

درمان اجباری معتادان با متادون نگهدارنده، در مرکز اقامتی (۱): ارزیابی فرایند مداخلات

آفرین رحیمی موقر: * دانشیار، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات ایدز، دانشگاه علوم پزشکی تهران
گل آرا خستو: پزشک، مرکز تحقیقات ایدز، دانشگاه علوم پزشکی تهران
عمران رزاقی: دانشیار، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
محمد باقر صابری زفرقندی: استادیار، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
علیرضا نوروزی: روانپزشک، اداره سلامت روانی - اجتماعی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
رضا جارسبانه: جامعه شناس، مرکز تحقیقات ایدز، دانشگاه علوم پزشکی تهران

فصلنامه پایش

سال دهم شماره چهارم پاییز ۱۳۹۰ صص ۵۰۳-۴۹۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۵/۹

انشر الکترونیک پیش از انتشار - ۱۶ شهریور ۱۳۹۰

چکیده

از خرداد ۱۳۸۶ طرح ضربتی دستگیری و درمان اجباری معتادان (طرح نجات) در تهران آغاز شد. در راستای این طرح پس از غربالگری، دستگیرشدگان با شدت بیشتر اعتیاد، به اجبار به مرکز اقامتی شفق ارسال شدند تا تحت درمان نگهدارنده با متادون قرار گیرند. در این مقاله، نتایج حاصل از ارزیابی فرایند اقدامات انجام شده در مرکز شفق ارائه شده است. نتایج حاصل از پی گیری دو و شش ماهه نیز در مقاله دیگری ارائه شده است.

تعداد ۷۹ نفر از معتادان که از اماکن عمومی در طول ۱۱ روز دستگیر و به مرکز اقامتی شفق منتقل شدند، مورد پی گیری قرار گرفتند. مصاحبه فردی با معتادان نمونه هنگام غربالگری، مصاحبه های هفتگی حین اقامت و هنگام ترخیص، مصاحبه های متمرکز گروهی، آزمایش ادرار از نظر وجود مورفین و کدئین در دو نوبت، مشاهدات و معاینات پژوهشگران، بررسی پرونده ها، بررسی گزارش ها، عکس برداری، مصاحبه با کارکنان مرکز و مسئولان ستادی سازمان های مسئول از روش های به کار رفته در این طرح بود.

اغلب معتادان از درمان نگهدارنده با متادون استقبال نمودند. در حین اقامت، وجود مورفین در ادرار ۲۰ درصد از افراد در نوبت اول و ۴ درصد در نوبت دوم مثبت بوده و رفتارهای پرخطر نیز به صورت نادر گزارش شد. از میان ۷۹ نفر معتادان نمونه، سه چهارم از ۲۲ تا ۴۹ روز و بقیه به طور طولانی مدت در مراکز اقامتی باقی ماندند. خدمات ارائه شده با ضعف هایی مانند شدت کنترل و فشار نیروهای انتظامی مراقب در ماه های اول، که مانع از ایجاد فضای درمانی شد همراه بود؛ اگرچه اکثر معتادان دستگیری و درمان اجباری را برای خود مفید دانستند. مشارکت نیروی انتظامی و وزارت بهداشت، طراحی پروتکل درمانی و ارزیابی برنامه از نقاط قوت طرح نجات بود که آن را از اقدامات مشابه سال های پیش متمایز می کرد. پیشنهاد می شود این طرح به صورت غیرضربتی، در وسعت محدود و بدون توسعه کمی به صورت یک فیلد پژوهشی و با نظارت دستگاه قضایی استمرار یابد تا امکان بر طرف کردن نقاط ضعف و راه اندازی مداخلات متعدد و بهبود آنها فراهم شود.

کلیدواژه ها: اعتیاد، درمان نگهدارنده با متادون، درمان اقامتی اجباری، بی خانمانی

* نویسنده پاسخگو: تهران، بلوار کشاورز، بیمارستان امام خمینی، مرکز تحقیقات ایدز، دانشگاه علوم پزشکی تهران

تلفن انمابر: ۶۶۹۶۷۹۸۴

E-mail: rahimia@tums.ac.ir

مقدمه

در کشور ما در حالی که اعتیاد جرم است و در مورد ضرورت اقدامات درمانی جایگزین زندان برای معتادان اتفاق نظر وجود دارد، ولی شیوه اجرایی چنین اقداماتی همواره موضوع مورد چالش بوده است. از نظر مسئولان نیروی انتظامی، اجبار راه مهمی برای ترک اعتیاد تلقی می‌شده است و معتقد بودند با نگهداری، کار اجباری، سخت‌گیری و تنبیه می‌توان در این امر موفقیت حاصل نمود. نظام درمانی کشور نیز به رغم عدم انکار تأثیر اجبار در موفقیت درمان، ارائه روش‌های مؤثر و علمی درمان را ضروری دانسته و با شیوه‌های اقامتی به دلیل پرهزینه بودن و احتمال بروز بیشتر آسیب‌های ناشی از اعتیاد مانند تزریق و روابط جنسی غیربهداشتی مخالفت می‌کرده است. علاوه بر این، دشواری فراهم کردن خدمات درمانی در چنین مراکز اقامتی، به علت تعداد زیاد معتادان و همچنین تجربیات منفی اردوگاه‌های کار و مراکز بازپروری سابق در امکان ماندگاری بیماران در ترک، نیز مزید بر علت بوده است.

از پنجم خرداد ۱۳۸۶ اجرای طرح ضربتی سامان‌دهی معتادان خیابانی و پرخطر (طرح نجات) برای دستگیری و درمان اجباری معتادان در تهران به رغم آن که در سال‌های قبل نیز اجرا شده و دیدگاه‌های مخالفی را به همراه داشت، مجدداً آغاز شد. ولی به دلیل نگرانی‌های متخصصان بهداشتی - درمانی کشور از عوارض احتمالی، اقدامات درمانی طرح، عمدتاً به وزارت بهداشت سپرده شد و مقرر شد توسط معاونت سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران به اجرا در آید و نیروی انتظامی و سازمان بهزیستی نیز نقش‌های خاص خود را ایفا نمایند. هماهنگی کلی طرح نیز به عهده ستاد مبارزه با مواد مخدر بوده است.

برای ارائه خدمات صحیح، دستیابی به نتایج مطلوب‌تر و پیشگیری از عوارض احتمالی، پروتکل غربالگری و درمان برای این طرح [۱] توسط اداره پیشگیری و درمان اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به صورت فوری تهیه و به بخش‌های اجرایی مربوطه ابلاغ شد. بر اساس این طرح، هر روزه با عملیات انتظامی در محله‌های پرخطر شهر تهران، عده‌ای از معتادان دستگیر و در مرکز غربالگری ولی عصر (عج) توسط تیم درمانی، غربالگری شده و افرادی که دارای شرایط از پیش تعیین شدند و به طور عمده افرادی با وخامت اعتیاد و بدون خانواده را تشکیل می‌دادند، به مرکز اقامتی شفق و افرادی که دارای شرایط مورد نظر نبودند، به سایر مراکز درمانی ارجاع می‌شدند. با توجه به نمای خطر بالا در افراد

ورودی به مرکز اقامتی شفق، درمان نگهدارنده با متادون (Methadone Maintenance Treatment- MMT) در نظر گرفته شد و مقرر گردید پس از ترخیص، درمان افراد در مراکز درمان سرپایی اعتیاد ادامه یابد. مسئولیت غربالگری و ارائه خدمات درمانی در مرکز اقامتی شفق، از سوی معاونت سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران به مؤسسه آریا که از مؤسسات غیردولتی بوده و مسئولان و کارکنان به کار گرفته شده در آن سابقه ارائه خدمات درمان و کاهش آسیب را در زندان‌های کشور دارا بودند سپرده شد. در این راستا با تصویب ستاد مبارزه با مواد مخدر مقرر شد طرح مورد ارزیابی قرار گیرد تا ضمن امکان تصمیم‌گیری در مورد ادامه و یا گسترش آن در سایر شهرهای کشور، گزارشی مستند و بومی از یک الگوی مداخلات انتظامی توأم با درمان اجباری تدوین و برنامه ریزی و اجرای عملیات ارتقا یابد. ارزشیابی طرح دارای اهداف و روش‌های بسیار گوناگونی بود که در این مقاله به ارائه بخشی از آن که شامل ارزیابی فرایند اقدامات انجام شده در مرکز اقامتی شفق است، پرداخته می‌شود. نتایج پی‌گیری دو ماهه و شش ماهه افراد نمونه همراه با مشکلات پی‌گیری درمان، در مقاله دیگری [۲] ارائه شده است.

مواد و روش کار

مهم‌ترین شاخص‌های فرایند بررسی شده در مرکز اقامتی عبارتند از: فرایند مداخلات درمانی و کیفیت آنها، کارکنان به کار گرفته شده و سوابق و آموزش‌های قبلی آنها، فضای درمانی حاکم بر مراکز و بروز رفتارهای غیر درمانی کارکنان، میزان مصرف مواد، میزان وقوع رفتارهای پرخطر، میزان بروز وقایع نامطلوب و میزان رضایت معتادان. عملیات میدانی «ارزیابی طرح نجات» از تاریخ ۱۶ تیر ماه ۱۳۸۶ و پس از گذشت ۴۲ روز از آغاز اجرای طرح، شروع شد. از تاریخ ۱۶ تا ۲۷ تیر ۱۳۸۶ از میان افرادی که دستگیر شده و به مرکز غربالگری ولی عصر (عج) منتقل شدند، تعداد ۴۹۷ نفر به مطالعه وارد شدند. از این میان، ۷۹ نفر به مرکز اقامتی شفق و بقیه با کسب تعهد، به مراکز سرپایی و یا سایر مراکز ارجاع شدند. تمامی این افراد مورد پی‌گیری فرایند مداخلات و نتایج آن قرار گرفتند. در این مقاله به ارزیابی فرایند مداخلات در شرایط درمان اجباری در مرکز اقامتی شفق می‌پردازیم. در این مطالعه از روش‌های گوناگون استفاده شد که روش‌های کمی و کیفی مرتبط با اهداف ذکر شده در این مقاله عبارتند از:

۹- مصاحبه با ۷ نفر از مسئولان ستاد مبارزه با مواد مخدر، وزارت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، نیروی انتظامی و سازمان بهزیستی با استفاده از سؤالات باز، سه ماه پس از آغاز طرح.

یافته‌ها

جمعیت مورد مطالعه: ظرفیت مرکز شفق ۴۰۰ نفر در نظر گرفته شده و در فاصله کمتر از دو ماه از آغاز طرح نجات، به سقف ظرفیت رسید. در طول اجرای طرح، عده‌ای که به شفق ارجاع داده شدند، پس از تراشیدن سر و تعویض لباس و اقامت در قرنطینه، هنگام شب ویزیت شده و اولین دوز متادون را دریافت می‌کردند. اطلاعات بیماران در مرکز شفق در دفاتر و پرونده‌های متعددی ثبت می‌شد. از میان ۴۹۷ نفر از معتادان وارد شده به مطالعه از مرکز غربالگری ولی عصر (عج)، تعداد ۷۹ نفر که همگی مرد بودند به مرکز اقامتی شفق ارسال گردیدند. مشخصات این افراد، بر اساس اظهار خودشان، در جدول شماره ۱ آمده است.

مشخصات جمعیتی معتادان نمونه (n=۷۹)

تعداد	درصد
سن (سال)	
۴	۵/۱
۴۸	۶۰/۸
۲۲	۲۷/۸
۵	۶/۳
تحصیلات (سال)	
۲۲	۲۷/۹
۳۰	۳۸
۲۷	۳۴/۲
اشتغال	
۱۴	۱۷/۷
۶۵	۸۲/۳
۲۳	۲۹/۱
۳۳	۴۱/۸
۶۲	۷۸/۵
۶۹	۸۷/۳
۷۳	۹۲/۴
۱۰	۲۰/۴
۵	۱۰/۶
۲۶	۵۷/۸

۱- انجام مصاحبه‌های فردی با معتادان نمونه، هنگام غربالگری و هنگام ترخیص از مرکز اقامتی شفق با استفاده از پرسشنامه‌های متفاوت با سؤالات ساختار یافته، نیمه ساختار یافته و باز.

۲- آزمایش ادرار از نظر وجود مورفین و کدئین، شامل تست سریع (Rapid test) غربالگری و تست تأییدی برای موارد مثبت، با کروماتوگرافی لایه نازک (Thin Layer Chromatography-TLC) در دو نوبت و در مجموع ۲۰۰ آزمایش ادرار که توسط گروه ارزیابی و بدون اطلاع قبلی انجام شد. تهیه نمونه ادرار از معتادان با نظارت مستقیم صورت گرفت.

۳- تکمیل «چک لیست درمان» برای ۷۹ نفر گروه نمونه برای بررسی اقدامات درمانی در شفق و اقدامات حین ترخیص، با استفاده از دو روش مطالعه هفتگی پرونده‌ها و مصاحبه هفتگی با ۷۹ نفر.

۴- مصاحبه متمرکز گروهی با معتادان با استفاده از چک لیست در ۳ جلسه متمرکز گروهی و در زمان حدود ۱۲۰ دقیقه در هر یک و با حضور ۲۶ نفر از مقیمان در مرداد ماه ۱۳۸۶. بدین منظور دو گروه از معتادان نمونه و یک گروه خارج از گروه نمونه انتخاب شدند.

۵- تکمیل چک لیست «وضعیت حضور کارکنان» مرکز اقامتی شفق به طور هفتگی و در شیفت‌های مختلف در مجموع ۶ بار.

۶- تکمیل «جدول حوادث نامطلوب» که دارای ۹ محور اصلی بوده و برای بررسی وقایع نامطلوب سه ماه اول اجرای طرح نجات تنظیم شد. برای تکمیل آن از چند روش استفاده شد: نمونه‌گیری تصادفی بر مبنای شماره پرونده و مصاحبه انفرادی با حدود ۶۰ نفر هر هفته (مجموعاً در ۶ نوبت)، بحث متمرکز گروهی با مقیمان، مشاهدات و معاینات پژوهشگران، بررسی گزارشات روزانه هر شیفت پزشکان، گزارش پرستاری و نیز دفتر ارجاع تخصصی به طور هفتگی در ۶ هفته، مصاحبه با پزشک و/یا پرستار حاضر درباره وقایع هفته گذشته، مطالعه گزارش بازدیدهای نمایندگان معاونت سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران در پایان کار میدانی.

۷- مصاحبه با کارکنان مرکز اقامتی شفق شامل مدیر مرکز، پزشک، روانشناس و مددکار با استفاده از پرسشنامه دارای سؤالات باز.

۸- تکمیل چک لیست «مشاهده فرایند» در طی حضور گروه ارزیابی در فرایند پذیرش و ارائه خدمات در مرکز اقامتی شفق و فرایند ترخیص و ارجاع، همراه با عکس برداری.

داشته و در ازای سیگار، آن را با معتادان دیگر مبادله می‌کردند. پس از آن، مراقبت افزایش یافت و اجبار به مصرف متادون نیز کمتر شد. مهم‌ترین اقدام دیگر، آموزش در زمینه فواید و کارکرد متادون و همچنین در زمینه رفتارهای پرخطر و احتمال ابتلا به ایدز و هپاتیت بوده است. بر اساس مشاهدات گروه ارزیابی و اظهارات معتادان، این آموزش‌ها موجب ترس و نگرانی اغلب معتادان از مصرف تزریقی مواد شده بود. اکثر افراد شرکت کننده در مصاحبه‌های متمرکز گروهی، دو بار در جلسات آموزشی شرکت کردند. از اقدامات دیگر، رسیدگی به زخم‌های عفونی معتادان بود. برای هیچ یک از بیماران مورد مطالعه، اقدامی برای اسکان یا اشتغال انجام نشد.

مهم‌ترین کار مددکار برای ترخیص، تماس با خانواده بود. برای مرخص شدن، هر فرد می‌بایست شماره تلفنی برای تماس ارائه می‌داد. مداخلات روانی - اجتماعی ناچیز بود. یکی از روانشناسان، اقداماتی چون گروه درمانی با رویکرد شناختی - رفتاری را که در پروتکل آمده، با توجه به کثرت جمعیت و شدت مشکلات روانی - اجتماعی در آنها و نیز کم بودن تعداد اتاق و فضای مناسب و کمبود نیروی کارشناس حرفه‌ای در این حوزه، غیرعملی دانست. علاوه بر این، فضای نظامی رعب انگیز حاکم، با زمینه لازم برای مداخلات روانشناختی هماهنگی نداشت.

بعد از گذشت چند هفته، انجام آزمایش برای ایدز و هپاتیت در مرکز شروع شد. در مورد برخی از افراد تا زمان ترخیصشان هنوز نتایج به مرکز اعلام نشده بود. نتایج اعلام شده در جدول شماره ۱ آمده است. نتایج این آزمایشات حاکی از پرخطر بودن گروه ارجاع شده به شفق در مقایسه با معتادان عادی جامعه دارد. با وجود پیش بینی مشاوره فردی قبل و بعد از آزمایش در باره ایدز و هپاتیت در پروتکل، این کار انجام نشد.

- کارکنان به کار گرفته شده و سوابق و آموزش‌های قبلی آنها: ترکیب کارکنان مرکز عبارت بود از: چهار نفر پزشک عمومی، دو نفر روانشناس، دو نفر پرستار، سه نفر مددکار و یک نفر مسئول بایگانی و امور اداری که کادر ثابت را تشکیل داده و دو نفر روانپزشک، یک نفر دندانپزشک و یک نفر متخصص عفونی برای انجام مشاوره تخصصی که ساعاتی در هفته در مرکز حضور داشتند.

همه پزشکان عمومی که درمان با متادون را ارائه می‌کردند، دوره آموزشی دو هفته‌ای درمان نگهدارنده با متادون را گذرانده بودند و بین ۵ تا ۸ سال سابقه کار در یکی از کلینیک‌های درمان با متادون

سه چهارم از افراد نمونه مدت ۲۲ تا ۴۹ روز نگهداری شدند. میانگین متوسط اقامت برای این تعداد ($41/1 \pm 5/8$) روز بود. یک نفر در طول اقامت در مرکز فوت کرده و فرد دیگری نیز به بیمارستان منتقل شده و بازنگشت. ۱۶ نفر در پایان سه ماه و ۱۲ نفر در پایان شش ماه به دلیل پیدا نشدن هیچ یک از افراد خانواده و هیچ گونه محل اقامتی برای ایشان، در مرکز باقی مانده و نیمی از این افراد نیز بر خلاف میل خود در مرکز اقامت داشتند.

- مداخلات درمانی و کیفیت آنها: محور درمانی در مرکز شفق، ارائه درمان نگهدارنده با متادون بوده است. بنا به اظهار مسئول مرکز شفق مجموعاً ۱۰ درصد از بیماران تمایل به مصرف متادون نداشتند؛ ولی چون در این طرح دستگیر شده بودند، باید تحت متادون درمانی قرار می‌گرفتند.

دوز متادون تجویز شده در مرکز اقامتی شفق در فاز نگهدارنده (حدود هفته ششم و یا هنگام ترخیص) در مورد گروه نمونه که به آنها متادون تجویز می‌شد، مناسب و بین ۱۰ تا ۱۰۰ میلی گرم در روز بوده است. میانگین این دوز ($62/5 \pm 22/6$) میلی گرم در روز و شایع‌ترین (Mode) دوز ۷۵ میلی گرم بود. به دو نفر از ۷۹ نفر معتادان وارد شده به مطالعه، متادون تجویز نمی‌شده است. بنا به اظهار مسئول مرکز، در مرکز به هیچ کس داروهای حاوی کدئین تجویز نشده و بر اساس مشاهدات گروه ارزیابی نیز چنین داروهایی در داروخانه وجود نداشت. سایر داروهای روان گردان تنها با تجویز پزشک یا روانپزشک و در موارد بیماری همراه روانپزشکی ارائه می‌شد.

تمامی بیماران در ۲۴ ساعت اول ورود به شفق یک بار توسط پزشک ویزیت شده بودند. تعداد کل دفعات ویزیت برای درمان متادون از زمان ورود تا زمان ترخیص، از یک تا ۱۱ بار بوده است. شایع‌ترین تعداد ویزیت، ۳ بار بود که بسیار کمتر از میزان قید شده در پروتکل است. ۵ نفر دارای تشخیص روانپزشکی درج شده در پرونده و در همه موارد تشخیص، اختلالات خلقی بوده است و یک تا دو بار توسط روانپزشک ویزیت شده بودند.

بنابر اظهار مسئول اجرای طرح در مؤسسه آریا، نظارت بر متادون مشکلی در بر نداشت. دو نفر نیروی مجرب مسئولیت کنترل متادون را به عهده داشتند و برای تعداد مصرفی روزانه صورتجلسه تنظیم می‌شد. دوز متادون روزانه توسط پرستار به فرد داده شده و در حضور وی بلعیده می‌شد. در موارد معدودی گزارش شد که افرادی که تمایل به مصرف متادون نداشتند، در گوشه دهان خود آن را نگه

در دو نوبت آزمایش غربالگری و سپس تأییدی ادرار از نظر وجود مواد اپیوئیدی توسط گروه ارزیابی انجام شد: نوبت اول حدود دو ماه و نیم از گذشت طرح، روی ۱۰۰ نفر از مقیمان (۷۶ نفر معتادان نمونه و ۲۴ نفر از سایرین با انتخاب تصادفی بر اساس شماره پرونده شان) و نوبت دوم، دو هفته بعد بر ۱۰۰ نفر از مقیمان (۵۱ نفر معتادان نمونه که ترخیص نشده بودند و ۴۹ نفر از سایرین). شایان ذکر است که در همه موارد حداقل ۳ هفته از ورود آنها به مرکز می‌گذشت. چنان که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، در نوبت اول ۲۰ درصد و در نوبت دوم ۴ درصد دارای مورفین مثبت در ادرار بودند.

آزمایش TLC مثبت ادرار از نظر مواد اپیوئیدی در مرکز اقامتی شفق

مواد موجود در ادرار	بار اول (n=100)		بار دوم (n=100)	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مورفین تنها	۱۷	۱۷	۴	۴
کدئین تنها	۱۷	۱۷	۶	۶
مورفین+ کدئین	۳	۳	-	-

- میزان بروز وقایع نامطلوب: در بررسی وقایع نامطلوب در مرکز اقامتی شفق، طی مدت سه ماه، دو مورد مرگ اتفاق افتاد. یک مورد به دلیل احتمالی احتقان فتق و دومی با تشخیص پنومونی به بیمارستان ارجاع و در آنجا فوت شدند. یک مورد اقدام به خودکشی با بریدن رگ نمود که به بیمارستان انتقال یافته و پس از بهبود به شفق بازگشت. در مجموع، ۲۰ مورد طی سه ماه به دلیل مشکلات جسمی به بیمارستان ارجاع شدند که تنها ۴ مورد بازگشتند. موردی از «مسمومیت ناشی از مواد» گزارش نشد.

در دو ماه اول تمامی معتادان در مصاحبه‌های فردی و گروهی اظهار داشتند که روزانه چند بار شاهد خشونت جسمی و روانی نسبت به سایر مقیمان، توسط کادر نظامی بوده‌اند. در صورت یا بدن ۱۰ درصد از افراد، آثاری ناشی از ضرب و شتم مشاهده شد. در یک مورد قطع متادون به عنوان تنبیه و حبس در قرنطینه به کار رفته بود. از نظر معتادان، دلیل اصلی در بدو ورود برای القای رعایت نظم بوده است تا کنترل آن جمعیت، ممکن باشد. در موارد حاد، مسئول تیم درمان به مسئول انتظامی تذکر می‌داد. پس از دو ماه از شروع طرح، اوضاع عمومی با تعویض مسئول کادر انتظامی بهبود محسوسی پیدا کرد، تا جایی که حدود ۹۰ درصد از افراد در مصاحبه‌ها ابراز رضایت و آرامش می‌کردند.

زندان و یا کلینیک‌های مثلثی را داشتند. دو نفر روانپزشک نیز سابقه کار در زمینه اعتیاد را دارا بودند. از میان بقیه کارکنان، یک نفر کارشناس ارشد روانشناسی و همه پرستاران سابقه کار دست کم ۶ سال در زندان و با معتادان را داشتند و بقیه در این کار مبتدی بودند. روزانه ۶-۷ نفر از سربازان انتظامات، وظیفه نگهبانی، کنترل ورود و خروج، تحویل گرفتن روزانه معتادان ارجاعی، اصلاح سر، توزیع لباس، امور آشپزخانه و توزیع صبحانه و غذا را با همکاری معتادان به عهده داشتند. برخی امور مثل نظافت سرویس بهداشتی نیز به ازای جیره سیگار اضافی توسط معتادان انجام می‌شد.

- میزان مصرف مواد: با ۶۳ نفر از معتادان نمونه هنگام ترخیص مصاحبه شد. شایان ذکر است که دو نفر، به رغم ترخیص توسط مرکز، به دلیل عدم مراجعه خانواده همچنان در مرکز باقی ماندند. ۵ نفر (۷/۹ درصد) گفتند که یک بار مواد در مرکز مصرف کرده‌اند که در همه موارد، ماده مصرفی کراک ذکر شد. همگی افراد منکر مصرف تزریقی مواد در طی اقامت خود در مرکز شدند. سه روش ورود مواد به مرکز گزارش شد. افرادی که هنگام دستگیری، مواد همراه خود را بلعیده بودند، در مرکز آن را دفع و مورد مصرف قرار دادند. در مواردی نیز حین تکاندن لباس‌ها، بسته مواد بیرون افتاده و از چشم نیروهای انتظامی دور مانده بود. یکی از نگهبان‌ها نیز با ارتباطی که با خانواده یکی از معتادان پیدا کرده بود، مواد را در بسته سیگار به بیمار می‌رسانده است. در مصاحبه‌های متمرکز گروهی، در مورد تأثیر اقامت بر مصرف مواد، اظهار کردند که در بدو امر با شدت عمل بسیار با ورود مواد برخورد شد و پس از آن دیگر مواد مخدر در مرکز وجود نداشته است. در مصاحبه با رئیس اداره مبارزه با مواد مخدر ناجا، ایشان عملکرد انتظامات را از نظر کنترل ورود مواد خیلی موفق دانست و حتی آن را بهتر از کنترل در زندان‌ها ذکر کرد. بر خلاف آنچه در پروتکل درمان ذکر شده بود، در طول سه ماه اول از شروع طرح، آزمایش ادرار از نظر مواد اپیوئیدی توسط تیم درمان مستقر در مرکز شفق انجام نشد و بنابراین ثبت و تحلیل آزمایش‌های هفتگی امکان پذیر نبوده است. بر اساس اظهار مسئول طرح در مرکز شفق، در هنگام ترخیص آزمایش ادرار گرفته می‌شد که نتایج آن جایی ثبت نمی‌شد. وی همچنین اظهار داشت که از آنجایی که از عدم مصرف مواد توسط مقیمان مطمئن بودند، ضرورتی به انجام آزمایش در حین اقامت احساس نمی‌کردند.

رضایت کرده و ۹ نفر ابراز عدم رضایت نمودند. دلایل عدم رضایت، عمدتاً به کار مددکاران و ندرتاً به کمبود ویزیت پزشکان، دندانپزشکان، روانشناس و روانپزشک مربوط بوده است. در مورد خدمات مددکاری، آن را ضعیف و در حد تماس با خانواده می‌دانستند. از میان ۶۳ نفر، ۲۰ نفر (۳۱/۷ درصد) از برخورد کارکنان انتظامی ابراز رضایت کرده و ۳۸ نفر (۶۰/۳ درصد) ابراز عدم رضایت نمودند. در مصاحبه‌های متمرکز گروهی، افراد مقیم در جلسات اول به شدت از کارکنان انتظامی شکایت داشتند. دلایل عدم رضایت، تنبیه و بی‌احترامی بوده است. تمرینات و تنبیهاتی مانند آنچه در پادگان نظامی برای افراد سالم جوان انجام می‌شود (از جمله کلاغ پر) به معتادان تحمیل می‌شد که در صورت عدم توانایی در انجام آن، تنبیه می‌شدند. یکی از معتادان گفت: «۷۰ درصد از تنبیه‌ها ناعادلانه است»، یک نفر عنوان کرد: «در بیرون، تبلیغاتی که برای ترک اعتیاد ارائه می‌شد با چیزی که در اینجا اتفاق می‌افتد فرق می‌کند». پس از چندی با تعویض دو نفر، رفتار کارکنان انتظامی تغییر فاحشی کرد. افرادی نیز ابراز رضایت داشتند. دلایل رضایت، بی‌دلیل تلقی نکردن تنبیهات و مقصر بودن برخی از معتادان ذکر شد. در پرسش از ۶۳ نفر هنگام ترخیص، در مورد این که آیا روش دستگیری و درمان اجباری، برای درمان معتادان مفید است یا نه، ۴۰ نفر (۶۳/۵ درصد) آن را مفید و بقیه آن را غیرمفید دانستند. همچنین زمانی که پرسیده شد آیا فکر می‌کنید این روش «برای خودتان» مفید واقع بشود یا نه، ۵۰ نفر (۷۹/۴ درصد) مفید و بقیه آن را غیرمفید ارزیابی کردند. برخی معتقد بودند، چون دستگیری و ترک، اجباری است، بیشتر افراد، پس از آزادی دوباره مواد مصرف خواهند کرد. به رغم نظر عمومی مثبت، تقریباً تمام شرکت‌کنندگان در جلسات بحث متمرکز گروهی و حتی افراد بی‌خانمان مایل به خروج از مرکز بودند و دلایل آن را رسیدگی به زندگی شخصی، مشغول به کار شدن و کسب درآمد و جو سنگین نظامی مرکز عنوان می‌کردند.

به طور کلی، شکایات بیماران عبارت بودند از:

- رفتار تحقیرآمیز، فشار روحی - روانی زیاد و حالت زندان و اردوگاهی مرکز

- نامناسب بودن ارجاع آنان به این مرکز از مرکز غربالگری

- عدم تفکیک افراد بر اساس شدت اعتیاد و خلاف کاری و زمینه

مساعد برای بد آموزی

- نگرانی از امکان تهیه متادون پس از ترخیص

- میزان وقوع رفتارهای پرخطر: برای حداقل ۲۰ درصد از مقیمان مواردی از درگیری‌های بین خودشان پیش آمده که اغلب به علت تحریک پذیری و کلافگی، دزدی سیگار، جیره غذا و وسایل، و مشکوک به خبرچینی افراد بوده است. هر هفته به طور متوسط سه یا چهار مورد دزدی وسایل شامل سیگار، لیوان، خمیر دندان، زیرپوش و حوله گزارش می‌شد. یک مورد فرار ناموفق از کانال کولر در روز اول قرنطینه صورت گرفت که فرد فراری را در اطراف مرکز پیدا کردند. سه مورد «رابطه جنسی» در روزهای اول توسط کادر درمان راه اندازی مرکز گزارش شد. ولی به دلیل روشن بودن چراغ در شب‌ها و نیز تنبیه شدید در موارد اولیه، رابطه جنسی دیگری که واقع شده باشد گزارش نشد.

- میزان رضایت معتادان: از میان ۶۳ نفر افراد مورد مصاحبه هنگام ترخیص، ۵۶ نفر (۸۸/۹ درصد) از اقدامات درمانی انجام شده ابراز رضایت کرده و دو نفر ابراز عدم رضایت نمودند. ۵ نفر نیز آن را متوسط ارزیابی کردند. در مصاحبه‌های متمرکز گروهی، حدود ۸۰ درصد ابراز رضایت نمودند.

در مصاحبه‌های فردی و گروهی، دلایل رضایت، آشنایی و درمان با متادون، دوز مناسب آن و کنار گذاشتن آسان مواد، کلاس‌های آموزشی در باره بیماری‌های مرتبط با اعتیاد و ویزیت روانپزشک ذکر شد. اغلب اعتقاد داشتند متادون برای برطرف کردن «خماری ترک» بسیار مناسب است و متادون را جایگزین بسیار ایده‌آلی برای مواد می‌دانستند. در مورد تأثیر آموزش، یکی از افراد گفت: «حتی اگر دوباره معتاد شوم، یا اصلاً تزریق نمی‌کنم و یا در صورت تزریق، نکات بهداشتی را رعایت می‌کنم». دلایل عدم رضایت، عدم ویزیت توسط روانپزشک، و بی‌سوادی و متوجه نشدن آموزش‌ها ذکر شد. وابستگی به متادون، نگرانی برخی از معتادان بود. شخصی گفت: «ادامه درمان با متادون پیش بینی نشده و اگر در بیرون متادون تأمین نشود، ۹۰ درصد دوباره به مصرف مواد رو می‌آورند».

در مصاحبه‌های فردی از میان ۶۳ نفر، ۲۵ نفر (۳۹/۷ درصد) از برنامه روزانه ابراز رضایت کرده و ۲۹ نفر (۴۶ درصد) ابراز عدم رضایت نمودند. در مصاحبه‌های متمرکز گروهی، در مورد برنامه روزانه تقریباً همگی اظهار می‌کردند برنامه خاصی وجود ندارد و همه چیز تکراری و یکنواخت است. دلایل عدم رضایت، یکنواختی، بی‌کاری و عدم دسترسی به امکانات ورزشی و کتاب و دلایل رضایت، ترجیح به استراحت و استقبال از بیکاری ذکر شد. از میان ۶۳ نفر، ۵۲ نفر (۸۲/۵ درصد) از برخورد کارکنان درمانی ابراز

استفاده از قانون و جرم دانستن مصرف مواد و اعتیاد در کنار جرم دانستن تولید، توزیع و خرید و فروش مواد بوده است. همین امر موجب پیدایش اقدامات اجباری برای درمان معتادان بوده است. بیشترین نوع چنین درمانی را اقامت اجباری در مراکز بازپروری بزرگ تشکیل می‌دهد. بعدها انواع دیگر درمان مانند اجتماع درمان مدار (Therapeutic Community-TC) و یا انواع دیگر درمان‌های سریایی نیز به اشکال اجباری راه اندازی شدند. به طور کلی پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که در درمان اعتیاد، احساس فشار برای درمان، فارغ از منبع درونی یا بیرونی آن و فارغ از این که منبع بیرونی آن از جانب دادگاه، خانواده یا محیط کار فراهم شده باشد، می‌تواند انگیزه‌ای برای درمان ایجاد کند و امکان ماندگاری در درمان و پایبندی نسبت به دارو یا رژیم درمانی را افزایش دهد. برای اثربخشی درمان اعتیاد، لازم نیست درمان اعتیاد داوطلبانه باشد تا مؤثر واقع شود [۳]. این در حالی است که به طور کلی در مورد افراد بی‌خانمان با اعتیاد شدید، وارد کردن آنها در درمان و نگهداری بسیار دشوار است [۴] و استفاده از اجبار در درمان این افراد به صورت شیوه‌ای رایج درآمده است.

در جهان نزدیک به دو دهه است که نام درمان دادگاه مدار (Drug Court Treatment- DCT) جای بسیاری از انواع قدیمی درمان اجباری را گرفته است. هنگامی که قاضی تشخیص دهد جرمی به دلیل اعتیاد مجرم واقع شده است، می‌تواند مجرم را به جای مجازات‌های معمول برای آن جرم، برای درمان اعتیاد به DCT بفرستد. مثال کلاسیک آن ارتکاب به دزدی برای تأمین مخارج مصرف مواد است. در DCT مددکاری وجود دارد که مستقیماً با دادگاه در تماس است و نحوه مراجعه و انطباق بیمار را به قاضی اطلاع می‌دهد. ولی دادگاه در انتخاب نوع درمان دخالتی ندارد و این موضوع در اختیار کادر درمانی است. یکی از ضرورت‌های فراهم کردن چنین خدماتی، ارتباط و هماهنگی جدی نظام قضایی و انتظامی با نظام درمانی است.

با توجه به جرم بودن اعتیاد در ایران و رو به رو بودن با مجازات‌هایی مانند زندان، جریمه نقدی، کار سخت و یا شلاق در سال‌های گذشته، به نظر می‌رسد که از نظر علمی، منطقی و اخلاقی، استفاده از اجبار برای درمان مناسب‌ترین راه مداخله قانون در این زمینه باشد. ولی، در حالی که حدود ۱۰ سال است که در مورد راه اندازی DCT در کشور صحبت و کار شده است، هنوز چنین روشی به مرحله عمل نرسیده است.

- کمبود ویزیت پزشک، روانپزشک و دندانپزشک
 - کمبود غذا، آب، چای، سیگار، قند و یخ (کمبودها موجب نزاع میان معتادان نیز می‌شد)
 - نداشتن کتابخانه و فضای فرهنگی
 - غیربهداشتی بودن سرویس‌های بهداشتی، کمبود وسایل بهداشتی مانند صابون و شامپو
 - عدم ملاقات و دوری از خانواده؛
 - عدم تمایل به ارتباط برقرار کردن با خانواده، بلاتکلیفی و نگرانی از بابت ترخیص
 با توجه به شروع ضربتی طرح که به طور سنتی در طرح‌هایی که توسط نیروی انتظامی انجام می‌شود، رواج دارد، مشکلات متعددی در انجام هماهنگی‌های اولیه وجود داشت که مهم‌ترین آنها که در مصاحبه با مسئولان سازمان‌های مجری این چنین ابراز شد:
 - اختلاف نظر در مورد اهداف و رویکرد طرح و نحوه اجرا و تقسیم وظایف؛
 - عدم فرصت کافی برای بررسی، بحث و توافق افراد و سازمان‌های مرتبط در مورد پروتکل و جزئیات آن، مانند حجم عملیات دستگیری و درمان
 - موانع اجرایی به خصوص در زمینه مسائل مالی و انعقاد قرارداد با مؤسسه مجری
 - آماده سازی مرکز اقامتی از نظر تجهیزات و امکانات
 - نحوه ادامه درمان پس از ترخیص
 - پیش بینی اقدامات روانی - اجتماعی در مرکز شفقت و پس از ترخیص
 - فراهم کردن امکان سکونت پس از ترخیص
 مهم‌ترین مشکل اجرایی عدم تأمین بودجه اختصاص یافته به وزارت بهداشت در این خصوص بود و نهایتاً بودجه مؤسسه غیردولتی آریا برای اجرای طرح نیز چند ماه بعد از آغاز طرح و بسیار کمتر از مورد توافق به این مؤسسه پرداخت شد. این امر، مشکلات جدی را در تأمین و نگهداری امکانات مرکز اقامتی شفقت ایجاد کرده و امکان نظارت مؤثر معاونت سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران بر آنان را کاهش داده بود.

بحث و نتیجه گیری

استفاده از زور و اجبار در درمان اعتیاد تاریخی طولانی دارد. در واقع اولین تمهیدات جوامع برای محدود کردن مشکل اعتیاد،

(Credibility) آنها برای ارائه خدمات درمانی به دستگیر شدگان بود [۷]. در هر حال، لازم است قبل از شروع طرح و سپس به طور دوره‌ای، اهداف طرح کاملاً برای گروه‌های درگیر مداخله تشریح شود تا سرمایه‌گذاری انجام شده برای درمان معتادان به طور بهینه مورد بهره‌برداری قرار گیرد. اعمال و یا قربانی خشونت بودن در سبک زندگی گروه‌های پرخطر معتادان وجود دارد و لازم است در فرایند درمان و با اعمال روش‌های مناسب تضعیف گردد و نباید به هیچ روی در فرایند درمان و توسط گروه مداخله‌کننده اعمال شود. تنبیهات برای شکل دهی رفتار نیز باید به عنوان رویه‌ای از درمان و با کارکرد درمانی تعریف شده و توسط کادر درمان تعیین و اعمال شوند. قطع متادون به عنوان تنبیه نباید به کار رود.

به طور کلی، درمان نگهدارنده با متادون که در مرکز اقامتی ارائه شد، کیفیت نسبتاً مطلوبی داشت و نظرسنجی از معتادان نیز نشانگر رضایت اکثر افراد بود و آن را برای خود مفید ارزیابی نمودند. ولی ضعف‌های عمده‌ای هم در ارائه درمان وجود داشت. تعداد ویزیت‌های پزشکان برای تنظیم دوز متادون ناکافی بود. آزمایش وجود مورفین در ادرار انجام نشده و تصور می‌شد، استفاده از این آزمایش، نشانگر پذیرفتن وجود مواد در مرکز است. ولی، امروزه آزمایش وجود مورفین به عنوان بخشی از درمان، برای پایش وضعیت مصرف مواد و برای دادن بازخورد مثبت و منفی به بیمار و به ویژه برای تشویق موارد منفی به عنوان یک راهکار درمانی ضروری تلقی می‌شود. نبودن امکانات مشاوره و مداخلات روانی - اجتماعی که لازم است توأم با درمان نگهدارنده با متادون ارائه شود از دیگر ضعف‌های برنامه بود. علاوه بر این، برخی از کارکنان، به ویژه مددکاران فاقد تجربه و دانش کافی برای مدیریت مسائل معتادان بودند. تخصصی شدن وظیفه مددکاران در این حیطه نیازمند سرمایه‌گذاری و ظرفیت‌سازی بیشتر است؛ چرا که اساساً ضعف ارائه خدمات مددکاری اعتیاد در کشور، عمومی و جدی است. پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند، اضافه شدن مداخلات روانی - اجتماعی به درمان نگهدارنده با متادون از هزینه اثربخشی مطلوبی برخوردار است [۸]. همچنین، لازم است آموزش برای کاهش رفتارهای پرخطر جنسی، در مجموعه اقدامات مرکز تقویت یابد.

گروه مورد مطالعه معتادان، از پرخطرترین معتادان بودند. در این گروه، پیش‌بینی می‌شود اختلالات روانپزشکی همراه شایع‌تر و از نوع شدیدتری باشد [۹-۱۰]. در چنین مواردی، با درمان اختلال روانپزشکی، احتمال موفقیت درمان اعتیاد و پیشرفت سریع‌تر بیمار

در سال ۱۳۸۶، برای اولین بار برای درمان اجباری، سیستم انتظامی و درمانی به طور توأم عمل کردند. پروتکلی برای ارائه درمان و کاهش عوارض تدوین شد و برای اولین بار این برنامه مورد ارزیابی قرار گرفت. تجربیات حاصل از اجرای سال ۱۳۸۶ بستر مناسبی برای ارتقای برنامه است. با توجه به این که برای درمان اجباری معتادان، از روش‌های مختلفی چه از نظر رویکرد درمانی، چه از نظر نوع ارجاع و پیگیری، می‌توان استفاده نمود، وجود یک فیلد پژوهشی برای به آزمایش گذاشتن این روش‌ها و بالابردن کارایی درمان پیشنهاد می‌شود.

برای اجرای بهینه طرح، وزارت بهداشت ارائه خدمات درمانی در مرکز شفق را به مؤسسه غیردولتی آریا سپرد. مدیران این مؤسسه و پزشکان به کار گرفته شده، سابقه مدیریت و ارائه خدمات درمان اعتیاد را در زندان داشته، مجرب بوده و با رویکردهای درمان اعتیاد آشنایی داشتند. در زندان، افراد برای گذران دوره محکومیت خود وارد می‌شوند و درمان اعتیاد از اهداف جنبی آن و عمدتاً به منظور کاهش آسیب‌های ناشی از مصرف تزریقی مواد، طی اقامت انجام می‌شود. در زندان، کارکنان درمانی، جنبه حاشیه‌ای تر داشته و تابع سیاست‌های زندان هستند و مداخله آنها در سرنوشت زندانیان و همچنین برنامه زندان محدود است. در درمان اجباری معتادان، انتظار می‌رود تمام سیاست‌ها، برنامه‌ها و نوع برخورد، در راستای اهداف درمان اعتیاد تنظیم و به اجرا درآید؛ بنابراین در مرکز اقامتی، کارکنان درمانی نقشی تعیین‌کننده داشته و هر نوع مداخله باید متناسب با نیازهای درمانی معتادان ارائه شود. بنابراین، لازم است کارکنان، تجربه کافی برای درمان اعتیاد در «جامعه» را نیز داشته باشند. ارزیابی طرح نشان داد که برخورد با معتادان مقیم در مرکز شفق دوگانه بوده و موجب سردرگمی کارکنان و بیماران می‌شد. به عنوان نمونه، از سویی افراد مقیم تحت درمان تلقی شده و هنگام ارسال به بیمارستان بدون همراهی نیروی انتظامی انتقال می‌یافتند و از سویی دیگر به طور آزادانه، حق خروج از مرکز را نداشته و در موارد گوناگون توسط نیروی انتظامی کنترل و تنبیه می‌شدند. به طور کلی، عدم رضایت در مورد مداخلات ارائه شده و احساس اعمال مقررات و کنترل بیش از حد، از دلایل مهمی است که باعث می‌شود افراد زمانی که اختیار داشته باشند، از درمان خارج شوند [۵-۶]. در مطالعه‌ای نیز که در لندن بر مداخلات پلیس برای ارائه خدمات درمانی انجام شد، دیده شد که درمانگران مشکلاتی در ارائه درمان داشتند که مهم‌ترین آن «اعتبار»

یکی از مهم‌ترین شاخص‌های فرایند برای بررسی کیفیت خدمات در مراکز اقامتی که به نوعی شاخص فوری برآیند (Outcome) نیز محسوب می‌شود، میزان شیوع مصرف مواد در حین اقامت است. آزمایش‌های مورفین انجام شده توسط گروه تحقیق نشان داد که در نوبت اول ۲۰ درصد و در نوبت دوم ۴ درصد دارای مورفین مثبت در ادرار بودند. برداشت گروه تحقیق بر آن است که حضور گروه تحقیق و انجام آزمایش مورفین بار اول موجب کنترل و دقت بیشتر درمانگران شده بود. در صورتی که اگر آزمایش مورفین به طور روتین و دوره‌ای به عنوان یکی از مداخلات وجود داشته باشد، همین کارکرد مثبت را نشان خواهد داد. به طور کلی مصرف مواد در محیط‌های اصلاحی شیوع بالایی دارد. در کشورهای اروپایی گزارش شده است که ۱ تا ۵۰ درصد از زندانیان در زندان مواد مصرف می‌کنند [۱۳]. در ایران، مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۱ در ۸ زندان بزرگ کشور صورت گرفت، اکثر افراد کلیدی زندان و زندانیان شیوع مصرف مواد را در بندهای مواد زندان مردان، ۱۰ تا ۳۰ درصد تخمین زدند [۱۴]. در هر حال، میزان آزمایش مثبت یافته شده در مرکز شفق نشان از وضعیت قابل قبول مصرف در مرکز اقامتی در چنین گروه افراد با اعتیاد شدید و با انگیزه محدود برای درمان دارد. یکی از مهم‌ترین نگرانی‌ها، عوارض منفی اقامت در مرکز اقامتی بود؛ به ویژه که در کشور ما زندان از مهم‌ترین مکان‌های پرخطر برای گسترش عفونت HIV بوده است [۱۵]. اجرای طرح نجات در سال ۱۳۸۶ نشان داد که می‌توان به میزان قابل توجهی از شناس بروز رفتارهای پرخطر در ساختار اقامتی کاست. با استفاده از جمیع روش‌ها، به هیچ مورد مصرف تزریقی مواد در مرکز برنخوردیم. این در حالی است که در بسیاری از زندان‌های کشور، مصرف تزریقی مواد و روابط جنسی پرخطر گزارش شده است [۱۴]. در هر صورت، کنترل رفتارهای پرخطر نیازمند تدابیر جدی است. در اجرای این طرح در مرکز اقامتی شفق، از تنبیهات خشن برای کنترل این رفتارها استفاده شد. روش‌های اصلاح رفتار اصولی برای اعمال فرایند کنترلی باید همراه با مکانیسم‌های نظارت بر اجرای آنان تدوین شود و حین اجرا از اعمال صحیح آنان اطمینان حاصل شود. در غیر این صورت این خطر جدی وجود دارد که عوارض درمان اقامتی بر منافع آن غالب شود. علاوه بر این بروز دو مورد مرگ در طی مدت سه ماه در جمعی که در پایان دو ماه به سقف ظرفیت ۴۰۰ نفر رسید و تعداد بیشتر بروز مشکلات جسمی، حاکی از ضرورت مراقبت‌های بیشتر پزشکی در این گروه از افراد با اعتیاد

بیشتر می‌شود [۱۱]. در پروتکل وزارت بهداشت، حضور فعال روانپزشک پیش بینی شده بود؛ ولی تنها تعداد معدودی دارای ویزیت روانپزشک و تشخیص روانپزشکی درج شده در پرونده بوده‌اند و این موارد نیز تنها یک تا دو بار توسط روانپزشک ویزیت شده بود. از جمله ضعف‌های دیگر، استفاده از درمان نگهدارنده با متادون به عنوان تنها نوع درمان در مرکز اقامتی بود و افرادی که به هر دلیل تمایل به این نوع درمان نداشتند، عملاً هیچ نوع خدمت درمانی دریافت نمی‌کردند. برخی نیز با اجبار و برخی از ناچاری این درمان را پذیرفته بودند. گرچه در پروتکل، این نوع درمان به عنوان درمان پیشنهادی ذکر شده بود و افراد می‌توانستند به جای آن سم زدایی را انتخاب کنند، ولی در عمل فقط از درمان MMT استفاده شد. وجود تنوع در خدمات درمانی در مرکز، شناس استقبال معتادان و ادامه درمان پس از خروج از مرکز را افزایش می‌دهد. علاوه بر این، بسیاری از افراد پس از ترخیص، درمان خود را به هر دلیل قطع می‌کنند. وجود خدمات مختلف موجب آشنایی مقیمان با رویکردهای مختلف شده، پس از ترخیص و عود احتمالی ممکن است امکان استفاده آنان از روش‌های دیگر را فراهم نماید. همچنین، می‌توان رویکردهای به کار گرفته شده در سایر مداخلات را با روش درمان نگهدارنده با متادون ادغام کرد و موجب افزایش کارایی اقامت در مرکز شد. مثال‌هایی از این رویکردها، برگزاری جلسات معتادان گمنام (Narcotics Anonymous) در مرکز و یا استفاده از رویکرد اجتماع درمان مدار است که مورد اخیر، متناسب چنین معتادانی است و ساختار مناسبی را برای برنامه روزانه و استفاده از مکانیسم‌های اصلاح رفتار فراهم می‌سازد. در مورد استفاده از اجتماع درمان مدار در محیط‌های اصلاحی تجارب زیادی به ویژه در جنوب شرقی آسیا وجود دارد [۱۲]. به طور کلی، برای موارد شدید اعتیاد، توصیه می‌شود از مدل‌های اجتماعی درمان، بیشتر کمک گرفته شود [۴].

یکی از مهم‌ترین ضعف‌ها در مرکز اقامتی شفق، فقدان برنامه روزانه کارآمد برای آماده کردن بیماران برای زندگی در بیرون از مرکز بود که این امر در پروتکل نیز تشریح نشده بود و کارکنان نیز خلاقیت‌های لازم را به کار نگرفتند. حتی اداره بسیاری از امور جاری مرکز که می‌شد به مقیمان واگذار کرد، توسط سربازان نیروی انتظامی انجام می‌شد. بسیاری از معتادان از بیکاری‌های طولانی ابراز ناراضی کرده و برخی نیز از این که استراحت‌های طولانی داشتند، خرسند بودند.

سهم نویسندگان

آفرین رحیمی موقر: طراحی مطالعه، مرور متون، مدیریت پژوهش میدانی، تحلیل داده ها و تهیه گزارش نهایی، تهیه پیش نویس مقاله

گل آرا خستو: طراحی مطالعه، مرور متون، مدیریت پژوهش میدانی، تحلیل داده ها و تهیه گزارش نهایی، بازبینی نهایی مقاله

عمران رزاقی: طراحی مطالعه، بازبینی نهایی مقاله

محمد باقر صابری زفرقندی: طراحی مطالعه، بازبینی نهایی مقاله

علیرضا نوروزی: طراحی مطالعه، مرور متون، بازبینی نهایی مقاله

رضا جارسياه: مدیریت پژوهش میدانی، تحلیل داده ها و تهیه گزارش نهایی، بازبینی نهایی مقاله

تشکر و قدردانی

این تحقیق با حمایت مالی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طی قرارداد شماره ۱۳۰/۶/۴۰۹۵ مورخ ۸۶/۵/۱۶ با معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گرفته است. پژوهشگران مراتب قدردانی خود را از تمامی مسئولان و کارشناسان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران، ستاد مبارزه با مواد مخدر و نیروی انتظامی که تسهیلات لازم برای انجام این تحقیق را فراهم نموده‌اند، اعلام نموده و از همکاری بسیار مناسب مؤسسه آریا، مراکز درمان متادون و مراکز کاهش آسیب قدردانی می‌نمایند.

همچنین از جناب آقایان دکتر سعید صفاتیان، دکتر محمد بینازاده، دکتر محمدرضا قاسمی و سرکار خانم دکتر منیر فکری، سپاسگزاری ویژه داشته و از آقایان افشین خوش رفتار و حسین نوروزی و سرکار خانم‌ها زهرا بیات و هاله نظری در اجرای قسمت‌های مختلف پژوهش و در نهایت از همه معنادانی که همکاری صمیمانه‌ای را در اجرای طرح داشتند، سپاسگزاری می‌شود.

شدید است که دارای عوامل آسیب پذیری متعدد برای ابتلا به بیماری‌ها هستند. یکی از مشکلات این طرح، که در کاهش کیفیت اجرای آن تأثیر قابل توجه داشته است، اجرای ضربتی طرح بود. با توجه به اینکه مشکل اعتیاد، مشکلی تاریخی است که در طی دهه‌های گذشته شیوع و شدت آن افزایش داشته است [۱۶]. لازم نیست که چنین مداخله‌ای به طور ضربتی در دستور کار قرار گیرد. به ویژه آن که نظام مدیریت اداری کشور توان تأمین امکانات لازم را در مدت کوتاه ندارد. می‌توان هر ساله بودجه و امکانات اجرای درمان اجباری را برای سازمان‌های مجری پیش بینی نمود تا ظرفیت لازم در سطوح مختلف را فراهم نمایند.

شایان ذکر است که نتایج این ارزشیابی، محدود به اجرای برنامه در شرایط حاضر است و قابل تعمیم به شرایط دیگر نیست. در شرایط دیگر، امکان مشاهده نقاط قوت و ضعف دیگر و دستاوردهای کمتر یا بیشتر وجود دارد. در سال ۱۳۸۶ و با هدف ارائه مداخلات مؤثر برای معنادان جمع آوری شده، حرکت جدیدی انجام شد. طراحی پروتکل درمانی، ارائه درمان توسط وزارت بهداشت و ارزیابی برنامه از نقاط قوت طرح نجات بود که آن را از اقدامات مشابه سال‌های پیش متمایز می‌کرد. پیشنهاد می‌شود، طرح در چهارچوب محدود و به صورت غیرضربتی و با ایجاد یک گستره پژوهشی برای آزمایش روش‌های مختلف و بهبود آنها استمرار یابد و از هر گونه توسعه کمی آن، به دلیل خطرات ناشی از عوارض منفی و شواهد ناکافی از تأثیرات مثبت پرهیز شود. پروتکل درمانی نیز با مشارکت دست اندرکاران اجرایی و متخصصان می‌تواند به طور مداوم بهبود یابد که از مهم‌ترین آنها تغییر رویکرد مرکز اقامتی، از MMT صرف به وجود مداخلات متعدد درمانی است. همچنین، ضعف‌های اساسی که در نحوه اجرا وجود داشت، قابل رفع هستند. علاوه بر این، همچنان این امکان وجود دارد که با نظارت دستگاه قضایی و استفاده از اجبار، مداخلات درمانی «غیراقامتی» را با هزینه کمتر و کیفیت بهتر، طراحی و به مرور زمان، با کسب تجربه و پایش و ارزیابی مداوم، بهبود بخشید.

منابع

1. Ministry of Health. The protocol for screening and mandatory treatment of homeless injecting drug users in residential settings, 2007 [Persian]
2. Rahimi-Movaghar A, Khastoo G, Razaghi EM, Saberi-Zafarghandi MB, Noroozi AR, Jar-Siah R. Compulsory methadone maintenance treatment of

- severe cases of drug addiction in a residential setting in Tehran, Iran (2): Outcome evaluation in two and six-month follow-up. Payesh 2011; In print [Persian]
3. National Institute for Drug Abuse (NIDA). Principles of drug addiction treatment: a research-based guide, 2000

4. Zerger S. Substance Abuse Treatment: What Works for Homeless People? A Review of the Literature. National Health Care for the Homeless Council, 2002
5. Millar T, Donmall M, Jones A. Treatment effectiveness: Demonstration analysis of treatment surveillance data about treatment completion and retention. National Treatment Agency for Substance Misuse: London, 2004
6. Orwin RG, Garrison-Mogren R, Jacobs ML, Sonnefeld LJ. Retention of homeless clients in substance abuse treatment: Findings from the NIAAA cooperative agreement program. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1999; 17: 45-66
7. Hunter G, McSweeney T, Turnbull PJ. The introduction of drug arrest referral schemes in London: a partnership between drug services and the police. *International Journal of Drug Policy* 2005; 16: 343-52
8. World Health Organization. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. WHO: Geneva, 2009
9. Burt MR, Aron LY, Douglas T, Valente J, Lee E, Iwen B. Homelessness: programs and the people they serve. Findings of the National Survey of Homeless Assistance Providers and Clients –Summary. Technical report prepared for Interagency Council on the Homeless, Urban Institute: Washington DC, 1999
10. Johnson TP, Barrett ME. Substance use and treatment needs among homeless persons in Cook County, Illinois. *International Journal of Addictions* 1995; 30: 557-85
11. Kaspro WJ, Rosenheck R, Frisman L. Residential treatment for dually diagnosed homeless veterans: a comparison of program types. *The American Journal on Addictions* 1999; 8: 34-43
12. O'Brien WB, Perfas FB. The Therapeutic Community. In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG, eds. *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*. 4 th Edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2005: 609-616
13. EMCDDA. Prevalence of drug use within prison among prisoners, 2000–08. In *Statistical bulletin 2009*. European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, 2009. Accessed at <http://www.emcdda.europa.eu/stats09/duptab3>, on 29 March 2010
14. Rahimi Movaghar A, Bayanzadeh A, Bolhari J, Rezaei M, Alvandi A, Rabiei N. Final Report: The qualitative study of drug use situation in the large prisons in Iran. Iran Prison Organization, 2002 [Persian]
15. Razzaghi E, Nassirimanesh B, Afshar P, Ohiri K, Claeson M, Power R. HIV/AIDS harm reduction in Iran. *Lancet* 2006; 368: 434-35
16. Rahimi Movaghar A, Mohammad K, Razzaghi EM: Trend of drug abuse situation in Iran: a three decade analysis. *Hakim Research Journal* 2002, 5:171-81 [Persian]