

Research Paper:

Review, Documentation, Assessment of Treatment, and Harm Reduction Programs of Substance Use Disorder in Iranian Prisons



*Mohammad Bagher Saberi Zafarghandi¹, Sahar Eshtrati¹, Reza Arezoomandan¹, Marziyeh Farnia², Hosein Mohammadi¹, Neda Vahed¹, Arash Javaheri¹, Mehdi Amini¹, Samaneh Heidari³

1. Department of Addiction, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Education and Research Office of Iranian Prisons Organization, Tehran, Iran.
3. Trauma and Injury Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



Citation Saberi Zafarghandi MB, Eshtrati S, Arezoomandan R, Farnia M, Mohammadi H, Vahed N, et al. [Review, Documentation, Assessment of Treatment, and Harm Reduction Programs of Substance Use Disorder in Iranian Prisons (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2021; 27(1):48-63. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.27.1.3324.1>

<http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.27.1.3324.1>



Received: 31 Jan 2020

Accepted: 27 Sep 2020

Available Online: 01 Apr 2021

Key words:

Harm reduction, Addiction, Prison, Illegal drugs

ABSTRACT

Objectives This study aims to assess the implementation of drug-related harm reduction programs in Iranian prisons and suggest solutions for their improvement.

Methods This study was conducted in three steps. First, library method was used for collecting data from the central library of Iran's Prisons, Security and Corrective Measures Organization. In the second step, performance indicators were extracted based on the results of first step and two researcher-made checklists were designed. Finally, a field visit and a semi-structured interview with the authorities involved in the treatment and harm reduction services were carried out.

Results In most of prisons, drug-related harm reduction programs were underway. Despite a lack of human resources and budget at the beginning, the quality of measures was gradually increased and the attitude of authorities was improved. Methadone Maintenance Treatment and Triangular Clinics were the most common harm reduction programs, in addition to HIV and tuberculosis screening programs in collaboration with medical sciences universities. The program continued despite the change of officials.

Conclusion Harm reduction programs are able to reduce infection diseases, self-harm and violent behaviors in prisons of Iran. Cultural programs along with other harm reduction programs, briefings and seeking support from the authorities can greatly help with continuation of the programs in prisons. By eliminating the shortage of manpower and redefining the security areas for ordinary prisoners, it will be possible to make better use of the facilities of universities and research centers.

Extended Abstract

1. Introduction

One of the major problems in prisons is the increased drug use. It is estimated that the number of People Who Use Drugs (PWUDs) in prisons is 70%. The risk of HIV transmission in prisons is also high since a significant

percentage of PWUDs inject drugs. On the other hand, the frequency of high-risk behaviors in a prison can increase the likelihood of the spread of related diseases in society. Therefore, development of policies and treatment programs for reduction of drug-related harm in prisons are of great importance. In this regard, the health department of Iran's Prisons, Security and Corrective Measures Organization has implemented programs since the late 1991 to improve the health of prisoners and reduce the risks for public

* Corresponding Author:

Mohammad Bagher Saberi Zafarghandi, PhD.

Address: Department of Addiction, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 63471301

E-mail: saberi.mb@iums.ac.ir

health. One of the concerns of the relevant authorities is the documentation of harm reduction measures and their modification in accordance with the conditions of the prisons. The present study aims to assess the implementation of drug-related harm reduction programs in prisons of Iran and suggest solutions for their improvement.

2. Methods

This is a descriptive cross-sectional study conducted in three steps. First, library method was used to collect information from the documents available in the library of Iran's Prisons, Security and Corrective Measures Organization. In the second step, performance indicators were extracted and two researcher-made checklists were designed. The face and content validity of the checklists were evaluated based on the opinions of a panel of experts. The third step included a field visit through a semi-structured interview with service providers, service recipients, and prison authorities involved in the implementation of treatment programs and measures for harm reduction.

3. Results

The harm reduction programs were implemented since 2001 with the Methadone Maintenance Treatment (MMT) program conducted as a pilot in Ghezel Hesar Prison. To date, the treatment and harm reduction programs have been implemented in the most Iranian prisons with two major programs including MMT and triangular clinic. Table 1 summarizes the performance indicators of harm reduction programs in provincial prisons of Iran.

As can be seen in Table 1, the coverage rate of programs especially MMT in all prisons was almost 100%. Half of the provinces had no waiting list for treatment, 27% had a considerable number of waiting lists and 23% had low to moderate number of waiting lists. There was shortages of space, staff and budget in all prisons, which was one of the serious barriers to providing services according to the standards of the Ministry of Health. Most of prisons in provinces provided post-release services except in three provinces of Semnan, Kurdistan and Qazvin. Inadequate post-release services were considered as a factor in returning to prison. There was no monitoring and evaluation of the programs in any provinces. One of its reasons was the impossibility of cooperating with other organizations, such as medical sciences universities, research centers, and researchers outside of the prison. Based on field evidence and previous experience, prison officials acknowledged that harm reduction and treatment services had reduced mortality (especially in the quarantine unit), overuse of drugs, self-harm, suicide attempts, and violence.

4. Discussion and Conclusion

The harm reduction programs in prisons of Iran included MMT, diagnosis and treatment of HIV, hepatitis and sexually transmitted diseases as well as psychological interventions and NA meetings. Field study and interviews revealed the effectiveness of these programs and, despite the budget and staff shortages, they had not been stopped. The implementation of some programs such as vocational training and recreational programs, although were not a part of harm reduction programs, helped reduce harms in prisons. Separate monitoring and evaluation of each program is required. One of the barriers was difficulty in cooperating with organizations such as medical sciences universities. Establishing regular meetings and persuading provincial officials such as judges, and providing advocacy support to the programs are the most important strategies for the continuation of the programs. The main challenges facing these programs were weakness in providing post-release services, insufficient staff and budget, inability to carry out the programs in accordance with the standard protocols, and difficulty in persuading some authorities and judges in implementing these programs. Increasing post-release services, staff and budget, and organizing training courses for the personnel of prisons are recommended.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

All ethical principles are considered in this article. The participants were informed about the purpose of the research and its implementation stages. They were also assured about the confidentiality of their information and were free to leave the study whenever they wished, and if desired, the research results would be available to them.

Funding

This study was supported by the Office of Education and Research of Prisons, Security and Corrective Measures Organization.

Authors contributions

Data collection: Mohammad Bagher Saberi Zafarghandi, Reza Arezoomandan, Arash Javaheri, Neda Vahed, Hosein Mohammadi, & Samaneh Heidari; Conducting interview: Mohammad Bagher Saberi Zafarghandi, Reza Arezoomandan, Hosein Mohammadi, & Samaneh Heidari; Transcription of interviews: Neda Vahed, Samaneh Heidari, and Sahar Eshtrati; Study design: Mohammad Bagher Saberi

Table 1. Performance indicators of harm reduction programs in Iranian prisons

Province	Compliance with Protocol	Initial Screening of Prisoners	Coverage	Facilities	Post-release Services	Monitoring & Evaluation	Continuity of Programs
Ardebil	√	√	High	Shortage of staff	√	×	√
Esfahan	√	√	High	Shortage of staff and budget	√	×	√
Alborz	√	√	High	Shortage of space and budget	√	×	√
Elam	√	√	High	Shortage of space, staff, and budget	√	×	√
East Azerbaijan	√	√	High	Shortage of budget	√	×	√
West Azerbaijan	√	√	High	Shortage of space and budget	√	×	√
Bushehr	√	√	High	Shortage of staff and budget	√	×	√
Tehran	√	√	Moderate	Shortage of space, staff, and budget	√	×	√
Chaharmahal and Bakhtiari	√	√	Low	Shortage of space, staff, budget	√	×	√
South Khorasan	√	√	Low	Shortage of staff and budget	√	×	√
Khorasan Razavi	√	√	High	Shortage of space, staff, and budget	√	×	√
Khorasan North	√	√	High	Shortage of space and staff	√	×	√
Khuzestan	√	√	High	Shortage of staff	√	×	√
Zanjan	√	√	High	Shortage of space and staff	√	×	√
Semnan	√	√	High	Shortage of space and staff	×	×	√
Sistan and Baluchestan	√	√	High	Shortage of staff and budget	√	×	√
Fars	√	√	High	Shortage of staff	√	×	√
Qazvin	√	√	High	Shortage of space and staff	×	×	√
Qom	√	√	High	Shortage of budget	√	×	√
Kurdistan	√	√	High	Shortage of budget	×	×	√
Kerman	√	√	High	Shortage of budget	√	×	√
Kermanshah	√	√	Medium	Shortage of staff and budget	√	×	√
Kohgiluyeh and Boyer-Ahmad	√	√	Incomplete	Incomplete information	√	Incomplete	Incomplete
Golestan	√	√	Low	Shortage of space and staff	√	×	√

Province	Compliance with Protocol	Initial Screening of Prisoners	Coverage	Facilities	Post-release Services	Monitoring & Evaluation	Continuity of Programs
Guilan	√	√	High	Shortage of space, staff, and budget	√	×	√
Lorestan	√	√	High	Shortage of space and budget	√	×	√
Mazandaran	√	√	High	Shortage of staff and budget	√	×	√
Markazi	√	√	High	Shortage of staff	√	×	√
Hormozgan	√	√	High	Shortage of budget	√	×	√
Hamedan	√	√	High	Incomplete information	√	√	√
Yazd	√	√	High	Shortage of space and staff	√	×	√

Zafarghandi, Reza Arezoomandan, Marziyeh Farnia, & Sahar Eshrati; Final approval: All authors.

Conflicts of interest

The commissioner of this study was the Prisons, Security and Corrective Measures Organization. The study would not have been possible without the cooperation of the Deputy for Research and the Health Department of the organization. Participation of affiliated members in compiling reports and preparing the article can be an example of conflicts of interest, although they just provided scientific and executive assistance and the final analysis was done without organizational bias.

Acknowledgements

The authors would like to express their gratitude to Dean and Vice-Chancellor for Education of the School of Behavioral Sciences and Mental Health, members of the Department of Addiction Studies, Iran University of Medical Sciences (Dr. Imran Mohammad Razaghi, Dr. Haddadi, Dr. Sabahi Kermani, Dr. Alavi, Dr. Mortazavi, Dr. Nazem for assistance in collecting data, and Dr. Shabazi and Dr. Jafar Bolhari for participation in the interview), and staffs of the Office of Education and Research of Prisons, Security and Corrective Measures Organization.

This Page Intentionally Left Blank

پښتونستان د علومو او انساني مطالعاتو فریښکې
پرتال جامع علوم انسانی

مقاله پژوهشی:

مرور، مستندسازی و پایش برنامه‌های درمان و کاهش آسیب اعتیاد در زندان‌های ایران

* محمدباقر صابری زفرقندی^۱، سحر عشرتی^۱، رضا آرزومندان^۱، مرضیه فرنیآ^۲، حسین محمدی^۱، ندا واحد^۱، آرش جواهری^۱، مهدی امینی^۱، سمانه حیدری^۳

۱. گروه مطالعات اعتیاد، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روان‌پزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۲. مدیرکل دفتر آموزش و پژوهش سازمان زندان‌ها، تهران، ایران.
۳. مرکز تحقیقات سوانح و مصدومیت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

حکیده

تاریخ دریافت: ۱۱ بهمن ۱۳۹۸
تاریخ پذیرش: ۶ مهر ۱۳۹۹
تاریخ انتشار: ۱۲ فروردین ۱۴۰۰

اهداف پژوهش حاضر با هدف مستندسازی و پایش برنامه‌های کاهش آسیب اعتیاد در زندان‌های کشور و ارائه راه‌حل‌هایی برای بهبود و ارتقای این برنامه‌ها صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها این مطالعه شامل سه مرحله است؛ اول جمع‌آوری اطلاعات از طریق مطالعه کتابخانه‌ای بر اساس شواهد و اسناد موجود در کتابخانه مرکزی سازمان زندان‌ها؛ دوم استخراج شاخص‌های پایش بر اساس مرحله اول و تهیه دو چک‌لیست محقق‌ساخته و مرحله سوم بازدید میدانی، مراجعه به زندان‌های مراکز استان و انجام مصاحبه کیفی نیمه‌ساختاریافته با دست‌اندرکاران و مطلعین کلیدی در گیر در خدمات درمان و کاهش آسیب.

یافته‌ها برنامه‌های کاهش آسیب اعتیاد در اکثر زندان‌های کشور در حال اجراست. در ابتدا کمبودهای مالی و انسانی، و مقاومت در برابر تغییر از موانع اجرای برنامه‌ها بود ولی به تدریج به پیشرفت و کیفیت این برنامه‌ها افزوده شد. درمان‌های جایگزین با متادون و کلینیک‌های مثلثی عمده‌ترین برنامه‌ها بودند که به تدریج برنامه‌های سراسری بیماری‌یابی ایدز و سل با همکاری دانشگاه‌های علوم پزشکی به آن افزوده شده بود.

نتیجه‌گیری برنامه‌های درمان و کاهش آسیب در تعدیل و کاهش بیماری‌های عفونی از جمله ایدز، خودزنی و رفتارهای خشونت‌آمیز مؤثر بوده است. برنامه‌های فرهنگی در کنار برنامه‌های کاهش آسیب، جلسات توجیهی و حمایت‌طلبی از مسئولین از راهکارهای مهم در جهت ماندگاری افراد در درمان و تداوم برنامه‌ها بوده است. با جبران کمبود نیروی انسانی و باز تعریف حوزه‌های امنیتی در مورد زندانیان عادی امکان استفاده بهینه از امکانات دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی نیز بیشتر فراهم می‌شود.

کلیدواژه‌ها:

درمان اعتیاد، کاهش آسیب، اعتیاد، زندان، مواد غیرقانونی

مقدمه

تا ۲۰ درصد از این افراد وابسته به مواد، در زندان درگیر مصرف تزریقی مواد هستند که خطر بروز و شیوع بیماری‌های عفونی مثل عفونت نقص ایمنی و ایدز را افزایش می‌دهد [۱]. پژوهش‌ها ارتباط نزدیک بین مصرف تزریقی مواد و ابتلا به ویروس نقص ایمنی و همپاتیت را نشان داده‌اند؛ به طوری که بیش از نیمی از افراد از طریق تزریق مشترک مبتلا شناخته شده‌اند [۲].

میزان شیوع اعتیاد در زندان‌ها توجه‌برانگیز است و بعضی از افراد برای اولین بار مواد مخدر را در زندان تجربه می‌کنند [۳]. علی‌رغم کوشش‌های انجام شده برای جلوگیری از ورود مواد مخدر به زندان، این مواد از راه‌های گوناگونی وارد زندان می‌شوند [۴]. این وضعیت زندان را به مکانی با خطر بالای بروز رفتارهای پرخطر تبدیل کرده است [۵]. تجمع افرادی با رفتارهای پرخطر

امروزه یکی از مشکلات اساسی زندان‌ها در همه کشورها مسائل مربوط به مصرف مواد مخدر است [۱]. خطر افزایش وابستگی به مواد مخدر در زندان‌ها در حال بالا رفتن است [۲]. این پدیده می‌تواند ناشی از عوامل استرس‌زا و تعداد قابل توجه افراد وابسته به مواد در بین زندانیان باشد [۳]. سالیانه چندین هزار نفر وارد زندان‌ها می‌شوند که نزدیک به نیمی از آن‌ها در ارتباط با مواد مخدر بازداشت می‌شوند [۴]. از این تعداد بیش از نیمی سابقه مصرف مواد مخدر را ذکر می‌کنند [۵]. اگر افرادی را که برای تأمین هزینه مواد مخدر مصرفی خود مرتکب جرم می‌شوند به این تعداد اضافه کنیم، این میزان به ۷۰ درصد خواهد رسید [۶]. ۱۰

* نویسنده مسئول:

دکتر محمدباقر صابری زفرقندی

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روان‌پزشکی تهران)، گروه مطالعات اعتیاد.

تلفن: ۰۲۱-۶۳۴۷۱۳۰۱ (۲۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: saberi.mb@iums.ac.ir

محقق ساخته طراحی شد. دو سیاهه واری بر اساس ارزشیابی برنامه‌های درمان سوءمصرف مواد دفتر مبارزه با جرایم و مواد، کتاب‌های کار ارزشیابی درون‌داد و برون‌داد درمان سوءمصرف مواد سازمان بهداشت جهانی و در نهایت اهداف طرح تدوین شد. روایی صوری و محتوایی آن توسط نظر پنج نفر از کارشناسان و افراد متخصص تعیین شد. در نهایت پایش برنامه‌های درمان و کاهش آسیب بر اساس شاخص‌های موجود در دو سیاهه واری انجام شد [۱۷، ۱۸]. شاخص‌های چک‌لیست به طور خلاصه عبارت‌اند از: شروع برنامه‌ها مبتنی بر مستندات علمی، هماهنگی برنامه‌ها با پروتکل‌های درمان و کاهش آسیب اِلاغی منبعی که برای جمع‌آوری داده‌های مربوط به برنامه استفاده کرده است (مصاحبه، رایانه، منشی و غیره)، نوع فعالیت (از جمله مدیریت ترک، درمان گروهی، درمان انفرادی، مصاحبه انگیزشی، ارجاع برای درمان درازمدت، آموزش در زمینه بهداشت و آیدز و غیره) استفاده شده برای برنامه مدنظر، غربالگری اولیه مددجویان، میزان پوشش برنامه، امکانات (پرسنل، فضا و تجهیزات، و اعتبارات)، تناسب برنامه‌ها با گروه سنی و جنسی، رعایت حریم خصوصی زندانیان در برنامه‌ها، مراقبت بعد از خروج، پایش و ارزشیابی برنامه‌ها، گزارش‌های علمی (شامل کتاب، مقاله، ...) در مورد برنامه‌ها، تداوم برنامه‌ها، برگزاری جلسات آموزشی و توجیهی برای قضات درباره برنامه‌ها، هماهنگی درون‌سازمانی بین سطوح مختلف از جمله مراقب، مسئول زندان و غیره برای اجرای برنامه‌ها، جلب همکاری سایر سازمان‌ها (وزارت بهداشت، بهزیستی و غیره) برای اجرای برنامه‌ها، وجود کمیته هماهنگی کشوری برای هماهنگ کردن برنامه‌های گوناگون، تناسب برنامه‌ها با سیاست‌های کلی کشور و همکاری با مراکز دانشگاهی و تحقیقاتی درباره برنامه مدنظر.

مرحله سوم مطالعه به صورت میدانی از طریق مراجعه حضوری به ندامتگاه‌ها و اماکن تأمین تربیتی مرکز استان‌های مختلف و مصاحبه با مطلعین کلیدی شامل دو گروه از ذی‌نفعان ارائه‌دهندگان خدمات (از جمله مسئولین زندان‌ها شامل مدیر کل استان، رئیس و معاون زندان‌ها، کارشناسان درمان و بهداشت، کارشناسان آموزش و پژوهش، مسؤلان و تیم درمان شامل پزشک، روان‌شناس و پرستار اعتیاد) و دریافت‌کنندگان خدمات (شامل زندانیان با اختلال مصرف مواد) انجام شد. مصاحبه با سؤالات کلی همچون مدت اقامت در زندان برای زندانیان با اختلال مصرف مواد و مدت همکاری در زندان برای ارائه‌دهندگان خدمات شروع شد. این کار شرکت‌کنندگان را برای شروع مصاحبه آماده کرده و در ادامه سؤالات اصلی مصاحبه که بر اساس شاخص‌های درون‌دادی و فرایندی برنامه‌ها تهیه شده بود، پرسیده شد. پاسخ‌های مبسوط یادداشت و در صورتی که اجازه می‌دادند ضبط و پیاده‌سازی می‌شد. در انتها از شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش تشکر و پذیرایی می‌شد.

در زندان که مستعد بروز این رفتارها هستند، زمینه را برای شیوع انواع بیماری‌ها مثل آیدز فراهم می‌کند [۱۱]. از طرفی فراوانی رفتارهای پرخطر در زندان خطر توسعه عوارض آن به جامعه را نیز فراهم می‌کند و به دنبال آن احتمال شیوع و بروز بیماری‌های وابسته به این رفتارها در جامعه افزایش می‌یابد [۱۲]؛ بنابراین به نظر می‌رسد که تدوین سیاست‌ها و اجرای برنامه‌های درمان و کاهش آسیب اعتیاد در زندان‌ها نسبت به سایر اقشار جامعه از اهمیت بیشتری برخوردار باشد [۱۳].

اداره کل بهداشت و درمان سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور ایران از اواخر دهه ۷۰ و ابتدای دهه ۸۰ شمسی برای ارتقای سطح سلامت زندانیان و کاهش خطراتی که ممکن است از این ناحیه متوجه سلامت جامعه شود، برنامه‌هایی را اجرا کرده است [۱۴]. در ابتدای کار کمبودهای مالی و نیروی انسانی مانع فعالیت‌های بهداشتی و درمانی گسترده بوده است ولی به سرعت شاهد ارتقای دامنه و کیفیت این برنامه‌ها هستیم [۱۵]. به گونه‌ای که امروزه موفقیت‌های برنامه‌ها و فعالیت‌ها مورد توجه جدی مراجع علمی داخلی و بین‌المللی قرار گرفته است [۱۶]. در کنار موفقیت‌های برنامه‌های درمان و کاهش آسیب، از جمله مهم‌ترین دغدغه‌های مسئولین ذی‌ربط توجه به اثربخشی این اقدامات بوده و ایشان در تلاش هستند تا این برنامه‌ها مستند و متناسب با شرایط زندان‌ها اصلاح و اثربخش‌تر شوند. تاکنون مطالعه‌ای که به بررسی هدفمند مستندسازی فعالیت‌ها پرداخته باشد، یافت نشد.

با توجه به مطالب بیان‌شده، پژوهش حاضر با هدف بررسی برنامه‌های درمان و کاهش آسیب اعتیاد در زندان‌های کشور و ارائه راه‌حل‌های پیشنهادی برای بهبود و ارتقای این برنامه‌ها صورت گرفته است.

روش

مطالعه حاضر از نوع توصیفی مقطعی بود و در آن از دو روش کمی و کیفی برای گردآوری اطلاعات استفاده شد. این مطالعه در سه مرحله برای بررسی وضعیت موجود برنامه‌های درمان و کاهش آسیب اعتیاد در زندان‌های کشور انجام شد. مرحله اول شامل مطالعه کتابخانه‌ای بود که در آن اطلاعات بر اساس شواهد و اسناد موجود در دفتر آموزش و پژوهش سازمان زندان‌های کشور به دست آمده است. در این مرحله همه اسناد موجود درباره برنامه‌ها، اقدامات درمان و کاهش آسیب اعتیاد در سازمان زندان‌ها، مراکز درمان و زندان‌های مرکزی استان‌ها بررسی شد. برای هر برنامه مواردی از قبیل تاریخچه، نیروهای درمانی، امکانات، بودجه و همکاری با سایر دستگاه‌ها مدنظر بوده است. این موارد بر اساس نظرات پنج فرد متخصص مشخص شد. در مرحله دوم شاخص‌های درون‌داد و فرایند از مطالعات کتابخانه‌ای استخراج شده و دو سیاهه واری (چک‌لیست)

را پیگیری نماید. گزارش‌های زندان آب حیات^۱ در زمینه شیوع بیماری (HIV/AIDS) در بین زندانیان نیز مزید علت شد تا مسئولین مجاب شوند که کتمان موضوع می‌تواند خطرات جدی بهداشتی برای زندانیان و متعاقب آن برای همه نظام سلامت کشور در پی داشته باشد. نکته مهم این است که در ایران نیز مثل بسیاری از کشورهای دیگر برای شروع کار در زندان‌ها مقاومت‌ها و موانع قانونی و فردی وجود داشته است که تعامل سازنده و ارائه شواهد علمی به مدیران ارشد نظام قضایی و پیگیری مجدانه و مصرانه توانسته است این موانع را به تدریج از سر راه بردارد تا امروز برنامه‌های درمان و کاهش آسیب اعتیاد در زندان‌های ایران به عنوان الگوی موفق قابل ارائه به کشورهای دیگر باشد.

شروع برنامه‌های کاهش آسیب با آگاهی‌رسانی، آموزش از طریق گروه‌های همسان و تدوین بروشورها و پمفلت‌های آموزشی با همکاری مشترک صندوق جهانی در سال ۱۳۸۷ بود. برنامه درمان نگهدارنده با متادون که شروع آن به صورت آزمایشی (پایلوت) در زندان قزل حصار بود در سال ۱۳۸۲ انجام شد. اولین راهنمای درمان با متادون در سال ۱۳۸۶ تدوین شد. شروع دوره‌های کوتاه‌مدت آموزشی درمان‌های دارویی اعتیاد ویژه متخصصین در دستور کار قرار گرفت. برنامه پیشگیری، شناسایی و درمان بیماری نقص ایمنی اکتسابی نیز شروع شد. در ابتدا بیماران را ایزوله می‌کردند اما بعد از این مرحله، برنامه آموزش و اطلاع‌رسانی در قالب کلینیک‌های مثلی در سال ۱۳۸۰ شروع شد که به عنوان الگوی برتر از طرف سازمان بهداشت جهانی معرفی شده است. برنامه پیشگیری، شناسایی و درمان سل از سال ۱۳۸۰ با همکاری وزارت بهداشت به صورت جدی پیگیری شد و از حدود سال ۱۳۸۴ با مسئولیت مستقیم سازمان زندان‌ها تداوم یافته است. برنامه پیشگیری، شناسایی و درمان هپاتیت با شروع دیده‌وری در چند استان منتخب در سال ۱۳۹۰ و ۱۳۹۲ در دستور کار قرار گرفت. واکسیناسیون هپاتیت (B) و درمان هپاتیت (C) در برخی استان‌ها علی‌رغم محدودیت‌های مالی نیز شروع شد. برنامه پیشگیری از خالکوبی از حدود سال ۱۳۸۰ با ممنوعیت خالکوبی و توزیع غیرمحسوس سوزن‌های یکبار مصرف و مواد ضدعفونی‌کننده و توزیع تیغ با قیمت نازل در فروشگاه‌های زندان شروع شد. برنامه پیشگیری، شناسایی و درمان بیماری‌هایی که از راه آمیزش جنسی منتقل می‌شوند به صورت آموزش حضوری و توزیع رایگان کاندوم اجرا شد که علی‌رغم وقفه چند ساله به علت بحث سیاست کشوری در زمینه تنظیم خانواده هنوز ادامه دارد.

مجوز رسمی برنامه تعویض سوزن و سرنگ در سال ۱۳۸۳ گرفته شد و انجام آزمایشی (پایلوت) آن در دوره ۲۰ ماهه در

۱. زندان آب حیات در کرمان واقع شده است. در اواسط دهه ۷۰ رئیس قوه قضاییه بخشنامه‌ای به مدیران کل زندان‌ها صادر کرد و اردوگاه خاصی در کویر آب حیات کرمان برای جمع‌آوری زندانیان در نظر گرفت. اولین نمونه ایندز در میان زندانیان نیز در زندان آب حیات کرمان مشاهده شد.

برای نمونه‌گیری مرحله اول از روش نمونه مبتنی بر جامعه استفاده شد، بدین صورت که همه اسناد و شواهد موجود در ادارات کل استانی سازمان زندان‌ها و زندان‌های مرکزی استان‌ها به عنوان نمونه در پژوهش وارد و بررسی شدند. همچنین برای نمونه‌گیری ذی‌نفعان، ارائه‌دهندگان خدمات و زندانیان با اختلال مصرف مواد از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. در مجموع ۳۱ مصاحبه انجام شد که بیشترین زمان مصاحبه ۱۲۰ دقیقه، کمترین زمان مصاحبه ۶۰ دقیقه و میانگین زمان مصاحبه ۹۰ دقیقه بود. بازه زمانی مورد مطالعه از سال ۱۳۷۰ لغایت ۱۳۹۷ بود. ملاک‌های ورود زندانیان با اختلال مصرف مواد شامل جنسیت مرد، نداشتن مشکلات جسمی، دامنه ۱۸ تا ۴۰ سال، نداشتن سابقه مشکلات روان‌پزشکی و ملاک‌های خروج شامل ترک مصاحبه به علت هرگونه بیماری جسمی ناتوان‌کننده و امتناع مشارکت‌کنندگان از تکمیل مصاحبه بود. گفتنی است که زندان‌های بررسی‌شده شامل زندان‌های مرکزی ۳۱ استان بود.

در بخش کتابخانه‌ای تمام مطالعات موجود در کتابخانه دفتر آموزش و پژوهش سازمان زندان‌ها و همچنین مقالات چاپ شده به صورت فارسی و انگلیسی جمع‌آوری و در یک جدول طراحی و مطرح شدند. در بخش دریافت اطلاعات میدانی از استان‌های مختلف در ارتباط با انواع برنامه‌های درمان و کاهش آسیب اعتیاد، داده‌های همه استان‌ها در جداول طراحی و به صورت جداگانه مطرح شدند. علاوه بر بررسی برنامه‌هایی که به عنوان برنامه‌های کاهش آسیب در زندان شناخته شده‌اند سایر برنامه‌ها که از دیدگاه مسئولین و کارشناسان استانی با رویکرد کاهش آسیب، اجرایی شده بود نیز ثبت شد. در این قسمت سایر برنامه‌ها که از دیدگاه مطلعین کلیدی به عنوان برنامه‌های کاهش آسیب محسوب شدند، تحت نام سایر برنامه‌ها معرفی شده است. در ارتباط با مواردی که در آن تناقض، ناهماهنگی یا ابهام وجود داشته است نیز از روش اجماع استفاده شده است.

یافته‌ها

تاریخچه برنامه‌های کاهش آسیب در زندان‌های کشور به روایت مطلعین کلیدی

دو برنامه محوری کاهش آسیب و درمان در زندان پیگیری شد که شامل برنامه افزایش آگاهی، آموزش و تعامل با زندانیان و همچنین برنامه درمان نگهدارنده با متادون در زندان بود. مدیر کل وقت بهداشت و درمان سازمان زندان‌ها به واسطه اعتقاد راسخ به مفید بودن برنامه‌ها مستند به موارد مشابه در سایر کشورها و ارتباط و تعامل مثبتی که با مجموعه مدیران و تصمیم‌گیرندگان حوزه زندان داشت توانست مجوزهای قانونی اجرای برنامه را اخذ و از سال ۸۰ راه‌اندازی برنامه‌های کاهش آسیب در زندان

هزار نفر تحت درمان نگهدارنده با متادون هستند که یکی از بزرگ‌ترین نیم‌رخ‌های اجرای این برنامه در جهان است.

نیمی از استان‌ها شامل اردبیل، اصفهان، ایلام، بوشهر، خراسان شمالی، خراسان رضوی، سمنان، کردستان، کرمان، فارس، قزوین، قم و مرکزی فاقد فهرست انتظار برای درمان بودند. ۲۷ درصد استان‌ها شامل استان البرز، تهران، زنجان، سیستان و بلوچستان، گیلان، مازندران و همدان از فهرست انتظار قابل توجهی برخوردار بودند. ۲۳ درصد باقی‌مانده شامل استان‌های چهارمحال و بختیاری، خراسان جنوبی، کرمانشاه، خوزستان، گلستان و یزد فهرست انتظار کم تا متوسطی داشتند. در زمینه حفظ حریم خصوصی مددجویان نیز تنها تیم درمان به پرونده‌های پزشکی و اطلاعات مددجویان دسترسی دارند.

کمبود فضا، نیروی انسانی و اعتبارات در مقایسه با حجم کار در همه زندان‌ها وجود داشت و یکی از موانع جدی برای ارائه خدمات منطبق با معیارهای وزارت بهداشت بود. تعداد زندانیان عموماً بالاتر از ظرفیت اسمی زندان‌ها بود. افزایش جمعیت کف‌خواب باعث شده بود ارائه خدمات درمان و کاهش آسیب کیفیت و کمیت پایین‌تری داشته باشد. اغلب ندامتگاه‌های استان‌ها تا حدودی خدمات مراقبت بعد از خروج را ارائه می‌کردند. تنها سه استان سمنان، کردستان و قزوین خدمات مراقبت بعد از خروج نداشتند. خدمات ناکافی بعد از آزادی از جمله عوامل بازگشت به زندان قلمداد می‌شود. در هیچ‌یک از ندامتگاه‌های کشور، برنامه‌های درمان و کاهش آسیب پایش و ارزیابی بیرونی نشده بودند. به دلایل امنیتی امکان همکاری با سایر سازمان‌ها همچون دانشگاه علوم پزشکی و مراکز تحقیقاتی و محققان خارج از زندان وجود نداشت و این از دلایل بیرونی نشدن برنامه‌ها معرفی شده بود. مسئولین ندامتگاه‌ها بر اساس شواهد میدانی و تجارب قبلی به اتفاق اذعان داشتند که خدمات کاهش آسیب و درمان منجر به کاهش مرگ‌ومیر (به‌ویژه در واحد قرنطینه)، کاهش بیش‌مصرف، کاهش خودزنی، اقدام به خودکشی و خشونت شده بود.

به جز ستاد سازمان و چند استان، شامل استان‌های خراسان رضوی، کردستان، کرمانشاه، مرکزی و همدان، سایر استان‌ها گزارشی از فعالیت‌های خود در قالب مقاله، کتاب و پایان‌نامه منتشر نکرده بودند. برنامه ممنوعیت و محدود کردن مصرف سیگار مورد توجه و علاقه اغلب مدیران زندان بود ولی هیچ‌کدام از برنامه‌ها مبتنی بر شواهد علمی نبوده است.

بیماری‌یابی برای ایدز و سل با کمک دانشگاه‌های علوم پزشکی، برنامه محافظت از رفتارهای جنسی پرخطر، آموزش‌های لازم برای پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های بازپدید و نوپدید برای کارکنان، سرپازان و وظیفه، زندانیان و خانواده‌های آنان، آموزش پیشگیری از مصرف مواد برای افراد در معرض خطر، مشاوره برای افراد دارای رفتارهای پرخطر و خانواده‌های آنان، پیگیری و درمان

زندان‌های مرکزی سه استان اصفهان، همدان و تهران شروع شد، هرچند در نهایت این برنامه به دلیل مشکلاتی همچون نارضایتی افراد بند به علت ایجاد وسوسه و ترغیب مصرف و همچنین خروج از درمان متادون، منقضی شد.

اسناد ملی و پژوهش‌های قبلی در حوزه درمان و کاهش آسیب اختلال مصرف مواد

آنچه از اسناد و تحقیقات به دست آمد، نشان می‌دهد که ابتدا هدف برنامه‌ها، جمعیت عمومی زندانیان بوده است که شامل مصرف‌کنندگان مواد نیز می‌شد. مستندات نشان می‌دهد که برنامه آموزش‌های فنی و حرفه‌ای به زندانیان در دستور کار بوده است. مطالعات انجام‌شده تأثیر فعالیت‌های فرهنگی در اصلاح و بازگشت زندانی به زندگی، مفید بودن آموزش مهارت‌های زندگی برای زندانیان با رویکرد کاهش رفتارهای پرخطر را نشان داده است. برای زندانیان با اختلال مصرف مواد در سه سطح شناختن نوع شیوع، پیشگیری و درمان مطالعاتی انجام گرفته است. از دیگر مستندات ارزیابی سوءمصرف مواد مخدر در زندان شیوع بیماری‌های عفونی و مداخلات مربوط به آن، اثربخشی برنامه‌های کاهش آسیب ناشی از سوءمصرف مواد، آموزش پیشگیری و درمان اعتیاد به زندانیان و خانواده‌های آن‌ها، اثربخشی درمان شناختی رفتاری و معنادرمانی بر انحراف روانی اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی زندانیان مصرف‌کننده شیشه، درمان نگهدارنده با نالتراکسان در زندان، درمان نگهدارنده با متادون برای زندانیان و برنامه‌هایی که هدف آن ارزشیابی عملکرد سازمان زندان‌ها بوده، است. مستند دیگری مبتنی بر ارزیابی کارایی سازمان زندان‌ها در جرایم مواد مخدر است که در بین سال‌های ۱۳۸۲ الی ۱۳۹۸ انجام شده است.

برنامه‌های کاهش آسیب و درمان اعتیاد در زندان‌های استان‌های مختلف

یافته‌هایی که در بازدید از زندان‌های مراکز استان‌ها به دست آمد، نشان می‌دهد دو برنامه عمده درمان و کاهش آسیب اعتیاد در حال اجرا بود. برنامه اول در قالب کلینیک‌های مثلثی و برنامه دوم به صورت درمان نگهدارنده با متادون است. هدف‌گذاری این دو برنامه پیشگیری شناسایی و درمان ویروس نقص ایمنی انسان (HIV/AIDS) و هپاتیت بوده است که در سال ۱۳۸۲ به صورت آزمایشی در زندان قزل‌حصار شروع شده است. در همه ندامتگاه‌های کشور پذیرش اولیه مددجویان همراه با غربالگری از نظر بیماری‌های عفونی، بیماری‌های جسمی و روانی از جمله اختلال مصرف مواد بود.

جدول شماره ۱ خلاصه‌ای از عملکرد زندان‌های استان‌ها را نشان می‌دهد. همان‌طور که در **جدول شماره ۱** دیده می‌شود، پوشش درمان اختلال مصرف مواد در کل زندان‌ها نزدیک به صددرصد بود. در حال حاضر در زندان‌های ایران بیش از شصت

جدول ۱. خلاصه عملکرد ندامتگاه‌ها در زمینه برنامه‌های اقدام‌شده یا در دست اقدام حوزه درمان و کاهش آسیب در اختلالات مصرف مواد

استان	همانگی با پروتکل	غریب‌الگری اولیه مددجویان	میزان پوشش برنامه‌ها	امکانات (فضا، پرسنل و اعتبارات)	مراقبت بعد از خروج	پایش و ارزشیابی برنامه‌ها	تداوم برنامه‌های کاهش آسیب
اردبیل	✓	✓	فاقد لیست انتظار	کمبود پرسنل	✓	خیر	✓
اصفهان	✓	✓	فاقد لیست انتظار	کمبود پرسنل و اعتبارات	✓	خیر	✓
البرز	✓	✓	بالا	کمبود فضا کمبود اعتبارات	✓	خیر	✓
ایلام	✓	✓	فاقد لیست انتظار	کمبود فضا و پرسنل و اعتبارات	✓	خیر	✓
آذربایجان شرقی	✓	✓	بالا	کمبود اعتبار	✓	خیر	✓
آذربایجان غربی	✓	✓	فاقد لیست انتظار	کمبود اعتبار و فضا	✓	خیر	✓
بوشهر	✓	✓	فاقد لیست انتظار	کمبود پرسنل و اعتبارات	✓	خیر	✓
تهران	✓	✓	متوسط	کمبود اعتبار، نیرو و فضا	✓	خیر	✓
چهارمحال و بختیاری	✓	✓	پایین	کمبود فضا و پرسنل و اعتبارات	✓	خیر	✓
خراسان جنوبی	✓	✓	ضعیف	کمبود اعتبارات و پرسنل	✓	خیر	✓
خراسان رضوی	✓	✓	فاقد لیست انتظار	کمبود در هر سه حوزه	✓	خیر	✓
خراسان شمالی	✓	✓	فاقد لیست انتظار	کمبود فضا و پرسنل	✓	خیر	✓
خوزستان	✓	✓	لیست انتظار محدود	کمبود پرسنل	✓	خیر	✓
زنجان	✓	✓	بالا	کمبود فضا و پرسنل و اعتبار	✓	خیر	✓
سمنان	✓	✓	فاقد لیست انتظار	کمبود در هر سه حوزه	خیر	خیر	✓
سیستان و بلوچستان	✓	✓	بالا	کمبود پرسنل و اعتبارات	✓	خیر	✓
فارس	✓	✓	فاقد لیست انتظار	کمبود پرسنل	✓	خیر	✓
قزوین	-	✓	فاقد لیست انتظار	کمبود در هر سه حوزه	خیر	خیر	✓
قم	✓	✓	فاقد لیست انتظار	کمبود اعتبار	✓	خیر	✓
کردستان	✓	✓	فاقد لیست انتظار	کمبود اعتبارات	خیر	خیر	✓
کرمان	✓	✓	فاقد لیست انتظار	کمبود اعتبار	✓	خیر	✓
کرمانشاه	✓	✓	متوسط	کمبود اعتبارات و پرسنل	✓	خیر	✓
کهگیلویه و بویراحمد	✓	✓	اطلاعات ناقص	اطلاعات ناقص	✓	خیر	اطلاعات ناقص
گلستان	✓	✓	پایین	کمبود زیاد پرسنل و فضا و اعتبارات	✓	خیر	✓
گیلان	✓	✓	بالا	کمبود فضا و پرسنل و اعتبارات	✓	خیر	✓
لرستان	✓	✓	فاقد لیست انتظار	کمبود اعتبار و فضا	✓	خیر	✓
مازندران	✓	✓	بالا	کمبود پرسنل و اعتبارات	✓	خیر	✓
مرکزی	✓	✓	فاقد لیست انتظار	کمبود پرسنل	✓	خیر	✓

استان	هماهنگی با پروتکل	غریبالگری اولیه مددجویان	میزان پوشش برنامه‌ها	امکانات (فضا، پرسنل و اعتبارات)	مراقبت بعد از خروج	پایش و ارزشیابی برنامه‌ها	تداوم برنامه‌های کاهش آسیب
هرمزگان	✓	✓	فاقد لیست انتظار	کمبود اعتبار	✓	خیر	✓
همدان	✓	✓	بالا	مناسب	✓	✓	✓
یزد	✓	✓	بالا	کمبود فضا، نیرو و اعتبار	✓	خیر	✓

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

جدول ۲. نسبت تیم درمان به مددجویان در زندان

استان	تعداد افراد تحت پوشش MMT / فراوانی (درصد)	تعداد تیم درمان فعال	کمبود تیم درمان (به ازای هر دویست نفر یک تیم درمان)
اردبیل	۵۱۵ (۲۹/۴)	پنج پزشک، چهار پرستار، یک کارشناس بیماریاب	امکان شناسایی وجود ندارد
ارومیه	اطلاعات ناقص	دو تیم درمان	امکان شناسایی وجود ندارد
اصفهان	۷۵۰ (۳۰)	یک تیم درمان	۲ تیم درمان
البرز	۱۴۰۰ (۲۶/۴)	یک تیم درمان دولتی پنج تیم درمان قراردادی	یک تیم درمان
ایلام	۳۹۵ (۴۵ تا ۴۰)	یک تیم درمان	یک تیم درمان
بوشهر	۳۵۰ (۳۱/۸)	یک تیم درمان قراردادی	یک تیم درمان
تبریز	۴۰۰ (۱۰)	دو تیم درمانی	تیم درمان متناسب است
تهران	اطلاعات ناقص	اطلاعات ناقص	امکان شناسایی وجود ندارد
چهارمحال و بختیاری	۲۸۵ (۳۸)	یک تیم درمان پزشک هفته‌ای دو تا سه بار	کمبود پزشک ثابت
خراسان جنوبی	۳۵۰ (۲۰/۵)	یک تیم درمان بدون پرستار	یک تیم درمان
خراسان رضوی	۱۲۰۰ (۲۱/۳)	چهار تیم درمان قراردادی	۲ تیم درمان
خراسان شمالی	۲۵۰ (-)	یک تیم درمان سه تیم درمان برای کل استان	تیم درمان متناسب است
خوزستان	۱۰۰۰ (۳۱)	چهار تیم درمان	یک تیم درمان
زنجان	۶۰۰ (۲۴)	یک تیم درمان قراردادی	دو تیم درمان
سمنان	۱۲۱ (۲۵)	یک تیم درمان قراردادی	تیم درمان متناسب است
سیستان و بلوچستان	۱۲۰۰ (۳۴)	یک تیم درمان	۵ تیم درمان
فارس	۴۲۵/۱ (۳۱/۶)	چهار تیم درمان قراردادی	۳ تیم درمان
قزوین	۶۹۶ (۱۷/۴)	دو تیم درمان قراردادی	یک تیم درمان
قم	۳۷۵ (-)	یک تیم درمان دولتی	یک تیم درمان
کردستان	۶۰۰ تا ۵۵۰ (۱۸/۳)	یک تیم درمان قراردادی به همراه یک روانشناس و سه پرستار دیگر	۲ پزشک و یک روانشناس
کرمان	۴۱۸۷ (۳۲/۴)	هشت تیم درمان قراردادی	۱۲ تیم درمان
کرمانشاه	۵۲۱ (-)	یک تیم درمان به همراه یک روانشناس و سه بهیار دیگر	یک تیم درمان

استان	تعداد افراد تحت پوشش / فراوانی (درصد)	تعداد تیم درمان فعال	کمبود تیم درمان (به ازای هر دویست نفر یک تیم درمان)
کهگیلویه و بویراحمد	اطلاعات ناقص	اطلاعات ناقص	امکان شناسایی وجود ندارد
گلستان	۱۲۰۰ (۴۰)	لزوم پوشش ۲۰۰۰ نفر و کمبود نیرو	امکان شناسایی آن وجود ندارد
گیلان	۱۰۰۰ (۲۳)	چهار تیم درمان قراردادی یک تیم درمان دولتی	تیم درمان متناسب است
لرستان	اطلاعات ناقص	دو تیم درمان	امکان شناسایی وجود ندارد
مازندران	۱۳۰۰ (۱۷/۳)	هشت تیم درمان	تیم درمان متناسب است
مرکزی	۱۳۰۰ تا ۱۲۰۰ (۱۳/۳)	چهار تیم درمان قراردادی و دولتی	دو تیم درمان
هرمزگان	اطلاعات ناقص	سه تیم درمان	امکان شناسایی وجود ندارد
همدان	۱۳۵۰ (۳۰)	اطلاعات ناقص	امکان شناسایی وجود ندارد
یزد	۱۰۵۰ تا ۱۰۸۰ (۲۷)	اطلاعات ناقص	امکان شناسایی وجود ندارد

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

و همچنین کاهش چشمگیر موارد جدید شناسایی شده در ندامتگاه شده است که به تحقیق تأثیر آن در جامعه انکارنشده است [۲۲]. از نتایج مثبت تداوم و استمرار برنامه‌ها، کاهش بیشتر در جرایم، هزینه‌ها و افزایش اثربخشی است [۲۳].

با اینکه خدمات ارائه شده تا حدود زیادی مبتنی بر پروتکل کشوری است که از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ شده است، اما محدودیت اعتبارات، امکانات و نیروی انسانی که از معضلات عمده ندامتگاه‌های کشور محسوب می‌شود اجرای دقیق پروتکل را با مشکل روبه‌رو می‌کند که ممکن است در این میان اهداف برنامه‌ها به درستی محقق نشود [۲۴].

با وجود پوشش نزدیک به صددرصدی که یکی از بزرگ‌ترین پروفایل‌های اجرای این برنامه در زندان‌های دنیاست [۲۵]. با این حال گاهی برای درمان‌های نگهدارنده با متادون لیست انتظار وجود دارد که لازم است مسئولین بهداشتی به این موضوع توجه لازم داشته باشند.

فضای فیزیکی، تجهیزات و نیروی انسانی نیز متناسب با افزایش تعداد زندانیان امکان ارتقا نداشته است. کمبود فضا، نیروی انسانی و امکانات برنامه را با چالش روبه‌رو کرده است. برخی از استان‌ها به بازسازی ندامتگاه‌های مرکز استان‌ها پرداخته‌اند، اما همچنان با معضل فضا روبه‌رو هستند، چراکه ظرفیت پذیرش مددجویان چند برابر ظرفیت اسمی ندامتگاه است که نتیجه آن افزایش جمعیت کف‌خواب است. به دنبال افزایش جمعیت کف‌خواب، ارائه خدمات نیز کیفیت و کمیت پایین‌تری پیدا می‌کند.

تقویت مراقبت‌های پس از خروج از زندان خصوصاً درباره زنان از اهمیت بالایی برخوردار است [۲۴]. لازم است افرادی که مبتلا به بیماری‌های ناشی از رفتارهای پرخطر همچون ایدز، هپاتیت و بیماری‌های مقاربتی هستند به مراکز بهداشتی مشخص شده

زندانیان پس از آزادی از طریق هماهنگی با دانشگاه علوم پزشکی و یا سازمان بهزیستی از مهم‌ترین فعالیت‌ها در راستای کاهش آسیب در زندان‌های کشور است.

کمبود نیروی انسانی در بخش درمان نگهدارنده با متادون در استان‌های مختلف قابل توجه بود (جدول شماره ۲).

همان‌طور که در جدول شماره ۲ دیده می‌شود، تیم‌های درمان در استان‌های خراسان شمالی، سمنان، گیلان و مازندران متناسب بود. در سایر استان‌ها، استان کرمان با کمبود حداکثر ۱۲ تیم درمان در رتبه اول، استان سیستان و بلوچستان با کمبود پنج تیم درمان در رتبه دوم، استان فارس با کمبود سه تیم درمان در رتبه سوم، استان‌های اصفهان، خراسان رضوی، زنجان و مرکزی با کمبود دو تیم درمان در رتبه چهارم و استان‌های البرز، ایلام، بوشهر، خراسان جنوبی، خوزستان، قزوین، قم و کرمانشاه با کمبود یک تیم درمان در رتبه پنجم قرار دارند. استان‌های چهارمحال و بختیاری و کردستان با کمبود برخی از پرسنل تیم درمان روبه‌رو هستند. در استان‌های اردبیل، تهران، گلستان، همدان و یزد نیز به علت وجود اطلاعات ناقص امکان بررسی این موضوع وجود نداشت.

بحث

اجرای مستمر برنامه‌ها به ویژه درمان نگهدارنده با متادون به منظور کاهش آسیب در افراد وابسته به مواد در همه زندان‌های کشور همسو با اقدامات مشابه در بسیاری از نقاط مختلف دنیا است [۱۹، ۲۰]. اجرای غیرمستمر برنامه‌ها تبعاتی را برای جامعه به دنبال دارد که ضرورت استمرار آن را برای مسئولین محرز ساخته است [۲۱]. اجرای برنامه‌های کاهش آسیب و درمان موجب بهبود در شاخص‌های مختلف سلامت افراد تحت پوشش

است [۳۳، ۳۴].

ضمن وجود برخی محدودیت‌های رایج روش‌شناختی که متوجه مطالعات کیفی است، از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر مسائل امنیتی زندان بود که در هنگام مصاحبه با زندانیان بسیار نمود داشت. نگرانی در هنگام مصاحبه‌ها و همچنین عدم رضایت برای ضبط مصاحبه‌ها تا حدودی چالش برانگیز بود.

از دیگر محدودیت‌های پژوهش، مسائل امنیتی زندان‌ها برای ورود و انتخاب نمونه بود، این مسئله علی‌رغم هماهنگی‌های لازم از طرف دفتر آموزش و پرورش سازمان زندان‌های کشور با هریک از مدیران زندان‌های استان‌های مختلف وجود داشت. همچنین به دلیل محدودیت در نمونه‌گیری، پژوهش‌گر تنها از نمونه زندانیان مرد با اختلال مصرف مواد استفاده کرده است. بنابراین در تعمیم یافته‌ها به زندانیان زن با اختلال مصرف مواد باید جنبه‌های احتیاط در نظر گرفته شود. روش نمونه‌گیری در دسترس نیز تعمیم یافته‌ها به جامعه را با محدودیت مواجه می‌سازد. همچنین تشکیل جلسات پیوسته و توجیه مسئولین استانی و حمایت‌طلبی از آن‌ها یکی از راهکارهای مهم برای تداوم برنامه‌هاست. مستندسازی و انتشار نتایج برنامه‌های انجام‌شده و یاد در دست اقدام برای آگاهی مجامع بین‌المللی و داخلی ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است.

پیشنهاد می‌شود از ظرفیت‌های آموزش پزشکی در دانشگاه‌های علوم پزشکی در جهت جبران کمبود پرسنل درمانی در زندان‌ها استفاده شود. همچنین پایش و ارزشیابی مداخلات درمان و کاهش آسیب اعتیاد در زندان‌های کشور به فواصل مشخص توصیه می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

مصاحبه‌ها با هماهنگی قبلی و معرفی کتبی که از طریق دفتر آموزش و پژوهش سازمان زندان‌های کشور با اداره کل زندان استان‌ها صورت گرفت، انجام شد. شاخص‌های مورد بررسی در چک‌لیست برای پایش برنامه‌ها قبل از شروع مصاحبه در اختیار مسئولین زندان‌ها قرار گرفت. شروع مصاحبه‌ها با توضیح در مورد اهداف، روش اجرای مطالعه، هدف از مراجعه حضوری و همچنین مسائل مربوط به رازداری بود. از شرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه گرفته شد و اصل محرمانه بودن اطلاعات هم کامل رعایت شد. ضمناً شرکت‌کنندگان در صورت عدم تمایل می‌توانستند از شرکت در پژوهش انصراف دهند. همچنین طرح به تصویب شورای پژوهشی سازمان زندان‌ها رسیده است و با توجه به اینکه طرح مستندسازی و نه مداخله ای بوده است، طبق ضوابط سازمان زندان‌ها نیاز به کد اخلاق نداشته است.

معرفی شوند تا به صورت رایگان درمان آن‌ها ادامه یابد. در غیر این صورت این امر می‌تواند یکی از علل بازگشت مجدد مددجویان به ندامتگاه باشد [۲۵]. تأثیر روانی و اجتماعی اطمینان از دریافت درمان خصوصاً تداوم درمان نگهدارنده با متادون باعث می‌شود که تنش‌های این افراد کمتر شده و مجبور نباشند برای تهیه مواد مخدر به رفتارهای مجرمانه متوسل شوند [۲۶، ۲۷].

پایش و ارزیابی برنامه‌ها مهم بوده و کم‌توجهی به آن در زندان‌ها مشکل‌آفرین است. هرچند بیان می‌شود که برنامه‌ها به دلیل کمبود نیروی انسانی و اعتبار، پایش و ارزشیابی نشدند ولی اصلاح نگرش مسئولین در این مورد نیز حائز اهمیت است. به دلیل مسائل امنیتی امکان بررسی، پایش و ارزیابی برنامه‌ها توسط سایر افراد و سازمان‌ها در خارج از زندان وجود ندارد که با بازتعریف حدود و ثغور امنیتی این مشکل حل‌شدنی خواهد بود. کاهش مرگ‌ومیر به ویژه در واحد قرنطینه، کاهش بیش‌مصرف، کاهش خودزنی، کاهش اقدام به خودکشی و خشونت متعاقب برنامه‌ها که برای مدیران ملموس شده است را نباید کم‌اهمیت جلوه داد [۲۸، ۲۹].

نتیجه‌گیری

فراوانی تکرار رفتارهای پرخطر در زندان، خطر توسعه عوارض آن به جامعه را به همراه دارد [۳۰] و احتمالاً شیوع و بروز بیماری‌های وابسته به این رفتارها را در جامعه نیز افزایش خواهد داد [۳۱]. بنابراین هر میزان سرمایه‌گذاری برای پاک نگه داشتن محیط زندان‌ها در نهایت کمک به حفظ و ارتقای سلامت جامعه است. نمود ضعیف مستندسازی فعالیت‌ها در کل کشور دامنگیر زندان‌ها نیز شده است. مستندسازی برنامه‌ای می‌تواند معیاری برای محک زدن درجه اعتبار و اصالت برنامه‌های ارائه‌شده محسوب شود [۳۲]. علی‌رغم برنامه‌های متنوع اجراشده و یا در حال اجرا، پایش و ارزشیابی برنامه‌ها در اولویت کاری نبوده است. کمبود نیروی انسانی و محدودیت‌های فراوان برای همکاری با سایر دستگاه‌ها همچون دانشگاه علوم پزشکی و محققین خارج از زندان‌ها به دلایل امنیتی از جمله موانع این کار بوده است که لازم است این موانع مرتفع شوند. در ابتدای شروع برنامه‌ها کمبودهای مالی مانع فعالیت‌ها در سطح گسترده بوده است، ولی با رفع موانع، شاهد ارتقای کمی و کیفی سریع برنامه‌ها هستیم، به گونه‌ای که برنامه‌های درمان و کاهش آسیب اعتیاد در زندان‌های ایران مورد توجه مراجع علمی داخلی و بین‌المللی قرار گرفته است. در زندان‌هایی که مسئولین نسبت به برنامه توجیه بودند، علی‌رغم تنگناهای مالی و نیروی انسانی برنامه متوقف نشده بود. کاهش ورود مواد غیرقانونی، کاهش رفتارهای خشونت‌آمیز شامل خودزنی و دیگرزنی، به حداقل رسیدن تشکیل گروه‌های مافیایی در زندان‌ها و کاهش مسمومیت دارویی و تزریق از جمله فواید برنامه‌های درمان و کاهش آسیب اعتیاد در زندان‌ها مطرح شده

حامی مالی

مطالعه حاضر را دفتر آموزش و پژوهش سازمان زندان‌های کشور حمایت مالی کرده است.

مشارکت‌نویسندگان

جمع‌آوری داده‌ها: محمدباقر صابری زفرقندی، رضا آرزومندان، ندا واحد، حسین محمدی، آرش جواهری و سحر عشرتی؛ مصاحبه: محمد باقر صابری زفرقندی، رضا آرزومندان، حسین محمدی و سحر عشرتی؛ پیاده‌سازی مصاحبه‌ها: ندا واحد، حسین محمدی و سحر عشرتی؛ طراحی مطالعه: محمدباقر صابری زفرقندی، رضا آرزومندان، مرضیه فرنیبا و سحر عشرتی؛ تأیید نهایی مقاله: همه نویسندگان.

تعارض منافع

سفارش‌دهنده این مطالعه سازمان زندان‌هاست و به دلیل ساختار زندان در کشور بدون همکاری علمی و اجرایی معاونت پژوهشی و مسئولان بهداشت و درمان سازمان انجام چنین مطالعه‌ای امکان‌پذیر نبود. مشارکت اعضای وابسته به سازمان در تدوین گزارش و تهیه مقاله می‌تواند مصداق تعارض منافع باشد، هرچند افراد مذکور صرفاً کمک علمی و اجرایی داشته و تجزیه و تحلیل نهایی بدون سوگیری سازمانی انجام گرفته است. برای حفظ حقوق معنوی و منطبق با اخلاق پژوهش حفظ حقوق معنوی همه کسانی که در تهیه مقاله نقش داشته‌اند ضروری بوده و بنابراین نام همکاران سازمان در جمع نویسندگان آمده است، ولی ایشان در انتخاب مجله و فرایند چاپ مداخله‌ای نداشتند.

تشکر و قدردانی

از ریاست و معاونت آموزشی دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، اعضای گروه مطالعات اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی ایران، دکتر عمران محمد رزاقی به عنوان ناظر، دکتر دکتر محمد حداد، دکتر عبدالرضا صباحی کرمانی، دکتر ساسان علوم، دکتر محمد امین مرتضوی، دکتر علیرضا ناظم بافقی برای کمک در جمع‌آوری داده‌های استانی و دکتر شهبازی و دکتر جعفر بوالهروی برای شرکت در مصاحبه مربوط به تاریخچه برنامه‌های کاهش آسیب اعتیاد در زندان‌های کشور سپاسگزاریم. همچنین از همکاری مدیران محترم استانی زندان‌های استان‌ها و مسئولان دفتر آموزش و پژوهش سازمان زندان‌ها در پیشبرد فرایند طرح بی‌نهایت متشکریم.

References

- [1] Nunn A, Zaller N, Dickman S, Trimbur C, Nijhawan A, Rich JD. Methadone and buprenorphine prescribing and referral practices in US prison systems: Results from a nationwide survey. *Drug and Alcohol Dependence*. 2009; 105(1-2):83-8. [DOI:10.1016/j.drugalcdep.2009.06.015] [PMID] [PMCID]
- [2] Blaauw E, Roesch R, Kerkhof A. Mental disorders in European prison systems: Arrangements for mentally disordered prisoners in the prison systems of 13 European countries. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2000; 23(5-6):649-63. [DOI:10.1016/S0160-2527(00)00050-9]
- [3] Zamani S, Farnia M, Tavakoli S, Gholizadeh M, Nazari M, Seddighi AA, et al. A qualitative inquiry into methadone maintenance treatment for opioid-dependent prisoners in Tehran, Iran. *International Journal of Drug Policy*. 2010; 21(3):167-72. [DOI:10.1016/j.drugpo.2009.03.001] [PMID]
- [4] Huby RH. Life in prison: Perspectives of drug injectors. *Deviant Behavior*. 2000; 21(5):451-79. [DOI:10.1080/01639620050085843]
- [5] Eshrati B, Asl RT, Dell CA, Afshar P, Millson PM, Kamali M, et al. Preventing HIV transmission among Iranian prisoners: initial support for providing education on the benefits of harm reduction practices. *Harm Reduction Journal*. 2008; 5(1):21. [DOI:10.1186/1477-7517-5-21] [PMID] [PMCID]
- [6] Zamani S, Kihara M, Gouya MM, Vazirian M, Ono-Kihara M, Razzaghi EM, et al. Prevalence of and factors associated with HIV-1 infection among drug users visiting treatment centers in Tehran, Iran. *Aids*. 2005; 19(7):709-16. [DOI:10.1097/01.aids.0000166094.24069.72] [PMID]
- [7] Organization WH. Multi-city study on drug injecting and risk of HIV infection: A report prepared on behalf of the WHO International Collaborative Group. Geneva: World Health Organization; 1994. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/62037/WHO_PSA_94.4.pdf?sequence=1
- [8] Beyrer C, Jittiwutikarn J, Teokul W, Razak MH, Suriyanon V, Srirak N, et al. Drug use, increasing incarceration rates, and prison-associated HIV risks in Thailand. *AIDS and Behavior*. 2003; 7(2):153-61. [DOI:10.1023/a:1023946324822]
- [9] Dolan K, Rutter S, Wodak AD. Prison-based syringe exchange programmes: A review of international research and development. *Addiction*. 2003; 98(2):153-8. [DOI:10.1046/j.1360-0443.2003.00309.x] [PMID]
- [10] Horton A. Heroin users: The need for improved treatment for incarcerated women. *Social Work in Public Health*. 2011; 26(2):176-88. [DOI:10.1080/19371910903182773] [PMID]
- [11] Jacob J, Stöver H. The transfer of harm-reduction strategies into prisons: needle exchange programmes in two German prisons. *International Journal of Drug Policy*. 2000; 11(5):325-35. [DOI:10.1016/S0955-3959(00)00050-5]
- [12] Koulterakis G, Gnardellis C, Agrafiotis D, Power KG. HIV risk behaviour correlates among injecting drug users in Greek prisons. *Addiction*. 2000; 95(8):1207-16. [DOI:10.1046/j.1360-0443.2000.95812077.x] [PMID]
- [13] Onorato IM, McCray E, Branch FS. Prevalence of human immunodeficiency virus infection among patients attending tuberculosis clinics in the United States. *Journal of Infectious Diseases*. 1992; 165(1):87-92. [DOI:10.1093/infdis/165.1.87] [PMID]
- [14] Roshanfekar P, Farnia M, Dejman M. The effectiveness of harm reduction programs in seven prisons of Iran. *Iranian Journal of Public Health*. 2013; 42(12):1430. [PMID]
- [15] Pourahmad M, Javady A, Karimi I, Ataei B, Kassaeian N. Seroprevalence of and risk factors associated with hepatitis B, hepatitis C, and human immunodeficiency virus among prisoners in Iran. *Infectious Diseases in Clinical Practice*. 2007; 15(6):368-72. [DOI:10.1097/IPC.0b013e318142ce16]
- [16] Zafarghandi MBS, Jadidi M, Khalili N. Iran's activities on prevention, treatment and harm reduction of drug abuse. *International Journal of High Risk Behaviors & Addiction*. 2015; 4(4):e59737. [DOI:10.5812/ijhrba.22863] [PMID] [PMCID]
- [17] United Nations Office on Drugs and Crime. Evaluation of substance use treatment programs [Interbet]. 2015 [Updated 2015]. Available from: https://www.unodc.org/documents/is-lamicrepublicofiran/publications/1jan2015/Evaluation_of_Substance_Use_Treatment_Programmes-EN.pdf
- [18] World Health Organization. Work book 4: process evaluation [Internet]. 2000 [Updated 2000]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66584/WHO_MSD_MSB_00.2e.pdf;jsessionid=097876A1DA8895D0405B0A22E4D9F5C4?sequence=5
- [19] Bayan Zadeh AS, Bolhari J, Atef Vahid MK, Nouri Ghasem Abadi R, Fatali Lavasani F, Karimi Kismi E. [The role of medication and psychological interventions in harm reduction of substance use in addicted prisoners (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2007; 14(55):47-38. <http://rjms.iuums.ac.ir/article-1-731-fa.pdf>
- [20] Farnia M, Ebrahimi B, Shams A, Zamani S. Scaling up methadone maintenance treatment for opioid-dependent prisoners in Iran. *International Journal of Drug Policy*. 2010; 21(5):422-4. [DOI:10.1016/j.drugpo.2010.03.008] [PMID]
- [21] Werb D, Wood E, Small W, Strathdee S, Li K, Montaner J, et al. Effects of police confiscation of illicit drugs and syringes among injection drug users in Vancouver. *International Journal of Drug Policy*. 2008; 19(4):332-8. [DOI:10.1016/j.drugpo.2007.08.004] [PMID] [PMCID]
- [22] Shahbazi M, Farnia M, Rahmani K, Moradi G. Trend of HIV/AIDS prevalence and related interventions administered in prisons of Iran-13 years' experience. *Iranian Journal of Public Health*. 2014; 43(4):471-9. [PMID] [PMCID]
- [23] Oliver P, Keen J, Rowse G, Ewins E, Griffiths L, Mathers N. 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*. 2010; 105(4):732-9. [DOI:10.1111/j.1360-0443.2009.02856.x] [PMID]
- [24] Grella CE, Rodriguez L. Motivation for treatment among women offenders in prison-based treatment and longitudinal outcomes among those who participate in community aftercare. *Journal of Psychoactive Drugs*. 2011; 43(sup1):58-67. [DOI:10.1080/02791072.2011.602275]
- [25] Farnia M, Shahbazi M, Moradi G, Alizadeh S, Ebrahi B, Kalle M. [Evaluation of harm reduction programs in prisons from the attitude and viewpoint of Iranian prison staff (Persian)]. *Journal of School of Public Health & Institute of Public Health Research*. 2013; 11(1):29-44. <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-5016-fa.html>
- [26] Nunes EV, Sullivan MA, Levin FR. Treatment of depression in patients with opiate dependence. *Biological Psychiatry*. 2004; 56(10):793-802. [DOI:10.1016/j.biopsych.2004.06.037] [PMID]

- [27] Acosta MC, Marsch LA, Xie H, Guarino H, Aponte-Melendez Y. 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*. 2012; 8(4):283-93. [DOI:10.1080/15504263.2012.723317] [PMID] [PMCID]
- [28] Moradi AR, Emdadi A, Soori B, Mostafavi E. Prevalence of human immunodeficiency virus infection among injection drug users released from Jail. *Addiction & Health*. 2012; 4(3-4):151. [PMCID] [PMID]
- [29] Ross M. *Health and health promotion in prisons*. Milton Park: Routledge; 2012. [DOI:10.4324/9780203083239]
- [30] Hutton HE, Treisman GJ, Hunt WR, Fishman M, Kendig N, Swetz A, et al. HIV risk behaviors and their relationship to post-traumatic stress disorder among women prisoners. *Psychiatric Services*. 2001; 52(4):508-13. [DOI:10.1176/appi.ps.52.4.508] [PMID]
- [31] Grinstead OA, Zack B, Faigles B, Grossman N, Blea L. Reducing postrelease HIV risk among male prison inmates: A peer-led intervention. *Criminal Justice and Behavior*. 1999; 26(4):453-65. [DOI:10.1177%2F0093854899026004003]
- [32] Kamarulzaman A, Reid SE, Schwitters A, Wiessing L, El-Bassel N, Dolan K, et al. Prevention of transmission of HIV, hepatitis B virus, hepatitis C virus, and tuberculosis in prisoners. *The Lancet*. 2016; 388(10049):1115-26. [DOI:10.1016/S0140-6736(16)30769-3]
- [33] Gough E, Kempf MC, Graham L, Manzanero M, Hook EW, Bartolucci A, et al. HIV and hepatitis B and C incidence rates in US correctional populations and high risk groups: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2010; 10(1):777. [DOI:10.1186/1471-2458-10-777] [PMID] [PMCID]
- [34] Zafarghandi MB, Eshrati S, Vameghi M, Ranjbar H, Arezoomandan R, Clausen T, et al. Drug-related community issues and the required interventions in open drug scenes in Tehran, Iran: a qualitative study protocol. *BMJ Open*. 2019; 9(10):e030488. [DOI:10.1136/bmjopen-2019-030488] [PMID] [PMCID]

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی