

درمان اجباری معتادان با متادون نگهدارنده، در مرکز اقامتی (۲): ارزیابی نتایج در پی‌گیری دو و شش ماهه

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

فصلنامه پایش

سال دهم شماره چهارم پاییز ۱۳۹۰ صص ۵۱۴-۵۰۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۵/۹

انشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۶ شهریور ۱۳۹۰

چکیده

در سال ۱۳۸۶ برای اولین بار برای طرح جمع‌آوری معتادان و ترک اعتیاد اجباری (طرح نجات)، برنامه و مداخلات درمانی توسط وزارت بهداشت در نظر گرفته شد. در طول این طرح، پس از غربالگری، دستگیرشدگان با شدت بیشتر اعتیاد، به اجبار به مرکز اقامتی شفق منتقل شدند تا تحت درمان نگهدارنده با متادون قرار گرفته و پس از ترخیص از مرکز اقامتی، به مراکز سرپایی برای ادامه درمان ارجاع شوند. در این مقاله، نتایج پی‌گیری دو و شش ماهه ارائه شده است. نتایج حاصل از ارزیابی فرایند اقدامات انجام شده در مرکز شفق در مقاله اول ارائه شده است.

تعداد ۵۰۰ نفر از معتادان که از اماکن عمومی در طول ۱۱ روز دستگیر شده بودند، مورد پی‌گیری قرار گرفتند. ۷۹ نفر از آنها به مرکز اقامتی شفق ارسال شدند. میزان ماندگاری در درمان، میزان مصرف مواد و رفتارهای پرخطر در پی‌گیری دو و شش ماهه، از طریق مصاحبه‌های فردی، انجام آزمایش مورفین در ادرار، بررسی پرونده‌ها و مصاحبه با کارکنان مراکز درمانی انجام شده است.

از میان ۷۹ نفر وارد شده به مرکز اقامتی شفق، دو ماه پس از ورود، ۵۱ فرد ترخیص شده بودند. از این میان، ۴۷/۱ درصد حداقل یک بار به مرکز سرپایی ارجاع شده، مراجعه کرده بودند. در پی‌گیری دو ماهه، ۱۵ نفر (۲۹/۴ درصد) در درمان باقی مانده و ادرار ۷ نفر (۱۳/۷ درصد) از ۵۱ نفر) از نظر مورفین منفی بود. در پی‌گیری شش ماهه، ۱۲ نفر (۲۳/۵ درصد) همچنان به درمان خود ادامه داده و مورفین در ادرار ۶ نفر از آنان (۱۱/۸ درصد از ۵۱ نفر) منفی بوده است.

به رغم جرم بودن اعتیاد در کشور و رو به رو بودن آن با مجازات، برای اولین بار با رویکرد علمی با درمان اجباری برخورد شد. نتایج به دست آمده گرچه کمتر از الگوهای روز درمان اجباری به ویژه در درمان دادگاه مدار بوده و اشکالات متعددی در اجرای طرح، به ویژه به دلیل اجرای ضربتی آن قبل از آمادگی کامل وجود داشت اما با بهبود روش‌های اجرایی و مراقبت‌های پس از ترخیص، دستاوردها به طور بارزی قابل بهبود هستند.

کلیدواژه‌ها: اعتیاد، درمان نگهدارنده با متادون، درمان اقامتی اجباری، بی‌خانمانی

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

تلفن‌انمابر: ۶۶۹۶۷۹۸۴

E-mail: rahimia@tums.ac.ir

مقدمه

به طور تاریخی در مورد ماهیت اعتیاد اختلاف نظر وجود دارد. بسیاری از متخصصان از دست دادن کنترل و توانایی در قطع مصرف مواد را بیماری تلقی کرده و کوشش کرده‌اند تا از طریق درمان‌های دارویی و غیردارویی موجبات ترک مصرف مواد و پیشگیری از عود را فراهم نمایند. گروهی دیگر که اغلب آنها را مسئولان انتظامی و قضایی و بسیاری از آحاد معمولی جامعه و حتی خانواده معتادان تشکیل می‌داده‌اند، با تکیه بر مسئولیت فردی در شروع و ادامه مصرف مواد و همچنین ترک اعتیاد، با جرم تلقی شدن اعتیاد و پیش بینی مجازات برای آن موافق بوده‌اند. در مقابل دو دیدگاه پزشکی سازی (Medicalization) و جرم انگاری (Criminalization) برای اعتیاد، رویکرد دیگری که عمدتاً رویکردی اجتماعی است، وجود دارد که بر استفاده از اجبار به طریق اصولی برای درمان علمی اعتیاد استوار است و در چند دهه گذشته مورد توجه بسیاری از متخصصان، مسئولان و جوامع قرار گرفته است.

در کشور ما به رغم جرم تلقی شدن اعتیاد، طی دهه گذشته، مهم‌ترین پیشرفت در امر مبارزه با اعتیاد، مربوط به راه اندازی مراکز و مداخلات متنوع درمانی بوده است. ولی به طور تقریبی هر ساله با ابراز نارضایتی‌های مداوم مردمی به ویژه در مناطق و محله‌های آلوده، نیروی انتظامی با هدف پاکسازی، معتادان را از سطح شهر جمع آوری کرده و پس از طی دوره چند هفته‌ای شرایط سخت یا نیمه سخت در یک مرکز اقامتی، آنها را مرخص و به سطح شهر بازمی‌گرداند. در عین حال، همواره در مورد کارایی بسیار محدود این روش، در بازگیری درازمدت و مؤثر معتادان از مصرف مواد اتفاق نظر وجود داشته است.

در سال ۱۳۸۶ و برای اولین بار در کشورمان تلاش شد، دو رویکرد درمان علمی و استفاده از اجبار در قالب طرح سامان‌دهی معتادان خیابانی و پرخطر (طرح نجات) ادغام شوند. به دلیل نگرانی‌های متخصصان بهداشتی - درمانی کشور از عوارض احتمالی، اقدامات درمانی طرح در مرکز اقامتی با نظارت معاونت سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران و با اجرای یک مؤسسه غیردولتی درمانی به اجرا درآمد. نیروی انتظامی و سازمان بهزیستی نیز نقش‌های خاص خود را ایفا نمودند. هماهنگی کلی طرح نیز به عهده ستاد مبارزه با مواد مخدر بود. جزئیات نحوه اجرای طرح و همچنین نتایج حاصل از ارزیابی فرایند مداخلات در مرکز اقامتی در

مقاله اول چاپ شده از این مطالعه [۱] تشریح شده است. بر اساس این طرح، هر روزه با عملیات انتظامی در محله‌های پرخطر شهر تهران، عده‌ای از معتادان دستگیر و در مرکز غربالگری ولی عصر (عج) توسط تیم درمانی، غربالگری شده و افرادی که دارای شرایط از پیش تعیین شده بوده و به طور عمده افرادی با وخامت اعتیاد و بدون خانواده را تشکیل می‌دادند، به مرکز اقامتی شفق منتقل می‌شدند. درمان در نظر گرفته شده برای این افراد، درمان نگهدارنده با متادون (Methadone Maintenance Treatment- MMT) بود. مقرر شده بود پس از ترخیص، درمان این افراد در مراکز درمان سرپایی معتادان ادامه یابد.

با تصویب ستاد مبارزه با مواد مخدر مقرر شد برای تصمیم‌گیری‌های آتی، این طرح مورد ارزیابی قرار گیرد. ارزشیابی طرح دارای اهداف و روش‌های گوناگون بود که در این مقاله به ارائه بخشی از آن که شامل ارزیابی نتایج حاصل از اقدامات انجام شده در مرکز اقامتی شفق بر اساس نتایج پی‌گیری، در دو مقطع دو ماهه و شش ماهه است، پرداخته می‌شود.

مواد و روش کار

مهم‌ترین شاخص‌های برآیند (Outcome) سنجیده شده در پی‌گیری دو ماهه و شش ماهه عبارت بودند از: میزان ماندگاری (Retention) در درمان و میزان مصرف مواد بر اساس آزمایش مورفین در ادرار. در پی‌گیری شش ماهه میزان مصرف مواد، مصرف تزریقی مواد، رفتارهای پرخطر همراه با تزریق، رفتارهای پرخطر جنسی و ارتکاب جرم بر اساس گزارش فردی (Self-report) مورد بررسی قرار گرفت.

عملیات میدانی «ارزیابی طرح نجات» پس از گذشت ۴۲ روز از آغاز اجرای طرح نجات شروع شد. طی ۱۲ روز افرادی که دستگیر شده و وارد مرکز غربالگری ولی عصر (عج) شده بودند تا تعداد ۵۰۰ نفر حجم نمونه، وارد مطالعه شدند. حجم نمونه پیش بینی شده در طرح اولیه ۴۰۰ نفر بود، ولی به این دلیل که با نسبت کمی از ارجاع به مرکز اقامتی شفق رو به رو شدیم، حجم نمونه را به ۵۰۰ نفر افزایش دادیم. البته در طول اجرا ۳ نفر به علت آزادی و سپس دستگیری مجدد به طور تکراری وارد مطالعه شده و بار دوم حذف گردید. بنابراین در مجموع، ۴۹۷ نفر گروه معتادان نمونه را تشکیل دادند. از میان این ۴۹۷ نفر، ۷۹ نفر به مرکز اقامتی شفق و بقیه با

نشدن هیچ گونه محل اقامتی برایشان، هنوز در مرکز باقی بودند. یک نفر در طول اقامت در مرکز فوت کرد و فرد دیگری نیز به بیمارستان منتقل شده و بازنگشت. محور درمانی در مرکز اقامتی شفق، ارائه درمان نگهدارنده با متادون بوده است. میانگین ($\pm$) انحراف معیار) دوز متادون تجویز شده در مرکز شفق در فاز نگهدارنده (حدود هفته ششم و یا هنگام ترخیص) در مورد ۷۵ نفر از گروه نمونه که به آنها متادون تجویز می‌شد، ($22/6 \pm$) ۶۲/۵ میلی گرم در روز بوده است. تجویز و تنظیم متادون با ویزیت پزشک بوده و بر مصرف آن نظارت وجود داشته است.

سایر اقدامات انجام شده عبارت بودند از: ویزیت روانپزشکی برای افراد دارای اختلالات همراه، آموزش در زمینه فواید و کارکرد متادون و همچنین در زمینه رفتارهای پرخطر و خطر ابتلا به ایدز و هپاتیت، رسیدگی به زخم‌های عفونی معتادان و پی‌گیری مددکار برای تماس با خانواده و ترخیص فرد. خدمات ارائه شده با ضعف‌هایی همراه بوده است [۱]؛ علاوه بر این که در ماه‌های اول اجرای طرح، شدت کنترل و فشار نیروهای انتظامی مراقب، مانع از ایجاد فضای درمانی بوده است.

افراد وارد شده به مرکز اقامتی شفق، پس از ترخیص، به یک مرکز درمان MMT سرپایی، برای ادامه درمان نگهدارنده با متادون ارجاع می‌شدند. افراد نمونه وارد شده به مطالعه، یک بار پس از دو ماه و یک بار پس از شش ماه از ترخیص از مرکز اقامتی شفق، مورد پی‌گیری قرار گرفتند. پی‌گیری این افراد با دشواری‌های زیادی رو به رو بوده است. عده‌ای از معتادان از نام‌های متفاوتی در مرکز اقامتی و مراکز سرپایی استفاده می‌کردند و بهره‌گیری از کارت شناسایی برای اثبات هویت وجود نداشته است. مرکز اقامتی شفق فاقد سیستم ثبت اطلاعات رایانه‌ای بود. در برخی از موارد، تاریخ ترخیص و مرکز ارجاع شده، پس از اعلام تغییر کرد؛ چرا که در عمل موفق به ترخیص افراد نشدند. علاوه بر این، برخی از افرادی که از مرکز اقامتی به یک مرکز سرپایی ارجاع شده بودند، بنا به دلایلی مانند ناتوانی در پرداخت هزینه درمان و یا پر بودن ظرفیت، پذیرش نشدند.

- پی‌گیری دو ماهه از حیث ماندگاری در درمان: از ۷۹ نفر معتادان نمونه وارد شده به شفق، یک نفر پس از انتقال به بیمارستان فوت شد و یک نفر نیز روز بعد از ارجاع به شفق، به بیمارستان فرستاده شده و بازنگشت. ۱۶ نفر ($20/3$ درصد) در پایان ۴ ماه از ورود (پی‌گیری دو ماهه)، هنوز در مرکز شفق اقامت

کسب تعهد به مراکز سرپایی و یا سایر مراکز ارجاع شدند. تمامی این افراد مورد پی‌گیری فرایند مداخلات و نتایج آن قرار گرفتند. در این مقاله به ارائه نتایج حاصل از اقدامات انجام شده در مرکز اقامتی شفق در دو مقطع پی‌گیری دو و شش ماهه می‌پردازیم.

در این مطالعه از روش‌های گوناگون استفاده شد که روش‌های کمی و کیفی مرتبط با اهداف ذکر شده در این مقاله عبارتند از:

۱- مصاحبه‌های فردی با معتادان نمونه، هنگام غربالگری و در پی‌گیری دو و شش ماهه با استفاده از پرسشنامه‌های متفاوت با سؤالات ساختار یافته و نیمه ساختار یافته و مصاحبه عمیق با افراد باقی مانده در درمان در پایان شش ماه.

۲- مصاحبه عمیق با ۴ فرد خارج شده از درمان که به آنها دسترسی پیدا شد، برای بررسی عوامل مؤثر بر خروج از درمان.

۳- آزمایش ادرار از نظر وجود مورفین و کدئین، شامل تست سریع (Rapid test) غربالگری و تست تأییدی برای موارد مثبت و وجود متادون، با کروماتوگرافی لایه نازک (Thin Layer Chromatography-TLC) در پی‌گیری دو ماهه و شش ماهه برای افرادی که امکان پی‌گیری برای آنها مهیا شده بود و همچنین بیمارانی که در مرکز شفق مانده و ترخیص نشده بودند. تهیه نمونه ادرار از معتادان با نظارت مستقیم بوده است.

۴- تکمیل «چک لیست درمان» برای بیماران تحت درمان در مراکز سرپایی در پی‌گیری دو ماهه و پی‌گیری شش ماهه با بررسی پرونده، مصاحبه با درمانگران مرکز سرپایی ارجاعی و مصاحبه با بیماران.

یافته‌ها

- جمعیت مورد مطالعه: از میان ۴۹۷ نفر معتادان وارد شده به مطالعه از مرکز غربالگری ولی عصر (عج)، تعداد ۷۹ نفر که همگی مرد بودند به مرکز اقامتی شفق ارسال گردیدند. اغلب افراد ۲۵ تا ۳۴ ساله، بی‌کار و یا دارای مشاغل موقت یا غیرقانونی بودند. اکثر افراد ($87/3$ درصد)، سابقه مصرف تزریقی مواد را ذکر کرده و $78/5$ درصد دارای سابقه قبلی زندانی شدن و $92/4$ درصد دارای سابقه درمان قبلی اعتیاد بودند. نتایج حاصل از آزمایش‌های ایدز و هپاتیت نیز حاکی از پرخطر بودن گروه ارجاع شده به مرکز شفق داشت.

برای سه چهارم از افراد نمونه، میانگین ($\pm$) انحراف معیار) مدت اقامت ($41/1 \pm 5/8$) روز بوده است. ۱۶ نفر، ۴ ماه پس از ورود (پی‌گیری دو ماهه) و ۱۲ نفر در پی‌گیری شش ماهه به دلیل پیدا

شفق ترخیص نشده بودند، ۴ ماه پس از ورود به مرکز (پی گیری دو ماهه)، آزمایش ادرار همگی از نظر وجود مورفین و کدئین منفی بود.

جدول شماره ۱- آزمایش TLC مثبت ادرار از نظر مواد اپیوئیدی در افراد تحت درمان ارجاعی از مرکز شفق به مراکز سرپایی

آزمایش مثبت	دو ماه پس از		شش ماه پس از	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مورفین تنها	۲	۱۳/۳	۱	۸/۳
کدئین تنها	۳	۲۰	-	-
مورفین+ کدئین	۶	۴۰	۵	۴۱/۷
هیچ یک از مورفین و کدئین	۴	۲۶/۷	۶	۵۰
متادون	۱۳	۸۶/۷	۱۱	۹۱/۷

- پی گیری شش ماهه: در پی گیری شش ماهه، ۱۲ نفر از این ۱۵ نفر (۲۳/۵ درصد از ۵۱ نفر) به درمان خود ادامه می دادند. نتیجه آزمایش ادرار حاکی از منفی بودن مورفین در ۶ نفر از ۱۲ نفر (۵۰ درصد) (۱۱/۸ درصد از ۵۱ نفر) بوده است (جدول شماره ۱). نمودار شماره ۱ خلاصه نتایج پی گیری ۷۹ نفر از گروه نمونه را نشان می دهد.

- میزان مصرف مواد: با ۱۲ نفری که در پی گیری شش ماهه در درمان باقی بودند، مصاحبه فردی صورت گرفت. هر ۱۲ نفر مصرف مواد را در طول یک ماه قبل از دستگیری ذکر کردند. این مواد شامل تریاک، هروئین یا کراک و شیشه بوده است. ۱۱ نفر از ۱۲ نفر (۹۱/۷ درصد) ابراز کردند که در زمان پی گیری شش ماهه، مواد اپیوئیدی مصرف نمی کنند. در مقایسه بین مصرف مواد در طول یک ماه گذشته (قبل از مصاحبه) با یک ماه قبل از دستگیری، الگوهای زیر بنا به اظهار خود افراد وجود داشته است:

- یک نفر که قبلاً مصرف تریاک و هروئین داشته، به مصرف تریاک ادامه می داده است.

- یک نفر که قبلاً هروئین مصرف می کرده، پس از شش ماه آن را مصرف نکرده است، این در حالی است که قبلاً از شیشه استفاده نمی کرده و پس از شش ماه اقدام به استفاده از آن کرده است.

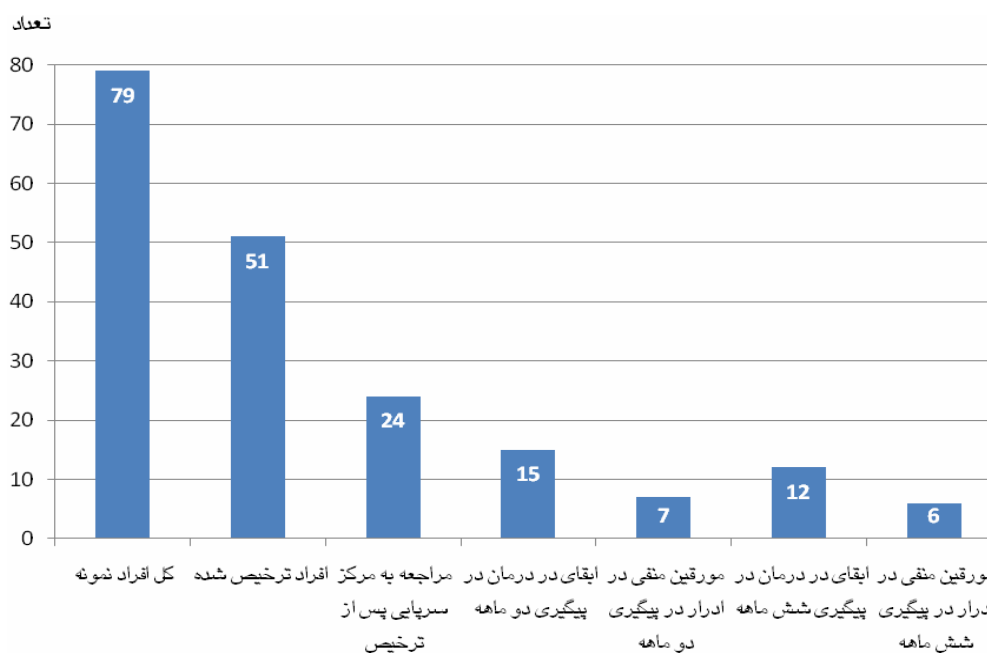
- ۴ نفر که در گذشته ترامادول مصرف می کردند، مصرف آن را قطع کرده اند. ۶ نفر در گذشته و ۲ نفر از آنها پس از شش ماه کلونازپام مصرف می کنند.

داشتند. از سرنوشت ۱۰ نفر پس از ترخیص، اطلاعی به دست نیامد، چرا که تا پایان مرداد ماه مرکز به حالت نیمه تعطیل در آمده و مدیریت درمانی آن عوض شد و به رغم پی گیری های مکرر، گروه ارزیابی از مکان ارجاع آنان اطلاعی نیافت.

۵۱ نفر باقیمانده، مجموعاً به ۸ مرکز ارجاع داده شدند که بیشترین ارجاع به دو مرکز MMT دولتی بیمارستان لقمان و اشرفی اصفهانی داده شد. از میان این ۵۱ نفر، تعداد ۲۴ نفر (۴۷/۱ درصد) حداقل یک بار به مرکز ارجاع شده، مراجعه کرده و برای ایشان پرونده تشکیل شده بود. پس از دو ماه از ترخیص، ۱۵ نفر (۲۹/۴ درصد) به درمان خود در مرکز مربوطه ادامه می دادند.

در بررسی درمان انجام شده برای ۱۵ نفر در مراکز سرپایی، بر اساس بررسی پرونده و مصاحبه با بیمار، دوز متادون تجویز شده از ۵۰ تا ۱۱۰ میلی گرم بوده است. ۹ نفر دوز منزل دریافت می کردند که از یک روز تا ۶ روز در هفته متفاوت بوده است. تنها در مورد ۶ نفر آزمایش ادرار در پرونده موجود بود که این آزمایش در مورد ۵ نفر تنها یک بار و در مورد یک نفر دو بار انجام شده بود. در یک مورد، آزمایش ادرار مثبت و در مورد بقیه منفی بود. ۱۳ نفر در برخی از مراجعات دارای همراه بودند. مراکز MMT دولتی به ازای هر ماه درمان، ۱۰۰ تا ۱۵۰ هزار ریال پول از بیماران درخواست می کردند. این امر از عوامل کاهش تمایل بیماران به ادامه درمان ذکر شد. دو نفر به طور رایگان درمان می شدند. اکثر قریب به اتفاق بیماران از همکاری مرکز در پذیرش و انجام اقدامات درمانی ابراز رضایت می کردند. با هر ۱۵ نفر که درمان خود را ادامه می دادند، مصاحبه صورت گرفته و آزمایش ادرار گرفته شد. نتیجه آزمایش ادرار حاکی از منفی بودن مورفین در ۷ نفر از ۱۵ نفر (۴۶/۷ درصد) بوده است (جدول شماره ۱). در ضمن متادون ادرار یک نفر که مورفین و کدئین فراوان در ادرار داشته و احتمالاً کراک هروئین مصرف می کرده است، منفی شده بود. این فرد کمترین اقامت را در مرکز شفق داشته (۲۲ روز) و زودتر از بقیه ترخیص شده است.

برای هر ۱۵ بیمار ارجاعی از شفق به مراکز سرپایی که درمان خود را در پی گیری دو ماهه ادامه می دادند، کارت «تحت درمان بودن» صادر شده است. داشتن این کارت، موجب محافظت از فرد در مقابل دستگیری مجدد است. در پاسخ به این سؤال که به چه میزان انگیزه شان از ادامه درمان، گرفتن کارت است، ۱۱ نفر پاسخ «هیچ» و ۴ نفر پاسخ «کم» دادند. در مورد ۱۶ نفر که هنوز از مرکز



نمودار شماره ۱- نتایج پیگیری گروه نمونه معتادان مرکز اقامتی شفق

دو نفر با روسپی بوده است که یکی از آنها ارتباط با پسرپچه‌ها را نیز ذکر کرد. وی ابراز کرد که گاهی از کاندوم استفاده می‌کرده است. دو نفر دیگر از کاندوم استفاده نمی‌کردند. در مقایسه با سه ماه قبل از دستگیری، یک نفر که مدعی بوده به علت شدت اعتیاد توان ارتباط نداشته، اکنون این ارتباط را با روسپیان برقرار می‌کرد. این ارتباطات از هفته‌ای یک بار تا ماهی یک بار گزارش شد. استفاده از کاندوم افزایش نیافته بود. یک نفر قبل از دستگیری ارتباط جنسی پرخطر داشت و پس از ترخیص از مرکز شفق این رفتار را قطع کرده بود و قطع ارتباط را در نتیجه تأثیر مثبت آموزش‌ها طی درمان اجباری می‌دانست. در مصاحبه با این ۱۲ نفر شش ماه پس از ترخیص، در مورد این که فکر می‌کنند روش دستگیری و درمان اجباری برای درمان معتادان مفید است یا نه پرسیده شد. از این میان ۵ نفر (۴۱/۶ درصد) آن را مفید و ۶ نفر این روش را غیرمفید دانستند و یک نفر هم قادر به اظهار نظر نبوده است. دو نفر از افرادی که روش را مفید دانستند، علت آن را آشنایی با متادون دانسته و یک نفر ذکر کرد که این مداخله برای افرادی که به آخر خط رسیده‌اند مفید است. افرادی که این روش را غیرمفید دانستند، معتقد بودند که بسیاری پس از ترخیص مواد مصرف می‌کنند و درمان با متادون برای همه مفید نیست. همچنین، زمانی که از این ۱۲ نفر پرسیده شد آیا فکر می‌کنید این روش برای خودتان مفید

- میزان مصرف مواد تزریقی و رفتارهای پرخطر همراه با تزریق: ۱۱ نفر در طول یک ماه قبل از دستگیری مصرف تزریقی مواد داشته‌اند که هیچ یک در طول یک ماه قبل از زمان پیگیری شش ماهه مصرف تزریقی نداشته‌اند. همگی ۱۱ نفر دستگیری و درمان اجباری را عامل قطع آن می‌دانند. ۵ نفر از این ۱۱ نفر (۴۵/۵ درصد) سابقه استفاده از سرنگ مشترک را در طول یک ماه قبل از دستگیری ذکر می‌کردند که از روزانه تا ماهی دو بار و نیز اشتراک با ۲ تا ۴ نفر در مورد سرنگ یا قاشق و یا فیلتر ذکر شده است. هیچ یک در طول یک ماه قبل از زمان پیگیری شش ماهه این رفتار را نداشتند.

- میزان رفتارهای پرخطر جنسی و ارتکاب جرم: در مورد وضعیت ارتکاب جرم و دستگیری، تمامی ۱۲ نفر سابقه قبلی دستگیری را از ۲ تا ۱۸ بار که اکثر قریب به اتفاق آنها به علت مصرف مواد بوده را داشته‌اند. ۴ نفر به علت جرائم دیگر نیز دستگیر شده بودند. طول مدت زندانی بودن از ۳ تا ۷۲ ماه بوده است. در طول شش ماه گذشته (پس از ترخیص) ۲ نفر با ظن مصرف مواد دستگیر و پس از ۲۴ ساعت آزاد شده بودند. ۱۱ نفر نیز معتقد بودند که درمان اجباری، تأثیر مثبتی بر کاهش احتمال دستگیری مجدد آنها داشته است. در طول سه ماه قبل از زمان پیگیری شش ماهه، از میان ۱۲ نفر، ۳ نفر سابقه ارتباط جنسی را ذکر کردند که یک نفر با همسر و

واقع بشود یا نه، همگی تأثیر دستگیری و درمان اجباری را بر زندگی خود مثبت ارزیابی کردند. بیشترین اثر مثبت در زمینه کاهش مصرف مواد، رفتار پرخطر تزریق و ارتکاب جرم گزارش شد (هر یک ۱۱ نفر). سایر تأثیرات مثبت ذکر شده عبارتند از: بهبود وضعیت اشتغال، سکونت یافتن و بهبود زندگی خانوادگی، نظم یافتن و بهبود کیفیت زندگی، امید و بازگشت به زندگی، بهبود ظاهر و سلامت جسمی، آشنایی با گروه معتادان گمنام (Narcotics Anonymous-NA) و قطع ارتباط با دوستان مصرف کننده. کمترین تأثیر مثبت بر رفتارهای پرخطر جنسی گزارش شد. در مورد میزان رضایت افراد از خدمات مرکز سرپایی، ۱۱ نفر از اقدامات درمانی مراکز ابراز رضایت کردند. یک نفر ابراز ناراضی کرد و علت آن را دوز پایین متادون ذکر نمود. در مورد برخورد کارکنان، ۱۰ نفر ابراز رضایت کرده، یک نفر برخورد را متوسط و یک نفر بد ذکر کرد. با چهار نفر از ترخیص شدگان از شفق که سه نفر از آنها به مراکز سرپایی مراجعه، ولی درمان خود را قطع کرده بودند، مصاحبه عمیق صورت گرفت که در زیر تشریح می شود: فرد اول با ۵ ماه مداومت در درمان، به علت عدم توانایی در پرداخت هزینه، درمان خود را در مرکز MMT دولتی قطع و به مراکز گذری (Drop-in-Center -DIC) برای دریافت درمان رایگان مراجعه می کند. در آنجا با نوبت طولانی رو به رو می شود. وی سه نگرانی نیز دارد. از یک رو به هپاتیت میتلاست و پزشک گوارش، احتیاط در مصرف متادون را به وی گوشزد کرده است. از سوی دیگر، با هر بار تأخیر در مصرف متادون، علائم محرومیت آن را نمی تواند تحمل کند. وی همچنین معتقد است که بیش از متادون، به مشاوره نیاز دارد که در مرکز MMT به وی ارائه نمی شود. با قطع درمان، مصرف تزریقی کراک را شروع می کند. وقتی از وی پرسیده می شود که آیا آموزش های ارائه شده در مرکز شفق وی را قانع نکرده است که مصرف تزریقی نداشته باشد، می گوید: «سایز من لیوان نیست، پارچ است» و مصرف غیرتزریقی برایش کفایت ندارد. وی آموزش را کافی ندانسته معتقد است، بیش از این ها لازم است روی افرادی مانند وی کار شود تا بتوانند رفتارهای خود را تغییر دهند. در عین حال، وی به شدت تمایل دارد درمان خود را مجدداً شروع کند و از گروه ارزیابی می خواهد تا واسطه شوند وی درمانش را در همان مرکز قبلی حتی با پرداخت پول ادامه دهد. فرد دوم که یک ماه مراجعه داشته نیز به علت عدم توانایی در پرداخت هزینه، درمان خود را قطع می کند. ولی وی از وجود مراکزی که بتواند درمان

رایگان دریافت کند، بی اطلاع است و تاکنون نام DIC را نشنیده است. وی در زمان مصاحبه به طور تزریقی کراک مصرف می کرد؛ ولی با خود در بازگشت به درمان در کشمکش بود. وی در مورد دلایل مصرف تزریقی مواد می گوید: «چون هم مواد و هم پول کم داشتم، مجبور به تزریق بودم و با خود می گفتم آخرش مرگ است». فرد سوم ۲۰ روز پس از ترخیص از مرکز شفق به درمان خود ادامه داده، ولی به علت داشتن پرونده قضایی و زندانی شدن به مدت سه ماه، درمان را قطع کرده است. به رغم وجود متادون در زندان و درخواست وی، برای او متادون تجویز نشده است. وی دسترسی به تریاک را در زندان آسان تر می داند و بنابراین مصرف آن را آغاز کرده بود. از نظر وی علائم محرومیت از متادون قابل تحمل نبوده است. وی در زمان مصاحبه، کراک را به صورت غیرتزریقی مصرف می کرد و علت عدم تزریق را تأثیر آموزش های مرکز شفق می داند که باعث شده آن را خطرناک بداند.

فرد چهارم نمونه ای از ترخیص شدگان از مرکز شفق است که در طول شش ماه به درمان خود ادامه داده بود. روزانه ۱۲۰ میلی گرم متادون دریافت می کرده و گاه در جلسات NA شرکت می کرد و نتایج آزمایش ادرار وی از نظر مورفین منفی بود. وی ۲۷ سال سن و سابقه اعمال متعدد غیرقانونی و رفتارهای ناهنجار جنسی داشت. قبل از دستگیری تنها، ولی در زمان مصاحبه با خانواده پدری خود زندگی می کرده است؛ گرچه هنوز به انجام کارهای غیرقانونی مانند جعل چک و کیف قاپی می پرداخت، ولی این رفتارها کاهش قابل ملاحظه ای داشته است. وی به الگوی رفتارهای ناهنجار جنسی خود مانند ارتباط جنسی با روسپیان و پسرچه ها نیز ادامه می داد. این افراد از برخی از هم محله ای های خود که در مرکز شفق بودند اطلاع داشتند و می گفتند اکثر آنها به خاطر نداشتن هزینه درمان دوباره شروع به مصرف کرده اند و در خیابان زندگی می کنند.

در مورد ۱۶ نفر که در پی گیری دو ماهه هنوز از مرکز شفق ترخیص نشده بودند، ۱۲ نفر در پی گیری شش ماهه نیز هنوز در این مرکز بودند. از میان ۴ نفر که در این فاصله ترخیص شدند، دو نفر درمان خود را در مراکز سرپایی ادامه می دادند که هر دو آزمایش ادرار منفی داشتند. در بررسی دلایل اقامت ۱۲ فرد مقیم در مرکز شفق، ۹ نفر شماره تماسی از خانواده ارائه نداده و در مورد ۳ نفر دیگر، خانواده حاضر به پذیرش بیمار نشده بودند. تنها یک نفر از اقامت خود در شفق رضایت داشت. آزمایش ادرار هر ۱۲ نفر نیز در پی گیری شش ماهه منفی بود.

بحث و نتیجه گیری

در سال ۱۳۸۶، برای اولین بار برای درمان اجباری، سیستم انتظامی و درمانی به طور توأم عمل کردند. پروتکلی برای ارائه درمان و کاهش عوارض تدوین شد [۲] و برای اولین بار این برنامه مورد ارزیابی قرار گرفت. شرح اقدامات انجام شده در مرکز اقامتی شفق، همراه با نقاط قوت و ضعف‌های اجرایی در مقاله اول این مطالعه تشریح شده است [۱]. به طور کلی، انجام چنین طرحی در جهان بدیع است. تجربه موجود در جهان عمدتاً مربوط به ارائه مداخلات اجباری اقامتی به روش‌های گوناگونی مانند اجتماع درمان مدار (Therapeutic Community)، آموزش‌های اخلاقی و حرفه آموزی بوده است. جمع آوری معتادان، به ویژه معتادان بی خانمان از اماکن عمومی، به دلیل ظاهر و دور هم جمع شدنشان و یا در شرایطی که در حال مصرف مواد هستند، گرچه نادر نیست؛ ولی استفاده از درمان نگهدارنده با متادون به صورت اجباری تاکنون گزارش نشده است.

سابقه استفاده از اجبار در درمان به صورت علمی، از اواسط دهه ۱۹۸۰ شروع شد. در این دوره و به ویژه در آمریکا با افزایش بروز و شیوع مصرف مواد، ارتکاب جرائم و دستگیری‌ها به این علت افزایش یافته و تأثیر بی سابقه‌ای بر نظام قضایی بسیاری از کشورها گذاشت. در دهه‌های گذشته، تلاش برای محدود کردن خرید و فروش مواد و جرائم مرتبط با مصرف مواد از طریق قانون، موجب افزایش تعداد زندانیان و تحمیل فشارهای سنگین به نظام قضایی شده است. به گونه‌ای که در ابتدای سال ۲۰۰۹، حدود ۱۰ میلیون نفر زندانی در جهان وجود داشته است [۳].

در واکنش به چنین پدیده‌ای، در ابتدای دهه ۹۰ و با همکاری دست اندرکاران درمانی، مصوبه‌ای قانونی در آمریکا و هند از تصویب پارلمان گذشت تا در آن برای برخی از مجرمین، خدمات درمانی مبتنی بر تنبیه و پاداش ارائه شود. به طور کلاسیک چنین خدمات اجباری، درمان دادگاه مدار (Drug Court Treatment-DCT) نام گذاری شده است. هنگامی که قاضی تشخیص دهد، جرمی به دلیل اعتیاد مجرم واقع شده است، می‌تواند مجرم را به جای مجازات‌های معمول برای آن جرم برای درمان به مرکز DCT بفرستد. در این کشورها، نظارت توسط قاضی انجام می‌شود و انگیزه، جدیت و تعهد قاضی در این امر به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل موفقیت درمان ارزیابی می‌شود. در حال حاضر، بیش از ۲۱۴۰ مرکز DCT در آمریکا وجود دارد و برای حدود ۲۸۴ تایی دیگر نیز برنامه ریزی شده

است [۴]. بسیاری از کشورهای اتحادیه اروپا، استرالیا و کانادا دارای چنین مراکزی هستند.

مهم‌ترین شاخص‌هایی که برای اندازه گیری کارآمدی درمان اجباری به کار می‌رود عبارتند از: وضعیت پرهیز از مصرف مواد و ارتکاب جرم در طی درمان و پس از آن [۵]. همچنین یکی از مهم‌ترین عوامل برای تعیین دستیابی به اهداف درمانی، میزان ماندگاری در درمان است که در ارزشیابی کارایی درمان مورد سنجش قرار می‌گیرد. مطالعه مروری نظام مند که بر ۵۵ پژوهش در مورد اثربخشی DCT انجام شد، حاکی از کاهش ارتکاب جرم در افراد وارد شده به این نوع مداخله در مقایسه با زندانی شدن بود [۶]. در مطالعات متعدد، دامنه پرهیز از مصرف مواد در درمان شدگان از این طریق بین ۳۵ تا ۶۰ درصد بوده است [۷]. در برنامه‌های عادی MMT که افراد به طور داوطلبانه وارد درمان می‌شوند، حدود نیمی در طول شش ماه در درمان باقی می‌مانند [۸].

در مقایسه با پژوهش‌های خارجی، در مطالعه حاضر در پی گیری شش ماهه ۲۳/۵ درصد از افراد ارسال شده به مرکز اقامتی شفق که به مراکز سرپایی ارجاع شدند، به درمان خود ادامه دادند و در این افراد، بهبود عملکرد از ابعاد مربوط به مصرف مواد، خانوادگی و اجتماعی نیز گزارش شد. با توجه به تجربه اول اجرای طرح و وجود مشکلات متعدد اجرایی، نتیجه حاصل را می‌توان قابل قبول تلقی کرد. بخشی از دستاوردهای کمتر به دست آمده در مقایسه با مطالعات خارجی به علت ضعف‌های اجرایی است که در مقاله اول منتشر شده از این مطالعه در مورد فرایند درمان به آن پرداخته شده است [۱]. نویسندگان معتقدند با برطرف شدن مشکلات اجرایی و بهبود روش‌های درمان می‌توان دستاوردهای طرح را به میزان قابل توجهی افزایش داد.

یک مطالعه مروری نشان داد که درمان اعتیاد در محیط‌های اصلاحی موجب کاهش ارتکاب جرم می‌شود، ولی برای افزایش نتایج مثبت باید بر ارتقای روش‌ها متمرکز بود [۹]. مطالعه مروری نظام مندی که در مورد تأثیر TC در درمان اعتیاد انجام شده است، دو مطالعه در مورد TC در محیط زندان یافته که حاکی از تأثیر مثبت آن در کاهش ارتکاب جرم بوده است [۱۰]. تعداد افراد وارد شده به مطالعه و طول مدت پی‌گیری، امکان نشان دادن تغییرات مربوط به ارتکاب جرم را نشان نداده و لازم است در این مورد مطالعات قوی‌تری انجام شود. ولی بر اساس اظهار نظر فردی

معتادان، درمان اجباری را برای کاهش ارتکاب جرم و دستگیری مجدد خود مفید ارزیابی کرده‌اند.

بنا به دلایلی، ادامه درمان پس از ترخیص از مرکز شفق با مشکلاتی رو به رو بوده است. اول آن که، عملاً پس از ترخیص از مرکز شفق هیچ مکانیسم کنترل یا فشار قانونی برای مراجعه، پذیرش و پی‌گیری درمان وجود نداشت. ضرورت دارد، امکان پی‌گیری قضایی افراد دستگیر شده و پیش‌بینی رو به رویی با تنبیهات تعیین شده برای افرادی که درمان را قطع می‌کنند و دوباره دستگیر می‌شوند، مورد بررسی جدی قرار گیرد. دوم آن که، بیماران با محدودیت پذیرش و هزینه برای ادامه درمان رو به رو می‌شدند. این در حالی است که در کشورهایی که از روش درمان دادگاه مدار استفاده می‌کنند، درمان بیماران رایگان است. مشکلات ارجاع بیماران پس از ترخیص نیز جدی بود. مددکار مرکز باید با اطلاع کامل از نوع درمان، هزینه، آدرس و ساعت کار مرکز و اطلاع آن به بیمار و خانواده وی و هماهنگی کامل با مسئول پذیرش، بیمار را ارجاع نماید. در واقع برای بیمار پذیرش گرفته شده و بیمار ارجاع داده شود و هیچ مرکزی نیز از پذیرش وی خودداری نکند. مراکز سرپایی که بیماران ترخیص شده از مرکز اقامتی را پذیرش می‌کنند، باید از قبل معلوم بوده و برای این کار به میزان کافی توجیه باشند. آنان باید اهمیت نگهداری بیمارانی که خود و جامعه برای درمانشان هزینه گزافی را پرداخته است و در صورت بازگشت به اعتیاد، خسارات ناشی از زندگی پرخطرشان دوباره متوجه خود بیمار و جامعه خواهد شد، را درک نمایند و مسئولانه در این مورد عمل نمایند. در پروتکل درمان این افراد می‌توان به ضرورت وجود جلسات منظم خودیاری، گروه درمانی و یا مشاوره منظم اشاره کرد. باید در نظر گرفت که این عده از مشکلات جدی‌تر شخصیتی، روانی، خانوادگی و اجتماعی رنج می‌برند و برای بازنگشتن به اعتیاد مداخلات پیچیده‌تری لازم دارند. به طور کلی، خدمات اجتماعی با کیفیت بالا، محیط حمایتی به جای محیط مقابله‌ای و خدمات رایگان موجب ماندگاری بیشتر بیماران می‌شود [۸]. علاوه بر این، باید در نظر داشت که اکثر قاطع معتادان وارد شده به مرکز اقامتی شفق را معتادان بی‌خانمان و پرخطر تشکیل می‌دادند. شیوع و شدت اختلالات روانپزشکی همراه در معتادان خیابانی بیشتر است [۱۱-۱۳]. یکی از مهم‌ترین دلایل ترک درمان در معتادان نیز وجود اختلال شخصیت ضداجتماعی است [۱۴] که پیش‌بینی می‌شود در گروه وارد شده به مرکز شفق، بالاترین میزان را داشته باشد. شواهد

متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد افراد بی‌خانمان خدمات درمانی مورد نیازشان را دریافت نمی‌کنند؛ حتی در صورتی که خدمات متناسب با نیازهای شناسایی شده در دسترس قرار گیرد، مشکلات مالی و همچنین، جابجایی‌های متعدد افراد بی‌خانمان، مانع استفاده از این خدمات خواهد شد [۱۶-۱۵، ۱۱]. نکته دیگر میزان درک افراد بی‌خانمان در مورد نیاز به درمان اعتیاد است. مطالعات نشان می‌دهد این جمعیت، درمان اعتیاد را بالاترین اولویت یا یکی از اولویت‌های مهم خود نمی‌دانند [۱۸-۱۷]. اعتیاد با وضعیت اسکان، بیکاری و فقر مرتبط است. نمی‌توان روی یکی از این موضوعات کار کرد، بدون آن که تمام آنها را مد نظر قرار داد [۱۹، ۱۴]. طی اجرای طرح نجات، گروه کوچکی از افراد دستگیر شده (۷۹ از ۴۹۷ نفر) که از وضعیت بدتری برخوردار بودند، به مرکز اقامتی شفق ارسال شدند [۲۰] و بقیه به مراکز سرپایی و یا به کمپ‌های غیردولتی ارجاع شدند. شواهد موجود نشان می‌دهد که ماندگاری در درمان، به ویژه برای افراد بی‌خانمان، در شرایط اقامتی بیشتر از غیراقامتی است [۲۱]؛ گرچه درمان اقامتی برای همه افراد توصیه نمی‌شود [۲۲]. علاوه بر این، با توجه به این که اعتیاد یک مشکل مزمن و عودکننده است و از سوی دیگر وجود منابع محدود برای کنترل اعتیاد، باعث می‌شود تا دقت شود تا برای مداخله از روش‌های پرهزینه که از منابع عمومی برای هر نوبت درمان صورت می‌گیرد، استفاده نشود. باید ذکر نمود که گروه مورد مطالعه، از دشوارترین گروه‌های بیمار جامعه برای پی‌گیری است. ابتلا به اعتیاد با الگوی شدید، وضعیت پایین اقتصادی - اجتماعی، ورود به درمان و مطالعه از طریق دستگیری، همگی عواملی هستند که ادامه درمان و امکان پی‌گیری را به طور قابل توجهی کاهش می‌دهند. ولی، به دو دلیل یافته‌های مثبت این مطالعه در مورد پی‌گیری درمان بیماران احتمالاً کمتر از میزان واقعی (Underestimate) است: اول این که برخی از بیماران ممکن است در مرکز اقامتی، نام دیگری را برای خود ذکر کرده باشند و در حالی که به مرکز ارجاعی مراجعه کرده‌اند، امکان پی‌گیری نتیجه درمان آنها توسط گروه ارزیابی فراهم نشده باشد. دوم این که، برخی از بیماران بنا به دلایل متعدد در مراکزی غیر از آنچه ارجاع شده‌اند، درمان خود را ادامه داده باشند. لازم به ذکر است که نتایج این ارزشیابی، محدود به اجرای برنامه در شرایط حاضر است و قابل تعمیم به شرایط دیگر نیست. در شرایط دیگر، امکان مشاهده نقاط قوت و ضعف دیگر و دستاوردهای کمتر یا بیشتر وجود دارد.

سهم نویسندگان

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

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

عمران رزاقی: طراحی مطالعه، بازبینی نهایی مقاله

محمد باقر صابری زفرقندی: طراحی مطالعه، بازبینی نهایی مقاله

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

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

تشکر و قدردانی

این تحقیق با حمایت مالی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طی قرارداد شماره ۱۳۰/۴۰۹۵ مورخ ۸۶/۵/۱۶ با معاونت

منابع

1. Rahimi-Movaghar A, Khastoo G, Razaghi EM, Saberi-Zafarghandi MB, Noroozi AR, Jar-Siah R. Compulsory methadone maintenance treatment of severe cases of drug addiction in a residential setting in Tehran, Iran (1): Process evaluation. Payesh 2011; In print [Persian]
2. Ministry of Health. The protocol for screening and mandatory treatment of homeless injecting drug users in residential settings, 2007 [Persian]
3. Walmsley R. World Prison Population List. Eighth edition. International Centre of Prison Studies, King's College: London, 2009
4. Office of National Drug Control Policy (ONDCP), 2008. Drug Courts. ONDCP website: <http://www.whitehousedrugpolicy.gov/enforce/drugcourt.html>, accessed December 21, 2008
5. Gebelein R S, National Institute of Justice. The Rebirth of Rehabilitation: Promise and Perils of Drug Courts. Washington DC: US Department of Justice, 2000
6. Wilson DB, Mitchell O, MacKenzie DL. A systematic review of drug court effects on recidivism. Journal of Experimental Criminology 2006; 2: 459-87
7. United States Government Accountability Office (GAO), Adult Drug Courts, Report to Congressional Committees, 2005
8. Jaffe JH, Strain EC. Opioid-related disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, 2005: 1265- 1290
9. McMurran M. What works in substance misuse treatments for offenders? Criminal Behavior and Mental Health 2007; 17: 225-33
10. Smith LA, Gates S, Foxcroft D. Therapeutic communities for substance related disorder. Cochrane Database of Systematic Review 2006; 1: CD005338
11. Drake RE, Osher FC, Wallach MA. Homelessness and dual diagnosis. American Psychologist 1991; 46: 1149-58
12. Johnson TP, Barrett ME. Substance use and treatment needs among homeless persons in Cook County, Illinois. International Journal of Addictions 1995; 30: 557-85
13. Burt MR, Aron LY, Douglas T, Valente J, Lee E, Iwen B. Homelessness: programs and the people they serve. Findings of the National Survey of Homeless Assistance Providers and Clients –Summary. Technical report prepared for Interagency Council on the Homeless, Urban Institute: Washington DC, 1999
14. Zerger S. Substance Abuse Treatment: What Works for Homeless People? A Review of the Literature. National Health Care for the Homeless Council, 2002

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

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

15. Kreider B, Nicholson S. Health insurance and the homeless. *Health Economics* 1997; 6: 31-41
16. Wenzel SL, Audrey Burnam M, Koegel P, Morton SC, Miu A, Jinnett KJ, et al. Access to inpatient or residential substance abuse treatment among homeless adults with alcohol or other drug use disorders. *Medical Care* 2001; 39: 1158-69
17. Acosta O, Toro P. Let's ask the homeless people themselves: a needs assessment based on a probability sample of adults. *American Journal of Community Psychology* 2000; 28: 343-66
18. Rosenheck R, Lam J. Homeless mentally ill clients' and providers' perceptions of service needs and clients' use of services. *Psychiatric Services* 1997; 48: 381-6
19. Orwin RG, Garrison-Mogren R, Jacobs ML, Sonnefeld LJ. Retention of homeless clients in substance abuse treatment: Findings from the NIAAA cooperative agreement program. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1999; 17: 45-66
20. Rahimi-Movaghar A, Khastoo G, Razaghi EM, Saberi-Zafarghandi MB, Noroozi AR, Jar-Siah R. Final Report: Evaluation of the process and outcomes of an urgent plan for collecting and treating high risk street drug addicts (Nejat Plan). Tehran University of Medical Sciences & Ministry of Health, 2008 [Persian]
21. Miescher A, Galanter M. Shelter-based treatment of the homeless alcoholic. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1996; 13: 135-40
22. Weinberg D, Koegel P. Impediments to recovery in treatment programs for dually diagnosed homeless adults: An ethnographic analysis. *Contemporary Drug Problems* 1995; 22: 193-236