند که نسبت به سال ۸۳ این میزان تغییری نکرده است و نشان دهنده این امر است که همچنان در میان جرایم مرتبط با مواد؛ مصرف کنندگان مجازات می شوند.

مصاحبه عمیق با معتادان در خصوص تجربه آنان از زندان

معتادان اظهار داشتند که از زندان تجربه بسیار بدی به همراه احساس افسردگی، اضطراب، حقارت، شکسته شدن عزت نفس و نفرت و رفتارهای پر خاشگرانه داشته اند. همچنین اغلب این افراد به شدت یافتن اعتیادشان به دلیل فراوانی مواد اعتیادآور خطرناک در زندان و شیوع تزریق به عنوان الگوی رایج مصرف اشاره کرده اند.

یکی از معتادان استان گیلان می گوید: اگر مواد در زندان نبود زندانیان زندان را خراب می کردند. من خودم مواد را در کلاهم گذاشته و به زندان می بردم. اکثر کسانی که تریاکی بودند، هروئینی و تزریقی شدند.

از جمله تجربیات تلخ و دردناکی که اکثر معتادان به آن اشاره کرده‌اند وجود روابط نامشروع در زندان است آن هم برای به دست آوردن مواد، غذای بیشتر و یا حتی به قول یکی از معتادان استان گیلان برای میوه نوبر هر فصل **یکی از معتادان استان لرستان می‌گوید:** بدترین خاطره زندگی من در زندان بود، پدری، فرزندش را به یک بسته مواد هزار تومانی فروخت و فرزندش مورد تجاوز قرار گرفت.

شکایت از وضع نظافت زندان و آمار بالای ابتلا به بیماریهای عفونی مثل ایدز و هپاتیت در سخنان اکثر معتادان دیده می‌شود.

آشنا شدن با انواع جرائم دیگر در زندان به دلیل عدم تفکیک مجرمین جرائم مختلف نیز از جمله شکایت‌های مطرح شده توسط معتادین است.

یکی از معتادان استان کردستان می‌گوید: من در دانشگاه زندان لیسانس جرم و جنایت گرفتم.

همچنین عده کمی از تجربه‌های موفق درمانی در گروههای خودیار از جمله NA در زندان سخن گفته‌اند که البته تعداد کسانی که چنین تجربیات موفق درمانی در زندان داشته‌اند بسیار محدود است.

اغلب معتادان طی مصاحبه عمیق در پاسخ به این سوال که برای بهبود وضعیت زندان چه باید کرد، کنترل زندان را به منظور جلوگیری از ورود مواد به داخل زندان بسیار ضروری دانسته و عده‌ای نیز تاکید زیادی بر ارتقاء سطح بهداشت فیزیکی و روانی زندان کردند و برقراری امکان ملاقات بیشتر با اعضای خانواده، ساخت ورزشگاه و برگزاری کلاسهای فنی و حرفه‌ای، جلسات روان درمانی و مشاوره گروهی و فردی را ضروری دانستند. مساله دیگری که در مصاحبه‌ها بسیار برآن تاکید شده است تفکیک مجرمین جرائم دیگر از مجرمین مواد مخدر می‌باشد. جدا کردن مجرمینی که جرائم سنگین دارند و یا مجرمین سابقه دار از مجرمین بدون سابقه، از درگیر شدن معتادان در جرائم سنگین‌تر پیشگیری می‌کند. همچنین جداسازی معتادان تزریقی مبتلا به بیماریهای عفونی به ویژه HIV مثبت، ایدز و هپاتیت از دیگر موارد پیشنهاد شده توسط این گروه از معتادان است. تعداد دیگری از این گروه از ایجاد مراکز درمانی مناسب در زندان، فراهم کردن امکانات درمانی و دارویی متناسب و ترویج گروههای درمانی همیار مانند گروههای معتادان گمنام سخن گفته‌اند. در مجموع آنچه که از سخنان آنها برآورد می‌شود اتخاذ رویکرد درمان مدار در زندانها و ایمن سازی فضای زندانها به منظور پیشگیری از ورود مواد به زندان است

زیرا یکی از عواملی که نقش بسیار مهمی در گسترش و شدت اعتیاد در زندان دارد دسترسی به مواد اعتیاد آور سنگین همانند کراک در زندان است.

معتادی زندانی از شهر کرمان می‌گوید: برای اوقات فراغت زندانیان کلاسهای سرگرمی و تفریحی بگذارند بیکاری باعث کارهای خلاف می‌شود.

معتادی زندانی از استان کهگیلویه و بویراحمد: "مواد غذایی که به زندان آورده می‌شود را کنترل کنند، مثلاً در زندان ما از کره برای درست کردن شمع و گرم کردن سیخ استفاده می‌کنند.

مصاحبه عمیق با افراد کلیدی در خصوص زندان

آنان اظهار داشتند که بررسی‌های مختلف نشان داده است که مواد مخدر در همه زندان‌های دنیا وجود دارد و مصرف می‌شود. مواد مخدر غالباً به وسیله زندانی‌ها، ملاقات‌کنندگان و در موارد جزئی توسط کارکنان زندان به زندان وارد می‌شود. مواد مخدر علاوه بر ایجاد شرایط اضطراری و ناهنجار در اداره زندانها، مشکلات بهداشتی و شیوع رفتارهای خطرناک (به دلیل رواج الگوی مصرف تزریقی) و تسلط باندهای تبهکار و خشن و فراوانی رشوه و فساد را در زندان ایجاد می‌کند. بر اثر شرایط استرس‌آور محیط زندان‌ها و ضعف مهارت‌های سازگاری با شرایط استرس‌زا در زندانی‌ها، معتادان زندانی علاوه بر مصرف مواد مخدر مستعد جرائم دیگر نیز می‌شوند. گرفتار شدن در زندان باعث می‌شود که افراد از حلقه فعالیت‌ها و تعامل‌های خانوادگی و اجتماعی کنار گذاشته شده و آسیب‌پذیرتر شوند.

بخش هشتم:

درمان

جدول شماره ۷۹ - توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک سابقه اقدام به درمان و سه حوزه تحقیق

جمع		خیابان		زندان		مرکز درمانی		سابقه اقدام به درمان
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۷۴,۹	۵۸۲۲	۷۲,۱	۴۲۸۲	۷۹,۵	۴۶۱	۸۶,۶	۱۰۷۹	بله
۲۵,۱	۱۹۴۷	۲۷,۵	۱۶۶۱	۲۰,۵	۱۱۹	۱۳,۴	۱۶۷	خیر
۱۰۰	۷۷۶۹	۱۰۰	۵۹۴۳	۱۰۰	۵۸۰	۱۰۰	۱۲۴۶	جمع

جدول شماره ۷۹ نشان می دهد ۸۶,۶ درصد از معتادان مرکز درمانی ؛ ۷۹,۵ درصد از معتادان زندانی و ۷۲,۱ درصد از معتادان خیابانی که اکثریت معتادان را تشکیل می دهند سابقه اقدام به درمان داشته اند. به طور کلی ۷۴,۹ درصد از معتادان برای درمان اقدام کرده اند که نسبت به سال ۸۳ که ۶۱,۵ درصد بوده است با افزایش اقدام برای درمان مواجه هستیم.

جدول شماره ۸۰- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک تعداد دفعات اقدام به درمان و سه حوزه تحقیق

تعداد دفعات اقدام به درمان		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
۲۱۴	۲۰,۷	۱۴۵	۳۲,۷	۱۰۵۹	۲۵,۸	۱۴۱۸	۲۵,۴	۱
۱۸۷	۱۸,۱	۹۰	۲۰,۳	۸۲۳	۲۰,۱	۱۱۰۰	۱۹,۷	۲
۱۶۶	۱۶,۰	۶۰	۱۳,۵	۶۴۶	۱۵,۸	۸۷۲	۱۵,۶	۳
۸۳	۸,۰	۳۳	۷,۴	۳۲۷	۸,۰	۴۴۳	۷,۹	۴
۸۱	۷,۸	۲۷	۶,۱	۲۶۰	۶,۳	۳۶۸	۶,۶	۵
۱۵۵	۱۴,۹	۵۳	۱۱,۹	۵۵۵	۱۳,۵	۷۶۳	۱۳,۶	۶-۱۰
۳۴	۳,۲	۹	۲,۰	۹۴	۲,۲	۱۳۷	۲,۴	۱۱-۱۵
۳۸	۳,۶	۱۳	۲,۹	۱۵۹	۳,۸	۲۱۰	۳,۷	۱۶-۲۰
۷۷	۷,۴	۱۴	۳,۱	۱۷۶	۴,۲	۲۶۷	۴,۷	۲۱ بار و بیشتر
۱۰۳۵	۱۰۰	۴۴۴	۱۰۰	۴۰۹۹	۱۰۰	۵۵۷۸	۱۰۰	جمع

جدول شماره ۸۰ نشان می دهد ۲۰,۷ درصد از معتادان مرکز درمانی ؛ ۳۲,۷ درصد از معتادان زندانی و ۲۵,۸ درصد از معتادان خیابانی که اکثریت معتادان را تشکیل می دهند یک بار سابقه اقدام به درمان داشته اند. به طور کلی ۲۵,۴ درصد از معتادان یک بار برای درمان اقدام کرده اند .

جدول شماره ۸۱- 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 درمان		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
۱۸۰	۱۶,۷	۷۸	۱۶,۹	۷۶۶	۱۷,۹	۱۰۲۴	۱۷,۶	۱ سال
۱۵۷	۱۴,۶	۶۸	۱۴,۸	۶۵۹	۱۵,۴	۸۸۴	۱۵,۲	۲ سال
۱۴۷	۱۳,۶	۵۴	۱۱,۷	۵۴۸	۱۲,۸	۷۴۹	۱۲,۹	۳ سال
۸۱	۷,۵	۴۲	۹,۱	۳۹۹	۹,۳	۵۲۲	۹,۰	۴ سال
۱۲۵	۱۱,۶	۴۱	۸,۹	۴۰۳	۹,۴	۵۶۹	۹,۸	۵ سال
۱۹۸	۱۸,۳	۷۳	۱۵,۸	۶۲۴	۱۴,۵	۸۹۵	۱۵,۳	۶-۹ سال
۹۴	۸,۷	۴۸	۱۰,۴	۳۷۳	۸,۷	۵۱۵	۸,۸	۱۰-۱۴ سال
۴۶	۴,۲	۲۹	۶,۲	۲۲۰	۵,۱	۲۹۵	۵,۰	۱۵ سال و بیشتر

جدول شماره ۸۱ نشان می دهد ۱۸,۳ درصد از معتادان مرکز درمانی ۶ تا ۹ سال بعد از اولین مصرف اقدام به درمان کرده اند. ۱۶,۹ درصد از معتادان زندانی و ۱۷,۹ درصد از معتادان خیابانی یک سال بعد از اولین مصرف اقدام به درمان کرده اند. به طور کلی ۱۷,۶ درصد معتادان با سابقه درمان یک سال بعد از اولین مصرف اقدام به درمان کرده اند.

جدول شماره ۸۲- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک مکان مراجعه برای اولین بار
درمان و سه حوزه تحقیق

مکان مراجعه اولین بار		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
درمان	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مطب خصوصی یا کلینیک	۲۵۹	۲۴,۵	۸۳	۱۸,۴	۸۲۹	۱۹,۸	۱۱۷۱	۲۰,۶
عطاری	۲۵	۲,۴	۶	۱,۳	۱۳۴	۳,۲	۱۶۵	۲,۹
گروه های خودیاری	۳۳	۳,۱	۳۲	۷,۱	۲۴۳	۵,۸	۳۰۸	۵,۴
منزل خودم	۵۴۵	۵۱,۶	۲۱۱	۴۶,۹	۲۱۳۱	۵۰,۹	۲۸۸۷	۵۰,۷
مراکز درمانی دولتی	۱۱۲	۱۰,۶	۵۱	۱۱,۳	۴۶۱	۱۱,۰	۶۲۴	۱۱,۰
منزل بستگانم	۱۴	۱,۳	۵	۱,۱	۷۲	۱,۷	۹۱	۱,۶
منزل دوستانم	۱۵	۱,۴	۶	۱,۳	۷۶	۱,۸	۹۷	۱,۷
سایر	۵۴	۵,۱	۵۶	۱۲,۴	۲۴۰	۵,۷	۳۵۰	۶,۱
جمع	۱۰۵۷	۱۰۰	۴۵۰	۱۰۰	۴۱۸۶	۱۰۰	۵۶۹۳	۱۰۰

جدول شماره ۸۲ نشان می دهد ۵۰,۷٪ از معتادان اولین بار در منزل خود اقدام به درمان کردند که نسبت به سال

۸۳ این مقدار اندکی افزایش یافته است و حاکی از این نکته است که همچنان اولین مکان برای معتادانی که

قصد ترک دارند؛ منزل خودشان است. اولویت دوم برای مراجعه به منظور درمان در هر سه گروه مطب

خصوصی یا کلینیک بوده است (۲۰,۶ درصد). همچنین در هر سه گروه مراجعه به مراکز دولتی در اولویت بعدی

قرار دارد (۱۱,۰ درصد).

مصاحبه عمیق با خانواده معتادان در خصوص همکاری برای درمان

در این مطالعه از اعضای خانواده فرد معتاد پرسیده شد که برای همکاری با او چه کردید؟ بسیاری از اعضای خانواده اینگونه بیان می‌کنند که برای همکاری در درمان عضو خانواده‌شان از هیچ کمکی دریغ نکردند و شرایط ترک را از نظر مادی و عاطفی برایش فراهم نموده‌اند.

همسر فرد معتادی در استان قم می‌گوید: "محیط آرامی در منزل برایش فراهم کردم، همراهش به مراکز درمانی مراجعه کردم. محبت بیشتری نسبت به گذشته به او نشان دادم. برای تفریح به بیرون از منزل می‌بردمش و برای پاک شدن به او امیدواری بیشتری می‌دادم".

عده ای بیان می‌کنند که برای دستیابی به مرکز درمانی تلاش و پرس و جو کرده و او را به مرکز برده و در طول درمان کنارش بوده‌اند.

همسر فرد مصرف کننده در استان سیستان و بلوچستان می‌گوید: "کمکش کردم؛ پرستاری کردم، از لحاظ مالی هم کمک کردم و همراهش برای ترک آمدم. گفتم تنهات نمی‌ذارم و باهات هستم."

برخی تنها به تشویق و امید دادن به موفقیت در درمان اکتفا کرده‌اند و برخی دیگر در حد توان، حضور مؤثر داشته‌اند و یاری آنها در اندازه ممکن بوده است همچنین تعدادی درصد هیچگونه کمک و همکاری در امر درمان با فرد مبتلا نداشته‌اند.

جدول شماره ۸۳- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک نوع روش برای درمان
اعتیاد در طول عمر و سه حوزه تحقیق

نوع روش برای درمان اعتیاد		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
داروهای مسکن		۴۷۰	۴۳٫۶	۱۷۰	۳۶٫۹	۱۷۱۷	۴۰٫۱	۲۳۵۷	۴۰٫۵
TC مرکز اجتماع درمان مدار		۹۷	۹٫۰	۱۵	۳٫۳	۳۰۱	۷٫۰	۴۱۳	۷٫۱
گروه های خودیاری		۲۰۲	۱۸٫۷	۸۹	۱۹٫۳	۷۷۵	۱۸٫۱	۱۰۶۶	۱۸٫۳
بدون هیچ دارویی (سقوط آزاد)		۵۰۳	۴۶٫۶	۲۱۸	۴۷٫۳	۲۰۳۲	۴۷٫۵	۲۷۵۳	۴۷٫۳
زوج درمانی و خانواده درمانی		۴۰	۳٫۷	۱۱	۲٫۴	۱۷۱	۴٫۰	۲۲۲	۳٫۸
گروه درمانی		۷۱	۶٫۶	۳۵	۷٫۶	۳۳۶	۷٫۸	۴۴۲	۷٫۶
فوق سریع		۵۸	۵٫۴	۲۱	۴٫۶	۲۶۵	۶٫۲	۳۴۴	۵٫۹
داروهای گیاهی		۲۵۰	۲۳٫۲	۸۹	۱۹٫۳	۱۰۳۰	۲۴٫۱	۱۳۶۹	۲۳٫۵
کپسول دست ساز		۲۰۱	۱۸٫۶	۶۶	۱۴٫۳	۷۵۵	۱۷٫۶	۱۰۲۲	۱۷٫۶
قرص های مخدر		۱۵۱	۱۴٫۰	۶۹	۱۵٫۰	۵۷۷	۱۳٫۵	۷۹۷	۱۳٫۷
سم زدایی با متادون		۴۴۵	۴۱٫۲	۱۴۳	۳۱٫۰	۱۳۸۱	۳۲٫۳	۱۹۶۹	۳۳٫۸
درمان نگهدارنده با متادون		۲۱۴	۱۹٫۸	۷۹	۱۷٫۱	۴۲۰	۹٫۸	۷۱۳	۱۲٫۲
درمان نگهدارنده با نالتراکسون		۱۰۳	۹٫۵	۳۳	۷٫۲	۳۷۰	۸٫۶	۵۰۶	۸٫۷
سم زدایی با بوبره نورفین		۵	۱٫۲	۱	۰٫۴	۶۲	۲٫۵	۶۸	۲٫۲
درمان نگهدارنده با بوبره نورفین		۰	۰٫۰	۱	۰٫۴	۲۸	۱٫۱	۲۹	۰٫۹
سایر		۷۰	۶٫۵	۴۸	۱۰٫۴	۳۴۰	۷٫۹	۴۵۸	۷٫۹

جدول شماره ۸۳ نشان می دهد ۴۷٫۳ درصد معتادان بدون هیچ مداخله دارویی (سقوط آزاد) برای درمان اقدام کرده اند و ۴۰٫۵ درصد آنان به وسیله داروهای مسکن به این کار مبادرت ورزیدند. ۳۳٫۸ درصد معتادان با روش سم زدایی با متادون اقدام به ترک کرده اند و ۲۳٫۵ درصد از معتادان نیز با داروهای گیاهی اقدام به ترک کرده اند. لازم به ذکر است که مقایسه این میزان با سال ۸۳ نشان می دهد که روش ترک بدون مداخله دارویی که اولویت اول بوده نسبت به سال ۸۳ قدری کاهش داشته است.

جدول شماره ۸۴- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک نوع روش آخرین ترک
و سه حوزه تحقیق

نوع روش آخرین ترک		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
دارو های مسکن		۲۵۶	۲۳.۷	۷۱	۱۵.۴	۹۴۲	۲۲	۱۲۶۹	۲۱.۸
TC مرکز اجتماع درمان مدار		۶۷	۶.۲	۱۱	۲.۴	۱۹۹	۴.۶	۲۷۷	۴.۷
گروه های خودیاری		۱۲۰	۱۱.۱	۷۲	۱۵.۶	۵۱۲	۱۱.۹	۷۰۴	۱۲
بدون هیچ دارویی (سقوط آزاد)		۲۹۳	۲۷.۱	۱۹۷	۴۲.۷	۱۱۸۵	۲۷.۷	۱۶۷۵	۲۸.۸
زوج درمانی یا خانواده درمانی		۱۳	۱.۲	۵	۱	۷۹	۱.۸	۸۷	۱.۵
گروه درمانی		۳۷	۳.۴	۲۲	۴.۸	۱۸۴	۴.۳	۲۴۳	۴.۲
فوق سریع		۱۵	۱.۴	۲۱	۴.۵	۱۰۲	۲.۴	۱۳۸	۲.۴
داروهای گیاهی		۹۷	۹	۲۶	۵.۶	۴۴۷	۱۰.۴	۵۷۰	۹.۸
کپسول های دست ساز		۶۷	۶.۲	۱۹	۴.۱	۳۱۹	۷.۴	۴۰۵	۶.۹
قرص های مخدر		۶۱	۵.۶	۲۵	۵.۴	۲۳۹	۵.۶	۳۲۵	۵.۶
سم زدایی با متادون		۱۰۴	۹.۶	۱۱۴	۲۴.۷	۹۵۰	۲۲.۲	۱۱۶۸	۲۰
درمان نگهدارنده با متادون		۱۷۱	۱۵.۸	۱۶۹	۳۶.۶	۲۳۸	۵.۶	۵۷۸	۹.۹
درمان نگهدارنده با نالتراکسون		۸۶	۷.۹	۱۸	۳.۹	۲۳۸	۵.۶	۳۴۲	۰.۶
سم زدایی با بوبره نورفین		۱۹	۱.۸	۱۷	۳.۷	۱۰۲	۲.۴	۱۳۸	۲.۴
درمان نگهدارنده با بوبره نورفین		۲	۰.۲	۱	۰.۲	۱۴	۰.۳	۱۷	۰.۳
سایر		۱۸	۱.۶	۱۹	۴.۱	۱۴۱	۳.۳	۱۷۸	۳
جمع		۱۰۷۹	-	۴۶۱	-	۴۲۸۲	-	۵۸۲۲	-

آخرین روش ترک در معتادانی محاسبه شده است که سابقه درمان در طول عمر یا تا بحال را داشتند. براساس

یافته های جدول شماره ۸۴، ۲۸.۸ درصد معتادان اولین روشی که آخرین بار ترک برای درمان خود استفاده

کردند؛ ترک بدون استفاده از دارو بوده است و ۲۱.۸ درصد آنان نیز از داروهای مسکن در آخرین ترک خود

استفاده کرده اند. لازم به ذکر است استفاده از روش ترک بدون دارو در اکثریت هر سه گروه معتادان نیز به عنوان

اولین روش انتخابی مشاهده می شود. روش معروف به سقوط آزاد بیش از ۲ حوزه دیگر مشاهده میشود و درمان

نگهدارنده با متادون در زندان بیشتر است.

جدول شماره ۸۵- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک مدت پرهیز در آخرین بار درمان و سه حوزه تحقیق

مدت پرهیز (ماه)		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۱	۲۳۵	۲۴,۷	۸۲	۲۰,۳	۷۸۹	۲۱,۷	۱۱۰۶	۲۲,۲
۲	۱۲۴	۱۳	۶۲	۱۵,۳	۵۲۱	۱۴,۳	۷۰۷	۱۴,۲
۳	۱۱۶	۱۲,۲	۴۳	۱۰,۶	۴۵۹	۱۲,۶	۶۱۸	۱۲,۴
۴-۵	۹۶	۱۰,۱	۴۴	۱۰,۹	۳۹۹	۱۱	۵۳۹	۱۰,۸
۶-۷	۱۱۵	۱۲,۱	۵۴	۱۳,۴	۴۵۵	۱۲,۵	۶۲۴	۱۲,۵
۸-۱۰	۵۹	۶,۲	۳۳	۸,۲	۲۸۲	۷,۸	۳۷۴	۷,۵
۱۱ و بیشتر	۲۰۶	۲۱,۷	۸۶	۲۱,۳	۷۳۱	۲۰,۱	۱۰۲۳	۲۰,۵
جمع	۹۵۱	۱۰۰	۴۰۴	۱۰۰	۳۶۳۶	۱۰۰	۴۹۹۱	۱۰۰

براساس یافته های جدول شماره ۸۵، مدت پرهیز ۲۲,۲ درصد معتادان بعد از آخرین روش درمانی خود یک ماه بوده است و ۲۰,۵ درصد معتادان ۱۱ ماه و بیشتر باکی خود را حفظ کردند.

جدول شماره ۸۶- 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		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۰	۲۴۹	۲۳,۱	۱۲۵	۲۷,۱	۱۵۴۷	۳۶,۱	۱۹۲۱	۳۳,۰
۱	۴۸۹	۴۵,۳	۲۳۴	۵۰,۸	۱۷۷۴	۴۱,۴	۲۴۹۷	۴۲,۹
۲	۱۷۷	۱۶,۴	۶۹	۱۵,۰	۵۶۸	۱۳,۳	۸۱۴	۱۴,۰
۳	۷۹	۷,۳	۱۷	۳,۷	۱۸۲	۴,۳	۲۷۸	۴,۸
۴ بار به بالا	۸۵	۷,۸	۱۶	۳,۴	۲۱۱	۴,۹	۳۱۲	۵,۴
جمع	۱۰۷۹	۱۰۰	۴۶۱	۱۰۰	۴۲۸۲	۱۰۰	۵۸۲۲	۱۰۰

براساس یافته های جدول شماره ۸۶، اکثریت معتادان که ۴۲,۹ درصد می باشند در سال گذشته ۱ بار ترک داشتند.

جدول شماره ۸۷- توزیع فراوانی تعداد معتادان دریافت کننده خدمت در مراکز درمانی دولتی، خصوصی و مردمی در طول سال گذشته

تعداد معتادان دریافت کننده خدمت در مراکز درمانی دولتی و خصوصی		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
۲۲۲	۱۷،۸	۶۹	۱۱،۹	۷۵۱	۱۲،۶	۱۰۴۲	۱۳،۴	
۶۹	۵،۵	۸	۱،۴	۱۶۹	۲،۸	۲۴۶	۳،۲	
۳۸۶	۶۱،۵	۸۱	۲۸،۵	۹۹۹	۳۵،۵	۱۴۶۶	۳۹،۱	
۲۳۹	۳۷،۶	۵۷	۱۸،۷	۷۵۸	۲۶،۹	۱۰۵۴	۲۸	
۱۸	۳،۷	۴	۱،۲	۵۷	۱،۵	۷۹	۱،۷	
۳	۰،۶	۱۹	۵،۷	۹۴	۲،۵	۱۱۶	۲،۶	
۹۱	۷،۳	۸۲	۱۴،۱	۳۷۸	۶،۴	۵۵۱	۷،۱	
۱۳۶	۱۰،۹	۸۹	۱۵،۳	۱۰۲۳	۱۷،۲	۱۲۴۸	۱۶،۱	

براساس یافته های جدول شماره ۸۷، اکثریت معتادان که ۳۹،۱ درصد می باشند از خدمات درمانی مراکز خصوصی استفاده کرده اند هم چنین سایر یافته ها نشان داد استقبال از مراکز خصوصی سرپایی تقریباً ۳ برابر مراکز خصوصی بستری بود. همانطور که قابل ملاحظه است تشکلهای مردمی نیز در امر درمان جایگاه ویژه ای دارند.

جدول شماره ۸۸- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک هزینه درمان در طول سال گذشته برحسب تومان و سه حوزه تحقیق

هزینه درمان در طول سال گذشته (تومان)					حوزه تحقیق
میان	انحراف استاندارد	میانگین	حداکثر	حداقل	
۱۰۱۴۲۸	۳۹۴۷۱۰	۲۱۶۴۱۴	۵۵۰۰۰۰	۳۰۰	مراکز درمانی
۶۲۸۵۷	۴۷۵۱۵۰	۱۸۱۶۵۸	۲۴۰۰۰	۵۰۰	زندان
۷۱۶۵۳	۲۹۲۳۷۰	۱۶۵۶۱۹	۵۰۰۰۰۰	۱۰۰	خیابان
۷۷۶۸۵	۳۳۲۳۱۰	۱۷۵۹۱۰	۵۵۰۰۰۰	۱۰۰	جمع

جدول شماره ۸۸ نشان می دهد میانگین هزینه درمان که ۲۱۶۴۱۴ تومان است در میان معتادان مراکز درمانی بیشتر از دو گروه دیگر است. در عین حال لازم به ذکر است که میانگین هزینه درمان میان معتادان ۱۷۵۹۱۰ تومان می باشد.

مصاحبه عمیق با افراد کلیدی و اعضای خانواده در خصوص درمان

گروهی از افراد کلیدی معتقد بودند افزایش تعداد مصرف کنندگان مواد اعتیادآور در سطح کشور، فرصت منفعت طلبی گروهی از افراد را فراهم کرده است تا با توسل به راههای غیر علمی تأیید نشده و تبلیغات کنترل نشده در مراکز درمانی به درمان اعتیاد بپردازند که عدم موفقیت این گروه در درمان معتادین منجر به ایجاد عدم اعتماد نسبت به درمانگران متخصص در امر درمان شده است.

نتایج مصاحبه های عمیق با خانواده معتادان نیز نشان داد حدود نیمی از افراد پس از مطلع شدن از اعتیاد عضو خانواده خود، متوسل به قهر، تهدید، سرزنش و فحاشی شده اند و درصد قابل توجهی نیز از طریق برقرار کردن ارتباط با وی و گفتگو به دنبال راه حلی برای برخورد با مشکل بوده اند و درمان را به عنوان راه حل به او پیشنهاد نمودند. تعدادی از افراد با ابراز ناراحتی، خودزنی و حتی خودکشی اعتراض خود را نشان دادند. برخی نیز سکوت

کرده اند و هیچگونه واکنشی از خود بروز ندادند و گروهی با پیشنهادهای غلط و غیر کارشناسانه، قصد کمک رساندن به فرد مصرف کننده را داشتند. برای نمونه با تشویق به زن گرفتن برای وی یا "تنها زمانی که پول داری"، مصرف کن و یا موافقت خود را نسبت به مصرف وی اما در حد معقول ابراز کردند، حتی در مواردی پیشنهاد مصرف ماده دیگری مثل مواد جدید شیمیایی داده شده که با تکیه بر این باور غلط که اعتیادآور نیستند، به عنوان یک راه حل در کنار گذاشتن اعتیاد عنوان شده است.

در این میان درصد ناچیزی از افراد به مشاوره روی آوردند و به اطلاعات ناکافی خود در این حوزه واقف بوده اند و جمع قلیلی نیز با توسل به زور، فرد مصرف کننده را در خانه مجبور به ترک نموده اند.

همسر فرد مصرف کننده از استان گیلان می گوید: "شوکه شدم، دعوای حسابی کردیم تهدیدش کردم، کتکش زدم و انداختمش در حمام. بعد شکایت کردم و انداختمش زندان".

همسر فرد معتاد در استان سمنان می گوید: "هرچه کردم هیچ گونه اثری نداشت. او بی تفاوت بود، حتی اعتیادش بیشتر شد".

و اما در پی برخورد های گوناگون خانواده نتایجی که حاصل شد عبارت بود از اینکه تعدادی از افراد وابسته به مواد اعتیادآور اقدام به ترک نمودند و برخی نیز اعتیاد خودشان را انکار کردند و با وجود شواهد روشن به هیچ عنوان نپذیرفتند که وابسته به مواد اعتیادآور هستند. تعدادی واکنش تند و خشنماک نشان دادند، وضعیت رفتاری و مصرف برخی بدتر از پیش شد و تعدادی از آنان در خانواده در برابر واکنش ابراز شده، خانه را ترک کرده و از خانواده دور شدند.

همسر فرد معتادی در استان کهگیلویه و بویراحمد می گوید: "بدون هیچگونه واکنشی همچنان به مصرف مواد ادامه داد و می گفت هرکاری که می خواهید بکنید و تا حالا هم مصرف مواد ادامه داره".

بررسی مسیری که فرد مبتلا به وابستگی به مواد اعتیادآور طی می کند تا به نقطه ای برسد که به درمان منتهی شود، بسیار ضروری است. در مطالعه فوق یکی از مواردی که به آن پرداخته شده و مورد مذاقه قرار گرفته است، بررسی سلسله عواملی است که فرد را به سوی درمان سوق می دهند.

گروه قابل توجهی از معتادان زمانی به درمان رضایت نشان دادند که در معرض فشارهای بی‌شمار اقتصادی، خانوادگی و اجتماعی قرار گرفتند. برای نمونه: بی‌پولی، تنهایی و طرد شدن، بیماری و بیکاری از جمله شرایط نامساعدی محسوب می‌شود که این افراد را به نقطه پایان می‌رساند به گونه‌ای که اذعان دارند خسته شده و به آخر خط رسیده‌اند. در حقیقت آنگاه که تبعات اعتیاد در همه سطوح زندگی جاری شده و فرد مبتلا در برابر درهای بسته قرار می‌گیرد، ناگزیر به کنار گذاشتن مصرف خواهد شد.

همسر فرد معتادی در استان آذربایجان غربی می گوید: "از همه جا و همه کس دور بود خودش هم خسته بود دیگه هیچی نمونده، حیاط، ماشین همه را فروختیم".

در عین حال گروهی نیز تنها زمانی راضی به درمان اعتیاد خود شده‌اند که در تنگنای فشار خانواده و گفتگوهای مکرر افراد پیرامون خود، قرار گرفته‌اند و هیچگونه میل و رضایت شخصی در این تصمیم نقشی نداشته است. همچنین گروهی از افراد به واسطه تهدید به رانده شدن از خانواده، تنها ماندن، دستگیری توسط نیروی انتظامی و نیز وحشت از عواقب خطرناکی چون مرگ ناشی از مصرف، برای درمان اقدام کرده‌اند.

مادر فرد مصرف کننده در استان خرم‌آباد می گوید: "بعد از یک سال که دید آن زیبایی و قدرت بدنی او تحلیل رفته و حوصله هیچ کس حتی خودش را نداره و از مصرف خسته شده بود راضی به ترک شد." از میان گروه مورد بررسی تنها تعداد محدودی با تصمیم شخصی و بدون دخالت دیگران به درمان رضایت دادند. در عین حال افرادی نیز به علل دستگیری و تشویق و توجه دوستان، تصمیم به ترک مصرف مواد اعتیادآور گرفته و اقدام به درمان کردند.

همانگونه که در بخش واکنش خانواده پس از تشخیص اعتیاد در عضو وابسته روی می‌دهد اینست که آنجایی که حادثه روی داده و مشکل بروز کرده است غالب افراد با برخوردهای قهری و توسل به تهدید قصد دارند با آن روبرو شوند، حال باید دید این نوع واکنش که اکثریت افراد از آن استفاده می‌کنند چه نتیجه‌ای در بردارد.

گروهی می‌گویند واکنش آنها در فرد وابسته به مواد اعتیادآور هیچ اثری نداشته و او کماکان مصرف مواد را ادامه داده است و گروه دیگر ابراز نموده اند عضو معتاد خانواده ابراز ندامت و پشیمانی کرده و نیاز خود را به ترک بیان نموده و وعده ترک و کنار گذاشتن اعتیاد را داده است، اما این وضعیت مدت زمان کوتاهی دوام داشته است.

زمانی که افراد از اعتیاد یکی از اعضای خانواده خود مطلع می‌شوند با نشان دادن واکنش‌های متفاوت، می‌توانند مراحل بعدی زندگی اعتیادی فرد وابسته را طراحی نمایند.

اغلب معتادان در مصاحبه عمیق در خصوص پیشنهادهایی برای مطلوب شدن درمان، به در دسترس بودن مراکز درمانی و استفاده از درمانهای دارویی متناسب با شدت اعتیاد فرد اشاره کرده‌اند. عده زیادی نیز استفاده از درمانهای غیردارویی، ارائه خدمات مشاوره‌ای، روان درمانی فردی و گروهی، برنامه‌های درمانی هدفمند، پیگیری درمان توسط مراکز درمانی و استفاده از نیروهای متخصص را به عنوان راه حلی مناسب برای مطلوب‌سازی درمان عنوان کرده‌اند. عده‌ای از این افراد نیز وجود برنامه‌های بازپروری بعد از درمان و سم‌زدایی و حمایت مالی، عاطفی و اجتماعی معتادان در حین و بعد از درمان و همدلی با این گروه از بیماران و ایجاد اراده و انگیزه در آنها، جلب حمایت خانواده‌های این افراد و مشاوره با خانواده‌هایشان را ضروری دانسته‌اند. همچنین حمایت از مراکز درمانی موفق و گروههای خودیار و نهادهای مردمی و در نهایت کنترل عرضه مواد و جلوگیری از دردسترس بودن مواد اعتیادآور از جمله موارد پیشنهادی می‌باشد.

یکی از معتادان استان کرمان می‌گوید: "قبل از هر چیز باید معتاد را به چشم بیمار نگاه کنند به عنوان یک مجرم".

معتادی از استان گیلان می‌گوید: "مکان‌های مشخصی برای درمان بیماران اختصاص دهند و در این مکانها خدمات درمانی رایگان ارئه شود.

مصاحبه عمیق با معتادان در خصوص درمان

اغلب این افراد علت عدم مراجعه معتادان به درمانهای تخصصی را طولانی بودن درمان و سوابق زیاد عدم موفقیت در درمان می‌دانند. عده‌ای از این افراد از هزینه‌های زیاد درمانهای تخصصی به عنوان علت اصلی یاد می‌کنند و عده‌ای دیگر مناسب نبودن امکانات درمانی و نامناسب بودن فضای مراکز درمانی، رفتار نامناسب با معتادان در این مرکز و نبود ارتباط صحیح و حمایت‌گرانه میان معتاد و درمانگر را علت این مسائل می‌دانند. تعدادی نیز به میل به ادامه مصرف و نداشتن انگیزه و اراده و همچنین انکار اعتیاد توسط این افراد اشاره می‌کنند.

ترس از فاش شدن اطلاعات توسط این مراکز و ارجاع بیماران به مراجع قضایی، عدم شناخت و آگاهی صحیح نسبت به امکانات درمانی موجود و وجود باورهای غلط در مورد ترک اعتیاد در منزل با داروهای گیاهی، ... و یا اینکه اعتیاد درمان ندارد نیز از دلایل دیگری بود که در این خصوص مطرح شد.

اندیشیدن تدابیری درخصوص ایجاد فضاهای درمانی مناسب، ایجاد مراکز درمانی در شهرهای کوچکتر، برقراری ارتباط درمانی مناسب و حمایت‌گرانه میان معتادان و درمانگران آگاه‌سازی افراد درخصوص امکان درمان اعتیاد، اصلاح باورهای غلط از جمله درمان با داروهای گیاهی و یا روش سقوط آزاد و همچنین ایجاد آرامش خاطر از بابت اینکه این مراکز اطلاعاتشان محرمانه بوده و در صورت مراجعه به آنها امنیت این بیماران حفظ خواهد شد، ضروری است.

معتادی از استان گیلان می‌گوید: "همه بیماران معتاد از لحاظ مالی قدرت آن را ندارند که بتوانند برای درمان اقدام کنند".

معتادی از استان کرمانشاه می‌گوید: "همراه درمان دارویی خدمات روان‌شناختی هم به ما بدهند.

معتادی از استان فارس: "درمانگران با بیماران همدلی کنند چون معتادان همیشه در جامعه طرد می‌شوند".

در مصاحبه عمیق با افراد کلیدی در خصوص درمان نیز چنین مواردی مطرح گردید:

با توجه به اهمیت درمان‌های تخصصی در مورد این بیماری و خطر آلوده شدن افراد سالم توسط افراد درمان نشده و همچنین شدت یافتن اعتیاد افراد درمان نشده، رفع موانع درمان از دید معتادان (بهبود نگرش به نتایج درمان، کاهش هزینه های درمان، افزایش مدل‌های ارتقاء انگیزه، حفظ اسرار بیماران، عدم ارجاع به مراجع قضایی، عدم شناخت و آگاهی صحیح نسبت به امکانات درمانی موجود، رفع باورهای غلط در مورد درمان، افزایش دسترسی به درمان، بهبود ارتباط درمانی) ضروری به نظر می‌رسد.

همراه کردن درمان‌های غیردارویی از جمله روان‌درمان‌های فردی و گروهی و ارائه خدمات مشاوره‌ای مسأله بسیار مهمی در امر مطلوب‌سازی جریان درمان است. از آنجایی که اکثر این افراد مبتلا به اختلالات روانی همراه با اعتیاد از جمله افسردگی، اضطراب و اختلالات شخصیتی می‌باشند و وجود این اختلالات روانی بعضاً باعث بازگشت مجدد فرد به مصرف مواد می‌گردند لذا روان درمانی این افراد امری بسیار ضروری به نظر می‌رسد.

همچنین آموزش مهارت‌های زندگی و مهارت سازگاری با وسوسه و پیشگیری از عود نیز از جمله مسائلی هستند که ضرورت درمانهای غیردارویی را نشان می‌دهند. از سوی دیگر این افراد غالباً مشکلات شخصی، اجتماعی و خانوادگی زیادی دارند که یا ناشی از اعتیاد است و یا اینکه همین مشکلات باعث ایجاد اعتیاد و یا شدت یافتن آن شده‌اند بنابراین استفاده از خدمات مشاوره‌ای برای این گروه از افراد بسیار مناسب است. مشارکت این افراد در جلسات گروه درمانی به آنها کمک می‌کند که هم از حمایت دوستان همتای خود برخوردار شوند و هم از وجود وسوسه و مشکلاتی که در دوران ترک برایشان پیش می‌آید نگران نباشند، و آن را امری عادی تلقی کنند که ممکن است برای تمام معتادانی که اقدام به ترک می‌کنند اتفاق بیفتد. همچنین استفاده از راهنماییها اعضای گروه و درمانگر برای مواجهه با این وسوسه‌ها و مشارکت دادن خانواده‌های معتادان در برنامه‌های درمانی و جلب حمایت خانواده‌ها و ارائه راهنمایی‌های لازم به آنها درخصوص نحوه کمک‌رسانی و کنترل بر روند درمان وابسته‌گان معتادشان از جمله اقدامات مناسب در این زمینه است.

از آنجا که اکثر معتادان از دردها و علائم ترک در طول درمان شکایت دارند و یکی از مهمترین دلایل عودشان را رهایی از علائم ترک می‌دانند متناسب‌سازی درمان دارویی و انتخاب دوز دارویی مناسب با شدت اعتیاد فرد معتاد و پیشگیری از بروز علائم ترک به شکلی بسیار آزارنده و غیرقابل تحمل نیز اقدامی بسیار ضروری در جهت بهبودی وضعیت درمان معتادان است.

جدول شماره ۸۹- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک درصد اوقات مصرف با افراد معتاد و سه حوزه تحقیق

درصد اوقات مصرف با افراد معتاد		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱-۱۹ درصد	۱۲۹	۱۰,۳	۷۲	۱۲,۴	۵۷۶	۹,۶	۷۷۷	۱۰,۰
۲۰-۲۹ درصد	۱۱۴	۹,۱	۵۳	۹,۱	۵۹۵	۱۰,۰	۷۶۲	۹,۸
۳۰-۴۹ درصد	۱۴۰	۱۱,۲	۸۷	۱۵	۸۸۰	۱۴,۸	۱۱۰۷	۱۴,۲
۵۰-۶۹ درصد	۱۷۲	۱۳,۸	۱۰۶	۱۸,۲	۱۰۳۳	۱۷,۳	۱۳۱۱	۱۶,۸
۷۰ درصد و بیشتر	۳۴۷	۲۷,۸	۱۳۶	۲۳,۴	۱۵۱۲	۲۵,۴	۱۹۹۵	۲۵,۶

براساس یافته های جدول شماره ۸۹، اکثریت معتادان که ۲۵,۶ درصد می باشند بیشتر از ۷۰ درصد وقت خود را با افراد معتاد سبری می کنند و ۱۶,۸ درصد بیش از نیمی از زمان خود را در کنار افراد معتاد می گذرانند.

جدول شماره ۹۰- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک تعداد افراد معتاد همنشین با فرد و سه حوزه تحقیق

تعداد افراد معتاد همنشین		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
یک نفر	۱۶۰	۱۲,۸	۸۶	۱۴,۸	۸۰۴	۱۳,۵	۱۰۵۰	۱۳,۵
دو نفر	۲۲۲	۱۷,۸	۱۳۴	۲۳,۱	۱۳۳۸	۲۲,۵	۱۶۹۴	۲۱,۸
سه نفر	۲۲۰	۱۷,۷	۷۴	۱۲,۸	۹۱۷	۱۵,۴	۱۲۱۱	۱۵,۶
چهار نفر	۹۰	۷,۲	۳۸	۶,۶	۴۸۳	۸,۱	۶۱۱	۷,۹
پنج نفر	۷۲	۵,۸	۲۷	۴,۷	۳۰۷	۵,۲	۴۰۶	۵,۲
شش نفر و بیشتر	۱۰۶	۸,۵	۸۰	۱۳,۷	۶۱۷	۱۰,۳	۸۰۳	۱۰,۳

جدول شماره ۹۰ نشان می دهد اکثریت معتادان که ۲۱,۸ درصد می باشند حداقل با دو نفر فرد معتاد همنشین هستند. لازم به ذکر است که در اکثریت افراد هر سه گروه زندانی؛ درمانی و خیابانی تعداد افراد همنشین معتاد دو نفر است.

جدول شماره ۹۱- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک درصد اوقات مصرف با افراد مصرف کننده تفنی و سه حوزه تحقیق

درصد اوقات مصرف با افراد مصرف کننده تفنی		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱-۲۰ درصد	۳۱۲	۲۵,۰	۱۵۴	۲۶,۵	۱۷۴۸	۲۹,۴	۲۲۱۴	۲۸,۴
۲۱-۴۰ درصد	۱۱۸	۹,۴	۷۵	۱۲,۹	۶۶۴	۱۱,۱	۸۵۷	۱۱,۰
۴۱-۶۰ درصد	۸۴	۶,۷	۴۶	۷,۹	۴۲۵	۷,۱۵	۵۵۵	۷,۱
۶۱-۸۰ درصد	۴۷	۳,۷	۱۳	۲,۲	۱۹۶	۳,۲	۲۵۶	۳,۲
۸۱ درصد و بیشتر	۱۳	۱,۰	۶	۱,۰	۸۸	۱,۴	۱۰۷	۱,۳

جدول شماره ۹۱ نشان می دهد اکثریت معتادان که ۲۸,۴ درصد می باشند ۱-۲۰ درصد اوقات خود را با افراد مصرف کننده تفنی می گذرانند.

جدول شماره ۹۲- توزیع فراوانی جمعیت نمونه تحقیق به تفکیک تعداد افراد مصرف کننده تفنی با فرد و سه حوزه تحقیق

تعداد افراد مصرف کننده تفنی با فرد معتاد		مرکز درمانی		زندان		خیابان		جمع
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
یک نفر	۱۱۲	۱۳,۳	۷۶	۱۳,۱	۷۳۲	۱۲,۳	۹۲۰	۱۱,۸
دو نفر	۱۶۶	۱۳,۳	۸۹	۱۵,۳	۹۴۸	۱۶,۰	۱۲۰۳	۱۵,۵
سه نفر	۱۲۹	۱۰,۴	۵۱	۸,۸	۵۳۳	۹,۰	۷۱۳	۹,۲
چهار نفر	۵۹	۴,۷	۳۰	۵,۲	۳۰۲	۵,۱	۳۹۱	۵,۰
پنج نفر	۵۴	۴,۳	۲۱	۳,۶	۲۲۴	۳,۸	۲۹۹	۳,۸
شش نفر و بیشتر	۴۹	۳,۹	۳۹	۶,۷	۳۶۳	۶,۱	۴۵۱	۵,۸

جدول شماره ۹۲ نشان می دهد اکثریت معتادان که ۱۵,۵ درصد می باشند حداقل با دو نفر مصرف کننده تفنی همشین هستند. در عین حال اکثریت افراد هر سه گروه زندانی؛ درمانی و خیابانی نیز با دو نفر مصرف کننده تفنی همشین هستند.

بخش نهم:

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.

عدد اول: محاسبه براساس تعداد معتادان دستگیر شده خیابانی

در نمونه سال ۱۳۸۶ از ۵۹۴۳ نفر معتاد خیابانی، ۲۱۰۵ نفر در سال گذشته سابقه دستگیری را ذکر میکنند. در کل کشور ۲۸۹,۹۵۷ نفر (معتاد) در سال گذشته به جرم مصرف مواد دستگیر شده اند. (کتاب سال ۱۳۸۵ ستاد مبارزه با مواد مخدر، ص ۴۰)

۵,۹۴۳	۲,۱۰۵
$289,957 = x$	۲۸۹,۹۵۷

عدد دوم: محاسبه براساس تعداد معتادان زندانی در معتادان خیابانی

در نمونه ما از ۵۹۴۳ نفر معتاد خیابانی، ۱۵۸۰ نفر در سال گذشته سابقه زندانی شدن را ذکر کرده اند. در کل کشور ۲۴۴,۵۱۲ نفر در سال گذشته به جرم مصرف مواد زندانی بوده اند. (کتاب سال ۱۳۸۵ ستاد مبارزه با مواد مخدر، ص ۴۲)

۵,۹۴۳	۱۵۸۰
$244,512 = x$	۲۴۴,۵۱۲

عدد سوم : محاسبه براساس تعداد معتادان مراجع به مراکز درمان دولتی

در نمونه ما از ۵,۹۴۳ نفر معتاد خیابانی، ۸۱۱ نفر در سال گذشته به مراکز درمان دولتی مراجعه کرده اند.

در کل کشور ۵,۸۹۲ + ۱۸۴,۹۶۰ = ۱۹۰,۸۵۲ نفر در سال گذشته در مراکز درمان دولتی پذیرش شده اند.

$$\begin{array}{rcl} 811 & & 5,943 \\ & & \times 190,852 \\ \hline & & 1,398,183 = X \text{ نفر} \end{array}$$

عدد چهارم : محاسبه براساس تعداد معتادان مراجع به مراکز درمان خصوصی

در نمونه ما از ۵,۹۴۳ نفر معتاد خیابانی، ۱,۱۱۷ نفر در سال گذشته به مراکز درمان خصوصی مراجعه کرده اند.

در کل کشور ۱۳۲,۳۷۰ + ۱۸۸,۲۷۴ = ۳۲۰,۶۴۴ نفر در سال گذشته در مراکز درمان خصوصی پذیرش شده اند.

$$\begin{array}{rcl} 1,117 & & 5,943 \\ & & \times 320,644 \\ \hline & & 1,705,553 = X \text{ نفر} \end{array}$$

با محاسبه میانگین اعداد اول تا چهارم محاسبه شده در حوزه آمار دستگیری، زندان و مراکز درمانی محاسبه به شرح ذیل خواهد بود:

$$4,942,659 = 1,705,553 + 1,398,183 + 919,705 + 919,218$$

۱,۲۳۵,۶۶۴ نفر

بدین معنی که حدود یک میلیون و دویست هزار معتاد نیازمند خدمات درمانی در کشور وجود دارد.

در صورتیکه موارد دستگیری و زندان را یکبار نیز در کل معتادان محاسبه نماییم اعداد جدیدی بدست

می آید که با دخیل نمودن آنها محاسبه بدین صورت خواهد شد:

عدد پنجم: محاسبه براساس تعداد موارد دستگیری در کل معتادان

در نمونه ما از ۷,۹۱۴ نفر کل معتادان، ۲,۹۸۹ نفر در سال گذشته دستگیر شده اند.

در کل کشور ۲۸۹,۹۵۷ نفر در سال گذشته به جرم مصرف مواد دستگیر شده اند.

$$\frac{2,989}{7,914}$$

$$289,957 = x \times 767,721 \text{ نفر}$$

عدد ششم: محاسبه براساس تعداد معتادان زندانی در کل جمعیت معتادان

در نمونه ما از ۷,۹۱۴ نفر کل معتادان، ۲,۳۶۷ نفر در سال گذشته زندانی شده اند.

در کل کشور ۲۴۴,۵۱۲ نفر در سال گذشته به جرم مصرف مواد زندانی بوده اند.

$$\frac{2,367}{7,914}$$

$$244,512 = x \times 817,519 \text{ نفر}$$

با محاسبه میانگین ۶ عدد بدست آمده تعداد معتاد برآورد شده حدود ۱۱۰۰۰۰۰ نفر خواهد شد.

$$= 817,519 + 721,767 + 1,705,553 + 1,398,183 + 919,705 + 919,218$$

$$1,087,983 = 6 \text{ تقسیم بر } 6,527,899$$

با محاسبه فوق می توان گفت که بین ۱,۱۰۰,۰۰۰ تا ۱,۲۰۰,۰۰۰ نفر معتاد در کشور

وجود دارد. به شکل عملیاتی می بایست برای آنان در کشور برنامه ریزی نمود.

لازم به ذکر است تعداد ۱,۲۰۰,۰۰۰ نفر برآورد شده تعداد معتادانی است که نیازمند دریافت خدمات

درمانی و بازتوانی هستند و این محاسبه شامل افراد مصرف کننده تفنی (سوء مصرف و مصرف نابجا) نمی شود.

بحث:

آنچه در حوزه اعتیاد در مقایسه با ۳ سال گذشته رخ داده این است که میزان گرایش به ماده هروئین آنهم به شکل جدید آن یعنی کراک افغانی افزایش چشمگیری یافته است. هروئین در بالاترین میزان آن در طول سالهای گذشته حدود ۲۰ درصد بود در حالیکه سودجویان مواد مخدر الگوی مصرف مواد را در ایران با ارائه این نوع ماده جدید به هروئین تغییر دادند. بطوریکه در حال حاضر بیش از ۴۵ درصد مصرف کنندگان مواد مصرفی غالب کشور را هروئین تشکیل میدهد و نزدیک به ۵۰ درصد معتادان کشور تجربه مصرف هروئین معمولی یا فشرده (کراک افغانی) را دارند (ماده فعلی).

با ورود حدود ۵۰۰ هزار نفر از معتادان به خیل بیماران تحت درمان، آنچه در مقایسه با سالهای گذشته انتظار میرود این است که از جمعیت یک میلیون و پانصد هزار نفری تا یک میلیون و هشتصد هزار نفری معتادان تخمینی کشور در سال ۸۳ پانصد هزار نفر کم شود. میتوان مشاهده کرد که تخمین تعداد افراد معتاد کشور نیز رقمی در همین حدود انتظار را نشان میدهد. تقریباً میتوان گفت عدد محاسبه شده برای معتادان کشور به همین رقم کنونی نزدیکتر است. با این وجود اگر به همین اعداد و ارقام بسنده نکنیم بخواهیم آن را با اعداد نتایج تحقیقات دیگر نیز مورد مقایسه قرار دهیم خواهیم دید که در گزارش رسمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور رقم معتادان تزریقی حدود ۲۰۰ هزار نفر اعلام شده است که با ضرب عدد ۱۸/۷ درصد معتادان تزریقی در جمعیت کلی معتادان به همان عدد حدود ۲۰۰ هزار نفر خواهیم رسید. از سوی دیگر جمعیت بی خانمان معتادان طی مطالعه فعلی و مطالعات پیشین بین ۳ تا ۵ درصد محاسبه شده است. اگر تعداد معتادان را بر اساس تخمینهای کارشناسانه که بعضاً تا ۶ میلیون معتاد نیز ذکر گردیده بپذیریم در جمعیت فرضی ۳ میلیون نفری معتادان باید بین ۹۰۰۰۰ تا ۱۵۰۰۰۰ نفر معتاد کارتن خواب یا بی خانمان داشته باشیم اما بعد از اجرای طرح دستگیری و ساماندهی معتادان خیابانی که در سال گذشته به نام طرح نجات در سراسر کشور اجرا گردید، دستگیری جمعیت معتادان خیابانی بعد از گذشت حدود ۳۵ هزار نفر تکراری شد و دیگر فرد جدیدی در سیستم دستگیر و ثبت نگردید. با توجه به موارد فوق میتوان چنین گفت که اگر جمعیت معتادان کارتن خواب کشور حدود

۴۰۰۰۰ نفر باشد و آنها ۳ درصد کل معتادان را تشکیل دهند، باز به رقم ۱۳۳۰۰۰۰ نفری معتادان خواهیم رسید. مگر آنکه بپذیریم که جمعیت کارتن خواب کشور در جمعیت فرضی ۳ میلیونی معتادان کشور تنها ۱/۳ درصد را بخود اختصاص داده اند که این فرضیه نیز با این یافته که اعتیاد در تمامی لایه های اجتماعی و اقتصادی جامعه یکسان رخنه کرده است منافات پیدا خواهد کرد و در آنصورت باید بپذیریم که بیش از ۷۰ درصد معتادان جامعه قشر متمول و غنی کشور هستند.

افزایش نسبی معتادان مجرد و کاهش سن مراجعین به مراکز درمانی میتواند نشانه ای از ورود مواد پر خطر در بازار مصرف باشد که به علت عوارض شدید جسمی و روحی معتادان را سریعتر از سایر مواد به مراکز درمانی میکشاند. حدود ۴۴٫۶ درصد جمعیت معتادان را افراد زیر ۲۹ سال تشکیل میدهند و حدود ۶۰ درصد معتادان تحصیلات زیر سطح دبیرستان دارند. جمعیت جوان معتاد و انفکاک آنان از سیستم آموزشی کشور خود عامل مهم و موثری برای بروز اعتیاد در کشور محسوب میگردد. جمعیت تفکیک شده معتادان بیکار از معتادان کار از دست داده (به علت اعتیاد) نشان میدهد از جمعیت معتادان تنها حدود ۱۳ درصد بیکارند و ذکر پیاپی این مسئله نزد افکار عمومی که علت اعتیاد تنها نداشتن کار و مهیا نبودن شرایط ازدواج است و بس، دیگر جنبه علمی ندارد. بلکه بیکاری یک علت در کنار سایر علل محسوب میگردد.

حدود نیمی از پدران مصرف کننده سیگار و الکل در خانواده معتادان کشور گویای نکته ظریفی است که نیاز به بررسی بیشتر دارد اما به نظر میرسد تفاوت مصرف سیگار و الکل در پدران و برادران افراد معتاد در مقایسه با سایر افراد جامعه از تفاوت معنی داری برخوردار باشد که در این صورت میبایست در مبانی پیشگیری مورد نظر قرار گیرد. همچنین مصرف مواد در گروه قابل توجه پدران افراد معتاد که الگوی تریاک در آنان غالب است نیز توجه خاص به کودکان پدران معتاد را ضروری میسازد.

بر اساس محاسبات میانگین سنی معتادان در مقاطع گوناگون، معتادان کشور در ۱۸ سالگی الکل و سیگار را تجربه میکنند، در ۲۳ سالگی معتاد میشوند، در ۲۴ سالگی ازدواج میکنند، برخی در ۲۶ سالگی تزریق میکنند و در سن حدود ۳۱ سالگی متارکه کرده یا طلاق میگیرند. میتوان گفت برخی افراد با زمینه های اعتیادی ازدواج میکنند و پس گذشت حدود ۷ سال به زندگی مشترک خود پایان میدهند. آنچه با وجود مواد مخدر جدید در بازار

رایج کشور مشاهده میشود و اینکه سهم بسیاری از معتادان را در سنین پایینتر به درمان سوق داده نشان از عوارض سخت این مواد دارد. لذا این پیش بینی دور از ذهن نیست که میانگین سن زندگی مشترک آنان نیز طی سالهای آینده کمتر از ۷ سال شود.

نکته قابل توجه در امر درمان و تعداد معتادان اینست که هر چه میزان پذیرش درمان افزایش یابد قطعاً با توجه به درمان پذیری بهتر اعتیاد در مراحل آغازین وابستگی، بیشتر درمان شدگان را افراد با شدت کمتر اعتیاد تشکیل میدهند و آنچه باقی خواهد ماند معتادانی با شدت اعتیاد بالاتر و درمان دشوارتر و عوارض و تخریب وسیعتر خواهند بود. طبیعی است که با وجود مواد صناعی و شیمیایی جدید و افزایش موارد درمان، قطعاً تعداد معتادان با شدت کمتر کاهش خواهند یافت و افزایش شیوع الگوی تزریق از حدود ۱۲ درصد به ۱۸ درصد نیز دور از انتظار نخواهد بود. لذا همچنان این انتظار میرود که با افزایش پوشش درمان در کشور، باز شدت اعتیاد افزایش یابد چرا که جمعیت باقیمانده گروهی پر خطر، با سطح وابستگی بالا، عودهای مکرر، رفتارهای پر خطر و مجرمانه و سایر عوارض سخت اعتیاد خواهند بود. پیش بینی مدلهای کاهش آسیب با حداکثر کارایی و پوشش میبایست در اولویت حوزه های سیاستگذار درمانی قرار گیرد.

نکته قابل توجه دیگر این است که بسیاری از افراد کلیدی در مصاحبه های عمیق به این نکته اشاره کرده اند که اعتیاد آن علائم و شواهد مصرف گذشته را ندارد. یا به عبارت دیگر مواد صنعتی جدید علائم خاصی در ظاهر فرد معتاد ایجاد نمیکند. اینجاست که رسانه های کشور نیز باید این مهم را مد نظر قرار دهند تا با به تصویر کشیدن چهره ای از معتادان آخر خط بجای کلیه معتادان، ذهن آنان را به سوی نکته ای انحرافی منحرف نکنند چرا که همه بر این باور شده اند که معتادان چهره ای مشخص دارند در صورتیکه چنین نیست و دیگر به راحتی نمیتوان اعتیاد را از چهره تشخیص داد.

عدهای از افراد کلیدی افزایش فعالیت های کاهش عرضه به ویژه دستگیری فروشندگان را از جمله اتفاقات جدید در حوزه مواد مخدر می دانند. در عین حال تعدادی از افراد معتقدند در حال حاضر اطلاع رسانی در حوزه فعالیت های آگاهسازی بیشتر از قبل وجود دارد که این امر میتواند دورنمای رو به ارتقای رویکرد پیشگیری را در کشور نشان دهد.

همچنین شاخص دیگری که از منظر برخی از افراد کلیدی حاکی از رخدادی جدید در این حوزه می‌باشد، افزایش مشارکت افراد جامعه در قالب نهادهای مردمی و گروههای خودیار و مراکز اجتماع درمان مدار خصوصی و دولتی در برخورد با مواد اعتیادآور است که نشان دهنده تغییر فضای اجتماعی در برابر این معضل می‌باشد. عده‌ای دیگر معتقدند در حال حاضر حجم بیشتری از مواد مخدر از طریق کشور ایران عبور می‌کند که ناشی از افزایش تولید در کشور افغانستان است. از سوی دیگر دسترسی به مواد اعتیادآور بسیار آسان می‌باشد و افراد متقاضی مواد به راحتی امکان تهیه ماده مصرفی خود را دارند و در عین حال پایین آمدن قیمت مواد در بازار میزان تقاضا را نیز افزایش داده است.

لازم به ذکر است که اکثریت افراد کلیدی با تمرکز و تأکید بر نقش فرهنگ سازی از طریق رسانه‌های عمومی اعم از تصویری، شنیداری و نوشتاری در ساماندهی وضعیت اعتیاد اشاره می‌کنند و معتقدند فعالیت‌های فرهنگی با باورهای افراد مرتبط بوده و هرگونه تلاش آگاهانه در این زمینه می‌تواند ته‌نشست های فرهنگی یک ملت را که به فراموشی سپرده شده یا از آن غفلت نموده‌اند به خاطر آورده و با تقویت آن، افراد جامعه را به نیروی خود داشته‌شان تجهیز نموده و در برابر آفات موجود به مبارزه سوق دهد. در واقع با اطلاع رسانی مستمر و گسترده همراه با آموزش مستقیم و غیر مستقیم با توجه به ماهیت مخاطب مورد نظر، همچنین توسعه امکانات ورزشی و فرهنگی در سطح کشور و فراهم نمودن شرایط مناسب برای رفع نیازهای گروه های متفاوت سنی در جامعه اعم از فرهنگی و اقتصادی با تکیه بر جمعیت جوان کشور، به صورت نظری و عملی توانسته‌ایم با این پدیده برخورد کنیم و در جهت ساماندهی آن گام برداریم. همچنین تعدادی از افراد معتقدند ساماندهی وضعیت اعتیاد با اطلاع رسانی و آموزش در سطح کشور با تمرکز بر خانواده‌ها، میسر می‌شود و غالب افرادی که با اتکا به این رویکرد نظر خود را بیان کرده‌اند، باور دارند که اطلاع رسانی با هدف پیشگیری فرآیندی است که بایستی از کودکی آغاز شود بنابراین گنجاندن موضوع مواد اعتیادآور در کتابهای درسی از مقطع دبستان تا دبیرستان امری ضروری است

یکی از افراد کلیدی در استان تهران می‌گوید: "شاید تکراری باشد ولی هنوز هم ضعف آموزش و فرهنگ سازی عمده دلیل روی آوردن به اعتیاد است حتی قشر تحصیل کرده هم در مورد اعتیاد بسیار کم اطلاع

است و به این دلیل است که طبقه تحصیل کرده جامعه نیز امروزه به کثرت قابل ملاحظه‌ای گرفتار مواد مخدر شده‌اند."

آنچه در نتایج آغاز مصرف مواد از این تحقیق استخراج می‌گردد این است که حدود نیمی از معتادان بدون دلیل مشخص مصرف مواد را آغاز کرده‌اند و درصد بسیاری علت آغازین مصرف را تفریح، کنجکاوی و کسب لذت عنوان نموده‌اند. اینجاست که باید در برنامه‌های پیشگیرانه بیش از گذشته بر این عوامل تمرکز نمود. چرا که هنوز بسیاریند که معتقدند مشکلاتی مانند شکست عشقی، مشکلات جنسی، ورشکستگی و بیکاری عوامل اصلی ایجاد کننده اعتیادند. امروزه میتوان آغاز اعتیاد را در گروهی از معتادان ناشی از بی غمی و لذت جویی صرف دانست. همچنین ۳۳ درصد مصرف آغازین در منزل دوستان بوده و در مجموع ۵۱ درصد اعتیاد در منزل آغاز شده است که اینجا نقش نظارتی ضعیف والدین و کمرنگی آن بیش از سایر موارد به چشم می‌خورد. شروع مصرف سیگارو الکل در دوره نوجوانی و تداوم مصرف آن خود عامل خطر دیگری محسوب می‌گردد. بطوریکه ۶۴ درصد معتادان زیر سن ۱۹ سالگی مصرف سیگار را شروع کرده‌اند. بسیاری از موارد شروع اعتیاد ریشه در درون خود فرد دارد و ۱۴ درصد معتادان علت آغاز مصرف را مشکلات روحی و روانی خود دانسته‌اند. لذا باید به نقش اساسی مشاوران، روانشناسان و روانپزشکان اشاره کرد که میتوانند نقش اساسی در پیشگیری از این حوزه بعمل آورند.

نتایج مصاحبه عمیق با خانواده معتادان نشان می‌دهد اعضای خانواده فرد وابسته به مواد اعتیادآور در یک فاصله زمانی از وی غفلت نموده و بدنبال روشن شدن چراغهای خطر به عمق رویداد پی بردند. در حقیقت به فرآیند وابستگی هیچگونه توجهی نشده و تنها بروز عوارض جدی اعتیاد مؤید وجود فرد معتاد در خانواده شده است. چنانچه فضای همدلی و دلبستگی در میان اعضای خانواده برقرار باشد افراد از آنچه میانشان می‌گذرد مطلع می‌شوند، در فرآیند ابتلای عضو خانواده میبایست قبل از آنکه وی به هر بیماری و رنجی گرفتار شود، دست یاری و همدلی به سویش دراز کرد.

طی مصاحبه عمیق با خانواده های معتادان مشخص گردید برخی خانواده‌ها پس از مواجهه با مصرف مواد مخدر توسط وابسته خود به اعتیاد او پی برده‌اند، این نکته نیز مؤید همین پیش فرض است که عضو وابسته به مواد

اعتیادآور پس از عبور از مراحل متعدد در فرآیند ابتلا به اعتیاد، به مصرف آشکار در خانه روی آورده که این امر نیز نشان‌دهنده غفلت از وی می‌باشد.

برخی از خانواده‌ها از طریق دیگران به اعتیاد عضو خانواده خود آگاه شده‌اند، در حقیقت همان عنصر عدم آگاهی و غافل بودن از یکدیگر در شاخص بعدی نیز خود را نشان می‌دهند، اطلاع یافتن از اعتیاد فرد توسط دیگران، متعاقب همان بی‌خبری و عدم دقت در عملکرد و رفتارهای خانواده رخ می‌دهد، همچنین مواجه شدن با مواد مخدر و یا ابزار مصرف در خانه نیز، حاکی از همین اصل است. به طور کلی درصد بسیار کمی از افراد وابسته به مواد اعتیادآور، خود به وابستگی‌شان معترف شده‌اند که نسبت به جمعیت معتاد و جمعیت در خطر، سهم اندکی را از افرادی که توانایی طرح مشکل و طلب کمک دارند، به خود اختصاص می‌دهد. بنابراین حضور عاطفی و پر رنگ اعضای خانواده در کنار یکدیگر، حضوری مسئولانه و آگاهانه را ایجاد می‌نماید که مانع بروز هر حادثه‌ای پیش از وقوع خواهد شد.

توجه به شرایط روانی- اجتماعی و زیستی اعضای خانواده این امکان را فراهم می‌کند تا پیش از اینکه شرایط زمینه‌ای مساعد برای سوءمصرف مواد اعتیادآور در خانواده فراهم گردد، امکان اصلاح و بهبود شرایط موجود، میسر شده و به سمت حل و فصل مشکلات و گشودن گره‌ها قدم برداشت. نوع برخورد و مواجهه با معضلات در زندگی، میان افراد متفاوت است و بروز هر عکس‌العملی منطبق بر ویژگی‌های شخصیتی و اجتماعی افراد می‌باشد. چنانچه این واکنش مبتنی بر آگاهی بیشتر و استوار بر مهارت حل مسئله باشد، انتظار نتیجه موفق‌تری را به دنبال دارد.

در بحث شناسایی افراد معتاد و نحوه برخورد با آن غالب خانواده‌ها نحوه برخورد صحیح با بیماران معتاد و انگیزه مند ساختن آنان برای ترک بی اطلاع بودند. این وظیفه نهاد های درمانی و فرهنگ ساز و مرتبط است تا این مهم را در سطحی گسترده به مخاطبان بیاموزانند.

پس از آموزش نحوه برخورد با فرد معتاد و ورود او به مرحله بعدی درمان، تبیین شرایط موجود برای تسهیل یا ممانعت در فرایند درمان می‌باشد. در این مرحله نقش خانواده به عنوان عامل تسهیل گر یا مخل درمان مطرح است. با توجه به نقش خانواده در فرهنگ این مرز و بوم و اهمیت وجود پیوندهای عاطفی مؤثر در رفع معضلات

به واسطه کارکرد نقش این نهاد اجتماعی، پرداختن به چگونگی حضور و عملکرد اعضای خانواده در برابر درمان فرد معتاد، می‌تواند نقاط مبهم این مرحله را روشن‌تر کند. که به کرات در مصاحبه‌های عمیق به آن اشاره شد. نکته قابل توجه در بخش تحقیقات کیفی این مطالعه به نگرش و دیدگاه خوب و کارشناسانه افراد کلیدی باز میگردد. بطوریکه اظهارات این افراد طی سالهای اخیر در مقایسه با گذشته بسیار دقیق و موشکافانه شده است بطوریکه حتی تاکید بر امر مبارزه فیزیکی و پلیسی نیز در چارچوب علمی آنهم بر اساس قواعد مشخص آن صورت میگیرد که بسیار جای خوشوقتی است. در این میان میتوان به برخورد با توزیع کنندگان، تاسیس بانک اطلاعات اعتیاد، تقویت پژوهش، تقویت تشکلهای مردمی و سازمانهای غیر دولتی، توانمند سازی معتادان پس از درمان و تربیت دائم نیروی متخصص اشاره کرد. هر چند این نگرش تقریباً جایگاه خوب و مناسبی در بین افراد کلیدی پیدا کرده است اما این امر جایگزین دوره های تخصصی تربیت مدیران و کارشناسان اعتیاد را نخواهد گرفت.

حدود ۲۰ درصد معتادان کشور منزل شخصی دارند، حدود ۳۲ درصد در منازل با متراژ بیش از ۱۲۶ متر زندگی میکنند و ۲۱ درصد آنان درآمدی بیش از ۴۰۰ هزار تومان دارند این نکته باز نشان دهنده درگیری تقریباً یکسان اقشار مختلف جامعه اعم از متمول و فقیر را در چرخه اعتیاد نشان میدهد. بطوریکه میتوان با استناد به این اعداد و ارقام چنین نتیجه گرفت که حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد جمعیت معتادان از اقشار غنی جامعه هستند.

از آنجایی که فاصله میان آغاز مصرف به مواد مخدر تا وابستگی به آن، نیازمند گذشت زمانی قابل توجه است تا آثار ظاهری وابستگی به مواد اعتیادآور بروز نماید، به نظر می‌آید خلأ توجه و دقت آگاهانه به فضای خانواده منجر به غفلت از اعضاء آن می‌شود.

حدود نیمی از معتادان روابط جنسی با فردی غیر از همسر را تجربه کرده اند و حدود یک چهارم آنان نیز در سال گذشته چنین روابطی داشته اند. در میان کل معتادان نیز حدود ۶۴ درصد از کاندوم بطور مداوم و موثر استفاده نمیکنند لذا خطر انتقال بیماریهای مقاربتی و عفونی در این افراد وجود دارد. همچنین روابط جنسی با غیر همسر در زنان معتاد در مقایسه با مردان بیشتر است. اینجا میتوان چنین گفت که شاید بتوان یکی از عوارض اعتیاد زنان را خطر پذیری بیشتر در حوزه ارتباطات جنسی دانست.

در حوزه تزریق میزان آغاز مصرف تزریقی در محیط کار با کوچه و خیابان برابر گزارش شده است که این امر لزوم مداخلات جدی در محیطهای کار را روشن میسازد. همچنین نداشتن آئین نامه مشخص برخورد با افراد مصرف کننده در محیط کار مشکل را دو چندان کرده است. حدود ۱۸ تا ۲۰ درصد معتادان رفتارهای پر خطر در تزریق داشته اند بصورتیکه سرنگ را یا قرض داده یا قرض کرده اند. این درصد در کل معتادان به ۵ درصد کاهش می یابد. هنوز در دسترس نبودن سرنگ استریل از علل اصلی تزریق مشترک محسوب میگردد که به نظر میرسد به هر روش ممکن و سالم میبایست سرنگ را برای معتادان تزریقی تامین کرد. آغاز تزریق در محیط منزل آنهم در جمع دوستانه هنوز حکایت از کاستی های جدی در سطح مهارت های دوست یابی، نه گفتن و تاثیر فشار همسالان دارد.

موارد انجام آزمایشات ایدز و هپاتیت در مقایسه با سال ۸۳ تقریباً دو برابر شده و این میتواند نشان دهنده توجه قشر معتادان به ارزشیابی سطح سلامت خودشان باشد. در این میان میزان ایدز و هپاتیت هر دو در بین معتادان افزایش نشان میدهد اما میزان افزایش ایدز چشمگیر تر است. لازمست در مطالعات ملی روند تغییرات شیوع ایدز در معتادان کشور به تفکیک سالهای مطالعه رصد شود.

بیش مصرفی مواد در طول سالهای اخیر بیشتر شده که علت آنرا میتوان به مواد سمی و خطرناک در سالهای اخیر نسبت داد. و از میان افرادی که سابقه مسمومیت را ذکر میکنند (۴۵درصد) تنها ۱۵ درصد یعنی یک سوم آنان به بیمارستان مراجعه کرده اند. اگر عدد ۱۵ درصد را در جمعیت معتادان تخمینی ضرب کنیم میبایست ۱۸۰۰۰۰ نفر در کشور طی سال گذشته در سیستم درمانی ثبت شده باشند که بنظر نمیرسد چنین آماری بطور صحیح و دقیق وجود داشته باشد. اینجاست که لزوم راه اندازی یک بانک اطلاعات اعتیاد در اولین فرصت در کشور کاملاً ضروری به نظر میرسد.

حدود ۷۵ درصد معتادان کشور یک بار سابقه ترک را ذکر میکنند که این عدد در مقایسه با سال ۸۳ افزایش یافته که آنهم به علت افزایش مراکز و خدمات آنها طی سالهای گذشته است. حدود ۴۵ درصد معتادان پس از ۳ سال مصرف به مراکز درمانی مراجعه میکنند که این عدد با بروز مواد جدید سمی در مقایسه با مواد سنتی کاهش یافته است. اما نکته قابل توجه در درمان ۶۳ درصد آغاز درمان با مدل های درمانی غلط و غیر علمی مانند کپسولهای

دست ساز، کپسولهای گیاهی و غیره است. و هنوز نقش درمانهای غیر دارویی مانند روان درمانی و گروه درمانی بسیار کم رنگ و کم است.

نکته جالب توجه در هزینه ها عدد های بسیار نزدیک هزینه های ماهانه مواد و درمان است بطوریکه معتادان اظهار داشته اند که ماهانه بطور میانگین حدود ۱۸۷ هزار تومان صرف مصرف میکنند در صورتیکه افرادی که برای درمان اقدام کرده اند در طول یکسال ۱۷۶ هزار تومان برای کل خدمات درمانی خود هزینه کرده اند. بدین معنی که هزینه کل یکسال برای درمان از هزینه میانگین یک ماه مصرف کمتر است و این امر نشان دهنده عدم باورهای صحیح این افراد به حوزه درمان است.

در حال حاضر حدود ۷۰ درصد سهم درمان اعتیاد کشور بر دوش بخش خصوصی و مردمی است. اتفاقی که میبایست در سایر حوزه ها بویژه پیشگیری از اعتیاد نیز اعمال گردد.

تجارب اعمال شده گروه تحقیق بر اساس تجارب ارزیابی سریع سال ۱۳۸۳

- بجای فصل تابستان ، فصل پاییز برای تکمیل پرسشنامه ها انتخاب شد.
- تحلیل اطلاعات کیفی همزمان با تحلیل اطلاعات کمی شروع شد.
- در طول مطالعه تلاش شد از وسواس در تحلیل ریزتر اطلاعات و جداول ۲ بعدی گسترده به عنوان عامل خطری برای ارائه به موقع گزارش پرهیز گردد.
- پرسشنامه ها در حوزه مواد جدید و داروهای جدید بازبینی شد و منبع به مواد کد ویژه داده شد.
- توجیه دقیق و آموزش عملی پرسشگران برای تکمیل پرسشنامه ها صورت گرفت، از آنان امتحان گرفته شد، اوراق تصحیح شد و پرسشگران با ۳ غلط بیشتر از پرسشگری حذف شدند.
- زمان ارسال پرسشنامه ها محدود شد.
- با تک تک پرسشگران قرارداد منعقد شد و وجه رسمی و قانونی و اداری کار حفظ گردید.
- برای دقت بیشتر در تحلیل در برخی از سوالات دقیقاً شبه جمله در طول سال گذشته قید گردید.(روابط جنسی، دستگیری، زندان، درمان و تزریق)
- تستهای مجدد همچنان در پرسشنامه ها گنجانیده شد.
- برخی سؤالات که یافته جدیدی به دست نمی داد حذف شد.
- جمع آوری اطلاعات ثانویه از استانها چون اصلاً تجربه خوبی نبود امسال انجام نشد.
- برای اطلاع از ارسال پرسشنامه ها به تهران، جدولی مشخص به جمع بندی و محاسبات کمک شایانی نمود و کلیه پرسشنامه های جمع آوری شده در آن ثبت گردید. این کار به محاسبه بهتر حق العمل پرسشگران نیز کمک کرد.
- سال ۱۳۸۳ جای سؤالاتی از قبیل میزان مصرف مواد، هزینه مصرف روزانه و برخی سؤالات دیگر خالی بود که امسال گنجانیده شد.

تجارب گروه تحقیق در سال ۱۳۸۶

- برخی سوالات در پرسشنامه های بین المللی مانند سازمان ملل و سازمان جهانی بهداشت
بویژه در حوزه درمان وجود دارد که با اندکی تغییر میتوان به آنها در کشور پاسخ داد که با
اطلاعات این پرسشنامه فعلی پاسخ به برخی از آنان دشوار است.
- ابعاد پیشگیرانه در پرسشنامه جدید بیشتر گنجانیده شود تا مخاطب قرار گرفتن این گروه در
برنامه های پیشگیرانه نیز مورد بررسی قرار گیرد.
- روش اماله کردن و استنشاقی و پوستی از روشهای جاری حذف شود زیرا برخی پرسشگران
با آموزشهای بسیار و توضیحات مکفی باز استنشاق را بجای انفیه و روش دودی قید
میکند.
- در بودجه طرح در فاز اول بودجه دستمزد کلیه پرسشگران گنجانیده شود تا به محض اتمام
فاز اول تسویه حساب با پرسشگران صورت گیرد.

فهرست منابع

- دلاور، علی (۱۳۸۰) مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی . تهران: انتشارات رشد
- رزاقی، عمران محمد و رحیمی موقر، آفرین، ارزیابی سریع وضعیت اعتیاد تزریقی در شهر تهران، سازمان بهداشت جهانی، تهران، ۱۳۸۱.
- سازمان بهزیستی کشور، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران، ۱۳۷۷.
- عساریان، فاطمه؛ امیدی، عبدالله؛ اکبری، حسین. (۱۳۸۳). بررسی ویژگی های روانشناختی و شخصیتی جوانان وابسته به مواد مخدر افیونی در شهر کاشان. فصلنامه علمی پژوهشی فیض، شماره ۲۹، صص ۴۷-۴۱.
- نارنجی ها، هومان و همکاران (۱۳۸۳). ارزیابی سریع سوء مصرف مواد در ایران. مؤسسه داریوش، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- یاسمی، محمدتقی؛ شاه محمدی، داود (۱۳۸۱). همه گیرشناسی مصرف مواد در ایران، وزارت بهداشت و آموزش پزشکی؛ دفتر کنترل مواد.

- Canadian Addiction Survey (۲۰۰۵). A national survey of Canadians' use of alcohol and other drugs: Prevalence of use and related harms/ detailed report.
- <http://www.ccsa.ca/NR/rdonlyres/68.613.B-C314-4C96-95CC-.75D14CD83DE/.ccsa.04.282005.pdf>
- Yukon Addiction Survey (۲۰۰۵). A survey of Yukoners' use of alcohol and other drugs. <http://www.hss.gov.yk.ca/downloads/yas۲۰۰۵.pdf>
- Western Canadian Summit on Methamphetamine (۲۰۰۵).
- Research Group on Drug Use (۲۰۰۴). Drug use in Toronto.
- RCMP (۲۰۰۵). Clandestine Drug Labs Grow Across Canada - RCMP Host Two-day Conference Targeting Chemical Precursor Diversion. http://www.rcmp-grc.gc.ca/on/press/۲۰۰۵/۲۰۰۵_sept_۰۷_e.htm
- MacDermott/ W.E./ Bell/ L./ & Bird/ L. (۲۰۰۴). Youth...on the brink of success: Final report. Saskatchewan: Youth Addictions Project. <http://communitiesforchildren.net/YouthAddictionsProjectFinalReport.pdf>
- British Columbia (۲۰۰۴). Crystal meth and other amphetamines: An integrated B.C. strategy. http://www.healthservices.gov.bc.ca/mhd/pdf/meth_final.pdf
- B.C. Coroners Service (۲۰۰۵). Deaths with methamphetamine present/ ۲۰۰۰–۲۰۰۴. Ministry of Public Safety and Solicitor General.
- Wild/ Cameron (no date). "Meth Scan: Stakeholder Views of Crystal Meth Use in Alberta." Accessed on June ۲۱/ ۲۰۰۶ from: http://www.solgen.gov.ab.ca/awareness/downloads/survey_presentation.pdf
- Gibson/ D.R./ Leamon/ M.H./ Flynn N. (۲۰۰۲). Epidemiology and Public Health Consequences of Methamphetamine Use in California's Central Valley. *Journal of Psychoactive Drugs*. ۳۳/۳۱۳–۳۱۹.
- Larance/ B./ Degenhardt/ L./ Dillon/ P./ and Copeland/ J. (۲۰۰۵). Rapid assessment of performance and image enhancing drugs (PIEDs) in New South Wales: Feasibility Study ۲۰۰۵. Technical Report ۲۳۹. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre.
- Public Health Agency of Canada (۲۰۰۴). I-Track: Enhanced Surveillance of Risk Behaviours among Injection Drug Users in Canada. Pilot Survey Report. Surveillance and Risk Assessment Division/ Centre for Infectious Disease Prevention and Control/ Health Canada.

- UN Office of Drugs and Crime (UNODC) (۲۰۰۴) Focused assessment studies: A qualitative approach to data collection. Global Assessment Programme on Drug Abuse (GAP): Toolkit Module ۶ http://www.unodc.org/pdf/gap_toolkit_module۶.pdf (accessed May ۲۰۰۶)
- Vincent/ N./ Allsop/ S./ Shoobridge/ J. (۲۰۰۰). The use of Rapid Assessment Methodology (RAM) for investigating illicit drug use: a South Australian experience. Drug and Alcohol Review/ ۱۹/ ۴۱۹-۴۲۶.
- Ogborne/ A. (۲۰۰۶). Rapid assessments of substance abuse problems: Guidelines and resources with an emphasis on the use and abuse of methamphetamine in Canada. Canadian Centre on Substance Abuse. July ۲۰۰۶
- Kornor/H./ Nordvik/H. (۲۰۰۷). Five-factor model personality traits in opioid dependence. BMC Psychiatry. ۲۰۰۷; ۷: ۳۷
- Amato/ L/ Davoli/ M. Perucci/ C.A/ Ferri/ M. Faggiano/ F. Mattick/ R. P (۲۰۰۵)/ an over view of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and reaserch/ Journal of substance Abuse Treatment/ ۲۸/ ۳۲۱-۳۲۹.
- Clements/ R. (۲۰۰۲). Psychometric properties of the substance abuse subtle screening inventory-۳. Journal of Substance Abuse Treatment/ ۲۳/ ۴۱۹-۴۲۳.
- Alemi AA (۱۹۷۸) The iceberg of opium addiction. An epidemiological survey of opium addiction in a rural community. Drug Alcohol Depend. Mar. ۳(۲).
- Dalvand S/ Agahi C/ Spencer C (۱۹۸۴) Drug addicts seeking treatment after the Iranian Revolution: a clinic-based study. Drug Alcohol Depend/ Sep ۱۴(۱).
- Mehryar AH/ Moharreri MR (۱۹۷۸) A study of authorized opium addiction in Shiraz city and Fars Province/ Iran. Br J Addict Alcohol Other Drugs/ Mar ۷۳(۱).
- Mokri A (۲۰۰۲) Brief Overview of the Status of Drug Abuse in Iran. www.ams.ac.ir/AIM/۰۲۵۳/۰۲۵۳۱۸۴.htm.
- Moharreri MR (۱۹۷۸) General View of Drug Abuse in Iran and a One-Year Report of Outpatient Treatment of Opiate Addiction in Shiraz.
- Peterson R (۱۹۷۸) The International Challenge of Drug Abuse. National Institute on Drug Abuse Research Monograph/ ۱۹.
- Razzaghi EM/ et al. (۱۹۹۸) Five-year plan for drug demand reduction in Iran. State Welfare Organization. (In Farsi/ not published)

- Razzaghi EM/ Rahimi Movaghar A (۲۰۰۳) Rapid Assessment and Response/ Multi Centre Project on Injection Drug Use/ WHO.
- Reid G/ Costigan G (۲۰۰۲) Revisiting 'The Hidden Epidemic': A Situation Assessment of Drug Use in Asia in the Context of HIV/AIDS. Macfarlane Burnet Institute for Medical Research and Public Health/ Centre for Harm Reduction
- Siassi I/ Fozouni B (۱۹۸۰a) Distribution of opium coupons to addicts in Iran: policies and problems. Chem Depend/ ۴(۱-۲).
- Siassi I/ Fozouni B (۱۹۸۰b) Dilemmas of Iran's opium maintenance program: an action research for evaluating goal conflicts and policy changes. Int J Addict/ Nov ۱۵(۸).
- Spencer C and Agahi C (۱۹۹۰-۹۱). Drugs and Iran after the Islamic Revolution; prophesying the next quarter century. The International Journal of Addictions/ ۲۵ (۲A).
- A Rapid Assessment Survey on the Drug Abuse Situation in Nepal/ UNODC/ ۱۹۹۶/ Nepal.
- Christine Godfrey/ Sandra Hutton/ janathan bradshaw/ bob coles/ Gary Creig/ Julia Johnson.“Estimating the Cost of Being Not in Education Employment or Training at Age ۱۶ – ۱۸”/(۲۰۰۲)/ Social Policy Research Unit/ University of York.
- ۱۳/۱۱/۲۰۰۴ <http://www.dfes.gov.uk/research/data/uploadfiles/RR۳۴۶.pdf>
- E. Wansi/ A. Sam-Abbnyi/ R. Befidi-Mengue/ F. N. Enyme/ F. N. Ntone/ Rapid assessment of drug abuse in Cameroon * UNODC/ May ۳۰/ ۲۰۰۴/ <http://www.unodc.org/unodc/bulletin>.
- Guide to Drug Abuse Epidemiology/ WHO/ ۲۰۰۰.
- Guidelines for the Development and Implementation of Drug Abuse Situation Assessment/UNODC/Vienna/۱۹۹۸.

- Nevin S. Scrimshaw and Gary R. Gleason/ Editors/ Rapid Assessment Procedures - Qualitative Methodologies for Planning and Evaluation of Health Related Programmes/
- International Nutrition Foundation for Developing Countries (INFDC)/ 1992/ Boston/ USA.
- Rapid Situation Assessment of Drug Abuse in Maldives/ UNDP/ UNESCAP/ FASHAN/ 2003.
- Rapid Situation Assessment of Drug Abuse in Lai Chau / UNODC/ 2001 Vietnam/

طرح ارزیابی سریع وضعیت سوءمصرف و وابستگی به مواد در ایران

مؤسسه داریوش (سال ۱۳۸۶)

پرسشنامه شماره ۱

مصاحبه با افراد معتاد

نام استان:	(۲) شماره ردیف
(۳) کد محل مصاحبه ☐	(۴) کد مصاحبه کننده ☐
(۵) تاریخ	

(۶) سن مصاحبه شونده:

(۷) جنسیت: ۱- مرد ☐ ۲- زن ☐

(۸) دین و مذهب: ۱- اسلام شیعه ☐ ۲- اسلام/ سنی ☐ ۳- زرتشتی ☐ ۴- مسیحی ☐ ۵- یهودی ☐
۶- سایر (ذکر شود)

(۹) محل سکونت: ۱- حداقل یک سال است که در شهرم ☐ ۲- کمتر از یک سال است که در شهرم ☐

(۱۰) تحصیلات: (منظور آخرین مدرک تحصیلی است) ۱- بی سواد ☐ ۲- خواندن و نوشتن ☐ ۳- ابتدایی ☐ ۴- راهنمایی ☐
۵- دبیرستان و دیپلم ☐ ۶- فوق دیپلم ☐ ۷- لیسانس یا بالاتر ☐ ۸- سایر (ذکر شود)

(۱۱) وضعیت تأهل: ۱- مجرد ☐ ۲- متأهل ☐ ۳- متارکه ☐ ۴- مطلقه ☐ ۵- بیوه ☐ ۶- سایر (ذکر شود)

(۱۱-۱) در صورت تأهل، متارکه، طلاق یا بیوه شدن سنین آنها درج شود:

سن تأهل سن متارکه سن طلاق سن بیوه شدن

(۱۲) تعداد فرزندان: ۱- پسر ۲- دختر

(۱۳) وضعیت مسکن: ۱- منزل شخصی ☐ ۲- منزل استیجاری یا رهنی ☐ ۳- منزل پدری ☐ ۴- منزل پدر همسر ☐ ۵- منزل سازمانی ☐
۶- هتل یا مسافرخانه ☐ ۷- بی خانمان ☐ ۸- سایر (ذکر شود)

(۱۴) اجاره منزل به تومان:

(۱۵) زیربنای منزل به متر:

(۱۶) با چه کسانی زندگی می کنید؟ ۱- همسر ☐ ۲- فرزندان ☐ ۳- دوستان ☐ ۴- پدر ☐ ۵- مادر ☐
۶- خواهران یا برادران ☐ ۷- پدر بزرگ یا مادر بزرگ ☐ ۸- تنها ☐ ۹- سایر (ذکر شود)

(۱۷) تعداد بعد خانوار ذکر شود.

(۱۸) شغل شما چیست؟ (عنوان شغل ذکر شود)..... ۱- کارگر ساده ☐ ۲- کارگر ماهر ☐
۳- کشاورز ☐ ۴- مشاغل خدماتی تخصصی ☐ ۵- راننده برون شهری ☐ ۶- راننده درون شهری ☐ ۷- مشاغل غیررسمی ☐
۸- مغازه دار ☐ ۹- سایر ☐ ۱۰- دارای شغل خاصی نیستم ☐
(اگر فرد دارای شغل خاصی نیست سوال ۱۹ را پاسخ دهید)

(۱۹) در کدامیک از عناوین جایگزین شغلی زیر قرار دارید؟

۱- بیکار (اخراج از کار به علت اعتیاد) ☐ ۲- بیکار (به علت پیدا نکردن کار) ☐ ۳- خانه دار ☐ ۴- سرباز ☐ ۵- دانشجو ☐ ۶- دانش آموز ☐

۷- بازنشسته ☐ ۸- مستمری بگیر ☐ ۹- سایر (ذکر شود) ☐

۲۰) کارفرمای شما کدام یک از انواع زیر هستند؟

۱- دولتی ☐ ۲- خصوصی ☐ ۳- خویش فرما ☐ ۴- هیچکدام ☐

۲۱) چگونه مخارج زندگی تان را تامین می کنید؟ ۱- در آمد شغلی ☐ ۲- کمک مالی خانواده ☐ ۳- کمک مالی دوستان ☐

۴- فروش اموال شخصی یا لوازم منزل ☐ ۵- سایر درآمدهای شخصی (اجاره مستغلات، بهره بانکی و)

۶- خرید و فروش مواد ☐ ۷- حمل مواد ☐ ۸- سرقت ☐ ۹- قاچاق سایر کالاها ☐ ۱۰- سایر (ذکر شود) ☐

۲۲) متوسط درآمد ماهانه خانوار (به تومان):

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

۲۳) آیا سیگار مصرف می کنید (یا می کرده اید)؟ در چه سنی آن را آغاز کردید؟

سابقه مصرف دخانیات	بلی		سن شروع	خیر
	در گذشته	در حال		
	☐	☐	☐	☐

۲۴) آیا در خانواده شما کسی سیگار یا الکل مصرف می کند (یا می کرده است)؟ چه کسی؟

اعضای خانواده	سیگار	الکل
۱- پدر	☐	☐
۲- مادر	☐	☐
۳- خواهر	☐	☐
۴- برادر	☐	☐
۵- همسر	☐	☐
۶- فرزند	☐	☐

۲۵) ماده یا مواد مصرفی فعلی شما و روش یا روشهای مصرف آن / آنها در حال حاضر چیست؟

ردیف	کد ماده / مواد فعلی	کد روش / روشهای فعلی	مقدار مصرف (ماهانه)	هزینه (ماهانه) (تومان)
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				

۲۶) ماده مصرفی غالب شما و روش غالب مصرف آن در حال حاضر چیست؟

ردیف	کد ماده فعلی	کد روش فعلی	مقدار مصرف (ماهانه)	هزینه (ماهانه) (تومان)
۱				

مجوز

مجوز

(۲۷) فرآیند مصرف مواد :

سن پایان	سن شروع	کد/کدهای روش مصرف	کد ماده	ع.:	سن پایان	سن شروع	کد/کدهای روش مصرف	کد ماده	ع.:
				۹					۱
				۱۰					۲
				۱۱					۳
				۱۲					۴
				۱۳					۵
				۱۴					۶
				۱۵					۷
				۱۶					۸

اعضای خانواده	کد ماده / مواد
۱- پدر	
۲- مادر	
۳- خواهر	
۴- برادر	
۵- همسر	
۶- فرزند	

(۲۸) آیا در خانواده شما کسی ماده (یا موادی)

مصرف می کند (یا می کرده است)؟ چه کسی؟ چه ماده ای؟



(۲۹) ماهانه چقدر برای تهیه مواد پول می دهید: (به تومان)

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

(۳۰) آیا دارویی را به منظور تغییر خلق یا علائم رفع محرومیت بدون تجویز پزشک استفاده می کنید؟ ۱- بله ☐ ۲- خیر ☐

(۳۱) در صورت پاسخ بلی نام دارو علامت زده شود:

- ۱- فنوباریتال ☐ ۲- سکوباریتال ☐ ۳- دیازپام ☐ ۴- اکسازپام ☐ ۵- لورازپام ☐ ۶- کلردیازپوکساید ☐ ۷- فلورازپام ☐ ۸- استامینوفن کدئین ☐ ۹- اکسپکتورانت کدئین ☐
 ۱۰- آسپیرین کدئین ☐ ۱۱- بایومادول ☐ ۱۲- ترامادول ☐ ۱۳- مرفین ☐ ۱۴- دکسترومتورفان ☐
 ۱۵- پتیدین ☐ ۱۶- دیفنوکسیلات ☐ ۱۷- متادون ☐ ۱۸- آمفتامین ☐ ۱۹- مت آمفتامین ☐ ۲۰- ریتالین ☐ ۲۱- تستسترون ☐ ۲۲- متیل تستسترون ☐ ۲۳- ناندرولون ☐
 ۲۴- سایر داروها ☐ (ذکر شود)

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

- ۱- یکی از افراد خانواده ☐ ۲- یکی از بستگان ☐ ۳- دوستان مدرسه ☐ ۴- دوستان همجنس خارج از مدرسه ☐
 ۵- دوستان غیر همجنس خارج از مدرسه ☐ ۶- همکاران ☐ ۷- افراد غریبه ☐ ۸- بدون پیشنهاد دیگران ☐
 ۹- سایر افراد ☐ (ذکر شود) ۱۰- بخاطر ندارد ☐

(۳۳) اولین بار مصرف مواد را در چه مکانی شروع کردید؟

- ۱- منزل خودم ☐ ۲- منزل دوستانم ☐ ۳- پارک ☐ ۴- مدرسه ☐ ۵- کوچه و خیابان ☐ ۶- اماکن مخروبه ☐ ۷- سربازخانه ☐



۸- خوابگاه یا منزل دانشجویی ☐ ۹- محل کار ☐ ۱۰- زندان ☐ ۱۱- سایر (ذکر شود) ☐ ۱۲- بخاطر ندارد ☐

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

۱- مهمانی خانوادگی ☐ ۲- مهمانی دوستانه ☐ ۳- مجلس عزا ☐ ۴- جمع دوستانه ☐ ۵- موقعیت خاصی نبود ☐
۶- سایر (ذکر شود) ☐

۳۵) مهمترین واقعه مشخصی که منجر به اولین مصرف شما شد/ در کدام حوزه زیر بود؟

۱- کاری ☐ ۲- تحصیلی ☐ ۳- خانوادگی ☐ ۴- سایر ☐ (ذکر شود) ۵- هیچ واقعه مشخصی وجود نداشت ☐

۳۶) مهمترین دلیل شما برای اولین مصرف مواد چه بود؟

۱- رفع مشکلات جنسی ☐ ۲- رفع درد ☐ ۳- کاهش علائم یک بیماری جسمی (بجزدرد) ☐ ۴- کسب لذت ☐ ۵- کنجکاوی ☐
۶- رفع مشکلات روحی ☐ ۷- در دسترس بودن ☐ ۸- کار سنگین ☐ ۹- فشار دوستان ☐ ۱۰- تفریح ☐ ۱۱- اختلافات خانوادگی ☐
۱۲- سایر ☐ (ذکر شود) ۱۳- هیچکدام ☐

۳۷) چه حالت روحی داشتید که باعث شد برای اولین بار مواد مصرف کنید؟

۱- اضطراب/ ترس/ نگرانی/ دلواپسی/ تشویش/ دلشوره و موارد مشابه ☐ ۲- غمگینی/ افسردگی/ سرخوردگی/ یأس/ ناامیدی و موارد مشابه ☐
۳- خشم/ پرخاش/ عصبانیت/ و موارد مشابه ☐ ۴- سرخوشی/ وجد/ شغف/ کیف و موارد مشابه ☐ ۵- حالت روحی خاصی نداشتن ☐
۶- سایر ☐ (ذکر شود)

سوالات تزریق:

۳۸) اولین بار در چه سنی مواد تزریق کردید؟

--	--

۳۹) اولین بار چرا تزریق کردید؟

۱- اثر سریعتر تزریق ☐ ۲- کسب لذت بیشتر ☐ ۳- بی اثر بودن روش قبلی مصرف ☐ ۴- کنجکاوی ☐ ۵- راحتی مصرف ☐
۶- اصرار دوستان ☐ ۷- در دسترس نبودن مواد ☐ ۸- کیفیت کم مواد موجود (ناخالصی) ☐ ۹- ارزان تر تمام شدن تزریق (ضعف مالی) ☐
۱۰- برای درمان اعتیاد ☐ ۱۱- نداشتن آگاهی از خطرات تزریق ☐ ۱۲- سایر (ذکر شود) ☐ ۱۳- بخاطر ندارد ☐

۴۰) اولین بار در چه مکانی مواد تزریق کردید؟

۱- منزل خودم ☐ ۲- منزل دوستانم ☐ ۳- پارک ☐ ۴- مدرسه ☐ ۵- کوچه و خیابان ☐ ۶- اماکن مخروبه ☐ ۷- سربازخانه ☐
۸- خوابگاه یا منزل دانشجویی ☐ ۹- محل کار ☐ ۱۰- زندان ☐ ۱۱- سایر (ذکر شود) ☐ ۱۲- بخاطر ندارد ☐

۴۱) اولین بار مواد را در چه موقعیتی تزریق کردید؟

۱- مهمانی خانوادگی ☐ ۲- مهمانی دوستانه ☐ ۳- مجلس عزا ☐ ۴- جمع دوستانه ☐ ۵- موقعیت خاصی نبود ☐
۶- سایر (ذکر شود) ☐

۴۲) معمولاً در چه مکانی مواد تزریق می کنید؟

۱- منزل خودم ☐ ۲- منزل دوستانم ☐ ۳- پارک ☐ ۴- مدرسه ☐ ۵- کوچه و خیابان ☐ ۶- اماکن مخروبه ☐
۷- سربازخانه ☐ ۸- خوابگاه یا منزل دانشجویی ☐ ۹- محل کار ☐ ۱۰- زندان ☐ ۱۱- سایر (ذکر شود) ☐

۴۳) معمولاً در هر بار تزریق از چه سرنگی استفاده می کنید؟

۱- سرنگ استریل ☐ ۲- سرنگ دست دوم خودم ☐ ۳- سرنگ دوستانم ☐
۴- سرنگی که در خیابان پیدا کنم ☐ ۵- سایر ☐ (ذکر شود)

۴۴) معمولاً با چه کسی/ کسانی تزریق می کنید؟

۱- تنها ☐ ۲- با دوستانم ☐ ۳- با افراد غریبه ☐ ۴- با بستگانم ☐ ۵- سایر ☐ (ذکر شود)

۴۵) آیا تا به حال سرنگ یا سر سوزن مصرفی خود را به کسی قرض داده ای؟ یا از کسی قرض گرفته ای؟

۱- قرض دادم ☐ ۲- قرض گرفتم ☐ ۳- هر دو ☐ ۴- هیچکدام ☐

۴۶) طی یک سال گذشته مجموعاً با چند نفر به طور مشترک از سرنگ یا سر سوزن مشترک استفاده کرده ای؟

--	--

۴۷) به چه علت از سرنگ مشترک استفاده کرده ای؟

۱- سریعتر آماده شدن وسایل تزریق ☐ ۲- در دسترس نبودن سرنگ ☐ ۳- اطمینان از سلامت شرکاء تزریق ☐ ۴- خماری زیاد ☐
۵- راحتی مصرف ☐ ۶- اصرار دوستان ☐ ۷- ارزان تر تمام شدن تزریق مشترک (ضعف مالی) ☐

مجوز

مجوز

مجوز

مجوز

۸- نداشتن آگاهی از خطرات تزریق مشترک ☐ ۹- سایر (ذکر شود) ☐ ۱۰- بخاطر ندارد ☐

۴۸) طی یک سال گذشته به طور متوسط چند بار از روش تزریق استفاده کرده اید؟

۱- اصلاً تزریق نکردم ☐ ۲- کمتر از یک بار در ماه ☐ ۳- کمتر از ۴ بار در ماه ☐ ۴- ۱ تا ۶ بار در هفته ☐

۵- روزی یک بار ☐ ۶- روزی ۲-۳ بار ☐ ۷- روزی ۴ بار یا بیشتر ☐

۴۹) معمولاً در کدام قسمت بدن تزریق می کنید؟

۱- دست ☐ ۲- پاها ☐ ۳- کشاله ران ☐ ۴- کیسه ☐ ۵- گردن ☐ ۶- سایر (ذکر شود) ☐

۵۰) تا به حال آزمایش ایدز یا هپاتیت داده اید؟ یا خون اهدا کرده اید؟ نتایج آن چه بوده است؟

۱) ایدز	۱- بلی ☐	۱- مثبت ☐	۲- منفی ☐	۳- نمی دانم ☐
	۲- خیر ☐			
۲) هپاتیت	۱- بلی ☐	۱- مثبت ☐	۲- منفی ☐	۳- نمی دانم ☐
	۲- خیر ☐			
۳) از چه نوعی	۱- B ☐			
	۲- C ☐			
	۳- نمی دانم ☐			

۵۱) آیا تا به حال با مواد مسموم شده اید؟

۱- بله ☐ ۱-۱- چند بار؟ ۲- خیر ☐

۵۲) آیا در طول سال گذشته برای مسمومیت با مواد به بیمارستان مراجعه کرده اید؟

۱- بله ☐ ۱-۱- چند بار؟ ۲- خیر ☐

روابط جنسی:

۵۳) آیا تا به حال با فردی غیر از همسر خود ارتباط جنسی داشته اید؟

۱- بلی ☐ در زنان: ۱- چندبار

در مردان: ۱-۲- غیر روسپی چند بار
۱-۳- روسپی چند بار

۲- خیر ☐

۵۴) در طول یک سال گذشته چطور؟ ۱- بلی ☐ ۲- خیر ☐

۵۵) آیا تا به حال با افراد همجنس ارتباط جنسی داشته اید؟ چند بار؟

۱- بلی ☐ ۱-۱- چندبار ۲- خیر ☐

۵۶) در طول یک سال گذشته چطور؟ ۱- بلی ☐ ۲- خیر ☐

۵۷) معمولاً چه قدر از کاندوم (کاپوت) استفاده می کنید؟

۱- اغلب اوقات ☐ ۲- نیمی از موارد ☐ ۳- کمتر از نیمی از موارد ☐ ۴- بندرت ☐ ۵- اصلاً ☐

جرائم: (طی یک سال گذشته)

۵۸) آیا در طول سال گذشته دستگیر شده اید؟ چند بار؟

۱- بلی ☐ ۱- چندبار ۲- خیر ☐

۵۹) آیا در طول سال گذشته زندانی شده اید؟ چند بار؟



۲ - خیر ☐

چندبار؟

۱-۱ ☐ بلی

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

- ۱- مصرف مواد ☐ ۲- خرید و فروش مواد ☐ ۳- ضرب و جرح ☐ ۴- سرقت ☐ ۵- تصادف رانندگی ☐ ۶- کلاهبرداری ☐
۷- سایر ☐ (ذکر شود).....

سوالات ترک

۶۱) آیا تا به حال اقدام به ترک کرده‌اید؟

۱-۱ ☐ بلی ☐ چندبار

۲ - خیر ☐

۶۲) چند سال پس از اولین مصرف برای ترک اقدام کردید؟

۶۳) اولین بار در کجا ترک کردید؟

- ۱- مطب خصوصی یا کلینیک ☐ ۲- عطاری ☐ ۳- گروه‌های خودیاری ☐ ۴- منزل خودم ☐ ۵- مراکز درمانی دولتی ☐
۶- منزل بستگانم ☐ ۷- منزل دوستانم ☐ ۸- سایر ☐ (ذکر شود).....

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

- ۱- داروهای مسکن ☐ ۲- TC مرکز اجتماع درمان مدار ☐ ۳- گروه‌های خودیاری ☐ ۴- بدون هیچ دارویی (سقوط آزاد) ☐
۵- زوج‌درمانی و خانواده درمانی ☐ ۶- گروه درمانی ☐ ۷- فوق سریع ☐ ۸- داروهای گیاهی ☐ ۹- کپسول دست‌ساز ☐ ۱۰- قرصهای مخدر ☐ ۱۱- سم زدایی با متادون ☐ ۱۲- درمان نگهدارنده با متادون ☐ ۱۳- درمان نگهدارنده با نالتراکسون ☐ ۱۴- سم زدایی با بوپره نورفین ☐
۱۵- درمان نگهدارنده با بوپره نورفین ☐ ۱۶- سایر ☐ (ذکر شود).....

۶۵) آخرین بار به چه روشی ترک کردید؟ و چه مدت پاک بودید؟

۱- شماره گزینه روشهای سوال قبل و و و و

۲- مدت پاکی سال ماه

۶۶) در طول یک سال گذشته چند بار اقدام به ترک کردید؟

۶۷) در طول سال گذشته برای درمان به کجا مراجعه کردید؟

- ۱- مرکز درمان سرپایی دولتی ☐ ۲- مرکز اجتماع درمان مدار ☐ ۳- مرکز درمان سرپایی خصوصی ☐ ۴- مرکز درمان بستری خصوصی ☐
۵- تشکلهای مردمی (تولدی دوباره، NA، خانه های بهبودی) ☐ ۶- بیمارستان ☐ ۷- مراکز درمان گذری DIC ☐
۸- سایر ☐ (ذکر شود)..... ۹- هیچکدام ☐

۶۸) در طول سال گذشته (تومان) برای درمان خود چقدر هزینه کردید؟

۶۹) چند درصد اوقات مواد را با افراد معتاد مصرف میکنید؟% (۷۰) معمولاً با چند نفر معتاد

۷۱) چند درصد اوقات مواد را با افراد مصرف کننده تفنی/ تفریحی مصرف میکنید؟%

۷۲) معمولاً با چند نفر مصرف کننده تفنی

کد مواد و واحد اندازه گیری آنها

۴ سوخته (گرم)	۳ شیره تریاک (گرم)	۲ تریاک (گرم)	۱ حشیش (گرم)
۸ شیشه (کریستال) (سوت)	۷ کراک (گرم)	۶ هروئین (گرم)	۵ شیره سوخته (گرم)
۱۲ الکل (بتر)	۱۱ نورجیزک (آمپول)	۱۰ بوپره نورفین (قرص، آمپول)	۹ اکستیزی (قرص)
۱۶ پان	۱۵ ال اس دی	۱۴ داروهای مخدر	۱۳ کوکائین (گرم)
			۱۷ سایر

کد روشها

۴ تزریق	۳ انفیه (دماغی)	۲ خوردن	۱ دودی
۸ اماله	۷ پوستی	۶ زیر زبانی	۵ استنشاق

کد محل‌های مصاحبه

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

طرح ارزیابی سریع وضعیت سوءمصرف و وابستگی به مواد در ایران

مؤسسه داریوش (سال ۱۳۸۶)

پرسشنامه شماره ۲

مصاحبه عمیق با افراد معتاد

(۱) نام استان:	(۲) شماره	ردیف
(۳) کد محل مصاحبه ☐	(۴) کد مصاحبه کننده ☐	
(۵) تاریخ		

(۶) چرا برخی معتادان به درمان تخصصی مراجعه نمی کنند؟ موانع درمان کدامند؟

(۷) برای آنکه درمان برای معتادان بهتر و مطلوبتر باشد باید چه کرد؟

(۸) تجربه خود را از دستگیری بیان فرمایید؟

(۹) برای بهبود وضعیت دستگیری باید چه کرد؟

(۱۰) تجربه خود را از زندان بیان فرمایید؟

(۱۱) برای بهبود وضعیت زندان باید چه کرد؟

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

مؤسسه داریوش (سال ۱۳۸۶)

پرسشنامه شماره ۳

مصاحبه عمیق با خانواده معتادان

(۱) نام استان:	(۲) شماره	ردیف
(۳) کد محل مصاحبه ☐	(۴) کد مصاحبه کننده ☐	
(۵) تاریخ		

(۶) چطور فهمیدید که وابسته شما معتاد شده است؟

(۷) در مقابل اعتیاد او چه واکنشی نشان دادید؟

(۸) واکنش شما در برابر او چه اثری داشت؟

(۹) چه اتفاقاتی افتاد تا وی به درمان رضایت داد؟

(۱۰) برای همکاری با او چه کردید؟

طرح ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد در ایران
مؤسسه داریوش (سال ۱۳۸۶)

پرسشنامه شماره ۴

مصاحبه عمیق با افراد کلیدی

نام استان:	(۲) شماره	ردیف
(۳) کد محل	مصاحبه	(۴) کد مصاحبه کننده
(۵) تاریخ		
(۶) تخصص یا سمت مصاحبه شونده :		

(۷) به نظر شما در حوزه اعتیاد چه اتفاقات جدیدی افتاده است؟

(۸) به نظر شما برای ساماندهی وضعیت اعتیاد در کشور چه اقداماتی دیگری باید صورت گیرد؟

(۹) تجربه خود را در حوزه اعتیاد شرح دهید؟

طرح ارزیابی سریع وضعیت سوءمصرف و وابستگی به مواد در ایران

مؤسسه داریوش (سال ۱۳۸۶)

پرسشنامه شماره ۵

ویژه افراد مصرف کننده تفنی

(۱) نام استان:	(۲) شماره	ردیف
(۳) کد محل مصاحبه ☐	(۴) کد مصاحبه کننده ☐	
(۵) تاریخ		

(۶) چند درصد اوقات مواد را با افراد معتاد مصرف میکنید؟ %.....

(۷) معمولاً با چند نفر معتاد ☐

(۸) چند درصد اوقات مواد را با افراد مصرف کننده تفنی / تفریحی مصرف میکنید؟ %.....

(۹) معمولاً با چند نفر مصرف کننده تفنی ☐

دستورالعمل تکمیل پرسشنامه‌های

طرح ارزیابی سریع وضعیت سوءمصرف و وابستگی به مواد در ایران

(سال ۱۳۸۶)

- در هر پرسشنامه در قسمت شماره ردیف به ترتیب تکمیل پرسشنامه‌ها اعداد قید می‌شوند (۰/۱ / ۰/۲ / ۰/۳ / و ۱۲۱)
- کد محل مصاحبه نیز به تفکیک مکانهای مصاحبه براساس جدول زیر پر خواهد شد.

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

- به علت آن که بالای پرسشنامه سال ۸۶ قید شده است تاریخ تنها به روز و ماه اختصاص دارد. لذا به شکل مقابل تکمیل خواهد شد به معنی

۴	۰	۵	۰
---	---	---	---

- در مورد هر سوال که نیاز به توضیح بیشتر بود/ آن را به صورت دستی در کنار سوال مربوطه قید نمایید.

مجوز

- جعبه مقابل 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.

۵	۰
---	---

- 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	براساس جدول ۱
پرسشنامه ۲	به تعداد کافی (بین ۵ تا ۱۰ پرسشنامه)
پرسشنامه ۳	به تعداد کافی (بین ۵ تا ۱۰ پرسشنامه)
پرسشنامه ۴	به تعداد کافی (بین ۵ تا ۱۰ پرسشنامه)
پرسشنامه ۵	۲۰ پرسشنامه

پرسشنامه ۱:

سوال ۱۸- در این سوال مشاغل نیازمند توضیح/ عبارتند از:

- کارگر ساده: این کارگران کار بدنی زیادی دارند آموزش برای ارائه خدمات آنها نیاز نیست مانند: آبپاش/ واکسی/ حمال/ 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: کوپن فروش/ دلال مواد/ شیشه‌پاک کن/ ماشین‌شور و ...

سوال ۲۲- در این سوال اگر فرد معتاد با خانواده زندگی می‌کند درآمد وی با کل خانواده جمع می‌شود.

سوال ۲۷- در این سوال به ترتیب انواع مواد مصرفی و تغییر روش مصرف را که از ابتدا فرد مصرف‌کننده شروع کرده با سن شروع آن و نحوه مصرف وارد می‌کنید. در این جدول رویدادهای مصرف ذکر میشود و از یکبار یا چند بار تجربه مصرف چشم پوشی میشود. مانند:

فرآیند مصرف مواد :

سن شروع	سن پایان	کد/کدهای روش مصرف	کد ماده	سن شروع	سن پایان	کد/کدهای روش مصرف	کد ماده
۱	۱۲	۲	۱۶	تا حال	۶	۷	۱
۲	۱	۱	۱۸	۲۳	۷		
۳	۲	۱	۱۹	۲۲	۸		
۴	۲	۲	۲۲	۲۴	۹		
۵	۹	۲	۲۳	۲۴	۱۰		

پرسشنامه‌های کیفی شماره ۴ برای هر یک از گروههای افراد کلیدی زیر حداقل ۴ 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
آذربایجان شرقی	۲۶	۲۶	۲۳۷
آذربایجان غربی	۲۰	۲۰	۱۸۵
اردبیل	۲۰	۲۰	۱۸۵
اصفهان	۲۷	۲۷	۲۴۷
ایلام	۲۰	۲۰	۱۸۵
بوشهر	۲۰	۲۰	۱۸۵
تهران	۱۴۴	۱۴۴	۱۳۳۲
چهارمحال و بختیاری	۲۰	۲۰	۱۸۵
خراسان رضوی	۲۰	۲۰	۱۸۵
خراسان شمالی	۲۰	۲۰	۱۸۵
خوزستان	۲۰	۲۰	۱۸۵
زنجان	۲۰	۲۰	۱۸۵
سمنان	۲۰	۲۰	۱۸۵
سیستان و بلوچستان	۲۰	۲۰	۱۸۵
فارس	۲۳	۲۳	۲۰۰
قزوین	۲۰	۲۰	۱۸۵
قم	۲۰	۲۰	۱۸۵
کردستان	۲۰	۲۰	۱۸۵
کرمان	۲۰	۲۰	۱۸۵
کرمانشاه	۲۰	۲۰	۱۸۵
گلستان	۲۰	۲۰	۱۸۵
کهگیلویه و بویر احمد	۲۰	۲۰	۱۸۵
گیلان	۲۰	۲۰	۱۸۵
لرستان	۲۰	۲۰	۱۸۵
مازندران	۲۰	۲۰	۱۸۵
مرکزی	۲۰	۲۰	۱۸۵
همدان	۲۰	۲۰	۱۸۵
هرمزگان	۲۰	۲۰	۱۸۵
یزد	۲۰	۲۰	۱۸۵