اقدامات کاهش زیان(متادون درمانی)در زندان و اثر آن بر بهبود کیفیت زندگی[1]

دکتر ایرج اسماعیلی[2]

چکیده

طرح مساله: برنامه های کاهش آسیب[3] با این فرض که" گروهی از مردم که رفتارهای پر خطر دارند یا توانایی کنارگذاشتن مواد مخدر را ندارند یا اصلا مایل به این کار نیستند" آغاز می‌شود. فلسفه کاهش آسیب بر اساس این نظریه بنا شده است که با تمرکز بر افراد باعث کاهش رفتارهای پر خطر آنان شود.اصل عملی این نظریه در ارتقای و بهبود شخصیت های پر خطر است.کاهش آسیب الگویی است که درآن از نتایج منفی سوء مصرف مواد برای فرد و جامعه تا ترک کامل را ترسیم می شود.

روش: بخش نخست این مطالعه پس رویدادی بود.در فاز دوم مطالعه یک مطالعه طولی و پیگیریدر یک دوره زمانی شش ماه انجام و.برای گردآوری اطلاعات ازپرسشنامه اطلاعات‌جمعیت‌شناختی(دموگرافیک) و پرسشنامه کیفیت زندگی استفاده شد.برای‌تحلیل مطالعه پیگیری پس ازنمره گذاری و کمی‌کردن اطلاعات ازآزمون های آماری Paired Sample T Test ، ANOVA چندعاملی و اندازه گیری های مکرراستفاده شد .

یافته‌ها: در سه زندان متفاوت ۲۷ نفر (۱۰.۸٪) در زندان اوین ، ۸۸ نفر (۳۵.۲٪) در زندان رجائی شهر و ۱۳۵ نفر(۵۴.۰٪) در زندان قزلحصار انخاب شدند. بر اساس اطلاعات زندانیان که درمان با متادون را در ۶ ماهه دریافت کرده بودند در ابعاد عملکرد فیزیکی ($p<۰.۰۱۰$) ، درد بدنی ($p<۰.۰۰۳$)، سلامت روان، ($p<۰.۰۱۹$) شادابی ($p<۰.۰۰۱$) ،سلامت عمومی ($p<۰.۰۱۷$) و عملکرد اجتماعی اند ($p<۰.۰۴۱$) بطرز معناداری بهبود داشته اند. در ابعاد نقش فیزیکی ($p<۰.۰۷۱۰$)و نفش احساسی ($p<۰.۳۱۳$)بهبود معنادار مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: در یک نگاه کلی مشخص است که اقدامات کاهش آسیب به اجرا درآمده برای زندانیان تحت پوشش در بهبود وضعیت کیفیت زندگی آنان موثر بوده است.

کلید واژه ها: اعتیاد، کاهش آسیب، متادون، کیفیت زندگی، زندان

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۲/۱۸ تاریخ پذیرش مقاله:۱۳۸۸/۳/۲۳

مقدمه

۱- این پژوهش با حمایت مادی و معنوی دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی (موسسه داریوش و اداره کل زندان های استان تهران) انجام شده است.

۲- پزشک و کارشناس ارشد بهداشت و تحقیقات- دبیر شورای تحقیقات اداره کل زندان های استان تهران iesmaili@yahoo.com

۳- Harm Reduction(HRD)

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2025-07-04]

افرادی زیادی وارد زندان می شوند که جزو نیروی کارآمد و در اکثر مواقع جوان جامعه هستند که پس از گذراندن دوره محکومیت بایستی به اجتماع خود برگردند. بنابراین بررسی وپایش شاخص های سلامتی وبهداشتی این افراد در زندان هم از نظر کمک به بازگشت نیروی انسانی سالم وهم از نظر جلوگیری از مشکلات وخطرات بهداشتی بالقوه که این افراد امکان انتقال آن از زندان را دارند، مهم است.

آیا سیستم موجود زندان در تحقق اهداف اصلی آن یعنی سلب آزادی از محکومان و دور نگهداشتن مجرم از اجتماع به منظور حفظ نظم، آرامش، امنیت و تسلی‌بخشی در جامعه موفق بوده است یا نه؟ در پاسخ به این پرسش بسیاری از آن‌ها بر این باورند که این هدف به خوبی تحقق نمی‌یابد. اگرچه نباید این واقعیت را فراموش کرد که اگر نظام موجود (حبس به عنوان مجازات) وجود نداشته باشد، رفتار انحرافی به مراتب توسعه بیشتری خواهد یافت (عبدی،۱۳۷۱).

یکی از باارزش‌ترین کارها برای شناسایی اقدامات اصلاحی ـ تربیتی مؤثر، ارزیابی‌های که درباره ی برنامه ی درمان مجرمان است. چنین مداخلاتی بطور سنتی به «چه روشی کارایی دارد؟»[۱] موسوم است. در بررسی‌ها مشخص شده که تأثیر نهایی و خاص این مداخلات بر کاهش تکرار مجدد جرم درحدود ده تا سی درصد است. (توماسن و جکسون، ۲۰۰۳) پیام حاصل از این نوع مطالعات این است که درمان مجرمان می‌تواند اثرات کم ولی معنادار داشته و به لحاظ هزینه نیز بسیار مقرون به صرفه است (هولین[۲]، ۱۹۹۵؛ فرندشیب، بلود، اریکسون، تراورز و ثورنتن[۳]، ۲۰۰۳).

آس[۴] و همکارانش، (۱۹۹۹، به نقل از ویلموت،۵ ۲۰۰۳) نشان دادند که در مقابل هر یک دلاری که برای برنامه‌های مؤثر درمانی صرف شود، بطور متوسط از پرداخت ۵ دلار توسط مالیات دهندگان و ۷ دلار توسط قربانیان آتی و بالقوه آنان جلوگیری می شود. برعکس، برنامه‌های تنبیه‌محور مثل اردوگاه‌های کار اساساً مقدار پایین‌تر و در حدود ۷۵ سنت در مقابل هر دلار خرج شده، بازگشت و صرفه اقتصادی دارد.

بر اساس آمار مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی[۶]، علت ۶۷/۵٪ موارد ثبت شده آلودگی به ویروس نقص ایمنی(عامل ایدز) اعتیاد تزریقی

---

۱. What's working
۲. Hollin
۳. Friendship, Blud, Erikson, Travers, & Thornton
۴. Aos
۵. Willmot
۶ آمار مربوط به عفونت HIV/AIDS در ایران، مرکز مدیریت بیماریها.۱۳۸۶/۱۰/۱.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2025-07-04]

بوده است. هپاتیت B و C دربسیاری ازمعتادان تزریقی نسبت به جمعیت غیرمعتاد شیوع بسیار بالاتری دارد. افزایش شیوع این بیماریها عموماً پس از طی دوره‌ای از اپیدمی متمرکز میان معتادان تبدیل به اپیدمی منتشر در سطح جامعه می‌شود. در حال حاضر جرایم مرتبط با مواد مخدر بیشترین فراوانی در بین جرایم را تشکیل می‌دهدو قریب ۵۰٪ موارد از علل حبس زندانیان مستقیم یا غیر مستقیم به با مواد مخدر مربوط می شود.

بیان مسأله

سلامتی[۱] از والاترین نعمات الهی است که حفظ،تامین و ارتقای آن از وظایف همگان است(ابوالحسنی،۱۳۸۳). سلامتی شرطی ضروری برای ایفای نقش های اجتماعی است ویک موضوع مشترک دربسیاری از فرهنگهاست.در واقع هر جامعه‌ای به عنوان بخشی از فرهنگ خود مفهوم خاصی از سلامتی دارد. سلامتی از واژه‌هایی است که بیشتر مردم با آنکه مطمئن‌اند معنای آن را می‌دانند، تعریف آن را دشوار می‌یابند؛ از این رو تعریف‌های بسیاری از سلامتی شده است. با این حال تعریفی که از همه بیشتر پذیرفته شده مربوط به سازمان جهانی بهداشت در سال۱۹۴۸ است که بر اساس آن : «سلامتی عبارتست از رفاه کامل جسمی، روانی واجتماعی، و نه تنها بیمار یا معلول نبودن»، و در سال‌های اخیر با گنجاندن توانایی داشتن«یک زندگی ازنظر اقتصادی و اجتماعی موثر» این تعریف تقویت شده است.

کیفیت زندگی به عنوان یکی از شاخص‌های بهداشتی با ترکیبی از شناخت‌های هر فرد در جنبه‌های مختلف زندگی و عملکرد در روابط انسانی، کاری و اجتماعی است که برای ادامه بهینه حیات و بهزیستی فرد ضروری می‌نماید. به‌طوری که امروزه کیفیت زندگی را با امید به زندگی مقایسه کرده و اولی را شاخصی برای عرض زندگی و دومی را شاخص طولی آن می‌دانند. آنچه مسلم است اینکه کیفیت زندگی، یک مفهوم چند بعدی است که سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی یک شخص را در بر می‌گیرد و از این رو اصطلاح کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی«HRQOL »[۲] تعریف شده است که در ارتباط با مراحل بیماری یا درمان است(الماسی ، ۱۳۸۳).

زندانیان مشکلات بهداشتی متعددی دارند. در بیشتر مواقع و در صورت نیاز به مراقبت‌های اولیه، سیستم بهداشت و درمان زندان اولین نقطه تماس آن‌هاست. تقاضا

۱. Health
۲ Health Related Quality of Life

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2025-07-04]

برای خدمات بهداشتی اغلب بر اساس ظرفیت خدمات بوجود می‌آید و معمولاً از آن پیشی می‌گیرد. نیازسنجی تصویری مناسب از نیازهای سلامتی را براساس شاخص‌های عینی نظیر تعداد زندانیان، مشکلات آنان و اثربخشی خدمات ارائه می‌کند و به طراحی خدمات سلامتی با توجه به نیاز (نه براساس تقاضا) کمک می‌کند. در مقایسه با جمعیت عمومی، بسیاری از زندانیان در هنگام ورود به زندان روش‌های زندگی ناسالمی دارند؛ احتمال رفتارهای پرخطری نظیر سیگار کشیدن و مصرف مواد مخدرها در آنان بالاتر است و از بیماری‌های روحی رنج می‌برند. مداخلات ارتقای سلامت می‌تواند روی رفتار زندانیان تاثیر بگذارد. بسیاری دوره حبس را با همان وضعیت ناسالم آغازین به پایان می‌رسانند و آمادگی مناسب برای قرار گرفتن در برابر فشارهایی که منجر به زندانی شدن آنان شده بود پیدا نمی کنند. علاوه بر این، بعضی ممکن است که رفتارهایی نظیر تزریق موادمخدر را تجربه کنند و یا به بیماری‌هایی نظیر ایدز نیز مبتلا شوند که در طولانی مدت نه تنها به خود فرد، بلکه به جامعه نیز آسیب می‌زند. ارتقای سلامت در چنین جمعیتی در زندان‌ها و استفاده سازنده از دوران حبس راهی امن برای توانمندسازی زندانیان است. بکارگیری این روش‌ها سبب ایجاد محیطی بهتر برای کارکنان نیز برای ارائه خدمات مفیدتر نیز هست.[۱] زندان یک محیط منحصر به‌فرد با مشکلاتی خاص در برابر ارتقای سلامت است؛ در عین حال در این محیط، فرصتی استثنایی برای تمامی جوانب ارتقای سلامت، آموزش بهداشت و پیشگیری از بیماری‌ها فراهم است(اسماعیلی،۱۳۷۹).

کاهش زیان[۲]

در این خصوص تعاریف متفاوتی در دست است. کاهش زیان هر چیزی است که خطربروز آسیب را برای فردی که نمی خواهد یا نمی تواند از رفتار پر خطر خود دست بردارد کاهش می دهد و از تغییرات رفتاری تا تغییرات در استفاده از مواد و روابط جنسی درجه بندی می شود.[۳] زیان‌کاهی عبارت است از :سیاست یا برنامه ای که در جهت کاهش عواقب منفی بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی مصرف مواد مخدر طرح ریزی شده باشد در حالی که فرد مصرف کننده به مصرف مواد خود ادامه می دهد.به بیانی دیگر زیان‌کاهی عبارت است سیاست یا برنامه ای که در جهت کاهش عواقب منفی

[۱] WHO (Europe) Health in Prison Project
[۲] Harm Reduction(HRD)
[۳] David Ostrow

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2025-07-04]

بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی مصرف موادمخدرطرح ریزی شده باشد، در حالی که فرد مصرف کننده به مصرف مواد خود ادامه می دهد.اگر چه اقدامات کاهش زیان به عنوان یک قالب کاری برای تمام داروهای وابستگی آور و همچنین الکل می تواند به کار رود، ولی در حال حاضر بیشتر برای جلوگیری از ایجاد عوارض در معتادان تزریقی[۱] که به اختصار IDU نامیده می شود به کار می رود.اولین اولویت کاهش زیان کاهش عوارض منفی اعتیاد می باشد و این در حالی است که اولین اولویت سیاستهای مقابله گرانه کاهش تقاضای عرضه و مصرف مواد می باشد. ولی آنچه مهم است این است که این دو گزینه نقیض همدیگر نیستند و در بسیاری از موارد اقدامات کاهش زیان منجر به کاهش تعداد معتادین نیز گردیده است.

برنامه کنترل ایدز و کاهش زیان در زندان

این برنامه ها باید تمامی راههای ذکر شده را پوشش دهد:

۱) برای کنترل اعتیاد تزریقی درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست و آنتاگونیست - توزیع مواد ضدعفونی و توزیع سرنگ و سوزن

۲) برای کنترل رفتارهای محافظت نشده جنسی ایجاد خدمات ملاقات خصوصی به همراه آموزش ودسترسی به لوازم محافظتی ودسترسی به کاندوم جهت گروه‌های پرخطر ودرمعرض خطر

۳) برای کنترل انتقال از طریق لوازم شخصی توزیع تیغ های یک بار مصرف ومسواک

۴) توریع مواد ضدعفونی برای خالکوبی

۵) فراهم نمودن خدمات بهداشت روان برای پیشگیری از خشونت، خودزنی و دیگر زنی

کلینیک‌های مثلثی مراکزی هستند که قابلیت انجام خدمات آموزشی، مشاوره، پیشگیری، مراقبت و درمان مراجعین را در سه بعد بیماریهای آمیزشی، عفونت، HIV/AIDS و مصرف مواد مخدر تزریقی را بسته به امکانات موجود، در دو سطح پایه و پیشرفته دارا هستند در یک کلینیک مثلثی بهتر است هر سه بعد تحت پوشش قرار گیرد و در غیر این صورت حداقل دو بعد تحت پوشش واقع گردد(صفائی پور زمانی، مسعود،۱۳۷۹).

زمینه های مهم فعالیت کلینیک مثلثی

[۱] Injection Drug User

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2025-07-04]

- اطلاع رسانی وتشویق افراد با سابقه رفتارهای پرخطرجهت مراجعه به کلینیک مثلثی .

- انجام مشاوره اولیه عمومی و ترغیب فرد به انجام مشاوره های اختصاصی بعدی.

- تشکیل پرونده فعال پس از اولین مشاوره اختصاصی .

- انجام معاینه کامل ویروسی وضعیت بیمار (درموارد اثبات آلودگی بهHIV) از نظر بیماری‌های همراه

- انجام آزمایش های پایه مورد نیاز و تکرار آنان بر اساس نیاز

- انجام پروفیلاکسی (بر اساس دستورالعمل های وزارت بهداشت) .

- تجویزدارو وانجام درمان های سرپائی مورد نیاز در بیماری های سل ، بیماریهای آمیزشی،سایر عفونتها ، اختلالات روانی

- انجام اصول کاهش زیان برای مبتلایان به HIV و اعتیاد تزریقی

با توجه به گستردگی فعالیت ها و اهمیت اقدامات کاهش زیان در قالب واحدهای ارائه خدمات کلینیک های مثلثی در روند کاهش سوء مصرف مواد مخدر در زندان ها ارزیابی آن می تواند به ارتقاء کارها موثر است.هدف اصلی از اجرای این طرح ارزشیابی اقدامات زیان کاهی در زندان با تاکید بر بررسی اقدامات‌کلینیکهای مثلثی رفتارهای پرخطر زندانها با استفاده از درمان با متادون است.

در حال حاضر درمان نگهدارنده با متادون[۱] در بسیاری از نقاط دنیا روش مهمی برای درمان وابستگی به مواد مخدر محسوب می‌گردد. در این روش فرد وابسته برای چندین سال و حتی گاهی تا آخر عمر تحت درمان با متادون قرار می‌گیرد. البته در MMT مصرف مواد افیونی به‌طور قطع پایان نخواهد یافت ودر بسیاری از موارد تنها از شکل غیرقانونی (هروئین و تریاک) به شکلی قانونی، کم ضرر و طبی در می‌آید. هرچند ممکن است این روش به قطع کامل مصرف مواد منتهی نشود، اما بهبود کارکرد اجتماعی معتادان و کاهش عمده در عوارض جسمی، جرم و جنایت، افت تحصیلی، شغلی، عوارض روانی مانند افسردگی و نابسامانی‌های اجتماعی و خانوادگی را به دنبال خواهد داشت.

مطالعات انجام شده در زمینه ی در باره ی اقدامات کاهش زیان

در بیش از ۶۰۰ مطالعه و مقاله علمی منتشر شده نتیجه درمان اعتیاد موثر تشخیص داده شده است.مطالعات اخیر نشان داده است در یک دوره شش ماهه درمان الکلی ها ٪ ۷۰- ۴۰ ، در درمان کوکائین ٪ ۶۰-۵۰ و درمان هروئین (تریاک) در ٪۸۰-۵۰ موارد

[۱] Methadone maintenance treatment

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2025-07-04]

موفق بوده است.میزان پذیرش درمان اعتیاد از پـذیرش درمـان بیمـاری‌هـای پرفشـاری خون و آسم بیشتر است. میزان عود درمان اعتیاد، مواد مخدر و کوکائین از میـزان عـود پرفشاری خون و آسم کمتر است.اکثریت (قریب ۷۰٪) بیماران که درمان دارویی مربوط به اعتیاد را دریافت کرده اند در ۶ ماه بعد هم تحت درمان طبـی و اعتیـاد قـرار داشـته اند.درمان اعتیاد نشان داده است که از نیمی از مصرف مواد مخدر می کاهد ولـی میـزان ارتکاب جرم را در ۸۰٪ و دستگیری ها را تا ۴۰٪ کاهش داده است.برای هر دلار اضـافی که در درمان اعتیاد مصرف می شود پرداخت کنندگان مالیات ۴/۶ دلار صرفه جویی می کنند.مطالعات اخیر هزینه - اثربخشی قویاً نشان داده است که منافع متوجه بـه جامعـه (کاهش جرم، ارتقاء سلامت و افزایش و بهبود عملکرد اجتمـاعی) از هزینـه‌هـای درمـان اعتیاد بیشتر است.هزینه های درمان اعتیاد ۱۵ برابـر کمتـر از هزینـه هـای مربـوط بـه حبس جرائم مواد مخدر است.برای هر دلاری که دولت برای درمان اعتیـاد مصـرف مـی کند ۲۵- ۷ دلار صرفه جویی در پی دارد.صـرفه جـویی شـرکت هـای بیمـه در صـورت پوشش دادن درمان اعتیاد تا ۷۵٪ موارد خواهد بود. اکثریت افرادی که نیـاز بـه درمـان اعتیاد دارند (بیش از ۸۰٪) از دست یابی به آن محروم هستند.براسـاس یـک مطالعـه ی بزرگ تصادفی شده در ۱۹۹۴ که توسط ارتش آمریکا انجـام شـد مشـخص گردیـد کـه هزینه های نیروی انتظامی ۱۵ برابر هزینه های درمانی است کـه شـامل مـوارد کـاهش جرم و خشونت نیز می شود.درمان سوء مصرف مواد مخدر اثرات مشخص اقتصادی دارد. براساس مطالعه ای که در سال ۱۹۹۷ در مجله جرم شناسی منشر شد مشخص شـد ، درمان سوء مصرف مواد مخدر در هر سال برای هر بیمار مبلـغ ۱۹ هـزار دلار در هزینـه های مربوط به جرم صرفه جویی می‌کند. در مقایسه با هزینه های درمـان بـرای اعتیـاد (۲۸۲۸ دلار در درمان نگهدارنده اعتیاد، ۸۹۲۰ دلار بـرای درمـان‌هـای اقـامتی و ۲۹۰۸ دلار برای درمان‌های سرپایی) صرفه‌جویی در پی دارد.براساس گزارش دفتر ملی کنتـرل مواد هزینه‌های کلی اعتیـاد بـه مـواد مخـدر داروهـای غیرقـانونی بـرای جامعـه تقریبـاً برابر۱۶/۰۷ میلیارد دلار در سال ۲۰۰۰ بوده است. اکثریت این هزینه‌ها (۶۹٪) به علـت کاهش بهره‌وری نظیر مرگ زودرس، بیماری‌های ناشی از سوء مصرف مواد و حبس بوده است. هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی (۹٪)، هزینه‌های دادرسی و رفاه اجتماعی (۲۲٪) از موارد دیگر است.[۱]

[۱] خلاصه مقالات ذکر شده از THE FACTS ABOUT ADDICTION که توسط INSTITUE FOR RESAERCHES EDUCATION AND TRAINING IN ADDICTION, و از سایت www.ireta.org برگرفته شده است.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2025-07-04]

در مطالعه (Bird ،۱۹۹۷) نتایج نشان داد که زنـدانیان در اکثـر مـوارد ۱۸ روز از ۲۸ روز را مواد مخدر مصرف کرده اند و در طی چهار هفته گذشته بـه طـور متوسـط ۶ بـار مواد مخدر تزریق کرده اند. د رعین حال فراوانی افراد استفاده کننده از مواد ضد عفـونی کننده و تحت پوشش واکسیناسیون نشان داد کلیه افراد زندانی نیـاز بـه اقـدامات زیـان کاهی دارند.

درپژوهشی که توسط فیروزکوهی و همکـاران (۱۳۸۴) مبنـی بـر بررسـی تـاثیر سـم زدایی بر میانگین نمره اضطراب و افسردگی معتادان مراجعه کننـده بـه کلینیـک تـرک اعتیاد بیمارستان بهاران انجام گرفته بود نتایج بیانگر این بـود کـه در بسـیاری از مـوارد اضطراب و افسردگی بیماران در زمان مصرف مواد ، ناشی از عواقب فردی ، اجتمـاعی یـا بیولوژیک ناشی از مصرف مـواد اسـت . بنـا بـراین بـا درمـان اعتیـاد علائـم اضـطراب و افسردگی کاهش و در نتیجه عواقب بعدی آن کاهش می یابد و نیازی به استفاده مـداوم از دارو های ضد اضطراب و افسردگی نمی باشد .

براساس مطالعه (Magura.۱۹۹۳) در زندان نیویورک و برای افرادی که تحت درمـان نگهدارنده با متادون قرار داشته اند صورت گرفت نتایج نشان داد در یک دوره درمـانی و پیگیری ۶ ماهه بعد از آن، اکثریت ۱۱۷ نفر مورد مطالعه درمان نگهدارنده را حفظ کرده و ادامه داده اند. در مدت درمان رفتار پرخاشگرانه به طرز معناداری کاهش داشته است.

در مطالعه ی دیگری (Bogua ،۱۹۹۵) واحد درمان با متادون زندان مرکزی کاتالونیـا در اسپانیا مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج بررسی نشان داد در ۱۲۳ زندانی تحـت درمـان که به مدت ۶ ماه مطالعه شده اند، عادت به تزریق مشترک مواد مخـدر تـا ۵۰٪ کـاهش داشته است. میزان فراوانی بیماران HIV منفی در این گروه درمانی ۹٪ بوده اسـت. اگـر چه میزان استفاده از کاندوم تغییر چندانی نشان نداده است.

در بررسی تاثیر برنامه کاهش زیان در معتادان تزریقی (IDUS) شهرستان سراوان کـه توسط مرتضوی وسرتیپی (۱۳۸۴) انجام گرفت نتایج نشان داد که توزیع بسته هـای زیان کاهی (مخدر، سرنگ ، پنبه الکل و کاندوم) به همراه مشاوره منجر به عدم تزریـق مشترک در ۱۰۰٪ موارد شده است . با توجه به تغییر رفتـار ۳۶/۲٪ از مـوارد بـه سـمت ترک یا تغییر روش ، می توان نتیجه گرفت که برنامه زیان کـاهی اجـرا شـده، مطلـوب بوده است .

در تحقیقی میزان اثربخشـی برنامـه کـاهش زیـان در سـوئد در یـک مطالعـه طـولی

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2025-07-04]

سنجیده شد. سرایت هپاتیت B,C و ایدز درمیان ۶۸۹ نفر تزریق کننده تحت برنامه و خارج از برنامه بررسی شد. در طی ۳۱ ماه ویروس ایدز گسترش نیافت و شیوع HIV ۲/۵٪ بود . (Mansson,۲۰۰۰).

براساس مطالعه بیان زاده و همکارن (۱۳۸۳) در زندان قزلحصار مشخص شد پس از ۶ ماه مداخله درمانی در گروه اصلی در مقایسه با گروه کنترل شاخص های سلامت روان بهبود یافته،مصرف موادمخدرکمتر شده و رفتارهای پرخطر با فراوانی پایین‌تری رواج داشته است.

مطالعه ترقی و همکاران(۱۳۸۳) در تبریز نشان داد که مداخلات کاهش زیان به بهبود وضعیت معتادان درون زندان کمک می کند .

مواد و روش ها

مطالعه حاضر یک بررسی ارزیابی[۱] است، لذا در یک مقطع زمانی[۲] انجام گرفت. بخش نخست این مطالعه پس رویدادی است. در فاز دوم مطالعه یک مطالعه طولی[۳] و پیگیری[۴] در طی یک دوره زمانی شش ماه بود. در واقع در این مطالعه داده ها قبل از مداخله، درحین مطالعه و پس از پایان مطالعه۵ جمع آوری شد.برای گردآوری اطلاعات ازپرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی (دموگرافیک) و آزمون کیفیت زندگی(SF-۳۶) استفاده شده است.ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌هایی بودند که متناسب با اهداف هر فاز تکمیل شدند. مصاحبه‌کنندگان از بین مددکاران اجتماعی و روانشناسان آموزش دیده شاغل در کلینیک های مثلثی انتخاب شدند.

پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-۳۶)

این آزمون به منظورارزیابی کیفیت زندگی به طورجامع طبق اصول سایکومتریک ودر زمانی نسبتاً کوتاه، ابداع شد. SF-۳۶ برای مصارفی چون کار بالینی، تحقیقات، ارزیابی سیاستهای بهداشتی، و مطالعات جمعیت عمومی، کاربرد پرنفوذ خود را ثابت کرده است. به علت استفاده همگانی SF-۳۶ حجم عظیمی از مطالعات جهت کمک به تفسیر و نمره‌دهی به سؤالات آن وجود دارد کثرت زبانهایی که SF-۳۶ به آنها ترجمه شده

[۱] Evaluation study
[۲] Cross – Sectional
[۳] Longitudinal
[۴] Follow up
[۵] Before –After Study

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2025-07-04]

حکایت از انعطاف‌پذیری و قابلیت بالای ترجمه‌پذیری SF-۳۶ دارد.SF-۳۶ را ۸ مقوله چند سوالی تشکیل می دهند که در زیر مقولات و تعاریف آن آورده شده است.

جدول شماره ۳) هشت حیطه آزمون کیفیت زندگی SF-۳۶ و تعاریف آن

آزمون کیفیت زندگی SF-۳۶	
حیطه ها	**تعاریف**
۱. محدودیت کارکرد جسمی ناشی از مشکلات سلامت	عملکرد فیزیکی[۱] : آن میزانی از محدودیت که به علت سلامت فرد در فعالیت های معمول او ایجاد شده است .
۲. محدودیت در ایفای نقش معمول فرد در زندگی ناشی از مشکلات سلامت جسمی	نقش فیزیکی[۲] : آثار سلامت فیزیکی بر روی عملکرد فردی در فعالیتها و کارهای روزانه
۳. درد جسمی	درد جسمی : [۳]شدت دردی که فرد تجربه مـی کنـد و میـزان تداخل آن با فعالیتهای طبیعی اش
۴. سلامت عمومی روان (تنش یا دیسترس روانی و احساس خوب بودن)	=سلامت روان[۴] : مدت زمانی که یک فرد احساس عصـبانیت ، اضطراب ، افسردگی و خوشحالی را تجربه می کند
۵. محدودیت در ایفای نقش معمول فرد در زندگی به علت مسائل شخصی و یا عاطفی	نقش احساسی[۵] :آثار مشکلات احساسی بر روی عملکرد فردی در رابطه با فعالیتهای روزانه.
۶. انرژی و سرزندگی	شادابی[۶] : سطح انرژی و سطح سرزندگی فردی
۷. نظر کلی شخص در مورد میزان سلامتیش	سلامتی عمومی[۷] : ارزیابی فرد از سلامت خویش
۸. محدودیت در کارکرد اجتماعی شخص به علت مشکلات مربوط به سلامت جسم و روان	عملکرد اجتماعی[۸] : اثـر مشـکلات احساسـی و سـلامتی روی کیفیت یا کمیت فعالیت های اجتماعی فرد با دیگران

نمره گذاری هر بعد بر اساس تعداد پرسش‌ها و بر اساس فرمول کلی استانداردسازی و تبدیل نمرات به درصد انجام می‌شود.

این پرسشنامه توسط منتظری و همکارن (۲۰۰۵،۱۳۸۴) در ایران ترجمه و مطالعات روانسنجی لازم جهت مهیاسازی این ابزار برای استفاده در کشور صورت گرفته است. مطالعات ایشان نشان از کفایت لازم این ابزار جهت استفاده در جامعه ایران دارد. ضرایب آلفای کرونباخ گزارش شده برای ابعاد هشت گانه این ابزار در دامنه ۰/۶۵ تا ۰/۹۰ قرار

[۱] Physical Function-PF
[۲] Role Physical- RF
[۳] Bodily Pain-BP
[۴] Mental Health-MH
[۵] Role Emotional- RE
[۶] Vitality-VT
[۷] General Health-GH
[۸] Social Function-SF

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2025-07-04]

دارد. این مقیاس دارای ابعاد هشتگانه ابعاد عملکرد فیزیکی، نقش فیزیکی، درد جسمی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، نقش احساسی، و سلامت روانی است که ضرایب آلفای گزارش شده برای آنها بترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۵، ۰/۸۳، ۰/۷۱، ۰/۶۵، ۰/۷۷، ۰/۸۴،و۰/۷۷ بوده است که نشانگر ثبات درونی خوب این ابعاد است.

بررسی های روانسنجی دیگر از قبیل روایی یابی نیز توسط ایشان صورت گرفته است که حکایت از مناسب بودن این ابزار دارد. این مقیاس دارای ۳۶ آیتم است که هر یک از ابعاد هشتگانه، ۲ تا ۱۰ آیتم را به خود اختصاص داده اند. هر آیتم تنها در محاسبه نمره یک بعد به کار برده می شود. در مورد برخی آیتم ها، نمره گذاری معکوس است. عمل نمره گذاری معکوس جهت هم جهت نمودن نمره های ابعاد است. با این شرایط، نمره هر آیتم بین صفر(بدترین) تا ۱۰۰ (بهترین) قرار می گیرد.

در این پژوهش با روش پیش آزمون و پس آزمون و استفاده از آزمون ضرایب کرونباخ و ضریب و آزمون همبستگی پایایی و روایی به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۷۴ بود.

برای تحلیل مطالعه پیمایشی از مفاهیم آمار توصیفی شامل محاسبات توصیفی، توزیع فراوانی و فراوانی نسبی، محاسبات شاخص های مرکزی، پراکندگی و حدود اطمینان ۹۵ درصد با در نظر گرفتن ماهیت طبقه‌بندی وپس از ایجاد متغیرهای جدید بهره گرفته شد. برای تحلیل مطالعه پیگیری پس از نمره گذاری و کمی کردن اطلاعات با استفاده از Paired Sample T Test ، ANOVA چندعاملی و اندازه گیری های مکرر استفاده شد.پس از جمع‌آوری اطلاعات و داده‌ها و انتقال آن با کامپیوتر با نرم‌افزار SPSS XIII (xp) تجزیه و تحلیل آماری صورت خواهد گرفت.حجم نمونه با استفاده از فرمول حجم نمونه مطالعات توصیفی ۱۹۵ نفر محاسبه شد که با توجه به ریزش احتمالی تعداد نمونه در این پژوهش۲۰۰ نفر از مددجویان براساس معیارهای ورود و خروج مطالعه وارد تحقیق شدند.

یافته ها

پژوهش حاضر که تحت عنوان " ارزشیابی اقدامات کاهش زیان(ارزیابی درمان با متادون) در زندان" طراحی شده است؛ در پی ارزشیابی درمان با متادون در زندان های استان تهران است .به این منظور وضعیت کیفیت زندگی بعنوان شاخص بهداشتی و سلامتی در میان مددجویان تحت پوشش خدمات زیان کاهی در زندان‌های استان تهران بررسی شد.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2025-07-04]

از مجموع ۲۵۰ نفر پاسخگو ، ۲۷ نفر (۱۰.۸٪) در زندان اوین، ۱۳۵ نفر (۵۴.۰٪) در زندان قزلحصار و ۸۸ نفر (۳۵.۲٪) در زندان رجائی شهر بـه سـر مـی برنـد. از مجمـوع ۲۵۰ نفر پاسـخگو ۱۹۴ نفـر (۷۷.۶٪) مـرد و ۵۶ نفـر (۲۲.۴٪) زن بودنـد. در بررسـی وضعیت میزان تحصیلات ۱۵ نفـر(۶.۰٪) از پاسـخگویان بـی سـواد، ۴۷ نفـر(۱۸.۸ ٪) دارای تحصیلات ابتدایی، ۸۵ نفر (۳۴.۰٪) دارای تحصیلات راهنمایی ، ۷۹ نفر(۳۱.۶٪) دارای تحصیلات دبیرستان و دیپلم، ۱۲ نفر (۴.۸٪) دارای تحصیلات فـوق دیـپلم و ۱۲ نفر (۴.۸٪) دارای تحصیلات لیسانس یا بالاتر بودند. در بررسی سابقه کیفـری۱۵۲ نفـر (۶۰.۸٪) سابقه زندانی شدن داشـته انـد. در بررسـی خـدمات دریافـت شـده ۱۶۳ نفـر (۸۸.۶٪) متادون خوراکی ،۵ نفر (۸.۳٪) سرنگ استریل، ۶ نفـر (۹.۸٪) کانـدوم ، ۸ نفـر (۱۲.۹٪) آب مقطر استریل و ۱۳ نفر (۲۴.۵٪) در مرکز خدمات دیگری را دریافت کـرده بودند.

جدول شماره۱) توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب خدمات دریافتی در کلینیک های مثلثی

پاسخ / خدمات دریافتی	بلی		خیر		پاسخ نداده		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
وسایل استریل	۵	۸.۳	۵۵	۲۲.۰	۱۹۰	۷۶.۰	۲۵۰	۱۰۰.۰
متادون خوراکی	۱۶۳	۸۸.۶	۲۱	۱۱.۴	۶۶	۲۶.۴	۲۵۰	۱۰۰.۰
دریافت کاندوم	۶	۹.۸	۵۵	۹۰.۲	۱۸۹	۷۵.۶	۲۵۰	۱۰۰.۰
آب مقطر استریل	۸	۱۲.۹	۵۴	۸۷.۱	۱۸۸	۷۵.۲	۲۵۰	۱۰۰.۰
سایر خدمات	۱۳	۲۴.۵	۴۰	۷۵.۵	۱۹۷	۷۸.۸	۲۵۰	۱۰۰.۰

جدول شماره۲) جدول توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب وجود مشکلات فردی ، اجتماعی و قانونی ناشی از اعتیاد قبل از زندان

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2025-07-04]

در جدول شماره(۲) مشکلات فردی ، اجتماعی و قانونی ناشی از اعتیاد که فرد قبل از زندان با آن دست به گریبان بوده آمده است.

یافته های تحلیلی

دربررسی کیفیت زندگی مددجویان، آزمودنی ها درطی مدت انجام پژوهش نتایج به صورت جدول زیر آمده است که در آن در تمام ابعاد و مقیاس ها و نمره کل در مدت شش ماه مددجویان به طرز معناداری بهبود داشته اندواقدامات کاهش زیان منجر به ارتقای سلامت در این مقیاس‌ها شده است. در ابعاد عملکرد فیزیکی (p<۰.۰۱۰) ، درد بدنی (p<۰.۰۰۳)، سلامت روان (p<۰.۰۱۹) ، شادابی (p<۰.۰۰۱) ،سلامت عمومی (p<۰.۰۱۷) و عملکرد اجتماعی اند (p<۰.۰۴۱) بطرز معناداری بهبود داشته اند. در ابعاد نقش فیزیکی (p<۰.۰۷۱۰)و نقش احساسی (p<۰.۳۱۳) بهبود معنادار مشاهده نشد. در نتیجه اقدامات کاهش زیان منجر به ارتقای سلامت در این مقیاس ها شده است.

جدول شماره۳) خلاصه ی یافته‌های آزمون تحلیل واریانس چند متغیره اندازه گیری های تکرار شونده تغییرات میانگین نمره ابعاد آزمون کیفیت زندگی

ابعاد پرسشنامه کیفیت زندگی / آماره	عملکرد جسمانی	نقش جسمانی	دردبدنی	سلامت عمومی	شادابی	عملکرد اجتماعی	نقش احساسی	سلامت روانی
میانگین نمرات – شروع مطالعه	۵۳.۷۸	۴۹.۲۷	۵۶.۷۵	۴۷.۵۰	۴۹.۶۲	۵۱.۳۵	۴۶.۷۹	۴۹.۶۸
میانگین نمرات – سس ماه بعد ازشروع مطالعه	۵۲.۷۷	۴۸.۵۲	۵۵.۶۷	۴۶.۷۶	۴۸.۹۴	۵۰.۵۳	۴۶.۴۲	۴۸.۸۸
میانگین نمرات – شش ماهه بعد از شروع مطالعه	۵۷.۹۳	۴۸.۳۰	۴۹.۴۶	۴۴.۹۴	۴۳.۶۷	۵۱.۰۰	۴۷.۵۸	۴۸.۸۹
نسبت F [1]	۴.۷۳۱	۲.۶۹۱	۶.۱۷۸	۴.۲۰۹	۷.۴۰۵	۳.۲۷۴	۱.۱۷۱	۴.۰۸۲
سطح معناداری	۰.۰۱۰	۰.۰۷۱	۰.۰۰۳	۰.۰۱۷	۰.۰۰۱	۰.۳۱۳	۰.۰۴۱	۰.۰۱۹
همسرش طلاق گرفته	۵۱	۲۹.۱	۱۲۴	۷۰.۹	۷۵	۳۰.۰	۲۵۰	۱۰۰.۰
امکانات مالی خودرا از دست داده	۱۳۷	۶۸.۵	۶۳	۳۱.۵	۵۰	۲۰.۰	۲۵۰	۱۰۰.۰
دوستان خود را از دست داده	۱۰۲	۵۴.۰	۸۷	۴۶.۰	۶۱	۲۴.۴	۲۵۰	۱۰۰.۰
جرائمی انجام داده	۸۲	۴۸.۰	۸۹	۵۲.۰	۷۹	۳۱.۶	۲۵۰	۱۰۰.۰
از سربازی فرار کرده	۳۰	۱۷.۴	۱۴۲	۸۲.۶	۷۸	۳۱.۲	۲۵۰	۱۰۰.۰
از منزل فرار کرده	۴۸	۲۵.۴	۱۴۱	۷۴.۶	۶۱	۲۴.۴	۲۵۰	۱۰۰.۰
ترک تحصیل کرده	۱۲۴	۶۲.۶	۷۴	۳۷.۴	۵۲	۲۰.۸	۲۵۰	۱۰۰.۰
از مدرسه اخراج شده	۵۰	۲۶.۵	۱۳۹	۷۳.۵	۶۱	۲۴.۴	۲۵۰	۱۰۰.۰
وسایل منزل را فروخته	۴۷	۲۴.۷	۱۴۳	۷۵.۳	۶۰	۲۴.۰	۲۵۰	۱۰۰.۰
طلا و وسایل زینت را فروخته	۳۳	۱۷.۴	۱۵۷	۸۲.۷	۵۳	۲۱.۲	۲۵۰	۱۰۰.۰
وسایل نقلیه شخصی را سرقت کرده	۲۷	۱۴.۴	۱۶۱	۸۵.۶	۶۲	۲۴.۸	۲۵۰	۱۰۰.۰

[1] برای آزمون آماره تغییرات نمره ۸ بعد پرسشنامه کیفیت زندگی از آزمون های آماری ویلائی ، ویلکز، هتلینگ و روی

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2025-07-04]

یافته های پژوهش درمورد مقایسه میانگین های مقیاس های هشت‌گانه کیفیت زندگی حاصل از کل گروه نمونه مورد مطالعه با میانگین‌های به‌دست آمده از مطالعه منتظری و همکاران (۱۳۸۴) که بر روی جمعیت شهر تهران انجام شده نشان داد که تمام میانگین گروه نمونه بدون استثناء از میانگین های به‌دست آمده از مردان غیر زندانی شهر تهران پایین تر است؛ که نشان دهنده بدتر بودن شرایط جمعیت مددجویان از جمعیت غیر زندانی درتمام مقیاس های کیفیت زندگی است.

انتظار در مورد اینکه تمام ابعاد کیفیت زندگی مردم غیر زندانی با مددجویان یکسان و کاملا" مشابه باشد، امری ناممکن و نامعقول است؛ اما توصیه به برنامه ریزی و توجه، جهت کاهش تفاوت‌های فاحش به حدی است که قابل قبول و پذیرش باشد؛ چنانچه که در مطالعه باتلر(۲۰۰۱) در استرالیا دیده می‌شود. مطالعه سال ۲۰۰۱ در زندان NSW استرالیا نشان داد که : در هر ۸ حیطه کیفیت زندگی اختلاف بین نمرات مقیاس های آنان با جامعه نرمال اعداد پایین تری را نشان می دهد.[۱]

از آنجایی که به علت محدودیت های پژوهش این تحقیق در یک گروه انجام شد و بر اساس نتایج پیشنهاد می شود تا:

۱. این پژوهش در مقیاس وسیع تر با داشتن گروه مقایسه و کنترل در سطحی گسترده تر انجام شود و در آن تمام مداخلات درمانی انجام شده برای زندانیان ارزیابی پژوهشی شود.

۲. مداخلات انجام شده بصورت درمان با متادون در زندان با کلینیک‌های خصوصی درمان کننده با متادون در ابعاد گوناگون مقایسه شود.

۳. با توجه به ارزیابی مثبت درمان با متادون در زندان در کاهش رفتارهای پرخطر زندانیان، ساز و کار لازم برای گسترش این طرح و پوشش کامل تمام زندانیان واجد شرایط فراهم شود.

[۱] - Tony Butler , Health status and it’s determinates away new south wales prisoners. Apr Rool :۷۵-۸۵.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2025-07-04]

منابع

الماسی، فریبا(۱۳۸۳). **بررسی کیفیت زندگی و عوامل موثر بر آن در مددجویان زن زندان اوین در سال ۱۳۸۲**. پایان نامه دکترای تخصصی پزشکی اجتماعی دانشگاه شهید بهشتی.

ابوالحسنی، فرید(۱۳۸۳) . **مدیریت برنامه های تندرستی**. تهران: برای فردا.

اسماعیلی ، ایرج(۱۳۷۸). **بررسی وضعیت دانش و نگرش وعملکرد زندانیان زندان مرکزی اصفهان درباره ایدز**. گزارش منتشر نشده .

اعتیاد، زندان، ایدز، هپاتیت. درد، دوره دوم، شماره ۱۷، مرداد ۱۳۸۱، صص ۲۰- ۱۸.

بیان زاده،سیداکبرو همکاران(۱۳۸۳). **نقش مداخلات دارویی و روان شناختی در کاهش آسیب ناشی از سوءمصرف در زندانیان معتاد**.مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران.دوره چهاردهم،شماره ۵۵، تابستان ۱۳۸۶.

ترقی، شهاب الدین همکاران(۱۳۸۳). **مقایسه اثربخشی دو روش سم زدایی در بیماران وابسته به تریاک**.مجله دانشگاه علوم پزشکی تبریز.دوره ۲۷،شماره ۳، پاییز ۱۳۸۴.

خدایاری فرد،محمد و همکاران(۱۳۸۶). **روان درمانگری در زندان رجایی شهر**. وزرات علوم ، تحقیقات و فن آوری.تهران .

راهنمای کاربردی درمان سوء مصرف کنندگان مواد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر -۱۳۸۱.

رزاقی ،عمران محمد و رحیمی موقر، آفرین (۱۳۸۱).ارزیابی سریع وضعیت اعتیاد تزریقی در شهر تهران. سازمان بهداشت جهانی ، تهران ،

سیگاری، سپیده(۱۳۸۲). بازنگری در پارادایم زیانکاهی، همایش اجتماع محور اعتیاد. تهران،.

عبدی، عباس(۱۳۷۱). **تأثیر زندان بر زندانی، آسیب‌شناسی اجتماعی**. تهران: مؤسسه تحقیقات و انتشارات نور.

کریمی، محمود. بررسی میزان تاثیر برنامه آموزش بهداشت بر رفتارهای بهداشتی پیشگیری کننده از ایدز در زندانیان زیر ۲۵ سال زندان قزل حصار تهران/ محمود کریمی ، به راهنمایی: شمس الدین نیکنامی و ایرج اسماعیلی . پایان نامه (کارشناسی ارشد)—دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی.

مبینی لطف آباد، موسی. بررسی دانش و نگرش زندانیان زندان مرکزی رفسنجان در رابطه با ایدز سال ۸۰ – ۱۳۷۹/موسی مبینی لطف آباد ، به راهنمایی : فاطمه گواری ، پایان نامه (کارشناسی ارشد) – دانشگاه علوم پزشکی کرمان ، دانشکده پرستاری و مامایی رازی ، ۱۳۸۰.

مسعود ،احمد(۱۳۸۰). **ایدز** .تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی تهران ، معاونت پژوهشی" اداره انتشارات و چاپ

مسگرپور،بیتا(۱۳۸۶) . ارزیابی نقادانه ارزش پولی درمان دارویی : ارزشیابی اقتصادی متادون در زندان.مقاله منتشر شده در وبلاگ دانشجویان MPH ورودی ۱۳۸۵.

منتظری، علی؛ گشتاسبی، آزیتا؛ وحدانی نیا ، مریم السادات(۱۳۸۴). ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی SF-۳۶ . فصلنامه پایش پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی. سال پنجم، شماره اول.

نوری، رویا(۱۳۸۴) .**بررسی نقش دو مرکز زیانکاهی تهران و کرمانشاه در بهبود وضعیت فردی و اجتماعی معتادان مراجع به مرکز** .تهران. مرکز آموزشی و پژوهشی سوءمصرف و وابستگی به مواد مؤسسه داریوش.

وثوق، عباس (۱۳۸۱). **بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در مددجویان زندان قصر تهران در سال** ۱۳۸۱. پایان‌نامه دکترای تخصصی پزشکی اجتماعی دانشگاه شهید بهشتی.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2025-07-04]

وکیلی، محمد مسعود. بررسی میزان آگاهی و نگرش مردان معتاد زندان مرکزی زنجان در زمینه ایدز و تعیین برخی عوامل مرتبط با آن، ۱۳۷۷/ . دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان، مجله، دوره: ۶، شماره: ۲۳، تابستان ۱۳۷۷، صص. ۱۷تا۲۳ .

References

Addiction Foundation of Manitoba. “Harm reduction”, ۱۹۹۸, Canada.P:۱۳

Anonymous. Report on the global HIV/AIDS epidemic ۲۰۰۲ Unaids. P: ۲۲ – ٤۱,۸۰ – ۱۰۷.

Argentinean Harm Reduction Association (ARDA), Drug abuse and Aids Advanced Studies center (CEADS), "Harm Reduction in Argentinean prisons", (۲۰۰۰).

Bird AG, Gore SM, Burns SM, Duggie JG. Study of infection with HIV and related risk factors in young offender' institution. BMJ ۱۹۹۳; ۳۰۷:۲۸-۳۱.

Butler, T. (۲۰۰۱). Owned by nobody, health status and its determinants among New South Wales prisoners. Unpublished Ph. D. thesis, university of new south Wales.

Cymerman P , Rossi D, “Needle Exchange Program Focused On Community Intervention In Buenos Aires” (۲۰۰۱) , Intercambios Civil Association, Argentina.

Haastrecht HJ .van Ameijdan ES. “Predictors of Mortality in the Amsterdam”. (۱۹۹٦).The Center of Epidemiology of Holland

Hickman M, Judd A. stimson GV,Jones jv. “High Prevalence of Hepatitis among Injecting Drug Users”. (۱۹۹۷/۸) Center for Research on Drugs and Health Behavior, London

Hilton BA; Thomson R; Moore-Dempsey L; Janzen RG (۲۰۰۱): Harm Reduction theories & strategies for control of HIV: a review of literature. J. Adv. Nurs. ; ۳۳(۳): ۳۵۷-۷۰

Langendam MW; van Brussel GH; Coutinho RA; Ameijden EJ (۲۰۰۱): The impact of HR-based methadone on mortality among heroin users. Am J. Public Health, ۹۱(۵): ۷۷٦-۸۰

Pates, Richard M. "The Effect of policy- Making on Harm Reduction"(۱۹۹۵), The International Journal on Drug policy LTD. Volt ٦, NO.۱.

Razzaghi, Emran ,m& Rahimi Movaghar,Afarin “Rapid Assessment and Response” (RAR) (۲۰۰۳), World Health Organization. Teheran

Ruefli, Terry; Rogers, Susan J.(۲۰۰٤). Does harm reduction programming make a difference in the lives of highly marginalized, at-risk drug users? Harm Reduct J. ۲۰۰٤; ۱: ۷.

Tatarsky,Andrew.”Harm Rduction Psychotherapy”,(۲۰۰۲).London, Jason Aronson Inc.

Taylor a, Goldberg D, Emslie J, et al. Qutbreak of HIV infection in a Scottish prison. BMJ ۱۹۹۵; ۳۱۰:۲۸۹-۲۹۲.

Ware, JE.(۱۹۹۷). Standards for validating health measures: definition. Journal of chronic disorders.

WHOQOL SRPB Group .(۲۰۰۵). A cross-cultural study of spirituality, religion and Personal is life as components of quality of life. Journal of social science & Medicine. In press.

World Health Organization (WHO). Quality of life QOL group study protocol for the world health organization (۱۹۹۳). Journal of Quality of life research.۲, ۱۵۳-۱۵۹.

Zaric GS; Barnett PG; Brandeau ML (۲۰۰۰): HIV Transmission & the cost-effectiveness of Methadone Maintenance. Am. J. pub. Health; ۹۰(۷): ۱۱۰۰-۱۱

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2025-07-04]