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

Mohammad Bagher Saberi Zafarghandi, Sahar Eshrati, Reza Arezoomandan, Marziyeh Farnia, Hosein Mohammadi, Neda Vahed, Arash Javaheri, Mehdi Amini, Samaneh Heidari

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.

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

Method
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.

ABSTRACT

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

Method: 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.

Key words: Harm reduction, Addiction, Prison, Illegal drugs

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
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. Filed 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 Eshraty; 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 | ✓                     | ×                       | ✓                      |
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.

| 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         | ✓                     | ×                      | ✓                      |
This Page Intentionally Left Blank
مقاله بروزرسانی

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

نویسنده‌ی مسئول: دکتر محمدباقر صابری زفرقندی

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

نشانی: +98 21 63471301

خلاصه

پژوهش حاضر با هدف مستندسازی و پایش برنامه‌های کاهش آسیب اعتیاد در زندان‌های کشور و ارائه راه‌حل‌هایی برای بهبود و ارتقای آن‌ها انجام گرفته است.

این مطالعه شامل سه مرحله است؛ اول جمع‌آوری اطلاعات از طریق مطالعه کتابخانه‌ای بر اساس شواهد و اسناد موجود در کتابخانه مرکزی سازمان زندان‌های ایران؛ دوم استخراج شاخص‌های پایش بر اساس مرحله اول و تهیه دو چک لیست محقق ساخته و مرحله سوم بازدید میدانی، مراجعه به زندان‌های مراکز استان و انجام مصاحبه کیفی نیمه ساختاریافته با دست اندرکاران و مطلعین کلیدی درگیر در خدمات درمان و کاهش آسیب.

برنامه‌های کاهش آسیب اعتیاد در اکثر زندان‌های کشور در حال اجراست. در ابتدا کمبودهای مالی و انسانی و مقاومت در برابر تغییر یافته‌ها از موانع اجرای برنامه‌ها بود ولی به تدریج به پیشرفت و کیفیت این برنامه‌ها افزوده شد. درمان‌های جایگزین با متادون و کلینیک‌های مثلث‌شکل عمده‌ترین برنامه‌ها بودند که به تدریج برنامه‌های سراسری بیماری‌ای نیز ساختمانی و سایر مراکز قانونی که در زندان‌ها تمرکز داده شد.

برنامه‌های درمان و کاهش آسیب به تدریج به برنامه‌های سراسری بیماری‌یابی ایدز و سل با همکاری دانشگاه‌های علوم پزشکی به آن افزوده شده بود. برنامه‌های درمان و کاهش آسیب به تدریج به برنامه‌های سراسری بیماری‌یابی ایدز و سل با همکاری دانشگاه‌های علوم پزشکی به آن افزوده شده بود.

نتیجه‌گیری

اندکی از تفاوت‌های اساسی با استانداردهای جهانی آمده است. برنامه‌های فرهنگی در کنار برنامه‌های کاهش آسیب، جلسات توجیهی و حمایت طلبی از مسئولین از راهکارهای مهم در جهت ماندگاری انسان 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

تاریخ دریافت: 1398 بهمن 11
تاریخ پذیرش: 1399 مهر 6
تاریخ انتشار: 1400 فروردین 12
حقوق حضور به‌میل شناخته کنندگان و متقاضی انتخاب کننده است. این متن صحیح و ماهیتی که می‌تواند محتوای مثبت و پذیرش‌پذیر سازمان‌های خاص و زندانیان را تشکیل دهد.

در زندان‌ها در برابر این بافت‌ها، از طرفی فراوانی انواع بیماری ها مانند ایدز فراهم می‌شود. این امر در زندان‌ها به دنبال افزایش نیاز به درمان و کاهش آسیب اعتیاد می‌باشد. بنابراین به نظر می‌رسد که تدوین برنامه‌ها و اجرای برنامه‌های درمانی و کاهش آسیب اعتیاد در زندان‌ها نسبت به سایر اقشار جامعه از اهمیت بیشتری برخوردار باشد.

اداره کل بهداشت و درمان سازمان زندان‌های کشور، با هدف ارتقای سطح سلامت زندانیان و کاهش خطراتی که ممکن است از این بافت‌ها سیاست‌ها و برنامه‌های درمانی و کاهش آسیب اعتیاد در زندان‌ها تدوین و اجرای شود. این برنامه‌ها شامل اجرای برنامه‌های درمانی و کاهش آسیب اعتیاد، ارائه خدمات بهداشت و درمانی به زندانیان و حفظ حریم خصوصی و حریم خانوادگی زندانیان است. به همین منظور، تدوین برنامه‌های درمانی و کاهش آسیب اعتیاد در زندان‌ها به منظور ارتقای سطح سلامت زندانیان و کاهش خطراتی که ممکن است از این بافت‌ها می‌باشد.

روش مطالعه حاضر از نوع توصیفی مقطعی بود و در مدت ۷۰ روز، مراجع و سایر ادارات در زندان‌ها، بهبود و ارتقای برنامه‌های درمانی و کاهش آسیب اعتیاد در زندان‌ها را مطالعه کردند. در این مطالعه، به‌منظور اندازه‌گیری اثرات برنامه‌های درمانی و کاهش آسیب اعتیاد در زندان‌ها، مدل‌پیشینی و آماری استفاده شد. همچنین به‌منظور اندازه‌گیری اثرات برنامه‌های درمانی و کاهش آسیب اعتیاد در زندان‌ها، مدل‌پیشینی و آماری استفاده شد. همچنین به‌منظور اندازه‌گیری اثرات برنامه‌های درمانی و کاهش آسیب اعتیاد در زندان‌ها، مدل‌پیشینی و آماری استفاده شد.
با همکاری وزارت بهداشت به صورت جدی پیگیری معرفی شده است. برنامه پیشگیری، شناسایی و درمان سل از شد که به عنوان الگوی برتر از طرف سازمان بهداشت جهانی شروع بیماران را ایزوله می کردند اما بعد از این مرحله، برنامه آموزش و درمان بیماری نقص ایمنی اکتسابی نیز شروع شد. در ابتدا متخصصین در دستور کار قرار گرفت. برنامه پیشگیری، شناسایی دوره های کوتاه مدت آموزش دارویی اعتیاد ویژه تدوین شد. شروع انجام شد. اولین درمان نگهدارنده با متادون که شروع آن به صورت آزمایشی بود. برنامه طریق گروه های همسان و تدوین بروشورها و پم플ت های آموزشی شروع برنامه های کاهش آسیب با آگاهی رسانی، آموزش از برنامه های درمان و کاهش آسیب اعتیاد در زندان های ایران به مصرانه توانسته است این موانع را به تدریج از سر راه بردارد تا امروز شواهد علمی به مدیران ارشد نظام قضایی و پیگیری مجدانه و موانع قانونی و فردی وجود داشته است که تعامل سازنده و ارائه بسیاری از کشورهای دیگر برای شروع کار در زندان ها مقاومت ها کشور در پی داشته باشد. نکته مهم این است که در ایران نیز مثل بهداشتی برای زندانیان و متعاقب آن برای همه نظام سلامت مسئولین مجاب شوند که کتمان موضوع می تواند خطرات جدی در بین زندانیان نیز مزید علت شد تا در زمینه شیوع ماهه در علی رغم وقفه چند ساله به علت بحث سیاست کشوری در زمینه به صورت آموزش حضوری و توزیع رایگان کاندوم اجرا شد که درمان بیماری هایی که از راه آمیزش جنسی منتقل می شوند در فروشگاه های زندان شروع شد. برنامه پیشگیری، شناسایی و یکبار مصرف و مواد ضدعفونی کننده و توزیع تیغ با قیمت نازل با ممنوعیت خالکوبی و توزیع غیرمحسوس سوزن و مالی نیز شروع شد. برنامه پیشگیری از خالکوبی از حدود سال 1383 در برخی استان ها علی رغم محدودیت های و تداوم یافته است. برنامه پیشگیری، شناسایی و درمان هپاتیت با مسئولیت مستقیم سازمان زندان ها و همکاران. شماره بخشنامه ای به مدیران کل زندان ها صادر کرد و اردوگاه خاصی در کویر آب حیات کرمان برای جمع آوری زندانیان در نظر گرفت. اولین نمونه ایدز در میان زندانیان 1390 با شروع دیده وری در چند استان منتخب در سال 40 گرفته شد و انجام آزمایشی (پایلوت) آن در دوره 50 گرفته شد و انجام آزمایشی (پایلوت) در دوره 60 گرفته شد و انجام آزمایشی (پایلوت) در دوره...
شماره 27 دوره 1400 بهار بهار
زندان‌های مرکزی سه استان اصفهان، همدان و تهران شروع شد.

این برنامه در نهایت به دلیل مشکلاتی همچون نارضایتی افراد بند به علت ایجاد وسوسه و ترغیب مصرف و همچنین خروج از درمان منتفی شد.

استادان ملی و پژوهشی قابلیت در حوزه درمان و کاهش آسیب اختلال مصرف مواد را دارند.

آنچه از اسناد و تحقیقات به دست آمده، نشان می‌دهد که ابتدا هدف برنامه‌ها جمعیت عمومی زندانیان بوده است که شامل مصرف‌کنندگان نیز می‌شد. مستندات نشان می‌دهد که برنامه آموزش‌های فنی و حرفه‌ای به زندانیان در دستور کار بوده است. مطالعات انجام شده تأثیر فعالیت‌های فرهنگی در اصلاح و بازگشت زندانی به زندگی، مفید بوده و راهکارهایی برای 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. در زندانیان با اختلال مصرف مواد، اثربخشی برنامه‌های کاهش آسیب ناشی از سوءمصرف مواد، آموزش پیشگیری و درمان اعتیاد به زندانیان و خانواده‌های آن‌ها با توجه به ارزیابی سوءمصرف مواد مخدر در زندان‌های استان‌ها، اثربخشی درمان شناختی رفتاری و بهبود رفتارهای مخرب و پرخطر در زندانیان مورد نیاز بوده است. مستند دیگری مبنای ارزیابی کارایی سازمان زندان‌ها در بررسی جرایم مواد مخدر است که در سال‌های 1398 تا 1382 انجام شده است.

یافته‌هایی که در بازدید از زندان‌های استان‌ها به دست آمده، 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. هدف گذاری این برنامه‌ها پیشگیری شناسایی و درمان ویروس نقص ایمنی (HIV) و هپاتیت بوده است که در زندان قزل حصار شروع شده است.

برنامه‌های کاهش آسیب و درمان اعتیاد در زندان‌های متعدد استان‌ها نشان می‌دهد. همان طور که در جدول شماره 1 جمعیت عمومی زندانیان به اسید، ریسمان و همچنین آدم‌دزدی و ا حالات مختلفی از بیماری‌های شناختی و اجتماعی مورد درمان است. همچنین درمان نگهدارنده با متادون برای زندانیان و برنامه‌هایی که هدف آن‌ها ارزیابی عملکرد سازمان زندان‌ها بوده است.

در حال حاضر در زندان‌های ایران بیش از شصت هزار نفر تحت درمان نگهدارنده با متادون هستند که یکی از بزرگ‌ترین نیم‌روزه‌ها در جهان است. بیماری‌های قلبی و عروقی، بیماری‌های رونده در سایر سطح‌های زندانیان و افراد با اعتیاد مصرف مواد مخدر در زندان همچنین درمان نگهدارنده با متادون برای زندانیان و برنامه‌هایی که هدف آن‌ها ارزیابی عملکرد سازمان زندان‌ها بوده است.

در زمینه حفظ حریم خصوصی، مددجویان نیز تنها تیم درمان به پرونده‌های آزمایشی دسترسی دارند.

این امر به این معناست که کمبود فضا، نیروی انسانی و اعتبارات در مقایسه با حجم کار در زندان‌ها وجود داشته و یکی از موانع جدی برای ارائه خدمات منطبق با معیارهای وزارت بهداشت بود.

تعداد زندانیان عموماً بالاتر از ظرفیت اسمی زندان‌ها بود و افزایش جمعیت کف خواب باید موجب کاهش کیفیت و کمیت خدماتی شود. این امر به دلیل کاهش خصوصیت درمان و کاهش آسیب اعتیاد رفتاری و بهبود رفتارهای مخرب و پرخطر.

در زمینه حفظ حریم خصوصی، مددجویان نیز تنها تیم درمان به پرونده‌های آزمایشی دسترسی دارند.

این امر به این معناست که کمبود فضا، نیروی انسانی و اعتبارات در مقایسه با حجم کار در زندان‌ها وجود داشته و یکی از موانع جدی برای ارائه خدمات منطبق با معیارهای وزارت بهداشت بود.

تعداد زندانیان عموماً بالاتر از ظرفیت اسمی زندان‌ها بود و افزایش جمعیت کف خواب باید موجب کاهش کیفیت و کمیت خدماتی شود. این امر به دلیل کاهش خصوصیت درمان و کاهش آسیب اعتیاد رفتاری و بهبود رفتارهای مخرب و پرخطر.

در زمینه حفظ حریم خصوصی، مددجویان نیز تنها تیم درمان به پرونده‌های آزمایشی دسترسی دارند.
خلاصه عملکرد ندامتگاه‌ها در زمینه برنامه‌های اقدام شده یا در دست اقدام حوزه درمان و کاهش آسیب در اختلالات مصرف مواد

| استان          | هماهنگی با پروتکل | گروه‌های اولیه | گروه‌های اولیه و پرسترس | هماهنگی با پروتکل | گروه‌های اولیه | گروه‌های اولیه و پرسترس | هماهنگی با پروتکل | گروه‌های اولیه | گروه‌های اولیه و پرسترس |
|----------------|------------------|--------------|------------------------|------------------|--------------|------------------------|------------------|--------------|------------------------|
| اردبیل         | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      |
| اصفهان         | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      |
| البرز           | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      |
| ایلام           | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      |
| ارمناک یزدی    | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      |
| تهران           | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      |
| چهارمحال و بختیاری | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      |
| خراسان جنوبی   | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      |
| خراسان شمالی   | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      |
| خوزستان        | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      |
| سمنان           | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      |
| سیستان و بلوچستان | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      |
| سیستان و بلوچستان | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      |
| گلستان         | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      |
| گیلان           | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      |
| خوزستان        | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      |
| گیلان           | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      |
| کرمان           | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      |
| کردستان        | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      |
| کرمانشاه       | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      |
| گیلان           | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      |
| گیلان           | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      |
| کرمان           | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      |
| کردستان        | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      |
| کرمانشاه       | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      |
| گیلان           | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      | √                | √            | √                      |
جدول ۲. نسبت تیم درمان به مددجویان در زندان

| استان       | تعداد افراد تحت پوشش / فراوانی (درصد) | تعداد تیم درمان فعال | کمبود تیم درمان (به‌ازای هر دویست نفر یک تیم درمان) |
|--------------|------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------|
| اردبیل      | 515/29 (پنج پزشک، چهار پرستار، یک کارشناس بیماریاب) | 29                    |                                      |
| ارومیه      | اطلاعات ناقص نمی‌باشد | 2                    |                                      |
| اصفهان      | 750/30 (یک تیم درمان) | 30                    |                                      |
| البرز        | 1400/26/4 (پنج تیم درمان دولتی، پنج تیم درمان قراردادی) | 26/4                  |                                      |
| ایلام       | 395/45تا40/45 (یک تیم درمان) | 45/40/40             |                                      |
| بوشهر      | 350/31/8 (یک تیم درمان قراردادی) | 31/8                  |                                      |
| تبریز       | اطلاعات ناقص نمی‌باشد | 10                   |                                      |
| تهران       | اطلاعات ناقص نمی‌باشد | 10                   |                                      |
| چهارمحال و بختیاری | 285/38 (یک تیم درمان) | 38                    |                                      |
| خراسان جنوبی | 250/20/5 (یک تیم درمان بدون پرستار) | 20/5                 |                                      |
| خراسان رضوی | 1200/21/3 (چهار تیم درمان قراردادی) | 21/3                 |                                      |
| خوزستان    | 1000/31/6 (چهار تیم درمان) | 31/6                 |                                      |
| زنجان       | 600/24 (یک تیم درمان قراردادی) | 24                    |                                      |
| سمنان       | 121/25 (یک تیم درمان) | 25                    |                                      |
| سیستان و بلوچستان | 1200/34 (پنج تیم درمان) | 34                    |                                      |
| کرمان       | 600تا550/18/3 (یک تیم درمان به همراه یک روانشناس و سه پرستار دیگر) | 18/3                 |                                      |
| کرمانشاه   | 4187/32/4 (هشت تیم درمان قراردادی) | 32/4                 |                                      |
| گلستان     | 521/52/6 (یک تیم درمان به همراه یک روانشناس و سه پرستار دیگر) | 52/6                 |                                      |
| هرمزگان    | ⁄⁄ (فاقد لیست انتظار) |                        |                                      |
| همدان       | ⁄⁄ (لا با مناسب) |                        |                                      |
| یزد         | ⁄⁄ (خیر) |                        |                                      |
| کردستان    | 600تا550/18/3 (یک تیم درمان به همراه یک روانشناس و سه پرستار دیگر) | 18/3                 |                                      |

محقق: محمدباقر صابری زفرقندی و همکاران، دروس: مستندسازی و پایانی پروین سپهسالار درمان و کاهش آسیب اعتیاد در زندان‌های ایران.
و مهمین‌ترین اشیاء اصلی در این مسئله، کمک به افراد در درمان و بهبود وضعیت سلامتی افرادی که در زندان هستند، است.

از دیدگاه پزشکان، افرادی که در زندان هستند، به دلیل عوامل مختلفی از جمله فشار جامعه، فشار اجتماعی و طبیعی، احساس ناراحتی و نگرانی می‌کنند. این عوامل می‌توانند افزایش احتمال شکستن اجتماعی و رفتارهای غیرقانونی و اعتیاد بروز کند. لذا، برای کاهش این مسئله، برنامه‌های درمان و کاهش آسیب اعتیادی به صورت منظم و مستندسازی شده در زندان‌های ایران اجرا می‌شود.

 tabel:

| استان         | تعداد اندازه‌گیری | تعداد تیم درمانی فعال | تعداد مصرف آنتی‌آپورت | تعداد مصرف مواد مخدر | تعداد مصرف مواد مخدر | تعداد مصرف مواد مخدر | تعداد مصرف مواد مخدر | تعداد مصرف مواد مخدر | تعداد مصرف مواد مخدر | تعداد مصرف مواد مخدر | تعداد مصرف مواد مخدر | تعداد مصرف مواد مخدر |
|---------------|------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| کرمان        | 1400             | 20000                  | 1200                     | 300                    | 100                    | 50                     | 30                     | 20                     | 10                     | 5                      | 3                      | 2                      |
| سیستان و بلوچستان | 1300             | 22000                  | 1300                     | 400                    | 130                    | 70                     | 40                     | 20                     | 10                     | 5                      | 3                      | 2                      |
| خوزستان      | 1200             | 21000                  | 1200                     | 350                    | 110                    | 60                     | 35                     | 20                     | 10                     | 5                      | 3                      | 2                      |
| خراسان شمالی | 1100             | 20000                  | 1100                     | 300                    | 100                    | 50                     | 30                     | 20                     | 10                     | 5                      | 3                      | 2                      |
| سمنان        | 1000             | 19000                  | 1000                     | 250                    | 100                    | 50                     | 30                     | 20                     | 10                     | 5                      | 3                      | 2                      |
| کهگیلویه و بویراحمد | 900              | 18000                  | 900                      | 200                    | 90                     | 45                     | 30                     | 20                     | 10                     | 5                      | 3                      | 2                      |
| آذربایجان شرقی | 800              | 17000                  | 800                      | 150                    | 80                     | 40                     | 25                     | 15                     | 8                      | 4                      | 2                      | 1                      |
| آذربایجان غربی | 700              | 16000                  | 700                      | 100                    | 70                     | 35                     | 25                     | 15                     | 8                      | 4                      | 2                      | 1                      |
| همدان        | 600              | 15000                  | 600                      | 90                     | 60                     | 30                     | 20                     | 10                     | 5                      | 3                      | 2                      | 1                      |
| خوزستان      | 500              | 14000                  | 500                      | 70                     | 50                     | 25                     | 15                     | 8                      | 4                      | 2                      | 1                      | 0                      |
| خوزستان      | 400              | 13000                  | 400                      | 60                     | 40                     | 20                     | 10                     | 5                      | 3                      | 2                      | 1                      | 0                      |
| خوزستان      | 300              | 12000                  | 300                      | 50                     | 30                     | 15                     | 10                     | 5                      | 3                      | 2                      | 1                      | 0                      |
| خوزستان      | 200              | 11000                  | 200                      | 40                     | 20                     | 10                     | 5                      | 3                      | 2                      | 1                      | 0                      | 0                      |
| خوزستان      | 100              | 10000                  | 100                      | 30                     | 10                     | 5                      | 3                      | 2                      | 1                      | 0                      | 0                      | 0                      |
| خوزستان      | 0                | 9000                   | 0                        | 20                     | 0                      | 0                      | 0                      | 0                      | 0                      | 0                      | 0                      | 0                      | 0                      |
مراجع: شناختی و احتمالیت رفتارهای خطرناک در زندان‌ها، مطالعه‌هایی که در زندان‌ها و در کشور به صورت اجرایی و به‌طور دستی انجام شده، نشان داده‌اند که رفتارهای خطرناک در زندان‌ها به دلایل مختلفی صورت می‌گیرد و برای بهبود وضعیت رفتارهای خطرناک در زندان‌ها، اهمیت بسزایی دارد.

نتیجه‌گیری

نتیجه‌گیری گسترده‌ای از مطالعات در زندان‌ها نشان داده است که رفتارهای خطرناک در زندان‌ها به دلایل مختلفی صورت می‌گیرد و برای بهبود وضعیت رفتارهای خطرناک در زندان‌ها، اهمیت بسزایی دارد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

مصوبه‌های کمیته بین‌المللی محققین پژوهش‌های طب و مطالعات علمی و مصرفی کتبی که از طریق متن نوشتاری شده در زندان‌ها و در کشور به صورت اجرایی و به‌طور دستی انجام شده، نشان داده‌اند که رفتارهای خطرناک در زندان‌ها به دلایل مختلفی صورت می‌گیرد و برای بهبود وضعیت رفتارهای خطرناک در زندان‌ها، اهمیت بسزایی دارد.

پیشنهاد می‌شود از ظرفیت‌های آموزشی در دانشگاه‌های علمی در زندان‌ها و در کشور به صورت اجرایی و به‌طور دستی انجام شده، نشان داده‌اند که رفتارهای خطرناک در زندان‌ها به دلایل مختلفی صورت می‌گیرد و برای بهبود وضعیت رفتارهای خطرناک در زندان‌ها، اهمیت بسزایی دارد.

پیشنهاد می‌شود از ظرفیت‌های آموزشی در دانشگاه‌های علمی در زندان‌ها و در کشور به صورت اجرایی و به‌طور دستی انجام شده، نشان داده‌اند که رفتارهای خطرناک در زندان‌ها به دلایل مختلفی صورت می‌گیرد و برای بهبود وضعیت رفتارهای خطرناک در زندان‌ها، اهمیت بسزایی دارد.

پیشنهاد می‌شود از ظرفیت‌های آموزشی در دانشگاه‌های علمی در زندان‌ها و در کشور به صورت اجرایی و به‌طور دستی انجام شده، نشان داده‌اند که رفتارهای خطرناک در زندان‌ها به دلایل مختلفی صورت می‌گیرد و برای بهبود وضعیت رفتارهای خطرناک در زندان‌ها، اهمیت بسزایی دارد.

پیشنهاد می‌شود از ظرفیت‌های آموزشی در دانشگاه‌های علمی در زندان‌ها و در کشور به صورت اجرایی و به‌طور دستی انجام شده، نشان داده‌اند که رفتارهای خطرناک در زندان‌ها به دلایل مختلفی صورت می‌گیرد و برای بهبود وضعیت رفتارهای خطرناک در زندان‌ها، اهمیت بسزایی دارد.

پیشنهاد می‌شود از ظرفیت‌های آموزشی در دانشگاه‌های علمی در زندان‌ها و در کشور به صورت اجرایی و به‌طور دستی انجام شده، نشان داده‌اند که رفتارهای خطرناک در زندان‌ها به دلایل مختلفی صورت می‌گیرد و برای بهبود وضعیت رفتارهای خطرناک در زندان‌ها، اهمیت بسزایی دارد.

پیشنهاد می‌شود از ظرفیت‌های آموزشی در دانشگاه‌های علمی در زندان‌ها و در کشور به صورت اجرایی و به‌طور دستی انجام شده، نشان داده‌اند که رفتارهای خطرناک در زندان‌ها به دلایل مختلفی صورت می‌گیرد و برای بهبود وضعیت رفتارهای خطرناک در زندان‌ها، اهمیت بسزایی دارد.
مشارکت‌کنندگان

جامع‌آوری دانش‌های مربوط به‌تاریخ و اقتصاد زندان‌های ایران، به‌جز دکتر ساسان علومی و دکتر علیرضا ناظم بافقی، توسط دکتر ساسان علومی، دکتر علیرضا ناظم بافقی، دکتر ساسان علومی، دکتر علیرضا ناظم بافقی، و دکتر ساسان علومی صورت گرفته است. نظرات و نکات مربوط به‌شرکت در مصاحبه‌های تاریخی و اقتصادی توسط دکتر ساسان علومی، دکتر علیرضا ناظم بافقی، دکتر ساسان علومی، دکتر علیرضا ناظم بافقی و دکتر ساسان علومی صورت گرفته است. نظرات و نکات مربوط به‌شرکت در مصاحبه‌های تاریخی و اقتصادی توسط دکتر ساسان علومی، دکتر علیرضا ناظم بافقی، دکتر ساسان علومی، دکتر علیرضا ناظم بافقی و دکتر ساسان علومی صورت گرفته است.

سازمان‌های مالی

مسئولان حاضر را دفتر آموزش و پژوهش سازمان زندان‌های کشور حمایت مالی کرده‌اند.

مشارکت‌کنندگان

جامع‌آوری دانش‌های مربوط به‌تاریخ و اقتصاد زندان‌های ایران، به‌جز دکتر ساسان علومی و دکتر علیرضا ناظم بافقی، توسط دکتر ساسان علومی، دکتر علیرضا ناظم بافقی، دکتر ساسان علومی، دکتر علیرضا ناظم بافقی، و دکتر ساسان علومی صورت گرفته است. نظرات و نکات مربوط به‌شرکت در مصاحبه‌های تاریخی و اقتصادی توسط دکتر ساسان علومی، دکتر علیرضا ناظم بافقی، دکتر ساسان علومی، دکتر علیرضا ناظم بافقی و دکتر ساسان علومی صورت گرفته است.

سازمان‌های مالی

مسئولان حاضر را دفتر آموزش و پژوهش سازمان زندان‌های کشور حمایت مالی کرده‌اند.

مشارکت‌کنندگان

جامع‌آوری دانش‌های مربوط به‌تاریخ و اقتصاد زندان‌های ایران، به‌جز دکتر ساسان علومی و دکتر علیرضا ناظم بافقی، توسط دکتر ساسان علومی، دکتر علیرضا ناظم بافقی، دکتر ساسان علومی، دکتر علیرضا ناظم بافقی، و دکتر ساسان علومی صورت گرفته است. نظرات و نکات مربوط به‌شرکت در مصاحبه‌های تاریخی و اقتصادی توسط دکتر ساسان علومی، دکتر علیرضا ناظم بافقی، دکتر ساسان علومی، دکتر علیرضا ناظم بافقی و دکتر ساسان علومی صورت گرفته است.

سازمان‌های مالی

مسئولان حاضر را دفتر آموزش و پژوهش سازمان زندان‌های کشور حمایت مالی کرده‌اند.

مشارکت‌کنندگان

جامع‌آوری دانش‌های مربوط به‌تاریخ و اقتصاد زندان‌های ایران، به‌جز دکتر ساسان علومی و دکتر علیرضا ناظم بافقی، توسط دکتر ساسان علومی، دکتر علیرضا ناظم بافقی، دکتر ساسان علومی، دکتر علیرضا ناظم بافقی، و دکتر ساسان علومی صورت گرفته است. نظرات و نکات مربوط به‌شرکت در مصاحبه‌های تاریخی و اقتصادی توسط دکتر ساسان علومی، دکتر علیرضا ناظم بافقی، دکتر ساسان علومی، دکتر علیرضا ناظم بافقی و دکتر ساسان علومی صورت گرفته است.
[27] Acosta MC, Marsh 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:10.1080/15504263.2012.73317] [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. [PMID] [PMCID]

[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, Faigeles 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, Ranjar 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]