نقش مداخلات دارویی و روان‌شناختی در کاهش آسیب ناشی از مصرف مواد در زندانیان معتاد

دکتر سیداکبر بیان‌زاده I
*دکتر جعفر بوالهری II
دکتر محمدکاظم عاطف‌وحید III
ربابه نوری قاسم‌آبادی IV
فهیمه فتحعلی لواسانی V
عیسی کریمی کیسمی VI

چکیده

زمینه و هدف: سوء مصرف مواد در زندان‌ها، یک مشکل جدی است، الگوهای پرخطر مصرف، منجر به بروز مشکلات بیش‌تری از جمله گسترش افراد HIV مثبت و مبتلا به ایدز می‌شود که ضرورت درمان سوء مصرف مواد و کاهش آسیب در زندان‌ها را مطرح می‌کند. هدف از انجام مطالعه حاضر، بررسی نقش مداخلات دارویی و روانشناختی در کاهش مخاطرات ناشی از مصرف مواد مخدر و بهبود وضعیت روانی زندانیان معتاد است.

روش بررسی: برای این منظور، اثر دو درمان نگهدارنده متادون و درمان‌های مرسوم روانشناختی بر کاهش مصرف موادمخدر، شدت وابستگی به مواد، تزریق، تزریق مشترک، تزریق با وسایل غیراستریل، ارتباطات جنسی پرخطر و سلامت روان و رضایت زندانیان معتاد از درمان‌ها، در یک مطالعه مورد ـ شاهدی کمی و کیفی بررسی شد. افراد گروه آزمایش(۳۸ نفر)، درمان نگهدارنده متادون و روانشناختی و افراد گروه شاهد(۳۱ نفر)، درمان‌های معمول روانپزشکی دریافت نمودند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه جمعیت شناختی، پرسشنامه SCL-90-R (Symptom checklist 90 revised)، مقیاس خشم، مقیاس شدت وابستگی، پرسشنامه رفتارهای پرخطر و پرسشنامه رضایت مددجو.

یافته‌ها: داده‌های مطالعه با استفاده از آزمون آماری t مستقل و Chi-square مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج مداخلات پس از تحلیل آماری و نیز تحلیل کیفی نشان داد که پس از ٦ ماه اجرای برنامه درمانی، در گروه آزمایش، تغییر معنی‌داری در مصرف مواد، تزریق مواد و استفاده اشتراکی از سرنگ صورت گرفت و شاخص‌های سلامت روان افزایش یافت ولی در زمینه رفتارهای پرخطر جنسی هیچ گونه تفاوتی در گروه‌ها دیده نشد. همچنین بیماران گروه درمان نگهدارنده متادون، به طور معنی‌داری بیش از گروه دیگر از خدمات دریافتی رضایت داشتند.

نتیجه‌گیری: از یافته‌های پژوهش نتیجه‌گیری می‌شود که ارایه مداخلات درمانی متادون، روانپزشکی و روانشناختی به معتادان در زندان‌ها، نه تنها مشکلی ایجاد نمی‌کند بلکه از بسیاری از مشکلات فعلی کاسته می‌شود و اقدامات فوق به کاهش آسیب در زندان کمک می‌کند.

کلیدواژه‌ها: ۱ – اعتیاد تزریقی ۲ – متادون ۳ – مداخلات روانشناختی ۴ – کاهش آسیب ۵ – زندان

تاریخ دریافت: ۸٤/۳/۲، تاریخ پذیرش: ۸٤/۷/۲٤

مقدمه

سوء مصرف مواد در زندان‌ها، یک مشکل جدی برای هر جامعه‌ای به حساب می‌آید. موضوع مهم آن است که شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که الگوهای پرخطر مصرف مواد در زندان‌ها، خود منجر به مشکلات مهم‌تر و پیچیده‌تری

I) دانشیار و متخصص توانبخشی روانی، انستیتو روانپزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت روان، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران، تهران، ایران.

II) دانشیار و متخصص روانپزشکی، انستیتو روانپزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت روان، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران، تهران، ایران(*مؤلف مسؤول).

III) استادیار و متخصص روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت روان، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران، تهران، ایران.

IV) دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت روان، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران، تهران، ایران.

V) کارشناس ارشد روانشناسی بالینی و دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت روان، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران، تهران، ایران.

VI) کارشناس تاریخ، کارشناس مسؤول امور پژوهشی، انستیتو روانپزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت روان، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران، تهران، ایران.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

شده است و آن هم، شیوع و گسترش افراد HIV مثبت و مبتلا به ایدز در زندان‌های کشورهای مختلف جهان است.[۱و ۲] شواهد پژوهشی زیادی نشان می‌دهند که ایدز در زندان‌ها بیش‌تر از جمعیت عادی است.[۸-۱] دلایل شیوع بالای ایدز در زندان‌ها، متعدد است؛ از آن جمله، می‌توان نسبت بالای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در زندان‌ها[۱و ۲]، تزریق مواد با استفاده از سرنگ مشترک، رفتارهای جنسی محافظت نشده[۴و ۱۳-۹] و خال‌کوبی با استفاده از سوزن مشترک و غیراستریل را نام برد.[۳، ۴، ۱۴و ۱۵] دلایل انجام چنین رفتارهای پرخطر در زندان‌ها نیز متعدد و متنوع است(از جمله وجود اختلالات روانپزشکی در زندانیان[۱، ۲، ۹، ۱۱و ۱۲]، ناتوانی در مقابله با استرس‌های زندان، استفاده از مواد مخدر برای سازگاری با محیط زندان[۱۶و ۱۷] و درصد بالای معتادان در زندان‌ها).[۱، ۲، ۴، ۱۸و ۱۹] نکته مهم آن است که مصرف مواد در زندان باعث مشکلات دیگری از جمله خشونت و تهاجم به زندانیان و کارکنان زندان‌ها و حتی تجاوز به زندانیان[۲، ۳و ۲۳-۲۰]، زورگویی، باج‌گیری و قلدری[۱۲و ۱۸] و پرداختن به رفتارهای جنسی جهت دریافت مواد یا بازگرداندن بدهی‌هایی که مربوط به استفاده از موادمخدر است، می‌شود. چنین معضلاتی خود منجر به گسترش بیش‌تر بیماری ایدز در زندان‌ها می‌گردد.[۱۲و ۱۸] به این ترتیب، ضرورت انجام اقدامات درمانی، کاهش آسیب و توانبخشی جهت پیشگیری از انتقال و سرایت بیماری HIV از طریق کاهش مصرف مواد مخدر در زندان‌ها مطرح می‌شود که در سالهای اخیر، پژوهش‌های فراوانی در این زمینه انجام شده است.[۱، ۲، ۴، ۶، ۱۴، ۱۵و ۲۸-۲۴]

از سوی دیگر، زندان‌ها فرصتی برای ارایه مداخلات اساسی جهت پیشگیری از گسترش ایدز در جامعه می‌باشند و به همین دلیل، مداخلات مختلفی جهت درمان اعتیاد و کاهش آسیب در زندان‌ها صورت گرفته است.[۱، ۳و ۲۹] یکی از این مداخلات، درمان نگهدارنده متادون می‌باشد. هدف برنامه درمان نگهدارنده متادون در زندان که بسیاری از سازمان‌های بین‌المللی، گسترش آن را در زندان‌ها توصیه می‌کنند، کاهش آسیب و نه ترک کامل است. به عبارت دیگر، هدف این نوع درمان آن است که اثرات مضرات جسمی، روانی و اجتماعی مصرف مواد را به حداقل برساند. پژوهش‌های مختلفی که در زمینه اثربخشی درمان نگهدارنده متادون صورت گرفته، نشان می‌دهند که این برنامه بویژه اگر همراه با سایر مداخلات روانپزشکی و روانشناختی باشد، در کاهش مصرف مواد، جرائم و رفتارهای پرخطر و انتقال HIV و سایر بیماری‌های عفونی در زندان موثر است.[۱، ۳۴-۳۰]

این در حالی است که گزارش‌های رسمی، حاکی از وجود و مصرف مواد مخدر در زندان‌های ایران است؛ بطوری که مثلاً از تاریخ ۷۹/۸/۳۰ تا تاریخ ۸۱/۱/۱ میزان تریاک کشف شده از زندان‌های کشور حدود ۱۸/۸۵ کیلوگرم، هرویین، ۲۶۰۰ گرم و حشیش، ۴۵۰۰ گرم بوده است. حدود ۱۰٪ زندانیان در زندان‌های ایران، مواد مخدر مصرف می‌کردند و ۸۳٪ این افراد، مصرف کننده هرویین بوده‌اند.[۱۲]

به این ترتیب، ضرورت درمان اعتیاد و کاهش آسیب در زندان‌ها مطرح می‌گردد که مطالعه حاضر در راستای ارزیابی نقش درمان نگهدارنده متادون همراه با درمان روانپزشکی و روانشناختی در کاهش مخاطرات ناشی از مصرف مواد در زندان است.

روش بررسی

مطالعه حاضر، از نوع مورد ـ شاهدی است. از آنجایی که در استان تهران، بیش‌تر زندانیان معتاد، به زندان قزل‌حصار واقع در حومه کرج انتقال می‌یافتند، این زندان به عنوان محل اجرای پژوهش در نظر گرفته شد. جامعه پژوهش، زندانیان معتاد و وابسته به مصرف مواد بود. به منظور تعیین نمونه پژوهش، از کلیه زندانیان مصرف کننده مواد درخواست شد که در طرح شرکت نمایند. از ۴۳۵۱۸ نفر زندانی این زندان، ۱۲۰ نفر ملاک‌های ورود در طرح را داشتند که به صورت داوطلبانه و آزادانه، مراجعه و ثبت‌نام کردند.

معیارهای ورود به طرح عبارت بود از:

۱) سابقه حداقل یک سال اعتیاد به مواد مخدر و داشتن وابستگی به مواد مخدر و نه مصرف تفننی.

۲) حداقل محکومیت بالای ۶ ماه به گونه‌ای که در تمام ۶

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

ماه بتواند در مداخلات روانی ـ اجتماعی شرکت کند.

۳) شرکت داوطلبانه و نداشتن سایر شرایط اجتماعی و قضایی که مانع ادامه درمان باشد.

این عده به طور تصادفی و مساوی به دو گروه آزمایش و شاهد تقسیم شدند. به گروه آزمایش، درمان نگهدارنده متادون و درمان‌های روانپزشکی و روانشناختی و به گروه شاهد، فقط مداخلات روانپزشکی ارایه شد. ۲۰ نفر از گروه شاهد پس از آگاهی از این که برای آنان متادون تجویز نمی‌شود، از طرح بیرون رفتند. به این ترتیب، در ابتدای شروع مداخله، گروه آزمایش شامل ٦۰ نفر و گروه شاهد شامل ٤۰ نفر بود.

در طی اجرای پژوهش تعداد دیگری از افراد هر دو گروه به علت عفو و آزاد شدن و یا انتقال به یک زندان دیگر از طرح خارج شدند. به این ترتیب نمونه نهایی عبارت بودند از: گروه آزمایش(۳۸ نفر) و گروه شاهد(۳۱ نفر). مقایسه دو گروه پژوهش از نظر خصوصیات دموگرافیک با استفاده از آزمون کای دو، تفاوت معنی‌داری را جز در مورد تعداد فرزندان نشان نداد. همچنین از نظر متغیرهای مربوط به مصرف مواد مانند مدت زمان اعتیاد، نوع ماده مصرفی و تعداد دفعات ترک نیز با استفاده از آزمون کای دو تفاوت معنی‌داری بین دو گروه بدست نیامد. علاوه بر این، تفاوت معنی‌داری از نظر ابتلا به بیماری‌های روانی، هپاتیت و ایدز نیز بین دو گروه مشاهده نشد.

درمان نگهدارنده متادون شامل دو دسته از خدمات می‌گردید:

۱- تجویز داروی متادون

۲- ارایه مداخلات روانشناختی شامل گروه درمانی شناختی ـ رفتاری اعتیاد، مهارت آموزی، آموزش خانواده و درمان روانپزشکی بیماری‌های همراه.

افراد گروه آزمایش به مدت ٦ ماه، داروی متادون دریافت نموده و هر روز در گروه درمانی‌های مختلف شرکت کردند. میزان متادون برای گروه آزمایش با ۲۵ میلی‌گرم آغاز شد و افزایش دوز به میزان ۱۰-۵ میلی‌گرم در روز، با ارزیابی از وضعیت بیمار تجویز گردید و در نهایت درمان نگهدارنده با دوز ۸۰ تا ۱۲۰ میلی‌گرم، در افراد این گروه در طی دوره درمان ادامه یافت. افراد گروه شاهد جز مداخلات روانپزشکی به وسیله پزشکان عمومی و روانپزشک زندان و تجویز داروهای مختلف از جمله کلونیدین، خدمات دیگری دریافت نکردند.

لازم به ذکر است جهت ارایه درمان نگهدارنده با متادون و درمان روانپزشکی و روانشناختی، به روانشناسان، پزشکان عمومی و روانپزشک نیمه وقت زندان قزل حصار آموزش‌های وسیع کارگاهی ارایه شد و راهنمای درمان با متادون و ارایه مداخلات دارویی و رفتاری ـ شناختی در اختیارشان قرار گرفت. مدت اجرای مداخلات ٦ ماه بود.

دو گروه، قبل و پس از اتمام برنامه، پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. پرسشنامه‌های پژوهش عبارت بودند از:

۱- پرسشنامه جمعیت شناختی که خصوصیات شخصی زندانیان و همچنین مدت محکومیت، نوع جرم، مدت اقامت در زندان، سابقه محکومیت، نوع اعتیاد، مدت زمان اعتیاد و سابقه ترک و ابتلا به بیماری‌های روانی، ایدز و هپاتیت را بررسی می‌نمود.

۲- پرسشنامه SCL-90-R(Symptom checklist 90 revised)، وضعیت روانی ـ شناختی زندانیان را ارزیابی می کرد. این پرسشنامه توسط دراگوتیس و همکاران[۳۵]، برای سنجش اختلالات جسمانی‌سازی، وسواس، افسردگی، اضطراب، فوبیا، افکار پارانوییدی، روان‌پریشی و حساسیت در روابط بین فردی تدوین شده است که برای غربالگری اختلالات روانپزشکی و مشکلات مصرف مواد بکار می‌رفت.[۳٦] در ایران، میرزایی(۱۳۵۹) این آزمون را استاندارد نمود که آلفای کرونباخ مقیاس‌های خشم، اضطراب، ترس مرضی و افکار پارانوییدی، بالاتر از ۰/۸۰ بدست آمد. این آزمون می‌تواند بخوبی بیماران روانی، معتادان و افراد عادی را از یکدیگر تفکیک کند. خط برش این آزمون، ۰/٤ تعیین شد.[۳۷]

۳- پرسشنامه مقیاس خشم که میزان خشم زندانیان را می‌سنجید. مقیاس شدت وابستگی دارای ۵ پرسش است که

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

شدت وابستگی فرد به مواد و همچنین میزان کنترل بر مصرف مواد را ارزیابی می‌کند. اعتبار صوری این پرسشنامه با استفاده از نظرات هیأت علمی در این پژوهش مورد تأیید قرار گرفت.

٤- پرسشنامه رفتارهای پرخطر که دارای ١٦ پرسش بوده و رفتارهای پرخطر فرد(فکر خودکشی، اقدام به خودکشی، خودزنی، خشونت و درگیری، دیگرزنی، مصرف مواد، مصرف تزریقی مواد، استفاده از سرنگ و سوزن استریل، ارتباط جنسی، استفاده از کاندوم، استفاده از وسایل بهداشتی مشترک، خال‌کوبی و خال‌کوبی با استفاده از سوزن مشترک) را در ٦ ماه گذشته ارزیابی می‌نمود. این پرسشنامه در پژوهش دکتر بیان‌زاده و همکاران(١٣٧٨) تحت عنوان بررسی اثربخشی درمان اعتیاد، براساس رفتارهای پرخطر مربوط به اعتیاد و با در نظر گرفتن زمینه فرهنگی کشور، تهیه و تنظیم شد. اعتبار صوری و محتوایی پرسشنامه فوق در این پژوهش مورد تایید قرار گرفت و در مرحله آزمایش، بر روی ٢٠ مرجع اجرا شد و تغییرات نهایی در مورد آن اعمال گردید.[٣٨]

٥- پرسشنامه رضایت مددجو که توسط لارسن و همکاران تدوین شده و دارای ٨ پرسش بوده، رضایت مراجعان و همچنین بازخورد آنان را از مداخلات ارایه شده، ارزیابی می‌نمود. آلفای کرونباخ این آزمون، ٠/٩٣-٠/٧٨ گزارش شده است.[٣٦] در ضمن طی پژوهش حاضر، روایی صوری این آزمون نیز مورد تأیید گروه علمی طرح قرار گرفت.

پس از پایان طرح، با استفاده از برنامه نرم‌افزاری SPSS، نتایج پرسشنامه‌های دو گروه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، مورد مقایسه و تجزیه و تحلیل قرار گرفت. علاوه بر این، اثر مداخلات به صورت کیفی نیز بررسی شده، بدین منظور مصاحبه‌های متمرکز با زندانیان دو گروه و همچنین با پزشکان، کارکنان اداری و کارشناسان انجام شد و نظر آنان از مداخلات، ارزیابی و جمع‌آوری شد.

یافته‌ها

دو گروه پژوهش از نظر رفتارهای پرخطر، قبل و پس از اجرای برنامه مورد مقایسه قرار گرفتند که تفاوت معنی‌داری از نظر تعدادی از رفتارهای پرخطر مشاهده شد(جدول شماره ١). همانگونه که در جدول شماره ١ مشاهده می‌شود، در گروه آزمایش، پس از درمان نگهدارنده متادون و مداخلات روانشناختی همراه، کاهش معنی‌داری در افرادی که به مصرف مواد می‌پرداختند، مشاهده شد، در حالی که در ابتدای پژوهش، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت($P<٠/٠٠٠$ و $\chi^2=٤٩/٦$). به این ترتیب، ٨٠٪ افرادی که در ابتدای طرح مواد مصرف می کردند، پس از ٦ ماه از اجرای درمان نگهدارنده متادون و مداخلات روانشناختی همراه، مصرف مواد را کنار گذاشتند. در حالی که در گروه شاهد، میزان کاهش در افراد مصرف کننده مواد فقط ٦/٥٪ بود. همچنین در گروه آزمایش، میزان تزریق مواد، به ١/٤ تقلیل یافت و همراه آن، میزان اشتراک در تزریق نیز، کاهش معنی‌داری نشان داد. با این حال، در استفاده از وسایل تزریق استریل و استفاده از وسایل تزریقی مشترک، تفاوتی بین دو گروه بدست نیامد.

جدول شماره ١- توزیع درصد و نتایج آزمون کای‌دو مصرف مواد و رفتارهای پرخطر مرتبط با آن در دو گروه

	آزمایش				شاهد			
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	χ^2	سطح معنی‌داری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	χ^2	سطح معنی‌داری
استفاده از مواد مخدر	١٠٠	٢١/١	٤٩/٦	٠/٠٠٠	١٠٠	٩٣/٥	٠/٥٢	NS
تزریق مواد مخدر	٤٧/٤	١٠/٥	١٢/٥	٠/٠٠٠٤	٢٥/٨	٤١/٩	١/٨	NS
استفاده از وسیله استریل	١٠/٥	٢/٦	٠/٩	NS	٦/٥	٩/٧	٠	NS
استفاده از وسیله تزریق مشترک	٢٣/٧	٧/٩	٣/٦	NS	١٩/٤	٢٩	٢/٠٣	NS

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

همچنین نتایج حاصل از میانگین تفاضل نمرات پیش و پس‌آزمون پرسشنامه شدت وابستگی به مواد نیز در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود که در گروه آزمایش، به طور معنی‌داری بیش‌تر از گروه شاهد است(به ترتیب ٦/٠٣ در مقابل ٣/٥٢).

از طرف دیگر، از نظر رفتارهای پرخطر جنسی، تفاوتی بین دو گروه مشاهده نشد(جدول شماره ٣). همچنین از نظر استفاده از وسایل بهداشتی مشترک، خال‌کوبی، استفاده از وسایل خال‌کوبی مشترک، خودزنی، دیگرزنی، خشونت و درگیری نیز تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد. با این حال از نظر افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در گروه آزمایش، تفاوت معنی‌داری پس از اجرای طرح دیده شد.

در زمینه شاخص‌های سلامت روان نیز به دنبال اجرای برنامه نگهدارنده متادون و مداخلات روانشناختی همراه، تفاوت معنی‌داری در گروه آزمایش ایجاد شد، در حالی که در گروه شاهد چنین تفاوتی مشاهده نشد(جدول شماره ٤). بیش‌ترین میزان کاهش، به ترتیب در مقیاس افسردگی (M=١/٠٤)، شکایات جسمانی(M=٠/٩)، اضطراب(M=٠/٨٢) و روان‌پریشی(M=٠/٨١) بود.

از نظر مقیاس خشم هم تفاوت معنی‌داری در گروه آزمایش پس از اجرای مداخلات دیده شد(t=-٢/٠١، P<٠/٠٤) که در جدول شماره ٥ ارایه شده است.

جدول شماره ٢- میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون t مستقل تفاضل شدت وابستگی مرحله پیش و پس‌آزمون در دو گروه

	آزمایش		شاهد		df	t	سطح معنی‌داری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار			
شدت وابستگی	٦/٠٣	٤/٧٩	٣/٥٢	٠/٠٣	٦٧	-٥/٨	٠/٠٠٠

جدول شماره ٣- توزیع درصد و نتایج آزمون کای‌دو پرسشنامه رفتارهای پرخطر در دو گروه

	آزمایش			شاهد			
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	χ^2	سطح معنی‌داری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	χ^2	سطح معنی‌داری
رابطه جنسی	١٥/٨	١٥/٨	٠	NS	٢٢/٦	١٢/٩	٠/٩٩	NS
استفاده از کاندوم	٢/٦	٥/٣	٠	NS	٦/٥	٣/٢	٠	NS
استفاده از وسایل بهداشتی مشترک	٢١/١	٧/٩	٢/٧	NS	٣٢/٣	٣٢/٣	٠	NS
استفاده از خال‌کوبی	١٠/٥	٥/٣	٠/٢	NS	١٢/٩	٦/٥	٠/٢	NS
استفاده از وسایل خالکوبی مشترک	١٠/٥	٥/٣	٠/٢	NS	٦/٥	٣/٢	٠	NS
فکر خودکشی	٧١/١	٣٩/٥	٧/٧	٠/٠٠٥	٤٨/٤	٣٢/٣	١/٧	NS
اقدام به خودکشی	٣٤/٢	٧/٩	٧/٩	٠/٠٠٤	١٦/١	١٢/٩	٠	NS
خودزنی	٣٤/٢	١٥/٨	٣/٤	NS	٢٢/٦	٢٩	٠/٣	NS
سابقه خشونت و درگیری	٥٢/٦	٤٤/٧	٠/٥	NS	٦١/٣	٤١/٩	٢/٣	NS
دیگرزنی	٢١/١	١٥/٨	٢/٦	NS	٢٢/٦	١٩/٤	١	NS

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

جدول شماره ۴- میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون t مستقل تفاضل نمره‌های پیش و پس‌آزمون ابعاد و شاخص‌های آزمون SCL-90-R در دو گروه

شاخص‌های آزمون SCL-90-R	آزمایش		شاهد		نمره t	سطح معنی‌داری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
وسواس	۰/۷۳	۰/۸۵	-۰/۰۱	۱/۰٤	-۳/۲٤	۰/۰۰۲
حساسیت در روابط متقابل	۰/٥٦	۰/۸	۰/۰٤	۰/۹۲	-۲/٥٤	۰/۰۱
افسردگی	۱/۰٤	۰/۸۸	۰/۲۲	۰/۷۳	-٤/۱٦	۰/۰۰۰
اضطراب	۰/۸۲	۰/۸۹	۰/۲۷	۰/۹۹	-۲/٤۲	۰/۰۱
پرخاشگری	۰/۷	۱/۱۹	۰/۱	۱/۲	-۲/۰۸	۰/۰٤
ترس مرضی	۰/٥۸	۰/۱	۱/۲٥	-۰/۳٤	-۳/٤۳	۰/۰۰۱
پارانویید	۰/۷٤	۰/۱	۰/۲٦	۰/۹۸	-۲	۰/۰٥
روان‌پریشی	۰/۸۱	۰/۸۲	۰/۲۱	۰/۸۸	-۲/۸۸	۰/۰۰٥
شکایات جسمانی	۰/۹	۰/۹	۰/۲۳	۱	-۲/۸۸	۰/۰۰٥
GSI(Global severity index)	۰/۷۸	۰/٦۹	۰/۱۳	۰/۷۹	-۳/٦۷	۰/۰۰۰

جدول شماره ۵- میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون t مستقل تفاضل مقیاس خشم مرحله پیش و پس‌آزمون در دو گروه

	گروه آزمایش		گروه شاهد		نمره t	سطح معنی‌داری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
مقیاس خشم	٦/۸۷	٤/٥۸	۱/۱۳	۷/۳۳	-۲/۰۱	۰/۰٤

علاوه بر این، میزان رضایت زندانیان هر دو گروه از خدمات دریافتی نیز بررسی شد و از این نظر نیز تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده شد. نتایج نشان داد که ٤٤/۷٪ افراد گروه آزمایش، از خدمات دریافتی، کاملاً راضی و ٤۲/۱٪ راضی بودند، در حالی که بیش از ۸۰٪ از افراد گروه شاهد به نوعی از درمان خود ناراضی بودند.

در کنار یافته‌های کمی، یافته‌های کیفی نیز نشان دهنده تفاوت معنی‌دار بین دو گروه بود بطوری که افراد گروه آزمایش، از برنامه، رضایت بارزی داشتند. یکی از افراد این گروه چنین گفت:

«۲۰ سال است که اعتیاد دارم و ده‌ها بار ترک کرده‌ام و همه نوع ترک را در جاهای مختلف دیده‌ام، ولی این طرح جوری من را تغییر داد که دیگر از دیدن مواد هم بدم می‌آید و به من یاد داد که چطور در مقابل مواد خودم را نگه دارم».

«خانواده‌ها وقتی می‌بینند که دیگر مواد مصرف نمی‌کنیم و از آنها پول برای خرید مواد نمی‌خواهیم، بیش‌تر به ملاقات ما می‌آیند و پیگیر آزادی ما از زندان می‌شوند».

آنان پیامدهای مثبت طرح را به صورت «کاهش میل برای مصرف مواد، کاهش اشتغال ذهنی با مواد، کاهش هزینه‌های ناشی از مصرف مواد، کاهش جرایم مرتبط با تهیه مواد، کاهش تحریک‌پذیری و پرخاشگری ناشی از محرومیت از مواد، یادگیری مقابله با فشارهای بیرونی و تعارف به مصرف مواد، یادگیری مقابله با فشارهای درونی برای مصرف مواد و کاهش موارد انتقال ناخواسته HIV به دیگران» بیان کردند. در ضمن گروه شاهد نیز از این که از دریافت متادون و درمان روانشناختی محروم شده بودند، بسیار خشمگین به نظر می‌رسیدند.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

بحث

یافته‌های موجود نشان می‌دهند که به دنبال اجرای درمان نگهدارنده متادون همراه با سایر مداخلات روانپزشکی و روانشناختی، تغییر معنی‌داری در کاهش استفاده از مواد مخدر، تزریق مواد و استفاده مشترک از وسیله تزریق صورت گرفت، در حالی که در گروه شاهد، چنین تغییراتی صورت نگرفت؛ اگر چه برای آنان نیز امکان درمان‌های دارویی ترک مانند استفاده از داروهای روانپزشکی و کلونیدین فراهم بود. این یافته، برتری متادون و مداخلات پزشکی و روانشناختی همراه را در درمان مصرف مواد نشان می‌دهد که با بسیاری از یافته‌های موجود در این زمینه همسو است.[۳۹-۴۷] نکته پرارزش این است که به دنبال درمان نگهدارنده متادون، تغییر رفتار مهمی در کاهش تزریق مواد صورت گرفت(قبل از اجرای طرح، ٤٧/٤٪ گروه آزمایش مواد مخدر تزریق می‌کردند، در حالی که پس از اجرای طرح، این رقم به ۱۰/۵٪ کاهش یافت و همراه آن استفاده اشتراکی از وسیله تزریق نیز کاهش معنی‌دار نشان داد). این یافته همسو با پژوهش‌های جهانی است که معتادان تزریقی به دنبال ارایه اطلاعات، رفتارهای خود را تغییر می‌دهند[۱۹و ٤٨]، در حالی که در همین مدت در گروه شاهد، تزریق مواد از ۲۵/۸٪ به ٤١/٩٪ افزایش یافت، ولی این تفاوت معنی‌دار نبود.

نکته دیگری که جنبه کاربردی مهمی دارد، آن است که با وجود تغییرات مهمی که در بالا صورت گرفت، از نظر استفاده از وسایل تزریق مشترک، تفاوت معنی‌داری صورت نگرفت. به نظر می‌رسد این عدم تغییر، در نتیجه عدم دسترسی زندانیان به سرنگ استریل و یکبار مصرف در زندان باشد، چون امکانات داخل زندان از نظر وسیله تزریق و استریل کردن آن بسیار محدود می‌باشد و قیمت سرنگ یکبار مصرف در زندان بسیار گران است.[۱۲] علاوه بر این، نتایج پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد که حتی زمانی هم که به زندانیان مواد ضدعفونی کننده داده می‌شود، استفاده زندانیان از آنها با مشکلاتی همراه بوده است.[۳و ٤]

برخلاف تغییر رفتارهای چشمگیری که در زمینه استفاده از مواد و تزریق صورت گرفت، در زمینه رفتارهای پرخطر جنسی، کاهش معنی‌داری پس از اجرای طرح ایجاد نشد. این یافته نیز همسو با شواهد پژوهشی است که نشان داده است، تغییر، در رفتارهای پرخطر مرتبط با مصرف مواد و تزریق، بیش‌تر از رفتارهای جنسی که ناشی از ماهیت لذت‌بخش پیچیده رفتار جنسی است، صورت می‌گیرد.[۳و ٤] رفتار جنسی می‌تواند به عنوان یک مقابله برای کاهش احساسات دردناک عمل کند و توجه فرد را از آن چه رنج‌آور و دردناک است، دور کند. اگر چه در مداخلات روانشناختی گروه آزمایش به مبحث مقابله پرداخته شده بود ولی این مقابله‌ها عمدتاً متمرکز بر مصرف مواد و تزریق بود و نه رفتارهای جنسی، البته ضرورت دارد در برنامه‌های آینده به این موضوع و نقش کاندوم در کاهش آسیب هم پرداخته شود.

یافته برجسته دیگر پژوهش حاضر، تغییر معنی‌دار شاخص‌های مختلف سلامت روان در گروه آزمایش بود. اکثر پژوهش‌های انجام شده همانند مطالعه حاضر نشان داده‌اند که درمان نگهدارنده متادون در بهبود سلامت روان و جسم مؤثر است.[۳۹، ٤٠، ٤٥و ٤٩] ممکن است این پرسش مطرح شود که چرا با وجود آن که گروه شاهد نیز درمان‌های روانپزشکی و دارویی ترک بجز متادون دریافت نمود، پس از ٦ ماه از اجرای طرح، چنین تفاوت معنی‌داری در این گروه مشاهده نشد؟ واقعیت این است که درمان جامع نگهدارنده متادون، سیستم پیچیده‌ای از مراقبت‌های بهداشتی و خدمات است که شامل مداخلات روانی ـ اجتماعی نیز می‌شود. مداخلات روانشناختی برنامه درمان نگهدارنده متادون می‌تواند پیامدهای مثبت اثر متادون را افزایش داده، تغییراتی در سبک زندگی افراد ایجاد کند و موجب تثبیت و حمایت از یک زندگی عاری از مواد در بیماران شود.[۲٦، ۳۳، ۵۳-۵۰] به نظر می‌رسد این درمان جامع نگهدارنده متادون از دو مسیر به درمان اعتیاد کمک می‌کند:

۱- اثرات مستقیم درمان نگهدارنده شامل دارو و روان‌درمانی. دارو، عوارض ترک و محرومیت را کاهش داده و درمان‌های روانشناختی به بیماران کمک کرده‌اند که از طریق تحلیل کارکردی، موقعیت‌هایی را که به مصرف مواد می‌انجامند، شناسایی نموده و با استفاده از مهارت‌های

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

مقابله‌ای و حل مسأله، راه‌های دیگری غیر از مصرف مواد را برای مشکلات خود بیابند.

۲- اثر غیر مستقیم ناشی از پیشرفت‌های درمانی. به موازات پیشرفت در درمان و برطرف شدن علایم روانی مانند افسردگی، شرکت در برنامه‌های درمانی، موجب ایجاد نگرش مثبت به خود، افزایش عزت نفس بیماران، افزایش احساس تسلط و کفایت، ایجاد امید نسبت به آینده و بهبود ارتباطات خانوادگی می‌شود. این اثرات را در گفته‌های بیماران به روشنی می‌توان یافت:

«این کلاس، تمام چیزهایی را که از کودکی بلد نبودم به من یاد داد. به من یاد داد که چگونه مشکلاتم را حل کنم. احساس می‌کنم می‌توانم زندگی‌ام را به مسیری که می‌خواهم جلو ببرم چون راه مقابله را یاد گرفته‌ام».

«به آینده و فردا امیدوار شده‌ایم که اگر ده سال دیگر از زندان مرخص شدیم می‌توانیم در خارج از زندان زندگی بهتری داشته باشیم».

مزیت دیگر درمان نگهدانده متادون، رضایت گروه آزمایش، پزشکان، روانشناسان و کارکنان زندان از این خدمات در مقایسه با گروه شاهد بود. درمان نگهدارنده متادون نه تنها باعث کاهش رفتارهای پرخطر مربوط به تزریق و مصرف مواد شد و شاخص‌های بهداشت روان زندانیان را به طور معنی‌داری بهبود بخشید، بلکه موجب رضایت اکثریت قریب به اتفاق افراد درگیر با پژوهش از جمله مسؤولین و مراقبان زندان نیز شد.

در کل، یافته‌های مطالعه حاضر که اولین پژوهش ایرانی با رویکرد کاهش آسیب در زندان است، نشان می‌دهد که این اقدامات، نتایج مثبت زیادی داشتند و از طرف دیگر اثر سوء و منفی میان مدتی نیز ایجاد نکردند. این یافته با بسیاری از پژوهش‌های دیگر همسو است.[۲، ۳، ٤، ١٤، ١٥، ٢٤و ٢٥] به این ترتیب، یافته‌های مطالعه حاضر قابلیت کاربرد این مداخلات در شرایط خاص زندان‌های کشور را نشان می‌دهد. بویژه با استقبالی که مسؤولین زندان، زندانیان و کشورهای بازدید کننده، از ادامه و گسترش طرح بعمل آوردند، توصیه می‌شود این مرکز به عنوان مرکز نمونه آموزشی و پژوهشی استفاده از متادون در زندانهای ایران و دیگر کشورهای علاقمند قرار گیرد.

این مطالعه با محدودیت‌هایی روبرو بود که محیط اجرای پژوهش یعنی زندان نیز این محدودیت را بیش‌تر کرد. از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش، می توان به محدودیت یکسان‌سازی افراد گروه‌های پژوهش و آزمایش به دلیل جرایم و محکومیت‌های مختلف و ریزش افراد به دلیل عفو و نیز اکتفاء نمودن به اعتبار صوری برخی از پرسشنامه‌ها، امکان خرید و فروش متادون در بازار سیاه زندان علی‌رغم اتخاذ تدابیری مانند پودر کردن متادون و وجود ناظر، وجود مشکلات متعدد در انتقال متادون به زندان و امکان قطع دارو اشاره کرد.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که تجویز متادون همراه با مداخلات روانشناختی به زندانیانی که مصرف مواد مخدر بویژه از نوع تزریقی دارند و آماده همکاری و مشارکت در برنامه درمان با متادون هستند، می‌تواند گزینهٔ قابل قبول زندانیان، زندانیان معتاد، مسؤولین امنیتی و قضایی قوه‌قضاییه و درمانگران باشد. این برنامه موجب کاهش یا قطع مصرف مواد و رفتارهای پرخطر همراه آن می‌گردد.

تقدیر و تشکر

این پژوهش مرهون همکاری و حمایت افراد و سازمان‌های بسیاری است که در طول چندین سال در طراحی و اجرای آن صمیمانه کوشیدند و بدین وسیله از همگی(نمایندگی UNODC در ایران که بخش عمده بودجه این پژوهش را، تأمین و حمایت‌های عاطفی و اجرایی بسیاری نمودند، ستاد مبارزه با مواد مخدر و نهاد ریاست جمهوری، کمیته داریوش، اداره مواد مخدر و سوء مصرف مواد وزارت بهداشت، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت روان و قطب علمی آموزشی ـ پژوهشی روانپزشکی کشور به دلیل

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

کمک به اجرا و تأمین بخشی از بودجه پژوهش، ریاست وقت سازمان زندان‌ها، مدیر کل بهداشت و درمان زندان‌ها، تمام اساتید، همکاران، زندانیان و کارکنان و مدیریت‌های مختلف زندان قزل‌حصار که نام برخی از آنان در گزارش نهایی آمده است.) سپاسگزاری می‌گردد. همگی دست در دست یکدیگر دادند و با این پژوهش دشوار، راه انسانی جدیدی را فرا روی حل بحران‌های وابسته به مواد در زندان‌های ایران و دیگر کشورها گشودند.

فهرست منابع

1- Farrell M, Singleton N, Strang J. Drugs and prisons: A high risk and high burden environment. In: Shewan D, Davis JB, editors. Drug use and prison: An international perspective. 1st ed. Amsterdam: Harwood Academic Publishers; 2000. p. 203-15.

2- Nelles J, Hirsbrunner H, Fuhrer A, Doblermikola A, Harding TW. Reduction of drug and HIV related harm in principles. In: Shewan D, Davis JB, editors. Drug use and prison: An international perspective. 1st ed. Amsterdam: Harwood Academic Publishers; 2000. p. 27-45.

3- Dolan K, Crorft N. A review of risk behaviours, transmission and prevention of blood-borne viral infections in Australian prisons. In: Shewan D, Davis JB, editors. Drug use and prison: A international perspective. 1st ed. Amsterdam: Harwood Academic Publishers; 2000. p. 215-33.

4- Jurgens R. HIV/AIDS and drug use in prisons: Moral and legal responsibilities of prisons. In: Shewan D, Davis JB, editors. Drug use and prison: An international perspective. 1st ed. Amsterdam: Harwood Academic Publishers; 2000. p. 1-27.

5- Ohaeri JU. Drug use and HIV/AIDS in sub-saharan African prisons. In: Shewan D, Davis JB, editors. Drug use and prison: An international perspective. 1st ed. Amsterdam: Harwood Academic Publishers; 2001. p. 117-41.

6- Des Jarlais DC, Hagan H, Friedman SR. Epidemiology and emerging public health perspectives. In: JH Lowinson P Ruiz, RB Millman, JG Langrod, editors. Substance abuse: A comprehensive textbook. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1997. p. 591-7.

7- Gravett S. Coping with prison: A guide to practitioners on the realities of imprisonment. 1 st ed. New York: Cassell & Continuum; 1999. p. 1-10.

8- Dunhamel A, Renard A. Social and health status of arrivals in French prisons: consequative case study from 1989-95: Review Epidemiology Sante Publique 2001; 9(3): 229-38.

9- Abeni D, Perucci CA, Dolan K, Sangalli M. Prison and HIV-1 infection among drug injectors. In: Stimson G, Des Jarlais DC, Ball A, editor. Drug injecting and HIV infection. 1 st ed. London: UCL Press limited; 1998. p. 168-79.

10- Stimson GV, Choopanya K. Global perspectives on drug injection. In: Stimson G, Des Jarlais DC, Ball A, editors. Drug injecting and HIV infection. 1 st ed. London: UCL Press Limited; 1998. p. 1-21.

11- Benson E. Psychology and the prison system. Monitor on Psychology 2003; 34(7): 46-7.

۱۲- بوالهری جعفر، بیان‌زاده سیداکبر، اکبری علیرضا، الوندی مظفر، افشار پرویز، اسدی غلامی نصرا... و همکاران، ارزیابی سوء مصرف مواد مخدر در زندان‌های ایران، گزارش چاپ نشده دفتر برنامه کنترل مواد مخدر سازمان ملل متحد و مرکز آموزشی و پژوهشی سازمان زندان‌ها، ۱۳۸۱، صفحه: ۱۰-۱.

13- Rhodes T, Myers T, Bueno R, Millson P, Ltuter G. Drug injecting and sexual safety: cross-national comparisons among cocaine and opioid injectors. In: Stimson G, Des Jarlais DC, Ball A, editors. Drug injecting and HIV infection. 1st ed. London: UCL press limited; 1998. p. 130-48.

14- Thaisri H, Lerwitworapong J, Vongsheree S, Sawanpanny P, Sri-Ngam P, Jaisue R. HIV infection and risk factors among Bangkok prisoners, Thailand: A prospective cohort study. BMC Infection Disease 2003; 283(1): 25.

15- Rotily M, Weilandt C, Bird SM, Kall K, Van Haastrecht HJ, Landolo E, et al. Surveillance of HIV infection and related risk behaviour in European prisons: A multicentre pilot study. European Journal of Public Health 2001; Suppl(13): 243-50.

16- UNAIDS. Prisons and AIDS[monograph on the internet]. Geneva: The Joint United Nations program on HIV/AIDS(UNAIDS); 1997[cited 1997 April]. Available from: http://www.unaids.org/pub/publication-pub05/prison-Tu.pdf. Accessed Dec 19, 2003.

17- Cabaj RP. Gays, lesbians and bisexuals. In: Lewinson J, Ruiz P, Millman R, editors. Substance abuse: A comprehensive textbook. 3rd ed. Baltimore: William & Wilkins; 1997. p. 725-33.

18- Mahon N. Treatment in prisons and jails. In: JH Lowinson, P Ruiz, RB Millman, JG Langrod, editors. Substance abuse: A comprehensive textbook. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1997. p. 455-67.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

19- Des Jarlais DC, Choopanya K, Millson P, Friedmann P, Friedmann SR. The structure of stable seroprevalence HIV-1 epidemics among injecting drug users. In: Stimson G, Des Jarlais DC, Ball A, editors. Drug injecting and HIV infection. 1st ed. London: UCL Press Limited; 1998. p. 91-100.

20- Donoghoe MC, Wodak A. Health and social consequences injecting drug use. In: Stimson G, Des Jarlais DC, Ball A, editors. Drug injecting and HIV infection. 1st ed. London: UCL Press Limited; 1998. p. 22-41.

21- Gore SM, Bird G. HIV hepatitis and drugs epidemiology in prisons. In: Shewan D, Davis JB, editor. Drug use and prison: An international perspective. 1st ed. Amsterdam: Harwood Academic Publishers; 2000. p. 141-71.

22- Robertson JE. Rape among incarcerated men, sex, correction and STDs. AIDS Patients Care & STDs 2003; 17(8): 423-30.

23- Stephens TT, Braithwaite R, Cozza S, Riliard A, Arriola KJ. History of prior TB infection and HIV/AIDS risk behavior among a sample of male inmates in the USA. International Journal of STDs and AIDS 2003; 14(8): 514-8.

24- Grieg A. Harm reduction in the US: A movement for change. Canadian HIV and AIDS Policy Law Newsletter 1997-8, 3-4(4-1): 22-8.

25- Hilton BA, Thompson R, Moore-Dempsey L, Janzen RG. Theories and strategies for control of human immunodeficiency virus: A review of literature. Journal of Advanced Nursing 2001; 33(3): 357-70.

26- Riley D, O'Hare P. Harm reductions: policy and practice. Policy Options 2000; 7(2): 4-8.

27- Ball AL. Overview: Policies and interventions to HIV-1 epidemics associated with injecting drug use. In: stimson G, Des Jarlais DC, Ball A, editors. Drug injecting and HIV infection. 1 st ed. London: UCL Press Limited 1998; p. 201-32.

28- McKeganey N, Friedman SR, Mesquita F. The social context of injectors risk behaviour. In: Stimson G, Des Jarlais DC, Ball A, editors. Drug injecting and HIV infection. 1st ed. London: UCL Press Limited;1998.p.22-41.

29- Champion JK, Taylor A, Hutchinson S, Cameron S, McMenamin J, Mitchell A, et al. Incidence of hepatitis C virus infection and associated risk factors among Scottish prison inmates: A cohort study. American Journal of Epidemiology 2004; 159(5): 514-9.

30- Wayne H. Methadone maintenance treatment as a crime control measure. Crime and Justice Bulletin[Abstract on the Internal] 1996, 29(2). [about 2 p]. Available from: http://www.lawlink.nsw.gov.Accessed May 20, 2004.

31- Peters R, Steinberg M. Substance abuse treatment in US prisons. In: Shewan D, Davies JB, editors. Drug use and prisons: An international perspective. 1st ed. Amsterdam: Harwood Academic Publishers; 2000. p. 89-117.

32- Johnson RE, Maccagh JC. Buprenorphine and nalexone for herion dependence. Current Psychiatric Reports 2002; 2(6): 519-26.

33- Rhodes G, Saules K, Helmus T, Beshears R, Ledgerwood D, Schuster C. Impovering one-time counseling attendance in a methadone treatment program. American Journal of Drug & Alcohol Abuse 2003; 29(4): 759-73.

34- Correctional Service Canada. Methadone maintenance treatment in CSC[monograph on the Internet]. Canada: Canadin HIV/AIDS Legal Network, Inc; 2002[cited 2003 Mar 19]. Available from:www.csc-scc.gc.ca/text/ Pblct/methadone/index-e.html. Accessed May 20, 2004.

35- Devagotis L, Rickels K, Rock A. The SCL-90 and MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. British Journal of Psychiatry 1976; 128(3): 280-9.

36- Addiction Research Foundation. Directory of client outcomes measures for addictions treatment programs. 1st ed. Binghamton: The Haworth press; 1999. p. 100-103.

۳۷- میرزایی رقیه، ارزیابی پایایی و اعتبار آزمون SCL-90-R در ایران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی و علوم رفتاری، دانشکده روانشناسی، دانشگاه تهران، ۱۳۵۹، صفحه: ۳٤-۱۲۳.

۳۸- بیان‌زاده سیداکبر، عاطف‌وحید محمدکاظم، شاه‌محمدی داود، نصراصفهانی مهدی، نوری قاسم‌آبادی ربابه، غرایی بنفشه، موتابی فرشته، طرح اثر بخشی درمان اعتیاد، گزارش چاپ نشده دپارتمان بهداشت روان و پیشگیری از سوء مصرف مواد سازمان جهانی بهداشت و ستاد مبارزه با مواد مخدر نهاد ریاست جمهوری، ۱۳۷۸، صفحه: ۳۸.

39- Lowinson J, Payte J, Salsitz E, Joseph H, Marion I, Dole V. Methadone Maintenance. In: Lewinson J, Ruiz P, Millman R, editors. Substance abuse: A comprehensive textbook. 3 rd ed. Baltimore: William & Wilkins; 1997. p. 405-15.

40- Gossop M, Marsden J, Stewart D, Tracy S. Outcomes after methadone maintenance of methadone reduction treatment. Drug & Alcohol Dependence 2001; 62: 255-64.

41- Marsch LA. The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: A meta-analysis. Addiction 1998; 93: 515-32.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

42- Jackson B, Muth M. New study underscores effectiveness of methadone maintenance as treatment for heroin addiction[monograph on the Internet]. Maryland: National Institute on Drug Abuse; 2000[cited 2002 Dec 12]. Available from:http//.www.drugabuse.gov/MedAev/MAS-yroo.html.Accessed May 20, 2004.

43- Backmund M, Meyer K, Eichenlaub D, Schutz C. Predictors for completing an inpatient detoxification program among intravenous heroin users, methadone substituted and codein substituted patients. Drug and Alcohol Dependence 2001; 64: 173-80.

44- Fischer B. Methadone maintenance treatment[monograph on the Internet]. Canada: Canadian HIV/AIDS Legal Network; 2001[cited 2002 Aug 12]. Available from: http//.www.hawaii.edu/hivandaids/ methadone.maintenance-nce.treatment.pdf. Accessed June 1, 2004.

45- Correctional Services Canada. Methadone maintenance treatment[monograph on the Internet]. Canada: Canadian HIV/AIDS Legal Network, Inc; 2001[cited 2002 Dec 12]. Available from: www.csc.scc.gc.ea/text/rsch/ reports.html. Accessed April 12, 2004.

46- United Nations International Drug Abuse(UNDCP). Cotemporary drug abuse treatment: A review of evidence base. 1st ed. New York: United Nations Office on Drugs and Crime; 2002. p. 9.

47- Fellin D. Methadone medical maintenance: A training and resource guide for office based physician. 1st ed. Maryland: Substance Abuse and Mental Health and Human Services Administration; 2001. p. 47-8.

48- Des Jarlais DC, Hagan H, Friedman SR, Friedman PG, Goldberg D, Frischer M, et al. Preventing epidemics of HIV-1 among injecting drug user. In: Stimson G, Des Jarlais DC, Ball A, editors. Drug injecting and HIV infection. 1 st ed. London: UCL Press Limited; 1998. p. 183-200.

49- Caplehorn J, Dalton M, Halder F, Petrenas A, Nisbet J. Methadone maintenance and addiction risk of fetal heroin overdose. Substance Use and Misuse 1996; 37(2): 177-96.

50- Bell J, Zador D. Risk-benefit analysis of methadone maintenance treatment. Drug Safety 2000; 22(3): 179-90.

51- Simpson D, Soe G, Dansereau D, Chatham L. Strategies for impovering methadone treatment process & outcomes. Journal of Drug Issues 1997; 27(2). P. 239-60.

52- Griffith J, Rowan-Szal G, Porak R, Simpson D. Contingency management in outpatient methadone treatment: A meta analysis. Drug & Alcohol Dependence. 2000; 58: 55-66.

53- Alterman H. The positive effects of psychotherapy on methadone maintenance treatment. All Psych Journal, [Abstract on the Internet]. 2000 Aug. [cited 2002 sep. 23]; 12(3): [about 8 pages]. Available from: http:/allpsych.com/ journal/methad one.html. Accessed April 12, 2004.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

Medical and Psychological Interventions in Reducing the Risks of Drug Abuse and Improving the Psychological Status of Drug Addicts in Iranian Prisons

S.A. Bayanzadeh, PhD [I] ***J. Bolhari, MD** [II] **M.K. Atef Vahid, PhD** [III]
R. Nori-Ghasem Abadi, PhD [IV] **F. Lavasani, MSc** [V] **I. Karimi Kisami, BSc** [VI]

Abstract

Background & Aim: Drug abuse in prisons is a serious problem and the high risk methods of drug abuse are even more dangerous, causing greater threats such as the outbreak and spread of HIV/AIDS in the prisons. This indicates the need for treatment of drug abuse and harm reduction in prisons. The aim of this study was to examine the role of medical and psychological interventions in reducing the risks of drug abuse and improving the psychological status of prisoners.

Patients and Methods: The effects of methadone maintenance therapy(MMT) and other traditional methods of treatment were compared in a case-control and qualitative study to examine their role in reducing drug use, drug dependence, needle sharing, injections using un-sterilized objects, high-risk sexual behaviors, as well as the psychological well being of the prisoners and their statisfaction with the treatment process. The instruments used in the study were SCL-90-R(farsi version), Highrisk questionnaire,Drug dependence scale, Anger scale and client statisfaction questionnaire. The experimental group(n=38) was provided with MMT and psychological and psychiatric treatment while the control group(N=31) received only the usual psychiatric treatment.

Results: Data were analyzed using independent T and Chi-square tests. Six months into the project, the results showed significant changes in the amount of drug use and the extent of needle sharing in the experimental group. However, high-risk sexual conduct remained as prevalent as before. Methadone maintenance therapy also greatly improved the psychological health indicators. In addition, the subjects in the MMT group were considerably more satisfied with the services they received.

Conclusion: The findings of this study revealed the advantages of MMT over the traditional psychological and psychiatric approaches in the imprisoned, in helping drug addicts in prisons to overcome their addiction. Based on the results of this study, it can be concluded that not only providing methadone to addicted inmates is safe and harmless, but also can lead to harm reduction and solve many dangerous problems which they face.

Key Words: **1) Intravenous Addiction** **2) Methadone** **3) Psychologic Intervention** **4) Harm Reduction** **5) Prison**

***I*)** *Associate Professor, Ph.D in Psychiatric Rehabilitation, Tehran Psychiatric Institute, Mental health Research Department, Sattarkhan Ave, Niyayesh St. Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.*
***II*)** *Associate Professor, Psychologist, Tehran Psychiatric Institute, Mental health Research Department, Sattarkhan Ave, Niyayesh St. Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran. (*Corresponding Author)*
***III*)** *Assistant Professor, Psychiatrist, Tehran Psychiatric Institute, Mental health Research Department, Sattarkhan Ave, Niyayesh St. Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.*
***IV*)** *PhD in Clinical Psychology, Tehran Psychiatric Institute, Mental health Research Department, Sattarkhan Ave, Niyayesh St. Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.*
***V*)** *MSc in Clinical Psychology, Tehran Psychiatric Institute, Mental health Research Department, Sattarkhan Ave, Niyayesh St. Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.*
***VI*)** *BSc in history, Research Department Coordinator, Tehran Psychiatric Institute, Mental health research Department, Sattarkhan Ave, Niyayesh St. Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.*

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]