

## گزارش تحلیلی

جلسه هم اندیشی دسترسی مصرف کنندگان مواد و  
افراد اچ آی وی مثبت به درمان ضد رتروویروسی

۱۱ تیرماه ۱۳۹۱

Analytical Report of

**National Roundtable on**

**“Drug Users’ Access to Anti-retroviral Treatment (ARV) Services”**

**01 July 2012**

۱. خلاصه اجرایی ..... ۴
۲. مقدمه ..... ۶
۳. پس زمینه ..... ۸
- ۳-۱: مصرف کنندگان تزریقی کشور ..... ۸
- ۳-۲: وضعیت خاص گروه مصرف کنندگان تزریقی اچ آی وی مثبت ..... ۱۰
۴. گزارش جلسه هم اندیشی دسترسی مصرف کنندگان مواد و افراد اچ آی وی مثبت به درمان ضد تروویروسی ..... ۱۷
- ۴-۱-۱: خلاصه سخنرانی های ارائه شده در جلسه ..... ۱۷
- ۴-۱-۲: گزارش مطالعه: دسترسی مصرف کنندگان مواد به خدمات پیشگیری، درمان و مراقبت اچ آی وی ..... ۱۹
- ۴-۱-۳: خلاصه مطالب ارائه شده در مبحث درمان ضد تروویروسی، چالشها و راهکارها ..... ۲۴
- ۴-۱-۴: دیگر مباحث مطرح شده حین جلسه ..... ۲۶
- ۴-۲: گزارش اهم مباحث مطرح شده در گروه یک و نتایج ارائه شده توسط شرکت کنندگان در گروه: ..... ۲۹
- ۴-۲-۱: عنوان گروه ۱: چالشها، تهدیدها و اقدامات لازم برای پیشگیری از اچ آی وی در میان مصرف کنندگان مواد ..... ۲۹
- ۴-۲-۲: عنوان گروه ۲: چالشها، تهدیدها و اقدامات لازم برای درمان اچ آی وی / ایدز برای مصرف کنندگان مواد ..... ۳۲
- ۴-۲-۳: عنوان گروه ۳: موارد ثبت نشده اچ آی وی در میان مصرف کنندگان مواد و راهکارهای شناسایی هر چه بیشتر بیماران ..... ۳۵
- ۵- بحث و نتیجه گیری: ..... ۳۶
- ۵-۱: گروه مصرف کنندگان مواد بدون در نظر گرفتن وضعیت اچ آی وی آنها ..... ۳۶
- ۵-۱-۱: گسترش و ارتقای سازوکارهای موجود برای خدمات درمان و کاهش آسیب اعتیاد ..... ۳۷
- ۵-۱-۲: یک پارچگی خدمات کاهش آسیب از جامعه به زندان و برعکس ..... ۳۹
- ۵-۱-۳: مشاوره و آزمایش داوطلبانه در بستر خدمات کاهش آسیب ..... ۳۹
- ۵-۱-۴: کاهش آسیب ناشی از محرک های شبه آمفتامینی ..... ۴۰
- ۵-۱-۵: تشخیص زودرس سل ..... ۴۱
- ۵-۱-۶: جمعیت روستایی کشور، حلقه گم شده برنامه های کاهش آسیب کشور ..... ۴۲
- ۵-۲: گروه مصرف کنندگان مواد (فعلی/سابق) اچ آی وی مثبت ..... ۴۳

۴۳	.....	۵-۲-۱: کاهش انگ و تبعیض کادر درمانی نسبت به این گروه
۴۴	.....	۵-۲-۲: لزوم پیوستگی ارائه خدمات درمان ضد تروریسمی بین جامعه و زندان
۴۵	.....	۵-۲-۳: ارائه هر چه بیشتر خدمات در یک مرکز
۴۶	.....	۵-۲-۴: گسترش مراکز دوستدار زنان
۴۶	.....	۵-۲-۵: افزایش دسترسی به خدمات در شهرهای بزرگ و کوچک و روستاها
۴۷	.....	۵-۲-۶: پیاده سازی مداخلات مرتبط با افزایش پذیرش و تمکین به درمان
۴۸	.....	۵-۲-۷: ادغام خدمات روانپزشکی در مراکز مشاوره رفتاری
۴۸	.....	۵-۲-۸: افزایش مشارکت و استفاده از خانواده ها
۴۹	.....	۵-۲-۹: کنترل اعتیاد فعال
EXECUTIVE SUMMARY: .....		50
۵۲	.....	منابع:

فهرست پیوست ها:

- پیوست شماره یک ..... صفحه ۵۴
- پیوست شماره دو ..... صفحه ۵۷
- پیوست شماره سه ..... صفحه ۵۸
- پیوست شماره چهار ..... صفحه ۷۴
- پیوست شماره پنج ..... صفحه ۱۱۶

## ۱. خلاصه اجرایی

درمان اچ آی وی، یکی از این مهم ترین عواملی می باشد که نقش مهمی هم در افزایش کیفیت و طول عمر افراد مثبت و هم در پیشگیری از گسترش همه گیری ایفا می کند.

پیش راننده همه گیری اچ آی وی در ایران کماکان مصرف کنندگان تزریقی مواد می باشند. جلسه "هم اندیشی دسترسی مصرف کنندگان مواد و افراد اچ آی وی مثبت به درمان آنتی رترووایرال" به منظور بررسی وضعیت دسترسی افراد مصرف کننده تزریقی اچ آی وی مثبت به خدمات درمان و چالش های پیش رو و تبیین راه کارهای احتمالی افزایش این دسترسی در تاریخ ۱۱ تیرماه ۱۳۹۱ توسط دفتر مواد و جرائم سازمان ملل متحد در ایران و ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور برگزار گردید.

توصیه ها و راهکارهای استخراج شده از این جلسه و مرور متون مرتبط در این بخش دو محور کلی را برای ارتقای خدمات درمانی برای مصرف کنندگان مواد در ایران نشان می دهد:

۱. پیشنهادهایی که برای مصرف کنندگان مواد به طور کلی و مصرف کنندگان تزریقی مواد به صورت خاص بدون در نظر گرفتن وضعیت اچ آی وی آنها ارائه شده است، که به صورت خلاصه عبارتند از:

- گسترش و ارتقای سازوکارهای موجود برای خدمات درمان و کاهش آسیب اعتیاد به منظور عبور از حداقل پوشش لازم برای هر مداخله کاهش آسیب.
- اصلاح شیوه های واگذاری مراکز ارائه دهنده خدمات کاهش آسیب به گونه ای که امکان برنامه ریزی طولانی مدت و ارتقای خدمات مراکز فراهم شود.
- پیوستگی خدمات کاهش آسیب از جامعه به زندان و برعکس به گونه ای که بیماران دچار وقفه خدمات درمان نگهدارنده نشوند.
- استقرار ارتباط مکانیزه بین مراکز ارائه دهنده خدمات و سازمان زندانها و مراجع قضایی و انتظامی با استفاده از کد شناسایی منحصر به فرد
- ادغام خدمات مشاوره و آزمایش داوطلبانه در بستر خدمات کاهش آسیب به منظور بیماریابی هرچه بیشتر
- ارتقای توانایی های کیفی مشاورینی که در حال حاضر نیز به ارائه خدمات مشاوره مشغول می باشند .

- ادغام خدمات کاهش آسیب ناشی از محرک های شبه آمفتامینی در بستر موجود خدمات کاهش آسیب.

- ادغام خدمات تشخیص زودرس سل در مراکز ارائه دهنده خدمات به مصرف کنندگان مواد.

- ادغام برنامه پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه

۲. پیشنهاد هایی که برای مصرف کنندگان اچ آی وی مثبت مواد ارائه شده است که به صورت خلاصه عبارتند از:

- توصیه به فرهنگ سازی و آموزش کارکنان مراکز درمانی در خصوص مبارزه با انگ و تبعیض در کنار تهیه و ابلاغ آیین نامه های انضباطی در خصوص برخورد خارج از اخلاق پزشکی و حرفه ای با بیماران اچ آی وی مثبت

- تهیه کارت شناسایی و کد شناسایی منحصراً به فرد برای بیماران تحت درمان ضد رتروویروسی و استقرار هماهنگی های بین سازمانی به منظور پیشگیری از وقفه در درمان بیماران

- ادغام خدمات مختلف در یک مرکز به منظور تسهیل دسترسی به خدمات برای بیماران

- گسترش مراکز مشاوره زنان آسیب پذیر به منظور افزایش دسترسی زنان به خدمات بدون مواجهه با انگ و تبعیض

- استقرار تیم های سیار برای ارائه خدماتی که امکان ارائه آن به بیماران اچ آی وی مثبت تحت درمان از طریق تیم های سیاری وجود دارد.

- ارتقای توانایی ها و دانش ارائه دهندگان خدمات درمان ضد رتروویروسی و تشکیل گروه های خودیاری از بیماران که تحت درمان می باشند به منظور حمایت از فرایند تمکین و پایبندی به درمان

- ارائه خدمات روانپزشکی توسط روانپزشکان آموزش دیده در خصوص روانپزشکی اچ آی وی و ایدز در مراکز مشاوره رفتاری

- اتخاذ راه کارهایی برای جلب مشارکت خانواده ها در مراکز مشاوره رفتاری به منظور کاهش انگ، تبعیض و افزایش ارتباط موثر کسانی که با اچ آی وی زندگی می کنند.

- تدوین راهنمای اختصاصی درمان اعتیاد در افراد اچ آی وی مثبت

با گذشت بیش از سی سال از شناخت اچ آی وی و الگوهای انتقال و گسترش همه گیری، عوامل متعددی در پیشگیری از انتقال و افزایش طول عمر و کیفیت زندگی مبتلایان به اچ آی وی مشخص شده است. یکی از این عوامل که نقش مهمی هم در افزایش کیفیت و طول عمر افراد مثبت و هم در پیشگیری از گسترش همه گیری ایفا می کند، خدمات درمان اچ آی وی می باشد.

پیش راننده<sup>۱</sup> همه گیری اچ آی وی در ایران کماکان مصرف کنندگان تزریقی مواد می باشند. این گروه که به دلایل مختلف اجتماعی اقتصادی از گروه های به حاشیه رانده شده اجتماعی می باشند در شرایط مختلف میزان دسترسی یکسانی با بقیه اقشار جامعه به خدمات تندرستی ندارند و این عدم دسترسی در حیطه اچ آی وی می تواند بیش از دیگر حیطه ها نیز باشد. جلسه "هم اندیشی دسترسی مصرف کنندگان مواد و افراد اچ آی وی مثبت به درمان آنتی رترووایرال" به منظور بررسی وضعیت دسترسی افراد مصرف کننده تزریقی اچ آی وی مثبت به خدمات درمان و چالش های پیش رو و تبیین راه کارهای احتمالی افزایش این دسترسی در تاریخ ۱۱ تیرماه ۱۳۹۱ توسط دفتر مواد و جرائم سازمان ملل متحد در ایران<sup>۲</sup> و ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور برگزار گردید.

برنامه های کارگاه<sup>۳</sup> شامل سه قسمت اساسی بوده است:

۱. ارائه گزارش طرح "دسترسی معتادان تزریقی به خدمات پیشگیری، درمان و مراقبت اچ آی وی /ایدز"

۲. ارائه گزارش مطالعه "پیروی از رژیم درمانی در مصرف کنندگان مواد اچ آی وی مثبت"

۳. کارگروه های تخصصی بحث و بررسی چالش ها با حضور افراد کلیدی<sup>\*\*\*</sup> در محورهای:

<sup>1</sup> Driver

<sup>2</sup> UNODC

<sup>۳</sup> برنامه کارگاه در پیوست شماره یک ارائه شده است.

<sup>\*\*\*</sup> اسامی و سمت شرکت کنندگان در پیوست شماره دو ذکر شده است.

۳-۱: پیشگیری از آچ آی وی در میان مصرف کنندگان مواد (چالش ها، تهدیدها، اقدامات)

۳-۲: درمان آچ آی وی برای مصرف کنندگان مواد (چالش ها، تهدیدها، اقدامات)

۳-۳: موارد ثبت نشده آچ آی وی در میان مصرف کنندگان مواد

این گزارش تلاش دارد تا در بیانی مختصر به ذکر پس زمینه های این چالش و جمع بندی و ارائه راه کارهای آن با توجه به منابع علمی و دستورالعمل های مرتبط منتشر شده در خارج و داخل کشور و مباحث طرح شده در این جلسه بپردازد. کلیه صاحب نظران و خوانندگان گرامی می توانند نقدها و پیشنهادات خود را در این زمینه به نشانی

[Setareh.MOHSENFAR@unodc.org](mailto:Setareh.MOHSENFAR@unodc.org) ارسال نمایند.

## ۳-۱: مصرف کنندگان تزریقی کشور:

با گذشت نزدیک به ۲۷ سال از شناسایی اولین مورد اچ‌آی‌وی در ایران (سال ۱۳۶۶ اولین مورد شناسایی شده است) شیوع اچ‌آی‌وی در ایران در جمعیت عمومی هنوز در مرحله پایین است<sup>ii</sup>. با این حال شیوع در بین گروه‌های در معرض بیشترین خطر<sup>۳</sup>، پایین نمی‌باشد. بر مبنای مطالعات مختلف صورت گرفته شیوع اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد به طور متوسط ۱۵٪ است (حقدوست و همکاران، ۱۳۸۹)<sup>iviii</sup>. بر این مبنای و بر اساس تعاریف پذیرفته شده، وضعیت همه‌گیری در ایران در مرحله متمرکز می‌باشد.

تعداد افراد مثبت شناسایی شده تا تاریخ ۱۳۹۱/۱/۱ در کشور ۲۴۲۹۰ می‌باشد که از این تعداد ۳۰۲۰ نفر تحت درمان می‌باشند. جداول یک و دو اطلاعات تفصیلی در این خصوص را ارائه می‌دهند:

جدول شماره یک: آمار موارد بیماران ثبت شده تا ۱۳۹۱/۱/۱	
۲۴,۲۹۰	تعداد کل موارد ثبت شده
۳,۴۵۵	تعداد موارد ثبت شده مبتلا به بیماری پیشرفته اچ‌آی‌وی
۳,۰۲۰	تعداد موارد تحت درمان ضد تر ویروسی
۱,۹۹۸	تعداد موارد IDU تحت درمان ضد تر ویروسی
۴,۷۲۲	تعداد موارد فوت ثبت شده
۹۳,۲۵۰	برآورد تعداد مبتلایان
۱۲۶,۳۰۰	پیش بینی مبتلایان برای ۵ سال آینده
(منبع: اداره کنترل ایدز و بیماری‌های آمیزشی)	



جدول شماره دو: سهم راه های انتقال در موارد ثبت شده به تفکیک تجمعی و موارد سال ۱۳۹۰

موارد سال ۱۳۹۰	تجمعی از ۱۳۶۵	
۶۲,۵%	۶۹,۶%	اعتیاد تزریقی
۲۱,۲%	۱۰,۵%	تماس جنسی
۳,۹%	۱%	مادر به کودک
-	۱%	انتقال خون
۱۲,۴%	۱۷,۹%	نامشخص
(منبع: اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی)		

براساس نتایج مطالعه ارزیابی خارجی خدمات درمان و مراقبت اچ آی وی در ایران (طایری و همکاران، ۱۳۸۹)<sup>۷</sup>، از مجموع کسانی که تحت درمان ضد رترو ویروسی بوده اند، نزدیک به ۵۴ درصد سابقه مصرف مواد داشته اند و یا در حال حاضر نیز مصرف کننده مخدرها یا شبه مخدرها می باشند (جدول ۳).

جدول شماره سه: فراوانی مطلق و نسبی وضعیت مصرف مواد در افرادی که تحت درمان ضد رترو ویروسی می باشند<sup>۸</sup>

ردیف	وضعیت فعلی مصرف مواد	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی تجمعی
۱	مصرف کننده فعلی	۳۰۳	۹,۹%	۹,۹%
۲	تحت درمان با متادون	۸۰۱	۲۶,۱%	۳۶%
۳	ترک نموده است	۵۵۳	۱۸%	۵۴%
۴	بدون سابقه مصرف مواد	۱۱۴۷	۳۷,۵%	۹۱,۵%
۵	فوت	۱۰۴	۳,۵%	۹۵%
۶	نامعلوم	۱۵۴	۵%	۱۰۰%
۷	جمع کل	۳۰۶۲	۱۰۰%	

<sup>۸</sup> جدول با استفاده از داده های طرح فوق و با کسب اجازه از مولف اصلی ترسیم شده است.

مصرف کنندگان تزریقی مواد فقط در ایران به عنوان پیش‌راننده همه‌گیری شناخته نمی‌شوند، بلکه تخمین زده می‌شود در بیش از ۱۳۰ کشور دنیا مصرف کنندگان تزریقی مواد وجود داشته باشند و تعداد آنها در کل جهان بیش از سیزده میلیون نفر تخمین زده می‌شود، که بیش از ده میلیون نفر یا ۷۸٪ از کل آنها در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند (Aceijas et al;2004)<sup>vi</sup>. از این تعداد ۳،۱ میلیون نفر در اروپای شرقی و آسیای مرکزی، و ۳،۳ میلیون نفر در آسیای جنوب و جنوب شرقی زندگی می‌کنند. تخمین‌های مختلفی از تعداد مصرف کنندگان تزریقی کشور در دست می‌باشد، در بعضی از مطالعات، این تعداد در کمترین تخمین ۱۱۲ هزار نفر و در بیشترین تخمین ۳۰۰ هزار نفر و در حد میانه آن ۲۰۶ هزار نفر تخمین زده شده است (Aceijas et al;2004).

آخرین تخمینی که از تعداد مصرف کنندگان تزریقی ایران در دست می‌باشد، در بیشترین تخمین ۱۸۰ هزار نفر و شیوع اچ آی وی در این جمعیت از ۵ تا ۲۵ درصد تخمین زده شده است. (World Drug Report ; 2010)<sup>vii</sup>.

تخمین دیگری که از تعداد مصرف کنندگان تزریقی ایران در دست می‌باشد، تعداد این گروه را به ترتیب ۱۶۶، ۲۰۰ و ۲۶۴ هزار نفر برآورد نموده است (حق‌دوست و همکاران؛ ۱۳۸۸)<sup>viii</sup>.

### ۳-۲: وضعیت خاص گروه مصرف کنندگان تزریقی اچ آی وی مثبت:

مصرف کنندگان مواد به طور کلی و مصرف کنندگان تزریقی مواد به صورت خاص، به دلایل مختلف از گروه‌های به حاشیه رانده شده جامعه بوده و دسترسی مناسبی به خدمات تندرستی ندارند. شیوع اختلالات روانپزشکی در گروه مصرف کنندگان مواد بسیار بالاتر از جامعه بوده و در بین مصرف کنندگان تزریقی بالاتر نیز می‌باشد<sup>xi، xix</sup>.

افراد مصرف کننده تزریقی که اچ‌آی‌وی مثبت نیز باشند، از مشکلات بیشتری رنج برده و همبودی اختلالات روانپزشکی در آنها به مراتب بیش از سایر گروه‌های مشابه نظیر کسانی که فقط مصرف مواد داشته و یا کسانی که فقط اچ آی وی مثبت می‌باشند، گزارش شده است.<sup>xvi، xv، xiv، xii، xi</sup>

در مطالعه دیگری که در ایران صورت گرفته، کیفیت زندگی و اختلالات روانپزشکی همراه در گروه مصرف‌کنندگان تزریقی اچ‌آی‌وی مثبت در مقایسه با دیگر گروه‌ها از وضعیت نابسامان‌تری برخوردار بوده است (امامی پور و همکاران، ۱۳۸۷) <sup>xvi</sup>.

مطالعه مشابه دیگری نیز که در ایران صورت گرفته است (کتیبایی و همکاران، ۱۳۸۹) حاکی از آن است که کیفیت زندگی و سلامت روان در معتادان اچ‌آی‌وی مثبت پایین‌تر از غیر معتادان مبتلا به اچ‌آی‌وی بوده است <sup>xvii</sup>.

شرایط نابسامان این گروه باعث می‌شود نه تنها دسترسی به خدمات درمانی ضرورت‌روپروسی با مشکل مواجه شود، بلکه پایبندی به رژیم‌های درمانی خصوصا درمان ضرورت‌روپروسی، که با توجه به ماهیت آن و طولانی بودن مدت درمان وضعیت زندگی با ثباتی را می‌طلبد تا بیمار بتواند نظم دریافت داروهای خود را رعایت کند، نیز بیش از پیش مختل شود و بدین وسیله عواقب گوناگون این عدم پایبندی به درمان نه تنها در سطح فردی، که در سطح اجتماعی نیز نمایان شود. از جمله‌ی این عواقب، احتمال انتقال بیشتر ویروس به دیگران و پیدایش سوش‌های مقاوم به درمان هستند که می‌توانند بار مالی هنگفتی را در مقیاس کلان بر جوامع بشری تحمیل کنند. البته لازم به ذکر است که صرف مصرف تزریقی مواد، به همراه مثبت بودن اچ‌آی‌وی، دلیل قطعی بر تخطی از پایبندی به رژیم درمانی نمی‌شود و مطالعاتی هستند که نشان می‌دهند در کنار مصرف تزریقی، عوامل دیگری که اتفاقا امکان مداخله در آنها برای سیستم‌های بهداشتی نیز وجود دارد، همچون تشخیص و درمان زودرس اختلالات روانپزشکی همراه خصوصا افسردگی-ها، ارتقای خودکارآمدی بیماران و تلاش در ایجاد نگرش مثبت در بیماران نسبت به درمان ضد رتروویروسی می‌توانند میزان پایبندی به رژیم درمانی را بالا ببرند (Arnsten, 2007) <sup>xix</sup>.

تکیه بر نگرش مثبت و تغییر نگرش به جای تکیه صرف بر افزایش آگاهی بیماران از جمله عواملی است که در مطالعات تحلیلی داخلی نیز بر آن تاکید شده است (نجات و همکاران، ۱۳۸۵) <sup>xx</sup>.

در مطالعه دیگری عواملی چون توجه بیشتر به ارائه مراقبت و درمان زودرس بیماران، توانمندسازی گروه هدف با توجه به سیستم‌های بهداشتی، ارتقای سیستم مدیریت بیماران، بیمه خدمات درمانی و فراهم‌سازی امکان اسکان ثابت برای گروه هدف، با پایبندی بیشتر به رژیم درمانی همراه بوده

است (Wilkinson, 2007) <sup>xxi</sup>. علاوه بر این موارد، تاکید بر کسانی که به صورت رسمی [نظیر خانواده] یا غیررسمی [شرکای جنسی ثابت، هم‌خانه‌ای‌ها و...]. مراقبت از مصرف‌کنندگان تزریقی اچ‌آی‌وی مثبت را بر عهده دارند و ارتقای توانایی‌های آنها از عوامل موثر بر رعایت پایبندی به رژیم درمانی می‌باشد (knowlton, 2010) <sup>xxii</sup>.

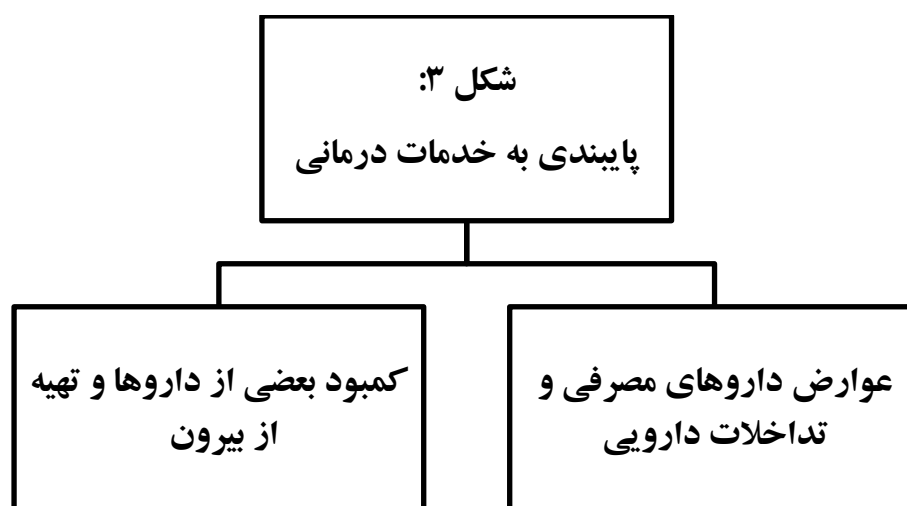
مطالعه دیگری که در سال ۱۳۸۸ تحت عنوان "مطالعه کیفی عوامل موثر بر دسترسی به خدمات سلامت برای افرادی که در ایران با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند" <sup>xxiii</sup> صورت گرفته است (رادفر، ۱۳۸۸)، برای تمامی بیماران اچ‌آی‌وی مثبت و نه فقط مصرف‌کنندگان تزریق مواد، حیطه‌های مختلفی را مشخص نموده است که بر دسترسی بر درمان در معنای کلی آن تاثیر گذار می‌باشند، بر اساس یافته‌های این مطالعه یکی از حیطه‌های اصلی که مشخص‌کننده کیفیت دسترسی به درمان می‌باشد، کیفیت و کمیت دسترسی به خدمات درمان ضد رتروویروسی می‌باشد (شکل ۲).



بر مبنای نتایج این مطالعه، یکی از مهم‌ترین موضوعات، برای بیماران اچ‌آی‌وی مثبت درمان‌های دارویی آنها است. بر مبنای نظرات ارائه‌شده، درمان ضد رتروویروسی که بر اساس شمارش گلبولهای سفید CD4 انجام می‌شود، تقریباً در تمامی مراکز موجود می‌باشد و در صورت نیاز به بیماران عرضه می‌گردد. اگرچه عدم دسترسی مداوم به تمامی داروهای ضد رتروویروسی و سردرگمی بیماران در خصوص ادامه دادن یا ندادن با یک یا دو دارو مشکلی است که در شهرستان‌های مختلف به آن اشاره شده است. در

صورت نیاز به بستری در بیمارستان معرفی نامه توسط پزشک مرکز مشاوره رفتاری صادر و بیمار بستری می‌گردد. البته این فرایند در شهرهای مختلف با مشکلات متعدد از جمله عدم پذیرش بیمار در بخش مربوطه، امتناع پزشک از درمان و تبعیض و برخورد نامناسب کادر درمانی در تمامی سطوح مواجه می‌شود. در بعضی از بیمارستان‌ها خدمات رایگان است یا هزینه کمی از بیمار گرفته می‌شود. اما در مورد درمان‌های بیماری‌های جانبی از جمله هیپاتیت، خدماتی به بیماران ارائه نمی‌شود. داروهای تقویتی نیز برای بیماران وجود ندارد.

همچنین بر مبنای نتایج همین مطالعه، گذشته از تم دسترسی به خدمات درمانی، تم مرتبط دیگری نیز وجود دارد که عبارت است از بهره‌مندی از خدمات درمانی XXiii. شکل ۳ این تم کلی و عوامل موثر بر آن را نشان می‌دهد:



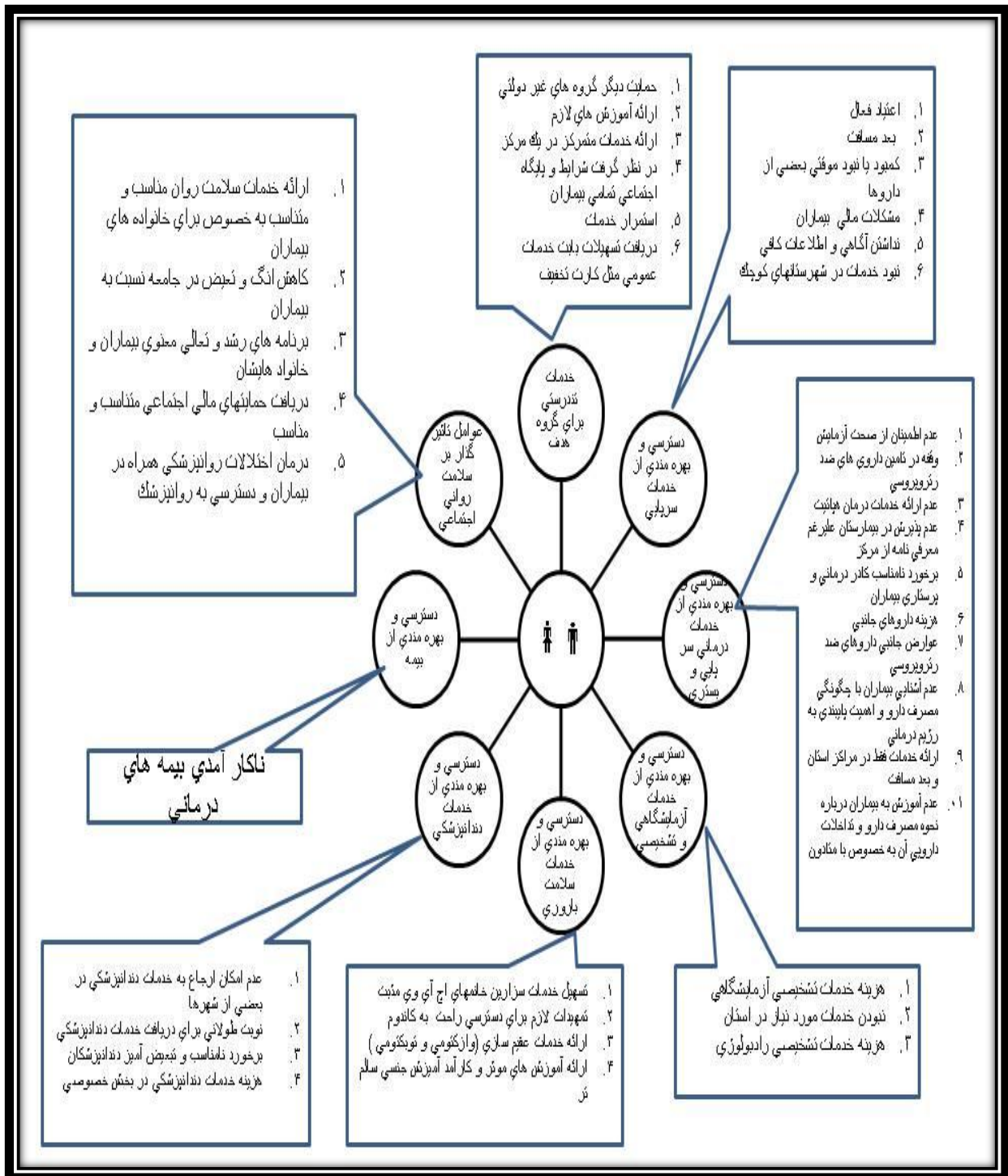
در این مطالعه مشخص شده عوارض دارویی یکی از مهم‌ترین عوامل عدم پایبندی بیماران به درمان می‌شود. نکته دیگر این که این مراکز در بعضی از شهرها وجود ندارد و بیماران مجبور می‌شوند که از راه دور به مرکز بیایند. تهیه بعضی از داروهای جانبی از خارج از مرکز، هزینه سنگینی را بر بیمار تحمیل می‌کند. همچنین، بسیاری از این افراد مصرف‌کننده مواد هستند و نیازهای مالی و مواد، موجب محرومیت آنها از این خدمات می‌گردد.

در مجموع، عوامل زیر بر دسترسی و بهره‌مندی از درمان در گروه بیماران اچ آی وی مثبت موثر بوده است:

- دسترسی به مراکز مشاوره رفتاری، به عنوان کانون اصلی ارائه خدمات پیشگیرانه کم و بیش میسر بوده، ولی دسترسی به این مراکز دارای موانعی نیز بوده است که از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:
- اعتیاد فعال بیماران: بیمارانی که مصرف‌کننده فعال مواد می‌باشند، به دلایل مختلف افت عملکرد داشته و گاهی امکان دسترسی مداوم به خدمات مرکز را ندارند.
- مشکل دیگر بعد مسافت برای مراجعان به دلیل محدود بودن مراکز در شهرستان‌های بزرگ است.
- بسیاری از شهرستان‌های کوچک خدمات موردنظر را ارائه نداده و بیماران مجبورند به مرکز استان عزیمت نمایند که این نیز یکی از موانع به شمار می‌رود.
- مشکلات مالی از جمله دیگر موانعی است که بر سر راه بیماران برای استفاده از داروهایی که مراکز به صورت رایگان ارائه نمی‌دهند، وجود دارد. به خصوص که بخشی از داروهای مکمل نسبتاً گران قیمت نیز می‌باشند.
- نداشتن آگاهی و اطلاعات کافی از خدمات مرکز از جمله دیگر موانع می‌باشد که گاهی باعث عدم بهره‌مندی افراد از خدمات می‌شود.
- کمبود یا نبود موقتی بعضی از داروها در مراکز مشاوره رفتاری از موانع دیگر می‌باشد.
- هم‌چنین در این مطالعه، عوامل زیر از موانع بهره‌مندی از خدمات بوده‌اند:
- عدم اطمینان از صحت آزمایش شمارش CD4 و عدم دسترسی به آزمایش در بعضی از موارد
- وقفه در تامین داروهای ضد رتروویروسی
- عدم ارائه خدمات درمان هپاتیت به صورت رایگان
- عدم پذیرش در بیمارستان علیرغم معرفی نامه از مرکز
- برخورد نامناسب کادر درمانی و پرستاری بیمارستان
- هزینه داروهای جانبی

- عوارض جانبی داروهای ضد تر ویروسی
  - عدم آشنایی بیماران با چگونگی مصرف دارو و اهمیت پای بندی به رژیم درمانی
  - عدم آموزش به بیماران درباره نحوه مصرف دارو و تداخلات دارویی آن به خصوص با متادون
  - ارائه خدمات فقط در مراکز استان و بعد مسافت
- در شکل ۴، کلیه عوامل موثر بر دسترسی و استفاده از خدمات تندرستی (در مفهوم گسترده آن) در کشور، به شکل خلاصه نشان داده شده است:

شکل ۴: عوامل موثر بر دسترسی و استفاده از خدمات تندرستی در کلیه بیماران اچ آی وی مثبت\*



\* تصویر فوق بدون دخل و تصرف از گزارش طرح مطالعه کیفی عوامل موثر بر دسترسی به خدمات سلامت برای افرادی که در ایران با اچ آی وی زندگی می کنند، که به سفارش UNAIDS با کد فعالیت: SSA/09/043 A3013 اجرا شده است، برداشته شده است.



۴. گزارش جلسه هم اندیشی دسترسی مصرف کنندگان مواد و افراد اچ آی وی مثبت به درمان ضد رتروویروسی

#### ۱-۱-۴: خلاصه سخنرانی های ارائه شده در جلسه:

جلسه هم اندیشی بر اساس برنامه تنظیمی در ساعت ۹،۳۰ صبح بعد از تلاوت آیاتی از قران مجید و سرود ملی جمهوری اسلامی ایران با خیر مقدم سرکار خانم دکتر محسنی فر شروع شد. ایشان ضمن تشکر از حضور مدعوین در جلسه اهمیت جلسه را یادآور شدند. بعد از آن آقای جمعه پور از حوزه درمان ستاد مبارزه با مواد مخدر ضمن خیر مقدم برنامه های ستاد مبارزه با مواد مخدر را به صورت اجمالی ذکر نمودند. ایشان اعلام داشتند که اچ آی وی و ایدز از حیطة های تخصصی مداخلات ستاد مبارزه با مواد مخدر نیست ولی به دلیل اهمیت آن و ارتباطی که با اعتیاد دارد، ستاد با هدف اطلاع از نظرات متخصصین و کسانی که در صف در حیطة فعالیت هستند درباره چند و چون چالش های پیش روی مصرف کنندگان مواد چنین جلساتی را با همکاری دفتر مواد و جرم سازمان ملل متحد در دستور کار خود قرار داده است. بعد از آقای جمعه پور که به نیابت از آقای دکتر صابری زعفرندی صحبت می نمودند، سرکار خانم دکتر فیروزه جعفری رییس اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد وزارت بهداشت سخنرانی نمودند. ایشان در صحبت های خود ضمن خیر مقدم به تمامی شرکت کنندگان و تشکر از برگزار کنندگان جلسه یکی از مهم ترین برنامه های اداره خود را برنامه های کاهش آسیب دانستند و مراکز گذری را خط اول ارائه خدمات کاهش آسیب دانستند. ایشان در ادامه به دو برنامه مهم اجرا شده در سال ۱۳۹۰ اشاره کردند که یکی از آنها ارائه خدمات درمان نگهدارنده با آستانه پایین در تمامی مراکز گذری و دیگری آموزش اجباری روانشناسان شاغل در مراکز درمان اعتیاد در دوره های اختصاصی که شامل مشاوره های پیش و پس از آزمایش نیز هست، بودند. در ادامه صحبت های ایشان از حضار خواستار ارائه توصیه هایی برای اداره متبوع خود شدند.

بعد از ایشان سرکار خانم دکتر مستشاری ضمن تشکر از شرکت کنندگان در جلسه، تفاوت بین "موجود بودن خدمات" و "در دسترس بودن خدمات" را خاطر نشان شدند، ایشان تاکید و اهمیت برنامه های کاهش آسیب را چه در سیاست های کلان کشور و چه در دیدگاه های مسئولین مرتبط کشوری یادآور شدند. همچنین تاکید داشتند که پیشگیری و درمان حق مردم است و در برابر این حق سازمان های ذیربط

موظف هستند که برای تامین این حق فعالیت کنند و باید به گونه ای ارائه خدمت دهند که کیفیت و کمیت آن پاسخگوی نیازهای جامعه باشد.

همچنین ایشان تاکید مجدد بر اهمیت خدمات کاهش آسیب به عنوان اولین حلقه ارتباطی سیستم های بهداشتی با مصرف کنندگان مواد نمودند و در ادامه به صورت خلاصه به ذکر یافته های طرح های قبلی مبنی بر یکسان نبودن سهم مصرف کنندگان تزریقی دریافت کننده درمان و سهم مصرف کنندگان تزریقی اچ آی وی مثبت که نشان از دسترسی کمتر این گروه به خدمات درمان می باشد اشاره کردند.

آخرین سخنران قبل از استراحت سرکار خانم دکتر کمالی بودند که به نیابت از آقای دکتر صداقت رییس اداره کنترل و درمان ایدز و بیماری های آمیزشی به ارائه سخنرانی در خصوص واقعیت های همه گیری در ایران و جهان پرداختند.

ایشان با اسلایدهایی<sup>۳</sup> ضمن بیان سیر همه گیری در جهان به صورت مختصر به بیان جزییاتی از همه گیری در کشور پرداختند. بر اساس صحبت های ایشان تا تاریخ ۹۱/۱/۱ تعداد ۲۴۲۹۰ بیمار در کشور شناسایی شده که از این تعداد ۳۰۲۰ نفر تحت درمان ضد رتروویروسی بوده اند. از مجموع کل نفرات تحت درمان ضد رتروویروسی ۱۹۹۸ نفر مصرف کننده تزریقی بوده اند (۶۶٪). ایشان نرخ شیوع و بروز اچ آی وی در بین مصرف کنندگان تزریقی مواد را بر مبنای محاسبات انجام شده به ترتیب ۱۲,۷٪ و ۲,۲٪ بیان نمودند.

---

<sup>۳</sup> اسلاید های سخنرانی ایشان در پیوست شماره ۳ قابل مشاهده است.

بر مبنای برنامه جلسه دو سخنرانی در ابتدای جلسه توسط آقای دکتر امید زمانی تحت عنوان گزارش مطالعه: دسترسی مصرف کنندگان مواد به خدمات پیشگیری، درمان و مراقبت اچ آی وی و خانم دکتر کتایون طایبری تحت عنوان درمان ضد رتروویروسی، چالش‌ها و راهکارها ارائه گردید. در ادامه اهم مطالب سخنرانی‌های ارائه شده به تفکیک ذکر می‌شود:

۲-۱-۴، گزارش مطالعه: دسترسی مصرف کنندگان مواد به خدمات پیشگیری، درمان و مراقبت

### اچ آی وی

این مطالعه<sup>[۲]</sup> به سفارش دفتر مواد و جرم سازمان ملل متحد در ایران و ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور صورت گرفته است. محققین دلیل انجام مطالعه را ارزیابی شکاف بین نیازهای مصرف کنندگان مواد و خدماتی که به ایشان برای تأمین مراقبت، حمایت، درمان و پیشگیری جامع از اچ آی وی با تاکید بر درمان ضد رتروویروسی عرضه می‌شود، ذکر کرده‌اند. روش‌های رایج مطالعات کیفی نظیر بحث گروهی متمرکز، مصاحبه فردی و پرسش‌نامه‌های ساختاریافته برای این مطالعه مورد استفاده قرار گرفته است.

گروه‌های شرکت کننده در مطالعه، مصرف کنندگان تزریقی مواد اچ آی وی مثبت و کارشناسان و مسئولان ارائه دهنده خدمات در شهرهای مورد بررسی (اصفهان، تهران و بندرعباس) بوده‌اند.

مضامین یا تم‌های اصلی استخراج شده در گروه مصرف کنندگان تزریقی مواد عبارت بوده‌اند از:

۱. دسترسی و بهره‌مندی
۲. تنوع خدمات
۳. کیفیت خدمات (و مقبولیت خدمت)
۴. خدمات درمانی برای بیماری‌ها
۵. مشکلات حل نشده زمینه‌ای
۶. برخوردهای اجتماعی و قانونی

<sup>[۲]</sup> متن کامل گزارش این تحقیق در پیوست شماره ۵ در دسترس می‌باشد.

گروه دیگری که در این پژوهش مورد مطالعه قرار گرفته اند، کارشناسان و مسئولین مراکز مشاوره رفتاری به عنوان افراد خط مقدم در ارائه خدمات درمان ضد رتروویروسی هستند. در تحلیل نتایج مربوط به این گروه، مضامین یا تم‌های اصلی زیر استخراج شد:

۱. دسترسی و بهره‌مندی
۲. یک‌پارچگی خدمات
۳. انگ و تبعیض
۴. حمایت‌های اجتماعی
۵. آموزش و نگهداری پرسنل
۶. ثبت و پردازش اطلاعات

با توجه به این که گزارش این تحقیق عینا در پیوست شماره ۵ در دسترس می‌باشد، از ذکر جزئیات مربوط به این تحقیق خودداری نموده، نتیجه‌گیری نهایی آن به صورت مختصر ارائه می‌گردد:

در تحلیل نهایی این طرح آمده است که "مصرف تزریقی مواد پدیده‌ای است که عوامل متعدد فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی در ایجاد یا تشدید آن نقش دارند و در سطوح مختلف فردی، محلی و ملی باید راهکارهای مبتنی بر شواهد علمی برای برخورد با آن در پیش گرفته شود."

یافته‌های این طرح مشخص می‌کند دسترسی و بهره‌مندی مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، اعم از مثبت یا منفی بودن اچ‌آی‌وی با مشکلات و محدودیت‌هایی همراه است که می‌توان به آن‌ها در سطوح مختلف به شرح زیر اشاره کرد:

#### فردی

بی‌اطلاعی از ارائه خدمات، نداشتن اعتماد به نفس و هدف‌مندی در زندگی، عدم مسئولیت-پذیری، بی‌انگیزگی در جهت تداوم زندگی به علت کیفیت بد زندگی فردی، ترس از برخورد‌های قهری و بی‌اعتمادی به مراکز ارائه‌دهنده خدمات از جمله عواملی هستند که به عنوان موانع استفاده از خدمات تندرستی در این گروه در سطح فردی بیان شده‌اند.

برای حل این مشکلات، کاهش هزینه و ارائه هم‌زمان خدمات متنوع، تکمیلی و پیشرفته‌تر موجب افزایش انگیزه مصرف‌کنندگان تزریقی مواد برای مراجعه به مراکز ارائه خدمات می‌شود. تبعیض‌های جنسیتی نیز موجب دسترسی کمتر زنان به خدمات، به خصوص در حوزه کاهش آسیب شده است.

در مورد خاص درمان ضد‌ترتروویروسی، ترس مددجویان از آگاهی از ابتلا به بیماری، ترس از انگ و تبعیض پیرامون ایدز، هزینه‌های مربوط به داروهای کمکی و آزمایش‌های پایش درمان باید مدنظر قرار گیرند. اکثر مصرف‌کنندگان تزریقی مواد به خصوص آنان که با اچ‌آی وی زندگی می‌کنند، دچار فقر مزمن نه فقط فقر اقتصادی که فقر در دیگر حیطه‌های مختلف فرهنگی، اجتماعی، تحصیلی و ... هستند و انگیزه‌های کافی برای مراقبت از خود و دیگران را ندارند.

#### سیستم خدمات سلامت

مواردی مانند انگ، تبعیض و رفتارهای غیرحرفه‌ای، کمبود فاحشِ فراهمی خدمات به نسبت تقاضا، یکپارچه نبودن بسته خدمات، عدم ارائه خدمات به صورت کامل در یک مرکز، کمبود کیفیت و کمیت تجهیزات و خدمات، نقصان همکاری‌های بین‌بخشی، ناکارآمدی برنامه‌های اقتصاد سلامت، بیمه، تأمین منابع، پرداخت و نارضایتی شاغلان مراکز خدمات، و... نیاز به بازنگری و اصلاح پروتکل‌ها مورد اشاره قرار گرفت.

در مورد خاص درمان ضد‌ترتروویروسی موارد زیر قابل ذکر است:

تعامل مؤثرتر کلینیک‌های مثلثی با مراکز کاهش آسیب اعتماد در جهت پذیرش تعداد بیشتری از مصرف‌کنندگان مبتلا به اچ‌آی‌وی به درمان ضد‌ترتروویروسی و پایش بهتر وضعیت ایشان، تأمین به‌موقع و کافی دارو، افزایش پوشش بیمه‌ای به‌خصوص برای آزمایش‌های پایش و درمان‌های اضافی (مانند هپاتیت)، پذیرش مصرف‌کنندگان تزریقی (به‌خصوص اچ‌آی‌وی مثبت) در بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها حین مراجعه اورژانس یا با معرفی از مراکز کاهش آسیب و یا درمان اعتماد از جمله اقداماتی هستند که در این مسیر توصیه شده است.

## نظام اجتماعی و قانونی

در سطح نظام اجتماعی و قانونی نیز به مواردی هم‌چون بیمار دانستن مصرف‌کنندگان به جای مجرم انگاشتن ایشان، برخورد جامع‌علیتی به جای پاک کردن صورت مسأله، وجود چشم‌انداز و برنامه مشترک بین‌بخشی، ثبات سیاست‌ها و برنامه‌ها، واقع‌نگری در تأمین بودجه، افزایش مشارکت خیرین و مردم در برنامه‌ها، توجه به عوامل فرهنگی و برنامه‌های تغییر نگرش و رفتار، افزایش فرصت‌های شغلی برای مصرف‌کنندگان تحت درمان، گسترش بیمه، پرهیز از برخوردهای قهری و عمل کردن مسئولان به وعده‌ها اشاره شد.

در مورد خاص درمان ضد‌ترروویروسی موارد زیر قابل ذکر است: همکاری بیشتر با کمیته امداد، نیروی انتظامی و سایر نهادهای حمایتی برای کاهش علل زمینه‌ای آسیب‌دیدگی مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، توجه به ثبات و پایداری برنامه‌ها، آموزش و نگهداری پرسنل، بهبود نظام ثبت و پردازش اطلاعات، بهبود عملکرد باشگاه‌های مثبت و مشارکت خود مددجویان و خانواده‌ها

شکل ۵\* خلاصه یافته‌های این طرح را در یک نمودار نشان می‌دهد:

\* تصویر فوق بدون دخل و تصرف از گزارش ارائه شده (پیوست شماره ۵) برداشته شده است.

## نمودار: عوامل مؤثر در وضعیت خدمات مصرف کنندگان تزیقی مواد



### ۳-۱-۴؛ خلاصه مطالب ارائه شده در مبحث درمان ضد رتروویروسی، چالش‌ها و راهکارها

این مبحث توسط خانم دکتر کتایون طایری<sup>□</sup> برای حاضرین ارائه شد. نکات کلیدی ارائه شده توسط ایشان به ترتیبی که در سخنرانی ارائه شده است، به شرح زیر می‌باشد:

✂ شروع درمان ضد رتروویروسی به ندرت یک فوریت پزشکی بوده و بیمار باید قبل از آن آمادگی و انگیزه لازم را پیدا کند.

✂ مصرف مواد باعث می‌شود تا درمان فرد با مشکلات متعددی از نظر جسمی و رفتاری مواجه شود. درمان افراد مصرف کننده انعطاف بیشتری را می‌طلبد.

✂ هدف درمان و درمان گر در مورد چنین بیمارانی عبارت است از: پرهیز از مواد، پایبندی و تمکین رژیم درمانی، کاهش ویروس، افزایش شمارش CD4 و در نهایت ارتقای کیفیت زندگی بیمار.

✂ موانع پایبندی و تمکین به رژیم درمانی ضد رتروویروسی را می‌توان به شرح زیر تقسیم بندی نمود:

- موانع ناشی از عدم درک صحیح بیمار از درمان
- موانع ناشی از بی انگیزگی و یادآوری بیمار
- موانع ناشی از حمایت و خدمات پشتیبانی
- موانع ناشی از مشکلات ارائه خدمات
- موانع ناشی از مشکلات داروهای مورد استفاده

✂ عوامل مربوط به بیمار در پایبندی و راهکارها: دلایل احتمالی پایبندی کم عبارتند از:

- اعتیاد و مصرف الکل (ممکن است باعث اختلال مصرف روزمره داروها شود)
- سوء تغذیه به دلیل فقر
- ترس از فاش شدن وضعیت اچ آی وی از طریق مصرف روزمره داروها
- بیماری‌های روانی
- ترس از عوارض جانبی و تردید درباره لزوم درمان دارویی

<sup>□</sup> اسلاید های سخنرانی ایشان در پیوست شماره ۴ قابل مشاهده است.



روش‌های مقابله احتمالی عبارتند از:

- آموزش درباره ضرورت مصرف داروهای ARV
- توجه فوری به برداشتهای غلط بیمار و تلاش برای اصلاح آنها
- ارزیابی منظم باور بیمار به داروها
- مداخله از طریق افراد همتا (peer intervention)
- ارزیابی منظم مشکلات سلامت روان
- ارزیابی مهارت‌های رفتاری لازم برای پایبندی به درمان
- تماس با سرویس‌های خدمات تخصصی مراقبت‌های اجتماعی و سایر انجمن‌ها

#### ۴-۱-۴: دیگر مباحث مطرح شده حین جلسه:

در طول روز و طی جلسه صحبت هایی نیز از طرف حضار در جلسه به صورت ارائه نقطه نظرات و یا پرسش و پاسخ مطرح گردید که با توجه به اهمیت آنها تعدادی از مهم ترین بحث های ارائه شده به صورت خلاصه و جمع بندی شده ارائه می شود:

• مهم ترین سخنان این بخش را می توان سخنان جناب آقای دکتر گویا ریاست محترم مرکز مدیریت بیماریهای واگیردار وزارت بهداشت دانست. ایشان در صحبت های خود به موارد در خور ذکری اشاره نمودند که اهم آنها به شرح زیر ارائه می شود:

○ اهمیت نظرات کارشناسان و کسانی که در محیط به صورت مستقیم با گروه هدف فعالیت می کنند و تاکید بر واقعی بودن این نظرات که در محیط توسط این افراد احساس می شود.

○ اشاره به گسترش همه گیری در تمام دنیا و خروج آن از قاره آفریقا و گسترش آن در قاره آسیا به خصوص کشورهای آسیای میانه، چین و هندوستان و کشورهای خاور میانه در آینده نه چندان دور،

○ تاکید بر مطالعات پیش بینی سیر همه گیری در بیست سال آینده و غالب شدن شیوه انتقال از طریق مصرف تزریقی مواد در مقایسه با انتقال جنسی در اکثریت کشورهای که در آن موقع با همه گیری مشکل دارند.

○ تاکید بر اینکه با توجه به این پیش بینی، کشورهایی که همین حالا نیز در آنها [همچون ایران و روسیه] همه گیری عمدتاً در بین مصرف کنندگان تزریقی مواد گسترش می یابد در بیست سال آینده در صورت عدم برخورد مناسب، به هنگام و با پوشش کافی در خط مقدم کشورهایی هستند که بیشترین مشکل را با همه گیری اچ آی وی خواهند داشت.

○ تاکید بر اینکه همراهی اچ آی وی و اعتیاد فقط به این دو مشکل ختم نمی شود و وقتی این دو در کنار هم قرار گرفتند مشکلات دیگری نیز به همراه آن بروز می کند که عبارتند از:

۱. هیاتیت B

۲. هیاتیت C

۳. مصرف الكل

۴. زندان

۵. سل

- لزوم حفظ تنوع اشكال دارویی بر اساس شرایط بیمار مثل قرص و شربت متادون،
  - لزوم پیاده سازی برنامه هایی که کارآمدی و اثربخشی آنها بر اساس مطالعات جهانی تایید شده و پرهیز از برنامه های سلیقه ای،
  - تاکید بر کاهش انگ و تبعیض به خصوص برای زنان،
  - استقرار سازوکارهای لازم برای ارائه خدمات به زنان در معرض آسیب،
  - فعالیت در حیطه پیشگیری از ایدز و اعتیاد تماما سرمایه گذاری است و هر چقدر یک کشور بودجه برای این دو مشکل بگذارد نهایتا سود آن را جامعه می برد.
- یکی دیگر از مباحث مطرح شده که مورد تبادل نظر شرکت کنندگان قرار گرفت بحث شیوه های واگذاری مراکز گذری در دانشگاه های مختلف به بخش خصوصی بود. در این بخش تقریبا تمامی شرکت کنندگان اعتقاد داشتند که شیوه واگذاری مدیریت مراکز گذری نباید همچون واگذاری دیگر بخش های دانشگاه نظیر خدمات و ... باشد. چرا که اصولا در واگذاری خدمات غیر انتفاعی که در آن از بیمار یا مراجع هزینه یا گرفته نمی شود یا بسیار اندک گرفته می شود به نحوی که تکافوی هزینه های جاری مرکز را نمی کند، مناقصه معنی ندارد، چرا که قیمت کمتر برای ارائه خدمات به معنی زدن از کیفیت و کمیت خدمات ارائه شده می باشد. مشکل دیگری که این مدل واگذاری سالیانه ایجاد می کند این است که نه کارشناسان دانشگاه ها و نه ارائه دهندگان خدمت امکان برنامه ریزی های طولانی مدت و یا میان مدت را که به صورت طبیعی منجر به کاهش هزینه هاست می شود ندارند. در شرایط فعلی عملا نیمی از سال را هم ارائه دهنده خدمت و هم کارشناس ناظر دانشگاه در شرایط بلا تکلیفی به سر می برند.

پیشنهاد شرکت کنندگان این بود که واگذاری مراکز ولو به اینکه لازم باشد بر اساس مقررات  
سالیانه تمدید شود، برای دوره های حداقل سه ساله در اختیار یک بخش خصوصی باشد مگر اینکه  
ناظرین دانشگاه به دلایل منطقی این تمدید را به صلاح گروه هدف ندانند.

۴-۲: گزارش اهم مباحث مطرح شده در گروه یک و نتایج ارائه شده توسط شرکت کنندگان در گروه:

۴-۲-۱: عنوان گروه ۱: چالش‌ها، تهدیدها و اقدامات لازم برای پیشگیری از اچ آی وی در میان

مصرف کنندگان مواد

شرکت کنندگان در این گروه، اهم چالش‌های مطرح در مسیر پیشگیری از اچ آی وی در مصرف کنندگان مواد را به حیطه‌های مختلف فردی و خدمات تقسیم‌بندی نموده‌اند. در سطح فردی شرکت کنندگان معتقد بوده‌اند موانع زیر از اهم موانع موجود می‌باشد:

۱) سطح آگاهی و تحصیلات پایین: به دلایل مختلف مصرف کنندگان مواد عموماً از گروه‌های به حاشیه رانده شده بوده و سطح دانش، آگاهی و میزان تحصیلات پایینی دارند، این کم‌بودن میزان آگاهی در حیطه‌های رفتار جنسی ایمن‌تر نیز مشهود است.

۲) مشکلات مالی، خانوادگی، و نبود سرپناه و غذا که با توجه به وضعیت اجتماعی این افراد گریبان‌گیر این گروه می‌باشد، باعث می‌شود تا وضعیت ناپایداری را در حیطه‌های مختلف تجربه کنند. این ناپایداری و مشکلات باعث می‌شود تا حفظ سلامتی حداقل در اولویت‌های نخست این افراد نباشد.

۳) بیماری‌های روانی - جسمانی همراه از دیگر مشکلات شایع در این گروه هست که به اعتقاد اعضای گروه مانعی در مسیر پیشگیری می‌باشد.

۴) سابقه‌ی زندان باعث می‌شود تا موارد یک و دو تشدید شده و ارائه خدمات پیشگیری با چالش روبرو باشد.

اعضای گروه هم‌چنین اعتقاد داشته‌اند که خدمات ارائه شده برای این گروه از کیفیت و کمیت مناسبی برخوردار نبوده و نبود سازوکارهای مناسب باعث می‌شود تا میزان شیوع رفتارهای پرخطر در این گروه و به دنبال آن میزان بروز اچ آی وی افزایش یابد. این خدمات در حیطه‌های مختلف زیر تقسیم‌بندی شده‌اند:

۱. کمبود تفریحات و سرگرمی‌های سالم (کمبود ارائه خدمات تفریحی).
۲. فراهمی ناکافی خدمات برای افراد در تمامی سطوح نظیر دسترسی به درمان نگهدارنده، دسترسی به خدمات تشخیصی، دسترسی به خدمات درمان پیشگیرانه و از همه مهم تر دسترسی به درمان ضد رتروویروسی.
۳. کمبود خدمات آموزش رفتار جنسی ایمن تر.
۴. برخورد سلیقه‌ای مدیران در سطح استان نسبت به موضوع که باعث می‌شود با وجود دستورالعمل‌های یکسان کشوری برخوردهای کاملاً متفاوتی را در استان‌های مختلف شاهد باشیم.
۵. ضعف سیستم ارجاع برای ارجاع بیماران به خدمات سطح بالاتر درمان، مراقبت و حمایت.
۶. دست‌وپاگیر بودن پروتکل‌های درمانی، بدین معنی که گاه پروتکل‌های درمانی بدون توجه به شرایط منطقه‌ای تهیه شده و اجازه هیچ‌گونه دخل و تصرفی در ارائه خدمات به نفع بیمار به سیستم ارائه‌کننده خدمات نمی‌دهد. به طور مثال ارائه دوز منزل برای بیماران در مراکز گذری ممنوع می‌باشد، حال سؤال این است که برای بیماری که به دلایل مختلف مالی یا کاری و یا بعد مسافت قادر به مراجعه روزانه نیست، تکلیف چه می‌باشد؟ آیا باید بیمار را مکلف کرد از بین درمان یا شغلش یکی را انتخاب کند؟
۷. نبود مشاوران و مددکاران آموزش‌دیده و عدم/ناکافی بودن برگزاری کارگاه‌ها و دوره‌های خاص برای مشاوران و مددکاران به منظور آموزش نحوه برخورد با این گروه از افراد کلیدی در معرض خطر (مصرف‌کنندگان مواد).
۸. حمایت حقوقی ضعیف و نبود قوانین صریح و روشن که امکان دفاع از حق بیمار را در شرایط مختلف فراهم نماید.
۹. انگیزه‌ی پایین پرسنل و افسردگی شغلی که به دلایل مختلف از جمله وضعیت ناپایدار استخدامی، استفاده از نیروهای طرحی و موقت، و عدم توجه به شرایط سخت شغلی پرسنل در مواجهه با گروه هدف ایجاد می‌شود.
۱۰. پرداخت هزینه‌های تشخیصی و درمانی در مراکزی که بیمار به آن ارجاع می‌شود توسط بیمار و تحمیل هزینه‌های درمانی به بیماری که هزاران مشکل دیگر دارد.

۱۱. شکل غیر قابل انعطاف ارائه‌ی خدمات مشاوره و آزمایش داوطلبانه باعث می‌شود نتوان گسترش این خدمت را در سطوح مختلف پیگیری نمود. بهتر است در چنین مواردی امکان ارائه خدمات مشاوره و آزمایش با شیوه‌های راحت‌تر نظیر مشاوره تیم سیار و یا مشاوره در محیط‌های کمتر تخصصی‌تر نظیر مراکز درمان اعتیاد و همچنین پذیرش روش‌های راحت‌تر آزمایش نظیر آزمایش با خون خشک یا تست‌های نواری سریع در دستور کار قرار گیرد.

۱۲. انگ و تبعیض در سطوح مختلف اجتماعی، سیاست‌گذاری و حتی پرسنل درمانی که باعث طرد گروه هدف از خدمات ارائه‌شده می‌شود.

راه‌کارها:

اعضای گروه به منظور حل تعدادی از مشکلات فوق راهکارهای زیر را پیشنهاد کرده‌اند:

- اصلاح و بهبود وضعیت استخدامی نیروهای شاغل در این حیطه.
- آموزش بیشتر پرسنل به روش‌های مختلف از جمله برگزاری کارگاه‌ها، تهیه دفترچه‌ی راهنما، در اختیار نهادن متون آموزشی جذاب و استاندارد برای آموزش افراد در معرض خطر به زبان ساده، متنوع و جذاب.
- احداث سایت‌های اطلاع‌رسانی و استفاده از دیگر روش‌های موثر و ارزان اطلاع‌رسانی نظیر پیام کوتاه.
- استفاده از گروه‌های هم‌تای آموزش‌دیده برای آموزش هر چه بیشتر گروه هدف.
- بالابردن تعداد مراکز در شهرهای بزرگ، شهرستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی روستایی به منظور ایجاد دسترسی بیشتر به خدمات.
- اطلاع‌رسانی بیشتر در زمینه‌ی خدمات موجود اعم از شرایط استفاده و چگونگی دسترسی به این خدمات.

۲-۲-۴: عنوان گروه ۲: چالش‌ها، تهدیدها و اقدامات لازم برای درمان اچ‌آی‌وی / ایدز برای مصرف-

### کنندگان مواد

اعضای این گروه در کار گروهی خود تلاش داشته‌اند تا با استفاده از تجربیات و دانسته‌های خود چالش‌ها، تهدیدات و اقدامات لازم برای بهبود خدمات درمان اچ‌آی‌وی در میان مصرف‌کنندگان مواد را شناسایی کرده و ارائه دهند. جمع‌بندی این گروه این بوده که مشکلات و چالش‌ها را در حیطه‌های پذیرش درمان از سوی بیماران، مشکلات ساختاری خدمات درمان اچ‌آی‌وی، موانع اجتماعی و حقوقی، و موانع حیطه درمان ضد رتروویروسی ارائه دهند. بر این اساس از نظر اعضای گروه مهم‌ترین مشکلات پذیرش درمان از سوی بیماران به شرح زیر بوده است:

#### 🚫 در حیطه پذیرش درمان از سوی بیماران:

- ۱) اطلاعات ناکافی و گاه غلط بیمار در زمینه‌ی درمان.
- ۲) پیگیری ناکافی درمان و نداشتن شناخت از ماهیت درمان شامل هدف از درمان، طول مدت درمان، عوارض درمان و ....
- ۳) سخت بودن تحمل درمان به دلیل عوارض جانبی و مصرف داروهای متعدد.
- ۴) مشکلات تامین هزینه‌های درمان، عفونت‌های هم‌زمان و نبود بیمه کارآمد برای پوشش هزینه‌های درمانی بیماران.

#### 🚫 در حیطه مشکلات ساختاری خدمات ارائه درمان

- ۱) کمبود نیروی انسانی آموزش‌دیده و ریزش مداوم نیروهای آموزش‌دیده.
- ۲) بی‌انگیزگی پرسنل.
- ۳) دسترسی ناکافی به خدمات تشخیصی.
- ۴) در دسترس نبودن آزمایش‌های تخصصی نظیر تست‌های مقاومت دارویی در اکثر نقاط کشور.



🚫 در حیطه موانع اجتماعی و حقوقی:

اعضای گروه اعتقاد داشته‌اند بیشترین مشکلاتی که در این حیطه است در وهله نخست مشکلاتی

است که گریبانگیر زنان اچ آی وی مثبت می‌شود، نظیر:

(۱) زنان اچ آی وی مثبت و مشکلات کودکانشان (نگهداری، مراقبت و حمایت).

(۲) انگ و تبعیض به خصوص برای زنان.

🚫 در حیطه درمان ضد رترو ویروسی:

در این حیطه اعضای گروه معتقد بوده‌اند چالش‌های زیر وجود دارد:

(۱) کمبود نیروی انسانی آموزش دیده در تمامی حیطه‌ها اعم از پزشک، مشاور، تکنیسین‌های

امور دارویی و ....

(۲) کمبود دوره‌ای و ارائه نامنظم دارو به مراکز.

(۳) تنوع کم اشکال دارویی و در دسترس نبودن داروهای ترکیبی.

(۴) عدم دسترسی به داروهای مورد نیاز به خصوص در شهرستان‌ها.

اعضای این گروه راهکارهای زیر را به تفکیک هر یک از حیطه‌های چالش‌های مطرح شده در بالا پیشنهاد

نموده‌اند:

🚫 راهکارهای پیشنهادی برای حل مشکلات پذیرش درمان از سوی بیماران:

(۱) تهیه متون آموزشی مناسب و جذاب به زبان ساده برای آموزش بیماران در خصوص سئوالات و

مشکلات رایج.

(۲) استفاده از گروه‌های هم‌تا برای آموزش بیماران.

(۳) ارائه خدمات مشاوره تمکین و پای بندی به رژیم درمانی.

(۴) تقویت و ارتقای کیفیت خدمات بیمه‌ای و حمایتی با مشارکت سازمان‌های غیردولتی.

(۵) تهیه و نصب برنامه‌های نرم‌افزاری مناسب که بتواند امکان پیگیری و ثبت خدمات به بیماران را به

صورت مناسب تری ارائه دهد.

راهکارهای ارائه شده برای حل مشکلات ساختاری خدمات ارائه درمان:

- ۱) بازبینی و به‌روزرسانی روش‌های تشخیصی و افزایش کاربرد تست‌های تشخیصی سریع
- ۲) ارائه برنامه‌های مداوم بازآموزی پرسنل و ارتقای محتوای آموزشی پزشکان و مشاوران مراکز مشاوره رفتاری.
- ۳) استقرار و گسترش دستگاه‌های شمارش گر *CD4*.
- ۴) استقرار و گسترش دستگاه تشخیصی *Viral Load*.
- ۵) معرفی و تسهیل استفاده از توانایی‌های انستیتو پاستور، بیمارستان امام خمینی (ره) و دیگر مراکز موجود جهت انجام آزمایش‌های مقاومت‌های دارویی.

راهکارهای ارائه شده برای حیطه موانع اجتماعی و حقوقی:

- ۱) گسترش و ارائه آموزش‌های عمومی برای تغییر نگرش.
- ۲) ارائه خدمات آموزشی برای خانواده‌های افراد اچ‌آی‌وی مثبت جهت جلب مشارکت آنها در درمان.
- ۳) ارائه خدمات آموزشی تغذیه بهتر با هزینه کمتر.
- ۴) حمایت جویی برای اصلاح و به‌روزرسانی قوانین موجود.

۳-۲-۴: عنوان گروه ۳: موارد ثبت نشده اچ‌آی‌وی در میان مصرف‌کنندگان مواد و راه‌کارهای شناسایی

هر چه بیشتر بیماران

اعضای این گروه در کار گروهی خود تلاش داشته‌اند تا با استفاده از تجربیات و دانسته‌های خود برآوردی از تعداد واقعی بیماران مصرف‌کننده تزریقی اچ‌آی‌وی مثبت ارائه داده و راهکارهای لازم را برای شناسایی هر چه بیشتر این گروه پیشنهاد دهند. بر این اساس از نظر اعضای گروه، تعداد واقعی بیماران اچ‌آی‌وی مثبت مصرف‌کننده تزریقی مواد بسیار بیشتر از تعداد شناسایی شده می‌باشد. پیشنهادهای این گروه برای بیماریابی هر چه بیشتر، به قرار ذیل بوده است:

۱. آموزش دانشجویان پزشکی در حین تحصیل و کارکنان علوم پزشکی بیش از پیش مدنظر قرار گیرد (بازآموزی اجباری + توزیع بروشور).
۲. پیش‌بینی سازوکار ارجاع و پیگیری بین مراکز کاهش آسیب (دولتی و مراکز خصوصی) و مراکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری (VCT) و پایش و ارزیابی این فرایند در دستور کار مراجع ذیربط قرار گیرد.
۳. افزایش امکان آزمایش از طریق تست‌های نواری یا بزاقی و یا نمونه‌گیری از طریق خون خشک در مراکز مختلف و شهرستان‌ها و مناطق روستایی فراهم شود.
۴. اطلاع‌رسانی و برنامه‌های ارتباطی گسترده از طریق رسانه‌های جمعی و جامعه‌ی محلی صورت گیرد.
۵. فعال‌تر کردن مراکز مشاوره رفتاری موجود از طریق اطلاع‌رسانی، تیم‌های سیار و mobile clinics و پیوند مستحکم‌تر با مراکز کاهش آسیب در دستور کار قرار گیرد.
۶. فعال‌تر کردن خطوط مشاوره تلفنی (HotLine) از طریق اطلاع‌رسانی بیشتر، افزایش ساعت کار، پیوند با مراکز ارائه خدمات.
۷. سفرهای مطالعاتی / کسب و تبادل تجربه برای مسئولان کشوری در دستور کار نهادهای مسئول بیش از پیش قرار گیرد.

## ۵- بحث و نتیجه گیری:

در این بخش تلاش می شود تا رهنمودهای اساسی و توصیه های عملیاتی برای هرچه بهتر شدن وضعیت موجود مصرف کنندگان تزریقی مواد با محور اچ آی وی ارائه شود. توصیه ها و راهکارهای ارائه شده در این بخش بر دو محور کلی صورت می گیرد:

- نخست برنامه هایی که برای مصرف کنندگان مواد به طور کلی و مصرف کنندگان تزریقی مواد به صورت خاص بدون در نظر گرفتن وضعیت اچ آی وی آنها پیشنهاد می شود، و سپس
- برنامه هایی که برای مصرف کنندگان اچ آی وی مثبت مواد ارائه می شود.

### ۱-۵: گروه مصرف کنندگان مواد بدون در نظر گرفتن وضعیت اچ آی وی آنها

در این گروه که بر اساس تخمین های ارائه شده حداقل ۱۱۲ هزار نفر و حداکثر ۳۰۰ هزار نفر مصرف کننده تزریقی وجود دارد، هدف گذاری سیستم های بهداشتی بر محورهای زیر استوار می باشد:

- تغییر رفتارهای پر خطر مرتبط با مصرف
- تغییر رفتارهای پرخطر جنسی که این گروه به صورت معمول با آنها درگیر هستند
- کاهش قدر مطلق افراد مصرف کننده تزریقی از طریق پیشگیری از تبدیل شیوه های مصرف کم خطر تر نظیر تدخین به شیوه های مصرف پر خطر تزریقی
- شناسایی افراد اچ آی وی مثبتی که در این گروه وجود داشته و هنوز شناسایی نشده اند.

برای رسیدن به اهداف چهارگانه فوق راهبرد کاهش آسیب عملی ترین و موفق ترین راهبردی بوده که تا بحال در دنیا جواب داده است و توصیه های سازمان های جهانی در گیر در این امر نظیر سازمان بهداشت جهانی، دفتر مواد و جرم سازمان ملل متحد و برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز همه و همه حاکی از لزوم توسعه برنامه های کاهش آسیب هم در سطح جامعه و هم در محیط های بسته نظیر هر گونه زندان و یا مراکز اقامتی اجباری می باشد. بر این اساس و با توجه به اینکه ایران از جمله کشورهای پیشرو و نوآور در حیطه خدمات کاهش آسیب می باشد، با در نظر گرفتن شرایط موجود در کشور و با توجه به مشروح مباحث مطرح شده در جلسه هم اندیشی و همچنین مرور منابع علمی موارد زیر توصیه می گردد:

## ۱-۱-۵: گسترش و ارتقای سازوکارهای موجود برای خدمات درمان و کاهش آسیب اعتماد:

- خدمات کاهش آسیب اعتماد در کشور از طریق مراکز گذری که تحت نظارت دانشگاه های علوم پزشکی و یا سازمان بهزیستی کشور می باشند، ارائه می شود. این مراکز در سال های گذشته با گسترش کمی و کیفی قابل توجه ای روبرو بوده اند ولی متأسفانه در سال های اخیر این روند گسترش نه تنها متوقف شده بلکه به دلیل عدم تخصیص بودجه کافی از طرف مراجع ذیصلاح برای مراکز فعال و همچنین عدم افزایش بودجه سرانه این مراکز این مراکز که با توجه به هدفمندی یارانه ها مشمول افزایش هزینه ها شده اند، با مشکلات زیادی گریبانگیر هستند. این مشکل که در بخش چالش های گزارش پایش و ارزشیابی جمهوری اسلامی ایران به مجمع عمومی سازمان ملل متحد نیز اشاره شده است<sup>xxi v</sup>، بسیار نگران کننده می باشد و متأسفانه در همین مدت، سهم بیشتری از هزینه درمان نگهدارنده نیز بر دوش بیماران نهاده شده است. به گونه ای که هزینه دریافتی از بیماران برای درمان نگهدارنده در مراکز گذری که سال ها به صورت ثابت ۱۵ هزار تومان بود و در سال گذشته به ۲۰ هزار تومان افزایش پیدا کرده بود در سال جاری برای جبران هزینه های ناشی از افزایش قیمت کالاهای مصرفی و حامل های انرژی مجدد با ۵۰٪ افزایش به ۳۰ هزار تومان افزایش پیدا نموده است. اگرچه حسب ظاهر شاید این میزان در مقایسه با هزینه هایی که مصرف کنندگان برای مواد در طول یک ماه صرف می کرده اند بسیار ناچیز باشد ولی عموم افرادی که در سطح محیط در این حیطه فعالیت می کنند متفق القولند که این هزینه برای بسیاری از بیماران تحت پوشش مراکز گذری سنگین می باشد. مضافاً به اینکه این عمل با سیاست های کلی وزارت بهداشت جمهوری اسلامی ایران مبنی بر کاهش هرچه بیشتر هزینه سلامت از سبد خانوار منافات دارد.
- لازم به ذکر است موفقیت خدمات کاهش آسیب در کنترل همه گیری اچ آی وی صرفاً به ارائه خدمات مربوط نشده و عامل دیگری که در این میان بسیار مهم است پوشش (Coverage) برنامه های کاهش آسیب می باشد که تضمین موفقیت برنامه است.

بدیهی است مداخلات هر چقدر دیرتر صورت بگیرند پوشش بالاتر و بالطبع هزینه بالاتری برای موفقیت نیاز می باشد. بر همین اساس:

پیشنهاد می شود:

کارگروه مشترکی از اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد وزارت بهداشت، اداره درمان و بازپروری ستاد مبارزه با مواد مخدر و دیگر مراجع ذیصلاح به همراه تعدادی از ارائه دهندگان خدمات و نمایندگان دریافت کنندگان خدمت تشکیل شده و راه کارهای عملی برای حل این مشکل در اسرع وقت ارائه دهند.

- مشکل دیگری که در این خصوص وجود دارد شیوه واگذاری مراکز گذری می باشد که رویه یکسانی در استان های مختلف نداشته و بسته به نگرش مسئولین هر استان متفاوت است، چنین رویکردی که عمدتاً مبتنی بر واگذاری از طریق مناقصه می باشد باعث می شود تا کیفیت ارائه خدمات در مراکز دستخوش تغییرات جدی شده و گاه مدیریت مراکز گذری به کسانی واگذار شود که اطلاع چندانی نیز از سیاست های کاهش آسیب ندارند. برای حل این مشکل:

پیشنهاد می شود:

با هماهنگی مراجع حقوقی وزارت بهداشت و حوزه پشتیبانی و یا با استفاده از اختیارات مقام وزارت ترتیبی اتخاذ گردد که واگذاری مراکز برای حداقل دوره های سه ساله ( با هزینه سالیانه متغیر) بوده و خلع ید از طرف قرارداد با استناد به گزارش های ناظرین کیفی مراکز که از طرف دانشگاه های مربوطه مشخص می شوند باشد. چنین ترتیبی علاوه بر کاهش هزینه های مراکز گذری به دانشگاه ها و همچنین ارائه دهندگان خدمت امکان می دهد تا با فراغ خاطر برنامه های طولانی مدتی را برای مخاطبین خود تهیه و تدارک ببینند.

## ۲-۱-۵: یک پارچگی خدمات کاهش آسیب از جامعه به زندان و برعکس

مصرف کنندگان مواد به دلایل مختلفی که می تواند با مصرف مواد ارتباط داشته باشد یا خیر به مراتب بیش از مردم عادی به زندان می روند. بر اساس آمارهای مختلف بیش از ۶۰ درصد از زندانیان کشور در ارتباط با مواد زندانی می شوند. یکی از اصول مهمی که در این خصوص و به منظور موفقیت برنامه های کاهش آسیب توصیه می شود این است که خدمات کاهش آسیب خصوصا درمان نگهدارنده با متادون باید در مسیر ورود و خروج زندانی به زندان و یا از زندان به جامعه بدون وقفه ادامه داشته باشد. چنین سازوکاری باعث می شود تا خروج بیمار از درمان نگهدارنده به سمت مصرف مواد که در صورت قطع ناگهانی داروی متادون بیمار تقریبا اجتناب ناپذیر است رخ ندهد. برای پیشگیری از این مشکل:

### پیشنهاد میشود:

با نظارت ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور سازوکاری اتخاذ شود تا اولاً مصرف کنندگان مواد تحت پوشش درمان نگهدارنده دارای کد شناسایی منحصر به فرد ( Unique Identification Code) شده تا امکان رهگیری آنان به راحتی امکان پذیر باشد و در همین حال تعدادی از مراکز دولتی در خارج از زندان و همچنین واحدهای بهداشت و درمان زندان ها و افسران رابط مبارزه با مواد مخدر کلانتری ها به هم دیگر مرتبط شده تا برای درمان نگهدارنده برای بیماران وقفه اتفاق نیفتد.

## ۳-۱-۵: مشاوره و آزمایش داوطلبانه در بستر خدمات کاهش آسیب:

در حال حاضر خدمات مشاوره و آزمایش داوطلبانه برای افراد دارای رفتارهای پرخطر در مراکز و پایگاه های مشاوره رفتاری ارائه می شود و مراجعین پس از مشاوره پیش از آزمایش برای انجام آزمایشات تشخیصی به سازمان انتقال خون ارجاع می شوند. چنین فرایندی اگرچه از دقت و کیفیت مناسبی برخوردار می باشد ولی عملا باعث می شود تا درصد زیادی از افراد دارای رفتار پرخطر در این مسیر از دسترس سیستم های بهداشتی خارج شده و عملا

آزمایش انجام نشود. اهمیت این نقص در خدمات مشاوره و آزمایش داوطلبانه با مقایسه تعداد تخمینی افراد مصرف کننده اچ آی وی مثبت و تعداد شناسایی شده آنها بیشتر مشخص می شود، با در نظر گرفتن این واقعیت که اچ آی وی زمانی منتقل می شود که فرد انتقال دهنده یا نمی داند و یا بیان نمی کند که مثبت است، مشخص می شود هرچقدر بیماریابی بیشتر و موفق تر باشد عملاً پیشگیری از انتقال با موفقیت بیشتری صورت می گیرد. برای رفع این مشکل:

پیشنهاد می شود:

وزارت بهداشت ترتیبی اتخاذ نماید تا در کمترین زمان ممکن دستورالعمل ساده شده ی مشاوره و آزمایش داوطلبانه در مراکز گذری عملیاتی شود، بدیهی است چنانچه پس از انجام مشاوره پیش از آزمایش بر اساس اصول علمی، امکان انجام تست های نواری اچ آی وی و یا نمونه گیری با خون خشک در مراکز گذری فراهم باشد و نیازی به ارجاع مراجع به سازمان انتقال خون در مرحله نخست نباشد، بیماریابی سرعت یافته و در نهایت همه گیری بهتر از قبل کنترل می شود.

در کنار این فرایند، توصیه می شود ارتقای توانایی های کیفی مشاورینی که در حال حاضر نیز به ارائه خدمات مشاوره مشغول می باشند در دستور کار قرار گرفته و با جدیت بیشتری پیگیری شود.

#### ۴-۱-۵: کاهش آسیب ناشی از محرک های شبه آمفتامینی

مصرف محرک های شبه آمفتامینی در سال های اخیر به صورت فزاینده ای رو به افزایش می باشد، اگر چه آمار دقیقی از مصرف کنندگان محرک های شبه آمفتامینی در دست نمی باشد ولی برآوردها نشان دهنده آن هستند که بخش زیادی از این افراد همزمان با مصرف دیگر مواد مخدر مصرف محرک های شبه آمفتامینی را به صورت تفرنی و یا مداوم دارند. متأسفانه درمان مصرف کنندگان مواد محرک شبه آمفتامینی ساده نبوده و درمانی طولانی



مدت مبتنی بر مداخلات روانشناسی می باشد که عموماً بیماران از آن به دلایل مختلف استقبال نمی کنند.

برای فائق آمدن بر بخشی از مشکلات مصرف محرک های شبه آمفتامینی :

**پیشنهاد می شود:**

تهیه بسته آموزشی و دستورالعمل کاهش آسیب های ناشی از مصرف محرک های شبه آمفتامینی در دستور کار مراجع ذیربط قرار گرفته و این خدمت در بستر موجود برنامه های کاهش آسیب ادغام شود.

#### ۵-۱-۵: تشخیص زودرس سل

چنانچه در صحبت های آقای دکتر گویا نیز اشاره شد عفونت سل می تواند در کنار اچ آی وی و هیپاتیت ها از جمله عفونت هایی باشد که در بین مصرف کنندگان مواد خصوصاً مصرف کنندگان تزریقی مواد به صورت خاموش در حال گسترش باشد. در یکی از جدیدترین مطالعات صورت گرفته در بین مصرف کنندگان تزریقی مواد<sup>xxv</sup> (نوروزی ع و همکاران، ۱۳۹۰) پاسخ های مثبت به سؤال درباره عفونت سل به این ترتیب بوده است: (تاریخچه مثبت سرفه مزمن بیش از ۲ هفته در ۶ ماه گذشته: ۱۱,۵٪)، (تاریخچه مثبت تعریق شبانه در ۶ ماه گذشته، ۱۹,۳٪)، (تاریخچه مثبت تب شبانه یا متناوب بدون علت مشخص در ۶ ماه گذشته: ۱۲,۵٪)، (تاریخچه مثبت کاهش وزن در ۶ ماه گذشته: ۱۵,۶٪)

براساس نتایج این مطالعه می توان جای خالی آزمایشات تشخیصی عفونت سل را در مراکز کاهش آسیب مشاهده نمود، برای حل این مشکل:

**پیشنهاد می شود:**

انجام تست غربالگری عفونت سل (PPD)<sup>-</sup> در مراکز گذری برای بیماران مصرف کننده تسهیل شود.

<sup>-</sup> Purified Protein Derivative

۵-۱-۶: جمعیت روستایی کشور، حلقه گم شده ی برنامه های کاهش آسیب کشور

نتایج آخرین سرشماری کشور نشان می دهد که نزدیک به ۳۰٪ از جمعیت هفتاد و پنج میلیونی کشور ساکن روستاها می باشند. بخشی از این جمعیت را کارگران فصلی و مهاجر تشکیل می دهند، همچنین دلیلی در دست نیست که شیوع اعتیاد در جمعیت روستایی کشور پایین باشد، ولی متأسفانه برنامه های کاهش آسیب و مشاوره و آزمایش داوطلبانه در این جمعیت بیش از بیست و دو میلیونی کشور اجرا نمی شود. چنین رویکردی می تواند سیستم های بهداشتی را از واقعیت های جامعه غافل نموده و در آینده با مشکلات بزرگی روبرو سازد. برای حل این مشکل،

**پیشنهاد می شود:**

طرح ادغام برنامه پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه که در سال ۱۳۸۳ ویرایش هفتم خود را داشته است، سریعاً عملیاتی شود. همزمان مطالعه پیمایش زیستی رفتاری در روستاهای کشور برای داشتن تخمینی صحیح از چگونگی وضعیت اعتیاد و آچ آی وی در روستاها در دستور کار مراجع ذیصلاح قرار گیرد.

## ۲-۵: گروه مصرف کنندگان مواد (فعلی/سابق) اچ آی وی مثبت

این گروه از افراد مثبت که موضوع اصلی جلسه نیز بوده اند نقش به سزایی را در گسترش یا عدم گسترش همه گیری می توانند داشته باشند. مطالعات مختلف نشان داده اند ارائه بهتر خدمات درمانی برای این گروه از افراد نه تنها کیفیت زندگی آنها و خانواده هایشان را بالا می برد بلکه گام مهمی در نهادینه سازی پیشگیری مثبت و کنترل همه گیری می باشد. جمع بندی نظرات ارائه شده در جلسه و سخنرانی ها و همچنین مرور متون علمی مرتبط موارد زیر را برای ارائه خدمات بهتر به این گروه توصیه می کند:

### ۱-۲-۵: کاهش انگ و تبعیض کادر درمانی نسبت به این گروه:

کمتر کسی از حاضرین در جلسه که در محیط مستقیماً با افراد اچ آی وی مثبت و مشکلاتشان سروکار دارد وجود دارد که نداند وقتی نیاز به مداخلات پزشکی پیشرفته تر و حتی دندانپزشکی می شود با چه مشکلاتی روبرو است. علیرغم نص صریح قوانین حرفه ای مرتبط با ارائه خدمات درمانی و همچنین اصول اخلاق پزشکی که باید حاکم بر روابط بیمار و نه فقط پزشک که کلیه کادر درمانی باشد، متأسفانه امتناع صریح از ارائه خدمات پزشکی نظیر جراحی، خدمات زنان و زایمان و حتی دندانپزشکی در اکثر استان ها وجود دارد. نتیجه بدون واسطه ی چنین برخوردی در اکثر موارد پرهیز بیمار از بیان شرایط واقعی خودش می باشد، در چنین حالتی نه فقط کادر درمانی که کل جامعه در خطر بیشتری برای انتقال ویروس قرار می گیرند برای حل این مشکل،

پیشنهاد می شود:

اداره ایدز و کنترل بیماری های آمیزشی وزارت بهداشت در پی آن باشد که اولاً فرهنگ سازی و اطلاع رسانی هر چه بیشتر و جامع در خصوص مسائل مرتبط با تبعیض پزشکی در بین گروه های درمانی صورت گیرد، و در کنار آن مقررات کاملاً صریحی برای کادر درمانی در خصوص اجتناب از پذیرش و درمان بیمار به خصوص در شرایط اورژانسی و همچنین برخورد خارج از حیطه اخلاق پزشکی با بیمار از طرف کادر درمانی تدوین و ابلاغ شود. سازمان های غیر دولتی فعال در این حیطه می توانند نقش مهمی در این اطلاع رسانی و پیگیری حقوق بیماران داشته باشند.

## ۲-۲-۵: لزوم پیوستگی ارائه خدمات درمان ضد رتروویروسی بین جامعه و زندان

یکی از بدیهی ترین و پذیرفته شده ترین اصول موفقیت درمان ضد رتروویروسی تمکین و پایبندی به رژیم درمانی می باشد. در مواردی که بیمار به هر دلیلی از جامعه به زندان می رود (که متأسفانه در بین گروه مصرف کنندگان تزریقی اچ آی وی مثبت بیشتر از سایر گروه های اچ آی وی مثبت نیز می باشد) عملاً شرایطی شکل می گیرد که بیمار حتی اگر هم خواسته باشد نمی تواند پایبندی و تمکین خود را به رژیم درمانی حفظ کند و با توجه به آستانه بسیار بالای ۹۵٪ برای موفقیت تمکین و پایبندی به رژیم درمانی، این فرایند عملاً در هنگام انتقال بیمار به و یا از زندان دچار نابسامانی می شود. برای حل این مشکل،

پیشنهاد می شود:

وزارت بهداشت ترتیبی اتخاذ نماید تا بیماران تحت پوشش درمان ضد رتروویروسی کارت شناسایی معتبری که نشان دهنده وضعیت رژیم درمانی آنها باشد در دسترس داشته باشند همچنین دارای کد شناسایی منحصر به فرد (Unique Identification Code) شده تا بشود همزمان با شروع درمان، این اطلاعات در سازمان زندانها نیز ثبت شده و عملاً امکان رهگیری آنان به راحتی امکان پذیر باشد، و در همین حال مراکز مشاوره رفتاری و همچنین واحدهای بهداشت و درمان زندان ها به هم دیگر مرتبط شده تا برای درمان ضد رتروویروسی آنها وقفه اتفاق نیفتد.

### ۳-۲-۵: ارائه هر چه بیشتر خدمات در یک مرکز

مصرف کنندگان تزریقی مواد، عموماً حتی بدون در نظر گرفتن وضعیت اچ‌آی‌وی نیز از گروه‌های به حاشیه رانده شده جامعه می‌باشند و معمولاً دچار فقری مزمن و چندوجهی بوده که بر شیوه استفاده آنها از خدمات تندرستی تأثیر می‌گذارد. به همین دلیل پراکنده کردن خدمات مختلف مورد نیاز آنها در مراکز مختلف بر استفاده آنها از خدمات تأثیر می‌گذارد و این امر دسترسی و استفاده آنها از خدمات درمانی مورد نیازشان را دچار وقفه می‌کند. برای حل این مشکل:

پیشنهاد می‌شود:

تا جایی که امکان دارد خدمات مختلف و متنوع مورد نیاز این گروه نظیر درمان ضد رتروویروسی، تشخیص آزمایشگاهی، درمان نگهدارنده با متادون و .. در یک محیط ارائه شود. چنین اقدامی (که البته باید با در نظر گرفتن رویکرد کاهش انگ و تبعیض صورت گرفته و منجر به افزایش انگ و تبعیض نگردد) باعث می‌شود تا بیماران برای دریافت خدماتی که حیاتی‌تر است برای آنها دارد نظیر خدمات درمان نگهدارنده با متادون و یا فوریت پزشکی بیشتری برای آنها ایجاد می‌کند، بیشتر به مرکز مراجعه نموده و عملاً در خصوص دیگر خدمات کمتر جذاب نظیر درمان ضد رتروویروسی نیز در دسترس مرکز باشند.

#### ۴-۲-۵: گسترش مراکز دوستدار زنان

زنان مصرف کننده اچ آی وی مثبت انگ و تبعیض بیشتری را از طرف بخش های مختلف جامعه پیرامون آنها حتی همسرانشان دریافت می کنند، علاوه برای این نوعی به حاشیه رانده شدن درون گروهی را نیز از طرف هممتایان خودشان که اچ آی وی مثبت نیستند تجربه می کنند، جمع بندی این فشارها باعث به حاشیه رانده تر شدن این گروه و عدم دسترسی بیشتر آنها به خدمات می شود. به همین منظور و برای پیشگیری از بروز این مشکل ،

پیشنهاد می شود:

ارتقا و گسترش مراکز مشاوره زنان آسیب پذیر بیش از پیش در دستور کار وزارت بهداشت قرار گرفته و خدمات آنها ارتقای کمی و کیفی پیدا کند.

#### ۵-۲-۵: افزایش دسترسی به خدمات در شهرهای بزرگ و کوچک و روستاها

خدمات مورد نیاز کسانی که با و یا متأثر از اچ آی وی زندگی می کنند از طریق مراکز مشاوره رفتاری و یا پایگاه های مشاوره رفتاری صورت می گیرد. این دسترسی برای گروه مخاطب دستخوش عوامل متعددی از جمله دوری مسافت می شود. این دوری مسافت در شهرهای بزرگ به دلیل گستردگی جغرافیایی شهر و در شهرهای کوچک و روستاها به دلیل نبود یا کمبود مراکز رخ می دهد. برای حل این مشکل به شیوه ای موثر،

پیشنهاد می شود:

امکان استفاده و به کار گیری تیم سیاری در اختیار مراکز مشاوره رفتاری قرار گرفته تا بتوانند خدمات مورد نیاز بیماران را که امکان اجرای آن باشد در محل به بیماران ارائه دهند و بیماران از بخش زیادی از آمد و شد های غیر ضروری و هزینه بر برای مراجعه به مرکز در عین اینکه از دسترس خدمات بهداشتی خارج نمی شوند، معاف شوند. چنین رویکردی می تواند حتی در روستاها و برای بیماران روستایی نیز

صورت گیرد. احتمالاً شیوه مورد استفاده برای درمان عفونت سل که اصطلاحاً به DOTS<sup>۴۷</sup> معروف است می تواند الگوی مناسبی برای این امر باشد.

#### ۵-۲-۶: پیاده سازی مداخلات مرتبط با افزایش پذیرش و تمکین به درمان

ساده اندیشهانه است اگر تصور کنیم پایبندی و پذیرش درمان فقط به کسانی که با چ‌آی‌وی زندگی می کنند بستگی دارد و از سهم و نقش سیستم های ارائه دهنده خدمات غافل باشیم. مرور متون علمی و تجربیات و نظرات شرکت کنندگان در جلسه نشان می دهد این مداخله با اتخاذ روش های ساده و کم هزینه ای می تواند به مراتب موفق تر باشند. برای رسیدن به این موفقیت،

پیشنهاد می شود:

درمانگران و ارائه دهندگان خدمات درمان ضد رتروویروسی آموزش های لازم را در خصوص چگونگی و فرایند آماده سازی بیمار برای پذیرش درمان و مشکلات این امر و همچنین عوارض درمان فرا گیرند. در کنار این خدمت پیشنهاد می شود گروه ها همتایی از خود بیماران تشکیل شده تا بتوانند ضمن فراگیری آموزش های لازم به زبان ساده این مشکلات و راه های فائق آمدن بر آنها را نیز به دیگر بیماران آموزش دهند.

<sup>۴۷</sup> Directly Observed Treatment Short

#### ۷-۲-۵: ادغام خدمات روانپزشکی در مراکز مشاوره رفتاری

چنانچه پیش از این نیز گفته شد مصرف کنندگان مواد به تنهایی از فراوانی نسبی بسیار بالاتری از اختلالات روانپزشکی همراه، نسبت به دیگر گروه های جامعه رنج می برند، این مشکل در کنار اچ آی وی تشدید نیز می شود. از طرف دیگر با توجه به تاکیدی که بر ارائه خدمات مختلف در یک محل می شود و این واقعیت که متأسفانه در حال حاضر مراکز مشاوره رفتاری لزوماً روانپزشک در ساختار سازمانی خود ندارند؛

پیشنهاد می شود:

ترتیبی اتخاذ داده شود تا روانپزشکان آگاه از مبحث روانپزشکی اچ آی وی ولو به صورت نیمه وقت در مراکز مشاوره رفتاری حضور داشته باشند. حضور آنها باعث می شود نه تنها فرایند مداوای بیماران به صورت فردی ارتقا یابد، بلکه همچنین می توانند نظری بر فعالیت های روانشناسان شاغل در مراکز مشاوره رفتاری نیز چه به صورت کمی و چه به صورت کیفی باشند.

#### ۸-۲-۵: افزایش مشارکت و استفاده از خانواده ها

مطالعه بهترین تجربیات منجر به افزایش مشارکت بیماران و کاهش انگ و تبعیض نشان می دهد مشارکت هر چه بیشتر خانواده های رسمی و یا غیر رسمی کسانی که با اچ آی وی زندگی می کنند ابزاری مناسب و ارزان و همراه با بازدهی بالا می باشد. چنین راهبردی نه تنها بخش زیادی از فعالیت های سیستم های بهداشتی را تسهیل می کند بلکه به صورت های غیر مستقیم یا مستقیم باعث کاهش انگ و تبعیض نسبت به بیماران، افزایش تمکین و پایبندی آنها به درمان ضد رتروویروسی، افزایش کارآمدی بیماران و خانواده هایشان می شود. بنابراین:



پیشنهاد می شود:

مراکز مشاوره رفتاری بسته به شرایط محلی ملزم به اتخاذ راه کارهایی برای جلب مشارکت خانواده ها باشند. یکی از روشهای پیشنهادی برگزاری مرتب کلاس ها و کارگاه های آموزشی برای خانواده ها در خصوص مباحث مختلف نظیر تغذیه بیماران، درمان ضد رتروویروسی و پیشگیری مثبت می باشد. همچنین می توان از رویکردهای مبتنی بر روشهای ۱۲ گامی نظیر گروه های خانوادگی معتادان گمنام (NAR-ANON) استفاده کرد.

#### ۹-۲-۵ کنترل اعتیاد فعال

مطالعات انجام شده در داخل و خارج کشور نشان داده است که اعتیاد فعال یکی از موانع مهم در مسیر درمان ضد رتروویروسی و اصلاح شیوه زندگی کسی که با اچ آی وی زندگی می کند می باشد. روش کنونی که در حال اجرا می باشد درمان نگهدارنده با متادون و فقط با شکل دارویی شربت می باشد. کسانی که در محیط در حال برخورد مستقیم با این گروه هستند می دانند که درمان این گروه از پیچیدگی ها و مشکلات به مراتب بیشتری از دیگر مصرف کنندگان برخوردار می باشد. بدین منظور؛

پیشنهاد می شود:

راهنمای اختصاصی درمان اعتیاد برای کسانی که با اچ آی وی زندگی می کنند تدوین شده و عملیاتی شود. همچنین تنوع اشکال دارویی برای این گروه از بیماران کماکان حفظ شود و مراکز ارائه دهنده خدمت به این گروه دسترسی به تنوع اشکال دارویی داشته باشند.

پایان

## Executive Summary:

HIV/AIDS epidemic in Iran based on the latest epidemiological data is in the concentrated phase. Study on demographic data and data gathered by second generation surveillance shows that driver of the epidemic in Iran is injection drug use. Considering this fact that providing treatment facilities and appropriate interventions in the field of treatment for IDUs is one of the most important factors in increasing quality and survival of the life of PLHIVs and also is one of the major strategies regarding HIV/AIDS epidemic prevention, UNODC office in Tehran with collaboration of Drug Control Head Quarter established a symposium on “Drug Users’ Access to Anti-retroviral Treatment (ARV) Services” on 01 July 2012 in Tehran.

Two reports of research projects in this field and some key informant speakers plus 3 workgroups were included in agenda of the symposium.

Main recommendations of the symposium can be categorized as:

1. Recommendations for all of the IDUs without considering their HIV status:
  - Increase of coverage and promotion of the harm reduction interventions,
  - Change in tender method for harm reduction facilities to access aim of more stability in management, monitoring and evaluation of the drop in centers,
  - Establishment of mechanisms to keep continuity process for harm reduction services to and out of prisons.
  - Creating a database link between service providers in and outside of the prisons using Unique Identification Code,
  - Integration of voluntary counseling and testing services in harm reduction services,
  - Promotion of capacities and empowerment of current counselors in behavioral counseling centers,
  - Merging amphetamine type stimulants` harm reduction and tuberculosis diagnosis in current context of the harm reduction services,

- Merging drug abuse prevention and treatment programs in primary health care services for having access to rural population of country.

## 2. Recommendations for HIV positive drug users:

- Focus on informational and educational activities and other appropriate methods to reducing medical discrimination and stigma as well as preparing disciplinary protocols for those who crosses redlines in ethical and/or medical rules in this field ,
- Establishment of mechanisms to keep continuity process for anti-retroviral therapy as well as creating a database link between service providers in and outside of the prisons ,
- Providing integrated services in one setting for increasing PLHIVs access to services,
- Increase in the quality and quantity of women friendly facilities which enable them to have more access to the services without facing stigma and discrimination,
- Establishment of outreach team for increasing more access to treatment services and adherence to ARV ,
- Promotion of capacities and empowerment of members of medical team in behavioral counseling centers regarding ARV,
- Establishment of psychiatry services in behavioral counseling centers
- Increase in family participation in behavioral counseling centers for reducing sigma and discrimination and creating a strength link between PLHIVs and service providers,
- Preparing specific manual for drug abuse problems and concerns of the target group.

نخستین کارگروه کشوری کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز، مرکز مدیریت بیماری‌ها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۸۸؛ تحلیل وضعیت اچ‌آی‌وی / ایدز کشور و پاسخ ملی به آن؛ گزارش رسمی کشوری

<sup>ii</sup> اداره کنترل ایدز، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۹۰؛ نتایج دیده‌وری‌های بیولوژیک در گروه‌های مختلف جمعیتی؛ (منتشر نشده)

<sup>iii</sup> حق دوست ع، ا، اصولی م، سجادی ل، میرزازاده ع، نواده س، و مصطفوی ا؛ ۱۳۸۹؛ طرح مراقبت زیستی و رفتاری مصرف‌کنندگان تزریقی مواد؛ مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، مرکز منطقه‌ای آموزش نظام مراقبت اچ‌آی‌وی / ایدز، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران. گزارش طرح (در دست انتشار).

<sup>iv</sup> زمانی س، و همکاران؛ ۱۳۸۶؛ مطالعه مراقبت ادغام‌یافته بیولوژیک و رفتاری عفونت اچ‌آی‌وی در میان مصرف‌کنندگان تزریقی مواد؛ گزارش طرح (منتشر نشده).

<sup>v</sup> ظایری ک و همکاران؛ ۱۳۸۹؛ ارزیابی خارجی خدمات درمان و مراقبت اچ‌آی‌وی در ایران، (منتشر نشده)

<sup>vi</sup> Aceijas et al; 2004; Global overview of IDU and HIV infection , AIDS ,Vol 18, No 17

<sup>vii</sup> World Drug Report ; 2010

<sup>viii</sup> حق دوست و همکاران؛ ۱۳۸۸؛ گزارش برآورد شیوع آلودگی به ویروس اچ‌آی‌وی در ایران

<sup>ix</sup> ساراسون، ایروین جی و ساراسون، باریارا، ۱۳۷۵؛ روان‌شناسی مرضی؛ انتشارات رشد؛ ترجمه بهمن نجاریان و همکاران

<sup>x</sup> Barosson, B, et al; 1993; The Swedish health-related survey; QQL research, 2, p 634

<sup>xi</sup> Bizzarri , J ,et al; 2005; Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence; Substance Use Misuse; 4, 76

<sup>xii</sup> Ammasari, andrianna ,et al; 2002;. Depression symptoms neuro-cognitive impairment and adherence to Highly Active Anti-Retroviral Therapy among HIV infected persons; Am JPsy.; 159:175\_179.

<sup>xiii</sup> Golden Berg, D, et al.; 2000; HIV and psychiatry .AIDS Reader; 10(1): 11\_15.

<sup>xiv</sup> Millson, P, et al.; 2006; Determinant of health related quality of life of opiate users at entry to low threshold methadone programs; European Addiction Research; 12:74\_82.

<sup>xv</sup> Boggs ,W.;2006;*Mental disorders common among HIV infected patients ;J Acc Imm Defi Synd*;42:298\_306.

<sup>xvi</sup> رضائی، حمید رضا؛ ۱۳۸۱؛ بررسی نقش اعتیاد در گسترش ایدز و اختلالات روانی همراه؛ دومین کنگره روانشناسی بالینی ایران،

<sup>xvii</sup> امامی پور و همکاران؛ ۱۳۸۷؛ بررسی مقایسه‌ای اختلالات روانی و کیفیت زندگی در چهار گروه مردان معتاد مبتلا به ایدز، معتاد غیر مبتلا به ایدز، غیر معتاد مبتلا به ایدز و سالم؛ مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد؛ سال دهم، شماره اول، (پیاپی ۳۷)

<sup>xviii</sup> کتیبایی و همکاران؛ ۱۳۸۹؛ مقایسه کیفیت زندگی، تنیدگی و سلامت روان در معتادان و غیر معتادان مبتلا به اچ‌آی‌وی و افراد سالم؛ مجله علوم رفتاری، دوره ۴، شماره ۲، صفحات ۱۳۵-۱۳۹

<sup>xix</sup> Julia H. Arnsten et al. ;2007; *Factors Associated With Antiretroviral Therapy Adherence and Medication Errors Among HIV-Infected Injection Drug Users; J Acquir Immune Defic Syndr \_ Volume 46, Supplement 2*

<sup>xx</sup> نجات س و همکاران؛ ۱۳۸۵؛ تحلیل عوامل موثر در ابتلا به ویروس نقص ایمنی انسانی در ایران با استفاده از مرور سیستماتیک، متاآنالیز و General Impact Fraction، فصلنامه پایش، سال ششم، شماره اول

<sup>xxi</sup> James D Wilkinson et al.;2007; *Longitudinal correlates of health care-seeking behaviors among HIV-seropositive injection drug users: how can we intervene to improve health care utilization?J Acquir Immune Defic Syndr ;46:S120-S126*

<sup>xxii</sup> Amy R. Knowlton et al.;2010; *Antiretroviral Use Among Active Injection-Drug Users: The Role of Patient-Provider Engagement and Structural Factors; AIDS PATIENT CARE and STDs;Volume 24, Number 7*

<sup>xxiii</sup> رادفر، ۱۳۸۸؛ مطالعه کیفی عوامل موثر بر دسترسی به خدمات سلامت برای افرادی که در ایران با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند؛ (منتشر نشده)

<sup>xxiv</sup> National AIDS Committee Secretariat, Ministry of Health and Medical Education ;2012;*Islamic Republic of Iran Progress Report On Monitoring of the United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS,*

<sup>xxv</sup> نوروزی ع و همکاران، ۱۳۹۰، گزارش پایانی پیمایش زیستی رفتاری در مصرف کنندگان تزریقی مواد و شرکای جنسی آنها در شهر های کرج، اصفهان و گرگان؛ طرح تحقیقاتی به سفارش دفتر مواد و جرم سازمان ملل متحد در ایران؛ منتشر نشده