

درمان وابستگی به مواد:

مداخله‌گری در خصوص مصرف‌کنندگان مواد در زندان



UNITED NATIONS
Office on Drugs and Crime



International network of drug dependence
treatment and rehabilitation resource centres

۳	سپاس گذاری
۵	فهرست نام ها، اختصارها و اصطلاح ها
۶	پیش گفتار
۹	فصل یکم: چرا با مصرف کنندگان مواد در زندان ها کار کنیم؟
۱۳	فصل دوم: تدوین راهبردی درباره ی مصرف مواد در زندان
۲۳	فصل سوم: مداخله گری
۵۴	فصل چهارم: مراقبت پیوسته و مراقبت پس از درمان
۶۱	فصل پنجم: توجه به برابری و گونه گونی
۷۵	فصل ششم: مسایل مدیریتی
۸۵	فصل هفتم: چکیده ی دستورعمل های بین المللی
۹۰	منبع شناسی
۹۸	پیوست ها

نوشته‌ی حاضر یکی از چهار عنوانی است که از سوی «دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد» (UNODC)، در چارچوب طرح GLOH43 موسوم به Treatnet (شبکه‌ی بین‌المللی درمان وابستگی به دارو و مراکز اصلی بازپروری) تهیه و تدوین شد و اقدامی است در پاسخ به وظیفه‌ی که «بیانیه‌ی کاهش تقاضا و برنامه‌ی عمل» اجرایی آن برای «دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد» تعیین کرده است تا در عرصه‌ی درمان سوءمصرف مواد موفق‌ترین اقدام‌ها و مداخله‌ها را تدارک ببیند و به آگاهی همگان برساند.

در مرحله‌ی نخست، این طرح، با این چشم‌انداز که امر انتشار دانش و نمونه‌های موفق را تسهیل کند، شبکه‌ی بین‌المللی از درمان مواد و مراکز اصلی بازپروری را در همه‌ی منطقه‌ها ایجاد کرد. اعضای یکی از چهار گروه کاری که مشکل است از نمایندگان عضو Treatnet، این سند را تدوین کردند که دربرگیرنده‌ی این موضوع‌هاست: درمان اجتماع‌بنیاد، نقش درمان وابستگی به مواد در پیشگیری از HIV و AIDS، اقدام‌هایی برای مصرف‌کنندگان مواد در زندان‌ها، و مدیریت بهبود پایدار.

«دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد»، بدین وسیله مراتب سپاس‌گزاری خود را از این کسان ابراز می‌دارد:

- تامین‌کنندگان اعتبارات مالی طرح GLOH43: دولت‌های کانادا، آلمان، هلند، اسپانیا، سوئد، ایالات متحده آمریکا و بنیاد رابرت وود جانسن به دلیل یاری سخاوتمندانه‌شان؛
- مراکز اصلی Treatnet (که در فهرست الفبایی کشورها نام‌شان آمده است) و نمایندگانی از آن‌ها که در گروه‌های کاری مربوط به «درمان وابستگی به مواد در زندان‌ها» شرکت داشتند کارشناسان مسئول Treatnet که برای تهیه و تدوین این نوشته وقت گذاشتند و متعهد شدند:
- خانم ریزا ساراس‌ویتا و خانم دیا ستیا اوتامی، «Ruman Sakit Ketergantungan Obat» (بیمارستان وابستگی به مواد)، اندونزی؛
- آقای پرویز افشار، «سازمان زندان‌ها»، ایران؛
- آقای ادنو آردو ریکویی لم، «مرکز جذب بزهکاری»، مکزیک؛
- آقای آنتونیو مولینا، «انجمن حمایت از بشر»، اسپانیا؛
- خانم کاترین لیف و خانم مارتینا ملیس، سازمان «خدمات مواد کرنستن»، بریتانیا.
- متخصصان و کارشناسان مسئول «کاهش تقاضای مواد» در دفاتر منطقه‌ی و کشوری که از اعضای «نیروی ویژه»ی «دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد» بودند، به دلیل پشتیبانی ایشان از شناسایی موضوع‌های اولویت‌دار، برنامه‌ریزی و تهیه و تدوین و بازبینی پیش‌نویس نوشته‌ی حاضر.

هم‌چنین «دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد» و کار گروه «درمان وابستگی به مواد در زندان‌ها» از آن دسته از کارشناسان بین‌المللی که نسخه‌های اولیه‌ی این سند را از نظر گذراندند و برداشت‌ها و بازخوردهایشان را عرضه داشتند، قدردانی ویژه می‌کند.

اظهارات، پیشنهادها و کمک‌های آنان بی‌اندازه به بهبود بخشیدن و نهایی کردن انتشارات Treatnet یاری رسانده است. نام ایشان به ترتیب حروف الفبا عبارت است از:

- داگمار هدریک، EMCDDA؛
- ترزا لین، مشاور (Aotearoa، زلاند نو)؛
- لارس مولر، WHO، اروپا؛
- گلاره مستشاری، UNODC، ایران؛
- یان رابینسن، مشاور، بریتانیا کبیر؛
- جیادو سارانگی، UNODC، آسیای جنوبی؛
- ربکا شیلفر، «دیده‌بان حقوق بشر»؛
- هارادا تاکایوکی، وزارت دادگستری، ژاپن.

نمونه‌های مربوط به سیاست‌ها و خط‌مشی‌ها در بخش «پیوست‌ها» را سازمان «خدمات مواد کرنستن» (بریتانیا) فراهم آورده است.

تکذیب‌نامه

نوشته‌ی حاضر را یک گروه کاری که از جهت تخصصی و نیز جغرافیایی گوناگون اند، به مدد شرکت کنندگانی از پنج مرکز درمان وابستگی به مواد تدارک دیدند که در قالب بخشی از طرح «دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد» زیر عنوان GLO/H43 و موسوم به Treatnet (شبکه‌ی بین‌المللی درمان وابستگی به دارو و مراکز اصلی بازپروری) می‌گنجد.

آرا و نظراتی که در این جا آمده است به نویسندگان آن تعلق دارد و لزوماً بازتاب سیاست‌ها، خط‌مشی‌ها و دیدگاه‌های «دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد» نیست. ارجاع به متن‌ها یا پایگاه‌های اطلاع‌رسانی به معنای تایید دقت و درستی آن اطلاعات از سوی «دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد» نیست.

خواهشمند است توجه کنید که این سند که حاوی نمونه‌های مطلوب است در آینده بیش از این توسعه می‌یابد و برای استفاده از آن به مثابه‌ی ابزاری آموزشی انطباق خواهد یافت.

فهرست نام‌ها، اختصارها و اصطلاح‌ها

عبارت اصلی	اختصارها	(به ترتیب حروف الفبای فارسی)
Mandatory Drug Test	MDT	آزمایش الزامی اعتیاد به مواد
Therapeutic Community	CT	اجتماع درمان مدار
Alcoholics Anonymous	AA	انجمن الکلی‌های گمنام
Narcotics Anonymous	NA	انجمن معتادان مواد مخدر گمنام
Needle and Syringe Program (Needle Exchange Program)	NSP	برنامه‌ی سوزن و سرنگ (یا برنامه‌ی تعویض سوزن)
Joint United Nations Program on HIV and AIDS	UNAIDS	برنامه‌ی مشترک ملل متحد در زمینه‌ی اچ‌آی‌وی و ایدز
Sexually Transmitted Infection	STI	بیماری‌های واگیر جنسی
Commercial Sex Workers	CSWs	تن‌فروشان سازمان‌یافته
Substitution Therapy	ST	درمان جایگزین
Methadone Maintenance Therapy	MMT	درمان نگهدارنده با متادون
United Nations Office of Drugs and Crime	UNODC	دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد
12 Steps of Fellowship		دوازده گام توام با رفاقت برای ترک اعتیاد
Cognitive Behavioural Therapy	CBT	رفتار درمانی شناختی
World Health Organization	WHO	سازمان جهانی بهداشت
Non Government Organization	NGO	سازمان غیر دولتی
Acquired Immune Deficiency Syndrome	AIDS	سندرم نقص ایمنی اکتسابی یا ایدز
United Nations Children's Fund (formerly United Nations International Children's Emergency Fund)	UNICEF	صندوق کودکان ملل متحد (پیش از این «صندوق بین‌المللی کودکان در وضعیت اضطراری»)
Amphetamine Type Stimulants	ATS	محرک‌های آمفتامینی
Voluntary and Confidential Counseling and Testing	VCCT	مشاوره و آزمایش داوطلبانه و محرمانه
Motivational Interviewing	MI	مصاحبه‌ی انگیزشی
Injecting Drug Users	IDUs	مصرف‌کنندگان تزریقی مواد
Human Immunodeficiency Virus	HIV	ویروس نقص ایمنی انسانی یا اچ‌آی‌وی
Hepatitis C Virus	HCV	ویروس هپاتیت C

«مواد»: مواد مجاز یا غیر مجازی که بر مغز اثر می‌گذارد. از این رو، در این نوشته الکل نیز در شمار مواد است.

«مدرک بنیاد»: به معنای سیاست‌ها و برنامه‌هایی که به مدد ارزش‌یابی یا پژوهش موفقیت‌آمیز بودن نتیجه‌های مورد نظر را نشان می‌دهند در عین حال به حقوق بشر افرادی که در زندان اند احترام می‌گذارند یا آن حقوق را بسط و گسترش می‌دهند (برای نمونه، کاهش سطح مصرف مواد، کاهش میزان جرایم، بهبود کیفیت و استانداردهای خدمات بهداشت درمانی)

«خلاف کار/مجرم»: اصطلاحی معمول به معنای کسانی که قانون یا مقررات جزایی را می‌شکنند و در این نوشته به خلاف-کارانی اطلاق می‌شود که یا در زندان یا بیرون از زندان به سر می‌برند.

«زندانی»: به زنان و مردان بالغ یا نوجوانی اشاره دارد که در طی بررسی جرم، زمانی که در انتظار محاکمه به سر می‌برند، پس از محکومیت و پیش و پس از اعلام حکم در بازداشت تشکیلات قضایی و دستگاه زندان‌ها نگه داشته می‌شوند. با آن که این اصطلاح به شکل رسمی به کسانی اطلاق نمی‌شود که به دلیل‌های مربوط به مهاجرت یا وضعیت پناهندگی در بازداشت اند، یا کسانی که بی‌آن که اتهامی بر آن‌ها وارد باشد در بازداشت اند، اما بسیاری از ملاحظات این سند «راهنما» به چنین موقعیت‌هایی نیز مربوط می‌شود.

«زندان»: این واژه به معنای مکان‌های رسمی است که افراد در آن از آزادی خود محروم اند، یا در انتظار تفهیم اتهام اند، یا در انتظار محاکمه اند، یا در انتظار روشن شدن حکم و در پی آن محکومیت‌شان اند و/یا دوران محکومیت خود را می‌بایست سپری کنند. از این رو، در این سند «زندان» از جمله به معنای «دم‌دستگاه مجازات»، «دم‌دستگاه حبس»، «دم‌دستگاه بازپروری» و در بعضی تشکیلات قضایی به معنای «زندان‌های محلی» است.¹

¹ در متن اصلی برای این اصطلاح واژه‌ی jail به کار رفته است که در مقایسه با prison به دم‌دستگاهی اطلاق می‌شود که در ایالت‌های ایالات متحده امریکا برای محبوس کردن خلاف‌کاران از آن‌ها استفاده می‌شود حال آن که کسانی را که محکومیت‌هایی بیش از یک سال دارند و در سطح دولت فدرال محاکمه می‌شوند به زندان (prison) می‌فرستند.

«کار گروه زندان‌ها» لازم دید که این سند تهیه شود تا دستورعمل‌های بین‌المللی موجود به ابزاری مفید برای پشتیبانی از گسترش مداخله‌هایی برای درمان مصرف‌کنندگان مواد در زندان‌ها بدل شود. هدف از آن تهیه‌ی مدارک، شواهد و مثال‌هایی است از راهبردهایی برای درمان وابستگی به مواد که دربرگیرنده‌ی نمونه‌های مطلوب در این زمینه اند. باید توجه داشت که بسیاری از راهبردهایی که در این گزارش به شکل فشرده آمده است در مورد‌های مشکل‌آفرین و ناوابسته به مواد نیز کاربرد دارد. مثال‌های عملی و مفیدی که از سراسر جهان برگزیده شده است تنوع گسترده‌ی از مداخله‌ها و اقدام‌هایی را نشان می‌دهد که می‌توان در موقعیت‌های گوناگون (از جمله در منطقه‌های روستایی و جاهایی با منابع محدود) به کار بست.

این کتابچه‌ی «راهنما» در وهله‌ی نخست به منظور استفاده‌ی کسانی تهیه شده است که تامین‌کنندگان خدمات اند و نیز آن دسته از کسانی که مسئولیت ارائه‌ی خدمات را در زندان دارند. همچنین مطالب آن می‌تواند مورد علاقه‌ی سیاست‌گذاران، مقامات و آن دسته از کسانی قرار گیرد که دارای مسئولیت‌های راهبردی در خصوص ارائه‌ی خدمات بهداشتی و درمان وابستگی به مواد زندانیان اند.

امیدواریم کتابچه‌ی «راهنما»ی حاضر، به ویژه، برای آن‌هایی مفید واقع شود که:

- به موقعیت زندان‌هایی توجه دارند که هم‌اکنون خدمات دارویی اندکی ارائه می‌دهند یا فاقد این نوع خدمات اند؛
- علاقه‌مند اند که ظرفیت و کیفیت خدمات گسترش و بهبود یابد؛
- در صدد اند گستره‌ی گزینه‌هایی درمانی موجود را افزایش دهند.

این کتابچه‌ی «راهنما» مثال‌هایی از اقدام‌های مطلوب را به اشتراک می‌گذارد و چارچوب گسترده‌ی را عرضه می‌کند که درباره‌ی برنامه‌ریزی، اجرا و مدیریت دارو درمانی در زندان آگاهی می‌دهد. با این همه، مجموعه‌ی از راهنمای عمل گام به گام برای تامین خدمات تلقی نمی‌شود زیرا بسته به این که گروه هدف مورد نظر این خدمات یا مداخله‌ها چه کسانی باشند، متفاوت خواهد بود. برای نمونه به این موردها بستگی دارد:

- زندانیانی که در انتظار محاکمه اند یا محکومیت‌شان اعلام شده است؛
- طول مدت محکومیت؛
- نوع زندان و دسته‌بندی امنیتی آن؛
- زن یا مرد یا جوان بودن زندانی‌ها.

اقدام‌ها و خدمات برای مصرف‌کنندگان مواد در زندان یکی از مولفه‌های اصلی نظام خدمات بهداشتی است زیرا زندانیان نیز بخشی از اجتماع ما هستند. خدمات دارو درمانی در زندان، هم‌چنین آگاهی کارشناسان و کارکنان را افزایش می‌دهد. تامین چنین خدماتی چه بسا کارشناسان و کارکنان زندان را تشویق کند که مصرف مواد، الکل و توتون را بررسی کنند و نیز در مقام آموزش‌گران همگن یا هم‌سان در میان دیگر کارکنان، خانواده‌هاشان و اجتماع وسیع‌تر دست به عمل بزنند.

کتابچه‌ی «راهنما»ی حاضر به موضوع بدیلی در برابر حبس و زندان نمی‌پردازد. از نظر بین‌المللی چنین پذیرفته شده است که هر جا امکان داشته باشد مصرف‌کنندگان مواد می‌بایست درمان گردند تا آن که به زندان انداخته شوند (UNODC/UNAIDS/WHO,)

2006). وابستگی به مواد نمی‌بایست جرم به شمار آید. این «راهنما»ی عمل بر درمان‌هایی متمرکز است که می‌بایست برای آن دسته از زندانی‌ها مهیا گردد که در زندان دچار مشکل اعتیاد شده‌اند یا در جاهایی که بدیل زندان^۲ وجود ندارد یا نامناسب است. با وجود وظیفه‌ی پیچیده‌ی که گروه متعهد اجرای آن بود، کتابچه‌ی «راهنما» اطمینان می‌دهد که مفاد آن با زمینه‌های ملی و فرهنگی متفاوت مرتبط است.

بیانیه‌ی درباره‌ی اقدام مناسب و مطلوب

«شبکه‌ی بین‌المللی درمان وابستگی به دارو و مراکز اصلی بازپروری» (Treatnet) «اقدام مناسب و مطلوب» را به مثابه‌ی اصطلاحی عام تعریف می‌کند که نمونه‌های مدرک‌بنیاد و دارای آینده‌ی روشن را در بر می‌گیرد. نمونه‌های مدرک‌بنیاد به مدد روش‌شناختی عملی مورد بررسی قرار گرفته‌اند و در موقعیت‌های متعدد جغرافیایی یا عملی تکرار شده‌اند. این نمونه‌ها نتیجه‌های ویژه و یک دستی را به دست داده‌اند و در مجله‌های علمی و نیز در کتاب‌های راهنما به کرات ثبت شده‌اند. نمونه‌های دارای آینده‌ی روشن به مدد معیارها و ملاک‌های عینی نشان داده‌اند که در یک یا چندین سازمان موثر بوده‌اند. چه بسا این نمونه‌ها در مرحله‌ی نخستین خود باشند ولی نشان داده‌اند که می‌توان به تکرار و پایداری دراز مدت آن امیدوار بود و از این رو به نمونه‌های مدرک‌بنیاد بدل می‌شوند.

از این گذشته، نمونه‌های مناسب و مطلوب دارای ویژگی‌هایی به شرح زیر اند:

- ارتباط با نیازهای محلی دارند؛
- از نظر اخلاقی قابل اطمینان اند؛
- به احتمال قوی پایدار اند (هزینه‌ی کم، مقرون به صرفه، یک‌پارچه و مورد تایید)؛
- تکرار پذیر اند (به قدر کفایت مستند شده‌اند).

Source: Treatnet (2006)

پژوهش‌ها و نمونه‌های مدرک‌بنیاد می‌بایست اطلاعات لازم را در اختیار قرار دهد و رشد و گسترش خدمات دارو درمانی را در زندان تقویت کند. با این همه، مهم است که اذعان کنیم که نمونه‌هایی که در یک موقعیت موفق بوده‌اند لزوماً قابلیت اجرای در موقعیت دیگر را ندارند. از این رو، ضروری است که شواهد و مدارک به طوری «تفسیر» شوند که بازتاب موقعیت «جدید» باشند و در اجرای عملی آن‌ها عامل‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی متفاوت در نظر گرفته شود.

^۲ بنا بر سند زیر «کشورهای عضو می‌بایست در چارچوب نظام‌های قانونی خود اقدام‌های بدون زندان را تدارک بینند تا گزینه‌های دیگری را در اختیار بگذارند و از این رو از کاربرد زندان بکاهند و برای آن که سیاست‌های کیفری تشکیلات قضایی خود را منطقی‌تر سازند رعایت حقوق بشر، مقتضیات عدالت اجتماعی و نیازهای مربوط به بازپروری خلاف کاران را در نظر بگیرند»:

UNODC/UNAIDS/WHO (2006), HIV/AIDS Preventions, Care, Treatment and Support in Prison Settings: A Framework for an Effective National Response; United Nations Standard Minimum Rules for Non-custodial Measures (Tokyo Rules), UN Doc. A/45/110, Annex.

ملاحظه‌های دیگری را که به هنگام عملی کردن «مطلوب‌ترین» نمونه‌های دارو درمانی در شرایط زندان می‌بایست در نظر گرفت از جمله عبارت اند از: وضعیت قانونی مواد و مصرف مواد؛ سیاست‌ها و مقررات ملی حاکم بر زندان‌ها و نظام‌های کیفری؛ موقعیت خود زندان؛ پاسخ به جرایم مربوط به مواد؛ و به ویژه، طرز برخورد اجتماع به مواد مخدر، مصرف آن و خلاف کاران.

امیدوار ایم این کتابچه‌ی «راهنما» بتواند از جامه‌ی عمل پوشیدن استانداردها و دستورعمل‌های موجود (برای نمونه آن‌هایی را که WHO, UNAIDS, UNODC منتشر کرده‌اند) به شکل مثال‌هایی واقع‌گرایانه از اقدام‌ها و مداخله‌هایی که می‌تواند برای برآوردن نیازهای محلی جرح و تعدیل شوند. «کار گروه زندان» چنین تشخیص داد که در حال حاضر «برگردان عملی» این استانداردها و دستورعمل‌ها بالقوه در حکم مانعی برای خدمات‌رسانی در زندان‌ها عمل می‌کند.

کتابچه‌ی «راهنما» حاضر، هم‌چنین اقدام‌ها و مداخله‌هایی را در برمی‌گیرد که مستلزم تجهیز منابع مالی مهمی نیستند، زیرا که «کار گروه زندان» اذعان می‌کند فشارهای مالی نیز بالقوه در حکم مانعی برای خدمات‌رسانی در زندان‌ها به شمار می‌آیند.

این کار گروه، نمایندگانی را از مقامات زندان و سازمان‌های غیر دولتی در بر دارد که در زمینه‌ی تامین خدماتی بر مبنای پرهیز و نیز مربوط به کاهش آسیب در زندان دارای تجربه‌ی چشمگیری اند. اعضای «کار گروه زندان» هم‌چنین در تبیین راهبردی و نیز مدیریت خدمات‌رسانی در سطح ملی و نیز منطقه‌ی شرکت دارند. تجربه‌ی فعالیت‌های «میدانی» و تخصصی «کار گروه زندان» و مشاوره با همکاران دیگر اساس تدوین این «راهنما» بوده است. امیدوار ایم که پیشینه‌ی متنوع بین‌المللی ما این اطمینان را بدهد که هیچ‌الگوی یارویکرد ملی بر این سند چیرگی ندارد.

زندانیان پیش از به زندان افتادن، در حین و پس از آن با مشکلات مربوط به مواد روبه‌رو می‌شوند ...

بررسی‌های گوناگون چنین تخمین می‌زند که درصد افرادی که گزارش شده است در زندان سوء مصرف مشکل آفرین مواد دارند نسبتاً بیش از درصد این افراد در اجتماع [در بیرون از زندان] است. هم‌چنین بررسی‌های گوناگون نشان داده است که درصد کسانی که در زندان مشکل مواد دارند بین ۴۰ تا ۸۰ است (Brentari, C, Dolan K, Khoei EM, and Stevens A, 2008). مصرف مواد در میان خلاف کارانی که وارد زندان می‌شوند رو به افزایش است که این خود بازتاب افزایش سطح مصرف مواد به طور کلی در اجتماعی است (Stoever H, Hennebel L, and Casselman J, 2004). ارتباط متقابل میان مصرف مواد و زندانی بودن را شاید بتوان به صورت‌های گوناگون توضیح داد. برای نمونه، می‌توان گفت که زندانیان:

- پیش از آن که به زندان بیفتند مواد مصرف می‌کرده‌اند و با مشکلات ناشی از آن روبه‌رو بوده‌اند؛
- در زندان با مشکلات مواد مواجه شده‌اند؛
- برای تامین هزینه‌ی مصرف مواد مرتکب جرم شده‌اند؛
- مواد مصرف می‌کرده‌اند تا 'بتوانند' و از عهده‌ی ارتکاب جرم برآیند؛
- پس از فعالیت‌های خلاف کارانه و برای آن که با پی‌آمدهای مقابله کنند، مواد مصرف می‌کرده‌اند؛
- درگیر فعالیت‌های خلاف کارانه بوده‌اند و از این رو با مواد آشنا شده‌اند؛
- به دلیل مصرف مواد زندانی شده‌اند زیرا در پاره‌یی کشورها مصرف مواد فعالیتی غیر قانونی است.

در بیش‌تر جوامع مصرف مواد را انگ می‌شمارند و اغلب نسبت به این خلاف کاران رفتاری خصمانه دارند. از این رو خلاف-کاران و زندانیانی را که مواد مصرف می‌کنند 'شایسته'ی دریافت خدمات درمانی و کمک‌رسانی نمی‌دانند، زیرا که آن‌ها خود این مشکل را برای خود آفریده‌اند. نگرش‌ها و رفتارهای منفی نسبت به خلاف کاران و زندانیان می‌تواند در حکم مانعی برای تامین خدمات و مداخله‌ها باشد. در بعضی کشورها مصرف مواد خود یک جرم جنایی به شمار می‌رود^۳ و از این رو درمان آن اساساً در چارچوب نظام قضایی در تامین می‌شود.

چنین تخمین زده‌اند که در بعضی کشورها حدود سه چهارم کسانی که در زندان‌ها دارای مشکلات ناشی از مصرف الکل یا مواد اند و بیش از یک سوم ممکن است به مواد افیونی وابستگی داشته باشند. حدود یک سوم به دلیل جرم‌ها مربوط به مواد به زندان افتاده-اند. اغلب سطح معینی از مصرف مواد در زندان‌ها رخ می‌دهد و معمولاً با خطر زیاد انتقال اچ آی وی به دلیل استفاده‌ی مشترک یا استفاده‌ی دوباره از اسباب تزریق و محلول مواد همراه است. به هنگام آزادی از زندان، زندانیانی که به مواد افیونی وابستگی دارند با خطر زیاد عود و بیش‌مصرفی مواد مخدر روبه‌رو می‌شوند. در نتیجه، در پاره‌یی کشورها خدمات درمان جایگزین در اختیار زندانیان کانون‌های اصلاح و تربیت گذاشته می‌شود. هزینه‌های مربوط به اجرای قانون، زمان دادگاه و دوران حبس روی هم‌رفته

^۳ با آن که این موضوع درست است، اما این سند از آن دیدگاهی که مصرف مواد را جرم می‌شمارد، پشتیبانی نمی‌کند.

سهم چشم‌گیری در هزینه‌های اجتماعی مربوط به وابستگی به مواد افیونی دارند. به طور کلی بررسی‌ها گواه آن است که مداخله-های صرفاً قضایی، بدون همراهی با درمان وابستگی به مواد افیونی تاثیر بسیار محدودی در رفتارهای مربوط به مصرف مواد و تکرار جرم میان افراد وابسته به مواد دارد.

Source: WHO/UNAIDS/UNODC (2004), Substitution Maintenance Therapy in the Management of Opioid Dependence and HIV/AIDS Prevention: Position Paper

زندان‌ها و زندانیان بخشی از اجتماع ما هستند ...

زندان فرصتی را فراهم می‌آورد تا بهداشت عمومی را از راه همکاری با کارکنان و نیز خود زندانیان گسترش داد. هم‌چنین زندان فرصتی را فراهم می‌آورد تا با اجتماع گسترده‌تری، برای نمونه از راه کارکنان زندان و نهادهای اجتماعی که در زندان‌ها و همین‌طور با ملاقات‌کنندگان کار می‌کنند، درباره‌ی موضوع بهداشت عمومی درگیر شد.

زندانیان اعضای اجتماع ما هستند که پیش از به زندان افتادن و پس از خلاصی میان ما زندگی می‌کنند. آن‌ها از راه تعامل‌شان با اجتماع به طور مستقیم، و از راه وابستگان و نیز شبکه‌ی اجتماعی گسترده‌ترشان به طور غیر مستقیم، بر محیط اجتماعی‌شان تاثیر می‌گذارند. بهداشت زندان‌ها مولفه‌ی جداناپذیر و اساسی بهداشت عمومی است (WHO, 2003).

نمی‌بایست حق افراد را برای دریافت خدمات درمانی به دلیل این که در زندان اند، زیر پا گذاشت. نادیده گرفتن این حق نمی‌بایست در حکم بخشی از مجازات در نظر گرفته شود.

به زندان انداختن و اقدام‌های دیگری که به قطع ارتباط خلاف‌کار با دنیای خارج می‌انجامد، همانا به دلیل آن که با محروم ساختن فرد از آزادی حق تعیین سرنوشت را از او سلب می‌کند دردآور است. از این رو نظام زندان‌ها، به جز در مورد‌های جزیی برای جدا کردن یا برقراری نظم به دلیل منطقی، بر شدت عمل طبیعی در شرایط زندان نخواهد افزود.

Source: UN Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners, rule 57

چالش‌های بهداشتی زندان 'پشت میله‌ها نمی‌ماند' ...

[رعایت موازین] بهداشت در زندان محدود به پشت میله‌ها نیست.

زندانیان در تماس روزانه اند با کارکنان زندان که در پایان روز کاری‌شان به میان اعضای خانواده و دوستان‌شان برمی‌گردند. غفلت از سلامت زندانیان ممکن است به انتقال مشکلات بهداشتی زندان، از جمله ویروس‌های خونی و هوازی به اجتماع گسترده‌تری، بینجامد هم‌چنان که مشکلات بهداشتی اجتماع به زندان راه می‌یابد.

درصد بزرگی از زندانیان دارای دوران محکومیت کم‌تر از یک سال اند. شمار چشم‌گیری از آن‌ها دوباره مرتکب جرمی می‌شوند و به زندان باز می‌گردند که در نتیجه میان زندان و اجتماع 'در چرخانی' به وجود می‌آورند.

توجه به مصرف مواد از جرم و جنایت می‌کاهد ...

زندان نه تنها با ننگ داشتن خلاف کاران از جامعه حمایت می کند بلکه اغلب وظیفه‌ی خود می داند که زندانیان را هدایت کند تا پس از آزادی زندگی قانونمداری را پیشه کنند. مشکلات وابستگی به مواد برای ارتکاب جرم و نیز ارتکاب دوباره‌ی جرم عاملی خطرآفرین است.^۴ خدمات درمانی مناسب و دارو درمانی می تواند ارتکاب دوباره‌ی جرم را کاهش دهد.

برای ترویج و گسترش ادغام اجتماعی دوباره‌ی خلاف کاران سوءمصرف کننده‌ی مواد، تا آن جا که با قوانین، سیاست‌ها و خط‌مشی‌های ملی دولت‌های عضو متناسب و سازگار باشد، این دولت‌ها می‌بایست تامین خدمات درمانی، آموزشی، پسادرمانی، بازپروری و ادغام اجتماعی را، خواه به مثابه‌ی بدیلی در برابر محکومیت یا مجازت خواه افزون بر مجازات، برای سوءمصرف کنندگان مواد در نظر بگیرند. دولت‌های عضو می‌بایست در چارچوب نظام قضایی خود در موقعیت متناسب ظرفیت ارائه‌ی خدمات آموزشی، درمانی و بازپروری را چنان افزایش دهد تا به سوءمصرف کنندگان مواد یاری برساند. در این چارچوب کلی، همکاری نزدیک میان نظام قضایی و نظام‌های بهداشتی و اجتماعی ضروری است و باید از آن پشتیبانی کرد.

Source: Guiding principles of drug demand reduction, UNGASS 1998, para. 14

از این رو خدمات دارو درمانی در زندان را می توان اغلب به طور موثر در دستور کار کاهش جرم به جای [سیاست‌های صرف] بهبود وضعیت بهداشتی زندانیان 'عرضه کرد'.

در بسیاری از کشورها منابع محدودی به زندان‌ها اختصاص می‌یابد و اغلب حفظ امنیت بر برآوردن نیازهای درمانی و بهداشتی چیره می‌شود. ایجاد توازن میان نیازهای امنیتی و سلامتی مقامات زندان با نیازهای زندانیان به خدمات بهداشتی چه بسا دشوار باشد. با این همه، با تامین دارو درمانی موثر زندان‌ها می‌توانند تاثیر چشم‌گیری در کاهش اثرات مرتبط با بهداشت و جرم زندانیان وابسته به مصرف مواد بگذارد و همچنین می‌تواند از مشکلات مدیریت زندان بکاهد زیرا زندانیان بیش‌تری به جای آن که هم‌چنان درگیر مصرف و قاچاق بی‌وقفه‌ی مواد باشند به درمان رو می‌آورند.

Source: Dolan K, Khoei EM, Brentari, C, and Stevens A (2008) *Prisons and Drugs: A Global Review of Incarceration, Drug Use and Drug Treatment*, Beckley Foundation Drug Policy Programme.

در سراسر جهان دارد اقدام‌هایی در زندان صورت می‌گیرد ...

مشکل مصرف مواد و نیاز به تامین خدمات در زندان‌ها برای مصرف کنندگان مواد یک نگرانی جهانی است. نمونه‌های مطلوب و نوآوری در درمان را می‌تواند در سراسر جهان یافت.

جمعیت زندان‌ها به طور فزاینده‌ی بیش‌تر می‌شود و چالش‌های بهداشتی به وجود می‌آورد ...

شمار کسانی که در سراسر جهان به زندان می‌افتند افزایش می‌یابد که یکی از نتیجه‌ها آن بیش جمعیتی شتابان زندان‌هاست.^۵ اغلب خدمات درمانی روحی و خدمات مربوط به سوءمصرف مواد در اجتماع سبب افزایش میزان این کسان است.

^۴ Correctional Services Accreditation Panel, UK, Canada, Aotearoa/New Zealand and US.

^۵ برای داده‌های خاص هر کشور یا منطقه، «دستور عمل‌های زندان‌های جهان» در سال ۲۰۰۶ را در این جا ببینید:

<http://www.prisonstudies.org/world-prison-brief>

بیش جمعیتی برای سلامت مطلوب زندانیان زیان بار است و می تواند به مشکلاتی مانند فشار روحی، فقدان حریم شخصی، مشکلات امنیتی فزاینده، محدودیت فعالیت/زمان سپری شده در بیرون از سلول و بهداشت ناکافی بینجامد. شرایط زندان خود می تواند تهدید اساسی برای سلامت زندانیان و کارکنان زندانها ایجاد کند و چه بسا بر دشواری های بهداشتی و سلامتی موجود بیفزاید. آن گاه که چنین مشکلاتی با تغذیه ی ناکافی، دسترسی محدود به خدمات بهداشتی یا در دسترس نبودن این خدمات بیامیزد، زندان به موضوعی مهم برای بهداشت عمومی و چالشی بشردوستانه مبدل می شود.

زندانها پایگاه مصرف غیرقانونی مواد، فعالیت های تزریقی نایمن، خال کوبی با ابزار آلوده، خشونت، تجاوز و آمیزش جنسی بدون مراقبت اند. اغلب بی اندازه پر جمعیت اند و تغذیه ی اندک و دسترسی محدود به خدمات بهداشتی عرضه می کند. با میزان زیادی از بیماری های واگیر خونی و از راه هوا.

Source: Report on the Global AIDS Epidemic A UNAIDS 10th Anniversary Special Edition 2006 p119.

به مدد تامین خدماتی که در این کتابچه ی راهنما آمده است، دارو درمانی می تواند نقشی تعیین کننده در پرداختن به این چالش بهداشتی و نیز بشردوستانه داشته باشد.

در زندان ها میزان رواج ناخوشی، عفونت و بیماری زیاد است ...

با آن که همیشه داده های معتبر درباره ی مصرف مواد و عفونت در زندانها در دست نیست، با این همه هر جا که آمار و ارقامی موجود باشد نشان می دهد که میزان رواج این مسایل در زندانها بیش از اجتماع است (Stoever H, Hennebel L, J, 2004). به ویژه، میزان ناراحتی های روحی، خودکشی بیماری های عفونی مانند اچ آی وی، سل و هپاتیت به مراتب بالاتر است (WHO 2005; WHO, 2007).⁶

میزان زیادی از عفونت های جدید اچ آی وی در پاره یی بخش های جهان، مانند اروپای شرقی، در نتیجه ی فعالیت های تزریقی در زندان است. مصرف مواد هم چنین در مناسبات جنسی و خشونت جنسی در میان زندانیان، برای نمونه در افریقای جنوبی، نقش دارد.

در زندان مواد مخدر وجود دارد ...

زندانها تاسیساتی امنیتی و محفوظ اند و از این رو برای مقامات زندان دشوار است که به طور رسمی به وجود مواد مخدر در آن اذعان کنند. با این همه، مواد مخدر به وفور در زندان های سراسر جهان یافت می شود و کسانی هم هستند که همواره می کوشند مواد مخدر به درون زندان وارد کنند.⁷ وقتی یک مسیر [برای قاچاق مواد مخدر به درون زندان] بسته می شود، مسیر دیگری یافت می شود- مواد مخدر را از راه غذا، پوشک نوزادان، با پنهان کردن آن در [دست یا دیگر] اعضای بدن و درون بدن، در بدن پرنندگان مرده (برای نمونه در بدن کبوترها در انگلستان) و در پرتقال هایی که از روی دیوار به درون زندان پرتاب می شود، با جاسازی آن در کتاب، کفش و مجله از سوی کارکنان زندانها، زندانیان، و ملاقات کنندگان به یک اندازه وارد زندان می شود. توجه به دسترس پذیری به مواد مخدر در زندان مستلزم انجام دادن اقدام هایی دایمی بر پایه ی راهبردی جامع در خصوص کاهش عرضه ی مواد مخدر در آن مکان است.

⁶ Sainsbury Centre for Mental Health www.scmh.org.uk

⁷ انکار این واقعیت می تواند در افزایش میزان انتقال اچ آی وی در زندانها سهم داشته باشد.

حفظ امنیت و افزایش جست‌وجو برای یافتن مواد مخدر جنبه‌ی اصلی هر راهبرد موثر درباره‌ی مواد مخدر است. اقدام برای کاهش عرضه و کاهش تقاضا به هم مرتبط است (Penfold C, Turnbull P, Webster R, 2005).

زندان‌ها می‌توانند گروه‌هایی را نشانه‌گیری کنند که 'دسترسی به آن‌ها دشوار است' ...

برای بسیاری از مصرف‌کنندگان مواد، دوران حبس نخستین زمانی است که می‌توانند به نوعی خدمات بهداشتی دریافت کنند و برای مشکلات ناشی از مواد مخدر دسترسی به کمک داشته باشند. اغلب زندان‌ها انباشته است از مردم به حاشیه رانده شده (برای نمونه گروه‌های اقلیت قومی، تهی‌دستان و مهاجران) و از این رو فرصتی فراهم می‌آید تا خدمات بهداشتی در اختیار این کسان نیز قرار بگیرد، کسانی که دسترسی [نظام بهداشتی] به آن‌ها در اجتماع به مراتب دشوارتر است.

اقدام‌هایی که در زندان صورت می‌گیرد می‌تواند آغازگاهی باشد برای کار مستمر در اجتماع (در این باره [فصل پنجم: توجه به برابری و گونه‌گونی](#)).

مخاطبی 'در حبس' ...

در بسیاری از زندان‌ها دسترسی به خدمات دارو درمانی به معنای آن است که زندانی می‌تواند زمانی را در 'خارج از سلول' سپری کند که این موضوع تغییر خوشایند در یک‌نواختی و فعالیت‌های مرسوم زندان است. بازداشت موقت، انتقال در داخل زندان یا از زندانی به زندان دیگر، رد یا پذیرش درخواست^۸ مرخصی/آزادی اولیه همگی بالقوه رویدادهای زندگی اند که می‌تواند زندانیان را 'برانگیزاند' تا نیاز به تغییر را در نظر بگیرند و از این رو فرصتی برای مداخله فراهم آورد.

نتیجه‌بخش است ...

مدارک و شواهدی در دست است که نشان می‌دهد کار با مصرف‌کنندگان مواد در زندان‌ها می‌تواند از ارتکاب دوباره‌ی جرم و وابستگی به مواد بکاهد (Pearson and Lipton, 1999; Mitchell, Wilson and Mackenzie, 2006). در بسیاری از کشورها اذعان شده است که مصرف‌کنندگان مواد در زندان‌ها به تامین خدمات نیاز دارند و این که در این امر امتیازی نهفته است. پذیرش این نکته به انجام دادن اقدام‌ها و مداخله‌هایی مبدل شده است که نمونه‌هایی از آن در سراسر این سند آمده است.

فصل دوم: تدوین راهبردی درباره‌ی مصرف مواد در زندان

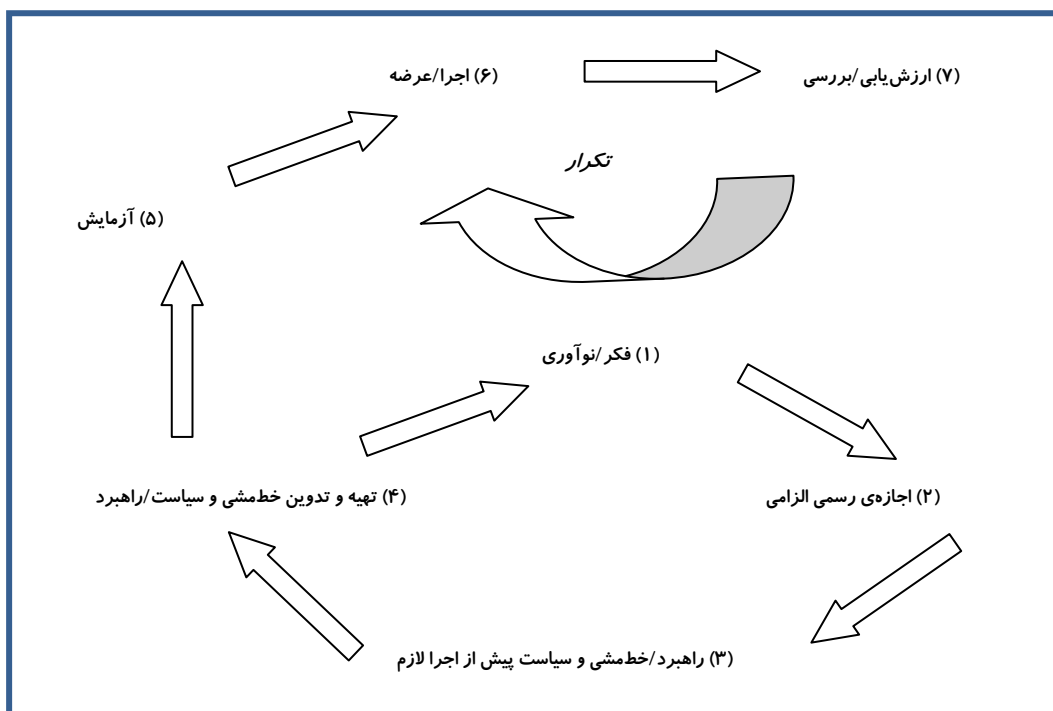
دست به کار شدن ...

نهادهای گوناگونی به مدد نظام‌ها و رویکردهای مختلفی خدمات درمانی را در زندان‌ها در سراسر جهان عرضه می‌کنند که اغلب این کار یا حمایت وزارت دادگستری، وزارت کشور، وزارت بهداشت یا نهادهای مشابه آن صورت می‌گیرد.

بسیاری از کشورهای جهان رویکردی جامع و راهبردی نسبت به دارو درمانی در اجتماع و در زندان اختیار کرده‌اند.

رویکرد راهبردی نسبت به گسترش خدمات برای تاثیرگذاری طولانی‌مدت حیاتی است:

^۸ knock backs، اصطلاحی است که برای رد یا پذیرش درخواستی به کار می‌رود.



هر چند، ممکن است که در سه مرحله‌ی نخستین این چرخه به دام بیفتیم و در نتیجه در واقع هیچ‌گاه چیزی به اجرا در نیاید. اغلب ممکن است چیره شدن بر دشواری‌های مربوط به تامین خدمات برای مصرف کنندگان مواد به نظر ناممکن بیاید. با این همه، کار کردن با مصرف کنندگان مواد در زندان‌ها فرصتی منحصر به فرد برای مداخله و نوآوری فراهم می‌آورد که لزوماً به تامین اعتبارات مالی در مقیاس بزرگ نیاز ندارد.

در بسیاری از کشورها بخش بزرگی از کارها و نوآوری‌های نخستین به مدد طرح‌های آزمایشی بدون مجوز 'رسمی' و/یا پشتیبانی مالی آغاز می‌شود.

تجربه نشان داده است که کلید اجرای موثر [طرح‌ها]، خواه در مقیاس محلی، ملی یا منطقه‌یی در پیش گرفتن رویکرد 'می‌توان انجام داد' است. تمرکز بر موانع اجرایی، مانند فقدان راهبردی ملی، منابع مالی ناکافی و دیگر، از گسترش خدمات جلوگیری خواهد کرد. از نظر بین‌المللی برخی از موثرترین نمونه‌های مطلوب به این دلیل آغاز شد که فردی یا گروهی از افراد (برای نمونه، سازمان‌های غیر دولتی، مقامات زندان، یاوران مالی و سیاست‌گذاران) بر این باور بودند که چیزی 'می‌بایست' و 'می‌تواند' در زندان(ها) انجام شود. اقدامات و ابتکار عمل‌هایی صورت گرفت و به جای کوشش در حل و فصل همه‌ی مشکلات از پیش، پرداختن به دشواری‌ها در ضمن فرآیند کار در دستور کار قرار گرفت.

چه کسانی می‌بایست درگیر شوند...؟

در آغاز دست‌اندرکاران (صاحبان منفعت) هر چه بیش‌تری می‌بایست درگیر شوند. شرکت دادن آن‌ها در فرآیند فرصتی را فراهم خواهد آورد که به مدد آن می‌توان همه‌ی دغدغه‌ها و مشکلات را (خواه واقعی خواه خیالی) مورد بحث و گفت‌وگو قرار داد. درگیر کردن دست‌اندرکاران حس مالکیت را افزایش خواهد داد و سبب خواهد شد تا پیشنهادهاى عرضه شده 'خواهان/خریدار' بیاید.

دست‌اندر کاران (صاحبان منفعت) می‌تواند دربرگیرنده‌ی این کسان باشد:

- زندانیانی که دارای وابستگی به مواد اند؛
- زندانیانی که هیچ پیشینه‌ی وابستگی به مواد ندارند؛
- خانواده‌ها و دوستان زندانیان؛
- مدیران زندان؛
- نگهبانان زندان؛
- نهادهای خدمات بهداشتی مستقر در اجتماع [بیرون از زندان] و در زندان‌ها؛
- کانون‌های دارو درمان‌گر محلی و ملی مستقر در اجتماع [بیرون از زندان] و در زندان‌ها؛
- سازمان‌های غیردولتی درگیر در عرضه‌ی خدمات مربوط به اسکان مجدد، بازپروری، مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی از زندانیان در زندان و اقدام‌ها/خدمات اجتماعی ویژه برای زندانیان پس از خلاصی از زندان؛
- سازمان‌های غیردولتی درگیر در ارائه‌ی خدمات بهداشتی و مراقبت‌های اجتماعی در بیرون از زندان؛
- کانون‌های خدمات آزمایشی و اجتماعی؛
- گروه‌های مذهبی؛
- گروه‌های خودیار؛
- گروه‌های اجتماعی دیگر؛
- سیاست‌گذاران؛
- ارگان‌ها و نهادهای دولتی در سطوح محلی و ملی.

این کار ممکن است چه طوری به نظر بیاید...؟

راهبرد جامع و موثر درباره‌ی مواد باید هر دو عامل کاهش عرضه و و کاهش تقاضا را در برداشته باشد.

اقدام‌های مربوط به کاهش عرضه اغلب در سطح محلی و نیز در سطح ملی از نظر سیاسی قابل قبول‌تر اند. با همه‌ی این حرف‌ها، زندان‌ها نهادهایی امنیتی اند. هر چند که در زندان‌ها مواد مخدر یافت می‌شود و همواره نیز کسانی هستند که می‌کوشند مواد مخدر به درون زندان وارد کنند (نگاه کنید به: [فصل یکم، چرا با مصرف‌کنندگان مواد در زندان‌ها کار کنیم](#)). گذشته از رویه‌های امنیتی استاندارد، چه بسا استفاده از تلویزیون مدار بسته، و تفتیش بدنی کارکنان و ملاقات‌کنندگان با استفاده از سگ‌های ویژه نیز در چارچوب راهبرد کاهش عرضه گنجانده شود (Penfold C, Turnbull P, Webster R, 2005). ارائه‌ی اطلاعات بیش‌تر درباره‌ی اقدام‌های یاد شده بیرون از گستره‌ی این سند است.

مولفه‌های راهبرد مربوط به کاهش تقاضا چه بسا این موارد را در بگیرد:

- خدمات مشاوره‌یی و اطلاعاتی؛
- آموزش درباره‌ی مواد مخدر؛
- دارو درمانی - سم‌زدایی، محرومیت و درمان‌های نگه‌دارنده؛
- برنامه‌های کاهش خطر؛
- برنامه‌های روحی‌اجتماعی، از جمله اقدام‌های خانواده‌مدار - کار گروهی ساختارمند، برنامه‌های مشاوره‌ی روانی/روان-درمانی و دارو درمانی در مراکز اقامتی (که این برنامه‌ها زیر عنوان برنامه‌های بازپروری^۹ شناخته‌اند)؛
- بندی که از مواد مخدر پاک باشد؛
- فعالیت جسمی و برنامه‌های ورزشی؛
- گروه‌های پشتیبانی.

راهبرد موثر کاهش تقاضا گزیده‌ی گسترده‌یی از این مولفه‌ها را در بر بگیرد. به دلیل آن که زندانیان در مرحله‌های گوناگونی از تغییر نسبت به مصرف مواد اند و 'درمان' هر کس بسته به نیاز فرد تعیین می‌شود، گستره‌ی وسیعی از خدمات لازم می‌آید. البته اگر زندان یا نظام زندان تنها قادر است پاره‌یی از این خدمات را عرضه کند، باز 'بهتر از هیچ است'.

حتی اگر پشتیبانی‌های مالی به کم‌ترین حد خود باشد، می‌بایست بتوان دست کم دو نوع از مداخله‌ها و اقدام‌های یاد شده را انجام داد.

پیش گرفتن رویکردی چند نهادی که بتواند گستره‌یی از افراد متخصص، سازمان‌های غیر دولتی، گروه‌های اجتماعی و کارکنان زندان را درگیر کند، ضروری است. راهبردهای موثر کاهش تقاضا مستلزم فعالیت و همکاری مشترک میان زندان‌ها و نهادها و ارگان‌های بیرون از زندان است. (نگاه کنید به: [فصل ششم: مسایل مدیریتی، کار کردن با یک‌دیگر](#))

بنیاد گذاشتن خدمات درمان وابستگی به مواد مخدر در محل زندان‌ها مستلزم پشتیبانی خوب مدیریت زندان‌هاست ... برای تضمین و تسهیل پشتیبانی و حمایت کارکنان زندان‌ها ایجاد پیوندهای قوی میان برنامه و جنبه‌های دیگر نظام زندان ضروری است. به احتمال بسیار زیاد می‌بایست برنامه‌های موفق، به دلیل ماهیت پیچیده‌ی مشکلات مربوط به جمعیت زندانی، متشکل باشد از گروه‌های چند رشته‌یی که ترکیبی از یک مجموعه مهارت‌های گوناگون را در بر بگیرد. ضروری است تا میان کانون‌های خدمات اجتماعی بیرون از زندان با واحدهای خدماتی ترجیحا نوپای داخل زندان پیوندهایی شکل گیرد تا بتوان کانون‌های خدمات اجتماعی را به درون زندان کشید و با آن مرتبط شد.

Source: Farrell, M; Singleton, N; Strang, J (2000) *Drugs and prisons: A High Risk and High*

(برای آگاهی بیش‌تر از انواع مداخله‌ها و خدمات‌رسانی‌ها [فصل سوم: مداخله‌گری](#) را ببینید.)

^۹ یا همان "rehab".

مسئله‌ی برابری ...

دستور عمل‌های بین‌المللی به روشنی بیان می‌کنند که حق و حقوق همه‌ی کسانی در دوران حبس از آزادی خود محروم شده‌اند برای دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی در طی دوران گذراندن محکومیت‌شان محفوظ است.

زندانیان به خدمات بهداشتی موجود در کشور فارغ از وضعیت حقوقی‌شان دسترسی خواهند داشت.

Source: *UN Basic Principles for the Treatment of Prisoners (1990)*

حق همه‌ی زندانیان است که از خدمات بهداشتی، از جمله اقدام‌های پیشگیرانه‌ی موجود در کشور، به شکل مساوی و فارغ از هر گونه تبعیض، به ویژه بر پایه‌ی وضعیت حقوقی یا ملیت‌شان، برخوردار باشند.

Source: *WHO (1993) Guidelines on HIV Infections and AIDS in Prison*

از این رو، همه‌ی زندانیان از حق برابر برای دسترسی به خدمات درمانی/بهداشتی و استانداردهای مراقبت‌های تخصصی موجود در اجتماع برخوردار اند. از جهت بین‌المللی این حقوق را به مثابه‌ی **اصل برابری** به رسمیت می‌شناسند.

بنابر این اصل، مشابه همان گزینه‌های درمانی که در اجتماع [بیرون از زندان] در اختیار فرد قرار می‌گیرد می‌بایست در زندان هم عرضه شود. از این گذشته، هر نوع درمانی که فرد در اجتماع [بیرون از زندان] دریافت می‌کند می‌بایست در حین گذراندن دوران محکومیت و پس از خلاصی از زندان هم ادامه یابد و صورت عکس آن هم صادق است. اصل برابری چیزی بیش از آن است که صرفاً خدمات بهداشتی داخل زندان همانند [بیرون از زندان] در اجتماع باشد. با توجه به میزان نامتناسب مصرف‌کنندگان مواد و رواج اچ آی وی/ایدز، هپاتیت، سل و دیگر بیماری‌ها در زندان، گستره و کیفیت خدماتی که در زندان‌ها ارائه می‌شود می‌بایست به مراتب بهتر از [بیرون از زندان] در اجتماع باشد.

'زندانیان' گروهی متجانس نیستند. زنان، جوانان، زندانیانی که ناتوانی جسمی دارند، آن‌ها که مشکلات مربوط به سلامتی روانی دارند، یا سالمند اند، یا مهاجر، یا به یک گروه اقلیت قومی تعلق دارند، یا زنان زندانی هم‌جنس‌خواه اند یا مردان زندانی هم‌جنس‌خواه، یا گرایش جنی دوگانه دارند، همه از جهت تضمین دسترسی برابر به مراقبت‌های بهداشتی و خدمات درمانی نیازهای ویژه‌ی دارند (نگاه کنید به فصل پنجم: توجه به برابری و گونه‌گونی).

نکته‌ی که می‌بایست درباره‌ی اصل برابری بدان دقت کرد مربوط می‌شود به موضوع برابری در 'چیزی' به هنگامی که در اجتماع [بیرون از زندان] هیچ گونه خدماتی در این زمینه وجود ندارد. باید توجه توجه داشت که نبود خدمات اجتماعی نباید به معنای انکار مسئولیت تامین خدمات برای مصرف‌کنندگان مواد در زندان باشد. در شماری از کشورها ارائه‌ی چنین خدماتی در زندان‌ها خود سبب گسترش خدمات مربوط به مواد مخدر گشته است. چه بسا اصل برابری در این جا به شکل معکوس عمل کرده باشد.

درباره‌ی رازداری چه می‌توان گفت ...؟

صراحت و شفافیت میان دست‌اندرکاران (ذی‌نفعان) درباره‌ی رازداری و نیز درباره‌ی تعارض‌های واقعی یا خیالی امری ضروری است. دست‌اندرکاران (ذی‌نفعان) نسبت به رازداری (یا محرمانگی) دیدگاه‌های متفاوتی دارند. اگر خواهان آن هستیم که خط‌مشی و سیاست مورد نظر 'نادیده' گرفته نشود یا زیر پا گذاشته نشود، آن گاه بحث و گفت‌وگو و نیز توجیه منطقی رویه‌هایی که در خصوص

محرمانه نگاه داشتن در پیش می‌گیریم، اهمیت دارد. این امر، از جمله پرداختن به هر دغدغه‌ی خواهد بود که، برای نمونه، کارکنان زندان و متخصصان دارو درمانی با آن دست به گریبان اند.

هر سیاست و خط‌مشی یا رویه می‌بایست به روشنی هر کدام از کارکنان، نهادها و ارگان‌ها، و سازمان‌هایی را که قوانین قطعی مربوط به رازداری را زیر پا می‌گذارند مجازات کند. زندان‌ها نهادهایی امنیتی اند و کار کردن در محدوده‌ی زندان‌ها به ناگزیر مستلزم اعمال محدودیت‌هایی (به طور کلی) درباره‌ی رازداری است (WHO, 1993).

از همه‌ی کارکنان و متخصصان و اعضای سازمان‌هایی که از زندان‌ها دیدار می‌کنند می‌بایست انتظار داشت تا ملزومات رازداری را رعایت کنند، ملزوماتی که چه بسا با آن موردهایی که در محدوده‌ی اجتماع با آن‌ها آشنایی دارند متفاوت باشد. برای نمونه، ممکن است لازم باشد که در شرایط زیر اصل رازداری را کنار بگذارند و رعایت نکنند:

- امنیت زندان به خطر بیفتد؛
- زندانی در خطر آن است که به خودش یا دیگری آسیب برساند؛
- بداند که قرار است جرمی رخ دهد؛
- درباره‌ی جرمی که کسی به خاطر آن محکوم نشده است، مطلبی افشاگرانه شنیده باشد؛
- این نگرانی وجود داشته باشد که چه بسا کودکی در معرض آسیب قرار گیرد؛
- اطلاعاتی مبنی بر مصرف مواد در زندان دریافت کرده باشد.

چه بسا به نظر بیاید که نکته‌ی آخر تلف کردن وقت و خدماتی است که صورت می‌گیرد، آن هم در قیاس با محدوده‌ی بیرون از زندان که اجباری به گزارش‌دهی به مسئولان در هنگام خدمات‌رسانی مشابه نیست. مصرف مواد در زندان معمولاً خلاف قانون است. این حقیقت که زندانی به مواد مخدر دسترسی دارد بدین معناست که مقتضیات امنیتی زندان زیر پا گذاشته شده است. عموماً کارکنان زندان موظف اند هر گونه اطلاعاتی را درباره‌ی مصرف و عرضه‌ی مواد مخدر گزارش دهند.

با این همه، برای کار کردن موثر، اهمیت دارد خدمات‌رسانان بتوانند با زندانیان درباره‌ی مصرف مواد در دوران حبس صحبت کنند. از این رو در بسیاری کشورها مقامات زندان موافقت کرده‌اند که خدمات‌رسانان (از جمله کارکنان خدمات پزشکی، نهادها و ارگان‌های داخل و بیرون زندان که خدمات درمانی را تامین می‌کنند) اجباری به گزارش‌دهی اطلاعات درباره‌ی مصرف واقعی مواد از سوی هیچ زندانی خاصی نداشته باشند. برای کسب اطمینان از این که چنین رویکردهایی درک شده است، لازم است هم کارکنان زندان‌ها و هم کارکنان نهادها و ارگان‌های بیرون از زندان آموزش ببینند (نگاه کنید به فصل ششم: مسایل مدیریتی).

از نظر رازداری، می‌بایست میان رعایت اصل رازداری درباره‌ی سلامت زندانی (این موضوع مسایل مربوط به وابستگی به مواد را نیز دربر می‌گیرد) با موضوع‌های دیگر تمایزی قایل شد. می‌بایست این اطلاعات را همواره محرمانه نگاه داشت. افرادی که در زندان اند به اندازه‌ی بیماران بیرون از زندان حق دارند تا اطلاعات پزشکی‌شان محرمانه باشد. از این رو اطلاعات مربوط به درمان و خدمات پزشکی را می‌بایست محرمانه تلقی کرد و امکان دسترسی به آن را تنها به کسانی داد که به درستی مجاز اند. اطلاعات محرمانه را تنها می‌توان با رضایتی که زندانی بیان می‌کند در اختیار شخص ثالث قرار داد.

اطلاعات مربوط به وضعیت بهداشتی و درمان پزشکی زندانیان محرمانه است و می‌بایستی در پرونده‌هایی که تنها کارکنان بهداشتی به آن‌ها دسترسی داشته باشند، ثبت و ضبط شود. اگر زندانی رضایت داشته باشد، کارکنان بهداشت ممکن است آن دسته از اطلاعات را که به درمان و مراقبت از بیمار یاری برساند در اختیار مدیران زندان و مقامات قضایی قرار دهد.

Source: WHO (1993), *Guidelines on HIV Infection and AIDS in Prison* p7

ضوابط زندگی مشترک زندانیان و بازرسی دایمی کارکنان زندان امر حمایت از محرمانه بودن اطلاعات زندانیان را به چالش می‌گیرد. می‌بایستی هر کوششی را به کار بست تا اطمینان حاصل شود که با در دسترس گذاشتن این خدمات اصل محرمانگی اطلاعات زندانیان خدشه بر نمی‌دارد.

از آغاز هر درمان یا مداخله (یعنی از همان مرحله‌ی ارزیابی) زندانیان باید از قوانین ناظر بر اصل رازداری و این که چه گونه این قوانین به کار بسته می‌شود، آگاهی داشته باشند. مطلوب آن است که زندانیان بر گه‌ی مخصوص محرمانه بودن اطلاعات را امضا کنند تا تایید شود که خط‌مشی مربوط را فهمیده‌اند. هم‌چنین مفید است اگر آن بر گه حاوی بخشی باشد زیر عنوان رضایت به همکاری تا بتوان از زندانی درخواست کرد که رضایت آشکار خود را در برابر گروه خدمات درمانی^{۱۰} برای در میان گذاشتن اطلاعات محرمانه‌اش با افراد نام‌برده‌ی از جمله ماموران ناظر محلی اعلام دارد.

هم‌چنان که گفته شد، زندانیان نیز مانند هر فردی در اجتماع حق دارند که از دادن رضایت به آشکار کردن اطلاعات‌شان خودداری کنند. وقتی که رضایت ندهند نمی‌بایست این امر به خودی خود جلو درمان یا ارائه‌ی خدمات دیگر را بگیرد. با این همه، این موضوع می‌تواند تاثیر چشم‌گیری بر نوع خدماتی که ارائه می‌شود بگذارد. می‌بایست زندانی را از پی‌آمدهای تصمیم‌شان باخبر ساخت. چه بسا زندانیان پیش از این تجربه کرده باشند که در نتیجه‌ی بر ملا شدن^{۱۱} موضوع مصرف مواد برای درمان‌شان مورد تبعیض قرار گرفته‌اند و در پاره‌ی کشورها به دلیل همین موضوع 'خلاف کار' شناخته شده‌اند. به جای داوری درباره‌ی انگیزه یا اشتیاق زندانیان برای درگیر شدن در فرآیند درمان، می‌بایست نگرانی‌های زندانی را در این شرایط در نظر گرفت.

درباره‌ی آزمایش چه می‌توان گفت...؟^{۱۰}

در برخی کشورها، چارچوب درمان مواد در زندان مورد حمایت برنامه‌های «آزمایش الزامی مواد» (MDT) قرار دارد. «آزمایش الزامی مواد» (MDT) عموماً دارای سه هدف اصلی است:

- جلوگیری از سوء مصرف مواد از راه ترساندن فرد که زندانی و مجازات می‌شود؛
- فراهم آوردن اطلاعات گسترده‌تر از الگوی سوء مصرف مواد در زندان(ها)؛
- شناسایی افرادی که نیاز به درمان دارند.

تحت برنامه‌های «آزمایش الزامی مواد» (برای نمونه در انگلستان)، زندانیان به طور تصادفی در معرض آزمایش قرار می‌گیرند و ممکن است از مسئولان زندان‌ها بخواهند که در صد معینی از جمعیت خود را در فاصله‌های منظم آزمایش کنند. اگر جواب آزمایش زندانی مثبت باشد یا آن که زندانی از دادن آزمایش خودداری کند، چه بسا امتیاز بخشودگی (یعنی کم شدن دوران حبس به دلیل

^{۱۰} در اصل آزمایش ادرار ولی در حال حاضر نمونه‌برداری از بزاق را نیز در بر می‌گیرد.

رفتار 'خوب' زندانی) یا امتیاز های دیگر را (برای نمونه زندانیان امتیازهایی به دست می آورند که سبب می شود بیش از ضوابط معمول زندان منفعتی نصیب شان شود، از جمله آن زمانی را خارج از سلول بگذرانند) از دست بدهند.

آزمایش مواد می تواند در برنامه های درمان مواد نقشی مهم و مناسب ایفا کند (نگاه کنید به مطالب زیر).

با این همه، برنامه های «آزمایش الزامی مواد» (MDT) با مشکلات بالقوه ای از جمله مورد های زیر روبه روست:

- کاستن از منابع مالی مربوط به خدمات درمانی و پیشگیرانه؛
- تغییر دادن زمان کاری پرسنل طرح های درمانی و پیشگیرانه در جهت خود؛
- تاثیر ناخوشایند گذاشتن بر مدیریت زندان، برای نمونه بیزاری زندانیان از آزمایش، و ایجاد نوعی گردش پول بابت [تهیه ی] ادرار 'تمیز' در زندان؛
- محتمل است که MDT در توجه و تمرکز بر مصرف 'بی دردسر' حشیش سهم داشته باشد زیرا در قیاس با مواد دیگر حشیش می تواند مدت طولانی تری در بدن بماند. چنین استدلال می شود که چه بسا MDT در واقع زندانیان را برانگیزاند تا به مصرف مواد سخت تر تغییر وضعیت دهند زیرا به دشواری می شود آن ها را ردیابی کرد.^{۱۱}

در صورت مثبت بودن جواب آزمایش MDT، امکان دارد زندانیان به اجبار، فارغ از این که دارای وابستگی به مواد باشند یا نباشند، درمان را آغاز کنند. ارزیابی کامل ابزاری کلیدی است برای شناسایی و تعیین مداخله های مناسب (نگاه کنید به [فصل سوم: مداخله گری](#)). درمان اجباری (که اغلب با بازگرداندن امتیازها یا برخورداری از آزادی مشروط پیوند دارد) بدین معناست که زندانیان زیر پوشش خدمات درمانی قرار می گیرند و در آن درگیر می شوند و این امر بیش از آن که تصمیمی برای کمک به مشکلات ناشی از مواد باشد به دلیل نتیجه ی مثبت آزمایش است. در چنین مورد هایی مهم است که مداخله های مبتنی بر بهبود انگیزشی پشتیبان رشد انگیزه ی درونی زندانی باشد (نگاه کنید به [فصل سوم: مداخله گری](#)).

آزمایش مواد داوطلبانه هم چنین در شماری از کشورها انجام می شود، به ویژه در ارتباط با واحدها/بندهایی که از 'مواد مخدر پاک اند' و نیز برنامه های درمان مواد که رضایت دادن به انجام یافتن آزمایش مواد چه بسا شرط شرکت در آن برنامه باشد (نگاه کنید به [فصل سوم: مداخله گری](#)). در عین حال که چالش های گوناگونی بر سر راه آزمایش مواد وجود دارد، این آزمایش در کانون های درمان مواد در اجتماع [بیرون از زندان] انجام می شود. آزمایش مواد می تواند انگیزه ی فرد را برهیز از مواد مخدر 'تقویت کند'. هم چنین 'نهدید' به آزمایش مواد می تواند کارکردی تشویق آمیز داشته باشد و در این که محیط از مواد مخدر پاک بماند سهمی ادا کند.

ملاحظات عملی در این باره به شرح زیر است:

- التزام به رعایت حق برخورداری از حریم خصوصی، زیرا نتایج آزمایش ها اطلاعات شخصی به شدت حساس اند؛
- رازداری: می بایست نظام و فرآیند روشنی هم برای انجام دادن آزمایش ها و هم پردازش آن ها برقرار شود؛

^{۱۱} بعضی مواد در زمان کوتاهی از بدن خارج می شود، حال آن که ردّ بعضی دیگر را تا مدت طولانی تری می توان دنبال کرد. برای نمونه، اگر کسی حشیشی کشیده باشد می توان آن را تا یک ماه ردیابی کرد حال آن که هروین یا کوکائین تزریق شده تنها تا چند روز قابل ردگیری اند.

- لازم است 'زنجیره‌ی مراقبتی ایمنی' ایجاد شود تا تضمین کند که نتایج آزمایش‌ها در معرض آن نیستند که به بهانه‌ی بی‌دقتی مورد تردید قرار بگیرند و این که از خطر بالقوه‌ی نمونه‌های دست‌کاری شده دور اند؛
- برای آن که آزمایش‌ها اعتبار داشته باشند، لازم است در مورد خود آزمایش واقعی و اداره‌ی امور مربوط به آن فرآیند روشنی وجود داشته باشد. آزمایش‌ها می‌بایست به شکل تصادفی و متغیر انجام بگیرد. وسایل و تجهیزات مربوط به آزمایش می‌بایست پیش از هر آزمایش کنترل شود تا اطمینان یافت که هیچ نمونه‌ی 'تمیزی' پنهان نشده است. هم‌چنین باید اقدام‌های کافی صورت گیرد تا اطمینان یافت که فرد مورد آزمایش قادر نیست که نمونه‌ی 'تمیزی' را پنهان کند.
- برای زندانیانی که تجربه‌ی سوء‌مصرف دارند، فرآیند آزمایش ادرار می‌تواند به ویژه ناراحت‌کننده و دشوار باشد. بعضی از زندانیان برای آن که مقررات آزمایش را رعایت کنند، مشکل دارند.

از این‌ها گذشته، آزمایش‌ها درباره‌ی جزئیاتی مانند این که چه موادی، در چه زمانی و چه گونه مصرف شده است اطلاعاتی به دست نمی‌دهند.

آیا باید برای اچ‌آی‌وی هم آزمایش کرد...؟

مصرف‌کنندگان تزریقی مواد (IDU) را به عنوان گروهی آسیب‌پذیر می‌شناسند که به دلیل رفتارهای بالقوه 'خطرناک'، مانند به اشتراک گذاشتن وسایل تزریق، به اچ‌آی‌وی مبتلا می‌شوند. با این همه، واداشتن زندانیان به آزمایش الزامی اچ‌آی‌وی امری غیراخلاقی و ناموثر است (WHO, 1993).

آزمایش داوطلبانه برای اچ‌آی‌وی می‌بایست برای همه‌ی زندانیان فراهم باشد و تنها با رضایت اعلام‌شده‌ی آن‌ها انجام شود.^{۱۲} آزمایش داوطلبانه و خدمات مشاوره نخستین گام مفید برای پرداختن به امر پیشگیری، درمان و مراقبت از اچ‌آی‌وی در زندان‌هاست. چنین برنامه‌هایی به اثبات رسانده‌اند که مقرون به صرفه‌اند و ابزاری با ارزش برای برنامه‌ریزی منابع به شمار می‌آیند. هدف از آزمایش داوطلبانه آن نیست که شناسایی زندانیانی که دارای اچ‌آی‌وی مثبت به منظور جداسازی‌شان شناسایی شوند یا بر آن‌ها تبعیضی روا شود. برنامه‌های آزمایش داوطلبانه‌ی موثر می‌بایست آموزش و مشاوره درباره‌ی پیشبرد سلامت و کاهش خطر باشد ضمن آن که آزمایش-اچ‌آی‌وی را در میان کل جمعیت گسترش می‌دهد و به ویژه انجام دادن آن را تشویق می‌کند. بسیار مهم است که به یاد داشت آزمایش اچ‌آی‌وی روندی محرمانه است، به طوری که حریم خصوصی زندانی زیر پا گذاشته نشود.^{۱۳} مشاوره و پشتیبانی (از جمله دسترس-پذیری خدمات محلی و درمان) اجزای جدایی‌ناپذیر فرآیند و اطلاعاتی‌اند که می‌بایست از همان آغاز در باره‌ی 'چه بلایی سر من می‌آید اگر اچ‌آی‌وی مثبت باشم؟' رعایت گردند (UNODC/WHO/UNAIDS, 2006). مسایل مربوط به استخدام و توسعه‌ی کار در [فصل ششم: مسایل مدیریتی](#) مورد بحث قرار گرفته است.

درباره‌ی مسایل استخدامی چه می‌توان گفت...؟

^{۱۲} در این بخش به آزمایش داوطلبانه در تقابل با آزمایش اجباری اچ‌آی‌وی اشاره می‌شود. معمولاً آزمایش اجباری ناسودمند و غیراخلاقی و ناموثر است (WHO, *Guidelines on HIV Infection and AIDS in Prison*, 1993, p5).

Lines R, (2007) *HIV Infection and Human Rights in Prisons*, in WHO (2007), *Health in Prisons: A WHO Guide to the Essentials in Prison Health*, Geneva, Switzerland.

^{۱۳} International Compendium of Current Practices to Address Infectious Diseases in Prisons. The International Centre for Criminal Law Reform and Criminal Justice Policy, 2001 pg. 14.

تجربه‌ی بین‌المللی از این دیدگاه پشتیبانی می‌کند که مداخله‌ها و اقدام‌های مربوط به مواد مخدر را می‌بایست پرسنل علاقه‌مند و متعهدی اداره کند. چنین برمی‌آید که گروه‌های چند رشته‌یی موثرترین کسان بوده‌اند و توانسته‌اند کارکنان زندان، کارکنان پزشکی و خدمات درمانی، و نیز خدمات‌رسانان مواد درمانی متخصص علاقه‌مند و متعهدی را در بر بگیرند. این خدمات‌رسانان ممکن است از بخش داوطلب (یعنی سازمان‌های غیر دولتی) و (یا) بخش دولتی باشند و این که می‌بایست هم در برگیرنده‌ی مصرف‌کنندگان سابق مواد باشد و هم کسانی که مواد مصرف نکرده‌اند.

بنابراین ممکن است در تامین این مداخله‌ها و اقدام‌ها کارکنان زندان، کارکنان سازمان‌ها و نهادهای بیرونی و نیز آموزش‌گران همسان/همگن درگیر شوند.

کار کردن با سازمان‌های بیرونی ...

کارکنان سازمان و نهادهای خارج از زندان (برای نمونه جامعه‌ی مدنی، سازمان‌های اجتماع‌محور غیر دولتی، و گروه‌های خودیار) سهم ارزش‌مندی در گسترش و ارائه‌ی خدمات درمانی در زندان‌ها دارند. مشارکت این گروه‌ها می‌تواند از ارائه‌ی خدمات بهداشتی در زندان، که اغلب بیش از اندازه گسترده‌اند و از منابع مالی اندکی برخوردار اند، پشتیبانی چشم‌گیری به عمل آورد. خدمات اجتماعی پیوند مهمی با جامعه‌ی محلی برقرار می‌سازد که این امر برای پی‌گیری خدمات بهداشتی پس از خلاصی از زندان اساسی است. از این گذشته، به کارکنان سازمان‌های بیرونی به چشم کسانی می‌نگرند که بُی‌طرف‌تر و مستقل‌تر از کارکنان زندان اند. بنابراین زندانیان ممکن است برای بحث و گفت‌وگو درباره‌ی مسایل مربوط به مصرف موادشان با آن‌ها راغب‌تر باشند.

... سازمان‌های بیرونی که فعالیت‌های امدادرسانی (در میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد) دارند می‌توانند بهداشت را گسترش دهند. سازمان «مین‌لاین» در هلند که در حوزه‌ی پیشبرد سلامت و پیشگیری از بیماری فعالیت می‌کند، می‌کوشد به مدد مشاوره در پایین‌ترین حدّ نصاب در محدوده‌ی زندان با زندانیان مصرف‌کننده‌ی مواد ارتباط برقرار کند. در دیدارهای انفرادی با زندانیان درباره‌ی مسایل بهداشتی، رفتارهای مخاطره‌آمیز و خطرهای ناشی از مصرف مواد به بحث و گفت‌وگو می‌پردازد. یک ویژگی مهم سازمان «مین‌لاین» به عنوان سازمانی بیرونی آن است که از نظام زندان مستقل است و از این رو از اعتماد زندانیان برخوردار است. ارزش‌یابی از فعالیت‌های آن نشان داده است که زندانیان و کارکنان و مدیریت زندان آن را بسیار قبول دارند.

Source: Stover, H; and Weilandt, K (2007)

البته درک‌شدنی است که مقامات و کارکنان زندان نسبت به آمدن سازمان‌های بیرونی به زندان نگرانی‌هایی داشته باشند. هدف نخستین هر زندانی [حفظ] امنیت است و «بیرونی‌ها» می‌توانند در این باره تهدیدی به شمار آیند. با این همه، تهیه و تدوین آیین‌نامه و سیاست‌ها و خط‌مشی‌های مناسب می‌تواند راهنمای موثری برای همکاری مشترک باشد. فراهم آوردن زمینه‌های آموزشی برای کارکنان زندان و نیز سازمان‌های بیرونی می‌تواند از بابت بدفهمی نقش‌ها، مسئولیت‌ها و سیاست‌ها توازن ایجاد کند و به هر دو سازمان سود برساند. (نگاه کنید به فصل ششم: مسایل مدیریتی).

این فصل کلیات خدماتی را شرح می‌دهد که با موفقیت در محیط زندان‌ها عرضه شده است. اگر همه‌ی خدماتی که فهرست شده است، ارائه می‌شد آن‌گاه آن‌ها نظام درمانی جامعی را شکل می‌دادند. اما معدودی کشور در جهان وجود دارد که همه‌ی مولفه‌های توصیف شده را در دسترس می‌گذارند. عامل‌های سیاسی، قانونی، اجتماعی، فرهنگی یا اقتصادی ممکن است گستره‌ی تامین خدمات را محدود کنند. مانع‌هایی که بر سر راه عرضه‌ی خدمات قرار دارد می‌تواند هم‌چنین در برگیرنده‌ی این باور باشد که یک الگوی ویژه-ی واحدی از مداخله‌ها در یک زندان یا در یک منطقه ممکن نیست. در عین حال که نمونه‌هایی که از امریکای شمالی یا اروپا آورده شده است اغلب از این امتیاز برخوردار اند که با دقت بیش‌تر پژوهش شده باشند، اما باید/ذعان داشت که نمونه‌های محلی نیز می‌توانند به مراتب موثرتر باشند. از این رو، تا جایی که امکان داشت کوشیده‌ایم تا دیدگاهی بین‌المللی را در این جا عرضه کنیم. چه‌گونه‌ی رویکرد ما به تامین خدمات در زندان امری اساسی است. اگر فکر کنیم که این امر دشوار/ناممکن/مناقشه‌انگیز است، چنین نیز خواهد شد. عرضه‌ی خدمات در اجتماع [بیرون از زندان] و زندان بیش‌از آن که متفاوت باشند دارای نقطه‌های اشتراک اند؛ در هر صورت، اساساً گروه مورد نظر یکی است. هر چند این نکته بدان معنا نیست که پاره‌ی چالش‌های ناشی از شرایط یا نیازها متفاوت زندانیان را ناچیز بشماریم.

در این فصل، با برجسته کردن ملاحظات ویژه، بر این نکته تمرکز داریم که چه‌گونه ممکن است این خدمات را در زندان تامین کرد. شرح جزئیات تفصیلی درباره‌ی این که هر مداخله 'چه‌گونه' عرضه می‌شود خارج از گستره‌ی این سند است.

اصول درمان

اصول موثر درمان به طور گسترده ثبت و ضبط شده است و از این رو در این کتابچه‌ی راهنما تکرار نمی‌شود. نمونه‌های مورد نظر عبارت اند از:

- مجموعه‌ی ابزار سوء‌مصرف مواد: مروری بر پایه‌ی شواهد و مدارک - UNODC؛^{۱۴}
- اصول درمان سوء‌مصرف مواد: کتابچه‌ی راهنمای پژوهش‌مدار - NA؛^{۱۵}
- بازپروری - چه کاری موفق از آب در می‌آید - «انجمن اروپایی درمان اعتیاد»؛^{۱۶}
- درمان مشکلات ناشی از سوء‌مصرف: مدارک و شواهدی برای موفقیت - NA؛^{۱۷}
- اصول درمان وابستگی به مواد. [از مجموعه‌ی] اسناد مباحثه‌ها - UNODC؛^{۱۸}

این اصول می‌بایست پشتیبان هر نوع درمان موادی باشد که در محدوده‌ی زندان عرضه می‌گردد.

اصول ناظر بر این که 'چه کاری موفق از آب در می‌آید؟'

¹⁴ http://www.unodc.org/unodc/en/treatment_toolkit.html

¹⁵ <http://nida.nih.gov/PODAT/PODATindex.html>

¹⁶ <http://eata.org.uk/rehab.php>

¹⁷ http://nta.nhs.uk/publications/documents/nta_treat_drug_misuse_evidence_effectiveness_2006_rb5.pdf

¹⁸ <http://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>

همچنین می‌بایست پژوهش‌های بین‌المللی و مدارک و شواهد مربوط به آن‌ها را در خصوص کار کردن با خلاف‌کاران در نظر داشت؛ اغلب از آن‌ها به عنوان 'اصول ناظر بر این که چه کاری موفق از آب در می‌آید؟' یاد می‌شود.^{۱۹}

این پژوهش‌های نیاز به مداخله‌هایی را در خصوص خلاف‌کاران آشکار می‌سازد، که این مداخله‌ها به نکته‌های زیر توجه دارد:

- خطر: 'شدت' مداخله می‌بایست با احتمال ارتکاب دوباره‌ی جرم تناسب داشته باشد. از این رو، درباره‌ی زندانیانی که ارزیابی وضعیت‌شان نشان می‌دهد احتمال قوی دارد دوباره مرتکب جرم شوند می‌بایست با شدت بیش‌تری دست به مداخله زد و به عکس؛
- نیاز: مداخله‌ها و اقدام‌های مورد نظر می‌بایست عامل‌های احتمال ارتکاب دوباره‌ی جرم را هدف بگیرند. این نیازها هم-چنین مشهور اند به نیازهای جنایت‌پرورانه. اگر عامل‌های احتمال ارتکاب جرم به طور موثر نشانه گرفته شوند، می‌توانند کاهش یابند و از این رو از اعتیاد به ارتکاب جرم بکاهند؛
- پاسخ‌گویی: پاسخ‌گو بودن مستلزم آن است که مداخله‌ها با راه و روش یادگیریِ خلاف‌کار و خصوصیات شخصی‌اش و ویژگی‌های درمان‌گر/مشاور خوانایی داشته باشد. هیچ رویکردی وقتی جداگانه به کار گرفته شود، موثر نیست. الگوهای متفاوت هر کدام با روش‌های و ابزارهای ارزش‌مندشان می‌بایست در یک رویکرد منطقی، منسجم و چندوجهی گرد آیند. لازم است مداخله‌ها و برنامه‌هایی که برای خلاف‌کاران تدارک دیده می‌شود دارای ساختارها و چارچوب روشن برای مدیریت‌شان باشند، از جمله آن که برای شرکت‌کنندگان در برنامه‌ها تشویق و مجازات در نظر گرفته شود. ضروری است که گروه کارشناسان و کارکنان همواره بر این ساختارها و چارچوب نظارت کنند. هم‌چنین می‌بایست برای این مداخله‌ها/برنامه‌ها محیط درمانی از نظر اجتماعی پرتفاهمی را فراهم آورد تا از تاثیرهای گروه همسان/همگن منفی کاست.

درمان الزامی و داوطلبانه

تمام مداخله‌هایی که در این فصل از آن‌ها یاد شده است ممکن است 'الزامی' یا 'داوطلبانه' باشند. این مداخله‌ها ممکن است بخشی از یک برنامه‌ی بخشودگی یا آزادی زودرس، طرح محکومیت، یا زمینه‌ساز انتقال و (یا) بهبود وضعیت از طریق نظام زندان باشد. درمان اجباری (الزامی از نظر قانون) و تحت فشار لزومی نیست یک‌سان باشد. معدودی مصرف‌کننده‌ی مواد کاملاً 'داوطلبانه' وارد هر نوعی از دوره‌ی درمانی می‌شوند. معمولاً امری بیرونی آن‌ها را واداشته تا دوره‌ی درمانی را آغاز کنند، مانند تهدید همسر (یا معشوق/معشوقه) به ترک فرد، خطر از دست دادن شغل، مسایل مربوط به سلامت، آرزوی جلوگیری از اجرای حکم زندان، این که مقامات رسمی پندارند که فرزند وی 'در خطر' است و احتمال از دست دادن حضانت فرزند. ارزش‌یابی وضعیت کسانی که تحت درمان اجباری/الزامی قرار گرفتند (Wild TC, Roberts AB, Cooper EL, 2002) نشان داده است که برداشت و استنباط از اجبار تنوع

^{۱۹} برای آگاهی بیش‌تر می‌توانید پایگاه‌های اطلاع‌رسانی نهادها و کانون‌های اصلاح و تربیت یا زندان‌ها، از جمله آئوتیروآ در زلاند نو:

<http://www.corrections.gov.nz/public/research/effectiveness-treatment/>

و کوینزلند در استرلیا:

http://www.dcs.qld.gov.au/Resources/Proceedures/Offender_Management/documents/ofmappwhatworks.doc

یا پایگاه‌های اطلاع‌رسانی مرتبط مانند «کانون همکاری کمپبل» به نشانی زیر را ببینید:

<http://www.campbellcollaboration.org/>

گسترده‌یی دارد. برخی مصرف‌کنندگان مواد که از نظر قانونی به شرکت در برنامه‌های درمانی ملزم شده‌اند احساس نمی‌کنند که تحت فشار این کار را انجام می‌دهند، حال آن که گزارش می‌شود مصرف‌کنندگان موادی هم که 'خود ارجاع کرده‌اند' بیان می‌کنند که تحت فشار دست به این کار زده‌اند، به ویژه تحت فشار اعضای خانواده (Policin, DL; Weisner, C 1999).

نقش درمان آن است که ایجاد انگیزه کند و شرکت در برنامه‌های خدمات درمانی را گسترش دهد.

دقت کنید که:

خدماتی که در این فصل توصیف شده‌اند به همان ترتیبی آمده است که چه بسا به زندانی در بود ورود او به زندان عرضه شود. این مداخله‌ها 'رتبه‌بندی' نشده‌اند. مسایل مربوط به اهمیت یا ترتیب یک مداخله نسبت به مداخله‌های دیگر در متن آمده است.

با این همه، هر جا که مصرف تزریقی مواد رایج باشد، برنامه‌های سوزن و سرنگ راهبردی اساسی و نخستین راه حل برای جلوگیری از گسترش اچ‌آی‌وی و هپاتیت C است در محدوده‌ی زندان. دومین راهبرد از جمله تامین سفیدکننده‌ی کلردار (هیپوکلریت سدیم) یا مواد ضدعفونی‌کننده‌ی دیگر است (Stoever H, and Weildant K, 2007).

مشاوره، اطلاعات، دسترسی به خدمات در زندان ...

اطلاعات درباره‌ی تامین خدمات می‌بایست در دسترس همه‌ی زندانیان قرار گیرد.

نمی‌توان به راحتی همه‌ی زندانیانی را که مشکل مصرف مواد دارند شناسایی کرد و بسیاری از آن‌ها در 'پنهان کردن' موادشان مهارت دارند. از این رو می‌بایست همه‌ی زندانیان در بدو ورود درباره‌ی خدمات در دسترس مربوط به مواد آگاهی یابند و تا آن جا که می‌توان مراکز ارجاع/دسترسی متعدد ایجاد کرد. در اختیار گذاشتن اطلاعات و خدمات مشاوره درباره‌ی کاهش خطر و این که چه-گونه می‌توان به خدمات اجتماعی دسترسی یافت، به ویژه برای آن دسته از زندانیان اهمیت دارد که محکومیت‌های بسیار کوتاه مدت دارند. در جاهایی که برنامه‌های آشناسازی برگزار می‌شود، می‌توان جلسه‌یی را درباره‌ی مواد ترتیب داد که از جمله این موردها را در برگیرد:^{۲۰}

- اطلاعات درباره‌ی گستره‌ی خدمات موجود در زندان و جامعه‌ی محلی؛
- مسایل مربوط به رازداری، از جمله در صورت توافق فقدان مجازات‌های تنبیهی برای پرده برداشتن از مشکل وابستگی به مواد (نگاه کنید به صفحه‌ی ۱۸)؛
- اطلاعات درباره‌ی کاهش خطر، از جمله ویروس‌های منتقل شونده از راه خون مانند اچ‌آی‌وی، هپاتیت‌های A، B و C؛
- آگاهی نسبت به مصرف بیش از اندازه، از جمله خطرهای مربوط به مصرف مواد پس از گذراندن دوره‌ی پرهیز که ممکن است سطح مقاومت پایین بیاید.

^{۲۰} در بسیاری از کشورها برنامه‌های آشناسازی برگزار می‌شود تا همه‌ی زندانیان در بدو ورود به زندان در آن شرکت کنند. در این برنامه‌ها، امکانات/تجهیزات، برنامه‌ها و خدمات موجود در زندان را به زندانیان معرفی می‌کنند و اطلاعات لازم را در اختیارشان قرار می‌دهند که چه‌گونه به این خدمات دسترسی پیدا کنند. معمولاً این برنامه‌ها هم‌چنین دربرگیرنده‌ی اطلاعاتی است درباره‌ی قوانین زندان، آیین‌نامه‌های انضباطی و رویه‌ی مربوط به تنظیم و تسلیم شکایت‌ها.

نمونه‌ی اسلوونی

برای همه‌ی کارکنان و زندانیان یک برنامه‌ی آموزش بهداشتی تدارک دیده شد. جزوه‌هایی حاوی اطلاعات در میان زندانیان پخش شد. این جزوه‌های دارای مطالبی است درباره‌ی بهداشت شخصی و پاکیزه نگه داشتن محل زندگی. اطلاعاتی نیز درباره‌ی معیارهای کنترل عفونت در اختیار کارکنان قرار داده شد. کارزارهای درباره‌ی انتشار اطلاعات و آگاهی‌رسانی در مورد ویروس هپاتیت B و سل برگزار شد. واکسیناسیون بر ضد هپاتیت B و غربال‌گری در خصوص سل برای زندانیان و کارکنان زندان‌ها در دسترس قرار گرفت.

شماری از زندان‌ها و کانون‌های اصلاح و تربیت مجموعه‌هایی حاوی اطلاعات معرفی کردند.

نمونه‌ی اتریش

از سال ۱۹۹۸ در اتریش به هر زندانی در بدو ورود مجموعه‌ی از اطلاعات و وسایل بهداشتی می‌دهند. این مجموعه دربرگیرنده‌ی پرونده‌ی است حاوی اطلاعات، کاندوم و جزوه‌ی درباره‌ی خدمات و رفتارهای مخاطره‌آمیز.

ضرورت دارد که خدمات اطلاعاتی و نیز کانون‌های دسترسی به جزو مرحله‌های نخستین دوران زندان در موقعیت‌های دیگر نیز در دسترس قرار گیرد زیرا بعضی از زندانی‌ها آمادگی آن را ندارند تا در مرحله‌های نخستین دوران زندان خود درگیر این موضوع شوند و نیز بعضی از زندانی‌ها در طی مدت حبس خود با مشکلات ناشی از مواد روبه‌رو خواهند شد. این اطلاعات می‌بایست به روشی در سراسر زندان، در مراکز خدمات بهداشتی و بخش‌های دیگر مانند مراکز آموزشی، ورزشی و کارگاه به نمایش گذاشته شود.

این اطلاعات می‌بایست نکته‌های زیر را در نظر بگیرد:

■ نیاز به سوادآموزی؛

■ زبان‌های مربوط و تناسب فرهنگی؛

هم‌چنین این اطلاعات شرحی به دست می‌دهد از انواع خدماتی که عرضه می‌شود، کسانی که خدمات‌رسانی می‌کنند، و این که چه گونه می‌توان به این خدمات دسترسی یافت.

ارزیابی

خدمات مربوط به ارزیابی وضعیت زندانیان تعیین می‌کند که کدام زندانی نیاز به مداخله در خصوص درمان مواد دارد و این که چه نوع مداخله‌ی ویژه‌ی برای هر یک از آن‌ها مناسب است. ارزیابی وضعیت فرآیندی دایمی است که هم پیشرفت زندانی را در درمان و هم موثر بودن مداخله را ارزش‌یابی می‌کند تا اگر آن مداخله موفق از آب درنیاید، بتوان تغییرش داد.

کمال مطلوب آن است که از وضعیت سلامت عمومی زندانیان در بدو ورود یک ارزیابی صورت گیرد، از جمله آن که وابستگی آن‌ها به مواد نیز ارزیابی گردد.

ارجاع زندانی برای ارزیابی ممکن است هم‌چنین بخشی از محکومیت و (یا) بخشی از فرآیند برنامه‌ریزی برای آزادی زندانی باشد، یا در پی جواب مثبت آزمایش مواد (مانند MDT و VDT)، یا جزئی از درمان پزشکی یا خود ارجاعی باشد. با این همه می‌بایست میان ارزیابی خطر مربوط به سوء مصرف مواد به عنوان عاملی برای ارتکاب دوباره‌ی جرم با ارزیابی وضعیت برای آگاهی از مناسب بودن یک مداخله‌ی خاص تفاوت گذاشت. این نکته اهمیت دارد که هر گونه ارزیابی برای انجام دادن اقدام خاصی در جهت درمان مواد می‌بایست از سوی فرد مناسب و دارای تخصص صورت گیرد.

خدمات مربوط به ارزیابی اغلب زمانی به مراتب موثرتر می‌افتند که به دو جزء تقسیم شوند.

جزء نخست عبارت است از ارزیابی غربال‌گرانه که به ارزیابی نخستین (برای نمونه، در انگلستان) یا ارزیابی درجه‌ی اضطرار (برای نمونه، در ایران) نیز شهرت دارد. در شماری از کشورها ارزیابی‌های غربال‌گرانه بر روی همه‌زندانانی که مشخص شده است دارای مسایل مربوط به مصرف مواد اند، به طور کامل انجام می‌شود. مقصود از غربال‌گری آن است که:

- شناسایی ماهیت مصرف مواد، بدین معنا که از سطح وابستگی به مواد از نظر لذت‌جویی و نیز وابستگی به کدام مواد آگاهی یافت؛
- شناسایی هر گونه خطر بلاواسطه، از جمله خودآسیب‌رسانی، خودکشی و دیگر؛
- عرضه‌ی اطلاعات خدمات مشاوره‌ی نخستین در ارتباط به کاهش خطر؛
- در نظر گرفتن طول مدت اقامت احتمالی در زندان معین تا نیاز فرد بهتر اولویت‌بندی شود و احتمال این که زندانی نتواند دوره‌ی درمان را کامل طی کند، کاهش یابد؛
- شناسایی سطح مناسب خدماتی که باید تامین شود و این که از سوی چه کسی تامین شود؛

این ارزیابی‌های غربال‌گرانه به ویژه سودمند اند زیرا مطمئن می‌سازند که برای هر زندانی اقدام/مداخله‌ی مناسب صورت می‌گیرد. چه بسا نیاز باشد که به زندانی‌هایی اولویت داد که یا دوران محکومیت کوتاه مدت دارند یا آن که در انتظار محاکمه اند یا درخواست محاکمه داده‌اند تا بتوان اطمینان حاصل کرد که نیازهای فوری آن‌ها شناسایی شده و گام‌هایی برای برآوردن آن نیازها برداشته شده است.

این غربال‌گری، برای نمونه می‌تواند آزمایش و کنترل^{۲۱} کسانی باشد که برای لذت‌جویی مواد مصرف می‌کنند یا موادفروش-ها/قاچاقچی‌هایی که خودشان دچار مشکلات وابستگی به مواد نیستند.

در پی ارزیابی غربال‌گرانه، ممکن است زندانی ارجاع شود برای:^{۲۱}

- ارزیابی کامل از مصرف مواد؛

^{۲۱} در صورت این که این خدمات در محل موجود باشد.

- دریافت خدمات پزشکی و درمانی؛
 - دریافت خدمات یا شرکت در برنامه‌ی مواد در زندان؛
 - (برای زندانی‌هایی که محکومیت کوتاه مدت دارند)، دریافت خدمات یا شرکت در برنامه‌ی مواد [بیرون از زندان] در اجتماع؛
- ارزیابی کامل می‌بایست به این دلیل صورت گیرد که:

- ماهیت و میزان مشکل مواد زندانی بررسی گردد؛^{۲۲}
- انگیزه‌ی زندانی برای شرکت در برنامه‌ی درمانی شناخته شود؛
- نیازهای دیگر زندانی شناسایی شود (نگاه کنید به مطالب پایین)؛
- مشخص شود آیا زندانی هم‌زمان مشکلات دیگری هم دارد (برای نمونه، مسایل مربوط به سلامت روان)؛
- نیازهای سلامتی - از جمله ویروس‌های منتقل شونده از راه خون و هوا - شناسایی شود.

در عرضه‌ی خدمات مربوط به ارزیابی، ارزیابان می‌بایست:

- تضمین کنند که این ارزیابی‌ها با همراهی زندانیان انجام شده است، نه آن که بر آن‌ها تحمیل شده باشد. این نکته بدین معناست که موثرترین ارزیابی‌ها زمانی رخ داده است که زندانی نقشی فعال در فرآیند کار داشته است؛
- در مورد همه‌ی زندانیان، مسایل مربوط به تنوع و گونه‌گونگی را در نظر داشته باشند (نگاه کنید به [فصل پنجم: توجه به برابری و گونه‌گونگی](#))؛
- آگاه باشند که چه بسا زندانیان 'مشتاق نباشند' آشکار سازند که مواد مصرف می‌کنند زیرا از پی آمده‌های آن واکنش دارند و نسبت به نظام 'بی‌اعتماد' اند؛
- آگاه باشند که چه بسا زندانیان به هنگام ارزیابی پیشین اطلاعات کاملی درباره‌ی مصرف موادشان در اختیار نگذاشته باشند، و اطلاعات اخیر با آن اطلاعاتی که از مراکز خدماتی اجتماع [بیرون از زندان] به دست آمده یا مراکز خدمات دیگر یا کارشناسان داخل زندان در اختیار گذاشته‌اند، 'خوانایی نداشته باشد'؛
- تضمین کنند که ارزیابی مفصل کاملی صورت گرفته است؛
- خدمات مشاوره و اطلاعات درباره‌ی کاهش خطر در اختیار زندانی بگذارند (برای نمونه، رفتارهای ایمن تر، خودداری از مصرف بیش از اندازه)؛

^{۲۲} در بعضی از کشورها از ابزار شناخته شده‌ی برای این مقصود استفاده می‌شود، از جمله DSM-IV، «ابزار غربالگری سوء مصرف مواد» (DAST)، و ASI. هم-چنین نگاه کنید به نوشته‌های زیر در نشانی‌های داده شده:

Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment Workbook Series 2000 (WHO)

http://who.int/substance_abuse/publications/treatment/en

European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction – Evaluation Instruments Bank <http://eib.emcdda.eu.int/>

■ درباره‌ی گزینه‌های درمان در زندان و (یا) در اجتماع [بیرون از زندان] پس از آزادی از زندان در اختیار زندانی قرار دهند؛

■ درباره‌ی ویروس‌های منتقل شونده از راه خون، رفتارهای مخاطره‌آمیز، انتقال ویروسی، آزمایش و درمان اطلاعات لازم را در اختیار زندانیان بگذارند؛

چنین خدمات مربوط به ارزیابی را نمی‌بایست با خدمات ارزیابی مربوط به برنامه‌های ویژه‌ی درمان مواد اشتباه گرفت (نگاه کنید به صفحه‌ی ۴۵).

درباره‌ی مشاوره و اطلاعات، خدمات مربوط به ارزیابی باید در سراسر دوران محکومیت زندانی‌ها دسترس‌پذیر باشد، نه آن که تنها در زمان پذیرش یا مرحله‌های نخستین محکومیت بتوان به آن دست یافت. با آن که بسیاری از زندانیان با مشکل مواد وارد زندان می‌شوند، اما شماری از آن‌ها در داخل زندان با این مشکلات روبه‌رو می‌شوند یا این مشکلات‌شان دوباره عود می‌کند.

پس از ارزیابی کامل ممکن است زندانی ارجاع داده شود به:^{۲۳}

- مراکز خدمات درمانی و پزشکی؛
- برنامه‌های ساختارمند کار گروهی؛
- مراکز مشاوره و روان‌درمانی؛
- گروه‌های پشتیبان؛
- برنامه‌های دیگر (برنامه‌های خاص غیر مواد)؛
- بخش‌های دیگر.

آموزش درباره‌ی مواد

آموزش درباره‌ی مواد و الکل را می‌بایست به همه‌ی زندانیان در اولین فرصت در بدو ورود عرضه کرد و از آن پس نیز برنامه‌ی آموزش را به طور منظم ادامه داد. راهنمای زیر درباره‌ی آموزش و جلوگیری از اچ‌آی‌وی/ایدز را نیز می‌توان در آموزش مربوط به مواد گنجانده. با ارائه‌ی این آموزش‌ها در سال ۱۹۹۳ موافقت شد، زمانی که اچ‌آی‌وی/ایدز دلیل اصلی توجه به موضوع مواد بود و البته این اصول هم‌چنان صدق می‌کند:

- می‌بایست همه‌ی زندانیان به محض ورود به زندان اطلاعاتی درباره‌ی اچ‌آی‌وی دریافت کنند و آموزش در این باره باید در طی دوران محکومیت و در طی برنامه‌های پیش از آزادی زندانی ادامه یابد؛
- همه‌ی زندانیان، خواه به شکل گروهی خواه انفرادی، باید فرصت بیابند تا درباره‌ی این اطلاعات با افراد متخصص بحث و گفت‌وگو کنند؛

^{۲۳} در صورت این که این خدمات در محل موجود باشد.

- مطالب نوشته شده در این باره باید در دسترس تمام زندانیان قرار گیرد و می‌بایست با سطح سواد در زندان تناسب داشته باشد، به زبان و شکلی تهیه شده باشد که زندانیان آن را بفهمند، و در قالبی جذاب و روشن عرضه شود؛
 - کارکنان زندان می‌بایست در دوران آموزش مقدماتی خود و نیز پس از آن در فاصله‌های معین درباره‌ی اچ‌آی‌وی آموزش ببینند؛
 - اطلاعاتی که در زندان در اختیار گذاشته می‌شود می‌بایست با اطلاعاتی که در اختیار عموم اعضای اجتماع قرار می‌گیرد یک‌سان باشد و برای نمونه به صورت دیوارکوب، جزوه و از راه رسانه‌های همگانی عرضه شود؛
 - زندانیان و کارکنان باید در تهیه و تدوین مطالب آموزشی شرکت داشته باشند؛
 - زندانیان و کارکنان باید در پخش اطلاعات شرکت داشته باشند (از راه آموزش از سوی گروه هم‌سان/همگن)؛
- آموزش درباره‌ی مواد و الکل ممکن است این موارد را در برگیرد:²⁴

- چرا مردم مواد مصرف می‌کنند؛
 - نقش مواد در جامعه‌ی معین؛
 - مواد در بدن و در مغز 'چه‌گونه' عمل می‌کند؛
 - اطلاعات و مشاوره درباره‌ی ماده‌ی که فرد برای مصرف انتخاب کرده است و پی‌آمدهای منفی مصرف دراز مدت مواد؛
 - اطلاعات و مشاوره درباره‌ی ویروس‌های منتقل شونده از راه خون، مانند اچ‌آی‌وی و هپاتیت C و ویروس‌های منتقل شونده از راه هوا، مانند سل، و نیز در دسترس بودن واکسن هپاتیت‌های A و B؛
 - رفتارهای مخاطره‌آمیز، از جمله مصرف ایمن‌تر مواد، تزریق ایمن‌تر، فعالیت‌های جنسی ایمن‌تر، خال‌کوبی و خطرهای ناشی از جنگ و دعوا یا موقعیت‌های دیگری که ممکن است سبب پاشیده شدن خون شود؛
 - پیشگیری از مصرف بیش از اندازه، از جمله خطر مصرف بیش از اندازه زمانی که مقاومت فرد رو به کاهش می‌گذارد؛
 - درمان موجود در زندان و در اجتماع محلی و درک و فهم گزینه‌ها و امتیازهایشان، و این که چه‌گونه می‌توان به این خدمات دست یافت؛
- تمام اطلاعاتی که عرضه می‌شود می‌بایست دقیق باشد و به شکلی هدف‌مند در اختیار گذاشته شود به طوری که هر فرد زندانی بتواند به مدد آن اطلاعات تصمیم بگیرد.

عرضه‌داشت‌های سودمند و فرصت‌هایی که به زندانیان امکان می‌دهد مهارت‌های مورد نظر را به کار ببندند جزء اصلی آموزش درباره‌ی مواد است، برای نمونه آن که یاد بگیرند چه‌گونه از کاندوم یا پمادهای روغنی استفاده کنند، روش‌های ایمن‌تر تزریق را یاد

²⁴ WHO (1993), Guidelines on HIV Infection and AIDS in Prison UNAIDS Best Practice Collection: Key Material.

بگیرند در جاهایی که برنامه‌ی پخش سوزن و سرنگ وجود ندارد،^{۲۵} و این که چه گونه از وسایل تمیز برای مصرف مواد یا خال کوبی با سوزن استفاده کنند.

لازم است آموزش درباره‌ی مواد در زندان بر این نکته تاکید کند که چه گونه می‌توان در زندان 'سالم ماند' و نیز این که چه گونه در اجتماع [بیرون از زندان] 'سالم ماند'. می‌بایست به زندانیان هم‌چنین یادآور شد که مهارت‌هایی که در زندان فرامی‌گیرند با آن‌ها پس از آزادی به اجتماع نیز راه می‌یابد و همراه‌شان هست. یکی از امتیازهای دوره‌های خوب طراحی‌شده‌ی آموزش درباره‌ی مواد آن است که شرکت‌کنندگان آن اطلاعات و مهارت‌ها را در میان گروه‌های همگن/هم‌سان خود، خارج از برنامه رسمی آموزش همگن/هم‌سان، منتقل می‌کنند. آموزش درباره‌ی مواد هم‌چنین می‌تواند از سوی همگن/هم‌سانان هدایت شود؛ پشتیبانان یا آموزش-گران همگن/هم‌سان که بخشی از یک برنامه‌ی آموزشی خوب طراحی‌شده و ساختارمند اند و به شکلی مناسب مورد نظارت قرار دارند می‌توانند به طور موثر حامل پیام باشند.

نمونه‌ی افریقای جنوبی

اقدامی که سازمان اچ‌آی‌وی/ایدز «تمبا» برای پسران جوان در مرکز اصلاح و تربیت باکسبرگ انجام می‌داد از سوی جوانانی با پیشینه‌ی مشابه برای کسانی که در حبس بودند تسهیل‌گری می‌شد. آن‌ها به یک زبان سخن می‌گفتند (به این معنا که از زبان عامیانه‌ی رایج در خیابان استفاده می‌کردند) و موقعیت، اخلاقیات و ارزش‌های فرهنگی محلی را درک می‌کردند و در نظر می‌گرفتند، ضمن آن که تصورات مرسوم درباره‌ی ویروس اچ‌آی‌وی را تصحیح می‌کردند، رفتارهای ایمن‌تر درباره‌ی مصرف مواد و فعالیت‌های جنسی را نشان می‌دادند و درباره‌شان بحث می‌کردند و نیز اطلاعات درست زیست‌شناختی و بهداشتی را منتقل می‌کردند.^{۲۶}

اطلاعات می‌بایست دسترس‌پذیر باشد و مسایل مربوط به زبان و سطح سواد را در نظر بگیرد.

نمونه‌ی ایران

بسیاری از زندانیان سواد کافی ندارند تا مطالب انتشار یافته را به درستی بفهمند، از این رو در بعضی از زندان‌ها خدمات تلفنی دسترس‌پذیر خودکاری بر قرار شده است تا به پرسش‌هایی که غالباً درباره‌ی مواد و اچ‌آی‌وی می‌پرسند، پاسخ دهد.

نمونه‌ی برزیل

در ایالت سائوپولو، کتاب‌های داستانی مصوری به چاپ می‌رسد و به عنوان ابزار آموزش درباره‌ی اچ‌آی‌وی در میان زندانیان پخش می‌شود که شخصیتی به نام «سگ خیابان» را به نمایش می‌گذارد. در این داستان‌ها «سگ خیابان»، 'زندانی سابق'ی است که در یک

^{۲۵} برنامه‌های سوزن و سرنگ موثرترین وسیله است برای مهار ویروس‌های منتقل‌شونده از راه خون و کاهش خطرهای بهداشتی مربوط به تزریق. نگاه کنید

به بخش «کاهش خطر» در صفحه‌ی ۳۸.

^{۲۶} مروری بر «برنامه‌ی هماهنگی خلاف کاران جوان»: <http://www.csvr.org.za/papers/papiyop/htm>

سلسله ماجراجویی‌های آشکارا جنسی به تصویر در می‌آید اما همواره نشان داده می‌شود که دارد از کاندوم استفاده می‌کند.

برای آگاهی از اطلاعات بیش‌تر درباره‌ی مسایل مربوط به تنوع و گونه‌گونی در ارتباط با طراحی و عرضه‌داشت آموزش درباره‌ی مواد به فصل پنجم: توجه به برابری و گونه‌گونی نگاه کنید.

دارو درمانی

دارو درمانی از نظر پزشکی به درمان وابستگی به دارو یاری می‌رساند.

برنامه‌های سم‌زدایی

سم‌زدایی فرآیندی است که در آن فرد از اثرات ماده‌ی روان‌گردان برکنار می‌ماند. به عنوان روندی علمی، فرآیند محرومیت می‌بایست زیر نظر گرفته شود و به شکلی ایمن و موثر اجرا شود به طوری که نشانه‌های محرومیت به حداقل برسد. معمولاً فرد در آغاز سم‌زدایی از نظر پزشکی دارای مسمومیت است یا پیش از آن از مواد محروم بوده است. سم‌زدایی ممکن است ایجاب کند که دارو تجویز شود که در این صورت اندازه‌ی آن را بر حسب نشانه‌های محرومیت برآورد می‌کنند تا به مسمومیت نیانجامد و اندک اندک اثرات آن، در عین حال که فرد سلامت خود را بازمی‌یابد، کاهش یابد.

Source: National Collaborating Centre for Mental Health (2007) National Clinical Practice Guideline Number 51: Drug Misuse Psychosocial Interventions.²⁷

معمولاً کاربرد سم‌زدایی در درمان وابستگی به مواد افیونی، مسکن‌ها، الکل و داروهای نسخه‌یی گوناگون است. مصرف‌کنندگان محرک‌های آمفتامینی (ATS) اغلب خدمات پزشکی مربوط به سم‌زدایی دریافت نمی‌کنند (نگاه کنید به بخش «مدیریت محرومیت مصرف‌کنندگان ATS» در پایین). لیبریم، متادون، لوفکسیدین و بوپرنورفین از جمله مواد معمول اند که در رژیم‌های سم‌زدایی از آن‌ها استفاده می‌شود. کشورها گذشته از دستور عمل‌های بین‌المللی، دارای راهنمای عمل خاص خود بر پایه‌ی بهترین روش‌ها هستند، برای نمونه:

- «مدیریت علمی وابستگی به مواد در محدوده‌ی زندان بزرگ‌سالان» (انگلستان)²⁸؛
 - «رساله‌ی درباره‌ی درمان با نگاه‌دارنده‌های جایگزین در مدیریت وابستگی به مواد افیونی و پیشگیری از اچ‌آی‌وی/ایدز» (WHO/UNODC/UNAIDS, 2004)²⁹؛
 - «درمان سوءاستفاده از مواد و مراقبت از زنان» (UNODC, 2005)³⁰؛
- برای آگاهی از دستور عمل‌های مربوط به سم‌زدایی الکل نگاه کنید به:

²⁷ <http://www.NICE.org.uk>

²⁸ Department of Health (2006) *Clinical Management of Drug Dependence in the Adult Prison Setting*
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_063064

²⁹ http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Position_Paper.English.pdf

³⁰ http://www.unodc.org/docs/treatment/Toolkits/Women_Treatment_Case_Studies_E.pdf

■ «مدیریت مشروب‌خوری زیان‌آور و وابستگی به الکل در درمان مقدماتی»، «راهنمای عمل شماره‌ی ۷۴»

۳۱؛ (SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines, Network, 2003)

سم‌زدایی جسمی، اگر به عنوان درمانی جداگانه و منفرد به کار برود معمولاً در دراز مدت موثر نخواهد افتاد. می‌بایست سم‌زدایی را در ارتباط با خدمات و پشتیبانی‌های دیگر مانند گروه‌های خودیار و برنامه‌ریزی خدمات بهداشتی عرضه کرد. برای بعضی از زندانیان سم‌زدایی درمان مطلوب نخواهد بود (نگاه کنید به ص ۳۴، «درمان نگاه‌دارنده»).

این بخش مرور فراگیری است بر اصول کلی مربوط به سم‌زدایی. سم‌زدایی و محرومیت از مواد مسئله‌هایی اساسی در محدوده‌های زندان به شمار می‌آیند. دوران حبس اغلب به محرومیت اجباری می‌انجامد. برخی از زندانیان به اندازه‌ی کافی احساس «امنیت» می‌کنند تا مصرف موادشان را آشکار کنند و در نتیجه خدمات درمانی مبتنی بر سم‌زدایی و پشتیبانی دریافت کنند. با این همه، ممکن است برنامه‌های سم‌زدایی در همه‌ی زندان‌ها موجود نباشد و شماری از زندانیان ممکن است نتوانند به آن برنامه‌ها دسترسی بیابند. در جایی که سم‌زدایی (و برنامه‌های نگاه‌دارنده) کافی یا موجود نیستند، میان خودکشی در زندان و محرومیت از مواد ارتباطی دیده می‌شود.^{۳۲}

انواع شکل‌های تامین خدمات مربوط به سم‌زدایی، از جمله، عبارت اند از:

- واحدهای اقامتی درمان مواد در زندان؛
- پذیرش در بیمارستان زندان؛
- درمان بیمار در جایی دیگر از جاهای یاد شده، به گونه‌ی که زندانی در سلول خود در زندان اصلی می‌ماند.

در کنار متخصصان پزشکی، کارکنانی که به درستی تربیت شده‌اند می‌بایست برنامه‌ی سم‌زدایی را اجرا کنند.

در طی و پس از فرآیند سم‌زدایی، زندانیان ممکن است انگیزه پیدا کنند که از خدمات دیگر هم استفاده کنند. از این رو، مهم است که گزینه‌های مناسب پیش‌روشان گذاشته شود. یکی از چالش‌های اساسی آن است که اطمینان حاصل کنیم درمانی که از راه سم‌زدایی در زندان به دست می‌آید بعدها هم ادامه یابد و این که زندانیان به خدمات روانی اجتماعی دسترسی داشته باشند.

طب سوزنی گوش و تمرین‌های یوگا و نیز تمرکز حواس را همراه با سم‌زدایی پزشکی به کار می‌برند تا به محرومیت از مواد کمک کند. طب سوزنی گوش، به ویژه در باره‌ی بعضی مصرف‌کنندگان محرک‌های آمفتامینی، چه بسا موثر واقع شود (Santasiero, RP, and Neussle, G, 2005).

³¹ <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/74/index.html>

³² (i) Suicide is Everyone's Concern, HM Inspectorate of Prison, UK (1999)

<http://inspectors.homeoffice.gov.uk/hmprisons/thematic-reports1/suicide-concern/>

(ii) Unjust Deserts, HM Inspectorate of Prison, UK (2000)

<http://inspectors.homeoffice.gov.uk/hmprisons/thematic-reports1/suicide-concern/>

(iii) Palmer J, Special health requirements for female prisoners in WHO (2007) *Health in prisons: A WHO guide to the essentials of Prison Health*.

در بسیاری از زندان‌ها خدمات مربوط به سم‌زدایی را تنها در زمان پذیرش تامین می‌کنند و در مرحله‌های بعدی دوران محکومیت زندانی موجود نیست. از آن‌جا که زندانیان ممکن است در هر مرحله از دوران محکومیت خود به مواد وابستگی بیابند، راه‌هایی برای دسترسی زندانی به خدمات سم‌زدایی یا ارجاع او می‌بایست در صورتی وابستگی به مواد پیدا کند، وجود داشته باشد.

مدیریت محرومیت مصرف‌کنندگان ATS

دارو درمانی برای مصرف‌کنندگان ATS از این جهت اهمیت دارد که می‌تواند از نشانه‌های محرومیت، مانند عصبانیت، هیجان، بی‌خوابی، افسردگی، بی‌تفاوتی، ناشادی و خستگی، بکاهد. گاهی این نشانه‌ها می‌تواند بسیار شدید و مداوم باشد، از این رو مهم است که بتوان آن‌ها را به طور موثر مهار کرد تا فرد مصرف مواد را دوباره از سر نگیرد، یا از برنامه‌ی درمان پا پس نکشد، یا به خودش آزار نرساند یا دست به خودکشی نزند. تجویز داروهای تسکین‌بخش خواب‌آور، مانند بنزودیازپین‌ها، برای [کاهش] اضطراب و بی‌خوابی بسیار رایج است (Kamieniecki, G., Vicent, N., Allsop, S. and Lintzeris, 1998).

مصرف‌کنندگان ATS چه بسا با روان‌پریشی شدید یا مزمن ناشی از مواد روبه‌رو باشند.

نمونه‌ی ژاپن

اختلال روانی حاصل از مصرف مواد از رایج‌ترین اختلال‌های روانی است (۲۲/۱ درصد همه‌ی بیماران روانی در ۲۰۰۵). اولویت اصلی به درمان زندانیانی داده می‌شود که نشانه‌های شدید روانی از خود بروز می‌دهند زیرا این امر مانع شرکت کامل آن‌ها در مداخله‌های روانی اجتماعی می‌شود و سازگاری آن‌ها را شرایط زندگی در زندان دشوار می‌سازد. برای مهار نشانه‌های روان‌پریشی از داروهای ضد روان‌پریشی، مانند هالوپریدول، استفاده می‌شود.

دارو درمانی برای مصرف‌کنندگان ATS می‌بایست، به مثابه‌ی بخشی از یک بسته‌ی درمانی، همراه با مداخله‌های روان‌شناختی و (یا) رفتاری باشد.

درمان‌نگه‌دارنده^{۳۳}

درمان‌نگه‌دارنده در وهله‌ی نخست به نگه‌داری دارو درمانی کسانی اشاره دارد که دارای وابستگی به مواد افیونی اند. این امر مستلزم تجویز جایگزین‌های آپوییدی است تا مصرف مواد غیرقانونی چنان کاهش دهد که فیه فرد و دیگران کم‌ترین زیان وارد آید. درمان‌نگه‌دارنده هم‌چنین دروازه‌ی ورود زندانی است به ارتباط‌گیری او با خدمات دیگر.

زندانیان دارای وابستگی به مواد را می‌بایست، با حمایت کافی از محرمانه‌نگه‌داشتن [اطلاعات‌شان]، تشویق کرد که تا زندان اند در برنامه‌های درمان مواد نام‌نویسی کنند. چنین برنامه‌هایی می‌بایست دربرگیرنده‌ی اطلاعات درباره‌ی درمان وابستگی به مواد و نیز خطرهای ناشی از روش‌های گوناگون مصرف مواد باشد. زندانیانی که پیش از حبس در برنامه‌های درمان‌نگه‌دارنده با متادون شرکت داشتند باید بتوانند مادام که در زندان اند به درمان خود ادامه دهند. در کشورهایی که درمان‌نگه‌دارنده با متادون برای افراد

^{۳۳} به این نوع درمان، درمان جایگزین با مواد افیونی (یا داروهای آپوییدی) نیز می‌گویند.

وابسته به مواد افیونی موجود است، دسترسی به این درمان در زندان‌ها نیز باید میسر باشد.

Source: WHO (1993), *Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons* p6.

از دهه‌ی ۱۹۹۰، در پی گسترش برنامه‌های نگاه‌دارنده در اجتماع [بیرون از زندان] برنامه‌هایی نیز در زندان‌ها ارائه شد. هم‌اکنون تامین درمان نگاه‌دارنده با متادون در زندان‌های کانادا، استرالیا، لهستان، اندونزی، ایران، زلاند نو، پرتوریکو، و بیش‌تر کشورهای اروپای غربی موجود است. در ۲۰۰۵، «سازمان جهانی بهداشت» متادون و بوپرنورفین را به «فهرست الگویی داروهای اساسی» افزود (WHO, 2005) زیرا دریافته بودند که این داروها موثرترین شکل درمان وابستگی به مواد افیونی است (Dolan K et al 2003)؛ (Kerr T, 2004)؛ (Jurgens, R, 2004)؛ (Stoever H, Hennebel LC, Casselman J, 2004).

نمونه‌ی برنامه‌های متادون در اندونزی:

زندان و بازداشتگاه موقت زنان «پاندوک بامبو»

برنامه‌ی درمان نگاه‌دارنده با متادون در دسترس کسانی است که دست‌کم دو سال در زندان باشند یا در فاصله‌ی کوتاهی پیش از حبس در چنین برنامه‌ی شرکت کرده باشند.

پرسنل تعلیم‌یافته وضعیت شرکت‌کنندگان در برنامه را ارزیابی می‌کنند و با در نظر گرفتن نیاز برآورد شده میزان دارو را تجویز می‌کنند، که معمولاً بین ۱۵ تا ۱۸۰ میلی‌گرم است. زمان‌های باز بودن درمانگاه و زمان مصرف داروی تجویز شده نیز بر پایه‌ی نیاز و پسند زندانی برآورد می‌شود. ممکن است اندازه‌ی مصرف دارو بر پایه‌ی ارزیابی مستمر افزایش یابد. زندانیانی را که در چنین برنامه‌ی شرکت می‌کنند، به طور منظم زیر نظر می‌گیرند و مشاوره‌ی انفرادی نیز در دسترس است.

زندان مردان سیپینانگ (ویژه‌ی مواد مخدر)

زندانیانی مجاز به شرکت در این برنامه اند که دست‌کم سه ماه در زندان باشند. این کسان، پس از آزادی، با ارجاع از سوی زندان می‌توانند به برنامه‌های نگاه‌دارنده با متادون در اجتماع [بیرون از زندان] دسترسی داشته باشند. پرسنل تعلیم‌یافته وضعیت شرکت‌کنندگان در برنامه را ارزیابی می‌کنند و با در نظر گرفتن نیاز برآورد شده میزان دارو را تجویز می‌کنند، که معمولاً بین ۲۰ تا ۱۶۰ میلی‌گرم است. ممکن است اندازه‌ی مصرف دارو بر پایه‌ی ارزیابی مستمر افزایش یابد. زندانیانی را که در چنین برنامه‌ی شرکت می‌کنند، به طور منظم زیر نظر می‌گیرند. مشاوره‌ی فردی، مشاوره‌ی گروهی و آموزش بهداشت برای همه‌ی زندانیان در برنامه‌ی درمان نگاه‌دارنده با مواد تامین می‌شود.

نخست برای آن دسته از زندانیان دارای وابستگی به مواد که اچ‌آی‌وی/ایدز و بیماری‌های عفونی دیگر داشتند و (یا) زنان حامله برنامه‌هایی تدارک دیده شد. در بسیاری از کشورها، هم‌اکنون درمان نگاه‌دارنده برای زندانیانی به جز گروه‌های یاد شده نیز موجود است. پژوهش‌های متعددی نشان داده است که برنامه‌های نگاه‌دارنده می‌تواند مسایل زیر را کاهش دهد (Dolan K et al 2003; Kerr T, Jurgens, R, 2004; Stoever H, Hennebel LC, Casselman J, 2004);

■ رفتارهای مخاطره‌آمیز تزریقی از راه کاهش بسامد مصرف غیر قانونی مواد؛

- خشونت و فعالیت خلاف کارانه؛^{۳۴}
- شرکت در معامله‌های مواد در زندان (Dolan K, Wodak A, Hall W, 1998)؛
- مصرف هروئین، تزریق مواد و استفاده‌ی مشترک از سرنگ؛
- احتمال انتقال بیماری‌های عفونی، به ویژه اچ‌آی‌وی و هپاتیت C؛
- اعتیاد به ارتکاب جرم و احتمال دوباره به زندان افتادن، و این که می‌تواند به مثابه‌ی 'دروازه‌ی ورود به گستره‌ی از تامین خدمات درمانی و مداخله‌های دارویی گوناگون عمل کند.

درمان نگه‌دارنده از نشانه‌های محرومیت و کشش بی‌اختیار می‌کاهد. همانند برنامه‌های سم‌زدایی، این درمان‌ها نباید جداگانه به اجرا در آید. این گونه درمان‌ها به تثبیت وضعیت زندانی یاری می‌رساند، سلامت جسمی و سلامت روان‌شناختی او را بهبود می‌بخشد، و برای آن دسته از زندانیانی که نمی‌توانند یا مایل نیستند تا روش پرهیز را در پیش بگیرند هم جنبه‌ی 'درمان' و هم جنبه‌ی 'مراقبت' را تامین می‌کند. از این رو، درمان نگه‌دارنده در حکم فرصتی است که به مدد آن زندانی می‌تواند از پاره‌ی تاثیرها زیان‌آور وابستگی به مواد بر خود و دیگران در امان بماند (Stoever H, Hennebel L, Casselman J, 2004).

مدارک و شواهد علمی گوناگونی گواه آن است که درمان نگه‌دارنده با متادون (MMT) از موثرترین مداخله‌ها برای درمان وابستگی به مواد افیونی است. MMT با کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز، مصرف غیر قانونی مواد، رفتارهای خلاف کارانه، اقدام به تن-فروشی، بیکاری، مرگ‌ومیر، و انتقال اچ‌آی‌وی پیوند دارد. نشان داده شده است که بسیاری از نگرانی‌ها درباره‌ی MMT بی‌پایه است. به ویژه، دلیلی در دست نیست که MMT مانعی باشد برای ترک مصرف مواد. به خلاف، دریافته‌اند که MMT بیش از برنامه‌های سم‌زدایی در ترویج احتباس در برنامه‌های درمان مواد و پرهیز از مصرف غیر قانونی مواد موثر است.

Source: Betteridge G, Jurgens R (2008) *Opioid Substitution Therapy in Prisons: Reviewing the Evidence* Canadian HIV/AIDS Legal Network, Canada³⁵

مسایلی را که می‌بایست در اجرا و مدیریت دارو درمانی در زندان در نظر گرفت، از جمله، عبارت است از:

ارزیابی - ارزیابی کامل ضرورت دارد تا بتوان اطمینان حاصل کرد که تنها زندانیانی که مناسب تشخیص داده می‌شوند این خدمات درمانی را دریافت می‌کنند. این نکته به ویژه به این دلیل اهمیت دارد که از وقوع هر نوع مصرف بیش از اندازه، در جایی که میزان تجویز شده زیاد است، پیشگیری می‌کند.

زندانیان می‌بایست به طور کامل در فرآیند ارزیابی شرکت کنند. تجویز ماده‌ی جایگزین باید با نیاز برآورد شده‌ی زندانی خوانایی داشته باشد؛ تجویز میزان بسیار اندک دارو چه بسا به 'استفاده‌ی مواد بعدی' بیانجامد (بدین معنا که با مواد دیگری جایگزین شود). ارزیابی نیاز زندانی فرآیندی دایمی است.

^{۳۴} بر پایه گزارش زندانبانان در جمهوری اسلامی ایران.

^{۳۵} <http://aidslaw.ca>

نمونه‌ی استرلیا

در زندان‌های نیوساوت ویلز، دوره‌ی درمانی با ۲۰ میلی‌گرم به صورت خوراکی آغاز می‌شود و هر سه روز یک‌بار ۵ میلی‌گرم به آن افزوده می‌شود تا به ۶۰ میلی‌گرم برسد. پس از ۴ هفته، اگر زندانی فکر کند که بیش از این نیاز دارد، از او آزمایش خون می‌شود تا سطح متادون باقی‌مانده در بدن او درست پیش از دریافت میزان بعدی تعیین شود و تصمیم گرفته شود که بر میزان مصرف‌اش اضافه شود یا نه. میزان مصرف معمول بین ۶۰ تا ۸۰ میلی‌گرم در روز است. در عین حال کسانی هستند که بیش از این مصرف می‌کنند اما این اندازه معمولاً به دلیل افزایش سطح تحملی است (که همان طور که گفته شد) با آزمایش سطح خون تعیین می‌شود یا به دلیل نوع تجویز پزشک فرد در بیرون از زندان است.

دسترس‌پذیری - در جاهایی که زندانیان (به ویژه زندانیانی که محکومیت‌های کوتاه مدت دارند) [در بیرون از زندان] در اجتماع تحت دارو درمانی اند، درمان آن‌ها می‌بایست در دوران حبس، در سراسر دوره‌ی زندانی بودنشان، ادامه یابد. ارتباط با خدمات اجتماعی تضمین می‌کند که درمان در دوره‌ی پس از آزادی از زندان نیز ادامه می‌یابد. به همین شکل، دارو درمانی‌هایی که در زندان آغاز شدند می‌بایست پس از آزادی زندانی نیز ادامه داشته باشد. زندانیان می‌بایست جدا از این که دوره‌ی محکومیت‌شان چه قدر است، به دارو درمانی دسترسی داشته باشند.

نمونه‌ی اتریش

درمان‌های نگه‌دارنده در همه‌زندان‌های اتریش موجود است و محدود به طول مدت محکومیت نیست. برای همه‌ی زندانیان میسر است که دوره‌های دارو درمانی خود را که پیش از دوره‌ی حبس‌شان آغاز کرده بودند در هر نهاد تنبیهی دنبال کنند. همچنین آن‌ها می‌توانند دوره‌ی دارو درمانی تازه‌ی را در زندان و پیش از آزادی شروع کنند.

رازداری - ضرورت دارد که دارو درمانی در رازداری کامل به اجرا درآید (نگاه کنید به [فصل دوم](#)). در شماری از زندان‌ها، اصول رازداری با گنجاندن همه‌ی زندانیان یک بند در برنامه‌های دارو درمانی یا همراه با گنجاندن داروهای مورد نظر در میان داروهای دیگر مصرفی زندانی پیش برده می‌شود.

مصرف تحت نظر: مصرف دارو می‌بایست تحت نظر صورت گیرد تا اطمینان حاصل شود که:

- دارو به درستی خورده می‌شود؛
- دارو خورده می‌شود و نه آن که، برای نمونه پنهان یا نگه داشته می‌شود تا بعداً به زندانی دیگری داده شود و (یا) در درون زندان وارد بازار غیر قانونی شود.

مسائل امنیتی - در جایی که زندانیان به عنوان 'بیماران سرپایی' خدمات دارو درمانی دریافت می‌کنند، لازم است معیارهای امنیتی مناسبی برقرار باشد، برای نمونه زمانی که وارد کانون‌های خدمات درمانی می‌شوند یا از آن خارج می‌شوند مورد بازرسی قرار گیرند. رعایت چنین معیارهایی هم برای زندان و هم برای زندانی مهم است و بخشی از مسئولیت زندان است برای پیشگیری از جریان قاچاق مواد و می‌تواند به زندانیان یاری برساند تا در برابر فشار زندانیان دیگر برای قاچاق مواد به داخل زندان اصلی مقاومت کنند.

نمونه‌ی فرانسه: برنامه‌های بوپرنورفین

از سال ۱۹۹۶، بوپرنورفین داروی انتخابی برای درمان نگه‌دارنده‌ی مواد افیونی در فرانسه بوده است.

بوپرنورفین زمانی که به شکل خوراکی تجویز می‌شود به آسانی جذب نمی‌گردد و معمولاً آن را به شکل زیر زبانی استفاده می‌کنند. البته به این ترتیب احتمال مصرف بیش‌از اندازه‌ی آن کم‌تر است، دوام طولانی‌تری دارد و بنابراین نسبت به متادون با تناوب کم-تری می‌توان آن را تجویز کرد، برای نمونه چند روز یک بار. نظارت دقیق بر مصرف بوپرنورفین (که پیش از آن که زیر زبان حل شود، ده دقیقه به درازا می‌کشد) طولانی‌تر از نظارت بر مصرف متادون است.

کنترل و نظارت زندانی با پرستار است (Stoever H, Hennebel L, Casselman J, 2004). زمانی که شمار زیادی از زندانیان در حال مصرف بوپرنورفین اند، لازم است برای نظارت موثر از تعداد بیش‌تری از متخصصان درمانی بهره گرفت. این امر ایجاب می‌کند که بدانیم، با وجود شرایط خدمات درمانی که منابع آن محدود و زمان عامل مهمی در ارائه‌ی این خدمات به شمار می‌آید، چه‌گونه باید در تجویز این دارو برای کسانی که محتاج آن اند تعادل برقرار کرد. در فرانسه، به این مشکل به این ترتیب پرداخته‌اند که میزان مصرف چندین روز را در اختیار زندانیان مورد اعتماد قرار می‌دهند.

آیین‌نامه‌ها - لازم است آیین‌نامه‌های روشنی میان بخش‌های زندان به رسمیت شناخته شود. همه‌ی پرسنل مربوط می‌بایست از معیارها و دستور عمل‌های موجود برای پذیرش در برنامه‌های دارو درمانی آگاه باشند.

قراردادها^{۳۶} - لازم است قراردادهایی تنظیم شود که جزئیات مسئولیت‌ها و انتظارات هم زندانیان و هم کارکنان خدمات درمانی را در مدت درمان تشریح کند. زندانیان می‌بایست از پی‌آمدهای بالقوه‌ی هر تخلفی از قرارداد را بدانند.

می‌توان و باید روش‌های مطلوبی که بیرون از زندان در اجتماع به کار بسته می‌شود در محدوده‌ی زندان‌ها نیز به کار برد، برای نمونه «سوءمصرف مواد و وابستگی: دستور عمل درباره‌ی مدیریت پزشکی» (انگلستان).^{۳۷}

برنامه‌های کاهش خطر

می‌توان از نمونه‌ی برنامه‌های سوزن و سرنگ و نیز مواد ضد‌عفونی که در این بخش آمده است در مورد دیگر وسایل مصرف مواد، در جایی که احتمال سرایت بیماری‌های عفونی مانند هپاتیت C از راه بزاق در لوله‌های آزمایش یا خون در وسایل دود و دم است، به کار برد.

برای آگاهی از اطلاعات و راهنمایی بیش‌تر درباره‌ی ویروس هپاتیت C به منابع زیر نگاه کنید.^{۳۸}

^{۳۶} به این قراردادها بسته‌های فشرده‌ی درمانی نیز می‌گویند.

^{۳۷} <http://www.dh.gov.uk/publications>

^{۳۸} برای دستور عمل پزشکی:

http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/conditions/ind/0921/0921_guidelines.jsp

برای تشخیص:

http://nhshepfaceit.pepperio.net/Assets/Downloadablefile/hep_c_quick_ref_guide_for_primary_care.pdf

برای اطلاعات:

در سطح بین‌المللی درصد چشم‌گیری از کسانی که در زندان مواد مصرف می‌کنند، از راه تزریق است. چون عموماً عرضه‌ی سوزن و سرنگ در زندان اندک است، احتمال دارد که بسیاری از زندانیان وسایل تزریق‌شان را با شماری از زندانیان دیگر شریک شوند. استفاده‌ی مشترک از وسایل تزریق مواد عامل خطرآفرین بسیار مهمی در سرایت ویروس‌های منتقل‌شونده از راه خون به شمار می‌آید. این خطر با در نظر گرفتن این حقیقت شدت می‌یابد که تمیز کردن وسایل تزریق در زندان دشوار است. ضرورت کلی 'پنهان نگاه داشتن'، در رفتن از تجسس کارکنان زندان، و در دسترس نبودن سفیدکننده‌ی کلردار قوی نیز در این قضیه سهم دارد. موضوع شیوع عفونت اچ‌آی‌وی در زندان در ارتباط با مصرف تزریقی مواد به خوبی ثبت و ضبط شده است (Choopanya K. et al. 2002; Taylor A., et al. 1995; ³⁹).

استفاده‌ی دوباره از و نیز استفاده‌ی نامناسب از سوزن هم‌چنین عامل خطرآفرین بسیار مهمی در مسایل مربوط به تزریق است مانند زخم‌ها و تشکیل لخته‌ی خون در عروق و قلب که برای سلامتی فرد مشکلاتی ایجاد می‌کند.

تامین دسترسی به وسایل تزریق بهداشتی برای مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و تشویق آن‌ها به استفاده از آن وسایل از مولفه‌های اصلی برنامه‌های پیشگیری از اچ‌آی‌وی/ایدز است و می‌بایستی آن را در حکم‌بخشی از راهبردهای فراگیر و جامع برای کاهش تقاضای مواد غیر قانونی در نظر گرفت. تامین این وسایل به مدد رویکردهای بسیار متنوعی میسر است که زیر عنوان برنامه‌های سوزن و سرنگ دسته‌بندی می‌شوند که هدف‌شان آن است که مصرف‌کنندگان مواد وسایل تزریقی بهداشتی خودشان را داشته باشند و آن‌ها را در اختیار دیگران نگذارند، زمان گردش سوزن‌ها و سرنگ‌های مصرفی کاهش یابد، و وسایل مصرف شده به دقت دور ریخته شوند.

Source: WHO/UNAIDS/UNODC (2004) *Policy Brief: Provision of Sterile Injecting Equipment to Reduce HIV Transmission* Geneva, Switzerland. ⁴⁰

در کشورهایی که سوزن و سرنگ تمیز در اختیار مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در اجتماع [بیرون از زندان] می‌گذارند، می‌باید تمهیداتی در نظر گرفته شود که وسایل تزریق تمیز در دوران حبس و نیز پس از آزادی از زندان برای کسانی که چنین درخواستی دارند تامین گردد.

Source: WHO (1993), *Guidelines on HIV Infections and AIDS in Prisons*. ⁴¹

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/>

³⁹ از جمله، موردهای مربوط به تایلند، اسکاتلند و لیتوانی. برای نمونه نگاه کنید به:

Choopanya K., Des Jarlais D.C., Vanichseni S., Kitayaporn D., Mock P.A., Raktham S., Hireanras K., Heyward W.L., Sujarita S, Mastro T.D (2002), *Incarceration and risk for HIV infections among injecting drug users in Bangkok*, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 29, 86-94; Taylor A., Goldberg D., Emslie J., Wrench J., Gruer L, Cameron S., Black J., Davis B., Mc Gregor J., Follet E., Harvey J., Basson J., McGavigan J., (1995) *Outbreak of HIV infections in a Scottish Prison*, British Medical Journal, 310, 289-292.

⁴⁰ <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/provisionofsterileen.pdf>

⁴¹ http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_GPA_DIR_93.3.pdf

برنامه‌های سوزن و سرنگ (NSP)

برنامه‌های سوزن و سرنگ از موثرترین و کارآمدترین شیوه‌های کاهش سرایت ویروس‌های منتقل شونده از راه خون و به حداقل رساندن ضرر و زیانی است که بر فرد مصرف‌کننده مواد وارد می‌آید. (Lines, R et al., 2006).

برنامه‌های سوزن و سرنگ با موفقیت در زندان‌های کشورهایمانند ارمنستان، استرلیا، بلاروس، کانادا، ایران، قرقیزستان، لوکزامبورگ، جمهوری مولداوی، اسکاتلند (انگلستان)، اسپانیا و سوییس به اجرا درآمده است.

این برنامه‌ها را می‌بایست به منزله‌ی بخشی از یک راهبرد جامع به اجرا درآورد. چنین طرح‌ها و نقشه‌هایی بیش از آن که مصرف مواد را ترویج کند، در حکم‌ابزاری است برای درگیر کردن مصرف‌کنندگان تزریقی مواد. NSP مصرف‌کنندگان مواد را برمی‌انگیزاند و دسترسی آن‌ها را به استفاده از خدمات دیگر به پیش می‌راند و در عین حال از رفتارهای ایمن تر آن‌ها پشتیبانی می‌کند و از مخاطره‌هایی که در سر راه فرد زندانی، هم‌بندی‌های او، کارکنان زندان و اجتماع وسیع تر قرار دارد، می‌کاهد.

ضرورت دارد که گذشته از سوزن‌های تمیز، پارچه‌های آغشته به الکل، صافی، سرنگ‌های بهداشتی و دیگر وسایلی که در سطح بین‌المللی توصیه شده‌اند نیز تامین گردد.

نمونه‌ی اسپانیا

برنامه‌های سوزن و سرنگ، نخستین بار، در سال ۱۹۹۸/۹ در اسپانیا عرضه شد. بنا بر «راهنمای عمل وزارت کشور و وزارت بهداشت و امور مصرف‌کنندگان برای اجرای برنامه‌های سوزن و سرنگ» (۲۰۰۲)، اجرای چنین برنامه‌هایی نه تنها میزان مخاطره‌ها را در زندان افزایش نمی‌دهد بلکه کاهش می‌دهد. سرنگ‌های غیر قانونی (که معمولاً پنهان و بدون داشتن پوشش نگاه داشته می‌شوند) با سرنگ‌های NSP که دارای پوشش حفاظتی سفت و محکمی اند، تعویض می‌شوند. در صورت بروز حادثه، احتمال استفاده از سرنگی که پیش از آن مصرف شده ضعیف است زیرا زندانی به احتمال بسیار زیاد سرنگ خود را با یک سرنگ تازه عوض کرده است؛ و در صورتی که سرنگ مورد استفاده قرار گیرد، احتمال استفاده‌ی مشترک از آن ضعیف‌تر است و بنابراین از احتمال عفونی شدن کاسته می‌شود. هم‌چنین شناسایی مصرف‌کننده و از این رو انجام دادن اقدام‌های پیشگیرانه، در صورت لزوم، آسان‌تر است. از تجربه‌های کشور اسپانیا مدارک و شواهدی در دست نیست که نشان دهد اجرای NSP به افزایش مصرف مواد انجامیده است. تامین برنامه‌های سوزن و سرنگ سبب کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز تزریقی شده است و در حکم «دروازه‌یی عمل کرده است تا گزینه‌های دیگر درمان مواد مورد توجه قرار گیرد. در سال ۲۰۰۵، برنامه‌های سوزن و سرنگ در ۳۳ زندان اسپانیا در دسترس بود.

از الگوهای گوناگونی برای اجرای برنامه‌های سوزن و سرنگ در زندان بهره گرفته‌اند، از جمله در اختیار گذاشتن:

- پرستار، پزشک و (یا) کارکنان خدمات پزشکی زندان بر پایه‌ی یک-به-یک (دست-به-دست)؛
- دستگاه‌های خودکار تامین سرنگ؛
- زندانیانی که برای امداد رسانی به گروه‌های همگن/هم‌سان تربیت شده‌اند؛

■ کارکنان سازمان‌های غیر دولتی بیرون از زندان تا در زندان کار کنند.

برای طراحی و تنظیم الگوی NSP لازم است عامل‌های زیر را در نظر گرفت:

دسترس‌پذیری - این امکانات می‌باید در زمان‌های مناسب در دسترس باشند. از آن جا که مصرف مواد اغلب در شب اتفاق می‌افتد، برنامه‌ی سوزن و سرنگی که تنها در طی روز (برای نمونه از طریق خدمات پزشکی) به اجرا درآید چه بسا نتواند نیازهای اکثریت زندانیان را برآورد. هم‌چنین اگر این برنامه را زندان یا کارکنان خدمات پزشکی اجرا می‌کنند چه بسا لازم باشد مسایلی مربوط به رازداری و اعتماد پیش بیاید (نگاه کنید به مطلبی که در این باره در پایین آمده است). دستگاه‌های خودکار تامین‌کننده‌ی سرنگ دسترس‌پذیری را تا بیش‌ترین درجه تامین می‌کند - با آن که قیمت دستگاه‌ها می‌تواند عامل بازدارنده‌ی بی باشد. اگر برای چنین دستگاه‌هایی مشکلات فنی پیش بیاید یا دسترسی به آن اغلب نامیسر باشد، چه بسا بر اطمینان زندانی به این طرح اثر بگذارد. امدادسانی گروه‌های همگن/هم‌سان طرح و نقشه‌ی است که به آسانی دسترس‌پذیری را تامین می‌کند. شناسایی زندانیان مناسبی برای پذیرفتن این نقش مستلزم رعایت دقیق پاره‌ی ملاحظه‌ها و نیز نظارت بر این کار است تا چنین برنامه‌هایی با سوءرفتار و فعالیت دارودسته‌ها و دیگر مسایل به خطر نیفتند. هم‌چنین آموزش، پشتیبانی و نظارت بر کار امدادسازان همگن/هم‌سان ضرورت دارد.

نمونه‌ی قرقیزستان

در سال ۲۰۰۲، برنامه‌ی آزمایشی به اجرا درآمد که به مدد کارکنان بخش پزشکی زندان و در جاهایی که نگهبانان نتوانند ببینند وسایل تزریقی در اختیار قرار می‌گرفت. هم‌چنین در سطح جزئی‌تری نیز، به مدد برنامه‌ی تعویض سرنگ از سوی گروه همگن/هم‌سان، این کار صورت می‌گرفت. به زندانیانی که چنین نقشی را پذیرفته بودند آموزش‌های لازم داده شد. این برنامه‌ی آزمایشی چنین نتیجه گرفت که هر دو روش تعویض سرنگ ضروری بودند.

در سال ۲۰۰۴ برنامه‌ی سوزن و سرنگ در ۱۱ زندان به اجرا در می‌آمد.

آگاهی - اجرای موثر برنامه وابسته است به این که مطمئن باشیم کارکنان زندان و زندانیان از چنین طرح و نقشه‌ی باخبر باشند و بدانند مقصود از اجرای آن چیست، چه طور به اجرا در خواهد آمد و انتظارات کارکنان و نیز زندانیان از این برنامه از چه قرار است. تمام زندانیان و کارکنان زندان باید از آن چه درباره‌ی رازداری انتظار می‌رود، آگاه باشند.

امنیت - جلب پشتیبانی کارکنان زندان برای چنین طرح و نقشه‌هایی در زندان‌هایی آسان‌تر می‌نماید که در آن‌ها درجه‌ی کنترل بر دسترسی زندانیان به سرنگ وجود داشته باشد. لازم است این کنترل را با هدف‌های گسترده‌تر برنامه‌های سوزن و سرنگ متناسب کرد. پخش سرنگ از طریق گروه همگن/هم‌سان یا دستگاه‌های خودکار میزان سرنگی را که در اختیار زندانی می‌تواند قرار گیرد افزایش می‌دهد. اگر وسایل تزریق به سادگی در دسترس باشد، آن گاه نیازی نیست که زندانی برای تامین سوزن وارد معامله شود. به خلاف نگرانی‌های نخستین، هیچ شاهد و مدرکی نیست که نشان دهد از سوزن‌هایی که با اجرای NSP در اختیار زندانیان قرار گرفته است به مثابه‌ی سلاح استفاده شود (Lines, R et al 2006). لازم است از زندانیان خواسته شود تا وسایل تزریقی خود را در جای مقرر نگه دارند و این مکان برای بازرسی در دسترس کارکنان زندان باشد. در جایی که برنامه‌های سوزن و سرنگ اجرا می‌شود نیازی نیست تا زندانیان بکوشند وسایل تزریقی‌شان را پنهان کنند.

رازداری- به عنوان اصلی کلی زندانیان می‌بایست بتوانند بی‌آن که بر زندانیان دیگر یا کارکنان زندان آشکار شود که مواد مصرف می‌کنند [به محل‌های مقرر] سر بزنند و سرنگ‌هاشان را [با سرنگ‌های تازه] جایگزین کنند. طرح‌های گروه‌همگن/هم‌سان می‌توان به اجرا درآورد بی‌آن که کارکنان زندان از نام زندانیانی که از آن خدمات استفاده می‌کنند باخبر شوند. لازم است دستگاه‌های خودکار تامین‌کننده‌ی سرنگ در جاهای جداگانه‌ی نصب شود که لزوماً نشود کسانی را که از این امکانات استفاده می‌کنند، به چشم دید. طرح‌ها و نقشه‌هایی که در زندان اداره می‌شود و در یک محدوده‌ی استاندارد خدمات درمانی با زندانیانی که گاه به گاه به این خدمات دسترسی دارند، به اجرا در می‌آید- آن هم وقتی که همراه با عرضه‌ی خدمات پزشکی و قرارهای ملاقات با کارکنان درمانی در اختیار زندانیان گذاشته می‌شود- هم‌چنین از رعایت اصول رازداری حمایت می‌کنند.

مدارک و شواهد و تجربه‌ی بین‌المللی

«شبکه‌ی قانونی اچ‌آی‌وی/ایدز کانادا» در پژوهش خود زیر عنوان 'کاهش آسیب در زندان‌ها و ندامت‌گاه‌ها: تجربه‌ی بین‌المللی' برنامه‌های سوزن و سرنگ را در کشورهای مولداوی، سوییس، آلمان، اسپانیا، قرقیزستان و بلاروس مورد بررسی قرار داد و دریافت که چنین برنامه‌هایی می‌توانند هم در شرایطی در زندان‌ها اجرا شوند (و در واقع به همین صورت به اجرا در می‌آیند) که نظام زندان‌ها از نظر مالی به خوبی تامین‌شان کرده است و هم در شرایطی که نظام زندان‌ها بودجه‌ی کافی در اختیار نداشته است، منظور نظام‌های زندان‌های غیر نظامی و نیز زندان‌های نظامی و نیز نهادهایی با ترتیبات فیزیکی بسیار متفاوت برای جا دادن زندان‌ها- از سلول‌های انفرادی گرفته تا سربازخانه‌هایی که ۸۰ تا ۱۰۰ نفر را در خود جا می‌دهد. برنامه‌های سوزن و سرنگ در سربازخانه‌ها برای زندانیان زن و مرد، برای تمام مواردی که زیر عنوان امنیتی طبقه‌بندی شده‌اند، و به تعداد همه‌ی جمعیت مورد نظر اجرا می‌شود.

همه‌ی ارزش‌یابی‌ها نشان می‌دهد که نتیجه‌های مثبت یک پارچه‌ی درباره‌ی سلامت زندانیان به دست آمده است:

- در زندان‌هایی که برنامه‌های سوزن و سرنگ موجود بوده است، استفاده‌ی مشترک از وسایل تزریق به شدت کاهش یافته است؛
- در پنج زندانی که ارزش‌یابی، از جمله آزمایش خون، صورت گرفت هیچ مورد تازه‌ی از اچ‌آی‌وی یا عفونت‌های مربوط به هپاتیت C دیده نشد؛
- مصرف بیش از اندازه‌ی هروئین، خواه به مرگ بیانجامد خواه نیانجامد، کاهش یافته است؛
- میزان بروز آبسه/دُمَل و دیگر عفونت‌های مربوط به تزریق کم شده است؛
- برنامه‌ی سوزن و سرنگ در ارجاع زندانی به برنامه‌های درمان تسهیلات فراهم آورده است.

از این گذشته، در هیچ یک از زندان‌ها هیچ گونه تاثیر منفی در ایمنی و امنیت زندان دیده نشده است. در زندان‌هایی که برنامه‌ی سوزن و سرنگ به اجرا درآمد از سوزن‌ها به عنوان سلاح در زندان استفاده نشده است و هیچ افزایشی در مصرف مواد و تزریق گزارش نشده است. این یافته‌ها با نتیجه‌های ارزش‌یابی‌هایی که از برنامه‌های سوزن و سرنگ در اجتماع [بیرون از زندان]

انجام شده است، خوانایی دارد.

در این میان، پشتیبانی مدیریت زندان و کارکنان آن اهمیت خطیری دارد. در این زندان‌ها، زندانیان و کارکنان آن‌ها اظهار می‌کنند که چنین برنامه‌هایی در واقع بر میزان امنیت آن‌ها افزوده است.

Source: Canadian HIV/AIDS Legal Network (second ed. 2006) *Prison Needle Exchange: Lessons from a Comprehensive Review of International Evidence and Experience*.⁴²

پخش مواد پاک کننده/ضد عفونی کننده

«دستور عمل‌های سازمان جهانی بهداشت درباره‌ی عفونت‌های اچ‌آی‌وی/ایدز در زندان» توصیه می‌کند که لازم است مواد پاک کننده/ضد عفونی کننده در زندان‌هایی، جایی که تزریق مواد، خال‌کوبی و سوراخ کردن بدن رواج دارد، در اختیار گذاشته شود (WHO, 1993). پخش مواد پاک کننده/ضد عفونی کننده در کاهش خطر سرایت اچ‌آی‌وی و هپاتیت اهمیت دارد.

با این همه، این امر تنها راهبردی مکمل برای برنامه سوزن و سرنگ به شمار می‌آید زیرا ممکن است تاثیر سفیدکننده‌ی کلردار به عنوان ماده‌ی پاک کننده در محدوده‌ی زندان کم باشد- به این دلیل که دسترسی به ماده‌ی سفیدکننده‌ی کلردار محدود است، زمان لازم برای آن که وسایل را به خوبی تمیز کرد و نوع وسایل تزریقی که در زندان از آن‌ها استفاده می‌شود (اغلب دست‌ساز اند، برای نمونه با جای محفظه‌ی خودکارهای قلمی ساخته می‌شوند) ضد عفونی کردن درست آن‌ها را دشوار می‌سازد (Taylor A, Goldberg D, 1996). در جاهایی که دسترسی به ماده‌ی سفیدکننده‌ی کلردار وجود دارد، می‌باید نوع آن از همه ماده‌ی قوی مورد مصرف در خانه‌ها باشد.

شماری از بخش‌های خدماتی زندان‌ها ماده‌ی سفیدکننده‌ی کلردار و نیز مواد ضد عفونی کننده بر پایه‌ی یدوفور را پخش می‌کنند. نگرانی‌های پیش آمده است بر این مبنا که در دسترس بودن چنین مواد ضد عفونی کننده‌ی نه تنها به منزله‌ی نادیده انگاشتن مصرف مواد و (یا) فعالیت‌های غیر قانونی در زندان است بلکه چه بسا کسانی را هم که مواد مصرف نمی‌کنند برانگیزاند که مواد و/یا تزریق مواد را تجربه کنند و نیز خطرهای امنیتی ایجاد کنند. در عمل چنین ترس‌هایی بازتاب نداشته است، برای نمونه در زندان‌های کانادا ماده‌ی سفیدکننده‌ی کلردار را در دسترس قرار داده‌اند، بی‌آن که امنیت تهدید شود.

نمونه‌ی انگلستان

«زندان اچ ام شروزبری»⁴³

قرص‌های ضد عفونی کننده را برای مصارف همه منظوره در اختیار کل زندان گذاشتند، با تکیه بر این نکته که از قرص‌ها برای تمیز کردن وسایل به طور کلی استفاده شود. این نکته را یکی از عامل‌های اصلی برای موفقیت طرح آزمایشی می‌شمردند. از این گذشته، نمایندگانی از تمام زندان در گسترش طرح شرکت داشتند. کمیته‌ی راهبردی چند رشته‌ی، متشکل از فرماندار، نمایندگان از انجمن خدمات درمانی و کارکنان زندان و کسانی که درباره‌ی مواد کار می‌کنند ایجاد هماهنگی و اجرای طرح را بر عهده داشتند.

⁴² <http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocEN.php?ref=184>

⁴³ Prison Health Newsletter, Issue 25- Spring 2007.

همراه با تامین مواد ضد عفونی کننده، اطلاعات نیز می‌بایست در اختیار گذاشته شود (برای نمونه، از راه انتشار و پخش جزوه، برگزاری کارگاه و دیگر). با آن که مواد ضد عفونی کننده ممکن است انتقال اچ‌آی‌وی و ویروس هپاتیت C را کاهش دهند اما صد در صد موثر نیستند. از این رو اجرای برنامه‌های سوزن و سرنگ توصیه می‌شود و می‌بایست رفتارها و فعالیت‌های ایمن تر را جدا تشویق کرد.

پخش کاندوم

هر چند به طور سنتی تاکید بر کاهش خطر در ارتباط با استفاده‌ی مشترک از وسایل تزریقی مصرف کنندگان مواد بوده است، اما آن‌ها هم‌چنین در فعالیت‌های جنسی درگیر اند که به این موضوع نیز باید پرداخت.

لازم است کاندوم را در اختیار گذاشت، به طوری که همه‌ی زندانیان به راحتی و به طور رایگان به آن دسترسی داشته باشند. زمان دسترسی از این قرار است:

- در سراسر مدت حبس؛
- در شرایط آزادی موقتی؛
- پس از آزادی از زندان.

نمونه‌ی افریقای جنوبی

«مرکز اصلاح و تربیت باکسبرگ» در بیرون از شهر ژوهانسبرگ به «سازمان اچ‌آی‌وی/ایدز تمبا» اجازه داد تا به عنوان بخشی از برنامه‌ی خود کاندوم در زندان پخش کند.^{۴۴} مداخله‌ی «تمبا» هم‌چنین دربرگیرنده‌ی آموزشی بود که ضمن آن شرکت‌کنندگان در دوره استفاده‌ی درست از کاندوم مردانه را تمرین می‌کردند. این گونه مداخله‌ها نتیجه‌های آشکاری داشت و انتقال اچ‌آی‌وی و عفونت‌های دیگری را که از راه جنسی سرایت می‌یابد، کاهش داد (UNAIDS, 2006).

با آن که این مسایل در حکم محرمات اجتماعی و فرهنگی است، اما اهمیت دارد که اذعان کنیم رابطه‌ی جنسی میان زندانیان در زندان‌ها وجود دارد. در بسیاری از کشورها، رابطه‌ی جنسی میان زندانیان بر خلاف قانون‌های زندان است و در بعضی کشورهای داشتن رابطه‌ی جنسی میان دو هم‌جنس غیر قانونی است.

در ایران و در شماری از کشورهای آسیای مرکزی برای همسران اتاق‌های ملاقات جداگانه تدارک می‌شود (که به ملاقات‌های زناشویی شهرت دارد). میزان زیادی کاندوم در این اتاق‌ها موجود است و معمولاً کنترل امنیتی‌یی در کار نیست که از بردن کاندوم‌های مصرف نشده به درون زندان اصلی جلوگیری کند.

^{۴۴} برگرفته از بررسی «برنامه‌ی ترکیبی جوانان خلاف کار»:

<http://www.csvr.org.za/index.php/publications/1537-a-review-of-the-integrated-youth-offender-programme-piloted-in-boksburg-juvenile-correctional-centre-with-the-qinkanyezi-yentathakusaq.html>

برنامه‌های روانی اجتماعی

به منظور استفاده در این بخش از برنامه‌های روانی اجتماعی تعریف زیر به دست داده می‌شود:

مداخله‌های روانی اجتماعی عبارت اند از هر مداخله‌ی رسمی و از نظر روان‌شناختی یا اجتماعی سازمان‌یافته که در برگیرنده‌ی فرآیند ارزیابی وضعیت فرد باشد، طرح و نقشه‌ی درمان و نیز هدف از درمان به روشنی مشخص باشد، و به طور منظم مورد بازبینی قرار گیرد (NTA, 2006) که این امور متفاوت است با نصیحت کردن و در اختیار گذاشتن اطلاعات، پشتیبانی گذری یا مددکاری غیر رسمی.

Source: National Collaborating Centre for Mental Health (2007) National Clinical Practice Guideline Number 51: Drug Misuse Psychosocial Interventions.⁴⁵

اگر امکان آن وجود داشته باشد، می‌باید، با در نظر گرفتن وضعیت فرد^{۴۶}، درگیر کردن خانواده و افراد مهم دیگر^{۴۷} در همه‌ی درمان‌های روانی اجتماعی را برای به حداکثر رساندن نتیجه‌های فوری و نیز تقویت احتمال تغییر دراز مدت اساسی و ضروری دانست. در بسیاری کشورها ایجاب می‌کند که برنامه‌های مربوط به رفتار خلاف کارانه، از جمله برنامه‌هایی که کاهش وابستگی به مواد را نشانه می‌گیرد، از سوی هیئت رسمی خدمات اصلاحی و تربیتی در سطح ملی مجوز بگیرد. شیوه‌ی کار مبتنی بر مدارک و شواهد و نیز استانداردهای کیفی برای به دست آوردن نتیجه‌های موثر ضروری اند (UNODC, 2008).

کار گروهی سازمان‌یافته

کار گروهی سازمان‌یافته معمولاً بر مسایل 'پیش' و 'پس' از درمان تکیه می‌کند. از این رو، ممکن است جلسه‌هایی در زندان اصلی یا در تاسیساتی مانند بندهای پاک از مواد مخدر تدارک دیده شود. این جلسه‌ها هم‌چنین می‌توانند کارکردی مانند خدمات جداگانه و مستقل داشته باشند.

مداخله‌های مربوط به کار گروهی سازمان‌یافته، برای نمونه، ممکن است موردهای زیر را در بر بگیرد:

- تقویت انگیزه - معمولاً به مدد مصاحبه‌ی انگیزشی این امر صورت می‌گیرد، به این ترتیب که که مددکار از سطح انگیزه‌ی مددجو یک ارزیابی به دست می‌آورد و اقدام یا مداخله‌ی مناسبی را برای حمایت از تغییر مثبت در رفتار زندانی را انجام می‌دهد. پیش از درمان، این فرآیند می‌تواند آمادگی مددجو را برای ایجاد تغییر افزایش دهد. پس از درمان، این گفت‌وگوها می‌تواند دستاوردهای درمان را تقویت کند و برای پایداری تغییرات پس از آزادی از زندان انگیزه ایجاد کند؛

⁴⁵ <http://NICE.org.uk>

^{۴۶} در جایی که خانواده‌ها و افراد مهم دیگر در فعالیت‌های ضد اجتماعی/خلاف‌خواهانه و مصرف مواد درگیر اند یا آن که مرتکب سوءاستفاده و خشونت می‌شوند، ممکن است پشتیبانی اجتماعی دیگری نیاز باشد. زمانی که زندانی گناهکار باشد، درگیر کردن اولیه‌ی خانواده/افراد مهم دیگر ممکن است بسیار دشوار باشد.

■ پیشگیری از عود- این امر عنصری ضروری هر گونه درمان وابستگی به مواد است. در این جا تاکید بر آموزش مصرف-کنندگان مواد است تا بتوانند یک رشته مهارت به دست بیاورند که در شناسایی، پیش‌بینی، دوری جستن یا رو در رو شده با موقعیت‌های پرمخاطره و نیز عامل‌های عود کمک‌شان کند. اجزای تشکیل‌دهنده‌ی این آموزش دربرگیرنده‌ی مدیریت امیال، پیشگیری از این که 'لغزش' به 'عود' بدل شود، تمرین مهارت و تهیه‌ی برنامه‌ی مدیریت/پیشگیری از عود، شناسایی و آغاز به انجام دادن فعالیت‌های مثبت جایگزین، رویارویی با فشار روحی، و تشویق مصرف‌کنندگان مواد تا به ارزش خودشان باور پیدا کنند؛

■ پیش از آزادی از زندان- با توجه به احتمال زیاد عود و مصرف بیش از اندازه، برنامه‌ریزی و کسب آمادگی برای آزادی از زندان، به ویژه برای زندانیانی که دارای وابستگی به مواد اند، اهمیت دارد (نگاه کنید به [فصل چهارم: مراقبت پیوسته و مراقبت پس از درمان](#)). فرآیند کار با زندانی در این مرحله ممکن است این موردها را در بر بگیرد: دریافت منزلت پاک بودن از مواد پس از آزادی از زندان، کسب آگاهی/جلوگیری از مصرف بیش از اندازه و اطلاع یافتن از یک رشته خدمات اجتماعی موجود و این که چه گونه به آن خدمات دست پیدا کنند.

خدمات مشاوره و روان‌درمانی

خدمات مشاوره و روان‌درمانی را می‌توان به طور جداگانه و مستقل تدارک دید یا همراه با مداخله‌هایی دیگر.

از 'مشاوره' عموماً برای توصیف یک رشته مداخله با رویکردهای درمانی متفاوت بهره می‌گیرند. لازم است میان 'مشاوره' و کاربرد 'مهارت‌های مربوط به مشاوره' در فعالیت‌های جداگانه تمایز قایل شد، برای نمونه در:

■ مددکاری رسمی و پشتیبانی- این امر بدین معناست که در ارتباط با وابستگی به مواد، مددکاری برگزیده می‌شود تا به زندانی به طور انفرادی کمک کند (این شخص می‌تواند از کارکنان زندان، بخش خدمات درمانی یا سازمان غیر دولتی باشد)؛

■ مشاوره‌ی مراقبت برنامه‌ریزی شده- زمانی که این مشاوره همراه با ارزیابی، طرح و نقشه‌ی درمان/مراقبت و نیز بازبینی منظم نقشه‌ی درمان صورت گیرد، بدین معناست که مشاوره‌ی سازمان‌یافته انجام شده است. مشاوره‌ی مراقبت برنامه‌ریزی شده را می‌توان به مدد یک رشته شیوه‌های درمانی از جمله مصاحبه‌ی انگیزشی، رفتاری شناختی، شخص محور، گشتالت، روانی‌پویایی یا رویکرد تسهیل‌گری ۱۲گامی.^{۴۷}

مشاوره‌ی رسمی را تنها می‌بایست مشاوران به درستی با تجربه‌ی تامین کنند. بسیاری از مردم وابسته به مواد دچار ضربه‌های روحی شده‌اند (برای نمونه در کودکی مورد سوءاستفاده قرار گرفته‌اند یا در جنگ بوده‌اند یا به آن‌ها تجاوز شده است یا مورد خشونت قرار گرفته‌اند). چه بسا مصرف مواد به یک 'مکانیسم سازش' برای رویارویی با ضربه‌ی روحی بدل شده باشد. هم‌چنین اغلب از اختلال ناشی از فشار دوران پس از ضربه‌ی روحی و خود آزاررسانی گزارش‌هایی می‌دهند. زمانی که جنبه‌های جسمی وابستگی به مواد درمان می‌شود، می‌بایست به جنبه‌های روان‌شناختی آن نیز پرداخت. لازم می‌آید به بعضی از زندانیان در همان نخستین مرحله‌های درمان خدمات مشاوره‌ی روان‌درمانی ارائه داد تا آن‌ها را برانگیزاند که از خدمات دیگر نیز استفاده کنند.

⁴⁷ NTA (2003) *Service Specification Tier 3: Care Planned Counseling* (<http://www.nta.nhs.uk>).

زمانی که خدمات مشاوره‌ی و روان‌درمانی تدارک دیده می‌شود می‌بایست دقت کرد که چه رویکرد درمانی را پیش گرفت و به چه موضوع‌هایی پرداخت. معمولاً زندانیان به همان شبکه‌ها و ساختارهای حمایتی که در بیرون از زندان در اجتماع موجود است دسترسی نخواهند داشت. چه بسا دوره‌های زمانی زیادی را در سلول خود درجس بمانند، شاید میزان تحرک‌شان محدود باشد یا خدماتی مانند تلفن و حمایت‌های دیگر در دسترس‌شان نباشد.

ملاحظه‌های دیگر به قرار زیر است:

- دسترس‌پذیری و احتمال تکرار جلسه‌ها؛
- رازداری، از جمله موجود بودن 'فضای مشاوره‌ی' مناسب و مقتضیات مربوط به سیاست و خط‌مشی زندان، برای نمونه این مقتضیات ممکن است در عرضه‌ی خدمات محدودیت ایجاد کند؛
- آشنایی مشاور/درمان‌گر با 'زندان' و 'تجربه‌ی زندان'؛
- احتمال انتقال زندانی به زندان دیگر یا آزادی وی پیش از به پایان رسیدن کار.

مشاوره/روان‌درمانی عمیق و طولانی‌مدت به ندرت برای محدوده‌ی زندان مناسب می‌نماید، به استثنای زندان‌هایی با هدف درمانی ویژه، به این معنا که تمرکز اصلی زندان بر تامین چنین خدماتی باشد.

برنامه‌های اقامتی درمان وابستگی به مواد

برنامه‌های درمان مواد پرهیزمدار بیش از ۲۰ سال است که در زندان‌های به اجرا در آمده است. این برنامه‌ها در محدوده‌ی محیطی ایمن و پاک از مواد به مدد کار انفرادی و گروهی خدمات درمانی خود را به زندانیان عرضه می‌کنند. کمک‌های اضافی را هم‌بندی‌ها و کارکنان زندان نیز می‌توانند در اختیار بگذارند. چنین بندهایی مشابه برنامه‌های مرکزهای اقامتی [در بیرون از زندان] در اجتماع عمل می‌کند. انواع گوناگون درمان ممکن است عرضه شود، از جمله رفتاری شناختی و تسهیل‌گری ۱۲ گامی.

- درمان رفتاری شناختی اقامتی - در این نوع درمان، تکیه بر مداخله‌های روان‌شناختی سازمان‌یافته است که از الگویی شناختی از سوء‌مصرف مواد برگرفته می‌شود. در چنین حالتی تاکید بر آن رشد مهارت‌هایی در فرد است که بتواند به مدد آن‌ها خود را از مواد پاک نگه دارد. به زندانیان یک رشته روش‌های شناختی و رفتاری یاد داده می‌شود تا خود را از مواد پاک نگه دارند، مهارت‌های تازه‌ی بیابند و نوع زندگی دیگری اختیار کنند. این روش‌ها از جمله اقدام به پیشگیری از عود است (به مدد شناسایی آن چیزهایی که سبب می‌شود فرد دوباره به مصرف مواد رو بیاورد و نیز تشخیص موقعیت‌های پر خطر و آگاهی راهبردهایی برای رویارویی با این مسایل) و هم‌چنین تشخیص الگوهای ناکارآمد فکری، مدیریت احساسات و حل مشکلات. این گونه درمان عموماً افراد دیگر را نیز درگیر می‌کند و مستلزم فعالیت گروهی است.

- درمان ۱۲ گامی اقامتی - این نوع درمان بر پایه‌ی الگوی الکی‌های گمنام (AA) شکل گرفته است که فرض می‌گیرد نسبت به وابستگی به مواد نوعی آسیب‌پذیری زیست‌شناختی یا روان‌شناختی وجود دارد. هدف از این درمان تشویق زندانیان به پرهیز از مواد است و زندانیان معمولاً به مدد ۵ گام نخست از برنامه‌ی ۱۲ گامی راه خود را به زحمت به جلو باز می‌کنند. این گونه درمان عموماً افراد دیگر را نیز درگیر می‌کند و مستلزم فعالیت گروهی است. از کسانی که برنامه

را به پایان می‌برند انتظار می‌رود که در جلسه‌های گروه‌های خودیاری در زندان و پس از آزادی در اجتماع [بیرون از زندان] شرکت کنند.

این برنامه‌ها اغلب عناصری از هر دو رویکرد را دارند و ممکن است از ساختارهای درمانی اجتماعی نیز استفاده کنند.

- اجتماعات/انجمن‌های درمانی (TCها) به این منظور طراحی می‌شوند تا زندانی را به طور کامل در محیطی بازپرورانه فرو برند. اعضای این اجتماعات به مدد فشار مثبت، همگان/هم‌سانان به یک‌دیگر یاری می‌رسانند تا تغییر یابند و مهارت‌های لازم را برای آن که از مواد پاک بمانند و در زندگی اجتماعی شرکت کنند به دست آورند. چنین برنامه‌هایی معمولاً چند مرحله‌ای اند و شرکت‌کنندگان با رفتن از یک مرحله به مرحله‌ی بعدی مسئولیت‌های بیش‌تری را نسبت به خود و اجتماع‌شان می‌پذیرند. عنصر اصلی TCها کار گروهی فشرده‌ی آنهاست که اغلب مستلزم به کار بردن روش‌های چالش‌برانگیز و تحریک‌آمیز است. هر انجمن درمانی (TC) آمیزه‌ی خاص خود از مداخله‌ها را انجام می‌دهد.
- گذشته از 'کوشش بنیادی برای درمان'، برنامه‌های موثر مواد با به کارگیری از جمله مورد‌های زیر نتیجه‌ی کار را بهبود بخشیده‌اند:

- تمرین تمرکز حواس؛ آموزش آرمیدگی/آرمش؛ از یوگا، تای‌چی، گی‌گانگ گرفته تا کمک برای مدیریت فشار روحی، حمایت از پیشگیری/مدیریت عود و افزایش توانایی‌های شناختی؛
- ورزش و فعالیت بدنی؛ باشگاه‌ها و جلسه‌های ورزشی که برای مدیریت فشار روحی تمرین بدنی تدارک می‌بینند؛ تمرین‌های مربوط به مهارت زندگی؛ گروه‌سازی؛
- فعالیت‌های هنری و خلاقانه؛
- دیدارهای مردمی/اجتماعی؛
- گروه‌های پشتیبان؛
- درگیر ساختن خانواده؛
- آزمایش مواد؛
- خدمات پس از درمان.

نمونه‌ی هندوستان

زندان تیهار، دهلی نو

یک نمونه از اجتماع/انجمن درمانی در بندی که به همین منظور در زندان تیهار اختصاص داده‌اند، فعالیت می‌کند. این برنامه را یک سازمان غیر دولتی (SAASRA) محلی همراه با مقامات زندان اداره می‌کند. برنامه بر پایه‌ی اصول زیر استوار است: آوردن اجتماع [بیرون از زندان] به زندان؛ مدیریت مشارکتی و ایجاد اجتماعات پایدار در درون زندان. این اجتماع/انجمن 'الگوی «پریوار» دهلی نو'

نامیده می‌شود که «پریوار» به معنای خانواده است. این اجتماع/انجمن به گروه‌های همگن/هم‌سان یا «خانواده»هایی متشکل از ۲۵ زندانی تقسیم می‌شود، که هر گروه یک زندانی ارشد دارد و در هر بند (یا خانه) از زندان شماری از «خانواده»ها زندگی می‌کنند اما هر «خانه» از بند سرپرست خود، یعنی پدر/مادر خود را دارد.

در بدو پذیرش به واحد مورد نظر، امکان سم‌زدایی در اختیار زندانیان قرار می‌گیرد. این برنامه‌ها دربرگیرنده‌ی درمان انفرادی و گروهی، ذهن‌ورزی، یوگا و حرفه‌آموزی است. پشتیبانی همگان/هم‌سانان در زندان پس از گذراندن دوره‌ی درمانی نیز وجود دارد. اطلاعات بیش‌تر در این باره در دفتر منطقه‌ی مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد در جنوب آسیا موجود است:

http://www.unodc.org/pdf/india/our_work_sa_prisons.pdf

نمونه‌ی آئوتروآ، زلاند نو

سازمان غیر دولتی (Care) در زلاند نو همراه با «[کانون] خدمات اصلاح و تربیت» برنامه‌های درمان وابستگی به مواد را در زندان با موفقیت در یک زندان زنان و شش زندان مردان در سراسر آئوتروآ/زلاند نو به اجرا درآورده است.

طراحی برنامه به شکلی است که به مدد عرضه‌ی برنامه‌های درمان وابستگی به مواد و الکل از ارتکاب دوباره‌ی جرم کاسته است. در این برنامه‌ها به زندانیان کمک می‌کنند تا علت‌های ارتکاب جرم‌شان را تشخیص دهند و به آن بپردازند و نیز از باز ادغام زندانیان در اجتماع پس از آزادی از زندان پشتیبانی می‌کند.

مداخله‌های از جمله عبارت است از درمان گروهی و انفرادی، درمان تقویت انگیزه، درمان رفتاری شناختی، رفتاری درمانی جدلی، پیشگیری از عود، آموزش مهارت‌های زندگی. این برنامه‌ها هم‌چنین شامل پشتیبانی همگان/هم‌سانان و گروه‌های خودیار نیز می‌شود.

اطلاعات بیش‌تر در این باره در این جا موجود است:

<http://www.carenz.co.nz>

لازم است این مسایل را در نظر گرفت:

- زمانی به موثرترین نتیجه‌های دست می‌یابیم که درمان با نیازهای شناخته‌ی فرد خوانایی داشته باشد. از این رو مهم است که گسترده‌ترین مجموعه از روش‌های درمانی در اختیار باشد. خواه این خدمات را زندان تامین کند خواه آن درمان-گران از بیرون از زندان بیایند، احتمال آن نمی‌رود که بتوان مجموعه‌ی کامل خدمات را در یک زندان واحد فراهم آورد. بنابراین ضرورت دارد امکان نقل و انتقال میان زندان‌ها برای درمان موجود باشد. اگر چنین کاری ناممکن باشد یا تنها امکان محدودی برای درمان وابستگی به مواد در دست باشد، می‌باید به دقت در نظر گرفت که چه گونه نیازهای اضافی را برآورد. برای نمونه، می‌توان گروه پشتیبان ویژه ایجاد کرد، امکان دسترسی به روش ۱۲ گام یا برگزاری جلسه‌های خودیاری را فراهم آورد، یا یک به یک از افراد مورد نظر حمایت کرد؛

- دسترسی به خدمات- آیا تمام زندانیان قادر اند به خدمات دسترسی یابند یا بر پایه‌ی این موارد محدودیت‌هایی برای آن‌ها وجود دارد: تاریخچه‌ی جرم، پرونده‌ی انضباطی زندان، طول مدت محکومیت؟ برای آن که فردی مورد درمان وابستگی به مواد قرار بگیرد جرم پیشین وی نباید به طور مستقیم بر این روند اثر بگذارد. اگر زندانیان در زندان دارند مواد مصرف می‌کنند؛ احتمال دارد به این معنا باشد که پرونده‌ی انضباطی زندان‌شان نامطلوب است. وقتی که مشکل جدی رفتاری پیش می‌آید، مانند آن که زندانی کارکنان یا زندانی‌های دیگر را مورد ضرب و شتم قرار داده باشد، می‌توان به جای طرد وی از درمان وابستگی به مواد هدفی را برای از سرگیری مداوای زندانی تعیین کرد- از جمله این که شش ماه باید از هر 'حادثه‌ی برکنار باشد'.
- ارزیابی مناسب بودن برنامه را باید کارشناسان برنامه انجام دهند و بر پایه‌ی این ارزیابی آن را تایید کنند. تسهیل فرآیند کار مستلزم داشتن آیین‌نامه‌ها، خط‌مشی‌ها و سیاست‌هایی است. ممکن است بخش‌ها/متخصصان دیگری که با زندانیان کار می‌کنند مصرف مواد را به منزله‌ی عامل خطری بدانند که باید به آن پردازند. با این همه، درمان‌گران می‌بایست بتوانند در ارزیابی مناسب بودن یک روش درمان در قیاس با دیگری با زندانیان کار کنند؛
- چه کارهایی را می‌باید پیش از درمان انجام داد و انتظار این برنامه‌ها از زندانیان پیش از آغاز درمان چیست؟
- چارچوب خط‌مشی و سیاست زندان، برای نمونه قوانین ناظر بر واحد یا بند و قرارداد درمان از جمله فرآیند کار برای کسانی که شرکت در دوره‌های درمانی را دشوار می‌یابند یا می‌خواهد درمان را ترک کنند، چیست؟
- خط‌مشی و سیاست کار درباره‌ی لغزش/عود از چه قرار است و چه گونه این برنامه‌های با زندانیانی که در طی درمان وابستگی‌شان به مواد عود کرده است، کار خواهند کرد؟
- پس از پایان برنامه برای زندانیان چه اتفاقی می‌افتد؟ آیا بندها/واحدهای پاک از مواد موجود است؟ چه کمک‌هایی در دسترس آن‌ها قرار دارد؟
- آموزش کارکنان و پشتیبانی از ایشان.

هم‌چنین نگاه کنید به [فصل ششم: مسایل مدیریتی](#).

فعالیت بدنی و برنامه‌های ورزشی

تناسب اندام، فعالیت‌های ورزشی و استفاده از وسایل سالن ورزشی از ابزارهایی اند که به مدد آن‌ها می‌توان امکان مداخله‌هایی گوناگونی را فراهم آورد.

'ورزش' و 'امکانات ورزشی' موقعیت‌هایی را فراهم می‌آورد تا بتوان درباره‌ی دسترس‌پذیری خدمات، آموزش درباره‌ی مواد- برای نمونه از راه به نمایش گذاشتن دیوارکوب یا پخش جزوه- و کمک به کسب مهارت زندگی صحبت کرد. این ابزار آموزشی می‌تواند اساساً، به ویژه، برای زندانیان مرد موثر افتد زیرا این اطلاعات در محیطی 'ناتهدیدآمیز' مورد گفت‌وگو قرار می‌گیرد که سبب می‌شود احساس راحتی کنند و خود را کم‌تر در معرض خطر ببینند. برای آن که اثربخشی و ایمنی را به حداکثر برسانیم می‌بایست این اطلاعات را همراه با اطلاعات درباره‌ی زندگی سالم و تناسب اندامدر اختیار بگذاریم، نه آن که روی تخته‌ی [اعلانات] جداگانه نصب کنیم.

کارکنانی که مسئول فعالیت‌های ورزشی اند اغلب رابط‌های موثرتری اند تا کارکنان پزشکی یا درمانی. البته نمی‌توان همه‌ی مطالب را در قالب تناسب 'اندام' مورد بحث قرار داد و در اختیار گذاشت اما در این محیط غیر درمانی و غیر پزشکی زندانیان احساس توانایی بیش‌تری می‌کنند که پرسش‌های خود را در میان بگذارند و درباره‌ی نگرانی‌هایشان بحث و گفت‌وگو کنند.

فعالیت بدنی و ورزش در کاهش فشار روحی و کنترل اضطراب و افسردگی موثر اند (Hayes K, 2000) و بنا بر این بخش مهمی از هر برنامه‌ی درمان وابستگی به مواد را تشکیل می‌دهند.

نمونه‌ی انگلستان

'به مبارزه طلبیدن مواد به مدد فعالیت بدنی' - خدمات مدرسه‌ی تربیت بدنی «زندان اچ ام»

به مدد انجام دادن این ابتکار عمل کتابچه‌ی راهنمایی در اختیار تمام «بخش‌های تربیت بدنی (PE) در زندان‌های انگلستان و ویلز» گذاشته شد. در این کتابچه نقش تربیت بدنی و ورزش در درمان وابستگی به مواد مورد بحث قرار گرفته است. پیشنهادهایی به تفصیل آمده است که چه‌گونه بخش‌های PE می‌توانند در تعیین راهبردی برای مواد در زندان شرکت کنند. در این کتابچه هم‌چنین انواع اقدام‌های مبتنی بر تربیت بدنی (PE) و درمان مواد همراه با توصیه‌هایی درباره‌ی روش اجرا به شکل ماتریس آمده است.

نمونه‌ها:

- آزمایش تناسب اندام و دوره‌های مقدماتی برای زندانیانی که در برنامه‌های سم‌زدایی شرکت می‌کنند؛
- برنامه‌های تندرستی مردان/زنان و معرفی اهمیت تناسب اندام، تغذیه‌ی سالم، و فعالیت‌هایی مانند مدیریت فشار روحی و آرمیدگی/آزمش؛
- گروه‌های ورزشی و مسابقه‌ها در حُکم بخشی از گروه‌سازی برای مجموعه‌ی کسانی که در برنامه‌های درمان وابستگی به مواد شرکت می‌کنند؛
- تمرین‌ها و فعالیت‌های مربوط به مهارت‌های مدیریت احساسات به مدد مشارکت در ورزش؛
- هدف‌گذاری و مدیریت آن به مدد برنامه‌های تناسب اندام.

گروه‌های پشتیبان از جمله گروه‌های خودیار

گروه‌های پشتیبان برای زندانیان موقعیتی را فراهم می‌آورند تا در مرحله‌های گوناگون درمان مواد به یک‌دیگر یاری برسانند. گستره‌ی این گروه‌ها عبارت است از گروه‌های بحث و گفت‌وگوی غیر رسمی تا جلسه‌های سازمان‌یافته‌تر. ممکن است که کارکنان زندان، همگنان/هم‌سانان، سازمان‌های غیر دولتی یا نهادهایی از بیرون از زندان تسهیل‌گری این جلسه‌ها را بر عهده بگیرند. درباره‌ی گروه‌های پشتیبان زندانیان می‌بایست این نکته‌ها را در نظر گرفت:

- تشکیل این گروه‌ها بخشی از برنامه‌های سم‌زدایی است؛
- کسانی که در تحت دارو درمانی اند معجز به عضویت در این گروه‌ها هستند؛

- اعضای گروه‌های پشتیبان در برنامه‌های روانی اجتماعی (برای نمونه در برنامه‌های پرهیز و بازپروری مربوط به مواد در زندان) درگیر اند؛
- گروه‌های پشتیبان برای کسانی است که برنامه‌های روانی اجتماعی (برای نمونه در برنامه‌های پرهیز و بازپروری مربوط به مواد در زندان) را به پایان برده‌اند؛
- این گروه‌ها برای کسانی است که در انتظار آزادی از زندان اند.

به اقدام‌هایی که هدایت آن‌ها با گروه‌های همگن/هم‌سان است، در جایی دیگر در این نوشته تاکید رفته است. در عین حال دستور عمل‌های درخور توجهی درباره‌ی راه‌اندازی و اداره‌ی گروه‌های موثر آموزشی/پشتیبانی همگن/هم‌سان به طور گسترده موجود است، برای نمونه نگاه کنید به <http://www.fhi.org> و <http://www.jhsph.edu>، <http://commint.com>

احتمال دارد که تسهیل‌گری گروه‌های پشتیبان را سازمان‌هایی بیرون از زندان، از جمله گروه‌های مذهبی و گروه‌های زندانیان پیشین، انجام دهند.

نمونه‌ی ژاپن

«کانون بازپروری اعتیاد به مواد مخدر» (DARC) یکی از فعال‌ترین گروه‌های خودیار ژاپن است. زندان‌های ژاپن اعضای DARC را به زندان دعوت می‌کنند تا جلسه‌های گروهی منظم تدارک ببینند. اعضای DARC با برگزاری جلسه‌های گروهی منظم درباره‌ی مسئله‌هایی مانند 'پس از آزادی از زندان' زمینه‌ی آموزش گروه‌های همگن/هم‌سان را فراهم می‌آورند. برنامه‌های این سازمان زندانی‌ها را تشویق می‌کند تا هم در فعالیت‌های داخل زندان و هم پس از آزادی شرکت کنند. هم اکنون اعضای «کانون بازپروری اعتیاد به مواد مخدر» (DARC) از ۷۵ زندان در سراسر ژاپن بازدید کرده‌اند.

گروه‌های یاور پرهیز

لازم است برای زندانیان در طی درمان و پس از آن امکان دسترسی به گروه‌های یاور پرهیز فراهم آید. می‌توان این کار را با همکاری کانون درمان‌گری در بیرون از زندان در اجتماع تدارک دید. زندانیانی که برنامه‌های درمانی را گذرانده‌اند (فارغ‌التحصیلان برنامه) اغلب تسهیل‌گران با ارزشی برای چنین گروه‌های شمرده می‌شوند.

دیدارهای ۱۲ گامی، برای نمونه دیدارهای گروه‌های الکلی‌های گمنام (AA) و دیدارهای گروه‌های معتادان گمنام (NA)

گروه‌های AA و NA محلی به زندان می‌آیند و گروه‌های AA و (یا) NA را در زندان اداره می‌کنند (دیدارهای ۱۲ گامی). بسته به محل، اندازه و عضویت مربوط، گروه‌های مصرف‌کنندگان کوکائین گمنام (CA) یا گروه‌های مشابه دیگر هم ممکن است دیدارهایی مشابهی را سازمان دهند.

معمولاً هر گروه محلی AA یا NA دارای رابطی است با تشکیلات عدالت کیفری. زندان‌هایی که مایل باشند چنین دیدارهایی تدارک ببینند می‌بایست در وهله‌ی نخست با آن اشخاص تماس بگیرند. جلسه‌های گروه‌های AA یا NA برای افرادی در نظر گرفته شده است که فکر می‌کنند مشکل الکل و (یا) مواد دارند. با آن که امکان دارد که کسانی که فکر نمی‌کنند مشکل الکل و (یا) مواد

دارند در این دیدارها حضور داشته باشند (برای نمونه، در جلسه‌هایی که ورود به آن‌ها برای همه آزاد است)، اما حضور در بسیاری از این جلسه‌ها تنها برای اعضاست و ورود به آن‌ها برای دیگران مجاز نیست.

اگر جلسه‌های AA یا NA در زندان برگزار می‌شود، مقامات زندان نمی‌باید انتظار داشته باشند که غیر اعضای این گروه‌ها در جلسه حضور داشته باشند.

اگر کارکنانی که در زندان کار می‌کنند در عین حال از اعضای گروه‌های ۱۲ گامی هستند، توصیه می‌شود به منظور حمایت از گمنام بودن‌شان و نیز حفظ حدود و مرز فعالیت حرفه‌یی از شرکت در این جلسه‌ها خودداری کنند. لازم است اطمینان یافت که اعضای AA یا NA در چشم اعضای انجمن‌ها/اجتماعاتی که به زندان می‌آیند و نیز از نظر خود هر زندانی که در جلسه‌ها شرکت می‌کند، ناشناس باقی می‌مانند.

از آن جا که تمام زندانیان از روی فلسفه‌ی ۱۲ گامی مسایل مربوط به مصرف موادشان را در نخواهند یافت، ضروری است تا گروه‌های پشتیبان دیگر نیز تدارک دیده شود.

واحد‌ها/بندهای پاک از مواد

بند/واحد پاک از مواد محدود‌ه‌یی از زندان اصلی است که برای زندانیانی کنار گذاشته می‌شود که قرارداد بسته‌اند مادام که در آن جا زندگی می‌کنند خود را از مواد پاک نگه دارند. معمولاً انجام دادن آزمایش مواد به این امر کمک می‌کند.

واحد‌ها/بندهای پاک از مواد برای آن دسته از زندانیان است که می‌خواهند در محیطی پاک از مواد و دور از 'جنجال مواد' در زندان زندگی کنند. بیش تر اوقات چنین بندهایی نسبت به تاسیسات اصلی زندان در شرایط بهتری اداره می‌شوند و تامین می‌گردند و از این رو جا گرفتن در آن اغلب امتیاز شمرده می‌شود. هم چنین از این بندها برای جا دادن زندانی‌هایی استفاده می‌کنند که در انتظار آغاز درمان اقامتی‌شان در زندان یا پس از آزادی اند یا آن که برنامه‌های درمانی زندان را به پایان رسانده‌اند (Stover H, Weilandt C, 2007).

وقتی که واحد/بند پاک از موادی قرار است ایجاد شود، موردهای زیر را باید در نظر گرفت:

- انتظارات از زندانیان و هر شرایطی که زندانیان باید به آن پابند باشند. این شرایط باید در قالب یک قرارداد نوشته شود و تمام زندانیان ملزم به امضای آن هستند؛
- سیاست‌ها و خط‌مشی‌هایی برای نظارت بر گونه تخلف از قرارداد، برای نمونه سیاست مربوط به عود؛
- آزمایش مواد؛
- دسترسی و تقسیم زندانیان در این بند/واحد. کمال مطلوب آن است که این بند دارای ترکیبی از زندانیانی باشد که سابقه‌ی مصرف مواد دارند و زندانیانی که سابقه‌ی مصرف مواد ندارند؛
- خدماتی که ممکن است عرضه شود، برای نمونه برگزاری جلسه‌های گروه‌های پشتیبان/خودیار، کار گروهی سازمان-یافته و دیگر؛

- گزینش، آموزش و مدیریت کارکنان زندان و کارکنانی که از نهادهایی از بیرون از زندان می‌آیند (نگاه کنید به [فصل ششم: مسایل مدیریتی](#)).

نمونه‌ی افریقای جنوبی

زندان لیوکاپ، بخش نوجوانان - اصلاح و تربیت افریقای جنوبی / دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد/سازمان غیر دولتی کولیس

برای اطلاعات کلی نگاه کنید به: <http://www.unodc.org/newsletter/en/perspectives/no02/page005.html>

اطلاعات بیش تر در این باره در دفتر منطقه‌یی مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد در جنوب آسیا موجود است.

دولت‌های به منظور پیشبرد بازادغام اجتماعی خلاف‌کاران سوء‌مصرف‌کننده‌ی مواد، در صورتی که اقتضا کند و در هماهنگی با قوانین و سیاست‌های ملی دولت‌های عضو، باید مراقبت داشته باشند که خواه به عنوان گزینه‌ی برای محکومیت یا مجازات و خواه افزون بر مجازات، سوء‌مصرف‌کنندگان مواد روند درمان، آموزش، مراقبت پس از درمان، بازپروری و باز ادغام اجتماعی را طی کنند. دولت‌های عضو باید در چارچوب نظام عدالت کیفری، هر جا که اقتضا کند، ظرفیت‌هایی را برای یاری‌رسانی به سوء‌مصرف‌کنندگان مواد همراه با آموزش، درمان، و خدمات بازپروری گسترش بخشند. در این بافت فراگیر و جامع، همکاری نزدیک میان نظام‌های عدالت کیفری، درمان و خدمات اجتماعی ضرورت دارد و باید که مورد تشویق قرار گیرد.

Source: Guiding Principles of Drug Demand Reduction, UNGASS 1998 para. 14.

مراقبت پیوسته^{۴۸} و مراقبت پس از درمان عنصری مهم در تضمین این امر اند که دستاوردهای درمانی که در زندان به دست می‌آیند در هنگام آزادی از زندان پایدار بمانند. ضرورتی ندارد این خدمات را حتماً مقامات زندان یا کارکنان سازمان‌هایی بیرون از زندان که مجاز اند به طور دائمی در داخل زندان کار کنند، تامین کنند. اجازه دادن به سازمان‌های اجتماع‌محور برای ورود به زندان، دیدار و کار با زندانیان می‌تواند نقطه‌ی آغاز مهمی برای ارائه‌ی خدمات در دوران مراقبت پیوسته و مراقبت پس از درمان باشد. ابتکار عمل‌های محلی کوچک در مرحله‌ی بعد طرح‌های جامع‌تر به پیشرفت انجامیده است.

تعریف‌ها:

مراقبت پیوسته - ارزیابی و یاری از همان نخستین برخورد با نظام عدالت کیفری.

مراقبت پس از درمان - هر طرح یا برنامه بازپروری مربوط به مواد و (یا) باز ادغام که فعالانه به زندانیان پس از آزادی از زندان یا در طی آزادی چند مرحله‌ی یاری می‌کند.

Source: Fox A., *Prisoners Aftercare in Europe*⁴⁹

مراقبت پیوسته

در بسیاری از کشورها مراقبت پیوسته، پیش از زندانی شدن، از طریق آماده‌سازی گزارش‌های پیش از محکومیت و ارتباط میان نهادهای درمانی و مراقبت‌های درمانگاهی و اجتماعی و سازمان‌های غیر دولتی انجام می‌گیرد. در کشورهایی که چنین نظام‌هایی وجود ندارد، گسترش خدمات و مراقبت پیوسته می‌تواند با ابتکار عمل‌های آغازین برای سوء‌مصرف‌کنندگان مواد آغاز گردد.

^{۴۸} تامین یک رشته مددکاری اجتماعی همراه با خدمات مربوط دیگر برای زندانیان و خانواده‌شان از بدو محکومیت یا اعاده به بازداشت‌گاه، در طول دوران حبس، و پس از آزادی از زندان را 'مراقبت پیوسته' می‌نامند. این تعریف از نشانی زیر برگرفته شده است:

<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2004/12/20473/49294>

⁴⁹ Fox A (2000), *Prisoners Aftercare in Europe*, ENDHASP Cranstoun Drug Services, London 2000.

مراقبت پیوسته مستلزم هماهنگی میان مداخله‌ها و اقدام‌هاست و لازم است تشخیص داده شود که چه کسی مسئول آن است که چنین خدماتی فراهم آید. برای زندانی مصرف‌کننده مواد، مراقبت پیوسته مستلزم هماهنگی درمان خاص مواد همراه با مداخله‌هایی در مورد رفتار خلاف کارانه است، به نحوی که درمانی که فراهم می‌آید منسجم است و به طور منطقی در اولویت قرار می‌گیرد، برای نمونه: نیازهای خدمات درمانی فوری و سم‌زدایی، بازپروری از مواد و دیگر برنامه‌های مربوط به رفتار خلاف کارانه.

برای مراقبت موثر و پیوسته کار مشترک، شبکه‌سازی و ارتباط میان نهادها ضروری است. تضمین تداوم درمان و مراقبت نیازمند کار مشترک در سطح محلی و ملی در میان کسانی است که در مورد زندان‌ها، بهداشت و مراقبت اجتماعی هم در دولت و هم در جامعه‌ی مدنی مسئولیت دارند. ادامه کار و هماهنگی و انسجام در مراقبت پزشکی و درمان وابستگی به مواد پیش از زندانی شدن و در طی زندان و پس از آزادی از زندان امری اساسی است در حمایت از پی‌آمدهای موفقیت‌آمیز برای زندانیانی که با مسایل مربوط به مواد مرتبط اند.^{۵۰}

همه‌ی مداخله‌گری‌های که در **فصل سوم** وصف شد، می‌تواند جزئی از یک مجموعه مراقبت پیوسته را تشکیل دهد. مراقبت پیوسته برای مصرف‌کنندگان مواد با ارزیابی آغازین از وضعیت مصرف‌کنندگان مواد آغاز می‌شود.

برای حمایت از مجموعه یا بسته‌ی مراقبت پیوسته، زندانیان باید بتوانند به آسانی به اطلاعات درباره‌ی خدمات اجتماعی در دسترس آن‌ها پس از آزادی از زندان دست یابند.

آمادگی پیش از آزادی از زندان و آموزش درباره‌ی کاهش خطرپذیری و جلوگیری از مصرف بیش از حد مواد باید در برنامه‌های پیش از آزادی از زندان گنجانده شود (نگاه کنید به صفحه‌های ۲۹ و ۳۹).

مطلوب آن است که آن دسته از خلاف‌کاران مصرف‌کننده‌ی مواد که دارای محکومیت کوتاه مدت اند، از حبس در بیانند و [به جای آن] محکومیت خود را به صورت عرضی خدمت در جامعه بگذرانند. در جایی که بازداشت کوتاه مدت محکوم می‌شوند، می‌بایست نوعی اولویت‌شتابناک برای درمان درون زندان و برنامه‌ریزی برای مراقبت پس از درمان در مورد آن‌ها به مرحله‌ی اجرا گذاشته شود. بنابراین برای زندانیان باید اطلاعاتی درباره‌ی خدمات در اجتماع [بیرون از زندان]، چه‌گونگی دسترسی به اطلاعات و محل رجوع احتمالی به این خدمات فراهم آورد.

نمونه: برنامه‌ی مداخله‌گری در امور مربوط به مواد در بریتانیا

«برنامه‌ی مداخله‌گری در امور مربوط به مواد» (DIP) که در سال ۲۰۰۰ عرضه شد برای آن طراحی شده است تا خلاف‌کاران بزرگ-سال سوءمصرف‌کننده‌ی مواد را از عرصه‌ی جرم بیرون بکشند و تحت درمان قرار دهند. این طرح مستلزم آن است که نهادهای متولی عدالت کیفری با تامین‌کنندگان خدمات درمان وابستگی به مواد از نزدیک همکاری کنند. این تماس با خلاف‌کاران شناسایی شده در اولین فرصت انجام می‌گیرد. اگر خدمات DIP در یک چارچوب همکاری چند نهادی/چند نمایندگی انجام گیرد، قادر خواهد بود ارتباط موثر میان نهادها/نمایندگی‌ها برای بهبود دسترسی به تامین‌کنندگان خدمات درمان وابستگی به مواد و تعهد به آنان را تضمین کند. خدمات DIP از جمله این موارد را در برمی‌گیرد: جداسازی مصرف‌کنندگان مواد از سایر خلاف‌کاران در آغاز بازداشت برای درمان و ارجاع آن‌ها به مددکاران، تقویت انگیزه، کار گروهی، تماس ۲۴ ساعته/۷ روز هفته، امدادسانی موثر،

⁵⁰ Fox A (2000), *Prisoners Aftercare in Europe*, ENDHASP Cranstoun Drug Services, London.

حمایت و پشتیبانی.

پژوهشی که وزارت کشور در ۲۰۰۷ منتشر کرد، حاکی از آن است که:

- پس از ارتباط با DIP، میزان خلاف کاری کاهش می‌یابد. در پی شناسایی DIP، مجموع خلاف کاری یک گروه از افراد که شمارشان به ۷۷۲۷ نفر می‌رسید، به ۲۶ درصد کاهش یافت.
- حدود نیمی از سوءمصرف کنندگان مواد که از طریق سلول بازداشت^{۵۱} با DIP تماس گرفته‌اند، اُفتی را در میزان خلاف کاری نشان می‌دهد که در طی شش ماه پس از تماس با DIP به ۷۹ درصد می‌رسد.
- در پی تماس با DIP، تنها در مورد تقریباً یک چهارم کسانی که جواب آزمایش‌شان مثبت بود، سطوح خلاف کاری افزایش یافت.
- این پژوهش از به کارگیری نظام عدالت کیفری به عنوان راهی برای درمان مصرف کنندگان مواد پشتیبانی می‌کند. هم-چنین در مورد نقش رویکردهای نیمه اجباری در پیشرفت میزان شرکت در برنامه‌ها شواهدی فراهم می‌آورد.

Source: <http://drugs.homeoffice.gov.uk/drug-interventions-programme/>

مراقبت پس از درمان جزء تشکیل دهنده‌ی نهایی مراقبت پیوسته و موثر است. زندانیان پس از آزادی با چالش‌ها و فشارهایی مواجه اند که احتمال بازگشت آنان را به روش‌های قدمی مقابله با مشکلات، به ویژه در مصرف مواد، افزایش می‌دهد.

زندانیانی که بدون مسکن، تامین مالی یا کمک پزشکی کافی آزاد می‌شوند احتمال بیش تری دارد که باز به خلاف کشیده شوند و در معرض خطر فزاینده‌ی مصرف بیش از اندازه‌ی مواد قرار گیرند. برنامه‌های مراقبت پس از درمان مناسب و حمایت از زندانی آزاد شده می‌تواند به شکستن چرخه‌ی مصرف مواد، خلاف کاری، زندانی شدن یاری برساند.

مراقبت پس از درمان را می‌توان به صورت زیر ارائه کرد:

- 'مراقبت پس از درمان الزامی'، که درمان را جزء جداناپذیر محکومیت از طریق یک برنامه‌ی مرحله‌ی منجر به آزادی می‌داند. این مورد به طور معمول مستلزم گرفتن شکلی از مجوز است؛
- مراقبت پس از درمان 'اجباری'، که مستلزم در اختیار گذاشتن شکلی از مشوق است، مانند آزادی پیش از هنگام برای آن‌هایی که موافقت می‌کنند که مورد درمان قرار گیرند، از جمله از راه خدمت کردن در یک مرکز درمان مواد در زمان بخش آخر محکومیت‌شان؛
- مراقبت پس از درمان داوطلبانه، که نیازمند خود ارجاعی برای درمان از طرف زندانی آزاد شده است.

برنامه‌های مراقبت پس از درمان در حفظ دستاوردهایی که از راه درمان وابستگی به مواد در زندان به دست آمده است، مهم است.

^{۵۱} custody suite یا سلول بازداشت، عبارت است از محدوده‌ی معینی از کلاتری‌ها در بریتانیا که در آن جا فرآیند بازداشت کسانی که دستگیر می-

شوند، آغاز می‌شود.

به نظر می‌رسد که درمان موثر در زندان نیازمند تداوم مراقبت و تیمارداری است به طوری که خلاف‌کار درگیر در مواد را از محیط‌های نهادی بیرون می‌کشد تا او را در فرآیندهای باز ادغامی ابتکار عمل‌های اجتماع‌محور قرار دهد... تنها با فراهم آوردن مراقبت پس از درمان موثر و کیفی در پی درمان زندان-بنیاد است که تاثیر این برنامه‌ریزی به نحو بهینه تحقق خواهد یافت.

Source: Inciardi, J.A., Martin, S.S., Butzin, C.A., Hooper, R.M., & Harrison, L.D. (1997).

برنامه‌های مراقبت پس از زندان وقوع عود و خطرهای ناشی از مصرف بیش از اندازه‌ی مواد را پس از آزادی از زندان کاهش می‌دهند. آمار (Seaman et al., 1998) ثابت می‌کند که این خطر در خلال دو هفته‌ی پس از آزادی از زندان به طرز چشم‌گیری بالاتر است. پاره‌یی از بررسی‌ها⁵² این نکته را به ثبت رسانده‌اند که میزان مرگ‌ومیر زندانیان تحت نظارت پس از بازداشت سه برابر و نیم میزان مرگ‌ومیر جمعیت عمومی است، و یک چهارم مرگ‌ها در نخستین چهار هفته‌ی پس از آزادی رخ می‌دهد.

عامل‌های خطرپذیری عمده برای مصرف بیش از اندازه‌ی مواد پس از ترخیص از زندان عبارت است از:

- هروئین تزریقی؛
- سابقه‌ی اخیر مصرف بیش از اندازه‌ی نامرگبار؛
- دوره‌ی تزریق طولانی‌تر؛
- سطوح بالای مصرف یا مسمویت؛
- سطوح بالای مصرف الکل؛
- تحمل پایین به سبب سم‌زدایی در زندان؛
- افسردگی؛
- سابقه‌ی مصرف ترکیب‌های مواد از جمله بنزودیازپین و (یا) الکل؛
- وسایل مشترک تزریق (که می‌تواند نشانه‌ی دغدغه‌ی اندک خطرپذیری شخصی باشد)؛
- خروج پیش از هنگام از برنامه‌ی درمان با متادون؛
- حضور نداشتن در برنامه‌ی درمان با متادون یا برنامه‌های درمانی دیگر.

دسترسی آسان‌تر به خدمات و ارتباط بهتر با درمان مواد و خدمات بهداشت روان در زندان و در اجتماع [بیرون از زندان] در پیوند با دسترسی به خدمات مربوط به تجویز دارو می‌تواند به کاهش شمار مرگ‌ومیرها یاری برساند. بنابراین، مهم است که 'راه‌هایی را برای دسترسی زندانیان به خدمات اجتماعی پس از آزادی‌شان بیابیم.

شماری از بررسی‌ها نشان داده است که خدمات 'درون زندان' چندان موثر نخواهد افتاد مگر آن که این خدمات با مراقبت پس از درمان همراه باشد. برنامه‌های مراقبت پس از درمان نقشی کلیدی و بنیادی در فراهم آوردن حمایت عملی لازم برای زندانیان آزاد شده

⁵² www.nta.nhs.uk/programme/drd2.htm

ایفا می‌کند و به آن‌ها کمک می‌کند تا تغییراتی را که در زندان آغاز کرده‌اند، هم‌چنان ادامه دهند. میزان اعتیاد به ارتکاب جرم و عود برای زندانیان آزاد شده‌یی که در زندان در برنامه‌های درمان وابستگی به مواد شرکت کرده‌اند، اندکی پایین‌تر است از گروه‌های تحت کنترلی که به هیچ وجه خدمات درمانی دریافت نکرده‌اند. در هر حال، زندانیانی که هم برنامه‌های درمان درون زندان را تکمیل کرده‌اند و هم در برنامه‌های پس از درمان در مراکز اقامتی حضور یافته‌اند به طرز چشم‌گیری نرخ‌های پایین‌تری از مصرف مواد و بازداشت مجدد را دارند (Inciardi, J.A., et al. 1997; Dolan K, Khoei EM, Brentari, C, and Stevens A 2008; Mitchell, O; Wilson, D and MacKenzie, D 2006).

نمونه‌ی هلند

چنین مشخص شده بود که اگر نهادهای درمان‌گر وابستگی به مواد مستقیماً از سوی نظام عدالت کیفری تامین مالی نشوند، بسیاری-شان در فهرست انتظار خود برای زندانیان یا خلاف‌کاران سابق اولویت پایینی قابل می‌شوند. به این مسئله به این صورت پرداختند که برای نهادهای درمان‌گر وظیفه‌ی [اعطای] عفو مشروط/تعلیق مجازات مقرر کردند، تا به این ترتیب بخشی از اعتبارات لازم را وزارت دادگستری تامین کند. وظیفه‌ی [اعطای] عفو مشروط/تعلیق مجازات را نه ماموران ناظر عادی بلکه مددکارانی که به طور ویژه در خصوص مواد آموزش دیده‌اند و در زندان‌ها کار می‌کنند (و در استخدام سازمان‌های درمان‌گر اند)، نه آن‌ها که برای سازمان زندان‌ها کار کنند، انجام می‌دهند.

برنامه‌ریزی برای آزادی [از زندان] جزئی اساسی از مراقبت پیوسته و مراقبت پس از درمان است. در شرایطی که شماری از متخصصان درگیر کار با زندانی شوند، ارتباط میان همه‌ی طرف‌ها امری اساسی است. با موافقت زندانی، اطلاعات وی می‌بایست در پی آزادی‌اش از زندان در اختیار مرکز خدمات‌رسانی قرار گیرد تا بتوان نیازهای شناخته‌ی او را برآورد.

در جایی که خدمات پس از درمان عرضه می‌شود، شمار بزرگی از زندانیان که با کانون اجتماعی مورد نظر قرار می‌گذارند، سر قرار حاضر نمی‌شوند. به حداکثر رساندن بهره‌گیری از خدمات مستلزم آن است که این کانون‌ها با با زندانی از راه ارسال نامه یا تلفن کردن به طور فردی تماس بگیرند. بخشی از طرح آزادی از زندان هم‌چنین می‌توان شامل ملاقات بی‌درنگ کارکنان یا نیروهای داوطلب این کانون‌ها با زندانی پس از آزادی او باشد.

در برخی کشورها، سازمان‌های مربوط به زندانیان پیشین، در پی آزادی فرد از زندان با او دیدار می‌کنند.

نمونه‌ی سوئد

سازمان «مجرمان بازگشته به جامعه» (KRIS) که در سال ۱۹۹۷ تشکیل یافت، به منزله‌ی گروه هم‌سان/همگن به زندانی در زمان-های پیش و پس از آزادی‌اش کمک و رسیدگی می‌کند. KRIS پیرامون اصول صداقت، نزاکت، هم‌بستگی، رفاقت و پرهیز از مواد عمل می‌کند. اعضای KRIS با زندانی در هنگام آزادی او از زندان دیدار می‌کنند، حمایت و یاری فراهم می‌آورند و آن‌ها را به تسهیلات محلی KRIS و شبکه‌ی حمایتی‌اش معرفی می‌کنند. رسیدگی و نظارت بر وضعیت زندانی آزاد شده را یک عضو رسمی و ثابت KRIS بر عهده می‌گیرد و لازم است بدانیم که طرح 'پدرخوانده/مادرخوانده' تماس ۲۴ ساعته/۷ روز هفته را نیز در بردارد.

هم‌چنین گردهمایی‌های اجتماعی با اعضای KRIS و خانواده‌شان ترتیب داده می‌شود.

Source: <http://www.kris.a.se/engelskasidan.htm>

اعضای حلقه‌های دوستی ۱۲ گامی، مانند الکی‌های گمنام^{۵۳} و 'معتادان مواد مخدر گمنام'، نیز غالباً خواهان دیدار با زندانیان اند و بی‌درنگ پس از آزادی آن‌ها به دیدارشان می‌روند.

ماموران ناظر بر عفو مشروط/تعلیق مجازات و کارکنان خدمات اجتماعی نیز با زندانیان پس از آزادی‌شان دیدار می‌کنند و آن‌ها را مراکز اقامتی خدمات درمان وابستگی به مواد می‌برند، به ویژه وقتی که این کار شرط هر گونه آزادی مشروط یا مجوز ترخیص زودهنگام باشد.

تمامی زندانیان، از جمله آن‌هایی که مشکل مواد دارند، هنگام آزادی از زندان درگیر شماری دغدغه‌های مشترک اند. زندانیان هنگامی که در پی یافتن سرپناه و شغلی بر می‌آیند چه بسا با پیش‌داوری‌هایی روبه‌رو می‌شوند.

سرپناه: یافتن جایی برای به سر بردن زندگی غالباً نخستین اولویت است. یاری کردن در این امر برای قادر ساختن زندانی آزاد شده برای یافتن محل سکونت و بازادغام در جامعه امری اساسی است. در بسیاری از کشورها داشتن یک نشانی دائمی برای ثبت‌نام جهت گرفتن مستمری‌های دولتی و دسترسی به خدمات اجتماعی و پزشکی امری ضروری است. برای بسیاری از زندانیان تدارک مسکن به دور از محیط پیشین و حلقه‌ی اجتماعی سابق گرچه به طور خودکار تضمین نمی‌کند که فرد از مواد پاک بماند، اما می‌تواند آن‌ها را کمک کند تا یک زندگی فارغ از مواد و خلاف‌کاری بیابند. چنین طرح‌هایی عبارت اند از جمله جا دادن فرد در یک 'خانواده‌خوانده' در یک منطقه‌ی روستایی، کمک به یافتن دوره‌ی آموزشی یا شغلی همراه با سرپناه^{۵۳}، یا منزلگاه‌های موقت تخصصی یا جایی در مراکز اقامتی بازپروری.

پول و شغل: شغل دائمی درآمدزا و (یا) کارآموزی ثابت مالی فراهم می‌آورد، از افزایش عزت نفس حمایت می‌کند و می‌تواند یک محیط اجتماعی تازه همراه با ساختارها و فعالیت‌های سودمند فراهم کند.

پاره‌یی از شرکت‌ها دوره‌های آموزشی و کارآموزی در زندان عرضه می‌کنند. هم‌چنین در شمار چشم‌گیری از کشورها، طرح‌های آموزشی و فنی/حرفه‌یی عرضه می‌شود که در برگیرنده‌ی این موردها نیز هست: کمک به تهیه‌ی درخواست کار، نوشتن شرح احوال (curriculum vitae)، فنون مصاحبه. چنین ابتکار عمل‌هایی این احتمال را افزایش می‌دهد که زمینه‌ی آموزش و کارآموزی برای زندانی پس از آزادی نیز تامین شود و این امر به او کمک کند تا هم‌چنان از مواد پاک بماند.

نمونه‌ی ژاپن

هنگامی که زندانیان در زندان اند، فرصت‌هایی به آن‌ها داده می‌شود تا در دوره‌های آموزشی فنی/حرفه‌یی شرکت جویند و گواهی-نامه‌ها و صلاحیت‌نامه‌های حرفه‌یی به دست آورند. زندانیان هنگام آزادی از زندان از طریق «برنامه‌ی جامع حمایت از اشتغال» (که با همکاری مقامات امنیتی مسئول عفو مشروط و اشتغال عمومی اجرا می‌شود) می‌توانند به مشاوره‌ها و حمایت شغلی دسترسی داشته

^{۵۳} tied accomodation، محل سکونتی است که در طی گذراندن دوره‌ی آموزشی یا کار کردن در حکم یک مجموعه یا بسته عرضه می‌شود.

باشند.

با این همه، کارفرمایان و مراکز آموزشی گاه می‌توانند از استخدام زندانیان، به ویژه در کشورهایی که با بیکاری روبه‌رو هستند، سر باز زنند. در برخی از کشورها، برای به استخدام درآوردن زندانیان مشوق‌هایی برای شرکت‌ها در نظر گرفته می‌شود.

نمونه‌ی سوئد

در سوئد، به کارفرمایان برای استخدام زندانیان سابق مشوق‌های مالی چشم‌گیری پیشنهاد می‌شود. در سال نخست، اگر کارفرمایی یک زندانی سابق را به استخدام درآورد تا ۸۰ درصد حقوق و مواجب پرداختی را به صورت جبرانی دریافت می‌کند. از این بازپرداخت در طی پنج سال به طور فزاینده‌یی کاسته می‌شود.

برای زندانیان سابق خدماتی تحت عنوان‌های 'خدمات یک‌جا' یا 'حق کمیسیون/حق دلالتی' در نظر گرفته می‌شود تا جای واحدی فراهم آید که در آن زندانیان ترخیص شده بتوانند به حمایت، اطلاعات و مشاوره در خصوص گستره‌ی پهناوری از نیازهایشان دسترسی یابند. این خدمات شامل کمک مالی، مراقبت پزشکی، مشاوره‌ی شغلی و جلب پشتیبانی دیگران و ارجاع آتی است.

نمونه‌ی اتریش

زندان فاوریتن در بازپروری خلاف‌کاران مصرف‌کننده‌ی مواد تخصص دارد. این برنامه که به ابتکار عمل گروهی از دانش‌جویان روان‌شناسی پاگرفت، از زندانیان پس از آزادی‌شان نیز حمایت می‌کند. تامین مالی این برنامه را وزارت دادگستری به عهده گرفته است. «انجمن عفو مشروط/تعليق مجازات و مددکاری اجتماعی وین» مامور ناظری تعیین کرد که گروهی از داوطلبان را هماهنگ و سرپرستی می‌کند. داوطلبان در پی یک همایش آموزشی قرار بود، در دوران پیش و پس از آزادی، با حمایت از زندانیان به آن‌ها کمک کنند که خود را با زندگی بیرون از زندان تطبیق دهند و نیز خدمات کاربردی مشاوره/پشتیبانی در اختیار زندانیان بگذارند. زندانیان این خدمات را مفید شمردند و یادآور شدند که این خدمات به آن‌ها کمک کرده است تا خود را به هنگام آزادی برای زندگی آماده سازند و با این نوع زندگی سازگاری پیدا کنند.

نمونه‌ی سوئد

هر زندانی برای کمک گرفتن و نظارت پس از ترخیص، دارای گزینه‌یی است میان داشتن یک سرپرست معمولی تا یک مامور ناظر. کسی که برگزیده می‌شود باید بتواند معیارهای شایستگی را برآورده سازد، از جمله آن که در اجتماع از جایگاه و محبوبیت مناسبی برخوردار باشد. سرپرستان معمولی نیز در مورد وظایف و مسئولیت‌های خود از سوی مقامات زندان و بخش خدمات مربوط به عفو مشروط/تعليق مجازات آموزش‌های پایه را دریافت خواهند کرد.

برنامه‌های موفق بدون استثنا حاصل همکاری میان‌نمایدگی (میان‌نهادی) مناسب اند.

بیش تر پزشکان در این نکته اتفاق نظر دارند که مجموعه‌ی (یا بسته‌ی) اقدام‌های مربوط به مراقبت پیوسته و مراقبت پس از درمان برای زندانیان آزاد شده شامل مورد‌های زیر است: ترخیص به وقت برنامه‌ریزی‌شده؛ راهبردها و روش‌های مدیریتی جسورانه و غیر منفعلانه؛ برنامه‌های حمایتی متنوع و انعطاف‌پذیر؛ رویکرد انگیزشی فارغ از قضاوت؛ دسترسی سریع به خدمات پزشکی/بالینی؛ مسکن ثابت؛ فرصت‌های فراغت از کار و اشتغال؛ و مددکاران پذیرا، حساس، آموزش دیده، و با تجربه در خصوص مواد مخدر. اجرای این مورد‌ها مستلزم همکاری چند نمایندگی/چند نهادی، وجود یک مددکار اصلی و پاسخ‌گو برای ایجاد هماهنگی میان خدمات لازم بر پایه‌ی نیازهای هر مددجو، و نیز منابع مالی مطمئن برای برآوردن تقاضاهاست.

Source: Fox A, Khan L, Briggs D, Rees-Jones N, Thompson, Owens J (2005): *Through and Aftercare: Approaches and Promising Practice in Service Delivery for Clients Released from Prison or Leaving Residential Rehabilitation*, London, UK, p25.⁵⁴

⁵⁴ برگرفته از «گزارش اینترنتی وزارت کشور» در ژانویه ۲۰۰۵.

چرا این موردها مهم اند...؟

پرداختن به مسایل ناظر بر گونه‌گونی و تنوع در طراحی و اجرای مداخله‌ها و اقدام‌هایی در مورد مصرف‌کنندگان مواد مهم است زیرا:

- ✓ استفاده‌ی مسئله‌آفرین مواد و الکل در میان تمامی جامعه‌ها و فارغ از جنس، نژاد، فرهنگ، مذهب، گرایش جنس و دیگر عامل‌های هویت اجتماعی وجود دارد؛
- ✓ بیش‌تر کشورها بیش از پیش چندفرهنگی می‌شوند؛
- ✓ نمودار گروهی مردم با پیشینه‌های گوناگون و متنوع در زندان‌ها و کانون‌های اصلاح و تربیت رو به افزایش است؛
- ✓ نمودار گروه‌های اقلیت و احتمال این که این گروه‌ها بیش از زندان و در طی آن به شکلی مورد تبعیض^{۵۵} قرار گرفته باشند، بیش از اندازه است؛
- ✓ درمان موثر نخواهد افتاد مگر آن که نیازهای متنوع و گوناگون را برآورد.

به منظور آن که مداخله‌گری‌ها موثر افتد، خواه در اجتماع [بیرون از زندان] خواه در محدوده‌ی زندان‌ها، می‌بایست موضوع‌های ناظر بر تنوع و گونه‌گونی را به حساب آورد و در مد نظر قرار داد. کار کردن موثر در خصوص تنوع و گونه‌گونی چیزی به مراتب بیش از رفتار با همه‌ی زندانیان و فراهم آوردن زمینه‌ی برابری فرصت‌ها در قالب ارائه‌ی خدمات است.

برابری عبارت از این نیست که با همه کس باید رفتار یک‌سان داشت، بلکه به معنای آن است باید نیازها و شرایط هر فرد را در نظر گرفت. گاه به گاه لازم است از این حد فراتر رویم (به این معنا که با افراد به طور نابرابر رفتار کنیم) تا بدین ترتیب فرصت‌های برابر را تضمین کنیم زیرا که ما همه به طور برابر زندگی را آغاز نمی‌کنیم، جایی که در آن زاده شده‌ایم، و این که والدین ما چه کسانی اند، وضع سلامت و بهداشت ما و دسترسی ما به تغذیه‌ی اساسی و مانند این‌ها، همه و همه بر چه‌گونگی برابری فرصت‌های ما اثر می‌گذارند. غالباً اصول برابری و حقوق بشر با هم خَلط می‌شوند. ما همه حق برخوردار شدن از غذا و سرپناه داریم، حق داریم با احترام با ما رفتار شود و به مراقبت پزشکی دسترسی داشته باشیم و مانند این‌ها. این حق ما به عنوان انسان است. با این همه، همه‌ی ما با برابری زندگی را آغاز نمی‌کنیم.

Source: Asher Services (Aotearoa/New Zealand)- Diversity Training Course for Alcohol, Drug and Healthcare Professionals.⁵⁶

توجه به برابری و گونه‌گونی در ارائه‌ی خدمات

^{۵۵} تبعیض یعنی کنشی برآمده از نگرشی مثبت یا منفی که یا نسبت به یک شخص یا یک گروه امتیازی قایل می‌شود یا نامنصفانه مورد بی‌مهری قرار می‌دهد.

⁵⁶ <http://www.asherservices.co.nz>

کار کردن در یک چارچوب ضد تبعیضی^{۵۷} فرآیندی پویاست و این امر می‌بایست هم برنامه‌ریزی و هم ارائه‌ی خود خدمات را شکل بخشد.

این نکته‌ی اساسی است که نهادهای تامین‌کننده‌ی خدمات در عمل درک خود را از نیازهای گوناگون و متنوع گروه مددجو به اثبات می‌رساند و این که زندانیان خدمات ارائه شده را با نیازهای خود مرتبط بدانند.

آنچه در پی می‌آید پیشنهادهایی است برای آن که اطمینان حاصل شود امر خدمات‌رسانی به موضوع برابری و گونه‌گونی توجه دارد:

- اطلاعات مربوط به خدمات شامل ارجاع به تعهدی است در قبال ایجاد فرصت‌های برابر و کار کردن با رعایت اصل تنوع و گونه‌گونی؛
- اطلاعات و دیوارکوب‌هایی که به نمایش در می‌آید باید که برای گستره‌ی پهناوری از گروه‌ها (برای نمونه گروه‌های اقلیت قومی، گروه‌های مذهبی گوناگون، هم‌جنس‌خواهان زن و هم‌جنس‌خواهان مرد و دوجنس‌خواهان، زندانیان دارای اچ‌آی‌وی مثبت، زندانیان دارای هیپاتیت C مثبت، و زندانیانی که مشکل سواد و زبان دارند) سودمند باشد؛
- اطلاعات درباره‌ی اچ‌آی‌وی و هیپاتیت به روشنی در دیدرس باشد؛
- طیفی از تصویرها و اطلاعات را به کار بگیرید (نه فقط تصویرهای مربوط به اسباب و لوازم تزئینی را) تا همهی مصرف‌کنندگان مواد آن مطالب را با خودشان مرتبط بدانند؛
- در طی ارزیابی از وضعیت زندانیان به موضوع برابری و گونه‌گونی در مورد همه‌ی آن‌ها توجه کنید. این امر تضمین می‌کند که آن‌هایی که نگرانی‌های در این باره دارند، احساس کنند که می‌توانند از همان آغاز کار مسایل‌شان را مطرح کنند؛
- در سراسر تمامی جنبه‌های خدمات‌رسانی زبانی فراگیر را به کار بگیرید، برای نمونه واژه‌ی 'خانواده' را طوری تعریف کنید که تنوع و گونه‌گونی زندگی خانوادگی، از جمله والدین بیولوژیکی، خانواده‌های فرزندخوانده، خانواده‌های فرزندپرور، و تحت سرپرستی نهادها را در بر بگیرد و به رسمیت بشناسد. باورهای معنوی گوناگون و فرقه‌های درون مذهب‌های گوناگون را نیز به رسمیت بشناسید؛
- تضمین کنید که مداخله‌ها به شیوه‌ی صورت می‌گیرد که با هدف‌ها، ارزش‌ها و شرایط زندگی فرد مورد نظر سازگار باشد؛
- تضمین کنید که باورهای معنوی و مذهبی شخص بر پایه‌ی اجتماعی که در آن به سر می‌برد، به رسمیت شناخته می‌شود و در برنامه‌ی درمانی وی گنجانده می‌شود؛

^{۵۷} رویکردی که رفتار نامنصفانه با مردم را به چالش می‌کشد، وقتی که این رفتار بر پایه‌ی جنبه‌ی خاصی مانند سن، گرایش جنسی، تعلق به گروه اقلیت قومی، ناتوانی، مذهب و دیگر استوار باشد.

- بر مشارکت و بهره‌گیری از خدمات تمام بخش‌ها اجتماع زندان، از طریق مقایسه با آمار تفکیک شده‌ی جمعیت‌شناختی زندان، نظارت داشته باشید. اگر گروه‌های معینی به خدمات دسترسی ندارند، تا جایی که امکان دارد می‌بایست بازخورد این گروه را بجوید، با نهادهای متخصص و گروه‌ها/سازمان‌های اجتماعی تماس بگیرید تا ببینید چه باید کرد تا خدمات را به شکلی دسترس‌پذیر و مرتبط‌تر ارائه دهید؛
- کارکنان می‌بایست با نگرش‌ها و رفتارهای خودشان نمونه‌یی از پابندی به دربرگیرندگی را عرضه کنند.

لازم است تمام کارکنان در رابطه با توجه به برابری و گونه‌گونی آموزش ببینند. نگاه کنید به فصل ششم: مسایل مدیریتی.

در این فصل مسایل ویژه‌ی مربوط به گروه‌هایی که در کتابچه‌ی راهنما درباره‌ی زندانیان دارای نیازهای ویژه، UNODC (۲۰۰۶) مشخص شده است همراه با نیازهای زنان و جوانان برجسته شده‌اند. این فهرست جامع نیست؛ دیگر گروه‌ها نیز در میان جمعیت زندانیان حضور دارند، برای نمونه خلاف‌کاران جنسی، زندانیانی از منطقه‌های روستایی، خلاف‌کاران خشن، زندانیان حبس ابد و زنان حامله‌یی که هم‌چنین نیازهای ویژه‌یی دارند. توجه به برابری و گونه‌گونی و تنوع جزء سازنده‌ی اساسی درمان و خدمات-رسانی موثر است.

برای اطلاعات کلی بیش‌تر بنگرید به:

- «کتابچه‌ی راهنما درباره‌ی زندانیان دارای نیازهای ویژه»، UNODC (۲۰۰۸)؛
- «تطبیق الگوی درمان خلاف‌کاران برای جمعیت‌های ویژه»؛^{۵۸}
- «سوءمصرف مواد و وابستگی: رهنمودهای بریتانیا درباره‌ی مدیریت بالینی/پزشکی»؛^{۵۹}
- «گزارش توسعه و عمل، شماره‌ی ۸: درمان سوءمصرف مواد و نیازهای گروه‌های اقلیت زندان: زنان، خلاف‌کاران جوان و اقلیت‌های قومی (Borrill, J; Maden A et al 2003)»؛^{۶۰}

کار کردن با زندانیان دارای ناتوانی‌های شناختی و جسمانی

زندان‌های دارای ناتوانی شامل کسانی می‌شود که دارای اختلال‌های جسمانی، ذهنی، فکری یا حسی دراز مدت اند که در کنش و واکنش با بازدارنده‌های دیگر می‌تواند مانع مشارکت کامل و موثر آن‌ها در جامعه بر مبنایی برابر با دیگران گردد. («پیمان‌نامه‌ی حقوق افراد دارای ناتوانی»، ماده‌ی ۱)

این بخش به مسایلی در مورد زندانیان دارای ناتوانی‌های جسمانی و یادگیری/شناختاری اشاره دارد زیرا در جامعه‌ی فراخ‌تر زندانیان دارای ناتوانی‌های جسمانی و (یا) شناختاری آسیب‌پذیرتر اند و بالقوه با تبعیض مستقیم و غیر مستقیم در زندان روبه‌رو هستند. در مورد کسانی که دستخوش مشکلات مربوط به مصرف مواد اند، این امر می‌تواند وخیم‌تر باشد.

باید به زندانیانی که دارای ناتوانی‌های جسمانی و (یا) شناختاری اند به چشم افرادی نگرست که ماهیت ناتوانی ویژه‌ی آن‌ها شان هم‌چنین می‌تواند بر نیازهای ویژه‌شان تاثیر بگذارد.

⁵⁸ <http://www.ncib.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat5.section.80571>

⁵⁹ www.doh.gov.uk/publications

⁶⁰ www.homeoffice.gov.uk/rds/prisons1.html

مسایلی که باید مورد توجه قرار گیرند، از جمله عبارت اند از:

- نگرش‌ها به افراد دارای ناتوانی می‌تواند بر دسترسی آن‌ها به خدمات درمان وابستگی به مواد اثر بگذارد. ممکن است چنان به نظر آید که کار پیچیده‌تر از آن است که بتوان آن‌ها را در برنامه‌ی درمان گنجانند، یا آن که اصلاً ممکن نیست؛
 - باید سیاست و روش‌هایی را به کار بست که ماهیت ویژه‌ی ناتوانی‌های گوناگون را در مد نظر قرار می‌دهد؛
 - آیا در طراحی و برنامه‌ریزی برای خدمات درمانی به مسایل مربوط به دسترسی، برای نمونه توانایی افراد برای درک کامل و موافقت و رضایت به مقتضیات درمانی و نیازمندی‌های محیطی - مثلاً دسترسی به صندلی چرخ‌دار، ضبط صوت، مترجم، سمعک، دسترسی به آشپزخانه، و تجهیزات توالیت و حمام - توجه شده است؟
 - توانایی کارکنان برای واکنش نشان دادن در قبال هر گونه قلدری و زورگویی یا تبعیض از جانب دیگر زندانیان؛
 - آیا در جایی که برای دسترسی فیزیکی به محل‌های درمانی مشکلاتی در کار است، کمک‌های اضافی وجود دارد؟ برای نمونه، فراهم آوردن خدمات مورد نظر به یک یک سلول‌ها به طور جداگانه؛
 - لازم است به روابط و تاثیرهای متقابل میان ناتوانی ویژه، هر داروی تجویز شده برای ناتوانی مورد نظر و مصرف مواد تجویز نشده‌ی مشخص توجه گردد؛
 - آیا برای پشتیبانی از زندانی در این که احساس امنیت کند و این که مشارکت‌اش در جنبه‌های گوناگون درمان به حداکثر برسد کمک اضافی در دسترس است؟
 - زندانیان دارای ناتوانی هم‌چنین دارای مسایل مربوط به تنوع و گونه‌گونی هم هستند و ممکن است به بیش از یک گروه هویتی اجتماعی تعلق داشته باشند.
- نیز بنگرید به: «آیین‌نامه‌ی بهبود خدمات درمانی (TIP)، شماره‌ی ۲۹، درمان اختلال‌های حاصل از مصرف مواد در مورد افراد دارای ناتوانی‌های جسمانی و شناختاری» (SCSAT 1998d).⁶¹

کار کردن با ملیت‌های بیگانه

نیز بنگرید به بخش «اقلیت‌های قومی و فرهنگی».

زندانیان دارای ناتوانی شامل کسانی می‌شود که دارای اختلال‌های جسمانی، ذهنی، فکری یا حسی دراز مدت اند که در کنش و واکنش با بازدارنده‌های دیگر می‌تواند مانع مشارکت کامل و موثر آن‌ها در جامعه بر مبنایی برابر با دیگران گردد. («کتابچه‌ی راهنما درباره‌ی زندانیان دارای نیازهای ویژه»، قریب‌الانتشار، UNODC، ۲۰۰۸)

به سبب جابه‌جایی جهان‌گیر فزاینده، ملیت‌های خارجی بیش‌تری در پهنه‌ی جهان در زندان‌ها نگه‌داری می‌شوند. گرچه شمار در خور توجهی از ملیت‌های بیگانه به سبب خلاف‌های مرتبط با مواد زندانی اند، اما این امر به ضرورت به معنای آن نیست که این زندانیان

⁶¹ www.ncbi.nlm.nih.gov/books

دارای مشکل مصرف مواد اند. برخی از زندانیان ملیت‌های بیگانه در طی بازداشت است که به خدمات درمان وابستگی به مواد نیاز پیدا می‌کنند.

موضوع‌هایی که باید در مد نظر قرار داد، به شرح زیر است:

- زندانیان ملیت‌های بیگانه ممکن است بسیار منزوی شده باشند، چنان که محتمل‌تر است که از خانواده‌ها و اجتماعات خود بریده باشند؛
- احتمال نمی‌رود که خانواده‌ها در فرآیند درمان و در برنامه‌ریزی پس از درمان خود را درگیر کنند؛
- مانع‌های زبانی می‌تواند انزوا و تک‌افتادگی را وخیم‌تر کند و مانع دسترسی و مشارکت در خدمات درمانی مواد گردد؛
- توانایی زندانیان ملیت‌های بیگانه برای مشارکت در مداخله‌های درمانی متأثر از اضطراب اضافی حاصل از تهدید به اخراج از کشور است. آن‌ها در انتظار دریافت نتیجه‌ی درخواست پناهندگی یا فرآیندهای دیگری اند که با نظام‌های حقوقی مربوط به آن فرآیندها نیز آشنایی ندارند؛
- در جایی که زندانی ممکن است از کشور اخراج یا به کشور مبدا بازگردانده شود، ارجاع یا دسترسی به خدمات اجتماعی چه بسا دشوارتر باشد. ممکن است این خدمات حتی وجود نداشته باشد؛
- گسست بالقوه در درمان زمانی که اتباع بیگانه ممکن است بکوشند تا به موطن خود بازگردند تا محکومیت خود را در کشور مبدا بگذرانند؛
- اگر چه ممکن است کارکنان از نیازهای فرهنگی افراد متعلق به اقلیت‌های قومی و بومی کشور خود دریافتی داشته باشند، اما چه بسا چنین دریافتی را درباره‌ی کشورهای دیگر و گروه‌های فرهنگی نداشته باشند؛
- زندانیان دارای ناتوانی هم‌چنین دارای مسایل مربوط به تنوع و گونه‌گونی هم هستند و ممکن است به بیش از یک گروه هویتی اجتماعی تعلق داشته باشند.

کار کردن با زندانیان هم‌جنس‌خواه مرد، هم‌جنس‌خواه زن و دوجنس‌خواه

صرف نظر از این که عقاید هر کس درباره‌ی 'علت‌های' گرایش جنسی کس دیگر (برای نمونه، ترتیب تولد، مورد سوءاستفاده‌ی جنسی قبلی قرار داشتن، انتخاب) چه باشد و این که چه گونه باید در زندگی روزمره به آن پرداخت، هم‌جنس‌خواهان مرد، هم‌جنس‌خواهان زن و دوجنس‌خواهان در همه‌ی جامعه‌ها گروهی به حاشیه رانده شده‌اند و بنابراین مسایل مرتبط با مراقبت از آن‌ها باید مورد توجه قرار گیرد.

در پاره‌یی از کشورها هم‌جنس‌خواهان مرد یا هم‌جنس‌خواهان زن بودن ممکن است غیر قانونی یا مجرمانه شمرده شود. بسیاری از هم‌جنس‌خواهان مرد، هم‌جنس‌خواهان زن و دوجنس‌خواهان از برملا شدن گرایش‌شان هراس دارند زیرا می‌ترسند که افشای آن می‌تواند موجب طرد شدن از خانواده، کیفر جسمانی و در برخی کشورها به مرگ به دست دولت منجر شود. گرایش جنسی هر کس پاره‌یی اساسی از هستی فرد است. مسایل مربوط به سکسوالیته و گرایش جنسی در درمان وابستگی به مواد مهم اند و نباید از نظر دور بمانند.

برای حمایت از کارکنان در کار ماهرانه و با کفایت با هم جنس خواهان مرد، هم جنس خواهان زن و دو جنس خواهان آموزش لازم است تا کارکنان به درک اهمیت دربرگیرندگی پی ببرند و گمان نکنند که همه صد در صد دگر جنس خواه اند.

مسایلی که باید در نظر گرفت، از جمله عبارت است از (Wechgelaar, H, 1997):

- بسیاری از دگر جنس خواهان در روابط هم جنس خواهانه در بافت زندان شرکت می‌جویند (که غالباً به 'هم جنس خواه زندان' شهرت دارند)؛
- پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بسیاری از هم جنس خواهان مرد، هم جنس خواهان زن و دو جنس خواهان در نتیجه‌ی یک فرآیند درمان است که 'به هم جنس خواه بودن اذعان می‌کنند'.^{۶۲} چه بسا مصرف مواد و الکل به این دلیل صورت می‌گیرد که شخص بخواهد گرایش جنسی خود را به کسی اعتراف کند، تا کمکی باشد برای اذعان به هم جنس خواه بودن، تا شخص گرایش جنسی خود را پنهان کند، تا گرایش جنسی خود را انکار کند، یا این که از پس شرم و انگلی که به او زده می‌شود برآید. الکل و مواد هم‌چنین به عنوان تسهیل‌کننده‌ی اجتماعی عمل می‌کند؛
- بسیاری از هم جنس خواهان مرد، هم جنس خواهان زن و دو جنس خواهان به سبب تجربه‌های تلخ و منفی پیشین ممکن است در بحث درباره‌ی گرایش جنسی خود با متخصصان دست به عصا و محتاطانه رفتار کنند؛
- دلیل دیگر توداری و کم حرفی این درک و برداشت است که هر کس با نظام عدالت کیفری کار می‌کند جزئی از یک نظام است که بر ضد هم جنس خواهان مرد، هم جنس خواهان زن و دو جنس خواهان دست به مجرمانه‌سازی و تبعیض می‌زند؛
- ممکن است محیط زندان به صورت فضای امنی درک نشود که بتوان در آن 'به هم جنس خواه بودن اذعان کرد'. حمایت مضاعفی باید صورت داد تا بتوان درباره‌ی موضوع‌هایی به بحث پرداخت که ممکن است زندانی در بحث و گفت‌وگو درباره‌ی آن در یک فضای گروهی احساس راحتی نکند؛
- شواهدی در دست است که نشان می‌دهد هم جنس خواهان مرد، هم جنس خواهان زن و دو جنس خواهان نسبت به دگر جنس خواهان دارای سطح بالایی از مصرف مواد و نیز دارای دوره‌های طولانی‌تر مصرف اند؛
- اگر چه اچ‌آی‌وی میان جمعیت دگر جنس خواهان رو به فزونی است، اما میزان نامتناسبی از بیماری‌های عفونی در میان مردان هم جنس خواه هم‌چنان باقی است. این امر در مورد دیگر بیماری‌های واگیردار جنسی و هیپاتیت B نیز صدق می‌کند. هم اکنون میزان آلودگی به اچ‌آی‌وی در میان مردان جوان هم جنس خواه در بسیاری از کشورها رو به فزونی است؛

^{۶۲} اذعان داشتن به هم جنس خواهی یک فرآیند است. چنین امری در ابتدا زمانی رخ می‌دهد که فرد به خود و سپس به دیگران اعتراف می‌کند که هم جنس خواه مرد، هم جنس خواه زن یا دو جنس خواه است. این کسان مجبور می‌شوند مرتب به چنین خصوصیتی اذعان کنند زیرا تبعیض بر ضد هم جنس خواهی و فرض بر این که همه دگر جنس خواه اند، وجود دارد. اذعان به هم جنس خواهی نزد خود دشوارترین گام و اذعان این امر به دیگران مستلزم خطرپذیری‌های همراه آن است. نگاه

کنید به: <http://www.odos.uiuc.edu/lgbt/resources/comingOut.asp>

- زنان و مردان هم جنس خواه و دوجنس خواه هم چنین دارای دیگر مسایل ناظر بر تنوع و گونه گونی اند و ممکن است به بیش از یک گروه هویتی اجتماعی تعلق داشته باشند.

نیز بنگرید به:

- «درآمدی بر درمان سوء مصرف مواد زنان و مردان هم جنس خواه و دوجنس خواه و تغییر جنس داده ویژه‌ی خدمات-دهندگان» (CSAT, 2001)؛^{۶۳}
- «پرسش های درست را بپرس (شماره‌ی ۲): گفت و گو با مراجعه کنندگان درباره‌ی گرایش جنسی و هویت جنسیتی در محدوده‌ی بهداشت روانی، مشاوره و اعتیاد» (Centre for Addiction and Mental Health, 2004).^{۶۴}

کار کردن با زندانیان دارای ناتوانی های سلامت روانی

در سراسر جهان حدود ۹ میلیون نفر در نهادهای کیفری در بازداشت نگه داری می شوند. دست کم نیمی از این کسان درگیر اختلال ها و آشفتگی های شخصیتی اند، یک میلیون و اندی از زندانیان در پهنه‌ی جهان دستخوش نابه سامانی روانی مانند روان پریشی یا افسردگی اند. کم و بیش تمامی زندانیان دچار حالت های افسردگی یا نشانه های اضطراب اند (Blauw E and Hjalmar J.C. van Marle, Mental Health in Prisons).^{۶۵}

نوشتارگان چشم گیری درباره‌ی هم بودی بیماری های مربوط به به ناتوانی های ذهنی و روانی و مصرف مواد در دست است (بنگرید به مطالب پایین).

این نکته از لحاظ بین المللی به رسمیت شناخته شده است که خلاف کاران دارای ناتوانی های ذهنی و روانی را نباید در زندان نگه داشت. با این همه، به دلیل های گوناگون بسیاری از این گونه خلاف کاران در زندان نگه داری می شوند کسانی ممکن است هم چنان که در زندان به سر می برند هم چنین مسایل سلامت روان شان شدت یابد و بازداشت در زندان غالباً مشکلات سلامت روانی موجود را وخیم تر سازد.

مسایل و موضوع هایی که باید در مد نظر قرار داد، از جمله عبارت اند از مورد های زیر:

- نگرش ها و شایستگی و کفایت کارکنان در ارزش یابی و تشخیص هم بودی بیماری ها؛
- کمک های پزشکی و روانی اجتماعی موجود برای آن که زندانیان را قادر سازد تا به برنامه‌ی درمان وابستگی به مواد دسترسی بیابند و در آن شرکت کنند از چه قرار است؛
- معیارهای ورود به برنامه‌ی درمانی نباید کسانی را کنار بگذارد که برای بیماری روانی دارو دریافت می کنند؛

⁶³ www.samhsa.gov (ایالات متحد امریکا)

⁶⁴ www.camh.net (کانادا)

⁶⁵ برگرفته از سلامت در زندان ها: دستور عمل «سازمان جهانی بهداشت» درباره‌ی ملزومات بهداشتی زندان، (۲۰۰۷):

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf

- لازم است تمامی کارکنان از مصرف مواد تجویز نشده‌ی خاص افراد مورد نظر و ناتوانی ذهنی و روانی آن‌ها درکی داشته باشند و برای آن که برنامه‌ی درمانی یک‌پارچه‌یی را طراحی کنند می‌بایست بدانند آن کسان چه گونه واکنش نشان می‌دهند؟
 - درمان باید که رابطه‌ی میان ناتوانی ذهنی و روانی، دارو برای این مورد و مصرف مواد تجویز نشده‌ی شخص را در نظر بگیرد. ترجیح دارد که کارکنان هم درباره‌ی کار کردن در حوزه‌ی سوء مصرف مواد و هم در حوزه‌ی ناتوانی‌های ذهنی و روانی آموزش ببینند؟
 - شایستگی و کفایت کارکنان در ارتباط با آسیب‌پذیری فزاینده و خطر خودزنی و خودکشی در میان زندانیانی که دارای هم‌بودی بیماری‌های مربوط به ناتوانی‌های ذهنی و روانی و مصرف مواد اند؟
 - سیاست‌هایی لازم است تا نیازهای زندانیان دارای عارضه‌های دوگانه را در نظر بگیرد و پاسخ‌گوی این نیازها باشد. برای نمونه، آیا سیاست‌ها مسایل مربوط به رضایت آگاهانه‌ی بیمار را در نظر گرفته است و نیز مواردی اصول رازداری نقض می‌شود زیرا زندانی قادر نیست رضایت خود را اعلام کند؟
 - زندانیان دارای ناتوانی ذهنی به ویژه در برابر قلدری و سوءاستفاده‌ی دیگر زندانیان و کارکنان آسیب‌پذیر اند. این مورد شامل شکل‌های ظریف‌تر تبعیض می‌شود که ممکن است در محیط درمان روی دهد، برای نمونه قطع کردن حرف فرد، با بیرون راندن آن‌ها از بحث‌ها و گفت‌وگوهای گروهی، یا صحبت کردن به جای آن‌ها؟
 - آیا برای پشتیبانی از زندانی در این که احساس امنیت کند و این که مشارکت‌اش در جنبه‌های گوناگون درمان به حداکثر برسد کمک اضافی در دسترس است؟
 - زندانیان دارای ناتوانی‌های ذهنی و روانی هم‌چنین دارای دیگر مسایل ناظر بر تنوع و گونه‌گونی اند و ممکن است به بیش از یک گروه هویتی اجتماعی تعلق داشته باشند.
- نیز بنگرید به:

- «آیین‌نامه‌ی بهبود خدمات درمانی (TIP)، شماره‌ی ۴۲: درمان سوء مصرف مواد در مورد افراد دارای اختلال‌های هم-زمان» (CSAT, 2005b)؛^{۶۶}
- «راهنمای اجرای سیاست بهداشت روان: راهنمای عمل روش‌های مطلوب تشخیص عارضه‌ی دوگانه» (Department of Health, UK, 2002)؛^{۶۷}
- «مراقب شکاف‌ها باشید: برآوردن نیازهای کسانی که هم‌زمان دارای سوء مصرف مواد و مشکلات بهداشت روان دارند» (Scottish Advisory Committee on Drug Misuse and Scottish Advisory Committee on Alcohol Misuse, 2003)؛

⁶⁶ www.ncbi.nlm.nih.gov/books

⁶⁷ www.dh.gov.uk/publications

- «دومین رساله‌ی تخصصی: تشخیص عارضه‌ی دوگانه اختلال روانی و سوء مصرف مواد» (McMurrin, M, The National Programme on Forensic Mental Health, 2006)؛

کار کردن با گروه‌های اقلیت قومی و فرهنگی

جمعیت بسیاری از کشورها هم گروه‌های قومی اکثریت و هم گروه‌های قومی اقلیت و هم مردم بومی را در بر می‌گیرد. اگر چه در سالیان اخیر کوشش‌های در خور توجهی به کار رفته است تا خدماتی را تضمین کنند که نیازهای گروه‌های اقلیت قومی را برآورده سازند، این انتقاد پیش کشیده شده است که خدمات درمان وابستگی به مواد برای مصرف‌کنندگان سفیدپوست مرد مبتلا به مواد افیونی در نظر گرفته شده است. انتقادی که غالباً در آمار پزشکی و پژوهش‌ها بازتاب می‌یابد (Fountain J, Bashford J, Winters M, Patel K, 2003) حاکی از آن است که اقلیت‌های قومی گزارش می‌کنند که خدمات موجود را مرتبط با نیازهای خود نمی‌بینند. در بسیاری از کشورها ممکن است نمودار اعضای گروه‌های اقلیت‌های قومی بیش از حد باشد.

مسایلی که باید مد نظر قرار دارد، از جمله عبارت است از:

- نگرش‌های فرهنگی متفاوت به مواد، مصرف مواد و مصرف‌کنندگان مواد. برای نمونه، نقش و کارکرد مواد در فرهنگ‌های مختلف (مثلاً دریافت راستافاری‌ها از حشیش). هم‌چنان که آرا و عقاید مختلفی درباره‌ی الکل وجود دارد، برای نمونه عقاید موجود در اسلام، کلیساهای مخالف کلیسای رسمی (مثلاً متودیست‌ها، بپتیست‌ها و مانند آن‌ها) و ادونتیست‌های «روز هفتم»؛

- آیا سیاست‌ها و خط‌مشی‌هایی نوشته شده است که از لحاظ فرهنگی مناسب و پاسخ‌گو باشد؟

- آیا کارکنان از لحاظ فرهنگی شایستگی و کفایت دارند؟ به منظور ترویج مشارکت، لازم است زندانیان اقلیت‌های قومی به خدمات‌دهندگان اطمینان کنند. اثبات آگاهی و شایستگی فرهنگی می‌تواند از طریق به کارگیری زبان [آن اقلیت قومی] و شکل بیانی مناسب برای رعایت احترام و نیز صداقت و سعه‌ی صدر نشان دادن برای آموختن درباره‌ی هر فرهنگ صورت گیرد؛

- آیا به مسایل فرهنگی در طراحی و برنامه‌ریزی برای عرضه‌ی خدمات توجه شده است، مثلاً در فعالیت‌های مربوط به نماز جمعه‌ی زندانیان مسلمان و کلیمی یا این که تاثیر روزه بر زندانیان مسلمان در ایام ماه رمضان در نظر گرفته شده است؛

- آیا روش و (یا) محتوا از نظر فرهنگی مناسب اند؟ برای نمونه، آیا در مورد مراجعه‌کنندگان آسیای جنوبی به جای کار فردی کار گروهی انتخاب شده است؟

- مشکلاتی که برای زندانیان اقلیت‌های قومی پیش می‌آید وقتی که اطلاعاتی را که عمیقاً شخصی اند آشکار می‌کنند، آن هم در هر زمینه‌ی که گروه مسلط در اکثریت اند و (یا) در جایی که فردی که با آن‌ها کار می‌کند متعلق به گروه قومی مسلط است؛

- آیا برای پشتیبانی از زندانی در این که احساس امنیت کند و این که مشارکت‌اش در جنبه‌های گوناگون درمان به حداکثر برسد کمک اضافی در دسترس است؟

- زندانیان متعلق به گروه‌های اقلیت قومی هم‌چنین دارای دیگر مسایل ناظر بر تنوع و گونه‌گونی اند و ممکن است به بیش از یک گروه هویتی اجتماعی تعلق داشته باشند. برای نمونه در بریتانیا، گرچه زنان سیاه‌پوست دستخوش همان سطوح از افسردگی و اضطراب اند که زنان سفیدپوست، اما کم‌تر احتمال دارد که در پی گرفتن کمک درباره‌ی مشکلات عاطفی‌شان برآیند. کانون توجه درمان زنان و مردان سیاه‌پوست می‌بایست بر مصرف کراک کوکائین باشد تا مواد افیونی، گرچه روش‌های پیشگیری از عود یک‌سان است (Borrill J, Maden A, et al. 2003).

نیز بنگرید به: «آیین‌نامه‌ی بهبود خدمات درمانی (TIP): شایستگی و توانایی فرهنگی در درمان سوء مصرف مواد» (CSAT).

کار کردن با افراد سالمند

شمار زندانیان سالمند دارای وابستگی به مصرف مواد رو به فزونی است زیرا مصرف مواد به خودی خود هر دم گسترده‌تر می‌شود. بسیاری از کسان در کشورهای غربی مصرف مواد را در دهه‌ی ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ آغاز کرده‌اند، بنابراین اگر هنوز به مصرف مواد ادامه می‌دهند اکنون نمودار مراجعان 'سالمند' به شمار می‌روند. افزایش در میزان امید به زندگی نیز به نسبت مصرف‌کنندگان سالخورده‌ی خدمات را که در خدمات درمان وابستگی به مواد نمودار است، فزونی بخشیده است. زندان نیز می‌تواند به آغاز سریع‌تر سالخوردگی کمک کند.

مسایلی که باید در نظر گرفت، عبارت اند از:

- مصرف مواد به طور کلی به عنوان مسئله‌ی زندانیان جوان تلقی می‌شود و بنابراین خدمات درمانی به طور معمول در ارتباط با نیازهای افراد بالغ جوان توسعه یافته‌اند؛
- زندانیان سالخورده ممکن است دوره‌ی مصرف مواد بسیار طولانی‌تری داشته باشند و برای آن‌ها دشوار است تصور کنند که بقیه‌ی عمر بدون مواد سر کنند یا حتی اهمیت ترک مواد را در نمی‌یابند؛
- برخی از زندانیان سالمندتر ممکن است تحت درمان جایگزین دراز مدت در اجتماع [بیرون از زندان] باشند و چنین خدماتی ممکن است در زندان مورد نظر در دسترس نباشد؛
- زندانیان سالمند می‌توانند هدفی برای قلدری و زورگیری، ارباب و تبعیض از جانب زندانیان و کادر زندان باشند؛
- مسایل مربوط به الکل می‌تواند در میان زندانیان سالمندتر گسترده‌تر باشد؛
- زندانیان سالخورده محتمل است که مشکلات سلامتی دیگر هم داشته باشند، مانند اختلال در بینایی و شنوایی. این کسان ممکن است رفتاری‌های بهداشتی‌یی داشته باشند که مستقیماً با مصرف مواد در دراز مدت مرتبط باشد، مثلاً زوال عقل (اختلال مشاعر) یا آسیب کبدی ناشی از هپاتیت‌های B و C و مانند آن. این قبیل کسان ممکن است هم‌چنین برای این گونه نیازهای پزشکی نیز دارو مصرف کنند؛
- فرد سالمندتر ممکن است در ارتباط با نیازهای مربوط به خواندن، نوشتن و حساب کردن دچار احساس اضطراب اضافی گردد و در جایی که این مهارت‌ها مورد نیاز است با همه‌ی قوا از این فعالیت‌ها خودداری کند؛

- نگرانی از بابت مردن در زندان می‌تواند اضطراب اضافی بر زندانیان مسن تر تحمیل کند و بر توانایی‌شان در مشارکت در برنامه‌ها تاثیر بگذارد؛
- بازادغام و دسترسی به خدمات اجتماعی مناسب می‌تواند برای زندانیان مسن تر مسئله‌آفرین باشد زیرا که این خدمات غالباً هدف خود را جوان‌ترها قرار می‌دهند؛
- زندانیان مسن تر ممکن است پیش از آن به دفعات متعدد تحت درمان مواد «آزمایش‌شده» قرار گرفته باشند و ممکن است مقاومت‌هایی در برابر مشارکت بیش‌تر از خود نشان دهند. این امر می‌تواند، به ویژه در جایی مسئله‌آفرین باشد که شرکت در برنامه‌ی درمان وابستگی به مواد شرط ترخیص باشد؛
- آموزش گروه همگن/هم‌سان ترویج مشارکت خلاف کاران را در برنامه‌ی درمان وابستگی به مواد در مدّ نظر دارد. باید به نقش مربیان همگن/هم‌سان با زندانیان مسن تر توجه کرد. زندانیان مسن تر هم‌چنین می‌توانند مربیان موثر زندانیان دیگر باشند. در حالتی که زندانیان مسن تر به زندان ابد محکوم شده باشند، چه بسا این وضع منافع اضافی برای خدمات درمانی به همراه بیاورد؛ برای نمونه، تداوم فعالیت مربیان همگن/هم‌سان، درک عمیق از فرهنگ زندان و نقش مثبت الگوسازی و مانند این‌ها؛
- زندانیان مسن تر دارای دیگر مسایل ناظر بر تنوع و گونه‌گونی اند و ممکن است به بیش از یک گروه هویتی اجتماعی تعلق داشته باشند.

نیز بنگرید به «مسایل درمانی ویژه‌ی زندانیان» (ایالات متحد آمریکا)^{۶۸}

کار کردن با زندانیان محکوم به مرگ

«کمسیون حقوق بشر ملل متحد» و دیگر سازمان‌های حقوق بشر بین‌المللی در خواست لغو مجازات مرگ (اعدام) اتفاق نظر دارند.

زندان محکوم به مرگ سزاوار همان سطح از مراقبت، دسترسی به خدمات و درمان اند که دیگر زندانیان.^{۶۹}
مسایلی که باید در مدّ نظر قرار داد از جمله عبارت اند از:

- زمانی که زندانیان زیر حکم مرگ، در انتظار اعدام، به سر می‌برند غالباً طولانی است؛ فرآیندهای فرجام‌خواهی طولانی در کار است و همواره امکان لغو خود مجازات مرگ (اعدام) وجود دارد. بنابراین نمی‌توان بر پایه‌ی این فرض که زندانی در شرف مرگ است او را از دسترسی به خدمات درمانی محروم کرد؛
- هر گونه درمان باید که تاثیر حکم مرگ را بر زندانی و پی‌آمدهای آن را برای سلامت جسمانی و روانی این گونه زندانیان، توانایی آن‌ها برای دسترسی به درمان، نگرش‌های کادر کارکنان عمومی در ارتباط با زندانیان محکوم به اعدام، 'حق آن‌ها را بر درمان' و مانند آن در نظر بگیرد؛

⁶⁸ www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat5.section.81052

⁶⁹ نگاه کنید به نوشته‌ی قریب‌الانتشار «کتاب راهنما درباره‌ی زندانیان دارای نیازهای ویژه»، UNODC، ۲۰۰۸، ص ۱۵۵.

- زندانیان محکوم به مرگ (اعدام) دارای دیگر مسایل ناظر بر تنوع و گونه‌گونی اند و ممکن است به بیش از یک گروه هویتی اجتماعی تعلق داشته باشند.

کار کردن با زندانیان دارای بیماری رو به مرگ (علاج‌ناپذیر)

افراد دارای بیماری علاج‌ناپذیر در جامعه و در زندان دارای نیازهای ذهنی و روانی‌بی هستند که به طور مستقیم با بیماری آن‌ها ارتباط دارد. آن‌ها ممکن است نیازمند حمایت روان‌شناختی، پزشکی و معنوی در ارتباط با فرآیند مردن و انتظار و احتمال مرگ باشند. در پهنه‌ی بین‌المللی بیماری‌ها مرتبط با ایدز یکی از علت‌های مرگ در زندان به شمار می‌رود. هم‌چنین هنوز به کسانی که دارای اچ‌آی‌وی مثبت اند یا ایدز دارند، انگ می‌زنند، بنابراین ممکن است زندانیان دستخوش پیش‌داوری و تبعیض شوند و چه بسا منزوی‌تر گردند. در جایی که شخص هم‌چنین مصرف‌کننده‌ی مواد است هم انگ و هم انزوای حاصل از آن می‌توانند در هم ترکیب شوند. مسایلی که باید مورد توجه قرار گیرد، به این شرح اند:

- چه نوع حمایت تخصصی قرار است از جانب تامین‌کنندگان درمان به آن دسته از زندانیان مصرف‌کننده‌ی مواد ارائه شود که مبتلا به بیماری علاج‌ناپذیر اند؟
- بیماری زندانیان از جمله تجربه‌ی درد کشیدن می‌تواند بر توانایی‌شان در درمان تاثیر بگذارد (به مطالب پایین نگاه کنید).
- حضور این گونه زندانیان در محیط‌های گروهی ممکن است بر دیگر شرکت‌کنندگان در برنامه و نیز فرآیند گروهی تاثیر بگذارد، برای نمونه اگر با مقایسه‌ی دردنمون‌های بیماری و روند پیشرفت بیماری و مانند آن زندانیان دیگر دارای همان بیماری باشند، درباره‌ی ابتلا به بیماری نگرانی‌هایی پیش می‌آید؟
- تدبیر موثر درد هم برای درد مزمن و هم حاد و وخیم می‌تواند به سبب تحمل کم‌تر برای درد کشیدن و تحمل بالاتر مسکن، دشوارتر باشد. (بنگرید به: «درد و سوء مصرف مواد: بهبود بخشیدن به تجربه‌ی بیمار، سند اجماعی»، انجمن درد بریتانیا، ۲۰۰۶)؛^{۷۰}
- سیاست‌ها و روش‌هایی را به کار بگیرید که نیازهای زندانیان دارای بیماری‌های علاج‌ناپذیر را منعکس کند؛
- آیا کادر کارکنان قادر اند به انگ‌زنی، پیش‌داوری و ترس بذل توجه کنند؟
- زندانیان مبتلا به بیماری علاج‌ناپذیر دارای دیگر مسایل ناظر بر تنوع و گونه‌گونی اند و ممکن است به بیش از یک گروه هویتی اجتماعی تعلق داشته باشند.

کار کردن با زنان

گرچه زندانیان زن در بسیاری از دغدغه‌ها و نگرانی‌های زندانیان مرد شریک اند، اما زندانیان زن هم‌چنین دارای تجربه‌های متفاوتی از زندان اند و در نتیجه نیازهای متفاوتی دارند.

⁷⁰ www.britishpainsociety.org.uk

مسایلی که باید مورد توجه قرار گیرد، به شرح زیر است:

- درصد بالاتری از زنان زندانی در مقایسه‌ی با مردان زندانی دچار مشکلات مربوط به وابستگی به مواد اند (Palmer J, 2007)؛
 - احتمال این که زنان حمایت والدین خود را در طی دوره‌ی بازداشت از دست بدهند، بیش تر است؛
 - در میان زنان زندانی میزان شیوع مسایل و مشکلات مربوط به سلامت روان بالاتر است؛
 - مراقبت از زنان حامله‌ی وابسته به مواد باید با ارزیابی کامل از سوی افراد متخصص دارای صلاحیت پزشکی همراه باشد تا تضمین کند که هر گونه رژیم دارو درمانی سلامت و رفاه و آسایش هم مادر و هم بچه را حفظ می کند. هم چنین بنگرید به: («سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد: دستور عمل‌های بریتانیا درباره‌ی مدیریت بالینی»، بخش بهداشت و سلامت، ۲۰۰۷)؛^{۷۱}
 - زنان عموماً نخستین مراقبت کنندگان از کودکان اند و هنگام پذیرش در زندان نخستین دغدغه‌ی آنها غالباً مراقبت از کودکان شان است. مسایل مربوط به مواد احتمالاً دغدغه‌ی دوم شان است. هنگام توجه به مصرف مواد نباید این نکته را به عنوان نبود انگیزش از جانب زنان در نظر گرفت؛
 - بسیاری از زنان درباره‌ی درگیر شدن مقامات رسمی در مراقبت از کودکان شان تجربه‌های منفی دارند؛
 - زنان محتمل تر است که در طی بازداشت در انتظار دادگاه به سر برند، به یک دوره زندان محکوم شوند و نسبت به هم‌تایان مرد خود برای خلاف‌های مشابه محکومیت‌های کوتاه مدت تری بگیرند؛
 - تجربه‌ی پیشین خشونت، تجاوز، و سوءاستفاده‌ی جنسی به طور معمول در میان زنان به نسبت مردان بالاتر است؛
 - زنان ممکن است درگیر صنعت سکس شده باشند و به این ترتیب مصرف مواد آنها غالباً با این صنعت سکس پیوند دارد؛
 - درصد بالاتری از زندانیان زن به خود صدمه می‌زنند؛
 - الگوی مصرف مواد در نزد زنان غالباً با مردان متفاوت است که متکی است بر مصرف بیش تر داروهای بدون نسخه و بنزودیازپین‌ها؛
 - زندانیان زن دارای دیگر مسایل ناظر بر تنوع و گونه‌گونی اند و ممکن است به بیش از یک گروه هویتی اجتماعی تعلق داشته باشند.
- عامل‌هایی که ذکر آنها لازم است در طراحی و ارائه‌ی خدمات درمان وابستگی به مواد به زنان در زندان مورد توجه قرار گیرد. کار چند نهادی موثر از آن رو اساسی است که بتواند هم سلامت زندانیان زن و هم وابستگان او را تضمین کند.
- نیز بنگرید به:

⁷¹ www.dh.gov.uk/publications

- «درمان سوء مصرف مواد و مراقبت از زنان»، UNODC، ۲۰۰۵؛
- «مقتضیات ویژه‌ی بهداشت زنان زندانی، بهداشت در زندان‌ها: دستور عمل «سازمان جهانی بهداشت» درباره‌ی ملزومات بهداشتی در زندان (Palmer J, 2007).

کار کردن با جوانان

هنگام کار با زندانیان جوان شماری مسایل ویژه پیش می‌آید که با کار کردن با زندانیان بزرگ‌سال متفاوت است.

مسایلی که باید مورد توجه قرار گیرد به شرح زیر است:

- مصرف مواد بخشی از فرهنگ جوانان است و مصرف مواد به خودی خود ضرورتاً به معنای آن نیست که هر فرد جوان دارای مسئله‌ی وابستگی به مواد است؛
- ممکن است تجسم این امر برای جوانان دشوار باشد که زندگی/بقیه‌ی زندگی خود را بدون مواد سر کنند؛
- پاره‌یی از جوانان وابستگی به مواد را از سن جوانی پیش گرفته‌اند، پاره‌یی دیگر ممکن است فقط محض تفریح مصرف کنند و دیگر جوانان ممکن است نشانه‌هایی از وابستگی به مصرف مواد را از خود بروز دهند ولی در این مرحله به این موضوع به چشم وابستگی نگاه نمی‌کنند؛
- آموزش مواد باید برای همه‌ی زندانیان جوان فراهم باشد، حتی اگر همه‌شان پیش از زندانی شدن مواد مصرف نکرده باشند یا آن را نیاز موده باشند. بنابراین فرصتی برای کار در زمینه‌ی پیشگیری و کاهش خطر وجود دارد؛
- مداخله‌ها باید که پختگی و مرحله‌ی رشد زندانی جوان را در نظر داشته باشد؛
- آموزش‌گران گروه‌های همگن/هم‌سان ذخیره‌ی ارزش‌مندی در ترویج مشارکت خلاف‌کاران به شمار می‌آید (Borrill J, Maden A, et al. 2003)؛
- چه‌گونه باید روابط جوانان زندانی را با خویشان و خانواده‌هایی که مقبول و مناسب‌اند و نیز کسانی که جز اعضای خانواده که برایشان اهمیت دارند، حفظ کرد و گسترش داد؛
- جوانان دارای دیگر مسایل ناظر بر تنوع و گونه‌گونی‌اند و ممکن است به بیش از یک گروه هویتی اجتماعی تعلق داشته باشند؛
- مداخله‌گری [در زندان‌ها] باید متمرکز بر جوانان باشد و با فرآیند تدارک خدمات دیگر برای جوانان مانند آموزش، باشگاه ورزشی و مانند آن یک پارچه شود.

نیز بنگرید به:

- «پیشبرد سلامت جوانان زندانی»، WHO، ۲۰۰۳؛
- «مداخله‌گری اجتماع‌محور برای کاهش سوء مصرف در میان جوانان آسیب‌پذیر و محروم»، NICE، ۲۰۰۷.^{۷۲}

⁷² www.nice.org.uk

این فصل نظری اجمالی فراهم می‌آورد درباره‌ی مسایل بنیادی برای کسانی که در مدیریت مداخله‌گری در امور مصرف‌کنندگان مواد در زندان مشارکت دارند. هرگونه خدمات در زندان‌ها یا کانون‌های اصلاح و تربیت در سطح ملی دارای ساختار، سیاست و خط-مشی، و چارچوب حقوقی و قانونی خود است. تک‌تک زندان‌ها نیز مقتضیات و نیازمندی‌های خاص خود را دارند. بنابراین، این فصل نظری اجمالی دارد به پاره‌یی از این مسایل بنیادی.

در پهنه‌ی بین‌المللی، کسانی که دغدغه‌ی مدیریت زندان‌های ما را دارند با فشارها و اولویت‌های متضادی روبه‌رو هستند.

زندان‌ها در برقراری کنترل و تامین خدمات درمانی و مراقبت با چالش‌های ویژه روبه‌رو هستند. زندان‌ها همچنین با چالش کاستن از تقاضای موادی که از طریق ملاقات‌کنندگان، کارکنان زندان و دیگر مجراها وارد زندان می‌شود، مواجه اند. در محیطی که در آن به طور بالقوه تقاضای بالایی برای مواد وجود دارد، مشکلات خاصی مانند خشونت، ارباب و زورگویی می‌تواند رخ دهد و همین امور می‌تواند امنیت و یک پارچگی زندان را تضعیف کند. لازم است مقامات زندان هشیاری دایمی خود را حفظ کنند تا از خطرهای قاچاق مواد به زندان، فساد، و بی‌نظمی و آشوب گروهی و جمعی بکاهند و با این همه همچنین شرایطی انسانی فراهم آورند که جمعیت زندانی بتواند در آن زندگی کند. رشد اندازه‌ی جمعیت زندان نمودار چالش‌ها و فشارهای خاصی است که بر گرده‌ی اداره‌ی موثر دستگاه‌ها بار می‌کند، دستگاه‌هایی که در آن منابع برای اجرای حجم کاری اضافی همیشه فراهم نیست تا بتوان از اجرای این اندازه از کار اضافی حمایت کرد.

Source: Farrell M, Singleton N, Strang J *Drugs and Prisons: A High Risk and High Burden Environment in Shewan D, Davies J (eds) (2000) Drug Use and Prisons: An International Perspective* Harwood Academic Publishers, Amsterdam: Netherlands.

گرچه بافت زندان می‌تواند چالشی برای آن تلقی شود اما همچنین فرصتی یگانه برای پیشبرد سلامت، دخالت و جلوگیری از بیماری فراهم می‌آورد که می‌تواند زمینه‌ی دسترسی به گروه‌های دشوار یاب را مهیا کند (نگاه کنید به فصل یکم: چرا با مصرف-کنندگان مواد در زندان‌ها کار کنیم؟ و فصل دوم: تدوین راهبردی درباره‌ی مصرف مواد در زندان).

‘زندان سالم’ ...

«طرح سلامت در زندان‌ها» که از سوی «سازمان جهانی بهداشت» (WHO) به اجرا درآمد،^{۷۳} بسط و گسترش اولیه‌ی مفهوم ‘زندان سالم’ را هدایت کرده است.^{۷۴} این طرح را از آن پس گروه‌ها و هیئت‌های دیگری، به ویژه «هیئت بازرسان وزارت بهداشت از زندان‌ها در بریتانیا» پیش برده‌اند؛ این هیئت چهار آزمون بنیادی را برای زندان سالم پیش کشیده‌اند^{۷۵}، که عبارت اند از:

⁷³ <http://www.euro.who.int/prisons>

^{۷۴} نگاه کنید به «گزارش پیشبرد سلامت روان در زندان‌ها» (<http://www.euro.who.int/document/E64328.pdf>) که در یکی از نشست‌های «سازمان جهانی بهداشت» در لاهه در هلند در ۱۸ تا ۲۲ نوامبر ۱۹۹۸ عرضه شد و نیز گزارش دیگری زیر عنوان «زندان‌ها، مواد و جامعه: بیانیه‌ی اجماعی درباره‌ی اصول، سیاست‌ها و روش‌ها»، WHO، ۲۰۰۱.

⁷⁵ <http://inspectors.homeoffice.gov.uk/hmiprisons/our-work/>

- امنیت: زندانیان، حتی آسیب پذیرترین زندانیان، در امنیت نگه‌داری می‌شوند؛
 - حرمت: با زندانی از حیث کرامت انسانی با حرمت رفتار می‌شود؛
 - فعالیت هدف‌مند: زندانیان قادر اند که در فعالیت‌هایی مشارکت کنند که محتمل است به نفع‌شان باشد، و از آن‌ها چنین انتظاری می‌رود؛
 - جا افتان دوباره: زندانیان را آماده می‌کنند تا پس از آزادی در اجتماع جا بیفتند و به آن‌ها کمک می‌شود تا احتمال ارتکاب دوباره‌ی جرم را کاهش دهند.
- ‘زندان سالم’ هم اکنون وسیعاً به عنوان تعریف آن چه باید در هر محیط بازداشتی فراهم آید، مورد پذیرش قرار می‌گیرد. در کتاب **بهداشت در زندان‌ها: دستور عمل «سازمان جهانی بهداشت» درباره‌ی ملزومات بهداشتی در زندان (۲۰۰۷)**^{۷۶} این مفهوم روزآمد شده و کلیات مربوط به مفهوم ‘سراسر زندان’ یا ‘رویکرد به محیط’ را شرح می‌دهد. این رویکرد برای ‘زندان مروج بهداشت’ افقی را ترسیم می‌کند که استوار است بر توازن میان نیاز زندان‌ها برای ‘امنیت، ایمن بودن، ایجاد اصلاحات و پیشبرد سلامت بر پایه‌ی مفهوم نزاکت، ضوابط اخلاقی و احترام به حقوق انسان‌ها’ و به رسمیت شناختن آن‌ها.^{۷۷} این رویکرد فرصتی را که زندان‌ها برای فراهم آوردن خدمات به زندانیان و کارکنان زندان‌ها عرضه می‌کند، به رسمیت می‌شناسد (نیز بنگرید به فصل‌ها **یکم** و **دوم**). این رویکرد هم چنین اهمیت موردهای زیر را به رسمیت می‌شناسد:
- پیشبرد امر سلامت، به جای آن که صرفاً خدمات درمانی فراهم شود؛
 - شناسایی و تعیین مسئولیت‌های مدیریتی؛
 - تضمین این امر که پیشبرد و ارتقای سلامت جزء سازنده‌ی برنامه‌ریزی و روند کار است و به رسمیت شناختن این امر که پیشبرد سلامت با نزاکت و ضوابط اخلاقی و حقوق بشر در هر زندان مرتبط است؛
 - تشخیص گروه‌های در اولویت از نظر کارکنان و زندانیان، که ممکن است این گروه‌ها به بیش‌ترین درجه آسیب‌پذیر باشند و روش‌هایی برای کاستن از زیان‌بارترین پی‌آمدها برای این کسان؛
- مداخله‌گری در خصوص مصرف‌کنندگان مواد در زندان باید که در بستر و بافت یک رویکرد کل‌نگر به زندان امر ترویج بهداشت را در نظر بگیرد.
- تهیه و تدارک راهبردها، روش‌ها و آموزش‌هایی که به مسایلی مانند قلندری و زورگیری، ارعاب و خشونت بذل توجه کند هم-چنین بر بسط و گسترش موفقیت هر مداخله‌گری در خصوص مصرف مواد تاثیر خواهد گذاشت.

کسب اطمینان از این که به مسایل مربوط به کاهش هم عرضه و هم تقاضا توجه می‌شود ...

هر راهبرد موثر مربوط به مواد در زندان نیازمند انجام دادن اقدام‌هایی در جهت کاهش هم عرضه و هم تقاضاست (نگاه کنید به **فصل یکم: چرا باید با مصرف‌کنندگان مواد در زندان کار کنیم؟**). هر دو عنصر این راهبرد نیاز بدان دارند که با یک‌دیگر هماهنگ

⁷⁶ Hayton P, Protecting and Promoting Health in Prisons: A Settings Approach. pp. 15-20.

^{۷۷} همان جا، ص ۱۷.

باشند و با یکدیگر کار کند تا به هدف‌های گسترده‌تر خود دست یابند. آنچه اهمیت دارد این است که هیئت کارکنان این هدف‌ها را درک کنند و اهمیت و معنای محرمانه بودن و رازداری و چارچوب‌ها و حد و حدود کار هر 'گروه' را بشناسند.

تهیه و تدارک راهبرد ... از اندیشه تا عمل ...

به تهیه و تدارک راهبرد در فصل دوم با وسعت بیش‌تری پرداخته شده است: تدوین راهبردی درباره‌ی مصرف مواد در زندان.

به طور خلاصه مسایل بنیادی‌یی که باید بخشی از هر تدارک و اجرای بعدی باشد، شامل مورد‌های زیر است:

- همه‌ی دست‌اندرکاران/ذی‌نفعان را درگیر کنید: زندانیان، هیئت کارکنان زندان، خانواده‌ها، سازمان‌های همکار، خدمات اجتماعی، سازمان‌های غیر دولتی و گروه‌های مذهبی؛
- همکاری، هماهنگی و یک‌پارچگی میان هیئت کارکنان زندان، زندانیان و نهادهای بیرون [از زندان] را پرورش دهید؛
- از تعهد سیاست‌گذاری در سطح محلی، منطقه‌یی و ملی اطمینان حاصل کنید؛
- یک 'قهرمان' محلی و نیز ملی را شناسایی کنید که از شما پشتیبانی کند و به خاطر کاری که شما می‌کنید و (یا) بر عهده می‌گیرید حمایت همگانی را به سوی شما جلب کند؛
- بر پایه‌ی شواهد و مدارک پاسخ‌گو باشید. اطمینان حاصل کنید که طرح‌ها پیشنهادی بازتاب بهترین روش‌ها باشد و به تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی اقتصادی پاسخ‌گو اند- بکشید تا بر پایه‌ی شواهد و مدارک جاری امور را پایه‌ریزی کنید و گسترش دهید؛
- نیازها را ارزیابی کنید، برنامه‌ریزی کنید که چه‌گونه باید این نیازها را برآورده کنید و طرح‌های آزمایشی‌یی بنیاد بگذارید که پیش از اجرای گسترده‌تر مورد ارزش‌یابی و بررسی قرار بگیرند؛
- نسبت به فرآیند اجرای طرح‌ها رویکردی افزایشی در پیش بگیرید، به طوری که بتوان هر گونه مشکلاتی را در همان مرحله‌ی آغازین مورد توجه قرار داد و نیز بتوان 'آن‌چه را خوب از آب در می‌آید' تکرار کرد؛
- هزینه‌ی طرح‌های پیشنهادی را با جزئیات برآورد کنید و منابعی را به آن اختصاص دهید؛
- اطمینان حاصل کنید که برای آموزش هیئت کارکنان منابع مالی کافی تامین خواهد شد؛
- راهبردی را که تهیه کرده‌اید، مرور کنید و تحولات بعدی را تشخیص دهید.

جلب تایید برای راهبرد

تدارک خدمات مربوط به مواد در زندان منافع بسیاری برای هیئت کارکنان زندان، زندانیان، سیاست‌گذاران و جامعه در مقیاس وسیع در بردارد، به شرح زیر:

- کاهش جرم، برای نمونه میزان کاهش‌یافته‌ی ارتکاب دوباره‌ی جرم برای آن دسته از زندانیانی که برنامه‌های درمان وابستگی به مواد را با موفقیت تکمیل می‌کنند؛

- بهبود وضعیت بهداشت و سلامت زندانیان، برای نمونه خطرپذیری کم‌تر در خصوص بیماری‌ها عفونی، خدمات درمانی برای بیماری‌های جاری مرتبط با مواد، شناسایی هر گونه بیماری ذهنی و روانی اساسی به محض پاک شدن از مواد و بهبود رژیم غذایی، ورزش و سبک زندگی؛
- بهبود بهداشت و سلامت اجتماع: هر گونه بهبود در وضعیت سلامت و بهداشت زندانیان به معنای بهبود بهداشت و سلامت در اجتماع زندان و اجتماع در مقیاس گسترده است؛
- کاهش تقاضا برای مواد به 'امنیت' بهتر در زندان می‌انجامد. برای نمونه، کاهش شمار حمله و یورش به هیئت کارکنان، زندانیان و وقوع فعالیت‌های دارودسته‌ها را در زندان در پی دارد.

این امر اهمیت اساسی دارد که بتوان راهبرد، افق‌ها و هدف‌های مورد نظر را به طور موثر بیان کرد. نسخه‌های مطالب انتشار یافته‌ی بین‌المللی و (یا) محل کسب اطلاعات (مثلاً نشانی پایگاه‌های اطلاع‌رسانی) و نسخه‌هایی از راهبردهای محلی باید به طور گسترده در دسترس همه‌ی کارکنانی قرار گیرد که در زندان‌ها کار می‌کنند. برای آن که هیئت کارکنان به خوبی آگاه شوند و 'مدافع' ملاحظاتی که در [متن] راهبرد آمده است، باشند باید مجاز باشند در حین خدمات‌رسانی نشست‌هایی را برای در اختیار گذاشتن اطلاعات و نیز 'روزهایی را برای بازدید عمومی' در نظر بگیرند. چنین شفافیتی به اجرای موثر و کارآمد یاری خواهد رساند.

کار کردن با یک‌دیگر

فراهم آوردن همه‌ی گروه‌هایی که در جنبه‌های گوناگون راهبرد مواد کار می‌کنند، وسیله‌ی موثری است برای کار کردن (چند نهادی) به هم پیوسته و اجرا و مدیریت موفقیت‌آمیز راهبرد. در سطح مدیریتی این هدف می‌تواند از راه «گروه راهبرد [سوءمصرف] مواد در زندان» به دست آید. عضویت در چنین گروهی می‌تواند دربرگیرنده‌ی این کسان باشد:

- مدیر ارشد زندان با مسئولیت در قبال راهبرد مواد؛
- مدیران زندان با مسئولیت روزمره در قبال اجرای راهبرد مواد؛
- مدیران خدمات درمانی زندان؛
- مدیران سازمان‌های جامعه‌ی مدنی، سازمان‌های غیر دولتی و مانند آن‌ها که خدمات مربوط به مواد را در اجتماع [بیرون از زندان] را تدارک می‌بینند؛
- گروه‌های مذهبی - برای نمونه رهبران و سرکردگان اجتماعات محلی؛
- روان‌شناس؛
- مدیر امور مربوط به آزادی مشروط/مددکاری اجتماعی؛
- «هیئت پایش مستقل»^{۷۸}.

^{۷۸} «هیئت پایش مستقل» گروهی مستقل و داوطلب متشکل از آحاد اجتماع است که بر زندگی روزمره در سازمان [زندان] نظارت می‌کنند و اطمینان حاصل می‌کنند که استانداردهای مناسب خدمات مراقبتی/درمانی و حرمت [زندانیان] رعایت می‌شود. برای نمونه، نگاه کنید به:

خدمات درمان وابستگی به مواد در زندان هم‌چنین می‌بایست هم در درون زندان و هم در اجتماع گسترده‌تر یک‌دست و یک-پارچه باشد. این کار مستلزم گسترش تمهیدات کار مشترک، مبادله‌ی اطلاعات و پیوندنامه‌هاست تا به این ترتیب امکان آن پیدا شود که از همان کلانتری‌ها، دادگاه‌ها، مراکز خدمات درمانی اجتماع‌محور و کانون‌های درمان وابستگی به دارو به کانون‌ها خدماتی داخل زندان ارجاع داد. این امر هم‌چنین به تداوم درمان کسانی که پیوسته در حال بازداشت یا بیرون آمدن از بازداشت اند، یاری خواهد رساند.

یک‌پارچه ساختن تدارکات در زندان درک متقابل بیش‌تری را در زندان به پیش خواهد برد و از احتمال هر گونه تضعیف و تخریب عامدانه‌ی ابتکار عمل‌ها خواهد کاست.

یک‌دست و یک‌پارچه شدن بیش‌تر با تامین‌کنندگان خدمات درمان مواد در سطح اجتماعی به مبادله‌ی اطلاعات درباره‌ی بهترین روش‌ها یاری خواهد رساند و فرصت‌های آموزش رسمی و غیر رسمی و حمایت از کارکنان زندان را فراهم خواهد آورد.

اجرای راهبرد/ابتکار عمل

در مرحله‌ی اجرا برای تمامی کارکنان زندان که در داخل زندان کار می‌کنند، سودمند است که در جلسه‌ی آموزشی شرکت کنند تا از موردهای زیر آگاهی پیدا کنند:

- هدف‌های این راهبرد و خدمات پیشنهادی و (یا) طرح آزمایشی؛
- این که چه‌گونه این راهبرد و خدمات پیشنهادی مربوط به آن عمل می‌کند؛
- منافع که نصیب کارکنان، زندانیان و مدیریت زندان می‌شود.

همین که کانون‌های خدماتی به راه افتاد، باید تا حد مقدور کارکنان را تشویق کرد که از فعالیت‌های آن‌ها بازدید کنند. چنین اقدام‌هایی سبب می‌شود تا کارکنان نسبت به این ابتکار عمل‌ها احساس تعهد و مالکیت کنند.

آموزش و تربیت کارکنان

تمامی کارکنانی که در اجرای راهبرد مواد در زندان درگیر اند، به آموزش نیاز دارند. این آموزش شامل کارکنانی است که در عرضه‌ی مداخله‌ها مشارکت دارند و نیز کسانی که در دیگر حیطه‌های راهبرد مواد، برای نمونه در امور مربوط به امنیت و خدمات درمانی، سرگرم کار اند.

مدیران زندان و دیگر مدیران (برای نمونه، مدیران مراکز خدمات درمانی و مدیران سازمان‌های غیر دولتی) باید آموزش ببینند تا تضمین گردد که آن‌ها اسناد مربوط به سیاست‌ها و رهنمودها را به درستی تفسیر می‌کنند و این که تصمیم‌های مدیریتی آن‌ها منسجم و یک‌پارچه است.

کارکنانی که در اجرای مداخله‌ها مشارکت دارند، برای نقشی که بر عهده می‌گیرند نیازمند مهارت‌ها و شایستگی‌های خاص اند. در جایی که استانداردهای شغلی در سطح ملی وجود داشته باشد، باید از کارکنانی که با مصرف‌کنندگان مواد در زندان‌ها کار می‌کنند خواسته شود تا این شرایط را برآورده کنند.

برای کارکنان زندان (برای نمونه، زندانبانان) آموزش می‌تواند این موردها را در بر گیرد: آگاهی از مواد و الکل؛ درک این که چرا مردم مواد مصرف می‌کنند؛ نگرش خاص جامعه به مصرف مواد؛ نگرش‌ها و باورهای خود زندانبانان درباره‌ی مصرف مواد و مهارت-های در خور برای کمک به اجرای نقش خود (برای نمونه، مهارت‌های لازم برای گوش فرا دادن، چه گونگی ارجاع دادن به مراکز خدماتی).

کارکنان کانون‌های اجتماعی درمان وابستگی به مواد که در زندان‌ها کار می‌کنند ممکن است در ارتباط با درک محیط زندان و تجربه‌ی زندان، نیازمند آموزش باشند یا لازم باشد که درباره‌ی آیین‌نامه‌ها/توافق‌نامه‌های مربوط به رازداری، مسایل مربوط به امنیت و پی‌آمدهای کار کردن در یک محیط امن نکته‌هایی را فرا بگیرند. برای نمونه، سازمان «خدمات مواد کرنستن» (بریتانیا) کارکنانی را که تازه به محدوده‌ی زندان آشنا شده بودند تشویق کرد تا یک روز کاری را در کنار یک زندانبان بگذرانند تا درک گسترده‌تری از زندگی در زندان، به دست آورند.

بسته به اقدام‌هایی که باید ارائه گردد، آموزش کارکنان می‌تواند هم‌چنین شامل موردهای زیر باشد:

- آشنایی مقدماتی با مهارت‌های لازم برای مشاوره؛
- نظریه‌ها و الگوهای مداخله‌گری؛
- مهارت‌های ارزش‌یابی؛
- مهارت‌های برنامه‌ریزی درمانی/مراقبتی؛
- کار کردن با رعایت اصول تنوع و گونه‌گونی؛
- مصاحبه‌ی انگیزشی؛
- کاهش خطرپذیری؛
- آگاهی از اچ‌آی‌وی/هپاتیت؛
- آگاهی از مصرف بیش از اندازه‌ی مواد و پیشگیری؛
- پیشگیری از عود.

کار کردن با مصرف‌کنندگان مواد برای همه‌ی کارکنان فرصت‌هایی برای ارتقا و پیشرفت حرفه‌یی فراهم می‌آورد. این نکته اهمیت دارد که آموزش‌ها قابلیت تکرار داشته باشند زیرا ممکن است کارکنان محل خدمت خود را ترک کنند و ارتقا بیابند، بنابراین لازم است به سرعت هر چه بیش‌تری کارکنان دیگری را جایگزین ساخت.

نظارت و سرپرستی

شیوه‌ی درست حکم می‌کند که کارکنانی مداخله‌هایی را فراهم می‌آورند زیر نظارت و سرپرستی شخص کاملاً صلاحیت‌داری قرار گیرند، برای نمونه مشاوران را مشاور ناظر سرپرستی کند و کارکنان بخش خدمات درمانی/مراقبتی زیر نظر متخصصان سلامت و بهداشت کار کنند.

آیین‌نامه‌ها و توافق‌نامه‌ها

این «کتابچه‌ی راهنما» بر اهمیت اراییه‌ی اقدام‌ها در یک چارچوب چند رشته‌یی تاکید ورزیده است و نیز این که به اشتراک گذاشتن اطلاعات عنصری اساسی به شمار می‌رود.

لازم است از همان آغاز برای حمایت از کار مشترک میان بخش‌ها، زندان و سازمان‌های بیرون از زندان آیین‌نامه‌ها و توافق‌نامه‌هایی برقرار گردد. این آیین‌نامه‌ها/توافق‌نامه‌ها باید به روشنی الزام‌ها و مسئولیت‌های هر گروه/بخش/سازمان را بیان کند. این موارد باید امضا، تاریخ‌گذاری و به طور منظم بررسی شوند. گردهمایی‌های مدیریتی تضمین می‌کند که از چنین آیین‌نامه‌ها و توافق‌نامه‌هایی پیروی شود و روزآمد گردند. یک نمونه آیین‌نامه برای کار کردن چند رشته‌یی را می‌توان در [پیوست الف](#) یافت.

سیاست‌ها و خط‌مشی‌ها

سیاست‌ها و خط‌مشی‌های اجرایی باید که مورد توافق تامین‌کنندگان خدمات و «گروه راهبرد [سوءمصرف] مواد در زندان» قرار گیرد. سیاست‌ها احتمالاً موردهای زیر را در بر می‌گیرد:

- محرمانه بودن؛
- قراردادهای درمانی؛
- حق و حقوق مراجعه‌کنندگان؛
- سیاست ناظر بر عود؛
- سیاست مربوط به آزمایش مواد.

رازداری و محرمانه بودن در [فصل دوم: تدوین راهبرد درباره‌ی مصرف مواد در زندان](#) بیش‌تر مورد بحث قرار گرفته است. مبانی و اصولی که طرح کلی آن در فصل دوم آمده است، باید به کار گرفته شود تا امر طراحی سیاست و خط‌مشی ناظر بر رازداری درباره‌ی مصرف مواد را در محدوده‌ی زندان هدایت کند.

قرارداد درمان از تعهدات زندانی دریافت‌کننده‌ی خدمات یا شرکت‌کننده در یک برنامه‌ی خدمات‌رسانی و نیز تعهدات زندان و تامین‌کننده‌ی خدمات جزئیاتی را به دست می‌دهد.

«سیاست و خط‌مشی مربوط به خدمات گیرندگان» جزئیات حقوق یک خدمات‌گیرنده (زندانی) را روشن می‌سازد، از جمله آن که چه گونه از خدمات‌دهندگان شکایت کند. یک نمونه از کشور بریتانیا را می‌توان در [پیوست ب](#) باز یافت.

سیاست و خط‌مشی ناظر بر عود و واکنش موثر و مدیریت عود را هدایت می‌کند. تغییر رفتار زمان‌بر است و در نخستین کوشش به ندرت موفقیت‌آمیز است. گرچه لغزش و عود ناگزیر نیست، اما جزیی عادی و «به‌هنجار» از فرآیند تغییر است. در محیطی که به اصطلاح «پاک» از مواد است، دست‌یابی به واکنش‌های انعطاف‌پذیر نسبت به عود و مثبت بودن نتیجه‌ی آزمایش مواد می‌تواند دشوار باشد. از این رو، لازم است سیاست‌های مربوط به عود هم حد و مرزهایی را فراهم آورد که بتوان از محفوظ ماند امنیت محیط درمانی اطمینان حاصل کرد و هم انعطاف‌پذیری را تضمین کند به طوری که دلیل‌هایی که در شالوده‌ی هر گونه عودی نهفته است، به درستی مورد ارزیابی قرار گیرد و به طور مناسب پاسخ گفته شود. برای نمونه، بنگرید به [پیوست پ](#).

پرسش‌های بیش‌تر

در مدیریت اقدام‌ها و مداخله‌ها لازم است به مورد‌های زیر توجه شود:

- محل خدمات/اطلاعات- آیا زندانیان می‌توانند بی‌آن که معلوم شود در "چه چیزی حضور می‌یابند، به خدمات دسترسی پیدا کنند؟
- آیا خدمات می‌توانند به عنوان جزیی از تسهیلات خدمات درمانی همگانی عرضه شوند؟
- افشای وابستگی به مواد- چه کسی لازم است از این وابستگی اطلاع پیدا کند؟ چه گونه باید این وابستگی را ثبت کرد؟
- آیا زندانیان قادر اند مسایل مربوط به مصرف مواد خود را در زندان فاش کنند بی‌آن که افشای آن به مجازات زندانی منجر گردد؟
- به سبب جایگاه قانونی مواد و (یا) مصرف مواد در یک کشور، زندانیانی که از بابت مصرف مواد خود نگرانی دارند ممکن است از فاش شدن وضعیت خود نزد 'مقامات' اکراه داشته باشند. پیشنهاد می‌شود توافقی حاصل گردد و سیاستی در پیش گرفته شود که زندانیان را به سبب افشای مصرف مواد و مسایل مربوط به مواد 'کیفر' ندهند. این سیاست باید که زندانیان و هم‌هی کارکنان زندان انتقال یابد و این امر محتمل است که نگرانی‌ها و دغدغه‌های زندانی را در خصوص چنین افشای رازی تخفیف دهد.
- انگیزش و تمایل زندانی به درگیر شدن و مشارکت در کار- انتظار داشته باشیم که زندانیان به دلیل‌های 'بیرونی' (برای نمونه، آزادی زود هنگام، انتقال زندانی، آزادی مشروط و مانند آن‌ها) برانگیخته شوند تا در برنامه‌ی درمانی شرکت کنند. کار خدمات‌دهندگان این است که زندانی را در بهبود و افزایش انگیزشی (برای نمونه از راه مصاحبه‌های انگیزشی) حمایت کند. درمانی که دیگران پیشنهاد می‌کنند می‌تواند 'موثر واقع شود، بنابراین ممکن است زندانیان دارای وابستگی به مواد را ملزم کرد که در برنامه‌ی درمان به صورت جزیی از محکومیت و (یا) جزیی از فرآیند آزادی زود هنگام/آزادی مشروط شرکت بجویند.

بررسی و ارزش‌یابی

ارزش‌یابی راهبرد به طور کلی و ارزش‌یابی تک‌تک اجزای سازنده‌ی آن امری مهم و حیاتی است. ارزش‌یابی‌ها زمینه‌ی برای پاسخ‌گو بودن، گرفتن بازخورد، و تشخیص حیطه‌های عملی فراهم می‌آورند که می‌توان دریافت چه چیزهایی درست از آب در می‌آید و می‌شود تکرارشان کرد. هم‌چنین ارزش‌یابی حیطه‌هایی را برای گسترش کار به دقت تعیین می‌کند.

بررسی و مرور راهبرد می‌تواند شامل مورد‌های زیر باشد:

- پیشرفتی که در ایجاد 'زندان سالم' انجام می‌گیرد، برای نمونه در زمینه‌ی امنیت، حرمت، جا افتادن دوباره در اجتماع، ارتقای سلامت و بهداشت؟
- آیا اقدام‌هایی در خصوص کاهش عرضه و تقاضا، هر دو، اجرا شده است؟ این اقدام‌ها چه گونه با هم به نتیجه می‌رسند؟
- پیشرفت در گسترش و اجرای راهبرد؟

- همکاری با یکدیگر - آیا همه‌ی دست‌اندرکاران/ذی‌نفعان در این کار مشارکت می‌کنند؟ همکاری آن‌ها با یکدیگر تا چه اندازه موثر و کارآمد است؟
- جلب تایید برای این راهبرد و برقراری ارتباط: آیا همه‌ی کارکنان از این راهبرد آگاهی دارند و از آن حمایت می‌کنند؟
- نتیجه‌های حاصل از آموزش، توسعه و پرورش کادر کارکنان و سرپرستی - آیا، از جمله، این موارد مد نظر بوده است: آیا آموزش و معلوماتی به کارکنان این محل‌های کار انتقال یافته است؟ آیا آموزش تا چه اندازه نحوه‌ی اجرای کارکنان را بهبود بخشیده است؟ بازخورد کارکنان در قبال آموزش‌ها چه بوده است؟ درباره‌ی اجرا و اثربخشی ساختارهای نظارتی چه می‌توان گفت؟
- آیا آیین‌نامه‌ها/توافق‌نامه‌ها و سیاست‌های مربوط برقرار است؟ آیا کارکنان از این آیین‌نامه‌ها/توافق‌نامه‌ها و سیاست‌ها آگاهی دارند و در عمل از آن‌ها پیروی می‌کنند؟
ارزش‌یابی از تک‌تک اجزای سازنده‌ی راهبرد:
- برای ارزش‌یابی موثر هر اقدام نوعی الگو/رویکرد روشن و نیز هدف‌ها و نتیجه‌های مطلوب مورد نیاز است. اثربخشی درمان وابستگی به مواد در زندان باید هم بر حسب تغییر رفتار در پیوند با مصرف مواد و هم بر حسب میزان ارتکاب دوباره‌ی جرم (یا بر حسب ثبت موارد انضباطی اگر زندانی پس از پایان درمان هم چنان در زندان می‌ماند) سنجیده شود.
ارزش‌یابی هر مداخله‌ی می‌بایست بر توجه خود را بر نکته‌های زیر معطوف کند:
- اجرا - شامل گسترش خدمات و سیاست، الگوی خدمات، طرح‌های اجرایی، ملاک‌هایی برای مشارکت؛ اجزای سازنده‌ی برنامه، طول مدت درمان، شایستگی و کفایت کارکنان و آموزش؛
- فرآیند - شامل ارزیابی وضعیت و پذیرش؛ برنامه برای دسترسی پیدا کردن (شامل دسترسی به گروه‌های اقلیت)؛ میزان تکمیل برنامه‌ی درمان؛ دلیل‌های کنار گذاشتن زندانی از برنامه؛ نتیجه‌های آزمایش مواد؛ ثبت موارد انضباطی زندانی؛ سطح عرضه‌ی خدمات (از جمله این که آیا در همان سطح یا به همان میزانی که مد نظر بود، خدمات عرضه شد) و نیز محدودیت‌های عملیاتی در مورد عرضه‌ی خدمات؛
- نتیجه‌ی حاصل - تحلیل نتیجه‌های حاصل در پیوند با مصرف مواد، فعالیت‌های معرمانه، سازگاری اجتماعی، رفتارهایی که سلامت را به خطر می‌اندازد و هزینه‌ی آن. در این جا روش‌شناسی کار باید شامل مقایسه‌ی پیش و پس از آزمایش، از جمله پی‌گیری دراز مدت‌تر، باشد. هم‌چنین باید به بررسی‌های دراز مدت و آزمایش‌های تصادفی برنامه‌ریزی شده (RCTs) توجه شود.
- در پاره‌ی از کشورها به عنوان بخشی از فرآیند معتبر شناختن این نوع درمان، آزمایش‌های روان‌سنجی مطابق با استاندارد به اجرا در می‌آید تا نتیجه‌ها را در برابر عامل‌های خطرپذیری جرم‌زا بسنجند.
هم‌چنین نگاه کنید به:

- «ارزش‌یابی درمان اختلال ناشی از مصرف مواد روان‌گردان: مجموعه‌ی کتاب‌های راهنما»، WHO، ۲۰۰۰؛^{۷۹}
- «مرکز اروپایی پیش‌مواد و اعتیاد به مواد: بانک اطلاعاتی ابزار ارزش‌یابی».^{۸۰}

فهرست ملاحظات

هم‌چنین می‌توان فهرستی از ملاحظات برای مقامات و مدیران زندان را در این جا یافت:

- «زندان‌ها، مواد و جامعه: بیانیه‌ی اجماعی درباره‌ی اصول، سیاست‌ها و روش‌ها»، WHO، ۲۰۰۱، صص ۲۴-۲۶.

⁷⁹ http://who.int/substance_abuse/publications/treatment/en

⁸⁰ <http://eib.emcdda.en.int/>

گزیده‌ی از وظایف، تعهدات، توصیه‌ها و استانداردهای مربوط به اچ‌آی‌وی/ایدز، سلامت در زندان، شرایط زندان و حقوق بشر:

- اعلامیه‌ی جهانی حقوق بشر [۱۹۴۸]
- قوانین استاندارد حداقل ملل متحد برای درمان زندانیان [۱۹۵۵]
- پیمان‌نامه‌ی بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی [۱۹۶۶]
- اصول ناظر بر اخلاقیات پزشکی ملل متحد درباره‌ی نقش سلامت کارکنان، به ویژه پزشکان، در حمایت از زندانیان و بازداشت‌شدگان بر ضد شکنجه و ستم‌گری‌های دیگر، رفتار یا مجازات غیر انسانی و تحقیرآمیز [۱۹۸۲]
- قوانین استاندارد حداقل ملل متحد برای اداره‌ی دادگاه نوجوانان (قوانین پکن) [۱۹۸۵]
- پیمان‌نامه بر ضد شکنجه و ستم‌گری‌های دیگر، رفتار یا مجازات غیر انسانی و تحقیرآمیز [۱۹۸۷]
- مجموعه‌ی اصول ناظر بر پشتیبانی از همگان که تحت هر شکل از بازداشت یا محکومیت قرار دارند [۱۹۸۸]
- اصول اساسی ملل متحد برای رفتار با زندانیان [۱۹۹۰]
- قوانین استاندارد حداقل ملل متحد برای اقدام‌های استوار بر بازداشت‌پرهیزی (قوانین توکیو) [۱۹۹۰]
- دستور عمل‌های ملل متحد برای پیشگیری از بزهکاری نوجوانان [۱۹۹۰]
- دستور عمل‌های سازمان جهانی بهداشت درباره‌ی عفونت اچ‌آی‌وی و ایدز در زندان‌ها [۱۹۹۳]
- بیانیه‌ی برنامه‌ی مشترک ملل متحد برای اچ‌آی‌وی/ایدز درباره‌ی اچ‌آی‌وی/ایدز در زندان‌ها [آوریل ۱۹۹۶]
- توصیه‌نامه‌ی شماره‌ی ۷(۹۸) R کمیته‌ی وزیران به کشورهای عضو درباره‌ی جنبه‌های اخلاقی و سازمانی خدمات درمانی/بهداشتی در زندان‌ها، شورا [شورای اروپا: آوریل ۱۹۹۸]
- دستور عمل‌های بین‌المللی ملل متحد/کمیساری عالی حقوق بشر درباره‌ی اچ‌آی‌وی/ایدز و حقوق بشر [۱۹۹۸]
- قوانین ملل متحد درباره‌ی حمایت از نوجوانان محروم از آزادی [۱۹۹۰]
- اعلامیه‌ی انجمن جهانی پزشکی ادینبرا درباره‌ی شرایط زندان و رواج سل و بیماری‌های مسری دیگری [اکتبر ۲۰۰۰]
- زندان، مواد و جامعه: بیانیه‌ی مشترک درباره‌ی اصول، سیاست‌ها و رویه‌ها [سازمان بهداشت جهانی در اروپا/گروه پمپیدو در شورای اروپا: سپتامبر ۲۰۰۱]
- کمیته‌ی ملل متحد درباره‌ی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی: اظهار نظر کلی درباره‌ی حق برخورداری از بیش-ترین استاندار سلامت ممکن. جلسه‌ی بیست و دوم، ژنو [۲۰۰۲]

- دستور عمل‌های بین‌المللی درباره‌ی اچ‌آی‌وی/ایدز و حقوق بشر- نسخه‌ی ویراستاری شده ۶، درباره‌ی دسترسی به پیشگیری، درمان، مراقبت و پشتیبانی [۲۰۰۲]
- ضوابط حرفه‌ی دفتر جهانی کار درباره‌ی اچ‌آی‌وی/ایدز و جهان کار [۲۰۰۲]
- اعلامیه‌ی مسکو: سلامت در زندان به منزله‌ی بخشی از سلامت همگانی [سازمان جهانی بهداشت در اروپا: اکتبر ۲۰۰۳]
- اعلامیه‌ی دوبلین درباره‌ی اچ‌آی‌وی/ایدز در زندان‌های اروپا و آسیای مرکزی [فوریه ۲۰۰۴]
- چکیده‌ی خط‌مشی و سیاست: کاهش سرایت اچ‌آی‌وی در زندان‌ها [سازمان جهانی بهداشت/ برنامه‌ی مشترک ملل متحد برای اچ‌آی‌وی/ایدز: ۲۰۰۴]
- مجموعه‌ی سیاست‌ها و خط‌مشی‌ها درباره‌ی آزمایش اچ‌آی‌وی [برنامه‌ی مشترک ملل متحد برای اچ‌آی‌وی/ایدز/سازمان جهانی بهداشت: ۲۰۰۴]
- درمان نگاه‌دارنده‌ی جایگزین در مدیریت وابستگی به مواد افیونی (آپیویدی) و پیشگیری از اچ‌آی‌وی/ایدز [سازمان جهانی بهداشت/ دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد/ برنامه‌ی مشترک ملل متحد برای اچ‌آی‌وی/ایدز: ۲۰۰۴]
- گزارش رسمی درباره‌ی زندان‌ها، مواد و کاهش آسیب به تندرستی [سازمان جهانی بهداشت در اروپا: مه ۲۰۰۷]
- سلامت در زندان‌ها: راهنمای عمل سازمان جهانی بهداشت درباره‌ی مبانی سلامت در زندان [سازمان جهانی بهداشت در اروپا: مه ۲۰۰۷]

اعلامیه‌ی جهانی حقوق بشر

مجمع عمومی ملل متحد در دسامبر ۱۹۴۸ اعلامیه‌ی جهانی حقوق بشر را پذیرفت. با آن که این اعلامیه سندی نیست که از نظر قانونی لازم‌الاجرا باشد، اما در حکم بنیادی است برای دو پیمان‌نامه‌ی اصلی از نظر قانونی لازم‌الاجرای ملل متحد درباره‌ی حقوق بشر، یعنی پیمان‌نامه‌ی بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی و نیز پیمان‌نامه‌ی بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی.

قوانین استاندارد حداقل برای درمان زندانیان

نخستین کنگره‌ی ملل متحد درباره‌ی پیشگیری از جرم و درمان خلاف‌کاران که در سال ۱۹۵۵ در ژنو برگزار شد قوانین استاندارد حداقل ملل متحد برای درمان زندانیان را پذیرفت و شورای اقتصادی و اجتماعی ملل متحد آن را در ۱۹۵۷ به تایید رساند. این سند بین‌المللی در برگیرنده‌ی آن چیزی است که عموماً به منزله‌ی اصول و رویه‌ی مطلوب در درمان زندانیان و مدیریت نهادها مرسوم شمرده می‌شود. بخش یک از مجموعه قوانین آن شامل مدیریت عمومی نهادهاست و نیز می‌تواند در مورد هر نوع زندانی به کار بسته شود: زندانیان تبه‌کار یا مدنی، محاکمه نشده یا تقصیرکار- از جمله زندانیانی که قاضی برای آن‌ها زیر عنوان موضوع اقدام‌های امنیتی، یا اقدام‌های اصلاحی/تربیتی حکم صادر کرده است. بخش دوم سند دربرگیرنده‌ی قوانینی است که تنها در مورد گروه‌های خاصی کاربرد دارد که هر قسمت به آن‌ها می‌پردازد. باید تاکید کرد که با آن که قوانین استاندارد حداقل پیمان‌نامه تلقی نمی‌شود ولی رهنمود اطمینان‌بخشی را تشکیل می‌دهد در باب استانداردهای پیمان‌نامه‌های لازم‌الاجرا.

http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/h_comp34.htm

پیمان‌نامه‌ی بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی

پیمان‌نامه‌ی بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی (ICCPR) در ۲۳ مارس ۱۹۷۶ ضمانت اجرایی یافت. این پیمان‌نامه مهم‌ترین سند دنیا درباره‌ی حقوق بشر است و اهمیتی جهانی دارد. این سند از نظر قانونی لازم‌الاجراست و دولت‌ها مکلف اند رعایت حقوق بنیادی فردی را تضمین کنند، این حقوق در برگیرنده‌ی حق فرد است که مورد شکنجه و ستم‌گری، رفتار غیر انسانی و تحقیرآمیز (ماده‌ی ۷) قرار نگیرد، و این که حق هر بازداشتی است که به دلیل حرمت ذاتی انسان با او با هم‌دردی و احترام رفتار شود (ماده‌ی ۱۰) و نیز حق برخورداری از حریم خصوصی بدون دخالت غیرمنطقی (ماده‌ی ۱۷). پیمان‌نامه‌ی بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی هم‌چنین اذعان دارد که همه‌ی مردم در برابر قانون برابر اند و سزاوار اند تا از آن‌ها بر ضد هر گونه تبعیض بر پایه‌ی جنس و نژاد حمایت موثر و برابر صورت گیرد (ماده‌ی ۲۶).

<http://www1.umn.edu/humanrts/instree/b3ccpr.htm>

پیمان‌نامه بر ضد شکنجه و ستم‌گری‌های دیگر، رفتار یا مجازات غیر انسانی و تحقیرآمیز

پیمان‌نامه بر ضد شکنجه و ستم‌گری‌های دیگر، رفتار یا مجازات غیر انسانی و تحقیرآمیز در ۲۶ ژوئیه‌ی ۱۹۸۷ ضمانت اجرایی یافت. این پیمان‌نامه شکنجه و ستم‌گری و نیز رفتار یا مجازات غیر انسانی و تحقیرآمیز را بدون استثناء یا معافیت منع می‌کند. بر پایه‌ی این پیمان‌نامه کمیته‌ی بر ضد شکنجه () ایجاد می‌شود که قواعد خود را درباره‌ی عضویت و فعالیت‌ها شرح می‌کند.

http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/h_cat39.htm

مجموعه‌ی اصول ناظر بر پشتیبانی از همگان که تحت هر شکل از بازداشت یا محکومیت قرار دارند

بر پایه‌ی قطع‌نامه‌ی شماره‌ی ۴۳/۱۷۳ مجمع عمومی ملل متحد در سال ۱۹۸۸ این سند پذیرفته شد. این سند اصولی را تشریح می‌کند که می‌بایست برای حمایت از همه اشخاصی که به هر شکلی بازداشت یا زندانی می‌شوند به کار رود. سند یاد شده از ۳۹ اصل تشکیل شده است. بر طبق این سازوکار با همه‌ی افراد نام‌برده با انسانیت و با احترام به عزت نفس‌شان رفتار خواهد شد. در این سند شکنجه و ستم‌گری‌های دیگر، رفتار یا مجازات غیر انسانی و تحقیرآمیز منع شده است و جای هیچ‌گونه استثناء یا معافیت باقی نمی‌گذارد.

http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp36.htm

اصول اساسی ملل متحد برای رفتار با زندانیان

بر پایه‌ی قطع‌نامه‌ی شماره‌ی ۴۵/۱۱۱ مجمع عمومی ملل متحد در سال ۱۹۹۰ این سند پذیرفته شد. در این سند به روشنی درستی این اصل را تایید می‌کند که حقوق اساسی انسانی زندانیان محفوظ است. در این جا چنین بیان شده است که 'به جز محدودیت‌هایی که آشکارا به دلیل واقعیت زندانی بودن ضرورت دارد، حقوق انسانی و آزادی‌های اساسی زندانیان، آن طور که در اعلامیه‌ی حقوق بشر آمده است، محفوظ خواهد ماند، و اگر کشوری عضو پیمان‌نامه‌ی بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و پیمان‌نامه‌ی حقوق مدنی و سیاسی و نیز پیوندنامه‌های اختیاری آنها باشد، می‌باید همه‌ی آن حقوق و حقوق مشابه دیگری را که در پیمان‌نامه‌های ملل متحد آمده است درباره‌ی زندانیان رعایت کند'.

اصول اساسی ملل متحد برای رفتار با زندانیان برای دولت‌ها تا جایی لازم‌الاجراست که استانداردهای مقرر آن از استانداردهایی که در پیمان‌نامه‌های حقوق بشر آمده است به شکل گسترده‌تری موضوع را توضیح داده باشد.

http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp35.htm

دستور عمل‌های سازمان جهانی بهداشت درباره‌ی عفونت اچ‌آی‌وی و ایدز در زندان‌ها

این دستور عمل‌ها بر پایه‌ی مجموعه‌ی از رهنمودهای فنی تدارک دیده شد که پیش و در حین برگزاری نشست‌های مشورتی با متخصصان در ژنو در سپتامبر ۱۹۹۲ در اختیار سازمان جهانی بهداشت گذاشته بود. شرکت‌کنندگان در این نشست‌های مشورتی از جمله عبارت بودند از نمایندگان سازمان‌های بین‌المللی و غیر دولتی و دولتی با دامنه‌ی گسترده‌ی از تجربه و پیشینه در اچ‌آی‌وی/ایدز در زندان‌ها از جنبه‌های سلامت، مدیریت و حقوق بشر. این دستور عمل‌ها استانداردهایی را - از دیدگاه سلامت همگانی - تدارک دیده است که مقامات زندان می‌باید با سخت‌کوشی برای پیشگیری از سرایت اچ‌آی‌وی در زندان‌ها و تامین خدمات درمانی برای کسانی که دچار اچ‌آی‌وی/ایدز شده‌اند به آنها دست یابند. انتظار می‌رود که رهنمودهایی که مقامات زندان به آنها عمل می‌کنند پاسخ‌گوی نیازهای خاص آنها باشد.

<http://www.ceeprn.org/EasyCEE/sys/files/WHO%20guidelines%20on%20HIV%20and%20AIDS%20in%20prison.pdf>

اعلامیه‌ی مسکو: سلامت در زندان به منزله‌ی بخشی از سلامت همگانی

اعلامیه‌ی مسکو در اجلاس بین‌المللی مشترک سازمان جهانی بهداشت و فدراسیون روسیه درباره‌ی سلامت در زندان و سلامت همگانی که در اکتبر ۲۰۰۳ در مسکو برگزار شد، پذیرفته شد. در این اعلامیه آمده است که سلامت در زندان می‌بایست بخشی اساسی از نظام سلامت همگانی در هر کشوری باشد و بر این نکته تاکید می‌کند که لازم است هم متولیان سلامت در زندان و هم سلامت همگانی مسئولیتی برابر برای حفظ سلامت در زندان‌ها به عهده بگیرند. از این گذشته، اعلامیه توصیه می‌کند که نظام‌های سلامت همگانی و سلامت در زندان با یکدیگر کار کنند تا اطمینان حاصل شود که کاهش آسیب به صورت اصل راهنمای سیاست و خط-مشی درباره‌ی پیشگیری از اچ‌آی‌وی و سرایت هیپاتیت‌ها در می‌آید.

http://www.hipp-europe.org/NEWS/moscow_declaration_eng04.pdf

اعلامیه‌ی دوبلین درباره‌ی اچ‌آی‌وی/ایدز در زندان‌های اروپا و آسیای مرکزی

اعلامیه‌ی دوبلین درباره‌ی اچ‌آی‌وی/ایدز در زندان‌های اروپا و آسیای مرکزی در ۲۳ فوریه ۲۰۰۴ در دوبلین در ایرلند در ضمن کنفرانسی زیر عنوان 'شکستن سد‌ها: همکاری در مبارزه بر ضد اچ‌آی‌وی در اروپا و آسیای مرکزی' صادر شد. این اعلامیه شرحی چکیده به دست می‌دهد از توافق جمعی در سطح بین‌المللی درباره‌ی حق برخورداری زندانیان از درمان و پیشگیری از اچ‌آی‌وی و نیز مسئولیت دولت‌ها برای رعایت استانداردهای مقرر. این اعلامیه هم‌چنین چارچوبی عملی بر پایه‌ی بهترین روش‌ها، شواهد و مدارک علمی، و حقوق بشر به دست می‌دهد تا بتوان به مدد آن به بحران اچ‌آی‌وی در زندان پرداخت. بیش از ۹۰ سازمان غیر دولتی و متخصص از بیش از ۲۰ کشور اعلامیه‌ی دوبلین را تایید کردند. این کشورها عبارت انداز آلمان، اسپانیا، اسلواکیا، انگلستان، اوکراین، ایالات متحده آمریکا، ایرلند، بلاروس، بلژیک، بلغارستان، پرتغال، ترکیه، جمهوری چک، روسیه، رومانی، سوییس، فرانسه، قزاقستان، کانادا، لیتوانی، لوکزامبورگ، مولداوی و هلند.

http://www.drugpolicy.org/docUploads/dublin_declaration_2004.pdf#search=%27%27dublin%20declaration%20HIV%20in%20prison%27%27

مدارک و شواهد سازمان جهانی بهداشت برای گزارش‌های رسمی فنی و فراخوان برای اقدام

درباره‌ی اثربخشی درمان وابستگی به مواد در پیشگیری از اچ‌آی‌وی در مان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد

- رهنمود برای سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی درباره‌ی پیشگیری از اچ‌آی‌وی/ایدز و مراقبت از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد
- اثربخشی برنامه‌ی سوزن و سرنگ بهداشتی در کاهش اچ‌آی‌وی/ایدز- مدارک و شواهد برای گزارش‌های رسمی فنی و فراخوان برای اقدام
- مدارک و شواهد برای فراخوان برای اقدام درباره‌ی اچ‌آی‌وی/ایدز و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد- ۵ چکیده‌ی سیاست‌ها و خط‌مشی‌ها
- رهنمود برای جلب پشتیبانی همگانی: پیشگیری از اچ‌آی‌وی/ایدز و مراقبت از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد

- اثربخشی امدادسانی اجتماعی محور در پیشگیری از اچ آی وی /ایدز و مراقبت از مصرف کنندگان تزریقی مواد- مدارک و شواهد برای گزارش های فنی و فراخوان برای اقدام
- راهنمای آموزش درباره ی امدادسانی به مصرف کنندگان تزریقی مواد برای پیشگیری از اچ آی وی- کتابچه ی راهنمای کارگاه

- Borrill J, Maden A, et al (2003) The substance misuse treatment needs of minority prisoner groups: women, young offenders and ethnic minorities Development and Practice Report No.8: Home Office RDS, UK available at <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/prisons1.html>;
- Choopanya K., Des Jarlais D.C., Vanichseni S., Kitayaporn D., Mock P.A., Raktham S., Hireanras K., Heyward W.L., Sujarita S, Mastro T.D (2002), Incarceration and risk for HIV infections among injecting drug users in Bangkok, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 29, 86-94;
- Dolan K, Wodak A, Hall W. (1998) Methadone maintenance treatment reduces heroin injection in NSW prisons. Drug and Alcohol review17(2):153-158;
- Dolan K et al (2003), A randomized control trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system, Journal of Alcohol and Drug Dependences, 72: 59-65;
- Dolan K, Khoei EM, Brentari, C, and Stevens A (2008) Prisons and Drugs: A global review of incarceration, drug use and drug treatment, Beckley Foundation Drug Policy Programme www.beckleyfoundation.org;
- Farrell M, Singleton N, Strang J (2000) Drugs and Prisons: A High Risk and High Burden Environment in Shewan D, Davies J (eds) Drug Use and Prisons: An International Perspective Harwood Academic Publishers, Amsterdam, Netherlands;
- Fountain J, Bashford J, Winters M, Patel K, (2003) Black and minority ethnic communities in England: a review of the literature on drug use and related service provision London, National Treatment Agency and the Centre for Ethnicity and Health;
- Hayes K (2000) Working it Out: using exercise in psychotherapy. Washington, DC:APA
(فصل وابستگی به مواد را نگاه کنید)؛
- Inciardi, J.A., Martin, S.S., Butzin, C.A., et al. (1997) 'An effective model of prison-based treatment for drug involved offenders' Journal of Drug Issues 27(2), 261-278;
- Kamieniecki, G., Vicent, N., Allsop, S. and Lintzeris (1998). Models of intervention and care for psychostimulant users. Monograph Series No32, Looking Glass Press, Canberra;
- Kerr T, Jurgens, R (2004), Methadone maintenance therapy in prisons: reviewing the evidence. Montreal, Canadian HIV/AIDS Legal Network;
- Lines, R (2007) HIV infection and human rights in prison" in WHO, (2007) Health in prisons: A WHO guide to the essentials in prison health Geneva, Switzerland;
- Lines, R et al (2006). Prison needle exchange: a review of international evidence and experience. 2nd ed, Montreal, Canadian HIV/AIDS Legal Network;

- Lines, R et al (2006). Prison needle exchange: a review of international evidence and experience. 2nd ed, Montreal, Canadian HIV/AIDS Legal Network;
- Mitchell, O; Wilson, D and MacKenzie, D (2006). The Effectiveness of Incarceration-Based Drug treatment on Criminal Behaviour. Campbell Collaboration online;
- NIDA, USA (1999) Principles of Drug Abuse Treatment: A Research Based Guide, NIH Publication No. 00-4180 Printed October 1999, Reprinted July 2000;
- Palmer J, (2007) Special health requirements for female prisoners in WHO (2007) Health in Prisons: A WHO guide to the essentials in prison health, pp. 161-164;
- Pearson, F.S. and Lipton, DS (1999). A Meta-Analytic Review of the Effectiveness of Corrections-Based Treatment for Drug Abuse. The Prison Journal 79(4):384-410
- Penfold C, Turnbull P, Webster R (2005) Tackling prison drug markets: an explorative qualitative study Home Office online report 39/05, London; <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/prisons1.html>
- Policin, DL; Weisner, C (1999) Factors associated with coercion in entering treatment for alcohol problems Drug and Alcohol Dependence, 54, 63-68;
- Santasiero RP, and Neussle, G (2005) Cost-effectiveness of auricular acupuncture for treating substance abuse in HMO setting: a pilot study in Medical Acupuncture Vol 16 No. 3 (May 2005) www.medicalacupuncture.org/aama_mart/journal/vol16_3/volume_16number3.html;
- Seaman et al BMJ Feb 1998. See also Stover H, Weilandt K (2007) Drug use and drug services in prison in WHO (2007) Health in prisons: A WHO guide to the essentials in prison health Geneva, Switzerland p. 87;
- Shewan, D; Davies JB (eds) (2000) Drug Use and Prisons: An International Perspective Harwood Publishing, Amsterdam;
- Stover, H; and Weilandt, K (2007) Drug use and drug services in prison in WHO (2007) Health in prisons: A WHO guide to the essentials of prison health Geneva, Switzerland;
- Stoever H, Hennebel L, Casselman J, (2004) Substitution Treatment in European Prisons, Cranstoun Drug Services Publishing;
- Stover H, Weilandt C (2007) Drug use and drug services in prison in WHO (2007) Health in prisons: A WHO guide to the essentials in prison health Geneva, Switzerland 9:97-98;
- Stoever H, Hennebel L, Casselman J, (2004) Substitution Treatment in European Prisons, Cranstoun Drug Services Publishing, 2004;
- Taylor A., Goldberg D., Emslie J., et al. (1995) Outbreak of HIV infections in a Scottish Prison, British Medical Journal, 310, 289-292;
- Taylor A, Goldberg D (1996) Outbreak of HIV in a Scottish prison: why did it happen? Canadian HIV/AIDS Policy and Law Newsletter, 2(3):13-14 and Small W, et al (2005) Incarceration, addiction

and harm reduction: inmates' experience injecting drugs in prison. Substance use and misuse,40:831-843;

- Wechelaar, H (1997) Homosexuality in treatment Addiction Counselling World Issues Sept/Oct 1997, also available at <http://easyweb.easynet.co.uk/~acw/gay.htm>;
- UN Basic Principles for the Treatment of Prisoners (1990);
- UNAIDS, 2006. Report on the Global AIDS Epidemic A UNAIDS 10th Anniversary Special Edition, p. 127;
- UNODC 2008. Forthcoming Handbook on prisoners with special needs;
- UNODC/WHO/UNAIDS (2006), HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings and WHO (2007);
- UNODC/UNAIDS/WHO (2006), HIV/AIDS Preventions, Care, Treatment and Support in Prison Settings: A Framework for an Effective National Response;
- UNODC (2003) Drug Abuse Treatment Toolkit: Review of the Evidence Base;
- UNODC (2008) Principles of Drug Dependence Treatment. Discussion paper;
- WHO (1993), Guidelines on HIV infection and AIDS in prison” Geneva, Switzerland;
- WHO Health in Prisons Project (2003). Declaration. Prison health as part of public health, Moscow, 24th October 2003. London, WHO Health in Prisons Project;
- Wild TC, Roberts AB, Cooper EL (2002) Compulsory substance abuse treatment: an overview of recent findings and issues. European Addiction Research, 8, 84-93;
- WHO (1993) Guidelines on HIV infections and AIDS in prison;
- WHO (2005) Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction, pp. 2-3;
- WHO (2007) Health in prisons: A WHO guide to the essentials in prison health Geneva, Switzerland;
- World Health Organisation (2005), Essential Medicines. WHO Model list;
- WHO Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users, WHO, Evidence for action technical papers, 2005 and WHO/UNAIDS/UNODC (2004), Substitution Maintenance Therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: Position Paper;
- European Association for the Treatment of Addiction. Rehab – What Works? National Treatment Agency for Substance Misuse, UK (2006) UK Treating Drug;
- Misuse Problems: Evidence of Effectiveness International Centre for Criminal Law Reform and Criminal Justice Policy (2001) The International Compendium of Current Practices to Address Infectious Diseases in Prisons, p. 14.

می‌توانید اطلاعات بیشتر را در این جاها بیابید:

- http://www.unodc.org/unodc/en/treatment_toolkit.html
- <http://nida.nih.gov/PODAT/PODATindex.html>
- <http://eata.org.uk/rehab.php>
- http://nta.nhs.uk/publications/documents/nta_treat_drug_misuse_evidence_effectiveness_2006_rb5.pdf
- www.beckleyfoundation.org

سند سیاست‌گذاری

سازمان «خدمات مواد کرنستن» رویکردی چند رشته‌یی را برای عرضه‌ی خدمات اختیار کرده است. ما اذعان می‌کنیم که موافقت‌های مقدماتی و اجرایی بنیاد همکاری مطلوب مشارکت‌آمیز اند.

این سیاست و خط‌مشی وقتی که در شرایط چند سازمانی کار می‌کنیم ملزومات بنیادی برای چنین موافقت‌های مقدماتی و اجرایی را به طور فشرده شرح می‌دهد.

چارچوب قانونی و راهنمای عمل

- مورد ندارد

سیاست‌ها و خط‌مشی‌های مربوط به

- رازداری
- روش کار با تشکیلات عدالت‌کیفری
- نوع خدمات‌رسانی

سیاست و خط‌مشی

آیین‌نامه‌ها و رویه‌ها پایه‌ی توافق میان سازمان «خدمات مواد کرنستن» را با نهادهای همکارش پیرامون کار مشترک تشکیل می‌دهند و انتظارات طرفین را از یک‌دیگر روشن می‌سازند.

برای کار (برپایه‌ی نیاز خاص) آیین‌نامه‌ها و توافق‌نامه‌های مناسبی لازم خواهد آمد، از جمله در این مورد‌ها:

- دوره‌ی آزمایشی
- پلیس
- گروه‌های «مداخلات مربوط به مواد» (DIP)
- خدمات اجتماعی در خصوص مواد و الکل
- مشاوره، ارزیابی، ارجاع، رهنمود و مراقبت پیوسته (CARAT) و برنامه‌های درمان در زندان
- همکاری‌های مربوط به امنیت اجتماعی
- گروه‌های اجتماعی

■ مراکز و کانون‌های اجتماعی (که در آن‌ها بخش «خدمات وابسته» تدارک دیده شده باشد)

■ خدمات مشاوره

لازم است سازمان کرنستن اطمینان حاصل کند که تمام خدماتی که عرضه می‌کند با آیین‌نامه‌های مرسوم به طور خاص (و در محل) مورد توافق قرار گرفته است و با مفاد این سند سیاست‌گذاری خوانایی دارد.

مدیر منطقه‌ی سازمان می‌بایست آیین‌نامه‌هایی را که به طور خاص (و در محل) مورد توافق قرار گرفته است رسماً تایید کند.

ملزومات اساسی حاکم بر همه‌ی جنبه‌های همکاری‌های مشترک/شراکت‌آمیز سازمان «خدمات مواد کرنستن» که می‌بایست (هر جا که مناسب است) در چارچوب توافق‌نامه‌ها با تفصیل توضیح داده شود، از جمله عبارت است از:

■ باید برای ارتباط میان نهادهای همکار (دست کم، هر سه ماه یک‌بار) برای بحث و گفت‌وگو درباره‌ی موضوع‌های ویژه‌ی مربوط به روش‌ها و موردهای فعالیت جلسه‌هایی برگزار کرد. دست کم می‌بایست مدیران بخش‌های خدمات و کارکنان مورد نظر در این جلسه‌ها شرکت کنند؛

■ توافق‌نامه‌ها و آیین‌نامه‌ها باید جزئیات مربوط به حیطه‌ی اختیارات و موضوع‌های کار مورد نظر، به همان صورتی که طرفین به توافق رسیده‌اند، بیاورد. این بخش می‌تواند برای نمونه روش‌های ارجاع و معیار برای ورود [مددجو] به برنامه‌های خدماتی و خروج او را در بر بگیرد؛

■ رضایت نهادهای همکار برای هماهنگ کردن امور درباره‌ی مستندات باید گنجانده شود. مسایل مربوط به رازداری به تمام خدمات گیرندگان توضیح داده می‌شود، از جمله محدودیت‌هایی که در این زمینه وجود دارد و ضرورت در اختیار گذاشتن اطلاعات با اعضای گروه و نهادهای همکار. هر جا که خدمات گیرندگان به در اختیار گذاشتن اطلاعات‌شان رضایت ندادند، آن‌گاه می‌بایست آن‌ها را با محدودیت‌هایی که کارکنان کرنستن برای عرضه‌ی خدمات به آن‌ها خواهند یافت آشنا کنند؛

■ در پی ارجاع و ارزیابی متعاقب آن، نتیجه‌ی کار به ارجاع‌کننده فرستاده خواهد شد؛

■ تمام مسایل مربوط به ارجاع، مناسبات و ارتباط‌ها ثبت خواهد شد. اطلاعات درباره‌ی حضور/غیاب نیز هر جا که اقتضا کند، گزارش خواهد شد؛

■ گزارش پیشرفت کار تهیه خواهد شد، به این شرط که اطلاعات عرضه شده به اندازه‌ی کافی دقیق باشد تا تضمین کند که مدیر مربوط می‌تواند- با دنبال کردن ارتباط‌اش با سازمان «خدمات مواد کرنستن»- به رسیدگی، نظارت و حمایت خود از خدمات گیرندگان ادامه دهد؛

- لازم است رضایت خدمات گیرندگان برای در اختیار گذاشتن اطلاعاتشان با کارکنان نهادهای همکاری جلب شود. در شرایطی که خدمات در محدوده‌ی تشکیلات قضایی عرضه می‌شود، می‌بایستی به «سیاست و خط‌مشی کرنستن درباره‌ی رازداری و آیین‌نامه‌ی کار با تشکیلات عدالت کیفری» ارجاع داد؛
 - هرگاه هر یک از طرفین درباره‌ی مسایل حرفه‌یی/تخصصی کار نکته‌یی داشته باشند، می‌بایست این افراد نخست از راه فرآیند مدیریت و نظارت سلسله‌مراتبی با مدیر مسئول خود طرح مسئله کند؛
 - در صورتی که مدیر مسئول موافقت کرد که از نظر حرفه‌یی/تخصصی مسئله‌یی وجود دارد، آن‌گاه می‌بایست این موضوع با مدیر مسئول نهاد همکار مطرح شود؛
 - در صورتی که امکان طرح مسئله به شکل غیررسمی وجود نداشت یا مناسب دیده نشد، آن‌گاه می‌بایست از «سیاست و خط‌مشی مربوط به شکایت‌های بیرونی» پیروی کرد؛
 - زمانی که کارکنان سازمان «خدمات مواد کرنستن» با کارکنان نهادهای همکار همکاری می‌کنند- مانند فعالیت در کار گروهی- و هر جا که اقتضا کند می‌بایست درباره‌ی ترتیبات رسیدگی مشترک به امور توافق حاصل کرد.
- ارائه‌ی توضیحات و رهنمودهای بیش‌تر در باره‌ی این سیاست‌ها با مدیریت کیفیت و اجرا و (یا) با مدیر بخش مربوط است.

سند سیاست گذاری

سازمان «خدمات مواد کرنستن» متعهد است که خدماتی را با بهترین کیفیت به خدمات گیرندگان خود عرضه کند. ما بر این باور ایم که خدمات گیرندگان ما حق دارند از بهترین خدماتی که منابع مان اجازه می‌دهد بهره‌مند شوند.

خدمات گیرندگان در ارتباطشان با سازمان «خدمات مواد کرنستن» از حق رازداری، رفتار احترام‌آمیز و شکایت کردن برخوردار اند. خدمات گیرندگان در نخستین تماس‌شان با کرنستن از این حقوق آگاهی خواهند یافت و نسخه‌ی از کتابچه‌ی ما درباره‌ی اطلاعات مربوط به حقوق خدمات گیرندگان در اختیارشان قرار خواهد گرفت. از این گذشته، سیاست کرنستن درباره‌ی حقوق مصرف‌کنندگان در در ضمن عرضه‌ی تمام خدمات‌اش در کانون‌ها و مراکز مربوط در دیدرس و دسترس پذیر خواهد بود.

چارچوب قانونی و راهنمای عمل

- مورد ندارد

سیاست‌ها و خط‌مشی‌های مربوط به

- رازداری
- تنوع/گونه‌گونی
- رویه‌ی شکایت‌های خدمات گیرندگان
- فرصت‌های برابر

سیاست و خط‌مشی

تمام خدمات گیرندگان از حق رازداری برخوردار اند. مسایل مربوط به رازداری در «سیاست و خط‌مشی کرنستن» به تفصیل آمده است.

انتظار می‌رود که «سیاست و خط‌مشی کرنستن» در همان نخستین تماس به همه‌ی خدمات گیرندگان توضیح داده شود. این اطلاعات را می‌بایست به طور کامل و به شکلی که برای خدمات گیرندگان درک شدنی باشد، توضیح داد. این امر از زمره‌ی مسئولیت‌های کارکنان است که اطمینان حاصل کنند خدمات گیرندگان هر چه را که به ایشان توضیح داده می‌شود، می‌فهمند. باید نسخه‌ی از کتابچه‌ی اطلاعات مربوط به حقوق خدمات گیرندگان در اختیار مراجعان گذاشته شود. روند این کارها را باید در پرونده‌ی مشتریان ثبت کرد.

«سیاست کرنستن درباره‌ی حقوق خدمات گیرندگان» می‌باید در دیدرس و در دسترس همگان در محوطه‌ی همه‌ی ساختمان‌هایی قرار گیرد که خدمات مربوط عرضه می‌شود، از جمله در «شعبه‌های اجتماعی مواد» (CDA)⁸¹، در وانت‌بارهای سیار پخش سوزن و سرنگ، و هر جا که اقتضا کند در محل‌هایی که بخش «خدمات وابسته» تدارک دیده شده باشد.

⁸¹ <http://www.cranstoun.org/find-help/cranstoun-cda-reading.aspx>

همه‌ی خدمات‌گیرندگان حق برخورداری از رفتار احترام‌آمیز را دارند و هم‌چنین حق دارند خدماتی را دریافت کنند که به مسایل مربوط به تنوع/گونه-گونی آن‌ها را در نظر دارد. کرنستن زیر بار هیچ‌گونه برخورد تبعیض‌آمیز با خدمات‌گیرندگان بر پایه‌ی - به ویژه - جنسیت، نژاد، گرایش جنسی، جرم، مذهب، ناتوانی، طبقه و وضعیت اچ‌آی‌وی آن‌ها نمی‌رود. سیاست و خط‌مشی ما با جزئیات بیش‌تر در «سیاست و خط‌مشی مربوط به فرصت‌های برابر و تنوع/گونه‌گونی» شرح داده شده است.

هم‌چنین به خدمات‌گیرندگان فرصت داده خواهد شد تا درباره‌ی راه و روش و نیز خدمات ما بازخورد دهند. (نگاه کنید به «سیاست و خط‌مشی درباره‌ی بازخورد خدمات‌گیرندگان»). تمام کانون‌های خدماتی می‌بایست فرصتی برای بازخورد در انتهای فرآیند عرضه‌ی خدمات‌شان و نیز در فاصله‌های معین فراهم آورند.

خدمات‌گیرندگان حق دارند شکایت کنند. شکایت‌ها یا ناراحتی‌های جزئی درباره‌ی خدمات ما را می‌بایست با مددکاران اصلی این خدمات در میان بگذارند و بحث کنند. اما اگر خدمات‌گیرندگان از پاسخی که می‌گیرند ناخشنود اند یا آن که شکایت مورد نظر جدی‌تر است، حق دارند که با مدیر خدمات تماس بگیرند. مدیر خدمات باید به سرعت به خدمات‌گیرندگان پاسخ دهد. اگر آن‌ها از پاسخ مدیر خدمات خشنود نشوند، ممکن است خواهان بررسی وضعیت خود شوند. جزئیات این امر در «سیاست و خط‌مشی مربوط به شکایت خدمات‌گیرندگان» شرح داده شده است.

سند سیاست‌گذاری

سازمان «خدمات مواد کرنستن» متعهد است تا بهترین خدمات ممکن و بالاترین سطح مراقبت را برای خدمات گیرندگان خود فراهم آورد. ما امیدوار ایم که خدمات گیرندگان هیچ‌گاه شکایتی درباره‌ی ماهیت یا کیفیت خدمات ما نداشته باشند. با این همه، به هر شکایت یا ناراحتی که خدمات گیرندگان مطرح کنند به شکلی مثبت پاسخ خواهیم داد و خواهیم کوشید تا جایی که امکان داشته باشد هر چه سریع‌تر آن را حل و فصل کنیم.

کرنستن خود را نسبت به حقوق خدمات گیرندگان و حق آن‌ها برای دادن بازخورد و نیز شکایت رسمی - هر جا که لازم باشد - متعهد می‌داند.

چارچوب قانونی و راهنمای عمل

- مورد ندارد

سیاست‌ها و خط‌مشی‌های مربوط به

- حقوق خدمات گیرندگان

سیاست و خط‌مشی

با توجه به این که ممکن است دامنه‌ی شکایت‌ها از مسئله‌های جزئی تا موضوع‌های جدی را گسترده باشد، راه و روش انعطاف-آمیزی طراحی شده است که بتوان به مدد آن هر چه سریع‌تر مسئله را حل و فصل کرد. این راه و روش هم‌چنین می‌کوشد تضمین کند که شکایت‌های جدی گرفته خواهند شد و از حقوق خدمات گیرندگان حمایت می‌شود و نیز این که هیچ‌کس دچار موقعیتی نخواهد شد که این حقوق‌اش مورد سوءاستفاده قرار گیرد.

خدمات گیرندگان تشویق می‌شوند که پیش از به کارگیری رویه‌ی رسمی بکوشند تا با بحث و گفت‌وگوی غیر رسمی با یکی از اعضای گروه کارکنان هر مشکلی را حل کنند.

با این همه، اگر خدمات گیرندگان احساس نکنند که آن بحث و گفت‌وگوها مناسب بوده است یا اگر از نتیجه‌ی آن راضی نباشند، آن‌گاه حق دارند تا درباره‌ی هر چیزی که رضایت‌شان را جلب نکرده، یا نامنصفانه، توهین‌آمیز یا تبعیض‌آمیز بوده است دست به شکایت بزنند. این نارضایتی می‌تواند از رفتار یا از شخص خدمات گیرنده‌ی دیگر باشد یا از اعضای گروه کارکنان یا ملاقات‌کننده یا هر حادثه و موقعیتی که سبب ناراحتی و عصبانیت‌شان شده باشد.

کارکنان کرنستن موظف اند تا به خدمات گیرندگان یاری برسانند و از آن‌ها پشتیبانی کنند. کارکنان و بخش‌های خدماتی می‌بایست اطمینان حاصل کنند که خدمات گیرندگان می‌دانند چه گونه می‌توانند شکایت کنند و نیز می‌بایست فرآیند کار را برایشان به روشنی توضیح دهند و پیشنهاد کمک و حمایت کنند تا آن‌ها بتوانند صدای ناخرسندی‌شان را به گوش برسانند.

خدمات گیرندگان مجاز اند، در طی همه‌ی مرحله‌ها، یک حامی داشته باشند تا به آن‌ها کمک کند درباره‌ی مشکل‌شان با کرنستن بحث و گفت‌گو کند. این شخص می‌تواند خدمات گیرنده را در تمام جلسه‌های مورد درخواست همراهی کند. چه بسا این حامی یک دوست یا از اقوام یا خدمات گیرنده‌ی دیگر باشد. با همه‌ی شکایت‌ها با رعایت اصول رازداری برخورد خواهد شد و نیز هر جا که لازم باشد اقدامی صورت گیرد، اطلاعات مربوط به آن فقط در اختیار کسانی که ذی‌نفع اند باقی خواهد ماند.

خدمات گیرندگان همواره به راه‌های ارتباطی بیرونی برای شکایت کردن دسترسی دارند. زمانی که یکی از خدمات گیرندگان به مرجعی بیرونی شکایت ببرد، به محض دریافت شکایت به این موضوع به روشی که در زیر در «مرحله‌ی ۲» آمده است، پرداخته می‌شود. در همه‌ی بخش‌های خدماتی راه و روش شکایت کردن می‌بایست در دیدرس و در محلی در دسترس به در اختیارهمگان قرار گیرد.

اگر خدمات گیرنده یا حامی او درخواست کنند، نسخه‌یی از این سیاست و خط‌مشی می‌بایست در اختیارشان گذاشته شود.

۱. راه و روش شکایت کردن

مرحله‌ی ۱

هر گاه خدمات گیرنده دلیلی برای شکایت بیاید می‌بایست با مددکار اصلی/مددکار طرح تماس بگیرد و برای بحث و گفت‌گو درباره‌ی مشکل‌اش ترتیب برگزاری یک ملاقات را بدهد. اگر این کار درست نباشد، می‌بایست با مسئول گروه کارکنان/مدیر خدمات تماس بگیرد. در جایی که خدمات گیرنده احساس کند که نمی‌تواند مورد شکایت خود را با کارکنان طرح در میان بگذارد، می‌بایست این موضوع را به نظر مدیر مسئول بالاتر یا مدیر بخش برساند.

آن شخص مسئولی که شکایت با او در میان گذاشته می‌شود موظف است هر چه زودتر (در فاصله‌ی سه روز کاری) با خدمات گیرنده ملاقات کند تا درباره‌ی موضوع شکایت صحبت کنند.

نتیجه‌ی آن گفت‌گو در عرض پنج روز کاری به آگاهی خدمات گیرنده خواهد رسید. اگر نسبت به آن چه در این سند آمده است شرایط استثنایی وجود داشته باشد، به خدمات گیرنده اطلاع خواهند داد. در این مرحله، خدمات گیرنده تصمیم می‌گیرد که آیا از نتیجه‌ی گفت‌گو و اقدامی که انجام خواهد گرفت راضی است یا نه. اگر ناراضی باشد می‌بایست مرحله‌ی ۲ را طی کند.

مرحله‌ی ۲

در این مرحله، خدمات گیرنده می‌بایست به مدیر مسئول شخصی که شکایت بر ضد اوست، نامه‌یی بفرستد.

در عرض ده روز کاری قرار ملاقاتی با این شخص گذاشته می‌شود تا درباره‌ی شکایت صحبت شود. در عرض ده روز کاری دیگر، نتیجه‌ی آن ملاقات به شکل کتبی به آگاهی خدمات گیرنده خواهد رسید. اگر نسبت به آن چه در این سند آمده است شرایط استثنایی وجود داشته باشد، به خدمات گیرنده اطلاع خواهند داد.

اکنون خدمات گیرنده تصمیم می‌گیرد که آیا از نتیجه‌ی گفت‌وگو و اقدامی که انجام خواهد گرفت راضی است یا نه. اگر ناراضی باشد، می‌تواند برای پی‌گیری بیش‌تر شکایت خود را به ترتیبی که در «مرحله‌ی نهایی» آمده است به هیئت مدیره ببرد.

مرحله‌ی نهایی

می‌بایست به شکل کتبی به «مدیر کیفیت و اجرا» خبر داد که تجدید نظر دیگری مورد درخواست است. «مدیر کیفیت و اجرا» شکایت خدمات گیرنده را بررسی می‌کند و به طور مستقیم به او پاسخ می‌دهد. جایگاه «مدیر کیفیت و اجرا» بیرون از سلسله مراتب مدیریت اجرایی است و مسئولیت هدایت سازمان از نظر کیفیت، مداخله‌ها و مسئله‌های بالینی با اوست. اگر خدمات گیرنده همچنان از ناراضی باشد، چه بسا بتوان برای او ملاقاتی با مدیر عامل و یکی از اعضای هیئت مدیره ترتیب داد. این مرحله‌ی آخر روند شکایت‌های درونی است.

این فرآیند در ضمن نامه‌یی به خدمات گیرنده توضیح داده می‌شود. چنین ملاقات‌هایی در عرض ۱۴ روز تدارک دیده می‌شوند و تصمیم‌های گرفته شده تا ۲۱ روز بعدی به آگاهی خدمات گیرنده می‌رسد.

تصمیم مدیر عامل و هیئت مدیره به منزله‌ی تصمیم نهایی است.

سند سیاست گذاری

این سیاست‌ها و خط‌مشی‌ها به خدماتی مربوط می‌شود که خدمات‌گیرندگان موافقت می‌کنند در یک برنامه که مستلزم پرهیز است شرکت کنند، برای نمونه از خدمات مراکز اقامتی یا برنامه‌های سازمان‌یافته‌ی اجتماعی مرحله‌ی سوم استفاده کنند. در چنین موقعیت‌های از خدمات‌گیرندگان خواسته می‌شود تا به طور داوطلبانه آزمایش دهند و چیزی مانند یک پیمان‌نامه/توافق‌نامه را امضا کنند.

سازمان «خدمات مواد کرنستن» اذعان دارد که لغزش و عود می‌تواند بخشی از فرآیند تغییر را شکل دهند و چه بسا در طی یک دوره‌ی سم‌زدایی 'موفق' یا برنامه‌ی درمان هم پیش بیاید. ما اذعان می‌کنیم که ضروری است از خدمات‌گیرندگان در کوششی که به خرج می‌دهند تا به مسئله‌ی مصرف موادشان پردازند پشتیبانی شود و این که خدمات ما به آن‌ها یاری می‌رساند تا بتوانند فرآیند تغییر و عود را به حالت عادی درآورند و مدیریت کنند.

هم‌چنین کرنستن وظیفه‌ی خود می‌داند تا محیطی درمانی امن و پاک از مواد فراهم آورد تا کارکنان‌اش و خدمات‌گیرندگان بتوانند با هم کار کنند. هدف ما در برنامه‌ها و خدمات پرهیزمدار آن است که از خدمات‌گیرندگان حمایت کنیم تا در طی برنامه به شرایطی دست یابند که از مواد پاک باشند. خدمات‌گیرندگان تنها زمانی از این برنامه یا خدمات کنار گذاشته می‌شوند که وابستگی - شان به مواد به طور دائمی عود کند.

چارچوب قانونی و راهنمای عمل

- مورد ندارد

سیاست‌ها و خط‌مشی‌های مربوط به

- رازداری
- آزمایش مواد خدمات‌گیرندگان
- حقوق خدمات‌گیرندگان
- ثبت اطلاعات

سیاست و خط‌مشی

هر جا که برنامه‌ها و خدمات مستلزم پرهیز از مواد باشد، خدمات‌گیرندگان می‌بایست موافقت کنند که در برنامه آزمایش داوطلبانه‌ی ادرار، به عنوان بخشی از دستور کار، شرکت کنند. هر بخش خدمات لازم است توافق‌نامه/پیمان‌نامه‌ی از این دست را به امضا برساند. خط‌مشی حاضر، درباره‌ی شماری از موقعیت‌های احتمالی مربوط به عود و نتیجه‌های مثبت آزمایش‌ها رهنمودهایی به بخش‌های خدماتی عرضه می‌کند:

۱. مظنون به مصرف مواد

هرگاه چنین به نظر برسد که خدمات گیرندگان تحت تاثیر مصرف مواد/الکل قرار دارند، باید این موضوع را هر چه زودتر با گروه کارکنان در میان گذاشت و درخواست آزمایش مواد کرد.

زمانی که مصرف مواد انکار می شود اما خدمات گیرنده نمونه‌ی آزمایش مثبتی را تهیه کرده است، یکی از اعضای گروه کارکنان روشن خواهد کرد که آیا هیچ امکانی دارد که نتیجه‌ی مثبت آزمایش ناشی از مصرف داروی تجویزی باشد. اگر هیچ یک از داروهای تجویز شده شاخصی برای مثبت بودن جواب آزمایش نباشد، نخستین هشدار به شکل کتبی صادر خواهد شد. این هشدار اطلاعات لازم را درباره‌ی این موقعیت به طور فشرده توضیح خواهد داد و به خدمات گیرنده خواهد گفت که یک اتفاق مشابه دیگر به تعلیق یا کنار گذاشتن او از برنامه خواهد انجامید.

هرگاه چنین به نظر برسد که خدمات گیرندگان تحت تاثیر مصرف مواد/الکل قرار دارند اما خود به این مسئله اذعان دارند، یکی از اعضای گروه درخواست خواهد کرد تا او آزمایش مواد بدهد. اگر نمونه‌ی آزمایش ادرار مثبت بود، این موضوع با مدیر خدمات و با مددکار مربوط مورد بحث و گفت‌وگو قرار خواهد گرفت. چنین شرایطی معمولاً به هشدار دادن نمی‌انجامد. اگر نتیجه‌ی دومین آزمایش مثبت از آب در بیاید، هشدار داده می‌شود.

۲. آزمایش مثبت

هرگاه خدمات گیرنده بپذیرد که مواد/الکل مصرف می‌کند یا آن که در بدو شرکت در برنامه جواب آزمایش مثبت بوده باشد، از او خواسته می‌شود تا در پی نتیجه‌ی مثبت اولیه، در هفته‌ی نخست چندین بار آزمایش دهد. در هفته‌ی دوم از او آزمایش‌های بعدی به عمل خواهد آمد که می‌بایست همگی منفی باشند. اگر در هفته‌ی دوم، نمونه‌ی ادرار خدمات گیرنده مثبت باشد، برای او هشدار کتبی صادر می‌شود. نمونه‌ی مثبت بعدی منجر به کنار گذاشتن او از برنامه خواهد شد.

۳. خودداری از تهیه‌ی نمونه

چنین امری به منزله‌ی تخلف از توافق‌نامه ایت و به خروج خودکار خدمات گیرنده از برنامه می‌انجامد. هم‌چنین نمونه‌ی بعدی که بعد از زمان مقرر تهیه شود، در حکم خودداری شخص است و با او رفتاری مشابه خواهد شد مگر آن که دلیل موجهی در کار باشد.

۴. نمونه‌های دست‌کاری شده

این نمونه‌ها را نیز مانند آزمایش‌هایی در نظر خواهیم گرفت که نتیجه‌های آن مثبت است. در صورتی که تشخیص داده شود نمونه‌ی ادرار به نوعی دست‌کاری شده است (مثلاً این که رقیق شده باشد، با ماده‌ی دیگری مخلوط شده باشد، یا سرد باشد)، کارکنان می‌توانند برای هر تعداد آزمایش بعدی که لازم بدانند درخواست دهند تا آن که نمونه‌ی آزمایش مطلوب را به دست آورند. آن‌ها هم-چنین باید این موضوع را با مدیر خدمات در میان بگذارند. با نمونه‌ی دست‌کاری شده می‌بایست بنا بر همان سیاستی رفتار کرد که درباره نتیجه‌ی مثبت آزمایش برخوردار می‌شود.

۵. وقتی که خدمات گیرندگان نمی‌توانند نمونه تهیه کنند

در مورد آزمایشی ادراری که خدمات گیرنده قادر نیست نمونه‌ی ادرار خود را در زمان مقرر تهیه کند و دچار مشکلات واقعی برای این کار است، می‌باید او را تشویق کرد که مایعات بخورد. در این حالت، بعد از ۲۰ تا ۳۰ دقیقه از او خواسته می‌شود که نمونه‌ی

ادرار خود را در اختیار بگذارد. اگر پس از گذشت ۱/۵ ساعت شخص هنوز قادر نباشد ادرار کند، این وضعیت به مثابه‌ی خودداری او از دادن آزمایش تلقی می‌شود و همان برخوردی با وی صورت می‌گیرد که می‌تواند به کناره گذاشتن احتمالی‌اش از برنامه بیانجامد. گرفتن هر تصمیمی یا نشان دادن هر واکنشی درباره‌ی موردهای بالا می‌بایست در ارتباط و مشورت با مدیر خدمات انجام گیرد.

۶. پذیرش دوباره

بنا بر این سیاست، استفاده‌های دیگر از این برنامه برای خدمات‌رسانی به کسانی که دوره‌ی اقامت‌شان یا شرکت‌شان در برنامه به سر آمده باشد، در نظر گرفته نخواهد شد مگر آن که دست‌کم سه ماه از تاریخی که شخص دیگر در برنامه شرکت نداشته است، بگذرد.

عبارت‌های انگلیسی	برگردان عبارت‌ها به فارسی
relaxation	آرمیدگی/آرمیش
randomized controlled trials (RCTs)	آزمایش‌های تصادفی برنامه‌ریزی شده
screening assessment	ارزیابی غربال‌گرانه
non-custodial measures	اقدام‌های استوار بر بازداشت پرهیزی
social re-integration	باز ادغام اجتماعی
benzodiazepine	بنزودیازپین
drug free	پاک از مواد مخدر
heterosexism	تبعیض بر ضد هم‌جنس‌خواهی
birth order	ترتیب تولد
arrest referral	جداسازی و ارجاع مصرف‌کنندگان مواد از سایر خلاف‌کاران در آغاز بازداشت
criminogenic	جرم‌زا
gender	جنسیت
privacy	حریم خصوصی
foster families	خانواده‌های فرزند پرور
step families	خانواده‌های فرزند خوانده
over the counter medicines	دارو بدون نسخه
inclusiveness	دربرگیرندگی
compulsory treatment	درمان اجباری
United Nations office on Drugs and Crime	دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد
heterosexual	دو‌جنس‌خواه
bisexual	دو‌جنس‌خواه
confidentiality	رازداری/محرمانگی
dialectic behavioral therapy	رفتاری درمانی جدلی
sexuality	سکسوالیته
policy Statement	سند سیاست‌گذاری
Central and Eastern European Harm Reduction Network	شبکه‌ی کاهش آسیب اروپای مرکزی و شرقی

عبارت‌های انگلیسی	برگردان عبارت‌ها به فارسی
dual diagnosis	عارضه‌ی دوگانه
criminal justice system	قوه‌ی قضائیه/نظام عدالت کیفری
sexual orientation	گرایش جنسی
faith group	گروه مذهبی
diversity	گونه‌گونی/تنوع
criminalize	مجرمانه‌سازی
throughcare	مراقبت پیوسته
coerced aftercare	مراقبت پس از درمان اجباری
mandatory aftercare	مراقبت پس از درمان الزامی
co-morbidity	هم‌بودی بیماری‌ها
lesbian	هم‌جنس‌خواه زن
gay	هم‌جنس‌خواه مرد
partnership	همکاری مشارکت‌آمیز
International Narcotics Control Board	هیئت بین‌المللی نظارت بر مواد مخدر