

راهکارهایی برای ارتقاء روش درمان نگره‌دارنده با متادون در زندان‌های ایران: مطالعه کیفی

قباد مرادی^۱، مرضیه فرنیآ^۲، سعیده جعفری^۳، خالد رحمانی^۴، محمد شهبازی^۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۵/۱۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۸/۰۵

چکیده

درمان نگره‌دارنده با متادون یکی از مهم‌ترین اقداماتی است که از حدود ۱۰ سال پیش و با توجه به افزایش موارد ابتلا به اچ.آی.وی در گروه معتادان تزریقی در راستای کاهش آسیب در زندان‌های ایران اجرا می‌شود. مطالعه حاضر با هدف شناخت راهکارهای ارتقاء این برنامه از دیدگاه پزشکان، مشاوران، کارشناسان، رؤسا و مدیران زندان‌های کشور انجام شد. داده‌های مطالعه از طریق ۱۴ بحث گروهی متمرکز که در هر گروه بین ۸ تا ۱۱ نفر شرکت‌کننده وجود داشت، طی سال‌های ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹ در میان پزشکان، مشاوران، کارشناسان، رؤسا و مدیران زندان‌های کل کشور جمع‌آوری شد. از روش تحلیل محتوا برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. تهیه و بازبینی و اجرای صحیح پروتکل‌ها، توجه به هم‌سو کردن فعالیت‌های درمان نگره‌دارنده با متادون در زندان‌ها و جامعه عمومی، ارائه آموزش‌های توجیهی به تمام افراد مرتبط با برنامه (زندانیان، خانواده زندانیان، قضات و مسئولان زندان‌ها)، توجه به اشتغال زندانیان و تقویت مراقبت‌های پس از خروج و همچنین تقویت روش‌های روان‌درمانی در کنار درمان نگره‌دارنده با متادون تعدادی از مهمترین راهکارهای ارائه شده بودند. استفاده از این نتایج می‌تواند به ارتقاء برنامه درمان نگره‌دارنده با متادون در زندان‌های ایران کمک کند.

واژگان کلیدی: درمان نگره‌دارنده با متادون، زندان، ایران، مطالعه کیفی

۱. نویسنده مسئول: استادیار دانشگاه علوم پزشکی کردستان، پست الکترونیک: moradi_gh@yahoo.com

۲. پزشک عمومی، مدیرکل دفتر پژوهش سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان

۴. دانشجوی دکترای تخصصی اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۵. پزشک عمومی، پروژه صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا در زندان‌ها

مقدمه

وابستگی به مواد، اختلالی مزمن و اغلب بازگشت‌کننده است که فرد را مستعد مشکلات جدی سلامتی مانند مشکلات روانی و سایر بیماری‌ها از جمله ایدز و هپاتیت می‌کند (آنگلین و حسر^۱، ۱۹۹۳). با وجود درمان‌های مختلف، بسیاری از معتادان به مواد مخدر قادر به ترک و پرهیز دائمی مصرف مواد مخدر نیستند و در صورت نبود روش درمان محافظت‌کننده، ناگزیر از تهیه و مصرف مداوم مواد مخدر به هر شکل خواهند بود. بنابراین به نظر می‌رسد که برنامه‌های ترک کامل مواد مخدر چندان موفقیت‌آمیز نیستند و به جای آن به برنامه‌های کاهش آسیب توجه بیشتری می‌شود (بنازاده، عابدی و خردمند، ۲۰۰۹). یکی از روش‌های کاهش آسیب که علاوه بر پیشگیری از بازگشت مجدد مواد، باعث بهبود کیفیت روانی و جسمانی بیمار می‌شود، درمان نگه‌دارنده با متادون^۲ است (دولان، وداک و هال^۳، ۱۹۹۸).

۴۶

درمان نگه‌دارنده با متادون یکی از اقدام‌های مهمی است که در راستای اهداف کاهش آسیب به‌ویژه برای کاهش خطرات ناشی از اعتیادهای تزریقی انجام می‌شود. این روش امکان منع استفاده از مواد مخدر غیرقانونی را برای بیمار فراهم آورده و استفاده از روش‌های پرخطر اعتیاد مانند نیاز به تزریق را کم می‌کند (ماتیک، برین، کیمبر و داوولی^۴، ۲۰۰۹). در برنامه‌های کاهش آسیب مانند درمان نگه‌دارنده با متادون برخلاف روش سم‌زدایی که باهدف ترک اعتیاد صورت می‌گیرد، هدفش کاهش آسیب‌های ناشی از مصرف مواد و بهبود کیفیت زندگی است (آنستیس، استرایک و براندز^۵، ۲۰۰۹). درمان نگه‌دارنده با متادون به مدت طولانی و گاهی همیشه ادامه می‌یابد و گاهی در صورت قطع درمان پس از مدت کوتاهی بازگشت اتفاق می‌افتد (هاریس و مک‌الراس^۶، ۲۰۱۲). اگرچه این برنامه موجب ترک اعتیاد نمی‌شود، اما برنامه درمان نگه‌دارنده با متادون منافع زیادی دارد و از

1. Anglin & Hser

2. Methadone maintenance therapy

3. Dolan, Wodak & Hall

4. Mattick, Breen, Kimber & Davoli

5. Anstice, Strike & Brands

6. Harris & McElrath

جمله می‌تواند جنبه‌های مختلف بهداشتی زندگی فرد معتاد به مواد مخدر غیرقانونی را ارتقا بخشد (مایکلز و استور^۱، ۲۰۱۲).

این برنامه احتمال عفونت‌های منتقل‌شونده از راه خون مانند اچ.آی.وی یا ایدز^۲ را کاهش می‌دهد (جوزف، استنکلیف و لانگرود^۳، ۲۰۰۰). از نظر تأثیرات روانی و اجتماعی این برنامه، افراد تحت پوشش معمولاً به شیوه زندگی متعادل و باثباتی دست می‌یابند که شامل بهبود وضعیت تغذیه و خواب می‌شود. این افراد کمتر دچار استرس نحوه تهیه مواد مخدر می‌شوند. همچنین میزان جرم جهت تأمین هزینه خرید مواد مخدر غیرقانونی در جامعه کاهش می‌یابد (آکوستا، مارش، ژی، گارینو و آپونته-ملندز^۴، ۲۰۱۲؛ بل و زادور^۵، ۲۰۰۰؛ لینو^۶ و همکاران، ۲۰۱۰؛ نانس، سلیمان و لوین^۷، ۲۰۰۴). براساس شواهد موجود، امروزه از درمان نگه‌دارنده با متادون به‌منظور کاهش آسیب در معتادان در بسیاری از نقاط مختلف دنیا استفاده می‌شود (فرنیاء و همکاران، ۲۰۱۳).

۴۷

باوجود تفاوت‌های زیاد در اهداف و سیاست‌گذاری‌ها و روش‌های اجرای درمان نگه‌دارنده با متادون، این روش در اغلب ارزیابی‌ها نتایج مثبتی داشته است (دمایر^۸ و همکاران، ۲۰۱۱؛ هیمر^۹ و همکاران، ۲۰۰۶؛ لارنی، توسون، برنز و دولان^{۱۰}، ۲۰۱۲). همچنین درمان نگه‌دارنده با متادون از شیوع بیماری‌های عفونی منتقله از طریق خون^{۱۱} در جامعه جلوگیری می‌کند (مورو و کاستلو^{۱۲}، ۲۰۰۴؛ شهبازی، فرنیاء، مرادی و ابراهیمی، ۲۰۱۰). ایدز به‌صورت اپیدمی متمرکز در بین معتادان تزریقی در ایران، در اواخر دهه ۷۰ و ابتدای دهه ۸۰ شمسی شروع و انتشار یافت. پس از اثبات بروز موارد ایدز در بین معتادان تزریقی در ایران، یکی از مهمترین اقدامات کاهش آسیب برای پیشگیری از تزریقات مشترک و جلوگیری از بروز بیماری‌های مهمی همچون ایدز و هپاتیت که مورد توجه مسئولان وزارت بهداشت و سازمان زندان‌ها در

1. Michels & Stover
2. HIV/AIDS
3. Joseph, Stancliff & Langrod
4. Acosta, Marsch, Xie, Guarino & Aponte-Melendez
5. Bell & Zador
6. Lino
7. Nunes, Sullivan & Levin
8. De Maeyer
9. Heimer
10. Larney, Toson, Burns & Dolan
11. Blood Transmitted Disease
12. Morrow & Costell

ایران قرار گرفت، اجرای برنامه‌های کاهش آسیب و به‌خصوص درمان نگاه‌دارنده با متادون بود. از آنجا که بسیاری از معتادان تزریقی به‌صورت مکرر به حبس در زندان‌ها محکوم می‌شدند، اجرای این برنامه در زندانیان اهمیت زیادی پیدا کرد و این برنامه به‌سرعت در خدمات بهداشتی و درمانی زندان‌ها ادغام شد (فرنیا، ابراهیمی، شمس و زمانی، ۲۰۱۰).

برنامه درمان نگاه‌دارنده با متادون از سال ۱۳۸۱ به‌صورت محدود در بعضی از مراکز در ایران اجرا شد اما اجرای آن در زندان‌ها از سال ۱۳۸۳ آغاز شد و به‌تدریج در زندان‌ها گسترش پیدا کرد و اکنون بسیاری از زندان‌های ایران این خدمت را اجرا می‌کنند و همچنین ایران به‌عنوان یکی از کشورهای پیش‌گام در این زمینه در دنیا شناخته شده است (فرنیا و دیگران، ۲۰۱۰). از آنجا که درصد زیادی از افراد زندانی کسانی هستند که به‌خاطر جرم‌های مرتبط با مواد مخدر زندانی می‌شوند، درمان نگاه‌دارنده با متادون می‌تواند موجب بهبود شاخص‌های مختلف سلامت افراد تحت پوشش به‌ویژه در زندان‌های کشور شود. آنچه غیرقابل انکار است این که در سال‌های اخیر با اجرای درمان نگاه‌دارنده با متادون در کنار دیگر راهبردهای کاهش آسیب، موارد جدید شناسایی شده‌ایدز در زندان‌ها و البته جامعه کاهش چشم‌گیری داشته است (فرنیا و دیگران، ۲۰۱۰؛ نواده و دیگران، ۲۰۱۳؛ شهبازی، فرنیا، رحیمی و مرادی، ۲۰۱۴). باوجود همه موفقیت‌هایی که این برنامه در زندان‌ها داشته است به‌نظر می‌رسد که این برنامه هنوز کاستی‌هایی در اجرا دارد. انتظار می‌رود کسانی که به‌عنوان مجریان برنامه در سطوح مختلف سازمان زندان‌ها فعالیت می‌کنند، بیشتر با این کاستی‌ها و مشکلات اجرای برنامه آشنا باشند. همچنین باوجود این که ایران یکی از بزرگترین پروفایل‌های اجرای برنامه درمان نگاه‌دارنده با متادون را در بین زندان‌های دنیا دارد هنوز پژوهش‌های اندکی در زمینه چگونگی اجرای برنامه وجود دارد. بر همین اساس، مطالعه حاضر با هدف شناخت راهکارهای ارتقاء اجرای برنامه درمان نگاه‌دارنده با متادون از دیدگاه پزشکان، مشاوران، کارشناسان، رؤسا و مدیران زندان‌های ایران (به‌عنوان صاحبان فرایند) به‌روش کیفی انجام شد.

روش کار

این مطالعه بخشی از یک مطالعه کیفی بزرگ است که در سال‌های ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹ در زندان‌های کشور صورت گرفت. جامعه مورد پژوهش شامل رؤسا و مدیران، پزشکان و مشاوران و کارشناسان زندان‌های کشور بودند. داده‌ها با روش بحث متمرکز گروهی^۱ که در هر گروه بین ۸ تا ۱۱ نفر شرکت‌کننده جود داشت، جمع‌آوری شد. برای انجام پژوهش، داده‌ها از طریق چهارده بحث گروهی متمرکز، شامل هفت مورد با پزشکان، مشاوران و کارشناسان بهداری زندان‌ها و هفت مورد با رؤسا و مدیران زندان‌های کشور جمع‌آوری شد. روش نمونه‌گیری در این مطالعه کیفی، نمونه‌گیری هدفمند (با رویکرد هتروژن) بود. بعد از پایان هر یک از بحث‌های گروهی همه محتوای بحث شرکت‌کنندگان، پیاده و تایپ می‌شد. متن تایپ شده براساس طرح تحلیل محتوی^۲ تحلیل می‌شد. برای یافتن طبقات^۳ آنالیز محتوی از نرم‌افزار open code استفاده شد. براساس تفسیر و استنباط محققان بعد از استخراج طبقه‌ها و دسته‌بندی آنها، ادغام و ترکیب طبقه‌های مشابه صورت گرفت و در نهایت براساس اهداف مطالعه، نتایج نهایی استخراج شد.

به‌طور کلی محققان با بکارگیری روش‌های کاهش خطا در پژوهش‌های، سعی در به حداقل رساندن میزان این خطاها کردند. در پژوهش حاضر برای افزایش اعتبار یا باورپذیری^۴ مطالعه، افرادی وارد مطالعه شدند که تجربه‌ای از زندان، زندانی، اعتیاد و سلامت را داشته باشند. به عبارتی، دیدگاه‌ها و نظرات صاحبان فرایند برای ارتقاء برنامه درمان نگه‌دارنده با متادون استخراج شد. قابلیت ثبات و اعتماد^۵ با استفاده از نظرات تیم تحقیق در بازنگری متن‌های پیاده شده و کدبندی و تحلیل مطالب توسط محققان حاصل شد. در جریان انجام تحقیق، گزارش‌ها و دست‌نوشته‌های تحقیق به چند نفر محقق و کارشناس داده شد. برای افزایش قابلیت تأییدپذیری^۶ تحقیق، بحث و بررسی‌های لازم در

تیم پژوهش درخصوص یافته‌های متناقض و دستیابی به اجماع نهایی انجام شد. در این بررسی سعی شده قابلیت انتقال^۱ با فراهم کردن توصیف غنی از داده‌ها تأمین شود. همچنین برای افزایش قابلیت انتقال مطالعه از شرکت کنندگانی که از نظر موقعیت شغلی و تحصیلی متفاوت بودند استفاده شد.

به‌منظور رعایت نکات اخلاقی در پژوهش، در ابتدای مطالعه برای ضبط صداها از شرکت کنندگان در مطالعه اجازه گرفته می‌شد و در صورت رضایت نداشتن، صدا ضبط نمی‌شد. همچنین به آنها اطمینان داده می‌شد که محتوای بحث‌های آنها محرمانه مانده و در ارائه گزارش به هیچ وجه به هویت هیچ کدام از شرکت کنندگان اشاره نخواهد شد. شرکت کنندگان می‌توانستند در هر زمان مطالعه را ترک کنند. اجازه و پیشنهاد انجام این مطالعه از طریق مدیریت بهداشت و درمان، سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور داده شد و پس از طی مراحل قانونی اجرا شد.

یافته‌ها

۵۰

یافته‌های این پژوهش که حاصل پیشنهادها و راهکارهای ارائه شده توسط پزشکان، مشاوران، مدیران و رؤسای زندان‌ها است در دو بخش کلی دسته‌بندی شده است: الف. پیشنهادات و راهکارهای فوری برای ارتقاء درمان نگه‌دارنده در زندان‌ها؛ ب. پیشنهادها و راهکارهای درازمدت و بنیادی برای ارتقاء درمان نگه‌دارنده در زندان‌ها. هریک از بخش‌ها در طبقات مجزایی آورده شده است.

الف. پیشنهادها و راه‌حل‌های فوری ارائه شده برای ارتقاء برنامه درمان نگه‌دارنده با متادون در زندان‌ها:

در این بخش بیشتر شرکت کنندگان معتقد بودند که باید نحوه ورود و خروج یا به عبارتی نحوه پذیرش افراد به برنامه درمان نگه‌دارنده با متادون اصلاح شود و پروتکل‌ها به صورت صحیح اجرا شود. اغلب شرکت کنندگان معتقد بودند که پزشکان و سایر اعضای تیم

درمانی باید اختیارات کافی در زمینه ورود و خروج و درمان افراد را داشته باشند. همچنین اغلب شرکت کنندگان معتقد بودند که نیروی انسانی کامل (شامل پزشک، مشاور و مددکار) برای اجرای بهتر برنامه در تمام زندان‌های ارائه دهنده خدمات درمان نگه‌دارنده با متادون باید تأمین شود. اغلب شرکت کنندگان معتقد بودند که برگزاری کلاس‌های آموزشی جهت ایجاد شناخت بهتر در خصوص برنامه، از ضروریات ادامه و ارتقاء اجرای این برنامه است. آموزش‌هایی که بر گروه‌های هدف (شامل زندانیان، خانواده‌های زندانیان، قضات و مسئولان زندان‌ها) متمرکز بوده و معتادان را جهت ورود و پیگیری برنامه تشویق کند در این برنامه مورد نیاز است. پیشنهادها یا راهکارهای فوری به‌همراه خلاصه نظرات شرکت کنندگان در جدول شماره یک آمده است.

جدول شماره ۱: پیشنهادها و راه‌حل‌های فوری ارائه شده برای ارتقاء برنامه درمان نگه‌دارنده با متادون توسط پزشکان، مشاوران، کارشناسان، رؤسا و مدیران زندان‌ها

گروه: پزشکان، مشاوران و کارشناسان بهداشت و درمان زندان‌ها

پیشنهادها:

۱- توجه بیشتر به پیشگیری از ورود و فروش غیرقانونی متادون در زندان به منظور افزایش اثربخشی برنامه

نظر شرکت کننده در مطالعه: باید مبارزه با ورود متادون غیرقانونی به بندها در زندان‌ها به‌روز شده و با قاچاق مواد برخورد شود. یکی از مواردی که تو زندان زیاد باهش درگیر هستیم با این متادونی‌ها بعد از مدتی که اینا مصرف میکنن به هر ترفندی میخوان متادون رو ببرن تو. یعنی ما همیشه با این مسئله درگیر هستیم که یه جوری میخوان ببرن تو، خرید و فروش کنن و از وقتی که متادون درمانی شروع شده ما همیشه درگیر بودیم. باید دو سه تا باشیم بالاسرشون مصرف کنن. بعد از خوردن متادون کنترلشون کنیم ببرن تو. یکی از معایبش که واقعا اذیت میکنه مارو اینه...

۲- جداسازی افراد تحت پوشش درمان نگه‌دارنده با متادون در زندان‌ها

نظر شرکت کننده در مطالعه: تفکیک بند مخصوص افراد تحت درمان نگه‌دارنده با

متادون از اقدامات مؤثر در ارتقاء برنامه می‌تواند باشد. بند مجزا داشته باشه مثلاً خوب اگه قراره از بن‌دای دیگه هم کسی وارد متادون بشه اینا بیان اختصاصاً بیان بند دیگه همون روان‌درمانی هم می‌تونن بعد از اون همزمان روشن انجام بدن.

۳- استفاده از گروه‌های همسان

نظر شرکت‌کننده در مطالعه: استفاده از گروه‌های همسان در ارائه آموزش‌ها به افراد تحت پوشش برنامه مفید است. اونهایی که توسط معتادان گمنام^۱ ترک کرده‌اند، همیشه پایدارتر و ثابت‌تر بوده‌اند، نسبت به اونهایی که با متادون و با روش‌های پزشکی ترک کرده‌اند. واقعاً موفقیت‌آمیز بوده.

۴- جلب اعتماد معتادان زندانی و اصلاح شیوه‌های گزینش معتادان برای ورود به برنامه

نظر شرکت‌کننده در مطالعه: جلب اعتماد معتادان زندانی و تشویق آنها به ورود به برنامه و همچنین آگاهی دادن به معتادان در خصوص مزیت‌های استفاده از متادون از فعالیت‌های مؤثر در برنامه است. الان اگه ما از طریق معتادان داریم آسیب می‌بینیم اینه که افرادی که تحت پوشش متادون قرار می‌گیرن به صورت علمی پذیرش نمیشن.

۵- نصب دوربین‌های مداربسته در داخل زندان برای کنترل بندها

نظر شرکت‌کننده در مطالعه: با نصب دوربین‌های مداربسته می‌تونن بندها، کلیه بندها رو کنترل کنن

۶- کنترل منظم افراد تحت پوشش برنامه برای منع استفاده از سایر داروها و مخدرها

نظر شرکت‌کننده در مطالعه: همچنین ترغیب بیماران به استفاده صرف از متادون و استفاده نکردن از دیگر مخدرها در کنار متادون از اهداف این برنامه می‌تواند باشد. یه عده از بیمارانی که اعتیاد دارند بهره‌جویی خیلی بالایی دارند یعنی میان یه راهی رو پیدا میکنن که مکمل اون متادون باشه مثلاً هیوسین رو استفاده میکنن از یه طرف هیوسین رو استفاده میکنن که نشئه گیشون از بین میره به اصطلاح خودشون یه متادونی رو خرید و فروش میکنن، معامله میکنن دوباره به حالت اول برگرده.

۷- مکانیزه‌شدن سیستم توزیع و ثبت پرونده‌های افراد تحت پوشش درمان

نگه‌دارنده با متادون

نظر شرکت‌کننده در مطالعه: مکانیزه‌شدن و استفاده از کارت‌های هوشمند درمانی جهت ثبت سوابق بیمار و تسهیل دسترسی وی به خدمات در کلیه مراکز از جمله اقدامات توصیه شده است.

یه مشکل دیگه هم که داره اینه که با پیشرفت علم و تکنولوژی ما هنوز داریم با سیستم دستی و سنتی کار می‌کنیم. کامپیوتری شده باشه که وقتی میزنی دز دارو وارد بشه مثلاً با یه اثر انگشت میزان داروش مشخص بشه دیگه کم و زیاد نمی‌شه. بعد همونجا ریخته میشه و خورده میشه.

۸- تعیین مددکارهایی به‌عنوان پل ارتباطی خانواده و زندان

نظر شرکت‌کننده در مطالعه: من پیشنهادم اینه که یه نفر مددکار اجتماعی خیلی خوب رو تو کلینیک‌های درمان‌نگه‌دارنده با متادون داشته باشیم، یا تو کلینیک‌های مثلثی که این‌روانشناسان این مددکار متادون مثلاً میگم شما اگه تشخیص بدید که این آقا رفته، حرفه آموزی هم کرده به مددکار بگیم خوب تو دست اینو بگیر بده به فلان کس ببینید، پیگیری اش، ببینید از نظر، برابر اون آیین‌نامه سازمان زندان‌ها هیچ کس بجز مددکار اجتماعی اونهم با اذن رئیس زندان، اجازه نداره با خانواده ارتباطی داشته باشه.

۹- قبول معتاد بعنوان یک انسان و تلاش در جهت بهبود زندگی وی

نظر شرکت‌کننده در مطالعه: باید آموزش کافی در مورد متادون درمانی در معتادان صورت گیرد. برگزاری کلاس‌های آموزشی و مشاوره توسط معتادان گمنام؛ فراهم کردن امکان آموزش‌های مکتوب به صورت جزوه در مورد متادون؛ می‌خواهم بگم اینکه صرفاً، بخوایم، با این دید یک نفر نگرانه که در واقع فقط بخوایم کاهش آسیب رو ببینیم، ولی یک ملاحظاتی هم داره، یعنی کار باید یعنی ما بعنوان یک انسان اون بیمارمان رو ببینیم اول، که قرار هستش که یک زندگی خیلی خوب و مطلوبی در آینده داشته باشد تو جامعه. این خانواده داره، همه اینها رو کلیتاً ببینیم.

۱۰- ارائه رژیم‌های غذایی مناسب به زندانیان معتاد تحت پوشش درمان نگه‌دارنده با متادون

نظر شرکت‌کننده در مطالعه: یکی دیگه از مشکلات طرح نبود رژیم غذایی مناسب در زندان در کنار درمان است. یه سری عوارضی متادون میده که به عنوان مثال عارضه شایعش عارضه گوارشیه، یبوست میده. درمان یبوست همان جور که حالا همه میدونیم اول رژیم غذاییه. در صورتی که ما تو زندان اصلاً رژیم غذایی نداریم. همه رژیم غذاییمون برعکسه یعنی پرکالریه، چربیش بالاس، پروتئینش بالاس فیبر اصلاً نداره، میوه اصلاً نداریم، سالاد نمیتونیم به اینا بدیم. حتی اگه به مریض بگیم آب هم بخوره، آب هم نمیتونه زیاد بخوره. چقدر باید آب بخوره که یبوستش درمان بشه.

گروه: مدیران و رؤسای زندان‌ها

پیشنهادها:

۱- منع استفاده از قطع و ارائه متادون برای تنبیه

نظر شرکت‌کننده در مطالعه: نباید از قطع خودسرانه متادون به‌عنوان یک اهرم تنبیهی استفاده کرد. من اعتقاد دارم در همه چیز باید تشویق و تنبیه باشد حتی در متادون درمانی. یعنی اگر به زندانی بیاد بگه آقا بنده ترک کردم و بنا دارم ترک کنم این قرص شما رو هم نگیرم اصلاً نخورم خوب ما باید تشویقش کنیم.

۲- اصلاح نحوه تجویز دوزهای متادون

نظر شرکت‌کننده در مطالعه: قبل از هر چیز دوز دارو به تناسب میزان مصرف مواد مخدر فرد تعیین شود و تریبی داده شود که اگر فردی نیاز داشته باشد، متادون بیشتری به او ارائه شود. شروع درمان متادون با دوز مصرف موادی که داشته باید همخوانی داشته باشد. یعنی باید قبلش مشاوره شده باشد دوز مصرفش مشخص بشه. بعد در یک دوره درمانی درازمدت این کم بشه، ما می‌خوایم کمکش بکنیم.

۳- کنترل و نظارت شدید برای حفظ امنیت و بهبود کارها

نظر شرکت‌کننده در مطالعه: برای حفظ امنیت داخل زندان باید کمبود پرسنل را رفع کرد و نظارت‌ها را تشدید و از افراد متخصص استفاده کرد. همچنین ایجاد هماهنگی بیشتر بین پرسنل درمانی و پرسنل انتظامی امنیتی در زندان ضروری است. زندانی دوازدهم سالمه سالمه، اینقده استرس و فشاری روانی زندان بهش فشار آورده که اصلاً اهل قرص و اینجور چیزها نیست، اینقدر به قول خودش زده تو سرش تا چهار تا قرص گرفته و مصرف کرده تا راحت بخوابه.

۴- منع استفاده از آمار افراد تحت پوشش متادون درمانی به‌عنوان یک شاخص

موفقیت

نظر شرکت‌کننده در مطالعه: این که هر زندانی که آمار متادونش بالا باشه زندان بسیار خوبی من اصلاً به‌عنوان مثال ایشون فرمودند. یا هر زندانی که اصلاً اجرا نداره یا کم اجرا کرده بگن زندان بسیار خوبی، اصلاً معیار نباید قرار بگیره. معیار بلکه درست اجرا کردن پروتکل و اون درست اجرا کردن اون طرح باید قرار بگیره.

ب. پیشنهادها و راه‌حل‌های درازمدت و بنیادی ارائه شده برای ارتقاء برنامه درمان نکه‌دارنده با متادون

در بخش راه‌حل‌های درازمدت، شرکت‌کنندگان به تعدیل و اصلاح پروتکل‌ها اشاره داشتند. تقریباً بیشتر افراد بر ارائه آموزش‌های مدون، علمی، مستمر و برنامه‌ریزی شده و افزایش آگاهی‌های جامعه به‌عنوان یک روش مناسب بلندمدت برای ارتقاء برنامه تأکید داشتند. آنها معتقد بودند در صورتی که این حمایت‌ها در بیرون زندان تکمیل نشود، فعالیت‌های انجام شده در داخل زندان بی‌اثر می‌شود.

از نظر افراد مورد مطالعه لازم است کارهای زیر انجام شود:

- کارکنان لازم برای برنامه تکمیل شود؛
 - پروتکل متادون به‌صورت کامل اجرا شود؛
 - فضای جامعه هم با فرهنگ‌سازی وسیع و مناسب برای پیگیری درمان بعد از خروج از زندان هموار شود؛
 - هماهنگی‌های لازم با همه سازمان‌های درگیر انجام شود؛
 - متادون‌درمانی به‌سمت سم‌زدایی و درمان کامل هدایت شود.
- به‌طور کلی راهکارها و پیشنهادهای ارائه شده به‌همراه اصل نظرات شرکت‌کنندگان در جدول شماره دو خلاصه شده است.

جدول ۲: پیشنهادها و راه‌حل‌های درازمدت ارائه شده برای ارتقا برنامه درمان نکه‌دارنده با متادون توسط پزشکان، مشاوران، کارشناسان، رؤسا و مدیران زندان‌ها

گروه: پزشکان، مشاوران و کارشناسان بهداشت و درمان زندان‌ها

پیشنهادها:

۱- تهیه یک دستورالعمل دقیق، مناسب و به‌روز در زمینه برنامه کاهش آسیب در زندان‌ها نظر شرکت‌کننده در مطالعه: تهیه و طراحی یک برنامه منسجم و قوی در زمینه اعتیاد و کاهش آسیب در زندان‌های کشور شامل تعیین اهداف دقیق و بلندمدت برای برنامه متادون‌درمانی باشد که مدیران و مسئولان و مردم با آن آشنا باشند مهم است. هدفمون و دستورالعمل‌مون را دقیقاً مشخص کنیم.

۲- مشخص کردن اهداف درمان نگه‌دارنده با متادون و تلاش جهت ترک کامل

نظر شرکت‌کننده در مطالعه: کاهش آسیب و درمان باید هم‌زمان مدنظر قرار گیرند و برنامه‌ریزی دقیقی برای درمان با متادون انجام شود و در تعریف سازمان زندان‌ها تعریف ترک و درمان اعتیاد گنجانده شود. ما باید هدف‌مون رو مشخص کنیم. قراره کاهش آسیب بدیم، قراره از یه رفتار پرخطر بیاریم بیرون، اگر قراره اعتیادشو قطع کنیم حتماً باید در کنارش استانداردسازی کنیم.

۳- ایجاد هماهنگی بین سازمان‌های مختلف مرتبط با برنامه (هماهنگی‌های برون‌بخشی)

نظر شرکت‌کننده در مطالعه: تضادهای بین سازمان‌های مختلف در مورد متادون‌درمانی بررسی و تعیین تکلیف شود. باید هماهنگی خوبی در مورد برنامه متادون بین سازمان‌های مختلف ایجاد شود. مراکز متنوعی داریم. جدیداً به اصطلاح، مرکز مراقبت می‌خوان براش بلدان، خود مراکز بهداشت همه شهرستان‌ها دارند خودشون، بهزیستی‌ها دارن، آگه واقعاً بشه همه اینارو جمع‌بندی بکنیم یه کاسه بکنیم زودتر به نتیجه می‌رسیم.

۴- ارائه آموزش‌های همه‌جانبه به افراد مرتبط با برنامه و جذب نیروهای کارآمد

نظر شرکت‌کننده در مطالعه: مدیران و مسئولان، پزشکان و کادر بهداشتی و درمانی، قضات و نیروهای حفاظتی مرتبط با برنامه به تناسب وظیفه باید آموزش مناسبی در این زمینه کسب کنند. همچنین نیروهای کارآمدی جذب بشه.

۵- تقویت برنامه‌های روان‌درمانی در برنامه‌های مقابله با اعتیاد و کاهش آسیب

نظر شرکت‌کننده در مطالعه: اگر مشاوره خوب روش صورت بگیره میدونید که دیگه شخص به‌طور کامل از مواد کنده میشه. به شرطی که می‌گم مشاوره به‌دنبال مصرف متادون داشته باشه نه این که ما فقط بگیم دارو درمانی صرف و دیگه بس، کار به هیچ به اصطلاح روان‌درمانی شون نداشته باشیم.

۶- استفاده از مراکز جهت ارائه خدمات مراقبت بعد از خروج

نظر شرکت‌کننده در مطالعه: باید از ایجاد گسست در زنجیره ارائه خدمات پیشگیری کرد و حمایت‌هایی برای زندانیان بی‌بضاعت در خارج از زندان ارائه داده و تشکیلات مربوط به مراقبت پس از خروج را در تمامی شهرستان‌ها ایجاد کرد. کسانی که آزاد میشن خب، اینا شناسایی بشن و معرفی بشن به مراکز که حداقل، آموزش و شناخت بهشون بدن.

۷- توجه به اشتغال زندانیان پس از خروج از زندان و آموزش مهارت‌های شغلی و حرفه‌ای به آنها

نظر شرکت‌کننده در مطالعه: زندانی‌ها از اینجا که آزاد میشن مشکل بیکاری و مشکلات مالی

دارند، مسئله حرفه‌آموزی در زندان خیلی جدی‌تر گرفته بشه زمانی که زندانی میاد بیرون بدونه که مثلاً به شاگرد مکانیک میتونه باشه، الان، صنایع دستی کار می‌کنند برای وقت پرکردن توی زندان خوبه.

گروه: دیدگاه مدیران و رؤسای زندان‌ها

پیشنهادها:

۱- انجام فرهنگ سازی و ایجاد بسترهای لازم برای اجرای برنامه در سطح زندان و جامعه

نظر شرکت کننده در مطالعه: قبل از اینکه این همه هزینه کنیم، بیایم زمینه رو، بستر رو آماده بکنیم اگه این کارو کردیم موفقیم، نه تنها اینکه ما می‌گیم در الان همه موافقند این طرحه خوبیه، زمانی نتیجه خوبی داره که ما بیایم این موانع رو برطرف کنیم، بستر رو آماده بکنیم.

۲- فراهم سازی بودجه و امکانات لازم برای برنامه در تمام زندان‌ها

نظر شرکت کننده در مطالعه: باید منابع و تجهیزات کامل را تهیه کرده، اعتبارات لازم مهیا شده و برنامه متادون را در تمام کشور هماهنگ و یکسان ساخت. وقتی اعتبار اختصاص پیدا کنه برای کاهش آسیب، ما می‌تونیم دو تا بند اضافه تر بزنیم. می‌ضای بند یکمون رو نمی‌تونیم بدیم بند ۲، قرنطینه ای رو نمی‌تونیم بدیم تو بند ۱، ولی میتونیم اتاق قرنطینه مون رو ۴ تا کنیم بگین این ۴ نفری که متادون می‌خورن بیان تو این اتاق اونایی که نمی‌خورن برن تو اون ۲ تا اتاق دیگه.

۳- تجدید نظر در مورد قوانین جزایی مربوط به اعتیاد

نظر شرکت کننده در مطالعه: معتادان نباید زندانی شوند. باید در مورد جرمهایی که ناشی از اعتیاد است چاره ای اندیشیده شود. زندانی رو قاضی داره می‌فرسته، باید نگاه قاضی رو هم تو این مطالب ما وارد بکنیم.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که روش‌هایی هم چون اجرای دقیق پروتکل‌ها، تعریف دقیق معیارهای ورود و خروج، دادن اختیار کافی به تیم بهداشتی درمانی، تأمین تیم درمانی کامل (شامل پزشک، پرستار/بهبیار، روان‌شناس بالینی یا کارشناس مشاوره) در همه زندان‌ها، برگزاری کلاس‌های آموزشی در گروه‌های هدف، جداسازی افراد

تحت پوشش متادون درمانی در زندان‌ها، ترغیب بیشتر معتادان به استفاده از متادون و مکانیزه شدن سیستم توزیع متادون و ثبت پرونده افراد تحت پوشش می‌تواند در کوتاه‌مدت به ارتقاء اجرای برنامه درمان نگه‌دارنده با متادون در زندان‌های ایران کمک کند.

همچنین براساس دیدگاه شرکت‌کنندگان، راهکارهایی نظیر تهیه دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد برای اهداف مشخص، ایجاد هماهنگی‌های بین بخشی با سازمان‌های دیگر، ارائه آموزش‌های همه‌جانبه به افراد در جامعه، بسترسازی و تقویت بیشتر روش‌های روان‌درمانی، در نظر گرفتن مراکزی برای مراقبت و ادامه درمان در زمان خروج از زندان، توجه به اشتغال زندانیان پس از خروج از زندان و تجدید نظر در قوانین جزایی مرتبط با اعتیاد برای بهبود و ارتقاء اجرای برنامه در درازمدت می‌تواند منجر به ارتقاء برنامه در درازمدت شود.

نتایج این مطالعه که حاوی دیدگاه صاحبان فرایند برای ارتقاء آن بود از برخی جهات قابل بحث و بررسی است. آنچه که مشخص است تاکنون پژوهش‌های زیادی در دنیا، موفقیت اجرای درمان نگه‌دارنده با متادون به‌عنوان یک روش کاهش آسیب را تأیید کرده‌اند (هدریچ^۱ و همکاران، ۲۰۱۲؛ هیمر و همکاران، ۲۰۰۶؛ جانسون، مک دونالد، خاویر، مایریک و فیشر^۲، ۲۰۱۱؛ کینلاک، گردن، شوارتز، فیت جرال و اُگریدی^۳، ۲۰۰۹؛ لارنی و همکاران، ۲۰۱۲؛ اسمای، براون، وارکو و جوزوسکی^۴، ۲۰۱۱) و تناقضات در این زمینه کم است. به‌عنوان مثال در مطالعه‌ای در کشور مالزی، اشاره شده که برنامه‌های درمان نگه‌دارنده با متادون به‌خصوص در زندان می‌تواند اجرا شود اما اثربخشی بیشتر آن نیازمند اجرای دقیق پروتکل‌ها، تعیین دوز کافی و بهبود ارتباطات سیستم قضایی و پلیس برای کمک به زندانیان معتاد بعد از آزاد شدن است که با نتایج این بررسی نیز هم‌خوانی دارد (ویکرشام، مارکوس، کامارول زمان، زهاری و آلتیس^۵، ۲۰۱۳).

در مطالعه دیگری در کشور مالزی برای ارزیابی اثر دوز متادون روی ماندگاری معتادان بعد از خروج از زندان مشخص شده که ارائه دوز برابر و بیشتر از ۸۰ میلی گرم در روز باعث می شود که ۶۱/۵ درصد افراد بعد از ۱۲ ماه از زمان خروج از زندان هنوز ماندگاری بر درمان متادون داشته باشند، اما اگر دوز کمتر از ۸۰ میلی گرم باشد این میزان ماندگاری به ۲۱/۴ درصد می رسد (ویکشرام، زهاری، آزر، کامارول زمان و آلتیس، ۲۰۱۳).

در مورد توجه به تجدید نظر در قوانین جزایی مربوط به اعتیاد که یکی از نتایج به دست آمده است، مطالعه تأییدکننده‌ای توسط تورنر در اسپانیا انجام شده که براساس نتایج آن در کشور اسپانیا پس از تعدیل قوانین سخت گیرانه در ابتدای دهه ۱۹۹۰، جذب بیشتر افراد معتاد به مصرف متادون، کاهش مصرف مواد مخدر غیرقانونی و همچنین کاهش موارد ابتلا به اچ.آی.وی حاصل شده است (تورنر، فونسکا، کاستیلو و دومینگو^۱، ۲۰۱۳). از دیگر نتایج این پژوهش، توجه شرکت کنندگان به ایجاد مراکزی در خارج از زندان و هدایت معتادان به سمت این مراکز (بعد از اتمام دوره زندانی) برای تکمیل چرخه درمان و کاهش آسیب بود و این راهکار با نتایج مطالعه اُلیور و همکارانشان در انگلیس مطابقت داشت که ایجاد چنین مراکزی را برای منع گسست در درمان و کاهش جرائم و زندانی شدن مجدد معتادان مفید دانسته‌اند (اُلیور^۲ و همکاران، ۲۰۱۰).

در نظر گرفتن خصوصیات روحی و روانی افراد و توجه به مداخلات روان درمانی هم یکی از راهکارهای پیشنهاد شده بود که این یافته نیز با مطالعه ین در تایوان همخوانی دارد که براساس مطالعه ایشان، باید افراد معتاد برای روی آوردن به دریافت متادون تحت مداخلات انگیزشی و روان شناختی قرار گیرند؛ به عبارتی ترجیحات و گرایش‌های معتادان هم مدنظر قرار گیرد و مداخلات لازم بر این مبنا به عمل آید تا پس از خارج شدن از زندان، به درمان متادون ادامه دهند (ین^۳ و همکاران، ۲۰۱۱). هرچند پژوهش‌هایی که استفاده از متادون را نفی می کنند خیلی نادر بوده و در بررسی پایگاه‌های علمی مختلف

چنین بررسی‌هایی یافت نشد، اما در یک مطالعه متناقض که در نروژ توسط لوب مایر انجام شده، استفاده از نالتروکسان را بهتر از درمان با متادون معرفی کرده‌اند (لوب مایر، کانوی، گاساپ، کاتوول و وال^۱، ۲۰۱۰). با توجه به نتایج این بررسی و پژوهش‌های دیگر انجام شده در ایران و جهان (اشتینبکا، لیفمن و روملجو^۲، ۲۰۰۹؛ فرنیا و همکاران، ۲۰۱۰؛ لوی و ترلور^۳، ۲۰۱۲)، استفاده از درمان نگه‌دارنده با متادون برای کاهش آسیب و درمان اعتیاد در حال حاضر یکی از مفیدترین روش‌ها محسوب می‌شود؛ به‌عنوان مثال در مطالعه هوانگ در تایوان نشان داده شده که میزان مرگ معتادان مصرف‌کننده متادون بسیار کمتر از مصرف‌کنندگان سایر مواد مخدر غیرقانونی است. این میزان پس از تطبیق‌دادن با سن، جنس و ابتلای به اچ.آی.وی در مصرف‌کنندگان متادون ۰/۲۴، کسانی که اصلاً در برنامه درمان نگه‌دارنده با متادون نبوده‌اند ۲/۶ و در کسانی که در این برنامه بوده‌اند اما پس از مدتی خارج شده‌اند، ۷ در هر ۱۰۰ نفر در سال بوده است (هانگ^۴ و همکاران، ۲۰۱۱).

مطالعه حاضر که حاوی دیدگاه‌های افراد درگیر در برنامه درمان نگه‌دارنده با متادون در زندان‌های کشور است می‌تواند شواهد علمی و مناسبی برای تصمیم‌گیری در زمینه ارتقا و بهبود برنامه درمان نگه‌دارنده با متادون در زندان‌های ایران برای دست‌اندرکاران فراهم کند. اگرچه اجرای این برنامه نواقصی دارد اما استمرار درمان نگه‌دارنده با متادون در زندان‌های ایران یک اقدام مثبت و اساسی در راستای برنامه‌های کاهش آسیب محسوب می‌شود. پیشنهاد می‌شود که براساس یافته‌های این مطالعه با رفع نواقص نسبت به ارتقاء برنامه اقدام شود. راهکارهای استخراج شده براساس نظرات افراد دست‌اندرکار در مطالعه حاضر می‌تواند در بهبود روش‌های اجرا و استمرار برنامه درمان نگه‌دارنده با متادون در زندان‌های ایران مؤثر باشد. ارتقاء برنامه درمان نگه‌دارنده با متادون می‌تواند ایران را به‌عنوان یکی از کشورهای پیشرو در زمینه برنامه‌های کاهش آسیب معرفی کند.

منابع

- Acosta, M., Marsch, L., Xie, H., Guarino, H., & Aponte-Melendez, Y. (2012). A web-based behavior therapy program influences the association between cognitive functioning and retention and abstinence in clients receiving methadone maintenance treatment. *Journal of dual diagnosis*, 8(4), 283-293.
- Anglin, M., & Hser, Y. I. (1993). Drug abuse treatment. *Drug Abuse Treatment*, 1-36 .
- Anstice, S., Strike, C., & Brands, B. (2009). Supervised methadone consumption: client issues and stigma. *Subst Use Misuse*, 44(6),749-808.
- Banazadeh, N., Abedi, H., & Kheradmand, A. (2009). Opiate Dependants' Experiences of the Established Therapeutic Relationship in Methadone Centers: Qualitative Study. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*, 16(2), 144-145.
- Bell, J., & Zador, D. (2000). A risk-benefit analysis of methadone maintenance treatment. *Drug Safety*, 22(3), 179-190.
- Davstad, I., Stenbacka, M., Leifman, A., & Romelsjo, A. (2009). An 18-year follow-up of patients admitted to methadone treatment for the first time. *J Addict Dis*, 28(1), 39-52 .
- De Maeyer, J., Vanderplasschen, W., Camfield, L., Vanheule, S., Sabbe, B., & Broekaert, E. (2011). A good quality of life under the influence of methadone: a qualitative study among opiate-dependent individuals. *Int J Nurs Stud*, 48(10), 1244-1257.
- Dolan, K., Wodak, A., & Hall, W. (1998). Methadone maintenance treatment reduces heroin injection in New South Wales prisons. *Drug and Alcohol Review*, 17(2), 153-158.
- Farnia, M., Ebrahimi, B., Shams, A., & Zamani, S. (2010). Scaling up methadone maintenance treatment for opioid-dependent prisoners in Iran. *The International journal on drug policy*, 21(5), 422-424.
- Farnia, M., Shahbazi, M., Moradi, G., Alizadeh, S., Ebrahimi, B., & Kandi Kalle, M. (2013). Evaluation of Harm reduction Programs in prisons from the attitude and viewpoint of Iranian prison staff. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research.*, 11(1), 29-44.
- Harris, J., & McElrath, K. (2012). Methadone as social control: institutionalized stigma and the prospect of recovery. *Qual Health Res*, 22(6), 810-824.
- Hedrich, D., Alves, P., Farrell, M., Stover, H., Moller, L., & Mayet, S. (2012). The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. *Addiction*, 173(3), 501-517.
- Heimer, R., Catania, H., Newman, R., Zambrano, J., Brunet, A., & Ortiz, A. (2006). Methadone maintenance in prison: evaluation of a pilot program in Puerto Rico. *Drug Alcohol Depend*, 83(2), 122-129.
- Huang, Y., Kuo, H., Lew-Ting, C., Tian, F., Yang, C., Tsai, T., & al, e. (2011). Mortality among a cohort of drug users after their release from prison: an evaluation of the effectiveness of a harm reduction program in Taiwan. *Addiction*, 106(8), 1437-1445.
- Johnson, S., MacDonald, S., Cheverie, M., Myrick, C., & Fischer, B. (2012). Prevalence and trends of non-medical opioid and other drug use histories among federal correctional inmates in methadone maintenance treatment in Canada. *Drug and alcohol dependence*, 124(1), 172-176.
- Joseph, H., Stancliff, S., & Langrod, J. (2000). Methadone Maintenance Treatment (MMT). *The Mount Sinai Journal of Medicine*.
- Kinlock, T., Gordon, M., Schwartz, R., Fitzgerald, T., & O'Grady, K. (2009). A randomized clinical trial of methadone maintenance for prisoners: Results at 12 months postrelease. *Journal of substance abuse treatment*, 37(3), 277-285.

- Larney, S., Toson, B., Burns, L., & Dolan, K. (2012). Effect of prison-based opioid substitution treatment and post-release retention in treatment on risk of re-incarceration. *Addiction*, 107(2), 372-380.
- Levy, M., & Treloar, C. (2012). Harm minimisation in Australian prisons--health protection still depends on where you serve your time. *Med J Aust*, 197(7), 382.
- Lobmaier, P., Kunoe, N., Gossop, M., Katevoll, T., & Waal, H. (2010). Naltrexone implants compared to methadone: outcomes six months after prison release. *Eur Addict Res*, 16(3), 139-145.
- Mattick, R., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2009). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*, 3.
- Michels, I., & Stover, H. (2012). Harm reduction from a conceptual framework to practical experience: the example of Germany. *Subst Use Misuse*, 47(8-9), 910-922.
- Morrow, K., & Costello, T. (2004). HIV, STD and hepatitis prevention among women in methadone maintenance :a qualitative and quantitative needs assessment. *AIDS care*, 16(4), 426-433.
- Navadeh, S., Mirzazadeh, A., Gouya, M., Farnia, M., Alasvand, R., & Haghdoost, A. A. (2013). HIV prevalence and related risk behaviours among prisoners in Iran: results of the national biobehavioural survey, 2009. *Sexually transmitted infections sextrans*, 2013-051295.
- Nunes, E., Sullivan, M., & Levin, F. (2004). Treatment of depression in patients with opiate dependence. *Biological psychiatry*, 56(10), 793-802.
- Oliver, P., Keen, J., Rowse, G., Ewins, E., Griffiths, L., & Mathers, N. (2010). The effect of time spent in treatment and dropout status on rates of convictions, cautions and imprisonment over 5 years in a primary care-led methadone maintenance service. *Addiction*, 105(4), 732-739.
- Shahbazi, M., Farnia, M., Moradi, G., & Ebrahimi, B. (2010). The trend of HIV/AIDS prevalence among IDU's in Iranian prisoners. *Retrovirology*, 1376-1386.
- Shahbazi, M., Farnia, M., Rahmani, K., & Moradi, G. (2014). Trend of HIV/AIDS Prevalence and Related Interventions Administered in Prisons of Iran -13 Years' Experience. *Iranian J Publ Health*, 43(4), 471-479.
- Smye, V., Browne, A., Varcoe, C., & Josewski, V. (2011). Harm reduction, methadone maintenance treatment and the root causes of health and social inequities: An intersectional lens in the Canadian context. *Harm Reduct J*, 8(1), 17.
- Torrens, M., Fonseca, F., Castillo, C., & Domingo-Salvany, A. (2013). Methadone maintenance treatment in Spain: the success of a harm reduction approach. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(2), 136-141.
- Wickersham, J., Marcus, R., Kamarulzaman, A., Zahari, M., & Altice, F. (2013). Implementing methadone maintenance treatment in prisons in Malaysia. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(2), 124-129.
- Wickersham, J., Zahari, M., Azar, M., Kamarulzaman, A., & Altice, F. (2013). Methadone dose at the time of release from prison significantly influences retention in treatment: implications from a pilot study of HIV-infected prisoners transitioning to the community in Malaysia. *Drug and alcohol dependence*.
- Yen, C., Tsai, J., Wang, P., Yeh, Y., Liu, S., Wang, S., & al, e. (2011). Unfavorable attitudes toward receiving methadone maintenance therapy and associated factors among the inmates using intravenous heroin. *Kaohsiung J Med Sci*, 27(1),2.