

پروتکل درباره‌ی ارزیابی مصرف مواد و اچ‌آی‌وی

در زندان‌ها



پروتکل دربارهی ارزیابی

مصرف مواد و اچ آی وی

در زندانها

سپاس‌گزاری*

این دست‌نویس به لطف همکاری افراد زیر به سرانجام رسید:

دکتر لاریسا پینتلی	رئیس «سازمان غیردولتی پروژه‌های ابتکاری در زندان‌ها»، مولداوی
دکتر طارق الشیمی	مشاور، گروه پشتیبانی برنامه مشترک ملل متحد در زمینه ایدز در خاورمیانه و شمال آفریقا (UNAIDS MENA RST)
ولید معلوف	هماهنگ‌کننده‌ی پروژه، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد در خاورمیانه و شمال آفریقا (UNODC ROMENA)
دکتر اهاب صالح	مسئول پروژه، UNODC ROMENA
سالی فکری	مسئول اچ‌آی‌وی/ایدز، UNODC ROMENA
یاسمین عادل رفعت	مسئول برنامه ملی، UNODC ROMENA
رنه صباغ	مسئول برنامه ملی، UNODC ROMENA
دکتر آنالیزا روسو	کارشناس مصرف مواد و اچ‌آی‌وی/ایدز، UNODC ROMENA
لیف ویلادسن	هماهنگ‌کننده‌ی برنامه، UNODC ROMENA

از مصر:

سر تپید عید کامل	از مقامات زندان (بخش بهداشت)
دکتر ابراهیم کباش	استاد دانشگاه تنا/بازرس کل
دکتر مروت جنادی	استاد دانشگاه اسکندریه/دستیار بازرس کل
سرهنگ خالد فوزی	از مقامات زندان/وزارت کشور
دکتر زین العابدین	مدیر برنامه ملی ایدز (NAP)/وزارت بهداشت و جمعیت

از پادشاهی اردن:

سرگرد خالد المجالی	بخش اصلاح و بازپروری/وزارت کشور
دکتر احمد ناصرالله	برنامه ملی کنترل ایدز/وزارت بهداشت
دکتر اسد راحل	مدیر برنامه ملی ایدز (NAP) / وزارت بهداشت

از لبنان:

دکتر مصطفی نکیب	مدیر برنامه ملی کنترل ایدز/وزارت بهداشت
لارا اللدباغی	برنامه ملی کنترل ایدز
ژنرال میشل چکور	نیروهای امنیت داخلی

از مراکش:

دکتر یونس مرینی	دنیارئیس بخش بهداشت زندان اوکاجا، کازابلانکا
محمد بلکبیر	جامعه‌شناس/بازرس کل

تهیه دست‌نویس این سند را ولید معلوف، هماهنگ‌کننده‌ی پروژه، UNODC ROMENA، بر عهده داشت. از دکتر مامک حیدری سراج نیز به خاطر همکاری در بخش مروری بر گزارش‌ها سپاسگزار می‌شود.

این دست‌نویس به مدد کمک‌های مالی اتحادیه اروپا چاپ و منتشر شد.

* دیدگاه‌های بیان‌شده در این سند متعلق به نویسندگان است و نظرات قطعی UNODC، UNAIDS یا اتحادیه اروپا به شمار نمی‌آید.

فهرست مطالب

۱. پیشینه	۵
۲. مقدمه	۵
الف: ویژگی های جمعیت زندان	۵
ب. دست اندر کاران در واکنش	۵
۳. اهداف	۶
الف: هدف پروتکل	۶
ب. هدف ارزیابی	۷
۴. روش شناسی	۷
الف: ملاحظات اخلاقی	۷
ب: ویژگی های ارزیابی	۸
پ: گروه های هدف / زندان های هدف	۸
ت: معیارهای شمول / حذف	۹
ث. گونه های گردآوری داده ها (منابع داده ها)	۹
ج. نمونه گیری و ملاحظات ناشی از جبهه گیری های نمونه گیری	۱۱
چ. مصاحبه کردن	۱۱
ح. صلاحیت گروه گردآوری داده ها	۱۲
خ. گام های ارزیابی	۱۲
د. موضوع هایی که باید در پرسشنامه باشند	۱۲
ذ. صحت و اعتبار	۱۳
۵. محتوای گزارش نهایی	۱۳
۶. مروری بر گزارش های مطالعات پیشین	۱۴
منابع	۱۸

۱. پیشینه

برای افزایش دستیابی به خدمات مراقبتی و پیشگیری اچ‌آی‌وی/ایدز در زندان‌ها هر گونه واکنش باید متأثر از ارزیابی معقول و مناسب موقعیت باشد. لازم است این ارزیابی، دست کم، میزان مصرف مواد و شیوع اچ‌آی‌وی/ایدز، دانش، نگرش و رفتار، و زیرساخت درمان/پیشگیری در زندان‌ها همچنین نیازهای آموزشی کارکنان را در برگیرد.

به این ترتیب اطمینان حاصل می‌شود که فعالیت‌ها و واکنش‌ها بر بنیاد شواهد شکل می‌گیرند، و (بر پایه‌ی ارزیابی منظمی از ماهیت و اندازه‌ی مسئله) پایش و ارزشیابی می‌شوند. تکیه بر ارزیابی‌هایی با روش‌های معقول و سنجش‌پذیر (که به شیوه‌ای جامع و نظام‌مند و ادواری، با بهره‌گیری از تعاریف و شاخص‌ها و روش‌های مشابه برای ارزیابی موقعیت انجام می‌شوند) تبادل بین‌المللی نظرات کارشناسی را برای مواردی که موقعیتی مشابه پیش می‌آید بیش‌تر می‌کند.

هدف از تهیه این پروتکل ارائه رهنمودهایی برای اجرای این ارزیابی‌ها است تا بتوان عمل گردآوری داده‌ها را تا حد ممکن هماهنگ ساخت.

۲. مقدمه

الف: ویژگی‌های جمعیت زندان

جمعیت داخل زندان ویژگی‌هایی خاص خود دارد که آن را در وضعیتی متفاوت با عامه مردم قرار می‌دهد. در مقایسه با عامه مردم، در میان این جمعیت مشکلات روانی (۱)، میزان خودکشی و آسیب به خود (۲) و میزان فشارهای اجتماعی جوراجور (از فشار عصبی تا، در برخی موقعیت‌ها، آزار جنسی و هتک حرمت جنسی و جسمی) (۳) شیوع بیش‌تری دارد. افزون بر این، نظام کیفری نهادی است که پیوسته با مصرف‌کنندگان وابسته به مواد تماس دارد.^۱ جمعیت زندانی، با توجه به موارد یادشده، (در غیاب مداخله‌گری مناسب) بیش‌تر در معرض خطر شروع یا تداوم مصرف مواد است (۴). بر اساس اطلاعات مربوط به دوره‌ی پس از آزادی، جمعیت مصرف‌کننده‌ی مواد در زندان این برجستگی را دارد که با خروج از زندان بیش‌تر در معرض خطر زیاده‌روی در مصرف مواد قرار می‌گیرد (میزان مرگ‌ومیر پس از آزادی) (۵).

به یاد داشتن این مسئله نیز مهم است که میان زندانی‌شدن و سرایت ویروس‌هایی که از راه خون منتقل می‌شوند (مانند اچ‌آی‌وی، هپاتیت بی، هپاتیت سی و سیفلیس) رابطه‌ای محکم وجود دارد. بنا بر گزارش‌ها مصرف تزریقی مواد رایج‌ترین عامل خطر برای این انتقال است (۷-۵). اما در زندان‌ها، به دلیل موقعیت بسیار امنیتی، روی هم‌رفته میزان موارد تزریق مواد با حبس شدن به شدت پایین می‌آید.^۲ هرچند همان داده‌ها می‌گویند که عواملی در داخل زندان خطر رخدادهای تزریقی را چشمگیرتر می‌سازند (مثلاً مصرف گروهی و شراکت در تجهیزات تزریق) (۵، ۹). عوامل دیگری نیز برای شیوع بیش‌تر این گونه عفونت‌ها در زندان شناسایی شده‌اند از جمله، حبس پیشین، تاتو کردن و رفتار جنسی پُرخطر. علاوه بر شواهدی حاکی از این که برخی افراد پیش از ورود به زندان به عفونت‌های ویروسی که از راه خون منتقل می‌شوند مبتلا بوده‌اند، شواهدی روزافزون نیز نشان می‌دهد که این عفونت‌ها می‌توانند هنگام زندانی بودن افراد سرایت کرده باشند.

احتمالی که در بالا اشاره شد توجیه می‌کند که چرا میزان عفونت اچ‌آی‌وی در میان جمعیت زندانی بسیار بالاتر از میزانی است که در میان عامه مردم دیده می‌شود. بنا بر داده‌های خاورمیانه و آفریقای شمالی شیوع اچ‌آی‌وی در میان عامه‌ی مردم زیاد نیست؛ اما تراکم موارد شیوع در میان گروه‌هایی دیده می‌شود که بیش‌تر در معرض خطر عفونت اچ‌آی‌وی قرار دارند و گروه‌های آسیب‌پذیر (به‌ویژه جمعیت زندانی)^۳. برخی از زندانیان پیش از حبس به عفونت مبتلا بوده‌اند و برخی احتمال دارد در این نهادها مبتلا شوند. این مسئله در کنار نرخ بالای جابه‌جایی جمعیت زندان نمایانگر خطر بالقوه‌ی گسترش بیش‌تر اچ‌آی‌وی به بیرون از دیوارهای زندان و میان عامه مردم است.

ب. دست‌اندرکاران در فرآیند واکنش

با توجه به این ویژگی‌ها، لازم است محیط زندان واکنش‌های معقولی برای مقابله با حالت‌های خاص مصرف مواد و

اچ‌آی‌وی/ایدز در محدوده‌ی خود داشته باشد. تمامی دست‌اندرکاران کلیدی نظام کیفی باید در این واکنش‌ها دخیل باشند. این دست‌اندرکاران در زندان شامل کارکنان زندان (پلیس، نگهبانان، مأموران بازداشت و غیره)، هیئت مدیره زندان، کارکنان خدمات بهداشتی و/یا پیشگیری و خود زندانیان است. دست‌اندرکاران بیرون از زندان می‌توانند بسته به کشور موردنظر متفاوت باشند.

در این پروتکل، دست‌اندرکاران درون زندان «گروه هدف برای مداخله» نامیده می‌شوند و دست‌اندرکاران بیرون زندان بخشی از «کارگروه ویژه‌ی ملی» خواهند بود (که می‌تواند شامل افرادی از گروه مدیریت زندان باشد).

نقش کارگروه ویژه‌ی ملی برای برنامه ارزیابی به شرح زیر است:

– گزینش زندان‌هایی که باید در برنامه‌ی ارزیابی موقعیت گنجانده شوند

– اطمینان از این که تمامی جمعیت زندان‌های کشور نمایندگی شود

– یاری و تسهیل در اجرای نمونه‌گیری‌های معرف

– تعیین نیازهای گردآوری داده‌ها

– برنامه‌ریزی و هماهنگی فعالیت‌ها و امکانات بنگاه‌های ملی، بین‌المللی و دوجانبه برای برآوردن این نیازها

از این گذشته، کارگروه ویژه می‌تواند در شناسایی توانمندترین نهادهای ملی برای اجرای رویکردهای توصیه‌شده برای گردآوری داده‌ها نیز نقش داشته باشد. چنین کاری با برانگیختن توجه جدی در میان نهادهای ملی و شرکای برگزیده (اهمیت دخالت چندبخشی) اجرای فعالیت‌های آینده را تسهیل خواهد کرد.

کارگروه ویژه که در این پروتکل پیشنهاد می‌شود باید نمایندگانی از نهادهای زیر را در بر داشته باشد:

– ریاست زندان‌ها / وزارت کشور

– وزارت دادگستری

– برنامه‌ی ملی کنترل ایدز / وزارت بهداشت

– معاونت بهداشت روانی / وزارت بهداشت

– مرکز بازپروری مواد / وزارت بهداشت

– اداره کل مبارزه با مواد مخدر / وزارت کشور

– سازمان‌های غیردولتی مربوط

دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم ملل متحد (UNODC) و دیگر آژانس‌های بین‌المللی مربوط معمولاً در نشست‌های کارگروه ویژه‌ی ملی شرکت می‌کنند.

باید توجه داشت که این ارزیابی‌ها را هر کشوری خود بر عهده می‌گیرد و به مدد بازرسان کلّ که کارگروه‌های ویژه‌ی آن کشور برمی‌گزینند انجام می‌شود و نه به وسیله‌ی بازرسان مستقل. بدین سان، ارزیابی‌ها معرف دیدگاه کشورهای موردنظر است.

۳. اهداف

الف: هدف پروتکل

نظر به این که ارزیابی در تمامی کشورهای موردنظر با هدفی مشابه صورت می‌گیرد، اصول کلی و رهنمودها و شاخص‌های اصلی ارزیابی باید در همه کشورها مشابه باشند. این پروتکل روشی برای ارزیابی به کشورها پیشنهاد نمی‌کند. هر کشور می‌تواند روش ارزیابی خود را متناسب با ویژگی‌های محلی شرایط زندان برگزیند. اما رهنمودها و اصول این پروتکل که همه‌ی روش‌ها از آن ریشه می‌گیرند تضمین می‌کند که روش‌های ارزیابی هماهنگ باشند.

این پروتکل به منظور ارائه رهنمودهای کلی برای انجام ارزیابی‌ها تهیه شد تا عملیات گردآوری داده‌ها تا حد ممکن هماهنگ باشند و به این ترتیب تبادل نظرات کارشناسی هنگام رویارویی با مسایل مشابه تسهیل شود. تهیه‌ی این پروتکل در چارچوب پروژه‌ی منطقه‌ی UNODC برای بهبود خدمات زندان در زمینه‌ی درمان و پیشگیری مصرف مواد مخدر و اچ‌آی‌وی بود. در صدر پیشنهادات

و رهنمودهای کارشناسان UNODC و UNAIDS داده‌هایی در آن گنجانده شد که در نشست عمومی با بازرسان کل (و نمایندگان کارگروه‌های ویژه) از کشورهای دخیل در پروژه‌ی منطقه‌ای مورد نظر پدید آمد. هدف از برگزاری نشست عمومی این بود که اطمینان حاصل شود بازخوردهای کشورهای دخیل مورد توجه قرار می‌گیرند. این کشورها بسته‌های نرم‌افزاری برای روش‌های ویژه‌ی گردآوری داده‌ها (مثلاً بسته‌های نرم‌افزاری UNODC برای برنامه ارزیابی جهانی (GAP)) را دریافت کردند. هم‌چنین از پشتیبانی فنی منطقه‌ای برخوردار شدند همراه با هماهنگی با سربازرسان کشور که با پروتکل ارزیابی آشنایی داشتند.

ب. هدف ارزیابی

اهداف اصلی ارزیابی به قرار زیر است:

- توصیف موقعیت کلی مواد مخدر و اچ‌آی‌وی با این هدف که راهنمای شکل‌گیری مجموعه‌ی کامل از واکنش‌ها برای مدیریت مواد مخدر و اچ‌آی‌وی/ایدز در تأسیسات زندان باشد؛
- گردآوری اطلاعات درباره‌ی دانش و نگرش و رفتار و عادت‌ها (KABP) در زمینه‌ی مواد مخدر و اچ‌آی‌وی در تمامی گروه‌های هدف ارزیابی در تأسیسات زندان؛
- بررسی تفاوت‌های مهم موجود در دانش و نگرش و رفتارها و عادت‌های (KABP) گروه‌های هدف گوناگون؛
- شناسایی عوامل خطر ویژه که می‌توانند با انتقال اچ‌آی‌وی مرتبط باشند و نیاز به مداخله دارند؛
- شناسایی نقاط ضعف و قوت در راهبرد موجود برای مهار اچ‌آی‌وی/ایدز و مصرف مواد در زندان‌ها و عملی و مناسب بودن این مداخله‌ها برای هر یک از گروه‌های هدف ارزیابی شده؛
- شناسایی فرصت‌های اصلاح و پیشرفت؛
- ارزیابی زیرساخت منابع موجود برای ارائه خدمات بهداشتی و پزشکی و روان‌اجتماعی؛
- ارزیابی نیازهای آموزشی کارکنان (با تأکید ویژه بر کادر مراقبت بهداشتی)؛
- شناسایی و پیشنهاد بهترین روش برای تغییر رفتار زندانیان؛

لازم است بار دیگر تأکید شود که هدف روشن این ارزیابی رسیدن به توصیه‌ی عملیاتی برای مداخله به منظور بهبود دسترسی زندانیان به خدمات مراقبتی و پیشگیرانه‌ی اچ‌آی‌وی/ایدز در زندان است. بر این اساس گونه‌ای ارزیابی هدفمند و متمرکز از رفتارها و زیرساخت و نیازها به شمار می‌آید که قصد آن به‌روشنی تغییر ساختار و معیارها یا محدوده‌ی کنونی زندان‌ها یا ارزیابی مطابقت آن با عرف‌ها یا معیارهای انسان‌دوستانه‌ی بین‌المللی نیست.

۴. روش‌شناسی

الف: ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی کلی و عمومی که باید در این ارزیابی رعایت شوند متضمن نقض نشدن حقوق اساسی افراد در جریان تحقیق است. پاسخ‌گویان باید از اهداف ارزیابی، شیوه‌ی اجرای آن، هرگونه خطر احتمالی مشارکت، منافع مشارکت (برای خود، جامعه یا علم) و شیوه‌ی حفظ محرمانگی باخبر باشند. افزون بر این، اخذ رضایت (کتبی یا شفاهی) قطعاً داوطلبانه است و نمی‌توان اجبار کرد، مصاحبه‌گر باید حق رضایت دادن یا پس گرفتن آن در هر مرحله‌ای از ارزیابی را تصدیق کند. همچنین باید توجه داشت که در جریان ارزیابی از پژوهشگران انتظار می‌رود انتظارات نادرستی برنیانگیزند.

ناشناس ماندن و محرمانگی در جریان ارزیابی ضروری است. از این گذشته، باید با تمهیداتی به پاسخگویان اطمینان داده شود که با افشای اطلاعات به خطری نمی‌افتند. افزون بر ایمنی پاسخگویان، باید به ایمنی کارشناسان کار میدانی نیز (با توجه به ویژگی‌های محل ارزیابی) توجه داشت. جزییات بیشتر درباره‌ی ملاحظات اخلاقی در این حوزه در بسته‌ی نرم‌افزاری برنامه‌ی ارزیابی جهانی UNODC ارائه شده است [نک: بسته‌ی نرم‌افزاری UNDOC GAP، بخش ۷- ملاحظات اخلاقی]

پنج اصل مهمی که باید رعایت شوند از این قرار است:

۱. گذشت و سوءاستفاده نکردن از موقعیت خود
۲. وظیفه‌شناسی و مسئولیت
۳. درستکاری
۴. عدالت
۵. احترام به شأن و حقوق افراد

ب: ویژگی‌های ارزیابی

برنامه‌های واکنشی اثربخش باید کار را با ارزیابی واقع‌گرایانه‌ی خطرات رفتاری در موقعیت موجود آغاز کنند و با امیدواری تأثیر آن را بر اساس تغییرات در طول زمان پی بگیرند. بر این اساس، ارزیابی باید ویژگی‌های زیر را داشته باشد:

- سریع؛
- عملی، پذیرفتنی و کاربردی؛
- مقرون به صرفه؛
- انعطاف‌پذیر (برنامه‌ی عمل را می‌توان در هر مرحله بر پایه‌ی داده‌هایی که فراهم می‌شوند بازنگری کرد)؛
- چندروشی و چندمنبعی؛
- قابل مقایسه با ارزیابی فوری پزشک در بخش اورژانس بیمارستانی شلوغ؛
- استنتاجی؛
- شاید به حقیقت «مطلق» نیانجامد اما از درستی کافی برخوردار باشد که به تصمیم‌گیران امکان اقدامات مناسب را بدهد؛
- مشکل را مستند سازد و واکنش‌هایی برای آن پیشنهاد کند؛
- نیازها و امکانات موجود را تعیین و مستند کند؛
- ابتکارات ناظر بر روش مطلوب یا بهترین روش را مستند سازد (آموخته‌ها)؛
- و مهم‌تر از همه باید با مداخله پیوند بخورد.

ارزیابی‌های موقعیت مواد مخدر و اچ‌آی‌وی/ایدز در عرصه‌ی پژوهش واگیرشناختی، با توجه به این که موضوع در جامعه‌ها پنهان است و ننگ شمرده می‌شود، چالش‌هایی خاص خود دارند. اما همین ارزیابی‌ها در زندان می‌توانند حتی دشواری‌های بیشتری داشته باشند که باید در نظر گرفت. با ایجاد کارگروه ویژه‌ی مناسب شامل تمامی دست‌اندرکاران بیرون از زندان می‌توان بر این چالش‌ها غلبه کرد. و با تکیه بر گروهی آموزشی دیده برای گردآوری داده‌ها که بهترین پرونده‌ها را تضمین کنند این توانایی بیش‌تر می‌شود. افزون بر آن لازم است ابزار مناسب برای گردآوری داده‌ها، مناسب‌ترین شیوه‌ی نمونه‌گیری و گردآوری و راه‌هایی برای سانسور برخی اطلاعات در بسیاری از سطوح پدید آید.

با توجه به این چالش‌ها، ارزیابی باید متکی به شیوه‌های گردآوری چندمنبعی و چندروشی باشد تا بتوان پاسخ‌ها را سه‌گوش‌سازی و صحت‌سنجی کرد. این کار وابسته به هر دو ابزار کیفی و کمی برای گردآوری داده‌ها خواهد بود. ارزیابی باید با در نظر داشتن نیازهای کشور موردنظر طراحی شود. هماهنگی کار گردآوری داده‌ها ضمن رعایت رهنمودهای کلی این پروتکل بر عهده‌ی کارگروه ویژه‌ی هر کشور خواهد بود. آموزش و کمک فنی برون‌سازمانی برای روش ویژه‌ی گردآوری داده‌ها می‌تواند در صورت و هنگام نیاز ارائه شود.

پ: گروه‌های هدف / زندان‌های هدف

با توجه به هدف کلی ارزیابی (ایجاد واکنشی پایدار برای افزایش دستیابی به خدمات مراقبتی و پیشگیرانه‌ی مصرف مواد و اچ‌آی‌وی/ایدز در زندان‌ها)، گروه‌های هدف برای گردآوری داده‌ها باید دست‌کم شامل افراد زیر باشند:

- کارکنان زندان (پلیس، نگهبانان، مأموران بازداشت، مددکاران اجتماعی و غیره)

- هیئت مدیره زندان

- کادر ارائه خدمات بهداشتی و/یا پیشگیری

- زندانیان

نمونه می‌تواند بسته به تعداد افرادی که در هر زندان وجود دارند شامل تمامی جمعیت هدف یا نمونه‌ای از آن باشد. برای بحثی دقیق‌تر در مورد روش‌های نمونه‌گیری که می‌توان به کار بست لطفاً به بخش «ث» مراجعه شود. اما لازم به توجه است که نمونه‌گیری باید به گونه‌ای انجام شود که تا حد ممکن بتوان پاسخ‌ها را علاوه بر جمعیت هدف درون این زندان‌ها، به کل زندان‌ها در سطح جماعت یا کشور تعمیم داد. کار گروه ویژه باید در سراسر فرایند گردآوری داده‌ها دخیل باشد تا ظرفیت‌سازی متعاقب آن را تضمین و تسهیل کند.

شمار زندانیان هدف که انتخاب می‌شوند به موقعیت محلی (اجازه‌ی دسترسی) هر کشور بستگی دارد. به همان اندازه که انتخاب تصادفی و احتمالاتی زندان‌ها توصیه می‌شود تا جنبه‌ی نمایندگی آن‌ها تضمین شود، دسترسی به زندان‌ها وابسته به موقعیت است که انعطاف‌پذیری گزینه‌ی احتمالاتی را محدود می‌سازد. به این نیز باید توجه داشت که پافشاری غیرضروری بر دسترسی به برخی زندان‌ها یا بخش‌های معینی از آن‌ها شاید بی‌فایده باشد، اما بر اهداف ارزیابی همواره باید پافشاری داشت. از درک متقابل میان تمامی اعضای کار گروه ویژه باید اطمینان حاصل کرد. افزون بر آن، گزینش زندان‌ها باید با توجه به ویژگی‌های ارزیابی باشد (که در بخش «ب» اشاره شد).

با توجه به این واقعیت که شاید گزینه‌ی احتمالاتی امکان‌پذیر نباشد، می‌توان برای دست زدن به انتخابی آگاهانه در مورد زندان‌هایی که (از میان زندان‌های دسترس‌پذیر) باید در اولویت قرار گیرند، اصول و عوامل راهنمای زیر را در نظر گرفت:

- تنوع جمعیت زندانی (ترجیح با زندان‌هایی است که بیشترین گوناگونی جمعیت زندانی را دارند)
- اندازه‌ی زندان (ترجیح با زندان‌های بزرگتر تا تضمین شود که بیش‌تر معرف کل جمعیت زندانی در کشور است)
- نمایندگی زنان زندانی (باید کوشش شود که این بخش مهم از جماعت زندانیان نماینده داشته باشد)
- وجود مرکز خدمات بهداشتی (با توجه به اهداف ارزیابی، ترجیح با زندان‌هایی است که خود تأسیسات درمانی دارند یا در نقش پایگاه ارجاع برای دیگر زندان‌ها عمل می‌کنند)

ت: معیارهای شمول / حذف

توجه داشته باشید که معیارهای شمول و حذف که در زیر می‌آیند صرفاً پیشنهادی است و هر کشور می‌تواند به اختیار خود آن‌ها را اصلاح کند، اما شمول پرسشی غربال‌کننده برای اطمینان از غربال‌گری زندانیانی که با معیارهای حذف پیشنهادی مطابقت ندارند ضروری است. این کار می‌تواند ضمن توجه به ویژگی‌ها و نیازهای هر کشور، مقایسه‌ی بین‌المللی نتایج ارزیابی را تضمین کند.

معیار شمول: بخشی از گروه هدف ارزیابی از جمله زندانیان خارجی که به زبان ارزیابی سخن می‌گویند.

معیار حذف: نوجوانان از این ارزیابی حذف می‌شوند، هم‌چنین زندانیانی با سابقه‌ی بیماری جسمی یا روانی بازدارنده، خلاف‌کاران خشن، زندانیان محکوم به مرگ، زندانیانی که (به دلیل دیدار با وکیل، ملاقات با خانواده یا حضور در دادگاه) نمی‌توانند در دسترس باشند، زندانیان خارجی که به زبان ارزیابی سخن نمی‌گویند، زندانیان سیاسی، زندانیان در حبس انفرادی، و زندانیانی که زمان حضور کنونی‌شان در زندان بسیار کوتاه است.

ث. گونه‌های گردآوری داده‌ها (منابع داده‌ها)

۱. داده‌های فرعی (موجود)

ارزیابی باید با ارزیابی مقدماتی موقعیت «موجود» آغاز شود. این کار شامل گردآوری اطلاعات درباره جمعیت زندان‌ها، تعداد و نوع کارکنان زندان، ساختار زندان و تأسیسات پزشکی موجود برای مصرف مواد و اچ‌آی‌وی در زندان‌ها، بررسی مطالعات و

منابع اطلاعاتی موجود در کشور، ارزیابی سوابق رفتارهای پُرخطر بر اساس اطلاعات موجود، یافتن محل خطر و افراد در معرض خطر، و کار کیفی سازنده برای شناسایی فرصت‌ها، موانع، و رویکردهای مناسب برای تشویق به تغییر رفتار. تحلیل اطلاعات موجود یکی از نخستین گام‌های ضروری در کار گردآوری داده‌ها است چون سمت‌وسوی تمامی گام‌های آینده‌ی گردآوری را مشخص می‌کند. گردآوری و تحلیل دقیق این اطلاعات بسیار مهم است. داده‌های فرعی (موجود) به شکل‌های گوناگون یافت می‌شوند از جمله آمار و مدارک موجود (که به روال عادی گرد می‌آیند). فهرستی غیرجامع از منابع احتمالی داده‌های فرعی می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- مدارک سیاست‌گذاری در زمینه‌ی پیشگیری و درمان مصرف مواد و اچ‌آی‌وی/ایدز
- گزارش‌های وزارت دادگستری یا وزارت کشور
- گزارش‌های نظام کیفری
- گزارش‌های ملی حقوق بشر
- گزارش هیئت‌های بازرسی زندان (ملی یا بین‌المللی)
- گزارش هیئت‌های غیردولتی
- آمار دستگیری مصرف‌کنندگان مواد
- سوابق آموزش و صلاحیت‌های کارکنان
- سوابق آزمایش ادرار
- سوابق غربالگری اچ‌آی‌وی، هپاتیت بی و هپاتیت سی
- داده‌های نظام مراقبت اچ‌آی‌وی، اس‌تی‌دی (بیماری‌های واگیر جنسی)
- شمار افراد درمان‌جو در زندان‌ها
- شمار مرگ‌های ناشی از مصرف مواد یا از اچ‌آی‌وی، هپاتیت بی، هپاتیت سی
- گزارش‌های رسمی و آمارهای دولتی
- اطلاعات دیگر

۲. داده‌های اصلی (کمی و کیفی)

در پی گردآوری و ارزیابی داده‌های فرعی، لازم است تحقیقی دیگر برای تکمیل یا تصدیق اطلاعاتی که تاکنون به دست آمده صورت گیرد. بسته به اندازه‌ی جمعیت گروه هدف مورد نظر و نوع و ماهیت اطلاعات مورد نیاز. گردآوری داده‌ها می‌تواند با تکیه بر نمونه‌ای از این جمعیت یا تمامی جمعیت هدف مورد نظر انجام شود. افزون بر آن، گردآوری بر هر دو شیوه کمی و کیفی اتکا خواهد داشت.

برای گردآوری داده‌ها به شیوه‌ی کیفی دو قالب اصلی وجود دارد، بحث گروهی متمرکز و مصاحبه با افراد مطلع کلیدی. هدف شیوه‌ی کیفی تولید داده‌های توصیفی است که می‌توان برای برنامه‌ریزی، پرسشنامه‌های پیش‌آزمون، پایش اثربخشی برنامه‌های در جریان و تولید فرضیه‌هایی برای گردآوری کمی به کار بست. اما در این شیوه افراد گردآورنده‌ی داده‌ها باید از صلاحیت‌ها و آموزشی ویژه برخوردار باشند.

بحث گروهی متمرکز (FGD) معمولاً میان گروهی شش تا ده نفره صورت می‌گیرد که بر اساس تجربه‌ای مشترک یا دسترسی مشترک به اطلاعات برگزیده می‌شوند مثلاً: کارکنان خدمات بهداشتی در زندان با مهارت و/ یا آموزش‌های متفاوت، زندانیانی با تجربیات گوناگون، کارکنان زندان در یکی از تأسیسات مردانه، زنان زندانی، مصرف‌کنندگان پیشین مواد و غیره. جزییات نحوه‌ی اجرای FGD در بسته‌ی نرم‌افزاری جداگانه‌ای ارائه شده که UNODC GAP به همین منظور تهیه کرده است [بخش ۶- مطالعات ارزیابی متمرکز: رویکردی کیفی به گردآوری داده‌ها]

اما مصاحبه با افراد مطلع کلیدی یکی از معمول‌ترین شیوه‌هایی است که در برنامه‌های ارزیابی به کار می‌رود. این شیوه چیزی

نیست جز مصاحبه با فردی که به اعتبار مقام یا تجربه‌ی زندگی خود اطلاعاتی کلیدی دارد، مصاحبه‌ای رودر رو بر پایه‌ی پرسشنامه‌ای نامحدود (و نیمه‌ساختاریافته). شیوه‌ی گردآوری، صلاحیت‌ها و تحلیل کم‌وبیش مشابه شیوه‌ی FGD است. همان بسته‌ی نرم‌افزاری یادشده می‌تواند به صورت راهنمای آموزشی برای این شیوه به کار رود.

در مورد مؤلفه‌ی اصلی «کمی»، واژه‌ی کمی معمولاً اشاره به پرسشنامه‌ای ویژه با پاسخ‌های محدودشده‌ی ذریبط است. این پرسشنامه‌ها باید بر پایه‌ی دانش حاصل از گردآوری داده‌های فرعی و داده‌های کیفی اصلی تهیه و نهایی شوند. چنان‌که اشاره شد، بر حسب اندازه‌ی جمعیت گروه هدف موردنظر، پرسشنامه می‌تواند در میان تمامی جمعیت یا نمونه‌ای از آن توزیع شود. باید توجه داشت که ارزیابی بیولوژیک، از نظر مواد یا از نظر اچ‌آی‌وی، جزئی از روش تحقیق این پروتکل نیست اما هرگاه موجود و قابل کاربرد باشد می‌توان از این اطلاعات به صورت یکی از منابع تکمیلی داده‌ها بهره گرفت.

ج. نمونه‌گیری و ملاحظات ناشی از جبهه‌گیری‌های نمونه‌گیری

در مواردی که اندازه‌ی جمعیت در دسترس برای ارزیابی چندان بزرگ نباشد بهتر است تمامی جمعیت را برای گردآوری داده‌ها هدف گرفت. اما برای جمعیت‌های زیاد (با توجه به ماهیت این ارزیابی یعنی «سریع و مقرون‌به‌صرفه بودن») ممکن است نمونه‌گیری لازم شود.

در صورت وجود چارچوب نمونه‌گیری، می‌توان نمونه‌گیری تصادفی انجام داد که برای پوشش دادن به زیرگروه‌های گوناگون می‌تواند چندلایه باشد تا تضمین شود که معرف کل جمعیت است و نتیجه‌گیری‌های استنتاجی را پُر بارتر و یافته‌های ما را تقویت می‌کند. مسئله این است که در زندان‌ها اغلب به دلایل گوناگون امکانات چارچوب‌های نمونه‌گیری فراهم نیست. در غیاب چارچوب‌های نمونه‌گیری می‌توان از شیوه‌های نمونه‌گیری غیراحتمالاتی بهره گرفت. این روش‌های جایگزین را تا جایی می‌توان به کار بست که با ویژگی‌های ارزیابی پیشنهادشده در روش‌شناسی بخش «ب» مطابقت داشته باشند. مثال‌هایی از این روش‌ها عبارتند از:

– **نمونه‌گیری هدفمند:** شیوه‌ای که با گزینش و جست‌وجوی زیرگروهی ویژه در جمعیت داخل زندان (یا دیگر گروه‌های هدف) در زمانی کوتاه بهترین درک را از فرایندهای جامعه‌ی بزرگتر و فعالیت‌ها در پژوهش به دست می‌دهد.

– **نمونه‌گیری بی‌دردسر:** شیوه‌ای که تنها افرادی را برمی‌گزیند که برای مصاحبه در دسترس باشند یا تمایل نشان دهند.

– **نمونه‌گیری خوشه‌ای:** هنگامی که گروه‌بندی‌های «طبیعی» در جمعیت هدف مشهود است. کل جمعیت به این گروه‌ها تقسیم شده و نمونه‌ای از گروه‌ها برگزیده می‌شود. سپس اطلاعات موردنیاز از اعضای هر یک از گروه‌های برگزیده گردآوری می‌شوند.

– **نمونه‌گیری سهمیه‌ای:** شیوه‌ای که ابتدا جمعیت را به زیرگروه‌هایی تقسیم می‌کند، سپس بر اساس قوه‌ی تشخیص، افراد یا واحدهایی از هر زیرگروه بر پایه‌ی نسبتی مشخص گزینش می‌شوند. مثلاً ممکن است به مصاحبه‌گری بگویند به زندان برود و X نفر از مردان زندانی که به اتهام مواد دستگیر شده‌اند و Y نفر از زندانیان دستگیر شده برای جرایم دیگر را برگزیند.

هنگام تحلیل و تفسیر داده‌های گردآوری‌شده باید جبهه‌گیری‌های ناشی از نمونه‌گیری را در نظر داشت. برای جبران جبهه‌گیری‌های نمونه‌گیری لازم است ابتدا داده‌های برگرفته از منابع چندگانه سه‌گوش‌سازی شوند (مقایسه‌ی نتایج منابع مختلف و صحت‌سنجی)، مثلاً با بهره‌گیری از داده‌های تکمیلی کیفی یا فرعی. یادداشت‌های مصاحبه‌گران در جریان گردآوری داده‌ها نیز ممکن است مهم باشند. همچنین لازم است میزان مشارکت و خودداری از مشارکت ثبت شود و بهتر از همه این‌که موارد خودداری تحلیل شوند (تحلیل عدم‌واکنش).

ج. مصاحبه کردن

محرمانگی و ناشناس ماندن زمانی به بهترین شکل رعایت می‌شود که افراد خود پرسشنامه را پر کنند، اما با توجه به میزان بالای بیسوادی در میان جمعیت زندانی در دسترس، مصاحبه‌ی رو در رو به مدد افراد واجد شرایط و آموزش‌دیده توصیه می‌شود.

با توجه به ماهیت محدوده‌ای که مصاحبه در آن صورت می‌گیرد، بسیار احتمال می‌رود که نگهبان زندان هنگام گردآوری داده‌ها در محل حضور داشته باشد. در چنین صورتی و به منظور کمیته‌سازی منابع جبهه‌گیری در گزارش، اکیدا توصیه می‌شود نگهبان زندان در فاصله‌ای مستقر باشد که نتواند مصاحبه را بشنود و تضمین بیش‌تری برای محرمانگی به پاسخ‌دهنده داده شود.

ح. صلاحیت گروه گردآوری داده‌ها

هرگاه عملی و مناسب باشد، بهترین کار آن است که اجرای برنامه‌ی گردآوری داده‌ها متکی بر توانمندی‌های پژوهشگران رفتاری باشد که در حوزه‌های دانشگاهی، سازمانی غیردولتی، یا نهادی با بنیاد غیرپلیسی (با همین اولویت‌بندی) وجود دارند. و البته این توانمندی‌ها نیازمند امکانات یا پشتیبانی منابع دیگر خواهند بود.

اعضای گروه گردآوری داده‌ها باید کارشناسان زبده‌ی علوم اجتماعی/ واگیرشناسی، و به‌خوبی با ابزار و شیوه‌ی گردآوری داده‌ها آشنا باشند. و بهتر است شناختی کلی نیز از پژوهش ذریبط و مسایل مرتبط با مواد و اچ‌آی‌وی/ ایدز داشته باشند. گردآورندگان باید برخوردار از توانایی برخورد مناسب و برقراری رابطه‌ی دوستانه و معتقد به نگرشی بدون پیشداوری باشند؛ و در زمینه‌ی توجه به اشارات کلامی و غیرکلامی و یادداشت‌برداری آموزش دیده باشند.

خ. گام‌های ارزیابی

فهرستی پیشنهادی از گام‌هایی که باید در اجرای ارزیابی پیمود به شرح زیر است:

۱. پیدا کردن شریک‌ها (کارگروه ویژه) (به شرح پیشنهادشده در مقدمه‌ی «ب»)

۲. انتصاب هیئت هماهنگی ارزیابی

۳. توافق بر سر روش

۴. تهیه ابزار

۵. استفاده‌ی آزمایشی ابزار ارزیابی

۶. انتصاب گروه گردآوری داده‌ها

۷. آموزش گروه گردآوری داده‌ها

۸. گردآوری داده‌ها

الف. فرعی

ب. اصلی کیفی

پ. اصلی کمی

۹. مقایسه‌ی داده‌های ورودی برای سنجش صحت و اعتبار آن‌ها

۱۰. تحلیل

۱۱. تهیه‌ی گزارش

۱۲. تأیید گزارش و طرح توصیه‌ها

۱۳. نهایی کردن گزارش و انتشار

د. موضوع‌هایی که باید در پرسشنامه باشند

فهرستی پیشنهادی برای موضوع‌هایی که باید در پرسشنامه ارزیابی گنجانده شوند به شرح زیر است:

- غربال‌گری اچ‌آی‌وی و شیوع رشد تن‌پاد در سرم خون (یا شیوع سرمی) به دلیل عفونت یا نایمنی
- اطلاعات درباره‌ی سرایت اچ‌آی‌وی و دیگر ویروس‌هایی که از راه خون منتقل می‌شوند
- سطح تشخیص اچ‌آی‌وی
- نگرش نسبت به وابستگی به مواد

- سابقه‌ی مصرف مواد
- مصرف مواد به شیوه‌ی پُرخطر
- سابقه‌ی اچ‌آی‌وی
- خشونت در زندان‌ها
- رفتار و نگرش‌های جنسی
- تاتو کردن
- آیین‌های آمیزش خون
- دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و پیشگیرانه‌ی مواد یا اچ‌آی‌وی
- میزان، و امکان دسترسی به، اطلاعات درباره‌ی مشاوره و آزمایش داوطلبانه (VCT)
- میزان امکان دسترسی به تسهیلات پیشگیری اچ‌آی‌وی (کاندوم، مواد روان‌ساز، مواد ضدعفونی، سرنگ و سوزن، و غیره)
- حمایت گروه همسان
- دیگر بیماری‌های مهم: سل، هپاتیت بی، هپاتیت سی
- اقدام‌های احتیاطی همگانی
- روش‌هایی که احتمال آسیب‌رسانی دارند
- دیگر بیماری‌ها (در حد لازم برای کشور موردنظر) مثلا جذام، جراحی پیشین، بیماری دندان

ذ. صحت و اعتبار

در این جا هدف نحوه‌ی رسیدن به بالاترین حد صحت و اعتبار ارزیابی است، بی‌آن‌که وارد تعریف هر یک از آن‌ها شویم. توصیه‌ی رایج این است که ابزار مورد استفاده برای ارزیابی بر پایه‌ی یکی از ارزیابی‌های پیشین که صحت و اعتبارش آزموده شده مشخص شوند و پرسش‌های نیازموده به حداقل برسند. همچنین بهتر است هنگام پرسش درباره‌ی قلمروهای ویژه‌ی KABP (دانش، نگرش، رفتار و عادت‌ها) تا حد ممکن دقیق و جامع بود.

آزمون دیگری برای صحت‌سنجی، سه‌گوش‌سازی یافته‌هایی است که از منابع چندگانه به دست آمده‌اند. تحلیل سازگاری درونی پاسخ نیز می‌تواند ابزاری برای سنجش اعتبار باشد. از مقایسه‌ی سوابق رسمی نیز می‌توان برای صحت‌سنجی استفاده کرد.

بنا بر تجربه‌های پیشین لازم به توجه است که در یکی از بررسی‌ها درباره زندانیان، گزارش مصرف مواد بیش‌تر در پرسشنامه‌هایی بود که افراد شخصا پاسخ داده بودند تا پرسشنامه‌های پُرشده در مصاحبه. صحت گزارش مصرف ماری‌جوانا نیز نسبت به دیگر مواد روانگردان بیش‌تر است. دستگیرشده‌ها برای اعتراف به مصرف ماری‌جوانا تمایل بیش‌تری دارند، سپس تریاک، پس از آن آمفتامین‌ها (شیشه) و سپس کوکائین. مطابق گزارش‌ها کوکائین بیش از دیگر مواد روانگردان انگ‌خورده است (لانا هریسون).

۵. محتوای گزارش نهایی

هرچند فرمت گزارش می‌تواند به دلیل عوامل گوناگون، مانند زمینه‌ی محلی و تأکیدی که لازم است بازتاب یابد، در کشورهای گوناگون فرق کند، رهنمودهای زیر کمینه‌ی فصل‌های محتوای گزارش را به دست می‌دهند که متضمن یکدستی محتوا تا حد ممکن است تا تبادل نظرات کارشناسی آسان‌تر شود.

فصل‌های زیر باید در محتوای گزارش گنجانده شوند:

۱. خلاصه‌ی کار اجرایی با نتایج و یافته‌های کلیدی، و توصیه‌ها برای اقدامات دیگر
۲. ارزیابی متنی زندان (توصیف کلی مکان، میزان و نوع دستگیری‌ها، و غیره)
۳. ارزیابی امکانات مراقبت بهداشتی

۴. روش گردآوری داده‌ها

۵. ارزیابی مصرف مواد و شیوع اچ‌آی‌وی و دانش، نگرش و رفتار

۶. نیازها و توصیه‌هایی که به میان می‌آیند

۷. بررسی نتایج (موانع پیش رو، توصیه‌هایی برای بهتر شدن گردآوری داده‌ها)

۸. نتیجه‌گیری

۹. پیوست در مورد ابزارهای گوناگون به کاررفته

این گزارش باید در جلسه‌ای عمومی به ریاست بازرس کلّی که گزارش را نوشته و با حضور اعضای مختلف کارگروه ویژه و دیگر همکاران ملی دست‌اندرکار در واکنش به مواد و اچ‌آی‌وی در زندان، بررسی و تصدیق شود.

۶. مروری بر گزارش‌های مطالعات پیشین

درباره‌ی مصاحبه، نمونه‌گیری و گردآوری داده‌ها:

– در قرقیزستان گزینش زندانیان برای مصاحبه با کمک مقامات زندان صورت گرفت و بنابراین کمابیش از گونه‌ی «نمونه‌گیری بی‌دردسر» بود. به هر یک از زندانیانی که مصاحبه می‌شدند در عوض یک بسته چای، یک بسته سیگار و یک کیلو شکر داده می‌شد.

– در بررسی اچ‌آی‌وی و هیپاتیت‌های بی و سی در انگلستان و ویلز، زندانیان بسته به گروه‌های موجود در زمان بررسی در گروه‌های ۱۰ تا ۴۰ نفره مصاحبه می‌شدند. پس از ۵ دقیقه توجیه و معرفی، زندانیانی که مایل بودند پرسشنامه‌ای درباره‌ی رفتارهای پُرخطر را تکمیل می‌کردند و نمونه‌ی آب دهان می‌دادند (بدون غل‌وزنجیر و ناشناس). کسانی که مایل به مشارکت نبودند نقش دیگری در بررسی نداشتند و نه در جمعیت منظور می‌شدند و نه از عوامل خطر برای عفونت موردبررسی به حساب می‌آمدند. این کار به منظور کاهش ترس افراد از هرگونه احتمال آزمایش مواد یا قصد امنیتی از بررسی بود با ایجاد اطمینان از این که هیچ‌کس مجبور به پاسخ نیست. اعضای گروه بررسی در صورت نیاز برای کمک در دسترس بودند (به‌ویژه هنگامی که افراد بیسواد نمی‌توانستند پرسشنامه را بخوانند). هیچیک از کارکنان زندان در گردآوری شرکت نداشت (۱۰)

– در یک بررسی برای ارزیابی اچ‌آی‌وی و هیپاتیت‌های بی و سی در غنا، تمامی زندانیان و مأموران زندان که در محل بررسی حضور داشتند برای شرکت دعوت شدند. به آنان گفته شد که بررسی محرمانه است و اطلاعاتی که زندانیان می‌دهند بر وضعیت حبس‌شان تأثیری نمی‌گذارد. با تمامی افرادی که مایل به مشارکت بودند مصاحبه شد و بر اساس میزان سوادشان پرسشنامه‌ای را پر کردند. سوابق پزشکی هر فرد مایل به مشارکت بررسی شد تا معلوم شود پیش از آن برای عفونت موردبررسی آزمایش شده یا نشده است. بررسی به شیوه‌ی محرمانه صورت گرفت و مشارکت‌کنندگان با شماره‌هایی شناخته می‌شدند که به طور تصادفی و برای همین بررسی تولید شده بود (۱۱)

– در ایالت اوهایو در آمریکا، یک بررسی از طریق مصاحبه با زندانیان ورودی درباره‌ی نیازهای درمانی صورت گرفت تا میزان مصرف مواد تعیین و شمار افراد نیازمند درمان در میان زندانیان ورودی برآورد شود. برای صحت گزارش‌های شخصی نمونه‌ی موی زندانیان به داده‌ها الصاق می‌شد. افزون بر آن به سوابق کیفری و نتایج آزمایش ادرار دستیابی داشتند. نمونه‌ی بررسی شامل کسانی بود که به زندان محکوم شده و کم‌تر از سه ماه در حبس زندگی کرده بودند. فهرست زندانیان واجد شرایط را مسئولان زندان تهیه کردند و به هر فرد شناسه‌ای تعلق گرفت. به آنان درباره‌ی محرمانگی اطمینان داده شد و هر فرد پیش از مصاحبه رضایت‌نامه‌ای کتبی داد. پرسش‌ها مطابق با برنامه‌ی معاینات تشخیصی سازمان ملی بهداشت روانی - نسخه‌ی ۴: ابزار (DIS-IV) بود و اطلاعات تکمیلی بر گرفته از برنامه‌ی پیش‌بینی مصرف مواد (DUF) در شهر کلیولند. برای ارزیابی نیاز درمانی از هر فرد دو پرسش می‌شد. یافته‌های حاصل درباره‌ی تصور زندانیان از نیازهای درمانی خود را برای پیش‌بینی واکنش زندانیان به نظام درمانی پیشنهادی یا اجباری به کار گرفتند. برای ارزیابی وابستگی به مواد، از ابزار تشخیص DSM-IV استفاده شد (۱۲).

- دو نمونه پژوهی. نخستین مورد مطالعه‌ای قوم‌نگارانه درباره‌ی مصرف‌کنندگان جوان و زیر سن قانونی بود، و دومی مطالعه‌ای در مورد YAD (ایدز و مواد در میان جوانان). مشارکت‌کنندگان همگی جوانان زیر سن قانونی و مصرف‌کننده‌ی مواد بودند که در موقعیتی واحد در دفتری که برای همین کار اجاره شده بود، و از نظر جغرافیایی با دفتر مرکزی فاصله داشت، مصاحبه شدند. پژوهشگران با صلاحدید مشاوران حقوقی دانشگاه رویکردهای روشی خود را اصلاح می‌کردند، و از امکان دستیابی فوری و شخصی به نظرات آنان و شماره‌تلفن‌های ۲۴ ساعته برای درخواست کمک حقوقی برخوردار بودند. در برنامه‌ریزی مطالعه‌ی YAD بنا شد که پژوهشگران با آگاه‌سازی گروه محلی مبارزه با مواد مخدر درباره‌ی این تحقیق بتوانند تا اندازه‌ای، اگر نه کاملاً، پوششی حمایتی برای مطالعه‌ی خود داشته باشند. اقدامات امنیتی گوناگون صورت گرفت تا نشانی دفترشان تا حد ممکن مخفی بماند (۱۳)

- مطالعه‌ای درباره‌ی مصرف و شروع به مصرف مواد در زندان در بریتانیا: تمرکز این مقاله بر مصرف هروئین و کوکائین در نمونه‌ای از زندانیان بریتانیا است، و هدف آن بررسی ویژگی‌های کسانی که در دوران حبس خود امکان مصرف یا شروع به مصرف این مواد را یافته‌اند. نمونه‌گیری از گونه‌ی نمونه‌گیری‌های احتمالی (نمونه‌گیری نظام‌مند، یکی از هر ۳۴ مرد محکوم به زندان، یکی از هر ۸ زندانی دوباره بازداشت‌شده و یکی از هر ۳ زن زندانی) از میان زندانیان تمامی زندان‌های فعال در انگلستان و ویلز و جزئی از آمارگیری ملی از درصد بیماران روانی بود. ۸۸/۲ درصد از زندانیان گزینش‌شده مصاحبه‌ای رو در رو (با کارکنان آموزش‌دیده‌ی اداره‌ی ملی آمار) را به انجام رساندند. مصاحبه‌ها در خلوت یا در صورت لزوم با حضور یکی دیگر از مصاحبه‌گران اداره‌ی یادشده انجام می‌شد. از مصاحبه با افرادی که احتمال می‌رفت تماس با آنان زیاده‌خطرناک باشد جلوگیری می‌شد. مصاحبه‌ها موضوع‌های شخصی، ویژگی‌های جمعیتی، سابقه‌ی اجتماعی، ابتلا به بیماری روانی و مصرف مواد را در بر می‌گرفت (۱۴).

- مطالعه‌ای در زندان دورهام، نمونه‌ای از بازداشتگاه‌های موقت مردانه، صورت گرفت. مأمور بهداشت تمامی زندانیان تازه‌وارد را هنگام ورود از نظر مشکلات جسمی و بهداشت روانی و از نظر مصرف مواد روانگردان غربال می‌کرد. از پرسشنامه‌ی استاندارد زندان (F2169) استفاده می‌شد که شامل چندین پرسش ویژه درباره مصرف تازه‌ی مواد و الکل بود. این کار اطلاعاتی سودمند در اختیار پزشک زندان می‌گذاشت که فردای آن روز یک‌یک زندانیان را ارزیابی می‌کرد و درباره‌ی رژیم سم‌زدائی و دیگر نیازهای درمانی تصمیم می‌گرفت. تمامی مردان محکوم‌نشده‌ای که از یکم اکتبر ۱۹۹۵ تا ۳۰ آوریل ۱۹۹۶ بیش از هفت ماه در بازداشت بودند امکان شمول در مطالعه را داشتند. پژوهش برای یک‌یک مردان توضیح داده می‌شد و اطمینان می‌یافتند که هر اطلاعی بدهند محرمانه می‌ماند و به کارکنان زندان منتقل نمی‌شود. هر مرد رضایت‌نامه‌ای کتبی می‌داد. یک یا دو پژوهشگر که آموزش روان‌پزشکی دیده بودند با سوژه‌ها مصاحبه می‌کردند. مصاحبه‌ای نیمه‌ساختاری به کار می‌رفت که به همین منظور طراحی شده بود. سابقه‌ای جامع از مصرف مواد و الکل گرفته می‌شد، سطح مصرف را ثبت می‌کردند و در صورت مقتضی معاینات DSM-IV درباره‌ی سوءمصرف و وابستگی به عمل می‌آمد (۱۸).

- گروهی از زندانیان مرد مصرف‌کننده‌ی مواد از میان ۲۰۰۰ زندانی آمار کیفی شناسایی شدند. این افراد را بر حسب میزان محکومیت به نمونه‌هایی تقسیم کردند، و دو دور کامل مصاحبه صورت گرفت: نمونه‌ی ۱ از مصاحبه با زندانیانی تشکیل می‌شد که بیش‌ترشان چهار تا نه ماه را در بازداشت گذرانده بودند. از آنان درباره‌ی مصرف مواد و تجربیات درمان و آزمایش در دوران حبس اخیرشان می‌پرسیدند. نمونه‌ی ۲ با نمونه‌ی جداگانه سروکار داشت که در جامعه در پی آزادی از حبس مصاحبه می‌شدند. این گروه متشکل از زندانیانی با محکومیت‌های کوتاه‌مدت بود. از مصاحبه‌شوندگان درباره‌ی مصرف مواد، درمان و آزمایش در آخرین دوره‌ی حبس خود و درباره مصرف مواد و تخلف دوباره پس از آزادی از حبس می‌پرسیدند (۱۹).

برخی نتایج کلیدی و بحث‌های مطرح شده

- رایج‌ترین مواد مصرف‌شده ماری‌جوانا، کوکائین و تریاک بود که مشارکت‌کنندگان مسن‌تر بیش‌تر کوکائین و تریاک مصرف

می‌کردند و جوان‌ترها ماری‌جوآنا. وابستگی مادام‌العمر به مواد در میان زنان مشارکت‌کننده بیش‌تر از مردان دیده می‌شد. در مورد کسانی که در آن‌زمان یا مادام‌العمر وابسته به کوکائین و تریاک شناخته می‌شدند احتمال وجود سابقه‌ی درمان و فکر کردن به نیازهای درمانی در آینده بیش‌تر بود. اما امکان تعمیم این بررسی محدود است چون نمونه‌های بررسی معرف تمامی جمعیت زندان‌های آمریکا نبودند (۱۲).

– بنا بر رهنمودهای اخلاقی برای پژوهش بهداشتی استرالیا: پیش از انجام پژوهش باید رضایت آزادانه‌ی افراد جلب شود؛ اطلاعات کافی درباره‌ی هدف، روش‌ها، تقاضاها، خطرات، دردسرها و مزاحمت‌های بررسی ارائه شود؛ اگر معلوم شد که پژوهش به سوژه‌های پژوهش صدمه می‌زند، پژوهشگر باید برنامه‌ی آن را اصلاح یا متوقف سازد؛ مسئولیت‌های اخلاقی و حقوقی پژوهشگران با هم تضاد دارند و باید راه‌های مقابله با این تضاد روشن باشد؛ چگونه باید محرمانگی پژوهش و ایمنی داده‌های پژوهش را حفظ کرد! چگونه باید پژوهشگران را از احتمال مجازات کیفی در امان داشت! پشتیبانی قانونی از پژوهشگران و پژوهش! (۱۳).

– ۲۶/۴ درصد از مصرف‌کنندگان مادام‌العمرِ هروئین و ۹/۳ درصد از مصرف‌کنندگانِ کوکائین یا کراک گزارش دادند که نخستین بار در زندان این مواد را مصرف کرده‌اند. از میان کسانی که در زندان مصرف می‌کردند، ۴۲/۸ درصد مصرف هروئین و ۳۸/۲ درصد مصرف کوکائین را آغاز کرده بودند. جوانان رده‌ی سنی ۲۰ تا ۳۰ سال بیش‌تر از ۱۶ تا ۲۰ ساله‌ها احتمال داشت در زندان مصرف هروئین را آغاز کنند. تشخیص ناهنجاری رفتاری در دوران کودکی احتمال مصرف هروئین یا کوکائین در زندان را بیش از دوبرابر می‌کرد. میان متارکه یا طلاق و مصرف کوکائین در زندان رابطه‌ی مثبت دیده شد. سابقه‌ی حضور در زندان معمولاً بیش‌تر به مصرف هروئین مربوط بود تا کوکائین. شمار دفعات حبس احتمال مصرف کوکائین و هروئین و مصرف مادام‌العمر این مواد را به شدت افزایش می‌داد. احتمال شروع مصرف هروئین در زندان برای کسانی که ناهنجاری روانی داشتند بیش‌تر بود. پایین بودن مصرف آمفتامین و کوکائین ممکن است به این دلیل باشد که دسترسی به آن‌ها در زندان‌های بریتانیا چندان آسان نیست. هرچند می‌توان احتمال داد که اثرات مرتبط با مصرف هروئین و حشیش بیش‌تر با زندگی در زندان جور درمی‌آیند تا داروهای محرکی مانند کوکائین و آمفتامین (۱۴).

– مسئولیت گردآوری اطلاعات و توزیع اطلاعات بهداشتی هرچه بیش‌تر به گردن کسانی می‌افتد که با گروه‌های پُرخطر خردفرهنگ‌های پنهان یا غیرقانونی تماسِ رو در رو دارند. بهره‌گیری از امدادرسنان محلی و مصاحبه‌گران همسان بازتاب تغییرات گسترده‌تر در تدارک مراقبت بهداشتی و مدیریت بهداشت عمومی است (Beck, ۱۹۹۲؛ Lupton, ۱۹۹۵؛ Rose, ۱۹۹۶) که به نتیجه رسیده در راهبردهای کاهش آسیب و خطر، پافشاری بیش‌تری بر امدادسانی محلی داشته باشد. اما خلاءهایی وجود دارد، و یکی از جدی‌ترین آن‌ها ناتوانی در تأمین حمایت حقوقی و اخلاقی مناسب برای حفظ محرمانگی در چنین رویکردی است. زیرا کسانی که از محرمانگی اطمینان نداشته باشند ممکن نیست در پژوهش مشارکت کنند. لازم است موازنه‌ای اخلاقی صورت گیرد. در یک سو نیاز به اختیار برای مجازات کسانی است که دست به اعمال غیرقانونی می‌زنند و در سوی دیگر نیاز به دانستن درباره‌ی فعالیت‌هایی مانند مصرف غیرمجاز مواد تا بتوان راهبردهای بهداشت عمومی را برای کاهش آسیب به کار انداخت. یافتن واکنشی متعادل که این دو نیاز متضاد را اولویت‌بندی کند ساده نخواهد بود (۱۵).

– فراهم‌سازی آمارهای شیوع و بروز مصرف مواد بر پایه‌ی گزارش‌های شخصی بود. اما روش‌های پیشرفته‌ی آزمایش مو و ادرار نشان می‌دهند که گزارش شخصی بسیاری از موارد تازه‌ی مصرف را از قلم می‌اندازد. صحه‌گذاری بر گزارش‌های شخصی مستلزم مقایسه با روشی است که قطعاً دقیق‌تر باشد، مثلاً آزمایش سوخت‌وساز مواد در مایعات بدن. دیگر روش‌های به‌کاررفته گزارش اعضای خانواده، سوابق درمانی یا سوابق کیفی است. بررسی DUF کمابیش به این نتیجه‌ی ثابت رسیده که تنها نیمی از کسانی که نتیجه‌ی آزمایش آن‌ها مثبت است مصرف آن در ۲ تا ۳ روز گذشته را گزارش می‌کنند. معمول‌ترین راه برای تفسیر

هم‌خوانی آزمایش ادرار و گزارش شخصی تمرکز فقط بر کسانی است که جواب آزمایش ادرارشان مثبت است و تعیین درصد کسانی که گزارش مصرف مواد را درست پر کرده‌اند. راه دیگر مقایسه‌ی کسانی است که مصرف مواد را گزارش می‌دهند به درصد کسانی که جواب آزمایش‌شان برای همان مواد مثبت بوده است.

- از گزارش‌های موجود برمی‌آید که دست‌کم در میان درمان‌جویان کیفری می‌توان به گزارش‌های شخصی اعتماد کرد. یکی از بررسی‌ها درباره‌ی زندانیان نشان داد که گزارش مصرف مواد در پرسشنامه‌هایی که خود افراد پُر کرده‌اند بیش‌تر از آن‌هایی بوده که در مصاحبه پُر شده‌اند (McElrath 1994). یافته‌ی دیگر این است که دستگیرشدگان بیش‌تر به مصرف ماری‌جوانا اعتراف می‌کنند، سپس تریاک، آمفتامین، و کوکائین (Harrison 1992). با این همه، گزارش‌های شخصی هنوز برای درک پیچیدگی و ویژگی‌های علیتی و لازم‌وملزوم در مصرف مواد و اطلاعات درباره‌ی زمان آغاز مصرف اهمیت دارند. نگرش‌ها درباره‌ی خطر آسیب و درمان‌های پیشین را تنها با گزارش‌های شخصی می‌توان به دست آورد. آزمایش مو هنوز چندین جنبه‌ی مناقشه‌برانگیز دارد، یکی این که معلوم نیست مواد چگونه وارد مو می‌شوند. جنبه‌ی دیگر تعبیر رابطه‌ی دُوز با زمان مصرف است. اما پژوهش‌هایی خبر می‌دهند که آزمایش مو، در مقایسه با آزمایش ادرار یا گزارش‌های شخصی، دست‌تعداد بیش‌تری از مصرف‌کنندگان تازه‌کار را رو می‌کند (۱۷).

پژوهشگران دریافتند که بسیاری از زندانیان در پاسخ به کارکنان زندان میزان مصرف خود را کمتر از واقعیت نشان می‌دادند و تنها مقداری را رو می‌کردند که به نظرشان لازم بود، چون اطمینانی به دریافت خدمات درمانی نداشتند اما حاضر بودند خطر برجسب مصرف‌کننده‌ی مواد را بپذیرند. به نظر می‌رسید زندانیان هنگام مصاحبه با پژوهشگران، که بخشی از سیستم زندان تصور نمی‌شدند، تمایل بیش‌تری به رو کردن سوءمصرف مواد دارند. اما این واقعیت به جای خود باقی است که غربال‌گری هنگام ورود به زندان نتوانست شمار چشمگیری از مصرف‌کنندگان مواد را جدا کند. به اعتقاد این پژوهشگران مقابله‌ی مؤثر با مصرف مواد در زندان نیازمند تأکید بیش‌تری بر غربالگری بالینی دقیق است و تدارک برنامه‌های درمانی شبیه به همان‌ها که در سطح جامعه اجرا می‌شوند. بدون برنامه‌های سم‌زدایی درست و مناسب بسیاری از زندانیان همچنان به مصرف مواد در زندان ادامه خواهند داد. و در برخی موارد این کار با خطر استفاده‌ی شریکی از سوزن همراه خواهد بود (۱۸).

1. Jordan BK, Schlenger WE, Fairbank JA, Caddell JM. Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women. II. Convicted felons entering prison. *Arch Gen Psych*. 1996; 53 (6): 513-9.
2. Jenkins R, Bhugra D Meltzer H, Singleton N, Bebbington P, Brugha T, Coid J, Farrell M, Lewis G, Paton J. Psychiatric and social aspect of suicidal behavior in prisons. *Psychol Med* 2005; 35(2): 257-69.
3. March JC, Oviedo-Joekes E, Romero M. Drugs and social exclusion in ten European cities. *European Addiction Research* 2006; 12(1): 33-41.
4. Sahajian F, Lamothe P, Fabry J. Psychoactive substance use among newly incarcerated prison inmates. *Sante Publique* 2006; 18 (2): 223-34.
5. Kang SY, Deren S, Andia J, Colón HM, Robles R, Oliver-Velez D. HIV transmission behaviors in jail/prison among puerto rican drug injectors in New York and Puerto Rico. *AIDS Behav*. 2005; 9(3): 377-86.
6. Boys A, Farrell M, Bebbington P, Brugha T, Coid J, Jenkins R, Lewis G, Marsden J, Meltzer H, Singleton N, Taylor C. Drug use and initiation in prison: results from a national prison survey in England and Wales. *Addiction* 2002; 97(12): 1551-60.
7. Zamani et. al. Prevalence of and factors associated with HIV-1 infection among drug users visiting treatment centers in Tehran, Iran. *AIDS* 2005, 19:709–716.
8. Farrell M. Working in the criminal justice system. Presentation (Oral communication) UAE International Addiction Conference. Abu Dhabi 2007.
9. Sarang A, Rhodes T, Platt L, Kirzhanova V, Shelkovnikova O, Volnov V, Balogovo D, Rylkov A. Drug injecting and syringe use in the HIV risk environment of Russian penitentiary institutions: Qualitative Study. *Addiction* 2006; 101(12): 1787-96.
10. 10.Ar Weild, ON Gill, D Bennett, SJM Livingstone, JV Parry, L Curran. Prevalence of HIV, hepatitis b, and hepatitis cantibodies in prisoners in England and Wales: a national survey. *Common Dis Public Health* 2000: 3: 121-6.
11. 11.Andrew A. Adjei, Henry B. Armah, Foster Gbagbo, William K. Ampofo, Isaac K.E.Quaye, Ian F.A. Hesse and George Mensah. Prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, hepatitis C virus and syphilis among prison inmates and officers at Nsawam and Accra, Ghana. *Journal of Medical Microbiology* (2006), 55, pp. 593-597.
12. Celia C. Lo a; Richard C. Stephens a *Drugs and Prisoners: Treatment Needs on Entering Prison* 1 * Department of Sociology, University of Akron, Akron, Ohio, U.S.A.10.1081/ADA-100100602.
13. Wendy Loxley, David Hawks & Jude Bevan. Protecting the interests of participants in research into illicit drug use: two case studies *Addiction*. Volume 92 Issue 9, pp. 1081-1085, September 1997.
14. Boys, A. 1; Farrell, M. 1; Bebbington, P. 2; Brugha, T. 3; Coid, J. 4; Jenkins, R. 5; Lewis, G. 6; Marsden, J. 1; Meltzer, H. 7; Singleton, N. 7; Taylor, C. 1 *Drug use and initiation in prison: results from a national prison survey in England and Wales*. *Addiction*. 97(12):1551-1560, December 2002.
15. John L. Fitzgerald, Margaret Hamilton. Confidentiality, disseminated regulation and ethico-legal liabilities in research with hidden populations of illicit drug users. *Addiction*, Volume 92 Issue 9, pp. 1099-1108, September 1997.
16. Gerry V. Stimson, *AIDS and injecting drug use in the United Kingdom, 1987–1993: The policy response and the prevention of the epidemic*. *Soc. Sci. Med*. Vol.41, No.5, pp. 669-716, 1995.
17. Lana Harrison. The validity of self-reported drug use in survey research: An overview

and critique of Research Methods.

18. Debbie Mason, Luke Birmingham, Don Grubin. Substance use in remand prisoners: a consecutive case study BMJ No 7099 Volume 315 Saturday 5 July 1997.